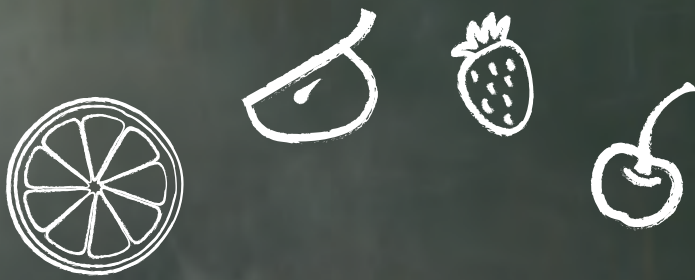




Bayerischer Kindergesundheits- bericht



**ICH.
MACH.
MIT.**



Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,



„Kinder sind unsere Zukunft“, heißt ein oft verwendetes Sprichwort, und so ist auch ihre Gesundheit ein Thema, das die ganze Gesellschaft berührt. Wir alle wünschen uns, dass Kinder gesund aufwachsen und diejenigen unter ihnen, die an Einschränkungen oder

Krankheiten leiden, bestmögliche Hilfe und Unterstützung bekommen.

Es gibt viel, was wir dafür tun können. In erster Linie steht natürlich die Familie, der wichtigste Bezugspunkt im Leben jedes Kindes. Mit dem Größerwerden erweitert sich die Lebenswelt, es folgen Kindertageseinrichtungen und Schule, Sportvereine und kulturelle Einrichtungen. Immer wichtiger wird mit zunehmendem Alter auch der Freundeskreis. In all diesen Bereichen ist Gesundheit direkt oder indirekt ein Thema. Viele Einrichtungen, Organisationen, Fachkräfte und nicht zuletzt der Staat selbst setzen sich dafür ein, dass Kinder ein gesundheitsförderliches Umfeld vorfinden. Dass Kinder gesund groß werden können, ist eine Gemeinschaftsleistung der Gesellschaft. Eine solche Gemeinschaftsleistung sind auch die Jahres-schwerpunkte, mit denen wir zusammen mit unseren Partnern jeweils ein Thema ganz besonders auf die Agenda setzen wollen – aktuell die Kindergesundheit.

Die Kinder in Bayern finden insgesamt sehr gute Voraussetzungen für ein gesundes Aufwachsen vor: Bayern hat die geringste Armutsquote aller Bundesländer und wir alle kennen die Bedeutung der sozialen Lage für die Gesundheit. Bayern unterstützt auf vielen Wegen die Familien als wichtigste Ressource der Kindergesundheit. Wir haben eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau, gerade auch im kinderärztlichen Bereich. Bayern bietet seinen Kindern ein gutes Schulsystem und aussichtsreiche berufliche Perspektiven, wir haben ein vielfältiges Angebot an Sport- und Freizeitmöglichkeiten und eine intakte, für die Erholung hervorragend geeignete Natur.

Trotzdem sehe ich, dass es beim Thema Kindergesundheit natürlich auch in Bayern noch Handlungsmöglichkeiten gibt – etwa bei der Unfallprävention, der psychischen Gesundheit, der Zahngesundheit sowie auch der gesundheitlichen Chancengleichheit. Hier gemeinsam mehr für die Kinder zu erreichen, ist das Ziel des aktuellen Jahresschwerpunkts. Darüber hinaus haben wir die Kindergesundheit als eines der Handlungsfelder im neuen Bayerischen Präventionsplan festgelegt.

Was wir für die Gesundheit der Kinder tun, ist die beste Zukunftsinvestition, die man sich denken kann, für die Kinder wie für uns selbst.

Melanie Huml

Staatsministerin für Gesundheit und Pflege

Inhalt

Vorwort	3
1. Kindergesundheit im Überblick	6
1.1 Kinder und Jugendliche in Bayern: Basisdaten und Rahmenbedingungen	7
1.2 Gesundheitliche Lage der Kinder in Bayern	13
1.3 Versorgung und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems	17
1.4 Chronische und seltene Erkrankungen im Kindesalter	26
1.5 Der Bayerische Präventionsplan: Für ein gesundes Aufwachsen	28
2. Handlungsfelder unter der Lupe: Ausgewählte Schwerpunkte der Kindergesundheit	32
2.1 Gesundheit rund um die Geburt	32
2.2 Verletzungen und Unfälle bei Kindern	38
2.3 Allergien im Kindesalter	41
2.4 Infektionskrankheiten und Impfungen	44
2.5 Adipositas und ihre Risikofaktoren	48
2.6 Psychische Gesundheit, Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen	52
2.7 Zahn- und Mundgesundheit	60
3. Von der Kindheit zur Jugend: Übergänge in Lebensphasen gesund gestalten	64
4. Bisherige Jahresschwerpunkte: Kindergesundheit im Rückblick	76
5. Information, Beratung und Begleitung – in Bayern und darüber hinaus	80
6. Abkürzungen	90

1. Kindergesundheit im Überblick



1. Kindergesundheit im Überblick

KINDER – WELCHES ALTER?

Es gibt keine einheitliche Definition des Kindesalters, diese ist je nach Rechtsgebiet unterschiedlich. So spricht man vielfach von Kindern bis zu einem Alter von 14 Jahren, von Jugendlichen ab 15 Jahren und älter, wobei auch hier unterschiedliche Grenzen – z. B. zur Volljährigkeit mit 18 Jahren, auch bis zum Alter von 21 Jahren (im Sinne von Heranwachsenden im Jugendstrafrecht) – gezogen werden. So gilt nach dem Sozialgesetzbuch VIII (Kinder- und Jugendhilfe),

- ▶ als Kind, wer noch nicht 14 Jahre alt ist,
- ▶ als Jugendlicher, wer 14, aber noch nicht 18 Jahre alt ist,
- ▶ als junger Volljähriger, wer 18, aber noch nicht 27 Jahre alt ist,
- ▶ als junger Mensch, wer noch nicht 27 Jahre alt ist,

Mit 18 Jahren endet die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie (von Sonderregelungen abgesehen).

Die Daten in diesem Bericht beziehen sich, wenn nichts anderes angegeben ist, auf die Unter-15-Jährigen.

Eckdaten zur Kindergesundheit

	Deutschland	Bayern
Anzahl der Kinder unter 15 Jahren 2013	10.606.829	1.685.339
Anteil der Kinder unter 15 Jahren an der Gesamtbevölkerung	13,1 %	13,4 %
Anteil der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren an der Gesamtbevölkerung	16,1 %	16,5 %
Lebendgeborene 2013	682.069	109.562
Geburtenrate 2013 (Lebendgeborene je 1.000 Einwohner)	8,5	8,7
Säuglingssterbefälle 2013 (Sterbefälle im 1. Lebensjahr)	2.250	301
Säuglingssterblichkeit (Sterbefälle im 1. Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene)	3,3	2,7
Kindersterbefälle 2013 (1 bis unter 15 Jahre)	1.043	144
Kindersterblichkeit 2013 (Sterbefälle in der Altersgruppe 1 bis unter 15 Jahre je 100.000 Einwohner)	10,5	9,1
Krankenhausfälle (ohne ICD Z-Gruppe) bei Kindern unter 15 Jahren 2013	1.243.484	179.948
Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahre 2013	127.884	18.756
Anteil der schwerbehinderten Kinder an allen Kindern unter 15 Jahren	1,2 %	1,1 %

Datenquellen: Statistisches Bundesamt, LfStat

1.1 KINDER UND JUGENDLICHE IN BAYERN: BASISDATEN UND RAHMENBEDINGUNGEN

Kindheit heute

„Kindheit heute“ bedeutet zunächst zurückzuschauen, um die Unterschiede zu „früher“ – beispielsweise vor 50 Jahren – zu erkennen. Dabei erinnert man sich zurück: vielleicht an den Moment, als die Stützräder am Fahrrad abmontiert wurden und es noch keinen Fahrradhelm gab, an Rollschuhe mit Eisenrädern, an die „süße“ Schluckimpfung oder auch an einen langen Schulweg zu Fuß. Freizeit war nach den Schulaufgaben meist freie Zeit und nicht durch Fernsehsendungen getaktet oder von elektronischen Medien dominiert. Es gab Langeweile, aber auch Zeit und Raum für eigene Kreativität.

Weniger persönlich betrachtet, bedeutet „Kindheit heute“ im Vergleich zu früher

- ▶ seltener mit Geschwistern aufzuwachsen,
- ▶ häufiger zwei berufstätige Elternteile zu haben,
- ▶ häufiger nur mit einem Elternteil oder in Patchworkfamilien groß zu werden,
- ▶ auch häufiger umzuziehen, mit der Notwendigkeit sich neue Freunde zu suchen,
- ▶ sich in der Freizeit mehr drinnen als draußen aufzuhalten,
- ▶ häufiger Fast Food statt regelmäßige Mahlzeiten in der Familie zu sich zu nehmen,
- ▶ mehr Zeit in der Schule und Betreuungseinrichtungen und
- ▶ mehr Zeit mit Fernsehen und elektronischen Medien zu verbringen und dies oft auch allein.

Kindheit heute bedeutet aber auch

- ▶ frühere Selbstständigkeit durch einen weniger autoritären Erziehungsstil,
- ▶ mehr individuelle Förderung und kindgerechte Bildungsangebote,
- ▶ auf Reisen die Welt schon in der Kindheit kennen zu lernen,
- ▶ nach der Schule mehr Ausbildungsoptionen zu haben,
- ▶ aber auch schon in jungen Jahren unter mehr Leistungsdruck zu stehen.

Gesundheit ist in Anlehnung an die bekannte Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nicht nur Abwesenheit von Krankheit, sondern bedeutet in einem umfassenderen Verständnis psychisches, körperliches und soziales Wohlbefinden. Gesundheit zu erhalten, ist nicht nur eine individuelle, sondern in vielen Bereichen eine gesellschaftliche Aufgabe: Kinder sollen körperlich und seelisch unversehrt aufwachsen, denn die Gesundheit hat einen wesentlichen Einfluss auf die Entfaltung ihrer Talente und ihr weiteres Leben.

Kinder, die heute in Bayern zur Welt kommen, haben in der Regel Zugang zu einer guten Bildung und gesundheitlichen Versorgung. Durch die Verbesserung der Lebensverhältnisse und den medizinischen Fortschritt sind tödlich verlaufende Infektionskrankheiten und Mangelkrankungen weitgehend zurückgedrängt worden. Es zeigen sich heute jedoch andere Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Chronische Erkrankungen, die noch vor einigen Jahrzehnten zur Kindersterblichkeit beigetragen haben, sind heute behandelbar. Ebenso haben bestimmte Krankheiten aufgrund von veränderten Umweltbedingungen und Lebensstilen zugenommen, etwa Allergien, Entwicklungs- oder Essstörungen. Hier wird – im Gegensatz zu den klassischen akuten Kinderkrankheiten – vielfach von „neuer Morbidität“ gesprochen. Der vorliegende Kindergesundheitsbericht stellt Eckdaten zu Gesundheit und Krankheit, zu Risiken und Chancen für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Bayern zusammen. Dabei kann Vieles nur gestreift werden, manches muss unberücksichtigt bleiben.

Bei den meisten Erkrankungen – das zeigen nachdrücklich die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des Robert Koch-Instituts – besteht eine starke Abhängigkeit von der sozialen Lage: Erkrankungen treten bei Kindern mit sozialer Benachteiligung häufiger oder ausgeprägter auf. Wenn Gesundheit das Ergebnis eines Gleichgewichts zwischen Risiken und Schutzfaktoren ist und diese jeweils sozial determiniert sind, ergeben sich hieraus Präventionsansätze, die das Thema Kindergesundheit in den Kontext unseres gesellschaftlichen Miteinanders einbetten. Notwendig sind Maßnahmen, die nicht nur an den individuellen Risiken ansetzen, sondern die Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder strukturell fördern, ihren Lebensalltag gesundheitsförderlicher machen.

DEFINITION DER SOZIALEN BENACHTEILIGUNG VON KINDERN¹

Ein Kind ist sozial benachteiligt, wenn seine seelischen und körperlichen Grundbedürfnisse wegen ungünstiger äußerer Lebensbedingungen nicht oder nur unzureichend befriedigt und dadurch Gesundheit und Entwicklung beeinträchtigt werden.

Damit soll ausgedrückt werden: Soziale Benachteiligung ist mehr als nur ein niedriger sozioökonomischer Status (also geringes Einkommen und geringe Bildung). Sie ist vor allem die Folge von Mängeln der primären Sozialisation und der Interaktion des Kindes mit seinen Bezugspersonen. Soziale Benachteiligung ist deshalb kein schichtspezifisches und kein primär materiell bedingtes Phänomen. Allerdings nimmt das Risiko so verstandener sozialer Benachteiligung erfahrungsgemäß mit dem Grad sozioökonomischer und psychosozialer Stressbelastung zu.

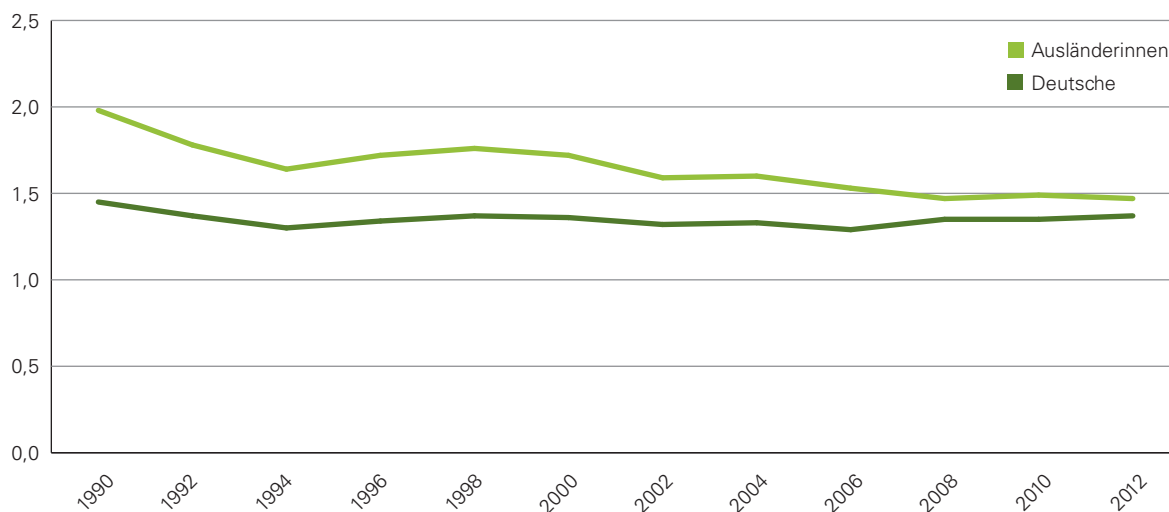
Die Geburtenentwicklung

2013 kamen in Bayern 109.562 Kinder lebend zur Welt. Davon waren 55.913 Jungen (51 %), 53.649 Mädchen (49 %). Damit liegt die Geburtenrate in Bayern mit 8,7 Lebendgeborenen je 1.000 Einwohner etwas über dem Bundesdurchschnitt (8,5 je 1.000 Einwohner).

Die Zahl der Geburten ist abhängig von der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter. Aus den Geburten und der Zahl der Frauen je Altersgruppe lässt sich berechnen, wie viele Kinder pro Frau geboren werden (sogenannte „zusammengefasste Geburtenziffer“²). Um die

Bevölkerungszahl ohne Zuwanderung stabil zu halten, müssen im statistischen Durchschnitt 2,1 Kinder je Frau geboren werden. Diese Zahl wird in Deutschland schon lange deutlich unterschritten, der Wert für Bayern lag im Jahr 2012 bei 1,4 Geburten je Frau. Bei den ausländischen Frauen scheint die zusammengefasste Geburtenziffer in den letzten Jahren sogar noch stärker rückläufig gewesen zu sein als bei den deutschen Frauen, jedoch ist dies teilweise auch auf einen statistischen Effekt durch die Überschätzung der Zahl der ausländischen Frauen vor dem Zensus 2011 zurückzuführen.

Zusammengefasste Geburtenziffern in Bayern 15–49-jährige Frauen



Datenquelle: LfStat, Geburtsjahrmethode; Bevölkerungsfortschreibung Volkszählung 1987

¹ In Anlehnung an Schlack HG: Die neuen Kinderkrankheiten. Einflüsse der Lebenswelten auf Gesundheit und Entwicklung. Frühe Kindheit 06/2004: 18–21.

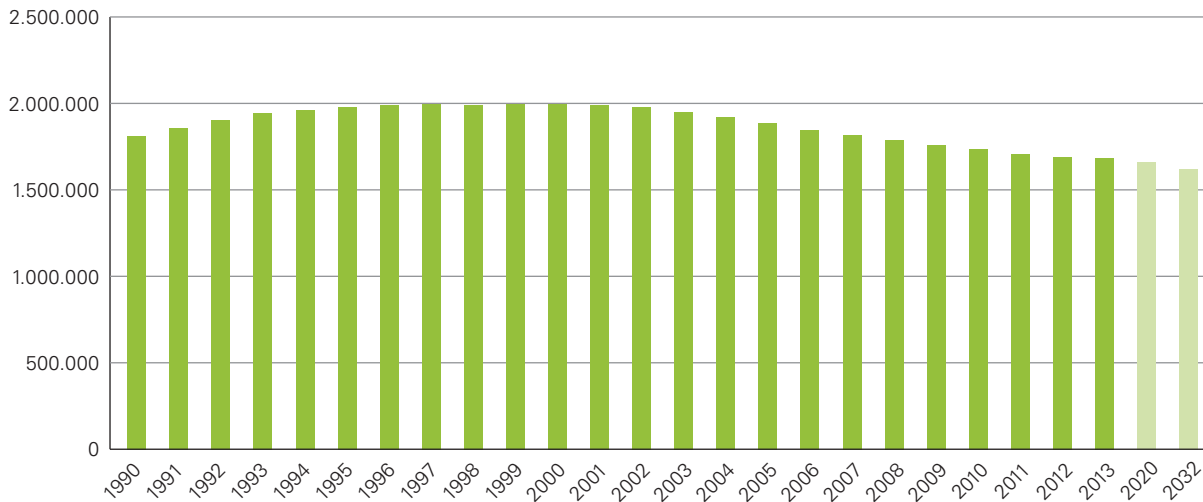
² Die zusammengefasste Geburtenziffer wird berechnet als Summe der altersspezifischen Fertilitätsraten der 15- bis 49-jährigen Frauen. Diese setzen die Kinderzahl der Mütter des jeweiligen Altersjahres in Beziehung zur durchschnittlichen weiblichen Bevölkerung der entsprechenden Altersjahre.

Kinder und Jugendliche in Bayern

Der Geburtenentwicklung folgt mit Verzögerung auch die Zahl der Kinder insgesamt. Seit 1990, dem Jahr mit den meisten Kindern, hat die Zahl der Kinder in Bayern um ca. 15 % abgenommen und wird auch noch etwas weiter zurückgehen. 2013 gab es

1.685.000 Kinder unter 15 Jahren, im Jahr 2032 werden es voraussichtlich noch 1.624.900 sein. Der Jugendquotient³ wird von 30,7 auf 30,4 zurückgehen, das Durchschnittsalter der Bevölkerung wird von 43,3 Jahren in 2012 auf 46,5 Jahre in 2032 steigen.

Anzahl der Kinder unter 15 Jahren in Bayern



Datenquelle: LfStat

Die Regionen sind von dieser Entwicklung unterschiedlich stark betroffen: Oberbayern weist in der Vorausberechnung als einziger Regierungsbezirk künftig eine Zunahme in der Zahl der Kinder auf.

Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung 2012–2032: Kinder unter 15 Jahren

	2012	2020	2032	Änderungsrate 2012–2032
Oberbayern	613.000	643.300	654.400	+ 6,8 %
Niederbayern	160.600	149.300	143.000	- 10,9 %
Oberpfalz	143.100	133.300	126.200	- 11,8 %
Oberfranken	133.400	120.800	111.100	- 16,7 %
Mittelfranken	224.600	224.100	216.700	- 3,5 %
Unterfranken	168.300	153.500	142.400	- 15,4 %
Schwaben	250.000	238.000	231.100	- 7,5 %
Bayern	1.693.400	1.662.400	1.624.900	- 4,0 %

Datenquelle: LfStat; Daten gerundet; Änderungsrate: PMV

Oberfranken liegt mit dem Anteil der Kinder an der Gesamtbevölkerung etwas unter dem Durchschnitt Bayerns. Den höchsten Anteil junger Menschen hat Oberbayern.

³ Der Jugendquotient wird in Statistiken unterschiedlich ausgewiesen: Er beschreibt hier die Anzahl der Unter-20-Jährigen bezogen auf 100 Personen der Altersgruppe 20 bis 65 Jahre.

Anteil der Kinder unter 15 Jahren an der Gesamtbevölkerung (2013)

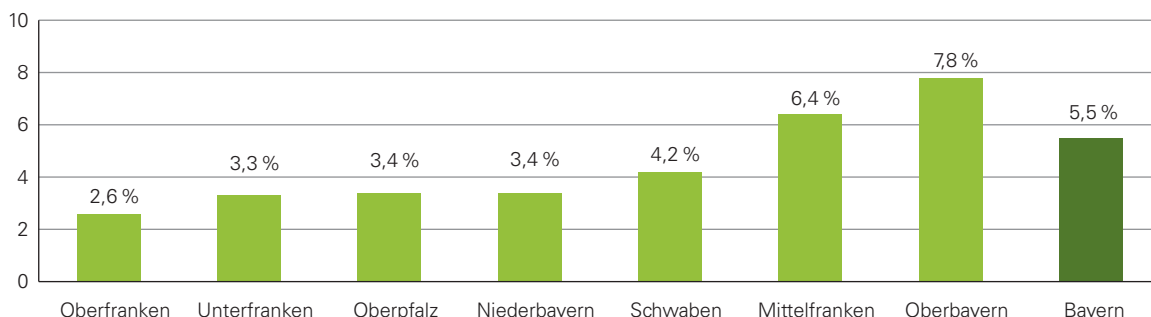
Oberbayern	13,8 %
Niederbayern	13,4 %
Oberpfalz	13,1 %
Oberfranken	12,4 %
Mittelfranken	13,1 %
Unterfranken	12,8 %
Schwaben	13,7 %
Bayern	13,4 %
Deutschland	13,1 %

Quelle: LfStat; Berechnungen: LGL; PMV

Im Jahr 2013 gab es in Bayern etwa 92.000 ausländische Kinder, das entspricht ca. 5,5 % der Kinder insgesamt. Etwa die Hälfte davon stammt aus EU-Ländern.



Anteil ausländischer Kinder an allen Kindern (unter 15 Jahren) Bayern 2013



Datenquelle: LfStat; Berechnungen: LGL

Deutlich höher ist der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund. Für die Schulanfänger liegen dazu Daten aus dem Bildungsbericht Bayern 2012⁴ vor. Demnach hatten im Schuljahr 2010/2011 etwa 16 % der Schulanfänger in Bayern einen Migrationshintergrund, mit deutlich regionaler Varianz: In Augsburg und Nürnberg waren es ca. 45 %, in München fast 40 %, im Landkreis Rhön-Grabfeld dagegen nur 2,1 %, im Landkreis Freyung-Grafenau 1,8 %. Die industriellen Zentren prägen auch den Anteil der Schulanfänger mit Migrationshintergrund in den Regierungsbezirken.

MIGRATIONSHINTERGRUND IN DEN AMTLICHEN SCHULDATEN

In den amtlichen Schuldaten wird für Schulanfänger ein Migrationshintergrund ausgewiesen, wenn eines der folgenden drei Merkmale vorliegt: keine deutsche Staatsangehörigkeit, im Ausland geboren oder überwiegend kein deutscher Sprachgebrauch in der Familie (Bildungsbericht Bayern 2012).

⁴ Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung München. Bildungsbericht Bayern 2012, München 2012.

In den Schuleingangsuntersuchungen wird der Migrationshintergrund anhand der Muttersprache der Eltern bestimmt. Nach dieser Definition hat sogar etwa ein Viertel der Einschulungskinder einen Migrationshintergrund.

Der Migrationshintergrund ist ein wichtiges Differenzierungsmerkmal bei der gesundheitlichen Situation der Kinder. Beispielsweise zeigen die Schuleingangsuntersuchungen regelmäßig, dass Kinder mit Migrationshintergrund häufiger adipös sind und mehr Sprachentwicklungsstörungen haben.⁵ Allerdings fallen solche Unterschiede oft nur noch gering aus, wenn statistisch die soziale Lage berücksichtigt wird, d. h. hinter solchen Unterschieden dann eigentlich soziale Faktoren stehen.

Familienstruktur und Betreuungssituation in der Kindheit

Die Familie, das kulturelle Umfeld und die soziale Lage stellen wesentliche Einflussfaktoren für die Sozialisation und das psychisch wie körperlich gesunde Aufwachsen der Kinder und Jugendlichen dar. Nach Angaben des Mikrozensus gab es 2013 in Bayern 6,1 Millionen Privathaushalte mit einer durchschnittlichen Haushaltsgröße von 2,06 Personen. Bei den ca. 1,9 Millionen Familien lag die Haushaltsgröße bei durchschnittlich 3,44 Personen. Dabei leben⁶

- ▶ 50 % der Familien mit einem Kind,
- ▶ 38 % mit zwei Kindern und
- ▶ 12 % mit drei und mehr Kindern.

2013 gab es in Bayern dem Mikrozensus zufolge 223.000 Alleinerziehende mit Kindern unter 18 Jahren. Die Alleinerziehenden und ihre Kinder stellen damit in Bayern gut 17 % aller Familien dar (in Deutschland: 20 %). Fast 20.000 Kinder in Bayern waren 2013 neu von Scheidungen ihrer Eltern betroffen.

Eltern müssen die Wahlfreiheit haben, wie ihre Kinder betreut werden sollen. Öffentliche Kinderbetreuungsangebote dienen dabei sowohl der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei den Eltern als auch zur Förderung der sozialen, kognitiven und motorischen Entwicklung der Kinder. Dafür sind natürlich ausreichend Betreuungsplätze, geeignete pädagogische Konzepte und qualifiziertes Personal notwendig.

⁵ LGL: Gesundheit und Migration. Bayerischer Bericht. Erlangen 2011.

⁶ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass keine Altersangaben vorliegen und somit auch noch zu Hause lebende junge Erwachsene erfasst werden.

⁷ Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Kindertagesbetreuung regional 2014. Wiesbaden 2015.

Am 1.3.2014 wurden in Bayern 27,1 % der Unter-3-Jährigen in einer Kindertageseinrichtung betreut. Die Betreuungsquote steigt kontinuierlich an, 2006 lag sie noch bei 8,2 %. In Nordbayern liegt die Betreuungsquote dabei deutlich höher als in Südbayern – wobei der Ballungsraum München mit 32,5 % eine Ausnahme darstellt. In Deutschland lag die Betreuungsquote 2013 bei 32,3 %.⁷ Kinder mit Migrationshintergrund, die von einer Betreuung in Kindertageseinrichtungen besonders profitieren würden, weisen niedrigere Betreuungsquoten auf.

Bei den 3- bis 6-Jährigen werden mehr als 90 % in einer Kindertagesstätte betreut. Auch hier liegt der Anteil in Nordbayern höher als im Süden des Landes. Legt man die Daten der Schuleingangsuntersuchung zugrunde, hat bis zur Einschulung fast jedes Kind eine Kindertageseinrichtung besucht, die meisten etwa drei Jahre lang.

Das **Staatsinstitut für Frühpädagogik (IFP)** in München befasst sich mit Fragen der Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern in Tageseinrichtungen – Fragen, die auch gesundheitliche Aspekte berühren. Einen Forschungsschwerpunkt bildet die Qualität von Kindertagesbetreuung, u. a. in den „Krippenstudien“ des IFP und im Modellversuch „Pädagogische Qualitätsbegleitung in Kindertageseinrichtungen in Bayern“ (www.ifp.bayern.de).

Schul- und Ausbildung

Auch in Bayern sinken infolge des demografischen Wandels die Schülerzahlen. Zum Schuljahr 2000/2001 gab es noch 133.687 Schulanfänger in Bayern, zum Schuljahr 2013/2014 waren es noch 107.328, also 20 % weniger.

Schul- und Ausbildungsabschlüsse bestimmen in hohem Maße über die künftigen Lebenswege der Kinder und ihre gesellschaftlichen Chancen. Bildung ist ein bestimmendes Merkmal der sozialen Lage und ein zentraler Einflussfaktor auf die Gesundheit. Im langfristigen Trend steigt der Anteil derer mit mittlerem Abschluss und Hochschulreife, wobei ausländische Jugendliche diese Abschlüsse seltener erreichen.

Besondere Herausforderungen stellt die Inklusion von Kindern mit unterschiedlichen Begabungen und auch Behinderungen in allgemeinbildenden Schulen dar. Im Schuljahr 2012/2013 konnten 40 % der Viertklässler mit ausgewiesenem Förderbedarf in die Grundschule statt in eine Förderschule gehen.

Integrativ beschulte Kinder in Bayern im 10-Jahresvergleich (Anteil der Kinder mit Förderbedarf, die eine Grundschule anstelle einer Förderschule besuchen)

Förderbedarf	2002/2003	2012/2013
Sehen	2 %	20 %
Hören	2 %	37 %
Körperliche und motorische Entwicklung	1 %	21 %
Emotionale und soziale Entwicklung	11 %	56 %
Lernen	5 %	42 %
Sprache	6 %	38 %
Geistige Entwicklung	1 %	8 %

Datenquelle: Bayerische Bildungsberichterstattung, Aktuelles 2013

Soziale Lage

Bayern ist ein wohlhabendes Land. Die Arbeitslosenquote lag in Bayern im November 2014 bei 3,4 % (bundesweit: 6,3 %), bei den Unter-20-Jährigen lag sie bei 1,7 %. In Bayern besteht statistisch gesehen Vollbeschäftigung. Das verfügbare Einkommen pro Kopf lag in Bayern 2012 mit ca. 22.800 Euro 11 % über dem Bundesdurchschnitt, der höchste Wert im Ländervergleich. Dem entspricht, dass nach den Daten des aktuellen Armutsberichts des Paritätischen Wohlfahrtsverbands Bayern die niedrigste Armutsquote unter den Ländern hat. Sie beträgt 2013 in Bayern 11,3 %, im bundesdeutschen Durchschnitt 15,5 %.⁸

Die soziale Lage ist der wichtigste Einflussfaktor auf die Gesundheit. Dies gilt bereits im Kindesalter, wie zahlreiche Studien immer wieder belegen. Dabei spielen, wie Studien zeigen, in reichen Ländern Ungleichheiten der sozialen Lage eine wichtigere Rolle als absolute Einkommensarmut.⁹ Auf solche Ungleichheiten heben die in der Armutsforschung häufig verwendeten Armutsgefährdungsquoten ab – sie weisen den Anteil der Bevölkerung aus, dem weniger als 60 %

des Durchschnittseinkommens zur Verfügung steht. Dem bayerischen Sozialbericht 2013¹⁰ zufolge ist in Bayern jeder Siebte unter 18 Jahren in diesem Sinne armutsgefährdet. Bei den Familien wiesen Alleinerziehende die mit Abstand höchste Armutsgefährdung auf (etwa zwei Fünftel sind hier betroffen), gefolgt von kinderreichen Haushalten.

Umwelt

Umweltbedingte Gesundheitsrisiken für Kinder bestehen vor allem im Bereich des Wohnens und der lebensweltnahen Verkehrssituation (z. B. durch Feinstaub, Schimmel, Lärm), durch Lebensmittel (z. B. belastete Muttermilch, Antibiotikarückstände und Pestizide, Konservierungsstoffe), Spielzeug (Blei, Cadmium, Chrom in Farben), durch Bodenbelastungen (z. B. schadstoffbelastete Spielplätze), UV-Bestrahlung (z. B. unzureichendem Sonnenschutz) und nicht zuletzt auch durch das Rauchen der Eltern in Gegenwart der Kinder. Aus den Daten der KiGGS-Studie ergibt sich dazu folgendes Bild:

- ▶ Gegenüber früheren Untersuchungen geht die Belastung mit einigen Chemikalien, z. B. Blei und Quecksilber, zurück.
- ▶ 10 % der Kinder waren gegenüber mindestens einem der untersuchten Schimmelpilze, die vor allem in Innenräumen vorkommen, sensibilisiert.
- ▶ Im Hörtest wiesen ca. 13 % der Kinder bei wenigstens einer Testfrequenz einen Hörverlust von mehr als 20 dB und 2,4 % von mehr als 30 dB auf. Rund ein Drittel der 11- bis 14-Jährigen gibt an, vorübergehend unter Ohrgeräuschen zu leiden. Freizeitlärm ist eine mögliche Ursache für solche Einschränkungen des Hörvermögens.

Auch in der Umweltbelastung spiegelt sich soziale Ungleichheit wider, z. B. wohnen einkommensschwächere Familien häufiger an verkehrsreicheren Straßen, müssen mit kleineren Wohnungen auskommen und Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind häufiger Passivrauch ausgesetzt. Allerdings ging der Anteil der Kinder, die zu Hause oder im Auto der Eltern Passivrauch ausgesetzt sind, in den letzten Jahren insgesamt zurück.

Daten der bayerischen Gesundheits-Monitoring-Einheiten lassen erkennen, dass die Familien mit ihrer Wohnsituation zwar überwiegend zufrieden sind und

⁸ DPWV: Die zerklüftete Republik. Bericht zur regionalen Armutsentwicklung in Deutschland 2014. Berlin 2015.

⁹ Wilkinson R., Pickett K.: The Spirit Level. Why Greater Equality Makes Societies stronger. London 2011.

¹⁰ Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration. Sozialbericht 2013. München 2014: 52ff.

nur ca. 4 % sich stärker durch Lärm oder andere Umweltbelastungen im Wohnumfeld beeinträchtigt fühlen,¹¹ dass aber

- ▶ fast 10 % der Kinder in der Nähe der Wohnung draußen keinen Platz zum Spielen haben,
- ▶ bei einem Viertel der Kinder der starke Straßenverkehr in der Wohngegend es nach Einschätzung der Eltern nicht zulässt, dass das Kind allein zum Spielen nach draußen geht,
- ▶ die Eltern der betroffenen Kinder deren Gesundheit etwa doppelt so häufig als mittelmäßig bis sehr schlecht einschätzen und
- ▶ Kinder, bei denen die Eltern über eine mittelmäßige bis äußerst starke Lärmbelastung durch Straßenverkehr tagsüber berichten, häufiger Einschlafstörungen haben.

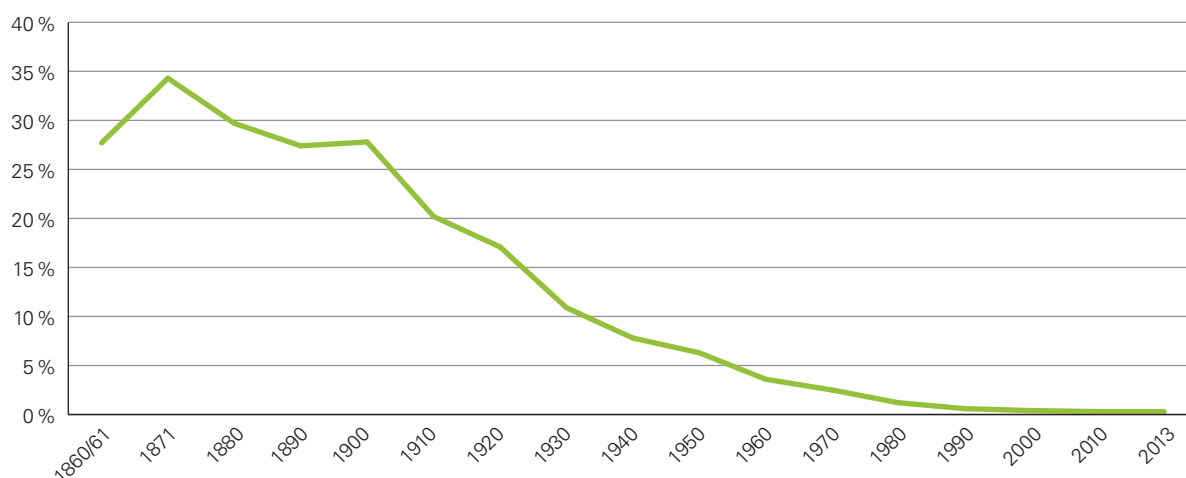
1.2 GESUNDHEITLICHE LAGE DER KINDER IN BAYERN

Säuglings- und Kindersterblichkeit

Die Lebenserwartung ist ein zentraler Indikator zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, in dem sich vielfältige Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Menschen verdichten – von der genetischen Disposition über die Lebens- und Arbeitsbedingungen, das Gesundheitsverhalten bis hin zur Qualität der gesundheitlichen Versorgung. In den letzten 100 Jahren hat sich die Lebenserwartung in Bayern verdoppelt. Nach der aktuellen Sterbetafel 2009/2011 haben Jungen in Bayern heute eine Lebenserwartung von 78,3 Jahren (Deutschland: 77,7 Jahre), Mädchen eine Lebenserwartung von 83,1 Jahren (Deutschland: 82,7 Jahre). Darin spiegelt sich die oben dargestellte gute soziale Lage Bayerns wider.¹²

Die enorme Zunahme der Lebenserwartung seit Ende des 19. Jahrhunderts beruht vor allem auch auf dem Rückgang der Säuglingssterblichkeit aufgrund besserer Lebensumstände. Ende des 19. Jahrhunderts starb in Bayern jedes 3. Kind im ersten Lebensjahr. 1960 gab es noch 36,3 Säuglingssterbefälle auf 1.000 Lebendgeborene und 2013 waren es 2,74 auf 1.000 Lebendgeborene. Auch die Säuglingssterblichkeit in Bayern liegt damit etwas niedriger als im Bundesdurchschnitt (3,3 pro 1.000 Lebendgeborene).

Säuglingssterblichkeit in Bayern, 1860–2013 (Sterbefälle im 1. Lebensjahr je 100 Lebendgeborene)



Datenquelle: LfStat; Zusammenstellung LGL

¹¹ www.lgl.bayern.de/gesundheit/arbeitsplatz_umwelt/projekte_a_z/gme_kohortenstudie_2005_2009.htm.

¹² LGL: Gesundheitsreport Bayern 2/2014.

1. Kindergesundheit im Überblick

Die regionalen Unterschiede der Säuglingssterblichkeit in Bayern sind aufgrund der vergleichsweise kleinen Fallzahlen sehr stark zufallsgeprägt und selbst auf der Ebene der Regierungsbezirke im mehrjährigen Vergleich nicht stabil.

Männliche Säuglinge weisen eine etwas höhere Sterblichkeit auf als Mädchen (Bayern: 2,9 Sterbefälle je 1.000 Lebendgeborene bei den Jungen, 2,4 Sterbefälle je 1.000 bei den Mädchen). Auffallend ist die deutlich höhere Säuglingssterblichkeit bei ausländischen Familien: Sie liegt mit 6,2 Sterbefällen je 1.000 Lebendgeborenen mehr als doppelt so hoch wie bei den deutschen Kindern.

Von 109.562 lebend geborenen Kindern im Jahr 2013 starben 214 in den ersten vier Wochen und weitere 87 im ersten Lebensjahr. Die häufigsten Todesursa-

chen bei den Säuglingen bestehen in perinatalen Komplikationen, etwa zu kurzer Schwangerschaft, geringem Geburtsgewicht und angeborenen Fehlbildungen. Die dritthäufigste Ursache für Sterbefälle im ersten Lebensjahr ist der „Plötzliche Kindstod“. Der Anteil dieser ohne erkennbare Warnzeichen eintretenden Todesursache ist von rund 13 % im Jahr 2000 kontinuierlich auf etwas über 6 % im Jahr 2013 gefallen.

Eine Analyse der Todesfälle bei den 1- bis unter 15-jährigen Kindern zeigt, dass die Sterberaten auch hier seit Jahren zurückgehen. Zieht man das Jahr 1990 als Vergleich heran, so waren es damals 22 Sterbefälle je 100.000 Kinder, 2013 noch 9 je 100.000 Kinder. Bei Kindern dieser Altersgruppe sind Tumorerkrankungen (24 %) und Verletzungen (22 %) die häufigste Todesursache.

WAS VOR DEM PLÖTZLICHEN KINDSTOD SCHÜTZT

Schlafen in Rückenlage, mit Schlafsäckchen im eigenen Bett im Elternschlafzimmer, geschützt vor Überwärmung und vor allem in rauchfreier Umgebung: Das sind zusammen mit dem Stillen eines Kindes die wichtigsten Faktoren, um dem plötzlichen Kindstod vorzubeugen. Dieses Wissen gibt die Informationskampagne „Sicherer und gesunder Babyschlaf“ weiter, eine gemeinsame Aktion des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), der Stiftung Kindergesundheit e. V. und von Vertretern der bayerischen Kinderärzte, Hebammen und Frauenärzte. Das Faltblatt „Wichtige Tipps zum sicheren und gesunden Babyschlaf“ kann – auch in einigen fremdsprachigen Ausgaben – kostenlos über das Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung im LGL bezogen werden (www.zpg.bayern.de, Stichwort „Bestellungen“).

Fehlbildungen und Behinderungen

Zur Häufigkeit angeborener Fehlbildungen liegen, da es kein Fehlbildungsregister gibt, nur wenige Daten vor. Nach Angaben der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (BAQ) lag der Anteil der Lebendgeborenen mit dokumentierter angeborener Fehlbildung bei 1,3 %.¹³ An erster Stelle stehen hier Anomalien der Knochen und Gelenke.

Die Krankenhausdiagnosestatistik des Jahres 2013 weist für Kinder unter einem Jahr 5.072 Fälle mit einer Diagnose aus der Gruppe „Angeborene Fehlbildungen, Deformationen und Chromosomenanomalien“ auf. Die Zahl der Jungen lag hierbei etwas über der der Mädchen.

2013 wurden nach Angaben der Schwerbehindertenstatistik 4.163 Kinder unter 6 Jahren und 14.593 zwischen 6 und unter 15 Jahren als schwerbehindert eingestuft. Diese Kinder – 1,1 % der Kinder in Bayern bis unter 15 Jahre – haben einen Grad der Behinderung von 50 Prozent und mehr. Häufige Behinderungen bei Kindern sind Funktionseinschränkungen innerer Organe (z. B. Herz oder Lunge), geistige Behinderungen und Sprach-/Sprechstörungen, Taubheit sowie Blindheit und Sehbehinderung.

¹³ BAQ: Geburtshilfe Auswertung 2013.

Entwicklungsrisiken: Ein Check am Schulanfang

Für die gesetzlich krankenversicherten Kinder in Deutschland – analog auch für die privat krankenversicherten Kinder – gibt es ein differenziertes Früherkennungsprogramm, damit Entwicklungsrisiken und Krankheiten rechtzeitig erkannt und behandelt werden können. Die „U-Untersuchungen“ beginnen direkt nach der Geburt mit der U1, der Neugeborenen-Erstuntersuchung, und enden derzeit mit der J1, einer Jugenduntersuchung für 12- bis 14-Jährige.¹⁴ Wie wichtig eine regelmäßige ärztliche Untersuchung ist, zeigen die Schuleingangsuntersuchungen¹⁵, die praktisch alle Kinder vor der Einschulung durchlaufen.

Demnach gab es zum Schuljahr 2010/2011 bei einem erheblichen Anteil der Kinder Hinweise auf Entwicklungsrisiken, etwa bei der Sprachentwicklung oder den visuomotorischen Fähigkeiten, d. h. dem Zusammenspiel von Wahrnehmung und Bewegungsabläufen. Ein Teil der Befunde wird sogar erstmals bei der Schuleingangsuntersuchung festgestellt. Beispielsweise ist bei vielen Kindern zum Untersuchungszeitpunkt eine bestehende Sehschwäche nicht ausreichend korrigiert oder eine sinnvolle logopädische Behandlung noch nicht eingeleitet. Kinder, die an allen U-Untersuchungen teilgenommen haben, weisen deutlich weniger auffällige Befunde auf.

Eckdaten zum Gesundheitszustand von Einschülern, Bayern

	2010/2011	2009/2010
Anzahl erstuntersuchter Kinder	102.254	119.765
Körpergewicht		
stark unter Normalgewicht (< P3)	2,8%	2,9%
unter Normalgewicht (P3–< P10)	5,8%	5,8%
Normalgewicht (P10–P90)	83,0%	83,0%
Übergewicht, nicht adipös (> P90–P97)	5,2%	5,2%
Adipositas (> P97)	3,2%	3,2%
Sehvermögen		
Lang-Test (räumliches Sehen) auffällig	3,1%	3,1%
Visus Ferne-Test auffällig	6,4%	6,4%
Sprachentwicklung		
Lautbildungsstörung	20,5%	20,2%
Wort-/Satzbildungsstörung	9,6%	9,7%
Visuomotorik		
Kreis auffällig gezeichnet	6,0%	6,0%
Quadrat auffällig gezeichnet	6,0%	6,0%
Dreieck auffällig gezeichnet	10,4%	10,5%

Datenquelle: LGL

Dabei sind Sprachentwicklungsstörungen und Einschränkungen der Visuomotorik bei Jungen häufiger als bei Mädchen. Kinder mit Migrationshintergrund weisen vor allem deutlich höhere Adipositasraten auf als Kinder ohne Migrationshintergrund, bei den Sprachentwicklungsstörungen sind sie bei Wort- und Satzbildungsstörungen häufiger auffällig, bei den Lautbildungsstörungen (z. B. Lispeln) dagegen nicht. Auch

bei der Visuomotorik haben Kinder mit Migrationshintergrund nicht mehr Defizite als der Durchschnitt. Die Schuleingangsuntersuchungen zeigen außerdem: Je länger die Kinder eine Kindertageseinrichtung besucht haben, desto seltener sind Sprachentwicklungsstörungen, Einschränkungen der Visuomotorik und desto besser sind die Kinder geimpft.

¹⁴ Über die Befunde aus den U-Untersuchungen in Deutschland liegen derzeit keine zusammenfassenden Ergebnisse vor.

¹⁵ LGL: Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2010/2011. Erlangen 2015.

DIE SCHULEINGANGSUNTERSUCHUNG IN BAYERN

Im Jahr vor der Einschulung lädt das örtliche Gesundheitsamt Eltern mit ihrem Kind zur Schuleingangsuntersuchung ein. Während es bei den Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 beim Kinderarzt vor allem um das Erkennen behandlungsbedürftiger akuter und chronischer Erkrankungen geht, steht bei der Schuleingangsuntersuchung die Frage nach gesundheitlichen oder entwicklungsbezogenen Einschränkungen im Vordergrund, die den Schulstart für das Kind beeinträchtigen könnten. Wird ein entsprechender Bedarf festgestellt, soll bis zum Schulanfang die Gesundheits- und Entwicklungsförderung des Kindes eingeleitet werden. Was die Schuleingangsuntersuchung beinhaltet und wie sie abläuft, darüber informiert das LGL unter www.lgl.bayern.de, Stichwort „Schuleingangsuntersuchung“.

EIN BLICK IN DIE ZUKUNFT: PILOTPROJEKT ZUR VORVERLEGUNG UND ERWEITERUNG DER SCHULEINGANGSUNTERSUCHUNG IN BAYERN

Um zukünftig noch früher und umfassender den Entwicklungsstand des Kindes festzustellen und Fördermaßnahmen einleiten zu können, wird derzeit im Rahmen eines zeitlich befristeten Pilotprojektes in sechs Gesundheitsämtern ein Konzept für eine Vorverlagerung und Erweiterung der Schuleingangsuntersuchung auf das vorletzte Jahr vor der Einschulung erprobt. Nach der Evaluation wird über eine flächendeckende Umsetzung in Bayern entschieden.

Subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Wie Kinder und Jugendliche ihre Gesundheit selbst einschätzen bzw. wie Eltern die Gesundheit ihrer Kinder bewerten, ist ein wichtiger Hinweis auf die gesundheitliche Lebensqualität der Kinder. Erwartungsgemäß fällt die subjektive Einschätzung der Gesundheit der Kinder überwiegend sehr positiv aus, trotz der erwähnten gesundheitlichen Probleme, mit denen viele Kinder zurechtkommen müssen. Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts (KiGGS) wurden für die 7- bis 10-jährigen Kinder stellvertretend die Eltern befragt: 94 % der Eltern bewerteten die Lebensqualität der Kinder

als sehr gut oder gut. Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren beurteilten zu 96 % ihre eigene Lebensqualität als gut bis sehr gut.¹⁶

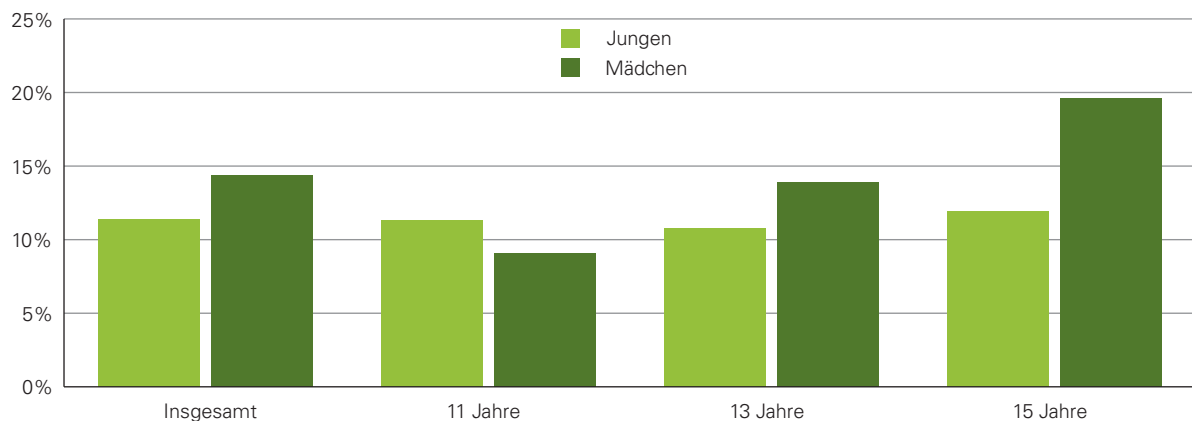
Die internationale HBSC-Studie, in der Schüler auch aus Deutschland im Alter von 11 bis 15 Jahren regelmäßig zu Gesundheitsthemen befragt werden, zeigt, dass im Altersverlauf bei den Mädchen der Anteil mit einem „schlechteren“ Gesundheitszustand zunimmt, wohingegen er bei Jungen konstant bleibt. Der Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als „einigermaßen“ und „schlecht“ bewerteten, steigt dabei mit abnehmendem Wohlstand.¹⁷

¹⁶ Ellert U. et al. KiGGS Study Group: Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle1) Bundesgesundheitsbl 2014, 57: 798–806.

¹⁷ HBSC Team Deutschland: Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School-aged Children 2009/2010. Subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. <http://hbsc-germany.de>.

Subjektiver Gesundheitszustand, Deutschland 2011

Anteil derjenigen mit „schlechterem“ Gesundheitszustand



Datenquelle: HBSC-Studie 2011

1.3 VERSORGUNG UND INANSPRUCHNAHME DES GESUNDHEITSSYSTEMS

Ambulante Versorgung

Kinder und Jugendliche werden im ambulanten Bereich in erster Linie von Kinderärzten, Hausärzten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiatern sowie einer Reihe anderer Berufsgruppen, z. B. Hebammen, Fachkräften der Kinderkrankenpflege, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten betreut. Hier kann das Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche nur in Ausschnitten dargestellt werden.

Das Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns weist zum 30.1.2015 insgesamt 1.091 Kinderärzte aus, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Das sind etwa 20 % mehr als im Jahr 2000 und bezogen auf die Zahl der Unter-18-Jährigen in etwa genau so viele wie im Bundesdurchschnitt. Die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung wird von 158 Fachärzten getragen, das sind zwar fast dreimal so viele wie im Jahr 2000, dennoch ist hier nach wie vor der Bedarf nicht überall in Bayern gedeckt. Für die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Bayern standen 779 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Verfügung, wobei auch ein Teil der Psychologischen Psychotherapeuten, die überwiegend Erwachsene behandeln, an der Versorgung von Kindern und Jugendlichen teilnehmen. Die Zahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nimmt ebenfalls zu, auch hier kommt es dennoch – in

Bayern wie in den anderen Ländern – oft zu langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz. Dabei variieren die Wartezeiten zwischen den Ländern und innerhalb der Länder erheblich.¹⁸ Auch das Verhältnis von Arztzahlen und Kindern weist regional erhebliche Unterschiede auf.

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege unterstützt in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns die Niederlassung einiger Arztgruppen vor allem im ländlichen Raum. Mehr Informationen dazu gibt es bei der **Bayerischen Gesundheitsagentur** im LGL: http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/bayerische_gesundheitsagentur/

Nach Auskunft des Verbands der Bayerischen Bezirke Anfang 2015 gibt es 32 Institutsambulanzen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, davon 12 in Oberbayern. Sie stellen ein ambulantes, krankenhaushnahes Angebot (angesiedelt an einem Fachkrankenhaus) für Kinder mit schweren psychischen Erkrankungen dar, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung grundsätzlich auf eine Krankenhausbehandlung angewiesen wären. Das multiprofessionelle Team soll nach Möglichkeit stationäre Aufenthalte verhindern bzw. diese abkürzen.¹⁹

¹⁸ BPTK: BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BTK. Berlin 2011.

¹⁹ Spengler A.: Psychiatrische Institutsambulanzen. Dtsch Ärztebl 2012, 109 (40): A1981–1983.

Regionale Versorgungsunterschiede: Arztgruppen mit besonderer Bedeutung für die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen, je 100.000 Ew. unter 18 Jahren, Bayern

	Oberbayern	Niederbayern	Oberpfalz	Oberfranken	Mittelfranken	Unterfranken	Schwaben	Bayern
Kinderärzte	54,7	46,9	43,6	53,6	57,8	45,6	54,7	52,4
Kinder-/Jugendpsychiater	6,9	6,0	6,8	5,5	6,9	14,9	7,4	7,6
Kinder-/Jugendpsychotherapeuten	50,3	21,7	26,6	29,2	37,5	30,3	33,4	37,4

Datenquellen: Bevölkerung 31.12.2013: LfStat; Arztgruppen: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Versorgungsatlas, Daten zum Stichtag 30. Januar 2015. Berechnungen: LGL

PAEDNETZ BAYERN

Im PaedNetz Bayern, dem größten Praxisnetz-Verbund des Freistaats, haben sich 12 eigenständige, regionale Arztnetze zusammengeschlossen. Der Verbund setzt sich mit Konzepten und Initiativen rund um Vorsorge, Diagnostik und Behandlung für eine qualitativ hochwertige Versorgung von Kindern und Jugendlichen ein; sein Leitbild lautet „Vor Ort und landesweit – Kinder und Jugendliche gut versorgt“. Inzwischen sind im PaedNetz mit rund 750 niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten über 80 % der in Bayern praktizierenden Pädiater organisiert.

Für einen gesunden Start ins Leben sorgen „rund um die Geburt“ in Bayern ca. 3.500 **Hebammen**, darunter sind etwas mehr als 2.800 ambulant tätige Hebammen.²⁰ Ihre Tätigkeit erstreckt sich von der Geburtsvorbereitung über die Geburtshilfe bis zur Nachsorge. Darüber hinaus sind Hebammen mit einer Zusatzqualifikation bis zu einem Jahr nach Geburt (in Einzelfällen auch länger) im Bereich der „Frühen Hilfen“ (www.fruehehilfen.de) tätig. Bei den „Frühen Hilfen“ geht es um die Unterstützung von Familien in belastenden Lebenssituationen, z. B. bei Kindern mit einer Behinderung oder minderjährigen Müttern. Die regionale Verteilung der Hebammen in Bayern ist sehr unterschiedlich.

Die Zahl der an Krankenhäusern tätigen Hebammen hat sich in den letzten Jahren wenig verändert, während die Zahl der ambulant tätigen Hebammen gestiegen ist. Dies gilt zwar für alle Regierungsbezirke, aber bei deutlich unterschiedlichem Versorgungsgrad.

Ambulant tätige Hebammen in Bayern, 31.12.2013

	Zahl	je 100.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren
Oberbayern	1.139	133,4
Niederbayern	222	104,9
Oberpfalz	182	91,9
Oberfranken	172	91,9
Mittelfranken	372	117,1
Unterfranken	381	162,8
Schwaben	381	116,8
Bayern	2.849	122,3

Datenquelle: LGL

Neben der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung ist auch der Zugang zu komplementären therapeutischen Angeboten, z. B. der **Logopädie (Sprachtherapie)** und der **Ergotherapie**, von großer Bedeutung für die gesunde Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Nach Angaben des Heilmittelberichts 2014²¹ gab es in Bayern 2013 16,2 Sprachtherapeuten je 100.000 Einwohner (Bundesdurchschnitt 15,8) und 14,5 Ergotherapeuten je 100.000 Einwohner (Bundesdurchschnitt 14,1).

²⁰ LGL: Bayerischer Gesundheitsindikatorensetz. www.lgl.bayern.de.

Vor allem Kinder im Alter zwischen fünf und neun Jahren erhalten zu einem hohen Anteil **Sprachtherapien**. Zwei Drittel aller sprachtherapeutischen Leistungen zu Lasten der AOK entfielen laut Heilmittelbericht 2014 auf Kinder unter 15 Jahren, davon waren rund 60 % Jungen. In Bayern waren den Daten der AOK zufolge schätzungsweise 13.680 Jungen und 8.877 Mädchen im Alter von sechs Jahren in sprachtherapeutischer Behandlung.²²

Knapp 40 % der Patienten, die **Ergotherapie** erhielten, waren Kinder bis zum Alter von 14 Jahren, 70 % davon Jungen. Der Verordnungsgipfel liegt hier bei den 5- bis 9-Jährigen: 105 Jungen und 45 Mädchen je 1.000 der Altersgruppe erhalten eine Therapie. Bezogen auf Bayern bedeutet dies, dass schätzungsweise rund 29.400 Jungen und knapp 12.000 Mädchen dieser Altersgruppe ergotherapeutisch behandelt werden. Bei den Therapien stehen nicht mehr wie früher Behandlungen aufgrund von Behinderungen im Vordergrund, sondern sie zielen mehrheitlich darauf ab, die Motorik, Koordination, Körperwahrnehmung bis hin zur Kommunikation zu verbessern. Ergotherapie wird deshalb z. B. häufig auch bei Verhaltensauffälligkeiten wie ADHS verordnet.

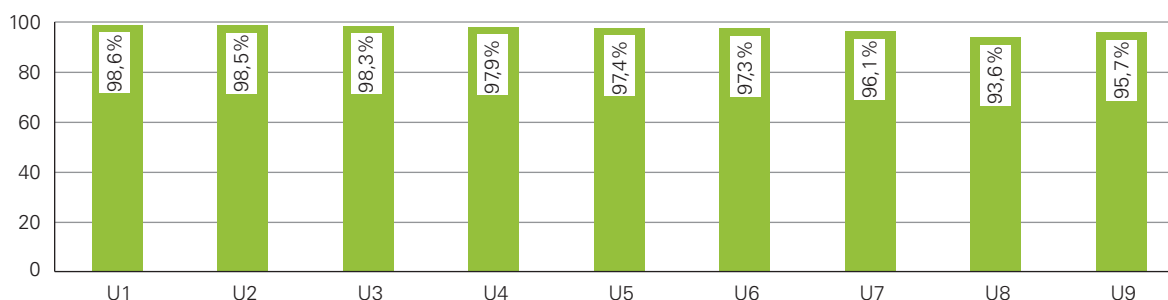
Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen

Ein wichtiger Baustein der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind die Früherkennungsuntersuchungen. Sie zielen darauf ab, gesundheitliche Beeinträchtigungen rechtzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zur Therapie oder Förderung im Sinne einer sekundären Prävention einzuleiten. Die sogenannten U-Untersuchungen für Säuglinge und Kinder (U1–U9) sowie die 1998 eingeführte Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) für 12- bis 14-Jährige gehören zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Überprüft werden der allgemeine Gesundheitszustand sowie die altersgemäße körperliche und geistige Entwicklung.

Die Teilnahme ist laut Artikel 14 Absatz 1 Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz (GDVG) in Bayern seit dem 16.5.2008 für alle Kinder verpflichtend. Nimmt ein Kind weder an der U9 noch an einer schulärztlichen Untersuchung teil, ist das Gesundheitsamt verpflichtet, das Jugendamt zu informieren, damit dieses überprüfen kann, ob das Kindeswohl gefährdet ist.

Bei der Schuleingangsuntersuchung wird auch die Teilnahme an den U-Untersuchungen überprüft. Die Teilnahmeraten liegen in Bayern über alle Untersuchungen hinweg durchgängig über 90 % und auch höher als die bundesweiten Vergleichsdaten aus der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts.

Teilnahmeraten an den U-Untersuchungen, Bayern, Schuljahr 2010/11



Datenquelle: LGL; U1–U8: Kinder mit vorlegtem Vorsorgeheft (n=98.824); U9: Kinder mit vorgelegten U-Unterlagen (n=100.321)

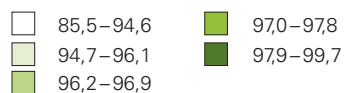
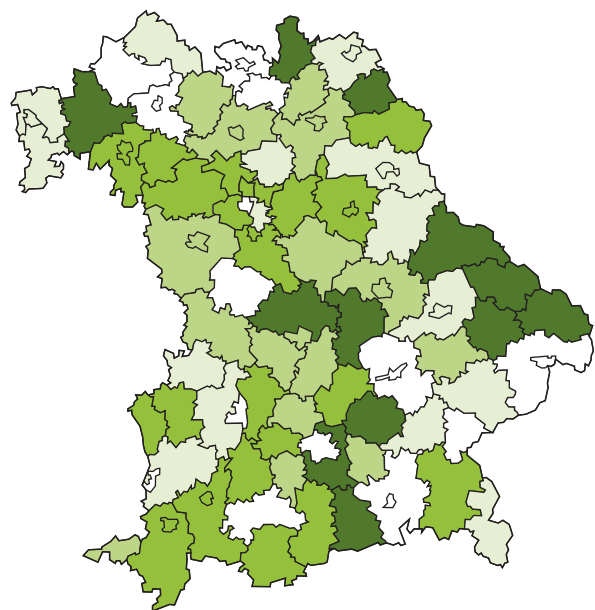
²¹ Waltersbacher A.: Heilmittelbericht 2014: Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie. Wissenschaftliches Institut der AOK. Berlin 2014.

²² Ermittelt aus den Prozentangaben des Heilmittelberichtes 2014. Danach waren 24,6 % der sechsjährigen Jungen und 16,7 % der Mädchen in sprachtherapeutischer Behandlung.



Die U1 und U2 erfolgen meist noch während des stationären Aufenthaltes unmittelbar nach der Geburt, so dass hier hohe Raten zu erwarten sind. Mit zunehmendem Alter der Kinder gehen diese etwas zurück. Gemessen an den Ergebnissen der bundesweiten KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts scheinen die Teilnehmeraten in Bayern auch im Bundesvergleich recht gut zu sein. Erwartungsgemäß gibt es auch innerhalb Bayerns wieder regionale Unterschiede bei den Teilnehmeraten, die jedoch nicht dem bekannten Nord-Südgefälle folgen, das sich bei vielen gesundheitlichen Merkmalen in Bayern beobachten lässt.

Regionale Teilnehmeraten an der U 9, Schuljahr 2010/11

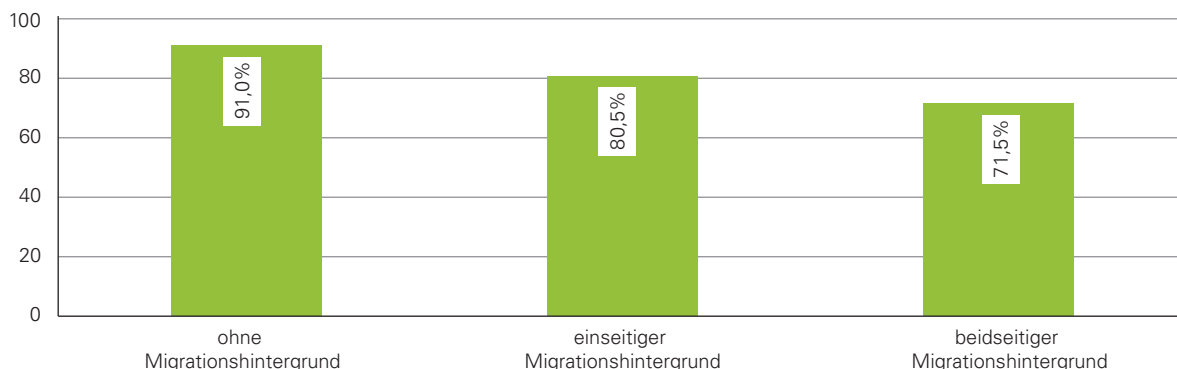


Indikatoren: LGL; Geodaten: © LDBV

Kinder aus Haushalten von Alleinerziehenden, mit sehr jungen oder eher älteren Müttern²³ sowie Kinder mit **Migrationshintergrund** nehmen weniger häufig alle U-Untersuchungen in Anspruch. Dies legt nahe, dass insbesondere einkommensschwache Familien

und Familien mit Migrationshintergrund besonders zu einer Teilnahme motiviert werden sollten, zumal Kinder aus diesen Familien auch gesundheitlich gefährdeter sind.

Teilnahmeraten an allen U-Untersuchungen, Bayern, Schuljahr 2010/11

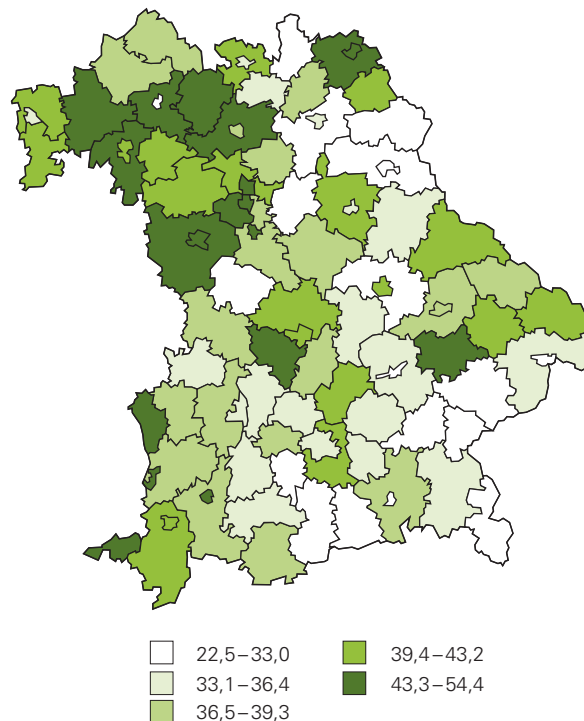


Datenquelle: LGL; gültiges n=95.936; fehlende Angaben: 2.888

Zwischen den **Geschlechtern** gibt es keine relevanten Unterschiede. Im **zeitlichen Trend** steigen die Teilnahmeraten in Bayern, ein Erfolg der in den letzten Jahren ergriffenen Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahmeraten, z. B. der gesetzlichen Aufforderung an die Eltern, die Teilnahme der Kinder sicherzustellen (Artikel 14 Absatz 1 GDVG) oder der Überprüfung der Teilnahme an der U9 im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung.

Bei der **J1-Untersuchung** erfolgt eine körperliche Untersuchung und Erhebung des Gesundheitszustandes. Außerdem werden mögliche Schulleistungsprobleme und gesundheitsriskantes Verhalten erhoben und je nach Risikoprofil den Jugendlichen Beratung angeboten. Die J1 wird deutlich seltener in Anspruch genommen als die U-Untersuchungen. 2010 lagen sie nach Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (<http://versorgungsatlas.de>) deutschlandweit bei 43 %, in Bayern bei 38 %. Innerhalb Bayerns gibt es große regionale Unterschiede – in Unterfranken liegen die Raten wesentlich höher als in Südostbayern – wobei insgesamt nur in wenigen Landkreisen Werte von über 50 % erreicht wurden. Vor allem sind männliche Jugendliche schwer zur Teilnahme zu motivieren – ein Vorsorgeverhalten, das sich im späteren Leben fortsetzt.²⁴

Teilnahmeraten an der J1-Untersuchung, Jahr 2010



Indikatoren: LGL; Geodaten: LDBV

²³ Rattay P., Starker A., Domanska O. et al, KiGGS Study Group: Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Ein Vergleich von Basiserhebung und erster Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl 2014; 57:878–891.

²⁴ StMUG: Gesund in Bayern – Männergesundheit. München 2012.

Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren

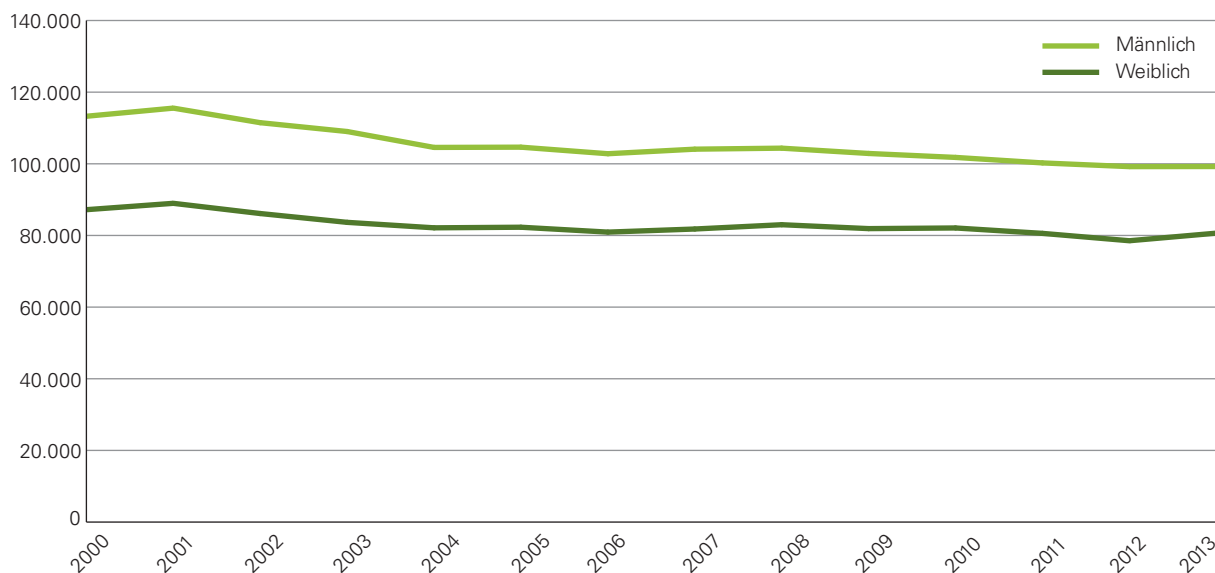
In Bayern gibt es ein flächendeckendes Angebot von mehr als 140 Frühförderstellen.²⁵ Sie bieten familiennahe Beratung zu allen Fragen der Entwicklung des Kindes in Form offener Sprechstunden an und halten medizinisch-therapeutische, heilpädagogische, sozialpädagogische und psychologische Angebote für Kinder und ihre Familien bis zur Einschulung der Kinder bereit. Ein Schwerpunkt der interdisziplinären Arbeit liegt auf den Hilfen für Kinder, die auffällige Entwicklungen zeigen, behindert sind oder von Behinderung bedroht sind. Zu den Aufgaben gehört auch die Beratung der Eltern über Hilfen, die sie zur Bewältigung des Alltags z. B. mit einem behinderten Kind in Anspruch nehmen können. In den Frühförderstellen arbeiten verschiedene Berufsgruppen (Ärzte, Heilpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Psychologen) zusammen. Träger von Frühförderstellen sind üblicherweise Verbände der freien Wohlfahrtspflege, die Finanzierung erfolgt durch die Krankenkassen und Kommunen.

Daneben bestehen in Bayern 17 ebenfalls interdisziplinär arbeitende Sozialpädiatrische Zentren. Diese stellen für Kinder mit (drohender) Behinderung ein ambulantes Versorgungsangebot in Ergänzung zu den niedergelassenen Therapeuten bereit. Das Angebot richtet sich hierbei an Kinder aller Altersgruppen, die aufgrund der Schwere oder Besonderheit ihrer Erkrankung nicht von anderen niedergelassenen Ärzten/Therapeuten oder Frühförderstellen betreut werden können.

Stationäre Versorgung

Im Jahr 2013 gab es in Bayern 179.948 stationäre Behandlungen bei Kindern unter 15 Jahren, gut 56.000 davon bei Kindern im Alter unter einem Jahr. Die absoluten Fallzahlen gehen dabei leicht zurück, dies ist vor allem auf die sinkende Zahl der Kinder zurückzuführen. Die Rate der Krankenhausfälle je 100.000 bei den Kindern steigt seit einigen Jahren geringfügig. Sie lag 2013 in Bayern bei 10.652 je 100.000, in Deutschland bei 11.700 je 100.000.

Krankenhausfälle bei Kindern unter 15 Jahren, Bayern



Datenquelle: Statistisches Bundesamt; ohne ICD-Z-Gruppe

Die häufigsten Diagnosen waren Verletzungen, Erkrankungen des Atmungssystems sowie Störungen, die aus der Perinatalperiode resultieren, also der Zeit von der 22. Schwangerschaftswoche bis 7 Tage nach der Geburt (z. B. Wachstumsstörungen).

Die durchschnittliche Verweildauer lag über alle Diagnosen betrachtet bei ca. 5 Tagen. Allerdings gibt es hier eine große Spannweite je nach Diagnose. Beispielsweise ist die Verweildauer bei kleinen Frühgeborenen oder bei den psychischen Erkrankungen deutlich länger.

²⁵ Zu den Aufgaben und Anschriften siehe www.fruehfoerderung-bayern.de

Stationäre Behandlungen bei Kindern unter 15 Jahren, ICD-Hauptgruppen, Bayern 2013

	Männlich	Weiblich
S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen	18.293	13.235
J00–J99 Atmungssystem	17.787	12.747
P00–P96 Folgen der Perinatalperiode	15.150	13.237
A00–B99 Infektionen	8.882	7.807
K00–K93 Verdauungssystem	6.801	5.381
Q00–Q99 Fehlbildungen	6.038	3.862
R00–R99 Unklass. Symptome/Laborbefunde	5.889	6.114
G00–G99 Krankheiten des Nervensystems	3.239	2.632
F00–F99 Psychische und Verhaltensstörungen	2.836	3.008
N00–N99 Urogenitalsystem	2.692	2.391
M00–M99 Muskel-Skelett-System	2.262	2.336
C00–D48 Neubildungen	2.256	2.048
L00–L99 Krankheiten der Haut	2.018	1.641
E00–E90 Stoffwechselkrankheiten	1.344	1.262
H60–H95 Krankheiten des Ohres	1.210	988
H00–H59 Krankheiten des Auges	904	731
I00–I99 Kreislaufsystem	876	747
D50–D90 Krankheiten des Blutes	765	518
O00–O99 Schwangerschaft, Geburt	0	21

Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Am Beispiel der Mandel- oder Blinddarmentfernung werden auch in Bayern regionale Unterschiede der Operationshäufigkeit erkennbar. Diese sind Ausdruck unterschiedlicher Versorgungsstrukturen sowie des gegebenen ärztlichen Ermessensspielraums. Gleichzeitig sollten sie auch als Auftrag an das ärztliche Qualitätsmanagement verstanden werden, hierzu wird auf die laufende bundesweite und internationale Qualitätsdiskussion in der Versorgungsforschung verwiesen.

Beim Angebot an Krankenhausbetten in Fachabteilungen speziell für Kinder waren nach Daten des Krankenhausplans des Freistaates Bayern zum 1.1.2015 in Bayern 2.758 Betten in der Kinderheilkunde zu verzeichnen, 628 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und 349 in der Kinderchirurgie.

Arzneimittelgebrauch

Auch wenn der Großteil der Kinder und Jugendlichen überwiegend als gesund bezeichnet werden kann, kommen Kinder doch vielfach mit Arzneimitteln in Kontakt. In der KiGGS-Studie²⁶ zeigte sich, dass

- ▶ ca. 50 % aller Kinder (0–17 Jahre) in den letzten sieben Tagen vor der Befragung ein Arzneimittel eingenommen haben. Bei den 0- bis Zweijährigen lag der Anteil sogar bei 74 %. In den jüngeren Altersgruppen spielen Vitaminpräparate und Mineralstoffe wie auch Präparate gegen Erkältungskrankheiten eine große Rolle.
- ▶ Bei Mädchen lag die Prävalenz mit 53 % signifikant höher als bei Jungen (49 %),
- ▶ mit steigendem Sozialstatus nahm der Anteil mit einer Arzneimitteleinnahme zu.

²⁶ Knopf H.: Arzneimittelanwendung bei Kindern und Jugendlichen. Erfassung und erste Ergebnisse beim Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007; 50:863–870.

- ▶ Bei Familien mit Migrationshintergrund lag die Häufigkeit der Arzneimittelanwendung insgesamt mit 42 % niedriger als bei Familien ohne Migrationshintergrund (53 %).
- ▶ Bei 55 % der erfassten Arzneimittel wurde eine Anwendungsdauer von unter einer Woche berichtet.

Rund ein Viertel der Kinder und Jugendlichen nahm in den hier betrachteten letzten sieben Tagen Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung ein. Hier kommt der Beratung der Eltern durch Apotheken, aber auch der Vermittlung von arzneimittel- und gesundheitsbezogenem Wissen in der Schule eine große Bedeutung zu, da auch nicht verschreibungspflichtige Präparate selbst bei bestimmungsgemäßem Gebrauch mit Nebenwirkungen einhergehen können.

Kinder sind keine „kleinen“ Erwachsenen, bei denen nur die Dosierung einer Tablette angepasst werden müsste. Die Arzneitherapie im Kindesalter steht vor besonderen Herausforderungen, zumal für viele schwere Erkrankungen keine Zulassungen für die Anwendung der Arzneimittel im Kindesalter bestehen und sie oftmals off-label, also außerhalb der zugelassenen Indikation, eingesetzt werden müssen.²⁷ Der Arzneimittelgebrauch im Kindesalter ist dabei nicht nur hinsichtlich möglicher unerwünschter Wirkungen zu betrachten, sondern auch unter dem Aspekt, dass bei einer Einnahme von Arzneimitteln bei Bagatell-erkrankungen oder in Situationen, die anderen therapeutischen Verfahren zugänglich sind, ein Verhaltensmuster geprägt wird, das möglicherweise einem späteren Arzneimittelfehlgebrauch Vorschub leistet. In diesem Zusammenhang ist auch kritisch zu sehen, dass die gestiegenen schulischen Anforderungen an die Kinder zu einer Medikalisierung von (Schul-)Problemen führen könnten, z. B. über das sogenannte Neuroenhancement, d. h. die kognitive Stimulierung mittels Arzneimittel und anderer Stoffe.²⁸

Die KiGGS-Daten zeigen weiter, dass ein nicht unbeträchtlicher Anteil (5,6 %) der Kinder und Jugendlichen innerhalb der letzten sieben Tage ein Schmerzmittel eingenommen hatte (siehe hierzu auch den Abschnitt:

Übergang ins Jugendalter). Insbesondere weisen Mädchen ab 14 Jahre eine doppelt so hohe Prävalenz im Vergleich zu Jungen auf, was in erster Linie auf Regelschmerzen als Einnahmegrund zurückgeführt werden kann. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund nehmen zu einem größeren Anteil Schmerzmittel ein als Kinder aus Familien ohne Migrationshintergrund (7,2 % gegenüber 5,3 %). Mehr als die Hälfte der eingenommenen Schmerzmittel wurde nicht vom Arzt verordnet.

Die Einnahme von **Antibiotika** in den letzten sieben Tagen gaben 2,4 % der Befragten an²⁹. Die höchste Prävalenz zeigt sich bei den 3- bis 6-Jährigen. Bei Familien mit Migrationshintergrund werden Antibiotika zu einem höheren Anteil eingesetzt als bei Familien ohne Migrationshintergrund. Mit Zunahme des Sozialstatus geht die Antibiotikaprävalenz zurück. Die erfassten Indikationen lassen zumindest die Vermutung zu, dass die Antibiotika zum Teil bei viralen Erkrankungen, z. B. akute Bronchitis, verordnet wurden. Auch die Ordnungsweise von Antibiotika zeigt deutschlandweit eine hohe Varianz. Einer Auswertung von Daten der Barmer-GEK³⁰ zufolge schwankt die Verordnungshäufigkeit – hier bezogen auf das Jahr 2010 (d. h. mindestens eine Verordnung im Jahr 2010) – bei den Unter-17-Jährigen auf Kreisebene zwischen 19 % und 53 %; bei den Unter-6-Jährigen sogar zwischen 25 % und 75 %. Im Vergleich aller Bundesländer liegt Bayern mit einer Verordnungshäufigkeit von 36,7 % auf Platz sechs und damit hinter Schleswig-Holstein, Bremen, Baden-Württemberg, Hamburg und Berlin. Von 412 kreisfreien Städten und Landkreisen in Deutschland liegen sieben der zehn Kreise mit den niedrigsten Antibiotikaverordnungen in Bayern. Die meisten dieser sieben Kreise liegen in einem West-Ost-Streifen zwischen München und österreichischer Grenze: Rosenheim (24,0 %), Kreis Miesbach (23,0 %), Landsberg am Lech (21,6 %), Ostallgäu (25,0 %), Lindau (24,8 %), Memmingen (25,3 %), Aichach-Friedberg (25,4 %). Hohe Behandlungshäufigkeiten zeigen sich hingegen in den Kreisen Cham (42 %), Regen (41 %), Freyung-Grafenau (41,9 %), Neumarkt in der Oberpfalz (41,6 %) oder Nürnberger Land (40,1 %).

²⁷ Zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit für Kinder und Jugendliche wurde 2004 beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Kommission für Arzneimittel für Kinder und Jugendliche (KAKJ) eingerichtet.

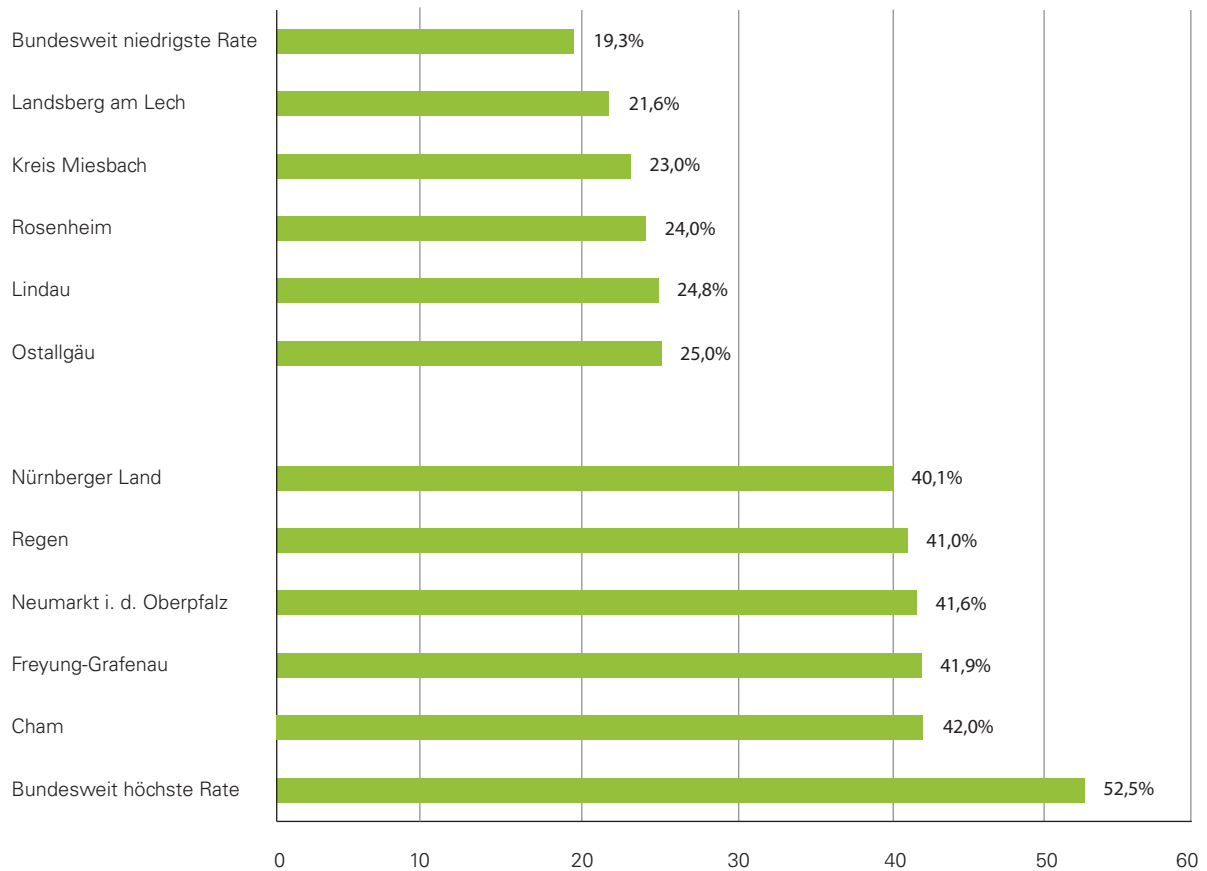
²⁸ Lieb K.: Hirndoping: Warum wir nicht alles schlucken sollten, Mannheim, Artemis & Winkler, 2010.

²⁹ BZgA, RKI: Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Kapitel 5.3: Arzneimittelkonsum. Berlin 2008: 145 ff.

³⁰ Bertelsmann-Stiftung: Faktencheck Gesundheit: Antibiotika. <https://antibiotika.faktencheck-gesundheit.de/>.

Antibiotikaverordnungen 2010

Anteil der Unter-17-Jährigen mit mindestens einer Verordnung eines Antibiotikums



Datenquelle: Faktencheck Gesundheit: Antibiotika, Darstellung PMV

Einen wesentlichen Einfluss auf die regionalen Unterschiede der Antibiotikaverordnungen bei Kindern haben den Faktencheck-Autoren zufolge die soziale Lage und die Zahl der niedergelassenen Kinderärzte. Je höher die Kinderärztdichte, desto seltener wurden Antibiotika verordnet. Sie sind beim Verschreiben von Antibiotika bei Erkrankungen, die laut Leitlinien nicht (zwingend) antibiotikapflichtig sind, zurückhaltender.³¹ Unterstützend ist auch ein kinder- und jugendärztlicher Bereitschaftsdienst, so dass die Eltern bei unklarer Situation mit der Antibiotikagabe warten und ggf. mit dem Kind nochmals einen Arzt aufsuchen können. Ein weiterer Einflussfaktor ist das Wissen der Eltern über und ihre Sensibilisierung für die Gefahren einer Resistenzentwicklung von Bakterien, die bei unkritischer Anwendung von Antibiotika auftreten kann.

BAKT – BAYERISCHES AKTIONS-BÜNDNIS ANTIBIOTIKARESISTENZ

Um in Bayern Wissen und Verständnis, Problembewusstsein und Sensibilität für die Thematik Antibiotikaresistenz auf breiter Basis zu schaffen, wurde das Bayerische Aktionsbündnis gegen Antibiotikaresistenzen BAKT gegründet. Nur durch gemeinsames Handeln können Antibiotikaresistenzen und die damit verbundenen Risiken für die Gesellschaft im Sinne des gesundheitlichen Verbraucherschutzes verringert werden.

³¹ Abbas S. et al.: Unterschiede im Verschreibungsverhalten von Antibiotika bei Allgemein- und Kinderärzten in Hessen. Dtsch Med Wochensh 2010; 135:1792–1797.

1.4 CHRONISCHE UND SELTENE ERKRANKUNGEN IM KINDESALTER

Kinder sind, wie dargestellt, zwar überwiegend gesund oder leiden unter vorübergehenden, akuten Krankheiten. Ein Teil der Kinder ist jedoch auch chronisch krank, z. B. infolge einer Frühgeburtlichkeit, aufgrund angeborener Organschädigungen etwa des Herzens oder der Lunge, weil sie epileptische Anfälle haben oder an Diabetes mellitus, Asthma, einer Allergie, einer psychischen Störung, oder Krebs erkrankt sind – das Spektrum möglicher Erkrankungsbilder ist so groß wie bei den Erwachsenen. Zwar wird die Zahl der chronisch kranken Kinder statistisch nicht erfasst, aber es geht keinesfalls um eine seltene Problemlage: Die KiGGS-Studie³² geht auf der Basis von Elternangaben davon aus, dass knapp 39 % der Kinder und Jugendlichen von mindestens einer chronischen Erkrankung aus einem Spektrum von 16 Erkrankungen oder Vorliegen einer Behinderung betroffen sind. Bei 25 % der Betroffenen wurde ein erhöhter Versorgungsbedarf angegeben, wobei dieser je nach Erkrankung

deutlich variiert und möglicherweise noch unterschätzt wird, wenn Eltern die Notwendigkeit einer Behandlung nicht erkennen.

Die spezialisierte Versorgung von chronisch kranken Kindern ist erst in den letzten Jahren in den Fokus der Forschung gerückt. Eine Elternbefragung bei 1.600 Familien im Auftrag des „Kindernetzwerkes“, einer Selbsthilfe-Dachorganisation zur Unterstützung chronisch kranker Kinder und ihrer Familien, ergab:

- ▶ Rund 78 % der Eltern hatten keine Kenntnis über bestehende Angebote zur Familienentlastung,
- ▶ nur bei einem Drittel der Befragten waren Leistungen zur Frühförderung bekannt.
- ▶ Knapp 60 % stimmen dem Statement zu, dass niemand verstehe, mit welchen ungeheuren Belastungen sie fertig werden müssen.³³

Die Pubertät und Adoleszenz stellt Jugendliche mit chronischen Erkrankungen vor besondere Herausforderungen. In dieser Zeit finden bei den Jugendlichen



Die Dachorganisation der Selbsthilfeverbände in Bayern ist die Landesarbeitsgemeinschaft von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihrer Angehörigen in Bayern e. V., kurz **LAG Selbsthilfe Bayern e. V.** Sie zählt 105 Verbände, darunter Organisationen der Selbsthilfe zu angeborenen Stoffwechselstörungen, zum Down-Syndrom, bei Hörschädigungen oder für herzkranken Kinder und ihre Familien und viele andere (www.lag-selbsthilfe.de).

Ein bundesweites Netzwerk der Selbsthilfe ist die **Allianz chronischer seltener Erkrankungen**, kurz ACHSE e. V. (www.achse-online.de), in der sich zahlreiche Verbände zusammengeschlossen haben, um „Den Seltenen eine Stimme zu geben“. Das **Kindernetzwerk e. V.** ist ein Dachverband der Eltern-Selbsthilfe und versteht sich als Wissensnetzwerk für kranke Kinder und Fachleute – mit Informationen zu seltenen Erkrankungen, Selbsthilfegruppen und Einrichtungen im Gesundheitswesen (www.kindernetzwerk.de).

³² In der KiGGS-Studie wurden 11 chronische Gesundheitsprobleme abgefragt, sechs weitere Erkrankungen aus den Freitextangaben hinzugenommen (Schwerhörigkeit, allergisches Kontaktekzem, Psoriasis, ADHS, Vorliegen einer amtlich bescheinigten Behinderung und angeborene Fehlbildungen); siehe Scheidt-Nave C. et al.: Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2008; 51:592–601.

³³ Kofahl C., Lüdecke D.: Familie im Fokus – Die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. Ergebnisse der Kindernetzwerk-Studie. Berlin 2014. www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheit/selbsthilfe/33selbsthilfestudie_web.pdf.

Informationen für Familien mit chronisch kranken Kindern sowie für Lehrkräfte an den Schulen stellt die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** bereit, unter anderem die Broschüren „Chronische Erkrankungen im Kindesalter“ und „Chronische Erkrankungen im Kindesalter als Problem und Thema in Unterricht und Schule“ (www.bzga.de, Infomaterialien).

Ablösungsprozesse von den Eltern statt, die notwendigen Therapiemaßnahmen müssen zunehmend in Eigenverantwortung durchgeführt werden. Beim Übergang in die erwachsenenmedizinische Versorgung mit dem 18. Geburtstag treten oftmals Brüche in der Versorgung auf, d. h. notwendige Therapien werden nicht nahtlos weitergeführt. Vielfach besteht bei seltenen Erkrankungen, die früher meist schnell zum Tod führten, noch unzureichendes Wissen über Spätfolgen und adäquate Therapien. Aber auch bei häufigen Erkrankungen wie beispielsweise ADHS ergeben sich beim Wechsel in die Erwachsenenmedizin Probleme – sei es, dass kein Spezialist gefunden wird, oder die Jugendlichen die Termine nicht wahrnehmen. Dieser „Transition“ genannte Übergang von der kinderzentrierten Versorgung in die Erwachsenenmedizin bedarf der vorausschauenden Planung. Gefordert werden ein Fallmanagement, gemeinsame Sprechstunden von Pädiatern bzw. behandelnden Kinder- und Jugendpsychiatern und den jeweiligen Erwachsenenmedizinern, idealerweise auch eine längere gemeinsame Behandlungszeit, um den Übergang in die Erwachsenenmedizin vorzubereiten. Im bisherigen Vergütungssystem sind diese Maßnahmen nicht vorgesehen, so dass hier zur strukturellen Verbesserung der Versorgung Kostenübernahmen seitens der Krankenkassen notwendig werden bzw. die Transition als Regelleistung eingeführt werden sollte.³⁴ Entsprechende Leistungsfestlegungen oder -ausweitungen können jedoch nur durch den Bundesgesetzgeber bzw. die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene im Gemeinsamen Bundesausschuss oder im Rahmen der Fortschreibung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes durch den Bewertungsausschuss erfolgen. Ein zweiter, mit den chronischen Erkrankungen in engem Zusammenhang stehender Problemkreis sind **seltene Erkrankungen im Kindesalter**. Eine Erkrankung wird als „seltene Erkrankung“ oder auch als

Die Internetseite **www.between-kompas.de** richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene mit chronischer Erkrankung. Junge Leute finden hier Informationen zum Erwachsenwerden mit einer chronischen Erkrankung sowie viele Links zu weiterführenden Angeboten. Für Eltern gibt es einen separaten Informationsbereich. Die Seite ist ein Angebot des **Kompetenznetzes Patientenschulung im Kindes- und Jugendalter e. V. (KomPaS)**.

„orphan“ oder „rare disease“ bezeichnet, wenn weniger als 5 von 10.000 Personen davon betroffen sind. Überwiegend handelt es sich um genetisch bedingte Erkrankungen. Da sie so selten sind, dauert es oft lange, bis bei den Betroffenen die richtige Diagnose gestellt wird. Nach Angaben des Selbsthilfeverbandes von Menschen mit seltenen Erkrankungen (ACHSE e. V.) sind in Deutschland ca. 4 Millionen Personen betroffen – die vielen einzelnen seltenen Erkrankungen sind zusammengenommen wiederum häufig.

CARE-FOR-RARE STIFTUNG

Das Hauptaugenmerk der **Care-for-Rare-Stiftung**, die über die Direktion des Dr. von Haunerschen Kinderspitals in München organisiert wird, liegt auf der Förderung wissenschaftlicher Forschung im Bereich seltener Krankheiten: www.care-for-rare.org.

NAMSE steht für Nationales Aktionsbündnis für Menschen mit Seltene n Erkrankungen und ist ein Zusammenschluss zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Bildung und Forschung und ACHSE e. V. (Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen) mit 25 Bündnispartnern, alles Spitzen- und Dachverbände der wesentlichen Akteure im Gesundheitswesen auf dem Gebiet der Seltene n Erkrankungen. Das Bündnis wurde unter anderem gegründet, um Vorschläge für einen Nationalen Aktionsplan für Seltene n Erkrankungen zu erarbeiten (www.namse.de).

³⁴ Reincke M, Zepp F (Hrsg): Medizinische Versorgung in der Transition. Spezielle Anforderungen beim Übergang vom Kindes- und Jugendalter zum Erwachsenenalter. Report Versorgungsforschung Band 5. Köln 2012.

1.5 DER BAYERISCHE PRÄVENTIONSPLAN: FÜR EIN GESUNDES AUFWACHSEN

Kinder und Jugendliche sollen körperlich und psychisch unversehrt aufwachsen. Wesentliche Voraussetzungen hierzu sind intakte soziale Beziehungen, eine gesundheitsförderliche Umwelt und nicht zuletzt auch ein Gesundheitssystem, das Vorsorge und Prävention einen hohen Stellenwert einräumt. Es geht dabei um die Reduktion von Risikofaktoren einerseits und die Stärkung von Ressourcen andererseits, also von Schutzfaktoren, die Kinder und Jugendliche in ihrem Alltag stärken und ihre kognitive, körperliche sowie emotionale Entwicklung fördern. Schutzfaktoren in der Kindheit sind insbesondere stabile emotionale Beziehungen zu festen Bezugspersonen, ein guter familiärer Zusammenhalt und die Erfahrung, dass Konflikte und Probleme in der Familie bewältigt werden können. Auch Anerkennung und die Fähigkeit, Freundschaften zu unterhalten sowie die Förderung der Selbstständigkeit sind in diesem Zusammenhang wichtige Aspekte.

Der **Bayerische Präventionsplan** (www.praeventionsplan.bayern.de) greift diese Anliegen auf. Er benennt das gesunde Aufwachsen in der Familie, in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und in der Schule als eines von vier Handlungsfeldern, die künftig für die präventionspolitische Strategiebildung in Bayern von besonderer Bedeutung sein sollen. „Gesundheitskompetenz in der Arbeitswelt und betriebliche Präventionskultur“, „Gesundes Altern im selbstbestimmten Lebensumfeld“ sowie „Gesundheitliche Chancengleichheit“ sind die drei anderen Handlungsfelder des Präventionsplans.

Es gilt, gesundheitsfördernde Lebensweisen schon früh zu stärken, um jedem Kind bestmögliche Chancen für seine Gesundheit zu bieten. Die wichtigste Rolle spielen hier die Familien, in denen ein gesunder Lebensstil vorgelebt wird. Unterstützung geben staatliche und kommunale Einrichtungen und Dienste, insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Kindertageseinrichtungen und Angebote der Kindertagespflege, Schulen), Ärzte- und Pflegekräfte, Hebammen, Krankenkassen, gemeinnützige sowie private Träger und viele andere. Wo besonderer Bedarf besteht, engagiert sich der Freistaat mit eigenen Projekten und Programmen.

Spezielle Aufmerksamkeit wird auf die frühe Kindheit gerichtet, denn diese Lebensphase ist entscheidend für die weitere Entwicklung eines Kindes. Durch die Zusammenarbeit von Einrichtungen des Gesundheits-

wesens mit der Kinder- und Jugendhilfe können Krankheitsrisiken und Beeinträchtigungen für das Wohl und die Entwicklung eines Kindes frühzeitig wahrgenommen und vermindert werden. Die verbindliche und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kontext früher Hilfen wird durch die Koordinierenden Kinderschutzzellen („KoKi – Netzwerk frühe Kindheit“) organisiert. Sie informieren über Unterstützungsangebote sowohl der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Erziehungsberatungsstellen) als auch anderer Hilfesysteme (z. B. Familienhebammen, Frühförderstellen) und vermitteln auf Wunsch dorthin. Ziel ist es, Überforderungssituationen von Eltern und andere Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung sowie für das Kindeswohl frühzeitig zu erkennen, damit diesen durch zuverlässige und fach- beziehungsweise institutionsübergreifende Unterstützungs- und Hilfsangebote rechtzeitig begegnet werden kann.

Dafür wurden gemeinsam mit den verschiedenen Akteuren in Bayern folgende **Ziele** entwickelt:

- ▶ Bestmögliche Startchancen für alle Kinder
- ▶ Sichere Bindungen und gesundes Selbstbewusstsein
- ▶ Ausgewogene Ernährung und ein aktiver Lebensstil
- ▶ Schutz vor Suchtgefahren
- ▶ Früherkennung von Gesundheitsrisiken und Schutz vor vermeidbaren Erkrankungen

Um diese Ziele zu erreichen, wurden bereits verschiedene **Projekte** auf den Weg gebracht. Dazu gehören zum Beispiel:

- ▶ „GeliS – Gesund leben in der Schwangerschaft“ für einen gesunden Lebensstil während der Schwangerschaft zur Prävention von Gesundheitsstörungen bei Mutter und Kind.
www.stmgp.bayern.de/aufklaerung_vorbeugung/giba/gewicht/gelis.htm
- ▶ „Schwanger? Null Promille!“ zum Alkoholverzicht während der Schwangerschaft.
www.schwanger-null-promille.de
- ▶ „Neugeborenen-Screening“: Stoffwechsel- und Hörscreening zur Vermeidung von Behinderung und Todesfällen sowie zur Steigerung der Lebenserwartung.
www.lgl.bayern.de/gesundheit/praevention/kindergesundheit/neugeborenencreening
- ▶ „Förderprogramm Koordinierender Kinderschutzzellen“ (KoKi) zur Unterstützung von belasteten Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern.
www.stmas.bayern.de/jugend/kinderschutz/koki



- ▶ „Netzwerk Junge Eltern/Familien mit Kindern von 0–3 Jahren – Ernährung und Bewegung“, Kursangebote und Schnupperkurse zu Stillen, Säuglingsernährung und Säuglingsbewegung.
www.stmelf.bayern.de/ernaehrung/bildung/001137/index.php
- ▶ Schulobst- und -gemüseprogramm an Bayerns Grundschulen und Schulmilchbeihilfe.
www.stmelf.bayern.de/agrarpolitik/foerderung/003621/index.php
- ▶ „Sport nach 1 in Schule und Verein“ zur Motivation zum Freizeitsport.
<https://sportnach1.de/Index.asp>
- ▶ „Aktion Seelöwe“, „Aktion Löwenzahn“ zur Förderung und zum Erhalt der Zahngesundheit in Kindergärten und Schulen.
www.lagz.de/index.php/lagz-aktionen/aktion-see-loewe, www.lagz.de/index.php/lagz-aktionen/aktion-loewenzahn
- ▶ „earaction“ zur Prävention von Hörschäden.
www.earaction.bayern.de
- ▶ „PRODO“ zur Primärprävention von Depression bei Kindern und Jugendlichen mit einem an Depression erkranktem Elternteil.
www.stmgp.bayern.de/aufklaerung_vorbeugung/giba/psyche/prodo.htm
- ▶ Lebenskompetenzprogramme in Kindergarten und Schule, z. B. „Mit mir nicht!“, „Faustlos“, „Klasse2000“.
www.stmgp.bayern.de/aufklaerung_vorbeugung/giba/projekte
- ▶ „ELTERNTALK“, ein Eltern-Kommunikationsnetz zur Förderung der Erziehungskompetenz im Umgang mit Medien und Suchtmitteln.
www.elterntalk.net
- ▶ „Mindzone“, eine Präventionskampagne zur Vorbeugung von Drogenmissbrauch und einer möglichen Suchtentwicklung.
www.mindzone.info
- ▶ „Starker Wille statt Promille“ (SWSP), ein Projekt zur Schärfung des Risikobewusstseins bei Jugendlichen für einen verantwortlichen Alkoholkonsum.
www.starker-wille-statt-promille.de
- ▶ Präventionskampagne Crystal-Meth.
www.stmgp.bayern.de/aufklaerung_vorbeugung/giba/projekte
- ▶ Bayerische Impfstrategie.
www.stmgp.bayern.de/aufklaerung_vorbeugung/impfen.

Das „Gesunde Aufwachsen“ stellt auch eines der **Nationalen Gesundheitsziele** (www.gesundheitsziele.de) dar, die auf die gleichen Themen ausgerichtet sind.

2. Handlungsfelder unter der Lupe: Ausgewählte Schwerpunkte der Kindergesundheit



2. Handlungsfelder unter der Lupe: Ausgewählte Schwerpunkte der Kindergesundheit

2.1 GESUNDHEIT RUND UM DIE GEBURT

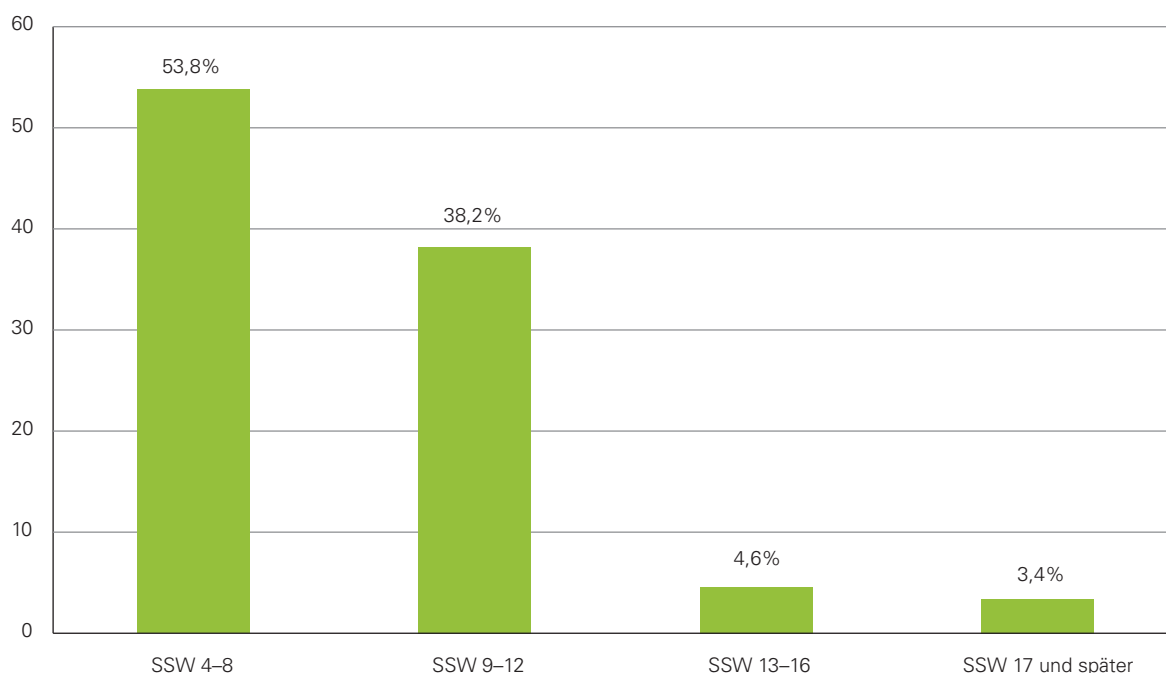
Schwangerenvorsorge

Schwangerschaft ist keine Krankheit, aber Schwangerschaft und Geburt können mit Risiken und Gefährdungen für Mutter und Kind einhergehen. Um potentielle Gefahren und ungünstige Schwangerschaftsverläufe rechtzeitig zu erkennen, werden seit 1965 regelmäßige ärztliche Vorsorgeuntersuchungen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten. Die Schwangerenvorsorge wird nach den Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgenommen und umfasst zum einen Screening, Diagnose und Therapie sowie das Informieren und Beraten der schwangeren Frau, etwa die Untersuchung der Gewichtszunahme der werdenden Mutter, der kindlichen Herztöne und der Lage des Kindes. Zum andern kann das Gespräch mit dem Frauenarzt ein Vertrauensverhältnis schaffen, welches sich positiv auf die Akzeptanz der Vorsorgeuntersu-

chungen auswirkt. Die Erstuntersuchung mit Feststellung der Schwangerschaft sollte durchgeführt werden, sobald die Regelblutung ausbleibt und ein positiver Schwangerschaftstest vorliegt. Danach erfolgen die Untersuchungen bis zur 32. Woche in einem 4-Wochen-Rhythmus. Bei einer komplikationslosen Schwangerschaft werden zehn Vorsorgeuntersuchungen empfohlen, die vor der 13. Schwangerschaftswoche beginnen sollten. Die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Vorsorgeuntersuchungen werden im Mutterpass dokumentiert.

Der Anteil der Schwangeren, die mit den Vorsorgeuntersuchungen in den ersten Schwangerschaftswochen beginnen, hat sich in Bayern in den letzten 10 Jahren etwas erhöht, entsprechend ging der Anteil der Schwangeren, die erst zu einem sehr späten Zeitpunkt die Vorsorge in Anspruch nahmen, etwas zurück und lag 2013 bei 3,4 %.³⁵

Erste Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge nach Schwangerschaftswoche, Bayern 2013



Datenquelle: BAQ, Berechnung PMV; nur Erstvorsorge mit dokumentiertem Datum

³⁵ BAQ: Geburtshilfe. www.baq.bayern.de.

Frauen mit Migrationshintergrund nehmen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen seltener wahr und weisen häufiger Schwangerschaftsrisiken und Komplikationen bei der Geburt auf.³⁶

Seit 2002 hat sich in Bayern der Anteil der Schwangeren mit mehr als 13 Untersuchungen um ca. 7 Prozentpunkte von 26,7 % auf 33,4 % (2013) erhöht. Dafür sind vermutlich verschiedene Gründe verantwortlich, z. B. die Zunahme von Risikoschwangerschaften, aber auch ein gestiegenes Sicherheitsbedürfnis bei den Frauen. Als Risiken in der Schwangerschaft gelten ein höheres oder ein sehr junges Alter der Schwangeren, frühere Fehl- oder Frühgeburten, ein bereits erfolgter Kaiserschnitt,

das Vorliegen chronischer Erkrankungen wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes mellitus, Mehrlingsschwangerschaften sowie Rauchen, Alkoholkonsum und vorbestehendes Übergewicht. Das Durchschnittsalter der Mütter bei Geburt ist z. B. von 2004 mit 30,5 Jahren auf 31,4 Jahre in 2013 gestiegen. Auch der Anteil der Mehrlingsgeburten hat seit 2000 etwas zugenommen (2000: 1,58 %; 2013: 1,82 %). Vier Prozent der Schwangeren in Bayern weisen derzeit einen Schwangerschaftsdiabetes auf.³⁷ Erhöhte Blutzuckerwerte können dazu führen, dass der Embryo zu stark wächst und es in Folge zu Komplikationen bei der Geburt kommt. Übergewicht und Rauchen sind ebenfalls relevante Risikofaktoren in der Schwangerschaft.

Eckdaten zu Schwangerschaft und Geburt, Bayern 2013

Grundgesamtheit: Schwangere	
Anteil der Schwangeren mit bekanntem Datum der Erstuntersuchung vor der 13. SSW	92,0 %
13 und mehr Vorsorgeuntersuchungen	33,4 %
CTG ante partum (Kardiotokografie)	93,6 %
Anteil Raucherinnen	5,0 %
Anteil Schwangere mit Diabetes	0,7 %
Anteil der Schwangeren mit Gestationsdiabetes	4,0 %
Krankenhausaufenthalt pränatal	7,6 %
Kaiserschnitttrate (bezogen auf Klinikgeburten)	32,9 %
Grundgesamtheit: Kinder	
Anteil der Frühgeburten unter der 37. SSW	8,7 %
Anteil der Lebendgeborenen mit Geburtsgewicht unter 2.500 g	7,1 %
Fehlbildungen (erkennbar nach Geburt)	1,5 %

Datenquelle: BAQ 2013

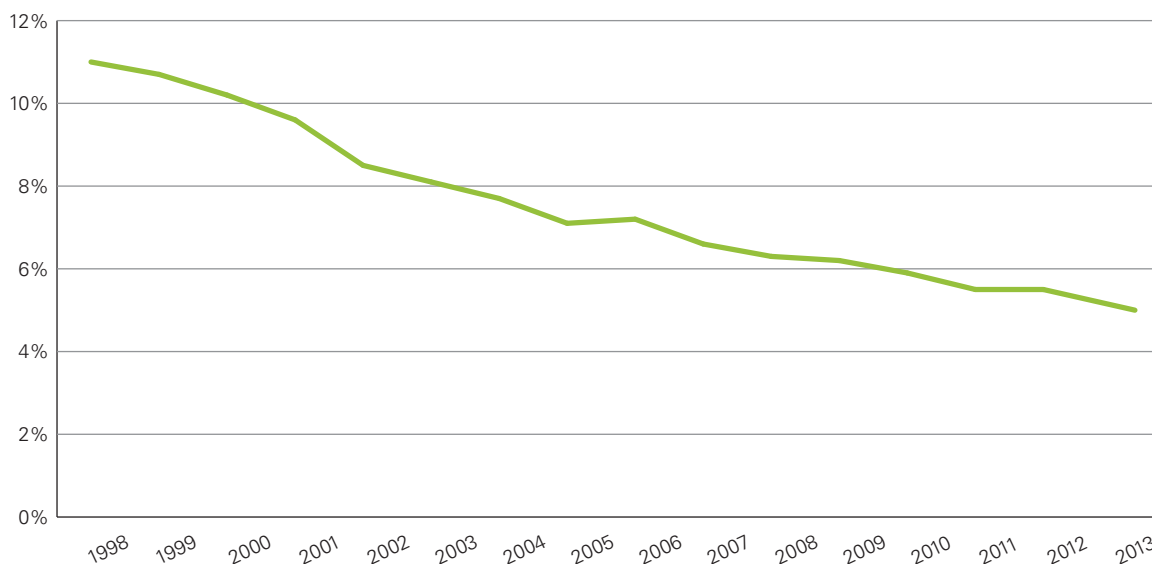
³⁶ Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration: 10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland (Oktober 2014). Berlin 2014.

³⁷ Siehe dazu auch: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Bayerischer Diabetesbericht. München 2014.

Rauchen in der Schwangerschaft wird mit einer ganzen Reihe von negativen Folgen in Zusammenhang gebracht, von einem geringeren Geburtsgewicht, einem erhöhten Risiko für Fehlgeburten, plötz-

lichem Kindstod oder der Begünstigung von Allergien im Kindesalter. Der Anteil der Schwangeren, die rauchen, ist erfreulicherweise rückläufig. 1998 lag der Anteil bei 11 %, 2013 waren es noch 5 %.

Anteil der Schwangeren, die rauchen, Bayern



Datenquelle: BAQ Sonderauswertung. Bezug: Einlingsschwangerschaften

Auch **Alkoholkonsum während der Schwangerschaft** wird wie das Rauchen als Risikofaktor für das Kind im Mutterleib nach wie vor unterschätzt. Alkoholkonsum ist jedoch eine der häufigsten Ursachen für angeborene Behinderungen. Fachleute gehen davon aus, dass in Deutschland jährlich 4.000 Kinder mit dem Vollbild Fetales Alkohol Syndrom (FAS) und ca. 10.000 weitere Kinder leichter geschädigt (mit sogenannten Fetalen Alkoholspektrumstörungen, FASD) zur Welt kommen. Auf Bayern übertragen wären das zusammen etwa 2.000 betroffene Neugeborene.

Die **Präventionskampagne „Schwanger? Null Promille!“** des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege informiert über das Thema Alkohol in der Schwangerschaft, unterstützt durch ein breites gesellschaftliches Bündnis im Präventionspakt Bayern. Mit der Botschaft „Kleiner Verzicht. Größtes Glück.“ richtet sich die Kampagne an werdende Mütter und alle, die sie während der Schwangerschaft begleiten. In acht Sprachen informiert sie unter www.schwanger-nullpromille.de, warum Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ein Risiko ist und wo es in Bayern Beratung und Hilfe zu diesem Thema gibt. Die positiven Reaktionen auf „Schwanger? Null Promille!“ sind Grundlage und Ausgangspunkt für die Entwicklung einer Schwesterkampagne zum Nichtrauchen in der Schwangerschaft.

Eine wachsende Zahl von Frauen zeigt in der Schwangerschaft eine übermäßige **Gewichtszunahme**, die für Mutter und Kind gleichermaßen Risiken birgt. Aktuelle Daten aus dem europäischen DORIAN-Projekt bestätigen frühere Hinweise darauf, dass Kinder von übergewichtigen Müttern ein erhöhtes Risiko z. B. für Herz-Kreislaufkrankungen und Diabetes haben.³⁸ Zudem ist eine hohe Gewichtszunahme in der Schwangerschaft mit Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen und einem erhöhten Gewichtsverbleib der Mütter nach der Entbindung verbunden.

Wie Frauen dabei unterstützt werden können, während der Schwangerschaft eine übermäßige Gewichtszunahme zu vermeiden, wird derzeit in einer Studie der Initiative Gesund.Leben.Bayern. untersucht: Im Rahmen des Programms „**GeliS – Gesund leben in der Schwangerschaft**“ beraten entsprechend geschulte Hebammen und Fachkräfte in Frauenarztpraxen werdende Mütter zu einem gesunden Lebensstil mit ausgewogener Ernährung und ausreichend Bewegung. Die Schulung der Beraterinnen hat das Kompetenzzentrum für Ernährung (KErn) in Freising übernommen, das gemeinsam mit dem Else Kröner-Fresenius-Zentrum für Ernährungsmedizin der Technischen Universität München das Projekt leitet.

Frühgeburten und Kaiserschnittraten

In Bayern haben 2013

- ▶ 92 % der Schwangeren in der 37.–41. Schwangerschaftswoche (SSW) entbunden; 0,4 % nach der 41. SSW,
- ▶ 6,5 % brachten ihr Kinder zwischen der 32. und 36. SSW zur Welt,
- ▶ 1,2 % bis zur 31. SSW.³⁹

Als Frühgeburt bezeichnet man Geburten vor der 37. Schwangerschaftswoche. Die Ursachen sind vielfältig. So können beispielsweise Infektionen, Bluthochdruck und Diabetes, aber auch Rauchen und Alkoholkonsum

während der Schwangerschaft zu einer Frühgeburt führen. Frühgeburten können mit zahlreichen Komplikationen verbunden sein, da die körperliche Entwicklung des Kindes noch nicht abgeschlossen ist.

Ein geringes Geburtsgewicht ist mit einer erhöhten Säuglingssterblichkeit verbunden, auch wenn in den letzten Jahrzehnten durch strukturelle Verbesserungen in der Neonatologie die Überlebenschancen für Kinder mit geringem (zwischen 1.500 g und unter 2.500 g) und mit sehr geringem Geburtsgewicht (unter 1.500 g) gestiegen sind. Insgesamt muss bei diesen Kindern mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bis hin zu schweren Behinderungen gerechnet werden. In Deutschland werden ca. 9.000 Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g geboren. Zur ihrer Versorgung und dem Überleben liegen jedoch noch keine belastbaren Daten vor.⁴⁰

In Bayern wiesen 2013 von den 107.963 in der BAQ-Statistik erfassten Geburten

- ▶ 76,1 % ein Geburtsgewicht von 3000 g und mehr auf,
- ▶ 16,7 % hatte ein Gewicht zwischen 2.500 g und 2.999 g,
- ▶ 5,8 % lagen zwischen 1.500 g und 2.499 g,
- ▶ 0,7 % zwischen 1.000 g und 1.499 g,
- ▶ 0,6 % hatten ein Gewicht unter 1000 g.

In 2013 hatten rund 7.700 Kinder ein Geburtsgewicht unter 2.500 g. Schwangere, bei denen eine Frühgeburt eines Kindes mit (sehr) geringem Geburtsgewicht zu erwarten ist, sollten in einem Perinatalzentrum betreut werden, d. h. einer Einrichtung, die auf die Versorgung von Neugeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht spezialisiert ist.⁴¹

Knapp ein Drittel der Geburten erfolgte 2013 durch einen **Kaiserschnitt**. Der Anteil der Geburten durch Kaiserschnitt hat bundesweit in den letzten Jahren deutlich zugenommen.

³⁸ <http://dorian-fp7.eu/>.

³⁹ BAQ: Geburtshilfe. www.baq.bayern.de.

⁴⁰ AQUA: AQUA Qualitätsreport 2013. Köln 2014.

⁴¹ Informationen zu Perinatalzentren: www.perinatalzentren.org.

Kaiserschnittraten in Bayern und Deutschland (Angaben in Prozent der Krankenhausgeburten)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Zunahme seit 2004
Bayern	27,1	28,0	29,8	30,2	31,6	32,4	32,1	32,7	31,8	31,9	+ 17,7 %
Deutschland	26,3	27,1	28,1	28,7	29,7	30,7	31,3	31,6	31,2	31,2	+ 18,6 %

Quelle: Statistisches Bundesamt

Auch bei der Kaiserschnittrate zeigen sich deutliche regionale Unterschiede. In Bayern lag diese Rate (2010)⁴² bei

- ▶ 47,7 % im Kreis Amberg- Sulzbach und
- ▶ 23,15 % im Kreis Weiden in der Oberpfalz

Deutschland weist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eine hohe Kaiserschnittrate auf, jedoch keine unterdurchschnittliche Säuglingssterblichkeit. Medizinische Gründe für einen Kaiserschnitt sind z. B. Geburtsstillstand, drohender Sauerstoffmangel für das Kind, Mehrlingsgeburten, Frühgeburten, Erkrankung der Mutter, Lagenanomalien oder eine Plazentaablösung. Wurde bei einer vorangegangenen Geburt bereits ein Kaiserschnitt durchgeführt, so muss nicht zwingend erneut ein Kaiserschnitt erfolgen. Wie die Daten der BAQ zeigen, ist dies jedoch zusammen mit der Beckenendlage einer der häufigsten Gründe.

Der deutliche Anstieg der Kaiserschnitte in den letzten Jahren sowie die regionalen Unterschiede lassen sich nicht hinreichend nur durch Unterschiede in der Risikosituation der Schwangeren erklären. Es sind auch nichtmedizinische Einflussfaktoren zu berücksichtigen, z. B. die bessere Planbarkeit der Geburt, haftungsrechtliche Fragen sowie eine „abnehmende Erfahrung der Geburtshelfer in der Betreuung komplizierter Geburten“.⁴³ Hier sind u. a. die medizinischen Fachgesellschaften gefordert.

Neugeborenscreening

Beim **Neugeborenen-Stoffwechselscreening** werden dem Säugling einige Tropfen Blut entnommen, um selten auftretende Stoffwechselerkrankungen bzw. Hormonstörungen rechtzeitig erkennen und behandeln zu können. Inzwischen werden 14 Stoffwechsel- und Hormonstörungen untersucht. Die Kosten für das Screening werden von den Krankenkassen übernommen.

Seit seiner Einführung im Januar 1999 wurden bis Ende 2013 über 99 % der bayerischen Neugeborenen gescreent, insgesamt 1.633.331 Kinder. Dabei wurden 1.335 Kinder mit einer der Zielkrankheiten entdeckt, das heißt eines von 1.223 Neugeborenen ist von einer dieser Krankheiten betroffen.

- ▶ Die häufigste Störung ist die Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose), die unbehandelt zu schweren körperlichen und geistigen Entwicklungsstörungen führt. Die Kinder müssen frühzeitig und lebenslang Schilddrüsenhormone erhalten.
- ▶ An zweiter Stelle steht die Phenylketonurie, die ebenfalls unbehandelt zu einer körperlichen und geistigen Entwicklungsverzögerung bis hin zur geistigen Behinderung führt. Die betroffenen Kinder können einen in der Nahrung befindlichen Eiweißbaustein (die Aminosäure Phenylalanin) aufgrund eines Enzymmangels nicht abbauen und müssen deshalb eine Diät einhalten.

Zusätzlich wird in Bayern durch das Screeningzentrum am LGL gemeinsam mit den bayerischen Universitätskliniken eine „Langzeitstudie zur Weiterbeobachtung der 1.335 im Screening entdeckten Kinder“ auf Bevölkerungsbasis durchgeführt. Behandelte Kinder, die an einer der häufig auftretenden Erkrankungen leiden, zeigen gegenüber Kindern ohne eine derartige Erkrankung im Alter von 6 Jahren keine wesentlichen Unterschiede in der körperlichen und geistigen Entwicklung.

Das LGL informiert über Hintergründe, Inhalt und Ablauf des Neugeborenen-Screenings in Bayern, das bundesweit Modellcharakter hatte und heute in ganz Deutschland etabliert ist: www.lgl.bayern.de, Stichwort „Neugeborenen-Screening“.

⁴² <https://kaiserschnitt.faktencheck-gesundheit.de/interaktive-karten>.

⁴³ Kolip P., Nolting H.-D., Zich K.: Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. Erstellt im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh 2012.

Häufigkeit der im Stoffwechselscreening entdeckten Krankheiten in Bayern, Januar 1999 bis Dezember 2013

Erkrankung	Fälle
Hypothyreose	500
Adrenogenitales Syndrom (AGS)	130
Biotinidasemangel	23
Galaktosämie (klassisch)	21
Phenylketonurie (PKU/HPA)	345
Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase (MCAD)-Mangel	184
weitere seltene Erkrankungen	132
Gesamt	1.335

Quelle: LGL, N = 1.633.331

Beim **Neugeborenen-Hörscreening** geht es darum, angeborene Hörstörungen so früh wie möglich zu erkennen. Etwa jedes 1.000ste Neugeborene hat eine therapiebedürftige beidseitige Hörstörung, die vor Einführung des Screenings häufig viel zu spät erkannt wurde. Dies kann zu einer gestörten Sprachentwicklung und zu psychosozialen und intellektuellen Entwicklungsstörungen führen. Seit Januar 2009 haben bundesweit alle gesetzlich versicherten Neugeborenen Anspruch auf eine Hörscreening-Untersuchung in den ersten Lebenstagen. Ziel ist es, Hörstörungen bis zum dritten Lebensmonat zu diagnostizieren und mit einer Therapie in den ersten sechs Lebensmonaten zu beginnen. In einem bayerischen Modellprojekt hat sich darüber hinaus gezeigt, dass es notwendig ist, ähnlich wie beim Stoffwechsel-Screening zu kontrollieren, ob das Screening stattgefunden hat und auffällige Befunde abgeklärt wurden: ohne dieses „Tracking“ würde etwa die Hälfte der schwerhörigen

Kinder trotz Screeningangebot nicht rechtzeitig therapiert.⁴⁴

Stillverhalten

Stillen stellt die beste Ernährungsform für den Säugling dar, da die Muttermilch an den zum Zeitpunkt der Geburt noch nicht völlig entwickelten Stoffwechsel des Kindes angepasst ist. Studien zeigen, dass gestillte Kinder seltener an Infektionserkrankungen, Allergien und Asthma leiden und ihr Risiko, später Übergewicht oder Adipositas zu entwickeln, geringer ist. Nachdem das Stillen in den 1960er und 1970er Jahren zwischenzeitlich „aus der Mode“ gekommen war, setzen sich Fachleute seit mehr als 25 Jahren wieder sehr für dessen Förderung und eine positive „Stillkultur“ ein. Die Gründung der „Nationalen Stillkommission“ in Deutschland⁴⁵ 1994 war ein Zeichen dafür. Die Entwicklung ist positiv: Der KiGGS-Studie⁴⁶ zufolge wurden bundesweit rund 82 % der Kinder jemals gestillt, die durchschnittliche Stilldauer lag bei 7,5 Monaten. Ältere Mütter stillen ihre Kinder häufiger als jüngere Mütter, ebenso Frauen, die nicht rauchen und eine höheren Bildungsabschluss haben.

In Bayern wurde 2005/2006 das Stillverhalten in Anlehnung an die bundesweite SuSe-Studie⁴⁷ untersucht; 3.800 Mütter beteiligten sich daran. Wie in der SuSe-Studie begann die große Mehrheit mit dem Stillen (90 %), doch nahm dieser Anteil schnell ab. Im 2. Monat stillten noch zwei Drittel der Mütter voll, im 6. Monat noch 60 %. Nur jede fünfte Mutter (21 %) stillte ihre Kinder im 6. Monat ausschließlich. Als Gründe für das Abstillen berichteten die Mütter vor allem über Schwierigkeiten beim Stillen (z. B. Brustentzündung) oder Saugprobleme des Kindes. Die Studie zeigte auch: Unterstützung für Mütter ist wichtig. Eine positive Einstellung des Partners zum Stillen hat einen großen Einfluss darauf, ob Mütter nach der Ge-

BUNDESWEITE EVALUATION DES HÖRSCREENINGS: FEDERFÜHRUNG IN BAYERN

Derzeit wird die Qualität des Neugeborenen-Hörscreenings bundesweit im Auftrag des „Gemeinsamen Bundesausschusses“, des Gremiums, das über die Finanzierung von Krankenkassenleistungen entscheidet, untersucht. Die Federführung des mehrjährigen Verbundprojekts liegt beim LGL.

⁴⁴ www.lgl.bayern.de/gesundheit/praevention/kindergesundheit.

⁴⁵ www.bfr.bund.de/de/nationale_stillkommission-2404.html.

⁴⁶ von der Lippe E. et al.: Einflussfaktoren auf Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) Bundesgesundheitsbl 2014; 57: 849–859.

⁴⁷ 1997 wurde eine repräsentative Studie zu Stillen und Säuglingsernährung (SuSe) durchgeführt; damals lag die Stillbereitschaft der Mütter bei 91 %, bei Entlassung aus der Geburtsklinik wurden jedoch nur 78 % der Säuglinge gestillt.

burt überhaupt damit beginnen. Im Rahmen des Modellprojekts (STELLA)⁴⁸ zur Förderung des Stillens, das unter Leitung des LGL in Niederbayern durchgeführt wurde, konnte die Verbesserung des Stillwissens und des Stillmanagements an den Kliniken erreicht werden, Aufklärungsbedarf – auch in den Geburtskliniken – besteht jedoch weiterhin.

Beratung und Unterstützung für Mütter beim Stillen geben **Ärzte und Hebammen**, die Frauen rund um die Entbindung und in der ersten Zeit mit dem Baby betreuen, in der Klinik und zu Hause. Auch die Beraterinnen im Regionalverband Bayern der Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen e.V. helfen bei Schwierigkeiten weiter (www.stillberatung-bayern.de).

BABY-KOMPASS BAYERN

Der von den Kinder- und Jugendärzten des PaedNetzes e.V. herausgegebene Baby-Kompass Bayern ist ein Ratgeber für Eltern durch das erste Lebensjahr ihres Kindes mit den wichtigsten Informationen zum Stillen, zur Ernährung der stillenden Mutter und des Kindes, zu Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen. Was den Baby-Kompass so besonders macht, sind die einheitlichen, wissenschaftlich gesicherten Empfehlungen, die die Projektpartner in enger Zusammenarbeit abgestimmt haben: die Ärzte des PaedNetzes und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, der Bayerische Hebammen Landesverband e.V. und die WHO/UNICEF-Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“. Gefördert wurde der bereits in vierter Auflage erschienene Baby-Kompass durch den BKK-Landesverband Bayern und die Initiative Gesund.Leben.Bayern des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege. Alle Eltern in Bayern erhalten den Ratgeber, den es in deutscher, russischer, türkischer und englischer Sprache gibt, kurz nach der Geburt ihres Babys bei der Vorsorgeuntersuchung U2.

2.2 VERLETZUNGEN UND UNFÄLLE BEI KINDERN

Unfallverletzungen im Kindes- und Jugendalter gelten als eines der größten Lebensrisiken in dieser Altersspanne. Die Beschreibung des Unfallgeschehens in Deutschland muss auf unterschiedliche Datenquellen zurückgreifen, die jeweils unterschiedliche Einschränkungen aufweisen. Eine valide, ursachenorientierte und auch regional aussagekräftige Kinderunfallstatistik gibt es derzeit nicht.

Verletzungen und Unfälle mit Todesfolge

Die Todesursachenstatistik weist 2013 für Bayern 33 verletzungsbedingte Sterbefälle bei Kindern unter 15 Jahren aus, davon betrafen 20 Jungen. Im Vordergrund standen dabei Unfälle im Heim- und Freizeitbereich sowie Verkehrsunfälle. Die Zahl der verletzungsbedingten Sterbefälle ging in den letzten Jahren deutlich zurück, im Jahr 2000 waren es noch gut 100 Fälle gewesen. Die Rate der tödlichen Kinderunfälle lag 2013 in Bayern mit 2,0 tödlichen Unfällen je 100.000 Kindern etwas unter dem Bundesdurchschnitt mit 2,6 je 100.000.

Der überwiegende Teil der verletzungsbedingten Sterbefälle geht auf Unfälle zurück. Unter den 33 tödlichen Verletzungen im Kindesalter waren jedoch auch 4 Fälle von Gewalt mit Todesfolge (2 Fälle bei den Unter-1-Jährigen, 2 Fälle bei den 1- bis 5-Jährigen) sowie 3 Fälle von Suizid in der Altersgruppe der 10- bis 15-Jährigen. Kindesmisshandlungen mit Todesfolge sind zwar selten, sie stellen aber nur die Spitze eines Eisbergs der Gewalt gegen Kinder dar. Die Häufigkeit von Gewalterfahrungen von Kindern ist nur schwer zu beziffern, Konsens besteht jedoch darüber, dass das Problem nach wie vor unterschätzt wird. Das Kinderschutzgesetz von 2012 hat hier wesentliche Verbesserungen gebracht, z. B. in der Zusammenarbeit der Akteure. In Bayern sind bereits vor einigen Jahren flächendeckend koordinierende Kinderschutzstellen im Verantwortungsbereich der Jugendämter aufgebaut worden.⁴⁹ Im Gesundheitswesen werden Ärzte und Ärztinnen durch einen speziellen Leitfaden „Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Erkennen und Handeln“⁵⁰ unterstützt, den das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration unter Beteiligung des LGL entwickelt hat.

⁴⁸ Bolte et al.: STELLA-Studie zum Ernährungsverhalten im Säuglingsalter. Interventionsprojekt zur Verbesserung der Stillbedingungen in einer Modellregion. Abschlussbericht Februar 2011. Erlangen.

⁴⁹ www.stmas.bayern.de/jugend/kinderschutz.

⁵⁰ www.aerzteleitfaden.bayern.de/gewalt/formen.php.

KINDERSCHUTZAMBULANZ

Eine bayernweite Beratungsstelle bei Fragen zum Erkennen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ist die Kinderschutzambulanz, die 2011 am Institut für Rechtsmedizin der Universität München eingerichtet wurde. Ärzte, Fachkräfte der Gesundheitsberufe und der Jugendhilfe, aber auch für Lehrkräfte und Eltern können sich an die Ambulanz richten, die telefonisch unter 089/2180-73011 rund um die Uhr erreichbar ist. Kinder und Jugendliche können hier – unabhängig von einer Strafanzeige – schnell, umfassend und kostenlos untersucht und Beweismittel und Spuren gesichert werden.

Gewalt gegen Kinder kann in vielen Formen auftreten, von psychischer Misshandlung bis zum sexuellen Missbrauch. Bei kleinen Kindern ist häufig auch die Überforderung von Eltern in bestimmten Situationen Auslöser von Gewalt, etwa wenn ein Baby ständig schreit und dann geschlagen oder – scheinbar harmlos – geschüttelt wird. Das Schütteln von Babys kann jedoch ernste gesundheitliche Folgen bis zum Tod haben.

BITTE NICHT SCHÜTTELN!

Die ersten Monate mit einem Baby sind oft nicht einfach, vor allem, wenn es unruhig ist, viel weint und sich kaum beruhigen lässt. Und auch wenn Eltern wissen, dass diese schwierige Zeit bald vorüber geht, fühlen sich viele mit einem „Schreibaby“ überfordert und erschöpft. Hilfe bieten Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte, die Sozialpädiatrischen Zentren und 46 „Schreibabyambulanzen“ in ganz Bayern: www.stmas.bayern.de, Stichwort Schreibabys. Die Münchner Schreibabyambulanz hat zudem ein überregionales Notfalltelefon eingerichtet.

Warum das Schütteln für Babys eine große Gefahr bedeutet, darüber informiert auch das LGL in einem Faltblatt, der über Hebammen, Kinderärzte und Kliniken an Eltern weitergegeben wird. Online gibt es Informationen im Internetportal www.bitte-nicht-schuettern.de.

Im Krankenhaus behandelte und verletzte Kinder und Jugendliche

Verletzungen und Vergiftungen gehören zu den häufigsten Anlässen für stationäre Behandlungen bei Kindern (siehe Abschnitt „stationäre Versorgung“ in diesem Bericht). Im Jahr 2013 wurden in Bayern 31.528 stationäre Behandlungen infolge von Verletzungen und Vergiftungen bei Kindern notwendig. Auch hier entfallen fast zwei Drittel der Fälle auf die Jungen. Etwa die Hälfte der Behandlungen betraf dabei Kopfverletzungen. Die Rate der stationären Behandlungen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen ist in Bayern etwa gleich hoch wie im Bundesdurchschnitt und zeigt im Verlauf der letzten 10 Jahre keinen erkennbaren Trend.

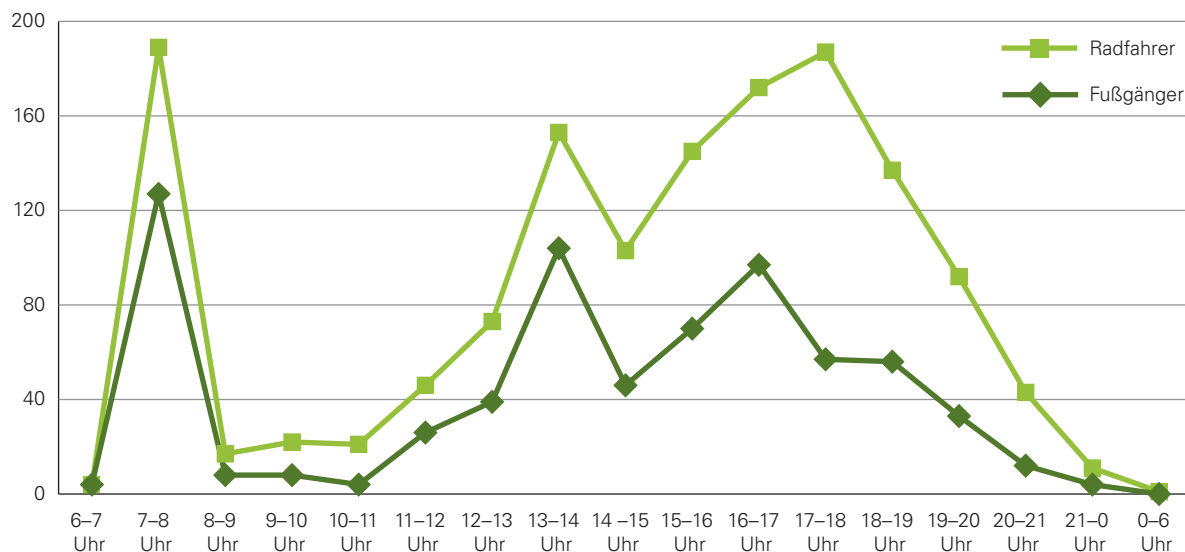
Eine Unterscheidung nach Unfällen und absichtlichen Verletzungen, z. B. durch Gewalt oder einen Suizidversuch, ist in der Krankenhausstatistik aus Datenschutzgründen nicht möglich.

Schülerunfälle

Unfälle in Kinderbetreuungs- und Bildungseinrichtungen sowie Unfälle auf dem Weg in diese Einrichtungen sind gesetzlich versichert. Diese Unfälle werden statistisch in der Schülerunfallversicherung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung erfasst. In Bayern gab es 2013 insgesamt 176.002 solcher Unfälle, darunter 18.177 Wegeunfälle. Mit einer Rate von 67,2 Unfällen pro 1.000 Kinder und Jugendliche lag Bayern bei den Schülerunfällen insgesamt deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (77,2 pro 1.000) – mit Ausnahme allerdings der Wegeunfälle, hier liegt die Rate in Bayern über dem Bundesdurchschnitt. Bei den Unfällen in den Schulen selbst sind erwartungsgemäß der Sportunterricht sowie die Pausen die häufigsten Unfallanlässe.

Die Bedeutung sicherer Schulwege zeigt auch die Verkehrsunfallstatistik. Verkehrsunfälle mit Beteiligung von Kindern ereignen sich besonders häufig vor und nach der Schule.

Verunglückte Fußgänger und Radfahrer Altersgruppe 6 bis 14 Jahre, Bayern 2013



Datenquelle: LfStat, Straßenverkehrsunfälle in Bayern 2013

Insgesamt weist die Verkehrsunfallstatistik 2013 in Bayern 4.357 im Straßenverkehr verletzte Kinder aus, darunter waren 8 tödliche Unfälle. Die Verkehrsunfallzahlen sind bei den Kindern ebenso wie bei den Erwachsenen rückläufig. Im Jahr 2000 gab es noch 6.335 im Straßenverkehr verletzte Kinder.

Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS)

In der KiGGS-Studie wurden für Deutschland auch Daten zu Kinderunfällen erhoben, die sich in der Größenordnung auch auf Bayern übertragen lassen.⁵¹ Demnach

- ▶ wurden 15,5 % der 1- bis 17-Jährigen in den letzten 12 Monaten wegen eines Unfalls ärztlich behandelt,
- ▶ sind Jungen häufiger von Unfallverletzungen betroffen als Mädchen (17 % gegenüber 14 %),
- ▶ ereignet sich im Kleinkind- und im Vorschulalter ein Großteil der Unfälle zu Hause oder im privaten Umfeld, später auf Spielplätzen, in Sporteinrichtungen bzw. in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen sowie im Verkehr,
- ▶ und war jedes achte verunfallte Kind (12,3 %) mindestens eine Nacht im Krankenhaus.

PRÄVENTION VON UNFÄLLEN IM KINDESALTER

Unfälle stellen ein vermeidbares Gesundheitsrisiko dar. Dabei kommt es auf eine ursachen- und zielgruppenorientierte Prävention an. Tipps für den Schulanfang gibt z. B. die Elternbroschüre „Der gesunde Start in den Schulalltag“, die vom LGL herausgegeben wird. Informationen gibt es auch bei der bayerischen „Gemeinschaftsaktion Sicher zur Schule – sicher nach Hause“ (www.sicherzurschule.de). Und wer selbst Schulweghelfer werden möchte: Die kommunale Unfallversicherung Bayern sucht immer Erwachsene als Schulweghelfer und Schulbusbegleiter, um vor allem bei den Erstklässlern das Risiko für einen Schulwegunfall zu minimieren (www.kuvb.de).

⁵¹ Robert Koch-Institut (Hrsg.): Unfallverletzungen. Faktenblatt zur KiGGS Welle 1. Erste Folgebefragung 2009–2012. RKI, Berlin 2014.



ERTRINKEN – KEIN THEMA MEHR?

Auch heute noch ertrinken jährlich Kinder – in Bayern waren es 2013 vier Kinder. Mit der Präventionskampagne „Cool & Sicher! – So verhalte ich mich richtig am Wasser“ möchte die Jugend der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG) in Bayern über das richtige Verhalten im, auf und am Wasser aufklären (<http://bayern.dlrg-jugend.de/projekte/cool-sicher.html>). Darüber hinaus wurde über die Initiative Gesund. Leben.Bayern. das **Bayerische Programm zur Prävention von Ertrinkungsunfällen** der DLRG-Jugend Bayern mit dem Modul „Sichere Schwimmer“ zur Verbesserung der Schwimmsicherheit bei Grundschulern gefördert (<http://bayern.dlrg-jugend.de/projekte/sichere-schwimmer.html>).

2.3 ALLERGIEN IM KINDESALTER

Unter einer Allergie versteht man eine Überreaktivität des Immunsystems gegenüber nicht-infektiösen, körperfremden, eigentlich unschädlichen Substanzen. Als Atopie gilt eine oft genetisch bedingte Allergiebereitschaft. Zu den Atopien hören die allergische Form des Asthma bronchiale, der Heuschnupfen und die Neurodermitis (auch atopisches Ekzem oder atopische Dermatitis genannt). Die Ursachen für das Auftreten der Allergien sind noch nicht gänzlich bekannt. Neben genetischen Faktoren spielen auch die Umwelt und der Lebensstil eine Rolle, z. B. das Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft oder frühkindliche Infektionen. Stillen hat eine präventive Wirkung. Repräsentative Studien zur Allergiehäufigkeit bei Kindern in Bayern gibt es nicht. Geht man von den deutschlandweiten Daten der KiGGS-Studie⁵² aus und überträgt die Raten auf Bayern, so ist davon auszugehen, dass mehr als 300.000 Kinder in Bayern an einer allergischen Symptomatik leiden.

Atopische bzw. allergische Erkrankungen in den letzten 12 Monaten Altersgruppe 0 bis einschl. 17 Jahre

	Mädchen	Jungen	insgesamt	Fälle in Bayern
Asthma bronchiale	3,5 %	4,6 %	4,1 %	85.000
Heuschnupfen	7,8 %	10,2 %	9,1 %	190.000
Neurodermitis	6,3 %	5,7 %	6,0 %	130.000
Wenigstens eine der genannten atopischen Erkrankungen	14,4 %	16,7 %	15,6 %	330.000

Datenquelle: RKI, KiGGS Welle 1, Berechnungen für Bayern: LGL, Daten gerundet

⁵² Schmitz, R., Thamm, M., Ellert, U. et al.: Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 2014. 57: 771–778.

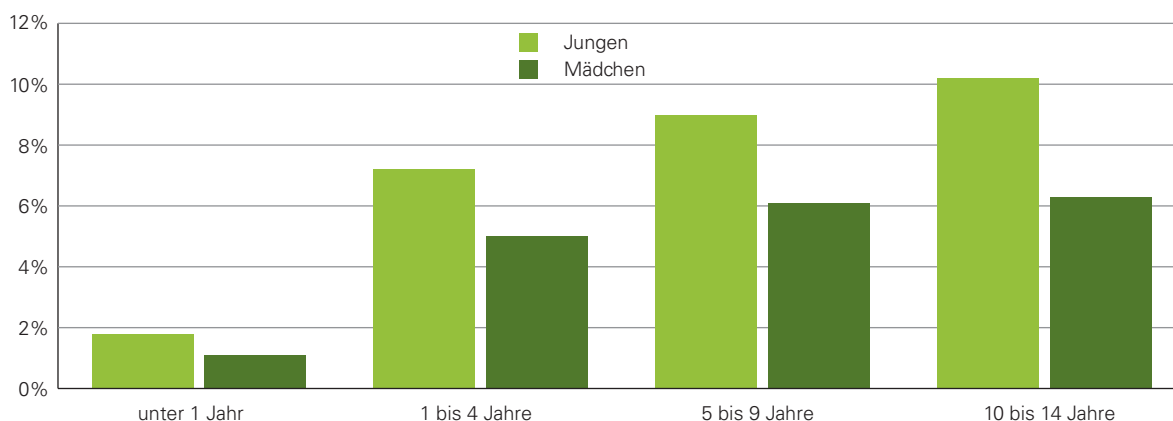
Gut 2 % der Kinder und Jugendlichen berichteten außerdem von einem allergischen Kontaktekzem in den letzten 12 Monaten, das wären in Bayern etwa 45.000 Kinder. Insgesamt ist somit fast jedes sechste Kind betroffen.

Das **allergische Asthma bronchiale** beruht auf einer Übererregbarkeit der Atemwege, die zu Husten bis hin zur schweren Atemnot führen kann. Ist der Auslöser bekannt, besteht die Behandlung zunächst in einer Vermeidung des Kontaktes. Darüber hinaus kommen eine medikamentöse Therapie oder eine Hyposensibilisierung (d. h. eine Therapie zur Abschwächung der Reaktion des Immunsystems auf den Auslöser) in Betracht. Die betroffenen Kinder sollten schon frühzeitig eine Schulung erhalten, um die Krankheit zu verste-

hen, die Medikation richtig anzuwenden und bei einer Verschlechterung der Lungenfunktion Selbsthilfemaßnahmen durchführen zu können. Dies kann zu einer besseren Belastbarkeit und weniger Fehltagen in der Schule führen.

Jungen sind etwas häufiger betroffen als Mädchen, die Häufigkeit nimmt vor allem bei den Jungen mit dem Alter zu. Eine Abhängigkeit von der sozialen Schicht ist nur der Tendenz nach gegeben.⁵³ Den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge wiesen 2013 fast 100.000 Kinder (ca. 7 % der Kinder) eine Asthma-Diagnose auf, etwas mehr als in der KiGGS-Studie,⁵⁴ aber die Strukturmerkmale nach Geschlecht und Alter zeigen sich auch hier in gleicher Weise.

Anteil der Kinder mit Diagnose Asthma bronchiale, Bayern 2013



Datenquelle: KVB; Basis: GKV-versicherte Kinder mit Arztkontakt, Sonderauswertung. Berechnungen PMV.

Die **Neurodermitis** als chronisch entzündliche Hauterkrankung gehört zu den häufigsten Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. Die Erkrankung verläuft in Schüben und in sehr variabler Ausprägung. In der Akutphase kommt es zu Bläschenbildung, starkem Juckreiz, Nässen und Krustenbildung. Bei der Versorgung bedarf es einer Zusammenarbeit von Kinderärzten und Dermatologen.

In den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns waren 2013 gut 120.000 Jungen und Mädchen im Alter unter 15 Jahren mit der Diagnose

Neurodermitis (atopisches Ekzem) dokumentiert. Die höchsten Prävalenzen fanden sich in der Gruppe der 1- bis unter 5-Jährigen mit 11,8 % (Jungen) und 10,5 % (Mädchen).

Die 12-Monatsprävalenz der Neurodermitis ist im Kleinkindalter am höchsten. Kinder aus höheren Sozialschichten sind häufiger betroffen.⁵⁵

Der im Jahr 2012 von der Krankenkasse Barmer-GEK veröffentlichte Arztreport mit dem Schwerpunkt Kindergesundheit⁵⁶ verweist dabei auf erhebliche regio-

⁵³ Robert Koch-Institut (Hrsg.): Asthma bronchiale. Faktenblatt zur KiGGS-Welle 1. Berlin 2014.

⁵⁴ Würde man nur die Kinder zugrunde legen, bei denen die Diagnose Asthma in mindestens zwei Quartalen dokumentiert ist (M2Q-Kriterium), ein bei Sozialversicherungsdaten für chronische Erkrankungen verschiedentlich angewandtes Verfahren zur Sicherung der Diagnoseverlässlichkeit, ergäben sich niedrigere Diagnosehäufigkeiten. Sie würden beim Asthma nahe bei den KiGGS-Daten liegen, bei der Neurodermitis und beim Heuschnupfen dagegen deutlich darunter. Hier wurde auf das M2Q-Kriterium verzichtet, weil seine Sinnhaftigkeit als Methode der Qualitätssicherung für Diagnosen im Kindesalter unklar ist.

⁵⁵ Robert Koch-Institut: Neurodermitis. Faktenblatt zur KiGGS-Welle 1. Berlin 2014.

⁵⁶ Barmer GEK: Arztreport 2012. Schwerpunkt: Kindergesundheit. St. Augustin 2012.

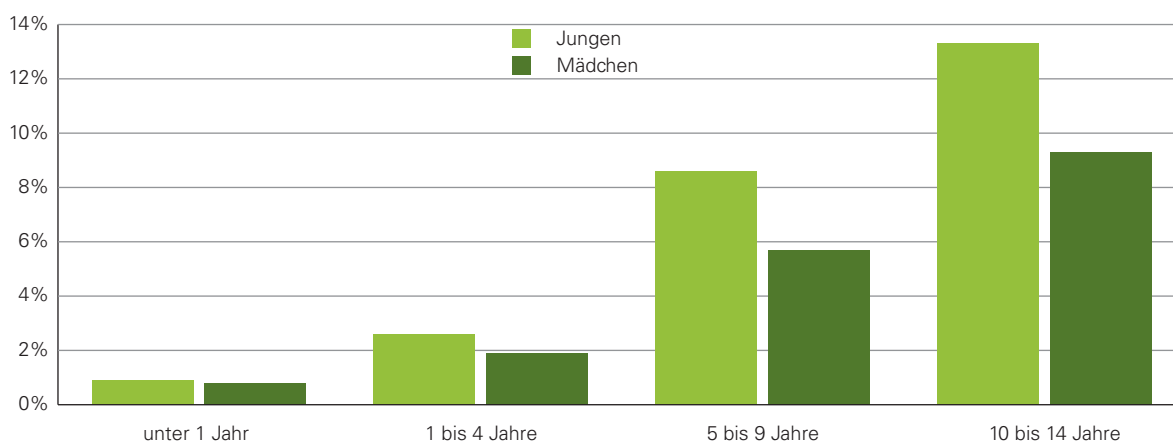
nale Unterschiede bei der Diagnosehäufigkeit des atopischen Ekzems in der Altersgruppe der Unter-15-Jährigen. Die meisten westdeutschen Länder, auch Bayern, liegen demnach unter dem Bundesdurchschnitt, alle ostdeutschen Länder deutlich darüber.

Der **Heuschnupfen** geht mit einer Behinderung der Atmung, mit Niesreiz und Entzündungen der Augen einher. Auslöser sind vielfach Blütenpollen, Hausstaubmilben, Tierhaare und Schimmelpilze. Auch hier

steht soweit bekannt und möglich die Vermeidung der Allergene an erster Stelle der Behandlung. Neben der Neurodermitis gehört der Heuschnupfen zu den häufigsten allergischen Erkrankungen bei den Kindern. Die Häufigkeit nimmt mit dem Alter der Kinder zu.

In den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns haben ca. 7 % der Kinder unter 15 Jahren die Diagnose Heuschnupfen, Jungen sind durchgängig stärker betroffen als Mädchen.

Anteil der Kinder mit Diagnose Heuschnupfen, Bayern 2013



Datenquelle: KVB; Basis: GKV-versicherte Kinder mit Arztkontakt, Sonderauswertung. Berechnungen PMV.

Zwar scheinen der KiGGS-Studie zufolge die Fallzahlen bei den Allergien nicht mehr so stark wie früher anzusteigen bzw. teilweise zu stagnieren, angesichts der Bedeutung von allergischen Erkrankungen für die Kindergesundheit bleibt es dennoch unverändert wichtig, die Entstehung dieser Erkrankungen besser zu verstehen, um eine bessere Prävention und Identifizierung von Risikogruppen zu ermöglichen und die Behandlung der Betroffenen effektiver zu machen. So wird z. B. im Projekt „APC – Häufigkeit von Atopien bei Frühgeborenen (Atopy in preterm children)“ des Münchner Allergie-Forschungszentrums (MARC) an der TU München und dem Helmholtz-Zentrum München versucht, Risikofaktoren für eine spätere Allergie zu analysieren.⁵⁷

GINI-STUDIE („GERMAN INFANT NUTRITIONAL INTERVENTION STUDY“)

Das Helmholtz-Zentrum München hat mit verschiedenen Kooperationspartnern über 15 Jahre eine Kohorte zufällig ausgewählter Kinder ab Geburt im Jahr 1995 bis ins Jugendalter begleitet. Das primäre Untersuchungsinteresse galt dem natürlichen Verlauf allergischer Erkrankungen und ihren möglichen Ursachen (www.ginistudie.de).

⁵⁷ www.stmgp.bayern.de/aufklaerung_vorbeugung/giba/projekte/apc.htm.

2.4 INFektionsKRANKHEITEN UND IMPFUNGEN

Infektionskrankheiten bei Kindern

Infektionskrankheiten waren lange Zeit auch in Deutschland die häufigste Todesursache im Kindesalter. In den Ländern der Dritten Welt ist das noch heute so. Durch die Verbesserung der Lebensbedingungen, insbesondere der hygienischen Verhältnisse und der Ernährung sowie durch die Möglichkeiten von Schutzimpfungen und der Verfügbarkeit von Antibiotika ist die Sterblichkeit an Infektionserkrankungen in den Industrienationen deutlich zurückgegangen.

Obwohl Infektionen in Deutschland heute für Kinder häufig nicht mehr lebensbedrohlich sind, verlaufen sie teilweise so schwer, dass sie im Krankenhaus behandelt werden müssen. In Bayern war 2013 etwa ein Fünftel aller stationär behandelten Krankheiten bei Kindern unter 15 Jahren infektionsbedingt, überwiegend handelt es sich um Atemwegs- und Darminfektionen. Das waren über 38.000 Fälle, etwa 20 verliefen tödlich.

Im ambulanten Behandlungsgeschehen spielen Infektionen bei Kindern eine herausragende Rolle. Je nach Altersgruppe litten im Jahr 2013 in Bayern 30 % bis 60 % der Kinder, die beim Arzt waren, unter einer Infektion (ICD A00–B99), die Atemwegsinfektionen noch gar nicht mitgerechnet. Im Vordergrund stehen dabei infektiöse Magen-Darm-Erkrankungen (Gastroenteritiden) mit einer Diagnosehäufigkeit von ca. 8 % bei den Unter-1-Jährigen und ca. 20 % bei den Unter-5-Jährigen.

Eine Reihe von Infektionskrankheiten, die engmaschiger überwacht werden sollen, unterliegt der Meldepflicht, d. h. die Fälle müssen dem zuständigen Gesundheitsamt gemeldet werden. In Bayern waren das 2014 einschließlich der neu hinzugekommenen Meldepflichten gut 12.000 Fälle bei Kindern unter 15 Jahren.

Meldepflichtige Erkrankungen bei Kindern unter 15 Jahren, Bayern 2014

	Insgesamt	davon im Alter ...		
		unter 1 Jahr	1–9 Jahre	10–14 Jahre
Norovirus	1.814	295	1.360	159
Salmonellose	587	44	413	130
Sonstige Darminfektionen	4.703	692	3.565	446
Influenza	965	59	757	149
Masern	56	11	36	9
Windpocken, Keuchhusten, Mumps, Röteln, Lyme-Borreliose (neue Meldepflichten, Datenqualität noch unsicher)	4.159	203	3.274	682
Sonstige	140	19	89	32
Insgesamt	12.424	1.323	9.494	1.607

Datenquelle: LGL; SurvNet; Stand 31.01.2015

Insbesondere auch impfpräventable Erkrankungen sind bedeutsam, da diese sehr einfach vermieden werden könnten. Die KiGGS-Studie zeigt, dass nach

wie vor viele Kinder an Masern, Keuchhusten und Windpocken erkranken.⁵⁸

⁵⁸ Neuhauser H., Poethko-Müller C.: Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt 2014; 57: 784.

**Anteil der Kinder mit jemals durchgemachten Infektionserkrankungen
Elternangaben, Deutschland**

Altersgruppe	KiGGS- Welle 2003–06: Jemals Wind- pocken	KiGGS- Welle 2009–12: Jemals Wind- pocken	KiGGS- Welle 2003–06: Jemals Keuch- husten	KiGGS- Welle 2009–12: Jemals Keuch- husten	KiGGS- Welle 2003–06: Jemals Masern	KiGGS- Welle 2009–12: Jemals Masern
	0 bis 2 Jahre	12,8 %	2,4 %	0,4 %	1,9 %	0,4 %
3 bis 6 Jahre	60,5 %	18,0 %	1,8 %	3,3 %	1,8 %	1,9 %
7 bis 10 Jahre	85,7 %	62,2 %	4,1 %	3,9 %	5,8 %	6,8 %
11 bis 13 Jahre	86,8 %	82,7 %	12,6 %	4,7 %	11,6 %	9,2 %
14 bis 17 Jahre	85,6 %	83,4 %	23,1 %	6,5 %	18,1 %	14,1 %

Datenquelle: RKI

Der starke Rückgang bei den Windpocken ist auf die 2004 in Kraft getretene STIKO-Empfehlung für die Impfung zurückzuführen.

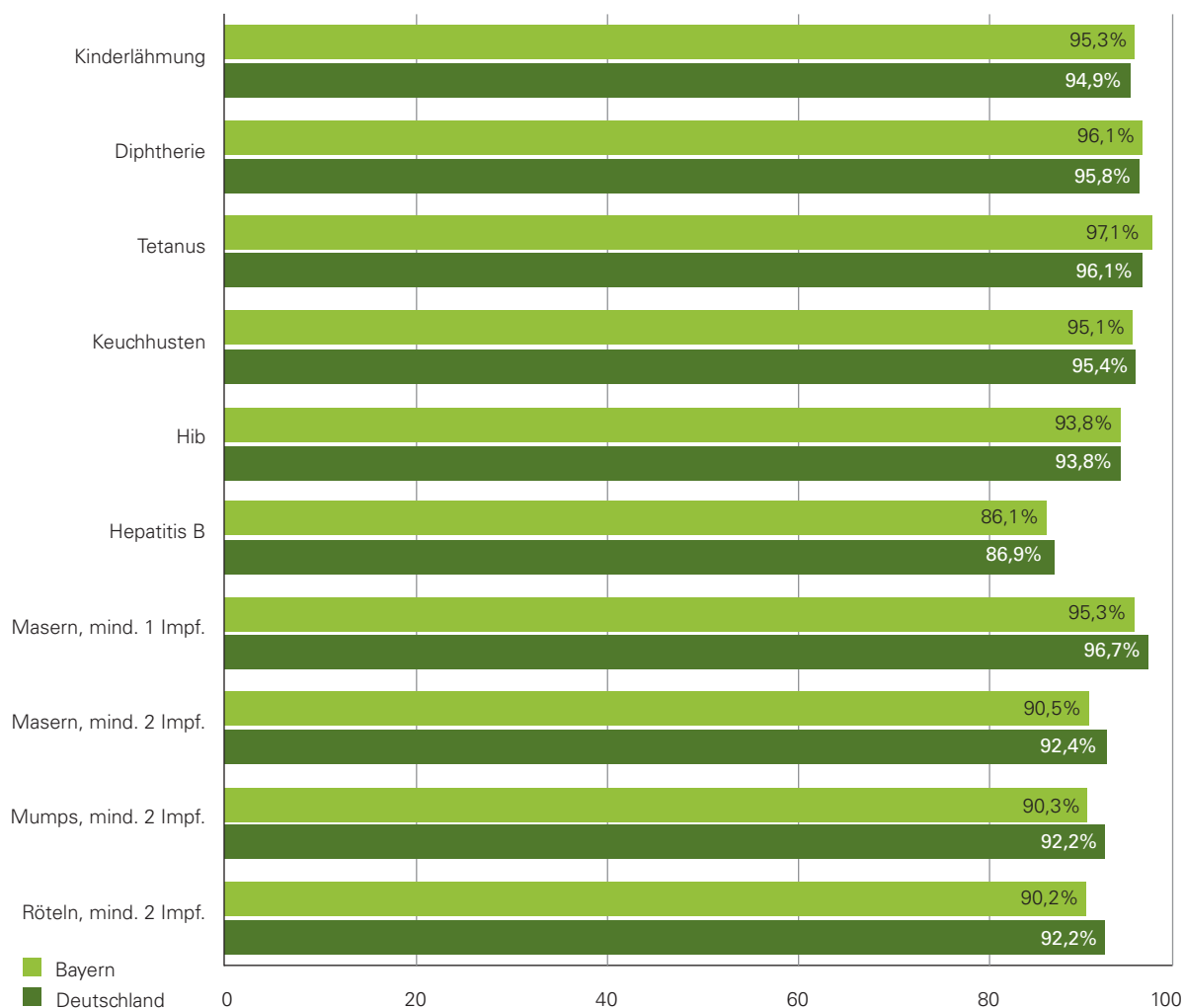
Ein besonderes Augenmerk gilt den Masern. Sie sollten den Planungen der Weltgesundheitsorganisation zufolge eigentlich inzwischen aus Europa verdrängt sein. Dies ist auch in Bayern aufgrund von Impflücken bei Kindern und insbesondere bei jungen Erwachsenen bisher nicht gelungen. Hinzu kommt, dass die erste Impfung gegen Masern für Kinder als Standardimpfung erst im Alter von 11–14 Monaten erfolgt.

Impfungen

Für eine Reihe von Infektionserkrankungen gibt es einen wirksamen Schutz durch Impfungen. Bei einigen impfpräventablen Infektionen kann bei ausreichender Durchimpfungsrate der Bevölkerung auch ein sogenannter „Herdschutz“ erreicht werden, d. h. ein Schutz der gesamten Bevölkerung einschließlich derer, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können. Da keine Impfpflicht besteht, ist es wichtig, im Rahmen der ärztlichen Impfberatung wie auch durch Öffentlichkeitsarbeit den Eltern die Bedeutung einer Impfung – auch bei Erkrankungen, die nur noch selten bei uns auftreten – verständlich zu machen.

Bis zum Einschulungsalter werden inzwischen sehr gute Durchimpfungsraten erreicht:

**Impfquoten bei Einschulungskindern
Bayern und Deutschland, Schuljahr 2012/2013**



Datenquellen: LGL, RKI

Die Impfquoten der Einschulungskinder sind in den letzten Jahren stetig gestiegen. Kinder mit Migrationshintergrund sind dabei den Schuleingangsuntersuchungen zufolge genauso gut geimpft wie Kinder deutscher Herkunft. Allerdings zeigen sich zwei Herausforderungen für die bayerische Impfstrategie. Zum einen weisen die Impfquoten erhebliche regionale Unterschiede auf: In Nordbayern sind die Kinder besser geimpft als in Südbayern – auf Kreisebene hatten die Impfquoten z. B. bei der zweiten Masernimpfung eine Spannweite von 77,5 % bis 97,4 %.⁵⁹ Des Weiteren werden viele Kinder nicht rechtzeitig geimpft. In Bayern ist dies noch ausgeprägter als im Bundesdurchschnitt. Bei den Masern soll die zweite

Impfung nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut bis zum Ende des zweiten Lebensjahres erfolgt sein. Auswertungen der Abrechnungsdaten aus der kassenärztlichen Versorgung für die Jahre 2008–2010 zufolge hatten zwar deutschlandweit 85,8 % der Kinder bis zum Ende des zweiten Lebensjahres wenigstens eine Masernimpfung erhalten (Bayern: 82,3 %), aber nur 62 % wie vorgesehen auch die zweite Masernimpfung (Bayern: 56,4 %). Auch hier zeigt sich wiederum das Nord-Südgefälle der Impfquoten. Garmisch-Partenkirchen wies mit einer Quote von 35,1 % rechtzeitig geimpfter Kinder bundesweit den schlechtesten Wert auf.

⁵⁹ LGL: Gesundheitsreport Bayern 1/2014. Der Impfstatus der Kinder in Bayern – Update 2014.

BAYERISCHE IMPFOFFENSIVE GEGEN MASERN

Seit Sommer 2014 wird vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege das Projekt „Bayerische Impfoffensive gegen Masern“ gefördert. Ziel ist es, durch ein langfristig angelegtes und vielfältiges Maßnahmenpaket steigende Impfquoten, insbesondere bei der Masernimpfung, aber auch bei den übrigen von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen, sowie die Elimination der Masern in Bayern zu erreichen. Die Maßnahmen beinhalten eine intensivierete Öffentlichkeitsarbeit, fördern eine verstärkte Vernetzung der beteiligten Akteure im Impfwesen und tragen zur Erweiterung der Datenlage bezüglich der bayerischen Impfquoten bei. Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Projekt dem zielgruppenspezifischen und regionalen Ansatz zu. Die Kampagnenarbeit wird insbesondere in impfschwachen Regionen durchgeführt und fokussiert vor allem auf Erwachsene, da hier in den letzten Jahren vermehrt Masernfälle aufgrund von Impfücken aufgetreten sind. Planung, Umsetzung und fachliche Evaluation werden in Zusammenarbeit mit LGL und der Landesarbeitsgemeinschaft Impfen (LAGI) durchgeführt. Im Frühjahr 2015 wurde beispielsweise eine Kinokampagne in den Landkreisen Rosenheim, Garmisch-Partenkirchen, Bad Tölz und Landsberg/Lech gestartet. Diese Landkreise wiesen in der Vergangenheit im Vergleich zu anderen bayerischen Landkreisen niedrigere Masernimpfquoten bzw. eine höhere Häufigkeit von Masern (Maserninzidenz) auf. Mehr dazu unter: www.impfen.bayern.de.



2.5 ADIPOSITAS UND IHRE RISIKOFAKTOREN

Starkes Übergewicht (Adipositas) im Kindes- und Jugendalter ist nicht nur ein „Schönheitsproblem“, sondern auch ein gesundheitliches Problem – von Stoffwechselstörungen bis hin zu adipositasbedingten Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems. Zudem schränkt Adipositas die motorischen Fähigkeiten der Kinder ein. Der KiGGS-Studie zufolge gelten etwa 6 % der 3- bis 17-Jährigen in Deutschland als adipös.⁶⁰ Dabei steigt die Rate der adipösen Kinder von 2,9 % bei

den 3- bis 6-Jährigen über 6,4 % bei den 7- bis 10-Jährigen, 7,2 % bei den 11- bis 13-Jährigen bis auf 8,5 % bei den 14- bis 17-Jährigen an.

Allerdings erlauben die KiGGS-Daten keine regionale Differenzierung nach Bundesländern. Solche Vergleiche sind nur mit den Daten der Schuleingangsuntersuchungen möglich. Dabei zeigt sich, dass im Ländervergleich Bayern die wenigsten adipösen Einschulungskinder hat.

Adipositas bei Einschulungskindern (Referenzsystem Kromeyer-Hauschild et al.)

	Bezugsjahr	Beide Geschlechter	Jungen	Mädchen
Baden-Württemberg	2010/2011	3,2 %	3,4 %	3,0 %
Bayern	2010/2011	3,2 %	3,2 %	3,1 %
Berlin	2011/2012	4,0 %	4,1 %	3,9 %
Brandenburg	2012	4,3 %	4,4 %	4,3 %
Bremen*	2013	5,2 %	5,0 %	5,3 %
Hamburg	2012	4,7 %	4,7 %	4,7 %
Hessen	2011/2012	4,8 %	5,1 %	4,4 %
Mecklenburg-Vorpommern	2011/2012	5,3 %	5,3 %	5,4 %
Niedersachsen	2011/2012	4,3 %	4,4 %	4,1 %
Nordrhein-Westfalen	2010/2011	4,6 %	4,7 %	4,4 %
Rheinland-Pfalz	2011/2012	4,3 %	4,4 %	4,1 %
Saarland	2011	5,0 %	4,9 %	5,1 %
Sachsen	2011/2012	3,6 %	3,6 %	3,7 %
Sachsen-Anhalt	2012	5,3 %	4,9 %	5,7 %
Schleswig-Holstein	Schuljahr 2011/2012	4,2 %	4,3 %	4,2 %
Thüringen	2012	4,9 %	4,6 %	5,4 %

Datenzusammenstellung: LGL in Zusammenarbeit mit der AG GPRS der AOLG, Länderabfrage 2013. Hinweis: Bei der Interpretation der Daten sind Unterschiede in der Populationszusammensetzung nach Land und Jahr zu beachten, z. B. beim Durchschnittsalter der Kinder.

* ohne Bremerhaven.

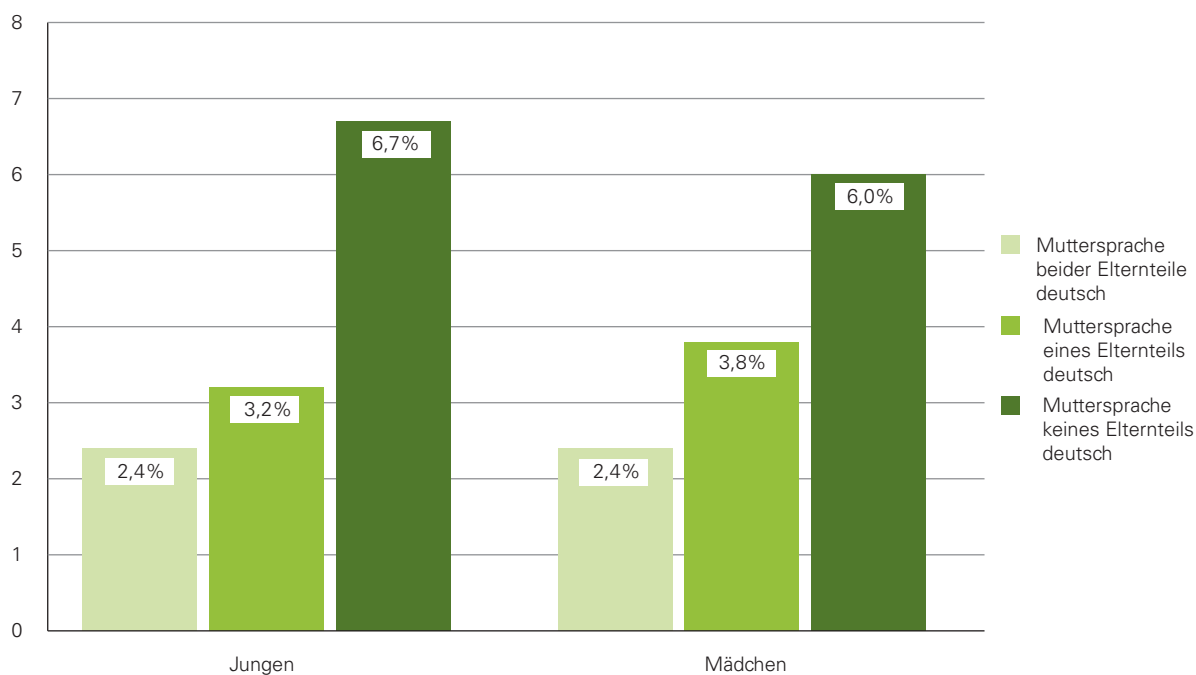
⁶⁰ Kurth B.M., Schaffrath-Rosario A.: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007; 50: 736–743.

Innerhalb Bayerns scheint die Adipositasrate der sozioökonomischen Struktur der Regionen zu folgen – in Nordostbayern gibt es etwas höhere Adipositasraten als in Südbayern.⁶¹ Adipositas hängt auch bei Kindern schon eng mit dem Sozialstatus der Familien zusammen, dies beeinflusst neben anderen Faktoren auch die regionale Verteilung der Adipositas in Bayern und Deutschland insgesamt.

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich nach einem deutlichen Anstieg der Adipositasraten im Einschulungsalter in den 1990er Jahren seit einigen Jahren keine Zunahme mehr, tendenziell gehen die Raten sogar etwas zu-

rück. Bei den Schuleingangsuntersuchungen 2003/2004 waren noch 3,9 % der bayerischen Einschüler adipös, nach den zuletzt verfügbaren Daten zum Schuljahr 2010/11 waren es noch 3,2 %. Zwischen den Geschlechtern gibt es dabei keine relevanten Unterschiede. Unter präventiven Gesichtspunkten bedeutsam sind jedoch die deutlich höheren Adipositasraten bei Kindern mit Migrationshintergrund: Sie liegen bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund etwa dreimal so hoch wie bei Kindern aus herkunftsideutschen Familien. Unterschiede im Sozialstatus spielen dabei eine wichtige Rolle.

Adipositas bei Einschulungskindern, Bayern (Schuljahr 2010/2011, nach Migrationshintergrund)



Datenquelle: LGL, Schuleingangsuntersuchungen

⁶¹ LGL: Gesundheitsreport Bayern 1/2012. Adipositas in Bayern – Update 2012.

Bei der Entstehung einer Adipositas spielen naturgemäß das **Ernährungs- und Bewegungsverhalten** eine wichtige Rolle. Was die Ernährung angeht, sind Eltern und Kindern heute mit einem früher nie gekanntem reichhaltigen Angebot an Nahrungsmitteln konfrontiert. Die EsKiMo-Studie⁶² im Rahmen der ersten KiGGS-Erhebung hat dabei gezeigt, dass Kinder und Jugendliche

- ▶ zwar ausreichend trinken, doch der Anteil von Limonade an der Getränkemege zu hoch ist,
- ▶ zu wenig Gemüse, Obst, Brot und Kartoffeln und
- ▶ zu fettreiche Nahrung mit deutlich zu vielen Süßigkeiten konsumieren.

So nehmen etwa 6 % der 12- bis 17-Jährigen pro Tag 500 kcal allein über Fast Food auf, wobei die Gruppe mit hohem Fast Food-Verzehr insgesamt eine sehr hohe Kalorienaufnahme zeigt. Allerdings geht es bei der Ernährung nicht nur um die richtige Auswahl der Nahrungsmittel, sondern auch um den sozialen Rah-

men der Mahlzeiten. Die HBSC-Studie weist darauf hin, dass nur rund 65 % der Kinder und Jugendlichen an jedem Schultag frühstücken. 20 % geben an, dass sie das nie tun.⁶³ Ältere Jugendliche frühstücken seltener als jüngere. Je höher der Sozialstatus der Familien, desto höher ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einem täglichen Frühstück. Dabei sind Kinder, die regelmäßig frühstücken, auch besser für die Anstrengungen in der Schule gerüstet.

In den letzten Jahren haben sich zudem die Erkenntnisse verdichtet, dass die Entstehung einer Adipositas ein komplexes soziales Phänomen darstellt, Fachleute sprechen von einer **„obesogenic environment“**, davon, dass Kinder heute in einer adipositasfördernden Umwelt leben. Dem müssen auch die Ansätze der Adipositasprävention gerecht werden, d. h. sie dürfen sich nicht in bloßen Verhaltensappellen zur richtigen Ernährung erschöpfen, sondern müssen auch Maßnahmen der Verhältnisprävention einschließen.

GESUNDE ERNÄHRUNG IN BAYERN

Anregungen und praktische Tipps für einen gesunden Alltag mit Säuglingen oder Kleinkindern gibt das **Netzwerk „Junge Eltern/Familien mit Kindern bis zu 3 Jahren“** des Bayerischen Staatsministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten. Es setzt auf Bündnisse vor Ort: Regionale Wegweiser informieren über Veranstaltungen und Programme sowie Wissenswertes aus den Bereichen Ernährung und Bewegung, etwa über die Ernährung von Kleinkindern oder Bewegungsspiele zur Förderung einer gesunden Motorik. Netzwerke Junge Eltern/Familien gibt es in jedem der bayernweit 47 Ämter für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten. Fortgesetzt wird das Angebot im Netzwerk „Familien mit Kindern von 3 bis 6 Jahren“. Auch hier geht es um kindgerechte Ernährung und Bewegung, der Altersgruppe entsprechend zu Hause in der Familie und auch im Kindergarten.⁶⁴

Das **Kompetenzzentrum Ernährung „KERN“** (www.kern.bayern.de) wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten 2011 eingerichtet, um einen schnelleren Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis zu erreichen.

Seit vielen Jahren fördert auch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege Projekte für eine gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung. Ein bundesweites Erfolgsmodell ist das Projekt **„TigerKids“** für Kindergärten (www.tigerkids.de), das von der Stiftung Kindergesundheit am Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität entwickelt und mit Unterstützung der AOK Bayern umgesetzt wurde. Es will Kindern im Kindergartenalter mehr Freude an einer gesunden Ernährung und mehr Bewegung vermitteln. Das Projekt wurde in rund 5.500 Kindergärten in Deutschland umgesetzt, etwa 20.000 Erzieherinnen sind inzwischen geschult worden.

⁶² Mensink G.B.M., Heseker H., Richter A., Stahl A., Vohmann C.: Forschungsbericht Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo). Berlin, Paderborn 2007.

⁶³ HBSC-Team Deutschland: Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School-aged Children 2009/2010. Häufigkeit des Frühstücks bei Kindern und Jugendlichen. <http://hbcs-germany.de>.

⁶⁴ Bayerisches Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten: Umsetzung des Konzepts Ernährung in Bayern. München 2012.

Der zweite wichtige Faktor ist das **Bewegungsverhalten**. Aus der KiGGS-Studie ist bekannt, dass nur knapp 28 % der 3- bis 17-Jährigen mindestens 60 Minuten pro Tag – wie empfohlen – körperlich aktiv sind. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil derer, die sich täglich mindestens 60 Minuten bewegen, ab. Immerhin geben gut drei Viertel (77,5 %) der Kinder und Jugendlichen an, Sport zu betreiben, knapp 60 % sind in einem Sportverein aktiv. Allerdings ist der Anteil in Familien mit niedrigem Sozialstatus geringer.⁶⁵

In Bayern ist den Angaben des Landes-Sportverbands zufolge rund ein Drittel (35,6 %) der Unter-5-Jährigen und knapp 60 % der 5- bis 18-Jährigen in einem Sportverein aktiv.⁶⁶ Als Sportarten standen dabei 2013 im Vordergrund:

- ▶ Fußball (22 % der Kinder und Jugendlichen übt ihn aktiv aus oder steht diesem Sport nahe),
- ▶ Turnen (18 %),
- ▶ Skisport (4 %),
- ▶ Tennis (4 %),
- ▶ Leichtathletik (3 %).

BEWEGTES BAYERN

Die regelmäßige Bewegung für und mit Kindern zu fördern und Spaß am Sport zu wecken, ist ein Ziel, für das sich der **Bayerische Landes-Sportverband e. V. (BLSV)** mit seinen Mitgliedsverbänden engagiert einsetzt. Mit der Zertifizierung zum „Bewegungskindergarten“ durch die Bayerische Sportjugend im BLSV beispielsweise werden Kindertageseinrichtungen ausgezeichnet, die sich besonders für frühkindliche Bewegungsförderung einsetzen. Im Projekt „BAERchen – Bewegung, Aufklärung, Ernährung, Ressourcen“ kooperieren Kindertageseinrichtungen mit Sportvereinen, deren Übungsleiter regelmäßig kleine Bewegungseinheiten in den KiTas durchführen. Spielerische Bewegungsprogramme für Kinder zwischen zwei und 12 Jahren bieten auch die „Kindersportschulen“ des BLSV, kurz „Kiss“ (www.blsv.de, Stichwort „Kiss“). Auch an ältere Schüler richtet sich „Sport nach 1 in Schule und Verein“, ein Kooperationsmodell des Bayerischen Staatsministeriums für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst mit dem BLSV, das im Rahmen von Sportarbeitsgemeinschaften ein qualifiziertes, den Sportunterricht ergänzendes Nachmittagsangebot in über 70 Sportarten macht. Im vergangenen Schuljahr gab es in Bayern mehr als 3.600 Sportarbeitsgemeinschaften (www.sportnach1.de).

Das Thema Bewegung ist seit langem auch Teil der **Initiative Gesund.Leben.Bayern**. Im Mittelpunkt stehen dabei nicht nur Bewegung oder Ernährung als einzelne Risikofaktoren, sondern die Förderung eines gesunden Lebensstils, der auch die Entwicklung sozialer Kompetenzen und das psychische Wohlbefinden mit einschließt. Hierzu gehören die Stärkung vorhandener Ressourcen, das Lernen, Probleme und Konflikte zu lösen und die Erfahrung, dass die Umwelt aktiv mitgestaltet werden kann. Drei Beispiele:

BEO'S – BEWEGUNG UND ERNÄHRUNG AN OBERFRANKENS SCHULEN

Ziel des Projektes ist es, gesunde Ernährung und Bewegung langfristig im Schulalltag zu verankern, um Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen vorzubeugen. Die Schule bietet sich als ein Ort zur Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter an, da hier praktisch alle Kinder erreicht werden können. Gemeinsam mit Vertretern von Grund- und Hauptschulen wurde ein ressourcenorientiertes Rahmenkonzept zur gesunden Ernährung und Bewegung in der Schule entwickelt. Mittlerweile nehmen 24 Schulen in Oberfranken an der Initiative teil (www.beos.uni-bayreuth.de/de/index.html).

⁶⁵ Robert Koch-Institut: Faktenblatt zur KiGGS-Welle 1 (2009–2012), Körperliche Aktivität; Manz K., Schlack R., Poethko-Müller C. et al: Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS-Welle 1). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2014; 57 (7): 840–848.

⁶⁶ Basisdaten: Bayerischer Landes-Sportverband e. V., www.blsv.de/blsv/vereinsservice/mitgliederverwaltung/statistiken/statistik-jahresende-2013.html#BAYERN.

JUVENTUM – GRUNDSCHULKINDER ALS GESUNDHEITSEXPERTEN

Das JuvenTUM-Gesundheitsprojekt ist ein Projekt an bayerischen Grundschulen und Münchner Haupt- und Realschulen zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Schüler, ihrer Lehrer und Eltern mit dem Schwerpunkt auf Bewegung und Sport. Das Projekt wird durchgeführt vom Lehrstuhl für Präventive und Rehabilitative Sportmedizin am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München mit Unterstützung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege und umfasst mittlerweile drei Stufen: Grundschulkinder als Gesundheitsexperten (Stufen 1 und 2) sowie Kinder und Jugendliche als Gesundheitsexperten (Stufe 3). Die Eltern werden über Elternabende und gemeinsame Kind-Eltern-Angebote aktiv mit einbezogen. Außerdem findet eine wissenschaftliche Begleitforschung statt (www.juventum.med.tum.de).

Auch Schullandheimaufenthalte bieten Gelegenheit, neue Erfahrungen im Umgang mit Essen und Bewegung zu machen und Gesundheitswissen zu erwerben – das **Projekt „Fit und Gesund im Schullandheim“ (FugS)** hat erprobt, wie es geht (www.stmgp.bayern.de/aufklaerung_vorbeugung/giba/projekte/index.htm).

2.6 PSYCHISCHE GESUNDHEIT, VERHALTENAUFFÄLLIGKEITEN UND ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN

Psychische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten können schon im frühen Kindesalter auftreten: Exzessives Schreien bei Babys, Fütterstörungen, Einässen und Einkoten, Stottern, kindliche Zwangsstörungen und Schulängste oder die vielzitierten hyperkinetischen Störungen (ADHS) sind bekannte Beispiele. Aus dem breiten Spektrum dieser Probleme kann hier

nur beispielhaft auf ausgewählte Störungsbilder eingegangen werden.

Wie bedeutsam psychische Probleme bereits im Kindesalter sind, macht die KiGGS-Studie deutlich. Demnach sind in Deutschland etwa ein Viertel der Jungen und ein Sechstel der Mädchen psychisch auffällig.⁶⁷ Dabei sind Kinder und Jugendliche aus der Gruppe mit niedrigem Sozialstatus häufiger betroffen als solche mit hohem Sozialstatus (30,8 % versus 11,3 %).⁶⁸

Psychische Auffälligkeiten bei Kindern in Bayern

	Insgesamt	Jungen	Mädchen
Einschulungsalter (2005/2006)			
Probleme des Sozialverhaltens	26,0 %	29,9 %	21,9 %
Probleme mit Gleichaltrigen	17,7 %	19,8 %	15,4 %
Emotionale Probleme	12,2 %	12,5 %	11,8 %
Konzentrationsprobleme, Hyperaktivität	10,6 %	13,0 %	7,9 %
Vierte Klasse (2009/2010)			
Probleme des Sozialverhaltens	24,5 %	30,1 %	19,0 %
Probleme mit Gleichaltrigen	22,1 %	24,4 %	19,8 %
Emotionale Probleme	17,0 %	16,6 %	17,4 %
Konzentrationsprobleme, Hyperaktivität	14,1 %	18,8 %	9,6 %

Datenquelle: LGL, Gesundheits-Monitoring-Einheiten; SDQ Scores „auffällig“ und „grenzwertig“ zusammen

⁶⁷ „Psychische Auffälligkeit“ bemisst sich dabei anhand eines Symptomfragebogens (Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ).

⁶⁸ Hölling H. et al.: KiGGS Study Group. Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Bundesgesundheitsbl 2014; 57: 807–819.

In Bayern wurden vor einigen Jahren Kinder mit der gleichen Methodik untersucht, zunächst bei der Einschulung (2005/2006) und dann ein zweites Mal in der vierten Klasse (2009/2010). Auch hier zeigten sich hohe und mit den KiGGS-Ergebnissen vergleichbare Befundhäufigkeiten⁶⁹.

Den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge war bei mehr als 385.000 Kindern unter 15 Jahren, die 2013 einen Arztkontakt hatten, eine Diagnose aus der Gruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ (ICD F00–F99) dokumentiert. Das entspricht 27,5 % aller Kinder, die einen Arztkontakt hatten. Dies bestätigt in der Größenordnung die Häufigkeit, mit der in der KiGGS-Studie psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen erfasst wurden.

5.844 Kinder mussten 2013 sogar (voll)stationär behandelt werden, weil sie unter einer psychischen Störung litten – etwa 40 % mehr als im Jahr 2000. Im Vordergrund stand dabei die Diagnosegruppe Neuro-

tische, Belastungs- und somatoforme Störungen, auf die fast die Hälfte der Fälle entfiel. 2013 wurden erstmals mehr Mädchen als Jungen mit einer psychischen Störung stationär behandelt.

ACHTUNG! KINDERSEELE – STIFTUNG FÜR DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT VON KINDERN

In der Stiftung „Achtung! Kinderseele“ sind drei Verbände zusammengeschlossen: die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP), der Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP) und die Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (BAG). Die Stiftung will in der Öffentlichkeit Menschen für die seelische Kindergesundheit sensibilisieren, Berührungsängste abbauen, Wissen vermitteln und dazu motivieren, Hilfsangebote früh genug wahrzunehmen. Mehr dazu: www.achtung-kinderseele.org.

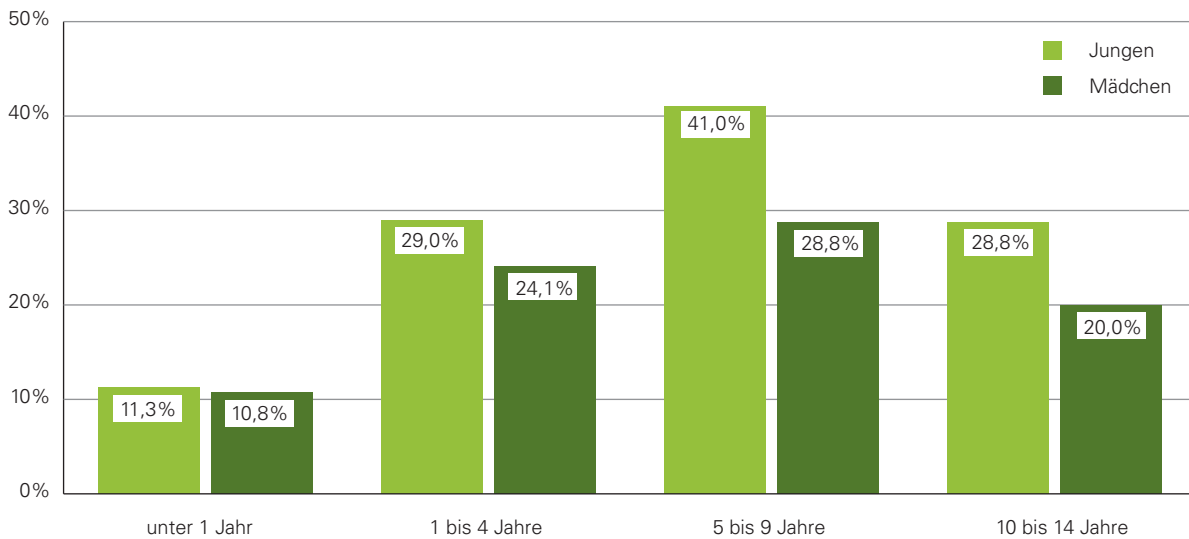
Im ambulanten Bereich stehen im Vorschulalter die sogenannten umschriebenen Entwicklungsstörungen (z. B. Sprachstörungen, Störungen der Motorik usw.) an erster Stelle. In der Altersgruppe der 5- bis 9-Jährigen weisen die meisten Kinder mit einer psychischen Belastung die Diagnose Hyperkinetische Störung auf. In den höheren Altersgruppen stellen Ängste, Phobien, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen häufige Behandlungsanlässe dar.

Abgesehen von den Unter-1-Jährigen sind bei den Kindern in allen Altersgruppen mehr Jungen als Mädchen betroffen, erst mit dem Jugendalter ändert sich das Geschlechterverhältnis in der Häufigkeit der psychischen Störungen. Im Schulalter geht der Anteil der betroffenen Kinder zurück, was in erster Linie auf die im jüngeren Kindesalter häufig dokumentierten und dann etwas zurückgehenden Diagnosen aus dem Bereich der Entwicklungsstörungen und der hyperkinetischen Erkrankung zurückzuführen ist.

⁶⁹ LGL: Gesundheitsreport Bayern. Psychische Gesundheit – Update 2011.



Anteil der Kinder mit einer Diagnose aus der Gruppe „Psychische und Verhaltensstörung“ (F00–F99), Bayern 2013



Datenquelle: KVB; Basis: GKV-versicherte Kinder mit Arztkontakt, Sonderauswertung.

Psychische Probleme und Entwicklungsstörungen stellen zwar einen häufigen ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungsanlass bei Kindern und Jugendlichen dar, dennoch muss davon ausgegangen werden, dass viele Eltern entweder eine Behandlungsnotwendigkeit nicht erkennen oder sie keinen Zugang zu einer fachspezifischen Versorgung haben bzw. bei den Therapeuten lange Wartezeiten bestehen. So wurde in der BELLA-Studie festgestellt, dass nur bei ca. der Hälfte der als psychisch auffällig betrachteten Kinder eine Behandlung stattfindet.⁷⁰ Insbesondere vor dem Hintergrund, dass ein hoher Prozentsatz der betroffenen Kinder an mehr als einer psychischen Erkrankung leidet, ist ein zeitnaher Zugang zu einer fachspezifischen multimodalen interprofessionellen Behandlung wichtig.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist die häufigste psychische Störung im Kindes- und Jugendalter. Sie ist gekennzeichnet durch eine Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, durch unzureichende Impulskontrolle und Hyperaktivität. Nicht jedes von seiner Umgebung als „Zappelphilipp“ bezeichnete Kind hat jedoch eine ADHS. Die Kernsymptome müssen mindestens über einen Zeitraum von sechs Monaten vorliegen und deutlich stärker ausge-

prägt sein als bei Kindern im gleichen Alter und vergleichbarer Intelligenz. Bei Kindern mit ADHS treten die Symptome in verschiedenen Situationen und Lebensbereichen auf, d. h. sowohl zu Hause wie auch im Kindergarten bzw. in der Schule oder in der Freizeit. Wie bei vielen anderen psychischen Erkrankungen ist der Übergang zwischen „gesund“ und „krank“ fließend. Vor allem bei Vorschulkindern sind altersbedingte Entwicklungsunterschiede zu berücksichtigen. Die Diagnostik ist deshalb sehr zeitaufwändig und umfasst neben verschiedenen Tests mit den Kindern auch Gespräche mit den Eltern und ggf. auch die Befragung von Erziehern oder Lehrern.

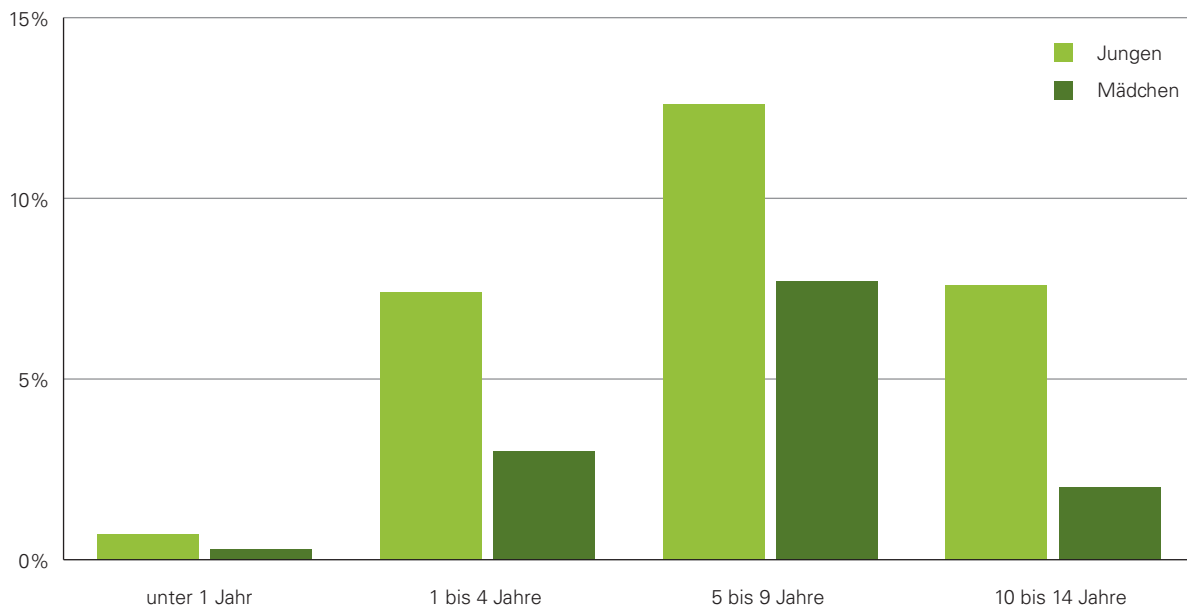
Die Entstehung der ADHS ist noch nicht gänzlich geklärt, was mit dazu beiträgt, dass in den öffentlichen Medien mitunter das Bild erzeugt wird, dass es sich um ein gesellschaftliches Konstrukt und nicht um eine die Kinder und Familien belastende und zu behandelnde Störung handelt. Bei den Ursachen der Störung spielen biologisch-genetische und Umweltfaktoren sowie psychosoziale Faktoren eine wesentliche Rolle. Untersuchungen zeigen, dass zwei Drittel der von ADHS betroffenen Kinder weitere psychische Störungen aufweisen wie zum Beispiel Angst und Depressionen, aber auch Entwicklungsstörungen oder oppositionell-aggressives Verhalten.

⁷⁰ Ravens-Sieberer U. et al.: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007; 50:871–878.

In der KiGGS-Studie wurden Eltern befragt, ob bei ihren Kindern jemals eine ADHS diagnostiziert wurde – demnach waren 5 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren betroffen. Weitere knapp 5 % wurden als Verdachtsfälle eingestuft. Kinder und Jugendliche aus Familien der unteren Sozialschicht hatten ein mehr als doppelt so hohes Risiko, eine ADHS-Diagnose zu erhalten.⁷¹

In Bayern wurde die Diagnose im Jahr 2013 den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge bei 67.993 gesetzlich krankenversicherten Kindern unter 15 Jahren gestellt. Dies entspricht ebenfalls ca. 5 % der Altersgruppe. Jungen sind deutlich häufiger betroffen als Mädchen. Die Prävalenz nimmt bis zum 10.–12. Lebensjahr zu und geht danach zurück. Bei einem nicht geringen Anteil – die Schätzungen gehen hier allerdings weit auseinander – bleiben Symptome der ADHS auch noch im jungen Erwachsenenalter bestehen.⁷²

Anteil der Kinder mit der Diagnose „Hyperkinetische Störung“ (F90), Bayern 2013



Datenquelle: KVB; Basis: GKV-versicherte Kinder mit Arztkontakt, Sonderauswertung. Berechnungen PMV.

Die Diagnosehäufigkeit weist erhebliche regionale Varianz auf. Daten der Barmer-GEK ließen bereits vor zwei Jahren erkennen, dass in Unterfranken deutlich mehr Kinder und Jugendliche die Diagnose „Hyperkinetische Störung“ erhalten als im Bundesdurchschnitt.⁷³ Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung bestätigen den Befund: Die Diagnoseprävalenz für ADHS liegt mit Wohnort in

Würzburg bei 11,6 % (Bayern: 5,2 % und bundesweit 4,4 %).⁷⁴ Dies kann einerseits bedeuten, dass ein bestehender Versorgungsbedarf dort besser erfüllt wird als in anderen Regionen, es kann jedoch auch andererseits ein Hinweis darauf sein, dass das Vorliegen einer Störung und deren Behandlung in dieser Region ärztlich anders beurteilt werden, ggf. im Zusammenspiel mit Eltern, Selbsthilfeverbänden oder Lehrern.

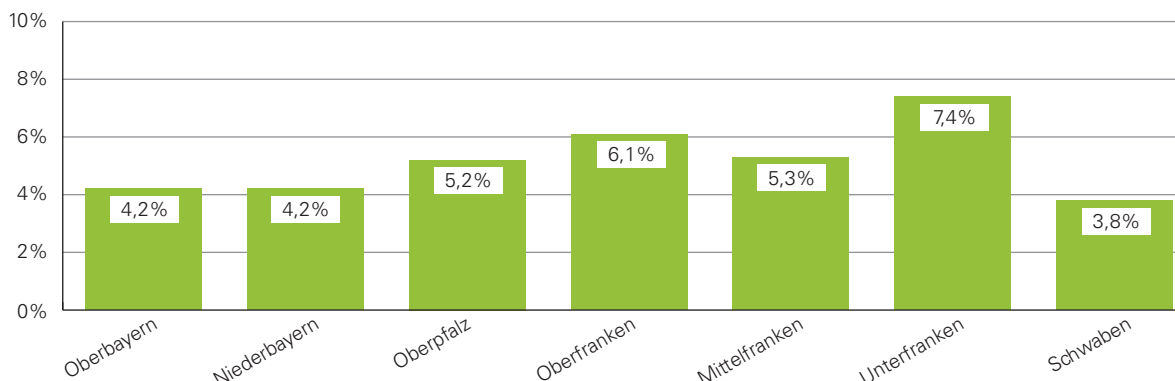
⁷¹ Schlack et al.: Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003-2006 und 2009-2012 zugenommen? Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2014; 57: 820–829.

⁷² Schubert I., Buitkamp M., Lehmkuhl G.: Versorgung bei ADHS im Übergang zum Erwachsenenalter aus Sicht der Betroffenen. In: Böcken J., Braun B., Repschläger U. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2013. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Gütersloh 2013: 88–121.

⁷³ Grobe T. et al.: BARMER-GEK Arztreport 2013. Siegburg, 2013.

⁷⁴ Siehe <http://www.versorgungsatlas.de/themen/>.

**Kinder mit Diagnose „Hyperkinetische Störung“ (F90), Bayern 2013
(Altersgruppe unter 15 Jahren)**



Datenquelle: KVB; Basis: GKV-versicherte Kinder mit Arztkontakt, Sonderauswertung. Berechnungen PMV.

ADHS ist mit erheblichen Belastungen für die Betroffenen und für ihre Familien und ihre Umgebung verbunden. Die Behandlung sollte multimodal erfolgen, wobei zunächst beratende, edukative und psychotherapeutische Verfahren eingesetzt werden sollten. Eine medikamentöse Verordnung von Psychostimulanzien sollte nur in schweren Fällen erfolgen, z. B. wenn der Verbleib in der Schule gefährdet oder das Familienleben stark beeinträchtigt ist.

Vor dem Hintergrund von Leitlinienempfehlungen zur Behandlung der ADHS wurde der starke Verordnungsanstieg von Psychostimulanzien (in erster Linie Methylphenidat) in der Fachöffentlichkeit kritisch diskutiert.⁷⁵ Wurde in den 90er Jahren bei rund 25 % der Kinder mit einer ADHS-Diagnose eine medikamentöse Therapie eingeleitet, findet dies heute im Mittel schon bei fast 45 % statt – mit starken regionalen Schwankungen. Diese Varianzen zeigen sich ebenfalls innerhalb von Bayern sowohl in der Diagnosehäufigkeit als auch bezogen auf die Verordnungshäufigkeit von Methylphenidat.⁷⁶

Ob die ADHS-Erkrankungshäufigkeit zunimmt, ist nicht geklärt. Während die KiGGS-Studie darauf hindeutet, dass die Prävalenzen stabil sind, zeigen Krankenkassendaten einen kontinuierlichen Anstieg in der Häufigkeit der Diagnosen und bei den Methylphenidat-Verordnungen seit den frühen 1990er Jahren. Aus der Literatur ist bekannt, dass es sowohl Fehldiagno-

sen als auch Untererfassung gibt⁷⁷. Auch die Beobachtung, dass jeweils die jüngsten Schüler einer Klasse ein höheres Risiko für eine ADHS Diagnose aufweisen, stellt die Indikationsstellung infrage⁷⁸.

DAS ZENTRALE ADHS-NETZ UND REGIONALE NETZE IN BAYERN

Ein bundesweites Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) ist das zentrale adhs-netz. Es richtet sich sowohl an Experten als auch an Betroffene, ihre Angehörigen und Bezugspersonen. Für beide Gruppen gibt es Informationsplattformen: www.zentrales-adhs-netz.de für Fachleute und für Informationen über regionale Versorgungsmöglichkeiten sowie www.adhs.info mit unabhängigen Informationen zum Thema ADHS für Betroffene, Angehörige und andere Interessierte. Darüber hinaus gibt es regionale Netzwerke, die vor Ort Unterstützung und Beratung bieten, in Bayern sind es derzeit neun regionale Netze (www.zentrales-adhs-netz.de, Stichwort „Regionale Netze“).

⁷⁵ So stieg die Anzahl der verordneten Tagesdosen an Methylphenidat bundesweit von 20 Millionen DDD in 2003 auf 58 Millionen DDD in 2013; Schwabe U., Pfaffrath D. (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2013. Heidelberg 2013.

⁷⁶ Grobe T. et al.: BARMER-GEK Arztreport 2013. Siegburg, 2013; ZI: Versorgungsatlas. www.versorgungsatlas.de.

⁷⁷ Angold A. et al.: Stimulant Treatment for Children. A Community Perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:975–984; Bruchmüller K. et al.: Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *J Consult Clin Psychol*:2012 Feb; 80(1): 128–38.

⁷⁸ Morrow et al.: Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention deficit/hyperkinetic disorder in children. *CMAJ* 2012; 184:755–762; DOI: 10.1503/cmaj.111619.

Kinder psychisch kranker Eltern

Kinder und Jugendliche, deren Eltern psychisch krank sind, weisen ein hohes Risiko auf, selbst psychisch zu erkranken. Hierbei sind die genetischen Faktoren eher dafür verantwortlich, wie die Kinder und Jugendlichen mit den familiären Belastungen zurechtkommen, weniger der Auslöser für eine Erkrankung.⁷⁹ Zwar liegen keine Angaben zur Zahl der betroffenen Kinder vor, doch ist bekannt, dass etwa zwei Drittel der psychisch kranken Erwachsenen Eltern sind und drei Viertel mit ihren minderjährigen Kindern zusammen leben⁸⁰. Das Risiko für das Kind zu erkranken, steigt mit der Dauer und Schwere der psychischen elterlichen Erkrankung. Belastungen entstehen für die betroffenen Kinder durch die Einschränkungen in der Versorgung und Erziehungsfähigkeit, durch – je nach Krankheitsbild – fehlende Empathie und Erfüllung der kindlichen Bedürfnisse. Auch die mit der Krankheit verbundenen Eheprobleme sowie die Tabuisierung der Erkrankung und das Schweigegebot gegenüber Außenstehenden tragen zur Belastung der Kinder bei, vor allen Dingen, wenn keine anderen vertrauensvollen sozialen Beziehungen bestehen. Psychische Erkrankungen der Eltern sind oftmals noch mit weiteren Risikofaktoren für die gesundheitliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen verbunden wie z. B. durch Armut und Arbeitslosigkeit.

Trotz der vielfältigen Belastungen entwickeln nicht alle betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst psychische Störungen. Risikomindernd wirken ein positives Selbstwertgefühl, die Fähigkeit, situationsangemessen reagieren zu können, das Vorhandensein von stabilen sozialen Beziehungen, Kenntnisse über die Erkrankung der Eltern und ein offener Umgang der Eltern mit der Erkrankung.

Interventionen zur Stärkung der Kinder psychisch kranker Eltern sollten den Experten zufolge deshalb

- ▶ alltagspraktische Hilfen vermitteln (die alltägliche Versorgung sicherstellen, bei den Schularbeiten helfen, Freizeitaktivität organisieren),
- ▶ familienorientierte Hilfen geben wie Stärkung der Erziehungskompetenz und der familiären Kommunikation,
- ▶ die sozialen Ressourcen durch den Aufbau stabiler Beziehung stärken, und
- ▶ Psychoedukation auch den Kindern und nicht nur den Eltern anbieten.⁸¹

AUGSBURGER KINDERSPRECHSTUNDE

Als beispielhaftes Projekt zur Vorbeugung für Menschen in besonders belasteten Lebenssituationen wird 2015 die Augsburger Kindersprechstunde am Augsburger Bezirkskrankenhaus mit dem Bayerischen Präventionspreis ausgezeichnet. Dieses Projekt bietet Mädchen und Jungen mit einem psychisch kranken Elternteil Raum für den Austausch über Erfahrungen, über Ängste und Fragen, aber auch gemeinsame Freizeitaktivitäten und -erlebnisse.

PRIMÄRPRÄVENTION VON DEPRESSION BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT EINEM AN DEPRESSION ERKRANKTEN ELTERNTEIL (PRODO)

Leidet Vater oder Mutter an einer Depression, ist für die Kinder das Risiko erhöht, selbst an einer solchen Störung zu erkranken. Ein Forschungsprojekt der Ludwig-Maximilians-Universität München im Rahmen der **Initiative Gesund.Leben.Bayern** untersucht die Wirkung eines Präventionsprogramms für betroffene Familien. Ziel ist es, das Programm bei erfolgreichem Verlauf bayern- und auch bundesweit einzusetzen (www.kjp.med.uni-muenchen.de, Stichwort „PRODO“).

„KINDERLEICHT – ZUKUNFT. VON ANFANG AN“

Ein grenzüberschreitendes Projekt der Caritas Garmisch-Partenkirchen und der Caritas Tirol unterstützt Kinder suchtkranker und psychisch kranker Eltern mit Einzel- und Gruppenangeboten (www.projekt-kinderleicht.eu).

⁷⁹ Vgl. zum Folgenden: Lenz A., Kuhn, J.: Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: Wiegand-Grefe S. et al.: Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen 2011.

⁸⁰ Lenz A.: www.eva-stuttgart.de/fileadmin/redaktion/pdf/Fachtage/Fachtag_Aufwind/Vortrag_Kinder_psychisch_kranker_Eltern.pdf.

⁸¹ Lenz A., Kuhn, J.: Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: Wiegand-Grefe S. et al.: Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen 2011.



Gewalterfahrungen und psychische Gesundheit

Gewalt gegenüber Kindern bedeutet nicht nur körperliche Gewalt und sexuellen Missbrauch, sondern auch psychische Misshandlung, verbale Demütigungen und Vernachlässigung. Kinder und Jugendliche können dabei Opfer und Täter sein. Gewalt findet vor allem in der Familie oder im näheren sozialen Umfeld statt. Gewalterfahrungen sind vielfach Ursache für psychosomatische und psychische Erkrankungen wie beispielsweise posttraumatische Belastungsstörungen, Essstörungen, Suchtmittelmissbrauch, Depression, Borderline-Störungen und Suizidalität.⁸²

Das Ausmaß an Gewalt gegen Kinder lässt sich kaum bestimmen, da von einer hohen Anzahl nicht bekannt gewordener und verheimlichter Fälle ausgegangen werden muss. In der KiGGS-Studie (Erhebung 2003–2006) wurden den 11–17 Jährigen Fragen zur ihren Gewalterfahrung gestellt. Knapp 20 % der Befragten gaben an, als Opfer oder Täter Gewalterfahrung zu haben.⁸³ Soziale Benachteiligung und Migrationshintergrund gehen mit höherer Gewaltbereitschaft und Gewalterleben einher. Schutzfaktoren sind ein hohes Selbstwertgefühl, ein gutes Familienklima, eine aktive Bewältigung von Problemen, Unterstützung von Gleichaltrigen und Erwachsenen. Auch Kinder, die Zeugen von häuslicher Gewalt werden, haben ein hohes Risiko, Verhaltensauffälligkeiten und psychische Erkrankungen zu entwickeln sowie selbst später Gewalt in der Partnerschaft zu erfahren.

⁸² Siehe ausführlich hierzu: Pfeiffer E., Lehmkuhl U.: Misshandlung und Vernachlässigung, In Lehmkuhl et al. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bd. 2. Störungsbilder. Hogrefe Verlag; Göttingen; 2013: 1208–1222.

⁸³ Schlack R., Hölling H.: Gewalterfahrung von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007; 50; 819–826.

PRÄVENTIONSPROGRAMM „MIT MIR NICHT!“

Mit diesem Programm, das sich an pädagogische Fachkräfte und Mitarbeiter in allen Kindergärten Bayerns wendet, sollen Kinder und ihre Eltern schon möglichst früh auf Konflikt- und Risikosituationen vorbereitet werden und z. B. lernen, wenn nötig, Hilfe holen. Die Erzieherinnen und Erzieher der Kindergärten Bayerns sollen mit Hilfe des von der WHO entwickelten Präventionsprogrammes die ihnen anvertrauten Kinder durch Vermittlung eines positiven Lebensgefühls und durch die Stärkung von Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl und Lebenskompetenz vor Gewalt, Sucht und Drogen schützen.

Projektträger ist der BKK Landesverband Bayern in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.

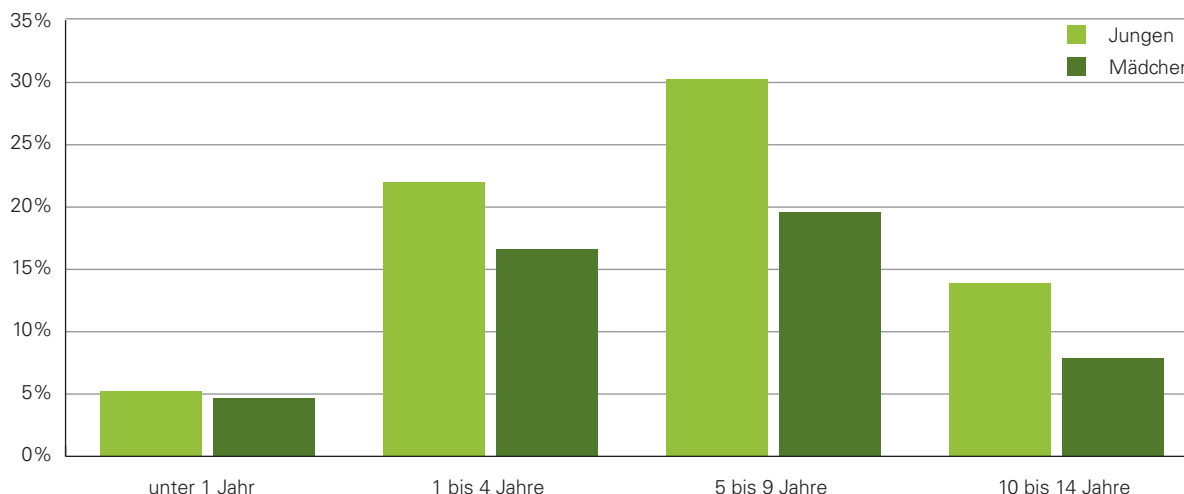
Mit den **Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi-Netzwerk frühe Kindheit)** ist in Bayern ein flächendeckendes Hilfesystem im Bereich der Jugendämter aufgebaut worden, um Kinder, Jugendliche, Eltern und Fachleute zu unterstützen. Auf der Seite www.kinderschutz.bayern.de stehen alle Informationen zum Thema Kinderschutz gebündelt zur Verfügung.

Entwicklungsstörungen

Knapp 18 % der gesetzlich krankenversicherten Kinder in Bayern hatte 2013 einen Behandlungsanlass mit der Diagnose „Entwicklungsstörung“. Hierzu zählen alle Leistungsdefizite, die nicht durch eine Minderung

der Intelligenz oder durch körperliche und seelische Beeinträchtigungen erklärt werden können. Eine Untergruppe stellen die „umschriebenen Entwicklungsstörungen“ dar.

Anteil der Kinder mit der Diagnose „Entwicklungsstörungen“ (F80–89), Bayern 2013



Datenquelle: KVB; Basis: GKV-versicherte Kinder mit Arztkontakt, Sonderauswertung. Berechnungen PMV.

Am häufigsten werden dabei Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (ICD: F80) diagnostiziert. 12 % der Kinder in Bayern hatten den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge 2013 einen Behandlungsanlass mit dieser Diagnose, erwartungsgemäß die meisten im Kindergarten- und Grundschulalter (15 % bei den 1- bis unter 5-Jährigen und knapp 19 % bei 5- bis unter 10-Jährigen).

Wie im Abschnitt über die Schuleingangsuntersuchung bereits angesprochen, zeigt sich, dass die Häufigkeit von Entwicklungsstörungen mit der Dauer des Besuchs einer Kinderbetreuungseinrichtung abnimmt. Viele Eltern scheinen Sprachstörungen bei ihren Kindern nicht zu bemerken⁸⁴ oder ihnen keine Bedeutung beizumessen, so dass hier einer Früherkennung im Kindergarten eine hohe Bedeutung zukommt.

Bei gut vier Prozent der Kinder lag eine Diagnose einer Entwicklungsstörung der motorischen Fähigkeiten (ICD: F82) vor. Bei dieser Entwicklungsstörung fallen

Kinder z. B. dadurch auf, dass die Bewegungsabläufe ungeschickt und unbeholfen wirken, die Kinder haben Probleme, das Gleichgewicht zu halten, stolpern häufig und meiden sportliche Aktivitäten oder auch Beschäftigungen wie Basteln und Malen. Die Kinder leiden oft auch unter weiteren Entwicklungsstörungen. Manche werden in der Folge zu Außenseitern, entwickeln ein geringes Selbstwertgefühl und reagieren auf Misserfolg mit Rückzug oder Aggressivität.⁸⁵ Die Ursachen sind multifaktoriell. Neben genetischen Faktoren sind auch psychosoziale Faktoren einhergehend mit Übergewicht, Bewegungsmangel, Vernachlässigung, aber auch chronisch internistische und orthopädische Erkrankungen für die Entwicklung der motorischen Defizite von Bedeutung. Frühgeborene Kinder weisen ein besonders hohes Risiko für motorische Koordinationsstörungen auf. Die Behandlung sollte, auch aufgrund der psychischen Komorbidität, deshalb nicht nur die Motorik fördern sondern ebenso auf psychosoziale Aspekte achten. Wichtig sind eine frühe Diagnosestellung und Präventionsangebote in Kindergarten, Schulen und Vereinen.

⁸⁴ Wilson J. et al.: Umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache. In: Lehmkuhl et al. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bd. 2. Störungsbilder. Hogrefe Verlag; Göttingen; 2013: 1305–1331.

⁸⁵ Tacke U., Korinthenberg R.: Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen. In: Lehmkuhl et al. (Hrsg.): Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bd. 2. Störungsbilder. Hogrefe Verlag; Göttingen; 2013: 1287–1304.

2.7 ZAHN- UND MUNDGESUNDHEIT

Zu einer gesunden Kindheit gehört auch ein gesunder Mund. Dabei geht es nicht nur um „schöne Zähne“, sondern vor allem auch darum, dass die Kinder beschwerdefrei essen können, die Kieferentwicklung und die Sprachentwicklung nicht gestört werden sowie Entzündungen vermieden werden. Schon die Gesundheit der Milchzähne ist hier wichtig. Sie sind für viele Jahre die „Beißwerkzeuge“ der Kinder und sie sind die Platzhalter für die bleibenden Zähne. Ihre Probleme können sich auf die bleibenden Zähne „vererben“.

In den letzten 20 Jahren hat sich die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland erheblich verbessert, wie die Untersuchungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) zeigen⁸⁶. Für Bayern liegen Daten aus den Jahren 2004 und 2009 vor, die nächste Untersuchung findet 2015 statt. Auch in Bayern hat der Anteil der kariesfreien Gebisse in allen untersuchten Altersstufen zugenommen. Über die Hälfte der bayerischen Kinder startet kariesfrei in den Schulalltag.

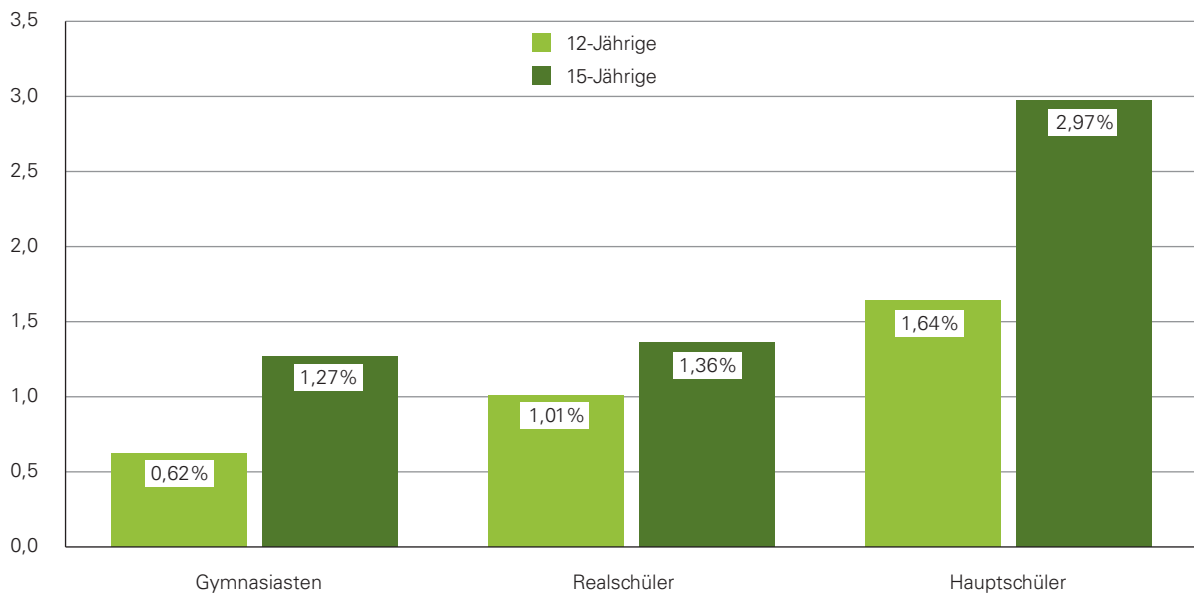
Anteil naturgesunder Gebisse bei Kindern, Bayern

	Jahr 2004	Jahr 2009
6- bis 7-Jährige (Milchzähne)	50,2 %	50,4 %
12-Jährige	54,8 %	62,3 %
15-Jährige	42,3 %	48,8 %

Datenquelle: DAJ

Wie in Deutschland insgesamt zeigt sich dabei auch in Bayern ein deutlicher Unterschied der Mundgesundheit nach Sozialstatus. Der sogenannten DMF-T-Index, der die Summe der kariösen, fehlenden und gefüllten Zähne wiedergibt, also der nicht mehr naturgesunden Zähne, liegt bei Hauptschülern mehr als doppelt so hoch wie bei den Gymnasiasten. Anders als bei den Realschülern und Gymnasiasten hat sich zudem der DMF-T-Index bei den Hauptschülern zwischen 2004 und 2009 nicht verbessert, die Kariesprävalenz hat sogar etwas zugenommen.

Kariöse, fehlende und gefüllte Zähne, Bayern 2009 DMF-T-Index



Datenquelle: DAJ

⁸⁶ Pieper K. (2005). Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2004. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege. Bonn. Pieper K. (2010). Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege. Bonn.

Der starke Einfluss der sozialen Lage auf die Mundgesundheit lässt eigentlich erwarten, dass die Kinder in Bayern, deren soziale Lage im Durchschnitt etwas besser ist als in Deutschland insgesamt, auch die besseren Zähne haben sollten. Dies zeigt sich jedoch nicht in den Daten der DAJ-Untersuchungen – hier schneiden die bayerischen Kinder sogar etwas schlechter ab als im Bundesdurchschnitt.

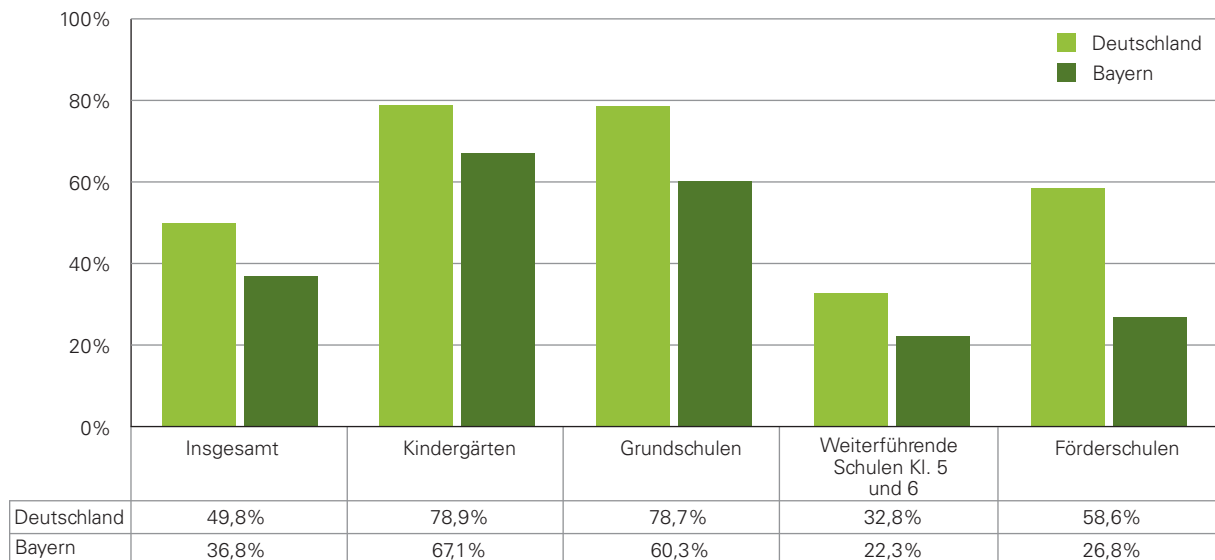
Die Gründe dafür sind letztlich nicht bekannt. Möglicherweise kommen hier auch Besonderheiten der Durchführung der Untersuchung in Bayern zum Ausdruck. Einen weiteren Hinweis gibt der Anteil der durch Maßnahmen der Gruppenprophylaxe in Kindertagesstätten und Schulen erreichten Kinder. Er liegt in Bayern ebenfalls unter dem Bundesdurchschnitt. 2012/2013 wurden in Bayern 36,8 % der Kinder und Jugendlichen in den Einrichtungen erreicht, in Deutschland 49,8 %. Vor allem in Förderschulen lag der Anteil der erreichten Kinder in Bayern sehr niedrig.

Anteil naturgesunder Gebisse bei Kindern, Jahr 2009

	Deutschland	Bayern
6 bis 7-Jährige (Milchzähne)	53,9 %	50,4 %
12-Jährige	69,0 %	62,3 %
15-Jährige	55,8 %	48,4 %

Datenquelle: DAJ

Maßnahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V, 2012/2013 Erreichte Kinder in Einrichtungen, in Prozent



Datenquelle: DAJ

Geht man davon aus, dass der entscheidende Einfluss auf die Mundgesundheit der Kinder vom häuslichen Umfeld ausgeht, könnte es sein, dass Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus zu wenig kompensatorische Anregungen durch die Gruppenprophylaxe erfahren.

Die **Bayerische Landes Zahnärztekammer** stellt einen zahnärztlichen Kinderpass zur Verfügung, der Eltern und auch schon werdenden Müttern zeigt, worauf bei der Mund- und Zahngesundheit von Kindern zu achten ist. Prophylaktische Untersuchungen bis zum sechsten Lebensjahr werden damit wirksam unterstützt.

Neben der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V spielt auch die Früherkennung für kleinere Kinder und die Individualprophylaxe für die 6- bis 18-Jährigen eine wichtige Rolle für die Mundgesundheit. Repräsentative Daten für Bayern sind dazu jedoch nicht verfügbar. Dem Barmer GEK-Zahnreport zufolge nahmen 2011 in Bayern 38,8 % der Barmer-GEK-versicherten Kinder vom 30. bis 72. Lebensmonat an der Früherkennung teil (Deutschland: 32,3 %), sowie 74,7 % der 6- bis unter-18-Jährigen an der Individualprophylaxe (Deutschland: 68,5 %).⁸⁷

Zur weiteren Verbesserung der Mundgesundheit in Deutschland hat die Bundeszahnärztekammer „Nationale Mundgesundheitsziele“ für das Jahr 2020 formuliert, die auch eine Orientierung für Bayern geben. Dabei sollte in den nächsten Jahren insbesondere Kindern und Jugendlichen der unteren Sozialstatusgruppen mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Nationale Mundgesundheitsziele der Bundeszahnärztekammer für das Jahr 2020

6 Jahre (Milchzähne)	80 % kariesfreie Gebisse
12 Jahre	Weniger als 1,0 DMF-T
12 Jahre	Der Anteil der 12-Jährigen mit hohem Kariesbefall (DMF-T-Index > 2) soll weiter reduziert werden.
Gruppenprophylaxe 3–12 Jahre	Der gruppenprophylaktische Betreuungsgrad in Kindergärten und in Grundschulen soll auf 80 % erhöht werden.

„LÖWENSTARK MIT GUTEN ZÄHNEN“: DIE AKTIONEN „SEELÖWE“ UND „LÖWENZAHN“ DER LANDESGEMEINSCHAFT ZAHNGESUNDHEIT

Die Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit e. V. (LAGZ) engagiert sich seit vielen Jahren in Kindergärten und Schulen. Mit der Aktion „Seelöwe“, an der viele Kindergärten in Bayern teilnehmen, werden die Kinder spielerisch im Rahmen der Gruppenprophylaxe an die Bedeutung der Zahnpflege, die richtige Zahnputztechnik, zahngesunde Ernährung und die Bedeutung der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen herangeführt. Die Kindergärten erhalten jedes Jahr entsprechende Aktionsmaterialien; darüber hinaus besuchen über 3.300 LAGZ-Zahnärzte regelmäßig die Kindergärten. Eltern können sich an begleitenden Elternabenden zur Zahngesundheit informieren. Die Aktion soll über die Kindertagesstätten auch diejenigen Kinder erreichen, in deren Familien Zahnvorsorge nur eine eher untergeordnete Rolle hat. Nach dem Kindergartenalter setzt die LAGZ mit den Aktionen „Löwenzahn“ bzw. „Löwenzahn plus“ für Kinder an allen bayerischen Grund- und Förderschulen von der ersten bis zur vierten Jahrgangsstufe die Information und Motivation für einen gesunden Umgang mit den Zähnen fort (www.lagz.de).

⁸⁷ Schäfer T et al. (2013) Barmer GEK Zahnreport 2013. Siegburg.

3. Von der Kindheit zur Jugend: Übergänge in Lebensphasen gesund gestalten



3. Von der Kindheit zur Jugend: Übergänge in Lebensphasen gesund gestalten

Auch wenn Jugendliche heute länger als früher zu Hause wohnen bleiben und die Eltern sich noch in vielen Fragen der Lebensgestaltung aktiv beteiligen, müssen in der Adoleszenz wichtige Entwicklungsschritte von den Heranwachsenden in zunehmender Autonomie bewältigt werden: körperliche und psychische Veränderungen, die allmähliche innere Ablösung vom Elternhaus, die berufliche Orientierung, sexuelle Beziehungen und Überlegungen zur Lebensgestaltung. Dieser Übergang von der Kindheit zur Jugend ist eine kritische Phase, die oftmals von einem risikoreichen Lebensstil geprägt ist, der längerfristig zu Problemen führen kann. In diese Phase fällt z. B. das Erproben von Zigaretten, Alkohol und ggf. auch härteren Drogen, der Einstieg in virtuelle Welten über elektronische Medien sowie die Ausübung risikoreicher Sportarten.

Auf der Verhaltensebene ansetzende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung stehen vor der Schwierigkeit, dass Jugendlichen ihre gesundheitsriskante Lebensweise zwar oftmals bewusst ist, sie aber ihr Handeln nicht an möglichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Zukunft ausrichten, sondern an dem mit ihrem Verhalten verbundenen momentanen Entlastungen wie Stressabbau, Selbstentfaltung, Anerkennung, Gemeinschaftsgefühl oder der Befriedigung von Neugierde. Es fehlt an alternativen Verhaltensweisen, wenn die mit der Adoleszenz einhergehenden Entwicklungsaufgaben zu psychischen Belastungen führen. Vor diesem Hintergrund sind jugendgerechte Präventionsmaßnahmen zu den klassischen Risikofaktoren sowie Informationen zu den Gefahren der neuen Medien bis hin zu einer übertriebenen Körperkultur – von Bodybuilding über Extremsportarten bis hin zur Schönheitschirurgie – in der Adoleszenz von großer Bedeutung. Gesundheitswissen, -kompetenz und gesundheitsförderliche Ressourcen dazu sind schon im Kindesalter aufzubauen. Zur Suchtentwicklung führen in der Regel verschiedene Faktoren wie der von den Eltern und den Freunden vorgelebte Suchtmittelkonsum, der leichtere Zugang zu Zigaretten, Alkohol oder Drogen sowie das psychische Befinden. Die Fähigkeit mit Enttäuschungen und schwierigen Situationen umzugehen, z. B. mit Stress in der Schule und Freunden, ein ausreichendes Selbstbewusstsein und gute soziale Bindungen schützen hin-

gegen vor einem Abgleiten in die Sucht. Risiken und Schutzfaktoren sind dabei sozial ungleich verteilt, was bei der Entwicklung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen zu berücksichtigen ist.

Im Folgenden werden als Ausblick über die Kindergesundheit hinaus kurz einige präventionspolitisch wichtige Aspekte des Übergangs ins Jugend- und Erwachsenenalter angesprochen.

Tabak, Alkohol, illegale Drogen und nicht stoffgebundene Süchte

Nikotin und Alkohol sind bekanntermaßen die wichtigsten verhaltensbedingten Risikofaktoren für vermeidbare Krankheiten und vorzeitigen Tod. Sie verursachen teilweise beträchtliches menschliches Leid und hohe volkswirtschaftliche Kosten.

Es ist ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel, rauchfreie Lebenswelten zu schaffen oder zumindest den Rauchbeginn hinauszuschieben. Zum einen ist die gesundheitliche Schädigung bei Kindern bei frühem Rauchbeginn größer, zum anderen zeigen Studien, dass ein früher Beginn das Rauchverhalten im Erwachsenenalter eher verstetigt. In den letzten Jahren wurden verschiedene ordnungspolitische Maßnahmen ergriffen, um öffentliche Räume rauchfrei zu halten, nicht zuletzt um auch die mit dem Passivrauchen verbundenen Risiken zu minimieren.

2010 ist in Bayern das **Gesundheitsschutzgesetz** (GSG) in Kraft getreten. Es verbietet das Rauchen in öffentlichen Räumen, darunter in allen Erziehungs- und Bildungs- sowie Freizeiteinrichtungen für Jugendliche. Das Rauchen an Schulen war in Bayern bereits vorher nicht erlaubt.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beschreibt das Rauchverhalten der Jugendlichen in Deutschland im Jahr 2012 wie folgt:⁸⁸

⁸⁸ BZgA: Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln 2013.

- ▶ In der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen rauchen derzeit 12 %, im Vergleich zu 27,5 % im Jahr 2001.
 - ▶ Auch bei den Jugendlichen ist das Rauchen eng mit dem Sozialstatus verbunden – in Hauptschulen wird häufiger geraucht als in Realschulen und Gymnasien.
 - ▶ Mit dem Alter der Jugendlichen nimmt die Häufigkeit des Rauchens zu: In der Altersgruppe der 18- bis 21-Jährigen rauchen 33,6 %, bei den 22- bis 25-Jährigen 36,6 %.
 - ▶ Knapp 72 % der 12- bis 17-Jährigen haben noch nie geraucht.
 - ▶ Inzwischen rauchen bei den 12- bis 17-Jährigen Mädchen etwas häufiger als Jungen.
- ▶ Das Einstiegsalter liegt – bezogen auf die 12- bis 25-Jährigen – bei 14,4 Jahren, etwas höher als früher.
 - ▶ Neue Konsumformen sind attraktiv – z. B. ist die E-Zigarette den meisten 12- bis 17-Jährigen bekannt (78 %) und 9 % gaben an, sie bereits probiert zu haben.

Für Bayern liegen derzeit nur Daten aus der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) vor. Die Daten sind methodenbedingt nicht ohne Weiteres mit denen der BZgA vergleichbar, zeigen aber eine ähnliche Entwicklung – einen rückläufigen Trend und deutliche Unterschiede nach Schularten.

Lebenszeit und 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums von Schülern der Jahrgangsstufen 9 und 10 in Bayern, 2003–2011

	Gesamt	Geschlecht		Schulform		
		Jungen	Mädchen	Hauptschule	Realschule	Gymnasium
Lebenszeitprävalenz						
2003	76,9 %	76,4 %	77,4 %	84,0 %	79,7 %	67,8 %
2007	72,4 %	73,5 %	71,5 %	80,2 %	73,7 %	65,2 %
2011	64,0 %	70,4 %	58,2 %	77,0 %	64,8 %	55,3 %
30-Tage-Prävalenz						
2003	43,5 %	42,2 %	44,7 %	53,5 %	45,0 %	33,4 %
2007	35,4 %	35,5 %	36,2 %	41,0 %	34,8 %	31,8 %
2011	34,8 %	37,5 %	32,3 %	46,0 %	34,6 %	28,1 %

Datenquelle: Kurzbericht ESPAD Studie 2011. Tabellenband. Trends des Konsums psychoaktiver Substanzen in Bayern, 2003–2011.

In der Tabakprävention bei Kindern und Jugendlichen spielt die „Normalität“ des Nichtrauchens eine große Rolle. Wird in der Familie oder im Freundeskreis geraucht, erhöht sich auch das Risiko für die Jugendlichen. Auch aus diesem Grund ist in Bayern in den letzten Jahren eine Politik rauchfreier öffentlicher Räume verfolgt worden. So ist z. B. das Rauchen in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen sowie vielen ande-

ren öffentlichen Räumen, an denen sich Kinder und Jugendliche aufhalten, z. B. Kultur- und Freizeiteinrichtungen, verboten (Gesundheitsschutzgesetz vom 23. Juli 2010). Ergänzend dazu zielen Maßnahmen der Suchtprävention darauf ab, Kinder und Jugendliche stark zu machen, ihnen alternative Möglichkeiten der Stressregulierung anzubieten und sie insgesamt in ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu unterstützen.

**RAUCHFREI AUFWACHSEN –
IN ALLEN FAMILIEN**

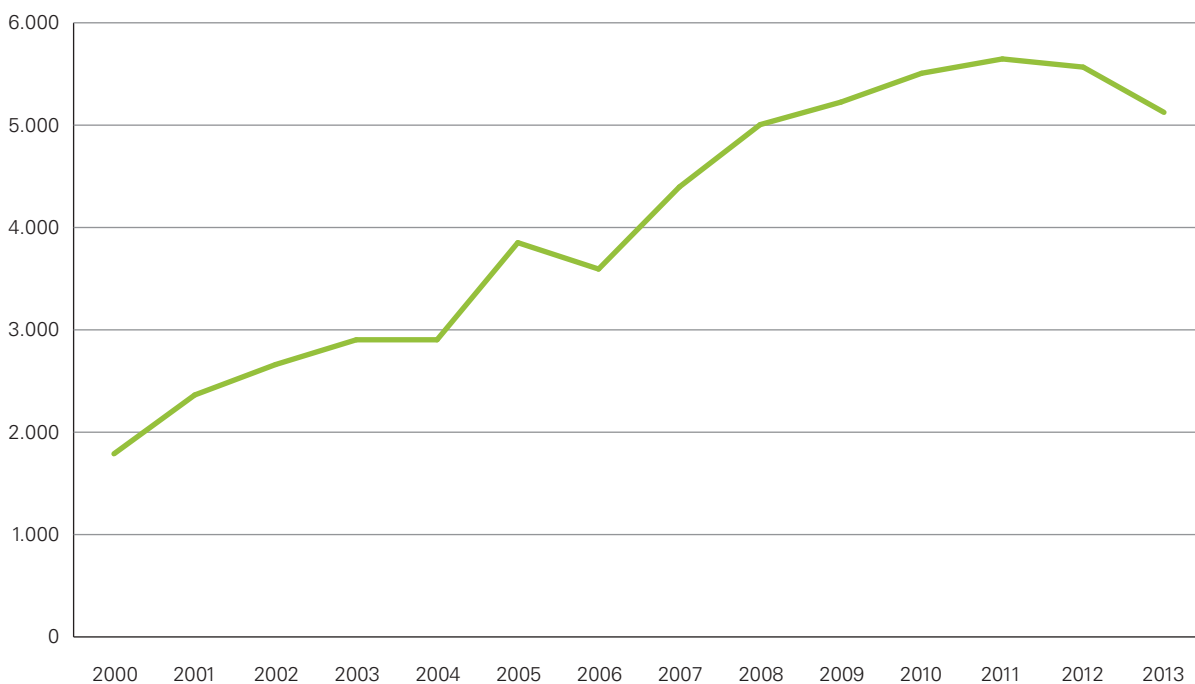
Eine wichtige Zielgruppe zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen stellen Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien dar. Programme wie z. B. die am Klinikum Nürnberg entwickelte „Klasse2000“ (www.klasse2000.de) als bundesweit erfolgreiches Programm zur Sucht- und Gewaltprävention für Grundschulkindern oder der Wettbewerb „Be Smart – Don’t Start“ zum Nichtrauchen (www.zpg-bayern.de, Stichwort „Be Smart“) für etwas ältere Schüler sind Ansätze, Kinder und Jugendliche unabhängig von ihrem sozialen Milieu über die Schulen zu erreichen. In den letzten 15 Jahren haben sich am Schülerwettbewerb „Be Smart – Don’t Start“ in Bayern mehr als 500.000 Schüler beteiligt und das Interesse ist ungebrochen.

Beim Alkoholkonsum stellt sich die Situation von Kindern und Jugendlichen anhand der Daten der BZgA für das Jahr 2012 wie folgt dar:⁸⁹

- ▶ Knapp 70 % der 12- bis 17-Jährigen haben schon einmal Alkohol getrunken, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung waren es rund 41 %.
- ▶ Zwischen Jungen und Mädchen zeigt sich in Bezug auf die Häufigkeit des Alkoholkonsums kein relevanter Unterschied.
- ▶ Einen regelmäßigen Konsum (mindestens einmal pro Woche) in den letzten 12 Monaten berichten immerhin 13,6 %, wobei hier der Anteil der männlichen Jugendlichen mit 18 % doppelt so hoch ist wie der der weiblichen Jugendlichen mit 9 %. Der Anteil der regelmäßigen Konsumenten steigt zwischen 12 bis 17 Jahren deutlich an.

Auch in Bezug auf Alkohol werden rückläufige Konsumraten berichtet. Dies scheint im Widerspruch zu stehen zur Zunahme der Krankenhauseinweisungen aufgrund eines akuten Rausches. Auch in Bayern lag diese Zahl im Jahr 2013 mit 5.125 Fällen in der Altersgruppe 10 bis unter 20 Jahre etwa 2,9-fach so hoch wie im Jahr 2000. Seit zwei Jahren ist sie leicht rückläufig.

**Krankenhausfälle infolge von Alkoholintoxikation, Bayern
Altersgruppe 10 bis unter 20 Jahre**



Datenquelle: Statistisches Bundesamt

⁸⁹ BZgA: Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln 2014.

In einer Untersuchung in Bayern konnte jedoch gezeigt werden, dass die Blutalkoholkonzentration bei den Krankenhausaufnahmen in den Jahren 2008–2009 deutlich zurückgegangen ist. Experten sehen hierin eine Veränderung im Inanspruchnahmeverhalten – möglicherweise aufgrund einer größeren Sensibilisierung für das Vorliegen einer Alkoholvergiftung.⁹⁰

Den BZgA-Daten zufolge haben 5 % der Befragten in den letzten 12 Monaten Alkohol in gesundheitlich riskanter Menge konsumiert, 17 % gaben mindestens einmal „Rauschtrinken“ in den letzten 30 Tagen an.

Die ESPAD-Studie bestätigt für die Jugendlichen der 9. und 10. Klassen den rückläufigen Trend riskanten Konsums auch für Bayern:

Alkoholkonsum in der letzten Woche bei Schülern der Jahrgangsstufen 9 und 10 in Bayern, 2003–2011

	Gesamt	Geschlecht		Schulform		
		Jungen	Mädchen	Hauptschule	Realschule	Gymnasium
2003						
Riskanter Konsum	13,6 %	12,8 %	14,3 %	13,6 %	16,4 %	10,0 %
Gefährlicher Konsum/ Hochkonsum	1,7 %	2,8 %	0,8 %	1,8 %	2,2 %	1,1 %
2011						
Riskanter Konsum	9,8 %	7,9 %	11,5 %	9,3 %	10,0 %	9,8 %
Gefährlicher Konsum/ Hochkonsum	1,0 %	1,4 %	0,6 %	1,2 %	1,0 %	0,8 %

Datenquelle: Kurzbericht ESPAD Studie 2011. Tabellenband. Trends des Konsums psychoaktiver Substanzen in Bayern, 2003–2011.
 Riskanter Konsum: Tägliche Reinalkoholaufnahme zwischen 24 und 60 g bei Jungen und zwischen 12 und 40 g bei Mädchen;
 Gefährlicher Konsum/Hochkonsum: Tägliche Reinalkoholaufnahme über 60 g bei Jungen und über 40 g bei Mädchen.

NEUE MEDIEN IN DER PRÄVENTION NUTZEN

Neue Wege der Alkoholprävention geht Bayern im Projekt „Starker Wille statt Promille“ des Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung am LGL. Hier werden Medien wie Blogs und Videoclips eingesetzt, um Jugendliche anzusprechen. Neben Informationen zu den Folgen eines übermäßigen Alkoholkonsums geht es dabei vor allem um Entscheidungsmomente beim Alkoholkonsum mit Freunden und um Möglichkeiten des „Nein-Sagens“. An 26 Standorten in Bayern wird bereits mit dem Programm gearbeitet, das einer der Preisträger im 1. Bundeswettbewerb Alkoholprävention ist (www.starker-wille-statt-promille.de).

„HaLT – HART AM LIMIT“

Aus einem Bundesmodellprojekt ist „HaLT – Hart am Limit“ hervorgegangen, ein Präventionsprojekt für Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum. Das von der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen koordinierte Programm bietet an 42 Standorten in Bayern Beratung für Kinder und Jugendliche, die aufgrund einer akuten Alkoholvergiftung behandelt werden müssen – noch in der Klinik, direkt am Krankenbett. Auch für die Eltern gibt es ein individuelles Beratungsangebot. Zugleich richtet sich „HaLT“ an Verantwortliche in der Kommune, um geeignete Maßnahmen in der Alkoholprävention zu ergreifen und auf die Einhaltung des Jugendschutzes zu achten (www.halt-in-bayern.de).

⁹⁰ BZgA: Alkoholspiegel Dezember 2014. www.bzga.de/?sid=1352.

3. Übergänge in Lebensphasen gesund gestalten

Unter den **illegalen Drogen** steht mit Abstand Cannabis an erster Stelle. 2012 haben den Daten der BZgA zufolge 7,8 % der 12- bis 17-Jährigen in Deutschland schon einmal Cannabis probiert, 5,6 % haben in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert, darunter 1,3 % regelmäßig. Bei jungen Erwachsenen ist der Konsum deutlich häufiger. Bei den 18- bis 25-Jährigen haben 34,8 % schon einmal Cannabis probiert, 15,8 % haben in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert, darunter 3,9 % regelmäßig. Dabei ist der regelmäßige Konsum in den letzten Jahren mehr oder weniger gleich geblieben.⁹¹

Elektronische Medien in den Kinderzimmern – fester Bestandteil im Leben der Jugendlichen

Viele Kinder und Jugendliche haben heute einen weitgehend von Erwachsenen unabhängigen Zugang zu elektronischen Medien. Handy, Computerspiele und Internet prägen zunehmend ihr Freizeitverhalten. Damit sind neue Chancen, aber auch neue Risiken verbunden. Der Gebrauch dieser Medien weist bei einigen Jugendlichen suchtmöglichen Charakter auf. Die BZgA sieht 2,5 % der 12- bis 25-Jährigen⁹² in Deutschland als exzessive Internet- bzw. Computernutzer an.

Die hohe Nutzungsrate der Medien erfordert, Kindern und Jugendlichen frühzeitig Medienkompetenz zu vermitteln. Kontrovers diskutiert werden noch Auswirkungen auf das soziale Verhalten und Gewaltbereitschaft. In Bezug auf die Gesundheit wird zudem das sitzende Freizeitverhalten kritisch gesehen, da fehlende Bewegung einen Risikofaktor für Übergewicht darstellt.

MEDIENKOMPETENZ FÖRDERN

In Bayern gibt es verschiedene Angebote für Information und Unterstützung zu den Themen Computerspiele und Internetnutzung, unter anderem bei der Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e. V. (www.aj-bayern.de), der Stiftung Medienpädagogik Bayern, Erziehungsberatungsstellen und Jugendämtern. Für die Schulen wurde ein Netzwerk von mehr als 120 medienpädagogisch-informationstechnischen Beratungslehrkräften aufgebaut. Sie begleiten auch das Projekt „Medienführerschein Bayern“, das von der Bayerischen Staatskanzlei und dem Bayerischen Staatsministerium für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst ins Leben gerufen wurde (www.medienfuehrerschein.bayern.de). „Was spielt mein Kind?“ ist eine Informationskampagne des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, die Eltern hilfreiche Tipps zum Umgang mit Computerspielen gibt (www.was-spielt-mein-kind.de). Weitere Projekte verzeichnet das Netzwerk Prävention des Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung im LGL, darunter das Projekt „logout“, Preisträger im Wettbewerb um den Bayerischen Gesundheitsförderungs- und Präventionspreis 2011 (www.zpg.bayern.de, Stichwort „Medienkonsum“).

Das **Projekt „Netzgänger“** wurde 2009 in einer Kooperation der Otto-Friedrich-Universität in Bamberg mit zwei Gymnasien und einer Mittelschule in Unter-, Mittel- und Oberfranken entwickelt. Ziel ist, die Medienkompetenz von Schülern zwischen zehn und zwölf Jahren zu fördern und diese auf eine möglichst risikoarme Nutzung von PC und Internet vorzubereiten. Dafür werden ältere Schüler zu Multiplikatoren (Peers) ausgebildet. „Netzgänger“ wird mittlerweile an Schulen in ganz Bayern durchgeführt. Im Februar 2014 wurde das Projekt von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung zum Projekt des Monats gekürt (www.netzgaenger.org).

⁹¹ BZgA: Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln 2014.

⁹² BZgA: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Teilband Computerspielen und Internetnutzung. Köln 2013.

Glücksspiel

Zu den nicht stoffgebundenen Süchten gehört auch ein **pathologisches Glücksspielverhalten**, d. h. eine nicht mehr in der eigenen Kontrolle liegende Nutzung z. B. von Lotto, Losen, Spielautomaten oder Wetten. Auch dazu liegen Daten der BZgA vor.⁹³ Demnach zeigen 1,5 % der 14- bis 17-Jährigen Merkmale eines pathologischen Glücksspielverhaltens, bei einem weiteren Prozent kann das Spielverhalten als problematisch, bei 3,5 % als risikoreich angesehen werden. In der Regel tritt das pathologische und problematische Spielverhalten zusammen mit anderen psychischen Stö-

rungen auf. Neben Geldgewinn werden in der Studie als Motive Aufregung, Geselligkeit und Entspannung angegeben. Die Studie zeigt, dass vor allem junge Männer, von Arbeitslosigkeit Betroffene und Personen mit Migrationshintergrund häufiger ein problematisches oder pathologisches Glücksspielverhalten aufweisen. Neben gesetzlichen Regelungen, einer konsequenten Einhaltung des Jugendschutzes sind niedrigschwellige Angebote erforderlich, um den Ausstieg aus der Sucht zu ermöglichen. Ebenso wichtig ist eine erhöhte Sensibilität von Angehörigen und Freunden für die Gefahren des Glücksspiels.

Über Gefahren des Glücksspiels, die Risiken und die Behandlung einer Abhängigkeit informiert die **Landesstelle Glücksspielsucht** in Bayern, die vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege getragen wird (www.lsgbayern.de). Sie finanziert auch das bei der Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e. V., eingerichtete Referat gegen Glücksspielsucht. Hier werden verschiedene Präventionsprojekte und -programme entwickelt, wie beispielsweise die Unterrichtseinheit „Hans im Glück“ und das Computerspiel „Spielfieber“, das sich vor allem an spielaffine männliche Jugendliche richtet (www.aj-bayern.de, Prävention gegen Glücksspielsucht).

Teenagerschwangerschaften

Die Adoleszenz ist auch die Zeit, in der Partnerschaften erprobt und erste sexuelle Erfahrungen gemacht werden. Ein Viertel der Mädchen und ein Fünftel der Jungen haben der HBSC-Studie zufolge im Alter von 15 Jahren mindestens einmal Geschlechtsverkehr gehabt. Bei Mädchen aus sozial benachteiligten Haushalten liegt der Anteil mit fast 27 % deutlich höher als bei den Mädchen aus Familien mit hohem Sozialstatus

(19 %).⁹⁴ Als Verhütungsmethode geben 61 % der Mädchen und 55 % der Jungen im Alter von 15 Jahren die „Pille“, knapp 70 % der Mädchen und 79 % der Jungen Kondome an. Der Anteil derer, die Kondome nutzen, hat sich in den letzten Jahren erhöht. Die Sexualaufklärung der Jugendlichen ist insgesamt heute wesentlich besser als früher, dies macht sich auch in einer eher geringen und weiter rückläufigen Zahl an Teenagerschwangerschaften bemerkbar.

Schwangerschaften bei Jugendlichen, Schätzung der Untergrenze, Bayern

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Lebendgeborene, Mutter unter 18 Jahre	615	514	485	415	450	419
Abbrüche, Schwangere unter 18 Jahre	600	540	476	464	432	482
Untergrenze der Schwangerschaften bei Jugendlichen	1.215	1.054	961	879	882	901

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Datenzusammenführung LGL. Hinzuzurechnen wären die Spontanaborte. In der Literatur wird berichtet, dass ca. 15 % der Teenagerschwangerschaften durch Spontanaborte enden (Henshaw SK: US teenage pregnancy statistics, with comparative statistics for women aged 20–24. New York 2004.

Im Jahr 2014 wurden insgesamt 11.906 Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen mit Wohnsitz in Bayern durchgeführt, davon 389 bei Unter-18-Jährigen (3,3 %). 44 Schwangere waren unter 15 Jahre alt.

⁹³ BZgA: Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland 2013. Ergebnisse des Surveys 2013 und Trends. Köln 2014.

⁹⁴ HBSC Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School aged Children 2009/2010. Sexual- und Verhütungsverhalten. <http://hbcs-germany.de>; BzG: Jugendsexualität 2010 – Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern – aktueller Schwerpunkt Migration. Köln 2010.

Körpererleben und Körperkult

Mit der Pubertät werden der Körper und das Aussehen subjektiv wichtiger. Die Jugendlichen sehen sich mehr als Kinder „mit den Augen der Anderen“. Dies macht beispielsweise den Umgang mit dem Körpergewicht in dieser Lebensphase besonders schwierig. Befördert durch das in den Medien vermittelte Bild von perfekt gestylten Körpern kann es bei Jugendlichen zu einer Fokussierung auf das Körpergewicht und Aussehen kommen. Die damit in Folge verbundenen Probleme reichen von Essstörungen (Magersucht, Ess-Brechsucht, Binge-Eating) über Schönheitschirurgische Eingriffe bis hin zur Einnahme von Mitteln zum Muskelaufbau (z. B. Anabolika).

Bevölkerungsrepräsentative Daten zur Häufigkeit von Anorexia und Bulimie bei Kindern und Jugendlichen in Bayern gibt es nicht. Den Abrechnungsdaten der Kassennärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge hatten in 2013 rund 1.500 Jungen und 5.000 Mädchen einen Behandlungsanlass mit der Diagnose „Essstörung“ (ICD F50). Dies entspricht bei den Jungen 0,3 % der Altersklasse, bei den Mädchen liegt der Anteil bei 1 %. Der Anteil der Jugendlichen, die Diäten erprobt haben oder sich zu dick oder zu dünn finden, ohne deshalb einen Arzt aufzusuchen, dürfte jedoch deutlich höher liegen, wie die KiGGS-Daten nahelegen. Die KiGGS-Studie erhob mit einem Screening-Verfahren Hinweise auf das mögliche Vorliegen einer Essstörung. 15 % der Jungen und knapp 29 % der Mädchen im Alter von 11 bis (einschl.) 17 Jahren waren dabei auffällig.⁹⁵ Überträgt man diese Prävalenzraten auf die bayerische Bevölkerung zum 31.12.2013, so ist mit ca. 190.000 Verdachtsfällen in der Altersgruppe 11 bis 17 Jahre in Bayern zu rechnen.

Verdacht auf Essstörungen Bayern, Altersgruppe 11 bis einschl. 17 Jahre

	11–13 Jahre	14–17 Jahre	11–17 Jahre
Männlich	30.000	40.000	70.000
Weiblich	40.000	80.000	120.000
Insgesamt	70.000	120.000	190.000

Datenquellen: Bevölkerung zum 31.12.2013: LfStat; Prävalenz: RKI, KiGGS (SCOFF); Berechnungen: LGL; Daten gerundet

„BAUCHGEFÜHL“ UND „KLANG MEINES KÖRPERS“

Ein landesweites Projekt zur Vorbeugung von Essstörungen ab der 6. Klasse hat die BKK Bayern in Zusammenarbeit mit weiteren BKK Landesverbänden und dem Therapienetze Essstörung e.V. in München entwickelt. Zentraler Bestandteil von „bauchgefühl“ ist ein Unterrichtsprogramm für weiterführende Schulen. Für die Arbeit mit dem Programm besuchen die Lehrkräfte eine Schulung, mehr als 1.500 Lehrerinnen und Lehrer in Bayern haben bereits daran teilgenommen. Darüber hinaus gibt es im Rahmen des Programms Informationsangebote für Eltern und ein Internetportal für Jugendliche, das auch eine Online-Beratung anbietet: www.bkk-bauchgefuehl.de.

Ein Angebot für Schulen ist auch die Ausstellung „Klang meines Körpers“, die das Bayerische Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung am LGL für die Präventionsarbeit zur Verfügung stellt. Der „Klang meines Körpers“ lädt Jugendliche ein, sich mit den Ursachen von Essstörungen auseinanderzusetzen und eigene Ressourcen zu entdecken, die der Entwicklung einer solchen Störung vorbeugen. Die Ausstellung, die zunächst vor allem für Mädchen konzipiert war, wurde aktuell erweitert um einen speziellen Teil für Jungen, da auch in dieser Gruppe vermeintliche Schönheitsideale und Essstörungen immer häufiger zum Thema werden (www.zpg.bayern.de, Stichwort „Klang meines Körpers“).

⁹⁵ Hölling H., Schlack R.: Essstörungen im Kindes und Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007; 59: 794–799.

Zur Häufigkeit von **Schönheitsoperationen** bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Bayern liegen keine Daten vor. Schon vor rund 10 Jahren hat die Bundesärztekammer die Initiative „Gemeinsam gegen den Schönheitswahn“ gegründet, um mit Vertretern aus Politik, Kirchen und Gesellschaft den Trend zu ästhetischen Operationen bei Jugendlichen zu stoppen.

Ein Arbeitsergebnis der Initiative der Bundesärztekammer ist die DVD „Wa(h)re Schönheit“, die mit Unterstützung des Deutschen Lehrerverbandes erstellt wurde und die fächerübergreifend im Unterricht und in der außerschulischen Jugendarbeit eingesetzt werden kann (www.bundesaerztekammer.de, Stichwort „Wahre Schönheit“).

Während Mädchen in erster Linie durch Diäten ihrem Schönheitsideal näherkommen wollen, greifen Jungen eher zu Anabolika. Auch hierzu liegen nur wenige Angaben vor. Nach der ESPAD Studie gaben 2011 1,6 % der befragten Schüler der Jahrgangsstufe 9 und 10 in Bayern an, bereits einmal Anabolika eingenommen zu haben. Bei den Mädchen lag der Anteil bei 0,2 %. In einzelnen Milieus, etwa exzessiven Fitnessstudio-Besuchern, dürfte der Missbrauch solcher Mittel deutlich häufiger sein. Als problematisch ist auch die nicht ärztlich indizierte Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln, Vitaminen oder aufputschenden Mitteln (z. B. Energydrinks mit Coffein oder Taurin) anzusehen – sie können vor allem bei übermäßigem Konsum gesundheitsschädlich sein.

„GUT DRAUF-TIPPS“

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) greift das Thema Körperkultur in „Gut drauf-Tipps“ für Jugendliche auf. Sie geben Informationen zu Schönheit, Fast Food, Essstörungen, Sport und „Fit ohne Pillen“ (www.bzga.de/infomaterialien).

Schmerzen

Schmerzen gehören zu den häufigen gesundheitlichen Beschwerden im Jugendalter. Der KiGGS-Studie zufolge⁹⁶ berichteten ca. 63 % der Jungen und ca. 72 % der Mädchen im Alter von 11 bis 13 Jahre von Schmerzen im Verlauf der letzten drei Monate. Bei den 14- bis 17-jährigen Jungen waren es 77 %, bei den Mädchen dieser Altersgruppe ca. 92 %. Auch die Schmerzlokalisationen unterschieden sich mit dem Alter. Die älteren Jugendlichen berichteten vor allem über Kopf-, Rücken-, Bein- und Bauchschmerzen. Die 14- bis 17-jährigen Mädchen gaben vor allem Regelschmerzen als Hauptschmerz an.

In der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen gaben immerhin 9 % der Jungen und 17 % der Mädchen an, dass in den letzten drei Monaten die Schmerzen mehrmals pro Woche aufgetreten seien; 3 % der Jungen und knapp 4 % der Mädchen berichteten sogar von täglichen Schmerzen. Ein Drittel der Jugendlichen hatte wegen der Schmerzen einen Arzt konsultiert, knapp die Hälfte hatte aufgrund der Schmerzen Medikamente eingenommen, 11 % gaben an, dies sogar häufig oder immer zu tun.

In der Studie konnten keine Ursachen für die Häufigkeit und Dauer der Schmerzen erhoben werden. Hier sind auch psychosoziale Aspekte zu berücksichtigen. Insbesondere vor dem Hintergrund des Risikos einer Chronifizierung der Schmerzen wird weiterer Forschungsbedarf gesehen, um gezielte Maßnahmen für Schmerzmanagement und Prävention entwickeln zu können.

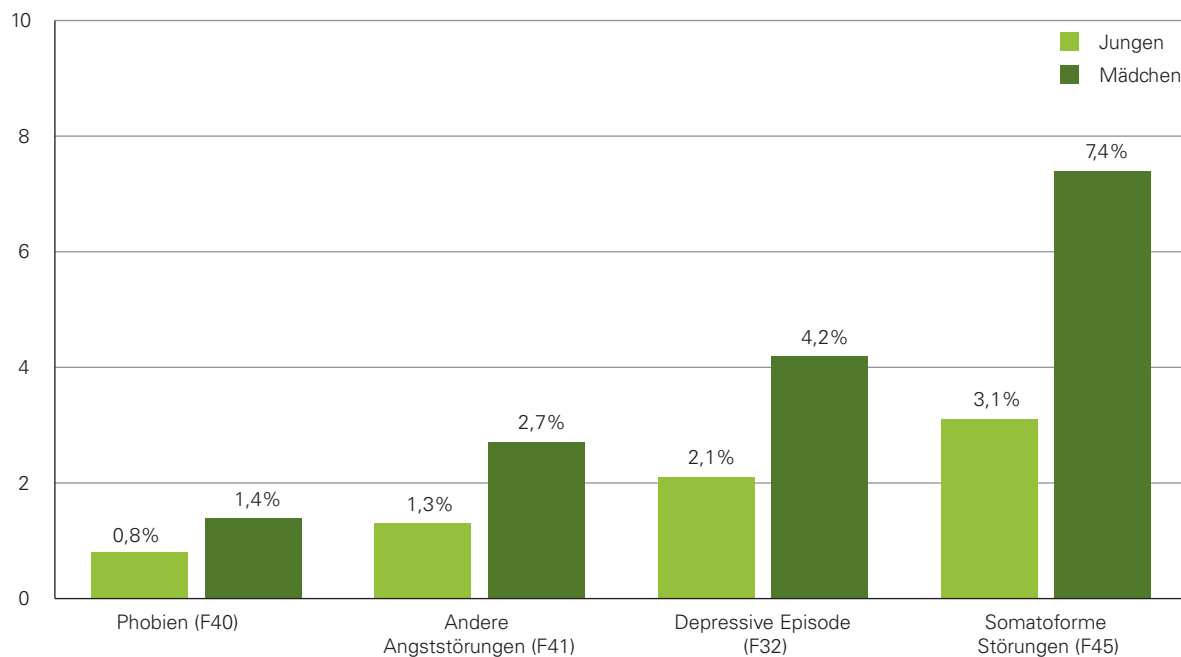
Psychische Störungen

Standen bei der psychischen Gesundheit bei den Kindern Entwicklungsstörungen und ADHS im Vordergrund, geht es bei den Jugendlichen – hier vor allem den jungen Mädchen – häufiger um Phobien, Angststörungen, Depressionen und somatoforme Störungen.

Den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge hatten 2013 ca. 115.000 Jugendliche der Altersgruppe 15 bis einschl. 18 Jahre eine Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen, fast jeder Vierte.

⁹⁶ Kurth et al.: Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007; 50: 711–717.

Jugendliche (15 bis einschl. 18 Jahre) mit diagnostizierten psychischen Störungen, Bayern 2013



Datenquelle: KVB, Sonderauswertung. Basis: Jugendliche mit Arztkontakt.

Mädchen und junge Frauen weisen in Bezug auf Ängste, Depressionen und somatoforme Störungen höhere Prävalenzen als Jungen auf. Ob diese Beschwerden bei jungen Mädchen tatsächlich häufiger auftreten oder auf Grund der weiblichen Sozialisation, die es ihnen eher erlaubt über Ängste und Probleme zu sprechen, häufiger berichtet werden, ist unklar. Insbesondere bei den somatoformen Störungen (Herzklopfen, Unruhe, Schwitzen, Nervosität, Appetitlosigkeit usw.) ist davon auszugehen, dass sich hier bei den Jugendlichen auch Symptome einer Überforderung im Alltag ausdrücken. Dies dann etwa durch Beruhigungsmittel lösen zu wollen, kann problematisch sein. Der ESPAD-Studie zufolge haben zudem 2011 in der Jahrgangsstufe 9 und 10 knapp 3% der Jungen und knapp 2% der Mädchen bereits einmal ohne ärztliche Verordnung Tranquilizer oder Sedativa eingenommen.⁹⁷

13.000 Jugendliche und junge Erwachsene der Altersgruppe 15–20 Jahre mussten 2013 infolge einer psychischen Störung stationär behandelt werden, etwa 80% mehr als im Jahr 2000. Besonders stark fiel der Anstieg bei den affektiven Störungen (vor allem Depressionen) aus – hier lag die Zahl der stationären Behandlungsfälle 2013 mehr als fünf mal so hoch wie im Jahr 2000.

Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind erst in den letzten Jahren thematisiert worden. Literaturangaben zufolge tritt die Major-Depression (schwere Depression) bei 4% bis 8% der Adoleszenten auf, wobei Mädchen die Diagnose doppelt so häufig als Jungen erhalten. Weitere 5% bis 10% der Kinder und Jugendlichen weisen subsyndromale, d. h. noch nicht klinisch ausgeprägte Symptome einer Major-Depression auf.⁹⁸ Depressive Symptome in der Jugend stellen ein hohes Risiko für das Auftreten einer Depression im Erwachsenenalter dar. Zugleich leiden viele Betroffene unter weiteren psychischen Störungen. Deshalb ist ein frühes Erkennen und Behandeln wichtig. Depressionen im Jugendalter werden aufgrund ihrer unspezifischen Symptome oftmals zu spät erkannt. Experten vermuten, dass auch aufgrund

⁹⁷ Kraus L., Pabst A.: Kurzbericht ESPAD Studie 2011. Tabellenband. Trends des Konsums psychoaktiver Substanzen in Bayern, 2003–2011.

⁹⁸ Siehe ausführlich hierzu: Saxena et al.: Depressive Erkrankungen; in: Lehmkuhl et al.: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bd. 2. Störungsbilder. Göttingen 2013: 853–873.

fehlenden Wissens über die Behandlungsmöglichkeiten und aus Sorge vor einer Stigmatisierung häufig nicht rechtzeitig ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird. Verschiedene Kampagnen und Präventionsprojekte zielen deshalb auf eine Entstigmatisierung der Erkrankung, auf Wissensvermittlung und Sensibilisierung für Anzeichen einer Depression ab, um eine frühzeitige Diagnose und Therapie zu ermöglichen.

„PAUL GANZ UNTEN“ – DEPRESSIONEN ERNST NEHMEN, AUCH BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Jugendliche wissen oft wenig über Depressionen und ihre Symptome. Das für 13- bis 17-Jährige gestaltete Infoheft „Paul ganz unten“ klärt darüber auf, will Vorurteile abbauen und Jugendliche darin unterstützen, Hilfebedarf zu erkennen und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die im Rahmen der **Initiative Gesund.Leben.Bayern** geförderte Broschüre wurde an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Klinikums der Universität München entwickelt und mit Münchner Schülern erprobt – mit gutem Erfolg: Die Informationen kommen gut an, das Wissen über die Erkrankung hat sich verbessert (www.zpg.bayern.de, Stichwort „Paul ganz unten“).

Jugendgesundheit – Früherkennung mit Lücke?

In der Adoleszenz verändert sich die Art und Häufigkeit der Arztkontakte. Die Jugendlichen suchen zunehmend einen Allgemeinarzt auf, bei den jungen Mädchen nehmen ab der ersten Regelblutung Kontakte zum Gynäkologen zu. Wie Auswertungen der Krankenkasse Barmer-GEK zeigen⁹⁹, steigt auch der Anteil der Jugendlichen mit Kontakt zum Hautarzt und Orthopäden. Bei den jungen Mädchen nehmen ab dem 14. Lebensjahr die Kontakte zu Neurologen bzw. Psychiatern und Psychotherapeuten zu. Die Facharztkontakte spiegeln sich auch im Diagnosespektrum wider. Neben den akuten Infektionen der Atemwege und Heuschnupfen stellen Rückenschmerzen, Akne und Verletzungen (Letzteres bei den Jungen) häufige Behandlungsanlässe dar. Bei den jungen Mädchen stehen bei den Arztbesuchen kontrazeptive Maßnahmen und Regelschmerzen an erster Stelle. Allerdings fehlen im Jugendalter adäquate Früherkennungsuntersuchungen. Nach der J1-Untersuchung für die Altersgruppe der 12- bis 14-Jährigen sind – abgesehen vom zahnärztlichen Bereich – gesetzlich erst wieder Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene vorgesehen. Die Kinder- und Jugendärzte bieten für die Altersgruppe der 16- bis 17-Jährigen zwar eine J2-Untersuchung an, die z. B. Pubertäts- und Sexualitätsstörungen, Haltungsstörungen oder die Diabetes-Vorsorge im Blick hat und bei der die Jugendlichen auch im Hinblick auf sozialisationsbedingte Schwierigkeiten beraten werden sollen, aber diese Untersuchung wird nicht von allen Krankenkassen finanziert. Viele Fachleute sehen hier eine Lücke im Früherkennungssystem – allerdings fehlen bisher belastbare Daten über den konkreten Bedarf und den Nutzen zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen.

⁹⁹ Grobe et al. BARMER-GEK Arztreport 2012. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 12. Asgard Verlag, St. Augustin, 2012.

4. Bisherige Jahres- schwerpunkte: Kindergesundheit im Rückblick



4. Bisherige Jahresschwerpunkte: Kindergesundheit im Rückblick

Kindergesundheit ist der aktuelle Jahresschwerpunkt des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege. In den Vorjahren waren es die Themen Männergesundheit, Krebs und Diabetes mellitus. Mit den Jahresschwerpunkten sollen die öffentliche Aufmerksamkeit für das jeweilige Thema erhöht und die vorhandenen Aktivitäten in diesem Feld gebündelt werden. Auch die vorherigen Jahresschwerpunkte wurden durch Gesundheitsberichte begleitet. Darin werden wie hier Eckdaten zu Krankheitshäufigkeiten, Risikofaktoren und Präventions- sowie Versorgungsaspekten bereitgestellt. Ein besonderer Schwerpunkt der Berichte liegt auf den Möglichkeiten zur zielgruppenspezifischen Prävention und der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten. Aus diesem Grund sind Kinder und Jugendliche sowie ihre Eltern wichtige Zielgruppen auch in den vorherigen Jahresschwerpunkten gewesen.

2012: Gesundheit, Männer!

Ausgangspunkt des Berichtes zur Männergesundheit ist die Beobachtung, dass Männer eine kürzere Lebenserwartung als Frauen haben und vielfach vorzeitig an Erkrankungen sterben, die präventiven Maßnahmen zugänglich sind. Das Land Bayern will die Gesundheit von Männern verbessern. Hierzu wurde die bayerische Initiative Männergesundheit ins Leben gerufen, um die Öffentlichkeit und Einrichtungen im Gesundheitswesen für das Thema zu sensibilisieren und um Angebote für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil bekannter zu machen. Viele Maßnahmen setzen im Kindes- und Jugendalter an, um frühzeitig zu einem gesunden Lebensstil zu motivieren. Der Sinn einer geschlechterspezifischen Betrachtung ergibt sich aus der Beobachtung, dass beispielsweise

- ▶ Jungen von Geburt an höhere Sterberisiken haben als Mädchen,
- ▶ bis zur Pubertät häufiger an psychischen Störungen leiden,
- ▶ ein höheres Unfallrisiko haben,
- ▶ junge Männer ein höheres Suizidrisiko haben oder dass
- ▶ das Suchtverhalten männlicher Jugendlicher sowohl bei den stoffgebundenen als auch bei den nicht stoffgebundenen Süchten nach wie ausgeprägter ist als bei weiblichen Jugendlichen.

Das Projekt „Vom Jungen zum Mann – Gesund erwachsen werden“ der Ärztlichen Gesellschaft zur

Gesundheitsförderung e.V. (ÄGGF) will in Schulen durch Gespräche zwischen Ärzten und Jugendlichen auf Themen wie körperliche Veränderungen, Sexualität und Empfängnisverhütung, risikoreicher Lebensstil und Infektionsschutz aufmerksam machen. Auch das MFM-Projekt, das mit Angeboten für Mädchen und Jungen etwas früher ansetzt und Kinder in die Pubertät begleitet, stellt die Wertschätzung des eigenen Körpers als Voraussetzung für einen verantwortungsvollen Umgang mit Gesundheit und Sexualität in den Mittelpunkt. In Schulen wie auch in der Jugendsozialarbeit und in Sportvereinen besteht die Chance, Jungen und männliche Jugendliche unabhängig von ihrer sozialen Herkunft anzusprechen: hier sind weitere Zugangswege nötig, auch um mehr männliche Jugendliche zur Teilnahme an der J1-Untersuchung zu motivieren, die bisher nur ein vergleichsweise geringer Teil in Anspruch nimmt.

Einen Überblick über das Thema gibt die Kampagnenseite „Gesundheit, Männer!“ des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege: www.maennergesundheit.bayern.de.

2013: Aktiv gegen Krebs

Krebs war 2013 der Jahresschwerpunkt des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege. Hierzu erschien der erste bayerische Krebsbericht. Auch Kinder und Jugendliche sind von Krebserkrankungen betroffen. So gab es 2013 in Bayern 4.628 Krankenhausfälle mit der Diagnose Krebs (ICD C00-D48) bei Kindern unter 15 Jahren. Das Durchschnittsalter der Neuerkrankungen ist nach Angaben des bevölkerungsbezogenen Krebsregisters Bayern von 2003 bis 2012 bei den Jungen von 6,8 Jahre auf 6 Jahre gesunken, bei den Mädchen von 6,3 Jahre auf 5,5 Jahre, was auf eine frühere Diagnostik hinweist. Die Überlebensraten sind in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen, dennoch sind in Bayern 2013 41 Kinder an Krebs gestorben. Unter den bösartigen Neubildungen steht bei den Kindern die Leukämie an erster Stelle. Über einen Zeitraum von 10 Jahren erkrankten daran etwas mehr als ein Drittel der Kinder mit einer bösartigen Krebserkrankung.

Bösartige Neubildungen bei Kindern unter 15 Jahren, Bayern 2003–2012

	Männlich		Weiblich	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Leukämien	472	34 %	362	34 %
Gehirn und zentrales Nervensystem	226	16 %	168	16 %
Lymphome	236	17 %	102	10 %
peripheres Nervensystem, Weichteil- und Bindegewebe	124	9 %	89	8 %
Harnorgane	78	6 %	76	7 %
Knochen	80	6 %	60	6 %
Nebenniere	42	3 %	41	4 %
Sonstige	149	11 %	174	16 %
Gesamt	1.407	100 %	1.072	100 %

Datenquelle: Bevölkerungsbezogenes Krebsregister Bayern

Einen Überblick über das Thema gibt die Kampagnenseite „Aktiv gegen Krebs“ des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege: www.aktiv-gegen-krebs.bayern.de.

2014: Diabetes bewegt uns!

Mit Diabetes mellitus wurde 2014 eine Zivilisationskrankheit zum Jahresschwerpunktthema gewählt, die in der Bevölkerung unterschätzt wird und bei der nicht einmal das Ausmaß genau bekannt ist. Man kann davon ausgehen, dass ca. 3.500 bis 4.500 an Diabetes mellitus Typ 1 erkrankte Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren in Bayern leben. Es gibt Hinweise, dass zunehmend schon Kinder und Jugendliche auch an Diabetes Typ 2 erkranken, so dass hier vor allem der Prävention von Risikofaktoren wie Übergewicht und – wie bei Diabetes Typ 1 – der Früherkennung eine große Bedeutung zukommt.

Inzwischen wurde die FR1DA-Studie „Typ 1 Diabetes: Früh erkennen – Früh gut behandeln“ (www.typ1diabetes-frueherkennung.de) begonnen, die vom Helmholtz-Zentrum München und der Technischen Universität München in Zusammenarbeit mit dem Landesverband Bayern des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte e.V. sowie dem PaedNetz Bayern durchgeführt wird. Allen Eltern in Bayern wird in diesem Zusammenhang angeboten, ihr Kind kostenlos auf das Vorliegen von Diabetes Typ 1 testen zu las-

sen. Diese Frühdiagnostik sollte bis zum dritten Lebensjahr erfolgen.

In der Prävention von Diabetes Typ 2 spielen vor allem Bewegung und ausgewogene Ernährung eine wichtige Rolle. Ein gesundheitsgerechtes Verhalten wird in der Kindheit und Jugend geprägt, insofern beginnt die Diabetesprävention – wenn auch nicht unter diesem Etikett – im Kindes- und Jugendalter. Darüber hinaus bedarf es jedoch auch der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten. Hierzu gehören beispielsweise ein ausgewogenes Frühstück zu Hause und eine gesunde Verpflegung in Kindertageseinrichtungen und Schulen.

Einen Überblick über das Thema gibt die Kampagnenseite „Diabetes bewegt uns!“ des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege: www.diabetesbewegt-uns.de.

5. Information, Beratung und Begleitung – in Bayern und darüber hinaus



5. Information, Beratung und Begleitung – in Bayern und darüber hinaus

Es gibt eine Vielzahl von Angeboten für Information, Beratung und Betreuung, Erfahrungsaustausch und Unterstützung für Kinder und ihre Familien. Mit einem Fokus auf Bayern sind die wichtigsten in diesem Kapitel zusammengestellt.

Medizinische Versorgung

Die Kinderärztin oder der Kinderarzt spielen im Leben jedes Kindes eine wichtige Rolle. Als Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sind sie nicht nur Ansprechpartner bei Erkrankungen, sondern immer auch Begleiter der gesunden Entwicklung, unter anderem durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, durch Impfungen und durch Beratung der Eltern zu allen Fragen der Kindergesundheit. Kinder- und Jugendärzte begleiten ihre kleinen Patienten von den ersten Lebenstagen an über viele Jahre bis zum Erwachsenenalter.

Auskunft darüber, welche niedergelassenen Ärzte wohnortnah erreichbar sind, gibt der **Arztsuchdienst der Bayerischen Landesärztekammer** unter www.arzt-bayern.de

Auch die **Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)** führt ein Verzeichnis aller Ärztinnen und Ärzte mit Kassenzulassung in Bayern, erreichbar telefonisch und per Internet:

www.kvb-bayern.de

Patienten-Infoline: Tel. 089/54546-40420

Im **PaedNetz Bayern e. V.**, dem größten Praxisnetz-Verbund des Freistaats, haben sich 12 regionale PaedNetz-Organisationen aus den Regionen Allgäu, Augsburg, Inn-Salzach-Rott, Mittelfranken, München, Niederbayern, Oberbayern Nord, Südost und Südwest, Oberfranken, Unterfranken und der Oberpfalz zusammengeschlossen. Auch eine Arztsuche ist über das PaedNetz möglich:

PaedNetz Bayern e. V.

Tegernseer Landstr. 138, 81539 München

Telefon: 089/64209585

www.paednetz.de

Bundesweit hilft das Online-Portal **„Kinderärzte im Netz“** dabei, einen niedergelassenen Arzt oder auch Reha-Kliniken für Kinder zu finden. Darüber hinaus gibt das Internetangebot des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (bvkj) umfangreiche Informationen zur kindlichen Entwicklung, zu Krankheiten, Vorsorgeuntersuchungen, Erster Hilfe bei Kindern und vielem mehr:

www.kinderaerzte-im-netz.de oder

<http://bayern.bvkj.de/bayern>

Ergänzende Informationen finden Sie auch beim **Berufsverband der Kinderkrankpflege e. V.:**

<http://www.bekd.de>

Wenn es um die Zähne der Kinder geht, hilft die **Zahnartsuche der Bayerischen Landes Zahnärztekammer:**

www.blzk.de

Fragen der Gruppenprophylaxe beantwortet die **Bayerische LandesArbeitsGemeinschaft Zahn-gesundheit e. V. (LAGZ):**

www.lagz.de

Bundesweite Informationen zur gesunden Gebissentwicklung gibt es bei der **Initiative Kiefer-gesundheit e. V.:**

<http://ikg-online.de>

Und bei der Suche nach einem Psychotherapieplatz hilft der Psychotherapeutensuchdienst der **Baye-rischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugend-lichenpsychotherapeuten:**

www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/id/pa_ps_startseite.html

Eltern- und Familienbildung, Beratung

Kinder zu erziehen, sie in ihrer Entwicklung zu selbstbewussten und verantwortungsvollen Persönlichkeiten zu unterstützen, ist – auch im Hinblick auf die körperliche und seelische Gesundheit der Kinder – eine große Herausforderung, die Eltern immer wieder vor neue Fragen stellt. Bei ihrer Beantwortung helfen Angebote der Eltern- und Familienbildung: Informationen, Vorträge, Elternkurse und Elternbriefe, die Beratung in Fragen der Erziehung, auch Hausbesuchsprogramme oder fachliche Beratung vor Ort, zum Beispiel in Kindertagesstätten oder Mütterzentren, sowie Angebote der Familienerholung. Eine Übersicht über Angebote, die vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration gefördert wurden, ist abrufbar unter

www.familienbildung.bayern.de

Elternbriefe des Bayerischen Landesjugendamtes begleiten Eltern von der Geburt ihres Kindes an bis zum 18. Lebensjahr und geben wertvolle Tipps für die verschiedenen Entwicklungsphasen. Die insgesamt 48 Briefe sind auf die Lebensverhältnisse in Bayern zugeschnitten, sie informieren auch über hilfreiche Anlaufstellen für besondere Situationen. In gedruckter Form werden die Elternbriefe über die Jugendämter in den sich beteiligenden Landkreisen und Städten weitergegeben; zusätzlich sind sie barrierefrei online zu lesen. Wer sich für den Newsletter anmeldet, erhält passend zum Alter des Kindes jeweils per E-Mail einen Link zum nächstfolgenden Elternbrief:

www.elternbriefe.bayern.de

Das „**Familienhandbuch Bayern**“ des Staatsinstituts für Frühpädagogik ist ein Online-Angebot, das ebenfalls kostenfrei Antworten auf die verschiedensten Fragen im Leben von und mit Kindern gibt. Rund 1.500 Beiträge von Fachleuten decken das gesamte Spektrum des Familienlebens ab, alltägliche Themen wie Zähneputzen, Spielzeug oder Fernsehen, aber auch Konfliktsituationen, rechtliche Fragen oder die Kindertagesbetreuung. Die wichtigsten Informationen sind in acht Sprachen abrufbar:

www.familienhandbuch.de

„**Eltern im Netz**“ ist der Elternratgeber des Bayerischen Landesjugendamtes, der ebenfalls über alle Fragen rund um Familie und kindliche Entwicklung von der Schwangerschaft an bis zum Erwachsenwerden informiert und auch lokale Ansprechpartner nennt:

www.elternimnetz.de

Familienbildungsstätten begleiten und fördern Eltern und Familien, sie sind verlässliche Orte für Austausch und Begegnung. Jedes Jahr nehmen mehr als 95.000 Frauen und Männer in Bayern die Kurse, Vorträge, Gruppen, Feste und Freizeiten der Familienbildungsstätten in Anspruch. Ihre Themen sind alle Fragen der Erziehung, Gesundheit, Bewegung und Entspannung, Haushaltsführung und Ernährung, Elternschaft und partnerschaftliche Kommunikation und vieles mehr. Der Landesverband verzeichnet alle Familienbildungsstätten in Bayern:

**Landesarbeitsgemeinschaft
Bayerischer Familienbildungsstätten e. V.
Landshuter Allee 11, 80637 München
Telefon: 089/744200-470
www.familienbildung-by.de**

Neben den Beratungsmöglichkeiten in den Jugendämtern mit dem KoKi-Netzwerk frühe Kindheit steht Familien in Bayern ein flächendeckendes Netz von rund 180 **Erziehungsberatungsstellen** zur Verfügung. Diese Einrichtungen, die in der Trägerschaft der öffentlichen und freien Jugendhilfe sind, leisten einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung elterlicher Erziehungskompetenzen gerade in Belastungssituationen:

www.erziehungsberatung.bayern.de

Die **Familienpaten Bayern** unterstützen Familien in schwierigen Lebenssituationen. An über 50 Standorten ist das Projekt inzwischen etabliert, das von den Landesverbänden des Deutschen Kinderschutzbundes e. V. und des Katholischen Deutschen Frauenbundes e. V. sowie des Landesverbandes Mütter- und Familienzentren in Bayern e. V. und dem Zentrum Aktiver Bürger Nürnberg ins Leben gerufen worden. Sie schulen die ehrenamtlichen Familienpaten für ihre Aufgaben:

www.familienpaten-bayern.de

Mütter- und Familienzentren sind offene Einrichtungen für Familien, ganz gleich in welcher Zusammensetzung. Mehr als 80 solcher Zentren gibt es in Bayern, Herzstück ist immer ein offener Treff, in dem jeder willkommen ist, um Erfahrungen auszutauschen, Informationen einzuholen oder sich einfach mit anderen zu treffen, die in der gleichen Lebenssituation sind, wie man selbst. Daneben gibt es ein breites Angebot an Mutter- oder Vater-Kind-Gruppen, Informationsveranstaltungen und Beratung:

**Landesverband der Mütter- und Familienzentren in Bayern e. V.
Allacher Straße 211, 80997 München
Telefon: 089/14959038
www.muetterzentren-in-bayern.de**

Es gibt 94 lokale **Bündnisse für Familie**, in denen sich Vertreter von Kommunen, Unternehmen, Kammern und Gewerkschaften, von Arbeitsagenturen, Verbänden, Stiftungen, Hochschulen, Krankenhäusern, Kirchen sowie den freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe vor Ort dafür einsetzen, die Lebens- und Arbeitsbedingungen für Familien gut zu gestalten. Das deutschlandweite Programm wird vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend getragen und gefördert aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds:

www.lokale-buendnisse-fuer-familie.de

Fremdsprachige Informationen zu gesundheitlichen Themen, insbesondere auch zur Kindergesundheit, gibt es im Projekt „Mit Migranten für Migranten“, kurz **„MiMi Bayern“**. In der vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege und den Betriebskrankenkassen in Bayern geförderten Initiative aus dem Ethnomedizinischen Zentrum Hannover werden Migrantinnen und Migranten zu interkulturellen „Gesundheitsmediatoren“ ausgebildet. Sie informieren dann ihre Landsleute muttersprachlich über das deutsche Gesundheitssystem und über gesundheitsbezogene Fragen, etwa zur gesunden Ernährung, zu Vorsorgemaßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen, Familienplanung und Schwangerschaft, seelischer Gesundheit und vielen anderen Themen. Elf Städte in Bayern sind inzwischen MiMi-Standorte: Augsburg, Bamberg, München, Ingolstadt, Kitzingen, Nürnberg, Regensburg, Schweinfurt, Coburg, Landshut und Würzburg. Die Kontaktadressen gibt es beim

MiMi-Projektbüro Bayern

Bayerisches Zentrum

für Transkulturelle Medizin e. V.

Sandstraße 41, 80335 München

Telefon: 089/43909028

www.ethno-medizinisches-zentrum.de

Nicht nur, aber auch fremdsprachige Angebote gibt es im Projekt **Elterntalk** der Aktion Jugendschutz (aj), Landesarbeitsstelle Bayern: Hier treffen sich Eltern von Kindern im Alter zwischen 6 und 14 Jahren im privaten Rahmen zu einem Erfahrungsaustausch über Erziehungsfragen in der Familie, angeleitet von Müttern oder Vätern, die für diese Aufgabe geschult wurden. Im Mittelpunkt der „Runden Tische“ von Eltern für Eltern, die in Deutsch, Russisch, Türkisch oder anderen Sprachen abgehalten werden, stehen die Themen Medien, Konsum und Suchtvorbeugung. Elterntalk gibt es bereits in 36 Regionen in Bayern, unterstützt durch die Bayerischen Staatsministerien für Gesundheit und Pflege sowie für Arbeit und Soziales, Familie und Integration. Regionale Kontaktadressen gibt es bei der aj, die auch Unterstützung bei der Einrichtung von Elterntalks in weiteren Landkreisen bietet:

Aktion Jugendschutz,

Landesarbeitsstelle Bayern e. V.

Referat Elterntalk

Dom-Pedro-Straße 17, 80637 München

Telefon: 089/121573-30

www.elterntalk.net

Die zahlreichen Angebote der Hilfe und Unterstützung für Kinder, die in den Kommunen bereits gelebt werden, besser aufeinander abzustimmen, ist Ziel im **Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“**. Die bundesweite Initiative, die vom Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit ins Leben gerufen wurde und von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) koordiniert wird, will damit insbesondere die Prävention für Kinder in belasteten Lebenslagen weiter verbessern. Die Stadt Augsburg war eine der ersten Kommunen in Deutschland, die diesem Prozess beigetreten sind, inzwischen sind auch Würzburg, Nürnberg, Fürth und der Landkreis Donau-Ries dabei – und weitere Kommunen im Freistaat wollen folgen. Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern berät und unterstützt dabei:

Koordinierungsstelle

Gesundheitliche Chancengleichheit

Zentrum für Prävention und

Gesundheitsförderung (ZPG)

**Bayerisches Landesamt für Gesundheit
und Lebensmittelsicherheit**

Pfarrstraße 3, 80538 München

Telefon: 09131/6808-4506

www.zpg.bayern.de, Stichwort

„Partnerprozess Gesund aufwachsen“

Informationsplattformen im Internet

Im Internet gibt es zahlreiche Informationsangebote rund um das Thema Kindergesundheit. Wichtig ist es, hier darauf zu achten, ob die Internetseiten seriös sind. Dies ist oft nicht einfach zu entscheiden. Anerkannte Gütesiegel wie afgis oder Honcode helfen manchmal. Hier werden exemplarisch nur einige übergreifende Angebote genannt:

Die Internetseite www.kindergesundheit-info.de der **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** bietet umfassende Informationen für Eltern und Fachkräfte zu verschiedenen Bereichen der Kindergesundheit wie z. B. Ernährung, Allergien, Zahngesundheit, Impfen oder Infektionskrankheiten bei Kindern.

Das **Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)** bietet auf seiner Internetseite www.lgl.bayern.de unter dem Stichwort „Kindergesundheit“ Informationen unter anderem zum Neugeborenen-Screening auf angeborene Stoffwechsel- und Hormonstörungen, zum sicheren Baby-schlaf, zur Schuleingangsuntersuchung und anderen Themen. Das Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung im LGL informiert über Angebote der Suchtvorbeugung sowie über Präventionsprojekte für Kinder und Jugendliche in ganz Bayern.

www.zpg-bayern.de, „Netzwerk Prävention“

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e. V.** engagiert sich für die Prävention von Kinderunfällen in Haus und Freizeit. Für Eltern und Fachleute hat sie Informationen zu Risiken, Gefahrenquellen und Produktsicherheit, zur Gestaltung eines sicheren Zuhauses und zu Erste-Hilfe-Maßnahmen im Kindesalter zusammengestellt:

www.kindersicherheit.de

„**Kinder stark machen**“ ist eine Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Suchtvorbeugung. Auf der Internetseite www.kinderstarkmachen.de sind Informationen, Mitwirkungsmöglichkeiten und Unterrichtsmaterialien sowie Beratungsangebote mit einem Verzeichnis aller Suchtberatungsstellen zu finden.

Gesunde Entwicklungen fördern

... in der Schwangerschaft und den ersten Lebensjahren

Schon in der Schwangerschaft können werdende Mütter viel dafür tun, dass ihr Baby einen gesunden Start ins Leben bekommt. Die 127 **staatlich anerkannten Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen** sind gemeinsam mit den **Beratungsstellen der Caritas** und des **Sozialdienstes katholischer Frauen** sowie der **Beratungsstellen der Diakonie** für alle Fragen rund um die Schwangerschaft offen. Sie beraten kostenfrei und vertraulich; auch eine anonyme Online-Beratung ist möglich. Das Internetportal beim Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration informiert über gesundheitliche, rechtliche und soziale Fragen für werdende Mütter und junge Familien und verzeichnet die Adressen der Beratungsstellen in allen Landkreisen:

www.schwanger-in-bayern.de

Hebammen begleiten Frauen in der Schwangerschaft, während der Geburt und während der ersten Tage und Wochen mit dem Baby; jede Mutter hat Anspruch darauf. Bei besonderem Hilfebedarf – etwa bei pflegebedürftigen Familienmitgliedern, minderjährigen Müttern, Säuglingen mit erhöhten Fürsorgeanforderungen oder anderen schwierigen Lebensumständen – geben Familienhebammen Unterstützung. Sie sind für die „Frühen Hilfen“ fortgebildet und begleiten Eltern ab der Schwangerschaft bis zu einem Jahr nach der Geburt ihres Kindes, in Einzelfällen auch darüber hinaus. Bei der Suche nach einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger, wie Männer in diesem Beruf genannt werden, unterstützt der **Bayerische Landes-Hebammenverband**:

Bayerischer Hebammen Landesverband e. V. (bhlv)

Bahnhofstraße 24, 93047 Regensburg

Telefon: 0941/5861-2380

www.bhlv.de

Der von den Kinder- und Jugendärzten des Paed-Netzes e.V. herausgegebene **Baby-Kompass** Bayern ist ein Ratgeber für Eltern durch das erste Lebensjahr ihres Kindes. Gefördert wird der inzwischen in vierter Auflage erschienene Baby-Kompass durch den BKK Landesverband Bayern (vormals auch aus der **Initiative Gesund.Leben.Bayern**. des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege). Alle Eltern in Bayern erhalten den Ratgeber, den es in deutscher, russischer, türkischer und englischer Sprache gibt, kurz nach der Geburt ihres Babys bei der Vorsorgeuntersuchung U2. Er ist außerdem kostenfrei telefonisch zu bestellen oder als Download zu beziehen beim

BKK Landesverband Bayern

Telefon: 089/74579-0

www.bkk-bayern.de,

Stichwort „Baby-Kompass“

Für Kinder, die zu früh oder mit besonderen Risiken auf die Welt kommen, gibt es mit der **Harl.e.kin-Nachsorge** eine besondere Beratung und Begleitung beim Übergang vom oft wochenlangen Klinikaufenthalt nach Hause. Eine vertraute Kinderkrankenschwester der Kinderklinik und eine Fachkraft der örtlichen Frühförderstelle begleiten als fachliches „Tandem“ die Familien mit Hausbesuchen, um ihnen im Umgang mit dem Baby und im neuen Alltag daheim zur Seite zu stehen. Wo die insgesamt 19 Standorte der Harl.e.kin-Nachsorge in Bayern zu finden sind, darüber informiert die

Arbeitsstelle Frühförderung Bayern,

Medizinische Abteilung

Seidlstraße 18a, 80335 München

Telefon: 089/545898-44

www.harlekin-nachsorge.de

Die ersten Monate mit einem Baby sind oft nicht einfach, vor allem, wenn es unruhig ist, viel weint und sich kaum beruhigen lässt. Und auch wenn die jungen Eltern wissen, dass diese schwierige Zeit bald vorüber geht, fühlen sich viele mit einem „Schreibaby“ überfordert und erschöpft. Hilfe bieten Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte, die Sozialpädiatrischen Zentren und 46 „Schreibabyambulanzen“ in ganz Bayern, die Eltern in dieser schwierigen Lage beraten:

www.stmas.bayern.de,

Stichwort Schreibabys

Überregionales Krisentelefon der

Münchner Sprechstunde für „Schreibabys“

Telefon: 0800/7100900 (kostenlos)

erreichbar Mittwoch, Freitag, Samstag und Sonntag von 19.00 Uhr bis 22.00 Uhr

Hilfe und Unterstützung für Mütter und Väter mit Säuglingen oder Kleinkindern in schwierigen Lebenslagen bieten die **Koordinierenden Kinderschutzstellen**, kurz **„KoKi“, in Bayern**. Ihr Konzept, vor Ort fachübergreifende Netzwerke der Kinder- und Jugendhilfe mit Kliniken, Ärzten, Hebammen, Beratungsstellen und anderen aufzubauen, in denen Familien mit besonderem Bedarf rechtzeitig und gezielt Unterstützung bekommen, war Vorlage für die im Bundeskinderschutzgesetz aufgenommenen „Netzwerke Frühe Hilfen“, die es inzwischen in ganz Deutschland gibt. Die insgesamt 96 KoKis in den Landkreisen und kreisfreien Städten Bayerns sind für Rat suchende Eltern Anlaufstellen ohne Hürde, ihre Angebote unterliegen der Schweigepflicht und sind kostenfrei. Wo die Koordinierenden Kinderschutzstellen zu finden sind, zeigt das Verzeichnis des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration unter **www.kokis-in-bayern.de**

Beratung und Begleitung für Eltern, deren Kinder in ihrer gesunden Entwicklung gefährdet sind, bieten die über 200 Frühförderstellen – ein flächendeckendes Netz in Bayern: in jedem Landkreis und in jeder Stadt gibt es mindestens eine Stelle. Sie sind wichtige Ansprechpartner zur rechtzeitigen Erkennung und Behandlung von Entwicklungsverzögerungen, bei drohenden oder bestehenden Behinderungen. Für Kinder mit Sinnesschädigungen (Seh- oder Hörbehinderungen) gibt es darüber hinaus spezielle überregionale Frühförderstellen.

www.fruehfoerderung-bayern.de

Telefon Medizinische Abteilung:

089/545898-40

Telefon Pädagogische Abteilung:

089/545898-20

Das System der Früherkennung und Frühförderung wird ergänzt durch 18 **Sozialpädiatrische Zentren**. Sie stehen unter ärztlicher Leitung und bieten spezialisierte Diagnostik und Therapie an.

Ernährung und Bewegung im Fokus hat das **Netzwerk „Junge Eltern/Familien mit Kindern bis zu 3 Jahren“** des Bayerischen Staatsministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten. Regionale Wegweiser informieren über Veranstaltungen und Programme sowie Wissenswertes aus den Bereichen Ernährung und Bewegung, etwa über die Ernährung von Kleinkindern oder Bewegungsspiele zur Förderung einer gesunden Motorik. Netzwerke Junge Eltern/Familien gibt es in jedem der bayernweit 47 Ämter für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, die Kontaktadressen sind abrufbar unter **www.stmelf.bayern.de**

... im Kindergartenalter

Mit dem **Netzwerk „Familien mit Kindern von 3 bis 6 Jahren“** setzt das Bayerische Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten Informationsangebote und Aktivitäten fort, die im „Netzwerk Junge Eltern/Familien mit Kindern bis zu 3 Jahren“ begonnen wurden:

www.stmelf.bayern.de

Die Kindergärten sind ein wichtiger Ort für das Erleben und Erlernen gesunder Lebensweisen. Der **Bayerische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Kindertageseinrichtungen bis zur Einschulung (BEP)** sieht ausdrücklich die Themen Gesundheitsbildung und Kinderschutz vor, ebenso Bewegungserziehung und Bewegungsförderung sowie die Förderung der psychosozialen Entwicklung. Landesweit gibt es verschiedene Projekte für Kindergärten und Kindertageseinrichtungen, die diese Lernprozesse unterstützen, beispielsweise

- ▶ **FREUNDE**, ein pädagogisches Programm zur Förderung der Lebenskompetenzen, zur Prävention von Sucht und Gewalt. Das mit dem Bayerischen Gesundheitsförderungs- und Präventionspreis ausgezeichnete Programm, das auf die Fortbildung pädagogischer Fachkräfte setzt, wurde von regionalen Rotary-Clubs in Bayern ins Leben gerufen und wird von der Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e. V. betreut.

www.ajk-bayern.de,

Stichwort „FREUNDE“

- ▶ Sucht- und Gewaltprävention ist auch das Ziel des Programms **Papilio**, das sozial-emotionale Kompetenzen von Kindergartenkindern mit Unterstützung von Figuren der Augsburger Puppenkiste fördert.

www.papilio.de

- ▶ **„Mit mir nicht!“**: Im Präventionsprojekt zur Förderung der psychischen Gesundheit geben die Betriebskrankenkassen (BKK) in Bayern Erzieherinnen Materialien an die Hand, um mit den Kindern spielerisch ein verstärktes Körper- und Selbstbewusstsein, eine verbesserte Gefühlswahrnehmung und ein ausgewogenes Selbstwertgefühl zu erarbeiten.

www.bkk-bayern.de,

Stichwort „Mit mir nicht!“

- ▶ Gesunde Ernährung, Bewegung und Entspannung, Vorbeugung von Übergewicht: Das sind die Ziele des Programms **TigerKids – Kindergarten aktiv**, das von der Stiftung Kindergesundheit am Dr. von Haunerschen Kinderspital der LMU München mit Unterstützung durch die **Initiative Gesund. Leben.Bayern.** entwickelt wurde.

- ▶ Die **Kindergarten-Knaxiade**, eine „Olympiade“ zur Bewegungsförderung im Kindergarten, ist ein Projekt des Bayerischen Turnverbandes. Mit Unterstützung der Sparkassen vor Ort konnten im Jahr 2014 fast 60.000 Mädchen und Jungen daran teilnehmen.

www.knaxiade.de

Darüber hinaus gibt es zahlreiche regionale Initiativen für die Gesundheitsförderung im Kindergarten, etwa die „Bewegten Kindergärten“ in Nürnberg, das **Würzburger PAKT-Projekt** oder die **„Gi-Ki-Tas“ im Landkreis Coburg**. Die Bayerische Sportjugend im Bayerischen Landes-Sportverband zertifiziert besonders bewegungsfreundliche Kindergärten mit dem Siegel „Bewegungskindergarten“.

... in Schule und Ausbildung

Gesundheitsbildung ist traditionell eine wichtige Aufgabe der Schulen: Nach Artikel 1 des Bayerischen Erziehungs- und Unterrichtsgesetzes sollen sie „Wissen und Können vermitteln sowie Geist und Körper, Herz und Charakter bilden“. Zugleich ist das Wohlbefinden von Schülern und Lehrern in der Schule eine wesentliche Bedingung für Lernerfolg und Bildungsqualität.

Das **Landesprogramm für die gute gesunde Schule**, das bereits seit 2008 besteht, zielt auf die systematische Verbesserung der Gesundheit aller am Schulleben Beteiligten mit Hilfe gesundheitsfördernder Maßnahmen und unterstützt Schulen in diesem Entwicklungsprozess unter anderem mit Fortbildungsangeboten und Unterrichtsmodulen.

Regionalkoordinatoren begleiten die Schulen dabei vor Ort. Kooperationspartner im Landesprogramm sind die Bayerischen Staatsministerien für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst sowie für Gesundheit und Pflege, die AOK Bayern, die Barmer-GEK und die Kommunale Unfallversicherung in Bayern:

www.ggs-bayern.de

Daneben gibt es an vielen Schulen Initiativen zur Gesundheitsförderung; das „Netzwerk Prävention“ des Bayerischen Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung am LGL gibt einen Eindruck von der Vielfalt der Projekte. Zu den größten gehören unter anderem

- ▶ **Klasse2000**, ein Unterrichtsprogramm des Vereins Programm Klasse2000 e. V. zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Grundschule. Lehrkräfte und externe Experten gestalten Unterrichtsstunden zu den Themen Ernährung, Bewegung, Gewalt- und Suchtvorbeugung und stärken damit die Kompetenzen und Fertigkeiten der Kinder zur Bewältigung ihres Alltags.

www.klasse2000.de

- ▶ **Lions Quest „Erwachsen werden“**, ein Programm zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung, das dazu befähigen will, Konflikt- und Problemsituationen besser zu bewältigen. Getragen wird es von den Lions-Clubs, in Bayern von den Distrikten Bayern Nord und Bayern Süd.

www.lions-quest.de

- ▶ das **MFM-Projekt**, das Mädchen, Jungen und ihre Eltern in die Pubertät begleitet. Unter dem Motto „Nur was ich schätze, kann ich schützen“ steht die Wertschätzung des eigenen Körpers als Voraussetzung für einen verantwortungsvollen Umgang mit Gesundheit und Sexualität im Mittelpunkt.

www.mfm-projekt.de

- ▶ Entwicklungsbegleitende ärztliche Informationsstunden **„Gesund erwachsen werden – Vom Mädchen zur Frau, vom Jungen zum Mann“** mit den Themen Gesundheitsförderung, Verhütung und Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten.

Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung, www.aggf.de

- ▶ **„sauba bleim“**, das interaktive Sucht- und Drogen-Präventionsprogramm des Polizeipräsidiums München für Schülerinnen und Schüler an weiterführenden Schulen.

www.polizei.bayern.de,
Stichwort „sauba bleim“

- ▶ das Programm **„Sport nach 1 in Schule und Verein“**, ein Kooperationsmodell des Bayerischen Staatsministeriums für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst mit dem Bayerischen Landes-Sportverband (BLSV), bietet Schülerinnen und Schülern ein qualifiziertes, den Sportunterricht ergänzendes Nachmittagsangebot in über 70 Sportarten.

www.sportnach1.de

Kinderschutz

Die vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration geförderte **Kinderschutzambulanz** ist eine bayernweite Beratungsstelle bei Fragen zum Erkennen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Betroffene können in der Ambulanz auch schnell, umfassend und kostenlos untersucht werden, um Beweismittel und Spuren zu sichern.

**Kinderschutzambulanz
Institut für Rechtsmedizin der
Universität München
Nußbaumstraße 26, 80336 München
www.rechtsmedizin.med.uni-muenchen.de
Telefon: 089/2180-73011,
Tag und Nacht erreichbar**

Das **KinderschutzZentrum des Deutschen Kinderschutzbundes, Landesverband Bayern e. V.**, berät Kinder, Jugendliche, Eltern und Bezugspersonen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter helfen bei Gewaltproblemen, vor allem bei körperlicher und seelischer Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Gewalt, telefonisch und persönlich:

**KinderschutzZentrum München
Kapuzinerstraße 9 D, 80337 München
Telefon: 089/555356
www.kinderschutzbund-muenchen.de,
Stichwort „Kinderschutzzentrum“**

Darüber hinaus gibt es vom Deutschen Kinderschutzbund vertrauliche und anonyme Beratungsangebote für Kinder und für Eltern:

**Kinder- und Jugendtelefon –
„Die Nummer gegen Kummer“:
0800/1110333 (gebührenfrei)
Unter www.kijumail.de gibt es auch
die Möglichkeit der Online-Beratung.
Elterntelefon:
0800/1110550**

Der **Bayerische Jugendring** arbeitet mit seinem Programm „Prätect“ für die Prävention sexueller Gewalt in der Kinder- und Jugendarbeit, unter anderem mit Informationsveranstaltungen und -materialien, Beratungs- und Fortbildungsangeboten:

Bayerischer Jugendring
Herzog-Heinrich-Straße 7, 80336 München
Telefon: 089/51458-0
www.bjr.de

Das **Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration** hat eine Übersicht zum Thema Kinderschutz zusammengestellt, die alle wichtigen Partner nennt, darunter auch Kontaktadressen der Polizei, der Kinder- und Jugendärzte und der Koordinierenden Kinderschutzzstellen (KoKis) in Bayern, abzurufen unter

www.stmas.bayern.de,
Stichwort „Kinderschutz“

Der **Deutsche Kinderschutzbund mit seinem Landesverband Bayern** setzt sich mit 60 Kreis- und Ortsverbänden in Bayern für ein gutes und gesundes Aufwachsen in einer kinderfreundlichen Umwelt ein und bietet zahlreiche Unterstützungsangebote für Kinder und Familien:

Deutscher Kinderschutzbund
Landesverband Bayern e. V.
Goethestraße 17, 80336 München
Telefon 089/920089-0
www.kinderschutzbund-bayern.de

Zusammenhalt stärkt: Angebote der Selbsthilfe

In Bayern gibt es in jeder Region Selbsthilfegruppen zu verschiedensten Themen, viele davon auch zu Erkrankungen bei Kindern. Unterstützt werden sie finanziell durch den Freistaat sowie durch die gesetzliche Krankenversicherung, die nach § 20c des Fünften Sozialgesetzbuches dazu verpflichtet ist. Wer in Bayern eine Selbsthilfegruppe in seiner Nähe sucht oder selbst eine neue Gruppe gründen will, findet Auskunft und Rat bei Selbsthilfekontaktstellen. In Bayern gibt es rund 30 dieser Einrichtungen, die über die **Selbsthilfekoordination (SeKo) Bayern** vernetzt sind, welche ein Verzeichnis der Ansprechpartner und der Themen bereitstellt.

Selbsthilfekoordination Bayern
Scanzonistraße 4, 97080 Würzburg
Telefon: 0931/2057910
www.seko-bayern.de und
www.selbsthilfe-in-bayern.de

Die Dachorganisation der Selbsthilfeverbände in Bayern ist die Landesarbeitsgemeinschaft von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihrer Angehörigen in Bayern e. V., kurz **LAG Selbsthilfe Bayern e. V.** Sie zählt 105 Verbände, darunter Organisationen der Selbsthilfe zu angeborenen Stoffwechselstörungen, zum Down-Syndrom, bei Hörschädigungen oder für herzkranken Kinder und ihre Familien und viele andere.

LAG Selbsthilfe Bayern e. V.
Orleansplatz 3, 81667 München
Telefon: 089/4599624-0
www.lag-selbsthilfe-bayern.de

Der **Sozialverband VdK Bayern e. V.** setzt sich ein für Menschen mit Behinderungen. Rund 2.000 VdK-Ortsverbände gibt es in Bayern, sieben Bezirks- und 69 Kreisgeschäftsstellen. Das Familienreferat des VdK bietet Informationen und Unterstützung für Eltern mit behinderten Kindern, es berät zu Fragen der Inklusion und anderen Themen des Lebens mit einer Behinderung. Ferienfreizeiten für behinderte und nicht behinderte Kinder und Jugendliche schaffen Begegnungsräume.

Sozialverband VdK Bayern e. V.
Schellingstraße 31, 80799 München
Familienreferat
Telefon: 089/21170
www.vdk.de/bayern

Mit mehr als 480 Vereinen gibt es im **Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Bayern e. V. (BVS)** ein breites Spektrum an Sportangeboten für Menschen mit und ohne Behinderungen oder chronischen Erkrankungen, es reicht von Jugendfreizeiten und Reha-Sport bis hin zur Vorbereitung von Athleten auf die Paralympics:

Behinderten- und Rehabilitations-
Sportverband Bayern e. V.
Haus des Sports, Georg-Brauchle-Ring 93,
80992 München
Telefon: 089/544189-0
www.bvs-bayern.com

Stiftungen, Verbände und Vereinigungen rund um die Kindergesundheit

In Deutschland gibt es eine Vielzahl von großen und kleinen Stiftungen, Verbänden und anderen unterstützenden Organisationen rund um die Kindergesundheit, oft spezialisiert auf Hilfestellungen bei einzelnen Krankheitsbildern, z. B. Krebs, Diabetes mellitus oder Mukoviszidose. Einige davon seien hier exemplarisch genannt. Einen Überblick über die Stiftungen gibt es unter

www.stiftungen.org

Die Stiftung **Kindergesundheit e. V. des Dr. von Haunerschen Kinderspitals** engagiert sich für die Vorbeugung und Behandlung von kindlichen Erkrankungen, unter anderem für die Allergieprävention, für die Ursachensuche und die Vorbeugung von Fehl- und Überernährung, für den Schutz vor Infektionen und angeborenen Fehlbildungen sowie für den Schutz vor Gewalt und Missbrauch.

**Stiftung Kindergesundheit e. V.
Dr. von Haunersches Kinderspital
Lindwurmstraße 4, 80337 München
Telefon: 089/4400-57933
www.kindergesundheit.de**

Das Hauptaugenmerk der **Care-for-Rare Stiftung des Dr. von Haunerschen Kinderspitals** liegt auf der Förderung wissenschaftlicher Forschung im Bereich seltener Krankheiten bei Kindern, um neue Therapien entwickeln zu können.

**Care-for-Rare Foundation
Berblingerstraße 31, 88471 Laupheim
Telefon: 07392/964911
www.care-for-rare.org**

Der **Bunte Kreis e. V.** engagiert sich im Augsburger Raum und mit dem Bundesverband Bunter Kreis e. V. auch darüber hinaus für die Nachsorge bei Früh- und Risikogeborenen, bei Kindern mit chronischen oder lebensbedrohlichen Erkrankungen. Auch Eltern, Geschwisterkinder und sonstige Interessierte finden Angebote.

**Bundesverband Bunter Kreis e. V.
c/o Bunter Kreis gGmbH
Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg
Telefon: 0821/400-4840
www.bunter-kreis-deutschland.de**

Die in München gegründete Stiftung **Bündnis für Kinder. Gegen Gewalt** unterstützt und fördert ausgewählte Projekte zu Gewaltprävention und Kinderschutz, unterstützt durch ein breites gesellschaftliches Bündnis:

**Bündnis für Kinder. Gegen Gewalt.
Winzererstraße 9, 80797 München
Telefon: 089/744200250
www.buendnis-fuer-kinder.de**

Die **Stiftung juvenile Adipositas** hat es sich als Tochterstiftung der Deutschen Diabetes-Stiftung zur Aufgabe gemacht, die Behandlung stark übergewichtiger Jugendlicher auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zu fördern, unter anderem durch Empfehlungen zum Lebensstil, durch Forschungsförderung und die Unterstützung von Projekten, deren Ziel die Vermeidung von sozialer Ausgrenzung adipöser Jugendlicher ist.

**Stiftung juvenile Adipositas
Insulaweg 8, 83483 Bischofswiesen
Telefon: 08652/59522
www.adipositas-stiftung.de**

Die **Deutsche Kinderkrebsstiftung** mit 74 Eltern- und Fördervereinen in ganz Deutschland setzt sich dafür ein, die Heilungschancen krebskranker Kinder zu verbessern und ihnen die gleichen Zukunftschancen wie gesunden Kindern zu ermöglichen.

**Deutsche Kinderkrebsstiftung
der Deutschen Leukämie-Forschungshilfe
Adenauerallee 134, 53113 Bonn
Telefon: 0228/688460
www.kinderkrebsstiftung.de**

Die Stiftung **Achtung! Kinderseele** ist ein Zusammenschluss der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V., des Berufsverbands der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. und der Arbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (BAG). Die Stiftung ist Ansprechpartner und Informationsplattform für alle Fragen rund um seelische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.

**Stiftung für die psychische Gesundheit
von Kindern und Jugendlichen
Neuer Wall 86, 20354 Hamburg
Telefon: 040/361307600
www.achtung-kinderseele.org**

Auskünfte zur Kindergesundheit erhalten Sie auch bei vielen anderen Akteuren des Gesundheitswesens, etwa den **Krankenkassen** oder den **Wohlfahrtsverbänden** sowie insbesondere auch bei den **Gesundheitsämtern in Bayern**. Eine Liste der bayerischen Gesundheitsämter finden Sie unter: www.oegd-bayern.de/html/bayerische_gas.html.

6. Abkürzungen

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey, durchgeführt vom Robert Koch-Institut
BAQ	Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung	KiTa	Kindertagesstätte
BLSV	Bayerischer Landes-Sportverband e. V.	KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	LAGZ	Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit e. V.
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.	LfStat	Bayerisches Landesamt für Statistik
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung	LGL	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
ESPAD	Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen	RKI	Robert Koch-Institut
GDVG	Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz	SGB	Sozialgesetzbuch
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	SSW	Schwangerschaftswoche
HBSC	Studie zur Schülersgesundheit: Health Behaviour in School-aged Children	STELLA	Studie zum Ernährungsverhalten im Säuglingsalter (Interventionsprojekt)
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision	SuSE	Studie zur Bestandsaufnahme zum Thema Stillen und Säuglingsernährung
J1	Jugendgesundheitsuntersuchung	U1–U9	Früherkennungsuntersuchungen von der Geburt bis zum Schulalter
		WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
		ZPG	Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung im LGL



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.

Unter Telefon **089 12 22 20** oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

IMPRESSUM

Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
Haidenauplatz 1, 81667 München
Tel.: (089) 54 02 33-0
www.stmgp.bayern.de

Redaktion: Dr. Joseph Kuhn, Dr. Martina Enke und Dr. Uta Nennstiel-Ratzel unter Mitarbeit von Natalie Voh, Rebekka Schulz, Sylvia Zollikofer und Dr. Anja Lüders, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Gestaltung: CMS – Cross Media Solutions GmbH, Würzburg

Bildnachweis: fotolia.com: blantiag (Titel); ©Robert Kneschke (S. 10); © CandyBox Images (S. 20); © auremar (S. 26); © Monkey Business (S. 29, 75); © djononimo (S. 31); © Gorilla (S. 41); © Dan Race (S. 47); © Erwin Wodicka (S. 53); © Michael Schütze (S. 58); © Dasha Petrenko (S. 63); © Edyta Pawlowska (S. 79); shutterstock.com: © bikeriderlondon (S. 5);

Druck: Druckerei Schmerbeck GmbH, Tiefenbach

Stand: Juni 2015

Artikelnummer: stmgp_kiges_014

© Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Diesem Bericht liegt eine **gutachterliche Stellungnahme** von Dr. Ingrid Schubert und Dr. Ulrich Stößel unter Mitarbeit von Franziska Ihle, PMV-Forschungsgruppe an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Universität zu Köln, zugrunde.

Für die **Bereitstellung von Daten** danken wir der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, dem Bayerischen Landesamt für Statistik, dem Bevölkerungsbezogenen Krebsregister Bayern sowie der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung.

In diesem Bericht wird zur besseren Lesbarkeit in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Gemeint sind, sofern es nicht explizit hervorgehoben wird, Jungen und Mädchen bzw. Männer und Frauen.

HINWEIS

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbenden oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars erbeten.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.