

Bericht zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Mannheim



Impressum

Stadt Mannheim, Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt
R1, 12
68161 Mannheim

Herausgeber:
Stadt Mannheim

Projektleitung:
Dr. Peter Schäfer
Dr. Sabine Seidenstücker

Projektteam:
Dr. Sabine Seidenstücker
Dr. Peter Schäfer

Dr. Sabine Breitenbach
Dr. Katrin Dederer
Monika Deffaa
Leonore Köhler

Vertrieb:
Stadt Mannheim Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt
R1, 12
68161 Mannheim

Bericht zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Mannheim

Inhaltsverzeichnis	Seite
Vorwort	
Einleitung	6
1. Bevölkerungsstrukturelle Merkmale der Sozialräume	9
2. Datengrundlage	15
2.1 Säuglingssterblichkeit	15
2.2 Willkommen im Leben (WIL)	15
2.3 Meldepflichtige Infektionskrankheiten	15
2.4 Einschulungsuntersuchung (ESU)	16
2.5 Zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxemaßnahmen	16
2.6 Datenauswertung	18
3. Ausgewählte Aspekte der gesundheitlichen Lage von Kindern im Vorschulalter (0-5 Jahre)	19
3.1 Säuglingssterblichkeit	19
3.2 Zur gesundheitlichen Lage von Neugeborenen und Säuglingen	21
3.2.1 Hintergründe	21
3.2.2 Merkmale der besuchten Familien mit Neugeborenen	21
3.2.3 Schwangerschaft und Geburt	25
3.2.4 Hebammenbetreuung	28
3.2.5 Ernährung	30
3.2.6 Kinderfrüherkennungsuntersuchungen	32
3.2.7 Beratungsthemen	33
3.2.8 Besondere Gesundheitsrisiken	34
3.2.9 Handlungsempfehlungen	37
3.3 Zur gesundheitlichen Lage von Kindern im Vorschulalter – Ergebnisse aus der Einschulungsuntersuchung (ESU) und dem Sprachscreening	39
3.3.1 Soziodemographische Merkmale der untersuchten Kinder - ESU 2013-2015	39
3.3.2 Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen	40
3.3.2.1 Impfungen	40
3.3.2.2 Früherkennungsuntersuchungen (Us) für Kinder	46
3.3.3 Gesundheitsbezogene Merkmale	52
3.3.3.1 Körpergewicht	52
3.3.3.2 Sprachlicher Entwicklungsstand	55
3.3.4 Handlungsempfehlungen	59
3.4 Zahngesundheit bei Kindern in Kindertagesstätten	60
3.4.1 Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Gebissstatus	60
3.4.2 Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe und Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit	65
3.4.3 Handlungsempfehlungen	67
3.5 Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Vorschulalter (0-5 Jahre)	68

Inhaltsverzeichnis	Seite
4. Ausgewählte Aspekte der gesundheitlichen Lage von Kindern im Grundschulalter (6-10 Jahre)	74
4.1 Zahngesundheit bei Kindern in Grundschulen	74
4.1.1 Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Gebissstatus	74
4.1.2 Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe und Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit	78
4.1.3 Handlungsempfehlungen	81
4.2 Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Grundschulalter (6-10 Jahre)	81
5. Ausgewählte Aspekte der gesundheitlichen Lage von Kindern im Alter zum Besuch weiterführender Schulen (11-19 Jahre)	83
5.1 Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Alter zum Besuch weiterführender Schulen (11-19 Jahre)	83
6. Gesundheitsrelevantes Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche	87
6.1 Kinderärztliche Versorgung	87
6.2 Zahnärztliche Versorgung	90
6.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	90
6.4 Versorgungsangebot Heilmittel	92
6.5 Vorgeburtliche und frühkindliche Versorgung	93
6.6 Handlungsempfehlungen	94
7. Literatur	95
8. Anhänge	99
9. Abbildungsverzeichnis	115
10. Tabellenverzeichnis	118
11. Anhangsverzeichnis	119

Vorwort

Es ist ein zentrales Anliegen der Stadt Mannheim, möglichst optimale Bedingungen bereitzustellen, die ein gesundes Aufwachsen für die in Mannheim lebenden Kinder und Jugendlichen ermöglichen. Dieses Anliegen wird seit dem Beitritt der Stadt Mannheim in das „Gesunde Städte Netzwerk Deutschland“ im Jahr 1998 und in die Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ im Jahr 2017 kontinuierlich verfolgt. Damit wird eines der Gesundheitsziele des Landes Baden-Württemberg auf kommunaler Ebene aufgegriffen.

In Mannheim besteht bereits ein gut ausgebautes Erkennungs- und Unterstützungssystem, welches zur Umsetzung dieses Gesundheitsziels beiträgt und damit einen Beitrag zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen leistet. Zu nennen sind an dieser Stelle zum Beispiel spezifische Angebote und Projekte des Gesundheitsamtes (Willkommen im Leben, Behindertensprechstunde, Einschulungsuntersuchung, Suchtprävention etc.), Eltern-Kind-Zentren, Beratungs- und Unterstützungsangebote des Jugendamtes, die Beratungsstelle für Zugewanderte aus Süd-Ost-Europa, die in kirchlicher und nicht-kirchlicher Trägerschaft geführten Suchtberatungsstellen und viele weitere mehr. Die Träger dieser Angebote und Projekte arbeiten vielfach in Kooperationen zusammen.

Im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz Mannheim, einem interdisziplinären Gremium zur Gesundheitsplanung, welches laut Landesgesundheitsgesetz (LGG) verpflichtend in allen Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs eingerichtet werden muss, wurde die Entscheidung getroffen, einen Kinder- und Jugendgesundheitsbericht zu erstellen. Dieser Bericht soll der Kommunalpolitik als Grundlage für gesundheits- und sozialpolitische Entscheidungen dienen.

Im vorliegenden Gesundheitsbericht werden erstmals Aspekte der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Altersbereichen sowie die zielgruppenspezifischen gesundheitsbezogenen Versorgungsstrukturen im Stadtgebiet beleuchtet. Sozialraumbezogene Analysen der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen ergeben ein sehr differenziertes Bild zur aktuellen Situation in Mannheim. Der Schwerpunkt der Betrachtungen liegt auf dem Zeitraum 2005-2014.

Die Ergebnisse deuten auf dringliche Handlungsbedarfe, insbesondere in den Stadtgebieten mit ausgeprägteren sozialen Problemlagen, hin. Die sich daraus ergebenden Herausforderungen zur noch konsequenteren Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen in Mannheim lassen sich nur in Netzwerkstrukturen unter Beteiligung aller im Stadtgebiet angesiedelten Akteure aus dem Gesundheitsbereich bewältigen. So wird der Aufbau von Doppelstrukturen vermieden und vorhandene Ressourcen können gebündelt und zielgerichtet eingesetzt werden. In diesem Zusammenhang ist auch die intersektorale Zusammenarbeit der städtischen Fachbereiche eine wichtige Voraussetzung, denn Gesundheit ist ein Querschnittsthema, welches in mehreren Fachbereichen der Stadt Mannheim eine Rolle spielt.

Wir wünschen eine spannende Lektüre dieses Berichts.

Dr. Ulrike Freundlieb
Bürgermeisterin für
Bildung, Jugend, Gesundheit

Dr. Peter Schäfer
Leiter
Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt

Einleitung

Mit gesetzlichen Regelungen der letzten Jahre und der Reform des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD) 2015 wurde dessen planerische und koordinierende Aufgabe für regionale Versorgungskonzepte betont und ausgebaut. Stärker als bisher sollen Gesundheitsämter die politischen Entscheidungsträger vor Ort in regionalen bevölkerungsmedizinischen und gesundheitsplanerischen Fragen beraten und unterstützen. Wenn es darum geht, kommunale Gesundheitsbelange zu identifizieren, zu kommunizieren und eine Infrastruktur für die Zusammenarbeit bereit zu stellen, ist der ÖGD ein unverzichtbarer lokaler Akteur (KUHN/TROJAN 2016). Auch im neuen Präventionsgesetz ist die Zusammenarbeit mit dem ÖGD als Regelungsinhalt der Landesrahmenvereinbarungen vorgegeben (TROJAN ET AL. 2016).

Um diesem Auftrag nachkommen zu können, werden aussagekräftige Datengrundlagen benötigt. Zuletzt bekräftigte 2016 die Gesundheitsministerkonferenz die Forderung, in den Fachbereichen des ÖGD die Kompetenz für eine aktive Gesundheitsberichterstattung (GBE) zu stärken und zu nutzen. In Mannheim wurde dieser Entwicklung bereits 2008 mit der Einrichtung einer Planstelle für GBE im Fachbereich Gesundheit Rechnung getragen. Mit der Berichterstattung sollen Entscheidungsträger, Fachöffentlichkeit sowie Bürgerinnen und Bürger über gesundheitsrelevante Entwicklungen, Problemfelder, Handlungsbedarfe und Fortschritte informiert werden und ein Beitrag zur systematischen und bedarfsorientierten Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Rahmen des Ziels „Gesunde Stadt“ geleistet werden.

Die Stärkung von Ressourcen und die Nutzung vorhandener Präventionspotenziale gelten als wesentliche Voraussetzungen für die nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Für die Planung und Initiierung stellt sich dabei immer wieder die Frage, wo welche Förderung gebraucht wird, um eine gezielte Stärkung gesundheitlicher Ressourcen zu ermöglichen.

Der vorliegende Bericht greift erstmals Aspekte der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Mannheim im Alter zwischen 0 und 19 Jahren in einer Gesamtbetrachtung auf. Die sozialräumliche Perspektive bildet einen bedeutsamen, erkenntnisleitenden Fokus der Darstellung.

Diverse wissenschaftliche Studien, insbesondere KIGGS¹ und HBSC², zeigen, dass die Grundlagen für ein Leben in guter Gesundheit schon in der (frühen) Kindheit gelegt werden. Gesundheitliche Störungen und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen beeinträchtigen nicht nur die Entwicklung im Kindesalter, sondern auch nachhaltig die Gesundheitschancen im Erwachsenenalter. Die Förderung der Kindergesundheit gehört daher zu den vorrangigen Gesundheitszielen.

Für den Zusammenhang zwischen Gesundheit, sozialer Benachteiligung und ungünstigeren Gesundheitschancen liegen weitestgehend übereinstimmende Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien vor (POTT/LEHMANN 2002). Die Beschäftigung mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist auch der relativ hohen Armutsbetroffenheit der heranwachsenden Generationen zuzuschreiben. In Mannheim lebten im Jahr 2015 22 % der Kinder und Jugendlichen im SGB II-Bezug. Mit diesem Anteil liegt Mannheim über dem Bundesdurchschnitt und repräsentiert den höchsten Wert in Baden-Württemberg (BERTELSMANN STIFTUNG 2016).

Mit Hilfe von kleinräumig verfügbaren Daten können Unterschiede innerhalb des Stadtgebietes festgestellt und Problemfelder identifiziert werden. Die Zuordnung zu Lebensräumen, den Quartieren und

¹ Kinder- und Jugend- Gesundheitssurvey des Robert-Koch Instituts (RKI)

² Health Behaviour in School aged Children der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

ihnen zugeordnete Institutionen, ermöglicht einen gezielten und an den Örtlichkeiten ausgerichteten Einsatz von Unterstützungsangeboten.

Die im vorliegenden Bericht verwendete Sozialraumtypologie wurde unter Leitung des Jugendamtes der Stadt Mannheim (2. BILDUNGSBERICHT DER STADT MANNHEIM 2013) entwickelt und für den 3. Mannheimer Bildungsbericht aktualisiert. Die Typologie bietet eine komprimierte Übersicht über die sozialstrukturelle Ausgangslage in den Stadtteilen, basierend auf ausgewählten sozioökonomischen und demografischen Merkmalen. Strukturell gleichartige Räume werden zusammengefasst und lassen Gebiete erkennen, denen erhöhte Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte. Stadtteile mit den geringsten sozialstrukturellen Auffälligkeiten werden Sozialraumtyp 1 zugeordnet, gestuft bis zu Sozialraumtyp 5, der Stadtteile mit einer besonders hohen Konzentration sozioökonomischer Auffälligkeiten beschreibt. Hier sind Armutproblematiken besonders ausgeprägt und zugleich liegen die Anteile Alleinerziehender sowie junger Menschen mit Migrationshintergrund deutlich über dem gesamtstädtischen Durchschnitt.

Für eine gezielte Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bilden datengestützte Informationen zur gesundheitlichen Situation in verschiedenen Lebensphasen eine wichtige Grundlage. Der vorliegende Bericht ist gegliedert nach den Lebensabschnitten Vorschulalter (0-5 Jahre), Grundschulalter (6-10 Jahre) und Alter zum Besuch weiterführender Schulen (11-19 Jahre). In den einzelnen Kapiteln des Berichts werden die folgenden Inhalte thematisiert:

Kapitel 1 bietet eine Übersicht über die Sozialräume der Stadt Mannheim und bevölkerungsstrukturelle Merkmale der Sozialräume mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche.

In **Kapitel 2** werden die Projekte und Dokumentationsplattformen beschrieben, aus welchen die Daten für den Bericht gewonnen wurden.

Kapitel 3 (Altersbereich 0-5 Jahre) beinhaltet die Themenbereiche

- Säuglingssterblichkeit (Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg)
- Gesundheitliche Lage von Säuglingen im ersten Lebensjahr (Datenquelle: Dokumentation des Besuchsangebots „Willkommen im Leben“)
- Inanspruchnahme von Präventionsangeboten und gesundheitliche Lage von Vorschulkindern (Datenquelle: Ergebnisse aus der Einschulungsuntersuchung ESU)
- Zahngesundheit (Datenquelle: Ergebnisse aus den zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsmaßnahmen der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit AGZ Mannheim) sowie
- Meldepflichtige Infektionskrankheiten (Datenquelle: Robert-Koch-Institut RKI).

Für diesen Altersbereich liegen aktuell die meisten Daten aus eigenen Erhebungen und aus offiziellen Statistiken vor.

In **Kapitel 4** (Altersbereich 6-10 Jahre) werden Ergebnisse zur Zahngesundheit (Datenquelle: Ergebnisse aus den zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsmaßnahmen der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit AGZ Mannheim) und den meldepflichtigen Infektionskrankheiten (Datenquelle: Robert-Koch-Institut RKI) dargestellt.

Kapitel 5 (Alter zum Besuch weiterführender Schulen 11-19 Jahre) beinhaltet Ergebnisse zum meldepflichtigen Infektionsgeschehen in dieser Altersgruppe (Datenquelle: Robert-Koch-Institut RKI). Weitere Daten liegen aktuell für den Altersbereich der 11-19-Jährigen nicht vor.

Im letzten Kapitel des Berichts (**Kapitel 6**) werden gesundheitsrelevante Versorgungsstrukturen sozialraumbezogen dargestellt und bewertet. Hierbei handelt es sich z.B. um die Versorgung mit Kinderärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten, Zahnärzten, vorgeburtliche und frühkindliche Versorgung etc. (Datenquelle: eigene Erhebungen des FB Gesundheit).

1. Bevölkerungsstrukturelle Merkmale der Sozialräume

Zum Stichtag 31.12.2014 hatte die Stadt Mannheim insgesamt 311.470 Einwohner, die mit ihrem Hauptwohnsitz in Mannheim gemeldet waren.

Das Gebiet des Stadtkreises Mannheim ist in 24 Stadtteile untergliedert. Die Stadtteile weisen unterschiedliche bevölkerungsstrukturelle Merkmale auf. Stadtteile mit ähnlichen sozialstrukturellen Merkmalen wurden in fünf Sozialräumen zusammengefasst (STADT MANNHEIM 2015).

Sozialräume in Mannheim

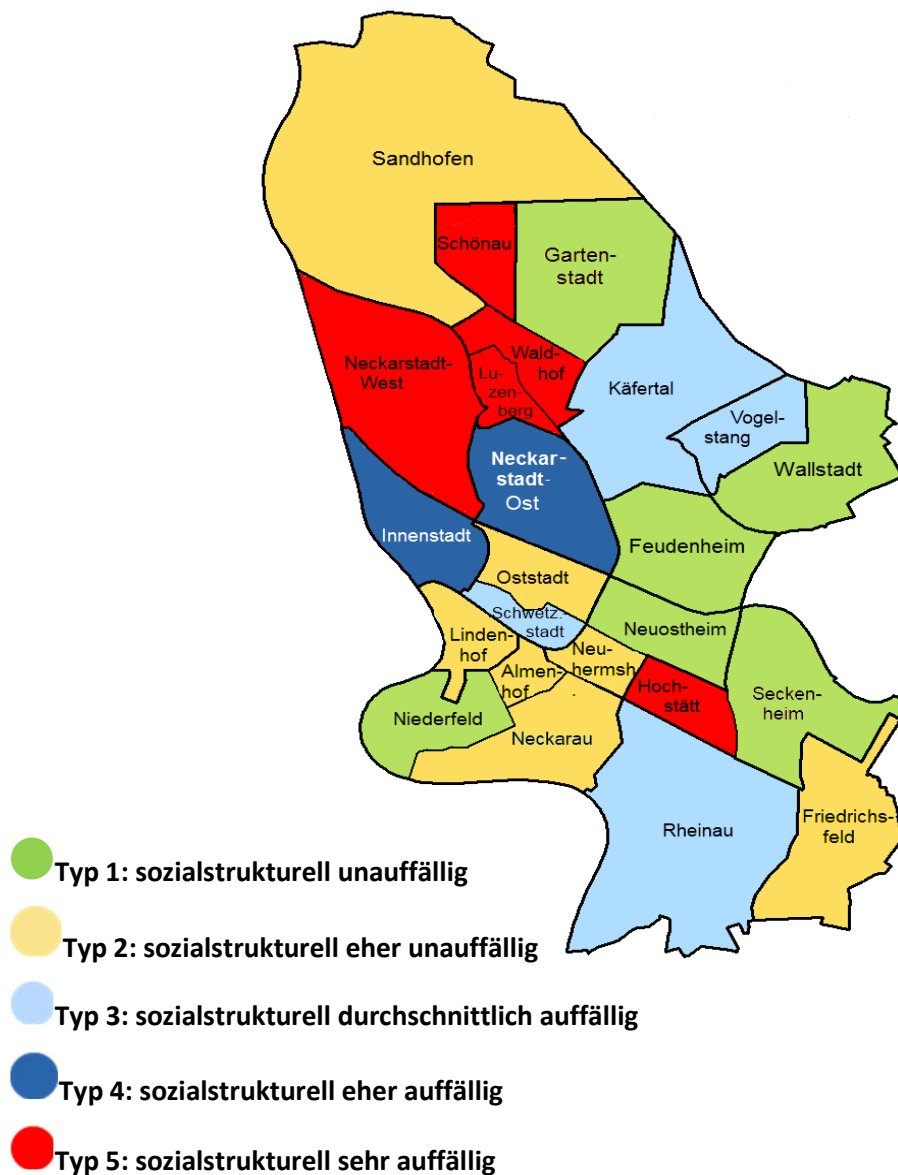


Abb. 1: Sozialräume in Mannheim, Quelle 3. Bildungsbericht der Stadt Mannheim

Dem Sozialraumtyp 1, der die sozialstrukturell unauffälligsten Stadtteile ausweist, gehören die Stadtteile Gartenstadt, Niederfeld, Wallstadt, Feudenheim, Neuostheim und Seckenheim an. Dem Sozialraumtyp 2, welcher als eher unauffällig bezeichnet werden kann, wurden die Stadtteile Sandhofen, Oststadt, Lindenhof, Almenhof, Neuhersheim, Neckarau und Friedrichsfeld zugeordnet. Als sozialstrukturell durchschnittlich gelten die Stadtteile Käfertal, Vogelstang, Schwezingerstadt und Rheinau.

In den Stadtteilen Innenstadt/Jungbusch und Neckarstadt Ost, welche dem Sozialraumtyp 4 zugeordnet werden können, liegen erkennbare sozialstrukturelle Auffälligkeiten vor. Sozialraumtyp 5 umfasst die sozialstrukturell auffälligsten Stadtteile Schönau, Waldhof, Luzenberg, Neckarstadt West und Hochstätt mit ausgeprägten Problemlagen. In der folgenden Abbildung sind die absoluten Zahlen der Einwohner in den Sozialräumen sowie deren prozentualen Anteile an der Gesamtbevölkerung dargestellt.

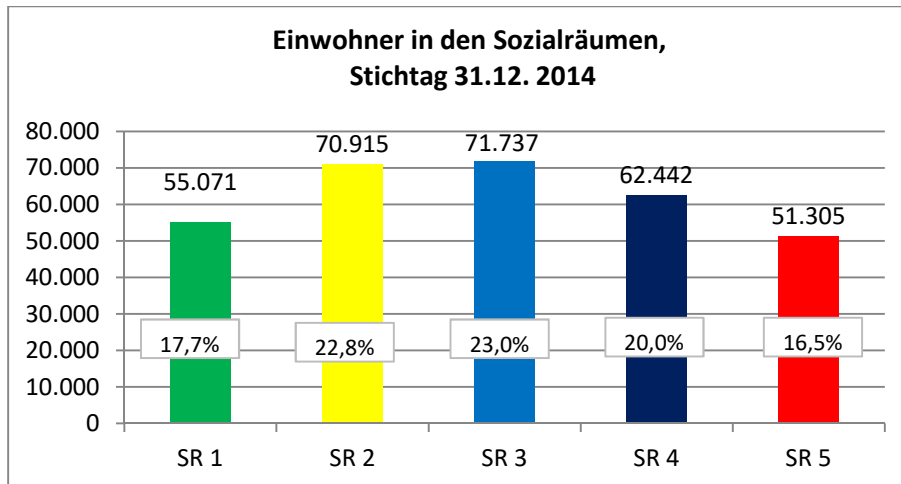


Abb. 2. Bevölkerung in den Sozialräumen, Stichtag 31.12.2014. Quelle: Kommunale Statistikstelle Mannheim (Hauptwohnsitz)

In den sozialstrukturell besser gestellten Sozialräumen 1 und 2 lebten Ende 2014 40,5% der Mannheimer Bevölkerung, in den eher problembehafteten Sozialräumen 4 und 5 lebten 36,5%.

Am 31.12.2014 lebten im Stadtkreis Mannheim 52.506 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen **0 und 19** Jahren³. Kinder und Jugendliche aus dieser Altersgruppe haben damit im Jahr 2014 einen Anteil von 16,9% an der Gesamtbevölkerung (311.470) mit Hauptwohnsitz im Stadtkreis Mannheim. In Abbildung 3 ist die Entwicklung der Anzahl der Kinder und Jugendlichen in den drei für den vorliegenden Bericht relevanten Altersgruppen dargestellt.

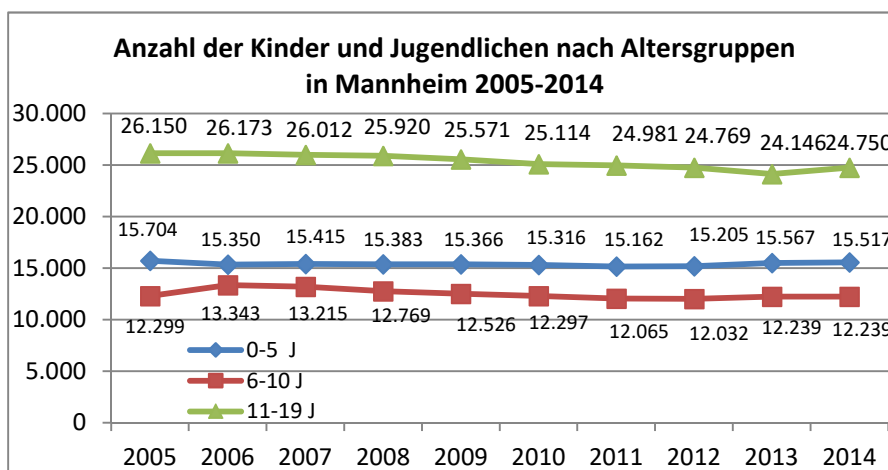


Abb. 3: Anzahl der Kinder und Jugendlichen nach Altersgruppen in Mannheim 2005-2014. Quelle: Kommunale Statistikstelle Mannheim (Hauptwohnsitz)

³ Im vorliegenden Bericht werden die Altersgruppen 0-5 Jahre, 6-10 Jahre und 11-19 Jahre betrachtet. Aus diesem Grund werden an dieser Stelle einmalig die Bevölkerungszahlen dieser Altersgruppen dargestellt. In den offiziellen Statistiken wird die Altersgruppe der 0-18-Jährigen ausgewiesen. Es lebten Ende 2014 45.861 unter 18-Jährige in Mannheim (Hauptwohnsitz).

In der Altersgruppe 0-5 Jahre treten im Beobachtungszeitraum von 2005-2014 relativ konstante Werte auf. Die Differenz zwischen dem höchsten Wert und dem niedrigsten Wert liegt in dieser Altersgruppe bei 187 Kindern. In den beiden anderen Altersgruppen zeichnet sich trotz eines geringen Anstiegs der Einwohnerzahlen in den letzten Jahren insgesamt eine leicht rückläufige Tendenz ab.

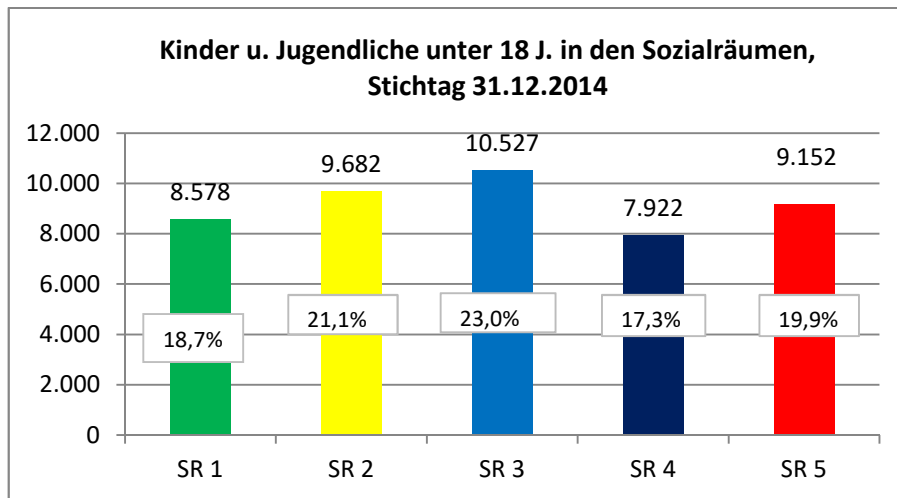


Abb. 4: Kinder und Jugendliche unter 18 J. in den Sozialräumen, Stichtag 31.12.2014. Quelle: Kommunale Statistikstelle Mannheim (Hauptwohnsitz)

In den Sozialräumen 1 und 2 lebten zum Stichtag 31.12.2014 ca. 40% der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahre, in den Sozialräumen 4 und 5 waren es 37,2%. Bei der Betrachtung der einzelnen Sozialräume fällt auf, dass die meisten Kinder und Jugendlichen in Sozialraum 3 wohnten.

Im Folgenden wird die Verteilung der Einwohner mit Migrationshintergrund im Vergleich zu den Einwohnern ohne Migrationshintergrund in der Gesamtstadt und in den Sozialräumen betrachtet. Im gesamten Stadtkreis Mannheim lebten zum 31.12.2014 mehr Menschen ohne Migrationshintergrund (58%) als Einwohner mit Migrationshintergrund (42%) (vgl. Abb. 6).

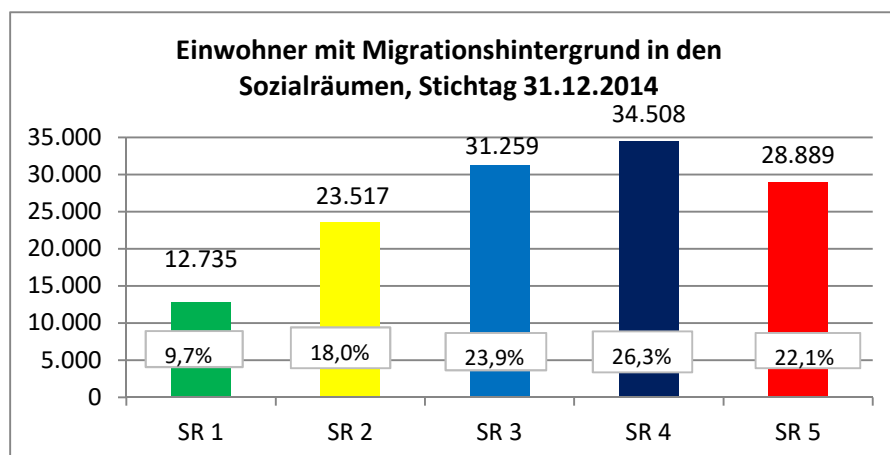


Abb. 5: Einwohner mit Migrationshintergrund in den Sozialräumen, Stichtag 31.12.2014. Quelle: Kommunale Statistikstelle Mannheim (Hauptwohnsitz)

In den Sozialräumen 1 und 2 lebten zum Stichtag 31.12.2014 27,7% der Einwohner Mannheims mit Migrationshintergrund⁴, in den Sozialräumen 4 und 5 lebten knapp die Hälfte dieser Bevölkerungsgruppe (48,5%). Die meisten Menschen mit Migrationshintergrund (34.508) wohnten in Sozialraum 4. Absolute Zahlen zeigen, dass die meisten Kinder mit MH in SR 3 leben (vgl. Abb. 4).

Zur Gegenüberstellung der Bevölkerungsanteile mit und ohne Migrationshintergrund wurde für jeden Sozialraum sowie für die Gesamtstadt ein eigenes Profil erstellt.

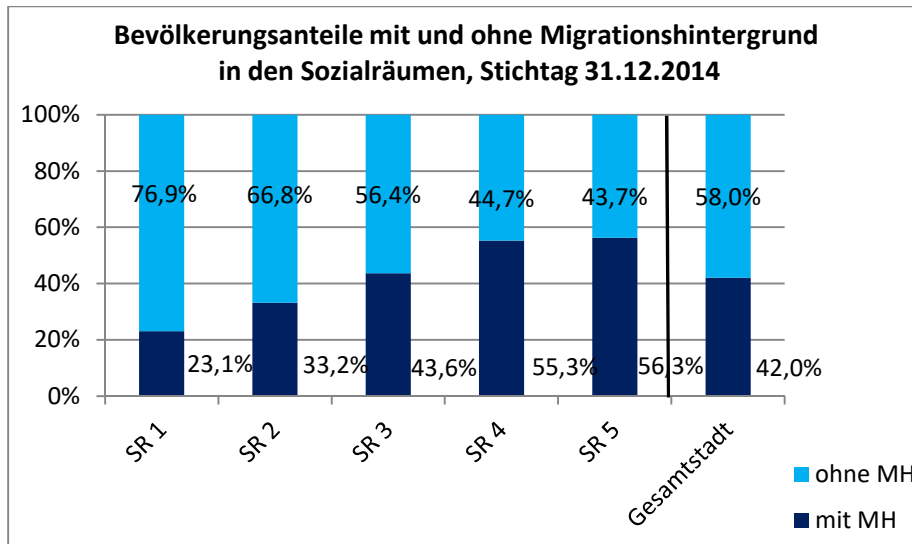


Abb. 6: Bevölkerungsanteile mit und ohne Migrationshintergrund in den Sozialräumen, Stichtag 31.12.2014. Quelle: Kommunale Statistikstelle Mannheim (Hauptwohnsitz)

In den Sozialräumen 1 und 2 lag der Anteil der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund deutlich über dem Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. In den Sozialräumen 4-5 dominierten die Anteile der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ein sozialer Gradient ist erkennbar.

Abbildung 7 illustriert die Verteilung der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund mit Hauptwohnsitz Mannheim auf die Sozialräume.

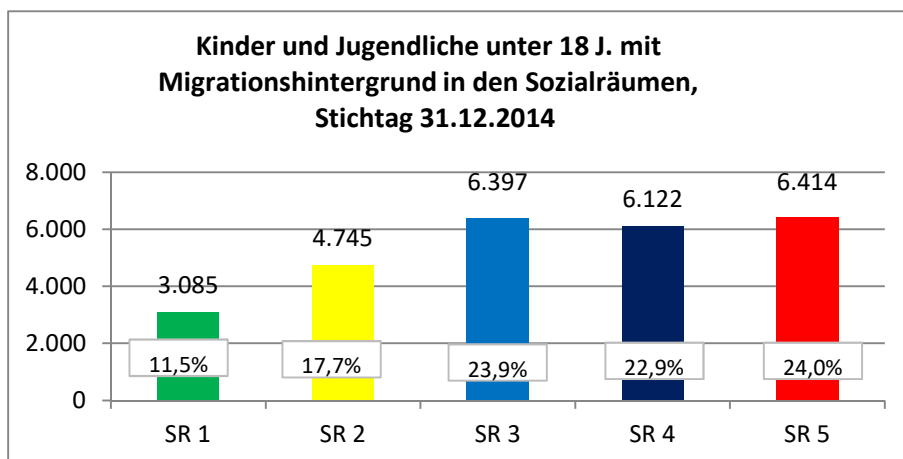


Abb. 7: Kinder und Jugendliche unter 18 J. mit Migrationshintergrund in den Sozialräumen, Stichtag 31.12.2014. Quelle: Kommunale Statistikstelle Mannheim (Hauptwohnsitz)

⁴ Einwohner mit Migrationshintergrund: Ausländer, eingebürgerte Deutsche und Aussiedler sowie Kinder, bei denen mindestens ein Elternteil einen Migrationshintergrund besitzt (Kommunale Statistikstelle Mannheim)

Aus der Abbildung geht hervor, dass die wenigsten Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Sozialraum 1 wohnten (11,5%). In den Sozialräumen 3-5 lebten ungefähr gleiche Anteile der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, jeweils zwischen knapp 23 und 24%. Die Berechnung von Sozialraumprofilen für die Anteile von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund ergibt das folgende Bild:

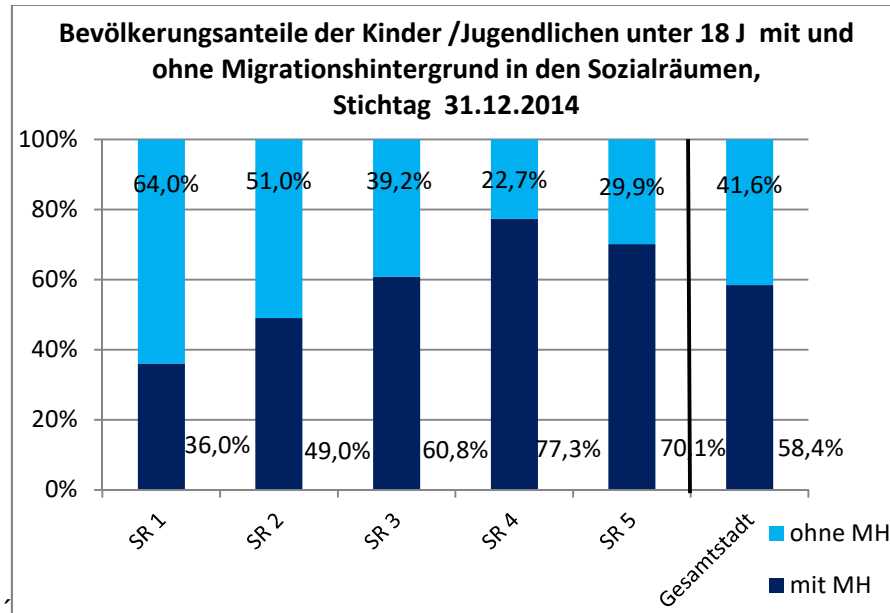


Abb. 8: Bevölkerungsanteile der Kinder und Jugendlichen unter 18 J. mit und ohne Migrationshintergrund in den Sozialräumen Stichtag 31.12.2014. Quelle: Kommunale Statistikstelle Mannheim (Hauptwohnsitz)

In der Gesamtstadt lebten zum Ende des Jahres 2014 mehr Kinder mit Migrationshintergrund (58,4%) als Kinder ohne Migrationshintergrund (41,6%). Damit weicht die Verteilung der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahre von der Verteilung der Gesamtbevölkerung ab.

Eine vergleichende Betrachtung der Bevölkerungsanteile von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahre mit und ohne Migrationshintergrund auf der Basis der Sozialraumprofile weist erwartungsgemäß deutliche Unterschiede auf. In den Sozialräumen 1 und 2 lag der Anteil der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund über dem Anteil dieser Altersgruppe mit Migrationshintergrund. In den Sozialräumen 3-5 dominierten im Vergleich die Anteile der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, wobei der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Sozialraum 4 (77,3%) höher war als in Sozialraum 5 (70,1%).

Ein weitere wichtige Planungsgrundlage für den Fachbereich Gesundheit sind die Geburtenzahlen in Mannheim. Abbildung 10 gibt einen Überblick über die Entwicklung der Geburten von 2005-2014.

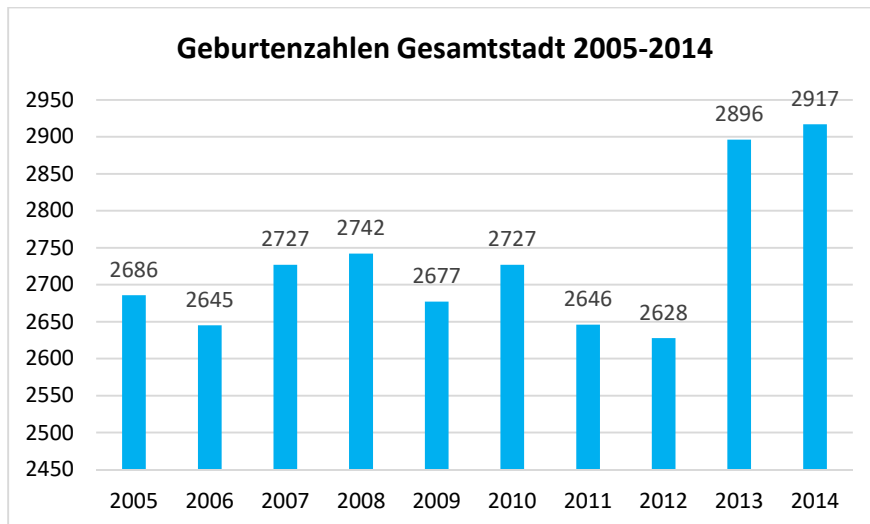


Abb. 9: Geburten Gesamtstadt 2006-2014. Quelle: Kommunale Statistikstelle Mannheim

Die Entwicklung der Geburtenzahlen im Stadtkreis Mannheim lag zwischen 2005 und 2014 in einem wellenförmigen Verlauf zwischen 2.628 Geburten im Jahr 2012 und 2.742 Geburten im Jahr 2008. Im Jahr 2013 war ein deutlicher Anstieg von 2.628 auf 2.896 Geburten zu verzeichnen. Die Geburtenzahl wies auch im Folgejahr einen ähnlich hohen Wert auf.

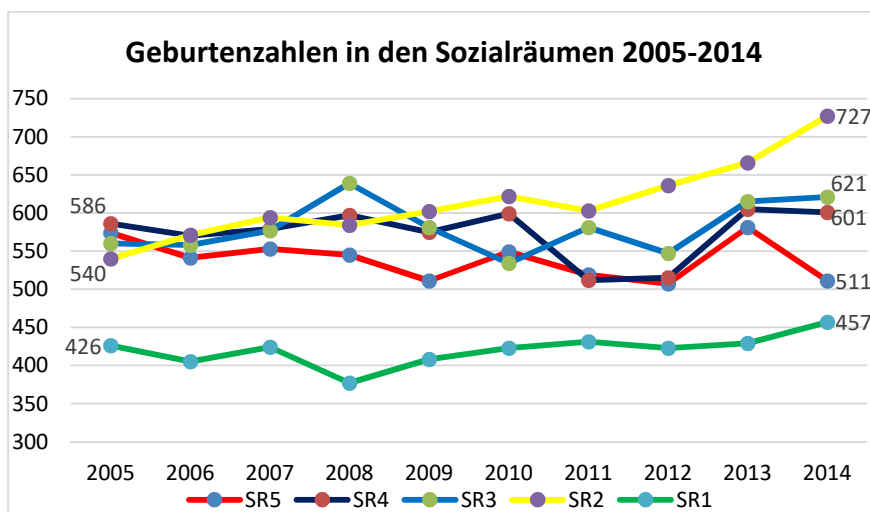


Abb. 10: Geburtenzahlen in den Sozialräumen 2006-2014. Quelle: Kommunale Statistikstelle Mannheim

Eine sozialraumbezogene Auswertung der Geburtenzahlen zeigt, dass über den gesamten Beobachtungszeitraum von 2005 bis 2014 in Sozialraum 1 die geringsten Geburtenzahlen auftraten. Dennoch war auch hier insgesamt ein leichter Anstieg zu verzeichnen. In Sozialraum 2 trat im Beobachtungszeitraum der deutlichste Anstieg der Geburtenzahlen auf. Dieses Ergebnis ist hauptsächlich auf den starken Anstieg der Geburtenzahlen im Stadtteil Lindenhof zurückzuführen. Es wird der Bevölkerungsentwicklung in diesem Stadtteil zugeschrieben, die durch den Zuzug von jungen Menschen geprägt ist. Die Geburtenzahlen in den Sozialräumen 3-5 weisen ausgeprägte wellenförmige Verläufe auf, lagen aber in Sozialraum 3 und 4 zum Ende des Beobachtungszeitraums über den Ausgangswerten.

2. Datengrundlage

Dieses Kapitel bietet eine Übersicht über die Projekte und Dokumentationsplattformen, aus welchen die Daten für den vorliegenden Bericht gewonnen wurden.

2.1 Säuglingssterblichkeit

Die Daten der im ersten Lebensjahr verstorbenen Säuglinge werden über den Todesschein an den Fachbereich Gesundheit gemeldet. Dort werden sie elektronisch erfasst und an das Statistische Landesamt weiter geleitet. Anschließend erfolgt von dort aus eine Weiterleitung an das Statistische Bundesamt. In den Statistischen Behörden werden die Daten aus allen Stadt- und Landkreisen der Bundesrepublik Deutschland elektronisch erfasst und für die Bevölkerung zugänglich gemacht.

2.2 Willkommen im Leben

Daten über die Situation von Familien mit Neugeborenen konnten im Fachbereich Gesundheit durch den Besuchsdienst „Willkommen im Leben“ erhoben werden. Dieses Besuchsangebot erhalten alle Familien in Mannheim mit einem neugeborenen Kind. Die Annahme des Angebots ist freiwillig. Es handelt sich bei diesem Angebot um ein Projekt des fachbereichsübergreifenden Angebots „Frühe Hilfen“.

Die hier zugrunde gelegten Daten entstammen aus der anonymisierten Dokumentation des Jahres 2014, welche nach jedem Hausbesuch standardisiert durchgeführt wird.

Die für den Hausbesuch verantwortliche Kinderkrankenschwester aus dem FB Gesundheit spricht Themen an, welche für die erste Lebensphase mit Kind relevant sind. Einzelne Themenbereiche werden je nach Interesse und Informationsbedarf der Familien vertieft. Dadurch wird nicht in allen Familien über die gleichen Inhalte gesprochen bzw. Beratungen bedarfsangepasst nicht immer zu allen Themen durchgeführt.

Die Informationen zur Situation der Säuglinge beruhen auf den Angaben der Eltern. Bei der Interpretation der Daten muss berücksichtigt werden, dass die Familien, die den Besuch in Anspruch nehmen, eher einem bildungszugewandten Umfeld angehören und daher nicht exakt dem Durchschnitt der Bevölkerungsstruktur Mannheims entsprechen. Ein Selektionsfaktor im Sinne einer Verschiebung zum Positiven innerhalb der einzelnen Sozialräume ist zu vermuten. Das zeigt sich beispielsweise in einem großen Anteil an teilnehmenden Familien mit hohen Bildungsabschlüssen.

2.3 Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Mit Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) 2001 wurde das System meldepflichtiger Erkrankungen in Deutschland auf eine neue Grundlage gestellt. Im IfSG wird geregelt, welche Erkrankungen an das Gesundheitsamt gemeldet und welche Angaben zu dem Erkrankten gemacht werden müssen. Bei einigen der meldepflichtigen Erkrankungen handelt es sich um impfpräventable Erkrankungen, ihnen wird in diesem Bericht besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Die Kriterien für die Übermittlung von Meldedaten vom Gesundheitsamt an die zuständige Landesbehörde und von dort an das Robert Koch-Institut (RKI) werden gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. a Infektionsschutzgesetz (IfSG) durch das RKI festgelegt. Anhand der Falldefinitionen ist zu entscheiden, ob Erkrankungs- oder Todesfälle bzw. Nachweise von Krankheitserregern, die gemeldet oder anderweitig bekannt wurden, an die zuständige Landesbehörde zu übermitteln sind. Diese Falldefinitionen haben

zum Ziel, bundesweit einheitliche Kriterien im Rahmen der epidemiologischen Überwachung von Infektionskrankheiten sicherzustellen und damit zu standardisierten Bewertungen und aussagekräftigeren Statistiken beizutragen. Die letzte Aktualisierung der Falldefinitionen trat mit dem 1.1.2015 in Kraft. Soweit nicht anderweitig gekennzeichnet, werden die Zahlen der übermittelten und vom RKI bestätigten Fälle gemäß Falldefinition berichtet.

2.4 Einschulungsuntersuchung (ESU)

Die Einschulungsuntersuchung (ESU) ist ein landesweit flächendeckend durchgeführtes, weitgehend standardisiertes Verfahren zur Einschätzung des Entwicklungs- und Gesundheitszustandes eines Kindes. Sie ist gesetzlich vorgeschrieben, so dass alle Kinder im Alter von 4 bis knapp 6 Jahren einmal vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Fachbereichs Gesundheit gesehen werden sollten. Auch Kinder, die sonst nicht beim Kinderarzt vorgestellt werden oder keine Kindertageseinrichtung besuchen, werden erfasst. Dies trägt zum Kinderschutz bei. Die Verweigerung der Teilnahme wird bislang in Mannheim nicht sanktioniert. Der Anteil der Nicht-Teilnehmer liegt unter 10%.

Die erste Untersuchung wird in der Regel in der Kindertageseinrichtung im vorletzten Kindergartenjahr durch eine sozialmedizinische Assistentin durchgeführt (Basisuntersuchung). Die Teilnahme der Eltern ist nicht notwendig. Wichtige Informationen zum Kind werden über Eltern- und Erzieherfragebögen eingeholt. Bei Bedarf schließt sich eine ärztliche Untersuchung mit ausführlicher Sprachtestung an. Der frühzeitige Termin ermöglicht die Einleitung von Fördermaßnahmen rechtzeitig vor der Einschulung. Eine sozialmedizinische Untersuchung vor der Einschulung findet nur noch bei speziellen Fragestellungen statt. Die erhobenen Daten werden landesweit ausgewertet.

2.5 Zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxemaßnahmen

Die Jugendzahnpflege im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge dient der Förderung der Zahngesundheit sowie der Vorbeugung und Erkennung von Zahnerkrankungen. Dabei sind die unteren Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter) im Rahmen ihrer sachlichen und örtlichen Zuständigkeit primär für die Umsetzung der Maßnahmen verantwortlich. Mittels verschiedener Gesetze, Verordnungen und Vereinbarungen ist die Durchführung zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen (vormals: Reihenuntersuchungen) gesetzlich geregelt. Neben landesrechtlichen Bestimmungen ist besonders Paragraph 21 SGB V maßgeblich für die zahnärztliche Gruppenprophylaxe und Durchführung der Untersuchungen durch den ÖGD. In der Fassung des Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) vom 21. Juli 2004 (BGBl. S. 1791) heißt es in SGB V, gesetzliche Krankenversicherung:

§ 21 Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)

(1) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf

die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.

Neben diesem Bundesgesetz sind die folgenden Gesetze, Richtlinien und Vereinbarungen maßgeblich für die Arbeit der Jugendzahnpflege und zahnärztlichen Gruppenprophylaxe in Mannheim:

- Rahmenvereinbarung Baden-Württemberg nach § 21 SGB V vom 10.07.1989
- Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) BW vom 17.12.2015
- Verordnung des Sozialministeriums zur Durchführung der Jugendzahnpflege vom 08.12.2011
- Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums zur Durchführung der Einschulungsuntersuchung und der Jugendzahnpflege vom 08.12.2011
- Arbeitsrichtlinien des Sozialministeriums für die Jugendzahnpflege in Baden-Württemberg ab September 2015
- Satzung der Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit (LAGZ) Baden-Württemberg in der jeweils aktuellen Fassung

Gemäß des gesetzlichen Auftrags arbeiten im Stadtkreis Mannheim die Stadt Mannheim, vertreten durch den Fachbereich Gesundheit, und die Regionale Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit (RAGZ) eng zusammen. Die Geschäftsstelle der RAGZ ist im Fachbereich Gesundheit der Stadt Mannheim angesiedelt, durch eine Zahnärztin des Fachbereichs geleitet. Der RAGZ-Vorstand setzt sich aus dem Leiter des FB Gesundheit, einem Angehörigen der Kreis Zahnärzteschaft und Vertretern der Krankenkassen zusammen. Die RAGZ Mannheim beschäftigt drei speziell ausgebildete Fachkräfte zur Vermittlung zahngesundheitsförderlicher Maßnahmen und Informationen an Kinder und Jugendliche in Schulen und Kindertageseinrichtungen.

Durch gezielte Maßnahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe konnten in den letzten 25 Jahren enorme Verbesserungen der Mundgesundheit in der deutschen Bevölkerung erzielt werden. Zahngesunde Ernährung, effizientes Zähneputzen sowie eine ausreichende Versorgung mit Fluorid gelten als klassische Säulen der Kariesprävention.

Die Untersuchungen zur Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen im Rahmen der Jugendzahnpflege bzw. öffentlichen Gesundheitsfürsorge werden im Stadtkreis Mannheim von Zahnarzt/Innen des Fachbereichs Gesundheit der Stadt Mannheim und von ca. 65 niedergelassenen Vertragszahnarzt/Innen der RAGZ MA durchgeführt. Dabei werden seit Einführung der landesweiten Neukonzeption der Jugendzahnpflege die Kindertageseinrichtungen fast ausschließlich durch Vertragszahnärzte der RAGZ MA untersucht. Die Zahnärztinnen des ÖGD untersuchen Kinder in Schulen und pädagogischen Fördereinrichtungen. Ausgewählte Ergebnisse aus den zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen werden im vorliegenden Bericht differenziert nach den Altersbereichen Kindergartenkinder und Grundschulkindern für die Untersuchungsjahre 2007/08 bis 2013/14 dargestellt.

2.6. Datenauswertung

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Möglichkeiten der sozialraumbezogenen Datenauswertung und das Zeitfenster der verfügbaren Daten, die zur Auswertung für den vorliegenden Bericht herangezogen werden können. Dargestellt sind für die Berichtsthemen in den Altersgruppen jeweils die Möglichkeit der sozialraumbezogenen Analyse, der Berichtszeitraum und die Datenquelle/n.

Grundlagen für die Datenauswertung			
Berichtsthemen	Sozialraum-bezogene Analyse	Berichtszeitraum	Datenquelle
Vorschulalter			
Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr	nein	>10 Jahre	Offizielle Landesstatistiken
Gesundheitliche Lage von Säuglingen im ersten Lebensjahr (WIL)	ja	1 Jahr	Eigene Datenerhebung
Zahngesundheit von Kindergartenkindern	ja, über Standort Kindertagesstätte	7 Jahre	Eigene Datenerhebung
Meldepflichtige Infektionskrankheiten	Ja, bedingt	12 Jahre	SURVSTAT RKI, Eigene Datenerhebung
Gesundheitliche Lage von Kindergartenkindern (Einschulungsuntersuchung)	ja	3 Jahre	Eigene Datenerhebung (geht ein in offizielle Statistik)
Grundschulalter			
Zahngesundheit von Erstklässlern	ja, über Standort Schulen	7 Jahre	Eigene Datenerhebung
Meldepflichtige Infektionskrankheiten	nein	12 Jahre	SURVSTAT RKI, eigene Datenerhebung
Alter zum Besuch weiterführender Schulen			
Meldepflichtige Infektionskrankheiten	nein	12 Jahre	SURVSTAT RKI, eigene Datenerhebung
Altersübergreifend			
Versorgungsstrukturen	ja	1 Jahr	Eigene Datenerhebung

Tab. 1: Grundlagen für die Datenauswertung

3. Ausgewählte Aspekte der gesundheitlichen Lage von Kindern im Grundschulalter (0-5 Jahre)

3.1. Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit ist eine Kennzahl der im ersten Lebensjahr gestorbenen Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres. Die Zahlen beinhalten nur Kinder, die lebend geboren wurden und erst nach der Geburt verstorben sind (GESUNDHEITSATLAS BAWÜ).

Im Jahr 1960 lag dieser Wert in einigen Regionen der alten Bundesländern bei über 30,0 gestorbenen Säuglingen pro 1.000 Lebendgeborene, 1990 noch bei rund 7,0. Mit geringfügigen Schwankungen zeichnet sich in Deutschland ein kontinuierlicher Rückgang bis zum Jahr 2006 auf ca. 3,8 gestorbene Säuglinge pro 1.000 lebend geborene Kinder ab. In den Folgejahren liegt der Anteil zwischen 3,9 und 3,3 gestorbenen Säuglingen pro 1.000 lebendgeborenen Kindern.

Die Säuglingssterblichkeit gilt, wie die Lebenserwartung bei Geburt, als Kenngröße zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Sie ist damit ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung.

Als Ursachen für diesen Rückgang werden die Einführung von Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen zu Beginn der 1970er Jahre, die besondere Betreuung von Risikoschwangerschaften und Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten im Säuglingsalter angeführt. Darüber hinaus spielen Fortschritte in der Gynäkologie und in der Perinatalmedizin im Zusammenhang mit dem Rückgang der Säuglingssterblichkeit eine entscheidende Rolle. Ende der 1980er Jahre hatte Deutschland zur Gruppe der Länder mit der weltweit niedrigsten Säuglingssterblichkeit Anschluss gefunden (STATISTISCHES BUNDESAMT, DRAGANO/LAMPERT/SIEGRIST 2009). Inzwischen konnte die Säuglingssterblichkeit in Deutschland auf einen auch im internationalen Vergleich sehr niedrigen Wert gesenkt werden.

Systematische Auswertungen der Säuglingssterblichkeit nach sozialen Merkmalen sind relativ selten. Die vorhandenen Erkenntnisse deuten darauf hin, dass die Säuglingssterblichkeit einem sozialen Gefälle folgt und entsprechend in den unteren Statusgruppen am höchsten ist. Das gilt auch für ein niedriges Geburtsgewicht und angeborene Fehlbildungen, die Risikofaktoren der Sterblichkeit im Kindesalter darstellen. Eine höhere Säuglingssterblichkeit wird außerdem für Kinder berichtet, die von ausländischen Frauen geboren werden. Als Gründe wird neben einer geringeren oder späteren Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen im Hinblick auf Mütter aus den unteren Statusgruppen auch das Rauchen während der Schwangerschaft diskutiert (LAMPERT ET AL. 2010, STATISTISCHES BUNDESAMT).

Im vorliegenden Bericht ist die Anzahl der im ersten Lebensjahr gestorbenen Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres dargestellt. Aufgrund der geringen Fallzahl werden Mittelwerte über 3 Jahre gebildet. Die Sterbefälle werden in der Todesursachenstatistik nach Diagnose, Alter, Geschlecht und Wohnort erfasst. Da den Gesundheitsämtern nur die Leichenschauische in ihrem Zuständigkeitsbereich Gestorbenen vorliegen, erfolgt hinsichtlich der Zuordnung der Gestorbenen zum Wohnort ein bundesweiter Datenaustausch über die Statistischen Landesämter, d.h. auch ein in Hamburg verstorbener Bürger mit Wohnsitz in Mannheim wird dem Sterbeort Mannheim zugeordnet. Bei den im ersten Lebensjahr verstorbenen Säuglingen wird nach Auskunft des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg der Wohnort der Mutter (Eltern) als Sterbeort dokumentiert, auch wenn Säuglinge im Krankenhaus verstorben sind und vor dem Tod nicht zu Hause waren.

Der Verlauf ist von 1992 bzw. 1997-2014 dargestellt. Daten für die Jahre 1993-1996 liegen nicht vor.

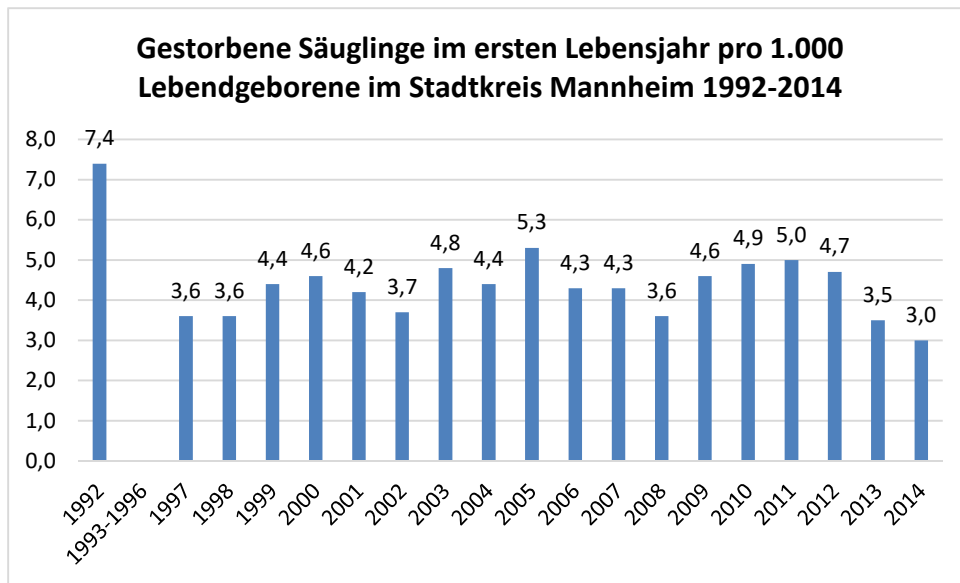


Abb. 11: Säuglingssterblichkeit im Stadtkreis Mannheim 1992-2014, 3-Jahres-Mittelwerte wo Berechnung möglich aufgrund geringer Fallzahlen Quelle: Gesundheitsatlas Baden-Württemberg, 3-Jahres Mittelwerte

Zwischen 1992 und 1997 ist für Mannheim ein deutlicher Rückgang des 3-Jahres-Mittelwerts der Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Lebendgeborene zu beobachten. Der Wert hat sich mehr als halbiert. Zwischen 1997-2014 treten in Mannheim Schwankungen zwischen 3,0 und 5,3 im ersten Lebensjahr gestorbener Säuglinge je 1.000 Lebendgeborenen auf, wobei 5,3 im Jahr 2005 als „Peak“ der 3-Jahres-Mittelwerte anzusehen ist. Dieser Wert wird in den Folgejahren nicht mehr erreicht.

Die Säuglingssterblichkeit für das Jahr 2014 weist im SK Mannheim dem 3-Jahres-Mittelwert zufolge 3,0 Säuglinge aus, die im ersten Lebensjahr gestorben sind. Es handelt sich um den niedrigsten Wert des Beobachtungszeitraums. In 22 Stadt-/Landkreisen Baden-Württembergs liegt im Jahr 2014 eine geringfügig höhere Säuglingssterblichkeit vor, in 21 Stadt- und Landkreisen ist die Säuglingssterblichkeit geringer als in Mannheim. Die Werte der Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Lebendgeborene liegen im Stadtkreis in 2 Jahren des Beobachtungszeitraums 1992/1997-2014 geringfügig unter den Werten Baden-Württembergs (1997/1998 Ma 3,6/1.000, BW 4,3/1.000). In 10 Jahren des Beobachtungszeitraums treten in Mannheim etwas höhere Werte auf als in Baden-Württemberg (1,0-1,9/1.000) und in den restlichen 7 Jahren sind die in Mannheim und in Baden-Württemberg in etwa gleich (Abweichungen bis einschl. 0,5/1.000).

Als Ursachen für die Säuglingssterblichkeit in MA werden u.a. bevölkerungsstrukturelle Merkmale und das damit in Verbindung stehende gesundheitsrelevante Verhalten wie z.B. Rauchen und eine geringere Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen als Ursachen diskutiert.

Sozialraumbezogene Auswertungen zur Säuglingssterblichkeit können nicht vorgelegt werden. Eine Aufarbeitung der einzelnen Leichenschaucheine ist ressourcenintensiv und angesichts der kleinen Fallzahlen aus Gründen des Datenschutzes in der Aussagekraft begrenzt.

Handlungsempfehlungen

- Steigerung des Anteils der schwangeren Frauen, die regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere teilnehmen.
- Erhöhung der Quote stillender Mütter. Stillen senkt die Säuglingssterblichkeit.

- Verstärkte, zielgruppenspezifische Aufklärung über Risiken gesundheitsschädlichen Verhaltens (Rauchen, Alkoholkonsum etc. während der Schwangerschaft und auch nach der Geburt).

3.2 Zur gesundheitlichen Lage von Neugeborenen und Säuglingen

3.2.1 Hintergründe

Familien mit Neugeborenen sind vielfältigen Anforderungen ausgesetzt. Die Herausforderungen, welchen sich die jungen Familien stellen müssen, haben Auswirkungen auf das gesamte spätere Leben der Kinder. So werden gesundheitliche Risiken für den weiteren Lebensweg nicht nur genetisch vorgegeben. Es wird beschrieben, dass Mechanismen wie Veränderung des Erbgutes durch biographische Ereignisse (Epigenetik) und Prägung (frühe Programmierung von späteren Merkmalen – z.B. Stoffwechseleigenschaften wie metabolisches Syndrom oder Übergewicht – durch Geschehnisse in einer bestimmten sensiblen Phase) bei der Entwicklung von Erkrankungen eine Rolle spielen (NÜSKEN ET AL. 2016). Frühe Stresserfahrungen in der Schwangerschaft und der frühen Säuglingszeit haben Auswirkungen auf die spätere Stressregulation mit einem daraus resultierenden höheren Erkrankungsrisiko für z.B. Herz-Kreislauferkrankungen (ENRINGER ET AL. 2015).

Aus diesem Wissen lässt sich erklären, dass die gesundheitliche Qualität und die Lebenserwartung in sozial schlechteren Regionen eingeschränkt sind.

Trotz vielfältiger Belastungsfaktoren finden sich in solchen Regionen Menschen, die bei vorliegenden vielfältigen Risiken trotzdem sehr gesund sind. Diese Fähigkeit wird als Resilienz bezeichnet. Der Begriff Resilienz (*engl. resilience – Spannkraft, Widerstandsfähigkeit, Elastizität*) bezeichnet allgemein die Fähigkeit einer Person oder eines sozialen Systems, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und negativen Folgen von Stress umzugehen.

Diese Resilienz beruht auf 3 Säulen: 1. Unterstützung in der Entwicklung von außen, 2. Persönliche Merkmale – innere Stärken, 3. Interpersonale und Problemlösungsfähigkeiten (ZANDER 2008). Sie wird nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt erworben, sondern ist ein dynamischer Prozess. Dieser kann lebenslang beeinflusst werden. Einige der im Weiteren dargestellten Ergebnisse können direkt mit dem Thema Resilienz in Verbindung gebracht werden. So konnte in der Resilienzforschung festgestellt werden, dass ein wesentlicher Faktor, der Personen in besonderen Belastungslagen vor Erkrankungen schützt, eine sichere Bindung an eine verlässliche Bezugsperson ist. Der Erwerb dieser sicheren Bindung durch den Säugling wird z.B. durch das Stillen unterstützt. Neben diesem Effekt hat mütterliches Stillen weitere Vorteile für die mütterliche und kindliche Gesundheit.

Eine verlässlich und zugewandt auf das Baby reagierende Bezugsperson (vorzugsweise die Mutter) ermöglicht ebenfalls den Erwerb der sicheren Bindung. Das Angebot der Frühen Hilfen soll Familien und Paare, die es werden, unterstützen, ihren Kindern den Erwerb dieser sicheren Bindung zu ermöglichen.

3.2.2 Merkmale der besuchten Familien mit Neugeborenen

Im Jahr 2014 wurden vom Fachbereich Gesundheit 2.701 Familien mit Neugeborenen angeschrieben und ihnen das Besuchsprogramm „Willkommen im Leben“ angeboten.

Alle Familien wurden um eine Rückmeldung auf das Angebot des Willkommensbesuches im häuslichen Umfeld gebeten. Bei einer ausbleibenden Reaktion auf das erste Anschreiben wurde die Familie erneut um Rückmeldung gebeten.

Einige Familien konnten nicht dazu bewegt werden, sich mit dem FB-Gesundheit in Verbindung zu setzen. Diese Familien werden unter dem Begriff „nicht erreicht“ zusammengefasst.

Ein notwendiger Faktor zum Erreichen der Eltern ist die ausreichende Sprachkompetenz der Familien. Um die Erreichbarkeit für Familien mit unzureichenden Sprachkenntnissen zu verbessern, wurde im Internetauftritt des Fachbereiches jeweils eine Version des Anschreibens in den häufigsten Sprachen Mannheims eingestellt. Muttersprachliche Kompetenzen im Team der Kinderkrankenschwestern wurden bewusst eingesetzt, gleichzeitig erfolgten Besuche unter Hinzuziehen von Kulturdolmetscherinnen.

Insgesamt konnten 34,3% der Familien nicht erreicht werden. Nach Sozialräumen entspricht das 28,3% aus Sozialraum 1, 32,2% aus Sozialraum 2, 37,3% aus Sozialraum 3, 36,2% aus Sozialraum 4 und 37,2% aus Sozialraum 5.

Eine Beratung im Rahmen von „Willkommen im Leben“ konnte bei 1.149 Familien (42,5% der im FB bekannten Familien mit Neugeborenen) durchgeführt werden. Die Anteile der beratenen Familien mit Neugeborenen verteilen sich wie folgt auf die Sozialräume:

Beratungen erfolgreich durchgeführt in den Sozialräumen					
	SR1	SR2	SR3	SR4	SR5
Anzahl der Familien mit Neugeborenen	427	673	582	543	476
Anzahl der beratenen Familien	191	275	226	230	227
Beratene Familien %	44,7%	40,9%	38,8%	42,4%	47,7%

Tab. 2: Beratungen erfolgreich durchgeführt in den Sozialräumen

Die prozentualen Anteile an durchgeführten Beratungen sind in den Sozialräumen 5 (47,7%) und 1 (44,7%) am höchsten. In Sozialraum 3 wurde im Vergleich zu den anderen Sozialräumen der geringste Anteil der Familien mit Neugeborenen beraten (38,8%). Die Unterschiede sind statistisch signifikant ($p=0,00$). Die Beratungsbesuche fanden in der Regel 10-11 Wochen nach der Geburt des Kindes statt. Die Spannweite des Beratungstermins lag zwischen dem Zeitpunkt direkt nach Entlassung aus der Geburtsklinik bis zu 26 Wochen nach der Geburt des Kindes.

Familiäre Situation

Für ein gelingendes/gesundes Aufwachsen von Kindern sind sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren beschrieben.

Unter Risikofaktoren versteht man Merkmale, die die Wahrscheinlichkeit einer Störung erhöhen, aber nicht zwangsläufig bedingen. Dies können Merkmale des Kindes (z. B. Frühgeburt, Geburtskomplikationen, Erkrankungen, schwierige Temperamentsmerkmale, unsichere Bindung etc.) und/oder Risikofaktoren in der Familie bzw. im sozialen Umfeld sein (z. B. niedriger sozioökonomischer Status, chronische Armut, familiäre Disharmonie, Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch, psychische Erkrankungen von Vater und/oder Mutter etc.).

Schutzfaktoren (aus der gleichen Quelle) hingegen fördern die Anpassung des Kindes an seine Umwelt, wirken der Manifestation einer Störung entgegen und erhöhen die Wahrscheinlichkeit für eine positive Entwicklung. Sie lassen sich einteilen in kindbezogene Faktoren (Faktoren, die das Kind von Geburt an zeigt, wie positive Temperamenteigenschaften etc.), Resilienzfaktoren (Eigenschaften, die das Kind in der Interaktion mit seiner Umwelt erwirbt, wie Problemlösefähigkeiten, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, hohes Selbstwertgefühl, Fähigkeit, Unterstützung zu mobilisieren, sicheres Bindungsverhalten etc.) und umgebungsbezogene Faktoren (stabile Bezugsperson, die Vertrauen und Autonomie fördert, Zusammenhalt in der Familie, familiäres Netzwerk, kompetente und fürsorgliche Erwachsene im weiteren sozialen Umfeld, Ressourcen auf kommunaler Ebene).

Das Aufwachsen von Kindern in stabilen Familienverhältnissen ist ein entscheidender Faktor für eine positive Entwicklung. Beide Elternteile nehmen dabei eine entscheidende Rolle ein. Mit Risiken für das gelingende Aufwachsen ist das Leben mit einem alleinerziehenden Elternteil oder in Patchworkfamilien verbunden.

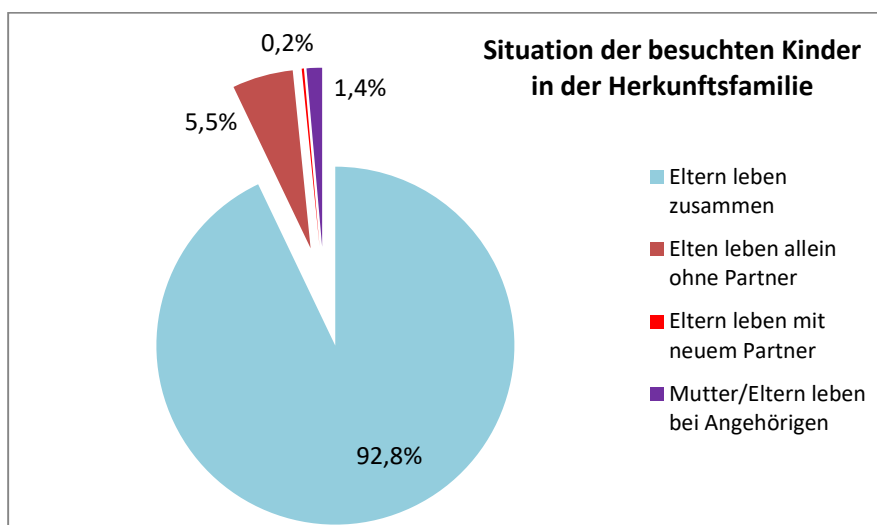


Abb. 12: Situation der besuchten Kinder in der Herkunftsfamilie

Die allermeisten Kinder wachsen zum Besuchszeitpunkt in vollständigen Familien mit beiden Elternteilen, dem traditionellen Familienbild entsprechend, auf. Ca. 5% der Mütter leben ohne Partner. Nur ein verschwindend geringer Teil der Eltern lebt mit einem Partner, der nicht Vater des Kindes ist, zusammen. Es besteht kein Unterschied zwischen Familien mit und solchen ohne Migrationshintergrund. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über den Anteil der Kinder in den Sozialräumen, die mit nur einem Elternteil aufwachsen.

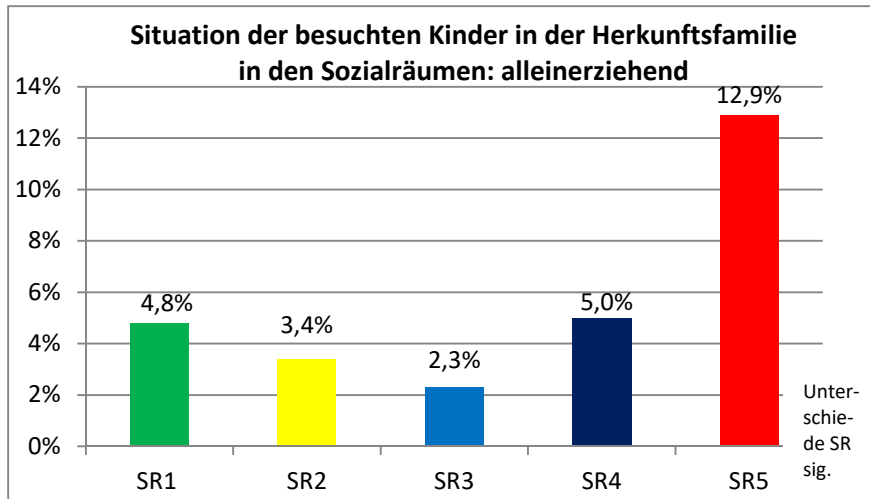


Abb. 13: Situation der besuchten Kinder in der Herkunftsfamilie in den Sozialräumen: alleinerziehend

Der höchste Anteil an alleinerziehenden Eltern lebt in Sozialraum 5 (12,9%), der geringste Anteil ist in Sozialraum 3 anzutreffen (2,3%). In den Sozialräumen 1 und 4 wohnen ähnlich hohe Anteile alleinerziehender Eltern. Die Unterschiede sind statistisch signifikant.⁵

Junge Mutterschaft (bis 22 Jahre) ist häufig verbunden mit begleitenden Risikofaktoren wie geringe berufliche Qualifikation, fehlender Partner oder soziale Isolation. Die alleinige Tatsache, jung zu sein, stellt keinen sicheren Indikator für spätere kindliche Entwicklungsauffälligkeiten dar, eine Kumulation von Risikofaktoren macht die Entstehung von Entwicklungsauffälligkeiten allerdings wahrscheinlicher.

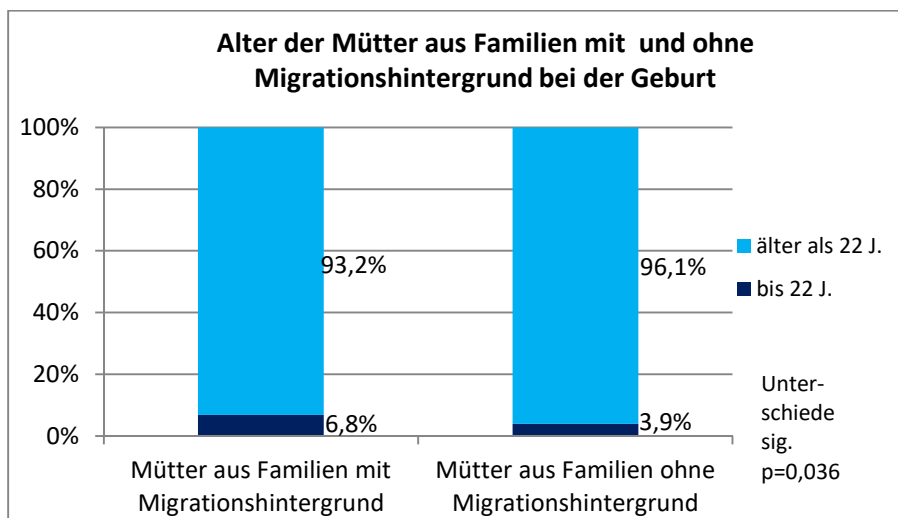


Abb. 14: Alter der Mütter aus Familien mit und ohne Migrationshintergrund bei der Geburt

Das Alter der Eltern bei Geburt des besuchten Neugeborenen liegt bei den Müttern zu 94,6% über dem kritischen Alter von 22 Jahren, bei den Vätern liegt der prozentuale Anteil mit 97,7% noch etwas höher.

⁵ Aufgrund der geringen Fallzahlen konnten die Gruppen der mit neuem Partner und der bei Angehörigen lebenden Eltern nicht in die Berechnung des Signifikanztests einbezogen werden.

3.2.3 Schwangerschaft und Geburt

Die Grundlagen für den Aufbau einer positiven emotionalen Beziehung zwischen Mutter und Kind werden bereits in der Schwangerschaft gelegt. Sogenannte Konfliktschwangerschaften, die geprägt sind durch Probleme der Mütter mit der Akzeptanz der Tatsache, dass sie schwanger geworden sind, stellen einen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung dar. Weitere Probleme im Verlauf der Schwangerschaft, welche die Gesundheit und die positive Entwicklung des Kindes beeinflussen können, sind Komplikationen wie z.B. extremes Erbrechen, Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck, zu wenig oder zu viel Fruchtwasser oder das traumatische Erleben des Geburtsergebnisses. Als Faktoren, die zum traumatischen Erleben der Geburt führen können, werden zum Beispiel plötzlicher und unerwartet anderer Verlauf der Geburt wie operative Eingriffe (z.B. Dammschnitt, Geburt mit Saugglocke oder Zange, Kaiserschnitt, sehr rascher oder sehr langwieriger Verlauf der Geburt, unachtsame Behandlung durch Geburtshelfer oder Angehörige) genannt.

Im Verlauf der Schwangerschaft traten nach Auskunft der besuchten Eltern bei insgesamt 15,5% der Mütter Komplikationen auf. Über ein traumatisches Geburtserleben berichten 8,9% der Frauen und 7,0% der Mütter geben an, eine Konfliktschwangerschaft durchlebt zu haben.

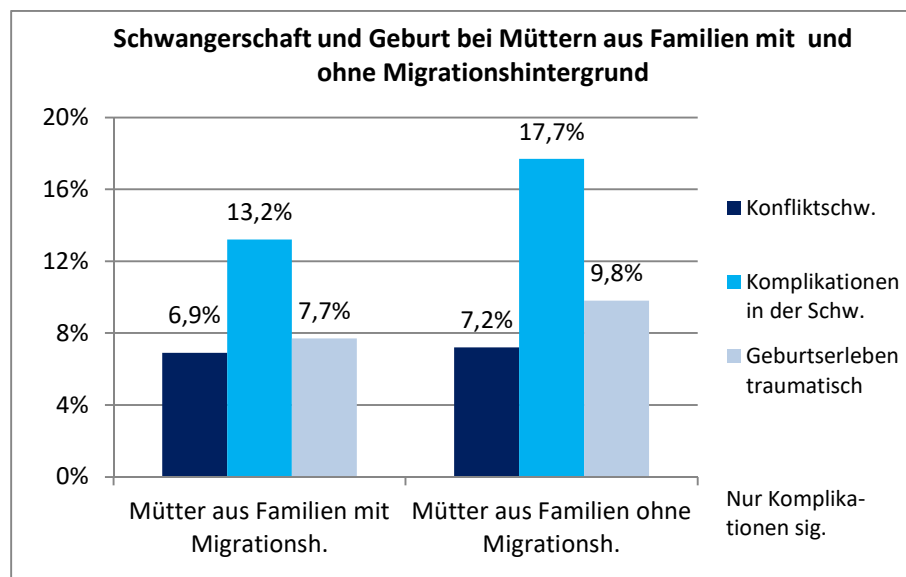


Abb. 15: Schwangerschaft und Geburt bei Müttern aus Familien mit und ohne Migrationshintergrund⁶

Ein Vergleich der Schwangerschafts- und Geburtsmerkmale von Müttern mit und ohne Migrationshintergrund ergibt, dass bei den Müttern in Familien ohne Migrationshintergrund statistisch signifikant häufiger Komplikationen während der Schwangerschaft zu beobachten sind. Als ein möglicher Grund dafür wird die geringere Teilnahme von schwangeren Migrantinnen an den Schwangerenvorsorgeuntersuchungen (BEIER 2014) genannt.

Eine Studie von BRENNE ET. AL. (2013) zeigt, dass bei Migrantinnen mit Sprachbarriere und kurzer Aufenthaltsdauer in Deutschland die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorgeuntersuchungen deutlich geringer war als bei werdenden Müttern mit länger zurückliegender eigener Migrationserfahrung sowie guten Deutschkenntnissen. Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen ermöglicht häufig erst die Diagnose einer vorliegenden Komplikation.

⁶ Komplikationen während Schwangerschaft $p=0,042$; Konfliktschwangerschaft $p=0,868$; Geburtserleben traumatisch $p=0,215$.

In anderen Veröffentlichungen bestätigte sich dieser Zusammenhang zwischen den Deutschkenntnissen der schwangeren Migrantin und der Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen. Besteht bei mangelnden Deutschkenntnissen eine Sprachbarriere und damit ein zusätzlicher Stressfaktor in der Schwangerschaft, so scheint die Inanspruchnahme der Vorsorgen deutlich geringer zu sein als ohne eine solche (BEIER 1994, TERZIOGLU ET AL. 2002). In der Gruppe von Migrantinnen mit geringen Deutschkenntnissen konnte TERZIOGLU (2006) eine erhöhte Komplikationsrate in der Schwangerschaft feststellen, wenn Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen wurden.

Mit Hilfe von ethnomedizinischen Schulungen des betreuenden medizinischen Personals in einem Modellprojekt am Klinikum Nürnberg Süd konnte dieser Unterschied deutlich reduziert werden.

Bei der Auswertung der in der bundesweiten Dokumentation zu jeder Geburt (Perinataldaten) von türkischstämmigen und deutschen Müttern konnte DAVID (2014) zeigen, dass die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen bei beiden Müttergruppen gleich gut war. Die Diagnose einer Anämie (Blutarmut) in der Schwangerschaft wurde häufiger bei türkisch stämmigen Schwangeren gestellt als bei deutschen.

Diese Ergebnisse widersprechen den in den Begrüßungsbesuchen gemachten Angaben. Möglicherweise kommt es durch die freiwillige Annahme des Beratungsbesuches zu einer Selektion hin zu den Familien, die sich eher unsicher fühlen. Eine Zunahme von Unsicherheiten und Fragen der jungen Familien kann bei einer durchgemachten Komplikation in der Schwangerschaft vermutet werden.

Im Rahmen von Willkommen im Leben wurden nur wenige Besuche, die einen bezahlten Dolmetscher erforderlich machten, durchgeführt. Immer wieder wurden Angehörige bzw. Freunde der Familie zum Dolmetschen herangezogen. Der Eindruck der Mitarbeiterinnen des Fachbereichs Gesundheit ist, dass sich die besuchten Familien in den allermeisten Fällen in der deutschen Sprache verständigen konnten. Mit zunehmender Sprachkompetenz gelingt die Integration von Migrantenfamilien besser. Damit sinkt die soziale Belastung der Familien. Vermutlich ist die Beratungsquote bei Familien mit unzureichenden Sprachkenntnissen in der deutschen Sprache und schwerwiegenden sozioökonomischen Problemen geringer als die bei solchen Familien ohne Sprachbarriere. Schwangere Frauen mit sozioökonomischen Risikofaktoren haben ein höheres Komplikations- und Erkrankungsrisiko als Schwangere in gesicherten Verhältnissen.

Gewünschte Schwangerschaften erleichtern es den werdenden Eltern, sich positiv mit den Herausforderungen rund um das Elternsein sowie mit den auftretenden Anforderungen auseinander zu setzen. Dadurch wird die Bindung zum Kind erleichtert. Eine ungewünschte Schwangerschaft kann im Umkehrschluss zur Ablehnung des Kindes und zu einem erschwerten gemeinsamen Start führen. Eine deutlich erschwerte Akzeptanz der Schwangerschaft wird auch als Konfliktschwangerschaft bezeichnet. Die Konfliktschwangerschaft ist ein Risikofaktor für einen erschwerten Bindungsaufbau zwischen Mutter und Kind.

Hinsichtlich der Konfliktschwangerschaften und des traumatischen Geburtserlebens liegen die Prozentanteile der Mütter aus Familien ohne Migrationshintergrund geringfügig über den Anteilen der Mütter aus Familien mit Migrationshintergrund. In Abb. 16 sind die Anteile der Konfliktschwangerschaften in den Sozialräumen aufgeführt.

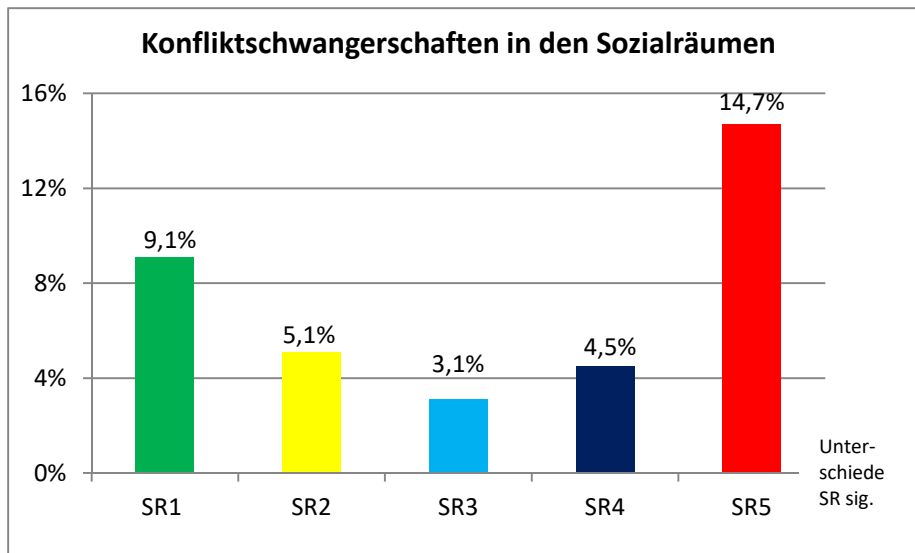


Abb. 16: Konfliktschwangerschaften in den Sozialräumen⁷

Der höchste Anteil an Konfliktschwangerschaften tritt in Sozialraum 5 auf, gefolgt von Sozialraum 1. In den Sozialräumen 2-4 liegt der Anteil der Konfliktschwangerschaften bei maximal ca. 5%.

Einige Mütter empfinden die Erlebnisse rund um die Geburt als traumatisierend. Dadurch kann das mütterliche Verhalten gegenüber dem Kind beeinflusst werden. Deshalb wird die traumatisch erlebte Geburt als ein möglicher Risikofaktor für eine gelingende Entwicklung des Kindes direkt nach Geburt betrachtet.

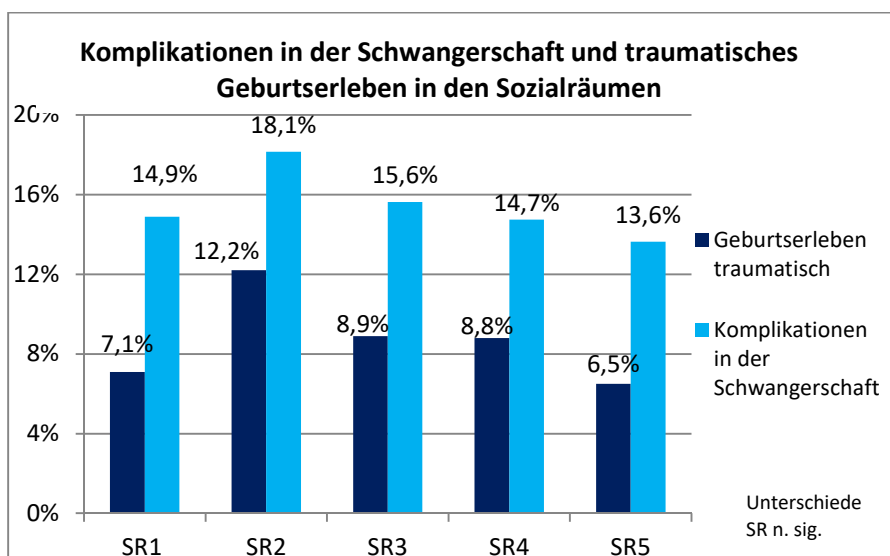


Abb. 17: Komplikationen in der Schwangerschaft und traumatisches Geburtserleben in den Sozialräumen

Hinsichtlich auftretender Komplikationen während der Schwangerschaft und dem traumatischen Geburtserleben liegen in den Sozialräumen keine statistisch signifikanten Unterschiede vor. Es fällt auf, dass in Sozialraum 2 jeweils die höchsten Anteile an Müttern mit Komplikationen während der Schwangerschaft und auch mit traumatischem Geburtserleben anzutreffen sind.

Die Schwangerschaft endet mit der Geburt um die 40. Schwangerschaftswoche (SSW). Je kürzer die Schwangerschaftsdauer, umso größer sind die medizinischen Probleme des Neugeborenen. Kommt

⁷ Komplikationen während der Schwangerschaft 0,715; Konfliktschwangerschaft $p=0,00$; Geburtserleben traumatisch $p=0,214$.

das Kind vor der 37. Schwangerschaftswoche zur Welt, spricht man von einem Frühgeborenen. Etwa 10-15% aller Schwangerschaften enden mit der Geburt eines Frühgeborenen. Frühgeborene werden nochmal in Abhängigkeit von der Schwangerschaftswoche (SSW) in weitere Risikogruppen unterteilt. Die Unterscheidungslinie dort ist die 32. SSW. Im Rahmen der Willkommensbesuche wurden 157 (13,7%) Familien mit zu früh geborenen Kindern besucht.

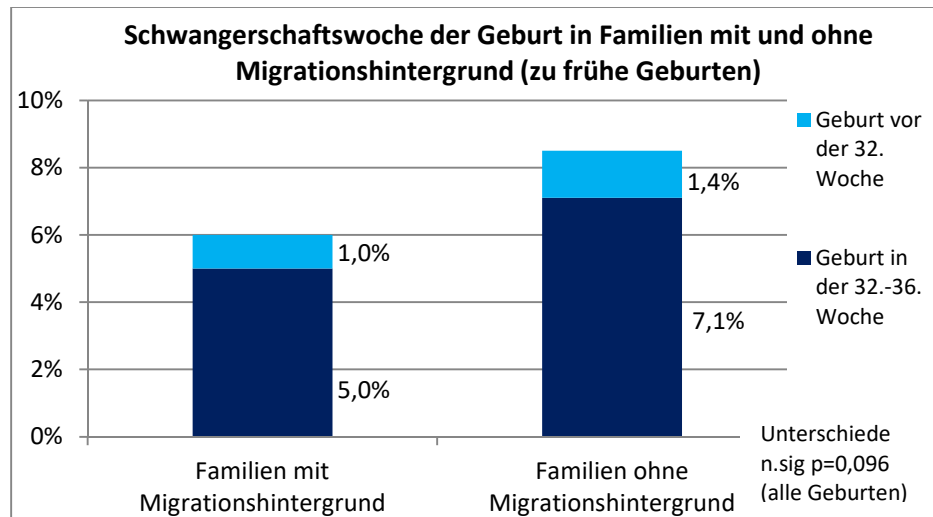


Abb. 18: Schwangerschaftswoche der Geburt in Familien mit und ohne Migrationshintergrund (zu frühe Geburten)

Aus Abbildung 18 wird ersichtlich, dass prozentual mehr Familien ohne Migrationshintergrund (8,5%) mit frühgeborenen Kindern besucht wurden als Familien mit Migrationshintergrund (6%).

Frühgeburten werden mit einer Vielzahl von Ursachen in Verbindung gebracht. In diesem Zusammenhang werden sowohl psychische Belastungen als auch körperliche und physiologische Faktoren genannt, wie z.B. Infektionen, Blasensprung, Störung des Stoffaustauschs zwischen Mutter und Kind, vorausgegangene Fehlgeburt bzw. Frühgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche, Erkrankungen der Mutter, übermäßiger Konsum von Nikotin, Alkohol oder Drogen. In den meisten Fällen liegt eine Kombination mehrerer Faktoren vor (WWW.ONMEDA.DE).

3.2.4 Hebammenbetreuung

Die Aufgaben einer Hebamme bestehen darin, die werdende Mutter während der Schwangerschaft und der Geburt sowie die Familie des Neugeborenen nach der Geburt zu betreuen und hinsichtlich auftretender Fragen und Probleme umfassend zu beraten. Durch diese Unterstützung erlernt die Mutter einen sicheren Umgang mit dem Neugeborenen und der neuen familiären Situation, was positive Auswirkungen auf die Entwicklung des Säuglings hat.

In Mannheim wurden im Jahr 2014 insgesamt 85,1% der Familien von einer Hebamme betreut. Je jünger die Mutter ist, desto seltener erfolgt die Betreuung durch eine Hebamme. Ist die Mutter älter als 22 Jahre, so wird die Familie zu 87,2% von einer Hebamme betreut; bei Müttern unter 22 Jahren (N=55) liegt die Betreuungsquote bei 52,6%. Ein weiterer, ebenfalls statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Geschwisterkinder und der Hebammenbetreuung fällt auf. Handelt es sich um das erste Kind, so sind 91,6% der Familien betreut. Bei drei und mehr Geschwistern (N=47) sind es noch 53,3%. Die Unterschiede sind statistisch signifikant. Deutliche, statistisch signifikante Unterschiede treten auch bei der Betreuungsquote von Familien mit und ohne Migrationshintergrund auf.

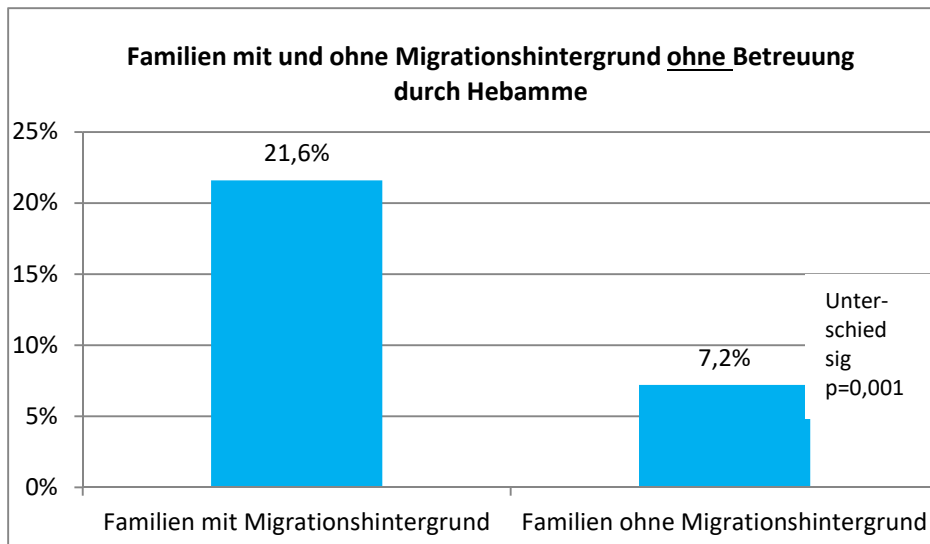


Abb. 19: Familien mit und ohne Migrationshintergrund ohne Betreuung durch eine Hebamme

Während 78,4% der Familien mit Migrationshintergrund eine Hebamme nach der Geburt zur Betreuung in Anspruch nehmen, sind es bei Familien ohne Migrationshintergrund 92,8%. Der Unterschied ist statistisch signifikant. Abbildung 20 sind die Betreuungsquoten durch eine Hebamme in den Sozialräumen zu entnehmen.

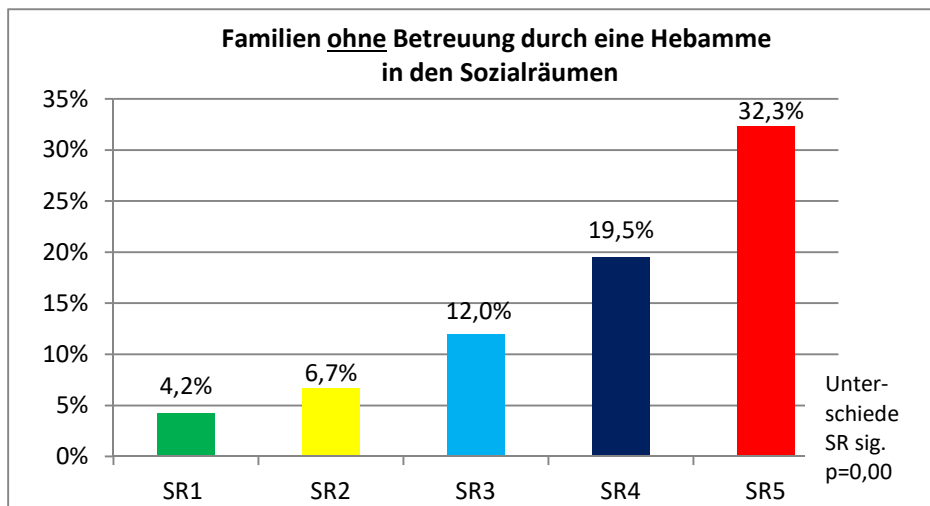


Abb. 20: Familien ohne Betreuung durch eine Hebamme in den Sozialräumen

Es zeigen sich deutliche Unterschiede in den Sozialräumen hinsichtlich der Betreuung durch eine Hebamme. Während in den Sozialräumen 1 und 2 die Betreuung durch eine Hebamme in deutlich über 90% der Familien erfolgt, fällt die Betreuungsquote in Sozialraum 3-5 auf 67,7% ab. Es ist ein sozialer Gradient erkennbar.

Die Mannheimer Ergebnisse stimmen inhaltlich mit den Ergebnissen der Münchner Hebammenbefragung (DEUTSCH ET AL. 2013) überein. Diese Hebammenbefragung ergab eine unterdurchschnittliche Hebammenversorgung bei Müttern unter 30 Jahren, Migrantinnen und Frauen aus sozial schwachen Stadtteilen. Die drei genannten Müttergruppen mussten auch mehr Nachfragen ausführen bis eine Hebamme die Betreuung übernommen hat. Insbesondere wenn mehrere der Merkmale vorlagen, begann die Betreuung durch eine Hebamme erst Tage nach der Klinikentlassung.

Die zuvor beschriebenen Vorteile einer Hebammenbetreuung und die Tatsache, dass zumindest die Münchner Hebammen Familien in schwierigen Lebensverhältnissen länger und damit intensiver betreuten in Kombination mit der schwierigeren Ausgangslage für die Entwicklung der Kinder, macht deutlich, wie wünschenswert eine Erhöhung der Betreuungsquote durch eine Hebamme gerade in SR 4 und 5 ist.

In Mannheim muss eine Betreuung durch eine Hebamme um die Geburt schon früh in der Schwangerschaft (in der 12. SSW – mündliche Mitteilung) organisiert werden, da die Hebammen sonst „ausgebucht“ sind. Zu diesem Zeitpunkt beschäftigen sich viele Schwangere noch nicht mit der nachgeburtlichen Betreuung. Bei zusätzlich vorliegenden Problemen wird die Suche nach einer Hebamme für die Betreuung um die Geburt zunächst hintenangestellt.

3.2.5 Ernährung

Eine altersgemäße Ernährung gilt als eine wichtige Grundlage für die gesunde Entwicklung eines Säuglings.

Stillen hat gegenüber Formulanahrung folgende Vorteile für Mutter und Kind:

1. von der Zusammensetzung optimale Milch für das Kind, Formulanahrung aus meist Kuhmilch, soweit es geht, an die Bedürfnisse des menschlichen Kindes angeglichen,
2. gestillte Kinder sind weniger infekтанfällig, da mütterliche Antikörper aufgenommen werden,
3. Muttermilch senkt das Auftreten von Allergien beim Kind, wenn das Kind möglichst 6 Monate voll gestillt wird,
4. die Säuglingssterblichkeit bei gestillten Kindern ist geringer,
5. beim Stillen gelingt das sog. Bonding (Entstehung der Bindung zwischen Mutter und Kind) am besten,
6. die mütterliche Gebärmutter bildet sich besser zurück, die Gewichtsabnahme der Mutter wird erleichtert,
7. das Risiko der Mutter für Brust- und Eierstockkrebs wird reduziert.

Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zeigen, dass Stillen unter anderem vom Sozialstatus abhängig ist. Kinder aus Familien, die einen niedrigen Sozialstatus haben, werden seltener und wenn, dann kürzer gestillt als solche aus Familien mit hohem Sozialstatus (z.B. KIGGS).

Den Ergebnissen der Dokumentation aus dem Projekt Willkommen im Leben zufolge waren 63,9% der Kinder zum Besuchszeitpunkt gestillt. Die übrigen Kinder wurden mit Flaschennahrung (Formulanahrung) ernährt. Ein kleiner Anteil der Kinder (unter 1%) wurde zum Besuchszeitpunkt nicht altersgemäß ernährt.

Wird eine Familie von einer Hebamme betreut, so ist die Stillquote deutlich höher als bei fehlender Hebammenbetreuung (68,5% zu 39,9%). Mütter unter 22 Jahre stillen deutlich seltener als solche über 22 Jahre.

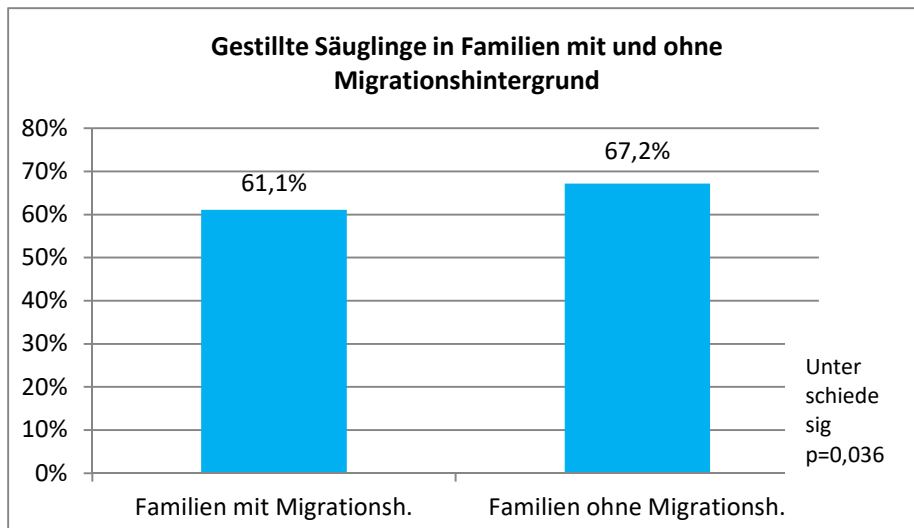


Abb. 21: Gestillte Säuglinge in Familien mit und ohne Migrationshintergrund

In Familien ohne Migrationshintergrund wurden 67,2% der Kinder gestillt, in Familien mit Migrationshintergrund liegt der Anteil der gestillten Säuglinge bei 61%. Der Unterschied ist statistisch signifikant.

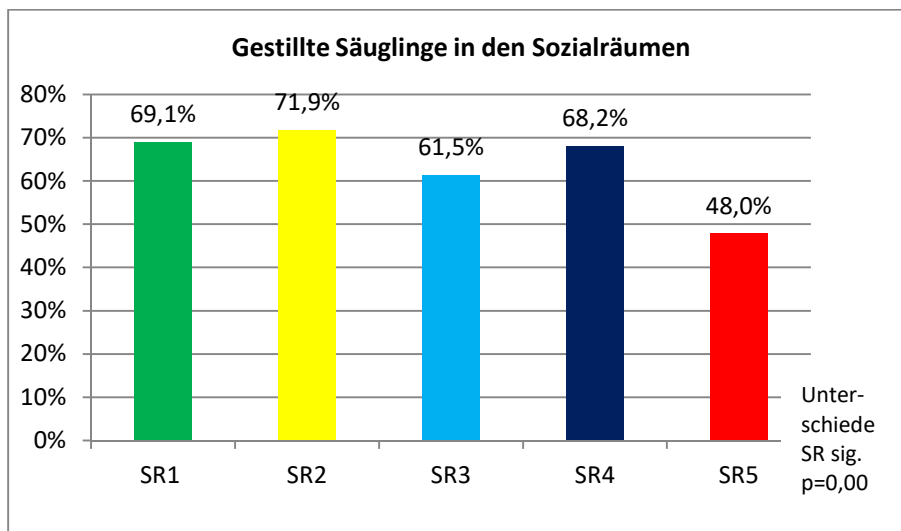


Abb. 22: Gestillte Säuglinge in den Sozialräumen

Eine Betrachtung des Anteils der gestillten Säuglinge in den Sozialräumen zeigt statistisch signifikante Unterschiede auf. Der geringste Anteil an gestillten Neugeborenen ist in Sozialraum 5 mit 48% anzutreffen, gefolgt von Sozialraum 3 mit 61,5%. In den anderen Sozialräumen liegen die Anteile der gestillten Kinder zwischen 68% und 72%.

Laut KIGGS-STUDIE (2003-2006) werden Kinder in Migrantenfamilien häufiger gestillt als die in Familien ohne Migrationshintergrund. Diese Aussage lässt sich nicht pauschal für alle Migrantenfamilien treffen. Es besteht ein Unterschied in Abhängigkeit der Nationalität der Familie. So wird laut KIGGS in türkischen Familien häufiger, aber kürzer gestillt.

Die größten migrationsbedingten Unterschiede lassen sich der Studie zufolge in der Unterschicht finden: Migrantinnen in der Unterschicht stillen häufiger (81%) als Frauen ohne Migrationshintergrund in der Unterschicht (62%).

Ein weiterer Einflussfaktor ist das Alter der Mutter, junge Mütter stillen seltener und kürzer als ältere Mütter. Daten aus der Charité, die im Rahmen der 16. niedersächsischen Hebammentagung vorgestellt wurden (DAVID 2014) verneinen diesen Zusammenhang.

Daten zur generellen Stillhäufigkeit sind selten, eine der letzten Studien wurde in Bayern 2007 durchgeführt (Studie zur Stilldauer 2007): etwa 90 % der Teilnehmerinnen fangen nach der Geburt an zu stillen. Diese anfänglich hohe Stillquote fällt dann in den folgenden Monaten deutlich ab. Seit der letzten umfangreichen Studie im Jahr 1997/98 scheint sich demnach die Stillsituation nicht wesentlich verändert zu haben. Im 2. Monat stillen noch zwei Drittel der Mütter ausschließlich, im 6. Monat noch 60%. Nur jede fünfte bayerische Mutter (21%) stillt ihr Kind im 6. Monat ausschließlich.

Die Angabe, dass ca. 75% der Kinder im Alter von 2 Monaten noch gestillt werden und dass die Anzahl der gestillten Kinder mit jedem Monat weiter sinkt, stimmt mit den Angaben zur Stillhäufigkeit bei den Willkommensbesuchen überein.

In Mannheim liegt der prozentuale Anteil der Mütter in Familien mit Migrationshintergrund, die stillen, niedriger als Studien feststellten. Eine offensichtliche Erklärung dafür ist nicht erkennbar. Je nach Herkunftsland wird unterschiedlich häufig gestillt. Eine mögliche Erklärung ist, dass die Migrantengruppen, die eher seltener stillen, innerhalb der besuchten Familien einen überproportionalen Anteil einnehmen. So stillen z.B. bulgarische Mütter eher selten.

3.2.6 Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

Insgesamt stehen 9 Früherkennungsuntersuchungen auf dem Vorsorgeplan für Säuglinge und (Klein-) Kinder. Die erste Untersuchung (U1) findet direkt nach der Geburt statt, die letzte der Untersuchungen (U9) wird im 64. Lebensmonat durchgeführt.

Die U3 ist meist die erste Untersuchung, welche in der kinderärztlichen Praxis durchgeführt wird. Die dritte Früherkennungsuntersuchung findet in der vierten bis fünften Lebenswoche des Babys statt. Die Organe und die körperliche Entwicklung werden gründlich untersucht.

Die Eltern werden über die notwendigen Impfungen informiert. Außerdem erhalten sie Informationen zur Ernährung sowie über die Vorbeugung des plötzlichen Säuglingstodes, die Vermeidung von Passivrauchen und zur Unfallverhütung.

Bei der U4, welche im 3. bis 4. Lebensmonat stattfindet, stehen die körperliche und geistige Entwicklung im Vordergrund. Mögliche Probleme beim Trinken und Füttern gehören zu den weiteren Themen.

Die U4 ist auch Impftermin. Meist erhalten Babys jetzt ihre erste Schutzimpfung gegen Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (Hib), Hepatitis B, Kinderlähmung und Keuchhusten in der Regel mit einem Kombinationsimpfstoff sowie gegen Pneumokokken (Vgl. Anhang 1) (www.kindergesundheit-info.de).

Die Kinderfrüherkennungsuntersuchung U3 wurde in den allermeisten Fällen wahrgenommen (99,6%). Von „Untersuchung nicht durchgeführt“ wird nur gesprochen, wenn der Zeitpunkt, zu welchem die Untersuchung durchgeführt werden sollte, bereits verstrichen ist. In 0,4% der besuchten Familien (N=5) fehlte die U3 Untersuchung. Hierbei handelt es sich um 4 Kinder mit bulgarischem und um ein Kind mit einem unbekanntem Migrationshintergrund. Diese Familien leben in den Sozialräumen 4 und 5. Hinsichtlich der Teilnahme an der U4-Untersuchung zeichnet sich eine ähnliche Tendenz ab wie bei

der U3-Untersuchung. Zum Besuchszeitpunkt hatten 1,4% der Kinder (N=14) nicht an der U4 Untersuchung teilgenommen. Davon hatten 11 Kinder einen Migrationshintergrund: 7 Kinder mit bulgarischem, 2 Kinder mit türkischem und ein Kind mit rumänischem Migrationshintergrund. Auch diese Familien leben mit einer Ausnahme in Sozialraum 4 und 5.

Aus der KIGGS STUDIE ist bekannt, dass die Vorsorgeuntersuchungen häufiger in sozial schwächeren Familien in geringerem Ausmaß wahrgenommen werden als in sozial stabilen Verhältnissen.

Eine mögliche Erklärung ist die Unkenntnis des medizinischen Systems und die Teilnahmepflicht an den Untersuchungen verbunden mit einem nicht vorhandenen Einladungssystem. Gleichzeitig ist bei dieser Bevölkerungsgruppe der Zugang zum System der Krankenversicherung nicht immer geklärt.

Als Hypothese, warum die Vorsorgeuntersuchungen im Sozialraum 5 in höherem Maße ausgeführt sind als in Sozialraum 4, lässt sich ein höherer Anteil an Familien mit Unterstützung durch das System der Jugendhilfe im Sozialraum 5 und dadurch mehr Unterstützung z.B. bei der Terminvereinbarung anführen.

3.2.7 Beratungsthemen

Die Beratungsthemen in den Hausbesuchen umfassen alle Interessensgebiete von jungen Eltern mit Säuglingen. In den Beratungsgesprächen werden von den Kinderkrankenschwestern grundlegende Inhalte vermittelt. In der Vertiefung richten sich die einzelnen Inhalte der Beratung nach dem Interesse der Eltern. Die folgenden Themen wurden in den Beratungsgesprächen relevant:

- Basisgesundheit (Pflege, Schreien, Schlafen, Ernährung, Blähungen)
- Familiäre Situation (Elterngeld, Wohnsituation, finanzielle Situation)
- Medizinische Versorgung (Zahnpass, Impfungen)
- Städtische Angebote (Kontakt zu anderen Müttern, Kinderbetreuung, Stadtteilthemen, Landeselternprogramm STÄRKE)

Beratungsthemen in Familien mit und ohne Migrationshintergrund

Die Themen Schlafen und Ernährung aus dem Bereich der **Basisgesundheit** hatten in Familien mit und ohne Migrationshintergrund eine besonders große Bedeutung. Sie wurden in über 95% der Familien in beiden Bevölkerungsgruppen angesprochen. Das Thema Schreien wurde in Familien mit Migrationshintergrund statistisch signifikant häufiger behandelt als in Familien ohne Migrationshintergrund. Die Themen zur **familiären Situation** waren häufiger Beratungsinhalte in Familien mit Migrationshintergrund. Statistisch signifikante Unterschiede zu den Familien ohne Migrationshintergrund treten hinsichtlich der Wohnsituation und der finanziellen Situation auf. Hier liegen die Anteile der Familien mit Migrationshintergrund, in welchen die Themen behandelt wurden, ca. 10% über dem Anteil der Familien ohne Migrationshintergrund. Die Themen der **medizinischen Versorgung** wurden in Familien mit und ohne Migrationshintergrund annähernd gleich häufig aufgegriffen. Die Beratungsthemen aus dem Bereich **Stadtangebote** wurden durchgehend statistisch signifikant in Familien ohne Migrationshintergrund häufiger angesprochen. Die Unterschiede liegen zwischen 4,5% (Kontakt zu Müttern) und knapp 10% (Programm STÄRKE).

Beratungsthemen in den Sozialräumen

Die Beratungsthemen Ernährung und Schreien aus dem Bereich **Basisgesundheit** liegen über die gesamte Stadt verteilt in allen Sozialräumen auf den Positionen der am häufigsten angesprochenen Inhalte. Die deutlichsten, statistisch signifikanten Unterschiede in den Sozialräumen treten beim Thema

Schreien auf. In den Sozialräumen 1 und 2 wurde das Schreien in ca. 73% der Familien angesprochen, in Sozialraum 3 und 5 wurden 79% bzw. 96% der Familien hierzu beraten. Bezüglich der **familiären Situation** hatten erwartungsgemäß die Wohnsituation und die finanzielle Situation der Familien in Sozialraum 5 einen besonderen Stellenwert. Beratungen zur Wohnsituation wurden in ca. 74% der Familien in Sozialraum 5 durchgeführt, die finanzielle Situation wurde in 63% der Besuche angesprochen. Die Themen der **medizinischen Versorgung** hatten in allen Sozialräumen eine hohe Relevanz. Es bestehen jedoch statistisch signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Häufigkeit der Behandlung dieser Themen in den Hausbesuchen. So wurde zum Beispiel das Thema Zahnpass am häufigsten in den Sozialräumen 1 (91,1%) und 2 (85%) angesprochen und das Thema Impfungen hatte in den Sozialräumen 3 (89,8%) und 4 (91,0%) eine besondere Bedeutung. In Sozialraum 5 fanden die wenigsten Beratungen (79,3%) zum Thema Impfen statt. Im Rahmen des Themenkomplexes der **städtischen Angebote** spielte das Thema Kontakt zu anderen Müttern eine wichtige Rolle. Hier liegen keine statistisch signifikanten Unterschiede vor. Hinsichtlich des Themas STÄRKE ist ein sozialer Gradient erkennbar. Am häufigsten wurde das Thema im Sozialraum 1 angesprochen, am seltensten in Sozialraum 5. Das Thema Kinderbetreuung wurde in Sozialraum 5 in 80% der Familien angesprochen, in Sozialraum 1 bei 88% der Beratungen. In den übrigen Sozialräumen wurde zu diesem Thema in 95-98% der Familien beraten.

Diese Ergebnisse sind eine wichtige Grundlage für die Planung und Gestaltung künftiger Hausbesuche im Rahmen von „Willkommen im Leben“.

3.2.8 Besondere Gesundheitsrisiken

Im Hinblick auf die kindliche Gesundheit gibt es kindliche Merkmale, die zu einer Belastung der Eltern führen. Ebenso wie Belastungen, die in Verhaltensweisen und Merkmalen der Eltern begründet sind. Hier wurden im Gegensatz zur allgemein üblichen Herangehensweise nicht nur die mütterlichen Faktoren betrachtet. Die väterliche Belastung wurde ebenfalls nach den gleichen Kategorien wie die mütterliche betrachtet. Dies erfolgte unabhängig von Faktoren in der Partnerschaft. Die allgemeinen Belastungen innerhalb der Lebensbedingungen wurden ebenfalls erfasst.

Die Belastungen sind bekannt aus dem Kontext der Frühen Hilfen und werden dort als Risikofaktoren bezeichnet. Diese zuvor schon genauer spezifizierten Risikofaktoren spielen jedoch in der allgemeinen kindlichen Entwicklung ebenfalls eine entscheidende Rolle.

Ein Beispiel, um dies zu verdeutlichen: Unfälle bei Kindern sind für diese ein erheblicher Risikofaktor, dass eine Entwicklungsbeeinträchtigung eintritt. Kinderunfälle finden in der Mehrzahl der Fälle in zu kleinen und unaufgeräumten Wohnungen statt. Dadurch resultiert aus dem Lebensumstand beengte Wohnverhältnisse ein direktes Risiko für eine erhöhte Unfallwahrscheinlichkeit des Kindes (SCHRIEVER 2000). Zudem unterschätzen Eltern das Risiko für einen Unfall ihres Kindes in der häuslichen Umgebung deutlich (SCHMIDT 2012).

SCHLACK fand in der KIGGS-Studie 2003-2006 einen Anteil von 10-20% an Kindern, die in Verhältnissen aufwachsen, die eine besonders schlechte Ausgangssituation für ein gesundes Aufwachsen darstellten. Mit dem Besuchsdienst Willkommen im Leben soll Familien frühzeitig Unterstützung angeboten werden, damit diese Risikofaktoren reduziert werden können.

Die Mehrzahl der Säuglinge in Mannheim wächst in Systemen mit guten Entwicklungschancen auf. Bei knapp 13% der besuchten Familien konnte ein besonderer Unterstützungsbedarf im Hinblick auf vorliegende Risikofaktoren für ein nicht gesundes Aufwachsen des Kindes festgestellt werden. Das entspricht den Zahlen, die aus der KIGGS Studie bekannt sind.

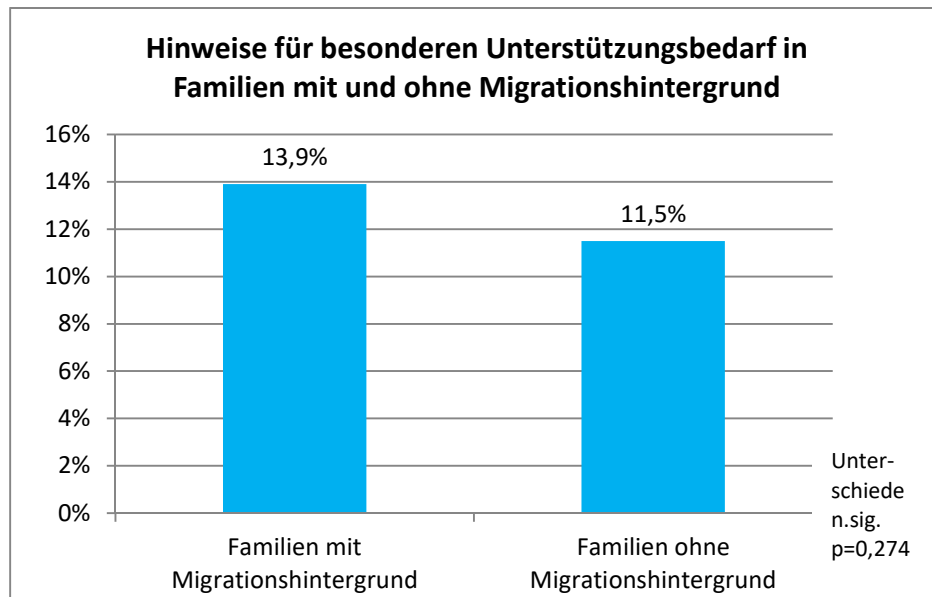


Abb. 23: Hinweise für besonderen Unterstützungsbedarf in Familien mit und ohne Migrationshintergrund

In Familien mit Migrationshintergrund konnte ein geringfügig höherer Unterstützungsbedarf festgestellt werden (13,9%) als in Familien ohne Migrationshintergrund (11,5%). Der Unterschied ist nicht statistisch signifikant.

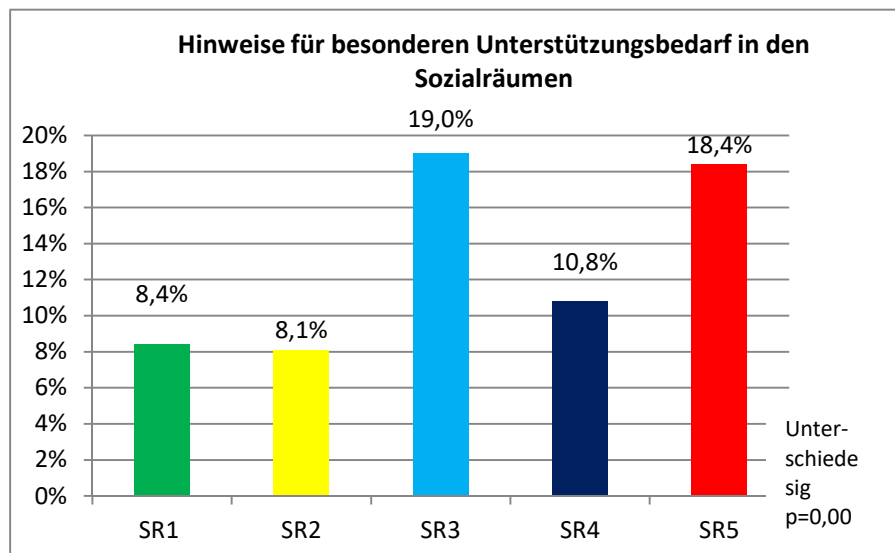


Abb. 24: Hinweise für besonderen Unterstützungsbedarf in den Sozialräumen

Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf sind in allen Sozialräumen anzutreffen. Ihr Anteil ist in den Sozialräumen 1 und 2 mit ca. 8% am geringsten und in den Sozialräumen drei und 5 mit Anteilen zwischen 18% und 19% am höchsten. In Sozialraum 5 sind viele Familien bereits in Unterstützungssysteme eingebunden. Dennoch werden hier Unterstützungsbedarfe im Hinblick auf die Entwicklung des Säuglings identifiziert. Die Identifikation der Bedürfnisse des Säuglings bzw. die Akzeptanz von weite-

ren Unterstützungsangeboten ist möglicherweise in Sozialraum 5 zusätzlich zur häufiger erfolgten Betreuung der Familie durch eine Familienhilfe noch ausbaufähig. Der verstärkte Einsatz von Hebammen in solchen Familien kann dazu dienen, die speziellen Bedürfnisse von Neugeborenen und Säuglingen besser zu erkennen.

Die folgenden Belastungskategorien (Bereiche) wurden als Indikatoren für besonderen Unterstützungsbedarf herangezogen:

- **Bereich 1: Merkmale des Kindes** (schwieriges Temperament, Frühgeburt, Mehrlinge, Entwicklungsrückstand, schwere/chronische Erkrankung, Behinderung)
- **Bereich 2: Interaktion zwischen Eltern und Kind** (eingeschränkte Fähigkeit, die Bedürfnisse des Kindes zu erkennen, unzureichende Passung zwischen der elterlichen Reaktion/Aktion und der des Kindes)
- **Bereich 3: Belastung der Mutter** (Suchtverhalten, Spielsucht, Substanzabhängigkeit: z.B. Alkohol Drogen, psychische Störung/Belastung: z.B. Depressionen, Psychose, Borderline, Persönlichkeitsstörung, akute Belastungen/Krisensituationen)
- **Bereich 4: Belastung des Vaters** (s.o.)
- **Bereich 5: Familie und Partnerschaft** (frühe minderjährige Mutterschaft/Vaterschaft, kinderreiche Familie, chronische Disharmonie, Gewalt in der Partnerschaft)
- **Bereich 6: Lebensbedingungen** (niedriges Bildungsniveau: kein Hauptschulabschluss od. keine abgeschlossene Berufsausbildung, Abhängigkeit von Transferleistungen, beengte Wohnverhältnisse)

Etwa 15% der besuchten Familien weisen mindestens in einer Kategorie einen Risikofaktor auf. Am häufigsten wurden Belastungen der Mutter genannt, gefolgt von Lebensbedingungen, Familie und Partnerschaft, Belastung des Vaters und mit der geringsten Anzahl der Nennungen die Interaktion zwischen Eltern und Kind. Es gibt Familien, bei welchen mehrere Belastungsfaktoren parallel vorliegen. Abb. 25 gibt einen Überblick, in wie vielen Bereichen Belastungsfaktoren in Familien mit und ohne Migrationshintergrund vorliegen.

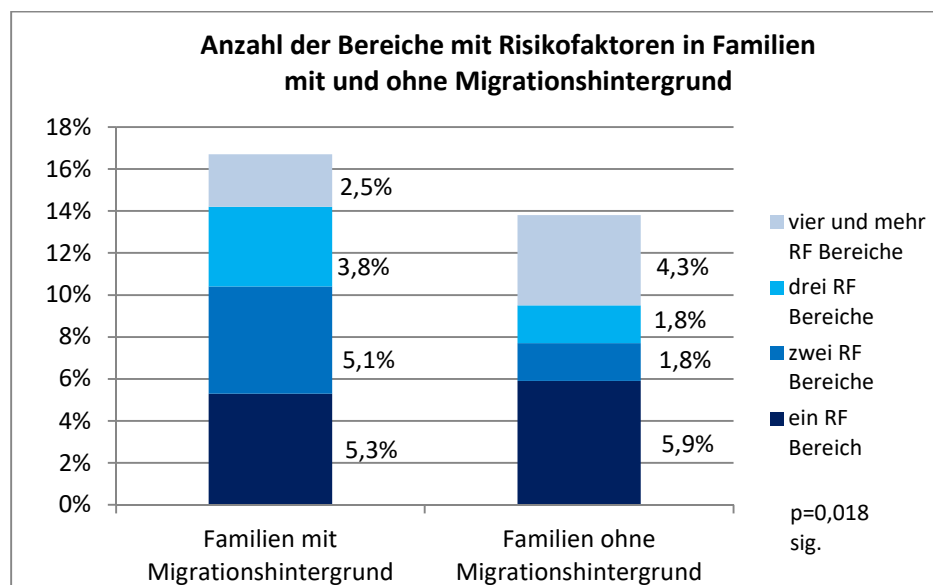


Abb. 25: Anzahl der Bereiche mit Risikofaktoren in Familien mit und ohne Migrationshintergrund

Hinsichtlich der Anzahl der Bereiche, in welchen Risikofaktoren auftreten, bestehen statistisch signifikante Unterschiede zwischen Familien mit und ohne Migrationshintergrund. Familien ohne Migrationshintergrund leben den Ergebnissen der Beratungsdokumentationen zufolge in geringfügig höherem Anteil ohne Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung. Ebenso liegen in Familien ohne Migrationshintergrund in geringerem Ausmaß zwei bis drei Risikofaktoren aus unterschiedlichen Kategorien vor. Familien ohne Migrationshintergrund sind jedoch häufiger mit über 4 Risikobereichen, in welchen Belastungsfaktoren auftreten, vertreten als Familien mit Migrationshintergrund.

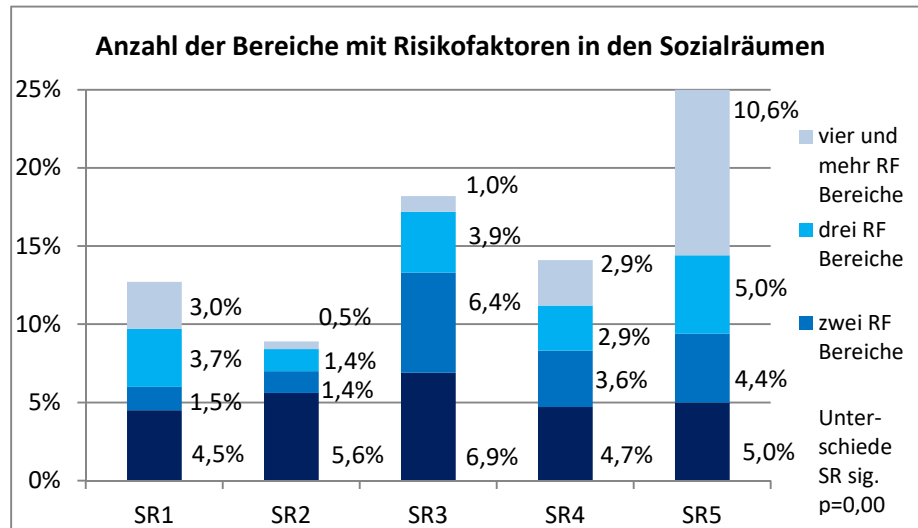


Abb. 26: Anzahl der Bereiche mit Risikofaktoren in den Sozialräumen

Es bestehen statistisch signifikante Unterschiede in Bezug auf die Verteilung der Anzahl der Bereiche, in welchen Risikofaktoren vorliegen. Auch die Summe der einzelnen Risikofaktoren unterscheidet sich statistisch signifikant in den Sozialräumen. In den Sozialräumen 4 und 5 liegen die meisten Risikofaktoren für eine nicht gelingende kindliche Entwicklung vor.

Hinsichtlich der Anzahl der Bereiche, in welchen Risikofaktoren vorliegen, ergibt sich ein heterogenes Bild in den Sozialräumen. Zunächst kann festgehalten werden, dass Risikofaktoren in allen Sozialräumen auftreten. Die deutlichsten Auffälligkeiten liegen in Sozialraum 5 vor. Hier sind der geringste Anteil an Familien ohne Risikofaktoren anzutreffen und der höchste Anteil an Familien, welche in drei bzw. vier und mehr Kategorien Risikofaktoren aufweisen.

Lebensbedingungen sind durch den Willkommensbesuch nur indirekt zu verändern. Transferleistungen und zu kleiner Wohnraum sind durch ein Angebot wie den Willkommensbesuch bzw. Frühe Hilfen nicht wirkungsvoll zu beeinflussen, dazu werden zusätzlich weitere kommunale Aktivitäten benötigt.

3.2.9 Handlungsempfehlungen

1. Erhöhung des Anteils der Familien mit Hebammenbetreuung

Maßnahmen:

- Zentrale Vermittlung von freien Hebammen zur Ausnutzung der vorhandenen Kapazitäten (in München praktiziert über Internet).
- Versuch der zusätzlichen Ansiedlung von Hebammen (evtl. unter Einbezug des Hebammenverbandes).

Die Gesamtzahl der Hebammen, die eine Betreuung der neuen Mütter durchführen, ist für

Mannheim zu gering. Die zusätzliche Ansiedelung von Hebammen im Stadtgebiet, insbesondere in der Nähe zu den Sozialräumen 4-5, ist notwendig. Die Stadt München hat aus der Hebammenbefragung und Mütterbefragung heraus Ansiedlungsanreize für Hebammen eingerichtet. Die Stadt Mannheim könnte ebenfalls eine den lokalen Bedingungen entsprechende Ansiedelungskampagne für Hebammen durchführen, damit die Anzahl der im Stadtgebiet betreuenden Hebammen ansteigt. Gleichzeitig sollte auf die Einsatzbereitschaft auch in den o.g. schwierigeren Verhältnissen hingewirkt werden.

2. Ausbau der Stillförderung

Maßnahmen:

- Die Betreuung der Familien mit Neugeborenen durch Hebammen ist bereits als Förderung des Stillens anzusehen.
- Einrichtung regelmäßiger Angebote zur Stillförderung z.B. Stillcafe, schwerpunktmäßig in SR 4 und 5.
- Spezielle Angebote zum Thema Stillen in den Eltern-Kind-Zentren.
- Intensive Stillberatung bei Gynäkologen und Kinderärzten.

3. Networking

Maßnahmen:

- Weitere Vernetzung des Systems „Frühe Hilfen“ mit Migrantenorganisationen, kulturellen Mittlern und Migrantinnen.
- Einbindung von Mittlern aus den Kulturkreisen der Migrantinnen, besonders in den Sozialräumen mit ausgeprägteren Problemlagen.

4. Verbesserung des Zugangs zu Migrantinnen mit Neugeborenen

Maßnahmen:

- Erweitertes Dolmetscherangebot zum besseren Zugang zu Migrantinnen.
- Beschäftigung von muttersprachlichen Kinderkrankenschwestern (Geburtskliniken/WIL).

5. Strukturelle Veränderung im Angebot „Willkommen im Leben“

Maßnahmen:

- Vorgeburtliche Kontaktaufnahme zu Schwangeren mit dem Ziel der Vorstellung von Möglichkeiten zur Unterstützung.
- Kontaktaufnahme zu den Müttern mit Neugeborenen direkt in der Geburtsklinik (Eruieren, wo es Unterstützungsbedarf gibt -> Vermittlung ins Unterstützungssystem).
- Einrichtung von regelmäßigen Angeboten rund um pflegerische Angebote für Familien mit Neugeborenen.

3.3 Zur gesundheitlichen Lage von Kindern im Vorschulalter - Ergebnisse aus der Einschulungsuntersuchung (ESU) und dem Sprachscreening

3.3.1 Soziodemographische Merkmale der untersuchten Kinder, ESU 2013-2015

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wurden zwischen 2013 und 2015 jährlich jeweils zwischen ca. 2500 und ca. 2800 Kinder untersucht. Die Untersuchungsdaten sind nicht bei allen Kindern vollständig.

Soziodemographische Merkmale der untersuchten Kinder, ESU 2013-2015						
	2013		2014		2015	
Gesamt	2665		2794		2526	
Geschlecht						
Mädchen	1151	46,6%	1307	49,8%	1226	49,6%
Jungen	1318	53,4%	1318	50,2%	1246	50,4%
	fehlend	196	fehlend	169	fehlend	54
Alter Monate						
Mittelwert	58,9		59,2		59,1	
Median	58		59		59	
Range	49-88		48-81		48-81	
48-71 Mon.	2400	97,2%	2543	98,1%	2404	97,4%
> 71 Mon.	69	2,8%	49	1,9%	64	2,6%
	fehlend	196	fehlend	202	fehlend	58
Sozialräume						
SR1	470	19,3%	461	17,9%	428	17,4%
SR2	502	20,6%	511	19,9%	513	20,9%
SR3	549	22,5%	601	23,4%	580	23,6%
SR4	450	18,5%	478	18,6%	452	18,4%
SR5	468	19,2%	522	20,3%	486	19,8%
	fehlend	226	Fehlend	221	fehlend	67
Familiensprache						
Deutsch	1095	47,6%	1139	46,5%	1079	45,6%
Deutsch und andere	792	34,4%	776	31,7%	707	29,9%
andere	412	17,9%	533	21,8%	581	24,5%
	fehlend	366	fehlend	346	fehlend	159

Tab. 3: Soziodemographische Merkmale der untersuchten Kinder ESU 2013-2015. Differenzen zur Gesamtzahl sind bedingt durch fehlende Angaben bei den in der Tabellen aufgeführten soziodemographischen Merkmalen.

Die prozentualen Anteile der untersuchten Mädchen und Jungen entsprechen mit geringfügigen Abweichungen zwischen 1-1,5% in den Jahren 2013 und 2014 den prozentualen Anteilen der Geburten in Mannheim. Die Abweichungen können zum Beispiel durch Zu- und Wegzüge von Familien mit Kindern bedingt sein. Die Kinder sind zum Untersuchungszeitpunkt im Durchschnitt ca. 59 Monate (knapp

5 Jahre alt). Die Verteilung der untersuchten Kinder auf die Sozialräume entspricht ungefähr der Verteilung der in den Sozialräumen lebenden Kinder laut Bevölkerungsstatistik. Die Familiensprache der meisten Kinder ist Deutsch, gefolgt von einem geringeren Anteil der Kinder, welche zu Hause Deutsch und eine oder mehrere andere Sprache(n) sprechen. Hier ist ein leichter Rückgang zu beobachten. Der geringste Anteil der untersuchten Kinder spricht als Familiensprache mit steigender Tendenz zwischen 2013 und 2015 kein Deutsch.

Vergleichsdaten für Baden-Württemberg liegen für den Altersbereich 48 Monate (4;0) Jahre bis 71 Monate (5;11) vor. Aus diesem Grund beziehen sich die folgenden Auswertungen ebenfalls auf diesen Altersbereich.

3.3.2 Präventive Maßnahmen

3.3.2.1 Impfungen

Schutzimpfungen gehören zu den wirksamsten und kostengünstigsten Maßnahmen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Sie schützen das Individuum sowohl vor Krankheitserregern, die aus der Umwelt über Wunden in den Körper gelangen (z.B. Tetanus) als auch vor Erkrankungen, die von Mensch zu Mensch übertragen werden. Über den Schutz des einzelnen Menschen hinaus führen Impfungen auch zu einem Kollektivschutz der Bevölkerung. Wenn genügend Personen geimpft sind, finden die Erreger nicht mehr ausreichend empfängliche Personen, und eine Krankheit kann sich nicht weiter ausbreiten. Der Anteil der Personen in einer Bevölkerung, die geimpft sein müssen, um einen sicheren Kollektivschutz (Herdenimmunität) zu gewährleisten, ist für jede Infektionskrankheit unterschiedlich hoch. Für Diphtherie liegt der erforderliche Anteil geimpfter Personen bei mindestens 80%, für Mumps bei ca. 90% und für Masern bei 92-95%. (POETHKO-MÜLLER/KUHNERT/SCHLAUD 2007). Die Ständige Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Instituts (RKI) veröffentlicht jährlich bundesweit geltende Impfempfehlungen. Das Sozialministerium Baden-Württemberg gibt zusätzlich darüber hinausgehende Empfehlungen für Baden-Württemberg heraus.

Durch die Erhebung der Impfdaten im Rahmen der ESU kann ein Eindruck zur Umsetzung dieser Empfehlungen und zum Einfluss von Impfkampagnen/Interventionsmaßnahmen auf das Impfverhalten gewonnen werden.

Die Vorlage des Impfhefts (Impfpasses) in der ESU ist Pflicht. Es wird dokumentiert, wie viele Kinder ein Impfbuch oder eine schriftliche Erklärung der Eltern, die besagt, dass das Kind nicht geimpft ist und daher kein Impfbuch besitzt, vorlegen. Der niedergelassene Kinder- oder Hausarzt, der die Impfungen durchführt, dokumentiert diese im Impfpass des Kindes. Wenn ein Kind zum Zeitpunkt der ESU laut Impfpass die jeweils von der STIKO empfohlene Anzahl der Impfungen gegen eine Infektionskrankheit erhalten hat, wird sein Impfschutz für die entsprechende Krankheit als vollständig dokumentiert. Die Beschreibungen der Infektionskrankheiten, gegen welche Kinder geimpft sein sollten, befinden sich im Anhang (AX).

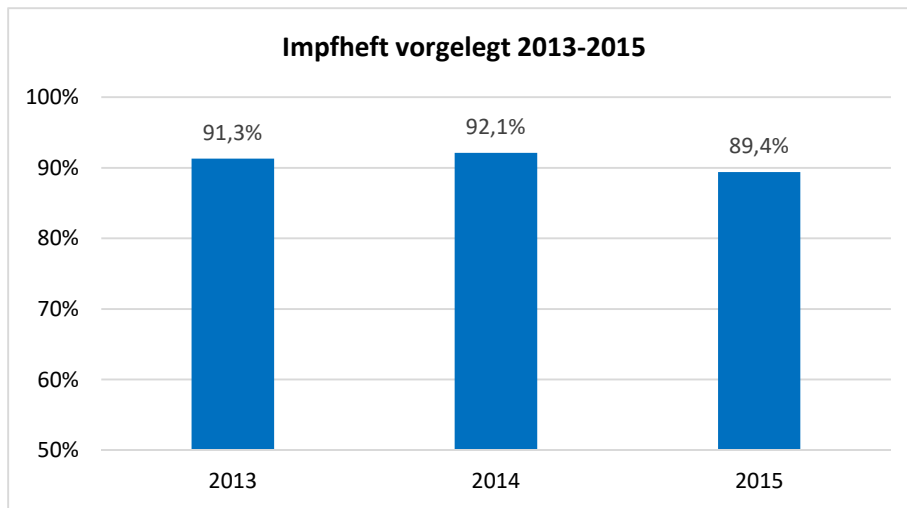


Abb. 27: Impfheft vorgelegt 2013-2015

Von den untersuchten Kindern legten zwischen 2013 und 2015 zwischen 89,4 und 92,1% der Kinder ihr Impfheft bei der Untersuchung vor. In Baden Württemberg legten im Jahr 2013 92% der Kinder das Impfheft vor, im Jahr 2015 waren es 93%. Der Anteil in Mannheim entspricht im Jahr 2013 dem Wert von Baden-Württemberg, im Jahr 2015 liegt er etwas unter dem Wert von Baden-Württemberg.

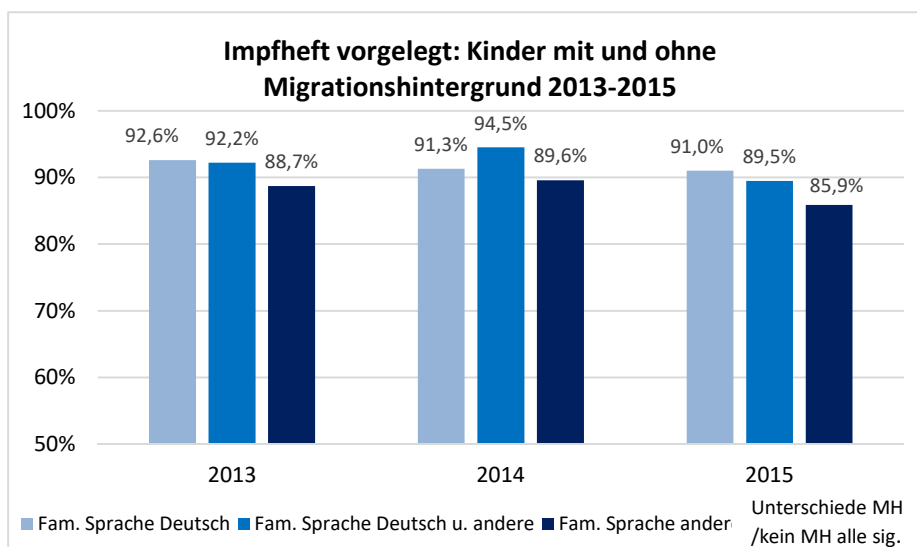


Abb. 28: Impfheft vorgelegt: Kinder mit und ohne Migrationshintergrund

Kinder, in deren Familien kein Deutsch gesprochen wird, legten seltener ihr Impfheft vor als Kinder, in deren Familien Deutsch bzw. Deutsch und eine oder mehrere andere Sprachen gesprochen wird/werden. Entweder besitzen die Kinder keinen Impfpass, sie hatten ihn am Untersuchungstag vergessen oder Kinder mit Migrationshintergrund legen Impfdokumente vor, die nicht gelesen werden können, weil sie zum Beispiel in kyrillischer oder arabischer Schrift verfasst sind. Es kann vorkommen, dass Kinder mit Migrationshintergrund die Impfdokumente nicht vorlegen, weil die Eltern das Einladungsschreiben zur ESU nicht verstehen. Der Fachbereich Gesundheit hat darauf reagiert und es werden Informationsflyer zur ESU in mehreren Sprachen verteilt. Es ist davon auszugehen, dass durch diese Maßnahme zukünftig höhere Anteile der Kinder am Untersuchungstag ihre Impfdokumente vorlegen werden.

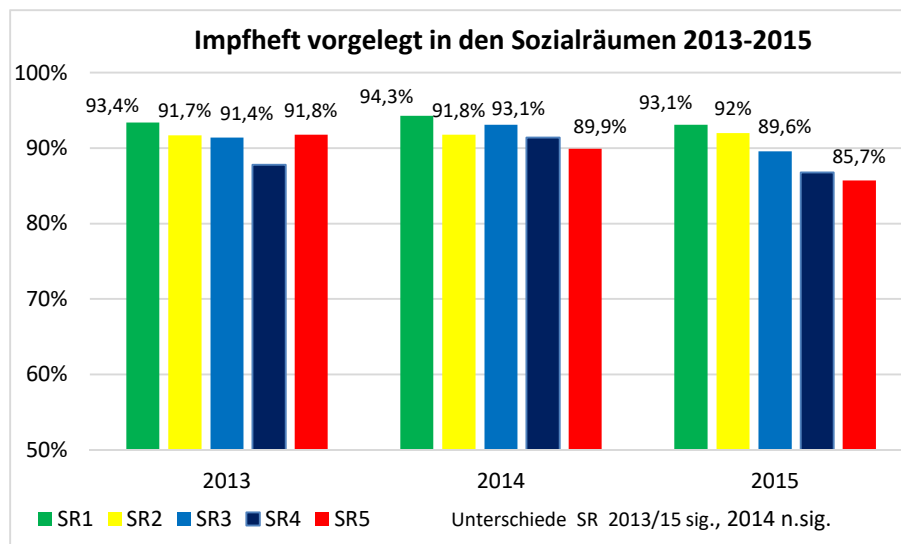


Abb. 29: Impfheft vorgelegt in den Sozialräumen 2013-2015

Die Auswertung der Daten hinsichtlich der vorgelegten Impfpässe nach Sozialraum ergibt insbesondere in den Sozialräumen 3-5 für die Jahre 2013-2015 heterogene Ergebnisse. Es zeichnet sich ab, dass in den Sozialräumen 1 und 2 konstant hohe Anteile der Kinder ihre Impfpässe vorgelegt haben, in Sozialraum 4 und 5 legten mit Ausnahme des Jahres 2013 weniger Kinder die Impfhefte vor. Ein klarer sozialer Gradient ist im Jahr 2015 zu erkennen. Die in Tabelle 4 aufgeführten Impfquoten beziehen sich auf die Kinder, welche ihr Impfbuch am Tag der ESU vorgelegt haben.

Impfquoten in Mannheim 2013-2015			
Grundimmunisierung	2013	2014	2015
Polio	94,1%	94,4%	94,0%
Diphtherie	95,3%	94,6%	95,2%
Tetanus	95,5%	94,6%	95,3%
Pertussis	95,0%	94,5%	95,1%
Hib	94,5%	93,9%	94,0%
Hepatitis B	94,5%	93,9%	94,0%
Masern	93,0%	91,1%	xxx ⁸
Röteln	92,8%	91,0%	xxx
Mumps	93,1%	90,8%	xxx
Meningokokken	91,7%	89,9%	91,7%
Varizellen	90,0%	86,7%	xxx
Pneumokokken	86,7%	86,6%	86,9%

Tab. 4: Impfquoten in Mannheim 2013 bis 2015, Datenquelle Landesgesundheitsamt

⁸ Für die ESU 2015 wurde die Datenmaske des EDV-Programms zur Erfassung der Untersuchungsergebnisse umgestellt, was zu Problemen bei der Datenerfassung führte. Es liegen keine verlässlichen Ergebnisse vor.

Im Verlauf der letzten Jahre bewegt sich der Anteil der Kinder mit einer Grundimmunisierung (nach STIKO) gegen die in der Tabelle aufgeführten Infektionskrankheiten in Mannheim relativ konstant auf hohem Niveau. Im Vergleich zu den Impfquoten in Baden-Württemberg liegt die Durchimpfungsrate in Mannheim bei allen in Tabelle 4 aufgeführten Infektionskrankheiten über dem Landesdurchschnitt (vgl. Anhang 2). Im Ranking der Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs liegen die Mannheimer Impfquoten alle im obersten Viertel.

Im Folgenden werden exemplarisch die Quoten der Kinder, welche eine Grundimmunisierung gegen Tetanus, Masern und Windpocken haben für Kinder mit und ohne Migrationshintergrund sowie für die Sozialräume dargestellt.

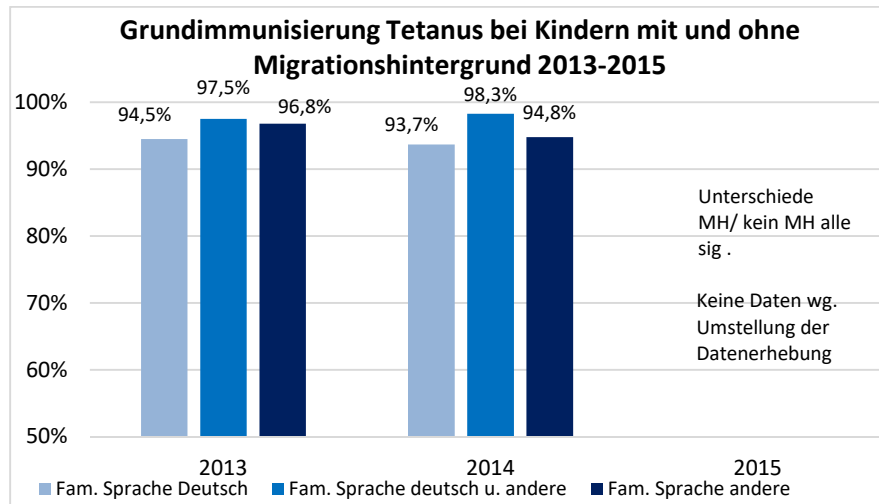


Abb. 30: Grundimmunisierung Tetanus in Mannheim bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund 2013-2015, Achse beginnt bei 50%.

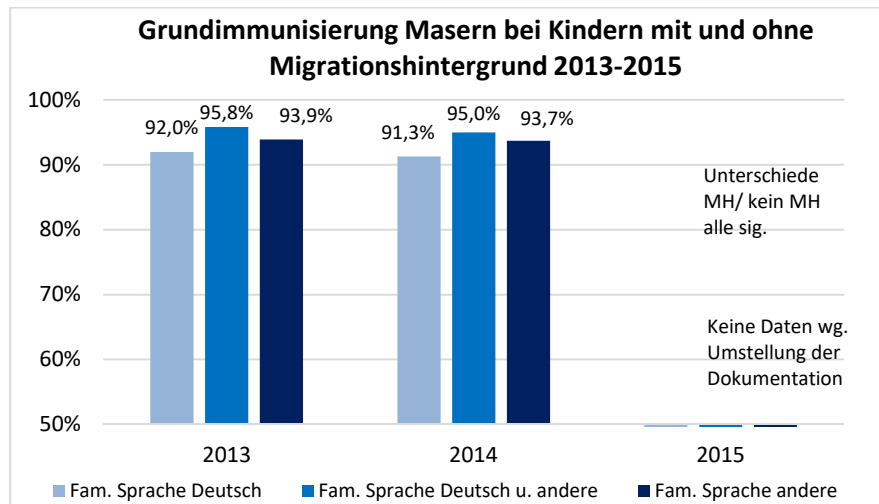


Abb. 31: Grundimmunisierung Masern in Mannheim bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund 2013-2015, Achse beginnt bei 50%

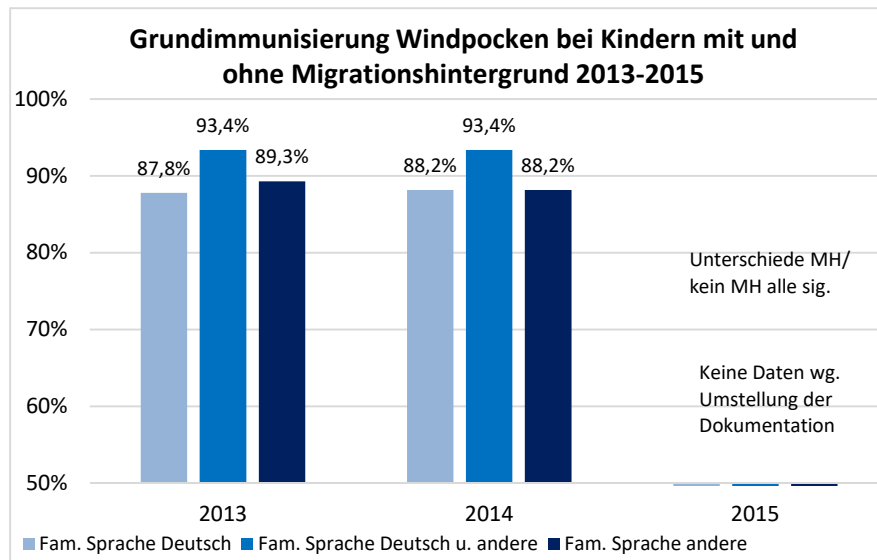


Abb. 32: Grundimmunisierung Windpocken in Mannheim bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund 2013-2015, Achse beginnt bei 50%

Die Ergebnisse im Beobachtungszeitraum von 2013-2014 folgen demselben Verteilungsmuster. Kinder ohne Migrationshintergrund weisen bei der Grundimmunisierung gegen Tetanus, Masern und Windpocken die geringste Quote auf. Es ist wahrscheinlich, dass in dieser Gruppe der Anteil von impfskeptischen bzw. impfkritischen Eltern am größten ist. Die Quoten der Kinder mit Migrationshintergrund, bei welchen eine Grundimmunisierung vorhanden ist, liegen bei Kindern mit deutscher und anderer Familiensprache deutlich darüber und bei Kindern, in deren Familien kein Deutsch gesprochen wird, geringfügig darüber bzw. im gleichen Bereich (Windpocken 2014). Es liegt die Vermutung nahe, dass das Impfverhalten in Familien mit Migrationshintergrund, welche schon eine Zeit lang in Deutschland leben und auch Deutsch als Familiensprache sprechen, der „Innovationshypothese“ folgt. Sie nehmen das in Deutschland bestehende medizinische Angebot der Impfungen wahr, ohne dies in Frage zu stellen. Aufgrund der vorhandenen deutschen Sprachkenntnisse ist auch eine bessere Kommunikation mit Ärzten und medizinischem Personal möglich. Andere Familien mit Migrationshintergrund, die erst kurze Zeit in Deutschland leben und über geringe deutsche Sprachkenntnisse verfügen, wissen z.T. nicht, welche Angebote der gesundheitlichen Versorgung es in Deutschland gibt oder sie haben keine Krankenversicherung. Hier wären eine frühzeitige Aufklärung und Information sowie kostenlose Impfangebote bei fehlender Krankenversicherung sinnvoll.

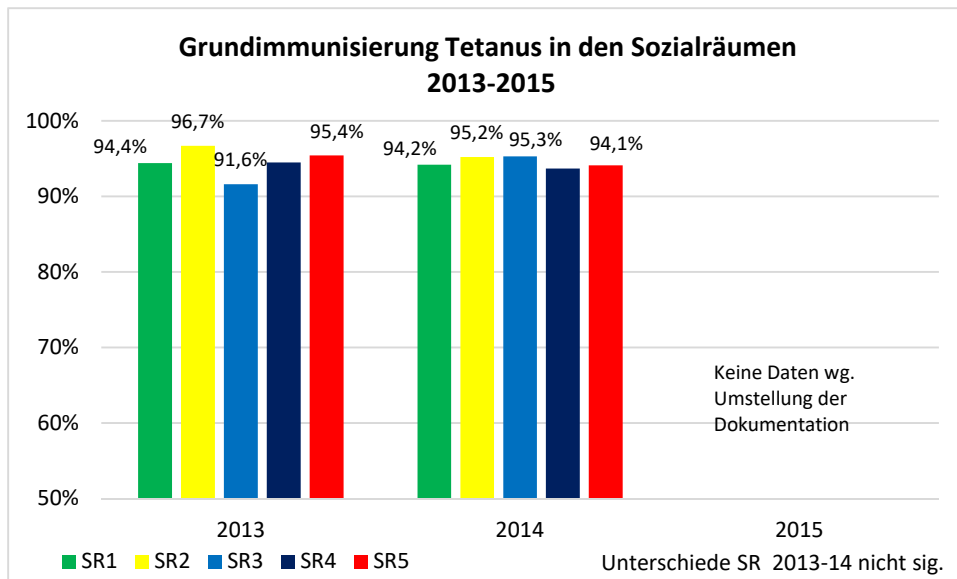


Abb. 33: Grundimmunisierung Tetanus in den Sozialräumen, Achse beginnt bei 50%.

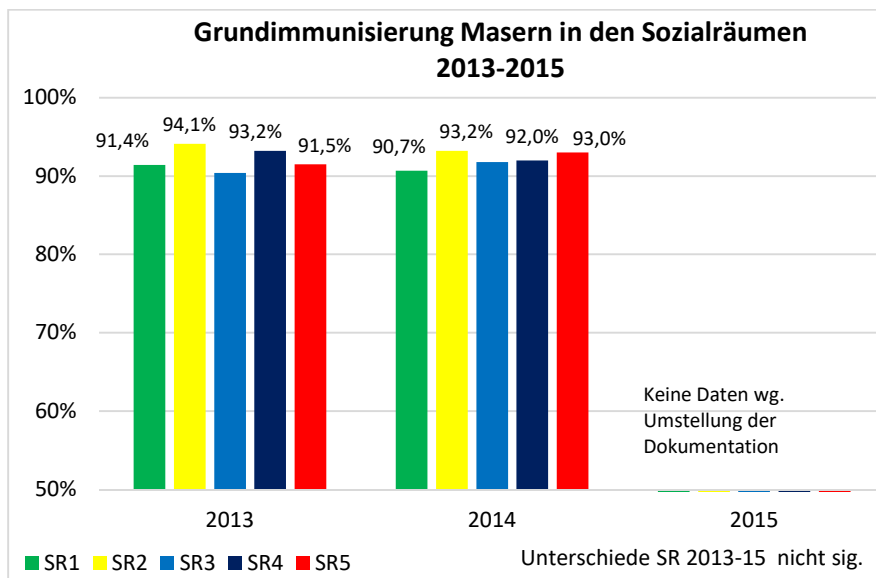


Abb. 34: Grundimmunisierung Masern in den Sozialräumen, Achse beginnt bei 50%.

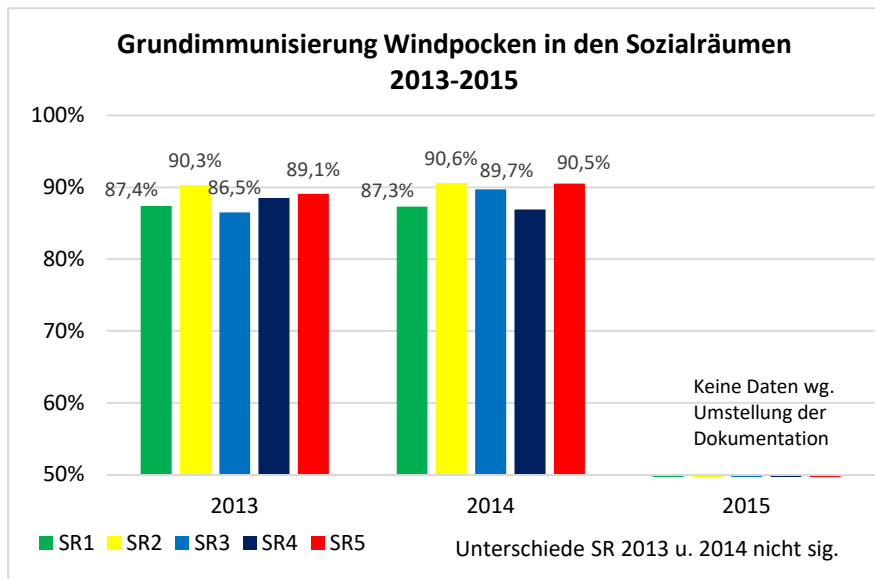


Abb. 35: Grundimmunisierung Windpocken in den Sozialräumen, Achse beginnt bei 50%.

Die Quoten der Kinder mit einer Grundimmunisierung gegen Tetanus, Masern und Windpocken unterscheiden sich in den Sozialräumen nur geringfügig. In Sozialraum 1 hat in den Jahren 2013 und 2014 ein vergleichsweise geringer Anteil der Kinder eine Grundimmunisierung gegen Tetanus, Masern und Windpocken, in Sozialraum 2 ist der Anteil der Kinder mit Grundimmunisierung gegen diese Krankheiten hoch und in den Sozialräumen 3-5 liegen sehr heterogene Ergebnisse vor. Die Impfquoten in Sozialraum 1 lassen sich unter anderem darauf zurückführen, dass unter deutschen Eltern mit hohem sozialem Status häufiger Impfskeptiker anzutreffen sind.

Die KiGGS-Studie (2003-2006) kommt zu dem Ergebnis, dass die Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit mittlerem sozialem Status am höchsten sind. Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem sozialem Status erhalten seltener Impfungen gegen Mumps, Masern und Röteln als Kinder aus Familien mit mittlerem und niedrigem sozialem Status (POETHKO-MÜLLER/ KUHNERT/SCHLAUD 2007). Die Impfquoten aus Mannheim bestätigen diese Ergebnisse weitestgehend. Zwischen den Sozialräumen 1 und 5 besteht auch in Mannheim dieser Unterschied. In den übrigen Sozialräumen ist kein klarer Gradient erkennbar. Auffällig sind die hohen Impfquoten in Sozialraum 2.

3.3.2.2 Früherkennungsuntersuchungen (Us) für Kinder

Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U1 bis U9) sollen den allgemeinen Gesundheitszustand und die altersgemäße Entwicklung eines Kindes regelmäßig ärztlich überprüfen. Gerade in den ersten Lebensjahren machen Kinder große Entwicklungsschritte. Durch die Untersuchungen können mögliche Probleme oder Auffälligkeiten frühzeitig erkannt und behandelt werden. Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist Pflicht (KINDERSCHUTZGESETZ BA-WÜ VOM 7. MÄRZ 2009). Die Teilnahmepflicht an den Untersuchungen besteht unabhängig davon, wie Eltern und Kind versichert sind. Versäumte Untersuchungen können im Fachbereich Gesundheit nachgeholt werden.

Ziel der Untersuchungen ist die Früherkennung von Krankheiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen, die eine normale körperliche, seelische oder geistige Entwicklung des Kindes gefährden. Therapien oder Förderungen können so rechtzeitig eingeleitet werden. Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen finden auch eine Impfberatung und gegebenenfalls Impfungen statt.

Die Inanspruchnahme und die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden in einem Untersuchungsheft („gelbes Heft“) dokumentiert. Die Vorlage dieses Heftes ist bei der ESU Pflicht. Im Rahmen der ESU wird erfasst, wie viele Kinder ihr Untersuchungsheft vorgelegt haben und an welchen Untersuchungen die Kinder teilgenommen haben.

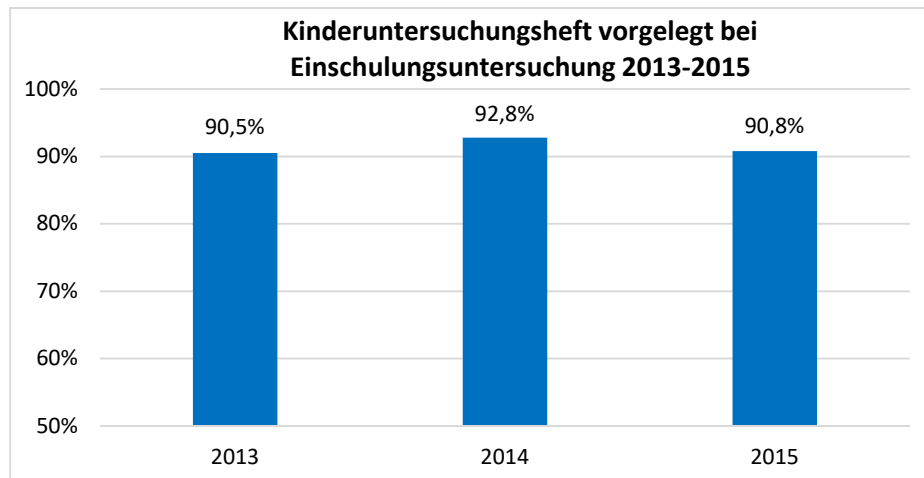


Abb. 36: Kinderuntersuchungsheft vorgelegt bei Einschulungsuntersuchung 2013-2015, Achse beginnt bei 50%

In Mannheim legten im Beobachtungszeitraum von 2013-2015 zwischen 90,5 und knapp 93% der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung ihr Untersuchungsheft vor. Die Werte sind vergleichbar mit den Werten von Baden-Württemberg gesamt.

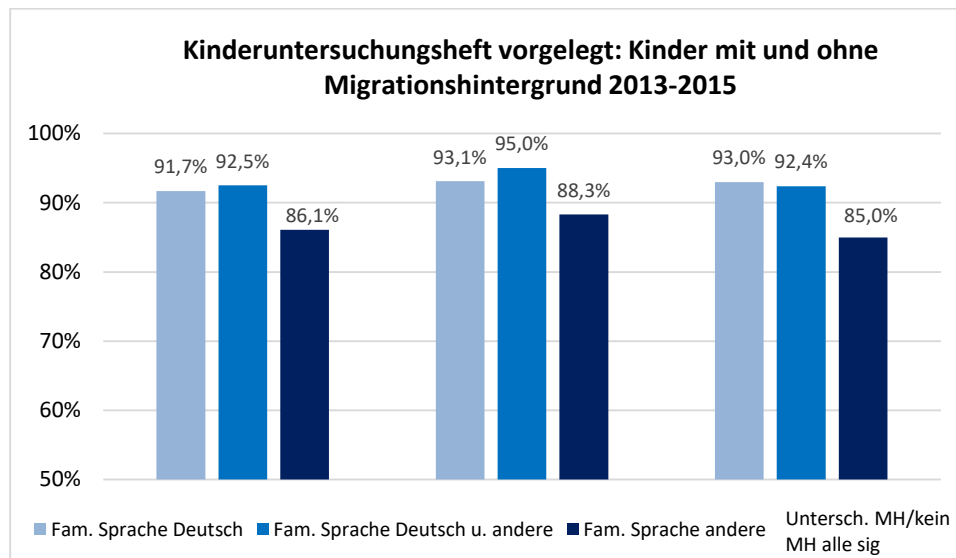


Abb. 37: Kinderuntersuchungsheft vorgelegt: Kinder mit und ohne Migrationshintergrund 2013-2015, Achse beginnt bei 50%

Kinder, in deren Familien kein Deutsch gesprochen wird, legten seltener ihr Untersuchungsheft vor als Kinder, in deren Familien Deutsch bzw. Deutsch und eine oder mehrere andere Sprachen gesprochen wird/werden. Entweder besitzen die Kinder kein Untersuchungsheft oder sie hatten es am Untersuchungstag vergessen. Es kann vorkommen, dass Kinder mit Migrationshintergrund die Vorsorgedokumente ebenso wie die Impfpässe nicht vorlegen, weil die Eltern das Einladungsschreiben zur Einschulungsuntersuchung nicht verstehen. Der Fachbereich Gesundheit hat darauf reagiert und es werden Informationsflyer zur ESU in mehreren Sprachen verteilt. Es ist davon auszugehen, dass durch diese Maßnahme zukünftig höhere Anteile der Kinder am Untersuchungstag ihr Untersuchungsheft vorlegen

werden. Abb. 38 gibt einen Überblick über den Anteil der Kinder, die in den Sozialräumen das Kinderuntersuchungsheft vorgelegt haben.

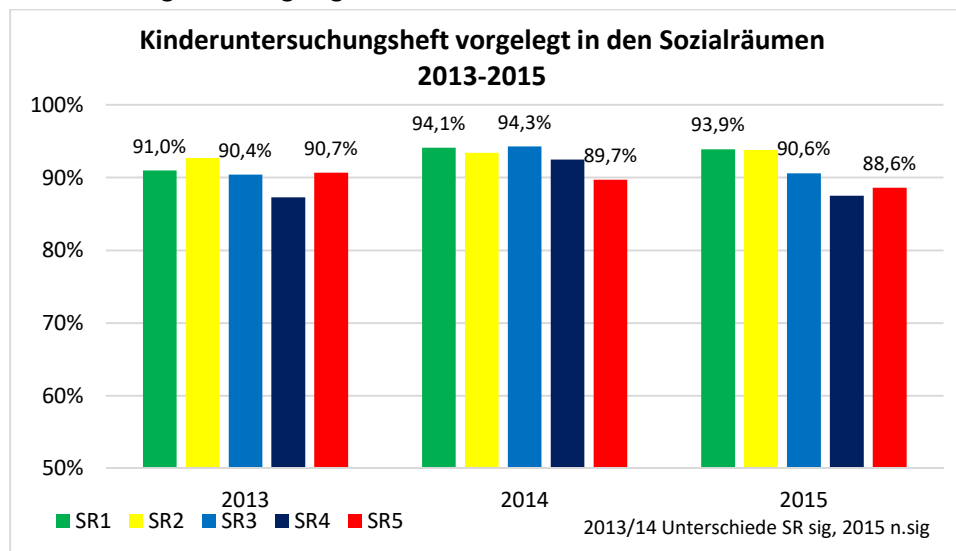


Abb. 38: Kinderuntersuchungsheft vorgelegt in den Sozialräumen, Achse beginnt bei 50%

In den Sozialräumen 1-3 liegen die Anteile der Kinder, die ihr Kinderuntersuchungsheft vorlegen, mit leichten Schwankungen durchgehend über 90%. In den Sozialräumen 4 und 5 treten größere Schwankungen auf. Die Quote der Kinder, welche das Untersuchungsheft vorlegen, sinkt teilweise unter 90%.

Vergleichsdaten hinsichtlich der vollständig durchgeführten U3-6 werden vom Landesgesundheitsamt nur in aggregierter Form zur Verfügung gestellt. Die Teilnahmequoten der U-Untersuchungen 7, 7a und 8 dagegen werden einzeln ausgewiesen. Aus diesem Grund wird auch im vorliegenden Bericht diese Form der Darstellung verwendet.

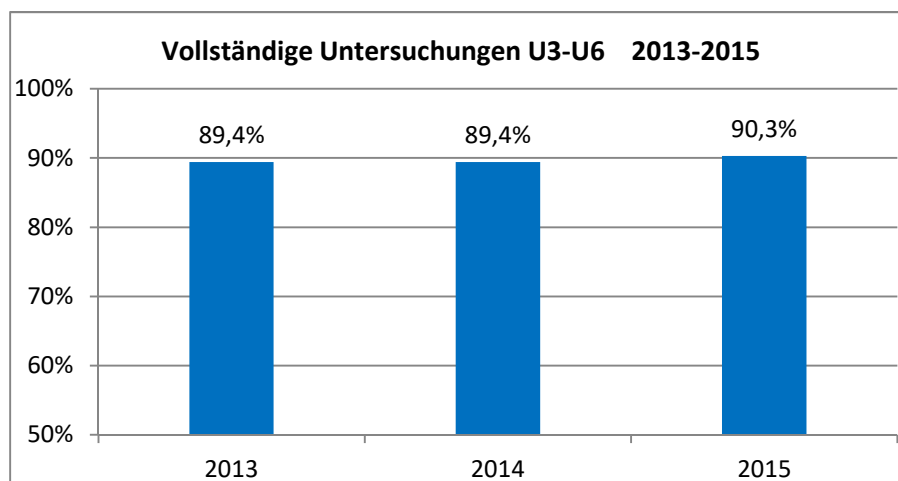


Abb. 39: Vollständige Untersuchungen U3-U6 2013-2015, Datenquelle Landesgesundheitsamt, Achse beginnt bei 50%

Die Teilnahmequoten an den Untersuchungen U3-U6 liegen in Mannheim konstant bei ca. 90%. Die durchschnittlichen Werte für Baden-Württemberg sind mit ca. 95% deutlich höher. Im Vergleich zu den Stadt- und Landkreisen liegen die Werte des Stadtkreises Mannheim jeweils auf dem letzten oder vorletzten Platz. Die Abweichungen könnten teilweise darauf zurückzuführen sein, dass Kinder aus dem Ausland erst nach Ablauf der jeweiligen Untersuchungstermine zugezogen sind. Generell ist die Teilnahme von Migranten geringer als die Teilnahme von Kindern ohne Migrationshintergrund (s.u.)

Durch den hohen Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund in Mannheim wirkt sich das auf die Gesamtteilnahmequote aus.

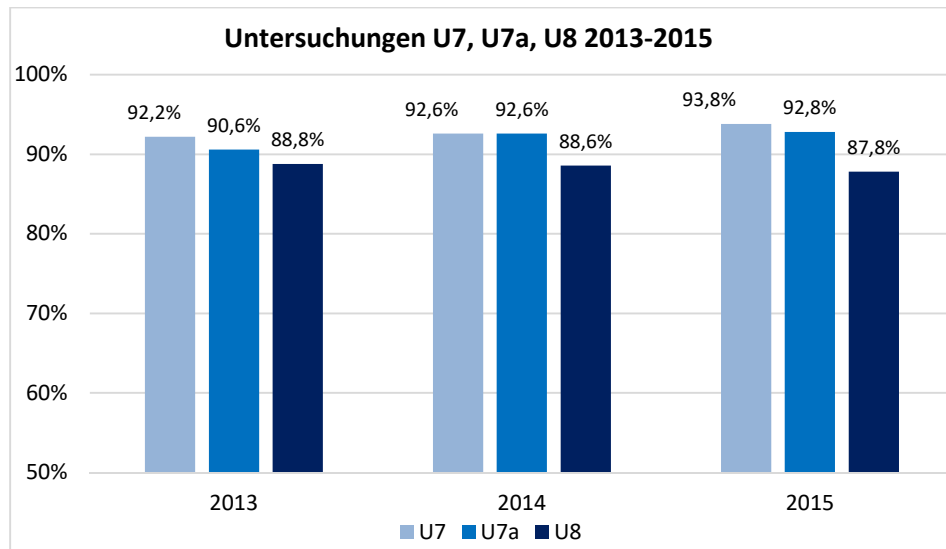


Abb. 40: Untersuchungen U7, U 7a, U8 2013-2015, Datenquelle Landesgesundheitsamt, Achse beginnt bei 50%

Die Teilnahmequoten an den U-Untersuchungen 7, 7a und 8 sind im Beobachtungszeitraum ebenfalls relativ konstant. Sie liegen bei den Untersuchungen U7 und U7a über 90%. Hinsichtlich der U8 ist eine Teilnahmequote jeweils im Bereich von 88% zu verzeichnen.

Ein Vergleich mit den anderen Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs zeigt, dass die Teilnahmequoten an der U7 und der U 8 in Mannheim durchgängig unter den fünf Stadt-/Landkreisen mit den niedrigsten Teilnahmequoten liegen. Der durchschnittliche Anteil teilnehmender Kinder an der U7 in Baden-Württemberg beträgt zwischen 2013 und 2015 jeweils ca. 96%, an der U8 haben in Baden Württemberg je ca. 92% der Kinder teilgenommen. Mannheim liegt bei beiden Untersuchungen unter dem Durchschnitt Baden-Württembergs.

Die Teilnahmequote an der U7a liegt zwischen 2013 und 2015 im Ranking der Stadt- und Landkreise entgegen der bereits dargestellten Ergebnisse im mittleren Bereich und auch geringfügig über dem Durchschnittswert für Baden Württemberg. Möglicherweise hängt das damit zusammen, dass bei der Aufnahme in den Kindergarten die Bestätigung über die Durchführung der U7a vorgelegt werden muss.

In allen drei Jahren des Beobachtungszeitraums ist ein Rückgang der Beteiligung an den Früherkennungsuntersuchungen mit zunehmendem Alter der Kinder zu verzeichnen. Die höchste Beteiligung ist bei der U1 erkennbar, diese wird bei in Deutschland geborenen Kindern direkt bei der Geburt durchgeführt. Mit zunehmendem Alter der Kinder nehmen die Eltern die Us seltener wahr. Das ist in der gesamten Bundesrepublik zu beobachten.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden in den folgenden Darstellungen (Kinder ohne/mit Migrationshintergrund, sozialraumbezogene Auswertungen) jeweils die Anteile der Kinder mit vollständigen U3-U6 sowie mit vollständigen U7-U8 dargestellt.

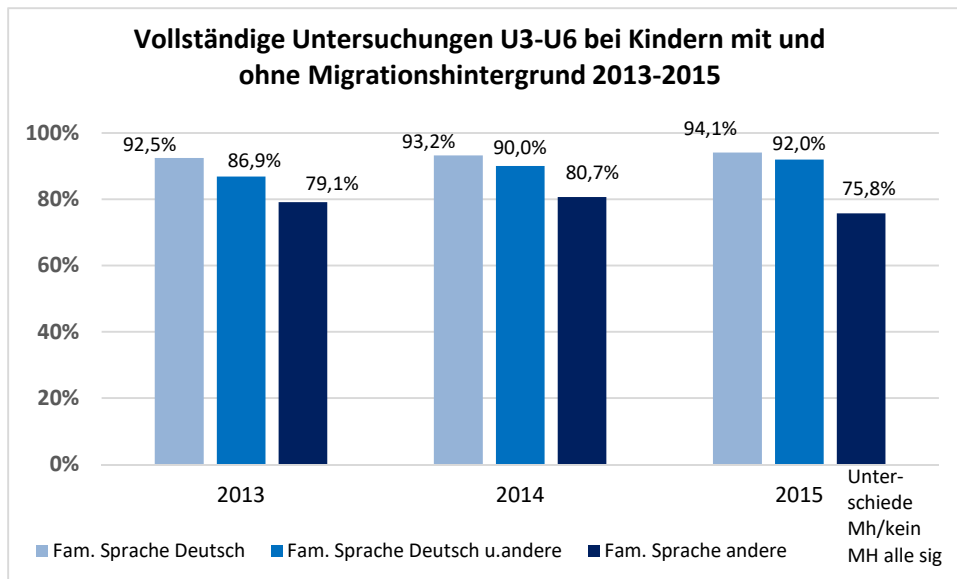


Abb. 41: Vollständige Untersuchungen U3-U6 bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund

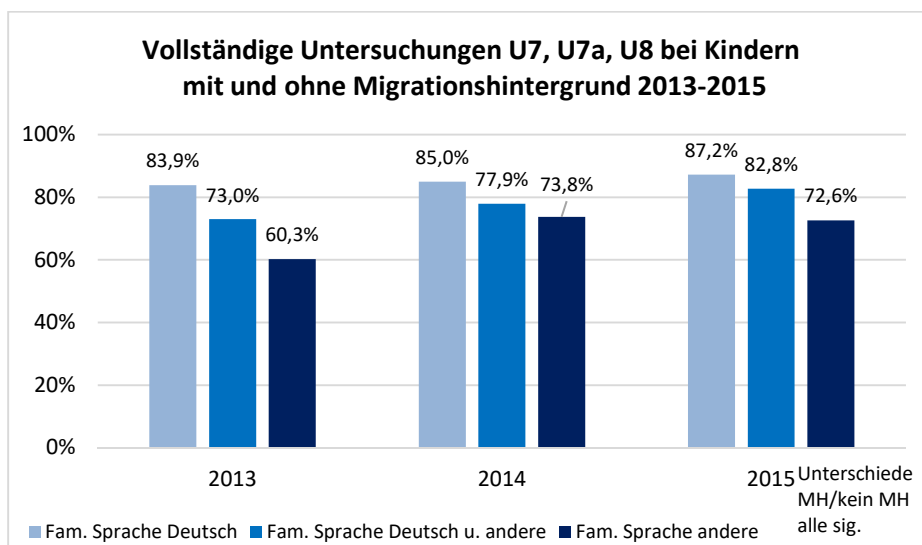


Abb. 42: Vollständige Untersuchungen U7, U7a, U8 bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund 2013-2015

Die Anteile der Kinder mit vollständigen Untersuchungen U3-U6 sowie U7-U8 weisen in allen drei Jahren des Beobachtungszeitraums einen Gradienten bezüglich des Migrationshintergrunds auf. Die höchsten Anteile vollständig durchgeführter Früherkennungsuntersuchungen liegen in der Gruppe der Kinder mit ausschließlich deutscher Familiensprache vor, gefolgt von Kindern mit deutscher und anderer/n Familiensprache/n. Die geringsten Anteile vollständiger Früherkennungsuntersuchungen sind bei Kindern zu beobachten, die kein Deutsch zu Hause sprechen: je weniger Deutsch in der Familie gesprochen wird, desto geringer ist die Beteiligungsquote an den Us.

Deutlich erkennbar ist ein Rückgang der Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen bei den älteren Kindern. Der Anteil der Kinder, die über vollständige Untersuchungen U3-U6 verfügen, liegt sowohl bei Kindern ohne Migrationshintergrund als auch bei Kindern mit Migrationshintergrund zwischen ca. 3 und ca. 18 Prozentpunkten über den Anteilen der Kinder, welche über vollständige U7-U8 verfügen. Zwischen 2013 und 2015 ist der Anteil der Kinder mit ausschließlich deutscher Familiensprache und mit Deutsch und andere/n Sprache/n, die über vollständige U3-U6 sowie vollständige U7-

U8 verfügen, kontinuierlich leicht angestiegen. Der Anteil der Kinder mit vollständigen Untersuchungen, in deren Familien kein Deutsch gesprochen wird, steigt zwischen 2013 und 2014 an und bleibt anschließend konstant.

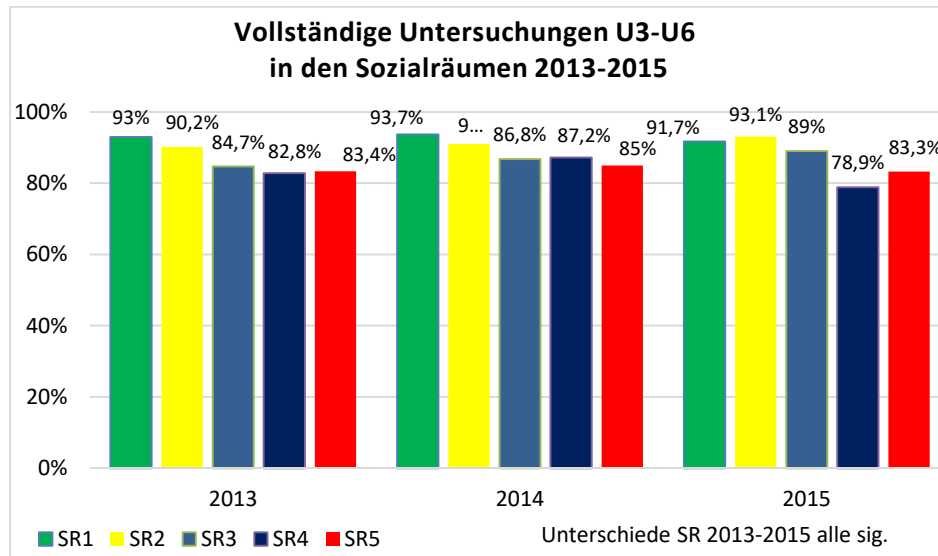


Abb. 43: Vollständige Untersuchungen U3-U6 in den Sozialräumen 2013-2015

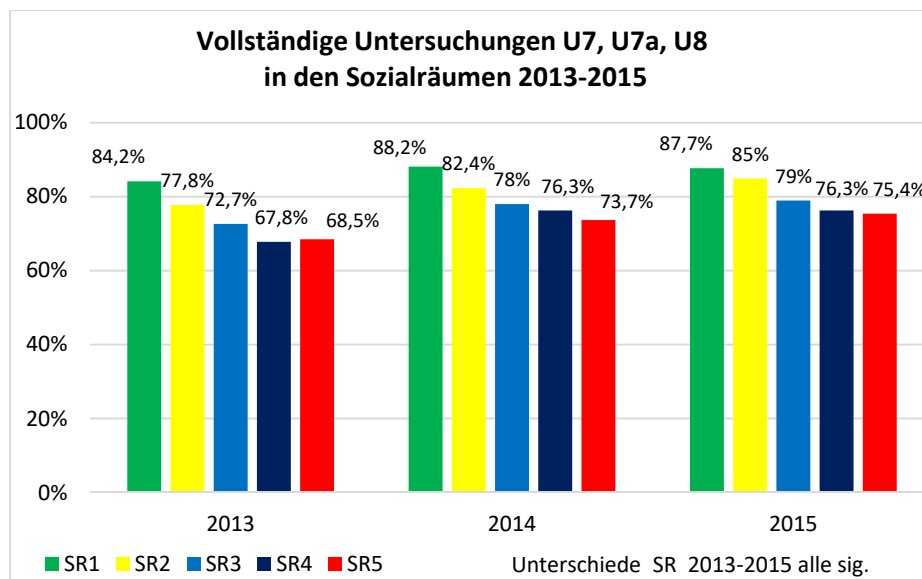


Abb. 44: Vollständige Untersuchungen U7, U7a, U8 in den Sozialräumen 2013-2015

Die Teilnahmequoten an den U-Untersuchungen U3-6 und U7-U8 weisen in allen drei Jahren des Beobachtungszeitraums einen deutlichen sozialen Gradienten auf. Kinder aus den Sozialraum 1 und 2 haben die höchsten Quoten vollständiger U-Untersuchungen (U3-U6 und U7-U8) gefolgt von den Quoten der Kinder aus Sozialraum 3. Die niedrigsten Anteile der Kinder mit vollständigen Früherkennungsuntersuchungen sind in den Sozialräumen 4 und 5 anzutreffen.

Die Anteile der Kinder mit vollständigen U3-U6 sind im Beobachtungszeitraum von 2013-2015 in den Sozialräumen 1, 2 und 5 relativ konstant mit leichten Schwankungen bis zu 3%, in SR 3 zeichnet sich eine Zunahme der Anteile der Kinder mit vollständigen U3-U6 ab. In Sozialraum 4 tritt zunächst ein Anstieg, gefolgt von einem Rückgang der Anteile der Kinder mit vollständigen U3-U6 auf.

Hinsichtlich der Anteile der Kinder mit vollständigen U7-U8 zeigt sich insgesamt in allen Sozialräumen ein leichter Anstieg zwischen 2013 und 2015.

3.3.3 Gesundheitsbezogene Merkmale

3.3.3.1 Körpergewicht

Das Ziel der Gewichtsmessung ist die Feststellung von Über- und Untergewicht. Dies kann durch die Berechnung des Body-Mass-Index (BMI)⁹ erreicht werden. Übergewicht und Adipositas gehören im 21. Jahrhundert zu den größten Risikofaktoren der Gesundheit. Bereits bei Kindern kann Übergewicht Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder Diabetes verursachen. Sehr wahrscheinlich ist, dass Übergewicht in jungen Jahren auch zu Übergewicht im Erwachsenenalter führt.

Auch Untergewicht kann zu gesundheitlichen Problemen führen. Bei zu geringer Zufuhr von Nahrungsmitteln ist die Versorgung mit Nährstoffen nicht ausreichend, und dies kann zu Mangelerscheinungen führen. Dadurch können Müdigkeit und Gereiztheit auftreten, die Leistungsfähigkeit wird gemindert. Schwerwiegendere gesundheitliche Folgen können hormonelle Veränderungen, Wachstumsstörungen oder auch Herz-Kreislauferkrankungen sein.

Der BMI ist eine Maßzahl zur Bestimmung des Körpergewichts im Verhältnis zur Körpergröße. Bei Kindern ist der normale BMI altersabhängig, da Kinder in verschiedenen Lebensphasen unterschiedlich schnell wachsen. Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) empfiehlt daher als Vergleichsmaßstab die Perzentil-Referenzwerte nach KROMEYER-HAUSCHILD ET AL. (2001):

Übergewichtig sind Kinder, deren BMI Wert höher liegt als bei 90 % der anderen Kinder. Als **adipös** gelten Kinder, deren BMI-Wert höher als bei 97% der Kinder aus dieser Vergleichsgruppe liegt. Kinder, die als **untergewichtig** gelten, haben einen niedrigeren BMI als 90% der anderen Kinder. **Stark untergewichtig** sind Kinder, deren BMI innerhalb der untersten 3% liegt.

Die Kinder werden in der Einschulungsuntersuchung ohne Schuhe in leichter Kleidung mit einer digitalen Personenwaage gewogen. Um den BMI zu berechnen, wird zusätzlich die Körperhöhe bestimmt.

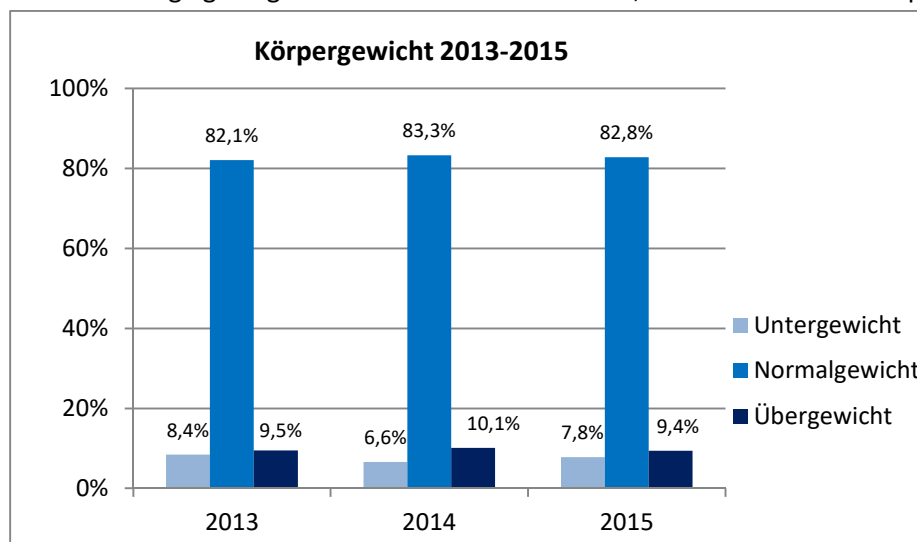


Abb. 45: Körpergewicht 2013-2015, Datenquelle Landesgesundheitsamt

⁹ Der Body-Mass-Index berechnet sich aus Körpergewicht dividiert durch das Quadrat der Körpergröße in Metern.

Die Ergebnisse der Berechnungen des BMI der Mannheimer Kinder weichen kaum von den gesamtdeutschen Ergebnissen ab. Der Anteil der untergewichtigen Kinder liegt im Beobachtungszeitraum 2013-2015 unter 10%, der Anteil übergewichtiger Kinder liegt jeweils bei ca. 10%. Bei einer differenzierten Betrachtung der Kinder mit Adipositas zeigt sich jedoch, dass der Anteil dieser Kinder durchgängig 1,2-2,1 Prozentpunkte über dem bundesdeutschen Referenzwert liegt.

Im Vergleich zum baden-württembergischen Durchschnitt haben die 4-5-Jährigen Kinder aus Mannheim etwas häufiger Übergewicht (1,3-2,2 Prozentpunkte). Eine differenzierte Analyse des Anteils adipöser Kinder zeigt, dass ihr Anteil ebenfalls geringfügig zwischen 1 und 1,8 Prozentpunkten über dem Landesdurchschnitt liegt.

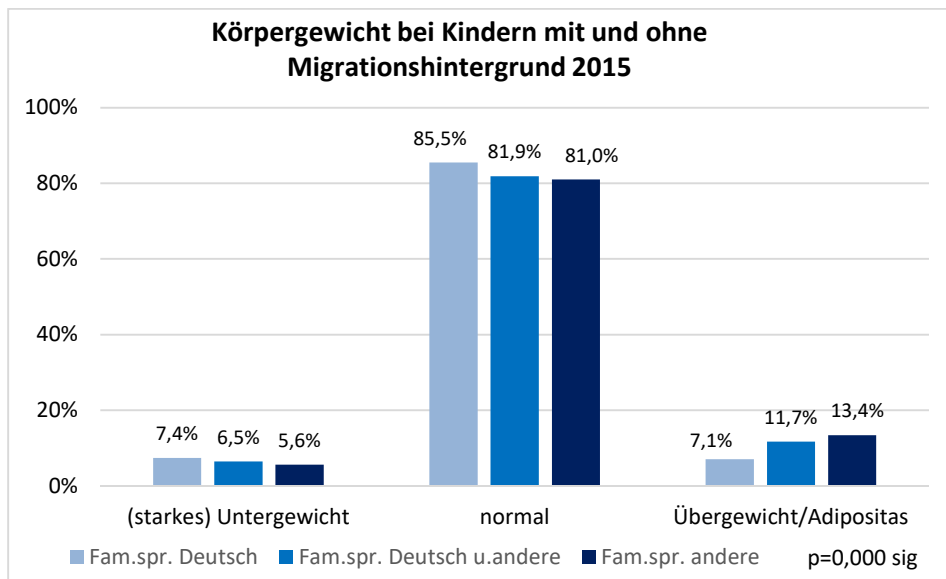


Abb. 46: Körpergewicht bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund 2015

Die Betrachtung des Körpergewichts bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund zeigt einen statistisch signifikanten Zusammenhang. Kinder mit Migrationshintergrund sind häufiger von Übergewicht/Adipositas betroffen als Kinder ohne Migrationshintergrund. Zu diesem Ergebnis kommt auch die KiGGS-Studie (KURTH/SCHAFFRATH-ROSARIO 2007).

Körpergewicht bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund 2013-2015			
	Familiensprache Deutsch	Familiensprache Deutsch u. andere	Familiensprache andere
(starkes) Untergewicht			
2013	9,2%	6,5%	9,0%
2014	9,6%	7,7%	7,2%
2015	7,4%	6,5%	5,6%
Normalgewicht			
2013	83,5%	78,0%	75,8%
2014	84,0%	81,0%	77,1%
2015	85,5%	81,9%	81,0%
Übergewicht/ Adipositas			
2013	7,4%	15,5%	15,2%
2014	6,4%	11,3%	15,7%
2015	7,1%	11,7%	13,4%

Tab. 5: Körpergewicht bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund 2013-2015, Unterschiede in allen 3 Jahren signifikant, 2013: p=0,000; 2014: 0,012; 2015: 0,043

Eine Betrachtung der Entwicklung des Körpergewichts im Beobachtungszeitraum zwischen 2013 und 2015 zeigt einen leichten Rückgang der übergewichtigen Kinder mit Migrationshintergrund. Der Anteil der untergewichtigen Kinder liegt in allen drei Gruppen im Jahr 2015 entweder geringfügig unter oder gleichauf mit dem Wert von 2013.

Exemplarisch wird an dieser Stelle aus Gründen der Übersichtlichkeit die Verteilung für 2015 dargestellt. Ähnliche Verteilungsmuster liegen in den in den Vorjahren 2013 und 2014 vor.

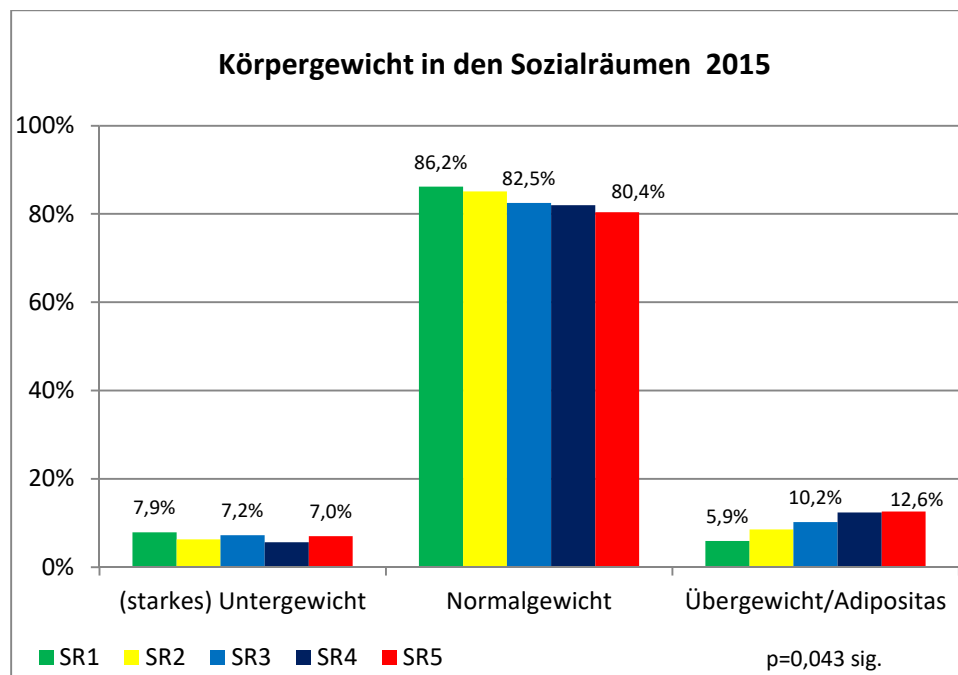


Abb. 47: Körpergewicht in den Sozialräumen 2015

Die Anteile der Kinder mit Untergewicht zeigen keine sozialraumspezifische Verteilung. Hinsichtlich der normalgewichtigen und übergewichtigen/adipösen Kinder liegt ein sozialer Gradient vor. In Sozialraum 1 ist der höchste Anteil an normalgewichtigen Kindern anzutreffen, in Sozialraum 5 der niedrigste Anteil.

Die sozialraumbezogene Analyse des Körpergewichts ergibt einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Sozialraum, in welchem die Kinder leben, und dem Körpergewicht. Aus wissenschaftlichen Studien ist bekannt, dass Kinder und Jugendliche aus sozial schlechter gestellten Familien, welche auch schwerpunktmäßig in Stadtvierteln mit ausgeprägten sozialen Problemlagen wohnen, häufiger ein zu hohes Körpergewicht haben als Kinder aus sozial besser gestellten Stadtvierteln (z.B. KURTH/SCHAFFRATH-ROSARIO 2007). Der Bildungsgrad der Mutter spielt im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Situation des Kindes eine entscheidende Rolle (KEMPTNER/MARCUS 2013).

3.3.3.2 Sprachlicher Entwicklungsstand

Sprachliche Kompetenz ist eine Grundvoraussetzung für den schulischen Erfolg von Kindern und ihre Möglichkeit zur uneingeschränkten gesellschaftlichen Teilhabe.

Die Sprachkompetenz der Kinder wird im Rahmen der ESU unter anderem mit dem HASE-Test (Heidelberger Auditives Screening) erfasst. HASE wird bei Kindern im Alter von 4-6 Jahren eingesetzt, um mögliche spätere Schwierigkeiten im Schriftspracherwerb und in der Sprachentwicklung erkennen und frühzeitig Unterstützungsmaßnahmen einleiten zu können. Das Verfahren wurde für Kinder mit deutscher Muttersprache entwickelt, kann aber auch bei Kindern mit nichtdeutscher Muttersprache eingesetzt werden, um einen Förderbedarf zu diagnostizieren (SCHÖLER/SCHÄFER 2004, SCHÖLER/ BRUNNER 2008).

Der HASE Test besteht aus vier Testaufgaben:

- (1) Nachsprechen von Sätzen (NS)
- (2) Wiedergeben von Zahlenfolgen (WZ)
- (3) Erkennen von Wortfamilien (EW)
- (4) Nachsprechen von Kunstwörtern (NK)

Der Subtest 3 wird bei der ESU nicht durchgeführt.

In Mannheim werden die beiden Testaufgaben „Nachsprechen von Sätzen“ und „Nachsprechen von Kunstwörtern“ erneut am Ende des letzten Kindergartenjahres bzw. zu Beginn des ersten Schuljahres eingesetzt, um die Entwicklung der Sprachkompetenz der Einschüler/Innen insgesamt zu untersuchen. Dazu wird aus den Rohdaten ein Score ermittelt und Grenzwerte für einen Förder- oder Therapiebedarf festgelegt.

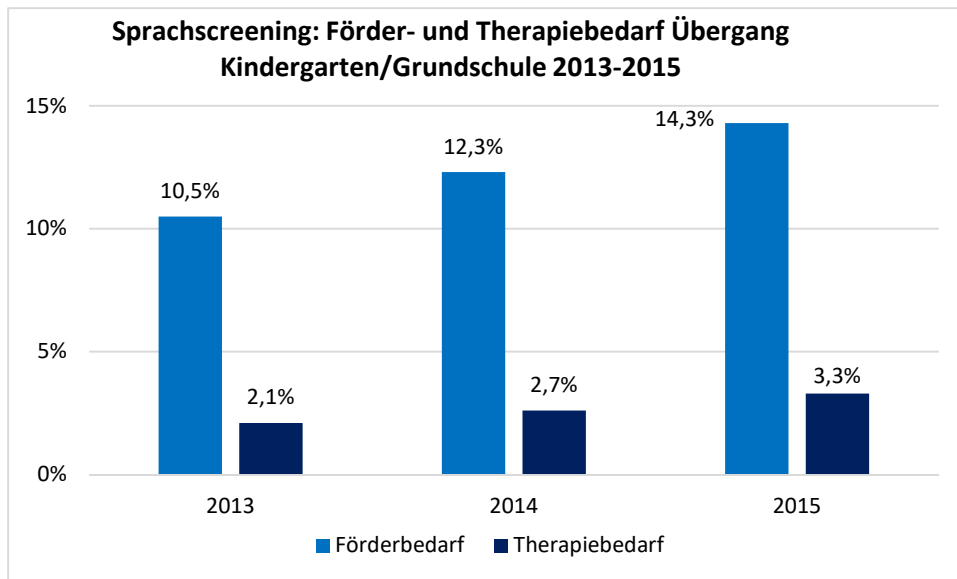


Abb.48: Sprachscreening: Förder- und Therapiebedarf beim Übergang Kindergarten/Grundschule 2013-2015

Der Abbildung zufolge nimmt zwischen 2013 und 2015 sowohl der Anteil der Kinder mit Förderbedarf als auch der Anteil der Kinder mit Therapiebedarf zu. Der Anstieg des Anteils der Kinder mit Förderbedarf liegt bei ca. 3,8 Prozentpunkten, der Anstieg der therapiebedürftigen Kinder fällt mit 1,2 Prozentpunkten etwas geringer aus. Ein differenzierteres Bild ergibt die Analyse der Daten nach Migrationshintergrund.

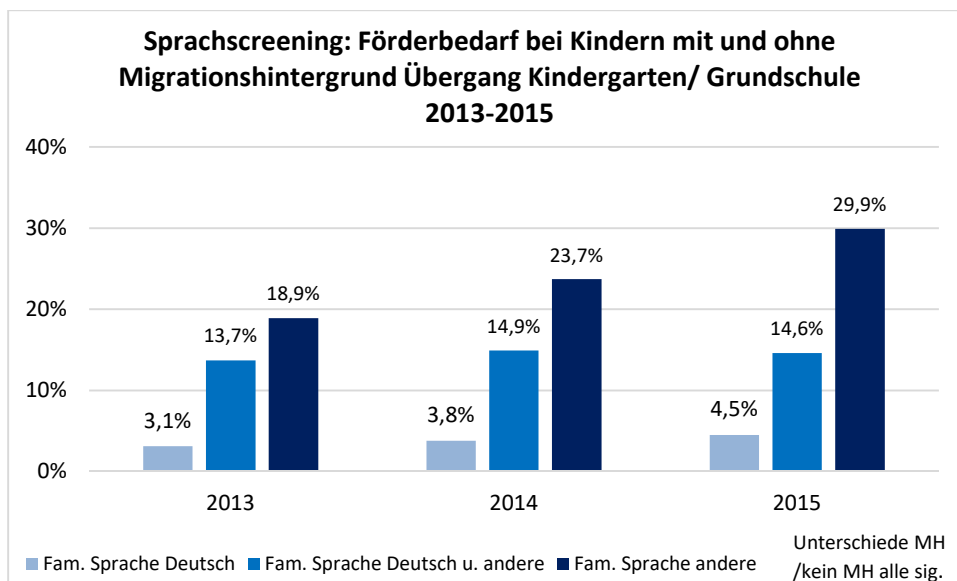


Abb. 49: Sprachscreening: Förderbedarf bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund Übergang Kindergarten Grundschule 2013-2015

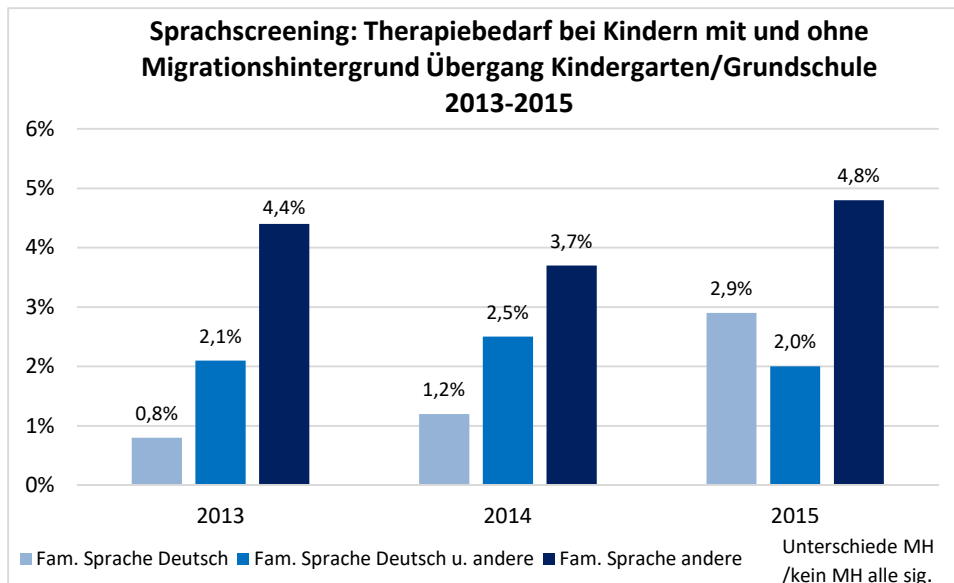


Abb. 50: Sprachscreening: Therapiebedarf bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund 2013-2015

Die Ergebnisse hinsichtlich des Förder- und Therapiebedarfs weisen in den Jahren 2013 und 2014 einen deutlichen Gradienten auf. Unter den Kindern mit ausschließlich deutscher Familiensprache ist der geringste Anteil an förder- und therapiebedürftigen Kindern anzutreffen, Kinder mit Deutsch und einer/mehreren anderen Familiensprache/n liegen im mittleren Bereich und bei Kindern, in deren Familien kein Deutsch gesprochen sind der Förder- und der Therapiebedarf am höchsten. Eine Ausnahme bildet das Jahr 2015, in diesem Jahr liegt der Anteil der ausschließlich Deutsch sprechenden Kinder mit Therapiebedarf über dem Anteil der Kinder mit zwei oder mehreren Familiensprachen. Eine Erklärung für dieses Ergebnis gibt es nicht. Es muss beobachtet werden, wie sich diese Häufigkeitsverteilung in den kommenden Jahren entwickeln wird.

Hinsichtlich des sprachlichen Förderbedarfs ist der Gradient nachvollziehbar und plausibel. Der Anteil der Kinder mit Therapiebedarf sollte nach Literatur unabhängig von der Muttersprache sein. NEUMANN ET AL. zeigen in einer Literaturanalyse, dass Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen in verschiedenen Sprachen zu etwa gleichen Anteilen anzutreffen sind.

In allen drei Gruppen ist ein Anstieg des Anteils der Kinder mit Förderbedarf zu erkennen, hinsichtlich des Therapiebedarfs nur bei Kindern mit ausschließlich deutscher Familiensprache und bei Kindern, in deren Familien kein Deutsch gesprochen wird.

Diese Ergebnisse werfen die Frage auf, ob die Testitems des HASE-Tests tatsächlich dazu geeignet sind, Therapiebedarfe von Kindern aufzudecken, die über geringe Deutschkenntnisse verfügen, da der Therapiebedarf bei Kindern mit nichtdeutscher Muttersprache offensichtlich zu hoch eingeschätzt wird. Es handelt sich bei der hohen Anzahl von Kindern mit Migrationshintergrund mit auffälligen Ergebnissen eher um Kinder, bei denen Abklärungsbedarf im Hinblick auf mögliche sprachtherapeutische Maßnahmen besteht. Eine sozialraumbezogene Analyse der Daten weist auf dringenden Handlungsbedarf hin.

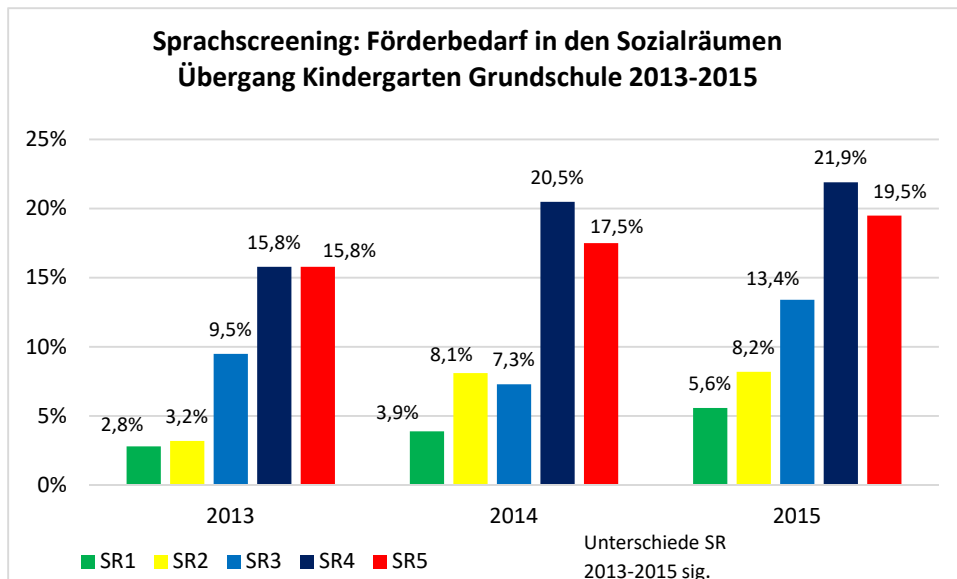


Abb. 51: Sprachscreening: Förderbedarf in den Sozialräumen Übergang Kindergarten/Grundschule 2013-2015

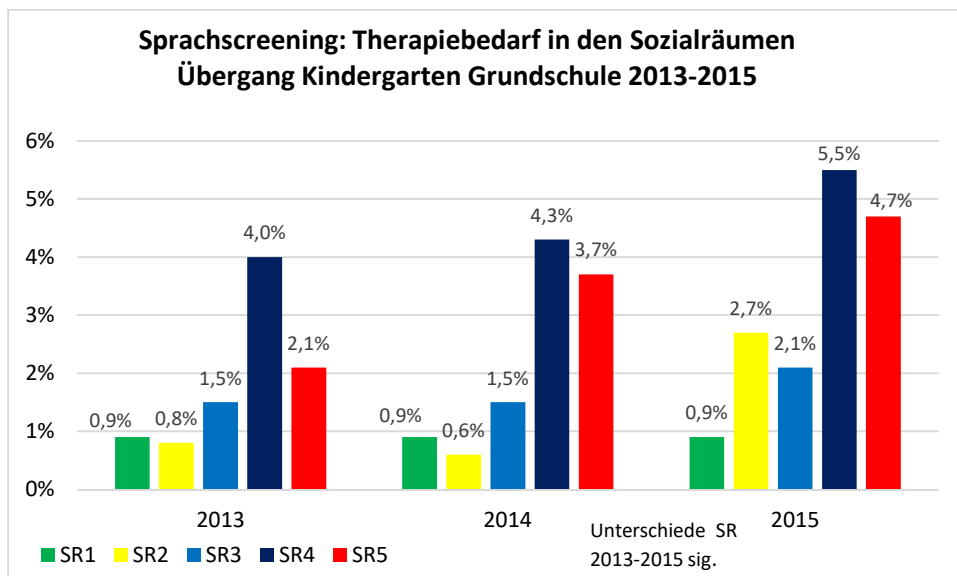


Abb. 52: Sprachscreening: Therapiebedarf in den Sozialräumen 2013-2015

Die sozialraumbezogene Analyse der sprachlichen Förder- und Therapiebedarfe ergibt einen sozialen Gradienten. In den Sozialräumen 4 und 5 leben die meisten Kinder mit sprachlichem Förder- und Therapiebedarf, in Sozialraum 1, 2 und 3 sind jeweils deutlich geringere Anteile zu beobachten. Ausschlaggebend könnten bevölkerungsstrukturelle Merkmale der Sozialräume sein. In den Sozialräumen 4 und 5 leben viele Kinder mit Migrationshintergrund, bei welchen höhere Sprachförder- und Therapiebedarfe festgestellt wurden (s. Abb. 49 und 50).

3.3.4 Handlungsempfehlungen

Einladungsschreiben zur ESU

- Übersetzung des Einladungsschreibens zur ESU in unterschiedliche Sprachen.

Impfungen:

- Kostenlose Impfangebote durch Ärzte des Fachbereichs Gesundheit für Kinder aus Familien ohne Krankenversicherung im Fachbereich oder in den Kindertageseinrichtungen.
- Unterstützung der Diskussion zur gesetzlichen Meldepflicht von Kindern, deren Eltern keine Impfberatung nachweisen können (VGL. STAATSANZEIGER 2017, 22).
- Intensivieren der Diskussion um eine allgemeine Impfpflicht.

Vorsorgeuntersuchungen (Us) für Kinder:

- Entwicklung eines Systems, wie Informationen zu den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder an die Zielgruppe herangetragen werden können (z.B. über Migrationsberatungsstellen, ausländische Kulturvereine, Migrantenmedizin, Schlüsselpersonen in den Migranten-Communities, Moscheen).
- Kostenlose Us im Fachbereich Gesundheit für nicht versicherte Kinder.

Körpergewicht:

- Ausbau der Angebote für Bewegungsförderung in den Kindertagesstätten.
- Ausbau der Kooperationen Sportvereine/Kindertagesstätten und Grundschulen.
- Hochwertige Vollverpflegung in Ganztageseinrichtungen, Getränkeangebot Tee und Wasser mit Infos für Kinder, dass diese dabei etwas zum Thema gesunde Ernährung lernen.
- Kochkurse/Ernährungsberatung für Eltern in Kindertagesstätten.

Sprachkompetenz:

- Alltagsintegrierte Sprachförderung ab Beginn des Spracherwerbs (Informationen hierzu werden bereits beim WIL-Besuch gegeben).
- Aufrechterhaltung der Sprachförderprogramme in den Kindertagesstätten.
- Fortbildung aller Erzieherinnen zum Themenbereich alltagsintegrierte Sprachförderung

3.4 Zahngesundheit bei Kindern in Kindertagesstätten

3.4.1 Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Gebissstatus

Im Zeitraum von 2007-2014 waren 160 Kindertagesstätten bei der Regionalen Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit Mannheim (RAGZ MA) gemeldet¹⁰. Die Anzahl der Kindertagesstätten im Stadtgebiet Mannheim unterliegt im zeitlichen Ablauf Schwankungen. Die Kindertagesstätten sind wie folgt auf die Sozialräume verteilt:

Verteilung der Mannheimer Kindertagesstätten auf die Sozialräume					
Gesamtstadt	SR1	SR2	SR3	SR4	SR5
160 Kitas	31	32	36	29	32

Tab. 6: Verteilung der Mannheimer Kindertagesstätten auf die Sozialräume

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick darüber, in wie vielen Mannheimer Kindertagesstätten im Beobachtungszeitraum von 2007-2014 zahnmedizinische Untersuchungen durchgeführt wurden. Die Untersuchungen in den Kindertagesstätten werden fast vollständig von niedergelassenen Vertragszahnärzt/Innen der Regionalen Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit Mannheim durchgeführt.

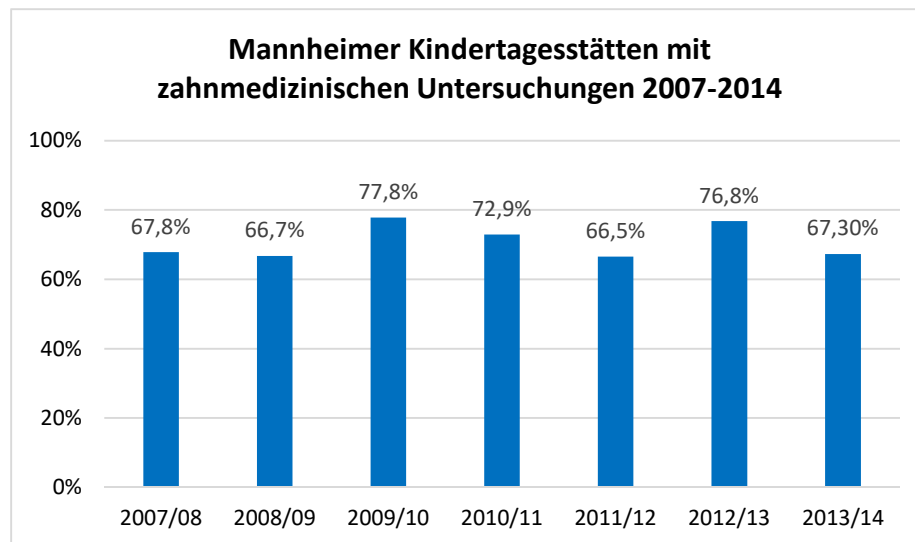


Abb. 53: Mannheimer Kindertagesstätten mit zahnmedizinischen Untersuchungen 2007-2014

In den Schuljahren 2007/08 bis 2012/13 wurden in jeweils zwischen 66,7 und knapp 78% der Kindertagesstätten zahnmedizinische Untersuchungen durchgeführt. Aufgrund krankheits- und altersbedingter Ausfälle weist die Anzahl der Mannheimer Kindertagesstätten, in welchen zahnmedizinische Untersuchungen durchgeführt wurden, Schwankungen auf. Ein differenziertes Bild ergibt die sozialraumbezogene Betrachtung der Kindertagesstätten mit zahnmedizinischen Untersuchungen.

¹⁰ Es handelt sich um alle Kindertagesstätten, welche im Beobachtungszeitraum mindestens einmal bei der RAGZ MA gemeldet wurden.

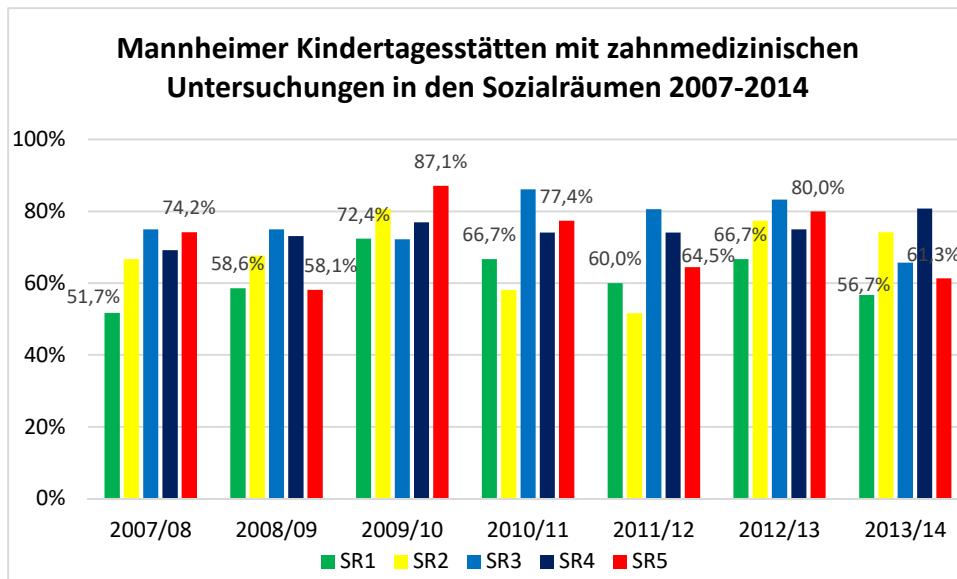


Abb.54: Mannheimer Kindertagesstätten mit zahnmedizinischen Untersuchungen 2007-2014 in den Sozialräumen

Der Fokus der zahnmedizinischen Untersuchungen liegt bis auf wenige Ausnahmen auf Einrichtungen aus den Sozialräumen 3-5. Hinsichtlich des Anteils der untersuchten Tageseinrichtungen für Kinder unter sechs Jahren in den Sozialräumen 1 und 2 treten im Beobachtungszeitraum große Schwankungen auf.

Neben der Anzahl aufgesuchter Kindertageseinrichtungen muss auch die Anzahl der untersuchten Kinder betrachtet werden. Im Folgenden wird über die Kinder berichtet, welche an den zahnmedizinischen Untersuchungen teilgenommen haben. In Tabelle 7 sind die absoluten Zahlen der untersuchten Kinder in den Kindertagesstätten für die Jahre 2007 bis 2014 aufgeführt.

Anzahl der zahnmedizinisch untersuchten Kinder in den Mannheimer Kindertagesstätten in den Sozialräumen 2007-2014						
	Gesamtstadt	SR1	SR2	SR3	SR4	SR5
2007/08	4003	577	814	1042	763	807
2008/09	4051	682	800	1168	784	617
2009/10	4569	856	917	1064	800	932
2010/11	4453	762	656	1346	816	873
2011/12	4114	776	634	1286	765	653
2012/13	4601	800	930	1171	886	814
2013/14	3995	648	856	925	836	730

Tab. 7: Anzahl der zahnmedizinisch untersuchten Kinder in den Mannheimer Kindertagesstätten in den Sozialräumen 2007-2014

Die Anzahl der zahnmedizinisch untersuchten Kinder in der Gesamtstadt und auch in den Sozialräumen unterliegt Schwankungen. Im Schuljahr 2012/13 wurden im gesamten Stadtkreis 4601 Kinder untersucht, 2013/14 waren es 3995 Kinder.

Die meisten Kinder wurden durchgängig von 2007 bis 2014 in Einrichtungen aus Sozialraum 3 untersucht. Sozialraum 3 verfügt im Vergleich zu den anderen Sozialräumen über die größte Anzahl von Kindertagesstätten (vgl. Tab. 6) und die höchste Anzahl der Kinder lebt in Sozialraum 3. Die Zahl der untersuchten Kinder ist von mehreren Faktoren abhängig. Anzahl und Größe der Kindertagesstätten,

in welchen zahnmedizinische Untersuchungen durchgeführt werden, spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle. Ebenso sind Engagement bzw. terminliche Flexibilität sowohl des Personals in den Einrichtungen als auch der untersuchenden Zahnärzt/Innen bedeutsam.

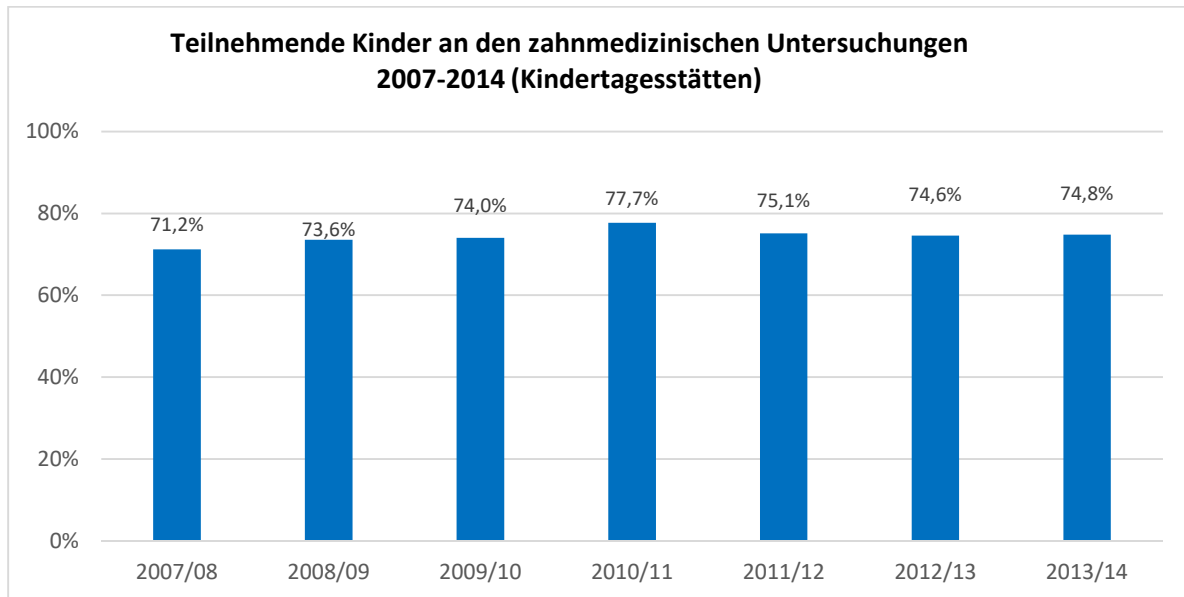


Abb. 55: Teilnehmende Kinder an den zahnmedizinischen Untersuchungen 2007-2014 (Kindertagesstätten)

Im Beobachtungszeitraum von 2007-2014 ist zuerst ein leichter Anstieg der Teilnahmequote an den zahnmedizinischen Untersuchungen von 71,2 auf 77,7% zu beobachten. In den Folgejahren hat sich die Teilnahmequote im Bereich von 75% stabilisiert.¹¹

Für eine nicht vollständige Teilnahme der Kinder an den Untersuchungen im Vorschulalter sind v.a. folgende Gründe ausschlaggebend: fehlende Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten oder Abwesenheit des Kindes am Untersuchungstag. Oftmals behalten Eltern aus Schamgefühl oder Angst vor negativen Rückmeldungen ihre Kinder an diesem Tag zu Hause. Abb. 56 zeigt die Teilnahmequoten der Kinder an den zahnmedizinischen Untersuchungen in den Sozialräumen.

¹¹ Die Grundlage zur Berechnung der Teilnehmerquoten bilden ausschließlich Kindertagesstätten, in welchen zahnmedizinische Untersuchungen durchgeführt wurden.

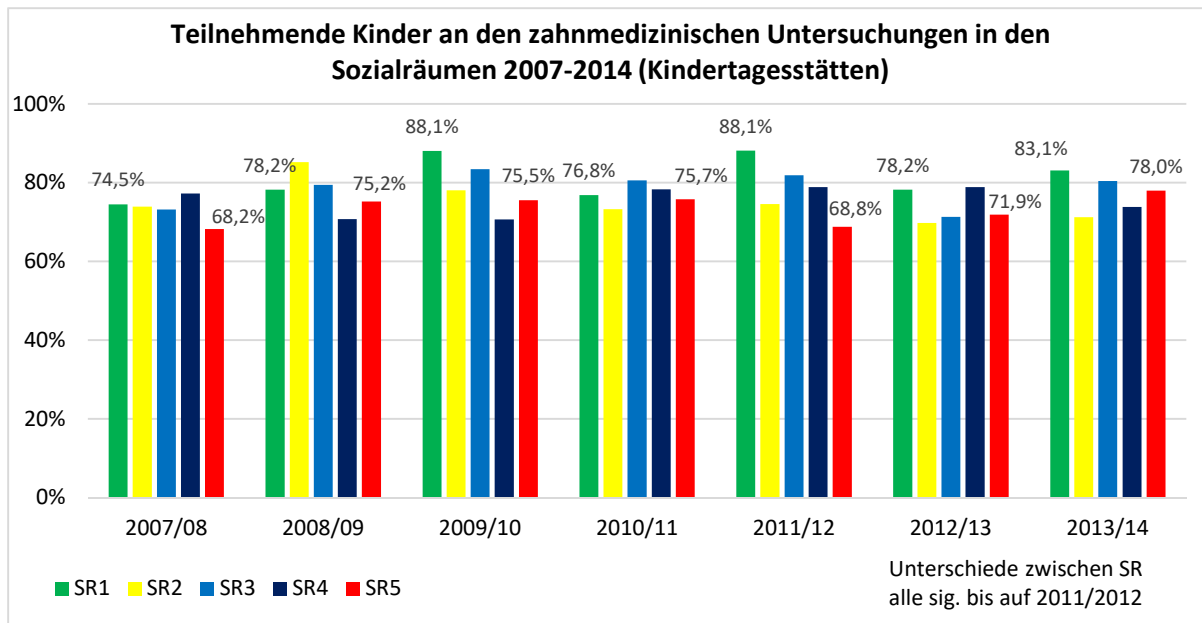


Abb.56: Teilnehmende Kinder an den zahnmedizinischen Untersuchungen in den Sozialräumen 2007-2014 (Kindertagesstätten)

Im Zeitraum von 2007 bis 2014 nahmen in Sozialraum 1 durchschnittlich 81% der Kinder an den zahnmedizinischen Untersuchungen teil, in Sozialraum 5 waren es im Durchschnitt 73,3%. Mit Ausnahme des Untersuchungszeitraums 2011/2012 sind die Unterschiede hinsichtlich der Anzahl teilnehmender Kinder an den zahnmedizinischen Untersuchungen statistisch signifikant. Die Teilnahmequoten können als sehr wechselhaft bezeichnet werden. Die niedrigsten Teilnahmequoten (ca. 68%) treten in Sozialraum 5 auf, die höchsten Anteile (88,1%) sind in Sozialraum 1 zu beobachten. Hier treten über den gesamten Beobachtungszeitraum hohe Teilnahmequoten auf.

Achtung: Die folgenden Auswertungen im Zeitvergleich wurden nur für Kindertageseinrichtungen vorgenommen, bei welchen in allen Untersuchungsjahren (2007/08 bis 2013/14) die zahnärztlichen Untersuchungen durchgeführt wurden. Es handelt sich insgesamt um 40 Kindertageseinrichtungen. Kinder werden z.T. mehrmals untersucht, da in jedem Untersuchungsjahr alle am Untersuchungstag anwesenden Kinder der Einrichtung mit vorliegendem Einverständnis untersucht werden.

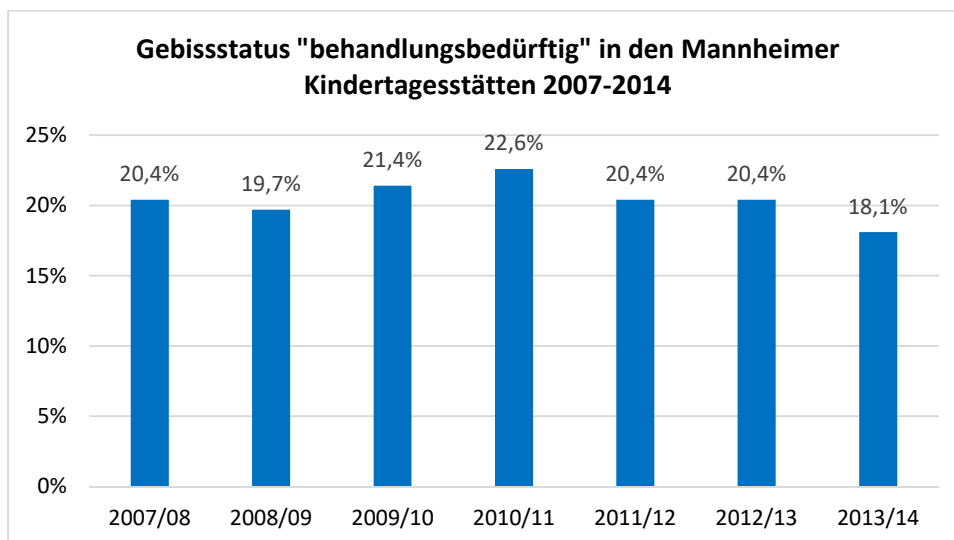


Abb. 57: Gebissstatus behandlungsbedürftig in den Mannheimer Kindertagesstätten 2007-2014 (Achse endet bei 25%)

Der Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigem Gebiss ist bis zum Schuljahr 2010/11 relativ konstant und geht in den Folgejahren auf den niedrigsten Wert von 18,1% zurück. Aufgrund von Unterschieden in der Dokumentation und dem Einsatz vieler unterschiedlicher Zahnärzte/Innen, der zu Untersuchereffekten führen kann, werden an dieser Stelle keine Vergleiche mit anderen regionalen Studien durchgeführt. In der folgenden Abbildung sind die Anteile der Kinder mit behandlungsbedürftigem Gebissstatus je Sozialraum dargestellt.

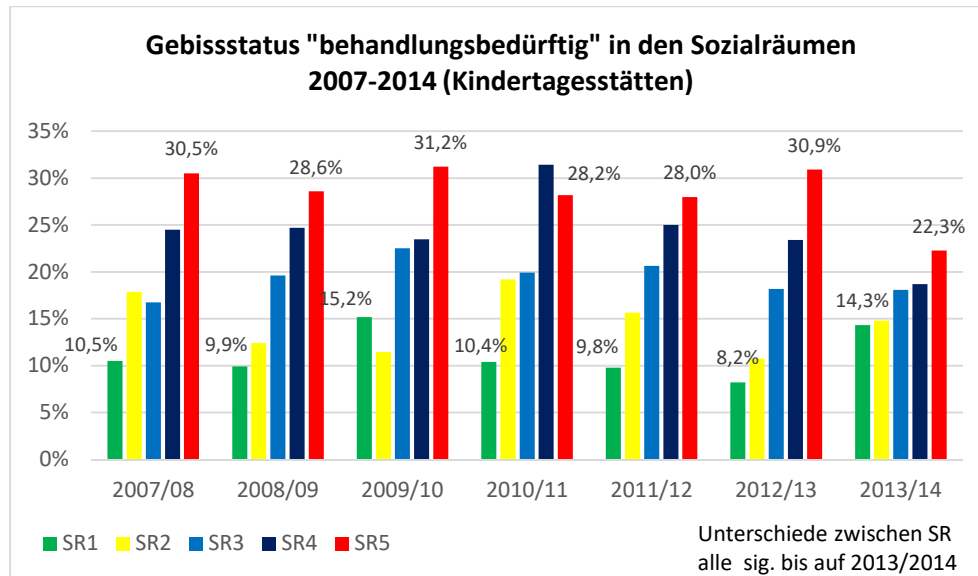


Abb. 58: Gebissstatus „behandlungsbedürftig“ in den Sozialräumen 2007-2014 (Kindertagesstätten) (Achse endet bei 35%)

Die Ergebnisse der sozialraumbezogenen Analyse bzgl. des Anteils behandlungsbedürftiger Gebisse bei Kindern in Kindertagesstätten weisen einen sozialen Gradienten auf. In den Sozialräumen 1 und 2 hat der geringste Anteil der Kinder behandlungsbedürftige Zähne (Ausnahme 2007/2008), während in den Sozialräumen 4 und 5 der höchste Anteil an Kindern mit behandlungsbedürftigen Gebissen anzutreffen ist. Mit Ausnahme des Untersuchungsjahres 2013/2014 sind die Unterschiede hinsichtlich der Anzahl an Kindern mit behandlungsbedürftigen Gebissen statistisch signifikant. Zwischen den Untersuchungsjahren 2012/2013 und 2013/2014 fand eine Annäherung der Anteile an Kindern mit behandlungsbedürftigen Gebissen zwischen den Sozialräumen statt. In den Sozialräumen 1 und 2 hatten höhere Anteile der Kinder behandlungsbedürftige Gebisse als im Vorjahr. In den Sozialräumen 3, 4, und 5 wurden im Untersuchungsjahr 2013/2014 die geringsten Anteile behandlungsbedürftiger Gebisse während des gesamten Beobachtungszeitraums diagnostiziert. Diese Entwicklung ist vorsichtig zu interpretieren, da nur 40 von 160 Kindertagesstätten in die Auswertung einbezogen werden konnten. Es bleibt abzuwarten, ob sich diese Entwicklung fortsetzt.

Andere regionale Studien bestätigen die Ergebnisse, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien und Kinder mit Migrationshintergrund einen schlechteren Gebiss- bzw. Zahnstatus aufweisen als Kinder ohne Migrationshintergrund und Kinder aus Familien mit höherem Sozialstatus (z.B. DANTAS DAS VIRGENS 2000, KÜHNISCH ET AL 2003). Diese Ergebnisse werden dem unzureichenden Zahnputzverhalten, der fehlenden Inanspruchnahme von Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt, dem zahnschädigenden Ernährungsverhalten sowie der geringen Einnahme von Arzneimitteln zur Kariesprophylaxe bei 0-2-Jährigen zugeschrieben (RKI 2008).

3.4.2 Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe und Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben werden in Kindertagesstätten im Stadtkreis Mannheim altersgemäße Prophylaxemaßnahmen zur Prävention von Zahn- bzw. Munderkrankungen und zur Förderung der Mundgesundheit insgesamt durchgeführt. Dieses Prophylaxeangebot beinhaltet Übungen zur Zahnpflege, wie zum Beispiel die Vermittlung einer altersentsprechenden Zahnputztechnik und die spielerische Einführung in eine zahngesunde Ernährung (u.a. gesundes Frühstück). Neben der Ansprache an die Kinder werden auch Eltern und pädagogische Fachkräfte als Multiplikatoren in die Aufklärungsmaßnahmen einbezogen.

Durch das Zähneputzen und die weiteren Präventionsangebote wird ein Grundstein für die Gesundheit der bleibenden Zähne gelegt. Die Zahngesundheit ist multikausal bedingt. Abb. 58 sind die Anteile der Kindertagesstätten, in welchen Prophylaxemaßnahmen durchgeführt wurden, zu entnehmen.

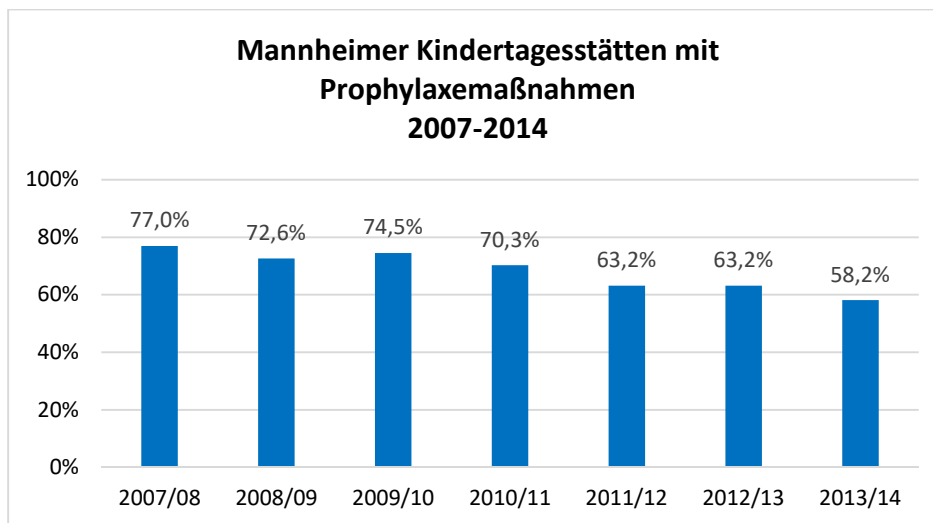


Abb. 59: Mannheimer Kindertagesstätten mit Prophylaxemaßnahmen 2007-2014

Im Beobachtungszeitraum 2007-2014 zeigt sich ein Rückgang des Anteils der Kindertagesstätten, in welchen Prophylaxemaßnahmen durchgeführt wurden um ca. 19 Prozentpunkte, von 77% im Schuljahr 2007/08 auf 58,2% im Schuljahr 2013/14. Dieser Rückgang ist im Schuljahr 2013/14 größtenteils auf krankheitsbedingte Personalengpässe bei der RAGZ Mannheim zurückzuführen. Generell konnte aber auch ein allgemeines Zeitproblem aufgrund zunehmender, weiterer Angebote bzw. neuer Pflichtaufgaben in den Einrichtungen festgestellt werden. Teilweise ist auch ein abnehmendes Verständnis für die Wichtigkeit einer Ritualisierung der Zahnpflege als Aufgabe der Betreuungseinrichtungen bei Mitarbeiter/Innen in den Einrichtungen festzustellen. Die sozialraumbezogene Verteilung von Kindertagesstätten mit Prophylaxemaßnahmen ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

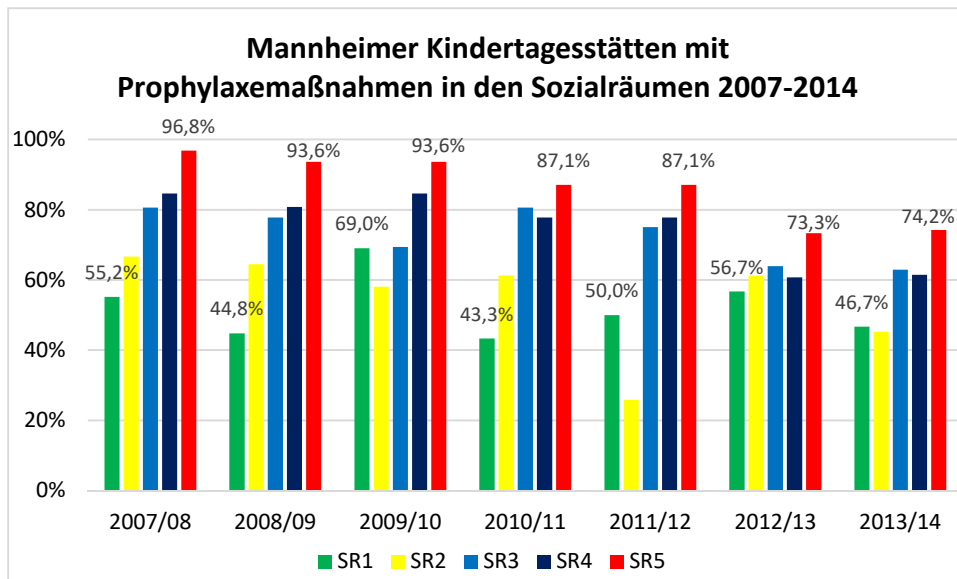


Abb. 60: Mannheimer Kindertagesstätten mit Prophylaxemaßnahmen in den Sozialräumen 2007-2014

Aus Abbildung 60 geht hervor, dass durchgängig von 2007-2014 schwerpunktmäßig in den Kindertageseinrichtungen der Sozialräume 3-5 Prophylaxemaßnahmen durch die RAGZ MA durchgeführt wurden. In diesen Einrichtungen sind Prophylaxemaßnahmen dringend erforderlich, da der Gebissstatus der (Milch-)zähne dort deutlich höhere Erkrankungsraten zeigt als in Einrichtungen der Sozialräume 1 und 2 (vgl. Abb. 58). Durch die kostenfreien Angebote der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe soll einer zusätzlichen Verschlechterung vorgebeugt werden. Gleichzeitig wird ein Grundstein für die Gesunderhaltung der bleibenden Zähne gelegt.

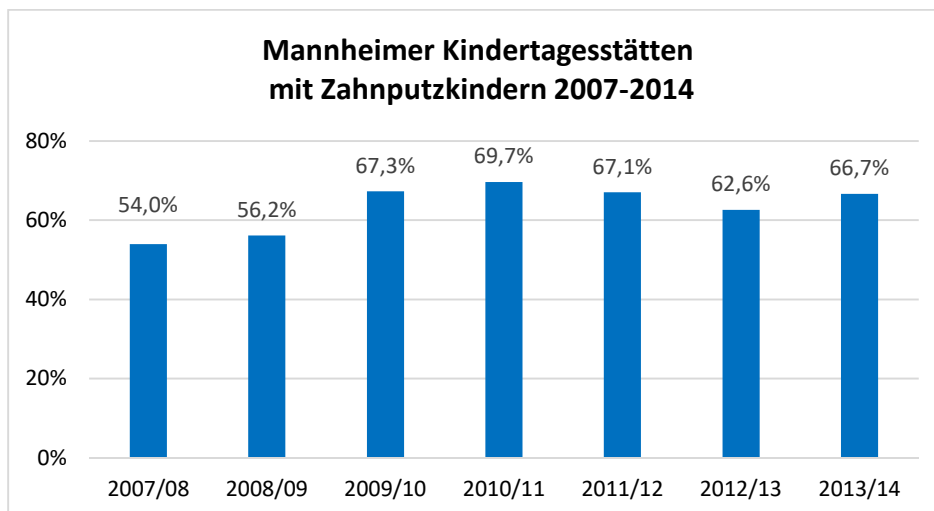


Abb. 61: Mannheimer Kindertagesstätten mit Zahnputzkindern 2007-2014

Insgesamt ist ein Anstieg des Anteils der Kindertageseinrichtungen mit Zahnputzkindern um ca. 12 Prozentpunkte von 54,0% im Schuljahr 2007/08 auf 66,7% im Schuljahr 2013/14 zu verzeichnen. Der höchste Anteil der Kindertageseinrichtungen mit Zahnputzkindern konnte im Schuljahr 2010/11 beobachtet werden.

Bei den jeweiligen Prophylaxeimpulsen in den Einrichtungen wird durch die Mitarbeiterinnen der RAGZ MA mit den pädagogischen Fachkräften die sozialkompensatorische Bedeutung des gemeinsamen Zähneputzens in der Gruppe thematisiert. Diese Ritualbildung ist wichtig und gibt den Kindern Orientierung bei der Entwicklung des eigenen Gesundheitsbewusstseins. Die Kosten für eine Ausstattung

der Einrichtungen mit Zahnbürsten, Zahnpasta und Bechern trägt die RAGZ MA auf Anfrage zweimal je Schuljahr. Bei besonderem Bedarf ist ggfs. auch eine weitergehende Unterstützung mit Sachmitteln möglich. Abb. 62 gibt einen Überblick über die Anteile von Kindertagesstätten mit Zahnputzkindern in den Sozialräumen.

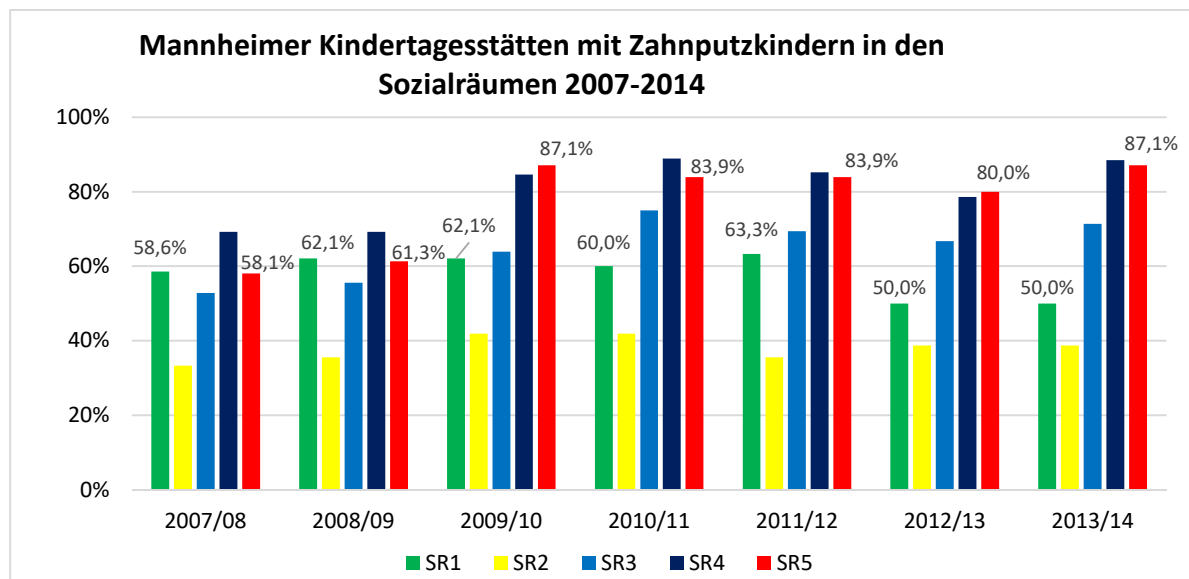


Abb.62: Mannheimer Kindertagesstätten mit Zahnputzkindern in den Sozialräumen 2007-2014

Im Vergleich der einzelnen Sozialräume hatten in den Schuljahren 2007/08 und 2008/09 annähernd gleiche Anteile der Kindertageseinrichtungen Zahnputz Kinder. In den Sozialräumen 4 (ca. 69%) und 5 (ca. 60%) gab es die meisten Kindertagesstätten, in welchen regelmäßige Zahnpflege unter Aufsicht der pädagogischen Fachkräfte durchgeführt wurde. Ab 2009/10 ist eine Zunahme der Einrichtungen mit Zahnputzkindern in den Sozialräumen 3, 4 und 5 erkennbar. In den Folgejahren treten einige Schwankungen bei den Anteilen der Kindertagesstätten mit Zahnputzkindern auf, die höchsten Anteile der Kindertagesstätten mit Zahnputzkindern sind aber weiterhin in den Sozialräumen 3-5 anzutreffen.

Spezielle Entwicklungen sind Sozialraum 1 und 2 zu beobachten. In Sozialraum 1 liegen die Anteile der Einrichtungen mit Zahnputzkindern bis zum Schuljahr 2011/12 zwischen 58,6% und 63,3%. In den Folgejahren ist ein Rückgang auf 50% zu verzeichnen. In Sozialraum 2 hatten im gesamten Beobachtungszeitraum nur zwischen 33,3% und 41,9% der Kindertagesstätten Zahnputz Kinder. In allen Sozialräumen mit Ausnahme von Sozialraum 1 liegen die Anteile der Einrichtungen mit Zahnputzkindern im Schuljahr 2013/14 über den Anteilen von 2007/08.

3.4.3 Handlungsempfehlungen

- Steigerung der Teilnahmequote an den zahnmedizinischen Untersuchungen im Setting durch gezielte Informationsmaßnahmen und Unterstützung durch Mitarbeiter/Innen der Einrichtungen. Angebot an Eltern/sorgeberechtigte Personen, dass sie bei der Untersuchung dabei sein und direkt mit dem Zahnarzt/der Zahnärztin sprechen können (s. VwV ESU u. Jugendzahnpflege 3.3.4).
- Einführung verpflichtender Untersuchungen beim Zahnarzt entsprechend den Früherkennungsuntersuchungen U1 – U9 für Kinder mit Dokumentation.

- Erhöhung des Anteils an Kindertageseinrichtungen mit Zahnputzkindern einschließlich der zahnärztlichen Gruppenprophylaxemaßnahmen als Bestandteil des Bildungsauftrags „Gesundheitskompetenz vermitteln“.
- Schulung und Unterstützung von Multiplikatoren in den Einrichtungen zur Erhöhung der täglichen Zahnputzquote in den Einrichtungen mit fluoridierter Zahncreme.
- Aufsuchende Beratung der Sorgeberechtigten von 0-3-jährigen Kindern zu Zahngesundheit und Ernährung durch Mitarbeiterinnen der RAGZ MA in Elkiz und Krippen.
- Aufklärung und Instruktion zur Verbreitung des Ansatzes „Lernen am Modell“: Vorbild Eltern beim Zähneputzen.

3.5 Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Vorschulalter (0-5 Jahre)

Infektionen sind die häufigsten Erkrankungen im Kindesalter, gerade die Jüngsten stellen eine vulnerable Gruppe dar. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren Infektionskrankheiten noch die häufigste Todesursache im Kindesalter. Im Jahr 2001 waren noch 4 bis 6% der Todesfälle 1- bis 5-jähriger Kinder auf Infektionskrankheiten zurückzuführen. Auch unter immer weiter verbesserten sozialen, hygienischen, präventiven und therapeutischen Bedingungen spielen diese aufgrund ihrer Häufigkeit und/oder Schwere der Erkrankung eine große Rolle für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Durch zunehmende Mobilität, Migration, und Gesundheitsproblemen in Folge sozialer Ungleichheit sowie die Zunahme von Resistenzen gewinnen Infektionskrankheiten wieder an Bedeutung. Erläuterungen zu den einzelnen Infektionskrankheiten befinden sich in Anhang xxx.

Die höchste altersspezifische Inzidenz der Magen-Darm-Infektionen wird allgemein bei Kindern unter 6 Jahren beobachtet. Durchfallerkrankungen sind insbesondere im Säuglings- und Kleinkindalter nicht als Bagatellinfektionen einzustufen, da Kinder dieser Altersgruppe häufiger als ältere Kinder oder Erwachsene wegen des Elektrolyt- und Flüssigkeitsverlustes ärztlicher Behandlung bedürfen. Die Übertragung erfolgt fäkal-oral, durch Schmierinfektion, über verseuchtes Wasser oder kontaminierte Lebensmittel. In Abb. 63 ist das Infektionsgeschehen in dieser Altersgruppe für den Stadtkreis Mannheim dargestellt.

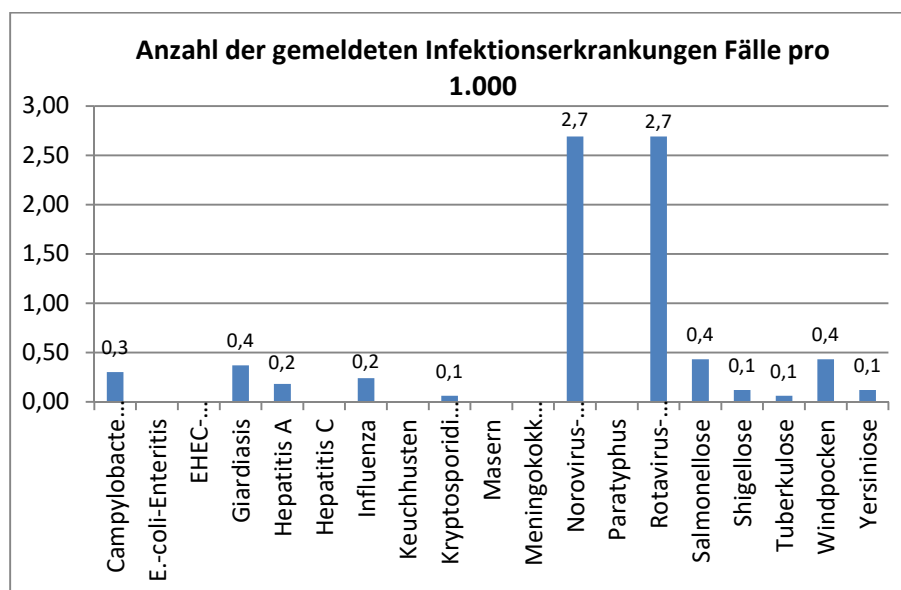


Abb. 63: Anzahl der gemeldeten Infektionserkrankungen Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 0-5 Jahre in Mannheim 2015

Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>

Dominierend sind die Infektionen mit Rotaviren und Noroviren. Fälle von Shigellose (0,12 pro 1.000) oder Kryptosporidiose (0,06 pro 1.000) sind selten, wurden aber nur aus dieser Altersgruppe gemeldet. Da nicht bei jeder Durchfallerkrankung eine mikrobiologische Untersuchung des Stuhls erfolgt und damit eine Meldung als "Enteritis infectiosa" unterbleibt, ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Laut RKI geben Fachleute das Verhältnis zwischen gemeldeten und nicht gemeldeten Erkrankungen mit mindestens 1:10 an.

Neben den Gastroenteritiden¹² sind vor allem Windpocken und Influenza häufigere Infektionserkrankungen des Kleinkindalters. Im Jahr 2015 wurde auch ein Fall von Tuberkulose gemeldet.

Rotavirus-Erkrankungen

Der häufigste Erreger von Durchfallerkrankungen in der Altersgruppe ist das Rotavirus. Die Rotavirusbedingte Enteritis kann klinisch nicht von anderen infektionsbedingten Gastroenteritiden unterschieden werden. Die Falldefinition des RKI für die Übermittlung umfasst daher neben dem klinischen Bild die epidemiologische Bestätigung oder einen Erregernachweis durch das Labor.

Die Erkrankung tritt saisonal gehäuft insbesondere zwischen Februar und April auf. Sie verläuft bei Säuglingen und Kleinkindern durchschnittlich schwerer als Durchfallerkrankungen durch andere Erreger. Die Inkubationszeit¹³ ist mit 1-3 Tagen sehr kurz. Nach der Todesursachenstatistik ereignet sich bei unter fünfjährigen Kindern höchstens ein Todesfall pro Jahr in Deutschland, bei dem Rotaviren ursächlich mit beteiligt sind (< 1: 3,5 Millionen). Aufgrund der vielen Virusstämme ist eine Erkrankung mehrmals möglich, eine durchgemachte Infektion hinterlässt nur eine Teilimmunität. Doch gegen eine Infektion mit Rotaviren ist seit 2006 eine Impfung möglich, seit 2013 wird diese Impfung durch die Ständige Impfkommission (STIKO) empfohlen. Die Impfserie erfolgt bei Säuglingen ab der 12. Lebenswoche. Derzeit wird davon ausgegangen, dass nach einer Grundimmunisierung ein Schutz gegen Infektionen mit dem Rotavirus für eine Dauer von 2–3 Saisons besteht.

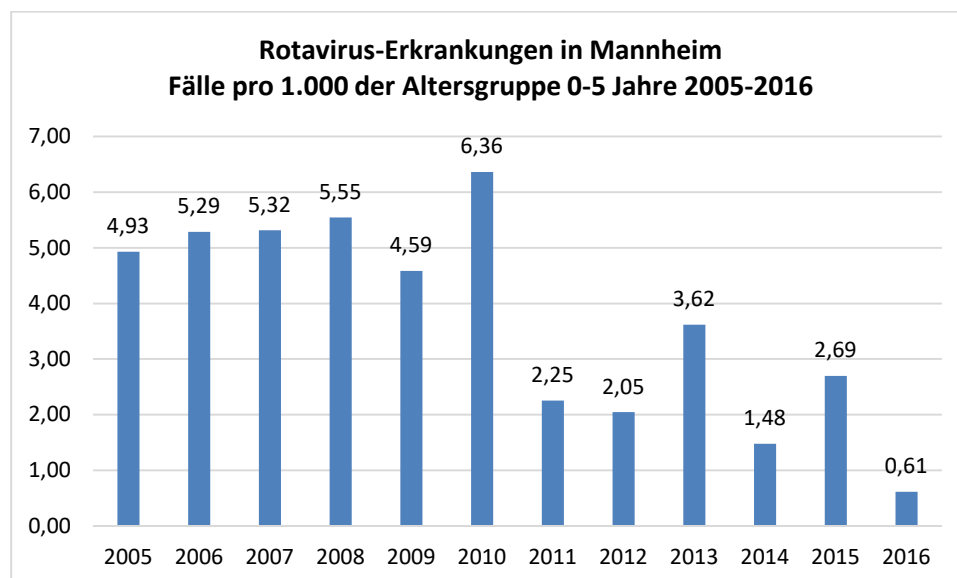


Abb. 64: Rotavirus-Erkrankungen in Mannheim Fälle pro 1000 der Altersgruppe 0-5 Jahre 2005-2016
Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>

¹² Unter Enteritis versteht man eine Entzündung des Darms, im engeren Sinne des Dünndarms. Ist der Magen mitbeteiligt, spricht man von einer Gastroenteritis (FLEXIKON .DOCHECK.COM).

¹³ Die Inkubationszeit ist der Zeitraum zwischen dem Eindringen eines Krankheitserregers in den Körper und dem Auftreten der ersten Symptome, d.h. dem Ausbruch der Krankheit.

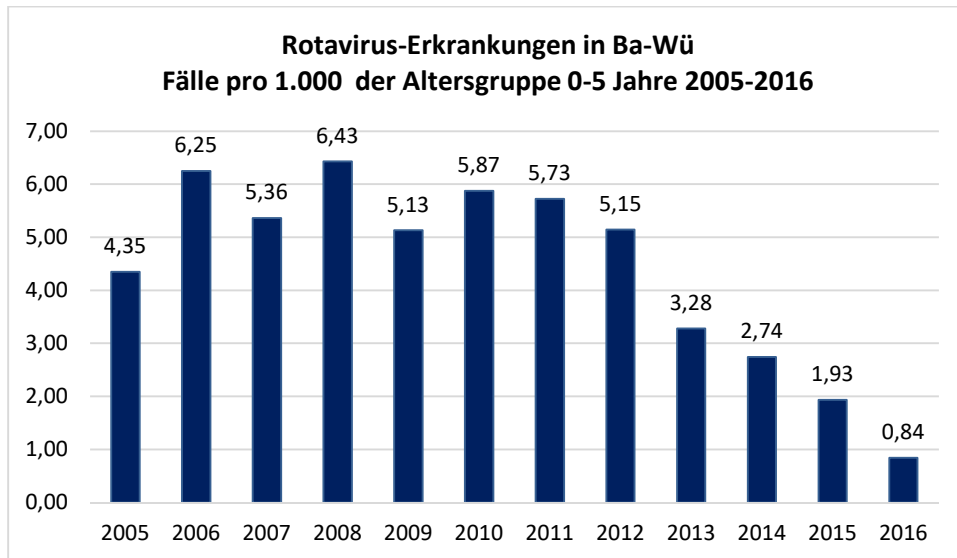


Abb. 65: Rotavirus-Erkrankungen in Ba-Wü Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 0-5 Jahre 2005-2016

Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>

Die Inzidenz in Mannheim bei den unter 6-Jährigen lag in den meisten Jahren des Beobachtungszeitraums unter dem Landesdurchschnitt von Baden-Württemberg. Seit 2011 ist insgesamt eine deutliche Abnahme der Infektionen erkennbar, sowohl in Mannheim, als auch landesweit. In Mannheim ist jedoch sowohl im Jahr 2013 als auch 2015 jeweils ein Anstieg der Meldungen zu verzeichnen. Neben der Impfbereitschaft könnte eine Erklärung in dem abnehmenden Impfschutz nach der Grundimmunisierung liegen. Im Vergleich zeigen Gastroenteritiden durch andere Erreger (bspw. verursacht durch Noroviren, Campylobacter) eine steigende Tendenz.

Entwicklung des Infektionsgeschehens durch Rotaviren in den Sozialräumen

Mit der vergleichsweise hohen Inzidenz¹⁴ der Rotaviren ist die Möglichkeit gegeben, die sozialregionale Verteilung der Meldungen über das Stadtgebiet in den Sozialräumen 1 bis 5 zu untersuchen. Die Datenbasis besteht aus allen gemeldeten Fällen im Gesundheitsamt Mannheim (mit und ohne Referenzdefinition) für die Jahre 2010 bis 2015; die Meldezahlen weichen damit regelmäßig von den Zahlen des RKI ab.

¹⁴ Unter Inzidenz versteht man die Anzahl neu aufgetretener Krankheitsfälle innerhalb einer definierten Population in einem oder bezogen auf einen bestimmten Zeitraum.

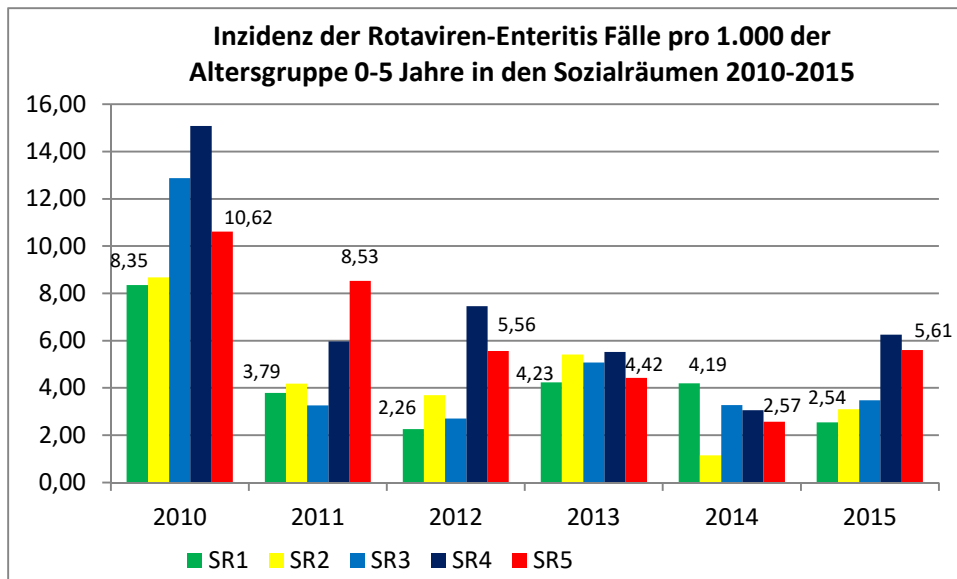


Abb. 66: Inzidenz der Rotaviren-Enteritis Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 0-5 Jahre in den Sozialräumen 2010-2015
 Quellen: Fachbereich Gesundheit, Statistikstelle Mannheim

Der Rückgang gemeldeter Rotaviren-Erkrankungen durch die Verfügbarkeit des Impfstoffes lässt sich gemäß der Daten auch in den einzelnen Sozialräumen über die Zeit beobachten. Bis 2012 lag die Infektionsrate für die Sozialräume 4 und 5 über der Rate in den übrigen Sozialräumen. Im Jahr 2015, zwei Jahre nach der allgemeinen Impfempfehlung, treten wieder Unterschiede in den Sozialräumen auf: die Inzidenz in Sozialraum 4 und 5 zeigt eine steigende Tendenz. Auch Gebiete mit Aufnahmeeinrichtungen für Flüchtlinge nehmen Einfluss auf die Zahlen, im Mittel machen Infektionen bei geflüchteten Personen 20% der Meldungen aus.

Ob diese unterschiedliche Entwicklung über die folgenden Jahre bestätigt wird, bleibt abzuwarten. Die Differenzen in der sozialregionalen Verteilung deuten auf nicht ausreichende Durchimpfungsraten hin. Ob Wellen in der Zahl der Erkrankungen durch mangelnde Auffrischung mit verursacht sind, wäre ebenso aufzuklären.

Norovirus-Erkrankungen

Von meldepflichtigen Norovirus-Erkrankungen gehen nur akute Fälle mit Labornachweis in die Landes- und Bundesstatistik ein.

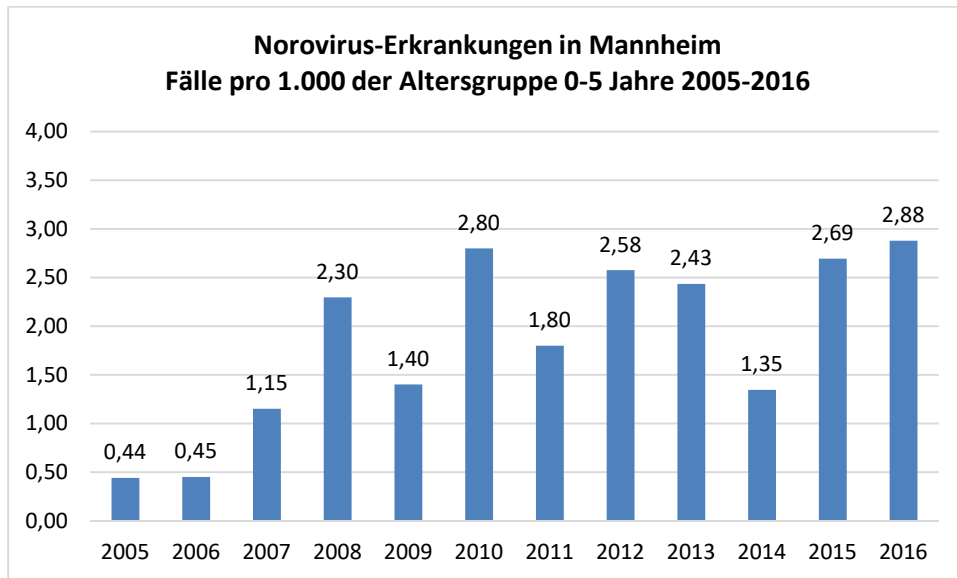


Abb. 67.: Norovirus-Erkrankungen Mannheim Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 0-5 Jahre 2005-2016
Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>

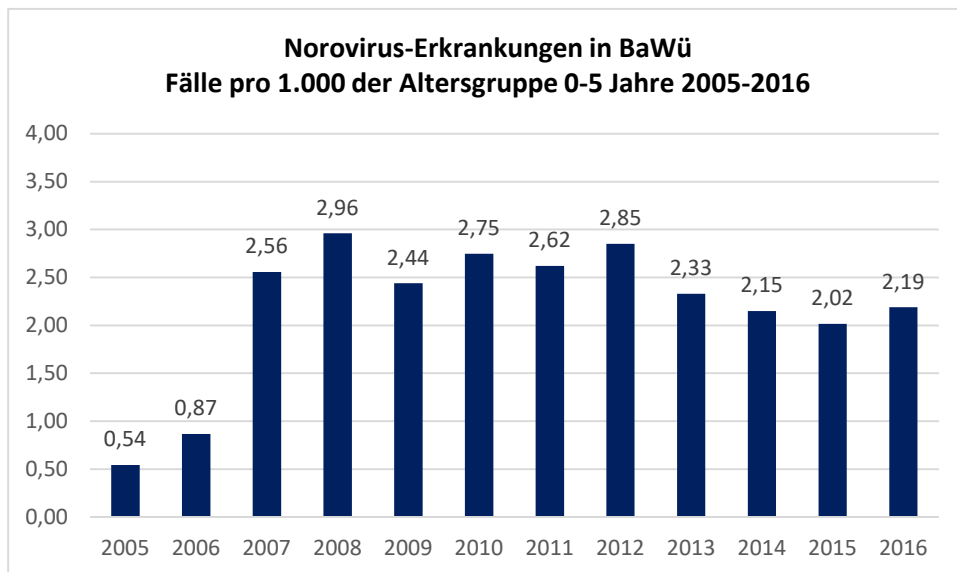


Abb. 68.: Norovirus-Erkrankungen in BaWü Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 0-5 Jahre 2005-2016
Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>

Die Abnahme der Infektionen mit dem Norovirus auf Landesebene stellt zunächst keine Abnahme der Krankheitslast dar, sondern ist auf diese Änderung der Meldemodalitäten ab Oktober 2010 zurückzuführen. Für Mannheim ist über die Jahre jedoch immer wieder eine Zunahme der Meldungen festzustellen. Für die letzten beiden Jahre bedeutet das eine Verdoppelung der Fälle pro 1.000 der Altersgruppe bei unter 6-Jährigen gegenüber der Saison 2014.

Salmonellen-Erkrankungen

Die lebensmittelbedingte bakterielle Infektion zeigt die höchste Inzidenz für Kinder im Altersbereich 0-5 Jahre.

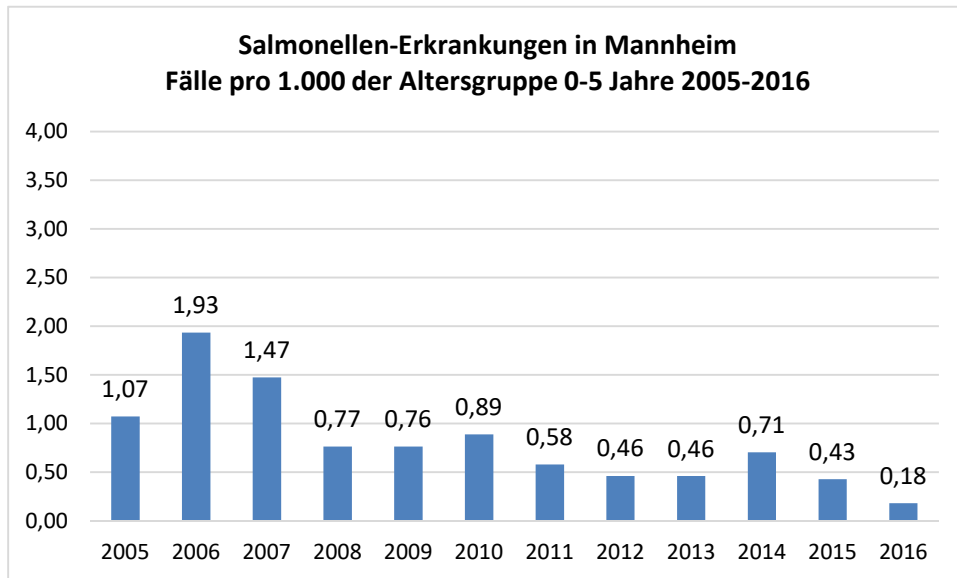


Abb. 69: Salmonellen-Erkrankungen Mannheim Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 0-5 Jahre 2005-2016
Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>

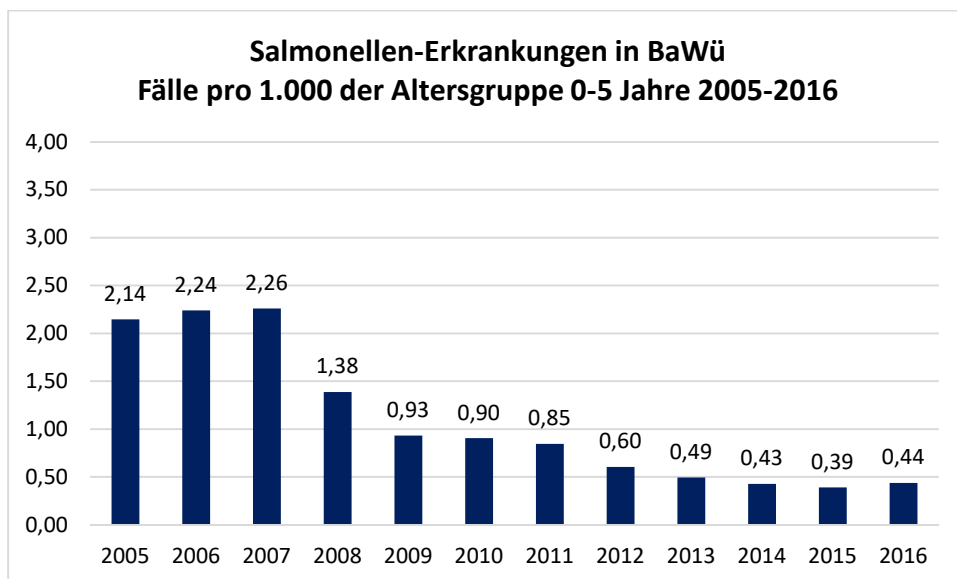


Abb. 70: Salmonellen-Erkrankungen in BaWü Fälle pro 1.000 Altersgruppe 0-5 Jahre
Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>

Salmonellenerkrankungen sind über die Jahre in Mannheim wie in Baden-Württemberg weiter rückläufig. Möglicherweise zeichnen sich hier Effekte des 2008 gestarteten EU-Salmonellose-Bekämpfungsprogramms ab.

Handlungsempfehlungen

Die Krankheitslast im Kleinkindalter zu senken, bedeutet v.a. Gastroenteritiden einzudämmen:

- Über Grundimmunisierung und insbesondere Auffrischung einer Impfung (Rotaviren) zu informieren insbesondere in sozial belasteten Gebieten.
- Impfeempfehlungen konsequent umzusetzen.
- Aufklärung über die Risiken importierter Infektionserkrankungen für Kleinkinder.
- Prävention und Hygienemaßnahmen im Familienhaushalt und in Einrichtungen unterstützen.

4. Ausgewählte Aspekte der gesundheitlichen Lage von Kindern im Grundschulalter (6-10 Jahre)

4.1 Zahngesundheit bei Kindern in Grundschulen

4.1.1 Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Gebissstatus

In Mannheim gibt es 36 Grundschulen, die wie folgt auf die Sozialräume verteilt sind:

Verteilung der Mannheimer Grundschulen auf die Sozialräume					
Gesamtstadt	SR1	SR2	SR3	SR4	SR5
36 Grundschulen	4	10	8	7	7

Tab. 8: Verteilung der Mannheimer Grundschulen auf die Sozialräume

Die Untersuchungen zur Jugendzahnpflege (öffentliche Zahngesundheitsfürsorge) werden in den Schulen Mannheims von Zahnärztinnen des Öffentlichen Gesundheitsdiensts im Namen der RAGZ MA durchgeführt. Gemäß § 91 Schulgesetz Baden-Württemberg ist die Teilnahme an diesen Untersuchungen für alle Kinder verpflichtend. Die Eltern bzw. Sorgeberechtigten werden vorab nur über die anstehende Untersuchung informiert. Es gibt kein vergleichbares Gesetz für Kindertagesstätten.

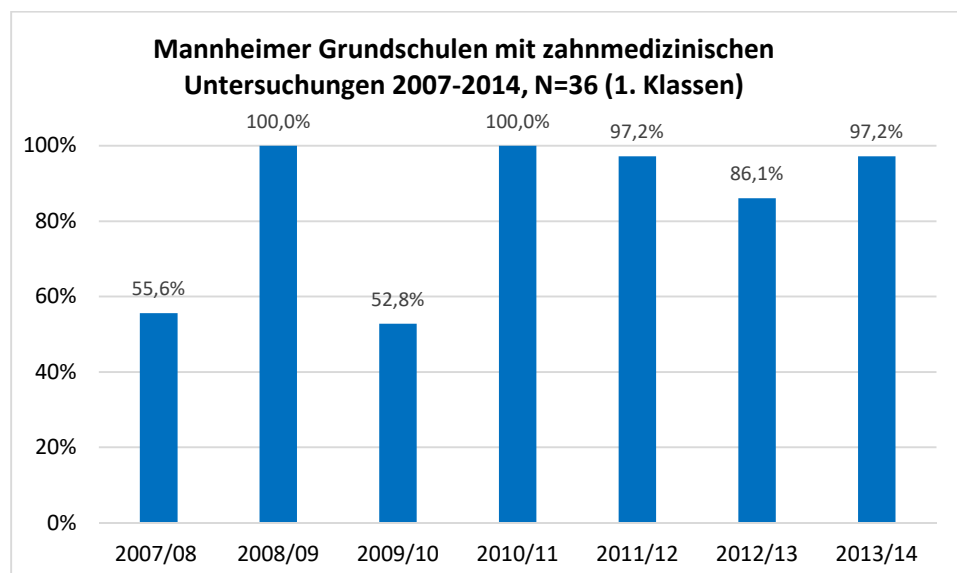


Abb. 71: Mannheimer Grundschulen mit zahnmedizinischen Untersuchungen 2007-2014 (1. Klassen)

Der Anteil der Mannheimer Grundschulen mit zahnmedizinischen Untersuchungen der Kinder in den ersten Klassen ist insbesondere in den ersten drei Jahren des Beobachtungszeitraums durch Schwan-

kungen geprägt. Ab dem Schuljahr 2010/11 pendelt sich der Anteil der Grundschulen mit zahnmedizinischen Untersuchungen in den ersten Klassen zwischen 86 und 100% ein. Diese Schwankungen sind für die ersten drei Berichtsjahre z.T. auf die Verfügbarkeit personeller Ressourcen bzw. krankheitsbedingte Ausfälle der Untersucher/Innen zurückzuführen. Ab dem Schuljahr 2010/11 greift die Umsetzung der landesweiten Neukonzeption der Jugendzahnpflege bei der RAGZ Mannheim. Als vorrangige Dienstaufgabe ist seitdem die Untersuchung aller Erstklässler/Innen durch den ÖGD vorgegeben. Dadurch haben sich die erreichten Schulen auf dem hohen Niveau eingependelt. In Tabelle xxx ist die Anzahl der untersuchten Erstklässler/Innen in den Sozialräumen dargestellt.

Anzahl der untersuchten Kinder in Mannheimer Grundschulen in den Sozialräumen 2007-2014 (1. Klassen)						
	Gesamtstadt	SR1	SR2	SR3	SR4	SR5
2007/08	1718	51	98	682	480	407
2008/09	2488	382	700	549	391	466
2009/10	1331	0	254	306	402	369
2010/11	2408	392	630	505	417	464
2011/12	2342	374	566	458	418	526
2012/13	2085	325	358	492	425	485
2013/14	2371	371	615	455	423	507

Tab. 9: Anzahl der untersuchten Kinder in Mannheimer Grundschulen in den Sozialräumen 2007-2014 (1. Klassen)

Die Anzahl der zahnmedizinisch untersuchten Erstklässler/Innen in der Gesamtstadt und auch in den Sozialräumen unterliegt Schwankungen. Im Schuljahr 2009/10 wurden in der Gesamtstadt 1.331 Erstklässler untersucht, 2008/09 waren es 2.488 Kinder.

Die durchgängig geringe Zahl der untersuchten Kinder in Sozialraum 1 liegt zum einen darin begründet, dass nur 4 Grundschulen in diesem Sozialraum angesiedelt sind, ein weiterer Grund besteht darin, dass in Jahren der Personalknappheit die zahnmedizinischen Untersuchungen schwerpunktmäßig in Schulen der Sozialräume mit ausgeprägten sozialen Problemlagen durchgeführt werden. Dieser Erklärungsansatz kommt auch für die Zahl der untersuchten Erstklässler/Innen in Sozialraum 2 zum Tragen. In Sozialraum 2 sind die meisten Grundschulen angesiedelt, es wurden aber aus den genannten Gründen nicht in jedem Jahr des Beobachtungszeitraums die höchste Anzahl an Erstklässlern/Innen in Sozialraum 2 zahnmedizinisch untersucht.

Die Zahl der Untersuchten Kinder ist von mehreren Faktoren abhängig. Die Anzahl der Grundschulen, in welchen die zahnmedizinischen Untersuchungen durchgeführt werden, spielt selbstverständlich in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle. In den Jahren 2008/09 und 2010/11 wurden in allen Grundschulen (100%) zahnmedizinische Untersuchungen durchgeführt. In diesen Jahren ist auch entsprechend die Anzahl untersuchten Kinder am höchsten. Die Anzahl der untersuchten Schulen ist teilweise bedingt durch die personellen Ressourcen im Bereich der Untersucher/Innen. Krankheitsbedingte Ausfälle, personelle Umstrukturierungen etc. zeigen starke Auswirkungen auf die Ergebnisse. Vor Einführung der Neukonzeption der Jugendzahnpflege in Baden-Württemberg wurden im Stadtkreis Mannheim jeweils alle Jahrgänge einer Schule untersucht. Seither konzentrieren sich die Untersuchungen flächendeckend auf das erste Schuljahr. Ein weiterer ausschlaggebender Faktor in diesem

Zusammenhang ist die Anwesenheit der Kinder in den Schulen am Untersuchungstag. Krankheitsbedingt kommt es saisonal immer wieder zu größeren Ausfällen.

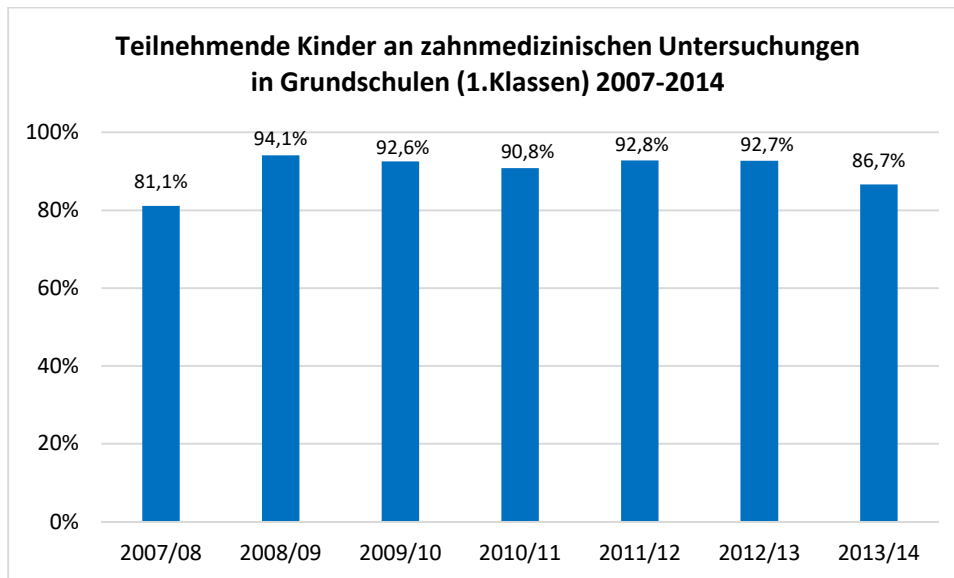


Abb. 72: Teilnehmende Kinder an zahnärztlichen Untersuchungen in Grundschulen (1. Klassen) 2007-2014

Im Beobachtungszeitraum von 2007-2014 nahmen durchgängig über 80% der Erstklässler/Innen an den zahnärztlichen Untersuchungen teil. Zwischen 2008 und 2013 waren es über 90% der Schüler/Innen aus den ersten Klassen.

Die folgenden Auswertungen im Zeitvergleich wurden für Grundschulen vorgenommen, bei welchen in allen Untersuchungsjahren (2007/08 bis 2013/14) die zahnärztlichen Untersuchungen durchgeführt wurden. Hierbei handelt es sich überwiegend um Schulen aus den Sozialräumen 3-5, da in Jahren mit knappen personellen Ressourcen schwerpunktmäßig die Schulen in den Sozialräumen mit sozialstrukturellen Auffälligkeiten (SR 3-5) von den Zahnärztinnen des ÖGD besucht wurden. Es handelt sich um insgesamt 14 Schulen aus den Sozialräumen 3-5.

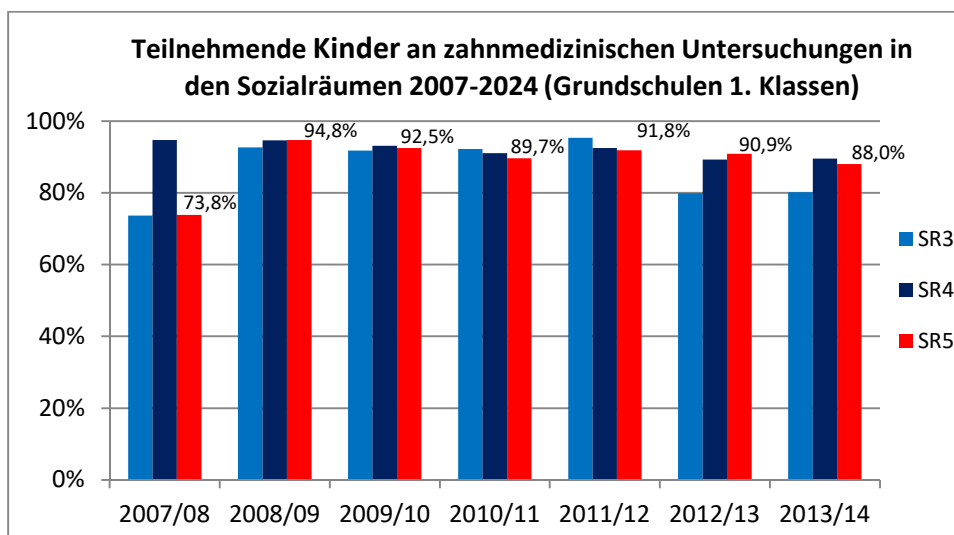


Abb. 73: Teilnehmende Kinder an zahnärztlichen Untersuchungen in den Sozialräumen (Grundschulen 1. Klassen) Unterschiede zwischen SR signifikant 2007/08, 2012/13, 2013/14, nicht signifikant 2008/09-2011/12

Die Teilnahmequote an den zahnärztlichen Untersuchungen liegt im Beobachtungszeitraum 2007-2014 in den Sozialräumen 3-5 zwischen 73,8 und 94,8%. Trotz der verpflichtenden Teilnahme an den

Untersuchungen konnten nicht alle Schüler/Innen erreicht werden. Abgesehen von Fehlzeiten wegen Krankheit könnten auch hier verschiedene Eltern - aus Angst vor negativen Ergebnissen- ihre Kinder an den Untersuchungstagen nicht in die Schule schicken.

Die Teilnahmequote der Grundschüler/Innen aus den ersten Klassen an den Zahnuntersuchungen weist keine durchgängigen sozialraumbezogenen Auffälligkeiten auf. Im ersten Beobachtungsjahr (2007/08) fallen geringe Teilnahmequoten in den Grundschulen der Sozialräume 3 und 5 auf. In den beiden letzten Jahren des Beobachtungszeitraums zeigt sich eine vergleichsweise geringere Teilnahmequote in den Schulen aus Sozialraum 3. Abgesehen von diesen Auffälligkeiten können die Teilnahmequoten als relativ konstant bezeichnet werden. Die Unterschiede zwischen den Sozialräumen sind in den Untersuchungszeiträumen 2007/08, 2012/13, 2013/14 statistisch signifikant. Aufgrund des verpflichtenden Charakters der zahnmedizinischen Untersuchungen dürften eigentlich keine Unterschiede zwischen den Teilnahmequoten in den Sozialräumen bestehen. Hierbei spielen möglicherweise die bereits erwähnten saisonalen krankheitsbedingten Abwesenheiten eine Rolle oder Eltern, die ihre Kinder am Tag der Untersuchung aus Angst vor Negativergebnissen bewusst nicht in die Schule schicken. In der folgenden Abbildung sind die Anteile der Kinder mit behandlungsbedürftigem Gebiss in den Sozialräumen 3-5 insgesamt dargestellt.

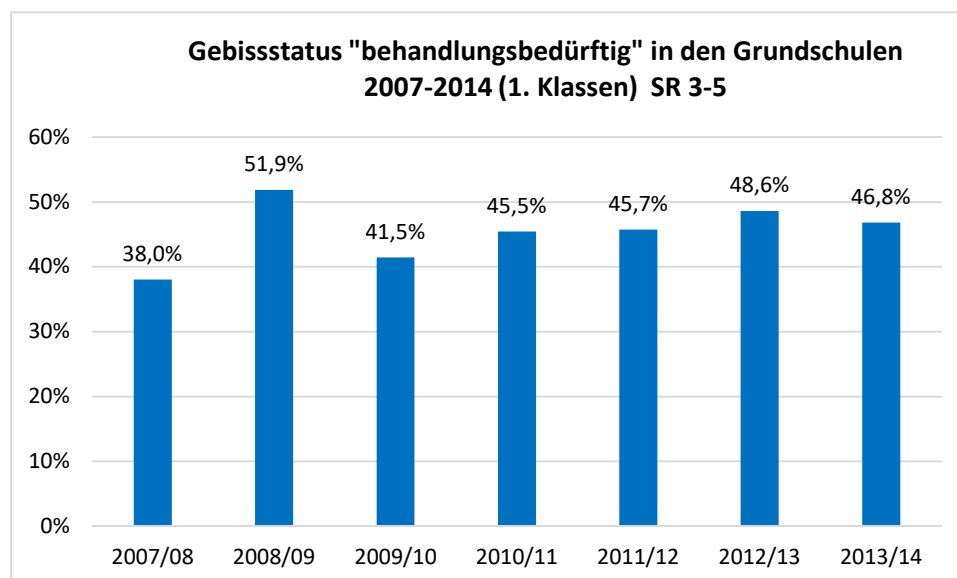


Abb. 74: Gebissstatus „behandlungsbedürftig“ in den Grundschulen (1. Klassen), SR 3-5 (Achse endet bei 60%)

Der Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigem Gebiss in den Sozialräumen 3-5 unterliegt in den ersten drei Jahren des Beobachtungszeitraums größeren Schwankungen.

Der höchste Anteil der Kinder aus den einbezogenen Schulen weist im Schuljahr 2008/09 ein behandlungsbedürftiges Gebiss auf (51,9%). Der geringste Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Gebissen war mit 38% im Schuljahr 2007/08 zu beobachten. Ab Schuljahr 2010/11 pendelte sich der Prozentsatz zwischen 45,5% und 48,6% ein. Aufgrund von Unterschieden in der Dokumentation können keine Vergleiche zwischen den Mannheimer Ergebnissen und den Ergebnissen anderer Studien durchgeführt werden.¹⁵ Die folgende Abbildung illustriert die Anteile der Kinder mit behandlungsbedürftigem Gebiss in den einzelnen Sozialräumen (SR 3-5).

¹⁵ Im Jahr 2009 wurde von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) eine bundesweite epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe durchgeführt. Das Land Baden-Württemberg beteiligte sich nicht daran. Aus dieser Studie liegen folglich keine Vergleichsdaten vor.

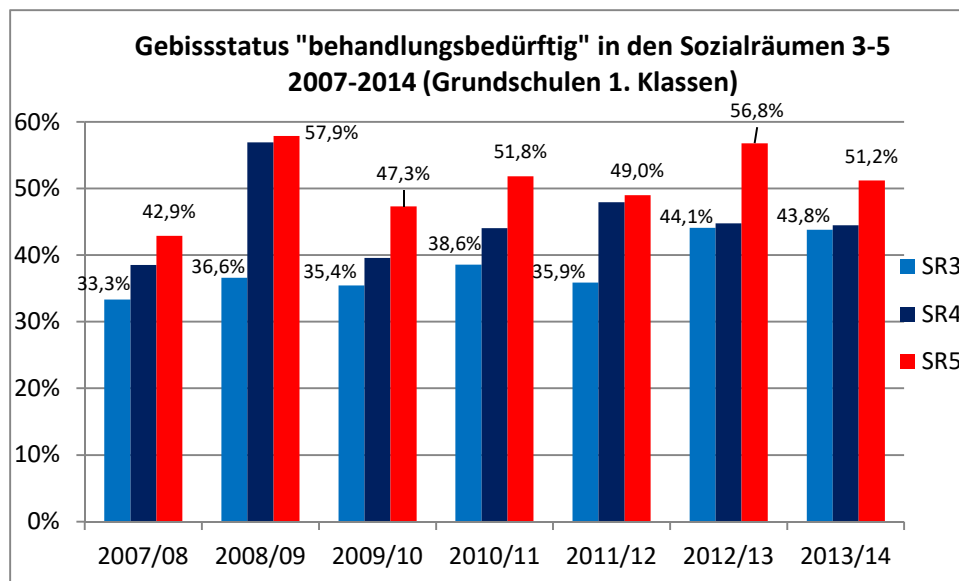


Abb. 75: Gebissstatus „behandlungsbedürftig in den Sozialräumen 3-5 2007-2014 (Grundschulen erste Klassen) (Achse endet bei 60%), Unterschiede zwischen Sozialräumen alle signifikant außer 2013/2014

In Abb. 75 ist ein klarer sozialer Gradient erkennbar: Sozialraum 3 weist durchgängig die niedrigsten Anteile an Kindern mit behandlungsbedürftigem Gebiss, Sozialraum 5 durchgängig die höchsten Anteile auf. In den letzten beiden Jahren des Beobachtungszeitraums ist eine Angleichung der Sozialräume 3 und 4 erkennbar. Die Unterschiede zwischen den Sozialräumen sind mit Ausnahme des Untersuchungsjahres 2013/2014 alle statistisch signifikant.

Zusammenführung der Ergebnisse aus Kindertageseinrichtungen und Grundschulen

Zwischen dem Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Gebissen in den Kindertagesstätten und in den Grundschulen treten großen Differenzen auf. Es wurde durchgängig bei ca. 20-30% mehr Kindern in den Grundschulen ein behandlungsbedürftiges Gebiss festgestellt als bei Kindern in Kindertageseinrichtungen. Dabei ist zu beachten: die Ergebnisse der Kindertageseinrichtungen beziehen Kinder verschiedener Jahrgänge ein. Für eine vergleichbare Aussage müsste nach Alter differenziert betrachtet werden, wie viele Kinder ein behandlungsbedürftiges Gebiss haben. Es ist davon auszugehen, dass die Gebisse der jüngeren Kinder seltener behandlungsbedürftig sind als die der älteren. Dieser Aspekt geht in einer Gesamtbetrachtung unter. In den ersten Klassen werden i.d.R. nur zwei Jahrgänge (Sechs- und Siebenjährige) untersucht. Auch darf ein Untersucherbias nicht unterschätzt werden, da in den Kindertageseinrichtungen über 60 verschiedene Zahnärzte/Innen tätig sind. In den Schulen dagegen nur zwei Untersucherinnen.

4.1.2 Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe und Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit

Die regionale Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit Mannheim (RAGZ Ma) führt in den Grundschulen unterschiedliche Maßnahmen zur Prävention von Zahnerkrankungen und zur Förderung der Mundgesundheit durch. Als Basisprogramm wird pro Klasse einmal je Schuljahr die altersgemäße Zahnpflichtechnik eingeübt. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Förderung der eigenen Gesundheitskompetenz durch Ernährungslenkung, Wissensvermittlung zur Vermeidung von Zahn- und Munderkrankungen etc. Beim Prophylaxeimpuls „Gesundes Frühstück“ in den dritten Klassen bereiten die Kinder z.B. gemeinsam ein (zahn-)gesundes Frühstück zu mit anschließendem Verzehr. Die Prophylaxe-Einheiten dauern jeweils eine Schulstunde.

In ausgewählten Schulen mit einer hohen Rate von Kariesrisiko-Kindern wird eine Intensivprophylaxe zur Kariesprävention mit Fluoridierung der Zähne angeboten.

Dabei kommen zwei Programme zum Einsatz: zum einen wird im Rahmen der Fluoridierung durch die Zahnärztinnen des ÖGD zweimal jährlich - nach vorheriger Einverständniserklärung der Eltern - ein Fluoridlack auf die Zähne der teilnehmenden Kinder aufgetragen. Begleitend dazu finden Übungen zum Zähneputzen sowie eine Erläuterung zur zahngesunden Ernährung statt. Zum anderen wird ein kontrolliertes, wöchentliches Zähneputzen im Klassenverband unter Aufsicht des Lehrpersonals mit einem höher dosiertem Fluorid-Gel angeboten. Auch hier sind die vorherige Information und Einverständniserklärung der Eltern gegeben. Bei dieser Variante fungiert das Lehrpersonal als Multiplikator und wird von den Mitarbeiterinnen der RAGZ Mannheim unterstützt.

Die Angebote zur Fluoridierung sind freiwillig, daher nehmen nicht alle Schüler/Innen der ersten Klassen daran teil. Zur Fluoridierung muss eine Einverständniserklärung der Eltern vorliegen. In den folgenden Tabellen sind die Prophylaxemaßnahmen und jeweils die Anzahl der Teilnehmer/Innen aufgeführt.

Prophylaxemaßnahmen in den Mannheimer Grundschulen 2007-2014 (1. Klassen)							
	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2013/13	2013/14
1. Fluoridierung	7 Schulen	6 Schulen	6 Schulen	6 Schulen	6 Schulen	6 Schulen	6 Schulen
TN	573	245	385	326	313	366	368
behandelt	482	Keine Daten	329	259	253	320	Keine Daten
Prophylaxe	33 Schulen	28 Schulen	30 Schulen	33 Schulen	31 Schulen	34 Schulen	30 Schulen
TN	2765	1929	2000	2259	2142	2348	2079
Gesundes Frühstück	3 Schulen	0	6 Schulen	4 Schulen	4 Schulen	5 Schulen	1 Schule
TN	242	0	90	67	53	92	20

Tab. 10: Prophylaxemaßnahmen in den Mannheimer Grundschulen 2007-2014 (1. Klassen)

Die Maßnahmen zur Fluoridierung finden mit Ausnahme der Jahre 2007/08 und 2008/09 immer in denselben Schulen statt. Hier besteht lt. den Erhebungen der RAGZ Mannheim ein besonders hohes Kariesrisiko der Schüler/Innen. Es handelt sich im Jahr 2007/08 um zwei Schulen aus Sozialraum 3, drei Schulen aus Sozialraum 4 und zwei Schulen aus Sozialraum 5. In den folgenden Jahren wurden die Fluoridierungsmaßnahmen in einer Schule aus Sozialraum 3 eingestellt, da sich die Untersuchungsergebnisse deutlich verbessert hatten. Die Auswertungsergebnisse zeigen, dass Fluoridierungsmaßnahmen in weiteren Schulen, insbesondere in Sozialraum 5, dringend erforderlich wären. Dies ist derzeit aufgrund der personell beschränkten Ressourcen und teilweise fehlender baulicher Möglichkeiten in den Schulen nicht möglich. Vor allem in Ganztageschulen könnte bei Neu- oder Umbauten die Anzahl von Waschbecken bzw. besser Waschrinnen mit Waschplätzen in unterschiedlicher Höhe auf die Anzahl der Kinder je Klasse abgestimmt werden. Hier könnte aufgrund einer Selbstverpflichtung der Stadt Mannheim ggfs. die gesetzlich geforderte Mindestanzahl von Waschtischanlagen erhöht werden, um den Bildungsplan bzgl. der Kompetenzthemen „Körper und Gesundheit“ sachgerecht umsetzen zu können. Durch die Ritualisierung der regelmäßigen Zahn- und Mundhygiene werden die Kinder und Jugendlichen in einem gesunden Aufwachsen gestärkt bzw. befähigt.

Prophylaxemaßnahmen in den Sozialräumen 2007-2014 (Grundschulen 1. Klassen)						
	SR1/4S	SR2/10S	SR3/8S	SR4/7S	SR5/7S	<- S=Schulen gesamt
2007/08	4 Schulen 366 TN	8 Schulen 632 TN	8 Schulen 835 TN	6 Schulen 456 TN	7 Schulen 476 TN	33 Schulen 2765 TN
2008/09	2 Schulen 206 TN	6 Schulen 387 TN	8 Schulen 541 TN	6 Schulen 361 TN	6 Schulen 434 TN	28 Schulen 1929 TN
2009/10	3 Schulen 260 TN	8 Schulen 535 TN	8 Schulen 433 TN	5 Schulen 332 TN	6 Schulen 440 TN	30 Schulen 2000 TN
2010/11	4 Schulen 416 TN	9 Schulen 514 TN	7 Schulen 449 TN	6 Schulen 395 TN	7 Schulen 485 TN	33 Schulen 2259 TN
2011/12	3 Schulen 259 TN	9 Schulen 569 TN	6 Schulen 452 TN	5 Schulen 332 TN	7 Schulen 530 TN	31 Schulen 2142 TN
2012/13	4 Schulen 364 TN	9 Schulen 551 TN	8 Schulen 523 TN	6 Schulen 434 TN	7 Schulen 476 TN	34 Schulen 2348 TN
2013/14	3 Schulen 257 TN	6 Schulen 438 TN	7 Schulen 469 TN	6 Schulen 410 TN	7 Schulen 505 TN	30 Schulen 2079 TN

Tab. 11: Prophylaxemaßnahmen in den Sozialräumen/Mannheim gesamt 2007-2014 (Grundschulen 1. Klassen)

Die Prophylaxemaßnahmen wurden mit Ausnahme des Schuljahres 2008/09 in jeweils mindestens 30 (83,3%-94,4%) Mannheimer Grundschulen durchgeführt. In diesen Jahren konnten jährlich zwischen 2000 und 2765 Schüler/innen der ersten Klassen erreicht werden.

Gesundes Frühstück in den Sozialräumen 2007-2014 (Grundschulen 1. Klassen)						
	SR1	SR2	SR3	SR4	SR5	gesamt
2007/08	1 Schule 82 TN	1 Schule 91 TN	0	0	1 Schule 69 TN	3 Schulen 242 TN
2008/09	0	0	0	0	0	0
2009/10	1 Schule 13 TN	1 Schule 15 TN	3 Schulen 52 TN	0	1 Schule 10 TN	6 Schulen 90 TN
2010/11	0	1 Schule 12 TN	1 Schule 12 TN	0	2 Schulen 43 TN	4 Schulen 67 TN
2011/12	0	1 Schule 9 TN	1 Schule 26 TN	0	2 Schulen 18 TN	4 Schulen 53 TN
2012/13	0	1 Schule 12 TN	1 Schule 25 TN	0	3 Schulen 55 TN	4 Schulen 92 TN
2013/14	0	0	1 Schule 22 TN	0	0	1 Schule 22 TN

Tab.12: Gesundes Frühstück in den Sozialräumen/Mannheim gesamt 2007-2014 (Grundschulen 1. Klassen)

Hinsichtlich des Angebots „Gesundes Frühstück“ in den ersten Klassen der Mannheimer Grundschulen ist mit leichten Schwankungen insgesamt stark rückläufige Tendenz der Schüler-/Innenzahlen zu erkennen. Die Anzahl der Schulen, in welchen das „Gesunde Frühstück“ angeboten wird variiert zwischen 0 und 6 Schulen. In Schulen des Sozialraums 4 wurde dieses Angebot nie durchgeführt, in den anderen Sozialräumen unregelmäßig. Personelle Ressourcen unter den Mitarbeiterinnen der RAGZ sind unter anderem dafür ausschlaggebend.

4.1.3 Handlungsempfehlungen

- Erhöhung des Anteils an Schulen mit Zahnputzkindern und Prophylaxemaßnahmen (für den Ausbau der Prophylaxemaßnahmen ist eine Aufstockung personeller Ressourcen der RAGZ erforderlich).
- Namentliche Erfassung der Untersuchungsergebnisse je Kind und kontrolliertes Nachverfolgen auch i.S. der Kindeswohlgefährdung.
- Netzworkebildung und enge Zusammenarbeit mit Schulsozialarbeitern soweit vorhanden, Pädagogen (cave Datenschutz!), Gesundheitspädagog/Innen des Programms Klasse 2000 und Fachfrauen für Ernährung des Ministeriums des ländl. Raumes (BEKI).

4.2 Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Grundschulalter (6-10 Jahre)

Auf das Grundschulalter entfällt die geringste Zahl gemeldeter Infektionserkrankungen. Es treten im Vergleich zu den anderen in diesem Bericht betrachteten Altersgruppen Unterschiede im Infektionsgeschehen auf. Abb. 76 ist das Infektionsgeschehen aus dem Jahr 2015 in dieser Altersgruppe für den SK Mannheim zu entnehmen.

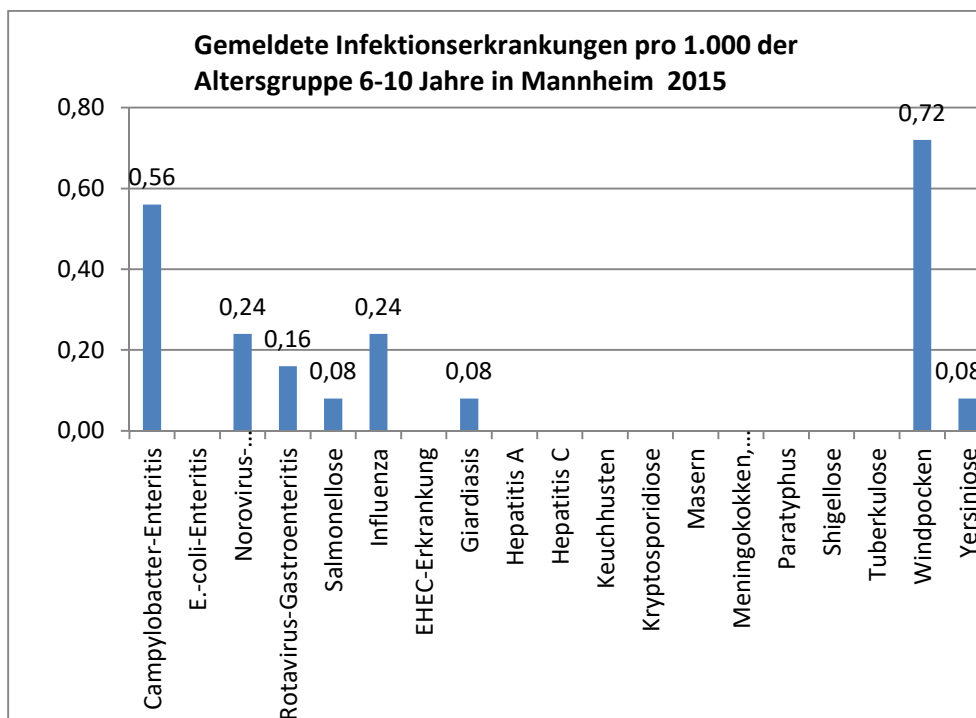


Abb. 76: Gemeldete Infektionserkrankungen Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 6-10 Jahre in Mannheim 2015

Quelle: RKI 2.0, Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>

Kinder im Grundschulalter sind am häufigsten betroffen von Windpocken und einer Darm-Infektion durch *Campylobacter*, mit Abstand gefolgt von Novovirus Infektionen und Influenza.

Windpocken

Windpocken zählen zu den impfpräventablen Erkrankungen. Seit 2004 wird die Impfung durch die Ständige Impfkommission (STIKO) empfohlen und kann im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen (Us) für Kinder durchgeführt werden. Meldepflichtig ist die Erkrankung allerdings erst seit 2013, die Referenzdefinition umfasst das klinische Bild mit oder ohne Erreger-Nachweis.

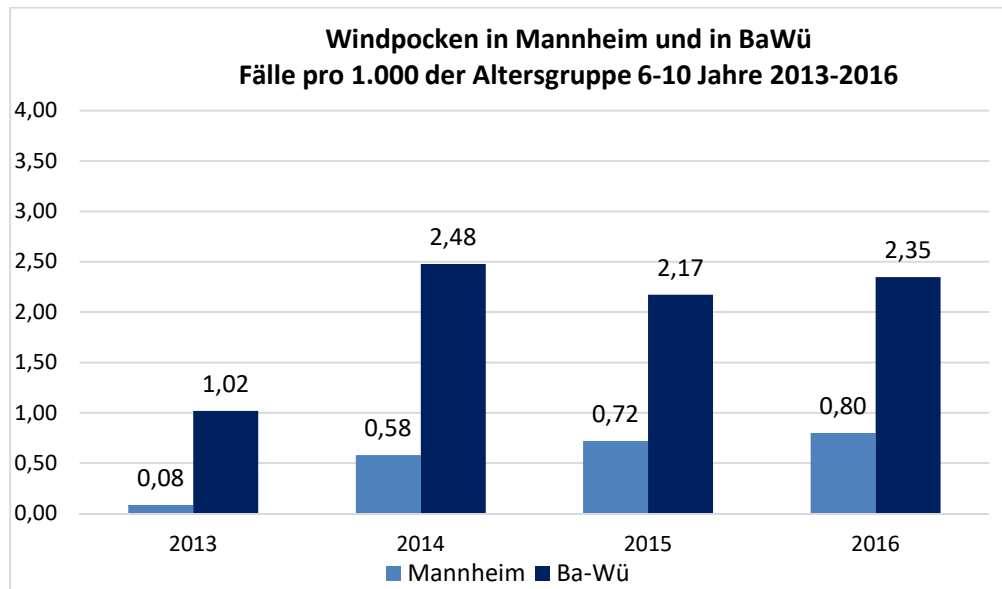


Abb. 77: Windpocken in Mannheim und in Ba-Wü Fälle pro 1000 der Altersgruppe 6-10 Jahre 2013-2015
Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>

Die Zahl der Meldungen nimmt seit der Einführung der Meldepflicht in Mannheim jährlich geringfügig zu. In Baden-Württemberg tritt zwischen 2013 und 2014 ein Anstieg der Meldungen auf, die Folgejahre sind geprägt durch geringfügige Schwankungen. Doch liegt in Mannheim die Inzidenz weiterhin deutlich unter dem Landesdurchschnitt Baden-Württembergs. Die positiven Werte für den Stadtkreis Mannheim im Vergleich zu den Werten für Baden-Württemberg könnten u.a. auf die hohen Impfquoten in Mannheim zurückzuführen sein (vgl. Anhang 2: z.B. 2013 MA 90%, BW 76%; 2014 Ma 86%, BW 77,4%). Das Meldeverhalten der niedergelassenen Kinderärzte/Innen spielt in diesem Zusammenhang sicherlich auch eine Rolle.

Handlungsempfehlungen

- Aufklärung über Lebensmittelhygiene und Risikobereiche im Privathaushalt
- Steigern der Durchimpfungsrate durch Umsetzen der Impfeempfehlungen (Windpocken, Keuchhusten, Influenza) zum Schutz vulnerabler Gruppen
- Sensibilisieren zur Meldepflicht der Infektionserkrankung

5. Ausgewählte Aspekte der gesundheitlichen Lage von Kindern im Alter zum Besuch weiterführender Schulen (11-19 Jahre)

5.1 Meldepflichtige Infektionskrankheiten im Alter zum Besuch weiterführender Schulen (11-19 Jahre)

In der Altersgruppe der 11-19-Jährigen treten im Vergleich zu den jüngeren Kindern einige Unterschiede im Infektionsgeschehen auf. Abb. 78 illustriert das Infektionsgeschehen aus dem Jahr 2015 für den SK Mannheim in dieser Altersgruppe.

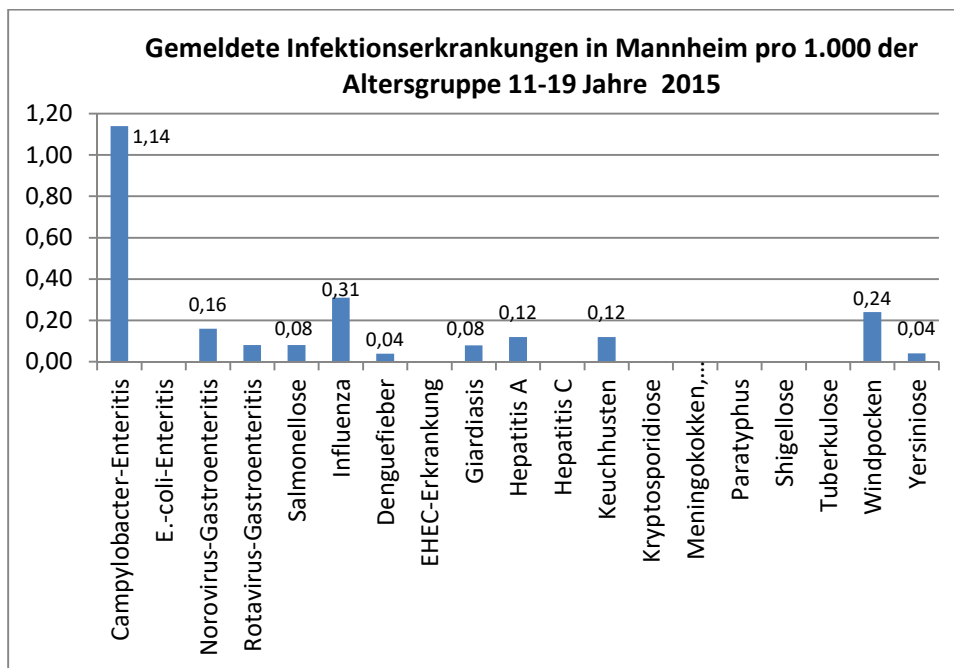


Abb. 78: Gemeldete Infektionskrankheiten in Mannheim pro 1.000 der Altersgruppe 11-19 Jahre 2015

Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>

Im fortgeschrittenen Schulalter stellt eine Campylobacter-Erkrankung, eine Darminfektion, im Jahr 2015 die häufigste meldepflichtige Infektion in Mannheim dar. Mit Abstand folgen Influenza und Windpocken. Einzelne Fälle von Hepatitis A (3), Hepatitis B (1), sowie ein Fall einer importierten Infektion mit Denguefieber traten im Jahr 2015 in dieser Altersgruppe auf.

Campylobacter-Erkrankungen

Aus Abb. 79 geht hervor, dass Anzahl der Campylobacter-Infektionen (vgl. Anhang xxx) in Mannheim über den Zeitverlauf betrachtet durch Schwankungen geprägt ist.

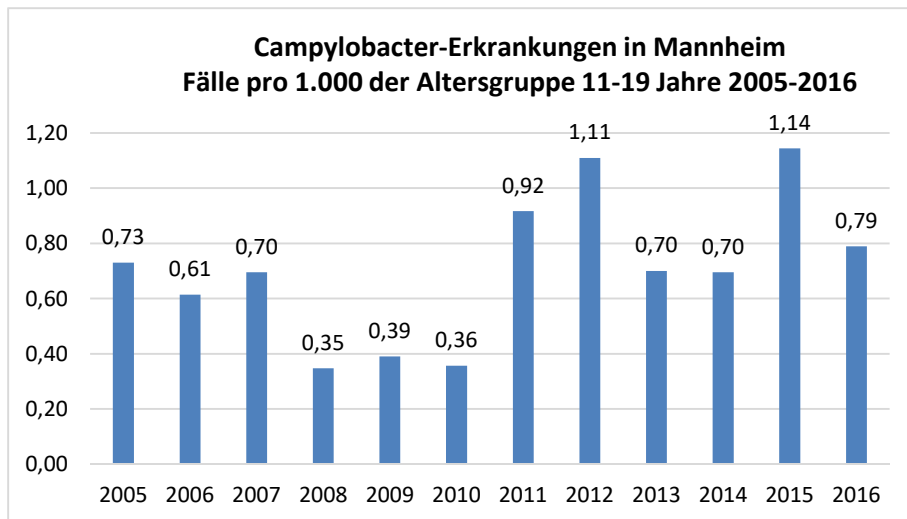


Abb. 79: Campylobacter-Erkrankungen in Mannheim Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 11-19 Jahre 2005-2016
 Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>

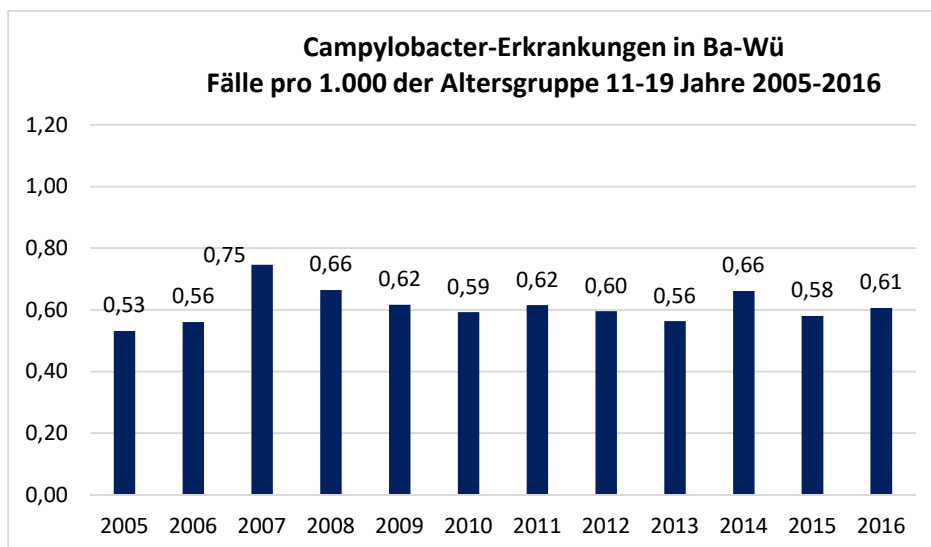


Abb. 80: Campylobacter-Erkrankungen in Ba-Wü Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 11-19 Jahre 2005-2016
 Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>

Während in Baden-Württemberg eine relativ konstante Zahl von Erkrankungen unter den 11-19-Jährigen zu beobachten ist, stieg die Zahl der Campylobacter-Infektionen in Mannheim bei den Kindern und Jugendlichen im weiterführenden Schulalter insgesamt leicht an.

Influenza

Aerogen (durch Tröpfcheninfektion) übertragbare Erkrankungen, die mit viralen oder bakteriellen Infektionen der Atemwege zusammenhängen oder andere Krankheiten, die aerogen übertragen werden, stellen für Kinder und Jugendlichen in weiterführenden Schulen die zweithäufigste Erkrankungsgruppe unter den meldepflichtigen Infektionskrankheiten dar.

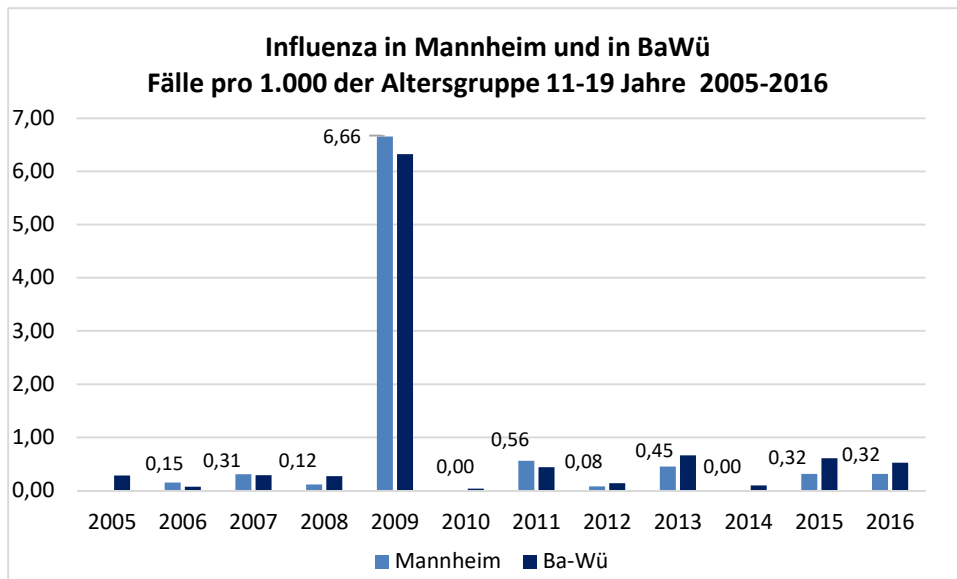


Abb. 81: Influenza in Mannheim und in BaWü Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 11-19 Jahre 2005-2016
 Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>

Seit der Pandemie 2009 liegt die Rate unter 1 pro 1.000 der Altersgruppe, seit 2012 sind die 11-19-Jährigen in Mannheim im Durchschnitt etwas weniger betroffen als die Altersgenossen im Land.

Tuberkulose

Bei der Tuberkulose handelt es sich um eine in Deutschland relativ selten auftretende Erkrankung. In den letzten Jahren traten in auch in Mannheim nur vereinzelt Fälle von Tuberkulose in der Altersgruppe 11-19 Jahre auf.

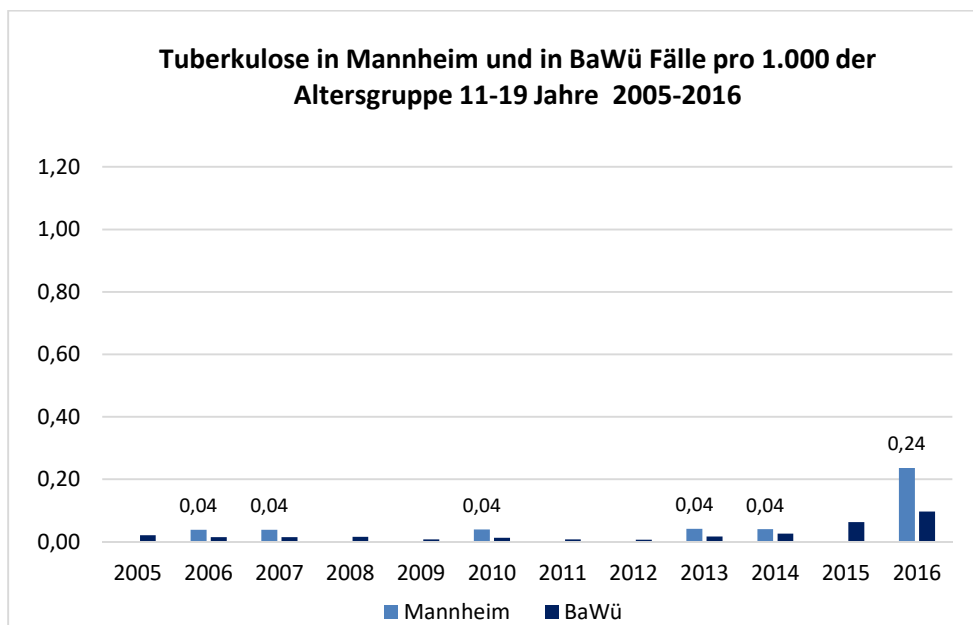


Abb. 82: Tuberkulose in Mannheim und in BaWü Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 11-19 Jahre 2005-2016
 Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>

Bezogen auf die Fälle pro 1.000 Personen dieser Altersgruppe lag die Inzidenz in einigen Jahren geringfügig über, in anderen Jahren geringfügig unter dem Landesdurchschnitt. Aktuell ist eine Steigerung der Inzidenz unter Jugendlichen zu beobachten, im Stadtkreis Mannheim wie auch insgesamt in Baden-Württemberg. Diese Zunahme könnte im Zusammenhang mit dem Flüchtlingsaufkommen stehen.

Auch die Belastung mit vermeidbaren Infektionen kann zu gesundheitlicher Ungleichheit führen. Impfpräventable Erkrankungen sind bedeutsam, da sie einfach zu vermeiden sind. Am Beispiel der relativ jungen Meldepflicht bei Windpocken werden Lücken im Impfschutz deutlich.

Die Hauptlast meldepflichtiger Infektionen im Kindesalter entsteht durch Gastroenteritiden. Für die hochinfektiösen Rotaviren, die insbesondere bei den Kleinsten zu schweren Verläufen und Hospitalisierung führen können, ist Prävention durch Impfung möglich. Durchimmunisierung und Auffrischung vermittelt im Rahmen ärztlicher Impfberatung und Öffentlichkeitsarbeit sind anzustreben, um eine ungünstige sozialregionale Verteilung zu mindern. Zielgruppenspezifisch ist ein Präventionswissen über Infektionserkrankungen zu aktivieren.

Handlungsempfehlungen

- Vermittlung von Vorsorgemaßnahmen im Umgang mit Lebensmitteln und Gewässern.
- Aufklärung zu importierten Infektionserkrankungen.
- Öffentlichkeitsarbeit zur Vermittlung von Informationen über Infektionskrankheiten.

6. Gesundheitsrelevantes Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche

Zur Förderung und Sicherung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ab der Geburt bis zum Erwachsenenalter existiert ein komplexes System medizinischer, therapeutischer und psychosozialer Angebote. Schwerpunkt in der Betrachtung der Gesundheit Kinder und Jugendlicher in diesem Bericht sind die Sozialräume. Diese Systematik soll im Ansatz auch für die Betrachtung der Versorgungsstrukturen verfolgt werden. Doch sind Zentralität, verkehrsgünstige Lage und weitere Faktoren für die Ansiedlung einer Praxis bedeutsam, in denen sich trotz vergleichbarer sozialräumlicher Merkmale innerhalb eines Typus Unterschiede zeigen können. Die geographische Nachbarschaft erhält unter der Perspektive flächendeckender Versorgung einen anderen Stellenwert.

Die Dichte von Leistungsanbietern, beispielsweise die Arztdichte, beschreibt als Maßzahl der Versorgungsquantität das Versorgungsangebot einer Region. Die Planungszahlen rechnen dabei mit Vollzeitbedarfsplanungsgewichten, nicht mit Köpfen, was einen Abgleich von Soll- und Ist-Niveau mit dem örtlichen Angebot schwierig macht. Eine wichtige Quelle für die Erfüllungszahlen sind Verzeichnisse der Berufsverbände. Allerdings geben diese neben Einschränkungen in der Verfügbarkeit (Zugang) und Vollständigkeit (Grundsatz der Freiwilligkeit) meist nur Angaben zu Personen ohne den jeweiligen Versorgungsanteil. Je nach Quelle können die Versorgerzahlen z.T. beträchtlich differieren.

6.1. Kinderärztliche Versorgung

Die Notfall- und stationäre Versorgung übernimmt das Universitätsklinikum Mannheim mit dem Kinderzentrum, das die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgische Klinik, Klinik für Neonatologie, ein Zentrum für Kinder- und Jugendurologie sowie die Kindernotaufnahme umfasst. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte stellen eine wichtige Stellschraube für einen Zugang ins Gesundheitswesen im Rahmen der ambulanten Versorgung dar. Zu ihren Leistungen gehören auch die Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen (U3 bis J1) und Impfungen.

Die ambulante Versorgung in Mannheim wird mit 35 Sitzen für Kinder- und Jugendmedizin abgedeckt¹⁶. Die Regelung der Arztdichte obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung im Zusammenwirken mit den gesetzlichen Krankenkassen. Damit kommt rein statistisch auf jeweils 1326 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre ein Kinderarzt oder eine Kinderärztin. Planungsgrundlage sind gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss Kreise und kreisfreie Städte. Der Planungsbereich Stadt Mannheim ist wegen übererfüllter Verhältniszahlen (1:2.405) zurzeit gesperrt.

Derzeit sind 37 Ärztinnen und Ärzte des Fachgebietes Kinder- und Jugendmedizin in 21 Praxen tätig. Doch erweist sich bei einem insgesamt guten Versorgungsverhältnis für den Stadtkreis die Verteilung der Kinderarztpraxen über die Stadt als unausgewogen. In 14 der 24 Stadtteile ist mindestens eine Einzelpraxis oder eine Praxisgemeinschaft angesiedelt. Während es also in manchen Stadtteilen kein kinderärztliches Angebot gibt, ist die Praxisdichte in der Innenstadt und in einigen zentrumsnahen Stadtteilen (Oststadt) hoch. Innerhalb eines Stadtgebietes besteht nach der kassenärztlichen Zulassung die freie Wahl zur Ortslage der Praxis bzw. bei Praxisübernahme zur Verlegung nach wenigen Monaten (G-BA 2003). Die Kommune hat hierbei nur insofern Möglichkeiten, indem sie einen vermeintlich unattraktiven Standort interessanter macht. Vorrangig werden diese auf Minderung des

¹⁶ Stand 31.12.2015 nach KVBW, Die ambulante medizinische Versorgung 2016. Bericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) Stuttgart Oktober 2016. Quelle Arztsuche KVBW: diese Liste umfasst jene Ärztinnen und Ärzte, die einer Veröffentlichung zugestimmt haben. Aktuell verzeichnet sind für Mannheim 37 Personen, ob und welcher Anteil an einer Berufsausübungsgemeinschaft besteht, wird jedoch nicht ausgewiesen.

wirtschaftlichen Risikos abzielen (Bereitstellung von Praxisräumen oder günstige Mietkonditionen, Ausstattung der Praxisräume) oder Entlastung von Verwaltung und familienfreundliche Arbeitszeitmodelle und Benefits in einem von der Kommune getragenen MVZ (Arzt in Anstellung).

Eine Unschärfe in der kleinräumigen Verwendung der Daten ergibt sich dadurch, dass von der Kassenärztlichen Vereinigung keine Angaben gemacht werden, welcher Anteil an der Versorgung pro niedergelassenem Arzt/Ärztin bzw. Praxisstandort gegeben ist. Dennoch ist die Ungleichverteilung mit Blick auf sozial stark benachteiligte Stadtgebiete eindeutig: In keinem der dem Sozialraum V zugeordneten Stadtteile findet sich eine Kinderarztpraxis. Die zweitschlechteste Versorgungsrelation findet sich in Sozialraum III (Käfertal und Rheinau).

Versorgungsgrad Kinderarztpraxen nach Sozialräumen		
Sozialraum	Anzahl Praxen	Kinder bis 18 Jahre je Arzt im Mittel
SR5	0	<i>9.214 ohne Arzt</i>
SR4	4	1.342
SR3	3	2.657
SR2	7	703
SR1	7	667

Tab. 13: Versorgungsgrad Kinderarztpraxen nach Sozialräumen

Auch innerhalb der Sozialräume zeigt sich eine enorme Inhomogenität. Gründe können in mehr oder weniger bevorzugten oder zentralen Lagen gesehen werden. So wird im Sozialraum II, zu dem die Oststadt ebenso zählt wie Friedrichsfeld, zwar mit durchschnittlich 703 Kindern je Arztsitz eine günstige Versorgungsrelation erreicht. Doch sind in drei der ihm zugeordneten Stadtteile gar keine Praxen angesiedelt - so dass insgesamt 2.632 Kinder keine ärztliche Versorgung unmittelbar in ihrem Stadtteil finden - während in einem anderen Gebiet des Sozialraums auf eine/n Kinderarzt/-ärztin gerade mal 204 Kinder kommen. Eine schlechte Versorgungsrelation ist auch in Neckarstadt-Ost (Typ IV) gegeben, wo zwar die Kinderklinik ihren Sitz hat, aber nur ein niedergelassener Kinderarzt für 4.646 hier lebende Kinder. In der Innenstadt dagegen (ebenfalls Sozialraum 4) ist im Durchschnitt für 681 Kinder ein Arzt/eine Ärztin verfügbar.

Die Versorgung mit Kinderärzten zählt zur medizinischen Grundversorgung. Dabei werden Kinderärzte bevorzugt wohnortnah aufgesucht, das bedeutet, kurze Wege sind wichtig für die Nutzenden. Betrachtet man statt der Dichte die Distanz zu einer Kinderarztpraxis, - veranschlagt mit 15 Gehminuten bzw. 1,2 km im Radius, stellt sich die Versorgungslage aufgrund räumlicher Nachbarschaften – die Verkehrswege vorausgesetzt (BRUNOTTE 2002) – gerade für die sozial belasteten Bezirke differenzierter dar. Weitere Wege müssen Familien insbesondere im Schönauer Osten (Sozialraum 5) und aus dem südlichen Siedlungsgebiet der Rheinau (Sozialraum III), sowie aus den Siedlungen Neuhermsheim, Neuostheim, Friedrichsfeld und Hochstätt auf sich nehmen (siehe Grafik).

Verteilung der Kinderarztpraxen, Stadtkreis Mannheim

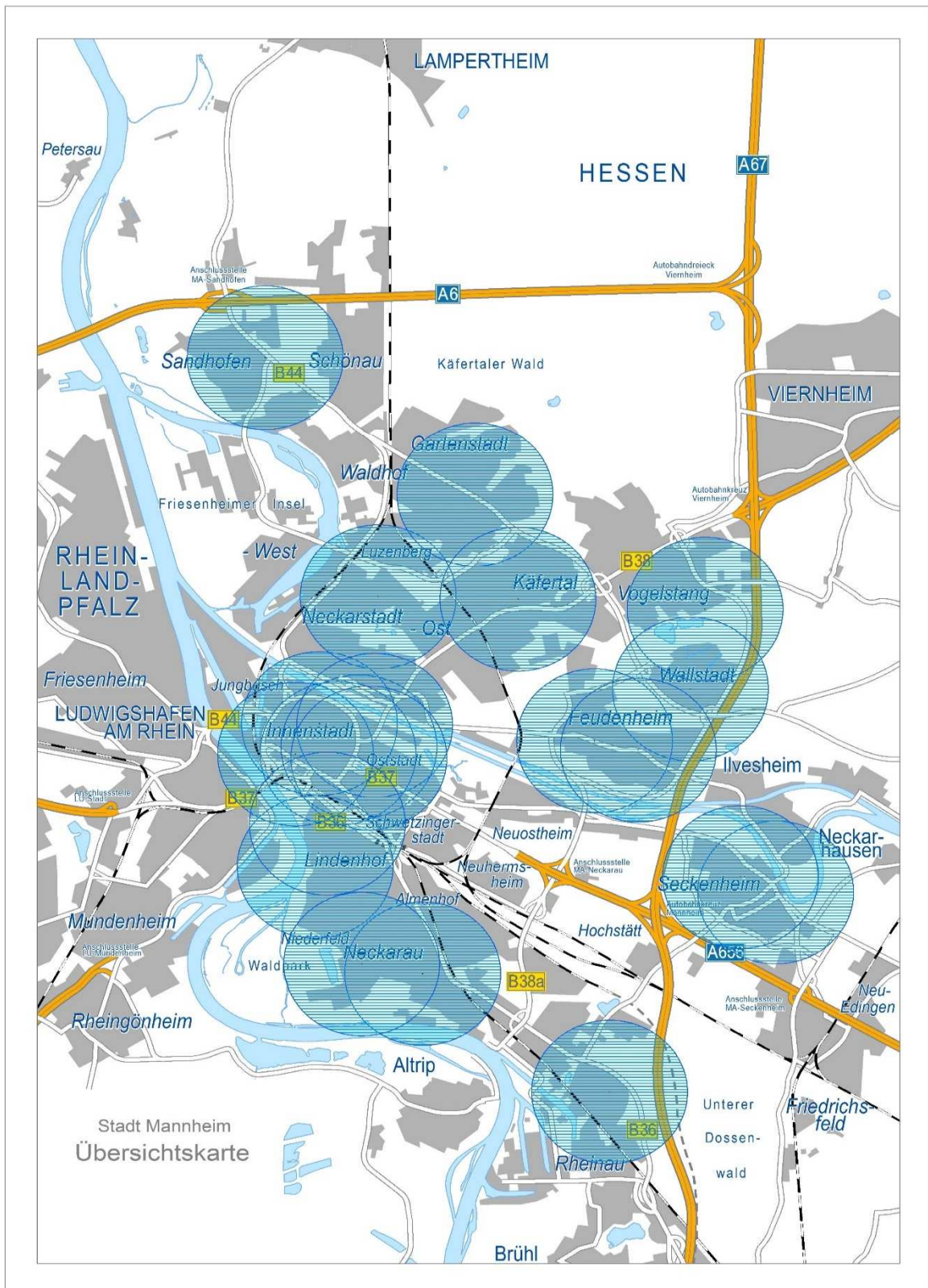


Abb. 83: Stadtübersichtskarte, Maßstab 1:100.000, Einzugsgebiet je 1,2 km zum Praxisstandort Karte: Fachbereich Geoinformation und Vermessung der Stadt Mannheim, 2016

6.2. Zahnärztliche Versorgung

Der zahnärztliche Therapiebedarf verändert sich mit dem Lebensalter. Neben der Gruppenprophylaxe stellen die Individualprophylaxe für Kinder und Jugendliche, die Früherkennungsuntersuchungen und bestimmte kieferorthopädische Leistungen altersspezifische Angebote dar. Eine eigene Fachausbildung in Kinder- und Jugendzahnmedizin gibt es nicht, der Bereich wird im Rahmen der allgemein zahnmedizinischen Versorgung abgedeckt.

Die Zahl der niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte unterliegt ebenso wie die kinderärztliche Niederlassung bestimmten Zulassungsgrenzen, die in Selbstverwaltung von Kassenzahnärztlicher Vereinigung (KZV) und Krankenkassen festgelegt werden. Zwei Tätigkeitsbereiche werden in der Bedarfsplanung unterschieden. Für allgemein tätige Zahnärzt/Innen gilt ein Arzt-Einwohner-Verhältnis von 1:1.280 als Richtlinie (entspricht 100 %). In Mannheim wurde mit dem Jahr 2015 ein Versorgungsgrad von 95,6 % erreicht (BEDARFSPLAN DER KZV BW 2015).

Bezugsgröße für den Grad der kieferorthopädischen Versorgung stellen dagegen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren dar. Das Planungssoll hier liegt bei 1:3.990 und wird in Mannheim mehr als erfüllt.

Nach Angaben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KZV-BW) werden in Mannheim aktuell 208 allgemein-zahnärztliche Arztsitze besetzt. Mit 166 Zahnarztpraxen ist in allen Stadtteilen bis auf die Hochstätt eine ambulante zahnärztliche Versorgung zugänglich. Doch zeigt sich ähnlich der kinderfachärztlichen Versorgung eine Ballung im innerstädtischen Gebiet (hier: Innenstadt, Oststadt, Neckarstadt-Ost). Die für den Planungsbereich angestrebte Arzt-Einwohner-Relation würde nur in jedem dritten Stadtbezirk erreicht oder überschritten.

Aussagen für den Sozialraum sind aufgrund der verfügbaren Daten eingeschränkt möglich. Die Differenzierungsebene der KZV-Daten entspricht Stadtbezirken, und in einigen Stadtbezirken sind zugehörige Stadtteile unterschiedlichen Sozialräume zuordenbar (beispielsweise Waldhof und Gartenstadt). Dennoch wird deutlich, dass schlechtere Chancen bestehen in den Sozialräumen 5 und 3 mit 3.148 bzw. 2.023 Einwohner/-Innen pro Arztsitz (nach Angaben der KZV). Demgegenüber liegt die Relation in den übrigen Sozialräumen unter 1.500 Einwohner/Innen pro Zahnarzt oder -ärztin; am besten ist die Versorgung durch das Innenstadtangebot in Sozialraum 4 mit einem Verhältnis von 1:1087 Einwohner/Innen.

Für den kieferorthopädischen Bereich sind insgesamt 13 Vollsitze in Einzel- oder Gemeinschaftspraxis tätiger Ärztinnen und Ärzte zugelassen. Das Versorgungsziel gilt damit als zu 191 % erfüllt. Die Praxen sind über acht der 17 Stadtbezirke gestreut, doch überwiegend im Stadtzentrum (Innenstadt und Oststadt) angesiedelt. Derzeit keine Niederlassung aus dem Fachgebiet befindet sich gemäß der Angaben der KZV-BW insbesondere im Südwesten und im Norden der Stadt; nahezu 70% der unter 18-jährigen Bevölkerung lebt dort. Sozialräumlich betrachtet fallen darunter auch alle stark belasteten Stadtteile im Sozialraum 5.

6.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Eine stationäre kinderpsychiatrische Versorgung wird in Mannheim durch das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) gewährleistet. Die Klinik bietet außer der stationären Behandlung (insgesamt 44 Plätze) auch 9 teilstationäre Plätze zur Versorgung für Kinder bis 12 Jahre an. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am ZI Mannheim verfügt über eine große kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz, die auf Überweisung durch eine/n niedergelassene/n Arzt/Ärztin tätig wird. Hier werden pro Jahr ca. 1.500 Patienten vorgestellt.

Die Grundversorgung ist schwerpunktmäßig bei den niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten und Psychotherapeuten verankert. In Mannheim sind insgesamt sechs Facharztpraxen tätig, verteilt auf vier Stadtteile von der Innenstadt bis in die südliche Hälfte der Stadt. Vier davon sind als ärztliche Psychotherapeuten in der Altersgruppe bis 21 Jahre eingetragen.

Für Kinder- und Jugendpsychiater/-innen als spezialisierte Fachärzte gelten andere Raumordnungsregionen zur Bedarfsplanung (*Mittlerer Oberrhein*) und andere Anteile in der psychotherapeutischen Versorgung. Eine Bestimmung der Kapazitäten auf Basis der Versorgerzahlen gestaltet sich daher schwierig (REISCH, R./RAYMANN, M./NÜBLING, T. 2007)

Versorgung Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie im Stadtkreis Mannheim, aktueller Stand 2016	
Versorgungsbereich ambulant*	Anzahl
Kinder – und Jugendlichenpsychotherapeuten	37
davon mit Doppelzulassung	8
Psycholog. Psychotherapeuten mit Zulassung in KJP	11
Kinder- und Jugendpsychiater	6
Kinderärzte mit Zusatz KJP	1
Fachkräfte approbiert als KJP an psychologischen Beratungsstellen	1

Tab. 14: Versorgung Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie im Stadtkreis Mannheim, aktueller Stand 2016

*die Hochschulambulanzen (KJP-Ambulanz des Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Otto-Selz-Institut der Universität Mannheim) sind im Bedarfsplan nicht ausgewiesen

Zulassungsbeschränkungen der gesetzlichen Sozialversicherung gibt es auch für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, allerdings in einem gemeinsamen Kontingent aller Psychotherapeuten (für Kreisregionen Typ 1 im Verhältnis 1:3.079). Angestrebt wird in der Planung ein Anteil von 10% KJP an der gesamten psychotherapeutischen Versorgung, dabei werden allerdings auch Institutsambulanzen berücksichtigt (BESCHLUSS DES GBA 2014).

In Mannheim sind insgesamt 37 psychologische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (KJP) tätig, 11 weitere psychologische Psychotherapeuten haben eine Genehmigung für Kindertherapie. Nicht ausgewiesen ist in den Verzeichnissen jeweils der Umfang der Tätigkeit (voller oder halber Sitz). In diesem Bericht wird daher jede Einzelpraxis in der Kapazität als gleichwertig angenommen, als angestellt eingetragene Therapeuten werden entsprechend nicht berücksichtigt. Eine sozialraumbezogene Analyse der Verteilung von Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche ergibt das folgende Bild:

Psychotherapeuten für Kinder-und Jugendliche (KJP) nach Sozialräumen, ambulant		
Sozialraum	Anzahl Praxen	Kinder bis 18 Jahre je KJP im Mittel
SR5	0	9.214 ohne KJP
SR4	20	403
SR3	2	5315
SR2	18	547
SR1	8	1084

Tab. 15: Psychotherapeuten für Kinder-und Jugendliche (KJP) nach Sozialräumen, ambulant

Betrachtet man die Lokalisierung von der KJP-Therapeuten im Stadtgebiet, zeigt sich in diesem Versorgungsbereich am deutlichsten eine Ungleichverteilung: nicht einmal in der Hälfte der 24 Stadtteile besteht ein Versorgungsangebot. Bevorzugte Lage ist das Zentrum (Innenstadt und Oststadt) mit der höchsten Dichte in der Oststadt. Die ungleiche Versorgungssituation zeigt sich auch innerhalb der einzelnen Sozialräume, in Sozialraum 5 findet sich generell kein entsprechendes Angebot.

6.4 Versorgungsangebot Heilmittel

Bei Kindern und Jugendlichen werden Heilmittel vor allem eingesetzt, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung frühzeitig entgegenzuwirken. Die drei Leistungsbereiche Ergotherapie, Sprachtherapie und Physiotherapie haben bei der Versorgung unterschiedlich große Anteile. Eine Analyse der Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten im Jahr 2013 sah die mengenmäßig größte Rolle bei Sprachtherapien (42% der Verordnungen), gefolgt von Physiotherapie (31%). Auf die Ergotherapie entfielen etwa 27% der verordneten Heilmittel. Etwa jeder zehnte unter 18-Jährige erhielt danach eine Heilmittelverordnung. In den einzelnen Lebensaltern schwankt der jeweilige Anteil der drei Leistungsbereiche am ambulanten Verordnungsgeschehen jedoch beträchtlich.

Entsprechend dem Bedarf finden sich die meisten Niederlassungen im Bereich der Logopädie. In Mannheim sind 30 Praxen verzeichnet. In mehr als zwei Drittel der Stadtteile besteht ein Angebot.

Im Bereich der Ergotherapie sind in Mannheim verteilt auf 15 Stadtteile circa 28 Praxen tätig. Kinderheilkunde als Bereich geben die meisten Leistungserbringer an, zwei Praxen machen keine Angaben dazu (VDE).

Einen Schwerpunkt in der Physiotherapie für Kinder haben nach dem Verzeichnis des Dt. Verbands für Physiotherapie (Stand 10/2016) 23 Therapeuten in Mannheim. In zwei Stadtteilen, Neckarstadt West und Waldhof, kann der Bedarf an Krankengymnastik über Niedergelassene ohne explizit aufgeführten Schwerpunkt in Pädiatrie ausgeglichen werden. In der folgenden Tabelle ist die Versorgung mit Heilmitteln in den Sozialräumen aufgeführt.

Verteilung der Heilmittelversorger auf die Sozialräume						
Sozialraum	Logopädie		Ergotherapie		Physiotherapie KiJu	
	Anzahl Praxen	bis 18-jährige pro Therapeut	Anzahl Praxen	bis 18-jährige pro Therapeut	Anzahl Praxen	bis 18-jährige pro Therapeut
SR5	3	3071	5	1843	-	9.214 ohne PT
SR4	6	1342	28	287	4	2013
SR3	6	1772	11	966	3	3543
SR2	9	1094	7	1406	7	1406
SR1	10	867	12	723	9	964

Tab. 16: Verteilung der Heilmittelversorger auf die Sozialräume

Alle drei Bereiche der Heilmittelversorgung sind seltener in Sozialraum 5 besetzt als in anderen. Daneben fehlt in den Stadtteilen Neuostheim, Neuhermsheim und Friedrichsfeld aus allen Bereichen ein entsprechendes Angebot. Ähnlich den anderen Versorgungsbereichen schneidet auch hier Sozialraum 4 durch das verstärkte Angebot in der Innenstadt besser ab als Sozialraum 3.

6.5 Vorgeburtliche und frühkindliche Versorgung

Drei Geburtskliniken, die St. Hedwigs-Klinik des Theresienkrankenhauses, das Diakonissenkrankenhaus sowie die Frauenklinik des Mannheimer Universitätsklinikums stehen den Schwangeren in Mannheim mit dem vollen Versorgungsangebot zur Verfügung.

Daneben leisten Hebammen wertvolle Arbeit in der Unterstützung und Begleitung von Schwangeren, Neugeborenen und jungen Familien. In ganz Baden-Württemberg waren im Jahr 2014 1.391 festangestellte Hebammen/Entbindungspfleger an Krankenhäusern beschäftigt. Viele der angestellten Hebammen und Entbindungspfleger arbeiten in Teilzeit, sodass man davon ausgeht, dass ein Großteil neben dieser Festanstellung auch freiberuflich tätig ist. Aussagen darüber, wie viele der aktiven Hebammen ausschließlich angestellt bzw. ausschließlich freiberuflich tätig sind, sind dem Hebammenverband nicht möglich. Laut Gesetz sind alle Hebammen und Entbindungspfleger, die freiberuflich Nachsorgen und Hausgeburten anbieten, verpflichtet, sich im Gesundheitsamt zu melden. Dennoch ist die Datenlage unbefriedigend hinsichtlich Wirkungsgebiet, Angebot und Beendigung, Umzug oder Pausieren der Tätigkeit. Die jährliche Dokumentation über Nachsorgen, Hausgeburten und Fortbildungen erfolgt oftmals nicht.

Derzeit sind in Mannheim 50 Hebammen als freiberuflich tätig eingetragen, dazu neun, die gemeldet sind und ebenfalls als Beleghebamme an einer Geburtsklinik oder in einer Frauenarztpraxis tätig sind. Einige freiberuflich Tätige haben sich in Hebammenpraxen zusammengetan an Standorten in der Innenstadt, Neckarstadt-Ost und Feudenheim. Fünf Hebammen mit einem Wohnsitz außerhalb sind im Stadtkreis tätig. Ansonsten wird in der Regel der jeweilige Wohnsitz den Radius der Tätigkeitsausübung bestimmen. Danach zeigt sich jeweils eine Häufung im Umkreis der Geburtskliniken.

Verteilung freiberuflich tätiger Hebammen und Entbindungshelfer/Innen auf die Sozialräume		
Sozialraum	Anzahl Praxen	Geburtenzahl 2015 pro Hebamme im Mittel
SR5	1	596
SR4	14	44
SR3	5	130
SR2	15	52
SR1	11	40

Tab. 17: Verteilung freiberuflich tätiger Hebammen und Entbindungshelfer auf die Sozialräume

Verteilt über die Sozialräume zeigt sich eine extreme Benachteiligung der Frauen im Sozialraum 5. Vergleichsweise ungünstig ist auch die Versorgung im Sozialraum Typ 3, während sich in Sozialraum 4 die Präsenz von Hebammenpraxen im Umkreis der Geburtskliniken niederschlägt.

Eltern-Kind-Zentren

In Mannheim gibt es für Familien mit Kindern bis 3 Jahren die Institution der Eltern-Kind-Zentren (El-KiZ), angesiedelt in den Sozialräumen 3 bis 5. Zwölf sind es im Stadtgebiet, je zwei in Hand der Katholischen und der Evangelischen Kirche, die übrigen in städtischer Trägerschaft. Diese Zentren bieten eine wohnortnahe, niederschwellige und verlässliche Anlaufstelle zur Unterstützung der Erziehung. Regelmäßig sind auch Ärztinnen und Ärzte aus dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Fachbereichs Gesundheit vor Ort und ansprechbar, falls ein das Kind betreffender Beratungsbedarf in medizinischen Fragen besteht. Im Bedarfsfall kann an einen niedergelassenen Arzt vermittelt werden, Behandlungen werden im Rahmen der Eltern-Kind-Zentren nicht durchgeführt.

6.6 Handlungsempfehlungen

Ein wohnortnaher Zugang zur gesundheitlichen Versorgung ist für alle Kinder auch in sozial benachteiligten Gebieten und in Stadtrandlagen sicher zu stellen

- Wo unter Marktbedingungen der wünschenswerte Versorgungsgrad nicht erreicht wird, sind Anreize für Ärzte und Akteure der gesundheitlichen Versorgung zu schaffen, sich in Gebieten mit sozialen Problemlagen anzusiedeln oder Zweigstellen ihrer Praxen zu bilden. Ein solcher Anreiz kann durch kooperative Strukturen und integrierte Gesundheitszentren oder Medizinische Versorgungszentren in den Sozialräumen entstehen.
- Prüfung des Einsatzes nicht-ärztlicher Fachkräfte in Fragen der medizinischen/gesundheitlichen Versorgung als Reaktion auf den Fachkräftemangel.
- Anbinden von Angeboten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung an soziale, kulturelle oder Bildungsangebote, wie z.B. Beratungsangebote für Menschen in schwierigen Lebenslagen
- Frühzeitige Zusammenarbeit mit den für die Fortschreibung der Verhältniszahlen in der ambulanten Versorgung zuständigen Institutionen/Gremien bei neuen Siedlungsgebieten.
- Ausbau der komplementären Leistungen, die den Zugang erleichtern können z.B. die schulärztliche Untersuchung, wo nachweislich keine privatärztliche Versorgung erfolgt, oder Standorte der Gesundheitsberatung ausbauen.
- Ressourcen für gesundheitsförderliche Strukturen in den Lebenswelten Wohnen, Freizeit und Sport, wie sie gesetzlich als Aufgabe der GKV festgelegt wurden, nutzen.

- Feststellen von Lücken in der Versorgungskette von der Schwangerschaft über die Geburt bis zur Nachsorge und ein kommunales Versorgungsmanagement prüfen.

7. Literatur

- Anding, J. et al.: Die Hebammenpräventionsstudie. Hintergründe und Ergebnisse zur zeitlichen Ausweitung der Wochenbettbetreuung. In: Röhrle, B./Christiansen, H. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung Band V. Hilfen für Kinder und Jugendliche in schwierigen Situationen. Tübingen 2013, 67-110.
- Arbeitsrichtlinien des Sozialministeriums für die Jugendzahnpflege in Baden-Württemberg ab September 2015.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Stillverhalten in Bayern - Epidemiologische Erhebung im Rahmen der Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern 2007. München 2007.
- Bedarfsplan der KZV BW Bezirksdirektion Karlsruhe, Stand 31.12.2015
- Beier F.: Konzept zur gesundheitlichen Situation ausländischer Mitbürger/Innen in Nürnberg. In: Beiträge zum Nürnberg-Plan Reihe B, 1994, 8-9.
- Bertelsmann Stiftung: Factsheet Kinderarmut in Baden-Württemberg. 2016.
- Beschluss des G-BA vom 12.4.2014.
- Brenne S. et al.: Wie können Migrantinnen erreicht werden? Berlin 2015.
- Breuer, H./Weuffen, M.: Lernschwierigkeiten am Schulanfang. Schuleingangsdiagnostik zur Früherkennung und Frühförderung. Weinheim 1999.
- Brunotte, E. et al. (Hrsg.): Lexikon der Geographie. Berlin, Heidelberg 2002.
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (Hrsg.): Bekanntmachung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über eine Änderung der Richtlinien über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der Vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte) vom 24. März 2003, veröffentlicht Bundesanzeiger 2003, 14781.
- Dantas das Virgens, M: Zahngesundheit bei Kindergartenkindern unterschiedlicher Kulturkreise: eine Untersuchung im Berliner Bezirk Tiergarten. Unveröffentlichte Magisterarbeit, TU Berlin 2000.
- Dragano, N./Lampert, T./Siegrist, J.: Wie baut sich soziale Ungleichheit im Lebenslauf auf? In: Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hrsg.): Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung 2009.
- David, M.: Viele Risiken – gutes Outcome? Geburtshilfliche Ergebnisse bei Migrantinnen, Vortrag 16. Niedersächsische Hebammentagung 2014.
- David, M. et al.: Perinataldaten von türkeistämmigen Migrantinnen und deutschen Frauen im Vergleich – Ergebnisse einer prospektiven Studie in Berlin. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 74 (5) (2014), 441–448. DOI: 10.1055/s-0034-1368489.
- Deutsch, K.H./Grunert, C. /Marek, S.: Münchner Mütterbefragung 2013 im Auftrag des Referats für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München, Arbeitsgemeinschaft für angewandte Sozialforschung GmbH 2013.

- Enringer, S./Heim, C.: Auswirkungen lebensgeschichtlich früher Stresserfahrungen auf Gesundheit und Krankheitsrisiko, Vortrag Tagung „Stellt frühe Kindheit Weichen?“ 25.09.2015.
- Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) BW vom 17.12.2015
- Gesundheitsatlas Baden-Württemberg www.gesundheitsatlas-bw.de
- Jahresberichte der AGZ Mannheim.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17015.php
- Kemptner, D./Marcus, J.: Bildung der Mütter kommt der Gesundheit ihrer Kinder zugute. DIW Wochenbericht 2013, 3-12.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17015.php
- Kromeyer-Hauschild, K. et al.: Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatszeitschrift für Kinderheilkunde 149 (8) (2001), 807-818.
- Kühnisch J./Senkel H./Heinrich-Weltzien, R.: Vergleichende Untersuchung zur Zahngesundheit von deutschen und ausländischen 8- bis 10-Jährigen des westfälischen Ennepe-Ruhr-Kreises, Gesundheitswesen 65 (2) (2003), 96-101.
- Kuhn, J./Trojan, A. Daten bereitstellen, vernetzen, koordinieren. Der Beitrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu regionaler Kooperation und Integration. In: Brandhorst, A. et al. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. Wiesbaden 2016, 353-372.
- Kurth B.M./Schaffrath-Rosario, M.: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6 (2007), 736-743.
- Lampert, T./Hagen, Ch./Heizmann, B.: Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2010.
- Landesgesundheitsgesetz Baden Württemberg (LGG)
- Neumann, K. et al.: Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (gekürzte Fassung), Kindheit und Entwicklung 18 (4) (2009), 222-231.
- Nüsken E. et al.: Perinatale Programmierung, Pädiatrie up2date 1, 2016, 15-28.
- Poethko-Müller, C./Kuhnert, R./Schlaud, M.: Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6 (2007), 851-862.
- Rahmenvereinbarung Baden-Württemberg nach § 21 SGB V vom 10.07.1989
- Reisch, R./Raymann, M./Nübling, T.: Zur regionalen Struktur der psychotherapeutischen/ psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg. Psychotherapeutenjournal 2, (2007), 129-138.
- Pieper, K.: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009. Gutachten. Bonn 2010.

- Pott, E. & Lehmann, F.: Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen, Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 45 (12) (2002), 976-983.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2016. Berlin 2017.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.). Erkennen – Bewerten - Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin 2008.
- Robert-Koch-Institut: survstat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>
- Robert-Koch-Institut (RKI), KiGGS-Studie.
- Satzung der Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit (LAGZ) Baden-Württemberg in der jeweils aktuellen Fassung.
- Schöler, H./Brunner, M.: Heidelberger Auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung. 2. Ausgabe. Heidelberg 2008.
- Schöler, H./Schäfer, P.: HASE Heidelberger Auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung - Itemanalysen und Normen. Heidelberg: 2004. Verfügbar unter: <http://www.ph-heidelberg.de/wp/schoeler/datein/hase-normen.pdf> [15.02.2014].
- Trojan et al.: Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden, Prävention und Gesundheitsförderung (2016) 11, 259-264 . <https://doi.org/10.1007/S11553-016-0557-y>.
- Schmidt, M.: Wie gefährdet ist mein Kind? Repräsentative Studie zu Kinderunfällen und Risikobewusstsein der Eltern 2012, Studie der GfK 2012.
- Schriever, J.: Unfälle und Unfallprophylaxe im Kindesalter. In: Schlack H. G. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheit. Krankheit. Lebenswelten. 2. Aufl., München, Jena 2000, o.S.
- Schlack, H. G. (Hrsg.) Sozialpädiatrie. 2. Aufl., München, Jena 2000.
- Stadt Mannheim Fachbereich Gesundheit (Hrsg.): Meldepflichtiges Infektionsgeschehen 2015. Mannheim 2016.
- Stadt Mannheim (Hrsg.): 2. Mannheimer Bildungsbericht. Mannheim 2013.
- Stadt Mannheim (Hrsg.): 3. Mannheimer Bildungsbericht. Mannheim 2015.
- Stauber, B.: Unter widrigen Umständen – Entscheidungsfindungsprozesse junger Frauen und Männer im Hinblick auf Familiengründung. In: Spies, A. (Hrsg.): Frühe Mutterschaft - die Bandbreite der Perspektiven und Aufgaben angesichts einer ungewöhnlichen Lebenssituation. Baltmannsweiler: 2010, 76-100.
- Terziolgu, N.: Migration – spezieller Risikofaktor in der Schwangerschaft? Gynäkologie 5 (2009), 9-12
- Terziolgu N. et al.: Schwangere Migrantinnen besser betreuen, Deutsche Hebammenzeitschrift 12 (2002), 14-16.
- Verordnung des Sozialministeriums zur Durchführung der Jugendzahnpflege vom 08.12.2011
- Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums zur Durchführung der Einschulungsuntersuchung und der Jugendzahnpflege vom 08.12.2011

Waltersbacher, A./Klose, J.: Trends in der Heilmittelversorgung von Kinder und Jugendlichen. In: Klauber, J. et al. (Hrsg.): Versorgungs-Report 2015/15. Schwerpunkt Kinder und Jugendliche, Stuttgart 2016, S. 89-116.

Weltgesundheitsorganisation (WHO), HBSC-Studie

www.flexikon.doccheck.com

www.gbe-bund.de/gbe10/

www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung

www.kindergesundheit-info.de

www.onmeda.de

www.wikipedia.de

www.ash-berlin.eu/fileadmin/user_upload/pdfs/Infothek/Presse-_und_%C3%96ffentlichkeitsarbeit/B%C3%BCcher/Publikation_DTWK_deutsch.pdf#page=183.

Zander, M.: Armes Kind – starkes Kind? Die Chance der Resilienz. Wiesbaden 2008.

8. Anhänge

Anhang 1

Infektionskrankheiten, gegen welche Kinder geimpft sein sollten und empfohlene Impfzeiträume

Tetanus

Tetanus, auch bekannt als Wundstarrkrampf, ist eine häufig tödlich verlaufende bakterielle Infektionskrankheit mit starken Muskelkrämpfen und Schädigungen des Herzens. Die Tetanuserreger kommen nahezu überall vor, eine Infektion erfolgt meist über kleine Verletzungen. Schützen kann man sich durch eine Impfung. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt zum Aufbau einer Grundimmunisierung insgesamt vier Impfungen im Alter von 2 bis 14 Monaten.

Masern

Das **Masernvirus** ist hoch ansteckend, die Masernviren gelangen über eine Tröpfcheninfektion von Mensch zu Mensch – also etwa durch Husten oder Niesen. Eine akute Infektion führt neben den bekannten roten Flecken unter anderem zu einer kurzzeitigen Schwächung des Immunsystems. Darauf können Mittelohr- und Lungenentzündungen folgen. Eine schwerwiegendere Folge kann eine Entzündung des Gehirns sein. An ihr sterben ca. 20 % der betroffenen Kinder, 10 bis 30 % leiden an Folgeschäden wie Intelligenzminderung und geistige Behinderung. Gegen den Masernerreger kann geimpft werden. Um den vollständigen Schutz zu gewährleisten, empfiehlt die STIKO insgesamt zwei Impfungen gegen Masern im Alter von 11 bis 14 und 15 bis 23 Monaten.

Mumps

Mumps – umgangssprachlich **Ziegenpeter** – ist eine akute Viruserkrankung, die meist eine schmerzhafte Schwellung der Ohrspeicheldrüsen und Fieber verursacht. In manchen Fällen schwellen auch andere Speicheldrüsen und die örtlichen Lymphknoten an. Kauen und Kopfbewegungen sind schmerzhaft. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt zum Aufbau einer Grundimmunisierung gegen Mumps insgesamt zwei Impfungen im Alter von 11 bis 14 und 15 bis 23 Monaten.

Polio

Poliomyelitis wird meist fäkal-oral übertragen – das bedeutet: Infizierte scheiden den Polio-Erreger mit dem Stuhl aus, die anschließend von einer anderen Person mit dem Mund aufgenommen werden. Dies kann etwa bei mangelnder Hygiene der Fall sein, wenn Nahrungsmittel oder Getränke mit den Polioviren in Kontakt kommen.

Aber längst nicht jede Ansteckung führt auch zur Kinderlähmung: Meistens (zu mehr als 95%) verläuft die Polio-Infektion unbemerkt oder aber es kommt lediglich zu allgemeinen Beschwerden (sog. abortive Poliomyelitis), die auch bei vielen anderen Erkrankungen auftreten können, so etwa Fieber, Kopfschmerzen oder Appetitlosigkeit.

Bei einem Bruchteil der Betroffenen dringen die Polioviren jedoch in das zentrale Nervensystem ein. Dabei kann entweder eine nicht-paralytische oder eine paralytische Poliomyelitis entstehen – letztere führt zu den typischen Lähmungserscheinungen (paralytisch = gelähmt). In seltenen Fällen bildet sich im weiteren Verlauf die "klassische" Kinderlähmung aus – die paralytische Polio. Charakteristisch sind meist asymmetrische, bleibende Lähmungen. Die Lähmungserscheinungen betreffen vor allem die Beine, aber auch andere Muskeln können betroffen sein, so etwa die Atemmuskeln. Die paralytische Poliomyelitis kann lebensbedrohlich sein. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt zum Aufbau

einer Grundimmunisierung insgesamt vier Impfungen im Alter von 2 bis 14 Monaten (WWW.ONMEDA.DE).

Diphtherie

Diphtherie ist eine akute Infektionskrankheit, die durch Bakterien verursacht wird beziehungsweise durch den Giftstoff (Diphtherietoxin), den die Bakterien absondern. Die Diphtherie-Bakterien werden vor allem durch Tröpfcheninfektion übertragen, also zum Beispiel beim Husten, Niesen und Küssen, seltener durch eine Schmierinfektion (etwa über infizierte Gegenstände).

Das Diphtherietoxin stört die Stabilität der Zellmembran und schädigt oder zerstört so die infizierten Körperzellen. Das Gift beeinträchtigt außerdem auch Organe, die von der eigentlichen Entzündungsstelle weiter entfernt liegen, wie zum Beispiel Herz, Niere oder Leber. Dadurch kann es zu lebensbedrohlichen Komplikationen kommen.

Diphtherie macht sich vor allem in den infizierten Bereichen durch Beschwerden bemerkbar, also an den Mandeln sowie im Nasen-Rachen-Raum. Dort verursacht sie eine schmerzhafte Entzündung, bei der das oberflächliche Schleimhautgewebe abstirbt. Es entstehen gräuliche Beläge, die Mediziner als **Pseudomembranen** bezeichnen. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt zum Aufbau einer Grundimmunisierung insgesamt vier Impfungen im Alter von 2 bis 14 Monaten (WWW.ONMEDA.DE).

Pneumokokken

Pneumokokken (*Streptococcus pneumoniae*) sind Bakterien, die beim Menschen zu unterschiedlichen Erkrankungen führen können. Am häufigsten verursachen sie eine Lungenentzündung (Pneumonie). Pneumokokken sind bei vielen Menschen ganz normaler Bestandteil der Schleimhaut der oberen Atemwege. Bei ihnen besiedeln die Bakterien die Schleimhaut, führen aber nicht zu einer Erkrankung. Ist das Immunsystem intakt, kann es die Bakterien in der Regel problemlos in Schach halten. Bei einem geschwächten Immunsystem können die bereits auf den Schleimhäuten siedelnden Pneumokokken jedoch zu weiteren Erkrankungen beim Betroffenen führen, wie z.B. Mittelohrentzündung, Nasennebenhöhlenentzündung, Hirnhautentzündung, Herzbeutelentzündung etc. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt zum Aufbau einer Grundimmunisierung insgesamt drei Impfungen im Alter von 2 bis 14 Monaten (WWW.ONMEDA.DE).

Pertussis (Keuchhusten)

Keuchhusten ist eine akute, durch Bakterien hervorgerufene Infektionskrankheit der Atemwege. Geennzeichnet ist der Keuchhusten durch Hustenanfälle, die bei jüngeren Säuglingen manchmal lebensbedrohlich sein können. Keuchhusten ist sehr ansteckend und wird durch Tröpfcheninfektion, also zum Beispiel durch Niesen oder Husten übertragen. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt zum Aufbau einer Grundimmunisierung insgesamt vier Impfungen im Alter von 2 bis 14 Monaten (WWW.ONMEDA.DE).

Haemophilus-influenzae-b-Infektion(Hib)

Die **Haemophilus-influenzae-b-Infektion (Hib)** ist eine der schwersten bakteriellen Infektionen in den ersten fünf Lebensjahren. Haemophilus influenzae ist ein Bakterium, das in den Schleimhäuten des Menschen angesiedelt ist und dort gelegentlich, bei Verletzung oder Immunsuppression, Entzündungen hervorruft. Haemophilus influenzae kann zu einer Vielzahl verschiedener Krankheitsbilder führen,

unter anderem sind dies: Bronchitis, Lungenentzündungen, Kehleentzündungen, Hirnhautentzündungen, Mittelohrentzündungen. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt zum Aufbau einer Grundimmunisierung insgesamt vier Impfungen im Alter von 2 bis 14 Monaten (WWW.ONMEDA.DE).

Hepatitis B

Die **Hepatitis B** ist eine ansteckende akute oder chronische Entzündung der Leber infolge einer Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus (HBV). Diese Lebererkrankung kann die Leberzellen schädigen und zu Störungen der Organfunktion führen. Die Übertragung der Hepatitis B kann verschiedene Ursachen haben: Das Hepatitis-B-Virus kann über Blut oder andere Körperflüssigkeiten wie Sperma, Tränenflüssigkeit, Vormilch (Kolostrum) und Speichel übertragen werden: Die darin enthaltenen Viren können über Schleimhäute oder kleine Verletzungen der Haut in den Körper gelangen. Blut enthält besonders viele Hepatitis-B-Viren, sodass bereits kleinste Blutstropfen genügen, um sich anzustecken. In den anderen Körperflüssigkeiten ist die Virenkonzentration deutlich geringer. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt zum Aufbau einer Grundimmunisierung insgesamt vier Impfungen im Alter von 2 bis 14 Monaten (WWW.ONMEDA.DE).

Röteln

Der Begriff **Röteln** (bzw. **Rubella**) bezeichnet per Definition eine weltweit verbreitete **Infektionskrankheit**, die **durch** bestimmte **Viren** entsteht. Röteln treten in ungeimpften Bevölkerungen überwiegend im Kindesalter auf. Kennzeichnend für Röteln ist ein feinfleckiger Ausschlag (Exanthem). Dieser Ausschlag bildet hellrote Knötchen, die zuerst im Gesicht und dann vor allem am Rumpf auftreten. Eine Infektion kann weiterhin zu vergrößerten und schmerzhaften Lymphknoten, Kopf- und Gelenkschmerzen sowie zu Bindehautentzündung am Auge führen. Die STIKO empfiehlt 2 Impfungen für den Aufbau einer Grundimmunisierung: 1. Impfung im Alter von 11. Bis 14 Lebensmonaten, 2. Impfung im Alter von 15 bis 23 Monaten (WWW.ONMEDA.DE).

Meningokokken

Meningokokken sind Bakterien, die durch Tröpfcheninfektion übertragen werden. Eine Infektion mit Meningokokken kann zu einer Hirnhautentzündung (Meningitis) oder Blutvergiftung (Sepsis) führen. Die STIKO empfiehlt 1 Impfung ab dem Alter von 12 Monaten für den Aufbau einer Grundimmunisierung (WWW.ONMEDA.DE).

Rotaviren

Eine Rotavirus-Infektion (Rotavirus-Gastroenteritis) kommt insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern häufig vor. Rotaviren sind hoch ansteckend. Sie werden mit dem Stuhl ausgeschieden und können leicht über eine Schmierinfektion (fäkal-oral), aber auch durch verunreinigtes Wasser und verunreinigte Lebensmittel übertragen werden.

Eine Rotavirus-Infektion kann vor allem bei Kindern unter zwei Jahren zu schweren Magen-Darm-Symptomen wie zum Beispiel wässrigen Durchfällen, Erbrechen und Bauchschmerzen führen. Die 1. Impfung sollte gemäß der Empfehlung der STIKO bereits ab dem Alter von 6 Wochen erfolgen, je nach verwendetem Impfstoff sind 2 bzw. 3 Dosen im Abstand von mindestens 4 Wochen erforderlich (WWW.ONMEDA.DE).

Varizellen (Windpocken)

Windpocken (Varizellen) zählen zu den sehr ansteckenden Viruskrankheiten, die vorwiegend durch Tröpfcheninfektionen übertragen werden. Typischerweise tritt bei Windpocken schubweise ein Hautausschlag am ganzen Körper auf. Am häufigsten sind Kinder im Kleinkindalter von Windpocken betroffen. Bei Windpocken kommt es neben allgemeinen Krankheitssymptomen wie Kopf- und Gliederschmerzen und leichtem Fieber (selten über 39°C) zu einem flecken- und bläschenbildenden, heftig juckenden **Ausschlag** (Exanthem). Die STIKO empfiehlt 2 Impfungen für den Aufbau einer Grundimmunisierung: 1. Impfung im Alter von 11. bis 14 Lebensmonaten, 2. Impfung im Alter von 15 bis 23 Monaten (WWW.ONMEDA.DE).

Anhang 2

Impfquoten in Mannheim 2013 bis 2015

Grundimmunisierung	2013		2014		2015	
	MA	BW	MA	BW	MA	BW
Polio	94,1%	92,4%	94,4%	92,4%	94,0%	91,1%
Diphtherie	95,3%	93,5%	94,6%	93,3%	95,2%	92,0%
Tetanus	95,5%	93,5%	94,6%	93,4%	95,3%	92,1%
Pertussis	95,0%	93,2%	94,5%	93,1%	95,1%	91,8%
Hib	94,5%	91,9%	93,9%	91,7%	94,0%	90,3%
Hepatitis B	91,8%	80,7%	92,8%	80,7%	92,2%	79,3%
Masern	93,0%	88,8%	91,1%	88,4%	xxx	
Röteln	92,8%	88,6%	91,0%	88,1%	xxx	
Mumps	93,1%	88,7%	90,8%	88,0%	xxx	
Meningokokken	91,7%	83,8%	89,9%	84,5%	91,7%	85,9%
Varizellen	90,0%	76,0%	86,7%	77,4%	xxx	
Pneumokokken	86,7%	72,8%	86,6%	73,9%	86,9%	75,0%

Impfquoten in Mannheim und in Baden-Württemberg 2013 bis 2015, Datenquelle Landesgesundheitsamt

Für die ESU 2015 wurde die Datenmaske des EDV-Programms zur Erfassung der Untersuchungsergebnisse umgestellt, was zu Problemen bei der Datenerfassung führte. Es liegen keine verlässlichen Ergebnisse vor.

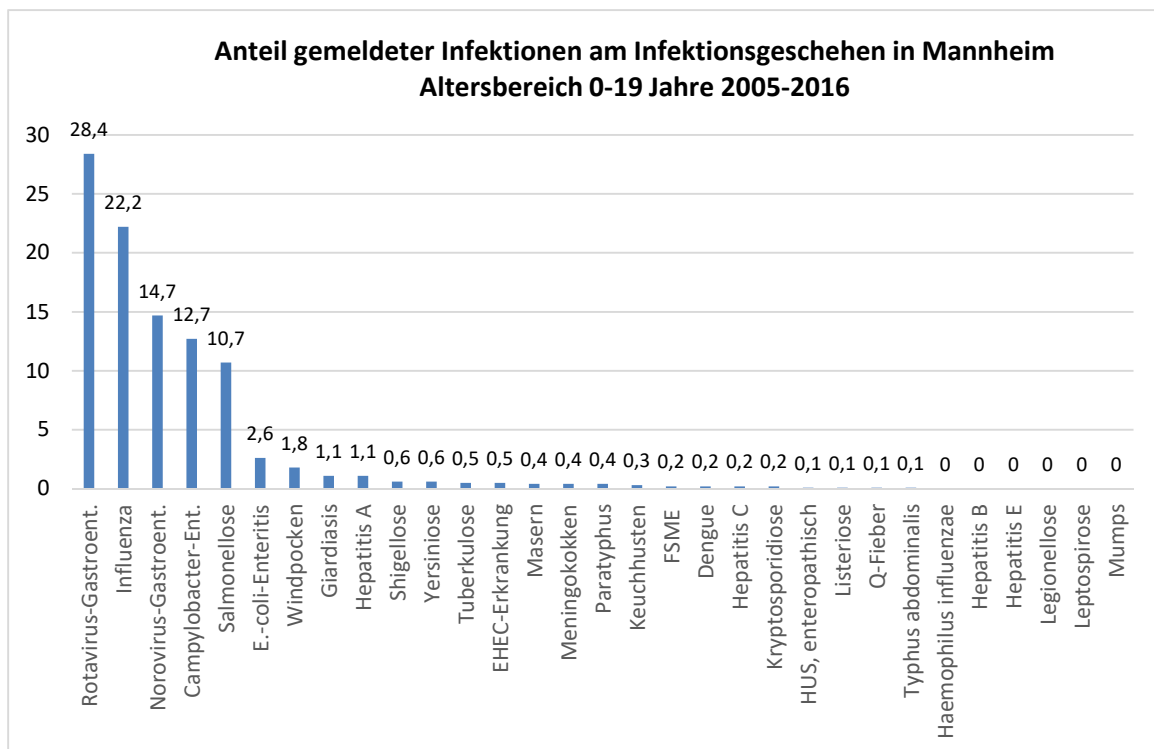
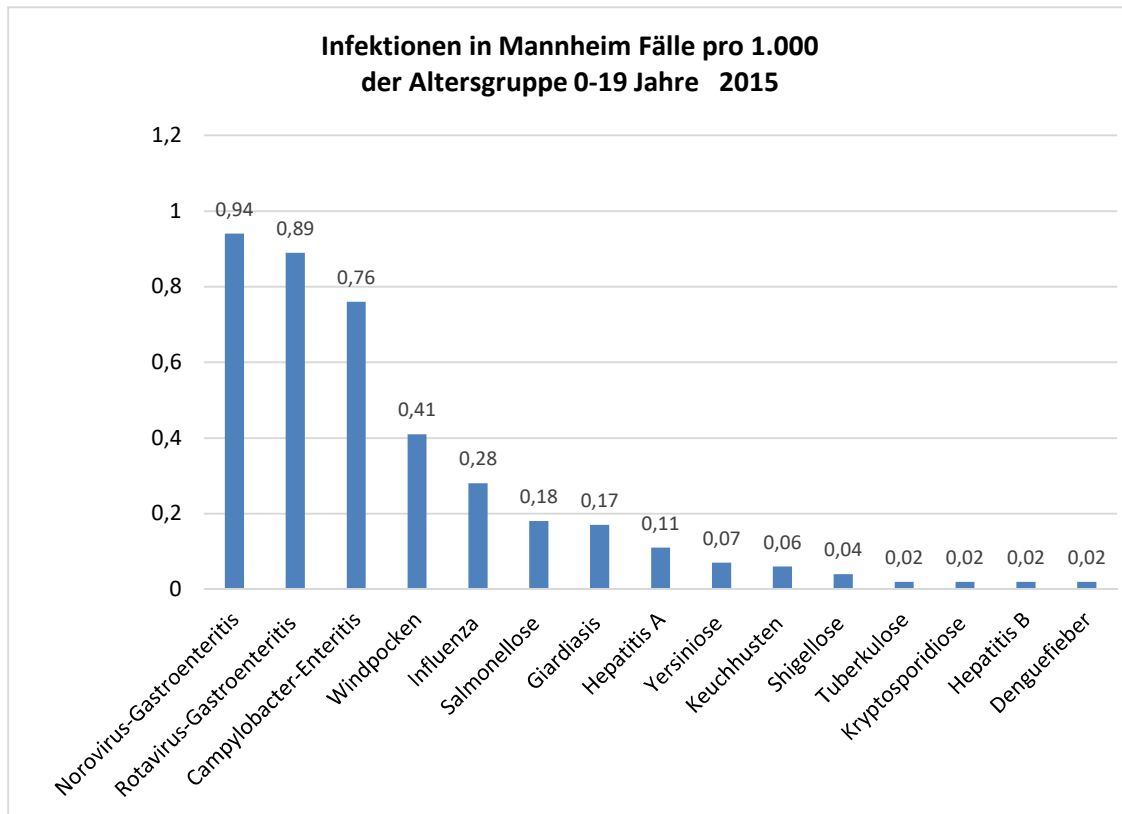
Anhang 3

Inhalte und Zeiträume der U-Untersuchungen

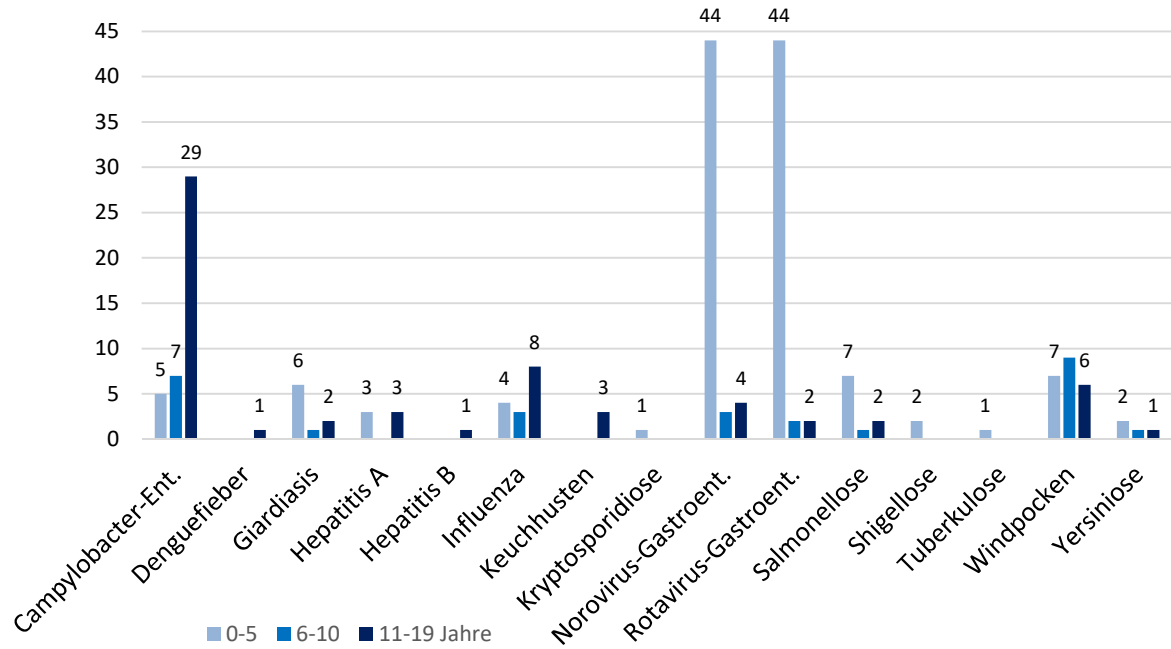
Untersuchungszeiträume und Toleranzgrenzen			
Unter- su- chung	Zeitraum	Toleranzgrenze	Was wird untersucht?
U1	Direkt nach der Geburt		Überprüfung von Herzschlag, Atmung, Muskelspannung, Hautfarbe und Reflexen. Diese Untersuchung darf auch eine Hebamme durchführen.
U2	3. bis 10. Lebenstag	3. bis 14. Lebenstag	Untersuchung der wichtigen Organe, des Hüftgelenks und der Reflexe des Kindes. Zudem wird eine Blutprobe entnommen.
U3	4. bis 5. Lebenswoche	3. bis 8. Lebenswoche	Es wird untersucht, ob sich das Baby altersgemäß entwickelt. Der Arzt fragt die Eltern unter anderem nach der Entwicklung des Kindes und er untersucht das Hüftgelenk per Ultraschall.
U4	3. bis 4. Lebensmonat	2. bis 4 ½. Lebensmonat	Im Zentrum der Untersuchung steht noch einmal die Hüfte sowie das Nervensystem. Der Arzt testet zudem, ob das Baby dem Alter entsprechend auf optische und akustische Reize reagiert.
U5	6. bis 7. Lebensmonat	5. bis 8. Lebensmonat	Es wird wieder überprüft, ob sich das Kind altersgemäß verhält. Neben dem Seh- und Hörvermögen steht die Körperhaltung und die Beweglichkeit im Mittelpunkt.
U6	10. bis 12. Lebensmonat	9. bis 14. Lebensmonat	Neben einer allgemeinen körperlichen Untersuchung achtet der Arzt auf die geistige Entwicklung des Kindes und untersucht die Sinnesorgane.
U7	21. bis 24. Lebensmonat	20. bis 27. Lebensmonat	Arzt testet die sprachliche Entwicklung und überprüft Bewegungen und Körperbeherrschung.
U7a	34. bis 36. Lebensmonat	33. bis 38. Lebensmonat	Schwerpunkte bilden das Erkennen und Behandeln von allergischen Erkrankungen, Übergewicht sowie Mund, Kiefer und Zähne. Zudem prüft der Arzt das Kind auf mögliche Sprachentwicklungs- und Verhaltensstörungen. Da diese Untersuchung im Alter von etwa drei Jahren stattfindet, wird die U7a manchmal auch als "Kindergarten-Check" bezeichnet.
U8	46. bis 48. Lebensmonat	43. bis 50. Lebensmonat	Untersuchung der Organe und Sinnesorgane, die für Bewegungsabläufe eine wichtige Rolle spielen, Arzt achtet auf das Verhalten des Kindes.
U9	60. bis 64. Lebensmonat	58. bis 66. Lebensmonat	Alle Organe sowie die körperliche und geistige Entwicklung stehen im Mittelpunkt. Mögliche Fehlfunktionen der Sinnesorgane lassen sich jetzt rechtzeitig vor der Einschulung erkennen.

Anhang 4:

Meldepflichtige Infektionskrankheiten in der Altersgruppe 0-19 Jahre in Mannheim



Anzahl der aus Mannheim übermittelten Infektionskrankheiten nach Altersgruppen 2015



Meldepflichtige Infektionskrankheiten bei 0-19-Jährigen in Mannheim 2005-2016												
Fallzahlen RKI*												
20..	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Grippe												
Influenza	5	6	53	33	346	1	54	25	33	1	15	38
Gastroenteritiden												
Campylobacteriose	35	32	31	17	13	18	39	47	28	28	41	41
E.coli*	2	2	6	5	9	5	6	10	16	7	-	-
/ EHEC	0	2	0	2	0	0	1	2	2	1	0	3
/ HUS	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Giardiasis	2	2	2	3	4	3	0	1	2	1	9	5
Kryptosporidiose	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Norovirusinfektion	8	9	24	41	35	50	35	53	47	27	51	65
Rotavirusinfektion	78	87	85	95	76	108	36	34	59	27	48	14
Salmonellose	36	56	43	25	21	23	21	12	13	17	10	8
Shigellose	0	2	2	7	1	1	0	0	0	0	2	0
Yersiniose	1	3	0	1	0	0	3	0	1	2	4	2
Hepatitiden												
Hepatitis A	5	9	4	1	1	0	1	0	1	1	6	3
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Hepatitis C	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	1
Hepatitis E	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberkulose												
Tuberkulose	0	2	1	0	4	1	0	0	2	1	1	6
Weitere Erkrankungen												
Denguefieber	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0
Haemophilus influenzae	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
FSME	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0
Leptospirose	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Legionellose	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Listeriose	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Masern	0	3	0	3	0	2	2	0	0	0	0	0
Meningokokken	2	1	1	2	2	0	0	0	0	2	0	0
Paratyphus	0	0	0	3	0	3	0	2	0	1	0	0
Q-Fieber	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Typus abdominalis	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
2013 neu eingeführte Meldepflichten												
Keuchhusten									1	3	3	4
Mumps									1	0	0	0
Röteln									0	0	0	0
Windpocken									6	18	22	31

* Quelle: Robert Koch-Institut, SurvStat@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de>

Anhang 5:

Glossar meldepflichtige Infektionskrankheiten

(Quelle: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2016)

Campylobacter Enteritis

Bakterien der Gattung **Campylobacter** verursachen eine Darminfektion, die typischerweise mit Bauchschmerzen und wässrigem, gelegentlich blutigem Durchfall einhergeht. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt vor allem über tierische Lebensmittel (Geflügel, Rohmilch) und Haustiere. Als seltene Komplikationen können das Guillain-Barré-Syndrom (eine mit Lähmungserscheinungen einhergehende Nervenerkrankung) sowie Gelenkentzündungen auftreten.

Denguefieber

Das **Denguevirus**, bei dem 4 Serotypen (Unterarten des Virus) unterschieden werden, wird von vorwiegend tagaktiven Stechmücken in über 100 Ländern der Tropen und Subtropen übertragen. Es verursacht eine akute fieberhafte Erkrankung mit Kopf- und Gliederschmerzen und gelegentlich Hautausschlag. Die schweren, zum Teil tödlichen Verlaufsformen mit diffusen Blutungen (hämorrhagisches Denguefieber) und Kreislaufversagen (Dengue-Schocksyndrom) treten vermehrt bei erneuter Infektion mit einem anderen Serotyp und vor allem bei in Endemiegebieten (bezeichnet in der Medizin eine geografische Region, in der eine bestimmte Erkrankung auftritt, die auf dieses Gebiet beschränkt ist) lebenden Kindern auf.

Diphtherie (siehe Anhang 1 Impfungen)

E.-coli Enteritis

Das Bakterium **Escherichia coli** besiedelt natürlicherweise den menschlichen Darm. Einige E.-coli Stämme können unterschiedliche z.T. schwere Darmerkrankungen und weitere u.a. lebensbedrohliche Komplikationen hervorrufen. Sie alle werden durch Schmierinfektion und vor allem durch kontaminierte Lebensmittel übertragen.

EHEC

Einige Stämme des Darmbakteriums *Escherichia coli* bilden sogenannte Shigatoxine und können schwere blutige Durchfälle auslösen. Diese Stämme werden als enterohämorrhagische E.coli bezeichnet. Als lebensbedrohliche Komplikation kann das enteropathische hämolytisch-urämische Syndrom (HUS) (s.u.) auftreten. Infektionen mit EHEC kommen weltweit vor. Als Reservoir für die meisten EHEC-Stämme gelten Wiederkäuer, vor allem Rinder. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt fäkal-oral (Infektionsweg, bei dem Krankheitserreger aus Exkrementen (Stuhl) meist über die Hände direkt oder die davon berührte Nahrung in den Mund gelangen), wobei die Erregeraufnahme über den Kontakt mit Tierausscheidungen aus den Verdauungsorganen, über kontaminierte Lebensmittel oder kontaminiertes Wasser erfolgt, aber auch durch direkten Kontakt von Mensch zu Mensch.

FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)

Die **Frühsommer-Meningoenzephalitis** wird durch das FSME-Virus verursacht, das durch Zecken auf den Menschen übertragen wird – in Deutschland durch die Spezies *Ixodes ricinus*. Der typische Ver-

lauf einer FSME-Erkrankung ist biphasisch (läuft in 2 Phasen ab) und beginnt mit unspezifischen, grippeähnlichen Beschwerden (Inkubationszeit meist 7 bis 14 Tage). Nach einem kurzen Intervall von ca. 1 Woche folgen die spezifischen neurologischen Manifestationen der FSME (Meningitis, Enzephalitis, Myelitis). Ein hoher Anteil der Infektionen verläuft jedoch asymptomatisch oder die zweite Krankheitsphase bleibt aus, Schätzungen gehen von 70 bis 95% aus.

Giardiasis

Die Infektion mit dem weltweit verbreiteten Dünndarmparasiten **Giardia lamblia** kann unauffällig verlaufen, aber auch zu lang andauernden und über Jahre wiederkehrenden Durchfällen und Oberbauchbeschwerden mit Gewichtsabnahme sowie ausgeprägtem Meteorismus (Luftansammlungen im Verdauungstrakt) führen. Der Parasit wird fäkal-oral (Infektionsweg, bei dem Krankheitserreger aus Exkrementen (Stuhl) meist über die Hände direkt oder die davon berührte Nahrung in den Mund gelangen) durch direkten Kontakt, Nahrungsmittel oder Trinkwasser übertragen.

Haemophilus influenzae (siehe Anhang 1 Impfungen)

Hepatitis A

Das **Hepatitis-A-Virus** verursacht eine akute Leberentzündung mit den klinischen Zeichen einer Gelbsucht. Das Virus wird mit dem Stuhl ausgeschieden und durch direkten Kontakt, verunreinigte Nahrungsmittel oder verunreinigtes Trinkwasser übertragen. In Ländern mit niedrigem Hygienestandard ist die Durchseuchung schon im Kindesalter sehr hoch. In Europa und Nordamerika kam es in den letzten Jahrzehnten zu einem kontinuierlichen Rückgang der Infektionshäufigkeit, so dass hier immer weniger Jugendliche und Erwachsene eine Immunität besitzen. Eine Schutzimpfung steht zur Verfügung.

Hepatitis B (siehe Anhang 1 Impfungen)

Hepatitis C

Die **Hepatitis C** ist eine weltweit beim Menschen vorkommende, durch Hepatitis-C-Viren (HCV) ausgelöste Leberentzündung, die parenteral (Krankheitserreger gelangen „am Darm vorbei“, also *nicht* über den Verdauungstrakt in den Organismus) übertragen wird. Ohne Therapie nimmt die Infektion in 50 bis 85% der Fälle einen chronischen Verlauf, der nach Jahrzehnten durch eine Leberzirrhose oder ein Leberzellkarzinom kompliziert werden kann. Es existiert kein Impfstoff gegen Hepatitis C. Aufgrund des meist unbekanntes Infektionszeitpunktes ist die Identifizierung von Übertragungswegen oft schwierig.

Hepatitis E

Bei der **Hepatitis E** handelt es sich um eine Form der Virushepatitis, die vor allem in südostasiatischen, zentralasiatischen und indischen Regionen verbreitet ist und in unseren Breitengraden zumeist als fäkal-oral übertragene Reiseinfektion auftritt. Die Übertragung des Hepatitis E Virus findet oral (Wasser, Essen), oder fäkal-oral als Schmierinfektion statt. Da eine Übertragung zwischen Menschen bisher nicht nachgewiesen werden konnte, stellt die Hygiene eine der besten Präventionsmöglichkeiten dar. Es sind keine chronischen Verlaufsformen der enteral übertragenen Erkrankung bekannt. Sie ist klinisch nicht von der Hepatitis A zu unterscheiden, jedoch in ihrer Verlaufsform schwerer (in etwa 0,5% der Fälle tödlich). Die Inkubationszeit beträgt 2-8 Wochen.

Enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)

Das **enteropathische hämolytisch-urämische Syndrom (HUS)** umfasst schwere, unter Umständen tödliche Komplikationen, die bei bakteriellen Darminfektionen mit enterohämorrhagischen (von enteron: Darm, hämorrhagisch: blutend) *Escherichia coli* (EHEC) auftreten können. In sehr seltenen Fällen kommt enteropathisches HUS auch bei Infektionen mit Shigellen oder anderen Erregern vor. Das Vollbild des HUS ist charakterisiert durch eine akute Nierenfunktionsstörung, Blutarmut durch den Zerfall roter Blutkörperchen und einen Mangel an Blutplättchen.

Influenza

Die **Influenza** ist eine durch das Influenzavirus hervorgerufene, vorwiegend durch respiratorische (das Atmungssystem betreffend) Sekrete in Tröpfchenform übertragene Erkrankung, die sich typischerweise durch einen plötzlichen Beginn mit Fieber, Husten und Muskel- oder Kopfschmerzen auszeichnet. Weitere Symptome können allgemeine Schwäche, Schweißausbrüche, Schnupfen, aber auch Übelkeit/Erbrechen und Durchfall sein. Zu beachten ist jedoch, dass bei Weitem nicht alle Influenza-Infizierten mit typischer Symptomatik erkranken. Schwere Verlaufsformen und Komplikationen können in jedem Lebensalter auftreten, betreffen jedoch vorwiegend ältere Menschen (> 60 Jahre) und solche mit chronischen Grundkrankheiten. Die Influenza tritt saisonal in sogenannten Grippewellen auf, die in Deutschland meist im Januar oder Februar beginnen und innerhalb von 8 bis 10 Wochen ablaufen.

Keuchhusten (Pertussis) (siehe Anhang 1 Impfungen)

Kryptosporidiose

Die **Kryptosporidiose** ist eine Darminfektion, die durch Parasiten der Gattung *Cryptosporidium* verursacht wird. *C. parvum* wird von infizierten Menschen und Tieren, z. B. Hunden, Katzen, Rindern und Schafen, mit dem Kot ausgeschieden. *C. hominis* kommt fast ausschließlich beim Menschen vor. Die Übertragung der Erreger erfolgt fäkal-oral (Infektionsweg, bei dem Krankheitserreger aus Exkrementen (Stuhl) meist über die Hände direkt oder die davon berührte Nahrung in den Mund gelangen), über verunreinigtes Wasser oder kontaminierte Lebensmittel. Normalerweise heilt die Erkrankung nach oft wochenlang anhaltenden Bauchschmerzen und Durchfällen von selbst aus, allerdings kann es bei abwehrgeschwächten Patienten zu schweren chronischen und unter Umständen tödlichen Verläufen kommen.

Legionellose

Die **Legionellose** ist eine Atemwegserkrankung, die durch Bakterien der Gattung *Legionella* hervorgerufen wird. Man unterscheidet das Pontiac-Fieber, das durch Fieber, Husten und Muskelschmerzen charakterisiert ist, und die schwerer verlaufende Legionärskrankheit, die mit einer Pneumonie einhergeht. Als besondere Risikogruppen gelten Immungeschwächte, Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie ältere Menschen und Raucher. Eine Infektion erfolgt in der Regel durch das Einatmen erregerehaltiger Aerosole (feine Verteilung flüssiger oder fester Stoffe in der Luft), generiert durch häusliche oder öffentliche Wassersysteme wie z. B. Duschen, Whirlpools etc. oder durch industrielle Anlagen wie z. B. Rückkühlwerke. Ferner kann eine Infektion auch durch das Eindringen von kontaminiertem Wasser in die Atemwege erfolgen. Eine direkte Übertragung von Mensch zu Mensch ist nicht bekannt.

Epidemiologisch werden im privaten/beruflichen Umfeld erworbene, reiseassoziierte und in Krankenhäusern/Pflegeeinrichtungen erworbene Legionellen unterschieden.

Leptospirose

Pathogene Bakterien der Gattung *Leptospira* sind die Erreger der weltweit verbreiteten Leptospirose, deren natürliche Wirte neben Ratten und Mäusen auch zahlreiche weitere Haus-, Nutz-, und Wildtiere sind. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt hauptsächlich durch den direkten oder mittelbaren Kontakt mit dem Urin infizierter Tiere, in seltenen Fällen auch durch kontaminiertes Blut oder Gewebe. Häufig verläuft die Infektion beim Menschen als unspezifische, grippeähnliche Erkrankung, jedoch treten regelmäßig auch lebensbedrohliche Formen mit Blutungsneigung, Leber- und Nierenversagen auf.

Listeriose

Erkrankungen durch das Bakterium *Listeria monocytogenes* treten in verschiedenen Formen auf. Infektionen während der Schwangerschaft (Schwangerschafts-Listeriose) können sich als Fieber oder grippeähnliche Beschwerden äußern und infolge einer intrauterinen (innerhalb der Gebärmutter) oder perinatalen (in der Phase um die Geburt) Übertragung zu Fehl-, Früh-, Totgeburt oder zur Geburt eines geschädigten Kindes (Neugeborenen-Listeriose) führen. Bei anderen Listeriosen, die nicht mit einer Schwangerschaft im Zusammenhang stehen und die vor allem bei älteren oder abwehrgeschwächten Patienten auftreten, kann es auch zu Blutstrominfektionen und Entzündungen der Hirnhäute oder des Gehirns kommen. Die Übertragung von *L. monocytogenes* erfolgt zumeist durch den Konsum kontaminierter Lebensmittel.

Masern (siehe Anhang 1 Impfungen)

Meningokokken (siehe Anhang 1 Impfungen)

Mumps (siehe Anhang 1 Impfungen)

Norovirus

Noroviren gehören zur Gruppe der Caliciviren. Sie sind weltweit verbreitet und für einen Großteil der nicht bakteriell bedingten ansteckenden Magen-Darm-Infektionen bei Kindern und Erwachsenen verantwortlich. Die Erkrankung wird aufgrund der charakteristischen Symptomatik mit schwallartigem Erbrechen und des überwiegend saisonalen Auftretens in den Wintermonaten auf Englisch auch als »winter vomiting disease« bezeichnet. Die Übertragung erfolgt fäkal-oral (z. B. Handkontakt mit kontaminierten Flächen) oder durch die orale Aufnahme virushaltiger Tröpfchen, die im Rahmen des Erbrechens entstehen. Häufig sind Noroviren Ursache von Ausbrüchen in Altenheimen, Krankenhäusern und Gemeinschaftseinrichtungen. Infektionen können auch über kontaminierte Lebensmittel erfolgen.

Paratyphus

Paratyphus wird durch die Serovaren Paratyphi A, B und C des Bakteriums *Salmonella enterica* verursacht. Serovar Paratyphi B ist weltweit verbreitet, während die Serovaren Paratyphi A und Paratyphi C hauptsächlich in wärmeren Ländern heimisch sind. Hauptansteckungsquelle ist der Mensch, der den Erreger mit dem Stuhl ausscheidet. Die Aufnahme erfolgt oral durch verunreinigte Nahrungsmittel,

verunreinigtes Trinkwasser oder direkten Kontakt. Das Krankheitsbild gleicht dem des Typhus abdominalis, verläuft aber in der Regel milder.

Q-Fieber

Q-Fieber wird durch das Bakterium *Coxiella burnetii* verursacht, das sich innerhalb von Zellen ansiedelt. Zecken spielen eine wichtige Rolle im Infektionskreislauf der Wild- und Nutztiere. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt in der Regel auf dem Luftweg über die erregerbelasteten getrockneten Ausscheidungen (insbesondere Geburtsprodukte) infizierter Haus- und Nutztiere sowie bei der durch infektiösen Zeckenkot belasteten Schafschur. In etwa der Hälfte der Fälle kommt es zu einer grippeähnlichen Erkrankung, die durch die Entzündung von Lunge, Leber, Herzmuskel oder Gehirn kompliziert werden kann. Auch chronische Formen (hauptsächlich Herzklappenentzündungen) kommen vor.

Rotavirus Gastroenteritis (siehe Anhang 1 Impfungen)

Salmonellosen

Salmonellosen sind durch Bakterien der Gattung *Salmonella* verursachte Erkrankungen. Beim Krankheitsbild steht Durchfall im Vordergrund. Daneben sind Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Fieber möglich. Die Symptome dauern in der Regel nur wenige Stunden oder Tage an, führen bei einem Teil der Betroffenen aber auch zu mehrtägigen Krankenhausaufenthalten.

Enteritis-Salmonellen (Darmentzündung verursachende Salmonellen) kommen weltweit u. a. in Geflügel, Schweinen, Rindern, aber auch Reptilien vor. Sie werden meist durch den Verzehr kontaminierter Lebensmittel auf den Menschen übertragen. Typhus und Paratyphus, verursacht durch die beiden Salmonellen-Serovare *S. Typhi* und *S. Paratyphi*, unterscheiden sich im Krankheitsbild deutlich von den übrigen Salmonellosen und werden in eigenen Kurzbeschreibungen dargestellt.

Shigellose

Die **Shigellose** ist eine weltweit verbreitete Durchfallerkrankung, die durch Bakterien der Gattung *Shigella* ausgelöst wird und mit wässrigen bis blutigen Durchfällen, Bauchkrämpfen und Fieber einhergeht. Es werden 4 Spezies mit unterschiedlicher geografischer Verteilung und Virulenz unterschieden. In Entwicklungsländern kommen hauptsächlich *S. flexneri*, *S. dysenteriae* und *S. boydii* vor, während in Mitteleuropa *S. sonnei* dominiert. Eine seltene Komplikation ist das separat abgehandelte hämolytisch-urämische Syndrom (HUS). Die Übertragung erfolgt hauptsächlich über Kontakt von Mensch zu Mensch, aber auch über verunreinigtes Trinkwasser und verunreinigte Lebensmittel. Auch sexuelle Übertragungen über oro-anale Kontakte sind möglich.

Tuberkulose

Als **Tuberkulose** werden Erkrankungen bezeichnet, die durch Erreger des Mycobacterium tuberculosis-Komplexes hervorgerufen werden. Die Übertragung der Erreger erfolgt in der Regel aerogen (über die Luft) von Mensch zu Mensch. Aus diesem Grund ist die frühzeitige Diagnose der Tuberkulose im Idealfall bevor sich eine offene Lungentuberkulose (infektiöse Form) entwickelt sowie die rasch eingeleitete und konsequent über mindestens sechs Monate durchgeführte Kombinationstherapie zur Unterbrechung von Infektionsketten von besonderer Bedeutung. Unbehandelt ist die Krankheit durch einen langen, schweren Verlauf gekennzeichnet, der initial häufig mit unspezifischen Symptomen wie Appetitverlust (Gewichtsabnahme), subfebrilen Temperaturen (erhöhte Körpertemperatur im Zwischenbereich von 37,5°C bis 37,9°C, die noch nicht als Fieber zu deuten ist), Nachtschweiß und Husten einhergeht. In Abhängigkeit von den betroffenen Organen ist eine vielfältige Symptomatik möglich.

Typhus abdominalis

Typhus abdominalis wird durch das Serovar (Untergruppe der Bakterienart) Typhi der Bakterienart Salmonella enterica verursacht. Es handelt sich um eine systemische Erkrankung, die mit hohem Fieber, Kopfschmerzen und Benommenheit einhergehen kann. Einziges bekanntes Erregerreservoir ist der Mensch. Die Übertragung erfolgt durch verunreinigte Lebensmittel, verunreinigtes Wasser oder direkten Kontakt mit Infizierten. Ohne antibiotische Behandlung können 2 bis 5% der Patienten zu Dauerausscheidern werden. In selteneren Fällen kann dies auch nach einer Antibiotikabehandlung vorkommen.

Windpocken (Varizellen) (vgl Anhang 1 Impfungen)

Yersiniose

Die enterale **Yersiniose** wird durch Bakterien der Gattung Yersinia, insbesondere Y. enterocolitica hervorgerufen. Die Infektion mit Y. enterocolitica kann über kontaminierte Lebensmittel vorwiegend tierischer Herkunft, kontaminiertes Trinkwasser oder in seltenen Fällen direkt über infizierte Personen erfolgen. Zum klinischen Bild gehören Durchfälle, in deren Folge es zu Gelenkentzündungen oder Entzündungen des Unterhautfettgewebes kommen kann.

Anhang 6

Versorgungsstrukturen

Die öffentliche Aufgabe der Sicherstellung eines Zugangs zur ärztlichen Versorgung soll durch die Bedarfsplanungs-Richtlinie gewährleistet werden. Doch das Unterschreiten der allgemeinen Verhältniszahlen Bevölkerung pro (Fach-)Arzt stellt ein vergleichsweise grobes Raster dar. Mit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2013 wurden erstmals auch Instrumente aufgenommen, die eine regionale Anpassung, d.h. Abweichung von den bundesweiten Vorgaben, regeln. Neu ist ein regionaler Handlungsspielraum auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen (Landesebene). Als Anpassungsfaktoren für die Planungsbereiche wurden Demografie, sozioökonomische Faktoren wie die Armutsquote und Mortalität, sowie räumliche Faktoren etabliert. Das Spektrum der „Stellschrauben“ der Bedarfsplanung kann auch zur Anwendung kommen, um den regionalen Besonderheiten eines einzelnen Planungsbereichs Rechnung zu tragen.

Selbst bei nominell ausreichend erscheinenden Verhältniszahlen können auch in Teilen eines Planungsbereichs (Stadtkreis, Landkreis, Region) Versorgungs-Schiefen entstehen. Für einen nicht unterversorgten Planungsbereich kann gemäß Beschluss des G-BA vom 16.5.2013 zur Neuformulierung des § 35 unter bestimmten Bedingungen ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf für Teilbereiche festgestellt werden. Die Feststellung erfolgt durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Dabei besteht eine umfassende Ermittlungspflicht. Die jeweilige Bezugsregion innerhalb eines Planungsbereichs, die versorgt werden soll, ist abzugrenzen. Ein zusätzlicher Bedarf setzt voraus, dass

- ein zumutbarer Zugang der Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung z.B. aufgrund der Verteilung der niedergelassenen Ärzte, der Infrastruktur etc. nicht gewährleistet ist (§ 11-14)
- eine ausreichende versorgungsrelevante Bevölkerungszahl gemessen an der flächenmäßigen Ausdehnung, Verkehrsanbindung und Lage der Bezugsregion vorhanden ist (Verhältniszahl)
- der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint.

Veranlassende Instanzen für diese Art der Steuerung können nur KV und Landesverbände einer Krankenkasse oder Ersatzkasse sein. Darüber hinaus können von KV oder Krankenkasse beim Landesausschuss besondere lokale Versorgungsumstände wie Demografie, sozioökonomische Faktoren, räumliche Faktoren geltend gemacht werden, die Fördermöglichkeiten nach sich ziehen. Diese beziehen sich nicht auf die Einräumung zusätzlicher Niederlassungsmöglichkeiten, sondern auf die Förderung der Tätigkeit bereits praktizierender Ärztinnen und Ärzte. Darunter fallen beispielsweise ein Verzicht auf Fallzahlbegrenzung oder Sicherstellungszuschläge.

Bedarfsplanungsgewicht berücksichtigt Teilnahmeumfang der Ärzte

Die Einheit der Bedarfsplanung ist nicht die Anzahl der Ärzte bzw. Psychotherapeuten nach Köpfen, sondern nach Bedarfsplanungsgewicht. Mit diesem Gewicht wird der Teilnahmeumfang jedes individuellen Arztes/Psychotherapeuten berücksichtigt, wobei dieser in 0,25 Schritten zwischen 0 (keine bedarfsplanungsrelevante vertragsärztliche Tätigkeit) und 1 (Vollzeiteilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung) liegen kann. Ausgewiesen wird die durchschnittliche Anzahl der Einwohner je Vollzeit-Bedarfsplanungsgewicht differenziert nach Arztgruppe. Dieses Ist-Verhältnis wird in der Bedarfsplanung mit der Soll-Verhältniszahl Ärzte zu Einwohnern in einem Planungsbereich abgeglichen und so der Versorgungsgrad bestimmt. Eine niedrige Anzahl Einwohner je Arzt zeigt ein hohes Versorgungsniveau an Kassenärztliche Bundesvereinigung.

gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17015.php

9. Abbildungsverzeichnis

Bevölkerungsstruktur

Abb. 1: Sozialräume in Mannheim

Abb. 2: Bevölkerung in den Sozialräumen, Stichtag 31.12.2014

Abb. 3: Anzahl der Kinder und Jugendlichen nach Altersgruppen in Mannheim 2005-2014.

Abb. 4: Kinder und Jugendliche unter 18 J. in den Sozialräumen, Stichtag 31.12.2014

Abb. 5: Einwohner mit Migrationshintergrund in den Sozialräumen, Stichtag 31.12.2014.

Abb. 6: Bevölkerungsanteile mit und ohne Migrationshintergrund in den Sozialräumen, Stichtag 31.12. 2014

Abb. 7: Kinder und Jugendliche unter 18 J. mit Migrationshintergrund in den Sozialräumen, Stichtag 31.12.2014

Abb. 8: Bevölkerungsanteile der Kinder und Jugendlichen unter 18 J. mit und ohne Migrationshintergrund in den Sozialräumen Stichtag 31.12.2014

Abb. 9: Geburten Gesamtstadt 2006-2014

Abb. 10: Geburtenzahlen in den Sozialräumen 2006-2014

Säuglingssterblichkeit

Abb. 11: Säuglingssterblichkeit im Stadtkreis Mannheim 1992-2014, 3-Jahres-Mittelwerte

Willkommen im Leben

Abb. 12: Situation der besuchten Kinder in der Herkunftsfamilie

Abb. 13: Situation der besuchten Kinder in der Herkunftsfamilie in den Sozialräumen: alleinerziehend

Abb. 14: Alter der Mütter aus Familien mit und ohne Migrationshintergrund bei der Geburt

Abb. 15: Schwangerschaft und Geburt bei Müttern aus Familien mit und ohne Migrationshintergrund

Abb. 16: Konfliktschwangerschaften in den Sozialräumen

Abb. 17: Komplikationen in der Schwangerschaft und traumatisches Geburtserleben in den Sozialräumen

Abb. 18: Schwangerschaftswoche der Geburt in Familien mit und ohne Migrationshintergrund (zu frühe Geburten)

Abb. 19: Familien mit und ohne Migrationshintergrund ohne Betreuung durch eine Hebamme

Abb. 20: Familien ohne Betreuung durch eine Hebamme in den Sozialräumen

Abb. 21: Gestillte Säuglinge in Familien mit und ohne Migrationshintergrund

Abb. 22: Gestillte Säuglinge in den Sozialräumen

Abb. 23: Hinweise für besonderen Unterstützungsbedarf in Familien mit und ohne Migrationshintergrund

Abb. 24: Hinweise für besonderen Unterstützungsbedarf in den Sozialräumen

Abb. 25: Anzahl der Bereiche mit Risikofaktoren in Familien mit und ohne Migrationshintergrund

Abb. 26: Anzahl der Bereiche mit Risikofaktoren in den Sozialräumen

Einschulungsuntersuchung (ESU)

Abb. 27: Impfheft vorgelegt 2013-2015

Abb. 28: Impfheft vorgelegt: Kinder mit und ohne Migrationshintergrund

Abb. 29: Impfheft vorgelegt in den Sozialräumen 2013-2015

Abb. 30: Grundimmunisierung Tetanus in Mannheim bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund 2013-2015

- Abb. 31: Grundimmunisierung Masern in Mannheim bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund 2013-2015
- Abb. 32: Grundimmunisierung Windpocken in Mannheim bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund 2013-2015
- Abb. 33: Grundimmunisierung Tetanus in den Sozialräumen
- Abb. 34: Grundimmunisierung Masern in den Sozialräumen
- Abb. 35: Grundimmunisierung Windpocken in den Sozialräumen
- Abb. 36: Kinderuntersuchungsheft vorgelegt bei Einschulungsuntersuchung 2013-2015
- Abb. 37: Kinderuntersuchungsheft vorgelegt: Kinder mit und ohne Migrationshintergrund 2013-2015
- Abb. 38: Kinderuntersuchungsheft vorgelegt in den Sozialräumen
- Abb. 39: Vollständige Untersuchungen U3-U6 2013-2015
- Abb. 40: Untersuchungen U7, U 7a, U8 2013-2015 Daten LGA
- Abb. 41: Vollständige Untersuchungen U3-U6 bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund
- Abb. 42: Vollständige Untersuchungen U7, U7a, U8 bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund 2013-2015
- Abb. 43: Vollständige Untersuchungen U3-U6 in den Sozialräumen 2013-2015
- Abb. 44: Vollständige Untersuchungen U7, U7a,-U8 in den Sozialräumen 2013-2015
- Abb. 45: Körpergewicht 2013-2015
- Abb. 46: Körpergewicht bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund 2015
- Abb. 47: Körpergewicht in den Sozialräumen 2015
- Abb. 48: Sprachscreening: Förder- und Therapiebedarf beim Übergang Kindergarten/Grundschule 2013-2015
- Abb. 49: Sprachscreening: Förderbedarf bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund Übergang Kindergarten Grundschule 2013-2015
- Abb. 50: Sprachscreening: Therapiebedarf bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund 2013-2015
- Abb. 51: Sprachscreening: Förderbedarf in den Sozialräumen Übergang Kindergarten/Grundschule 2013-2015
- Abb. 52: Sprachscreening: Therapiebedarf in den Sozialräumen 2013-2015

Zahngesundheit Kitas

- Abb. 53: Mannheimer Kindertagesstätten mit zahnmedizinischen Untersuchungen 2007-2014
- Abb. 54: Mannheimer Kindertagesstätten mit zahnmedizinischen Untersuchungen 2007-2014 in den Sozialräumen
- Abb. 55: Teilnehmende Kinder an den zahnmedizinischen Untersuchungen 2007-2014 (Kindertagesstätten)
- Abb. 56: Teilnehmende Kinder an den zahnmedizinischen Untersuchungen in den Sozialräumen 2007-2014 (Kindertagesstätten)
- Abb. 57: Gebissstatus „behandlungsbedürftig“ in den Mannheimer Kindertagesstätten 2007-2014
- Abb. 58: Gebissstatus „behandlungsbedürftig“ in den Sozialräumen 2007-2014 (Kindertagesstätten)
- Abb. 59: Mannheimer Kindertagesstätten mit Prophylaxemaßnahmen 2007-2014
- Abb. 60: Kindertagesstätten mit Prophylaxemaßnahmen in den Sozialräumen 2007-2014
- Abb. 61: Mannheimer Kindertagesstätten mit Zahnputzkindern 2007-2014
- Abb. 62: Kindertagesstätten mit Zahnputzkindern in den Sozialräumen 2007-2014

Meldepflichtige Infektionskrankheiten 0-5 Jahre

Abb. 63: Anzahl der gemeldeten Infektionserkrankungen Fälle pro 1.000 in der Altersgruppe 0-5-Jahre im Jahr 2015

Abb. 64: Rotavirus-Erkrankungen Mannheim Fälle pro 1000 in der Altersgruppe 0-5 Jahre 2005-2016

Abb. 65: Rotavirus-Erkrankungen Ba-Wü Fälle pro 1000 in der Altersgruppe 0-5 Jahre 2005-2016

Abb. 66: Inzidenz der Rotaviren-Enteritis Fälle pro 1.000 in der Altersgruppe 0-5-Jahre in den Sozialräumen (SR) 2010-2015

Abb. 67: Norovirus-Erkrankungen Mannheim Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 0-5 Jahre 2005-2016

Abb. 68: Norovirus-Erkrankungen BaWü Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 0-5 Jahre 2005-2016

Abb. 69: Salmonellen-Erkrankungen Mannheim Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 0-5 Jahre 2005-2016

Abb. 70: Salmonellen-Erkrankungen BaWü Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 0-5 Jahre 2005-2016

Zahngesundheit Grundschulen

Abb. 71: Mannheimer Grundschulen mit zahnmedizinischen Untersuchungen 2007-2014 (1. Klassen)

Abb. 72: Teilnehmende Kinder an zahnärztlichen Untersuchungen in Grundschulen (1. Klassen) 2007-2014

Abb. 73: Teilnehmende Kinder an zahnärztlichen Untersuchungen in den Sozialräumen 2007-2014 (Grundschulen 1. Klassen)

Abb. 74: Gebissstatus „behandlungsbedürftig“ in den Grundschulen (1.Klassen) 2007-2014

Abb. 75: Gebissstatus „behandlungsbedürftig“ in den Sozialräumen 3-5 2007-2014 (Grundschulen 1. Klassen) SR 3-5

Meldepflichtige Infektionskrankheiten 6-10 Jahre

Abb. 76: Gemeldete Infektionserkrankungen Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 6-10-Jahre in Mannheim 2015

Abb. 77: Windpocken in Mannheim und Baden-Württemberg Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 6-10 Jahre 2013-2015

Meldepflichtige Infektionskrankheiten 11-19 Jahre

Abb. 78: Gemeldete Infektionserkrankungen pro 1.000 der Altersgruppe 11-19-Jahre im Jahr 2015

Abb. 79: Campylobacter-Erkrankungen Mannheim Fälle pro 1.000 Altersgruppe 11-19 Jahre 2005-2016

Abb. 80: Campylobacter-Erkrankungen in Ba-Wü Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 11-19 Jahre 2005-2016

Abb. 81: Influenza in Mannheim und in BaWü Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 11-19 Jahre 2005-2016

Abb. 82: Tuberkulose in Mannheim und Baden-Württemberg Fälle pro 1.000 der Altersgruppe 11-19 Jahre 2005-2016

Versorgungsstrukturen

Abb. 83: Stadtübersichtskarte, Maßstab 1:100.000, Einzugsgebiet je 1,2 km zum Praxisstandort

10. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Grundlagen für die Datenauswertung

Tab. 2: Beratungen erfolgreich durchgeführt in den Sozialräumen

Tab. 3: Soziodemographische Merkmale der untersuchten Kinder ESU 2013-2015

Tab. 4: Impfquoten in Mannheim 2013 bis 2015

Tab. 5: Körpergewicht bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund 2013-2015

Tab. 6: Verteilung der Mannheimer Kindertagesstätten auf die Sozialräume

Tab. 7: Anzahl der zahnmedizinisch untersuchten Kinder in den Mannheimer Kindertagesstätten in den Sozialräumen 2007-2014

Tab. 8: Verteilung der Mannheimer Grundschulen auf die Sozialräume

Tab. 9: Anzahl der untersuchten Kinder in Mannheimer Grundschulen in den Sozialräumen 2007-2014 (1. Klassen)

Tab. 10: Prophylaxemaßnahmen in den Mannheimer Grundschulen 2007-2014 (1. Klassen)

Tab. 11: Prophylaxemaßnahmen in den Sozialräumen/Mannheim gesamt 2007-2014 (Grundschulen 1. Klassen)

Tab. 12: Gesundes Frühstück in den Sozialräumen/Mannheim gesamt 2007-2014 (Grundschulen 1. Klassen)

Tab. 13: Versorgungsgrad Kinderarztpraxen nach Sozialräumen

Tab. 14: Versorgung Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie im Stadtkreis Mannheim, aktueller Stand 2016

Tab. 15: Psychotherapeuten für Kinder- und Jugendliche (KJP) nach Sozialräumen, ambulant

Tab. 16: Verteilung der Heilmittelversorger auf die Sozialräume

Tab. 17: Verteilung freiberuflich tätiger Hebammen und Entbindungshelfer auf die Sozialräume

Anhangsverzeichnis

A1: Infektionskrankheiten, gegen welche Kinder geimpft sein sollten und empfohlene Impfzeiträume

A2: Impfquoten in Mannheim 2013 bis 2015

A3: Inhalte und Zeiträume der U-Untersuchungen

A4: Meldepflichtige Infektionskrankheiten in der Altersgruppe 0-19 Jahre in Mannheim

A5: Glossar meldepflichtige Infektionskrankheiten

A6: „Exkurs“ Versorgungsstrukturen