

Kindergesundheitsbericht

Baden-Württemberg 2020



Kindergesundheitsbericht

Baden-Württemberg 2020

Impressum

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart
Nordbahnhofstr. 135, 70191 Stuttgart
Tel. 0711 904-35000 • Fax 0711 904-35000 • abteilung9@rps.bwl.de • www.gesundheitsamt-bw.de

Redaktion

Theresa Stork
Christin Dilger
Viktoria Schindler
Dr. Anna Leher
Prof. Dr. Michael Böhme

Layout & Illustrationen

Theresa Stork
Christin Dilger

Ansprechpartnerin

Christin Dilger
Tel. 0711 904-39507
gesundheitsberichterstattung@rps.bwl.de

Dezember 2020



Abbildungshinweis

Alle Abbildungen in diesem Bericht beruhen auf eigener Darstellung, sofern diese nicht anders gekennzeichnet sind.

Haftungsausschluss

Die Broschüre wurde nach bestem Wissen und Gewissen sorgfältig zusammengestellt und geprüft. Es wird jedoch keine Gewähr – weder ausdrücklich noch stillschweigend – für die Vollständigkeit, Richtigkeit, Aktualität und Qualität der Informationen Dritter in der Broschüre selbst oder ggf. für Verweise bzw. Inhalte auf verlinkte Internetseiten einschließlich deren Verfügbarkeit übernommen. In keinem Fall wird für Schäden, die sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben, eine Haftung übernommen. Mit den Verweisen bzw. Links auf Internetseiten Dritter wird lediglich der Zugang zur Nutzung von Inhalten vermittelt. Für fehlerhafte, unvollständige oder illegale Inhalte und für Schäden, die aus der Nutzung entstehen, haftet allein der Anbieter der Seite, auf welche verwiesen wurde.

Vorwort



Kinder sind unsere Zukunft!

Ihre Gesundheit ist nicht nur eine entscheidende Voraussetzung, damit sie selbst lange leben und sich gesund entwickeln können, sondern sie prägt auch die Zukunft unserer gesamten Gesellschaft. Das im Kindesalter erlernte Gesundheitsverhalten stellt die Weichen für alle weiteren Lebensphasen und wirkt sich in hohem Maße auch auf die Gesundheit im späteren Erwachsenenalter aus. Die Kindergesundheit sowie ihre Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen stehen deshalb im Fokus der gesundheitspolitischen Diskussion und des gesamtgesellschaftlichen Interesses.

Bekannt ist, dass sich die Kindergesundheit in den letzten Jahrzehnten verändert hat. Die Säuglings- und Kindersterblichkeit hat sich stark verringert, ebenso ist ein Rückgang von Infektionskrankheiten zu verzeichnen. Allerdings treten neue Herausforderungen auf. Neben dem Anstieg der chronischen und psychischen Erkrankungen bereits im Kindesalter, entstehen Beeinträchtigungen durch die gesundheitliche Ungleichheit, sprich durch die sozial ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken.

Diese Ungleichheit zu verringern ist eines der Ziele unserer Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“. Die Landesinitiative unterstützt Kommunen darin, Präventionsnetzwerke aufzubauen. Diese Netzwerke wirken auf die Verbesserung der Lebensverhältnisse hin, bringen Familien gesundheitsförderliche Lebensweisen nahe und entwickeln Angebote der Bereiche Soziales, Bildung und Gesundheit weiter. Kinder und deren Eltern sollten in allen Lebenslagen passende Angebote der Förderung und Unterstützung erhalten und Teilhabemöglichkeiten erfahren, besonders wenn sie armutsgefährdet sind. Hierdurch soll frühzeitig die Chancengerechtigkeit verbessert werden.

Ich freue mich, Ihnen diesen Kindergesundheitsbericht als eine gute Grundlage hierfür präsentieren zu dürfen. Er liefert Daten und Informationen zur aktuellen gesundheitlichen Lage im Vorschulalter sowie zu deren Einflussfaktoren in Baden-Württemberg.

Eine zentrale Datenquelle zur Kindergesundheit im Vorschulalter bilden die Einschulungsuntersuchungen (ESU). Die Gesundheitsämter im Land führen diese wichtige Aufgabe mit dem Ziel durch, die Chance auf einen guten Schulstart für alle Kinder zu verbessern. Da die ESU jedes Jahr bei einem kompletten Jahrgang durchgeführt wird, stellen die Daten eine hervorragende Basis für die Identifizierung von Handlungsbedarfen für Präventions- und Förderprogramme dar.

Dieser Bericht richtet sich nicht nur an politische Entscheidungsträgerinnen und -träger, sondern auch an die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen, in der Erziehung und Bildung unserer Kinder, an Eltern sowie an alle interessierten Bürgerinnen und Bürger.

Mein herzlichster Dank geht an die Verantwortlichen des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg, die diesen Bericht erstellt haben. Zudem möchte ich mich auch bei den verschiedenen Institutionen und Fachleuten bedanken, die durch die Bereitstellung von Daten oder ihrem Fachwissen unterstützend bei der Berichterstellung mitgewirkt haben.

Dr. Karlin Stark

*Leiterin des Landesgesundheitsamtes
Baden-Württemberg*

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Zusammenfassung.....	10
1 Einleitung.....	14
1.1 Warum ein Kindergesundheitsbericht?.....	14
1.2 Aufbau des Berichts.....	15
1.3 Datenquellen.....	18
1.3.1 Einschulungsuntersuchungen.....	18
1.3.2 Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS).....	18
1.3.3 Amtliche Statistiken und weitere Datenquellen.....	18
2 Verhältnisbezogene Einflussfaktoren auf die Kindergesundheit.....	20
2.1 Anzahl und Anteil der Kinder an der Bevölkerung.....	21
2.2 Kinder mit Migrationshintergrund.....	21
2.3 Sozioökonomische Verhältnisse.....	23
2.3.1 Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern.....	23
2.3.2 Kinderarmut.....	24
2.4 Soziale Beziehungen.....	27
2.4.1 Familienkonstellationen.....	27
2.4.2 Kinderschutz und Kindeswohl.....	28
2.5 Frühkindliche Bildung.....	32
2.5.1 Kinderbetreuung.....	32
2.5.2 Förderung im frühkindlichen Bereich.....	36
2.5.3 Schulkindergärten und integrative Kinderbetreuung.....	38
2.5.4 Einschulungen.....	40
2.6 Medizinische Versorgung.....	42
2.6.1 Ambulante Versorgung.....	42
2.6.2 Stationäre Versorgung.....	46
2.7 Gesundheitsförderung und Prävention.....	50
3 Verhaltensbezogene Einflussfaktoren auf die Kindergesundheit.....	52
3.1 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder.....	53
3.2 Impfungen.....	55
3.3 Ernährung.....	62
3.3.1 Obst- und Gemüseverzehr.....	62
3.3.2 Zuckerhaltige Erfrischungsgetränke.....	63
3.4 Bewegung.....	65
3.5 Medienkonsum.....	68
4 Gesundheits- und Entwicklungsstatus der Kinder.....	70
4.1 Gewicht.....	71
4.2 Motorische Entwicklung.....	74

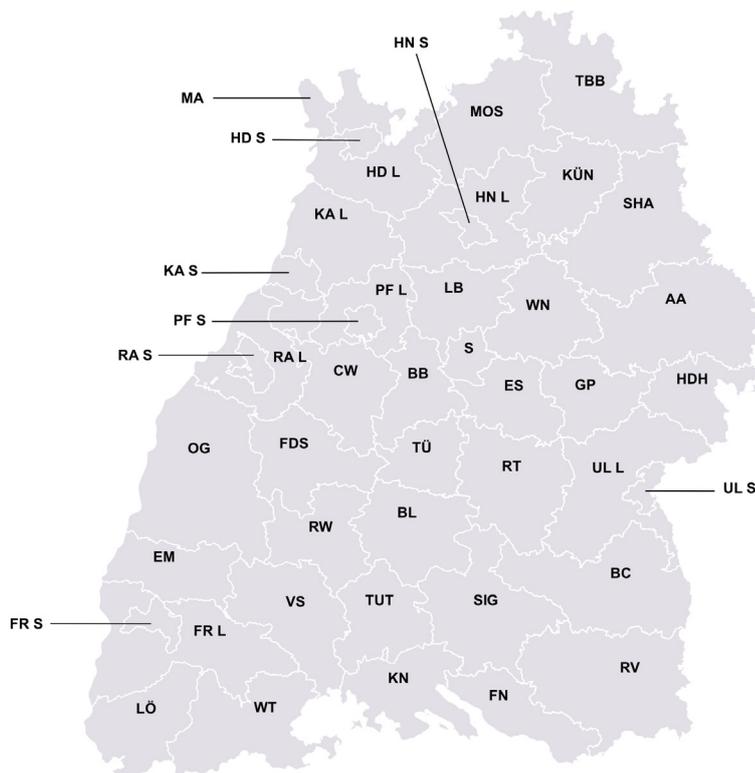
4.3	Sprachkompetenz.....	76
4.4	Zahngesundheit.....	80
4.5	Psychische Gesundheit.....	83
4.6	Krankheiten.....	86
4.6.1	Vollstationäre Krankenhausaufenthalte.....	86
4.6.2	Vollstationäre Aufenthalte in Vorsorge- und Rehaeinrichtungen.....	93
4.6.3	Chronische Krankheiten.....	94
5	Im Fokus: Gesundheit rund um die Geburt.....	96
5.1	Geburtenentwicklung.....	97
5.2	Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft.....	99
5.3	Schwangerschafts- und Geburtsrisiken.....	100
5.3.1	Spätes Mutterglück.....	100
5.3.2	Adipositas und Gestationsdiabetes.....	101
5.3.3	Tabak- und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft.....	102
5.4	Es ist so weit: Die Geburt.....	104
5.5	Zum Glück selten: Tod von Kind oder Mutter.....	107
	Anhang.....	111
	Daten zu verhältnisbezogenen Einflussfaktoren auf Land- und Stadtkreisebene.....	112
	Daten zu verhaltensbezogenen Einflussfaktoren auf Land- und Stadtkreisebene.....	113
	Daten zum Gesundheits- und Entwicklungsstatus auf Land- und Stadtkreisebene.....	114
	Daten zur Gesundheit rund um die Geburt auf Land- und Stadtkreisebene.....	115
	Indikatorenbeschreibung.....	117
	Abbildungsverzeichnis.....	123
	Tabellenverzeichnis.....	126
	Bildquellen.....	127
	Literaturverzeichnis.....	128

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung
AG GPRS	Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation, Sozialmedizin
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
BMI	Body-mass-index
BW	Baden-Württemberg
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
D	Deutschland
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.
Destatis	Statistisches Bundesamt
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DSHS	Deutsche Sporthochschule
DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund
dmft	decayed (kariöse), missing (fehlende), filled (gefüllte) teeth (Zähne)
ESU	Einschulungsuntersuchung
FAS	Fetales Alkoholsyndrom
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GeQiK	Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus
Hib	Haemophilus influenzae Typ b
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
IFF	Interdisziplinäre Frühförderstelle
J1, J2	Jugendgesundheitsuntersuchung
KBV	Kassenärztlichen Bundesvereinigung
KGK	Kommunale Gesundheitskonferenz
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LGA	Landesgesundheitsamt
MH	Migrationshintergrund
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
RKI	Robert Koch-Institut
SBBZ	Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum
SEU	Schuleingangsuntersuchung
SGB	Sozialgesetzbuch
SI	Sozialindex / Sozialstatus
SPB	Sonderpädagogische Beratungsstelle
SSW	Schwangerschaftswoche
STIKO	Ständige Impfkommission
Tab.	Tabelle
U1-U11	Früherkennungsuntersuchungen von der Geburt bis zum Grundschulalter
WHO	World Health Organization

Kodierung der Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg:

AA	Ostalbkreis	MA	Mannheim, Stadt
BB	Landkreis Böblingen	LB	Landkreis Ludwigsburg
BC	Landkreis Biberach	MOS	Neckar-Odenwald-Kreis
BL	Zollernalbkreis	OG	Ortenaukreis
CW	Landkreis Calw	PF L	Enzkreis
EM	Landkreis Emmendingen	PF S	Pforzheim, Stadt
ES	Landkreis Esslingen	RA L	Landkreis Raststatt
FDS	Landkreis Freudenstadt	RA S	Baden-Baden, Stadt
FN	Bodenseekreis	RT	Landkreis Reutlingen
FR L	Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald	RV	Landkreis Ravensburg
FR S	Freiburg, Stadt	RW	Landkreis Rottweil
HN L	Landkreis Heilbronn	S	Stuttgart, Landeshauptstadt
HN S	Heilbronn, Stadt	SHA	Landkreis Schwäbisch Hall
HD L	Rhein-Neckar-Kreis	SIG	Landkreis Sigmaringen
HD S	Heidelberg, Stadt	TBB	Main-Tauber-Kreis
HDH	Landkreis Heidenheim	TÜ	Landkreis Tübingen
GP	Landkreis Göppingen	TUT	Landkreis Tuttlingen
KA L	Landkreis Karlsruhe	UL L	Alb-Donau-Kreis
KA S	Karlsruhe, Stadt	UL S	Ulm, Stadt
KN	Landkreis Konstanz	VS	Schwarzwald-Baar-Kreis
KÜN	Hohenlohekreis	WN	Rems-Murr-Kreis
LÖ	Landkreis Lörrach	WT	Landkreis Waldshut



Zusammenfassung

Die Gesundheit in der frühen Kindheit gilt als wesentliche Voraussetzung für die Gesundheit im Erwachsenenalter. Vorhandene Handlungsbedarfe sollten deshalb frühzeitig erkannt werden. Der Kindergesundheitsbericht Baden-Württemberg setzt hier an und stellt die gesundheitsbezogene Situation der Kinder im Vorschulalter dar. Ebenso werden die verhältnis- und verhaltensbezogenen Einflussfaktoren auf die Kindergesundheit beleuchtet.

Im Jahr 2019 wurden landesweit rund 109.000 Kinder lebend geboren und damit so viele wie seit 1998 nicht mehr. Die **Lebenserwartung** dieser Neugeborenen ist mit 79,7 Jahren für Jungen und 84,1 Jahren für Mädchen so hoch wie in keinem anderen Bundesland. Seit Beginn der 70er Jahre weist Baden-Württemberg regelmäßig die höchste Lebenserwartung im bundesweiten Vergleich auf. Dies kann auf die insgesamt guten Voraussetzungen für ein gesundes Aufwachsen in Baden-Württemberg zurückgeführt werden. Dennoch gibt es auch in Baden-Württemberg Themenfelder, die noch Handlungsmöglichkeiten aufzeigen, hierzu zählt bspw. die gesundheitliche Chancengleichheit. Dies geht vor allem aus den Daten zum Gesundheitsverhalten sowie zum Entwicklungs- und Gesundheitsstatus der Kinder hervor.

Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse des vorliegenden Berichts anhand der drei Hauptthemen (verhältnisbezogene Einflussfaktoren, verhaltensbezogene Einflussfaktoren, Gesundheits- und Entwicklungsstatus des Kindes) dargestellt.

Verhältnisbezogene Einflussfaktoren

 Es ist bekannt, dass Armut und die soziale Lage einen Einfluss auf die Gesundheit haben. Die **Armutsgefährdungsquote** bei den unter 6-Jährigen ist mit 15 % die zweitniedrigste in Deutschland. Auch ist der Anteil der Kinder, die in **Haushalten mit SGB II-Bezug** leben, mit rund 9 %, geringer als in den meisten anderen Bundesländern (Bundesdurchschnitt: 16 %).

Kinder und ihre Familien in allen Lebenslagen können in Baden-Württemberg bereits ab der Schwangerschaft auf unterschiedlichen Wegen **Unterstützung** erhalten. Damit von Anfang an ein

gesundes und gewaltfreies Aufwachsen möglich ist, gibt es bspw. die Bundesstiftung Frühen Hilfen. Zudem bietet die **Kinder- und Jugendhilfe** unterschiedliche erzieherische Hilfen an, welche eine wachsende Bedeutung haben und eine zentrale Rolle im sozialen Hilfesystem einnehmen.

Zur Betreuung der Kinder können Eltern in Baden-Württemberg öffentlich geförderte **frühkindliche Betreuungsangebote** in Anspruch nehmen. Hierzu zählen Kindertageseinrichtungen und die Kindertagespflege. Sie gelten als erste Bildungsinstanz und können hinsichtlich der Gesundheits-erziehung einen sozial kompensierenden Effekt haben. Die Betreuungsquote der 3- bis unter 6-Jährigen liegt in Baden-Württemberg bei rund 95 % und damit etwas über dem bundesweiten Wert (93 %). Bei den Kindern unter 3 Jahren liegt die Quote hingegen mit knapp 30 % unter dem Bundesdurchschnitt (34 %). Trotz des Ausbaus von Betreuungsangeboten und dem Zuwachs von Personal steht hier dem Angebot ein höherer Bedarf gegenüber, denn rund 42 % der Eltern von Kleinkindern wünschen sich eine Betreuung. Zur Betreuung und Förderung von Kindern mit Entwicklungsstörungen, drohenden oder bestehenden Behinderungen gibt es in Baden-Württemberg weitere Angebote. Hierunter zählen Schulkindergärten, Sonderpädagogische Zentren und Beratungsstellen sowie Interdisziplinäre Frühförderstellen. Auch eine integrative Förderung in einer Kindertageseinrichtung ist möglich.

Die **medizinische Versorgung** in Baden-Württemberg kann im Bundesländervergleich als durchschnittlich eingestuft werden. Hinsichtlich der ambulanten Versorgung steht das Land sowohl bei der Versorgungsdichte von Kinder- und Jugendärzten, als auch von Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten im Vergleich zu anderen Bundesländern im Mittelfeld. Nach Definition der Bedarfsplanung besteht in Baden-Württemberg gegenwärtig keine Unterversorgung an ambulanten Kinder- und Jugendärzten, -psychiatern sowie -psychotherapeuten. Dennoch beklagt die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg einen Kinder- und Jugendärztemangel, da unter anderem die Zahl der Neugeborenen in den letzten Jahren gestiegen ist.

Verhaltensbezogene Einflussfaktoren

 Die **Früherkennungsuntersuchungen** gelten als wichtige präventive Gesundheitsmaßnahmen und sind in Baden-Württemberg verpflichtend. Die Teilnahmequoten an den einzelnen U-Untersuchungen im ersten Lebensjahr (U3 – U6) liegen in Baden-Württemberg bei 95 %, danach sinkt die Inanspruchnahme leicht (U7: 94 %, U7a: 93 %, U8: 91 %). Seit Jahren sind diese Quoten auf einem hohen Niveau, allerdings ist ein leicht rückläufiger Trend zu verzeichnen. Bei Kindern mit Migrationshintergrund ist die Inanspruchnahme etwas niedriger. Es zeigt sich auch ein Gradient in Abhängigkeit des Sozialstatus der Familie, obwohl die Kosten der Früherkennungsuntersuchungen von den Krankenkassen übernommen werden.

Beim **Impfstatus** der Kinder bildet Baden-Württemberg deutschlandweit bei verschiedenen Impfungen meist das Schlusslicht. Die landesweiten Impfquoten der seit Jahren etablierten Impfungen für Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hib, Poliomyelitis und Hepatitis B sind in den letzten Jahren gesunken, während die Quoten für Masern, Mumps und Röteln leicht angestiegen sind. Bei den in den letzten zwei Jahrzehnten neu eingeführten Impfungen wie Varizellen, Meningokokken und Pneumokokken kann seit der Einführung eine stetige Zunahme der Impfquoten bis hin zur Stagnation verzeichnet werden.

Zum Zeitpunkt der Berichterstattung lagen keine aktuellen und repräsentativen Daten zum Ernährungs-, Bewegungs- und Medienverhalten der baden-württembergischen Kinder unter 7 Jahren vor. Deutschlandweite Zahlen deuten darauf hin, dass das Gesundheitsverhalten nicht dem empfohlenen Niveau entspricht. Nur 16 % der 3- bis 6-Jährigen erreichen die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für **Ernährung** (DGE) von fünf Portionen Obst oder Gemüse pro Tag. Zudem trinken 11 % der Kinder täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke, obwohl aufgrund des hohen Zucker- und Energiegehaltes auf sie verzichtet werden sollte. Je höher der sozioökonomische Status der Eltern, desto besser ist auch das Ernährungsverhalten der Kinder. Innerhalb der letzten Jahre zeigten sich sowohl bei der Obst- und Gemüsezufuhr als auch beim Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke Verbesserungen.

Laut den Empfehlungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sollten Kinder im Kindergartenalter maximal 30 Minuten pro Tag **Bildschirmmedien** nutzen. Diese Empfehlung wird deutschlandweit von rund der Hälfte der 2- bis unter 6-Jährigen überschritten. Zudem nutzen auch bereits 2- und 3-Jährige elektronische Medien wie Computer, Smartphone oder Tablet bei anderen mit, obwohl bei Kleinkindern unter 3 Jahren auf die Bildschirmmediennutzung komplett verzichtet werden sollte.

Hinsichtlich des **Bewegungsverhaltens** erreicht weniger als die Hälfte (46 %) der 3- bis 6-Jährigen die Mindestempfehlung der World Health Organization (WHO) von einer Stunde körperlicher Aktivität in moderater bis starker Intensität. Der Anteil dieser Kinder ist in den letzten Jahren sogar leicht gesunken. Positiv zu erwähnen ist die sportliche Aktivität im Sportverein. Rund 30 % der unter 7-Jährigen in Baden-Württemberg sind Mitglied in einem Sportverein. Baden-Württemberg liegt damit deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 25 %.

Gesundheits- und Entwicklungsstatus des Kindes

 Landesweit sind rund 8 % der 4- bis 5-jährigen Kinder **übergewichtig** und 3 % adipös. Damit gehört die Übergewichts- und Adipositasprävalenz in Baden-Württemberg zu den niedrigsten in Deutschland. In den letzten Jahren stagnierten diese Werte. Kinder aus sozial schwächeren Familien und Kinder mit Migrationshintergrund sind generell häufiger übergewichtig und adipös.

Rund ein Viertel der 5-Jährigen in Baden-Württemberg zeigt Auffälligkeiten in der **Körpermotorik**. Der Anteil dieser Kinder ist in den letzten Jahren konstant geblieben. Etwa 10 % der 4- bis 5-jährigen Kinder zeigt Hinweise auf eine **visuomotorische Störung**. Damit ist die Koordination von visueller Wahrnehmung und körperlicher Bewegung gemeint. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren leicht angestiegen. Insgesamt zeigen Jungen und Kinder aus sozial benachteiligten Familien häufiger motorische Auffälligkeiten.

Landesweit wird bei jedem dritten Kind (31 %) ein intensiver **Sprachförderbedarf** während der Einschulungsuntersuchung festgestellt. Der Anteil der Kinder mit Sprachförderbedarf ist in den letz-

ten Jahren gestiegen. Erwartungsgemäß haben Kinder mit einem Migrationshintergrund deutlich häufiger einen Sprachförderbedarf als Kinder ohne Migrationshintergrund (58 % vs. 14 %).

Die **Zahngesundheit** der 6- bis 7-Jährigen in Baden-Württemberg ist bundesweit betrachtet durchschnittlich. Etwas mehr als die Hälfte besitzt naturgesunde Milchzähne (53 %). Insgesamt 30 % der Kinder haben aufgrund kariöser Defekte behandlungsbedürftige Milchzähne und bei 17 % ist das Milchgebiss bereits mit Füllungen versorgt. Nachdem sich zwischen 1994 und 2004 die Anzahl der kariösen Milchzähne reduziert hatte, ist ein leichter Wiederanstieg zu verzeichnen. Durchschnittlich haben Erstklässlerinnen und Erstklässler 1,9 kariöse Milchzähne, wobei wenige Kinder besonders viel Karies aufweisen.

Die häufigsten **psychischen Störungen** im Vorschulalter sind Entwicklungsstörungen, sowie Verhaltens- und emotionale Störungen. In Baden-Württemberg sind 4 % der Kinder im Alter zwischen 5 und 14 Jahren von einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) betroffen (Diagnoseprävalenz). ADHS tritt meist schon in den ersten fünf Lebensjahren auf, jedoch ist eine sichere Diagnosestellung im Vorschulalter oftmals schwierig. ADHS mit einem übersteigenden Bewegungsdrang wird bei Jungen dreimal häufiger als bei Mädchen diagnostiziert. Innerhalb der letzten Jahre ist die Diagnoseprävalenz weitgehend konstant geblieben.

Bei einer Erkrankung des Kindes reicht in den meisten Fällen eine ambulante Versorgung aus, in bestimmten Fällen ist allerdings auch ein stationärer Aufenthalt im Krankenhaus notwendig. Zu den häufigsten Gründen für einen vollstationären **Krankenhausaufenthalt** bei Kindern unter 5 Jahren in Baden-Württemberg gehören Krankheiten

des Atmungssystems, Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen sowie bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten. Auch bei Behandlungsfällen in Vorsorge- und Rehaeinrichtungen zählen Krankheiten des Atmungssystems zur häufigsten Diagnosegruppe.

Chronische Erkrankungen gelten als neue Gesundheitsbeeinträchtigungen. Sie machen sich bereits im Kindes- und Jugendalter bemerkbar. Deutschlandweit haben etwa 14 % der 3- bis 6-Jährigen chronische Gesundheitsprobleme. Zu den häufigsten chronischen Beeinträchtigungen zählen Heuschnupfen, Asthma bronchiale und Neurodermitis.

Ausblick

 In diesem Kindergesundheitsbericht wurden bei einer Vielzahl der dargestellten Themen gesundheitliche Unterschiede hinsichtlich der sozialen Lage oder des Migrationshintergrunds festgestellt. Ein Aufwachsen in sozial benachteiligter Lage muss allerdings nicht zwingend auch zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Kinder führen. So können durch gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen, die sozillagenorientiert sind, die Gesundheitskompetenzen von Kindern und Eltern gestärkt sowie die Lebensbedingungen gesundheitsförderlich gestaltet werden. Im Rahmen der Initiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ und der Strategie „Starke Kinder – chancenreich“ werden landesweit bereits integrierte Gesundheitsstrategien entwickelt und unterstützt. Auch zukünftig sind weitere Anstrengungen in diese Richtung notwendig, damit ein chancengerechtes und gesundes Aufwachsen für alle Kinder in Baden-Württemberg möglich ist.

1 Einleitung

1.1 Warum ein Kindergesundheitsbericht?

Bereits in der frühen Kindheit werden die Weichen für die Gesundheit im späteren Leben gestellt. Es ist deshalb besonders wichtig mögliche Handlungsbedarfe auch zu diesem Zeitpunkt schon zu identifizieren.

Ein Kindergesundheitsbericht stellt eine wichtige Informationsquelle dar, um die gesundheitliche Lage von Kindern sowie deren Rahmenbedingungen aufzuzeigen, aber auch Entwicklungstrends zu beobachten.

Die Berichterstattung bildet die Grundlage für die Identifizierung eines gesundheitspolitischen Handlungsbedarfs und dient somit auch der Entwicklung und Umsetzung von zielgenauen Maßnahmen. Zudem können durch die Berichterstattung Effekte bereits vergangener Maßnahmen abgebildet werden (s. [Abb. 1](#)) [128].

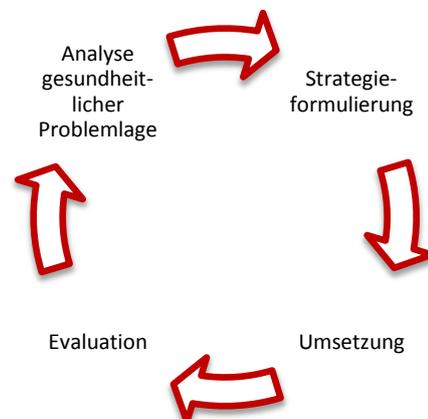
Der letzte Kindergesundheitsbericht für das Land Baden-Württemberg wurde vor 20 Jahren, im Jahr 2000, veröffentlicht. Aktuellere Informationen zur Gesundheit der Kinder im Land liegen derzeit nur in Form von frei verfügbaren Daten und einzelnen Darstellungen im Gesundheitsatlas Baden-Württemberg vor.

Daneben existieren vereinzelte Kindergesundheitsberichte verschiedener Stadt- und Landkrei-

se, die vor allem anhand der Einschulungsuntersuchungsdaten, die regionale Gesundheit der Kinder beschreiben. Somit spiegeln diese Berichte nur einen Teil der gesamten Kindergesundheit im Land wider und ein Gesamtüberblick für das Land Baden-Württemberg fehlt.

Diese Informationslücke möchte der vorliegende Gesundheitsbericht schließen, indem flächendeckend für ganz Baden-Württemberg aktuelle Daten und die Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Kinder zusammengestellt und bewertet werden.

Abb. 1: Gesundheitspolitischer Aktionszyklus (Public Health Action Cycle)



1.2 Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht widmet sich der Gesundheit von Kindern im Alter zwischen 0 und 7 Jahren. Um die gesundheitsbezogene Situation dieser Kinder ganzheitlich zu beleuchten, müssen auch die Bedingungen für und Einflussfaktoren auf ein gesundes Aufwachsen betrachtet werden.

Das auf der nachfolgenden Doppelseite abgebildete **Regenbogenmodell** (s. [Abb. 2](#)), angelehnt an Dahlgren & Whitehead (1991), soll hierbei eine wesentliche Rolle spielen. Das Modell zeigt, dass neben individuellen Faktoren viele weitere Einflüsse für die Gesundheit und das Wohlbefinden verantwortlich sind.

Im blauen Zentrum des Regenbogens steht das individuelle Kind und sein Gesundheits- bzw. Entwicklungsstatus. Jedes einzelne Kind kann durch einen gesunden Lebensstil (grün) seine Gesundheit positiv beeinflussen. Allerdings wird ein Großteil der Gesundheit auch durch weniger beeinflussbare Lebensumstände festgelegt (gelb).

Zum einen gibt es **verhaltensbezogene** Einflussfaktoren, gemeint sind die eigenen Verhaltensweisen und persönlichen Ressourcen, wie beispielsweise das Bewegungs- und Ernährungsverhalten aber auch die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen oder Impfungen. Zum anderen haben aber auch die **Verhältnisse**, in denen wir

leben und die Kinder aufwachsen einen wesentlichen Einfluss auf die individuelle Gesundheit. Hierzu zählt die Familie und ihre soziale Situation, die Wohn-, Lebens- und Umweltbedingungen aber auch der Zugang zu Bildung, zu Hilfen und Versorgungsangeboten.

Die Kapitelfolge des vorliegenden Kindergesundheitsberichts ist nach den Inhalten dieses Regenbogenmodells aufgebaut (von außen nach innen). Vor den konkreten Informationen zur Kindergesundheit in Baden-Württemberg werden zunächst die Datenquellen dieses Berichts näher beschrieben. Es folgt das Kapitel zu den verhältnisbezogenen Einflussfaktoren. Danach werden die individuellen, verhaltensbezogenen Einflussfaktoren beleuchtet und im Anschluss wird der Fokus auf den Gesundheits- und Entwicklungsstatus der Kinder gelegt. Ein Sonderkapitel nimmt die Gesundheit rund um die Geburt unter die Lupe.

Im Anhang dieses Berichts sind Daten zu verschiedenen Indikatoren auf Land- und Stadtkreisebene in Form von Tabellen zusammengestellt.

In dem Bericht wird die Gesundheit im Vorschulalter und deren Einflussfaktoren anhand von Daten dargestellt, sofern diese verfügbar waren. Der Bericht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

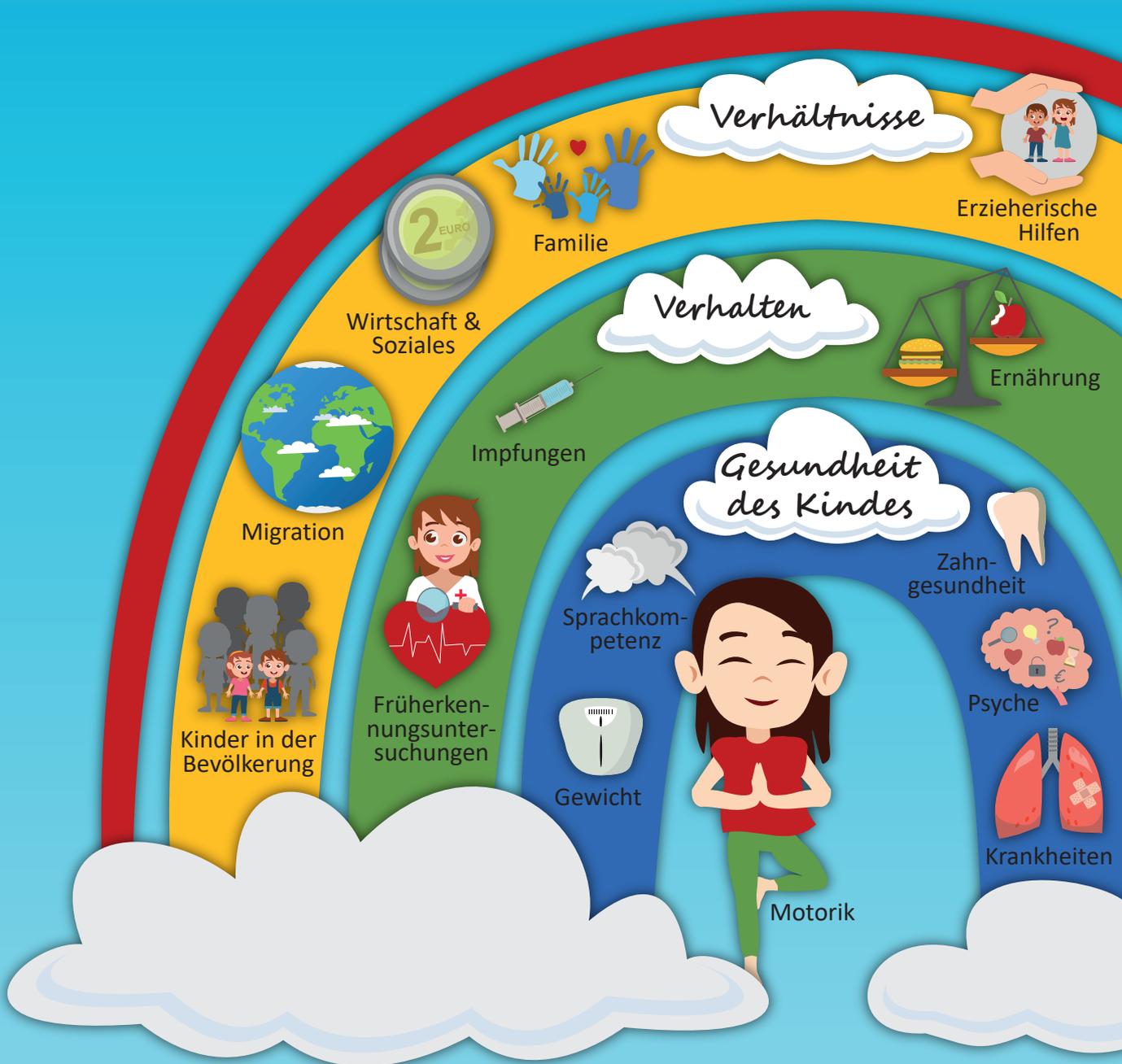


Abb. 2: Regenbogenmodell (angelehnt an Dahlgren & Whitehead, 1991)

Verhalten
der Mutter

Gesundheit
der Mutter

Mutter-
pass
Vorsorge-
untersuchun-
gen

Familien-
planung

Gestations-
diabetes

Gewicht

Tabak- und
Alkoholkon-
sum



Kita

Kinder-
betreuung



Bewegung



Medizinische
Versorgung



Medien-
konsum



Gesundheits-
förderung



Gesundheit
rund um die Geburt

1.3 Datenquellen

Im Nachfolgenden werden zentrale Datenquellen erläutert, die diesem Bericht zugrunde liegen. Als wesentliche Datenquellen wurden die Erhebungen im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen

(ESU) in Baden-Württemberg, Surveys des Robert Koch-Instituts (RKI) sowie amtliche Statistiken herangezogen. Eigene Erhebungen erfolgten für die Erstellung des Berichts nicht.

1.3.1 Einschulungsuntersuchungen

Die Einschulungsuntersuchungen (ESU) werden in Baden-Württemberg bei allen Kindern im vorletzten Kindergartenjahr durchgeführt. Ihr Ziel ist es, die Chance auf einen guten Schulstart für alle Kinder zu verbessern. Die ESU dient der Früherkennung von Entwicklungsverzögerungen und gesundheitlichen Einschränkungen, die einen Schulbesuch erschweren können. Dadurch, dass die ESU im vorletzten Kindergartenjahr stattfindet, bleibt bei Bedarf genug Zeit für die Förderung der Kinder vor Schulbeginn. Durchgeführt wird die ESU von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der

Gesundheitsämter. Pro Jahr werden rund 100.000 Kinder im Alter von 4 und 5 Jahren bei der ESU untersucht. Da die ESU jedes Jahr bei einem kompletten Jahrgang durchgeführt wird, eignen sich die Daten im besonderen Maße um Entwicklungen der Kindergesundheit über die Zeit, regionale Unterschiede und Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen aufzuzeigen. Die im Rahmen der ESU erhobenen Daten werden dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg zur Auswertung anonymisiert übermittelt.

1.3.2 Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)

In der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) vom Robert-Koch Institut (RKI) werden umfassende Daten zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendliche in Deutschland erfasst und bereitgestellt. Die Daten sind nur auf Bundesebene, nicht jedoch auf Landesebene für Baden-Württemberg repräsentativ. Die Basiserhebung wurde in den Jahren

2003 bis 2006 durchgeführt. Die zweite Erhebung erfolgte in den Jahren 2009 bis 2012 (KiGGS Welle 1) und die Dritte zwischen 2014 und 2017 (KiGGS Welle 2). Erkenntnisse aus der KiGGS werden in diesem Bericht herangezogen, um Daten aus Baden-Württemberg einordnen zu können oder um Themenbereiche darzustellen, für die es auf Landesebene keine Daten gibt.

1.3.3 Amtliche Statistiken und weitere Datenquellen

Über die ESU- und KiGGS-Daten hinaus werden Daten aus weiteren Quellen, wie z. B. aus amtlichen Statistiken verwendet. Hierzu zählen unter anderem:

- » Amtliche Schulstatistik
- » Bevölkerungsfortschreibung
- » Kinder- und Jugendstatistik
- » Krankenhausstatistik
- » Statistik der erzieherischen Hilfe, der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, der Hilfe für junge Volljährige
- » Statistik der Kinder- und Jugendhilfe

- » Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
- » Sterbefallstatistik
- » Todesursachenstatistik

Als weitere Datenquelle wird die Perinatalstatistik verwendet, welche Angaben zu allen Geburten, die in deutschen Krankenhäusern stattgefunden haben, enthält.

Darüber hinaus werden in einzelnen Abschnitten auch Erkenntnisse aus themenspezifischen Studien berücksichtigt, die im jeweiligen Kapitel genauer erläutert werden.

Gesundheitsatlas Baden-Württemberg

Die aktuellsten Daten der ESU werden unabhängig von diesem Kindergesundheitsbericht im Gesundheitsatlas des Landesgesundheitsamts Baden-Württemberg der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Daneben finden sich dort auch eine Reihe weiterer Daten und Informationen zur Kindergesundheit. Die Zahlen sind in Form von Tabellen, Karten und Berichten verfügbar, zudem sind sie sowohl auf Landes- als auch auf Kreisebene einsehbar.

In sogenannten Kreis- und Gesundheitsprofilen ist es ebenfalls möglich über jeden Kreis zu bestimmten Themen wie z. B. zur Kindergesundheit einen Überblick zu erhalten.

Der Gesundheitsatlas ist über folgenden Link abrufbar: www.gesundheitsatlas-bw.de.

2 Verhältnisbezogene Einflussfaktoren auf die Kindergesundheit

Schützen und unterstützen

Landesweit werden rund 24.500 Kinder unter 6 Jahren durch erzieherische Hilfen erreicht. Sie nehmen als Unterstützungsleistung eine zentrale Rolle im sozialen Hilfesystem ein.

Wir sind Familie

In der Durchschnittsfamilie in BW sind die Eltern verheiratet und haben zwei Kinder.

Kinderbetreuung: Kita & Co.

Die meisten der 3- bis 6-Jährigen in BW besuchen eine Kindertageseinrichtung (95 %). Bei den unter 3-Jährigen sind es rund 30 %. Hier steht dem Angebot ein höherer Bedarf gegenüber.

Kinder in Armut

Auch im wirtschaftsstarken BW sind Kinder von Armut betroffen. Rund 15 % der Kinder unter 6 Jahren gelten als armutsgefährdet.



Kinder in der Bevölkerung

Kinder unter 7 Jahren machen rund 7 % der landesweiten Bevölkerung in BW aus.

Gesundheitsförderung & Prävention

Die Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ möchte allen Kindern in den beteiligten Kommunen im Land ein gesundes Aufwachsen von Anfang an ermöglichen.

Vielfalt im Land

Rund 41 % der 4- und 5-Jährigen haben einen Migrationshintergrund.

Medizinische Versorgung

Im Schnitt werden in BW 100.000 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren von 70 Kinder- und Jugendärzten versorgt. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg beklagt einen Kinder- und Jugendärztemangel.

2.1 Anzahl und Anteil der Kinder an der Bevölkerung

In Baden-Württemberg lebten im Jahr 2019 insgesamt 749.932 Kinder unter 7 Jahren, dies machte 6,8 % der landesweiten Bevölkerung aus [159]. Etwas mehr als die Hälfte dieser Kinder sind Jungen (51 %). Die Einjährigen machen den größten Anteil der unter 7-Jährigen pro Jahrgang aus (s. [Abb. 4](#)).

Nach 1995 war die Zahl der Kinder unter 7 Jahren stetig gefallen, seit 2010 steigt sie wieder an (s. [Abb. 3](#)). Die Veränderungen ab 2010 lassen sich auf die Geburtenentwicklung (s. [Kapitel 5.1](#)) sowie die Zuwanderung zurückführen.

Abb. 3: Anzahl der unter 7-Jährigen in Baden-Württemberg seit 1990 nach Geschlecht

(Quelle: Bevölkerungsfortschreibung, Statistisches Landesamt BW, 2020)

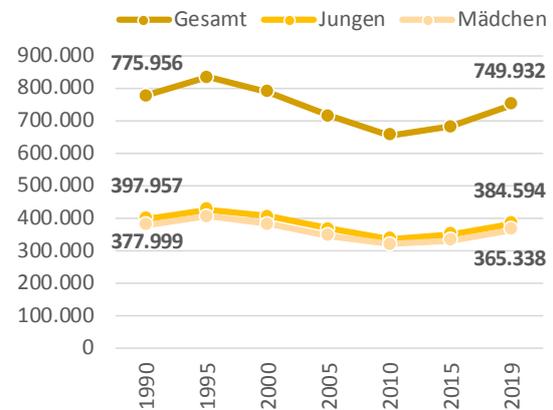
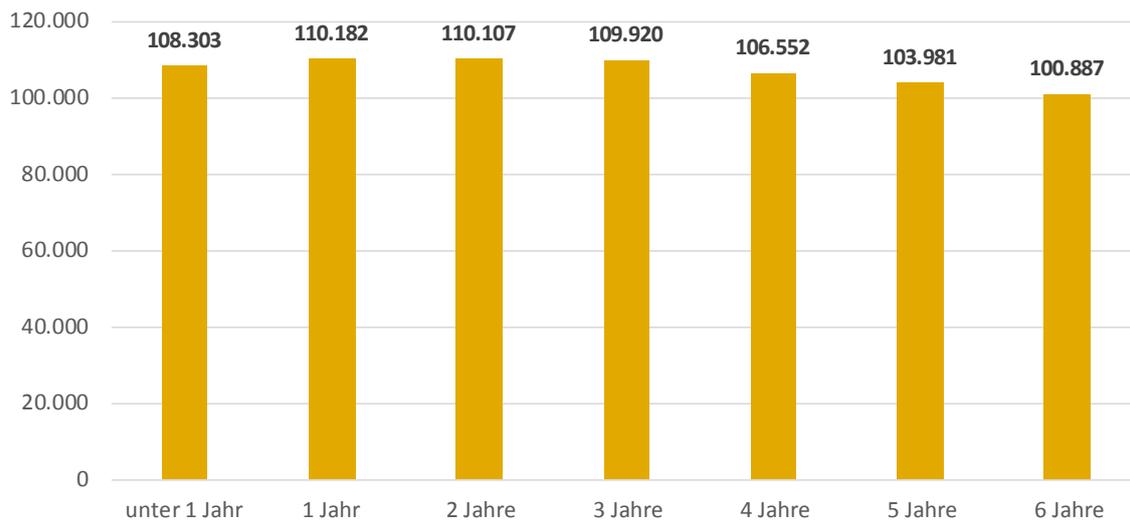


Abb. 4: Anzahl der unter 7-Jährigen in Baden-Württemberg im Jahr 2019 nach Alter

(Stichtag: 31.12.2019; Quelle: Bevölkerungsfortschreibung auf Basis Zensus 2011, Statistisches Landesamt BW, 2020)



2.2 Kinder mit Migrationshintergrund

Migration ist ein einschneidendes Lebensereignis, das auch Auswirkungen auf die nachfolgenden Generationen haben kann. Sie bietet Chancen, aber auch Risiken, nicht nur für die ökonomische und soziale Lage einer Familie, sondern auch für die Gesundheit.

Menschen mit Migrationshintergrund weisen häufiger einen niedrigeren sozialen Status auf. Zusätzlich kommen migrationspezifische Herausforderungen hinzu. So kann es sein, dass die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Sprachbarrieren, Informationslücken oder ein an-

deres Verständnis von Gesundheit und Krankheit erschwert ist. Auch kann eine erhöhte psychische Belastung z. B. durch Familientrennung, unsichere Aufenthaltsverhältnisse, Identitätskonflikte oder diskriminierende Erfahrungen vorhanden sein.

Da ein Migrationshintergrund von Bedeutung für die Gesundheit sein kann, werden im Folgenden ESU-Daten zum Gesundheits- und Entwicklungsstatus der Kinder teilweise differenziert nach dem Migrationshintergrund dargestellt. Von einem Migrationshintergrund wird ausgegangen, wenn das Kind mindestens eine nichtdeutsche Staats-

angehörigkeit besitzt oder nicht ausschließlich die deutsche Sprache als Muttersprache spricht.

Die Angaben zu Nationalität(en) des Kindes werden von den Einwohnermeldeämtern an das Gesundheitsamt zur Durchführung der ESU gemeldet. Angaben zu Familiensprache(n) des Kindes beruhen auf den freiwilligen Angaben der Eltern. Die Familiensprache wird hierbei definiert als die Sprache(n), die mit dem Kind in den ersten drei Lebensjahren gesprochen wurde(n).

Nach den Daten der Einschulungsuntersuchungen haben etwa zwei Fünftel (41 %) der Kinder im Alter von 4 bis 5 Jahren einen Migrationshintergrund (s. [Abb. 5](#)) [80]. Besonders in den Stadtkreisen ist der Anteil der Kinder mit einem Migrationshintergrund hoch (s. [Abb. 6](#)).

Abb. 5: Untersuchte Kinder bei der ESU im Jahr 2019 nach Migrationshintergrund

(Anzahl Kinder = 92.954; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)

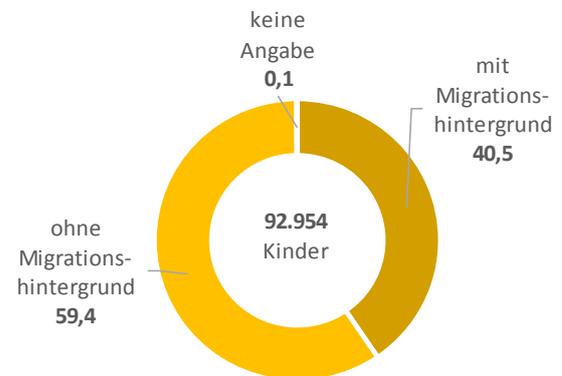
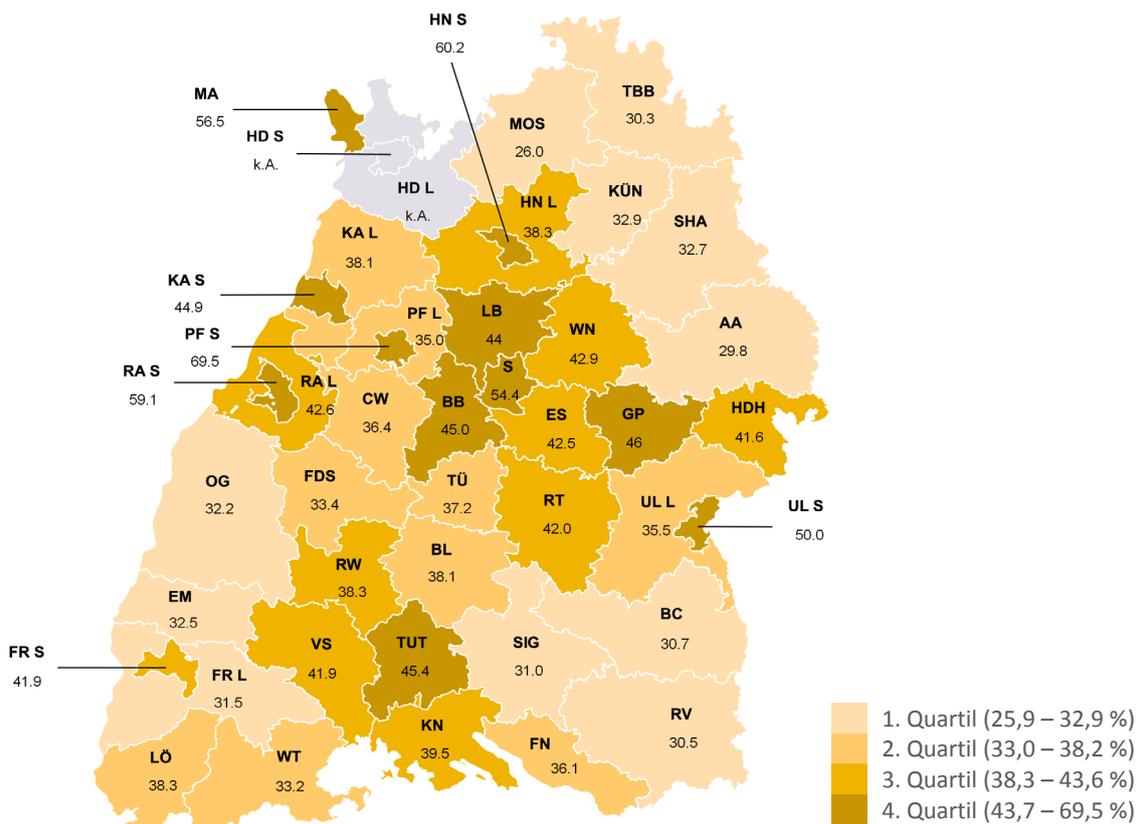


Abb. 6: Anteil der 4- bis 5-jährigen Kinder mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg nach Land- und Stadtkreisen im Jahr 2019

(Anzahl Kinder = 92.954; Angaben in %, Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



2.3 Sozioökonomische Verhältnisse

Die Lebensbedingungen der Familie und das soziale Umfeld sind für ein gesundes Aufwachsen eines Kindes von zentraler Bedeutung. Armut und soziale Benachteiligung beeinflussen nicht nur die Bildungschancen und beruflichen Perspektiven der heranwachsenden Generation, sondern auch ihre gesundheitliche Entwicklung. So belegt eine Vielzahl von Studien, dass die gesundheitliche Lage

der Kinder und Jugendlichen eng mit der sozialen Lage ihrer Familie zusammenhängt [120].

Um den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und gesundheitlicher Ungleichheit besser verstehen zu können, werden die Daten im vorliegenden Bericht zum Teil differenziert nach dem Sozialstatus der Eltern betrachtet.

2.3.1 Bildung und Erwerbstätigkeit der Eltern

Die Berechnung des Sozialstatus erfolgt in der Auswertung der ESU-Daten nach dem Brandenburger Sozialindex. Der Brandenburger Sozialindex nach Böhm et al. (2007) misst den Sozialstatus des Kindes anhand der Angabe beider Elternteile zu ihrer Schulbildung (niedrige, mittlere oder hohe Schulbildung) und ihrer Erwerbstätigkeit (erwerbstätig/nicht erwerbstätig) [9]. Bei fehlender Angabe eines Elternteils wird die des anderen Elternteils doppelt gezählt. Den Kindern wird entweder ein niedriger, mittlerer oder hoher Sozialstatus zugeordnet (s. [Abb. 7](#)).

Im Rahmen der ESU werden Angaben zur Erwerbstätigkeit und Schulbildung der Eltern anhand des freiwilligen Fragebogens für die Sorgeberechtigten erfasst.

Schulbildung der Eltern

Knapp die Hälfte der Eltern (Mütter: 45 %, Väter: 47 %) haben mehr als 10 Klassen absolviert und

besitzen somit eine hohe Schulbildung (s. [Abb. 8](#)) [68]. Eine mittlere Schulbildung, mit 10 absolvierten Klassen, haben mit 36 % deutlich häufiger Mütter als Väter (28 %). Einen Abschluss mit weniger als 10 Klassen oder gar keinen Schulabschluss besitzen etwa 19 % der Mütter und 25 % der Väter.

Abb. 8: Schulabschluss der Eltern

(Anzahl Mütter = 48.987 und Väter = 46.680; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)

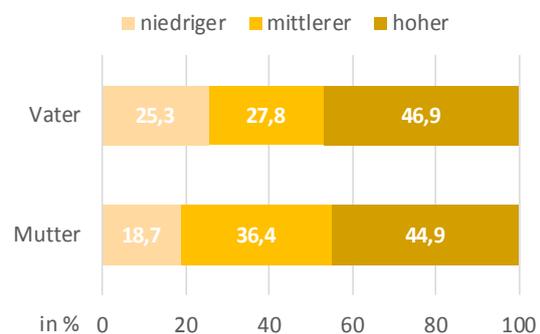


Abb. 7: Regel zur Einteilung in drei Sozialstatusgruppen nach Böhm et al. (2007)

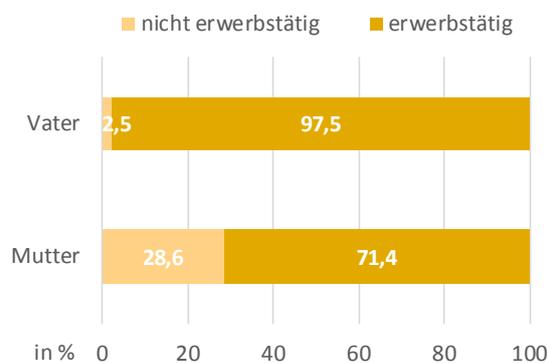
	Punkte je Elternteil	
Schulbildung		
Niedrige Schulbildung (fehlender Schulabschluss bzw. weniger als 10 Klassen)	1	Hoher Sozialstatus 9 – 10 Punkte
Mittlere Schulbildung (10 Klassen)	2	
Hohe Schulbildung (mehr als 10 Klassen)	3	
Erwerbstätigkeit		
Nicht erwerbstätig	1	Mittlerer Sozialstatus 7 – 8 Punkte
Erwerbstätig (Vollzeit und Teilzeit)	2	
		Niedriger Sozialstatus 4 – 6 Punkte

Erwerbstätigkeit der Eltern

Hinsichtlich bestehender Erwerbstätigkeit¹ zeigt sich bei den Vätern ein deutlich höherer Anteil (98 %) als bei den Müttern (71 %) (s. [Abb. 9](#)).

Abb. 9: Erwerbstätigkeit der Eltern

(Anzahl Mütter = 49.769 und Väter = 48.215; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)

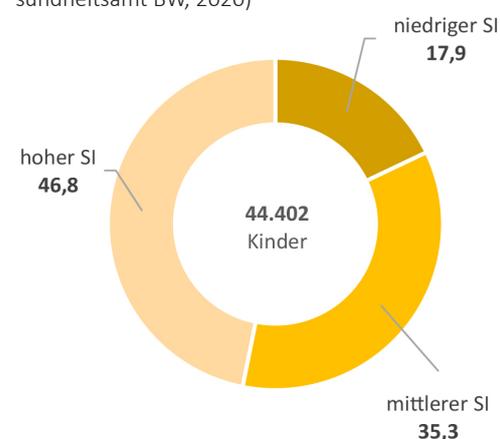


Sozialstatus

Da die Angaben zur Schulbildung und Erwerbstätigkeit freiwillig sind, kann der Sozialstatus nicht für alle Kinder berechnet werden: Von den etwa 100.000 Kindern, die im Untersuchungsjahr 2018/19 gesehen wurden, lagen von rund 45 % der Kinder Angaben vor. Von diesen Kindern konnten 18 % einem niedrigen, 35 % einem mittleren und 47 % einem hohen Sozialstatus zugeordnet werden (s. [Abb. 10](#)) [83].

Abb. 10: Sozialstatus der Eltern

(SI = Sozialindex; Anzahl Kinder = 44.402; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



2.3.2 Kinderarmut

Baden-Württemberg ist ein vergleichsweise wohlhabendes Bundesland – aber auch hier gibt es Armutsgefährdung und Armut. Häufig treten verschiedene soziale Benachteiligungen miteinander auf. Ein geringes Einkommen kann z. B. mit dem Wohnen in benachteiligten Quartieren einhergehen. Es ist bekannt, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien häufiger gesundheitliche Einschränkungen aufweisen als Gleichaltrige aus sozial besser gestellten Familien [61]. Indikatoren zur Beschreibung von Kinderarmut sind die **Armutsgefährdungsquote** und der Anteil an Kindern in **Haushalten mit Bezug von Leistungen nach dem zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)**.

Armutsgefährdung

Die Armutsgefährdungsquote beschreibt den Anteil an Kindern, die in Haushalten leben, deren Einkommen weniger als 60 % des mittleren Äquivalenzeinkommens² einer Bevölkerung beträgt. Da sich die Armutsgefährdungsquote auf die Einkommensverhältnisse der jeweiligen Bevölkerung bezieht, handelt es sich hierbei um ein Maß für eine relative Einkommensarmut.

15 % der baden-württembergischen Kinder sind armutsgefährdet

In Deutschland war laut dem Mikrozensus 2016 jedes fünfte Kind (21 %) unter 6 Jahren von Armut bedroht. Auf Bundesländerebene konnten deutliche Unterschiede verzeichnet werden. Während in Bayern mit 14 % und in Baden-Württemberg mit

¹ Als nicht erwerbstätig gelten Hausfrauen bzw. Hausmänner, Arbeitssuchende sowie Personen in Ausbildung.

² Das Äquivalenzeinkommen ist ein bedarfsgewichtetes Pro-Kopf-Einkommen, das Anzahl und Alter der Haushaltsmitglieder berücksichtigt.

15 % die Armutsgefährdungsquoten vergleichsweise gering waren, waren sie in Bremen mit 39 % sehr hoch³ [116].

Kinder in Haushalten mit SGB II-Bezug

Manche Familien können ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestreiten. Leistungen nach dem zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) sollen eine Grundsicherung des Lebensunterhaltes gewährleisten. Zu den Leistungen gehört unter anderem der Bezug von Arbeitslosengeld II („Hartz IV“).

Baden-Württemberg unter Bundesdurchschnitt

Im Juni 2019 lebten rund 9 % der Kinder unter 6 Jahren in Baden-Württemberg in einem Haushalt mit SGB II-Bezug [13]. Damit liegt der Anteil in Baden-Württemberg deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von 16 % (s. [Abb. 11](#)).

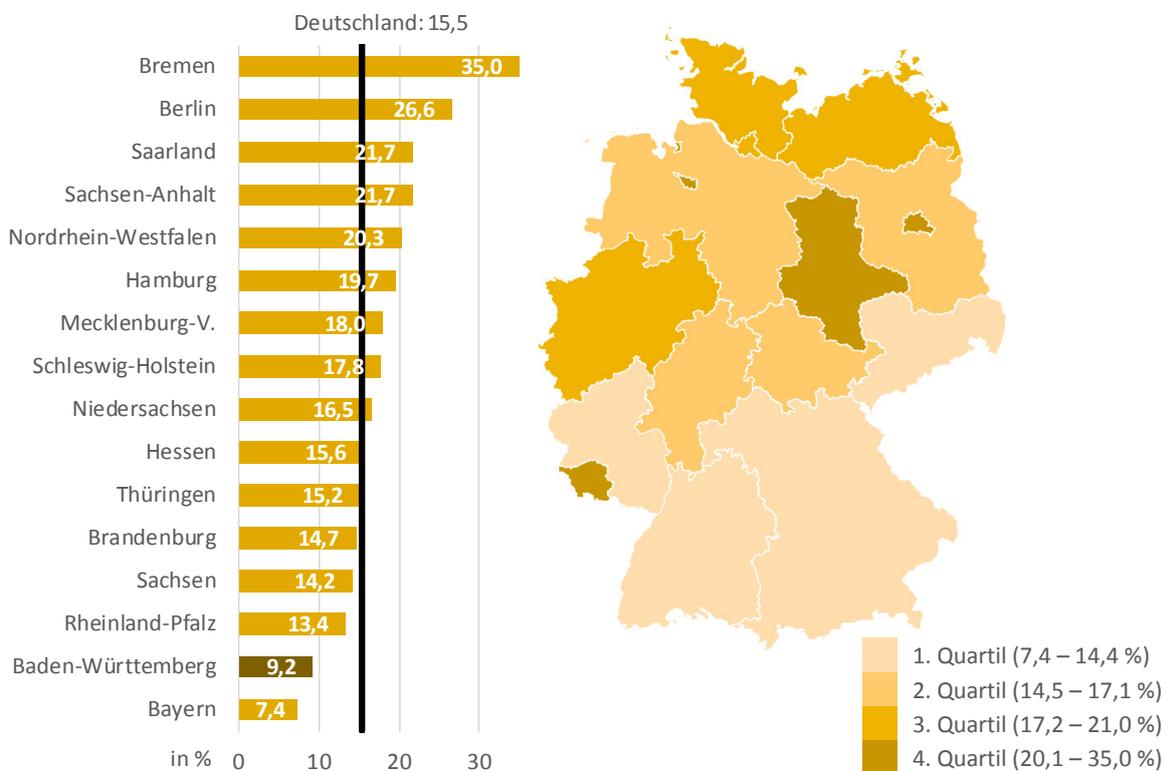
Da Baden-Württemberg auch eines der bevölke-

rungsreichsten Bundesländer Deutschlands ist, leben hier trotz dieses vergleichsweise geringen Anteils von 9 %, fast 60.000 Kinder unter 6 Jahren in einem Haushalt mit SGB II-Bezug. Damit leben in Baden-Württemberg nach Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Berlin die meisten Kinder in Haushalten, die Leistungen nach SGB II beanspruchen.

Innerhalb von Baden-Württemberg ist der Anteil der unter 6-Jährigen in Haushalten mit SGB II-Bezug unterschiedlich (s. [Abb. 12](#)). Ein deutlich höherer Anteil zeigt sich vor allem in den Stadtkreisen. Hierzu zählen Pforzheim (21 %) und Mannheim (20 %). Die niedrigsten Werte sind im Hohenlohekreis (4 %) und im Kreis Biberach (6 %) zu verzeichnen.

Alleinerziehende Elternteile empfangen besonders häufig SGB II-Leistungen. Etwa 43 % der unter 6-Jährigen, die in einem Haushalt mit SGB II-Bezug leben, sind Kinder Alleinerziehender.

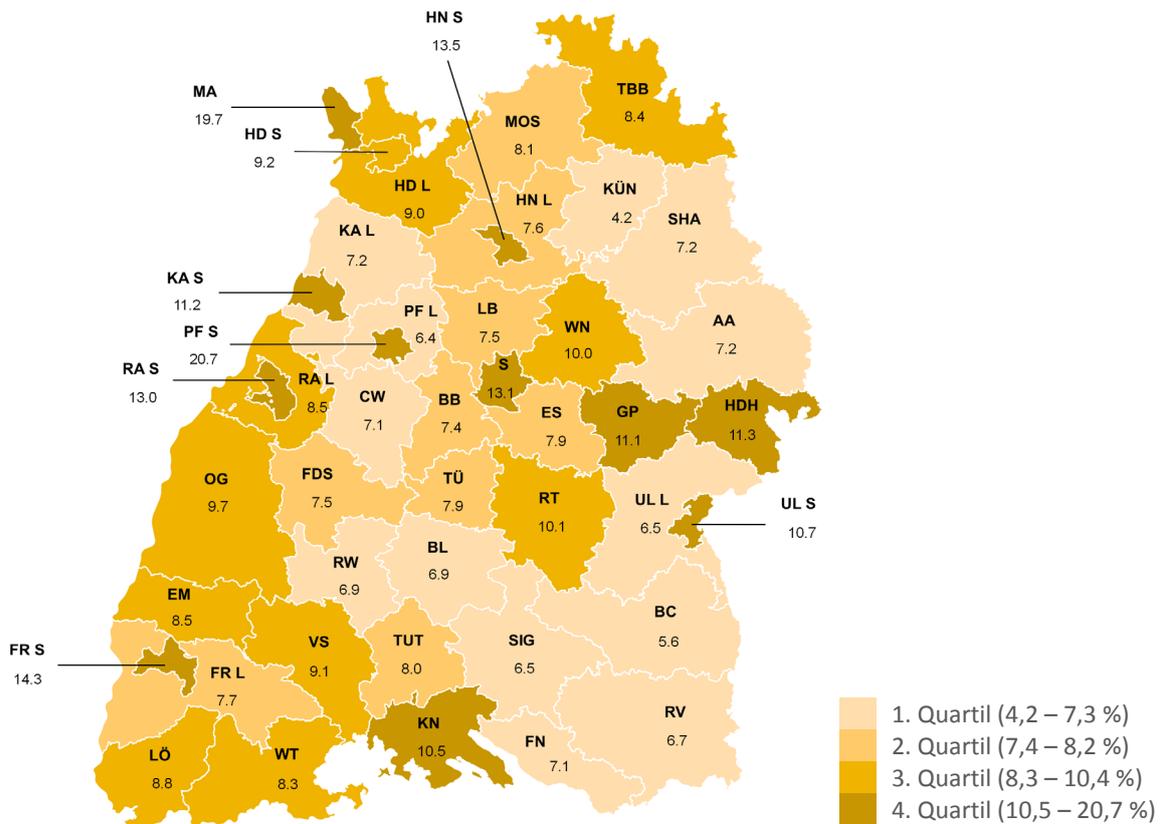
Abb. 11: Anteil Kinder unter 6 Jahren in Haushalten mit SGB II-Bezug in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2019 (Anteil in %; Quelle: Statistik der Bundesagentur, 2019)



³Zur Berechnung der Armutsgefährdungsquoten wurde jeweils der Bundesmedian herangezogen, nicht die Landesmediane. Verwendet man den Bundesmedian als Schwellenwert der Armutsgefährdung, vernachlässigt man, dass sich Preisniveaus und Mietpreise regional unterscheiden. Aktuelle Daten zur Armutsgefährdung bei Kindern unter 6 Jahren, berechnet nach dem Landesmedian, lagen dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg zum Zeitpunkt der Berichterstattung nicht vor.

Abb. 12: Anteil Kinder unter 6 Jahren in Haushalten mit SGB II-Bezug in Baden-Württemberg auf Land- und Stadtkreisbene im Jahr 2019

(Anteil in %; Quelle: Statistik der Bundesagentur, 2019)



Strategie *Starke Kinder – chancenreich*

In Armut aufzuwachsen bedeutet nicht nur, wenig Geld zur Verfügung zu haben. Armut hat auch erheblichen Einfluss auf die soziale, kulturelle und gesundheitliche Dimension des Lebens. Kinderarmut ist vor allem mit fehlenden Teilhabe- und Verwirklichungschancen verbunden.

Unter der Strategie *Starke Kinder – chancenreich* hat das Land Baden-Württemberg im Schwerpunktjahr 2020 gegen Kinderarmut und darüber hinaus ein Paket mit vielen zusätzlichen Unterstützungsangeboten geschnürt, um Kinder und Jugendliche zu stärken.

Die Strategie soll zur Verbesserung von Chancen für armutsgefährdete Kinder in Baden-Württemberg dienen. Ziel ist es die Öffentlichkeit für das Thema Kinderarmut zu sensibilisieren und weitere Partnerinnen und Partner außerhalb der Landesregierung mit ihrem Engagement ge-

gen Kinderarmut zu gewinnen, untereinander zu vernetzen und so Synergieeffekte zu erzielen.

Im Fokus stehen besonders stark armutsgefährdete Kinder von Alleinerziehenden, aus kinderreichen Familien sowie Kinder, die selbst oder deren Eltern eine Migrationsgeschichte haben. Es geht aber auch um Kinder langzeitarbeitsloser Eltern sowie Kinder in besonderen Belastungssituationen.

Auf der Vernetzungsplattform www.starkekinder-bw.de sollen Förderprojekte sowie themenbezogene Veranstaltungen und Beiträge der Öffentlichkeit vorgestellt werden und mithilfe einer digitalen Landkarte verortet werden. Des Weiteren können sich Netzwerkpartnerinnen und -partner mit Ihrer Arbeit zur Prävention von Kinderarmut vorstellen.



2.4 Soziale Beziehungen

2.4.1 Familienkonstellationen

Die Familie ist nach wie vor der wichtigste Ort des Aufwachsens von Kindern und gilt auch als emotionaler Heimathafen. Die Familie beeinflusst die Kindesentwicklung maßgeblich. Als Familie galt traditionell: Mann, Frau, Kinder und Ehe. In den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Rahmenbedingungen des Familienlebens allerdings verändert und Lebensweisen sind vielfältiger geworden. Neben der biologischen und sozialen Einheit von Vater, Mutter und Kind entstehen immer häufiger andere Strukturen der Elternschaft. So existieren neben der klassischen Familie weitere Formen wie Patchwork-Familien, Alleinerziehende oder gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften mit Kind.

Durch die Veränderungen der Familienbilder können Herausforderungen für ein gesundes Aufwachsen der Kinder entstehen. So sind Alleinerziehende häufiger von Armut betroffen [106], was mit gesundheitlichen Risiken einhergehen kann [63].

Überwiegender Teil der Familien nach wie vor als Ehepaare mit Kindern

Laut dem Statistischen Landesamt waren in Baden-Württemberg im Jahr 2018 fast drei Viertel

der Familien Ehepaare mit Kindern, etwa ein Fünftel Einelternfamilien und rund 6 % Lebensgemeinschaften (nicht eheliche Paare) mit Kindern. Von den Einelternfamilien waren 83 % alleinerziehende Frauen [165].

Lebensgemeinschaften mit Kindern und Einelternfamilien nehmen zu

Im Verlauf der Jahre zeigt sich ein Wandel der Familienkonstellationen. Seit 1980 ist der Anteil von Ehepaaren mit Kindern an allen Familienformen zurückgegangen, wohingegen der Anteil der Lebensgemeinschaften mit Kindern und der Einelternfamilien angestiegen ist (s. [Abb. 13](#)) [102].

Geschwisterzahl rückläufig, mehr Einzelkinder

Geht man von den Kindern aus, zeigt sich im Verlauf der Jahre, dass die Anzahl der Geschwister sich verändert hat (s. [Abb. 14](#)). So hatten im Jahr 1972 noch fast 12 % der Kinder in Baden-Württemberg vier oder mehr Geschwister, im Jahr 2018 hingegen nur noch etwa 2 %. Im Gegenzug hierzu erhöhte sich der Anteil der Einzelkinder von 11 % auf 15 %. Rund die Hälfte aller Kinder hatte im Jahr 2018 ein Geschwisterkind [175].

Abb. 13: Wandel der Familienformen in Baden-Württemberg von 1980 bis 2018

(1980 wurden nicht eheliche Paare noch nicht erfasst; Anteil in %; Quelle: Ergebnisse des Mikrozensus - Bevölkerung in Familien/Lebensformen am Hauptwohnsitz, Statistisches Landesamt BW, 2016; 2018)

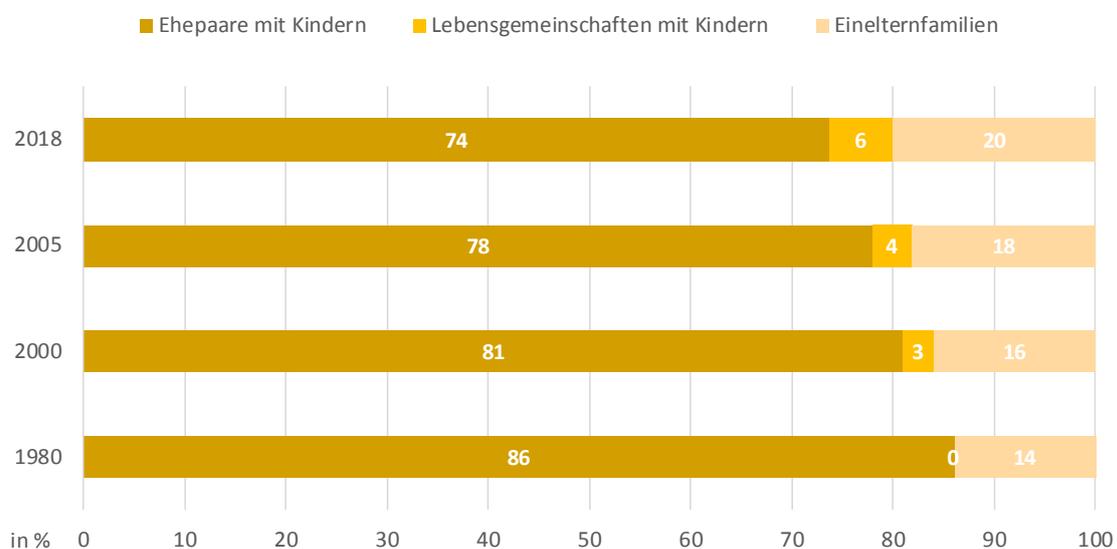
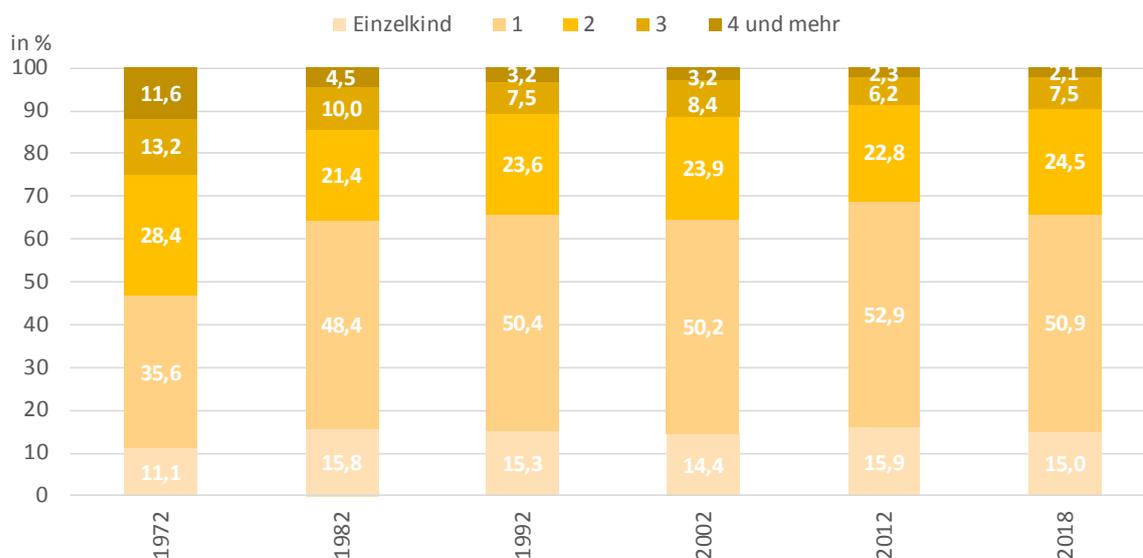


Abb. 14: Kinder in Baden-Württemberg 1972 bis 2018 nach Anzahl der Geschwister⁴

(Anteil in %; Quelle: Ergebnisse des Mikrozensus, Statistisches Landesamt BW, 2020)



2.4.2 Kinderschutz und Kindeswohl

Erzieherische Hilfen

Wenn keine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung durch die Eltern gewährleistet ist, bietet die Kinder- und Jugendhilfe verschiedene erzieherische Hilfen an, die sowohl inner- als auch außerhalb der Familien stattfinden können. Sie sollen in besonderen Lebenssituationen Unterstützung und Hilfe für Heranwachsende bis zum 27. Lebensjahr und ihre Familien vermitteln.

Im Folgenden werden immer die im jeweiligen Jahr beendete und am Jahresende andauernde Hilfen betrachtet.

4,3 % der unter 6-Jährigen in erzieherischen Hilfen

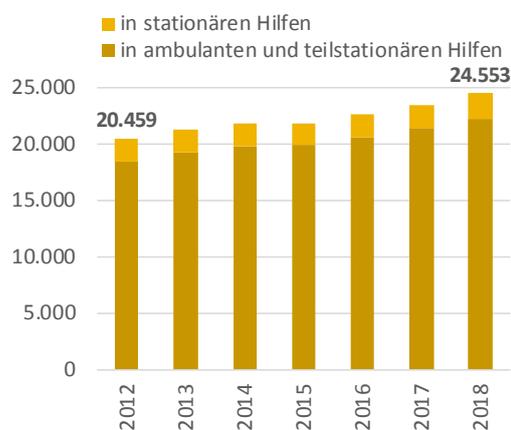
Landesweit wurden im Jahr 2018 insgesamt knapp 150.000 junge Menschen durch die erzieherischen Hilfen erreicht [163]. Rund 24.500 (19 %) dieser erreichten jungen Menschen waren Kinder unter 6 Jahren. Bezieht man dies auf die Bevölkerung in Baden-Württemberg, bekamen landesweit 4,3 % der unter 6-Jährigen Unterstützung durch erzieherischen Hilfen [163].

Erzieherische Hilfen haben als Unterstützungs-

leistung für junge Menschen und Familien eine wachsende Bedeutung und nehmen eine zentrale Rolle im sozialen Hilfesystem ein [161]. Dies zeigt sich auch bei den Daten der letzten Jahre. Es ist ein Anstieg bei den durch erzieherische Hilfen erreichten Kindern zu erkennen (s. [Abb. 15](#)) [163].

Abb. 15: Durch erzieherische Hilfen erreichte unter 6-Jährige in Baden-Württemberg in den Jahren 2012 – 2018

(Beendete und am Jahresende andauernde Hilfen; Quelle: Statistik der erzieherischen Hilfe, der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, der Hilfe für junge Volljährige, Statistisches Landesamt BW, 2019)



⁴ Anzahl der Kinder in Familien mit mindestens einem 6 bis 9 Jahre alten Kind. Diese Altersgruppe wurde gewählt, weil davon auszugehen ist, dass in dieser Konstellation in der Regel noch keine volljährigen Kinder die Familie verlassen haben und wahrscheinlich die Familienplanung auch weitgehend abgeschlossen ist.

Ambulante und teilstationäre Hilfen

Zu den ambulanten und teilstationären Hilfen zählen die Erziehungsberatung, Soziale Gruppenarbeit, Einzelbetreuung, Sozialpädagogische Familienhilfe und die Tagesgruppenerziehung. Etwa 91 % der Kinder unter 6 Jahren, die 2018 durch erzieherische Hilfen betreut wurden, nahmen ambulante und teilstationäre Hilfen in Anspruch. Die Erziehungsberatung fand hierbei am häufigsten statt (61 %).

Hilfen außerhalb des Elternhauses

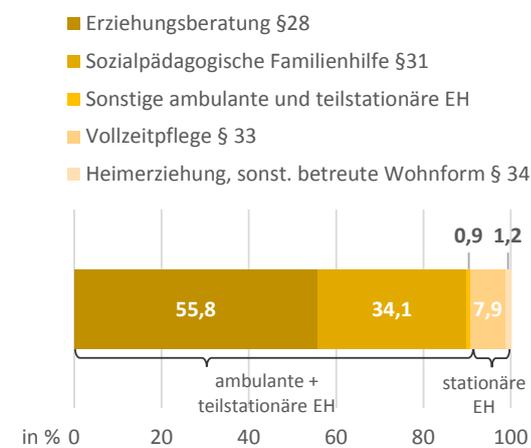
Ist in schwierigen Phasen eine räumliche Trennung von Eltern und Kind notwendig, so greifen Hilfen außerhalb des Elternhauses. Hierzu zählen die Vollzeitpflege in anderen Familien, Heimerziehung und andere betreute Wohnformen sowie die intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung. Etwa 86 % der Kinder unter 6 Jahren, die 2018 eine stationäre Erziehungshilfe nutzten, waren in Vollzeitpflege [163].

Über die Hälfte in Erziehungsberatung

Betrachtet man sowohl die ambulanten und teilstationären, als auch die stationären erzieherischen Hilfen im Gesamten, wird deutlich, dass die Erziehungsberatung den größten Raum einnimmt (s. [Abb. 16](#)).

Abb. 16: Anteil der erreichten unter 6-Jährigen im Jahr 2018 nach Art der Erzieherischen Hilfe

(EH = Erzieherische Hilfe; beendete und am Jahresende andauernde Hilfen; Quelle: Statistik der erzieherischen Hilfe, der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, der Hilfe für junge Volljährige, Statistisches Landesamt BW, 2019)



Für die Erziehungsberatung gibt es unterschiedliche Beratungsstellen (wie z. B. Erziehungs- oder

Familienberatungsstellen), bei denen aufgrund vielschichtiger Anlässe Gespräche stattfinden können. Sie gelten häufig als erste Anlaufstation für die Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme. Im Jahr 2018 gab es insgesamt 13.700 institutionelle Erziehungsberatungen bei unter 6-Jährigen in Baden-Württemberg.

Einschätzung der Kindeswohlgefährdung

Wenn wichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bekannt werden, haben Jugendämter die Aufgabe, das Gefährdungsrisiko dieser jungen Menschen einzuschätzen.

Fast die Hälfte der Verfahren ist bei Kindern unter 7 Jahren

In Baden-Württemberg wurden 2018 für rund 13.800 Kinder und Jugendliche ein Verfahren zur Gefährdungseinschätzung nach § 8a Abs. 1 SGB VIII vorgenommen (+12 % gegenüber 2017). In ca. 6.600 dieser Fälle waren Kinder unter 7 Jahren betroffen, dies entspricht einem Anteil von fast 48 %. Bei den unter 1-Jährigen wurden die häufigsten Einschätzungen der Kindeswohlgefährdung durchgeführt (s. [Abb. 19](#)) [167].

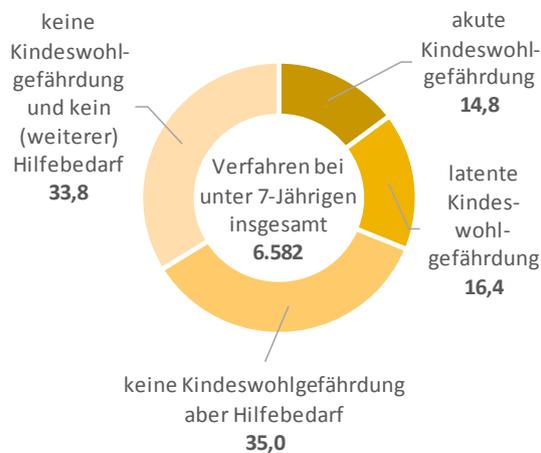
Bei 15 % akute Kindeswohlgefährdung

Nach Einschätzung der Jugendämter bestand im Jahr 2018 bei 15 % aller Verfahrensergebnisse zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung bei den unter 7-Jährigen eine akute Kindeswohlgefährdung (s. [Abb. 17](#)). Hierbei ist eine Schädigung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls des Kindes bereits eingetreten bzw. mit ziemlicher Sicherheit zu erwarten.

Bei knapp über 16 % der Einschätzungsverfahren konnte eine latente Kindeswohlgefährdung festgestellt werden. Das bedeutet, dass die Frage nach der tatsächlich bestehenden Gefahr nicht eindeutig beantwortet werden konnte, aber eine Kindeswohlgefährdung nicht auszuschließen war. Bei 35 % gab es keine Kindeswohlgefährdung, aber es zeigte sich ein anderweitiger Unterstützungsbedarf. Bei etwas mehr als einem Drittel konnte keine Gefährdung und kein weiterer Hilfebedarf ermittelt werden [166].

Abb. 17: Verfahren zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung nach § 8a SGB VIII bei den unter 7-Jährigen in Baden-Württemberg im Jahr 2018 nach dem Ergebnis des Verfahrens

(Anteil in %; Quelle: Statistik der Kinder- und Jugendhilfe nach § 8a SGB VIII, Statistisches Landesamt BW, 2019)



26% mehr akute Fälle als im Vorjahr

Im Jahr 2018 wurden insgesamt 972 akute Gefährdungssituationen festgestellt. Das sind 26 % oder rund 250 Fälle mehr als im Vorjahr [166]. Bei 581 dieser Kinder fanden sich Anzeichen für eine Vernachlässigung. Bei 320 Kindern gab es Anzeichen

für eine psychische und bei 252 für eine körperliche Misshandlung. Anzeichen auf sexuelle Gewalt zeigten sich bei 33 Kindern [166].

Über den Verlauf der Jahre ist eine generelle Zunahme akuter Kindeswohlgefährdungen erkennbar (s. [Abb. 18](#)). Der beobachtete Zuwachs kann allerdings auch auf die insgesamt höhere Zahl an durchgeführten Gefährdungseinschätzungen zurückgeführt werden. Dies kann wiederum als Zeichen einer erhöhten Aktivität der Sozialen Dienste und Jugendämter angesehen werden [14].

Abb. 18: Akute Kindeswohlgefährdungen bei unter 7-Jährigen in Baden-Württemberg von 2012 bis 2018

(Quelle: Statistik der Kinder- und Jugendhilfe nach § 8a SGB VIII, Statistisches Landesamt BW, 2013-2019)

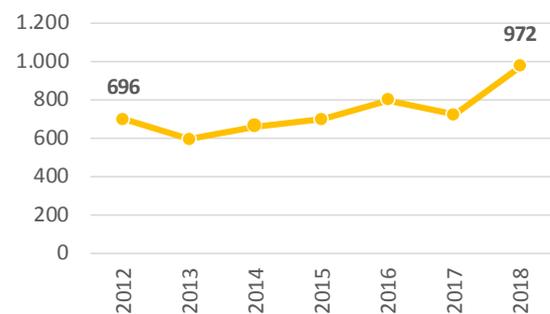
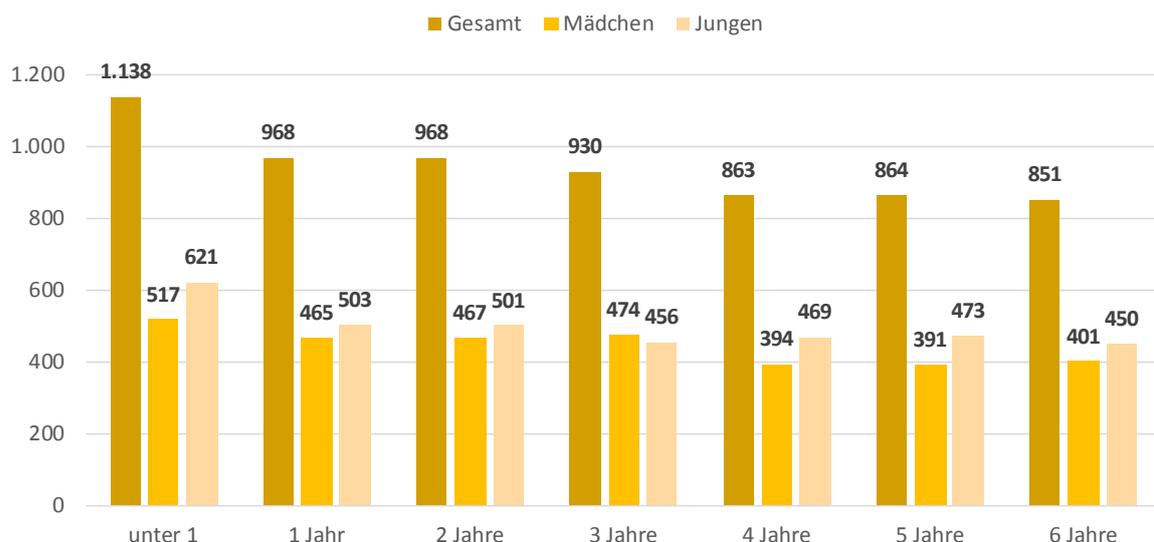


Abb. 19: Verfahren zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung in Baden-Württemberg im Jahr 2018 nach Alter und Geschlecht der betroffenen Kinder

(Minderjährige mit der Bezeichnung des Geschlechts „ohne Angabe (nach § 22 Absatz 3 PStG)“ werden dem männlichen Geschlecht zugeordnet; Quelle: Statistik der Kinder- und Jugendhilfe nach § 8a SGB VIII, Statistisches Landesamt BW, 2019)



STÄRKE – Das Landesprogramm für Familien

Das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg hat das Landesprogramm STÄRKE ins Leben gerufen, um die Eltern- und Familienbildung zu fördern. Hierzu gibt es in den Städten sowie Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs verschiedene Anbieter und Dienste, die vor Ort Angebote für (werdende) Eltern zur Familienbildung anbieten.

Die Angebote richten sich an alle Familien in allen Lebensphasen und Lebenslagen. Darunter zählen niederschwellige offene Treffs und verschiedene Angebote für Familien in besonderen Lebenssituationen oder auch Familienbildungs-freizeiten.

Die Familienbildungsangebote sollen Eltern bei der Bewältigung von Herausforderungen und Aufgaben unterstützen und die elterliche Beziehungs-, Erziehungs- und Alltagskompetenz stär-

ken sowie die Entwicklungsmöglichkeiten ihrer Kinder verbessern.

Informationen zu den Angeboten erhalten Eltern bei der für Familien zuständigen Behörde im Rathaus oder im Landratsamt bzw. auf der Homepage des Stadt- oder Landkreises. Eltern-Kind-Zentren, Mütterzentren oder andere Anbieter von Familienbildung können ebenfalls Auskunft über aktuelle Angebote geben.

Weitere Informationen zum Landesprogramm sind abrufbar unter:

www.sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/soziales/familie/eltern-und-familienbildung/landesprogramm-staerke/



2.5 Frühkindliche Bildung

2.5.1 Kinderbetreuung

Zur Betreuung der Kinder können Eltern in Baden-Württemberg öffentlich geförderte frühkindliche Betreuungsangebote in Anspruch nehmen. Hierzu zählen Kindertageseinrichtungen und die Kindertagespflege. Diese Angebote haben nicht nur die Funktion der Betreuung, sondern gelten mittlerweile als wichtige erste Bildungsinstanzen im Lebenslauf eines Kindes. Die Gesundheitserziehung in der Kindertageseinrichtungen bzw. -tagespflege kann zudem einen sozial kompensierenden Effekt haben. Was in dieser frühkindlichen Phase geschieht, legt den Grundstein für die weitere Bildungsbiografie der Kinder.

Kindertageseinrichtungen sind laut § 1 des Kindertagesbetreuungsgesetz Kindergärten, Tageseinrichtungen mit altersgemischten Gruppen und Einrichtungen zur Kleinkindbetreuung (Kinderkrippen). Sie gelten als ein wichtiges Setting für frühkindliche Fördermaßnahmen. Unter **Kindertagespflege** versteht man die Betreuung und Förderung des Kindes durch eine geeignete Tagespflegeperson.

Im Jahr 2019 wurden in Baden-Württemberg insgesamt ca. 391.000 Kinder unter 6 Jahren in öffentlich geförderten frühkindlichen Betreuungsangeboten betreut⁵. Knapp ein Viertel davon war unter 3 Jahre alt.

Fast jedes dritte Kind unter 3 Jahren nimmt ein frühkindliches Betreuungsangebot wahr

Die Betreuungsquoten von Kindern unter 3 Jahren sind im Verlauf der letzten Jahre stark angestiegen (s. [Abb. 20](#)). Im Jahr 2006 lag die Quote noch bei knapp 9 %, mittlerweile werden rund 30 % der Kinder in Kindertageseinrichtungen oder in der Tagespflege betreut [152, 162]. Absolut gesehen hat sich die Zahl der betreuten Kinder unter 3 Jahren seit 2006 mehr als verdreifacht.

Die Tagespflege als Betreuungsangebot neben Kindertageseinrichtungen spielt in diesem Alter keine unerhebliche Rolle, so hatten etwa rund

16 % der betreuten Kinder unter 3 Jahren eine Tagesmutter bzw. einen Tagesvater [152, 162].

Eine Erklärung für diese Zunahme ist zum einen der Ausbau von Betreuungsangeboten, welcher durch den Anstieg der Ausgaben des Landes für den Bereich der Kinderbetreuung sowie einem Zuwachs an Personal ermöglicht wurde [31]. Zum anderen gilt seit 1. August 2013 der Rechtsanspruch auf frühkindliche Förderung für Kinder im Alter von unter 3 Jahren [17].

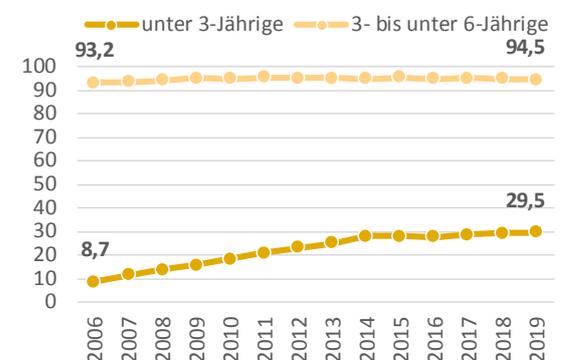
Trotz des Ausbaus von Betreuungsangeboten und Zuwachs von Personal besteht laut dem Deutschen Jugendinstitut e. V. eine Lücke zwischen der Betreuungsquote und dem Betreuungsbedarf der Eltern von Kleinkindern. So wünschten sich im Jahr 2018 rund 42 % der Eltern in Baden-Württemberg eine Betreuung, die Quote mit knapp 30 % ist somit unzureichend [18].

Hohe Betreuungsquote bei 3- bis 6-Jährigen

Die Betreuungsquoten der 3- bis unter 6- Jährigen lag in Baden-Württemberg im Jahr 2019 bei rund 95 % [162]. Im Bundesländervergleich sowie auf Kreisebene innerhalb Baden-Württembergs zeigen sich hierbei nur geringe Unterschiede. Im Verlauf der letzten Jahre ist die Quote konstant hoch gewesen (s. [Abb. 20](#)).

Abb. 20: Betreuungsquote der Kinder in Baden-Württemberg von 2006 - 2019 nach Alter

(Anzahl der Kinder in öffentlich geförderten frühkindlichen Betreuungsangeboten je 100 Kinder der gleichen Altersgruppe in %; Quelle: Kinder- und Jugendstatistik, Statistisches Landesamt BW, 2019; Destatis, 2019)



⁵ In öffentlich geförderten frühkindlichen Betreuungsangeboten werden zudem auch Kinder im Alter von 6 bis unter 14 Jahren betreut. Die hier angegebene Zahl bezieht die 6-Jährigen nicht mit ein. Die Anzahl der betreuten Kinder im Vorschulalter fällt in Wirklichkeit somit höher aus.

Regionale Unterschiede bei Betreuungsquoten von Kleinkindern

Bei einer regionalen Betrachtung der Betreuungsquoten für **unter 3-Jährige** ist allerdings ein deutlich differenziertes Bild sowohl im Bundesländervergleich (s. [Abb. 21](#)) als auch in den einzelnen Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs zu erkennen (s. [Abb. 22](#) und [Tab. 1](#)). So betrug die Quote in den westdeutschen Bundesländern durchschnittlich etwa 30 % und in Ostdeutschland lag sie bei 52 %. Baden-Württemberg liegt mit seinen rund 30 % unter dem Bundesdurchschnitt (34 %) [164]. Die regionalen Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland lassen sich vermutlich durch das in den ostdeutschen Bun-

desländern größere Angebot an Kinderbetreuungsplätzen erklären. Zudem zeigt sich dort auch eine höhere Bereitschaft, die Kinder in den Einrichtungen unterzubringen und betreuen zu lassen, sowie dass beide Eltern häufiger gleichzeitig einer Erwerbstätigkeit nachgehen [15].

Innerhalb Baden-Württembergs besteht eine höhere Betreuungsquote in städtischen Regionen. Mit einer Quote von über 46 % steht der Stadtkreis Heidelberg an erster Stelle. Dies lässt sich vermutlich auch auf ein höheres Betreuungsangebot in den Städten zurückführen. Zudem stehen im ländlichen Raum zur Betreuung oftmals eher Großeltern zur Verfügung [99].

Abb. 21: Betreuungsquoten der unter 3-Jährigen in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2019
(Anteil in %; Quelle: Kinder- und Jugendstatistik, Statistisches Landesamt BW, 2019)

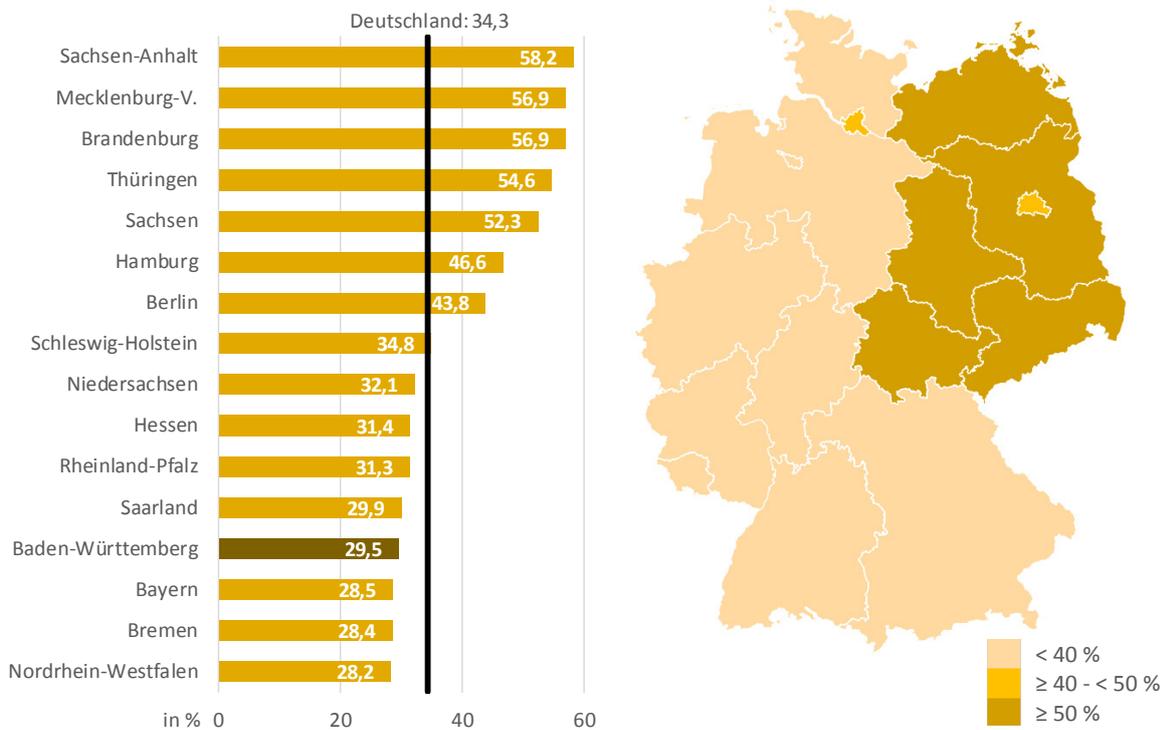
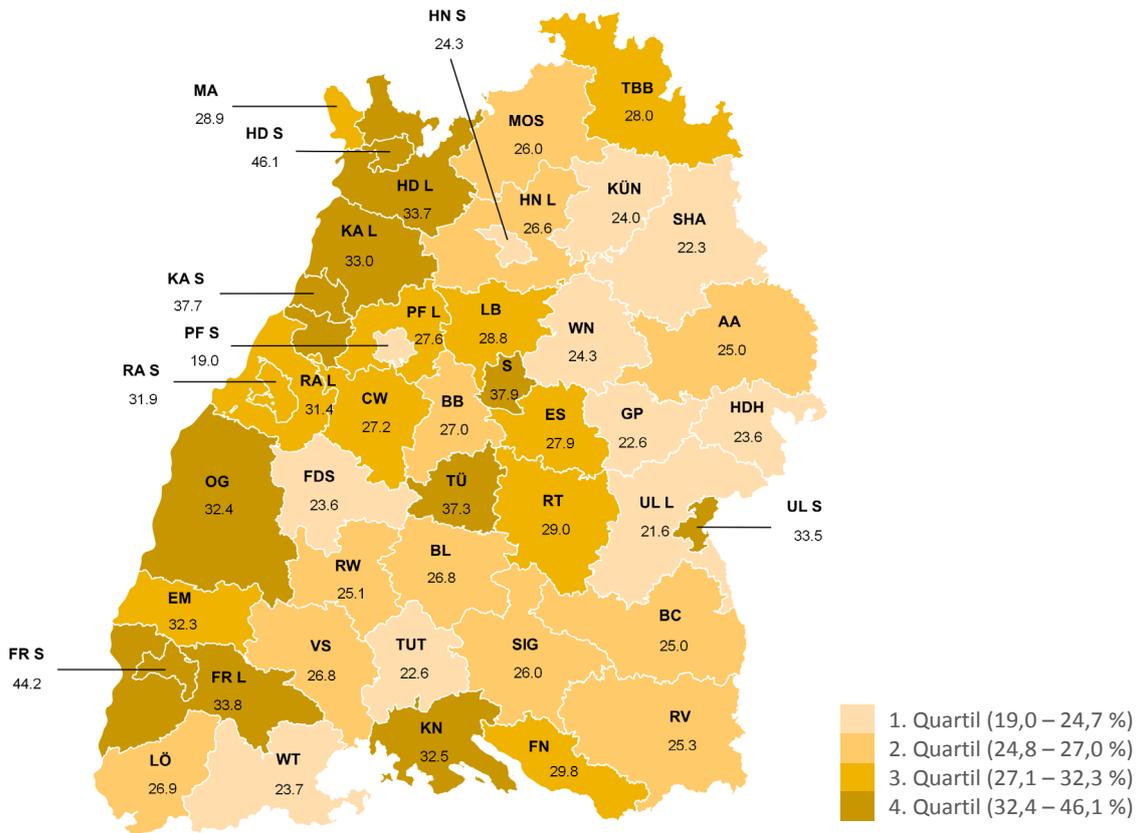


Abb. 22: Betreuungsquoten der unter 3-Jährigen in Baden-Württemberg auf Land- und Stadtkreisebene im Jahr 2019
(Anteil in %; Quelle: Kinder- und Jugendstatistik, Statistisches Landesamt BW, 2019)



Niedrige Betreuungsquoten bei Migrationskindern

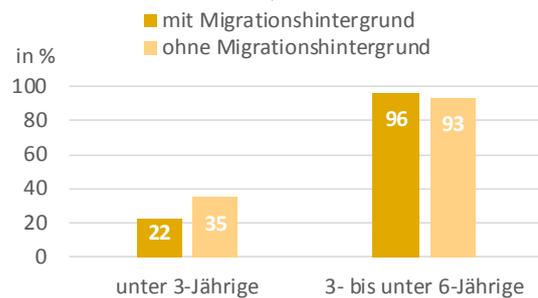
Besonders für Kinder aus Familien in der Deutsch nicht als Familiensprache gesprochen wird, kann die Betreuung in Kindertageseinrichtungen als Chance und Möglichkeit gesehen werden, die deutsche Sprache frühzeitig spielerisch und alltagsintegriert zu erlernen.

Im Jahr 2019 hatten rund 39 % der in Kindertageseinrichtungen betreuten Kinder mindestens ein Elternteil mit ausländischer Herkunft und gelten somit als Kinder mit Migrationshintergrund [162]. Der Anteil dieser Migrationskinder ist in den letzten Jahren in Baden-Württemberg gestiegen (2007: 31 %). Bei rund 117.000 Kindern wird in der Familie vorwiegend nicht deutsch gesprochen, das entspricht einem Anteil von etwa 26 % und somit über einem Viertel aller Kinder in den Kindertageseinrichtungen [162].

Kinder unter 3 Jahren mit Migrationshintergrund zeigen eine deutlich niedrigere Betreuungsquote als Kinder des gleichen Alters ohne Migrations-

hintergrund (s. [Abb. 23](#)). Die Quote für die 3- bis unter 6-Jährigen mit und ohne Migrationshintergrund ist hingegen sehr ähnlich.

Abb. 23: Betreuungsquoten von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund im Jahr 2019 nach Alter
(Quote in %; Quelle: Kinder- und Jugendstatistik, Statistisches Landesamt BW, 2019)



Ganztagsbetreuung in Kindertageseinrichtungen steigt

Die Möglichkeit einer ganztägigen Betreuung der Kinder ist für immer mehr Eltern von Bedeutung. Dies gilt sowohl bei der Betreuung der Kinder in Kindertageseinrichtungen als auch bei der Tagespflege. Eine Ganztagsbetreuung, d.h. eine

durchgehenden Betreuungszeit von über 7 Stunden, wurde im Jahr 2019 von insgesamt 114.356 Kinder unter 6 Jahren in Anspruch genommen [162]. Dies entspricht knapp 30 % der unter 6-Jährigen in Baden-Württemberg, die in öffentlich geförderten frühkindlichen Betreuungsangeboten waren.

Knapp 40 % der in Kindertageseinrichtungen betreuten Kinder unter 3 Jahren wurden 2019 ganztätig betreut – dieser Anteil ist in den letzten Jahren gestiegen (2012: 33 %) [162]. Bei den 3- bis unter 6 Jährigen erhöhte sich der Anteil ganztagsbetreuter Kinder in Kindertageseinrichtungen von etwa 17 % im Jahr 2012 auf fast 27 % im Jahr 2019. Es zeigt sich somit ein steigender Trend in beiden Altersgruppen [140–152].

In der Kindertagespflege ist der Anteil ganztagsbetreuter Kinder über die letzten Jahre hingegen relativ konstant geblieben. Im Jahr 2019 wurden dort 27 % der Kinder unter 3 Jahren, sowie 9 % der Kinder zwischen 3 und unter 6 Jahren ganztätig betreut [140–152].

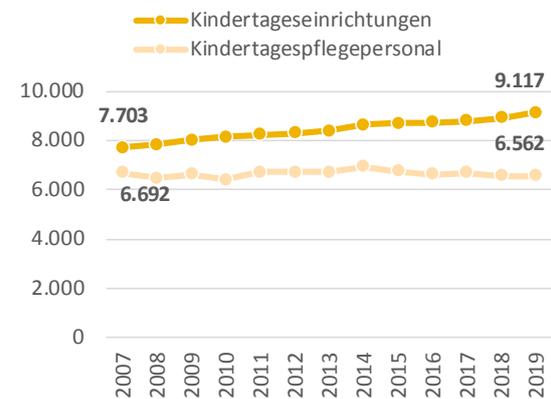
Kindertageseinrichtungen nehmen zu

Im Jahr 2019 gab es landesweit insgesamt 9.117 Kindertageseinrichtungen. Das sind 202 Einrich-

tungen (2,3 %) mehr als im Vorjahr. Gegenüber dem Stand von 2007 (7.703) entspricht dies einem Zuwachs von fast 18 % (s. [Abb. 24](#)). Das Kindertagespflegepersonal ist im Verlauf der Jahre hingegen relativ konstant geblieben [176, 177].

Abb. 24: Anzahl Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegepersonal von 2007 bis 2019

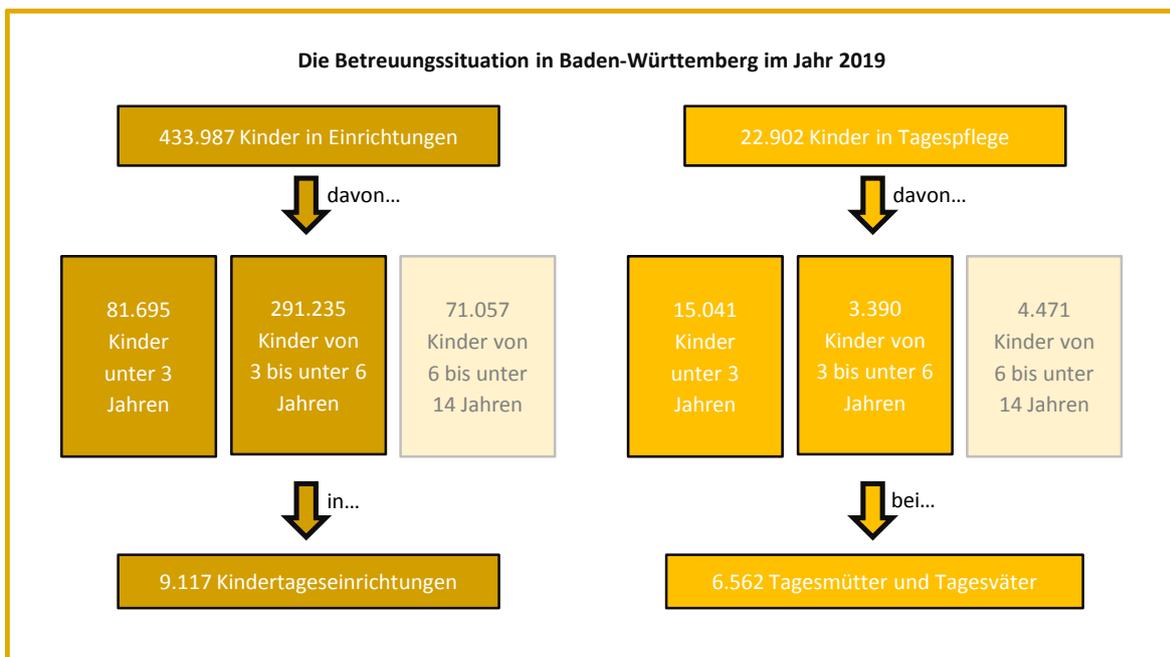
(Quelle: Kinder- und Jugendstatistik, Statistisches Landesamt BW, 2019)



Eine zusammenfassende Darstellung der landesweiten Betreuungssituation im Jahr 2019 zeigt sich in [Abb. 25](#).

Abb. 25: Betreuungssituation im Land Baden-Württemberg im Jahr 2019

(Quelle: Statistik der Kinder- und Jugendhilfe, Statistisches Landesamt BW, 2019)



Bundesprogramm KiTa-Einstieg: Brücken bauen in frühe Bildung

Bundesweit ist zu erkennen, dass Kinder mit Migrationshintergrund oder Kinder, deren Eltern einen niedrigen Schulabschluss haben, seltener oder später die Angebote zur frühkindlichen Betreuung in Anspruch nehmen.

Seit 2017 gibt es deshalb ein Programm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, die genau dieses Thema aufgreift. Das Ziel dabei ist es, Brücken zu bauen, für Familien, die den Weg in die Kinderbetreuung nur schwer von allein finden. Hierdurch sollen alle Kinder von früher Bildung und Förderung profitieren.

Die niederschweligen Angebote, die den Zugang zur Kindertagesbetreuung vorbereiten und unterstützend begleiten, richten sich an Kinder und deren Eltern.



In Baden-Württemberg gibt es 18 Standorte, bei denen im Rahmen dieses Programms passgenaue Ideen entwickelt und Angebote umgesetzt werden.

Die genauen Standorte und Angebote können unter: www.kita-einstieg.fruehe-chancen.de/programm/standortkarte/ eingesehen werden.

Zudem gibt es seit 2019 das Bundesprogramm **ProKindertagespflege: Wo Bildung für die Kleinsten beginnt**. Die Kindertagespflege, welche als familiennahe und flexible Betreuungsform, eine wichtige Säule der Kinderbetreuung darstellt, soll hierbei gezielt gestärkt werden. Man möchte die Qualifizierung und Arbeitsbedingungen von Tagespflegepersonen verbessern, sowie die Zusammenarbeit mit den Kommunen stärken.



2.5.2 Förderung im frühkindlichen Bereich

Bereits im frühkindlichen Bereich gibt es für Kinder mit Entwicklungsstörungen, drohenden oder bestehenden Behinderungen unterschiedliche Förder- und Behandlungsmöglichkeiten. Insbesondere auf die Angebote der **Sonderpädagogischen Beratungsstellen** und **Interdisziplinären Frühförderstellen** soll in diesem Kapitel näher eingegangen werden. Ihr Ziel ist es, die Entwicklungsfähigkeiten und (drohenden) Behinderungen des Kindes frühzeitig zu erkennen, diese zu mildern und auszugleichen, sowie deren Auswirkungen zu verhindern. Die jeweiligen Angebote finden beispielsweise Zuhause, in der Frühförderstelle oder im Kindergarten statt [100].

Ein weiterer Bestandteil des Frühfördersystems sind die landesweit 18 **Sozialpädiatrische Zentren**

(SPZ). Sie dienen Kindern, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder (drohenden) Behinderung nicht von entsprechenden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder Frühförderstellen behandelt und gefördert werden können [91]. Auf diese wird hier allerdings nicht weiter eingegangen.

Sonderpädagogische Beratungsstellen (SPB)

Sonderpädagogischen Beratungsstellen, welche in der Regel an Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentren (SBBZ) angegliedert sind, sind meist kreisbezogen aktiv. Bei den Förderschwerpunkten Sehen, Hören und körperlich-motorische Entwicklung sind sie auch kreisübergreifend tätig.

Dort arbeiten vor allem Sonderpädagoginnen und Sonderpädagogen. Je nach Ausbildung der Fachkräfte haben die Beratungsstellen unterschiedliche Schwerpunkte. Eine sonderpädagogische Frühförderung ist von Geburt bis zur Einschulung bzw. bis zum Besuch eines Schulkindergartens möglich [100].

Im Jahr 2019 wurden insgesamt 374 Dienststellen⁶ gezählt, die sonderpädagogische Frühförderung durch Beratungsstellen in Baden-Württemberg anbieten [174]. Die Zahl dieser Stellen hat sich in den letzten Jahren leicht erhöht (2015: 367).

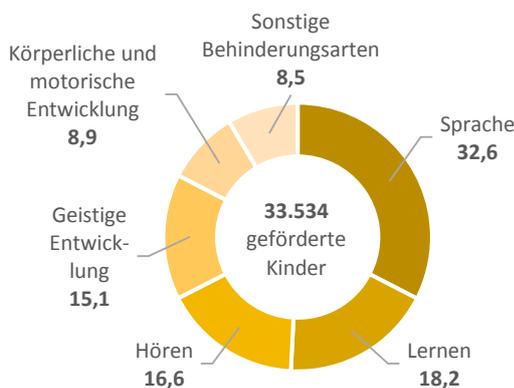
Insgesamt wurden über 33.500 Kinder im Schuljahr 2018/19 durch Sonderpädagogische Beratungsstellen gefördert. Hinzu kommen weitere knapp 20.350 Kinder, die eine Kurzberatung erhielten (keine Aufnahme in die Förderung) [174].

33 % mit Förderschwerpunkt Sprache

Mit rund 33 % machte der Förderschwerpunkt Sprache im Schuljahr 2018/19 den größten Anteil geförderter Kinder in Sonderpädagogischen Beratungsstellen aus (s. [Abb. 26](#)).

Abb. 26: Durch Sonderpädagogische Beratungsstellen im Rahmen der Frühförderung geförderte Kinder in Baden-Württemberg im Schuljahr 2018/19 nach Förderschwerpunkt

(Anteil in %, Quelle: Amtliche Schulstatistik, Statistisches Landesamt BW, 2020)



Weitere 18 % besuchten Beratungsstellen mit dem Schwerpunkt Lernen und etwa 17 % wurden im Bereich Hören gefördert. Etwa 15 % der Kinder erhielten eine Förderung durch Beratungsstellen für geistige Entwicklung und 9 % für körperliche

und motorische Entwicklung [174]. Weitere Behinderungsarten hatten einen nur geringen Anteil an den Frühfördermaßnahmen. Allerdings hat sich in den letzten 10 Jahren die Zahl der Förderungen im Bereich emotionaler und sozialer Entwicklung verdoppelt [91].

Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF)

In Interdisziplinären Frühförderstellen arbeiten medizinisch-therapeutische, heilpädagogische und psychologische Fachkräfte im Team zusammen. Sie sind wohnortnah und kreisbezogen aktiv. Ihre Angebote wenden sich nicht nur an das betroffene Kind, sondern auch an die Familie und die Lebenswelt des Kindes. Die Förderung und Behandlung kann ab der Geburt bis zum tatsächlichen Schuleintritt stattfinden. Auch hinderliche Bedingungen im Umfeld des Kindes, die einer Inklusion im Weg stehen, sollen hierbei abgebaut werden. Die Förderung und Behandlung findet in enger Zusammenarbeit mit den Eltern und der Kinder- und Jugendärztin bzw. dem Kinder- und Jugendarzt der Familie statt [101].

Insgesamt wurden 38 Interdisziplinäre Frühförderstellen im Jahr 2016 in Baden-Württemberg gefördert [91].

Komplexleistungen als kombinierte sozialrechtlich definierte Leistungserbringung

Im Jahr 2016 wurden außerhalb der Komplexleistung etwas über 14.700 diagnostische Leistungen und Erstberatungen von Interdisziplinären Frühförderstellen in Baden-Württemberg erbracht [91]. Es erhielten 5.750 Kinder heilpädagogische oder medizinisch-therapeutische Einzelleistungen. Weitere 1.864 Kinder erhielten sogenannte Komplexleistungen, worunter die kombinierte und strukturierte Erbringung von Leistungen aus dem heilpädagogisch-psychologischen und dem medizinisch-therapeutischen Bereich verstanden wird [91].

Unter den Kindern mit Komplexleistungen hatte fast jedes dritte Kind bei in der Regel mehreren Diagnosen auch eine Sprachentwicklungsstörung [92] (s. [Abb. 27](#)). Kombinierte Entwicklungsstörungen

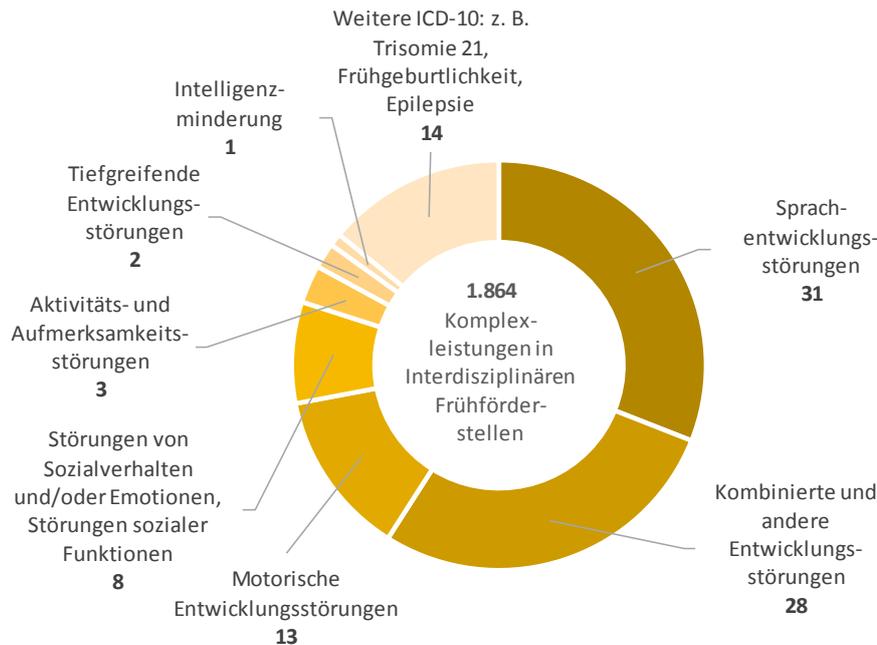
⁶ Dienststellenzählung: Eine organisatorische Einheit wird nur einmal gezählt, auch wenn die Frühförderung in mehreren Förderschwerpunkten stattfindet.

gen machten 28 % der Diagnosen aus. Etwa 13 % wurden hinsichtlich motorischer Entwicklungsstörungen gefördert. 14 % umfassten spezifische Erkrankungen und Lebenslagen wie beispielsweise Trisomie 21, Frühgeburtlichkeit, Epilepsien und

seltene Erkrankungen. Eine eher geringere Rolle in der Komplexleistung spielten die Diagnosen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (3 %) sowie tiefgreifende Entwicklungsstörungen (2 %) [91].

Abb. 27: Interdisziplinäre Frühförderstellen in Baden-Württemberg - erfasste Diagnosen nach ICD-10 bei Komplexleistungen im Aufbaujahr 2016

(Anteil in %, Mehrfachnennungen möglich; Quelle: Landesarzt für Menschen mit Behinderungen Baden-Württemberg, Bildungsberichterstattung BW, s. Grafik C3.1 (G2), S. 50, Landesinstitut für Schulentwicklung und Statistisches Landesamt BW, 2018)



2.5.3 Schulkindergärten und integrative Kindebetreuung

Kinder mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Kinder ab 3 Jahren (körperbehinderte Kinder ab 2 Jahren) mit umfassendem sonderpädagogischen Förderbedarf können in Baden-Württemberg vorschulische Einrichtungen, sogenannte Schulkindergärten, besuchen. Ziel dieser Einrichtungen ist es, diesen Kindern größtmögliche Aktivität und Teilhabe zu sichern sowie den Besuch von Kindertagesbetreuungsangeboten zu ermöglichen bzw. auf den Schulbesuch vorzubereiten.

In Baden-Württemberg gab es im Schuljahr 2019/20 insgesamt 688 Gruppen in 256 Schulkindergärten [153].

Über zwei Drittel der betreuten Kinder sind Jungen

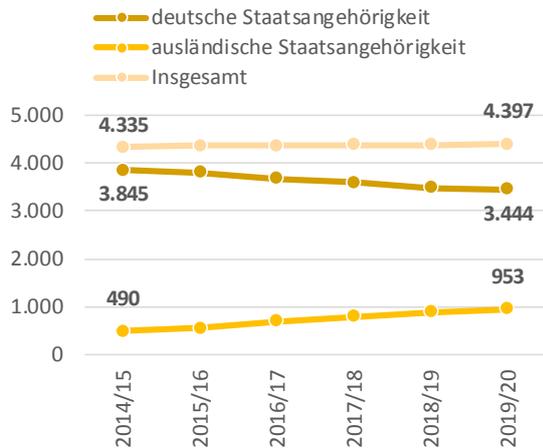
Im Schuljahr 2019/20 wurden landesweit insge-

samt etwa 4.400 Kinder in Schulkindergärten betreut. Die überwiegende Mehrzahl dieser Kinder waren Jungen (68 %). Insgesamt ist die Anzahl in den letzten fünf Jahren relativ stabil geblieben (s. [Abb. 28](#)) [153].

Immer mehr Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit

Die Betreuung von Kindern, die eine ausländische Staatsangehörigkeit haben, machten im Schuljahr 2019/20 einen Anteil von 22 % bei den Schulkindergärten aus [153]. Dieser Anteil ist seit dem Schuljahr 2015/16 deutlich gestiegen. Der Anteil deutscher Kinder ist in den letzten Jahren hingegen gesunken (s. [Abb. 28](#)).

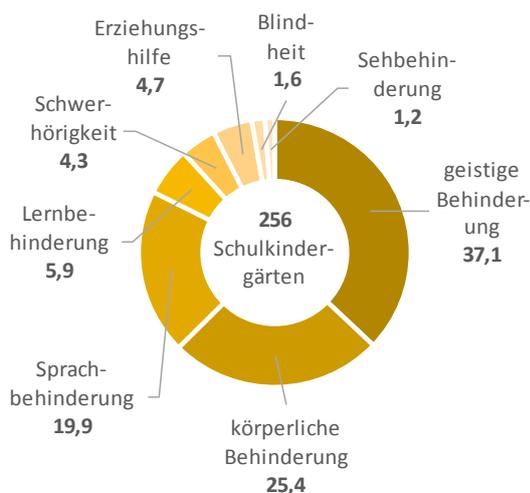
Abb. 28: Anzahl betreuer Kinder in Schulkindergärten nach Staatsangehörigkeit seit dem Schuljahr 2014/15
(Quelle: Amtliche Schulstatistik, Statistisches Landesamt BW, 2020)



Am häufigsten werden Schulkindergärten für Kinder mit geistiger Behinderung besucht

Die Einrichtungen lassen sich je nach Förderschwerpunkt in acht verschiedene Arten unterteilen. Von den 256 Schulkindergärten sind 95 für Kinder mit geistiger Behinderung und somit mit 37 % die häufigste Art dieser Einrichtungen [153]. Gefolgt werden sie von Schulkindergärten für körperliche Behinderung (25 %) und Sprachbehinderung (20 %). Weitere Förderschwerpunkte lassen sich aus [Abb. 29](#) erschließen.

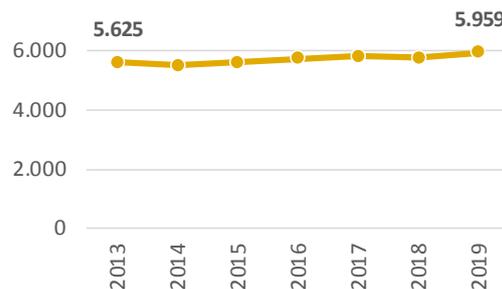
Abb. 29: Schulkindergärten in Baden-Württemberg im Schuljahr 2019/20 nach Förderschwerpunkten
(Anteil in %; Quelle: Amtliche Schulstatistik, Statistisches Landesamt BW, 2020)



Integrative Betreuung

Kinder mit einer Behinderung, die auf besondere Unterstützung angewiesen sind, können auch eine integrative Förderung in einer Kindertageseinrichtung erhalten. Dabei werden in sogenannten integrativen Gruppen Kinder mit Förderbedarf gemeinsam mit nicht behinderten Kindern betreut. Im Jahr 2019 gab es insgesamt 3.051 Kindertageseinrichtungen mit integrativer Betreuung⁷ [154]. Jede dritte Kindertageseinrichtung (33 %) in Baden-Württemberg bot somit solch eine integrative Förderung an. Insgesamt erhielten im Jahr 2019 fast 6.000 Kinder an Kindertageseinrichtungen oder in öffentlich geförderter Kindertagespflege die Eingliederungshilfe als Unterstützungsform der Integration [48]. Über die letzten Jahre ist diese Anzahl leicht angestiegen (2013: 5.625) (s. [Abb. 30](#)).

Abb. 30: Anzahl Kinder in Kindertagesbetreuung, die Eingliederungshilfe erhalten von 2013 bis 2019
(Quelle: Statistik der Kinder- und Jugendhilfe, Statistisches Landesamt BW, 2019)



⁷ Hierunter werden Einrichtungen automatisch gezählt, sobald mindestens ein Kind in der Einrichtung Eingliederungshilfe wegen körperlicher, geistiger oder (drohender) seelischer Behinderung erhält. Eingliederungshilfen als individuelle Assistenzleistungen der Sozial- und Jugendhilfe gehören zum Spektrum der Unterstützungsformen für die Integration von Kindern mit (drohenden) Behinderungen.

2.5.4 Einschulungen

Etwa 100.300 Schulanfängerinnen und Schulanfänger konnten im Herbst 2019 ihren ersten Schultag in Baden-Württemberg feiern. Die meisten von ihnen (ca. 94.000) wurden an einer Grundschule, weitere ca. 1.850 Kinder an privaten Freien Waldorfschulen und etwa 4.470 Kinder, mit besonderem Förderbedarf, an einem Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ) eingeschult [172].

Einschulungszahlen an Grundschulen wieder ansteigend

Seit einigen Jahren ist deutschlandweit eine rückläufige Entwicklung der Einschulungszahlen zu beobachten. Auch in Baden-Württemberg war eine generelle Abnahme der Einschulungen zu erkennen. So wurden im Schuljahr 2003/04 insgesamt 116.037 Kinder in Grundschulen eingeschult und zum Schuljahr 2018/19 waren es noch 92.661 Kinder [160]. Zuletzt wurden allerdings im Schuljahr 2019/20 etwas mehr als 94.000 Kinder eingeschult [172]. Aufgrund steigender Geburtenraten kann davon ausgegangen werden, dass diese Zahlen wieder weiter steigen werden.

Jungen häufiger spät und Mädchen häufiger früh eingeschult

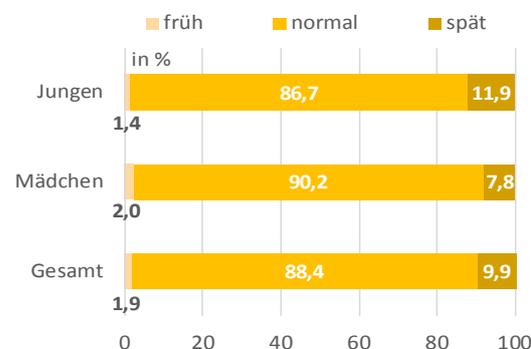
Von den 94.024 Erstklässlerinnen und Erstklässler im Schuljahr 2019/20 wurden etwa 88 % fristgerecht, knapp 10 % verspätet und 2 % der Kinder vorzeitig eingeschult (s. [Abb. 31](#)) [172]. Als verspätet eingeschult gilt ein Kind, wenn es seit mindestens einem Jahr schulpflichtig war, bevor es eingeschult wurde. Dies ist dann der Fall, wenn aufgrund des geistigen und körperlichen Entwicklungsstandes zu erwarten ist, dass das Kind nicht erfolgreich am Unterricht teilnehmen kann. Be-

sucht das Kind bereits die 1. Klasse, ist auch eine Zurückstellung während des ersten Schulhalbjahres möglich.

Von den verspätet eingeschulten Kindern waren 62 % Jungen. Von den vorzeitig eingeschulten Kindern hingegen waren 58 % Mädchen. Dieser Geschlechterunterschied ist auch in [Abb. 31](#) zu erkennen.

Abb. 31: Mädchen und Jungen im Schuljahr 2019/20 nach Art der Einschulung

(Anteil in %; Quelle: Amtliche Schulstatistik, Statistisches Landesamt BW, 2020)



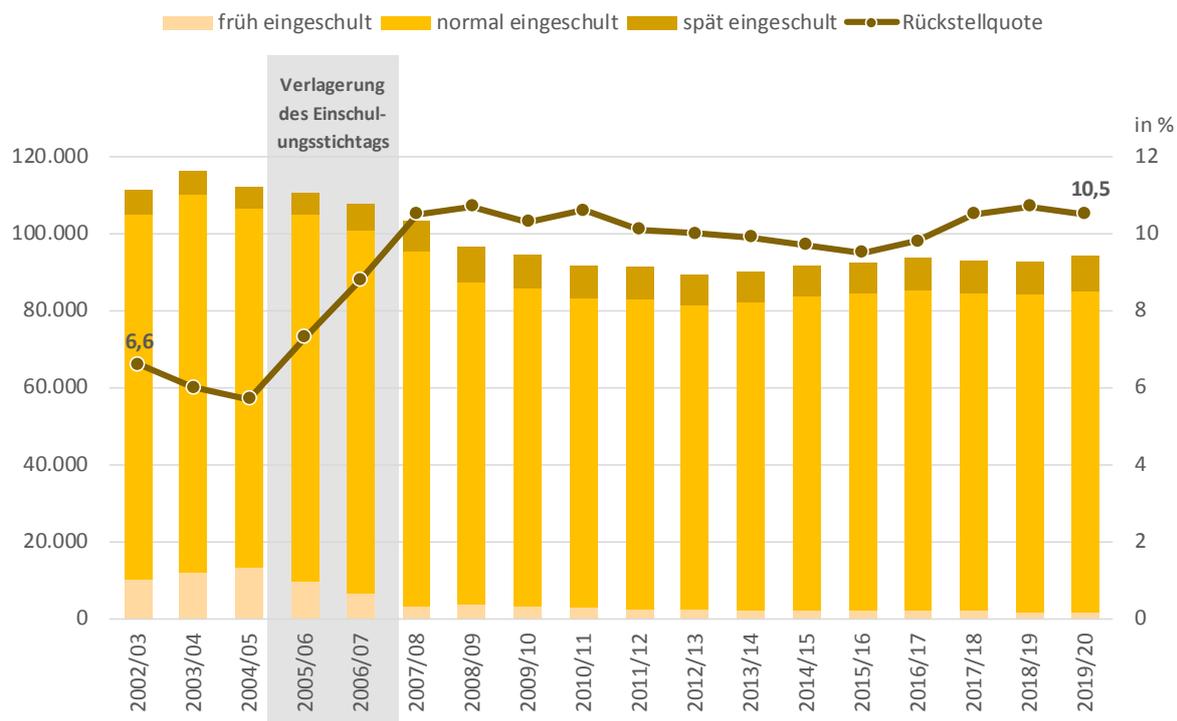
Immer mehr Zurückstellungen

Im Schuljahr 2004/05 lag der Anteil der Kinder, die verspätet eingeschult wurden bei knapp 5 % und die Rückstellquote bei 5,7 %. Nach der sukzessiven Verlegung des Einschulungstichtags (vom 30.06. auf den 30.09. in den Schuljahren 2005/06 bis 2007/08) ist der Anteil der spät eingeschulten Kinder auf etwa 9 - 10 % und die Rückstellquote auf 10 - 11 % angestiegen (s. [Abb. 32](#)) [168].

Es bleibt abzuwarten wie sich die schrittweise Vorverlegung des Einschulungstichtags auf den 30.06. ab dem Schuljahr 2020/21 auf die Quoten auswirken wird.

Abb. 32: Schulanfängerinnen und -anfänger an Grundschulen in Baden-Württemberg vom Schuljahr 2002/03 bis Schuljahr 2019/20 nach Art der Einschulung⁸

(Quelle: Amtliche Schulstatistik, Statistisches Landesamt BW, 2020)



⁸ *Früh eingeschult*: Bis 2004/05: Am 01.07. des Einschulungsjahres oder später 6 Jahre alt geworden; 2005/06: Am 01.08. des Einschulungsjahres oder später 6 Jahre alt geworden. 2006/07: Am 01.09. des Einschulungsjahres oder später 6 Jahre alt geworden. 2007/08 und folgende: Am 01.10. des Einschulungsjahres oder später 6 Jahre alt geworden.

Normal eingeschult: Bis 2004/05: Bis zum 30.06. des Einschulungsjahres 6 Jahre alt geworden; 2005/06: Bis zum 31.07. des Einschulungsjahres 6 Jahre alt geworden. 2006/07: Bis zum 31.08. des Einschulungsjahres 6 Jahre alt geworden. 2007/08 und folgende: Bis zum 30.09. des Einschulungsjahres 6 Jahre alt geworden.

Spät eingeschult: Im Vorjahr zurückgestellt.

2.6 Medizinische Versorgung

2.6.1 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung ist von großer Bedeutung, wenn es um das Erkennen und Behandeln von Entwicklungs- und Gesundheitsproblemen geht. Häufig ist der ambulante Sektor die erste Anlaufstelle für gesundheitliche Probleme bei Kindern, zudem finden dort die Arzttermine zur Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen statt.

Die Gesundheitsversorgung von Kindern wird im ambulanten Bereich von verschiedenen Fachkräften sichergestellt. Laut des Bundesarztregisters der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nahmen zum Jahresende 2019 insgesamt 1.087 **Kinder- und Jugendärzte**, 124 Fachärzte für **Kinder- und Jugendpsychiatrie** und 831 **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** an der vertragsärztlichen Versorgung⁹ in Baden-Württemberg teil [50].

Daneben wird die ambulante Versorgung durch eine Reihe weiterer Berufsgruppen, wie z. B. Hebammen, Fachkräften der Kinderkrankenpflege etc. sichergestellt, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen wird.

Bedarfsplanung soll flächendeckende Versorgung sicherstellen

Niederlassungsmöglichkeiten für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte werden über die Bedarfsplanung der Kassenärzt-

lichen Vereinigungen (KV) reguliert. Damit sollen eine flächendeckende, wohnortnahe vertragsärztliche Versorgung der Bevölkerung gewährleistet sowie Fehlverteilungen verhindert werden [51].

Kinder- und Jugendärzte

Baden-Württemberg im Mittelfeld

Die 1.087 ambulanten Kinder- und Jugendärzte in Baden-Württemberg entsprechen einer Versorgungsdichte von 70,4 ambulanten Kinder- und Jugendärzten pro 100.000 Kinder im Alter von unter 15 Jahren¹⁰. Im Vergleich zu der kinderärztlichen Versorgungsdichte anderer KV-Bezirke liegt Baden-Württemberg im Mittelfeld, nahe dem bundesweiten Durchschnitt von 69,4 pro 100.000 Kinder (s. [Abb. 33](#)). Es zeigt sich, dass die Kinderarztdichte in den neuen Bundesländern höher liegt als in den alten, was vermutlich auf die dortige demografische Entwicklung zurückzuführen ist [117].

Höhere Versorgungsdichte in städtischen Gebieten

Innerhalb Baden-Württembergs bestehen deutliche regionale Unterschiede [56]. Beim ambulanten kinderärztlichen Angebot ist ein Stadt-Land-Gefälle mit einer höheren Kinderarztdichte pro 100.000 Kinder in städtischen als in ländlichen Regionen erkennbar (s. [Abb. 34](#) und [Tab. 1](#)).

⁹ Um gesetzlich Krankenversicherte ambulant zu behandeln und bei den Krankenkassen abzurechnen, benötigen Ärzte eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Die Zulassung ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden, wie z. B. die Eintragung in ein Arztregister, das von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für jeden Zulassungsbezirk geführt wird. Neben zugelassenen Vertragsärzten, Partner-Ärzten und angestellten Ärzten in freier Praxis oder Einrichtungen wie Medizinische Versorgungszentren, werden auch Krankenhausärzte, die zur ambulanten Behandlung ermächtigt sind, erfasst. Dies gilt auch für nichtärztliche psychologische Psychotherapeuten [52].

¹⁰ Eigene Berechnung. Die verwendeten Bevölkerungszahlen zur Berechnung der Raten für 2019 basieren auf der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011 zum 31. Dezember 2018.

Abb. 33: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendärzte in Deutschland nach KV- Bezirken im Jahr 2019

(pro 100.000 Kinder von 0 bis unter 15 Jahren; Quelle: KBV, eigene Berechnungen, 2019)

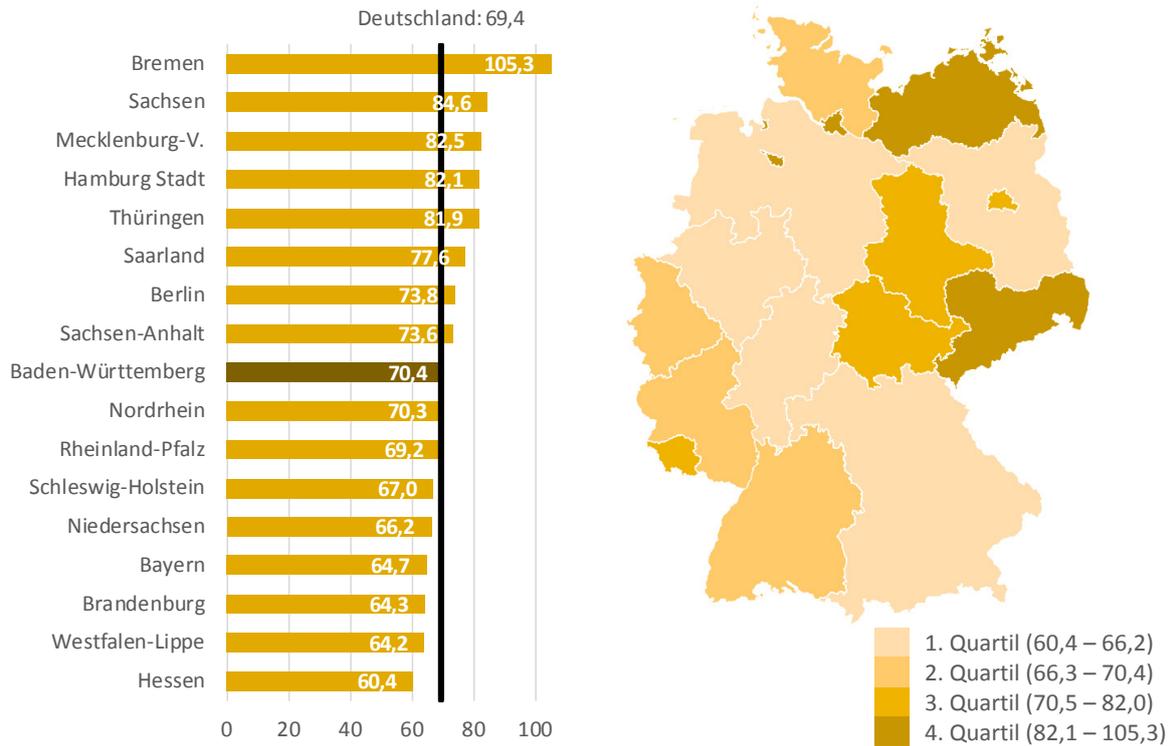
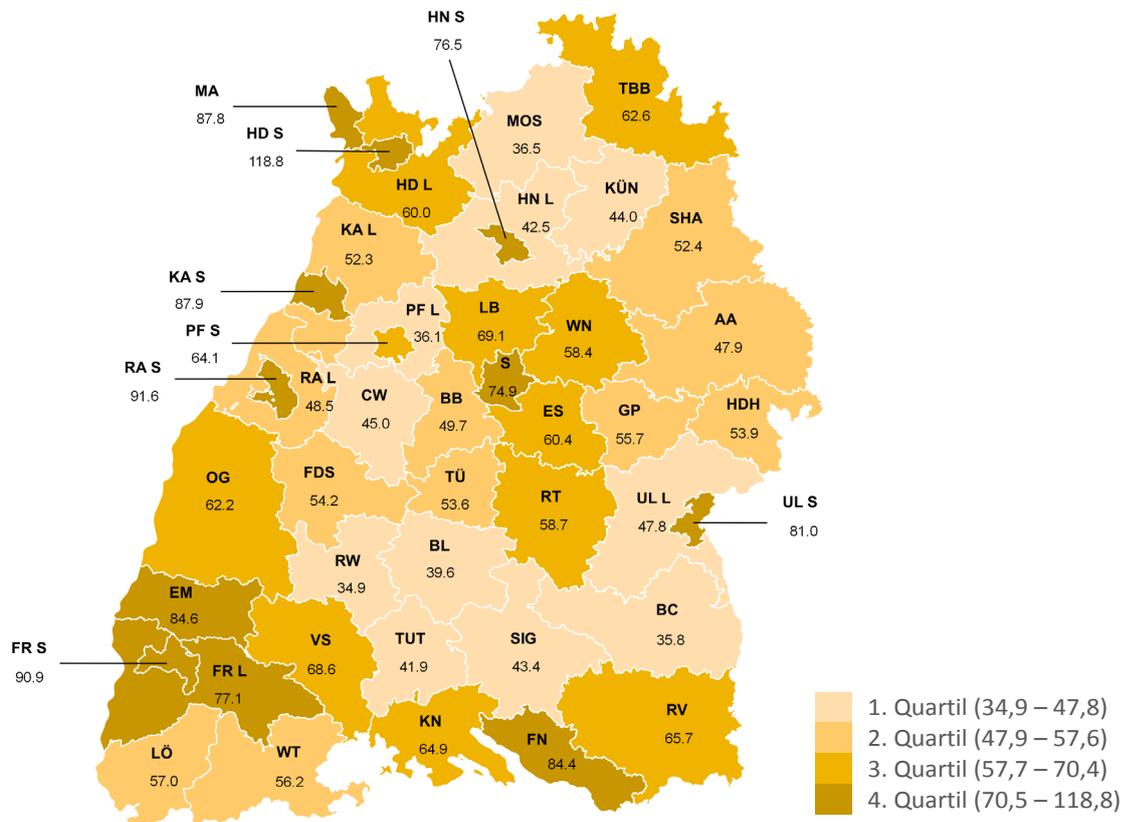


Abb. 34: An der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene und angestellte Kinder- und Jugendärzte in Baden-Württemberg auf Land- und Stadtkreisebene im Jahr 2019

(pro 100.000 Einwohner von 0 bis unter 15 Jahren; Quelle: KBV, eigene Berechnungen, 2019)



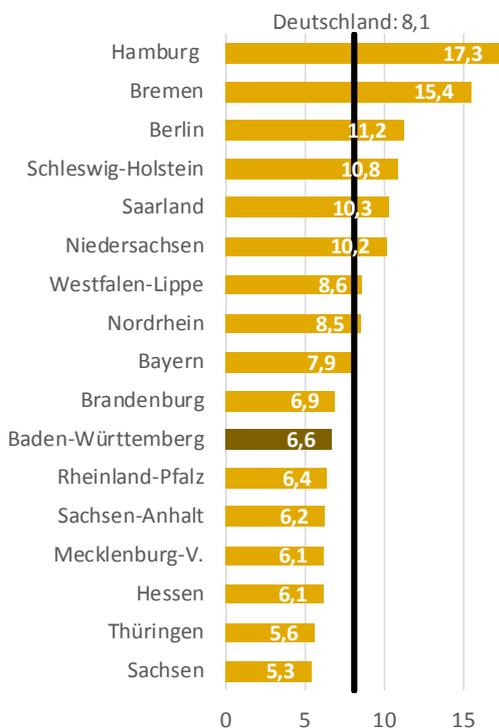
Kinder- und Jugendpsychiater

Baden-Württemberg im unteren Mittelfeld

Mit 124 vertragsärztlichen Kinder- und Jugendpsychiatern in Baden-Württemberg lag die Versorgungsdichte 2019 bei 6,6 Kinder- und Jugendpsychiatern pro 100.000 Einwohner unter 18 Jahren. Im bundesweiten Vergleich liegt Baden-Württemberg damit im unteren Mittelfeld und unter dem Bundesdurchschnitt von 8,1 (s. [Abb. 35](#)).

Abb. 35: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendpsychiater in Deutschland nach KV-Bezirken im Jahr 2019

(pro 100.000 Einwohner von 0 bis unter 18 Jahren; Quelle: KBV, eigene Berechnungen, 2019)



Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

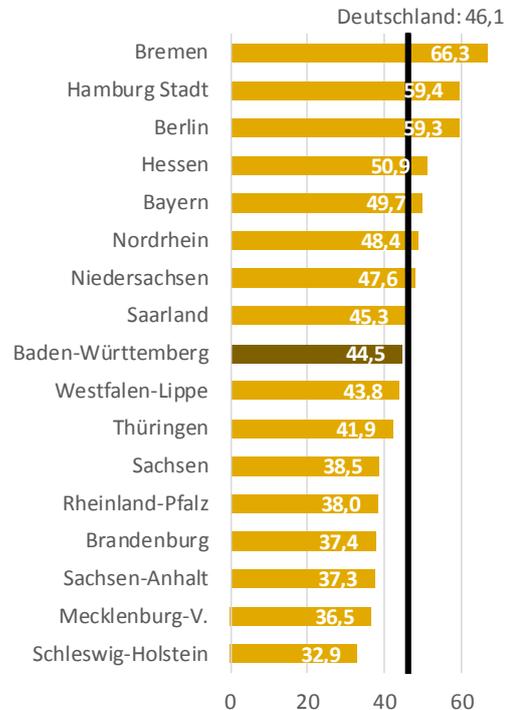
Baden-Württemberg im Mittelfeld

Die 831 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden nichtärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Baden-Württemberg entsprechen einer Versorgungsdichte von 44,5 Therapeuten pro 100.000 Einwohner im Alter von unter 18 Jahren. Im Vergleich zu den anderen

KV-Bezirken liegt Baden-Württemberg auch hier im Mittelfeld sowie leicht unter dem bundesweiten Durchschnitt von 46,1 (s. [Abb. 36](#)).

Abb. 36: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland nach KV-Bezirken im Jahr 2019

(pro 100.000 Einwohner von 0 bis unter 18 Jahren; Quelle: KBV, eigene Berechnungen, 2019)



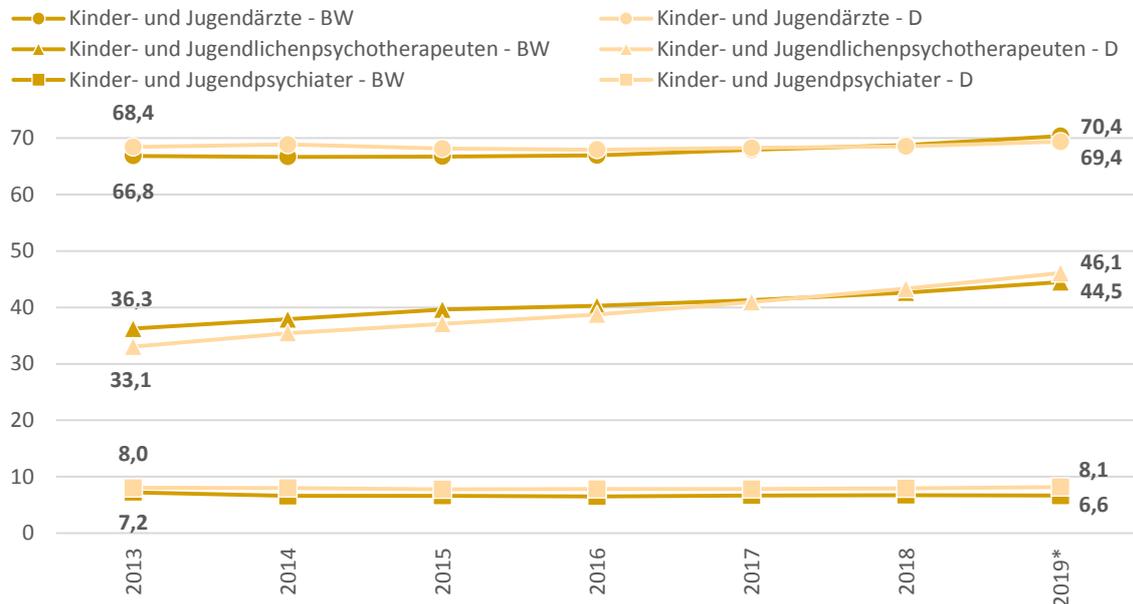
Versorgungsdichten im zeitlichen Trend

Nachfolgende Abbildung ([Abb. 37](#)) zeigt die Versorgungsdichten beschriebener Fachkräfte in der ambulanten Versorgung im zeitlichen Verlauf.

Die landesweite Versorgungsdichte ambulanter Kinder- und Jugendärzte ist über die Jahre gestiegen und lag zum Jahresende 2019 dicht beim bundesweiten Durchschnitt. Die Zahl der vertragsärztlichen Kinder- und Jugendpsychiatern stagnierte über die Jahre und lag 2019 unter dem Bundesdurchschnitt. Hingegen stieg die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden nichtärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegenüber 2013 um 23 % (2013: 36,3 pro 100.000) und lag zum Jahresende 2019 leicht unter dem Bundesdurchschnitt.

Abb. 37: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendärzte pro 100.000 Kinder von 0 bis unter 15 Jahren, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten pro 100.000 Einwohner von 0 bis unter 18 Jahren in Baden-Württemberg und Deutschland im zeitlichen Verlauf von 2013 bis 2019

(BW=Baden-Württemberg, D=Deutschland, Daten jeweils zum 31.12.,*die verwendeten Bevölkerungszahlen zur Berechnung der Raten für 2019 basieren auf der Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011 zum 31.12.2018; Quelle: KBV, eigene Berechnungen, 2019)



Bedarfsplanung soll Hinweise auf Unter- und Überversorgung geben

Die beschriebenen Unterschiede in der regionalen Versorgungsdichte mit ambulanten Kinder- und Jugendärzten sowie -psychiatern lassen keine Rückschlüsse im Hinblick auf eine regionale Unter- oder Überversorgung zu. Die KVen, die für die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland zuständig sind, steuern das ärztliche Angebot über die Bedarfsplanung. Für die Bedarfsplanung der KVen gelten nach den bundesweit einheitlichen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) allgemeine Verhältniszahlen, die das Soll-Verhältnis zwischen Ärzten und Einwohnern definieren. Zur Feststellung von Über- oder Unterversorgungszuständen mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, wird der Versorgungsgrad eines Planungsbereichs bestimmt. Dieser vergleicht das tatsächliche Einwohner-Arzt-Verhältnis (Ist-Niveau) mit der Verhältniszahl der Bedarfsplanung (Soll-Niveau). Bei einer Überschreitung der allgemeinen Verhältniszahl um 10 % gilt ein Planungsbereich als gesperrt (Überversorgung) während bei einer Unterschreitung um 50 % (Fachärzte) bzw. 25 % (Hausärzte) einer Unterversorgung anzunehmen ist [51].

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg beklagt Kinder- und Jugendärztemangel

Nach der Definition der Bedarfsplanung besteht in Baden-Württemberg gegenwärtig keiner Unterversorgung an ambulanten Kinder- und Jugendärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern sowie -psychotherapeuten [53]. Dennoch beklagt die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KV BW) in ihrem Versorgungsbericht 2018 einen Kinder- und Jugendärztemangel, da die Zahl der Neugeborenen in den letzten Jahren gestiegen ist. Zum Jahresbeginn 2019 kamen in Baden-Württemberg ca. 1.640 zu versorgende Kinder im Alter von unter 15 Jahren auf eine zugelassene oder angestellte Kinder- und Jugendärztin bzw. auf einen zugelassenen oder angestellten Kinder- und Jugendarzt (ohne ermächtigte Ärztinnen bzw. Ärzte) [56]. Mit verschiedenen Maßnahmen versucht die KV BW den Engpässen in der kinderärztlichen Versorgung entgegen zu wirken, damit auf Dauer mehr Termine für kranke Kinder und Vorsorgeuntersuchungen angeboten werden können [55]. Zudem wurde der G-BA mit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im Jahr 2015 beauftragt, die Verhältniszahlen und bisher geltenden Kriterien der Bedarfsplanungs-Richtlinie weiterzuentwickeln. Dabei sollten die demografi-

sche Entwicklung sowie die Sozial- und Morbiditätsstruktur in der Planung berücksichtigt werden, um dem tatsächlichen Versorgungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung gerechter zu werden. Auf Basis eines wissenschaftlichen Gutachtens wurde die Reform beschlossen und ist seit 1. August 2019 rechtskräftig. Dabei wurde unter

anderem die Verhältniszahl angepasst sowie ein Morbiditätsfaktor eingeführt, der die regionalen Unterschiede berücksichtigt, was zu einem Anstieg der Arztsitze führen und damit eine flächendeckende bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung fördern soll [51].

2.6.2 Stationäre Versorgung

Bei einem schweren Krankheitsverlauf kann eine stationäre medizinische Behandlung erforderlich sein. Zur stationären Versorgung von Kindern steht in Baden-Württemberg ein Netz an Kinderkliniken, Kinderabteilungen sowie innerhalb der Kinderheilkunde weiterer spezialisierter Fachkliniken zur Verfügung. Die Krankenhausstatistik 2017 verzeichnete in Baden-Württemberg insgesamt 35 Krankenhäuser mit Fachabteilungen der **Kinderheilkunde** und 22 Krankenhäuser mit Fachabteilungen der **Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie** [158].

Versorgungsverträge regeln Bettenzahl in Krankenhäuser

Die Bettenzahl und Leistungsstruktur der Krankenhäuser werden im Rahmen von Versorgungsverträgen, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Landeskrankengesellschaften geschlossen werden, auf Landesebene festgelegt. Dabei wird der Betten-Bedarf in der Regel mit Hilfe der Einwohnerzahl, der Krankenhaushäufigkeit, der Verweildauer und des Bettennutzungsgrades ermittelt [183].

Kinderheilkunde

Nach den Daten der Krankenhausstatistik waren 2017 im Jahresdurchschnitt insgesamt 2.231 pädiatrische Krankenhausbetten in Baden-Württemberg zu verzeichnen [158].

Bettenanzahl sinkt

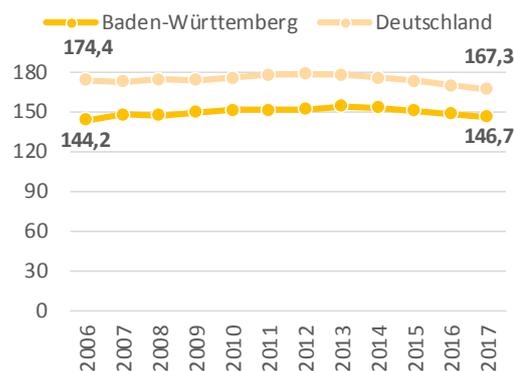
Im Jahr 2006 waren es noch 135 Betten mehr als 2017, dies entspricht einem Bettenabbau von 5,7 %. Der Abbau der Bettenkapazität hat jedoch nicht dazu geführt, dass heute weniger Betten pro 100.000 zu versorgende Kinder zur Verfügung stehen als früher. Insgesamt liegt Baden-Würt-

temberg mit knapp 147 Betten pro 100.000 unter 15-Jährige 12 % unter dem bundesweiten Durchschnitt und folgt dem seit 2013 leicht sinkenden Trend (s. [Abb. 38](#)).

Ein Rückgang der Bettenkapazitäten ist jedoch nicht gleichzusetzen mit einer Schließung von stationären Einrichtungen. Die Ursachen für den Abbau von Betten sind vielfältig. Neben der tatsächlichen Schließung von Krankenhäusern ist der Rückgang der stationären Versorgung auch durch Änderungen in der Form der Betriebsführung (z. B. Bildung sektorenübergreifender Versorgungsformen, Privatisierung, etc.), dem medizinischen Fortschritt und der Zunahme ambulanter Behandlungsmöglichkeiten geprägt [119].

Abb. 38: Durchschnittliches Bettenangebot der Fachabteilungen für Kinderheilkunde im Jahresdurchschnitt in Baden-Württemberg und Deutschland im Jahr 2006 bis 2017

(Betten pro 100.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis unter 15 Jahren; Quelle: Krankenhausstatistik, Destatis, eigene Berechnungen, 2020)



Unterdurchschnittliche Bettenanzahl

Innerhalb Deutschlands gibt es in der durchschnittlichen Anzahl der Betten pro 100.000 zu versorgende Kinder deutliche Unterschiede (s. [Abb. 39](#)). Bis auf Brandenburg weisen alle

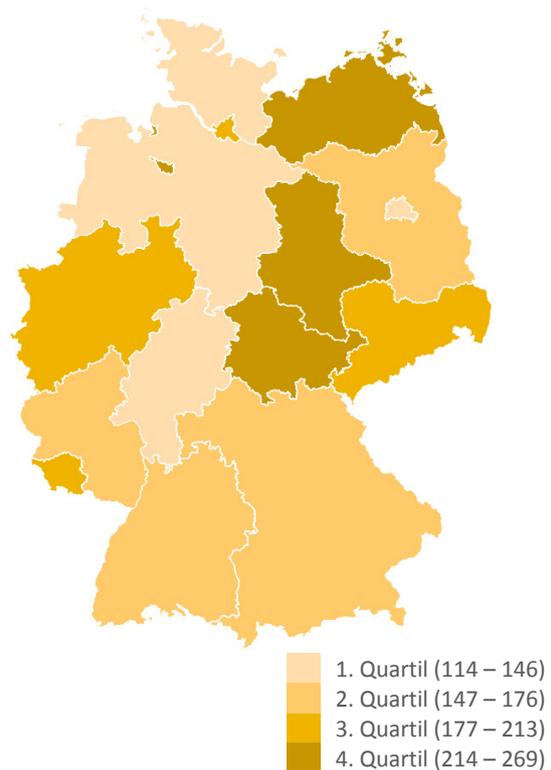
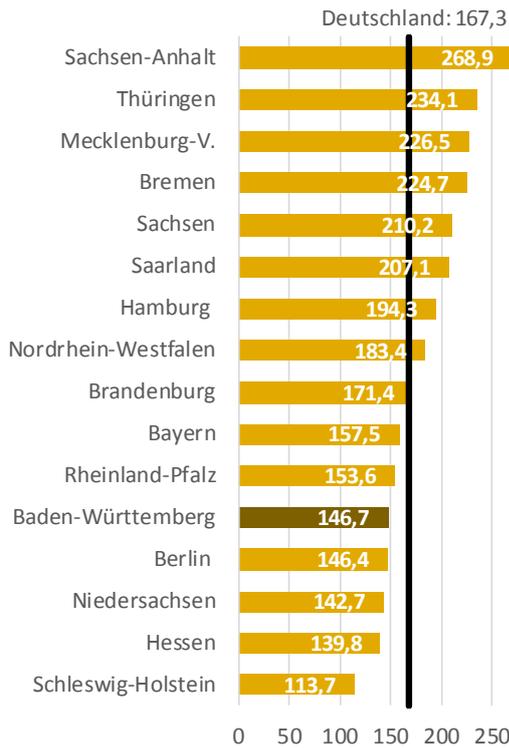
ostdeutschen Länder ein überdurchschnittliches Bettenangebot in Fachabteilungen der Kinderheilkunde pro 100.000 Kinder unter 15 Jahren auf. Baden-Württemberg liegt im unteren Drittel.

Diese regionalen Unterschiede können Anzeichen für Morbiditätsunterschiede sein oder auf Über-

kapazitäten hindeuten. Teilweise sind auch Mitversorgungsfunktionen für umliegende Gebiete anderer Länder, wie es z. B. in einigen Stadtstaaten der Fall ist, Grund für eine höhere Bettenkapazität [119].

Abb. 39: Durchschnittliches Bettenangebot der Fachabteilungen für Kinderheilkunde im Jahresdurchschnitt in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2017

(pro 100.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis unter 15 Jahren; Quelle: Krankenhausstatistik, Destatis, eigene Berechnungen, 2020)



Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie

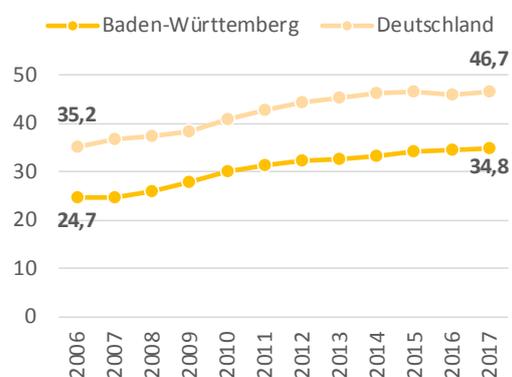
Zur stationären Versorgung von Kindern mit psychischen Erkrankungen wurden 2017 im Jahresdurchschnitt insgesamt 646 Betten in Fachabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie erfasst [158]. Dies entspricht einem durchschnittlichen Bettenangebot von rund 35 Betten pro 100.000 unter 18-Jährige.

Bettenanzahl steigt

Im Jahr 2006 waren es noch 147 Betten oder 29,5 % weniger als 2017. Auch bezogen auf die zu versorgenden Kinder und Jugendlichen ist die Bettenkapazität in Baden-Württemberg gestiegen, dennoch liegt sie unter dem bundesweiten Durchschnitt (s. [Abb. 40](#)).

Abb. 40: Durchschnittliches Bettenangebot der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie im Jahresdurchschnitt in Baden-Württemberg und Deutschland im Jahr 2006 bis 2017

(pro 100.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis unter 18 Jahren; Quelle: Krankenhausstatistik, Destatis, eigene Berechnungen, 2020)



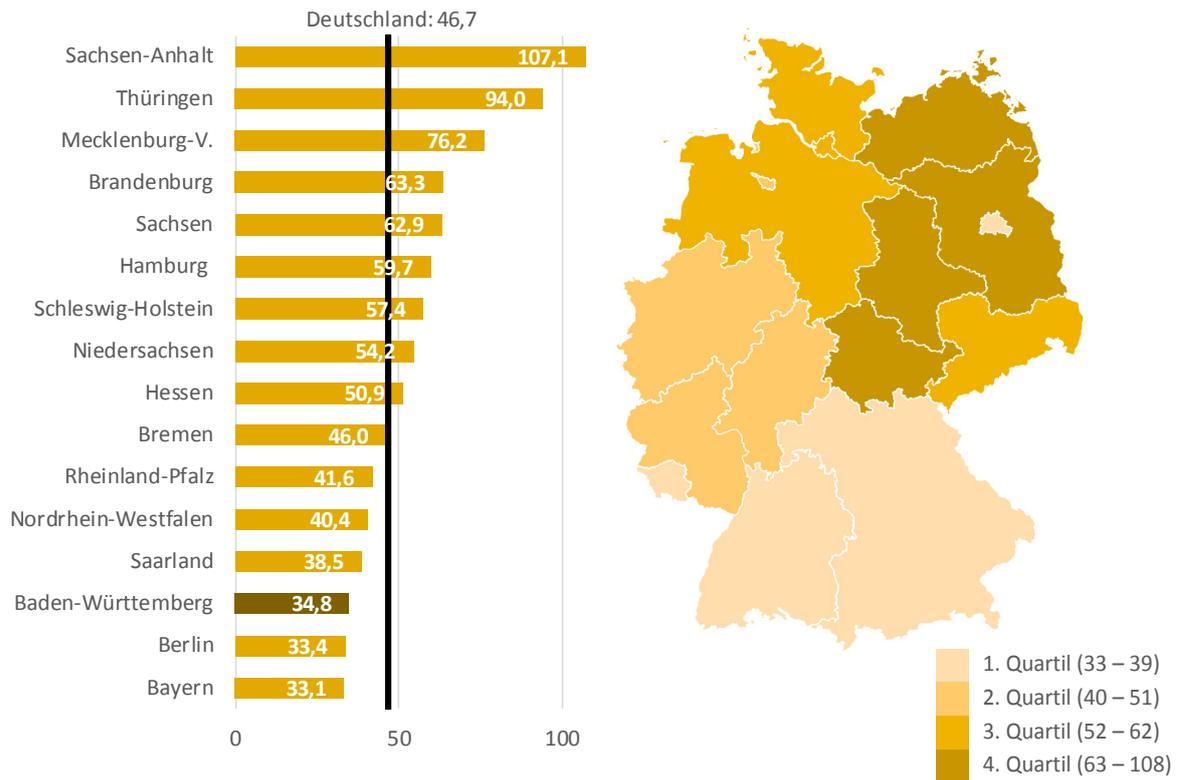
Erneut unterdurchschnittliche Bettenanzahl

Der Bundesländervergleich zeigt auch beim durchschnittlichen Bettenangebot in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie eine höhere Bettenkapazität in ostdeutschen

Ländern (s. [Abb. 41](#)). Baden-Württemberg liegt hierbei an drittletzter Stelle. Auch hier können die regionalen Unterschiede verschiedene Ursachen aufweisen.

Abb. 41: Durchschnittliches Bettenangebot der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie im Jahresdurchschnitt in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2019

(pro 100.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis unter 18 Jahren; Quelle: Krankenhausstatistik, Destatis, eigene Berechnungen, 2020)



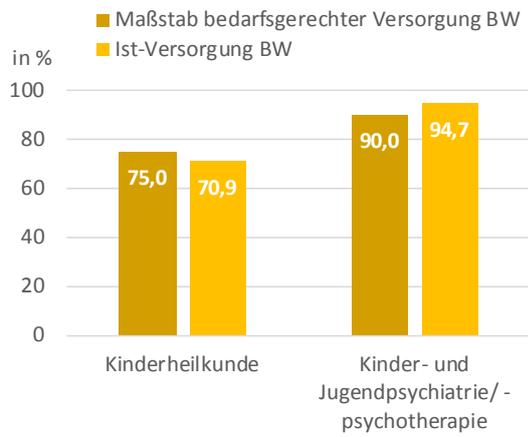
Bettenauslastung als Maßstab für eine bedarfsgerechte Versorgung

Ob ein Bettenabbau unter Umständen notwendig ist, um überflüssige und unwirtschaftliche Strukturen zu vermindern, wird anhand der Auslastung der Betten beurteilt [119]. Nach dem Krankenhausplan Baden-Württemberg gilt für Fachabteilungen der Kinderheilkunde eine Bettenauslastung von 75 % und für Fachabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie / -psychotherapie von 90 % als Maßstab für eine bedarfsgerechte Versorgung [93]. In Baden-Württemberg lag die durchschnittliche Auslastung der Betten in der Kinderheilkunde laut der Krankenhausstatistik 2017 bei 70,9 % [158], was somit unter dem Maßstab einer bedarfsgerechten Versorgung liegt (s. [Abb. 42](#)). In Fachabteilungen der Kinder- und Jugendpsychiat-

rie/ -psychotherapie waren im selben Jahr 94,7 % der Betten ausgelastet [158]. Baden-Württemberg liegt hierdurch über dem Maßstab bedarfsgerechter Versorgung.

Sowohl in der Kinderheilkunde als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie zeigt Baden-Württemberg einen höheren Auslastungsgrad als der Bundesdurchschnitt. Dies hängt damit zusammen, dass in Baden-Württemberg generell weniger Bettenangebote in diesen Abteilungen vorhanden sind (s. [Abb. 39](#), [Abb. 41](#)).

Abb. 42: Nutzungsgrad bzw. Auslastung der Krankbetten in Baden-Württemberg im Jahr 2017
(BW=Baden-Württemberg; Anteil in %; Quelle: Krankenhausstatistik, Destatis, 2018)



2.7 Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsrelevante Einstellungen und entsprechende Verhaltensweisen werden schon in der frühen Kindheit geprägt und ausgebildet. Hierdurch werden erste Weichen für die Gesundheit und Lebensqualität im höheren Lebensalter gestellt. Kinder sind deshalb eine wichtige Zielgruppe für Gesundheitsförderung und Prävention.

Dabei sollten Kinder, die unter belasteten Lebensumständen aufwachsen, besonders berücksichtigt werden, um einer sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheits- und Entwicklungschancen entgegen zu wirken.

Gesundheit ist ein Bestandteil des alltäglichen Lebens und wird im Alltag hergestellt und aufrechterhalten. Ein Fokus der Gesundheitsförderung liegt deshalb darauf, gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen, in denen die Kinder einen großen Teil ihrer Zeit verbringen.

Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Kindertageseinrichtungen spielen für ein chancengleiches und gesundes Aufwachsen eine besondere Rolle. Die Kinder können dort frühzeitig, nahezu flächendeckend und unabhängig von ihrem kulturellen und sozioökonomischen Hintergrund langfristig erreicht werden [188]. Durch die Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen können nicht nur die Kinder, sondern auch deren Eltern und damit die ganze Familie erreicht werden. Denn das Interesse der Eltern an einer

gesunden Entwicklung ihres Kindes ist in dieser frühen Lebensphase besonders ausgeprägt [41].

Die Gesundheitsförderung in der **Familie** wird somit indirekt über die Lebenswelt der Kindertageseinrichtungen unterstützt, aber auch über die Lebenswelt **Kommune**. Durch kommunale Gesundheitsförderung sollen Umwelten geschaffen werden, in denen man sicher, gesund und geboren (auf)wachsen kann [66]. Zudem hält besonders die Kinder- und Jugendhilfe zahlreiche Angebote vor, um Familien strukturell zu unterstützen und ein gesundes Aufwachsen zu fördern [36].

Um auf kommunaler Ebene die Gesundheitsförderung gestalten zu können, gibt es sogenannte Kommunale Gesundheitskonferenzen (KGK). Sie sind Steuerungsgremien, die Akteure aus Gesundheitsförderung und Prävention, der gesundheitlichen Versorgung und der Pflege miteinander vernetzen. Sie sollen die Bedarfe vor Ort identifizieren, aufgreifen, Handlungsempfehlungen dazu erarbeiten und ggf. auch umsetzen. Sie sind strukturell in Baden-Württemberg bedeutsam, weil sie zentrale Gremien sind, um gesundheitliche Fragestellungen auf Stadt- und Landkreisebene abzustimmen und vor Ort die Ziele aus dem Gesundheitsleitbild Baden-Württemberg zu verfolgen [98]. Bis zum Jahr 2019 wurde das Themenfeld *Gesund aufwachsen* in 37 von 39 Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg bearbeitet [65].

Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg

Städte und Gemeinden haben einen großen Einfluss auf die Lebensbedingungen von Kindern. Die Landesinitiative **Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg** unterstützt deshalb zusammen mit den Gesundheitsämtern der Land- und Stadtkreise sowie den Kommunalen Gesundheitskonferenzen Städte und Gemeinden dabei, eine integrierte Gesundheitsstrategie zu entwickeln und umzusetzen oder auch Gesundheit in eine Gesamtstrategie der Kommunalentwicklung zu integrieren.

Die Initiative des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg und des Lan-

desgesundheitsamtes ist Teil des Zukunftsplans Gesundheit.

Weitere Informationen zur Landesinitiative unter:

www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Themen/Gesundheitsfoerderung/gesundleben/Seiten/default.aspx

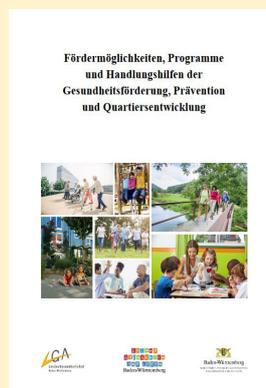


Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Baden-Württemberg

Das Landesgesundheitsamt veröffentlicht jährlich eine aktualisierte Broschüre, welche einen Überblick über die vorhandenen Fördermöglichkeiten, Programme und Handlungshilfen der kommunalen Gesundheitsförderung und Quartiersentwicklung liefert.

Die Broschüre ist unter folgendem Link abrufbar:

www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Fachinformationen/Fachpublikationen/Seiten/Gesundheitsfoerderung.aspx



3 Verhaltensbezogene Einflussfaktoren auf die Kindergesundheit

Wir können alles – außer Impfen

Im bundesweiten Vergleich bildet BW meistens das Schlusslicht bei Impfungen gegen verschiedene Erkrankungen.

Mahlzeit?!

In Deutschland erreichen nur 16 % der 3- bis 6-Jährigen die DGE-Empfehlung von 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag.

Kinder in Bewegung

Deutschlandweit erreicht weniger als die Hälfte (46 %) der 3- bis 6-Jährigen die Mindestempfehlung der WHO von einer Stunde körperlicher Aktivität pro Tag.

Früherkennung & Vorsorge

Bei den Früherkennungsuntersuchungen sind insgesamt hohe Teilnahmequoten zu verzeichnen, jedoch ist in den letzten Jahren ein rückläufiger Trend zu beobachten. Im Jahr 2019 konnten 91 % der in der ESU untersuchten Kinder die Teilnahme an der U8 nachweisen.

Kinder am Bildschirm

Für Vorschulkinder wird eine Nutzungszeit für Bildschirmmedien von maximal 30 Minuten pro Tag empfohlen. Deutschlandweit überschreitet rund die Hälfte der 2- bis unter 6-Jährigen diese empfohlene Nutzungsdauer.



3.1 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder

Früherkennungsuntersuchungen sind wichtige präventive Gesundheitsmaßnahmen in jungen Jahren. Durch verschiedene Tests können Erkrankungen oder wesentliche Auffälligkeiten in der kindlichen Entwicklung frühzeitig erfasst und behandelt werden.

Neun Vorsorgeuntersuchungen im Vorschulalter

Im ersten Lebensjahr werden insgesamt sechs Untersuchungen durchgeführt (U1 bis U6), wobei die ersten Untersuchungen (U1 und U2) in der Regel noch in der Geburtsklinik stattfinden. Nach dem ersten Lebensjahr sind die Untersuchungen bis zu einem Alter von etwa 5 Jahren in jährlichen Abständen vorgesehen (U7 bis U9). Anschließend folgen noch zwei U-Untersuchungen im Grundschulalter (U10 und U11) und zwei im Jugendalter (J1 und J2). Die Kosten der U-Untersuchungen werden in der Regel von der Krankenkasse übernommen, wenn die empfohlenen Zeitspannen eingehalten werden. Ausnahmen bilden hierbei jedoch die U10, U11 und J2, deren Untersuchungsspektrum nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt ist. Für diese Untersuchungen besteht - im Gegensatz zu den anderen U-Untersuchungen - keine Teilnahmepflicht in Baden-Württemberg und deren Kosten werden nicht von allen Krankenkassen erstattet.

In Baden-Württemberg besteht Teilnahmepflicht

In Baden-Württemberg ist die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9 sowie J1) Pflicht. Ein Nachweis über die Teilnahme an diesen Untersuchungen muss bei der Einschulungsuntersuchung (ESU) erbracht werden. Zum Zeitpunkt der ESU sind die Kinder 4 oder 5 Jahre alt – in diesem Alter sollte die U1 bis U8 bereits erfolgt sein. Als Nachweis wird das „U-Heft“ oder eine aus diesem Heft herausnehmbare Teilnahmekarte vorgelegt. Auf der Grundlage dieser Dokumente können die Teilnahmequoten an Früherkennungsuntersuchungen im Vorschulalter ermittelt werden.

Insgesamt hohe Teilnahmequoten in Baden-Württemberg zu verzeichnen

Im Untersuchungsjahr 2019 haben 94 % aller untersuchten Kinder in Baden-Württemberg einen

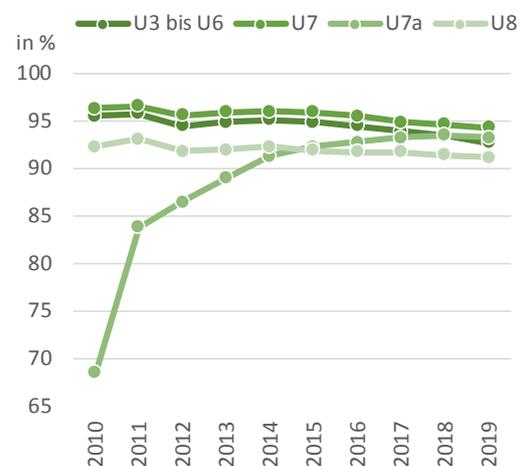
Nachweis für die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen erbracht [70]. Die Teilnahmequoten an den einzelnen U-Untersuchungen im ersten Lebensjahr (U3, U4, U5, U6) liegen bei 95 % [86], danach sinkt die Inanspruchnahme (U7: 94 %, U7a: 93 %, U8: 91 %) [87].

Im Rückblick auf die letzten Jahre, zeigt sich, dass die Teilnahmequoten der etablierten U-Untersuchungen bereits seit Jahren auf einem hohen Niveau liegen, allerdings ein leicht rückläufiger Trend zu verzeichnen ist (s. [Abb. 43](#)). Die U7a wurde erst im Jahr 2008 eingeführt, wird aber mittlerweile ähnlich häufig wie die anderen U-Untersuchungen in Anspruch genommen.

In den verschiedenen Land- und Stadtkreisen innerhalb von Baden-Württemberg ergeben sich je nach Untersuchung Abweichungen bei den Teilnahmequoten von 8 bis 10 Prozentpunkten [86, 87]. Für die U8 wird dies beispielhaft im Anhang dargestellt (s. [Tab. 2](#)).

Abb. 43: Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen von 2010 bis 2019

(Anteil in %; Quelle: ESU-Daten, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



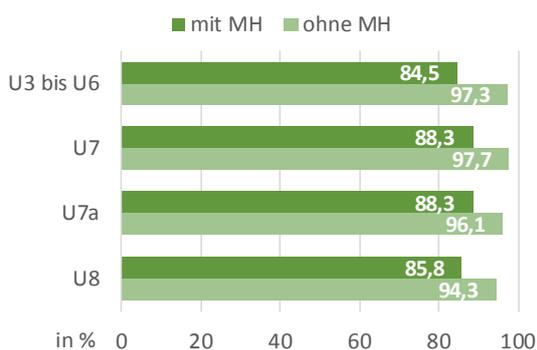
Kinder mit Migrationshintergrund: Erwartungsgemäß etwas geringere Teilnahmequoten

Betrachtet man die Teilnahmequoten unter dem Aspekt des Migrationshintergrundes, so fällt auf, dass es einen deutlichen Unterschied zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund gibt. Kinder ohne Migrationshintergrund erreichen Teilnahmequoten von 98-99 % bei den einzelnen U-Untersuchungen in den ersten zwei Lebensjah-

ren, was eine nahezu vollständige Inanspruchnahme der Untersuchungen bedeutet. Bei Kindern mit Migrationshintergrund fallen die Teilnahmequoten an den einzelnen U-Untersuchungen¹¹ durchgängig um 8-10 % niedriger aus (s. [Abb. 44](#)) [85].

Abb. 44: Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen im Jahr 2019 nach Migrationshintergrund

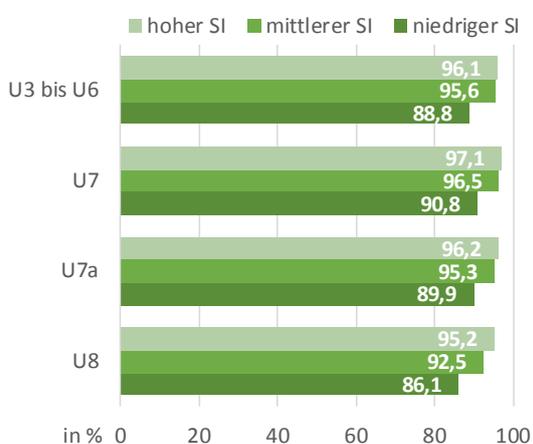
(MH = Migrationshintergrund; Anzahl Kinder mit Angaben zum MH = 82.043; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



Mögliche Gründe für diesen Unterschied können eine spätere Zuwanderung eines im Ausland geborenen Kindes sein, ein unterschiedlicher Kenntnisstand der Eltern über das deutsche Gesundheitssystem und ein erschwerter Zugang durch z. B. Sprachbarrieren. Des Weiteren weisen die Teilnahmequoten einen Gradienten in Abhängigkeit des Sozialindex der Familie auf (s. [Abb. 45](#)) [84].

Abb. 45: Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen im Jahr 2019 nach Sozialstatus

(SI = Sozialindex; Anzahl Kinder mit Angaben zum SI = 42.666; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



Auch deutschlandweit hohe Teilnahmequoten

Nicht in allen Bundesländern ist die Teilnahme an den U-Untersuchungen Pflicht. Dennoch wurden für Deutschland insgesamt hohe Teilnahmequoten an den U-Untersuchungen festgestellt. So wurden bei 3- bis 6-jährigen Kindern in der Welle 2 (2014-2017) der KiGGS-Studie Teilnahmequoten von jeweils über 99 % bei den U3-, U4-, U5-, U6- und U7-Untersuchungen berichtet [135]. Im Verlauf der Untersuchungsreihe nahm die Teilnahme nur geringfügig ab und betrug auch bei der U8 und U9 noch 98 %. Nur bei der zusätzlich eingeführten U7a war die Quote mit knapp 93 % etwas niedriger [135]. Hierbei wurden nur Daten von Kindern berücksichtigt, die in Deutschland geboren sind.

Gründe für Nichtteilnahme können vielfältig sein

Insgesamt sind also hohe Teilnahmequoten an den einzelnen U-Untersuchungen zu verzeichnen. Es gibt verschiedene Gründe, warum Kinder an U-Untersuchungen nicht teilgenommen haben. Nicht immer ist eine fehlende U-Untersuchung auf ein Versäumnis bzw. auf eine fehlende Bereitschaft der Eltern zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen zurückzuführen. Gründe für eine fehlende U-Untersuchung können auch Termenschwierigkeiten beim Kinderarzt bzw. -ärztin oder ein Auslandsaufenthalt sein.

Maßnahmen zum Schließen von Lücken in der Inanspruchnahme

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) in Baden-Württemberg versucht Lücken in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zu schließen, indem versäumte Untersuchungen im Gesundheitsamt nachgeholt werden oder Kosten für versäumte und nachträglich durchgeführte Untersuchungen erstattet werden. Aus bevölkerungsmedizinischer Sicht kann der ÖGD dadurch zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit beitragen.

¹¹ Früherkennungsuntersuchungen, die im Ausland durchgeführt wurden, werden – aufgrund fehlender Vergleichbarkeit durch verschiedener Untersuchungsinhalte – in der Statistik nicht berücksichtigt.

3.2 Impfungen

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Für einen Schutz gegen übertragbare, impfpräventable Erkrankungen ist sowohl die Impfung von einzelnen Personen als auch eine ausreichend hohe Durchimpfungsrate der Bevölkerung wichtig.

Empfehlungen, welche Impfungen in welchem Alter und bei welcher Personengruppen durchgeführt werden sollten, werden von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) herausgegeben und jährlich an den aktuellen Wissenstand angepasst. Das Land Baden-Württemberg empfiehlt zudem auch Impfungen gegen die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und Influenza durchführen zu lassen.

Infektionsschutzgesetz verpflichtet Länder zur Erhebung des Impfstatus vor Schuleintritt

Die Erhebung des Impfstatus eines Kindes vor Schuleintritt ist gesetzlich vorgeschrieben und wird regelmäßig in allen Bundesländern durchgeführt. Die Untersuchungen vor Schuleintritt bilden damit eine wichtige Datengrundlage für die Ermittlung von Impfquoten im Vorschulalter. Zur Berechnung von Impfquoten in Baden-Württemberg werden nur Kinder berücksichtigt, die ein Impfbuch bei der ESU vorgelegt haben oder deren Eltern schriftlich erklärt haben, dass das Kind nicht geimpft ist.

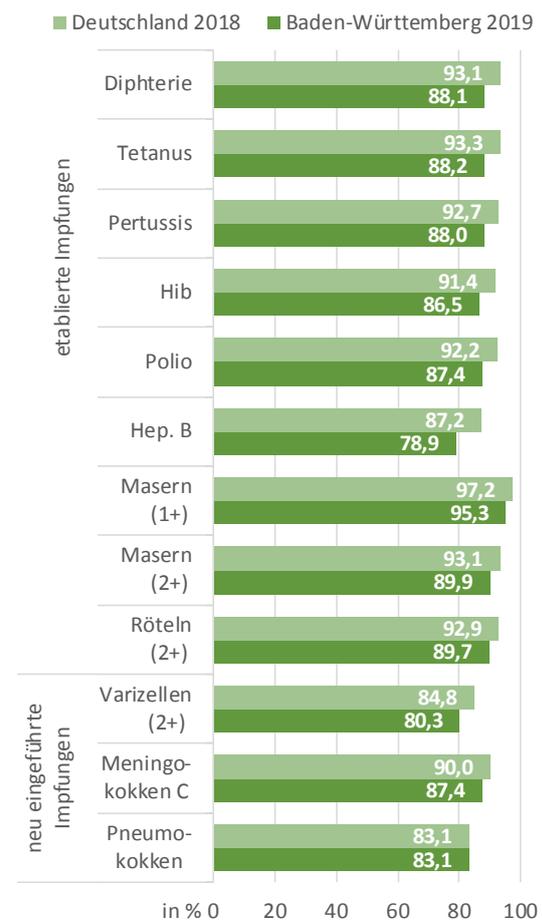
Baden-Württemberg bildet deutschlandweit das Schlusslicht bei den Impfungen

Im Jahr 2019 haben im Schnitt 93 % der untersuchten Kinder Impfdokumente in Baden-Württemberg vorgelegt (Deutschland 2018: 91 %) [71, 114]. Die Impfquoten etablierter Impfungen bewegen sich deutschlandweit größtenteils auf hohem Niveau. Insbesondere für Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Haemophilus influenzae Typ b (Hib) und für die erste Masern-, Mumps- und Rötelnimpfung können hohe Impfquoten verzeichnet werden [114]. Für die zweite Masern-, Mumps- und Rötelnimpfung zeigt sich noch Ver-

besserungsbedarf. Die für die Masern- und Rötelnelimination benötigte Quote von 95 % wird noch nicht erreicht. In Baden-Württemberg liegt der Anteil der nach STIKO-Empfehlung grundimmunisierter Kinder bei den etablierten Impfungen im Jahr 2019 um rund 3-5 Prozentpunkte unter dem Bundesdurchschnitt von 2018, für Hepatitis B fällt der Landeswert sogar um 8 Prozentpunkte niedriger als der Bundesdurchschnitt aus (s. [Abb. 46](#))¹² [77, 114]. Im Bundesländervergleich bildet Baden-Württemberg das Schlusslicht bei den seit vielen Jahren etablierten Impfungen [122].

Abb. 46: Impfquoten aus Baden-Württemberg im Jahr 2019 im Vergleich zum Bundesdurchschnitt im Jahr 2018

(Anzahl Kinder BW = 92.662; Anzahl Kinder D = 703.770; ausgewiesen wird der Anteil grundimmunisierter Kinder; Quote in %; Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020; SEU-Daten 2018, RKI, 2020)



¹² In BW wird nicht erfasst, ob ein monovalenter oder ein Kombinationsimpfstoff zur Impfung gegen Hepatitis B verwendet wurde. Bei Verwendung eines monovalenten Impfstoffes reichen nach STIKO-Empfehlung drei Impfdosen (statt vier) zur Grundimmunisierung aus. Es ist also nicht auszuschließen, dass der Anteil von vollständig gegen Hepatitis B immunisierten Kindern in BW und ggf. auch in anderen Bundesländern unterschätzt wird.

Impfquoten von Impfungen, die erst in den letzten zwei Jahrzehnten für alle Kinder im Vorschulalter empfohlen werden, fallen im Vergleich zu den etablierten Impfungen zum Teil etwas niedriger aus (Varizellen, Meningokokken C, Pneumokokken). Auch hier liegt der Landeswert für Baden-Württemberg, außer bei Pneumokokken, unterhalb vom Bundesdurchschnitt (s. [Abb. 46](#)) [77, 114].

Nimmt Impfmüdigkeit zu?

Betrachtet man die Entwicklung der Impfquoten in Baden-Württemberg über die Zeit, so fällt auf, dass bei den seit Jahren etablierten Impfungen, die Impfquoten für Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hib, Poliomyelitis und Hepatitis B in den letzten fünf Jahren bis zu 5 Prozentpunkte gesunken sind während für Masern, Mumps und Röteln die Impfquoten leicht angestiegen sind (s. [Abb. 47](#)). Auch deutschlandweit wird ein ähnlich abnehmender Trend der Impfquoten für Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hib, Poliomyelitis und Hepatitis B seit 2014 beobachtet [114]. Unklar ist, inwiefern der Rückgang auf eine zunehmende Umsetzung eines von der STIKO-Empfehlung abweichendes Impf-

schema¹³ zurückzuführen ist.

Bei den neu eingeführten Impfungen der letzten zwei Jahrzehnte kann seit der Einführung eine stetige Zunahme der Impfquoten bis hin zur Stagnation verzeichnet werden (s. [Abb. 48](#)).

Abb. 48: Impfquoten neu eingeführter Impfpfehlungen in Baden-Württemberg von 2010 bis 2019 (ausgewiesen wird der Anteil der grundimmunisierten Kinder, Quote in %; Quelle: ESU-Daten, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)

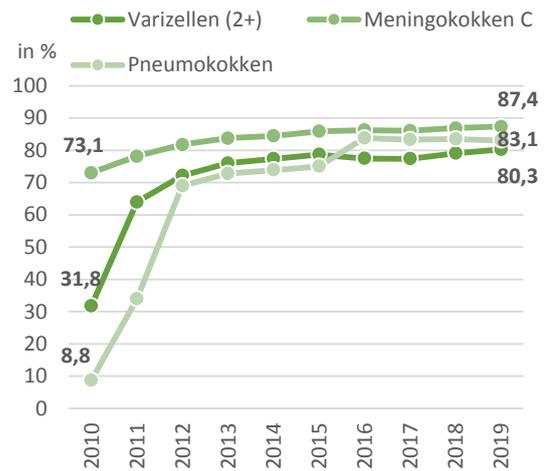
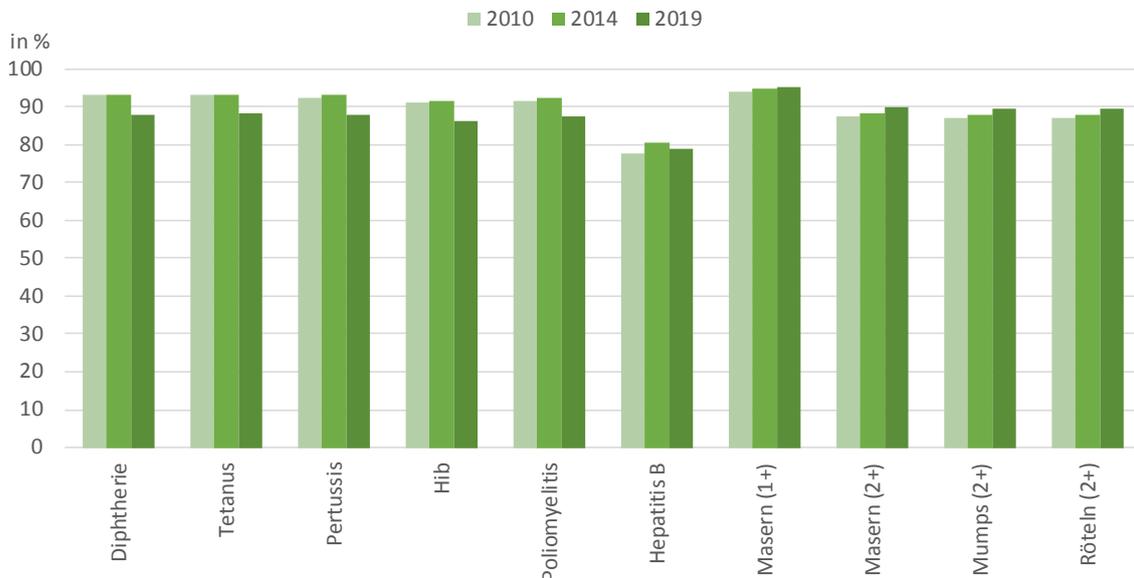


Abb. 47: Impfquoten von etablierten Impfpfehlungen in Baden-Württemberg in den Jahren 2010, 2014 und 2019

(ausgewiesen wird der Anteil grundimmunisierter Kinder, bei Masern wird zusätzlich noch der Anteil der Kinder dargestellt, die mindestens eine Impfung erhalten haben; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



¹³ Laut Fachinformation einiger Impfstoffe genügt das Vorgehen nach dem 2+1-Schema für eine Grundimmunisierung. Nach dem 2+1-Schema sind zwei Impfungen Grundimmunisierung plus eine Auffrischimpfung unter Einhaltung bestimmter Zeitabstände vorgesehen. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung hat die STIKO noch eine Grundimmunisierung nach dem 3+1-Impfschema empfohlen. Seit Juni 2020 wird auch das 2+1-Schema als ausreichend für eine Grundimmunisierung von der STIKO angesehen [128].

Zusammenhang zwischen Impfquoten und Erkrankungsfällen in Baden-Württemberg

Bestimmte Krankheiten unterliegen einer Meldepflicht. Das bedeutet, dass bei Verdacht, Erkrankung oder Tod die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt dies der zuständigen Gesundheitsbehörde melden muss. Mit der Meldepflicht wird das Auftreten bestimmter Krankheiten engmaschig überwacht.

Zu den meldepflichtigen Erkrankungen gehören auch impfpräventable Erkrankungen wie Varizellen (Windpocken), Pertussis (Keuchhusten) und Masern. Im Jahr 2019 wurden landesweit 1.813 Fälle von Varizellen, 398 Fälle von Pertussis und 17 Fälle von Masern bei unter 7-jährigen Kindern gemeldet [127].

Werden die Erkrankungsfälle von Varizellen den

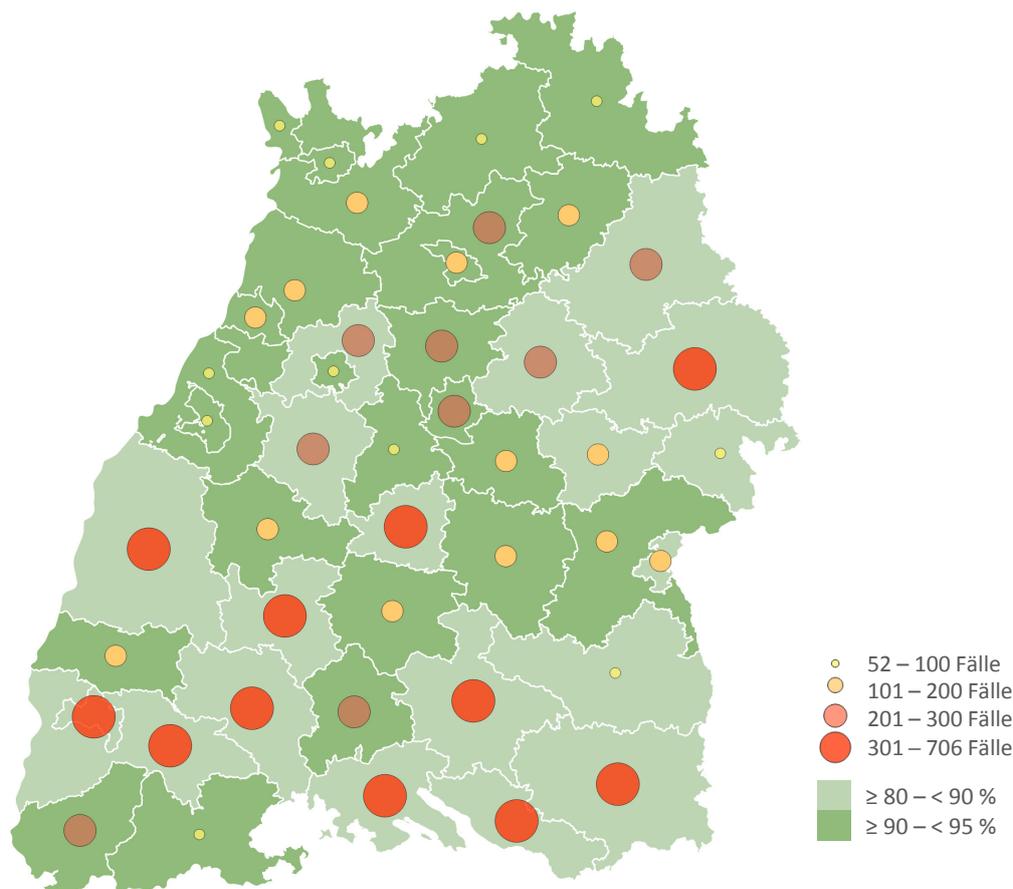
Impfquoten auf Kreisebene auf einer Karte gegenübergestellt, so lässt sich erkennen, dass in Regionen mit niedrigeren Impfquoten tendenziell mehr Erkrankungsfälle zu beobachten sind (s. [Abb. 49](#)).

Baden-Württemberg ist FSME-Risikogebiet

Das Land Baden-Württemberg wird fast komplett als FSME-Risikogebiet eingestuft. Daher empfiehlt das Land eine Immunisierung gegen die von Zecken übertragbare FSME-Krankheit ohne geografische Einschränkung. Die Tatsache, dass Baden-Württemberg fast komplett als Risikogebiet eingestuft ist, spiegelt sich in den Impfquoten nicht wider. Im Jahr 2019 lag die Grundimmunisierungsquote der in der ESU gesehenen Kinder bei 22,6 % [89]. Damit ist die FSME-Impfquote seit 2010 um etwa 10 Prozent gesunken.

Abb. 49: Varizellen-Impfquoten und Erkrankungsfälle in Baden-Württemberg auf Land- und Stadtkreisebene gemittelt über die Jahre 2014-2019

(Impfquote in %: Anteil Kinder, die mindestens zweimal gegen Varizellen geimpft sind; Quelle: ESU-Daten gemittelt über die Jahre 2014-2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020; Erkrankungsfälle pro 100.000 Einwohner der gleichen Altersgruppe: übermittelte Varizellen-Erkrankungen bei unter 7-Jährigen; Quelle: SurvStat, Meldedaten gemittelt über die Jahre 2014-2019, RKI, 2020)



Im Detail: Masernimpfquoten

Die WHO hat sich zum Ziel gesetzt, die Verbreitung von Masern weltweit zu verhindern. Dies ist möglich, wenn weltweit 95 % der Menschen gegen Masern grundimmunisiert sind [19]. Durch den Impfschutz der Gemeinschaft werden auch Menschen geschützt, die sich nicht impfen lassen können, z. B. aufgrund einer geschwächten Immunabwehr (Prinzip der Herdenimmunität).

Die 95 %-Marke wurde 2018 für die zweite Masern-Impfung nur von zwei Bundesländern erreicht (Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern) [114]. Wie bereits zuvor erwähnt, sind im bundesweiten Vergleich die Impfquoten gegen Masern in Baden-Württemberg am niedrigsten (s. [Abb. 50](#)). Die Impfquote lag 2018 im Bundesdurchschnitt bei 93,1 % [114]. In Baden-Württemberg liegt sie im Jahr 2019 etwa 3 Prozentpunkte niedriger bei knapp unter 90 % [90].

Während die Impfquoten für die zweite Masern-Impfung noch Verbesserungsbedarf zeigen, erreichten im Jahr 2016 erstmals alle Bundesländer eine Impfquote von 95 % und mehr für die erste Masern-Impfquote da auch in Baden-Württemberg die 95 %-Hürde (erneut) überschritten wurde.

Regionale Unterschiede innerhalb Baden-Württembergs

Auch innerhalb Baden-Württembergs sind regionale Unterschiede festzustellen, so liegen die Impfquoten für die Grundimmunisierung auf Kreisebene zwischen 83,8 % im Enzkreis und 94,9 % im Landkreis Rastatt (Landeswert: 89,9 %) (s. [Abb. 51](#)) [90]. Für die Eliminierung der Masern ist eine flächendeckende Durchimpfungsquote (mit 2 Impfdosen) von 95 % wichtig.

Abb. 50: Masern-Impfquoten in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2018

(Anzahl Kinder D = 703.770; Quote in %; ausgewiesen wird der Anteil der gegen Masern grundimmunisierten Kinder (=mindestens zwei Impfungen); Hamburg konnte für 2018 keine Daten übermitteln, Quelle: SEU-Daten, RKI, 2020)

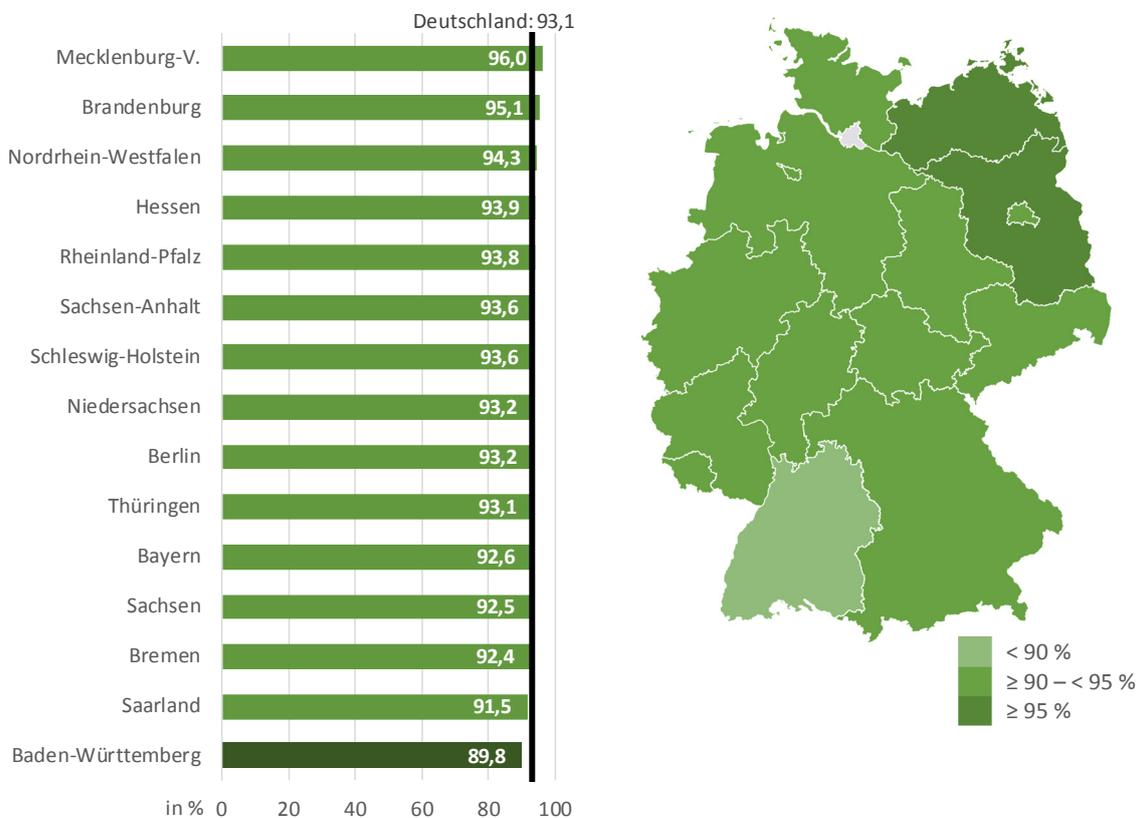
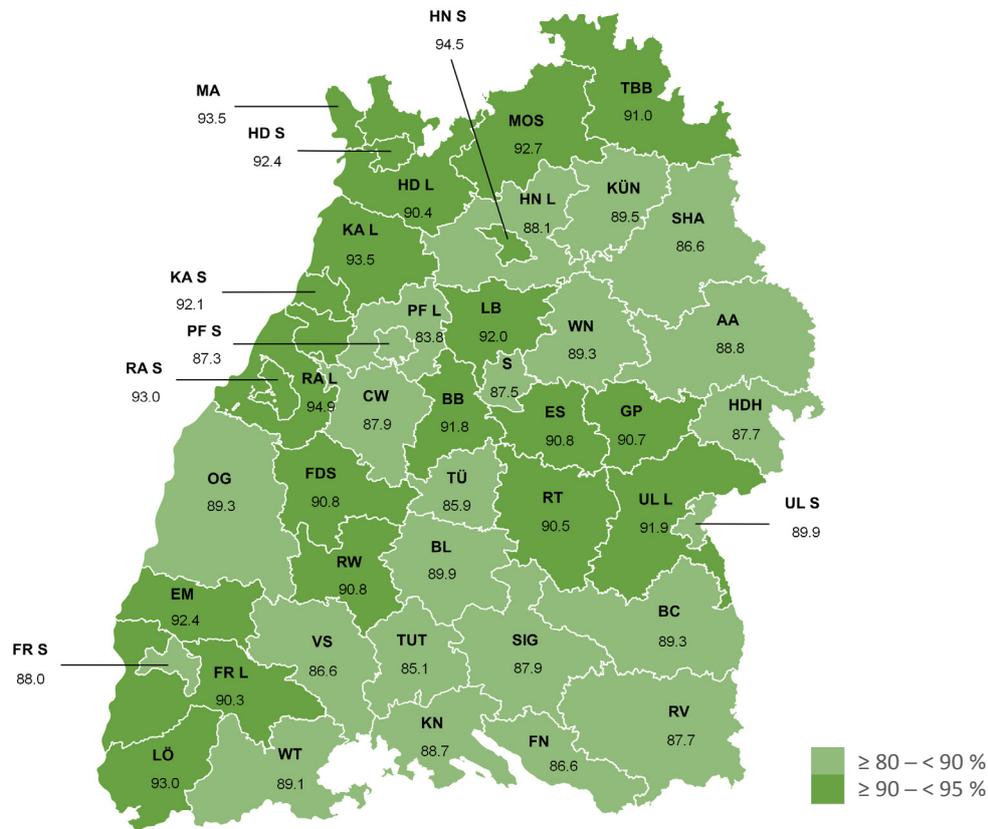


Abb. 51: Masern-Impfquoten in Baden-Württemberg auf Land- und Stadtkreisebene im Jahr 2019

(Anzahl Kinder = 92.662; Quote in %; ausgewiesen wird der Anteil der gegen Masern grundimmunisierten Kinder (=mindestens zwei Impfungen); Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



Nur geringe Unterschiede im Hinblick auf den Sozialstatus und Migrationshintergrund

Betrachtet man die Masern-Impfquoten nach sozialen Faktoren so fallen insgesamt nur geringe Unterschiede auf (s. [Abb. 52](#)). Der Anteil der gegen Masern grundimmunisierten Kinder ist bei Familien mit mittlerem Sozialstatus etwas höher als bei Kindern aus Familien mit hohem oder niedrigem Sozialstatus [79]. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind am häufigsten mindestens einmal geimpft (96,4 %). Der Anteil der nicht geimpften Kinder ist bei Familien mit hohem Sozialindex mit 4,4 % am größten.

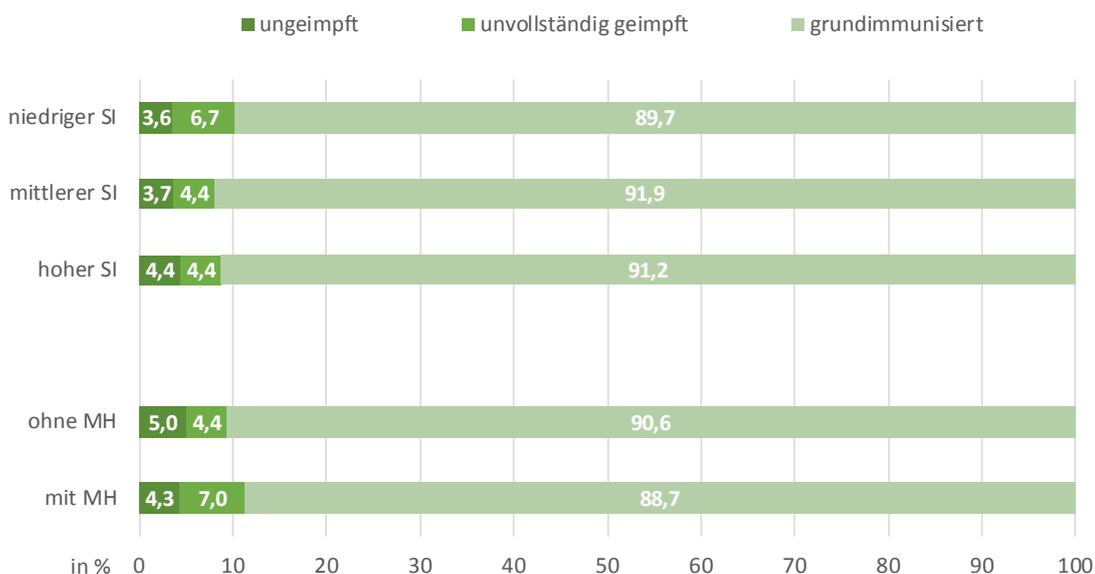
Geringe Unterschiede in den Impfquoten gegen Masern sind zudem bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund vorhanden (s. [Abb. 52](#)) [78].

Neues Masernschutzgesetz seit März 2020

Am 1. März 2020 ist das neue Masernschutzgesetz in Kraft getreten. Eltern müssen nun vor Beginn der Betreuung ihres Kindes in einer Kindertageseinrichtung, in bestimmten Formen der Kindertagespflege oder einer Schule nachweisen, dass ihr Kind ausreichend gegen Masern geimpft ist bzw. eine Immunität gegen Masern besteht. Wie sich das neue Masernschutzgesetz auf die Impfquoten auswirken wird, bleibt abzuwarten.

Abb. 52: Masern-Impfstatus in Baden-Württemberg im Jahr 2019 nach Sozial- und Migrationsstatus

(SI = Sozialindex, MH = Migrationshintergrund; Anzahl Kinder mit Angaben zum SI = 42.601; Anzahl Kinder mit Angaben zum MH = 86.657; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



Impfbericht Baden-Württemberg 2018

Der Impfbericht des Landesgesundheitsamts Baden-Württemberg 2018 beleuchtet die dokumentierten Impfungen des Untersuchungsjahres 2017/18 und zeigt die Entwicklung der letzten Jahre auf. Die Daten der Kinder wurden anlässlich der ESU erfasst.

Der Bericht ist unter folgendem Link zum Download verfügbar:

www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Fachinformationen/Fachpublikationen/Seiten/Gesundheitsberichte.aspx



Landesarbeitsgemeinschaft Impfen

Im März 2019 wurde die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Impfen vom Ministerium für Soziales und Integration ins Leben gerufen. Diese setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Organisationen und Institutionen zusammen, die an der Beratung oder Durchführung von Impfungen beteiligt sind. Aufgaben

und Ziele der LAG Impfen ist die Vernetzung verschiedener Akteure, die Entwicklung einer gemeinsamen Impfstrategie für Baden-Württemberg und die Erhöhung der Akzeptanz für Impfeempfehlungen der STIKO, um Impfungen im Land zu schließen.

Europäische Impfwoche

Um die Akzeptanz der Impfungen in der Bevölkerung insgesamt zu erhöhen und somit anhaltend hohe Impfraten zu erzielen, sind weiterhin effektive Impfkampagnen erforderlich. Jedes Jahr finden im Rahmen der Europäischen Impfwoche (EIW) im April zahlreiche regionale Initiativen zum Thema Impfungen statt – so auch in Baden-Württemberg. Koordiniert wird die EIW vom Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation.



3.3 Ernährung

Eine ausgewogene und vollwertige Ernährung gilt als wichtige Voraussetzung für ein gesundes Aufwachsen von Kindern. Besonders in der Wachstumsphase ist eine optimale Versorgung von großer Bedeutung. Zudem prägen die Ernährungsgewohnheiten in der Kindheit auch die Ernährungsgewohnheiten im Erwachsenenalter [97]. Besonders hinsichtlich der Adipositaspräven-

tion spielt das Ernährungsverhalten im Kindesalter eine wesentliche Rolle.

Aktuelle und repräsentative Daten aus Baden-Württemberg z. B. aus Surveys zum Ernährungsverhalten bei den unter 7-Jährigen liegen zum Zeitpunkt der Berichterstattung nicht vor. Dennoch können bundesweite Daten als Anhaltspunkt dienen.

3.3.1 Obst- und Gemüseverzehr

Obst und Gemüse liefern wertvolle Inhaltsstoffe wie beispielsweise Vitamine und Mineralstoffe. Außerdem haben sie eine relativ geringe Energiedichte bei gleichzeitig hoher Nährstoffdichte. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt sowohl Kindern als auch Erwachsenen täglich fünf Portionen Obst und Gemüse zu verzehren [25]. Das Maß für eine Portion ist hierbei die eigene Hand.

Nur 16 % der Kinder erreichen DGE-Empfehlung

Die aktuellsten Daten der KiGGS Welle 2 (2014-2017) berichten, dass 93 % der 3- bis 6-Jährigen in Deutschland mindestens eine Portion Obst oder Gemüse pro Tag zu sich nehmen [125]. Etwa mehr als die Hälfte (52 %) der Kinder verzehrt zwischen einer und zwei Portionen und ein Viertel (25 %) der Kinder zwischen drei und vier Portionen Obst oder Gemüse. Allerdings erreichen nur 16 % der 3- bis 6-Jährigen die DGE-Empfehlung von 5 Portionen pro Tag. Dieser Anteil ist im Vergleich zur Basiserhebung (2003-2006) etwas angestiegen (s. [Abb. 53](#)) [125].

Zwischen Mädchen und Jungen zeigt sich kein wesentlicher Unterschied bei der durchschnittlichen Anzahl verzehrter Portionen.

Eltern als Vorbild? – Etwa die Hälfte der Eltern verzehrt nicht täglich Obst- oder Gemüse

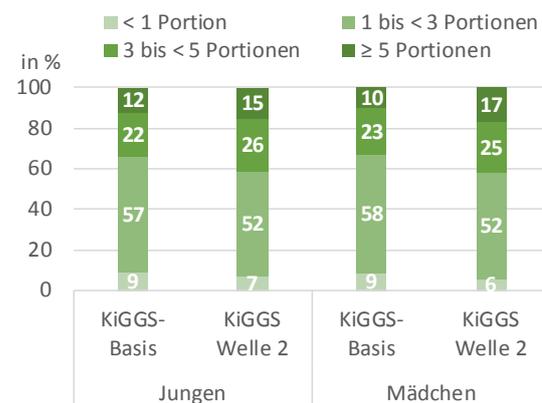
Was Kinder essen, wird vor allem durch das Ernährungsverhalten beeinflusst, welches sie bei Men-

schen in ihrer direkten Umgebung und vor allem bei ihren Eltern und Geschwistern beobachten. Zudem ist das kindliche Ernährungsverhalten auch vom Lebensmittel- und Mahlzeitenangebot im elterlichen Haushalt abhängig [94].

Laut der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des RKI essen 47 % der Eltern 0- bis 6-jähriger Kinder täglich mindestens eine Portion Obst oder Gemüse. Der Anteil ist bei Müttern deutlich höher (57 %) als bei den Vätern (36 %) [123]. Das bedeutet allerdings auch, dass etwa die Hälfte dieser Eltern gar kein Obst oder Gemüse zu sich nimmt.

Abb. 53: Prozentuale Verteilung der von 3- bis 6-jährigen Jungen und Mädchen durchschnittlich pro Tag verzehrten Portionen Obst oder Gemüse in Deutschland zur KiGGS Basiserhebung (2003-2006) und KiGGS Welle 2 (2014-2017)

(Anteil in %; Quelle: KiGGS-Studie, RKI, 2019)



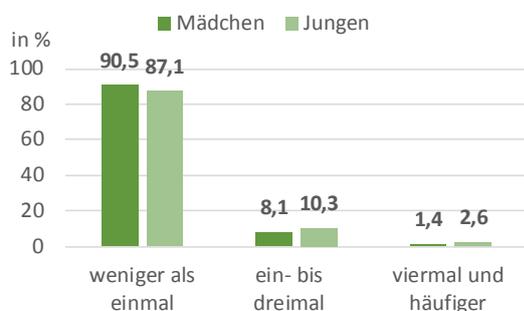
3.3.2 Zuckerhaltige Erfrischungsgetränke

Aufgrund eines hohen Energie- und Zuckergehaltes sollten Kinder auf zuckerhaltige Erfrischungsgetränke verzichten oder diese nur sehr selten konsumieren.

In Deutschland trinken 11 % der 3- bis 6-jährigen Kinder täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke. Insgesamt 2 % dieser Kinder konsumieren viermal und häufiger am Tag diese Getränke. Generell zeigen Jungen ein etwas höheres Konsumverhalten als Mädchen [96] (s. [Abb. 54](#)).

Abb. 54: Täglicher Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke bei den 3- bis 6-jährigen Kindern in Deutschland nach Geschlecht in KiGGS Welle 2 (2014-2017)

(Anteil in %; Quelle: KiGGS-Studie, RKI, 2018)



Täglicher Konsum hat sich reduziert

Im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung hat sich der Anteil der Kinder, die zuckerhaltige Erfrischungsgetränke konsumieren, verringert (s. [Abb. 55](#)). Bei den Mädchen hat sich der Wert in den vergangenen Jahren sogar von rund 21 % auf etwa 10 % halbiert [126].

Die Vergleichbarkeit der Daten zu den jeweiligen Erhebungszeiträumen ist durch unterschiedliche Erhebungsmethoden allerdings eingeschränkt.

Abb. 55: Anteil der 3- bis 6-jährigen Jungen und Mädchen, die täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke in Deutschland konsumieren - Vergleich KiGGS Basiserhebung (2003-2006) und KiGGS Welle 2 (2014-2017)

(Anteil in %; Quelle: KiGGS-Studie, RKI, 2019)



Sozialgradient

Sowohl beim Erreichen der DGE-Empfehlung von fünf Portionen Obst oder Gemüse pro Tag als auch beim Konsum von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken zeigt sich ein sozialer Gradient. Je höher der sozioökonomische Status der Eltern, desto eher werden fünf Portionen Obst oder Gemüse verzehrt [10] und desto weniger konsumieren die Kinder zuckerhaltige Erfrischungsgetränke [61].

Das ungünstigere Ernährungsverhalten bei einem niedrigeren Sozialstatus kann auf verschiedene Gründe zurückgeführt werden. Unter anderem spielt ein niedrigeres Einkommen und damit die Bezahlbarkeit sowie Verfügbarkeit von Obst und Gemüse eine Rolle [34].

EU-Schulprogramm

Mit dem EU-Schulprogramm können Kinder in baden-württembergischen Grundschulen und Kindertageseinrichtungen regelmäßig eine Exportportion Obst und Gemüse sowie Milch(-produkte) genießen.

Im Schuljahr 2019/20 nahmen rund 3.300 Kindertageseinrichtungen mit etwa 188.000 Kindern in Baden-Württemberg am EU-Schulprogramm teil.

Das Programm wird zum großen Teil durch EU-Mittel gefördert, für die Finanzierung des Restbetrags kommen in der Regel Sponsoren auf. Die Landesinitiative **Bewusste Kinderernährung (BeKi)** unterstützt die Kindertageseinrichtungen und Schulen bei der Umsetzung der pädagogischen Begleitung.

Weitere Informationen sind auf der Seite des Ministeriums für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg zu finden: www.schulprogramm-mlrbw.de



Bewusste Kinderernährung – BeKi

Die Landesinitiative BeKi des Ministeriums für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg unterstützt bei der Ernährungsbildung sowie Ernährungsinformation von Kindern ab dem 6. Lebensmonat bis zur 6. Klasse.

In Kindertageseinrichtungen möchte BeKi den Stellenwert von Essen und Trinken als Themenfeld der frühkindlichen Bildung stärken und fördert die Erziehungspartnerschaft zwischen Eltern und betreuenden Fachkräften. Hierfür bieten BeKi-Referentinnen Informationsveranstaltungen, Fortbildungen zu allen Themen der Kinderernährung und Informationsmaterial an. Die Angebote sind kostenfrei und finden in jedem Landkreis in Baden-Württemberg statt.

Zudem begleitet die Initiative die Kindertageseinrichtungen auf ihrem Weg zu einem BeKi-Zer-

tifikat. Durch dieses Zertifikat zeigen Kindertageseinrichtungen, dass ihnen ein genussvolles und ausgewogenes Essverhalten sowie die alltagsnahe Ernährungsbildung der Kinder wichtig sind und diese gelebt werden. Landesweit sind 440 Einrichtungen zertifiziert.

Weitere Informationen zur Landesinitiative und dem BeKi-Zertifikat unter: www.beki-bw.de



3.4 Bewegung

Bewegung ist ein wichtiger Faktor für die kindliche Entwicklung. Durch Bewegungen wie Laufen, Hüpfen und Klettern erfahren Kinder sich selbst und entdecken die Umwelt. Unzureichende Bewegung kann zu mangelnder körperlicher Fitness, Haltungsschäden und geringerer Leistungsfähigkeit führen sowie die Entwicklung von Übergewicht begünstigen [42].

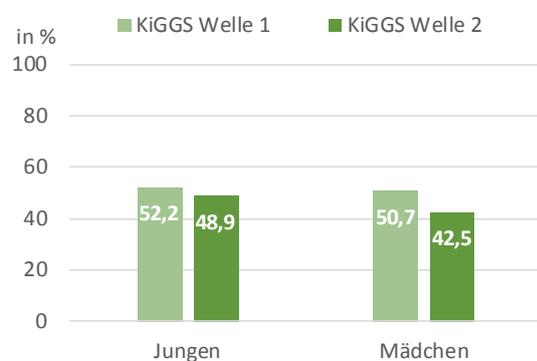
Laut der Bewegungsempfehlung der WHO sollen 1- und 2-jährige Kinder jeden Tag mindestens 180 Minuten körperlich aktiv sein. Kinder von 3 und 4 Jahren sollten diese 180 Minuten ebenfalls erreichen, allerdings sollten davon mindestens 60 Minuten in moderater bis stark anstrengender Aktivität stattfinden [190].

Weniger als die Hälfte der Kinder erreicht WHO-Empfehlung

Die Ergebnisse der bundesweiten KiGGS Welle 2 (2014-2017) zeigen, dass nur etwa 46 % der 3- bis 6-Jährigen in Deutschland die tägliche Mindestempfehlung der WHO von einer Stunde körperlicher Bewegung in moderater bis starker Intensität erreichen [35]. Dabei erreichen die Jungen mit 49 % etwas häufiger die Empfehlung als die Mädchen mit 43 %. Im Vergleich zur KiGGS Welle 1 (2009-2012) ist der Anteil der Kinder, die diese Empfehlung erreichen, leicht gesunken (s. [Abb. 56](#)).

Abb. 56: Prozentualer Anteil der 3- bis 6-Jährigen in Deutschland, die die WHO-Empfehlung von mindestens 60 Minuten körperlicher Bewegung pro Tag erreichen nach Geschlecht in KiGGS Welle 1 (2009-2012) und KiGGS Welle 2 (2014-2017)

(Anteil in %, Quelle: KiGGS-Studie, RKI, 2018)



Im späteren Lebensverlauf nimmt die körperliche Aktivität immer weiter ab, im Alter von 14 bis 17 Jahren sind lediglich noch 8 % der Mädchen und 16 % der Jungen mindestens eine Stunde täglich aktiv [35].

Zum Zeitpunkt der Berichterstattung liegen keine repräsentativen Daten zur körperlichen Bewegung für Kinder in Baden-Württemberg vor. Die Daten aus den Einschulungsuntersuchungen geben jedoch Rückschlüsse auf die motorischen Fähigkeiten der Kinder im Alter von 4 bis 5 Jahren in Baden-Württemberg (s. [Kapitel 4.2](#)). Eine auffällige Motorik kann auf eine unzureichende Bewegung des Kindes hindeuten.

Nur ein Drittel der Eltern erfüllt WHO-Empfehlung

Wie viel sich Kinder bewegen hängt häufig auch vom Bewegungsverhalten der Eltern ab: Bewegen sich Eltern viel, dann tun dies ihre Kinder meistens auch.

Laut der GEDA-Studie erfüllen knapp 35 % der Eltern der 0- bis 6-jährigen Kinder die WHO-Empfehlung zur Ausdauerfähigkeit bei Erwachsenen¹⁴ [123]. Väter sind hierbei deutlich aktiver (41 %) als die Mütter (29 %). Insgesamt bewegen sich fast zwei Drittel der Eltern weniger als die WHO empfiehlt.

Aktiv im Sportverein

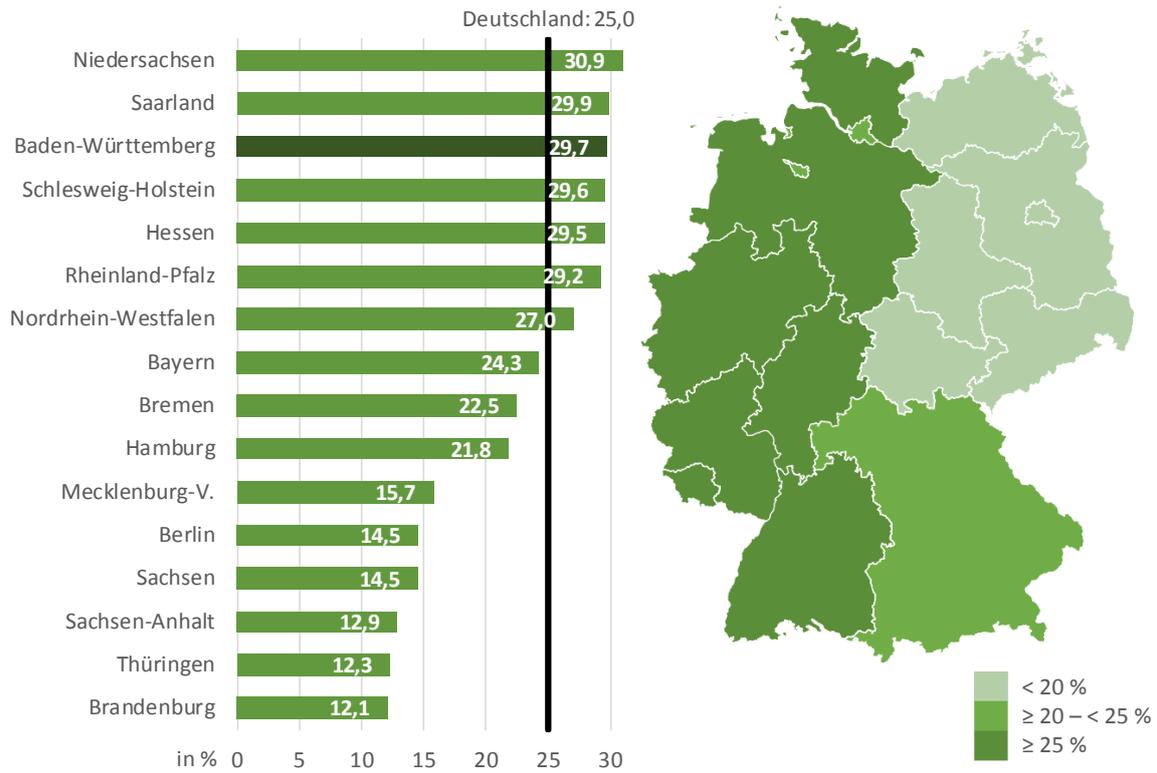
Sportvereine können dazu beitragen, dass sich Kinder ausreichend bewegen. Unabhängig von ihrem kulturellen und sozioökonomischen Hintergrund können die Kinder dort für sportliche Aktivität begeistert werden.

Der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) zählte 2019 deutschlandweit 1.352.441 Mitgliedschaften von Kindern im Alter zwischen 0 und 6 Jahren. Damit ist in Deutschland jedes vierte Kind unter 7 Jahren Mitglied in einem Sportverein, der einem im DOSB organisierten Landessportbund angehört [27]. Dieser Anteil unterscheidet sich regional, so sind in den alten Bundesländern deutlich mehr Kinder in Sportvereinen aktiv als in den neuen Bundesländern (s. [Abb. 57](#)).

¹⁴ Laut WHO sollten Erwachsene pro Woche mindestens 150 Minuten Ausdaueraktivitäten ausüben.

Abb. 57: Prozentualer Anteil der Kinder zwischen 0 und 6 Jahren, die in Deutschland im Jahr 2019 Mitglied in einem Sportverein waren nach Bundesländern

(Anteil in %, Quelle: DOSB-Bestandserhebung, DOSB, 2019)



In Baden-Württemberg sind 30 % der Kinder Mitglied in einem Sportverein

In Baden-Württemberg waren 2019 insgesamt 218.465 Kinder zwischen 0 und 6 Jahren Mitglied in einem Sportverein. 52 % dieser Mitgliedschaften entfielen auf Jungen, 48 % auf Mädchen [27]. Auf die Bevölkerung bezogen sind landesweit rund 30 % der unter 7-Jährigen Mitglied in einem Sportverein. Baden-Württemberg liegt somit deutlich über dem Bundesdurchschnitt (25 %).

Für monatlich 2,50 Euro Mitglied sein

Ob Kinder in einem Sportverein sportlich aktiv sind, hängt auch von den Kosten ab, die mit der Nutzung der Bewegungsmöglichkeit einhergehen [46].

Besonders für Familien mit niedrigem Einkommen können Kosten eine Barriere für die Inanspruchnahme von Bewegungsangeboten sein.

Laut dem Sportentwicklungsbericht der Deutschen Sporthochschule (DSHS) liegt der Anteil der Sportvereine in Baden-Württemberg, die eine Aufnahmegebühr für Kinder erheben, bei 15 %. Dieser Anteil ist deutlich niedriger als der Bundesdurchschnitt von rund 23 % [124].

Landesweit beträgt der Median der monatlichen Mitgliedsbeiträge für Kinder in Sportvereinen 2,50 Euro [124]. Das bedeutet, dass die Hälfte der Sportvereine höchstens 2,50 Euro für die Mitgliedschaft der Kinder erheben. Baden-Württemberg liegt damit im Bundesdurchschnitt.

Der Bewegungspass – gesund aufwachsen durch Bewegung

Das Amt für Sport und Bewegung in Stuttgart entwickelte 2016 den Bewegungspass, welcher nach und nach auch in anderen Landkreisen in Baden-Württemberg eingeführt wurde. Ziel des Bewegungspasses ist es, den Erwerb von motorischen Basisfertigkeiten bei Kindern in Kindertageseinrichtungen zu fördern.

Der Bewegungspass richtet sich an 2 bis 7-jährige Kinder und unterstützt Erzieherinnen und

Erzieher, Übungsleiterinnen und Übungsleiter sowie Eltern in der Motorikförderung der Kinder. Durch die kindergerechte Umsetzung können die Kinder mit viel Freude 32 Übungen zu motorischen Basisfertigkeiten ausprobieren.

Weitere Informationen zum Bewegungspass sind unter www.bewegungspass-bw.de zu finden.

BEWEGUNGSPASS

3.5 Medienkonsum

Im Alltag von Kindern spielen Medien heutzutage nicht selten auch im Kleinkindalter bereits eine wesentliche Rolle. Ein kontrollierter und altersgerechter Medienumgang kann kindliche Denk- und Lernprozesse anregen und begleiten sowie Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit sich selbst und der Umwelt bieten [180]. Der Konsum von Medien erhöht allerdings auch die Sitzzeiten der Kinder und kann andere aktive Beschäftigungen verdrängen [113]. Zudem kann eine exzessive Mediennutzung zu Defiziten im Bereich der motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung führen [22, 134].

Laut den Empfehlungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sollten Kinder unter 3 Jahren auf die Nutzung von Bildschirmmedien komplett verzichten und Hörmedien maximal 30 Minuten am Tag nutzen. Im Kindergartenalter gilt eine maximale Bildschirmmediennutzung von 30 Minuten sowie die Nutzung von Hörmedien zwischen 30 und 45 Minuten pro Tag [21].

Daten zum Medienkonsum bei den unter 6-Jährigen liegen für Baden-Württemberg nicht vor. Bundesweite Daten können allerdings Hinweise zum Medienkonsum auf Landesebenen liefern.

Mitbenutzung elektronischer Medien bereits bei 2- und 3-Jährigen

Die BLIKK-Medien Studie (2017), welche die Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen deutschlandweit untersuchte, zeigt, dass Kleinkinder im Alter von 2 und 3 Jahren nur in einem sehr geringen Umfang eigene elektronische Geräte besitzen. Allerdings liegt der Anteil dieser Kinder, die ein elektronisches Gerät bei anderen mitbenutzen, bei 6 % für Laptop und Computer, 11 % für Smartphones und Handys sowie bei fast 13 % für Tablets [22].

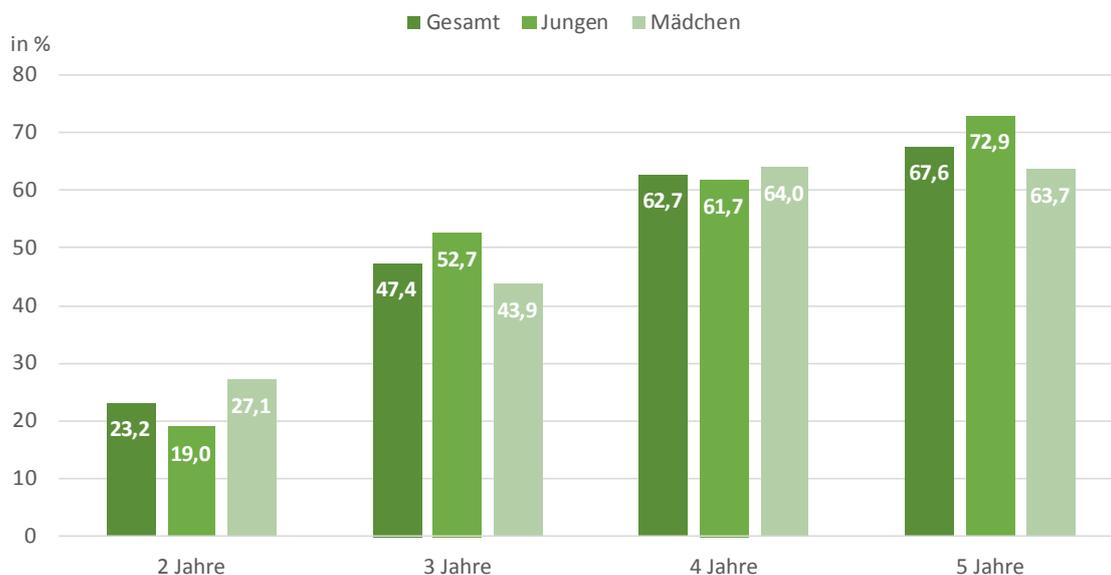
Bei den 4- und 5-Jährigen ist ein höherer Mitnutzungsgrad von 12 % bei Smartphones sowie von über 23 % bei Tablets zu verzeichnen [22].

50 % überschreiten empfohlene Nutzungsdauer

Von den 2-Jährigen, die ein Smartphone und / oder Fernseher nutzen, zeigt etwa 23 % eine kombinierte Nutzungsdauer von mindestens 30 Minuten pro Tag. Mit zunehmendem Alter steigt dieser Anteil und liegt bei den 5-Jährigen bei rund 68 % (s. [Abb. 58](#)) [22]. Diese prozentuale Zunahme gilt sowohl für die Mädchen als auch für die Jungen. Insgesamt liegen rund 50 % der 2- bis unter 6-Jährigen über der Empfehlung einer Bildschirmmediennutzung von maximal 30 Minuten pro Tag.

Abb. 58: Anteil der unter 6-Jährigen in Deutschland, die das Smartphone und / oder den Fernseher mindestens 30 Minuten pro Tag nutzen nach Alter

(Anzahl Kinder = 1.646; Anteil in %; Quelle: BLIKK-Medien Studie, 2017)



Fernsehnutzung generell rückläufig

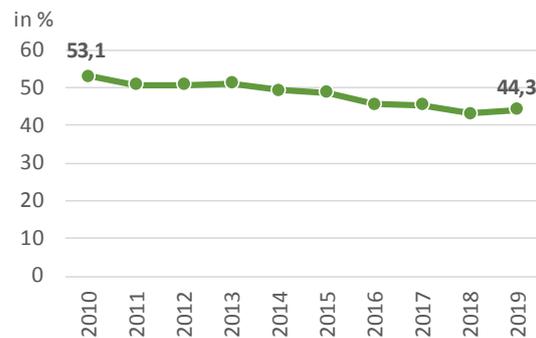
Daten der Arbeitsgemeinschaft Videoforschung (AGF) berichten, dass etwa 44 % der 3- bis 5-Jährigen im Jahr 2019 täglich fernsahen¹⁵ [33]. In den vergangenen Jahren kann ein Rückgang bei der Fernsehnutzung aufgezeigt werden (s. [Abb. 59](#)). Im Jahr 2010 lag der Anteil fernsehnutzender Kleinkinder noch fast zehn Prozent höher als im Jahr 2019.

Wahrscheinlich ist allerdings, dass die neuen Medien und andere Möglichkeiten des Filme- und Videoschauens (YouTube, Netflix, etc.) für den Rückgang des klassischen Programmfernsehens verantwortlich sind. So haben etwa 30 % der Haushalte in Deutschland bereits Smart-TVs und ein Fünftel kann Video-Streamingdienste nutzen [32].

Durch die Corona-Pandemie und die im März 2020 verhängten Kontaktbeschränkungen sowie Schlie-

ßungen der Schulen und Kindertageseinrichtungen konnten bereits erste Veränderungen beim Mediennutzungsverhalten der Kinder beobachtet werden. Das Medium Fernsehen wurde wieder häufiger eingeschaltet und länger genutzt [33].

Abb. 59: Entwicklung der Fernsehnutzung bei 3- bis 5-Jährigen Kindern in Deutschland von 2010 bis 2019 (Anteil Seher pro Tag in %, Quelle: Arbeitsgemeinschaft Videoforschung, 2019)



Heute schon mit Ihrem Kind gesprochen?

Ein häufiges Bild: Eltern haben ihr Smartphone in der Hand, wenn sie mit ihrem Kind unterwegs sind.

Eine aus Mecklenburg-Vorpommern stammende Informationskampagne namens „Medien - Familie - Verantwortung: Heute schon mit ihrem Kind gesprochen?“ will genau auf dieses häufige Phänomen aufmerksam machen. Das Land Baden-Württemberg hat sich dieser Kampagne angeschlossen.

Durch Plakate sollen Eltern in ihrer Vorbildrolle angesprochen werden, ihr eigenes Medienverhalten in Gegenwart ihrer Kinder zu reflektieren. Sie sollen sensibilisiert werden, darüber nachzudenken, wie oft sie mit dem Smartphone beschäftigt sind und ihre Kinder dabei ignorieren.

Weitere Informationen zur Kampagne unter: www.online-pause.de



¹⁵ Fernsehen ist hier im klassischen Sinne gemeint, d.h. Fernsehen über die Empfangswege Kabel, Terrestrik und Satellit sowie die zeitverzögerte bzw. zeitversetzte Nutzung (über digitale Aufzeichnungsgeräte wie Festplatten- und DVD-Recorder).

4

Gesundheits- und Entwicklungsstatus der Kinder

Sprache als Schlüssel zur Welt

Landesweit wird bei jedem dritten Kind (31 %) ein intensiver Sprachförderbedarf während der ESU festgestellt. Wenig überraschend: Kinder mit einem Migrationshintergrund haben deutlich häufiger einen Sprachförderbedarf (58 % vs. 14 %).

Gesundes Lächeln

Etwa die Hälfte (53 %) der Kinder in BW im Alter von 6 und 7 Jahren hat noch naturgesunde Gebisse. Im Jahr 2004 lag dieser Anteil noch bei 59 %.

Seelisch gesund aufwachsen

Die häufigsten psychischen Störungen im Vorschulalter sind Entwicklungsstörungen, sowie Verhaltens- und emotionale Störungen. Hierzu zählt auch ADHS - landesweit sind 4 % der Kinder im Alter zwischen 5 und 14 Jahren von ADHS betroffen.

Kinder im Gleichgewicht?!

Im bundesweiten Vergleich weist BW mit 3 % die niedrigste Adipositasprävalenz im Vorschulalter auf.

Motorisch fit?

Etwa 27 % der Kinder zeigen Auffälligkeiten in der Körpermotorik. Es konnte in den letzten Jahren keine Zunahme an Auffälligkeiten in der Körpermotorik beobachtet werden.

Freie Atemwege?

Atemwegserkrankungen gehören zu den häufigsten Gründen für einen vollstationären Krankenhausaufenthalt (z. B. Infektionen) und zählen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Vorschulalter (z. B. Heuschnupfen und Asthma bronchiale).



4.1 Gewicht

Das Körpergewicht eines Kindes kann sich auf seine Entwicklung und Gesundheit auswirken. Normalgewichtige Kinder haben ein geringeres Risiko Stoffwechselstörungen und Herz-Kreislaufkrankungen zu entwickeln als übergewichtige Kinder. Übergewicht und Adipositas kann nicht nur die körperliche Fitness beeinträchtigen, sondern auch die seelische Gesundheit belasten. Zudem können die gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch bis ins Erwachsenenalter negative Folgen haben [115].

Das Gewicht eines Kindes kann Hinweise auf dessen Ernährungs- und Bewegungsverhalten geben. Jedoch wird das Gewicht von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst – neben **individuellen** Faktoren spielen auch **strukturelle** Umgebungsfaktoren wie bspw. das Vorhandensein von Bewegungsmöglichkeiten, die Dichte der Lebensmittelgeschäfte oder das Angebot an ungesunden Produkten eine wichtige Rolle [60].

Um das Körpergewicht von Kindern zu beurteilen, wird der sogenannte Body-Mass-Index (BMI) berechnet. Dieser setzt das Körpergewicht in Relation zur Körpergröße:

$$\text{Body-Mass-Index} = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{(\text{Körpergröße in m})^2}$$

Zur Einschätzung des BMIs von Kindern werden in der ESU die alters- und geschlechtsspezifischen Referenzwerte von Kromeyer-Hauschild (2001) herangezogen [59]. Als übergewichtig gilt demnach ein Kind, wenn es einen höheren BMI als 90 % der Gleichaltrigen in der Referenzpopulation hat, als adipös wenn es einen höheren BMI als 97 % seiner Altersgenossen hat [185]. Der BMI eignet sich gut für statistische Vergleiche von Populationen, jedoch nicht als alleiniges Maß um das individuelle Risiko für Übergewicht einzuschätzen.

Baden-Württembergs Adipositasprävalenz gehört zu den niedrigsten in Deutschland

Laut der KIGGS-Studie Welle 2 (2014-2017) sind bundesweit 9 % der 3- bis 6-Jährigen Kinder übergewichtig und 2 % adipös (Angabe zum Anteil übergewichtiger Kinder schließt den Anteil adipöser Kinder mit ein) [115]. Während die KIGGS-Studie Aussagen zur bundesweiten Übergewichtsprä-

valenz in verschiedenen Altersstufen ermöglicht, können Daten aus der ESU regionale Verteilungen von Kindern im Vorschulalter aufzeigen. Demnach gehört die Übergewichts- und Adipositasprävalenz in Baden-Württemberg im Jahr 2019 mit 8 % bzw. 3 % zu den niedrigsten in Deutschland (s. [Abb. 61](#)) [3]. Zu beachten ist hierbei, dass Vergleiche der Daten zwischen den Bundesländern aufgrund von methodischen Unterschieden in der Datenerhebung nur eingeschränkt möglich sind. Die Prävalenzen können auch nicht mit den KIGGS-Daten direkt verglichen werden, da das Alter der Kinder unterschiedlich ist.

Innerhalb von Baden-Württemberg zeigen sich unterschiedliche Übergewichts- und Adipositasprävalenzen. Die höchsten Werte ergeben sich im Zollernalbkreis (11 % bzw. 4 %) und die niedrigsten im Bodenseekreis (5 % bzw. 2 %) [82]. Weitere Angaben zu den Prävalenzen in den einzelnen Land- und Stadtkreisen sind dem Anhang dieses Berichts angefügt (s. [Tab. 3](#)).

Stagnierender bzw. leicht rückläufiger Trend

In Baden-Württemberg stagnierte die Prävalenzrate für Übergewicht und Adipositas bei den 4- bis 5-jährigen Kindern in den letzten Jahren (s. [Abb. 60](#)). Ähnlich stagnierende bzw. leicht rückläufige Trends in diesem Alter konnten in den letzten Jahren auch auf Bundesebene und in anderen Industrienationen beobachtet werden [132, 186].

Abb. 60: Übergewichts- und Adipositasprävalenz in Baden-Württemberg von 2010 bis 2019

(Anteil in %; Quelle: ESU-Daten, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)

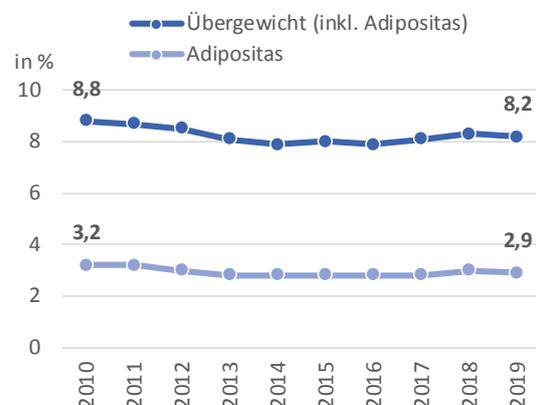
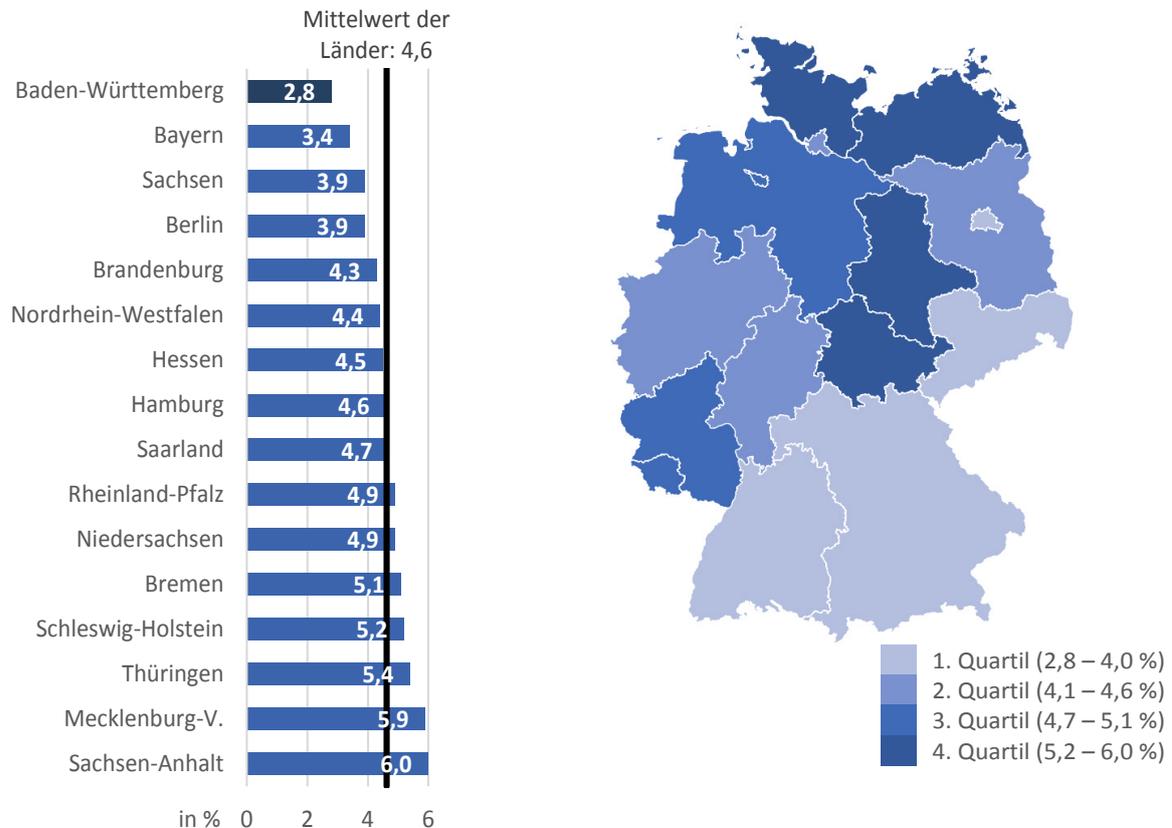


Abb. 61: Adipositasprävalenz bei Vorschulkindern in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2019

(Die ESU findet in Baden-Württemberg bereits im vorletzten anstatt im letzten Kindergartenjahr statt. Das Durchschnittsalter der untersuchten Kinder liegt in Baden-Württemberg deshalb bei etwa 5 Jahren, in den anderen Bundesländern hingegen zwischen 5 1/2 und 6 1/2 Jahren.; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten 2019, AOLG AG GPRS, 2019)

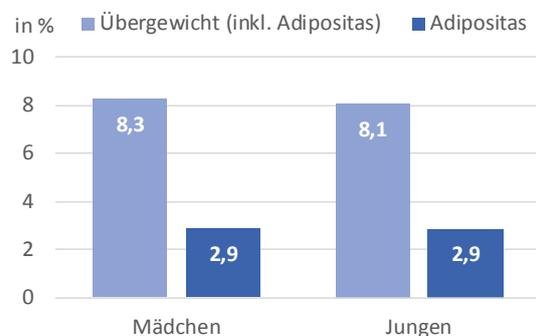


Kinder aus sozial schwächeren Familien und Migrationskinder sind häufiger betroffen

Mädchen und Jungen sind in Baden-Württemberg gleichermaßen von Übergewicht und Adipositas betroffen (s. [Abb. 62](#)).

Abb. 62: Übergewichts- und Adipositasprävalenz in Baden-Württemberg im Jahr 2019 nach Geschlecht

(Anzahl Kinder = 84.635; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



Aus präventiver Perspektive bedeutsam sind die Unterschiede in der Übergewichtsprävalenz nach Migrations- und Sozialstatus (s. [Abb. 63](#)). Kinder aus sozial schwächeren Familien sind grundsätzlich häufiger übergewichtig als Gleichaltrige aus bessergestellten Familien (14 % vs. 5 %) [76]. Ferner sind Kinder mit Migrationshintergrund mit 11 % fast doppelt so häufig übergewichtig als Kinder ohne Migrationshintergrund (6 %) [75]. Mögliche Gründe hierfür können soziokulturelle Faktoren und eine unterschiedliche Verfügbarkeit von Ressourcen sein.

Übergewichtsprävention: Eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Die Daten aus der ESU ermöglichen keine Aussagen zur Entwicklung der Übergewichtsprävalenzen im späteren Jugend- und Erwachsenenalter. Bundesweite Studien deuten allerdings darauf hin, dass nach Schuleintritt der Anteil übergewichtiger Kinder steigt [132]. Da einmal erworbenes

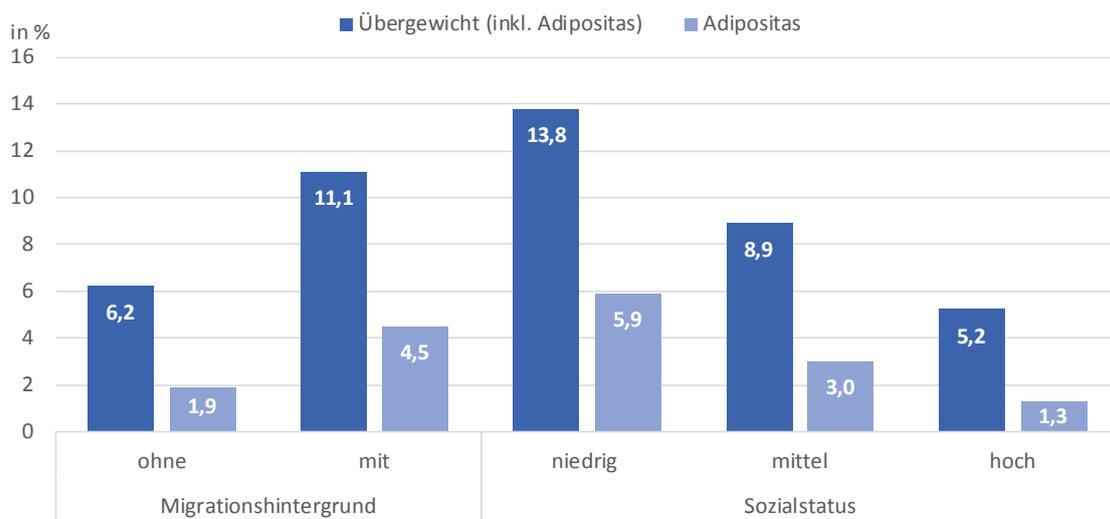
Übergewicht häufig auch in späteren Lebensjahren bestehen bleibt, kommt der Prävention von Übergewicht bereits im Kindesalter eine besondere Bedeutung zu.

Die Ursachen von Übergewicht sind komplex und multifaktoriell – neben individuellen Faktoren spielen gesellschaftliche Faktoren eine wichtige

Rolle. Individuelle Maßnahmen reichen daher nicht aus, um das Problem von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter auf Bevölkerungsebene ausreichend zu adressieren. Vielmehr sind auch verhältnispräventive Ansätze notwendig, die am Lebensumfeld ansetzen [185].

Abb. 63: Übergewichts- und Adipositasprävalenz in Baden-Württemberg im Jahr 2019 nach Migrationshintergrund und Sozialstatus

(Anzahl Kinder mit Angaben zum Migrationshintergrund = 78.788; Anzahl Kinder mit Angaben zum Sozialstatus = 37.670; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



4.2 Motorische Entwicklung

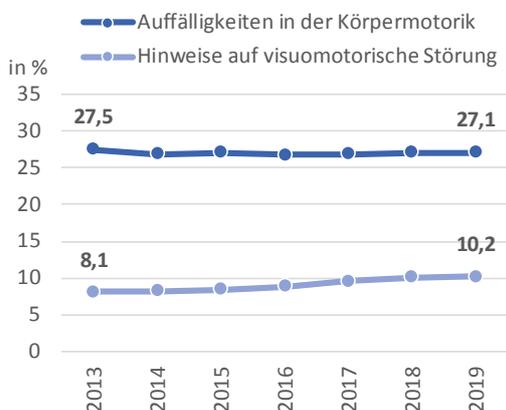
In der ESU wird die **Körpermotorik** der Kinder untersucht. Zur Körpermotorik zählen größere Bewegungsabläufe wie Laufen, Balancieren und Schaukeln. Als orientierende Screeninguntersuchung für die Körpermotorik dient das Hüpfen auf einem Bein. Da innerhalb der Gruppe der 4-jährigen Kinder entwicklungsbedingt große Unterschiede in der Körpermotorik zu beobachten sind, werden nachfolgend nur die Ergebnisse für die 5-Jährigen dargestellt. Daneben wird in der ESU auch die **Visuomotorik** untersucht. Die Visuomotorik ist die Koordination von visueller Wahrnehmung und körperlicher Bewegung. Sie spielt z. B. beim Auffangen eines Balles oder beim Nachmalen von Zeichen eine wichtige Rolle. Probleme in der Visuomotorik können den Schrifterwerb in der Schule erschweren. Die Visuomotorik wird im Rahmen der ESU geprüft, indem die Kinder Zeichen von einer Vorlage abmalen.

Rund ein Viertel der 5-jährigen zeigt Auffälligkeiten in der Körpermotorik

Die Ergebnisse aus dem Jahr 2019 berichten, dass landesweit 27 % der 5-Jährigen Auffälligkeiten in der Körpermotorik haben und 10 % der 4- bis 5-Jährigen Hinweise auf eine visuomotorische Störung zeigen. Der Anteil der Kinder mit motorischen Auffälligkeiten war in der ESU in den letzten Jahren konstant bei der Körpermotorik bzw. tendenziell leicht ansteigend bei der Visuomotorik (s. [Abb. 64](#)).

Abb. 64: Anteil 5-Jähriger mit auffälliger Körpermotorik bzw. Anteil 4- bis 5-Jähriger mit Hinweisen auf eine Störung in der Visuomotorik von 2013 bis 2019

(Anteil in %; Quelle: ESU-Daten, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



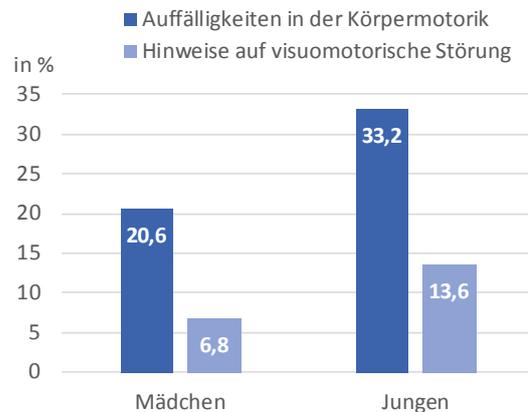
In den verschiedenen Land- und Stadtkreisen Baden-Württembergs liegt der Anteil der 5-Jährigen mit Auffälligkeiten in der Körpermotorik zwischen 18 % in Heidelberg und 35 % im Zollernalbkreis [73]. Bei den Hinweisen auf eine visuomotorische Störung zeigt sich der niedrigste Werte im Kreis Calw (4 %) und der höchste Wert in Mannheim (17 %) [88]. Weitere Daten zur Motorik in den einzelnen Land- und Stadtkreisen befinden sich im Anhang (s. [Tab. 3](#)).

Jungen und Kinder aus sozial benachteiligten Familien zeigen häufiger Auffälligkeiten

Mädchen schaffen im Vergleich zu Jungen deutlich häufiger die altersentsprechenden Vorgaben (s. [Abb. 65](#)).

Abb. 65: Auffällige Körpermotorik bzw. Hinweise auf eine Störung in der Visuomotorik im Jahr 2019 nach Geschlecht

(Anzahl 5-Jähriger = 29.881; Anzahl 4- bis 5-Jähriger = 85.365; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



Betrachtet man die Daten differenziert nach dem Sozialstatus der Eltern so zeigt sich ein sozialer Gradient: Sowohl in der Körpermotorik als auch in der Visuomotorik liegt der Anteil auffälliger Kinder in den sozial benachteiligten Familien um rund 10 Prozentpunkte höher als bei Kindern aus bessergestellten Familien (s. [Abb. 66](#)) [81].

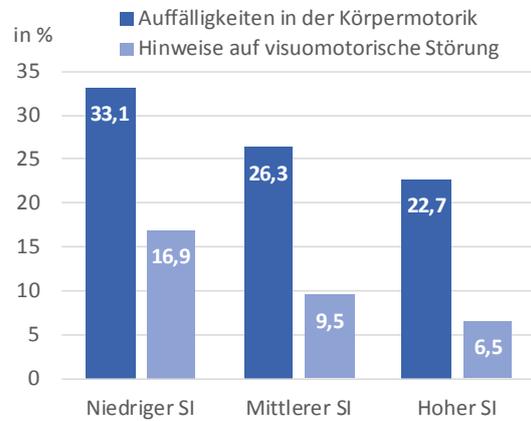
Anteil auffälliger Kinder wird im Screeningverfahren überschätzt

Bei der Interpretation der Daten zur Körper- und Visuomotorik aus der ESU ist zu beachten, dass es sich bei den eingesetzten Methoden um ein

Screeningverfahren handelt. Ziel eines Screeningverfahrens ist es, möglichst viele Kinder mit Hinweisen auf eine auffällige Motorik herauszufiltern. Dabei wird in Kauf genommen, dass der Anteil der Kinder mit einer auffälligen motorischen Entwicklung überschätzt wird. Da die Daten seit Jahren mit der gleichen Methodik flächendeckend erhoben werden, geben sie dennoch Aufschlüsse über die Entwicklung von motorischen Auffälligkeiten über die Zeit. Zudem können regionale Unterschiede identifiziert werden und Daten von verschiedenen Gruppen nach sozialen Merkmalen, wie z. B. Geschlecht und Sozialstatus, verglichen werden.

Abb. 66: Auffällige Körpermotorik bzw. Hinweise auf eine Störung in der Visuomotorik im Jahr 2019 nach Sozialstatus

(SI = Sozialindex; Anzahl 5-Jähriger mit Angaben zum SI = 12.743; Anzahl 4- bis 5-Jähriger mit Angaben zum SI = 38.002; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



4.3 Sprachkompetenz

Sprache als Schlüssel zur Welt

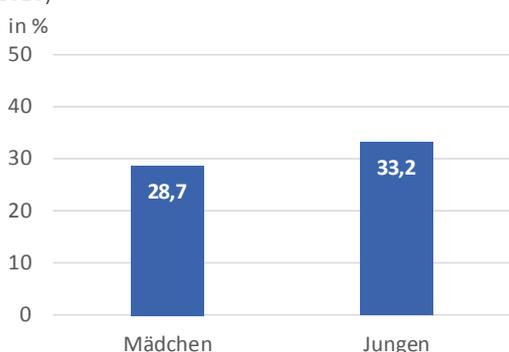
Durch Sprache erschließen Kinder ihre Welt: Sie treten durch Sprache in Kontakt mit anderen Menschen, bauen Beziehungen auf und eignen sich Wissen an. Im menschlichen Miteinander ist das Sprechen das wichtigste Mittel zur Verständigung. Mit einem gelingenden Spracherwerb werden also wichtige Grundlagen für die Teilhabe eines Kindes in der Gesellschaft und für den späteren persönlichen und beruflichen Erfolg gelegt. Daher nimmt die Überprüfung der Sprachentwicklung einen wichtigen Stellenwert in der ESU ein. Wird aufgrund der ESU-Ergebnisse ein **intensiver Sprachförderbedarf** festgestellt, so kann das Kind eine Sprachfördermaßnahme in der Kindertageseinrichtung erhalten. Ziel der Maßnahme ist die Verbesserung der Sprach- und Kommunikationsfähigkeit.

Jungen haben häufiger einen intensiven Sprachförderbedarf

Im Jahr 2019 hatten 31 % aller untersuchten Kinder in Baden-Württemberg einen intensiven Sprachförderbedarf bescheinigt bekommen, wobei bei Jungen häufiger ein intensiver Sprachförderbedarf im Vergleich zu Mädchen festgestellt wurde (33 % vs. 29 %) (s. [Abb. 67](#)) [74].

Abb. 67: Intensiver Sprachförderbedarf im Jahr 2019 nach Geschlecht

(Anzahl Kinder = 83.721, Anteil in %; Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



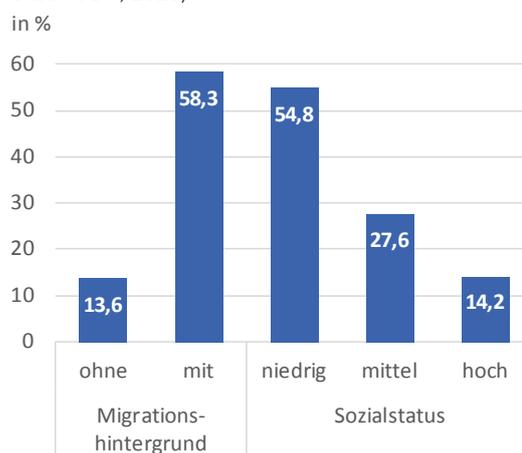
Kinder mit Migrationshintergrund sowie Kinder aus sozial benachteiligten Familien häufiger betroffen

Erwartungsgemäß haben Kinder mit einem

Migrationshintergrund häufiger einen intensiven Sprachförderbedarf als Gleichaltrige ohne einen Migrationshintergrund. So zeigen 58 % der Migrationskinder einen intensiven Förderbedarf, wohingegen es bei den Nicht-Migrationskindern nur 14 % sind [72]. Auch weisen die Daten einen deutlichen Gradienten in Abhängigkeit vom sozialen Status auf (s. [Abb. 68](#)). Dies lässt sich auch durch den höheren Anteil von Kindern mit einem vermuteten Migrationshintergrund in Familien mit einem niedrigen Sozialindex erklären.

Abb. 68: Intensiver Sprachförderbedarf im Jahr 2019 nach Migrationshintergrund und Sozialstatus

(Anzahl Kinder mit Angaben zum MH = 78.061; Anzahl Kinder mit Angaben zum SI = 37.556; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



Innerhalb von Baden-Württemberg zeigen sich Unterschiede hinsichtlich des Anteils der Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf (s. [Tab. 3](#)). So liegen die höchsten Werte in den Stadtkreisen Pforzheim (58 %) und Ulm (47 %) und der niedrigste Wert im Landkreis Tübingen (19 %) [74].

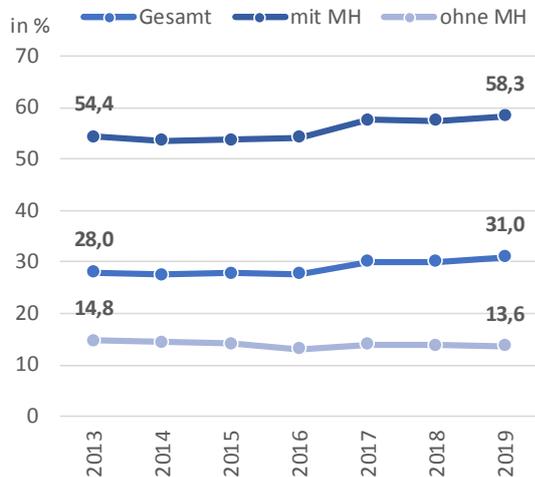
Anteil Kinder mit Sprachförderbedarf ist in den vergangenen Jahren gestiegen

Betrachtet man die Daten im Zeitverlauf, so fällt auf, dass der Anteil an Kindern mit intensivem Sprachförderbedarf im Jahr 2017 um 2,5 % gegenüber den Vorjahren angestiegen ist (s. [Abb. 69](#)). Für das Jahr 2019 zeigte sich erneut ein Zuwachs. Ein Grund für den Anstieg kann sein, dass im Jahr 2017 bis 2019 mehr kürzlich zugezogene Kinder als in den Jahren davor in der ESU gesehen wur-

den (aufgrund der Zuwanderungswellen in den Jahren 2015 und 2016).

Abb. 69: Anteil Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf von 2013 bis 2019

(MH = Migrationshintergrund; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



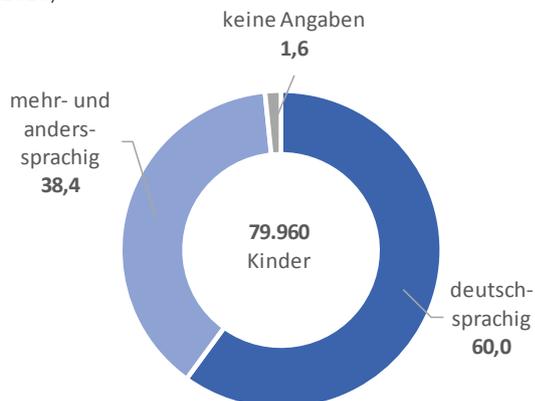
Hallo, Merhaba oder Ciao

Nie zuvor war die Kindergartenwelt so vielfältig und bunt wie sie es heute ist. Mehrere Sprachen zu sprechen, ist in unserer Welt ein Vorteil. Angaben zur Familiensprache werden im Rahmen der ESU durch einen Fragebogen erhoben, der von den Eltern auf freiwilliger Basis ausgefüllt werden kann.

Rund zwei Fünftel (38 %) der Kinder in Baden-Württemberg wachsen nach Angaben der Eltern nicht ausschließlich mit der deutschen Sprache als Muttersprache auf (s. [Abb. 70](#)) [69].

Abb. 70: Familiensprache laut Elternangaben im Jahr 2019

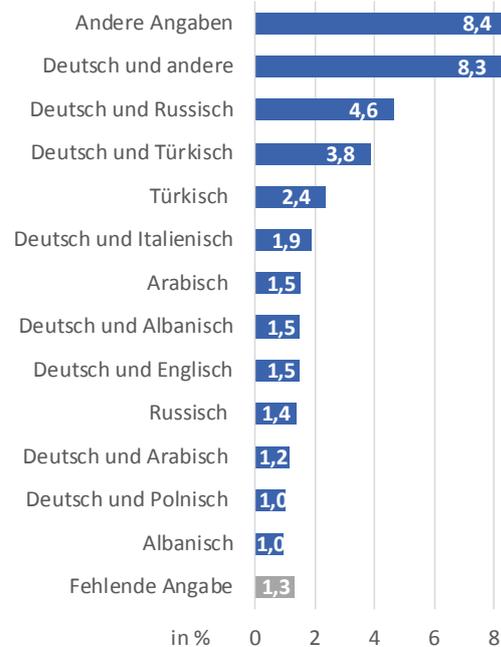
(Anzahl Kinder = 79.960; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



Am häufigsten wird in den Familien **Deutsch und Russisch** sowie **Deutsch und Türkisch** gesprochen (s. [Abb. 71](#)).

Abb. 71: Anteil Kinder mit nicht ausschließlich deutscher Familiensprache laut Elternangaben im Jahr 2019

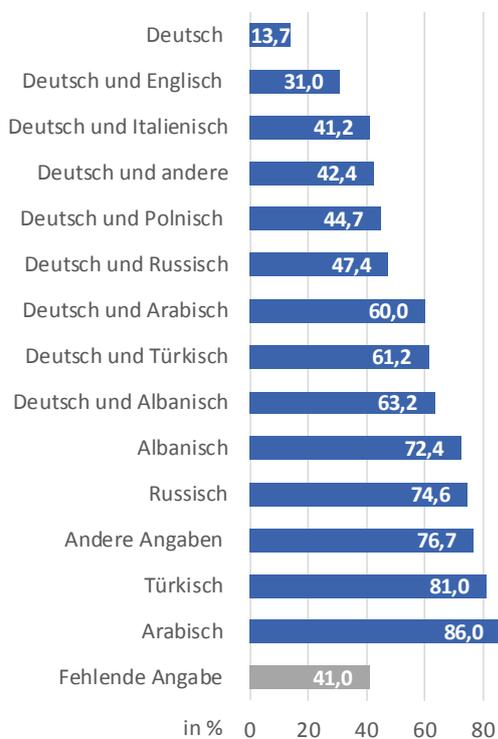
(Anzahl Kinder = 78.093; Familiensprachen unter 1 % werden in der Kategorie „Andere Angaben“ zusammengefasst; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



Wenig überraschend: Kinder mit nicht ausschließlich deutscher Familiensprache haben deutlich häufiger einen intensiven Sprachförderbedarf in der deutschen Sprache als Kinder, die nur Deutsch sprechen. [Abb. 72](#) zeigt, dass der Anteil an Kindern mit intensivem Sprachförderbedarf je nach Familiensprache sehr unterschiedlich sein kann.

Abb. 72: Intensiver Sprachförderbedarf im Jahr 2019 nach Familiensprache

(Anzahl Kinder = 78.093; Familiensprachen unter 1 % werden in der Kategorie „Andere Angaben“ zusammengefasst; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



Sprachstanderhebung in der ESU in Baden-Württemberg 2010 - 2018

Der im Jahr 2020 veröffentlichte Sprachstandsbericht des Landesgesundheitsamts Baden-Württemberg erläutert ausführlich den sprachlichen Entwicklungsstand der 4- und 5-Jährigen in Baden-Württemberg. Hierzu wurden die Ergebnisse der ESU in den Untersuchungsjahren 2009/10 bis 2017/18 verwendet.

Der Bericht ist unter folgendem Link zum Download verfügbar:

www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Fachinformationen/Fachpublikationen/Seiten/Gesundheitsberichte.aspx



Gesamtkonzeption „Kompetenzen verlässlich voranbringen“ (Kolibri)

Mit der neuen Gesamtkonzeption „Kompetenzen verlässlich voranbringen“ (Kolibri) unterstützt das Land Baden-Württemberg die Förderung von Kindern mit zusätzlichem Förderbedarf im sprachlichen Bereich in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege in anderen geeigneten Räumen.

Zudem werden die Qualifizierung von Sprachförderkräften und die Qualifizierung von pädagogischen Fachkräften im Bereich der mathematischen Vorläuferfähigkeiten, der motorischen Fähigkeiten oder der sozial-emotionalen Kom-

petenzen unterstützt.

Weitere Informationen finden Sie hier:

www.kindergarten-bw.de/,Lde/Kolibri



4.4 Zahngesundheit

Gesunde Zähne sind nicht nur für ein strahlendes Lächeln wichtig, sondern auch für die gesamte Entwicklung der Kinder. So werden die Zähne zum Abbeißen und Kauen der Nahrung benötigt. Sie sind wichtig für das Erlernen der korrekten Aussprache und für die Teilhabe an der Gesellschaft. Karies und Entzündungen des Zahnfleisches beeinträchtigen das Wohlbefinden und können auch weitreichende Spätfolgen für die allgemeine Gesundheit haben [187].

Zähne bleiben gesund durch regelmäßige Mundhygiene, regelmäßige Kontrollen beim Zahnarzt, zahngesunde Ernährung und Anwendung von Fluoriden. Zahngesundheitserziehung und richtige Zahnpflege vom ersten Zahn an sind wichtige Voraussetzungen für lebenslang gesunde Zähne. Ein gesundes Milchgebiss ist die Grundlage für ein gesundes Erwachsenengebiss, denn Karies wird auch auf die bleibenden Zähne übertragen, sodass ein kariesfreies Milchgebiss die Weichen stellt für die spätere Mundgesundheit [45].

Gruppenprophylaxe in Baden-Württemberg

Ein Baustein in der Gesunderhaltung der Zähne ist neben dem eigenen Verhalten und den regelmäßigen Zahnarztbesuchen vor allem auch die Gruppenprophylaxe. In Baden-Württemberg wird dies durch die regionale Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit dezentral umgesetzt. Zu den Maßnahmen gehören zahnärztliche Untersuchungen, Motivation und Anleitung zur Mundhygiene, Zahnschmelzhärtungen und Ernährungsberatung. Im Schuljahr 2018/19 wurden dadurch landesweit ca. 300.000 Kinder in Kindertageseinrichtungen erreicht, dies entspricht etwa 74 % aller Kinder in Kindertageseinrichtungen in Baden-Württemberg [182].

Um die Entwicklung der Zahngesundheit der Kinder zu erfassen, wird in regelmäßigen Abständen im Rahmen von **Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe** die Zahngesundheit der Kinder untersucht. Diese Studien werden von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) initiiert und in allen Bundesländern gleich-

zeitig durchgeführt.

Daten zur Zahngesundheit von Kindern im Kindergartenalter gibt es für Baden-Württemberg nicht. Allerdings liefern Daten von 6- bis 7-jährigen Erstklässlerinnen und Erstklässlern Hinweise auf die Zahnsituation in der frühen Kindheit.

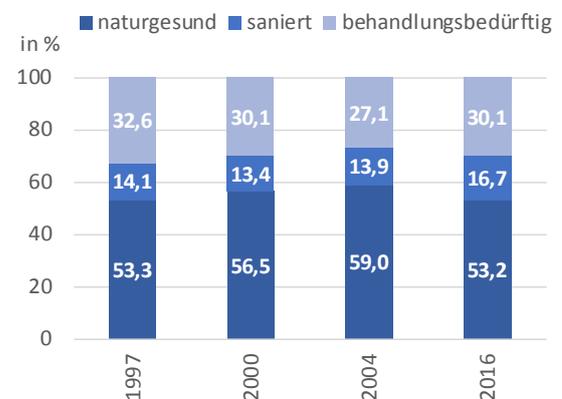
Über die Hälfte mit naturgesundem Gebiss

Unter Einschluss bleibender Zähne zeigten im Jahr 2016 etwa 53 %, also über die Hälfte der 6- bis 7-Jährigen in Baden-Württemberg, naturgesunde Gebisse (s. [Abb. 73](#)) [112]. Das bedeutet, dass diese Kinder über keine manifeste Karies¹⁶ verfügen. Insgesamt 30 % der Kinder waren behandlungsbedürftig, ihre Zähne hatten kariöse Defekte. Bei 17 % waren alle behandlungsbedürftigen Zähne bereits mit einer Füllung versorgt, ihre Gebisse gelten somit als saniert [112]. Baden-Württemberg liegt nahe dem bundesweiten Durchschnitt (naturgesund: 54 %, behandlungsbedürftig: 29 %, saniert: 17 %).

Der Anteil der 6- bis 7-Jährigen mit naturgesundem Gebiss ist in den letzten Jahren von 59 % im Jahr 2004 auf 53 % im Jahr 2016 gesunken. Damit konnte der positive Trend, der zwischen 1997 und 2004 zu erkennen war, nicht fortgesetzt werden (s. [Abb. 73](#)) [109–111].

Abb. 73: Anteil der 6- bis 7-Jährigen in Baden-Württemberg mit und ohne Karieserfahrung von 1997 bis 2016

(Anteil in %; Quelle: Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe, DAJ, 1998-2017)



¹⁶ Auch Gebisse mit beginnender Karies (initiale Läsionen, die auf den Zahnschmelz begrenzt sind), werden als naturgesund bewertet.

Erstklässlerinnen und Erstklässler haben im Durchschnitt 1,9 kariöse Milchzähne

Zahngesundheit wird im nationalen und internationalen Vergleich durch den **dmft-Index**¹⁷ beschrieben. Dieser zählt die Anzahl der kariösen und behandelten Zähne pro Gebiss. Anschließend wird der Durchschnittswert pro Person berechnet.

Die Ergebnisse der Begleituntersuchungen zeigen, dass der landesweite dmft-Index bei den 6- bis 7-Jährigen im Jahr 2016 bei 1,9 lag [112]. Das bedeutet, dass jedes Kind der 1. Klasse im Schnitt fast zwei kariöse Milchzähne hatte [112].

Im Vergleich mit anderen Bundesländern liegen die baden-württembergischen Erstklässlerinnen und Erstklässler im Mittelfeld (s. [Abb. 74](#)).

Wiederanstieg kariesbetroffener Zähne

Betrachtet man die landesweiten Untersuchungsergebnisse der 6- bis 7-Jährigen im Verlauf der Jahre (s. [Abb. 75](#)), ist ein deutlicher Rückgang von

durchschnittlich 2,4 Zähnen mit Karieserfahrung im Schuljahr 1994/95 auf 1,6 Zähne mit Karieserfahrung im Jahr 2004 zu erkennen [108, 111]. Die aktuellsten Daten zeigen allerdings einen Wiederanstieg des Karieswertes auf 1,9. Zum ersten Mal seit Erfassung der Zahngesundheit liegt Baden-Württemberg damit über dem deutschlandweiten Durchschnitt.

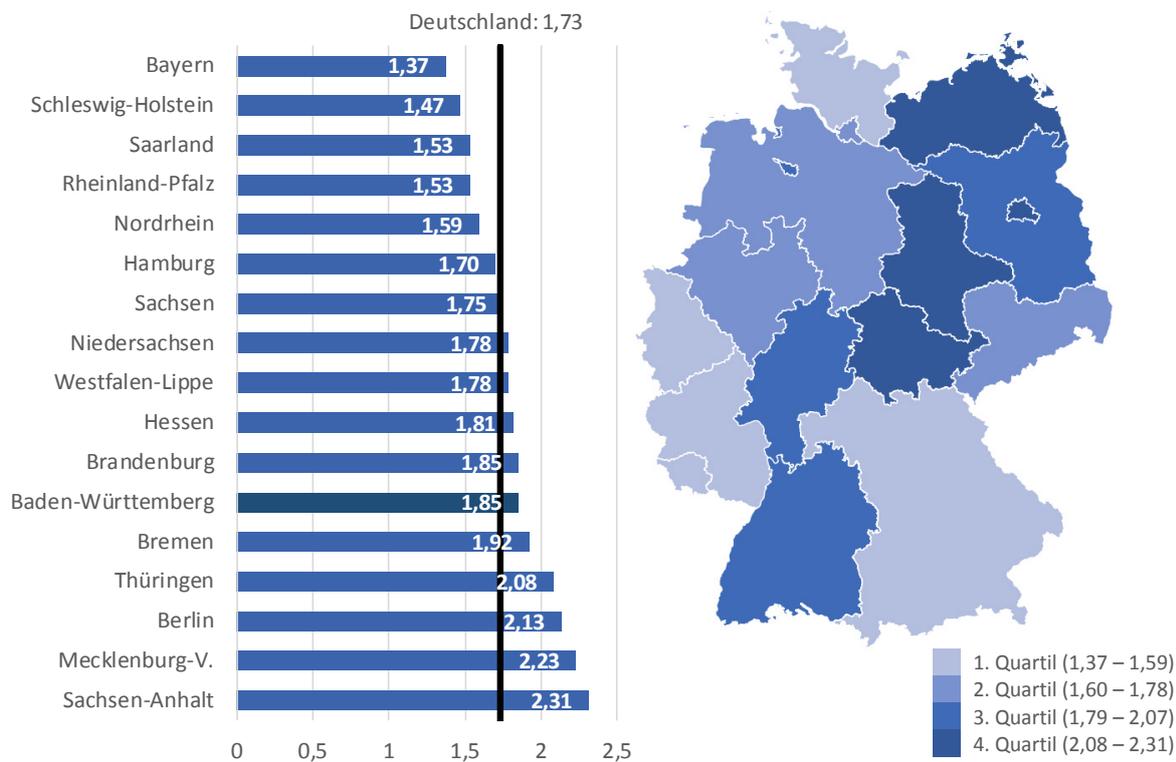
Wenige Kinder haben viel Karies

Auch wenn in den letzten Jahren ein Kariesrückgang in allen Bevölkerungsschichten vorhanden war, gibt es doch Gruppierungen, die besonders betroffen sind. Häufig zeigt sich das Bild, dass wenige Kinder besonders viel Karies haben (Kariespolarisation).

Hier spielen sozioökonomische Faktoren wie z. B. der Bildungsgrad der Eltern eine wichtige Rolle [47].

Abb. 74: dmft-Werte bei 6- bis 7-Jährigen in Deutschland nach KV-Bezirken im Jahr 2016

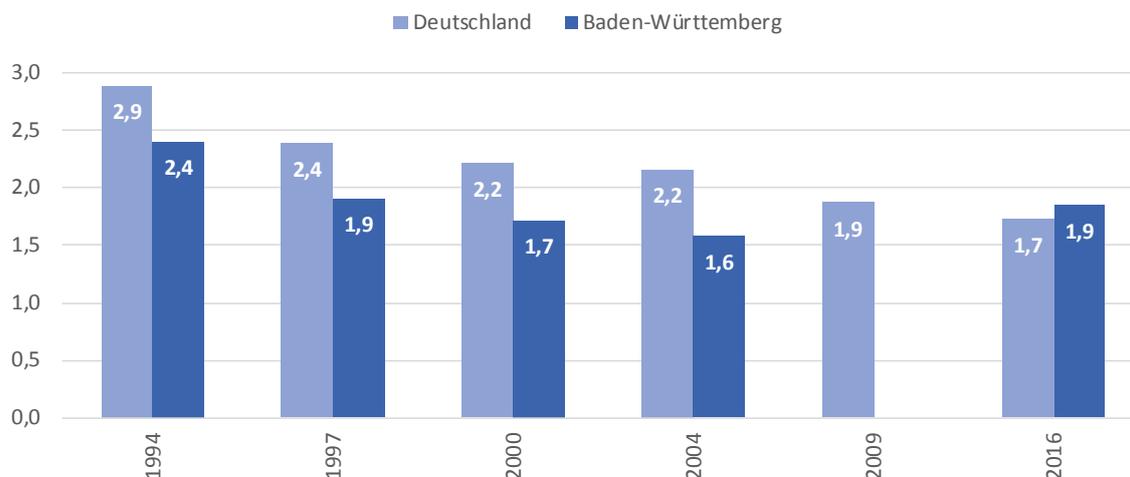
(Anzahl Kinder in D = 151.555; Quelle: Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe, DAJ, 2017)



¹⁷ dmft-Index: Ist die Maßzahl für die von Karies betroffenen Zähne (t=teeth), dabei bedeutet d=decayed (kariös), m=missing (fehlende) und f=filled (gefüllte).

Abb. 75: dmft-Werte in Deutschland und Baden-Württemberg von 1994 bis 2016 bei 6- bis 7-Jährigen

(im Jahr 2009 wurden in Baden-Württemberg keine Daten von 6- bis 7-Jährigen erfasst; Quelle: Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe, DAJ, 1995-2017)



Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Baden-Württemberg e. V. (LAGZ)

Die Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Baden-Württemberg e. V. (LAGZ) ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein, der von rund 22 Organisationen getragen wird. Sie alle haben ein gemeinsames Ziel: Die Erhaltung und Förderung der Zahngesundheit und damit die Verhütung von Zahn- und Munderkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.

Untergliedert ist die LAGZ in 37 regionale Arbeitsgemeinschaften in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs, die die zuvor beschriebene Gruppenprophylaxe durchführen.

Die LAGZ organisiert außerdem im Sinne ihrer Ziele Aus- und Fortbildungen für Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer sowie für

Fachkräfte. Zudem richtet sie jährlich eine landeszentrale Auftaktveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit in Baden-Württemberg aus.

Weitere Informationen unter:

www.lagz-bw.de



4.5 Psychische Gesundheit

Psychische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten können schon im jungen Kindesalter auftreten. Nach Ergebnissen der jüngsten KiGGS-Studie vom RKI (2014-2017) besteht bei 14 % der Mädchen und 21 % der Jungen im Alter von 3 bis 5 Jahren ein Risiko für psychische Auffälligkeiten [57].

Eine psychische Störung kann sich in vielfältigen Formen zeigen. Die häufigsten Diagnosen im Vorschulalter sind **Entwicklungsstörungen**, gefolgt von **Verhaltens- und emotionalen Störungen**, wie zum Beispiel die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) [179].

Zu den häufigsten Entwicklungsstörungen zählen insbesondere Störungen des Sprechens und der Sprache, sowie motorische Störungen [189]. Diese zwei Entwicklungsbereiche werden auch in der ESU überprüft, siehe hierzu auch Kapitel Sprachkompetenz (4.2) bzw. Motorische Entwicklung (4.3).

Nachfolgend wird nur auf die ADHS genauer eingegangen.

ADHS oder das „Zappelphilipp-Syndrom“

Unkonzentriert, zappelig und oftmals impulsiv: Laut den ambulanten Abrechnungsdaten von 2016 sind deutschlandweit rund 4 % der Kinder im Alter zwischen 5 und 14 Jahren von Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) betroffen¹⁸ [1]. Damit stellt ADHS eine der häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter dar. Diese kann bis ins Erwachsenenalter hinein bestehen bleiben.

ADHS hat drei Kernsymptome

Zu den Kernsymptomen der ADHS gehören: Störungen der Aufmerksamkeit, übersteigerter Bewegungsdrang („Hyperaktivität“) und Impulsivität. Die einzelnen Symptome können unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Nicht jedes Kind, das unaufmerksam oder unruhig ist, hat ADHS. Voraussetzungen für eine ADHS-Diagnose sind unter anderem das Auftreten von Kernsymptomen über einen längeren Zeitraum (mind. 6 Monate).

Diese führen zu sozialen Konflikten innerhalb der Familie, aber auch in anderen Lebensbereichen, wie z. B. in der Kindertageseinrichtung oder in der Schule. ADHS geht mit einer hohen psychischen Komorbidität einher: Etwa zwei Drittel der von ADHS betroffenen Kinder haben weitere psychische Störungen.

Die Ursache von ADHS ist multifaktoriell, mehrere Komponenten sind für die Entstehung relevant. Allerdings geht man davon aus, dass genetische Faktoren die größte Rolle spielen [1].

Diagnose wird oftmals erst nach Schuleintritt gestellt

ADHS tritt meist schon in den ersten fünf Lebensjahren auf. Jedoch ist eine sichere Diagnosestellung im Vorschulalter oftmals schwierig. Daher wird die Diagnose häufig erst nach dem Eintritt in die Schule gestellt (s. [Abb. 76](#)). Die Störung der Aufmerksamkeit wird im Schulalter besonders offensichtlich, da der Schulunterricht erhöhte Anforderung an die Konzentration stellt. Auch ist in der Schule längeres Stillsitzen gefordert, dies fällt Kindern mit dem „Zappelphilipp-Syndrom“, wie ADHS auch umgangssprachlich genannt wird, jedoch schwer.

ADHS wird bei Jungen deutlich häufiger diagnostiziert

Während Jungen häufiger Aufmerksamkeitsstörungen mit einem leicht zu beobachteten übersteigerten Bewegungsdrang zeigen, weisen Mädchen häufiger Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität auf. Insgesamt wurde ADHS mit einem übersteigenden Bewegungsdrang bei Jungen dreimal häufiger als bei Mädchen diagnostiziert [1]. In den letzten Jahren ist die Prävalenz weitgehend konstant geblieben [1]. Der Geschlechterunterschied ist auch in [Abb. 76](#) deutlich erkennbar.

Geringe regionale Unterschiede auf Länderebene

Im Bundesländervergleich liegt Baden-Württemberg mit einer Diagnoseprävalenz von 4 % im Mittelbereich (s. [Abb. 77](#)) [1].

¹⁸ Eingeschlossen wurden Kinder, bei denen die ADHS-Diagnose in mindestens zwei unterschiedlichen Quartalen eines Kalenderjahres kodiert wurde. Die Diagnoseprävalenz wurde jeweils als Anteil der ADHS-Fälle zu allen Versicherten, die mindestens einmal im jeweiligen Kalenderjahr vertragsärztliche Leistung in Anspruch genommen hatten, bestimmt [1].

Abb. 76: ADHS-Diagnoseprävalenzen im Jahr 2016 in Deutschland nach Alter und Geschlecht

(Prävalenz in %, Quelle: ambulante Abrechnungsdaten, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), 2018)

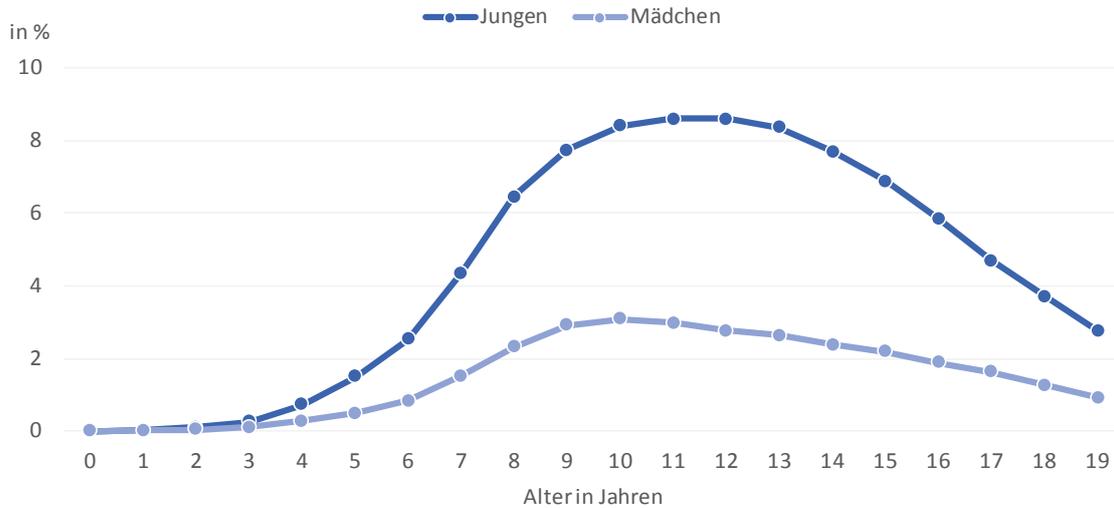
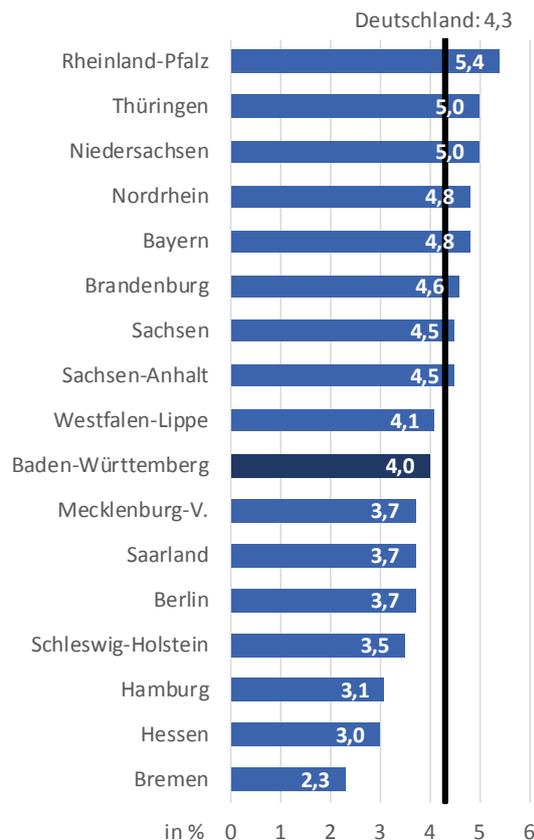


Abb. 77: ADHS-Diagnoseprävalenz bei Kindern im Alter von 5 bis 14 Jahren nach KV-Bezirken im Jahr 2016

(Prävalenz in %, Quelle: ambulante Abrechnungsdaten, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), 2018)



Einschulungsuntersuchungen liefern Hinweise auf Hyperaktivität

Wie bereits beschrieben ist eine ADHS-Diagnose im Vorschulalter häufig nicht hinreichend sicher möglich. Im Rahmen der ESU, die noch im Vorschulalter stattfindet, können dennoch Kinder mit einem erhöhten Risiko für ADHS identifiziert werden. Durch die Untersuchung ist allerdings keine ADHS-Diagnose möglich, es werden lediglich Hinweise auf eine Hyperaktivität des Kindes geliefert. Die pädagogischen Fachkräfte der Kindertageseinrichtungen füllen hierzu einen Fragebogen zur körperlichen Aktivität und Aufmerksamkeit des Kindes aus.

Die Daten dürfen keinesfalls als ADHS-Prävalenz interpretiert werden und sind auch nicht mit der Diagnoseprävalenz aus den Abrechnungsdaten der KV vergleichbar.

Sechs Prozent der Vorschulkinder zeigen Hinweise

Nach Angaben der Erzieherinnen und Erzieher bestand im Jahr 2019 bei rund 6 % der untersuchten 4- bis 5-jährigen Kinder ein Hinweis auf eine auffällige Unruhe (Hyperaktivität) in der Kindertageseinrichtung. Weitere 4 % zeigten grenzwertige Auffälligkeiten (s. [Abb. 78](#)) [67].

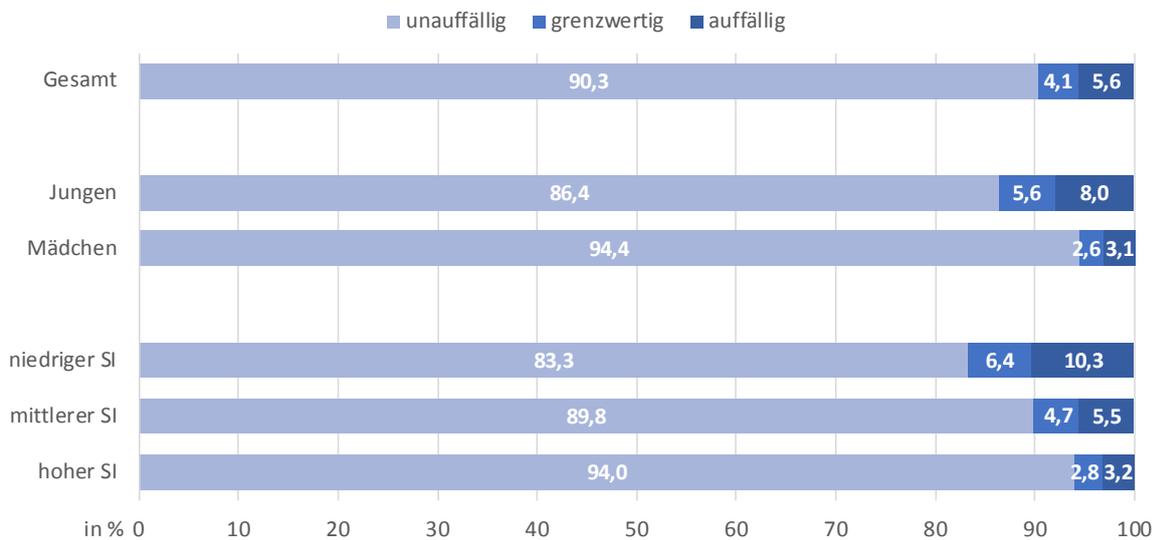
Jungen und Kinder aus sozial benachteiligten Familien sowie Migrationskinder sind häufiger betroffen

Jungen zeigten deutlich häufiger Hinweise auf eine Hyperaktivität als Mädchen (8 % bzw. 3 %)

[67]. Zudem waren Kinder aus sozial benachteiligten Familien dreimal häufiger betroffen als Kinder aus einem sozial besser gestellten Elternhaus (10 % bzw. 3 %) (s. [Abb. 78](#)).

Abb. 78: Hinweise auf Hyperaktivität nach Geschlecht und Sozialstatus in der ESU

(SI = Sozialindex; Anzahl Kinder = 71.321; Anzahl Kinder mit Angaben zum SI = 39.804; Anteil in %; Quelle: ESU-Daten 2019, eigene Auswertung, Landesgesundheitsamt BW, 2020)



Zentrales ADHS-Netz

Das zentrale ADHS-Netz ist ein bundesweites Netzwerk, das sich für die bessere Versorgung von ADHS-Betroffenen einsetzt. Das Bundesministerium für Gesundheit hat das Netzwerk finanziell gefördert.

Das zentrale ADHS-Netz betreibt zwei Informationsplattformen:

Die Website www.zentrales-adhs-netz.de richtet sich an Therapeuten und Pädagogen. Diese erhalten hier Informationen zu aktuellen Themen sowie über regionale Versorgungsmöglichkeiten.

Die zweite Website www.adhs.info richtet sich vorwiegend an ADHS-Betroffene sowie deren Angehörigen. Diese finden Informationen rund um das Thema ADHS zielgruppenspezifisch aufbereitet.



Auf beiden Seiten finden sich Informationen zu regionalen ADHS-Netzen. Regionale Netze sind lokale, interdisziplinär organisierte Versorgungsnetze für Menschen mit ADHS.

In Baden-Württemberg gibt es neun regionale ADHS-Netze (s. [Abb. 79](#)).

Abb. 79: Standorte regionaler ADHS-Netze in Baden-Württemberg



4.6 Krankheiten

4.6.1 Vollstationäre Krankenhausaufenthalte

Ist das Kind krank, reicht in den meisten Fällen eine ambulante Versorgung durch die Kinderärztin bzw. den Kinderarzt. In bestimmten Fällen ist jedoch ein Krankenhausaufenthalt notwendig. Nachfolgend wird auf die vollstationären Aufenthalte im Krankenhaus näher eingegangen. Die Daten der verwendeten Krankenhausstatistik stellen allerdings nicht die häufigsten Krankheiten der Kinder dar, sondern geben lediglich die Hospitalisierungsgründe an. Die Daten sind vorsichtig zu bewerten, da mehrfache stationäre Aufenthalte zur selben Krankheit auch mehrfach gezählt werden [2]. Die Behandlungsfälle müssen deshalb als Krankenhausbehandlungen insgesamt und nicht als Anzahl einzelner behandelter Personen interpretiert werden.

Krankheiten des Atmungssystems als häufigster Hospitalisierungsgrund

Landesweit wurden im Jahr 2017 insgesamt rund

128.500 vollstationäre Krankenhausbehandlungen bei den **unter 1-Jährigen** durchgeführt, dies entspricht etwa 119.700 Behandlungsfällen pro 100.000 Kinder unter 1 Jahr. Baden-Württemberg liegt damit unter dem Bundesdurchschnitt von knapp 125.000 Behandlungsfällen pro 100.000 Kinder in dieser Altersgruppe (s. [Abb. 81](#)) [136].

Bei den Behandlungsfällen handelte es sich mehrheitlich um Behandlungen im Zusammenhang mit der Geburt des Kindes (ICD-10: Z30-Z39) und um spezifische Erkrankungen in der Perinatalperiode (bis zum siebten Tag nach der Geburt) (ICD-10: P00-P96). Abgesehen davon, waren die häufigsten Behandlungsfälle aufgrund von Erkrankungen des Atmungssystems, Verletzungen äußerer Ursachen sowie Infektionskrankheiten (s. [Abb. 80](#)) [136].

Abb. 80: Die sechs häufigsten Diagnosegruppen der Krankenhausbehandlungsfälle bei unter 1-Jährigen in Baden-Württemberg im Jahr 2017 nach Geschlecht

(ICD-10; Fälle pro 100.000 Kinder unter 1 Jahr, *beinhaltet Geburtsfälle; Quelle: Krankenhausstatistik, Destatis, 2020)

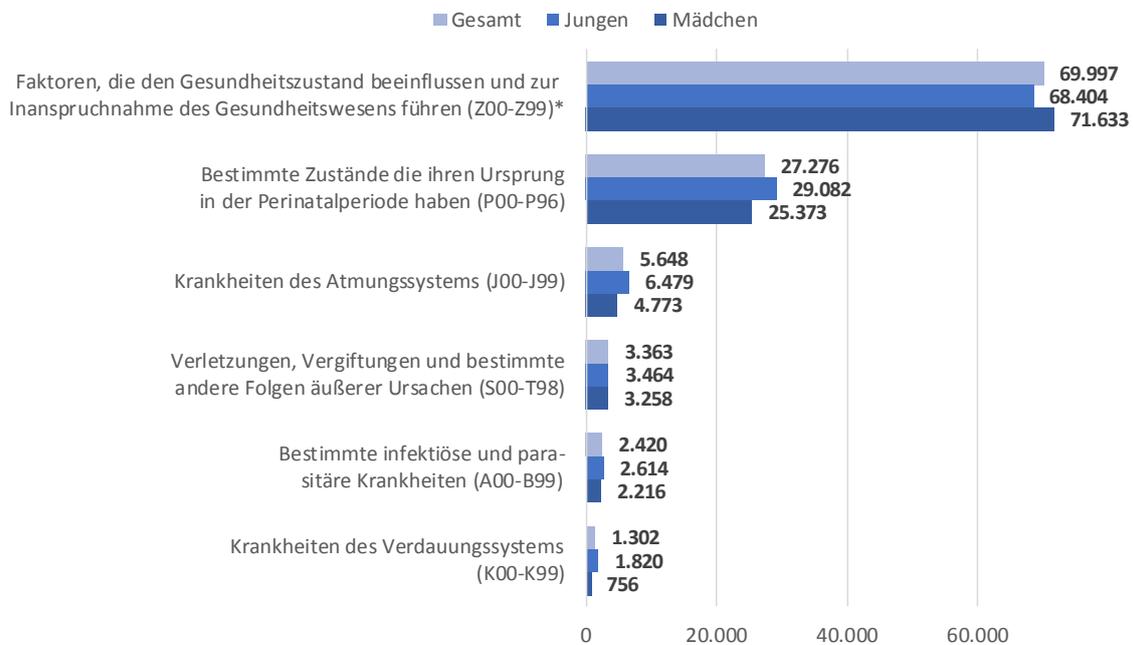


Abb. 81: Vollstationäre Krankenhausbehandlungsfälle bei unter 1-Jährigen in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2017

(Fälle pro 100.000 Kinder unter 1 Jahr; Quelle: Krankenhausstatistik, Destatis, 2020)



Bei den **1- bis unter 5-Jährigen** waren es landesweit im Jahr 2017 insgesamt fast 37.950 vollstationäre Behandlungen in Krankenhäusern, dies entspricht ca. 9.300 Fällen pro 100.000 Kinder zwischen 1 und 5 Jahren. Auch hier liegt Baden-Württemberg unter dem Bundesdurchschnitt von 11.100 Fällen (s. [Abb. 82](#)) [136].

Im Bundesländervergleich zeigt sich, dass in den ostdeutschen Ländern generell mehr Krankenhausbehandlungen stattfanden als in den Westdeutschen. Dies lässt sich vermutlich auf noch immer vorhandene Unterschiede in den Lebensverhältnissen zurückführen [64].

Krankheiten des Atmungssystems sind landesweit der häufigste Grund für einen Krankenhausaufenthalt in dieser Altersgruppe, es folgen Verletzungen durch äußere Ursachen sowie infektiöse Krankheiten (s. [Abb. 83](#)) [136].

Abb. 82: Vollstationäre Krankenhausbehandlungsfälle bei den 1- bis unter 5-Jährigen in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2017

(Fälle pro 100.000 Kinder zwischen 1 und 5 Jahren; Quelle: Krankenhausstatistik, Destatis, 2020)

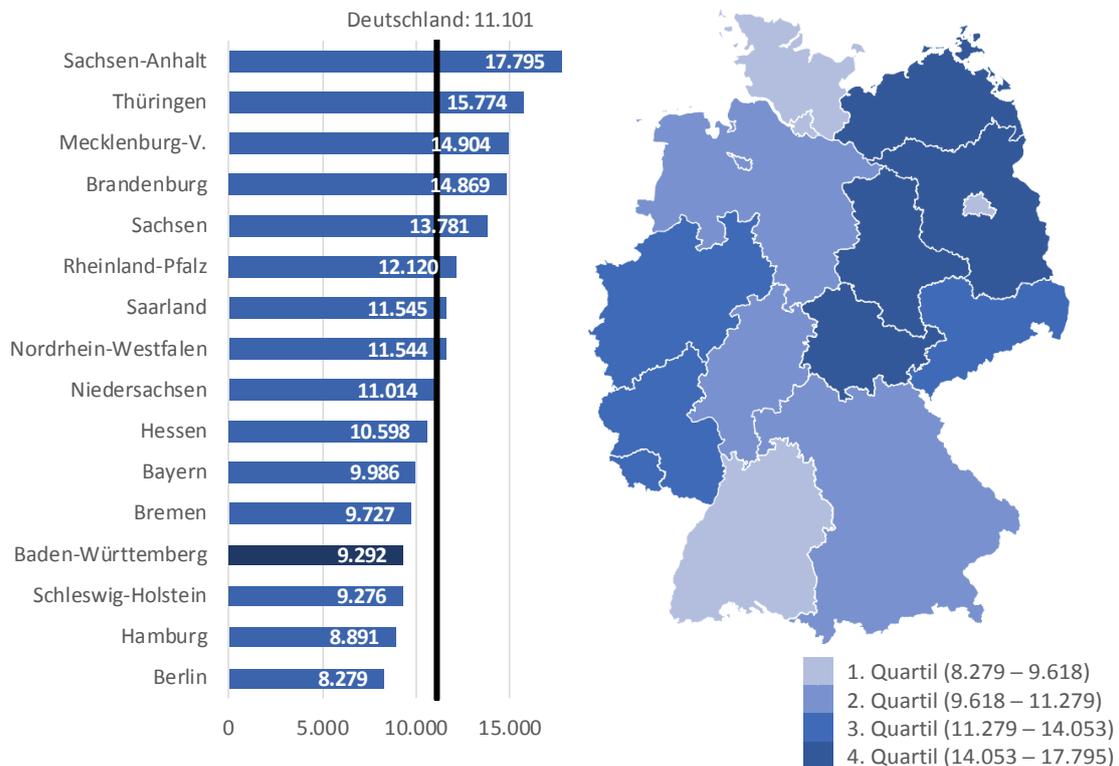
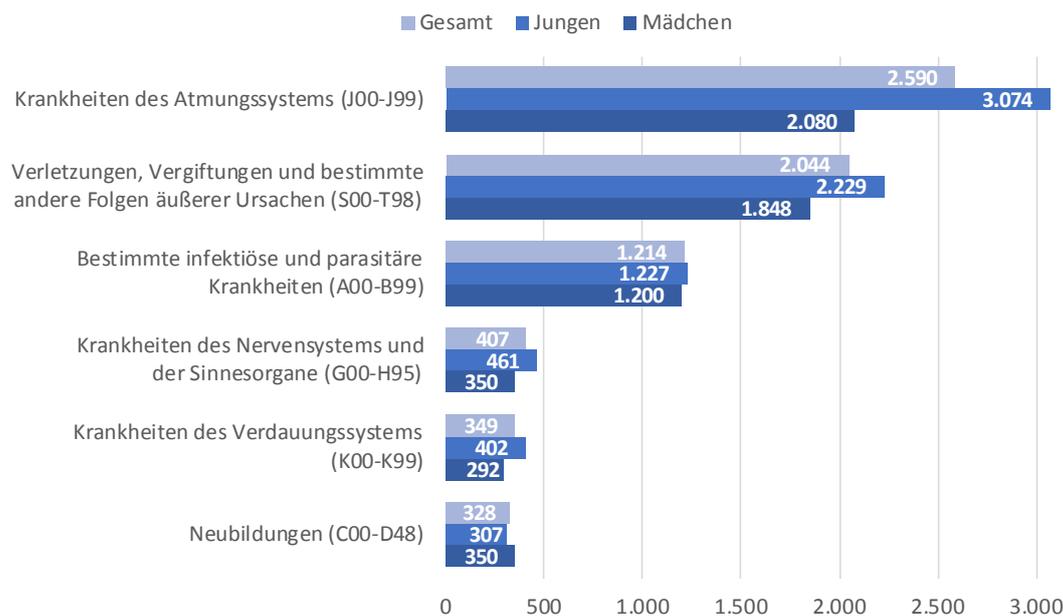


Abb. 83: Die sechs häufigsten Diagnosegruppen der Krankenhausbehandlungsfälle bei den 1- bis unter 5-Jährigen in Baden-Württemberg im Jahr 2017 nach Geschlecht

(ICD-10; Fälle pro 100.000 Kinder zwischen 1 und 5 Jahren; Quelle: Krankenhausstatistik, Destatis, 2020)



Jungen sind häufiger in vollstationärer Krankenhausbehandlung

In [Abb. 80](#) und [Abb. 83](#) ist erkennbar, dass Jungen tendenziell häufiger als Mädchen aufgrund der genannten Krankheiten stationär behandelt wurden. Im Jahr 2017 waren es insgesamt ca. 33.600 Jun-

gen und etwa 30.800 Mädchen pro 100.000 Kinder im Alter von unter 5 Jahren [136]. Dies kann teilweise darauf zurückgeführt werden, dass in Baden-Württemberg generell etwas mehr Jungen als Mädchen leben.

Krankheiten des Atmungssystems (ICD-10: J00-J99)

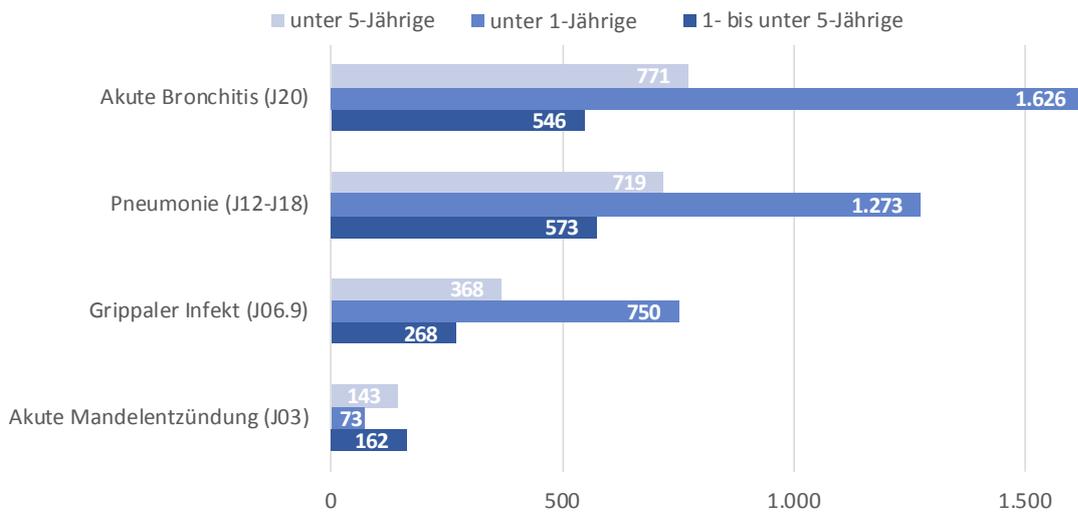
Eine Erkrankung des Atmungssystems ist in Baden-Württemberg, abgesehen von den Behandlungen im Zusammenhang mit der Geburt und Perinatalperiode, der häufigste Hospitalisierungsgrund bei Kindern unter 5 Jahren. Die Behandlungsfälle beziehen sich hierbei an erster Stelle auf akute Infektionen der unteren Atemwege, zu denen insbesondere auch die **akute Bronchitis** gehört. Von akuter Bronchitis spricht man, wenn die Schleimhaut, die die Bronchien auskleidet, entzündet ist [43]. Bei den unter 5-Jährigen gab es im Jahr 2017 hierzu insgesamt knapp 4.000 stationäre Behandlungsfälle, dies entspricht 771 Fällen pro 100.000 Kinder unter 5 Jahren [136].

An zweiter Stelle der Krankheiten des Atmungssystems steht die **Pneumonie** (Lungenentzündung). Das Lungengewebe und die Atemwege im Brustraum können hierbei entzündet sein. Es gab 2017 insgesamt 3.700 Pneumonie-Fälle bei Kindern unter 5 Jahren, die in Krankenhäusern behandelt

wurden. Dies entspricht 719 Fällen pro 100.000 Kinder in dieser Altersgruppe [136].

Schließlich zählt zu den häufigsten stationären Fällen des Atmungssystems auch die unspezifische akute Infektion der oberen Atemwege, wovon insbesondere ein **grippaler Infekt** gezählt wird. Dies ist eine normale Erkältung, die bei Kindern bis zum Schulalter durchschnittlich sechs- bis zehnmal im Jahr auftreten kann [7]. Insgesamt gab es 1.900 stationäre Behandlungsfälle aufgrund eines grippalen Infekts (368 Fälle pro 100.000 Kinder) [136]. Auch die **Mandelentzündung**, die ebenfalls zur akuten Infektion der oberen Atemwege zählt, spielt mit rund 740 Fällen keine unwesentliche Rolle (143 pro 100.000 Kinder) [136]. Generell sind Neugeborene und Säuglinge stärker von den hier genannten Krankheiten des Atmungssystems betroffen als Kleinkinder (s. [Abb. 84](#)). Ihr Immunsystem ist noch weniger ausgereift und dadurch anfälliger für Erreger.

Abb. 84: Krankheiten des Atmungssystems (ICD-10: J00-J99) – die häufigsten Untergruppen vollstationärer Behandlungsfälle in Baden-Württemberg im Jahr 2017 nach Altersgruppen
(ICD-10; Fälle pro 100.000 Kinder unter 5 Jahren; Quelle: Krankenhausstatistik, Destatis, 2020)



Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (ICD-10: A00-B99)

Die Diagnosegruppe der infektiösen und parasitären Krankheiten zählt ebenfalls zu den häufigsten Hospitalisierungsgründen bei Kindern unter 5 Jahren.

An erster Stelle der Behandlungsfälle dieser Diagnosegruppe stehen die **infektiösen Darmkrankheiten** (s. [Abb. 85](#)). Im Jahr 2017 gab es hierzu insgesamt ca. 4.860 vollstationäre Behandlungsfälle, das entspricht 942 Fällen pro 100.000 Kinder unter 5 Jahren [136].

Es folgen **sonstige infektiöse Erkrankungen**, deren Erreger nicht näher bezeichnet, bakteriell oder viral sind [136].

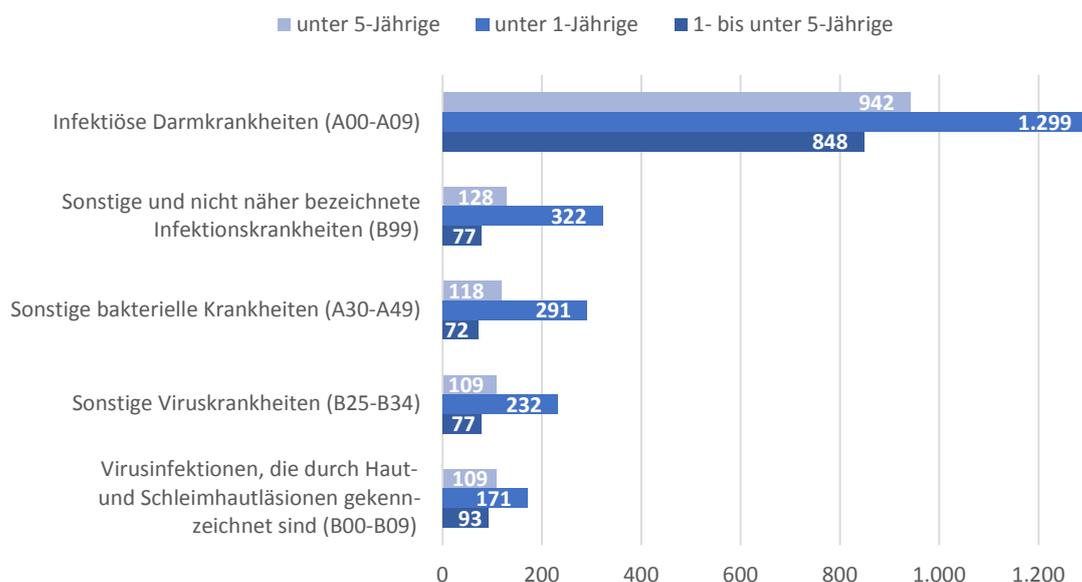
Wie bei den Krankheiten des Atmungssystems bereits aufgezeigt, werden auch bei den infektiösen und parasitären Krankheiten die Neugeborenen

häufiger als die 1- bis unter 5-Jährigen aufgrund der genannten Krankheiten stationär behandelt (s. [Abb. 85](#)).

Infektiöse Darmkrankheiten (ICD-10: A00-A09)

Die infektiösen Darmkrankheiten machen einen Anteil von 64,3 % an allen infektiösen und parasitären Krankheiten aus. Die dazugehörigen Behandlungsfälle lassen sich vor allem auf Magen-Darm-Entzündungen infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs (498 Fälle pro 100.000), sowie auf virusbedingte Darminfektionen (406 Fälle pro 100.000) zurückführen. Bakterielle Darminfektionen sind in diesem Alter hingegen eher selten (23 Fälle pro 100.000) [136].

Abb. 85: Infektiöse und parasitäre Krankheiten (ICD 10: A00-B99) – die häufigsten Untergruppen vollstationärer Behandlungsfälle in Baden-Württemberg im Jahr 2017 nach Altersgruppen
(ICD-10; Fälle pro 100.000 Kinder unter 5 Jahren; Quelle: Krankenhausstatistik, Destatis, 2020)



Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (ICD-10: S00-T98)

Die Diagnosegruppe „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (ICD-10: S00-T98)“ gilt ebenfalls als ein häufiger Grund für vollstationäre Krankenhausaufenthalte bei Kindern.

Die **Verletzungen des Kopfes** stehen hierbei an erster Stelle (s. [Abb. 86](#)). Im Jahr 2017 gab es insgesamt ca. 8.160 vollstationäre Fälle bei den unter 5-Jährigen in Baden-Württemberg, dies entspricht 1.582 Fällen pro 100.000 Kinder dieser Altersgruppe [136].

Es folgen **Verbrennungen und Verätzungen der äußeren Körperoberfläche**, vor allem betreffen diese Fälle den Rumpf sowie das Handgelenk und die Hände. Insgesamt gab es hierzu rund 700 Fälle, das entspricht 137 Fällen pro 100.000 Kinder unter 5 Jahren [136].

Etwa ähnlich viele Fälle (136 pro 100.000) werden den **sonstigen und nicht näher bezeichneten Schäden** zugeordnet, worunter besonders die Schäden durch Nahrungsmittelunverträglichkeiten sowie durch elektrischen Strom zählen [136].

Schließlich sind auch **Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers** durch eine natürliche Körperöffnung ein häufiger Behandlungsfall bei den unter 5-Jährigen. Hierzu gab es 2017 insgesamt 397 Fälle, das sind 77 pro 100.000 unter 5-Jährige [136]. Insbesondere wurden die Fremdkörper in den Atemwegen und im Verdauungstrakt lokalisiert.

Verletzungen des Kopfes (ICD-10: S00-S09)

Etwa 70 % der Behandlungsfälle in der Diagnosegruppe der Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen beziehen sich auf Verletzungen des Kopfes (ICD-10: S00-S09).

Die Neugeborenen sind hiervon besonders betroffen. Es ist deutlich zu erkennen, dass intrakranielle Verletzungen, gemeint sind vor allem Gehirnerschütterungen, mit fast 1.070 Fällen die häufigsten Behandlungen ausmachen (67 %) (s. [Abb. 87](#)) [136].

Abb. 86: Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (ICD-10: S00-T98) – die häufigsten Untergruppen vollstationärer Behandlungsfälle in Baden-Württemberg im Jahr 2017 nach Altersgruppen
(ICD-10; Fälle pro 100.000 Kinder unter 5 Jahren; Quelle: Krankenhausstatistik, Destatis, 2020)

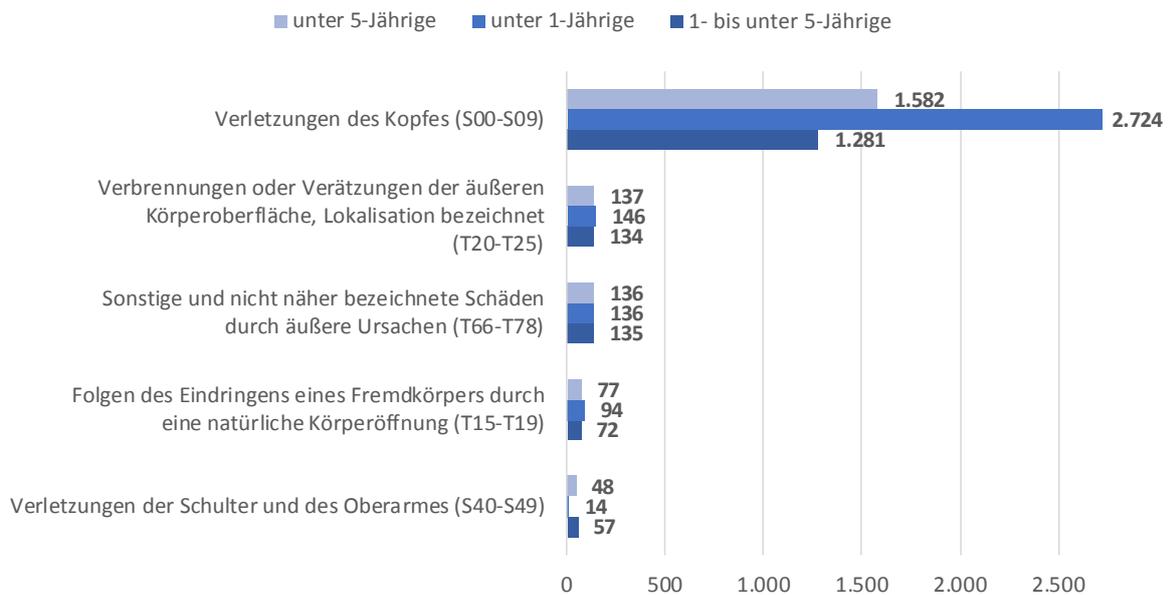
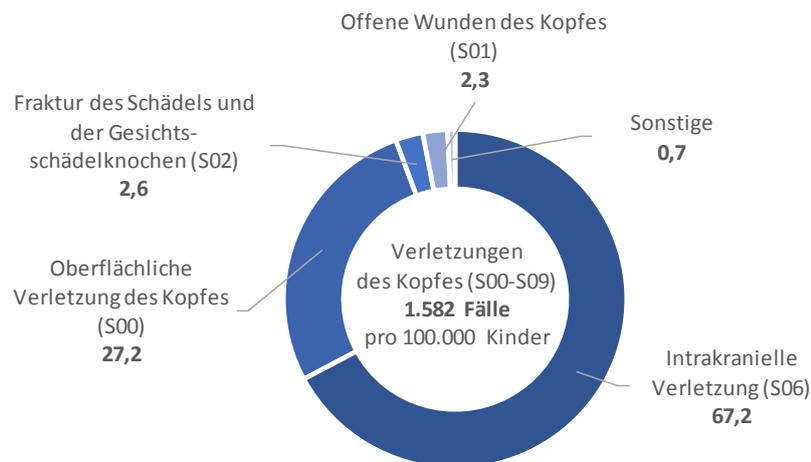


Abb. 87: Vollstationäre Krankenhausbehandlungsfälle mit Verletzungen des Kopfes in Untergruppen bei unter 5-Jährigen in Baden-Württemberg im Jahr 2017

(ICD-10; Anteil in %; Quelle: Krankenhausstatistik, Destatis, 2020)



Exkurs: Verletzungen und Unfälle mit Todesfolge

Verletzungen gelten bundes-, aber auch europa- und weltweit als ein vorrangiges Gesundheitsproblem im Kindes- und Jugendalter [30]. In Deutschland sind Verletzungen, nach angeborenen Fehlbildungen, für Kinder zwischen 1 und 5 Jahren die häufigste Todesursache. 17 % der Sterbefälle lassen sich in diesem Alter auf Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen zurückführen [29].

In Baden-Württemberg zeigt sich ein sehr ähnliches Bild. Rund 15 % aller Sterbefälle bei den

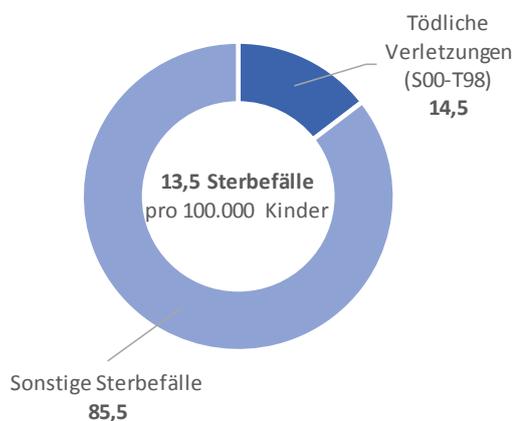
1- bis unter 5-Jährigen sind verletzungsbedingt (s. [Abb. 88](#)). Diese tödlichen Verletzungen treten dreimal häufiger bei Jungen als bei Mädchen auf [139].

Im Jahr 2017 gab es bei den unter 5-Jährigen landesweit insgesamt 14 verletzungsbedingte Sterbefälle, davon traten sechs Fälle bei den unter 1-Jährigen und acht Sterbefälle bei den Kindern zwischen 1 bis unter 5 Jahren auf [139].

Acht der insgesamt 14 Sterbefälle sind auf Unfälle zurückzuführen. Die weiteren sechs Sterbefälle wurden durch tätliche Angriffe (Gewalt) verur-

sacht [139]. Allerdings ist es häufig auch unklar, ob die Todesursache unfall- oder gewaltbedingt ist. Säuglinge haben generell ein höheres Risiko, eine tödliche Verletzung zu erfahren.

Abb. 88: Anteil tödlicher Verletzungen (ICD-10: S00-T98) an allen Sterbefällen bei den 1- bis unter 5-Jährigen in Baden-Württemberg im Jahr 2017 (ICD-10; Anteil in %; Quelle: Todesursachenstatistik, Destatis, 2020)



Schütteln ist lebensgefährlich!

Die ersten Monate mit einem Baby sind für Eltern oftmals eine Herausforderung, besonders wenn das Neugeborene viel weint und sich nur schwer beruhigen lässt. Wenn die Nerven der Eltern blank liegen, kann es zu einem kurzen Kontrollverlust kommen – das Kind wird geschüttelt.

Das Schütteln von Babys und Kleinkindern geht jedoch mit einer großen Gefahr einher und ist lebensgefährlich. Der Kopf schlägt beim Schütteln ungeschützt hin und her, dadurch können Blutgefäße im Gehirn verletzt werden und bleibende Schäden verursachen. Hierzu zählen unter anderem Entwicklungsstörungen, körperliche und geistige Behinderung bis hin zum Tod.

Damit es erst gar nicht so weit kommt, finden Eltern bei Überforderung Hilfe bei Kinder- und Jugendärzten, Hebammen, Jugendämtern oder in der Gemeinde.

Das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und die Techniker Krankenkasse (TK) haben eine Informationskampagne gestartet, um Wissenslücken bei den Eltern zu schließen.

Der TK-Flyer „Schütteln ist lebensgefährlich“ soll Babys in Baden-Württemberg vor dem lebensgefährlichen Schütteltrauma schützen.

Den Flyer und weitere Informationen zu diesem Thema unter:

www.sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/2016_DE_TK_Flyer_Schuettern_lebensgefaehrlich.pdf



4.6.2 Vollstationäre Aufenthalte in Vorsorge- und Rehaeinrichtungen

In Baden-Württemberg wurden im Jahr 2017 insgesamt rund 2.400 Kinder unter 5 Jahren in Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen behandelt, dies entspricht 472 Fällen pro 100.000 Kinder in dieser Altersgruppe. Etwa 98 % dieser Behandlungen betrafen Kinder zwischen 1 und 5 Jahren. Säuglinge sind nur sehr selten betroffen [137].

Je nach Krankheitsbild verbringen Kinder unterschiedlich viele Tage in den Einrichtungen. Im Durchschnitt lag die Verweildauer allerdings bei 22,4 Tagen [137].

Jungen häufiger in Behandlung

Im Alter von unter 5 Jahren sind Jungen generell häufiger als Mädchen in einer vollstationären Vorsorge- oder Rehaeinrichtung zur Behandlung untergebracht. Im Jahr 2017 waren es insgesamt 526 Jungen und 415 Mädchen pro 100.000 Kinder unter 5 Jahren [137].

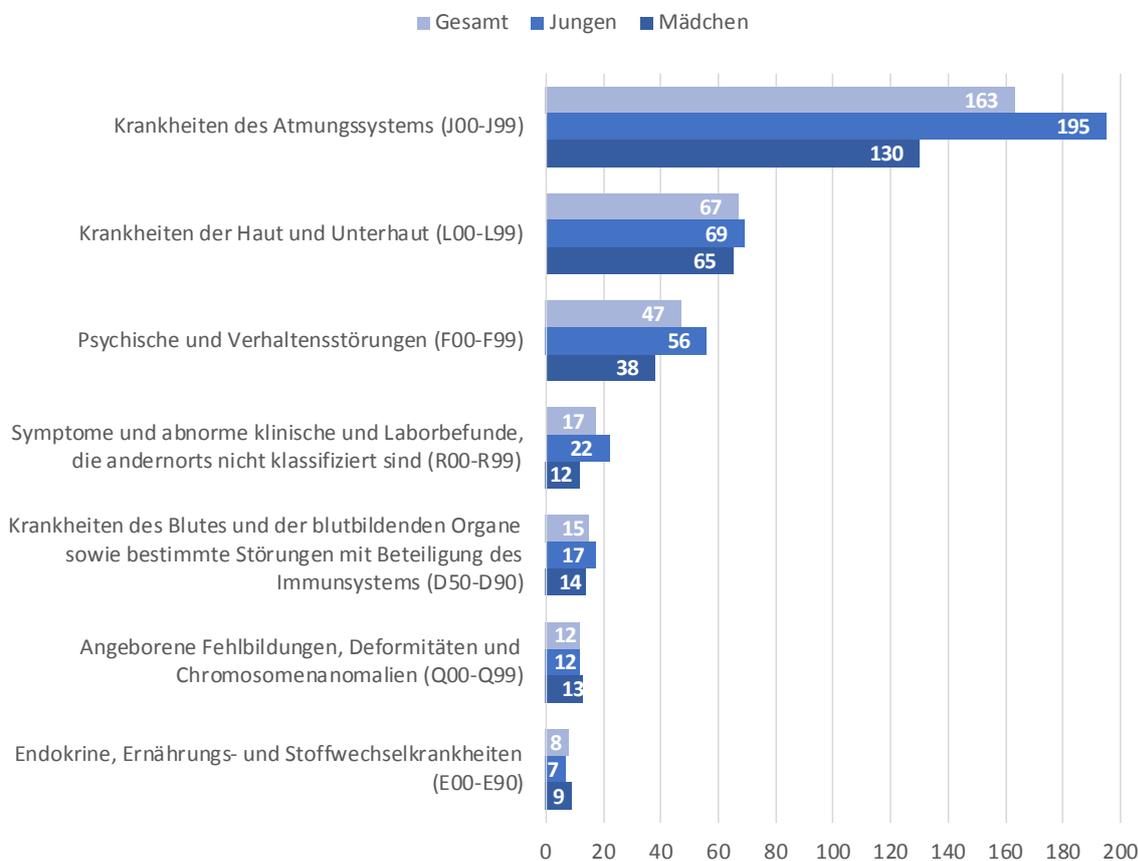
Asthma als häufigster Behandlungsanlass

Die häufigsten Anlässe eines vollstationären Aufenthaltes lassen sich anhand der Diagnosegruppen in [Abb. 89](#) beschreiben.

An erster Stelle stehen die Krankheiten des Atmungssystems, darunter fallen vor allem Asthma bronchiale und die chronisch obstruktive Lungenerkrankung. Mit insgesamt 248 Behandlungsfällen (48 Fälle pro 100.000 Kinder) ist Asthma bronchiale, als chronische Krankheit der unteren Atemwege, der häufigste Behandlungsanlass bei Kindern unter 5 Jahren [138]. Auch Krankheiten der Haut und der Unterhaut (v.a. Neurodermitis) sowie psychische und Verhaltensstörungen (v.a. Entwicklungsstörungen) zählen zu den Diagnosegruppen mit den häufigsten Fällen.

Abb. 89: Die sieben häufigsten Diagnosegruppen der Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen bei unter 5-Jährigen in Baden-Württemberg im Jahr 2017 nach Geschlecht

(ICD-10; Fälle pro 100.000 Kinder unter 5 Jahren; Quelle: Krankenhausstatistik, Destatis, 2020)



4.6.3 Chronische Krankheiten

Durch die Bekämpfung von Infektionskrankheiten sowie die Fortschritte der Geburtsmedizin und frühkindlichen Versorgung kam es im letzten Jahrhundert zu einer deutlichen Verbesserung der Kindergesundheit [105]. Allerdings zeigen sich heutzutage neue Gesundheitsbeeinträchtigungen die sich bereits im Kindes- und Jugendalter bemerkbar machen. Darunter zählt auch die Zunahme **chronischer Krankheiten** [184].

Eine einheitliche Definition chronischer Krankheiten existiert nicht [130]. Grundsätzlich werden unter der Begrifflichkeit unterschiedliche Erkrankungen subsummiert, die über ihre Nichtheilbarkeit sowie ihren langwierigen, unberechenbaren Verlauf charakterisiert werden [4]. Für die Betroffenen kann dies tiefgreifende Veränderungen des Lebens zur Folge haben. Zu den chronischen Beeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter zählen unter anderem Herzerkrankungen, Diabetes mellitus, Krampfanfälle, Heuschnupfen, Neurodermitis, Asthma bronchiale, spastische Bronchitis, Anämie (Blutarmut), Schilddrüsenerkrankungen und Migräne [131].

Im Nachfolgenden geben bundesweite Daten Hinweise zur Krankheitslast von chronischen Erkrankungen im Vorschulalter. Für Baden-Württemberg liegen keine gesonderten Zahlen vor.

Bundesweit haben etwa 14 % der Kinder im Kindergartenalter chronische Gesundheitsprobleme

Die Zahl der chronisch kranken Kinder ist statistisch nicht erfasst, aber es handelt sich keinesfalls um eine Seltenheit. In der Welle 1 der KiGGS-Studie (2009-2012) wurde die Frage nach dem Vorliegen lang andauernder, chronischer Krankheiten oder Gesundheitsproblemen von den Eltern für insgesamt 9 % der 0- bis 2-Jährigen und für 14 % der 3- bis 6-Jährigen bejaht [105].

Allergische Erkrankungen

Zu den häufigsten chronischen Beeinträchtigungen im Vorschulalter zählen allergische Erkrankungen. Sie haben in dieser Lebensphase einen ersten Schub. Besonders zu erwähnen sind **Heuschnupfen, Asthma bronchiale** und **Neurodermi-**

tis, durch ihre Krankheitsbeschwerden ist das alltägliche Leben der Betroffenen oftmals erheblich belastet [181].

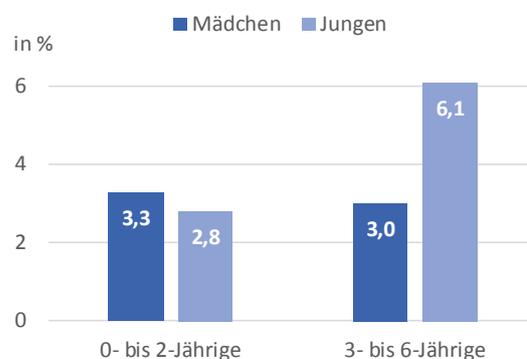
Heuschnupfen

Unter Heuschnupfen wird eine Allergie verstanden, bei der es aufgrund einer Überempfindlichkeitsreaktion der Nase und / oder der Augen zu Juckreiz, Niesattacken, verstärkter Tränen- und Schleimsekretion sowie erschwelter Nasenatmung kommt [49]. Hinzu kommt ein allgemeines Krankheitsgefühl mit Müdigkeit und Schwäche, das die spätere schulische Leistungsfähigkeit der Kinder beeinträchtigen kann [107]. Auslöser der Allergie sind vor allem Pflanzenpollen.

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie der Welle 2 berichten, dass 3 % der Kinder zwischen 0 und 2 Jahren sowie rund 5 % der 3- bis 6-Jährigen schon einmal in ihrem Leben eine ärztliche Heuschnupfendiagnose erhalten haben (s. [Abb. 90](#)) [181].

Abb. 90: Lebenszeitprävalenz von Heuschnupfen bei unter 7-Jährigen Mädchen und Jungen in Deutschland nach Alter in KiGGS Welle 2 (2014-2017)

(Anteil in %; Quelle: KiGGS-Studie, RKI, 2018)



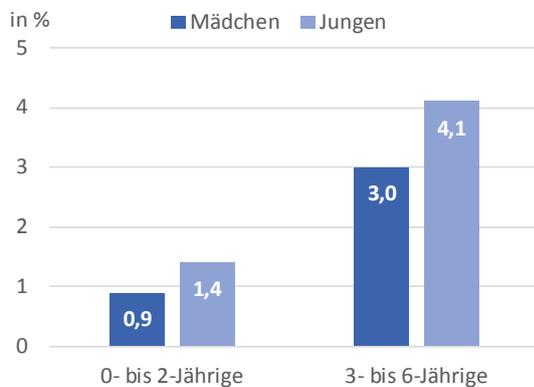
Asthma bronchiale

Asthma bronchiale wird durch eine Überempfindlichkeit der Bronchien gegenüber verschiedenartiger Reize ausgelöst. Durch anfallartige Verengungen des Bronchialsystems kann es beim Atmen zu Husten, Atemnot und Pfeifgeräuschen kommen [5]. Die Allergie ist häufig durch Pollen, Tierhaare oder Hausstaubmilben bedingt [191].

In Deutschland lag die Häufigkeit für eine jemals erhaltene Asthmadiagnose bei den 0- bis 2-Jähri-

gen bei 1 % und bei den Kindergartenkindern bei rund 4 % (s. [Abb. 91](#)) [181].

Abb. 91: Lebenszeitprävalenz von Asthma bronchiale bei unter 7-Jährigen Mädchen und Jungen in Deutschland nach Alter in KiGGS Welle 2 (2014-2017)
(Anteil in %; Quelle: KiGGS-Studie, RKI, 2018)



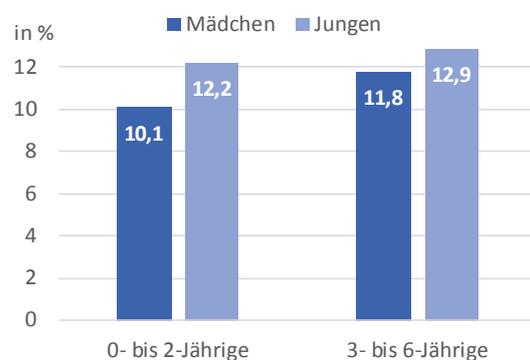
Neurodermitis

Auch Neurodermitis kann zu den allergischen Erkrankungen im Kindesalter gezählt werden [20]. Sie ist eine chronisch-entzündliche Hauterkrankung mit Symptomen wie starkem Juckreiz sowie trockener, schuppiger und geröteter Haut [118]. Meistens tritt die Krankheit in den ersten beiden

Lebensjahren erstmals auf [8] und ist genetisch bedingt [20]. Es gibt viele Auslöser für Krankheitschübe (scharfe Waschmittel, Schweiß, Kontakt zu Wolle) und auch psychische Faktoren spielen eine Rolle [20].

Bei den Kindern der KiGGS-Studie der Welle 2 wurde Neurodermitis mit einer Prävalenz von 11 % (0- bis 2-Jährige) bzw. 12 % (3- bis 6-Jährige) deutlich häufiger als Heuschnupfen und Asthma jemals ärztlich festgestellt (s. [Abb. 92](#)) [181].

Abb. 92: Lebenszeitprävalenz von Neurodermitis bei unter 7-Jährigen Mädchen und Jungen in Deutschland nach Alter in KiGGS Welle 2 (2014-2017)
(Anteil in %; Quelle: KiGGS-Studie, RKI, 2018)



LAG Selbsthilfe Baden-Württemberg e. V.

Die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Selbsthilfe Baden-Württemberg e. V. ist die Dachorganisation von insgesamt 56 Selbsthilfeverbänden behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen.

Ihr Ziel ist die Gleichstellung behinderter und chronisch kranker Menschen als gleichberechtigte Bürger der Gesellschaft und die Teilhabe am öffentlichen Leben in vollem Umfang.

Weitere Informationen unter:

www.lag-selbsthilfe-bw.de

L.A.G.
SELBSTHILFE
Baden-Württemberg e. V.

ACHSE e. V.

Auf Bundesebene ist die Allianz chronischer seltener Erkrankungen, kurz ACHSE e. V., der Dachverband von und für Menschen mit chronischen seltenen Erkrankungen und deren Angehörigen. Das Netzwerk bündelt Ressourcen sowie Know-how und verschafft den „Seltenen“ Gehör. Zu ihren Aufgaben zählt unter anderem die kostenlose Beratung von Betroffenen und Angehörigen sowie Rat suchenden Ärztinnen bzw. Ärzten und anderen Therapeutinnen und Therapeuten. Auch steht die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und Vertretung politischen Interesses in ihrem Fokus.

Weitere Informationen unter:

www.achse-online.de

 **achse**
Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen

5

Im Fokus: Gesundheit rund um die Geburt

Verhalten der Mutter

Vorsorge für Mutter und Kind
Insgesamt gibt es eine hohe Akzeptanz der Schwangerenvorsorge. Lediglich etwas mehr als 1 % der Frauen konnten maximal vier Vorsorgeuntersuchungen nachweisen und gelten damit als unterversorgt.

Gesundheit der Mutter

Adipositas und Schwangerschaftsdiabetes
Etwa 16 % der Frauen sind zu Beginn der Schwangerschaft adipös, bei 6 % der Schwangeren wird ein Gestationsdiabetes festgestellt.

Spätes Babyglück – aufgeschoben ist nicht aufgehoben

Heutzutage kommen wesentlich mehr Kinder von Müttern über 35 Jahren zur Welt, als es vor 40 Jahren noch der Fall war. Schwangerschaften von Erstgebärenden über 35 Jahren werden per Definition als Risikoschwangerschaft eingestuft.

Verzicht in der Schwangerschaft – keine Selbstverständlichkeit

Vier Prozent der Schwangeren in BW geben an, auch nach Bekanntwerden der Schwangerschaft geraucht zu haben. Deutschlandweit trinken 14 % der Frauen gelegentlich Alkohol während der Schwangerschaft.

Geburtenentwicklung – es geht bergauf

Landesweit wurden im Jahr 2019 rund 109.000 Kinder lebend geboren und damit so viele wie seit 1998 nicht mehr. Die Zahl der Lebendgeborenen ist in den letzten 6 Jahren um fast 20 % gestiegen.

Gute Aussichten

In BW darf sich ein neugeborener Junge im Durchschnitt über 79 Lebensjahre freuen, ein Mädchen sogar über 84 Jahre!



5.1 Geburtenentwicklung

Landesweit wurden im Jahr 2019 rund 109.000 Kinder lebend geboren und damit so viele wie seit 1998 nicht mehr. Die Zahl der Lebendgeborenen ist in den letzten 6 Jahren um fast 20 % gestiegen (s. [Abb. 94](#)). Der Anstieg der Lebendgeborenen kann zum einen auf eine Zunahme von Frauen im gebärfähigen Alter (demografische Komponente) und zum anderen auf eine veränderte Entscheidung zur Familienbildung (Verhaltenskomponente) zurückgeführt werden [11].

Zunahme gebärfähiger Frauen

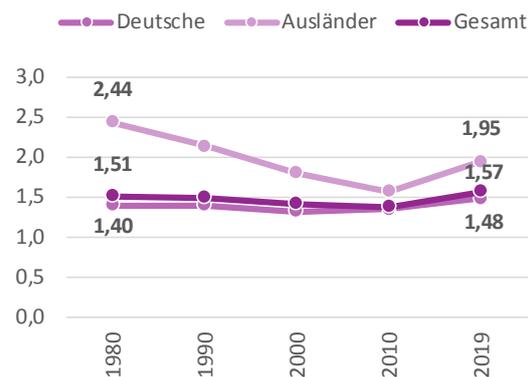
Die Anzahl von Frauen im gebärfähigen Alter hat in den letzten Jahren unter anderem aufgrund der Zuwanderung zugenommen. Zudem bekommen die Kinder der geburtenstarken Jahrgänge Anfang der 60er Jahre (sogenannte Babyboomer) nun selbst wieder Kinder.

Erhöhte Geburtenrate

Auch ist die Geburtenzahl aufgrund einer erhöhten Geburtenrate gestiegen. Die Geburtenrate beschreibt die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau. Die Geburtenrate ist im Jahr 2019 mit 1,57 Kindern pro Frau die dritthöchste seit 1974 [178]. Nur in den Jahren 2016 und 2018 war die Rate geringfügig höher (1,59 bzw. 1,58). Gründe für eine

gestiegene Geburtenzahl können die verbesserte Kinderbetreuung und eine gute wirtschaftliche Situation im Land sein. Auch die Zuwanderung von Frauen aus Ländern mit traditionell hohen Geburtenraten spielt hierbei eine Rolle (s. [Abb. 93](#)).

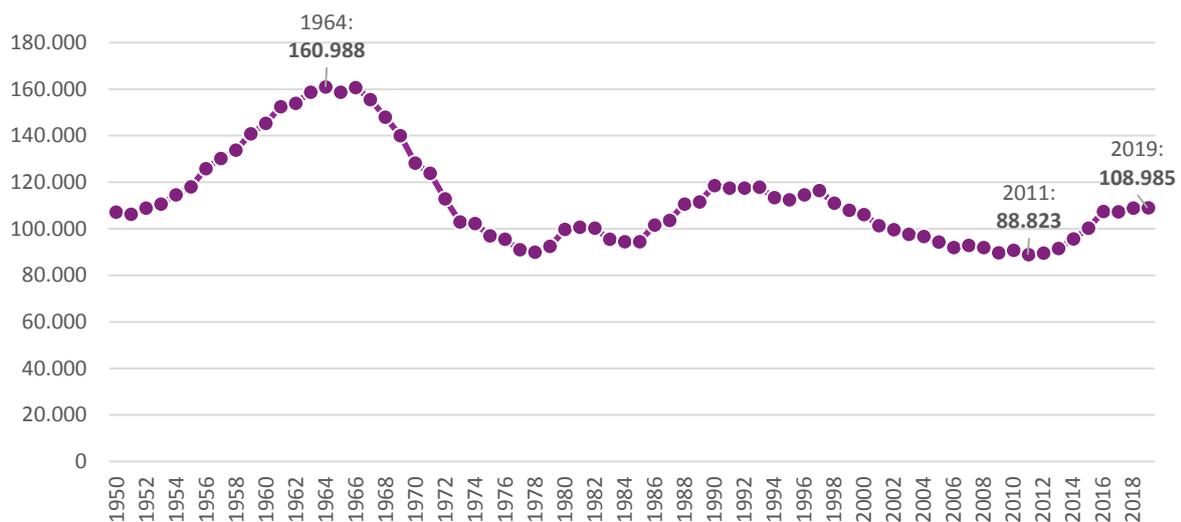
Abb. 93: Durchschnittliche Kinderzahl pro Frau in Baden-Württemberg von 1980 bis 2019 nach Nationalität
(Quelle: Geburtenstatistik; Statistisches Landesamt BW, 2020)



Dennoch liegt die Geburtenrate mit rund 1,6 Kindern pro Frau immer noch deutlich unterhalb des für eine Bestandserhaltung einer Bevölkerung erforderlichen Niveaus von 2,1 Kindern je Frau. Dieser Wert wurde letztmalig 1970 erreicht [11].

Abb. 94: Geburtenentwicklung in Baden-Württemberg von 1950 bis 2019

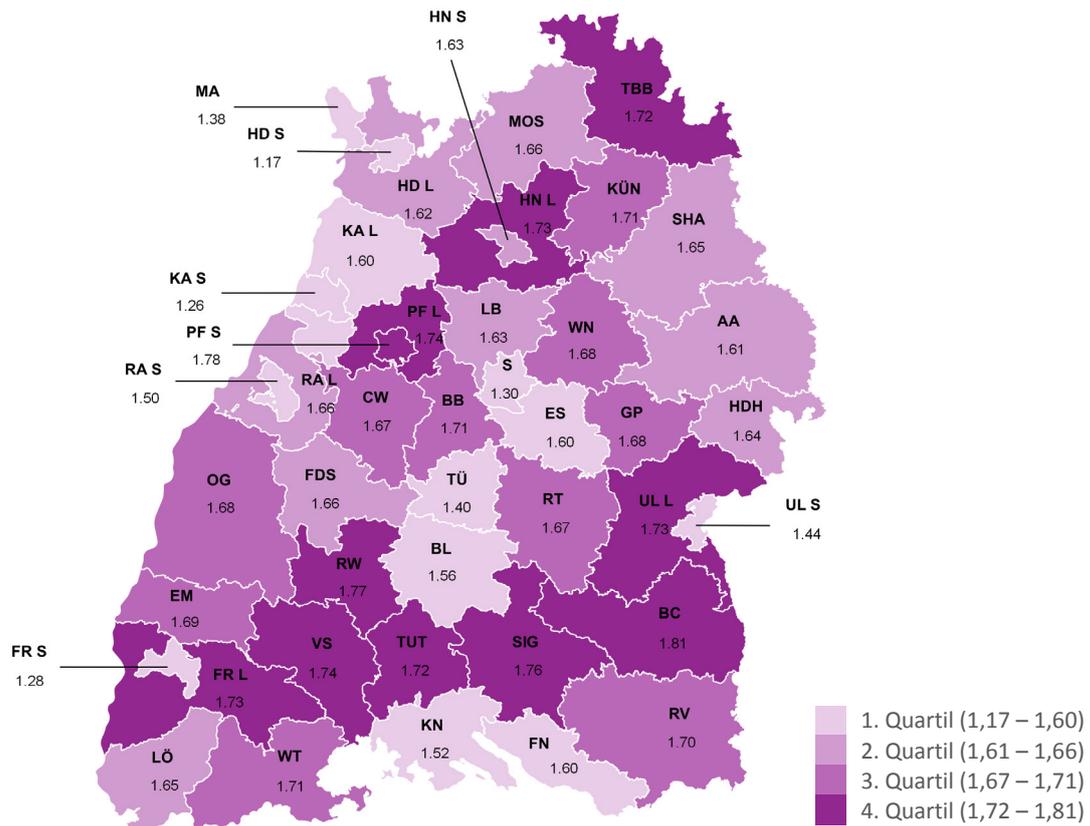
(Anzahl der Geburten; Quelle: Geburtenstatistik, Statistisches Landesamt BW, 2020)



Innerhalb von Baden-Württemberg zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Kinderzahl pro Frau. So lag die höchste Geburtenrate 2019 im Landkreis Biberach bei 1,81 und die niedrigste bei 1,17 im Stadtkreis Heidelberg [178]. Es ist ein Land-Stadt-Gefälle erkennbar (s. [Abb. 95](#)),

bei dem in ländlich geprägtem Gebiet die Kinderzahl pro Frau über der der Städte liegt. Die Hochschulstandorte wie Heidelberg zeigen besonders niedrige Geburtenraten. Hier leben viele jüngere Frauen, bei denen vermutlich Studium und Berufseinstieg im Vordergrund stehen.

Abb. 95: Kinderzahl pro Frau in Baden-Württemberg auf Land- und Stadtkreisebene im Jahr 2019
(Quelle: Geburtenstatistik, Statistisches Landesamt BW, 2020)



5.2 Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft

Die Vorsorgeuntersuchungen der Schwangeren haben als primärpräventive Maßnahme das Ziel, gesundheitliche Risiken bei Mutter und Kind frühzeitig zu erkennen und - falls notwendig - zu behandeln. Die Anzahl der in Anspruch genommenen Vorsorgeuntersuchungen hängt von verschiedenen Faktoren ab. Bei einer komplikationslosen Schwangerschaft werden insgesamt zehn Vorsorgeuntersuchungen empfohlen.

Nur 1,4 % der Frauen gelten als unterversorgt

Zahlen aus der Perinatalstatistik belegen in Baden-Württemberg eine insgesamt hohe Akzeptanz der Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft. Im Jahr 2019 lagen von rund 86.900 der Schwangeren in der 37. Schwangerschaftswoche (SSW) oder später Angaben zur Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen vor. Dies entspricht etwa 88 % aller Schwangeren ab der 37. SSW, die in einem Krankenhaus in Baden-Württemberg aufgenommen wurden [39].

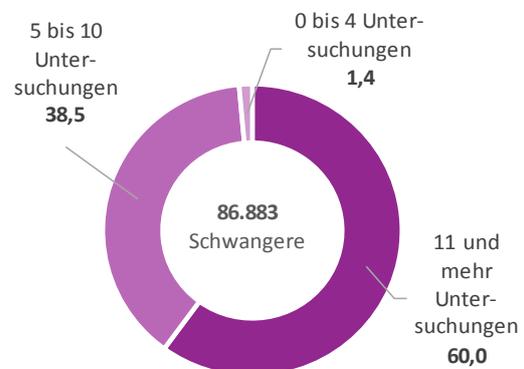
Davon konnten die meisten Schwangeren (60 %) die Inanspruchnahme von mehr als elf Vorsorgeuntersuchungen nachweisen. Über ein Drittel der Frauen hat zwischen fünf und zehn Vorsorgeuntersuchungen mit dem Mutterpass nachge-

wiesen. Lediglich etwas mehr als 1 % der Frauen konnten nur bis zu vier Untersuchungen nachweisen und gelten damit als unterversorgt (s. [Abb. 96](#)) [39].

Anhand dieser Zahlen sind keine Aussagen zu Gründen bei Defiziten der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen möglich, u. a. auch weil Angaben zu Gründen fehlender Inanspruchnahme, wie z. B. Zuwanderung während der Schwangerschaft, nicht vorliegen.

Abb. 96: Inanspruchnahme von Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2019

(Anzahl Mütter = 86.883; Anteil in %; Quelle: Perinatalstatistik, GeQIK, 2019)



5.3 Schwangerschafts- und Geburtsrisiken

Schwangerschaftsrisiken

Im Rahmen der Schwangerenvorsorge werden mögliche Schwangerschaftsrisiken im Mutterpass dokumentiert. Landesweit sind die häufigsten Schwangerschaftsrisiken familiäre gesundheitliche Belastungen (wie z. B. Diabetes mellitus und Hypertonie, 23 %), das Alter der Schwangeren von über 35 Jahren (21 %) und Allergien (20 %) (s. [Abb. 97](#)) [39]. Die Feststellung von Schwangerschaftsrisiken bedeutet aber nicht, dass eine akute Gesundheitsgefahr für die Schwangere und das Ungeborenen besteht oder es zu Komplikationen während der Schwangerschaft kommen muss. In vielen Fällen liegt lediglich ein Anlass vor, die Schwangerschaft ärztlich besonders aufmerksam zu begleiten und bei Bedarf zusätzliche Untersuchungen oder Behandlungen durchzuführen [37]. So sollen Risiken für die Kindergesundheit reduziert werden.

Die Schwangerschaftsrisiken sind in den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beschrieben [38]. Die Anzahl der im Mutterpass aufgeführten allgemeinen und besonderen Befunde und Erkrankungen für Risiken in der Schwangerschaft ist dabei in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern recht umfangreich. In Baden-Württemberg wiesen im Jahr 2019 lediglich 23 % aller Schwangeren kein Schwangerschaftsrisiko auf [39].

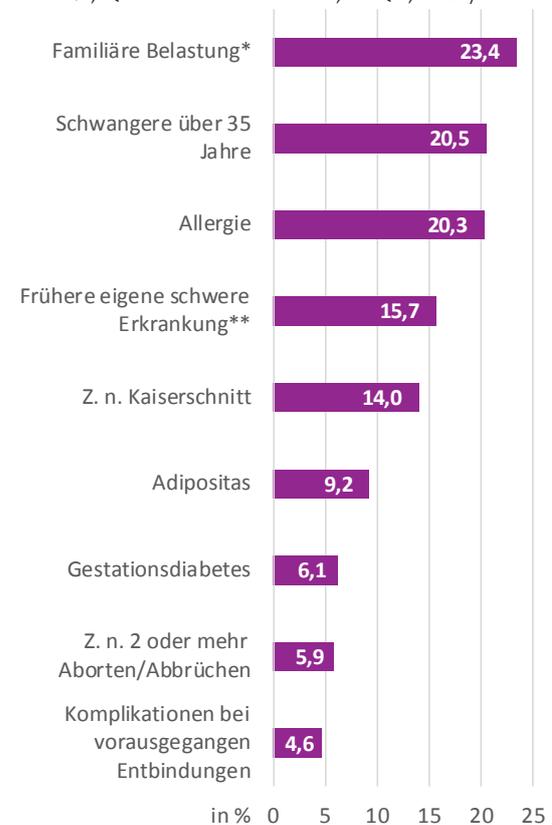
Geburtsrisiken

Neben Schwangerschaftsrisiken werden auch mögliche Geburtsrisiken im Mutterpass festgehalten. Laut Perinatalstatistik 2019 wurden in Baden-Württemberg bei 79 % der Schwangeren eine oder mehrere Geburtsrisiken dokumentiert [39].

Am häufigsten waren ein Zustand nach einer Kaiserschnittentbindung oder anderen Uterusoperation (17 %), eine kindliche Herztätigkeit, die auf eine Gefährdung des Kindes hinweist (pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne, 16 %), ein vorzeitiger Blasensprung (15 %) und eine Überschreitung des errechneten Geburtstermins um mehr als 14 Tagen (13 %) [39].

Abb. 97: Die häufigsten im Mutterpass dokumentierten Schwangerschaftsrisiken im Jahr 2019

(Anzahl Mütter = 105.766; *z. B. Diabetes, Hypertonie, Fehlbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten, ** z. B. Herz, Lunge, Nieren, ZNS, Psyche; ausgewählte Befunde, Mehrfachangaben möglich, Anteil in %; Quelle: Perinatalstatistik, GeQIK, 2019)



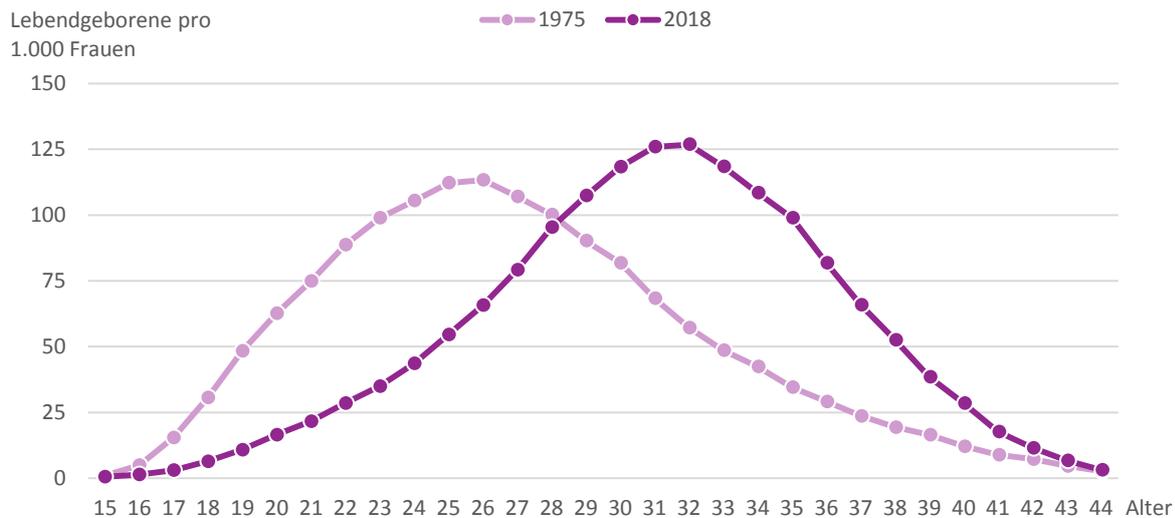
5.3.1 Spätes Mutterglück

Heutzutage kommen wesentlich mehr Kinder von Müttern über 35 Jahren zur Welt, als es vor 40 Jahren noch der Fall war (s. [Abb. 98](#)). Eine späte Schwangerschaft kann mit Vorteilen, wie zum Beispiel einer höheren familiären und wirtschaftlichen Stabilität einhergehen, aber birgt auch ein höheres Risiko für gesundheitliche Komplikatio-

nen. Daher werden Schwangerschaften von Erstgebärenden über 35 Jahren per Definition als Risikoschwangerschaft eingestuft [38].

Abb. 98: Altersspezifische Geburtenhäufigkeit in Baden-Württemberg 1975 und 2018

(Lebendgeborene pro 1.000 Frauen gleichen Alters; Quelle: Geburtenstatistik, Statistisches Landesamt BW, 2019)



5.3.2 Adipositas und Gestationsdiabetes

Statistisch gesehen haben adipöse Schwangere ein höheres Risiko für Komplikationen während der Schwangerschaft und Geburt. Adipositas stellt u. a. ein Risikofaktor für die Entwicklung von Gestationsdiabetes dar. Weitere Risikofaktoren sind u. a. das Alter der Mutter, das Auftreten von Gestationsdiabetes in einer früheren Schwangerschaft und familiäre Belastung mit Diabetes mellitus Typ II.

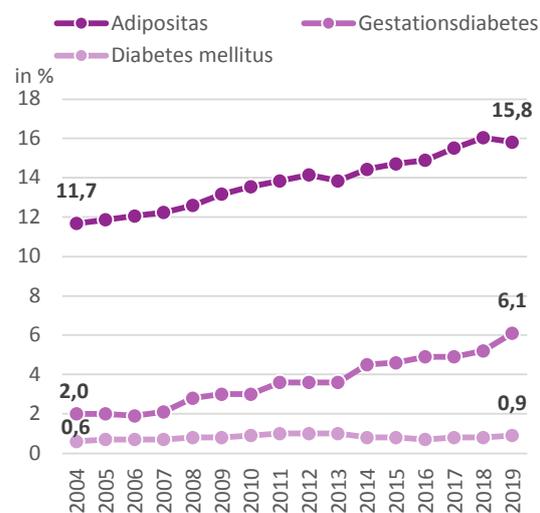
Gestationsdiabetes ist definiert als eine erstmals in der Schwangerschaft diagnostizierte Glucose-Toleranzstörung [23]. Da durch den mütterlichen Gestationsdiabetes mehr Blutzucker für das Ungeborene bereitgestellt wird, besteht ein erhöhtes Risiko für besonders große und schwere Neugeborene – was wiederum mit einem höheren Risiko für Komplikationen während der Geburt einhergeht [24].

16 % sind adipös, 6 % haben Gestationsdiabetes

Nach der Perinatalstatistik 2019 waren insgesamt 16 % der Schwangeren zum Beginn der Schwangerschaft adipös (BMI ≥ 30 kg/m²) und bei rund 6 % der Schwangeren wurde ein Gestationsdiabetes festgestellt [39]. Sowohl der Anteil von Frauen mit Adipositas zu Beginn der Schwangerschaft als auch die Feststellung von Gestationsdiabetes ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen (s. [Abb. 99](#)).

Abb. 99: Anteil Frauen mit Adipositas bzw. Diabetes während der Schwangerschaft von 2004 bis 2019

(Angaben laut Mutterpass in %, Anteil vorgelegter Mutterpässe liegt bei über 99 %; Quelle: Perinatalstatistik, QeQiK, 2019)



Daten aus dem Mikrozensus und aus der bundesweiten Studie zur Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) weisen grundsätzlich auf eine Zunahme von Adipositas im Erwachsenenalter hin [133]. Möglicherweise kann der Anstieg von Adipositas zu Beginn der Schwangerschaft auch durch eine veränderte Altersverteilung der Schwangeren bedingt sein. Die Prävalenz von Adipositas steigt mit dem Alter grundsätzlich an [133]. Bei der Interpretation des Anstiegs von Gestationsdiabetes

in den letzten Jahren ist zu bedenken, dass diese auch durch eine verbesserte Früherkennung mitbedingt sein können [44].

5.3.3 Tabak- und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft

Tabak- und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kann die Gesundheit und Entwicklung der Kinder gefährden.

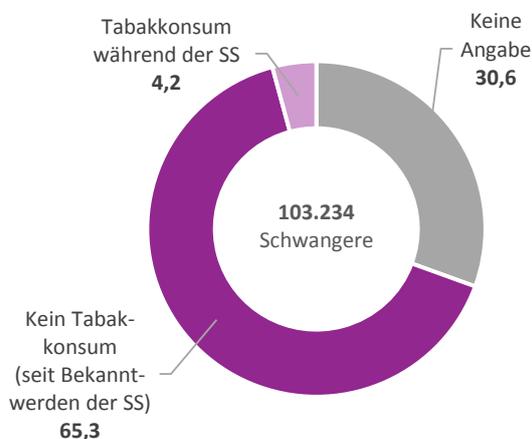
Etwa 4 % der Frauen in Baden-Württemberg raucht während der Schwangerschaft

Die Schadstoffe der Zigaretten beeinträchtigen die Sauerstoffversorgung und damit die Entwicklungsprozesse des Ungeborenen [62]. Die Neugeborenen rauchender Mütter sind deshalb im Durchschnitt kleiner und leichter, und haben auch einen geringeren Kopfumfang als die Kinder von Nichtraucherinnen. Rauchen kann Fehlentwicklungen auslösen sowie Krankheiten verursachen, und gilt zudem als Risikofaktor für den plötzlichen Kindstod [28, 95].

Im Rahmen der Perinatalerhebung 2016 wurde der Tabakkonsum von schwangeren Frauen erfasst. Etwa 31 % machten hierzu keine Angaben, zwei Drittel (65 %) der Schwangeren, gaben an, seit dem Bekanntwerden der Schwangerschaft nicht geraucht zu haben. Rund 4 % der Frauen haben während der Schwangerschaft geraucht (s. [Abb. 100](#)) [40].

Abb. 100: Tabakkonsum während der Schwangerschaft im Jahr 2016

(Anzahl Mütter = 103.234; SS = Schwangerschaft, basierend auf Selbstangaben, Anteil in %; Quelle: Perinatalstatistik, GeQIK, 2016)



Da die Daten auf Selbstangaben basieren, ist davon auszugehen, dass der tatsächliche Tabakkonsum während der Schwangerschaft u. a. aufgrund der sozial erwünschten Antwort unterschätzt wird.

Deutschlandweit trinken 14 % der Frauen gelegentlich Alkohol während der Schwangerschaft

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann die Entwicklung von Organen und Nerven des Ungeborenen beeinträchtigen. Lernschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten, aber auch schwere geistige Beeinträchtigungen und sichtbare Fehlbildungen können Folgen sein. Folgen für das Kind durch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft werden unter dem Begriff fetale Alkoholspektrumstörung (Fetal Alcohol Spectrum Disorder, FASD) zusammengefasst, wobei die schwerste Form als fetales Alkohol Syndrom (FAS) bezeichnet wird [26].

Es liegen keine Daten zum Alkoholkonsum während der Schwangerschaft in Baden-Württemberg vor. Laut der bundesweiten KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) haben etwa 14 % der befragten Mütter angegeben, Alkohol während der Schwangerschaft zumindest gelegentlich konsumiert zu haben [6]. Auch hier kann davon ausgegangen werden, dass der tatsächliche Konsum von Alkohol aufgrund von Selbstangaben unterschätzt wird.

Broschüre „Schwanger: Ja – Alkohol: Nein!“

Nicht für alle Frauen ist der vollständige Verzicht auf Alkohol während der Schwangerschaft und Stillzeit eine Selbstverständlichkeit. Manchen Frauen sind die Risiken des Alkoholkonsums nicht bekannt. Anderen Frauen fällt es schwer, in bestimmten Alltagssituationen „Nein“ zu sagen und zu verzichten.

Das Landesgesundheitsamt hat daher gemeinsam mit dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg und weiteren Mitwirkenden die Broschüre „Schwanger: Ja – Alkohol: Nein“ entwickelt. Hier finden schwangere Frauen, deren Partner und Menschen im Umfeld der Eltern Informationen und konkrete Tipps zum Umgang mit Alkohol in der Schwangerschaft und Stillzeit.

Die Broschüre kann heruntergeladen oder bestellt werden unter:

www.schwanger-ja-alkohol-nein.de



Eine ähnliche Broschüre mit dem Titel: **Schwanger: Ja – Rauchen: Nein!** wird derzeit erarbeitet. Werdende Mütter und ihr Umfeld sollen dadurch künftig Informationen zum Thema Rauchen in der Schwangerschaft und Stillzeit erhalten.

5.4 Es ist so weit: Die Geburt

Die meisten Babys (97 %) erblicken auf einer Geburtsstation eines Krankenhauses das Licht der Welt [155, 171]. Im Jahr 2018 entbanden in Baden-Württemberg rund 105.270 Frauen im Krankenhaus. Dabei kam etwa jedes dritte Kind durch einen Kaiserschnitt zur Welt [155]. Insgesamt wurden etwas mehr Jungen als Mädchen geboren (51 % vs. 49 %) [173].

Zwillingsgeburten – zweithöchster Wert seit Bestehen des Landes

Etwa 2 % der Eltern in Baden-Württemberg hatten doppeltes oder gar dreifaches Baby-Glück. Im Jahr 2018 kamen rund 4.000 Kinder mit einem Geschwisterkind auf die Welt, etwa 135 Kinder kamen sogar als Drillinge zur Welt [169]. Vierlinge kamen im Jahr 2018 nicht auf die Welt.

Geburtsgewicht: 93 % mit mehr als 2.500g

Mit einem Geburtsgewicht von 2.500g und mehr kamen 93 % der Kinder zur Welt, 7 % der Kinder hatten ein Geburtsgewicht von unter 2.500g [39]. Gründe für ein niedriges Geburtsgewicht sind vielfältig z. B. können eine Frühgeburt, Unterversorgung durch Plazentainsuffizienz, Alkohol- und Nikotinabusus der Mutter oder eine Erkrankung des Kindes zu einem niedrigen Geburtsgewicht führen. Ein niedriges Geburtsgewicht ist mit einem höheren Risiko für Komplikationen während und nach der Geburt verbunden.

Baden-Württemberg mit höchster Lebenserwartung im bundeweiten Vergleich

Statistisch gesehen hat die kommende Generation gute Aussichten auf ein langes Leben: So kann ein im Jahr 2018 neugeborener Junge in Baden-Württemberg auf eine durchschnittliche Lebenserwartung von 79,7 Jahren hoffen, ein neugeborenes

Mädchen sogar auf 84,1 Jahre [157]. Damit ist die Lebenserwartung um zehn Jahre bei Mädchen bzw. um elf Jahre bei Jungen höher als Anfang der 70er Jahre (s. [Abb. 101](#)).

Innerhalb von Baden-Württemberg ist die durchschnittliche Lebenserwartung sowohl bei den Jungen (80,9) als auch bei den Mädchen (85,1) im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald am höchsten. Am niedrigsten ist sie im Stadtkreis Mannheim (Jungen: 77,2; Mädchen: 82,5). Weitere Daten zur Lebenserwartung auf Kreisebene befinden sich im Anhang (s. [Tab. 4](#)).

Laut Angaben des statistischen Landesamtes ist die steigende Lebenserwartung vor allem auf die verringerte Säuglingssterblichkeit zurückzuführen (s. [Kapitel 5.5](#)). Baden-Württemberg hat seit Beginn der 70er Jahre im bundeweiten Vergleich regelmäßig die höchste Lebenserwartung Neugeborener [170]. Innerhalb von Deutschland ist zudem ein Nord-Süd-Gefälle erkennbar, mit generell höherer Lebenserwartung in den südlichen Bundesländern (s. [Abb. 102](#), [Abb. 103](#)).

Abb. 101: Durchschnittliche Lebenserwartung Neugeborener in Baden-Württemberg seit 1970/72

(Quelle: Sterbetafelberechnungen, Statistisches Landesamt BW, 2019)

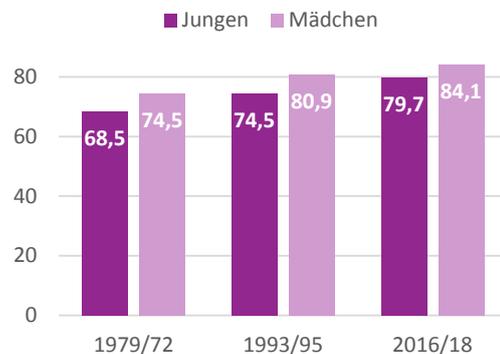


Abb. 102: Durchschnittliche Lebenserwartung neugeborener Jungen in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2018
 (Quelle: Sterbetafelberechnungen für den Zeitraum 2016 bis 2018, Statistisches Landesamt BW, 2020)

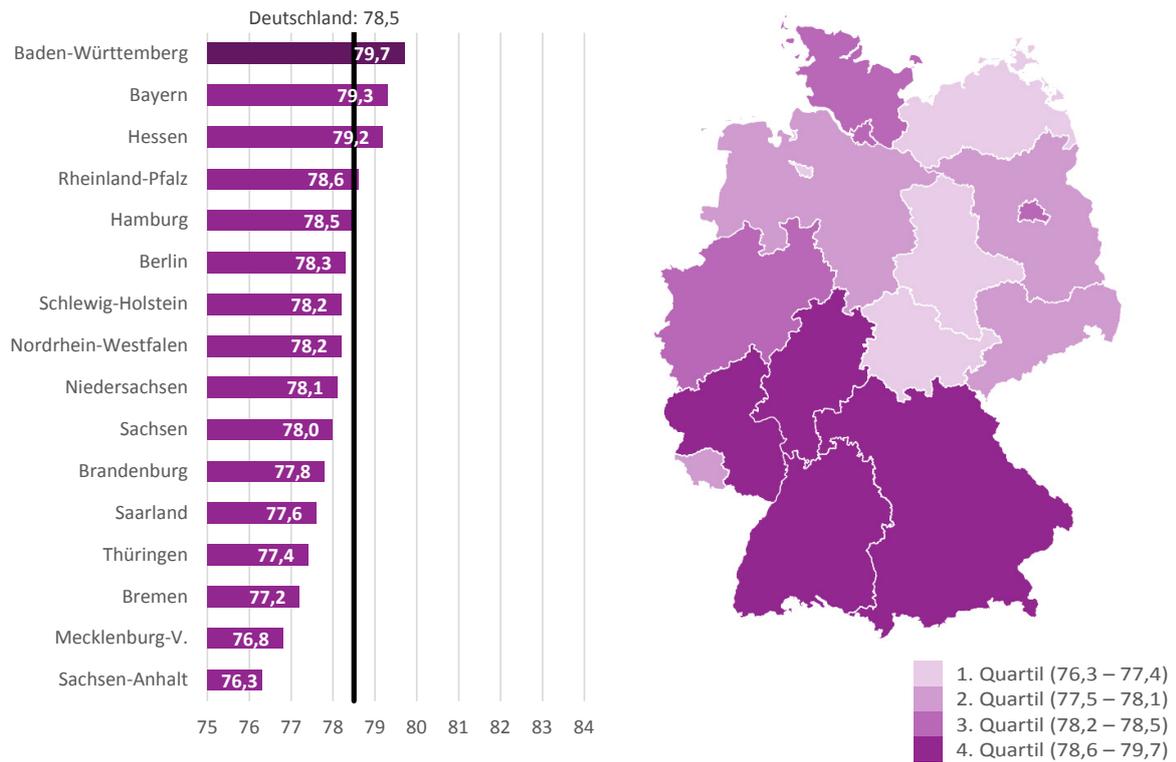
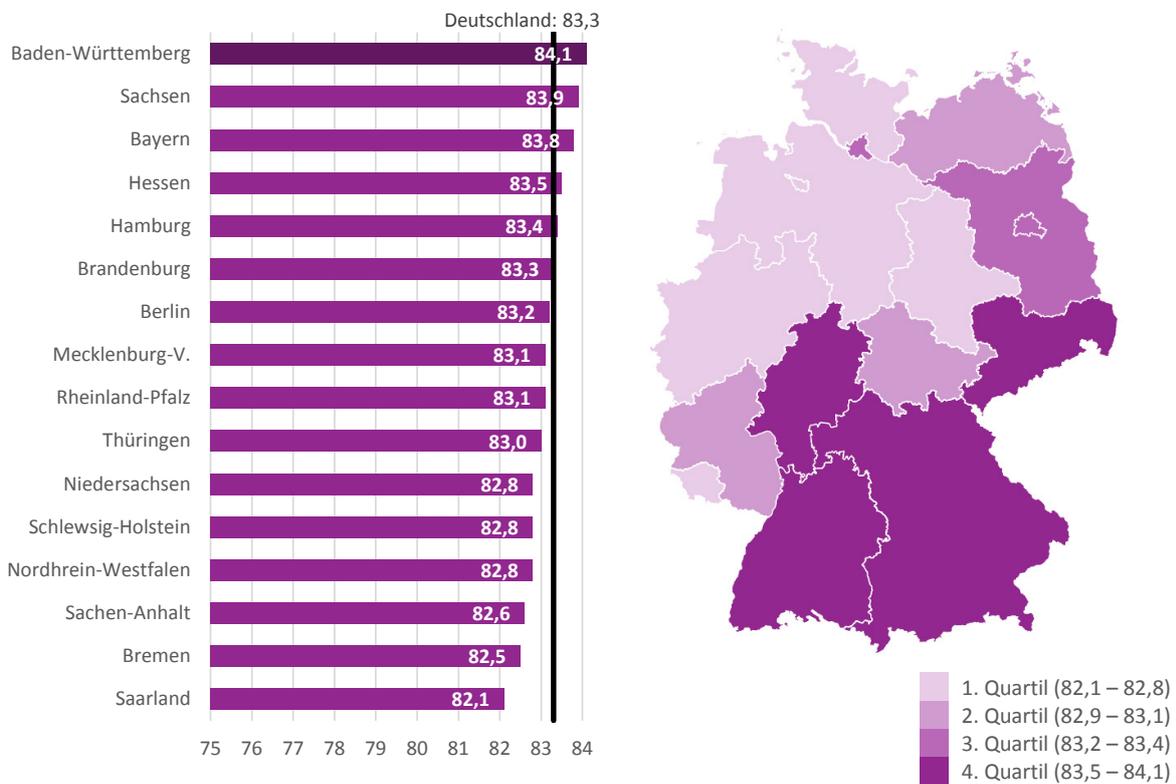


Abb. 103: Durchschnittliche Lebenserwartung neugeborener Mädchen in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2018

(Quelle: Sterbetafelberechnungen für den Zeitraum 2016 bis 2018, Statistisches Landesamt BW, 2020)



Nach der Geburt: Stillen – ja oder nein?

Stillen bietet eine Reihe von Vorteilen für die Gesundheit von Mutter und Kind. Das Stillen fördert die emotionale Bindung zwischen Kind und Mutter und wirkt sich positiv auf das Immunsystem des Kindes aus. Auch wenn das Stillen bestimmte Vorteile hat, gedeihen Kinder auch mit industriell hergestellter Säuglingsmilch gut.

Deutschlandweit werden 40 % der Kinder in den ersten vier Monaten ausschließlich gestillt

Von der Nationalen Stillkommission wird eine ausschließliche Ernährung mit Muttermilch in den ersten vier bis sechs Lebensmonaten empfohlen [16]. Wie viele und wie lange Kinder in Baden-Württemberg gestillt werden ist nicht bekannt. Aus der deutschlandweiten Befragung des RKIs ergibt sich, dass rund 40 % der Kinder in ihren ersten vier Lebensmonaten ausschließlich gestillt werden (2013/14) [12].

Erfreulicherweise ist in Deutschland der Anteil von Kindern, die jemals gestillt wurden, seit der Jahrhundertwende gestiegen. Während Mütter der Geburtsjahrgänge 2001/02 noch zu rund 77 % in einer Befragung des RKIs angaben, das Kind jemals gestillt zu haben, waren es in den Jahren 2013/14 mit 87 % rund zehn Prozent mehr [121]. Die durchschnittliche Stilldauer betrug dabei etwa 8 Monate [121].

Gründe für ein frühes Abstillen sind vielfältig. Über die Hälfte der Frauen, die weniger als 6 Monate gestillt haben, gaben an, dass sie zu wenig Muttermilch hatten. Weitere Gründe für ein frühzeitiges Abstillen können eine Brustentzündung sein oder, dass das Kind die Brust verweigert [121].

5.5 Zum Glück selten: Tod von Kind oder Mutter

Rückgang der Säuglingssterblichkeit

Der Tod von Kind oder Mutter ruft immer besondere Betroffenheit hervor. Im Jahr 2018 verstarben 286 Kinder vor ihrem ersten Geburtstag [156]. Dies entspricht 2,6 Gestorbenen pro 1.000 Lebendgeborene. Insgesamt ist ein deutlicher Rückgang der Säuglingssterblichkeit über die letzten Jahre zu verzeichnen (s. [Abb. 104](#)). So starben 1990 noch 762 Kinder im ersten Lebensjahr und damit 6,4 Kinder pro 1.000 Lebendgeborene [156]. Erfreulich ist auch der Rückgang des plötzlichen Kindstods (s. [Abb. 104](#)), der zu den meist gefürchteten Todesursachen bei Säuglingen zählt. Wäh-

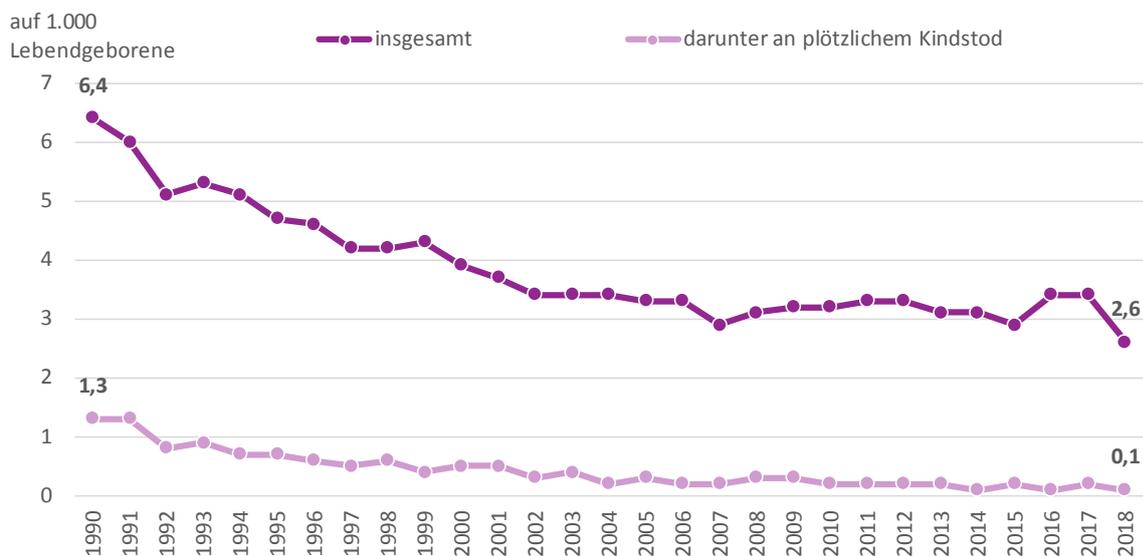
rend um die Jahrtausendwende etwa 12 % aller Säuglingssterbefälle in Baden-Württemberg auf den plötzlichen Kindstod zurückgeführt wurden, betrug der Anteil im Jahr 2018 noch 5 % [156].

Tod der Mutter

Der Tod einer (werdenden) Mutter aufgrund von Komplikation während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder im Wochenbett ist wesentlich seltener als der Tod eines Kindes. Im Jahr 2019 starben zwei Frauen in Baden-Württemberg aufgrund solcher Komplikationen [39].

Abb. 104: Im ersten Lebensjahr Gestorbene insgesamt sowie an plötzlichem Kindstod Gestorbene in Baden-Württemberg von 1990 bis 2018

(auf 1.000 Lebendgeborene; Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Landesamt BW, 2020)



Frühe Hilfen

Das gesunde und gewaltfreie Aufwachsen aller Kinder ist eines der wichtigsten Aufgaben der Gesellschaft.

Mit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes am 1. Januar 2012 wurde ein Meilenstein für den Kinderschutz gelegt. Erstmals wurden dort auch Frühe Hilfen gesetzlich verankert und eine rechtliche Grundlage für die Gründung der Bundesinitiative Frühe Hilfen geschaffen, die seit dem 1. Januar 2018 in die Bundesstiftung Frühe Hilfen übergeführt worden ist.

Frühe Hilfen sind Unterstützungssysteme auf lokaler und regionaler Ebene mit koordinierten Hilfsangeboten für **Eltern ab der Schwangerschaft und Familien mit Kindern bis drei Jahre**. Ziel ist, frühzeitig förderliche Entwicklungsbedingungen für Säuglinge und Kleinkinder in ihren Familien zu schaffen und zu verbessern, damit von Anfang an ein gesundes und gewaltfreies Aufwachsen möglich ist.

Die freiwilligen, präventiv ausgerichteten Angebote und Maßnahmen sind vielfältig, sowohl allgemein als auch spezifisch. Sie beziehen sich aufeinander und ergänzen sich. Sie richten sich an alle (werdenden) Eltern mit Kindern und insbesondere an Familien in belastenden Lebenslagen. Die elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen sollen gestärkt werden. Ebenso sollen Risiken für das Kindeswohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und abgebaut werden. Reichen die Hilfen nicht aus und ist eine Kindeswohlgefährdung nicht abzuwenden, dann tragen Frühe Hilfen zudem dazu bei, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden [58, 103].

Netzwerke Frühe Hilfen

In interdisziplinären und multiprofessionellen Netzwerken wird die Zusammenarbeit unterschiedlicher für die Frühen Hilfen relevanter Einrichtungen und Fachkräfte koordiniert. Familien sollen hierdurch systematische und passgenaue Unterstützung von lokalen Anbietern erhalten. Die Netzwerke umfassen Institutionen und Anbieter von Unterstützungsleistungen aus

den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung sowie der Kinder- und Jugendhilfe.



In allen Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg gibt es mindestens ein Netzwerk Frühe Hilfen, laut der Kommunalbefragung 2018 insgesamt 78 Netzwerke [104].

Netzwerkkoordinierende organisieren die Zusammenarbeit aller Einrichtungen sowie Fachkräfte und halten so die Fäden zusammen.

Interprofessionelle Qualitätszirkel

In den interprofessionellen Qualitätszirkeln Frühe Hilfen sind sowohl Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe als auch Fachkräfte des Gesundheitswesens vertreten. Durch einen gegenseitigen Austausch und ihre systemübergreifende Zusammenarbeit sollen belastete Familien schneller identifiziert und passgenaue Hilfestellungen im Bereich Frühe Hilfen angeboten werden.

In Baden-Württemberg gibt es im Jahr 2020 in 34 der 44 Stadt- und Landkreise mindestens einen Qualitätszirkel Frühe Hilfen. Landesweit sind dies 43 Qualitätszirkel [54]. Die interprofessionellen Qualitätszirkel Frühe Hilfen werden durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg fachlich begleitet und unterstützt.

Anlauf-, Fach- und Beratungsstellen

Erste Informationen zu den Frühen Hilfen können Schwangere häufig bereits in ihrer Frauenarztpraxis erhalten.

Für (werdende) Eltern mit Kleinkindern gibt es in jedem Stadt- und Landkreis Ansprechpart-

ner. Im Jahr 2020 gab es insgesamt 85 Anlaufstellen Frühe Hilfen – sie sind auch unter www.kvjs.de/fileadmin/dateien/jugend/Fruehe_Hilfen/Ansprechpartner_in_den_Fruehen_Hilfen/2020_10_15_Adressen_Anlauf_Beratungsstellen.pdf abrufbar.

Landeskoordinierungsstellen Frühe Hilfen beim Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg / Landesjugendamt

Zur fachlichen Begleitung und Koordination sowie zur administrativen Umsetzung der Bun-

desstiftung Frühe Hilfen im Land wurde beim Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) / Landesjugendamt auf der Grundlage einer öffentlich-rechtlichen Vereinbarung zwischen dem Ministerium für Soziales und Integration und dem KVJS eine Koordinierungsstelle eingerichtet. Weitergehende Informationen sind unter folgender Adresse abrufbar:

www.kvjs.de/jugend/fruehe-hilfen/



Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Anhang

Verhältnisbezogene Einflussfaktoren auf Land- und Stadtkreisebene

Tab. 1: Verhältnisbezogene Einflussfaktoren auf die Gesundheit - ausgewählte Indikatoren auf Land- und Stadtkreisebene im Jahr 2019

(Informationen zu den verwendeten Indikatoren werden in [Tab. 5](#) auf S. 117 dargestellt)

Land-/ Stadtkreis	Anzahl Kinder < 7 Jahren	Anteil Kinder mit Migrationshinter- grund	Anteil Kinder in Haushalten mit SGB II-Bezug	Kinderbe- treuungs- quote	Anzahl ambulanter Kinder-/ Jugendärzte bzw. -ärztinnen pro 100.000 zu versorgende Kinder
		(4-5 J., in %)	(< 6 J., in %)	(< 3 J., in %)	(< 15 J.)
Alb-Donau-Kreis	13.723	35,5	6,5	21,6	47,8
Baden-Baden, Stadt	3.144	59,1	13,0	31,9	91,6
Biberach	15.032	30,7	5,6	25,0	35,8
Böblingen	28.950	45,0	7,4	27,0	49,7
Bodenseekreis	14.199	36,1	7,1	29,8	84,4
Breisgau- Hochschwarzwald	18.041	31,5	7,7	33,8	77,1
Calw	10.676	36,4	7,1	27,2	45,0
Emmendingen	11.389	32,5	8,5	32,3	84,6
Enzkreis	13.362	35,0	6,4	27,6	36,1
Esslingen	35.666	42,5	7,9	27,9	60,4
Freiburg, Stadt	15.617	41,9	14,3	44,2	90,9
Freudenstadt	7.702	33,4	7,5	23,6	54,2
Göppingen	17.342	46,0	11,1	22,6	55,7
Heidelberg, Stadt	10.241	k. A.	9,2	46,1	118,8
Heidenheim	8.765	41,6	11,3	23,6	53,9
Heilbronn	24.371	38,3	7,6	26,6	42,5
Heilbronn, Stadt	9.053	60,2	13,5	24,3	76,5
Hohenlohekreis	7.581	32,9	4,2	24,0	44,0
Karlsruhe	29.180	38,1	7,2	33,0	52,3
Karlsruhe, Stadt	18.555	44,9	11,2	37,7	87,9
Konstanz	18.758	39,5	10,5	32,5	64,9
Lörrach	15.860	38,3	8,8	26,9	57,0
Ludwigsburg	39.142	44,0	7,5	28,8	69,1
Main-Tauber-Kreis	8.436	30,3	8,4	28,0	62,6
Mannheim, Stadt	20.368	56,5	19,7	28,9	87,8
Neckar-Odenwald- Kreis	9.072	26,0	8,1	26,0	36,5
Ortenaukreis	29.466	32,2	9,7	32,4	62,2
Ostalbkreis	20.669	29,8	7,2	25,0	47,9
Pforzheim, Stadt	9.408	69,5	20,7	19,0	64,1
Rastatt	14.925	42,6	8,5	31,4	48,5
Ravensburg	19.736	30,5	6,7	25,3	65,7
Rems-Murr-Kreis	28.981	42,9	10,0	24,3	58,4
Reutlingen	19.804	42,0	10,1	29,0	58,7
Rhein-Neckar-Kreis	36.779	k. A.	9,0	33,7	60,0
Rottweil	9.629	38,3	6,9	25,1	34,9
Schwäbisch Hall	13.925	32,7	7,2	22,3	52,4

Schwarzwald-Baar-Kreis	14.260	41,9	9,1	26,8	68,6
Sigmaringen	8.713	31,0	6,5	26,0	43,4
Stuttgart, Landeshauptstadt	40.916	54,4	13,1	37,9	74,9
Tübingen	15.713	37,2	7,9	37,3	53,6
Tuttlingen	10.244	45,4	8,0	22,6	41,9
Ulm, Stadt	8.440	50,0	10,7	33,5	81,0
Waldshut	11.731	33,2	8,3	23,7	56,2
Zollernalbkreis	11.981	38,1	6,9	26,8	39,6
Baden-Württemberg	749.932	40,5	9,2	29,5	70,4

Verhaltensbezogene Einflussfaktoren auf Land- und Stadtkreisebene

Tab. 2: Verhaltensbezogene Einflussfaktoren auf die Gesundheit - ausgewählte Indikatoren auf Land- und Stadtkreisebene im Jahr 2019

(Informationen zu den verwendeten Indikatoren werden in [Tab. 6](#) auf S. 119 dargestellt)

Land-/ Stadtkreis	Anteil Kinder mit Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung U8	Grundimmunisierungsquote Masern	Grundimmunisierungsquote Pertussis	Grundimmunisierungsquote Varizellen
	(4-5 J., in %)	(4-5 J., in %)	(4-5 J., in %)	(4,5 J., in %)
Alb-Donau-Kreis	90,8	91,9	88,3	83,9
Baden-Baden, Stadt	86,6	93,0	93,0	84,5
Biberach	92,9	89,3	87,4	79,1
Böblingen	93,2	91,8	91,0	87,1
Bodenseekreis	92,0	86,6	79,6	72,1
Breisgau-Hochschwarzwald	93,3	90,3	81,4	75,9
Calw	89,1	87,9	88,0	71,3
Emmendingen	93,4	92,4	87,5	82,4
Enzkreis	93,6	83,8	88,7	77,9
Esslingen	90,1	90,8	90,6	83,0
Freiburg, Stadt	93,1	88,0	79,2	77,2
Freudenstadt	89,5	90,8	89,5	82,7
Göppingen	91,1	90,7	88,7	81,7
Heidelberg, Stadt	93,5	92,4	91,0	88,9
Heidenheim	88,3	87,7	86,7	80,3
Heilbronn	90,7	88,1	91,1	81,6
Heilbronn, Stadt	k. A.	94,5	93,4	92,0
Hohenlohekreis	91,6	89,5	91,5	81,7
Karlsruhe	94,6	93,5	88,7	83,6
Karlsruhe, Stadt	94,8	92,1	92,6	86,1
Konstanz	91,2	88,7	87,9	71,2
Lörrach	88,4	93,0	91,5	83,7
Ludwigsburg	92,7	92,0	98,8	85,0
Main-Tauber-Kreis	93,0	91,0	89,4	84,4
Mannheim, Stadt	88,6	93,5	93,6	90,8

Neckar-Odenwald-Kreis	93,8	92,7	96,9	85,4
Ortenaukreis	88,4	89,3	82,8	70,3
Ostalbkreis	89,9	88,8	90,3	81,4
Pforzheim, Stadt	90,9	87,3	88,3	83,3
Rastatt	89,4	94,9	93,4	86,5
Ravensburg	91,8	87,7	84,3	67,0
Rems-Murr-Kreis	k. A.	89,3	73,9	77,5
Reutlingen	93,2	90,5	88,3	82,7
Rhein-Neckar-Kreis	93,5	90,4	91,7	85,7
Rottweil	87,7	90,8	90,0	71,1
Schwäbisch Hall	92,4	86,6	86,5	75,1
Schwarzwald-Baar-Kreis	88,4	86,6	87,6	61,3
Sigmaringen	93,1	87,9	90,3	77,4
Stuttgart, Landeshauptstadt	89,2	87,5	88,0	81,3
Tübingen	89,8	85,9	87,9	69,0
Tuttlingen	84,0	85,1	85,8	79,1
Ulm, Stadt	88,8	89,9	81,8	83,1
Waldshut	92,3	89,1	89,9	82,1
Zollernalbkreis	89,2	89,9	90,8	82,0
Baden-Württemberg	91,2	89,9	88,2	80,3

Gesundheits- und Entwicklungsstatus auf Land- und Stadtkreisebene

Tab. 3: Gesundheits- und Entwicklungsstatus des Kindes - ausgewählte Indikatoren auf Land- und Stadtkreisebene im Jahr 2019

(Informationen zu den verwendeten Indikatoren werden in [Tab. 7](#) auf S. 120 dargestellt)

Land-/ Stadtkreis	Anteil Kinder mit Übergewicht	Anteil Kinder mit Adipositas	Anteil Kinder mit auffälliger Körpermotorik	Anteil Kinder mit visuomotorischer Störung	Anteil Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf
	(4-5 J., in %)	(4-5 J., in %)	(5 J., in %)	(4,5 J., in %)	(4,5 J., in %)
Alb-Donau-Kreis	7,1	2,4	24,9	7,3	36,8
Baden-Baden, Stadt	8,8	2,3	26,5	12,6	39,1
Biberach	7,2	2,3	19,3	13,5	27,4
Böblingen	7,0	2,5	21,8	11,6	32,7
Bodenseekreis	4,8	1,8	25,5	10,8	27,6
Breisgau-Hochschwarzwald	7,3	2,2	30,9	9,2	28,7
Calw	8,3	2,9	22,7	3,6	26,1
Emmendingen	6,7	2,3	35,0	14,0	33,6
Enzkreis	7,8	2,4	26,7	7,8	32,0
Esslingen	8,7	3,2	24,8	10,1	19,9
Freiburg, Stadt	7,1	2,7	27,6	9,4	26,2
Freudenstadt	9,0	3,1	29,5	10,8	39,2
Göppingen	9,8	3,7	29,5	7,6	40,4
Heidelberg, Stadt	6,7	2,2	17,5	6,5	21,5
Heidenheim	11,0	4,1	24,6	9,9	38,6

Heilbronn	k. A.	k. A.	24,7	9,2	36,4
Heilbronn, Stadt	9,3	3,5	22,9	8,1	k. A.
Hohenlohekreis	5,9	2,4	27,6	14,4	25,6
Karlsruhe	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Karlsruhe, Stadt	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Konstanz	7,8	2,3	32,0	11,3	34,3
Lörrach	7,9	2,9	29,7	7,6	21,3
Ludwigsburg	7,3	2,5	30,1	12,1	32,1
Main-Tauber-Kreis	9,4	2,8	32,1	6,6	37,2
Mannheim, Stadt	9,8	4,0	31,5	17,2	40,5
Neckar-Odenwald-Kreis	10,7	3,4	24,1	12,2	25,9
Ortenaukreis	8,4	2,8	29,4	8,0	36,2
Ostalbkreis	7,5	2,9	26,3	6,4	25,5
Pforzheim, Stadt	9,3	4,1	25,0	14,9	58,0
Rastatt	8,7	3,7	22,4	12,5	26,6
Ravensburg	7,1	2,5	31,3	10,6	21,4
Rems-Murr-Kreis	9,1	3,6	28,5	k. A.	k. A.
Reutlingen	7,8	2,7	34,8	11,5	31,6
Rhein-Neckar-Kreis	9,6	3,1	20,3	9,1	23,4
Rottweil	8,2	3,2	25,5	15,4	30,2
Schwäbisch Hall	9,1	3,2	28,1	11,1	29,8
Schwarzwald-Baar-Kreis	8,1	3,0	27,0	16,1	35,4
Sigmaringen	9,7	3,5	27,5	7,8	38,0
Stuttgart, Landeshauptstadt	7,6	2,8	26,8	8,9	33,0
Tübingen	7,1	2,4	28,5	6,1	19,0
Tuttlingen	10,2	3,9	31,7	11,0	41,1
Ulm, Stadt	8,3	3,2	25,6	10,3	47,1
Waldshut	8,8	2,7	k. A.	k. A.	k. A.
Zollernalbkreis	11,0	4,4	35,3	12,9	30,6
Baden-Württemberg	8,2	2,9	27,1	10,2	31,0

Gesundheit rund um die Geburt auf Land- und Stadtkreisebene

Tab. 4: Gesundheit rund um die Geburt - ausgewählte Indikatoren auf Land- und Stadtkreisebene im Jahr 2019 (Geburtenrate) bzw. im Zeitraum 2016/18 (Lebenserwartung)

(Informationen zu den verwendeten Indikatoren werden in [Tab. 8](#) auf S. 122 dargestellt)

Land-/ Stadtkreis	Geburtenrate (Anzahl Kinder pro Frau)	Lebenserwartung bei Geburt – Mädchen	Lebenserwartung bei Geburt – Junge
Alb-Donau-Kreis	1,73	83,8	80,2
Baden-Baden, Stadt	1,50	83,9	79,2
Biberach	1,81	83,8	79,6
Böblingen	1,71	84,6	80,8
Bodenseekreis	1,60	84,5	80,6
Breisgau-Hochschwarzwald	1,73	85,1	80,9
Calw	1,67	83,8	79,5

Emmendingen	1,69	84,0	80,3
Enzkreis	1,74	84,5	80,5
Esslingen	1,60	84,4	80,4
Freiburg, Stadt	1,28	84,4	80,0
Freudenstadt	1,66	83,5	79,2
Göppingen	1,68	83,8	79,9
Heidelberg, Stadt	1,17	84,8	80,2
Heidenheim	1,64	84,2	79,4
Heilbronn	1,73	83,8	79,6
Heilbronn, Stadt	1,63	83,5	78,1
Hohenlohekreis	1,71	83,9	78,7
Karlsruhe	1,6	83,8	79,6
Karlsruhe, Stadt	1,26	83,8	78,9
Konstanz	1,52	84,3	80,0
Lörrach	1,57	83,9	79,2
Ludwigsburg	1,65	84,4	79,9
Main-Tauber-Kreis	1,63	83,4	79,3
Mannheim, Stadt	1,72	82,5	77,3
Neckar-Odenwald-Kreis	1,38	83,3	78,1
Ortenaukreis	1,66	84,0	79,6
Ostalbkreis	1,68	83,9	79,3
Pforzheim, Stadt	1,61	83,5	78,1
Rastatt	1,78	84,0	79,2
Ravensburg	1,66	84,3	80,2
Rems-Murr-Kreis	1,70	84,2	80,0
Reutlingen	1,68	84,3	79,5
Rhein-Neckar-Kreis	1,67	83,7	79,5
Rottweil	1,62	83,8	79,2
Schwäbisch Hall	1,77	83,8	78,4
Schwarzwald-Baar-Kreis	1,65	83,7	79,1
Sigmaringen	1,74	84,0	79,3
Stuttgart, Landeshauptstadt	1,76	84,5	80,2
Tübingen	1,30	84,7	80,6
Tuttlingen	1,4	83,7	79,4
Ulm, Stadt	1,72	84,8	79,6
Waldshut	1,44	83,7	78,9
Zollernalbkreis	1,71	84,4	79,0
Baden-Württemberg	1,57	84,1	79,6

Indikatorenbeschreibung

Nachfolgend werden die verwendeten Indikatoren aus Tabelle 1 - 4 näher beschrieben und weitere Informationen dazu geliefert.

Tab. 5: Verhältnisbezogene Einflussfaktoren auf die Gesundheit - Beschreibung ausgewählter Indikatoren sowie das Bezugsjahr, der Datenhalter und die Datenquelle

Kinder < 7 Jahren	<p>Beschreibung: Anzahl der Kinder unter 7 Jahren.</p> <p>Stichtag: 31.12.2019</p> <p>Datenquelle: Bevölkerungsfortschreibung auf Basis Zensus 2011</p> <p>Datenhalter: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg</p> <p>Kapitelverweis: 2.1</p>
Anteil Kinder mit Migrationshintergrund	<p>Beschreibung: Dargestellt ist der Anteil der im Rahmen der Einschulungsuntersuchung gesehenen Kinder, die einen Migrationshintergrund aufweisen. Die Kinder sind zu diesem Zeitpunkt 4 bis 5 Jahre alt.</p> <p>Bezugsjahr: 2019</p> <p>Datenquelle: Einschulungsuntersuchung</p> <p>Datenhalter: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg</p> <p>Kapitelverweis: 2.2</p>
Anteil Kinder in Haushalten mit SGB II-Bezug	<p>Beschreibung: Anteil der Kinder unter 6 Jahren in Haushalten, die Grundsicherung nach dem SGB II – umgangssprachlich als „Hartz IV“ bezeichnet – beziehen, bezogen auf alle Kinder der Altersgruppe in Prozent.</p> <p>Bezugsmonat bzw. Stichtag: Dezember 2019, Bezugsbevölkerung (Anzahl Kinder unter 6 Jahren insgesamt) zum 31.12.2018</p> <p>Datenquelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Bevölkerungsfortschreibung</p> <p>Datenhalter: Bundesagentur für Arbeit, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg</p> <p>Kapitelverweis: 2.3.2</p>

**Kinderbetreuungs-
quote**

Beschreibung:

Dargestellt wird die Betreuungsquote (in %), welche die Anzahl der Kinder in öffentlich geförderten frühkindlichen Betreuungsangeboten je 100 Kinder der gleichen Altersgruppe darstellt. Gemeint ist sowohl die Betreuung in Kindertageseinrichtungen als auch in der Kindertagespflege. Kinder in Kindertagespflege, die zusätzlich eine Kindertageseinrichtung besuchen, werden nur einmal gezählt.

Stichtag: 01.03.2019

Datenquelle: Statistik der Kinder- und Jugendhilfe

Datenhalter: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Kapitelverweis: [2.5.1](#)

**Anzahl ambulanter Kinder-/
Jugendärzte bzw.
-ärztinnen pro 100.000
zu versorgende Kinder**

Beschreibung:

Dieser Indikator beschreibt die Anzahl ambulanter Kinder-/ Jugendärzte bzw. -ärztinnen pro 100.000 zu versorgende Kinder im Alter von unter 15 Jahren. Er bildet die regionale Versorgungsdichte ab.

Bezugsjahr bzw. Stichtag: 2019, Bezugsbevölkerung (Anzahl Kinder unter 15 Jahren insgesamt) zum 31.12.2018

Datenquelle: Ärztereister der Kassenärztlichen Vereinigung, Bevölkerungsfortschreibung

Datenhalter: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Kapitelverweis: [2.6.1](#)

Tab. 6: Verhaltensbezogene Einflussfaktoren auf die Gesundheit - Beschreibung ausgewählter Indikatoren sowie das Bezugsjahr, der Datenhalter und die Datenquelle

<p>Anteil Kinder mit Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung U8</p>	<p>Beschreibung:</p> <p>Dargestellt ist der Anteil der Kinder, die an der Früherkennungsuntersuchung U8 teilgenommen haben. Die U8-Untersuchung findet im Alter von 46 bis 48 Monaten (3 ¾ bis 4 Jahre) bei der (Kinder-)Ärztin bzw. beim (Kinder-)Arzt statt. Die Inanspruchnahme und Ergebnisse der U8-Untersuchung und anderen, gesetzlich vorgeschriebenen Früherkennungsuntersuchungen werden im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert.</p> <p>Die Angaben beziehen sich auf die 4- bis 5-jährigen Kinder, die einen Nachweis über die Teilnahme an der U8 zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Landesweit wurde im Jahr 2019 von 94 % der Kinder ein Nachweis vorgelegt.</p> <p>Bezugsjahr: 2019</p> <p>Datenquelle: Einschulungsuntersuchung</p> <p>Datenhalter: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg</p> <p>Kapitelverweis: 3.1</p>
<p>Grundimmunisierungsquote Masern</p> <p>Grundimmunisierungsquote Pertussis</p> <p>Grundimmunisierungsquote Varizellen</p>	<p>Beschreibung:</p> <p>Dargestellt ist der prozentuale Anteil der Kinder (4- und 5-Jährige), die gegen Masern, Pertussis bzw. Varizellen grundimmunisiert sind. Ein Kind gilt als gegen Masern grundimmunisiert, wenn es mindestens zwei Impfungen gegen Masern erhalten hat. Für die Grundimmunisierung gegen Varizellen (Windpocken) sind ebenso mindestens zwei Impfungen notwendig, für einen ausreichenden Schutz gegen Pertussis (Keuchhusten) sind mindestens vier Impfungen erforderlich.</p> <p>Die Angaben beziehen sich auf Kinder mit vorgelegten Impfdokumenten aus den Einschulungsuntersuchungen. Landesweit wurde im Jahr 2019 von 93 % der Kinder ein Impfbuch vorgelegt.</p> <p>Bezugsjahr: 2019</p> <p>Datenquelle: Einschulungsuntersuchung</p> <p>Datenhalter: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg</p> <p>Kapitelverweis: 3.2</p>

Tab. 7: Gesundheits- und Entwicklungsstatus des Kindes - Beschreibung ausgewählter Indikatoren sowie das Bezugsjahr, der Datenhalter und die Datenquelle

<p>Anteil Kinder mit Übergewicht</p> <p>Anteil Kinder mit Adipositas</p>	<p>Beschreibung:</p> <p>Dargestellt wird der Anteil der übergewichtigen bzw. adipösen Kinder an allen in den Einschulungsuntersuchungen gesehenen Kindern. Die Kinder sind zu diesem Zeitpunkt 4 bzw. 5 Jahre alt.</p> <p>Um den Anteil der übergewichtigen Kinder zu bestimmen, werden bei den Einschulungsuntersuchungen die Körpergröße und das Gewicht gemessen sowie der BMI (Body-Mass-Index) für jedes Kind errechnet. Für die Einteilung in Übergewicht und Adipositas werden die Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild herangezogen. Übergewicht ist definiert als der Wert, der oberhalb der 90 %-Perzentilkurve der verwendeten Referenzwerte liegt, bei Adipositas wird die 97 %-Perzentile überschritten. Der Anteil der übergewichtigen Kinder schließt den Anteil an adipösen Kindern mit ein.</p> <p>Bezugsjahr: 2019</p> <p>Datenquelle: Einschulungsuntersuchung</p> <p>Datenhalter: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg</p> <p>Kapitelverweis: 4.1</p>
<p>Anteil Kinder mit auffälliger Körpermotorik</p>	<p>Beschreibung:</p> <p>Dargestellt wird der Anteil der in der Körpermotorik auffälligen Kinder an allen in den Einschulungsuntersuchungen untersuchten Kindern. Die Kinder sind zu diesem Zeitpunkt 5 Jahre alt.</p> <p>Zur Körpermotorik zählen größere Bewegungsabläufe wie Laufen, Balancieren und Schaukeln. Als orientierende Screeninguntersuchung für die Körpermotorik dient das Hüpfen auf einem Bein. Dabei gilt ein 5-jähriges Kind dann als auffällig, wenn es nicht mindestens siebenmal auf jedem Bein sicher vorwärts hüpfen kann.</p> <p>Bezugsjahr: 2019</p> <p>Datenquelle: Einschulungsuntersuchung</p> <p>Datenhalter: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg</p> <p>Kapitelverweis: 4.2</p>

Anteil Kinder mit visuo- motorischer Störung

Beschreibung:

Dargestellt wird der Anteil der Kinder mit einer visuomotorischen Störung an allen in den Einschulungsuntersuchungen untersuchten Kindern. Die Kinder sind zu diesem Zeitpunkt 4 und 5 Jahre alt.

Die Visuomotorik ist die Koordination von visueller Wahrnehmung und körperlicher Bewegung. Sie spielt z. B. beim Auffangen eines Balles oder beim Nachmalen von Zeichen eine wichtige Rolle.

Um den Anteil der Kinder mit visuomotorischer Störung zu bestimmen, wird bei den Einschulungsuntersuchungen die Differenzierungsprobe nach Breuer/Weuffen durchgeführt. Wenn von vier nachgemalten Zeichen bei 4-Jährigen bzw. fünf nachgemalten Zeichen bei 5-Jährigen drei und mehr Zeichen von der Vorlage auffällig abweichen, dann wird dies als visuomotorische Störung gewertet.

Bezugsjahr: 2019

Datenquelle: Einschulungsuntersuchung

Datenhalter: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Kapitelverweis: [4.2](#)

Anteil Kinder mit inten- sivem Sprachförderbedarf

Beschreibung:

Dargestellt wird der Anteil der Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf an allen in den Einschulungsuntersuchungen untersuchten Kindern, die eine Bewertung der Sprache bekommen haben. Die Kinder sind zu diesem Zeitpunkt 4 bzw. 5 Jahre alt.

Die Bewertung der Sprache und somit das Feststellen eines intensiven Sprachförderbedarfs wird anhand der Ergebnisse des Sprachscreenings der Basisuntersuchung und einer möglichen zusätzlichen erweiterten Sprachstandsdiagnostik getroffen.

Bezugsjahr: 2019

Datenquelle: Einschulungsuntersuchung

Datenhalter: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Kapitelverweis: [4.3](#)

Tab. 8: Gesundheit rund um die Geburt - Beschreibung ausgewählter Indikatoren sowie das Bezugsjahr, der Datenhalter und die Datenquelle

<p>Geburtenrate (Anzahl Kinder pro Frau)</p>	<p>Beschreibung: Die Geburtenrate beschreibt die durchschnittliche Anzahl der lebend-geborenen Kinder pro Frau.</p> <p>Bezugsjahr: 2019 Datenquelle: Geburtenstatistik, Bevölkerungsfortschreibung Datenhalter: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg Kapitelverweis: 5.1</p>
<p>Lebenserwartung bei Geburt – Mädchen</p> <p>Lebenserwartung bei Geburt – Junge</p>	<p>Beschreibung: Die mittlere Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre ein in diesem Jahr geborenes Mädchen bzw. geborener Junge bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde.</p> <p>Bezugszeitraum: 2016/18 Datenquelle: Sterbetafel Datenhalter: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg Kapitelverweis: 5.4</p>

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Gesundheitspolitischer Aktionszyklus (Public Health Action Cycle).....	14
Abb. 2: Regenbogenmodell (angelehnt an Dahlgren & Whitehead, 1991).....	15
Abb. 3: Anzahl der unter 7-Jährigen in Baden-Württemberg seit 1990 nach Geschlecht.....	21
Abb. 4: Anzahl der unter 7-Jährigen in Baden-Württemberg im Jahr 2019 nach Alter.....	21
Abb. 5: Untersuchte Kinder bei der ESU im Jahr 2019 nach Migrationshintergrund.....	22
Abb. 6: Anteil der 4- bis 5-jährigen Kinder mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg nach Land- und Stadtkreisen im Jahr 2019.....	22
Abb. 7: Regel zur Einteilung in drei Sozialstatusgruppen nach Böhm et al. (2007).....	23
Abb. 8: Schulabschluss der Eltern.....	23
Abb. 9: Erwerbstätigkeit der Eltern.....	24
Abb. 10: Sozialstatus der Eltern.....	24
Abb. 11: Anteil Kinder unter 6 Jahren in Haushalten mit SGB II-Bezug in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2019.....	25
Abb. 12: Anteil Kinder unter 6 Jahren in Haushalten mit SGB II-Bezug in Baden-Württemberg auf Land- und Stadtkreisebene im Jahr 2019.....	26
Abb. 13: Wandel der Familienformen in Baden-Württemberg von 1980 bis 2018.....	27
Abb. 14: Kinder in Baden-Württemberg 1972 bis 2018 nach Anzahl der Geschwister.....	28
Abb. 15: Durch erzieherische Hilfen erreichte unter 6-Jährige in Baden-Württemberg in den Jahren 2012 – 2018.....	28
Abb. 16: Anteil der erreichten unter 6-Jährigen im Jahr 2018 nach Art der Erzieherischen Hilfe.....	29
Abb. 17: Verfahren zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung nach § 8a SGB VIII bei den unter 7-Jährigen in Baden-Württemberg im Jahr 2018 nach dem Ergebnis des Verfahrens.....	30
Abb. 18: Akute Kindeswohlgefährdungen bei unter 7-Jährigen in Baden-Württemberg von 2012 bis 2018.....	30
Abb. 19: Verfahren zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung in Baden-Württemberg im Jahr 2018 nach Alter und Geschlecht der betroffenen Kinder.....	30
Abb. 20: Betreuungsquote der Kinder in Baden-Württemberg von 2006 - 2019 nach Alter.....	32
Abb. 21: Betreuungsquoten der unter 3-Jährigen in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2019.....	33
Abb. 22: Betreuungsquoten der unter 3-Jährigen in Baden-Württemberg auf Land- und Stadtkreisebene im Jahr 2019.....	34
Abb. 23: Betreuungsquoten von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund im Jahr 2019 nach Alter.....	34
Abb. 24: Anzahl Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegepersonal von 2007 bis 2019.....	35
Abb. 25: Betreuungssituation im Land Baden-Württemberg im Jahr 2019.....	35
Abb. 26: Durch Sonderpädagogische Beratungsstellen im Rahmen der Frühförderung geförderte Kinder in Baden-Württemberg im Schuljahr 2018/19 nach Förderschwerpunkt.....	37
Abb. 27: Interdisziplinäre Frühförderstellen in Baden-Württemberg - erfasste Diagnosen nach ICD-10 bei Komplexleistungen im Aufbaujahr 2016.....	38
Abb. 28: Anzahl betreuter Kinder in Schulkindergärten nach Staatsangehörigkeit seit dem Schuljahr 2014/15	39
Abb. 29: Schulkindergärten in Baden-Württemberg im Schuljahr 2019/20 nach Förderschwerpunkten.....	39
Abb. 30: Anzahl Kinder in Kindertagesbetreuung, die Eingliederungshilfe erhalten von 2013 bis 2019.....	39
Abb. 31: Mädchen und Jungen im Schuljahr 2019/20 nach Art der Einschulung.....	40

Abb. 32: Schulanfängerinnen und -anfänger an Grundschulen in Baden-Württemberg vom Schuljahr 2002/03 bis Schuljahr 2019/20 nach Art der Einschulung.....	41
Abb. 33: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendärzte in Deutschland nach KV- Bezirken im Jahr 2019.....	43
Abb. 34: An der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene und angestellte Kinder- und Jugendärzte in Baden-Württemberg auf Land- und Stadtkreisebene im Jahr 2019.....	43
Abb. 35: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendpsychiater in Deutschland nach KV-Bezirken im Jahr 2019.....	44
Abb. 36: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland nach KV-Bezirken im Jahr 2019.....	44
Abb. 37: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendärzte pro 100.000 Kinder von 0 bis unter 15 Jahren, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten pro 100.000 Einwohner von 0 bis unter 18 Jahren in Baden-Württemberg und Deutschland im zeitlichen Verlauf von 2013 bis 2019.....	45
Abb. 38: Durchschnittliches Bettenangebot der Fachabteilungen für Kinderheilkunde im Jahresdurchschnitt in Baden-Württemberg und Deutschland im Jahr 2006 bis 2017.....	46
Abb. 39: Durchschnittliches Bettenangebot der Fachabteilungen für Kinderheilkunde im Jahresdurchschnitt in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2017.....	47
Abb. 40: Durchschnittliches Bettenangebot der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie im Jahresdurchschnitt in Baden-Württemberg und Deutschland im Jahr 2006 bis 2017.....	47
Abb. 41: Durchschnittliches Bettenangebot der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie im Jahresdurchschnitt in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2019.....	48
Abb. 42: Nutzungsgrad bzw. Auslastung der Krankenbetten in Baden-Württemberg im Jahr 2017.....	49
Abb. 43: Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen von 2010 bis 2019.....	52
Abb. 44: Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen im Jahr 2019 nach Migrationshintergrund.....	54
Abb. 45: Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen im Jahr 2019 nach Sozialstatus.....	54
Abb. 46: Impfquoten aus Baden-Württemberg im Jahr 2019 im Vergleich zum Bundesdurchschnitt im Jahr 2018.....	55
Abb. 47: Impfquoten von etablierten Impfempfehlungen in Baden-Württemberg in den Jahren 2010, 2014 und 2019.....	56
Abb. 48: Impfquoten neu eingeführter Impfempfehlungen in Baden-Württemberg von 2010 bis 2019.....	56
Abb. 49: Varizellen-Impfquoten und Erkrankungsfälle in Baden-Württemberg auf Land- und Stadtkreisebene gemittelt über die Jahre 2014-2019.....	57
Abb. 50: Masern-Impfquoten in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2018.....	58
Abb. 51: Masern-Impfquoten in Baden-Württemberg auf Land- und Stadtkreisebene im Jahr 2019.....	59
Abb. 52: Masern-Impfstatus in Baden-Württemberg im Jahr 2019 nach Sozial- und Migrationsstatus.....	60
Abb. 53: Prozentuale Verteilung der von 3- bis 6-jährigen Jungen und Mädchen durchschnittlich pro Tag verzehrten Portionen Obst oder Gemüse in Deutschland zur KiGGS Basiserhebung (2003-2006) und KiGGS Welle 2 (2014-2017).....	62
Abb. 54: Täglicher Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke bei den 3- bis 6-jährigen Kindern in Deutschland nach Geschlecht in KiGGS Welle 2 (2014-2017).....	63
Abb. 55: Anteil der 3- bis 6-jährigen Jungen und Mädchen, die täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke in Deutschland konsumieren - Vergleich KiGGS Basiserhebung (2003-2006) und KiGGS Welle 2 (2014-2017).....	63

Abb. 56: Prozentualer Anteil der 3- bis 6-Jährigen in Deutschland, die die WHO-Empfehlung von mindestens 60 Minuten körperliche Bewegung pro Tag erreichen nach Geschlecht in KiGGS Welle 1 (2009-2012) und KiGGS Welle 2 (2014-2017).....	65
Abb. 57: Prozentualer Anteil der Kinder zwischen 0 und 6 Jahren, die in Deutschland im Jahr 2019 Mitglied in einem Sportverein waren nach Bundesländern.....	66
Abb. 58: Anteil der unter 6-Jährigen in Deutschland, die das Smartphone und / oder den Fernseher mindestens 30 Minuten pro Tag nutzen nach Alter.....	68
Abb. 59: Entwicklung der Fernsehnutzung bei 3- bis 5 Jährigen Kindern in Deutschland von 2010 bis 2019.....	69
Abb. 60: Übergewichts- und Adipositasprävalenz in Baden-Württemberg von 2010 bis 2019.....	70
Abb. 61: Adipositasprävalenz bei Vorschulkindern in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2019.....	72
Abb. 62: Übergewichts- und Adipositasprävalenz in Baden-Württemberg im Jahr 2019 nach Geschlecht.....	72
Abb. 63: Übergewichts- und Adipositasprävalenz in Baden-Württemberg im Jahr 2019 nach Migrationshintergrund und Sozialstatus.....	73
Abb. 64: Anteil 5-Jähriger mit auffälliger Körpermotorik bzw. Anteil 4- bis 5-Jähriger mit Hinweisen auf eine Störung in der Visuomotorik von 2013 bis 2019.....	74
Abb. 65: Auffällige Körpermotorik bzw. Hinweisen auf eine Störung in der Visuomotorik im Jahr 2019 nach Geschlecht.....	74
Abb. 66: Auffällige Körpermotorik bzw. Hinweisen auf eine Störung in der Visuomotorik im Jahr 2019 nach Sozialstatus.....	75
Abb. 67: Intensiver Sprachförderbedarf im Jahr 2019 nach Geschlecht.....	76
Abb. 68: Intensiver Sprachförderbedarf im Jahr 2019 nach Migrationshintergrund und Sozialstatus.....	76
Abb. 69: Anteil Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf von 2013 bis 2019.....	77
Abb. 70: Familiensprache laut Elternangaben im Jahr 2019.....	77
Abb. 71: Anteil Kinder mit nicht ausschließlich deutscher Familiensprache laut Elternangaben im Jahr 2019...	77
Abb. 72: Intensiver Sprachförderbedarf im Jahr 2019 nach Familiensprache.....	78
Abb. 73: Anteil der 6- bis 7-Jährigen in Baden-Württemberg mit und ohne Karieserfahrung von 1997 bis 2016.....	80
Abb. 74: dmft-Werte bei 6- bis 7-Jährigen in Deutschland nach KV-Bezirken im Jahr 2016.....	81
Abb. 75: dmft-Werte in Werte in Deutschland und Baden- Württemberg von 1994 bis 2016 bei 6- bis 7-Jährigen.....	82
Abb. 76: ADHS-Diagnoseprävalenzen im Jahr 2016 in Deutschland nach Alter und Geschlecht	84
Abb. 77: ADHS-Diagnoseprävalenz bei Kindern im Alter von 5 bis 14 Jahren nach KV-Bezirken im Jahr 2016.....	84
Abb. 78: Hinweise auf Hyperaktivität nach Geschlecht und Sozialstatus in der ESU.....	85
Abb. 79: StandorteregionalerADHS-NetzeinBaden-Württemberg.....	85
Abb. 80: Die sechs häufigsten Diagnosegruppen der Krankenhausbehandlungsfälle bei unter 1-Jährigen in Baden-Württemberg im Jahr 2017 nach Geschlecht.....	86
Abb. 81: Vollstationäre Krankenhausbehandlungsfälle bei unter 1-Jährigen in Deutschlandnach Bundesländern im Jahr 2017.....	87
Abb. 82: Vollstationäre Krankenhausbehandlungsfälle bei den 1- bis unter 5-Jährigen in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2017.....	87
Abb. 83: Die sechs häufigsten Diagnosegruppen der Krankenhausbehandlungsfälle bei den 1- bis unter 5-Jährigen in Baden-Württemberg im Jahr 2017 nach Geschlecht.....	88
Abb. 84: Krankheiten des Atmungssystems (ICD-10: J00-J99) – die häufigsten Untergruppen vollstationärer	

Behandlungsfälle in Baden-Württemberg im Jahr 2017 nach Altersgruppen.....	89
Abb. 85: Infektiöse und parasitäre Krankheiten (ICD 10: A00-B99) – die häufigsten Untergruppen vollstationärer Behandlungsfälle in Baden-Württemberg im Jahr 2017 nach Altersgruppen.....	90
Abb. 86: Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (ICD-10: S00-T98) – die häufigsten Untergruppen vollstationärer Behandlungsfälle in Baden-Württemberg im Jahr 2017 nach Altersgruppen	91
Abb. 87: Vollstationäre Krankenhausbehandlungsfälle mit Verletzungen des Kopfes in Untergruppen bei unter 5-Jährigen in Baden-Württemberg im Jahr 2017.....	91
Abb. 88: Anteil tödlicher Verletzungen (ICD-10: S00-T98) an allen Sterbefällen bei den 1- bis unter 5-Jährigen in Baden-Württemberg im Jahr 2017.....	92
Abb. 89: Die sieben häufigsten Diagnosegruppen der Behandlungsfälle in Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen bei unter 5- Jährigen in Baden-Württemberg im Jahr 2017 nach Geschlecht.....	93
Abb. 90: Lebenszeitprävalenz von Heuschnupfen bei unter 7-Jährigen Mädchen und Jungen in Deutschland nach Alter in KiGGS Welle 2 (2014-2017).....	94
Abb. 91: Lebenszeitprävalenz von Asthma bronchiale bei unter 7-Jährigen Mädchen und Jungen in Deutschland nach Alter in KiGGS Welle 2 (2014-2017).....	95
Abb. 92: Lebenszeitprävalenz von Neurodermitis bei unter 7-Jährigen Mädchen und Jungen in Deutschland nach Alter in KiGGS Welle 2 (2014-2017).....	95
Abb. 93: Durchschnittliche Kinderzahl pro Frau in Baden-Württemberg von 1980 bis 2019 nach Nationalität....	97
Abb. 94: Geburtenentwicklung in Baden-Württemberg von 1950 bis 2019.....	97
Abb. 95: Kinderzahl pro Frau in Baden-Württemberg auf Land- und Stadtkreisebene im Jahr 2019.....	98
Abb. 96: Inanspruchnahme von Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2019.....	99
Abb. 97: Die häufigsten im Mutterpass dokumentierten Schwangerschaftsrisiken im Jahr 2019.....	100
Abb. 98: Altersspezifische Geburtenhäufigkeit in Baden-Württemberg 1975 und 2018.....	101
Abb. 99: Anteil Frauen mit Adipositas bzw. Diabetes während der Schwangerschaft von 2004 bis 2019....	101
Abb. 100: Tabakkonsum während der Schwangerschaft im Jahr 2016.....	102
Abb. 101: Durchschnittliche Lebenserwartung Neugeborener in Baden-Württemberg seit 1970/72	104
Abb. 102: Durchschnittliche Lebenserwartung neugeborener Jungen in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2018.....	105
Abb. 103: Durchschnittliche Lebenserwartung neugeborener Mädchen in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2018.....	105
Abb. 104: Im ersten Lebensjahr Gestorbene insgesamt sowie an plötzlichem Kindstod Gestorbene in Baden-Württemberg von 1990 bis 2018.....	107

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Verhältnisbezogene Einflussfaktoren auf die Gesundheit - ausgewählte Indikatoren auf Land- und Stadtkreisebene im Jahr 2019.....	112
Tab. 2: Verhaltensbezogene Einflussfaktoren auf die Gesundheit - ausgewählte Indikatoren auf Land- und Stadtkreisebene im Jahr 2019.....	113
Tab. 3: Gesundheits- und Entwicklungsstatus des Kindes - ausgewählte Indikatoren auf Land- und Stadtkreisebene im Jahr 2019.....	114
Tab. 4: Gesundheit rund um die Geburt - ausgewählte Indikatoren auf Land- und Stadtkreisebene im Jahr 2019 (Geburtenrate) bzw. im Zeitraum 2016/18 (Lebenserwartung).....	115

Tab. 5: Verhältnisbezogene Einflussfaktoren auf die Gesundheit - Beschreibung ausgewählter Indikatoren sowie das Bezugsjahr, der Datenhalter und die Datenquelle.....	117
Tab. 6: Verhaltensbezogene Einflussfaktoren auf die Gesundheit - Beschreibung ausgewählter Indikatoren sowie das Bezugsjahr, der Datenhalter und die Datenquelle.....	119
Tab. 7: Gesundheits- und Entwicklungsstatus des Kindes - Beschreibung ausgewählter Indikatoren sowie das Bezugsjahr, der Datenhalter und die Datenquelle.....	120
Tab. 8: Gesundheit rund um die Geburt - Beschreibung ausgewählter Indikatoren sowie das Bezugsjahr, der Datenhalter und die Datenquelle.....	122

Bildquellen

Alle verwendeten Bilder und Logos wurden mit freundlicher Genehmigung der unten stehenden Institutionen genutzt. Die Bildrechte liegen beim jeweiligen Urheber.

Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e. V.....	95
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). <i>Bundesstiftung Frühe Hilfen</i>	109
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). <i>KiTa-Einstieg: Brücken bauen in frühe Bildung</i>	36
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). <i>ProKindertagespflege: Wo Bildung für die Kleinsten beginnt</i>	36
Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Baden-Württemberg e. V. (LAGZ).....	82
Landesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE behinderter Menschen Baden-Württemberg e. V.....	95
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. <i>Fördermöglichkeiten, Programme und Handlungshilfen der Gesundheitsförderung, Prävention und Quartiersentwicklung</i>	51
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. <i>Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg</i>	50
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. <i>Impfbericht Baden-Württemberg 2018</i>	60
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. <i>Sprachstanderhebung in der Einschulungsuntersuchung Baden-Württemberg 2010-2018</i>	79
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und Ministerium für Soziales und Integration Baden Württemberg. <i>Schwanger: Ja – Alkohol: Nein!</i>	103
Landeshauptstadt Stuttgart, Amt für Sport und Bewegung. <i>Bewegungspass</i>	67
Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg. <i>Gesamtkonzeption Kompetenzen verlässlich voranbringen (Kolibri)</i>	79
Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz (MLR) Baden-Württemberg. <i>EU-Schulprogramm</i> ...	64
Ministeriums für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz (MLR) Baden-Württemberg. <i>Bewusste Kinderernährung (BeKi)</i>	64
Ministerium für Soziales und Integration Baden Württemberg. <i>Starke Kinder – chancenreich</i>	26
Ministerium für Soziales und Integration Baden Württemberg. <i>STÄRKE – Das Landesprogramm für Familien</i> ..	31
Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg und das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. <i>Heute schon mit Ihrem Kind gesprochen?</i>	69
Universitätsklinikum Köln. <i>Zentrales adhs-netz</i>	85
World Health Organization (WHO). <i>European Immunization Week</i>	61

Literaturverzeichnis

- [1] Akmatov, M. K., Holstiege, J., Hering, R., Schulz, M., Steffen, A. & Bätzing, J. (2018). *Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung in Deutschland. Teil 3 – Identifizierung raumzeitlicher Cluster der Diagnoseprävalenz im Zeitraum 2009 bis 2016* (02).
- [2] Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden - AOLG (2003). *Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder*, Bielefeld.
- [3] Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation, Sozialmedizin (AG GPRS) der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörde (Hrsg.) (2019). *Unter- und Übergewicht bei Einschulungskindern, Abfrage 2019*.
- [4] Aster, M. von & Burger, W. (2005). Chronische Krankheiten im Kindesalter. In *Verhaltenstherapiemanual*, Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.). Springer Medizin, Heidelberg: 447–454.
- [5] Berdel, D., Forster, J., Gappa, M., Kiosz, D., Leupold, W., Pfeiffer-Kascha, D., Rietschel, E., Schuster, A., Sitter, H., Spindler, T. & Wahlen, W. (2007). Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschr Kinderheilkd*, 155 (10): 957–967.
- [6] Bergmann, K. E., Bergmann, R. L., Ellert, U. & Dudenhausen, J. W. (2007). Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50 (5-6): 670–676.
- [7] Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (Hrsg.). *Erkältung (Grippaler Infekt) (Stand: 01.08.2018)*. Verfügbar unter: <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/krankheiten/erkaeltung-grippaler-infekt>. Zuletzt geprüft am: 10.03.2020.
- [8] Bieber, T. (2008). Atopic Dermatitis. *N Engl J Med*, 358 (14): 1483–1494.
- [9] Böhm, A., Ellsäßer, G. & Lüdecke, K. (2007). Der Brandenburger Sozialindex. Ein Werkzeug für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene bei der Analyse von Einschülerdaten. *Gesundheitswesen*, 69 (10): 555–559.
- [10] Borrmann, A. & Mensink, G. B. M. (2015). Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Welle 1. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 58 (9): 1005–1014.
- [11] Brachat-Schwarz, W. (2019). „Babyboom“ in Baden-Württemberg? Zur Entwicklung der Geburtenhäufigkeit im Südwesten. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg*, 2.
- [12] Brettschneider, A.-K., Lippe, E. von der & Lange, C. (2018). Stillverhalten in Deutschland - Neues aus KiGGS Welle 2. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 61 (920-925).
- [13] Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2020). *Tabellen, Kinder in Bedarfsgemeinschaften (Monatszahlen). Deutschland, West/Ost, Länder und Kreise. Dezember 2019*. Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg. Verfügbar unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/>. Zuletzt geprüft am: 15.06.2020.
- [14] Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e. V. (Hrsg.) (2019). *Im Blick: Kommentierte Daten der Jugendhilfe. Erläuterte Zusammenfassung*. Verfügbar unter: <https://www.kinderschutz-zentren.org/index.php?t=page&a=v&i=52074>. Zuletzt geprüft am: 03.06.2020.
- [15] Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.) (2020). *Regionale Kinderbetreuung unter 3 Jahren* Verfügbar unter: <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/kinderbetreuung-regional.html>. Zuletzt geprüft am: 14.09.2020.
- [16] Bundesinstitut für Risikobewertung (Hrsg.) (2015). *Update der S3-Leitlinie Allergieprävention weicht von Stillempfehlung der Nationalen Stillkommission ab. Stellungnahme der Nationalen Stillkommission am BfR vom 30. April 2015*. Verfügbar unter: https://www.mri.bund.de/fileadmin/MRI/Themen/Stillkommission/Stellungnahme_2015_s3-Leitlinie_Allergiepraevention.pdf. Zuletzt geprüft am: 05.08.2020.
- [17] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2018). *Kindertagesbetreuung*

Kompakt. Ausbaustand und Bedarf 2017, Berlin.

[18] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2019). *Kindertagesbetreuung Kompakt. Ausbaustand und Bedarf 2018*, Berlin.

[19] Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015). *Nationaler Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland. Hintergründe, Ziele und Strategien*, Berlin.

[20] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (o.J.). *Chronische Erkrankungen im Kindesalter. Ein gemeinsames Thema von Elternhaus, Kindertagesstätte und Schule*, Köln.

[21] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2019). *Gut hinsehen, gut zuhören, aktiv gestalten! Tipps für Eltern zum Thema „Mediennutzung in der Familie“*, Köln.

[22] Büsching, U. & Riedel, R. (2017). *BLIKK-Medien: Kinder und Jugendliche im Umgang mit elektronischen Medien. Abschlussbericht*. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_BLIKK_Medien.pdf. Zuletzt geprüft am: 16.06.2020.

[23] Deutsche Diabetesgesellschaft (Hrsg.), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Hrsg.) & Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin (Hrsg.) (2018). *S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge*.

[24] Deutsche Diabetesgesellschaft (Hrsg.), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Hrsg.) & Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin (Hrsg.) (2018). *S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Patientinnenleitlinie*.

[25] Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2017). *Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE*.

[26] Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.) (2015). *Alkohol in der Schwangerschaft. DHS Factsheet*.

[27] Deutscher Olympischer Sportbund e. V. (Hrsg.) (2019). *Bestandserhebung 2019*. Verfügbar unter: https://cdn.dosb.de/user_upload/www.dosb.de/medien/BE/BE-Heft_2019.pdf. Zuletzt geprüft am: 16.06.2020.

[28] Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2015). *Tabakatlas Deutschland 2015*.

[29] Ellsäßer, G. (2017). *Unfälle, Gewalt, Selbstverletzungen bei Kindern und Jugendlichen 2017. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2014. Fachbericht*.

[30] Ellsäßer, G., Trost-Brinkhues, G. & Albrecht, M. (2014). Prävention von Verletzungen bei kleinen Kindern. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 57 (6): 681–686.

[31] FaFo Familienforschung Baden-Württemberg (2020). *GesellschaftsReport BW. Im Spagat zwischen Erwerbstätigkeit und Fürsorge - alleinerziehende Mütter und Väter in Baden-Württemberg*, Stuttgart.

[32] Feierabend, S. & Scolari, J. (2019). Was Kinder sehen. Eine Analyse der Fernsehnutzung Drei- bis 13-Jähriger 2018. *Media Perspektiven*, 4: 156–168.

[33] Feierabend, S. & Scolari, J. (2020). Was Kinder sehen. Eine Analyse der Fernsehnutzung Drei- bis 13-Jähriger 2019. *Media Perspektiven*, 4: 181–195.

[34] Fekete, C. & Weyers, S. (2016). Soziale Ungleichheit im Ernährungsverhalten. Befundlage, Ursachen und Interventionen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59 (2): 197–205.

[35] Finger, J. D., Varnaccia, G., Borrmann, A., Lange, C. & Mensink, G. B. M. (2018). Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (1).

[36] Geene, R. (2018). Gesundheitsförderung und Familien – Familiäre Gesundheitsförderung. In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): 407–417.

[37] Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (o.J.). *Schwangerschaft und Mutterschaft*. Verfügbar unter:

<https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/ambulant/frueherkennung-krankheiten/schwangerschaft-mutterschaft/>. Zuletzt geprüft am: 05.08.2020.

[38] Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2020). *Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“)*.

[39] Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Baden-Württemberg GmbH (Hrsg.) (2019). *Jahresauswertung 2019. Modul 16/1 Geburtshilfe. Gesamtauswertung*, Stuttgart.

[40] Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (Hrsg.) (2016). *Jahresauswertung 2016. Modul 16/1 Geburtshilfe. Gesamtauswertung*, Stuttgart.

[41] GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2018). *Leitfaden Prävention - Handlungsfelder nach § 20 Abs. 2 SGB V*, Berlin.

[42] Graf, C. (2010). Rolle der körperlichen Aktivität und Inaktivität für die Entstehung und Therapie der juvenilen Adipositas. *Bundesgesundheitsbl.*, 53 (7): 699–706.

[43] Hardt, H. von der (1985). Die Bronchitis. In *Pädiatrische Pneumologie*, Fenner, A. & Hardt, H. von der (Hrsg.). Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.

[44] Heidemann, C. & Scheidt-Nave, C. (2017). Prävalenz, Inzidenz und Mortalität von Diabetes mellitus bei Erwachsenen in Deutschland – Bestandsaufnahme zur Diabetes-Surveillance. *Journal of Health Monitoring*, 2 (3).

[45] Heinrich-Weltzien, R. (2018). Frühkindliche Karies. Ein kinderzahnärztliches Problem. *Kinder- und Jugendmedizin*, 08 (08): 494–498.

[46] Hesketh, K. R., Lakshman, R. & van Sluijs, E. M. F. (2017). Barriers and facilitators to young children's physical activity and sedentary behaviour. A systematic review and synthesis of qualitative literature. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 18 (9): 987–1017.

[47] Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.) (2016). *Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie*, Köln.

[48] Institut für Bildungsanalysen Baden-Württemberg (Hrsg.) (o. J.). *Datenatlas zur Bildungsberichterstattung Baden-Württemberg. Sonderpädagogische Förderung: Kinder in Kindertagesbetreuung, die Eingliederungshilfe erhalten*. Verfügbar unter: <https://ibbw.kultus-bw.de/site/pbs-bw-new/get/documents/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Dienststellen/ibbw/Systemanalysen/Bildungsberichterstattung/Datenatlas/atlas.html>. Zuletzt geprüft am: 12.06.2020.

[49] Interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Allergische Rhinitis“ der Sektion HNO (2003). Allergische Rhinokonjunktivitis Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAI). *Allergo J*, 12: 182–194.

[50] Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). *An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Anzahl)*. Bundesarztregister. Verfügbar unter: www.gbe.bund.de. Zuletzt geprüft am: 02.06.2020.

[51] Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2020). *Die Bedarfsplanung - Grundlagen, Instrumente und Umsetzung*, Berlin.

[52] Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2020). *Erläuterungen zu den Statistischen Informationen aus dem Bundesarztregister*.

[53] Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2020). *Gesundheitsdaten. Drohende Unterversorgung vor allem bei Hausärzten*. Verfügbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17018.php>. Zuletzt geprüft am: 16.06.2020.

[54] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (Hrsg.). *Frühe Hilfen – Vernetzung von Gesundheitswesen und Jugendhilfe. Qualitätszirkel-Landkarte Frühe Hilfen*. Verfügbar unter: <https://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/fruehe-hilfen/>. Zuletzt geprüft am: 17.06.2020.

- [55] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (Hrsg.) (2018). *Die ambulante medizinische Versorgung 2018. Bericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg*. Verfügbar unter: <https://www.kvbw-admin.de/api/download.php?id=3082>. Zuletzt geprüft am: 06.05.2020.
- [56] Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (Hrsg.) (2019). *Die ambulante medizinische Versorgung 2019. Bericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg*, Stuttgart.
- [57] Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T. & Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (3): 37–45.
- [58] Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (Hrsg.) (2019). *Die Umsetzung der Bundesinitiative Frühe Hilfen in Baden-Württemberg, 2012-2017*.
- [59] Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., Geller, F., Geiß, H. C., Hesse, A. von, Jaeger, U., Johnsen, D., Korte, W., Menner, K., Müller, G., Müller, J. M., Niemann-Pilatus, A., Remer, T., Schaefer, F., Wittchen, H.-U., Zabransky, S., Zellner, K., Ziegler, A. & Hebebrand, J. (2001). Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd*, 149: 801–818.
- [60] Krug, S., Finger, J. D., Lange, C., Richter, A. & Mensink, G. B. M. (2018). Sport- und Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (2): 3-22.
- [61] Kuntz, B., Waldhauer, J., Zeiher, J., Finger, J. D. & Lampert, T. (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3 (2): 45–63.
- [62] Kuntz, B., Zeiher, J., Starker, A., Prütz, F. & Lampert, T. (2018). Rauchen in der Schwangerschaft - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (1).
- [63] Lampert, T. & Kroll, L. E. (2010). Armut und Gesundheit. *GBE Kompakt*, 5.
- [64] Lampert, T., Müters, S., Kuntz, B., Dahm, S. & Nowossadeck, E. (2019). 30 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung Deutschlands. *Journal of Health Monitoring*, 4 (S2).
- [65] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.). *Themenübersicht der Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGKen) in Baden-Württemberg. Stand: Juni 2019*. Verfügbar unter: https://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/01_Themen/Gesundheitsfoerderung/Uebersicht_Kommunale_Gesundheitskonferenzen.pdf. Zuletzt geprüft am: 23.06.2020.
- [66] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Hrsg.) (2015). *Handbuch zur Kommunalen Gesundheitsförderung. Städte und Gemeinden gesundheitsförderlich, lebenswert und generationenfreundlich gestalten*. Verfügbar unter: https://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/03_Fachinformationen/Fachpublikationen+Info-Materialien/handbuch_kommunale_gesundheitsfoerderung.pdf. Zuletzt geprüft am: 23.06.2020.
- [67] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Angaben aus dem Beobachtungsbogen - Hinweise auf Hyperaktivität*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.
- [68] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Angaben aus dem Elternfragebogen*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.
- [69] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Angaben zur Familiensprache*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.
- [70] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Anzahl und Anteil der untersuchten Kinder mit vorgelegtem Nachweis zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.
- [71] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Anzahl und Anteil der untersuchten Kinder, bei*

denen ein Impfbuch vorgelegt wurde. Befunde aus vorgelegten Dokumenten. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

[72] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede beim intensiven Sprachförderbedarf*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

[73] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Einbeinhüpfen: Anteil der unauffälligen Befunde. Befunde aus aktueller Untersuchung*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

[74] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Gesamtbewertung Sprache bei allen untersuchten Kindern*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

[75] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Gewicht nach Migrationshintergrund*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

[76] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Gewicht nach Sozialstatus der Eltern*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

[77] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Impfbefunde aus vorgelegten Dokumenten*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

[78] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Masernimpfungen nach Migrationsstatus*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

[79] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Masernimpfungen nach Sozialstatus*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

[80] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Migrationshintergrund*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

[81] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Motorik nach Sozialstatus*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

[82] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Prävalenz von Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas bei den Jungen und Mädchen im Alter von 51-68 Monaten (4 1/2 bis 5 1/2 Jahre)*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

[83] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Sozialstatus*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

[84] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen nach Sozialstatus*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

[85] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen nach Migrationshintergrund*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

[86] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Teilnahme an den Untersuchungen U2 bis U6. Befunde aus vorgelegten Dokumenten*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

[87] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Teilnahme an den Untersuchungen U7 bis U9. Befunde aus vorgelegten Dokumenten*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

[88] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Visuomotorik: Ergebnisse der Differenzierungsprobe nach Breuer/Weuffen. Befunde aus aktueller Untersuchung*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

[89] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Vollständigkeit der FSME-Impfungen*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.

- [90] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2020). *Vollständigkeit der Masernimpfungen*. Einschulungsuntersuchungen 2018/19 (Schulanfänger 2020). Eigene Auswertung.
- [91] Landesinstitut für Schulentwicklung (Hrsg.) & Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hrsg.) (2018). *Bildungsberichterstattung 2018. Bildung in Baden-Württemberg*, Stuttgart.
- [92] Landesinstitut für Schulentwicklung (Hrsg.) & Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hrsg.) (2018). *Bildungsberichterstattung 2018. C3.1 (G2) Interdisziplinäre Frühförderstellen in Baden-Württemberg - erfasste Diagnosen nach ICD-10 bei Komplexeleistung im Aufbaujahr 2016, S. 50. Landesarzt für Menschen mit Behinderungen Baden-Württemberg*.
- [93] Landesregierung Baden-Württemberg (Hrsg.). *Krankenhausplan 2010 Baden-Württemberg. Beschluss der Landesregierung vom 9. November 2010*. Verfügbar unter: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Krankenh%C3%A4user/KH-Plan_Textteil_2010.pdf. Zuletzt geprüft am: 06.05.2020.
- [94] Larsen, J. K., Hermans, R. C., Sleddens, E. F., Engels, R. C., Fisher, J. O. & Kremers, S. P. (2015). How parental dietary behavior and food parenting practices affect children's dietary behavior. Interacting sources of influence? *Appetite*, 89: 246–257.
- [95] Lee, S. Y., Sirieix, C. M., Nattie, E. & Li, A. (2018). Pre- and early postnatal nicotine exposure exacerbates autoresuscitation failure in serotonin-deficient rat neonates. *J Physiol*, 596 (23): 5977–5991.
- [96] Mensink, G. B. M., Schienkiewitz, A., Rabenberg, M., Borrmann, A., Richter, A. & Haftenberger, M. (2018). Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (1): 32–39.
- [97] Mikkilä, V., Räsänen, L., Raitakari, O. T., Pietinen, P. & Viikari, J. (2005). Consistent dietary patterns identified from childhood to adulthood. The cardiovascular risk in Young Finns Study. *The British journal of nutrition*, 93 (6): 923–931.
- [98] Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (Hrsg.) (2010). *AG Standortfaktor Gesundheit. Bericht der Projektgruppe Kommunale Gesundheitskonferenzen*. Verfügbar unter: https://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/01_Themen/Gesundheitsfoerderung/AG%20Standortfaktor%20Gesundheit_2010.pdf. Zuletzt geprüft am: 18.06.2020.
- [99] Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (Hrsg.) (2012). *Generationenbeziehungen: Kinder - Eltern - Großeltern*. Familien in Baden-Württemberg (03), Stuttgart.
- [100] Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (Hrsg.) (o. J.). *Frühförderung für behinderte, von Behinderung bedrohte und entwicklungsverzögerte Kinder*. Verfügbar unter: <https://www.schule-bw.de/faecher-und-schularten/schularten/sonderpaedagogische-bildung/fruehkindliche-bildung/faecher-und-schularten/schularten/sonderpaedagogische-bildung/fruehkindliche-bildung/anlage/ff-sonderpaed-flyer.pdf>. Zuletzt geprüft am: 12.06.2020.
- [101] Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (Hrsg.) (o.J.). *Frühförderung in Interdisziplinären Frühförderstellen in Baden-Württemberg*. Verfügbar unter: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Flyer_Fruehfoerderung_deutsch_19.pdf. Zuletzt geprüft am: 12.06.2020.
- [102] Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (Hrsg.) (2016). *Lebensformen und Alltagsrealitäten von Familien*. Familien in Baden-Württemberg (02), Stuttgart.
- [103] Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2016). *Leitbild Frühe Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirats*. Kompakt 1, Köln.
- [104] Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2018). *Kommunalbefragung 2018 im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen*.
- [105] Neuhauser, H. & Poethko-Müller, C. (2014). Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infek-

tionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 57 (7): 779–788.

- [106] Pabst, F. & Asmus, A. (o. J.). *Zur Soziodemographie der Armut: Hintergründe und Analysen. Armut Alleinerziehender*.
- [107] Pfaar, O., Hörmann, K., Umbreit, C. & Kimek, L. (2011). Rhinitis Allergica im Kindesalter. *Pädiatrische Allergologie in Klinik und Praxis*, 14 (1): 6–13.
- [108] Pieper, K. (1995). *Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 1994*. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (DAJ), Bonn.
- [109] Pieper, K. (1998). *Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 1997*. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (DAJ), Bonn.
- [110] Pieper, K. (2001). *Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2000*. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (DAJ), Bonn.
- [111] Pieper, K. (2005). *Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2004*. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (DAJ), Bonn.
- [112] Pieper, K. (2017). *Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016*. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (DAJ), Bonn.
- [113] Rey-López, J. P., Vicente-Rodríguez, G., Biosca, M. & Moreno, L. A. (2008). Sedentary behaviour and obesity development in children and adolescents. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 18 (3): 242–251.
- [114] Rieck, T., Feig, M., Wichmann, O. & Siedler, A. (2020). Impfquoten von Kinderschutzimpfungen in Deutschland – aktuelle Ergebnisse aus der RKI-Impfsurveillance. *Epidemiologische Bulletin*, 32/33: 9-27.
- [115] Robert Koch-Institut (2018). *AdiMon-Themenblatt: Adipositas im frühen Kindesalter (Stand: 30. Juli 2018)*.
- [116] Robert Koch-Institut (2018). *AdiMon-Themenblatt: Armut (Stand: 26. Februar 2018)*.
- [117] Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2009). *20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?* Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- [118] Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014). *Neurodermitis. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012*, Berlin.
- [119] Robert Koch-Institut (2015). *Gesundheit in Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Berlin.
- [120] Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2017). *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.
- [121] Robert Koch-Institut (2018). *AdiMon Themenblatt: Stillen (Stand: 5. November 2018)*.
- [122] Robert Koch-Institut (2018). Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2016. *Epidemiologische Bulletin*, 16.
- [123] Robert Koch-Institut (2019). *AdiMon-Themenblatt: Gesundheitsverhalten der Eltern (Stand: 20. August 2019)*.
- [124] Robert Koch-Institut (2019). *AdiMon-Themenblatt: Kosten für die Nutzung von Bewegungsmöglichkeiten (Stand: 8. Juli 2019)*.
- [125] Robert Koch-Institut (2019). *AdiMon-Themenblatt: Obst- und Gemüseverzehr (Stand: 8. Juli 2019)*.
- [126] Robert Koch-Institut (2019). *AdiMon-Themenblatt: Zuckerhaltige Erfrischungsgetränke (Stand: 20. August 2019)*.
- [127] Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2020). *SurvStat@RKI 2.0*. Verfügbar unter: <https://survstat.rki.de/>. Zu-

letz geprüft am: 08.07.2020.

- [128] Robert Koch-Institut (2020). STIKO-Empfehlung zur Grundimmunisierung mit dem 6-fach-Impfstoff DTaP-IPV-Hib-HepB im Säuglingsalter nach dem 2+1-Impfschema. *Epidemiologische Bulletin*, 26.
- [129] Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2015). *Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus*. Verfügbar unter: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/wissenschaftliche-perspektiven-bezugsdisziplinen-theorien-und-methoden/public-health-action-cycle-gesundheitspolitischer-aktionszyklus/>. Zuletzt geprüft am: 20.07.2020.
- [130] Scheidt-Nave, C. (2010). Chronische Erkrankungen - Epidemiologische Entwicklung und die Bedeutung für die Öffentliche Gesundheit, 18 (1): 2.e1-2.e4.
- [131] Scheidt-Nave, C., Ellert, U., Thyen, U. & Schlaud, M. (2008). Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 51 (6): 592–601.
- [132] Schienkiewitz, A., Damerow, S., Mauz, E., Vogelgesang, F., Kuhnert, R. & Schaffrath Rosario, A. (2018). Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. *Journal of Health Monitoring*, 3 (1): 76–81.
- [133] Schienkiewitz, A., Mensink, G. B. M., Kuhnert, R. & Lange, C. (2017). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2 (2).
- [134] Schlack, R. (2013). Nutzungsmuster elektronischer Medien und Zusammenhänge mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In *Erziehung in der Wohlstandsgesellschaft. Aufwachsen mit Konsum und Medien*, Henry-Hutmacher, C. & Hoffmann, E. (Hrsg.): 88–100.
- [135] Schmidtke, C., Kuntz, B., Starker, A. & Lampert, T. (2018). Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3 (4).
- [136] Statistisches Bundesamt (o.J.). *Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle/Sterbefälle, Fälle je 100.000 Einwohner)*. Krankenhausstatistik. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de. Zuletzt geprüft am: 18.05.2020.
- [137] Statistisches Bundesamt (o.J.). *Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten ab 2003 (Fälle, Fälle je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert), Pflegetage, durchschnittliche Verweildauer)*. Krankenhausstatistik. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de. Zuletzt geprüft am: 18.05.2020.
- [138] Statistisches Bundesamt (o.J.). *Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten ab 2003 (Fälle, Fälle je 100.000 Einwohner)*. Krankenhausstatistik. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de. Zuletzt geprüft am: 18.05.2020.
- [139] Statistisches Bundesamt (o.J.). *Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998)*. Todesursachenstatistik. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de. Zuletzt geprüft am: 18.05.2020.
- [140] Statistisches Bundesamt (2007). *Kindertagesbetreuung regional 2006. Ein Vergleich aller 439 Kreise in Deutschland*.
- [141] Statistisches Bundesamt (2008). *Kindertagesbetreuung regional 2007. Ein Vergleich aller 439 Kreise in Deutschland*.
- [142] Statistisches Bundesamt (2009). *Kindertagesbetreuung regional 2008. Ein Vergleich aller 429 Kreise in Deutschland*.
- [143] Statistisches Bundesamt (2010). *Kindertagesbetreuung regional 2009. Ein Vergleich aller 413 Kreise in Deutschland*.
- [144] Statistisches Bundesamt (2011). *Kindertagesbetreuung regional 2010. Ein Vergleich aller 412 Kreise in Deutschland*.
- [145] Statistisches Bundesamt (2011). *Kindertagesbetreuung regional 2011. Ein Vergleich aller 412 Kreise*

in Deutschland.

[146] Statistisches Bundesamt (2012). *Kindertagesbetreuung regional 2012. Ein Vergleich aller 402 Kreise in Deutschland.*

[147] Statistisches Bundesamt (2013). *Kindertagesbetreuung regional 2013. Ein Vergleich aller 402 Kreise in Deutschland.*

[148] Statistisches Bundesamt (2015). *Kindertagesbetreuung regional 2014. Ein Vergleich aller 402 Kreise in Deutschland.*

[149] Statistisches Bundesamt (2016). *Kindertagesbetreuung regional 2015. Ein Vergleich aller 402 Kreise in Deutschland.*

[150] Statistisches Bundesamt (2016). *Kindertagesbetreuung regional 2016. Ein Vergleich aller 402 Kreise in Deutschland.*

[151] Statistisches Bundesamt (2018). *Kindertagesbetreuung regional 2017. Ein Vergleich aller Kreise in Deutschland.*

[152] Statistisches Bundesamt (2019). *Kindertagesbetreuung regional 2018. Ein Vergleich aller Kreise in Deutschland.*

[153] Statistisches Landesamt Baden Württemberg (2019). *Grundschulförderklassen und Schulkindergärten in Baden-Württemberg im Schuljahr 2018/19.* Amtliche Schulstatistik. Verfügbar unter: https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Statistische_Berichte/322919001.pdf. Zuletzt geprüft am: 16.06.2020.

[154] Statistisches Landesamt Baden Württemberg (2019). *Kindertageseinrichtungen seit 2007 nach Art und Personal.* Statistik der Kinder- und Jugendhilfe. Verfügbar unter: <https://www.statistik-bw.de/BildungKultur/KindBetreuung/1515306x.tab?R=LA>. Zuletzt geprüft am: 12.06.2020.

[155] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020). *Entbindungen in den Krankenhäusern.* Krankenhausstatistik - Grunddaten. Verfügbar unter: <https://www.statistik-bw.de/Gesundheit/BehandlungenKV/Entbindungen.jsp>. Zuletzt geprüft am: 17.06.2020.

[156] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020). *Säuglingssterbefälle und plötzlicher Kindstod (SIDS).* Todesursachenstatistik. Verfügbar unter: <https://www.statistik-bw.de/Gesundheit/Todesursachen/SIDS.jsp>. Zuletzt geprüft am: 17.06.2020.

[157] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020). *Sterbetafel für Baden-Württemberg.* Sterbefallstatistik. Verfügbar unter: <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/GeburtSterben/sterbetafel.jsp>. Zuletzt geprüft am: 17.06.2020.

[158] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2018). *Krankenhausstatistik Baden-Württemberg 2017.* Krankenhausstatistik - Grunddaten. Verfügbar unter: https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Statistische_Berichte/321217001.pdf. Zuletzt geprüft am: 16.06.2020.

[159] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2019). *Bevölkerung Baden-Württembergs nach Alters- und Geburtsjahren.* Bevölkerungsfortschreibung auf Basis Zensus 2011. Verfügbar unter: https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Alter/bev_altersjahre.jsp. Zuletzt geprüft am: 16.06.2020.

[160] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2019). *Einschulungen an Grundschulen.* Amtliche Schulstatistik. Verfügbar unter: https://www.statistik-bw.de/BildungKultur/SchulenAllgem/AS_einschulungen.jsp. Zuletzt geprüft am: 16.06.2020.

[161] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2019). *Erzieherische Hilfen für Kinder, junge Menschen und Familien in Baden-Württemberg 2018.* Lebensverhältnisse der Personen in erzieherischen Hilfen im regionalen Vergleich. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg*, 11+12.

[162] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2019). *Kinder in Tageseinrichtungen und Tagespflege.* Statistik der Kinder- und Jugendhilfe. Verfügbar unter: <https://www.statistik-bw.de/SozSicherung/KindJugendhilfe/KJH-TE-TP.jsp?path=/BildungKultur/KindBetreuung/>. Zuletzt geprüft am: 16.06.2020.

- [163] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2019). *Kinder- und Jugendhilfe Teil I – Erzieherische Hilfen in Baden-Württemberg 2018 sowie in den Stadt- und Landkreisen*. Statistik der erzieherischen Hilfe, der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, der Hilfe für junge Volljährige. Verfügbar unter: https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Statistische_Berichte/383118001.pdf. Zuletzt geprüft am: 16.06.2020.
- [164] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2019). *Kinder und tätige Personen in öffentlich geförderter Kindertagespflege in Baden-Württemberg*. Statistik der Kinder- und Jugendhilfe. Verfügbar unter: https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Statistische_Berichte/383818001.pdf. Zuletzt geprüft am: 16.06.2020.
- [165] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2019). *Lebensformen*. Ergebnisse des Mikrozensus – Bevölkerung in Familien/Lebensformen am Hauptwohnsitz [MZ]. Verfügbar unter: <https://www.statistik-bw.de/Familie/GruendStrukt/famZ-01-03.jsp>. Zuletzt geprüft am: 16.06.2020.
- [166] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2019). *Statistik der Kinder- und Jugendhilfe Teile I.5 bis I.8 in Baden-Württemberg 2018 sowie in den Stadt- und Landkreisen*. Statistik der Kinder- und Jugendhilfe nach § 8a SGB VIII. Verfügbar unter: https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Statistische_Berichte/383918001.pdf. Zuletzt geprüft am: 15.06.2020.
- [167] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2019). *Von Gefährdungseinschätzungsverfahren betroffene Minderjährige*. Statistik der Kinder- und Jugendhilfe nach § 8a SGB VIII. Verfügbar unter: https://www.statistik-bw.de/SozSicherheit/KindJugendhilfe/KJH_AlterGEF.jsp. Zuletzt geprüft am: 16.06.2020.
- [168] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hrsg.) (2019). *Rund 100 100 Schulanfängerinnen und -anfänger im September 2019*. Pressemitteilung 229/2019, Stuttgart.
- [169] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2019). *1 973 Zwillingsgeburten in Baden-Württemberg – zweithöchster Wert seit Bestehen des Landes*. Pressemitteilung 263/2019, Stuttgart.
- [170] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2019). *Baden-Württemberg: Weiterhin höchste Lebenserwartung in Deutschland*. Pressemitteilung 276/2019, Stuttgart.
- [171] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020). *Eheschließungen, Lebendgeborene und Gestorbene seit 1820*. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Verfügbar unter: <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/EheScheidung/LRt0106.jsp?path=/BevoelkGebiet/GeburtSterben/>. Zuletzt geprüft am: 03.08.2020.
- [172] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020). *Einschulungen im Schuljahr 2019/2020*. Amtliche Schulstatistik.
- [173] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020). *Lebendgeborene und Gestorbene nach Geschlecht*. Geburtenstatistik und Sterbefallstatistik. Verfügbar unter: <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/GeburtSterben/01065011.tab?R=LA>. Zuletzt geprüft am: 03.08.2020.
- [174] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hrsg.) (2020). *Zahl der Dienststellen, die sonderpädagogische Frühförderung durch Beratungsstellen anbieten in Baden-Württemberg seit der Erhebung der amtlichen Schulstatistik im Jahr 2015*. Amtliche Schulstatistik.
- [175] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020). *Kinder nach Anzahl der Geschwister*. Ergebnisse des Mikrozensus [MZ]. Verfügbar unter: <https://www.statistik-bw.de/Familie/KindhJugend/F-KG.jsp>. Zuletzt geprüft am: 16.06.2020.
- [176] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020). *Kindertageseinrichtungen seit 2007 nach Art und Personal*. Statistik der Kinder- und Jugendhilfe. Verfügbar unter: <https://www.statistik-bw.de/BildungKultur/Kindbetreuung/15153062.tab?R=LA>. Zuletzt geprüft am: 16.06.2020.
- [177] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020). *Personal in Tageseinrichtungen und Kindertagespflegepersonen seit 2007*. Statistik der Kinder- und Jugendhilfe. Verfügbar unter: <https://www.statistik-bw.de/BildungKultur/Kindbetreuung/15153091.tab?R=LA>. Zuletzt geprüft am: 16.06.2020.

- [178] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020). *Baden-Württemberg: So viele Geburten wie noch nie seit 1998*. Pressemitteilung 157/2020, Stuttgart.
- [179] Steffen, A., Akmatov, M. K., Holstiege, J. & Bätzing, J. (2018). *Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017* (07).
- [180] Stiftung Medienkompetenz Forum Südwest (Hrsg.) (2013). *Medienzwerge*. Medienarbeit in der Kita, Ludwigshafen.
- [181] Thamm, R., Poethko-Müller, C., Hüther, A. & Thamm, M. (2018). Allergische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (3): 3–18.
- [182] Tomppert, T. *Bericht LAGZ Vorstand 2019. zu TOP 3*. Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Baden-Württemberg e. V..
- [183] Universitätsmedizin Greiswald, Institut für Community Medicine & Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (2016). *Versorgungsepidemiologische Analyse der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland*.
- [184] van Cleave, J. (2010). Dynamics of Obesity and Chronic Health Conditions Among Children and Youth. *JAMA*, 303 (7): 623.
- [185] Wabitsch, M. & Kunze, D. (2015). *Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Version 15.10.2015*.
- [186] Wabitsch, M., Moss, A. & Kromeyer-Hauschild, K. (2014). Unexpected plateauing of childhood obesity rates in developed countries. *BMC Medicine*, 12 (17).
- [187] Wagner, Y. & Heinrich-Weltzien, R. (2012). Frühkindliche Karies muss nicht sein! *Pädiatrie & Pädologie*, 47 (5): 12–16.
- [188] Wartha, O., Steinacker, J. M. & Kobel, S. (2019). Gesundheitsförderung an baden-württembergischen Kindertageseinrichtungen. *Präv Gesundheitsf*, 14 (1): 53–59.
- [189] Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2018). *Heilmittelbericht 2018*.
- [190] World Health Organization (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*, Geneva.
- [191] World Health Organization (Hrsg.) (2020). *Asthma. Fact sheet N°307*. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>. Zuletzt geprüft am: 26.06.2020.



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION
REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTTGART