



Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Birgit Berg

**DRV - Expertenworkshop Kinderrehabilitation
9. Juli 2012 in Stuttgart**



Baden-Württemberg

LANDESGESUNDHEITSAMT BADEN-WÜRTTEMBERG
IM REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTTGART



- **Kinderleben heute**
 - ⇒ **Gesellschaft im Umbruch**
- **Kinder- und Jugendgesundheit**
 - ⇒ **Weitwinkel**
 - ⇒ **Fokusthemen**
 - ⇒ **Ausblick/Erwartungen**

Kinderleben heute – Gesellschaft im Umbruch

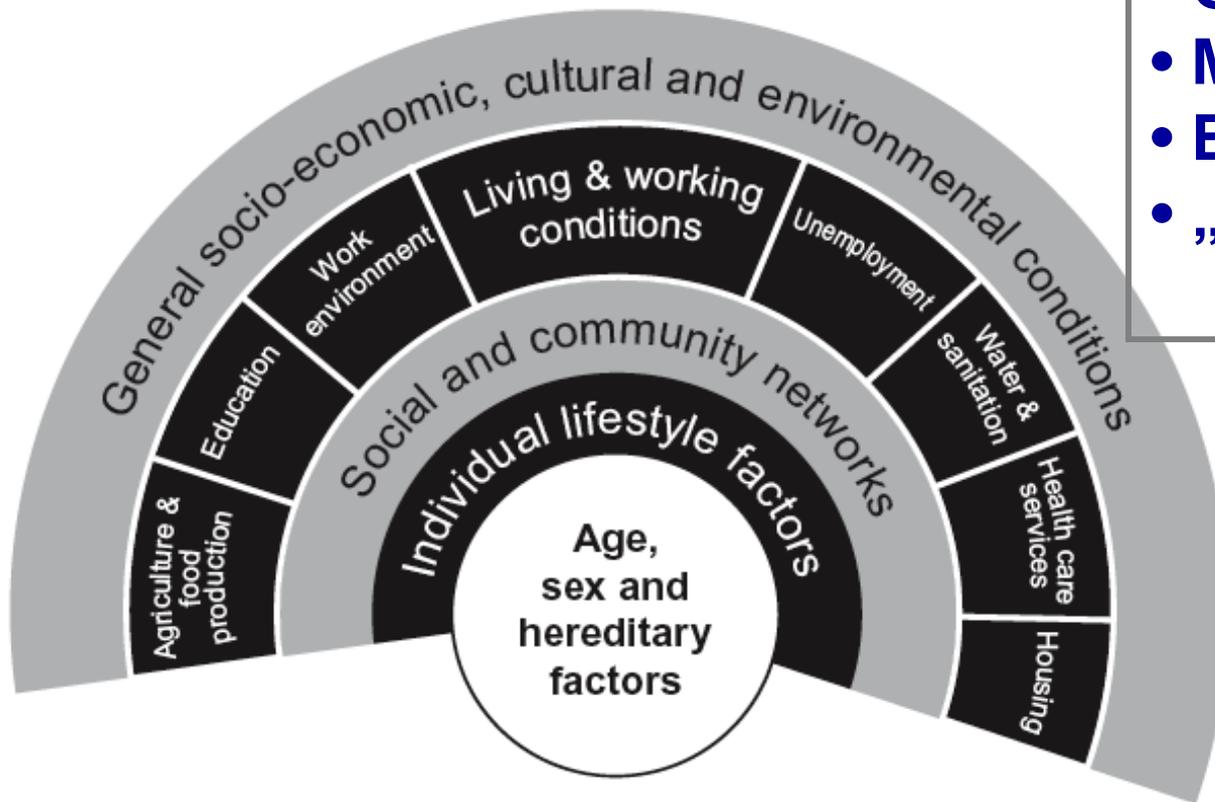


„Migrationshintergrund“:
ein Drittel der < 5jährigen



Neue Sehnsüchte,
neue Ziele..

Kinderleben heute – Soziale Determinanten



- soziale Lage
- Gender/Geschlecht
- Migration/Kultur
- Behinderung
- „Milieus“ und peers

Werte entwickeln sich...

..hin zu Individuation und Partizipation von Kindern und Jugendlichen mit oder ohne Behinderung in Familie, Gemeinde und Gesellschaft.



**Kinderrechtskonvention
als Bundesgesetz**

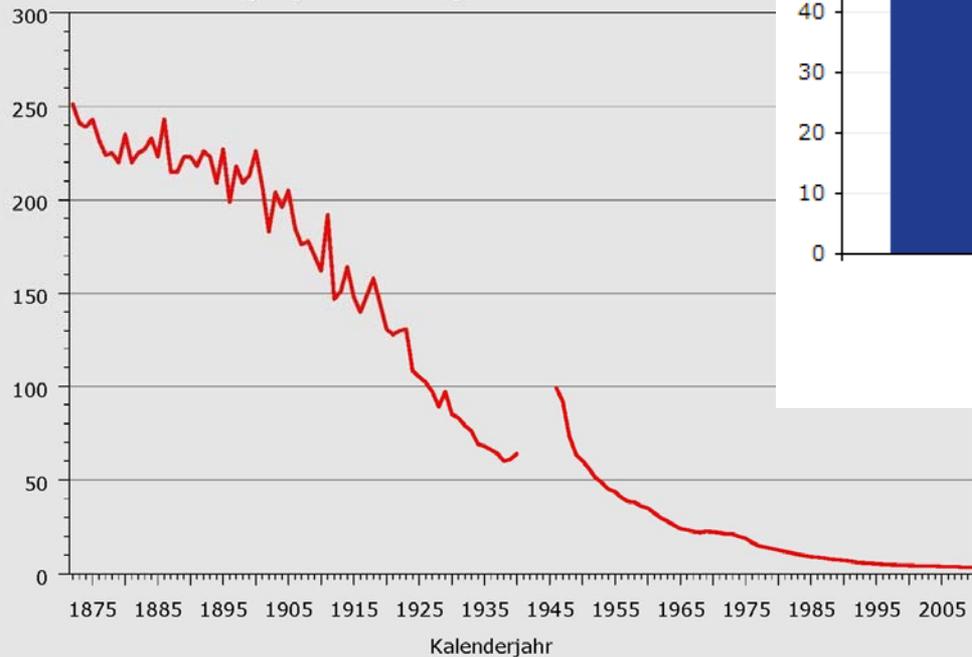
**Behindertenrechtskonvention
als Bundesgesetz**



Wo viel Licht...

Säuglingssterblichkeit* in Deutschland**, 1872 bis 2010

Gestorbene im 1. Lebensjahr je 1.000 Lebendgeborene

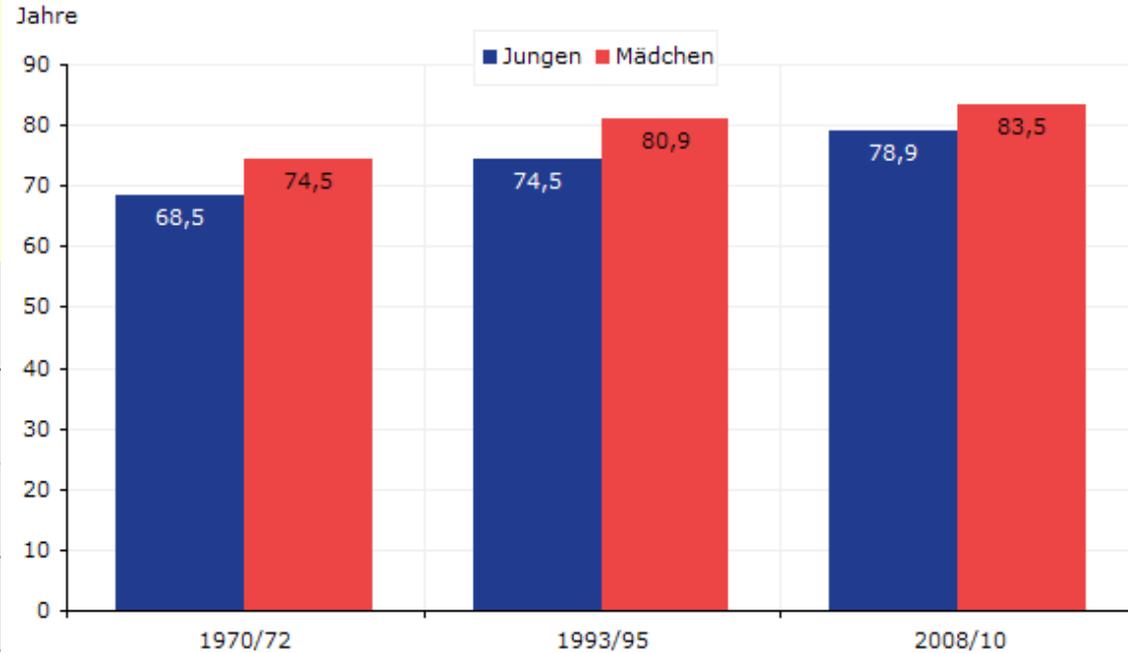


* ab 1958 unter Berücksichtigung der Geburtenentwicklung in den vorangegangenen 12 Monaten.

** jeweiliger Gebietsstand

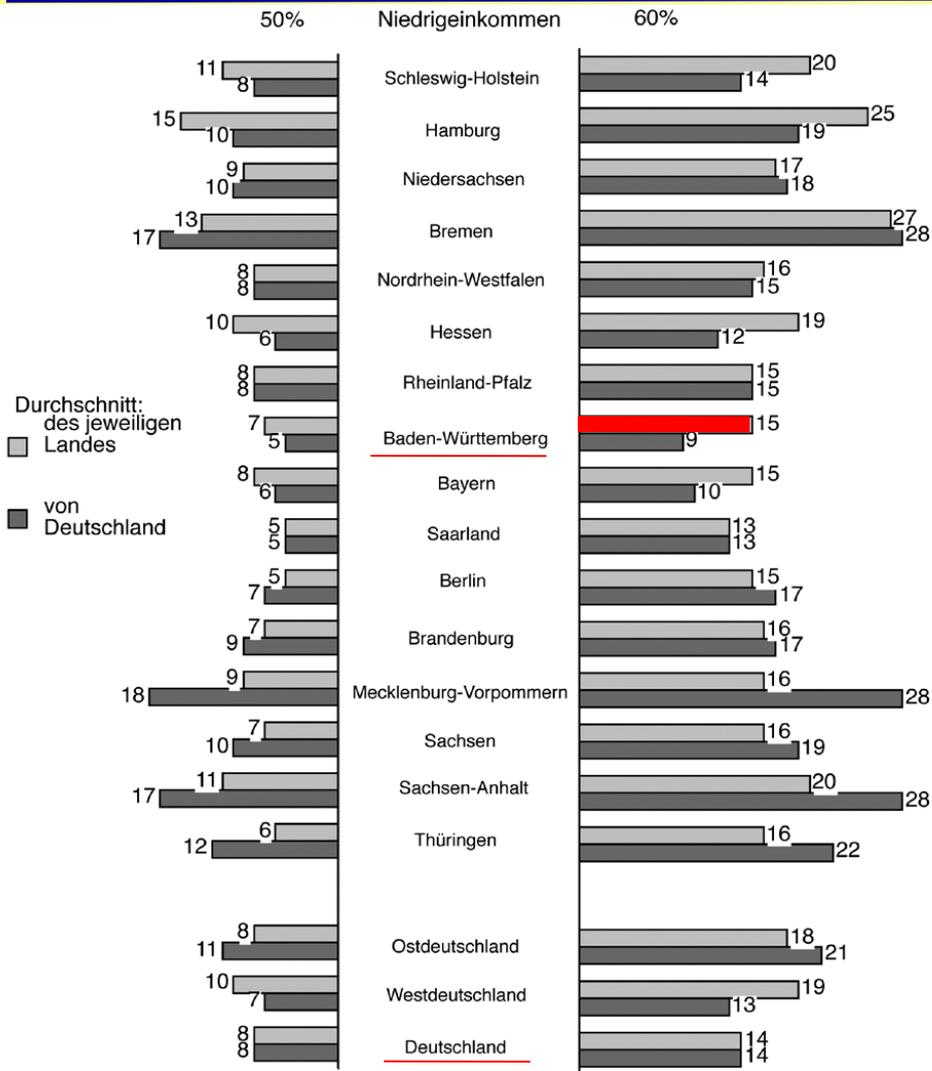
Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen und grafische Darstellung: BiB

Durchschnittliche Lebenserwartung Neugeborener in Baden-Württemberg seit 1970/72



© Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2011

...da ist auch Schatten.



% Kinder in Familien mit niedrigem Einkommen in den deutschen Bundesländern 2008

Unicef 2011/2012

Knappe Mittel/Ausgrenzung werden im eigenen Umfeld erlebt, nicht im Bundesvergleich oder Weltmaßstab.

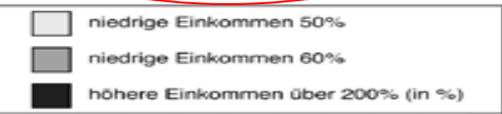
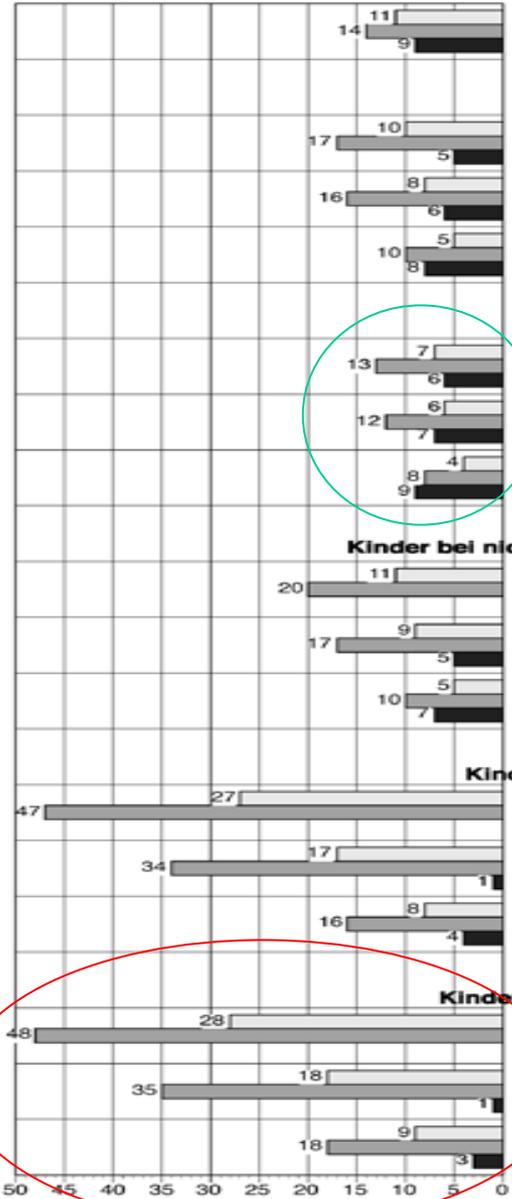
* Niedrigeinkommen 50% und 60% des Medians vom durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen

Ergebnisse des Mikrozensus

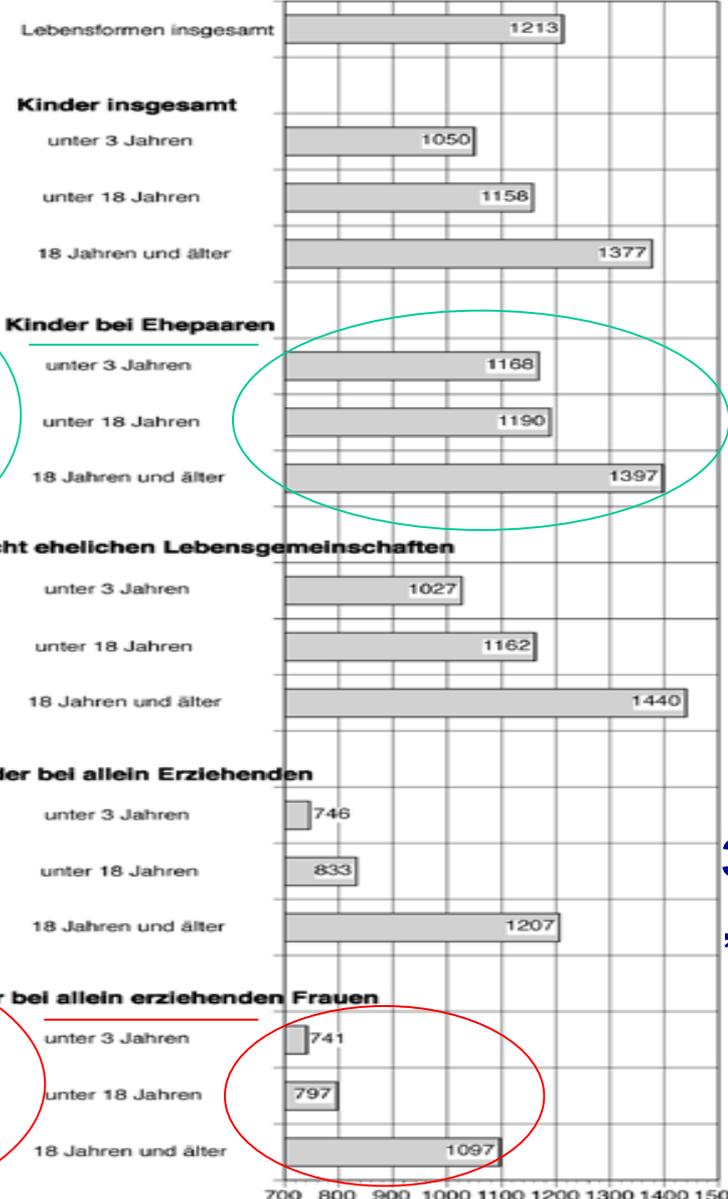
Angaben in Prozent

Familienwissenschaftliche Forschungsstelle im Statistischen Landesamt Baden-Württemberg

Niedrige und hohe Einkommen 2007



Pro-Kopf-Einkommen 2007 in €



Einkommen in Familienformen mit Kindern, % und absolut

Deutschland 2007

17% der Minderjährigen in Ein-Eltern-Familien.

31% der Minderjährigen: „Migrationshintergrund“

Stat. Bundesamt 2011

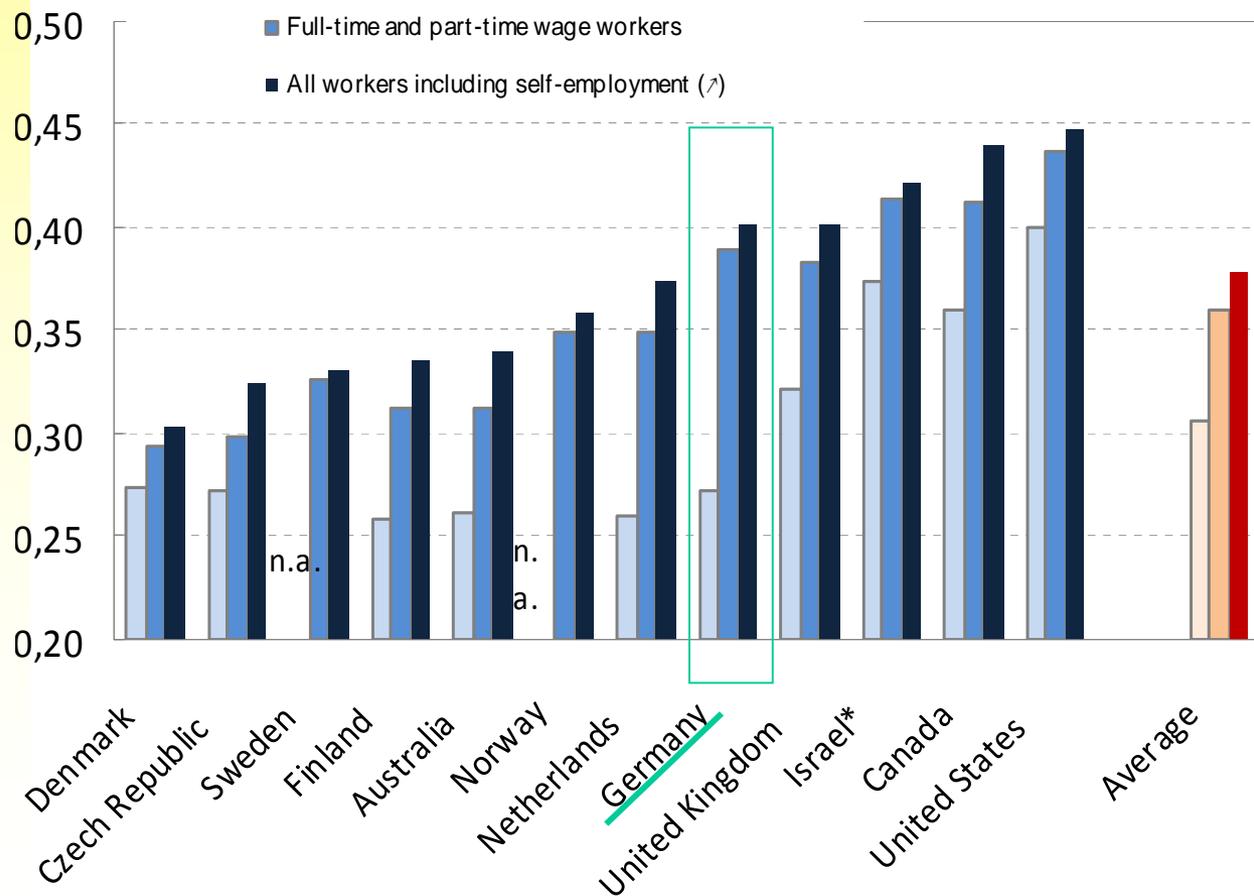
„Die Ungleichverteilung der Einkommen hat innerhalb der letzten rund zwei Jahrzehnte so stark zugenommen wie in kaum einem anderen OECD-Mitgliedsland.“

Bertelsmann-Stiftung 2011

Countries reporting gross earnings

- Full-time wage workers
- Full-time and part-time wage workers
- All workers including self-employment (r)

Gini – Koeffizient

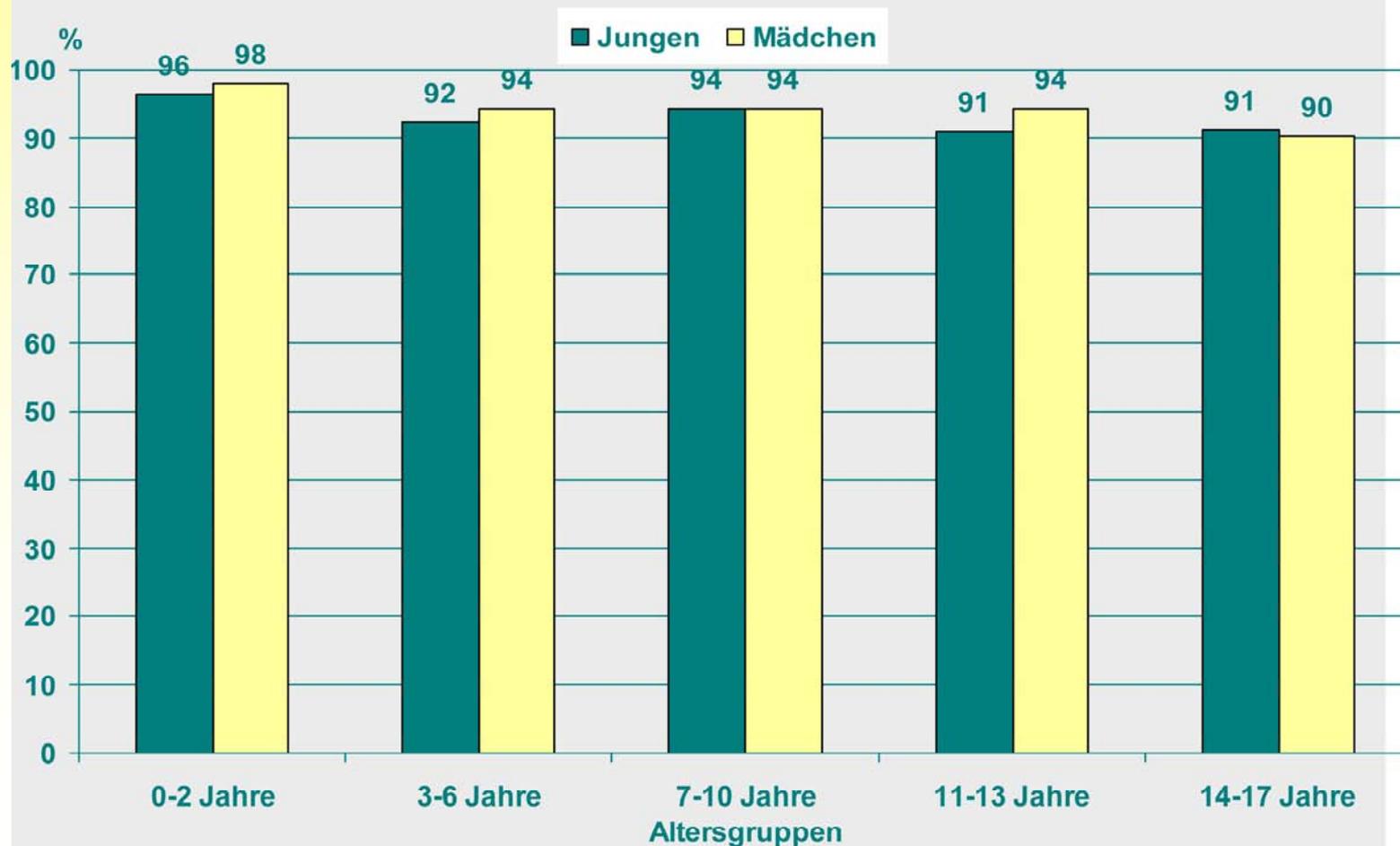


Kinder- und Jugendgesundheit – Weitwinkel

Subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands als „sehr gut oder gut“ (Elternangaben)

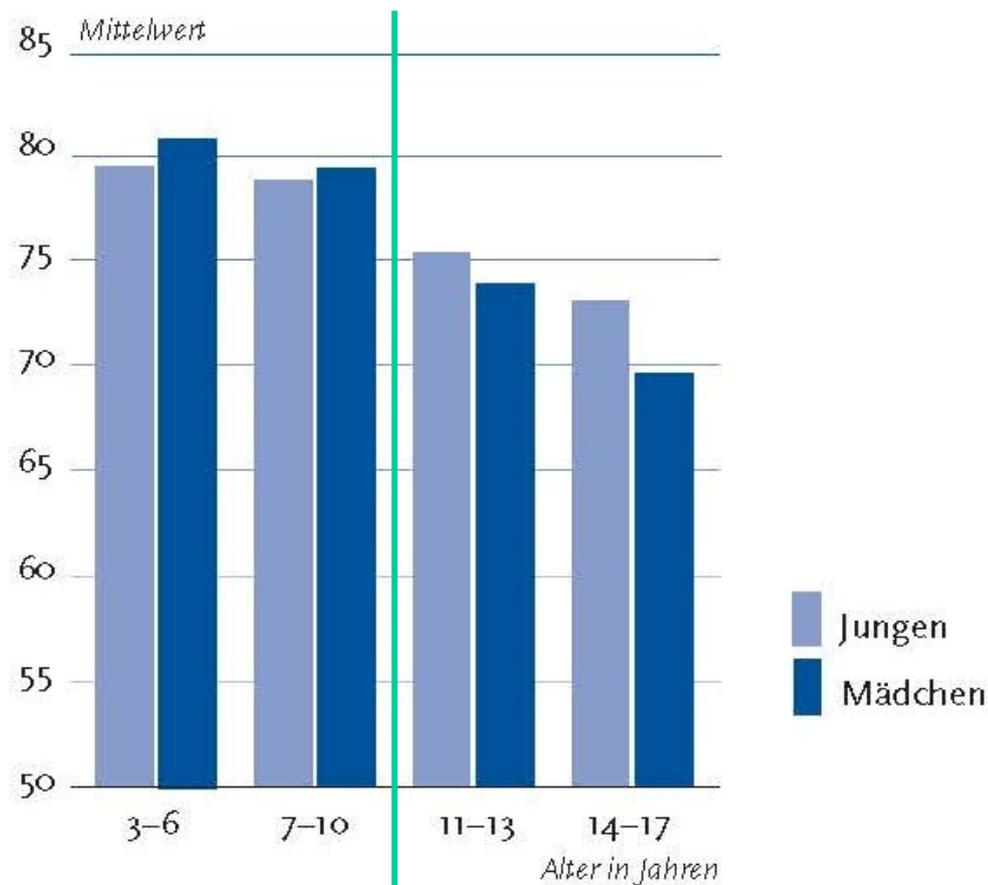


ROBERT KOCH INSTITUT



Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Mädchen und Jungen im Altersverlauf

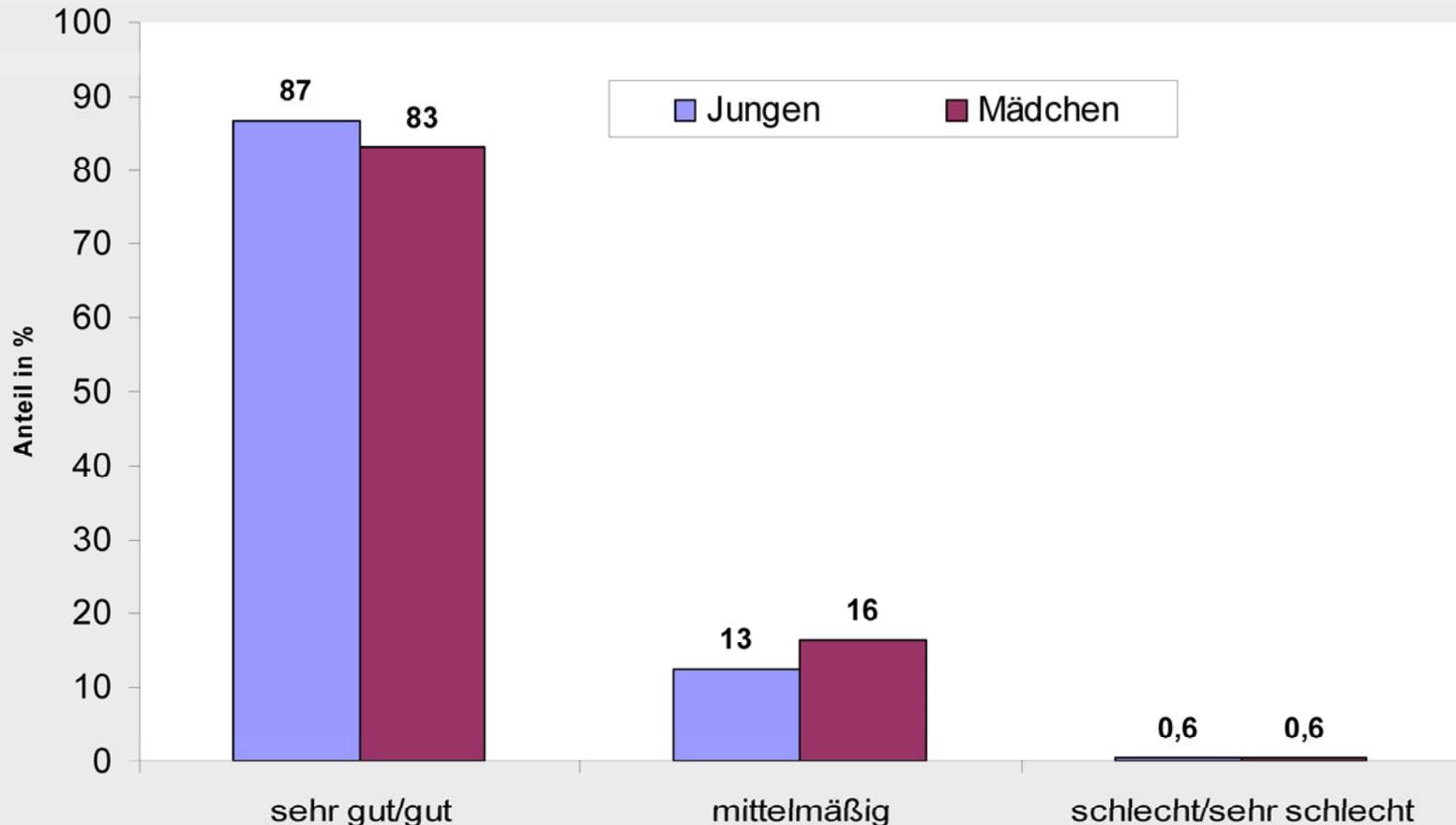


Elternangaben

Selbstangaben

Selbsteinschätzung Jugendlicher

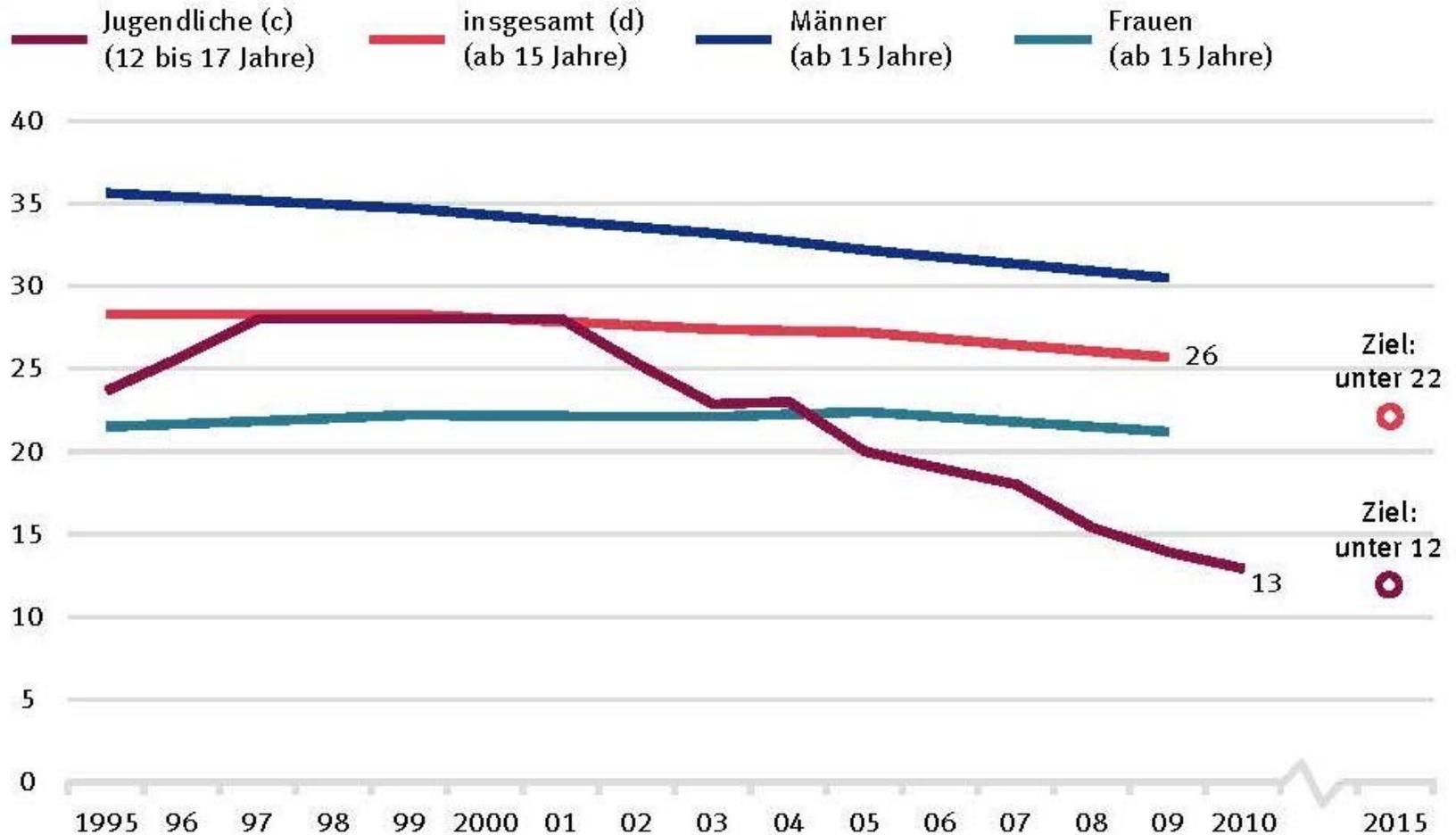
Subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands der 11- bis 17-Jährigen



Vorbild Jugend

Raucherquote

Anteil in % der Befragten

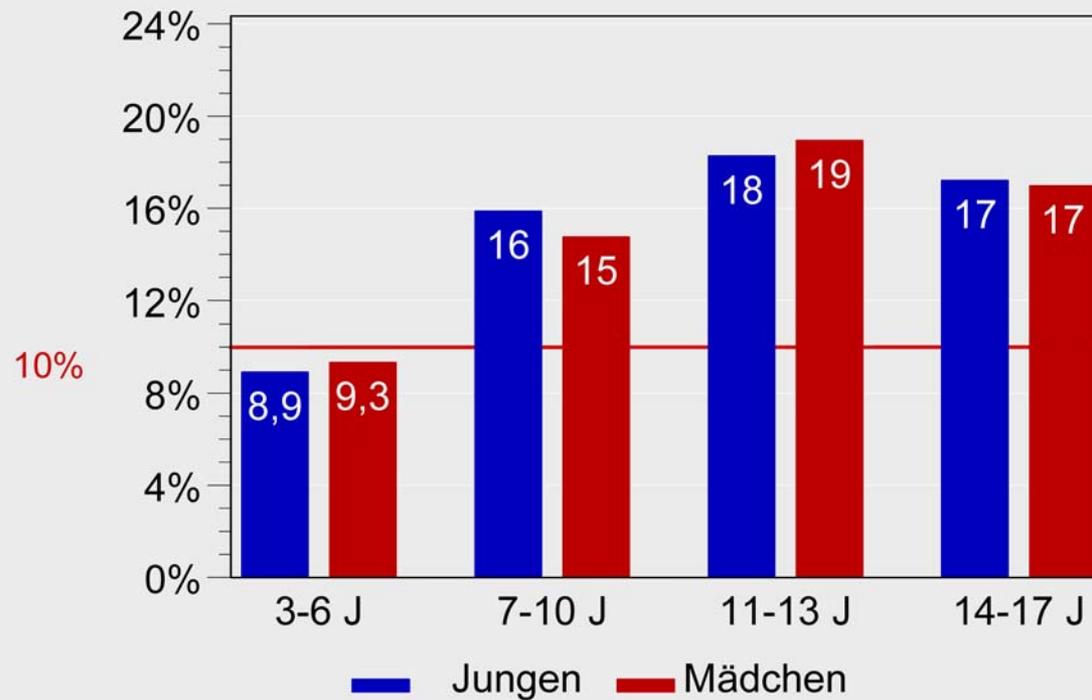


Quelle: Statistisches Bundesamt, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Fokus - Übergewicht

Ergebnisse

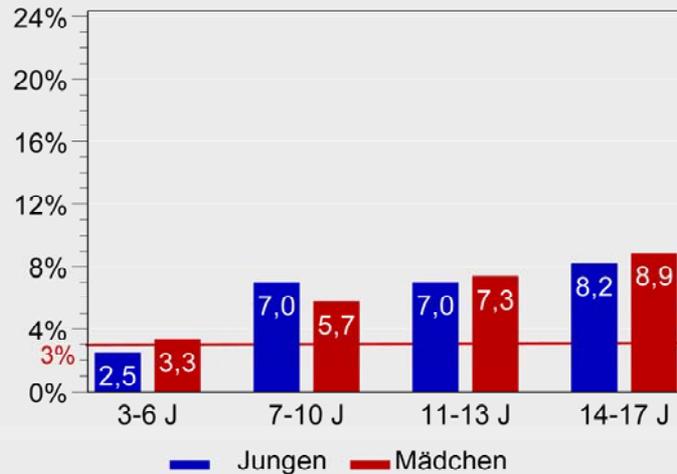
Verbreitung von Übergewicht nach Altersgruppen



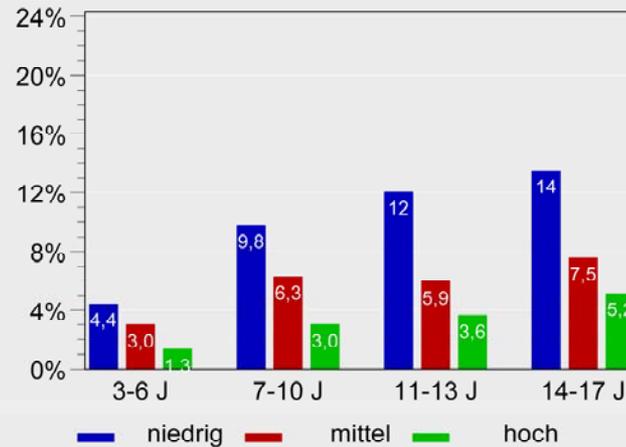
Starker Anstieg im Grundschulalter, danach nur noch leichter weiterer Anstieg.

Adipositas

Verbreitung von Adipositas nach Altersgruppen

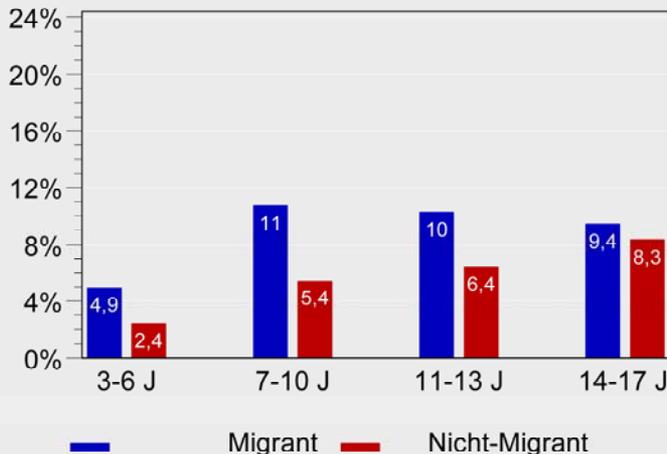


nach Sozialstatus

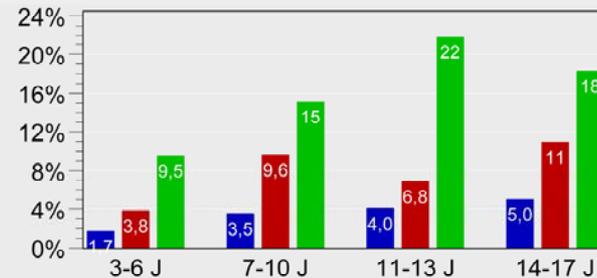


Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus sind häufiger von Adipositas betroffen.

nach Migrantenstatus



nach Body-Mass-Index der Mutter

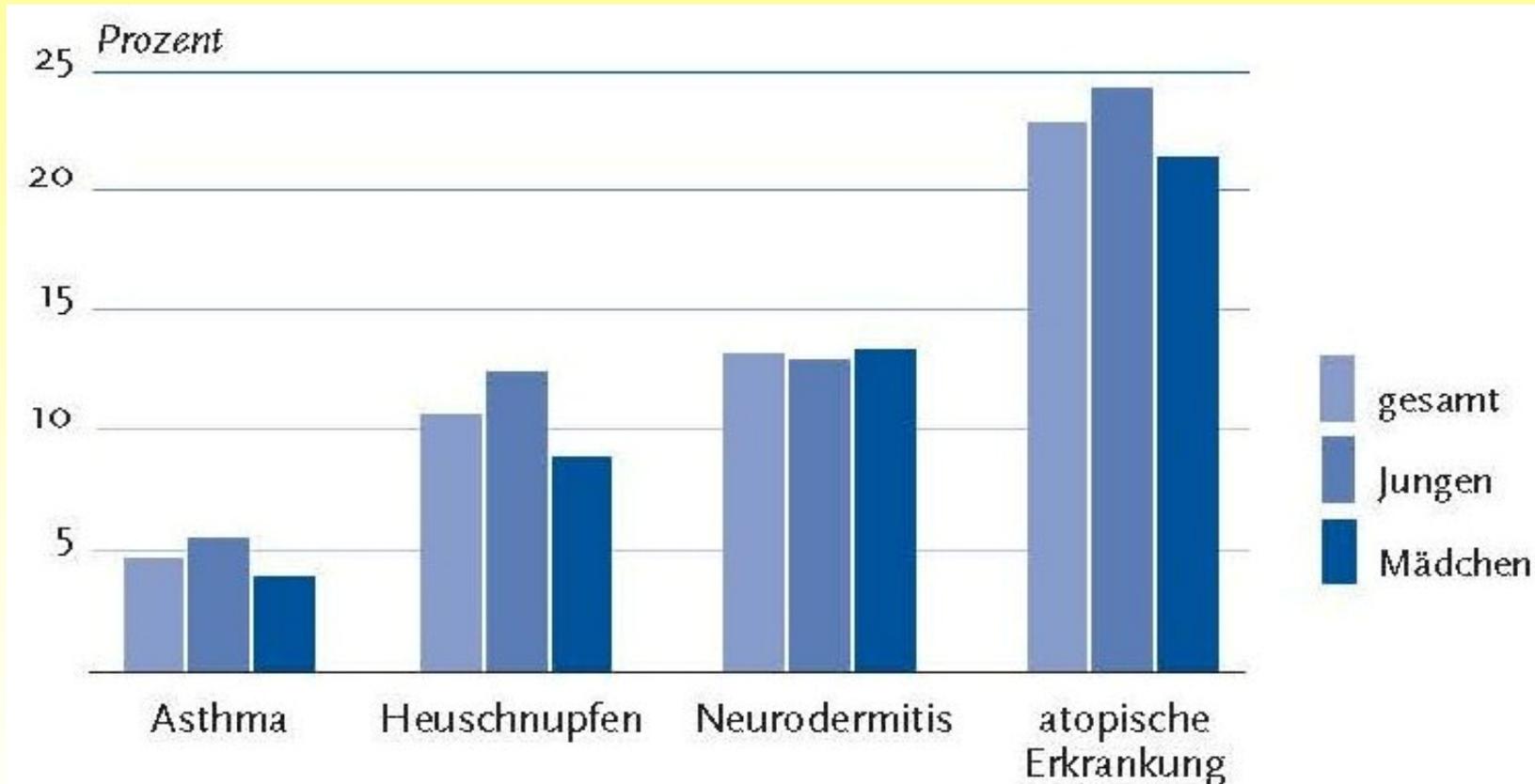


Adipositas tritt häufiger bei Kindern auf, deren Mutter übergewichtig oder adipös ist. ◀ genetische Faktoren und familiäre Lebensbedingungen / Verhaltensweisen

— Unter-/Normalgewicht
— Übergewicht
— Adipositas der Mutter

berechnet anhand der subjektiven Angaben der Mutter zu Größe und Gewicht

Asthma und Allergien „jemals“



Passivrauchbelastung

Asthma:

56% niedriger Sozialstatus

11% hoher Sozialstatus

Allergien: invers zum sozialen Status

Chronisch Krank

Chronische Erkrankungen	11 – 13 Jahre	14 – 17 Jahre	11 – 17 Jahre
Herzkrankheit	2,8%	2,9%	2,9%
Anämie	2,3%	3,0%	2,7%
Krampfanfall	3,9%	3,7%	3,8%
Schilddrüsenerkrankungen	2,0%	3,5%	3,0%
Diabetes	0,2%	0,2%	0,2%
<u>Skoliose</u>	6,5%	11,1%	9,3%
Migräne	3,9%	5,4%	4,8%
Psoriasis	2,0%	2,0%	2,0%
Spastische (obstruktive) Bronchitis	12,2%	11,2%	11,6%

Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen.

„Spezieller Versorgungsbedarf“: 14% der 0-17jährigen

(16% der Jungen und 11% der Mädchen)

Besondere Lernschwierigkeiten

IQ < 70 2-3% der Bevölkerung, davon

IQ < 50 0,3 - 0,5 % der Bevölkerung

Häufigkeit insgesamt für 8 - 13jährige: 6/1000

Strømme 2000

1,3:1 Männer/Frauen

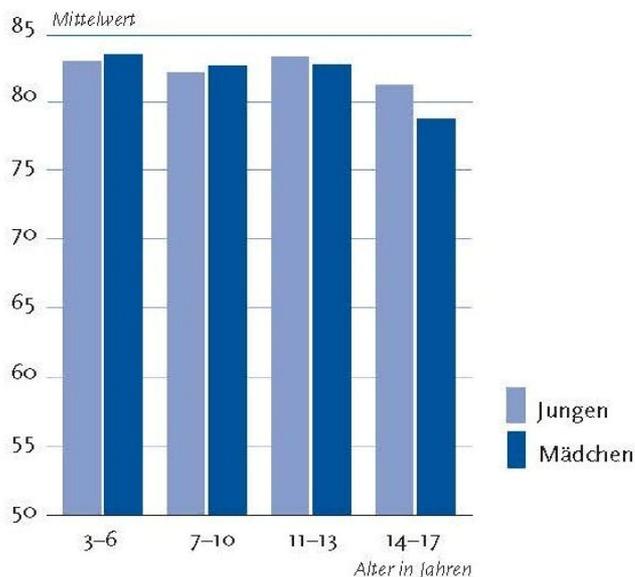
80 % Leichte geistige Behinderung (IQ 69 - 50)

12 % Mittelgradige geistige Behinderung (IQ 49 - 35)

8 % Schwere geistige Behinderung (IQ < 35)

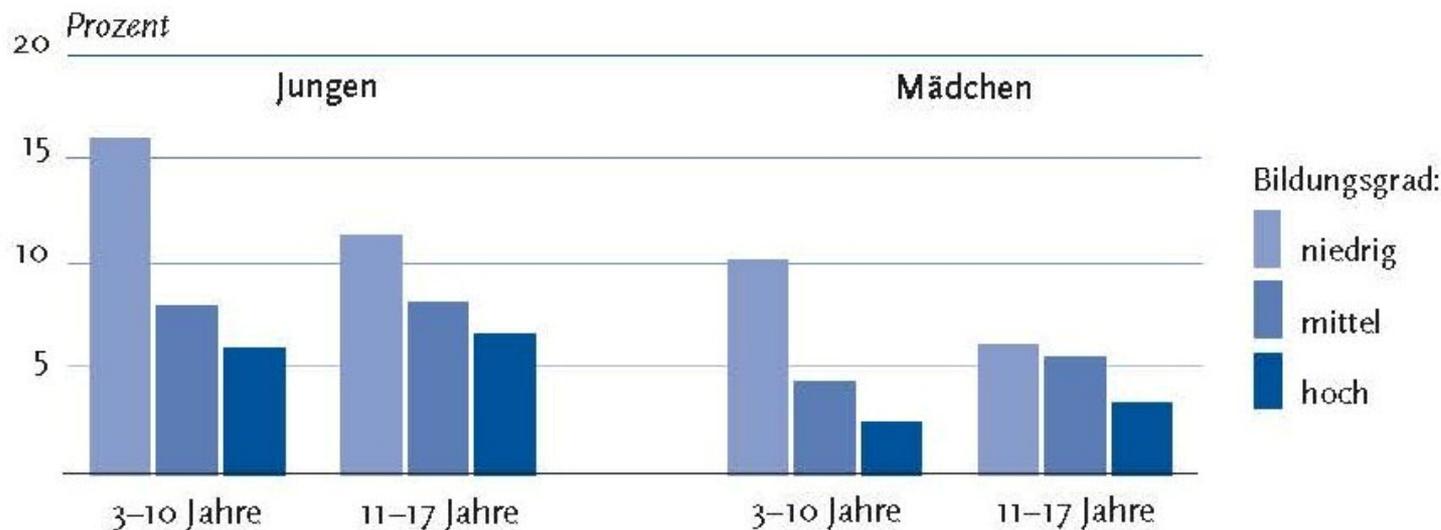
Steinhausen 2000

Einschätzung des psychischen Wohlbefindens bei Mädchen und Jungen im Altersverlauf



Psychische Gesundheit

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen nach Bildungsniveau der Eltern



Familiäre und soziale Ressourcen

Defizitäre familiäre Ressourcen bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
11–17 Jahre			
Niedriger sozialer Status	10,6%	16,3%	13,4%
Mittlerer sozialer Status	10,7%	13,2%	11,9%
Hoher sozialer Status	9,1%	8,7%	8,9%
Migrant	8,0%	13,5%	10,7%
Nicht-Migrant	10,8%	12,9%	11,8%
Ost	12,0%	13,6%	12,8%
West	10,0%	12,8%	11,4%
Gesamt	10,3%	13,0%	11,6%

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sowie Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von p-Werten (Test auf Trend, $p < 0,05$).

Defizitäre soziale Ressourcen bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Altersgruppen, Sozial- und Migrationsstatus sowie nach Region, Anteile (%)

Quelle: Robert Koch-Institut, KiGGS, Selbstangaben

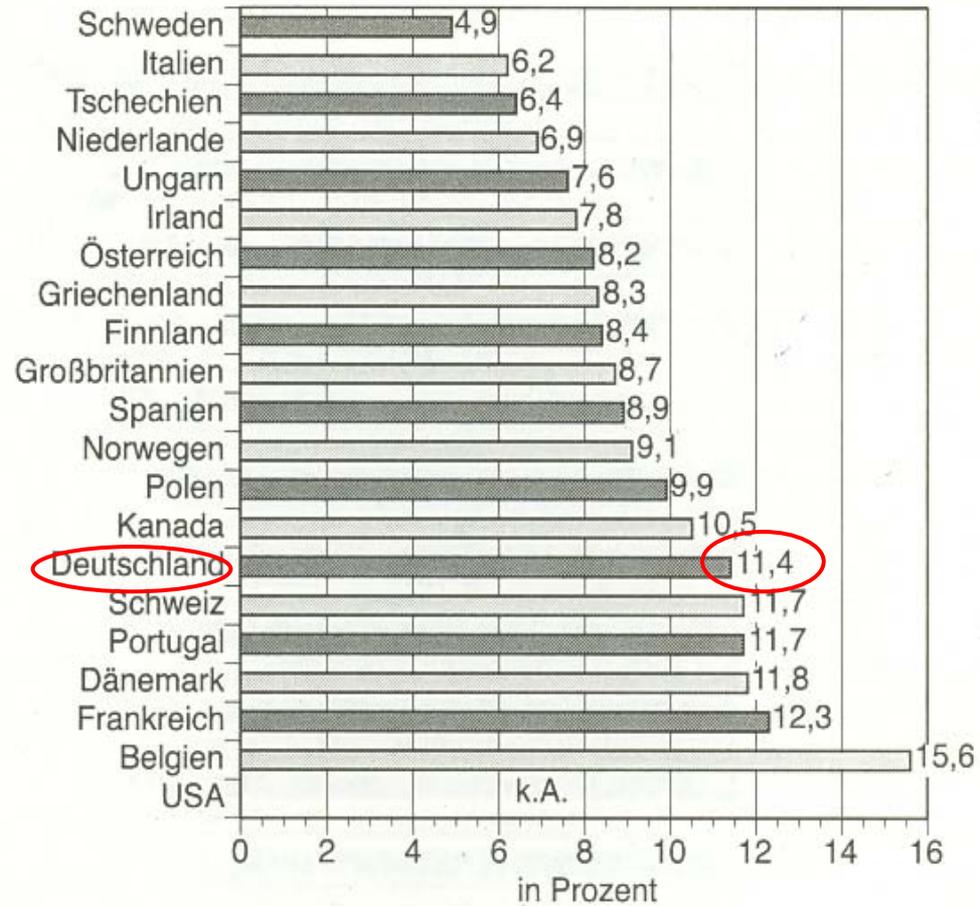
Studienpopulation Merkmale	Jungen	Mädchen	Gesamt
11–17 Jahre			
Niedriger sozialer Status	15,5%	9,9%	12,7%
Mittlerer sozialer Status	11,1%	5,8%	8,5%
Hoher sozialer Status	9,7%	5,4%	7,6%
Migrant	13,5%	14,0%	13,8%
Nicht-Migrant	12,0%	5,6%	8,9%
Ost	14,8%	6,6%	10,8%
West	11,7%	7,2%	9,5%
Gesamt	12,3%	7,1%	9,7%

Signifikante Unterschiede hinsichtlich Sozial- und Migrationsstatus sowie Region sind in der Tabelle hervorgehoben (fettgedruckt). Die Bestimmung der Signifikanz beruht auf der Berechnung von p-Werten (Test auf Trend, $p < 0,05$).

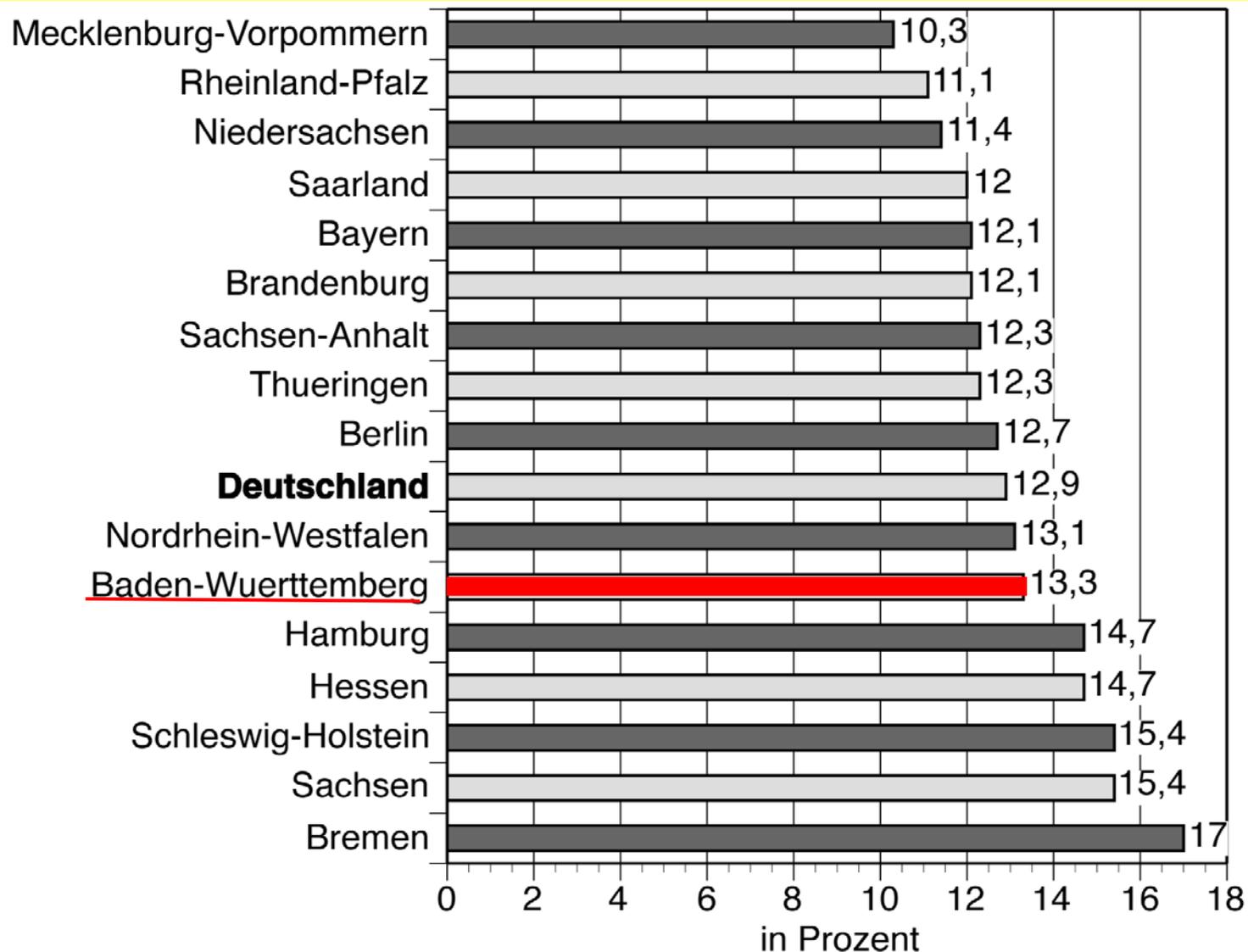


OECD 2003:

Anteil 15jähriger Kinder, die sich „unbehaglich oder fehl am Platz“ fühlen



Anteil der Kinder, die ihr schulisches Wohlbefinden schlechter als mittelmäßig einstufen (sehr schlecht, schlecht, eher schlecht) 2009



Gewalterfahrung als Opfer oder Täter

Häufigkeiten von Gewalterfahrungen in den letzten 12 Monaten nach Täter-, Opfer-, und Täter/Opfer-Status und Geschlecht

90 Prozent

80

70

60

50

40

30

20

10

keine Gewalt-
erfahrungen

Opfer

Täter

Täter/Opfer

Jungen
Mädchen

Selbstangaben
11-17jährige

Ausblick – Altersbezogene Kernthemen gesundheitsförderlicher Entwicklung

vorgeburtlich

Grundbedürfnisse sichern – Eltern-Kind-Bindung stärken – Sensibilisierung für
gesunden Lebensstil - Kindliche Gifte vermeiden: Tabak/Alkohol u.w.

0 - 3

Realisierung einer Präventionskette/eines Systems früher, insbesondere
zugehender Hilfen - Stärkung der Elternkompetenz – Grundbedürfnisse sichern

4 - 6

Gesundheitsförderliche KiTa – für alle zugänglich – Entwicklung und Gesundheit
zusammen denken – nicht kognitiv ausrichten – Resilienzkonzepte verwenden

7 - 12

Diversität/Differenzierung sichern – Selbstwert bestätigen – ermutigende Lehr- und
Lernkulturen für: aneignen/gestalten, Beziehung eingehen, eigene Kompetenz erfahren

13 - 18

Identitätsentwicklung , Partizipation, Förderung von Lebenskompetenz,
integrierte Sucht- und Gewaltprävention

Was brauchen Kinder und Jugendliche?

Gleichklang Entwicklungspsychologie und Neurobiologie:

- ➔ **Gesicherte Grundbedürfnisse**
- ➔ **Frühe verlässliche Bindung und Kommunikation in Beziehung**
- ➔ **Stärkung von Selbstwert und Selbstregulation**
- ➔ **Stärkung von Neugier auf Neues und selbstgeleitetem Lerninteresse**
- ➔ **Stärkung von Begeisterungsfähigkeit**

Gruppenfähigkeit, Schulerfolg, Ausbildungs- und Erwerbsfähigkeit
werden dadurch auch verbessert.

**Menschen suchen jedoch vor allem nach Lebenszufriedenheit/Glück:
der Balance zwischen Sicherheit, Freiheit und „Sinn“.**

Diese „unnütze“ Perspektive muss wieder stärker angesprochen werden.

Was wollen Kinder, Jugendliche in der (stationären) „Reha“??

⇒ Bindung:

Mitaufnahme Elternteil bis < 12 Jahre des Kindes ganz normal?

⇒ Peer-Akzeptanz für > 12jährige:

Kann Reha „cooler“ werden? Auch für Jungen?

⇒ Individualität und Partizipation:

Balance zwischen Normierung und Selbstwirksamkeitserfahrung in der Reha?

⇒ Praktischer Nutzen von Trainings:

Transfer in den Alltag?

⇒ Kein notenrelevantes Unterrichtsversäumnis:

Umgang damit?

Was wollen Eltern von der (stationären) „Reha“??

- ⇒ **Bindung:**
Mitaufnahme eines Elternteils bis < 12 Jahre ganz normal?
- ⇒ **Keine Minderung des Einkommens** durch Reha?
- ⇒ **Wirklich jedes Kind**, auch ein sog. geistig behindertes oder mehrfachbehindertes Kind, willkommen?
- ⇒ **Kulturelle Rücksicht**, z.B. Ernährung und muslimisches Glaubensbekenntnis, selbstverständlich?
- ⇒ **Verständliches Antragsverfahren?**

Nahtstellen der Kinderreha zu den Handlungsempfehlungen in der Gesundheitsförderung und Primärprävention

VVV



Primärprävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche...

1. ...werden strukturell verankert

2. ... sind in Netzwerke kooperierender Systeme und
Akteure/-innen eingebettet



Nahtstelle Reha

3. ...sind verbindlich abgesichert

4. ...unterstützen Kernthemen der Entwicklung
von Kindern und Jugendlichen



Nahtstelle Reha

5. ...lassen Kindern und Jugendlichen Raum,
Lebenswelten verantwortlich mitzugestalten



Nahtstelle Reha

6. ...orientieren alle Beteiligten auf das Ziel,
einen „Roten Faden“ für ein gesundes, gelingendes
Aufwachsen der nächsten Generation zu knüpfen.

Kinderrehabilitation..



- ⇒ ..ergänzt Gesundheitsförderung und Prävention komplementär.
- ⇒ ..ist gerade im demographischen Wandel unverzichtbar.
- ⇒ ..paßt ihre Angebote ohne Stigma der Vielfalt des Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen an.
- ⇒ ..gibt Kindern und Jugendlichen partizipativen „Spielraum“, um Identitätsfindung, Selbstregulation und Selbstverantwortung zu stärken.

Vielen Dank.