

UNTERRICHTUNG

durch die Landesregierung

Kinder- und Jugendgesundheitsbericht Mecklenburg-Vorpommern 2012

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	3
1. Bevölkerungsangaben	4
2. Medizinische Versorgungsstrukturen	9
2.1 Krankenhausbetten	9
2.2 Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtung Pädiatrie	9
3. Frühe Förderung von Kindern	10
3.1 Kindertageseinrichtungen	10
3.2 Integrative Kindertageseinrichtungen	13
3.3 Frühförderung für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder	13
4. Vorsorge und Gesundheitsförderung	14
4.1 Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen	14
4.2 Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter	16
4.3 Schutzimpfungen	17
4.4 Familienhebammen	19
4.5 Mitgliedschaft im Landessportbund	19
5. Morbidität	20
5.1 Neuerkrankungen ausgewählter meldepflichtiger Erkrankungen	20
5.2 Krankenhausfälle	24
5.3 Krebsneuerkrankungen	28
5.4 Zahngesundheit	29
5.5 Befundhäufigkeiten bei den Schuluntersuchungen	31
5.6 Bei Straßenverkehrsunfällen verunglückte Kinder	43
5.7 Kinder mit Behinderungen	44
6. Tabak-, Alkohol- und Konsum illegaler Drogen (Europäische Schülerstudie ESPAD)	45
6.1 Tabakkonsum	46
6.2 Alkoholkonsum	48
6.3 Konsum illegaler Drogen	50
7. Mortalität	52
7.1 Säuglings- und Perinatalsterblichkeit	52
7.2 Gestorbene Kinder und Jugendliche	53
Zusammenfassung und Ausblick	54
Verzeichnis der Abbildungen sowie Quellenangaben	56

Einleitung

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen spielt bei den gesundheitspolitischen Zielstellungen der Landesregierung seit jeher eine große Rolle. Eine unverzichtbare Basis für viele Entscheidungen der Akteure im Gesundheitswesen liefert die Gesundheitsberichterstattung.

Der vorliegende datenbasierte Bericht stellt die Trends in den verschiedenen Aspekten der Kinder- und Jugendgesundheit dar. Dabei erweist sich das Thema als ein sehr heterogenes Feld. Neben beachtlichen Erfolgen, wie der Senkung der Säuglingssterblichkeit, der Verbesserung der Zahngesundheit, der sehr guten Durchimpfungsraten und der hohen Teilnahmeraten an den Vorsorgeuntersuchungen, gibt es auch Stagnation und negative Trends.

So stagniert beispielsweise der Anteil übergewichtiger oder motorisch auffälliger Kinder auf hohem Niveau.

Der Anteil von Sprachstörungen im Einschulungsalter hat sogar deutlich zugenommen.

Erfreulicherweise ist dagegen der Tabak- und Alkoholkonsum bei den Jugendlichen deutlich zurückgegangen.

Wie der Vergleich mit den anderen Bundesländern zeigt, verfügt Mecklenburg-Vorpommern durchaus über gute Versorgungskapazitäten.

Neben einer guten Infrastruktur ist das individuelle Gesundheitsverhalten in der kindlichen Umgebung wegen der Vorbildrolle von entscheidender Bedeutung für die Kinder- und Jugendgesundheit.

Hier gibt es sicherlich noch erhebliche Reserven. So hat Mecklenburg-Vorpommern im Erwachsenenalter nach wie vor den höchsten Anteil an Personen, die regelmäßig rauchen oder übergewichtig sind.

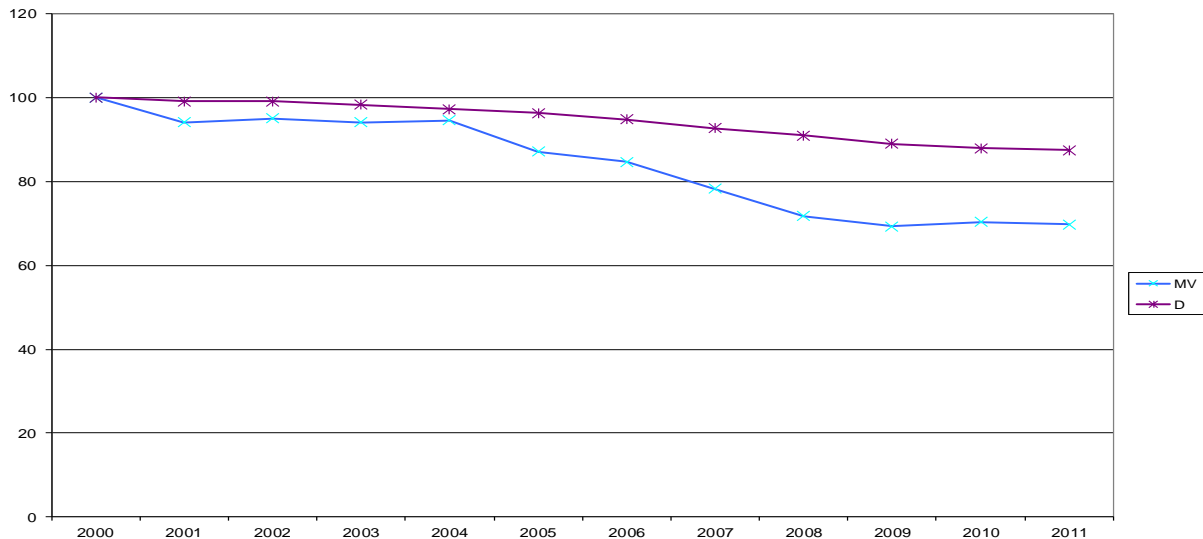
Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen sind von großer gesundheitspolitischer und -ökonomischer Bedeutung. Der Handlungsbedarf ist weiterhin hoch.

Das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales hat sich gemeinsam mit allen Akteuren im Gesundheitswesen der Aufgabe gestellt. 2003 wurden unter dem Motto „Chancengleich gesund aufwachsen“ zehn Kindergesundheitsziele vereinbart, die 2008 Bestandteil des Landesaktionsplanes zur Gesundheitsförderung und Prävention geworden sind. Unter Mitwirkung zahlreicher Partner wurden seitdem viele Maßnahmen zugunsten der Kindergesundheit umgesetzt.

1. Bevölkerungsangaben

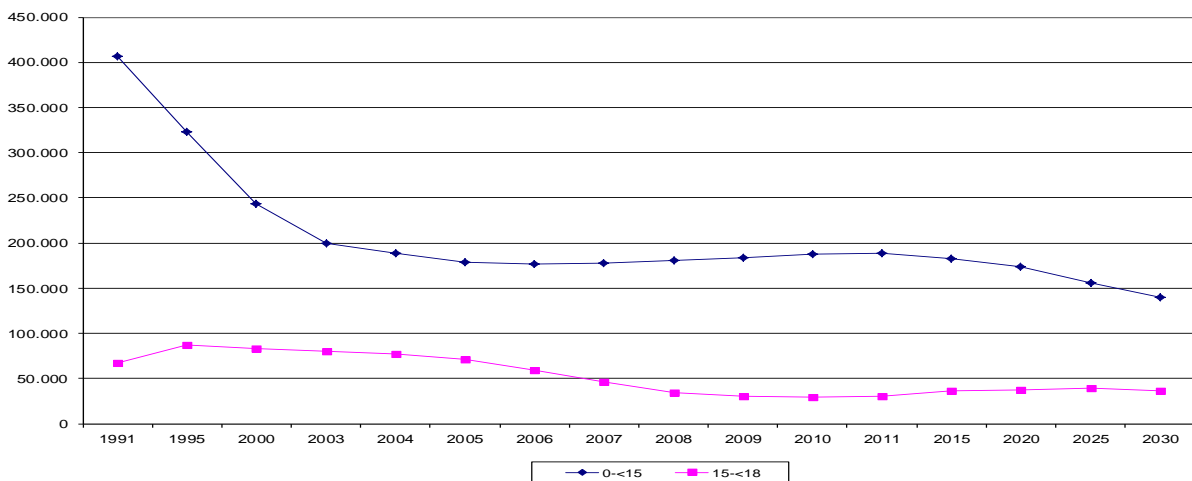
Im Zeitraum 2000 - 2011 ist die Zahl der Familien mit Kindern unter 18 Jahren in Mecklenburg-Vorpommern um ca 30 % zurückgegangen. Im Bundesdurchschnitt betrug dieser Rückgang dagegen nur etwa 15 %.

Abb. 1.1: Entwicklung der Familien mit Kindern unter 18 Jahren, Anzahl in 1.000, Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D)



Nach dem dramatischen Rückgang der Altersgruppe 0-<15 Jahre im Zeitraum 1991-2005 blieb die Zahl der Kinder unter 15 Jahren bis 2010 auf relativ konstantem Niveau. Nach 2010 ist allerdings auf Grund der stark reduzierten Anzahl von Frauen im gebärfähigen Alter mit einem weiteren Rückgang dieser Altersgruppe bis 2030 zu rechnen. Zeitversetzt ist diese Entwicklung auch für die Jugendlichen 15-<18 Jahre zu erwarten.

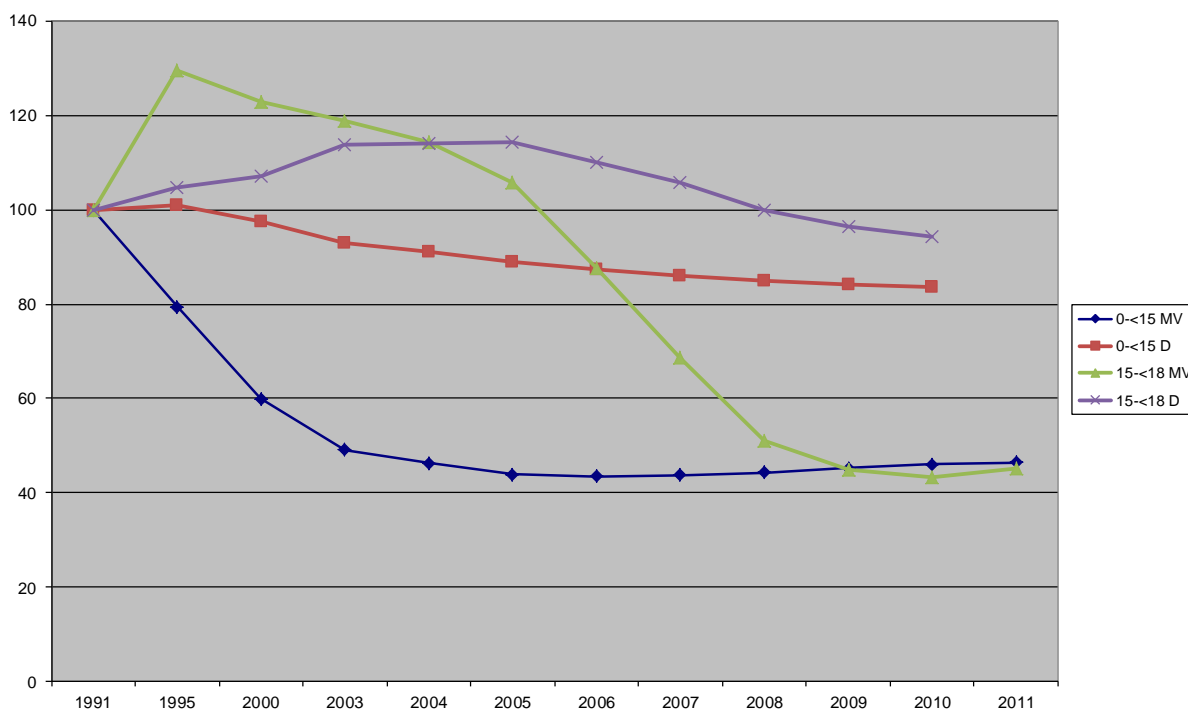
Abb. 1.2: Entwicklung der Altersgruppen 0 bis <15 und 15 bis <18 Jahre



Während bundesweit die Zahl der Kinder 0-<15 Jahre im Zeitraum 1991 - 2010 um knapp 20 % zurückging, war in Mecklenburg-Vorpommern ein Rückgang um fast 60 % zu registrieren.

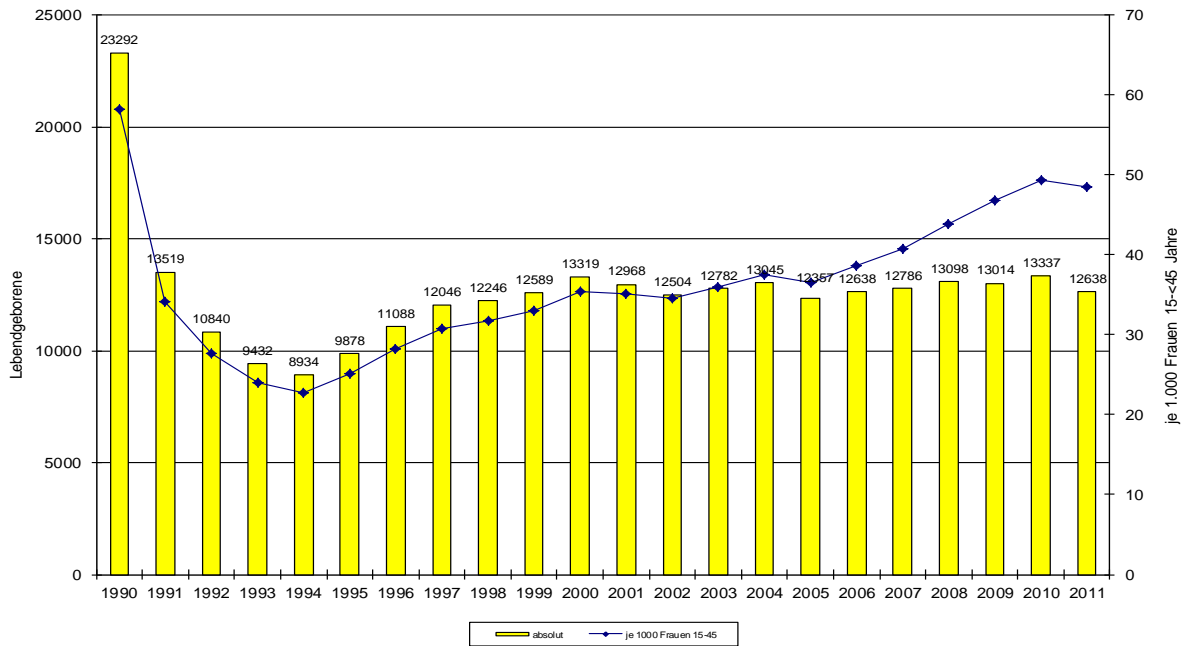
In der Altersgruppe 15-<18 Jahre war der Unterschied noch gravierender. Auch hier sank die Zahl der Kinder in unserem Land um etwa 60 %, deutschlandweit war dagegen bis 2005 sogar ein Anstieg zu verzeichnen. Danach kam es deutschlandweit zu einem kontinuierlichen Rückgang, so dass 2010 wieder das Niveau des Jahres 1991 erreicht wurde.

Abb. 1.3: Entwicklung der Bevölkerungsgruppen 0-<15 und 15-<18 Jahre (1991=100), Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D)



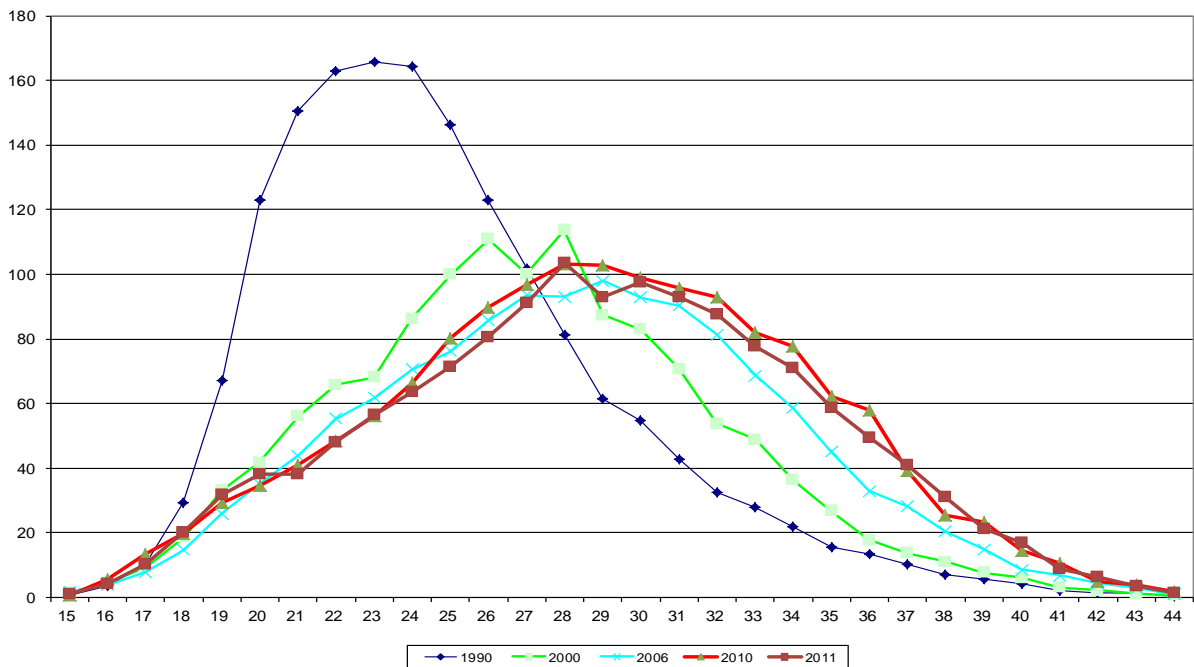
Die Hauptursache dieser Entwicklung in Mecklenburg-Vorpommern war der deutliche Geburtenrückgang im Zeitraum 1990-1994 von etwa 23.000 auf 8.900 pro Jahr. Danach kam es bis 2000 zu einem Anstieg der Geburten auf 13.300. Seitdem liegt mit jährlichen Schwankungen die Geburtenzahl um die 13.000 pro Jahr, wobei seit 2006 die Geburtenrate (je 1.000 Frauen 15-<45) deutlich gestiegen ist. Dennoch ist die Geburtenzahl relativ konstant geblieben, weil die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter rückläufig ist. Perspektivisch ist deshalb trotz steigender Geburtenrate wieder von einem Rückgang der Geburten auszugehen.

Abb. 1.4: Lebendgeborene absolut und je 1.000 Frauen 15-<45 Jahre



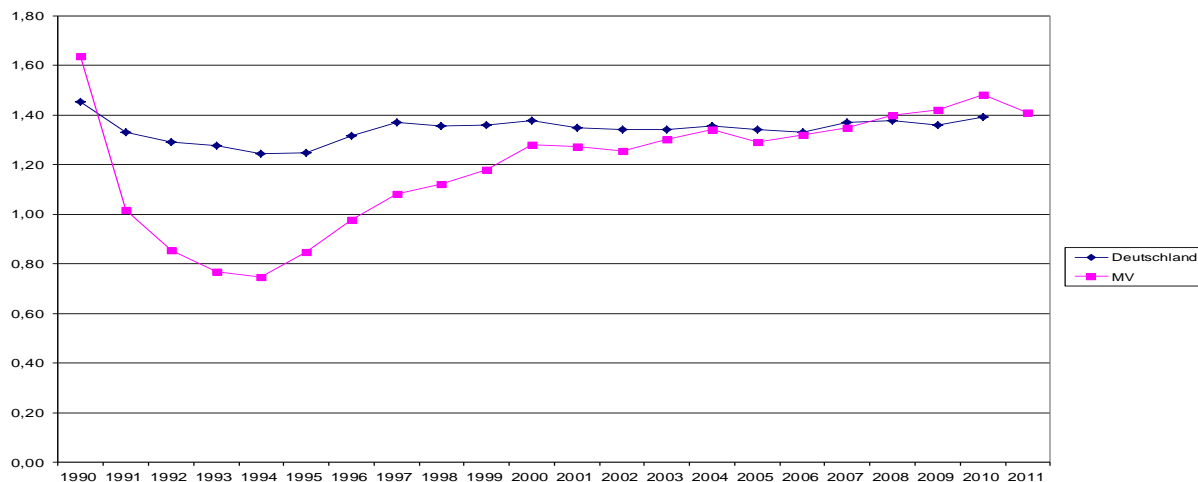
Das Maximum der altersspezifischen Geburtenrate hat sich von 21 - 23 Jahre im Jahre 1990 auf 28 - 30 Jahre in 2010 erhöht und somit fast Bundesdurchschnitt erreicht.

Abb. 1.5: Altersspezifische Geburtenziffern (Lebendgeborene je 1.000 Frauen)



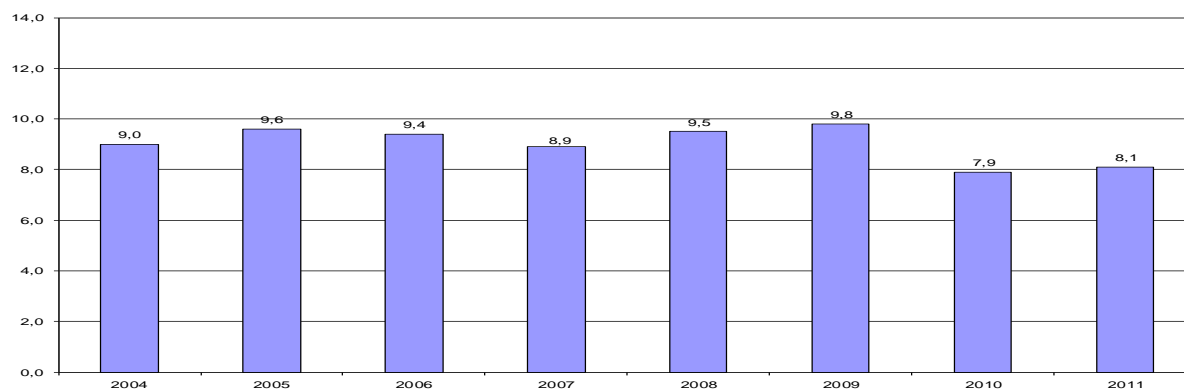
Die zusammengefasste Geburtenziffer, die aussagt, wie viele Kinder eine Frau im Laufe ihres Lebens zur Welt bringt, ist nach dem deutlichen Rückgang 1991 - 1994 kontinuierlich gestiegen und liegt seit 2008 über dem Bundesdurchschnitt. Dennoch liegt sie weit unter der natürlichen Reproduktionsrate von 2,1, was dazu führt, dass auch künftig die Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern zurückgehen wird.

Abb. 1.6: Zusammengefasste Geburtenziffer, Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D)



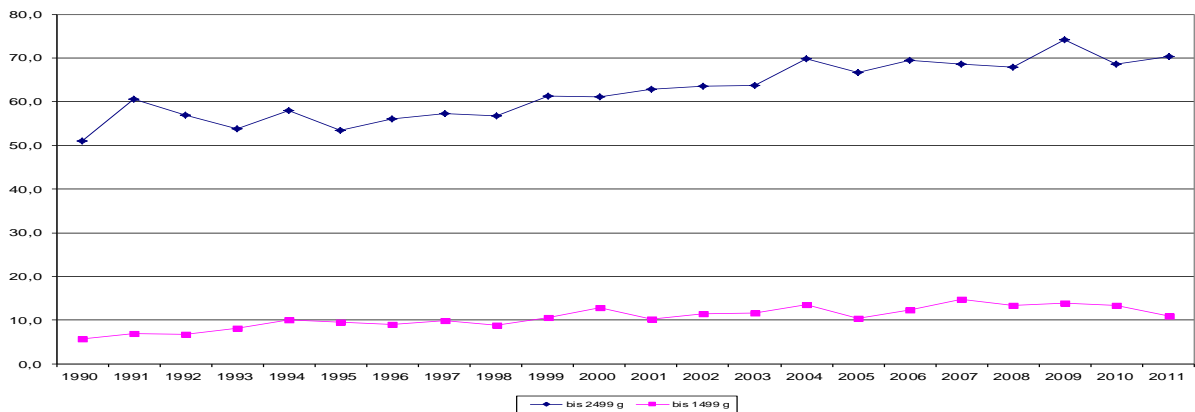
Der Anteil Frühgeborener (vor der 37. Schwangerschaftswoche entbunden) lag im Zeitraum 2005 - 2009 zwischen 9 und 9,8 %. Ob der Rückgang auf 8 % in 2010 und 2011 eine Trendwende darstellt bleibt abzuwarten.

Abb. 1.7: Anteil Frühgeborener (<37. Schwangerschaftswoche)



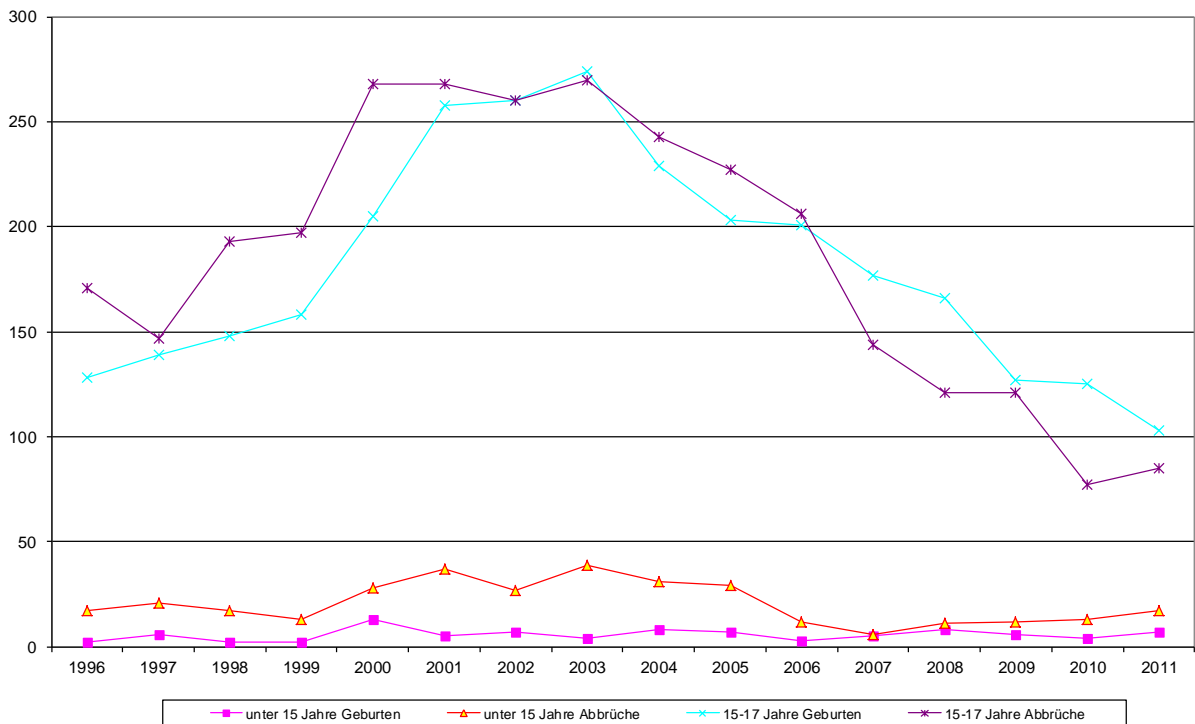
Der Anteil untergewichtiger Neugeborener ist tendenziell angestiegen.

Abb. 1.8: Untergewichtige Lebendgeborene je 1.000 Lebendgeborene



Die Zahl der Schwangerschaften von Mädchen unter 18 Jahren ist seit 2003 deutlich gesunken. Von den etwa 13.000 Geburten entfallen derzeit nur knapp 100, von den 3.100 Schwangerschaftsabbrüchen nur etwa 150 auf Mädchen unter 18 Jahren.

Abb. 1.9: Lebendgeborene und Schwangerschaftsabbrüche unter 18 Jahren nach Alter der Mutter

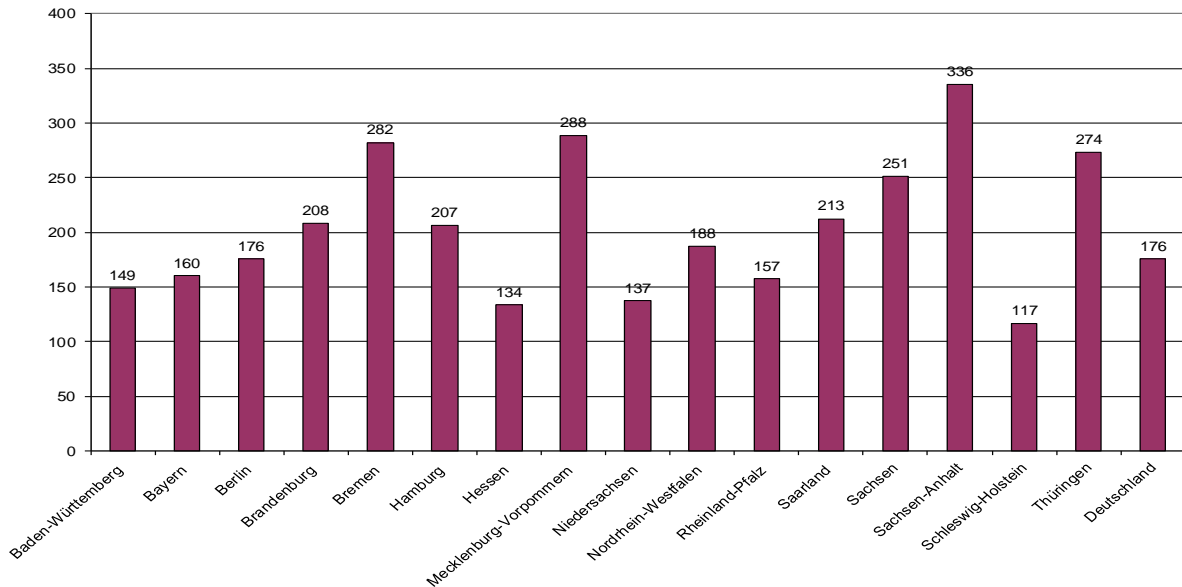


2. Medizinische Versorgungsstrukturen

2.1 Krankenhausbetten

Trotz deutlichen Rückgangs der Krankenhausbetten in der Pädiatrie seit 1991 verfügt unser Land bezogen auf die Zahl der Kinder 0-<15 Jahre bundesweit weiterhin über eine überdurchschnittlich hohe Versorgung in dieser Fachrichtung.

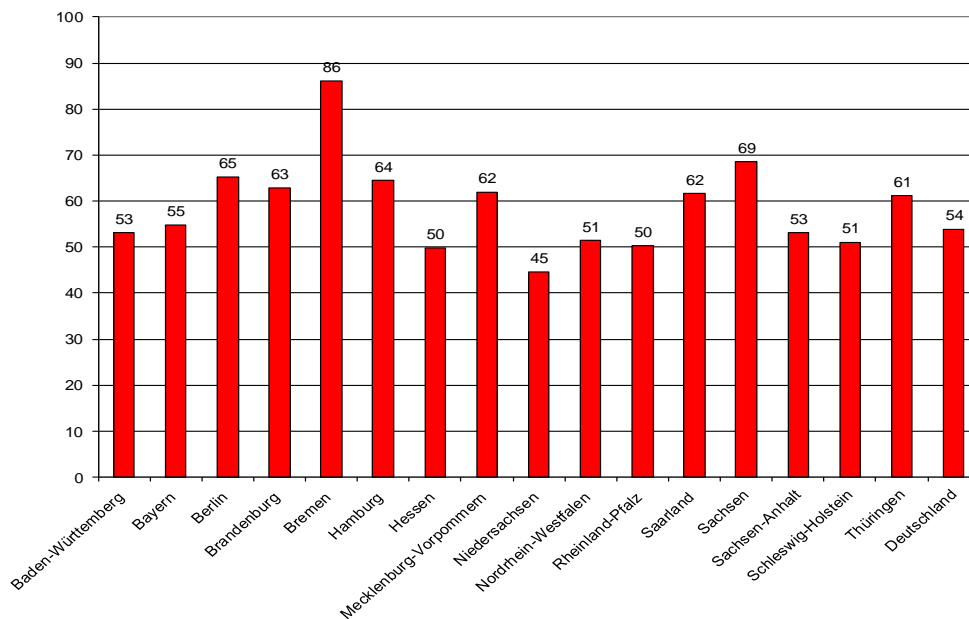
Abb. 2.1: Betten Fachrichtung Pädiatrie, je 100.000 Kinder 0-<15 Jahre, 2011, nach Bundesländern



2.2 Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in der Fachrichtung Pädiatrie

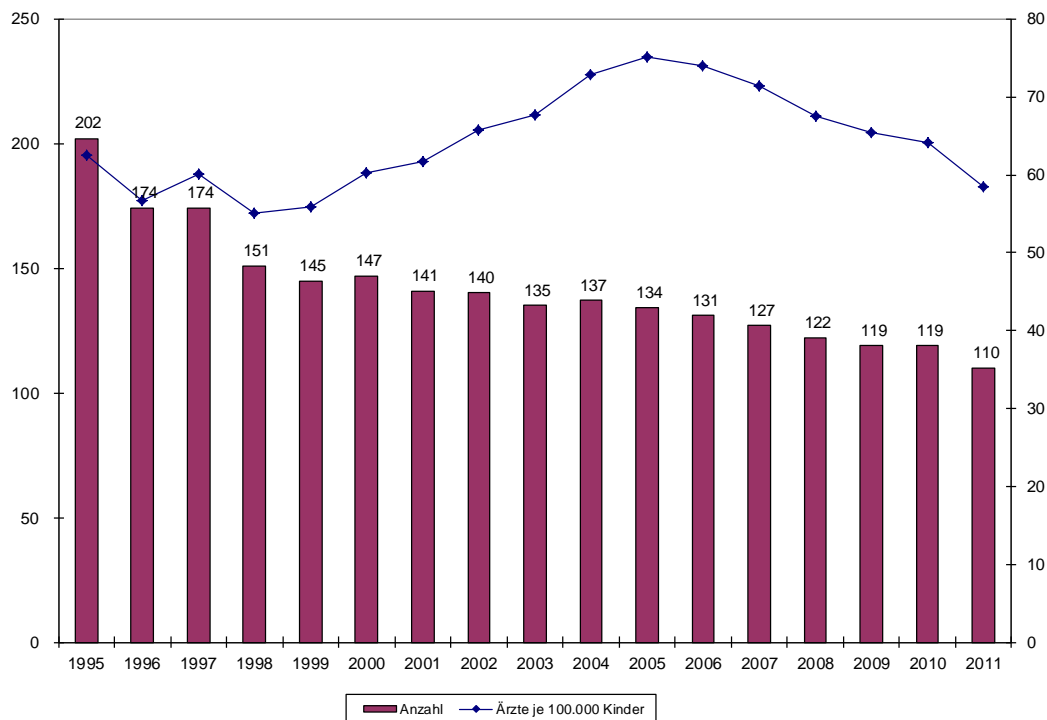
Auch in der ambulanten Pädiatrie weist Mecklenburg-Vorpommern eine höhere Arztdichte als im Bundesdurchschnitt aus.

Abb. 2.2: Ärztinnen und Ärzte für Pädiatrie je 100.000 Kinder, 2011, nach Bundesländern



Seit 2005 ist die Zahl niedergelassener Ärztinnen und Ärzte für Pädiatrie rückläufig. Dennoch ist im Jahre 2010 ein besseres Versorgungsverhältnis je 100.000 Kinder festzustellen als 1995, da die Zahl der Kinder verhältnismäßig stärker zurück ging als die der Ärztinnen und Ärzte für Pädiatrie.

Abb. 2.3 Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Pädiatrie absolut und je 100.000 Kinder



Der scheinbare Widerspruch zu regionalen Versorgungslücken löst sich auf, wenn man bedenkt, dass etwa die Hälfte der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Pädiatrie hausärztlich tätig ist, da auf Grund der geringen Kinderzahl eine fachärztliche Praxis nicht wirtschaftlich zu führen ist. Hinzu kommt die ungleiche regionale Verteilung.

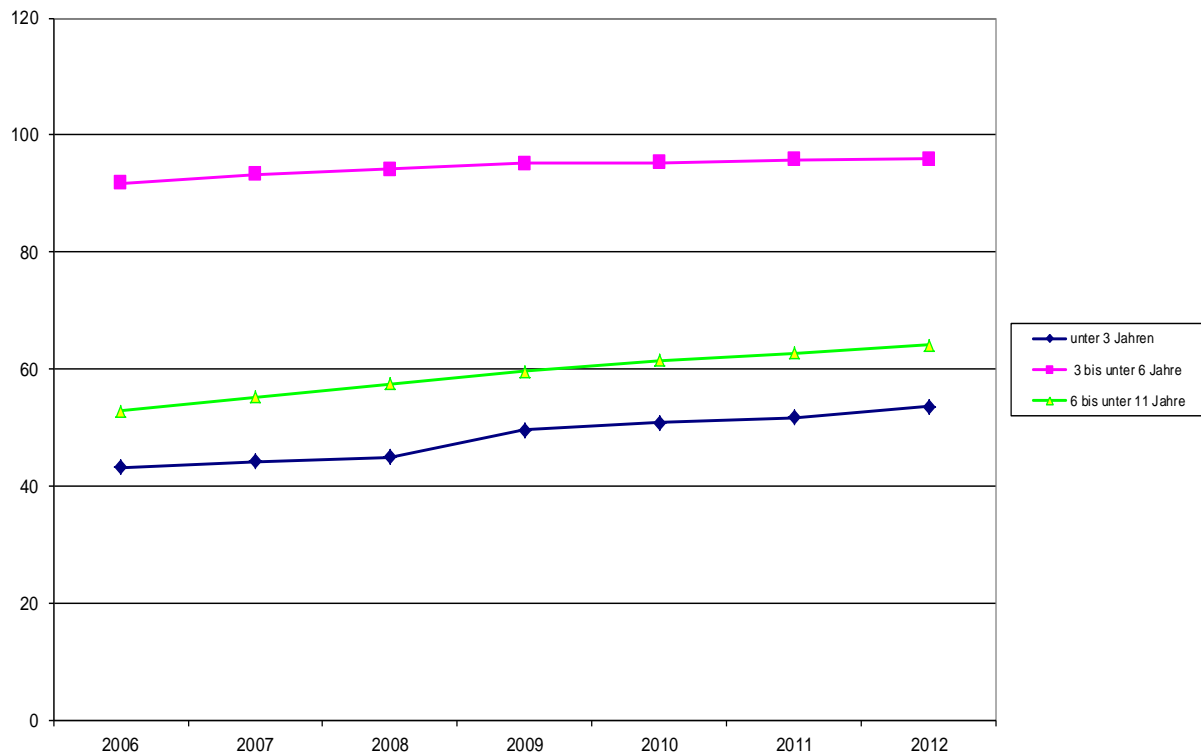
3. Frühe Förderung von Kindern

3.1 Kindertageseinrichtungen

Das Kindertagesförderungsgesetz Mecklenburg-Vorpommern verfolgt die Zielstellung, allen Kindern den aktiven Erwerb von entwicklungsangemessenen Kompetenzen über den Familienrahmen hinaus zu ermöglichen. Die individuelle Förderung unterstützt durch ein vielfältiges Angebot an Bildung, Erziehung und Betreuung den kindlichen Entwicklungsprozess zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten. Daher umfasst die frühkindliche Bildung nach dem Kindertagesförderungsgesetz Mecklenburg-Vorpommern insbesondere auch den Bildungs- und Erziehungsbereich der Gesundheit. Die individuelle Förderung von Kindern hat damit die Unterstützung der psychischen Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken zum Ziel und beinhaltet die Anleitung zur gesunden Lebensführung. Diese Anleitung zielt auf ein gesundes Aufwachsen der Kinder ab und hat die Entwicklung des Gesundheitsbewusstseins, insbesondere in Bezug auf hygienisches Verhalten, gesunde Ernährung und Bewegung der Kinder im Blick.

Die Zahl der in Kindertageseinrichtungen geförderten Kinder ist in den letzten fünf Jahren kontinuierlich gewachsen.

Abb. 3.1: In Kindertageseinrichtungen geförderte Kinder je 100 Kinder der gleichen Altersgruppe



Im Vergleich mit den anderen Bundesländern weist Mecklenburg-Vorpommern eine der höchsten Besuchsquoten aus.

Besonders deutlich fällt der Unterschied im Krippenalter (0-<3 Jahre) aus, wo die Besuchsquote¹ in den neuen Bundesländern 3 - 4mal so hoch ist wie in den alten Bundesländern.

¹ Anzahl der Kinder in Kindertagesförderung zur Gesamtzahl der Kinder der gleichen Altersgruppe.

Abb. 3.2: Besuchsquote am 1.03.2012 in Kindertageseinrichtungen (inklusive öffentlich geförderter Kindertagespflege) je 100 Kinder 0-<3 Jahre, nach Bundesländern

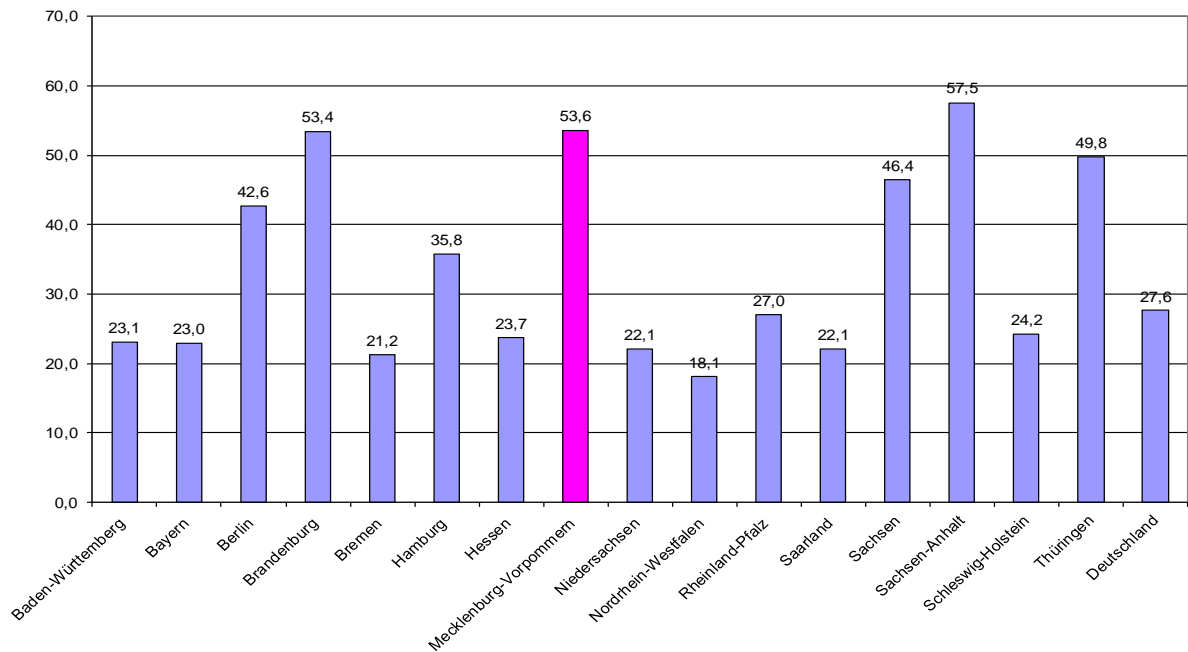
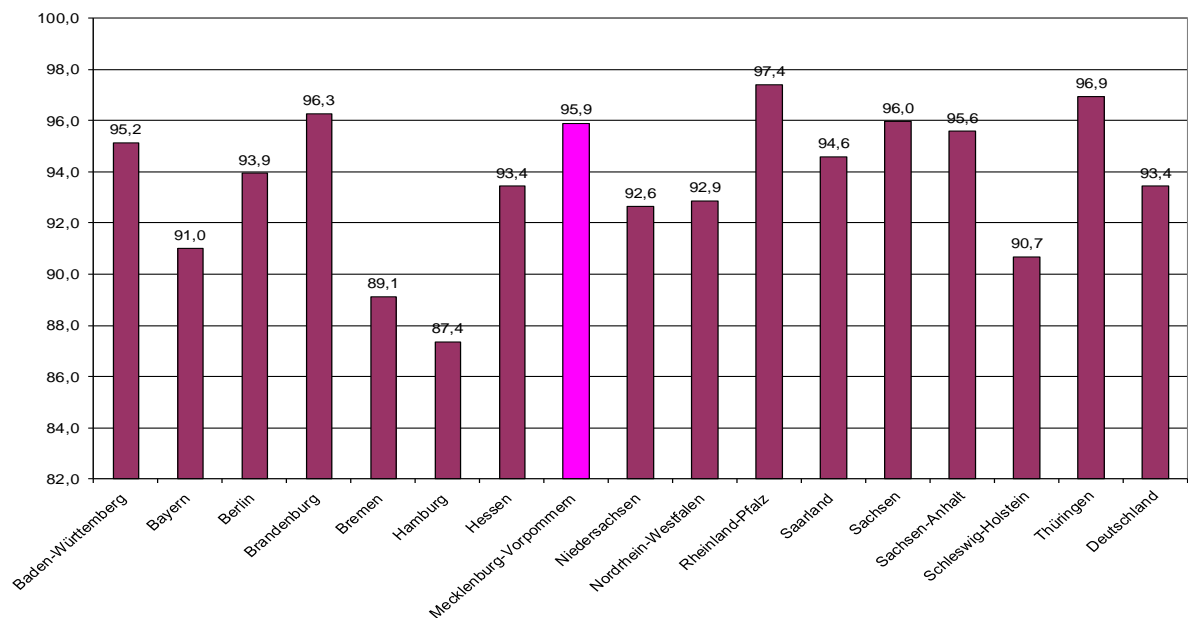


Abb. 3.3: Besuchsquote am 01.03.2012 in Kindertageseinrichtungen (inklusive öffentlich geförderter Kindertagespflege) je 100 Kinder 3-<6 Jahre, nach Bundesländern



In der Altersgruppe 3-<6 wurden im Jahre 2012 in Mecklenburg-Vorpommern 95,9 % der Kinder in Kindertageseinrichtungen und in Kindertagespflege gefördert. 2010 lag diese Quote bei 95,1 %.

3.2 Integrative Kindertageseinrichtungen

Nach dem Kindertagesförderungsgesetz Mecklenburg-Vorpommern werden Kinder in Kindertageseinrichtungen (Krippe, Kindergarten und Hort) und in Kindertagespflege individuell gefördert. Dort, wo aufgrund einer vorliegenden diagnostizierten Behinderung oder einer drohenden Behinderung ein erhöhter medizinisch-therapeutischer und oder sozialpädagogischer Förderbedarf besteht, erfolgt die individuelle Förderung in integrativen Kindertageseinrichtungen (oder gegebenenfalls in Kindertagespflege) in integrativen Gruppen. Integrative Förderung bietet den Kindern gemeinsame Erfahrungsfelder und Lernanreize, die sie in ihrer Persönlichkeitsentwicklung fördern und ihnen die Möglichkeit geben, Beziehungen zueinander aufzubauen, die trotz unterschiedlicher Kompetenzen und Beeinträchtigungen der einzelnen Kinder durch persönliche Wertschätzung, wechselseitige Anerkennung und gegenseitige Unterstützung gekennzeichnet sind.

In Mecklenburg-Vorpommern findet Kindertagesförderung derzeit in 1.040 Kindertageseinrichtungen und bei 1.505 Tagespflegepersonen statt. Davon werden in 211 integrativen Kindertageseinrichtungen Kinder mit und ohne Behinderung gemeinsam gefördert.

Außerdem gibt es in Mecklenburg-Vorpommern aktuell 14 sonderpädagogische Kindertageseinrichtungen. Dort werden ausschließlich Kinder gefördert, die einer speziellen Förderung aufgrund ihrer Behinderung bedürfen und für die dezentrale beziehungsweise regionale Betreuungsmöglichkeiten nicht oder noch nicht bestehen.

Zur Umsetzung der im Mittelpunkt der UN-Behindertenrechtskonvention stehenden Inklusion erarbeitet die Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern derzeit einen Maßnahmenplan. Dieser dokumentiert Maßnahmen, Projekte und Vorhaben von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen, mit denen die Landesregierung jetzt und in der Zukunft die Entwicklung einer inklusiven Gesellschaft verfolgt. Dabei wird die Umsetzung der Inklusion im Bereich der Kindertageseinrichtungen entsprechend berücksichtigt werden.

Der Minister für Bildung, Wissenschaft und Kultur hat eine Expertenkommission „Inklusive Bildung in Mecklenburg-Vorpommern bis zum Jahr 2020“ berufen, die sich unter anderem dem Thema „Übergang von der Kindertageseinrichtung in die Grundschule“ widmet. Aufgabe der Expertenkommission ist es, ein Langzeitkonzept zur schrittweisen Umsetzung eines inklusiven Bildungssystems in Mecklenburg-Vorpommern zu entwickeln.

3.3 Frühförderung für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder

Frühförderstellen leisten einen wichtigen Beitrag zur frühen und rechtzeitigen Förderung von Kindern, die behindert, von Behinderung bedroht, teilleistungsgestört, entwicklungsverzögert oder verhaltensgestört sind. Diese frühen Hilfen, die Kindern von der Geburt bis zum Eintritt in die Schule bzw. in die integrative Kindertageseinrichtung gewährt werden, können in späteren Jahren oftmals ein völlig unauffälliges Verhalten und Erleben bewirken.

Unter Moderation des damaligen Ministeriums für Soziales und Gesundheit hat Mecklenburg-Vorpommern mit der bereits 2005 zwischen den Rehabilitationsträgern vereinbarten und 2010 geänderten Landesrahmenempfehlung als eines der ersten Bundesländer die Frühförderverordnung des Bundes umgesetzt.

Derzeit bieten in Mecklenburg-Vorpommern sechs interdisziplinäre und 21 heilpädagogische Frühförderstellen sowie drei Außenstellen in ambulanter und mobiler Form ein wohnortnahes System mit medizinischer, pädagogischer und sozialer Hilfe an. Sie sind in ihrem Angebot flexibel und als Anlauf und Koordinierungsstelle offen für alle Familien mit behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern. Mecklenburg-Vorpommern hat somit ein flächendeckendes Netz an heilpädagogischen Förderstellen aufgebaut.

In Mecklenburg-Vorpommern befinden sich zudem zwei Sozialpädiatrische Zentren (Greifswald und Schwerin). Diese werden kinderärztlich geleitet. Hier erfolgen ambulante Untersuchungen und Behandlungen von Säuglingen, Kleinkindern und Jugendlichen mit Entwicklungsverzögerungen, neurologischen Erkrankungen, Teilleistungsstörungen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Behinderungen usw. bis zum 18. Lebensjahr.

4. Vorsorge und Gesundheitsförderung

4.1 Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen

Die überwiegende Anzahl der Schwangeren nimmt die Vorsorgeuntersuchungen in ausreichendem Maße (mindestens acht) und auch rechtzeitig (Erstinanspruchnahme bis zur 12. Schwangerschaftswoche) wahr.

Abb. 4.1: Anteil der Schwangeren nach Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen

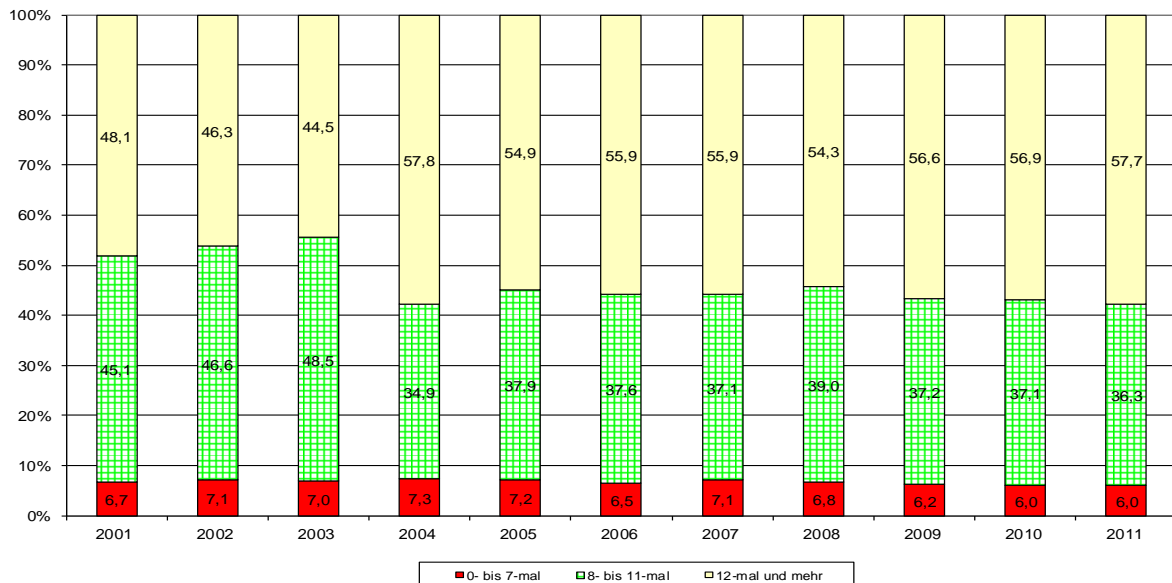
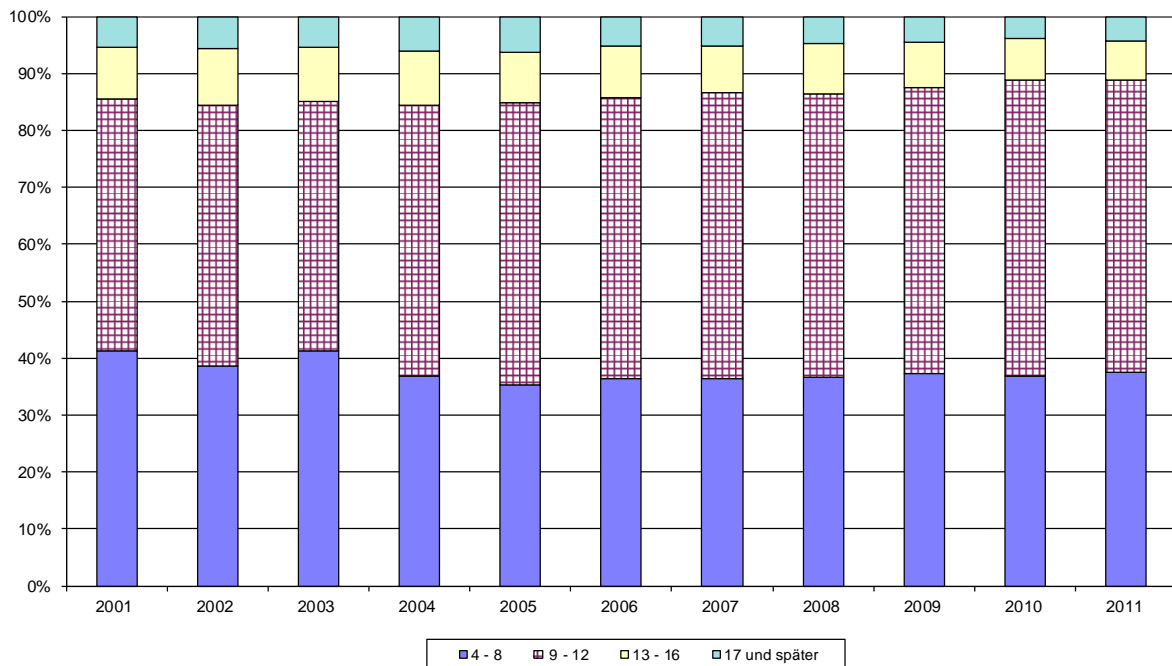


Abb. 4.2: Anteil der Schwangeren nach Zeitpunkt (Schwangerschaftswoche) der Erstinanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen



Die gleichen Aussagen treffen auch auf die wahrgenommenen Ultraschalluntersuchungen zu. Nur 3 % der Schwangeren hat weniger als drei Ultraschalluntersuchungen bzw. die erste Ultraschalluntersuchung nach der 17. Schwangerschaftswoche wahrgenommen.

Abb. 4.3: Anteil der Schwangeren nach Anzahl der Ultraschalluntersuchungen

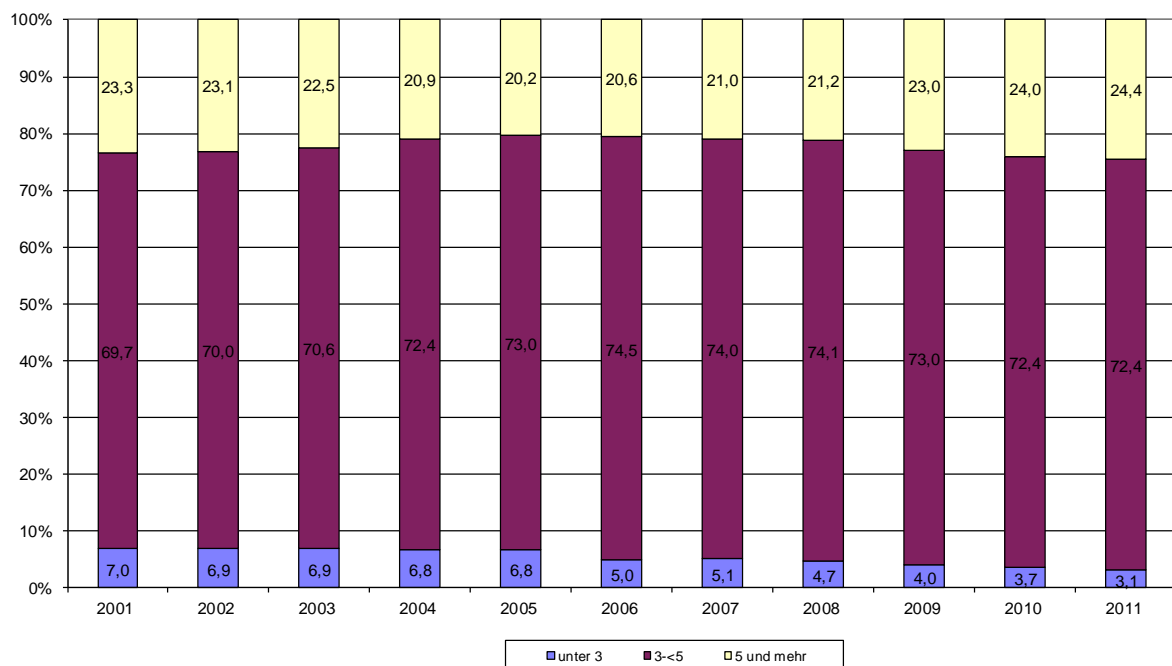
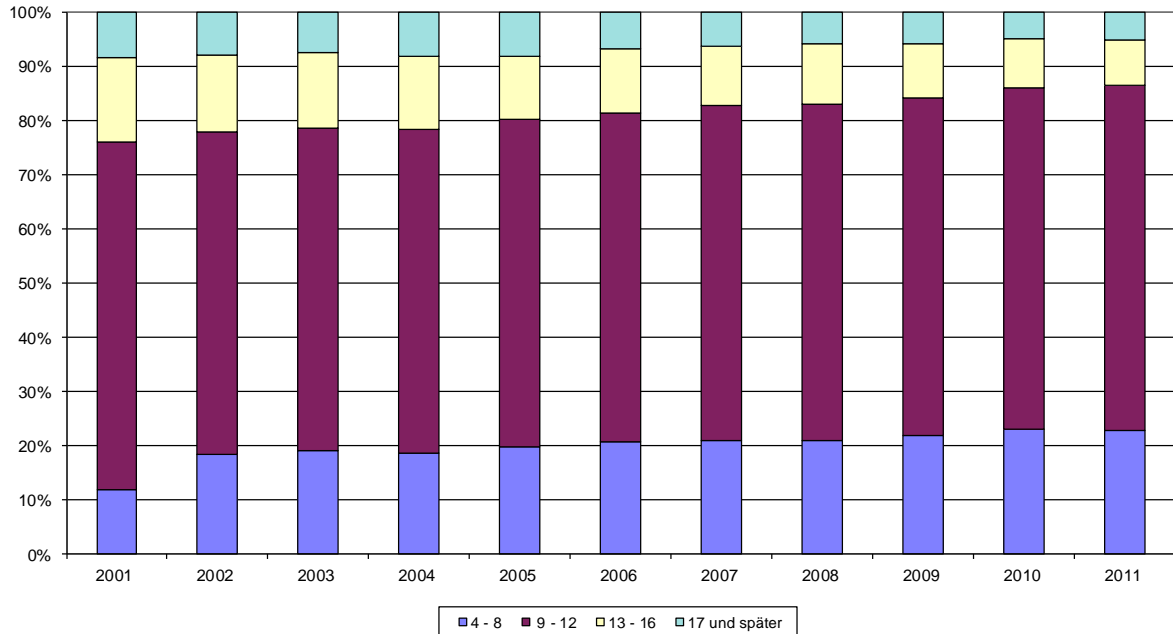


Abb. 4.4: Anteil der Schwangeren nach Zeitpunkt (Schwangerschaftswoche) der ersten Ultraschalluntersuchung



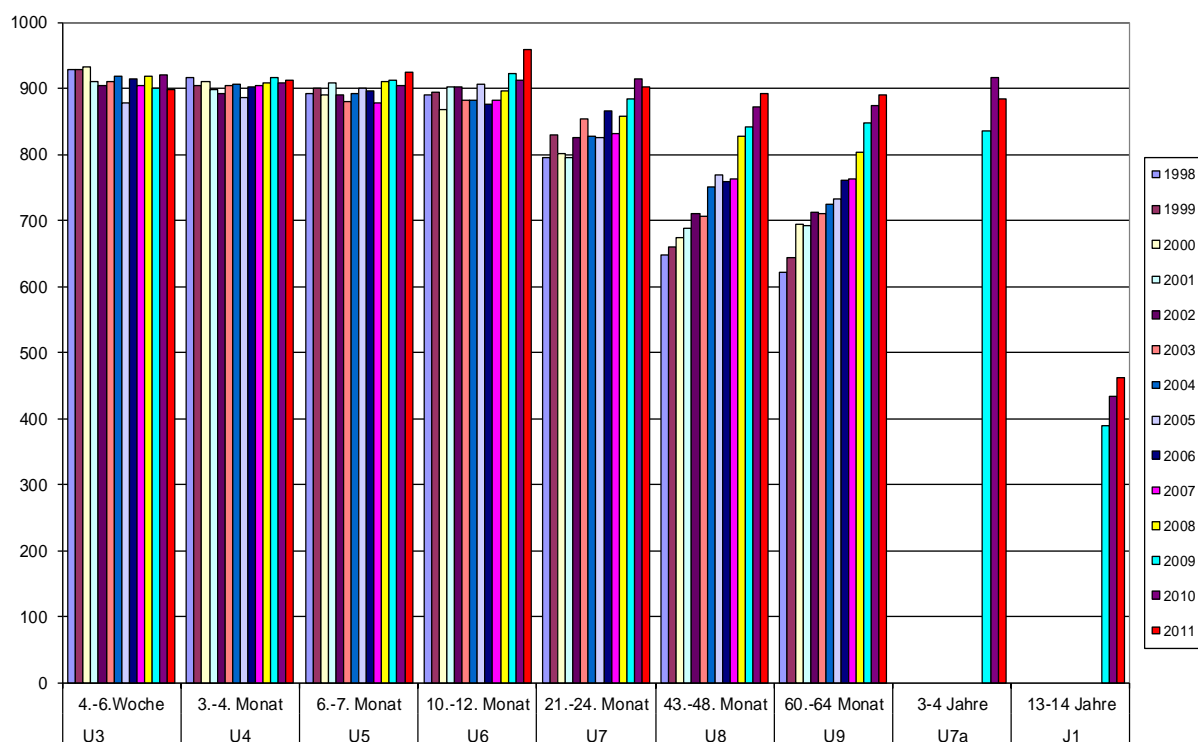
4.2 Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter

Die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern sind Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung. Ziel der Untersuchungen ist es, zu einem möglichst frühen Zeitpunkt Krankheiten zu erkennen, die die normale körperliche und geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringem Maße gefährden.

Während die Untersuchungen U1 und U2 in der Regel in den geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser durchgeführt werden, erfolgen die Untersuchungen U3 - U9 bei den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten.

Während die Teilnahmehäufigkeit bei der U3 - U6 nahezu konstant bei 90 % lag, ist bei der U7 - U9 im Zeitraum 2000 - 2011 ein kontinuierlicher Anstieg zu registrieren, so dass 2011 auch an der U8 und U9 fast 90 % der infrage kommenden Kinder teilnahmen.

Abb. 4.5: Teilnahmeghäufigkeit (je 1.000 Kinder) an den Vorsorgeuntersuchungen U3-U9 1998 - 2011 sowie U7a und J1 2009-2011

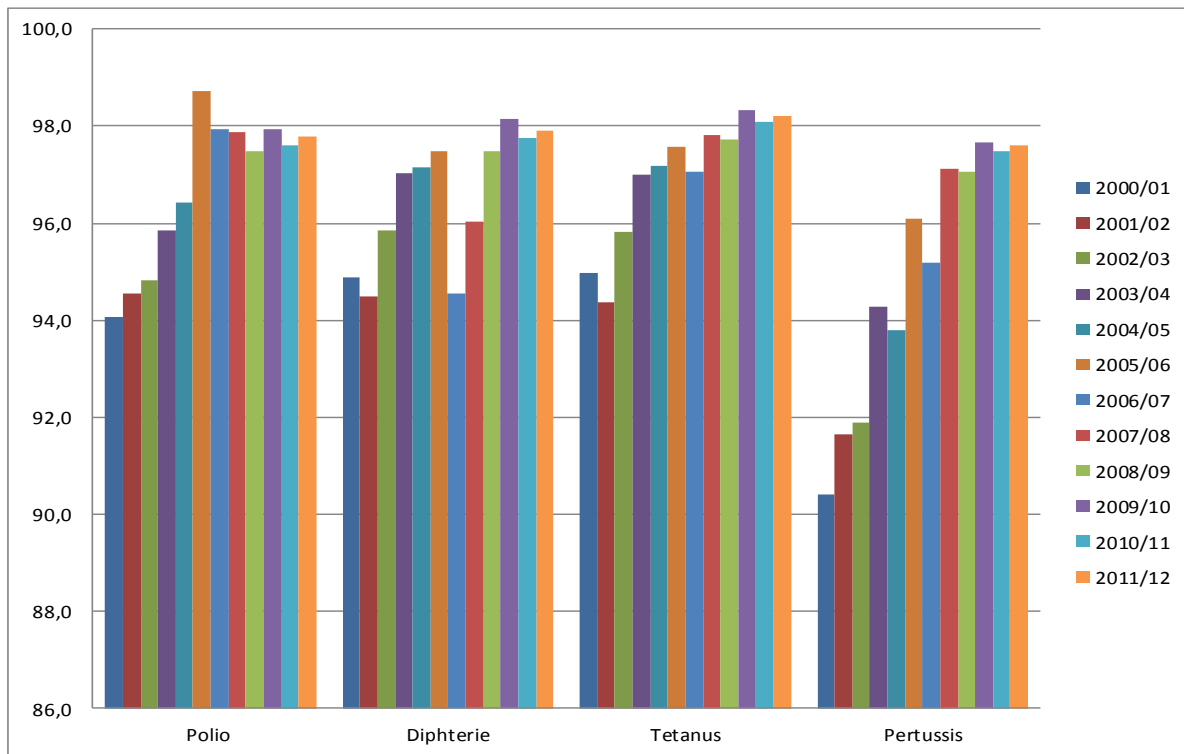


Durch Einführung der Meldepflicht für die Vorsorgeuntersuchungen U3 - U9 in Mecklenburg-Vorpommern und die im Kontext dieser als Instrument eingesetzten Erinnerungsschreiben bei Versäumnis wurde die Wichtigkeit der Kindervorsorgeuntersuchungen unterstrichen und damit das gesunde Aufwachsen der Kinder unterstützt und gestärkt, was an der kontinuierlichen Erhöhung der Inanspruchnahme vor allem bei der U7 - U9 sichtbar wird.

4.3 Schutzimpfungen

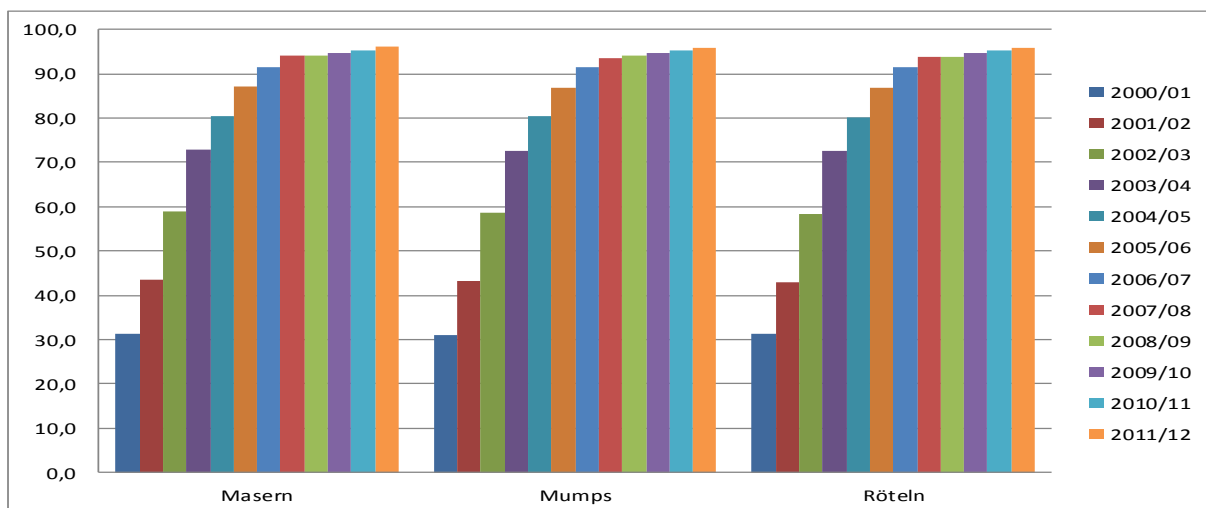
Bei fast allen Impfungen im Einschulungsalter nimmt Mecklenburg-Vorpommern im Bundesvergleich eine Spitzenstellung ein. So lag die Grundimmunisierungsrate der eingeschulerten Kinder im Schuljahr 2011/2012 bei Polio, Diphtherie, Tetanus und Pertussis bei 98 %! Seit dem Schuljahr 2000/2001 ist ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen.

Abb. 4.6: Anteil der eingeschulenen Kinder mit Grundimmunisierung gegen ...



Bei Masern, Mumps und Röteln sollten zum Zeitpunkt der Einschulung mindesten 2 Impfungen erfolgt sein. Seit dem Schuljahr 2000/2001 hat sich der Anteil der eingeschulenen Kinder mit mindestens 2 Impfungen von etwa 30 % auf fast 95 % erhöht.

Abb. 4.7: Anteil der eingeschulenen Kinder mit mindestens zwei Impfungen gegen ...



Mecklenburg-Vorpommern hat es 2011 als einziges Bundesland in Deutschland geschafft, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Masern-Eliminierung geforderte Impfquote für die zweite Masern-, Mumps- und Röteln-Impfung bei den einzuschulenden Kindern mit 96 % zu erreichen. Ziel ist, diesen Wert zu stabilisieren bzw. weiter zu erhöhen.

Die kostenlose Jugendvorsorgeuntersuchung 1 (J 1) im Alter von 12-14 Jahren, die bisher nur von unter 40 % der Jugendlichen wahrgenommen wurde, ist durch eine in der ersten Jahreshälfte 2011 in ausgewählten Kreisen/ kreisfreien Städten erfolgte Erinnerungsaktion in den Blickpunkt der Schülerinnen und Schüler, Eltern sowie des Lehrpersonals gerückt, so dass sich die Teilnahmequote an der J 1-Untersuchung deutlich erhöhte. Die Fortführung des erfolgreichen Projektes für ganz Mecklenburg-Vorpommern ist im Juli 2012 angelaufen, so dass eine landesweite Zunahme der Inanspruchnahme und dadurch indirekt ein Anstieg der Impfquoten von Jugendlichen erhofft wird.

4.4 Familienhebammen

Familienhebammen in Mecklenburg-Vorpommern sind staatlich examinierte Hebammen mit einer landesspezifischen Zusatzqualifikation. Ihnen kommt im Bereich der Frühen Hilfen eine Schlüsselrolle zu. Im Mai 2008 begann der Einsatz der Familienhebammen in jungen Familien, die in unterschiedlichen Belastungssituationen leben. Mittlerweile sind 50 Familienhebammen in Mecklenburg-Vorpommern aktiv, die durch die örtlichen Gesundheitsämter vermittelt werden. Während sie im Jahr 2010 noch 230 junge Familien betreuten, waren es im Jahr 2011 bereits 320.

Der Einsatz von Familienhebammen, Qualifizierung und Supervision sowie die Landeskoordinierungsstelle Familienhebammen in Mecklenburg-Vorpommern werden durch das Land jährlich mit rund 500.000 Euro gefördert.

Indikationen für den Einsatz von Familienhebammen waren bisher zum Beispiel Unsicherheit im Umgang mit dem Säugling bei der Mutter bzw. bei den Eltern, Minderjährigkeit der Mutter/Eltern bzw. (sehr) junge Mutter/Eltern, Suchtprobleme, allein erziehende Mutter bzw. getrennt lebende Eltern, materiell und finanziell problematische Verhältnisse (materielle Notlage, Armutsrisiko, Armut), psychische Auffälligkeiten/Erkrankungen der Mutter, gesundheitliche Probleme und Entwicklungsverzögerungen des Kindes oder die geistige/körperliche Behinderung eines Elternteils.

Perspektivisch ist ein bedarfsgerechter Ausbau dieser Hilfestruktur unter Einbindung vergleichbarer Berufsgruppen (Kinderkrankenschwestern, Kinderkrankenpfleger) zu unterstützen, um insbesondere den primärpräventiven Ansatz zu stärken.

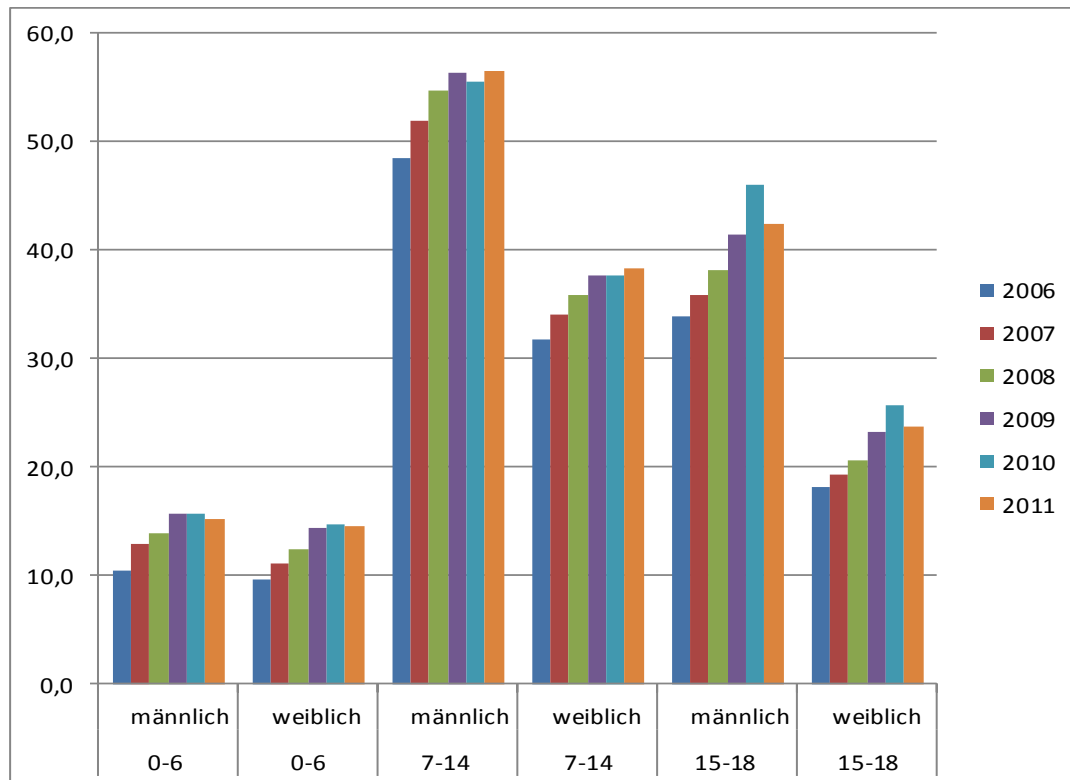
4.5 Mitgliedschaft im Landessportbund

Aktives Sporttreiben ist ein wesentlicher Beitrag zur Förderung der Gesundheit.

Der Organisationsgrad im Landessportbund (Mitglieder je 100 Kinder gleichen Alters und Geschlechts) ist in allen Altersgruppen im Zeitraum 2006 - 2010 gestiegen, 2011 trat eine Stagnation bzw. sogar ein leichter Rückgang ein.

Dennoch gibt es insbesondere in den Altersgruppen 0 - 6 und 15 - 18 Jahre sowie bei den Mädchen, die allgemein einen deutlich geringeren Organisationsgrad als die Jungen aufweisen, noch erhebliche Reserven.

Abb. 4.8: Mitglieder im Landessportbund je 100 Einwohnerinnen und Einwohner gleichen Alters und Geschlechts



5. Morbidität

5.1 Neuerkrankungen ausgewählter meldepflichtiger Erkrankungen

Von den häufigsten meldepflichtigen Erkrankungen durch Salmonellen, Noro- und Rotaviren oder E. coli Enteritis sind Kleinkinder unter 5 Jahren am stärksten betroffen. Dabei ist die Erkrankungshäufigkeit durch starke jährliche Schwankungen geprägt. Geschlechtsspezifische Unterschiede traten nicht auf.

Abb. 5.1: Neuerkrankungen Salmonellose je 100.000 gleichen Alters und Geschlechts

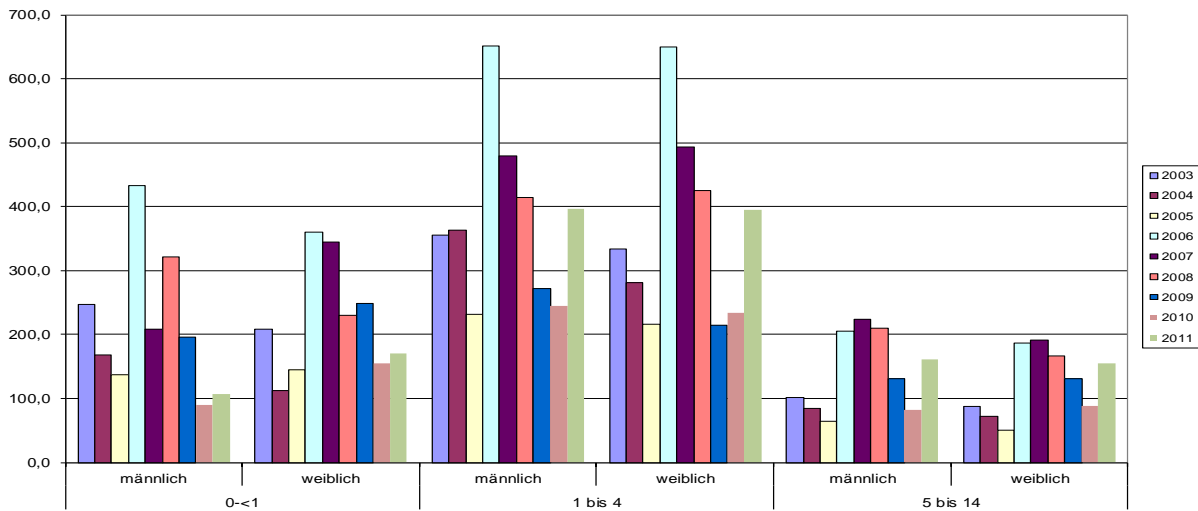
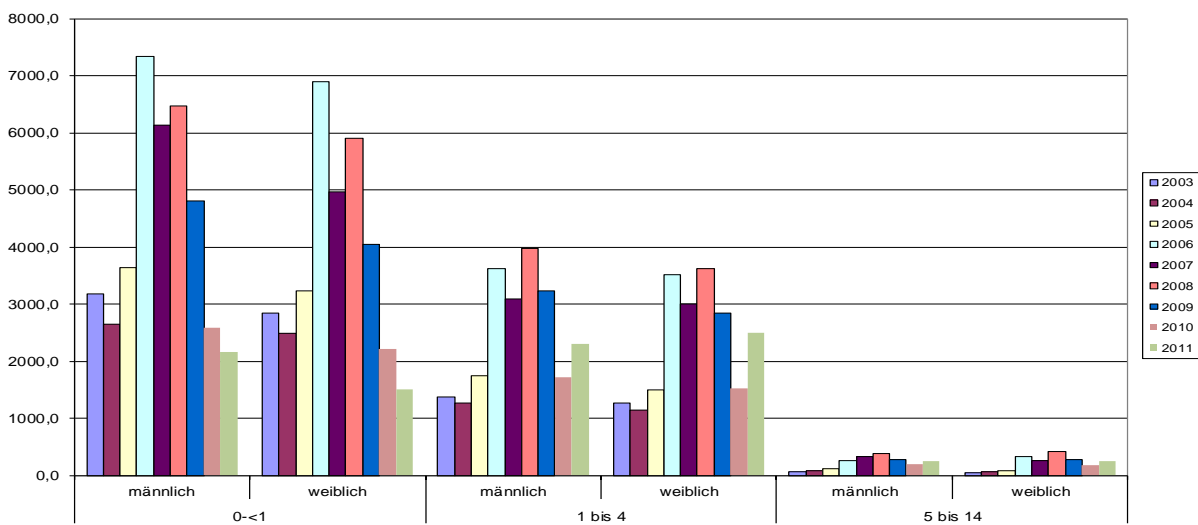


Abb. 5.2: Neuerkrankungen Rotavirus je 100.000 gleichen Alters und Geschlechts



Nach Zulassung der Rotavirus-Schutzimpfung im Jahr 2006 zeigt sich seit 2009 ein rückläufiger Trend der Krankheitslast, besonders der schweren Verläufe mit erforderlichen Hospitalisierungen vor allem bei den unter 2-Jährigen.

Abb. 5.3: Neuerkrankungen Norovirus je 100.000 gleichen Alters und Geschlechts

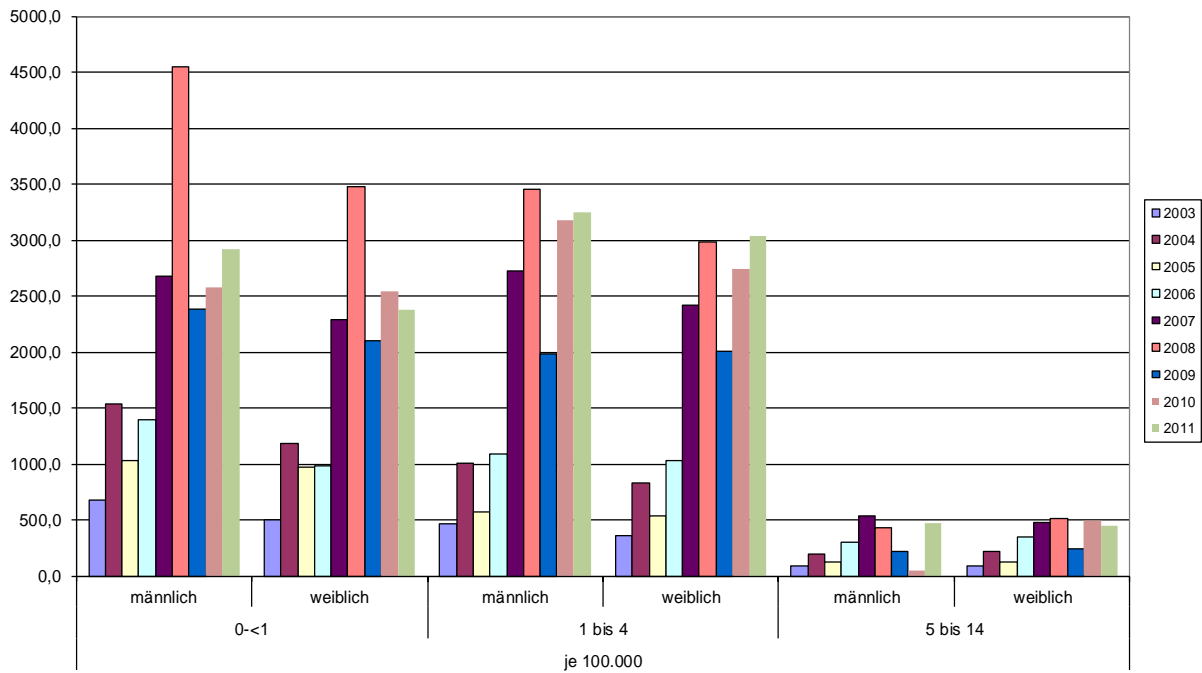
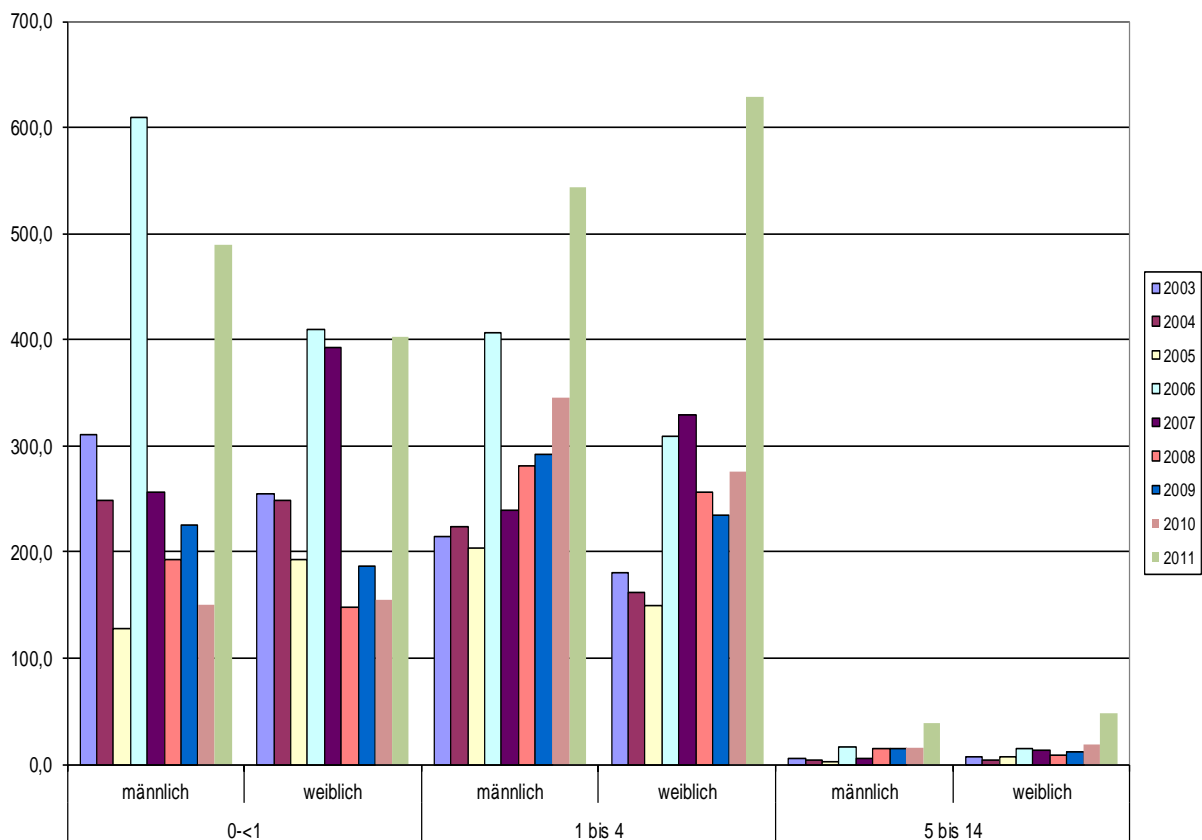
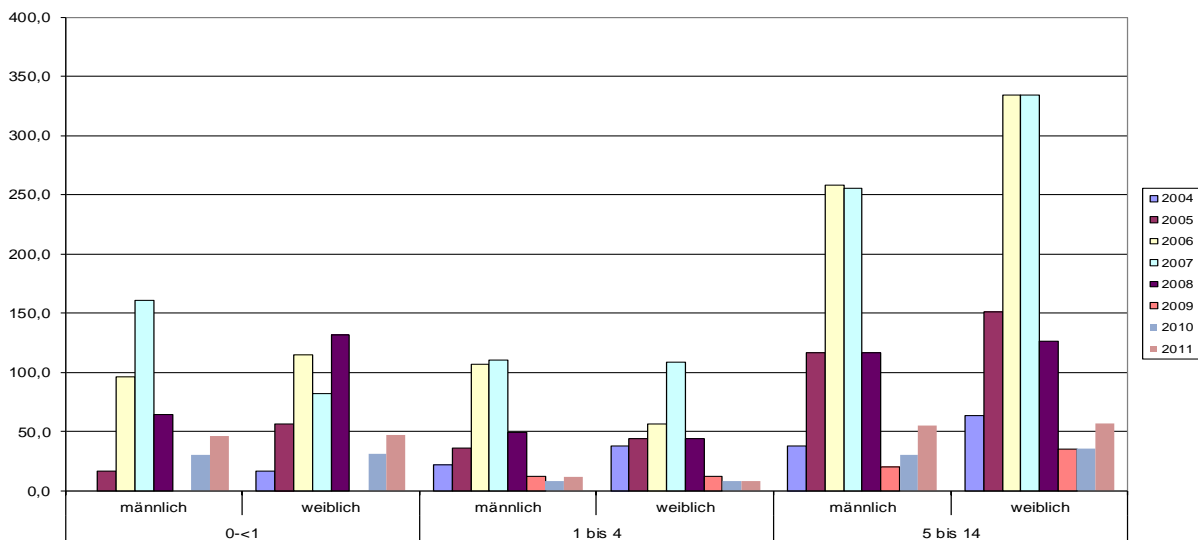


Abb. 5.4: Neuerkrankungen E.coli enteritis je 100.000 gleichen Alters und Geschlechts



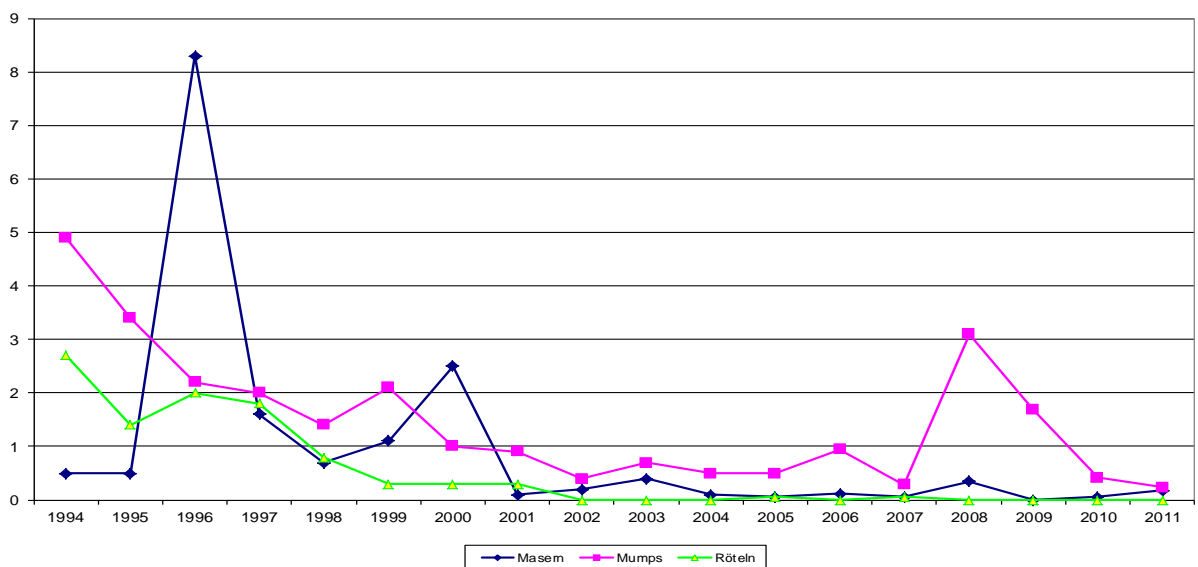
Bei Keuchhusten hat dagegen die Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen die deutlich höhere Neuerkrankungsrate. Nach einem starken Anstieg in den Jahren 2006 und 2007 ist im Zeitraum 2008 - 2011 aufgrund der Vorverlegung der ersten Auffrischungsimpfung in das 6. - 7. Lebensjahr seit 2009 eine stark rückläufige Tendenz festzustellen.

Abb. 5.5: Neuerkrankungen Keuchhusten je 100.000 gleichen Alters und Geschlechts



Die Neuerkrankungsraten bei Masern, Mumps und Röteln sind sehr gering und weisen bis auf einzelne jährliche Schwankungen seit 1994 einen sinkenden Trend aus.

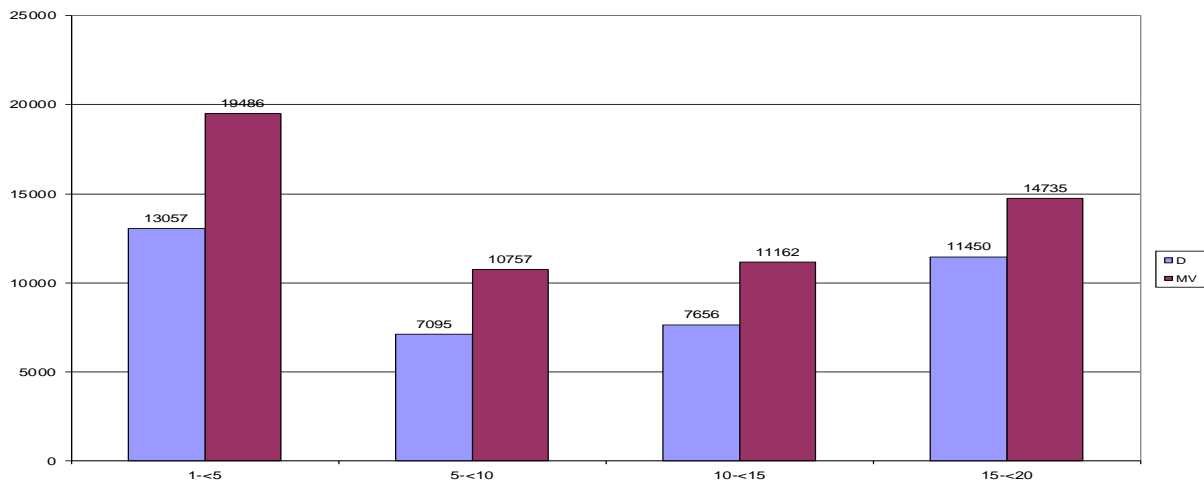
Abb. 5.6: Neuerkrankungen Masern, Mumps und Röteln je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner



5.2 Krankenhausfälle

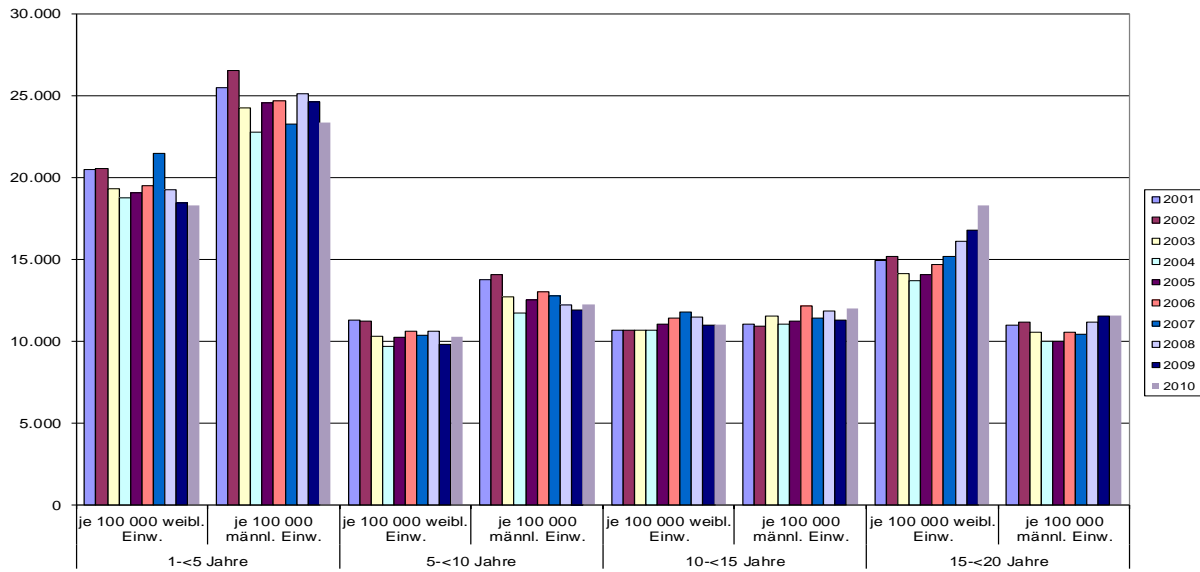
In allen Altersgruppen unter 20 Jahren lag die Krankenhaushäufigkeit in Mecklenburg-Vorpommern deutlich über dem Bundesdurchschnitt, wobei die Differenz in der Altersgruppe 1-<5 Jahre am höchsten war. Dies muss nicht unbedingt auf ein erhöhtes Gesundheitsrisiko hinweisen, sondern kann auch durch unterschiedliche Behandlungsstrategien zustande kommen. Möglicherweise ist dies aber auch ein Hinweis darauf, dass insbesondere in den ländlich geprägten Regionen die ambulante kinderärztliche Versorgung bereits Lücken ausweist.

Abb. 5.7: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, 2010 (Wohnsitz der Patientinnen und Patienten), Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D)



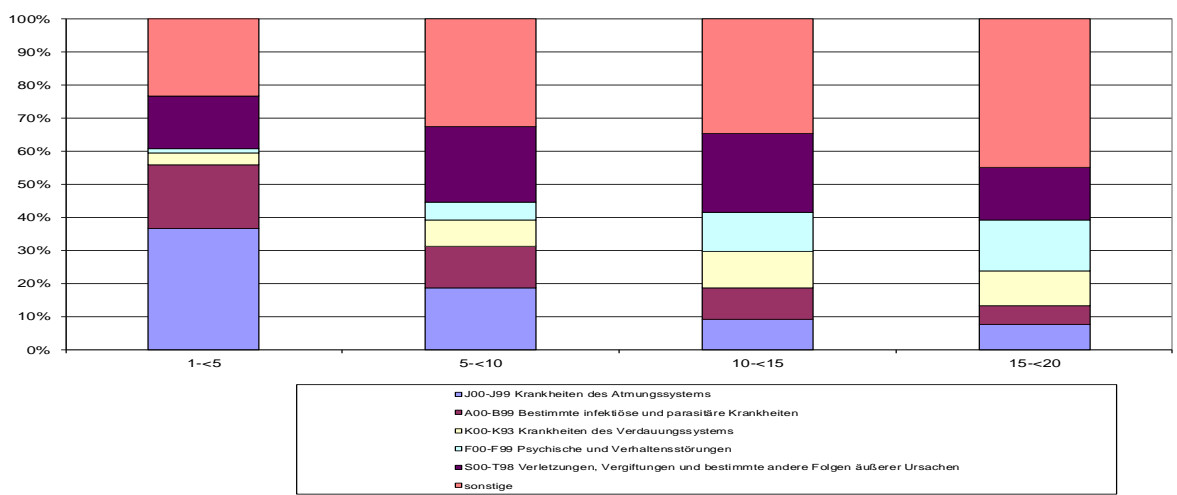
Bis zum 10. Lebensjahr sind Jungen öfter im Krankenhaus als Mädchen. Im Alter 10 - 15 Jahre gibt es keine Unterschiede. Bedingt durch die gynäkologischen Fälle sind dagegen in der Altersgruppe 15 bis 20 Jahre mehr Mädchen und junge Frauen im Krankenhaus. In den einzelnen Altersgruppen ist in den letzten 10 Jahren kein eindeutiger Trend hinsichtlich der Krankenhaushäufigkeit erkennbar.

Abb.5.8: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner gleichen Alters und Geschlechts

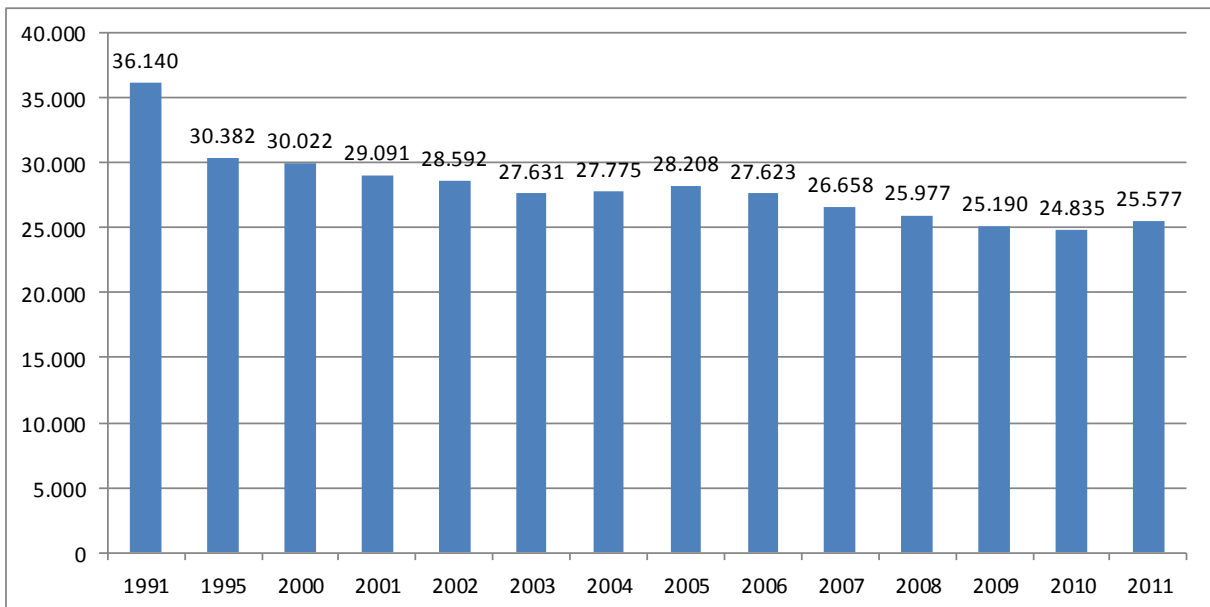
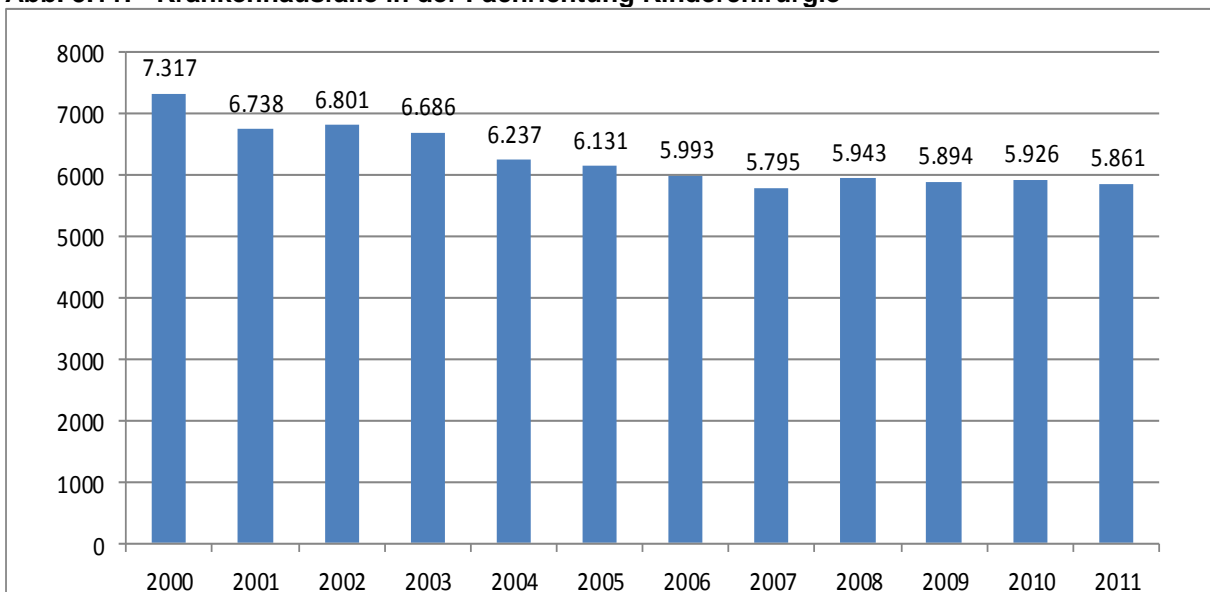


Während im Alter 1-<5 Jahre noch die Krankheiten des Atmungssystems sowie bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten das Diagnosespektrum bestimmen, dominieren im Alter 5-<15 die Verletzungen infolge äußerer Ursachen (Unfälle). In der Altersgruppe 15-<20 haben psychischen und Verhaltensstörungen neben den Verletzungen und Vergiftungen den höchsten Anteil.

Abb. 5.9: Krankenhausfälle nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnoseklassen, 2011

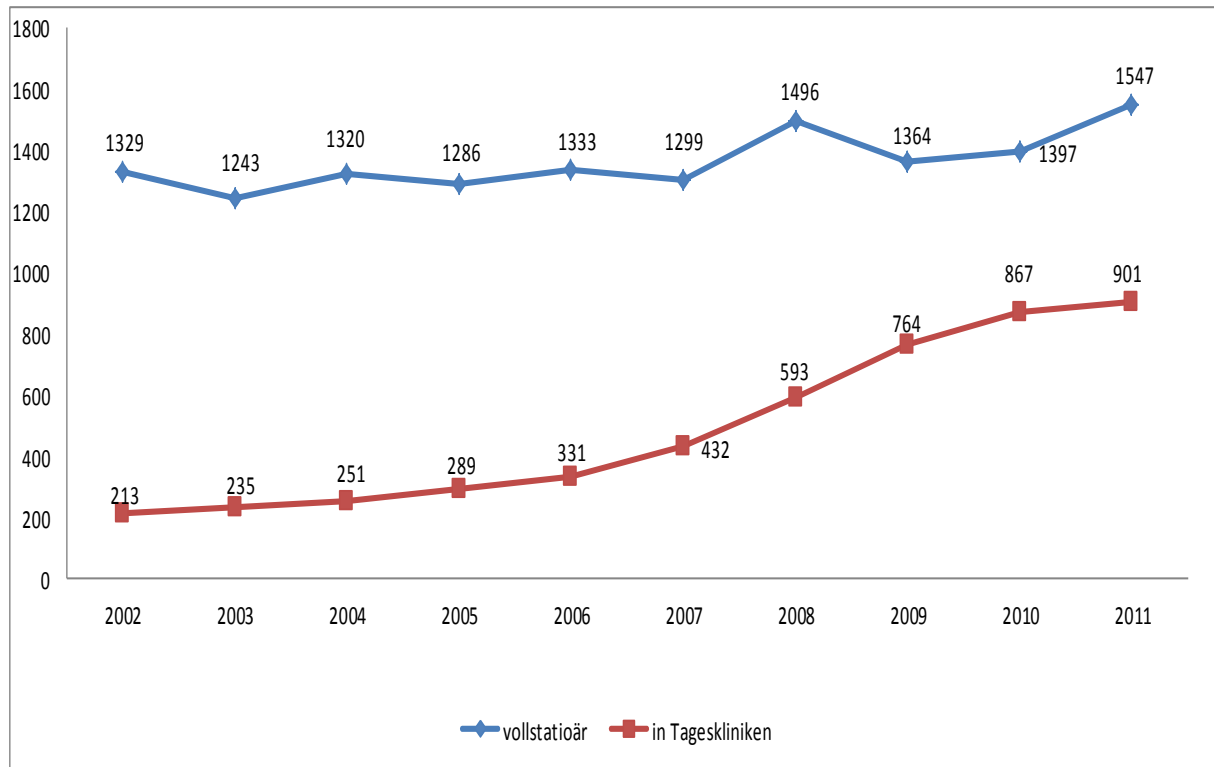


Bedingt durch die demografische Entwicklung ist die Zahl der Krankenhausfälle in den Fachrichtungen Pädiatrie und Kinderchirurgie seit 1991 deutlich zurückgegangen. Dies wirft hinsichtlich der Bereitstellung einer flächendeckenden Versorgungskapazität bereits jetzt und vor allem künftig erhebliche Probleme auf, da sich der Spagat zwischen wohnortnaher Versorgung und wirtschaftlichen Abteilungsgrößen zunehmend schwieriger gestaltet. Eine optimale Verzahnung von ambulanten und stationären Versorgungskapazitäten ist in der Pädiatrie künftig unerlässlich.

Abb. 5.10: Krankenhausfälle in der Fachrichtung Pädiatrie**Abb. 5.11: Krankenhausfälle in der Fachrichtung Kinderchirurgie**

Völlig gegensätzlich verlief die Entwicklung dagegen in der Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie, wo seit 2002 die Zahl der stationären Behandlungsfälle leicht, die Zahl der tagesklinischen Fälle dagegen enorm angestiegen ist. Hier fehlen offensichtlich noch mehr als in der Pädiatrie ambulante Behandlungskapazitäten.

Abb. 5.12: Krankenhausfälle Kinder- und Jugendpsychiatrie



Krankenhausfälle aufgrund von Störungen durch Alkohol

Obwohl der Konsum von Alkohol im Jugendalter rückläufig ist (siehe Punkt 6.2), ist die Häufigkeit der Krankenhausfälle wegen Störungen durch Alkohol insbesondere in der Altersgruppe 15-<20 Jahre bei den männlichen Jugendlichen deutlich angestiegen. Bei Jugendlichen und jungen Männern ist in dieser Altersgruppe eine deutlich erhöhte Krankenhaushäufigkeit gegenüber dem Bundesdurchschnitt festzustellen.

Abb. 5.13: Krankenhausfälle aufgrund von Störungen durch Alkohol je 100.000 gleichen Alters und Geschlechts

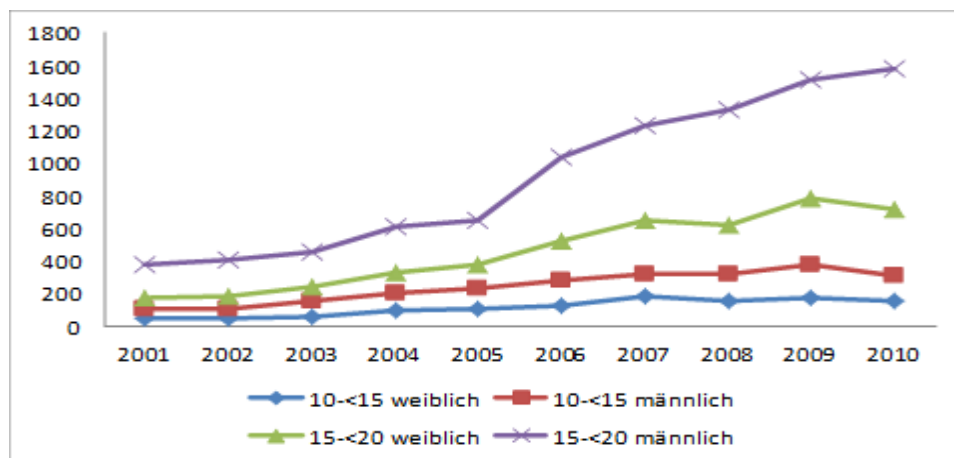
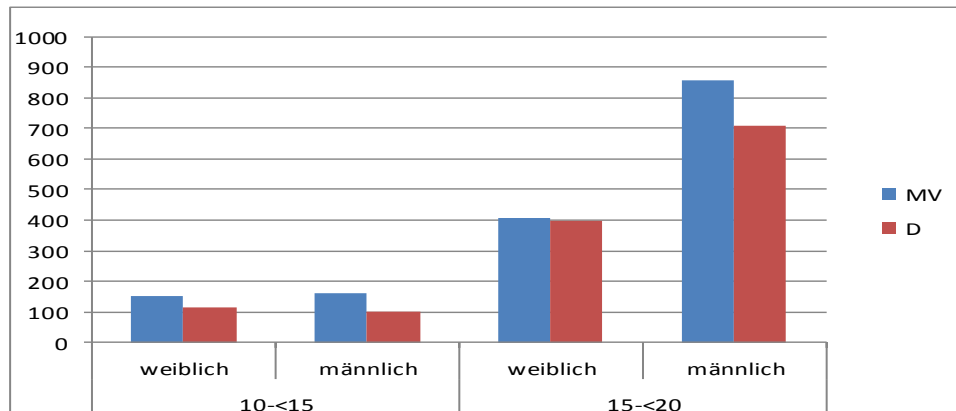


Abb. 5.14: Krankenhausfälle aufgrund von Störungen durch Alkohol je 100.000 gleichen Alters und Geschlechts, 2010, Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D)

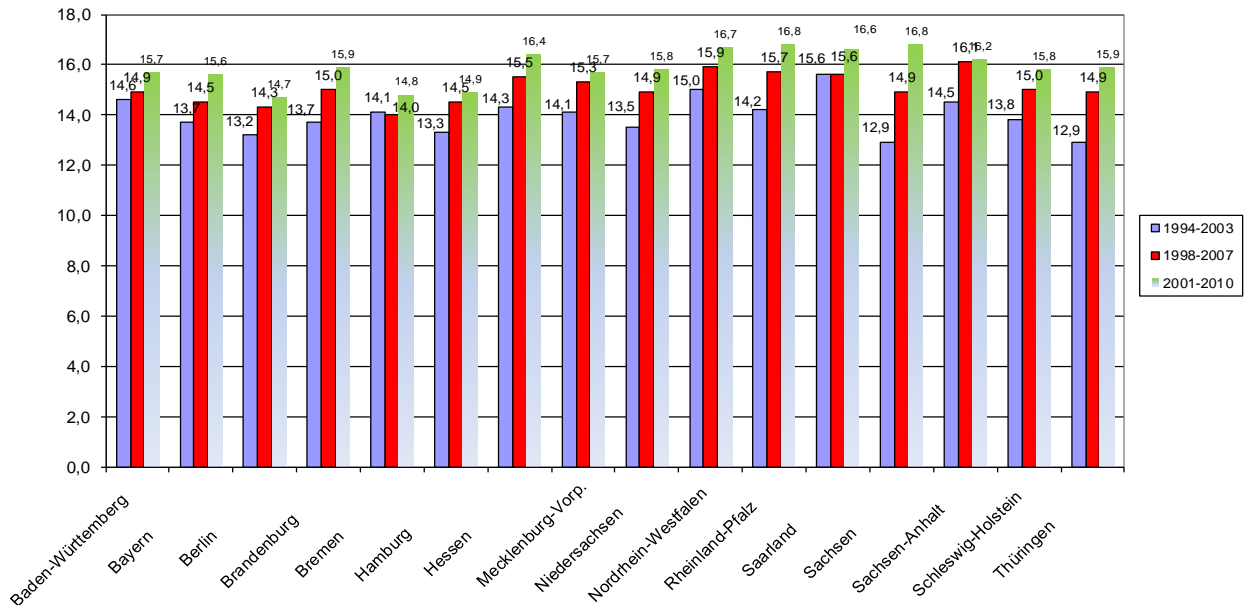


Die Daten zeigen, dass in unserem Bundesland der Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen in erheblichem Maße kritisch einzuschätzen ist. Nach wie vor besteht ein großes landespolitisches Interesse, die Präventionsarbeit im Bereich des exzessiven Alkoholkonsums für Kinder und Jugendliche im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern zu intensivieren. Im Rahmen des unter anderem durch das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales geförderten Projektes HaLT - Hart am Limit - wurden vier Motivcluster für das Exzessivtrinken herausgearbeitet: Zeitvertreib, Wetten und Trinkspiele, Problemverdrängung sowie der naive Umgang mit Alkohol. Nun geht es darum, Angebote in Form von Frühintervention sowie an den Schnittstellen Schule - Prävention - Ausbildung - medizinisches Versorgungssystem differenziert zu gestalten.

5.3 Krebsneuerkrankungen

Die Krebsneuerkrankungsrate bei Kindern im Alter von 0 - 14 Jahre ist in allen Bundesländern im Zeitraum 2001 - 2010 gegenüber dem Zeitraum 1994 - 2003 angestiegen. Mit einer Inzidenz von 15,7 je 100.000 Kinder lag Mecklenburg-Vorpommern im Durchschnitt aller Bundesländer.

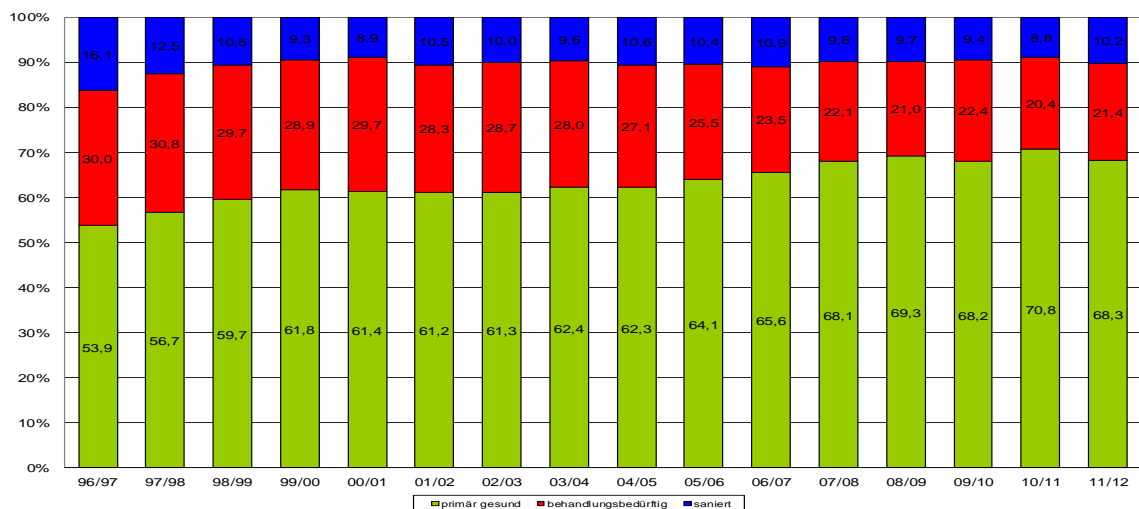
Abb. 5.15: Krebsneuerkrankungen je 100.000 Kinder (0 - 14 Jahre) Zeitraum 1994 - 2003, 1998 -2007 und 2001-2010, nach Bundesländern



5.4 Zahngesundheit

Die Angaben zur Zahngesundheit stammen aus den Untersuchungen des Jugendzahnärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter. Der Gebisszustand der Vorschulkinder (Kita-Kinder 2 - 7 Jahre) und der Schülerinnen und Schüler, sowohl der Klassen 1 - 4 als auch der 5. und 6. Klasse, hat sich seit dem Schuljahr 1996/1997 kontinuierlich verbessert.

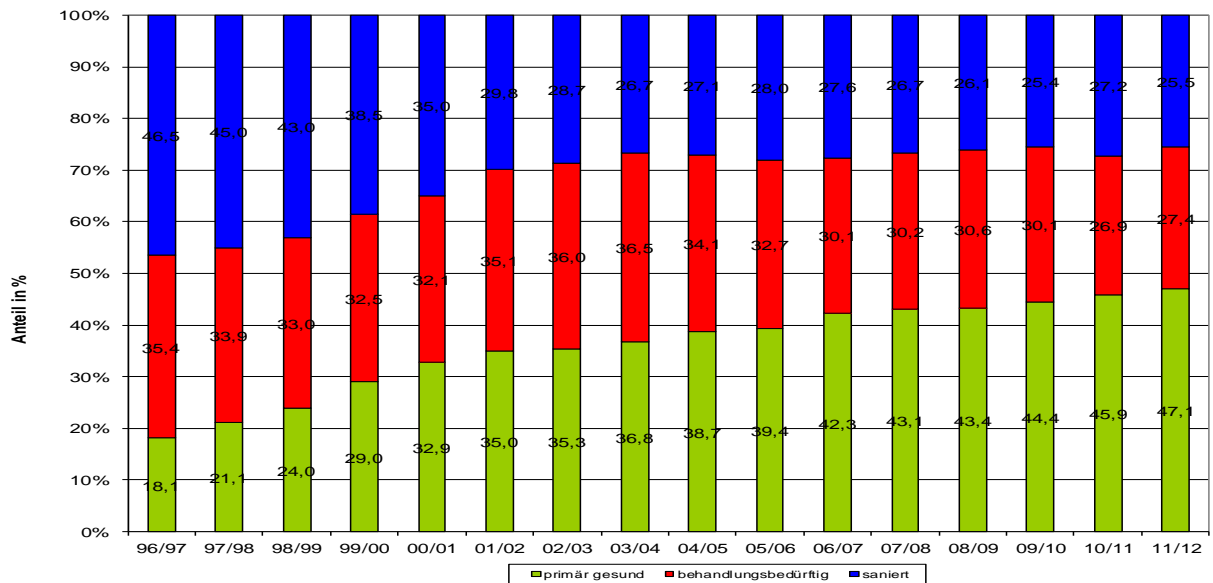
Abb. 5.16: Gebisszustand der Vorschulkinder



So ist der Anteil der Vorschulkinder mit naturgesundem Gebiss von etwa 54 % im Schuljahr 1996/1997 auf etwa 68 % im Schuljahr 2011/2012 gestiegen.

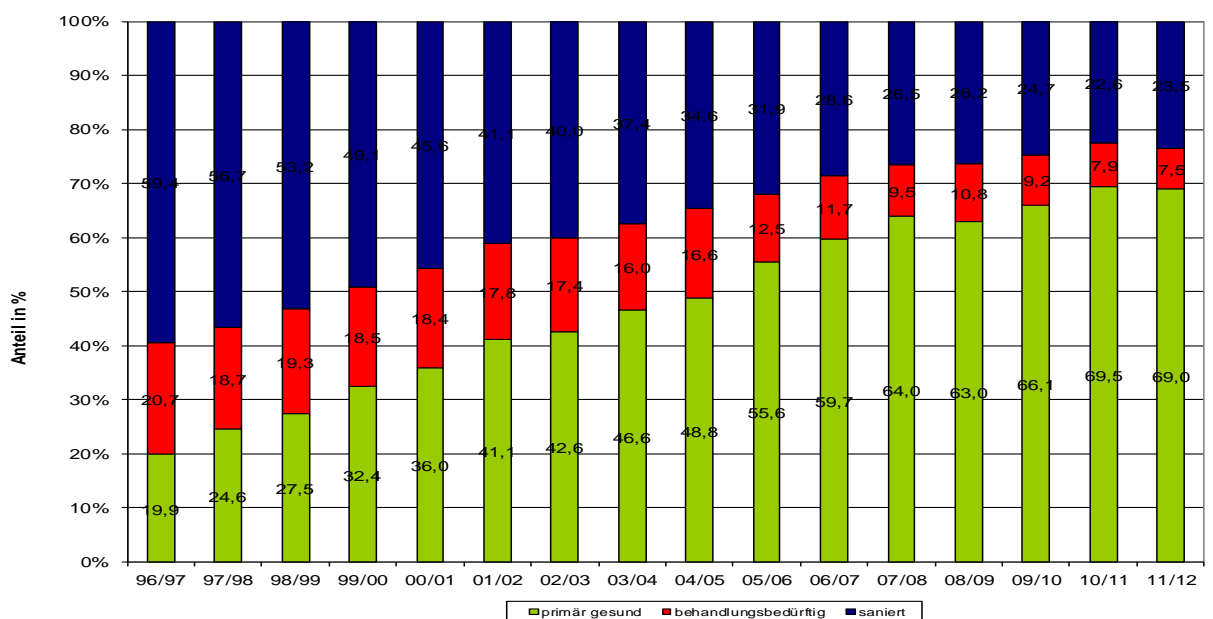
Ziel der WHO bis 2020 ist, dass 6-Jährige zu etwa 80 % kariesfrei sein sollen. Dies ist ein sehr anspruchsvolles Ziel, steigt doch der Kariesbefall mit zunehmendem Lebensalter. Ein besonderes Augenmerk wird zukünftig der Erfassung der frühkindlichen und Nuckelflaschenkaries in Mecklenburg-Vorpommern gewidmet.

Abb. 5.17: Gebisszustand der Schülerinnen und Schüler 1. - 4. Klasse



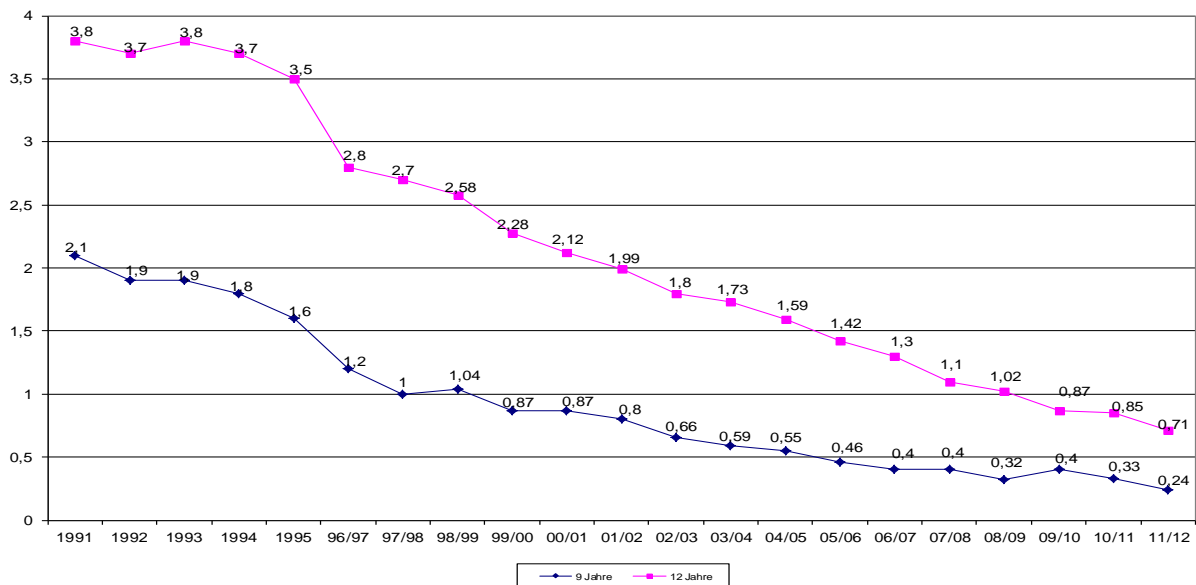
Bei den Schülerinnen und Schülern der Klassen 1 bis 4 sowie der Klassen 5 und 6 fiel dieser Anstieg noch wesentlich deutlicher aus. Im Grundschulbereich stieg der Anteil naturgesunder Gebisse um 28 Prozentpunkte, bei den Fünft- und Sechstklässlern sogar um 50 Prozentpunkte.

Abb. 5.18: Gebisszustand der Schülerinnen und Schüler 5. - 6. Klasse



Ausdruck dessen ist auch der DMF Index, der die Zahl der kariösen (D), fehlenden (M) und gefüllten (F) Zähne je Kind ausweist, und bei den 9- und 12-Jährigen im gleichen Zeitraum erheblich gesunken ist. Hatte ein 12-Jähriger 1996 noch durchschnittlich 2,8 Defekte (3 kariöse Zähne), so waren es 15 Jahre später nur noch etwa 0,7 Defekte (1 kariöser Zahn). Für diese Altersgruppe ist damit das Ziel der WHO für das Jahr 2020 ($DMF(T) < 1$) bereits heute erreicht.

Abb. 5.19: Entwicklung des DMF Index 9- bzw. 12-Jähriger



5.5 Befundhäufigkeiten bei den Schuluntersuchungen

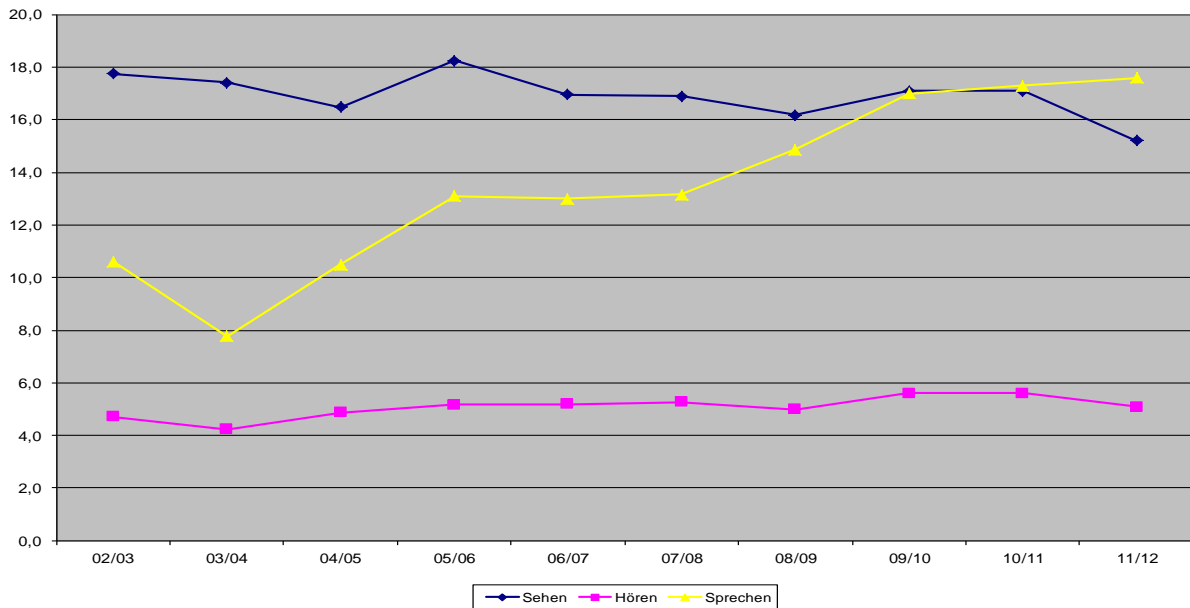
Die Ergebnisse basieren auf den Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter zum Zeitpunkt der Einschulung und in der 4. und 8. Klasse. Im Gegensatz zur Einschulungsuntersuchung wurden in der 4. und 8. Klasse nicht mehr alle Kinder durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) untersucht, so dass hier nur ein zeitlicher Vergleich auf Landesebene möglich ist.

Während die so genannten klassischen Befunde (Sehen, Hören, Sprechen) nach den Merkmalen X, A, B und D dokumentiert werden (X = unwesentliche Beeinträchtigung, A = Arztüberweisung, B = bereits in Behandlung, D = dauerhafte Beeinträchtigung), wird bei den Auffälligkeiten sowie bei Übergewicht und Adipositas nur das Auftreten (x) dokumentiert.

Entwicklung der Befundhäufigkeiten bei den Einschulungsuntersuchungen

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden Befunde über verschiedene Bereiche wie z. B. Sehen, Hören, Sprechen, Verhalten, Belastbarkeit, Übergewicht und Motorik erhoben.

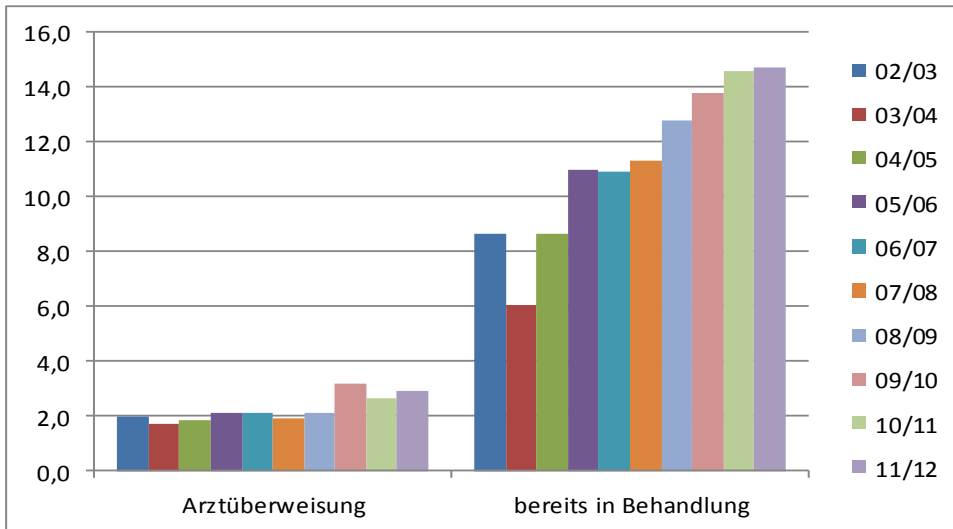
Abb. 5.20: Anteil einzuschulender Kinder, die wegen Seh-, Hör- oder Sprachstörungen zur ärztlichen Behandlung überwiesen wurden bzw. bereits in Behandlung waren



Für einen realistischen Vergleich wird bei den klassischen Befunden der Anteil der einzuschulenden Kinder mit den Merkmalen A bzw. B zusammengefasst, da zum Beispiel das Merkmal B (bereits in Behandlung) auch vom Untersuchungszeitpunkt abhängig ist, der nicht in allen Regionen gleich ist. Der Anteil der Kinder mit Merkmal D ist so gering (<0,1 %), dass er hier nicht betrachtet wird. Seit dem Schuljahr 2002/2003 relativ konstant geblieben ist der Anteil der einzuschulenden Kinder, die wegen Seh- bzw. Hörstörungen zur ärztlichen Behandlung überwiesen wurden oder bereits in Behandlung waren. Der Anteil der Kinder mit Sprachstörungen, die sich bereits vor der Einschulung in Behandlung befanden, hat sich seit dem Schuljahr 2002/2003 nahezu verdoppelt. Dies weist auf erhebliche Abweichungen im Kleinkindalter hin.

Die Untergliederung der Befundhäufigkeit zeigt, dass vor allem der Anteil der Kinder, die bereits wegen Sprachstörungen in Behandlung waren, gestiegen ist. Diese Tatsache deutet auch auf ein gestiegenes Bewusstsein im Lebensumfeld der Kinder (zum Beispiel Familie, Kita oder Kindertagespflege) hin, einer möglichen Sprachstörung bereits frühzeitig durch eine bedarfsgerechte Förderung wirkungsvoll entgegenzuwirken.

Abb. 5.21: Anteil einzuschulender Kinder mit Befund Sprachstörungen



Bei den Auffälligkeiten in der Grob- und Feinmotorik sowie im psychosozialen Verhalten und in der psychophysischen Belastbarkeit ist derzeit kein Trend zu erkennen. Erfreulich ist der Rückgang bei motorischer Auffälligkeiten in den Schuljahren 2010/2011 und 2011/2012.

Abb. 5.22: Anteil einzuschulender Kinder mit Auffälligkeiten in der Grob- und Feinmotorik

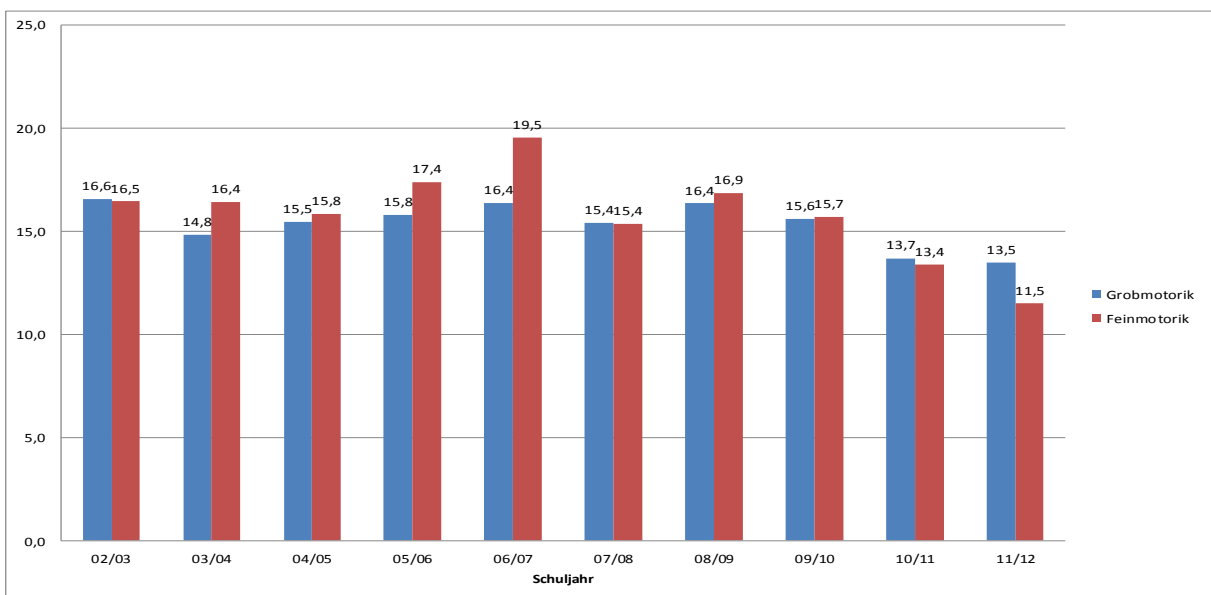
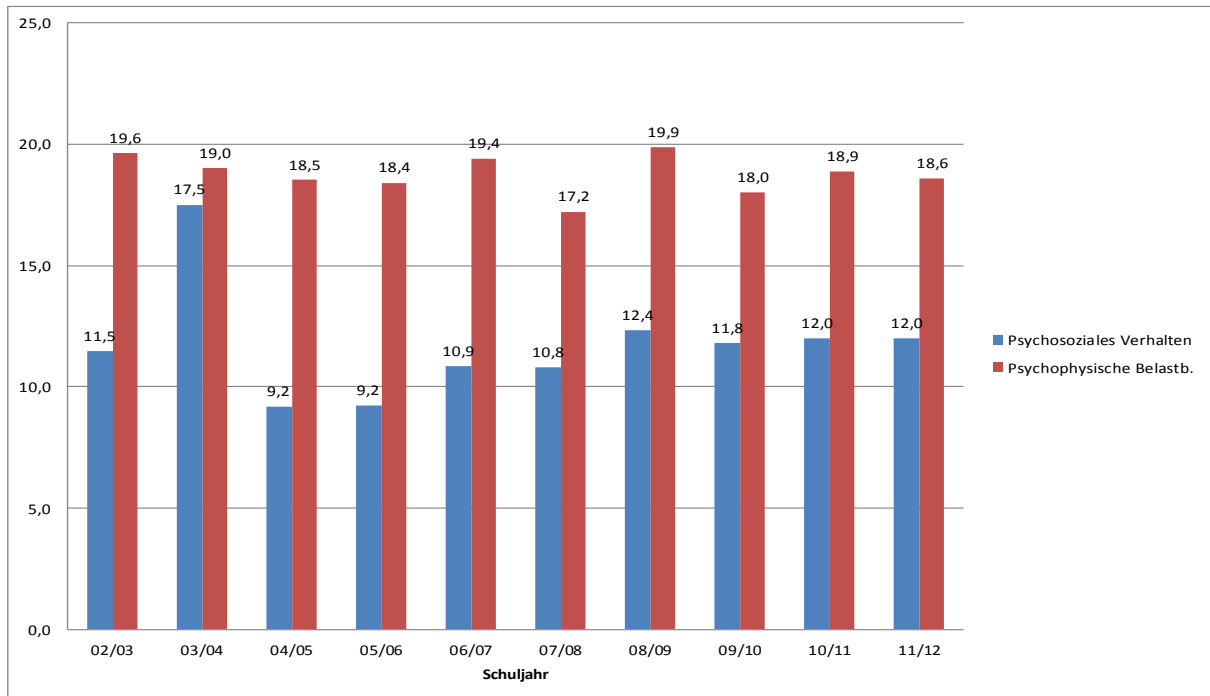
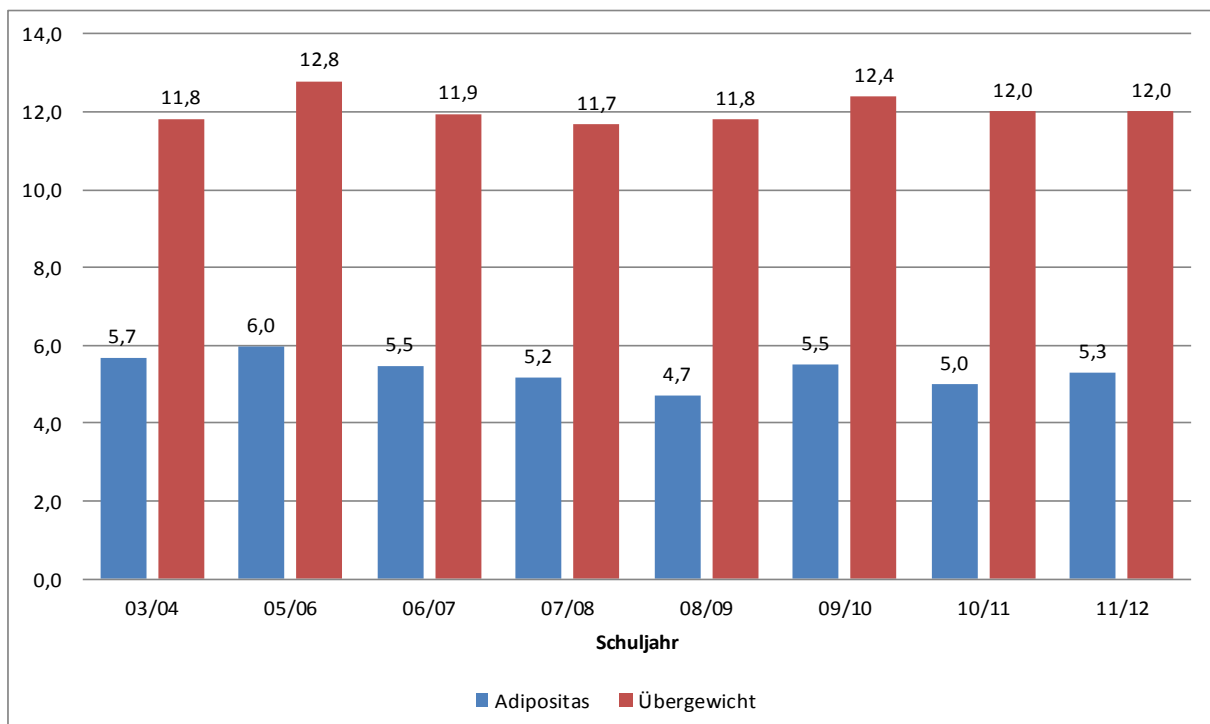


Abb. 5.23: Anteil einzuschulender Kinder mit Auffälligkeiten im psychosozialen Verhalten und in der psychophysischen Belastbarkeit



Der Anteil von Kindern mit Übergewicht bzw. Adipositas bei Einschulung lag im Zeitraum 2003/2004 bis 2011/2012 zwischen 11,8 und 12,8 % bzw. zwischen 4,7 und 6,0 %. Leider ist trotz aller sportlichen Freizeitangebote und Projekte zum Thema Ernährung in den Kitas usw. kein rückläufiger Trend erkennbar. (Als übergewichtig/ adipös gelten Kinder, deren BMI über der 90. bzw. 97. Perzentile nach Kromeyer/Hauschild lag. BMI=Body-Maß-Index= Körpergewicht/ Körpergröße²)

Abb. 5.24: Anteil einzuschulender Kinder mit Adipositas bzw. Übergewicht



Betrachtet man die Befundhäufigkeiten geschlechtsspezifisch, so fällt auf, dass Jungen häufiger auffällige Ergebnisse aufweisen als Mädchen.

Es ist allerdings anzumerken, dass zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung Mädchen allgemein einen höheren Reifegrad ausweisen, den die Jungen meist im Laufe der Schulzeit ausgleichen. Screeningverfahren und Testsequenzen sollten dementsprechend geschlechtsspezifisch gestaltet und angepasst sein.

Für die Gesundheitsberichterstattung ergibt sich daraus die Konsequenz, künftig die Befundhäufigkeit über die Zeit und das Geschlecht darzustellen.

Abb. 5.25: Anteil der 2011/2012 eingeschulten Kinder in %, die wegen ... zur ärztlichen Behandlung überwiesen wurden oder bereits in Behandlung waren

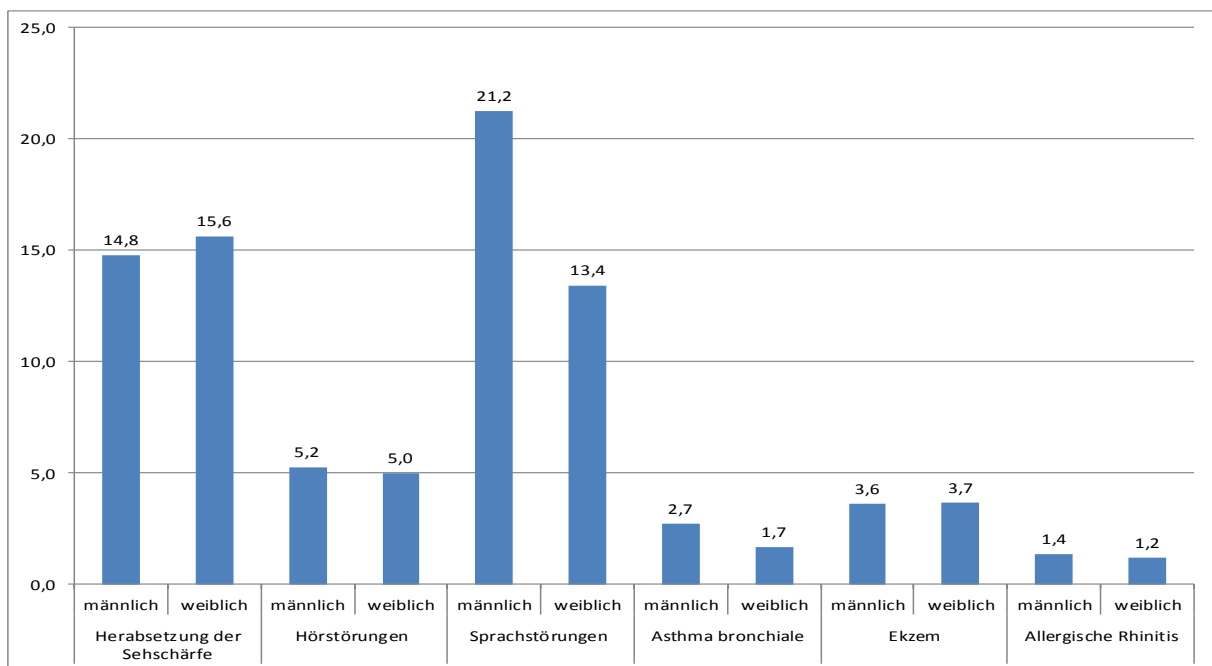
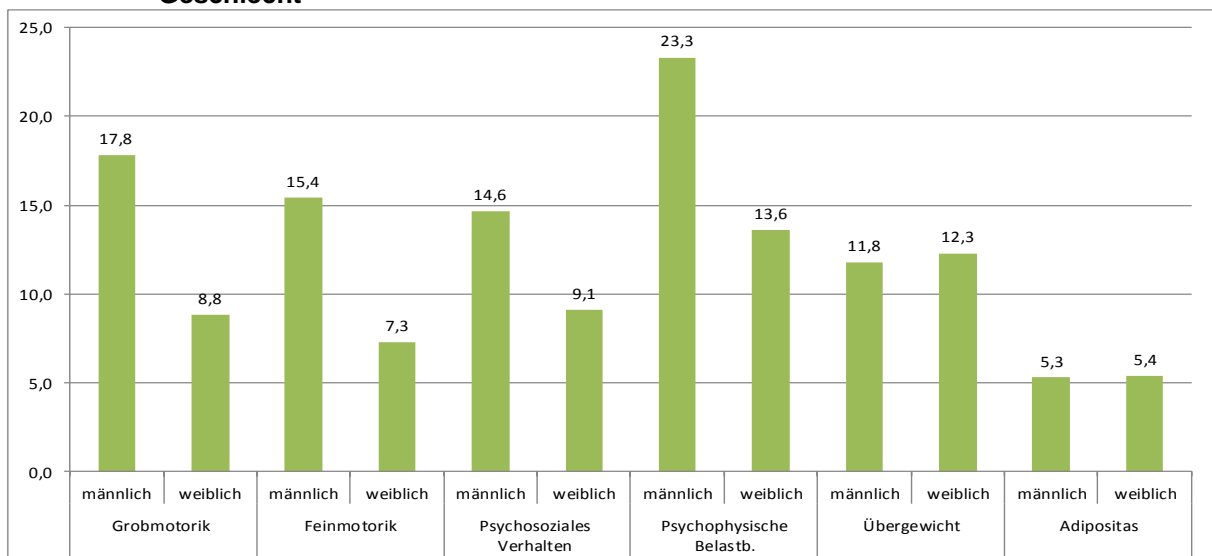
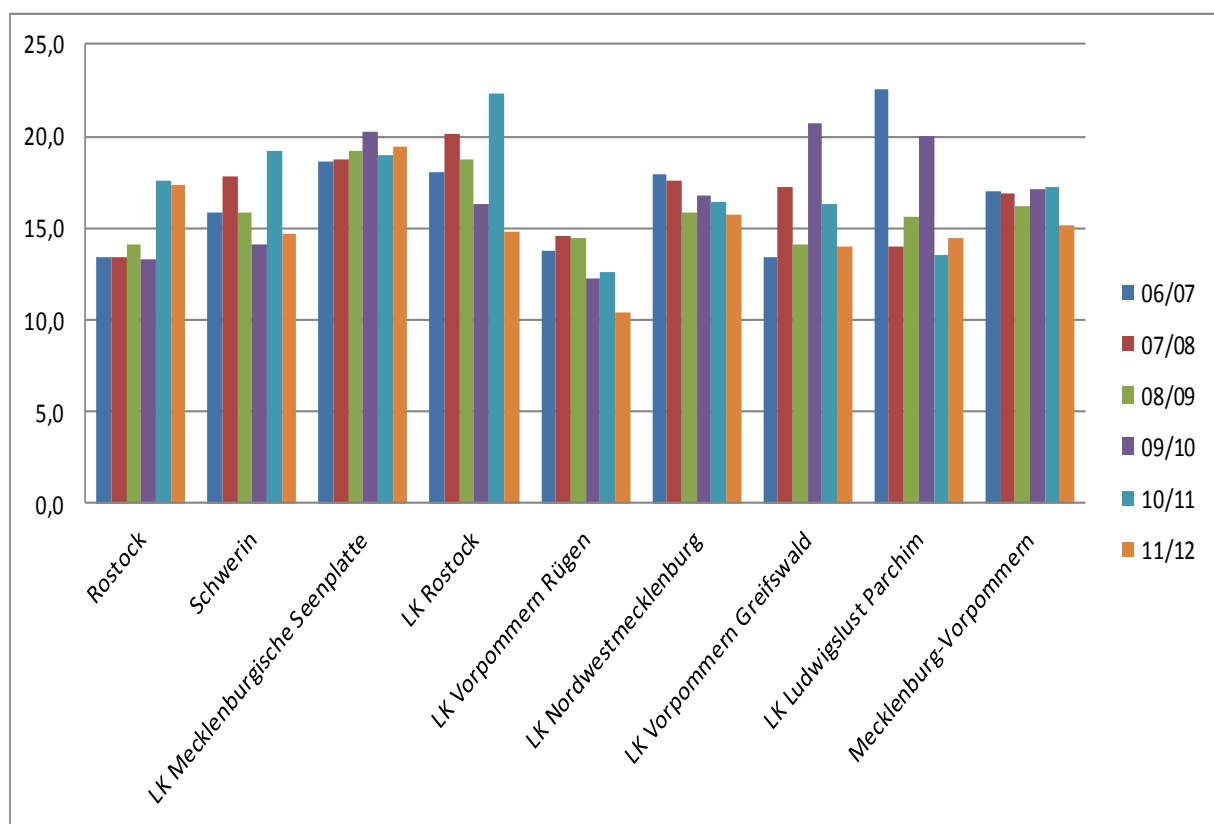


Abb. 5.26: Anteil der 2011/2012 eingeschulten Kinder, die Auffälligkeiten bei ... zeigten; nach Geschlecht



Betrachtet man die häufigsten Befunde nach Regionen (hier neue Kreise) fällt auf, dass es nicht nur zwischen den Kreisen, sondern auch innerhalb der Kreise über die Zeit erhebliche Schwankungen gibt. An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass Kinder bei Einschulung kein homogenes Klientel darstellen, sondern zum Beispiel in ihrem Sozialstatus sowohl regionalen als auch zeitlichen Schwankungen unterliegen. Aus der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Institutes ist aber bekannt, dass die Befundhäufigkeit zwischen Kindern mit niedrigem bzw. hohem Sozialstatus teilweise um den Faktor 3 erhöht ist. Außerdem ist durch regelmäßige Qualitätskontrollen zu gewährleisten, dass die Merkmalerhebung nach einheitlichen Kriterien erfolgt.

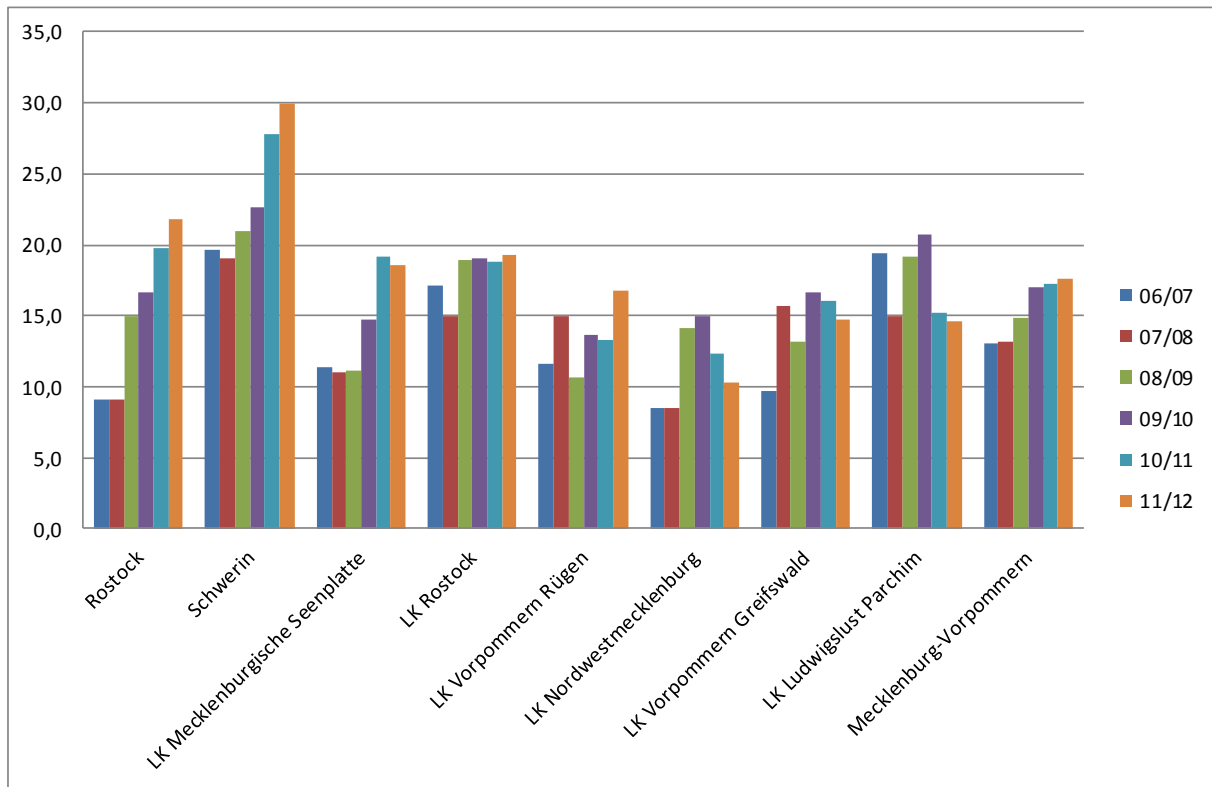
Abb. 5.27: Anteil einzuschulender Kinder, die zur ärztlichen Behandlung überwiesen wurden bzw. bereits in Behandlung waren; Befund: Herabsetzung der Sehschärfe, nach Landkreisen (LK)



So ist die Befundhäufigkeit bei Sprachstörungen in Rostock und Schwerin in den letzten vier Jahren weit stärker angestiegen als im Landesdurchschnitt. Weit unter dem Landesdurchschnitt liegen dagegen die Kreise Nordwestmecklenburg und Vorpommern-Rügen.

Kinder, die sich zum Untersuchungszeitpunkt in logopädischer Behandlung befanden, machen den größten Anteil der Befundhäufigkeit „Sprachstörung“ aus. Die Versorgung mit Logopädinnen und Logopäden spielt bei dem Ordnungsverhalten von Sprachtherapie eine nicht zu unterschätzende Rolle, ebenso die Erreichbarkeit des logopädischen Fachpersonals. Prozentuale Unterschiede in der Befundhäufigkeit können daraus resultieren.

Abb. 5.28: Anteil einzuschulender Kinder, die zur ärztlichen Behandlung überwiesen wurden bzw. bereits in Behandlung waren; Befund: Sprachstörungen, nach Landkreisen (LK)



Beim Übergewicht fällt auf, dass Rostock in allen Jahren unter, die Landkreise Rostock und Mecklenburgische Seenplatte dagegen über dem Landesdurchschnitt lagen. Bei der Adipositas ergibt sich ein ähnliches Bild, wobei die jährlichen Schwankungen deutlich höher ausfallen.

Abb. 5.29: Anteil einzuschulender Kinder mit Befund Übergewicht, nach Landkreisen (LK)

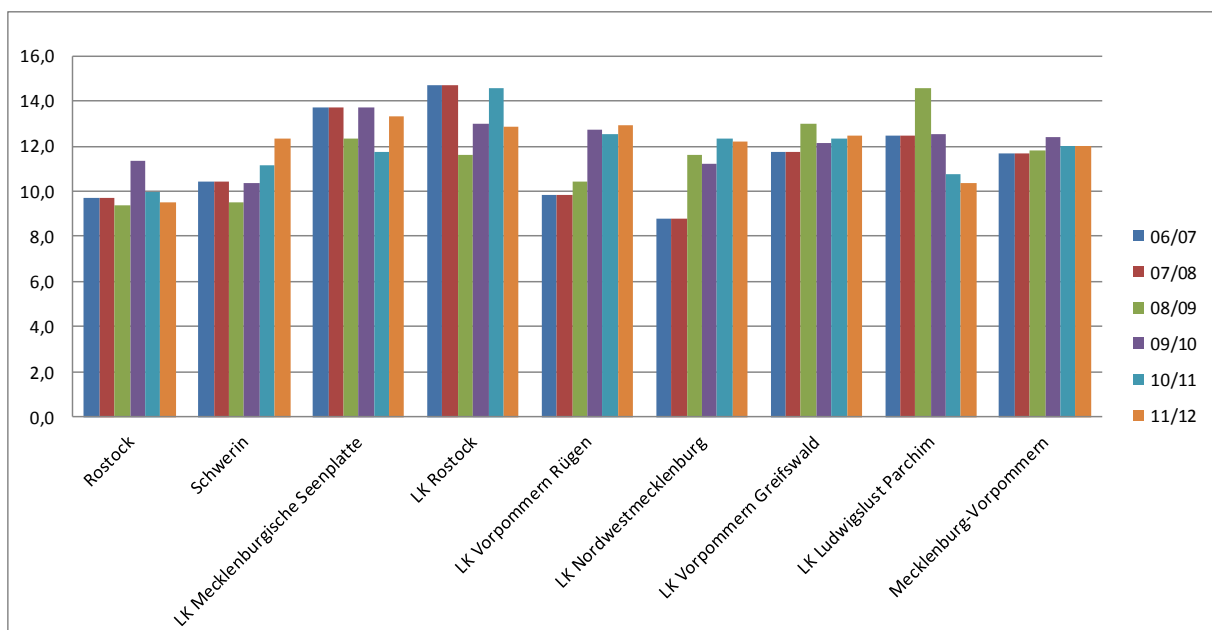
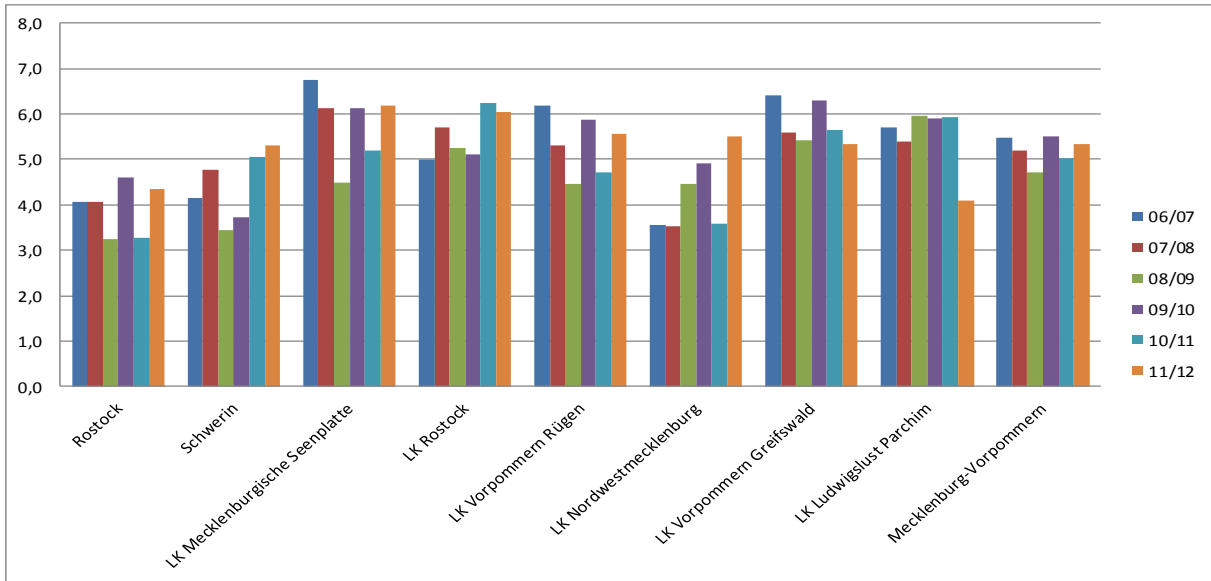
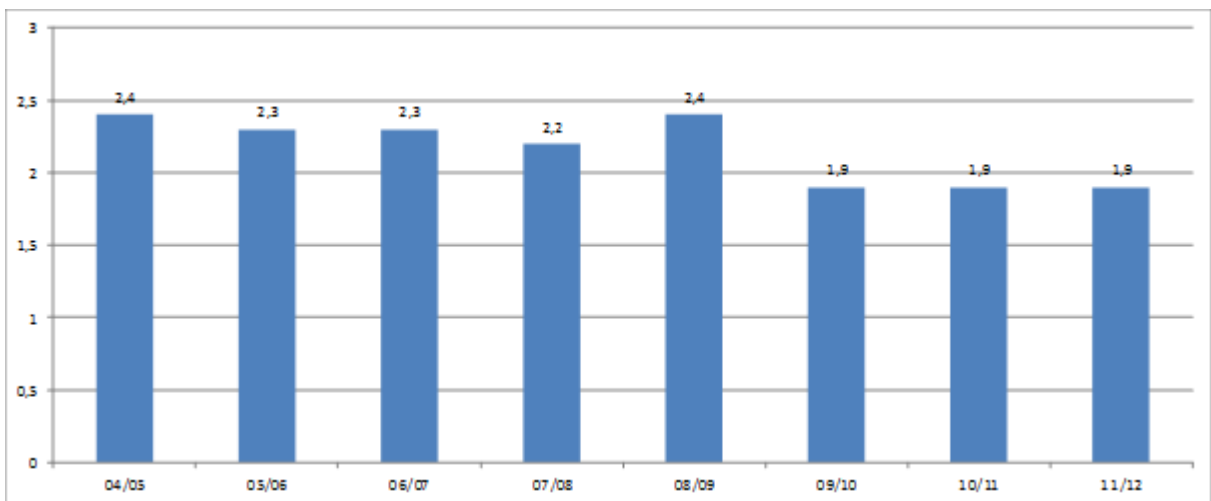


Abb. 5.30: Anteil einzuschulender Kinder mit Befund Adipositas, nach Landkreisen (LK)



Für den allgemeinen Gesundheits- und Entwicklungsstand der Einzuschulenden ist der Parameter „empfohlene Zurückstellung“ ein wichtiges Kriterium. Erfreulicherweise ist festzustellen, dass der Anteil der Kinder, bei denen der Kinder- und Jugendärztliche Dienst eine Zurückstellung der Einschulung empfahl, in den letzten acht Jahren deutlich zurückgegangen ist.

Abb. 5.31 Anteil einzuschulender Kinder, die nach Empfehlung des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes zurückgestellt werden sollten

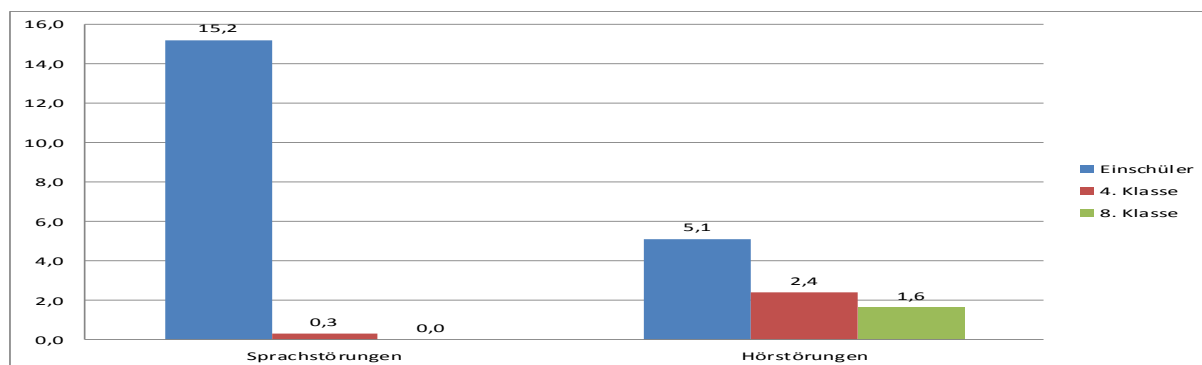


Entwicklung der Befundhäufigkeiten nach dem Lebensalter

Hier werden ausgewählte Befundhäufigkeiten bei Einschulung mit denen von Schülerinnen und Schülern der 4. und 8. Klasse verglichen. Da im Gegensatz zu den Einschulungsuntersuchungen in der 4. und 8. Klasse nur noch 70 bzw. 60 % der Schülerinnen und Schüler durch die Gesundheitsämter untersucht wurden, ist nur ein Vergleich auf Landesebene möglich.

Die Befundhäufigkeiten Sprach- bzw. Hörstörungen gehen mit dem Alter deutlich zurück. Diese Entwicklung ist auch zu erwarten. Die Sprachstörungen sind zum größten Teil erfolgreich behandelt worden, leichtere Auffälligkeiten wurden durch Sprachförderung und physiologische Entwicklungsprozesse ausgeglichen. Hörbeeinträchtigungen treten gerade im Kleinkindalter gehäuft im Rahmen von Mittelohrentzündungen oder Infekten auf. Mit zunehmendem Alter verliert sich diese Tatsache. Die Erkrankungshäufigkeit ist insgesamt rückläufig.

Abb. 5.32: Anteil der Schülerinnen und Schüler, die zur ärztlichen Behandlung überwiesen wurden bzw. bereits in Behandlung waren; Schuljahr 2011/12



Bei den Befunden Herabsetzung der Sehschärfe, Übergewicht und Adipositas sowie Asthma und allergischer Rhinitis ist dagegen mit zunehmendem Alter eine deutliche Zunahme der Befundhäufigkeit zu registrieren. Hierbei muss bei den organischen Erkrankungen (Herabsetzung der Sehschärfe, Asthma, allergische Rhinitis) aber die Dynamik der physiologischen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter beachtet werden. Bestimmte Sehfehler treten erst im Laufe des Schulalters auf und machen dementsprechend eine fachärztliche Betreuung erforderlich.

Auch bei den Erkrankungen aus dem allergischen Formenkreis vollzieht sich im Verlauf ein typischer Wandel. Ein sogenannter Etagenwechsel findet statt.

Abb. 5.33: Anteil der Schülerinnen und Schüler, die zur ärztlichen Behandlung überwiesen wurden bzw. bereits in Behandlung waren; Befund: Herabsetzung der Sehschärfe

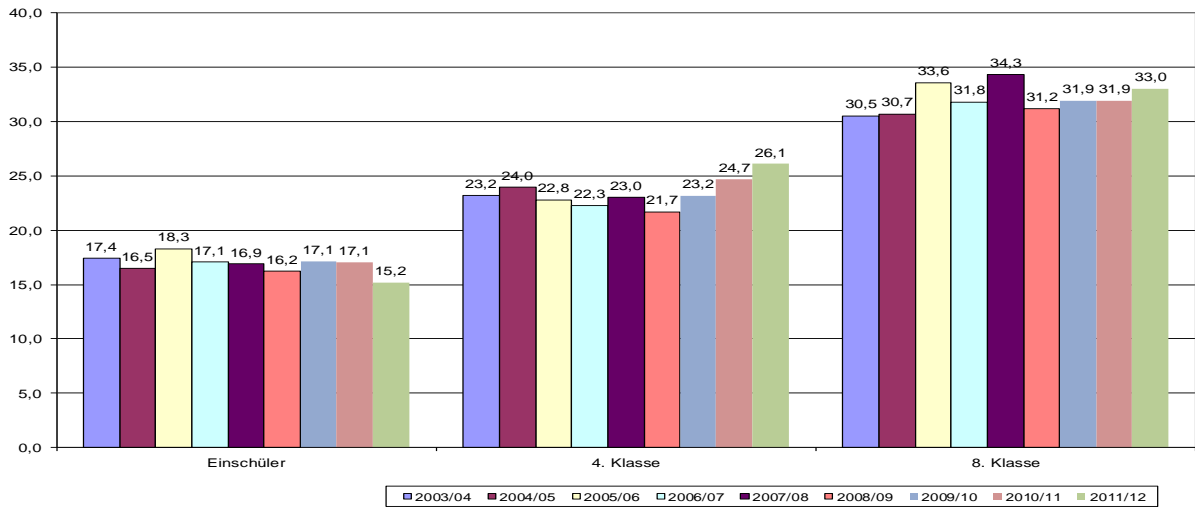


Abb. 5.34: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Asthma

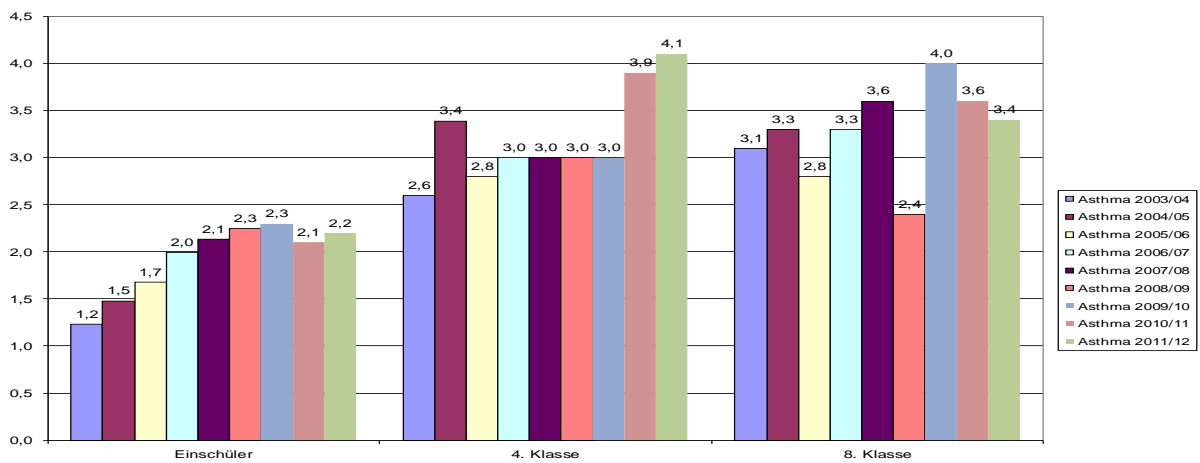
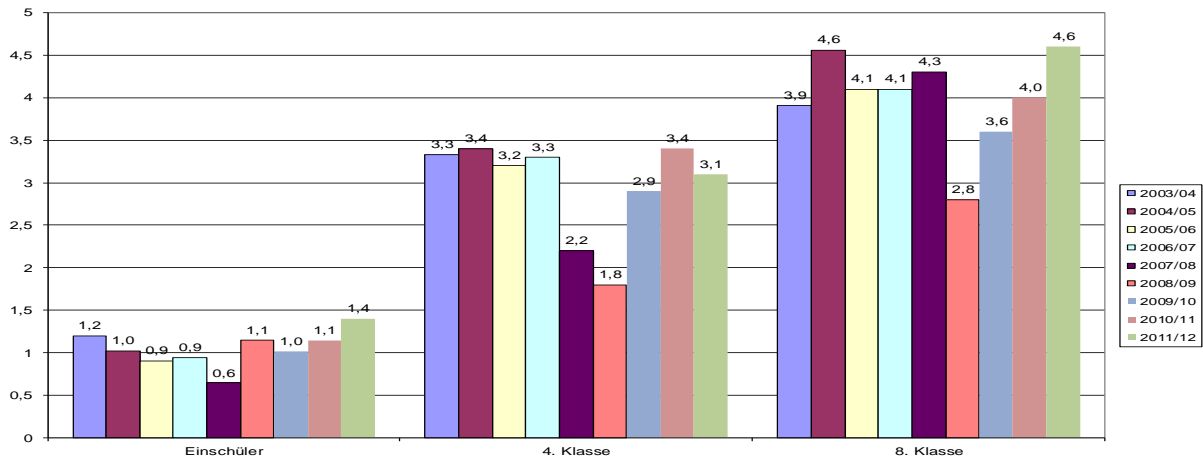
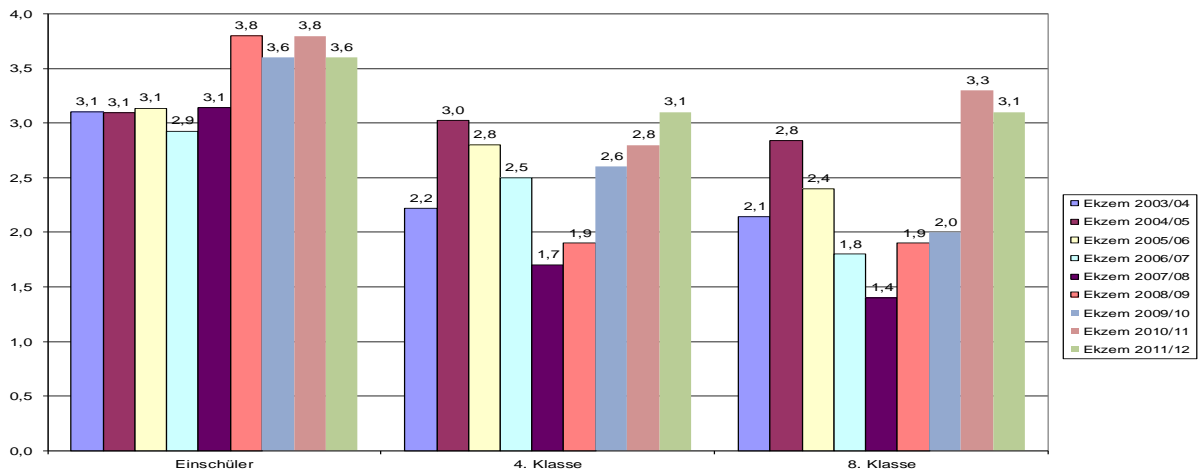


Abb. 5.35: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit allergischer Rhinitis



Beim Ekzem ist insbesondere bei Einschulung in den letzten vier Schuljahren ein Anstieg der Befundhäufigkeit zu registrieren.

Abb. 5.36: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Ekzem



Der prozentuale Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Adipositas bzw. Übergewicht steigt in Abhängigkeit vom Schulalter kontinuierlich an. Die Ursachen dafür sind vielgestaltig. Das Essverhalten spielt eine große Rolle. Die zum Teil fehlende Vorbildwirkung der Eltern und der Einfluss der Medien (Werbung) sind nicht zu vernachlässigen. Auch die Möglichkeiten der Schülerverpflegung vor Ort sollten kritisch betrachtet werden.

Abb. 5.37: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Adipositas

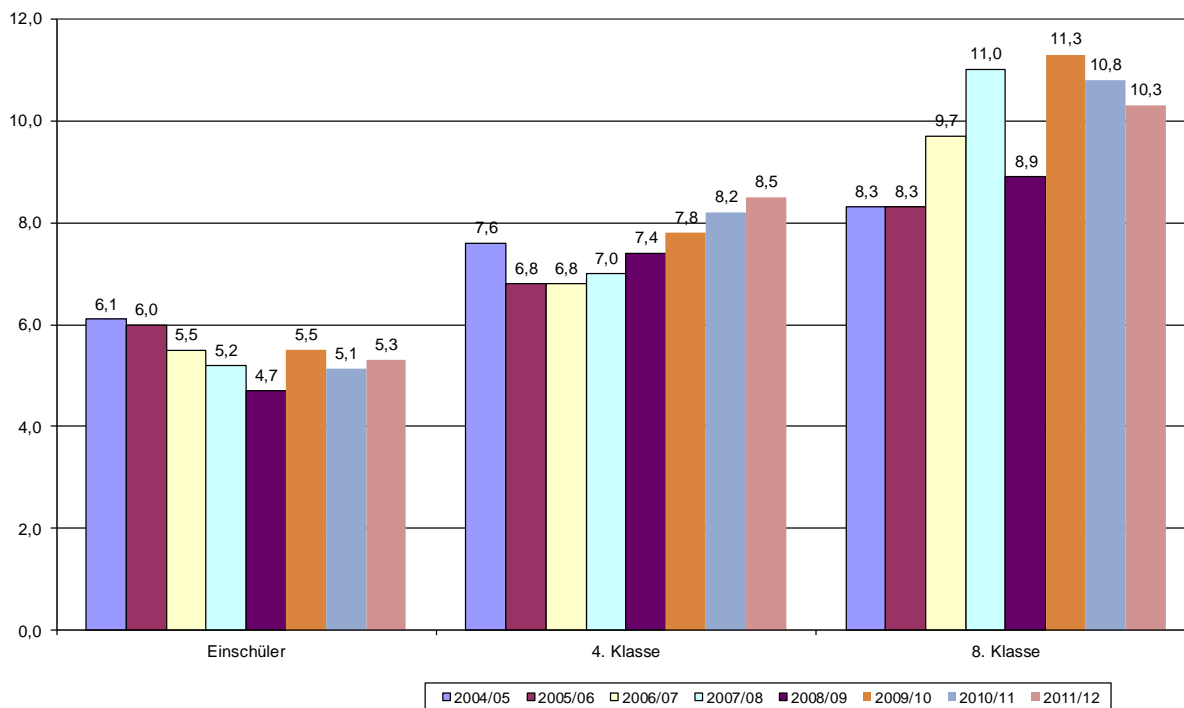
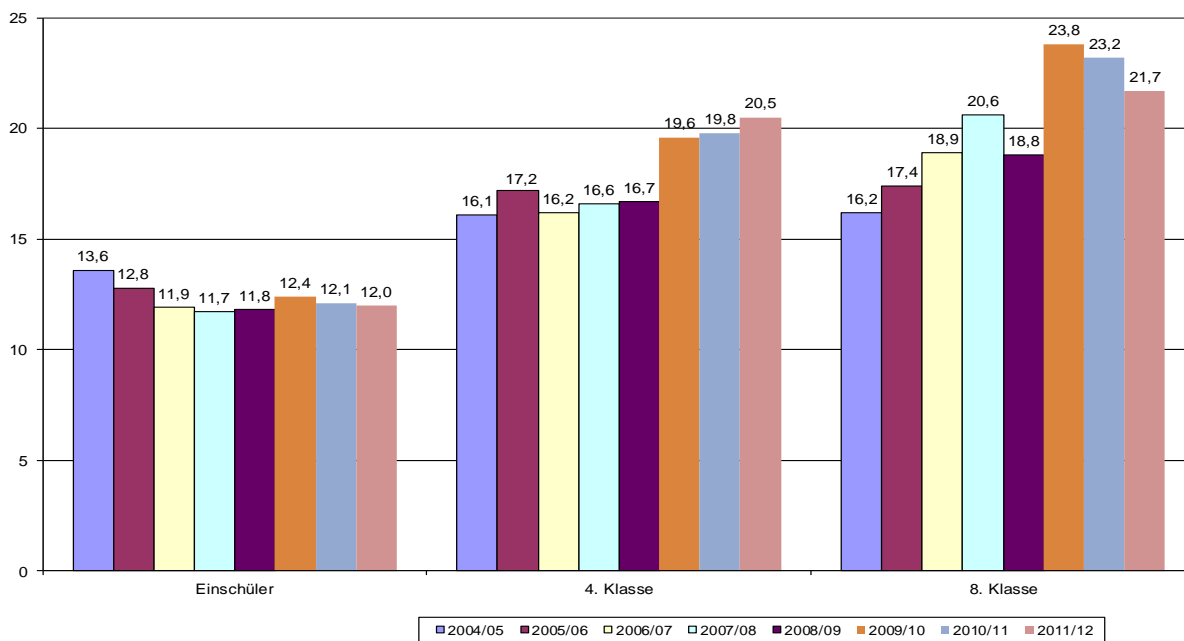


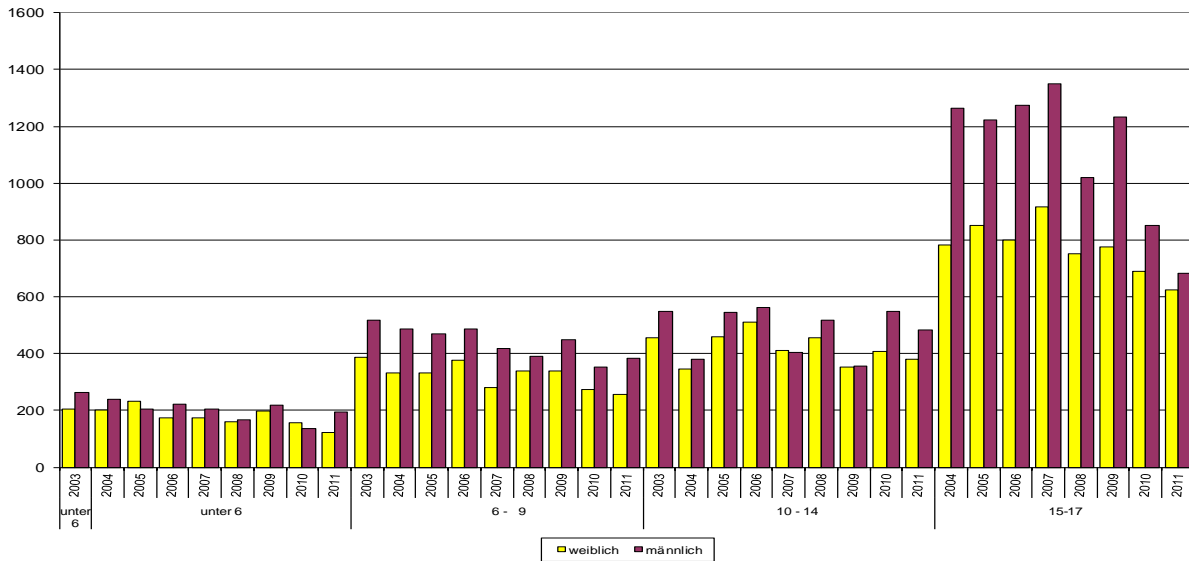
Abb. 5.38: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Übergewicht



5.6 Bei Straßenverkehrsunfällen verunglückte Kinder

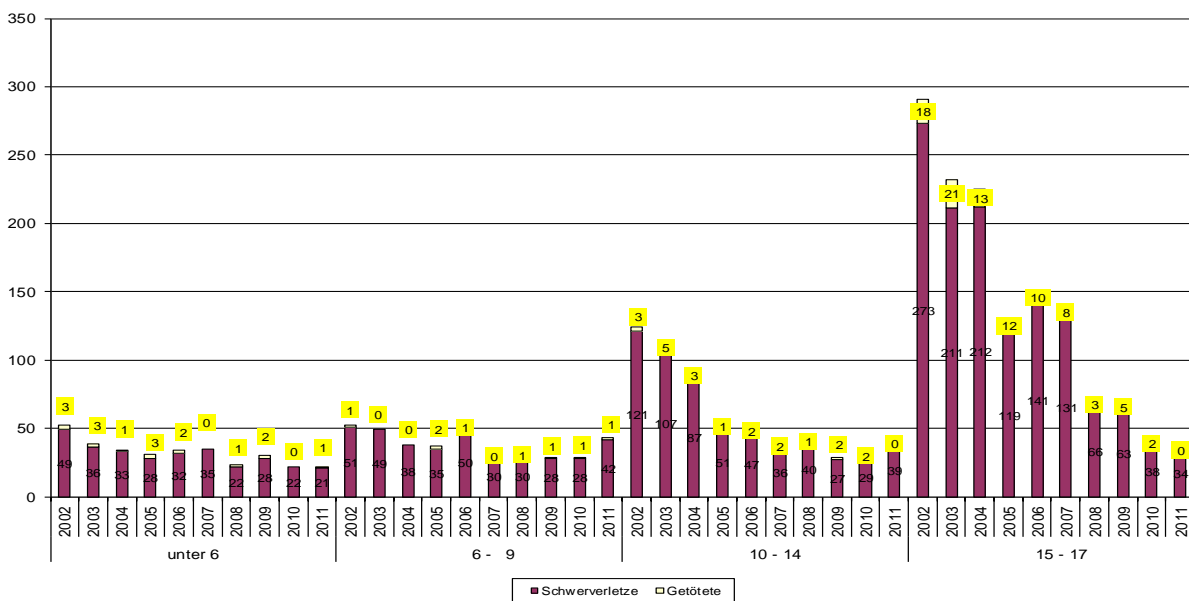
Die Zahl der Kinder, die bei Straßenverkehrsunfällen verunglückten, nimmt mit dem Alter deutlich zu. Jungen sind deutlich öfter betroffen als Mädchen, wobei insbesondere in der Altersgruppe 15 - 17 Jahre bei Jungen in den letzten Jahren ein deutlicher Rückgang erkennbar ist.

Abb. 5.39: Bei Straßenverkehrsunfällen verunglückte Kinder je 100.000 Kinder gleichen Alters und Geschlechts



Wesentlich deutlicher fällt der Rückgang der bei Verkehrsunfällen getöteten bzw. schwerverletzten Kinder aus.

Abb. 5.40: Bei Straßenverkehrsunfällen getötete bzw. schwerverletzte Kinder nach Alter

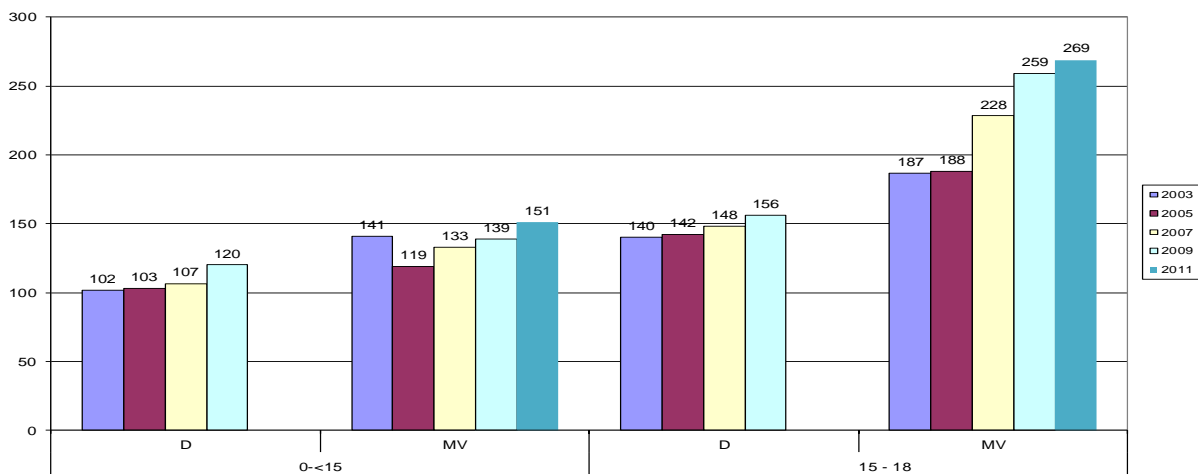


5.7 Kinder mit Behinderungen

Die Schwerbehindertenstatistik wird durch das Statistische Amt Mecklenburg-Vorpommern alle zwei Jahre erhoben und umfasst alle schwerbehinderten Menschen mit einem Grad der Behinderung von 50 und mehr, die Inhaberin oder Inhaber eines Schwerbehindertenausweises sind.

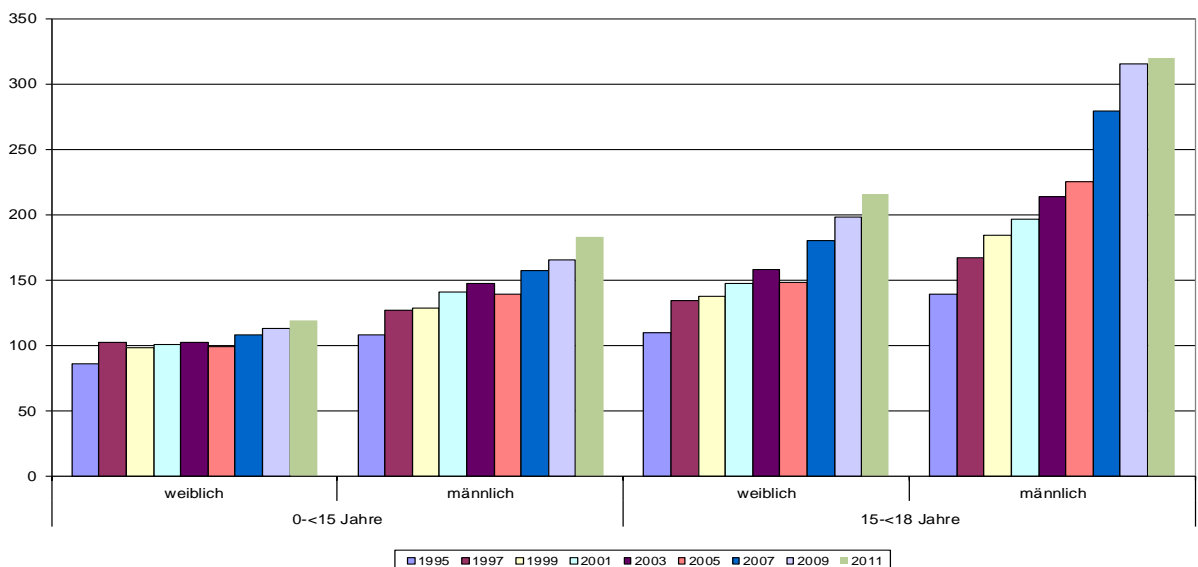
Der Anteil von Kindern mit Behinderung liegt in Mecklenburg-Vorpommern deutlich über dem Bundesdurchschnitt, wobei in der Altersgruppe 15-<18 Jahre ein erheblicher Anstieg zu verzeichnen ist.

Abb. 5.41: Schwerbehinderte Kinder je 10.000 gleichen Alters, Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D)



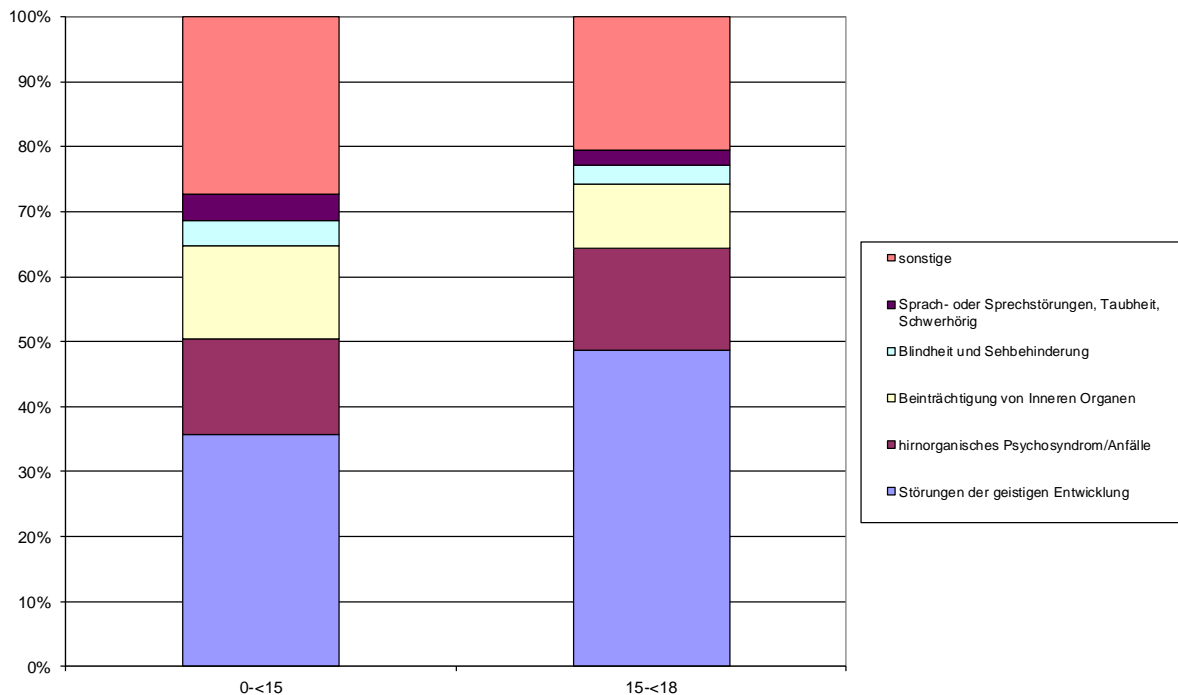
Jungen sind von Schwerbehinderung deutlich häufiger betroffen als Mädchen. Seit 1995 ist bei beiden Geschlechtern ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen.

Abb. 5.42: Schwerbehinderte Kinder je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Alter und Geschlecht



Betrachtet man die schwerbehinderten Kinder nach der Art der schwersten Behinderung, so fällt auf, dass vor allem Störungen der geistigen Entwicklung bei den Schwerbehinderungen im Kindesalter dominieren.

Abb. 5.43: Schwerbehinderte Kinder nach Art der schwersten Behinderung, 2011, in %



6. Tabak-, Alkohol- und Konsum illegaler Drogen (Europäische Schülerstudie ESPAD)

Die europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) ist eine repräsentative Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse. Sie wurde in den Jahren 2003, 2007 und 2011 durchgeführt und erlaubt sowohl Aussagen nach Geschlecht als auch zum Trend im Suchtverhalten der befragten Altersgruppe. In Deutschland haben sich die Bundesländer Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen beteiligt. Somit ist auch ein Ländervergleich möglich. Die Aufbereitung der anonymen Fragebögen erfolgte im Institut für Therapieforchung München (IFT).

Definitionen

Lebenszeit-, 12-Monats-, 30-Tage-Prävalenz: Anteil der Personen, die eine Substanz in ihrem Leben, in den letzten 12 Monaten bzw. in den letzten 30 Tagen mindestens einmal konsumiert haben

Lebenszeit-, 12-Monats-, 30-Tage-Frequenz: Häufigkeit mit der Personen eine Substanz in ihrem Leben, in den letzten 12 Monaten bzw. in den letzten 30 Tagen konsumiert haben

Prävalenz der subjektiv erlebte Rauscherfahrung: Anteil der Personen mit positive Antworten auf die Frage: „Wie oft (wenn überhaupt) warst du aufgrund alkoholischer Getränke betrunken, so dass du z.B. beim Laufen hin und hergeschwankt bist, nicht mehr ordentlich sprechen konntest oder dich am nächsten Tag an nichts mehr erinnern konntest?“

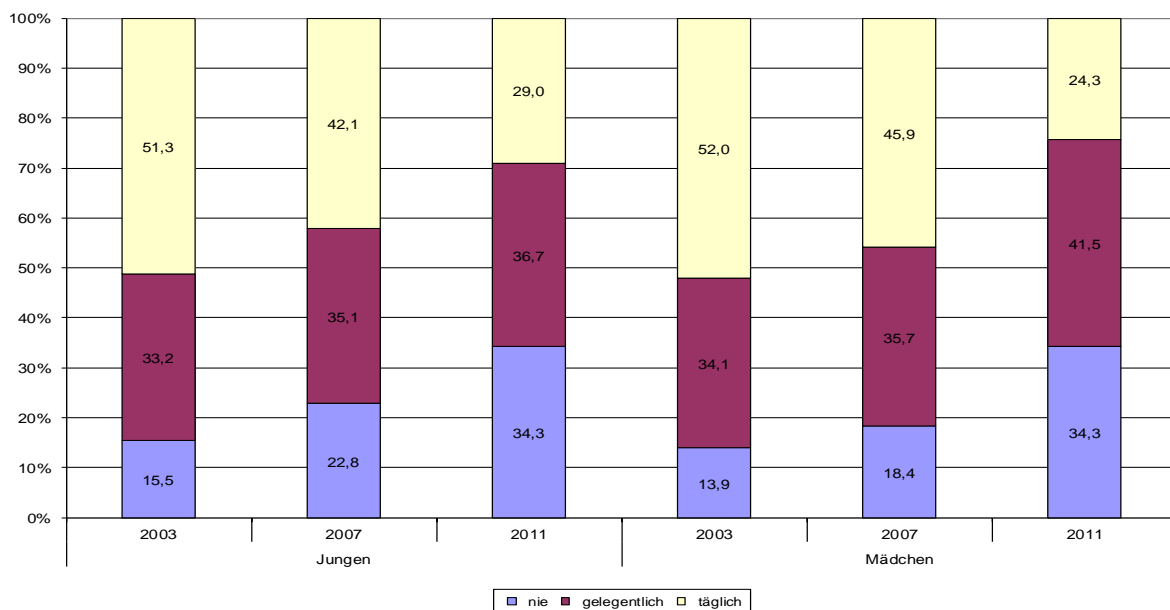
6.1 Tabakkonsum

Die Prävalenz des Tabakkonsums hat im Zeitraum 2003 - 2011 deutlich abgenommen. So ist bei der Lebensprävalenz der Anteil der Jungen und Mädchen, die noch nie geraucht haben, von etwa 15 % in 2003 auf 34 % in 2011 gestiegen. Der Anteil derjenigen, die täglich rauchten, ist im selben Zeitraum von 51 % auf 29 % bei Jungen und von 52 % auf 24 % bei Mädchen zurückgegangen.

Dieser Rückgang lässt sich insbesondere auf die erfolgreiche Umsetzung des Nichtraucher-schutzgesetzes Mecklenburg-Vorpommern zurückführen, welches zahlreiche Schutzvorschriften beinhaltet, die es Kindern und Jugendlichen in Mecklenburg-Vorpommern jenseits ihrer privaten und familiären Umgebung ermöglichen, rauchfrei aufzuwachsen. Die Auseinandersetzung mit dem Thema Nikotin erfolgt nicht mehr ausschließlich unter substanzbezogenen Gesichtspunkten. Nichtraucherschutz und Suchtprävention sind häufig fester Bestandteil gesundheitsfördernder Schulprogramme.

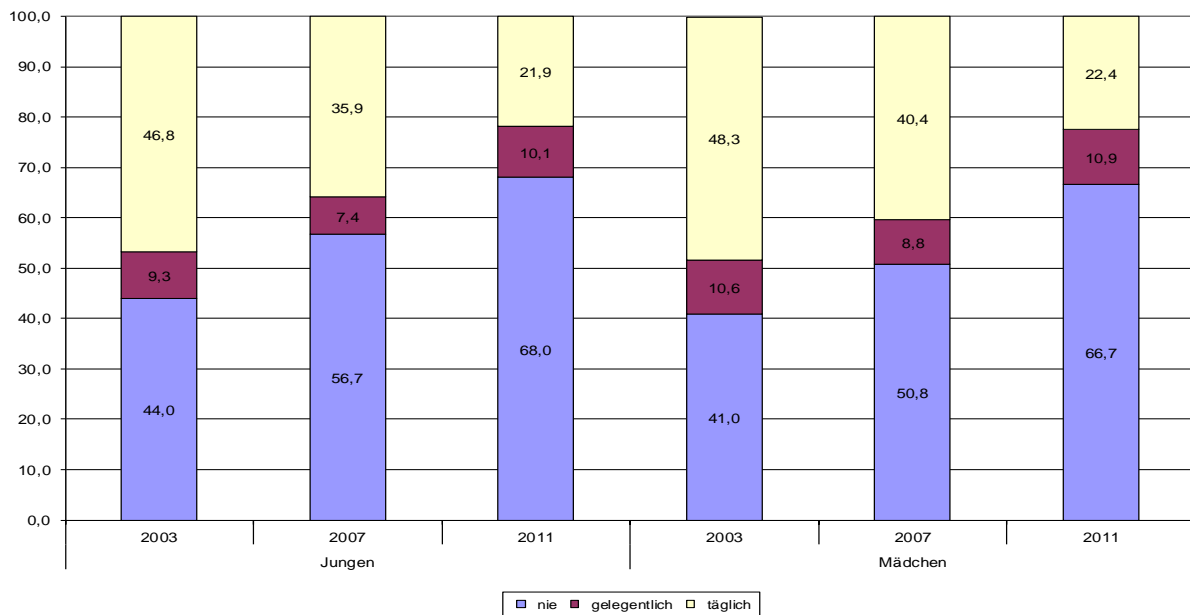
Zunächst ist im Hinblick auf Schulen in Mecklenburg-Vorpommern positiv hervorzuheben, dass inzwischen ein Rauchverbot in Schulgebäuden und auf Schulhöfen fest verankert ist.

Abb. 6.1: Lebenszeitprävalenz des Tabakkonsums 2003, 2007 und 2011



Noch deutlicher fällt der Rückgang in der 30-Tage-Prävalenz aus. 68 % der Jungen und 67 % der Mädchen haben in den letzten 30 Tagen nicht geraucht. Täglich rauchten 2011 nur noch 22 %, 2003 waren es noch 47 %.

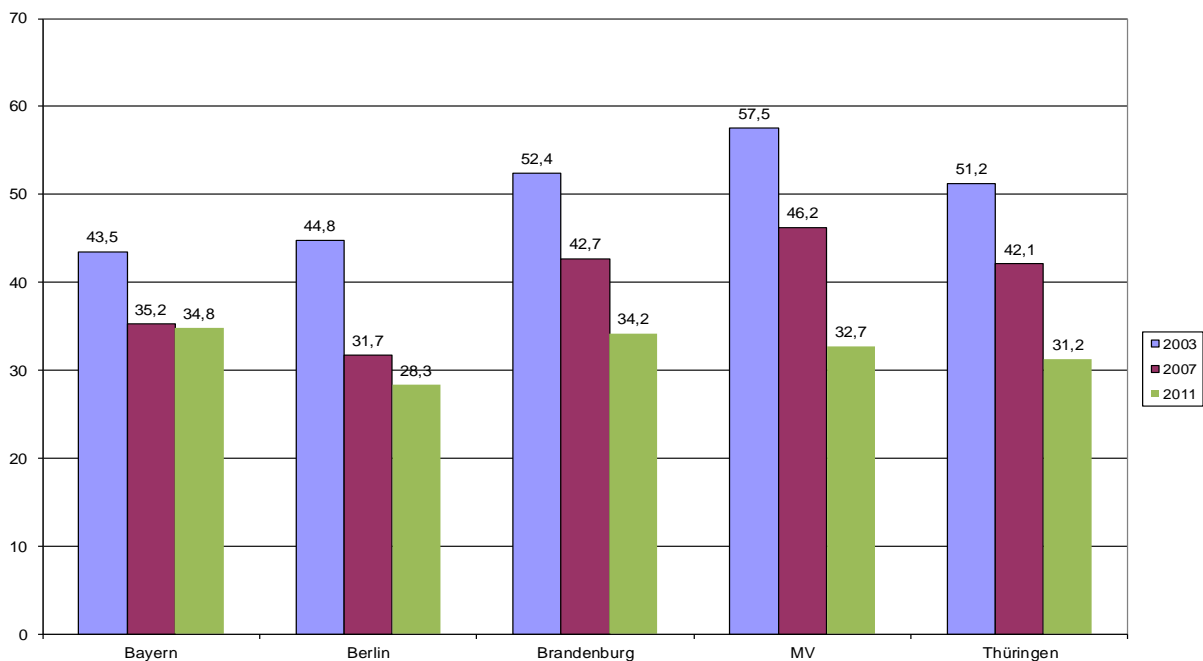
Abb. 6.2: 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums 2003, 2007 und 2011



Die Lebenszeit- und die 30-Tage-Prävalenz ist in allen beteiligten Ländern kontinuierlich gesunken, wobei der Rückgang in Mecklenburg-Vorpommern am deutlichsten ausfiel. Lag 2003 die 30-Tage-Prävalenz in Mecklenburg-Vorpommern mit 57,5 % deutlich höher als in den anderen Bundesländern, so lag sie 2011 mit 34,2 % bereits im Durchschnitt der beteiligten Länder.

Hintergrund dafür ist unter anderem die Tatsache, dass neben dem Nichtraucherschutz das Verhindern des Raucheinstiegs und die eigenständige Auseinandersetzung der Heranwachsenden mit dem Thema „Rauchen“ in den Fokus suchtpreventiver Bemühungen rückten.

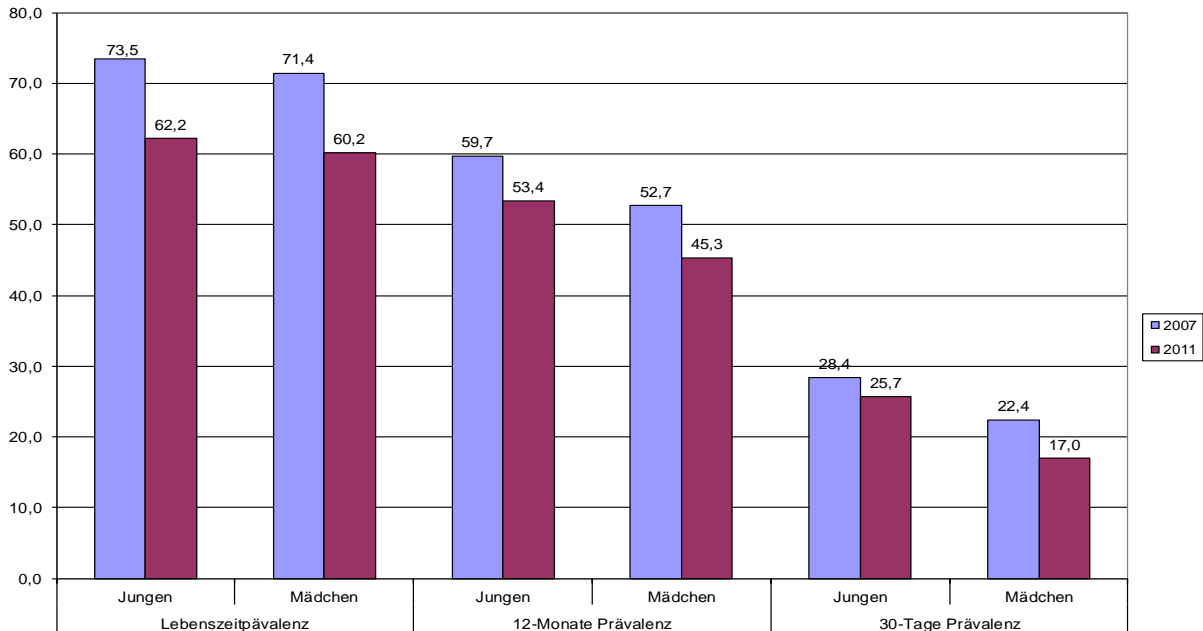
Abb. 6.3: 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums 2003, 2007 und 2011, im Ländervergleich



6.2 Alkoholkonsum

Die Intensität des Alkoholkonsums ist deutlich zurückgegangen, wobei immerhin noch ein Viertel der Jungen und 17 % der Mädchen in den letzten 30 Tagen mindestens einmal im Alkoholrausch waren.

Abb. 6.4: Prävalenz der Rauscherfahrung nach Geschlecht



Die Lebenszeit- und 30-Tage-Prävalenz ist in allen Ländern rückläufig. Mecklenburg-Vorpommern hatte seit 2003 nach Berlin den höchsten Rückgang in der 30-Tage-Prävalenz zu verzeichnen, so dass 2011 nach Berlin die niedrigste 30-Tage-Prävalenz vorzuweisen war. Die Erfolge sind auch zurückzuführen auf eine interdisziplinär angelegte, proaktive Verhältnis- und Verhaltensprävention. Insbesondere die Verankerung von Angeboten und Strukturen im kommunalen Raum unseres Bundeslandes trug zu dieser Entwicklung mit bei.

Abb. 6.5: Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums, im Ländervergleich

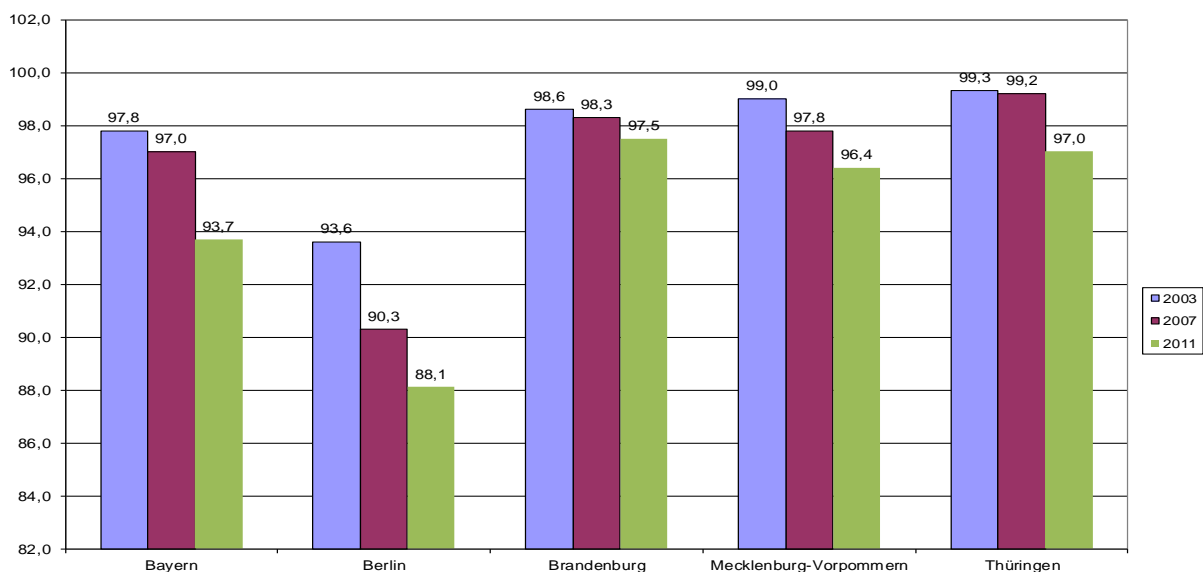
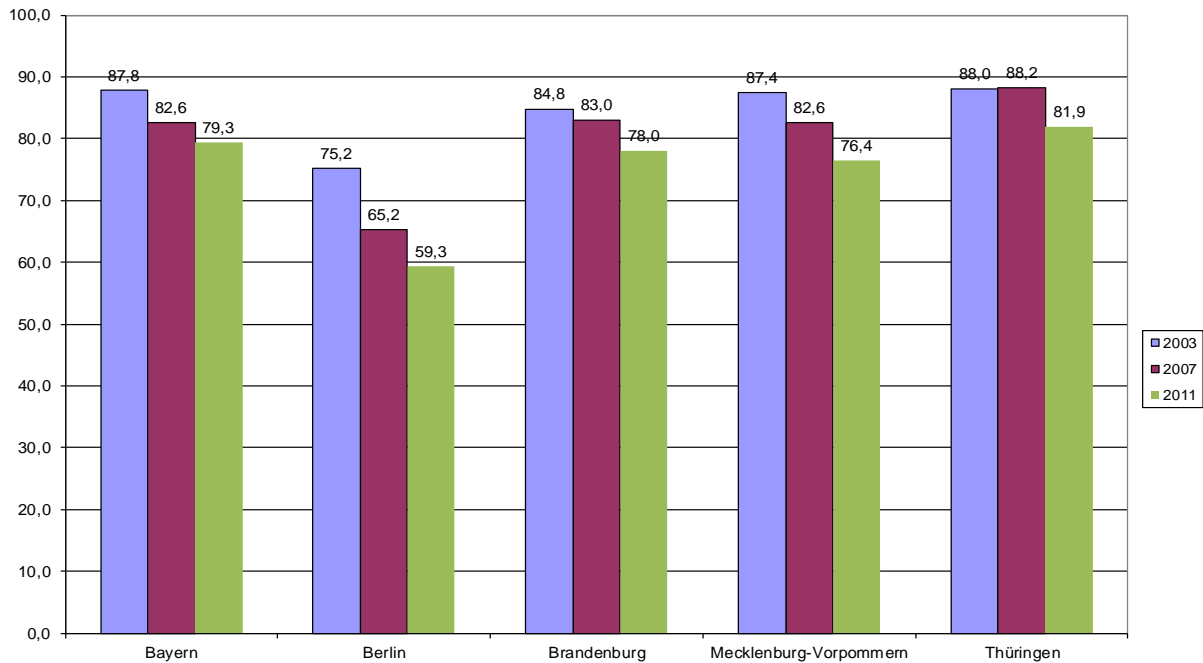
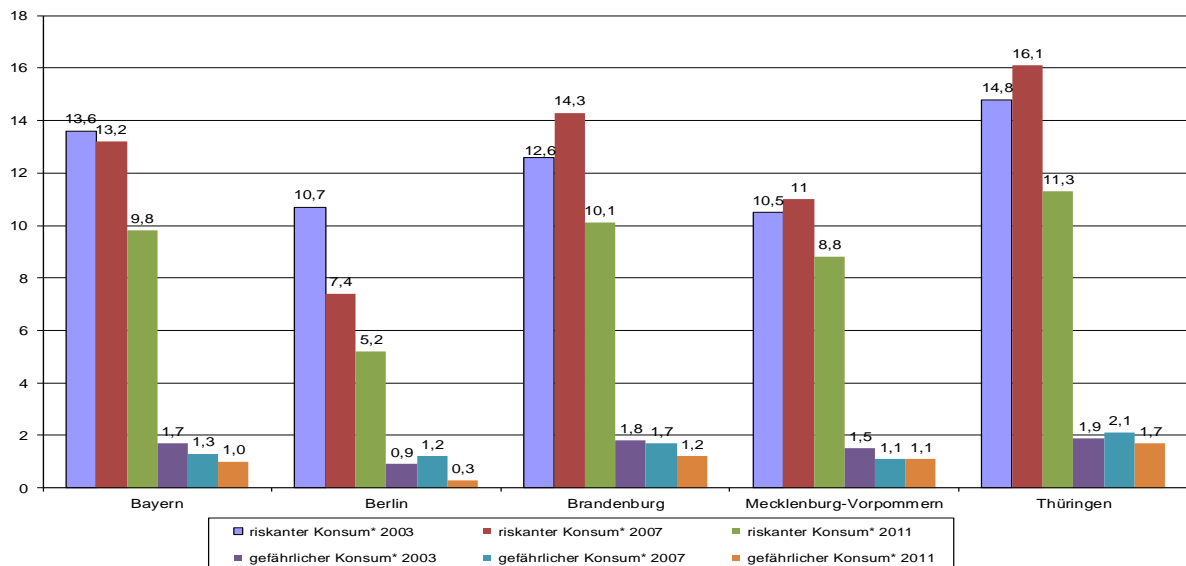


Abb. 6.6: 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums, im Ländervergleich



Der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit riskantem² bzw. gefährlichem³ Alkoholkonsum ist in allen Ländern zurückgegangen. Mit 8,8 % hatte Mecklenburg-Vorpommern 2011 nach Berlin den geringsten Anteil bei riskantem Alkoholkonsum. Der Anteil bei gefährlichem Konsum lag mit 1,1 % im Durchschnitt der beteiligten Länder.

Abb. 6.7: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit riskantem bzw. gefährlichem Alkoholkonsum in den letzten 7 Tagen; 2011, im Ländervergleich



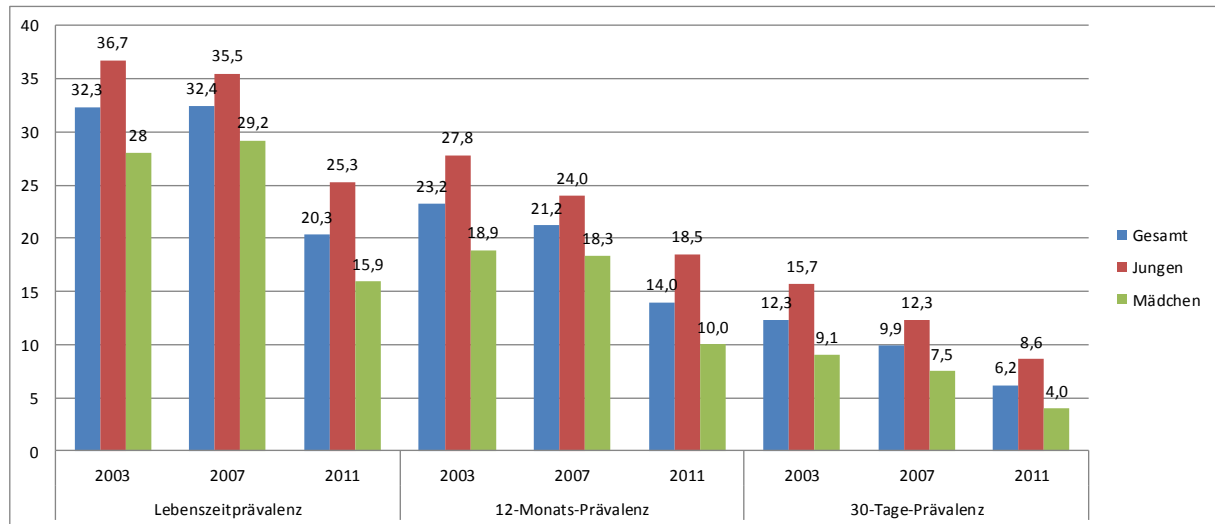
² Jungen >24-60g, Mädchen >12-40g pro Tag

³ Jungen >60 g, Mädchen > 40g pro Tag

6.3 Konsum illegaler Drogen

Die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge ist Cannabis, wobei Jungen deutlich öfter konsumieren als Mädchen. Die Prävalenz ist im Zeitraum 2003 - 2011 bei Jungen und Mädchen rückläufig.

Abb. 6.8: Prävalenz von Cannabis nach Geschlecht



Die gleichen Aussagen gelten auch für den Konsum von Ecstasy, allerdings auf sehr viel niedrigerem Niveau.

Abb. 6.9: Prävalenz von Ecstasy nach Geschlecht



Im Ländervergleich des Cannabiskonsums hatte Mecklenburg-Vorpommern 2011 nach Thüringen sowohl bei der Lebenszeit als auch bei der 30-Tage-Prävalenz die niedrigste Rate zu verzeichnen.

Abb. 6.10: Lebenszeitprävalenz von Cannabis nach Ländern

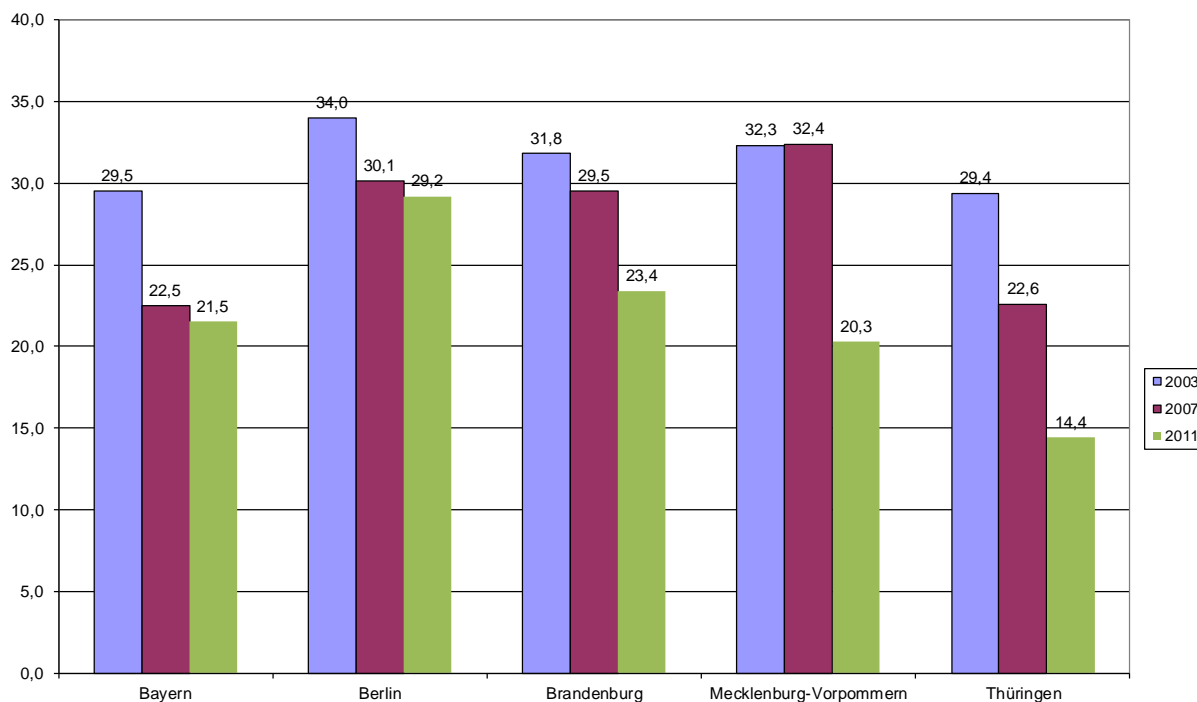
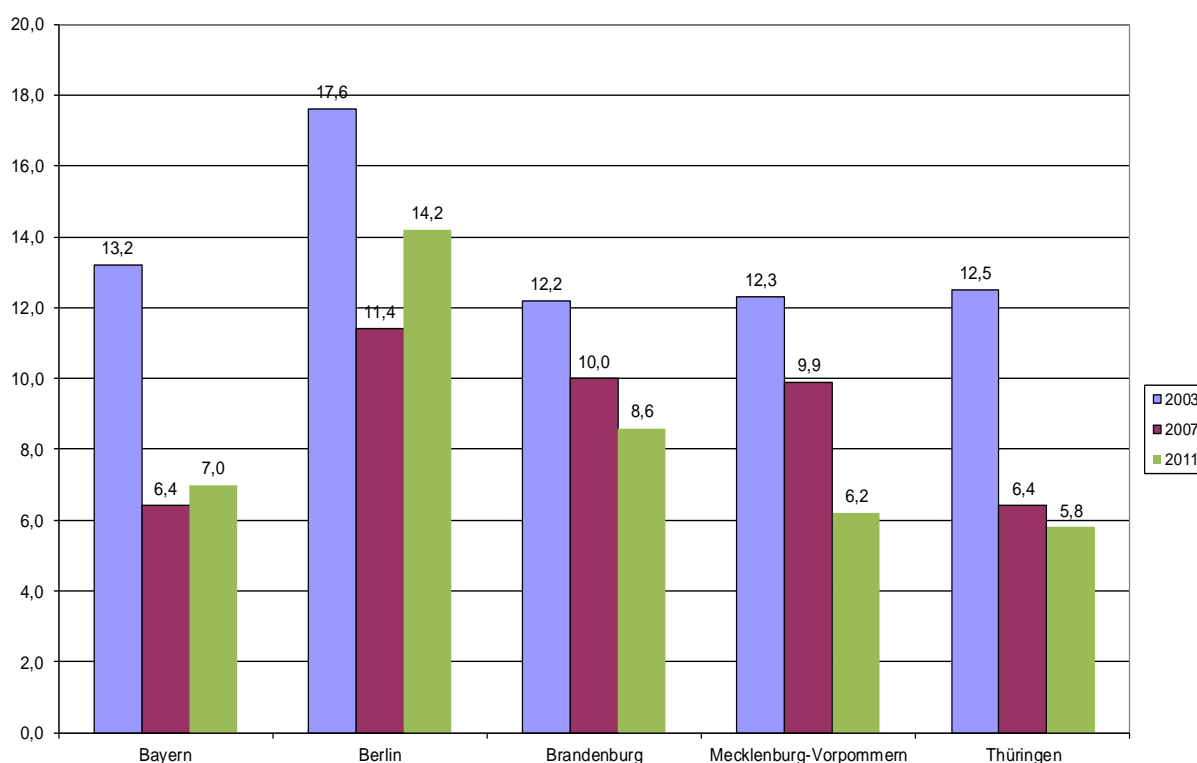


Abb. 6.11: 30-Tage-Prävalenz von Cannabis, im Ländervergleich

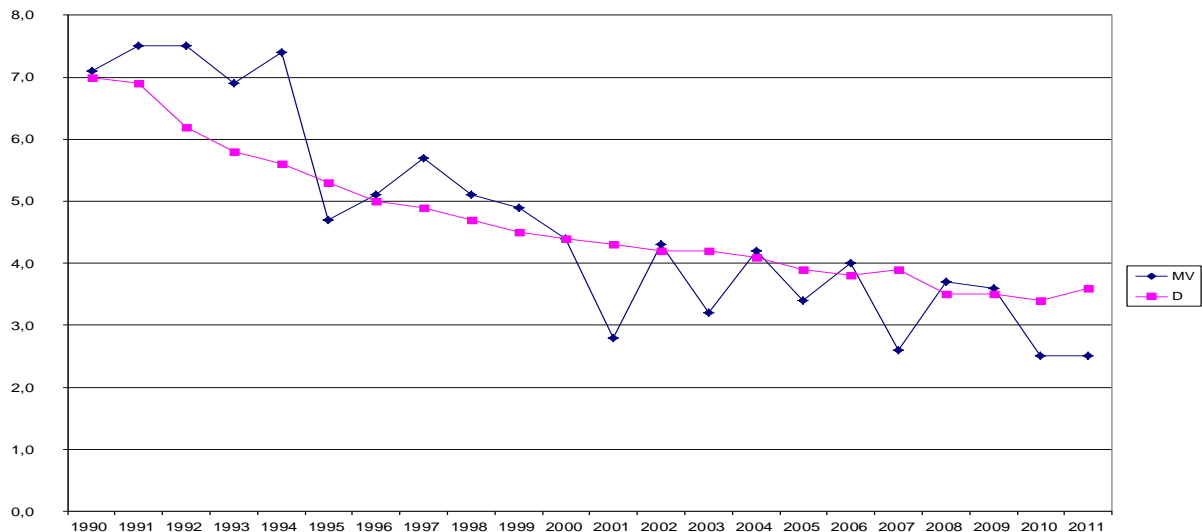


7. Mortalität

7.1 Säuglings- und Perinatalsterblichkeit

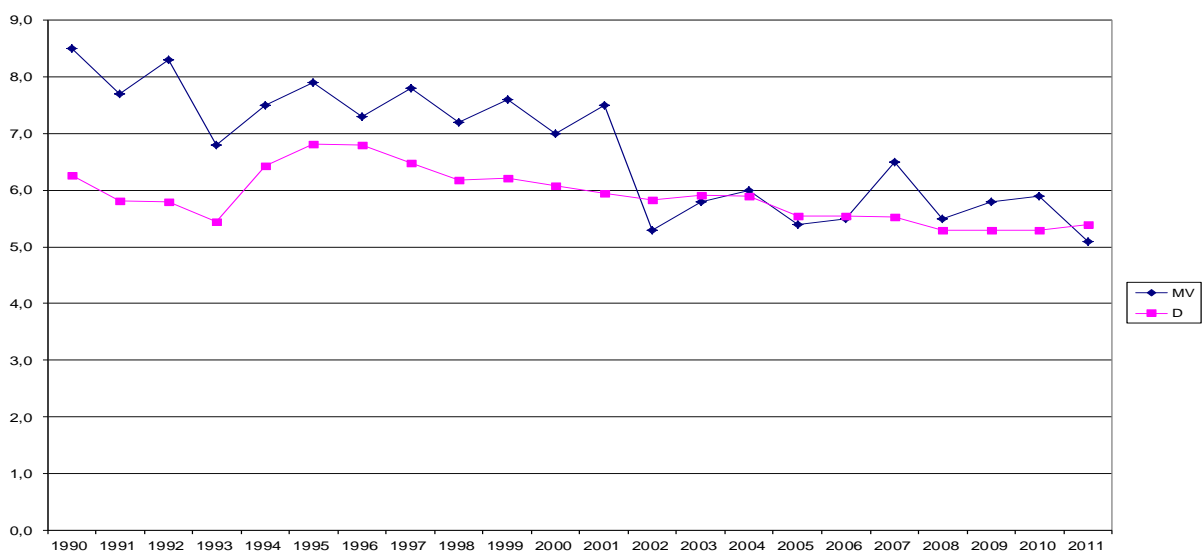
Die Säuglingssterblichkeit ist in Mecklenburg-Vorpommern seit 1990 deutlich zurückgegangen und liegt seit 2000 tendenziell unter dem Bundesdurchschnitt, wobei bedingt durch die sehr kleinen Zahlen jährliche Zufallsschwankungen auftreten.

Abb. 7.1: Säuglingssterblichkeit (unter 1 Jahr Verstorbene) je 1.000 Lebendgeborene, Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D)



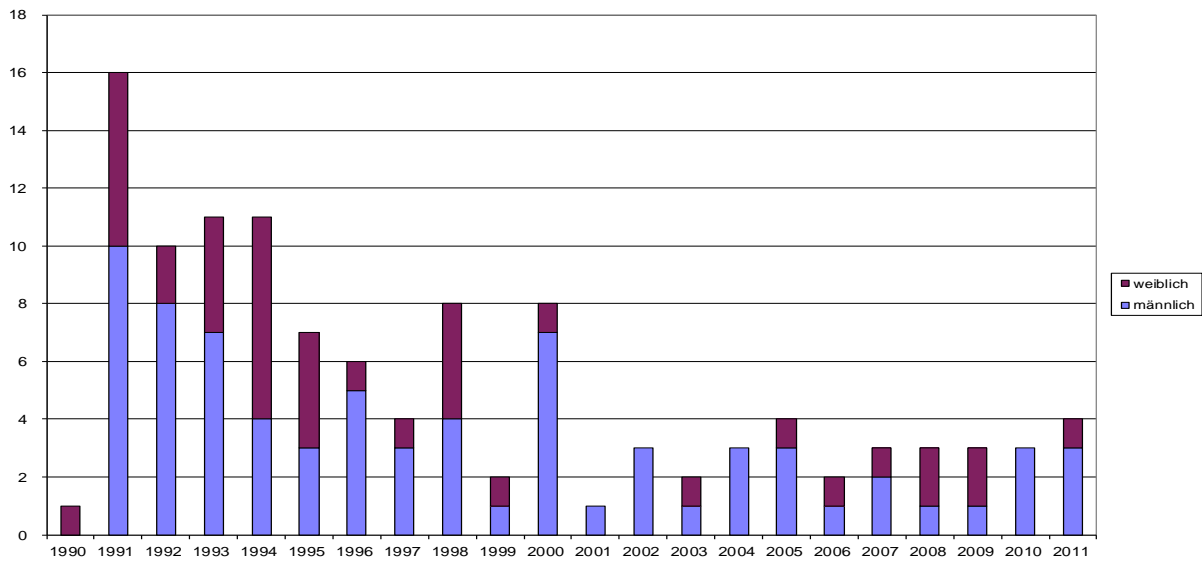
Auch die Perinatalsterblichkeit hat sich ab 1990 deutlich verringert.

Abb. 7.2: Perinatalsterblichkeit (Totgeborene + in den ersten 7 Tagen Gestorbene) je 1.000 Geborene, Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D)



Vom plötzlichen Kindstod waren in der Dekade 2001 - 2011 nur noch durchschnittlich drei Säuglinge pro Jahr betroffen. In der Dekade 1991 - 2001 waren es noch sechs. Jungen sind öfter betroffen als Mädchen.

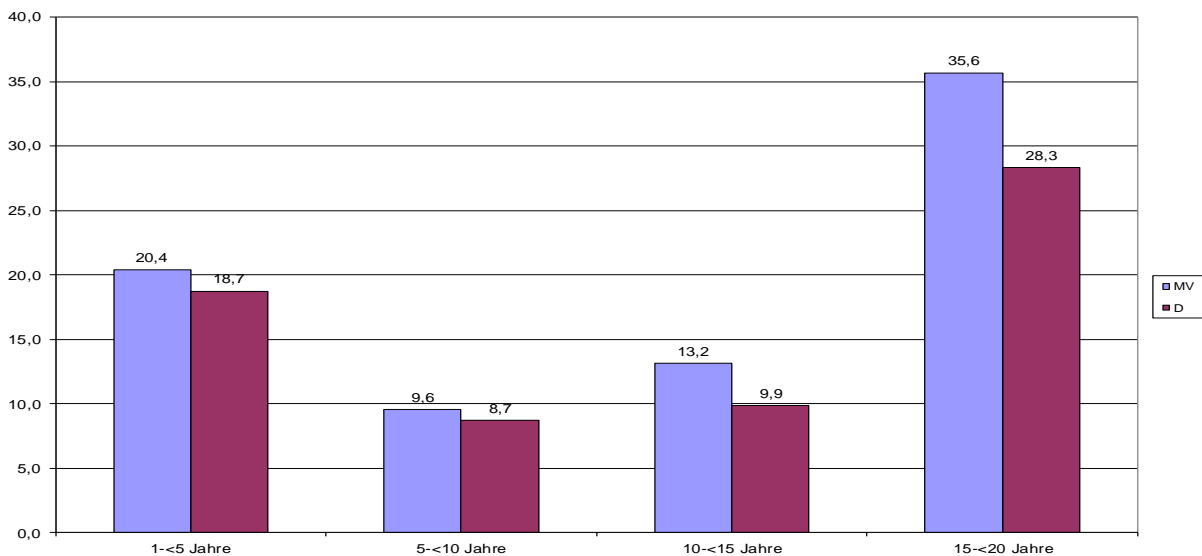
Abb. 7.3: An plötzlichem Kindstod Gestorbene



7.2 Gestorbene Kinder und Jugendliche

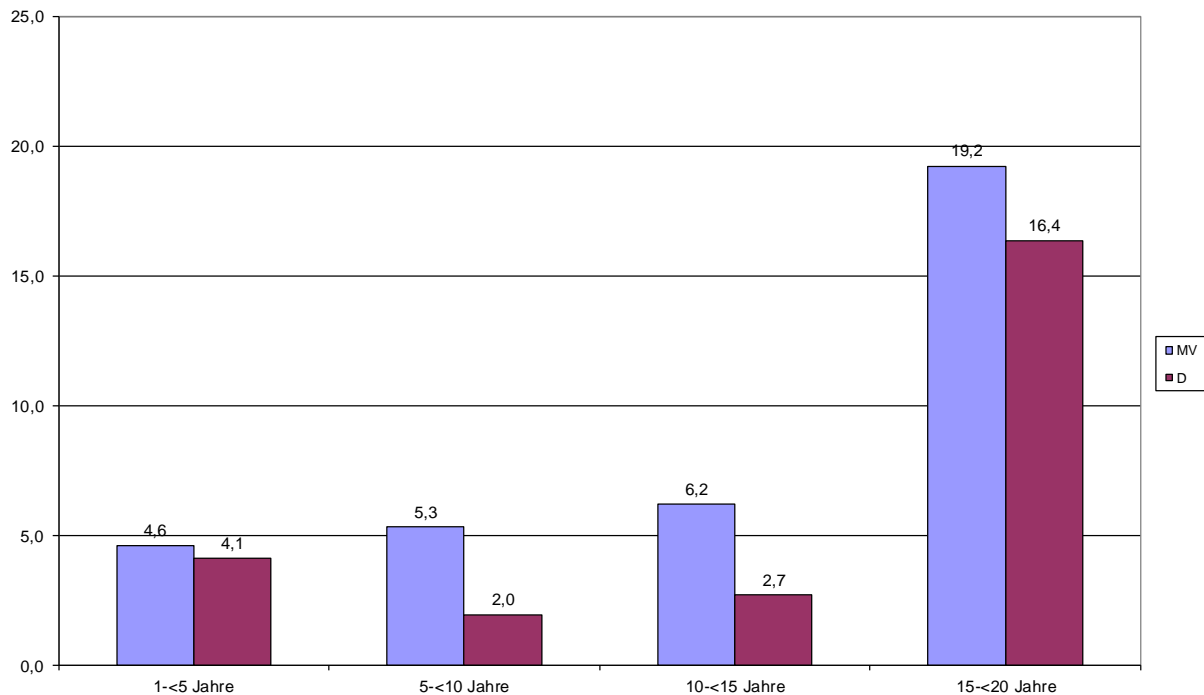
Sterbefälle im Kindesalter sind äußerst selten, die Sterblichkeit in der Altersgruppen 15-<20 erreicht nicht einmal 10 % der Säuglingssterblichkeit. Um die jährlichen Zufallsschwankungen abzufangen, wird hier deshalb der Zeitraum 2008 - 2010 zum Vergleich herangezogen. Im Gegensatz zur Säuglingssterblichkeit liegt aber die Sterblichkeit im Kindesalter in Mecklenburg-Vorpommern in allen Altersgruppen etwas über dem Bundesdurchschnitt.

Abb. 7.4: Gestorbene je 100.000 2008-2010, Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D)



Hauptgrund dafür ist die erhöhte Unfallsterblichkeit.

Abb. 7.5: An Unfällen Gestorbene je 100.000, 2008-2010, Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D)



Zusammenfassung und Ausblick

Die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit ist ein gesamtgesellschaftliches Anliegen. Dabei gilt es auch in Zeiten rückläufiger Kinderzahlen bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen und Präventionsangebote zu erhalten bzw. auszubauen.

Der Spagat zwischen einer qualitativ hochrangigen und einer gleichzeitig möglichst wohnortnahen Versorgung kann in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern nur bei einer sektorenübergreifenden Versorgung gelingen. Hier gilt es, rechtzeitig wirksame Modelle zu entwickeln und zu fördern, um zum Beispiel sich abzeichnende Lücken in der ambulanten Versorgung zu kompensieren.

Die vorgelegten Daten, insbesondere die Ergebnisse der Schuluntersuchungen, zeigen, dass der Prävention ein hoher Stellenwert zukommt.

Daher umfasst die frühkindliche Bildung nach dem Kindertagesförderungsgesetz Mecklenburg-Vorpommern (KiföG M-V) insbesondere auch den Bildungs- und Erziehungsbereich der Gesundheit. Ziel der individuellen Förderung von Kindern ist die Unterstützung der psychischen Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken und die Anleitung zur gesunden Lebensführung. Diese Anleitung zielt auf ein gesundes Aufwachsen der Kinder ab und hat die Entwicklung des Gesundheitsbewusstseins, insbesondere in Bezug auf hygienisches Verhalten, gesunde Ernährung und Bewegung im Blick.

Seit dem Jahr 2010 wird der präventive Ansatz mit dem KiföG M-V verstärkt. Ziel ist die frühestmögliche Erkennung von Entwicklungsauffälligkeiten, um diesen zum frühestmöglichen Zeitpunkt entgegenwirken zu können. Dies erfolgt zunächst im Wege der alltagsintegrierten Beobachtung und Dokumentation mit Maßnahmen der individuellen Förderung. Die individuelle Förderung erfolgt auf Grundlage der Bildungskonzeption für 0 bis 10-jährige Kinder, in deren Rahmen insbesondere die Sprachförderung breiten Raum einnimmt.

Ergänzend zur alltagsintegrierten Beobachtung und Dokumentation kann der Entwicklungsstand der Kinder hinsichtlich ihrer altersgerechten, sozialen, kognitiven, emotionalen und körperlichen Entwicklung nach einem besonderem Verfahren, dem Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK 3-6), festgestellt werden. Erhebliche Abweichungen in der kindlichen Entwicklung, unter anderem auch Sprachauffälligkeiten, sind durch geeignete Maßnahmen der gezielten individuellen Förderung auszugleichen. Geeignet sind insbesondere Maßnahmen, die der Förderung der Kommunikation und Sprachentwicklung dienen.

Die gezielte individuelle Förderung wurde im Jahr 2011 eingeführt, sodass zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung für das Schuljahr 2011/2012 noch keine endgültigen Ergebnisse vorliegen. Eine Zwischenevaluierung lässt jedoch erkennen, dass sich die mit dem Modellprojekt (mit gleicher Zielstellung) gesammelten positiven Erfahrungen bestätigen.

Daneben gilt es, im familiären Bereich die Propagierung gesunder Lebensweisen weiter zu intensivieren. In allen Lebenswelten, so zum Beispiel in den Settings Kommune, Kindertageseinrichtung und Schule, sind die Bedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten.

Dabei braucht die Gesundheitspolitik einen langen Atem, da gerade die Änderung von Lebensweisen und Lebenswelten ein langfristiger Prozess ist.

Der in der Einleitung erwähnte Gesundheitszieleprozess hat, wie der vorliegende Bericht teilweise zeigt, zu Erfolgen geführt, wie

- die Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit bei den Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter (Seite 28ff),
- die rückläufige und im internationalen Vergleich sehr niedrige Säuglingssterblichkeit (Seite 50),
- die Beteiligung an Impfungen (Seite 17).

Die Behandlung und Betreuung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen sowie die psychiatrische Versorgung im Kinder- und Jugendalter haben sich mit dem Aufbau eines qualitativ hochwertigen ambulanten und stationären Versorgungssystems und den Angeboten der Rehabilitation verbessert.

Aber es ist auch noch Handlungsbedarf erkennbar: Die aktuellen Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen zeigen, dass in Bezug auf einige Indikatoren lediglich eine Zunahme der auffälligen Befunde verhindert werden konnte. Das betrifft zum Beispiel den Anteil der Kinder mit Übergewicht und Adipositas, die Häufigkeit von Auffälligkeiten im Bereich des psychosozialen Verhaltens und der Motorik.

Dieses entspricht auch den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert Koch-Instituts (KiGGS) von 2007⁴. Die KiGGS-Studie kam zwar zu dem Ergebnis, dass es den meisten Kindern und Jugendlichen in Deutschland gut geht. Die Untersuchungen zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen zeigen aber auch, dass in einigen Handlungsfeldern weiterhin Handlungsbedarf besteht. Diese müssen deshalb nach wie vor im Mittelpunkt präventiver Bemühungen stehen.

In Erkenntnis dessen befasst sich das Aktionsbündnis Gesundheit mit der Neuausrichtung der Kindergesundheitsziele, die im ersten Quartal 2013 abgeschlossen sein soll.

⁴ www.rki.de

Verzeichnis der Abbildungen sowie Quellenangaben

- Abb. 1.1: Entwicklung der Familien mit Kindern unter 18 Jahren, Anzahl in 1.000, Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D) (Quelle: Statistisches Amt MV=StatA MV)
- Abb. 1.2: Entwicklung der Altersgruppen 0 bis <15 und 15 bis <18 Jahre (Quelle: StatA MV)
- Abb. 1.3: Entwicklung der Bevölkerungsgruppen 0-<15 und 15-<18 Jahre (1991=100), Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D) (Quelle: StatA MV)
- Abb. 1.4: Lebendgeborene absolut und je 1000 Frauen 15-<45 Jahre (Quelle: StatA MV)
- Abb. 1.5: Altersspezifische Geburtenziffern (Lebendgeborene je 1.000 Frauen) (Quelle: StatA MV)
- Abb. 1.6: Zusammengefasste Geburtenziffer, Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D) (Quelle: StatA MV)
- Abb. 1.7: Anteil Frühgeborener (<37. Schwangerschaftswoche) (Quelle: Krankenhausgesellschaft MV)
- Abb. 1.8: Untergewichtige Lebendgeborene je 1.000 Lebendgeborene (Quelle: StatA MV)
- Abb. 1.9: Lebendgeborene und Schwangerschaftsabbrüche unter 18 Jahren nach Alter der Mutter (Quelle: StatA MV)
- Abb. 2.1: Betten Fachrichtung Pädiatrie, je 100.000 Kinder 0-<15 Jahre, 2011, nach Bundesländern, (Quelle: StatA MV)
- Abb. 2.2: Ärztinnen und Ärzte für Pädiatrie je 100.000 Kinder, 2011, nach Bundesländern, (Quelle: Bundesärztekammer)
- Abb. 2.3: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Pädiatrie absolut und je 100.000 Kinder (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung MV)
- Abb. 3.1: In Kindertageseinrichtungen geförderte Kinder je 100 Kinder der gleichen Altersgruppe (Quelle: StatA MV)
- Abb. 3.2: Besuchsquote am 01.03.2012 in Kindertageseinrichtungen (inklusive öffentlich geförderter Kindertagespflege) je 100 Kinder 0-<3 Jahre nach Bundesländern (Quelle: Statistisches Bundesamt)
- Abb. 3.3: Besuchsquote am 01.03.2012 in Kindertageseinrichtungen (inklusive öffentlich geförderter Kindertagespflege) je 100 Kinder 3-<6 Jahre, nach Bundesländern (Quelle: Statistisches Bundesamt)
- Abb. 4.1: Anteil der Schwangeren nach Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen (Quelle: Krankenhausgesellschaft MV)
- Abb. 4.2: Anteil der Schwangeren nach Zeitpunkt (Schwangerschaftswoche) der Erstinanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen (Quelle: Krankenhausgesellschaft MV)
- Abb. 4.3: Anteil der Schwangeren nach Anzahl der Ultraschalluntersuchungen (Quelle: Krankenhausgesellschaft MV)
- Abb. 4.4: Anteil der Schwangeren nach Zeitpunkt (Schwangerschaftswoche) der erste Ultraschalluntersuchung (Quelle: Krankenhausgesellschaft MV)
- Abb. 4.5: Teilnahmehäufigkeit (je 1.000 Kinder) an den Vorsorgeuntersuchungen U3-U9 1998-2011 sowie U7a und J1 2009-2011 (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung)
- Abb. 4.6: Anteil der einzuschulender Kinder mit Grundimmunisierung gegen (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)

- Abb. 4.7: Anteil der einzuschulender Kinder mit mindestens zwei Impfungen gegen (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 4.8: Mitglieder im Landessportbund je 100 Einwohnerinnen und Einwohner gleichen Alters und Geschlechts (Quelle: Landessportbund)
- Abb. 5.1: Neuerkrankungen Salmonellose je 100.000 gleichen Alters und Geschlechts(Quelle: Landesgesundheitsamt)
- Abb. 5.2: Neuerkrankungen Rotavirus je 100.000 gleichen Alters und Geschlechts (Quelle: Landesgesundheitsamt)
- Abb. 5.3: Neuerkrankungen Norovirus je 100.000 gleichen Alters und Geschlechts (Quelle: Landesgesundheitsamt)
- Abb. 5.4: Neuerkrankungen E.coli enteritis je 100.000 gleichen Alters und Geschlechts (Quelle: Landesgesundheitsamt)
- Abb. 5.5: Neuerkrankungen Keuchhusten je 100.000 gleichen Alters und Geschlechts (Quelle: Landesgesundheitsamt)
- Abb. 5.6: Neuerkrankungen Masern, Mumps und Röteln je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Quelle: Landesgesundheitsamt)
- Abb. 5.7: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner 2010 (Wohnsitz der Patientinnen und Patienten), Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D) (Quelle: Statistisches Bundesamt)
- Abb. 5.8: Krankenhausfälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner gleichen Alters und Geschlechts (Quelle: StatA MV)
- Abb. 5.9: Krankenhausfälle nach Altersgruppen und ausgewählten Diagnoseklassen, 2011 (Quelle: StatA MV)
- Abb. 5.10: Krankenhausfälle in der Fachrichtung Pädiatrie (Quelle: StatA MV)
- Abb. 5.11: Krankenhausfälle in der Fachrichtung Kinderchirurgie (Quelle: StatA MV)
- Abb. 5.12: Krankenhausfälle Kinder- und Jugendpsychiatrie (Quelle: StatA MV)
- Abb. 5.13: Krankenhausfälle aufgrund von Störungen durch Alkohol je 100.000 gleichen Alters und Geschlechts (Quelle: StatA MV)
- Abb. 5.14: Krankenhausfälle aufgrund von Störungen durch Alkohol je 100.000 gleichen Alters und Geschlechts, 2010, Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D) (Quelle: StatA MV)
- Abb. 5.15: Krebsneuerkrankungen je 100.000 Kinder (0-14 Jahre) Zeitraum 1994-2003, 1998-2007 und 2001-2010, nach Bundesländern (Quelle: Deutsches Kinderkrebsregister; Mainz)
- Abb. 5.16: Gebisszustand der Vorschulkinder (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.17: Gebisszustand der Schülerinnen und Schüler 1. - 4. Klasse (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.18: Gebisszustand der Schülerinnen und Schüler 5. - 6. Klasse (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.19: Entwicklung des DMF Index 9- bzw. 12-Jähriger (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.20: Anteil einzuschulender Kinder, die wegen Seh-, Hör oder Sprachstörungen zur ärztlichen Behandlung überwiesen wurden bzw. bereits in Behandlung waren, (Quelle: Gesundheitsämter; schulärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.21: Anteil einzuschulender Kinder mit Befund Sprachstörungen (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)

- Abb. 5.22: Anteil der einzuschulender Kinder mit Auffälligkeiten in der Grob- und Feinmotorik (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.23: Anteil einzuschulender Kinder mit Auffälligkeiten im psychosozialen Verhalten und in der psychophysischen Belastbarkeit (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.24: Anteil einzuschulender Kinder mit Adipositas bzw. Übergewicht (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.25: Anteil der 2011/2012 eingeschulter Kinder in %, die wegen ... zur ärztlichen Behandlung überwiesen wurden oder bereits in Behandlung waren (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.26: Anteil der 2011/2012 eingeschulter Kinder, die Auffälligkeiten bei ... zeigten; nach Geschlecht (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.27: Anteil einzuschulender Kinder, die zur ärztlichen Behandlung überwiesen wurden bzw. bereits in Behandlung waren; Befund: Herabsetzung der Sehschärfe, nach Landkreisen (LK) (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.28: Anteil einzuschulender Kinder, die zur ärztlichen Behandlung überwiesen wurden bzw. bereits in Behandlung waren; Befund: Sprachstörungen, nach Landkreisen (LK) (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.29: Anteil einzuschulender Kinder mit Befund Übergewicht, nach Landkreisen (LK) (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.30: Anteil einzuschulender Kinder mit Befund Adipositas, nach Landkreisen (LK) (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.31: Anteil einzuschulender Kinder, die nach Empfehlung des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes zurückgestellt werden sollten (Quelle: Gesundheitsämter; schulärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.32: Anteil der Schülerinnen und Schüler, die zur ärztlichen Behandlung überwiesen wurden bzw. bereits in Behandlung waren; Schuljahr 2011/2012 (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.33: Anteil der Schülerinnen und Schüler, die zur ärztlichen Behandlung überwiesen wurden bzw. bereits in Behandlung waren; Befund: Herabsetzung der Sehschärfe (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.34: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Asthma (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.35: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit allergischer Rhinitis (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.36: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Ekzem (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.37: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Adipositas (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.38: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Übergewicht (Quelle: Gesundheitsämter; schulzahnärztliche Untersuchungen)
- Abb. 5.39: Bei Straßenverkehrsunfällen verunglückte Kinder je 100.000 Kinder gleichen Alters und Geschlechts (Quelle: StatA MV)
- Abb. 5.40: Bei Straßenverkehrsunfällen getötete bzw. schwerverletzte Kinder nach Alter (Quelle: StatA MV)
- Abb. 5.41: Schwerbehinderte Kinder je 10.000 gleichen Alters, Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D) (Quelle: StatA MV)

- Abb. 5.42: Schwerbehinderte Kinder je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Alter und Geschlecht (Quelle: StatA MV)
- Abb. 5.43: Schwerbehinderte Kinder nach Art der schwersten Behinderung, 2011, in % (Quelle: StatA MV)
- Abb. 6.1: Lebenszeitprävalenz des Tabakkonsums 2003, 2007 und 2011 (Quelle: IFT (Institut für Therapieforchung München); ESPAD (europäische Schülerstudie gegen Alkohol und andere Drogen) 2011)
- Abb. 6.2: 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums 2003, 2007 und 2011 (Quelle: IFT; ESPAD 2011)
- Abb. 6.3: 30-Tage-Prävalenz des Tabakkonsums, 2003, 2007 und 2011, im Ländervergleich (Quelle: IFT; ESPAD 2011)
- Abb. 6.4: Prävalenz der Rauscherfahrung nach Geschlecht(Quelle: IFT; ESPAD 2011)
- Abb. 6.5: Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums, im Ländervergleich (Quelle: IFT; ESPAD 2011)
- Abb. 6.6: 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums, im Ländervergleich (Quelle: IFT; ESPAD 2011)
- Abb. 6.7: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit riskantem bzw. gefährlichem Alkoholkonsum in den letzten 7 Tagen, nach Ländern (Quelle: IFT; ESPAD 2011)
- Abb. 6.8: Prävalenz von Cannabis nach Geschlecht (Quelle: IFT; ESPAD 2011)
- Abb. 6.9: Prävalenz von Ecstasy nach Geschlecht (Quelle: IFT; ESPAD 2011)
- Abb. 6.10: Lebenszeitprävalenz von Cannabis, im Ländervergleich (Quelle: IFT; ESPAD 2011)
- Abb. 6.11: 30-Tage-Prävalenz von Cannabis, im Ländervergleich (Quelle: IFT; ESPAD 2011)
- Abb. 7.1: Säuglingssterblichkeit (unter 1 Jahr Verstorbene) je 1.000 Lebendgeborene, Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D) (Quelle: StatA MV)
- Abb. 7.2: Perinatalsterblichkeit (Totgeborene + in den ersten 7 Tagen Gestorben), je 1.000 Geborene, Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D), Mecklenburg- (Quelle: StatA MV)
- Abb. 7.3: An plötzlichem Kindstod Gestorbene (Quelle: StatA MV)
- Abb. 7.4: Gestorbene je 100.000, 2008 - 2010, Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D) (Quelle: StatA MV)
- Abb. 7.5: An Unfällen Gestorbene je 100.000, 2008-2010, Mecklenburg-Vorpommern (MV) im Vergleich zu Deutschland (D) (Quelle: StatA MV)