



**LGL**

## Gesund aufwachsen für alle! *in Würzburg*

Tagungsband der Koordinierungsstelle  
Gesundheitliche Chancengleichheit am ZPG

**Dieser Band dokumentiert eine Fachtagung der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit des Bayerischen Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung am LGL in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt am Landratsamt und dem Aktivbüro der Stadt Würzburg, gefördert durch den bundesweiten Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit wird gefördert durch die Initiative Gesund.Leben.Bayern. des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege.**

Für eine bessere Lesbarkeit haben wir bei manchen Personenbezeichnungen auf ein Ausschreiben der weiblichen Form verzichtet. Selbstverständlich sind in diesen Fällen Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

**Herausgeber:** Bayerisches Landesamt für  
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)  
Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen

**Telefon:** 09131 6808-0  
**Telefax:** 09131 6808-2102  
**E-Mail:** [poststelle@lgl.bayern.de](mailto:poststelle@lgl.bayern.de)  
**Internet:** [www.lgl.bayern.de](http://www.lgl.bayern.de)

**Druck:** Senser-Druck, Augsburg  
**Stand:** Mai 2014  
**Redaktion:** Dr. med. Martina Enke  
Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung im LGL

**Titelbild:** Alte Mainbrücke in Würzburg, © Congress-Tourismus-Wirtschaft Würzburg,  
Fotograf: A. Bestle

Bei fachlichen Fragen wenden Sie sich bitte an:  
Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit  
Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung  
im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit  
Iris Grimm  
Pfarrstraße 3, 80538 München  
Telefon: 09131 6808-4506  
E-Mail: [Iris.Grimm@lgl.bayern.de](mailto:Iris.Grimm@lgl.bayern.de)

© Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit  
alle Rechte vorbehalten

Gedruckt auf Papier aus 100 % Altpapier

ISBN 978-3-942018-95-1 Druckausgabe  
ISBN 978-3-942018-96-8 Internetausgabe

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

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



**BAYERN | DIREKT** ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung. Unter Telefon 089 122220 oder per E-Mail unter [direkt@bayern.de](mailto:direkt@bayern.de) erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

## Gesund aufwachsen für alle! *in Würzburg*

Kommunale Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche –  
Eine Fachtagung der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit  
am Bayerischen Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit  
mit dem Gesundheitsamt am Landratsamt und dem Aktivbüro der Stadt Würzburg

Würzburg, 3. Dezember 2013



# Gesund aufwachsen für alle! in Würzburg

## Inhalt

|                                                                                                                            |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Gesund aufwachsen für alle!</b>                                                                                         | <b>4</b>  |
| Elisabeth Schäfer, stellvertretende Landrätin im Landkreis Würzburg                                                        |           |
| <b>„Gesund aufwachsen für alle!“ in Würzburg</b>                                                                           | <b>5</b>  |
| Kommunale Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche                                                                  |           |
| Robert Scheller, Jugend-, Familien- und Sozialreferent der Stadt Würzburg                                                  |           |
| <b>Gesund aufwachsen für alle!</b>                                                                                         | <b>6</b>  |
| Martin Heyn, Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG)                                             |           |
| <b>Partnerschaftsvereinbarung</b>                                                                                          | <b>7</b>  |
| <b>Gesundheit in Stadt und Landkreis Würzburg</b>                                                                          | <b>8</b>  |
| Ausgewählte Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen                                                              |           |
| Magdalena Schlereth, Sandra Burger, Landratsamt Würzburg - Gesundheitsamt                                                  |           |
| <b>Gesund aufwachsen für alle! – Ein bundesweites Kooperationsprojekt</b>                                                  | <b>12</b> |
| Pia Block, Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ bei Gesundheit Berlin-Brandenburg |           |
| <b>Gesundheitliche Chancengleichheit im Kindes- und Jugendalter</b>                                                        | <b>16</b> |
| Prof. Dr. Angela Gosch, Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Hochschule München                                   |           |
| <b>Workshops</b>                                                                                                           |           |
| Gesund aufwachsen: Gesundheitsförderung für 0- bis 3-Jährige und in der Kita                                               | <b>25</b> |
| Gesundheitsförderung in der Schule                                                                                         | <b>28</b> |
| Gesundheitsförderung, Jugendarbeit und Migration                                                                           | <b>30</b> |

## Grußworte

# Gesund aufwachsen für alle!

**Elisabeth Schäfer**, stellvertretende Landrätin im Landkreis Würzburg

Sehr geehrter Herr Scheller, Herr Heyn, Frau Schlereth und Frau Burger,  
sehr geehrte Damen und Herren!

Wir, und damit meine ich alle, die in irgendeiner Form mit Kinder- und Jugendhilfe zu tun haben, wissen, dass Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien einem höheren gesundheitlichen Risiko ausgesetzt sind.

Die Gründe dafür sind vielschichtig. Das beginnt bei nicht kindgerechter, ungesunder Ernährung, setzt sich fort über Bewegungsmangel oder auch mangelnde Gesundheitsfürsorge. Ich bin froh, dass sich die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung schon (vielleicht könnte man auch sagen: erst!) mit der Gründung des Kooperationsverbundes zur Gesundheitlichen Chancengleichheit im Jahre 2003 dieses Themas angenommen hat.

Mit dem Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“, der seit 2011 besteht, haben wir in der Region Würzburg die Chance, alle, die sich bisher schon dieses Themas angenommen haben, zu vernetzen. Und: wenn ich mir die Referentenliste des heutigen Tages ansehe, stelle ich fest, in der Region Würzburg gibt es viele Partner, die wir zusammenbringen können und müssen. Nur gemeinsam können wir die Gesundheitsförderung in unserer Region weiterentwickeln, nicht ohne bisherige gute Erfahrungen und Projekte in diesen Prozess einfließen zu lassen.

Als stellvertretende Landrätin und Kreisrätin, die einen ihrer Arbeitsschwerpunkte in der Jugendhilfe sieht, ist es mir wichtig, einen Grundstein für alle Kinder und Jugendlichen zu legen, auf dem sie ihr weiteres Leben aufbauen können. Es gibt ein altes Sprichwort: Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr! Und ich gehe noch ein Stück weiter: Als Träger der öffentlichen Jugendhilfe ist es unsere Pflicht, dafür Sorge zu tragen, dass alle Kinder unter gleichen Lebensbedingungen aufwachsen können.

Ich freue mich deshalb, dass heute mit dieser Veranstaltung der Startschuss für den Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ mit dem Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“ gegeben wird.

Die Federführung für unsere Region liegt beim Gesundheitsamt Würzburg, zuständig für die Stadt und den Landkreis Würzburg, beheimatet in unserem Landratsamtsgebäude. Unter diesen Rahmenbedingungen muss der Prozess doch gelingen, und das wünsche ich allen Beteiligten.

# Gesund aufwachsen für alle! in Würzburg

## Kommunale Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche

**Robert Scheller**, Jugend-, Familien- und Sozialreferent der Stadt Würzburg

Sehr geehrte Frau Landrätin Schäfer,  
sehr geehrte Frau Grimm und  
sehr geehrter Herr Heyn vom Bayerischen Zentrum  
für Prävention und Gesundheitsförderung,  
sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, Sie heute hier in den Barockhäusern  
zu diesem wichtigen Thema „Gesund aufwachsen für  
alle“ begrüßen zu können.

Gesundheit ist ein, vielleicht das wichtigste Merkmal für ein  
Leben in Zufriedenheit und Freude. Würzburg ist bereits  
seit zehn Jahren Mitglied im Gesunden Städte-Netzwerk  
der Bundesrepublik. Daran sehen Sie, dass wir in Würzburg  
schon lange erkannt haben, dass Gesundheitsförderung  
und Prävention eine wichtige kommunalpolitische Auf-  
gabe in der modernen Stadtgesellschaft ist. Mit dem  
„Aktionskomitee Gesunde Stadt“, das sich aus Vertretern  
der Ärzteschaft, der Krankenkassen, Verantwortlichen aus  
dem Sozial- und Gesundheitsbereich, Kommunalpolitikern  
und natürlich dem Gesundheitsamt zusammensetzt,  
haben wir ein Instrument geschaffen, indem seit Jahren  
sowohl ein reger Austausch über Maßnahmen im  
Gesundheitsbereich stattfindet als auch gemeinsame  
Aktionen generiert werden. Im Juni waren wir Ausrichter  
der diesjährigen Mitgliederversammlung des Gesunde  
Städte-Netzwerkes und des bundesweiten Symposiums  
„Gesundheit möglich machen“.

„Gesundheitliche Chancengerechtigkeit schaffen und ihre  
Nachhaltigkeit insbesondere für sozial Benachteiligte zu  
gewährleisten, ist erste Maxime der ‚Gesunden Städte‘“.  
Dieses Zitat aus der „Würzburger Erklärung“ des Gesunden  
Städte-Netzwerkes zeigt den Willen der Gesunden Städte,  
auch Benachteiligungen im Gesundheitssystem zu erken-  
nen und nach Lösungswegen zu suchen.

In Würzburg gibt es bereits viele gute Beispiele, wie wir  
diesen Gedanken in den letzten Jahren umgesetzt haben:

- Projekte im Rahmen der Sozialen Stadt (zum Beispiel  
der Aktionstag „Gesundheit für alle“ am Heuchelhof  
bereits im Jahr 2007)
- Würzburg bewegt sich – eine Mitmachaktion  
mit über 500 kostenlosen Angeboten aus dem  
Gesundheitsbereich, jährlich im Wechsel mit  
dem Würzburger Gesundheitstag, bei dem  
in der Würzburger Innenstadt weit über 100  
Selbsthilfegruppen und Anbieter ihre Arbeit vorstellen
- Frühe Hilfen: Koordinierende Kinderschutzstelle (Koki)
- Förderungen im Bereich des Sports (zum Beispiel auch  
die Übernahme von Vereinsbeiträgen für Familien mit  
niedrigen Einkommen durch das Sportamt bzw. über  
den Nothilfefonds) schon lange vor dem Bildungs-  
und Teilhabepaket
- das Mimi-Projekt („Mit Migrantinnen für Migrantinnen“),  
es freut mich sehr, dass heute dieses tolle Projekt im  
Workshop 3 vorgestellt wird.

Trotz dieser guten Beispiele bleibt aus meiner Sicht wei-  
terhin einiges zu tun: Hier möchte ich insbesondere auf  
die weitere Vernetzung der verschiedenen Akteure im  
Gesundheitsbereich und auch auf eine ressort- und grenz-  
überschreitenden Zusammenarbeit innerhalb der kommun-  
alen Verwaltungen hinweisen. Zum Wohle gerade der  
Kinder, die in schwierigen sozialen Bedingungen leben,  
sollten alle Beteiligten an einem Strang ziehen. In die-  
sem Sinne wünsche ich uns eine gelingende Tagung und  
den Auftakt für gute Kooperationen und Projektideen im  
Sinne gerade der jungen und jüngsten Bürger.

## Gesund aufwachsen für alle!

**Martin Heyn**, Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG) im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Kinder in belastenden, sozial schwierigen Lebenslagen sind höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt als Kinder in sozioökonomisch besseren Situationen. Diese Unterschiede lassen sich im Weiteren über die gesamte Lebensspanne in unterschiedlicher Ausprägung erkennen und sind u.a. mitverantwortlich für gravierende Unterschiede in Bezug auf die Lebenserwartung. Die Gestaltung von Rahmenbedingungen und die Unterstützung von gesundheitsförderlichen Lebensweisen sind die zentralen Aufgaben einer gelingenden Gesundheitsförderung vor Ort. Was können Kommunen und die darin wirkenden Akteure beitragen, dass auch diese benachteiligten Jungen und Mädchen gesund aufwachsen und somit ihre Gesundheitschancen verbessert werden?

Der bundesweite Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“ ruft zu lokalen Präventionsbündnissen auf. Die Koordinierungsstelle „Gesundheitliche Chancengleichheit“ am Bayerischen Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung unterstützt Städte und Gemeinden in Bayern, die sich aktiv beteiligen wollen. Mit den Partnern vor Ort wird der Partnerprozess initiiert und im Rahmen einer gemeinsam geplanten Auftaktveranstaltung werden die Beteiligten aus Kommune, Landkreis und Regierungsbezirk, die sich mit den Bereichen Gesundheitsförderung sowie Kinder- und Jugendhilfe befassen, in den Prozess eingebunden und vernetzt. Somit können Synergien und vorhandene Strukturen genutzt werden, um das gemeinsame Ziel zu verfolgen, benachteiligten Kindern und Jugendlichen ein gesünderes Aufwachsen zu ermöglichen.

Nach Augsburg, Fürth und Nürnberg beteiligt sich Würzburg als vierte bayerische Kommune am Partnerprozess. In Würzburg gibt es bereits umfangreiche Angebote und Maßnahmen zur kommunalen Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche, die von Akteuren vor Ort wie dem Gesundheitsamt Würzburg und dem Aktivbüro der Stadt Würzburg seit vielen Jahren durchgeführt werden. Die zusätzliche Beteiligung am Gesunde Städte-Netzwerk (seit 1998) sowie am Modellprojekt Gesunder Landkreis des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege wirkt unterstützend für die Teilnahme am Partnerprozess.

Die vorliegende Dokumentation gibt einen Einblick in die vielfältigen Maßnahmen und Initiativen, die bereits umgesetzt werden. Sie dienen als gute Beispiele und zeigen zugleich auf, wo noch weiterer Handlungs- und Unterstützungsbedarf besteht.

Mit dem Beitritt zum Partnerprozess zeigen Stadt und Landkreis Würzburg, dass sie ihre integrierten Strategien für Gesundheitsförderung nachhaltig weiterentwickeln, um Kindern und Jugendlichen ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen.

## PARTNERSCHAFTSVEREINBARUNG

zwischen der Stadt und dem Landkreis

**Würzburg**

und dem

**Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit**

zur Teilnahme am

**kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“**



**Der Kooperationsverbund unterstützt die Stadt und den Landkreis Würzburg über**

-  seine bundesweite Netzwerkstruktur als fachlicher Rahmen,
-  die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit als direkte Ansprechpartnerin in Bayern sowie
-  ein innovatives und bedarfsgerechtes Online-Angebot.

**Die Stadt und der Landkreis Würzburg erklären sich bereit,**

-  integrierte Strategien zur Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen zu entwickeln und auszubauen,
-  aktiv am kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ teilzunehmen sowie
-  am kontinuierlichen Erfahrungsaustausch über die Online-Plattform [www.inforo-online.de](http://www.inforo-online.de) mitzuwirken und andere Kommunen dadurch an fachlichen Erkenntnissen teilhaben zu lassen.

**Wir nehmen gemeinsam am kommunalen Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ teil.**

Köln und Würzburg, den 25. März 2014



Prof. Dr. Elisabeth Pott  
Direktorin der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)



Dr. Johann Löw

Leiter des Gesundheitsamtes Würzburg



# Gesundheit in Stadt und Landkreis Würzburg

## Ausgewählte Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

### Was ist die Gesundheitsberichterstattung (GBE)?

Die Gesundheitsberichterstattung bietet die Möglichkeit, die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung in der Region zu beschreiben und den vordringlichen Handlungsbedarf aufzuzeigen. Wesentliche Themen der GBE sind die Bevölkerung, die Sozialstruktur, gesundheitliche Risikofaktoren, Krankheiten und Gesundheitsstörungen sowie die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, welche im bayerischen Gesundheitsindikatorensatz festgehalten sind.

Im Folgenden sind beispielhaft Indikatoren in Bezug auf Kinder und Jugendliche für Stadt und Landkreis Würzburg sowie Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys, der vom Robert-Koch-Institut von Mai 2003 bis Mai 2006 in 167 Städten und Gemeinden in Deutschland durchgeführt wurde, dargestellt.

## 1. Gesundheit in Stadt und Landkreis Würzburg

### 1.1 Jugendquotient

Die Beziehung zwischen den verschiedenen Altersgruppen ist ein Charakteristikum für den Alterungsprozess einer Bevölkerung. Der Jugendquotient gibt das Verhältnis der Anzahl junger, noch nicht erwerbsfähiger Menschen (0 bis 17 Jahre) zu der Anzahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter (18 bis 64 Jahre) an.

Im Lebenszyklus ändert sich die Anfälligkeit für Krankheiten und Unfälle und somit der medizinische Versorgungsbedarf. Veränderungen im Altersspektrum einer Region ziehen somit Veränderungen des Versorgungsbedarfs nach sich.

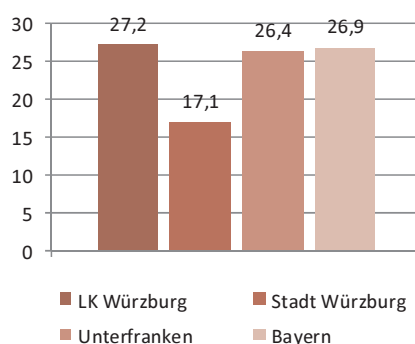


Abb. 1: Jugendquotient, Gesundheitsatlas Bayern, 2010

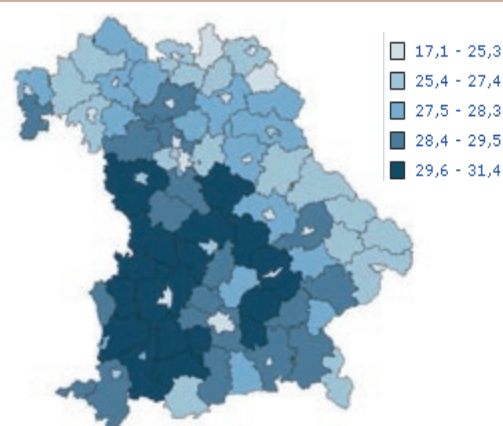


Abb. 2: Jugendquotient im bayerischen Vergleich, Gesundheitsatlas Bayern, 2010

Sowohl der Jugendquotient des Landkreises als auch der Stadt Würzburg nahmen in den vergangenen Jahren leicht ab.

## 1.2 Lebendgeborene

Die Zahl der Lebendgeborenen zeigt, ob das jeweils aktuelle Geburtenverhalten langfristig ausreichen würde, um die Bevölkerung zahlenmäßig auf einem gleichbleibenden Stand zu halten und ist z.B. eine wichtige Planungsgrundlage für Kitas, Schulen oder Kinderärzte. Bevölkerungsveränderungen hängen von der Geburtenhäufigkeit, der Sterblichkeit (Lebenserwartung) und von den Zu- und Abwanderungen (Migration) ab. In Bayern übersteigt die Zahl der Sterbefälle seit Jahren die Zahl der Geburten

## 1.3 Lebenserwartung bei Geburt

Die mittlere Lebenserwartung erlaubt allgemeine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard einer Bevölkerung. Für die Deutung regionaler Unterschiede der Lebenserwartung müssen vielfältige, einflussnehmende Faktoren wie die ökonomische Situation, die medizinische Versorgung, die ethnische Zusammensetzung der Bevölkerung usw. berücksichtigt werden.

Die Lebenserwartung hat sich in Bayern in den letzten 100 Jahren etwa verdoppelt und weist auch in den letzten Jahrzehnten einen kontinuierlichen Zugewinn auf. Die stetig steigende Lebenserwartung ist unter anderem auf die deutlich verringerte Säuglingssterblichkeit und im höheren Alter auf die verbesserte gesundheitliche Vorsorge und Gesundheitsversorgung zurückzuführen.

## 1.4 Impfquote der zweiten Masern-Impfung bei Kindern

Daten zu Impf- und Immunstatus sind eine Voraussetzung, um die gesundheitliche Gefährdung der Bevölkerung durch Infektionskrankheiten beurteilen zu können. Zugleich geben sie Hinweise auf die Umsetzung der Impfempfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur Impfakzeptanz der Bevölkerung und zu bestehenden Impflücken.

Die Schutzimpfungen stellen eine wichtige Säule des Infektionsschutzes dar. Allerdings gibt es in Deutschland

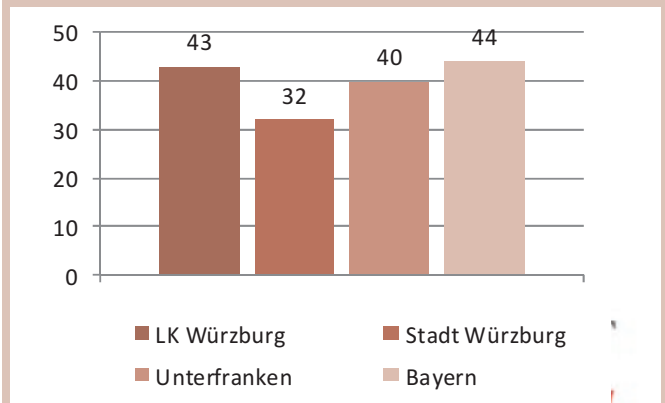


Abb. 3: Lebendgeborene je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren, Gesundheitsatlas Bayern, 2010

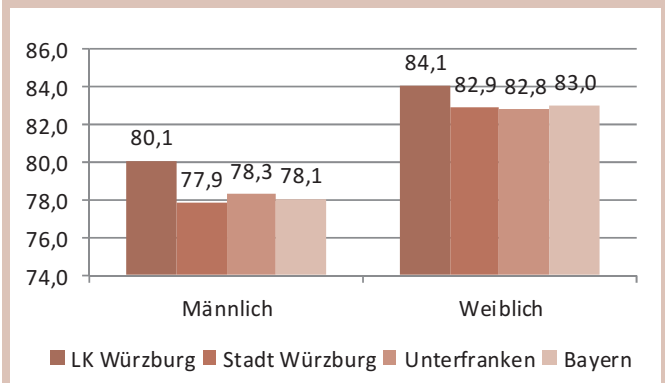


Abb. 4: Lebenserwartung bei Geburt in Jahren, Gesundheitsatlas Bayern, 2008-2010

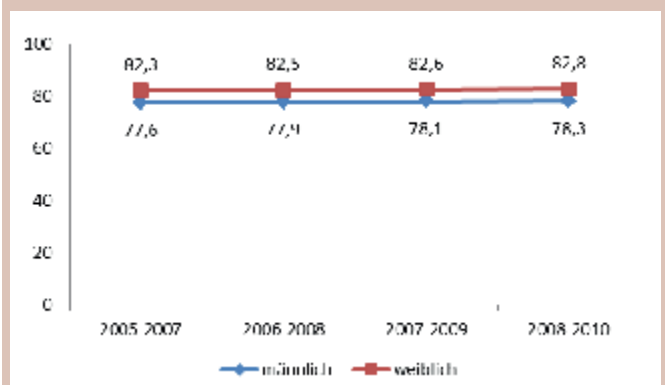


Abb. 5: Entwicklung der Lebenserwartung bei Männern und Frauen im Regierungsbezirk Unterfranken, Gesundheitsatlas Bayern

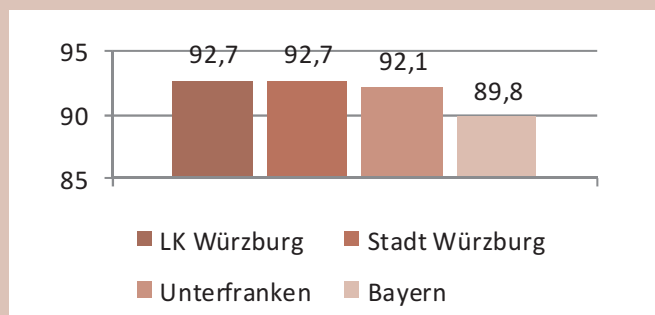


Abb. 6: Impfquote der zweiten Masern-Impfung bei Schulanfängern in Prozent, Gesundheitsatlas Bayern, 2011/12

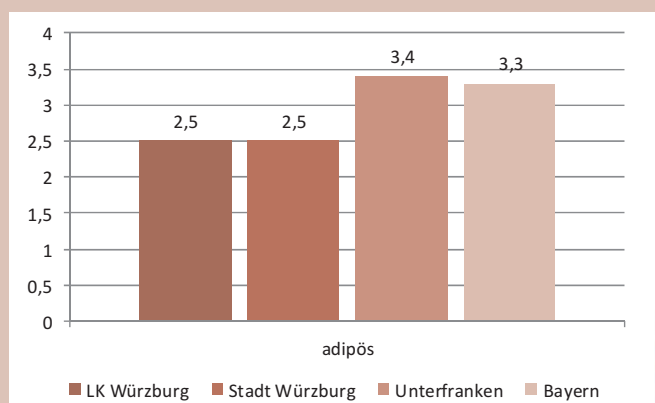


Abb. 7: Prozentualer Anteil der adipösen Kinder an den untersuchten Schulanfänger/innen für das Schuljahr 2008/09, Gesundheitsatlas Bayern

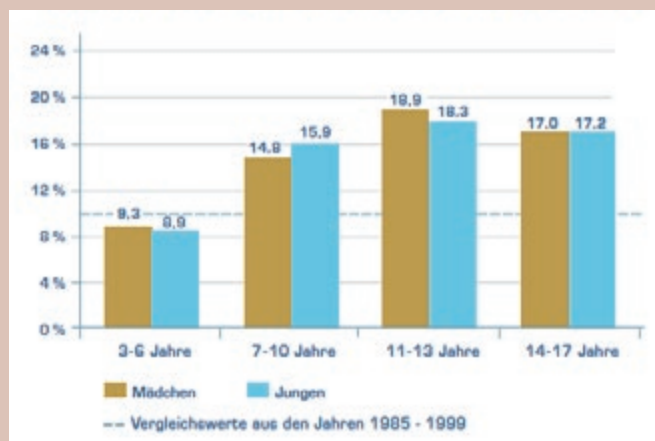


Abb. 8: Verbreitung von Übergewicht nach Altersgruppen und Geschlecht in Deutschland, KiGGS-Studie, RKI 2008

keine Impfpflicht, d.h. Eltern müssen selbst entscheiden, ob sie ihr Kind impfen lassen. Die von der WHO als notwendig erachtete Impfquote zur Ausrottung der Masern liegt bei mindestens 95% für die erste und zweite Masern-Impfung.

## 2. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS)

### 2.1 Übergewicht und Adipositas

„Adipositas (starkes Übergewicht) gehört zu den größten Risikofaktoren für Gesundheit und seelisches Wohlergehen der Menschen im 21. Jahrhundert“ (RKI, 2008). Übergewicht entsteht, wenn dauerhaft mehr Energie aufgenommen als verbraucht wird. Als Instrument für die Bewertung des Gewichts wird der Body Mass Index (BMI) verwendet. Die Bestimmung, ob ein Kind als adipös gilt, wird nach altersabhängigen Grenzen vorgenommen. Als Vergleichsmaßstab empfiehlt die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) die Perzentil-Referenzwerte nach Kronmeyer-Hauschild. Adipositas wird hier definiert als >97. Perzentil.

$$\text{BMI} = \frac{\text{Gewicht in kg}}{(\text{Größe in m})^2}$$

Da die Stadt und der Landkreis Würzburg ein gemeinsames Gesundheitsamt haben, erfolgt keine getrennte Datenerhebung. Die Adipositasraten liegen mit 2,5 % unter dem bayerischen Durchschnitt von 3,3 %, sodass derzeit kein bevölkerungsmedizinischer Handlungsbedarf besteht.

### 2.2 Rauchverhalten

Das Rauchen von Tabakwaren gilt als das Risikoverhalten mit den deutlichsten Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung, da kein anderes Verhalten einen vergleichbar starken Einfluss auf die Gesamtsterblichkeit hat. Obwohl die Raucherquoten bei Kindern und Jugendlichen seit Jahren rückläufig sind, rauchen noch ein Fünftel der 11- bis 17-Jährigen. Insbesondere ist das Rauchverhalten in der Altersgruppe von 14 bis 17 Jahren ausgeprägt.

## 2.3 Bewegungsaktivität

Bewegung und Sport haben für die gesundheitliche Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen eine große Bedeutung. Neben der Förderung der motorischen Leistungsfähigkeit, kann eine hohe Bewegungsaktivität Risikofaktoren vermindern und damit Krankheiten im späteren Leben vorbeugen. Zudem kann die sportliche Aktivität einen positiven Einfluss auf das psychosoziale Wohlbefinden und die Persönlichkeitsentwicklung haben. Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) auf einen Blick:

- Drei Viertel der 3- bis 10-jährigen Kinder sind mindestens einmal pro Woche sportlich aktiv.
- Mehr als ein Drittel sind mindestens dreimal pro Woche sportlich aktiv.
- Die Bewegungsaktivität nimmt während der Kindheit bis ins frühe Teenager-Alter zu und in der Adoleszenz, insbesondere bei Mädchen, wieder ab.
- Kinder mit niedrigem Sozialstatus und mit Migrationshintergrund treiben seltener Sport.
- Dem gewünschten Niveau von täglicher sportlicher Aktivität kommen 28 % der Jungen und 17 % der Mädchen nach.
- Sportliche Inaktivität steht mit einem schlechten allgemeinen Gesundheitszustand und mit Verhaltensauffälligkeiten in Zusammenhang.

Stand: November 2013

### Quellen

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, GBE-Berichtsschablone, 2013  
 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Gesundheitsatlas Bayern, 2013:  
<http://www.lgl.bayern.de/gesundheitsatlas/gesundheitsbericht-erstattung/gesundheitsatlas/>

Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, 2008

Kontakt:

Landratsamt Würzburg – Gesundheitsamt  
 Magdalena Schlereth, Sandra Burger  
 Zeppelinstraße 15, 97074 Würzburg  
 Tel. 0931-8003-0, Fax 0931-8003-600  
 E-Mail: [komgesund@LRA-WUE.BAYERN.DE](mailto:komgesund@LRA-WUE.BAYERN.DE)  
 Internet: [www.gesundheitsamt-wuerzburg.de](http://www.gesundheitsamt-wuerzburg.de)

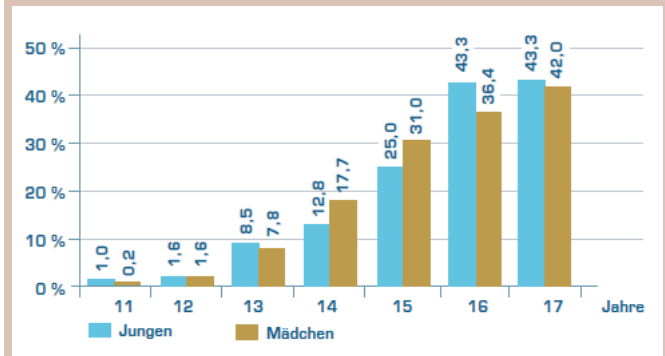


Abb. 9: Prozentualer Anteil der Raucher von 11 bis 17 Jahren in Deutschland (Selbstangabe), KiGGS-Studie, RKI 2008



Abb. 10: Körperlich-sportliche Aktivität von 11- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland (Selbstangabe), KiGGS-Studie, RKI 2008

# Gesund aufwachsen für alle! – Ein bundesweites Kooperationsprojekt

**Pia Block**, Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit bei Gesundheit Berlin-Brandenburg

## Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

**Gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland verbessern und die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten unterstützen** – das sind die Leitziele des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Der Kooperationsverbund wurde 2003 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiiert. Mittlerweile gehören dem Verbund 60 Organisationen an. Zu den Partnern gehören unter anderem die kommunalen Spitzenverbände, alle Verbände der gesetzlichen Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, die Landesvereinigungen für Gesundheit, die Bundesagentur für Arbeit, Ärzteverbände und viele weitere.

Durch den kommunalen Partnerprozess hat der Kooperationsverbund eine Stärkung erfahren und konnte weitere Partner gewinnen, zuletzt beispielsweise den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte.

Die Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes ist bei Gesundheit Berlin-Brandenburg angesiedelt, der Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung in Berlin und Brandenburg.



Abb. 1: Die Partner im Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

## Die Handlungsempfehlungen als Ausgangspunkt für den Partnerprozess

In den vergangenen 10 Jahren hat der Kooperationsverbund insbesondere aus den Beispielen guter Praxis (Good Practice) Kenntnisse und Erfahrungen dazu gesammelt, wie Kinder und Jugendliche in schwieriger sozialer Lage gesünder aufwachsen können. Diese Erfahrungen wurden in sieben Empfehlungen unter dem Titel „Gesundheitschancen sozial benachteiligter Kinder und Jugendlichen nachhaltig verbessern!“ gebündelt:

### 1. Beteiligung

Die Kinder und Familien sollten in allen Phasen der Prävention beteiligt werden. Partizipation ist in der Gesundheitsförderung ein wesentliches Qualitätsmerkmal in allen Lebenswelten.

### 2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Gute und interdisziplinäre Zusammenarbeit ist eine Voraussetzung, um Zugang zu finden und die Angebote entsprechend dem Bedarf sozial benachteiligter (werden-der) Eltern und Familien auszurichten.

### 3. Niedrigschwellige Angebote schaffen

Niedrigschwellige Angebote im Stadtteil, in Kitas und Schulen erleichtern Familien in schwieriger sozialer Lage den Zugang.

### 4. Ressourcenorientierung

Die Good Practice-Angebote zeigen: Sie wirken dann, wenn sie an die Ressourcen der Zielgruppe anknüpfen und den Familien respektvoll und professionell begegnet wird.

### 5. Die Lebenswelten gestalten

Gesundheitsförderung wirkt besonders nachhaltig nach dem Setting-Ansatz, wenn also verhaltens- und verhältnispräventive Angebote kombiniert werden und sich alle relevanten Gruppen an dauerhaften Veränderungen in den Lebenswelten beteiligen.

### 6. Multiplikator/innen einbinden

Um Frauen und Familien mit Migrationshintergrund zu erreichen, haben sich Multiplikator/innen bewährt, die zur jeweiligen (Migranten-)Community gehören und/oder Teil der Stadtteilstrukturen sind.

### 7. Ehrenamtliche qualifizieren und unterstützen

Wenn Ehrenamtliche sich in der Gesundheitsförderung engagieren, gilt: Sie sollten dafür qualifiziert werden, ihre Arbeit sollte koordiniert und anerkannt werden.

## Der kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“

Die Erfahrungen des Kooperationsverbundes rücken die Kommune als wichtiges Setting für erfolgreiche Gesundheitsstrategien in den Vordergrund.

Die Lebenswelt Kommune ist ein wichtiges lebenswelt-nahes Setting der Gesundheitsförderung. Im Mittelpunkt stehen die Familien. In der Kommune gibt es zahlreiche Angebote unterschiedlicher Akteure, um die Familien bei ihrer Aufgabe zu unterstützen, den Kindern ein gutes, gesundes Aufwachsen zu ermöglichen: Öffentliche Einrichtungen / frei-gemeinnützige Anbieter / informelle Netzwerke und auch der wirtschaftliche Sektor.

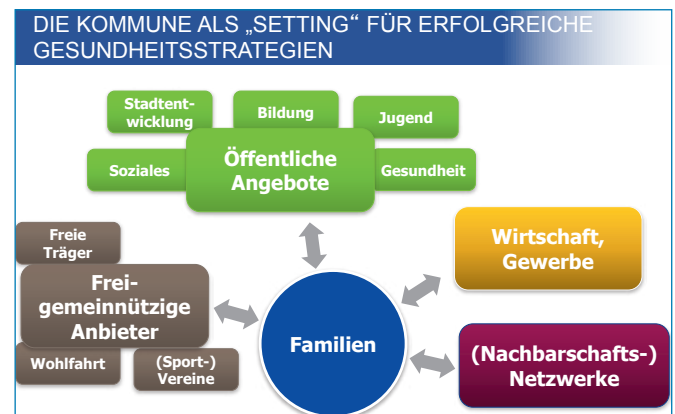


Abb. 2: Die Kommune als Setting der Gesundheitsförderung

Diese Angebote sind in der Regel nicht gut aufeinander abgestimmt, oft wissen die Akteure gar nichts voneinander. Im Interesse der Familien sollten aber die verschiedenen Zugänge und Unterstützungsansätze so weit wie möglich aufeinander abgestimmt sein. Das bündelt die Ressourcen und erhöht die Chancen, dass die Unterstützungsangebote von denen in Anspruch genommen werden, die sie am meisten benötigen. Und zwar möglichst diskriminierungs- und stigmatisierungsfrei.

Der kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ führt Kommunen zusammen, die sich auf den Weg gemacht haben, so genannte Präventionsketten zur

Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aufzubauen. Präventionsketten verfolgen das Ziel, die auf den unterschiedlichen Ebenen für die Beeinflussung von Gesundheitsdeterminanten verantwortlichen Akteure zu einem abgestimmten Vorgehen mit dem Ziel gesunder Lebensbedingungen für alle Menschen zu motivieren.

Der Partnerprozess bietet ein Forum, sich über die Entwicklung und Umsetzung lebenslauforientierter Gesundheitsstrategien bundes- und landesweit auszutauschen und in gemeinschaftliche Entwicklungsprozesse / Lernprozesse einzutreten. Er unterstützt den kollegialen Austausch über ihre vielfältigen Erfahrungen und führt Kommunen zusammen, um voneinander zu lernen und gemeinsam gute Arbeit weiterzuentwickeln. Dieser bundesweite Austausch findet nicht nur persönlich in Form von Veranstaltungen und fachlicher Begleitung statt, sondern wird auch durch ein modernes Internet-Angebot auf [www.inforo-online.de](http://www.inforo-online.de) unterstützt.

Der Partnerprozess wird unterstützt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), den drei kommunalen Spitzenverbänden (Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund sowie Deutscher Landkreistag), dem Gesunde-Städte-Netzwerk, weiteren Partnern im Kooperationsverbund und den Koordinierungsstellen „Gesundheitliche Chancengleichheit“ in den Bundesländern.

Die Koordinierungsstellen in den Bundesländern begleiten die Aktivitäten und die Umsetzung des Partnerprozesses in den Kommunen. Sie ...

... fördern landesweiten und regionalen Austausch (zum Beispiel in Form von Auftaktveranstaltung, Netzwerktreffen)

... moderieren und koordinieren

... bündeln Erkenntnisse, erstellen Handlungsleitfäden

... qualifizieren, unterstützen die Qualitätsentwicklung (zum Beispiel im Rahmen der „Good Practice-Werkstatt“)

... beraten und begleiten Kommunen beim Aufbau und der Weiterentwicklung integrierter kommunaler Strategien

### Neue Positionspapiere für die Unterstützung des kommunalen Partnerprozesses „Gesund aufwachsen für alle!“

#### Würzburger Erklärung des Gesunde Städte-Netzwerkes, Juni 2013

Gesundheit möglich machen – in Würzburg kamen zu diesem Thema im Juni 150 Vertreter/innen des Gesunde Städte-Netzwerkes und zahlreiche Expert/innen aus unterschiedlichen Gesundheitsfeldern und -ebenen zusammen. Zum Abschluss des Fachaustausches formulierten sie die

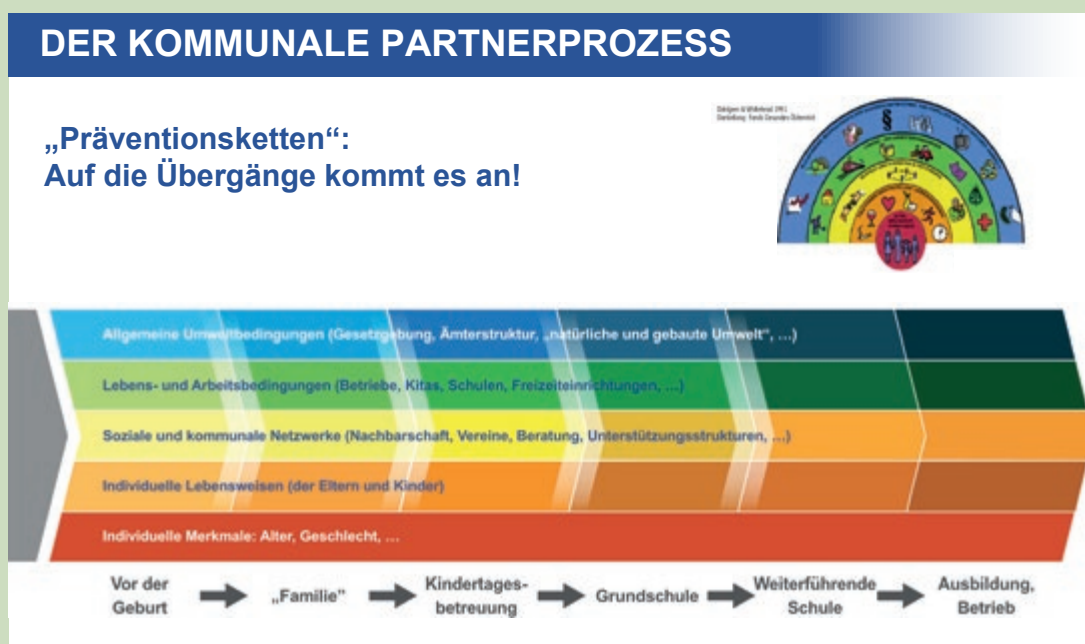


Abb. 3: Präventionsketten: Begleitung und Unterstützung für Kinder und ihre Familien von Geburt an bis zum Übergang von der Schule ins Berufsleben.

Würzburger Erklärung unter dem Titel „Gesundheit möglich machen – Prävention stärken!“.

### Empfehlungen der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune, Mai 2013

Hier wurden sehr deutliche Formulierungen zu einer stärkeren und nachhaltigeren Prävention und Gesundheitsförderung auf der kommunalen Ebene gefunden:

- „In der Kommune können alle Menschen mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention ohne Stigmatisierung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden. Bestehende überregionale Strukturen können zur Vernetzung genutzt und weiterentwickelt werden.“
- „Vor diesem Hintergrund empfehlen die kommunalen Spitzenverbände – Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag und Deutscher Städte- und Gemeindebund – und der GKV-Spitzenverband sowie die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene eine Zusammenarbeit zwischen Städten, Gemeinden, Landkreisen und Krankenkassen sowie ggf. ihren Verbänden zur gemeinsamen gesundheitsfördernden Ausgestaltung von Lebensräumen gemäß dem Setting-Ansatz der Primärprävention und Gesundheitsförderung.“

Pia Block

Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes  
Gesundheitliche Chancengleichheit bei  
Gesundheit Berlin-Brandenburg  
Friedrichstraße 231, 10969 Berlin  
Tel. 030-443190-74; E-Mail: block@gesundheitbb.de  
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de



Abb. 4: inforo online, das Internetportal zur kommunalen Zusammenarbeit

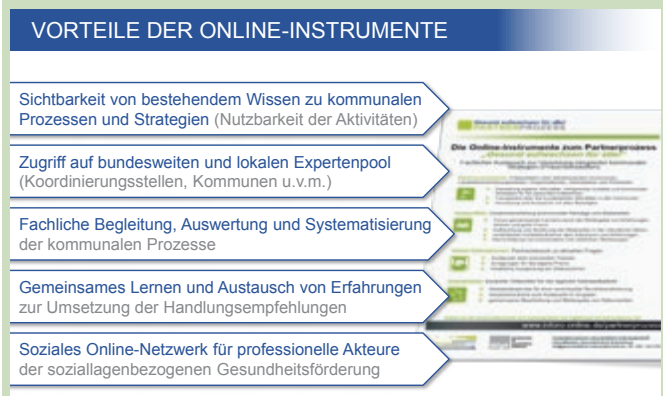


Abb. 5: Vorteile der Online-Instrumente



Abb. 6: Gesund aufwachsen für alle: Materialien zum Partnerprozess

# Gesundheitliche Chancengleichheit im Kindes- und Jugendalter

**Prof. Dr. Angela Gosch,** Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften,  
Hochschule München

## 1. Einleitung

„As a moral imperative, the need to promote the well-being of children is widely accepted“ (Unicef, 2013).

Betrachtet man das kindliche Wohlbefinden von Kindern in den reichsten Ländern, weisen deutsche Kinder einen oberen Platz auf. Im Vergleich von 29 reichen Ländern liegt das allgemeine Wohlbefinden von deutschen Kindern, das über fünf Dimensionen (materielle Situation, Gesundheit und Sicherheit, Bildung, Verhalten und Risiken, Wohnen und Umwelt) erfasst wurde, auf dem sechsten Rang (Unicef, 2013). Für die Dimension Gesundheit und Sicherheit ergibt sich ein mittlerer zwölfter Rangplatz und für das kindliche Gesundheits- und Risikoverhalten ein oberer sechster Rang.

Neben diesen erfreulichen Ergebnissen weisen weitere Studien darauf hin, dass in reichen Ländern die gesundheitliche Chancengleichheit nicht gewährleistet ist und in Deutschland benachteiligte Kinder und Jugendliche gefährdet sind, zunehmend von der sozialen Entwicklung abgekoppelt zu werden (Unicef, 2013).

In diesem Beitrag wird die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland genauer unter Einbeziehung von Determinanten der Gesundheit wie soziale Benachteiligung, Familien- und Migrationsstatus beschrieben. Diese Determinanten wirken sich auf die gesundheitliche Situation der Kinder- und Jugendlichen zunehmend aus und bereiten den Weg zu einer gesundheitlichen Benachteiligung im Erwachsenenalter vor. In einem weiteren Abschnitt werden dann Ziele der Gesundheitsförderung und Maßnahmen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit vorgestellt. Abschließend folgen eine zusammenfassende Diskussion und Empfehlungen für die Zukunft.

## 2. Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Wird die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen seit Ende des 19. Jahrhunderts betrachtet, fallen einerseits Erfolge auf, die mit besseren sozialen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen sowie einer verbesserten gesundheitlichen Versorgung einhergehen und andererseits eine Veränderung des Krankheitsspektrums.

Ende des 19. Jahrhunderts waren die Säuglingssterblichkeit und Infektionskrankheiten die häufigsten Todesursachen im Kindesalter. Aufgrund besserer sozioökonomischer,

wohnbedingter und hygienischer Lebensbedingungen der Familien und einer verbesserten medizinischen Versorgung konnte die Säuglingssterblichkeit, die noch im Jahr 1870 bei fast 250 Kindern auf 1000 Geburten lag, auf 3,3 verstorbene Säuglinge auf 1000 Geburten im ersten Lebensjahr gesenkt werden (Gesundheitsberichterstattung des Bundes GBE, 2013).

Gleichzeitig führten medizinische Fortschritte zur Behandlung von Infektionskrankheiten und Schutzimpfungen neben Verbesserungen der sozioökonomischen Lage dazu, dass heutzutage bei Kindern und Jugendlichen von der gesündesten Altersgruppe der Gesamtbevölkerung gesprochen wird (RKI, 2009).

Ein weiteres Beispiel für den Einfluss verbesserter sozialer und ökonomischer Lebensbedingungen und der fortgeschrittenen medizinischen Versorgung ist die erhöhte Lebenserwartung von Menschen in Deutschland. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt 2008/11 für neugeborene Mädchen bei 82,7 und für neugeborene Jungen bei 77,5 Jahren (Statistisches Bundesamt: Destatis 2012). Seit den letzten Jahrzehnten ist jedoch ein verändertes Krankheitspanorama zu beobachten, welches unter dem Begriff der „neuen Morbidität“ (Palfrey, 1994) zusammengefasst wird. Dabei handelt es sich um eine Verschiebung von den akuten zu chronischen Erkrankungen, von den somatischen zu psychischen Störungen und um eine Zunahme von „neuen Belastungen“ wie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, Übergewicht und Adipositas (Hölling, 2013, RKI, 2009).

Dies trifft insbesondere auf Kinder- und Jugendliche aus schwierigen sozialen Lagen zu; hier wirkt sich der soziale Gradient aus, das heißt je niedriger die sozioökonomische Statuszugehörigkeit, desto größer die Krankheitslast (Marmot, 1978, Siegrist, 2005, RKI, 2009).

Nach dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) wachsen 140 000 Kinder pro Jahrgang bzw. circa 20 % eines Geburtsjahrgangs „mit erheblichen, vor allem psychosozialen Belastungen und gravierenden Defiziten an materiellen und sozialen Ressourcen“ auf.

Laut Siegrist (2005) wird der soziale Gradient von Morbidität und Mortalität bereits in der Schwangerschaft und den ersten Lebensjahren gebahnt und manifestiert sich im Kindes- und Jugendalter.

### 3. Gesundheitliche Lage von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen

Die soziale Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen ist eng verknüpft mit der elterlichen Lebenslage und macht Kinder besonders vulnerabel bei elterlicher Arbeitslosigkeit, geringer formaler Bildung der Eltern, bei allein erziehenden Eltern, Eltern mit Migrationshintergrund, mehreren Kindern in der Familie, psychischen Erkrankungen der Eltern in Verbindung mit materieller Armut (Sondergutachten, 2009).

Diese Faktoren sozialer Benachteiligung stellen Risikofaktoren für die kindliche, gesundheitliche Entwicklung dar. Dies belegt eine Reihe von aktuellen Studien, die eine Aussage zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland unter Einbeziehung der familiären sozialen Lage machen. Die Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Robert Koch-Instituts (KiGGS, 2007, KiGGS Welle 1, 2013), inklusive der Bella-Studie (Ravens-Sieberer et al., 2007), des WHO-Jugendgesundheits surveys (Health Behavior in School-aged Children HBSC, Richter et al., 2008, HBSC, 2011) und die der Gesundheitsberichte der Länder (z.B. Bayerische Einschulungsuntersuchung von 2008/09, Schulz et al., Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), 2013, Berliner Einschulungsuntersuchung 2012 der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Oberwöhrmann & Bettge, 2013) sollen hier zusammenfassend dargestellt werden.

In den Studien wird die soziale Lage oder der familiäre Wohlstand unterschiedlich operationalisiert, sodass hier nicht die Definition der relativen Armut (Nettoäquivalenzeinkommen von weniger als 60 % des Einkommensmedians der Gesellschaft, Destatis, 2006) zugrunde gelegt werden kann.

Zum Beispiel werden in der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS, 2007, 2013) zur Erfassung des familiären sozialen Status Angaben der Eltern zu ihrer schulischen und beruflichen Qualifikation, ihrer beruflichen Stellung und zum Nettoeinkommen erfasst. Von den 17641 teilnehmenden Familien der ersten KiGGS-Studie (2007) lassen sich 27,5 % der niedrigen, 45,4 % der mittleren und 27,1 % der hohen sozialer Statusgruppe zuordnen. Nach Lange und Mitarbeitern (2007) ist niedriger sozialer Status nicht mit Armut oder Unterschicht gleichzusetzen, sondern bezeichnet die relative Position der Familie in dem gesellschaftlichen Ungleichheitsgefüge.

Ausgehend von diesen Studien und ihren unterschiedlichen Definitionen von niedrigem sozialen Status werden im Folgenden ausgewählte Ergebnisse zur physischen Gesundheit, zu Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bzw. psychischen Auffälligkeiten, zu „neuen Belastungen“ wie Übergewicht und Adipositas sowie zu den kindlichen Ressourcen zusammengefasst.

Circa 94 % der Eltern der KiGGS-Studie schätzen die allgemeine Gesundheit ihrer Kinder insgesamt als sehr gut bzw. gut ein (KiGGS Welle 1, 2013). Aus der KiGGS-Studie von den Jahren 2003-2006 geht hervor, dass signifikant mehr Eltern mit einem hohen sozioökonomischen Status die Gesundheit ihrer Kinder positiver einschätzen (95,7 %) als Eltern mit niedrigem sozioökonomischen Status (90,7 %). Noch deutlicher fällt der Unterschied zwischen Familien ohne (94,4 %) und mit Migrationshintergrund (87,4 %) aus (Lange et al., 2007), vgl. Abb. 2

Korrespondierend damit schätzen im Jugendgesundheits-survey der Weltgesundheitsorganisation Jugendliche mit einem niedrigen familiären Wohlstand den eigenen Gesundheitszustand schlechter (20,0 %) ein als Jugendliche mit mittlerem (15,9 %) und hohem Wohlstand (12,3 %) und geben eine höhere wöchentliche subjektive Beschwerdelast von zwei oder mehr psychosomatischen Beschwerden an als Jugendliche aus Familien mit einem höheren Wohlstandsniveau (HBSC, 2011).

Zu den motorischen Entwicklungsstörungen im Kindesalter konnten Bös und Mitarbeiter (2009) in der KiGGS-Studie einen mit dem Alter zunehmenden sozialen Gradienten

bei der „ganzkörperlichen“ Beanspruchung (zum Beispiel seitliches Hin- und Herspringen, Einbeinstand, Standweitsprung, Balancieren rückwärts und anderes) nachweisen. Bei der „feinmotorischen“ Leistungsfähigkeit (zum Beispiel Linien-Nachfahren, Reaktionstest) gilt dies nur für die älteren 14-17-jährigen Jugendlichen.

In der Berliner Einschulungsuntersuchung von 2012 wurden 28.159 durchschnittlich fünf Jahre und acht Monate alte Kinder einbezogen und in Abbildung 1 ist der Zusammenhang zwischen dem familiären sozioökonomischen Status (SÖS) und kindlichen grob- und visuomotorischen Auffälligkeiten dargestellt.

In der Studie zeigen 14,1 % der Kinder aus Familien mit niedrigem sozialen Status, 10,6 % mit mittlerem und 9,1 % mit hohem sozialen Status Auffälligkeiten bei der Körperkoordination und 29,6 % der Kinder aus Familien mit niedrigem sozialen Status, 15,2 % mit mittlerem und 7,8 % mit höherem sozialen Status Auffälligkeiten bezüglich der Visuomotorik (Oberwöhrmann & Bettge, 2013). Im Zeitverlauf der Berliner Einschulungsuntersuchungen von 2005 bis 2012 wird eine Abnahme bei den Auffälligkeiten der Körperkoordination, aber unveränderte Prävalenzen bei den visuomotorischen Auffälligkeiten festgehalten. Bei beiden Einschulungsuntersuchungen (Bayern, Berlin) kann ein positiver Effekt mit der Dauer der Kindertagesstätten-Besuchszeit belegt werden.

Vergleichbares gilt für die sprachlichen Fertigkeiten bzw. sprachlichen Entwicklungsstörungen: in der Berliner Einschulungsuntersuchung haben 18,3 % der Kinder aus Familien mit niedrigem sozialen Status Schwierigkeiten beim Nachsprechen von Wörtern im Vergleich zu 4,4 % aus der höheren sozioökonomischen Statusgruppe. Noch deutlicher werden die Unterschiede bei komplexeren sprachlichen Aufgaben wie dem „Sätze nachsprechen“; hier weisen 28,3 % der Kinder mit einem niedrigeren familiären sozialen Status Schwierigkeiten auf im Vergleich zu 3,9 % der Kinder aus Familien mit höherem sozialen Status. In diese statistischen Analysen wurden keine Kinder nichtdeutscher Herkunft mit schlechteren als guten Deutschkenntnissen einbezogen. Wenn man allerdings die sprachlichen Fertigkeiten aller Vorschulkinder betrachtet, so weisen bei einem kombinierten Indikator für Sprachdefizite 46,5 % der Kinder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu 8,6 % ohne Migrationshintergrund Auffälligkeiten auf (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Oberwöhrmann & Bettge, 2013).

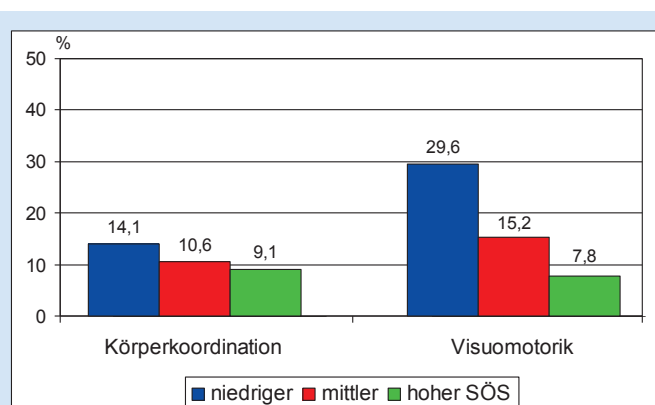


Abb. 1: Prozentangaben zu motorischen Auffälligkeiten bei Vorschulkindern nach dem familiären sozioökonomischen Status (SÖS) in der Berliner Einschulungsuntersuchung (2012) (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Oberwöhrmann & Bettge, 2013)

Während sich bei der Berliner Einschulungsuntersuchung der Anteil der Kinder nichtdeutscher Herkunft mit sehr guten Sprachkenntnissen erhöht hat (von 55,1 % im Jahr 2005 auf 68,3 % 2012) ergeben sich im Zeitverlauf keine bedeutsamen Veränderungen für die einzelnen Sprachauffälligkeiten. Insgesamt weisen die Schuleingangsuntersuchungen in Bayern und Berlin darauf hin, dass Jungen von Sprachauffälligkeiten stärker betroffen sind als Mädchen und dass die Dauer des Kindertagesstätten-Besuchs sich positiv auf die sprachlichen Leistungen der Vorschulkinder auswirkt (LGL, 2013, Oberwöhrmann & Bettge, 2013).

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Erfassung psychischer Auffälligkeiten, auch hier wirkt sich der soziale Gradient bedeutsam aus (Ravens-Sieberer et al. 2007). Insgesamt zeigen 21,9 % der Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Dabei weisen 31,3 % der Kinder- und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozialem Status grenzwertig bzw. wahrscheinlich eine psychische Auffälligkeit auf, während dies für 20,9 % der Kinder mit mittlerem und 16,4 % der Kinder aus Familien mit höherem sozialen Status gilt. Auch die familiäre Lebensform hat einen Einfluss auf Vorhandensein psychischer Auffälligkeiten: Kinder und Jugendliche, die in Eineltern- oder Stieffamilien leben, sind stärker von psychischen Auffälligkeiten betroffen als Kinder aus Kernfamilien. Die Autorinnen und Autoren haben darüber hinaus den Zusammenhang zwischen der Anzahl der Risikofaktoren und der Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten untersucht. Dabei haben sie Risikofaktoren wie Einelternfamilie, psy-

chische Störung der Eltern, Konflikte zwischen den Eltern und der Herkunftsfamilie (u.a.) einbezogen. Die Anzahl der Kinder, die eine psychische Auffälligkeit aufweisen, steigt mit der Anzahl der Risikofaktoren an, sodass in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen, bei denen vier oder fünf Risikofaktoren vorhanden sind, bei circa 45 % bzw. über 50 % eine psychische Auffälligkeit vorliegt (Ravens-Sieberer et al., 2007).

Mittlerweile liegen vielfältige Ergebnisse zu „neuen Belastungen“ wie beispielsweise zur Ernährung (HBSC, 2011, Mensink, Kurt & Kleiser, 2007) und zu Essstörungen (Hölling & Schlack, 2007) sowie zum Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter vor (Hähne & Dümmler, 2008, Kurth & Schaffrath-Rosario, 2007, Ravens-Sieberer & Erhart, 2008), die den Einfluss des Geschlechts, der familiären Lage und des Migrationsstatus belegen. Dies gilt auch für die Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Robert Koch-Instituts, aus der zusätzlich hervorgeht, dass sich im Vergleich zu vorliegenden Referenzdaten das Übergewicht um 50 % erhöht (BMI Perzentile > 90: 15 %) und die Adipositas verdoppelt (BMI Perzentile > 97: 6,3 %) haben.

Neuere Daten aus der Schuleingangsuntersuchung in Bayern, in der 115.090 Kinder im Alter von durchschnittlich fünf Jahren und acht Monaten untersucht wurden, weisen auf einen Einfluss der familiären Herkunft auf das Gewicht hin (LGL, 2013). Diese Angaben sind der Abbildung 2 zu entnehmen und ebenso Daten zur Entwicklung des kindlichen Übergewichts im zeitlichen Verlauf.

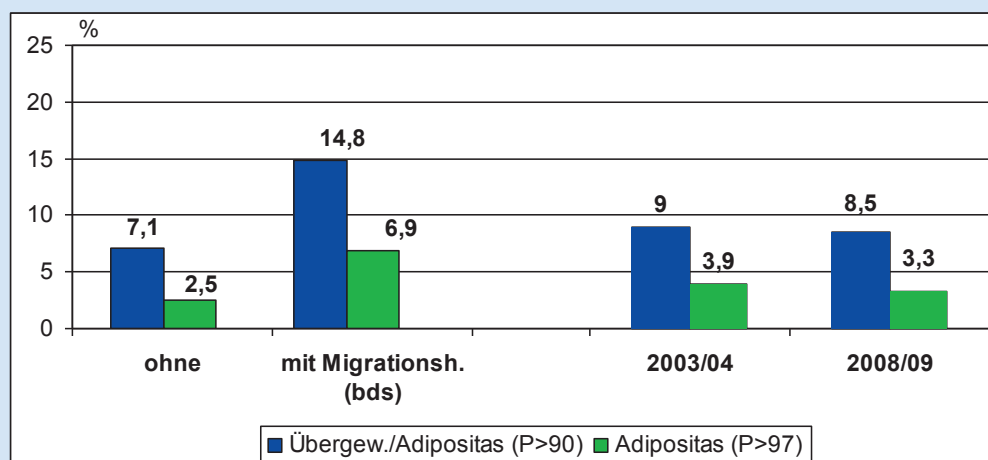


Abb. 2: Übergewicht und Adipositas in der Einschulungsuntersuchung 2008/09 in Bayern unter Einbeziehung der familiären Herkunft und im zeitlichen Verlauf (LGL, 2013)

Vorschulkinder mit beidseitigem Migrationshintergrund sind doppelt so häufig übergewichtig und anteilmäßig noch häufiger adipös als Kinder ohne Migrationshintergrund. Allerdings wird insgesamt eine Abnahme des kindlichen Übergewichts und der Adipositas im Vorschulalter zwischen 2003/05 und 2008/09 gesehen, was auch im Trend durch die Berliner Einschulungsuntersuchung unterstützt wird (Oberwöhrmann & Bettge, 2013).

Diesem positiven Trend im Vorschulalter stehen die höheren und z.T. steigenden Zahlen an Übergewicht und Adipositas im Schul- und Erwachsenenalter entgegen. Zum Beispiel weisen aktuelle Zahlen im Erwachsenenalter zwar auf eine Stagnation von Menschen mit Übergewicht auf hohem Niveau (Frauen: 53 %, Männer: 67,1 %) hin, aber auch auf eine Zunahme der Adipositas (Frauen: 23,9 %, Männer: 23,3 %) (DEGS, Mensink et al., 2012).

Der soziale Gradient, der bisher für ausgewählte Bereiche der Kinder- und Jugendgesundheit berichtet wurde, lässt sich zusätzlich für Schutzfaktoren und Ressourcen der Gesundheit nachweisen. In der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Robert Koch-Instituts wurde zwischen personalen Schutzfaktoren (Merkmale der kindlichen Persönlichkeit wie Selbstwirksamkeitserfahrung und Optimismus, u.a.), sozialen Ressourcen und familiären Schutzfaktoren (z.B. Familienklima und Erziehungsstil) unterschieden (Erhart et al., 2007). Insgesamt werden von 79,8 % der Kinder und Jugendlichen ausreichende personale Schutzfaktoren, von 78,2 % ausreichende

soziale Ressourcen und bei 79,4 % von einem unauffälligen familiären Zusammenhalt berichtet. Allerdings geht ein niedriger sozialer Status der Familie bei den Kindern und Jugendlichen mit Einschränkungen bei den persönlichen, sozialen und familiären Ressourcen einher. Auch bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund werden vermehrt Defizite bei personalen Schutzfaktoren (13,0 % im Vergleich zu 10,9 % bei Nicht-Migranten) und bei sozialen Ressourcen (13,8 % im Vergleich zu 8,7 % bei Nicht-Migranten), aber nicht für den familiären Zusammenhalt festgestellt.

Neben den bereits berichteten Angaben zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen liegt eine Fülle von Daten zu weiteren Gesundheitsindikatoren, Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen und dem familiären Gesundheitsverhalten vor. Bei allen wurde in Studien der Einfluss des familiären sozioökonomischen Status nachgewiesen. In Tabelle 1 werden diese gesundheitlichen Einschränkungen sozial benachteiligter Kinder aufgelistet.

Zusammenfassend kann mit den Worten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen festgehalten werden, dass eine „Monotonie der Befunde zwischen (relativer) Armut und Bildungsdefiziten einerseits und schlechteren Gesundheits- und Entwicklungschancen“ der Kinder und Jugendlichen vorliegt (Sondergutachten 2009, S. 49). Obwohl nach diesen gleichförmigen Ergebnissen der Eindruck entstehen könne, handelt es sich hier nicht um eine homogene

#### **Gesundheitliche Einschränkungen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen**

- Störungen der motorischen Entwicklung und Koordination
- Sprech- bzw. Sprachstörungen, Hör- und Sehstörungen
- Konzentrationsstörungen
- Subjektive Beschwerdelast
- Psychische Auffälligkeiten und Störungen
- Adipositas, Essstörungen, Ernährungsverhalten (z.B. Obst essen, Fehlernährung) und Zahnerkrankungen
- Mediengebrauch
- Körperliche und sportliche Aktivität
- Gewalterfahrungen
- Unfälle
- Bewältigungsverhalten und Ressourcen

Tab. 1: Gesundheitliche Einschränkungen sozial benachteiligter Kinder

#### **Auswirkungen gesundheitlicher Chancenungleichheit (BZgA, 2012)**

- Kinder und Jugendliche mit sozialer Benachteiligung tragen eine größere Krankheitslast,
- haben geringere Chancen, sich erfolgreich zu entwickeln,
- können langfristig weniger gesundheitsförderliche Lebensstile und Schutzfaktoren ausbilden, und
- erwerben mit geringerer Wahrscheinlichkeit Lebenskompetenzen (life skills) sowie gute Bildungsabschlüsse, die ihnen ein langes Leben bei guter Gesundheit ermöglichen

Tab. 2: Auswirkungen gesundheitlicher Chancenungleichheit

Bevölkerungsgruppe. Um einer Stigmatisierung der Kinder und Jugendlichen vorzubeugen, sind die Studienergebnisse für die einzelnen Gesundheitsindikatoren differenziert zu betrachten und weitere Studien sind zu fordern, in denen Gesundheitsindikatoren wie beispielsweise die Herkunft der Kinder nach Regionen genauer untergliedert werden. Zusammenfassend weisen all diese Befunde gesundheitlicher Benachteiligung auf folgende Konsequenzen, die in der Tabelle 2 aufgeführt sind.

Ergänzend zu diesen beschriebenen Konsequenzen können weitere Forschungsergebnisse erklärend herangezogen werden. Erstens weisen Längsschnittstudien zu ausgewählten kindlichen Entwicklungs- und psychischen Störungen auf eine ungünstige Prognose und relativ hohe Persistenz von Symptomen hin (von Suchodoletz, 2004). Zum Beispiel wird bei der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) eine eher ungünstige Prognose und eine relativ hohe Persistenz der Symptomatik berichtet, wobei Letztere zwischen 40 – 80 % bis zur Adoleszenz und bei einem Drittel bis zum Erwachsenenalter liegt (Bundesärztekammer, 2006).

Vergleichbares gilt auch für die umschriebene Sprachentwicklungsstörung, hier wird je nach Studie eine Persistenz der Symptomatik von der Einschulung bis zum Jugendalter zwischen 40-76 % gefunden (von Suchodoletz, 2004). Obwohl diese hohen Persistenzraten nicht für alle Störungsbilder gelten (zum Beispiel nicht für kindliche Ängste) und weitere Längsschnittstudien ausstehen, weisen die Ergebnisse darauf hin, dass es sich bei ausgewählten Auffälligkeiten nicht um zeitlich umgrenzte Phänomene handelt, sondern sie die zukünftige kindliche Entwicklung bedeutsam beeinflussen.

Zweitens gehen die Autoren in ihrem Modell der Risikoketten davon aus (Power & Kuh, 2006, Sondergutachten Gesundheit, 2009), dass es sich in der Regel nicht um isolierte kindliche Problembereiche handelt, sondern dass mit bestimmten Symptomen Risiken weiterer Auffälligkeiten verknüpft sind. Zum Beispiel können mit einer kindlichen umschriebenen Störung der Sprache Schwierigkeiten beim Lese-Rechtschreiberwerb einhergehen, was zu Problemen in weiteren Schulfächern führen, in der Folge die Wahl der künftigen Schulform beim Schulübertritt einengen und sich somit auch langfristig auf das Ausbildungsniveau bzw. für die Berufsauswahl auswirken kann.

Drittens muss beim Aufbau von Gesundheits-/ Risikoverhalten davon ausgegangen werden, dass sich diese

Verhaltensweisen in der Kindheit und im Jugendalter etablieren und auch das Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter noch bestimmen können (Sondergutachten Gesundheit, 2009).

Ausgehend von diesen Befunden und der Relevanz der Ergebnisse für die kindliche Entwicklung und auch für das Erwachsenenalter, wird in den letzten Jahrzehnten die Forderung nach einer gezielten Gesundheitsförderung, die schon früh im Kindesalter und langfristig ansetzt, erhoben.

#### 4. Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit

Eine der grundlegenden Aufgaben eines Landes ist es, die Gesundheit der eigenen Bevölkerung zu fördern. In ihren verschiedenen Chartas definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) diese Aufgabe als sozialen und politischen Prozess: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Gesundheitsförderung ist ein komplexer sozialer und politischer Prozess; sie schließt nicht nur Handlungen und Aktivitäten ein, die auf die Stärkung der Kenntnisse und Fähigkeiten von Individuen gerichtet sind, sondern auch solche, die darauf abzielen, soziale, ökonomische sowie Umweltbedingungen derart zu verändern, dass diese positiv auf individuelle und öffentliche Gesundheit wirken. Gesundheitsförderung ist der Prozess, die Menschen zu befähigen, ihre Kontrolle über die Determinanten von Gesundheit zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Aktive Beteiligung (Partizipation) ist essentiell, um Gesundheitsförderungsaktivitäten zu erhalten.“ (WHO, 1998).

In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als ein zu einem späteren Zeitpunkt erreichbares Lebensziel. Gesundheitsförderung zielt nach der Ottawa Charta (WHO 1986) einerseits auf die Veränderung und Förderung individuellen Verhaltens und andererseits auch auf die gesundheitsfördernde Veränderung der Lebensverhältnisse ab. Es sollen gesündere Lebensweisen unterstützt, aber auch das umfassende Wohlbefinden durch geeignete gesellschaftliche Rahmenbedingungen gefördert werden. Damit liegt die Verantwortung für Gesundheitsförderung nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen.

Es ergeben sich fünf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung auf verschiedenen Ebenen, die in der Abbildung 3 dargestellt sind:

Um die Gesundheitsförderung in Deutschland zu stärken, wurde unter anderem der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ von der Bundeszentrale für Gesundheit im Jahr 2001 gegründet (BZgA, 2007, 2010). In Zusammenarbeit mit 60 Partnerorganisationen wie Spitzenverbänden der Krankenkassen, Wohlfahrtsverbänden, Landesvereinigungen für Gesundheit, dem Deutschen Städtetag, Verbänden der Ärzteschaft (u.a.) werden Projekte zur Förderung der Gesundheitlichen Chancengleichheit gefördert. Arbeitsfelder des Kooperationsverbundes sind die Bereitstellung einer Internet-Plattform zur Information der Öffentlichkeit und die einer Online-Datenbank, in der Praxisprojekte gesammelt werden, um so Transparenz über die Praxis zu verschaffen, die Einrichtung von Regionalen Knoten in den Bundesländern und die Förderung der Qualität durch die Entwicklung von Good Practice Kriterien für Projekte (BZgA 2007, 2010).

In der Weiterentwicklung wurde seit 2011 der kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ in Gang gesetzt, mit dem Ziel Kommunen zusammenzuführen und zu unterstützen, Präventionsketten zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auf der

Grundlage der von dem Kooperationsverbund erarbeiteten Handlungsempfehlungen (Beteiligung/Partizipation, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Empowermentprozesse anregen, ressourcenorientierte Haltung, Setting-Ansatz, Multiplikatorenkonzepte und Umgang mit Vielfalt sowie Ehrenamtsstrukturen, Gold et al., 2011) aufzubauen.

Neben diesen sieben Handlungsempfehlungen sind für die Entwicklung von Good Practice Projekten weitere Kriterien zu fordern: so sollen für eine definierte Zielgruppe klare, innovative Ziele entwickelt und umgesetzt werden, dies auch kontinuierlich bzw. nachhaltig. Zusätzlich wird ein Qualitätsmanagement gewünscht, in dem die Ergebnisse des Projekts evaluiert und Kosten-Nutzen-Kalkulationen vorgenommen werden (BZgA, 2010).

## 5. Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

Studien belegen einen Zuwachs an chronischen, entwicklungs- und verhaltensbedingten Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter (neue Morbidität), wobei hier der Einfluss sozialer Faktoren betont wird. Es ist nicht nur generell ein Zuwachs an diesen Krankheiten und (Entwicklungs-) Auffälligkeiten zu beobachten, sondern vielmehr auch eine ungleiche Verteilung je nach Lebenslage der Kinder und Jugendlichen. Hier wirkt sich der soziale Gradient bereits im Kindes- und Jugendalter aus. Kinder und Jugendliche

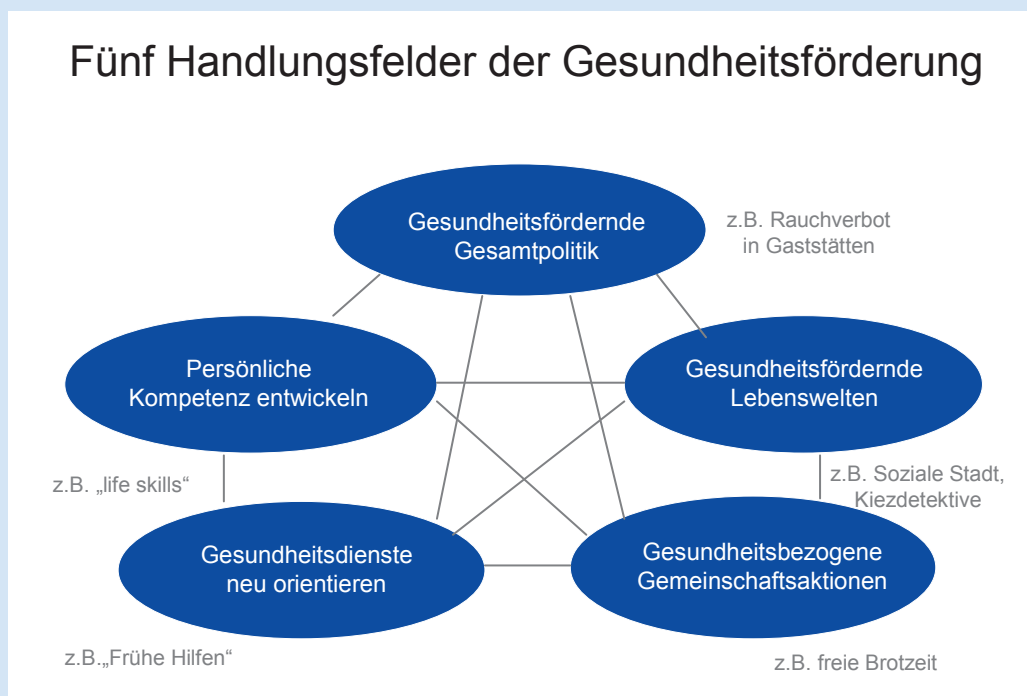


Abb. 3: Fünf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung nach der Ottawa Charta (WHO, 1998)

aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status tragen aber nicht nur eine größere Krankheitslast, sondern eine größere Anzahl von ihnen weist Einschränkungen bei den personalen und familiären Schutzfaktoren sowie den sozialen Ressourcen auf. Damit entsteht eine Situation, in der sozial benachteiligte Kinder ein doppeltes Risiko bezüglich der gesunden Entwicklung tragen; einerseits durch die Lebenslage ihrer Familien und andererseits durch das zusätzliche, häufigere Fehlen von Ressourcen bzw. Schutzfaktoren.

Neuere Studien zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen weisen auf positive Entwicklungen wie beispielsweise beim Nichtrauchen von Jugendlichen (BZgA, 2012) hin, wobei hier die insbesondere politischen Rahmenbedingungen ausschlaggebend waren bzw. sind. Weitere Erfolge bezüglich der gesundheitlichen Lage sind vor allem im Vorschulalter zu sehen. Hier sind die hohen Teilnahmequoten bei den Vorsorgeuntersuchungen oder die verbesserte Zahngesundheit zu nennen. Zusätzlich belegen die beiden Einschulungsuntersuchungen in Bayern und Berlin, dass die Anzahl von Kindern mit Übergewicht und Adipositas stagniert bzw. in den letzten Jahren leicht abgenommen hat. Ferner kann gezeigt werden, dass sich die Dauer des Kindertagesstätten-Besuchs positiv auf die motorischen und sprachlichen Leistungen der Vorschulkinder auswirken. Das bedeutet, dass die Förderung in den Kindertagesstätten mit den jeweiligen Förderangeboten positiv wirken und dass diese Anstrengungen bezüglich der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten weitergeführt und zusätzlich auch auf kommunaler Ebene verankert werden sollten.

Gleichzeitig ergeben sich Forderungen, dass vermehrte Anstrengungen der Gesundheitsförderung im Grundschulbereich und im Jugendalter (z.B. bei den Themen Alkohol, psychische Störungen, u.a.) erfolgen sollten. In diesem Rahmen ist zu betonen, dass es sich um die Kinder aus schwierigen sozialen Lagen nicht um eine homogene Gruppe handelt. Um eine Stigmatisierung zu vermeiden und eine effektive Gesundheitsförderung weiter zu unterstützen, ist eine differenzierte Betrachtung der Bedarfe einzelner Gruppen zu fordern. Gleichzeitig sind weitere Studien, in denen Gesundheitsindikatoren (zum Beispiel die familiäre Herkunft unterteilt nach Regionen) differenzierter untersucht werden, wünschenswert.

Im Weiteren sollten vor dem Hintergrund der gesundheitlichen Benachteiligung von Kindern aus belasteten Lagen auch weiterhin in jedem der von der WHO genann-

ten fünf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung Anstrengungen unternommen werden, um für Kinder und Jugendliche Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen herzustellen und sie darin zu unterstützen, ein hohes Maß an Gesundheit zu erreichen und aufrechtzuerhalten.

Vor allem in der letzten Dekade sind verstärkt Bemühungen erfolgt, sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche in ihrer gesundheitlichen Chancengleichheit zu stärken. Dazu sind viele einzelne Projekte durchgeführt worden und eine Vernetzung ist teilweise erfolgt (zum Beispiel Frühe Hilfen). Mit dem Partnerprozess „Gesundes Aufwachsen für alle“ wird dieser Prozess, die Projekte auf kommunaler Ebene zu bündeln und eine Präventionskette für verschiedene Themen über die Lebensspanne zu bilden, vorangetrieben. Damit sollen Synergien hergestellt und „Verpuffungseffekte“ bereits erzielter Effekte an den Übergängen bzw. bei Transitionen gemindert werden.

## Literatur

- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL, Schulz et al.) (2013). Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2008/2009. Erlangen: LGL. [www.lgl.bayern.de, letzter Zugriff: 4.12.2013]
- Bös, K., Worth, A., Opper, E., Oberger, J. & Woll, A. (2009). Motorik Modul Eine Studie zur körperlichen Leistungsfähigkeit und körperlich-motorischen Aktivitäten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Baden-Baden: Nomos Verlag. [www.bmfsfj.de, letzter Zugriff: 5.12.2013].
- Bundesärztekammer (2006). Langfassung: Stellungnahme zur ‚Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS)‘ [www.bundesaerztekammer.de; Zugriff: 5.12.2013].
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Lehmann et al. (2007, 2010). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Köln: BZgA.
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Köln: BZgA [www.bzga.de, letzter Zugriff: 5.12.2013].
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gold & Lehmann et al. (2012). Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kinder, Jugendlichen und ihren Familie. Gesundheitsförderung konkret, Bd 17. Köln: BZgA.
- Destatis, Statistisches Bundesamt (2011). Lebenserwartung in Deutschland. [www.destatis.de, letzter Zugriff: 4.12.2013].
- Destatis, Statistisches Bundesamt (2006). Erstmals EU-weit vergleichbare Daten zu Armut. Pressemitteilung Nr. 505 vom 5. Dezember 2006. [www.destatis.de; Zugriff: 3.12.2013].
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberger, U. & Schlack, R. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey: Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung

von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz, 50, 800-809.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE, 2013). Säuglingssterbefälle, Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene. [<http://www.gbe-bund.de>, letzter Zugriff: 5.12.2013].

Gold, C., Koesling, S., Lehmann, F., Niederbühl, K., Plogstieß, U. & Stender, K.P. (2011). Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern! [[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de), letzter Zugriff: 5.12.2013].

Hähne, C. & Dümmler, K. (2008). Einflüsse von Geschlecht und sozialer Ungleichheit auf die Wahrnehmung und den Umgang mit dem eigenen Körper im Jugendalter (S. 93-115). In Richter, M., Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.). Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelt. Weinheim und München: Juventa Verlag.

HBSC-Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

HBSC-Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Subjektive Beschwerdelast von Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

HBSC-Team Deutschland (2011). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Sportliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

Hölling, H. (2013). Einführung / KiGGS. In Robert Koch Institut (Hrsg.). Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – 2013. [[www.kiggs-studie.de](http://www.kiggs-studie.de), letzter Zugriff: 5.12.2013].

Hölling H. & Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz, 50, 794-799.

KiGGS Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts (2007, 2013) [[www.kiggs.de](http://www.kiggs.de), Zugriff: 5.12.2013].

Kurth, B.M. & Schaffrath Rosario, A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz, 50, 734-743.

Lange, M., Kamtsiuris, P., Lange, C., Schaffrath-Rosario, A., Stolzenberg, H. & Lampert, T. (2007). Messung soziodemographischer Merkmale im Kindes- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz, 50, 578-589

Marmot, M., Adelstein, A.M., Robinson, N. & Rose, G.A. (1978). Changing social-class distribution of heart disease. British Medical Journal, 21, 1109-1112

Mensink, G.B.M., Kurth, B.M. & Kleiser, C. (2007). Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund- Endbericht- KiGGS-Migrantenbewertung. [[www.rki.de](http://www.rki.de), letzter Zugriff: 5.12.2013]

Mensink, G., Schienkiewitz, A. & Scheidt-Nave, C. (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland: Werden wir immer dicker? Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). [[www.rki.de](http://www.rki.de), letzter Zugriff: 5.12.2013].

Oberwöhrmann, S. & Bettge, S. (2013). Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2012. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Referat I A. [<http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>, letzter Zugriff: 5.12.2013].

Palfrey, J.S. (1994). Community Child Health. An action plan for today. Westport, CT: Praeger.

Power, C. & Kuh, D. (2006). Life course development of unequal health (27-53). In Siegrist, J. & Marmot, M (Hrsg.). Social inequalities in health: New evidence and policy implications. Oxford.

Ravens-Sieberer, U. & Erhart, M. (2008). Die Beziehung zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter (S. 38-62). In Richter, M., Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.). Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelt. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz, 50, 871-878.

Robert Koch-Institut (2009). Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. ([www.rki.de](http://www.rki.de), letzter Zugriff: 5.12.2013).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de); letzter Zugriff: 3.12.2013).

Siegrist, J. (2005). Ergebnisse des Forschungsprogramms „Soziale Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit in Europa“. Vortrag auf dem 108. Deutschen Ärztetag in Berlin. [[www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.20.1827.1834.1848](http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.20.1827.1834.1848), Zugriff: 3.12.2013].

Techniker Krankenkasse (2013). Bleib locker, Deutschland! – TK-Studie zur Stresslage der Nation. [[www.tk.de](http://www.tk.de), letzter Zugriff: 5.12.2013].

UNICEF Office of Research (2013). 'Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview', Innocenti Report Card 11, UNICEF Office of Research, Florence.

UNICEF Deutschland (2013). Unicef-Bericht zur Lage von Kindern in Deutschland 2013. [<http://www.unicef.de>, letzter Zugriff: 5.12.2013].

Von Suchodoletz, W. (2004). Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen? Göttingen: Hogrefe.

WHO (1986) Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. [[www.euro.who.int/de](http://www.euro.who.int/de), letzter Zugriff: 5.12.2013]

WHO (1998). Der Weltgesundheitsbericht 1998. Leben im 21. Jahrhundert: eine Vision für alle. Genf: WHO.

Prof. Dr. Angela Gosch  
Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften  
Hochschule München  
Am Stadtpark 20, 81243 München  
E-Mail: [gosch@hm.edu](mailto:gosch@hm.edu)

# Gesund aufwachsen: Gesundheitsförderung für 0- bis 3-Jährige und in der Kita

**Leitung: Prof. Dr. med. Helge Hebestreit**, Kinderklinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Würzburg,

**Melanie Kuhn**, Amt für Jugend und Familie im Landkreis Würzburg, und

**Tanja Ross**, KoKi – Netzwerk frühe Kindheit der Stadt Würzburg

**Moderation: Iris Grimm**, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit, Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung im LGL

Zunächst stellte Prof. Dr. Helge Hebestreit von der Uni-Kinderklinik in Würzburg zwei Praxisbeispiele vor:

- Das **PAKT-Projekt** zur Verhaltensprävention wird derzeit in Würzburg in 41 Kindergärten durchgeführt. Inhalt ist eine 30-minütige tägliche Bewegungseinheit sowie Hausaufgaben und Elterninformationen (Weitere Informationen unter [www.pakt-projekt.de](http://www.pakt-projekt.de))
- Das **Playmobil Aktivschiff** ist ein Projekt im Rahmen der Verhältnisprävention. Da es durch die Universität Würzburg evaluiert wird, konnte es an zwei Standorten in Würzburg aufgestellt werden. Das Bewegungsverhalten der Kinder hat sich dadurch verbessert.

Weiterhin folgte ein Vortrag des Koki Projektes Würzburg Stadt und Land. Koki ist sehr gut als Netzwerk geeignet und dient als Anlaufstelle und Unterstützung – insbesondere auch zum Thema Gesundheitsförderung – für Eltern.

## KoKi – Netzwerk Frühe Kindheit in Stadt und Landkreis Würzburg mit Aufgabenschwerpunkten in den Bereichen

### Netzwerkarbeit

- Kontaktaufbau und -pflege zu Einrichtungen Früher Hilfen
- Fortbildungsangebote für Netzwerkpartner
- Geschäftsführende Stelle des KOK Kinderschutz (Landkreis Würzburg)
- Geschäftsführende Stelle des Arbeitskreises „Runder Tisch Frühe Kindheit“ (Stadt Würzburg)

### Öffentlichkeitsarbeit

- Vorträge an Schulen
- Materialien
- Zeitungsartikel
- Veranstaltungen

## Workshop 1

### Projekte im Landkreis

- Familienpaten (in Bezug zu Einzelfallarbeit)
- Einsatz von Familienhebammen (in Bezug zu Einzelfallarbeit)
- „Der Lesekoffer kommt!“
- Entwicklung neuer Projekte

### Projekte in der Stadt

- Hebammensprechstunden an den Familienstützpunkten
- Einsatz von Familienhebammen (in Bezug zu Einzelfallarbeit)
- Einsatz von Betreuungshilfe (in Bezug zu Einzelfallarbeit)
- Infvormittage an der Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber

### Einzelfallarbeit/ Navigation/ Übergangmanagement

Begleitung und Beratung von Familien mit kleinen Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren

### Arbeitsweise

familienbezogener, ressourcenorientierter Ansatz, bietet den Familien direkte und qualifizierte Unterstützung. Abklärung vorhandener Kompetenzen (Ressourcen) in den Familien, Vermittlung an Ansprechpartner, Übergangsmanagement.

Aufbau und Pflege eines interdisziplinären, regionalen Netzwerkes „Frühe Hilfen“. Die Familien wenden sich direkt oder Netzwerkpartner wenden sich mit Einverständnis der Eltern an die KoKi, um ggf. weiterführende Hilfen anbieten zu können. Eine anonyme Beratung ist möglich.

Oberstes Ziel ist es, alle Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten vor Ort zur bestmöglichen Unterstützung der Kinder und ihrer Familien zu bündeln. Hierfür ist es erforderlich, gemeinsame Standards unter den Netzwerkpartnern zu vereinbaren.

Im Anschluss an diese Vorstellung wurden gemeinsam die nachfolgenden Fragen diskutiert:

1. Was sind die besonderen **Herausforderungen des Settings**?
2. Wie wird Gesundheitsförderung in diesem Setting bereits **umgesetzt**? Wie kann Gesundheitsförderung in diesem Setting noch **weiterentwickelt** werden? Was oder wer kann dabei **unterstützen**?
3. Wie wird das Thema „**Gesundheitliche Chancengleichheit**“ bei Angeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung berücksichtigt? Was ist notwendig, um das Thema weiter zu **stärken**? Was oder wer kann dabei **unterstützen**?
4. Vision: Wie könnte eine **Maßnahme zur Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung der Gesundheitlichen Chancengleichheit** im Setting **konkret** aussehen? (Modell guter Praxis)

Das Ergebnis des Workshops zeigt, dass Vernetzung ein zentrales Element des Settings für 0- bis 3-Jährige und in der Kita darstellt. Die Eltern sollten darin als Partner beteiligt werden, gewisse Standards und strukturelle Voraussetzungen dienen als Unterstützung.

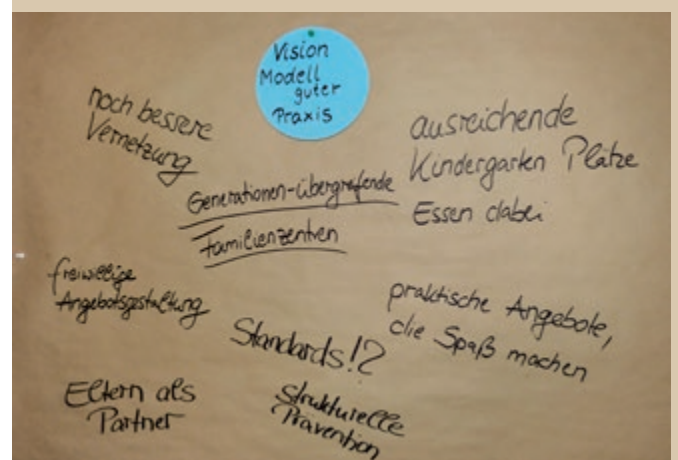
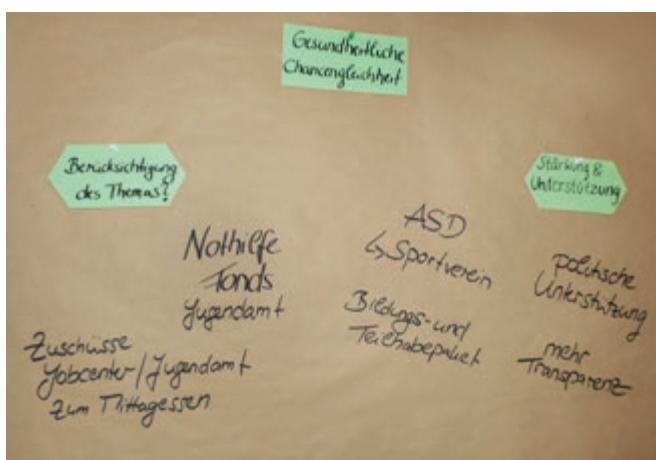
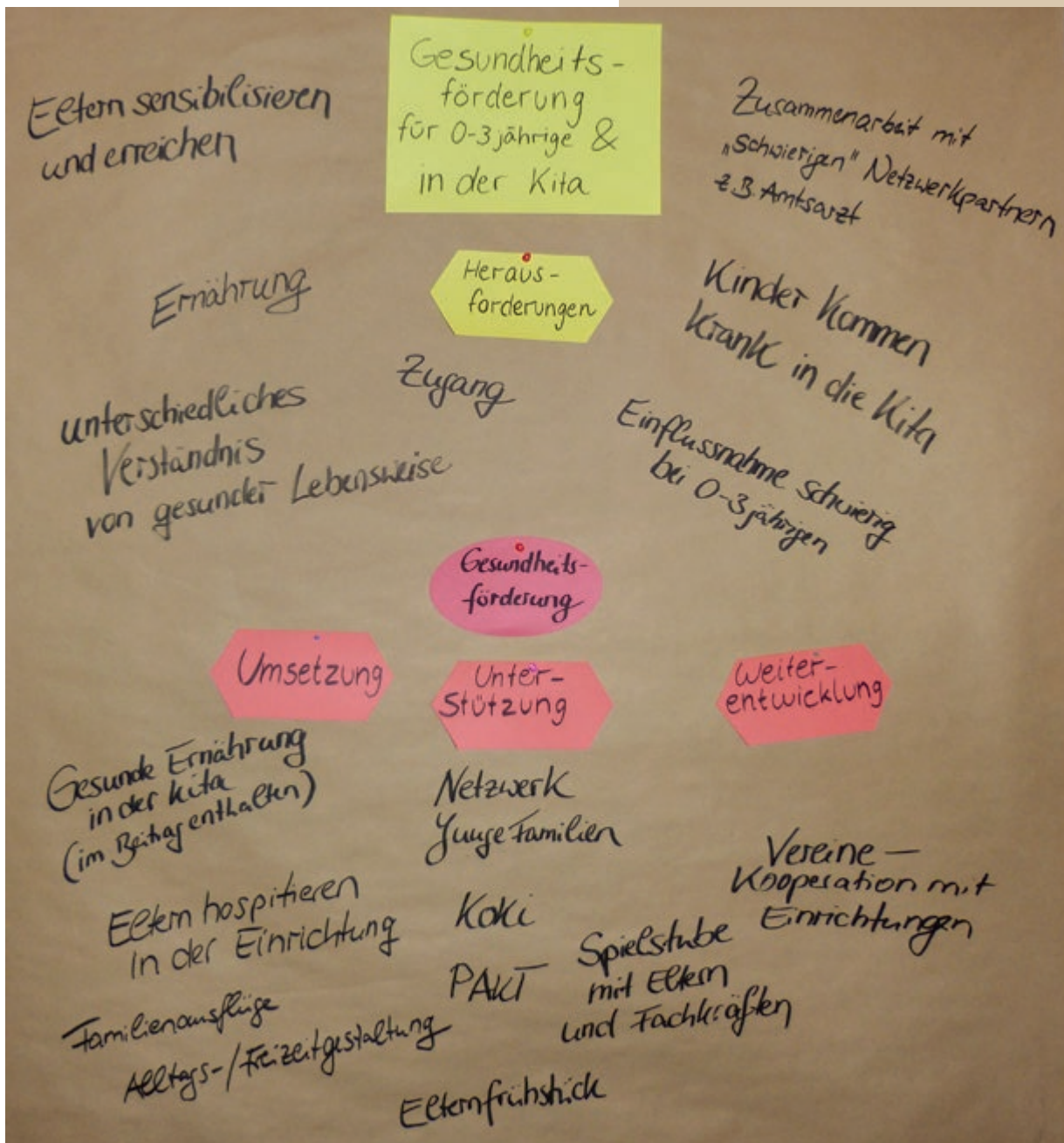


Abb. 1 bis 3: „Gesundheitsförderung für 0- bis 3-Jährige und in der Kita“: Herausforderungen, Umsetzung, Unterstützung und die Vision als Modell guter Praxis - Die Ergebnisse aus dem Workshop

## Workshop 2

# Gesundheitsförderung in der Schule

**Leitung:** Sibylle Gernert, Grundschule Ochsenfurt

**Moderation:** Sandra Burger, Gesundheitsamt Würzburg

Zu Beginn stellte Frau Sibylle Gernert, Schulleiterin der Grundschule Ochsenfurt, die Arbeit ihrer guten, gesunden Schule vor. Begonnen hatte die Idee mit der Bewerbung für das Landesprogramm „gute gesunde Schule“ vor rund sechs Jahren. Auch am Programm Klasse2000 nimmt die Grundschule seit Jahren teil und ist seit 2013 „Klasse 2000-Schule“. Die Bausteine der Ochsenfurter guten gesunden Schule sind Ernährung (zum Beispiel gesundes Frühstück), Bewegung (zum Beispiel „Sport nach 1“ durch einen „FSJler im Sport“) und soziale Kompetenz.

Sibylle Gernert machte deutlich, dass der Weg zu einer solchen Schule ein langwieriger und anstrengender Prozess ist, dass das Ergebnis aber für alle Mühe entlohnt. Ihrer Meinung nach sei es wichtig, die Rahmenbedingungen für eine gesunde Entwicklung der Kinder im Setting Schule zu legen, das heißt das Angebot zu schaffen. Ob und in welchem Umfang die Kinder das annehmen, muss jedem offen gehalten werden.

Angelehnt an dieses Beispiel, durfte die eine Hälfte der Workshop-Teilnehmer im Anschluss eine perfekte gesundheitsfördernde Schule entwerfen, während die andere Hälfte sich mit den Stolpersteinen und Hindernissen beschäftigte, die einer gesundheitsfördernden Schule im Weg stehen.

Hierbei trugen sie unter anderem zusammen, dass die wichtigste Voraussetzung für eine ideale gesunde Schule ist, sich ein konkretes Ziel zu setzen und dieses systematisch und in kleinen Schritten umzusetzen. Auch erkannten sie, dass bestimmte Rahmenbedingungen in der Schule gegeben sein müssen, wie zum Beispiel bauliche und hygienische Voraussetzungen, ein gesunder und nicht den (teils ungesunden) Wünschen

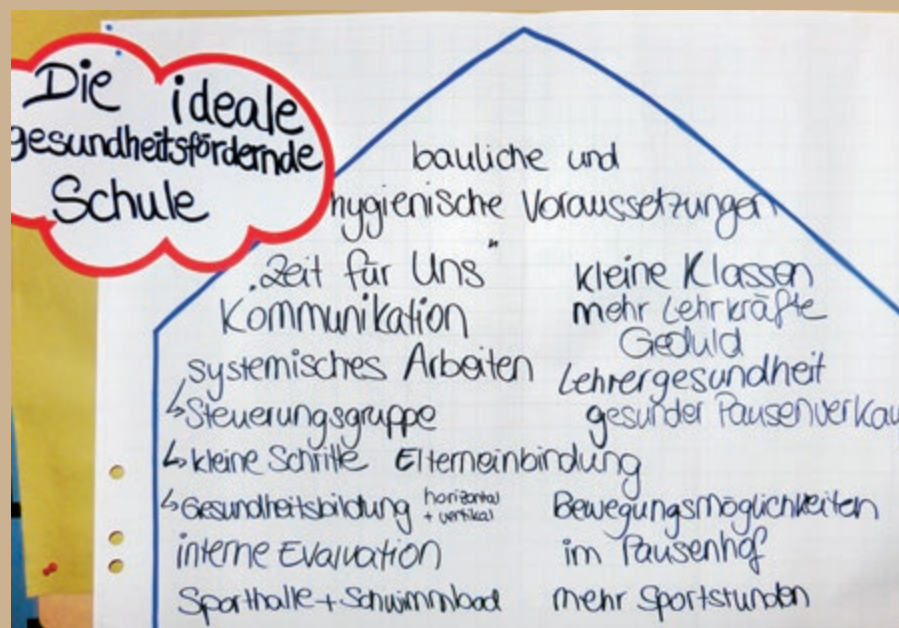


Abb. 1: Aspekte einer idealen gesundheitsfördernden Schule – Thema in Workshop 2

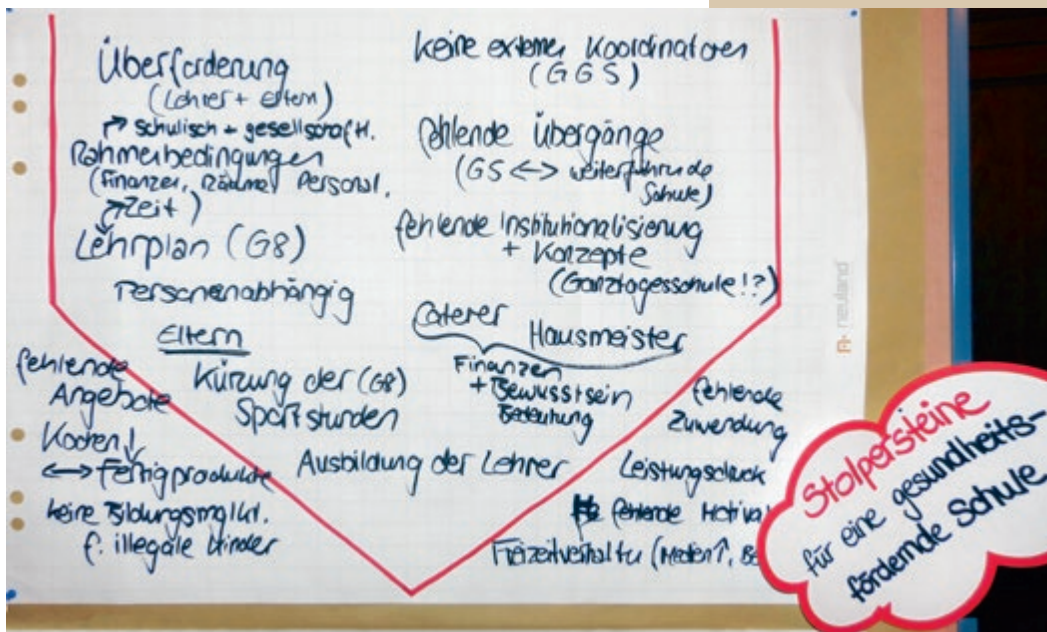


Abb. 2: Stolpersteine für eine gesundheitsfördernde Schule – Thema in Workshop 2

der Schüler entsprechenden Pausenverkauf, ausreichend Bewegungsmöglichkeiten im Pausenhof sowie im Sport- und Schwimmunterricht.

Als Hindernisse sahen die Teilnehmer vor allem die Finanzierung, den Personal- und Rummangel, die Überforderung sowohl der Lehrer als auch der Eltern, die fehlenden Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung (beispielsweise Kochkurse), aber auch das veränderte Freizeitverhalten hin zu hohem Medienkonsum und geringerer Bewegungsaktivität. Als ein bedeutender Stolperstein galt die fehlende Institutionalisierung und fehlende Konzepte von Gesundheitsförderung im Setting Schule.

Beim Entwickeln einer konkreten Maßnahme (unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Chancengleichheit) kamen alle Teilnehmer erneut darauf zu sprechen, dass der Grundstein zur erfolgreichen Verwirklichung einer Vision die strukturierte Planung ist und dass diese auch unbedingt schriftlich festgehalten werden sollte. So müsse zum Beispiel bei der Umsetzung eines Schulgartens zum einen die Verbindung zum Lehrplan hergestellt werden, zum anderen aber auch genaue Regeln festgehalten werden, welche Jahrgangsstufe für welche Aufgabenbereiche zuständig ist. Auch die Ausrichtung an vorher festgelegten, bedarfsgerechten Zielen ist ein Erfolgsfaktor für die Umsetzung der Vision.

In der abschließenden Feedbackrunde gab der Großteil der Teilnehmer an, dass sie konkrete Handlungsanweisungen und Ideen mitgenommen hätten und nun bereit und motiviert wären, diese in die Praxis umzusetzen.

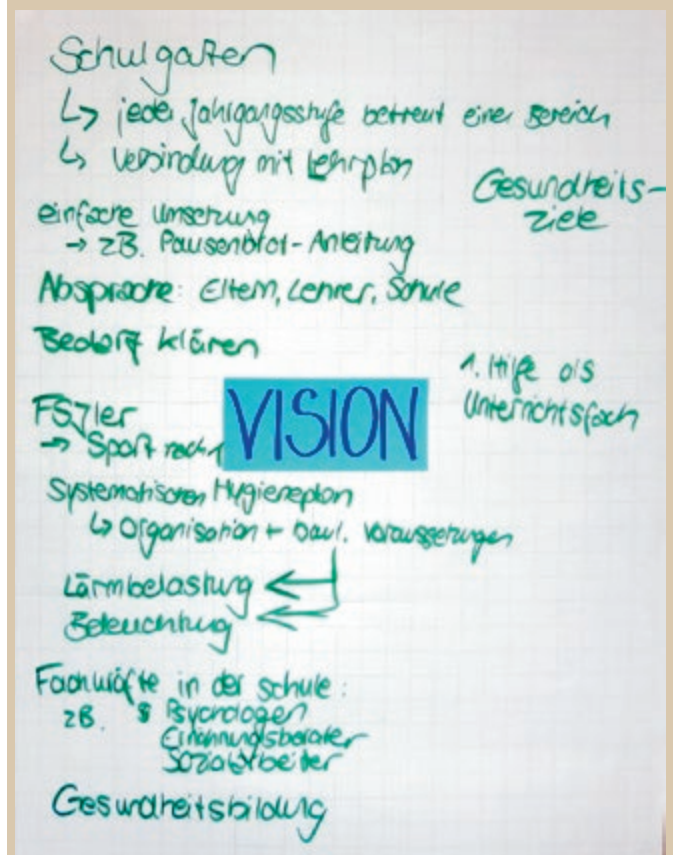


Abb. 3: Vision für eine gesundheitsfördernde Schule

## Workshop 3

# Gesundheitsförderung, Jugendarbeit und Migration

**Leitung:** Britta Lenk-Neumann, MiMi Bayern, und

**Maria C. Warmuth, Katharina Merker,** Jugend- und Integrationsarbeit Heuchelhof

**Moderation:** Ursula Wichtermann, Aktivbüro der Stadt Würzburg

- Vorstellung verschiedener Jugend- und Integrationsprojekte in Würzburg Stadtteil Heuchelhof (Maria Warmuth)
- Vorstellung des MiMi-Gesundheitsprojektes, insbesondere am Standort Würzburg („Mit Migranten für Migranten“, Projektträger Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.; lokaler Projektpartner ist der Förderverein des Ausländer- und Integrationsbeirats Würzburg)

Diskussion und gemeinsame Suche nach Faktoren, die für den Erfolg von Projekten wichtig sind. Beispielhaft finden sich im MiMi-Gesundheitsprojekt:

- Arbeit unter Einbezug der Zielgruppe (hier Migranten)
- Settingansatz
- Evaluation der Maßnahmen (hier auch wieder Frage, was gewünscht und benötigt wird; wichtig ist auch die Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen und Kosteneffizienz; es fehlen außerdem weitgehend Daten zur gesundheitlichen Lage von Migranten).
- Gesundheit ist ein Schlüssel zur Integration.
- Über Gesundheit lassen sich Menschen gut erreichen und sind dann auch für andere wichtige Themen offen.
- Es sollten Lebensphasen, in denen sich Menschen bzw. Familie in einem Umbruch befinden (z.B. Geburt, Eintritt in Kindergarten bzw. Schule) genutzt werden, um Familien zu erreichen, da hier die Bereitschaft, gesundheitliches Verhalten zu verändern, besonders groß ist.

Insgesamt werden mögliche Verknüpfungspunkte zwischen bereits bestehenden Projekten begrüßt.

Die Diskussion anhand der Erfahrungen aus dem MiMi-Projekt zeigte, dass gesundheitliche Förderung für Menschen mit Migrationshintergrund nur Erfolg hat, wenn sie direkt an und in der Lebenswelt der Menschen ansetzt und angesiedelt ist.



Abb. 1: Gesundheitsförderung, Jugendarbeit und Migration: Brücken bauen! Ergebnis aus Workshop 3

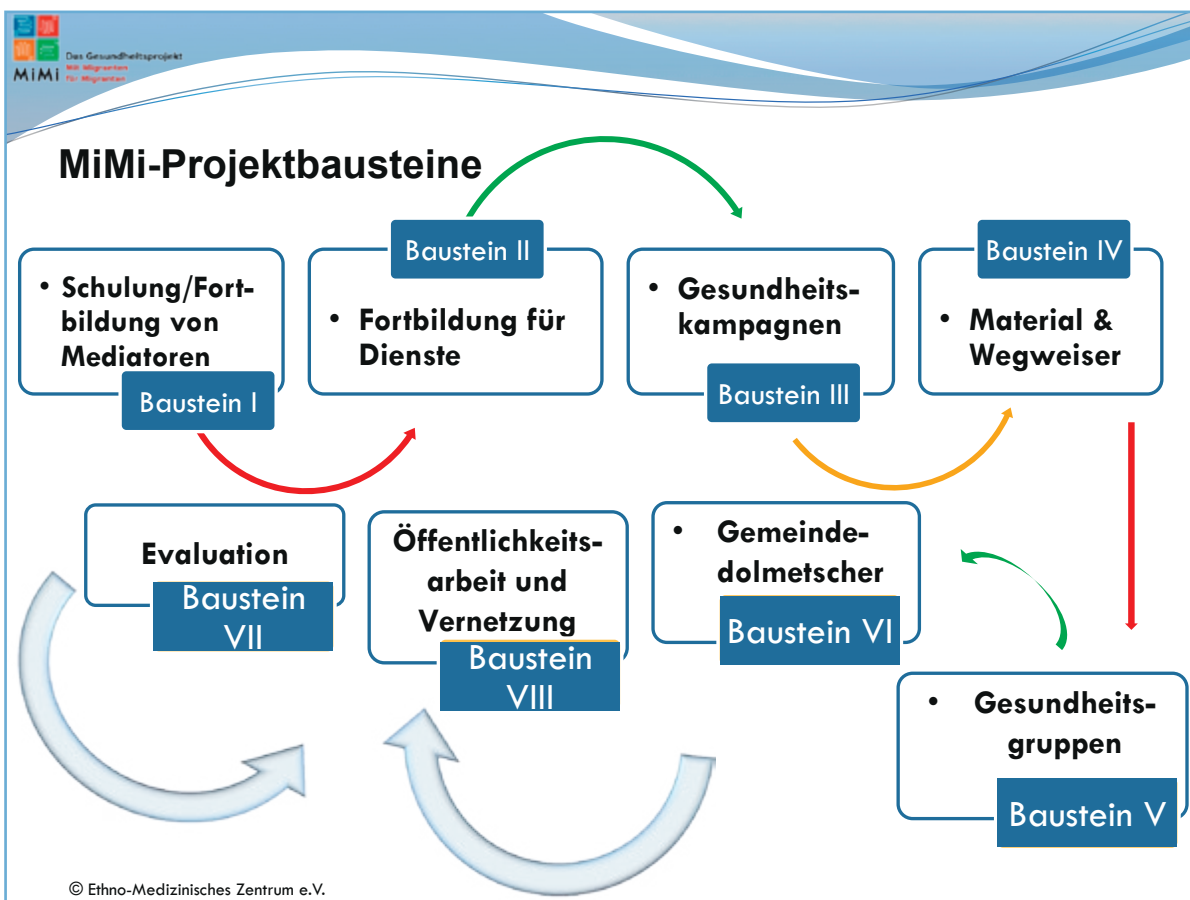


Abb. 2: Elemente des Gesundheitsprojektes MiMi ("Mit Migranten für Migranten"). Jüngste Erweiterungen sind Gemeindolmetscher und Gesundheitsgruppen, die nach und nach in den neun bayerischen Projektstandorten eingerichtet werden.



## Bisher sind im Rahmen des Partnerprozesses „Gesund aufwachsen für alle!“ in Bayern folgende Dokumentationen erschienen:

**Gesund aufwachsen für alle! Kommunale Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche.** Ein Leitfaden des Regionalen Knotens Bayern. Dokumentation einer Fachtagung in Augsburg (LZG, 2012)

**Gesund aufwachsen für alle! in Fürth**  
Tagungsband der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit am ZPG (2014)

### sowie der vorliegende Band

**Gesund aufwachsen für alle! in Würzburg**  
Tagungsband der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit am ZPG (2014)

## Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit am Bayerischen Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG)

Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit ist Teil des Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG) im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Sie fördert Kooperationen und Vernetzung zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen – auf Landesebene und vor Ort, unter anderem durch die Umsetzung und Begleitung des Partnerprozesses „Gesund aufwachsen für alle!“ in Bayern.

### Gesund aufwachsen für alle!

Der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ins Leben gerufene Prozess ruft dazu auf, Aktivitäten zur Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in belastenden Lebenslagen in lokalen Präventionsbündnissen aufeinander abzustimmen. Denn Angebote zur Unterstützung von Mädchen und Jungen, die aufgrund ihrer sozialen Lage besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind, gibt es bereits vielerorts. Nicht selten jedoch laufen Initiativen ohne Abstimmung nebeneinander. Im Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ werden gemeinsame Handlungsstrategien für die kommunale Gesundheitsförderung entwickelt und umgesetzt. Augsburg, Fürth, Würzburg und Nürnberg sind dem Partnerprozess bereits beigetreten, mit zahlreichen Maßnahmen und starken Netzwerken für Kinder und Jugendliche. Weitere Partnerkommunen sind willkommen!

[www.zpg.bayern.de](http://www.zpg.bayern.de):  
Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit  
[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/bayern](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/bayern)

## **Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)**

Telefon: 09131 6808-0  
Telefax: 09131 6808-2102  
E-Mail: [poststelle@lgl.bayern.de](mailto:poststelle@lgl.bayern.de)  
Internet: [www.lgl.bayern.de](http://www.lgl.bayern.de)

**91058 Erlangen**  
Eggenreuther Weg 43

**85764 Oberschleißheim**  
Veterinärstraße 2

**80538 München**  
Pfarrstraße 3

**97082 Würzburg**  
Luitpoldstraße 1

**91126 Schwabach**  
Rathausgasse 4

**90441 Nürnberg**  
Schweinauer Hauptstraße 80

