



# Die Gesundheit der Baselbieter Kinder und Jugendlichen



Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion  
Kanton Basel-Landschaft

## Impressum

### Herausgeberin

---

Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion  
Kanton Basel-Landschaft

### Autorinnen und Autoren

---

Julia Dratva, Carine Weiss, Basel  
Katrin Appenzeller, Basel  
Tuomas Waltimo, Basel  
Irène Renz, Liestal  
Sibylle Meury, Lausanne

### Recherchen

---

Sibylle Meury, Lausanne

### Redaktionelle Bearbeitung

---

Hans Peter Schmid, Nuglar

### Datenauswertung medizinische Statistik

---

Nicole Ammann, Statistisches Amt, Liestal

### Gestaltung

---

Formsache, Sylvia Pfeiffer, Basel

### Fotografie

---

Dominik Labhardt, Basel

### Fotos

---

Sporttag Sekundarschule Muttenz

---

### 1. Auflage

© 2008 Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion  
des Kantons Basel-Landschaft

ISBN: 978-3-85673-677-4 EAN: 9783856736774

Weiterverwendung der Texte unter Quellenangabe  
erwünscht.

### Bestelladresse

---

Gesundheitsförderung Baselland

Postfach 639, 4410 Liestal

Fax: 061 552 69 34

gesundheitsfoerderung@bl.ch

www.gesundheitsfoerderung.bl.ch

**Ausführlichere Fassungen von einzelnen Berichten und  
weitere Informationen stehen auf**

**www.gesundheitsfoerderung.bl.ch zur Verfügung.**

# **Die Gesundheit der Baselbieter Kinder und Jugendlichen**

**Herausgeberin**

**Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion  
Kanton Basel-Landschaft**

## Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	3
	Überblick	4
01	Das Gesundheitsverhalten der Baselbieter Kinder und Jugendlichen	8
	Einleitung	10
	Die wichtigsten Ergebnisse auf einen Blick	11
	Methodik und Datenbasis	12
	Körpergewicht und Ernährung	13
	Sport, Bewegung und Freizeit	18
	Suchtmittelkonsum	21
	Gesundheitszustand	29
	Diskussion von wichtigen Ergebnissen und Schlussfolgerungen	34
02	Das Gewicht der Baselbieter Kinder	38
03	Impfungen bei den Baselbieter Kindern und Jugendlichen	44
04	Die Masernepidemie von 2007 / 2008 – der Impfschutz bei Baselbieter Kindern und Jugendlichen genügt noch nicht	54
05	Die Zähne der Baselbieter Kinder und Jugendlichen	60
06	Baselbieter Kinder im Spital	66
07	Porträts von ausgewählten Beratungsangeboten für Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen im Kanton Basel-Landschaft	76

## Vorwort

Im Kanton Basel-Landschaft leben rund 40 000 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen null und vierzehn Jahren. Das sind ca. 15% der Bevölkerung im Kanton. Jedes Jahr kommen bei uns etwa 2300 Kinder zur Welt. Was wissen wir über ihr Gedeihen und Wohlergehen? Worauf müssen wir womöglich ein besonderes Augenmerk werfen?

Während zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Erwachsenen in der Schweiz seit Jahren umfassendes Zahlenmaterial zur Verfügung steht, haben wir über die Gesundheit von Kindern nur lückenhafte Informationen. So fehlen z.B. Erhebungen zur Gesundheit von kleinen Kindern. Wir haben dennoch versucht, mit den vorhandenen Daten einen Bericht zusammenzustellen, der ein Bild über die Gesundheit von Kindern bei uns im Baselbiet vermittelt. Wir haben die 11- bis 15-jährigen Kinder über ihr Gesundheitsverhalten befragt. Diese Resultate bilden das Kernstück dieses Berichts. Wir haben letztes Jahr eine Stichprobe von Kindern gewogen und gemessen, um das Ausmass des Übergewichts bei Kindern im Kanton zu bestimmen. Erstmals haben wir auch eine umfassende Analyse des Zahlenmaterials der medizinischen Statistik vorgenommen. Das Statistische Amt des Kantons Basel-Landschaft hat diese Daten ausgewertet.

Das in diesem Bericht zusammengestellte Zahlenmaterial zeigt glücklicherweise auf, dass die meisten Kinder und Jugendliche bei uns gesund sind und auch gesund leben. Es gibt aber auch einige Problembereiche wie zum Beispiel das Übergewicht, die psychischen Beschwerden wie Stress, die häufige Müdigkeit und der nicht dramatische aber doch besorgniserregende Suchtmittelkonsum der erst 14- und 15-jährigen Jugendlichen. Und: Je älter die Kinder werden, desto weniger verhalten sie sich gesundheitsgerecht.

Dass wir mit unseren Bemühungen um eine umfassende Gesundheitsförderung und eine intensive Prävention in eine gute Richtung gehen, zeigen die Zahlen zur Durchimpfung und zur Zahnkaries: Die Durchimpfungsrate ist deutlich gestiegen. Dies ist insbesondere der Verdienst der kinderärztlichen Versorgung und der Kontrolle der Impfausweise im Rahmen der Schulgesundheitsdienste. Die Abnahme der Zahnkaries ist eine eigentliche Erfolgsgeschichte. Besonders erfreulich ist die Tatsache, dass Zahnkaries auch bei den stärker davon betroffenen Kindern mit ausländischem Pass auf dem Rückzug ist.

Zahlreiche Beispiele zeigen auf, dass Kinder aus belasteten Familien, z.B. aufgrund von geringem Wohlstand oder aufgrund schwieriger Familienverhältnisse, eine schlechtere Gesundheit und ein weniger gutes Gesundheitsverhalten aufweisen. Um dieser Tatsache entgegenzuwirken, bedarf es der Anstrengungen aller Beteiligten im Kanton.

Peter Zwick, Regierungsrat  
Vorsteher der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion

# ÜBERBLICK

# 01

## Das Gesundheitsverhalten der Baselbieter Kinder und Jugendlichen

Bei dieser Studie handelt es sich um eine schriftliche Befragung von 1033 11- bis 15-jährigen Kindern und Jugendlichen im Kanton zu ihrem Gesundheitsverhalten. Die Fragen stammen aus der Befragung «Health Behaviour in School-aged Children», einer internationalen, alle vier Jahre durchgeführten Untersuchung unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Die Resultate dieser Befragung zeigen, dass die grosse Mehrheit der Baselbieter Jugendlichen gesund lebt. Allerdings lässt sich feststellen, dass das gesundheitsförderliche Verhalten mit dem Alter abnimmt. Übergewicht, Suchtmittelkonsum und psychische Beschwerden gehören zu den Hauptproblemen. Ein Zehntel der befragten Kinder gibt Übergewicht an. Knaben und Kinder mit Migrationsstatus bzw. mit niedrigerem Wohlstandsindex sind davon stärker betroffen als Mädchen. Untergewicht und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper sind bei den Mädchen stärker ausgeprägt. Die Schweizer Richtlinien zu körperlicher Bewegung erfüllen lediglich 37 Prozent der Kinder.

Ein Zehntel der 14- und 15-Jährigen trinkt wöchentlich Alkohol und ebenso viele rauchen Tabak und/oder Cannabis. 29.5 Prozent der 14- und 15-Jährigen waren schon mindestens einmal richtig betrunken. Knaben machen früher mit Suchtmitteln Erfahrungen als Mädchen.

Mädchen geben insgesamt einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand als Knaben an. Der Geschlechterunterschied nimmt mit zunehmendem Alter zu. Müdigkeit ist die am häufigsten genannte Gesundheitsbeschwerde. Einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand zeigen Jugendliche mit einem niedrigen Wohlstandsindex.

→ SEITE 8

# 02

## Das Gewicht der Baselbieter Kinder

In der Schweiz sind rund 20 Prozent aller Kinder und Jugendlichen übergewichtig und 5–8% adipös (stark übergewichtig). Diese Zahlen haben auch für den Kanton Basel-Landschaft Gültigkeit. Eine im Jahr 2007 bei mehr als 1500 Kindern (Kindergarten, 4. Klasse, 7. Klasse) durchgeführte Messung von Körpergrösse und Gewicht ergab, dass auch bei uns jedes fünfte bis sechste Kind übergewichtig oder adipös ist. Bei Schülerinnen und Schülern der siebten Klassen ist das Risiko am grössten. Das Risiko übergewichtig zu sein, ist zudem für Kinder mit ausländischer Nationalität zweimal so gross ist wie für Schweizer Kinder.

Hochgerechnet sind heute im Kanton Basel-Landschaft zwischen 4200 und 6000 Kinder von Übergewicht oder Adipositas betroffen.

In der schriftlichen Befragung der Schulkinder (Kapitel 01) resultierte eine tiefere Zahl. Der Grund hierfür liegt vermutlich in der Tatsache, dass Grösse und Gewicht in einer schriftlichen Befragung ungenau eingeschätzt oder angegeben wurden. Die Messung von Grösse und Gewicht durch eine Fachperson, wie sie hier vorgenommen wurde, liefert zweifelsohne die verlässlicheren Daten.

→ SEITE 38

# 03

## Impfungen bei Baselbieter Kindern und Jugendlichen

Im Kanton Basel-Landschaft sind die Durchimpfungsraten bei Kleinkindern, achtjährigen Kindern und 16-jährigen Jugendlichen hoch oder haben sich sogar verbessert. So sind z.B. 95 Prozent der Kinder gegen Diphtherie, Starrkrampf und Kinderlähmung geimpft. Deutlich gestiegen ist zwischen dem Jahr 2000 und 2005 das Impfniveau für Masern und Mumps bei Kleinkindern, nämlich von 75.6 auf 85.8 Prozent. Ausländische Kinder weisen ein höheres Impfniveau für die Mumps-Masern-Röteln-Impfung auf. Doch das Ziel der WHO einer 95-prozentigen Durchimpfung für die Eliminierung der Masern ist bei uns noch nicht erreicht.

Ebenfalls noch nicht hoch genug, aber erfreulich stark gewachsen ist zwischen 2000 und 2005 die Durchimpfungsrate gegen Hepatitis B, nämlich von 59.8 auf 67.5 Prozent.

Seit August 2007 steht den Mädchen im Kanton eine neue Impfung zur Verfügung, die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs und andere durch HPV-Viren verursachte Erkrankungen. Die Impfung ist für Mädchen zwischen 11 und 14 Jahren und bis ins Jahr 2012 auch für 15- bis 19-jährige weibliche Jugendliche kostenlos. Der Kanton hat ein Impfangebot in den Schulen aufgebaut. Im Schuljahr 2007/2008 machten 865 Mädchen von diesem Angebot Gebrauch. Seit August 2008 bieten auch Kinder-, Frauen- und Hausärztinnen und -ärzte die Impfung kostenlos an.

→ SEITE 44

# 04

## Die Masernepidemie von 2007/2008

Kinder und Jugendliche waren und sind von Masern besonders stark betroffen. Dies zeigte sich deutlich an der Masernwelle, welche die Schweiz und besonders auch den Kanton Basel-Landschaft zwischen November 2007 und Mai 2008 überrollte. Die grosse Mehrheit der Erkrankten war unter 15 Jahre alt. 85 Prozent der an Masern erkrankten Personen waren nicht oder nicht genügend geimpft. Masern sind keine harmlose Erkrankung, etwa 15 Prozent der Erkrankten hatten schwere Komplikationen. Während der 18-monatigen Epidemie von November 2006 bis Mai 2008 traten im Kanton 142 Masernfälle pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner auf. Der schweizerische Durchschnitt betrug 36 Fälle pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner.

→ SEITE 54

# 05

## Die Zähne der Baselbieter Jugendlichen

Karies hat bei den Baselbieter Schulkindern in den letzten Jahren stark abgenommen. Dies zeigt die alle fünf Jahre durchgeführte zahnärztliche Schüleruntersuchung bei 1100 Schulkindern. Bei rund der Hälfte der Erstklässlerinnen und Erstklässler sind die Milchzähne kariesfrei, 91 Prozent haben auch ein bleibendes Gebiss ohne Karies. Bei den Kindern in der sechsten Klasse haben immer noch 69 Prozent ein kariesfreies Gebiss. Ausländische Schülerinnen und Schüler weisen einen höheren Kariesbefall als Schweizer Kinder auf, aber auch bei dieser Gruppe ist die Karies auf dem Rückzug.

→ SEITE 60

# 06

## Baselbieter Kinder im Spital

Heute leben rund 40 000 Kinder im Alter zwischen null und vierzehn Jahren im Kanton Basel-Landschaft. Jedes Jahr werden rund 2300 Kinder geboren, die meisten von ihnen in einem Spital. In den dreissig Jahren zwischen 1976 und 2006 hat die Zahl der Geburten deutlich abgenommen. Deutlich mehr Kinder kommen an einem Werktag als an einem Samstag oder Sonntag zur Welt. Klar ist auch der Trend hin zur Entbindung per Kaiserschnitt. Im Jahr 2006 wurden 694 Kinder per Kaiserschnitt geboren.

Jedes Jahr müssen sich 3000 Kinder einer Behandlung im Spital unterziehen. Betroffen sind vor allem die kleineren Kinder im Alter bis zu fünf Jahren. Jährlich sind rund 400 Knaben mehr in Spitalbehandlung als Mädchen. Physische und gesellschaftliche Hintergründe sind für diesen Geschlechterunterschied verantwortlich. Sichtbar wird auch der Trend, dass Eltern kranke oder verunfallte Kinder selbst ins Spital einweisen, und nicht etwa die Kinderärztin oder der Kinderarzt. Zu den Hauptgründen der Spitaleinlieferungen zählen Kopfverletzungen, Mandelerkrankungen und Infektionen der oberen und unteren Atemwege. Die Statistik zeigt, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Kinder im Spital abnimmt. Ein Drittel der hospitalisierten Kinder musste im Jahr 2006 nur einen oder zwei Tage im Spital bleiben.

→ SEITE 66

# 07

## Porträts von ausgewählten Beratungsangeboten für Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen im Kanton Basel-Landschaft

→ SEITE 76

01

# **Das Gesundheitsverhalten der Baselbieter Kinder und Jugendlichen**

**Carine Weiss, Lic. phil. I  
Julia Dratva, Dr. med., MPH  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
Universität Basel**



## Einleitung

Die Studie «Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)» ist eine internationale, alle vier Jahre durchgeführte Untersuchung über Gesundheit und Gesundheitsverhalten von 11- bis 15-jährigen Jugendlichen. Sie steht unter der Schirmherrschaft der WHO. Ziel der Studie ist es, Daten über gesundheitsschädigende und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen von Schülern und Schülerinnen in verschiedenen Ländern vergleichbar zu erheben und frühzeitig Trends zu erfassen. Die HBSC-Studie wird in der Schweiz seit 1986 durchgeführt.

Der Kanton Basel-Landschaft veranlasste im Untersuchungsjahr 2006 eine Aufstockung der kantonalen Stichprobe, um repräsentative Daten zum Gesundheitsverhalten von Baselbieter Jugendlichen zu erhalten.

Die beiden Autorinnen Carine Weiss und Julia Dratva vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel werteten im Auftrag des Kantons Daten der HBSC-Studie im Kanton Baselland aus und legten im Januar 2008 den Schlussbericht vor.

Die folgenden Seiten sind eine gekürzte und für ein breiteres Publikum bearbeitete Fassung. Der Schlussbericht von Carine Weiss und Julia Dratva mit ergänzenden Tabellen, Grafiken und Literaturverzeichnis kann im Internet eingesehen werden: [www.gesundheitsfoerderung.bl.ch](http://www.gesundheitsfoerderung.bl.ch).

## Die wichtigsten Ergebnisse auf einen Blick

**Die grosse Mehrheit der Baselbieter Jugendlichen lebt gesund. Allerdings lässt sich feststellen, dass das gesundheitsförderliche Verhalten mit dem Alter abnimmt. Übergewicht, Suchtmittelkonsum und psychische Beschwerden gehören zu den Hauptproblemen.**

Ein Zehntel der Kinder im Alter von 11 bis 15 Jahren im Kanton Basel-Landschaft ist übergewichtig. Dabei ist ein deutlicher Geschlechterunterschied feststellbar. Knaben sind häufiger übergewichtig, Mädchen eher untergewichtig. Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper ist bei den Mädchen stärker ausgeprägt. Mädchen empfinden sich häufiger zu dick, obwohl sie objektiv gesehen normal- oder untergewichtig sind. Im Weiteren ist das Diätverhalten bei den Mädchen stärker ausgeprägt als bei den Knaben.

Augenfällig ist auch, dass ausländische Jugendliche und solche mit einem familiären Hintergrund mit niedrigem Wohlstand häufiger übergewichtig sind.

Mehr als die Hälfte der Jugendlichen isst täglich Obst, Gemüse und Milchprodukte. Während Junkfood nur von einem Zehntel täglich konsumiert wird, isst ein Drittel Süssigkeiten und trinkt zuckerhaltige Getränke. Rund ein Drittel der Schüler und Schülerinnen frühstückt an Schultagen nicht und ein Viertel teilt keine tägliche gemeinsame Mahlzeit mit den Eltern. Mit zunehmendem Alter der Jugendlichen verschlechtert sich das Essverhalten.

Die Schweizer Richtlinien zu **körperlicher Bewegung** von Kindern und Jugendlichen, nämlich fünf bis sieben Mal pro Woche 60 Minuten körperlich aktiv zu sein, erfüllen lediglich 37%.

Bei 80% der Jugendlichen liegt der tägliche **Medienkonsum** unter zwei Stunden. Der Fernsehkonsum wächst bei den 15-jährigen Jugendlichen, und ein Konsum von mehr als 3 Stunden am Tag kommt häufiger bei Jugendlichen mit Migrationsstatus oder einem niedrigen Wohlstandsindex vor.

Altersentsprechend ist der regelmässige **Konsum von Suchtmitteln** bei den Schülern und Schülerinnen niedrig. Hingegen trinkt ungefähr ein Zehntel der 14- und 15-jährigen wöchentlich Alkohol und ebenso viele rauchen (Tabak und/oder Cannabis). Knaben machen früher mit Suchtmitteln Erfahrungen als Mädchen.

Alcopops und Bier sind die am häufigsten genannten alkoholischen Getränke. Rund ein Viertel der Jugendlichen kauft den Alkohol im Laden, Supermarkt oder Kiosk ein und ein Fünftel bekommt ihn von den Eltern. Risikofaktoren für den wöchentlichen Alkoholkonsum sind Alter, Ein-Eltern-Familien, psychische Beschwerden und bei den Knaben ein gehobener sozio-ökonomischer Status. Der Tabakkonsum hängt ebenfalls mit Alter und psychischen Beschwerden zusammen. Geschlechtsspezifische Risikofaktoren für Tabakkonsum sind der Wunsch abzunehmen (Mädchen) und wöchentlicher Alkoholkonsum (Knaben). Zum Zeitpunkt der Befragung gaben drei Viertel der 14- und 15-jährigen an, noch nie Cannabis konsumiert zu haben. Nur ein kleiner Prozentsatz raucht wöchentlich Cannabis. Bei allen drei Suchtmitteln werden am häufigsten Verstärker- («Ich will Spass haben ...») und Bewältigungsmotive («Ich will Stress bekämpfen ...») als Gründe für den Konsum genannt. Konformitätsgründe («Ich will dazu gehören ...») spielen kaum eine Rolle.

Insgesamt geben Mädchen einen schlechteren **subjektiven Gesundheitszustand** und häufiger Gesundheitsbeschwerden an als Knaben. Von beiden Geschlechtern ist Müdigkeit die am häufigsten genannte Gesundheitsbeschwerde. Der Geschlechterunterschied nimmt mit zunehmendem Alter zu. Einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand zeigen Jugendliche mit einem niedrigen Wohlstandsindex.

## Methodik und Datenbasis

Die im Rahmen der HBSC-Studie gemachte Stichprobe für den Kanton Baselland umfasst **1033 Schüler und Schülerinnen zwischen 11 und 15 Jahren**. Die Jugendlichen wurden zufällig ausgewählt und mittels eines international standardisierten Fragebogens befragt. Der vorliegende Bericht legt den Schwerpunkt auf folgende Fragenkomplexe: Ernährung und Körpergewicht, Sport und Medienkonsum, Suchtmittelkonsum und subjektiver Gesundheitszustand. Aus ethischen Gründen und um die Jüngeren nicht zu überfordern, wurden Fragen zu Suchtmittelkonsum und Sexualität nur den 13- bis 15-jährigen Jugendlichen gestellt. Alle erhobenen Daten beruhen auf Selbstangaben. Die Daten wurden nach Alter, Geschlecht, Nationalität und sozio-ökonomischer Situation (FAS-Score) aufgeschlüsselt.

**Logistische Regression:** ein statistisches Verfahren, das gleichzeitig Einflüsse anderer Faktoren berücksichtigt und somit den eigentlichen Zusammenhang zwischen Einflussfaktor und Gesundheitsmass schätzt.

**FAS-Score:** Index für den sozio-ökonomischen Status, resp. für den Grad des Wohlstands der Familie  
Englisch: Family Affluence Scale

Weitere Informationen zur Methodik sind im Schlussbericht enthalten ([www.gesundheitsfoerderung.bl.ch](http://www.gesundheitsfoerderung.bl.ch)).

50.6% sind Schüler und 49.4% Schülerinnen mit einem Altersdurchschnitt von 12.9 Jahren (**Tab. 1**). 72% der befragten Jugendlichen sind Schweizerinnen oder Schweizer, 21% haben eine andere Nationalität und 7% besitzen eine Doppelbürgerschaft.

Die meisten Jugendlichen leben mit beiden Eltern zusammen, 14% mit alleinerziehenden Müttern bzw. Vätern, 7% in Patchwork-Familien und 0.5% in Heimen oder Pflegefamilien. Somit lebt beinahe ein Viertel der befragten Jugendlichen nicht in Zwei-Eltern-Familien.

**Tabelle 1: Soziodemografische Angaben zu den befragten Jugendlichen**

		Anzahl SchülerInnen	Prozentwerte (%)
Geschlecht	Knaben	523	50.6
	Mädchen	510	49.4
Alter	11	206	19.9
	12	220	21.3
	13	223	21.6
	14	203	19.6
	15	181	17.5
Nationalität	Schweizer	728	71.9
	Andere Nationalität	215	21.2
	Doppelbürgerschaft	69	6.8
	Fehlende Angaben	21	2
Familienkonstellation	2-Eltern-Familie	788	76.3
	1-Eltern-Familie	151	14.6
	Patchwork-Familie	73	7.1
	Heim oder Pflegeeltern	5	0.5
	Fehlende Angaben	16	1.5
Geschwister/ Halbgeschwister	Einzelkind	73	7.1
	Ein	418	40.5
	Zwei und mehr	414	40.1
	Fehlende Angaben	128	12.4
Wohlstandsindex (Family Affluence Scale)	hoch	478	46.3
	mittel	444	42.9
	niedrig	94	9.1
	Fehlende Angaben	17	1.65
Berufstätigkeit	Vater arbeitet	926	89.6
	Vater arbeitslos	61	5.9
	Weiss nicht	9	0.9
	Hat keinen Vater	23	2.23
	Fehlende Angaben	14	1.36
	Mutter arbeitet	754	73
	Mutter arbeitet nicht	244	23.6
	Weiss nicht	6	0.6
	Fehlende Angaben	26	2.52

## Körpergewicht und Ernährung

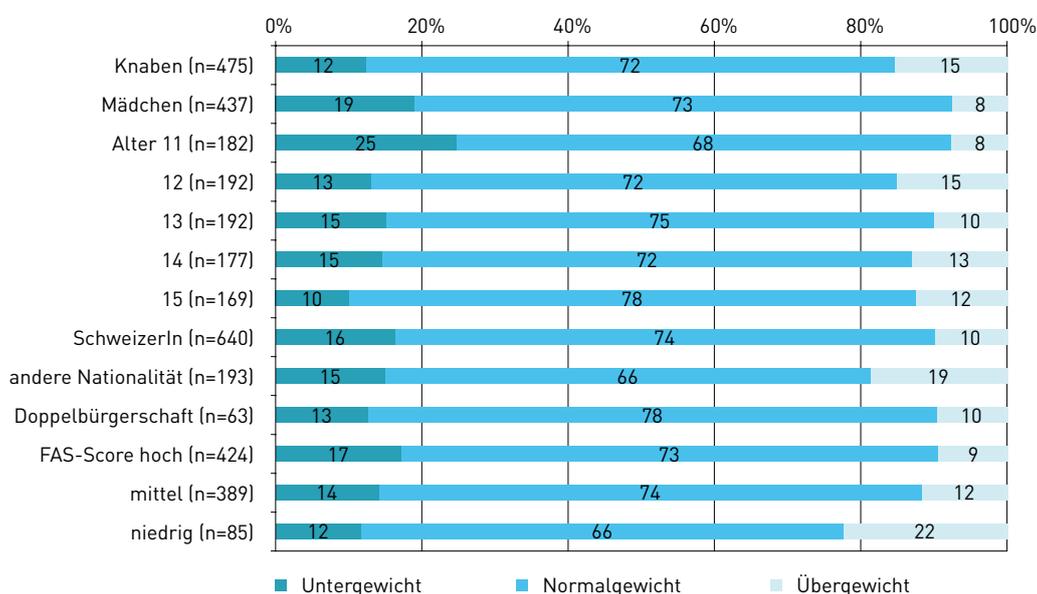
### Body Mass Index

Baselbieter Knaben (15.4%) sind deutlich häufiger übergewichtig als Mädchen (7.6%, vgl. **Grafik 1**). Fettleibigkeit (BMI >30) liegt bei 2% der Knaben und 1% der Mädchen vor. Hinsichtlich Untergewicht ist die Geschlechterdifferenz umgekehrt: Mädchen (19%) sind häufiger untergewichtig als Knaben (12.4%).

BMI: Body Mass Index wurde entsprechend dem internationalen Kinder Body Mass Index nach Cole berechnet.

Übergewicht nimmt bei den Knaben mit zunehmendem Alter zu. Betrachtet man Übergewicht nach Nationalität, so sind Schülerinnen und Schüler mit Migrationsstatus deutlich häufiger übergewichtig als Schweizerinnen und Schweizer und Doppelbürgerinnen und Doppelbürger. Der sozio-ökonomische Status ist ebenfalls mit dem Gewicht verknüpft: Je niedriger der Wohlstandsindex (FAS-Score), desto höher der Anteil an Übergewichtigen.

**Grafik 1: Körpergewicht nach Geschlecht, Alter, Nationalität und FAS-Score**



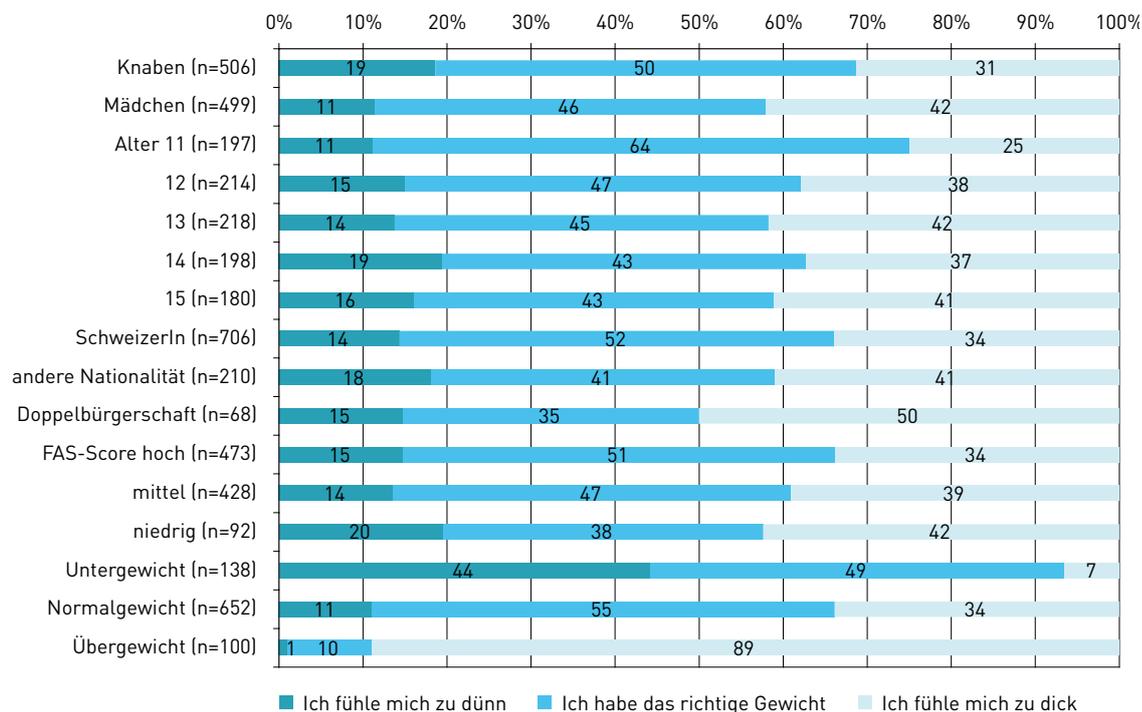
### Körperbewusstsein

Baselbieter Mädchen (41%) schätzen sich generell eher zu dick ein als Knaben (31%) (**Grafik 2**). Bei den 11-Jährigen sind die Geschlechterunterschiede in Bezug auf das Körperbild noch sehr gering. Doch die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper steigt mit dem Alter deutlich an und ist bei den Mädchen stärker ausgeprägt: 24% der 11-jährigen Mädchen fühlt sich zu dick; bei den 15-Jährigen beträgt dieser Anteil 47.8%.

Das Gefühl «zu dünn» zu sein, steigt ebenfalls an: Ein Fünftel der 15-Jährigen meint zu dünn zu sein. Jugendliche anderer Nationalität berichten häufiger, mit ihrem Körper unzufrieden zu sein, als Schweizerinnen und Schweizer oder Doppelbürgerinnen und Doppelbürger.

Vergleicht man das subjektive Körperbild mit dem objektiven Körpergewicht, so lässt sich Interessantes feststellen: Jugendliche, die objektiv gesehen untergewichtig sind, geben in 50% der Fälle an, das richtige Gewicht zu haben. Eine Fehleinschätzung zeigt sich auch bei Normalgewichtigen: 42.8% der Mädchen und 25.5% der Knaben fühlen sich zu dick, obwohl sie objektiv gesehen normalgewichtig sind. Übergewichtige Jugendliche schätzen ihr Körpergewicht dagegen adäquat ein.

**Grafik 2: Subjektives Körperbewusstsein nach Geschlecht, Alter, Nationalität, FAS-Score und Body Mass Index**



### Diätverhalten

Diätverhalten hängt eng mit Körpergefühl zusammen. Etwas mehr als die Hälfte der Mädchen und zwei Drittel der Knaben geben an, keine Diät zu machen. Sie finden ihr Gewicht in Ordnung (**Grafik 3**).

17% der Mädchen und 13% der Knaben machen zur Zeit der Befragung eine Diät. Der Anteil der Mädchen ist deutlich höher als derjenige der Knaben. Während bei den Mädchen die Häufigkeit einer Diät unabhängig vom Gewicht mit dem Alter zunimmt (12.5% mit 11 Jahren; 25.6% mit 15 Jahren), sieht man bei den Knaben eine umgekehrte Tendenz (15.2% mit 11 Jahren; 11.1% mit 15 Jahren).

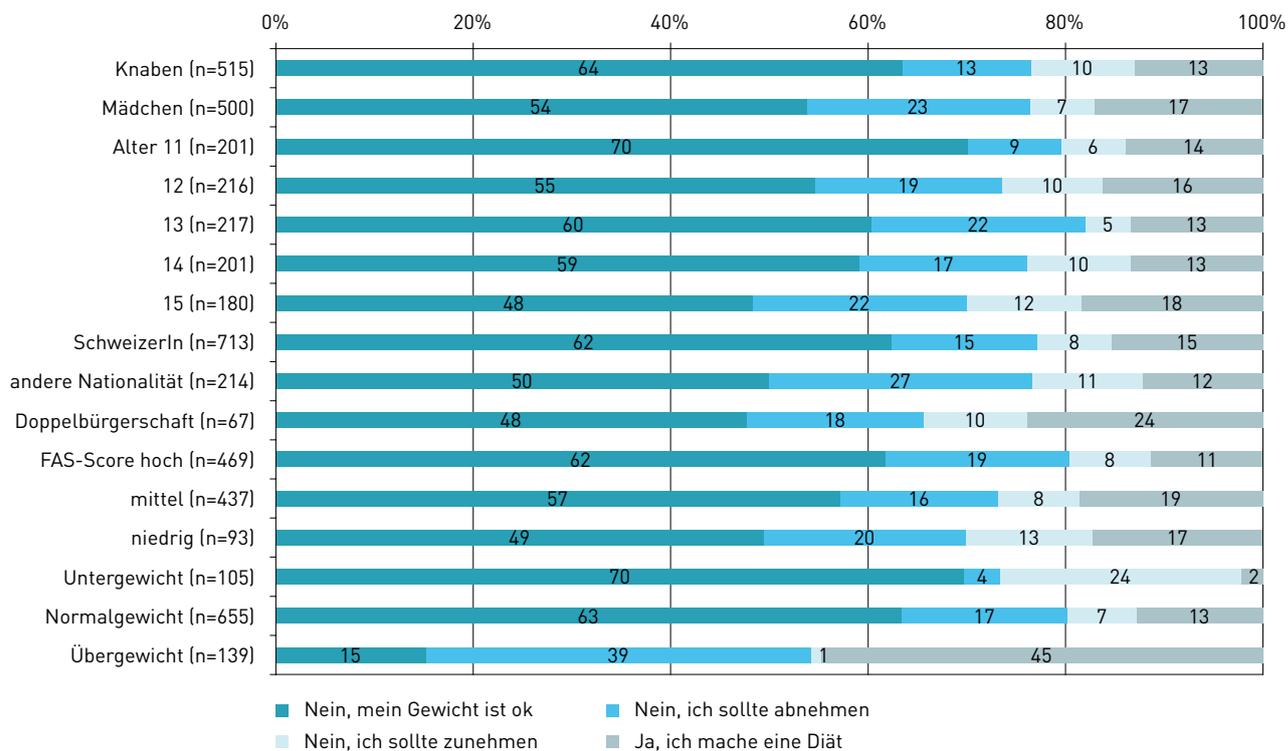
13- bis 15-Jährige wurden zusätzlich zu ihren **Diätmethoden** befragt. Knaben und Mädchen treiben Sport, achten auf die Ernährung oder essen weniger, um abzunehmen. Extremere Formen der Abmagerungskur wie Diät-Pillen, Abführmittel oder Erbrechen (Indiz für Anorexie, Bulimie) wurden nur von einem Mädchen genannt.

### Essverhalten

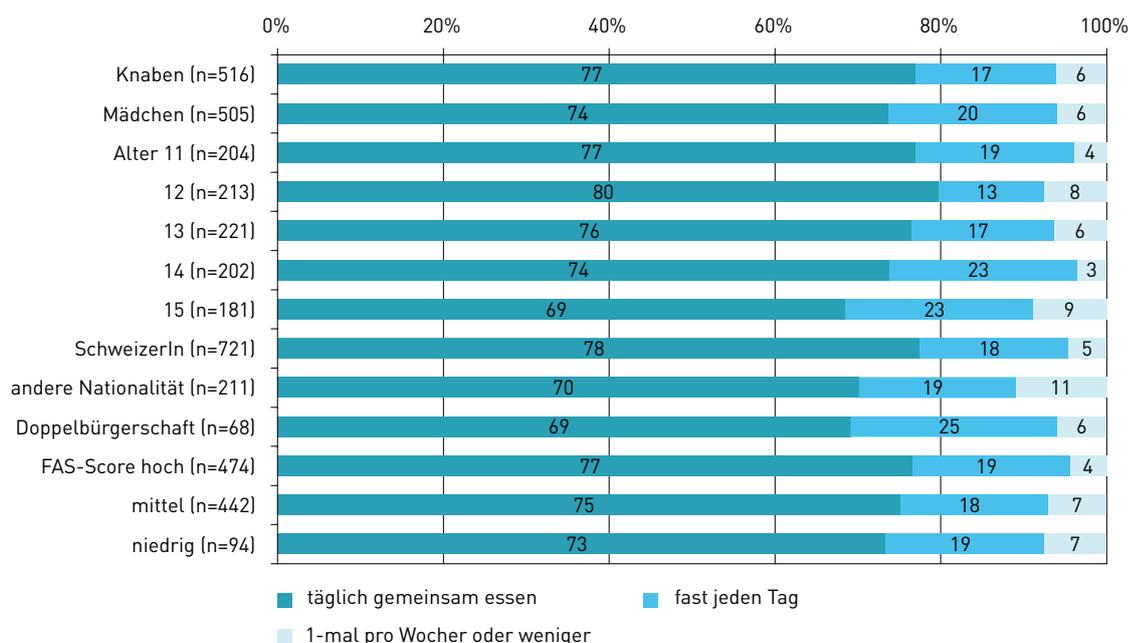
Ein Drittel der Schülerinnen und Schüler isst während der Schulwoche und ein Viertel am Wochenende kein Frühstück. Dabei sind keine grossen Geschlechterunterschiede feststellbar.

75% der Jugendlichen nehmen mindestens eine Mahlzeit täglich mit den Eltern ein (**Grafik 4**). Mit zunehmendem Alter essen Mädchen seltener als Knaben täglich eine Mahlzeit zusammen mit den Eltern. Schweizer Jugendliche nehmen die gemeinsame Mahlzeit häufiger zusammen ein als ausländische.

**Grafik 3: Diätverhalten nach Geschlecht, Alter, Nationalität und FAS-Score**



**Grafik 4: Gemeinsame Mahlzeiten mit den Eltern nach Geschlecht, Alter, Nationalität und FAS-Score**



## Nahrungsmittelkonsum

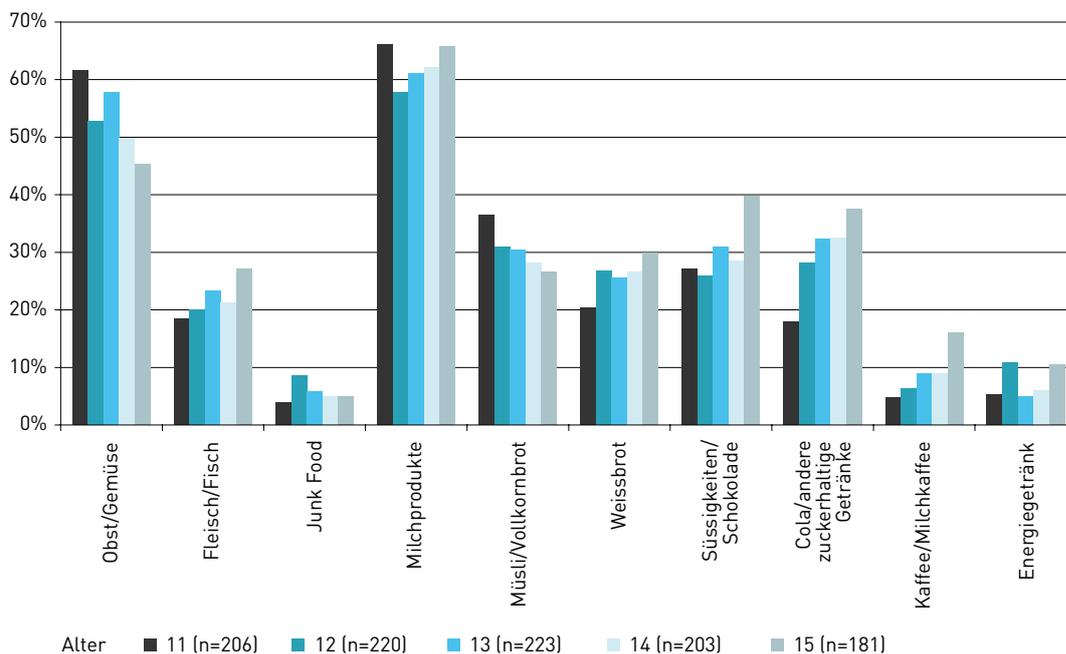
Die Hälfte der Jugendlichen isst täglich Obst und Gemüse ([Tabelle 2](#)). Grosse Unterschiede zwischen Knaben und Mädchen sind nicht feststellbar. Ein klarer Geschlechterunterschied besteht hingegen in der Einnahme von Fleisch und Fisch, Junkfood, Cola und Energiegetränken. Markante Unterschiede nach Nationalität zeigen sich bei Fleisch und Fisch, Kaffee, Energiegetränken, Weissbrot, Cola und Junkfood.

**Tabelle 2: Täglicher Nahrungsmittelkonsum nach Geschlecht und Nationalität**

Nahrungsmittelkonsum	Knaben (n=523)	Mädchen (n=510)	SchweizerIn (n=728)	Andere Nationalität (n=215)	Doppelbürger- schaft (n=69)
Obst und/oder Gemüse	51.1	56.5	56.3	48.4	49.3
Fleisch und Fisch	27.3	16.3	21.8	20.5	26.1
Junkfood	7.3	4.1	2.3	15.4	8.7
Milch / andere Milchprodukte	62.7	62	64.1	60.5	58
Vollkornbrot, Müesli	30.8	30.4	33.8	22.8	23.2
Weissbrot	27.3	24.1	21.1	42.8	21.7
Cola oder andere zuckerhaltige Getränke	34.8	24.1	26.7	39.1	31.9
Süssigkeiten oder Schokolade	30.6	29.8	28	37.2	34.8
Kaffee, Milchkaffee	9	8.6	8.5	10.7	7.2
Energiegetränke	9.4	5.5	4.8	15.3	10.1

Das Essverhalten der Jugendlichen verändert sich mit dem Alter ([Grafik 5](#)). Die Einnahme von Obst und Gemüse nimmt bei beiden Geschlechtern ab, während die Einnahme von Süssigkeiten zunimmt. Der Konsum von Milchprodukten bleibt in allen Altersgruppen hoch.

**Grafik 5: Täglicher Nahrungsmittelkonsum nach Alter**



### **Einflussfaktoren von Übergewicht**

Welche Faktoren sind verantwortlich für Übergewicht? Welche Rolle spielen die soziodemografischen Faktoren und welche der Lebensstil?

Bei den **soziodemografischen Faktoren** spielen das Geschlecht und der Wohlstandsindex eine entscheidende Rolle. Mädchen haben ein halb so grosses Risiko übergewichtig zu sein als Knaben. Die unterste Wohlstandskategorie hat ein zweifaches Risiko, von Übergewicht betroffen zu sein als Jugendliche der mittleren und höchsten Kategorie. Alter und Nationalität sind hingegen keine Einflussgrössen von Übergewicht.

Betrachtet man den **Lebensstil**, so bestätigt sich, was zu vermuten war: Diejenigen, die mehr als einmal pro Woche Sport treiben, haben ein geringeres Risiko übergewichtig zu sein. Bei denjenigen, die täglich Sport treiben, verringert sich die Wahrscheinlichkeit um fast 60%.

Die verbrachte Zeit vor dem Fernseher oder Computer ist einzeln betrachtet kein sichtbarer Grund für Übergewicht. Fasst man hingegen beide Medien zusammen, so lässt sich eine Abhängigkeit des Übergewichts von der Anzahl vor den Bildschirmen verbrachten Stunden ableiten.

## Sport, Bewegung und Freizeit

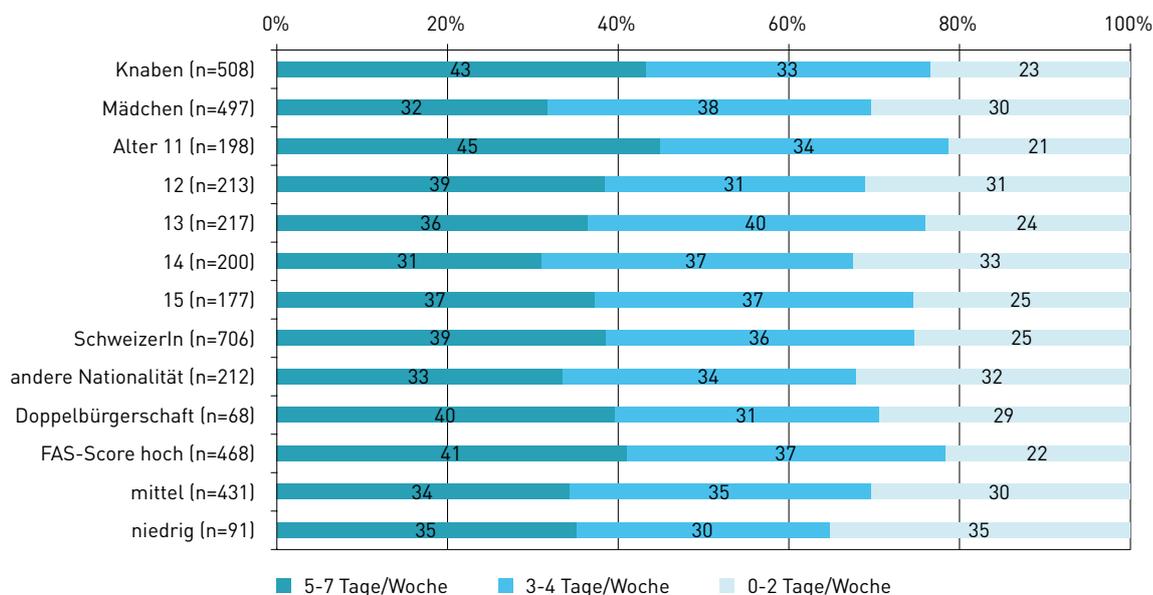
### Körperliche Aktivität

Die Jugendlichen sind durchschnittlich an 4 Tagen körperlich aktiv. 15.5% der Schüler und Schülerinnen entsprechen den Empfehlungen des Bundesamts für Sport, täglich 60 Minuten körperlich aktiv zu sein. Zwei bis drei Mal so viele Schülerinnen und Schüler entsprechen mit fünf bis sieben Mal 60 Minuten annähernd den Empfehlungen (**Grafik 6**).

Schüler sind körperlich aktiver als Schülerinnen. Mit zunehmendem Alter nimmt sowohl bei den Knaben als auch bei den Mädchen der Anteil der körperlich Aktiven ab.

Ausländische Jugendliche sind seltener körperlich aktiv als schweizerische. Einen Unterschied sieht man auch beim Wohlstandsindex (vgl. **Grafik 6**, FAS-Score).

**Grafik 6: Körperliche Aktivität in den letzten sieben Tagen à 60 Minuten nach Geschlecht, Alter, Nationalität und FAS-Score**

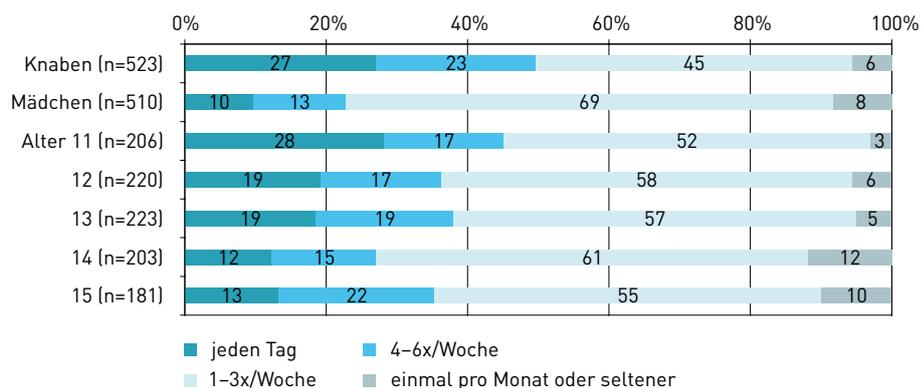


### Sportverhalten

Die meisten Jugendlichen treiben mindestens ein bis drei Mal pro Woche ausserschulisch Sport.

Knaben sind dabei aktiver als Mädchen: Ein Drittel der Jungen im Vergleich zu einem Zehntel der Mädchen treibt täglich Sport. Dieser Geschlechterunterschied bleibt in allen Altersstufen bestehen. Beiden Geschlechtern gemeinsam ist die Abnahme der Häufigkeit sportlicher Aktivitäten mit steigendem Alter.

**Grafik 7: Sporthäufigkeit nach Geschlecht und Alter**

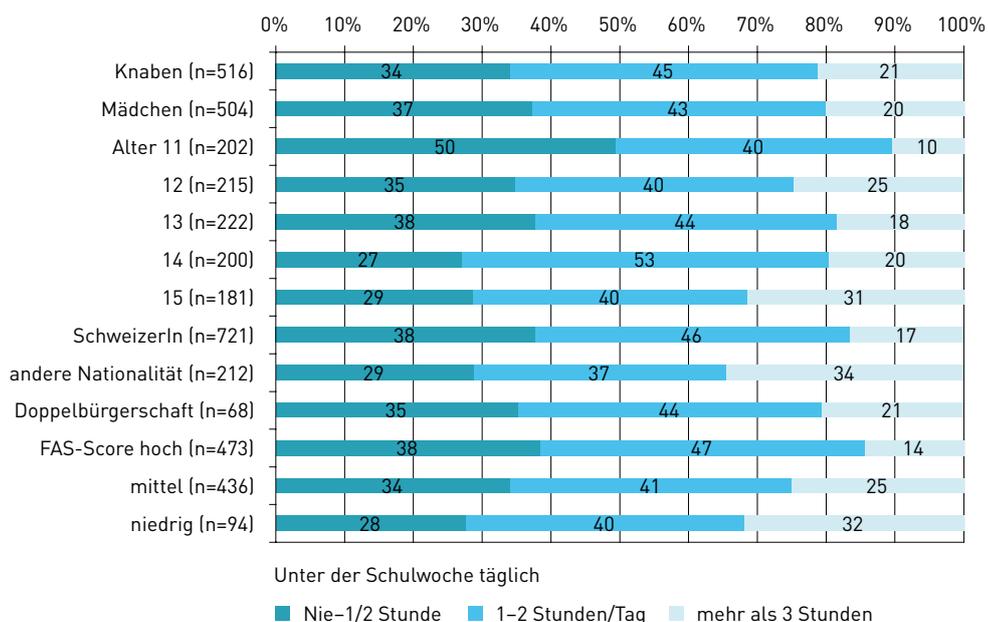


### Medienkonsum

Die Mehrheit der Schüler und Schülerinnen schaut täglich fern (97.5%). Der überwiegende Anteil verbringt weniger als 3 Stunden vor dem Fernseher. Bei einem Fünftel der Jugendlichen liegt jedoch der tägliche Fernsehkonsum höher. Der Fernsehkonsum von 3 Stunden und mehr nimmt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zu.

Geschlechterdifferenzen im Fernsehkonsum lassen sich nicht feststellen. Grosse Unterschiede gibt es allerdings in Bezug auf Nationalität und Wohlstandsindex. Ein hoher Konsum von mehr als 3 Stunden am Tag kommt häufiger bei Jugendlichen mit Migrantensstatus oder einem niedrigen Wohlstandsindex vor.

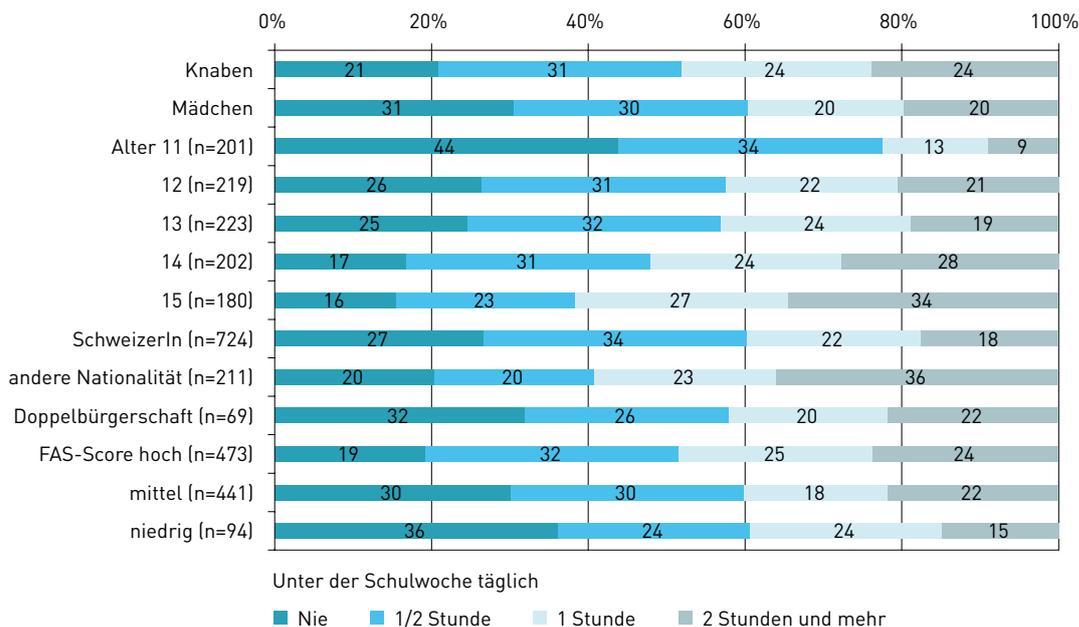
**Grafik 8: Täglicher Fernsehkonsum unter der Woche nach Geschlecht, Alter, Nationalität und FAS-Score**



Unter der Woche verbringen Knaben mehr Zeit am Computer (emails, chatten, surfen im Internet, Hausaufgaben machen) als Mädchen. Die verbrachte Zeit am Computer nimmt mit dem Alter bei beiden Geschlechtern stark zu. Mit 11 Jahren gibt noch fast die Hälfte der Jugendlichen an, nie Zeit am Computer zu verbringen, mit 15 sinkt dieser Anteil auf 16%.

Betreffend Nationalität und Wohlstandsindex zeigen sich deutliche Unterschiede im wöchentlichen Computerkonsum.

**Grafik 9: Tägliche Zeit am Computer unter der Woche nach Geschlecht, Alter, Nationalität und FAS-Score**



Im Vergleich zu den Knaben, die häufiger **Computerspiele** spielen, ist über die Hälfte der Mädchen daran nicht interessiert.

## Suchtmittelkonsum

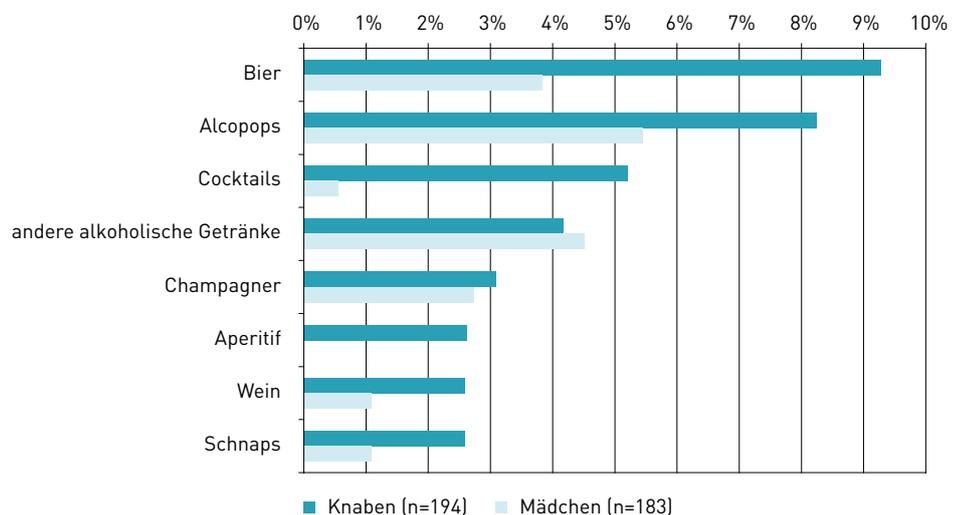
### Alkoholkonsum

Der Anteil der Jugendlichen im Alter von 11–15 Jahren, die angeben, bis zum Zeitpunkt der Befragung irgendeinmal Alkohol getrunken zu haben, liegt bei 58 %.

Der Anteil der Jugendlichen in der Altersgruppe der 14–15-Jährigen, die in den letzten 12 Monaten Alkohol konsumiert haben, beträgt 58%. 25.8% der Jugendlichen gaben an, monatlich Alkohol zu konsumieren und 12.3% wöchentlich.

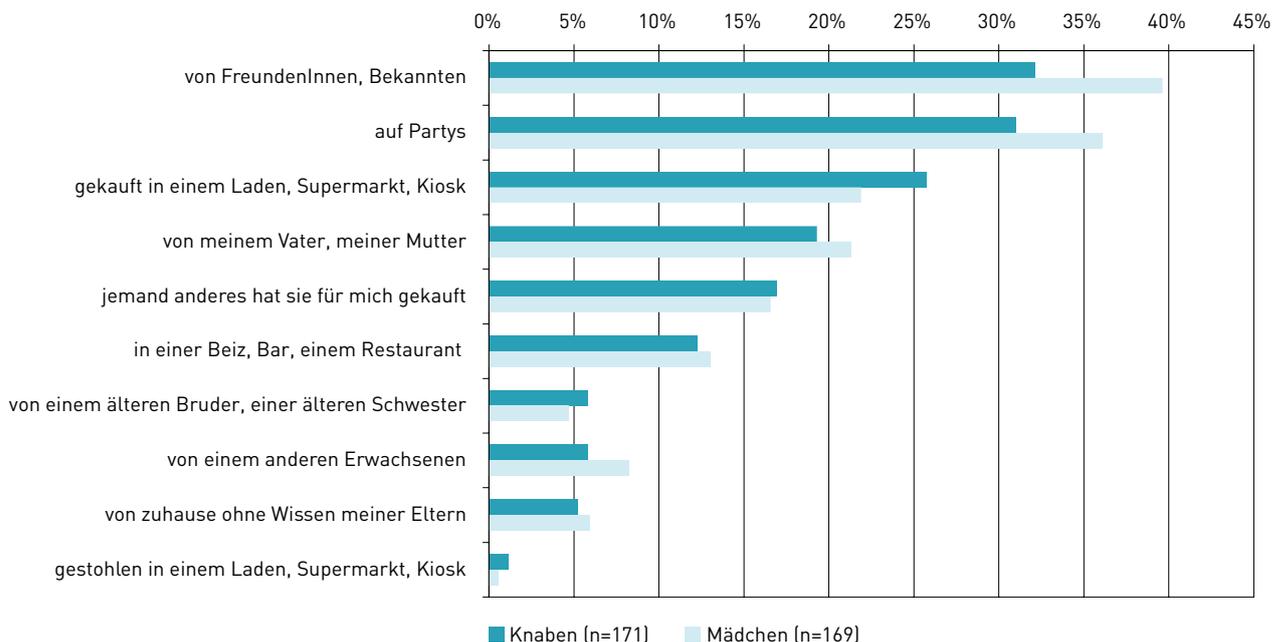
Der wöchentliche Alkoholkonsum bei Schülern ist deutlich höher als bei Schülerinnen. Alcopops und Bier sind die am häufigsten genannten alkoholischen Getränke (vgl. Grafik 10).

**Grafik 10: Wöchentlicher Alkoholkonsum der 14- und 15-Jährigen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)**



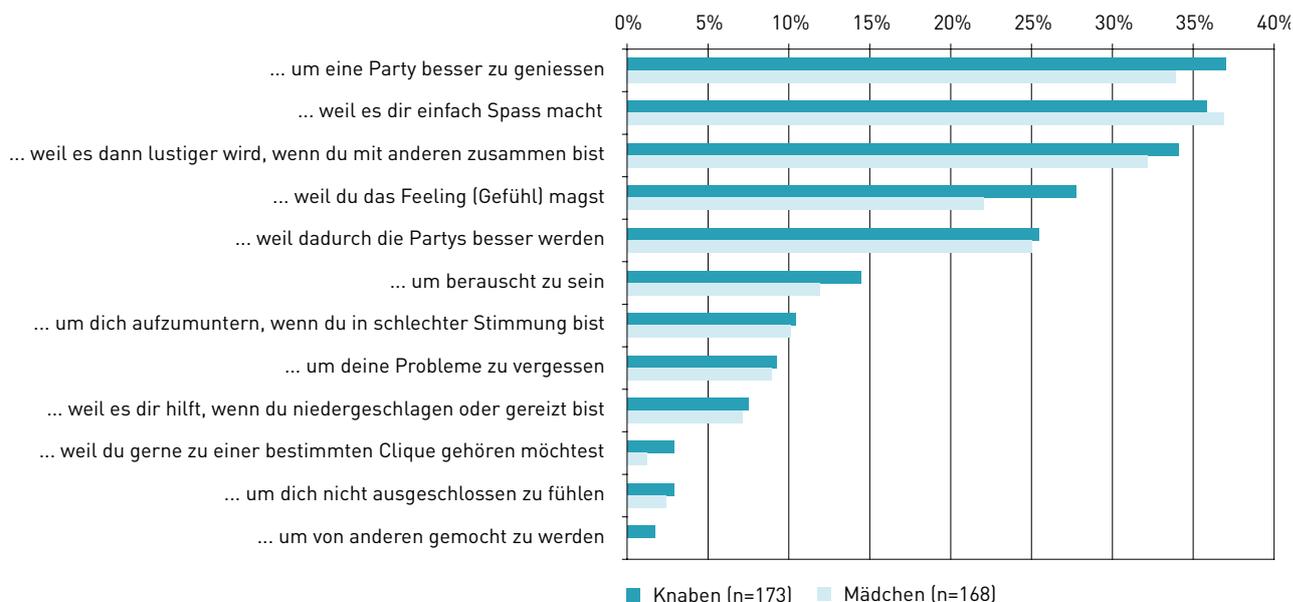
Schüler und Schülerinnen gaben an, Alkohol vorwiegend von Freundinnen und Freunden oder Bekannten sowie auf Partys zu bekommen (vgl. Grafik 11). Rund ein Viertel kauft den Alkohol im Laden, Supermarkt oder Kiosk ein, und ein Fünftel bekommt ihn von den Eltern.

**Grafik 11: Zugang zu alkoholischen Getränken der 14- und 15-Jährigen nach Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)**



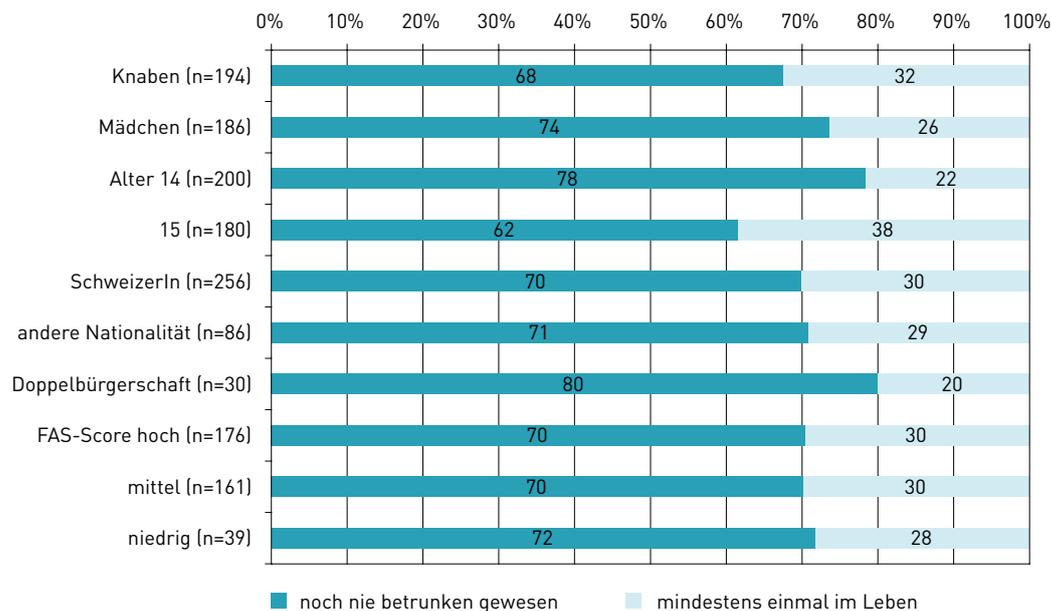
Als Grund für den Alkoholkonsum nennen die Jugendlichen am häufigsten Verstärkermotive (z.B. Party besser genießen; es wird lustiger, wenn sie mit anderen zusammen sind; trinken macht einfach Spass) (vgl. Grafik 12). Dagegen werden Bewältigungs- und Konformitätsmotive selten angegeben. Unterschiede unter den Geschlechtern sind dabei unwesentlich.

**Grafik 12: Gründe für Alkoholkonsum der 14- und 15-Jährigen in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)**



29.5% der Jugendlichen zwischen 14 und 15 Jahren waren mindestens einmal in ihrem Leben richtig betrunken (vgl. Grafik 13). Die Häufigkeit des Betrunkens ist bei Knaben höher und nimmt mit dem Alter zu. 38% der 15-jährigen Schüler gaben an, mindestens einmal bereits betrunken gewesen zu sein.

**Grafik 13: Rauschzustände der 14- und 15-Jährigen nach Geschlecht, Alter, Nationalität und FAS-Score**



### **Einflussfaktoren von wöchentlichem Alkoholkonsum**

Wie hängen (wöchentlicher) Alkoholkonsum und soziodemografischer Hintergrund sowie Lebensstil zusammen?

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, wöchentlich Alkohol zu trinken. Die Wahrscheinlichkeit, dass Jugendliche alleinerziehender Eltern wöchentlich Alkohol trinken, ist dreimal so hoch. Schliesslich lassen sich auch psychische Gesundheitsbeschwerden bei beiden Geschlechtern mit wöchentlichem Alkoholkonsum in Zusammenhang bringen.

Knaben aus der mittleren Wohlstandskategorie haben ein deutlich geringeres Risiko, wöchentlich Alkohol zu trinken, im Vergleich zur höchsten Kategorie.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die gleichen Einflussfaktoren wie beim wöchentlichen Alkoholkonsum auch für Rauscherfahrung (mind. einmal im Leben richtig betrunken gewesen) gültig sind.

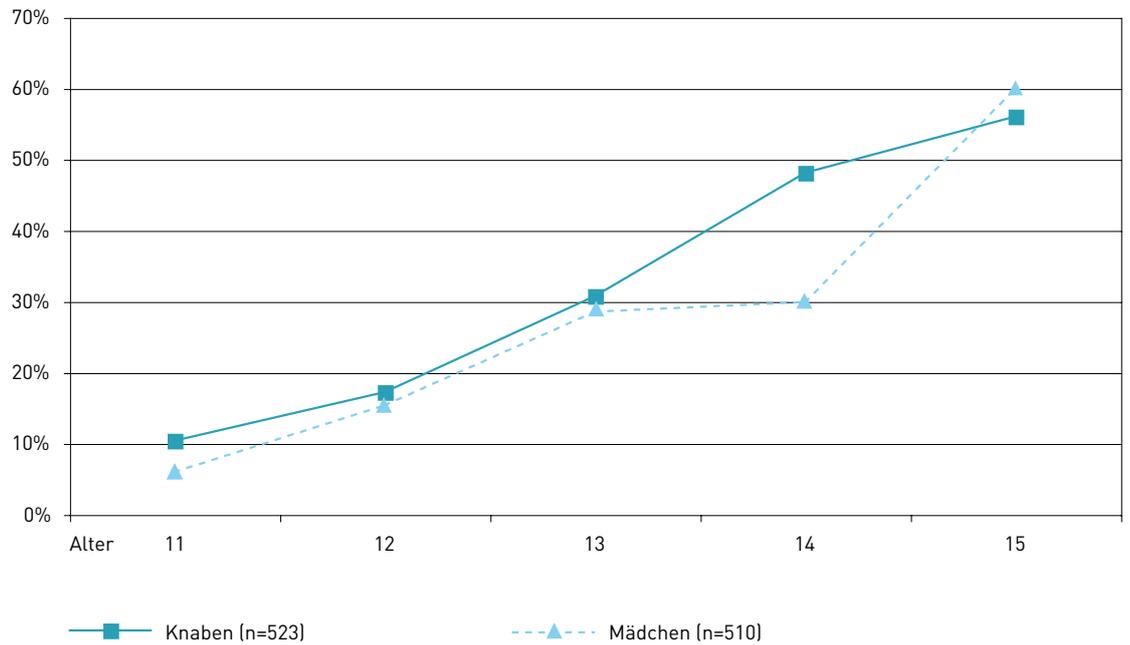
### **Tabakkonsum**

Der Anteil der Jugendlichen, die angeben, bis zum Zeitpunkt der Befragung irgendeinmal geraucht zu haben (Lebenszeitprävalenz), beträgt 29.5% (31.6% Knaben und 27.3% Mädchen).

Der Tabakkonsum nimmt mit dem Alter deutlich zu (vgl. Grafik 14). Während die Knaben eine lineare Zunahme verzeichnen, sieht man bei den Mädchen eine sprunghafte Zunahme zwischen dem 14. und dem 15. Lebensjahr.

Grosse Unterschiede im Probierverhalten mit Bezug zu Nationalität und Wohlstandsindex lassen sich nicht feststellen.

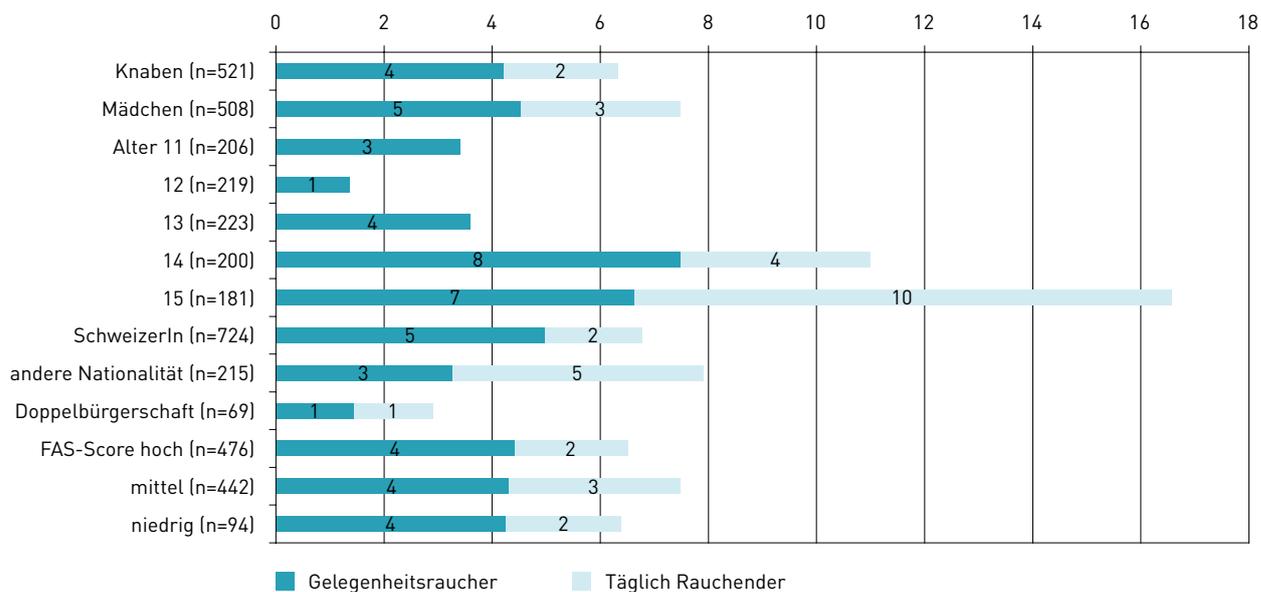
**Grafik 14: Lebenszeitprävalenz («je im Leben geraucht») des Tabakkonsums nach Geschlecht und Alter**



Anhand der Antworten auf die Frage «Rauchst du zurzeit» wurden drei Kategorien gebildet: Täglich-, Gelegenheits- und Nichtraucher. Über 90% der Schüler und Schülerinnen bezeichnen sich als Nichtraucher (vgl. Grafik 15).

Bei den Mädchen wächst der Anteil derjenigen, die im 15. Lebensjahr täglich rauchen, stark.

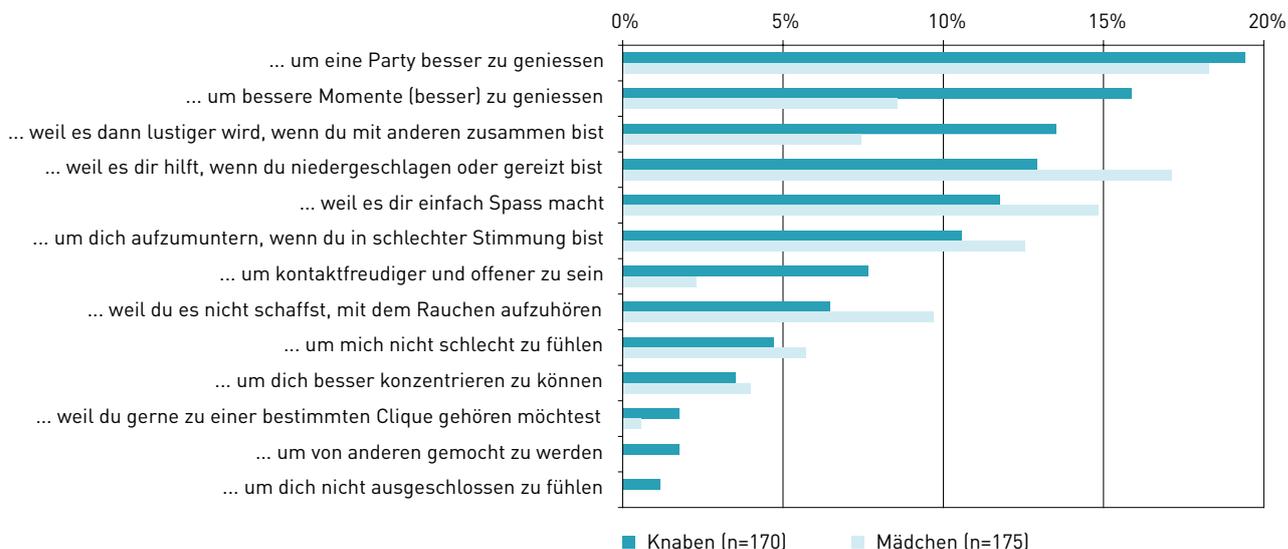
**Grafik 15: Raucherstatus nach Geschlecht, Alter, Nationalität und FAS-Score**



Die Frage nach den Gründen, weshalb sie rauchen, wurde nur den 13- bis 15-Jährigen gestellt. Ähnlich wie beim Alkoholkonsum stehen Verstärker- und Bewältigungsmotive als Begründung für den Tabakkonsum im Vordergrund (vgl. Grafik 16). Die Verstärkermotive stehen bei Schülern im Vordergrund, während das Rauchen als Bewältigungsstrategie häufiger von den Schülerinnen genannt wird.

11 Schüler und 17 Schülerinnen berichteten, es nicht zu schaffen, mit dem Rauchen aufzuhören.

**Grafik 16: Gründe für Tabakkonsum in den letzten 12 Monaten der 13- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler nach Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)**



### Einflussfaktoren des Tabakkonsums

Wie hängt die Wahrscheinlichkeit zu rauchen mit soziodemografischen Faktoren und Lebensstil zusammen? Die Wahrscheinlichkeit zu rauchen nimmt mit dem Alter zu. Darüber hinaus haben soziodemografische Faktoren keinen Einfluss auf das Rauchverhalten.

Täglich ein Frühstück unter der Woche einzunehmen, verringert hingegen die Wahrscheinlichkeit zu rauchen um mehr als 50%. Nach Geschlecht aufgeschlüsselt zeigt sich allerdings, dass die tägliche Frühstücksroutine nur bei den Knaben einen vor Rauchen schützenden Faktor darstellt. Es ist anzunehmen, dass regelmässiges Frühstück ein Mass für stabile Familienabläufe, elterliche Fürsorge oder familiäre Kommunikation ist.

Ein dreifaches Risiko für Tabakkonsum zeigen Jugendliche, die angeben, wöchentlich an psychischen Beschwerden zu leiden. Vor allem für Knaben lässt sich eine Verknüpfung zwischen Tabak- und Alkoholkonsum nachweisen.

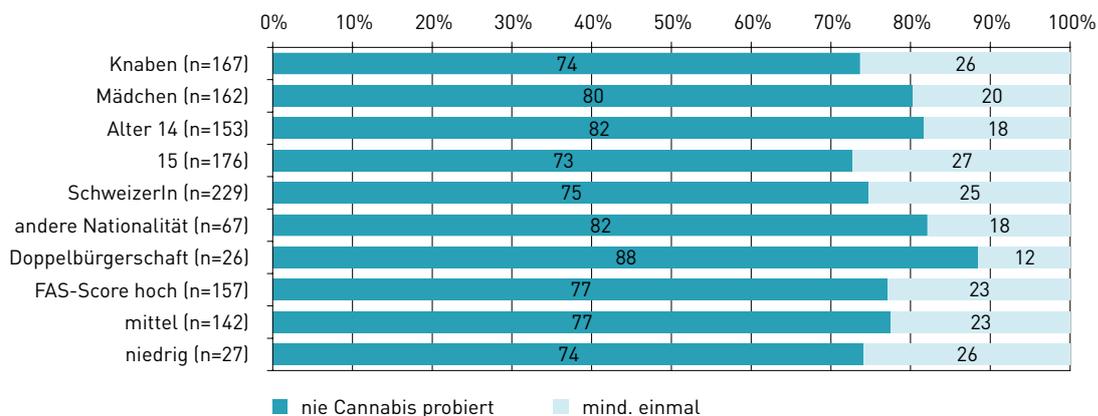
Auch bei Mädchen, die abnehmen möchten, ist ein 3.5-faches Risiko zu rauchen feststellbar. Kein Zusammenhang lässt sich zwischen Sportverhalten und Tabakkonsum eruieren.

### Cannabiskonsum

Drei Viertel der Jugendlichen geben an, noch nie Cannabis konsumiert zu haben. 26.4% der 14- bis 15-jährigen Schüler und 19.8% der gleichaltrigen Schülerinnen haben irgendeinmal vor dem Zeitpunkt der Befragung Cannabis probiert (vgl. Grafik 17). Gelegentlicher Cannabiskonsum kommt bei den Schülern doppelt so häufig vor (12.1%) wie bei den Schülerinnen. Jene, die Cannabis konsumieren, rauchen überwiegend ein bis fünf Mal pro Monat. Ein Extremkonsum von über 20 Mal kommt bei 6.4% der Knaben und 3% der Mädchen vor.

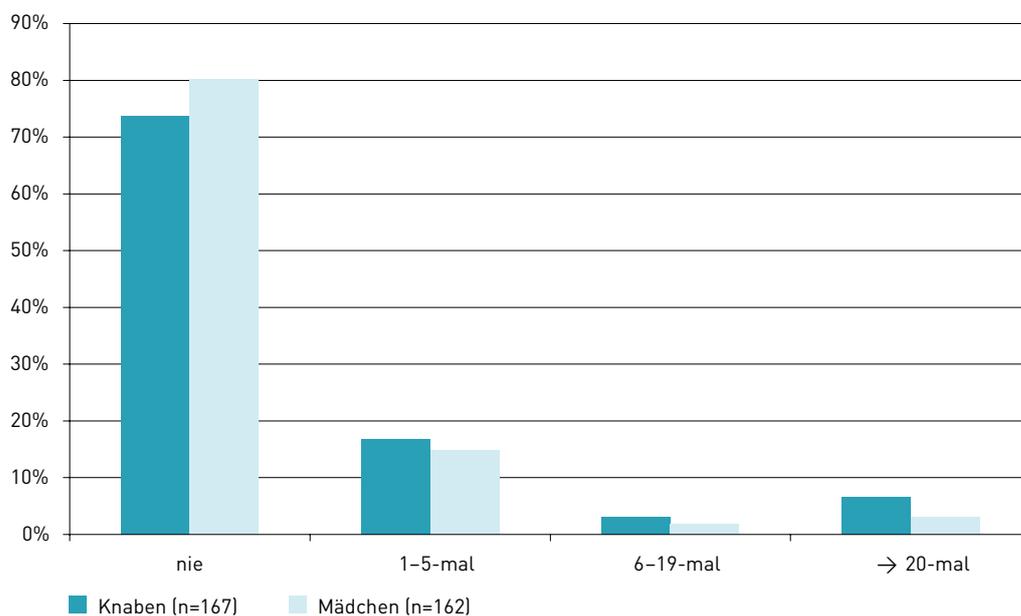
Weder die Nationalität noch der Wohlstandsindex zeigen einen wesentlichen Unterschied in Bezug auf den Cannabiskonsum.

**Grafik 17: Lebenszeitprävalenz («je im Leben konsumiert») des Cannabiskonsums der 14- und 15-Jährigen nach Geschlecht, Alter, Nationalität und FAS-Score**



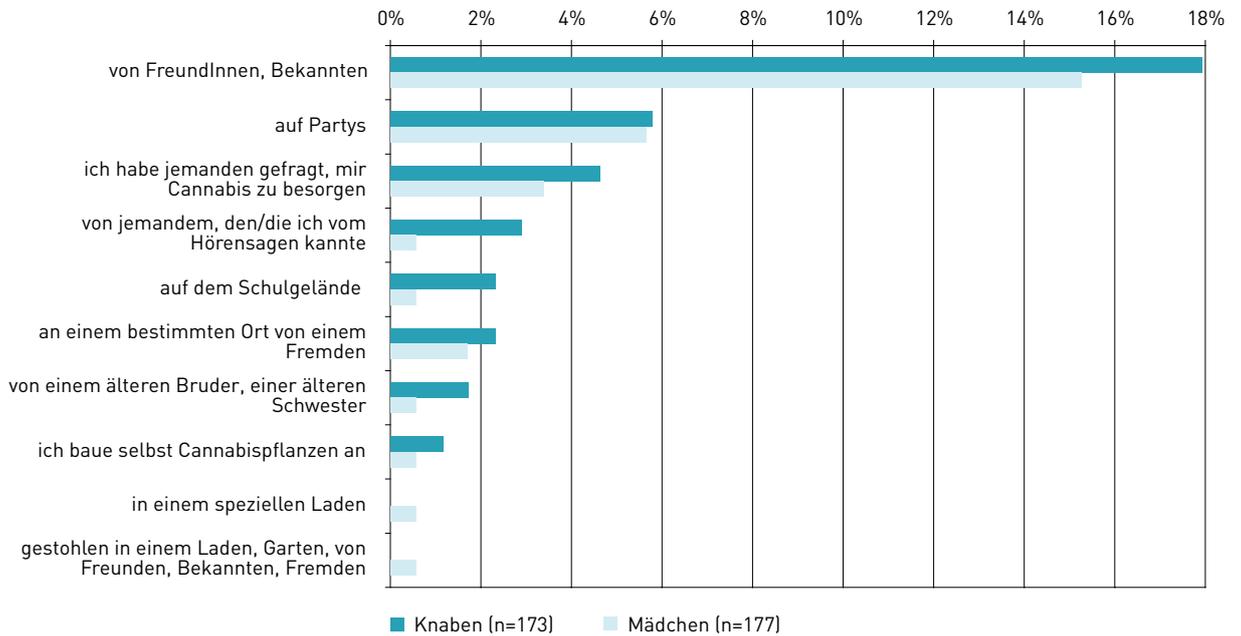
Die Mehrheit der Jugendlichen zwischen 14 und 15 Jahren (76.9%) hat in den letzten 30 Tagen kein Cannabis geraucht (vgl. Grafik 18). Jene, die Cannabis konsumieren, rauchen überwiegend ein bis fünf Mal pro Monat. Ein Extremkonsum von über 20 Mal kommt bei 6.4% der Knaben und 3% der Mädchen vor.

**Grafik 18: Cannabiskonsum der 14- und 15-Jährigen in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht**



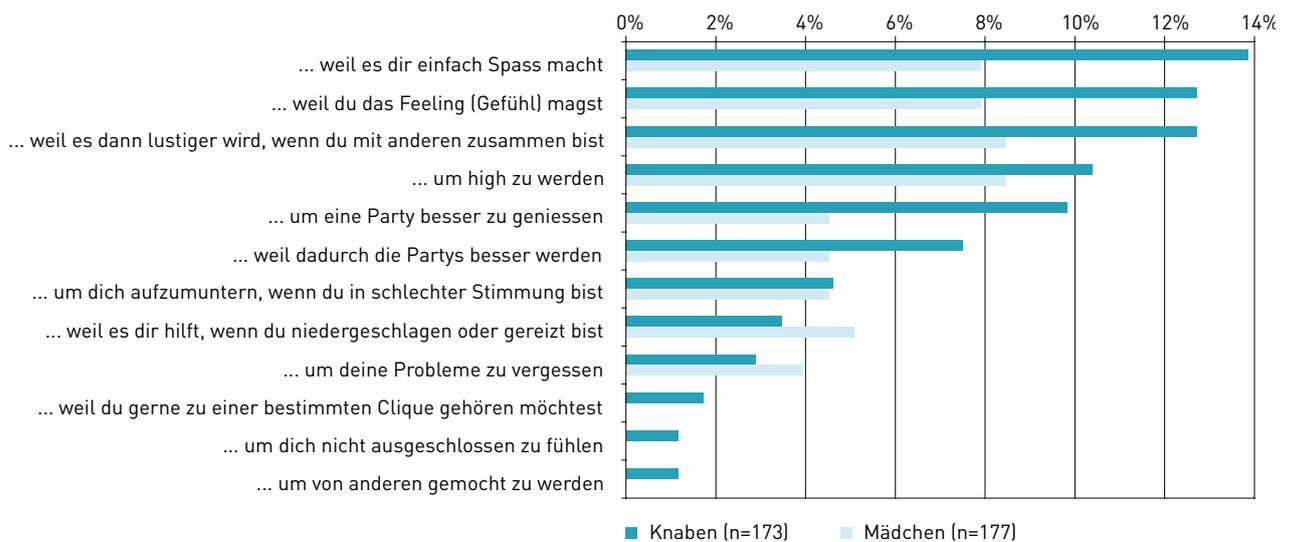
Rund 17% der Jugendlichen beziehen Cannabis über Freunde oder Bekannte (vgl. Grafik 19). Selbstanbau, Cannabisläden und Schule werden selten als Bezugsquellen genannt.

**Grafik 19: Cannabis-Bezugsquellen der 14- und 15-Jährigen in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)**



Bei den Gründen für den Cannabis-Konsum bei den 14- bis 15-jährigen Knaben stehen Verstärkermotive im Vordergrund (vgl. Grafik 20). Cannabis als Bewältigungsstrategie wird etwas häufiger von Schülerinnen angeführt. Wie auch beim Tabak und beim Alkohol werden Konformitätsgründe kaum genannt.

**Grafik 20: Gründe für den Cannabiskonsum der 14- und 15-Jährigen in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)**



## Gesundheitszustand

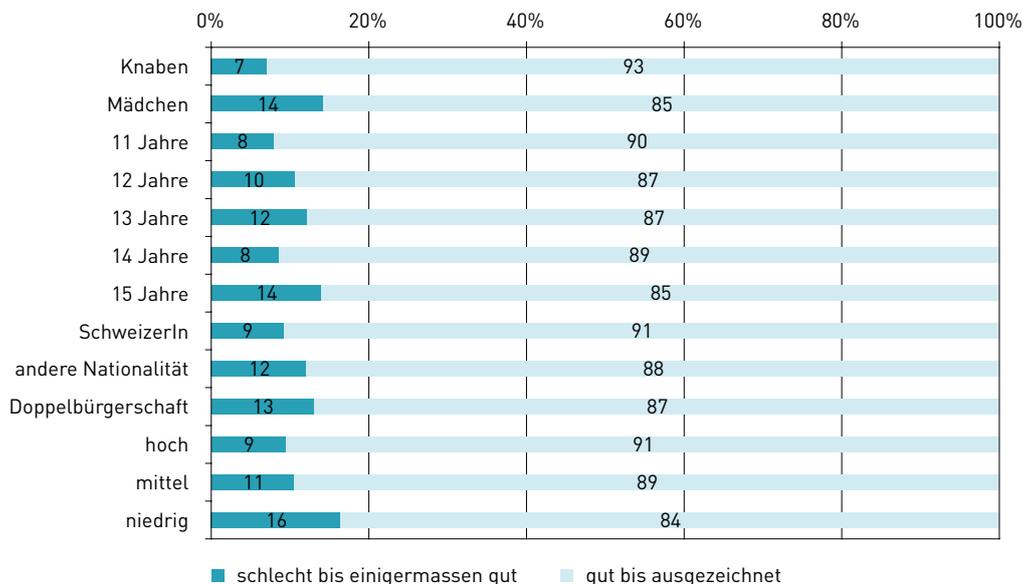
### Subjektiver Gesundheitszustand

Mädchen berichten doppelt so häufig von einem schlechten Gesundheitszustand als Knaben (vgl. Grafik 21). Bei ihnen nimmt der subjektiv wahrgenommene schlechte Gesundheitszustand deutlich von 5% mit 11 Jahren auf 24.4% mit 15 Jahren zu.

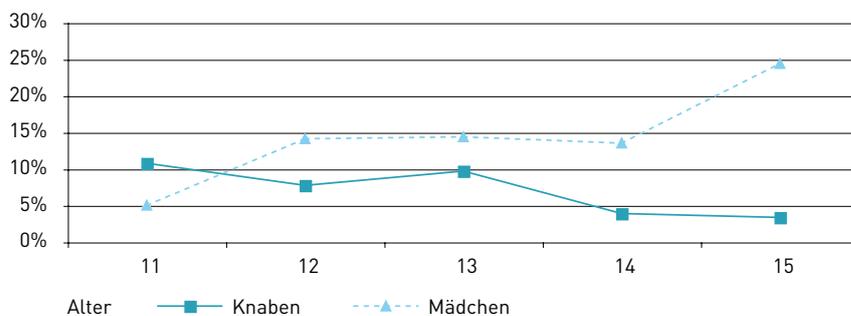
Bei den Knaben verhält es sich umgekehrt: 10.8% berichten mit 11 Jahren, einen schlechten Gesundheitszustand zu haben, und mit 15 Jahren sind es nur noch 3.3%.

Der subjektive Gesundheitszustand unterscheidet sich nicht wesentlich nach Nationalität. Hingegen lässt sich in der niedrigen Wohlstandskategorie eine Zunahme einer schlechteren subjektiven Einschätzung der Gesundheit im Vergleich mit den anderen Kategorien feststellen.

**Grafik 21: Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes nach Geschlecht, Alter, Nationalität und FAS-Score**



### Subjektiver Gesundheitszustand: schlecht bis einigermassen gut

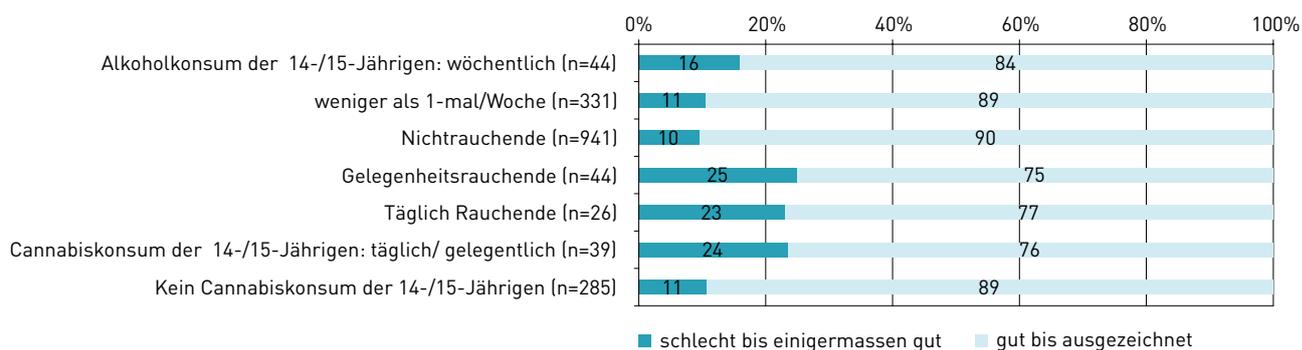


## Zusammenhang zwischen subjektivem Gesundheitszustand und Suchtmittelkonsum

In Bezug auf den subjektiven Gesundheitszustand der 14- und 15-Jährigen lässt sich kein wesentlicher Unterschied zwischen der Gruppe mit wöchentlichem und der Gruppe mit wenig oder keinem Alkoholkonsum ausweisen (vgl. Grafik 22).

Hingegen zeigt sich ein grosser Unterschied zwischen Nichtrauchenden und Rauchenden. Rund ein Viertel der täglich und gelegentlich Rauchenden empfindet den eigenen Gesundheitszustand als schlecht bis einigermaßen gut (Nichtraucher: 10%). Beim Cannabiskonsum sind die Resultate ähnlich.

**Grafik 22: Zusammenhang zwischen subjektivem Gesundheitszustand und Suchtmittelkonsum**



## Zusammenhang zwischen subjektivem Gesundheitszustand, Körpergewicht / Körperbewusstsein und Diät

Im Gegensatz zu den unter- und normalgewichtigen geben übergewichtige Jugendliche deutlich häufiger an, sich schlechter zu fühlen (vgl. Grafik 23). Die gleiche Tendenz zeigt sich beim Körperbewusstsein: Diejenigen, die sich zu dick oder zu dünn fühlen, berichten zu 16.7% bzw. zu 10%, sich weniger gut zu fühlen.

Bei Mädchen zeigt sich dieser Zusammenhang ausgeprägter: Mädchen, die sich zu dünn (17.5%) bzw. zu dick (20.5%) fühlen, sind deutlich häufiger unglücklich als Mädchen, die angeben, das richtige Gewicht zu haben (7.9%).

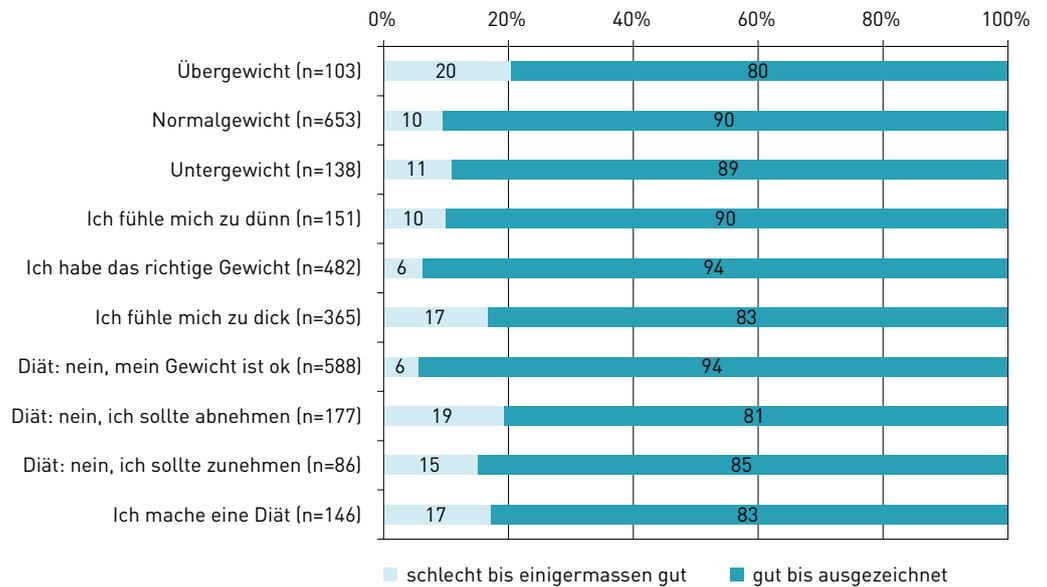
Schülerinnen und Schüler, die entweder ab- bzw. zunehmen wollen oder eine Diät machen, unterscheiden sich deutlich von denjenigen, die keine Diät machen. Mädchen, die eine Diät machen, geben deutlich häufiger an, sich schlecht zu fühlen (23.8%) als die Knaben (8.1%).

## Subjektive Gesundheitsbeschwerden

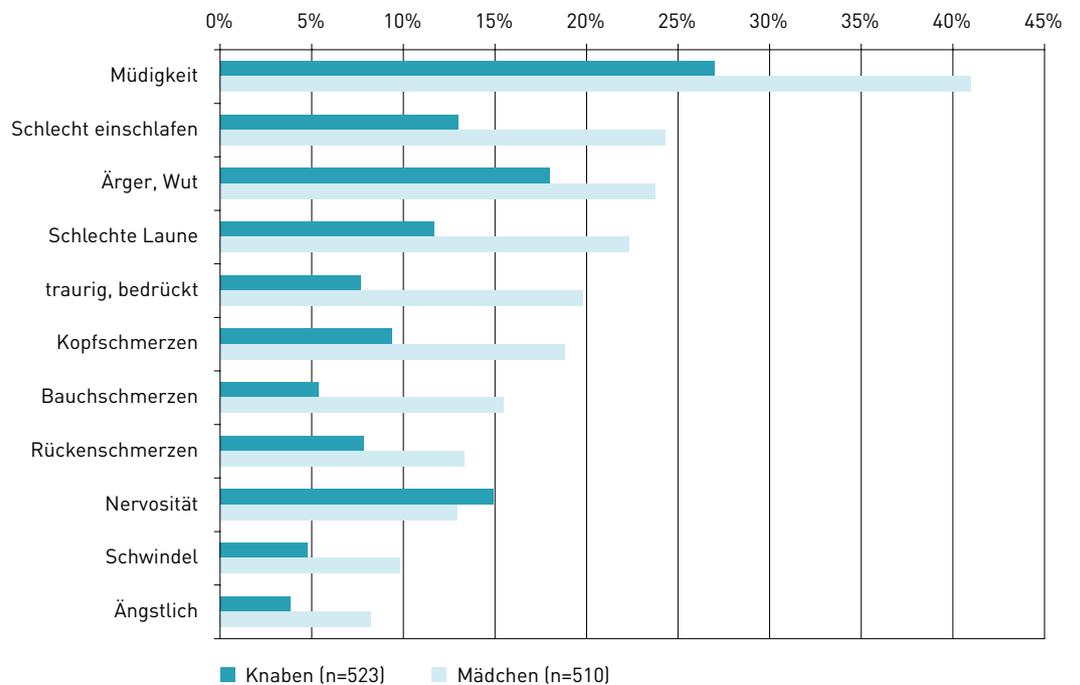
Betrachtet man die subjektiven Gesundheitsbeschwerden der Jugendlichen, so zählen Mädchen deutlich häufiger Beschwerden auf als Knaben (vgl. Grafik 24). Auffallend ist der hohe Anteil müder Jugendlicher. Er steigt mit dem Alter stark an und ist höher bei Mädchen. 11-jährige Mädchen geben zu 29%, die 15-Jährigen zu 53.3% an, sich müde zu fühlen. 11-jährige Knaben berichten zu 13.2%, 13-jährige zu 35.6% und 15-jährige zu 26.4%, sich müde zu fühlen.

Mit zunehmendem Alter berichten Mädchen allgemein häufiger von gesundheitlichen Beschwerden. Mit Ausnahme der Beschwerden Traurigkeit, schlechte Laune und Nervosität erreichen die subjektiven Gesundheitsbeschwerden bei den Knaben einen Peak mit 13 Jahren und nehmen dann bis zum 15. Lebensjahr wieder ab. Am häufigsten werden Wut/Ärger, Müdigkeit, Rücken- und Kopfschmerzen mit 13 Jahren genannt.

**Grafik 23: Zusammenhang zwischen subjektivem Gesundheitszustand und Körpergewicht bzw. Körperbewusstsein und Diät**



**Grafik 24: Subjektiv erlebte Gesundheitsbeschwerden (täglich oder mehrmals pro Woche) in den letzten 6 Monaten nach Geschlecht**

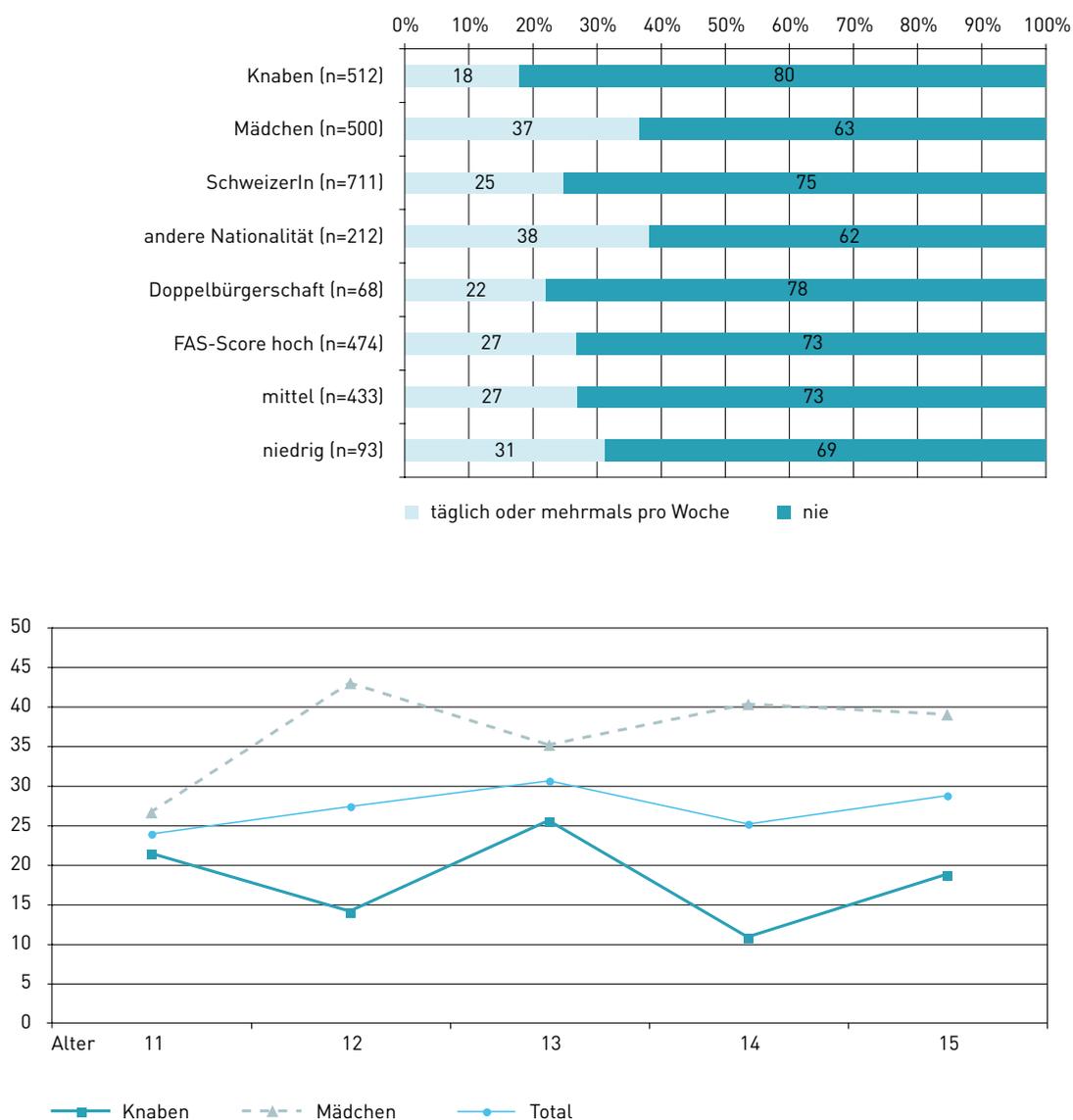


## Körperliche Beschwerden

Doppelt so viele Schülerinnen als Schüler berichten, täglich oder mehrmals pro Woche körperliche Beschwerden zu haben (vgl. Grafik 25).

Zwischen Nationalität und körperlichen Beschwerden besteht ein deutlicher Zusammenhang. Der Wohlstandsindex hat hingegen weniger Einfluss.

**Grafik 25: Körperliche Beschwerden (täglich/mehrmals pro Woche) nach Geschlecht, Alter, Nationalität und FAS-Score**



### Psychische Beschwerden

Täglich oder wöchentlich auftretende psychische Beschwerden geben 44% der Mädchen und 30% der Knaben an (vgl. Grafik 26). Bei den Mädchen nehmen die psychischen Symptome mit dem Alter stark zu. Bei den Knaben geht die Häufigkeit psychischer Beschwerden nach dem 13. Lebensjahr zurück.

Weder die Nationalität noch der Wohlstandsindex zeigen einen statistisch gesicherten Unterschied in Bezug auf die psychischen Beschwerden. Es scheint aber, dass Jugendliche mit Doppelbürgerschaft und Migrationshintergrund häufiger an psychischen Beschwerden leiden als Schweizer.

**Grafik 26: Psychische Beschwerden (täglich/mehrmals pro Woche) nach Geschlecht, Alter, Nationalität und FAS-Score**



## Diskussion von wichtigen Ergebnissen und Schlussfolgerungen

**Mädchen** geben einen **schlechteren Gesundheitszustand** und **häufiger Gesundheitsbeschwerden** an als **Knaben**. Mehrere Gründe können zu diesem Geschlechterunterschied führen. Einerseits tendieren Mädchen mehr dazu, auf ihr körperliches und psychisches Befinden zu achten und dies auch eher zu äussern als Knaben. Andererseits beginnt die **Pubertät** bei den Mädchen früher und geht oft einher mit **Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper**.

Dies zeigt sich auch bei den Baselbieter Mädchen. Mit steigendem Alter wächst ihre Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, vermehrt werden Diäten durchgeführt, und das Essverhalten verändert sich stärker als bei den Knaben. Psychische und körperliche Gesundheitsbeschwerden werden von Mädchen ebenfalls häufiger genannt.

**Knaben sind häufiger als Mädchen übergewichtig.**

Rund **ein Zehntel** der Jugendlichen ist übergewichtig. Da übergewichtige Jugendliche ihr Gewicht eher unterschätzen, kann der Anteil sogar noch höher liegen.

Fachleute diskutieren verschiedene **Ursachen** für die Zunahme des Übergewichts bei Jugendlichen und Kindern. **Falsche Ernährung, hoher Fernsehkonsum** und **wenig Sport** werden häufig als Risikofaktoren für Übergewicht genannt. Die vielschichtige Entstehung des Übergewichts macht die Prävention und Therapie komplex.

Entgegen den Erwartungen zeigt sich in der Analyse kein einzelnes Nahrungsmittel als entscheidender Faktor. Die Jugendlichen wurden allerdings nur nach der Häufigkeit des Nahrungsmittelkonsums und nicht nach der Menge gefragt. Diese ist möglicherweise wichtiger für die Entstehung von Übergewicht.

Aus Studien ist bekannt, dass Übergewichtige dazu tendieren, **Snacks** und als **ungesund empfundene Lebensmittel** in Ernährungsbefragungen **auszulassen** bzw. geringere Mengen anzugeben. Studien zu Übergewicht zeigen ausserdem, dass übermässiger Konsum von **Fernsehen und Computerspielen** das Risiko, übergewichtig zu werden, erhöht, während die bisherigen Forschungsergebnisse zur körperlichen Aktivität weniger eindeutig sind. Es gibt Untersuchungen, die einen schützenden Effekt zeigen, andere können den Zusammenhang nicht belegen.

Bei Baselbieter Jugendlichen wächst die Wahrscheinlichkeit, übergewichtig zu sein, mit der am Computer oder der vor dem Fernseher verbrachten Zeit. Umgekehrt: Je häufiger die Jugendlichen ausserschulischen Sport treiben, desto geringer die Wahrscheinlichkeit, übergewichtig zu sein.

Die **psychischen und sozialen Konsequenzen des Übergewichts** sind bekannt. So ist es nicht verwunderlich, dass übergewichtige Jugendliche häufiger einen schlechten subjektiven Gesundheitszustand angeben. Aus dieser Feststellung darf jedoch kein ursächlicher Zusammenhang abgeleitet werden. Auch der **Wohlstand** ist ein Einflussfaktor für Übergewicht. Kinder aus Familien mit **niedrigem Wohlstandsindex** haben ein **zweimal höheres Risiko** übergewichtig zu sein, während Kinder aus Familien mit hohem Wohlstandsindex häufiger untergewichtig sind.

Viele Mädchen sind **unzufrieden mit dem eigenen Körper** und empfinden sich als zu dick, obwohl sie objektiv gesehen normalgewichtig oder untergewichtig sind. Diese Fehleinschätzung geht einher mit dem Diätverhalten. **Mädchen machen häufiger eine Diät als Knaben**. Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht bzw. das Diätverhalten birgt die Gefahr, dass auf Mahlzeiten verzichtet wird.

Ein Drittel der Baselbieter Jugendlichen nimmt unter der Schulwoche **kein Frühstück** ein. Ein Viertel verzichtet darauf auch am Wochenende. Kinder und Jugendliche, die das Frühstück auslassen, sind häufiger übergewichtig. Ob Übergewicht primär eine Ursache oder eine Konsequenz dieses Essverhaltens ist, kann aus den Daten nicht entnommen werden. Denkbar ist allerdings, dass der **Verzicht auf Frühstück** mit einem erhöhten **Snackkonsum** und **anderen Zwischenmahlzeiten** einhergeht.

#### **Die gesunden Ernährungsgewohnheiten nehmen mit dem Alter der Jugendlichen ab.**

Verglichen mit den gesamtschweizerischen HBSC-Daten aus dem Jahre 2002 essen Baselbieter Jugendliche heute durchschnittlich mehr Früchte und Gemüse. Der tägliche Konsum von Obst, Gemüse, Getreideflocken und Müesli nimmt jedoch bei den Jugendlichen in Baselland mit zunehmendem Alter ab.

Positiv zu erwähnen ist die hohe **Calciumzufuhr** über alle Altersgruppen hinweg und die leichte Zunahme des **Fisch- und Fleischkonsums** mit dem Alter. Verglichen mit 2002, essen Jugendliche allerdings mehr Schokolade oder Süssigkeiten. Zudem trinken sie häufiger zuckerhaltige Getränke. Der Konsum von Süssigkeiten und zuckerhaltigen Getränken nimmt mit dem Alter zu.

**Junkfood** wird hingegen unabhängig von der Altersgruppe von weniger als 10% der Jugendlichen täglich konsumiert. Die Zunahme ungesunden Essverhaltens mit dem Alter geht einher mit Veränderungen in der familiären Esskultur. So finden in der heutigen Zeit weniger **gemeinsame Mahlzeiten mit den Eltern** statt als früher.

Mädchen tendieren mit zunehmendem Alter häufiger dazu, gemeinsame Mahlzeiten mit den Eltern auszulassen, als Knaben. Dies kann die Folge einer Diätmethode oder ein Ausdruck von Autonomiewillen und Abgrenzung sein.

Alle Indikatoren weisen bei den Baselbieter Jugendlichen darauf hin, dass das **ungesunde Essverhalten mit dem Alter zunimmt**. Dies ist problematisch, weil in der Adoleszenz der Bedarf an Nährstoffen wächst und eine ausgewogene und adäquate Ernährungsweise hilft, das Risiko von Gesundheitsproblemen zu minimieren. Deswegen ist die Adoleszenz entscheidend für die **Beibehaltung und Entwicklung gesunder Essgewohnheiten**. Hier besteht Handlungsbedarf.

Die Mehrheit der Jugendlichen gibt an, ein bis drei Mal pro Woche **körperlich aktiv** zu sein. Die positiven Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit sind unbestritten. Sind Jugendliche bereits in der Adoleszenz regelmässig aktiv, werden sie ihr Bewegungsmuster mit grosser Wahrscheinlichkeit auch im Erwachsenenalter fortsetzen. Gemäss einer internationalen Expertengruppe sollten Jugendliche fünf bis sieben Mal pro Woche 60 Minuten körperlich aktiv sein. Lediglich 43% der Knaben und 32% der Mädchen aus Baselland erfüllen diese Richtlinien.

Das BASPO empfiehlt, **weniger als zwei Stunden am Tag vor elektronischen Medien zu verbringen**. Diese Vorgabe erfüllen ca. 80% der Baselbieter Jugendlichen. Medienkonsum kann jene körperlich aktiven Beschäftigungen, die der Gesundheit zu Gute kommen (z.B. Sport, Bewegung im Freien), verdrängen. **Fernsehkonsum** ist häufig gekoppelt mit Konsum von **Snacks**. Auch Werbung kann einen Einfluss auf das Ernährungsverhalten und die Wahl von bestimmten Nahrungsmitteln haben. Diese Faktoren können eine Gewichtszunahme bei den Jugendlichen bewirken.

#### **Der regelmässige Konsum von Suchtmitteln ist bei den 14- bis 15-jährigen beträchtlich.**

Sehr viele Jugendliche haben Suchtmittel schon einmal probiert, während der als problematisch zu bezeichnende regelmässige Konsum seltener ist. Rund ein Zehntel der 14- und 15-jährigen Jugendlichen trinkt jedoch wöchentlich Alkohol, 29.5% waren schon einmal betrunken. Ebenso viele dieser Altersklasse rauchen Tabak und/oder Cannabis. **Knaben machen in der Regel früher mit Suchtmitteln Erfahrung als Mädchen.**

Die Alkoholprävention bei Jugendlichen zielt unter anderem auf die **Erschwerung des Zugangs zu alkoholischen Getränken** ab. Der Zugang scheint jedoch kein wirkliches Problem zu sein. Jugendliche bekommen Alkohol von ihren Freunden und Bekannten und an Partys. Ein Viertel der Jugendlichen nennt Supermärkte und Kiosks als Bezugsquellen, obwohl sie dort keinen Alkohol erhalten dürften. Rund ein Fünftel bekommt ihn von den Eltern.

**Verstärker- und Bewältigungsmotive** im Umgang mit Suchtmitteln stehen bei den Jugendlichen im Vordergrund, während Konformitätsgründe kaum genannt werden. In den letzten Jahren ist eine Veränderung des Konsummusters feststellbar. **Alkoholrauschzustände haben verglichen mit 1986 um das Doppelte zugenommen.**

Die Analyse zum Alkoholkonsum ergibt, dass vor allem Knaben von alleinerziehenden Eltern ein höheres Risiko haben, wöchentlich Alkohol zu konsumieren. Diese Assoziation wird auch in der Literatur beschrieben und mit mangelnder Kontrolle durch die Eltern und mit vermehrten Konfliktsituationen (z.B. Scheidung) begründet.

**Der Tabakkonsum nimmt mit dem Alter stark zu.** Knaben fangen tendenziell früher an zu rauchen, während die Mädchen mit 15 Jahren die Konsumhäufigkeit der Knaben übertreffen. Ein Erklärungsansatz für die hohe Anzahl von jungen Raucherinnen ist der von ihnen wahrgenommene Zusammenhang zwischen dem Image («cool sein»), der sozialen Identität und dem Umgang mit Stress und Rauchen.

Mädchen, die abnehmen möchten, haben ein dreieinhalbfach erhöhtes Risiko zu rauchen. Rauchen als Methode zur Gewichtskontrolle wird von jungen Raucherinnen häufig genannt.

Bei den Knaben hingegen erweist sich die tägliche Frühstücksroutine als Schutz vor dem Rauchen. Allerdings bewirken wohl weniger der Nährwert als die elterliche Fürsorge, verlässliche Familienstruktur oder familiäre Kommunikation – die bei einem gemeinsamen Frühstück zum Ausdruck kommen – den Schutzeffekt. **Die Wahrscheinlichkeit, dass junge Raucher auch im Erwachsenenalter rauchen, ist sehr gross.** Präventionsangebote sollten deshalb früh ansetzen.

**Cannabis** erhalten die Schüler im Wesentlichen von Freunden, Mitschülerinnen und Mitschülern sowie auf Partys. **Cannabis ist nach Alkohol und Tabak das am häufigsten eingenommene Suchtmittel.** Für Jugendliche ist der regelmässige Konsum besonders problematisch. Für die Prävention ist deshalb die Unterscheidung zwischen gelegentlichem und regelmässigem Konsum wichtig.



02

## **Das Gewicht der Baselbieter Kinder**

**Katrin Appenzeller, Dr. phil. II, MPH**



## Auf einen Blick

In der Schweiz sind rund 20% aller Kinder und Jugendlichen übergewichtig und davon 5-8% adipös. Wie ist die Situation im Kanton Baselland? Im Frühjahr 2007 wurden mehr als 1500 Kindergarten- und Schulkinder gemessen und gewogen. Der Befund ist deutlich: Bereits jedes fünfte bis sechste Kind ist von Übergewicht und Adipositas betroffen. Bei Schülerinnen und Schülern der siebten Klassen ist das Ausmass am höchsten.

Adipositas: starkes Übergewicht, Fettsucht

Übergewicht und Adipositas verschwinden nicht einfach in der Pubertät oder im Erwachsenenalter. Im Gegenteil: Wissenschaftliche Untersuchungen beweisen, dass z.B. ein zwölfjähriges übergewichtiges Kind ein 60-prozentiges Risiko hat, auch im Erwachsenenalter übergewichtig zu sein. Dieses Risiko erhöht sich sogar auf 80 Prozent, wenn das Kind noch ein übergewichtiges Elternteil hat. Das Problem von heute könnte also auch eines von morgen werden. Prävention und Gesundheitsförderung wird als die einzige praktikable Lösung angesehen, das Übergewichtsproblem auf lange Sicht unter Kontrolle zu bringen.

## Datengrundlage und Methodik

Für den Kanton Basel-Landschaft, wo es kein zentrales Schularztsystem gibt, existierten in der Vergangenheit keine Daten zu Übergewicht und Adipositas bei Kindergartenkindern und Schülerinnen und Schülern.

Die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion führte aus diesem Grund eine Pilotstudie durch, einerseits, um aktuelle Daten zum effektiv vorhandenen Übergewicht von Kindern zu erhalten, und andererseits, um die Machbarkeit eines regelmässigen und flächendeckenden Gewichtsmonitorings von Kindergartenkindern und Schulkindern des Kantons Basel-Landschaft zu prüfen.

Body Mass Index = Körpergewicht in kg/Körpergrösse in m<sup>2</sup>

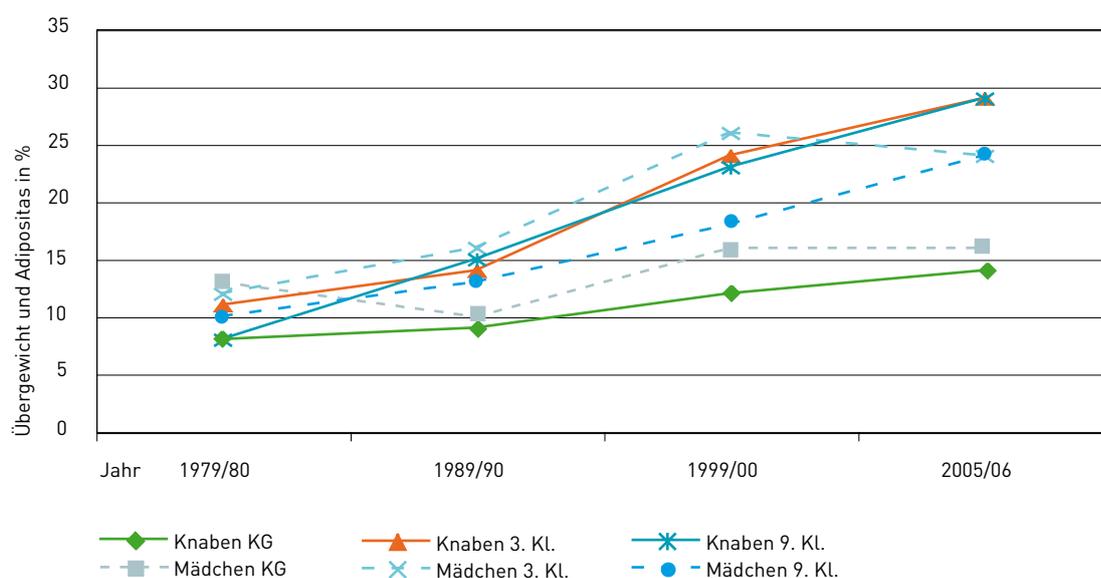
Die ausführlichen Referenzkurven für die individuelle Bewertung eines Kindes können im Internet unter [www.schulgesundheit.bl.ch](http://www.schulgesundheit.bl.ch) eingesehen und ausgedruckt werden.

Aus einer vom statistischen Amt des Kantons Basel-Landschaft gezogenen 20%-Stichprobe wurden insgesamt 1587 Kinder und Jugendliche gemessen, davon 406 Kindergartenkinder (213 Knaben / 193 Mädchen; Durchschnittsalter 6 Jahre), 590 aus der 4. Klasse (je 295 Knaben/Mädchen; Durchschnittsalter 10.6 Jahre) sowie 591 aus der 7. Klasse (306 Knaben / 285 Mädchen; Durchschnittsalter 13.8 Jahre). Die Schulgesundheitschwester Silvia von Känel Kaçmaz erfasste die Körpergrösse, das Körpergewicht und den Bauchumfang der Kinder. Nationalität und Alter wurden von den Schulen bekannt gegeben. Die Messungen fanden unter standardisierten Bedingungen in separaten Räumen in den jeweiligen Schulhäusern statt. Aus den Messdaten wurde der Body Mass Index (BMI) errechnet. Anhand von zwei verschiedenen Referenzsystemen sowie der Bauchumfangmessung wurden die prozentualen Anteile von Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas erfasst. Um die Vergleichbarkeit mit anderen Auswertungen zu ermöglichen, beschränken wir uns hier auf das Referenzsystem von Cole.

## Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas sind in den Industrieländern bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen weit verbreitet. Weltweit sind gemäss Schätzungen der WHO mindestens 155 Millionen Kinder im Schulalter übergewichtig oder adipös, bzw. eines von zehn Kindern. In westlichen Ländern nimmt die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas seit 30 Jahren stetig zu. Diese Entwicklung lässt sich an den Zahlen, die in unserem Nachbarkanton Basel-Stadt durch das zentrale Schulgesundheitsystem erhoben werden, gut dokumentieren. Während im Jahr 1979/1980 Kinder in der 9. Klasse im Durchschnitt zu rund 8% übergewichtig (inkl. adipös) waren, wuchs der Anteil bis ins Jahr 2005/2006 bis auf fast 30% (vgl. [Grafik 1](#)).

**Grafik 1: Prozentanteil der Kinder mit Übergewicht im Kanton Basel-Stadt von 1979 bis 2005**



Für den Kanton Basel-Landschaft zeigt das aktuelle Gewichtsmonitoring folgendes Bild: Bereits jedes 5. bis 6. Kind (18.6% Knaben; 20.3% Mädchen) ist übergewichtig oder adipös (vgl. [Tabelle 1](#)).

**Tabelle 1: Anteil der Baselbieter Kinder mit Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas**

	Kindergarten		4. Klasse		7. Klasse	
	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen
Normalgewicht	92.0%	81.9%	80.7%	80.0%	74.8%	77.9%
Übergewicht	5.6%	13.5%	16.3%	14.9%	19.0%	18.6%
Adipositas	2.4%	4.7%	3.1%	5.1%	6.2%	3.5%

Zwar unterscheidet sich im Kindergarten das Vorkommen von Übergewicht und Adipositas bei Mädchen und Knaben, aber insgesamt sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern statistisch nicht ausgeprägt. Klar feststellbar ist hingegen, dass Schülerinnen und Schüler der 7. Klassen ein deutlich höheres Risiko für Übergewicht (inkl. Adipositas) als Kindergartenkinder haben.

Die Auswertung nach Migrationshintergrund zeigt, dass das Risiko übergewichtig und adipös zu sein für ausländische Kinder zweimal höher ist als für schweizerische: Von Kindern mit Schweizerpass sind 13.5% übergewichtig und 3% adipös, bei ausländischen Kindern sind es 19.6% und 7.5%.

Den höchsten Anteil von Übergewichtigen verzeichnen ausländische Mädchen im Kindergarten (24%) und in der 4. Klasse (24.7%). Dieses Resultat ist jedoch vorsichtig zu interpretieren: Einerseits sagt die Nationalität eines Kindes nicht zwingend etwas aus über seinen Migrationshintergrund. Andererseits gibt es Hinweise, wonach Kinder aus dem südlichen Europa mit den hier üblicherweise verwendeten Referenzwerten ungenau bewertet werden. D.h., es ist möglich, dass Kinder als übergewichtig eingestuft werden, die es nicht sind.

Im Vergleich mit dem Kanton Baselstadt ist Übergewicht im Kanton Basel-Landschaft weniger verbreitet. Der Korrektheit wegen muss aber angefügt werden, dass die Kinder im Kanton Basel-Stadt nicht im gleichen Alter untersucht werden (BS: Kindergarten, 3. Klasse, 9. Klasse; BL: Kindergarten, 4. Klasse, 7. Klasse).

### **Aus übergewichtigen Kindern werden übergewichtige Erwachsene**

Hochgerechnet sind im Kanton Basel-Landschaft zwischen 4200 bis 6000 Kinder von Übergewicht oder Adipositas betroffen. Diese hohe Zahl weist auf ein grosses gesundheitliches Problem hin. Übergewicht und Adipositas haben für die betroffenen Kinder nämlich vielfältige Folgen. Das Risiko, an einem sogenannten metabolischen Syndrom zu erkranken (hoher Blutdruck, ungünstige Blutfettwerte, verminderte Glucosetoleranz) und in der Folge im späteren Leben Herz-Kreislaufkrankungen zu erleiden, ist hoch. Eine weitere gefürchtete Folgeerkrankung ist der Diabetes Typ II («Alterszucker»). Je früher diese Krankheit im Leben auftritt, desto schwerwiegender ist die Belastung für die Gesundheit.

Übergewicht hat jedoch nicht nur Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit. Es hat auch Auswirkungen auf die soziale und psychische Entwicklung der betroffenen Kinder. Übergewichtige Kinder werden nicht selten benachteiligt, ausgegrenzt, gehänselt, gemobbt oder wegen ihrer Grösse auch überschätzt, dies sowohl von Kindern als auch von Eltern und Lehrpersonen.

Die Ursache von Übergewicht ist in 95 Prozent der Fälle eine Folge von zu grosser Energiezufuhr im Vergleich zum Energieverbrauch. Dennoch müssen stark übergewichtige Kinder medizinisch genau abgeklärt werden, um Hormonerkrankungen oder genetische Erkrankungen auszuschliessen. Dass sich das Übergewicht von Kindern nicht einfach mit der Pubertät «auswächst», sondern vielmehr ein Risiko für Übergewicht im Erwachsenenalter darstellt, konnte wissenschaftlich mehrfach gezeigt werden: So hat z.B. ein zwölfjähriges übergewichtiges Kind ein 60-prozentiges Risiko, auch im Erwachsenenalter übergewichtig zu sein. Dieses Risiko erhöht sich auf 80 Prozent, wenn dieses Kind noch einen übergewichtigen Elternteil hat.

Die Möglichkeiten einer therapeutischen Behandlung der Adipositas sind sehr limitiert. Umso höher ist der Stellenwert der Gesundheitsförderung und der Prävention. Die Ergebnisse des Gewichtsmonitorings sind für den Kanton eine wichtige Grundlage, um zukünftige Präventionsmassnahmen und deren Nutzen zu begründen und zu evaluieren. Der Aufwand, jedes Jahr ca. 1600 Schülerinnen und Schüler von einer Schulgesundheitschwester messen zu lassen, ist jedoch hoch. Die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion prüft daher, ob es möglich ist, in Zukunft die bereits durch das Schulgesundheitsystem erhobenen BMI-Werte für das Gewichtsmonitoring zu nutzen.



03

## **Impfungen bei Baselbieter Kindern und Jugendlichen**

**Katrin Appenzeller, Dr. phil. II, MPH  
Zusammenstellung gestützt auf den Bericht von Phung Lang, MPH  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich,  
und Informationen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)**



## Auf einen Blick

Im Kanton Basel-Landschaft sind die Durchimpfungsraten bei Kleinkindern, achtjährigen Kindern und 16-jährigen Jugendlichen hoch oder haben sich sogar verbessert. Deutlich gestiegen ist das Impfniveau für Masern und Mumps bei Kleinkindern. Die Resultate sind ermutigend, doch ist das WHO-Ziel einer 95% Durchimpfung für die Eliminierung der Masern noch nicht erreicht.

Ebenfalls noch nicht hoch genug aber erfreulich stark gewachsen ist die Durchimpfungsrate gegen Hepatitis B. Interessant ist die Feststellung, dass Jugendliche aus städtischen Gebieten eine höhere Durchimpfungsrate für Hepatitis B aufweisen als solche, die auf dem Lande leben.

Impfungen gehören zu den wirksamsten Massnahmen in der Prävention von Erkrankungen. Um einen breitenwirksamen Schutz zu erreichen, sind bei den Kinderkrankheiten Durchimpfungsraten von mindestens 85–90% der Bevölkerung notwendig. Zum Beispiel sind dank der Impfung in der Schweiz seit mehr als zwanzig Jahren keine Fälle von Kinderlähmung oder Diphtherie mehr aufgetreten.

Seit dem letzten Jahr steht den Mädchen im Kanton eine neue Impfung zur Verfügung, die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs und andere durch HPV-Viren verursachte Erkrankungen. Für Mädchen im Alter von 11 bis 14 Jahren ist die Impfung kostenlos. Der Kanton hat ein Impf-Angebot in den Schulen aufgebaut. Im Schuljahr 2007/2008 machten 865 Mädchen von diesem Angebot Gebrauch.

## Datengrundlage und Methodik

Dieser Bericht stützt sich auf die Untersuchung über die Durchimpfungsrate von Kleinkindern im Alter zwischen 24 und 35 Monaten, von 8-jährigen Kindern sowie von 16-jährigen Jugendlichen im Kanton Basel-Landschaft. Sie wurde im Jahre 2005 erhoben. Alle Familien der ausgewählten Kinder wurden mit einem Brief gebeten, an der Studie teilzunehmen und eine Kopie oder den Originalimpfpass einzusenden. Vier bis fünf Wochen später erhielten die Eltern, die noch nicht geantwortet hatten, ein Erinnerungsschreiben. Wurde darauf ebenfalls nicht reagiert, erfolgte eine telefonische Kontaktaufnahme. Mit dieser aufwändigen Erfassung wurde eine hohe Beteiligung erreicht: die durchschnittliche Antwortrate lag je nach Altersgruppe zwischen 82.1% und 90.5%. Gegenüber der Untersuchung aus dem Jahre 2000/01 konnte die Beteiligung je nach Altersgruppe um 14–30% verbessert werden.

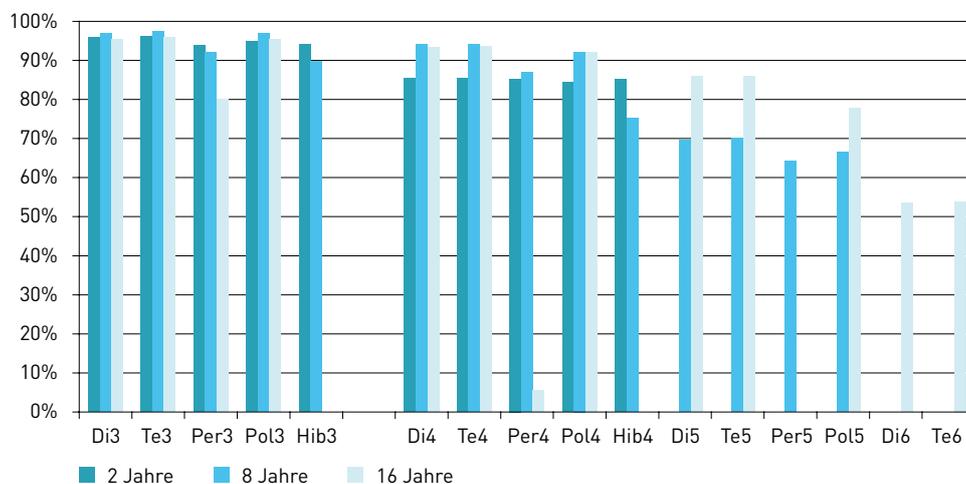
### Der schweizerische Impfplan

Für Kinder sieht der Schweizerische Impfplan Basisimpfungen gegen Diphtherie, Wundstarrkrampf (Tetanus), Keuchhusten (Pertussis), Kinderlähmung (Poliomyelitis), Infektionen durch *Hämophilus influenzae* Typ b (die bei Kleinkindern v.a. eitrige Hirnhaut- und Kehldeckelentzündungen verursachen), Masern, Mumps, Röteln, Windpocken (Varizellen), Hepatitis B und humane Papillomaviren (HPV) vor. Ab dem 16. Geburtstag beinhaltet der Impfplan auch regelmässige Auffrischimpfungen gegen Diphtherie und Tetanus. Die Kosten der Impfungen werden durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen.

## Die Durchimpfungsraten von Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung und Hämophilus

**Grafik 1** zeigt die Durchimpfungsraten für Diphtherie (Di), Tetanus (Te), Keuchhusten (Per), Kinderlähmung (Pol) und Hämophilus (Hib) nach Alter der Kinder und nach Anzahl der Impfdosen. Durchschnittlich 94% der Kleinkinder erhielten drei und 85% vier Dosen dieser fünf Impfstoffe. Bei den 8-Jährigen war die Durchimpfungsrate vergleichbar hoch ausser für drei resp. vier Dosen des Hämophilusimpfstoffs. 16-Jährige waren bereits zu alt, als die Hämophilus-Impfung eingeführt wurde. Sie erhielten diese Impfung nicht. Die Durchimpfungsrate für Di/Te/Pol betrug durchschnittlich für drei Dosen 95% und für vier Dosen 93%. Keuchhusten (Per) wurde etwas weniger oft geimpft (Per3 80%, Per4 nur 5%).

**Grafik 1: Durchimpfungsraten bei 2- und 8-jährigen Kindern sowie 16-jährigen Jugendlichen des Kantons Basel-Landschaft im Jahre 2005 für Diphtherie (Di), Tetanus (Te), Keuchhusten (Per), Kinderlähmung (Pol), Hämophilus (Hib) sowie Anzahl der Impfdosen**



#### Vergleich der Daten von 2000/01 mit 2005

Es zeigt sich, dass in den 5 Jahren seit der letzten Untersuchung das Impfniveau bei Kleinkindern für drei Dosen gegen Diphtherie (Di3), Starrkrampf (Te3) und Kinderlähmung (Pol3) bei etwa 95% konstant blieb. Deutlich mehr Kleinkinder wurden mit drei Dosen gegen Keuchhusten (Per3 von 89.8% auf 93.9%) resp. gegen Hämophilus (Hib3 von 86.3% auf 94%) sowie von vier Dosen gegen Kinderlähmung (Pol4 von 75.3% auf 84.3%), gegen Hämophilus (Hib4 von 68.3% auf 84.9%) resp. gegen Keuchhusten (Per4 von 75.1% auf 85.3%) geimpft.

Die Durchimpfung von 8-jährigen hat sich in folgenden Impfungen deutlich verbessert: bei vier Dosen gegen Keuchhusten (Per4 von 40.4% auf 86.4%) und fünf Dosen gegen Kinderlähmung (Pol5 von 55.9% auf 65.2%). Auch die Impfquote von Jugendlichen hat seit dem letzten Erhebungszeitraum zugenommen, insbesondere die Durchimpfung mit vier Dosen gegen Kinderlähmung (Pol4 von 86.7% auf 92.3%) sowie von fünf Dosen gegen Starrkrampf (Te5 von 79.2% auf 86.3%).

#### Vergleich der Durchimpfungsraten von schweizerischen und ausländischen Kindern

Unterschiede zeigen sich bei den ersten beiden Dosen gegen Keuchhusten (Per1 und 2). Diese erhielten 98.5% der ausländischen und nur 94.7% der schweizerischen Kleinkinder. Hingegen wiesen die schweizerischen 8-jährigen Kinder eine höhere Durchimpfungsraten mit fünf Dosen gegen Diphtherie, Starrkrampf, Keuchhusten und Kinderlähmung auf. Auch bei ausländischen Jugendlichen wurde eine deutlich niedrigere Durchimpfung als bei schweizerischen festgestellt. Wahrscheinlich ist jedoch die Impfquote von ausländischen Kindern in Realität höher. Die Daten widerspiegeln nämlich nur die in den Impfausweisen dokumentierten Impfungen. In den Heimatländern dieser Kinder wurden aber vielleicht Impfungen verabreicht und nicht vermerkt oder der Impfausweis ging verloren.

### **Basisimpfungen gegen Diphtherie, Starrkrampf, Keuchhusten, Kinderlähmung, Hirnhaut- und Kehlkopfentzündungen durch *Hämophilus influenzae* b (Pentaimpfung)**

**Diphtherie (Di)** ist eine bakterielle Infektionskrankheit, deren Übertragung meist durch Tröpfchen (Sprechen, Niesen, Husten), selten durch Schmierinfektionen erfolgt. Die Krankheit beginnt mit einer einfachen Angina und kann rasch einen lebensbedrohlichen Verlauf nehmen. Rund 10% der Erkrankungen verlaufen trotz Behandlung tödlich. Im Rachen bilden sich Beläge, welche die Atemwege einengen, die Atmung erschweren oder verunmöglichen. Gewisse Diphtheriebakterien sondern ein Gift ab, welches zu Herzmuskelchwäche, Nervenlähmungen und anderen Organkrankheiten führen kann. Dank der Impfung sind in der Schweiz seit 20 Jahren keine Diphtherie-Fälle mehr aufgetreten.

**Tetanus/Starrkrampf (Te)** Starrkrampfbakterien kommen überall vor, insbesondere in der Erde oder im Strassenstaub. Bereits eine kleine, unbemerkte Verletzung kann zu einer Starrkrampf-Erkrankung führen. Die Bakterien bilden ein Gift, welches für die Symptome verantwortlich ist. Es kommt zu schmerzhaften Muskelkrämpfen. Ist die Atemmuskulatur betroffen, führt diese Erkrankung trotz medizinischer Behandlung in rund 25% der Fälle zum Tode. In der Schweiz zählt man nur noch 0–2 Fälle jährlich, meistens bei älteren, nicht geimpften Personen, aber auch bei nicht geimpften Kindern.

**Pertussis/Keuchhusten (Per)** ist eine bakterielle Infektionskrankheit, die mit Hustenanfällen, ziehender Einatmung und Erbrechen von Schleim und Nahrung einhergeht. Die Hustenanfälle können während Wochen anhalten und die Kinder am Schlafen, Essen und Atmen hindern. Vor allem bei Neugeborenen oder Säuglingen können bedrohliche Atempausen und Atemstillstände auftreten. Weitere Komplikationen sind Lungenentzündungen, Mittelohrentzündungen, Krampfanfälle (2–4%) und Hirnerkrankungen (0,5%) mit möglichen Dauerschäden. In 1 von 1000 Fällen endet die Erkrankung tödlich.

***Hämophilus influenzae* Typ b (Hib)** ist der Name für ein Bakterium, das bei Säuglingen und Kleinkindern zu eitriger Hirnhautentzündung oder akuter Entzündung des Kehldeckels mit Erstickungsgefahr führt. Die Erkrankung hinterlässt trotz Antibiotika in ca. 10% der Fälle Dauerschäden wie Hörverlust, geistige und körperliche Behinderung oder endet sogar tödlich. Vor Einführung der Hib-Impfung erkrankte 1 von 500 Kindern an einer schweren Hib-Infektion. Seit dagegen geimpft wird, sind es nur noch wenige Fälle pro Jahr, und zwar meist bei nicht oder unzureichend geimpften Kindern.

Die **Poliomyelitis/Kinderlähmung (Pol)** wird durch ein Virus verursacht, das durch Schmierinfektionen übertragen wird (mit Fäkalien verunreinigtes Wasser). Bei vielen Menschen verläuft die Infektion ohne jegliche Krankheitszeichen. Bei rund 1% der Infizierten kommt es jedoch zu einer Erkrankung mit akuten schweren und oftmals bleibenden Lähmungen. Ist das Atem- und Kreislaufzentrum im Hirn betroffen, kann die Kinderlähmung in 20-60% tödlich verlaufen. Es gibt keine Medikamente zur Behandlung der Kinderlähmung. Dank der Impfung ist in der Schweiz seit 1982 kein Fall von Kinderlähmung mehr aufgetreten.

### **Schema und Komplikationen der kombinierten Penta-Impfung**

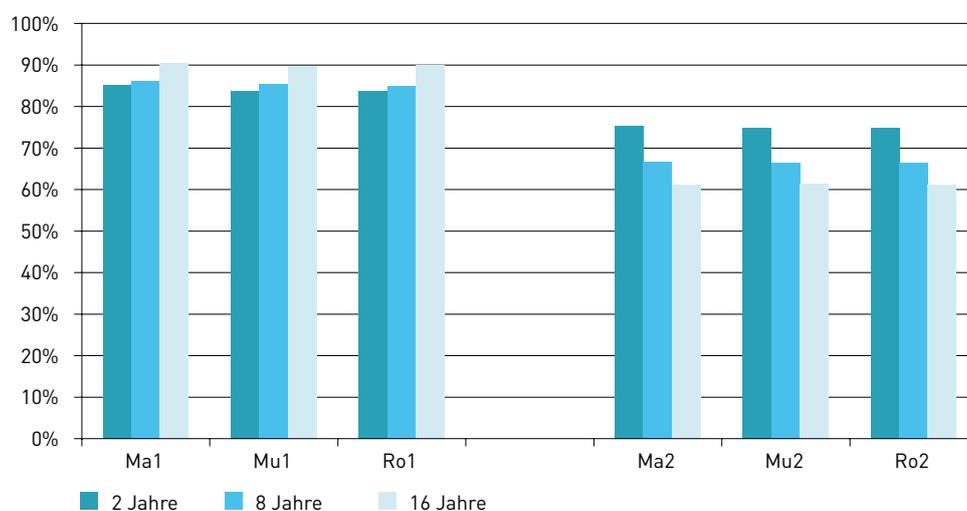
Das Risiko, an Keuchhusten oder einer Hirnhautentzündung durch *Hämophilus* zu erkranken, beginnt schon einige Wochen nach der Geburt. Die Impfungen sollten deshalb so früh als möglich erfolgen, denn die vor der Geburt auf das Kind übertragenen mütterlichen Abwehrstoffe gehen im Laufe der ersten Lebensmonate allmählich verloren. Stillen genügt nicht als Schutz vor Infektionskrankheiten. Das Immunsystem des Säuglings kann bereits sehr rasch nach der Geburt auf die Impfungen ansprechen. Die erste Impfung wird jedoch in der Regel erst für das Alter von zwei Monaten empfohlen. Die Impfserie mit Penta-Impfstoffen umfasst vier Dosen im Alter von 2, 4, 6 und 15–24 Monaten.

Die Impfung führt in etwa 5–15% zu vorübergehenden örtlichen Reaktionen (Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Einstichstelle) oder allgemeinen Nebenwirkungen (z.B. Fieber, meist <39°C). Diese Reaktionen treten im Allgemeinen in den ersten 24–48 Stunden nach der Impfung auf und klingen rasch und folgenlos wieder ab.

## Die Durchimpfungsraten von Masern, Mumps und Röteln

**Grafik 2** zeigt die Durchimpfungsraten für Masern, Mumps und Röteln (MMR) nach Alter der Kinder und nach Anzahl der Impfdosen. Die Durchimpfungsrate für MMR steigt für die erste Dosis mit der Altersklasse an, und zwar von durchschnittlich 85% auf etwa 90%. Sie sinkt jedoch für die zweite Dosis von 75% auf 61.1%. Für die von der WHO und der schweizerischen Gesundheitspolitik angestrebte Eliminierung der Masern müssen 95% der Kinder über den vollständigen Impfschutz durch zwei Impfungen verfügen.

**Grafik 2: Durchimpfungsraten bei 2- und 8-jährigen Kindern sowie 16-jährigen Jugendlichen des Kantons Basel-Landschaft im Jahre 2005 für Masern (Ma), Mumps (Mu) und Röteln (Ro) und Zahl der Impfdosen**



### Vergleich der Daten von 2000/01 mit 2005

Es zeigte sich, dass das Impfniveau bei Kleinkindern für Masern und Mumps in diesen fünf Jahren deutlich gestiegen ist (Masern erste Dosis von 75.6% auf 85.8%, Mumps erste Dosis von 73.6% auf 83.8%). Die Impfquote von 8-jährigen stieg für die erste Dosis gegen Masern von 85.2% auf 86.4% nur leicht, für die zweite jedoch deutlich an (Masern 2 von 42.0% auf 66.6%).

### Vergleich der Durchimpfungsraten von schweizerischen und ausländischen Kindern

Deutliche Unterschiede zeigten sich zwischen ausländischen und schweizerischen Kindern: Die MMR-Impfung erhielten durchschnittlich 93.8% der ausländischen und nur 82.5–84.1% der schweizerischen Kleinkinder. Auch bei ausländischen Achtjährigen wurde eine höhere Durchimpfung mit MMR als bei schweizerischen festgestellt (MMR1: 93.1% versus 80–82.3% ; MMR2: 79% versus 73.5% ). Hingegen wiesen die schweizerischen 16-jährigen Jugendlichen eine höhere Durchimpfungsrate für MMR auf (90–91%) als ausländische (88%).

### **Basisimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR)**

Masern, Mumps und Röteln sind durch Viren verursachte Krankheiten und so ansteckend, dass ohne Impfung praktisch alle Personen im Laufe ihres Lebens angesteckt werden. Durch Niesen oder Husten verbreiten sich die Viren durch in der Luft schwebende Tröpfchen von Person zu Person. Jede angesteckte Person wird selbst ansteckend, ohne es zu wissen und bevor Krankheitszeichen auftreten. Diese sogenannte Inkubationszeit beträgt für Masern 7–18, für Mumps 14–21 und für Röteln 14–23 Tage.

Die **Masern** beginnen mit einem einfachen Schnupfen, gefolgt von Husten und einer Entzündung der Augen. Nach einigen Tagen steigt das Fieber und rote Flecken erscheinen im Gesicht und am ganzen Körper. Masern sind oft eine belastende Krankheit: Kinder haben für mindestens eine Woche nicht die Kraft, das Bett zu verlassen. Komplikationen sind bei Masern häufig (bei ungefähr einer von sechs Personen). Die schwersten Komplikationen sind Lungenentzündung und Gehirnentzündung mit möglichen schweren Schäden des Nervensystems. Man schätzt, dass es ohne Impfung in der Schweiz jedes Jahr zu 40–70 Gehirnentzündungen und 15–40 Todesfällen kommen würde. Durchgemachte Masern hinterlassen eine lebenslange Immunität. Die Masernimpfung wird seit 1976 für Kleinkinder empfohlen und ist seit 1987 Teil des nationalen Programms.

Der **Mumps** wird durch ein Virus verursacht, welches die Speicheldrüsen anschwellen lässt, was den Anschein von «Hamsterbacken» gibt. Die Erkrankung verläuft meist gutartig und die Symptome verschwinden innerhalb einer Woche wieder. Die möglichen Komplikationen sind eine Entzündung der Hirnhaut, Taubheit (vorübergehend oder bleibend) und vor allem bei Männern nach der Pubertät häufig eine sehr schmerzhaft Entzündung der Hoden. Die Mumpsimpfung wird seit 1981 für Kleinkinder empfohlen.

Die **Röteln** verursachen kleine rote Flecken auf der Haut, geschwollene Lymphknoten im Nacken und manchmal eine Bindehautentzündung der Augen. Bei Erwachsenen können sie auch eine Gelenkentzündung verursachen. Aber am häufigsten verlaufen die Röteln unbemerkt, und die erkrankte Person realisiert nicht, dass sie die Personen in ihrer Umgebung ansteckt. Für schwangere, nicht geimpfte Frauen sind die Röteln hingegen eine schlimme Erkrankung: Das Virus infiziert das ungeborene Kind und verursacht eine Fehlgeburt oder schwere Missbildungen (z.B. Missbildungen des Herzens, Blindheit, Taubheit, geistige Behinderung). Die Rötelnimpfung ist seit 1973 für Mädchen am Schulende und seit 1981 für alle Kleinkinder empfohlen. Die Anzahl der von Röteln betroffenen ungeborenen Kinder konnte von 45 Fällen (4–5/Jahr) in den Jahren 1977–86 auf noch vier Fälle (0–1/Jahr) in den Jahren 1995–2000 gesenkt werden.

### **Schema und Komplikationen der MMR-Impfung**

Das Risiko, an Masern, Mumps oder Röteln zu erkranken, beginnt im Alter von vier bis sechs Monaten, da zu dieser Zeit die mütterlichen Abwehrstoffe verschwinden. Generell empfohlen ist, dass die Kinder die erste Dosis der Impfung im Alter von 12 Monaten und die zweite Dosis im Alter von 15 bis 24 Monaten erhalten. Die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, welche noch nicht zwei Dosen der Impfung erhalten haben, können von einer weiteren Impfung jederzeit profitieren.

Nach der Impfung gibt es selten lokal eine Reaktion auf den Stich. In 2–4 % zeigen sich rote Hautflecken oder eine Schwellung der Speicheldrüsen meist sieben bis zehn Tage nach der Impfung. Ungefähr eines von zehn Kindern reagiert mit Fieber. Sehr hohes Fieber kann einen Fieberkrampf zur Folge haben (1 Kind/3000). Die MMR-Impfung kann bei einem von 30 000 Kindern eine vorübergehende Senkung der Blutplättchen zur Folge haben, was wiederum mit einem erhöhten Blutungsrisiko verbunden ist.

## Die Durchimpfungsraten bei Hepatitis-B-Impfungen

Die Impfquote für Kleinkinder und 8-Jährige war altersbedingt gering und betrug zwischen 13.4% für die erste Dosis und 9.5% für die dritte Dosis. Bei 16-jährigen Jugendlichen war die Durchimpfungsrate für die erste Dosis (HepB1) 69.9%, für die zweite Dosis (HepB2) 66.9% und für die dritte Dosis (HepB3) 40%. Es gibt Impfstoffe, bei welchen bereits mit zwei Dosen, andere, bei denen erst nach drei ein kompletter Impfschutz erreicht wird.

### Vergleich der Daten von 2000/01 mit 2005

Zwischen den Jahren 2000/01 und 2005 konnte ein Anstieg der Durchimpfungsrate bei zwei Dosen (HepB2) von 59.8% auf 67.5% resp. bei drei Dosen (HepB3) von 31.9% auf 40.5% verzeichnet werden.

Jugendliche aus städtischen Gebieten schienen eine höhere Durchimpfungsrate aufzuweisen als solche, die auf dem Lande leben (für die erste Dosis: 72.6% Stadt gegenüber 59.3% Land und bei der zweiten Dosis: 70.2% versus 54.1%). Ebenfalls hatten ausländische Jugendliche mit 76.3% (für die erste und zweite Dosis resp. 35.7% für die dritte Dosis) mehrheitlich einen höheren Impfschutz gegen Hepatitis B als schweizerische Jugendliche mit 68.4% (für die erste und zweite Dosis resp. 40.9% für die dritte Dosis). Dieser Unterschied könnte auch dadurch bedingt sein, dass Hepatitis B in einigen Herkunftsländern der ausländischen Jugendlichen verbreitet ist und diese sich deshalb eher impfen lassen.

### Basisimpfung gegen Hepatitis B (HepB)

Die **Hepatitis B** ist eine Viruskrankheit, die durch Blut, Speichel oder beim ungeschützten Geschlechtsverkehr mit einer infizierten Person übertragen wird. Für die Übertragung genügt schon eine minimale Blutmenge, um sich anzustecken. Die Hepatitis B, eine Leberentzündung, die auch Gelbsucht genannt wird, verursacht Müdigkeit, Fieber, Bauchschmerzen, manchmal eine Gelbfärbung der Haut und des Augenweiss, dunklen Urin sowie hellen Stuhl. Diese akute Infektion, welche auch unbemerkt verlaufen kann, dauert mehrere Monate. Bevor man 1998 anfang, Jugendliche zu impfen, war die Hepatitis B in der Schweiz verantwortlich für 2000–3000 akute Infektionen pro Jahr mit etwa 250 Hospitalisationen und einem Dutzend Todesfällen pro Jahr.

Das Hauptrisiko der Hepatitis-B-Erkrankung ist ein chronischer Verlauf mit schweren, lebensbedrohlichen Komplikationen. Dieses Risiko ist sehr hoch (bis 90%) bei Säuglingen, deren Mutter eine chronische Hepatitis B hat. Aus diesem Grund müssen diese Kinder unmittelbar nach der Geburt durch eine Impfung geschützt werden. Bei den infizierten erwachsenen Personen erkrankt etwa eine von 10–20 an einer chronischen Hepatitis B mit Komplikationen. Ausserdem bleiben sie ihr ganzes Leben lang ansteckend. Man schätzt, dass die Komplikationen der chronischen Hepatitis B in der Schweiz jedes Jahr 40–80 Todesfälle zur Folge haben.

### Schema und Komplikationen der Hepatitis-B-Impfung

Die Hepatitis-B-Impfung wird spätestens im Alter von 11 bis 15 Jahren empfohlen. Die Hepatitis-B-Impfung benötigt mehrere Dosen im Abstand von 6 bis 12 Monaten, abhängig vom Alter und Impfschema. Mit der Impfung reduziert sich das Ansteckungsrisiko um rund 95%. Im Impfprogramm des Kantons Basel-Landschaft werden die Jugendlichen in den 9. Klassen mit zwei Dosen im Abstand von 6 Monaten geimpft.

Die Impfung wird im Allgemeinen gut vertragen. An der Einstichstelle gibt es bei einer von 10 Personen eine lokale Reaktion (Rötung, Schmerz, Schwellung). Seltener sind Kopfschmerzen, Müdigkeit oder Fieber. In Frankreich wurden zwischen 1996 und 2004 zahlreiche Studien zu Nebenwirkungen durchgeführt, die jedoch keinerlei Zusammenhang zwischen Hepatitis-B-Impfung und Autoimmunerkrankungen (z.B. Multiple Sklerose) zeigen konnten.

## **Das kantonale Impfprogramm gegen Gebärmutterhalskrebs und andere durch humane Papillomaviren verursachte Krankheiten (HPV)**

Das kantonale Impfprogramm sieht vor, dass sich in den Schulen die Mädchen der siebten Klassen durch die Schulgesundheitschwester des Kantons impfen lassen können. Neben diesem Schulangebot bieten die Kinder-, Frauen- und Hausärztinnen und -ärzte die Impfung für 11- bis 14-jährige und bis ins Jahr 2012 auch für 15- bis 19-jährige weibliche Jugendliche an. Das Angebot der Impfung über die Schulen besteht seit dem Schuljahr 2007/2008, dasjenige über die privaten Ärztinnen und Ärzte seit August 2008. Die Kosten übernehmen die Krankenkassen. Der Selbstbehalt entfällt.

Die Schweizer Arzneimittelbehörde liess den Impfstoff Gardasil von Sanofi Pasteur MSD im Januar 2007 zu. Im Herbst 2007 entschied das Bundesamt für Gesundheit, dass die Kosten nur durch die obligatorische Krankenversicherung übernommen werden, wenn die Impfungen im Rahmen von kantonalen Programmen erfolgen. Die Kantone handelten mit dem Hersteller des Impfstoffes einen neuen Preis aus, nämlich 477 Franken für die ganze Reihenimpfung pro Mädchen.

Im Schuljahr 2007/2008 liessen sich im Kanton Basel-Landschaft 865 Mädchen der siebten Klassen impfen.

### HPV-Infektionen und Impfschema

Es gibt mehr als hundert **humane Papillomaviren (HPV)**, die die Haut oder genitale Schleimhaut befallen. Sie werden durch Geschlechtsverkehr, einfachen Hautkontakt oder Berührung infizierter Schleimhäute übertragen. HPV-Viren sind in der Schweiz und weltweit die häufigste Ursache sexuell übertragbarer Infektionen. Man schätzt, dass mehr als 70% der sexuell aktiven Männer und Frauen sich im Laufe ihres Lebens damit anstecken. Das Infektionsrisiko durch HPV-Viren erhöht sich mit steigender Anzahl von Geschlechtspartnern. Deshalb ist das Ansteckungsrisiko in der Schweiz im Alter von 16 bis 25 Jahren am höchsten.

Die meisten **HPV-Infektionen** lösen keine Symptome aus, sodass die infizierte Person nicht weiss, dass sie für andere ansteckend ist. Bestimmte HPV-Viren wie die Typen 6 und 11 verursachen sichtbare oder versteckte **Genitalwarzen** (Kondylome) bei Mann und Frau. Andere HPV-Viren wie die Typen 16 und 18 können sich Monate- oder jahrelang in infizierten Zellen halten. Bei etwa einer von vier bis fünf Frauen entartet eine Infektion durch HPV-Virus 16 oder 18 zu einer **Krebsvorstufe** oder tatsächlichen Krebserkrankung, zum Beispiel am Gebärmutterhals.

Kondome schützen nicht vollständig vor HPV-Viren. Auf der Haut oder auf der Schleimhaut, die nicht durch Kondome bedeckt sind, können HPV-Viren angesiedelt sein. Regelmässige gynäkologische Untersuchungen sind für Entdeckung und Behandlung von Krebsvorstufen unentbehrlich. Trotz dieser Vorsorgemassnahmen führen HPV-Infektionen dazu, dass sich 70 von 100 Frauen infizieren, 6 von 100 Frauen krebsartige Vorformen entwickeln und 1 von 100 Frauen tatsächlich Gebärmutterhalskrebs bekommt.

### Schema und Komplikationen der HPV-Impfung

Die HPV-Impfung schützt vor den Viren HPV 16 und 18, die mehr als 70% aller Gebärmutterhalskrebserkrankungen verursachen, sowie vor den Viren HPV 6 und 11, die für über 90% aller Genitalwarzen verantwortlich sind. Die HPV-Impfung wird allen Mädchen im Alter von 11 bis 14 Jahren empfohlen. Sie kann gleichzeitig mit der Hepatitis-B-Impfung durchgeführt werden. Die Impfung wird in drei Dosen innerhalb von 6 bis 12 Monaten verabreicht. 5% der Genitalwarzen und 25% der Gebärmutterhalskrebserkrankungen werden durch HPV-Viren verursacht, die in den Impfstoffen nicht enthalten sind. Gegen diese Erkrankungen schützt die Impfung nicht, weshalb regelmässige gynäkologische Kontrolluntersuchungen weiterhin stattfinden müssen. Die Impfung wird allgemein gut vertragen. Örtliche Reaktionen (Rötung, Schmerz, Schwellung) an der Einstichstelle kommen häufig vor (bei 1–2 von 4 Personen), sind jedoch harmlos. Kopfschmerzen, Müdigkeit oder Fieber können bei 1 von 10 Personen auftreten.

Der Impfschutz hält mindestens fünf Jahre, möglicherweise viel länger. Es ist jedoch noch nicht ausgeschlossen, dass eine Auffrisch-Impfung nötig werden wird. Derzeit sind Studien im Gange, um dies herauszufinden. Obwohl Männer sich genauso häufig HPV-Viren zuziehen und ihre Partnerinnen und Partner anstecken können, weiss man noch nicht, ob die HPV-Impfstoffe beim Mann wirksam sind. Diese Impfstoffe können Männern deshalb gegenwärtig nicht empfohlen werden.

04

**Die Masernepidemie von 2007 / 08  
– der Impfschutz bei Baselbieter Kindern und  
Jugendlichen genügt noch nicht**

**Katrin Appenzeller, Dr. phil. II, MPH  
Zusammenstellung gestützt auf Informationen  
des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)**



## **Auf einen Blick**

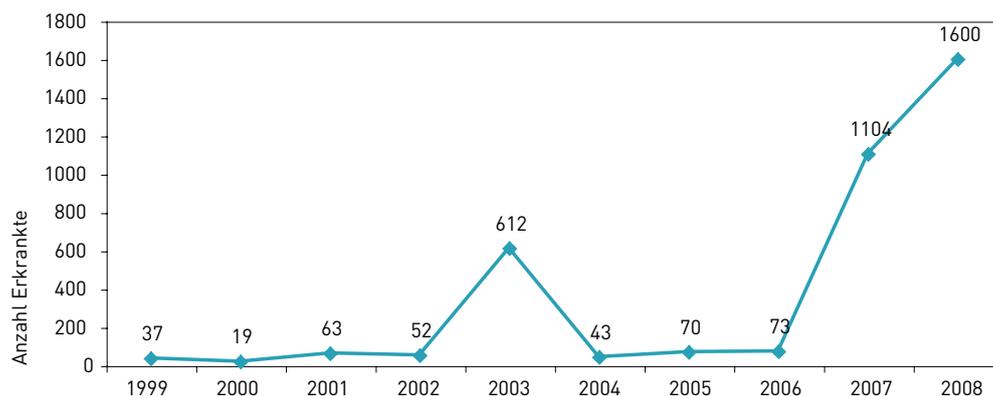
Kinder und Jugendliche waren und sind von Masern besonders stark betroffen. Dies zeigte sich deutlich an der Masernwelle, welche die Schweiz und besonders auch den Kanton Basel-Landschaft zwischen November 2006 und Mai 2008 überrollte. Die grosse Mehrheit der Erkrankten war unter 15 Jahre alt.

85% der an Masern erkrankten Personen waren nicht oder nicht genügend geimpft. So erstaunt es nicht, dass es zu einem Masernausbruch kommen konnte. Noch ist der Impfschutz im Kanton Basel-Landschaft ungenügend. Masern sind keine harmlose Erkrankung – etwa 15% der Erkrankten hatten schwerere Komplikationen.

## **Die Masernwelle in der Schweiz und in Baselland**

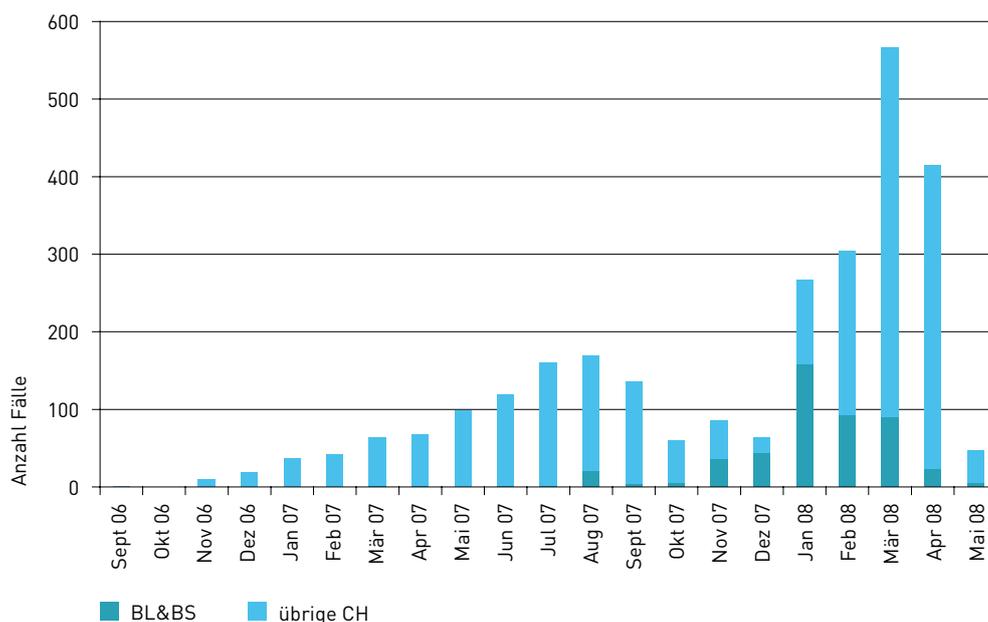
Zwischen November 2006 und Mai 2008 trat in der Schweiz eine Masernepidemie auf. Die Spitze wurde im Frühjahr 2008 erreicht. Die Durchimpfung und damit die Immunität gegen Masern waren ungenügend und konnten eine Übertragung von Person zu Person nicht verhindern.

**Grafik 1: Anzahl Masernerkrankungen in der Schweiz von 1999 bis 2008**



Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft waren besonders stark betroffen. Zwischen Januar und März 2008 befand sich ein grosser Teil der an Masern erkrankten Personen in diesen beiden Kantonen (vgl. Grafik 2).

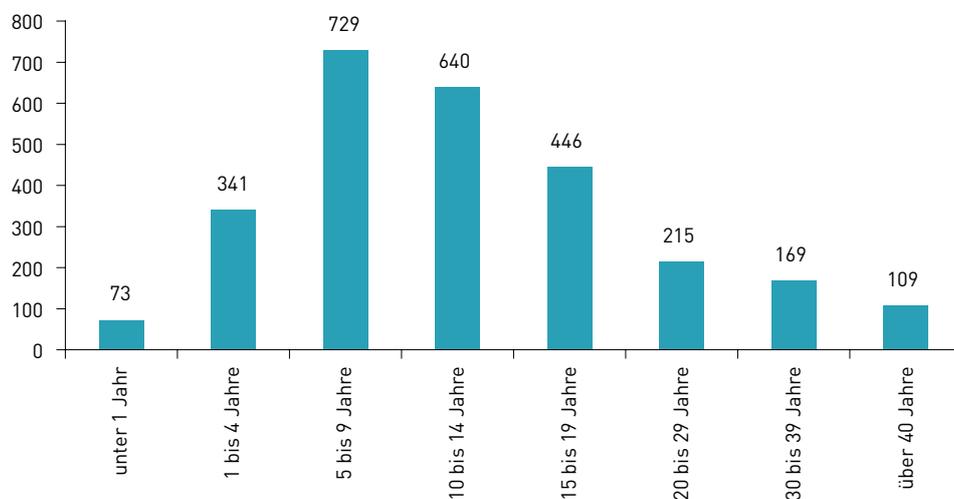
**Grafik 2: Masernfälle in der Schweiz und in den Kantonen Basel-Stadt/Basel-Landschaft vom September 2006 bis Mai 2008**



Während der 18-monatigen Epidemie vom November 2006 bis Mai 2008 traten in der Schweiz durchschnittlich 36 Masernfälle pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner auf. Für den Kanton Basel-Landschaft betrug dieser Anteil sogar 142 pro 100 000. Nur die Kantone Appenzell Innerrhoden mit 458 Fällen pro 100 000 und Luzern mit 195 Fällen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner wiesen ein noch höheres Vorkommen an Masernfällen auf als Baselland.

Insgesamt erkrankten in der Schweiz im genannten Zeitraum 2726 Personen an Masern. Die Altersverteilung wird in Grafik 3 dargestellt. 65% der Erkrankten waren unter 15 Jahre alt. Kinder und Jugendliche sind also von Masern besonders stark betroffen.

**Grafik 3: Anzahl an Masern erkrankte Personen nach Altersgruppen zwischen November 2006 und Mai 2008 in der Schweiz**



#### **Die Bedeutung der Masernimpfung**

Von 2525 der 2722 Erkrankten wurde der Impfstatus erfasst. Die Antworten auf die entscheidende Frage, waren die erkrankten Personen geimpft und wie waren sie geimpft?, zeigen die grosse Bedeutung eines vollständigen Impfschutzes:

Nur 5.9% der an Masern erkrankten Personen waren geimpft. Davon hatten 3.8% eine Dosis und 1.6% (das sind 40 Fälle) sogar zwei Dosen des Masernimpfstoffes erhalten. Die grosse Mehrheit jedoch, nämlich 85%, war nicht geimpft. Bei den restlichen 8.9% war der Impfstatus nicht bekannt. Nicht erfasst wurde die Anzahl derjenigen Personen, die meinten, sie hätten die Krankheit früher schon durchgemacht.

#### **Masern sind nicht harmlos!**

Bei 395 an Masern Erkrankten resp. 15.6% wurden Komplikationen berichtet, davon 120 (4.8%) mit einer Lungenentzündung, 8 Fälle (0.3%) mit Gehirnentzündung und 126 (5%) mit Mittelohrentzündung. 209 Personen (8.3% aller Erkrankten) mussten hospitalisiert werden.

#### **Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen genügt noch nicht**

Um die von der WHO und der schweizerischen Gesundheitspolitik angestrebte Eliminierung der Masern zu erreichen, müssen 95% der Kinder über einen vollständigen Impfschutz durch zwei Impfungen verfügen. Hat der Kanton Basel-Landschaft dieses Ziel schon erreicht? Im Jahre 2005 waren im Baselbiet 90% der 16-jährigen Jugendlichen, 86% der 8-jährigen und 85% der 2-jährigen Kinder mit einer Dosis gegen Masern geimpft worden. Zwei Dosen erhielten 61% der 16-jährigen, 67% der 8-jährigen und 75% der 2-jährigen Kinder. Fazit: Der Impfschutz ist für eine Eliminierung der Masern noch ungenügend.

So erstaunt es nicht, dass es Ende 2006 zu einem weiteren Masernausbruch kam, der bis 2008 anhalten konnte. Dass niedriger Impfschutz und das Vorkommen von Masern verknüpft sind, zeigt der Kanton Appenzell Innerrhoden. Der Impfschutz ist hier mit 72.5% für eine Masern dosis und mit 38.9% für zwei Dosen sehr tief. Entsprechend war die Zahl von 458 Erkrankten pro 100 000 Personen besonders hoch. Der Kanton Neuenburg hingegen wies eine sehr hohe Durchimpfungsrate von 93.7% für die erste Impfdosis und 85% für die zweite auf und hatte demzufolge auch nur 4 Masernfälle pro 100 000 Einwohner.



05

# **Die Zähne der Baselbieter Kinder und Jugendlichen**

**Prof. em. Dr. Jürg Meyer, Prof. Dr. odont. Tuomas Waltimo  
Institut für Präventivzahnmedizin und Orale Mikrobiologie der Universität Basel**



## Auf einen Blick

Rückgang der Karies – eine Erfolgsstory!

Die zahnärztliche Schüleruntersuchung 2006 im Kanton Basel-Landschaft öffnet den Blick auf eine Erfolgs-Story. Karies hat bei den Baselbieter Schulkindern in den letzten Jahren stark abgenommen. Vor allem bei den bleibenden Zähnen ist der Rückgang beeindruckend. Der Erfolg ist der Prophylaxe zuzuschreiben. Schulzahnpflege und Eltern spielen diesbezüglich eine tragende Rolle.

Die zahnärztliche Schüleruntersuchung zeigt auch auf, dass der Kariesbefall bei ausländischen Jugendlichen mit einem tieferen Schulniveau höher ist. Erfreulich ist aber, dass er auch in dieser Risikogruppe stark zurückgeht.

## Datengrundlage und Methodik

Im Jahr 2006 untersuchte das Institut für Präventivzahnmedizin und Orale Mikrobiologie der Universität Basel die Zähne von Schulkindern des ersten, sechsten und neunten Schuljahres im Kanton Baselland. Dabei wurde gleich vorgegangen wie in den Untersuchungen im Jahr 2001. Dies machte eine direkte Vergleichbarkeit möglich.

Insgesamt wurden rund 1100 Schülerinnen und Schüler in die Untersuchung einbezogen. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die Gesamtheit.

Schüler und Eltern erhielten einen Fragebogen in acht Sprachen mit Fragen betr. Nationalität, Ansässigkeit und Mundhygienegewohnheiten der Kinder sowie über die Zufriedenheit der Eltern mit den Prophylaxe-Aktivitäten der Schule. Die eigentliche klinische Untersuchung wurde von zwei Teams des Instituts mit den üblichen Standards und Methoden durchgeführt. Der Kariesbefall wurde mit dem dmft/DMFT-Index gemessen (siehe Randnotiz).

**dmft/DMFT = Index für Kariesbefall:**

Als Gradmesser für Kariesbefall dient der sogenannte dmft/DMFT-Index. DMFT wird abgeleitet von: D=diseased=erkrankt; M=missing=fehlend; F=filled=mit einer Füllung versehen; T für tooth/teeth = auf den ganzen Zahn/Zähne bezogen. Ein Index von 0 heisst: Das Gebiss ist vollständig und absolut kariesfrei. Zum Vergleich: Ein DMFT-Indexwert von 2,87 – wie die Untersuchung z.B. für die bleibenden Zähne von ausländischen Sekundarschülerinnen und -schülern feststellt – weist auf fast drei geschädigte Zähne im Durchschnitt und ist vergleichsweise hoch. Für das Milchgebiss wird der Index klein geschrieben (dmft), für das bleibende Gebiss gross (DMFT).

Für die Untersuchung wurden die teilnehmenden Klassen ausgelost. Die Teilnahme war den Eltern freigestellt. Bei den Erstklässlern betrug die Beteiligung 92%, bei den Sechstklässlern 82% und bei den Neuntklässlern 75%. Die meisten der nicht untersuchten Schülerinnen und Schüler waren am Untersuchungstag krank oder fehlten aus anderen Gründen.

Die ungekürzte zahnärztliche Schüleruntersuchung mit ausführlichem Zahlenmaterial und Tabellen finden Sie im Internet unter [www.gesundheitsfoerderung.bl.ch](http://www.gesundheitsfoerderung.bl.ch)

## Die Ergebnisse der Untersuchung

Bei rund der Hälfte der Erstklässlerinnen und Erstklässler sind die Milchzähne kariesfrei (vgl. [Tabelle 1A](#)). 91 % haben auch keine Karies an den bleibenden Zähnen. Das sind erfreulich positive Werte! Das Kariesvorkommen nahm im Vergleich zu den Jahren 2001 und 1992 deutlich ab (dmft im Jahr 2006: 1.87; dmft im Jahr 2001: 2.03; dmft im Jahr 1992: 2.06). Besonders erfreulich ist der Rückgang des Kariesvorkommens bei den bleibenden Zähnen (DMFT im Jahr 2006: 0.14; DMFT im Jahr 1992: 0.34).

**Tabelle 1A**  
**Kariesvorkommen im Milch- und bleibenden Gebiss der Erstklässlerinnen und Erstklässler (7 bis 8 Jahre alt)**

**Trend: Karies auf dem Rückzug**

Untersuchungsjahr	Altersdurchschnitt	Anzahl SchülerInnen	Milchgebiss		Bleibendes Gebiss	
			dmft	kariesfrei	DMFT	kariesfrei
2006	7.7	391	1.87	49 %	0.14	91 %
2001	7.1	346	2.03	54 %	0.17	90 %
1992	7.7	250	2.06	46 %	0.13	84 %

Auch bei den Sechst- und Neuntklässlern ist der Trend eindeutig positiv. Der Kariesbefall beim bleibenden Gebiss resp. der DMFT-Index sinkt zwischen 1992 und 2006 stetig (vgl. [Tabellen 1A und 1B](#)).

**Tabelle 1B**  
**Kariesvorkommen im Milch- und bleibenden Gebiss der Sechstklässlerinnen und Sechstklässler (11 bis 13 Jahre alt)**

**Trend: Karies auf dem Rückzug**

Untersuchungsjahr	Altersdurchschnitt	Anzahl SchülerInnen	Bleibendes Gebiss	
			DMFT	kariesfrei
2006	12.9	361	0.68	69 %
2001	12.2	532	0.84	66 %
1997	12.8	263	1.05	56 %
1992	13.2	220	1.62	44 %

**Tabelle 1C****Kariesvorkommen im Milch- und bleibenden Gebiss der Neuntklässlerinnen und Neuntklässler (14 bis 16 Jahre alt)****Trend: Karies auf dem Rückzug**

Untersuchungsjahr	Altersdurchschnitt	Anzahl Schüler/innen	Bleibendes Gebiss	
			DMFT	kariesfrei
2006	16.0	330	1.48	49 %
2001	15.3	396	1.59	50 %
1997	15.9	263	3.03	33 %
1992	15.9	252	3.25	29 %

Dass Karies heute in immer weniger Kindermündern vorkommt, lässt auf eine gute Wirksamkeit der Schulzahnpflege und der individuellen Prophylaxe schliessen.

Es wird mit Nachdruck empfohlen, die Massnahmen der Schulzahnpflege und der Prophylaxe weiterzuführen. Eine Verstärkung ist speziell bei jenen Gruppen von Kindern und ihren Eltern angezeigt, bei denen das Kariesvorkommen besonders hoch ist.

**Risikogruppen für Karies**

Gibt es besondere Risikogruppen für Karies? Wie schon bei früheren Erhebungen sichtbar geworden ist, weisen ausländische Schülerinnen und Schüler einen deutlich höheren Kariesbefall auf als schweizerische. Starkes Kariesvorkommen verzeichnen vor allem ausländische Schülerinnen und Schüler auf den tieferen Schulniveaus der sechsten Klasse.

Positiv ist allerdings, dass der Unterschied im Verlaufe der Jahre geringer wird und dass die Karies auch bei ausländischen Schülerinnen und Schülern deutlich auf dem Rückzug ist!

**Tabelle 2A****Durchschnittliches Kariesvorkommen bei Sechstklässlern nach Schultyp und Nationalität im Vergleich der Jahre 2006 und 1997****Trend: Karies auch bei den Risikogruppen abnehmend**

Schulniveau	Nation	Anzahl SchülerInnen		DMFT	
		Jahr 2006	Jahr 1997	Jahr 2006	Jahr 1997
P/PG	Alle	117	48	0.44	0.92
E/Sek	CH	145	59	0.64	1.44
	Ausland	23	23	1.39	1.61
A/Real	CH	53	121	0.43	0.74
	Ausland	12	12	1.33	1.75

Schultypen: Sekundarschule Typen P, E und A; früher Progymnasium, Sekundar- und Realschule

**Tabelle 2B****Durchschnittliches Kariesvorkommen bei Neuntklässlern nach Schultyp und Nationalität im Vergleich der Jahre 2006 und 1997****Trend: Karies auch bei den Risikogruppen stark abnehmend**

Schulniveau	Nation	Anzahl Schüler/innen		DMFT	
		Jahr 2006	Jahr 1997	Jahr 2006	Jahr 1997
P/PG	Alle	97	77	1.37	2.25
E/Sek	CH	165	80	1.32	2.03
	Ausland	16	8	1.44	5.87
A/Real	CH	36	55	1.81	3.91
	Ausland	15	36	2.87	4.44

**Zufriedenheit der Eltern**

Rund zwei Drittel der Eltern erachten die prophylaktischen Massnahmen im Rahmen der Schulzahnpflege als genügend. Rund 20 Prozent möchten eine stärkere Prophylaxe.

Die Zufriedenheit der Eltern mit dem Zahnzustand ihres Kindes ist hoch. Nicht überraschen kann der höhere Anteil von Unzufriedenheit bei Eltern von ausländischen Kindern. Wie erwähnt ist bei ihnen Karies stärker verbreitet.

06

# Baselbieter Kinder im Spital

Sibylle Meury, Lic. phil. I  
Irène Renz, Dr. sc. nat, MPH

Datenauswertung:  
Nicole Ammann, Dipl. geogr., Statistisches Amt BL



## Auf einen Blick

Heute leben rund 40 000 Kinder im Alter bis 14 Jahre im Kanton Basel-Landschaft. Jedes Jahr werden im Kanton über 2000 Kinder neu geboren, die meisten von ihnen im Spital. In den dreissig Jahren zwischen 1976 und 2006 hat die Zahl der Geburten deutlich abgenommen. Oft bringt die Statistik Erstaunliches zutage – etwa dass an Dienstagen am meisten Neugeborene auf die Welt kommen. Deutlich ist auch der Trend hin zur Entbindung per Kaiserschnitt.

Jedes Jahr müssen sich 3000 Kinder einer Behandlung im Spital unterziehen. Die hohe Zahl überrascht. Betroffen sind vor allem die Kleinen und Kleinsten unter ihnen. Erstaunlich ist die Feststellung, dass jährlich rund 400 Knaben mehr in Spitalbehandlung sind als Mädchen. Physische und gesellschaftliche Hintergründe sind für den Geschlechterunterschied verantwortlich. Sichtbar wird auch der Trend, dass Eltern kranke oder verunfallte Kinder direkt und ohne Umweg über die Kinderärztin bzw. den Kinderarzt ins Spital einweisen. Zu den Hauptgründen der Spitaleinlieferungen zählen Kopfverletzungen, Mandelerkrankungen und Infektionen der oberen und unteren Atemwege. Die Statistik zeigt, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Kinder im Spital abnimmt.

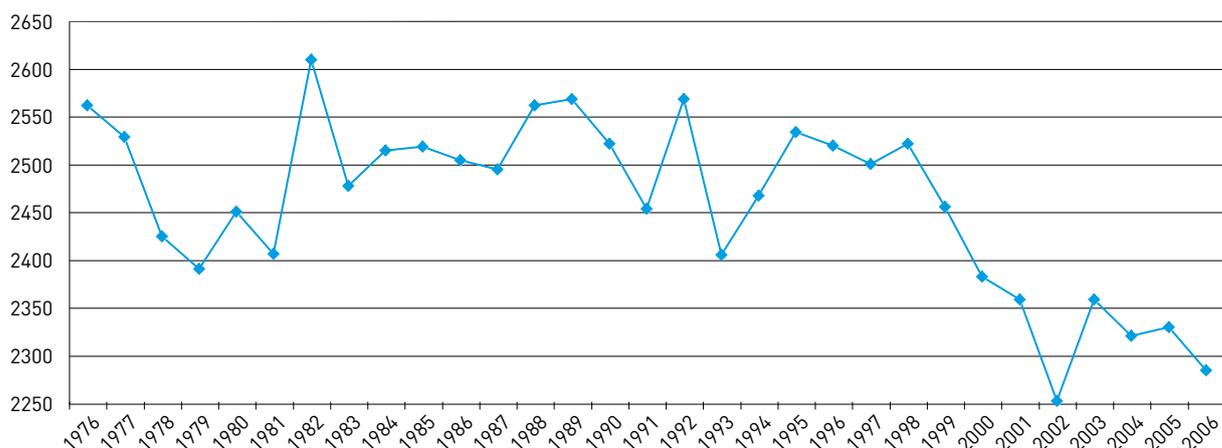
## Datengrundlage

Der Bericht beruht auf den Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser in der Schweiz der Jahre 2002 bis 2006. Die Statistik enthält medizinische, soziodemographische und administrative Daten der stationär in Schweizer Spitälern behandelten Personen (d.h., die mindestens eine Nacht im Spital verbrachten). Die Daten für Neugeborene enthalten ausserdem Gewicht, Länge und mögliche Fehlbildungen des Kindes sowie Angaben bezüglich der Schwangerschaftsdauer (Gestationsalter). Die Bevölkerungszahlen entstammen der Ausgabe des Jahrbuchs 2007 des Statistischen Amtes BL. Ausgewählte Tabellen der medizinischen Statistik sind auf [www.gesundheitsfoerderung.bl.ch](http://www.gesundheitsfoerderung.bl.ch) zu finden.

## Die neugeborenen Kinder im Baselbiet

Im Zeitraum zwischen 1976 und 2006 kamen im Durchschnitt innerhalb oder ausserhalb des Spitals jährlich 2200 bis 2600 Kinder zur Welt. Die tiefste Geburtenzahl wurde im Jahr 2002 (2252 Neugeborene) und die höchste im Jahr 1982 (2609 Neugeborene) verzeichnet.

**Grafik 1: Geburtenzahl (Lebendgeborene) im Kanton Basel-Landschaft 1976 bis 2006**



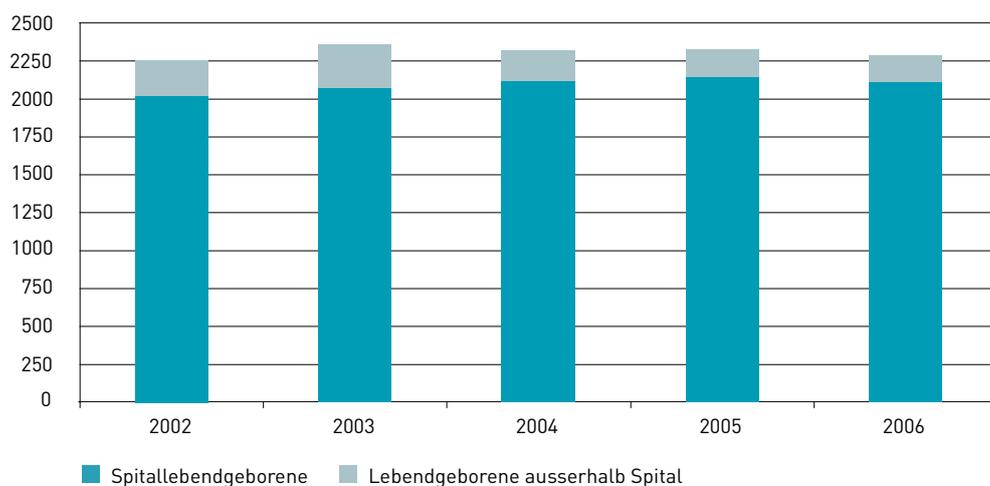
In dieser Zeitspanne nahm die Geburtenzahl deutlich ab. Die sogenannte Lebendgeborenenrate (Anzahl Geburten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner) sank von 11.9 im Jahr 1976 auf 8.5 im Jahr 2006. Diese Entwicklung lässt sich unter anderem mit der Alterung der Bevölkerung erklären.

#### **Spital- und Hausgeburten von 2002 bis 2006**

Baselbieter Frauen brachten in den Jahren 2002 bis 2006 im Durchschnitt jährlich 2093 Kinder in Schweizer Spitälern zur Welt. Dies entspricht 90% der Baselbieter Neugeborenen. Dieser Wert liegt eindeutig unter demjenigen der gesamten Schweiz (mehr als 97% Spitalgeburten). Daraus lässt sich schliessen, dass Hausgeburten, Geburten in Geburtshäusern oder ambulante Spitalgeburten im Kanton Basel-Landschaft beliebt sind.

Eine sehr kleine Zahl von Neugeborenen (weniger als 1%) kam tot zur Welt.

**Grafik 2: Geburten in- und ausserhalb des Spitals im Kanton Basel-Landschaft 2002–2006**



### Geburtsregion, Geburtszeitpunkt und Art der Entbindung

Die meisten Baselbieter Kinder werden in den Spitälern des Kantons Basel-Landschaft (62% im Jahr 2006) und Basel-Stadt (36%) entbunden. Die Geburten sind über das ganze Jahr gleichmässig verteilt.

Im Jahr 2005 betrug der monatliche Durchschnittswert 179 Neugeborene. Interessant ist die Feststellung, dass an den Wochenend- im Vergleich mit den Werktagen weniger Kinder zur Welt kamen. So wurden im Jahr 2005 am meisten Kinder an einem Dienstag geboren (392), an Samstagen 247 und an Sonntagen 224. Die Bestimmung des Geburtszeitpunkts durch den Menschen ist eine mögliche Erklärung für diesen Unterschied. Es ist anzunehmen, dass zum Beispiel geplante Kaiserschnittentbindungen meist an einem Werktag stattfinden.

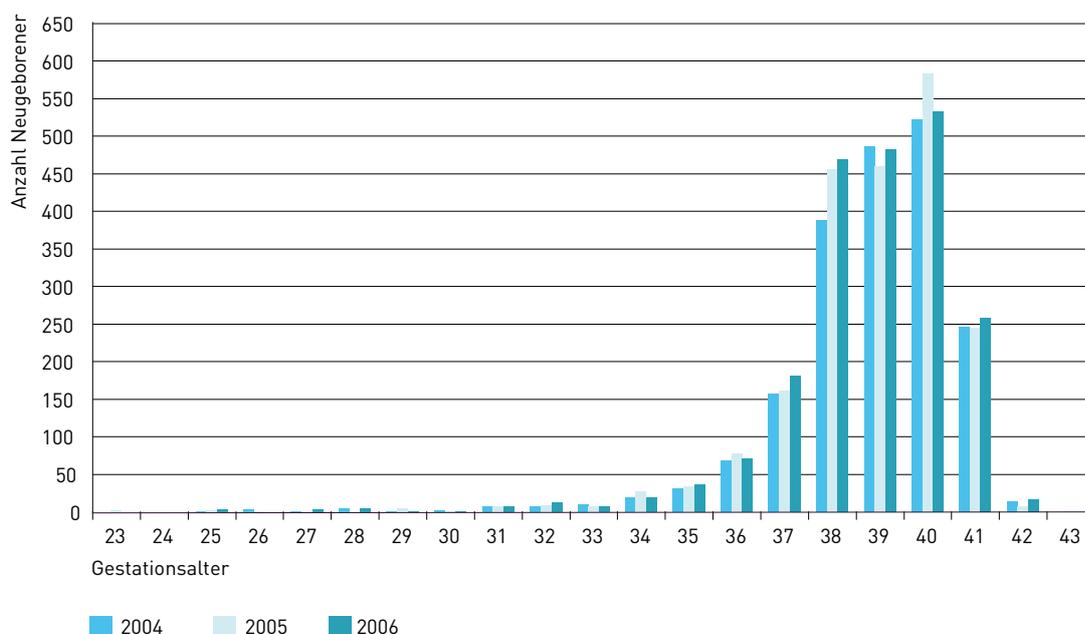
In der Schweiz werden heute zwei Drittel der Neugeborenen im Spital vaginal und ein Drittel durch einen Kaiserschnitt entbunden. Für den Kanton Basel-Landschaft liegen die Zahlen ähnlich. Die Anzahl der Schnittentbindungen bei Baselbieter Frauen wuchs in den letzten Jahren kontinuierlich von 588 im Jahr 2002 auf 694 im Jahr 2006.

### Geschlecht der Spitalneugeborenen, Geburtstermine und Komplikationen

In den Spitälern werden jährlich mehr Baselbieter Knaben als Mädchen entbunden. Der Unterschied hat sich aber von Jahr zu Jahr verkleinert. Im Jahr 2002 kamen 1064 Knaben und 954 Mädchen zur Welt. Im Jahr 2006 waren es 1066 Knaben und 1047 Mädchen.

Neugeborene werden in die Gruppen der Frühgeborenen (Geburt vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche), Termingeborenen (Geburt zwischen der vollendeten 37. und der vollendeten 42. Schwangerschaftswoche) und der übertragenen Geburten (nach der vollendeten 42. Schwangerschaftswoche) unterteilt. Sehr selten sind Lebendgeburten mit weniger als 23 und mit mehr als 44 vollendeten Schwangerschaftswochen.

**Grafik 3: Dauer der Schwangerschaft bis zur Geburt (Gestationsalter) der Neugeborenen im Spital 2004–2006**



## Stationäre Spitalaufenthalte der Kinder im Alter bis 14 Jahren

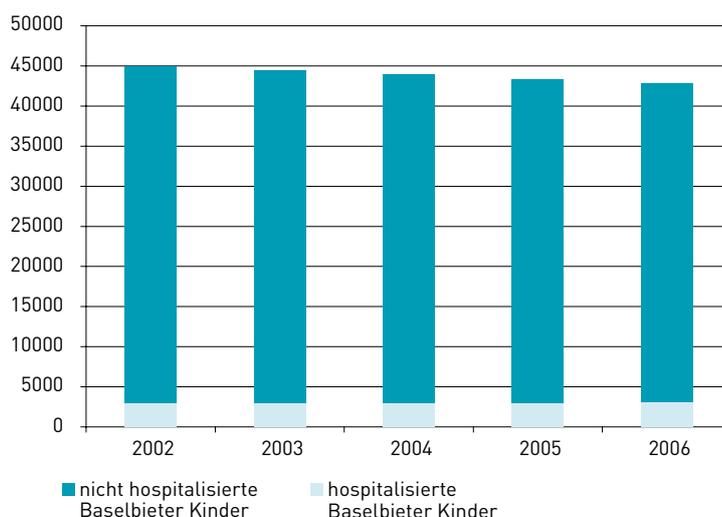
Im Jahr 2006 waren 92% der Kinder termin- und 8% frühgeboren. Übertragene Geburten kamen nicht vor. Diese Zahlen decken sich mit den gesamtschweizerischen Werten. Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern weist die Schweiz allerdings eine hohe Frühgeborenenrate auf. Sie wird nur von Österreich übertroffen. Eine mögliche Erklärung bieten die vergleichsweise hohe Mehrlingsrate (3,5% aller Neugeborenen im Jahr 2004) und das eher hohe Durchschnittsalter der werdenden Mütter in der Schweiz. Im Jahr 2004 waren sie durchschnittlich 30 Jahre (bei vaginalen Entbindungen) bzw. 31.5 Jahre alt (bei Kaiserschnitten).

Jedes Jahr müssen Baselbieter Neugeborene – oft Frühgeborene – nach der Entbindung in ein anderes Spital, in der Regel in das Universitäts-Kinderspital beider Basel UKBB überführt werden. Im Jahr 2006 wurden 7.2% bzw. 152 Neugeborene in ein anderes Spital verlegt.

Kongenitale Fehlbildungen, das heisst die Fehlgestaltung oder das Fehlen eines oder mehrerer Organe, sind bei Baselbieter Neugeborenen glücklicherweise selten (25 Fälle im Jahr 2006).

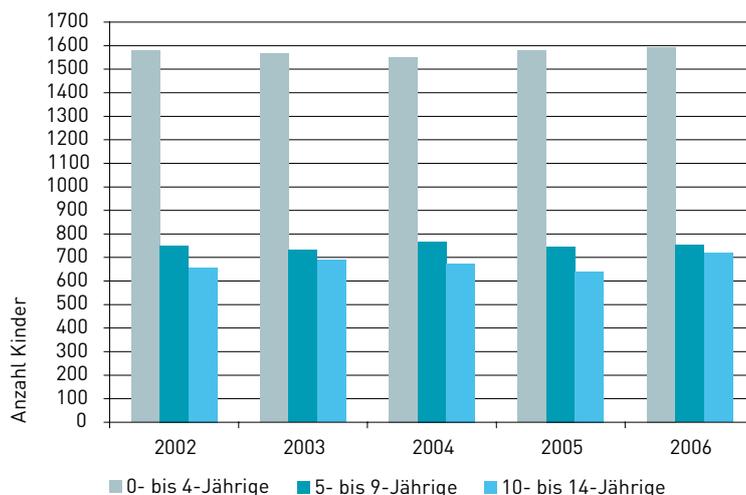
Rund 3000 Baselbieter Kinder verbrachten jedes Jahr mindestens eine Nacht in einem Schweizer Spital. Dies entspricht einem Anteil von 7 bis 8% aller Kinder im Kanton. Kinder, die mehrmals hospitalisiert wurden, sind hier allerdings mehrmals gezählt. Die effektive Zahl dürfte also etwas tiefer liegen.

**Grafik 4: Baselbieter Kinder mit und ohne Spitalaufenthalt 2002–2006**



Die bis zu 4-jährigen Kinder verzeichneten etwa die Hälfte, die 5- bis 9-jährigen und die 10- bis 14-jährigen Kinder je einen Viertel aller Spitalaufenthalte.

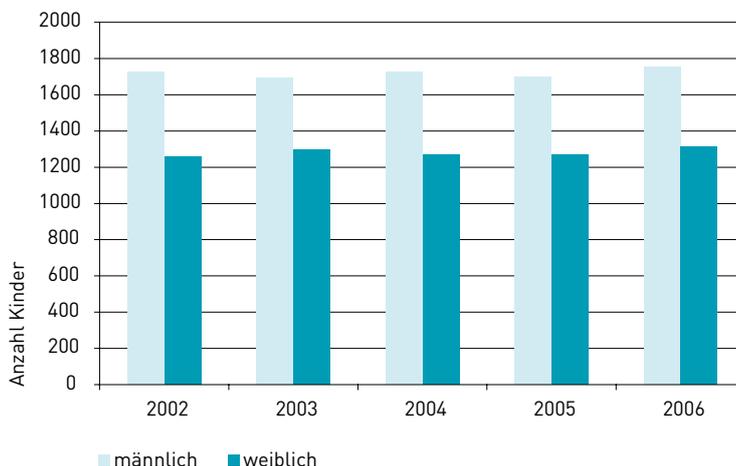
**Grafik 5: Hospitalisierte Baselbieter Kinder nach Altersklasse 2002–2006**



Der Grund des hohen Anteils der Spitalaufenthalte der bis zu 4-Jährigen lässt sich dadurch erklären, dass sie insbesondere bei Erkrankungen der Atemwege oder im Magen-Darm-Bereich schneller einen kritischen Gesundheitszustand erreichen als ältere Kinder. Je jünger die kranken Kinder sind, desto schwieriger ist es auch für die Eltern, sie zu Hause zu betreuen.

Sehr erstaunlich ist die ungleichmässige Verteilung der hospitalisierten Baselbieter Kinder nach Geschlecht. In den untersuchten Jahren befanden sich jährlich rund 400 Knaben mehr in stationärer Spitalbehandlung als Mädchen.

**Grafik 6: Hospitalisierte Baselbieter Kinder nach Geschlecht 2002–2006**



Die Gründe für diesen markanten Unterschied sind komplex. Mögliche Erklärungen sind unter anderem, dass Knaben über ein schwächeres Abwehrsystem als Mädchen verfügen. Sie sind anfälliger für infektiöse und immunologische Krankheiten. Ausserdem gibt es Hinweise aus wissenschaftlichen Untersuchungen, dass Mädchen im Vergleich zu Knaben auch bei uns in der Schweiz weniger medizinische Behandlungen erhalten.

### Spitaldestinationen und einweisende Instanzen

90% der Kinder besuchten das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB). Der Rest verteilte sich auf die Spitäler in den Kantonen Basel-Stadt, Solothurn und Zürich.

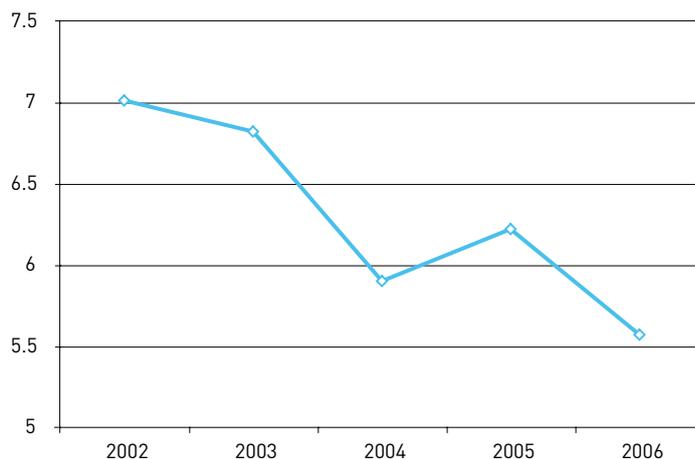
In erster Linie weist eine Ärztin bzw. ein Arzt die Kinder in ein Spital ein. Allerdings ist ein klarer Trend feststellbar, ein Spital direkt aus eigenem Antrieb bzw. in Begleitung von Angehörigen aufzusuchen. Im Jahr 2002 wiesen die Ärztinnen und Ärzte noch zwei Drittel der Baselbieter Kinder in ein Spital ein. Im Jahr 2006 betrug der Anteil nur noch 50%. Die andere Hälfte sind also Selbsteinweisungen.

Diese Veränderung lässt sich unter anderem damit erklären, dass Familien aus anderen Kulturen gewohnt sind, direkt die Spitaldienste in Anspruch zu nehmen, und dass berufstätige Eltern nicht die Möglichkeit haben, zu Hause für ein krankes Kind zu sorgen. Andere Eltern wollen sich nicht auf die Suche nach einer Notfallkinderärztin bzw. einem Notfallkinderarzt begeben oder möchten nachts nicht stören.

### Die Dauer des Spitalaufenthalts

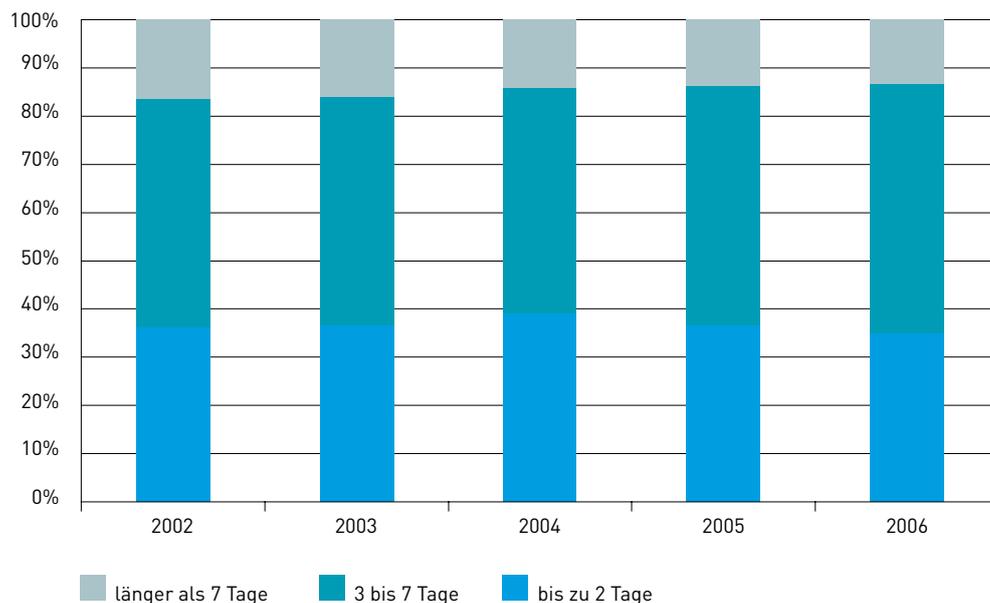
Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Baselbieter Kinder in den Schweizer Spitalern verkürzte sich von durchschnittlich 7 Tagen (2002) auf 5.6 Tage (2006). Ein Drittel der hospitalisierten Kinder blieb sogar nur einen oder zwei Tage im Spital (36% im Jahr 2002, 35% im Jahr 2006).

**Grafik 7: Durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer der Baselbieter Kinder pro Jahr 2002–2006**



Was sind die Gründe für die Verkürzung der Spitalaufenthalte? Heute drängen viele Eltern auf eine möglichst rasche Entlassung ihres Kindes aus dem Spital. Mittlerweile ist sie auch am Wochenende möglich. Ausserdem verkürzt der medizinisch-technische Fortschritt Diagnosen und Behandlungsdauer, und nicht zuletzt haben Kosteneinsparungen einen Einfluss.

**Grafik 8: Spitalaufenthaltsdauer der Baselbieter Kinder im Alter bis 14 Jahren 2002–2006**



Im Spital sterben jedes Jahr nur sehr wenige Baselbieter Kinder. Im Jahr 2006 waren zwei Todesfälle zu beklagen.

### **Die Gründe eines Spitalaufenthalts**

Auffallend viele, nämlich bis zu 11% der hospitalisierten Kinder waren in den beobachteten Jahren wegen Verletzungen des Kopfes im Spital. Bei der Mehrheit wurde eine Gehirnerschütterung diagnostiziert.

Neben Mandelerkrankungen waren die Infektionen der oberen und unteren Atemwege ebenfalls wichtige Gründe für den Spitalbesuch. Der Anteil der deswegen hospitalisierten Kinder wuchs von 5.3% im Jahr 2002 auf 8.4% im Jahr 2006. Vor allem Kleinkinder sind davon betroffen. Der starke Rückgang von Hospitalisationen bei Zahnkaries ist dadurch zu erklären, dass die Behandlungen vermehrt ambulant durchgeführt werden.

**Tabelle 1: Gründe und hauptsächliche Diagnosen der hospitalisierten bis 14-jährigen Kinder**

	2004		2005		2006	
Alle hospitalisierten Kinder (BL)	2993	(100.0%)	2964	(100.0%)	065	(100.0%)
Verletzungen des Kopfes	304	(10.2%)	278	(9.4%)	335	(10.9%)
Mandelerkrankungen	294	(9.8%)	266	(9.0%)	326	(10.6%)
Infektionen der oberen und unteren Atemwege	164	(5.5%)	204	(6.9%)	256	(8.4%)
Infektiöse Magendarmerkrankungen	82	(2.7%)	105	(3.5%)	142	(4.6%)
Frakturen der oberen Extremitäten	104	(3.5%)	89	(3.0%)	88	(2.9%)
Zahnkaries	119	(4.0%)	75	(2.5%)	3	(0.1%)
Fieberkrämpfe und sonstige nicht näher bezeichnete Krämpfe	77	(2.6%)	88	(3.0%)	67	(2.2%)
Blinddarmerkrankungen	60	(2.0%)	81	(2.7%)	71	(2.3%)
unklare oder nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	58	(1.9%)	65	(2.2%)	25	(0.8%)
Ohrenentzündungen	49	(1.6%)	38	(1.3%)	47	(1.5%)
Epilepsie	45	(1.5%)	45	(1.5%)	28	(0.9%)
Hernien (inguinal, femoral)	38	(1.3%)	40	(1.3%)	11	(0.4%)
Entzündliche Magendarmerkrankungen	34	(1.1%)	31	(1.0%)	78	(2.5%)
Harnwegsinfektionen	34	(1.1%)	37	(1.2%)	64	(2.1%)
Chronische Erkrankungen der unteren Atemwege	29	(1.0%)	60	(2.0%)	17	(0.6%)
Fieber	9	(0.3%)	18	(0.6%)	14	(0.5%)
Abstehendes Ohr	11	(0.4%)	13	(0.4%)	6	(0.2%)

Literatur

Bundesamt für Statistik BFS (Hg.). Neugeborene in Schweizer Spitälern 2004. Spitalversorgung von termin- und frühgeborenen Säuglingen. StatSanté, Nr. 2/2007, Neuchâtel: Bundesamt für Statistik

Bundesamt für Statistik BFS (Hg.). Gebären in Schweizer Spitälern 2004. Spitalaufenthalte während Schwangerschaft und Entbindung. StatSanté, Nr. 1/2007, Neuchâtel: Bundesamt für Statistik

07

## **Porträts von ausgewählten Beratungsangeboten für Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen im Kanton Basel-Landschaft**

**Die folgenden Beratungs- und Unterstützungsangebote  
für Kinder, Jugendliche und ihre Bezugspersonen sind eine Auswahl.**

**Besonderes Augenmerk ist auf den Frühbereich gerichtet.  
Die Adressen aller Angebote im Kanton Basel-Landschaft sind unter  
[www.solex.bl.ch](http://www.solex.bl.ch) zu finden.**

**Speziell auf die Bedürfnisse von Jugendlichen ausgerichtet ist das Handbuch  
«Julex BS/BL», siehe [www.julex.bl.ch](http://www.julex.bl.ch).**

**Stand der Adressen: August 2008**



## Freipraktizierende Hebammen

Schweizerischer Hebammenverband

Rosenweg 25c, 3000 Bern 23

Telefon: 031 332 63 40

Fax: 031 332 76 19

info@hebamme.ch

www.hebamme.ch

(auch für Informationen zu  
den Hebammen in BL)

Neu ab Herbst 2008:

www.baslerhebamme.ch

Die freipraktizierenden Hebammen begleiten schwangere Frauen und ihre Partner durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Sie betreuen die Frauen zu Hause, in der Hebammenpraxis, im Geburtshaus, in der Arztpraxis und als Beleghebamme im Spital. Diese Mutterschaftsbegleitungen sowie drei Stillberatungen können über die Krankenkasse abgerechnet werden.

### **Schwangerschaftsvorsorge:**

In der Regel suchen schwangere Frauen ihre Hebamme zur Schwangerschaftsvorsorge in der Hebammenpraxis auf. Die Hebamme macht zur Vorbereitung einer Hausgeburt auch Hausbesuche und klärt ab, ob das Wohnumfeld dafür geeignet ist.

Wie die Ärztin bzw. der Arzt führen die freipraktizierenden Hebammen die etwa monatlich stattfindenden medizinischen Schwangerschaftskontrollen durch (Ausnahme: Ultraschalluntersuchung). Ihre Sprechstunden dauern rund eine Stunde, was Raum bietet, um auf Fragen oder Ängste der schwangeren Frau einzugehen. Die freipraktizierenden Hebammen fördern die Körperwahrnehmung der schwangeren Frau und helfen, mit einem positiven Gefühl auf die bevorstehende Geburt zuzugehen und das Vertrauen in die eigene Gebärfähigkeit zu stärken.

### **Geburt:**

Eine gesunde schwangere Frau kann mit Unterstützung der freipraktizierenden Hebamme entweder zu Hause, in einem Geburtshaus oder im Spital gebären. Den wesentlichen Unterschied zwischen diesen verschiedenen Geburtsorten bildet die am jeweiligen Ort herrschende Atmosphäre und je nachdem die Geburtsphilosophie. Eine Hausgeburt zeichnet sich durch einen sehr intimen Rahmen aus, der in ähnlicher Art auch während der Geburt in einem Geburtshaus gewährleistet ist.

### **Wochenbett:**

In den ersten fünf bis zehn Tagen nach der Geburt besucht die freipraktizierende Hebamme die Mutter und das neugeborene Kind täglich und ist in dieser Zeit rund um die Uhr telefonisch erreichbar. Sie kümmert sich um die medizinische Versorgung (z.B. Wundheilung; Rückbildung) der Mutter, erklärt ihr Beckenbodenübungen und berät und unterstützt sie beim Stillen. Ausserdem kontrolliert sie den Gesundheitszustand des neugeborenen Kindes. Die freipraktizierende Hebamme begleitet die Familie auch im Umgang mit der neuen Familiensituation.

## Mütter- und Väterberatung

[www.muetterberatung-bl-bs.ch](http://www.muetterberatung-bl-bs.ch)

In der Mütter- und Väterberatung werden Eltern, Erziehungs- oder andere Bezugspersonen nach dem Spitalaustritt mit ihren Säuglingen und Kleinkindern im Alter von 0–5 Jahren beraten. Der Zugang ist niederschwellig: die Mütterberaterinnen erhalten Kenntnis von jedem/jeder Neugeborenen über das Zivilstandsamt oder die Spitäler und kontaktieren die Familien in der Regel telefonisch. Die Mütter- und Väterberatung richtet sich an alle Bevölkerungsschichten, unabhängig von ihrer sozialen, kulturellen oder sprachlichen Herkunft. Das Angebot ist freiwillig, vertraulich und in der Regel unentgeltlich. Die Dienstleistung wird von den Gemeinden finanziert.

Zum Kernangebot der Mütter- und Väterberatung gehören Beratung in der Beratungsstelle, welche mit und ohne Voranmeldung erfolgen kann, Telefonsprechstunden und Hausbesuche. Das Angebot variiert von Gemeinde zu Gemeinde und kann neben dem Kernangebot auch die Durchführung von Gesprächsgruppen, Kursen (z.B. Babymassage), organisierte Treffs und andere Dienstleistungen umfassen.

Die Fachfrauen beraten umfassend bei Fragen zur körperlichen, seelischen und geistigen Entwicklung des Kleinkindes sowie zu den Themen Stillen, Ernährung, Pflege und Erziehung. Sie unterstützen die Eltern umfassend und helfen damit, Fehlentwicklungen vorzubeugen. Entwicklungsstörungen, gesundheitliche und soziale Auffälligkeiten oder Überforderung der Eltern können so frühzeitig erkannt werden. Bei Bedarf vermitteln die Mütterberaterinnen andere Fachpersonen.

Öffnungszeiten und Kontaktadressen werden durch die Gemeindeverwaltung der Wohngemeinde publiziert. Angebot und Kapazitäten sind in jeder Gemeinde individuell geregelt. Praktisch alle Gemeinden des Kantons Basel-Landschaft verfügen über ein entsprechendes Angebot.

## Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Baselland (KJPD)

**Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst  
Basel-Land / Poliklinik Bruderholz**  
Personalhaus B, 4101 Bruderholz  
Telefon: 061 425 56 56 / Fax: 061 425 56 00  
kjpd.bholz@kpd.ch  
www.kpd.ch/kjpd

**Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst  
Basel-Land / Poliklinik Liestal**  
Goldbrunnenstrasse 14, 4410 Liestal  
Telefon: 061 927 75 50 / Fax: 061 927 75 75  
kjpd.liestal@kpd.ch  
www.kpd.ch/kjpd

**Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst  
Basel-Land / Poliklinik Laufen**  
Rennmattstrasse 83, 4242 Laufen  
Telefon: 061 425 56 56 / Fax: 061 425 56 00  
kjpd.bholz@kpd.ch  
www.kpd.ch/kjpd

**Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst  
Basel-Land / Bettenstation auf der  
Pädiatrie 2 im Universitäts-Kinderspital  
beider Basel UKBB**  
4101 Bruderholz  
Telefon: 061 425 56 56 / Fax: 061 425 56 00  
kjpd.bholz@kpd.ch  
www.kpd.ch/kjpd

**Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst  
Basel-Land / Bettenstation B2 mit  
Schwerpunkt Jugendliche in der  
Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal**  
Bientalstrasse 7, 4410 Liestal  
Telefon: 061 927 75 50 / Fax: 061 927 75 75  
kjpd.liestal@kpd.ch  
www.kpd.ch/kjpd

**Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst  
Basel-Land / Psychotherapeutische Station  
für weibliche Jugendliche  
mit schweren Essstörungen**  
Goldbrunnenstrasse 14, 4410 Liestal  
Telefon: 061 927 75 50 / Fax: 061 927 75 75  
kjpd.liestal@kpd.ch  
www.kpd.ch/kjpd

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst Baselland ist eine Anlaufstelle für Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsverantwortliche bei Entwicklungs-, Lebens- und Erziehungsfragen sowie in persönlichen oder familiären Krisensituationen. Die Inanspruchnahme gilt als Arztbesuch und wird im Allgemeinen über die Krankenkasse bzw. je nach Situation auch über die IV abgerechnet. Die Anmeldung erfolgt in der Regel durch die Eltern oder durch eine ärztliche Zuweisung. Kinder und Jugendliche können sich auch selbst anmelden.

Der KJPD betreute im Jahr 2007 rund 1840 Patientinnen und Patienten, davon sind 1200 neu oder wieder eingetreten. Bei einem Grossteil der Kinder- und Jugendlichen werden kurze Abklärungen im Rahmen von zwei bis fünf Untersuchungsterminen gemacht oder eine kurzfristige Unterstützung therapeutischer Gespräche angeboten. Schwere Fälle und lange Behandlungen sind Ausnahmen.

In erster Linie melden sich Eltern oder andere erziehungsverantwortliche Personen beim KJPD, und zwar weil sie sich Sorgen um ein Kind bzw. eine jugendliche Person machen. Das Fallspektrum ist sehr breit. Darunter fallen beispielsweise Aufmerksamkeitsstörungen, Lernschwierigkeiten, Schulphobien oder Schlafprobleme bei Kindern, sowie auch Störungen des Autismus-Spektrums und psychotische Erkrankungen. Bei Jugendlichen kann es sich um eine Suizidgefährdung, um Selbstverletzungsprobleme oder insbesondere bei weiblichen Jugendlichen um Essstörungen handeln. Eine Kontaktaufnahme mit dem KJPD kann ferner angebracht sein bei verschiedenen Konfliktsituationen zwischen Jugendlichen und den erziehungsverantwortlichen Personen sowie bei Belastungsreaktionen von Kindern und Jugendlichen.

Der KJPD versucht Kinder und Jugendliche soweit als möglich ambulant in einer der drei Polikliniken (Bruderholz, Liestal oder Laufen) zu behandeln. Stationäre, meist kurzfristige Behandlungen im Spital sind bei einigen Krankheitsbildern oder bei akuten Gefährdungssituationen allerdings unumgänglich. Dies ist beispielsweise bei schweren Essstörungen der Fall. Frauen im Alter von fünfzehn bis zwanzig Jahren können drei bis sechs Monate auf der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen untergebracht werden. Auf dieser Station können Betroffene ihre Tagesstruktur beibehalten.

## Kinderärztinnen und Kinderärzte

Zu den Schwerpunkten der Tätigkeiten der Kinderärztinnen und Kinderärzte gehören die altersgerechte Untersuchungsart und Gesprächsführung, die Gewichtung der Krankheit in der kindlichen Gesamtbiographie sowie die Vermittlung zwischen Kind, Familie und Therapeutinnen bzw. Therapeuten. Die kinderärztlichen Leistungen werden über die Krankenkasse bzw. über die IV abgerechnet.

Kinderärztinnen und Kinderärzte behandeln Kinder und Jugendliche bis ins Alter von etwa zwanzig Jahren. Das Durchschnittsalter aller Patientinnen und Patienten liegt allerdings bei etwa fünf Jahren. Sie kümmern sich nicht nur im akuten Krankheitsfall um ein Kind und dessen Familie, sondern machen auch spezifische Abklärungen und Vorsorgeuntersuchungen. Diese sind wichtig, weil sie die Beurteilung der allgemeinen Entwicklung eines Kindes ermöglichen. Die Kinderärztin bzw. der Kinderarzt überprüft bei einem Kleinkind beispielsweise die Sprachentwicklung, die Zähne oder die Motorik. Bei Jugendlichen werden auch die sexuelle Aufklärung und der Verhütungsmittelgebrauch angesprochen. Ausserdem sorgen die Kinderärztinnen und Kinderärzte für die Durchführung der nötigen Impfungen.

Heute stellen die Kinderärztinnen und Kinderärzte zwei wichtige Trends fest. Erstens suchen Erziehungspersonen mit einem akut kranken Kind direkt die Notfallstation eines Spitals auf. Zweitens sind immer mehr Erziehungspersonen verunsichert. Sie befürchten, im Umgang mit dem Kind Fehler zu begehen und ihm dadurch gesundheitlich zu schaden. Die Vielzahl der medizinischen und therapeutischen Spezialangebote verstärkt die Verunsicherung.

Ärztegesellschaft Baselland  
[www.aerzte-bl.ch](http://www.aerzte-bl.ch)

## Familien- und Jugendberatung / Erziehungsberatungsstellen

(siehe auch [www.solex.bl.ch](http://www.solex.bl.ch))

**Gemeinden Aesch, Arlesheim,  
Pfeffingen, Reinach**  
**Familien- und Jugendberatung Birseck**  
**Christin Tschäppät / Ursina Egli /  
Rainer Künzi / Hanstin Steiner**  
**Hauptstrasse 53, 4153 Reinach**  
**Telefon: 061 711 72 50**  
**[fjb-birseck@intergga.ch](mailto:fjb-birseck@intergga.ch)**

**Gemeinde Allschwil**  
**Erziehungsberatung,  
Schulpsychologischer Dienst**  
**Sibylle Neidhart / Philippe Goetschel /  
Francesca Gallo**  
**Baslerstrasse 255, 4123 Allschwil**  
**Telefon: 061 486 25 65**  
**[sibylle.neidhart@allschwilbl.ch](mailto:sibylle.neidhart@allschwilbl.ch)  
[philippe.goetschel@allschwil.bl.ch](mailto:philippe.goetschel@allschwil.bl.ch)  
[francesca.gallo@allschwil.bl.ch](mailto:francesca.gallo@allschwil.bl.ch)**  
**Im Freizeithaus in Allschwil beraten**  
**Fachpersonen Interessierte wöchentlich**  
**während zwei Stunden ohne vorherige**  
**Anmeldung.**

**Gemeinden Biel-Benken und Oberwil**  
**Erziehungs- und Jugendberatung**  
**Peter Schwob**  
**Falterstrasse 4, 4104 Oberwil**  
**Telefon: 061 401 08 20**  
**[mail@schwobahrens.ch](mailto:mail@schwobahrens.ch)**

Die Familien- und Jugendberatung/Erziehungsberatung leistet Unterstützung bei Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen sowie bei Erziehungs- und Schulschwierigkeiten, Familien- oder Partnerschaftsproblemen, Trennungs- oder Scheidungsproblemen. Sie richtet sich an Erziehungsverantwortliche, Kinder, Jugendliche, Lehrkräfte und weitere Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen. Das Beratungsangebot wird in der Regel von der Gemeinde finanziert. Nicht alle Gemeinden des Kantons verfügen jedoch über ein entsprechendes Angebot.

Erziehungsverantwortliche und andere Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen wenden sich an die Fachleute der Familien- und Jugendberatung/Erziehungsberatung, wenn sie im Umgang mit ihren Kindern überfordert oder verunsichert sind. Konkret suchen sie Rat, wenn ein Kind z.B. beim Konsum keine Grenzen kennt oder wenn es dauernd unpünktlich ist, die Schule schwänzt, klaut oder abends nicht nach Hause kommt.

Die Beratungsstellen bieten auch Hilfe bei Paarproblemen und unterstützen Kinder, deren Eltern sich häufig streiten oder sich in einer Trennungs- bzw. Scheidungssituation befinden. In solchen Fällen versuchen die Fachleute zwischen den zerstrittenen Eltern zum Wohle der Kinder zu vermitteln. Jugendliche dürfen sich selbst bei den Beratungsstellen melden, auch ohne Wissen der Eltern. Ebenso finden Lehrpersonen in den Beratungsstellen Unterstützung. In solchen Situationen wird in der Regel die Zusammenarbeit mit den Eltern gesucht. Denn Schulprobleme gehen bekanntlich häufig auch mit familiären Schwierigkeiten einher. Erziehungsverantwortliche wenden sich ebenfalls an die Beratungsfachleute, wenn sie das Gefühl haben, ihr Kind erfährt in der Schule eine ungerechte Behandlung durch Mitschülerinnen, Mitschüler oder Lehrpersonen.

Die Fachpersonen der Familien- und Jugendberatung/Erziehungsberatung richten sich nach den Wünschen, Zielen und Möglichkeiten der sie aufsuchenden Personen. Sie lassen sie über ihre Sorgen sprechen, hören ihnen zu und öffnen die Sicht auf neue und andere Verhaltensweisen im Umgang mit einem Kind oder einer jugendlichen Person. Sie wollen in erster Linie erreichen, dass es den Betroffenen besser geht und diese ihr eigenes Potenzial entfalten können. Es ist den Fachleuten wichtig, dass bei Familienproblemen oder Schulschwierigkeiten alle Betroffenen ihren Beitrag zur Verbesserung problematischer Situationen leisten und nicht in Opfer-Tätermustern verharren.

**Gemeinden Binningen und Bottmingen**

Beratungsstelle für Familien  
mit Vorschulkindern  
Daniela Dombrowski  
Curt Goetz-Strasse 21, 4102 Binningen  
Telefon: 061 422 00 44  
bs.binningen@bluewin.ch

Beratungsstelle für Schulkinder,  
Jugendliche, Eltern und Lehrpersonen  
Lothar Schmid  
Curt-Goetz-Strasse 21, 4102 Binningen  
Telefon: 061 421 40 41  
lothar.schmid@fabe.ch

**Gemeinde Birsfelden**

Erziehungsberatung  
Camille Büsser  
Schulstrasse 25, 4127 Birsfelden  
Telefon: 061 319 05 67  
camille.buesser@freesurf.ch

**Gemeinden im Laufental**

Familien- und Erziehungsberatung  
Camille Büsser  
Hauptstrasse 20, 4242 Laufen  
Telefon: 061 763 11 40  
camille.buesser@freesurf.ch

**Gemeinde Münchenstein**

Familien- und Jugendberatung  
Susanne Feddern  
Lärchenstrasse 70, 4142 Münchenstein  
Telefon: 061 413 89 03  
feddern.praxis@bluewin.ch

Toni Bischofberger  
Baslerstrasse 13, 4103 Bottmingen  
Telefon: 061 421 68 80  
bischofberger@indigo-bottmingen.ch

**Gemeinde Pratteln**

Familien- und Erziehungsberatung  
Deborah Fischer-Ahr  
Steinrain 59, 4112 Flüh  
Telefon: 061 731 28 17  
fischerahr@hotmail.com

**Zuständig für die**

**Gemeinden Therwil und Etingen**  
Familien- und Erziehungsberatung  
Linda Altherr  
Langegasse 31  
4104 Oberwil  
Telefon: 061 721 84 72  
linda.altherr@bluewin.ch

## Sozialpädagogische Familienbegleitung Baselland (spF)

### spF Baselland

#### Sozialpädagogische Familienbegleitung Baselland

Kanonengasse 33, Postfach 529, 4410 Liestal

Telefon: 061 927 84 90

Fax: 061 927 84 85

[mail@spf-baselland.ch](mailto:mail@spf-baselland.ch)

[www.spf-baselland.ch](http://www.spf-baselland.ch)

### jakob-spf.ch

#### Sozialpädagogische Familienbegleitung

Frau Sibylle Jakob-Schweizer

Hauptstrasse 36, 4153 Reinach

Telefon: 079 833 08 18

[info@jakob-spf.ch](mailto:info@jakob-spf.ch)

[www.jakob-spf.ch](http://www.jakob-spf.ch)

### Fachverband Sozialpädagogische Familienbegleitung Schweiz

Spitalstrasse 40, 4056 Basel

Telefon: 061 386 92 19

[info@spf-fachverband.ch](mailto:info@spf-fachverband.ch)

[www.spf-fachverband.ch](http://www.spf-fachverband.ch)

### Elternhilfe beider Basel

#### Koordinationsstelle

Postfach, 4002 Basel

Telefon: 061 423 96 50

[info@elternhilfe.ch](mailto:info@elternhilfe.ch)

[www.elternhilfe.ch](http://www.elternhilfe.ch)

Die Sozialpädagogische Familienbegleitung Baselland bietet sozialpädagogische Familienbegleitung für Eltern mit Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen vier und achtzehn Jahren an, die in schwierigen Entwicklungs- und Lebenssituationen stehen. Das Angebot ist zeitlich begrenzt, kann auf freiwilliger Basis oder als angeordnete Massnahme durchgeführt werden und findet bei der Familie zu Hause statt. Der Verein spF-Baselland wird von der Birmannstiftung, der Gemeinnützigen Gesellschaft Baselland und pro juventute getragen. Je nach Einkommen der Familien werden die Kosten für eine Familienbegleitung aufgeteilt.

Die Sozialpädagogische Familienbegleitung begleitete im Jahr 2007 22 Familien im Kanton Baselland. Die durchschnittliche Dauer einer Familienbegleitung beträgt neun Monate.

Häufig nehmen alleinerziehende Mütter das Angebot in Anspruch. Sie sind oft mit der eigenen Lebenssituation überfordert und haben deshalb wenig Ressourcen, um den Bedürfnissen ihrer Kinder voll und ganz gerecht zu werden. Weitere Gründe für die Kontaktaufnahme mit der Sozialpädagogischen Familienbegleitung ist eine vorübergehende Überforderung der Erziehungspersonen mit den alltäglichen Erziehungsaufgaben oder eine einschneidende Veränderung, die das ganze Familiensystem aus dem Gleichgewicht bringt.

Die Sozialpädagogische Familienbegleitung sucht die Familie zu Hause auf. Dies erlaubt eine intensive und nachhaltige Begleitung. Während der Arbeit in der Familie steht der Umgang der Erziehungspersonen mit dem Kind oder den Kindern im Vordergrund. Meist findet eine neunzigminütige Begleitung pro Woche statt. Die regelmässigen Begleitungen über längere Zeit erlauben es der Fachperson, das nähere Umfeld einer Familie kennen zu lernen und neue Verhaltensweisen mit den Erziehungspersonen oder auch der ganzen Familie einzuüben. Ziel dieser zeitlich begrenzten Familienbegleitung ist, dass eine Erziehungsperson ihre Erziehungsfunktion ohne fremde Hilfe wieder wahrnehmen kann.

Die Elternhilfe beider Basel ist ein weiteres Angebot der Familienbegleitung. Sie leistet insbesondere Begleitungen in Familien mit Säuglingen und Primarschulkindern, die nicht durch Behörden verordnet wurden.

## elterntelefon

Das **elterntelefon** bietet zu jeder Tages- und Nachtzeit Beratung für Eltern in Überlastungs- und Krisensituationen an. Auch Drittpersonen, die sich um das Wohl von Kindern sorgen, können die Beratung in Anspruch nehmen. Die telefonische Beratung ist anonym, unentgeltlich und hilft bei allgemeinen familiären Schwierigkeiten, Erziehungsfragen, körperlicher und psychischer Gewalt, sexuellen Übergriffen oder Vernachlässigung. Der Verein Tele-Hilfe Basel finanziert sich mit privaten Spenden und mit Beiträgen der öffentlichen Hand.

Jährlich rufen zweihundertfünfzig bis dreihundert Personen an. Mütter und Väter melden sich beim **elterntelefon**, wenn sie in einer Problemlage keinen anderen Ausweg mehr sehen, an ihre Grenzen stossen und verzweifelt sind. Auslöser können sehr unterschiedliche Erziehungssituationen sein: Wenn sie einem Kind gerade eine Ohrfeige verpasst haben und sich nun schlecht fühlen. Wenn ein Kind von zu Hause wegläuft. Wenn ein Säugling oder ein Kleinkind dauernd weint und die Mutter kurz davor steht, die Nerven zu verlieren, oder auch in Fällen von Gewalt gegen Kinder oder von ihnen.

Die Mitarbeitenden des **elterntelefon** bewerten das Verhalten der anrufenden Person nicht, vielmehr verdeutlichen sie, dass es ein Zeichen von Stärke ist, in schwierigen Situationen Hilfe zu suchen. Die Möglichkeit, am Telefon über ein Problem sprechen zu können, trägt oft schon zur Entlastung bei. Im Gesprächsverlauf kann die Mutter oder der Vater meist selbst neue Handlungsmöglichkeiten erarbeiten und so für den Moment eine Lösung finden. Manchmal hilft es der anrufenden Person bereits schon weiter, wenn ihr die Mitarbeitenden des **elterntelefon** mitteilen können, dass bestimmte Verhaltensweisen eines Kindes dem Alter entsprechen und nicht besorgniserregend sein müssen. Eine sehr grosse Bedeutung hat die Weitervermittlung an Fachberatungsstellen und die Ermutigung und Bestärkung, solche Stellen falls angezeigt in Anspruch zu nehmen.

**Telefonische Beratung**  
061 261 10 60

**E-Mail-Beratung**  
[info@elterntelefon.ch](mailto:info@elterntelefon.ch)

**Geschäftsstelle**  
**Verein Tele-Hilfe Basel**  
**elterntelefon**  
**Gabriele Steinmann**  
**Bruderholzallee 167, 4059 Basel**  
**Telefon: 061 367 90 90**  
[info@elterntelefon.ch](mailto:info@elterntelefon.ch)  
[www.elterntelefon.ch](http://www.elterntelefon.ch)

## helpnet – Jugend- und Elternberatung

### helpnet Jugendberatung

Telefonische Beratung: 0840 22 44 66

E-Mail-Beratung

über [www.helpnet-online.ch](http://www.helpnet-online.ch)

### helpnet Elternberatung

Telefonische Beratung: 061 922 03 06

E-Mail-Beratung

über [www.helpnet-online.ch](http://www.helpnet-online.ch)

### Geschäftsstelle

Stiftung Jugendsozialwerk

Blaues Kreuz BL

Rheinstrasse 21, 4410 Liestal

Telefon: 061 921 51 08

Fax: 061 921 94 16

[info@jugendsozialwerk.ch](mailto:info@jugendsozialwerk.ch)

[www.jugendsozialwerk.ch](http://www.jugendsozialwerk.ch)

Die helpnet – Jugend- und Elternberatung ist eine Anlauf- und Beratungsstelle für alltägliche und komplexe Fragestellungen aus dem Familien- und Jugendleben. Sie berät Kinder, Jugendliche, Erziehungs- und weitere Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen anonym und kostenfrei am Telefon rund um die Uhr. Zusätzlich sind persönliche Beratungsgespräche oder auch direkte Kriseninterventionen vor Ort möglich. Die Beratungsstelle wird von der Stiftung Jugendsozialwerk Blaues Kreuz Baselland getragen und durch private Spenden und die öffentliche Hand finanziert.

helpnet bietet einmalige, meist kürzere Beratungen an und weist die Ratsuchenden an die geeigneten Fachstellen weiter. Die telefonischen Beratungsgespräche dauern meistens zwischen drei und zehn Minuten. Schriftliche Fragen über E-Mail werden innerhalb von drei Arbeitstagen beantwortet.

Jährlich melden sich 400 bis 500 Personen bei der helpnet – Jugend- und Elternberatung. Zwischen achtzig und neunzig Prozent der Beratungen laufen über das Telefon, der Rest sind Kontakte per E-Mail und persönliche Gespräche.

Kinder und Jugendliche stellen häufig Fragen bezüglich eigener Rechte. Sie möchten Auskunft darüber, wie sie bei Liebeskummer handeln, wie eine Lehrstelle finden oder wie sie Probleme mit einer Lehrperson in der Schule angehen sollen.

Die helpnet – Beratungspersonen legen Wert darauf, allen anfragenden Personen weiterführende Schritte aufzuzeigen. Die Ratsuchenden sollen nach der Beratung das Gefühl haben, dass sie wirklich Hilfe erhielten und wissen, was sie nun unternehmen können. Im Vordergrund steht weniger das Angebot einer Problemlösung als die Inangangsetzung eines Prozesses, der zu einer Verbesserung führt.

## Christina Vogel – Beratung für Jugendliche

### in Schwierigkeiten

Christina Vogel berät Jugendliche, Eltern und andere Erziehungspersonen, die sich in einer schwierigen Situation befinden. Jugendliche und ihre Erziehungspersonen können sich zum Beispiel bei Beziehungs- und Suchtproblemen, Liebeskummer, familiären Schwierigkeiten, Scheidung der Eltern mit Christina Vogel in Verbindung setzen. Ziel dieser persönlichen Gespräche ist es, der Person zuzuhören, sie zu unterstützen, zu begleiten und gemeinsam Handlungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Die Kosten für diese Dienstleistung werden von der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft getragen. Für die Ratsuchenden ist sie kostenlos.

Christina Vogel verständigt die Erziehungspersonen von Jugendlichen nur, wenn es ausdrücklich gewünscht wird. Falls der Einbezug anderer Fachpersonen der Medizin oder der Psychologie angezeigt ist, dann ermutigt sie die Person, bis diese sich in der Regel freiwillig in die erforderliche Behandlung begibt. Diese Vorgehensweise ermöglicht Christina Vogel, das Vertrauensverhältnis und den Kontakt zu den hilfesuchenden Jugendlichen aufrechtzuerhalten und hält das Beratungsangebot niederschwellig.

Neben diesem Auftrag bietet Christina Vogel auch Präventionstage an Schulen zu den Themen Drogen, Sucht, HIV, Aids, Sexualität und Pubertät an.

Ratsuchende haben die Möglichkeit, sich telefonisch, über SMS oder E-Mail an Christina Vogel zu wenden. An einigen Schulen im Baselbiet vereinbaren auch die Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter Gesprächstermine.

Christina Vogel

[www.christinavogel.ch](http://www.christinavogel.ch)

[christinavogel@bluewin.ch](mailto:christinavogel@bluewin.ch)

Telefon: 061 382 26 30

Mobile: 078/776 81 73

## Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)

Universitäts-Kinderspital beider Basel  
Postfach, 4005 Basel  
Telefon: 061 685 65 65  
[www.ukbb.ch](http://www.ukbb.ch)

Das UKBB bietet neben dem klassischen stationären und ambulanten Therapieangebot verschiedene Spezialsprechstunden für Kinder und ihre Bezugspersonen an:

**MOMO-Beratung:** Interdisziplinäres Angebot aus Sozialarbeit, Medizin und Kinderpsychiatrie an Familien, die von HIV/Aids betroffen sind und in der Region Basel leben.

**Sozialberatung UKBB:** Hilft Eltern und ihrem Kind bei verschiedenen Problemen und Fragen weiter; z.B. Hilfe bei veränderten sozialen Verhältnissen, die durch Krankheit und Behinderung bedingt sind.

**UKBB-Elterngruppe:** Für alle Eltern mit einem frühgeborenen Kind, unabhängig davon, in welchem Spital das Kind zur Welt gekommen ist.

**Schreispprechstunde:** Die Schreispprechstunde ist eine interdisziplinäre Spezialsprechstunde für Eltern von Kindern im Alter bis vier Jahre, die an Schrei-, Schlaf-, oder Essproblemen oder an einer schwierigen Eltern-Kind-Beziehung leiden.

**Adipositas-Sprechstunde:** Spezielle, ambulante Sprechstunde für Kinder und Jugendliche mit Fettsucht-Problemen. Diagnostik, Therapie und Verlaufsbeurteilung sämtlicher Krankheitsbilder der pädiatrischen Adipositas-Problematik.

**Neonatologische Familienbegleitung:** Unterstützung und Begleitung bei Risikoschwangerschaft und zu früh geborenen Kindern sowie deren Familien.

**Adoleszentensprechstunde (auch Jugendsprechstunde):** Für Jugendliche ab zwölf Jahren mit dem Ziel, eine altersgerechte medizinische Betreuung anzubieten. Die Adoleszentensprechstunde beinhaltet die Betreuung von Krankheiten, die im Jugendalter vorkommen wie z.B. psychosomatische Störung und Umgang mit chronischen Erkrankungen. Die Adoleszentensprechstunde arbeitet interdisziplinär mit den anderen Fachbereichen zusammen.

Diese Sprechstunden stehen allen Patientinnen und Patienten offen und werden nach dem KVG abgerechnet. Für ausserkantonale oder ausländische Patientinnen und Patienten muss ein Versicherungsschutz vorhanden sein.

Weitere Informationen zu den verschiedenen Sprechstunden: [www.ukbb.ch](http://www.ukbb.ch) (Sprechstunden)





Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion  
Kanton Basel-Landschaft