

Kindergesundheit in Baden-Württemberg



Kindergesundheit in Baden-Württemberg

Verteilerhinweis:

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Mißbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, daß dies als Parteinahme des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Herausgeber

Sozialministerium
Baden-Württemberg
Schellingstraße 15,
70174 Stuttgart

Telefon: (07 11) 1 23-0
Telefax: (07 11) 1 23-39 99
Internet: www.sozialministerium-bw.de

Juni 2000

Kindergesundheit in Baden-Württemberg



Vorwort

Die Gesundheit ist eines unserer wichtigsten Güter und weitaus mehr als nur die bloße Abwesenheit von Krankheit. Die Gesundheit wird gestaltet. Eine wichtige Rolle spielen die physischen, psychischen und sozialen Stärken und Schwächen der Menschen. Daneben haben die Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnisse große Bedeutung. Gesundheit ist als ein Balancezustand zwischen diesen Einflußfaktoren zu verstehen, der immer wieder neu hergestellt und optimiert werden muß.

Das wichtigste Ziel der Gesundheitspolitik ist die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Menschen in Baden-Württemberg. Das heißt: die Stärken der Menschen stärker machen, ihre Schwächen möglichst verringern sowie die Umgebungsbedingungen weiter verbessern. Auf dem Weg zu diesem Ziel kommt es darauf an, alle Bürgerinnen und Bürger zu motivieren, aktiv Chancen wahrzunehmen und Ressourcen zu nutzen, aber auch Probleme zu erkennen und an deren Beseitigung mitzuarbeiten.

Alle gesundheitspolitischen Bemühungen und Entscheidungen in Baden-Württemberg setzen jedoch voraus, daß erfolgreiche Strategien gleichermaßen wie die Problempunkte und die Schwachstellen bekannt sind. Unverzichtbar für eine wirkungsvolle und effiziente Gesundheitspolitik ist daher die Erhebung von gesundheitsbezogenen Daten. Die Gesundheitsberichterstattung soll ein realitätsnahes Bild der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, der Krankheiten, ihrer Folgen und möglichen Ursachen, ihrer Kosten und deren Finanzierung vermitteln. Dazu gehört die Beleuchtung des Gesundheitszustands der Bevölkerung, ihrer Verhaltensweisen und sozialen, wirtschaftlichen, ökologischen und kulturellen Lebensbedingungen. So kann ein Rahmen für die Entwicklung von gesundheitlich sinnvollen Einstellungen und Verhaltensweisen sowie von gesundheitsfördernden Lebensbedingungen beschrieben werden. Daraus sollen Impulse vor allem für Initiativen im Bereich der Gesundheitsförderung geweckt werden.

Der nun vorliegende Bericht "Kindergesundheit in Baden-Württemberg" widmet sich besonders der Gesundheit unserer Kinder. Die Gesundheit unserer Kinder ist für die Gesundheits- und Sozialpolitik ein wichtiges und zentrales Thema. Unsere Kinder sind unsere Zukunft. Ihre Gesundheit ist entscheidend für ihre und nicht zuletzt auch für unsere Lebensqualität. Das Gesundheitsverhalten während der Kindheit ist prägend für alle anderen Phasen des Lebens.

Der jetzt vorliegende Bericht liefert aktuelle Daten und fundierte Informationen für Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung, in der Wissenschaft und der interessierten Bürgerschaft. Er beleuchtet die Stärken aber auch die Schwächen unseres Gesundheitssystems. Die zum Teil berechtigte Kritik an unserem Gesundheitssystem darf den Blick nicht dafür verstellen, daß wir in der Vorsorge und Therapie von Krank-

heiten weit vorangekommen sind. Das ist auch der Verbesserung der Gesundheit unserer Kinder in vielerlei Hinsicht zugute gekommen. Es gilt nun, unser Gesundheitssystem auf hohem Niveau zu halten und mit Augenmaß die auch künftig notwendigen Weiterentwicklungen zu planen und umzusetzen.

Mein Dank gilt all jenen, die an diesem Bericht mitgearbeitet haben. In erster Linie waren dies die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Landesgesundheitsamtes, die diesen Bericht im Auftrag des Sozialministeriums federführend gefertigt haben. Ich danke aber auch den vielen Menschen in Behörden und Einrichtungen, die Daten geliefert und Beiträge erstellt haben.

Die Entscheidungen der Verantwortlichen in der Gesundheits- und Sozialpolitik von heute leisten einen wichtigen Beitrag für die Gesundheit der Bevölkerung von morgen. In diesem Sinne wünsche ich mir, daß der Bericht "Kindergesundheit in Baden-Württemberg" notwendige Impulse weckt und zu Maßnahmen führt, die die Gesundheit der Kinder in Baden-Württemberg und damit auch die Gesundheit künftiger Generationen nachhaltig verbessert.

Dr. Friedhelm Repnik MdL
Sozialminister

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	9
2	Demografische Basisdaten	11
3	Rahmenbedingungen für die Gesundheit von Kindern	15
3.1	Soziales Umfeld	15
	Familie	15
	Armut und Ernährung	23
	Gewalt gegen Kinder	28
	Körperliche Mißhandlung von Kindern	29
	Sexueller Kindesmißbrauch	33
	Vernachlässigung von Kindern	41
3.2	Natürliche und technische Umwelt	45
	Beobachtungsgesundheitsämter: Kontinuierliche Erhebung von gesundheits- relevanten Daten	45
	Quecksilberbelastung	46
	Bleibelastung	48
	PCB-Belastung	49
	Muttermilch-Monitoring	50
4	Gesundheit, Krankheit und Tod im Kindesalter	55
	Einleitung	55
4.1	Lebenserwartung	55
4.2	Säuglingssterblichkeit und ihre wichtigsten Ursachen	58
	Frühgeburt: Definition und Problemlage	61
	Der Plötzliche Kindstod - trotz sinkender Zahlen eine bedeutende Todesursache im Säuglingsalter	65
4.3	Die wichtigsten Todesursachen im Kindesalter	67
4.4	Verletzungen und Vergiftungen	70
4.5	Zur psychischen Entwicklung von Kindern	74
4.6	Krankheiten im Kindesalter	79
	Infektionen	79
	Atemwegserkrankungen und Allergien	81
	Epilepsie	86
	Diabetes mellitus	89
	Krebserkrankungen	94
	Zahngesundheit	99
	Hörstörungen bei Schulanfängern	102
5	Gesundheitliche Versorgung von Kindern	107
	Einleitung	107
5.1	Angebote zur Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potentialen	107
	Gesundheitsförderung	107
	Reif für die Schule? - Die Einschulungsuntersuchung	110
	Schulsprechstunde - ein Angebot der Gesundheitsämter in Baden-Württemberg	110
	Gesundheitserziehung in den Schulen	112

5.2 Prävention und Vorsorge	113
Die Schwangerenvorsorge	113
Ansätze zur Prävention von Frühgeburten	119
Das Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder: 10 Untersuchungen	122
Studie zur Neuroblastomfrüherkennung im Rahmen der U6: Versuch einer Zwischenbilanz	126
Impfen schützt vor Infektionskrankheiten.....	128
Kariesgruppenprophylaxe	138
5.3 Ambulante und stationäre Versorgungsangebote	145
Niedergelassene Kinderärzte	145
Stationäre Versorgung	148
5.4 Frühförderung	150
Grundsätze der Frühförderung	150
Die Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung und ihre Aufgaben	152
Bisherige Erfahrungen mit dem System der Frühförderung	154
6 Zusammenfassung	161
6.1 Demografische Basisdaten	161
6.2 Rahmenbedingungen für die Gesundheit von Kindern	161
6.3 Gesundheit, Krankheit und Tod im Kindesalter	163
6.4 Gesundheitliche Versorgung von Kindern	166
Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potentialen	166
Prävention und Vorsorge	167

1 Einleitung

Viele Weichen für die Gesundheit und Lebensqualität im höheren Lebensalter werden bereits in der Kindheit und im Jugendalter gestellt. Auf den ersten Blick banal und nebensächlich erscheinende Einstellungen und Verhaltensweisen können später über den Verlauf schwerer und chronischer Krankheiten wesentlich mitentscheiden. Nicht zuletzt beeinflusst die psychische Entwicklung und die Entfaltung sozialer Kompetenzen erheblich den Gesundheitszustand nicht nur einzelner Personen, sondern ganzer Bevölkerungsgruppen.

Deswegen ist die Gesundheitsberichterstattung für unsere Kinder eine wichtige und entscheidende Informationsquelle, die uns Defizite aufzeigen kann, die auf den ersten Blick nicht ohne weiteres erkennbar sind. Genauso bedeutsam ist es aber auch, Erreichtes, Erfolge und bewährte Methoden als beispielgebend darzustellen. Mit dem sorgfältigen Zusammentragen von Daten und ihrer Bewertung allein ist aber noch nicht genug erreicht. Folgen müssen konsequente Maßnahmen in der Prävention und Gesundheitsförderung, in der Aufklärung und in einer gekonnten Motivierung für die Änderung riskanter und problematischer Einstellungen und Verhaltensweisen. Nicht zuletzt spielen auch Fragen des bedarfsgerechten Einsatzes von Therapieformen eine wichtige Rolle. Immer ausgefeiltere technische Möglichkeiten und nicht zuletzt Meldungen über Erfolge in der Erforschung genetisch bedingter Erkrankungen wecken Hoffnungen auf weitere Innovationen und Verbesserungen.

Systematische Gesundheitspolitik braucht oft einen langen Atem. Die Verhütung schwerer Krankheiten und die Eindämmung von mit Langzeitwirkungen verbundenen Belastungen erfordert frühes, möglichst gezieltes Einschreiten und eine systematische Intervention. Investitionen in die Gesundheit sind auch dann unverzichtbar, wenn ein Erfolg nicht schnell und unmittelbar sichtbar wird. Wird eine Maßnahme als notwendig erkannt, gilt es, die Auswirkungen der damit verbundenen Anstrengungen über lange Zeiträume hinweg sorgfältig zu beobachten und zu bewerten.

Die Gesundheitsberichterstattung kann einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Entscheidungsgrundlagen leisten. Sie beschreibt, kommentiert und interpretiert die zusammengestellten Daten, Fakten und Ereignisse des Gesundheitswesens. Diese Daten müssen geeignet sein, ein Bild von den Krankheiten, ihren Folgen und möglichen Ursachen, der Lebenslage der Betroffenen, ihrer Versorgung in den ambulanten und stationären Einrichtungen sowie deren Kosten und Finanzierung zu vermitteln. Sie sollen uns anschaulich den Handlungsbedarf vor Augen führen.

Der jetzt vorliegende Gesundheitsspezialbericht "Kindergesundheit in Baden-Württemberg" greift Themen aus der Demografie, dem sozialen Umfeld und aus der natürlichen und technischen Umwelt auf. Er behandelt das Thema Sterblichkeit von Kindern, enthält Aussagen zu typischen Krankheiten im Kindesalter und beschreibt Präventions- und Vorsorgeangebote. Eine besonderes Augenmerk gilt den sozial benachteiligten Kindern, deren Situation an vielen Stellen eingehender bewertet wird. Mit dem Bericht soll eine Entscheidungsgrundlage für die Einleitung weiterer Maßnahmen geschaffen werden. Er schreibt den ersten Gesundheitsspezialbericht in Baden-Württemberg "Zur gesundheitlichen Lage der Kinder in Baden-Württemberg" aus dem Jahr 1994 fort, der in Fachkreisen gebührende Beachtung gefunden hat.

Der Kindergesundheitsbericht richtet sich in erster Linie an politisch Verantwortliche in Land und Kommunen, aber auch an Interessenten aus der Wissenschaft, an die Leistungserbringer und Kostenträger im Gesundheitswesen und nicht zuletzt an interessierte Bürgerinnen und Bürger.

2 Demografische Basisdaten

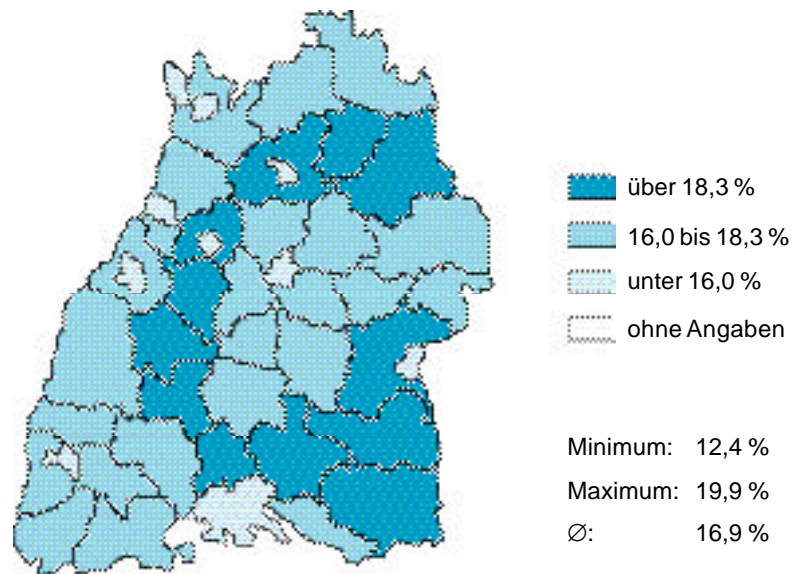
Zahl der Kinder zwischen 1990 und 1998 um 11 % auf 1.758.722 gestiegen

Große regionale Unterschiede im Anteil der Kinder an der Gesamtbevölkerung

Am 31.12.1998 lebten in Baden-Württemberg 903.013 Jungen und 855.709 Mädchen im Alter bis zu 15 Jahren. Kinder bildeten damit einen Anteil von 16,9 % an der Gesamtbevölkerung Baden-Württembergs, das sind 0,8 Prozentpunkte mehr als 1990. Der Kinderanteil lag Ende 1998 1,6 Prozentpunkte über demjenigen, den die 65jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung ausmachten. Die jüngste Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Landesamtes nimmt für das Jahr 2005 einen Anteil von 15,6 % für Kinder unter 15 Jahren und von 18,3 % für 65jährige und Ältere an.

Besonders hohe Anteile bilden Kinder an der Gesamtbevölkerung in den Landkreisen östlich des Schwarzwalds sowie in den süd- und nordöstlichen Teilen Baden-Württembergs, die durch eine eher ländliche Struktur gekennzeichnet sind. Im Landkreis Biberach bilden sie einen Anteil von 19,9 %, in Sigmaringen sind es 19,3 %, im Alb-Donau-Kreis 19,2 % sowie in Schwäbisch Hall 19,1 %. Dagegen zeichnen sich die Stadtkreise durch besonders geringe Anteile an Kindern aus: In den Städten Heidelberg und Baden-Baden sind nur 12,4 % bzw. 12,8 % der Bewohner jünger als 15 Jahre (vgl. Abb. 2.1). Obgleich der Anteil der Kinder an der Gesamtbevölkerung in den Ballungsgebieten geringer ist, so leben jedoch in absoluten Zahlen betrachtet, 40,3 % der unter 15jährigen in Ballungsgebieten und 29,1 % im eher ländlichen Raum.

2.1: Anteil der Kinder (0 bis 14 Jahre) an der Gesamtbevölkerung in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs am 31.12.1998



Quelle: Statistisches Landesamt

Baden-Württemberg hat relativ hohen Anteil junger Menschen

Mit einem Kinderanteil von 16,9 % nahm Baden-Württemberg Ende 1998 den 1. Platz unter den alten Bundesländern ein. In Rheinland-Pfalz, Bayern und Hessen waren 16,5 %, 16,5 % bzw. 15,5 % der Bevölkerung 14 Jahre oder

jünger. Der Bundesdurchschnitt lag bei 15,8 %, in der Nordwestschweiz war Ende der 90er Jahre der Kinderanteil mit 17 % höher, im Elsaß war mit 19,7 % sogar etwa jeder 5. Einwohner 14 Jahre alt oder jünger.

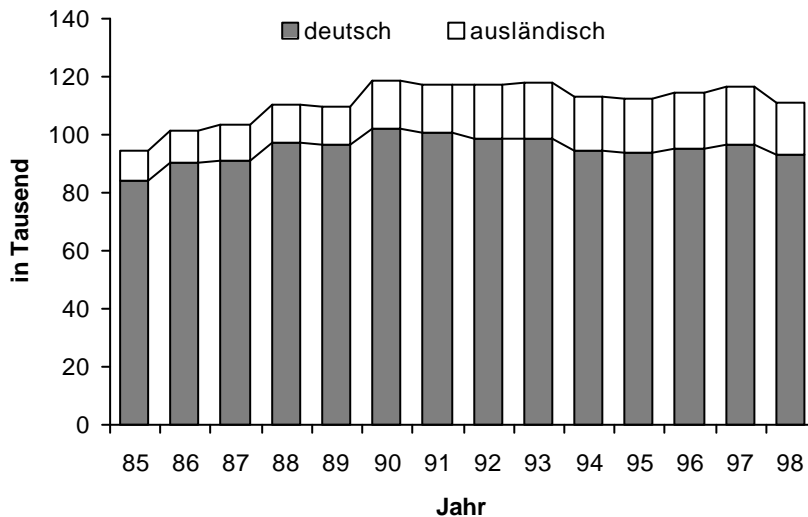
1998 lebten in Baden-Württemberg 1.303.828 ausländische Mitbürger. Das entspricht einem Anteil von 12,5 % an der Gesamtbevölkerung. Unter den Kindern ist der Ausländeranteil mit 14,5 % höher. In der deutschen Bevölkerung waren 1998 16,5 % jünger als 15 Jahre, in der ausländischen Bevölkerung ist es mit 19,6 % nahezu jede 5. Person.

1998 wurden in Baden-Württemberg 111.056 Kinder lebend geboren. Damit waren die Geborenenzahlen im Vergleich zu 1996 und 1997 deutlich gefallen. Zwischen 1985 und 1990 war die Zahl der Lebendgeborenen nach einem drastischen Rückgang in den 70er Jahren und einem uneinheitlichen Verlauf zu Beginn der 80er Jahre stetig gestiegen. Die Zuwächse fielen im Beobachtungszeitraum unterschiedlich stark aus und waren von 1985 auf 1986, von 1987 auf 1988 und von 1989 auf 1990 besonders ausgeprägt (s. Abb. 2.2). Zu Beginn der 90er Jahre blieben die Geborenenzahlen mit geringen Schwankungen etwa gleich hoch. 1994 war erstmals wieder ein Rückgang in der Zahl der Lebendgeborenen zu verzeichnen, der sich auch 1995 fortsetzte (Cornelius, 1996). In den Jahren 1996 und 1997 konnte dagegen ein leichter Anstieg beobachtet werden.

Höherer Kinderanteil bei der ausländischen Bevölkerung

1998 weniger Babys

2.2: Lebendgeborene in Baden-Württemberg 1985 bis 1998 nach Staatsangehörigkeit



Quelle: Statistisches Landesamt

Die Differenzierung der Geborenenzahlen nach Staatsangehörigkeit zeigt, daß sich die Zahl der ausländischen Lebendgeborenen zwischen 1985 und 1998 von 10.456 auf 17.981 um mehr als 70 % erhöht hat. Dieser Anstieg ist nicht kontinuierlich erfolgt: 1994 und 1995 waren leichte, 1998 deutliche Rückgänge zu verzeichnen (s. auch Abb. 2.2). Der Anteil der Lebendgeborenen mit ausländischer Staatsangehörigkeit ist von 11 % im Jahre 1985 auf 16,2 % im Jahre 1998 angestiegen, da in der deutschen Bevölkerung bereits seit 1991

Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter und Einstellung der Paare zum Kinderwunsch beeinflussen die Geborenenzahlen

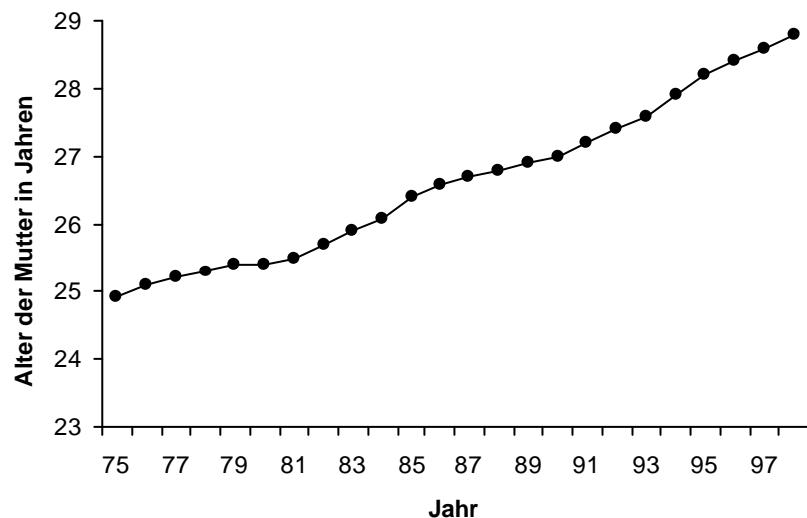
jährlich weniger Kinder geboren wurden. Nur in den Jahren 1996 und 1997 waren zwischenzeitlich leichte Zuwächse zu verzeichnen (Cornelius, 1996).

Die Entwicklung der Geborenenzahlen läßt sich aufgliedern in eine demografische Komponente, die auf den Veränderungen in der Anzahl von Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren basiert, und in eine Verhaltenskomponente, in der veränderte Entscheidungen hinsichtlich Heirat und Realisierung von Kinderwünschen zum Ausdruck kommen. Die Auswertungen des Statistischen Landesamtes zeigen, daß der Anstieg und die Konstanz in den Geborenenzahlen durch die demografische Komponente im Sinne von Zunahmen der relevanten Jahrgangsstärken bei Frauen getragen wurden. In den Jahren, in denen der Anstieg besonders deutlich ausfiel, wurde sie verstärkt durch die Verhaltenskomponente. Anfang der 90er Jahre hätte die stärkere Besetzung der Altersjahrgänge von Frauen im gebärfähigen Alter zu einem weiteren Anstieg in den Geborenenzahlen führen müssen, dies wurde jedoch ausgeglichen durch eine deutliche Zurückhaltung der Paare in ihrem Geburtenverhalten. Für den Rückgang der Geborenenzahl im Jahresvergleich 1993/94 scheint die Verhaltenskomponente dominierender Faktor, der durch eine leichte Abnahme der Zahl der Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren verstärkt wird (Cornelius, 1996). Der neuerliche Anstieg der Geborenenzahlen im Jahresvergleich 1995/96 und 1996/97 ist insofern etwas überraschend, als gegenwärtig schwächer besetzte Frauenjahrgänge in das sogenannte gebärfähige Alter nachwachsen. Vermutlich handelt es sich um ein "Nachholen" von zuvor "aufgeschobenen" Geburten.

Weitere Analysen zeigten, daß dieser Anstieg hauptsächlich auf die 30jährigen und älteren Frauen zurückgeführt werden kann: Bei ihnen sind größere Jahrgangsstärken und eine leicht gestiegene Geburtenhäufigkeit zu beobachten. Demgegenüber sind die Jahrgänge der unter 30jährigen nicht nur schwächer besetzt, sie zeichnen sich auch durch eine geringere Geburtenhäufigkeit aus (Cornelius, 1997).

Verschiebung von Geburten auf ein höheres Alter der Mütter dauert an

2.3: Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt ihres 1. ehelichen Kindes in Baden-Württemberg 1975 bis 1998



Quelle: Statistisches Landesamt

In diesem Zusammenhang ist auch auf die seit über zwei Jahrzehnten kontinuierlich anhaltende Tendenz hinzuweisen, die Geburt eines ersten Kindes auf ein höheres Alter der Mutter zu verschieben. War 1975 eine verheiratete Frau bei der Geburt ihres 1. Kindes im Mittel 24,9 Jahre alt, so wurde 1998 ein Durchschnittsalter von 28,8 Jahren errechnet.

Aus familienpolitischer Sicht müßte diese Entwicklung zu denken geben, da sie darauf hinweist, daß "bereits seit mehreren Jahren durchgängig verhaltensbedingte Faktoren einem aus demografischen Gründen naheliegenden Geburtenanstieg entgegenwirken. Dabei ist vor allem der Rückgang der Geburtenhäufigkeit bei den 24- bis 29jährigen Frauen nach 1990 von Bedeutung" (Cornelius, 1996). In dieser Lebensphase wurden in der jüngeren Vergangenheit offensichtlich vermehrt Entscheidungen gegen eine Realisierung von Kinderwünschen getroffen und diese vorerst zumindest "aufgeschoben" evtl. auch tatsächlich "aufgehoben".

Aus gesundheitspolitischer Sicht ist diese Entwicklung insofern bedenklich, als das Alter der Mutter bei der Geburt eines Kindes einer der bedeutendsten Risikofaktoren für eine Frühgeburt darstellt. Die Häufigkeit frühgeborener, d. h. sehr unreif und sehr untergewichtig geborener Kinder nimmt seit 1980 nicht nur in Baden-Württemberg nahezu kontinuierlich zu. Dabei tragen insbesondere Kinder mit sehr niedrigem Geburtsgewicht trotz aller Fortschritte in der Perinatalmedizin nicht nur ein größeres Risiko, noch in der Neugeborenenphase zu versterben, sondern sind darüber hinaus besonders gefährdet, infolge perinatal erworbener Schädigungen des Gehirns, von Sinnesorganen und der Lungen im späteren Leben erheblich beeinträchtigt bzw. behindert zu sein (s. dazu auch Abschnitt 4.2). Die Folgen dieses veränderten generativen Verhaltens für die Gesundheit von Frauen und Müttern sollen an anderer Stelle diskutiert werden.

Die rückläufige Geburtenentwicklung 1998 beruht zu zwei Dritteln auf insgesamt abnehmenden Jahrgangsstärken (demografische Komponente) und zu einem Drittel auf einer gesunkenen Geburtenhäufigkeit (Verhaltenskomponente). In den kommenden Jahren ist generell mit einem Rückgang der Geborenenzahlen zu rechnen, dessen Ausmaß jedoch schwer einschätzbar ist.

Quellenhinweise

Cornelius, I. (1996). Die Geburtenentwicklung seit Mitte der 80er Jahre. Baden-Württemberg in Wort und Zahl 5, S. 202-208.

Cornelius, I. (1997). Die Bevölkerungsentwicklung 1996. Baden-Württemberg in Wort und Zahl 12, S. 551-557.

Werden Kinderwünsche "aufgeschoben" oder "aufgehoben"?

Alter der Mutter: ein bedeutender Risikofaktor für eine Frühgeburt

3 Rahmenbedingungen für die Gesundheit von Kindern

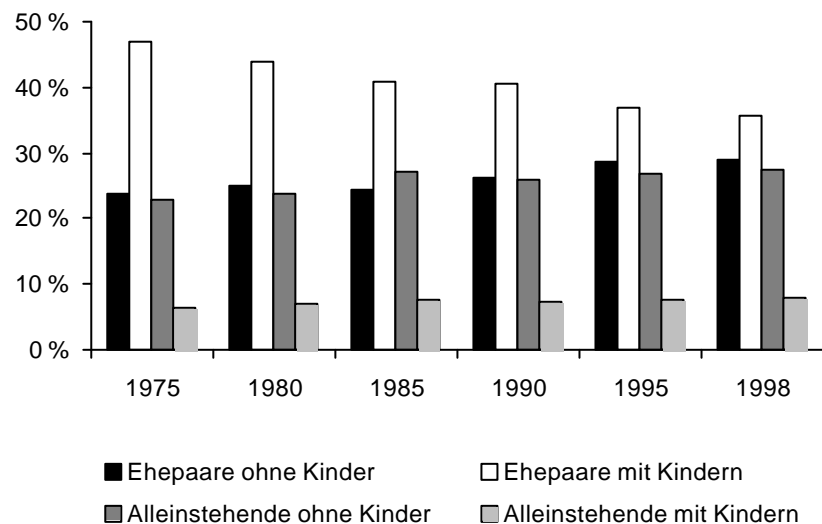
3.1 Soziales Umfeld

Familie

Gravierende Veränderungen in den familialen Lebensformen

Die "klassische" Familie, bestehend aus beiden miteinander verheirateten Elternteilen mit Kindern hat in den vergangenen Jahrzehnten an Gewicht verloren. Obwohl die große Mehrheit der Kinder nach wie vor mit beiden Eltern zusammenlebt, erlangen Familien mit alleinerziehendem Elternteil und nichteheliche Lebensgemeinschaften mit Kindern stärkere Bedeutung. Auch die Anzahl kinderloser Ehepaare ist seit Beginn der 70er Jahren kontinuierlich gestiegen. Diese Anzahl schließt allerdings neben den zeitlebens kinderlosen Paaren auch diejenigen ein, die noch keine Kinder haben, und diejenigen, deren Kinder bereits erwachsen sind und einen eigenen Haushalt gegründet haben. Der Rückgang der Kinderzahl pro Familie und die durchschnittlich frühere Ablösung junger Menschen vom Elternhaus sind Faktoren, durch die sich der Lebensabschnitt, in dem Eltern mit Kindern zusammenleben, deutlich verkürzt. Die höhere Lebenserwartung des Einzelnen führt zusätzlich zu einer Zunahme des Anteils Alleinstehender und kinderloser Paare an der Gesamtbevölkerung. Die absolute Zahl der Ehepaare mit Kindern ist in Baden-Württemberg von 1,5 Mio. im Jahr 1975 auf 1,36 Mio. im Jahr 1998 zurückgegangen, ihr Anteil an allen familialen Lebensformen fiel im gleichen Zeitraum von 47 auf 36 % (Hin, 1997).

3.1: Familientypen in Baden-Württemberg 1975 bis 1998
(in % der Familien insgesamt)



Quelle: Statistisches Landesamt

Trend zur kleineren Familie

Die Betrachtung der Kinderzahlen zeigt einen Trend zu immer kleineren Familien. Bis Mitte der 70er Jahre lebten durchschnittlich 2 Kinder bei einem Ehepaar, Ende der 90er Jahre lag die durchschnittliche Kinderzahl pro Ehepaar nur noch bei 1,8. Diese Verringerung ist insbesondere auf einen starken

Rückgang der kinderreichen Familien zurückzuführen: Hatten zu Beginn des Jahrhunderts noch über 60 % und 1970 immerhin noch rund ein Viertel aller Familien drei und mehr Kinder, trifft dies im ausgehenden Jahrtausend nur noch auf knapp 15 % der Familien zu. In diese rückläufige Entwicklung der Kinderzahlen eingeschlossen sind alleinerziehende Väter und Mütter: Der Anteil der Alleinerziehenden mit 3 und mehr Kindern ist von 13 % Mitte der 70er Jahre auf etwa 6 % Ende der 90er Jahre gesunken. Im Durchschnitt betreute ein Alleinerziehender im Jahr 1998 1,4 Kinder.

Die Zahl der alleinerziehenden Mütter und Väter mit minderjährigen Kindern hat sich zwischen 1972 und 1998 von 94.700 auf 188.100 verdoppelt. Damit ist der Anteil der Alleinerziehenden an allen Familien mit minderjährigen Kindern von 7 auf knapp 16 % gestiegen. Obwohl der Anteil der Männer an den Alleinerziehenden seit den 70er Jahren stetig zugenommen hat (1975: 12,8 %, 1998: 18,6 %), sind immer noch mehr als vier von fünf Alleinerziehenden Frauen.

Zahl der Alleinerziehenden seit 1972 verdoppelt

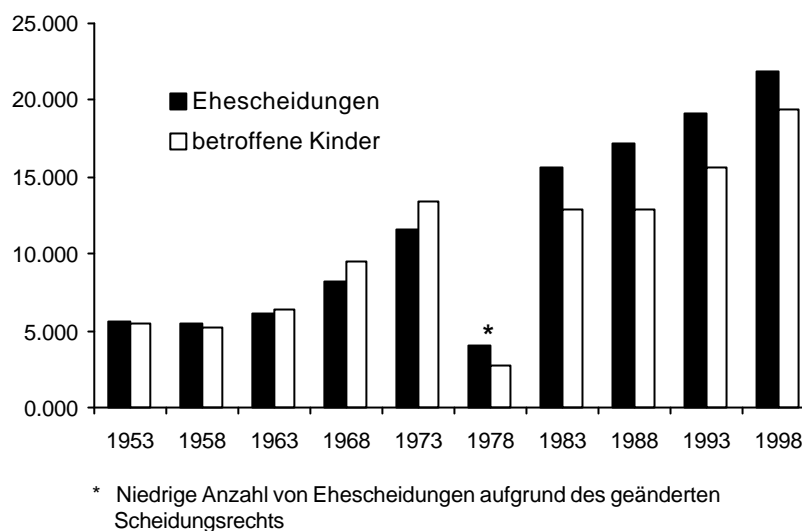
Das Phänomen "Alleinerziehende" hat heute andere Hintergründe als noch in den 60er und 70er Jahren. 1961 waren nahezu zwei Drittel der Alleinerziehenden verwitwet. Der Familienstand Verwitwung spielte 1995 mit etwa 30 % eine weitaus geringere Rolle. In den 70er Jahren hat der Anteil der geschiedenen und getrenntlebenden Mütter mit Kindern im eigenen Haushalt zugenommen. Er lag 1995 bei knapp 40 %. Seit Beginn der 80er Jahre ist ein wachsender Anteil lediger an den Alleinerziehenden zu beobachten, der 1998 17 % betrug. Die amtliche Statistik berücksichtigt bisher allerdings nicht, daß ein nicht unwesentlicher Anteil Alleinerziehender mit einem Partner zusammenlebt. Auch in nichtehelichen Gemeinschaften mit Kindern, die seit Anfang der 90er Jahre als Lebensform immer mehr ihren Sonderstatus des Außergewöhnlichen verlieren, werden die Partner noch als "Alleinstehende ohne Kinder" bzw. "Alleinerziehende" erfaßt. Die Zahl der nichtehelichen Lebensgemeinschaften mit Kindern hat sich zwischen 1988 (12.000) und 1995 (35.000) nahezu verdreifacht. Zwar ist der Anteil der Kinder, die in solchen Gemeinschaften aufwachsen, noch verschwindend gering. Vor dem Hintergrund der Bestrebungen für eine zunehmende rechtliche Gleichstellung von nichtehelichen mit ehelichen Partnerschaften ist jedoch anzunehmen, daß diese Lebensform in Zukunft zunehmend an Bedeutung gewinnen wird.

Eine Hauptursache für die Entstehung von Ein-Eltern-Familien sind Ehescheidungen. Die Scheidungshäufigkeit ist seit den 50er Jahren um das zweieinhalbfache gestiegen. Insbesondere Ehen, die erst in den vergangenen Jahren geschlossen wurden, werden zu einem geschätzten Prozentsatz von 25 bis 30 % wieder geschieden. Für Ehen der Heiratsjahrgänge 1960 bzw. 1965 beträgt die Scheidungshäufigkeit 16 bzw. 20 % (Cornelius & Stutzer, 1993).

Zahl der Ehescheidungen seit den 50er Jahren um das 2½-fache gestiegen

Nicht nur die absolute Zahl der Ehescheidungen stieg von 15.632 im Jahr 1983 auf 21.833 im Jahr 1998, auch der Anteil der Scheidungen bezogen auf 10.000 Ehen, erhöhte sich von 58,3 (1980) auf 88,9 im Jahr 1998. Damit erleben immer mehr Kinder die Trennung ihrer Eltern. Waren 1983 in Baden-Württemberg 12.855 zum Zeitpunkt der Urteilsverkündung minderjährige Kinder von der Scheidung ihrer Eltern betroffen, so lag ihre Zahl 1998 bereits bei 19.376. Die Zahl der im Durchschnitt von einer Ehescheidung betroffenen Kinder sank von 1,2 Anfang der 70er Jahre auf 0,9 im Jahr 1998. Seit Mitte der 50er Jahre

3.2 Anzahl der Ehescheidungen und davon betroffene Kinder in Baden-Württemberg 1953 bis 1998



Quelle: Statistisches Landesamt

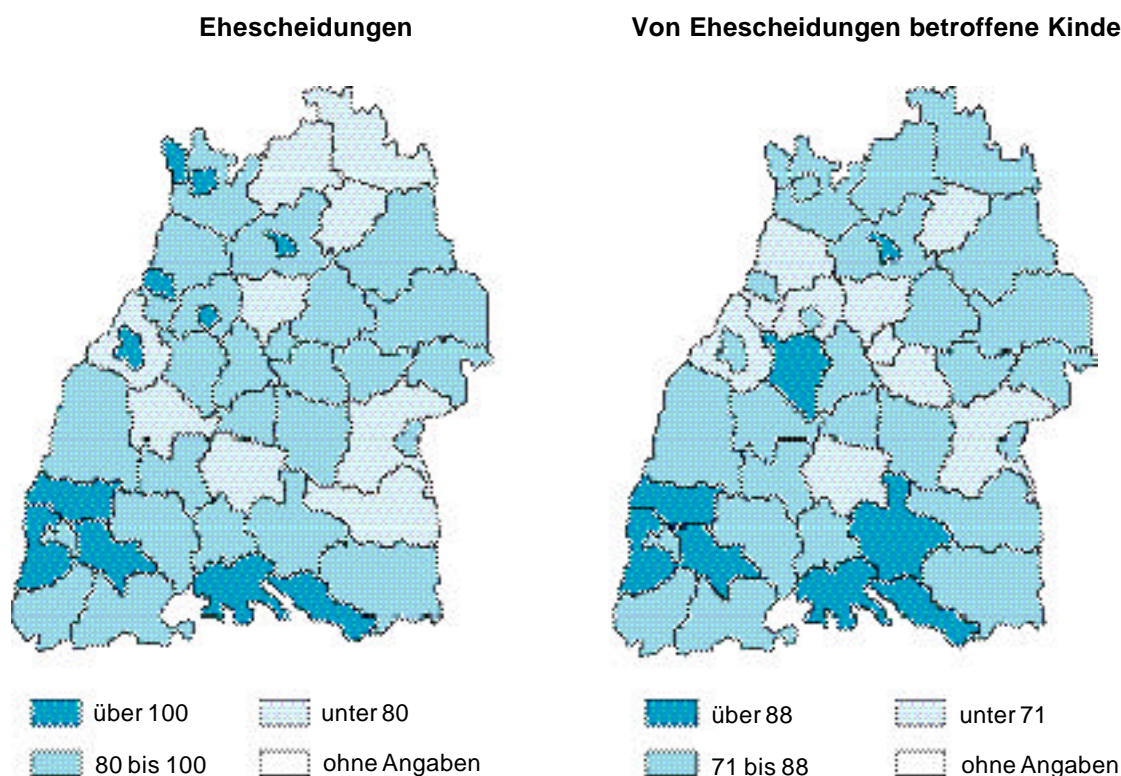
hat sich das Wachstum der Scheidungszahlen kontinuierlich fortgesetzt. Eine Trendwende ist nicht in Sicht.

Scheidungsrate in den großen Städten höher als auf dem Land

Deutliche regionale Unterschiede in der Häufigkeit von Scheidungen im Jahr 1998 zeigt Abbildung 3.3. Hohe Scheidungsraten finden sich vor allem in den Stadtkreisen. Spitzenreiter sind, wie auch schon in den vergangenen Jahren, die Stadtkreise Heidelberg und Mannheim mit Werten von 111,4 und 110,6 Scheidungen auf 10.000 bestehende Ehen. Aber auch in einigen Landkreisen wurden Scheidungsraten von über 95 pro 10.000 bestehenden Ehen beobachtet (Emmendingen, Breisgau-Hochschwarzwald, Bodenseekreis, Konstanz, Lörrach, Rhein-Neckar-Kreis). In der Regel liegen die Scheidungsraten in eher ländlich strukturierten Gebieten niedriger. Die geringsten Werte wurden im Alb-Donau-Kreis (66,1), im Hohenlohekreis (69,5) und im Main-Tauber-Kreis (69,8) registriert.

Die regionale Verteilung in der Rate betroffener Kinder folgte 1998 wie auch schon in früheren Jahren nicht genau der Verteilung der Scheidungshäufigkeiten. Abweichungen können u.a. im Zusammenhang mit dem höheren Anteil der Kinder an der Gesamtbevölkerung in ländlich strukturierten Kreisen stehen. In der Regel ist jedoch davon auszugehen, daß in den Ballungsgebieten die Zahl der von der Scheidung ihrer Eltern betroffenen minderjährigen Kinder (bezogen auf 10.000 bestehende Ehen) höher ist als in stärker ländlich strukturierten Regionen.

3.3: Ehescheidungen und von Ehescheidungen betroffene Kinder in Baden-Württemberg 1998 (Angaben jeweils pro 10.000 bestehende Ehen)

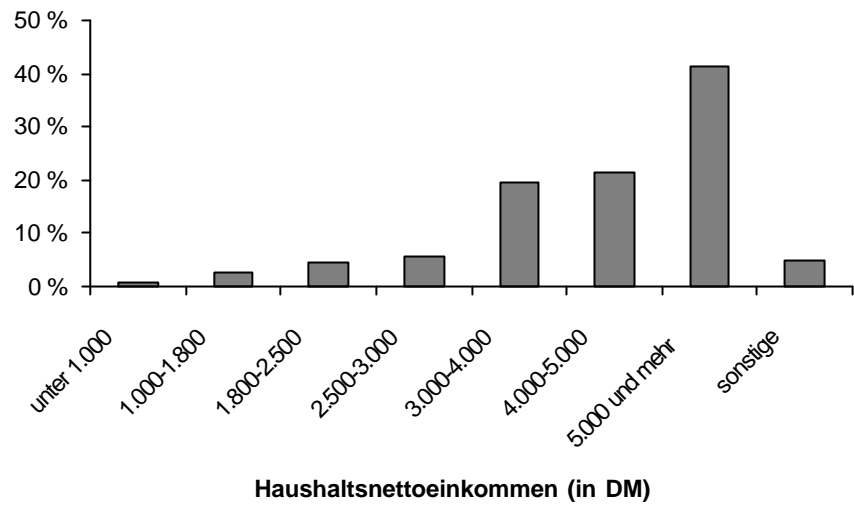


Quelle: Statistisches Landesamt

Nach Schätzungen des Mikrozensus gab es im April 1998 in Baden-Württemberg etwa 4,5 Mio. Privathaushalte, davon 2,8 Mio. Mehrpersonenhaushalte. Bei einem Mehrpersonenhaushalt spielt es zwar prinzipiell keine Rolle, ob es sich um verwandte oder familienfremde Personen handelt, jedoch sind knapp 90 % der Haushalte mit 3 und mehr Personen (1,54 Mio.) in Baden-Württemberg Ehepaare mit Kindern. Haushalte mit 3 und mehr Personen verfügen zu 41 % über ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von 5.000 DM und mehr, bei 3 % liegt das Einkommen allerdings unter 1.800 DM und damit weit unter dem für eine 3-Personen-Bedarfsgemeinschaft nach der Sozialhilfestatistik zugrundegelegten laufenden Bedarf (2.104 DM, Stand Dezember 1995). Mit weniger als 2.500 DM monatlichem Haushaltsnettoeinkommen müssen immerhin über 8 % der 3- und Mehrpersonenhaushalte auskommen.

Wohlstand und Armut in den Familien

3.4: Prozentuale Verteilung der Haushalte mit 3 und mehr Personen in Baden-Württemberg nach dem Haushaltsnettoeinkommen (Stand: April 1998)

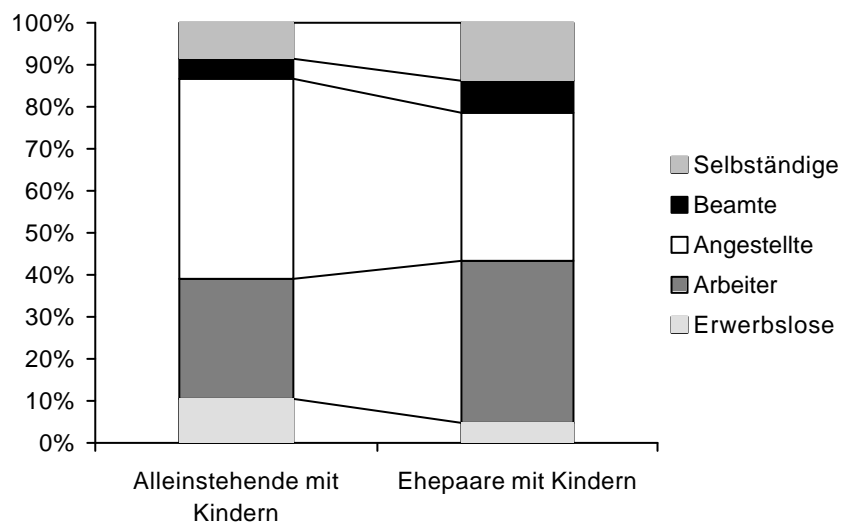


Quelle: Statistisches Landesamt

**Alleinerziehende
weniger
einkommensstark**

Angaben über durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen von Alleinerziehenden liegen nicht vor. Im Vergleich zu Ehepaaren mit Kindern ist bei den Alleinerziehenden jedoch die berufliche Stellung der Bezugsperson des Haushalts, u.a. bedingt durch häufigere Teilzeitbeschäftigung, im Durchschnitt weniger "einkommensstark". Auch liegt der Anteil der Erwerbslosen bei den Alleinerziehenden mit 10,3 % doppelt so hoch wie bei den Ehepaaren mit Kindern.

3.5: Familien mit Kindern in Baden-Württemberg nach Stellung der Bezugsperson im Erwerbsleben (Stand: April 1998)

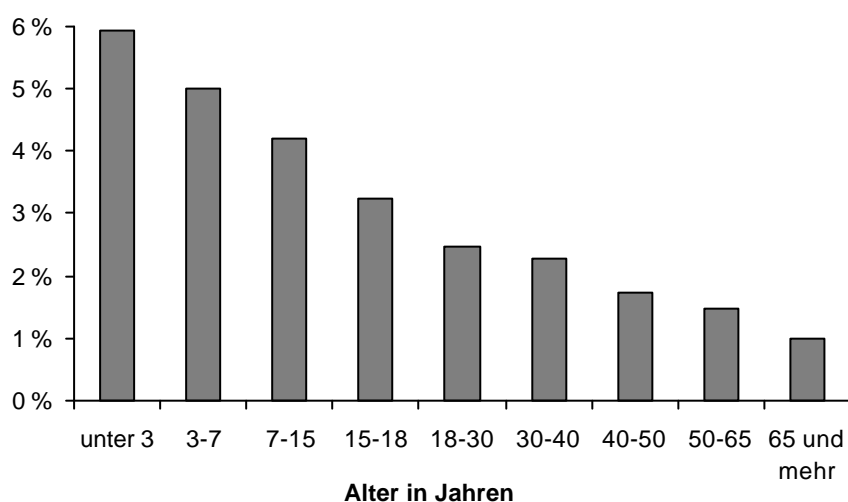


Quelle: Statistisches Landesamt

Immer mehr Familien in Deutschland leben in Armut oder in armutsnahen Verhältnissen. Ehepaare, die Kinder erziehen, setzen sich einem viel höheren Risiko aus, in eine wirtschaftlich schwierige Situation zu geraten, als kinderlose Ehepaare. Besonders armutsgefährdet sind Haushalte von Alleinerziehenden und von Familien mit 3 oder mehr Kindern sowie Ausländer. Die am stärksten von Armut betroffene Altersgruppe sind in Baden-Württemberg wie auch in der gesamten Bundesrepublik Kinder und Jugendliche. Fast 40 % der Sozialhilfeempfänger in Baden-Württemberg sind Kinder unter 18 Jahren. Jedes 18. Kind unter 7 Jahren (5,4 %) wächst mit Sozialhilfe auf. Die früher typische Altersarmut (insbesondere von älteren alleinstehenden Frauen) ist dagegen zurückgegangen. Nur 1 % aller Personen über 64 Jahren erhielten zum Ende des Jahres 1998 laufende Hilfen zum Lebensunterhalt.

40 % der Sozialhilfeempfänger sind Kinder unter 18 Jahren

3.6: Sozialhilfequote* in Baden-Württemberg nach Alter (Stand: 31.12.1998)



* laufende Hilfen zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen

Quelle: Statistisches Landesamt

In den alten Bundesländern sind mangelnde Schulausbildung (kein Schulabschluß) und fehlende Berufsausbildung bedeutende Risikofaktoren für Einkommensarmut. Mehr als ein Viertel der einkommensarmen Kinder in den alten Bundesländern lebt in Familien, in denen die Eltern keine Berufsausbildung haben. In Baden-Württemberg waren 1998 ein Drittel bis die Hälfte¹ aller Empfänger von Hilfen zum Lebensunterhalt zwischen 15 und 65 Jahren ohne beruflichen Ausbildungsabschluß (und auch nicht in beruflicher Ausbildung). Einkommen und Beruf der Eltern sowie Ausbildung von Kind und Eltern hängen häufig so eng zusammen, daß sie in sozial-epidemiologischen Studien gemeinsam als Indikatoren für Armut verwendet werden.

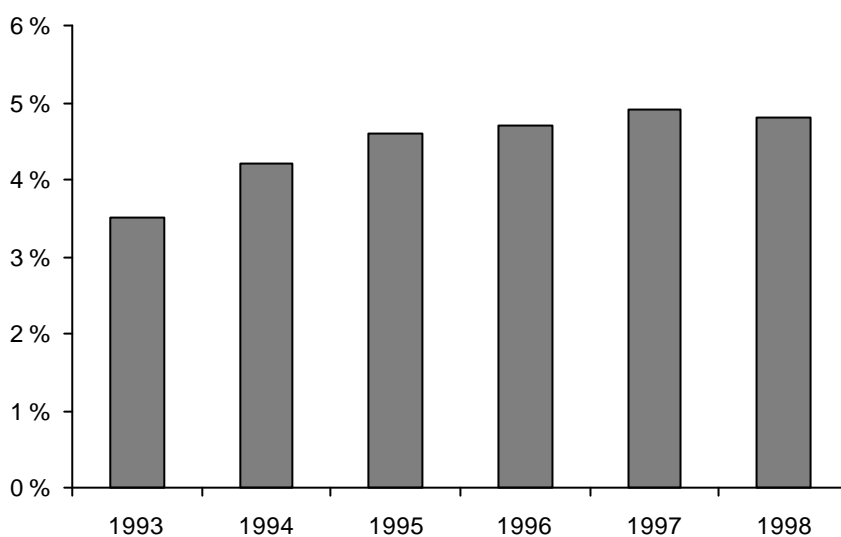
Bildungsarmut ist Ursache von Einkommensarmut

¹ Für einen Teil der Personen liegen keine Angaben zum beruflichen Ausbildungsabschluß vor.

Sozialhilfequote in Baden-Württemberg unter dem Bundesdurchschnitt

In Baden-Württemberg liegt die Sozialhilfequote von Kindern unter dem Bundesdurchschnitt, die Entwicklung über die Jahre folgt jedoch dem Trend in den alten Bundesländern. Nach einem kräftigen Anstieg der Sozialhilfequote in der Altersgruppe der unter 15jährigen zwischen 1980 und 1994 (Vervierfachung) ist seit Mitte der 90er Jahre nur noch ein geringfügiger Zuwachs bei der Zahl der Leistungsempfänger zu verzeichnen. Zum Jahresende 1998 waren die Zahlen sogar leicht rückläufig.

3.7: Entwicklung der Sozialhilfequote bei Kindern unter 15 Jahren 1993 bis 1998



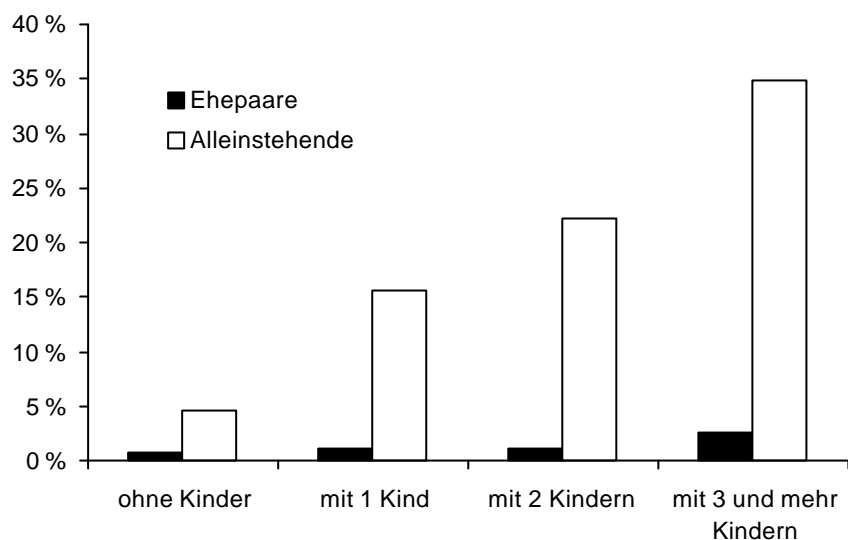
Quelle: Statistisches Landesamt

Zum Jahresende 1993 bezogen 3,5 % aller Kinder unter 15 Jahren außerhalb von und in Einrichtungen laufende Hilfen zum Lebensunterhalt, Ende 1995 waren es 4,6 % aller Kinder im Land und zum 31.12.1998 schließlich 4,8 %.

Erhöhtes Armutsrisiko für Alleinerziehende mit Kindern

Über ein Viertel aller Bedarfsgemeinschaften von Empfängern laufender Hilfe zum Lebensunterhalt waren 1998 Alleinerziehende. Dieser Anteil hat sich im Verlauf der letzten 5 Jahre so gut wie nicht geändert. Der Ausländeranteil an den Sozialhilfeempfängern beträgt ebenfalls etwa ein Viertel. Dieser Anteil ist von 22 % (1994) auf 26 % (1998) gestiegen, obwohl ihr Anteil an der Bevölkerung stabil geblieben bzw. in den Jahren 1997 und 1998 sogar leicht gesunken ist. Im Jahr 1998 lag die Sozialhilfequote in der deutschen Bevölkerung Baden-Württembergs bei 2 %, in der ausländischen Bevölkerung knapp unter 5 %. Im Vergleich dazu beträgt die Sozialhilfequote bei Alleinerziehenden unabhängig von der Nationalität mit knapp 19 % das vierfache der Quote in der ausländischen Bevölkerung und liegt damit mehr als achtmal so hoch wie die Quote in der Gesamtbevölkerung (2,3 %).

**3.8: Sozialhilfequote bei Familien mit und ohne Kindern
(Baden-Württemberg 1998)**

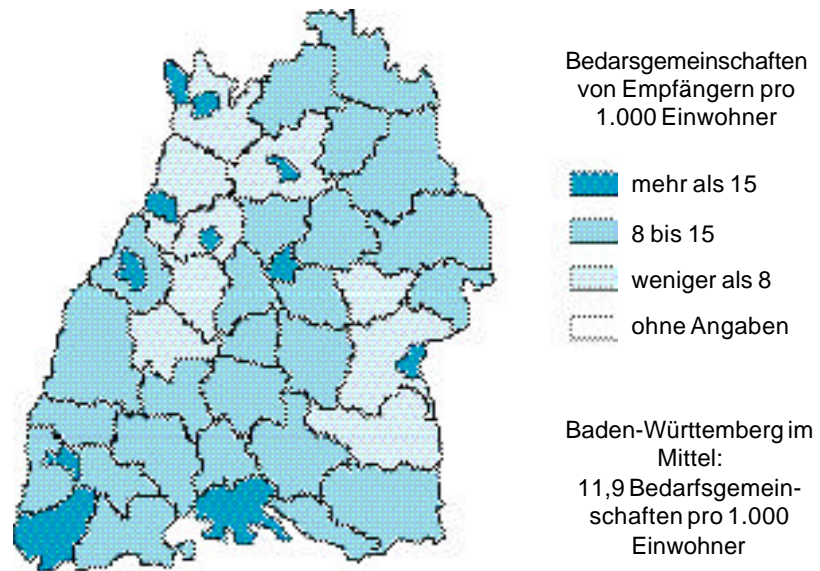


Quelle: Statistisches Landesamt

In Baden-Württemberg liegt die Sozialhilfequote (Empfänger pro 100 Einwohner) bei 2,3 %. Anders ausgedrückt erhielten 1998 im Durchschnitt 11,9 Bedarfsgemeinschaften pro 1.000 Einwohner laufende Hilfen zum Lebensunterhalt. Die regionale Verteilung der Sozialhilfeempfänger im Land zeigt jedoch starke Abweichungen vom Mittelwert. Während im Rhein-Neckar-Kreis und im Enzkreis lediglich 3,5 bzw. 4,6 Bedarfsgemeinschaften pro 1.000 Einwohner Sozialhilfe bezogen, waren in den Stadtkreisen Mannheim (31,2), Freiburg (25,9), Stuttgart (24,0) und Karlsruhe (20,2) jeweils mehr als 20 Bedarfsgemeinschaften pro 1.000 Einwohner auf laufende Hilfen zum Lebensunterhalt angewiesen.

**Deutlich mehr
Sozialhilfeempfänger
in den großen
Städten**

3.9: Bedarfsgemeinschaften von Empfängern laufender Hilfen zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (Baden Württemberg 1998)



Quelle: Statistisches Landesamt

Armut und Ernährung

Eine kaum zu unterschätzende Auswirkung von Armut im Kindes- und Jugendalter stellt die Beeinträchtigung der Gesundheit dar. Neben Gesundheitsversorgung und Wohnsituation, Risikoverhalten und Streßbelastung ist das Ernährungsverhalten ein wichtiger Faktor, der die gesundheitliche Lage von Kindern beeinflusst.

Ernährung in Kindheit und Jugend als Schlüssel zur Gesundheit im Erwachsenenalter

Zum einen ist eine ausgewogene und regelmäßige Ernährung für das Wachstum des Kindes von größter Bedeutung. Dies gilt bereits für die Versorgung des ungeborenen Kindes in der Schwangerschaft. Zum anderen kommt dem Ernährungsverhalten in Kindheit und Jugend eine Schlüsselrolle zu, da einmal eingebaute Ernährungsgewohnheiten im weiteren Lebensverlauf meist beibehalten werden. Verschiedene Studien belegen spezifische Muster für das Ernährungsverhalten in Abhängigkeit von der sozialen Situation und ihre Übertragung auf die Kindergeneration. Mit der Qualität der Ernährung und der Prägung des Ernährungsverhaltens wird bereits im frühen Lebensalter ein Grundstein für Gesundheit bzw. gesundheitliche Beeinträchtigungen im Erwachsenenalter gelegt. Ernährungswissenschaftler und Sozialepidemiologen weisen darauf hin, daß eine Vielzahl von Krankheiten und gesundheitlichen Beschwerden im Erwachsenenalter auf Fehlernährungen zurückzuführen sind, die im Kinder- und Jugendalter eingeübt wurden.

Beispiele für ernährungsbedingte Risikofaktoren und Beeinträchtigungen der Gesundheit von Kindern, für die ein Zusammenhang mit der Einkommenssituation aus der Literatur angenommen werden kann, sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Einfluß von Armut auf:	Ergebnisse verschiedener Studien
Vorgeburtliche Versorgung	Schwangere aus Haushalten mit niedrigem Einkommen haben eine schlechtere Energie- und Nährstoffversorgung sowie häufiger Anämien.
Geburt	In Haushalten mit niedrigem Einkommen ist das Geburtsgewicht der Kinder gegenüber dem Durchschnitt reduziert. Das Risiko von Totgeburten ist erhöht.
Stillzeit	Säuglinge aus Haushalten mit geringerem Einkommen werden seltener und kürzer gestillt.
Versorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen	Je niedriger das verfügbare Einkommen, die Schulbildung und je größer die Anzahl der Familienmitglieder, desto ungünstiger ist die durchschnittliche Versorgung mit Calcium, Vitamin C und Folsäure. Kinder aus Haushalten mit niedrigem Einkommen haben eine geringere Zufuhr von Vitaminen (insbesondere Antioxidantien) und Mineralstoffen (einschließlich Calcium und Eisen).
Zuckerverbrauch Anteil gesättigter Fettsäuren	Kinder aus Haushalten mit niedrigem Einkommen haben eine höhere Zufuhr von Zucker und gesättigten Fettsäuren
Ballaststoffaufnahme	sowie eine niedrigere Zufuhr von Ballaststoffen.
Wachstum Körpergewicht	Kinder aus Haushalten mit niedrigem Einkommen wachsen langsamer, haben öfter Übergewicht,
Blutfettwerte	erhöhte Blutfettwerte
Zahnkaries	und Zahnkaries.
Knochenmasse Anämien Infektionskrankheiten	Im Alter von 10 bis 15 Jahren haben Schulkinder aus Haushalten mit niedrigem Einkommen eine geringere Knochenmasse und häufiger Anämien. Bei Säuglingen findet man öfter Anämien und Infektionskrankheiten.

Quellen: Barlösius et al. (1995), DGE (1996), LIPT (1996)

Das Ernährungsverhalten von Kindern wird zum einen vom verfügbaren Haushaltseinkommen der Familie, zum anderen vom Vorbildverhalten der Eltern (das weitgehend von deren Erfahrungen im eigenen Elternhaus bestimmt ist) geprägt.

Haushaltseinkommen und Vorbild der Eltern beeinflussen Ernährungsverhalten der Kinder

In Baden-Württemberg mußten 1998 über 8 % der 3- und Mehrpersonenhaushalte mit weniger als 2.500 DM monatlichem Haushaltsnettoeinkommen auskommen. Nach Berechnungen aus Angaben zum Mikrozensus im Frühjahr 1998 kann man davon ausgehen, daß in diesen Haushalten weniger als 5,- DM pro Kopf und Tag für Ernährung ausgegeben wurden.

Durchschnittliche Ausgaben für Ernährung* in einem 3-Personen-haushalt in Abhängigkeit vom verfügbaren Haushaltsnettoeinkommen

Haushaltsnettoeinkomm	Ausgaben für Ernährung pro Kopf und Tag
1.500 DM	3,40 DM
2.000 DM	4,30 DM
3.000 DM	6,40 DM
4.000 DM	8,20 DM
5.000 DM	10,20 DM
6.000 DM	12,00 DM
10.000 DM	18,20 DM

* Berechnet nach Angaben des Mikrozensus April 1998

(Nahrungsmittel, alkoholfreie Getränke und Mahlzeiten außer Haus)

Andere Ausgaben werden „vom Munde abgespart ...“

Bei Empfang von Sozialhilfe sind derzeit (1998) etwa die Hälfte des Regelsatzes für einen Haushaltsvorstand (rund 260,- DM), für die Bedarfsgruppe Ernährung vorgesehen. Das ergibt einen Betrag von ca. 9,- DM pro Haushaltsvorstand und Tag. Für eine zweite erwachsene Person ergeben sich nach dieser Berechnung etwa 7,- DM pro Tag, die für Ernährung vorgesehen sind, für ein Kind bis 7 Jahren 4,50 DM. In der Realität ist davon auszugehen, daß Sozialhilfeempfänger-Haushalte meistens deutlich weniger als 50 % des Regelsatzes für Ernährung verwenden. Untersuchungen des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG, 1985) und Studien für den Sozialbericht des Landkreises Neu-Ulm (Zenz & Kamensky, 1999) ergaben, daß die Bedarfsgruppe Ernährung am ehesten finanzielle Spielräume zum Sparen bietet. Andere Ausgaben, die oft weit höher ausfallen als im Regelsatz vorgesehen oder die in den Hilfen zum Lebensunterhalt gar nicht vorgesehen sind, werden zu Lasten der Ausgaben für Ernährung bestritten (Beispiel: Versicherungsbeiträge, Telefongebühren, Schuldentilgung, Anschaffungen, für die es keine einmaligen Hilfen vom Sozialamt gibt, ...). Genußmittelkonsum (Zigaretten, Alkohol, Kaffee) schmälert das Budget zusätzlich. Einsparungen bei Statussymbolen wie Kleidung u.ä. werden häufig auf Kosten der Ausgaben für Ernährung vermieden. Die Finanzierung unterschiedlichster Bedürfnisse sparen sich Sozialhilfeempfänger also im wahrsten Sinne des Wortes vom Munde ab.

Wissen und Fähigkeiten entscheiden über gesundheitliche Folgen von Armut

Familien mit geringem Einkommen stehen unabhängig davon, ob sie Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen oder nicht, vor dem Problem, mit den verfügbaren Mitteln eine vollwertige und bedarfsgerechte Ernährung zu gewährleisten.

Liegen in der Familie

- Gesundheitsbewußtsein
- ausreichendes Wissen zu Ernährungsfragen
- Kenntnisse über preiswerte Einkaufsmöglichkeiten sowie
- Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Haushaltsführung

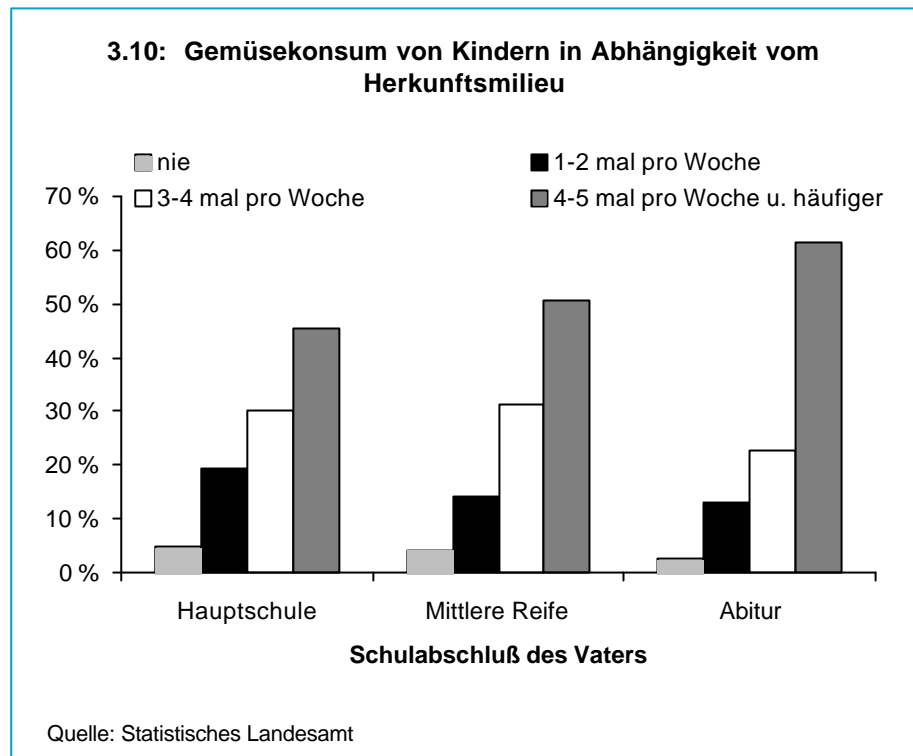
gemeinsam vor, kommen Kinder und Erwachsene einigermassen über die Runden. In vielen Familien fehlt es aber gleich an mehreren der genannten Aspekte. Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung von Armutsfolgen setzen an diesen Punkten an.

So bietet das Landratsamt Ortenaukreis in Zusammenarbeit mit dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg unter dem Motto "Clever wirtschaften - gesünder leben" Seminare für Sozialhilfeempfänger, Alleinerziehende mit Kindern und Familien mit geringem Einkommen an. Neben Informationen zu gesunder und preiswerter Ernährung für die ganze Familie sowie gemeinsamem Kochen werden z. B. Fragen zur Organisation eines Haushalts behandelt und Hilfestellungen zum Umgang mit Banken und Versicherungen durch einen Schuldnerberater gegeben. Im Sinne eines niedrigschwelligen Ansatzes sollen die Veranstaltungen vor Ort in den einzelnen Gemeinden des Kreises durchgeführt werden. Kinderbetreuung und kostenfreies Essen und Getränke ergänzen das Angebot. Zur Förderung solcher und ähnlicher Maßnahmen plant das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg in Zusammenarbeit mit der Stiftung Verbraucherinstitut (Berlin) die Entwicklung methodisch-didaktischer Hilfen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und Einrichtungen der Verbraucherbildung zum Thema Gesundheitsförderung mit alleinerziehenden Eltern mit geringem Einkommen.

Ernährungsgewohnheiten von Menschen sind in hohem Maße sozialspezifisch und werden von einer Generation zur nächsten weitergegeben. Das soziale Milieu, in dem ein Kind aufwächst, kann über die berufliche Tätigkeit sowie den Bildungsabschluß des Vaters und der Mutter definiert werden, die soziale Lage des Haushalts steht in direktem Zusammenhang zum Haushaltsnettoeinkommen. In einer Untersuchung zum Einfluß sozialer Ungleichheit auf das Ernährungsverhalten im Kindes- und Jugendalter von Klocke (Schülerbefragung 1995) wurde die soziale Lage über Variablen wie Anzahl der Automobile im Haushalt, Wohnsituation und Anzahl der Urlaubsreisen in einem Jahr abgefragt und mit dem sozialen Herkunftsmilieu zu einem gemeinsamen Index gebündelt. Die Auswertung zeigte, daß sich die Schüler aus der so definierten "unteren" sozialen Schicht weniger gesund ernähren als die aus der "oberen" sozialen Schicht. Der Verzehr "gesunder" Lebensmittel, wie Vollmilch, Vollkornbrot, Obst und Gemüse nimmt von der unteren bis zur oberen sozialen Schicht kontinuierlich zu. Zu ganz ähnlichen Ergebnissen gelangt auch die Auswertung des Projekts Beobachtungsgesundheitsämter des Landesgesundheitsamts Baden-Württemberg: Die Häufigkeit, mit der in einer Elternbefragung Gemüse als Bestandteil des Speiseplans der Kinder angegeben wurde, stand in positivem Zusammenhang mit der Schulbildung des Vaters.

„Clever wirtschaften - gesünder leben ...“

Ernährungsverhalten und soziale Ungleichheit sind eng miteinander verknüpft



Kinder orientieren ihr Ernährungsverhalten am Beispiel der Eltern

Der Konsum von Chips, Pommes Frites (als Stellvertreter für Fast Food), Cola und anderen Süßgetränken nimmt nach der Untersuchung von Klocke (1995) von der oberen zur unteren sozialen Schicht kontinuierlich zu. Das zur Verfügung stehende Einkommen übt dabei vermutlich nur einen geringen Effekt auf die schichtspezifischen Unterschiede in der Ernährung aus, da Chips, Fast Food und Cola nicht gerade billiger sind als Vollkornbrot und Obst. Ebenso wenig abhängig von der finanziellen Lage der Betroffenen scheint das Ergebnis einer Studie zur Zahngesundheit zu sein, in der der Konsum von Zucker abgefragt wurde (Micheelis & Bauch, 1991). Bei Kindern zwischen 8 und 9 Jahren ist demnach ein "hoher Zuckerkonsum" in der unteren sozialen Schicht im Vergleich zur oberen sozialen Schicht 3,5 mal häufiger, bei Jugendlichen zwischen 13 und 14 Jahren aus der Unterschicht sogar 4,9 mal häufiger als in der Oberschicht. Dieser Unterschied im Zuckerkonsum zwischen den sozialen Schichten findet sich, wenn auch etwas geringer, bei den befragten Erwachsenen wieder. Es liegt nahe, daß die Kinder ihren Zuckergenuß und ihren Umgang mit Fast Food und Chips von den Eltern übernehmen. Auch die Selbstverständlichkeit, mit der "gesunde" Lebensmittel zum täglichen Speiseplan gehören, wird von den Eltern vermittelt.

Die Übertragung von milieu- und sozialspezifischen Ernährungsmustern auf die Kindergeneration weist darauf hin, daß gesundheitspolitische Programme zum Ernährungsverhalten sinnvollerweise auf der Ebene der Familien und Haushalte eingreifen und durch sozialpolitische Programme zur Bekämpfung von Armut ergänzt werden sollten. Am Beispiel des Ernährungsverhaltens läßt sich auch der Prozeß der Reproduktion von sozialer Ungleichheit verdeutlichen. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen werden, wie andere Verhaltensweisen, die die Zugehörigkeit zu sozialen Rand- und Armutslagen fördern, tradiert.

Gewalt gegen Kinder

Das Thema Gewalt gegen Kinder ist im Laufe der letzten Jahre mehr und mehr in den Blickpunkt öffentlichen Interesses gerückt. Vor allem der sexuelle Mißbrauch von Kindern sowie schwere Gewaltdelikte bis hin zum Mord an Kindern finden in Öffentlichkeit und Medienberichterstattung große Aufmerksamkeit. Dabei gerät leicht in Vergessenheit, in wie vielfältigen Erscheinungsformen Gewalt gegen Kinder in unserer Gesellschaft tatsächlich auftritt.

Betrachtet man als gewalttätiges Vorgehen nicht nur Handlungen, die schwere körperliche Verletzungen oder andere objektiv nachweisbare Folgen haben, sondern jegliche Art von Vorgehen, bei dem eigene Absichten ohne Rücksicht auf Absichten, Erwartungen und Rechte des anderen durchgesetzt werden, kommt man zu einem breitgefaßten Gewaltbegriff, der über die physische Gewalt hinaus auch psychische Gewalt und Vernachlässigung von Kindern einbezieht (vergl. Art. 19 der UN-Kinderrechtskommission).

Unter dem Begriff Kindesmißhandlung wird Gewalt gegen Kinder in drei verschiedenen Formen zusammengefaßt:

- körperliche Mißhandlung und seelische Mißhandlung
- körperliche und seelische Vernachlässigung
- sexueller Mißbrauch

Da jede körperliche, sexuelle und vernachlässigende Mißhandlung auch eine psychische ist und die verschiedenen Formen von Gewalt ohnehin selten in Reinform auftreten, ist eine isolierte Betrachtung der verschiedenen Formen von Gewalt eher wissenschaftlich-theoretischer Natur oder Sache des Strafrechts:

Im Strafrecht findet man Kindesmißhandlung nicht als festumrissenen Begriff, sondern lediglich einige Straftatbestände, die, zum Nachteil von Kindern begangen, als Kindesmißhandlung bezeichnet werden können.

Kindesmißhandlung nach Straftatbeständen StGB:

- | | |
|--|------------|
| • Tötungsdelikte | §§ 211 ff. |
| • Vergewaltigung | § 177 |
| • Sexuelle Nötigung | § 178 |
| • Sexueller Mißbrauch von Schutzbefohlenen | § 174 |
| • Sexueller Mißbrauch von Kindern | § 176 |
| • Körperverletzungsdelikte | §§ 223 ff. |

Die Auswirkungen körperlicher, seelischer und sexueller Gewalteinwirkung sowie von Vernachlässigung sind für die betroffenen Kinder in ihrer Vielfältigkeit an dieser Stelle lediglich andeutbar. Die seelischen und körperlichen Schädigungen sind um so gravierender, je schwerer die Mißhandlung ist, je länger sie andauert und je jünger die Kinder bei Beginn der Mißhandlung sind. Es bestehen nahezu immer Auswirkungen bis hinein ins Erwachsenenalter.

Unmittelbare Folgen schwerer körperlicher Gewalt sind offensichtlich (z. B. Knochenbrüche, innere Verletzungen, cerebrale Hirnschädigungen). Auswirkungen sexuellen Mißbrauchs (und damit Alarmsymptome für die Umwelt) sind häufig Auffälligkeiten im Sozial- und Sexualverhalten sowie psychoso-

Gewalt hat viele Gesichter

Gewalt gegen Kinder im Strafrecht

Gewalt an Kindern hat fast immer Auswirkungen im Erwachsenenalter

Gewalt in der frühen Kindheit prägt Beziehungs- und Verhaltensmuster im Erwachsenenalter

matische und psychiatrische Symptome. Der Nachweis schwerer emotionaler Mißhandlung oder Vernachlässigung ist in vielen Fällen möglich (z. B. psychosozial bedingter Minderwuchs, geistige Retardierung). Auch wurden einzelne Fälle von plötzlichem Kindstod in Verbindung mit Vernachlässigung gebracht. Mißhandlungen müssen jedoch nicht in allen Fällen unmittelbar offensichtliche klinische Symptome hervorrufen. Die Folgen der Traumatisierung treten oft erst viele Jahre später massiv in Form von Ängsten, Depressionen, psychosozialen Problemen und psychosomatischen Beschwerden in Erscheinung.

Von besonderer gesellschaftlicher Bedeutung ist die Prägung von Beziehungs- und Verhaltensmustern durch Gewalt in der frühen Kindheit. Frühe Gewalterfahrung erzeugt ein hohes Risiko für Gewaltbereitschaft oder erneute Opferhaltung beim erwachsenen Menschen.

Die am schwierigsten zu erfassenden Formen von Gewalt gegen Kinder sind seelische Mißhandlung und Vernachlässigung. Dabei können ständige Gefühlskälte, Feindseligkeit, Ablehnung und Abwertung des Kindes durch Eltern oder Elternfiguren das Persönlichkeits- und Selbstwerterleben des Kindes in schwerwiegender Weise schädigen. Auch krankhaft überbeschützende Haltung oder emotionale Ausbeutung können als seelische Mißhandlung interpretiert werden. Eklatante Fälle von Freiheitsbeschränkung, Diffamierung und Demütigung sind in der Literatur beschrieben. Die Häufigkeit seelischer Mißhandlungen liegt jedoch völlig im Dunkeln. Erfahrungen aus dem Bereich der Kinderpsychiatrie sprechen allerdings für eine erhebliche Relevanz der Problematik.

Körperliche Mißhandlung von Kindern

Körperliche Gewalt gegen Kinder kommt in allen sozialen Schichten vor, ist in den unteren sozio-ökonomischen Statusgruppen jedoch signifikant häufiger. Nach Einschätzung der "Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt" (Gewaltkommission) ist Gewalt in der Familie die bei weitem verbreitetste Form von Gewalt überhaupt. Der Konfrontation mit elterlicher physischer Gewalt kommt dabei ein quantitativ höherer Stellenwert zu als dem sexuellen Mißbrauch (Wetzels, 1997).

Gewalterlebnisse in der Familie prägen die Konfliktfähigkeit im Erwachsenenalter

Gewalterlebnisse innerhalb der Familie bestimmen weitgehend die späteren Möglichkeiten der Betroffenen, als Erwachsene mit Konflikten umzugehen. Sie stehen in enger Beziehung zu psychosozialen Störungen, zum Auftreten sozialabweichenden Verhaltens und Kriminalität in jedem Lebensalter. Gewalt in der Familie wird somit als der "Schlüssel zur Gewalt in der Gesellschaft" angesehen.

1998: 16 Tötungen von Kindern und 16 versuchte Tötungen

Tötung von Kindern kann als die extremste Form von Kindesmißhandlung bezeichnet werden. Im Jahr 1998 kamen in Baden-Württemberg 16 Kinder durch Mord, Totschlag, Kindestötung oder Körperverletzung mit Todesfolge ums Leben. Weitere 16 Fälle von versuchter Tötung wurden bekannt. Tötungsdelikte an Kindern werden überwiegend von einem oder beiden Elternteilen oder dem Lebensgefährten eines Elternteils begangen. In vielen Fällen gehen Mißhandlungen oder Vernachlässigung des Opfers voraus.

Mißhandlung Schutzbefohlener bleibt meist unentdeckt

Mißhandlungen von Kindern werden strafrechtlich im wesentlichen unter den Paragraphen 223ff. StGB "Körperverletzungsdelikte", seit 01.04.1998 insbesondere unter § 225 "Mißhandlung Schutzbefohlener" geführt. Die Zahlen der

Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) können nicht das tatsächliche Ausmaß der Gewalt gegen Schutzbefohlene aufzeigen, da Mißhandlungen oft nicht bei der Polizei zur Anzeige gebracht, sondern Jugendämtern oder Kinderschutzzentren gemeldet werden. In vielen Fällen bleibt körperliche Mißhandlung unaufgedeckt.

Der Zehnjahresvergleich der Daten des Landeskriminalamtes Baden-Württemberg zeigt, daß kindliche Opfer von Mißhandlungen zu beinahe gleichen Teilen Jungen und Mädchen sind. Die Zugehörigkeit zu einer jüngeren oder älteren Altersgruppe schützt nicht vor gewaltsamen Übergriffen durch Erwachsene. Der leichte Anstieg der Opferzahlen über die letzten 10 Jahre kann auf einen Zuwachs von 10 % bei der "jungen" Bevölkerung Baden-Württembergs im gleichen Zeitraum zurückgeführt werden (1990: 1,58 Mio Kinder und Jugendliche, 1998: 1,76 Mio. Kinder und Jugendliche).

Mißhandlung Schutzbefohlener in der Kriminalstatistik

Mißhandelte Schutzbefohlene nach § 225 StGB (bisher § 223b StGB) unter 14 Jahren nach Alter und Geschlecht

Jahr	weiblich	männlich	unter 6 Jahre	6-13 Jahre	gesamt
1989	75	92	63	104	167
1990	64	107	78	93	171
1991	98	102	100	100	200
1992	93	102	76	119	195
1993	102	110	86	126	212
1994	85	101	79	107	186
1995	103	98	79	122	201
1996	75	106	76	105	181
1997	100	113	82	131	213
1998	91	116	74	133	207

Quelle: Landeskriminalamt Jahresbericht 1998

Pro Jahr werden in Baden-Württemberg nach den Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) von 100.000 Kindern 2 Opfer einer Mißhandlung, die später zur Anzeige kommt. Retrospektiven Befragungen zufolge geht man jedoch davon aus, daß über 10 % der Erwachsenen in Deutschland in ihrer Kindheit Mißhandlungserfahrungen gemacht haben (siehe Definition "elterliche physische Mißhandlung"). Von einem deutlichen Rückgang dieser Quote und damit einer besseren Situation für die Kinder in der heutigen Zeit ist nicht auszugehen, da die Rate der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (16-20 Jahre), die in diesen Befragungen gravierende körperliche Gewalterfahrungen in der Kindheit angaben, nur unwesentlich niedriger lag (Wetzels, 1997).

Jeder 10. Erwachsene hat Mißhandlungserfahrungen in der Kindheit

Klinische Auswirkungen körperlicher Mißhandlung

Abgesehen von den weitreichenden psychischen Schäden, die wiederum Ursache von Entwicklungshemmungen und Verhaltensstörungen sein können, verursacht körperliche Mißhandlung klinische Symptome.

Schläge aller Art, Stoßen, Treten, Hinwerfen, Verbrennungen, Verbrühungen und Hungernlassen führen zum Teil "lediglich" zu lokalen Verletzungen, zum Teil aber auch zu irreparablen Schädigungen. Quetschungen, Striemen, Brandwunden etc. sind offensichtliche Anzeichen von Mißhandlung, Brüche und Knochenschäden werden häufig erst durch systematisches Röntgen aufgedeckt. Innere Verletzungen infolge stumpfer Schläge auf den Leib sind zweithäufigste Todesursache bei körperlicher Mißhandlung. Gehirnblutungen (mit Todesfolge oder bleibender Schädigung) sind mögliche Folgen von Schlägen bei Säuglingen und Kleinkindern. Besonders schwerwiegende Folgen bei fehlenden äußeren Verletzungen hat das sogenannte "Schütteltrauma" der Säuglinge. Feine Blutgefäße unter der harten Hirnhaut reißen und führen akut zu Benommenheit bis Bewußtlosigkeit, Erbrechen und Krampfanfällen. Langfristig werden neurologische Abweichungen, Bewegungs- und Entwicklungsstörungen oder Anfallsleiden beobachtet.

Weniger bekannt ist, daß auch wiederholte Schläge auf das Gesäß über eine Gefäß-Fettembolie zu irreparablen Schäden im Gehirn führen können. Kopfschmerzen, Konzentrationsschwäche, mangelnde Lern- und Leistungsfähigkeit bei geprügelten Kindern können Dauerfolgen von Hirnschädigungen sein.

An der Freiburger Universitätskinderklinik ergab eine Studie, daß 2-3 % aller stationären Patienten Symptome von Mißhandlung und/oder Vernachlässigung aufwiesen (Frank & Räder, 1994).

Elterliches Züchtigungsrecht wird rechtlich toleriert

Die derzeitige Rechtslage toleriert elterliche Gewalt in gewissem Maße ("elterliches Züchtigungsrecht" § 1631 Abs. 2 BGB). Eine Kommentierung des Gesetzes verwendet noch den Terminus "verdiente" Tracht Prügel, eine andere stuft die Züchtigung mit einem stockähnlichen Gegenstand nicht in jedem Fall als entwürdigende Handlung ein. Höchstrichterliche Rechtsprechung betrachtet das Schlagen von Kindern mit Gegenständen in Einzelfällen als gerechtfertigt ("Gartenschlauchurteil" des Bundesgerichtshofs, BGH 4 StR 605/86; JZ 1988, 617). Forderungen nach Abschaffung des elterlichen Züchtigungsrechts fanden bisher keinen Eingang in die Gesetzgebung. Rechtlich ist somit Kindesmißhandlung nur graduell/quantitativ von zulässigen Erziehungsmaßnahmen zu unterscheiden. Daran hat sich auch mit der letzten Umformulierung des § 1631 BGB (1999) nichts geändert.

Körperliche Mißhandlung - eine Frage der Definition?

Definition "elterliche körperliche Züchtigung":

Die von Eltern in der Absicht der Kontrolle kindlichen Verhaltens ausgeführte Zufügung von Schmerz durch personengerichtete körperliche Gewalt, ohne daß damit die Absicht der Verursachung ernsthafter Verletzungen oder Schädigungen verfolgt wird und ohne daß die rechtlichen Grenzen des elterlichen Züchtigungsrechts überschritten werden (Wetzels, 1997, vgl. Turner und Finkelhor, 1996).

Definition “elterliche physische Mißhandlung von Kindern”:

Eine gegen ein Kind gerichtete, körperliche Gewaltausübung durch Eltern, welche die rechtlichen Grenzen des elterlichen Züchtigungsrechts eindeutig überschreitet. Sie besteht in der Zufügung körperlicher Schmerzen mit der Absicht oder der Inkaufnahme des Risikos von Verletzungen auf seiten des Kindes, unabhängig davon, ob es in erzieherischer Intention geschieht oder aber anderen Motiven geschuldet ist (Wetzels, 1997, vgl. Straus, 1990).

Handlungsformen, die die Grenzen elterliche Züchtigungsrechts - nach strafrechtlich-normativen Vorgaben - NICHT grundsätzlich überschreiten:

- mit einem Gegenstand nach dem Kind werfen
- das Kind hart anpacken oder stoßen
- dem Kind “eine runterhauen”
- das Kind mit einem Gegenstand schlagen

Die Verbreitung leichterer Formen der körperlichen Züchtigung durch Eltern ist retrospektiven Befragungen zufolge hingegen tatsächlich rückläufig. Der Anteil der Kinder, die mit irgendeiner Form von Körperstrafe im Elternhaus rechnen müssen, liegt Umfragen zufolge allerdings noch bei über 80 % (Busmann, 1996).

Erziehungsmethoden heute

Elterlicher Erziehungsstil	keine körperlichen Strafen	leichte bis deutige Ohrfeigen und Klapse	Ohrfeigen und Tracht Prügel
nach Angaben von Jugendlichen zum Verhalten der Eltern (N=2.400)	18,5 %	50,9 %	30,6 %
nach Angaben von Eltern zum eigenen Verhalten (N=3.000)	18,3 %	61,2 %	20,6 %

Quelle: Busmann (1996)

Die Einstellung der Bundesbürger zur Prügelstrafe hat sich im Gegensatz zu den rechtlichen Bedingungen in den letzten 2 Jahrzehnten gewandelt. Der Anteil derjenigen, die das Elternrecht auf körperliche Strafen gesetzlich einschränken wollen, ist deutlich angestiegen. In einigen anderen europäischen Ländern hat sich die geänderte Einstellung zu Gewalt als Erziehungsmittel bereits in der Gesetzgebung niedergeschlagen. Ein Verbot körperlicher Züchtigung existiert seit 1979 in Schweden und seit 1989 in Österreich. Eine rechtliche Präzisierung des “elterlichen Züchtigungsrechts” würde die strafrechtliche Verfolgung von Gewalt gegen Kinder erleichtern. Fand diese Vorstellung 1979 erst bei 31 % der Bundesbürger Beifall, so war der Anteil der Befürworter 1992 bereits auf 75 % gestiegen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1998).

Einstellung zur Prügelstrafe im Wandel begriffen: 75 % befürworten Abschaffung der Züchtigung

Sexueller Kindesmißbrauch

Sexueller Mißbrauch sind alle sexuellen Handlungen eines Erwachsenen oder Jugendlichen an, mit oder vor einem Kind, die die eigenen Bedürfnisse unter Ausnutzung der Abhängigkeit eines Kindes befriedigen sollen. Formen sexueller Gewalt sind Berührungen an den Geschlechtsteilen, Zungenküsse, die Aufforderung, den Täter anzufassen, oraler, vaginaler und analer Geschlechtsverkehr, Penetration mit Fingern oder Gegenständen. Auch wenn, wie bei Exhibitionismus, dem Darbieten von Pornografie und der Herstellung von Kinderpornografie, keinerlei Berührungen stattfinden, sind die genannten Handlungen sexuelle Gewaltakte, die die körperliche und emotionale Abhängigkeit eines Kindes ausnutzen und es mit einer Situation konfrontieren, die es auch aufgrund seines psychosexuellen Entwicklungsstandes nicht bewältigen kann.

Typisch für den sexuellen Mißbrauch innerhalb der Familie ist, daß der Täter meist keine körperliche Gewalt anwendet. Das vorhandene Machtgefälle und das Vertrauen des Kindes sowie seine Suche nach Zuwendung und Aufmerksamkeit ermöglicht es ihm, sexuelle Handlungen zu erzwingen und das Kind mit Drohungen zur Geheimhaltung zu verpflichten. Das Kind sucht die Schuld für den sexuellen Übergriff durch die meist geliebte Person bei sich. Die Scham über sein "Versagen" ("Ich muß etwas falsch gemacht haben, daß er sowas mit mir macht ...") und die Angst, den Familienzusammenhalt zu gefährden, machen es dem Kind nahezu unmöglich, sich einer dritten Person anzuvertrauen. Dies führt dazu, daß ein überwiegender Anteil der Fälle von sexuellem Kindesmißbrauch niemals aufgedeckt wird.

Sexueller Kindesmißbrauch: erhebliche Dunkelziffer

Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) erfaßte in Baden-Württemberg 1998 insgesamt 2.492 Kinder als Opfer von sexuellem Mißbrauch. Eine Abschätzung des tatsächlichen Ausmaßes von sexuellem Kindesmißbrauch ist aufgrund der angenommenen erheblichen Dunkelziffer allerdings kaum möglich.

Studiendaten aus Befragungen, die in den 90er Jahren in verschiedenen Großstädten in der Bundesrepublik durchgeführt wurden (retrospektive Studien), weisen auf eine ganz andere Größenordnung des Problems hin als die Statistik von Straftaten.

Opfer sexueller Mißbrauchshandlungen nach retrospektiven Befragungen

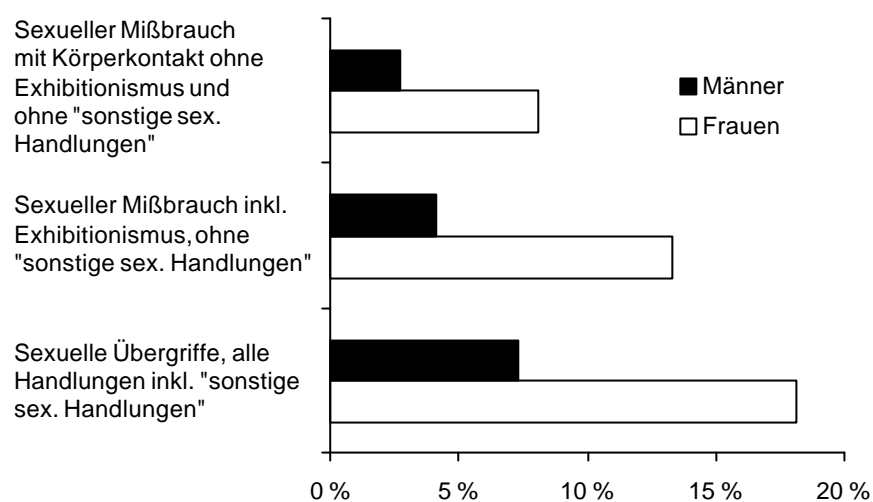
Frauen: zwischen 10 und 25 % der Befragten

Männer: zwischen 4 und 19 % der Befragten

Prävalenzschätzungen nur eingeschränkt möglich

Die Ergebnisse lassen aufgrund des nicht repräsentativen Befragungsklientels aber nur eingeschränkt Prävalenzschätzungen für die Gesamtbevölkerung zu (Ausnahme: Wetzels (1997), repräsentative Stichprobe für die BRD). Die einzelnen Untersuchungen unterschieden sich sowohl in der angenommenen Altersdifferenz zwischen Täter und Opfer (0, 2 oder 5 Jahre) als auch in der Festsetzung des Schutzalters (Definition Kindheit/Jugend, Altersgrenzen 12, 14 oder 16 Jahre). Die definitorische Eingrenzung von sexuellem Kindesmißbrauch wurde nicht immer übereinstimmend gehandhabt. In der Zusammenfassung der Studienergebnisse sind in den Begriff "sexuelle Mißbrauchshandlungen" neben analem, oralem und vaginalem Geschlechtsverkehr (oder Versuch) auch "sonstige" pädosexuelle Körperkontakte und Exhibitionismus eingeschlossen.

3.11: Geschätzte Prävalenzraten von sexuellem Kindesmißbrauch nach verschiedenen definitorischen Abgrenzungen (Wetzels, 1997)



Quelle: Statistisches Landesamt

Wie Abb. 3.11 zeigt, kommt man bei gleicher Befragungsmethode und gleicher Stichprobe je nach Art der in die Berechnung einbezogenen Handlungen auf sehr unterschiedliche Opferzahlen. Bei Frauen schwanken die ermittelten Werte zwischen 8,1 und 18,1 %, bei Männern zwischen 2,7 und 7,3 %. Die Opferraten sind für Männer stets deutlich niedriger als für Frauen.

Gewalt innerhalb der Familie ist die verbreitetste Form von Gewalt überhaupt. Dies gilt in ganz besonderem Maße für die sexuelle Gewalt. Die Bedingungen für sexuelle Übergriffe sind für den Täter im "Schutz" der Familienstrukturen optimal.

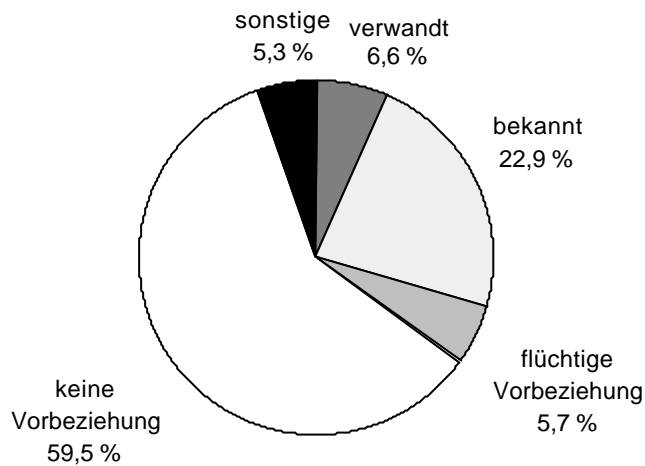
"Die Täter sind meist Personen, die das Kind kennt, denen es vertraut, wie etwa ein Freund der Familie, der Kollege des Vaters, der Nachbar, der Vater der besten Freundin, der Erzieher, der Lehrer, der Pastor, der Kinderarzt, der Jugendgruppenleiter, der Sporttrainer, der Babysitter und so weiter. Ein weiterer Teil der Täter kommt aus der Familie: Der Vater, der Stiefvater, oder Partner der Mutter, der Opa, der Onkel, der ältere Bruder. Sexueller Mißbrauch durch Fremde ist im Verhältnis eher selten. ... In der Realität ... ist das Risiko höher, daß die Mädchen und Jungen im Verwandten- und Freundeskreis sexuell ausgebeutet werden." (Innenministerium Baden-Württemberg, 1997)

Die hier beschriebene Einschätzung über die Mehrzahl der Opfer-Täter-Beziehungen stehen im krassen Gegensatz zu dem Bild, das sich aus der Erfassung von Straftaten durch die polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) ergibt.

Sexueller Mißbrauch innerhalb der Familie

3.12: Opfer-Täter-Beziehung bei kindlichen Opfern von sexuellem Mißbrauch

nach der polizeilichen Kriminalstatistik
Baden-Württemberg 1998



Quelle: Statistisches Landesamt

nach Angaben des Kinderschutzzentrums
Heidelberg

- mind. 30 % der Täter kommen aus dem engsten Familienkreis
- 75-90 % der Täter sind dem Kind vertraute Personen
- Fremdtäter sind die Ausnahme

**30 % der Täter
stammt aus dem
engsten Familienkreis**

Die Diskrepanz zwischen den Erfahrungen der Anlaufstellen des Deutschen Kinderschutzbundes, der Kinderschutzzentren und der Beratungsstellen, die mit den Opfern sexueller Gewalt in Berührung kommen und den Daten der polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) erklärt sich dadurch, daß sexueller Mißbrauch im engeren Familienkreis am ehesten verschwiegen, übersehen und übergangen wird und in den seltensten Fällen zur Anzeige kommt. Aus einer Studentenerbefragung (Raupp & Eggers, 1993) geht hervor, daß lediglich 3,3 % der intrafamiliären Vorfälle entweder Jugendamt oder Polizei gemeldet wurden. Vor diesem Hintergrund sind die in der PKS ausgewiesenen Fälle für das tatsächliche Geschehen weder zahlenmäßig aussagefähig noch repräsentativ.

Die hohe Dunkelziffer im Deliktbereich des sexuellen Mißbrauchs erklärt sich gerade aus der typischerweise nahen Beziehung zwischen kindlichem Opfer und Täter. Existiert diese nahe Beziehung zum Täter, hat das Kind kaum die Möglichkeit, auf den Mißbrauch aufmerksam zu machen oder sich ihm zu entziehen, geschweige denn ihn zur Anzeige zu bringen. Je stärker die Bindung zwischen Täter und Opfer ist, desto eher verhindern Loyalitätskonflikte, Scham- und Schuldgefühle, Geheimhaltungsgebote des Täters und Verantwortungsgefühl des Kindes gegenüber seiner Familie ein Bekanntwerden der Übergriffe.

**Lediglich 5-7 % aller
Mißbrauchsfälle
werden aufgedeckt**

Um einen realistischen Eindruck vom Ausmaß sexueller Gewalt in unserer Gesellschaft zu erhalten, müssen wir davon ausgehen, daß ein Großteil der sexuellen Übergriffe nie in der PKS oder in der Statistik der Jugendämter und Beratungsstellen erscheint. Nach Schätzungen aus deutschen und amerikanischen Studien werden ca. 5 bis 7 % aller Mißbrauchsfälle überhaupt nur bekannt. Daten über institutionell erfaßte Fälle von sexuellem Mißbrauch werden von einzelnen Institutionen (z. B. in Form von Jahresberichten) veröffentlicht. Es fehlt jedoch sowohl für Baden-Württemberg als auch für die gesamte Bundesrepublik eine aussagefähige Statistik, die die Erkenntnisse von Beratungsstellen, Kinderschutzzentren, Jugendämtern, Gesundheitsämtern, Krankenhäusern und anderen Institutionen über kindliche Opfer und ihre Familien zusammenfaßt.

Im Unterschied zur körperlichen Gewalt findet sich für den sexuellen Kindesmißbrauch kein Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status (Wetzels, 1997). Wohl aber finden sich Hinweise auf einen Zusammenhang von sexuellem Mißbrauch und physischer Mißhandlung. Wenn Kinder Opfer sexuellen Mißbrauchs geworden sind, ist die Wahrscheinlichkeit groß, daß sie auch körperliche Mißhandlung erlitten haben.

Während in Fällen von ausschließlich körperlicher Mißhandlung und bei Vernachlässigung persönlichkeits- und gesellschaftsstrukturbedingte Faktoren zusammenwirken, werden als Ursache von sexuellem Mißbrauch in viel stärkerem Maße persönliche und familiäre Risikofaktoren angenommen (Finkelhor & Baron, 1986). Ein häufiger familiärer Risikofaktor ist emotionale Isolation, was bedeutet, daß alle emotionalen Bedürfnisse der Familienmitglieder innerhalb der Familie befriedigt werden müssen. Persönliche Risikofaktoren dafür, zum Mißhandler zu werden, sind Hintergründe in der persönlichen Entwicklung des Täters. Dazu gehören Erfahrungen von Ablehnung, sich im Stich gelassen fühlen und Verwahrlosung in der Kindheit. Je mehr die späteren Täter in ihrer Kindheit versuchten, Anerkennung, Nähe und Wärme von den für sie wichtigen Erwachsenen zu bekommen, desto öfter hatten sie das Gefühl zurückgewiesen zu werden. Viele Täter sind in der Kindheit selbst Opfer sexueller Gewalt gewesen (die Schätzungen liegen zwischen 30 und 50 % aller Täter) und geben ihre eigene Demütigung weiter. Mögen die Täter in der Realität, im Geschäfts- und Familienleben mächtig und autoritär erscheinen, im Bereich von Beziehungen, Intimität und Sexualität erleben sich alle als ohnmächtig und unfähig. Sie sind in Bezug auf ihre affektiven Bedürfnisse auf einem kindlichen Niveau stehengeblieben. Egozentrik und Unfähigkeit sich in die Gefühle anderer hineinzusetzen führen zu Machtausübung in erlernten Verhaltensbahnen. Selbsttäuschung, Bagatellisierung und Rationalisierung sind wichtige Mittel für den Täter, um vor sich selbst zu bestehen.

Der Präventionsgedanke ist in der Kinder- und Jugendhilfe handlungsleitendes Prinzip. Im Problemfeld Gewalt gegen Kinder überwiegen in weiten Bereichen der Präventionsarbeit einzelne Programme, Projekte und Initiativen ohne systematische Evaluation und gezielte Weiterentwicklung. In den letzten Jahren haben jedoch die Bemühungen um Vernetzung und Kooperation der im Bereich Kindesmißhandlung tätigen Institutionen deutlich zugenommen.

Prävention speziell im Bereich sexuelle Gewalt beinhaltet ein breites Unterstützungsangebot, das sich an sehr unterschiedliche Adressaten wendet, verschiedenste Aspekte berücksichtigt und an die Besonderheiten der jeweiligen institutionellen Rahmenbedingungen gebunden ist.

Beispiele für Institutionen, die Präventionsmaßnahmen zum Thema sexuelle Gewalt in Baden-Württemberg durchführen:

- Deutscher Kinderschutzbund (DKSB)
- Kinderschutzzentren Heidelberg und Stuttgart
- Beratungsstelle KOBRA in Stuttgart
- Kinderschutzambulanzen
- Gesundheitsämter
- Jugendämter
- psychologische Beratungsstellen freier und öffentlicher Träger
- Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen
- Ärztliche Beratungsstellen zur Bekämpfung von Vernachlässigung und Mißhandlung von Kindern

Sexueller Mißbrauch unabhängig von der Soziallage

Risikofaktoren für Mißhandlung und Mißbrauch

Prävention mit unterschiedlichen Konzepten

- WILDWASSER
- ZARTBITTER
- WEISSER RING
- Frauen-/Mädchen-Notrufe
- Frauen-/Mädchen-Büros
- Frauen-/Mädchen-Häuser
- Frauen-/Mädchen-Beratungsstellen
- örtliche Vereine und Netzwerke gegen sexuelle Gewalt

Ansprechpartner von Präventionsmaßnahmen können sein:

- betroffene und potentiell betroffene Kinder und Jugendliche
- Eltern
- Täter
- Lehrer/-innen
- Mitarbeiter/-innen von Kinder- und Jugendeinrichtungen
- Mitarbeiter/-innen von Beratungsstellen
- Psychologen/Psychologinnen
- Pädagogen/Pädagoginnen
- Ärzte/Ärztinnen
- Beschäftigte der Polizei
- Beschäftigte in der Justiz (Richter/-innen, Rechtsanwälte/Rechtsanwältinnen, Staatsanwälte/Staatsanwältinnen)
- Beschäftigte im Strafvollzug
- politisch Verantwortliche
- die "Öffentlichkeit"
-

Präventionsarbeit mit Eltern und Vertrauenspersonen im privaten Bereich setzt andere Schwerpunkte als Präventionsarbeit mit sog. "Professionellen", Information für politische Entscheidungsträger muß anders aussehen als Information, die das Problembewußtsein der Öffentlichkeit stärken soll, Mitarbeiter/-innen von Polizei und Justiz soll in anderen Bereichen Handlungskompetenz vermittelt werden als Ärzten/Ärztinnen in Privatpraxen und Gesundheitsämtern. Je nach Zielgruppe der Maßnahmen differieren Konzepte und jeweils angesprochene Aspekte stark.

Ziel:
selbstbewußte Kinder
und Jugendliche

Kinder und Jugendliche sollen lernen, Gefährdungen im Alltag besser zu erkennen und erfahren, welche Unterstützungen sie von Erwachsenen erhalten können. Sie sollen dabei unterstützt werden, eine starke und selbstbewußte Persönlichkeit zu entwickeln und den eigenen Gefühlen zu vertrauen. Die Beratungsstelle KOBRA in Stuttgart hat hierzu das Präventionsprogramm POWER CHILD entwickelt. Das Programm wendet sich an Kinder und Jugendliche vor allem in Kindergärten und Schulen sowie Eltern und pädagogische Fachkräfte. Kinder und Jugendliche lernen in einer Folge von fünf Unterrichtseinheiten, ihr Selbstbewußtsein zu entwickeln und sich gegen sexuelle Übergriffe zur Wehr zu setzen oder Hilfe zu holen. Eltern und Erziehungskräfte lernen, die ihnen anvertrauten Kinder besser zu schützen.

Präventionsarbeit für Erwachsene beginnt da, wo Erwachsene sich ihrer Verantwortung gegenüber Kindern bewußt werden. Die Maßnahmen sollen Informationen über die verschiedenen Aspekte von sexueller Gewalt vermitteln, Hilfestellung für sinnvolle Intervention geben und die Auseinandersetzung mit dem Nährboden für sexuelle Gewalt fördern.

Ein ganz eigener Ansatz der Prävention wird in der Arbeit mit dem Täter verfolgt. Durch Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe wird der Täter zwar für einen gewissen Zeitraum aus seiner gesellschaftliche Umgebung entfernt, doch kehrt er im allgemeinen nach Ablauf der Haftstrafe mit unveränderten Verhaltensmustern dorthin zurück. Die Therapie von Mißhandlern kann einen wesentlichen Beitrag zu Verhinderung von Rückfällen leisten. Nach Zahlen aus amerikanischen Untersuchungen besteht bei Nicht-Behandlung der Täter eine Rückfallquote zwischen 36 und 80 %, im Fall einer Therapie hingegen eine Quote von 0 bis 18 % (Bullens, 1993).

In den Städten, Gemeinden und Kreisen Baden-Württembergs ist eine breite Palette an Einzelprojekten, Initiativen und Programmangeboten nutzbar. Um den Gesamterfolg des Präventionsgedankens, das Recht der Kinder auf Unversehrtheit und Selbstbestimmung dauerhaft zu sichern, sind Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Einzelprojekten von entscheidender Bedeutung.

Wenn ein Verdacht von sexueller Kindesmißhandlung aufgeklärt werden soll, ist der Einsatz mehrerer unabhängiger Institutionen und Personen nötig. Dieser Einsatz sollte möglichst behutsam und auf die individuelle Situation des betroffenen Kindes abgestimmt erfolgen. Eine Kooperation zwischen den jeweils eingeschalteten Institutionen ist dringend erforderlich. Gemeinsames Fallmanagement beruht dabei in hohem Maße auf einem verantwortungsvollen Austausch von Informationen. Über die direkte Kooperation zweier Partner hinaus werden in diesem Sinne auch sog. Helferkonferenzen genutzt. Hier sind fallbezogenen Hilfeplangespräche nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz und die Abstimmung des Vorgehens der verschiedenen Behörden möglich. Bereits in der Phase des unbestätigten Verdachtes ist die Zusammenarbeit der Beratungs- und Hilfeeinrichtungen sinnvoll. So kann z. B. das Jugendamt ohne Kenntnis personenbezogener Daten eine anonyme Fachberatung der bisher einbezogenen Personen und Institutionen anhand der Problemkonstellation vornehmen.

Die folgende Tabelle zeigt die an einer Intervention potentiell beteiligten Personen und Institutionen sowie deren Handlungsmöglichkeiten¹ auf:

Personen und Institutionen	Handlungsmöglichkeiten
Opfer	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Schweigen/Geheimhaltung ◆ Vertrauensperson suchen ◆ Aufdecken des Mißbrauchs ◆ Therapie
nicht-mißhandelnder Elternteil	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Verdacht
Geschwister	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Suche nach Beratung und Hilfe ◆ Teilnahme an Therapie
Lehrer/-in	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Verdacht
Erzieher/-in Nachbar/-in	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Suche nach Beratung und Hilfe

¹ Diese Zusammenstellung kann weder das große Spektrum der Möglichkeiten in den einzelnen Institutionen abdecken noch der Individualität des Einzelfalls gerecht werden und erhebt somit keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit.

Tätertherapie verringert Rückfallgefahr

Intervention: vom Verdacht bis zur gerichtlichen Verhandlung, vom Schweigen zur Therapie

Kinderarzt/-ärztin	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diagnostik/Befunderhebung/Dokumentation ◆ gesundheitliche Versorgung ◆ Information über Beratungsangebote ◆ Vermittlung von Hilfeeinrichtungen
Kinderklinik	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Beratung
Kinder- und Jugendpsychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> ◆ differentielle medizinische u. psychologische Diagnostik ◆ Akut- und Kriseninterventionsplätze ◆ ambulante und stationäre Therapie
Kinderschutzzentren und andere Beratungseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Beratung und Soforthilfe ◆ anonyme Fachberatung z.B. Hilfe beim Sammeln von Fakten zur Erhärtung eines Verdachts, Beratung von Vertrauenspersonen ◆ Einberufen einer Helferkonferenz ◆ Kontaktaufnahme zum Jugendamt ◆ Familientherapie
Jugendamt/Soziale Dienste	<ul style="list-style-type: none"> ◆ persönliche Beratung ◆ Vermittlung sozialer Hilfen ◆ Prüfung der Gefährdung des Kindeswohls/ Prüfung des Rechtsanspruchs auf Hilfen zur Erziehung ◆ Bereitstellung von Hilfen zur Erziehung (innerhalb u. außerhalb d. Elternhauses) ◆ Einleitung von vorläufigen Schutzmaßnahmen (Inobhutnahme, Herausnahme) ◆ Unterrichtung des Vormundschaftsgerichts ◆ Unterrichtung der Strafverfolgungsorgane ◆ Anforderung einer ärztlichen Stellungnahme beim Gesundheitsamt ◆ anonyme Fachberatung ◆ Einzel- und Familientherapie
Vormundschaftsgericht	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Weisungen und Auflagen an die Eltern ◆ Teilsorgerechtsentzug ◆ Sorgerechtsentzug mit Trennung des Kindes von den Eltern
Gesundheitsamt	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ärztliche Stellungnahme ◆ ärztliches Gutachten
Staatsanwaltschaft	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Prüfung des Tatverdachts ◆ richterlicher Beschluß zur Bestellung einer Ergänzungspflegschaft ◆ richterliche Beschlüsse zur Wohnungsdurchsuchung und Inhaftierung ◆ Erhebung der Anklage
Kriminalpolizei	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Vorermittlungen ◆ weitere Ermittlungen ◆ Wohnungsdurchsuchungen ◆ vorläufige Festnahme ◆ Vernehmungen
Täter	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Haftstrafe ◆ Therapie

Die Notwendigkeit multiprofessioneller Interventions“teams”, die fallbezogen eingreifen können, aber auch schon “bevor es brennt” Arbeitskonzepte entwickeln und fallunabhängig Kooperationen aufbauen, ist längst unbestritten. Der Auf- und Ausbau solcher lokaler und regionaler Netze findet in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs mit unterschiedlicher Intensität statt. Mit dem im Juni 1995 bekanntgegebenen Konzept “Kreisbezogene Hilfesysteme für mißhandelte Kinder” ruft das Sozialministerium die Landkreise und die Stadtkreise als die verantwortlichen Jugendhilfeträger zur Kooperation und Vernetzung auf. Die Jugendämter sollen in Arbeitskreisen mit den zahlreichen Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe, die Hilfen für von Mißhandlung betroffene Kinder und ihre Angehörigen anbieten, sowie mit Kinderkliniken, Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik-Abteilungen und niedergelassenen Ärzten jeweils ein für den Stadtkreis oder Landkreis passendes Konzept zur Kooperation und Vernetzung entwickeln, das vorrangig an den Grundsätzen der Erreichbarkeit und der Niedrigschwelligkeit orientiert ist. Dieses Konzept ist bei den Kommunen auf breite Zustimmung gestoßen. An einigen Gesundheitsämtern, wie z. B. in den Landkreisen Ravensburg, Rastatt, Reutlingen und Rottweil sowie im Rhein-Neckar-Kreis bestehen Arbeitsschwerpunkte zum Thema “Gewalt gegen Kinder”.

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg unterstützt die Vernetzungsbemühungen betroffener Institutionen u. a. durch die Herausgabe des Leitfadens “Gewalt gegen Kinder” für niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte, der konkrete Hilfen zur Diagnostik und für ein praxisübergreifendes koordiniertes Fallmanagement benennt¹. Ein ausführlicher Adressenteil gibt Auskunft über Kontaktstellen und Adressen von Kooperationspartnern in den Stadt- und Landkreisen.

In aller Regel gehen mit Kindesmißhandlungen vielfältige andere Probleme in einer Familie und im direkten Lebensumfeld des Kindes einher. Betrachtet man allein die Anfragen beim Kinderschutzzentrum Stuttgart (KDZ) im Jahr 1996, so gingen in 13,5 % der Fälle von sexueller Kindesmißhandlung massive Krisen in der Familie mit dem Mißbrauch einher, in den Fällen körperlicher Mißhandlung an Kindern, in denen es 1995 zu Anfragen beim KSZ kam, waren in 13,5 % der Fälle Vernachlässigungen des Kindes zu verzeichnen. In über 17 % der Fälle von körperlicher Mißhandlung befand sich die Familie zum Meldezeitpunkt in einer massiven Krisensituation.

Um eine bedarfsgerechte Hilfe anbieten zu können, sind viele Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe bemüht, sich mit anderen betroffenen Institutionen zu vernetzen und zu kooperieren. So hat das Kinderschutzzentrum Stuttgart in den Jahren 1995 bis 1998 einen Arbeitsschwerpunkt in den Aufbau eines Familienkrisendienstes gelegt und seine Aktivitäten in der Vernetzungsarbeit im Zusammenhang mit der Arbeit um den Familienkrisendienst insgesamt seit 1993 mehr als verfünffacht.

Der Familienkrisendienst (FKD) Stuttgart ist konzipiert als sofort abrufbares Hilfeangebot in familiären Notlagen, insbesondere bei akuten Krisen im Kontext von körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt, Mißbrauch und Vernachlässigung.

Nach eigener Definition hat der FKD 3 zentrale Funktionen:

1. “Eingangstor” zu bestehenden Hilfen, niedrigschwellige Anlaufstelle

¹ Nachdruck des „Hamburger Leitfadens“

Regionale Vernetzung und Kooperation ist notwendig

Konzept „kreisbezogene Hilfesysteme für mißhandelte Kinder“

Leitfaden für Kinderärzte bei der Landesärztekammer

Der Familienkrisendienst (FKD) Stuttgart als Beispiel für ein Kooperationsmodell

2. "Brückenfunktion" zu weitergehenden Hilfen (stationäre Notaufnahmen, Dienste der Medizin, der Justiz, der Jugend- und Sozialhilfe und sonstige psychosoziale Dienste)
3. „Überbrückungs-Notdienst" für Klienten/Klientinnen, die sich bereits in Hilfsbezügen befinden, aber in akuten Notlagen außerhalb der regulären Dienstzeiten Hilfe benötigen

Der FKD ist über eine kostenlose Telefon-Hotline werktags sowie an Wochenenden und Feiertagen erreichbar.

Beteiligte Einrichtungen nach Trägerschaft

Kommunale Trägerschaft Jugendamt Stadt Stuttgart (45 %)	Kirchliche Trägerschaft (32 %)	Freie Trägerschaft (23 %)
<ul style="list-style-type: none"> ♦ 13 Bezirke des Allgemeinen Sozialen Dienstes, ASD 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Psychologische Beratungsstelle der evangelischen Kirche 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Familienberatungs- und Behandlungsstelle, Sonnenberg
<ul style="list-style-type: none"> ♦ 4 Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Psychologische Beratungsstellen Caritasverband, Katharinenstrasse, Wildbader Strasse 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Beratungsstelle KOBRA
<ul style="list-style-type: none"> ♦ 5 Kinderhäuser, Wohngruppen 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ökumenisches Beratungszentrum, Calwer Strasse 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Deutscher Kinderschutzbund
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Therapeutisch-pädagogischer Dienst 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Notfalldienst NFD der evangelischen Kirche, EVA 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Kinderschutz-Zentrum (Federführung)
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Sozialpädagogische Einzelfallhilfe 		
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Praktikanten-/Praktikantinnenstelle 		

Vernachlässigung von Kindern

Vernachlässigung ist die andauernde und wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen, welches zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre. Diese Unterlassung kann aktiv oder passiv sein, aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichenden Wissens erfolgen (Schone et al., 1997).

Die Vernachlässigung von Kindern kann in den Bereich familiärer Gewalt eingeordnet werden. Gewalt wird hier verstanden als Ausdruck einer Beziehungsstörung zwischen Eltern und Kindern, die häufig in Zusammenhang mit elterlichen Krisensituationen der Überforderung und Hilflosigkeit auftreten.

Zentrale Mechanismen von Beziehungsstörung sind:

- Verleugnung von Verantwortung
- Veränderungswiderstand
- Verharmlosung

Hilflosigkeit ist häufige Ursache von Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Kindern

- Beziehungsabbruch
- die Dynamik von Macht und Ohnmacht
- Spaltung
- Schuldzuschreibung

Risikofaktoren für Vernachlässigung sind:

- Finanzielle/materielle Situation: Armut, Arbeitslosigkeit, Überschuldung, Obdachlosigkeit usw.
- Soziale Situation: Isolation, Mangel an Hilfsangeboten, schwierige Wohnsituation, Ängste gegenüber helfenden Instanzen
- Familiäre Situation: Desintegration in der eigenen Familie, Alleinerziehen, Trennung bzw. Scheidung
- Persönliche Situation der Erziehungspersonen: Eigene Mangelerfahrungen, unerwünschte Schwangerschaft, mangelnde Leistungsfähigkeit, psychische und physische Überforderung, Sucht
- Situation des Kindes: Behinderung des Kindes, Krankheitsanfälligkeit des Kindes, schwieriges Sozialverhalten

Je geringer die materiellen Ressourcen, je schwieriger das soziale Umfeld, je desorganisierter die Familiensituation, je belasteter die persönliche Situation des erziehenden Elternteils bzw. der Eltern, je herausfordernder das Verhalten des Kindes um so größer ist das Risiko, daß Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Kind sich zu massiven Vernachlässigungssituationen des Kindes verdichten.

Die Vernachlässigung von Kindern ist sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Jugendhilfe ein wenig diskutiertes Thema, obwohl es von der Anzahl der betroffenen Familien her breiten Raum einnimmt. Exakte Zahlen über Fälle von Kindesvernachlässigung in Deutschland gibt es nicht. Gründe dafür sind:

- Vernachlässigung geschieht im Binnenraum der Familien, wodurch ihre Wahrnehmung erschwert ist
- In den Medien und damit im Bewußtsein der Öffentlichkeit erscheinen häufig nur extreme Formen der Vernachlässigung mit Todesfolge
- Vernachlässigungssituationen sind vor allem Säuglinge und Kleinkinder ausgesetzt. Sie können sich noch nicht selbst artikulieren (außer durch Schreien) und sind wenig in öffentlichen Räumen
- Es existieren keine klaren Kriterien dafür, ab wann Vernachlässigung eines Kindes vorliegt. Die Übergänge zu emotionaler und körperlicher Mißhandlung sind fließend.

Je nach Definition der Vernachlässigung muß von 50.000 bis zu 500.000 betroffenen Kindern in der Bundesrepublik ausgegangen werden (Schone et al., 1997; Esser & Weinel, 1990).

Vernachlässigung ist ein interdisziplinäres Problem. Es bedarf der Beiträge unterschiedlicher Institutionen und Disziplinen, um problemangemessene Lösungen zu finden und das Vernachlässigungsrisiko für Kinder zu mindern. Die Vernachlässigung von kleinen Kindern stellt höchste Anforderungen an Strukturen und Fachkräfte der Jugendhilfe. Möglichkeiten des Zugangs sollen hier am Beispiel des Projekts "Kontaktstelle Gewalt gegen Kinder" der Psychologischen Beratungsstelle des Kinderschutzbundes in Ulm dargestellt werden.

Risikofaktoren für Vernachlässigung

Vernachlässigung - ein vernachlässigtes Thema

Intervention am Beispiel „Kontaktstelle Gewalt gegen Kinder“ mit folgenden Elementen:

Kooperation mit Kinderärzten

Eine zentrale Säule des Projekts ‘‘Kontaktstelle Gewalt gegen Kinder’’ ist die Zusammenarbeit der Kontaktstelle mit den örtlichen niedergelassenen Kinderärzten und -ärztinnen aus Ulm/Neu-Ulm.

Kinderärzte/-ärztinnen sind potentielle Anlaufstelle für Eltern:

- bei Wachstums- und/oder Gedeihstörungen der Säuglinge und Kleinkinder
- Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen
- In Zusammenhang mit Verletzungen

Ziele dieser Kooperation sind:

- eine frühzeitige Erkennung von Vernachlässigung und/oder Mißhandlung
- das Angebot von medizinischer und psychosozialer Hilfe
- ein gemeinsames Fallmanagement mit dem Ziel der Prävention von Gewalt
- die Entlastung der Kinderärzte/-innen durch Delegation an die Kontaktstelle

Die Kontaktstelle fungiert sowohl als Anlauf- als auch als Koordinationsstelle. Sie nutzt die Vermittlung durch den Kinderarzt zur Kontaktaufnahme mit betroffenen Eltern und vermittelt ihrerseits medizinische Hilfen für Kinder, die der Kontaktstelle auf anderen Wegen bekannt werden. Oberstes Gebot der Arbeit der Kontaktstelle ist die Transparenz des Hilfeangebotes für die Eltern.

Kooperation mit der Uni-Kinderklinik

Ein weiteres Standbein der ‘‘Kontaktstelle Gewalt gegen Kinder’’ ist die Kooperation mit der Uni-Kinderklinik: In Fällen, in denen Kinder mit Vernachlässigungs- bzw. Mißhandlungssymptomen aus der Klinik entlassen werden sollen, wird zuvor in einem Gespräch mit Eltern, Ärzten evtl. auch Jugendamtsmitarbeitern und einem Diplompsychologen die Form der weiteren psychosozialen Hilfen besprochen. Diese Zusammenarbeit soll verhindern, daß Familien die für das Kind notwendigen Hilfen umgehen.

Offene/anonyme Sprechstunde

Eine offene Sprechstunde soll es Menschen leichter machen, mit einer Institution wie dem Kinderschutzbund Kontakt aufzunehmen. Im Zusammenhang mit dem Projekt ‘‘Kontaktstelle Gewalt gegen Kinder’’ zeigte sich, trotz der erst sehr kurzen Existenz des Angebots, ein Grundproblem der Intervention bei Vernachlässigung: Die Meldung erfolgt fast ausschließlich durch Fremdpersonen. Selbstmeldung bei Vernachlässigung findet nicht statt.

Kontaktaufnahme aufgrund von Fremdmeldungen

Die Kontaktaufnahme mit betroffenen Familien findet in der Form eines Hausbesuches statt. Ist ein erstes Gespräch erfolgreich verlaufen, kommt es darauf an, Lösungen für Kinder und Eltern zu finden. Je nach Situation finden, bei den Eltern zu Hause oder in der Kontaktstelle, mehrere Beratungsgespräche statt, die die Situation klären sollen und in denen solche Hilfen zusammengestellt werden, die die Familie auch bereit ist anzunehmen.

Müttergruppe

In Planung ist ein Gruppenangebot für Frauen, die ihre Kinder vernachlässigen und/oder mißhandeln. Mütter, die einen anderen Umgang mit sich und ihrem Kind finden wollen, sollen hier einen geschützten Raum finden, in dem sie lernen, mit Ohnmacht, Ärger, geringer Selbstachtung und fehlender Anerkennung umzugehen. Der Ansatz geht davon aus, daß die Beziehungsstörungen zwischen Mutter und Kind vor allem dann eskalieren, wenn die Mütter sich mit den Belastungen des Alltags allein gelassen fühlen und für die eigenen Bedürfnisse keinen Raum mehr finden.

Im folgenden sind erste Erfahrungen aus dem Projekt zusammengestellt:

- Die Intervention im Bereich der Kindesvernachlässigung ist auf Fremdmeldungen angewiesen. Nachbarn oder andere Personen, die die Gelegenheit haben, Kinder zu sehen oder zumindest zu hören, sollten ihre Verantwortung ernst nehmen, wenn sie vermuten, daß in ihrem Umfeld Kinder massiv vernachlässigt werden.
- Häufig sind Lehrer/-innen die Ansprechpartner/-innen und Vertrauenspersonen für Kinder in Not. Sie sehen die Kinder Tag für Tag, nehmen Kleidungs- und körperliche Verfassung wahr. Außerdem ist die Schule oft der einzige öffentliche Raum, in dem die Kinder in Erscheinung treten. Durch den täglichen Besuch sind potentiell vertrauensvolle Beziehungen vorhanden, die es den Kindern erleichtern sich anzuvertrauen.
- Bei Kontaktaufnahmen zu gefährdeten Familien wurden im wesentlichen zwei Reaktionsweisen beobachtet: Einige Eltern empfinden die Kontaktaufnahme als Einmischung und blockieren alle weiteren Schritte. Andere Eltern sind erleichtert, daß jemand auf ihre Lebenssituation aufmerksam geworden ist und bereit, neue Wege zu suchen. Der Zugang zu Familien gelingt dort am besten, wo die Eltern (zumeist die Mütter), das Gefühl haben, konkrete Hilfen und Unterstützung zu erfahren und mit ihren eigenen Kompetenzen ernst genommen werden. Ziel der Intervention ist ein in seinen Strukturen durchschaubares Beziehungsangebot, das die Eltern am Fortgang der Dinge beteiligt und letztendlich dem Kind zugute kommt.
- Im Verlauf des Projekts wurden Probleme mit der Freiwilligkeit der Teilnahme am Beziehungsangebot offensichtlich. Eltern, die anfangs bereit sind, Hilfe für sich und ihre Kinder anzunehmen, brechen in vielen Fällen den Kontakt später wieder ab.
- Ist die Situation in der Familie für die Kinder in erheblichem Maße schädigend, so hat sich die enge Zusammenarbeit mit dem Jugendamt bewährt. Diese Zusammenarbeit macht es beispielsweise möglich, die mit den Eltern besprochenen Maßnahmen in einem Jugendhilfeplan festzuhalten, in dem auch Auflagen für die Eltern formuliert sind (z. B. regelmäßige therapeutische Unterstützung für das Kind oder Drogenentzug für die Eltern).
- Die professionelle und vertrauensvolle Zusammenarbeit der einzelnen Institutionen im Projekt bildet die Grundlage für Effektivität von Handlungen in Konfliktsituationen und den Gesamterfolg des Projekts. Zeitmangel und Personaldefizite in der Kontaktstelle und den beteiligten Institutionen (z. B. Kinderarztpraxen) stehen einer Optimierung der Arbeit im Wege.
- Das Projekt erreicht nur Familien, die bei einer beteiligten Institution in Erscheinung treten. Die Not vieler Kinder bleibt weiterhin unerkannt.
- Die Helfer des Projekts arbeiten unter starkem emotionalen Druck, der aus dem Wissen um die möglicherweise gravierenden Schäden in der Entwicklung der Kinder resultiert.
- Das Ausmaß der Armut, in der Kinder leben ("satt werden ist keine Selbstverständlichkeit"), bereitet in einigen Fällen Schwierigkeiten, überhaupt zu tragfähigen Lösungsansätzen für Eltern und Kinder zu gelangen.

Erfahrungen aus dem Projekt

Klare Strukturen der Hilfsangebote sind sinnvoll

Personeller Ausbau der Kontaktstelle erforderlich

Armut erschwert Hilfe

3.2 Natürliche und technische Umwelt

Beobachtungsgesundheitsämter: Kontinuierliche Erhebung von gesundheitsrelevanten Daten

In Baden-Württemberg werden Daten zum Zusammenhang zwischen Umwelt und Gesundheit seit 1992 an sogenannten Beobachtungsgesundheitsämtern erhoben. Die Funktion eines Beobachtungsgesundheitsamtes haben die Gesundheitsämter Mannheim, Stuttgart (seit 1995), Ortenaukreis und Ravensburg. Bei der Auswahl dieser Gesundheitsamtsbezirke wurden sowohl Aspekte der regionalen Differenzierung als auch das Vorliegen flächendeckender Immissionsdaten (zumindest in einem Teilgebiet) berücksichtigt. Innerhalb der Gesundheitsamtsbezirke wurden folgende Untersuchungsareale festgelegt:

- Mannheim: Neckarstadt-West und angrenzende Gebiete
- Stuttgart: Stuttgart-Ost, Bad Cannstatt und Untertürkheim
- Ortenaukreis: Kehl
- Ravensburg: Aulendorf und Bad Waldsee

Im Rahmen des Projektes werden bei Kindern der 4. Schulklassen in den Untersuchungsarealen wiederholte Querschnittsuntersuchungen durchgeführt. Die Untersuchungen umfassen ein Monitoring der internen Belastung mit Schwermetallen wie Quecksilber und Blei sowie organischen Schadstoffen wie Polychlorierten Biphenylen (PCB). Einen weiteren Schwerpunkt der Untersuchungen stellen Wirkungsparameter dar, die mit Umwelteinflüssen in Verbindung gebracht werden wie Atemwegserkrankungen und Allergien (s. Abschnitt 4.6).

Von der ersten Untersuchung im Winterhalbjahr 1992/93 bis zur Untersuchung 1996/97 haben insgesamt 6.360 Kinder an den Untersuchungen teilgenommen. Dies entspricht einer Teilnehmerate von 78,1 %. In die Auswertung gingen die Daten von 5.732 Kindern ein, für die bestimmte Mindestangaben vorlagen und die seit mindestens zwei Jahren am jeweiligen Untersuchungsort lebten. In der Untersuchung 1996/97, deren Ergebnisse im folgenden etwas detaillierter dargestellt werden, lag die Teilnehmerate bei 77,1 %. Für die Auswertung konnten die Daten von 1.470 Kindern berücksichtigt werden.

Quecksilberkonzentrationen im Urin 1996/97

Untersuchungsort	Gesamtkollektiv			Kinder ohne Amalgamfüllungen		
	Anzahl	Median [µg/l]	95. Perzentil [µg/l]	Anzahl	Median [µg/l]	95. Perzentil [µg/l]
Mannheim	365	0,30	3,8	193	< 0,2	0,75
Stuttgart	362	0,25	2,8	238	0,2	1,20
Kehl	334	0,28	3,3	178	0,2	0,75
Aulendorf/ Bad Waldsee	263	0,25	2,9	148	< 0,2	0,55

Quelle: Projekt Beobachtungsgesundheitsämter

Quecksilberbelastung

Für die Belastung mit Quecksilber im Urin ergaben sich in der Untersuchung 1996/97 die in den Abbildungen 3.13 und 3.14 dargestellten Mediane (50. Perzentile) und 95. Perzentile¹ an den Untersuchungsorten. Für Kinder ohne Amalgamfüllungen, die die Hintergrundbelastung besser widerspiegeln, werden deutlich niedrigere Konzentrationen ermittelt. In Mannheim und Aulendorf/Bad Waldsee lagen mehr als 50 % der Ergebnisse unterhalb der Bestimmungsgrenze von 0,2 µg Quecksilber pro Liter Urin. Zwischen den Untersuchungsorten bestehen keine signifikanten Unterschiede.

Die Konzentration von Quecksilber im Urin ist hauptsächlich ein Indikator für die Belastung des Körpers mit anorganischen Quecksilberverbindungen. Eine wichtige Quelle für die Aufnahme anorganischer Quecksilberverbindungen stellen Amalgamfüllungen dar.

Amalgamfüllungen sind eine wichtige Quelle für Quecksilberbelastungen

Zur Beurteilung der individuellen Quecksilberkonzentration im Urin wurden von der Kommission Human Biomonitoring (HBM) des Umweltbundesamtes folgende Werte herausgegeben:

- HBM-I-Wert: 7 µg/l;
Bei Unterschreitung ist nicht mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu rechnen; bei Überschreitung werden Kontrolluntersuchungen empfohlen; Belastungsquellen sollen gesucht werden und ggf. eine Verminderung der Belastung unter vertretbarem Aufwand erfolgen.
- HBM-II-Wert: 25 µg/l;
Bei Überschreitung sind gesundheitliche Beeinträchtigungen möglich; es soll eine umweltmedizinische Betreuung erfolgen; es besteht akuter Handlungsbedarf hinsichtlich der Reduktion der Belastung.

9 Kinder wiesen Werte oberhalb des HBM-I-Wertes auf. Bei 3 weiteren Kindern lag die Quecksilberkonzentration im Urin oberhalb des HBM-II-Wertes.

Für das Gesamtkollektiv liegen die Konzentrationen der Untersuchung 1996/97 deutlich niedriger als bei den bisherigen Untersuchungen an den Beobachtungsgesundheitsämtern. Dies ist sicher im wesentlichen auf den vergleichsweise höheren Anteil an Kindern ohne Amalgamfüllungen in der Untersuchung 1996/97 zurückzuführen. Während 1996/97 57,9 % der Kinder keine Amalgamfüllungen aufwiesen, lag dieser Anteil in den früheren Untersuchungen bei 37,9 %.

Anteil der Kinder mit Amalgamfüllungen rückläufig

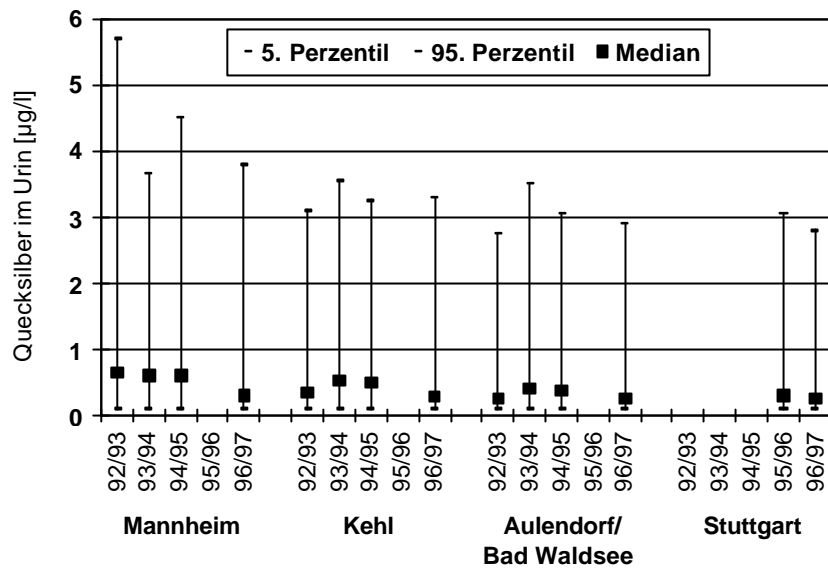
Für Kinder ohne Amalgamfüllungen ist kein zeitlicher Trend der Quecksilberkonzentrationen im Urin festzustellen (siehe Abb. 3.14).

Hauptinflussfaktor ist die Anzahl der Zähne mit Amalgamfüllungen. Insofern führt die Kariesprophylaxe neben der primären Ausrichtung auf die Zahngesundheit auch zur Reduzierung einer vermeidbaren Quecksilberbelastung.

Die interne Belastung mit anorganischem Quecksilber, die über die Urinkonzentration ermittelt wird, stellt nur in Einzelfällen ein gesundheitliches Problem dar. In der Regel kann in diesen Fällen eine Belastungsquelle aus dem direkten Umfeld ausgemacht werden.

¹ jeweils 50 % bzw. 95 % aller Meßergebnisse liegen unterhalb des jeweiligen Wertes

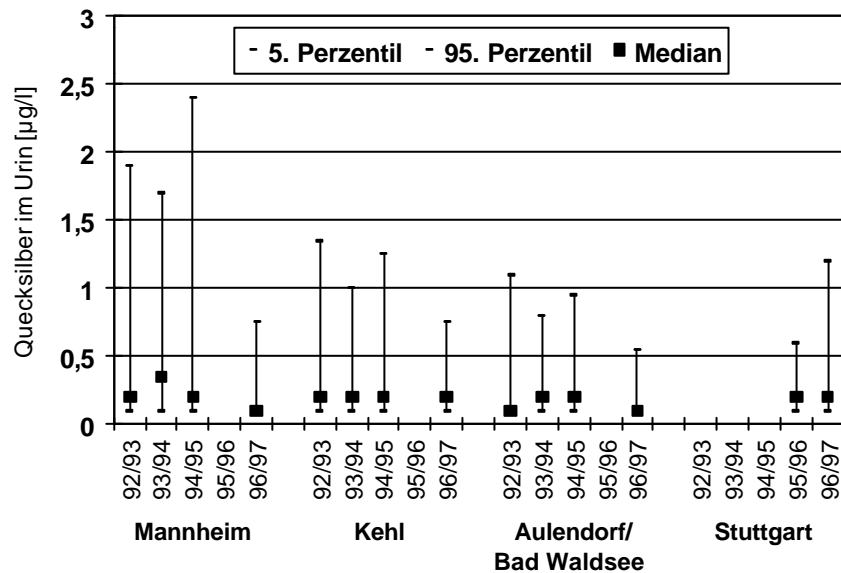
3.13: Quecksilberkonzentrationen im Urin bei allen Kindern 1992/93 bis 1996/97*



* 1995/96 Erhebung nur in Stuttgart

Quelle: Projekt Beobachtungsgesundheitsämter

3.14: Quecksilberkonzentrationen im Urin bei Kindern ohne Amalgamfüllungen 1992/93 bis 1996/97*



* 1995/96 Erhebung nur in Stuttgart

Quelle: Projekt Beobachtungsgesundheitsämter

Bleibelastung

Die Mediane (50. Perzentile) und 95. Perzentile der Bleikonzentrationen im Blut in der Untersuchung 1996/97 sind in der folgenden Tabelle dargestellt. Zwischen den Untersuchungsorten bestehen keine signifikanten Unterschiede.

Zur Beurteilung der individuellen Bleikonzentration im Blut wurden von der Kommission Human Biomonitoring des Umweltbundesamtes folgende Werte herausgegeben:

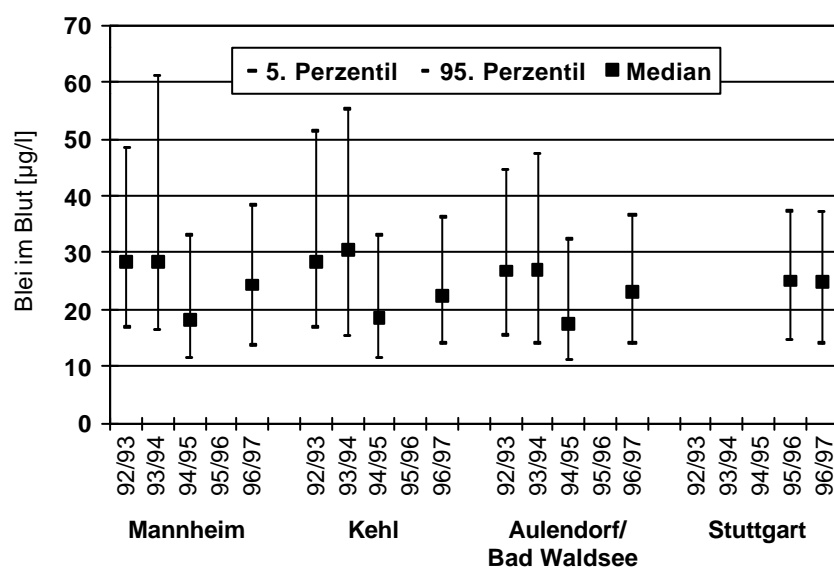
- HBM-I-Wert: 100 µg/l;
Bei Unterschreitung ist nicht mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu rechnen; bei Überschreiten werden Kontrolluntersuchungen empfohlen;

Bleikonzentrationen im Blut 1996/97

Untersuchungsort	Anzahl	Median [µg/l]	95. Perzentil [µg/l]
Mannheim	113	24,3	38,4
Stuttgart	137	24,9	37,1
Kehl	110	22,5	36,3
Aulendorf/ Bad Waldsee	127	23,2	36,6

Quelle: Projekt Beobachtungsgesundheitsämter

3.15: Bleikonzentrationen im Blut 1992/93 bis 1996/97*



* 1995/96 Erhebung nur in Stuttgart

Quelle: Projekt Beobachtungsgesundheitsämter

Belastungsquellen sollen gesucht werden und ggf. eine Verminderung der Belastung unter vertretbarem Aufwand erfolgen.

- HBM-II-Wert: 150 µg/l;
Bei Überschreitung sind gesundheitliche Beeinträchtigungen möglich; es soll eine umweltmedizinische Betreuung erfolgen; es besteht akuter Handlungsbedarf hinsichtlich der Reduktion der Belastung.

Die Ergebnisse aller Kinder liegen unterhalb des HBM-I-Wertes. Im Vergleich zu anderen Untersuchungen bei Kindern derselben Altersstufe werden sehr ähnliche Ergebnisse erzielt.

In der zeitlichen Betrachtung zeigt sich ein signifikant abnehmender Trend (siehe Abb. 3.15), der vor dem Hintergrund der weiteren Reduzierung des Einsatzes bleihaltigen Benzins plausibel ist.

Benzin-Blei-Gesetz führt zum Rückgang der internen Blei- belastung

Die interne Belastung mit Blei stellt für die Allgemeinbevölkerung kein gesundheitliches Problem dar. Die seit Inkraftsetzung des Benzin-Blei-Gesetzes beobachtbare Abnahme der internen Bleibelastung setzt sich seit der Einführung des bleifreien Benzins fort.

PCB-Belastung

Bei den PCB handelt es sich um eine Gruppe von 209 einzelnen Verbindungen (Kongeneren), die sich durch die Anzahl und Stellung der Chloratome im Molekül unterscheiden. In der Umweltanalytik werden üblicherweise 6 Indikatorkongenere berücksichtigt, von denen im menschlichen Blut in der Regel die Kongenere 138, 153 und 180 nachgewiesen werden können. Die Summe dieser drei Kongenere wird im folgenden als Indikator für die PCB-Belastung herangezogen.

Für die PCB-Belastung im Blut der Kinder ergaben sich in der Untersuchung 1996/97 die in der folgenden Tabelle dargestellten Mediane (50. Perzentile) und 95. Perzentile an den Untersuchungsstellen. Zwischen den Untersuchungsstellen bestehen keine signifikanten Unterschiede.

Für PCB liegen bislang keine Beurteilungskriterien der Kommission Human-Biomonitoring des Umweltbundesamtes vor. Die im Rahmen der Untersuchung an den Beobachtungsgesundheitsämtern gemessenen PCB-Konzentrationen lie-

Summe der PCB-Kongenere 138, 153, und 180 im Blut 1996/97

Untersuchungsort	Anzahl	Median [µg/l]	95. Perzentil [µg/l]
Mannheim	105	0,42	1,06
Stuttgart	128	0,43	1,17
Kehl	102	0,53	1,01
Aulendorf/ Bad Waldsee	120	0,49	1,04

Quelle: Projekt Beobachtungsgesundheitsämter

gen insgesamt in einem Bereich, in dem nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand keine negativen gesundheitlichen Effekte zu erwarten sind.

Zur PCB-Belastung bei Kindern wurden nur wenige vergleichbare Untersuchungen durchgeführt. Bei 10jährigen Kindern aus Hessen wurden für die einzelnen PCB-Kongenerere sehr ähnliche Konzentrationen ermittelt wie in den Untersuchungen an den Beobachtungsgesundheitsämtern.

Muttermilch-Monitoring

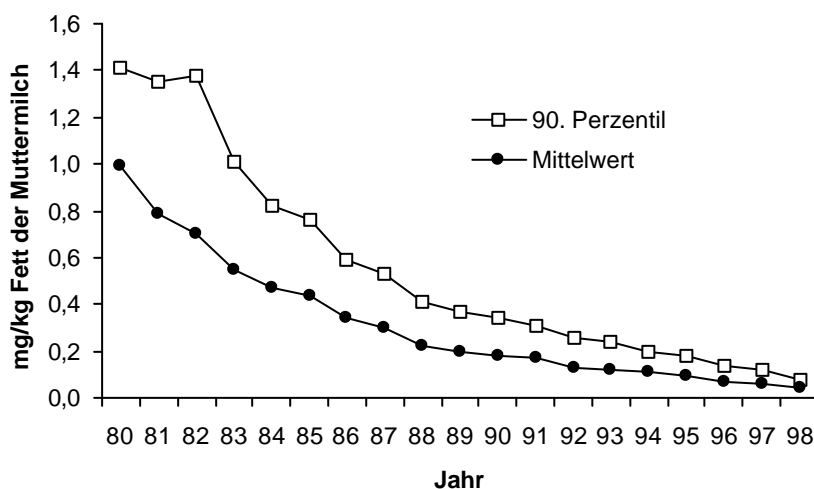
Muttermilch ist ein geeignetes Untersuchungsmaterial für fettlösliche chlororganische Verbindungen, da sie leicht zugänglich ist, einen hohen Fettgehalt aufweist und am Ende der Nahrungskette steht.

Seit 1980 können Mütter in Baden-Württemberg ab dem 4. Stillmonat ihre Muttermilch kostenlos auf Rückstände von persistenten Pflanzenschutzmitteln und Verunreinigungen mit polychlorierten Biphenylen (PCB) untersuchen lassen. Die Analysen werden von den Chemischen Landesuntersuchungsanstalten (CLUA) Karlsruhe, Freiburg, Sigmaringen, dem Chemischen und Veterinäruntersuchungsamt Stuttgart sowie den Chemischen Untersuchungsämtern der Städte Pforzheim und Stuttgart durchgeführt.

Im Zeitraum von 1980 bis 1998 wurden insgesamt ca. 17.000 Muttermilchproben untersucht. Dabei ist die Zahl der jährlich untersuchten Proben stark rückläufig. Während 1990 knapp 2.000 Mütter ihre Milch zur Untersuchung einschickten, waren es 1998 nur insgesamt 117 Mütter.

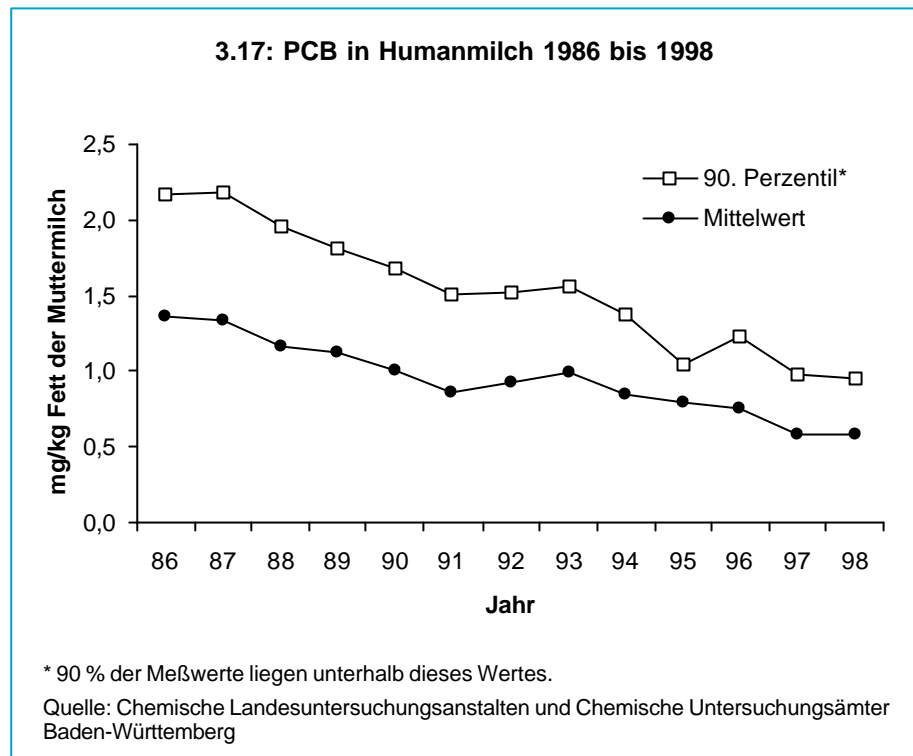
Für alle routinemäßig untersuchten chlororganischen Verbindungen ist seit Beginn der Muttermilchuntersuchungen ein deutlicher Rückgang der Belastung zu beobachten. Abb. 3.16 zeigt exemplarisch die zeitliche Entwicklung der Bela-

3.16: HCB in Humanmilch 1980 bis 1998



90. Perzentil: 90 % der Meßwerte liegen unterhalb dieses Wertes.

Quelle: Chemische Landesuntersuchungsanstalten und Chemische Untersuchungsämter Baden-Württemberg



stung mit Hexachlorbenzol (HCB). Auch bei den PCB ist ein Rückgang festzustellen, der jedoch weniger deutlich ist (siehe Abb. 3.17). Hier können aufgrund geänderter Berechnungsverfahren die Konzentrationen erst ab 1986 direkt miteinander verglichen werden. Bei einigen Einzelstoffen liegen die Gehalte inzwischen bei der Mehrzahl der Proben unterhalb der analytischen Nachweisgrenze.

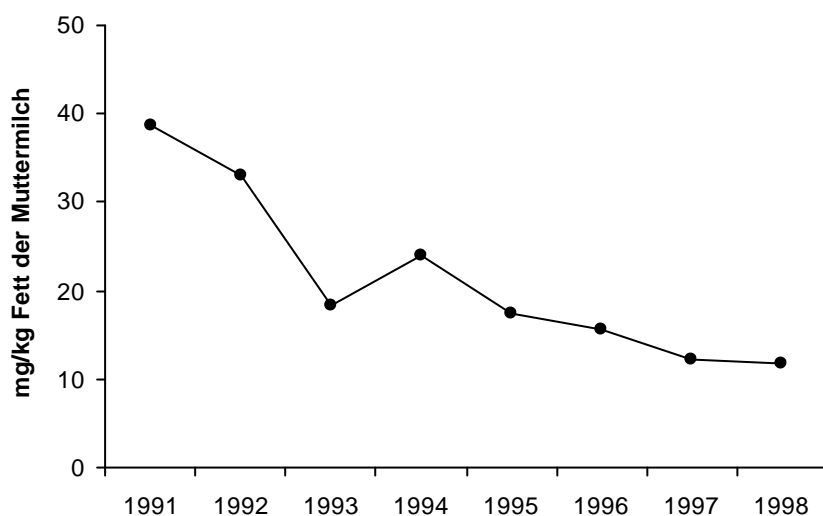
Neben den genannten chlororganischen Verbindungen wird in der Muttermilch auch die Belastung mit polychlorierten Dibenzodioxinen (PCDD) und Dibenzofuranen (PCDF) untersucht. Da für diese Analysen jedoch relativ große Milchmengen benötigt werden und sie zudem sehr aufwendig und teuer sind, werden hier häufig Sammelproben verwendet, die sich aus der Milch mehrerer Mütter zusammensetzen. Einzelmilchuntersuchungen werden in Baden-Württemberg in der Regel nur dann durchgeführt, wenn ein Verdacht auf eine spezifische Dioxin- bzw. Furanbelastung bei der Mutter vorliegt.

Im Zeitraum von 1988 bis 1998 wurden insgesamt 113 Muttermilchproben auf ihren Gehalt an PCDD/PCDF analysiert. Die Proben setzen sich aus 73 Einzelmilchproben und 40 Sammelmilchproben zusammen.

Bei den PCDD/PCDF handelt es sich um 210 Einzelverbindungen, deren unterschiedliche toxische Wirksamkeit bei der Konzentrationsangabe, die in sogenannten internationalen toxischen Äquivalenten (I-TEQ, ab 1997 WHO TEQ) erfolgt, berücksichtigt wird. Abb. 3.18 zeigt die Mittelwerte aller Proben eines Jahres ab 1991, da ab diesem Zeitpunkt die Angaben in I-TEQ vorliegen. Auch bei den Dioxinen und Furanen zeichnet sich ein Rückgang der Belastung ab.

Die Muttermilchuntersuchungen zeigen damit eindrucksvoll die Wirksamkeit der zur Reduzierung der Schadstoffbelastung getroffenen Maßnahmen wie Anwendungsverbote bei den Pflanzenschutzmitteln und Emissionsminderungsmaßnahmen bei den PCDD/PCDF.

3.18: PCDD/PCDF in Humanmilch 1991 bis 1998



Quelle: Chemische Landesuntersuchungsanstalten und Chemische Untersuchungsämter Baden-Württemberg

Die Nationale Stillkommission am Robert Koch-Institut in Berlin stellte 1995 einen Rückgang der Belastung an Organochlorpestiziden um 50-80 % und bei PCB und PCDD/PCDF um 50 % fest (Tietze et al., 1995). Aus Gründen der Vorsorge wird von der Nationalen Stillkommission gefordert, auch weiterhin geeignete Maßnahmen zur Reduzierung der Rückstände aller Fremdstoffe in der Muttermilch zu ergreifen. In den Rückständen wird kein gesundheitliches Risiko für den Säugling gesehen und damit kein Anlaß für Einschränkungen des Stillens. Die Nationale Stillkommission empfiehlt den Müttern, ihre Kinder bis zum Übergang auf die Löffelnahrung (d.h. etwa 4 bis 6 Monate lang) voll zu stillen und sieht auch kein gesundheitliches Risiko für den Säugling, wenn danach - zusätzlich zur Beikost und Kleinkindernahrung - noch weiter gestillt wird.

Ein Problem des bislang praktizierten Vorgehens bei der Muttermilchuntersuchung besteht darin, daß diese Untersuchungen keine repräsentativen Ergebnisse liefern. Die so erhobenen Daten unterliegen einem Selektionsprozeß, da nur interessierte und informierte Mütter die Initiative zur Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitsamt oder dem Untersuchungsamt ergreifen. In Baden-Württemberg wurde im Rahmen einer Pilotphase im Beobachtungsgesundheitsamt Ortenaukreis 1995 ein gezieltes Biomonitoring der Muttermilchbelastung durchgeführt. Wesentliches Merkmal dieses Biomonitorings war der aktive Zugang auf die Mütter und die Schichtung nach bestimmten Kriterien wie Alter oder Anzahl bereits gestillter Kinder. Die Ergebnisse und Erfahrungen der Pilotphase sind in einem Bericht des Landesgesundheitsamtes dargestellt (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, 1998). Die Entscheidung über die langfristige Etablierung eines gezielten Biomonitorings steht in Baden-Württemberg noch aus. Die Umstellung der Muttermilchuntersuchungen wird auch von der Nationalen Stillkommission empfohlen (Tietze et al., 1995).

Beurteilung der Belastung der Muttermilch

Muttermilchuntersuchungen als Monitoring-Programm

Quellenhinweise

- Barlösius, E., Feichtinger, E., Köhler, B.M. (Hg.) (1995). Ernährung in der Armut. Gesundheitliche, soziale und kulturelle Folgen in der Bundesrepublik Deutschland. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe "Public Health". Berlin: edition sigma.
- Bullens, R. A. R. (1993). Ambulante Behandlung von Sexualdelinquenten innerhalb eines gerichtlich verpflichtenden Rahmens. In: Ramin, G. (Hg.), Inzest und sexueller Mißbrauch. Paderborn: Junfermann.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (1998). Zehnter Kinder- und Jugendbericht, Bonner Universitätsbuchdruckerei.
- Bussmann, K.-D. (1996). Changes in family sanctioning styles and the impact of abolishing corporal punishment. In: Frehsee, D., Horn, W. & Bussmann, K.-D. (Eds.), Family violence against children - A challenge of society. Berlin: De Gruyter.
- Cornelius, I. & Stutzer, E. (1993). Wandel familialer Lebensformen. Statistisches Landesamt (Hg.), 40 Jahre Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, S. 21-24. Deutsche Gesellschaft für Ernährung. Ernährungsbericht 1996.
- Edition Psychosozial: Risiken und Ressourcen: Vernachlässigungsfamilien, kindliche Entwicklung und präventive Hilfen. Verlag Psychosozial, Gießen.
- Esser, G. & Weinel, H. (1990). Martinius, J. & Frank, R. (Hg.), Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern. Bern.
- Finkelhor, D. & Baron, L. (1986). High risk children. In: Finkelhor, D. (Ed.), A sourcebook on child sexual abuse. Newbury Page: Sage, pp. 60-88.
- Frank, R. & Räder, K. (1994). Früherkennung und Intervention bei Kindesmißhandlung. Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, München.
- Habich, R. & Krause, P. (1997). Armut. Statistisches Bundesamt (Hg.), Datenreport 1997. Bonn, S. 523.
- Hin, M. (1997). Lebensformen der Bevölkerung in Baden-Württemberg gestern und heute. Baden-Württemberg in Wort und Zahl 2, S. 56-64.
- Innenministerium Baden-Württemberg (1997). Gegen sexuellen Mißbrauch an Mädchen und Jungen, Ein Ratgeber für Mütter und Väter.
- Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) (1985). Regelsatz und Warenkorb in der Sozialhilfe. Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 175, Stuttgart.
- Joos, M. & Meyer, W. (1997). Die Entwicklung der relativen Einkommensarmut von Kindern in Deutschland 1990-1995. Unveröffentlichtes Manuskript, Chemnitz-Zwickau.
- Klocke, A. (1995). Der Einfluß sozialer Ungleichheit auf das Ernährungsverhalten im Kindes- und Jugendalter. In: Barlösius, E., Feichtinger, E. & Köhler, B. M. (Hgs.), Ernährung in der Armut. Gesundheitliche, soziale und kulturelle Folgen in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: edition sigma.
- Landesärztekammer Baden-Württemberg (1998). Gewalt gegen Kinder - Leitfaden für niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte in Baden-Württemberg.
- Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (1998). Biomonitoring Muttermilch - Bericht über die Pilotphase Ortenaukreis 1995. Stuttgart.
- Landeskriminalamt (1998). Jugendkriminalität und Jugendgefährdung in Baden-Württemberg. Jahresbericht.
- LIPT Nutrition Task Force, Low Income Project Team (1996). Low income, food, nutrition and health: strategies for improvement. London: UK Department of Health, PO Box 410, Wetherby LS 23 7LN.
- Martinius, J. & Frank, R. (Hg.) (1990). Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern - Erkennen, Bewußtmachen, Helfen. Bern.
- Micheelis, W. & Bauch, J. (1991). Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse des internationale IDZ-Survey 1989 Institut der deutschen Zahnärzte, Köln.
- Raupp, U. & Eggers, Ch. (1993). Sexueller Mißbrauch von Kindern. Monatsschrift für Kinderheilkunde.

- Schone, R., Gintzel, U., Jordan, E., Kalscheuer, M., Münder, J. (1997). "Kinder in Not" - Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven Sozialer Arbeit. Votum.
- Stiftung Kinderschutzzentrum Stuttgart. Jahresbericht 1995/1996. UWS, Stuttgart
- Straus, M. A. (1990). New scoring methods for violence and norms for the conflict tactic scale. In: Straus, M. A. & Gelles, R. J. (Eds.), *Physical violence in American families*. New Brunswick: Transaction Publishers, pp. 535-559.
- Tietze, K. W., Trumann, B. & Sedemund, C. (Hgs.) (1995). *Stillen in Deutschland*. RKI-Heft 8. Berlin.
- Turner, H. A. & Finkelhor, D. (1996). Corporal punishment as a stressor among youth. *Journal of marriage and the family*, 58, pp. 155-166.
- Wetzels, P. (1997). *Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit*. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V., Forschungsbericht Nr. 59.
- Zenz, H. & Kamensky, J. (1999). *Sozialbericht, Landkreis Neu-Ulm*.

4 Gesundheit, Krankheit und Tod im Kindesalter

Einleitung

Gesundheit, Krankheit und Tod sind die zentralen Themen eines Berichts über die gesundheitliche Situation von Kindern. Gesundheit kann dabei in der Regel nur indirekt über die Abwesenheit von Krankheit und Tod beschrieben werden. Als Datengrundlage dienen beispielsweise Statistiken über die Abwesenheit auffälliger Befunde im Rahmen von Krankheitsfrüherkennungs- oder Screening-Programmen (s. Abschnitt 5.2), Erhebungen über die Häufigkeit bestimmter Beschwerden und Krankheiten sowie die Todesursachenstatistik.

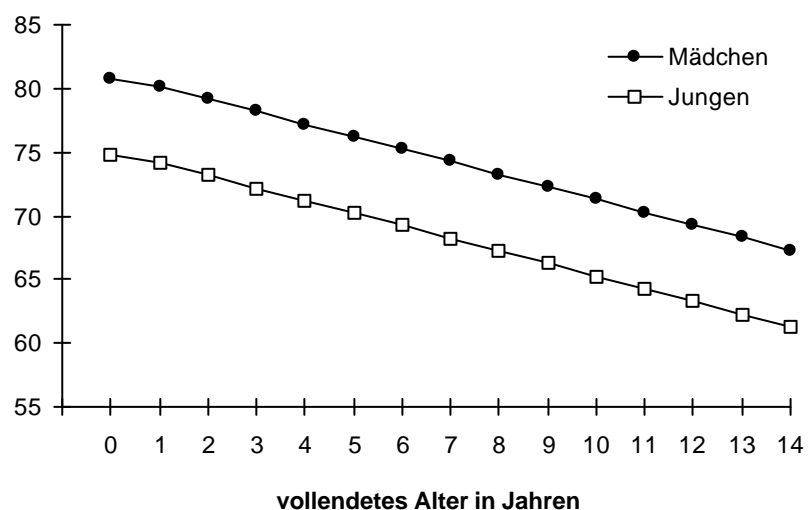
Infektionen, insbesondere der Atemwege und des Magen-Darm-Traktes, bilden nach wie vor die häufigste Krankheitsursache im Kindesalter, obwohl sie dank der Schutzimpfungen (s. Abschnitt 5.2) und moderner Behandlungsmethoden sehr stark zurückgedrängt werden konnten. Demgegenüber haben Allergien sowie chronische Erkrankungen, die für das betroffene Kind und seine Angehörigen eine große Belastung darstellen, an Bedeutung gewonnen. Verletzungen und Vergiftungen sind weiterhin eine große Gefahr für das Leben und die Gesundheit von Kindern.

Die folgenden Ausführungen geben einen Überblick über Krankheit und Tod bei Kindern. Neben allgemeinen Maßzahlen, wie der Lebenserwartung oder der Säuglingssterblichkeit, werden einzelne Krankheits- und Todesursachen eingehender dargestellt, die wegen ihrer Häufigkeit und Bedeutung ausgewählt wurden. Ein Anspruch auf Vollständigkeit besteht nicht.

4.1 Lebenserwartung

4.1: Mittlere Lebenserwartung in Jahren nach Geschlecht und Alter

Baden-Württemberg 1994/96



Quelle: Statistisches Landesamt

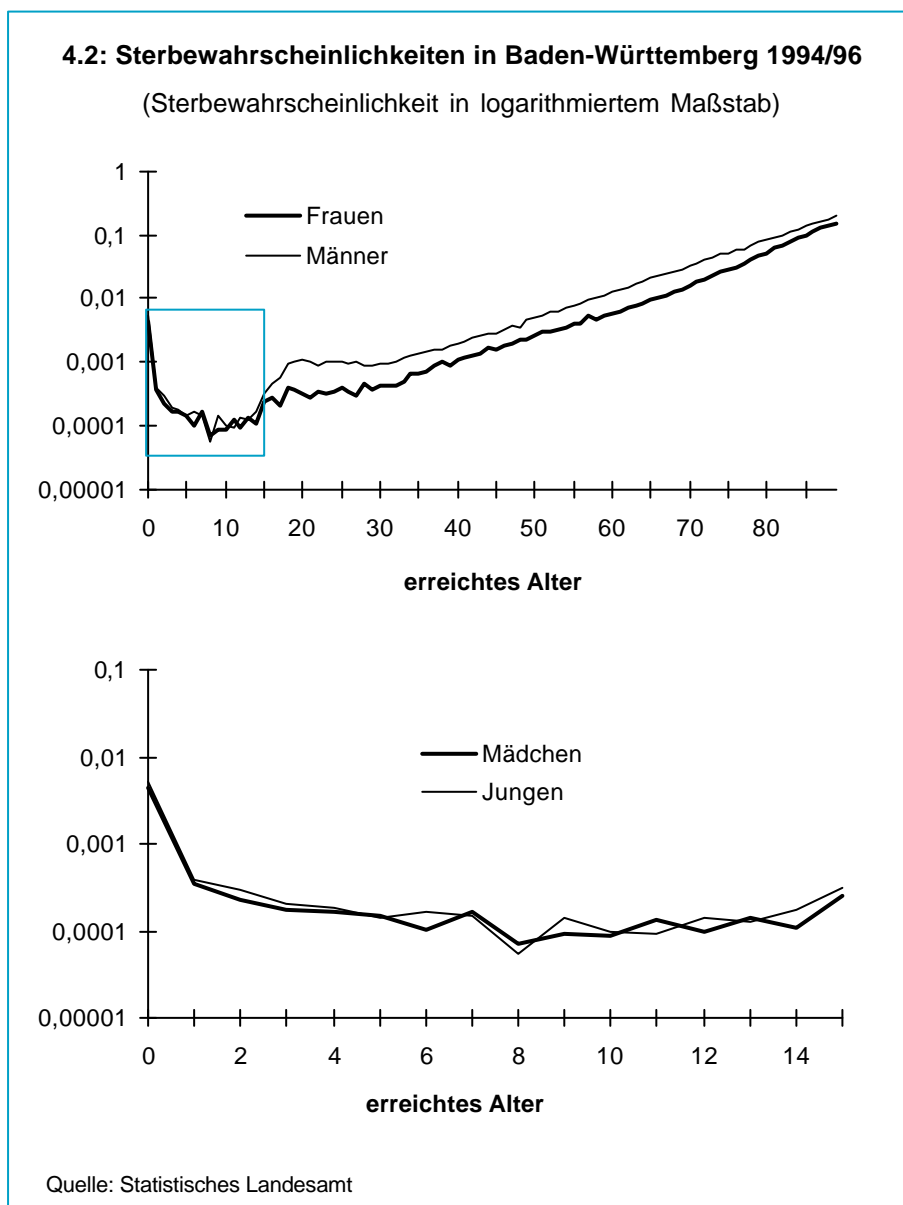
Die Lebenserwartung der Neugeborenen in Baden-Württemberg zeigt Abb. 4.1. Sie beruht auf der Basis der letzten, für die Jahre 1994/96 berechneten abgekürzten Sterbetafel. Die unterschiedlichen Lebenserwartungen der Geschlechter zugunsten der Frauen läßt sich bereits in den ersten 15 Lebensjahren erkennen: Die Mädchen haben gegenüber den Jungen in diesem Altersbereich eine um etwa sechs Jahre höhere Lebenserwartung.

Die Differenz der Lebenserwartungen zwischen den Geschlechtern ergibt sich im wesentlichen aus den höheren Sterbewahrscheinlichkeiten männlicher Jugendlicher und Erwachsener. Die Sterbewahrscheinlichkeiten in der Kindheit tragen nicht nennenswert zur Differenz in der Lebenserwartung von Mädchen und Jungen bei.

Im ersten Lebensjahr nach der Geburt beträgt die Sterbewahrscheinlichkeit von Jungen das 1,2fache der Sterbewahrscheinlichkeit von Mädchen. Zwischen dem 1. und 14. Lebensjahr liegt die Sterbewahrscheinlichkeit pro Jahr

Mädchen leben länger

Sterbewahrscheinlichkeiten der Geschlechter unterscheiden sich vor allem im Erwachsenenalter



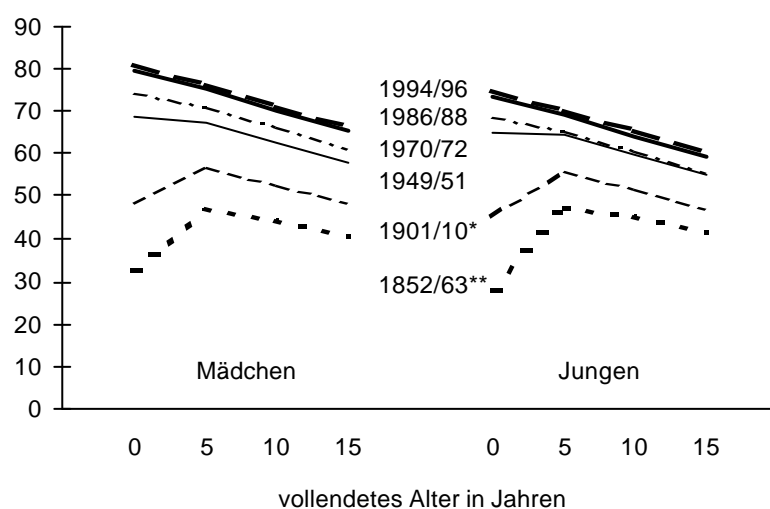
von Jungen im Mittel beim 1,1fachen der Sterbewahrscheinlichkeit von Mädchen. Demgegenüber steigt die Sterbewahrscheinlichkeit von Jungen und Männern zwischen 14 und 80 Jahren auf das 2,1fache derjenigen von Mädchen und Frauen des gleichen Altersabschnitts an. Ein besonders hohes Sterberisiko haben junge Männer im Alter zwischen 17 und 34 Jahren (das 2,7fache der Sterbewahrscheinlichkeit junger Frauen des gleichen Lebensabschnitts).

Das Ziel 6 "Altern in Gesundheit" der WHO-Strategien "Gesundheit für alle" fordert bis zum Jahr 2000 eine Lebenserwartung von mindestens 75 Jahren bei der Geburt (WHO, 1992). Für die Mädchen war diese Forderung bereits Mitte der 80er Jahre erfüllt und geht mit 80,80 Jahren (berechnet nach den Sterbetafeln 1994/96) heute weit über diese Forderung hinaus. Die Jungen bleiben derzeit mit einer Lebenserwartung von 74,74 Jahren bei der Geburt kaum mehr hinter dem formulierten Ziel zurück. Damit liegt die Lebenserwartung der Menschen in Baden-Württemberg im Vergleich der Bundesländer mit an der Spitze der Bundesrepublik.

**Lebenserwartung
über Jahrhunderte
von hoher Säuglings-
sterblichkeit geprägt**

Wie Abb. 4.3 zeigt, war die Zunahme der allgemeinen Lebenserwartung in Baden-Württemberg bzw. in den ehemals selbständigen Ländern Baden und Württemberg bis zum Beginn der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts zu einem guten Teil der Reduktion der Säuglingssterblichkeit zu verdanken. Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts war die Sterblichkeit im Säuglingsalter und in der frühen Kindheit so hoch, daß die Lebenserwartung mit Vollendung des ersten Lebensjahres bis zum Beginn des Schulalters deutlich stieg. Mit der drastischen Verringerung der Säuglingssterblichkeit verschwand in den Jahren danach auch der typische "Knick" in der grafischen Darstellung der Lebenserwartung. Dies bedeutet jedoch nicht, daß die Prävention der Säuglingssterblichkeit im Gesundheitswesen heute an Bedeutung verloren hätte. Trotz enormer hygieni-

4.3: Durchschnittliche Lebenserwartung in Baden-Württemberg nach den Sterbetafeln 1852/63 bis 1994/96



* Sterbetafel für Württemberg

** Sterbetafel für Baden

Quelle: Statistisches Landesamt

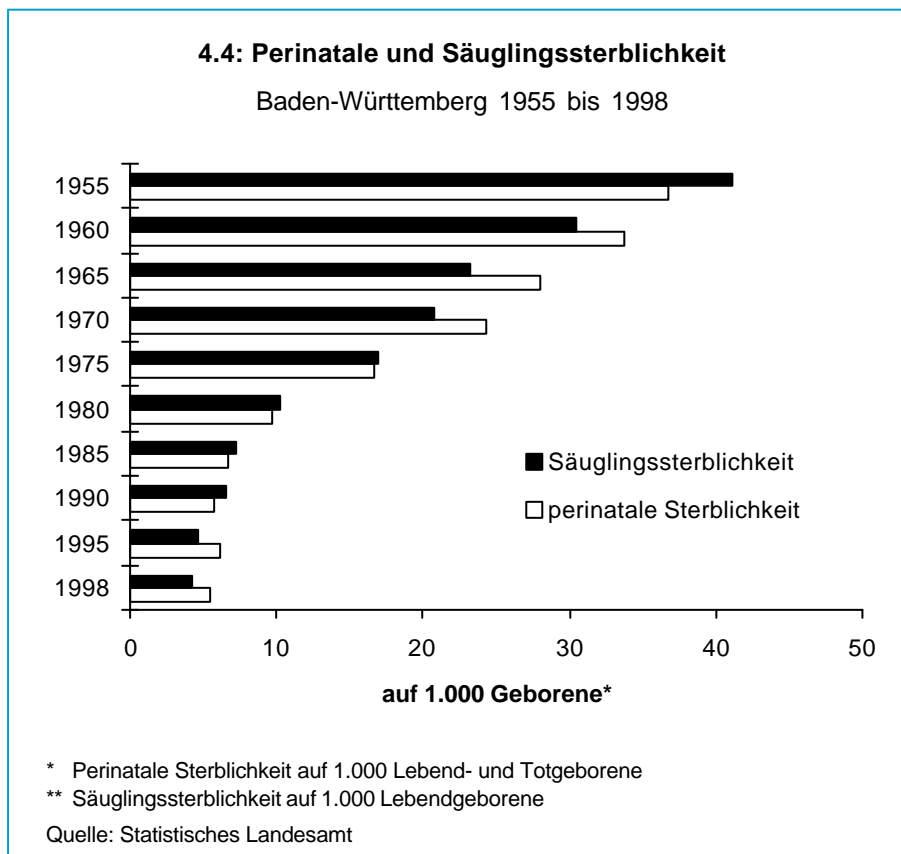
scher Verbesserungen und großer medizinischer Erfolge in den letzten 100 Jahren übersteigt heute noch die mittlere Sterbewahrscheinlichkeit im ersten Lebensjahr die mittlere Sterbewahrscheinlichkeit im Durchschnitt aller folgenden Jahre der restlichen Kindheit (1. bis 14. Lebensjahr) um das 30fache.

Nach wie vor gilt die Säuglingssterblichkeit als wesentlicher Indikator für den Stand und die Qualität eines Gesundheitswesens. Die Säuglingssterblichkeit ist definiert als die Zahl der Kinder, die im ersten Lebensjahr sterben. Sie wird auf je 1.000 Lebendgeborene bezogen. Die perinatale Sterblichkeit umfaßt sowohl die Zahl der Totgeburten als auch die der in den ersten sieben Lebens- tagen Verstorbenen und wird auf 1.000 Entbindungen (Lebend- und Totgeborene) bezogen. Abb. 4.4 stellt die Entwicklung der Säuglings- und perinatalen Sterblichkeit in den Jahren 1955 bis 1998 zusammenfassend dar.

4.2 Säuglingssterblichkeit und ihre wichtigsten Ursachen

Die Zahl der Säuglingssterbefälle in Baden-Württemberg hat seit dem Ende des 2. Weltkrieges kontinuierlich abgenommen. Betrug sie im Jahr 1955 noch 41,1 im 1. Lebensjahr gestorbene Säuglinge auf 1.000 Lebendgeborene, so waren es 15 Jahre später, also 1970, bereits um die Hälfte weniger (20,8 je 1.000 Lebendgeborene). Im Verlauf der darauffolgenden 10 Jahren (bis 1980) erfolgte eine weitere Halbierung der Säuglingssterblichkeit auf 10,3 je 1.000 Lebendgeborene und bis 1992 eine dritte Halbierung (5,1 je 1.000 Lebendgeborene). Bis zum Jahr 1998 ist die Zahl der pro Jahr gestorbenen Säuglinge weiter auf 4,2 je 1.000 Lebendgeborene gesunken.

**Säuglingsterblichkeit
1998 so gering wie
nie zuvor**



Eine ähnliche Entwicklung der Säuglingssterblichkeit ist auch in der Bundesrepublik zu beobachten, wobei Baden-Württemberg stets unter der für das gesamte Bundesgebiet errechneten Ziffer liegt (Bundesrepublik 1998: 5,0 je 1.000 Lebendgeborene).

Anstieg der perinatalen Sterblichkeit Mitte der 90er Jahre erfassungsbedingt

Ebenso wie die Zahl der Säuglingssterbefälle ist die perinatale Sterblichkeit im Laufe der letzten Jahrzehnte deutlich zurückgegangen. 1952 waren 4.872 Kinder totgeboren bzw. in den ersten sieben Lebenstagen verstorben. Das entspricht einer perinatalen Sterblichkeit von 43,9 auf 1.000 Entbindungen. Diese Ziffer halbierte sich bis Ende 1971 und erreichte 1998 mit 468 Totgeburten und Sterbefällen den Betrag von 4,2 und damit ein Zehntel der perinatalen Sterblichkeit von 1952. Ein kurzfristiger Anstieg der Sterbefallzahlen Mitte der 90er Jahre beruht auf einer Änderung des Personenstandsgesetzes im Jahr 1994. Danach sind Totgeburten statt zuvor ab 1.000 g bereits ab einem Gewicht von 500 g in das Sterberegister einzutragen. Im Jahr 1994 wurden durch diese formale Änderung in der Erfassung ein Drittel mehr perinatale Sterbefälle verzeichnet als 1993. Trotz dieser dauerhaften Erweiterung in der Erfassung ist die Gesamtzahl der perinatalen Sterbefälle seither weiter im Sinken begriffen. Wie beim Verlauf der Säuglingssterblichkeit liegt Baden-Württemberg auch bei der perinatalen Sterblichkeit stets unter den Werten für das gesamte Bundesgebiet.

Immer weniger Totgeborene

Während die Häufigkeit von Totgeburten insgesamt deutlich zurückgegangen ist (1972: 8,5 pro 1.000 Entbindungen; 1998: 3,5 pro 1.000 Entbindungen), steigt ihr Anteil an den perinatalen Sterbefällen stetig (1972: 35 %; 1998: 63 %). Dies ist im wesentlichen auf den überproportionalen Rückgang der Sterblichkeit innerhalb der ersten sieben Lebenstagen zurückzuführen.



Die Säuglingssterblichkeit wird unterschieden nach Frühsterblichkeit (Anzahl der Todesfälle innerhalb der ersten sieben Lebenstage auf 1.000 Lebendgeborene), Spätsterblichkeit (Anzahl der Lebendgeborenen, die zwischen dem 8. Lebenstag und vor Vollendung des 1. Lebensmonats versterben, auf 1.000 Lebendgeborene) und Nachsterblichkeit (Todesfälle ab dem 1. Lebensmonat bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres auf 1.000 Lebendgeborene). Abb. 4.6 veranschaulicht die Anzahl der Säuglinge auf 1.000 Lebendgeborene, die innerhalb der ersten sieben Lebenstage gestorben sind (Frühsterblichkeit), unter allen Todesfällen bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres für die Jahre 1980 bis 1998.

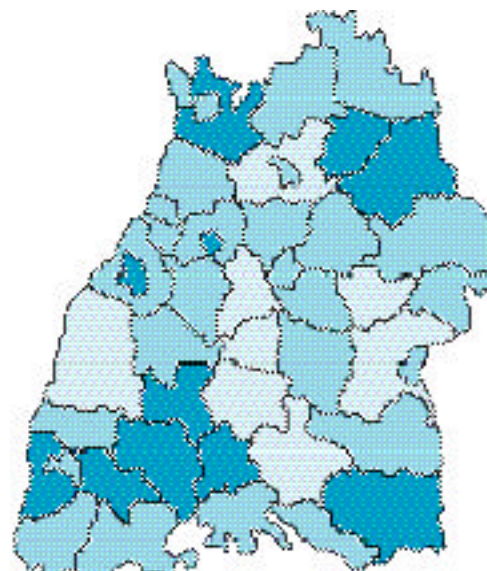
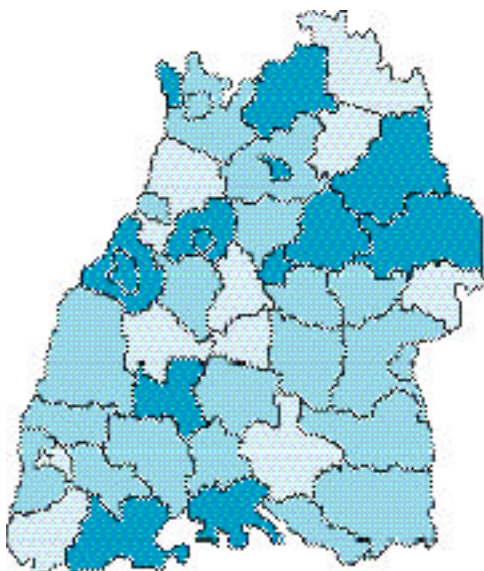
Zwischen 1980 und 1998 konnte sowohl die Frühsterblichkeit als auch Spät- und Nachsterblichkeit um jeweils 59 % reduziert werden. Die Frühsterblichkeit fiel von 4,9 in den ersten sieben Lebenstagen Gestorbenen pro 1.000 Lebendgeborenen im Jahre 1980 auf 2,0 Todesfälle im Jahre 1998. Spät- und Nachsterblichkeit sanken im gleichen Zeitraum von 5,4 auf 2,2 pro 1.000 Lebendgeborenen. Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit (gesamt: von 10,3 auf 4,2 pro 1.000 Lebendgeborene) erfolgte jedoch zeitlich in den beiden Segmenten nicht gleichmäßig. Zwischen 1980 und 1990 fiel vor allem die deutliche Verringerung der Frühsterblichkeit auf, Spät- und Nachsterblichkeit gingen aber im Verlauf der 90er Jahre im gleichen Umfang zurück, so daß der

Die Hälfte der Säuglingssterbefälle ereignet sich in den ersten sieben Lebenstagen

4.6: Perinatale und Säuglingssterblichkeit in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württemberg 1994 bis 1998

Perinatale Sterblichkeit pro 1.000 Lebend- und Totgeborenen

Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Lebendgeborenen



über 6,6 5,5 bis 6,6
 unter 5,5 ohne Angaben

über 5,0 4,0 bis 5,0
 unter 4,0 ohne Angaben

Quelle: Statistisches Landesamt

Anteil beider Segmente an der Säuglingssterblichkeit 1998 wie 1980 in etwa bei 50 % liegt.

Die regionale Verteilung von perinataler und Säuglingssterblichkeit in den Stadt- und Landkreisen zeigt Abb. 4.6. Die Daten wurden aus statistischen Gründen über die Jahre 1994 bis 1998 zusammengefaßt.

Im Zeitraum zwischen 1994 und 1998 lag die perinatale Sterblichkeit im Landesdurchschnitt bei 6,1 pro 1.000 Geburten, die Säuglingssterblichkeit erreichte im Schnitt den Wert von 4,6 gestorbenen Säuglingen auf 1.000 Lebendgeborene. Die Zahlen schwanken relativ stark von Kreis zu Kreis. Säuglingssterblichkeit und perinatale Sterblichkeit sind im regionalen Vergleich zwischen den Kreisen nur mäßig korreliert (Korrelationskoeffizient $r = 0,42$, $p < 0,05$).

- Perinatale Sterblichkeit: Die Kreise mit den geringsten perinatalen Sterblichkeiten sind Sigmaringen (3,7) und Freudenstadt (4,4), die höchsten perinatalen Sterblichkeiten weisen die Kreise Waldshut (8,4) und Rastatt (7,8) auf.
- Säuglingssterblichkeit: Durch besonders niedrige Werte zeichnen sich die Landkreise Tübingen (2,8) und Göppingen (3,5) aus. Die höchsten Säuglingssterblichkeiten waren in den Stadtkreisen Baden-Baden (6,3) und Pforzheim (6,3) zu verzeichnen.

Über die Hälfte der Säuglingssterbefälle betrifft Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 g

Über die Hälfte der verstorbenen Säuglinge hatten zum Zeitpunkt ihrer Geburt ein Gewicht von weniger als 2.500 g. Von 471 im Jahre 1998 verstorbenen Säuglingen wogen 265 (56 %) weniger als 2.500 g, davon waren 132 sogar leichter als 1.000 g. Entsprechend hoch ist die Säuglingssterblichkeit für diese Kinder: Obwohl sie in den vergangenen Jahren erheblich gesenkt werden konnte, muß auf der Basis der Berechnungen für das Jahr 1998 davon ausgegangen werden, daß 257 von 1.000 Lebendgeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger 1.000 g das 1. Lebensjahr nicht vollenden. Welche Fortschritte die Perinatalmedizin gemacht hat, läßt sich daran ermessen, daß nur 4 Jahre zuvor die Säuglingssterblichkeit für diese Kinder noch bei 351 je 1.000 Lebendgeborenen lag. Von 1.000 Lebendgeborenen mit einem Geburtsgewicht zwischen 1.000 und 1.500 g verstarben 1998 etwa 59 Säuglinge. Ihre Sterblichkeit ist zwar bereits deutlich niedriger als diejenige der Lebendgeborenen unter 1.000 g, jedoch im Vergleich zur Sterbehäufigkeit bei Kindern mit einem Geburtsgewicht von 2.500 g und mehr um das 30fache höher. Bemühungen zur weiteren Senkung der perinatalen und Säuglingssterblichkeit sollten daher einen Schwerpunkt bei Säuglingen mit niedrigem Geburtsgewicht setzen.

Frühgeburt: Definition und Problemlage

Als frühgeboren bezeichnet werden Neugeborene, wenn sie vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche geboren werden. Frühgeborene Kinder sind in der Regel untergewichtig, weshalb das eindeutig bestimmbare Geburtsgewicht auch hilfswise zur Klassifizierung genutzt wird. Dabei werden Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 g als Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht (low birth weight infants, LBW) und Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g als Kinder mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (very low birth weight infants, VLBW) bezeichnet. Festzuhalten ist aber, daß niedriges Geburtsgewicht nicht gleichbedeutend ist mit frühgeboren in der

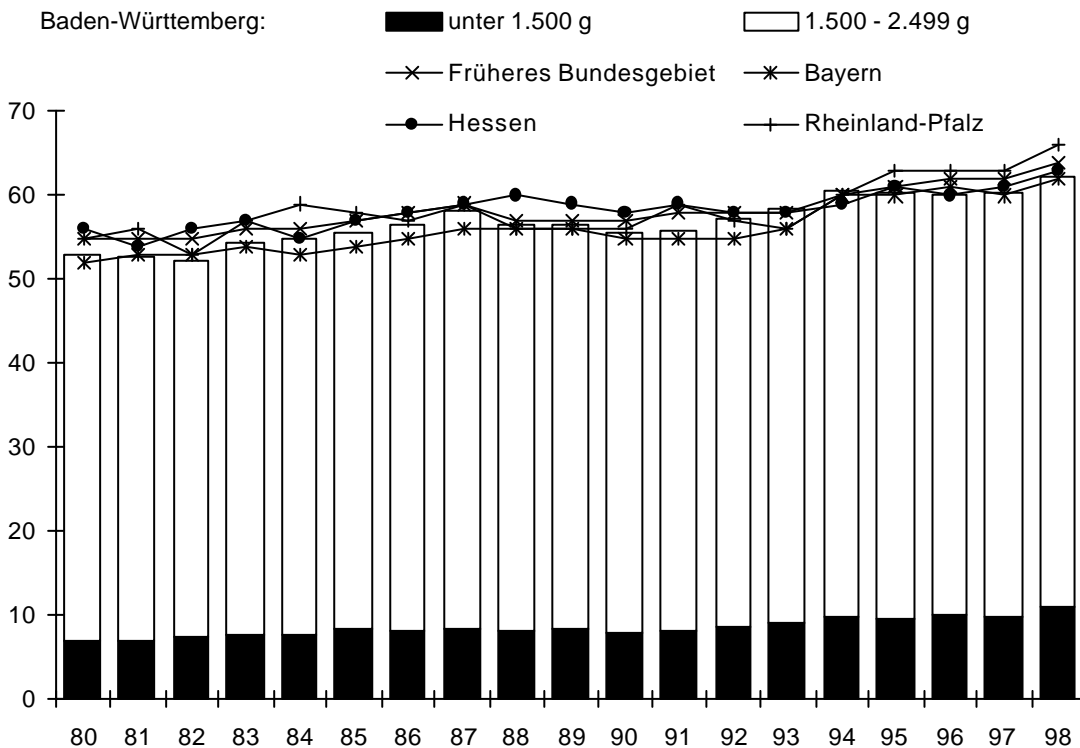
angegebenen Definition. Allerdings tragen auch Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht, die nach Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche geboren werden, ein erhöhtes Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko.

Die meisten der frühgeborenen Kinder sind zum Zeitpunkt der Geburt an sich gesund, aber aufgrund ihrer Unreife nicht in der Lage, ohne intensive Behandlung und Pflege extraterin zu überleben. Dabei besteht aber besonders für sehr unreif und untergewichtig geborene Kinder ein erhebliches Risiko durch Komplikationen in der Perinatal- und frühen Postnatalphase zu versterben oder bleibende und bisweilen schwerwiegende, meist neurologische Folgeprobleme und Behinderungen zu erwerben (s. auch Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, 1994).

Wie Abb. 4.7 zeigt, ist seit 1980 ein nahezu kontinuierlicher Anstieg der Häufigkeit von Lebendgeborenen mit niedrigem bzw. sehr niedrigem Geburtsgewicht zu verzeichnen. Wurden 1980 in Baden-Württemberg 5.284 Kinder mit einem Gewicht von unter 2.500 g geboren, davon wogen 700 weniger als 1.500 g, so lag 1998 bei 6.903 Kindern das Geburtsgewicht unter 2.500 g, bei 1.209 Kindern sogar unter 1.500 g. Die Häufigkeit von Kindern mit niedrigem und sehr niedrigem Geburtsgewicht unter den Lebendgeborenen erhöhte sich zwischen 1980 und 1998 von 53 je 1.000 Lebendgeburten auf 62,2 je 1.000 Lebendgeburten, die Häufigkeit von Kindern mit sehr niedrigem Geburtsgewicht von 7 auf 10,9 je 1.000 Lebendgeborenen.

Immer mehr Kinder mit niedrigem und sehr niedrigem Geburtsgewicht

4.7: Häufigkeit von Lebendgeborenen mit niedrigem und sehr niedrigem Geburtsgewicht in Baden-Württemberg, seinen benachbarten Bundesländern und dem früheren Bundesgebiet 1980 bis 1998



Quelle: Statistisches Landesamt

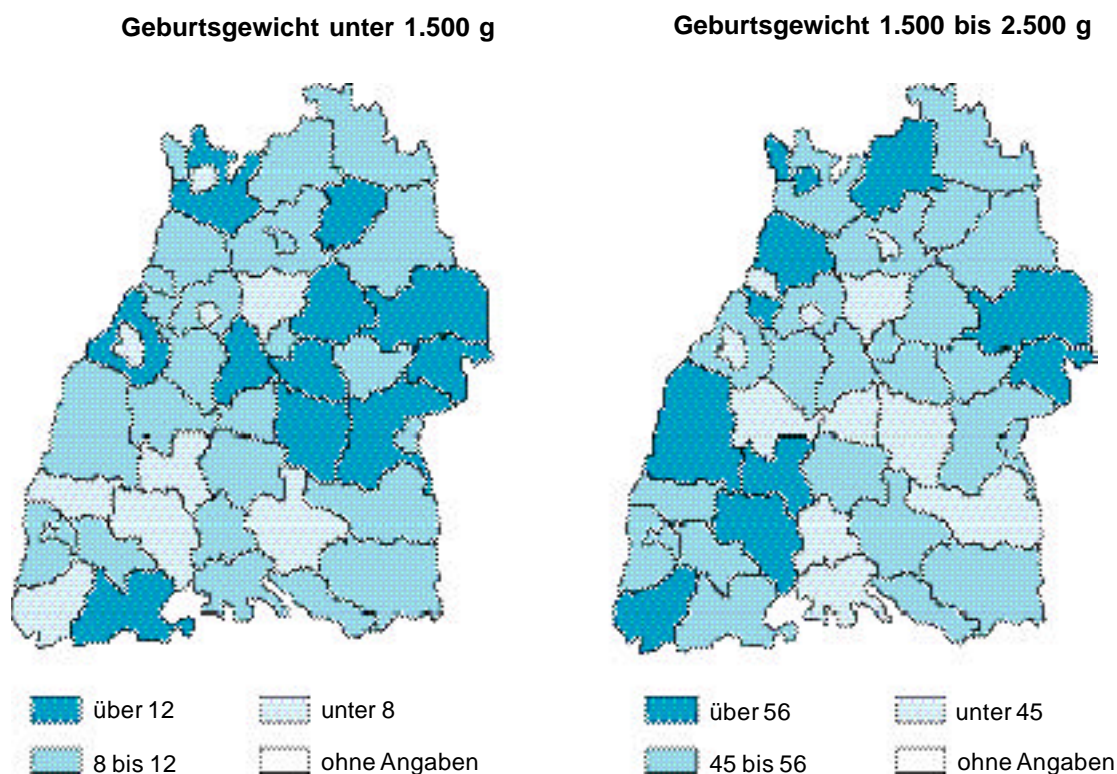
Ähnliche Entwicklung in den benachbarten Bundesländern bzw. dem Bundesgebiet

Im Vergleich zum früheren Bundesgebiet mit einer Häufigkeit von 55,1 je 1.000 Lebendgeborenen im Jahre 1980 und 64,1 je 1.000 Lebendgeborenen 1998 weist Baden-Württemberg etwas günstigere Zahlen auf. Das gilt auch für die benachbarten Bundesländer mit der Ausnahme von Bayern, das in der Regel eine etwas geringere Häufigkeit von Frühgeburten verzeichnet (vgl. Abb. 4.7).

Die Häufigkeit von Frühgeburten ist in den Kreisen Baden-Württembergs nicht einheitlich. Während im Ostalbkreis und im Neckar-Odenwald-Kreis 1998 der Anteil der Frühgeborenen (weniger als 2.500 g Geburtsgewicht) mit 74,2 und 72,6 pro 1.000 Lebendgeborenen am höchsten lag, wurden in Pforzheim und Freudenstadt mit 46,9 und 48,9 Frühgeborenen pro 1.000 Lebendgeborenen die geringsten Frühgeburtenraten beobachtet.

Differenziert man zwischen Frühgeborenen mit niedrigem und sehr niedrigem Geburtsgewicht, stellt sich die regionale Verteilung etwas anders dar. So kamen im Kreis Rottweil und im Neckar-Odenwald-Kreis mit jeweils 61,2 Frühgeborenen pro 1.000 Lebendgeborenen im Verhältnis am meisten und in den Kreisen Freudenstadt und Reutlingen mit 38,6 bzw. 40,1 Frühgeborenen im Verhältnis am wenigsten Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht (1.500 bis 2.500 g) zur Welt. Kinder mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (unter 1.500 g) wurden - bezogen auf 1.000 Lebendgeborene - besonders häufig in Rastatt (17,9) und im Ostalbkreis (16,0) beobachtet. In Emmendingen lag ihr Anteil mit 2,5 pro 1.000 Lebendgeborenen am niedrigsten.

4.8: Frühgeborene je 1.000 Lebendgeborenen in Baden-Württemberg 1998



Quelle: Statistisches Landesamt

Aus früheren Untersuchungen und der Erfahrung von Experten ist anzunehmen, daß einer Frühgeburt zumeist ein multifaktorielles Geschehen vorausgeht. Ein besonders hohes Frühgeburtsrisiko wurde bei Schwangeren unter 18 Jahren, bei alleinstehenden, bei sozio-kulturell entwurzelten Schwangeren, wie z. B. Ausländerinnen und Aussiedlerinnen, sowie bei Frauen in psychosozialen Problemlagen beobachtet. In einer Sonderauswertung des Statistischen Landesamtes und des Landesgesundheitsamtes wurde an insgesamt über 700.000 Geburten in den Jahren 1980 bis 1982 sowie 1990 bis 1994 die Einflußfaktoren Unehelichkeit, Erwerbstätigkeit und Alter bei deutschen Frauen untersucht.

Unehelichkeit spielt bei der Problematik Frühgeburt eine bedeutsame Rolle. Unverheiratete Frauen haben ein um 70 % höheres Risiko, ein Kind unter 1.500 g zur Welt zu bringen, bei Geburtsgewichten zwischen 1.500 und 2.500 g ist das Risiko um 50 % erhöht im Vergleich zu verheirateten Frauen. Korrespondierend dazu ist der Prozentsatz unehelicher Kinder beachtlich angestiegen. In den Jahren 1980 bis 1982 wurden 7,5 % der Kinder unehelich geboren, in den Jahren 1990 bis 1994 waren es bereits 10,8 %.

Das Risiko, ein Kind mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g zur Welt zu bringen, ist bei erwerbstätigen Frauen um 30 % höher im Vergleich zu nicht erwerbstätigen Frauen; ein um 20 % erhöhtes Risiko besteht für Geburtsgewichte zwischen 1.500 und 2.500 g. Dabei ist der Anstieg der Erwerbstätigkeit in den Jahren zwischen 1988 und 1992 um 4 % zu beachten.

Das Alter der Mutter erweist sich als einer der bedeutendsten Risikofaktoren für eine Frühgeburt. Nimmt man die Altersgruppe von 25 bis 29 Jahren als Bezugsgruppe, so ist für die benachbarten Altersgruppen zwischen 20 und 24 Jahren sowie zwischen 30 und 34 Jahren kein höheres Frühgeburtsrisiko festzustellen. Für Mütter in der Altersgruppe von 35 bis 39 Jahren ist das Risiko, ein Kind unter 1.500 g zur Welt zu bringen um 60 % höher als für 25- bis 29jährige. Das Risiko, ein Kind mit einem Geburtsgewicht zwischen 1.500 und 2.500 g zu gebären, ist für Frauen zwischen 35 und 39 Jahren um 20 % erhöht. Anzumerken ist, daß die Zahl der Geburten in dieser Altersgruppe erheblich zugenommen hat. In den Jahren 1980 bis 1982 waren 6,2 % der Mütter zwischen 35 und 39 Jahre alt, 1997 bereits 13,6 % (siehe auch Abschnitt 2. Demografische Basisdaten).

Bei den Variablen Alter der Mutter, Erwerbstätigkeit und Unehelichkeit handelt es sich um Merkmale, die stark von gesellschaftlichen Einflüssen abhängig sind. Frauen streben zunehmend höher qualifizierte Berufe an, dies hat zur Folge, daß sie bei der Geburt ihrer Kinder älter sind als früher. Der Status der Ehe hat in den letzten Jahren ebenfalls nicht mehr das Gewicht früherer Jahre. Dies hat u. a. zur Folge, daß die Unehelichkeit von Kindern gesellschaftlich in viel größerem Maße toleriert wird (s. dazu auch Abschnitt 3.1). Diese gesellschaftlichen Veränderungen sind durch präventive Maßnahmen im gesundheitlichen Bereich nicht aufzuhalten.

Eine Reihe von verhaltensabhängigen und/oder psychosozialen Faktoren können jedoch direkter beeinflusst werden und waren in den vergangenen Jahren Thema von Ansätzen zur Prävention von Frühgeburten. Über diesen Arbeitsschwerpunkt, den sich der ÖGD Baden-Württembergs im Rahmen seiner präventiven Aktivitäten u. a. in der Folge des 1994 erschienenen Berichts zur

Risikofaktoren für eine Frühgeburt

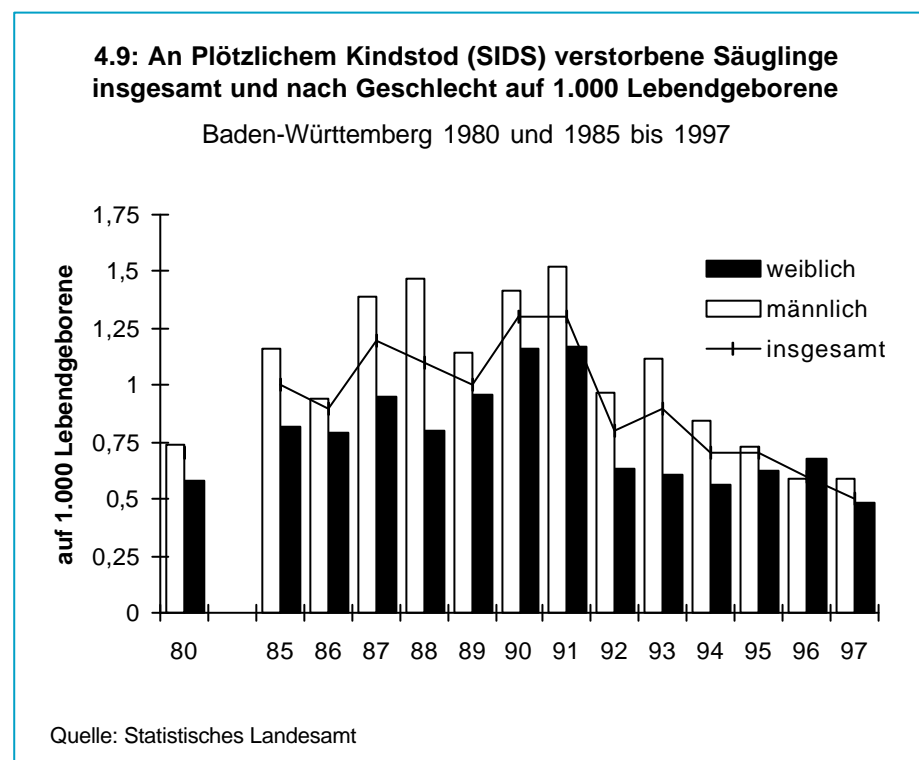
Bei deutschen Frauen sind das Alter der Mutter, der Familienstand und die Erwerbstätigkeit wichtige Einflußfaktoren

Mütter über 35 Jahre haben ein deutlich höheres Frühgeburtsrisiko

gesundheitlichen Lage der Kinder in Baden-Württemberg gesetzt hatte (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, 1994), wird in Abschnitt 5.2 gesondert berichtet.

Der Plötzliche Kindstod - trotz sinkender Zahlen eine bedeutende Todesursache im Säuglingsalter

Die Entwicklung des Plötzlichen Kindstodes in Baden-Württemberg wird an dieser Stelle gesondert dargestellt, weil - im Gegensatz zur Säuglingssterblichkeit insgesamt - der Anteil dieser Todesursache relativ zu den anderen Ursachen bis zu Beginn der 90er Jahre auffallend zugenommen hatte. Präventionsmaßnahmen und die Beobachtung der darauffolgenden Entwicklung waren angezeigt. Seit 1992 wird der Plötzliche Kindstod wieder seltener bei verstorbenen Säuglingen diagnostiziert. Den Verlauf der Zahlen der an Plötzlichem Kindstod verstorbenen Säuglinge, bezogen auf 1.000 Lebendgeborene, für die Jahre 1980 und 1985 bis 1997 zeigt Abb. 4.9. Zwischen 1979 und 1991 war die Zahl von 0,5 auf 1,3 Todesfälle je 1.000 Lebendgeborenen, d. h. um fast das Dreifache angestiegen. 1997 wurde der Stand von 1979 wieder erreicht (0,5 Sterbefälle je 1.000 Lebendgeborene oder 56 Kinder).



Die Diagnose des Plötzlichen Kindstodes (engl.: sudden infant death syndrom, SIDS) ist eine Ausschlußdiagnose. Das bedeutet, sie wird dann gestellt, wenn alle diagnostischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind und keine ausreichende Erklärung für den plötzlichen Tod gegeben werden kann.

Das Spektrum der möglichen Faktoren und Erklärungen für die Häufigkeitsveränderungen in der Diagnose des Plötzlichen Kindstodes ist groß und reicht von verändertem diagnostischem Verhalten bis hin zu neuen oder zusätzli-

chen Belastungen durch die Umwelt. Eine gesicherte Erklärung liegt bis heute nicht vor. Als sicher gilt lediglich, daß es sich beim SIDS um ein multifaktorielles und polyätiologisches Geschehen handelt.

Aufgrund der vorliegenden Zahlen ist für Baden-Württemberg belegt, daß das Risiko des Plötzlichen Kindstodes im dritten Lebensmonat am höchsten ist. Für Jungen galt das Risiko als um 20 bis 80 % größer als für Mädchen (Pristl, 1993). Dieser geschlechtsspezifische Unterschied hat sich in den letzten Jahren verringert. Im Jahr 1996 lag der Anteil der weiblichen Säuglinge an den SIDS-Opfern sogar über dem der männlichen Säuglinge (s. auch Abb. 4.9).

Risiko des Plötzlichen Kindstods im dritten Lebensmonat am höchsten

Sonderauswertungen des Statistischen Landesamtes ergaben, daß das Sterberisiko bei Kindern von Müttern, die jünger als 25 Jahre sind, höher ist als bei Kindern älterer Mütter. Erhöht ist es auch bei nichtehelich geborenen Kindern. Auch Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Literatur zum Plötzlichen Kindstod ergaben Zusammenhänge mit sozioökonomischen Faktoren sowie mit der Schlafposition. Diese Zusammenhänge beschreiben allerdings lediglich die äußeren Umstände des Todes. Vermutet wird die Existenz von Auslösemechanismen für das Aussetzen der Atmung, von denen die Unreife der Atemsteuerung im ersten Lebensjahr möglicherweise der wichtigste ist (Wemmer & Isenberg, 1994). Neben der Beeinträchtigung der Atmung werden Regulationsstörungen von Herzrhythmus, Blutdruck, Körpertemperatur, Weckreaktion etc. als potentiell verantwortlich für die Genese des SIDS betrachtet.

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg hat 1993 in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft zur Erforschung des Plötzlichen Säuglingstodes Baden-Württemberg e. V. (GEPS) auf der Basis des bisherigen Kenntnisstands ein Faltblatt mit Empfehlungen zur Betreuung von Säuglingen veröffentlicht, die dazu beitragen sollen, das Risiko für den Plötzlichen Kindstod zu senken. Sie raten den Eltern, das Baby - sofern möglich - zu stillen, auf eine rauchfreie Umgebung während der Schwangerschaft und im 1. Lebensjahr zu achten, eine Überwärmung oder einen Wärmestau beim Säugling zu vermeiden sowie das Kind zum Schlafen auf den Rücken oder die Seite zu legen. Die Empfehlung, die Bauchlage als Schlafposition zu vermeiden, wurde durch eine Reihe von Studien untermauert, in denen SIDS bei Säuglingen, die in Bauchlage schliefen, ca. 5mal so häufig auftrat, wie in anderen Schlafpositionen. Nach Einschätzung der GEPS ist der Rückgang der SIDS-Fälle in den letzten Jahren im erheblichen Maße auf den Interventionseffekt bei der Schlafposition zurückzuführen. Auch die Zunahme der Stillbereitschaft wurde positiv bewertet. Das Rauchverhalten während Schwangerschaft und Stillzeit konnte, nach Daten aus einer westfälischen Studie durch die öffentlichen Empfehlungen nicht beeinflusst werden.

“Mit-Rauchen” sowohl im Mutterleib als auch im ersten Lebensjahr zählt zu den wichtigsten Risikofaktoren für den Plötzlichen Kindstod. Proportional zur Zahl der Raucher in den Wohnräumen und zur Zahl der täglich konsumierten Zigaretten steigt die beobachtete Wahrscheinlichkeit, ein Kind durch den Plötzlichen Kindstod zu verlieren. Das Rauchverhalten der Eltern nach der Geburt hat einen additiven Effekt, wenn die Mütter bereits in der Schwangerschaft geraucht haben. Auch der Nikotinabusus des Vaters steht im Verdacht, unabhängig von der direkten Rauchbelastung des Kindes, ein SIDS-Risikofaktor zu sein. Insgesamt sind nach Ansicht britischer Wissenschaftler mehr als 60 %

Nikotin-Exposition erhöht das SIDS-Risiko drastisch

der Fälle von Plötzlichem Kindstod dem Rauchen zuzuschreiben. Folglich ließe sich die SIDS-Inzidenz um nahezu zwei Drittel senken, wenn Kinder in "rauchfreien Zonen" aufwachsen dürften (Ärzte Zeitung, 4./5.10.1996).

Hilfe und Unterstützung für betroffene Familien

Die Gesellschaft zur Erforschung des Plötzlichen Säuglingstodes e. V. hat in Zusammenarbeit mit dem niedersächsischen Sozialministerium eine Broschüre herausgegeben, die Informationen und Empfehlungen für Haus- und Kinderärzte enthält, die mit dem Plötzlichen Säuglingstod und mit dem Leid der betroffenen Familien konfrontiert sind und als erste Ansprechpartner in der Akutsituation zahlreiche Fragen zu beantworten haben. Neben dem behandelnden Haus- oder Kinderarzt stehen den Betroffenen verschiedene Beratungsstellen und Selbsthilfeorganisationen, die im ausführlichen Adressenteil der Broschüre aufgeführt sind, bei der Bewältigung des Verlustes zur Seite.

4.3 Die wichtigsten Todesursachen im Kindesalter

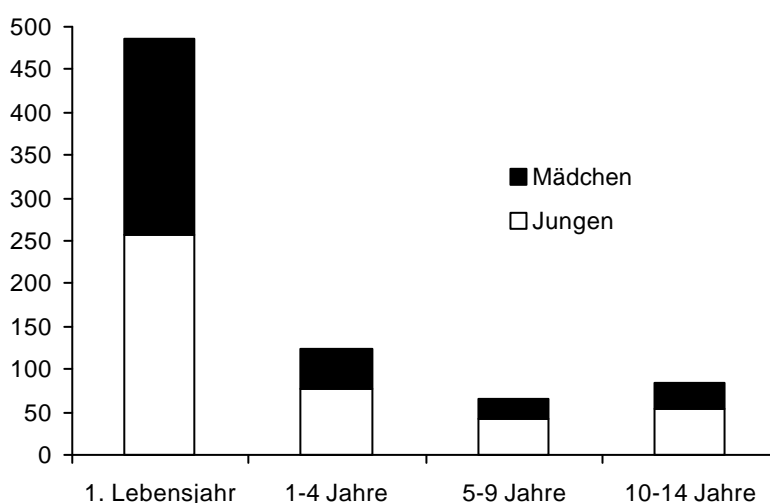
Sterblichkeit im Kindesalter um mehr als ein Drittel gesunken

Im Jahr 1997 starben 758 Kinder im Alter bis unter 15 Jahren. Bezogen auf die Zahl der 1997 lebenden Kinder entspricht dies 43 Sterbefällen auf 100.000 Kinder. Noch im Jahr 1990 wurden 69 Sterbefälle auf 100.000 Kinder gezählt. Somit ist die Sterblichkeit im Kindesalter innerhalb von 8 Jahren um 37 % zurückgegangen. Dieser Rückgang ist zum überwiegenden Teil auf die Halbierung der Säuglingssterblichkeit im gleichen Zeitraum zurückzuführen. Der Anteil der Jungen an den Verstorbenen ist mit 56,6 % (429 Sterbefälle) höher als ihr Anteil an den lebenden Kindern, der 1997 51,3 % betrug. Abb. 4.10 dient der Übersicht über den Umfang der Sterblichkeit in den unterschiedlichen Altersgruppen.

Betrachtet man die 758 Sterbefälle nach den häufigsten Todesursachen, aufgliedert nach dem Geschlecht, erhält man ein differenzierteres Bild. Dabei

4.10: Todesfälle im Kindesalter nach Altersgruppen und Geschlecht

Baden-Württemberg 1997



Quelle: Statistisches Landesamt

ist es sinnvoll, die häufigsten Todesursachen im ersten Lebensjahr, also der Säuglingssterblichkeit, von den Todesursachen der sich anschließenden Altersgruppe bis unter 15 Jahre getrennt darzustellen.

Bei den Todesursachen der 485 Sterbefälle während des ersten Lebensjahres kommen - unabhängig vom Geschlecht - die Diagnosen "Kongenitale Anomalien" (ICD 740-759; 39,8 %), "Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben" (ICD 760-779; 33,8 %) und "Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen" (ICD 780-799; 13,8 %) am häufigsten vor. Bei der Diagnose "Kongenitale Anomalien" bilden Todesfälle aufgrund von Herzanomalien (41,5 %) einen Schwerpunkt. Zu den "Bestimmten Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit" tragen vor allem extreme Unreife des Neugeborenen (37 %) und eine verkürzte Schwangerschaftsdauer plus nicht näher definiertes Untergewicht des Neugeborenen (40 %) bei. Zur Diagnosegruppe "Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen" zählt auch die Diagnose des plötzlichen Kindstodes (ICD 798.0). Diese Diagnose macht 92,5 % der Fälle in der Diagnosegruppe ICD 780-799 aus (siehe auch Kap. 4.2, Abschnitt Plötzlicher Kindstod). Im Vergleich zur Situation im Jahr 1990 hat sich der Anteil der Diagnosegruppe ICD 780-799 an allen Todesfällen im Säuglingsalter deutlich verringert (1990: 21,7 % vs. 1998: 13,8 %). Die Aufteilung aller Diagnosen nach dem Geschlecht ergibt keine wesentlichen Unterschiede.

Obwohl "Kongenitale Anomalien" mit einem Anteil von nahezu 40 % die führende Todesursachengruppe im Säuglingsalter darstellen und als Hauptgrund physischer und mentaler Beeinträchtigung häufige Ursache für chronische Krankheit und Langzeitbehandlung im Kindesalter sind, werden sie bisher in Deutschland nur lückenhaft und keinesfalls dem internationalen Standard entsprechend epidemiologisch erfaßt. Der Gesetzgeber hatte mit der Einführung einer Meldepflicht für in den ersten drei Lebenstagen erkennbare Fehlbildungen im Rahmen des "Gesetzes über die Statistik der Bevölkerungsbewegung und die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes" die prinzipielle Notwendigkeit zur Erfassung von Fehlbildungen erkannt. Vorsichtige Schätzungen gehen jedoch davon aus, daß maximal 30 % aller Fehlbildungen offiziell erfaßt wurden, da die erwartete Häufigkeit von 4 bis 5 kongenitalen Anomalien auf 1.000 Lebendgeborene nie erreicht wurde (Brand et al., 1998). Die Meldepflicht besteht seit dem 1.1.1997 nicht mehr.

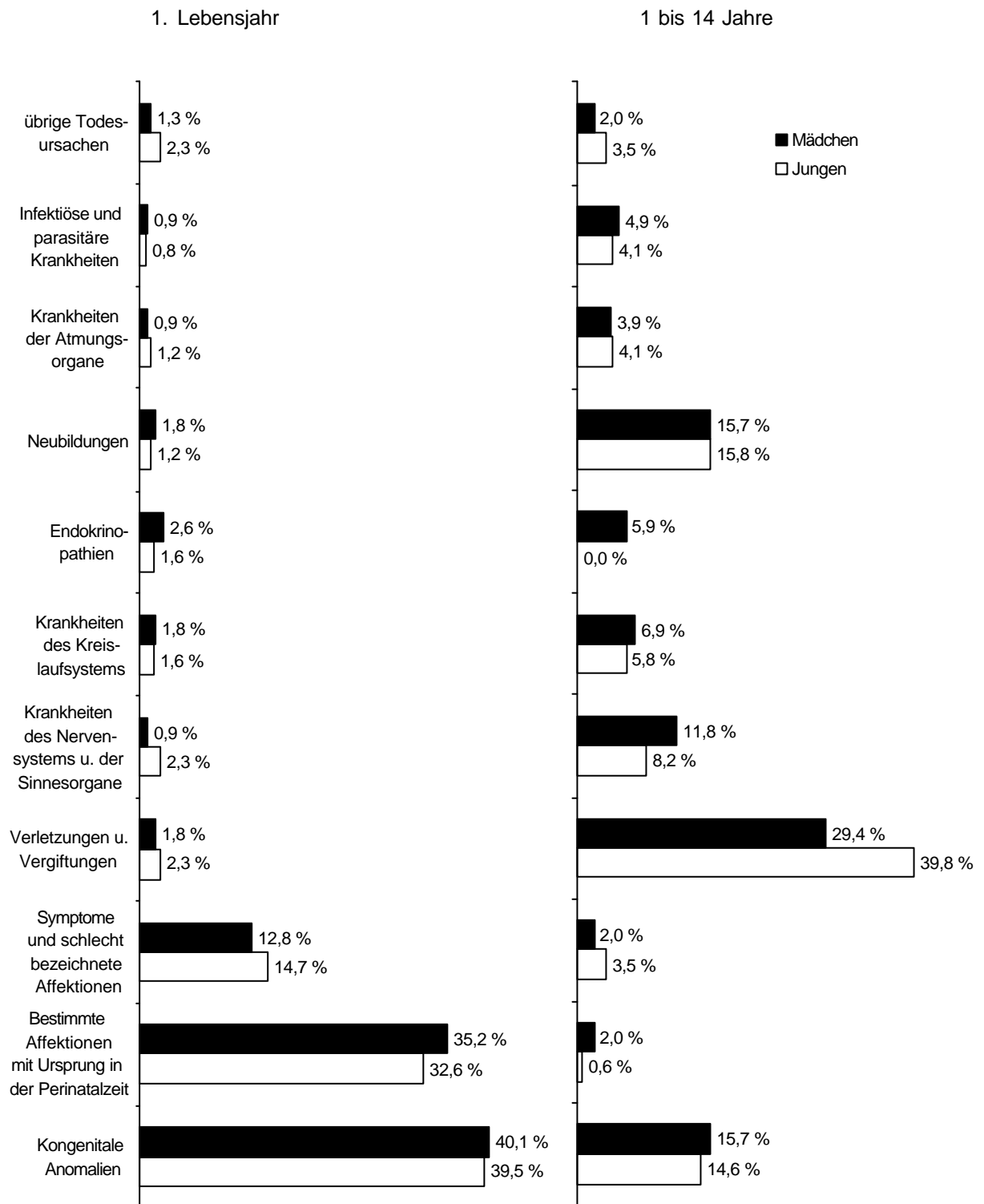
Eine systematische Erfassung von Fehlbildungen wurde in Deutschland seit 1980 in Magdeburg mit dem "Monitoring-Zentrum zur Erfassung der Häufigkeit von Fehlbildungen und Anomalien, Sachsen-Anhalt" und seit 1990 in Mainz im Rahmen des sogenannten "Mainzer Modells" praktiziert. Beide Verfahren sind mit einem erheblichen personellen und finanziellen Aufwand verbunden; eine bundesweite, flächendeckende Ausweitung erscheint nicht leistbar. Unter der Leitung der Hamburger Gesundheitsbehörde wurde daher von den Gesundheitsbehörden der Bundesländer Mitte der 90er Jahre ein Modell zur flächendeckenden Dokumentation angeborener Fehlbildungen entwickelt, das sich auf die Nutzung der bereits flächendeckend in den Bundesländern etablierten Struktur der Perinatalerhebung stützt (zur Perinatalerhebung s. Kap. 5.2, Schwangerenvorsorge). Dieses Modell wurde im Rahmen einer Pilotstudie in der Region Westfalen-Lippe im Zeitraum von Juli 1997 bis Juni 1998 erprobt (Brand et al., 1998). Vielversprechend und innovativ ist dieser Verfahrensvorschlag insofern, als er Prozeßdaten aus der Krankenversorgung gleichzeitig für die Qualitätssicherung und für ein "Surveillance"-System nutzt.

**Muster der
Todesursachen im
Säuglingsalter nicht
geschlechtsspezifisch**

**Fehlbildungen als
führende Todes-
ursachengruppe im
Säuglingsalter
ungenügend erfaßt**

4.11: Gestorbene Kinder nach Todesursachen und Geschlecht

Baden-Württemberg 1997



Quelle: Statistisches Landesamt

Bei der Gruppe der Kinder im Alter von einem bis unter 15 Jahren sind durchaus geschlechtsspezifische Unterschiede in den Todesursachen zu erkennen: Zwar stellen sowohl bei Jungen wie auch bei Mädchen Verletzungen und Vergiftungen (ICD E800-E999) die häufigste Todesursache in dieser Altersgruppe dar, jedoch sind bei den Jungen knapp 40 % aller Todesfälle auf diese Ursache zurückzuführen (39,8 %), bei den Mädchen hingegen “nur” knapp 30 % (29,4 %) (s. Abb. 4.11, vgl. auch Kapitel 4.4 “Verletzungen und Vergiftungen”). Im Vergleich zum Beginn der 90er Jahre, als nahezu jeder zweite Sterbefall bei den Jungen (1990: 48,3 %) Folge von Verletzungen oder Vergiftungen war, ist der Tod als Folge von Unfall oder Gewalteinwirkung bei den Jungen anteilmäßig zurückgegangen, bei den Mädchen ist er konstant geblieben (1990: 28,9 %). In der Altersgruppe zwischen einem und 5 Jahren spielt der Tod durch Ertrinken eine nicht unbedeutende Rolle. Ein Viertel aller Sterbefälle dieser Altersstufe, bei den Jungen sogar ein Drittel ist auf Tod durch Ertrinken zurückzuführen. Im Alter zwischen 10 und 14 Jahren sind nicht selten Selbstmord und Selbstbeschädigung Todesursache (24 % der Todesfälle infolge Verletzungen und Vergiftungen). Jungen (2/3) sind stärker gefährdet als Mädchen (1/3). An den Folgen von Endokrinopathien sind 1997 im Alter zwischen 1 und 14 Jahren ausschließlich Mädchen gestorben.

Verletzungen und Vergiftungen sind die häufigste Todesursache bei Kindern zwischen 1 und 14 Jahren

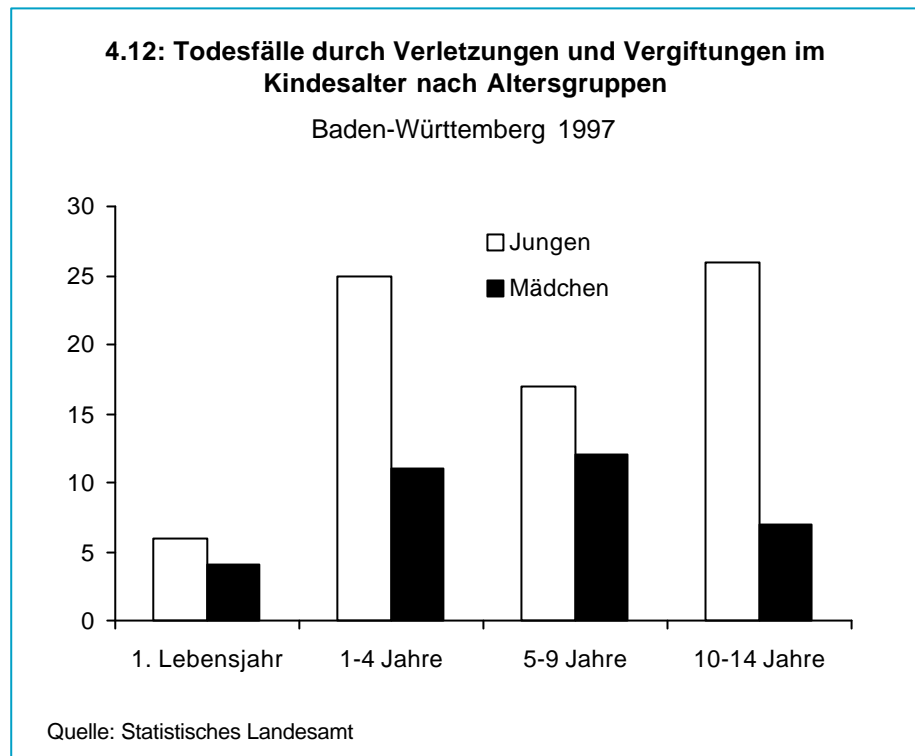
Seit Beginn der 90er Jahre haben 2 Diagnosegruppen im Kindesalter an Bedeutung gewonnen: Dies sind zum einen Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD 390-459), die bei Kindern zwischen einem und 14 Jahren 6,2 % der Sterbefälle verursachen, zum anderen die Gruppe der “Infektiösen und parasitären Erkrankungen” (ICD 001-139), die in der gleichen Altersgruppe (fast ausschließlich über Meningokokkeninfektion und Sepsis) Ursache von 4,4 % aller Sterbefälle sind.

4.4 Verletzungen und Vergiftungen

Verletzungen und Vergiftungen sind die häufigsten Todesursachen bei Kindern im Alter von einem bis 14 Jahren. Daher wurde der Prävention von Kinderunfällen in der Folge des 1. Berichts “Zur gesundheitlichen Lage der Kinder in Baden-Württemberg” Priorität zugewiesen (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, 1994). Daraufhin haben unter anderem die Gesundheitsämter die lokale Situation analysiert und Maßnahmen zur Prävention von Kinderunfällen eingeleitet. Als Beispiele sind der Gesundheitsbericht des Ortenaukreises zu Kinderverkehrsunfällen, die Befragung anlässlich der Einschulungsuntersuchung zu Unfällen im Kleinkindesalter im Kreis Biberach sowie die vom Gesundheitsamt Emmendingen in Zusammenarbeit mit der Universitätskinderklinik Freiburg entwickelten Materialien für die Unfallprävention zu nennen.

1997 sind in Baden-Württemberg insgesamt 108 Kinder an den Folgen von Unfällen, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen verstorben (ICD E800-E999). Mit 74 Todesfällen waren Jungen in mehr als zwei Drittel dieser Sterbefälle betroffen, 46 Sterbefälle oder 42,6 % waren vor Vollendung des 5. Lebensjahres zu verzeichnen (vgl. auch Abb. 4.12).

Alle 10 Todesfälle im 1. Lebensjahr aus dieser Ursachengruppe waren auf Unfälle zurückzuführen: Die Hälfte der Verstorbenen sind erstickt, 3 Säuglinge kamen durch Stürze zu Tode und 2 waren Opfer von Kfz-Unfällen im Verkehr.



Kfz-Unfälle nach Vollendung des 1. Lebensjahrs bedeutendste Ursachengruppe

Von den insgesamt 36 im Alter zwischen einem und 4 Jahren an Verletzungen und Vergiftungen verstorbenen Kindern waren 35 an den Folgen eines Unfalls verstorben, ein Todesfall war auf Gewaltanwendung zurückzuführen. 12 Kinder starben nach Kfz-Unfällen im Verkehr, 9 Kinder ertranken, 5 Kinder erstickten, 4 Kinder verbrannten und 2 Kinder erlitten Sturzunfälle. Andere Todesursachen aus der Gruppe der Unfälle traten nur vereinzelt auf.

Bei den 5- bis 9jährigen sind 25 von 29 Todesfällen nach Verletzungen und Vergiftungen auf ein Unfallgeschehen zurückzuführen, darunter bilden die Kfz-Unfälle im Verkehr einen Schwerpunkt mit 11 Verstorbenen. 3 Kinder dieser Altersgruppe starben nach Gewaltanwendung und 1 Kind beging Suizid.

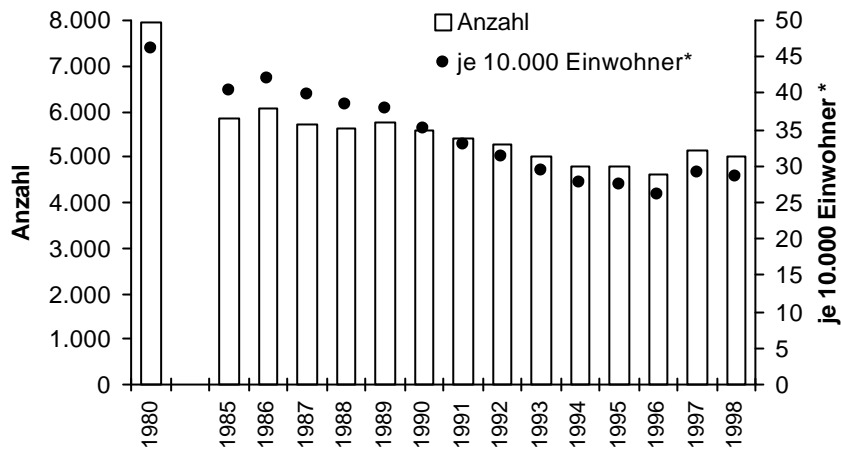
Von den 33 im Alter von 10 bis 14 Jahren an Verletzungen und Vergiftungen verstorbenen Kindern sind 23 nach Unfällen gestorben, 7 haben Selbstmord begangen und 2 sind Opfer von Gewaltanwendungen geworden. Unter den 23 Unfallopfern sind 12 auf Kfz-Unfälle im Verkehr zurückzuführen, andere Todesursachen aus dem Unfallgeschehen traten nur in Einzelfällen auf.

Straßenverkehrsunfälle stellen bei Kindern nach Vollendung des 1. Lebensjahres eine der bedeutendsten Unfallursachen dar. Die Straßenverkehrsunfallstatistik erlaubt einen Überblick über diejenigen Verkehrsunfälle, zu denen die Polizei hinzugezogen wurde. Danach verunglückten 1998 5.027 Kinder unter 15 Jahren im Straßenverkehr, bei 34 verunglückten Kindern verlief der Unfall tödlich. Auf die Bevölkerung bezogen heißt das, daß 28,6 von 10.000 Kindern Opfer eines Straßenverkehrsunfalls geworden sind.

Anzahl der im Straßenverkehr verunglückten Kinder 1997 deutlich gestiegen

Wie Abb. 4.13 zeigt, konnte seit 1980 sowohl die absolute Anzahl als auch die relative Häufigkeit verunglückter Kinder deutlich reduziert werden. Waren 1980 noch 7.957 Kinder oder 46,2 von 10.000 Einwohnern derselben Alters-

4.13: Bei Straßenverkehrsunfällen in Baden-Württemberg 1980 und 1985 bis 1998 verunglückte Kinder unter 15 Jahren

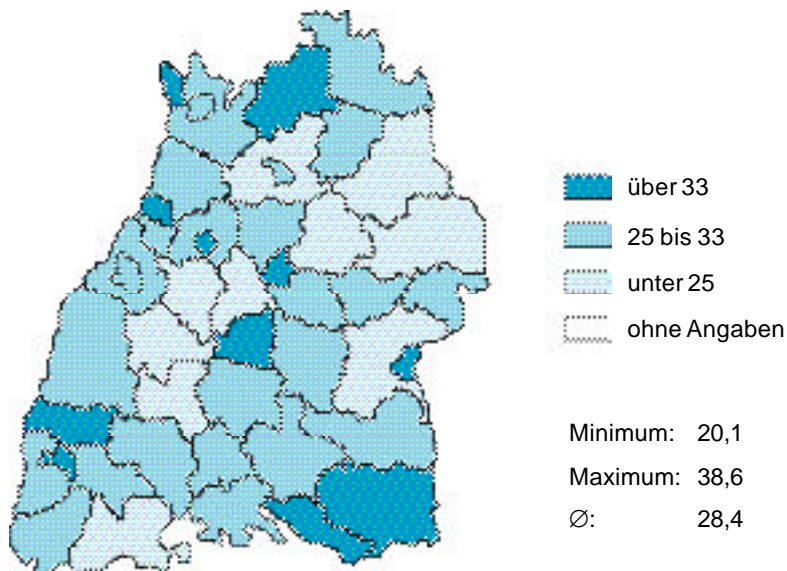


* je 10.000 Einwohner derselben Altersgruppe

Quelle: Statistisches Landesamt

4.14: Im Straßenverkehr verletzte Kinder unter 15 Jahren je 10.000 Einwohner derselben Altersgruppe in den Stadt- und Landkreisen

Baden-Württemberg 1998



Quelle: Statistisches Landesamt

gruppe von einem Straßenverkehrsunfall betroffen, sanken die Zahlen bis 1996 auf 4.604 oder 26,2 von 10.000 Kindern. Allerdings muß auch darauf hingewiesen werden, daß 1997 die Unfallzahlen erstmals wieder angestiegen sind, und zwar um über 500 Kinder auf 5.126 oder 29,2 je 10.000 Einwohner unter 15 Jahren. 1998 war ein leichter Rückgang auf 5.027 betroffene Kinder zu verzeichnen, was einer Häufigkeit von 28,6 je 10.000 Kindern entspricht.

Straßenverkehrs- unfälle in Städten besonders häufig

Regional bestehen in der Häufigkeit von Straßenverkehrsunfällen große Unterschiede. Wie Abb. 4.14 zeigt, zeichnen sich vorzugsweise Stadtkreise durch eine hohe Unfallhäufigkeit aus. Hier sind die Städte Mannheim mit 37,5, Karlsruhe mit 37,0 und Pforzheim mit 35,9 verletzten Kindern auf 10.000 Einwohner dieser Altersgruppe zu nennen. An der Spitze steht allerdings der Bodensee-Kreis mit 38,6 Verletzten auf 10.000 Kinder unter 15 Jahren. Niedrigere Werte sind dagegen lediglich in Landkreisen anzutreffen, die vorzugsweise ländlich strukturiert sind. Der Alb-Donau-Kreis hatte 1998 die geringste Unfallhäufigkeit mit 20,1 verletzten Kindern auf 10.000 Einwohner unter 15 Jahren, gefolgt von den Landkreisen Freudenstadt mit 20,3 und Schwäbisch Hall mit 22,2 verletzten Kindern.

Für die weitere Interpretation dieser Daten ist außer den ortsspezifischen Gegebenheiten zu berücksichtigen, daß in den Ballungsgebieten von höheren Verkehrsdichten auszugehen ist, dagegen die geringeren Verkehrsdichten in den eher ländlich strukturierten Gebieten zu weniger restriktiven Verkehrsregelungen einerseits und zu höheren Fahrgeschwindigkeiten andererseits führen. Sie lassen bei Unfällen dann deutlich schwerere Folgen erwarten.

Häufigkeit von Unfällen in Haus und Freizeit ungenügend erfaßt

Unfälle und Verletzungen mit tödlichem Ausgang, Straßenverkehrsunfälle, zu denen die Polizei hinzugezogen wurde, und Unfälle in Schulen, Kindergärten und anderen Kinderbetreuungseinrichtungen werden in der Regel sehr gut erfaßt und ausgewertet. Weniger fundierte Informationen liegen für Unfälle vor, die sich zu Hause oder während der Freizeit ereignen, und zwar insbesondere dann, wenn in der Folge keine Krankenhausbehandlung notwendig wurde. In Baden-Württemberg hat dazu beispielsweise das Gesundheitsamt Biberach 1999 anlässlich der Einschulungsuntersuchung eine Elternbefragung zur Häufigkeit und Art von Unfällen im Vorschulalter durchgeführt (Nicolai, 2000). Die wichtigsten Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Knapp 1 Drittel der Kinder erleidet bis zum Schuleintritt mindestens 1 Unfall, der ärztlicher Behandlung bedarf

Von 2.493 untersuchten Schulanfängern hatten 1.638 Kinder oder 67,2 % bis zum Zeitpunkt der Schulanfängeruntersuchung keinen Unfall erlitten, der eine ärztliche Behandlung (ambulant oder stationär) erforderlich gemacht hätte. Bei 855 Kindern berichteten die Eltern von mindestens einem Unfall mit ärztlicher Behandlung in der Vergangenheit, davon hatten einige wenige Kinder sogar mehrere schwere Unfälle erlitten.

Ein Altersschwerpunkt für das Unfallgeschehen allgemein ließ sich nicht feststellen. Für das 1. Lebensjahr wurden für Mädchen etwas mehr Unfälle berichtet, im 2. und 3. Lebensjahr verunglückten Jungen und Mädchen etwa gleich häufig, mit Beginn des 4. Lebensjahres überwiegen eindeutig die Buben im Unfallgeschehen. Unfälle während der ersten 3 Lebensjahre ereigneten sich erwartungsgemäß am häufigsten in der Wohnung. Als Unfallorte sind insbesondere das Wohn-/Eßzimmer, der Bereich Treppe/Flur sowie an 3. Stelle die Küche zu nennen. Mit Beginn des Kindergartenalters (4. Lebensjahr) gewinnen Unfallorte außerhalb der Wohnung, hierunter besonders die Straße, an Bedeutung.

Als häufigste Einzelfolge von Unfällen wurden Schnittverletzungen genannt. Hier wurden insgesamt 248 Fälle¹ von den Eltern berichtet. Knochenbrüche bilden die zweithäufigste Gruppe von behandlungsbedürftigen Unfallfolgen. Sie treten mit zunehmendem Alter häufiger auf. Zusätzlich ist bei Jungen ein Schwerpunkt zu beobachten. Die Eltern erinnerten sich an insgesamt 176 Knochenbrüche¹ ihrer Kinder. Eine weitere bedeutende Folge von Unfällen stellen die Gehirnerschütterungen mit insgesamt 110 Fällen¹ dar. Andere Unfallfolgen (z. B. Platzwunden, ausgeschlagene Zähne) kommen seltener vor, bilden aber unter dem Sammelbegriff "andere Verletzungen" mit insgesamt 299 Fällen¹ die zahlenmäßig bedeutendste Gruppe.

Unfälle stellen heutzutage eine bedeutsame und ständige Bedrohung und Gefährdung für die Gesundheit von Kindern dar. Bemühungen zur Prävention von Kinderunfällen kommt daher aus kindergesundheitspolitischer Sicht nach wie vor eine besondere Bedeutung zu. Dazu zählt neben der Fortführung und Vertiefung der bisherigen Maßnahmen zur Unfallprophylaxe auch die verbesserte Erfassung und Analyse des Unfallgeschehens.

Anstrengungen zur Prävention von Kinderunfällen weiterhin wichtig

4.5 Zur psychischen Entwicklung von Kindern

Die Medien haben in der Vergangenheit immer wieder über wachsende Drogenprobleme, zunehmende Gewalttätigkeiten und ähnliche besorgniserregende Tendenzen unter Kindern und Jugendlichen berichtet. Meist handelt es sich um spektakuläre Einzelfälle, die keine Aussagen über die breite Mehrheit erlauben. Gleichzeitig hat die Diskussion der Ergebnisse des Berichts "Zur gesundheitlichen Lage der Kinder in Baden-Württemberg" (1994) gezeigt, daß zur Entwicklung konzeptionell neuer und angemessener Strategien insbesondere der pädagogischen Unterstützung, der Gesundheitsförderung und Prävention ein Mangel an Daten und Erkenntnissen hinsichtlich gesundheitsfördernden und -riskanten Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen festzustellen ist (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, 1994).

Das Landesgesundheitsamt hat daher im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg 1995/96 eine repräsentative Untersuchung über Persönlichkeitsmerkmale von Kindern in der 5. bis 8. Klasse an Haupt- und Realschulen sowie an Gymnasien durchgeführt². Die Angaben von 4.677 Kindern konnten ausgewertet werden.

Im Sinne eines umfassenden Gesundheitsbegriffes, wie ihn die WHO bereits 1948 definiert hat, ist nicht nur die körperliche Verfassung von Interesse, sondern auch das seelische und soziale Wohlbefinden eines Menschen. Gesundheit kann also nicht länger lediglich als Abwesenheit von Krankheit definiert werden. Die 1986 auf der ersten Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa verabschiedete, danach benannte "Ottawa-Charta" bildet heute die Grund-

Gesundheitlich relevantes Verhalten und Persönlichkeit hängen eng zusammen

¹ In dieser Zahl sind auch die Kinder enthalten, die mehrere Unfälle mit dieser Verletzungsfolge hatten.

² Als weitere Untersuchung innerhalb dieses Themenbereichs ist die Elternbefragung zu Verhaltensauffälligkeiten anzuführen, die das Gesundheitsamt des Rhein-Neckar-Kreises in Zusammenarbeit mit der Universität Heidelberg, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 1996 durchgeführt hat.

lage für alle Programme zur Gesundheitsförderung. In dieser Charta ist festgelegt, daß die Entwicklung von Persönlichkeit zu unterstützen ist, um dadurch dem Menschen mehr Einflußmöglichkeiten auf seine Gesundheit zu eröffnen. Diese Zielsetzung wurde 1991 von der Gesundheitsministerkonferenz anerkannt.

Persönlichkeit äußert sich in verschiedenen Bereichen, nämlich im manifesten Verhalten einerseits und dem inneren Erleben andererseits. Bei der Erhebung von Persönlichkeitsmerkmalen müssen daher verschiedene Äußerungsbereiche berücksichtigt werden.

Daher wurde für die Untersuchung der Persönlichkeitsfragebogen für Kinder (Seitz & Rausche, 1992) ausgewählt. Es handelt sich um ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren, das auf Kinder zwischen neun und 14 Jahren zugeschnitten ist. Es wurde 1976 entwickelt und liegt seit 1992 in einer überarbeiteten Version vor. Es erlaubt eine breite und gleichzeitig differenzierte Erfassung der Persönlichkeit von Kindern in den Bereichen Verhaltensstile, Motive und Selbstbild.

Der Bereich Verhaltensstile umfaßt die Dimensionen:

1. Emotionale Erregbarkeit
2. Fehlende Willenskontrolle
3. Extravertierte Aktivität
4. Zurückhaltung und Scheu im Sozialkontakt

Zum Bereich Bedürfnisse und Motive zählen die Dimensionen:

1. Bedürfnis nach Ich-Durchsetzung, Aggression und Opposition
2. Bedürfnis nach Alleinsein und Selbstgenügsamkeit
3. Schulischer Ehrgeiz
4. Bereitschaft zu sozialem Engagement
5. Neigung zu Gehorsam und Abhängigkeit gegenüber Erwachsenen
6. Maskulinität der Einstellung

Der Bereich Selbstbild setzt sich zusammen aus den Dimensionen:

1. Selbsterleben von allgemeiner (existentieller) Angst
2. Selbstüberzeugung (hinsichtlich Erfolg und Richtigkeit eigener Meinungen, Entscheidungen, Planungen und Vorhaben)
3. Selbsterleben von Impulsivität
4. Egozentrische Selbstgefälligkeit
5. Selbsterleben von Unterlegenheit (Minderwertigkeit) gegenüber anderen.

Wertvorstellungen für gesundheitsbewußtes Verhalten relevant

Gesundheitsbewußtes Verhalten setzt bestimmte Einstellungen und Werthaltungen eines Individuums voraus. Daher müssen die Motive der Kinder erfaßt werden. Stellt sich heraus, daß die Motive außerhalb der Norm liegen, so muß damit gerechnet werden, daß solche Kinder gesundheitsgefährdendem Verhalten weit zugänglicher sind als andere. Beispiel: Kinder mit zu schwacher Ich-Durchsetzung lassen sich leichter zu gesundheitlich risikoreichem Verhalten überreden. Kinder mit zu starker Ich-Durchsetzung reagieren leicht aggressiv und können die Gesundheit anderer z. B. durch körperliche Gewalt gefährden.

Einstellungen und Motive sind zwar Voraussetzung für bestimmtes Verhalten, führen jedoch nicht zwangsläufig zu dessen Umsetzung. Daher muß auch der Aspekt des Verhaltens selbst berücksichtigt werden. Der Fragebogen mißt Verhalten allerdings indirekt, nämlich über die Selbstbeobachtung des Kindes, was bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen ist.

Verhaltensstile und Gesundheit

In der neueren wissenschaftlichen Forschung gilt ein positives Selbstbild als einer der entscheidenden gesundheitlichen Protektivfaktoren. Ein positives Selbstbild trägt zur erfolgreichen Bewältigung von Lebenskrisen sowie Alltagsbelastungen bei mit dem Effekt, daß weniger psychische und physische Krankheiten auftreten.

Selbstbild und Gesundheit

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß die jahrelange Abschreckungsstrategie in der Suchtprävention keinerlei Erfolg zeigte. Der Schlüssel zum Erfolg heißt dagegen "Kinder stark machen", was letztlich nichts anderes bedeutet, als Kinder in ihrer persönlichen Entwicklung zu unterstützen. Folgende Persönlichkeitsmerkmale müssen dabei besonders betrachtet werden: Kommunikationsfähigkeit (erfaßt über die Dimensionen "Zurückhaltung und Scheu im Sozialkontakt", "Bedürfnis nach Alleinsein und Selbstgenügsamkeit" und "Bereitschaft zu sozialem Engagement"), Selbstsicherheit (erfaßt durch die Dimensionen "Selbstüberzeugung", "Selbsterleben von allgemeiner Angst" und "Selbsterleben von Minderwertigkeit") und Durchsetzungsvermögen (erfaßt durch die Dimensionen "Bedürfnis nach Ich-Durchsetzung, Aggression und Opposition", "Maskulinität der Einstellung" und "Fehlende Willenskontrolle"). Je nachdem, wie diese Merkmale ausgeprägt sind, ist ein Kind bzw. ein Jugendlicher in der Lage, dem Druck der Gruppe zu widerstehen und z. B. angebotene Zigaretten, alkoholische Getränke oder harte Drogen abzuweisen.

Beispiel: Erfolgreiche Suchtprävention setzt an der Persönlichkeit des Kindes an

Vergleicht man zunächst die in Baden-Württemberg erhobenen Daten mit den 1976 von den Testautoren ermittelten Werten, so sind die folgenden drei Punkte besonders beeindruckend:

1. Alle untersuchten Kinder (11-14 Jahre) sind sozial aufgeschlossener als vor 20 Jahren, d. h. sie schätzen Geselligkeit, spielen und arbeiten gerne gemeinsam mit anderen. Bei den 11- und 12jährigen Kindern beeindruckt zusätzlich die erheblich gestiegene Bereitschaft zu sozialem Engagement. Um so mehr erstaunt, daß sich gerade diese Altersgruppe sozial gehemmt fühlt. Sie wünschen sich soziale Kontakte, können jedoch schlecht auf andere zugehen oder gar Freundschaften schließen.
2. Alle untersuchten Kinder (11-14 Jahre) sind nervöser, impulsiver, ungeduldiger und nachlässiger als ihre Altersgenossen vor 20 Jahren. Das Bild verkompliziert sich durch vermehrte Ängstlichkeit bei den Kindern, wobei die jüngeren eher an allgemeiner Angst leiden, während die älteren eher situationsbezogen aufgeregt reagieren. Alle untersuchten Kinder zeichnen sich also durch eine erhöhte emotionale Instabilität aus.
3. Die Neigung zu egozentrischer Selbstgefälligkeit ist bei allen Kindern enorm angestiegen, d. h. die Kinder überschätzen sich erheblich im Vergleich zu ihren Altersgenossen vor 20 Jahren.

Bei fast allen untersuchten Persönlichkeitsmerkmalen konnten geschlechtsspezifische Unterschiede festgestellt werden. So sind Mädchen sowohl heute als auch vor 20 Jahren sozial engagierter als Jungen. Jungen weisen dagegen

Geschlechtsspezifische Unterschiede

höhere Werte beim Persönlichkeitsmerkmal “Ich-Durchsetzung, Aggression und Opposition” auf. An dieser Stelle sollen aber vor allem jene geschlechtsspezifischen Unterschiede dargestellt werden, die in der baden-württembergischen Untersuchung besonders beeindruckend ausgefallen sind. Dazu gehören folgende drei Punkte:

1. Mädchen beschreiben sich als wesentlich ängstlicher als Jungen.
2. Die egozentrische Selbstüberschätzung ist bei Jungen erheblich ausgeprägter als bei Mädchen.
3. Jungen weisen auffallend weniger Minderwertigkeitsgefühle auf als Mädchen.

Schultypische Unterschiede

Der Vergleich der nach Schularten differenzierten Daten erbrachte beeindruckende Unterschiede. Gymnasiasten geben insgesamt die günstigste Beschreibung ab, während sich Hauptschüler eher negativ darstellen. Realschüler besetzen in der Mehrzahl der Dimensionen eine Position zwischen den beiden anderen Schularten.

So bezeichnen sich Gymnasiasten als aufgeschlossen gegenüber anderen. Ihr “Bedürfnis nach Alleinsein und Selbstgenügsamkeit” ist vergleichsweise niedrig. Sie vermitteln insgesamt über sich ein günstigeres Selbstbild als Real- und Hauptschüler, das heißt sie sind von sich selbst überzeugt, erleben sich als eher geduldig und ordentlich und haben weniger Neigung, sich in den Vordergrund zu spielen und zu prahlen. Sie drücken auch weniger Minderwertigkeitsgefühle als Schüler anderer Schultypen aus. Ihre allgemeine und situative Ängstlichkeit ist am geringsten ausgeprägt.

Hauptschüler fühlen sich sozial isoliert und gehemmt

Bei den Hauptschülern konnte in der Dimension “Bedürfnis nach Alleinsein und Selbstgenügsamkeit” ein zu den in der vorliegenden Untersuchung gefundenen allgemeinen Ergebnissen deutlicher Unterschied gefunden werden. Während Kinder heute im allgemeinen angeben, weniger gern allein zu sein, beschreiben Hauptschüler ein vergleichsweise ausgeprägt hohes Bedürfnis nach Alleinsein. Zudem drücken sie ein vergleichsweise hohes Maß an sozialer Gehemmtheit aus. Demzufolge fühlen sich Hauptschüler offenbar in einer Situation sozialer Isolation. Dadurch ist auch die von ihnen ausgedrückte geringere Bereitschaft, sich sozial zu engagieren, verständlich.

Unterlegenheitsgefühle bei Haupt- und Realschülern werden häufig durch derb-draufgängerisches Verhalten kompensiert

Ebenfalls gegenläufige Effekte sind bei Hauptschülern in den Dimensionen “Selbstüberzeugung” und “Selbsterleben von Unterlegenheit” zu finden. Während Kinder heute im allgemeinen von sich selbst stärker überzeugt sind und weniger Minderwertigkeitsgefühle darstellen als vor 20 Jahren, beschreiben Hauptschüler hierbei eine deutlich ungünstigere Situation. Sowohl die von ihnen geäußerte höhere “Egozentrische Selbstgefälligkeit” als auch die ausgeprägtere Einstellung zu derb-draufgängerischem Verhalten sind in diesem Zusammenhang wohl am ehesten als kompensatorische Reaktionen zu deuten. Die von Hauptschülern beschriebene höhere Neigung zu Gehorsam und Abhängigkeit gegenüber den Eltern ist schwieriger zu interpretieren, könnte aber durch ein stärker autoritär geprägtes Erziehungsverhalten in deren Familien bedingt sein.

Realschüler erreichten in den meisten Dimensionen Werte, die zwischen den Werten der Schüler der anderen beiden Schularten liegen. Es fällt dabei aber

besonders auf, daß sie sich in ähnlicher Weise wie die Hauptschüler als emotional instabil darstellen und auch ähnlich starke Minderwertigkeitsgefühle angeben. Realschüler fühlen sich im Vergleich zu Gymnasiasten deutlich unsicherer. Solche Unterlegenheitsgefühle können auch im Sinne eines kompensatorischen Mechanismus ein wesentlicher Anlaß sein für das bei Real- wie Hauptschülern deutlicher ausgeprägte Bedürfnis nach derb-draufgängerischen Erlebnisinhalten und aktiv-dynamischen, dominanten Verhaltensweisen.

Die ausgeprägte emotionale Instabilität auf der einen Seite und der enorme Anstieg der Neigung zur Selbstüberschätzung auf der anderen Seite läßt darauf schließen, daß es mit dem echten Selbstwert nicht allzu weit her sein kann. Insbesondere bei den 13- bis 14jährigen Jungen ist die situationsbezogene Ängstlichkeit als auch die von ihnen erlebte Impulsivität im Vergleich zu ihren Altersgenossen von vor 20 Jahren deutlich gestiegen. Die enorm gestiegenen Werte beim Persönlichkeitsmerkmal "Egozentrische Selbstgefälligkeit" können daher am ehesten als Versuch, die vorhandene emotionale Instabilität zu kompensieren, interpretiert werden. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den Mädchen aller untersuchten Altersgruppen.

Ein weiterer Punkt, über den es nachzudenken gilt, ist die Tatsache, daß die 11- bis 12jährigen Kinder ein gesteigertes Bedürfnis nach sozialem Kontakt und eine erhöhte Bereitschaft zu sozialem Engagement zeigen, sich auf der Verhaltensebene jedoch als sozial gehemmt beschreiben und somit in der Umsetzung der beschriebenen positiven Seiten ihrer Persönlichkeit zumindest stark beeinträchtigt sind.

Zu denken gibt auch die Tatsache, daß die Bereitschaft zu sozialem Engagement sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen im Alter von 13 und 14 Jahren zurückgeht.

Die erheblichen Unterschiede in der Ausprägung der untersuchten Persönlichkeitsmerkmale, die zwischen den Schülern in Haupt- und Realschulen und an Gymnasien festgestellt wurden, insbesondere das ungünstige Selbstbild von Hauptschülern, geben durchaus Anlaß zur Sorge.

Die bei Mädchen und Jungen stark angestiegene Neigung zur Selbstüberschätzung, die von Jungen stärker als von Mädchen, von Haupt- und Realschülern stärker als von Gymnasiasten dargestellt wird, fordert dazu auf, angemessene Hilfen zur tatsächlichen Steigerung der eigenen Kompetenzen anzubieten. Dasselbe gilt in bezug auf die generell festgestellte höhere Impulsivität und größere emotionale Instabilität. Kinder und Jugendliche können nur dann ein stabiles Selbstwertgefühl entwickeln, wenn sie sich ihrer Identität bewußt sind. Dazu gehört, daß sich Kinder und Jugendliche realistisch einschätzen, also neben ihren Stärken auch ihre Schwächen kennen und akzeptieren. Das bedeutet, daß Programme, die Lebenskompetenzen aufbauen, entwickelt werden müssen, wobei der jeweilige Entwicklungsstand und die jeweilige Lebenswelt der Kinder bzw. der Jugendlichen berücksichtigt werden müssen. Da sich Entwicklungsprobleme und Bewältigungsstrategien von Mädchen und Jungen unterscheiden, sind geschlechtsspezifische Ansätze erforderlich.

Bedeutung der Untersuchungsergebnisse

Konsequenzen aus den Untersuchungsergebnissen

Solche Programme sind durchaus vielversprechend. Sie können aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß die Zukunftsperspektiven für Jugendliche in der heutigen Zeit unsicherer und ungewisser sind als vor 20 Jahren. Dies trifft mittlerweile generell zu, wirkt sich aber bei Hauptschülern in besonderer Weise aus. Neben geschlechtsspezifischen Angeboten, die auf Kompetenzförderung abzielen, ist daher auch eine berufliche Perspektive notwendig.

4.6 Krankheiten im Kindesalter

Infektionen

Infektionen sind die häufigsten Erkrankungen im Kindesalter. Atemwegs- und Magen-Darm-Infekte bedingen dabei den überwiegenden Teil der Krankheitsfälle. Die klassischen Kinderkrankheiten konnten dank der Schutzimpfungen (s. Abschnitt 5.2) sehr stark zurückgedrängt werden. Die Häufigkeit von bedrohlichen Infektionserkrankungen läßt sich durch die gesetzlich verankerte Meldepflicht darstellen. Zur Mehrzahl der Infektionskrankheiten liegen nur vereinzelt Zahlen zu ihrer Inzidenz bzw. Prävalenz vor.

Enteritis infectiosa - eine meldepflichtige Erkrankung

Die Enteritis infectiosa zählt zu den in § 3 Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) aufgeführten meldepflichtigen Erkrankungen. Neben den Salmonellosen werden "übrige Formen einschließlich mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftungen" unter diesem Oberbegriff erfaßt. Gesondert meldepflichtig sind die durch Salmonella Typhi und Salmonella Paratyphi verursachten Erkrankungen an Typhus und Paratyphus, die hier nicht betrachtet werden sollen. Durchfallerkrankungen sind insbesondere im Säuglings- und Kleinkindalter nicht als Bagatellinfektionen einzustufen, da Kinder dieser Altersgruppe häufiger als ältere Kinder oder Erwachsene wegen des Elektrolyt- und Flüssigkeitsverlustes ärztlicher Behandlung bedürfen. Da insbesondere im Säuglingsalter die erkrankten Kinder nicht selten die Nahrung verweigern und bei infektiös bedingten Durchfallerkrankungen fiebern, entsteht rasch ein Defizit in der Elektrolyt- und Flüssigkeitsbilanz, das dann Anlaß für die stationäre Aufnahme der erkrankten Kinder ist. Da nicht bei jeder Durchfallerkrankung eine mikrobiologische Untersuchung des Stuhles erfolgt und damit eine Meldung als "Enteritis infectiosa" unterbleibt, ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Fachleute geben das Verhältnis zwischen gemeldeten und nicht gemeldeten Erkrankungen mit mindestens 1:10 an. Es ist möglich, daß diese Dunkelziffer in der 2. Jahreshälfte durch Sparmaßnahmen im Gesundheitsbereich speziell bei Laboruntersuchungen beeinflusst war.

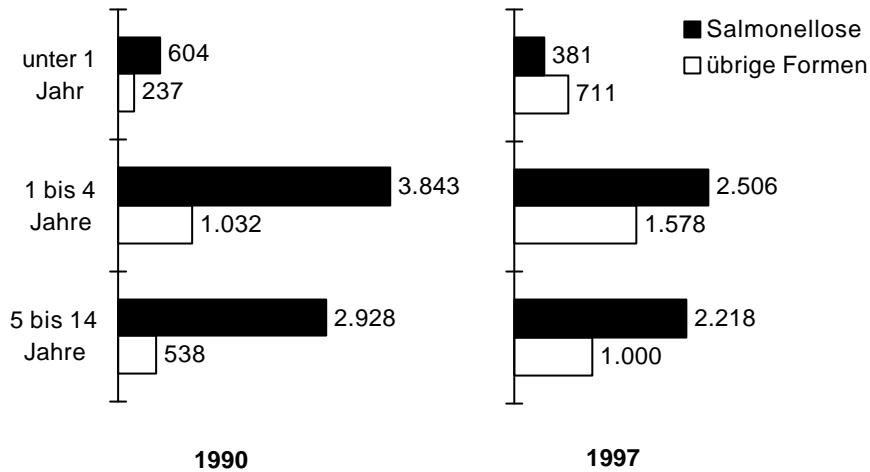
Erregerwechsel bei Enteritis infectiosa

Eine der häufigsten Ursachen einer Enteritis infectiosa ist nach wie vor eine Infektion mit Salmonellen. Hier hat sich in den letzten Jahren ein deutlicher Erregerwechsel abgezeichnet. Standen früher Infektionen mit Salmonella Typhimurium im Vordergrund, so werden heute die meisten Infektionen durch Salmonella Enteritidis hervorgerufen. Die Erkrankung wird durch kontaminierte Lebensmittel übertragen; die Direktübertragung von Mensch zu Mensch ist extrem selten und nur bei sehr vernachlässigter Händehygiene möglich. In den letzten Jahren zeichnet sich zusätzlich ein neuer Trend ab. Während die Salmonellosen einen deutlichen Rückgang verzeichnen, nimmt die Zahl der

4.15: Neuerkrankungen an Enteritis infectiosa nach Altersgruppen

Baden-Württemberg 1990 und 1997

(Anzahl der Meldungen)



Quelle: Statistisches Landesamt

Erkrankungen durch die “übrigen Erreger” sowohl absolut als auch prozentual zu. Bei den Säuglingen überwogen 1997 Meldungen zu den übrigen Formen der Enteritis infectiosa (s. Abb. 4.15).

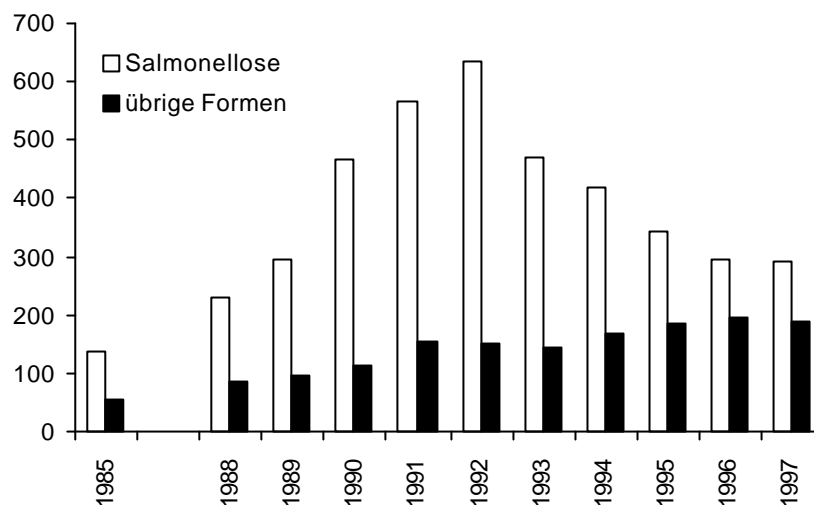
Einen Überblick über die Verteilung der Salmonellosen und die Zunahme der Erkrankungen durch die “übrigen Erreger” gibt Abb. 4.16. 1988 erkrankten 87,2 von 100.000 Kindern im Alter bis 14 Jahren durch “übrige Erreger”, 1997 war die Erkrankungshäufigkeit auf 187,1 je 100.000 Kinder gestiegen, wobei 1996 sogar 196,7 Erkrankungen verzeichnet wurden. Bei gleichzeitig zurückgehender Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose werden Erkrankungen durch “übrige Erreger” 1997 mehr als doppelt so häufig beobachtet wie 1988 (215 %).

Diese Entwicklung ist nicht nur bei Kindern, sondern bei der gesamten Bevölkerung zu beobachten. Trotz des erreichten Erfolgs beim Zurückdrängen der Salmonellosen durch gesetzliche Regelungen im Lebensmittelrecht (z. B. die Hühnereier-Verordnung vom 05.07.1994) und flankierende Maßnahmen (verstärkte Beratung und Aufklärung in Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung und der Allgemeinbevölkerung) dürfen die Bemühungen nicht nachlassen, um einen weiteren Rückgang der Erkrankungen an Enteritis infectiosa zu erreichen.

Über die Häufigkeit von weiteren meldepflichtigen Erkrankungen, insbesondere von Hepatitiden und Meningitiden, wird im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen in Abschnitt 5.2 berichtet.

4.16: Enteritis infectiosa: Erkrankte Kinder im Alter bis 14 Jahren

Baden-Württemberg 1985 und 1988 bis 1997



Quelle: Statistisches Landesamt

Atemwegserkrankungen und Allergien**Asthma und Allergien sind bei Kindern die häufigsten chronischen Erkrankungen**

Asthma und Allergien stellen in westlichen industrialisierten Ländern die häufigsten chronischen Erkrankungen bei Kindern dar. Neben genetischen Faktoren und Einflüssen aus dem sozioökonomischen Bereich spielen auch Umweltfaktoren eine wichtige Rolle im Entstehungsprozess dieser Erkrankungen. In Baden-Württemberg erfassen die Beobachtungsgesundheitsämter Mannheim, Ortenaukreis, Ravensburg und Stuttgart im Rahmen eines Wirkungsmonitorings bei Kindern der 4. Schulklassen u. a. die Häufigkeit und Schwere von chronischen Atemwegserkrankungen und Allergien (s. Abschnitt 3.2 zur Beschreibung des Untersuchungsansatzes und der untersuchten Kinder).

Über einen Fragebogen werden von den Eltern der untersuchten Viertkläbler Angaben zu Atemwegserkrankungen und deren Symptomen erbeten. Die folgende Darstellung beschränkt sich auf die asthmatischen Atemwegserkrankungen. Im Mittelpunkt steht die Auswertung der Untersuchung 1996/97, in die die Daten von 1.470 Kindern eingingen.

Asthmatische Atemwegserkrankungen

Die Lebenszeitprävalenz¹ von ärztlich festgestelltem Asthma bronchiale, die sich aus den Elternangaben ergibt, liegt in der Untersuchung 1996/97 in den vier Untersuchungsstellen insgesamt bei 4,0 %. Die Angaben für die einzelnen Untersuchungsstellen enthält die folgende Tabelle. Zwischen den Stellen sind keine signifikanten Unterschiede festzustellen.

¹ Lebenszeitprävalenz: die Krankheit bzw. das Symptom ist mindestens einmal im Leben des Kindes/Patienten aufgetreten.

Lebenszeitprävalenz von Asthma 1996/97

Untersuchungsort	Asthma vom Arzt bestätigt		Asthma oder asthmoide, spastische oder obstruktive Bronchitis vom Arzt bestätigt	
	Anzahl	Lebenszeitprävalenz	Anzahl	Lebenszeitprävalenz
Mannheim	11	2,9 %	44	11,4 %
Stuttgart	10	3,1 %	38	11,7 %
Kehl	17	5,8 %	40	13,6 %
Aulendorf/ Bad Waldsee	12	5,0 %	25	10,4 %

Quelle: Projekt Beobachtungsgesundheitsämter

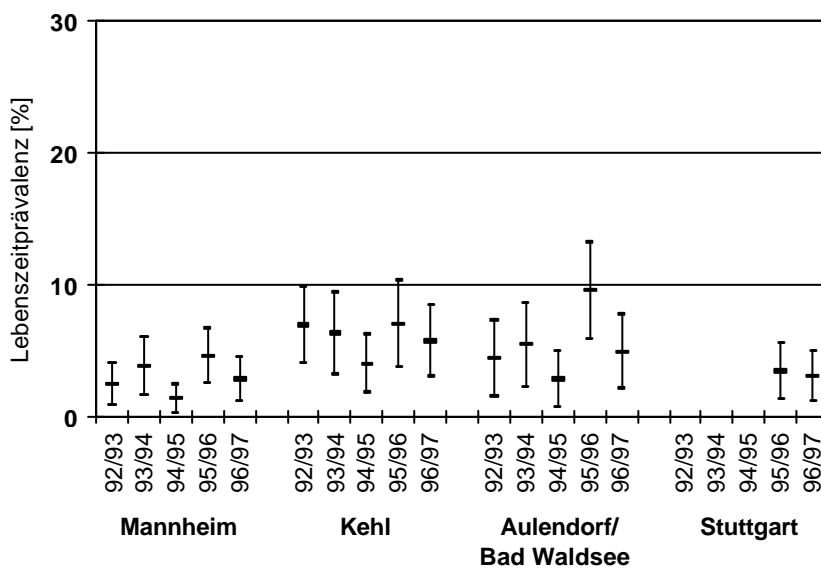
Die Betrachtung verschiedener Einflußfaktoren ergab, daß Jungen signifikant häufiger an Asthma bronchiale erkranken als Mädchen. Daneben wurde bei Kindern, in deren Familie eine atopische Erkrankung vorlag (Erkrankung an Heuschnupfen, Neurodermitis oder Asthma bei Eltern oder Geschwistern), eine deutlich höhere Lebenszeitprävalenz für Asthma beobachtet als bei Kindern ohne familiäre Atopie.

Asthma bronchiale bei Jungen häufiger als bei Mädchen

Bei der zeitlichen Entwicklung des Asthma bronchiale ist kein klarer Trend erkennbar (vgl. Abb. 4.17).

4.17: Asthma vom Arzt bestätigt, Lebenszeitprävalenz mit 95 % Konfidenzintervall

Baden-Württemberg 1992/93 bis 1996/97

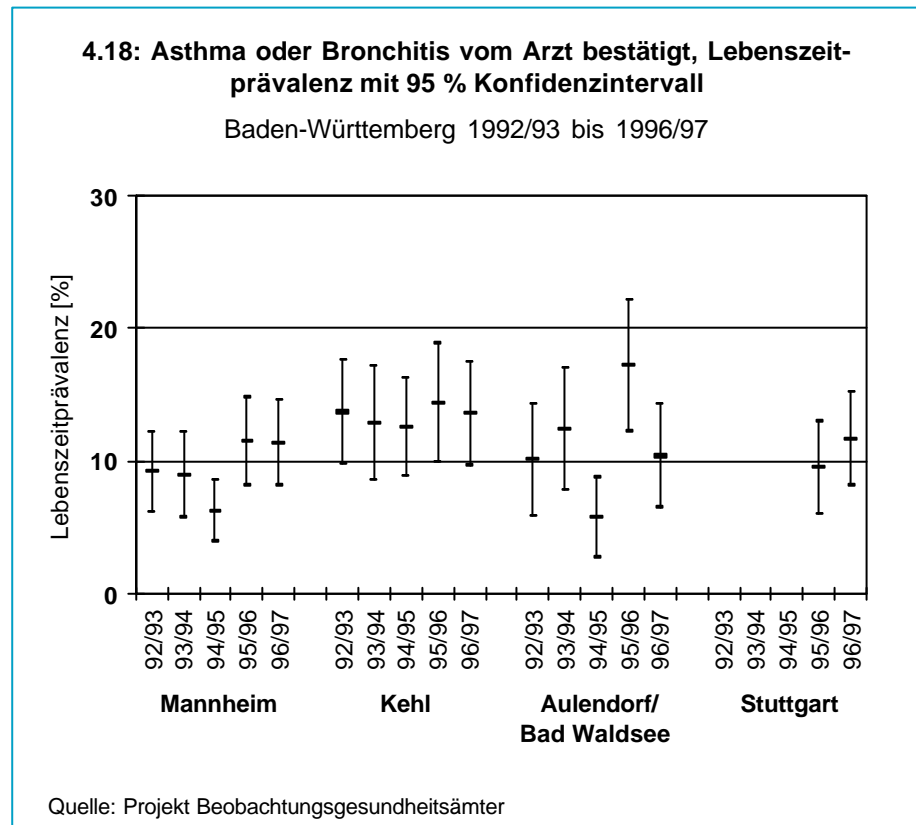


Quelle: Projekt Beobachtungsgesundheitsämter

Da die Abgrenzung asthmatischer Erkrankungen in der Ärzteschaft nicht immer einheitlich vorgenommen wird, wurde Asthma bronchiale auch in einer erweiterten Definition unter zusätzlicher Einbeziehung der Angaben zu ärztlich festgestellter asthmoider, spastischer oder obstruktiver Bronchitis betrachtet. Hierbei ergab sich eine Lebenszeitprävalenz von 11,8 %. Die Aufgliederung der Angaben für die einzelnen Untersuchungsorte sind ebenfalls in der vorausgegangenen Tabelle dargestellt.

Nach Berücksichtigung möglicher Störgrößen, die sowohl mit der Erkrankung als auch mit dem Untersuchungsort zusammenhängen (wie Geschlecht oder familiäre Atopieanamnese), ergibt sich für Mannheim eine signifikant höhere Erkrankungsrate als im Referenzgebiet Aulendorf/Bad Waldsee. Auch für Asthma in der erweiterten Definition stellen männliches Geschlecht und eine familiäre Atopieanamnese signifikante Risikofaktoren dar.

Ebenso wie bei der strengen Definition ist auch bei der erweiterten Asthma-Definition kein zeitlicher Trend bei der Lebenszeitprävalenz zu erkennen (vgl. Abb. 4.18).



Pfeifende oder keuchende Atemgeräusche stellen ein typisches Asthmasymptom dar. Für diese Symptomatik wurde in der Untersuchung 1996/97 eine Lebenszeitprävalenz von 24,6 % ermittelt. Bei 8,3 % der Kinder wurde das Symptom mindestens einmal während der letzten 12 Monate von den Eltern beobachtet (Jahresprävalenz). Die Aufgliederung der Angaben auf die vier Untersuchungsorte ist in der folgenden Tabelle dargestellt. Es sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Orten festzustellen.

Lebenszeit- und Jahresprävalenz von pfeifenden oder keuchenden Atemgeräuschen 1996/97

Unter- suchungsort	Lebenszeitprävalenz		Jahresprävalenz	
	Anzahl	Lebenszeit- prävalenz	Anzahl	Jahres- prävalenz
Mannheim	81	19,8 %	21	5,1 %
Stuttgart	94	24,8 %	26	7,0 %
Kehl	97	26,6 %	37	10,0 %
Aulendorf/ Bad Waldsee	85	28,8 %	36	12,3 %

Quelle: Projekt Beobachtungsgesundheitsämter

Die im Rahmen des Projektes Beobachtungsgesundheitsämter ermittelten Prävalenzen für pfeifende oder keuchende Atemgeräusche stimmen sehr gut überein mit den Befunden anderer Arbeitsgruppen bei Kindern derselben Altersstufe.

Angaben zu Allergien und Symptomen von Allergien wurden ebenfalls über einen Elternfragebogen erfaßt. Die Lebenszeitprävalenz von ärztlich bestätigten Allergien beträgt den Elternangaben zufolge in der Untersuchung 1996/97 21,9 %. Die Aufgliederung der Angaben auf die Untersuchungsorte ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen. Es sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Orten festzustellen.

Bei über einem Fünftel der Kinder wurde bis zur 4. Klasse eine Allergie diagnostiziert

Die Lebenszeitprävalenz der ärztlich bestätigten atopischen Dermatitis liegt in der Untersuchung 1996/97 bei 11,2 %. Auch hier ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsorten.

Für ärztlich bestätigten Heuschnupfen wird in der Untersuchung 1996/97 eine Lebenszeitprävalenz von 8,8 % ermittelt. Nach Berücksichtigung von Stör-

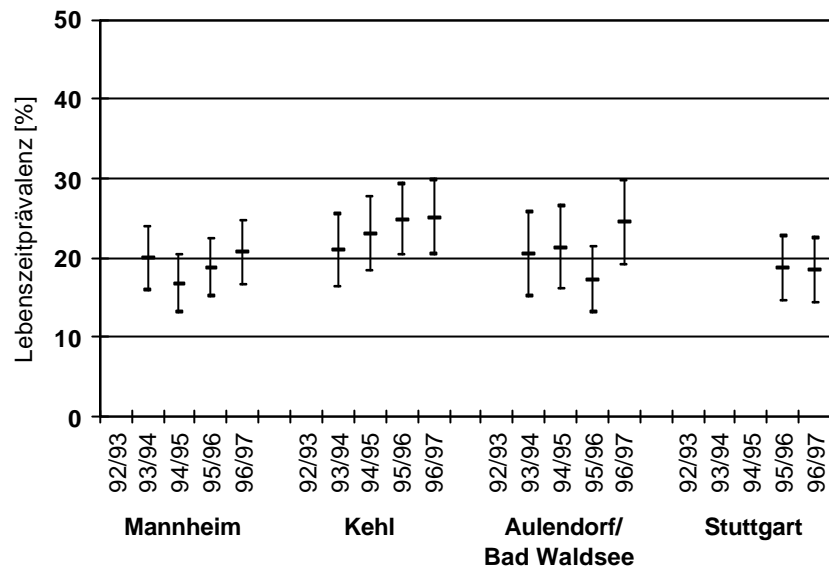
Lebenszeitprävalenz von Allergien nach Elternangaben zu ärztlich festgestellten Erkrankungen 1996/97

Unter- suchungsort	Allergie		Atopische Dermatitis		Heuschnupfen	
	Anzahl	Lebenszeit- prävalenz	Anzahl	Lebenszeit- prävalenz	Anzahl	Lebenszeit- prävalenz
Mannheim	73	20,7 %	27	7,0 %	22	5,7 %
Stuttgart	70	18,5 %	34	10,6 %	24	7,4 %
Kehl	81	25,2 %	42	13,6 %	32	10,4 %
Aulendorf/ Bad Waldsee	62	24,5 %	40	16,1 %	33	13,5 %

Quelle: Projekt Beobachtungsgesundheitsämter

4.19: Allergie vom Arzt bestätigt, Lebenszeitprävalenz mit 95 % Konfidenzintervall

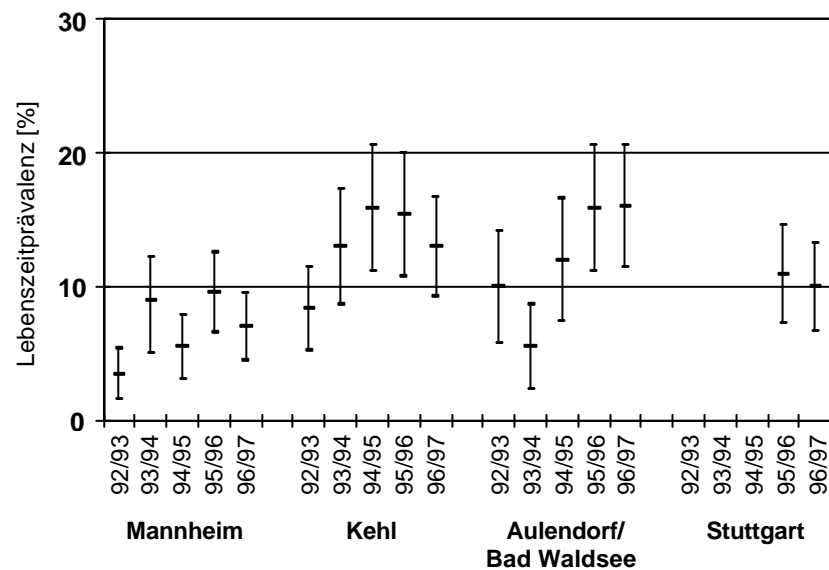
Baden-Württemberg 1992/93 bis 1996/97



Quelle: Projekt Beobachtungsgesundheitsämter

4.20: Atopische Dermatitis vom Arzt bestätigt, Lebenszeitprävalenz mit 95 % Konfidenzintervall

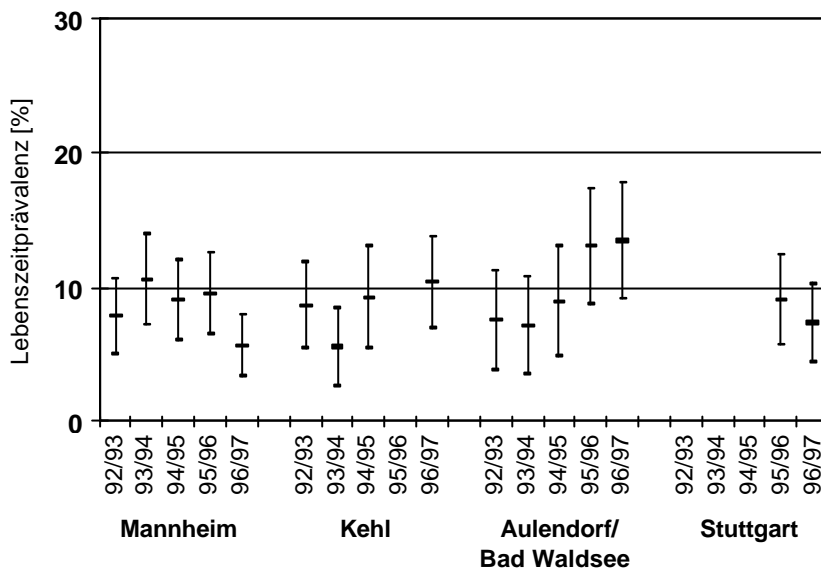
Baden-Württemberg 1992/93 bis 1996/97



Quelle: Projekt Beobachtungsgesundheitsämter

4.21: Heuschnupfen vom Arzt bestätigt, Lebenszeitprävalenz mit 95 % Konfidenzintervall

Baden-Württemberg 1992/93 bis 1996/97



Quelle: Projekt Beobachtungsgesundheitsämter

größen, die sowohl mit der Erkrankung als auch mit dem Untersuchungsort zusammenhängen, liegen die Lebenszeitprävalenzen in Mannheim und Kehl signifikant niedriger als im Referenzgebiet Aulendorf/Bad Waldsee.

Bei allen drei Allergieformen stellt eine familiäre Atopieanamnese (Erkrankung an Heuschnupfen, Neurodermitis oder Asthma bei Eltern oder Geschwistern) den stärksten Risikofaktor dar. Das Risiko erhöht sich um Faktor 2,1 bei Allergie, Faktor 2,7 bei atopischer Dermatitis und Faktor 4 bei Heuschnupfen. Allergie und Heuschnupfen kommt bei Jungen signifikant häufiger vor als bei Mädchen. Aufklärung und Prävention sind daher insbesondere bei familiärer Atopie von großer Bedeutung.

Bei der zeitlichen Entwicklung ist bei Allergie und Heuschnupfen kein einheitlicher Trend erkennbar (s. Abb. 4.19 und Abb. 4.21). Bei der atopischen Dermatitis zeigt sich mit Ausnahme der Untersuchung 1994/95 ein Anstieg der Lebenszeitprävalenz gegenüber der Untersuchung 1992/93 (s. Abb. 4.20).

Epilepsie

In Europa leiden etwa 0,5 bis 1 % aller Menschen an Epilepsie. Für Baden-Württemberg bedeutet dies, daß zwischen 400.000 und 800.000 Menschen an Epilepsie erkrankt sind. Nach Schätzungen des Epilepsie-Zentrums Kork liegt die Anzahl der betroffenen Kinder (0-14 Jahre) bei 25.000 bis 50.000. Diesen Schätzungen liegt die Beobachtung zugrunde, daß etwa 2/3 aller Epilepsien vor dem 20. Lebensjahr beginnen, die meisten davon wiederum vor dem 14. Lebensjahr. Ein Häufungsgipfel epilepsiekranker Kinder ergibt sich für das 1. und 2. Lebensjahr. Im schulpflichtigen Alter sind etwa 20.000 bis 35.000 Kin-

Familiäre Atopie als bedeutender Risikofaktor

1-3 % der Kinder in Baden-Württemberg sind von Epilepsie betroffen

der betroffen. Die Epilepsie ist somit im Kindesalter häufiger als Rheumatismus, Diabetes oder Tuberkulose (Schneble, 2000)

Wenn bei einem Kind zwei oder mehr epileptische Anfälle ohne ersichtliche Ursache aufgetreten sind, spricht man von Epilepsie. Für jedes Kind bedarf es dann einer individuellen Entscheidung, ob eine medikamentöse Langzeitbehandlung notwendig ist. Ziel der Behandlung ist die völlige Ausheilung der Epilepsie. Es ist dann erreicht, wenn auch ohne Medikamente keine Anfälle mehr auftreten. Bevölkerungsstudien zufolge werden langfristig durch medikamentöse Behandlung etwa 50 bis 60 % der betroffenen Kinder anfallsfrei, bei etwa 30 % wird eine deutliche Besserung erreicht. Die Epilepsien von ca. 15 % der Kinder sind gegenüber Medikation mehr oder weniger resistent. In einzelnen Fällen und unter bestimmten Voraussetzungen kann eine chirurgische Behandlung der Epilepsie erfolgen. Die Erfolgsaussichten eines solchen epilepsie-chirurgischen Eingriffs liegen, je nach Epilepsieform, zwischen 50 und 90 %. Etwa 60 bis 80 % der Kinder verlieren im Laufe des Lebens ihre Epilepsie (Matthes & Schneble, 1998).

Diagnose und Behandlung von Epilepsie sind primär Aufgaben von niedergelassenen Ärzten (s. auch Abschnitt 5.3). Zusätzlich kann auf regionale und überregionale Spezialeinrichtungen zurückgegriffen werden.

Epilepsiezentren und -ambulanzen sichern die spezielle Versorgung von Kindern mit Epilepsie

- Epilepsie-Ambulanzen sind regionale Spezialeinrichtungen, die der Diagnostik, Behandlung und sozialmedizinischen Betreuung von Problemfällen sowie der Fortbildung niedergelassener Ärzte und aller mit der Rehabilitation Epilepsiekranker befaßten Personen dienen. Sie sind an neurologische, pädiatrische und psychiatrische Kliniken oder Fachabteilungen von Krankenhäusern angeschlossen.
- Epilepsie-Zentren sind überregionale Einrichtungen, die der ambulanten und stationären Diagnostik und Therapie, der Rehabilitation sowie der Forschung und Lehre dienen. Epilepsiezentren bestehen aus zwei Komponenten: einer Epilepsieabteilung (mit Ambulanz und Bettenstation) und einem Rehabilitationsbereich mit Internat.
- Epilepsie-Zentren für Kinder und Jugendliche müssen pädagogisch-psychologische Sondereinrichtungen enthalten. Die diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen werden möglichst in familienähnlichen Wohngruppen durchgeführt, um den Kindern die Eingliederung in ein soziales Bezugssystem zu erleichtern und Anleitung für eine spätere Integration zu geben. Sonderkindergärten und Sonderschulen bereiten die spätere Integration in die Regelschule vor. Bei längerer Unterbringung vermitteln Sonderschulen für Lernbehinderte die Qualifikation für eine Berufsausbildung¹. Epilepsie-Zentrum für Kinder in Baden-Württemberg ist das Epilepsie-Zentrum Kork in Kehl-Kork.

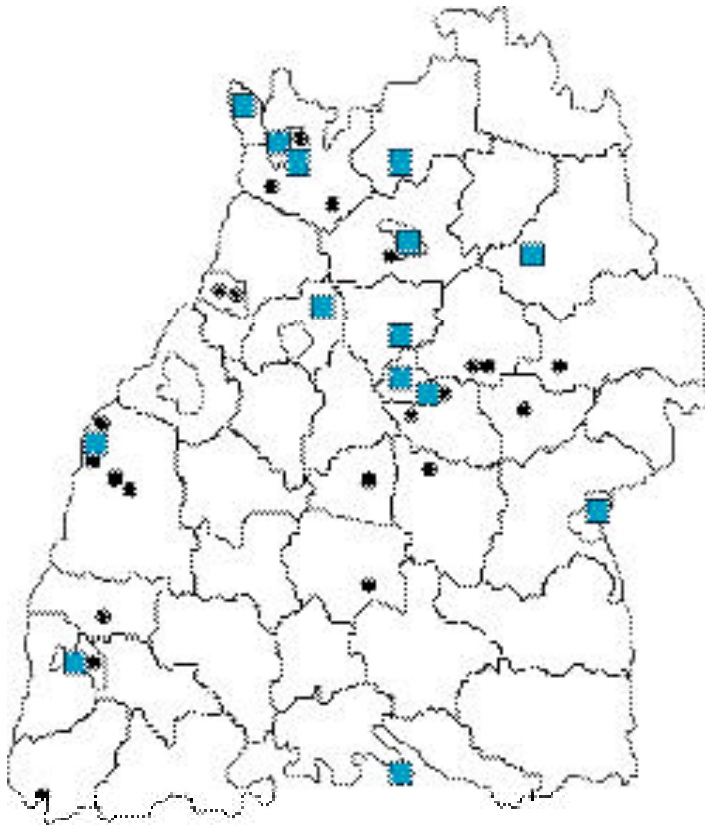
Epilepsie muß nicht dumm machen



Die meisten epilepsiekranken Kinder sind psychisch gesund. Werden geistige Behinderung, Teilleistungsstörungen oder Verhaltensstörungen diagnostiziert, so sind diese meistens keine Folge der Epilepsie, sondern Folge einer auch den Anfällen zugrundeliegenden schwerwiegenden Hirnschädigung. Entspricht die intellektuelle Entwicklung eines anfallkranken Kindes der Altersnorm, kann

¹ Definitionen nach Informationszentrum für Epilepsie

4.22: Spezielle Versorgung von Kindern mit Epilepsie

Baden-Württemberg 1999



-  Epilepsie-Ambulanzen für Kinder
-  Kinderärzte mit dem Zertifikat "Epileptologie" *

* Zertifikat der Deutschen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie

Quelle: Deutsche Epilepsievereinigung e. V., Verein Informationszentrum Epilepsie und Stiftung Michael zur Bekämpfung von Anfallkrankheiten

es eine Regelschule besuchen. Realschulabschluß oder Abitur sind bei entsprechender Begabung durchaus möglich. Allerdings beeinflussen Anfallshäufigkeit und -schwere die intellektuellen Entwicklungs- und Bildungschancen der Kinder. Bei Kindern mit gehäuft auftretenden kleinen oder auch mit relativ vielen großen Anfällen können sich die Phasen, in denen sie in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind, so oft ereignen, daß sie auf Dauer dem Unterricht einer Regelschule nicht folgen können. Auch kleine, sehr kurze und in ihrem Ablauf völlig unauffällige Anfälle, die mehrmals während eines Schulvormittags das Bewußtsein über eine kurze Zeit eintrüben (das Kind hört nicht, was der Lehrer sagt), machen es einem Kind schwer, dem Unterricht zu folgen.

Wiederkehrende epileptische Anfälle verschlechtern die intellektuelle Leistungsfähigkeit von Kindern auch durch Verlangsamung der Reizverarbeitung

Medikamente verbessern die intellektuelle Leistungsfähigkeit

im Gehirn. Neueren Forschungsergebnissen zufolge läßt sich die Geschwindigkeit der Verarbeitung von Reizen mit manchen antiepileptischen Medikamenten jedoch deutlich verbessern, bei anderen Medikamenten ist keine Änderung in der intellektuellen Leistungsfähigkeit zu erkennen. Diese Ergebnisse führen zur Empfehlung, bei der Dosierung von Medikamenten nicht nur auf die Beseitigung von Krampfanfällen zu achten, sondern darüber hinaus auch den Erhalt der intellektuellen Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen (Schmidt, 1999).

Die Behandlung von Kindern mit Epilepsie erfordert nicht nur die Medikamentengabe, wodurch potentiell weitere Anfälle verhindert werden, sondern auch die Beachtung psychischer und sozialer Auswirkungen der Erkrankung. Die soziale Integration des Kindes in Familie, Schule und Beruf soll möglichst weitgehend erhalten bleiben. Dies ist u. a. dadurch erreichbar, daß die Betroffenen, ihre Familien und Betreuer über die Eigenschaften und Auswirkungen der Epilepsie optimal informiert werden. Unnötige Ängste und Befürchtungen innerhalb der Familie, sowie aus Unkenntnis entstehende ablehnende Haltungen Außenstehender sollen weitestgehend reduziert werden. Regionale und überregionale Einrichtungen der Selbsthilfe leisten in diesem Bereich unersetzliche Arbeit.

Landesverband der Epilepsie-Selbsthilfegruppen Baden-Württemberg seit 1989

Der Landesverband der Epilepsie-Selbsthilfegruppen Baden-Württemberg gem. e. V. wurde 1989 in Stuttgart gegründet. Angeschlossene Mitglieder sind die Selbsthilfegruppen Mannheim, Karlsruhe, Ortenau, Pforzheim, Stuttgart, Tübingen, Tuttlingen, Waldshut-Tiengen und Bad Mergentheim. Zusätzlich werden weitere 20 Selbsthilfegruppen sowie viele Einzelmitglieder in Baden-Württemberg beraten und betreut. Neben der Erstellung von Informationsmaterial zum Thema Epilepsie vermittelt der Landesverband Referenten und organisiert Veranstaltungen und Seminare, u. a. im Bereich der Lehrer- und Erzieherfortbildung. Der Verband arbeitet überwiegend ehrenamtlich und ist Mitglied in der Deutschen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie, Deutsche Epilepsievereinigung e. V., Geschäftsstelle: Haußmannstr. 6, 70188 Stuttgart; Tel.: 0711-2155-111; Fax: 0711-2155-113

Diabetes mellitus

Eine der häufigsten chronischen endokrinen Erkrankungen ist Diabetes mellitus. Unter diesem Oberbegriff sind verschiedene Formen von Glukose-Stoffwechselstörungen zusammengefaßt. Gemeinsam ist allen Formen ein relativer oder absoluter Mangel an Insulin, in deren Folge es zu erhöhten Blutzuckerwerten kommt.

Die Mehrzahl der Erkrankten leidet an einem nicht insulin-abhängigen Diabetes vom Typ II, der erst im höheren Lebensalter auftritt. Bei eingeschränkter, erhaltener oder sogar erhöhter Insulinproduktion liegt, u. a. aufgrund verminderter Insulinempfindlichkeit der Gewebe und verspätet einsetzender Insulinausschüttung sowie der Mitwirkung kontrainsulärer bzw. diabetogener Faktoren, ein relativer Insulinmangel vor. Der kleinere Anteil der Diabetiker (ca. 20 %) hat einen insulin-abhängigen Diabetes vom Typ I, der vor dem 35.–40. Lebensjahr entsteht und von dem auch Kinder und Jugendliche betroffen sind (auch: juveniler Diabetes). Die allmähliche Erschöpfung der körpereigenen Insulinsekretion führt zum absoluten Insulinmangel (Insulinmangel-Diabetes).

Für die meisten europäischen Länder liegen Daten zur Neumanifestation des Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen vor. Aufgrund eines fehlenden Melderegisters und datenschutzrechtlicher Bestimmungen waren solche Zahlen für Deutschland bislang nicht verfügbar. In einem Projekt der Universitätskinderklinik Tübingen wurden, mit dem Ziel einer flächendeckenden Erfassung aller Neumanifestationen in Baden-Württemberg bis zum Alter von unter 15 Jahren, Daten zur Erstmanifestation im Zeitraum 1987-1995 retrospektiv erhoben (Neu et al., 1997). Die Studie hatte eine Erfassungsgenauigkeit von 96,2 % und wird seit 1995 in Form eines prospektiven Meldesystems fortgesetzt. Einige Ergebnisse aus dem Projekt sind im folgenden dargestellt (Neu, 1998).

1. Die alters- und geschlechtsstandardisierte Inzidenz von Diabetes mellitus bei Kindern unter 15 Jahren beträgt in Baden-Württemberg 11,6/100.000. Das bedeutet, daß derzeit jährlich ca. 200 Kinder im Land an Diabetes erkranken, wobei die Absolutzahl der Neuerkrankungen, bedingt durch den Bevölkerungszuwachs, in den vergangenen Jahren zugenommen hat.
2. Die Häufigkeit von Diabetes-Neuerkrankungen steigt mit dem Alter (Inzidenz nach Altersgruppen siehe Abb. 4.23). Der erste (kleine) Häufigkeitsgipfel wird mit 3-4 Jahren, der zweite und ausgeprägtere zwischen 10 und 12 Jahren erreicht. Es besteht kein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied in der Inzidenz des Diabetes mellitus bei Kindern. Allerdings sind Mädchen vom zweiten Häufigkeitsgipfel früher betroffen.
3. Die meisten Neumanifestationen von Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter wurden im Winter beobachtet (zwischen November und Februar). Zusammenhänge mit der Abhängigkeit der Regulation des Blutzuckerspiegels vom Ernährungs- und Bewegungsverhalten (in der kalten Jahreszeit anders als in der warmen Jahreszeit) sind möglich.

Diabetes-Projekt der Uni-Kinderklinik Tübingen

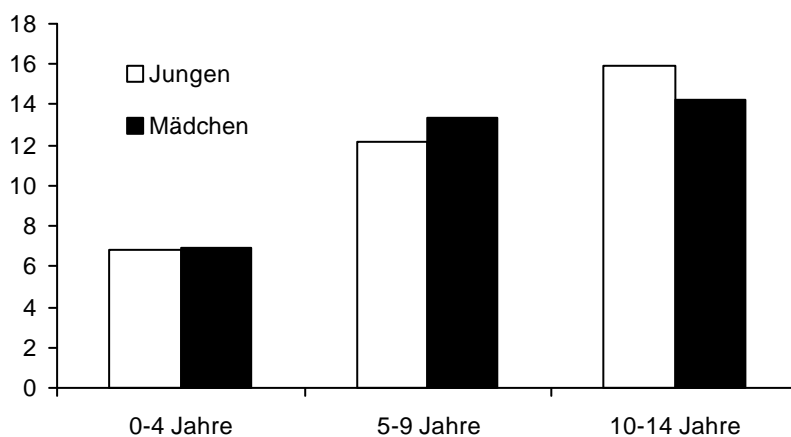
langfristiges Ziel: ein Diabetesregister für Kinder und Jugendliche

Schwerpunkt der Diabetes-Neuerkrankungen liegt vor der Pubertät

4.23: Diabetes im Kindesalter - Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenz

Baden-Württemberg 1987-1995

(Inzidenz: Neuerkrankungen pro 100.000 Kindern pro Jahr)



Quelle: Neu, 1998

Hinweis auf genetische Grundlage des Typ-I-Diabetes

Mädchen im Einschulungsalter häufiger von Diabetes betroffen als Jungen

Häufigkeit von Diabetes-Neuerkrankungen regional verschieden

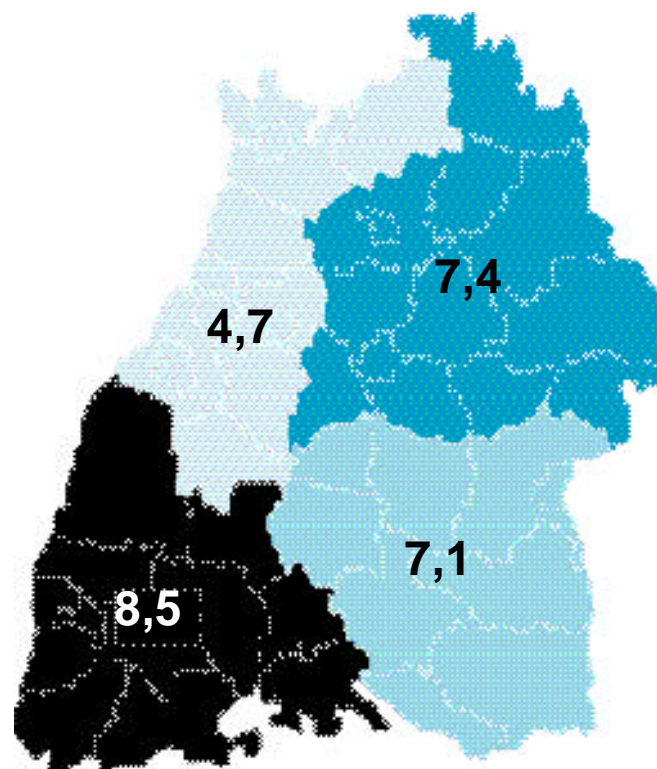
- Ausländische Kinder sind seltener von Diabetes betroffen als deutsche Kinder. Die Inzidenzraten entsprechen denjenigen, die aus den jeweiligen Heimatländern bekannt sind, was als Hinweis auf eine genetische Grundlage der Erkrankung gewertet werden kann.

In Baden-Württemberg wurde 1998 anlässlich der Einschulungsuntersuchung bei 52 von 114.486 untersuchten Schulanfängern eine Zuckererkrankung dokumentiert, das entspricht einer Prävalenz von 4,5 auf 10.000 Kinder. Nach diesen Daten sind Mädchen (5,1 auf 10.000) häufiger von Diabetes betroffen als Jungen (4,0 auf 10.000). Kinder türkischer Nationalität (5,2 auf 10.000) weisen eine höhere Prävalenz auf als deutsche Kinder (4,7 auf 10.000). Diese Zahlen beziehen sich ausschließlich auf Kinder im Einschulungsalter. Der Schwerpunkt bei den Diabetes-Neuerkrankungen liegt, wie bereits erwähnt, im Alter zwischen 10 und 12 Jahren. Die Prävalenzschätzung bei den türkischen Kindern ist durch die verhältnismäßig kleine Anzahl von 7.676 untersuchten Kindern nur eingeschränkt interpretierbar.

Für die Altersgruppe unter 5 Jahren wurden vom Deutschen Diabetes-Forschungsinstitut in Düsseldorf in einer bundesweiten Inzidenzstudie Diabetes-Neuerkrankungen in den Jahren von 1996 bis 1999 erfaßt. Diese Studie ermittelte für Baden-Württemberg 6,9 Neuerkrankungen im Jahr pro 100.000 Kin-

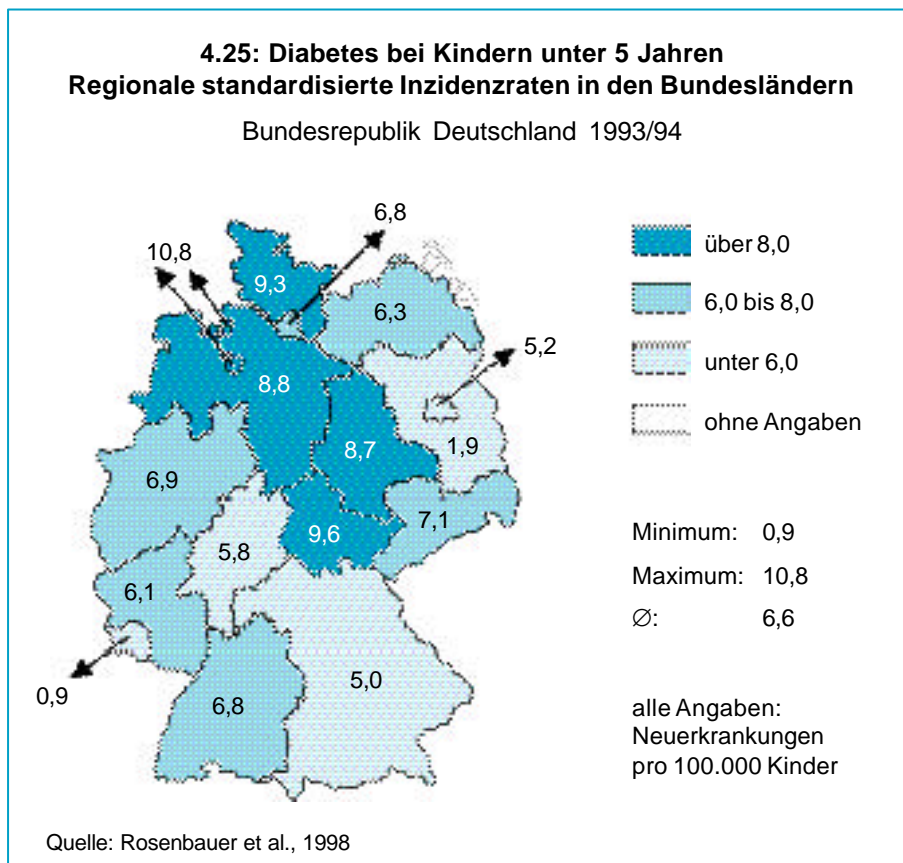
4.24: Diabetes bei Kindern unter 5 Jahren Inzidenz in den Regierungsbezirken

Baden-Württemberg 1996-1999



Quelle: Deutsches Diabetes-Forschungsinstitut Düsseldorf

der im Alter von 0 bis unter 5 Jahren. Dies entspricht exakt den Ergebnissen, die aus dem Projekt der Universitätskinderklinik Tübingen für die Jahre 1987-1995 hervorgingen (siehe oben). Für die einzelnen Regierungsbezirke Baden-Württembergs ergaben sich unterschiedliche Inzidenzen (Abb. 4.24). Während die Regierungsbezirke Stuttgart, Freiburg und Tübingen eine mittlere Inzidenzrate von 7,6 pro 100.000 Kinder aufweisen, liegt die Rate der Neuerkrankungen im Regierungsbezirk Karlsruhe mit 4,7 pro 100.000 deutlich niedriger. Die Erfassungsvollständigkeit der bundesweiten Studie liegt bei etwa 80-85 %. Aufgrund verzögerter Meldungen der Kliniken ist die Erfassungsvollständigkeit für 1999 geringer.



Eine Studie des Diabetes-Forschungsinstituts in Düsseldorf aus den Jahren 1993/94 ermöglicht den Vergleich der Diabetes-Inzidenzraten von Kindern unter 5 Jahren zwischen den Bundesländern (Rosenbauer et al., 1998). Die 1993/94 für Baden-Württemberg ermittelte standardisierte¹ Inzidenzrate von 6,76 Neuerkrankungen pro 100.000 Kinder entspricht dem für die Jahre 1996-1999 ermittelten Wert (6,9). Im Ländervergleich (s. Abb. 4.25) ergibt sich eine Einstufung von Baden-Württemberg im mittleren Bereich nahe dem Durchschnittswert für die gesamte Bundesrepublik (6,6 Neuerkrankungen pro 100.000 Kinder).

Nur durch eine frühzeitige, umfassende Behandlung und Schulung erreicht man normale Lebensqualität sowie eine vergleichbare Leistungsfähigkeit und

**Frühzeitige und
 umfassende Betreuung
 empfohlen**

¹ standardisiert nach Alters- und Geschlechtsaufbau der Bundesrepublik

Lebenserwartung von Diabetespatienten. Dabei verursacht ein von Kindheit an gut eingestellter und geschulter Diabetespatient durch seltenere stationäre und ambulante Behandlung und die Verzögerung von Folgekrankheiten wesentlich geringere Kosten im Gesundheitssystem als ein schlecht betreuter, ungeschulter Vergleichspatient¹. Ziel der Diabetesbehandlung ist, die Stoffwechselstörung so gut wie möglich auszugleichen. Dies erfordert bei an Diabetes vom Typ I Erkrankten eine mehrfach tägliche Insulin-Injektion, eine darauf abgestimmte Nahrungsaufnahme und die regelmäßige Selbstkontrolle des Blutzuckerspiegels.

Gerade bei Kindern gelingt es nur schwer, den Blutzuckerspiegel optimal einzustellen und damit die Stoffwechsellage bestmöglich zu entlasten. Wachstum und Entwicklung, häufige Infekte und wechselnder Bewegungsdrang, aber auch das altersbedingt eingeschränkte Verständnis für den Therapieplan, Ängste vor einem, ebenfalls gesundheitsgefährdenden, zu niedrigen Blutzuckerspiegel und die Notwendigkeit, sich anders verhalten zu müssen als Gleichaltrige, sowie Vorurteile machen es besonders schwierig, eine optimale Stoffwechsellage zu erreichen und beizubehalten. In direktem Zusammenhang mit der Einstellung der Stoffwechsellage stehen jedoch Häufigkeit und Schwere chronischer Komplikationen und Folgeschäden des Diabetes. Schädigungen der Blutgefäße und des Nervensystems stehen dabei im Vordergrund. Besonders betroffen sind die kleinen Blutgefäße im Augenhintergrund und in der Niere. Ihre Beeinträchtigung durch die Zuckerkrankheit kann bis zu schweren Netzhauterkrankungen mit Sehbehinderungen sowie zu funktionseinschränkenden Nierenkrankheiten führen.

Diese Problematik erfordert eine kindgerechte Therapieplanung und altersangepasste Diabeteschulung nicht nur von medizinischer, sondern auch von psychologisch-pädagogischer Seite. Dadurch sollen die Krankheitsakzeptanz sowie die Fähigkeit und Motivation des betroffenen Kindes gefördert werden, damit es seine Therapie auch noch als Jugendlicher verantwortungsvoll durchführt.

**Spezielle Schulungen
für Kinder und
Jugendliche am
Beispiel des
Diabetes-Zentrum
Bad Mergentheim**

Das Diabetes-Zentrum Bad Mergentheim nimmt seit vielen Jahren speziell Kinder und Jugendliche mit Diabetes auf. Fünfmal im Jahr können Heranwachsende in Kursen nicht nur umfangreiches Wissen sondern auch viele praktische Fähigkeiten zur selbständigen Behandlung ihrer Erkrankung erwerben. Die Kinder und Jugendlichen erleben in diesen Kursen, daß sie nicht allein mit ihrem Diabetes sind, und erfahren, daß ihnen trotz des Diabetes eine Vielfalt von Entwicklungsmöglichkeiten offenstehen. Die Betreuung und Schulung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team aus Ärzten, Psychologen, Diätassistenten, Krankenschwestern und Sporttherapeuten.

- **Kinderkurs (8-12 Jahre)**

Im Kinderkurs werden einerseits Basisthemen zum Diabetes theoretisch erarbeitet und in Kleingruppen vertieft. Andererseits soll bei erlebnisorientierten Aktivitäten (z. B. bei Ausflügen) der Umgang mit dem Diabetes im Alltag selbstverständlich gemacht werden (Blutzuckermessen in der Öffentlichkeit, etc.). Mit Hilfe von Rollenspielen werden schwierige Situationen wie z. B. "Hypo in der Schulstunde" aufgegriffen.

¹ Deutscher Diabetiker-Bund, Landesverband Baden-Württemberg e. V.

- Jugendkurs (13-17 Jahre)

Die Jugendkurse haben ihren inhaltlichen Schwerpunkt in der Verselbständigung der Jugendlichen bezüglich der Diabetestherapie. Neben der theoretischen Erarbeitung der Basisthemen wird das kontrollierte Ausprobieren des Gehörten ermöglicht. Sobald die Blutzuckereinstellung es zuläßt, können die Jugendlichen im Selbsttest erproben, wie ihr Blutzuckerspiegel auf Sport oder Essen von "Leibspeisen" reagiert. Auch psychosoziale Themen wie Folgeerkrankungen oder zukünftige Berufswahl werden angesprochen und in Gruppengesprächen und Rollenspielen vertieft.

Gruppenschulungen haben sich in der Vergangenheit gerade durch die Nutzung sozialer Lernmechanismen bei Kindern und Jugendlichen gut bewährt. Durch aktuelle Regelungen der Kostenträger im Gesundheitssystem wird aus wirtschaftlichen Gründen vor allem die ambulante Schulung durch niedergelassene Ärzte gefördert. Die Kostenträger vertreten den Standpunkt, daß Schulungen grundsätzlich ambulant durchgeführt werden sollen und können. Für Diabetiker im Erwachsenenalter gilt diese ambulante Betreuung als besonders patientenfreundlich. Für Patienten der pädiatrischen Altersgruppe hält die Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg jedoch eine ausschließlich ambulante Betreuung nicht für ausreichend (Sozialministerium, 1999).

Da die Zahl neuerkrankter Kinder insgesamt gering ist, sind nicht alle Krankenhäuser bzw. Kinderkliniken optimal auf die Betreuung zuckerkranker Kinder trotz oft großen individuellen Engagements vorbereitet. Vor allem kleinere Kinderkrankenhäuser verfügen häufig nicht über ausreichend geschultes und erfahrenes Personal. Nach Erhebungen der Universitätsklinik Tübingen stehen in etwa einem Viertel der Kinderkliniken Diabetologen (DGG), Diabetesberaterinnen (DGG), auf Diabetes spezialisierte Diätassistentinnen, Psychologen und Sozialarbeiter zur Verfügung (Sozialministerium, 1999).

Ebenfalls nach einer Studie der Universitätsklinik Tübingen gaben von 31 befragten Kinderkliniken 28 die Unterhaltung einer "diabetesorientierten" Ambulanz an (Gesamtzahl der Kinderkliniken und -fachabteilungen in Baden-Württemberg: 35, siehe auch Kapitel 5.3, Abschnitt Stationäre Versorgung). Lediglich das Olgahospital in Stuttgart war 1999 von der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DGG) als "Behandlungseinrichtung für Patienten mit Typ-I-Diabetes/Pädiatrie" anerkannt.

Ambulante contra stationäre Schulungen

Diabetesorientierte Ambulanzen an 90 % aller Kinderkliniken in Baden-Württemberg

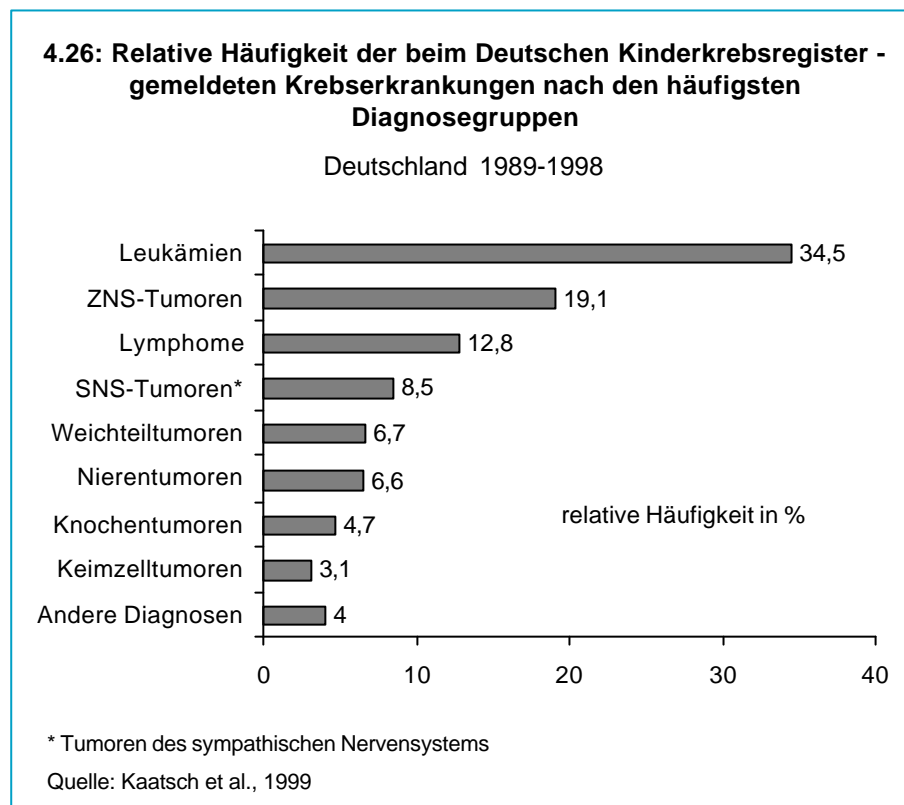
Krebserkrankungen

Ein wichtiges Instrument der Krebsforschung nicht nur bei Erwachsenen sondern auch bei Kindern ist die kontinuierliche Beobachtung und Bewertung des Krebsgeschehens. Für die kindlichen Krebserkrankungen übernimmt diese Aufgabe seit 1980 das Deutsche Kinderkrebsregister in Mainz, das Krebsneuerkrankungen bis zum 15. Lebensjahr erfaßt. Die nachfolgenden quantitativen Aussagen dieses Abschnitts zum Auftreten (Inzidenz), zur Prognose bzw. den Überlebenszeiten sowie der regionalen Verteilung basieren daher auf dem aktuellen Jahresbericht des Deutschen Kinderkrebsregisters (Kaatsch et al., 1999).

Krebserkrankungen im Kindesalter sind selten und machen weniger als ein Prozent aller Krebserkrankungen aus. Das Risiko eines Kindes, bis zum 15. Lebensjahr an Krebs zu erkranken, ist mit 0,2 % verhältnismäßig gering. Ab-

Krebserkrankungen sind im Kindesalter selten

bildung 4.26 zeigt, daß in der Bundesrepublik im Zeitraum von 1989 bis 1998 die häufigsten kindlichen Krebserkrankungen Leukämien (34,0 %) sind, gefolgt von Tumoren des Zentralen Nervensystems (ZNS, 19,3 %) und den Lymphomen (12,2 %). Nachfolgend werden die wichtigsten Einzelerkrankungen dieser drei Haupterkrankungsgruppen beschrieben.



Die häufigsten Leukämien im Kindesalter sind akute lymphatische Leukämien

Bei den akuten Leukämien handelt es sich um ungehemmtes Wachstum von unreifen, nicht funktionstüchtigen Knochenmarkszellen, überwiegend aus der Reihe der weißen Blutkörperchen. Ausgehend von Knochenmark, Leber, Milz oder Lymphknoten verdrängen sie funktionsfähige rote und weiße Blutkörperchen und führen unbehandelt rasch zum Tode. Nach ihrer Ursprungszellreihe werden lymphatische und nicht lymphatische Leukämien unterschieden. Mit ca. 83 % aller Leukämien sind die akuten lymphatischen Leukämien (ALL) die häufigsten Leukämien des Kindesalters. Die Hälfte aller Kinder mit einer ALL erkranken bis zum 5. Lebensjahr. Als mögliche Ursachen werden Virusinfektionen, genetische Faktoren sowie Umwelteinflüsse diskutiert. Leukämien beider Formenkreise können auch als Therapiefolge auftreten. Die Symptome sind mit Fieber, Blässe, Müdigkeit, Knochenschmerzen oder Bauchschmerzen eher unspezifisch. Plötzlich auftretende blaue Flecken sollten an eine Blutkrankung denken lassen. Wichtige diagnostische Hinweise gibt das Blutbild; ein Knochenmarksausstrich sichert die Diagnose. 71 % der Kinder mit einer ALL überleben heute mindestens fünf Jahre.

Entartete Zellen des Sympathikusnerven sind Ursache für das Neuroblastom

Die Gruppe der Tumoren des Zentralnervensystems (ZNS) umfaßt bösartige Tumoren ganz unterschiedlicher geweblicher Herkunft und Prognose. Zweithäufigste aller bösartigen Erkrankungen dieser Gruppe im Kindesalter ist das Neuroblastom. Bei diesem Tumor entarten sehr junge Zellen des Sympathi-

kusnerven, der ein Teil des vegetativen Nervensystems ist und u. a. den Blutdruck reguliert. 60 bis 70 % aller Neuroblastome treten im Bauchraum auf, davon etwa die Hälfte in der Nebenniere. In 15 bis 20 % findet sich der Tumor im Bereich der Halswirbelsäule und des Brustkorbes und nur in etwa 5 % im ZNS. Die Therapie orientiert sich sehr differenziert am Ausbreitungsstadium des Tumors und umfaßt Operation und Chemotherapie. Die Wahrscheinlichkeit, fünf Jahre zu überleben, liegt beim Stadium I und II bei 95 %, bei Stadium III bei 75 % und Stadium IV bei 27 % (Kaatsch et al., 1999). Zum Thema Früherkennung des Neuroblastoms sei auf Kapitel 5.2 verwiesen.

Lymphome sind Tumoren, die ihren Ursprung im lymphatischen Gewebe, bevorzugt in den Lymphknoten, haben. Sie werden in zwei große Gruppen unterteilt, die Hodgkin und die Non-Hodgkin Lymphome. Hodgkin Lymphome, die auch als Morbus Hodgkin oder Lymphogranulomatose bezeichnet werden, treten insbesondere ab dem 10. Lebensjahr auf, wobei Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen. Die Prognose des Morbus Hodgkin ist relativ gut. Insgesamt überleben 88 % der Erkrankten fünf Jahre. Die Non-Hodgkin-Lymphome (NHL) des Kindesalters leiten sich von Stammzellen ab, die noch wenig ausgereift und daher sehr bösartig sind. Das äußert sich u. a. darin, daß bei etwa der Hälfte aller erkrankten Kinder Knochenmark und zentrales Nervensystem zum Zeitpunkt der Diagnose bereits tumorbefallen sind. Als klinisch wichtig hat sich die Unterscheidung in B-Zell-NHL und Non-B-Zell-NHL erwiesen. Beide Formen treten bevorzugt bei Jungen auf. Die Daten des Deutschen Kinderkrebsregisters in Mainz zeigen, daß die allgemeine Fünfjahres-Überlebenswahrscheinlichkeit bei 76 % liegt. Daten zur Überlebenszeit in verschiedenen Kalenderjahresperioden zeigen, daß sich die Langzeitprognose in den letzten zehn Jahren deutlich verbessert hat.

In der Bundesrepublik erkrankten in den Jahren 1991 bis 1998 jährlich zwischen 1.600 und 1.800 Kinder an Krebs. Die Hälfte aller kindlichen Krebserkrankungen tritt innerhalb der ersten sechs Lebensjahre auf, wobei die Zahl der Neuerkrankungen bis zum 5. Lebensjahr am häufigsten ist. Die nachfolgende Tabelle zeigt die rohe Inzidenz, d. h. die Anzahl der Neuerkrankungen eines Jahres bezogen auf 100.000 der kindlichen Bevölkerung, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Altersgruppen. Mit 20,8 Erkrankungen pro 100.000 Kinder unter einem Jahr ist sie bei den Säuglingen am höchsten, sinkt über alle anderen Altersgruppen und erreicht bei den 10- bis 14jährigen mit 9,7 auf 100.000 Kinder den niedrigsten Wert. Deutlich wird, daß Jungen durchweg höhere Inzidenzen als Mädchen aufweisen.

Jungen sind häufiger von Lymphomen betroffen als Mädchen

Krebs-Inzidenz bei Säuglingen am höchsten

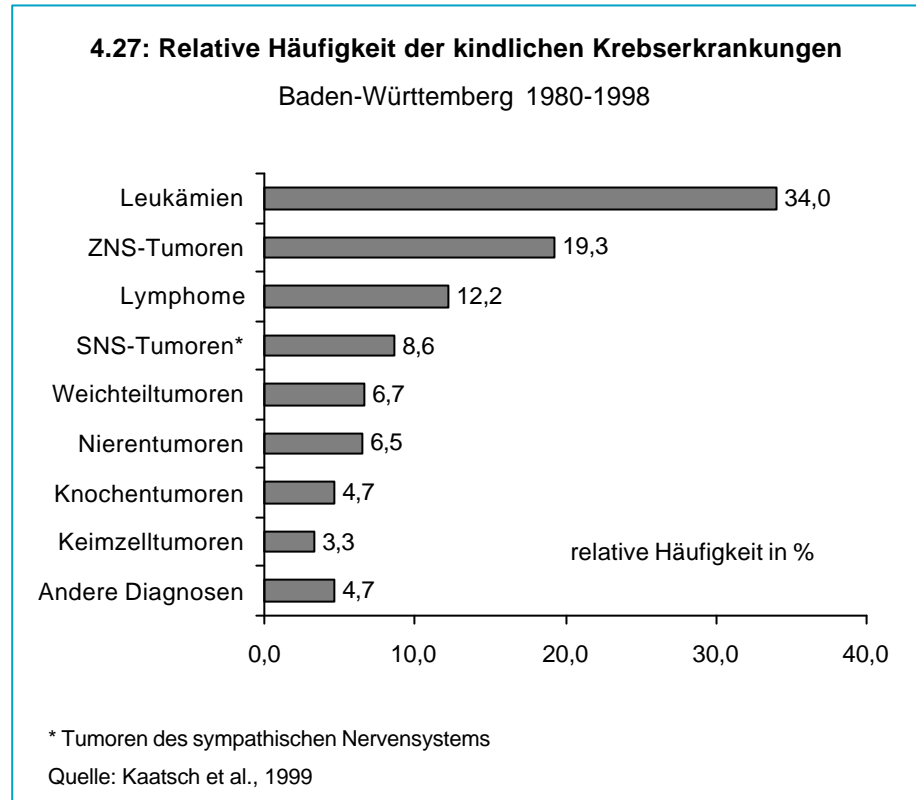
Krebsinzidenz pro 100.000 Kinder nach Alter und Geschlecht Bundesrepublik Deutschland 1989-1998

Alter in Jahren	männlich	weiblich	Gesamt
bis 1	21,9	19,6	20,8
1-4	19,8	17,0	18,4
5-9	12,1	9,4	10,8
10-14	10,8	8,5	9,7

Quelle: Kaatsch et al., 1999

Häufigkeit und Altersverteilung im Bundesgebiet und in Baden-Württemberg vergleichbar

Ebenso wie in der Bundesrepublik sind die häufigsten Tumorformen in Baden-Württemberg die Leukämien, Erkrankungen des zentralen Nervensystems und die Lymphome (s. Abbildung 4.27). Auch die Anteile der jeweiligen Erkrankungsgruppen unterscheiden sich nicht wesentlich von denen in der Bundesrepublik.

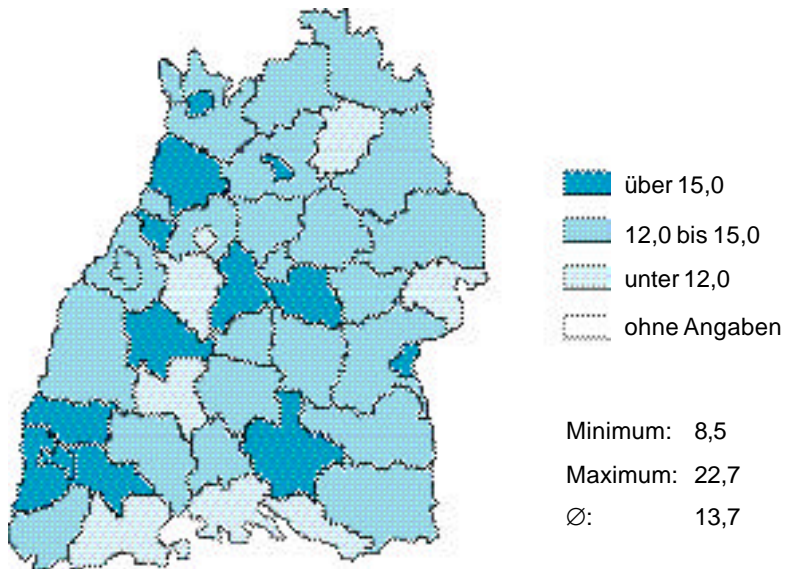


Aus obiger Tabelle wird deutlich, daß die Inzidenz stark altersabhängig ist. Vergleiche der Inzidenz verschiedener Altersgruppen oder Regionen müssen daher von dem Effekt unterschiedlicher Altersverteilungen bereinigt werden. Dies läßt sich rechnerisch dadurch erreichen, daß die Erkrankungsdaten auf einen gemeinsamen Altersstandard bezogen werden. Die aus dieser Berechnung resultierende Maßzahl wird als altersstandardisierte Inzidenz bezeichnet und erlaubt einen von der Altersstruktur unbeeinflussten Vergleich. Standard hierfür ist bei den vorliegenden Daten die Altersstruktur der Bundesrepublik des Jahres 1987, dem Jahr der letzten Volkszählung.

Die altersstandardisierte Inzidenz aller kindlichen Krebserkrankungen in der Bundesrepublik beträgt für die Jahre 1989 bis 1998 für Mädchen 11,9 Erkrankungsfälle auf 100.000 Kinder unter 15 Jahren, für Jungen 14,4, insgesamt 13,2. Das Kinderkrebsregister in Mainz hat für Baden-Württemberg altersstandardisierte Inzidenzen für alle bösartigen kindlichen Neubildungen und für die akuten Leukämien auf Stadt- und Landkreisebene berechnet. Sie umfassen die Erkrankungsfälle des Zeitraumes von 1989 bis 1998 und sind in den Abbildungen 4.28 und 4.29 dargestellt. Die Kreise sind für jede Erkrankungsgruppe in Abhängigkeit von der Höhe der Inzidenz in drei Klassen eingeteilt, deren Grenzen den einzelnen Abbildungen entnommen werden können.

4.28: Altersstandardisierte Inzidenz (jährliche Neuerkrankungsrate) aller bösartigen Neubildungen im Kindesalter auf 100.000 Kinder

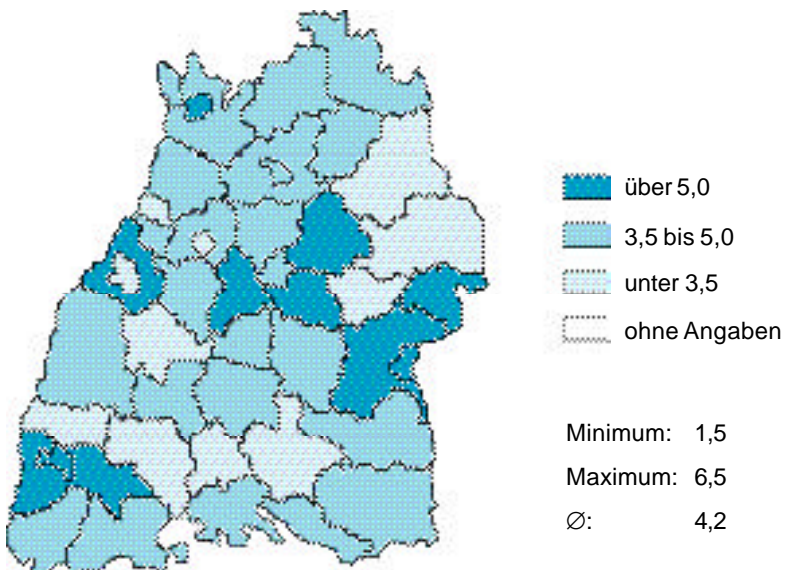
Baden-Württemberg 1989-1998



Quelle: Deutsches Kinderkrebsregister, Mainz

4.29: Altersstandardisierte Inzidenz (jährliche Neuerkrankungsrate) aller Leukämien im Kindesalter auf 100.000 Kinder

Baden-Württemberg 1989-1998



Quelle: Deutsches Kinderkrebsregister, Mainz

Keine auffälligen Erhöhungen der Krebsraten in einzelnen Stadt- und Landkreisen

Die statistische Bewertung dieser Daten beruht auf dem Vergleich der für den jeweiligen Kreis ermittelten Inzidenz mit der durchschnittlichen Inzidenz im Bundesgebiet, die - unabhängig vom Geschlecht - 13,2 Erkrankungen je 100.000 Kinder für alle bösartigen Erkrankungen und 4,5 für Leukämien beträgt. Nach statistischen Kriterien ist jedoch keine auffällige Erhöhung der Erkrankungsraten in einem der Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs erkennbar.

Zahngesundheit

Nicht mehr als 2 kariöse, fehlende oder plombierte Zähne im Alter von 12 Jahren

Zu den Zielen der WHO-Strategie "Gesundheit für alle" gehört auch, daß sich bis zum Jahr 2000 "die Morbidität und Behinderung aufgrund chronischer Krankheiten in der Region anhaltend rückläufig entwickeln" sollte. Das international gebräuchliche Meßinstrument zur Beurteilung der Zahngesundheit ist der DMF-T-Index bzw. bei Milchzähnen dmf-t, der die Zahl der kariösen, fehlenden und gefüllten Zähne wiedergibt. Mit diesem Indikator läßt sich messen, wie viele Zähne pro Person (in einem bestimmten Alter) von Karies befallen sind und wie sich dieser Befall ändert, wenn eine systematische Kariesprophylaxe betrieben wird. Als Teilziel wurde angestrebt, daß "die Schwere der Zahnkaries und der periodontalen Erkrankungen zurückgeht, so daß Kinder im Alter von 12 Jahren nicht mehr als zwei kariöse, fehlende oder plombierte Zähne haben".

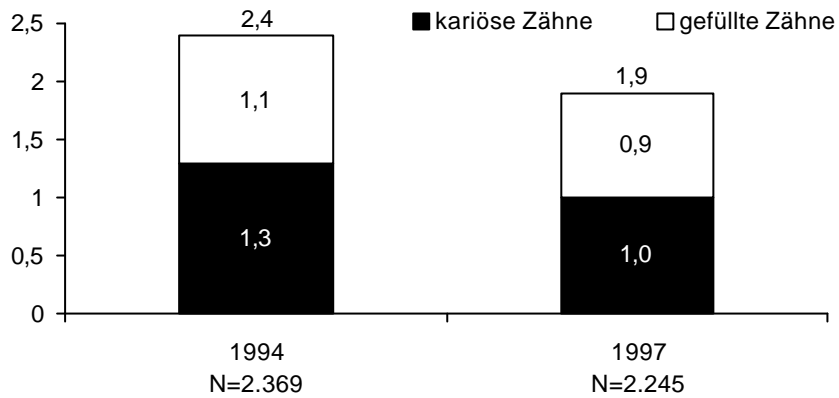
Die Annäherung an dieses Ziel läßt sich nur über die Feststellung der Zahngesundheit beurteilen. Hierzu erfolgten zuletzt 1994 und 1997 landesweite Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe. Dabei wurden in zufällig ausgewählten allgemeinbildenden Schulen mit 1., 4. und 6. Klassenstufe die anlässlich der jugendzahnärztlichen Reihenuntersuchungen erhobenen Befunde in besonderer Weise dokumentiert und nach epidemiologischen Gesichtspunkten ausgewertet. Im Jahre 1997 wurden zusätzlich regionale Begleituntersuchungen in 23 Kreisen durchgeführt; im Jahr 1998 fanden stichprobenhafte Erhebungen nach gleicher Vorgehensweise auf freiwilliger Grundlage in 71 zufällig ausgewählten Kindergärten in den Landkreisen Rastatt und Heilbronn sowie in den Städten Heilbronn und Baden-Baden statt. Alle Untersuchungen wurden durch besonders geschulte Jugendzahnärztinnen und Jugendzahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes vorgenommen und im Landesgesundheitsamt ausgewertet.

Alle Untersuchungsergebnisse deuten auf eine positive Entwicklung der Indikatoren zur Zahngesundheit hin. Unter dreijährigen Kindergartenkindern wurden 1998 im Mittel 0,46 kariöse Milchzähne festgestellt. Bei 12jährigen Kindern fand sich noch im Jahre 1994 ebenso wie bei einer früheren Untersuchung aus dem Jahre 1992 (Van Steenkiste et al., 1993) eine mittlere Anzahl von 2,4 schadhafte bleibenden Zähnen (DMF-T). Bei der 1997 durchgeführten Untersuchung war dieser Wert bereits auf 1,4 schadhafte Dauerzähne gesunken. Das WHO-Gesundheitsziel war damit im Mittel bereits erreicht. Es bestanden jedoch noch signifikante Unterschiede zwischen Schülern verschiedener Schularten. Auch zwischen Kindern deutscher und anderer Nationalitäten bestehen deutliche Unterschiede, wenngleich die Werte für Kinder anderer Nationalitäten wegen der geringeren Anzahl der Untersuchungen statistisch größere Schwankungsbreiten aufweisen. So lag die mittlere Anzahl schadhafter Dauerzähne bei 12jährigen deutschen Schülern mit 1,3 deutlich unter den

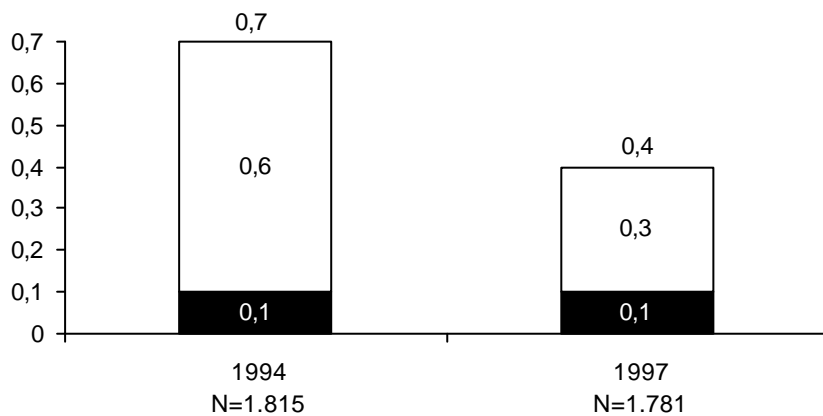
4.30: Durchschnittliche Anzahl kariöser und gefüllter Zähne bei Kindern verschiedener Altersstufen

Baden-Württemberg 1994 und 1997

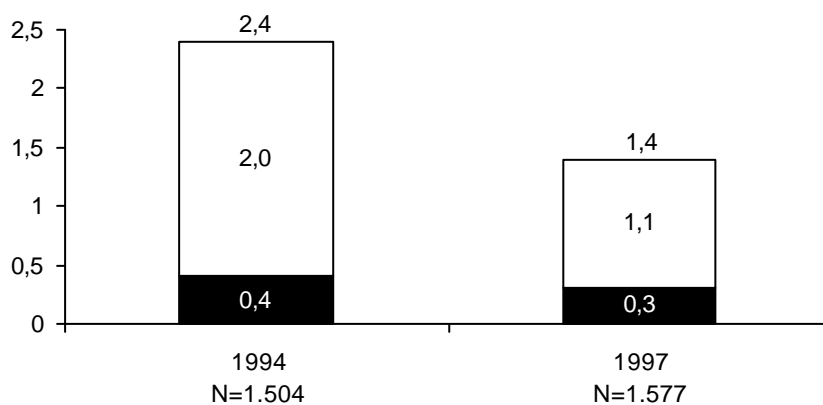
Im Milchgebiß von 6jährigen Kindern in 1. Klassen



Im Dauergebiß von 9jährigen Kindern in 4. Klassen



Im Dauergebiß von 12jährigen Kindern in 6. Klassen

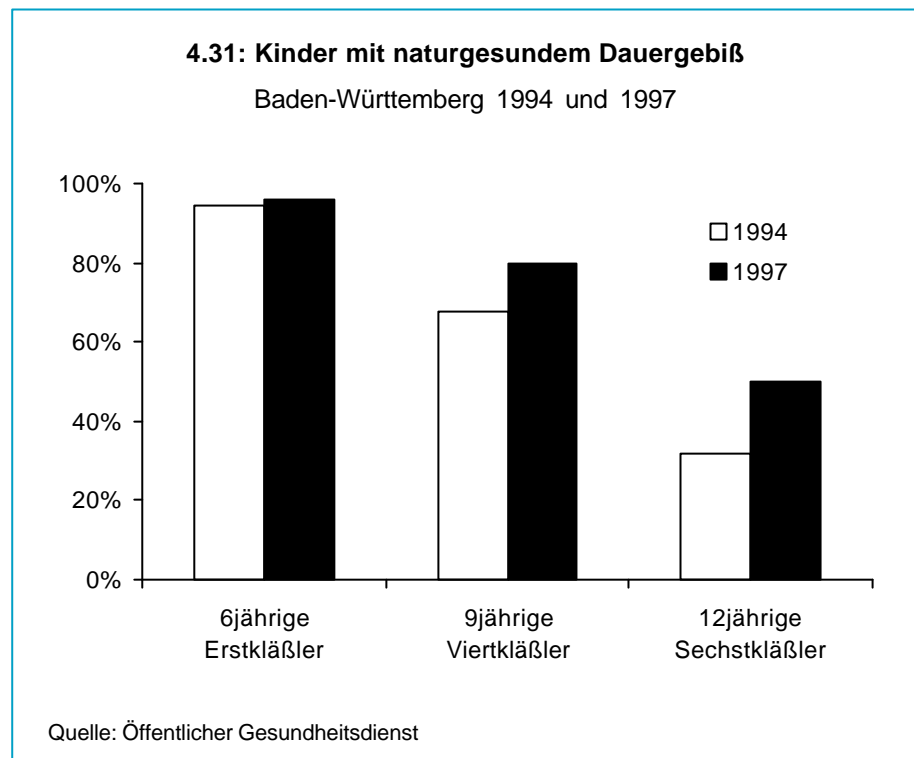


Quelle: Öffentlicher Gesundheitsdienst

Vergleichszahlen für gleichaltrige türkische Kinder (DMF-T 2,7) oder Kinder aus dem ehemaligen Jugoslawien (DMF-T 3,0).

Weniger Karies bei immer mehr Kindern

Immer mehr Kinder bleiben ohne jeden Kariesschaden. Abbildung 4.31 verdeutlicht dies für die bleibenden Zähne. Von 1994 auf 1997 stieg der Anteil der 12jährigen Sechstkläßler ohne Karies oder Füllungen von 31,7 % auf 50,3 % an. In diesen statistischen Kennwert fließt neben der Verbesserung der Zahngesundheit freilich auch ein Effekt über die Anwendung erweiterter Versiegelungen ein.



Kariesbehandlung: mehr Versiegelung, weniger Amalgam

Die Behandlung der Zahnkaries unterliegt einem Wandel. In sehr frühen Stadien der Zahnkaries ist es möglich, das Fortschreiten der Schädigung durch eine sogenannte erweiterte Versiegelung mit einem Kunststoffmaterial zu unterbinden. Die erweiterte Versiegelung tritt an Stelle einer Zahnfüllung, wird aber bei der Berechnung des DMF-T-Index nicht mitgezählt. Versiegelungen haben deshalb einen zweifachen Einfluß auf die Zahngesundheit: durch ihre prophylaktische Wirkung bei der Verhütung von Karies und zusätzlich in der Kariesstatistik durch die "Einsparung" von Füllungen. Zur Häufigkeit von Versiegelungen siehe auch Kapitel 5.2.

Neue Werkstoffe für Zahnfüllungen lösen Amalgamlegierungen ab

Wo Zahnfüllungen angezeigt sind, lösen neue Werkstoffe auf Kunststoffbasis die früher üblichen Amalgam-Legierungen ab. Im Jahre 1997 bestanden bei 12jährigen Kindern der 6. Klassenstufe 63,1 % aller Zahnfüllungen in bleibenden Zähnen und 62,3 % aller Füllungen in Milchzähnen aus Amalgam. Bei 9jährigen Kindern der 4. Klassenstufe war Amalgam der Werkstoff bei 38,1 % der Zahnfüllungen in bleibenden Zähnen und bei 45,9 % der Füllungen in Milchzähnen. Im Milchgebiß von 6jährigen Erstkläßlern bestanden nur 21,4 % aller Zahnfüllungen aus Amalgam. Zusammengefaßt: je jünger die Kinder waren,

um so häufiger war statt Amalgam ein zahnfarbendes Füllungsmaterial auf Kunststoffbasis verwendet worden. Deutsche Kinder hatten weniger Amalgamfüllungen als Kinder aus dem ehemaligen Jugoslawien oder türkische Kinder. Es steht zu erwarten, daß der Anteil der Amalgamfüllungen infolge geänderter Behandlungsrichtlinien weiter zurückgehen wird.

Die Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Baden-Württemberg e. V. hat für den Zeitraum 1998 bis 2003 Ziele der Zahngesundheitsförderung in Baden-Württemberg formuliert.

Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit formuliert Zahngesundheitsziele bis zum Jahr 2003

Die Prioritäten für die Zahngesundheit sind

- Das Verringern des Kariesbefalls bei Grund-, Haupt- und Förderschülern sowie bei ausländischen Kindern. Der Kariesbefall an bleibenden Zähnen bei den 12jährigen sollte um 30 % reduziert werden. Der DMF-T in dieser Altersgruppe sollte nicht mehr als 1,0 im Jahr 2003 betragen (Ausgangswert 1997: 1,4).
- Das Bewirken einer Kariesreduktion im Milchgebiß. Ziel ist eine Senkung um 50 %, entsprechend einem Rückgang des dmf-t von 1,9 im Jahre 1997 auf nicht mehr als 1,0 im Jahre 2003.
- Das Verbessern des Sanierungsgrads der Milchzähne. Waren 1997 nur 48 % der von Karies befallenen Milchzähne bei 6jährigen saniert, soll dieser Anteil um 50 % auf wenigstens 70 % gesteigert werden.

Dies soll erreicht werden über eine Verstärkung der Zahngesundheitserziehung und der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Kindergärten und Schulen. Ausgehend von 78 % im Jahre 1997 soll bis 2003 in allen Kindergärten mindestens einmal im Jahr Zahngesundheitserziehung stattfinden. Der Anteil der Schulen, in deren 1.-6. Klassen mindestens einmal im Jahr Zahngesundheitserziehung stattfindet, soll von 47 % auf 70 % entwickelt werden. Gleichzeitig soll das Angebot lokaler Fluoridierungsmaßnahmen mit Lacken und Gelen von 20 % auf 50 % aller Schulen (Klassen 1 bis 6) gesteigert werden. Die Förderung der Versiegelung der Fissuren an Backenzähnen der Kinder durch niedergelassene Zahnärzte ist ein weiteres Ziel: von 57 % auf 75 % soll der Anteil der 12jährigen mit wenigstens einer Versiegelung ansteigen. Neben der Entwicklung von praktikablen Konzepten zur Betreuung von Migranten gehört auch eine Ausweitung der Elternveranstaltungen in Kindergärten, Schulen und sonstigen Institutionen zur Zielplanung. Die Eckdaten zur Kontrolle der Zielerreichung werden aus den Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und Arbeitsberichten der Regionalen Arbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege abgeleitet.

Hörstörungen bei Schulanfängern

Das Gehör ist die Pforte zur Bildung. Nur ein ausreichendes Hörvermögen bildet die Grundlage für eine normale Sprachwahrnehmung und -entwicklung und damit für die gesamte geistige und soziale Entwicklung des Kindes. In der Schule baut ein sehr großer Teil des Unterrichts auf der akustischen Wahrnehmung des mündlich vermittelten Lehrstoffes auf.

Die Wahrscheinlichkeit einer Hörminderung beträgt für Neugeborene ohne spezielle Risiken etwa 0,1 Prozent. Für Neugeborene mit speziellen Risiko-

faktoren wie Frühgeburtlichkeit oder Geburtsbelastungen ist die Wahrscheinlichkeit zehnmal höher. Frühkindliche Hörerfahrungen beginnen bereits im Mutterleib. Die Reifung der zentralen auditiven Verarbeitung und Wahrnehmung im Gehirn (AVWS) ist abhängig von der Hörfähigkeit ganz besonders in der frühen Kindheit. Die Entwicklung des Sprechapparates ist eng an die Reifung des Hörsystems gekoppelt und eine wichtige Voraussetzung für das Erlernen der Schriftsprache, d. h. des Lesens und Schreibens.

Selbst hochgradige Hörstörungen werden oft erst spät bemerkt

Nach Angaben des Deutschen Zentralregisters für kindliche Hörstörungen am Universitätsklinikum Benjamin Franklin in Berlin werden an Taubheit grenzende und hochgradige Hörstörungen durchschnittlich erst im Alter von 1,9 bis 2,5 Jahren erkannt. Mittlere Hörstörungen werden durchschnittlich erst mit 4,4 Jahren erkannt, leichte Hörstörungen mit einer Hörschwelle unter 40 Dezibel Lautstärke (dB) werden im Durchschnitt sogar erst mit 6,2 Jahren diagnostiziert. Kinder mit geringen und mittelgradigen Hörstörungen werden vielfach zunächst durch manifeste Sprach- und Entwicklungsverzögerungen auffällig.

Hörstörungen beeinträchtigen Lernvermögen und soziale Integration

Hörstörungen können die Teilnahme am Schulunterricht und die soziale Integration in der Klasse erheblich beeinträchtigen. Die Überprüfung des Hörvermögens anlässlich der Einschulungsuntersuchung stellt deshalb ein außerordentlich wichtiges Screening-Verfahren dar. Auffällige Befunde bedürfen jedoch einer weiteren HNO-ärztlichen Abklärung, die den Sorgeberechtigten gegebenenfalls dringend angeraten wird. So sollen eventuell vorhandene, noch nicht bekannte Hörstörungen vor Eintritt in die Schule erkannt werden.

Bei der Einschulungsuntersuchung werden einheitliche Hörtestgeräte verwendet, die es erlauben, die Wahrnehmung unterschiedlicher Frequenzen und Lautstärken festzustellen. Die Standardüberprüfung erfolgt bei einer Lautstärke

Hörstörungen bei Schulanfängern in Baden-Württemberg Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1991 bis 1997

Untersuchungs- jahr	Relative Häufigkeit von Hörstörungen in %	Anzahl der Kinder mit Hörstörungen	davon in der U9* dokumentierte Fälle
1991	3,9 %	3.769	119
1992	3,9 %	4.080	139
1993	3,9 %	4.134	127
1994	4,0 %	4.206	137
1995	4,1 %	4.379	164
1996	4,8 %	5.187	100
1997	4,8 %	4.803	112
1998	4,6 %	5.032	105
1999	4,4 %	4.470	85

* U9: Gesetzliche Früherkennungsuntersuchung im 4. bis 5. Lebensjahr
Quelle: Öffentlicher Gesundheitsdienst

von 30 Dezibel und umfaßt die Frequenzen 500, 1.000, 2.000, 4.000 und 6.000 Hz. Das Hörvermögen bei 30 dB wird auch als "soziales Gehör" bezeichnet, da dieser Lautstärke einer leise gesprochenen Sprache entspricht. Von Hinweisen auf eine Hörstörung wird ausgegangen, wenn ein Kind mindestens zwei Frequenzen bei einer Lautstärke von 30 Dezibel nicht gehört hat.

Die obige Tabelle gibt einen Überblick über die Häufigkeit von Hörstörungen bei Schulanfängern in den Jahren 1991 bis 1997. Danach zeigen sich bei etwa 4.500 Kindern eines Jahrgangs Hinweise auf eine mögliche Hörstörung. Etwa jeder zweite dieser Befunde wurde als behandlungsbedürftig bewertet. Zur überwiegenden Mehrzahl dieser Kinder war in den Aufzeichnungen zur Vorsorgeuntersuchung U9 keine Hörstörung dokumentiert. Von den 4.470 Kindern, bei denen anlässlich der Einschulungsuntersuchung 1999 eine Hörstörung diagnostiziert wurde, war nur jedes zweite Kind in Behandlung. Lediglich 85 Fälle waren bereits bei der U9 aufgefallen.

Um grundlegende Hinweise auf das Vorkommen von lärmbedingter Schwerhörigkeit bei Kindern zu erhalten, wurde anlässlich der Einschulungsuntersuchung 1997 eine erweiterte Hörprüfung bei den Schulanfängern durchgeführt. Als Hinweis auf eine lärmbedingte Hörstörung können spezielle Ausfälle bei 4.000 bis 6.000 Hz (sogenannte C5-Senke) gedeutet werden. Danach ergab sich bei der Lautstärke von 30 dB zu etwa zwei Prozent der Einschulungskinder ein Ausfall bei 4.000 oder 6.000 Hz als Hinweis auf eine mögliche lärmbedingte Hörstörung. Bei 20 dB Lautstärke wurden zu drei bis vier Prozent der Kinder solche Ausfälle beobachtet. Prävalenzen aus Screening-Untersuchungen dürfen aus methodischen Gründen nicht mit der Häufigkeit von abschließend diagnostizierten Hörstörungen auf der Basis fachärztlicher Untersuchungen gleichgesetzt werden. Nimmt man jedoch an, daß zwei Prozent der Schulanfänger von einer vermeidbaren Einschränkung des Hörens betroffen sein können, so könnten durch deren Vermeidung immerhin etwa zweitausend Schulanfänger jedes Jahrgangs in Baden-Württemberg diese unangenehme Erfahrung und daraus abgeleitete schulische Probleme erspart bleiben.

Einige Forscher gehen davon aus, daß etwa ein Drittel aller Jugendlichen von Hörstörungen betroffen sind. Die Ursachen können vielfältiger Natur sein. Der Anteil angeborener Störungen wird mit etwa 2 Prozent angegeben. Unter den erworbenen Hörstörungen sind Folgen chronischer Mittelohrentzündungen von Bedeutung. Freizeitlärm kann zur irreversiblen Schädigung der Hörsinneszellen führen. Zwischen Verkehrslärm und koronaren Herzerkrankungen wird ein Zusammenhang gesehen. Zu den wichtigsten Quellen von hörschädigenden Lärmbelastungen dürften schon bei Kindern die Unterhaltungselektronik (Kopfhörer) und dazu bei Jugendlichen die Beschallung bei Veranstaltungen gehören. In Diskotheken erreicht der Schallpegel Durchschnittswerte um 95 bis 106 Dezibel. Permanente Lärmbelastung führt zur psychonervalen Anspannung, die sich in motorischer Unruhe, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen ausdrücken kann. Auch psychosomatische Beschwerden sind als Folge bekannt. Für Kinder sind zudem extrem kurze Impulsgeräusche aus Kinderspielzeugen bedeutsam. Zündblättchenpistolen, Knackfrösche oder Trillerpfeifen können, wenn sie in Ohrnähe betätigt werden, höhere Schallpegel als ein startendes Düsenflugzeug erzeugen. Wegen ihrer kurzen Dauer werden solche Impulsgeräusche jedoch immer unterschätzt und sind deshalb besonders gefährlich. Zur Vermeidung von lärmbedingten Hörschäden sind Schallpegel-

Hinweise auf lärmbedingte Schwerhörigkeit

Nur 2 % aller Hörstörungen sind angeboren

begrenzungen bei Kinderspielzeugen, Geräten der Unterhaltungselektronik und in Musikveranstaltungen dringend angezeigt.

Quellenhinweise

- Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland (Hg.) (1999): Krebs in Deutschland, 2. Aufl., Saarbrücken.
- Brand, A., Bredehöft, J. & Brand, H. (1998). Pilotstudie "Verbesserung der Vollständigkeit und Validität der flächendeckenden Dokumentation angeborener Fehlbildungen im Rahmen der Perinatalerhebung" - Abschlußbericht.
- Deutsches Diabetes-Forschungsinstitut an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Rosenbauer, J., 2000). Schriftliche Mitteilung an das LGA Baden-Württemberg.
- Deutsche Krebshilfe e. V. (Hg.) (1993). Krebs im Kindesalter. Ein Ratgeber für Eltern krebskranker Kinder und Jugendlicher. Ausgabe 3.
- Kaatsch, P., Kaletsch U., Spix, C. & Michaelis J. (1999). Jahresbericht 1998 des Deutschen Kinderkrebsregisters. Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation, Mainz.
- Krebsverband Baden-Württemberg e. V., Adalbert-Stifter-Str. 105, 70429 Stuttgart, Tel. 0711/848 2691.
- Krebsinformationsdienst, Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg, Tel. 06221/410 121.
- Matthes, A. & Schneble, H. (1998). Unser Kind hat Anfälle. Ein Wegweiser für Eltern. Hg: Epilepsiezentrum Kork in Zusammenarbeit mit der Deutschen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie, Bielefeld.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung (Hg.) (1994). Zur gesundheitlichen Lage der Kinder in Baden-Württemberg. Stuttgart.
- Neu, A., Kehler, M., Hub, R. & Ranke, M. (1997). Incidence of IDDM in German Children Aged 0-14 Years. *Diabetes Care*, Vol. 20, No. 4.
- Neu, A. (1998). Untersuchungen zur Häufigkeit des Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen (Typ-1-Diabetes) in Deutschland. Materialsammlung, Aktualisierte Version.
- Nicolai, D. v. (2000). Unfälle im Kleinkindesalter. Landratsamt Biberach: Kreisgesundheitsamt.
- Pristl, K. (1993). Todesursache im Säuglingsalter: Plötzlicher Kindstod. *Baden-Württemberg in Wort und Zahl* 2, S. 44-46.
- Rosenbauer, J., Fabian-Marx, T., Herzig, P. & Giani, G. (1998). Inzidenz des Typ-I-Diabetes bei Kindern unter 5 Jahren in Deutschland und ihre regionale Verteilung. In: Tagungsberichte der Arbeitsgruppen Ökologie und Räumliche Statistik der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft. Heft 9.
- Schmidt, C. (1999). Einfluß antikonvulsiver Medikation auf ereigniskorrelierte akustisch evozierte Potentiale und kognitive Fähigkeiten bei Kindern. Dissertation Ruhruniversität Bochum.
- Schneble, H. (2000). Schriftliche Auskunft der Klinik für Kinder und Jugendliche des Epilepsiezentrum Kork auf eine Anfrage des LGA.
- Seitz, W. & Rausche, A. (1992). Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren: PFK 9-14. Handanweisung für die Durchführung, Auswertung und Interpretation. 3. Auflage. Hogrefe: Göttingen, Toronto, Zürich.
- Sozialministerium (1999). Stellungnahme zur Versorgungssituation der Kinder und Jugendlichen in Baden-Württemberg mit Diabetes-Schulungen. Drucksache 12/3813, 3.3.1999.
- Van Steenkiste, M., Peschek, B. & Vöckler, B. (1993). Kariesbefall, Kariesmorbidity, Sanierungsgrad und Vorkommen von Versiegelungen bei 12jährigen Schülern in Baden-Württemberg. *Oralprophylaxe* 15, S. 24-28.
- Wemmer, U. & Isenberg, H. (1994). Syndrom des Plötzlichen Säuglingstodes. Versuch einer epidemiologischen Analyse. *TW Pädiatrie* 7, S. 350-362.

5 Gesundheitliche Versorgung von Kindern

Einleitung

Unter gesundheitlicher Versorgung werden im engeren Sinne Leistungen der präventiven (vorbeugenden) und kurativen (heilenden) Medizin verstanden. Sie werden im deutschen Gesundheitssystem in der Regel in einer 1. Behandlungsstufe ambulant erbracht, weitere Behandlungsschritte können in Abhängigkeit von Dauer und Schwere der Erkrankung stationär folgen.

Ausgehend von einem umfassenden und ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit, wie es z. B. von der WHO vertreten wird, werden gesundheitsbezogene, insbesondere gesundheitsfördernde Leistungen auch in vielen anderen Lebensbereichen erbracht. Dazu gehören bei Kindern insbesondere die Familie, der Kindergarten bzw. die Schule usw.

In den folgenden Abschnitten soll versucht werden, gemäß einem erweitertem Gesundheitsbegriff Strukturen und Angebote zur gesundheitlichen Versorgung von Kindern einschließlich ihrer Inanspruchnahme darzustellen.

5.1 Angebote zur Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potentialen

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung stärkt Gesundheitsressourcen und unterstützt Menschen in ihren Lebens- und Arbeitszusammenhängen

Gesundheitsförderung bezeichnet Aktivitäten, die einzelne Personen, Gruppen und Organisationen dabei unterstützen, für ihre Lebensweisen und Lebensbedingungen den größtmöglichen Gesundheitsgewinn zu erzielen. Nach dem Verständnis der WHO und in Abgrenzung zur Prävention umfaßt das Konzept der Gesundheitsförderung Strategien und Methoden auf unterschiedlichen Handlungsebenen, mit denen Gesundheitsressourcen und -potentiale von Menschen gestärkt werden sollen.

Gesundheitsförderung basiert auf einem umfassenden Gesundheitsverständnis, das körperliche, seelische, soziale und ökologische Anteile beinhaltet. Die Verantwortung für Gesundheit liegt deshalb nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und hat die Förderung von umfassendem Wohlbefinden zum Ziel.

Im sogenannten "Setting-Ansatz" wird berücksichtigt, daß in unterschiedlichen Lebenswelten (z. B. Kindergärten, Schulen, Betriebe) jeweils besondere Rahmenbedingungen für Gesundheit und Krankheit zu beachten sind. Das Spektrum der Maßnahmen reicht von gesundheitsbezogenen Fortbildungsangeboten bis hin zu Gemeinde- und Organisationsentwicklung.

Gesundheitsförderliche Lebenswelten lassen sich vor allem dann erreichen, wenn Partnerschaften für Gesundheit innerhalb der Verwaltung und darüber hinaus entwickelt und ausgebaut werden.

Gesundheitsförderung ist Schwerpunktaufgabe im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Gesundheitsförderung ist Schwerpunktaufgabe des ÖGD Baden-Württemberg und beinhaltet Initiierungs-, Moderations- und Koordinationsfunktionen sowie Informations- und Beratungsleistungen. Die Fachkräfte für Gesundheits-

förderung übernehmen darüber hinaus die Geschäftsführung der Regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit, die auf Ebene der Dienstbezirke der Gesundheitsämter bestehen. Mitglieder sind u. a. Gesundheits-, Sozial- und Schulbehörden, Krankenkassen, Ärzte- und Apothekerschaft, Einrichtungen und Gruppen mit gesundheitsfördernder Zielsetzung. Diese Arbeitsgemeinschaften sollen gesundheitsfördernde Aktivitäten auf örtlicher und regionaler Ebene intensivieren und koordinieren sowie Maßnahmen am örtlichen Bedarf orientiert initiieren und durchführen. Exemplarisch für die vielfältigen Praxisansätze zur Gesundheitsförderung im Kindesalter im Bereich des ÖGD Baden-Württemberg sollen folgende Beispiele Einblick in die Arbeit vor Ort vermitteln.

Im Landkreis Tübingen wurde ein Projekt zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden mit Kindertageseinrichtungen durchgeführt. Es wurde durch die Zusammenarbeit des Dezernats Soziales und Gesundheit im Landratsamt Tübingen, des Evangelischen Kirchenbezirks und des Landesverbands Katholischer Kindertagesstätten möglich. Ausgangspunkt war ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung. Es schließt Gesundheitserziehung und -aufklärung mit ein und berücksichtigt in besonderer Weise die Bedingungen in den Kindertageseinrichtungen, die fördernde und hemmende Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden haben.

1. Projektbeispiel: Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden in Kindertageseinrichtungen

Gesundheitsförderung sollte den Tageseinrichtungen nicht als weiteres Aufgabenbündel übertragen, sondern integrierter Bestandteil einer ganzheitlichen pädagogischen Konzeption werden. Als Zielgruppe standen die Mitarbeiterinnen im Mittelpunkt. Wenn diese ihr Bewußtsein für Gesundheit und Wohlbefinden schärfen, hat das Auswirkungen auf das eigene Lebensumfeld und darüber hinaus auf das der Kinder und Eltern, also auf die gesamte Einrichtung.

Zentrale Umsetzungsschritte waren die Erarbeitung einer Fortbildungskonzeption und die Umsetzung folgender bedarfsorientierter Projektschwerpunkte in den Einrichtungen: "Weniger ist mehr", "Wald- und Wiesenprojekt", "Gefühle wahrnehmen, Konflikte bewältigen, Eltern einbeziehen" und "Wohlbefinden in der Gemeinschaft erleben können".

Während der Praxisphase wurden die Erzieherinnenteams fachlich begleitet und beraten. Die Projekterfahrungen haben gezeigt, daß die verfolgten Schwerpunkte in den beteiligten Einrichtungen Teil der pädagogischen Konzeption geworden sind. Die Selbst- und Mitbestimmung der Kinder ist den pädagogischen Mitarbeitern wichtiger geworden. Die Konzentration auf Schwerpunkte führt zu einer Entlastung, der Arbeitsalltag mit allen Anforderungen wird besser bewältigt mit der Folge, daß die Mitarbeiterinnen zufriedener sind. Beides sind Voraussetzungen für eine qualitativ gute pädagogische Arbeit.

Beim Projekt "Elterncafé" in Kindergärten steht Gesundheitsförderung von Kindern und Aufklärung der Eltern im Mittelpunkt. Initiiert wurde es von der kinder- und jugendärztlichen Abteilung des Gesundheitsamts und den Fachberatern für Kindertageseinrichtungen beim Landratsamt Esslingen. Im Rah-

2. Projektbeispiel: Elterncafé

men der Veranstaltungen “Elterncafé” informiert eine Ärztin beispielsweise über Erkältungskrankheiten im Vorschulalter, mit praktischen Tips zu Behandlungsmöglichkeiten mit altbekannten Hausmitteln. Parallel dazu betreut eine sozialmedizinische Assistentin die Kinder und vermittelt spielerisch Übungen zur Körperwahrnehmung.

3. Projektbeispiel: Bewegungsförderung im Kindergarten

Bewegungsförderung im Kindergarten hat das “Forum Gesunde Stadt Stuttgart e. V.” als Projektthema gewählt. Die Umsetzung soll ganzheitlich erfolgen, d. h. neben den Kindern werden ebenso Erzieherinnen, Eltern, die Umgebung des Kindergartens sowie weitere Einrichtungen im Umfeld des Kindergartens (vor allem Sportvereine) mit einbezogen. Ziel ist außerdem, Strukturen zu schaffen, die eine Fortsetzung dieses Projektes auch nach Beendigung des Modellvorhabens ermöglichen.

4. Projektbeispiel: spielend abnehmen

Mit dem Kurs “Spielend abnehmen” des Gesundheitsamtes in Zusammenarbeit mit den Volkshochschulen und der Kinderklinik im Landkreis Ravensburg sollen Wege aufgezeigt werden, die aus dem Teufelskreis von Übergewicht - Hänseleien - Bewegungsarmut - sozialem Rückzug - Frustessen herausführen können. Das Kurskonzept basiert auf einem mehrdimensionalen Ansatz mit psychologischen, bewegungs- und ernährungstherapeutischen Bausteinen. Der Kurs zielt auf eine langfristige Verhaltensänderung der Kinder und ihrer Familien. Da sämtliche Krankenkassen vor Ort dieses Projekt unterstützen und nach Vorlage eines ärztlichen Attests entstehende Kosten übernehmen, ist eine Teilnahme auch für Kinder aus sozial benachteiligten Familien möglich. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auch darin, daß das Programm nicht nur im städtischen sondern gerade auch im ländlichen Raum über die Volkshochschulen angeboten wird.

5. Projektbeispiel: gesund und preiswert leben durch cleveres Wirtschaften

“Gesund und preiswert leben durch cleveres Wirtschaften” ist ein Projekt des Landratsamts Ortenaukreis speziell für die Zielgruppe der Alleinerziehenden mit geringem Einkommen. Im Rahmen von Informationstagen werden gesundheitsrelevante Themen beispielsweise zu Ernährung und Freizeitgestaltung für Kinder verknüpft mit praktischen Anregungen zum “Umgang mit wenig Geld”. Parallel hierzu werden die Kinder pädagogisch betreut (s. auch Kap. 3.1).

Gesundheitsförderung ist wirksam, wenn die Belange der Menschen berücksichtigt werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß Gesundheitsförderung besonders dann wirksam ist, wenn umfassende Ansätze, die auf einer Kombination verschiedener Handlungsebenen basieren, realisiert werden. Auf individueller Ebene gilt es, persönliche Kompetenzen zu stärken, mittels Gemeinschaftsaktionen können Gruppen unterstützt werden und auf Ebene der Organisationen und “Lebenswelten” ist es erfolgversprechend, wenn Organisationsentwicklung mit berücksichtigt wird.

Insgesamt sollten gesundheitsfördernde Maßnahmen prioritär zum Ziel haben, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. “Eine Investition in Gesundheitsförderung und Prävention verspricht langfristig eine Verminderung von gesundheitlichen Fehlentwicklungen, insbesondere bei sozial-benachteiligten Kindern und Jugendlichen und unterstützt damit die gesundheitspolitischen Bestrebungen, die Mittel im Gesundheitswesen zielgerecht und wirtschaftlich zu verwenden” (70. Gesundheitsministerkonferenz, 1997).

Reif für die Schule? - Die Einschulungsuntersuchung

Die Einschulungsuntersuchung ist im Unterschied zu den Vorsorgeangeboten eine Pflichtuntersuchung. Sie wird in der Regel vom jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter durchgeführt. Ziel der Untersuchung ist es, gesundheitliche Einschränkungen der Schulfähigkeit frühzeitig zu erfassen, um im Einzelfall über gezielte Fördermaßnahmen oder eine Zurückstellung vom Schulbesuch entscheiden zu können. Zusätzlich wird der Impfstatus erhoben und die Wahrnehmung des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder dokumentiert. In Baden-Württemberg werden jährlich etwa 114.000 Schuleingangsuntersuchungen dokumentiert. Davon sind 111.000 Erstuntersuchungen.

Bei Kindern, für die eine durchgeführte Früherkennungsuntersuchung U9 nachgewiesen wird, umfasst die Schuleingangsuntersuchung eine Anamnese nach Elternfragebogen, durchgeführte gesetzliche Früherkennungsuntersuchungen, Art und Anzahl erhaltener Impfungen sowie die Messung von Größe und Gewicht. Zur Überprüfung der Funktion der Sinnesorgane gehören Seh- und Hörtests und eine ärztliche Untersuchung zu der mit Sprach-, Hör- und Sehvermögen verbundenen Wahrnehmungsfähigkeit des Kindes. Hinzu kommt die Untersuchung der Entwicklung der groben und feingesteuerten Beweglichkeit, wie sie zum Schreiben benötigt wird, und des Verhaltens. Die Untersuchungsergebnisse fließen in die Beratung zu schulspezifischen Gesundheitsfragen ein. Bei Kindern ohne Nachweis einer U9 oder mit besonderem Untersuchungsbedarf wird der Untersuchungsumfang erweitert. Soweit in der Gesamtsicht aller Ergebnisse behandlungs- oder kontrollbedürftige Befunde vorliegen, wird der Grad der Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit vermerkt.

Fakultativ besteht die Möglichkeit, einzelne Themenbereiche aus Anamnese oder Untersuchungsgang vertieft zu dokumentieren. In den letzten Jahren entstanden so Zusatzerhebungen zu Neurodermitis (1996), differenzierten Seh- und Hörtests (1997), Diphtherieimpfung nach Zeitpunkt und Impfstoffkombination (1998) und zur Größen- und Gewichtsverteilung nach anthropometrischen Standards (1999). Im Untersuchungsjahr 2000 prüft eine freiwillige Befragung zu Lichtverhältnissen im Schlafbereich des Kindes eine Hypothese zur Beziehung zwischen Sehvermögen und Schlafraumbeleuchtung.

Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen sind an verschiedenen Stellen dieses Berichts eingeflossen.

Schulsprechstunde - ein Angebot der Gesundheitsämter in Baden-Württemberg

Die gesundheitliche und psychosoziale Situation von Kindern und Jugendlichen hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verändert. Eltern, Ärzte, Pädagogen registrieren eine Zunahme von psychosomatischen Störungen und psychischen Auffälligkeiten als Folge von neuartigen Belastungen, denen Kinder und Jugendliche heute ausgesetzt sind.

Unter dem Oberbegriff "Schulsprechstunde" werden spezifische sozialmedizinische Aufgaben unter besonderer Berücksichtigung "schulbetriebsärztlicher" Funktionen verstanden, verknüpft mit langfristig und kontinuierlich angelegten Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung.

Das Konzept der Schulsprechstunde: niedrigschwellige, bedarfs- und zielgruppenorientierte Beratung und Unterstützung

“Schulsprechstunde” ist als niederschwelliges, bedarfs- und zielgruppenorientiertes Beratungs- bzw. Unterstützungsangebot der Gesundheitsämter für Schulen konzipiert. Zielgruppen sind Schüler/-innen, Lehrer/-innen und Eltern aller Schularten, vorrangig Förder-, Grund- und Hauptschulen in sozialen Brennpunkten.

Durch dieses Angebot soll eine Grundlage für die Ansprechbarkeit für “Gesundheit in der Schule” geschaffen werden. Schüler/-innen, Lehrer/-innen und Eltern sollen Möglichkeiten der Erhaltung und Förderung der Gesundheit aufgezeigt werden. Darüber hinaus soll die Vermittlung an kompetente “externe” Beratungsstellen ermöglicht werden, um wirksame Unterstützung zu bieten.

Schulsprechstunde ist eine interdisziplinär verankerte Aufgabe für Mitarbeiter/-innen des kinder- und jugendärztlichen Dienstes (Ärzte, Ärztinnen und sozialmedizinische Assistentinnen), Fachkräfte für Prävention/Gesundheitsförderung, Sexualpädagogik und andere Mitarbeiter/-innen im Gesundheitsamt.

1996 wurde bei der Amtsärztetagung des Sozialministeriums zur Schulsprechstunde folgender Beschluß formuliert: “Die Schulsprechstunde, die im Rahmen des § 8 ÖGDG gesetzlich verankert ist, spielt eine zunehmend wichtige Rolle in der Schulgesundheitspflege und soll deshalb mit Unterstützung der Amtsleitungen in allen Ämtern als vorrangige Aufgabe umgesetzt werden. Sie baut dabei auf die Vertrauensbasis, die durch die Einschulungsuntersuchung geschaffen wurde. Durch die vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten und den niederschwellig anzusetzenden Zugang kann eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit von ÖGD, Schule sowie weiteren beteiligten Institutionen erreicht und das gesamte schulische Umfeld im Rahmen des sozialmedizinischen Spielraums gesundheitsfördernd beeinflusst werden.”

Schulsprechstunde ist ihrem Verständnis nach kooperativ angelegt: innerhalb des Gesundheitsamtes und der Schule ist Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen erforderlich, ergänzt durch Kooperation und Vernetzung mit externen Partnern auf örtlicher Ebene.

Erfahrungen aus der Schulsprechstunde: große Themenvielfalt

Die bisherigen Schulsprechstunden-Erfahrungen zeigen, daß eine sehr vielfältige Angebotspalette möglich ist:

- Unterrichtseinheiten
- Gruppenunterricht
- individuelle Beratungen
- spezielle ärztliche Untersuchungen
- geschlechtsspezifische Angebote
- Schülertelefon
- Projektberatung, -moderation
- Projekttag und -wochen.

Angesprochene Themen sind beispielsweise: chronische Erkrankungen, Allergien, psychosomatische Störungen, Kopfschmerzen, Seh- und Hörstörungen, ansteckende Krankheiten (v. a. AIDS), Ernährung, Eßstörungen, Haut, Hygiene, körperliche Entwicklung, Haltungsschäden, Funktionen des menschlichen

Körpers, Impfstatus, notwendige Impfungen, Bewegung und Entspannung, Probleme mit Sorgeberechtigten, Partner/-in und Freunden, Nervosität, Hyperaktivität, Gewalt, Mißhandlung, Suchtprävention (Rauchen, Alkohol, Medikamente, Drogen), Konzentration, Schlafstörungen, Depressionen und Aggressionen.

Auch alters- und geschlechtsspezifische Themen finden je nach Altersstufe Anklang. Es handelt sich um Inhalte wie die Beziehung zum anderen Geschlecht, Sexualität, Gleichberechtigung von Mann und Frau, Akzeptanz der weiblichen bzw. männlichen Rolle, Freundschaft, Liebe und Verhütung. Themen im Lebensfeld Schule beziehen sich insbesondere auf Lern-, Leistungs- und Verhaltensstörungen sowie Schulverweigerung.

Das Sozialministerium sowie das LGA unterstützen in Baden-Württemberg alle Gesundheitsämter, die Schulsprechstunde anbieten durch Beratung, Informations- und Fortbildungsveranstaltungen. Das Angebot "Schulsprechstunde" bedarf einer seine Entwicklung begleitenden Prozeßevaluation, um positive und negative Erfahrungen sichtbar zu machen und zu nutzen, Strukturen z. B. im Bereich Fortbildung zeitnah anpassen zu können und schließlich das Konzept und die Angebote der Schulsprechstunde bedarfsorientiert weiterzuentwickeln.

Ein erster Schritt hierzu ist die Datenbank des LGA zu "Prävention/Gesundheitsförderung in und mit Schulen als Aufgabe des ÖGD Baden-Württemberg", die Informationsaustausch, kollegiale Beratung und Zusammenarbeit ermöglicht.

Erster Schritt der Qualitätssicherung: Datenbank des LGA

Gesundheitserziehung in den Schulen

Die Gesundheitserziehung in den Schulen orientiert sich an dem Leitbild, das die Kultusministerkonferenz in ihrem Bericht "Zur Gesundheitserziehung an der Schule" 1992 verabschiedet hat.

In den Bildungsplänen der allgemeinbildenden Schulen hat die Gesundheitserziehung den Stellenwert eines fächerverbindenden Themas, zu dem die traditionellen Unterrichtsfächer einen Beitrag leisten. Es sind dies vor allem die Fächer Biologie, Heimat- und Sachunterricht, Sport, Chemie, Physik, Deutsch, Musik, Hauswirtschaft/Textiles Werken/Mensch und Umwelt sowie Religion und Ethik, die an der Vermittlung gesundheitserzieherischer Themen wie Ernährung, Zahngesundheit und Hygiene, Herz-Kreislauf- und Bewegungserziehung, Infektionskrankheiten (Beispiel Aids, Hepatitis), Suchtprävention und Erste Hilfe beteiligt sind.

Gesundheitserziehung als fächerverbindendes Thema

Gesundheitserziehung an den Schulen dient nicht nur der Vermittlung von theoretischem Wissen im Unterricht, sondern ist stets mit der Zielsetzung verbunden, die Schüler anzuregen, die eigene Lebensführung an diesem Wissen auszurichten. Gesundheitserziehung geht deshalb in der Regel über die Sachinhalte der Fächer hinaus und orientiert sich an der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation, die nicht Krankheitsvermeidung sondern eine gesunde Lebensführung zum Ziel der Gesundheitserziehung erklärt (Salutogeneseprinzip).

Gesundheitserziehung hat nicht nur Krankheitsvermeidung als Ziel, sondern eine gesunde Lebensführung

In der Grundschule wird angestrebt, gesundheitliches Wissen eng mit der Erfahrung und dem Handeln der Schüler/-innen zu verknüpfen. So werden Grundsätze einer gesunden Ernährung nicht nur dargestellt, sondern z. B. durch das gemeinsame Herstellen und Verzehren eines Pausenfrühstücks in der Klassengemeinschaft auch praktisch erprobt. Diese Verbindung von Theorie und Praxis erleben in besonderem Umfang die Schüler/-innen, die im Rahmen von "Hauswirtschaft/Textiles Werken" (Hauptschule) oder "Mensch und Umwelt" (Realschule) gesunde Ernährung in der Schulküche kennenlernen. Auch im Bereich der Bewegungserziehung gilt die Praxisorientierung als Standard.

Gesundheitserziehung in der Schule wird zwar in erster Linie von Lehrer/-innen im Rahmen ihres Unterrichts vermittelt, das Heranziehen außerschulischer Fachleute ist aber gerade in diesem Bereich von besonderer Bedeutung. Angehörige von Gesundheitsberufen, Mitarbeiter/-innen von psychosozialen Beratungsstellen, Präventionsfachleute von Krankenkassen und insbesondere Fachfrauen für Kinderernährung des Ministeriums Ländlicher Raum werden regelmäßig in die Lehre einbezogen. Schwerpunkte liegen dabei vor allem auf außerunterrichtlichen Veranstaltungen und beim Projektunterricht.

Alle Schulen des Landes können auf umfangreiches Unterrichtsmaterial zum Thema Gesundheitserziehung zurückgreifen. Dieses Material wird von den Ministerien des Landes, von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Organisationen von Gesundheitsberufen, Krankenkassen usw. kostenlos zur Verfügung gestellt. Beispielhaft sind hervorzuheben die "Handreichungen zur Ernährungserziehung in der Grundschule" des Ministeriums Ländlicher Raum sowie die Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die regelmäßig in enger Zusammenarbeit mit den Ländern entwickelt und an den Schulen gestreut werden.

In der Lehrerbildung spielt die Gesundheitserziehung an allgemeinbildenden Schulen eine fach- und disziplinübergreifende Rolle. Innerhalb der Ausbildung zu bestimmten Fächern (Biologie/Chemie, Hauswirtschaft/Textiles Werken, Mensch und Umwelt, Sport) wird sie besonders hervorgehoben.

5.2 Prävention und Vorsorge

In der Bundesrepublik Deutschland werden im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung verschiedene Gesundheitsvorsorgemaßnahmen für Kinder angeboten. Dabei beginnt die Betreuung des Kindes bereits während der Schwangerschaft der Mutter mit der Schwangerenvorsorge.

Die Schwangerenvorsorge

Die Untersuchungen der Schwangerenvorsorge haben als primärpräventive Maßnahme das Ziel, das Auftreten von Krankheiten, Störungen und Belastungen bei Mutter und Kind schon vor ihrer Entstehung zu verhindern. Daher sind wesentliche Aufgaben der Mutterschaftsvorsorge die Erkennung von Risiken für Mutter und Kind, die Erkennung von behandlungsbedürftigen Erkrankungen

des Fötus bereits im Mutterleib und die Vermeidung einer Frühgeburt. Der Anspruch der Schwangeren auf diese Vorsorgeuntersuchungen, die ärztliche Betreuung und die Hebammenhilfe während der Schwangerschaft sowie bei und nach der Entbindung sind im Mutterschutzgesetz und in der Reichsversicherungsordnung festgelegt.

Die Perinatalerhebung ist seit 1989 gesetzlich verankert (§ 137 Sozialgesetzbuch V). Im Jahr 1997 haben sich sämtliche 134 geburtshilflichen Kliniken in Baden-Württemberg sowie zusätzlich 3 Hebammen und 2 Arztpraxen an der Perinatalerhebung beteiligt. Damit ist der Erfassungsgrad seit dem Jahr 1991 von 88,5 auf 99,2 % der in Baden-Württemberg geborenen Kinder gestiegen. Da die Perinatalerhebung eine Maßnahme der Qualitätssicherung in den geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser darstellt, werden die Daten klinikbezogen ausgewertet. Aus den Kliniken nahe der Landesgrenze können deshalb auch Geburten von Müttern gemeldet werden, die ihren Wohnsitz nicht in Baden-Württemberg haben. Für die Gesundheitsberichterstattung stehen lediglich die Ergebnisse der landesweiten Auswertung ohne weitere regionale Differenzierung zur Verfügung.

Bei einer komplikationslosen Schwangerschaft werden zehn Vorsorgeuntersuchungen empfohlen, die vor der 13. Schwangerschaftswoche beginnen sollten. Die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Vorsorgeuntersuchungen werden im Mutterpaß dokumentiert und im Rahmen der Perinatalerhebung Baden-Württemberg erfaßt.

Nach den Auswertungen der Perinatalerhebung 1997 lag der Prozentsatz der schwangeren Frauen, die vor der 13. Schwangerschaftswoche die 1. Untersuchung nach den "Mutterschaftsvorsorge-Richtlinien" durchführen ließen, bei 85,2 % und war damit im Vergleich zu den Vorjahren weiter angestiegen (s. Abb. 5.1). Bei 9,5 % der schwangeren Frauen fand die 1. Untersuchung allerdings erst zwischen der 13. und 16. Schwangerschaftswoche statt, bei 3,2 % sogar noch später.

Zehn und mehr Vorsorgeuntersuchungen waren bei 76,2 % der Frauen durchgeführt worden, ein Wert, der 1994 bereits erreicht war und seither mit Ausnahme eines kurzen, reversiblen Anstiegs im Jahr 1995 konstant geblieben ist (s. Abb. 5.1). Der Prozentsatz der Frauen mit fünf bis neun Untersuchungen lag 1997 bei 21,3 %. Weniger als 5 Vorsorgeuntersuchungen waren bei lediglich 1,1 % der erfaßten Frauen zu verzeichnen.

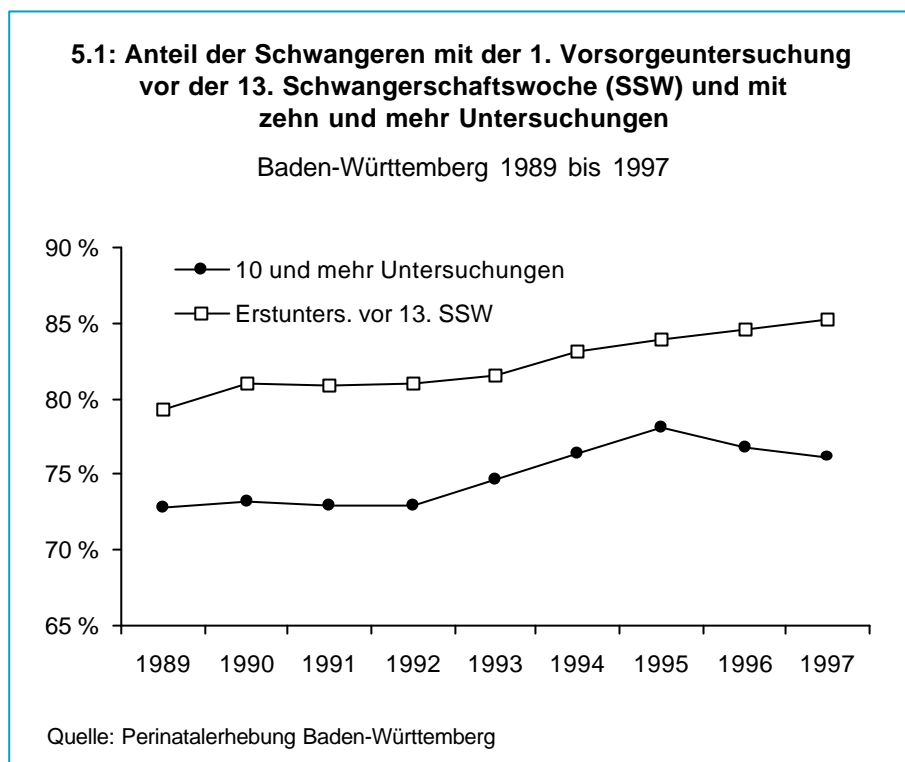
Obwohl der Anteil der Schwangeren, die vor der 13. Schwangerschaftswoche die 1. Vorsorgeuntersuchung wahrgenommen haben kontinuierlich gestiegen ist und 10 und mehr Vorsorgeuntersuchungen bei $\frac{3}{4}$ aller schwangeren Frauen seit Mitte der 90er Jahre Usus sind, bestehen angesichts einer zunehmenden Frühgeburtlichkeit (s. Kap. 4) weiterhin Bemühungen um eine Verbesserung bei der Inanspruchnahme der Mutterschaftsvorsorge. Die internationale wissenschaftliche Literatur der letzten Jahre hat gezeigt, daß insbesondere die Bevölkerungsgruppen mit höheren medizinischen und psychosozialen Risiken die Angebote der Schwangerenvorsorge zu spät oder unzureichend annehmen. Mit diesen medizinischen und psychosozialen Risiken geht oft auch ein höheres Frühgeburtsrisiko einher. Wenn auch der positive Einfluß der

10 Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere empfohlen

Nicht alle Schwangeren gehen rechtzeitig und in ausreichendem Umfang zur Vorsorge

Angesichts steigender Frühgeburtlichkeit ist die Mutterschaftsvorsorge besonders wichtig

Schwangerenvorsorge auf die Auswirkungen psychosozialer Risiken eher fraglich ist, so ist die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge im Zusammenhang mit der Betreuung medizinischer Risiken zweifelsohne von großer Bedeutung.



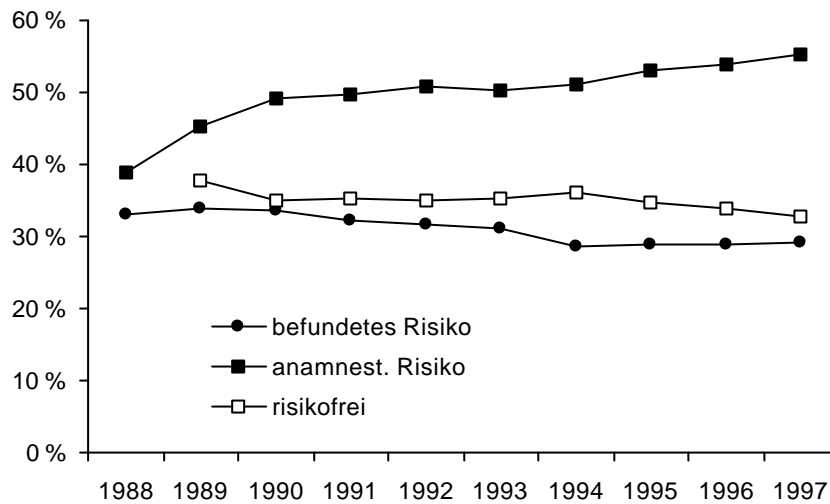
Setzt man eine komplikationslose Schwangerschaft voraus, werden zehn Vorsorgeuntersuchungen als ausreichend betrachtet. Allerdings wurde 1997 nur bei 32,7 % der Frauen eine risikofreie Schwangerschaft festgestellt (s. Abb. 5.2), d. h. bei über zwei Drittel der Frauen wurde mindestens ein Schwangerschaftsrisiko erfaßt. Bei den Risiken wird zwischen den Risiken aufgrund einer belasteten Vorgeschichte (anamnestische Risiken, wie z. B. ein vorangegangener Kaiserschnitt oder ein Alter der Frau über 35 Jahren) und den Risiken aufgrund eines oder mehrerer während der Schwangerschaft erhobener Befunde (wie z. B. vorzeitige Wehen, Rauchen der werdenden Mutter) unterschieden.

Der Prozentsatz der Schwangerschaften mit anamnestischem Risiko stieg von 45,3 % im Jahre 1989 auf 55,4 % im Jahr 1997 (s. Abb. 5.2). Die häufigsten dokumentierten Risiken bei Einlings-Schwangerschaften waren 1997 Allergien (18,0 %), Schwangerschaft über 35 Jahre (11,8 %), Zustand nach Kaiserschnitt (9,1 %) und familiäre Belastung (9,0 %). Adipositas hat als Risikofaktor in der Schwangerschaft im Laufe der 90er Jahre deutlich an Gewicht verloren (1990: 10,1 %, 1997: 3,8 %), wohingegen Allergien und familiäre Belastungen an Bedeutung gewonnen haben (1990: Allergien: 10,8 %, familiäre Belastungen: 5,7 %).

Der Prozentsatz der Schwangerschaften mit Risikobefunden betrug 1997 29,1 % und zeigt im Vergleich zu den Jahren 1989 bis 1996 einen geringfügigen Abwärtstrend (s. Abb. 5.2). Die am häufigsten festgestellten Risiken waren 1997

5.2: Anteil risikofreier und Risikoschwangerschaften

Baden-Württemberg 1988 bis 1997



Quelle: Perinatalerhebung Baden-Württemberg

bei den Einlings-Schwangerschaften die vorzeitige Wehentätigkeit (5,4 %), Abusus mit 4,7 % und Lageanomalien mit 3,6 %.

Daß die Summe der Prozentwerte von risikofreien und aus der Vorgeschichte bzw. durch Befunde risikobehafteten Schwangerschaften die 100 %-Marke überschreitet, erklärt sich daraus, daß bei einer Schwangerschaft mehrere Risiken festgestellt werden können. Auswertungen, die das gemeinsame Auftreten von Risiken betrachten, liegen nicht vor.

Wird eine schwangere Frau in den ersten 3 Monaten der Schwangerschaft mit dem Erreger der Röteln (Rubivirus, Fam. Togaviridae) infiziert, kann das schwerwiegende Folgen für das Ungeborene haben. Es besteht die Gefahr einer Fehlgeburt oder von schweren, bleibenden Mißbildungen des Ungeborenen (Rötelnembryopathie). Neueren Erkenntnissen zufolge besteht eine Gefährdung des Feten nicht nur in den ersten 3 Schwangerschaftsmonaten sondern auch während der späteren Schwangerschaftsphase. Das Ausmaß der Rötelnembryopathie ist abhängig vom Zeitpunkt der Infektion während der Schwangerschaft. Es können Blindheit, Taubheit und mentale Entwicklungshemmungen resultieren. Die angeborene Rötelnembryopathie ist nach dem Bundesseuchengesetz meldepflichtig. Jährlich werden in Deutschland 50 bis 100 Kinder mit solchen Schädigungen geboren. In Baden-Württemberg wurde in den Jahren 1982 und 1991 je ein Fall und für das Jahr 1998 2 Fälle gemeldet. Wie häufig allerdings eine Schwangerschaft wegen einer Rötelninfektion der Mutter abgebrochen wurde, geht aus den vorliegenden Zahlen über Schwangerschaftsabbrüche nicht hervor.

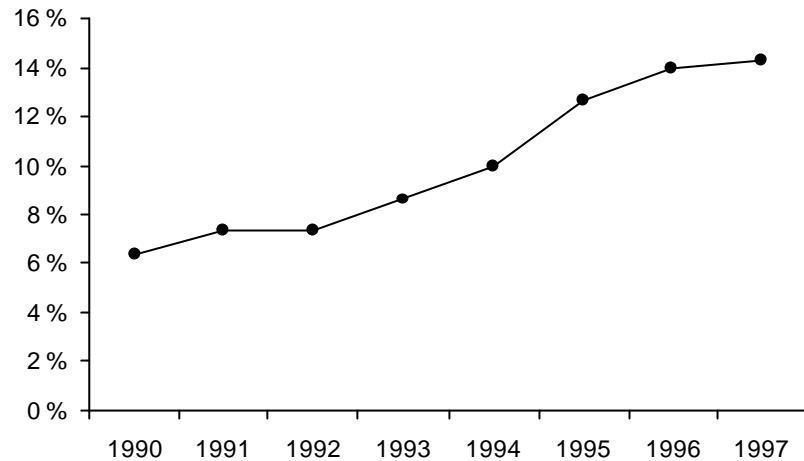
Um die Gefahr einer Rötelnembryopathie auszuschließen, sollte vor einer geplanten Schwangerschaft bei Frauen eine Kontrolle des Rötelnantikörpertiters erfolgen. Nach Daten aus der Perinatalerhebung ist der Anteil der Schwan-

In der Schwangerschaft ein großes Risiko: Röteln

Immunität gegen Röteln rückläufig

5.3: Anteil der Schwangeren, bei denen keine Immunität gegen Röteln nachgewiesen werden konnte

Baden-Württemberg 1990-1997



Quelle: Perinatalerhebung Baden-Württemberg

geren in Baden-Württemberg, die nicht über eine ausreichende Immunität gegen Röteln verfügen, seit 1990 stetig im Zunehmen begriffen. Waren im Jahr 1990 noch rund 94 % aller entbindenden Mütter gegen Röteln immun, so konnte dies im Jahre 1997 nur noch für knapp 86 % der Mütter dokumentiert werden. Über 11 % der Schwangeren hatten 1997 nachweislich keinen ausreichenden Antikörpertiter, bei 2,9 % war der Immunitätsstatus unbekannt.

Routinemäßig 3 Ultraschallunter- suchungen

Eine zunehmend wichtige Rolle bei der Kontrolle des Schwangerschaftsverlaufs spielen Ultraschalluntersuchungen. Routinemäßig sind im Rahmen der Schwangerenvorsorge 3 Ultraschalluntersuchungen vorgesehen:

1. Ultraschalluntersuchung: 8. bis 12. Schwangerschaftswoche
2. Ultraschalluntersuchung: 18. bis 22. Schwangerschaftswoche
3. Ultraschalluntersuchung: 30. bis 34. Schwangerschaftswoche

Die erste Ultraschalluntersuchung dient vor allem der Absicherung der Schwangerschaftsdiagnose, der Erkennung multipler Schwangerschaften, der Bestimmung von Empfängnisternin und von Wachstum und Entwicklung des Embryos. Mit der zweiten Untersuchung sollen unter anderem etwaige Entwicklungsverzögerungen und Fehlbildungen des Fetus ausgeschlossen werden. Lage und Größe der Plazenta sowie die Menge des Fruchtwassers werden analysiert. Bei der dritten Ultraschalluntersuchung geht es hauptsächlich um die Kontrolle des kindlichen Wachstums sowie der Lage der Plazenta.

Zusätzlich zu den routinemäßigen Ultraschallkontrollen können bei Verdacht auf abweichenden Verlauf der Schwangerschaft jederzeit weitere Untersuchungen mit Ultraschall durchgeführt werden.

Zwischen 1990 und 1997 ist der Anteil der Frauen, bei denen im Verlauf einer Schwangerschaft 3 und mehr Ultraschalluntersuchungen durchgeführt wur-

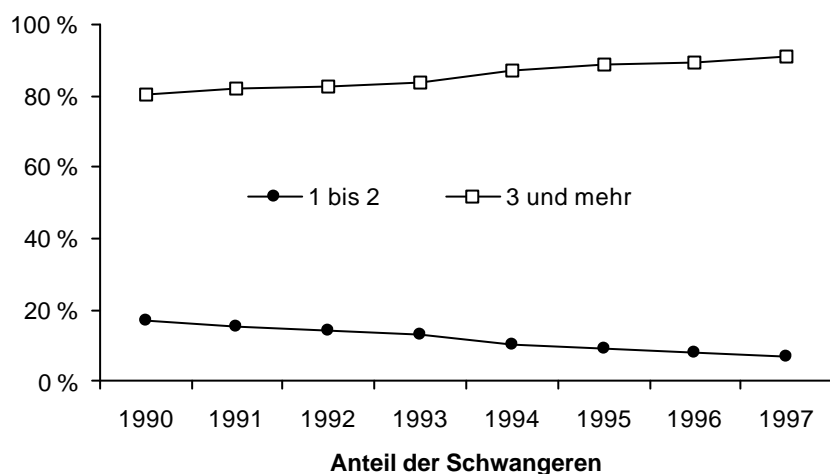
Ultraschalluntersuchungen: immer häufiger und früher im Verlauf der Schwangerschaft

den, kontinuierlich gestiegen (Abb. 5.4). Im Jahr 1997 wurden im Rahmen der Schwangerenvorsorge von einer Schwangeren im Mittel 4 Ultraschalluntersuchungen wahrgenommen (Median der Daten).

Bei über 60 % der Frauen findet eine erste Ultraschalluntersuchung bereits zwischen der 3. und 12. Schwangerschaftswoche statt.

5.4: Anzahl der Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Schwangerenvorsorge

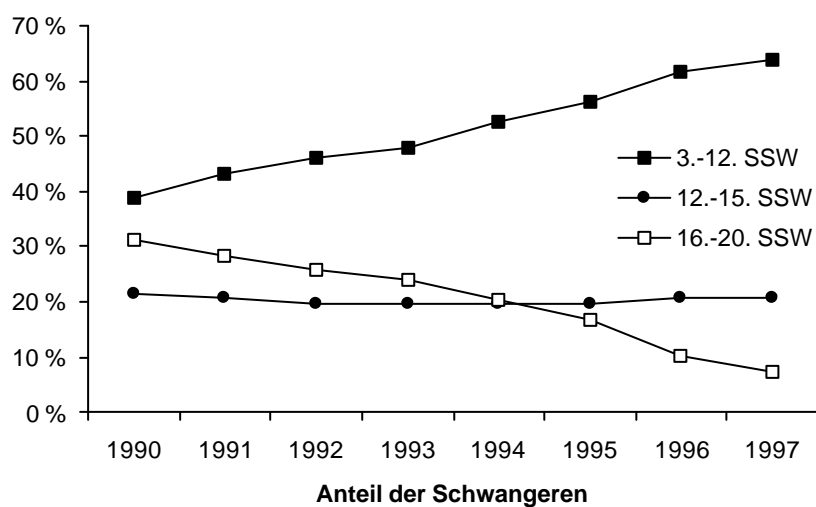
Baden-Württemberg 1990-1997



Quelle: Perinatalerhebung Baden-Württemberg

5.5: Zeitpunkt der 1. Ultraschalluntersuchung bei Schwangeren

Baden-Württemberg 1990-1997



Quelle: Perinatalerhebung Baden-Württemberg

Ansätze zur Prävention von Frühgeburten

In der Folge des “Berichts zur gesundheitlichen Lage der Kinder in Baden-Württemberg” (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, 1994) erhielt die Prävention von Frühgeburten eine besondere Priorität unter den präventiven Maßnahmen des ÖGD Baden-Württemberg. In mehreren Ansätzen wurde versucht, eine Reihe von verhaltensabhängigen und/oder psychosozialen Faktoren für Frühgeburtlichkeit zu beeinflussen. Besondere Risiken tragen beispielsweise Migrantinnen und Frauen in sozial schwierigen Situationen. Physische Überlastung, ebenso wie psychische Belastungen und Störungen gelten ebenfalls als Risiko für eine vorzeitige Geburt. Schließlich findet sich bei Schwangeren, die die gesetzlichen Vorsorgemöglichkeiten nicht oder nur wenig in Anspruch genommen haben, eine erhöhte Frühgeburtlichkeit. Aufgrund dieser Tatsachen wurden Modellprojekte für folgende Zielgruppen, die einen besonderen Risikostatus haben, entwickelt:

- Frauen aus der Türkei
- Spätaussiedlerinnen aus der ehemaligen Sowjetunion
- Frauen in psychosozialen Problemlagen.

Frauen aus der Türkei

Aufgrund einer Sonderauswertung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg ist bekannt, daß Türkinnen 20 bis 30 % mehr Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g haben als deutsche Frauen. Auch die Häufigkeit von Kindern mit einem Geburtsgewicht zwischen 1.500 g und 2.500 g ist bei Türkinnen etwa 5 bis 10 % höher.

1994 wurde in der Stadt Esslingen ein Programm für Frauen aus der Türkei ins Leben gerufen, das insbesondere die Vermittlung von Informationen über Schwangerschaft und Geburt zum Ziel hatte. Der rege Besuch der verschiedenen Veranstaltungen zeigte, daß das Informationsbedürfnis sehr groß ist. Eine bessere Nutzung der vorhandenen Vorsorgeangebote wurde dadurch erreicht, daß gut deutsch sprechende Frauen andere weniger gut integrierte Türkinnen zu Gynäkologinnen begleiteten. Darüber hinaus ist eine strukturelle Verbesserung eingetreten, da sich die Zahl der Gynäkologinnen in Esslingen erhöht hat.

Durch diese Erfolge wurde das Vertrauen einer Koran-Lehrerin gewonnen. 1995 fanden die Informationsveranstaltungen in verschiedenen Moscheen statt. Die gesamte Öffentlichkeitsarbeit für diese Veranstaltungen übernahm die Koran-Lehrerin. Damit hat das Projekt bereits ein Stück Unabhängigkeit gewonnen. In der Folge konnte der gesamte Stuttgarter Raum in das Projekt einbezogen werden. Eine türkischen Gynäkologin hielt Veranstaltungen zu den Themen Empfängnisverhütung, Schwangerschaft und Geburt. Im Hinblick auf teilnehmende ältere Frauen, die einen großen Einfluß auf die jungen Frauen haben, wurde als vertrauensbildende Maßnahme das Vortragsprogramm um das Thema Menopause erweitert.

Ein ähnliches Programm wurde für Frauen konzipiert, die an den Sprachkursen der Arbeiterwohlfahrt teilnahmen. Es handelt sich dabei um Frauen, die der islamischen Tradition weniger eng verbunden sind als jene Frauen, die über die Moscheen informiert wurden.

Da es kaum Broschüren in türkischer Sprache gibt, wurde eine Broschüre über Schwangerschaft und Mutterschutzgesetz erstellt, die an die Teilnehmerinnen der Informationsveranstaltungen ausgegeben wurde.

Es zeigte sich, daß das Informationsbedürfnis der türkischen Frauen sehr groß ist. Dies beweisen die sehr hohen Teilnehmerzahlen (bis zu 150 Frauen pro Vortrag) sowie die sehr lebhaftige Beteiligung an der Diskussion und das zum Teil erhebliche Überziehen der vorgesehenen Vortragszeiten. Auch die Broschüren erfreuten sich steigender Beliebtheit. Viele Frauen wurden zur Selbsthilfe motiviert, d. h. sie begleiteten Frauen zu einer Gynäkologin. Damit konnten Frauen an das Vorsorgesystem herangeführt werden, die bisher keinen Zugang hatten. Junge Frauen fühlten sich motiviert, selbst einen pflegerischen Beruf zu erlernen, um ihren Landsleuten in Deutschland im medizinischen Bereich Hilfe leisten zu können. Dieser Punkt ist von erheblicher Bedeutung, da durch Heirat ständig Türkinnen nach Deutschland kommen. Dadurch steigt die Zahl der türkischen Mitbürger ohne Deutschkenntnisse trotz des Anwerbestopps stetig an.

Voraussetzung für den Erfolg des Programms waren die Einschaltung von interkulturell kompetenten Expertinnen (Fachleute, die nicht nur die Sprache der Herkunfts- und der Aufnahmegesellschaft beherrschen, sondern auch die kulturellen Hintergründe kennen) sowie das genaue Studium der Lebensgewohnheiten der verschiedenen Zielgruppen (stark der islamischen Tradition verbundene Frauen; Frauen, die den europäischen Lebensstil angenommen haben und Frauen, die beide Kulturen zu integrieren versuchen).

Spätaussiedler stehen bedingt durch schlechte deutsche Sprachkenntnisse und die Schwierigkeiten, einen Arbeitsplatz zu finden unter besonders hohem psychischem und sozialem Druck. Da Spätaussiedler Deutsche sind, werden sie in den offiziellen Statistiken nicht gesondert erfaßt. Es sind daher keine Zahlen über ihre Frühgeburtenrate verfügbar. Aus der Literatur ist jedoch seit langem bekannt, daß hoher psychosozialer Streß zu hohen Frühgeburtenraten führt.

Spätaussiedler

Ziel war es, eine bessere Nutzung von bereits bestehenden präventiven Angeboten durch die Spätaussiedlerinnen zu erreichen. Im Rahmen von Deutschkursen für Spätaussiedler wurden Unterrichtseinheiten zu folgenden Themen angeboten: Vermittlung von Informationen über Schwangerschaft und Geburt, Empfängnisregelung, medizinische Vorsorgemaßnahmen für Kinder sowie finanzielle Hilfen für die Familie. Zusätzlich wurde einmal im Monat eine Sprechstunde für Spätaussiedler eingerichtet. Eine deutsch-russische Ärztin und eine Sozialarbeiterin, beide Mitarbeiterinnen des Landratsamtes Karlsruhe, führten das Projekt durch. Die Erweiterung des Programmes um Themen wie Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und finanzielle Hilfen für die Familien wurde für notwendig erachtet, weil viele Teilnehmer der Deutschkurse bereits Kinder hatten. Auch das Interesse dieses Personenkreises sollte geweckt werden.

Seit November 1994 wurden 18 Kurse für insgesamt 300 Teilnehmer angeboten. Männer und Frauen waren je zur Hälfte vertreten. Die Teilnehmer waren zwischen 16 und 59 Jahre alt, Durchschnittsalter war 35 Jahre. Im Frühjahr 1996 wurden zusätzlich 5 Sonderkurse für insgesamt 51 jugendliche Aussiedler zu den Themen Partnerschaft, Schwangerschaft und Geburt sowie Empfängnisregelung durchgeführt. Die Teilnehmer waren im Mittel 21 Jahre alt, zwei Drittel davon waren weiblich.

Die Sprechstunde für Spätaussiedler wurde nach zögerlichem Beginn gut angenommen, auch von Spätaussiedlern, die selbst nicht am Kurs teilgenommen hatten. Hier zeigte sich, daß die Einbeziehung von Teilnehmern, die selbst nicht mehr im gebärfähigen Alter sind, sinnvoll war. Gerade sie machten Landsleute auf die Sprechstunde aufmerksam.

Frauen in psychosozialen Notlagen

Für den guten Erfolg des Programms spricht ferner, daß das Landratsamt den Wunsch geäußert hat, auch Angebote speziell in Aussiedlerheimen zu machen, was aufgrund der eingeschränkten personellen Ressourcen bislang nicht verwirklicht werden konnte.

Die nationale und internationale Literatur belegt eindeutig, daß Frauen aus sozialen Randgruppen ein höheres Frühgeburtsrisiko tragen. Darüber hinaus ist bekannt, daß gerade dieser Personenkreis die Vorsorgeuntersuchungen wenig in Anspruch nimmt. Ziel des Projektes für Frauen in psychosozialen Problemlagen war es, demografische und soziale Merkmale sowie die konkreten Belastungssituationen zu dokumentieren.

Die Zielgruppe "Frauen in psychosozialen Problemlagen" ist besonders schwierig zu erreichen. Daher war es wichtig, in der Projektregion Reutlingen die Gynäkologen und die Hebammen sowie die dort tätigen Beratungsstellen für Schwangere (Gesundheitsamt, Caritasverband, Diakonische Bezirksstelle und Pro Familia) für die Mitarbeit am Projekt zu gewinnen. Die Gynäkologen bzw. die Hebammen motivierten die Frauen der Zielgruppe, das Angebot der Beratungsstellen in Anspruch zu nehmen. Die Beratungsstellen betreuten die Frauen und übernahmen die Dokumentation. Von Mai 1995 bis Dezember 1997 haben 50 Frauen aufgrund psychosozialer Probleme eine Beratungsstelle aufgesucht. Der überwiegende Teil kam auf Empfehlung eines Arztes.

Diese Frauen und ihre Problemlagen können wie folgt beschrieben werden: 22 der Klientinnen waren zwischen 16 und 24 Jahren alt, 21 zwischen 25 und 34 Jahren und 7 Frauen waren älter als 35 Jahre. Wenig mehr als die Hälfte der Frauen waren verheiratet, ein Drittel war ledig. Die anderen Frauen waren geschieden oder verwitwet. Zwei Drittel lebte mit dem Partner zusammen, ein Drittel war alleinstehend. Die Hälfte der Frauen hatte noch keine Kinder, ein Viertel hatte ein Kind und ein Viertel hatte bereits zwei und mehr Kinder. Zwei Drittel der Frauen hatte die deutsche Staatsangehörigkeit; ein Drittel der Frauen waren Ausländerinnen. Die Einkommenssituation der Frauen bzw. ihrer Familien war überwiegend sehr ungünstig. Nur 18 % der Frauen hatten eine Vollzeitstelle, die häufig sehr schlecht bezahlt war. Das Einkommen der Partner war ebenfalls überwiegend sehr gering. In 40 % der Fälle lag Verschuldung vor.

Die Hälfte der Frauen beschreiben Probleme mit den Eltern bzw. mit den Schwiegereltern, wobei besonders junge Frauen betroffen sind. Dagegen fühlen sich nur sehr wenige durch bereits vorhandene Kinder überfordert (6 %).

Im beruflichen Bereich haben vor allem die ganz jungen Schwangeren große Schwierigkeiten. Sie können sich nicht zwischen dem Beruf und der Erziehung des Kindes entscheiden. Bei den älteren Schwangeren liegen häufig ungesicherte Arbeitsverhältnisse vor.

56 % der Schwangeren hatten Probleme mit dem Partner. Insbesondere Schwangere, die noch sehr jung sind, leiden unter dem Rückzug des Partners bzw. darunter, daß der Partner die Schwangerschaft ablehnt. Bei den Frauen, die älter als 25 Jahre sind, fällt auf, daß der Partner häufig nicht bereit ist, sie menschlich zu unterstützen. Viele Schwangere, darunter auch viele Ehefrauen klagen über Vereinsamung. Die Hälfte der ausländischen Schwangeren aber auch vier deutsche Frauen nannten Probleme mit der Integration.

Die Beratungsstellen haben folgende konkrete Hilfen angeboten: Zunächst ist festzustellen, daß 70 % der Schwangeren eine langfristige Begleitung durch die Beraterinnen der Schwangerenberatungsstelle, insbesondere durch die Beratungsstelle des Landkreises Reutlingen in Anspruch nahmen, wobei sich eine solche Begleitung über viele Monate hinziehen konnte. 22 % brauchten mehrere Gespräche und nur bei 8 % konnte mit einem Gespräch geholfen werden. Diese intensive Inanspruchnahme beweist, daß die Schwangerenberatungsstellen über das notwendige Know-how, Schwangere in psychosozialen Problemlagen zu informieren, zu beraten und zu betreuen, verfügen. Allerdings müssen sie neben der Betreuung der Schwangeren sehr viel Zeit aufwenden, um mit zahlreichen anderen Behörden und Einrichtungen zu kooperieren, wobei insbesondere das Gewerbeaufsichtsamt, die Schuldnerberatung, die Landes- und Bundesstiftung und die Krankenkassen zu nennen sind.

Der Arbeitsumfang der Mitarbeiterinnen in den Schwangerenberatungsstellen steigt dadurch enorm. Andererseits sind die Personalressourcen in diesem Bereich äußerst knapp bemessen. Der zusätzliche Arbeitsaufwand, der durch den "neuen Kundenkreis" verursacht wird, kann daher von den Beratungsstellen kaum geleistet werden.

Ähnliches gilt für viele Einrichtungen, auf deren Kooperation die Schwangerenberatungsstellen angewiesen sind. Ein Beispiel für diese Problematik sind die Schuldnerberatungsstellen: Während sich die Verschuldungssituation bei den Betroffenen in Zeiten schwacher Konjunktur weiter verschlechtert, ist die Personalsituation bei diesen Stellen äußerst angespannt. In Reutlingen gab es bei der Schuldnerberatungsstelle zeitweise Wartezeiten bis zu neun Monaten.

Eine weitere Einschränkung muß im Hinblick auf die finanziellen Hilfsmöglichkeiten, die die Beratungsstellen vermitteln können, gemacht werden. Wenn überhaupt, dann können die Beraterinnen nur minimale Verbesserungen erreichen. In der letzten Zeit waren die möglichen Hilfen ebenfalls von Einsparungen betroffen.

Das Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder: 10 Untersuchungen

Das gesetzliche Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder ist ein der Entwicklungsdynamik des Kindes angepaßtes mehrteiliges Screening-Programm, das eine möglichst frühzeitige Aufdeckung wesentlicher Entwicklungsstörungen und Erkrankungen zum Ziel hat. Dadurch werden die Therapiemöglichkeiten früher einsetzbar. Das Programm umfaßt insgesamt zehn Untersuchungen, sechs davon fallen in das erste Lebensjahr. Am 1.7.1997 wurde eine 10. Untersuchung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen als Pflichtleistung aufgenommen. Der Zeitraum für die Untersuchungen ist in folgenden Altersstufen vorgesehen :

- U 1: Neugeborenen-Erstuntersuchung
- U 2: 3.-10. Lebenstag: Neugeborenen-Basisuntersuchung
- U 3: 4.-6. Lebenswoche
- U 4: 3.-4. Lebensmonat
- U 5: 6.-7. Lebensmonat
- U 6: 10.-12. Lebensmonat
- U 7: 21.-24. Lebensmonat
- U 8: 3½-4 Jahre
- U 9: 5-5½ Jahre
- J 1: nach dem 10. Lebensjahr

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig. Die Untersuchungen U1 und U2 werden in der Regel noch in der Geburtsklinik durchgeführt, die folgenden Untersuchungen werden beim Kinderarzt angeboten. Die Durchführung der U7/U8 gelten auch als ärztliche Untersuchung im Sinne des § 4 Kindergartengesetz.

Untersuchungsprogramm wird gut angenommen

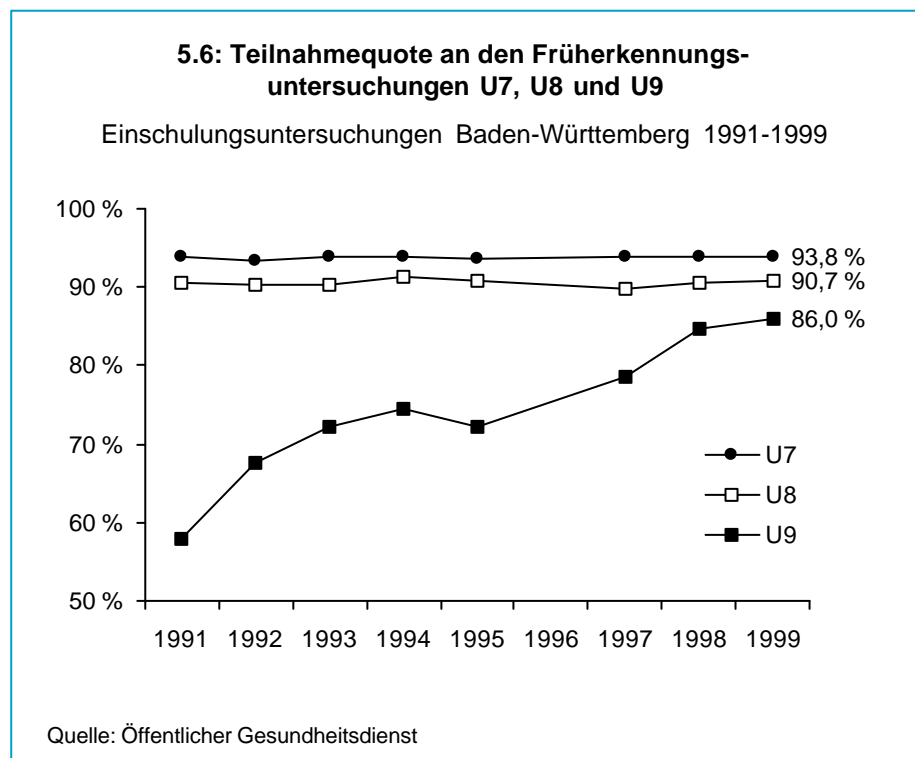
Bundesweit ist die Beteiligung von 84 % im Jahre 1980 auf 93 % im Jahre 1989 angestiegen. Die Akzeptanz der erst 1990 eingeführten "U9" liegt auf vergleichsweise niedrigem Niveau. Von 1991 bis 1995 liegt die Inanspruchnahme von der U3 bis einschließlich U9 in den alten Bundesländern relativ stabil bei 90 %.

In Baden-Württemberg wird anlässlich der Einschulungsuntersuchung außer den bisher durchgeführten Impfungen auch die Teilnahme an dem Früherkennungsprogramm sowie ausgewählte ärztliche Einzelbefunde der U9 erfaßt. Zunehmend mehr Eltern legen bei der Einschulungsuntersuchung das gelbe Untersuchungsheft vor, in dem die Untersuchungen und evtl. Befunde dokumentiert sind. Von 1990 bis 1999 stieg der Anteil vorgelegter Hefte von 81 % auf 88 % der untersuchten Kinder, dabei fehlte das "Gelbe Heft" bei Kindern ausländischer Staatsangehörigkeit häufiger.

Teilnahmebereitschaft ausländischer Kinder relativ gering

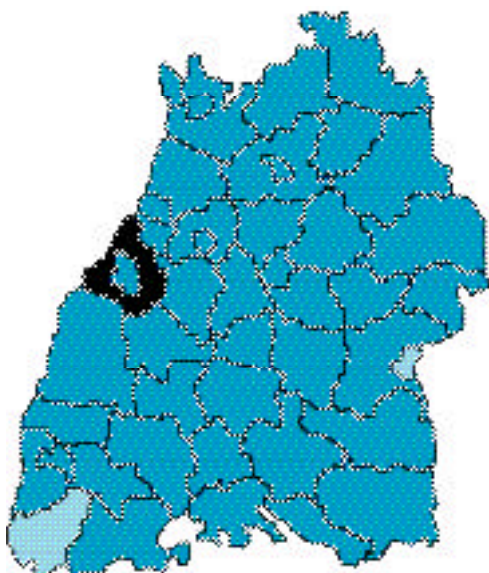
In Baden-Württemberg liegt die Teilnahmebereitschaft für die Früherkennungsuntersuchungen im ersten Lebensjahr (U3-U6) seit 1990 über 95 %, für die U7 und U8 über 90 %. Die Akzeptanz der U9 wird seit der Einführung im Jahr 1990 kontinuierlich größer. Die Teilnahmequote stieg von 58 % in Jahr 1991 auf 86 % im Jahr 1999 an (vgl. Abb. 5.6). Im Jahr 1999 war die U9 bei 9 % der deutschen Kinder, bei rund 20 % der italienischen und griechischen Kinder und bei etwa 30 % der Kinder türkischer oder ehemals jugoslawischer Herkunft nicht eingetragen.

Regionale Unterschiede in der Teilnahmebereitschaft können der Abb. 5.7 entnommen werden. Hier sind die Teilnahmedaten der U9 vom Einschulungsjahrgang 1998 dargestellt.

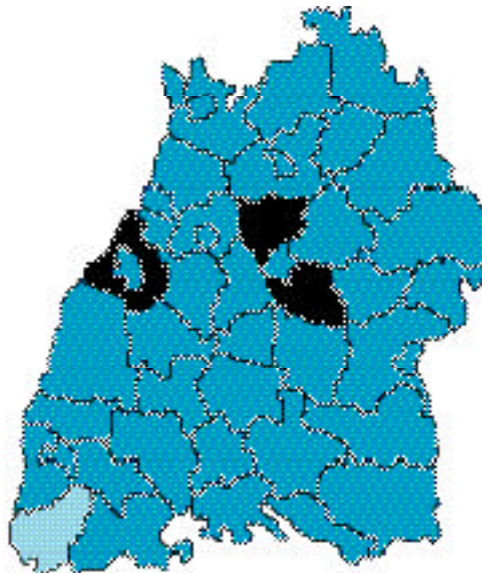


5.7: Teilnahmequote an der U9 bei Kindern mit U-Heft in den Kreisen
 Einschulungsuntersuchungen Baden-Württemberg 1998

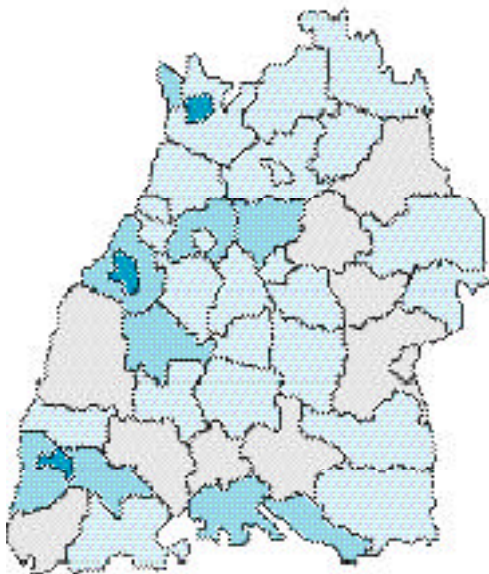
unter allen Kindern



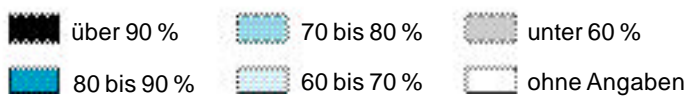
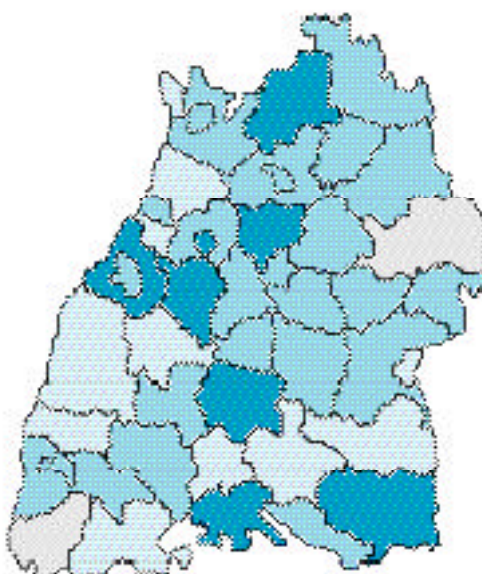
unter den deutschen Kindern



unter den türkischen Kindern



unter den Kindern anderer Nationalität



Unvollständige Daten (unter 80 % der Schulanfänger) in den Kreisen Breisgau-Hochschwarzwald, Freiburg (Stadt), Rems-Murr, Tübingen und Waldshut.

Quelle: Öffentlicher Gesundheitsdienst

Die Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchungen werden jährlich durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung publiziert. Ausgewertet werden in erster Linie die Häufigkeit "unauffälliger Untersuchungsbefunde" nach Untersuchungsstufen und Geschlecht sowie die Häufigkeit sogenannter Zielkrankheiten. Seit 1978 zeigt sich bei allen Untersuchungsstufen eine deutliche Abnahme des Anteils der Kinder mit einem "auffälligen" Befund. Die bundesweiten Ergebnisse im Jahr 1993 ergaben für die U3 und U4 93,4 % unauffällige Befunde, für die U5 waren es 95,4 %, für U6 96,2 %, für U7 96,6 %, für U8 94,2 % und für die U9 95,0 %. Die häufigsten medizinisch relevanten Befunde der U9 (jeweils bezogen auf 10.000 untersuchte Kinder in der jeweiligen U-Stufe) waren Sprach- und Sprechstörungen (99,8), Fehlbildungen und Erkrankungen des Skeletts (30,7), Schielkrankheit (30,1), funktionelle Entwicklungsstörungen (29,8), Fehlbildungen oder Erkrankungen der Haut (24,8), zerebrale Bewegungsstörungen (23,4), Fehlbildungen und Erkrankungen von Zähnen und Mundorganen (18,6), Fehlbildungen und Erkrankungen der Geschlechtsorgane (17,7) sowie emotionale und soziale Entwicklungsstörungen (17,5).

In Baden-Württemberg wurden im Einschulungsjahrgang 1999 bei 33.884 Kindern (32 %) mindestens ein auffälliger Befund festgestellt, davon hatten 4.838 Kinder drei oder mehr Befunde. Beeinträchtigungen, die eine Schulfähigkeit gefährden oder ausschließen, wie Entwicklungsverzögerungen und Einschränkungen des Hör- und Sehvermögens, sowie Teilleistungsstörungen im Bereich der Sprache, in der Koordination von Bewegungsabläufen sowie im Verhalten werden dokumentiert und den Sorgeberechtigten sowie den betreuenden Ärztinnen und Ärzten mitgeteilt. Lediglich 2 % der erhobenen Befunde sind bei der U9 festgestellt worden. Die Häufigkeit der erhobenen Befunde des Einschulungsjahrgangs 1999 sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Ärztlich erhobene Befunde bei Schulanfängern in Baden-Württemberg (1999), Prävalenz in Prozent

Diagnose	Prävalenz in %		
	insgesamt	Jungen	Mädchen
Sprachentwicklungsverzögerung	5,4	6,8	3,9
Poltern, Stottern	0,4	0,5	0,2
Dysgrammatismus	2,2	2,7	1,6
Stammelfehler	8,6	10,3	6,7
Hörstörung	4,4	4,4	4,5
Sehfehler	10,9	10,5	11,4
Schielfehler	2,2	2,4	2,1
Allg. Entwicklungsverzögerung	5,9	7,5	4,1
grobmotorische Störung	6,1	8,8	3,3
feinmotorische Störung	5,2	7,7	2,5
graphomotorische Störung	7,4	10,4	4,1

Eine gute Sprechfähigkeit ist unerlässlich für den erfolgreichen Schulbesuch. Jeder sechste Schulanfänger wies funktionelle Störungen wie Sprachentwicklungsverzögerungen, Stammelfehler, Dysgrammatismus oder Poltern und Stottern auf. Dabei weisen Jungen häufiger Defizite auf als Mädchen, und Kinder türkischer, italienischer oder jugoslawischer Staatsangehörigkeit zeigen häufiger Defizite als deutsche Kinder.

Seit vielen Jahren wird Kritik an der Effektivität des Früherkennungsprogrammes vorgebracht. Beispielsweise gibt es keine standardisierten Untersuchungsverfahren und Hör- oder Sehstörungen werden offenbar nicht rechtzeitig erfaßt. Für einige ausländische Bevölkerungsgruppen ist die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen nach dem ersten Lebensjahr der Kinder zu gering. Untersuchte man die Gründe für dieses Verhalten, könnten gezielte Maßnahmen entwickelt werden, um die Eltern zu erreichen, die ihre Kinder bisher nicht vollständig untersuchen lassen. Denn möglichst schon vor der Einschulung sollte individueller Förderbedarf erkannt und über spezielle Förderangebote informiert werden.

Studie zur Neuroblastomfrüherkennung im Rahmen der U6: Versuch einer Zwischenbilanz

Das Neuroblastom ist ein Tumor des sympathischen Nervensystems. Er ist der zweithäufigste solide Tumor im Kindesalter, betrifft jedoch insgesamt nicht mehr als 15 von 100.000 Kindern im Alter bis 15 Jahre. Der Tumor bildet meist Katecholamine, die im Urin nachgewiesen werden können. Diese biologische Besonderheit macht eine Früherkennung möglich.

In Deutschland wurde 1991 in Hamburg und Stuttgart und ab 1992 in Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen mit Pilotstudien zur Neuroblastom-Früherkennung begonnen. Sie werden seit Mai 1999 bis voraussichtlich 2001 in einer bundesweiten prospektiven Kontrollstudie in Baden-Württemberg und fünf weiteren Bundesländern mit etwa 50 % der deutschen Bevölkerung weitergeführt. Anlässlich der Früherkennungsuntersuchung U6 geben niedergelassene Ärzte Papierblättchen an die Eltern von Kindern im 10.-12. Lebensmonat aus. Die Untersuchungsblättchen werden mit Urin benetzt und nach dem Trocknen an Testlabors eingesandt. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig.

Medizinische und gesundheitsökonomische Überlegungen im Zusammenhang mit den Pilotstudien sprechen zunächst für die Vorteile eines Screening-Programms:

- **Steigerung der Überlebensraten durch frühere Erkennung**

Nach derzeitiger Klassifikation unterscheidet man fünf Krankheitsstadien. Die Überlebensraten in Stadium 1 und 2 betragen 90-95 % und liegen im Stadium 4S bei weniger als 20 % der Kinder. Das Screening-Konzept beruht auf der Vorstellung, daß bei einer Gruppe von Patienten das Fortschreiten der Erkrankung von "heilbar" zu "unheilbar" durch frühzeitige Diagnose und Behandlung der Krankheit unterbrochen werden kann. Entsprechend sollte die Anzahl der Sterbefälle an Neuroblastom in Folge des Screening-Programms zurückgehen.

- **Einsparungen durch Behandlung in früheren Stadien**

Ein Test kostet ca. 14 DM. Bei 120.000 untersuchten Kindern in Baden-Württemberg entstehen für ein Screening-Programm jährlich Kosten von

insgesamt etwa 1,7 Mio DM. Gleichwohl sind denkbare Einsparungen durch eine Behandlung in früheren Stadien enorm. So liegen z.B. die Behandlungskosten für ein im Stadium 2 erkranktes Kind um 250.000 DM niedriger als für ein Kind im Stadium 4. Trotz der Seltenheit der Erkrankung sind die Einsparungen bei den Therapiekosten bereits dann größer, wenn nur 8 dieser 15 erwarteten bzw. vorhandenen Fälle früher erkannt und behandelt werden können.

Den erwarteten Erfolgen des Screening-Programms liegen allerdings einige Annahmen zugrunde, für die ein Nachweis bisher noch aussteht. Der positive Ersteindruck aus der Pilotstudie kann erst bestätigt werden, wenn Ergebnisse zu folgenden Fragen und Problembereichen vorliegen:

- **Krankheitstypen oder Progressionsstadien?**

Beim Neuroblastom ist nicht gesichert, ob es sich bei den definierten Krankheitsstadien regelmäßig um aufeinanderfolgende Verschlechterungsstufen (Progressionsstadien) eines Verlaufs oder aber um verschiedenen Typen der Erkrankung handelt. Die Diagnose "Neuroblastom" bezeichnet einen Tumor, der mehr als zwei Gruppen von Patienten betrifft. Sie unterscheiden sich nach der Entwicklung des Tumors oder nach seinem Ansprechen auf gegenwärtig bekannte Behandlungen. Es gibt Patienten, bei denen sich der Tumor spontan zurückbildet oder sich, auch nach minimaler Behandlung, zu einem (gutartigen) Ganglioneurom entwickelt. Weiter gibt es Patienten, deren Tumor mit den gegenwärtig verfügbaren Therapieverfahren nicht heilbar ist. Schließlich gibt es Patienten, bei denen der Tumor durch bekannte Behandlungsmaßnahmen heilbar ist. Dies ist die eigentliche Zielgruppe für ein Screeningprogramm.

- **Spontanheilende Formen**

Beim Screening werden auch Neuroblastome erfaßt, die sich ansonsten spontan zurückgebildet hätten. Der Anteil dieser zusätzlich erkannten (überdiagnostizierten) und „unnötig“ behandelten Tumoren an allen erkannten Fällen ist nicht bekannt.

- **Welches Untersuchungsalter ist optimal?**

Eine "zu frühe" Untersuchung kann sowohl Fälle verfehlen, die noch nicht erfaßbar sind, als auch zur Überdiagnose von Fällen führen, die sich auch ohne Behandlung spontan zurückbilden. Eine zu späte Untersuchung verringert den möglichen Zeitgewinn. Mehrfache Untersuchungen sind nicht nur teurer, sondern belasten und verunsichern auch die Eltern.

- **Tumorerkennung**

Es gibt Tumoren, die keine Katecholamine bilden und sich so der Früherkennung entziehen. Wie hoch ist der Anteil falsch negativer Testergebnisse?

- **Langwieriger Erfolgsnachweis durch niedrige Inzidenz**

Um eine Veränderung der Zahl der Erkrankungen und der Sterblichkeit an diesem Tumor nachweisen zu können, müssen im Studiengebiet wie auch im Kontrollgebiet der restlichen 10 Bundesländer jeweils etwa 1,5 Mio Kinder untersucht werden. Aufgrund der niedrigen jährlichen Neuerkrankungsraten kann das deutsche Kinderkrebsregister in Mainz eine solche Entwicklung erst nach weiteren 5 Jahren Nachbeobachtung bestätigen.

- **Studiendauer abhängig von Beteiligungsrate**

Falls die Beteiligungsrate unter 65 % liegen sollte, müssten noch wesentlich mehr Fälle abgewartet werden, um klären zu können, ob die Krankheitshäufigkeit in den teilnehmenden Familien mit der der nicht-teilnehmenden übereinstimmt.

Auf der Basis bisheriger Studien, insbesondere aus Japan, werden Screeninguntersuchungen bei Kindern unter 7 Monaten nicht mehr empfohlen. Die Frage, ob eine Screening-Untersuchung im Alter von 12 Monaten zum Erfolg führt, kann derzeit noch nicht beantwortet werden. Hierzu erwartet man von der in Deutschland laufenden Studie wichtige Erkenntnisse. Voraussetzungen sind eine ausreichende Fallzahl und Beobachtungszeit. So wird die Neuroblastom-Früherkennung wohl frühestens ab 2005 (nach Rückmeldung über das Kinderkrebsregister) zu den evidenzbasierten Methoden gezählt werden können.

Impfen schützt vor Infektionskrankheiten

Schutzimpfungen zählen zu den wichtigsten und effektivsten medizinischen Präventionsmaßnahmen. Moderne Impfstoffe sind gut verträglich, unerwünschte gravierende Nebenwirkungen werden nur in ganz seltenen Fällen beobachtet. Unmittelbares Ziel von Impfungen für das Individuum ist die Verhinderung einer Erkrankung oder möglicher schwerer Komplikationen durch Infektionen. Bei Erreichen von Durchimpfungsraten über 95 % können Infektionsketten unterbrochen und einzelne Krankheitserreger schließlich weltweit ausgerottet werden. Impfungen weisen einen hohen Kosten-Nutzen-Effekt auf und tragen damit zur Senkung der Kosten im Gesundheitswesen bei.

Die WHO fordert in ihrer Gesundheitsstrategie für das 21. Jahrhundert die Verringerung übertragbarer Krankheiten: "Bis zum Jahr 2020 sollen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgrund übertragbarer Krankheiten durch systematisch angewendete Programme zur Ausrottung oder Bekämpfung bestimmter Infektionskrankheiten, die für die öffentliche Gesundheit Bedeutung haben, erheblich verringert werden". Folgende Teilziele sollen erreicht werden: Bis zum Jahr 2000 sollen die Übertragung von Poliomyelitis (Polio) erheblich reduziert werden, bis 2005 sollen Neugeborenen-Tetanus und bis 2007 einheimische Masern ausgerottet werden. Spezielle Bekämpfungsmaßnahmen sind für folgende Infektionskrankheiten vorgesehen: Diphtherie, Hepatitis B, Mumps, Keuchhusten (Pertussis), Haemophilus influenzae Typ b (Hib), angeborene Infektionen von Syphilis und Röteln. Außerdem sollen die Häufigkeit, die Mortalität und die Komplikationsraten von HIV-Infektionen, Sexualkrankheiten, Tuberkulose, akuten Atemwegsinfektionen und Durchfallserkrankungen im Kindesalter wirksam gesenkt werden (WHO, 1998).

Strategien für diese Bekämpfungsmaßnahmen müssen multisektoriell ansetzen. Grundlagen dafür sind ein effektives Überwachungssystem (Surveillance), eine hohe Durchimpfungsrate und ein optimales Zusammenwirken der Eltern, der niedergelassenen Ärzte, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und der Krankenkassen. Vom Robert Koch-Institut wurde ein 10 Punkte-Programm zur Erhöhung der Impfbereitschaft und zur Steigerung der Durchimpfungsraten in Deutschland erarbeitet.

**WHO
Europäische Ziele
Gesundheit 21**

Rolle des ÖGD: Impflücken schließen - Impfhindernisse überwinden

Impfkalender für Säuglinge, Kinder und Jugendliche nach Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), Stand: Januar 2000

Impfstoff (Abkürzung)	Empfohlenes Impfalter	Anzahl der Impfungen für die Grundimmunisierung
Diphtherie (D)	Ab 3. Lebensmonat	3 Impfungen
Tetanus (T)	Ab 3. Lebensmonat	3 Impfungen
Pertussis (aP)	Ab 3. Lebensmonat	4 Impfungen
Haemophilus influenzae Typ b (Hib)	Ab 3. Lebensmonat	3 Impfungen
Polio (IPV)	Ab 3. Lebensmonat	3 Impfungen
Hepatitis B (HB)	Ab 3. Lebensmonat	3 Impfungen
Masern Mumps Röteln (MMR)	Ab 12. Lebensmonat	2 Impfungen

Neue Impfempfehlungen der STIKO:

1990 Hib

1991 MMR - zweimalige Impfung

1992 Pertussis (aP) - azellulärer Impfstoff

1995 Hepatitis B für Säuglinge

1998 IPV

Der Impfkalender für Säuglinge, Kinder und Jugendliche nach Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) (obige Tabelle) umfaßt Impfungen zum Schutz vor Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Hib, Hepatitis B, Polio sowie gegen Masern, Mumps und Röteln. Um die Zahl der Injektionen gering zu halten, sollten vorzugsweise Kombinationsimpfstoffe verwendet werden. Dadurch wird der Impfplan deutlich vereinfacht. Dabei ist wichtig, daß die Kombination immer dreimal plus Booster (Auffrischung) verabreicht wird. Aufgrund der konstant niedrigen Tuberkuloseinzidenzen und aktueller Nutzen-Risikoabwägung wird von der STIKO die BCG-Impfung in Deutschland seit März 1998 nicht mehr empfohlen.

Jede Impfung zählt!

Jeder Arztkontakt sollte zur Überprüfung des Impfstatus und zur Vervollständigung notwendiger Impfungen genutzt werden. Anlaß dazu können die Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kinder, die Einschulungsuntersuchung, die Jugendgesundheitsuntersuchung sowie die Untersuchungen nach dem Jugendschutzgesetz sein. Die Impfungen werden grundsätzlich durch die niedergelassenen Ärzte durchgeführt.

Einschulungsuntersuchung derzeit beste Datenquelle zum Durchimpfungsgrad bei Kindern

Für Kleinkinder und Kinder im Vorschulalter sind systematische Erhebungen nicht bekannt. Erster Zeitpunkt für eine Durchsicht der Impfbücher, bei denen der Impfstatus auswertbar dokumentiert wird, ist die Einschulungsuntersuchung. Jährlich werden über 100.000 Kinder in Baden-Württemberg untersucht. Zur überwiegenden Mehrzahl (1999: über 89 %) können dabei die Impfbücher eingesehen werden. Die auf freiwilliger Basis vorgelegten Impfbücher der Kinder dienen als Grundlage für eine Impfberatung der Sorgeberechtigten; die Angaben über erhaltene Impfungen werden darüber hinaus auch anonym für Zwecke der Gesundheitsberichterstattung ausgewertet.

Daten zum Durchimpfungsgrad von Einschulungskindern in Baden-Württemberg bezüglich BCG, Diphtherie, Masern, Mumps, Röteln, Pertussis, Poliomyelitis, und Tetanus liegen für die Zeit seit 1988 maschinenlesbar vor. Seit 1996 wird die Anzahl der Impfdosen dokumentiert; gleichzeitig wurde das Spek-

trum der erfaßten Impfungen auf *Haemophilus influenzae* Typ B, Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME), Hepatitis A und Hepatitis B ausgedehnt.

Die in den folgenden Abschnitten vorgestellten Zahlen beziehen sich auf die Datenlage der Fünf- bis Siebenjährigen, zu denen das Impfbuch vorlag. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der bei der Einschulungsuntersuchung erhobene Durchimpfungsgrad die Impfpraxis seit der Geburt der Alterskohorte wieder spiegelt, also bis zu etwa sechs Jahre vor dem Erhebungstermin. Änderungen im Impfverhalten der Kinderärzte oder in der Impfbereitschaft der Sorgeberechtigten werden erst mit zeitlicher Verzögerung sichtbar.

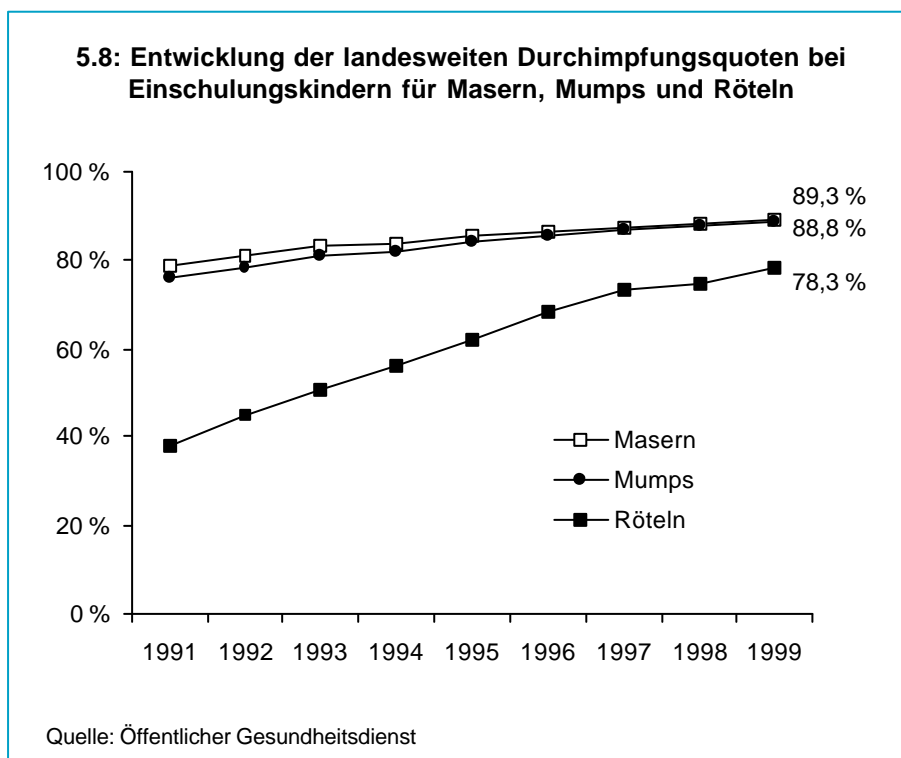
Masern, Mumps und Röteln sind in Deutschland aufgrund bestehender Impflücken noch weit verbreitet. Jährlich wird mit bis zu 100.000 Masernfällen gerechnet. Bei etwa 15 % der Fälle treten zusätzliche Komplikationen wie Mittelohr- und Lungenentzündung auf. Pro Jahr erkranken 20 bis 100 Kinder mit einer Gehirnentzündung, von denen bis zu 20 % tödlich verlaufen. Mumps führt bei etwa 10 % der Fälle zu einer Hirnhautentzündung. Erkrankten Jungen nach der Pubertät, kommt es in jedem 4. Fall zu einer Hodenentzündung, verbunden mit der Gefahr der Sterilität (Ley, 1995). Daher sind Impfungen gegen diese sogenannten Kinderkrankheiten sinnvoll.

Der Anteil der Kinder, die bis zur Einschulungsuntersuchung wenigstens eine Impfung gegen Masern und Mumps erhalten haben, nimmt seit 1987 stetig zu und erreichte 1999 mit jeweils rund 89 % den bisher höchsten Wert. Im gleichen Zeitraum nahm der Anteil der wenigstens einmal gegen Röteln geimpften Kinder von 14 % auf 78 % zu. Gleichzeitig näherten sich die Durchimpfungsquoten für Jungen und Mädchen einander an. Die landesweiten Durchimpfungsquoten für die Jahre 1991 bis 1999 enthält Abb. 5.8.

Seit 1991 empfiehlt die STIKO eine zweite MMR-Impfung, um Immunitätslücken zu schließen. Gleichzeitig sollte die zweite MMR-Impfung bei al-

Masern, Mumps und Röteln: keine harmlosen Kinderkrankheiten

Eliminierung der Masern durch zweimalige MMR-Impfung



len Kindern und Jugendlichen die monovalente Röteln-Impfung der Mädchen ablösen. Die zweite Impfung gegen Masern und Mumps hatten bereits 14 %, gegen Röteln 13 % aller Einschulungskinder von 1999 erhalten. Kleinräumige Auswertungen der Impfdaten zeigen, daß in bestimmten Regionen ein früher verbreiteter bivalenter Masern-Mumps-Impfstoff noch nicht regelmäßig durch den seit mehreren Jahren empfohlenen trivalenten MMR-Impfstoff abgelöst wurde. In gleicher Weise variieren die Unterschiede in den Anteilen von Jungen und Mädchen, die gegen Röteln geimpft wurden, zwischen den Regionen. Ältere Einschulungskinder haben bereits häufiger die zweite Impfdosis erhalten; so waren 1998 bereits 23 % der Siebenjährigen zweimalig gegen Röteln geimpft, sowie 25 % gegen Masern und 26 % gegen Mumps. Auch dieser Prozentsatz bleibt jedoch noch weit hinter dem angestrebten Durchimpfungsgrad von 95 % zurück. Das Ziel der WHO, die Masern durch Hebung der Durchimpfungsquote bis zum Jahr 2007 zu eliminieren, kann deshalb in Baden-Württemberg nur mit fortgesetzten intensiven Anstrengungen erreicht werden.

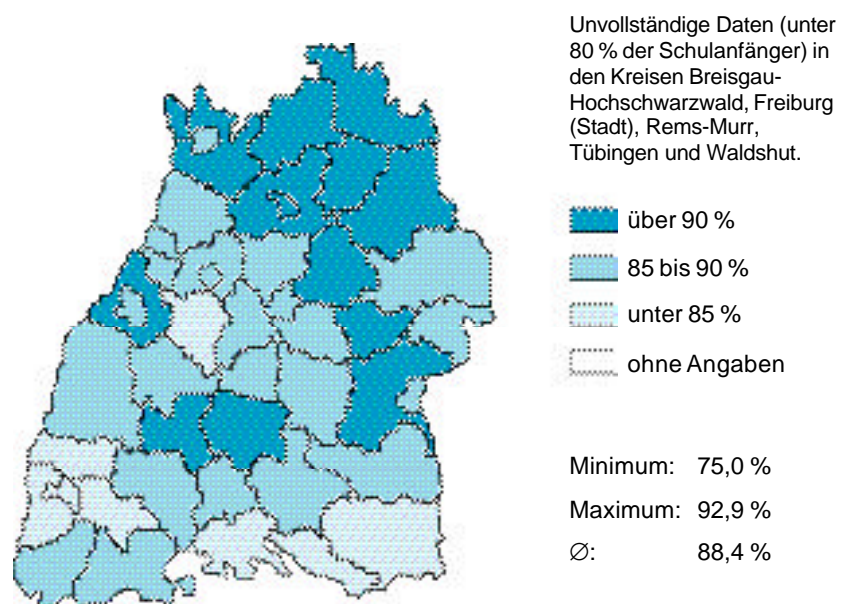
Die Abbildungen 5.9 und 5.10 verdeutlichen die regionalen Unterschiede der Durchimpfungsgrade zu Masern und Röteln im Jahr 1998.

Rötelnrisiko zu älteren Jugendlichen und Erwachsenen verschoben

Eine Rötelninfektion der Mutter während einer Schwangerschaft kann auch auf das Kind übertragen werden. Es besteht die Gefahr einer Fehlgeburt oder von schweren, bleibenden Mißbildungen des Ungeborenen (Rötelnembryopathie). Das Ausmaß der Rötelnembryopathie ist abhängig vom Zeitpunkt der Infektion während der Schwangerschaft (s. auch Schwangerenvorsorge). Im Zusammenhang mit der Empfehlung der Rötelnimpfung für alle Kinder seit 1981 hat sich der Durchimpfungsgrad der Kinder im Einschulungsalter von knapp unter 40 auf nahezu 80 % erhöht. Dadurch hat sich jedoch das Risikospektrum einer Rötelninfektion auf ältere Jugendliche und Erwachsene ohne Impfung verschoben.

5.9: Durchimpfung gegen Masern bei Kindern mit Impfaß

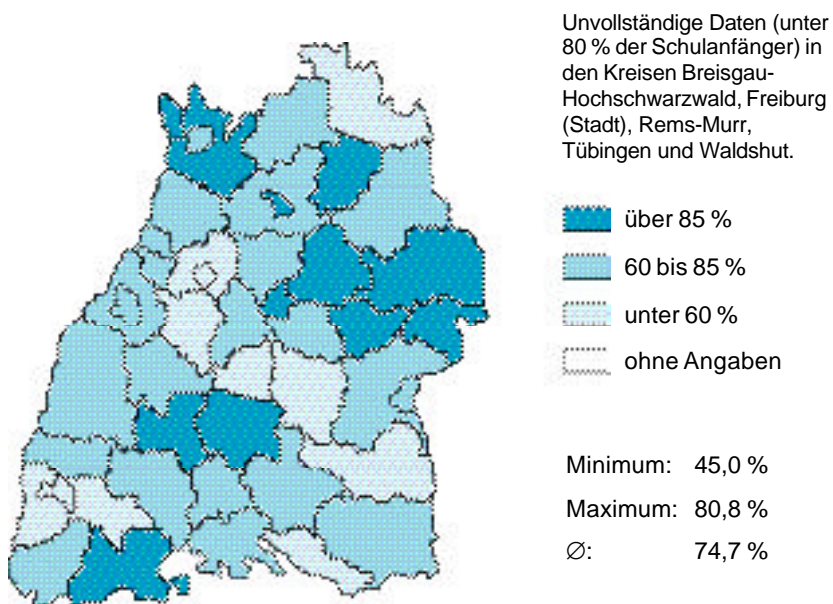
Einschulungsuntersuchungen Baden-Württemberg 1998



Quelle: Öffentlicher Gesundheitsdienst

5.10: Durchimpfung gegen Röteln bei Kindern mit Impfpfaß

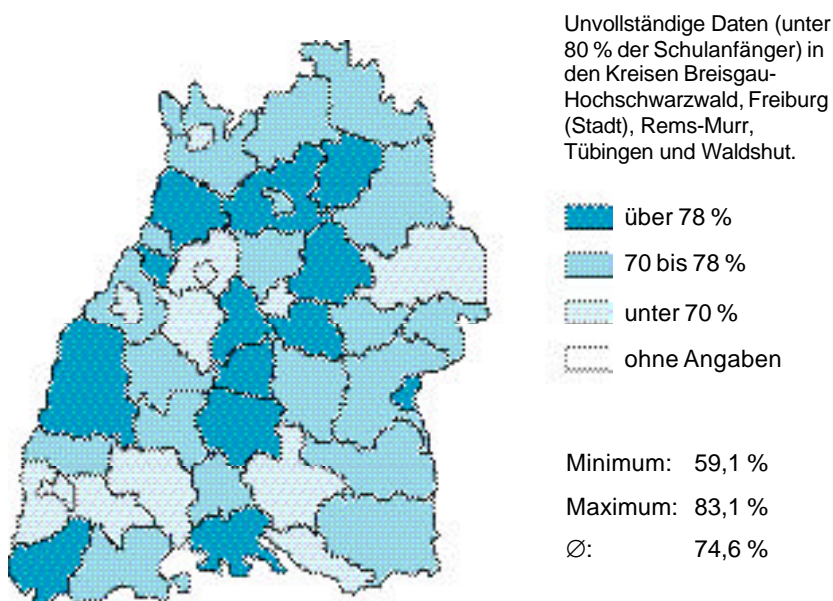
Einschulungsuntersuchungen Baden-Württemberg 1998



Quelle: Öffentlicher Gesundheitsdienst

5.11: Durchimpfung gegen Hib bei Kindern mit Impfpfaß

Einschulungsuntersuchungen Baden-Württemberg 1998



Quelle: Öffentlicher Gesundheitsdienst

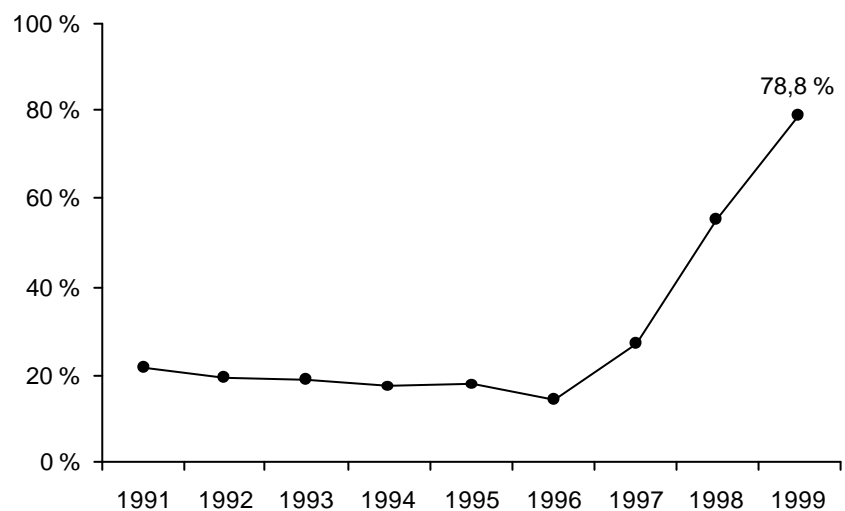
**Hib-Impfung senkt
Meningitisfälle**

Mit Einführung der Hib-Impfung im Jahr 1990 ist die Zahl der schweren Meningitisfälle bei Kleinkindern signifikant gesunken. Im Jahr 1994 kamen nur noch zwei Fälle auf 100.000 Kinder unter 5 Jahren. Eine Erkrankung nach dem 5. Lebensjahr ist selten. 1999 hatten 78 % der Einschulungskinder eine vollständige Grundimmunisierung erhalten, 8 % hatten wenigstens ein oder zwei Impfungen erhalten.

**Neuer Impfstoff
gegen Keuchhusten
erhöht die Impfbereitschaft**

Pertussis (Keuchhusten) ist eine Infektionskrankheit, die wegen ihrer Komplikationen besonders im Säuglingsalter gefürchtet ist. Sie kann zu lebensbedrohlichen Hustenanfällen, Lungenentzündung und Mittelohrentzündung führen. Seit 1991 empfiehlt die STIKO die Pertussisimpfung für alle Kinder bis zum 6. Lebensjahr. Seit Januar 2000 wird für bereits 4mal gegen Pertussis geimpfte Kinder bzw. Jugendliche zwischen dem 11. und 18. Lebensjahr eine Auffrischungsimpfung empfohlen. In Baden-Württemberg war bis zum Jahre 1994 die Impfung nur für besonders gefährdete Kinder bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres empfohlen. Der Durchimpfungsgrad aller Einschulungskinder gegen Pertussis blieb von 1987 bis 1996 unter 25 %. Die geringe Akzeptanz war Folge der Nebenwirkungsrate des alten Impfstoffes. Mit der Einführung des sehr gut verträglichen azellulären Pertussis-Impfstoffes (aP) seit 1995 wird ein kräftiges Ansteigen der Impfbereitschaft beobachtet. 1999 hatten 68 % der Einschulungskinder eine vollständig Grundimmunisierung mit vier Impfdosen; zusätzliche 10 % hatten drei Impfungen erhalten (vgl. Abb. 5.12).

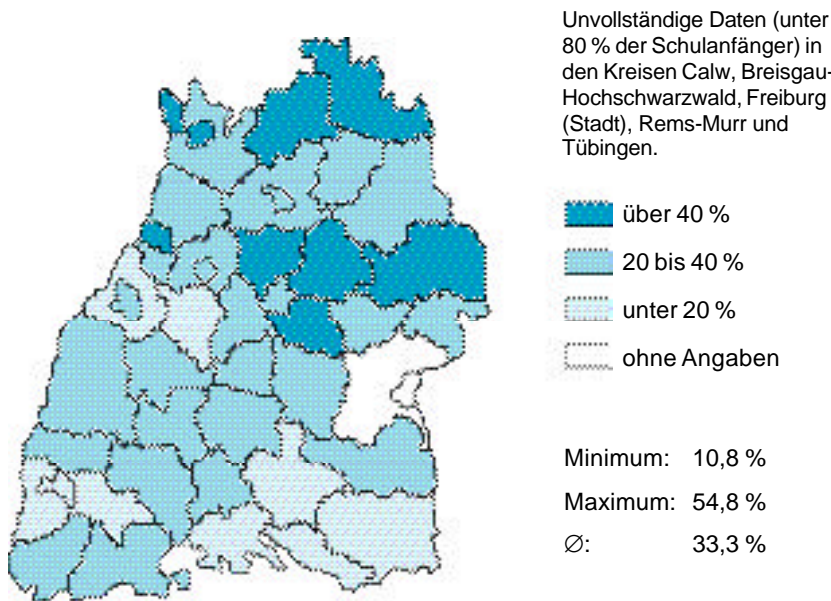
5.12: Entwicklung der landesweiten Durchimpfungsquote gegen Pertussis bei Einschulungskindern



Quelle: Öffentlicher Gesundheitsdienst

5.13: Durchimpfung gegen Hepatitis B bei Kindern mit Impfpfaß

Einschulungsuntersuchungen Baden-Württemberg 1999



Quelle: Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der Durchimpfungsgrad gegen Hepatitis B ist noch unbefriedigend. Seit 1995 wird von der STIKO die Hepatitis B-Impfung allen Säuglingen ab dem dritten Lebensmonat und allen Jugendliche zwischen dem 11. und 18. Lebensjahr empfohlen. Zu den meisten Infektionen kommt es im Alter zwischen 15 und 25 Jahren. Besonders bei Infektionen im Kindesalter besteht die Gefahr, eine chronische Hepatitis und später ein Leberzellkarzinom zu entwickeln. Daher kann die Hepatitis B-Impfung als wirksame Krebsvorsorge betrachtet werden. Im Jahr 1999 war bei 33 % der Einschulungskinder die Grundimmunisierung mit drei Dosen abgeschlossen, bei weiteren 17 % eine Immunisierung begonnen worden. Gegenüber den Impfdaten aus dem Jahr 1998 entspricht dies einem Anstieg der durchschnittlichen Durchimpfung gegen Hepatitis B bei Kindern in Baden-Württemberg um 17,7 % innerhalb eines Jahres. Eine weitere Steigerung der Durchimpfungsquoten für die kommenden Jahre ist zu erwarten.

Die Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Polio zeigen den höchsten Durchimpfungsgrad unter den Einschulungskindern. Seit Beginn der statistischen Auswertung der Impfbücher von Einschulungskindern im Jahr 1987 wurde im Landesdurchschnitt regelmäßig bei mehr als 92 % aller Kinder mit Impfbuch eine vollständige Grundimmunisierung vermerkt. Im Jahr 1999 lag der Durchimpfungsgrad für Diphtherie und Tetanus bei knapp 98 %, für Polio bei 96 %. Regionale Schwankungen der Durchimpfungsgrade für Poliomyelitis, Diphtherie und Tetanus sind im Vergleich zu den anderen Infektionskrankheiten weniger stark ausgeprägt.

Mit der Einführung der Polioschluckimpfung in Deutschland im Jahr 1960, konnten die Poliomyelitisepidemien der Nachkriegsjahre dramatisch reduziert werden. Nach 1977 traten nur noch vereinzelt einheimische Poliomyelitise-

**Noch Raum für
Hepatitis B-Impfungen**

**Über 95 % der
Schulanfänger
vollständig gegen
Diphtherie, Tetanus
und Polio geimpft**

**Eradikation der
Kinderlähmung in
Deutschland**

infektionen auf. Seit 1998 empfiehlt die STIKO nur noch die Verwendung des inaktivierten Polio-Impfstoffes (IPV), um die im Zusammenhang mit der Lebendvakzine auftretenden Impfpoliofälle (VAPP) zu vermeiden. Bis zur endgültigen Ausrottung der Polio ist die Aufrechterhaltung eines hohen Impfschutzes ebenso wichtig wie die Einrichtung eines zuverlässigen Überwachungssystems für klinische Fälle von akuter, schlaffer Lähmung der Extremitäten, wie sie als Symptom der Polio vorkommen kann.

Fehlender Impfschutz gegen Diphtherie bei Erwachsenen

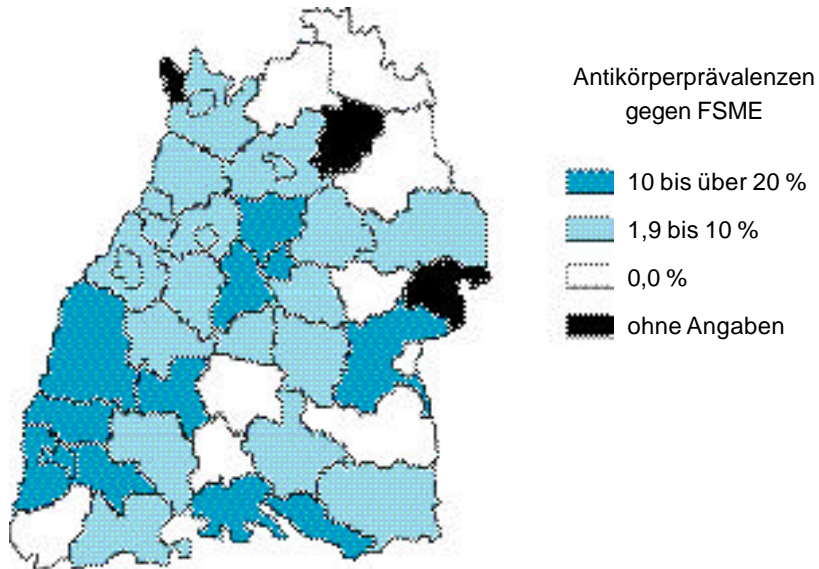
Diphtherie ist ein gutes Beispiel dafür, daß bereits besiegt geglaubte Infektionskrankheiten wieder aufleben und sich ausbreiten können. Zu Beginn dieses Jahrhunderts hat sie Tausenden von Kindern das Leben gekostet ("Würgeengel der Kinder"). Aufgrund erfolgreicher Impfkampagnen und verbesserter hygienischer Bedingungen geriet sie nahezu in Vergessenheit, so daß heute viele Eltern und auch Ärzte das Krankheitsbild der Diphtherie kaum noch kennen (Ley, 1995). Anfang der 90er Jahre machte die Diphtherie in Europa wieder von sich reden, als in Rußland und seinen Nachbarstaaten eine Diphtherie-Epidemie ausbrach. 1994 wurden der WHO mehr als 50.000 Erkrankungen gemeldet, die Zahl der Todesfälle wird auf über 2.500 geschätzt. Die Ursachen sind u. a. in schlechten hygienischen Verhältnissen, Überbevölkerung und Mangelernährung, Mißachtung von Impfeempfehlungen sowie logistischen oder finanziellen Schwierigkeiten zu suchen (Quast, 1995). Auch nach Deutschland wurden Diphtheriefälle eingeschleppt, deren Ursprung auf die Epidemie in Osteuropa zurückverfolgt werden konnte. Die Situation in Deutschland ist insofern bedenklich, als unter der Bevölkerung ein großer Anteil der Erwachsenen über 40 Jahren keinen ausreichenden Impfschutz gegen Diphtherie besitzt. Auch nach vollständiger Grundimmunisierung beträgt die Dauer der Immunität durchschnittlich nur 10 Jahre.

FSME-Impfung bei erhöhtem Expositionsrisiko landesweit empfohlen

Die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ist eine durch Zecken übertragene Viruserkrankung. Die Zeckenübertragung erfolgt hauptsächlich Ende Mai bis Mitte Juni und im September. Nicht jeder Biß führt zu einer Infektion. Nur bei 10 bis 30 % der Infizierten treten grippeähnliche Beschwerden auf. Nach einer weiteren Woche können Zeichen einer Hirnhautentzündung auftreten, die besonders bei älteren Patienten zu bleibenden Schäden führen kann. In den letzten Jahren hat die Erkrankungshäufigkeit an FSME erheblich zugenommen; so waren im Jahr 1992 in Baden-Württemberg 120 Fälle festzustellen und im Jahr 1994 wurde mit 239 Fällen ein Höhepunkt erreicht. Derzeit liegen die jährlichen Erkrankungszahlen zwischen 100 und 150 Fällen. Die Risikogebiete für klinische Fälle der FSME in Baden-Württemberg nennt das Epidemiologische Bulletin (Robert Koch-Institut, 1999). Nach seroepidemiologischen Untersuchungen des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg (Kimmig et al., 1998) sind aber landesweit Naturherde vorhanden (s. Abb. 5.14). Deshalb ist die FSME-Impfung in Baden-Württemberg ohne geografische Einschränkung empfohlen. Prophylaktische Maßnahmen sollten sich dabei in erster Linie an der persönlichen Exposition orientieren. Alle Personen, die sich beruflich oder in der Freizeit häufig in Zeckengebieten aufhalten, sollten sich generell vor Zeckenbissen schützen. Mit Rücksicht auf die zunehmende Mobilität, ist die FSME-Schutzimpfung in Südwestdeutschland allen Personen zu empfehlen, für die ein erhöhtes Expositionsrisiko besteht.

Die regionalen Impfquoten bei Einschulungskindern (mit Impfpfaß) im Jahr 1998 sind in Abb. 5.15 dargestellt.

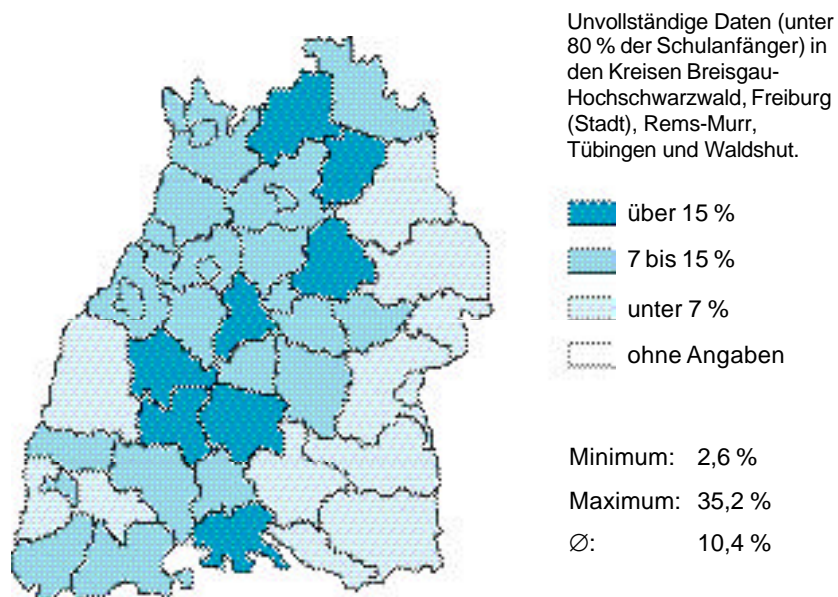
5.14: FSME-Endemiegebiete aufgrund der Seroprävalenzen bei beruflich exponierten Personen



Daten: Kimmig et al., 1998

5.15: Durchimpfung gegen FSME bei Kindern mit Impfpfaß

Einschulungsuntersuchungen Baden-Württemberg 1998



Quelle: Öffentlicher Gesundheitsdienst

Exakte Impfraten gegen FSME für Einschulungskinder im Jahr 1998 in den Stadt- und Landkreisen mit hohen Antikörperprävalenzen (> 10 % von beruflich exponierten Personen)

Kreis	Durchimpfungsquote in %
Alb-Donau-Kreis	4,4
Böblingen	15,2
Bodenseekreis	4,0
Breisgau-Hochschwarzwald	5,1
Emmendingen	11,2
Freiburg im Breisgau, Stadt	7,1
Konstanz	24,3
Ludwigsburg	7,9
Ortenaukreis	6,2
Rottweil	25,0
Stuttgart, Stadt	9,1

**Impfungen:
sektorübergreifende
Aufgabe für die
Zukunft**

Trotz hervorragender Rahmenbedingungen bestehen in Deutschland für einzelne Infektionskrankheiten erhebliche Impfdéfizite. Bei Kindern sind deutliche Immunitätslücken bezüglich Keuchhusten und Hepatitis B festzustellen. Die Masern-Elimination ist ein erreichbares Gesundheitsziel. Bisher ist es noch nicht gelungen, Durchimpfungsraten von 95 % zu erbringen, die notwendig sind, um eine Zirkulation von Masernviren zu unterbinden. Das Ziel der WHO, die Masern bis zum Jahr 2007 zu eliminieren, wird deshalb für Baden-Württemberg nur dann erreichbar sein, wenn kontinuierliche intensive Anstrengungen zur Hebung der Durchimpfungsquote erfolgen. In Baden-Württemberg waren 1999 über 95 % der Schulanfänger vollständig gegen Poliomyelitis, Diphtherie und Tetanus geimpft. Diese hohen Durchimpfungsraten beweisen, daß die notwendigen Voraussetzungen vorhanden sind. Für einzelne Impfungen besteht aber Aufklärungsbedarf, und für besondere regionale oder soziale Gruppen muß der Zugang zur ärztlichen Versorgung erleichtert werden. Besondere Anstrengungen sind deshalb in Regionen mit auffällig niedrigem Durchimpfungsgrad zu unternehmen. Das Sozialministerium Baden-Württemberg hat 1999 eine Aktion zur Hebung der Durchimpfung in 6. Klassen initiiert, die neben der Aufklärung über die MMR-Impfung auch ein Impfangebot durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst einschloß.

**Impfstoffe für die
Zukunft**

Schwerpunkt der Entwicklung von Impfstoffen für Kinder sind Kombinationsvakzine. Von der Einführung neuer Kombinationsimpfstoffe ist eine Hebung des Impfschutzes bei weniger Impfungen zu erwarten.

Kariesgruppenprophylaxe

Kariesgruppenprophylaxe bezeichnet Maßnahmen zur Verhinderung von Zahnerkrankungen (Karies), die vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden. Gemäß § 21 Sozialgesetzbuch V (SGB V) haben die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten zur Durchführung zu beteiligen. Nach den Richtlinien zur Durchführung der Jugendzahnpflege vom 15.01.1996 und der Rahmenvereinbarung vom 1. September 1989 ist die Karies-Gruppenprophylaxe in Baden-Württemberg eine gemeinsame Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Zahnärzteschaft, der gesetzlichen Krankenkassenverbände und der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege.

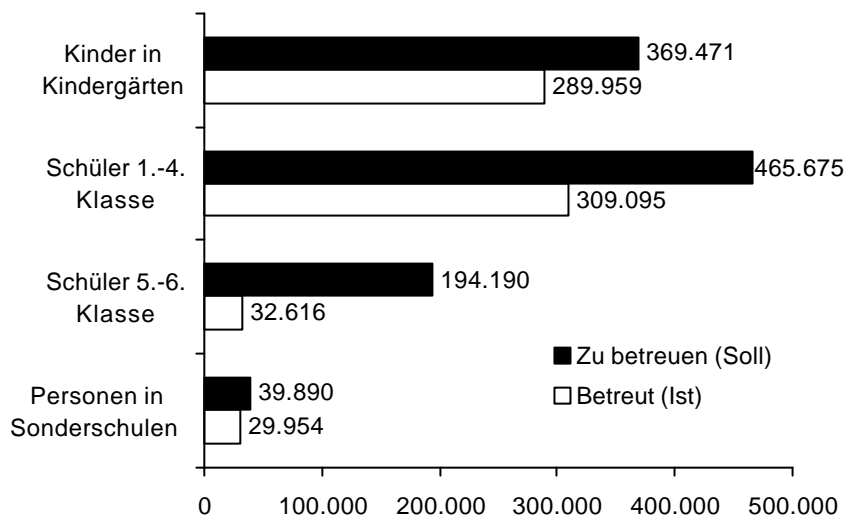
Zur Gruppenprophylaxe tritt nach § 22 SGB V die Individualprophylaxe: Jeder Versicherte vom 7. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr kann sich einmal in jedem Kalenderhalbjahr zur Verhütung von Zahnerkrankungen zahnärztlich untersuchen lassen. Die Untersuchungen "sollen sich auf den Befund des Zahnfleisches, die Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Vermeidung, das Erstellen von diagnostischen Vergleichen zur Mundhygiene, zum Zustand des Zahnfleisches und zur Anfälligkeit gegenüber Karieserkrankungen, auf die Motivation und Einweisung bei der Mundpflege sowie auf Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne erstrecken."

Mit dem Ziel einer flächendeckenden Gruppenprophylaxe wurden auf regionaler Ebene 37 Arbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege eingerichtet. Ihre regionale Zuständigkeit folgt den jeweiligen Gesundheitsamtsbezirken. Ausnahme ist Heilbronn, wo die Gesundheitsämter von Stadt und Landkreis einer Arbeitsgemeinschaft zugehören. Die Arbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege führen gruppenprophylaktische Maßnahmen durch. Dazu gehören die Untersuchung der Mundhöhle, die Erhebung des Zahnstatus, die Zahnschmelzhärtung durch Fluoridierung, die Ernährungsberatung und die Anleitung in der Mundhygiene. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko entwickeln sie spezifische Programme.

In 84,2 % der Kindergärten und in 70,5 % der Grundschulklassen wurden im Kindergartenjahr bzw. Schuljahr 1998/99 (01.09.-31.08.) gruppenprophylaktische Maßnahmen durchgeführt. In weiterführenden Schulen wurden 20,8 % der 5. und 6. Klassen erreicht, wobei der Schwerpunkt in der Regel auf Maßnahmen in Hauptschulen gelegt wird. Weiter wurden gruppenprophylaktische Maßnahmen in 76,2 % der Sonderschulen und Behinderteneinrichtungen durchgeführt. Dabei stehen Mundhygiene (z. B. Anleitung zum richtigen Zähneputzen) und die Ernährungsberatung im Vordergrund. Bei den Fluoridierungsmaßnahmen wird die Ausgabe von Fluoridtabletten und das Einbürsten von Fluoridgel nicht nur von den regionalen Arbeitsgemeinschaften angeleitet. Über Erzieher/-innen und Lehrer/-innen erreichten solche Fluoridierungsmaßnahmen Kinder in Kindergärten (728), 1.-4. Klassen (1.342), 5./6. Schulklassen und Personen in Sonderschulen und Behinderteneinrichtungen (4.564). Das Auftragen eines länger haftenden Fluoridlacks erfolgt stets durch Prophylaxehelferinnen und Jugendzahnärztinnen bzw. Jugendzahnärzte der Gesundheitsämter.

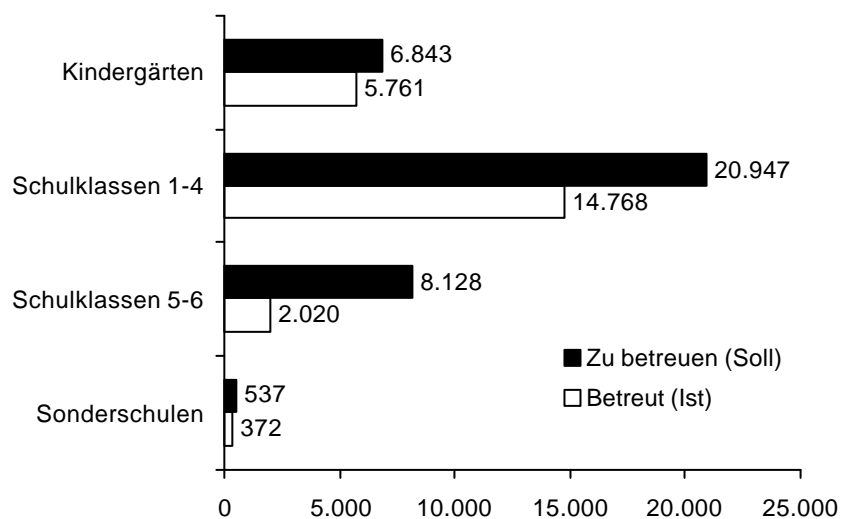
Als weitere Maßnahmen der Karies-Gruppenprophylaxe führten die regionalen Arbeitsgemeinschaften Elterninformationsveranstaltungen (969), Tage der offenen Tür in der Zahnarztpraxis (613), Informationsveranstaltungen oder Unterricht durch Ernährungsfachfrauen (vom Ministerium Ländlicher Raum; 1.662) und andere Aktivitäten (346) durch, wie z. B. Tage der Zahngesundheit, Gesundheitswochen, Sonderaktionen usw.

5.16: Im Kindergarten-/Schuljahr 1998/99 zu betreuende und betreute Kinder nach Einrichtung



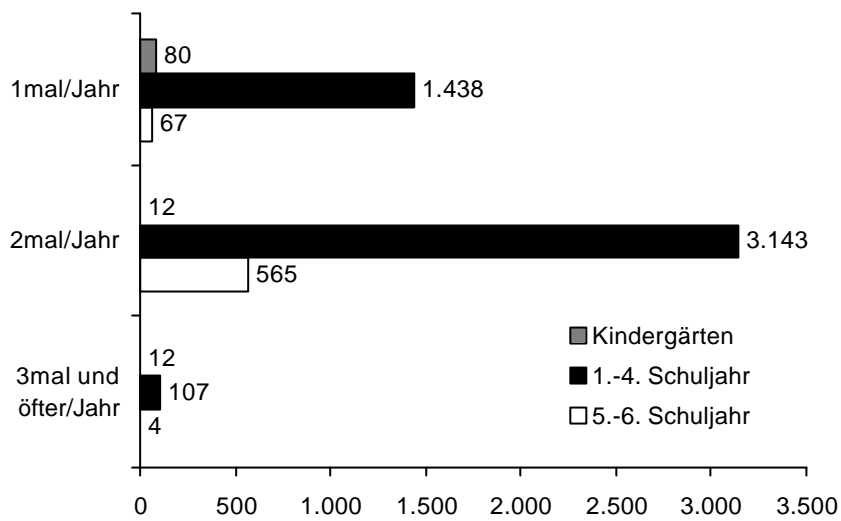
Quelle: Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit

5.17: Im Kindergarten-/Schuljahr 1998/99 zu betreuende und betreute Einrichtungen



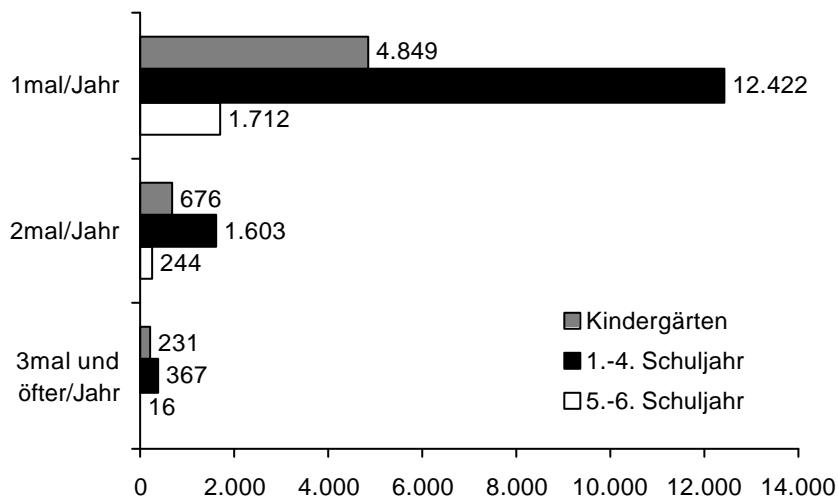
Quelle: Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit

5.18: Im Kindergarten-/Schuljahr 1998/99 durchgeführte Fluoridierungsmaßnahmen nach Einrichtung und Häufigkeit



Quelle: Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit

5.19: Im Kindergarten-/Schuljahr 1998/99 durchgeführte Maßnahmen zur Mundhygiene/Ernährungslenkung nach Einrichtung und Häufigkeit



Quelle: Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit

Begleitend zu den gruppenprophylaktischen Maßnahmen erfolgen bei Kindergarten- und Schulkindern bis zur 6. Klasse Reihenuntersuchungen durch Jugendzahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und durch Patenzahnärzte. Im Kindergartenjahr bzw. Schuljahr 1998/99 nahmen die Jugendzahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes 314.136 Untersuchungen (Vorjahr:

330.467) vor. Von 1.444 Patenzahnärzten, die in der Gruppenprophylaxe mitarbeiteten, wurden 178.408 Kinder untersucht (Vorjahr: 181.844 Untersuchungen). Weitere 291.791 Kinder, die nicht im Rahmen der Reihenuntersuchungen erreicht werden können, wurden an niedergelassene Zahnärzte verwiesen (Vorjahr: 328.949 Verweisungen).

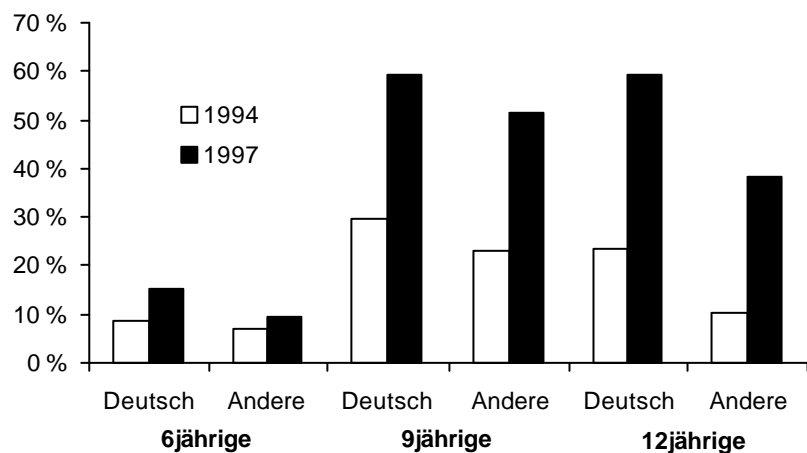
Versiegelungen dienen dem Schutz vor Karies

Versiegelungen stellen eine Schutzmaßnahme gegen Karies dar. Dabei trägt der Zahnarzt einen Lack auf die Kaufläche der Backenzähne auf. Nach dem Aushärten bildet der Lack auf dem Zahn eine Schutzschicht, die für längere Zeit stabil ist und dem Entstehen von Zahnkaries entgegenwirkt. Der Anteil der Kinder, bei denen wenigstens ein Zahn versiegelt wurde, zeigt an, in welchem Umfang diese Vorsorgemaßnahme die Zielgruppe erreicht. Mit einer "erweiterten Versiegelung" können jedoch auch oberflächliche Zahnschäden an der Grenze zur Karies versorgt werden. In diesem Fall gehen Vorsorge und Kariesbehandlung ineinander über und die erweiterte Fissurenversiegelung tritt an die Stelle einer herkömmlichen Zahnfüllung. Mit zunehmender Verbreitung des Verfahrens hat dies Auswirkungen auf die statistische Karieshäufigkeit bei Kindern: die gemessene Anzahl der kariesgeschädigten, gefüllten Zähne sinkt.

In Baden-Württemberg wurde die Verbreitung der Versiegelung anlässlich von Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe in den Jahren 1994 und 1997 bestimmt. Zielgruppe waren 6-, 9- und 12jährige Kinder in der 1., 4. und 6. Klassenstufe allgemeinbildender Schulen. Der Anteil der Kinder, bei denen wenigstens an einem Zahn eine Versiegelung festgestellt wurde, nahm von 1994 auf 1997 in allen Altersgruppen deutlich zu und hat sich in einzelnen Altersgruppen sogar mehr als verdoppelt (Abbildung 5.20). Landesweit hatten 58,6 % aller 9jährigen Schulkinder der 4. Klassenstufe und 56,9 % der 12jäh-

5.20: Schulkinder mit wenigstens einer Versiegelung nach Nationalität und Alter, in Prozent

Baden-Württemberg 1994 und 1997



Quelle: Öffentlicher Gesundheitsdienst, Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 1994 und 1997

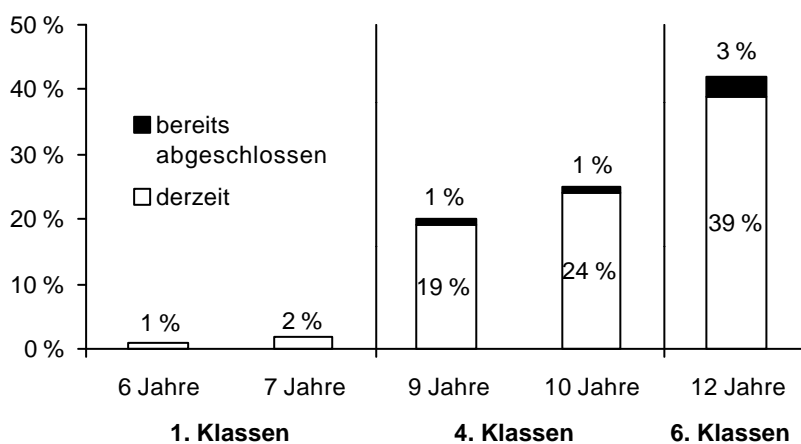
rigen Schulkinder wenigstens einen versiegelten Zahn. Unter den 6jährigen wiesen erst 14,5 % wenigstens eine Versiegelung auf. Zu verzeichnen ist jedoch, daß diese Vorsorgemaßnahme nicht alle Kinder in Baden-Württemberg gleichermaßen erreicht. Der Anteil der deutschen Kinder mit einer Versiegelung liegt regelmäßig über dem Anteil der Kinder anderer, nichtdeutscher Nationalität, die eine Versiegelung erhalten haben. Mehrere Ursachen sind möglich. Vor einer Versiegelung bei einem Kind ist eine Aufklärung der Sorgeberechtigten durch den Zahnarzt erforderlich. Die Zustimmung bedarf üblicherweise der Schriftform. Es kann vermutet werden, daß eine geringere Besuchsfrequenz ausländischer Kinder in Zahnarztpraxen ebenso wie Sprachbarrieren und eine noch unzureichende Bekanntheit der Versiegelung als Vorsorgemaßnahme dazu beitragen, daß die Inanspruchnahme in einem Altersjahrgang nicht über alle Nationalitäten gleich hoch ist. Auch können Wanderungsbewegungen, insbesondere der Zuzug von Kindern im Zusammenhang mit dem Balkankonflikt, ebenso wie bei Impfungen dazu beitragen, daß Vorsorgemaßnahmen bei Quereinsteigern in einer Alterskohorte seltener anzutreffen sind als bei Kindern, die ihre gesamte Kindheit in Deutschland erlebt haben.

Angaben zur Häufigkeit einer kieferorthopädischer Behandlung bei Kindern wurden anlässlich einer Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe im Jahre 1997 erhoben. Kinder in der ersten Grundschulklasse standen selten in Behandlung. Der Anteil der Kinder in gegenwärtiger oder mit abgeschlossener Behandlung stieg mit dem Alter an und erreichte unter 12jährigen Kindern 42 % (Abbildung 5.21). Für 56,4 % der kieferorthopädisch behandelten 12jährigen wurde eine herausnehmbare Behandlung ("Zahnspange") und für 39,3 % eine festsitzende Therapie vermerkt. Der Rest entfiel auf Mehrfachnennungen und fehlende Angaben. Mädchen waren häufiger mit festsitzenden Behand-

Kieferorthopädische Versorgung

5.21: Schulkinder in kieferorthopädischer Behandlung nach Alter und Klassenstufe

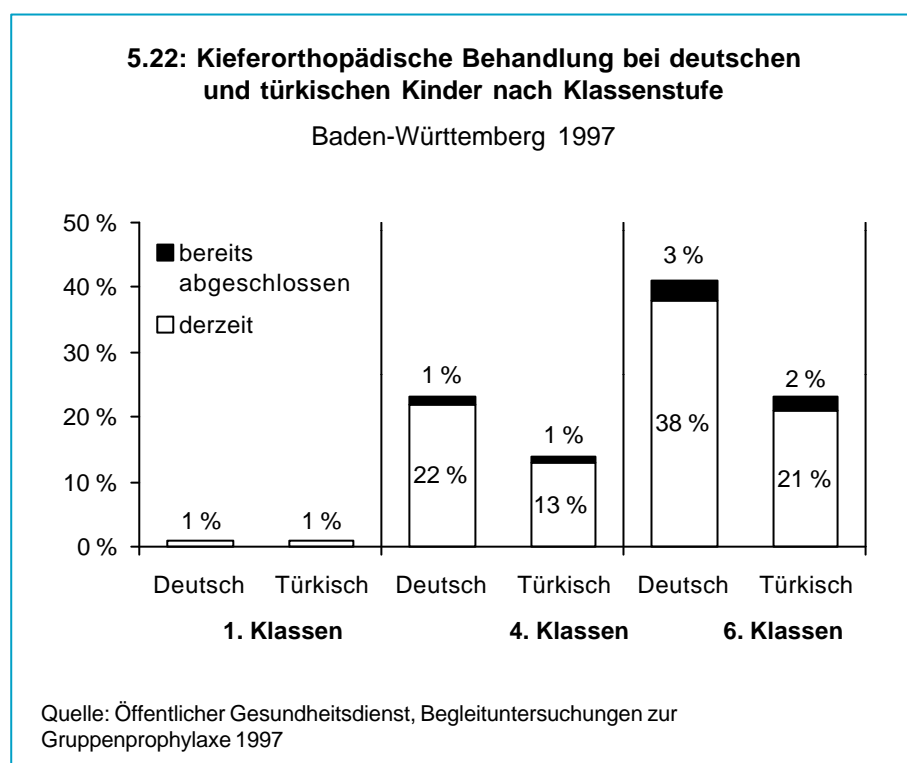
Baden-Württemberg 1997



Quelle: Öffentlicher Gesundheitsdienst, Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 1997

lungen versorgt (41,9 %) als Jungen (36,9 %). Festsitzende Behandlungen wurden häufiger verzeichnet unter 12jährigen Hauptschülern (40,3 %) und Realschülern (43,0 %) als unter Gymnasiasten (34,6 %). Bänder bzw. Brackets und ungeteilte Bögen als Basisbestandteile der festsitzenden Behandlung bedingen versichertenbezogene Mehraufwendungen.

In fast allen Altersgruppen wurde eine kieferorthopädische Behandlung unter deutschen Kindern häufiger vermerkt als unter Kindern anderer Nationalitäten. Abbildung 5.22 veranschaulicht dies im Vergleich zwischen Kindern deutscher und türkischer Nationalität.



Die vorliegenden Daten zur Prävalenz kieferorthopädischer Behandlung gestatten keine Erklärung der beobachteten Unterschiede zwischen Geschlechtern, Nationalität und Schulart. Auch ist keine Aussage über die Schwierigkeitsstufe der kieferorthopädischen Behandlung und die Behandlungsdauer möglich. Neben Unterschieden in der Inanspruchnahme und der Indikationsstellung zu Art und Zeitpunkt der kieferorthopädischen Behandlung muß bei den 12jährigen eine unterschiedliche Dauer der Behandlung erwogen werden.

Legasthenie - Ein Thema im Wandel der Zeit

Legasthenie und geistige Retardiertheit - Förderung in Hilfsschulen

Zu Anfang des Jahrhunderts wurde ein Zusammenhang zwischen Lesefähigkeit und allgemeinem Schulfortschritt/allgemeinem Intelligenzniveau postuliert. Die Bezeichnung "Legasthenie", wörtlich übersetzt Leseschwäche, implizierte eine "nachhaltige Rückständigkeit höheren Grades in der geistigen Entwicklung" (Ranschburg, 1928). In Folge dieser Denkweise wurden Kinder mit besonderen Schwierigkeiten im Erlernen des Lesens und Schreibens als in ih-

rer geistigen Entwicklung zurückgeblieben eingestuft und ausschließlich in Hilfsschulen gefördert.

Mit Beginn der 50er Jahre wurden die bis dahin als geistig retardiert beschriebenen Legastheniker durch Untersuchungen der Schweizer Psychologin Linder rehabilitiert. Ihre Definition prägte über Jahrzehnte hinweg das Legasthenieverständnis: Sie beschrieb Legasthenie als "eine spezielle und aus dem Rahmen der übrigen Leistungen fallende Schwäche im Erlernen des Lesens (und indirekt des orthographischen Schreibens) bei sonst intakter oder (im Verhältnis zur Lesefähigkeit) relativ guter Intelligenz" (Linder, 1951). Obwohl es nicht in ihrer Absicht lag, weniger begabte Kinder als Legastheniker auszuschließen, löste ihre Definition die Suche nach einer Grenze zwischen "echten" Legasthenikern und "nur" rechtschreibschwachen, weniger begabten Schülern aus. Wer als Legastheniker gelten und damit Anrecht auf Förderung haben wollte, mußte nachweisen, daß er intelligent war. Die Förderung dieser Kinder wurde nun nicht mehr als Aufgabe der Hilfsschulen, sondern als Aufgabe der Volksschulen betrachtet.

Seit Mitte der 70er Jahre ist die Diskrepanzdefinition der Legasthenie (Lese-Rechtschreibleistung schlechter als aufgrund der Intelligenz oder anderer Schulleistungen zu erwarten wäre) zunehmend umstritten. Da sich die Symptomatik von mehr oder weniger intelligenten lese-rechtschreibschwachen Schülern kaum voneinander unterscheiden läßt, lag es nahe, nach Ursachen und Hilfen für beide Gruppen zu suchen, statt eine Gruppe als Nicht-Legastheniker von der Förderung auszuschließen. In diesem Sinne einigte sich die Kultusministerkonferenz 1978 auf die Empfehlung, nicht von Legasthenikern, sondern von Kindern mit Schwierigkeiten im Erwerb des Lesens und/oder Rechtschreibens zu sprechen. Einen Anspruch auf Förderung haben demnach alle Kinder der Jahrgangsstufen 2 bis 4, die spezifische Ziele und Leistungen ihrer Jahrgangsstufe im Lese- und/oder Rechtschreibunterricht nicht erreichen können.

Die baden-württembergischen Verwaltungsvorschriften zur Förderung von Schülern mit Schwierigkeiten im Lesen und/oder Rechtschreiben orientieren sich am Beschluß der Kultusministerkonferenz von 1978. 1988 wurde darüber hinaus der Anspruch auf Förderung von der reinen Grundschulförderung auf eine Förderung bis Klasse 6 erweitert. Mit der modifizierten Vorschrift von 1998 ist eine Förderung bereits ab Klasse 1 und bei Bedarf auch über die Klassenstufe 6 hinaus in den weiterführenden Schulen möglich.

In Zusammenarbeit mit dem Landesverband Legasthenie Baden-Württemberg e. V. hat das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport in Baden-Württemberg eine Informationsbroschüre mit dem Titel "Schwierigkeiten im Lesen und/oder Rechtschreiben - Ein Thema auch in weiterführenden Schulen" herausgegeben. Die Broschüre stellt - in Ergänzung zur Broschüre "Lese- und Rechtschreibprobleme in der Grundschule: Prävention, Diagnose, Förderungsleistungsmessung" - Diagnose- und Förderansätze bei Lese-Rechtschreibproblemen dar und bietet praxisorientierte Hilfestellungen für Lehrerinnen und Lehrer für den präventiven Rechtschreibunterricht.

Legasthenie und überdurchschnittliche Intelligenz - Förderung nach IQ

"Lese-Rechtschreibschwäche" statt "Legasthenie" - Anspruch auf Grundschulförderung für alle

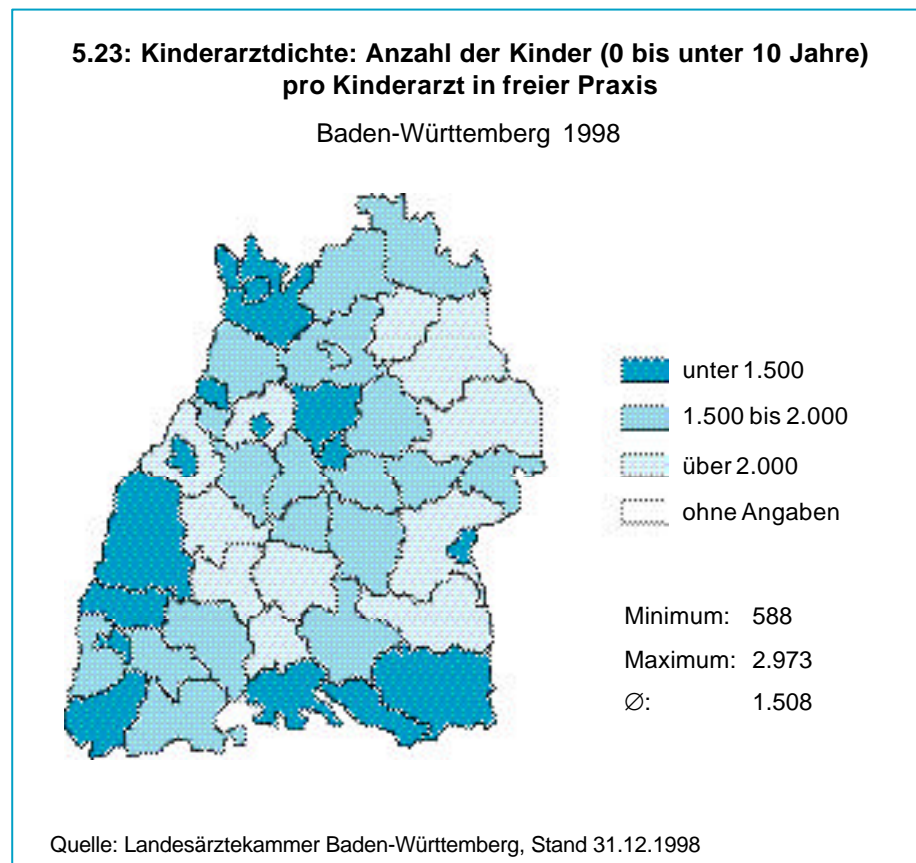
Seit 1998 Förderung ab Klassenstufe 1 und über Klassenstufe 6 hinaus möglich

5.3 Ambulante und stationäre Versorgungsangebote

Niedergelassene Kinderärzte

Die Zahl der niedergelassenen Kinderärzte hat in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen. Sie erhöhte sich von 629 im Jahr 1990 auf 780 Kinderärzte in freier Praxis im Jahr 1998. Zum Jahresende 1998 ergab die statistische Berechnung auf 1.508 Kinder im Alter von 0 bis unter 10 Jahren einen Kinderarzt. Dies entspricht einer Intensivierung der Versorgung gegenüber 1990 (1.731 Kinder pro niedergelassenem Kinderarzt) um 15 %.

Bereits 1993 wurde bei insgesamt 740 Kinderärzten im Land die erforderliche Zahl an Kinderärzten nach der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen erfüllt, in vielen Stadt- und Landkreisen sogar wesentlich überschritten. Der Bevölkerung steht daher ein quantitativ überaus gutes Angebot an ambulanter kinderärztlicher Versorgung zur Verfügung.



Kinderarztdichte in den Stadtkreisen besonders hoch

Die Versorgungssituation in den Stadt- und Landkreisen ist nicht einheitlich (Abb. 5.23). Eine besonders dichte Versorgung mit niedergelassenen Kinderärzten ist in den Stadtkreisen anzutreffen (Heidelberg: 588, Freiburg: 796, Mannheim: 846, Karlsruhe: 962, Pforzheim: 1.011, Stuttgart: 1.047, Ulm: 1.058 Kinder pro Kinderarzt in freier Praxis). In einigen Fällen geht sie einher mit einer weniger hohen Anzahl von Kinderärzten in den umliegenden Landkreisen (Pforzheim \Leftrightarrow Enzkreis, Stadt Karlsruhe \Leftrightarrow Landkreis Karlsruhe, Ulm \Leftrightarrow Alb-Donau-

Kreis). Es ist davon auszugehen, daß die in den Stadtkreisen angesiedelten Kinderärzte auch Kinder aus den umliegenden Landkreisen behandeln.

Wurden 1990 noch in 6 Landkreisen über 3.000 Kinder von einem niedergelassenen Kinderarzt betreut, blieb 1998 selbst in den Landkreisen mit verhältnismäßig geringer Dichte niedergelassener Kinderärzte die pro Arzt errechnete Kinderzahl unter 3.000. Mehr als 2.500 Kinder pro niedergelassenem Kinderarzt finden sich nur noch im Landkreis Biberach und im Enzkreis. Dies ist nicht nur der höheren Gesamtzahl an niedergelassenen Kinderärzten, sondern auch ihrer gleichmäßigeren regionalen Verteilung durch die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu verdanken.

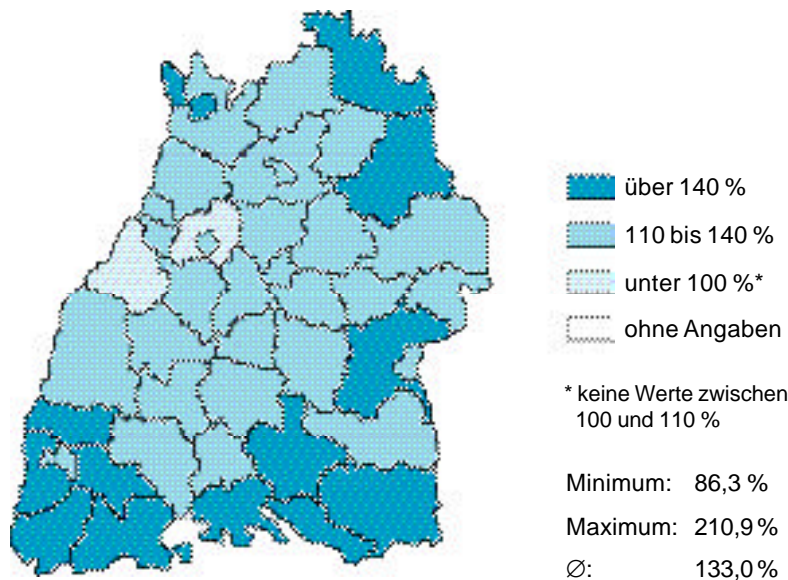
Die Bedarfsplanung der kassenärztlichen Vereinigungen orientiert sich an ausgewählten strukturellen Merkmalen der jeweiligen Region. Die aktuell vorgegebene Verhältniszahl (Einwohner je Arzt) wird in Bezug gesetzt zur tatsächlichen Zahl der Einwohner je Arzt in der betreffenden Region. Neben dem ursprünglichen Ziel, fehlende Arztsitze zu ermitteln, dient sie auch dazu, Überversorgungszustände durch überhöhte Arztdichte festzustellen. Zulassungsbeschränkungen werden nach § 101 SGB V angeordnet, wenn der Versorgungsgrad um 10 % überschritten ist. Abb. 5.24 veranschaulicht für die Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs den Versorgungsgrad mit Kinderärzten.

Die Darstellung zum Versorgungsgrad weicht in einigen Kreisen deutlich von den anhand der Kinderarztdichte (Abb: 5.25) dargestellten Verhältnissen ab. Ursache dafür ist die unterschiedliche Berechnungsbasis beider Karten. Der

Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen effektiv

5.24: Versorgungsgrad mit an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinderärztinnen und -ärzten

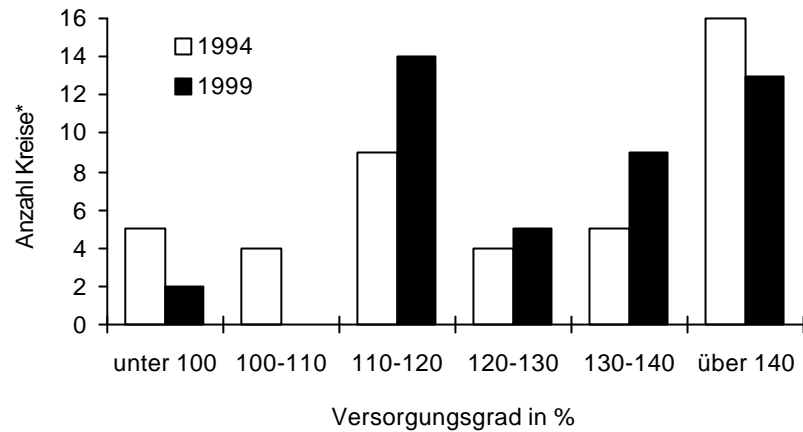
Baden-Württemberg 1999



Quelle: Kassenärztliche Vereinigungen, Stand: Frühjahr 1999

5.25: Verteilung der Kreise nach Versorgungsgrad mit an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinderärztinnen/-ärzten

Baden-Württemberg 1994 und 1999



* Baden-Baden und Rastatt sind in der Auswertung zusammengefaßt

Quelle: Kassenärztliche Vereinigungen

Versorgungsgrad wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Basis ausgewählter struktureller Merkmale der Region und anhand derjenigen Ärzte berechnet, die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen. Nach Einschätzung der Kassenärztlichen Vereinigungen waren besonders gut versorgt einige Landesteile im Norden sowie der Südrand von Baden-Württemberg. An erster Stelle im Grad der pädiatrischen Versorgung steht der Landkreis Sigmaringen mit 210,9 %, gefolgt von Waldshut mit 203,0 % und dem Bodenseekreis mit 197,1 %. Dagegen waren im Enzkreis (86,3 %) und in Rastatt (97,5 % mit Baden-Baden) Versorgungsgrade unter 100 % zu beobachten. Den Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen zufolge sind von 43* Kreisen 41 statistisch üerversorgt und mit gesetzlichen Auflagen zur Zulassungsbegrenzung für Kinderärzte belegt. Die beiden anderen Kreise liegen im Versorgungsgrad unter 100 %.

Abbildung 5.25 zeigt die ausgleichende Wirkung der Bedarfsplanung auf die regionalen Unterschiede in der pädiatrischen Versorgung über 5 Jahre (1994 bis 1999). Die Stadt- und Landkreise wurden nach ihrem Versorgungsgrad in Klassen aufgeteilt. Von 1995 auf 1999 ist die Anzahl der Kreise in den äußeren Klassen zurückgegangen, Unterversorgung und deutlich überhöhte Arztdichten sind somit seltener geworden. Waren 1995 noch in 6 Stadt- und Landkreisen Versorgungsgrade unter 100 % zu beobachten, so konnte deren Anzahl bis 1999 auf nur noch 2 reduziert werden. In 16 Kreisen wurden 1994 Versorgungsgrade über 140 % erreicht, im Jahr 1999 lag der Grad der Versorgung noch in 13 Kreisen über 140 %.

* Baden-Baden und Rastatt sind in der Auswertung zusammengefaßt

Stationäre Versorgung

Den Familien in Baden-Württemberg steht ein Netz von 35 leistungsfähigen Kinderabteilungen und Kinderkliniken zur Verfügung (siehe Abb. 5.26). Unter diesen sind folgende innerhalb der Kinderheilkunde noch weiter spezialisierte Fachkliniken:

- Fachkrankenhaus Neckargemünd (Versorgung von Patienten mit apallischem Syndrom, Behandlung von Schäden des zentralen Nervensystems)
- Kinderklinik Schömburg (Versorgung von Patienten mit apallischem Syndrom, Behandlung von Schäden des zentralen Nervensystems)
- Kinderzentrum Maulbronn (Erkennung und Behandlung frühkindlicher Hirnschäden)
- Fachklinik Wangen (Versorgung von Patienten mit apallischem Syndrom, Behandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane)

Die Versorgung besonders schwieriger Krankheitsverläufe ist vorwiegend Aufgabe der Kinderkliniken der

- Universitätsklinik Freiburg
- Universitätsklinik Heidelberg
- Universitätsklinik Ulm
- Universitätsklinik Tübingen.

In den vergangenen Jahren sind die Anzahl der Pfl egetage und die durchschnittlichen Verweildauern an allen Kinderkliniken weiter zurückgegangen.

Pädiatrische Krankenhausbetten und Nutzung in Baden-Württemberg 1988-1998

Jahr	Planbetten	Patienten (Fälle)	Pflege-tage	Verweildauer in Tagen	Betten-nutzung in %
1988	3.054	95.200	776.855	8,3	69,5
1993	2.918	89.880	748.465	8,3	70,3
1998	2.743	97.332	721.874	7,4	72,1

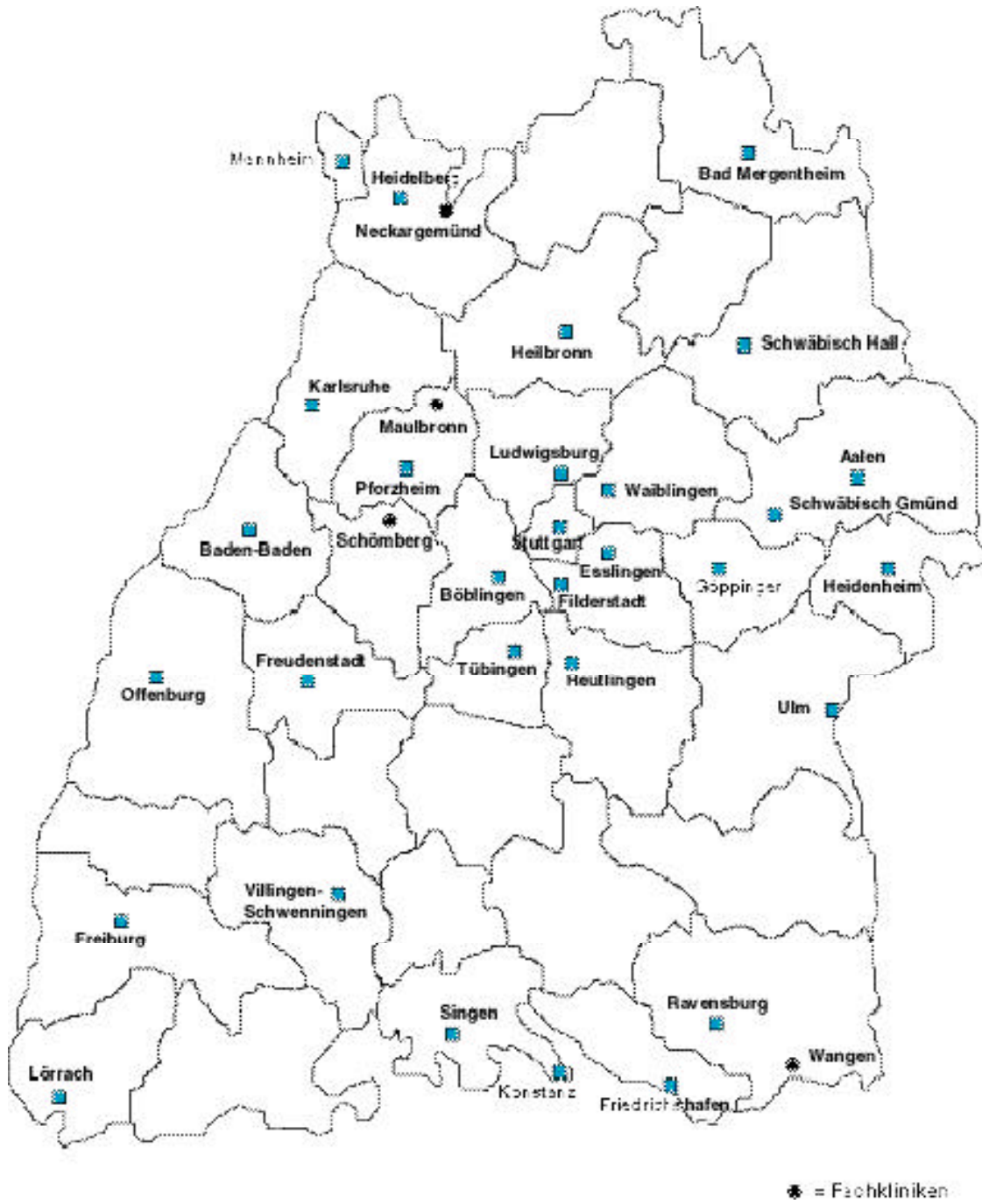
Anmerkung: Die Daten entsprechen ab 1990 der Systematik der Krankenhausstatistik-Verordnung des Bundes vom 10. April 1990 (BGBl. I S.730) und sind mit den Zahlen von 1988 nur bedingt vergleichbar.

Quelle: Statist. Landesamt Baden-Württemberg, Sozialministerium Baden-Württemberg

Die Kinderkliniken waren somit trotz ansteigender Patientenzahlen im Durchschnitt nur zu 72 % ihrer Bettenkapazität belegt. Dennoch konnten alle Standorte der Kinderkliniken bzw. Kinderabteilungen erhalten werden. Es ist das Bemühen des Sozialministeriums, dieses Netz im Interesse einer wohnortnahen Versorgung auch in Zukunft zur Verfügung zu stellen.

Außerdem dienen 17 Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie einer qualifizierten Versorgung von Kindern mit psychischen Erkrankungen.

5.26: Kinderkliniken und Kinderfachabteilungen in Baden-Württemberg 1997



Quelle: Sozialministerium Baden-Württemberg

Empfehlungen zur kindgerechten Behandlung

Kranke Kinder werden aber nicht nur in den Kinderabteilungen, sondern u. a. in den Abteilungen für Chirurgie, Orthopädie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Augenheilkunde usw. stationär behandelt. Auch in diesen Abteilungen müssen die seelischen, sozialen und körperlichen Bedürfnisse der Kinder berücksichtigt werden. Die Gesundheitsministerkonferenz hat dazu Empfehlungen verabschiedet. Danach sollen ins Krankenhaus aufgenommene Kinder vorrangig in pädiatrischen Fachabteilungen behandelt werden, auch wenn die zu behandelnde Krankheit zur Aufnahme in einer anderen Fachabteilung geführt hat. Kinder sollen primär von Kinderkrankenschwestern betreut und nicht in einem Raum mit Erwachsenen untergebracht werden. Die Mitaufnahme einer Bezugsperson des Kindes soll ermöglicht werden, wenn dies aus medizinischen Gründen nötig ist.

5.4 Frühförderung

“Frühförderung” bedeutet Früherkennung von Entwicklungsstörungen bei Kindern, Beratung der Eltern und Bezugspersonen und frühestmöglicher Einsatz von Fördermaßnahmen bis zum Schulbeginn. Ziel und Inhalt aller Maßnahmen der Frühförderung oder Rehabilitation (Eingliederung) bei sich entwickelnden Kindern ist es,

- bei eingetretener Behinderung die Folgen zu mildern oder sie möglicherweise sogar zu beseitigen,
- bei Kindern mit Entwicklungsverzögerung bzw. Entwicklungsauffälligkeiten drohende Behinderungen zu vermeiden.

Dies ist nur möglich, wenn

- Risiken und Beeinträchtigungen in der Entwicklung der Kinder zum frühestmöglichen Zeitpunkt richtig erkannt werden
- gezielte ganzheitliche Therapie und Förderung eingeleitet werden.

Die Interministerielle Arbeitsgruppe “Frühförderung” in Baden-Württemberg, d. h. Vertreter/-innen des Sozialministeriums, des Kultusministeriums, des Bereichs Landesarzt für Behinderte, Vertreter/-innen der Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung sowie aus verschiedenen Frühförderbereichen haben mit breitem Konsens in der interministeriellen Kommission die Rahmenkonzeption 1993 beschlossen und kontinuierlich weiterentwickelt. 1998 erfolgte eine Fortschreibung (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, 1993; Sozialministerium Baden-Württemberg, 1998).

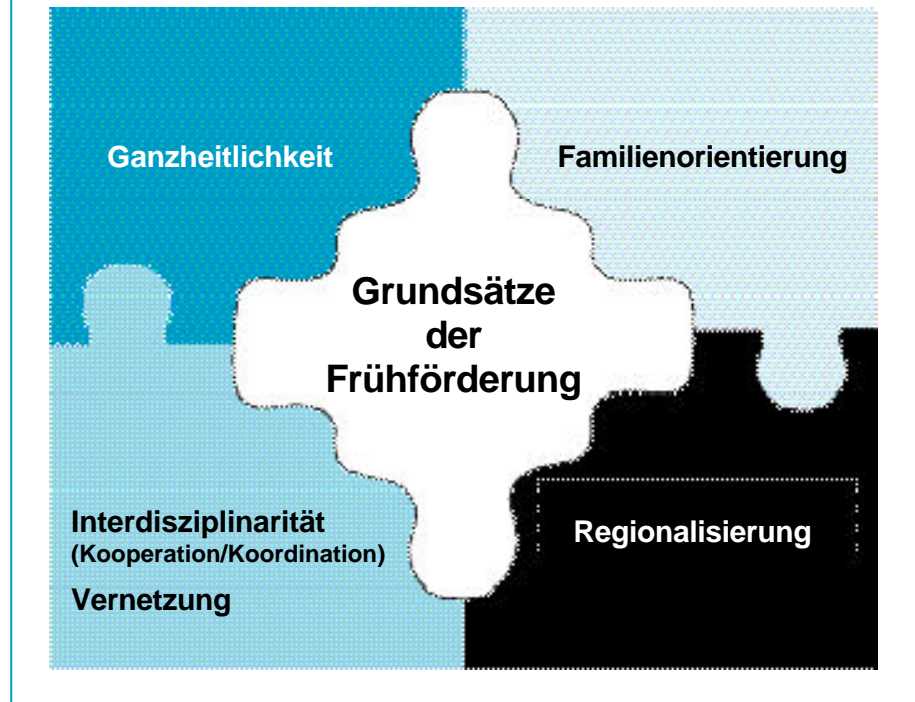
Entscheidend für den Erfolg der Früherkennung und Frühförderung ist ein enges Zusammenwirken der medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Dienste auf regionaler und darüber hinaus auch auf überregionaler Ebene.

Grundsätze der Frühförderung

Die Grundsätze der Frühförderung können wie folgt beschrieben werden:

Das ganzheitliche Konzept orientiert sich am Kind als Gesamtpersönlichkeit in seiner sozialen Umwelt im Sinne einer Entwicklungsförderung unter Be-

5.27: Grundsätze der Frühförderung



rücksichtigung aller Aspekte der kindlichen Entwicklung (psychomotorische, kognitive, soziale, kommunikative und emotionale). Sie baut auf dem auf, was das einzelne Kind kann und hilft ihm, seine eigenen Kompetenzen und sein Selbstvertrauen zu entwickeln und zu erweitern. Behinderungsspezifische Hilfen zum Aufbau bestimmter Funktionen oder Fertigkeiten sind in dieses ganzheitliche Förderkonzept zu integrieren.

Die Zusammenarbeit mit den Eltern und deren Beratung ist ein entscheidender Bestandteil jeder Frühförderung. Die Familienorientierung betont die Notwendigkeit, bei allen Maßnahmen die familiäre Situation des Kindes mit in Betracht zu ziehen, den Eltern entsprechende Unterstützung zu geben, sie zu begleiten und ihre Kompetenzen zu stärken bzw. sie auch zu entlasten. Eine praktische Konsequenz dieser Familienorientierung ist der Aufbau von Maßnahmen in Form von mobilen Hilfen im familiären Umfeld, bzw. wohnortnahe Angebote und leichte Zugänglichkeit der Frühförderstellen an neutralem Ort.

Darunter versteht man eine fachübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Zusammenführung multiprofessioneller Sichtweisen der Entwicklungsprobleme des Kindes und gegenseitigen Abstimmung im Förderkonzept (umfassende interdisziplinäre Diagnostik, Förderplangestaltung und Verlaufsdiagnostik).

- medizinischer Bereich: Arzt bzw. Ärztin (Kinderarzt/-ärztin, aber auch anderer Facharzt/-ärztin), Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in), Logopäde/-in, Ergotherapeut/-in (Beschäftigungstherapeut/-in)
- pädagogischer Bereich: Sonderpädagoge/-in, Diplompädagoge/-in, Heilpädagoge/-in, Erzieher/-in (mit Zusatzqualifikation)

- psychologischer Bereich: Diplompsychologe/-in
- sozialer Bereich: Dipl.-Sozialarbeiter/-in (FH), Dipl.-Sozialpädagoge/-in (FH).

Die Regionalisierung wird erreicht durch Entwicklung, Erhaltung und Konsolidierung eines flächendeckenden Systems von Frühfördereinrichtungen mit einem regional begrenzten Einzugsbereich. Die Landesregierung will durch die Verwirklichung des Prinzips der Regionalisierung bzw. Dezentralisierung sicherstellen, daß für jedes Kind und seine Familien etwa gleiche Chancen und kurze Wege im Zugang zum System der Frühförderung bestehen.

Regionalisierung

Kooperation bedeutet Entwicklung von Vernetzungsstrukturen zwischen allen Hilfen gleich welcher fachlichen Disziplin. Sie ermöglicht die Koordination der angewandten Hilfen und verbessert damit die Wirksamkeit eines ganzheitlichen Angebotes.

Kooperation und Koordination

Das bedeutet, enge Kooperation zwischen:

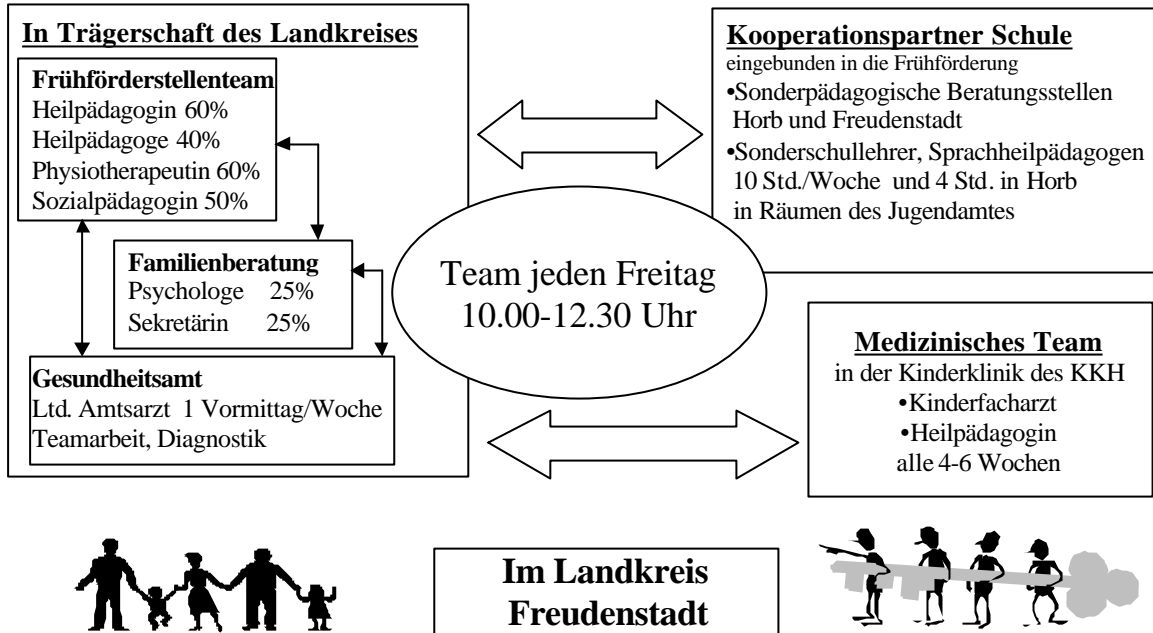
- niedergelassenen Ärzten/-innen und Therapeuten/-innen
- anderen lokalen und regionalen Einrichtungen und Diensten des kinder- und jugendpsychiatrischen, psychologischen, sozialen und pädagogischen Bereichs
- zentralen spezialisierten Einrichtungen (Sozialpädiatrischen Zentren, Kinderkliniken, neuropädiatrischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen von Kliniken)
- Sonderpädagogischen Frühförderstellen sowie auch spezialisierten überregionalen Frühförderstellen, wie z. B. Einrichtungen für sinnesgeschädigte Kinder
- Interdisziplinären Frühförderstellen
- Behörden (Sozialamt, Jugendamt)
- Familientastenden Diensten, Sozialstationen
- Familien- und Erziehungsberatungsstellen
- Öffentlicher Gesundheitsdienst - Gesundheitsamt
- Krankenkassen
- Kindertageseinrichtungen

Im Landkreis Freudenstadt wurde z. B. im Verlauf von 5 Jahren ein entsprechender Verbund entwickelt (vgl. Abb. 5.28, s. auch Sozialministerium Baden-Württemberg, 1998)

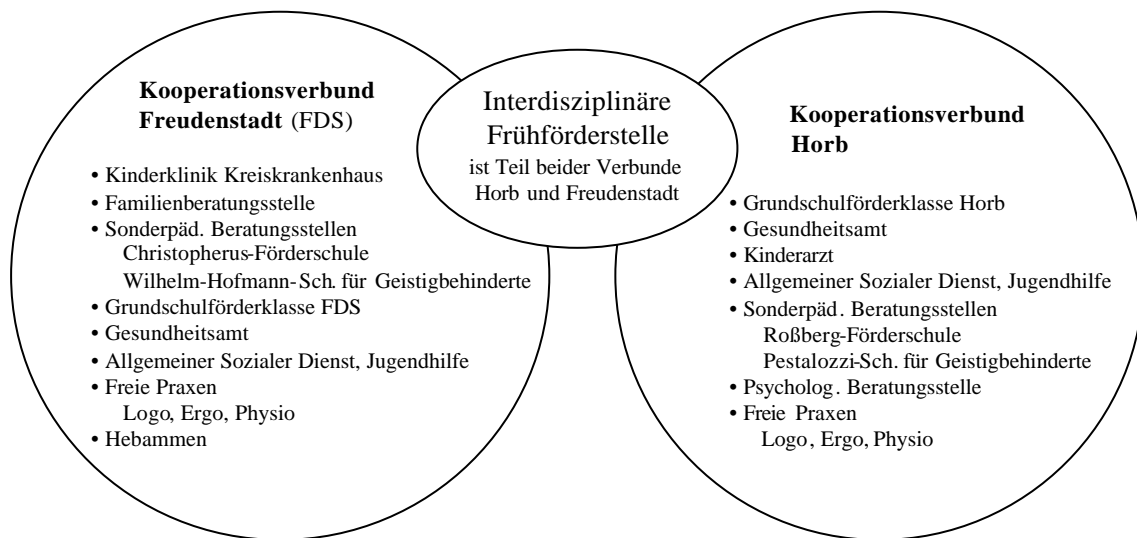
Die Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung und ihre Aufgaben

Die Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung ist zuständig für das Land Baden-Württemberg. Sie besteht aus einem pädagogischen und einem medizinischen Bereich, die interdisziplinär eng zusammenarbeiten. Die Einbeziehung weiterer Fachdisziplinen soll konsiliarisch und durch Kooperation mit anderen Stellen und Institutionen erfolgen.

5.28: Kooperationsverbund der Interdisziplinären Frühförderstelle



Der **Kooperationsverbund** ist ein Zusammenschluß von Fachkräften in beiden Teilen des Landkreises Freudenstadt, die im Frühförderbereich arbeiten. Beide Verbunde treffen sich jeweils 4mal im Jahr. Neben fachspezifischen Themen können gemeinsame Fallgespräche und Absprachen als auch gemeinsame Fortbildungen stattfinden.



Überregionale interdisziplinäre Arbeitsstelle Frühförderung in Baden-Württemberg

Pädagogischer Bereich

Oberschulamt
Breitscheidstr. 44
70176 Stuttgart
Tel.: 0711/6670-143
Fax: 0711/6670-444

Medizinischer Bereich

Landesgesundheitsamt
Hoppenlastr. 7
70174 Stuttgart
Tel.: 0711/1849-365
Fax: 0711/1849-325

Die Aufgaben der Überregionalen Arbeitsstelle Frühförderung sind im einzelnen:

- Inhaltliche Planung und Organisation geeigneter Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter aus Frühfördereinrichtungen und die Mitwirkung an Fortbildungsveranstaltungen sowie Teilnahme an externen Praxisbegleitungsgruppen.
- Konzeptionelle Weiterentwicklung der Frühfördersysteme, Anregung von Fachtagungen oder wissenschaftlichen Untersuchungen zu aktuellen Fragestellungen für die Weiterentwicklung.
- Unterstützung des interdisziplinären Austauschs als Ansprechpartner für alle in der Frühförderung tätigen Institutionen in und außerhalb von Baden-Württemberg; Förderung der Zusammenarbeit mit den Eltern.
- Mitwirkung bei den Förderprogrammen der Landesregierung, Beratung der freien und kommunalen Träger sowie der zuständigen Ministerien beim Auf- und Ausbau eines Netzes von Frühförderstellen.
- Aufbau eines Informationssystems für die Frühförderung auf Landesebene; fachlicher Informationsdienst für die Mitarbeiter in den Frühfördereinrichtungen durch Auswertung von Literatur, Veröffentlichungen, Zusammenarbeit mit Hochschulen und Verbänden.

Fortbildung

Konzeptionelle Weiterentwicklung

Koordinierung und Vernetzung

Mitwirkung an Förderprogrammen

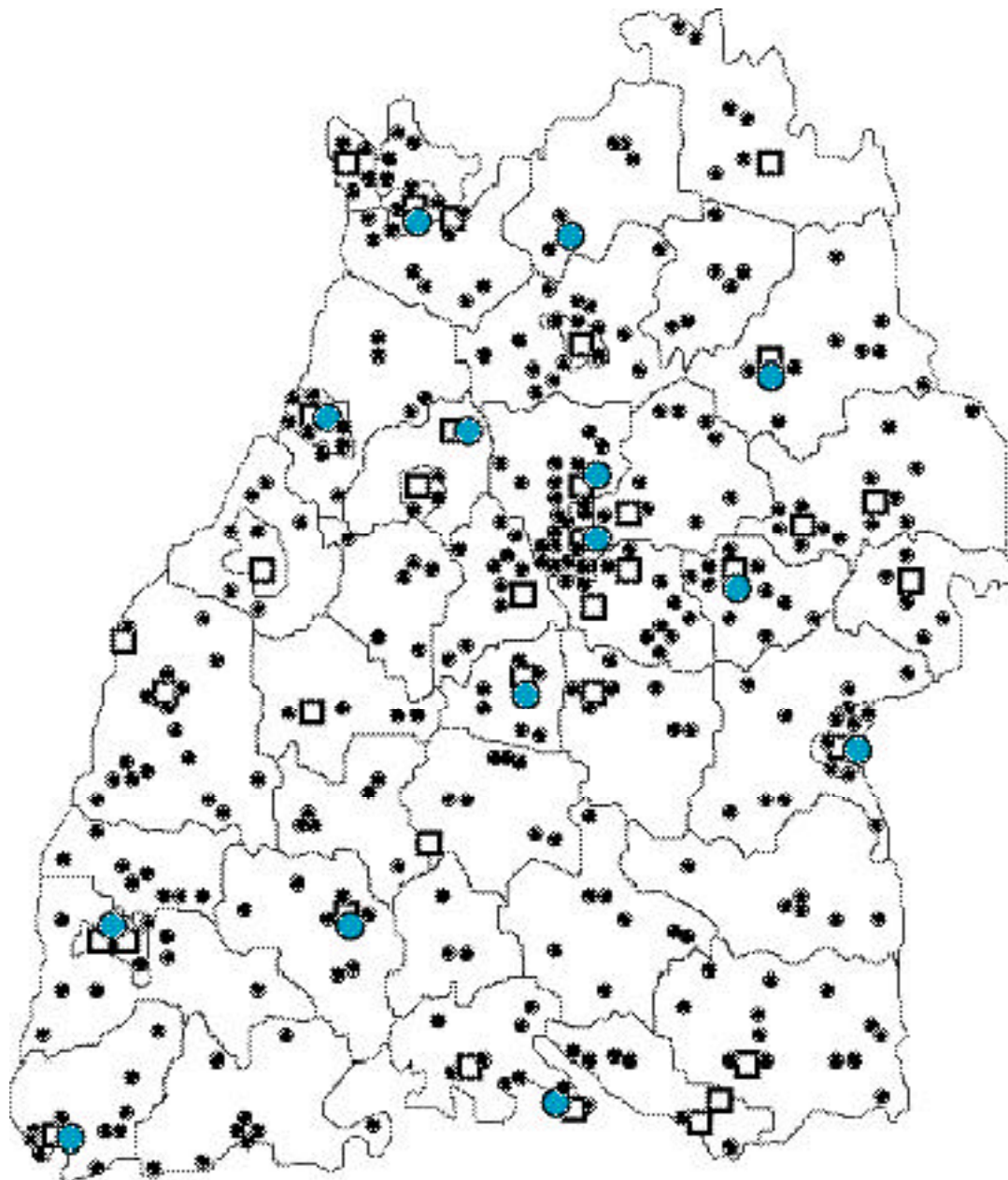
Bisherige Erfahrungen mit dem System der Frühförderung

Die sonderpädagogischen Beratungsstellen an den Sonderschulen in Baden-Württemberg, deren Aufbau bereits Ende der sechziger und Anfang der siebziger Jahre begann, sind ein sehr wichtiger Bestandteil im Gesamtsystem Frühförderung. Das Land hat das System der Sonderpädagogischen Frühförderung im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten konsolidiert, weiter ausgebaut und festgeschrieben. In diesem Bereich ist also auf absehbare Zeit kein weiterer Ausbau zu erwarten, so daß ein bedarfsdeckendes Angebot an Frühförderung für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in den einzelnen Landkreisen in der Regel nur dann erreicht werden kann, wenn gleichzeitig ergänzende Initiativen zur Einrichtung von Interdisziplinären Frühförderstellen ergriffen und umgesetzt werden bzw. durch effiziente Organisation das Angebot optimiert wird. Dies ist in einem Großteil der Landkreise inzwischen geschehen. Die Sonderpädagogischen Beratungsstellen haben die Aufgabe, Möglichkeiten und Grenzen ihrer Arbeit darzustellen, den aus ihrer Sicht vorhandenen

Die Sonderpädagogischen Beratungsstellen sind ein wichtiger Bestandteil im Gesamtsystem Frühförderung

5.29: Einrichtungen im Frühfördersystem

Baden-Württemberg 1998/99



- Kinderkliniken/-abteilungen
- Sozialpädiatrische Zentren
- * Sonderpädagogische Beratungsstellen

Quelle: Sozialministerium Baden-Württemberg (1998)

Bedarf aufzuzeigen und die Landkreise und Kreisarbeitsgemeinschaft darüber zu informieren. Das Staatliche Schulamt und der pädagogische Berater/-in für Frühförderung übernehmen dabei eine koordinierende Funktion.

Zwischenzeitlich konnte ein flächendeckendes Netz solcher Einrichtungen geschaffen werden. Eine Erweiterung in diesem Bereich ist nicht vorgesehen. 1993 gab es 275 sonderpädagogische Beratungsstellen, davon 248 in öffentlicher und 27 in privater Trägerschaft. Bis 1997 wurde die Gesamtzahl auf 313 erhöht. Fast 90 % der Eltern können in 15 Minuten bis maximal einer halben Stunde zu einer Beratungsstelle kommen, in der ihr Kind gefördert werden kann. Eine wohnortnahe Versorgung wird durch die mobile Form der Frühförderung familienorientiert im Elternhaus und im Kindergarten am Ort erreicht. Größere Entfernungen müssen jedoch Eltern mit ihren Kindern weiterhin zurücklegen, bei denen eine Seh- oder Hörbehinderung vorliegt, sofern die Förderung in der Beratungsstelle erfolgen muß.

Die Sonderpädagogischen Beratungsstellen können aufgrund ihrer begrenzten Ressourcen nur einem Teil der Kinder gerecht werden. Die Analyse der Bedarfsdeckung von Förderung durch die Sonderpädagogischen Beratungsstellen auf regionaler Ebene ermöglicht es, Versorgungslücken deutlich zu machen und kann damit Grundlage für die Planung des Gesamtnetzes Frühförderung sein. Dies soll am Beispiel des Staatlichen Schulamtes Nürtingen im Landkreis Esslingen im folgenden dargestellt werden:

Um einen Landkreis von der Notwendigkeit der Einrichtung einer Interdisziplinären Frühförderstelle überzeugen zu können, müssen die Sonderpädagogischen Beratungsstellen deutlich machen, daß sie dem vorhandenen Bedarf an Frühförderung nicht gerecht werden können.

Folgende Daten sind dabei hilfreich:

a	b	c	d	e
6 % der Kinder von 0-6,6 Jahren	Kinder im Schulkindergarten	Bedarf an Frühförderung (Kinder)	Frühförderkinder in den sonderpäd. Beratungsstellen	Deputate in der Frühförderung (Stundenzahl)
2.167	211	1.956	ca. 950	345

Zu a: Laut wissenschaftlichen und statistischen Untersuchungen haben ca. 6 % aller Kinder im Alter von 0 - 6,6 Jahren (zeitweise) einen Bedarf an Frühförderung (Angaben dazu über das Statistische Landesamt).

Zu b: Ein Teil der potentiellen Frühförderkinder wird in Schulkindergärten gefördert (Schulstatistik).

Zu c: Potentieller Bedarf an Frühförderung (Kinderzahl): $a - b = c$.

Zu d: Anzahl der Kinder, die im Rahmen der sonderpädagogischen Frühförderung gefördert werden (ohne Kurzberatungen). Schulstatistik, Angaben der Beratungsstellen.

Zu e: Deputate in der Frühförderung (Stundenzahl):
Dem Staatlichen Schulamt (SSA) zugewiesene Deputate
+ Deputate von Beratungsstellen an Privatschulen
+ Stundenanteile überregional tätiger Beratungsstellen im SSA-Bezirk

Die Sonderpädagogischen Beratungsstellen haben die Grenzen ihrer Kapazität erreicht

Mit Hilfe der ergänzenden Daten zur

- Altersstruktur der Kinder (Anzahl pro Jahrgang)
- Anzahl der Kurzberatungen, ohne Aufnahme in eine Förderung; Weitervermittlung
- vorhandene Wartelisten

sowie dem Vergleich der Daten aus den Spalten c, d, und e wird in der Regel der Bedarf sehr deutlich:

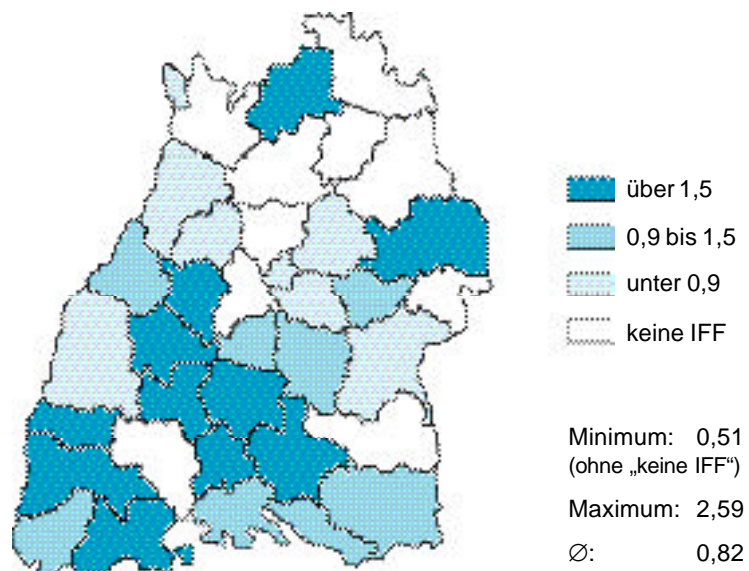
- Anzahl der Kinder, die keine sonderpädagogische Frühförderung erhalten, aber Bedarf an Frühförderung hätten.
- Durch den Vergleich der zur Verfügung gestellten Zeit und der Anzahl der betreuten Kinder wird ersichtlich, daß diese Kinder nur kurzfristig, zeitweise, in Gruppen usw. eine Förderung erhalten. Die Sonderpädagogischen Beratungsstellen haben die Grenzen ihrer Kapazität erreicht.

Interdisziplinäre Frühförderstellen als niedrigschwelliges Angebot

Bis Dezember 1999 haben 34 Interdisziplinäre Frühförderstellen in Baden-Württemberg ihre Arbeit aufgenommen. Jedoch verfügt nicht jeder Land- bzw. Stadtkreis über eine entsprechende Einrichtung. Die Interdisziplinären Frühförderstellen wurden vielfach entsprechend den örtlichen Erfordernissen entwickelt und unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Ausrichtung sowie personellen und räumlichen Ausstattung. Sie wurden überwiegend an einem neutralen Ort eingerichtet und stellen so ein niederschwelliges Angebot an Eltern dar. Die Arbeitskonzepte ermöglichen vor allem das Prinzip der Interdisziplinarität,

5.30: Versorgung mit Interdisziplinären Frühförderstellen (IFF) pro 250.000 Einwohner

Baden-Württemberg 1998/1999



Quelle: Sozialministerium Baden-Württemberg (1998)

da die personelle Besetzung mit Fachkräften aus dem medizinisch-therapeutischen und dem pädagogisch-psychologischen Bereich erfolgt. Die interdisziplinäre Teamarbeit "unter einem Dach" ermöglicht auch das Ziel der umfassenden ganzheitlichen und familienorientierten Förderung des Kindes. Die Angebote der Frühförderung erfolgen im Rahmen einer prozeßorientierten psychosozialen Beratung bzw. Begleitung.

Der flächendeckende Ausbau der Interdisziplinären Frühförderstellen ist bislang nicht abgeschlossen und wird laut der Koalitionsvereinbarung der Landesregierung vom Mai 1996 fortgesetzt werden. Für einen weiteren Ausbau von Interdisziplinären Frühförderstellen in freier oder kommunaler Trägerschaft ist die Bedarfsfrage entscheidend. Auch wenn im Landesdurchschnitt ein Zusatzbedarf weiter besteht, ist nicht auszuschließen, daß in dem einen oder anderen Stadt- oder Landkreis bereits durch enge Zusammenarbeit und Koordinierung der vorhandenen Einrichtungen und Dienste - Kinderklinik/ Sozialpädiatrisches Zentrum, Gesundheitsamt, sonderpädagogische Beratungsstellen, niedergelassene Ärzte/-innen, Therapeuten/-innen - sowie mit einer sinnvollen Verbundlösung eine Bedarfsdeckung erreicht werden kann. Da die vorgegebenen Strukturen in der Frühförderung durch Qualität und Quantität des Angebots von Kreis zu Kreis sehr unterschiedlich sind, hat das Sozialministerium die Stadt- und Landkreise gebeten, im Einvernehmen mit den Gesundheitsämtern Kreisarbeitsgemeinschaften gemäß § 17 SGB 1, §§ 93, 95 BSHG ins Leben zu rufen. Diese sollen die vorhandenen Strukturen der Frühförderung analysieren und ebenfalls den konkreten Bedarf für weiterführende Maßnahmen ermitteln.

Flächendeckender Ausbau der Interdisziplinären Frühförderstellen muß fortgesetzt werden

Für den Bereich der niedergelassenen Kinderärzte und Kinderärztinnen in Baden-Württemberg gilt nach wie vor, daß derzeit eine Bedarfsdeckung vorliegt (780 Niederlassungen) und daher keine quantitativen Verbesserungen anzustreben sind. Allerdings wäre in bestimmten ländlichen Regionen eine höhere kinderärztliche Präsenz den Belangen der Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsstörungen förderlich. Wie bereits in der Rahmenkonzeption 1993 ausgeführt, sind methodische und qualitative Aspekte der Frühförderung, Behandlung und Diagnostik kindlicher Entwicklungsstörungen verbesserungsbedürftig (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, 1993). Dieses Anliegen sollte von den zuständigen Institutionen weiterverfolgt werden, um eine Steigerung der Effektivität dieser Maßnahmen zu erreichen. Vor allem ist die Früherkennung von Störungen der Wahrnehmungsentwicklung des Hörens und Sehens in den ersten 3 Lebensjahren und besonders im ersten Lebensjahr von außerordentlich großer Bedeutung (s. auch Abschnitt 4.6.) Entwicklungsstörungen der Hörwahrnehmung im frühen Kindesalter führen u. a. zur Sprachentwicklungsstörung und einer Beeinträchtigung der psychosozialen Persönlichkeitsentwicklung aufgrund von sozialen Kommunikations- und damit auch Interaktionsstörungen.

Verbundlösung - eine Möglichkeit der Bedarfsdeckung

Eine wesentliche Grundlage zur Weiterentwicklung der sozialpädiatrischen Diagnostik und Behandlung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder ist die weiterführende Diagnostik in Krankenhäusern und Kliniken, vor allem in den Sozialpädiatrischen Zentren.

Die Umsetzung eines bedarfsentsprechenden Konzepts erfordert außer der Bereitschaft und dem fachlichen Interesse der angesprochenen Institution auch die Bereitschaft der Zulassungsausschüsse, bedarfsgerechte Strukturen mitzu-

entwickeln und die Aussicht, mit den Kostenträgern kostendeckende Vergütungen vereinbaren zu können.

In fachlicher Hinsicht wird ein problemorientiertes Zusammenwirken verschiedener Fach- und Berufsverbände hilfreich sein, um die interdisziplinäre Frühförderung zugunsten behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder weiterzuentwickeln. Ein Arbeitskreis sozialpädiatrisch tätiger Ärzte und Ärztinnen, vor allem jedoch die "Überregionale Arbeitsstelle Frühförderung", wird durch Abstimmung fachlicher Inhalte und durch koordinierende Funktion diesen Prozeß der Weiterentwicklung unterstützen.

Mit der Rahmenkonzeption Frühförderung hat das Land die Grundlage für die Weiterentwicklung des Gesamtsystems der Frühförderung in Baden-Württemberg geschaffen. Planungen und Entwicklungen erfolgen gemeinsam und nach Abstimmungen mit allen Beteiligten.

Ausbau der Zusammenarbeit mit Sozialhilfeträgern und Krankenkassen

Für die Interdisziplinären Frühförderstellen ist eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch Vereinfachung der Abrechnung mit den Krankenkassen und Sozialhilfeträgern unbedingt erforderlich. Für viele Eltern ist es ein Problem, sich vor Beginn der Förderung in einer Interdisziplinären Frühförderstelle selbst um die Finanzierung zu kümmern und das Sozial- und Gesundheitsamt aufsuchen zu müssen. Auch hier wäre eine Vereinfachung des Antragsverfahrens direkt durch die Frühförderstelle hilfreich, wie dies bereits in einigen Regionen Baden-Württembergs und teilweise in anderen Bundesländern üblich ist.

Gemeinsame Aufgabe aller Einrichtungen der Frühförderung ist es, Struktur, Inhalt und Zusammensetzung ihrer Angebote immer wieder daraufhin zu überprüfen, ob sie noch den Bedürfnissen von Eltern und Kindern entsprechen und bei Bedarf Neuorientierungen einzuleiten.

Quellenhinweise

- Bundesminister für Gesundheit (Hg.) (1997). Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 1997. Baden-Baden: Nomos.
- GABl vom 29. April 1994, S. 286. Bekanntmachung des Sozialministeriums über öffentlich empfohlene Schutzimpfungen.
- Kimmig, P., Oehme, R., Backe, H. (1998). Epidemiologie der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und Lyme-Borreliose in Südwestdeutschland, *ellipse* 14 (4): S. 95-105.
- Ley, S. (1995). Beschreibung der Impfsituation in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern. In: Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. (Hg.). *Impfschutz für alle: WHO-Thema 1995*. Bonn.
- Linder, M. (1951). Über Legasthenie (spezielle Leseschwäche). *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie*, 8/1951, 97: S. 100.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (1993). *Rahmenkonzeption zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und Behinderung bedrohter Kinder in Baden-Württemberg*. Stuttgart.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung (Hg.) (1994). *Zur gesundheitlichen Lage der Kinder in Baden-Württemberg*. Stuttgart.
- Ranschburg, P. (1928). *Die Lese- und Schreibstörungen des Kindesalters*. Halle: Carl Marhold, S. 88.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (1999). 3. Folge: Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME). *Epidemiologisches Bulletin* 16, S. 112-114.

- Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.) (1998). Frühförderung behinderter und Behinderung bedrohter Kinder in Baden-Württemberg: Rahmenkonzeption. Stuttgart.
- Thilo, W. (1994). Nationales Referenzzentrum für Diphtherie und Tetanus. Der Allgemeinarzt 5, S. 380-384.
- Quast, U. (1995). Fragen zu Impfungen. In: Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. (Hg.). Impfschutz für alle: WHO-Thema 1995. Bonn.
- WHO, Regionalbüro für Europa Kopenhagen (1998). Gesundheit 21 - Das Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO.

Referenzen im Internet

<http://www.who.dk>

<http://www.rki.de/gesund/STIKO/STIKO.htm>

<http://www.statistik-bund.de>

6 Zusammenfassung

6.1 Demografische Basisdaten

1998 wurden 1,76 Millionen Kinder im Alter bis zu 15 Jahren gezählt und damit 11 % mehr als 1990. Der Kinderanteil an der Gesamtbevölkerung war um 0,8 Prozentpunkte auf 16,9 % gestiegen. Damit war Baden-Württemberg das kinderreichste Bundesland.

Der Kinderanteil an der Gesamtbevölkerung wird dennoch zukünftig zurückgehen: Lag er 1998 noch 1,6 Prozentpunkte über demjenigen der 65jährigen und Älteren, so wird für das Jahr 2005 ein Kinderanteil von 15,6 % gegenüber einem Anteil von 18,3 % an Senioren und Seniorinnen vorausgesagt.

Eine Ursache ist die rückläufige Anzahl der Geburten: eine Entwicklung, die sich in den kommenden Jahren voraussichtlich fortsetzen wird. Zwei Ursachen wirken zusammen. Schwächer besetzte Frauenjahrgänge kommen ins gebärfähige Alter (demografische Komponente) und der Wunsch nach Kindern wird immer häufiger in einer späteren Lebensphase realisiert oder ganz aufgehoben (Verhaltenskomponente). Besonders deutlich fällt der Geburtenrückgang bei den 24- bis 29jährigen Frauen aus. Das durchschnittliche Alter der Mutter bei der Geburt ihres ersten ehelichen Kindes stieg seit 1975 um 4,9 Jahre auf 28,8 Jahre im Jahre 1998 an. Das Alter der Mutter ist ein bedeutender Faktor für eine Frühgeburt. Die Entwicklung zu späteren Geburten und ein Anstieg der Frühgeburtlichkeit (siehe Kapitel 4) sind aus gesundheitspolitischer Sicht kritisch.

- Verhaltensbedingte Faktoren, die einem Anstieg der Geburtenzahlen entgegenwirken, sind eine Herausforderung an die Familienpolitik. Der Wunsch nach beruflicher Selbstverwirklichung und die wirtschaftliche Notwendigkeit von beruflicher Tätigkeit beider Partner haben Einfluß auf die Realisierung eines Kinderwunsches. Maßnahmen, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf weiter verbessern, können Paaren die Entscheidung für ein Kind erleichtern. Das Gefühl wirtschaftlicher Sicherheit in einem stabilen Arbeitsverhältnis könnte mehr jungen Paaren die Planungssicherheit geben, die ihnen heute zur Gründung einer Familie häufig fehlt.

6.2 Rahmenbedingungen für die Gesundheit von Kindern

Familie: Der Wandel in den familialen Lebensformen setzt sich fort. Der Anteil der "klassischen" Familie mit Mutter, Vater und Kind(ern) an allen familialen Lebensformen sank zwischen 1975 und 1998 von 47 % auf jetzt 36 %. Gleichzeitig verdoppelte sich der Anteil der Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern auf knapp 16 %. Von 5 Alleinerziehenden sind 4 Frauen. Hauptursache für die Entstehung von Ein-Eltern-Familien sind Ehescheidungen. Die Scheidungshäufigkeit stieg seit den 50er Jahren um das 2½fache. 1998 waren bei 21.833 Ehescheidungen 19.376 minderjährige Kinder betroffen. In den Ballungsräumen liegen die Scheidungsraten höher als in ländlich strukturierten Gebieten. Die Zahl der nichtehelichen Lebensgemeinschaften mit Kindern hat sich zwischen 1988 und 1995 auf 35.000 nahezu verdreifacht. Die Lebensphasen von Eltern mit ihren Kindern haben sich verkürzt; sowohl

absolut durch frühere Ablösung der Kinder vom Elternhaus und geringere Kinderzahl pro Familie als auch relativ aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung.

Einkommen: Über 8 % der Haushalte mit 3 und mehr Personen in Baden-Württemberg müssen mit weniger als 2.500 DM monatlich auskommen. Alleinerziehende sind im Durchschnitt weniger einkommensstark und beziehen häufiger Sozialhilfe (18,7 %) als in der Gesamtbevölkerung (2,3 %). 40 % der Sozialhilfeempfänger sind Kinder unter 18 Jahren. Die Sozialhilfequote von Kindern liegt für Baden-Württemberg (1998: 4,8 %) unter dem Bundesdurchschnitt.

Eine bedeutende Ursache für Einkommensarmut ist mangelnde Schul- und Berufsausbildung.

Armut und Ernährung: Das Ernährungsverhalten ist ein wichtiger Faktor in der Gesundheit von Kindern und später im Erwachsenenalter. Eltern prägen es durch ihr Vorbild. Das Ernährungsverhalten ist abhängig vom Haushaltseinkommen. Bei knappem Einkommen wird oft am Essen gespart. Über die gesundheitlichen Folgen von Einkommensarmut entscheiden Wissen über gesundheitliche Zusammenhänge und Fertigkeiten in der Haushaltsführung. Maßnahmen zum Ernährungsverhalten sollten hier ansetzen. Erfolgversprechend sind niederschwellige Angebote, die Ernährungstraining, Vermittlung von Fähigkeiten zum Wirtschaften mit wenig Geld sowie Hilfestellungen in finanziellen Problemlagen verknüpfen. Beispielhaft ist das Programm "Clever wirtschaften – gesünder leben" im Ortenaukreis. Flankierend sind sozialpolitische Programme zur Bekämpfung von Armut nötig.

Gewalt gegen Kinder: Gewalt in der Familie ist der Schlüssel zur Gewalt in der Gesellschaft. Gewalt gegen Kinder in allen ihren Formen (körperlich, seelisch, sexuell) erzeugt ein hohes Risiko für Gewaltbereitschaft oder erneute Opferhaltung beim erwachsenen Menschen. Nahezu immer ist von Auswirkungen kindlicher Gewalterfahrungen bis ins Erwachsenenalter auszugehen. Eine aussagefähige Statistik zur Gewalt gegen Kinder fehlt. Für ein einigermaßen realistisches Bild müssen Daten aus vielen verschiedenen Quellen zusammengeführt werden.

1998 kamen 16 Kinder nach Gewalteinwirkung ums Leben, weitere 16 Fälle von versuchter Tötung wurden bekannt. Es ist davon auszugehen, daß ca. 10 % der Kinder Mißhandlungen erfahren und 80 % der Kinder körperlich bestraft werden. Körperliche Gewalt hat persönliche und gesellschaftliche Ursachen. Eine rechtliche Präzisierung des "elterlichen Züchtigungsrechts", wie sie in anderen europäischen Staaten bereits realisiert ist, würde die strafrechtliche Verfolgung von körperlicher Gewalt in der Familie erleichtern. Der Anteil der Befürworter eines Verbots körperlicher Züchtigung war bis 1992 bereits auf 75 % angestiegen.

Zu sexueller Gewalt erfaßte die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) in Baden-Württemberg 1998 insgesamt 2.492 Kinder als Opfer von sexuellem Mißbrauch. Nach verschiedenen Studien werden jedoch nur 5 bis 7 % aller Mißbrauchsfälle überhaupt bekannt. Nach der PKS sind 6,6 % der Täter mit dem Opfer verwandt; ein Kinderschutzzentrum schätzt, daß mindestens 30 % der Täter aus dem engsten Familienkreis kommen. Meist unterbleibt die Anzeige. Tätertherapien haben sich als erfolgreich erwiesen und sollten konsequent umgesetzt werden.

Vernachlässigung als Form der Gewalt gegen Kinder wird bisher zu wenig beachtet. Sie entsteht meist infolge von Überforderung der Eltern in psychischer, physischer und materieller Hinsicht.

- Die Prävention von Gewalt gegen Kinder durch vielfältige Formen der Unterstützung ist zu fördern. Ein pädagogischer Schwerpunkt liegt auf der Stärkung des Selbstbewußtseins von Kindern und Jugendlichen. Intervention muß behutsam und individuell abgestimmt erfolgen. Kooperationen von regionalen Institutionen und gemeinsames Fallmanagement sind notwendig. Vorhandene Hilfsmöglichkeiten im Land sollten genutzt, unterstützt und weiterentwickelt werden (z. B. Leitfaden "Gewalt gegen Kinder", Familienkrisendienste). Bei allen Formen der Gewalt gegen Kinder ist die Enttabuisierung der "Einmischung" in die Angelegenheiten "anderer" von elementarer Wichtigkeit. Aufmerksamkeit und Reaktionen von Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und anderen Beobachtern sowie die Aufmerksamkeit von Ärzten und Pädagogen sind notwendig, um Mauern des Schweigens zu durchbrechen, die Fortsetzung ausgeübter Gewalt zu unterbinden und das Leid der betroffenen Kinder zu begrenzen.

Umwelt: Die gesundheitlichen Belastungen von Kindern durch einzelne Schwermetalle und chlororganische Verbindungen sind zurückgegangen. Durch einen Rückgang der Amalgamfüllungen im Zusammenhang mit der Kariesprophylaxe und neuen Dentalwerkstoffen sind die Quecksilberkonzentrationen im Urin deutlich gesunken. Die signifikante Verringerung der Bleikonzentrationen im Blut sind auf die Reduzierung des Einsatzes von bleihaltigem Benzin zurückzuführen. Die PCB-Konzentrationen im Blut untersuchter Kinder lassen keine negativen gesundheitlichen Effekte erwarten. Infolge der Maßnahmen zur Emissionsminderung und der Anwendungsverbote einiger Pflanzenschutzmittel sind die PCB-, HCB-, PCDD- und PDCF-Konzentrationen in der Muttermilch gesunken. Das Stillen kann in den ersten 4 bis 6 Lebensmonaten uneingeschränkt empfohlen werden und stellt auch danach, wenn zusätzlich Beikost und Kleinkindernahrung gegeben werden, keine gesundheitliche Gefahr für den Säugling dar.

6.3 Gesundheit, Krankheit und Tod im Kindesalter

Lebenserwartung: Baden-Württemberg hat die höchste Lebenserwartung im früheren Bundesgebiet. Sie war bis 1994/96 für einen neugeborenen Jungen auf 74,7 Jahre angestiegen, für ein neugeborenes Mädchen auf 80,8 Jahre. Die WHO setzt als Ziel für ein „Altern in Gesundheit“ eine Lebenserwartung bei Geburt von mindestens 75 Jahren. Dieses Ziel ist für Mädchen erfüllt, für Jungen nahezu erreicht.

Säuglingssterblichkeit: Die Säuglingssterblichkeit ist mit 4,2 Sterbefällen je 1.000 Lebendgeborene so gering wie nie zuvor. 1998 starben 471 Säuglinge im ersten Lebensjahr. Über die Hälfte der Sterbefälle betraf Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 g. Die Häufigkeit von Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht stieg zwischen 1990 und 1998 von 53 auf 62,2 je 1.000 Lebendgeburten. Unehelichkeit, Erwerbstätigkeit und Alter der Mutter sind bedeutsame Risikofaktoren für eine Frühgeburt. In der Altersgruppe der Frauen zwischen 35 und 39 Jahren hat die Zahl der Geburten erheblich zugenommen (vgl. Kapitel 2. Demografie).

- Alter und Erwerbstätigkeit der Mutter sowie Unehelichkeit als Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit hängen stark von gesellschaftlichen Veränderungen ab und sind durch präventive Maßnahmen im gesundheitlichen Bereich nicht aufzuhalten. Verschiedene verhaltensabhängige und psychosoziale Risikofaktoren können durch präventive Maßnahmen im gesundheitlichen Bereich beeinflusst werden. Aktivitäten des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Prävention von Frühgeburten bei Migrantinnen und Frauen in psychosozialen Notlagen sind im Bericht beschrieben (Abschnitt 5.2).

Seit 1992 wird der Plötzliche Kindstod (SIDS) als Todesursache im Säuglingsalter wieder seltener diagnostiziert. 1997 starben 56 Kinder. Nikotin-Exposition sowohl im Mutterleib als auch im ersten Lebensjahr erhöht das SIDS-Risiko drastisch.

Todesursachen: Die Sterblichkeit im Kindesalter ging seit 1990 um mehr als ein Drittel zurück. 1998 wurden 43 Sterbefälle auf 100.000 Kinder unter 15 Jahren verzeichnet. Der Anteil der Jungen an Sterbefällen ist überdurchschnittlich hoch.

Verletzungen und Vergiftungen: Häufigste Todesursache bei Kindern von 1 bis 14 Jahren sind Verletzungen und Vergiftungen. Jungen sind besonders häufig betroffen. Bedeutendste Teilgruppe unter den Unfällen bei Kindern sind Kfz-Unfälle. Anzahl und Häufigkeit der bei Straßenverkehrsunfällen verletzten Kinder sind Ende der 90er Jahre wieder gestiegen. Das Unfallgeschehen und die Häufigkeit von Unfällen in Haus und Freizeit sind ungenügend erfaßt.

- Bisherige Maßnahmen zur Unfallprävention, insbesondere zu Straßenverkehrsunfällen, müssen fortgesetzt und vertieft werden. Eine verbesserte Erfassung und Analyse des Unfallgeschehens ist Voraussetzung für weitere gezielte Maßnahmen zu Unfällen in Haus und Freizeit.

Psychische Entwicklung: Kinder zwischen 10 und 14 Jahren weisen heute generell eine deutlich größere emotionale Instabilität, höhere Impulsivität und stärkere Neigung zur Selbstüberschätzung auf als ihre Altersgenossen vor 20 Jahren. Es bestehen geschlechts- und schulartspezifische Unterschiede. Besonderen Anlaß zur Sorge gibt das ungünstige Selbstbild von Hauptschülern.

- Programme zur Steigerung von stabilem Selbstwertgefühl, die tatsächliche Lebenskompetenz bei Kindern aufbauen, sind zu entwickeln. Zukunftsperspektiven für Jugendliche, vor allem berufliche Perspektiven für Hauptschüler sind notwendig.

Durchfallerkrankungen: 1997 wurden rund 8.400 Fälle von Durchfallerkrankungen bei Kindern (Enteritis infectiosa) gemeldet. Meldungen zu Salmonellosen gingen zurück. Erkrankungen durch "übrige Erreger" nehmen zu und wurden 1997 mehr als doppelt so häufig beobachtet wie 1988. Durchfallerkrankungen im Säuglings- und Kleinkindalter sind ernstzunehmen, da diese Kinder häufiger als ältere Kinder oder Erwachsene wegen des Elektrolyt- und Flüssigkeitsverlustes ärztlicher Behandlung bedürfen.

- Die Bemühungen um einen Rückgang der Erkrankungen an Enteritis infectiosa müssen weitergeführt werden, um die erzielten Erfolge beim Zurückdrängen der Salmonellosen auch bei den "übrigen Formen" zu erreichen.

Asthma und Allergien sind bei Kindern die häufigsten chronischen Erkrankungen. Die Beobachtungsgesundheitsämter haben ermittelt, daß bei 4 % der Viertkläßler mindestens einmal im Leben ein Arzt Asthma festgestellt hat. Bei über 20 % der Kinder wurde bis zur 4. Klasse eine Allergie diagnostiziert. Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen. Darüber hinaus ist familiäre Atopie ein bedeutender Risikofaktor, der bei Aufklärung und Prävention besonders zu berücksichtigen ist.

In Baden-Württemberg sind 25.000 bis 50.000 Kinder von **Epilepsie** betroffen. Medikamente beeinflussen nicht nur die Anfallsymptomatik, sondern verbessern auch die intellektuelle Leistungsfähigkeit der Kinder. Die weitgehende soziale Integration anfallskranker Kinder ist unter anderem abhängig von optimaler Information der Betroffenen und ihrer Umwelt (Lehrer- und Erzieherfortbildungen).

Jährlich erkranken etwa 200 Kinder in Baden-Württemberg neu an **Diabetes**. Durch eine frühzeitige, umfassende Behandlung und Schulung kann normale Lebensqualität erreicht werden. Bei Kindern haben sich Gruppenschulungen durch die Nutzung sozialer Lernmechanismen bewährt. Die bevorzugte Förderung ambulanter Betreuung durch die Kostenträger ist für Kinder, anders als für erwachsene Patienten, als nachteilig zu bewerten.

Krebserkrankungen im Kindesalter sind selten und machen weniger als ein Prozent aller Krebserkrankungen aus. Das Risiko eines Kindes, bis zum 15. Lebensjahr an Krebs zu erkranken, ist mit 0,2 % verhältnismäßig gering. Die Hälfte aller kindlichen Krebserkrankungen tritt innerhalb der ersten sechs Lebensjahre auf, wobei die Zahl der Neuerkrankungen im 1. bis zum 5. Lebensjahr am häufigsten ist. Jungen sind in allen Altersgruppen häufiger betroffen als Mädchen. Die altersstandardisierte Inzidenz aller kindlichen Krebserkrankungen in der Bundesrepublik beträgt für die Jahre 1989 bis 1998 für Mädchen 11,9 Erkrankungsfälle auf 100.000 Kinder unter 15 Jahren, für Jungen 14,4 (insgesamt 13,2 Neuerkrankungen pro 100.000 Kinder). 34 % der Krebserkrankungen bei Kindern sind Leukämien. Darunter sind wiederum mit ca. 83 % die akuten lymphatischen Leukämien (ALL) am häufigsten.

Zahngesundheit: Unter dreijährigen Kindergartenkindern wurden 1998 im Mittel 0,46 kariöse Milchzähne, bei 12jährigen Kindern 1997 1,4 schadhafte bleibende Zähne festgestellt. Signifikante Unterschiede bestehen zwischen Schülern verschiedener Schularten und zwischen Kindern deutscher und anderer Nationalitäten. So betrug die mittlere Anzahl schadhafter Dauerzähne bei 12jährigen deutschen Schülern 1,3, bei gleichaltrigen türkischen Schülern 2,7 und bei Kindern aus dem ehemaligen Jugoslawien 3,0. Immer mehr Kinder bleiben ohne jeden Kariesschaden. 1997 betrug der Anteil der 12jährigen Sechstkläßler ohne Karies oder Füllungen 50,3 %. Die Behandlung der Zahnkaries unterliegt einem Wandel. In sehr frühen Stadien der Zahnkaries ist es möglich, das Fortschreiten der Schädigung durch eine sogenannte erweiterte Versiegelung mit einem Kunststofflack zu unterbinden. Die erweiterte Versiegelung tritt an Stelle einer Zahnfüllung. Neue Werkstoffe für Zahnfüllungen lösen Amalgamlegierungen ab. Im Milchgebiß von 6jährigen Erstkläßlern bestanden nur 21,4 % aller Zahnfüllungen aus Amalgam.

- Ziele der Zahngesundheitsförderung sind unter anderem das Verringern des Kariesbefalls bei Grund-, Haupt- und Förderschülern sowie bei ausländi-

schen Kindern, die Kariesreduktion im Milchgebiß und das Verbessern des Sanierungsgrads der Milchzähne. Dies soll über eine Verstärkung der Zahngesundheitserziehung und der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Kindergärten und Schulen erreicht werden. Gleichzeitig soll das Angebot lokaler Fluoridierungsmaßnahmen mit Lacken und Gelen gesteigert werden. Die Förderung der Versiegelung der Fissuren an Backenzähnen der Kinder durch niedergelassene Zahnärzte ist ein weiteres Ziel. Praktikable Konzepte zur Betreuung von Migranten sind zu entwickeln.

Hörstörungen: Schätzungen zufolge ist etwa ein Drittel aller Jugendlichen von Hörstörungen betroffen. Der Anteil angeborener Störungen wird mit etwa 2 % angegeben. Selbst hochgradige Hörstörungen werden oft erst spät bemerkt. Kinder mit geringen und mittelgradigen Hörstörungen werden vielfach zunächst durch manifeste Sprach- und Entwicklungsverzögerungen auffällig. Die Überprüfung des Hörvermögens anlässlich der Einschulungsuntersuchung stellt deshalb ein außerordentlich wichtiges Screening-Verfahren dar. Bei etwa 4.500 Kindern eines Einschulungsjahrgangs bestehen Hinweise auf eine mögliche Hörstörung, bei etwa 2 % der Schulanfänger des Jahres 1997 lagen Hinweise auf lärmbedingte Schwerhörigkeit vor. Daraus kann abgeleitet werden, daß etwa 2.000 Schulanfänger jedes Jahrgangs von einer vermeidbaren Einschränkung des Hörens und daraus entstehenden schulischen Problemen betroffen sind. Zu den wichtigsten Quellen von hörschädigenden Lärmbelastungen im Kindes- und Jugendalter gehören die Unterhaltungselektronik und die Beschallung bei Veranstaltungen.

Zur Vermeidung von lärmbedingten Hörschäden sind Schallpegelbegrenzungen bei Geräten der Unterhaltungselektronik und in Musikveranstaltungen, aber auch bei Kinderspielzeugen (Zündblättchenpistolen etc.) notwendig.

6.4 Gesundheitliche Versorgung von Kindern

Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potentialen

Gesundheitsförderung bezeichnet Aktivitäten, die einzelne Personen, Gruppen und Organisationen dabei unterstützen, für ihre Lebensweisen und Lebensbedingungen den größtmöglichen Gesundheitsgewinn zu erzielen. Beispielfhaft werden Projekte in Kindertageseinrichtungen, Volkshochschulen etc. vorgestellt (Elterncafé, "Spielend abnehmen", "Clever wirtschaften", Förderung der Bewegungserziehung im Vorschulbereich ...), die sich als besonders wirksam erwiesen haben, weil sie in einem umfassenden Ansatz verschiedene Handlungsebenen kombiniert haben.

Die **Einschulungsuntersuchung** erfaßt gesundheitliche Einschränkungen der Schulfähigkeit, um möglichst frühzeitig gezielte Fördermaßnahmen einsetzen zu können. Die Untersuchung ist nicht nur für das jeweilige Kind von großer Bedeutung, sie ist ferner ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung der gesundheitlichen Versorgung sowie der Epidemiologie im Vorschulalter. Daher sollte die Einschulungsuntersuchung weiterhin flächendeckend durchgeführt werden.

Die **Schulsprechstunde** bietet Schüler/-innen, Lehrer/-innen und Eltern an allen Schularten Beratung und Unterstützung in Gesundheitsfragen. Schwerpunkt sind Förder-, Grund- und Hauptschulen in sozialen Brennpunkten.

An den Schulen ist **Gesundheitserziehung** ein fächerverbindendes Thema. Besonders bewährt hat sich im Unterricht die enge Verknüpfung von Wissensvermittlung mit Erfahrung und eigenem Handeln der Schüler/-innen.

Prävention und Vorsorge

Vorgeburtlich: Mehr als drei Viertel der schwangeren Frauen nutzen alle 10 empfohlenen Untersuchungen der Schwangerenvorsorge. Allerdings nehmen gerade Schwangere mit höherem medizinischen und psychosozialen Risiko die Schwangerenvorsorge zu spät oder unzureichend wahr. Der Anteil der Risikoschwangerschaften nimmt insgesamt zu. Häufigste anamnestische Risiken sind Allergien und ein Alter der Schwangeren über 35 Jahren. Häufigste befundene Risiken sind vorzeitige Wehentätigkeit, Konsum von Alkohol, Zigaretten, Medikamenten und Drogen und Lageanomalien.

- Eine zielgruppengerechte Bewerbung der Schwangerenvorsorge mit dem Ziel "früh und komplett" ist anzustreben.

Die Immunität gegen Röteln geht bei Frauen im gebärfähigen Alter zurück. Das Risiko von Rötelnembryopathien wächst: 11 % der Schwangeren hatten 1997 keinen ausreichenden Antikörpertiter.

- Um die Gefahr einer Rötelnembryopathien auszuschließen, sollte vor einer geplanten Schwangerschaft eine Kontrolle der Rötelnimmunität erfolgen.
- Mittel der Wahl gegen die sinkende Rötelnimmunität ist aus Effizienzgründen die Dreifachimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln; sie ist nachhaltig zu fördern.

Ein besonderes Risiko von Frühgeburten tragen unter anderem Migrantinnen und Frauen in sozial schwierigen Situationen. Drei Modellprojekte des Landesgesundheitsamts zur Prävention von Frühgeburten werden vorgestellt. Voraussetzung für den großen Erfolg der Programme für Migrantinnen war die Einschaltung von interkulturell kompetenten Expertinnen. Die Erfahrungen aus den Projektregionen sollten genutzt und auf andere Regionen übertragen werden.

In der Kindheit: Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder werden gut angenommen, werden aber für Kinder ausländischer Eltern seltener verzeichnet als für deutsche Kinder. Die Durchimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln steigt. Im Jahr 1999 war jedoch erst bei jedem siebten Einschulungskind ein vollständiger Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln erreicht. Dies bleibt weit hinter der Zielvorgabe von 95 % zurück. Das WHO-Gesundheitsziel, die Masern bis zum Jahr 2007 zum Erlöschen zu bringen, wird sich nur unter fortgesetzten, außergewöhnlichen Anstrengungen erreichen lassen. Ein neuer Impfstoff gegen Keuchhusten erhöht die Impfbereitschaft (Durchimpfungsgrad 1999: 68 %). Der Durchimpfungsgrad gegen Hepatitis B ist noch unbefriedigend (1999: 33 %), entwickelt sich jedoch günstig.

- Früherkennungsuntersuchungen für Kinder müssen fortgesetzt beworben werden, bei deutschen Eltern wie besonders auch bei ausländischen Eltern.
- Der Durchimpfungsgrad gegen Masern, Mumps, Röteln und Hepatitis B muß auf das hohe Niveau entwickelt werden, das für Schutzimpfungen gegen

Kinderlähmung, Diphtherie und Tetanus erreicht wurde. Im Vordergrund stehen Impfungen durch niedergelassene Ärzte. Das WHO-Ziel einer Ausrottung der Masern bis zum Jahr 2007 wird sich jedoch ohne zusätzliche Maßnahmen zur Schließung von Immunitätslücken, darunter Impfangebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes, nicht erreichen lassen.

Kariesgruppenprophylaxe: Die Kariesvorsorge hat ein hohes Niveau erreicht. Im Schuljahr 1998/99 wurden in 84 % der Kindergärten und in 70 % der Grundschulen Maßnahmen der Gruppenprophylaxe durchgeführt. 1997 hatten 57 % der 12jährigen Sechstklässler wenigstens einen versiegelten Zahn als Kenngröße für Individualprophylaxe in den Praxen niedergelassener Zahnärzte. Alle epidemiologischen Indikatoren für die Zahngesundheit weisen in günstige Richtung, deuten jedoch unverändert auf ein Gefälle in Abhängigkeit von besuchtem Schultyp und von der Nationalität der Kinder hin. Die Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit hat ihre Zielformulierung darauf abgestimmt (s. Kapitel 4).

Seit 1998 wird die Förderung von Kindern mit **Lese-Rechtschreibschwäche** bereits ab Klassenstufe 1 angeboten und ist in weiterführenden Schulen bei Bedarf auch über Klassenstufe 6 hinaus möglich.

1998 standen für die **ambulante Versorgung** von Kindern 780 Kinderärzte in freier Praxis zur Verfügung. Nach der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde bereits 1993 die erforderliche Anzahl von Kinderärzten erreicht, in vielen Stadt- und Landkreisen ist sie sogar überschritten. Die 35 Kinderkliniken und -fachabteilungen im Land gewährleisten eine wohnortnahe **stationäre Versorgung** von Kindern. Dieses Netz gilt es zu erhalten. Die Empfehlungen zur kindgerechten stationären Behandlung sollen gewährleisten, daß die seelischen, sozialen und körperlichen Bedürfnisse von Kindern auch während der stationären Behandlung in anderen Fachabteilungen berücksichtigt werden.

Die im Rahmen der **Frühförderung** tätigen Sonderpädagogischen Beratungsstellen an den Sonderschulen in Baden-Württemberg haben die Grenzen ihrer Kapazität erreicht. Sie wurden in der Vergangenheit im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten konsolidiert, ausgebaut und festgeschrieben. Da innerhalb dieses Bereichs kein weiterer Ausbau zu erwarten ist, kann ein bedarfsdeckendes Angebot an Frühförderung für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder nur dann erreicht werden, wenn der Ausbau der Interdisziplinären Frühförderstellen zügig fortgesetzt wird. Bis Dezember 1999 haben 34 Interdisziplinäre Frühförderstellen ihre Arbeit aufgenommen. Der flächendeckende Ausbau der Interdisziplinären Frühförderstellen ist allerdings noch nicht abgeschlossen.

Index: Indikatoren für die Gesundheitsberichterstattung

Themenfeld	Indikator	Seite
Bevölkerung und bevölkerungs- spezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens	2.1	11
	2.3	11
	2.4	11
	2.5	18
	2.6	12
	2.8	20
	2.11	16
Gesundheitszustand	3.2	56
	3.4	58
	3.5	61
	3.7	55
	3.9	65
	3.11	67
	3.18	94
	3.24	82
	3.34	71
	3.35	72
	3.36	99
	3.37	68
Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	3.38	62
	3.39	63
	4.1	114
	4.2	115
	4.3	123
	4.3a	124
	4.8	131, 134
	4.10	129, 133
4.12	138	
Gesundheitsrisiken aus der Umwelt	5.16	50
	5.17	46
Einrichtungen des Gesundheitswesens	6.2	145
Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung	7.15	148

Der links angegebene Indikator ist im Text auf bzw. ab der/den rechts angegebenen Seitennummer(n) beschrieben

Nach: Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamtinnen und Medizinalbeamten der Länder (AGLMB). Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Zweite, überarbeitete Fassung 1996.