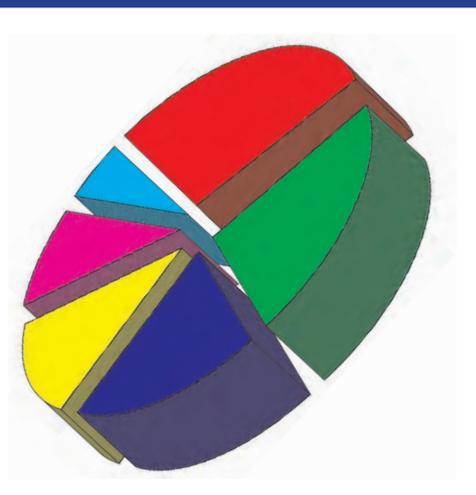
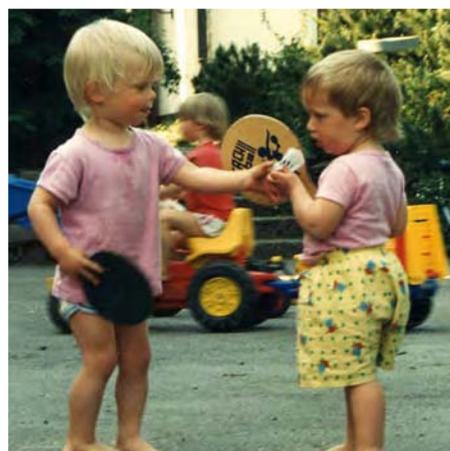
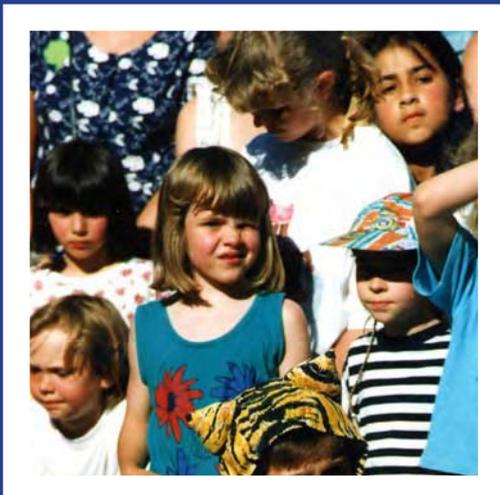


GESUNDHEITS- BERICHT



ÜBER KINDER UND JUGENDLICHE

Gesundheitsbericht über Kinder und Jugendliche im Märkischen Kreis



Märkischer Kreis

Der Landrat
Gesundheitsamt

Ansprechpartner: Bernd Grunwald
Heedfelder Str. 45
58509 Lüdenscheid
Telefon: 02351 / 966-6663
Telefax: 02351 966-6480
E-Mail: bgrunwald@maerkischer-kreis.de
Internet: www.maerkischer-kreis.de

Titelblatt: Ulrich Meyer
Druck: Druckerei Märkischer Kreis

Lüdenscheid, März 2006

„Es bedarf eines ganzen Dorfes, um ein Kind ins Leben zu führen.“

(Englisches Sprichwort)



Kinder- und Jugendliche – unser Zukunftspotential

Die demographische Entwicklung ist eines der großen Zukunftsthemen unserer Zeit. Der Rückgang der Einwohnerzahlen und die damit verbundenen Folgen werden uns auch zunehmend hier im Märkischen Kreis treffen. Um dem entgegen zu wirken, brauchen wir bei uns im Märkischen Kreis attraktive Lebensbedingungen für Familien und Kinder.

Ein zentraler Punkt dabei ist auch die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit, die unter der Überschrift „MK - Der gesunde Kreis“ zu den mittelfristigen Entwicklungszielen der Kreisverwaltung gehört. Bestandteil dieser Zielsetzung ist unter anderem auch der Aufbau einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung.

Dieser erste hier vorliegende Schwerpunktbericht über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Märkischen Kreis bietet Interessierten die Möglichkeit, sich umfassend und systematisch über die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen zu informieren. Dabei wünsche ich mir, dass der Bericht zugleich eine konstruktive Auseinandersetzung aller mit den Themen Prävention und Gesundheitsförderung befassten Akteuren und Institutionen anregt. Ziel aller Bemühungen muss es dabei sein, gemeinsam die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu verbessern und das gesellschaftliche Bewusstsein für die gesundheitlichen Interessen von Kindern und Jugendlichen zu schärfen.

Kinder und Jugendliche sind unser Zukunftspotential. Sie brauchen unseren Schutz und einen familiären Rahmen, der ihnen Geborgenheit, zugleich aber auch genügend Raum für die Entwicklung ihrer Fähigkeiten und Talente gibt. Unterstützen wir sie und ihre Familien dabei, dies mit einem höchstmöglichen Grad an körperlicher, geistiger und seelischer Gesundheit zu tun.

Aloys Steppuhn
Landrat

Gliederung

1.	Warum ein Gesundheitsbericht ?	9
1.1	Grundsätze und Zielsetzungen	9
1.2	Datenlage zur Kinder- und Jugendgesundheit	11
1.3	Struktureller Aufbau des Berichtes	12
2.	Demografische Basisdaten	15
3.	Umwelt- und Lebensbedingungen	21
3.1	Familie verändert sich	21
3.2	Veränderte Lebenswelten und Herausforderungen	22
3.3	Die sozioökonomische Situation von Kindern und Jugendlichen	23
3.4	Die Situation von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien	24
3.5	Erziehung, Betreuung und Bildung	25
3.5.1	Kindertageseinrichtungen	25
3.5.2	Schule	27
3.5.3	Berufsausbildung	29
4.	Körperliche, geistige und seelische Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen	31
4.1	Vorgeburtliche Entwicklung	31
4.2	Säuglingsalter	31
4.3	Kleinkind- und Vorschulalter	32
4.4	Grundschulkind	33
4.5	Späte Kindheit	34
4.6	Jugendalter	34
5.	Behandlung, Beratung, Vorsorge – Wer ist beteiligt ?	37
5.1	Das Gesundheitssystem	37
5.1.1	Die gesetzliche Krankenversicherung	37
5.1.2	Die ambulante ärztliche Versorgung	48
5.1.3	Stationäre medizinische Versorgung	48
5.1.4	Der öffentliche Gesundheitsdienst	40
5.2	Die gesetzliche Unfallversicherung	42
5.3	Aufgaben der Jugendämter	42
5.4	Beratungs- und Hilfeangebot an den Schulen	44
5.4.1	Beratungslehrer	45
5.4.2	Schularzt	45
5.4.3	Schulpsychologische Beratung	46
5.4.4	Schulsozialarbeit	47
5.5	Weitere Beratungs- und Hilfeangebote für Kinder, Jugendliche und Eltern	47
5.5.1	Psychologische Erziehungs- und Familienberatungsstellen	47
5.5.2	Anonyme Drogenberatung	49
5.5.3	Kinder- und Jugendtelefon	50
5.5.4	Kinderschutz-Zentren	50
5.5.5	Jugendmigrationsdienste	51
5.5.6	Beratungsstelle für Frauen und Mädchen	51
5.5.7	Schwangerschaftsberatungsstellen	51
5.5.8	Fachdienst gegen sexuelle Gewalt	52
5.5.9	Opferschutzbeauftragte der Polizei NRW	52
5.6	Vernetzung und Transparenz	52
6.	Todesursachen im Kindes- und Jugendalter	55
6.1	Die durchschnittliche Lebenserwartung	55

6.2	Angaben zur Todesursachenstatistik	56
6.2.1	Säuglingssterblichkeit	56
6.2.2	Todesursachen bei Kindern im Alter zwischen 1 und 14 Jahren	59
6.2.3	Todesursachen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 15 und 34 Jahren	60
7.	Daten aus Reihenuntersuchungen des Jugendärztlichen Dienstes	63
7.1	Jahrgangsuntersuchungen in Kindergärten	63
7.2	Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen	64
8.	Daten zur Zahngesundheit	69
9.	Daten aus der Behandlungsstatistik	73
9.1	Körperliche Erkrankungen	73
9.1.1	Atemwegserkrankungen und Allergien	73
9.1.2	Infektionskrankheiten	75
9.1.3	Neubildungen (Krebserkrankungen)	77
9.1.4	Stoffwechselerkrankung Diabetes mellitus	77
9.2	Psychische und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter	79
9.2.1	Ausgewählte psychische Störungen	81
9.2.1.1	Teilleistungsschwächen	81
9.2.1.2	Hyperkinetisches Syndrom	82
9.2.1.3	Epilepsie	84
9.2.1.4	Ängste und Phobien	84
9.2.1.5	Depressionen und selbstschädigendes Verhalten	85
9.2.1.6	Psychische Auffälligkeiten als Folge von Alkohol- und Drogenkonsum	87
9.2.1.7	Essstörungen	89
10.	Chancen wahren – Fähigkeiten fördern	91
10.1	Wie hoch ist die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit schweren Beeinträchtigungen ?	91
10.2	Fördermöglichkeiten	94
10.2.1	Frühförderung und heilpädagogische Maßnahmen	95
10.2.2	Förderung in Kindertageseinrichtungen	96
10.2.3	Schulische Förderung	97
10.2.4	Ausbildung und berufliche Rehabilitation	99
10.3	Pflegedienste, Familienunterstützende Dienste	100
10.4	Betreutes Wohnen	100
10.5	Selbsthilfegruppen	101
11.	Gesundheitsrisiken, Konsum- und Freizeitverhalten	103
11.1	Ernährung und Bewegung	103
11.2	Medienkonsum	104
11.3	Sexualverhalten	104
11.4	Psychosoziale Belastungen	105
11.5	Gebrauch von Suchtmitteln	106
11.6	Kinder aus suchtbelasteten Familien	109
11.7	Umweltbelastungen, Gewalterfahrungen und Unfallrisiken	110
11.7.1	Verätzungen und Verbrennungen	111
11.7.2	Vergiftungen	112
11.7.3	Spiel-, Sport- und Hausunfälle	113
11.7.4	Verkehrsunfälle	113
11.7.5	Kinder als Opfer von kriminellen Handlungen	115
12.	Prävention und Gesundheitsförderung	117
12.1	Ein wenig Theorie	117
12.2	Institutionen mit der Aufgabe Prävention	118

12.2.1	Die gesetzliche Krankenversicherung	118
12.2.2	Arztpraxen und Krankenhäuser	119
12.2.3	Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	119
12.2.4	Der öffentliche Gesundheitsdienst	120
12.2.5	Kindergärten	121
12.2.6	Schulen	122
12.2.7	Jugendhilfe	122
12.2.8	Prävention durch die Drogenberatung	123
12.2.9	Kommissariat Vorbeugung	123
12.2.10	Außerschulische Bildungsträger	123
12.2.11	Sportvereine, Physiotherapeutische Praxen, Fitnessstudios	124
13.	Projekte und Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung	125
13.1	Schwangerschaftsvorsorge und Geburtsbegleitung	125
13.2	Angebote für Eltern mit Kindern in den ersten Lebensjahren	126
13.3	Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter	127
13.4	Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen	130
13.5	Ausgewogene Ernährung	134
13.6	Kariesprophylaxe	135
13.7	Bewegungsförderung	136
13.8	Unfallvermeidung	138
13.8.1	Sicherheit in Schulen und Kindergärten	138
13.8.2	Verkehrserziehung als Unterrichtsinhalt	139
13.8.3	Arbeitskreis Verkehrssicherheit	140
13.8.4	Floriansdorf Iserlohn	141
13.9	Vermeidung von Infektionserkrankungen in Einrichtungen	141
13.10	Sexualerziehung und Schutz gegen sexuellen Missbrauch	141
13.11	Aids-Prophylaxe und Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten	142
13.12	Entspannung und Stressreduktion	143
13.13	Suchtprävention	144
13.13.1	Suchtprävention in Kindertageseinrichtungen	144
13.13.2	Suchtprävention an Schulen	145
13.13.3	Suchtpräventionskonzept der Stadt Iserlohn	147
13.13.4	Projekte zur Sekundärprävention in der Drogenberatung	148
13.14	Schülerseminare zur Gewaltprävention	149
13.15	Informationen für Lehrer, Eltern und Multiplikatoren	150
13.16	Schulische Gesundheitsförderung im Netzwerk OPUS-NRW	151
14.	Was ist zu tun ?	157
14.1	Zusammenfassung	157
14.2	Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche auf Landes- und Bundesebene	161
14.3	Gesundheitsziele zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit im Märkischen Kreis	162
	Verwendete Quellen	169
	ANHANG	175

1. Warum ein Gesundheitsbericht ?

Der vorliegende Gesundheitsbericht soll einen Einblick über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen im Märkischen Kreis geben. Dabei werden Gesundheitsdaten soweit wie möglich erschlossen. Das Ergebnis soll besondere Handlungsbedarfe aufzeigen. Die in Kapitel 14 dargestellten Handlungsempfehlungen sollen die vielen Aktivitäten der Prävention und der Gesundheitsförderung bündeln und an Hand ausgewählter Gesundheitsziele nachhaltig und wirksam zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit beitragen.

1.1 Grundsätze und Zielsetzungen

Der nachfolgende Bericht über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen im Märkischen Kreis soll zu einer inhaltlichen Auseinandersetzung mit der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen beitragen. Im Rahmen des Handlungsschwerpunktes „Der gesunde Kreis“ legt die Verwaltung hiermit eine Bestandsaufnahme mit entsprechenden Empfehlungen vor.

Damit nimmt das Gesundheitsamt (bzw. die untere Gesundheitsbehörde) Bezug auf die Bestimmungen des „Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst“ (ÖGDG NRW). Dort heißt es in § 21: „Die untere Gesundheitsbehörde erstellt zur Erfüllung ihrer Aufgaben regelmäßig Gesundheitsberichte auf der Grundlage eigener und der in der Gesundheitskonferenz beratenen Erkenntnisse und macht sie der Öffentlichkeit zugänglich.“

Die Ausführungsverordnung zum Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst von Oktober 1999 führt darüber hinaus zum Thema Gesundheitsberichterstattung aus: „Die Kommunale Gesundheitsberichterstattung hat die Aufgabe, für die Politik, die Fachöffentlichkeit und die Bevölkerung Informationen über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung, über Gesundheitsrisiken und über die Versorgung mit Gesundheitsleistungen zur Verfügung zu stellen sowie Handlungsbedarfe aufzuzeigen. Die Kommunale Gesundheitsberichterstattung bildet eine Grundlage für kommunale Planungs- und Umsetzungsprozesse und dient zugleich der Kontrolle und Qualitätssicherung bei der Umsetzung der Empfehlungen der Kommunalen Gesundheitskonferenz.“ (§ 8 AV ÖGDG)

Der Bericht richtet sich an Verantwortliche aus dem Bereich der gesundheitlichen Versorgung, der Leistungserbringer und Kostenträger, wie auch an die Politik sowie an interessierte Bürgerinnen und Bürger.

Gesundheitsberichte zeitgemäßer Prägung sollen somit zu einer Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beitragen. Dazu gehört eine themenspezifische Bestandsaufnahme sowie die Identifizierung von konkreten Handlungsansätzen.

Den Qualitätskreislauf zur ständigen Verbesserung der Gesundheitsförderung sowie den Zusammenhang zwischen Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung skizziert der nachfolgende Regelkreis, welcher Mitte der 90er Jahre von der „Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung“¹ entwickelt worden war und von der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf weiterentwickelt wurde:

Zunächst werden an Hand der vorhandenen Daten Gesundheitsprobleme identifiziert, hinsichtlich ihrer Dringlichkeit bewertet und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung geplant. Die Durchführung der Maßnahmen wird durch eine Verlaufsbeobachtung begleitet. Anschließend erfolgt eine Auswertung hinsichtlich der Effektivität und der Wirtschaftlichkeit. Gegebenenfalls müssen die Maßnahmen daraufhin angepasst und abgeändert werden.

¹ Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf [Hrsg.]: „Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung“, 1998

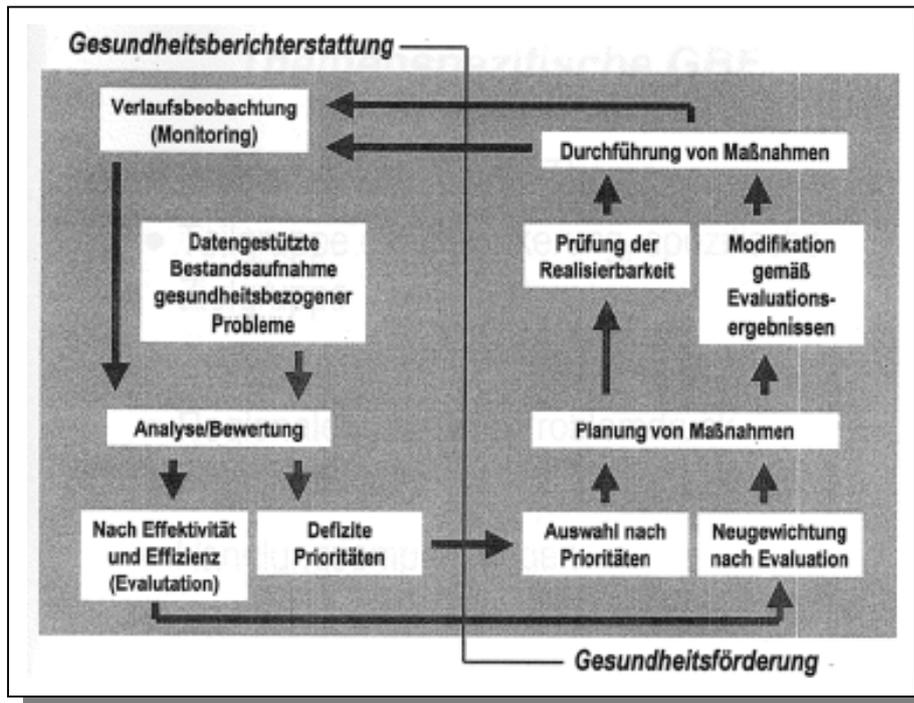


Abb. 1.1: Qualitätskreislauf Gesundheitsberichterstattung – Gesundheitsförderung (Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf)

Bei der Umsetzung von Handlungsempfehlungen ist zu beachten, dass sowohl die gesundheitliche Versorgung wie auch die Prävention in den Händen einer Reihe von Institutionen liegt, die aufgrund jeweiliger entsprechender Gesetzes- und Finanzierungsgrundlagen tätig werden. So sind beispielsweise an therapeutischen Maßnahmen für Kinder und Jugendliche nicht nur die niedergelassenen Kinder- und Hausärzte, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sowie die pädiatrischen Abteilungen der Akutkrankenhäuser beteiligt, sondern auch eine Reihe weiterer Berufsgruppen wie z.B. Logopäden, Motopäden und Institutionen wie Frühförder- und Erziehungsberatungsstellen oder heilpädagogische Praxen.

Noch weiter aufgefüllt ist der Bereich der Prävention bzw. der Gesundheitsförderung. Während unter dem Begriff der Prävention eine Reihe von gezielten Einzelmaßnahmen zum Schutz vor Erkrankungen, angefangen vom Impfschutz über Kariesprophylaxe bis hin zur Suchtprävention, verstanden wird, handelt es sich bei der Gesundheitsförderung um einen ganzheitlichen, ressourcenorientierten Ansatz zur Stärkung der Gesundheitspotenziale. Dieser Ansatz basiert auf den Überlegungen des US-Amerikaners Aaron Antonovsky, der Ende der 70er Jahre das Konzept der „Salutogenese“ entwickelt hat, welches 1986 in der Ottawa-Charta von der Weltgesundheitsorganisation übernommen worden ist. Das Konzept basiert auf der Feststellung, dass Gesundheit und Krankheit keine einander ausschließenden Zustände, sondern die Extrempole auf einem Kontinuum sind. Dazwischen liegen Zustände von relativer Gesundheit und relativer Krankheit. Die Suche nach spezifischen Krankheitsursachen muss durch die Suche nach gesundheitsfördernden bzw. gesund erhaltenden Faktoren ergänzt werden. Es gibt sowohl individuelle (z.B. körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien) als auch soziale und kulturelle Widerstandsressourcen (z.B. soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten, kulturelle Stabilität). Somit steht der Mensch als Ganzes mit seiner Biografie im Mittelpunkt und nicht nur seine Erkrankung bzw. seine Symptome.² Diese konzeptionellen Überlegungen fließen bereits in vorhandene Präventionsprogramme der Jugendhilfe und der Suchtprophylaxe ein.

² Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [Hrsg.]: „Was erhält Menschen gesund?“ Band 6, erw. Neuauflage, Köln 2001

Sowohl bei der Prävention wie auch bei der Gesundheitsförderung spielt der institutionelle Rahmen, wie ihn vor allem die Kindertageseinrichtungen und auch die Schulen bieten, eine wichtige Rolle. Diese sind als Betreuungs-, Bildungs- und Erziehungsinstitutionen neben der Familie die idealen Orte, um das Gesundheitsbewusstsein von Kindern und Jugendlichen zu stärken, Informationen und Wissen über gesundheitsrelevantes bzw. -riskantes Verhalten zu vermitteln und damit eine Verhaltensbeeinflussung zu erreichen.

Laut „Gesetztes für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ (ÖGDG NRW) hat das Gesundheitsamt unter Beachtung der Vielfalt der Methoden und Träger auf der Grundlage der Gesundheitsberichte vorrangig die Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention zu koordinieren und gegebenenfalls auf zusätzliche Aktivitäten der in der Gesundheitsförderung und Prävention tätigen Institutionen, Organisationen und Gruppen hinzuwirken.

Eine umfassende Darstellung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen sollte daher die Voraussetzung sein, um konkrete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu entwickeln und damit bei den Akteuren eine Übereinkunft über die vordringlichsten Maßnahmen und Aspekte der Gesundheitsförderung, die regional durchaus unterschiedlich sein können, zu erreichen.

1.2 Datenlage zur Kinder- und Jugendgesundheit

Um einen Einblick in den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen zu erhalten, sind verschiedene Datenquellen zu erschließen. Dabei bilden die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen und Reihenuntersuchungen zur Zahngesundheit die wenigen Datenquellen, welche die gesundheitliche Lage eines kompletten Bevölkerungsquerschnitts, allerdings nur in ausgewählten Altersgruppen, erfassen. Außerdem liegen diese Befunddaten nicht nur auf Kreis- sondern auch auf Gemeindeebene vor. Durch den Einsatz eines elektronischen Dokumentationssystems im Gesundheitsamt ist es im Jugendärztlichen Dienst seit 2004 und im Jugendzahnärztlichen Dienst auch schon für die Jahre davor möglich, Gesundheitsdaten sogar bis auf die Ebene der Schuleinzugsbezirke zu aggregieren und darzustellen. Die Datenqualität wird in den nächsten Jahren sukzessive ausgebaut und verbessert werden.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass das Robert-Koch-Institut³ derzeit mit Hilfe einer mehrjährigen bundesweit repräsentativen Untersuchung (KIGGS)⁴ Daten zur Kinder- und Jugendgesundheit erhebt. Erfasst werden unter anderem Bestandteile wie die Verbreitung von Krankheiten, gesundheitsbeeinflussende Verhaltensweisen sowie umweltbedingte Belastungen bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse sind ab Mitte 2006 zu erwarten.

Behandlungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) werden gezielt in Bezug auf spezielle Fragestellungen und konkrete Anlässe hin erhoben. Was die Behandlungsanlässe in der Kinderarztpraxis betrifft, so ist hier auf eine Datensammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zurückzugreifen, deren Ergebnisse auf den westfälischen Landesteil übertragbar sind. Die Behandlungsstatistik der Krankenhäuser liegt landesweit bis auf Kreisebene vor. Datenhalter ist das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW. Die Daten beziehen sich jeweils auf das vorvergangene Jahr, d.h. im Jahr 2005 sind die Angaben aus dem Jahr 2003 verfügbar. Der Gesundheitszustand bzw. die Erkrankungshäufigkeit lässt sich allerdings nur mit Einschränkungen aus der Krankenhaus-

³ Das Robert Koch-Institut (RKI) ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention und das Leitinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Im Jahre 1891 gegründet, ist es eines der ältesten biomedizinischen Forschungsinstitute weltweit. Kernaufgaben des Robert Koch-Instituts sind heute die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere der Infektionskrankheiten sowie die Beobachtung und Analyse der Gesundheitssituation in Deutschland. Das Robert Koch-Institut ist eine wissenschaftlich arbeitende Obere Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums.

⁴ <http://www.kiggs.de>

statistik ermitteln, da oft nur schwerere Krankheitsverläufe stationäre Behandlungen erfordern. Die Todesursachenstatistik liegt ebenfalls landesweit bis auf Kreisebene vor. Alle Behandlungsdaten wie auch die Todesursachen werden nach dem international gültigen Diagnoseschlüssel der „International Classification of Diseases“ (ICD) 10 kodiert.

Das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst in Bielefeld hat sowohl Strukturdaten wie auch eine Vielzahl ausgewählter Gesundheitsdaten zu einem Indikatorensatz zusammengefasst, der mittlerweile auf 300 Einzelindikatoren angewachsen ist. Zu einem großen Teil liegen dies Daten bis auf Kreisebene vor. Diese Indikatoren sind über die Homepage www.loegd.de abzurufen.

Weitere Anhaltspunkte zur Einschätzung der Kinder- und Jugendgesundheit ergeben sich durch Befragungen. Aus der Vielzahl von Untersuchungen sind hervorzuheben die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Vierjahresabständen durchgeführte internationale HBSC-Studie⁵, die den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern untersucht, sowie die europaweite ESPAD-Studie⁶, die sich speziell mit dem Umgang mit Suchtmitteln bei Kindern und Jugendlichen befasst. Auf Basis dieser letztgenannten Untersuchung wurden im Sommer 2005 ca. 2.600 Schülerinnen und Schüler von 17 weiterführenden Schulen im Märkischen Kreis bzgl. ihres Suchtmittelkonsums befragt.⁷ Diese ist eine der wenigen Befragungen zur Kinder- und Jugendgesundheit, die Anhaltspunkte über das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen im Märkischen Kreis aufzeigen.

Maßnahmen der Jugendhilfe sind den einschlägigen Veröffentlichungen der jeweiligen Jugendämter zu entnehmen. Die Sozialhilfeberichterstattung für den Märkischen Kreis ist seit 2002 auch in einer Online-Version erhältlich.

Daten zur Bevölkerungsstatistik, zum Bildungs- wie auch zum Gesundheitswesen liegen beim Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik z.T. bis auf Ortsebene vor. Hierzu ist anzumerken, dass die vom Landesamt bereitgestellten Einwohnermeldedaten teilweise nicht unerheblich von der örtlichen Datenlage abweichen.

Als weitere Datenquelle für diesen Bericht dienen lokale Strukturdaten, welche von der Verwaltung des Märkischen Kreises u.a. für die Bereiche Schule, Jugendhilfe, Sozialhilfe vorgehalten werden, so z.B. unter der Web-Seite: www.maerkischer-kreis.de/portrait/daten_fakten_zahlen.php. Außerdem fanden Ergebnisse aus Interviews mit Mitarbeitern verschiedener Arbeitsfelder Berücksichtigung. Hinzu kommen Informationen aus der Tagespresse wie auch aus dem Internet.

1.3 Struktureller Aufbau des Berichtes

Der formale Aufbau dieses Berichtes orientiert sich an den Vorlagen aus der Bundes- und Landesgesundheitsberichterstattung sowie einiger kommunaler Gesundheitsberichte. Außerdem werden die methodischen Ansätze der Gesundheitsberichterstattung, wie sie die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf empfiehlt⁸, mit berücksichtigt.

Der Bericht befasst sich zunächst mit den allgemeinen Rahmenbedingungen, insbesondere der demografischen Entwicklung, der wirtschaftlichen Situation und den gesundheitsrelevanten Bedingungen, die für Kinder und Jugendliche von Bedeutung sind. Eingefügt ist ein gekürzter Beitrag von Frau Prof. H. Joswig von der Universität Rostock,

⁵ Health Behaviour in School Aged Children, Quelle: Hurrelmann, Klaus; Klocke, Andreas; Melzer, Wolfgang; & Ravens-Sieberer, Ulrike (Hrsg.) (2003). Jugendgesundheitssurvey - Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa.

⁶ Institut für Therapieforchung: „Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen“, München 2004

⁷ Märkischer Kreis der Landrat: Schülerbefragung 2005 „Teil 1 Altena, Balve, Hemer“, „ Teil 2 Menden“

⁸ Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf: „Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung“, 2. Auflage 1998

entnommen aus dem Online-Familienhandbuch⁹, welcher in prägnanter Weise den Entwicklungsverlauf von der Geburt bis zum Erwachsenenalter skizziert.

Es folgt eine Beschreibung der häufigsten Todesursachen im Kindes- und Jugendalter sowie bei jungen Erwachsenen. Die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen wird zunächst dargestellt mit Hilfe der Daten aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, und zwar überwiegend aus den Abteilungen Jugendärztlicher Dienst und Jugendzahnärztlicher Dienst des Kreisgesundheitsamtes. Daran schließt sich eine Übersicht über einige wesentliche Krankheitsbefunde bzw. gesundheitliche Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen an. Danach folgt eine Beschreibung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen wie z.B. Tabak- und Alkoholkonsum sowie eine Darstellung der Gefahren, die körperliche und / oder seelische Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen auslösen können. Das Thema Prävention bzw. Gesundheitsförderung wird in einem weiteren Abschnitt behandelt. Den Abschluss bilden Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit im Märkischen Kreis.

Aufgrund der Komplexität des Themas können Teilbereiche zu Gunsten der Lesbarkeit oft nur angeschnitten und grob skizziert werden. Dies trifft insbesondere für das vielfältige Präventionsangebot zu, welches nur durch eine umfangreiche Erhebung flächendeckend erfasst werden könnte und selbst dann auch nur eine Momentaufnahme ermöglichen würde. Durch die Auswahl einiger Schwerpunkte ist versucht worden, nach Möglichkeit die relevanten Punkte zur Beschreibung der Kinder- und Jugendgesundheit zu erfassen. Ergänzende Standpunkte und ggf. auch Korrekturen sind der Redaktion daher willkommen.

Der Gesundheitsbericht versucht die unterschiedlichen Lebensweisen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Mädchen und Jungen zu berücksichtigen. Statistische Angaben sind in den meisten Fällen für jeweils beide Geschlechter dargestellt. Doch sind es nicht immer gerade die geschlechtsspezifischen Determinanten, die Einfluss auf die gesunde Entwicklung unserer Kinder und Jugendlichen nehmen, sondern eher noch die soziale Herkunft, der Bildungsstand und die finanziellen Ressourcen der Herkunftsfamilien.

⁹ Fthenakis W. E., M. Textor [Hrsg.]: Das Familienhandbuch, Internet: <http://www.familienhandbuch.de>

2. Demografische Entwicklung: Immer weniger Kinder – immer mehr Hochbetagte

Die Bevölkerungszahlen im Märkischen Kreis gehen zurück. Diese Entwicklung verläuft im Vergleich zu anderen Kreisen noch recht moderat. Eine der Ursachen für diese Entwicklung ist die immer weiter schrumpfende Zahl von Frauen zwischen 15 und 45. Die Entwicklung der Geburtenzahlen wie auch der Zuwanderung verläuft in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden unterschiedlich.

Die Altersstruktur einer Bevölkerung lässt sich üblicherweise in Form einer sogenannten Alterspyramide darstellen. Ursprünglich wiesen Alterspyramiden eine breite Basis als Hinweis für stark nachwachsende Generationen auf und zeigten eine Zuspitzung nach oben als Zeichen für die im Alter immer weiter abnehmende Bevölkerungszahl. Für die in Deutschland lebende Bevölkerung nimmt die Alterspyramide u.a. aufgrund der historischen Gegebenheiten eine veränderte Form ein, die sich auch in der Pyramide für Nordrhein-Westfalen wie auch für den Märkischen Kreis wiederfindet.

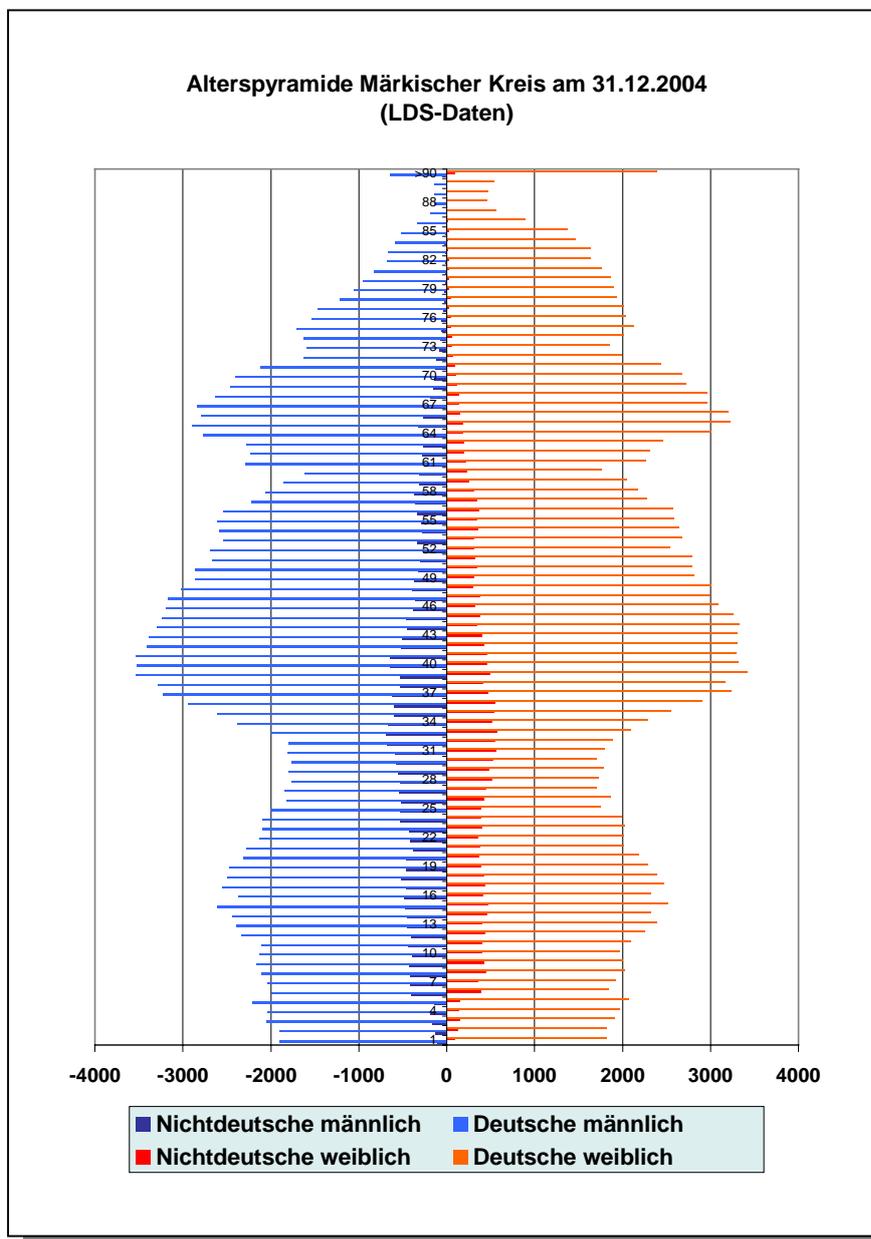


Abb. 2.1:
Bevölkerung
Märkischer Kreis,
Landesamt für
Datenverarbeitung
und Statistik NRW

Hier ist im oberen Drittel eine Zäsur zu erkennen, welche die Geburtenentwicklung während und kurz nach dem Zweiten Weltkrieg abbildet. Ab Ende der 1960er Jahre setzt ein stetiger Geburtenrückgang (auch als sog. „Pillenknicke“ bezeichnet) ein. Seit den 1990er Jahren ist eine weitere Reduzierung der Geburtenzahlen zu verzeichnen.

Die Zahl der Geburten je Frau, die sog. „Reproduktionsrate“ beträgt in Deutschland derzeit durchschnittlich 1,3. Dieser Wert reicht nicht, um die Sozialsysteme, insbesondere die Finanzierung der Altersrente auf Dauer zu sichern.

Alle Darstellungen zeigen, dass der Anteil der jüngeren Generation an der Gesamtbevölkerung tendenziell abnimmt. Dieser Trend ist bundesweit zu verzeichnen, jedoch sind regionale Unterschiede erkennbar.

Die Bevölkerungsstatistik NRW zeigt, dass in allen Städten und Gemeinden im Märkischen Kreis – mit Ausnahme der Stadt Hemer – der Bevölkerungsanteil der bis zu 15jährigen zurückgegangen ist. Wie die nachfolgende Tabelle verdeutlicht, haben den stärksten Rückgang die Gemeinde Herscheid sowie die Stadt Kierspe zu verzeichnen. Letzterer erfolgte allerdings ausgehend von einem Spitzenplatz (Bevölkerungsanteil der bis zu 15jährigen im Jahr 1993 = 20,8 Prozent).

Anteil der Einwohner im Alter bis 15 Jahre im Märkischen Kreis 1993 und 2003							
	Einwohner am 31.12.03	bis 15 Jahre alt	Anteil an Gesamt [%]	Einwohner am 31.12.93	bis 15 Jahre alt	Anteil an Gesamt [%]	Verringerung seit 93 um [%]
Altena	21.126	3.356	15,89	24.303	4.005	16,48	0,59
Balve	12.255	2.203	17,98	11.850	2.298	19,39	1,42
Halver	17.636	3.051	17,30	16.935	3.021	17,84	0,54
Hemer	37.742	6.502	17,23	35.073	5.806	16,55	-0,67
Herscheid	7.665	1.173	15,30	7.406	1.313	17,73	2,43
Iserlohn	98.234	15.439	15,72	98.478	15.899	16,14	0,43
Kierspe	18.225	3.423	18,78	17.416	3.626	20,82	2,04
Lüdenscheid	79.829	12.500	15,66	80.277	13.331	16,61	0,95
Meinerzhagen	21.970	4.083	18,58	21.024	4.090	19,45	0,87
Menden	58.745	9.642	16,41	57.538	10.008	17,39	0,98
Nachrodt-Wiblingwerde	6.892	1.133	16,44	6.799	1.169	17,19	0,75
Neuenrade	12.514	2.257	18,04	11.874	2.204	18,56	0,53
Plettenberg	28.442	4.545	15,98	29.679	5.206	17,54	1,56
Schalksmühle	11.845	1.977	16,69	12.379	2.244	18,13	1,44
Werdohl	20.661	3.613	17,49	22.356	4.247	19,00	1,51
MK gesamt	453.781	74.897	16,51	453.387	78.467	17,31	0,80

Datenquelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

Den kleinsten Bevölkerungsanteil dieser Altersgruppe wiesen im Jahr 2003 die Städte Lüdenscheid und Iserlohn (beide ca. 15,7 Prozent) sowie die Gemeinde Herscheid (15,3 Prozent) auf.

Für den Rückgang der Geburtenzahl spielen zwei Faktoren eine wesentliche Rolle: zum einen ist es die demografische Komponente, die auf der Anzahl der Frauen im Alter zwischen 15 und 45 Jahren beruht, zum zweiten ist die Verhaltenskomponente zu berücksichtigen, in der veränderte Entscheidungen hinsichtlich Heirat und Kinderwunsch zum Ausdruck kommen.

Diese beiden Faktoren lassen sich über die Bevölkerungsstatistik darstellen. Ein Blick auf die Bevölkerungszahlen der weiblichen Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 45 Jahren zeigt, dass dieser Anteil im Märkischen Kreis, bezogen auf die vergangenen zehn Jahre,

von 92.860 auf 88.144 zurückgegangen ist. Auch dies sind zum Teil noch Auswirkungen des sogenannten „Pillenknicke“.

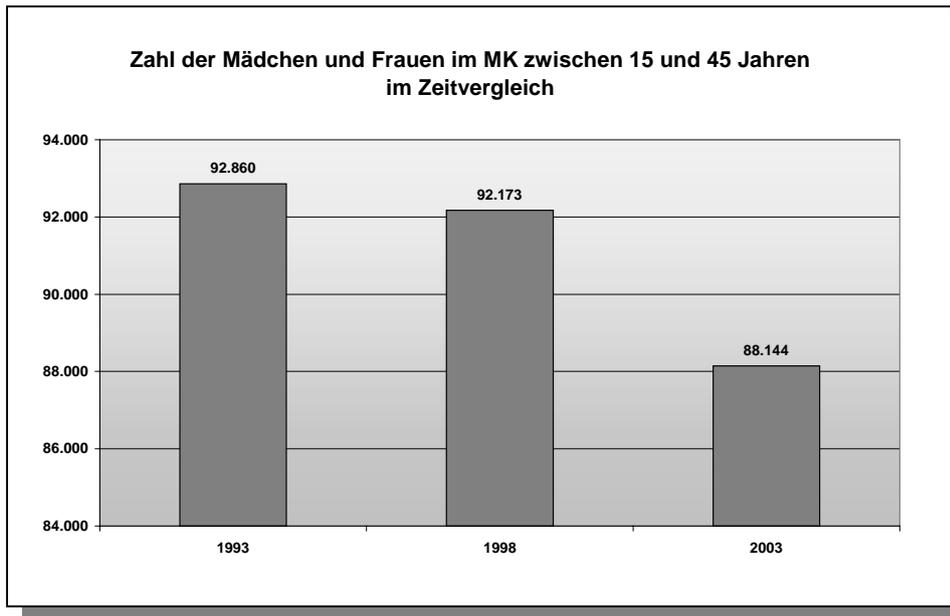


Abb. 2.2: Anzahl der Frauen und Mädchen zwischen 15 und 45 Jahren im MK 1993, 1998 und 2003, LDS-Daten

Der Rückgang der weiblichen Bevölkerung in diesen Altersgruppen, der insbesondere in dem Zeitraum von 1998 bis 2003 erkennbar ist, betrifft die deutsche wie die ausländische Bevölkerung gleichermaßen.

Der Zeitpunkt für die persönliche Entscheidung, ein Kind bekommen zu wollen, zeigt sich daran, in welchem Alter Mütter ihre Kinder zur Welt bringen. Die Landesstatistik lässt nur Aussagen über das Alter der Mütter von allen Neugeborenen zu – eindeutiger wäre das Alter der Mütter bei Geburt ihres ersten Kindes¹.

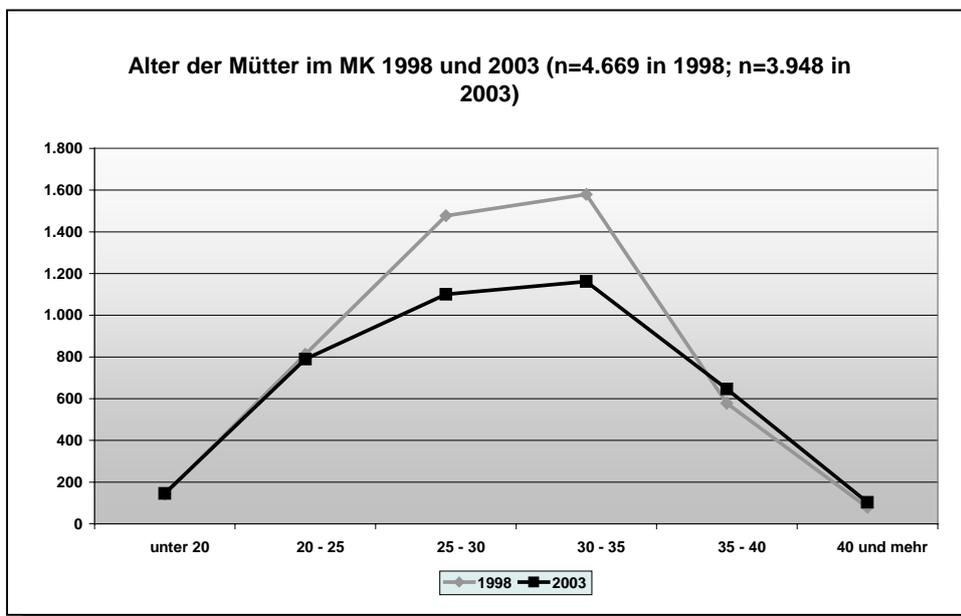


Abb. 2.3: Alter der Mütter im MK 1998 und 2003, LDS-Daten

¹ Lt. Bundesstatistik lag das Durchschnittsalter der Mütter in Deutschland bei der Geburt ihres ersten Kindes bei 29,4 Jahren bei insgesamt steigender Tendenz. Legt man alle Geburten zugrunde ergibt dies ein Durchschnittsalter von 30,7 Jahren.

Demnach zeigt der Vergleich zwischen 1998 und 2003 auch bei allen Geburten, dass insbesondere in der Altersgruppe der 25 bis 35jährigen Mütter die Anzahl der Geburten zurückgegangen ist. Insgesamt geht es in diesem Zeitraum um einen Rückgang von etwa 25 Prozent. Besonders betroffen von dieser Entwicklung sind die Frauen und Mütter mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Hier ist bei der Altersgruppe der 25 bis 35jährigen Mütter ein Rückgang im Zeitraum von 1998 (498 Geburten) bis 2003 (125 Geburten) um 75 Prozent zu verzeichnen, der durch die übrigen Altersgruppen nicht kompensiert wird.²

Es zeigen sich demnach Auswirkungen sowohl aufgrund der geringeren Zahl von Frauen zwischen 15 und 45 Jahren wie auch dem Rückgang der Geburtenzahl.

Einen noch deutlicheren Anhaltspunkt weist der sog. Jugend- bzw. Altenquotient auf, der die Bevölkerungsentwicklung der vergangenen Jahre auf das Jahr 2020 projiziert. Der Jugend- bzw. Altenquotient beschreibt das Verhältnis zwischen dem Anteil der Bevölkerung unter 18 Jahren bzw. über 65 Jahren und der Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren. Der Jugendquotient wird den Vorausberechnungen des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik zufolge in Nordrhein-Westfalen von 30,5 auf 27,4 Prozent sinken, der Altenquotient dagegen von 25,8 auf 34,2 Prozent steigen.

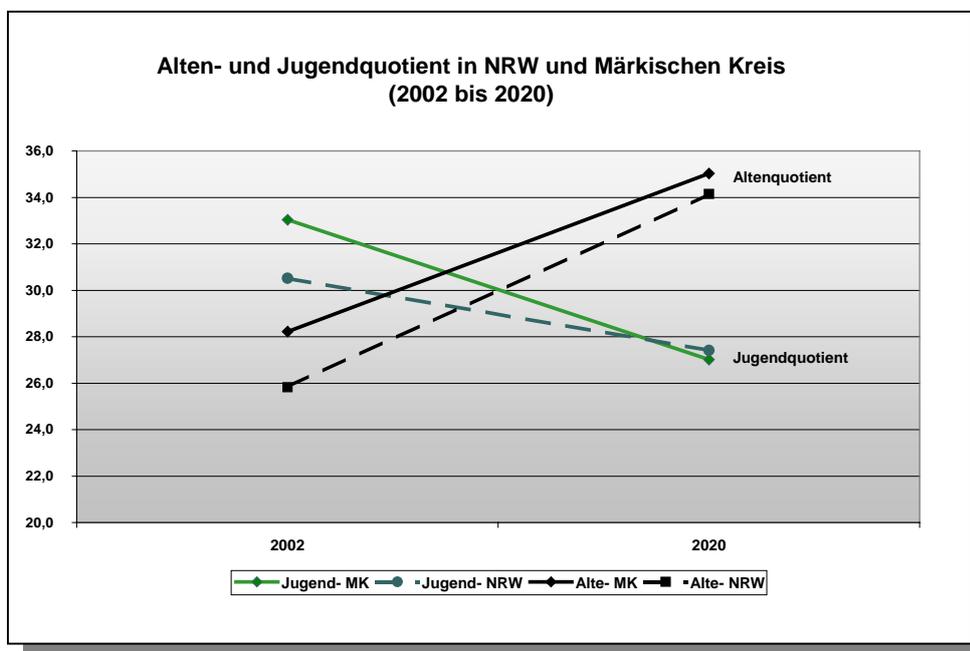


Abb. 2.4:
Entwicklung des
Alten- und
Jugendquotienten
im MK 2002 bis
2020, LDS-Daten

Im Märkischen Kreis verläuft diese Entwicklung noch deutlicher: Der Jugendquotient sinkt von 33 Prozent im Jahr 2002 auf 27 Prozent im Jahr 2020; der Altenquotient steigt im gleichen Zeitraum von 28,2 auf 35 Prozent.

Die Projektion der aktuellen Bevölkerungsentwicklung (inkl. Zu- und Abwanderung) auf das Jahr 2020 zeigt, dass die Entwicklung regional unterschiedlich verlaufen wird.

Die kreisfreien Städte im Regierungsbezirk Arnsberg werden prognostisch Einwohner verlieren, die Kreise Olpe, Soest und Unna haben Bevölkerungszuwächse zu erwarten. Der Märkische Kreis liegt mit einem moderaten negativen Wachstum von - 1,7 Prozent knapp unterhalb des Landesdurchschnitts.

Das Gutachten zur Beschreibung der künftigen wirtschaftlichen und demografischen Rahmenbedingungen im Kammerbezirk der Südwestfälischen Industrie und

² Möglich ist, dass das im Jahr 2000 geänderte Staatsangehörigkeitsrecht statistische Auswirkungen auf diese Entwicklung hat.

Handelskammer zu Hagen aus dem Jahr 2004³ untersucht die Bevölkerungsentwicklung der einzelnen Städte und Gemeinden im Kammerbezirk. Dabei legen die Autoren die Wanderungssalden wie auch die Geburtenentwicklung der vergangenen Jahre zugrunde.

Für den Märkischen Kreis ist demnach bezogen auf die Altersgruppe der unter 20jährigen von einem Schrumpfungsprozess auszugehen, der im Jahr 2020 bei knapp 17 Prozent unter dem Stand des Jahres 2002 liegt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, dass dieser Schrumpfungsprozess mit einigen wenigen Ausnahmen alle Städte und Gemeinden in der genannten Größenordnung erfassen wird.

Bevölkerungsentwicklung der unter 20jährigen im Märkischen Kreis ausgehend vom IST-Stand 2002 [%]			
Jahr	2010	2015	2020
Altena	-11,8	-22,0	-25,7
Balve	-15,6	-24,1	-26,2
Halver	-3,3	-7,2	-3,8
Hemer	-6,8	-10,1	-6,5
Herscheid	-14,8	-23,5	-25,7
Iserlohn	-11,7	-18,9	-19,4
Kierspe	1,7	-1,7	2,6
Lüdenscheid	-10,5	-17,7	-18,2
Meinerzhagen	-2,8	-6,7	-3,3
Menden	-11,5	-18,6	-19,0
Nachrodt-Wiblingwerde	-10,0	-16,6	-16,5
Neuenrade	-16,5	-24,5	-26,1
Plettenberg	-12,8	-21,4	-23,3
Schalksmühle	-14,5	-23,2	-25,4
Werdohl	-11,5	-20,1	-22,1
Märkischer Kreis	-10,0	-16,8	-16,8

Quelle: Wirtschaftl. u. demograph. Rahmenbedingungen für die SIHK Hagen, 2004

Dieser Schrumpfungsprozess ist demnach bereits im Jahr 2010 deutlich zu spüren. Städte bzw. Gemeinden wie Balve, Herscheid, Neuenrade und Schalksmühle würden in der Altersgruppe der bis 20jährigen um 15 Prozent abnehmen, bis 2020 sogar um rund 25 Prozent.

Derzeit werden gemeinsam von den kreisangehörigen Städte und Gemeinden und dem Märkischen Kreis Handlungsempfehlungen entwickelt, wie die Kommunen mit dieser Entwicklung umgehen wollen. Ein Stichwort ist in diesem Zusammenhang auch die „Familienfreundlichkeit“.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend führte das Institut Prognos AG eine bundesweite Studie zur Familienfreundlichkeit in insgesamt 439 Städten und Landkreisen durch. An Hand von 16 Indikatoren wurde eine Bewertung in fünf Themenkategorien (Demografie, Betreuungsinfrastruktur, Bildung u. Arbeitsmarkt, Familie u. Beruf sowie Sicherheit u. Wohlstand) durchgeführt. Der Märkische Kreis würde nach dieser Studie mit weiteren 91 kreisfreien Städten und Landkreisen die Eigenschaft einer „...verhältnismäßig guten demografischen Entwicklung“ teilen. Die Betreuungsstruktur sei im Vergleich zu den übrigen Gruppen stark unterdurchschnittlich

³ Klemmer, P., M. Kersting, N. Werbeck: Wirtschaftliche und demographische Rahmenbedingungen für die Südwestfälische IHK zu Hagen“, Wittnau und Bochum 2004

und ebenfalls wären die Möglichkeiten für Frauen, die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Familie realisieren zu können, verbesserungsfähig.

Verschiedene gesellschaftspolitisch relevante Akteure, vor allem Bund, Länder und Gemeinden, setzen sich für eine Stärkung der Familien ein. So hatte die Bundesregierung gemeinsam mit Partnern aus Gesellschaft und Wirtschaft im Januar 2004 die Initiative „Lokale Bündnisse für Familien“ ins Leben gerufen. Ihr Ziel ist es, die Familien- und Kinderfreundlichkeit in Deutschland, in den Bundesländern bzw. in den jeweiligen Gemeinden entscheidend zu verbessern. Im Märkischen Kreis bestehen in Iserlohn, Lüdenscheid und Hemer lokale Bündnisse für Familien. Der Märkische Kreis selbst, wie auch einige Städte im Kreisgebiet haben sich unabhängig von der Initiative des Bundesministeriums eine familienfreundliche Kreis – bzw. Stadtpolitik zum Ziel gesetzt.

3. Umwelt- und Lebensbedingungen: Wie wachsen unsere Kinder auf ?

Die meisten Kinder wachsen nach wie vor in Familien auf, jedoch geht die Zahl der traditionellen Zwei-Generationen-Haushalte zurück. Durch diesen gesellschaftlichen Wandel sind Bildungs- und Betreuungseinrichtungen herausgefordert und unterliegen daher einem starken organisatorischen Wandel. Schulen stellen sich nach PISA auf die Notwendigkeit intensiverer Förderung um. Denn fehlende Qualifikationen führen dazu, den ohnehin schwachen Arbeits- und Ausbildungsmarkt nicht bedienen zu können. Die wirtschaftliche Entwicklung wird für viele Kinder und Jugendliche zum Armutsrisiko. Neben diesen sozialen Schwierigkeiten haben Kinder aus Zuwandererfamilien noch weitere Probleme zu bewältigen. Die genannten Nachteile haben in der Regel auch Auswirkungen auf eine gesunde Entwicklung.

3.1 Familie verändert sich

Für Kinder und Jugendliche stellt die wichtigste und am meisten prägende Institution nach wie vor die Familie dar. Die soziale Situation der Familie, ihr Lebenskontext, hat unmittelbare Auswirkungen auf die (gesunde) Entwicklung eines Kindes, vor allem in den ersten Lebensjahren. Hier erfahren Kinder Geborgenheit, Kontinuität und stabile Beziehungen, so dass sie „...jenes Urvertrauen entwickeln und jene elementaren Fähigkeiten und Fertigkeiten erlangen können, die sie befähigen, sich zunehmend eigenständig in der Welt zu bewegen. Damit kommt der Familie mit Blick auf die Bildung, Betreuung und Erziehung der Kinder eine ebenso zentrale wie lebensbegleitende Schlüsselfunktion zu.“¹

Seit den 1970er Jahren ist allerdings ein allmählicher Wandel in den Familienstrukturen zu erkennen. Die traditionell organisierte Familie mit dem berufstätigen Vater und der für die Betreuung und Versorgung zuständigen Mutter ist auf dem Rückzug. Zum einen hat der Anteil der Familien zugenommen, in denen beide Elternteile berufstätig sind, was ihnen eine gewisse Flexibilität abverlangt, zum zweiten erfahren Kinder durch die immer häufiger werdenden Trennungen Brüche im familiären Zusammenleben. So wurden im Jahr 2002 in NRW rund 47.000 Ehen geschieden, in 44 Prozent der Fälle waren minderjährige Kinder betroffen. Der Anteil der Alleinerziehenden an allen Familien ist seit 1970 von 9 Prozent (alte Bundesländer) auf 20 Prozent im Jahr 2004 (gesamtes Bundesgebiet) angestiegen.

In Nordrhein-Westfalen ist lt. Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik von einer Zahl alleinerziehender Eltern in Höhe von 384.000 für das Jahr 2002 auszugehen. Damit machte diese Familienform etwa ein Fünftel aller Familien mit Kindern im Alter bis zu 17 Jahren aus. 126.000 Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil hatten im Jahr 2002 Kinder im Alter bis zu 5 Jahren. Der Anteil der Mütter bei den allein Erziehenden liegt bei über 80 Prozent. Etwa 11 Prozent (entspr. 43.000 alleinerziehende Eltern) von ihnen sind von Erwerbslosigkeit betroffen.

Der internationale Vergleich zeigt, dass die Familienförderung in Deutschland in erster Linie über monetäre Leistungen wie dem Kindergeld geregelt wird. Die weiterhin niedrige Geburtenrate, die unterdurchschnittliche Frauenerwerbstätigkeit (43 Prozent aller Ehepaare arbeiten mehr als 80 Stunden pro Woche), die verhältnismäßig hohe Kinder- und Familienarmut und das stellenweise zu niedrige Bildungsniveau der Kinder sind Anzeichen dafür, dass finanzielle Transferleistungen allein nicht ausreichen. Gefordert sind statt dessen ausreichende Betreuungs- und Fördermöglichkeiten, so dass vor allem junge Frauen trotz Familie einer Berufstätigkeit nachgehen können.

¹ Sachverständigenkommission Zwölfter Kinder- und Jugendbericht [Hrsg.]: „Zwölfter Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung“, München 2005

Der 12. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2005 kommt zu dem Schluss, dass die Familie längst nicht mehr die Aufgaben erfüllen kann, die ihr noch vor einigen Jahrzehnten zugedacht waren. Allein der Bereich der Unterstützung in Erziehungsfragen, eine elementare Aufgabe der Familie, hat lt. Kinder- und Jugendbericht in den vergangenen Jahren eine enorme Zunahme durch die Existenz von Erziehungsberatung und einschlägiger Literatur erfahren. Ähnliches dürfte auch für den Bereich der Gesundheitsförderung unterstellt werden.

Der Gesundheitsbericht des Landes Nordrhein-Westfalen² aus dem Jahr 2000 führt dazu aus, dass die veränderten Lebensbedingungen erhöhte Bewältigungserfordernisse an die Familien stellen. Um eine angemessene Unterstützung zu leisten, seien öffentliche Einrichtungen wie Jugendhilfe und Schule künftig stärker herausgefordert. Grundlegende Erziehungsaufgaben, die bisher von den Familien wahrgenommen wurden (darunter auch die Gesundheitserziehung), würden künftig vermehrt durch diese Einrichtungen ergänzt oder gar ersetzt.

3.2 Veränderte Lebenswelten und Herausforderungen

Der Achte Kinder- und Jugendbericht des Landes NRW³ sieht für die Jugend in Nordrhein-Westfalen infolge der gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen eine Vielfalt an eigenen Gestaltungsmöglichkeiten und Handlungsoptionen. Eine größere Freiheit im Erziehungsprozess und die Nutzung eines großen Wissensbestandes durch die neuen Medien gäben Jugendlichen hinsichtlich der Gestaltung ihres Lebens und ihres Berufsweges soviel Freiheiten und Wahlmöglichkeiten wie kaum einer Generationen vor ihnen. Die Vielfalt der Möglichkeiten berge auf der anderen Seite aber auch viele Risiken und damit die Gefahr des Scheiterns. Jugendliche können bei der Gestaltung ihres Lebens nicht mehr ohne weiteres auf traditionelle Orientierungsmuster zurück greifen. Vielmehr müssen sie ihren eigenen Lebenslauf individuell immer wieder neu planen und realisieren. Und sie können sich immer weniger darauf verlassen, dass das, was sie in ihrem Leben lernen, ausreicht für eine erfolgreiche Lebens- und Berufsplanung. Die junge Generation gehe eher pragmatisch und zielorientiert an ihre Zukunft heran und blicke weitgehend optimistisch in ihre persönliche Zukunft. Eine gute materielle Ausstattung hielten die meisten von ihnen für selbstverständlich.

Jugendliche seien, so der Kinder- und Jugendbericht weiter, geprägt von einer globalen Medienkultur. Handy, SMS, E-Mail, Internet, Computerspiele und Spielkonsolen gehörten zur Selbstverständlichkeit ihrer Lebenswelt. Durch ihren offensiven und unkomplizierten Umgang mit den neuen Medien seien sie bereits auf die Kommunikations- und Wissensgesellschaft eingestellt. Ihr zusätzlich verdientes Geld investierten Jugendliche häufig in den Kauf neuer Medien. Allerdings werde insbesondere der Gebrauch von Handys zunehmend mit Schulden erkaufte. Dies habe fast jeder zehnte Jugendliche bereits selbst erfahren.

Der Kinder- und Jugendbericht des Bundes führt einen stärker werdenden Trend zur Internationalisierung an. Durch die Erweiterung der Europäischen Union und der erfolgten Zuwanderung entsteht mehr interkulturelle Begegnung, was einen Kompetenzzuwachs wie auch Herausforderungen hinsichtlich des Umgangs mit Konfliktpotentialen nach sich zieht.

² Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit [Hrsg.] „Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen; Landesgesundheitsbericht 2000“, Bielefeld 2000

³ Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit [Hrsg.]: „Achter Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung NRW“, Düsseldorf, ohne Erscheinungsdatum

3.3 Die sozioökonomische Situation von Kindern und Jugendlichen

Die sozioökonomische Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen ist im Wesentlichen durch die Beteiligung und Stellung der Eltern im Erwerbssystem und deren Einkommen bestimmt.

Die KidsVerbraucherAnalyse 2001, welche die Befragungsergebnisse von über 3.000 Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 6 und 18 Jahren ausgewertet hat, führt einen Betrag in Höhe von 20,35 Mrd. DM (entspricht 10,4 Mrd. €) auf, den Kinder in dieser Altersspanne in Deutschland insgesamt zur Verfügung haben (inkl. Sparguthaben). Damit sind sie marktwirtschaftlich gesehen eine wichtige und stark umworbene Konsumenten-Gruppe.

Auf der anderen Seite lag die durchschnittliche Armutsrate im Jahr 2003 in der Bevölkerung den SOEP-Daten (sozio-ökonomisches Panel) entsprechend bei 16 Prozent, bei Familienhaushalten mit (ledigen) Kindern bei 13 Prozent und bei Alleinerziehenden bei knapp unter 40 Prozent (Grabka/Krause 2005). Alleinerziehende mit einem unter 4-jährigen jüngsten Kind weisen lt. 12. Kinder und Jugendbericht der Bundesregierung mit 62 Prozent eine außerordentlich hohe Armutsquote auf, die mit zunehmendem Alter des jüngsten Kindes zwar sinkt, bei einem Alter von über 16 Jahren aber immer noch oberhalb der durchschnittlichen Armutsrate liegt.

Im Märkischen Kreis waren im Dezember 2004 2.151 Fälle mit rund 5.662 Personen zu verzeichnen, in denen alleinerziehende Väter oder Mütter Sozialhilfe bezogen.⁴ Unter Berücksichtigung der Gesamtzahl der Leistungsbezieher von 14.761 im allgemeinen Personenkreis sind dies 37,7 Prozent. Im Vergleich zum Berichtsjahr 2003 mit 2.088 Fällen mit rund 5.597 betroffenen Personen (41,1 Prozent) ist hier erneut eine Steigerung zu verzeichnen, wobei der Anteil an der Gesamtzahl der Leistungsbezieher allerdings rückläufig ist. Dieser Trend ergab sich erstmals im Vergleich der Jahre 2001 und 2002. Der Status des Alleinerziehenden ist daher weiterhin auch im Märkischen Kreis eines der Hauptgründe für den Bezug von Sozialhilfeleistungen.

Anteil der Sozialhilfeempfänger im Märkischen Kreis im Dezember 2004	
Ort	Anteil in Prozent
Altena	2,7
Balve	1,9
Halver	1,8
Hemer	4,2
Herscheid	1,3
Iserlohn	4,5
Kierspe	3,0
Lüdenscheid	3,7
Meinerzhagen	2,7
Menden	4,0
Nachrodt-Wiblingwerde	0,3
Neuenrade	1,4
Plettenberg	1,0
Schalksmühle	0,8
Werdohl	2,0
Märkischer Kreis	3,3

Quelle: Sozialhilfebericht 2004, Märkischer Kreis

⁴ Märkischer Kreis, Der Landrat, Sozialhilfebericht 2004

Knapp 45 Prozent der männlichen und 32 Prozent der weiblichen Leistungsbezieher von laufender Sozialhilfe gehörten zu der Altersgruppe der unter 16jährigen⁵. Der Zugangsgrund zum Leistungsbezug lag nach dem wichtigsten Grund, nämlich dem Eintritt der Arbeitslosigkeit, in der Scheidung oder Trennung der Partner (bzw. der Eltern). Im Jahr 2004 wurden aus der Sozialhilfe ca. 70.000,- € für den Schulbedarf in 2.015 Fällen und 120.000,- € als Beihilfen für Klassenfahrten in 1.146 Fällen gezahlt.

Der Gesundheitsbericht des Bundes aus dem Jahr 2005⁶ weist auf die physischen und psychischen Folgen von Kindern und Jugendlichen aus materiell benachteiligten Familien⁷ hin: Ergebnisse aus Schuleingangsuntersuchungen zeigten, dass Kinder aus sozial schwachen Familien mehr Sprach- und Sprechstörungen sowie körperliche und intellektuelle Entwicklungsrückstände aufweisen. Kinder aus benachteiligten Verhältnissen neigten eher zu Ängstlichkeit, Hilflosigkeit und geringerem Selbstvertrauen und reagierten häufig auch mit sozialem Rückzug. Die Autoren sehen bei Kindern und Jugendlichen aus armen Familien eine Kumulation von Benachteiligungen, die sich neben schlechten Startchancen in Schule und Beruf oftmals auch in einem schlechteren Gesundheitszustand und ungünstigeren Gesundheitsverhaltensmustern darstellten. Die häufigsten Ursachen von Armut bzw. Verarmung werden vom Robert-Koch-Institut in Arbeitslosigkeit, Scheidung und Kinderreichtum gesehen. Außerdem seien Migrantenfamilien häufiger dem Risiko einer benachteiligten sozialen Lage ausgesetzt.

3.4 Die Situation von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien

Lebensbedingungen in Familien mit Migrationshintergrund weisen einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen auf. Zuwandererfamilien unterliegen im Allgemeinen einem mehrjährigen, umfassenden Anpassungsprozess, bei dem sowohl die Herkunftskultur einschließlich der Sprache wie auch die Einflüsse der Lebensbedingungen des Einwanderungslandes zum Tragen kommen. Zuwandererfamilien sind daher häufig einer internen Spannung ausgesetzt, die sich in Auseinandersetzungen zwischen den Ehepartnern oder auch zwischen den Generationen zeigen können. Die unterschiedlichen Weltansichten, kulturellen wie religiösen Einflüsse können über die Familie hinausgehend auch weitere Konfliktpotenziale beinhalten. Beispielhaft sind an dieser Stelle die Auseinandersetzungen religiös fundamentalistisch geprägter Familien um den Schulbesuch, insbesondere den gemischtgeschlechtlich organisierten Sport- und Schwimmunterricht zu nennen.

Neben dieser eher problembezogenen Sichtweise ist auf der anderen Seite darauf hinzuweisen, dass sich das Aufwachsen unter dem Einfluss mehrerer Kulturen individuell durchaus auch als bereichernd darstellen kann.

Der Spracherwerb stellt die Schlüsselqualifikation für eine gelingende Integration dar. Bis zur Verabschiedung des Zuwanderungsgesetzes Ende 2004 brachte der Familiennachzug in vielen Fällen eine Problematik mit sich, die sich darin ausdrückte, dass z.B. die aus der Türkei nachgereiste Ehefrau nahezu über keine Kenntnisse der deutschen Sprache verfügte. Diese fehlenden Sprachkenntnisse wirken sich nachteilig auf Bildungschancen wie auch auf die davon beeinflusste gesundheitliche Entwicklung der Kinder aus. Durch eine verstärkte Sprachförderung in Kindertagesstätten sollen zum Tag der Einschulung soweit ausreichende Kenntnisse in der deutschen Sprache vorliegen, dass eine Teilnahme am Unterricht ohne Einschränkungen möglich ist.

⁵ Märkischer Kreis, Der Landrat: Sozialhilfebericht 2003

⁶ Robert-Koch-Institut: „Armut bei Kindern und Jugendlichen“, Berlin 2001, überarbeitete Neuauflage 2005

⁷ Es besteht ein allgemeines Problem bei der Darstellung sozialer Unterschiede, welches durch die fehlende einheitliche Definition verursacht ist. Ähnlich geht es mit dem Begriff „Armut“. Während mit „absoluter Armut“ gemeint ist, dass die Betroffenen sich nicht aus eigener Kraft grundlegende körperliche Bedürfnisse befriedigen können. In Deutschland spielt der Begriff der „relativen Armut“ eine bedeutendere Rolle. Armut wird in diesem Zusammenhang als extremste Auswirkung sozialer und materieller Ungleichheit bezeichnet. Ein greifbares Kriterium ist der Sozialhilfebezug, ein anderes Kriterium ist, wenn das Familieneinkommen zu 50 Prozent unter dem Durchschnittseinkommen liegt. (vgl. Gesundheit v. Kindern u. Jugendlichen in NRW, 2002)

Zuwandererfamilien – so zeigen es verschiedene Untersuchungen auf – leben häufiger als deutsche Familien in Wohnquartieren mit Altbaubestand. Die Bausubstanz wie die Wohnqualität ist meist schlechter, es fehlen größtenteils ausreichend Kinderzimmer und bei von Zuwanderern bevorzugten Wohngebieten in Innenstadtnähe ist das Verkehrsaufkommen entsprechend höher als in ruhigeren Randlagen. Hinzu kommt, dass durch das Siedlungsverhalten die Entstehung von Zuwandererkolonien begünstigt wird. Die Folge davon ist, dass Integration erschwert wird und die Zusammensetzung von Kindergarten- und Klassenverbänden vorbestimmt ist.

Bezüglich der gesundheitlichen Versorgung ist durch die Ergebnisse des Landesgesundheitsberichtes zur gesundheitlichen Lage der Migranten in NRW⁸ aus dem Jahr 2000 nachgewiesen, dass bereits die Inanspruchnahme der Schwangerschaftsuntersuchungen bei zugewanderten Frauen deutlich unter dem Durchschnitt liegt. Dies betrifft auch weitere Vorsorgemaßnahmen der Krankenversicherungen wie beispielsweise die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 im Kindesalter oder die Inanspruchnahme von Impfleistungen. Im weiteren Verlauf des Berichtes wird auf diese Besonderheiten jeweils eingegangen.

3.5 Erziehung, Betreuung und Bildung

Eine Beschreibung der Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen kommt nicht an den Institutionen „Kindergarten“ und „Schule“ vorbei. Sie ermöglichen neben dem Bildungs- und Betreuungsauftrag meist erst den Umgang mit Gleichaltrigen, das Hineinwachsen in eine größere Gemeinschaft. Später besteht meist erst in der Schule die Möglichkeit, eigene Talente und Fähigkeiten zu entdecken und auszuprobieren.

Sowohl die Kindergärten wie auch die Schule sind in den vergangenen Jahren und auch noch aktuell einem großen Veränderungsdruck ausgesetzt. Dies hängt einerseits mit den standardisierten Vergleichen von Bildungsergebnissen auf Bundes- wie auch auf Europaebene zusammen, andererseits wirken sich die bereits beschriebenen gesellschaftlichen Veränderungen in den Familienstrukturen spürbar auf die Bildungschancen von Kindern und Jugendlichen aus.

Der 12. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2005 sieht aufgrund der sich verändernden Familienstrukturen mit erhöhter Erwerbstätigkeit beider Elternteile und dem steigenden Anteil Alleinerziehender eine neue Anforderung des Zusammenspiels zwischen Erziehung, Betreuung und Bildung⁹. Grundgesetzlich ist das Recht auf Erziehung den Eltern vorbehalten. Eine Unterstützung der Familie sei bisher in Form der „Kinderbetreuung“ in den Kindergärten erfolgt, „Bildung“ wiederum sei hauptsächlich der Schule vorbehalten. Diese inhaltliche wie organisatorische Trennung werde zunehmend zu Gunsten einer übergreifenden Lösung abgelöst. Die Leitlinie der „Bildung von Anfang an“ fordere den Bildungsauftrag der Kindergärten und sehe deren Beitrag als einen Bestandteil eines kontinuierlichen Bildungsverlaufes.

3.5.1 Kindertageseinrichtungen

Die ersten Institutionen außerhalb der Familie bilden – lebensgeschichtlich gesehen – neben den Tagesmüttern die Kinderkrippen und Kindertageseinrichtungen. Alle Betreuungseinrichtungen außerhalb des familiären Kontextes obliegen der Aufsicht durch die örtlichen Jugendämter. Diese wachen über Qualität des Betreuungsangebotes.

⁸ Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW: „Gesundheit von Zuwanderern“, Düsseldorf 2000

⁹ Sachverständigenkommission Zwölfter Kinder- und Jugendbericht [Hrsg.]: Zwölfter Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, 2005

Traditionell spielten Kinderkrippen in NRW wie in den alten Bundesländern insgesamt bis vor kurzem noch keine bedeutende Rolle. Während die Kinderkrippen für Kinder im Alter von 0 bis 3 Jahren in den neuen Bundesländern einen Versorgungsgrad von über 40 Prozent aufweisen, variiert der Versorgungsgrad in den alten Bundesländern zwischen 1 Prozent (in Baden-Württemberg) und 8,3 Prozent (in Bremen). Die Versorgungsquote bei den Kindertageseinrichtungen für Kinder im Alter von 3 Jahren bis zur Einschulung hat dagegen auch in den alten Bundesländern eine lange Tradition. Hier ist der Erreichungsgrad in allen Bundesländern wesentlich höher. Im Einzugsbereich des Kreisjugendamtes liegt er beispielweise bei 87 Prozent.

Da eine Reihe von wichtigen, gesundheitsfördernden Aktivitäten für 3 bis 6jährige Kinder – vergleichbar mit der Sprachförderung – ausschließlich in Kindertageseinrichtungen angeboten und durchgeführt werden, ist es unter dem Aspekt der Kinder- und Jugendgesundheit wichtig, dass möglichst alle Kinder der fraglichen Altersgruppen Kindergärten besuchen. Dies trifft insbesondere für die Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund zu. Laut Landesjugendamt NRW hat sich die Zahl der ausländischen Kinder in Kindertageseinrichtungen von 1991 bis 2002 nahezu verdoppelt. Trotzdem ist weiter darauf hinzuwirken, dass gerade ausländische Familien Kindertageseinrichtungen für ihre Kinder in Anspruch nehmen.

Im gesamten Märkischen Kreis bestanden am 31.12.2002 insgesamt 239 Einrichtungen mit 13.775 verfügbaren Plätzen. Davon waren 170 Einrichtungen Kindergärten, zwei Einrichtungen sind Horte und 46 sind anderweitige Einrichtungen¹⁰. Von den im Jahr 2002 zur Verfügung stehenden 13.775 Plätzen fielen 12.954 auf Kindertageseinrichtungen und 734 auf Kinderhorte.

Tageseinrichtungen für Kinder im Märkischen Kreis am 31.12.2002			
Stadt / Gemeinde	Verfügbare Plätze insgesamt	davon Kindergartenkinder	davon Hortkinder
Altena	632	611	21
Balve	347	347	-
Halver	485	485	-
Hemer	1.177	1.107	70
Herscheid	215	215	-
Iserlohn	3.295	2.996	280
Kierspe	460	460	-
Lüdenscheid	2.140	1.908	171
Meinerzhagen	570	570	-
Menden	1.799	1.697	95
Nachrodt-Wiblingwerde	287	245	42
Neuenrade	420	420	-
Plettenberg	790	773	17
Schalksmühle	429	415	14
Werdohl	729	705	24
Gesamt	13.775	12.954	734

Copyright: LDS NRW / erstellt am: 03.08.2004

¹⁰ Um eine **Kinderkrippe** handelt es sich, wenn in dieser Einrichtung in einer oder mehreren Gruppen ausschließlich Kinder unter 3 Jahren betreut werden (Einrichtungen für Kleinstkinderbetreuung).

Kindergarten trifft für alle diejenigen Einrichtungen zu, in denen in einer oder mehreren Gruppen ausschließlich Kinder von 3 Jahren bis zum Schuleintritt betreut werden.

Hort ist eine Einrichtung, in der die vorhandenen Plätze ausschließlich der Betreuung von Schulkindern dienen. Eine **anderweitige Einrichtung** liegt vor, wenn unter einem Dach entweder Kinder verschiedener Altersklassen, d.h. Kinder im Krippenalter, Kindergartenalter und/oder Hortalter gemeinsam in altersübergreifenden Gruppen betreut werden.

Aufgrund der Entwicklung der Geburtenrate ist ggf. mit der Schließung bzw. Zusammenlegung von Kindergartengruppen bzw. Kindergärten zu rechnen. Durch das am 01.01.2005 in Nordrhein-Westfalen in Kraft getretene Tagesbetreuungsausbaugesetz (TAG NRW) soll die Betreuung der Kinder unter drei Jahren deutlich verbessert werden. So kann der Rückgang der Besucherzahlen dadurch aufgefangen werden, dass bisherige Kindergartengruppen in Betreuungsgruppen umgewandelt werden, in denen auch kleinere Kinder mitbetreut werden.

Neben dieser gesetzlichen Neuregelung soll durch flankierende Maßnahmen der Landespolitik die Rolle der Kindertageseinrichtungen weiter aufgewertet werden. So definiert die Bildungsvereinbarung NRW aus dem Jahr 2003 die Kindertageseinrichtungen als einen Baustein innerhalb des gesamten Bildungsganges, wobei zentrale Bildungsbereiche in Bewegung, Spielen und Gestalten sowie Medien, Sprache, Natur und kulturelle Umwelten bestehen. Noch stärker und verbindlicher als bisher sollen Eltern in die Abstimmung der Inhalte mit eingebunden werden. Außerdem wird als weiteres zentrales Element der Übergang vom Kindergarten in die Grundschule durch verschiedene Instrumente wie z.B. die Einschulungskonferenz oder Elterninformationsabende erleichtert.

Eine weitere aktuelle Initiative der Landesregierung besteht darin, die Tageseinrichtungen für Kinder zu Familienzentren weiter zu entwickeln. Sie sollen Knotenpunkte in einem neuen Netzwerk werden, das Familien umfassend berät und unterstützt. Neben ihrem Auftrag als Einrichtungen zur Erziehung und Betreuung von unter dreijährigen Kindern, Kindergartenkindern und schulpflichtigen Kindern sollen die Familienzentren unter anderem einen klaren Bildungsauftrag bekommen, zu Vermittlungsagenturen für Tagesmütter und -väter und zu Zentren vorschulischer Sprachförderung werden. Darüber hinaus sollen Familienzentren Beratung und Hilfen für Familien bündeln. Ziel ist, nicht nur eine bessere Förderung der Kinder zu erreichen, sondern Familien als Ganzes zu stärken, indem ihnen die Suche nach Kinderbetreuung, Familien- und Erziehungsberatung oder einem familiennahen Bildungsangebot erleichtert wird.

3.5.2 Schule

Für alle in NRW lebenden Kinder besteht ab dem 6. Lebensjahr eine zehn Schuljahre umfassende Schulpflicht¹¹. Die vier Jahre dauernde Grundschule (Primarbereich) vermittelt die Grundlagen für eine weiterführende Bildung (Lesen, Schreiben, Rechnen, Natur- und Sachkunde, Üben musischer, künstlerischer und technischer Fähigkeiten). Darauf folgt der Sekundarbereich, der sich je nach Bildungsziel in verschiedene Schultypen gliedert: Hauptschule, Realschule, Gymnasium, Gesamtschule. Das Schulsystem ist insgesamt von einer Durchlässigkeit geprägt. Auch bereits Berufstätige können daher auf dem sogenannten zweiten Bildungsweg die Hochschulreife erlangen. Im Märkischen Kreis verteilten sich die Schüler im Jahr 2004 auf folgende Schulformen¹²:

Anzahl der Schülerinnen und Schüler nach Schulformen im Märkischen Kreis 2004		
Schulform	Schulen	Schüler
Grundschule	91	20.310
Hauptschule	26	10.034
Realschule	16	10.200
Gymnasium	15	12.282
Gesamtschule	4	4.912
Sonderschule G/H	19	2.604
Berufskolleg	10	15.009
Fr. Waldorfschule	2	283
Summe	183	75.634

¹¹ vgl. hier und im Folgenden: Goethe-Institut: www.goethe.de

¹² Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, zit. aus: Märkischer Kreis, Der Landrat: Zahlen-Daten-Fakten 2005

Die Gesamtschülerzahl ist innerhalb nur eines Jahres von 76.612 auf 75.634 gesunken. Am meisten betroffen waren die Grund-, Haupt- und Realschulen. Zuwächse zu verzeichneten hatten dagegen die Gymnasien und die Gesamtschulen.

Zwei Drittel aller jährlichen Absolventen allgemein bildender Schulen haben landesweit am Ende des Sekundarbereichs den Hauptschul- oder Realschulabschluss erworben und besuchen Bildungsgänge mit beruflicher Ausrichtung, ein Drittel macht Abitur. Im Schuljahr 2002 / 2003 verließen in NRW allerdings auch 13.700 Schülerinnen und Schüler die Schule ohne Abschluss. Im Märkischen Kreis waren es im gleichen Schuljahr 568 Schülerinnen und Schüler. Bezogen auf alle Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahre waren dies auf NRW bezogen 0,4 Prozent und im Märkischen Kreis 0,62 Prozent.

Schulabgänger aus den allgemein bildenden Schulen MK im Sommer 2004						
	Haupt- schulen	Förder- schulen (G/H)	Real- schule	Gesamt- schule	Gymna- sium	Summe
Ohne Abschluss	243	278*	43	44	8	616
Hauptschulabschl. Nach JG 9	206	30	27	23	23	309
Hauptschulabschl. Nach JG 10	903	7	25	149	11	1.095
Fachoberschulreife	529	0	1.307	285	178	2.303**
Fachhochschulreife	0	0	0	28	106	134
Hochschulreife	0	0	0	179	1.009	1.188

*hier werden allerdings Abschlüsse im Rahmen des jeweiligen Förderschwerpunktes erbracht
 **einschl. vier Absolventen von Waldorfschulen mit Fachoberschulreife

Demnach erreichten im Jahr 2004 etwa 20 Prozent der Hauptschulabgänger keinen Schulabschluss. Im Jahr zuvor waren es dagegen 16 Prozent.

Das schulische Bildungssystem ist seit einiger Zeit von einer Reihe struktureller und organisatorischer Änderungen betroffen. Die OECD-Vergleichsstudien IGLU und PISA hatten für das deutsche Bildungssystem in einigen Bundesländern unter anderem ein auffallend schlechtes Abschneiden derjenigen Schüler festgestellt, die nur wenig Förderung seitens ihres Elternhauses erfahren. Zu einem großen Teil trifft dies für Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund zu. 14,4 Prozent aller Schüler mit ausländischer Staatsangehörigkeit verlassen die Schule ohne Abschluss, bei den deutschen Schülern sind dies 6,0 Prozent. Kinder mit sozial schwachem Hintergrund – so die OECD-Studie – haben im Allgemeinen auch schlechtere Bildungschancen.

Der 12. Kinder- und Jugendbericht des Bundes ergänzt¹³, dass der alleinige Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule nicht mehr ausreicht, um aktuell eine angemessene Unterstützung der Familie zu ermöglichen. Hier würden vermehrt Betreuungsanteile erforderlich, wie sie etwa Bestandteil des Konzepts der offenen Ganztagschule ist. Insbesondere Grundschulen hätten sich in den vergangenen Jahren auf die Verlässlichkeit eines Betreuungsangebotes ihrer Schülerinnen und Schüler eingestellt.

In diesem Zusammenhang wird auch das verbesserte Zusammenspiel von Schule und Jugendhilfe gesehen. Mit Hilfe externer Partner, vor allem der Jugendhilfe, kann das Bildungsangebot der Schule erweitert werden und das Betreuungsangebot mit Bildungsbestandteilen angereichert werden.

¹³ Sachverständigenkommission Zwölfter Kinder- und Jugendbericht [Hrsg.]: Zwölfter Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, 2005

3.5.3 Berufsausbildung

Das betriebliche Ausbildungswesen erfolgt in Deutschland in Form des dualen Systems. D.h. die theoretische Unterweisung wird in Berufsschulen durchgeführt, der praktische Ausbildungsteil ist betrieblich organisiert. Bundesweit bestanden im Jahr 2002 etwa 1,6 Mio. Ausbildungsverhältnisse.¹⁴ Im selben Jahr kamen ca. 570.000 Ausbildungsverträge zustande.

Seit einigen Jahren besteht eine Lücke zwischen der Zahl der angebotenen Ausbildungsplätze und der Zahl der zur Verfügung stehenden Bewerber. Das Bundesinstitut für Berufliche Bildung hat im September 2003 etwa 20.000 und im Sommer 2004 30.000 bis 35.000 fehlende Lehrstellen ermittelt. Neben den konjunkturbedingten Ursachen wird u.a. auch die mangelnde Flexibilität und Mobilität der jugendlichen Zielgruppe sowie ihr Qualifizierungsniveau als Grund für die hohe Anzahl an Jugendlichen ohne Ausbildungsplatz gesehen.

Die Ausbildungsplatzsituation hat sich aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung noch weiter drastisch verschlechtert. Ein Beispiel: Lt. Zeitungsartikel in den Lüdenscheider Nachrichten¹⁵ im Juni 2005 hatten von 40 Hauptschülern des aktuellen Abschlussjahrgangs trotz hinreichender Qualifikation nur drei einen Ausbildungsvertrag. Als Zwischenlösung bietet sich bestenfalls das Berufsgrundschuljahr an den Berufskollegs an, oder es werden Qualifizierungsmaßnahmen im Rahmen des SGB II angeboten.

Für die Schulabgänger aus den berufsbildenden Schulen gab es für den Märkischen Kreis im Jahr 2003 folgende Zusammensetzung der erreichten Schulabschlüsse:

Schulabgänge aus Berufskollegs nach Schulformen im Märkischen Kreis im Jahr 2003			
Schulform	insgesamt	davon Ausländer/-innen	in Prozent
Berufsschule: Teilzeitform	2.933	406	13,8
Berufsschule: Vorklasse zum Berufsgrundschuljahr	439	142	32,3
Berufsschule: Berufsgrundschuljahr	581	114	19,6
Berufsfachschule	1.260	174	13,8
Fachoberschule	335	16	4,8
Fachschule	391	18	4,6
Berufskollegs insgesamt	5.939	870	14,6

Copyright: LDS NRW / erstellt am: 17.01.2005

Hier fällt insbesondere der hohe Ausländeranteil (32,3 Prozent) in den Vorklassen zum Berufsgrundschuljahr auf. Dies bedeutet, dass ausländische Schüler im besonderen Maße von der Lehrstellensituation betroffen sind.

Zur Sicherung des Übergangs von der Schule in den Beruf werden über den Landesjugendplan NRW Jugendwerkstätten und Schulmüdenprojekte gefördert. Diese Angebote der Jugendsozialarbeit unterstützen Jugendliche in ihrer Entwicklung und stellen die notwendige Förderung zur sozialen Integration und zur Eingliederung in die Berufswelt bereit. Im Einzelnen waren das in den letzten Jahren 64 Beratungsstellen im Übergang von der Schule in den Beruf, 46 Jugendwerkeinrichtungen und 56 Projekte zur Vermeidung schulischen Scheiterns (Schulmüdenprojekte). Diese Angebote erreichen landesweit jährlich rd. 46.000 junge Menschen.

Um für benachteiligte Jugendliche drohende Arbeitslosigkeit möglichst schon im Vorfeld des Übergangs von der Schule ins Berufsleben zu vermeiden und gleichzeitig deren Be-

¹⁴ Quelle: Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB) unter www.bibb.de

¹⁵ Quelle: Lüdenscheider Nachrichten vom 07.06.2005: „Berufskolleg bietet 850 ‚Parkplätze‘ – Hauptschüler finden keine Lehrstellen“

rufs- und Arbeitsplatzwahl zu erleichtern, hat die Landesregierung NRW das Projekt Betrieb und Schule (BuS) entwickelt. Schule, Jugendhilfe und Arbeitsmarktpolitik wirken dabei zusammen, um diesen Jugendlichen frühzeitig individuelle Übergänge in Beruf und Arbeit zu ermöglichen. 43 Prozent der landesweit 1.400 Absolventen des Schuljahres 2001/02 wurde in den ersten Arbeitsmarkt – zumeist in ein reguläres Ausbildungsverhältnis – vermittelt.

Im Märkischen Kreis wird die Vorbereitung von Schülern auf die Berufswelt in besonderer Weise durch das Projekt „GINA“ umgesetzt. Der Verein „GINA e.V.“ organisiert für Schülerinnen und Schüler vor allem an Hauptschulen sowie an Berufskollegs einen verbesserten Einstieg in den Beruf, z.B. durch Hausaufgabenunterstützung, Vermittlung von Praktikumsplätzen oder Berufsfindungsberatung. Von 2003 bis 2005 konnten ca. 370 Jugendliche in Ausbildung und Arbeit vermittelt werden.

4. Zur körperlichen und seelischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen¹

(Prof. H. Joswig, Rostock)

„Aus Kindern werden Leute“, sagt ein Sprichwort. Hier wird kurz zusammengefasst, welche Entwicklung Kinder machen, um vom Säugling ins Erwachsenenalter zu kommen.

Die physische und psychische Entwicklung eines Kindes bis hin zum Erwachsenen kann als fortlaufender Prozess verstanden werden. Jedes Kind entwickelt sich gemäß seinen ererbten Anlagen und den jeweiligen Umweltbedingungen individuell. Trotz dieser individuellen Unterschiede lassen sich Phasen oder auch Stufen der Entwicklung identifizieren, die durch eine Vielzahl von wissenschaftlichen Forschungsergebnissen belegt sind.

In der gegenwärtigen entwicklungspsychologischen Literatur wird von folgender Phaseneinteilung des Kindes- und Jugendalters ausgegangen, wobei es sich bei dieser Einteilung nach Lebensalter um Durchschnittsangaben handelt:

- Vorgeburtliche Entwicklung,
- Säuglingsalter,
- Kleinkind und Vorschulkind (zwei bis fünf Jahre),
- Kindheit,
 - Grundschulkind (sechs bis acht Jahre),
 - Späte Kindheit (neun bis zwölf Jahre),
- Jugendalter (zwölf bis achtzehn Jahre).

4.1 Vorgeburtliche Entwicklung

Die psychische Entwicklung des Menschen beginnt bereits mit der Empfängnis. Der Zeitraum der Schwangerschaft umfasst in der Regel 40 Wochen.

Es werden zwei Phasen in dieser pränatalen Entwicklung unterschieden: das Embryonalstadium (die ersten acht bis zwölf Wochen) und das Fötalstadium (ab dem dritten Schwangerschaftsmonat). Im Embryonalstadium entwickeln sich sehr schnell die Körperstrukturen und inneren Organe des Kindes. Mit dem Beginn des Fötalstadiums sind die Organe bereits entwickelt und nehmen ihre Funktion auf. Das Gehirn macht in dieser Zeit enorme Wachstumsschübe durch. Die Nervenzellen und ihre Verbindungen vermehren sich rapide und das Zentrale Nervensystem differenziert sich weiter aus. Der Fötus entwickelt Aktivitäten weit früher (bereits in der 8. bis 12. Schwangerschaftswoche) als dies von der werdenden Mutter wahrgenommen wird. Mit der 28. Woche ist bereits ein Reifegrad der Sinnesorgane, der Motorik und des zentralen Nervensystems erreicht, der im Fall einer vorzeitigen Geburt bei entsprechenden Lebens- und Pflegebedingungen ein Überleben möglich macht.

4.1 Säuglingsalter

Eine termingerechte Geburt liegt zwischen der vollendeten 37. und 42. Schwangerschaftswoche. Das reif geborene mitteleuropäische Kind ist im Durchschnitt 50 - 53 cm lang und wiegt ca. 3500 Gramm. Für das Säuglingsalter lassen sich zwei Phasen der Entwicklung unterscheiden. Es sind dies: die Neugeborenen- und die erweiterte Neugeborenenzeit (Geburt bis zu den ersten zwei bis drei Monaten) und die Zeit des „kompetenten Säuglings“ (Alter zwischen drei bis vier Monaten und einem Jahr).

¹ hier und im Folgenden: Helga Joswig, Rostock in Fthenakis W. E., M. Textor [Hrsg.]: Das Familienhandbuch, Internet: www.familienhandbuch.de

Die Geburt verlangt vom Kind eine starke physiologische Anpassung. Es muss nun eigenständig atmen, Herz und Kreislauf regulieren, Wärmehaushalt stabilisieren, Nahrung aufnehmen und verdauen und im neuen Umfeld seine Motorik „einpassen“. Diese Anpassungen werden nach dem so genannten APGAR-Index beobachtet und bewertet: Hautfärbung, Gleichmaß und Art der Atmung, Muskelspannung, Reflexauslösbarkeit und Herzschlag/Pulsfrequenz werden in festgelegten Zeiträumen kurz nach der Geburt beurteilt.

Das Neugeborene zeigt in den ersten Lebenswochen Verhaltensweisen, die gut zu beobachten sind und die dann offenbar aus seinem Verhalten verschwinden, um entweder gar nicht mehr oder erst Wochen und Monate später in veränderter Form wieder aufzutreten. Zu diesen gehören das Suchen (bei Berührung der Wange), das frühe Greifen, die Schwimmbewegungen, das Schreiten, das Kriechen. Mit dem Verschwinden dieser Verhaltensweisen zwischen dem 2. und 4. Monat steigt zugleich das visuelle Interesse des Kindes insbesondere für das menschliche Gesicht und es beginnt die ersten Lallversuche. Die visuellen Fähigkeiten des Neugeborenen sind zunächst nicht so differenziert ausgebildet wie seine anderen Sinne. Es sieht nur auf ca. 20 bis 25 cm Entfernung bei mittlerer Helligkeit relativ scharf, bevorzugt Muster mit deutlichen Konturen und bevorzugt Gesichter. Es kann einem Reiz, der sein Interesse gefunden hat, mit den Augen und dem Kopf bereits folgen.

Die nächste Phase in der Entwicklung des Kindes wird „kompetenter Säugling“ (Oerter & Montada, 2002) genannt, weil das Baby seine grundlegenden Kompetenzen ausbildet, obwohl es in allen wichtigen Lebensfunktionen auf einen betreuenden Erwachsenen angewiesen ist. Zum Erwerb grundlegender Kompetenzen sind die Entwicklung der Grobmotorik, des Greifens, der Wahrnehmung und des Erkundens wichtige Voraussetzungen. Etwa mit sechs Monaten kann das Kind frei sitzen und beginnt zu krabbeln. Beidhändiges Greifen ist dadurch möglich und unterschiedliche Ausführungshandlungen können aufeinander abgestimmt werden.

Das acht- bis zehntonatige Kind kann sich aus dem Liegen aufrichten, stabil frei sitzen, vorbeugen und dehnen und erprobt erste Formen der Fortbewegung wie Rollen, Robben, Rutschen und Kriechen. Die hierbei gemachten Raumbewegungserfahrungen fördern gleichsam die Raumorientierung sowie spezifische Bereiche der kognitiven Entwicklung des Kindes. Die erlangte Fähigkeit zur Fortbewegung ermöglicht dem Kind, die Umwelt weiter zu erkunden und ihre Gegebenheiten als Anregungen aufzugreifen. Auch für das soziale und emotionale Verhalten sind diese Erfahrungen wichtig. Das Kind probiert sich aktiv aus und hat dabei Emotionen, es erlebt Freude. Es sucht Kontakt zur Mutter und sichert sich gewissermaßen ab, ob alles „in Ordnung“ ist.

Zum Ende des ersten Lebensjahres hat die Bewegungsentwicklung dann ein solches Niveau erreicht, welches es dem Kind ermöglicht, sich selbst aufzurichten, an Gegenständen hochzuziehen, Gleichgewicht zu halten sowie die ersten Gehversuche zu unternehmen. Das wiederum führt zu einer Erweiterung des Erkundungshorizonts und trägt zur Differenzierung des geistigen Bereichs bei. Diese Entwicklungen im ersten Lebensjahr vollziehen sich in enger sozialer und emotionaler Interaktion mit den Eltern bzw. anderen betreuenden Personen.

4.3 Kleinkind- und Vorschulalter

Diese Entwicklungsphase umfasst das Alter von zwei bis fünf Jahren. Sie unterteilt sich ihrerseits in das Kleinkindalter (zwei bis drei Jahre) und das Vorschulalter (vier bis fünf Jahre). Im zweiten und dritten Lebensjahr wird das Kind über die Mutter-Kind-Beziehung hinaus in die soziale und kulturelle Gemeinschaft eingeführt. Um den ersten Geburtstag (zwischen zehn und fünfzehn Monaten) beginnen die Kinder mit dem Gehen und Laufen. Die Art der Bewältigung dieser Aufgabe kann das weitere Leben des Kindes, wie die kognitive Entwicklung (Denken und Sprache), die soziale und die Spielentwicklung wesentlich beeinflussen.

Enorme Fortschritte werden in der Denkentwicklung erreicht. Sie ist verbunden mit der Entwicklung der Sprache, des kindlichen Spiels und der sozialen Beziehungen.

Eine wechselseitige Bedingtheit lässt sich auch in dieser Phase zwischen Sprach- und Spielentwicklung ausmachen. Das zunächst auftretende sensomotorische Spiel nimmt zwischen dem siebten und dreißigsten Lebensmonat allmählich ab. Dagegen nimmt der Umgang mit Gegenständen zwischen neun und dreizehn Monaten zu. Mit dem 12./13. Monat ist wiederum eine neue Qualität entstanden, es beginnt das Symbolspiel (Spielen mit Spielzeugen), welches dann im Kleinkindalter bis zum Vorschulalter dominiert und danach allmählich in der Häufigkeit abnimmt. Das sich anbahnende kooperative Rollenspiel (z. B. Spielen mit anderen Kindern) ist bei Dreijährigen noch kaum ausgeprägt zu finden, während alle Vierjährigen, normale Entwicklung vorausgesetzt, Rollenspiele ausführen.

Auch eine weitere Aktivitätsweise, das Zeichnen und Malen, hat in dieser Entwicklungszeit seine Besonderheit. Nach zunächst drei voneinander unterscheidbaren Kritzelstufen, die von allen Kindern in mehr oder weniger ausgeprägter Form durchlaufen werden, erscheinen vom Kind dargestellte Mensch- und Tierzeichnungen. Diese werden zunehmend differenzierter und ganzheitlicher dargestellt, vom so genannten Kopffüßler zur geschlossenen Gestalt.

Für das Vorschulalter ist dann charakteristisch, dass im körperlichen Bereich ein sichtbarer Entwicklungsfortschritt erkennbar wird. Das Kind macht einen ersten Wachstumsschub durch, was zu Veränderungen in den Körperproportionen führt: Arme und Beine wachsen relativ schnell, der Rumpf wird schlanker, die Taille bildet sich heraus. Die bis dahin vorliegende Dominanz des Obergesichts geht verloren, das Untergesicht differenziert sich aus, und das Kind verliert das Milchgebiss. In der Interaktion mit seiner unmittelbaren Umwelt, in der Kommunikation und beim Spiel erwirbt das Kind neue Kompetenzen für seine Schulfähigkeit, die nächste wichtige Entwicklungsetappe.

4.4 Grundschulkind

Zum Ende des Vorschulalters hat das Kind die Entwicklungsaufgaben gemeistert, die es in die Lage versetzen, sich den neuen, qualitativ höheren Anforderungen der Schule zu stellen. Es hat Kompetenzen im Spiel erworben. Das Rollenspiel dominiert in diesem Alter und geht allmählich zum Regelspiel über. Die Sprache ist in ihrer Erkenntnis- und Mitteilungsfunktion ausgebildet. Das Kind hat Ich-Bewusstsein entwickelt und richtet sein Verhalten schon nach einfachen ethischen Normen aus. Mit diesen Persönlichkeitsmerkmalen hat es die Voraussetzungen für den Schulbesuch erworben.

Es ist schulfähig, was bedeutet, dass es aller Voraussicht nach die Anforderungen, die die Schule mit ihren Lerninhalten an das Kind stellt, erfüllen kann. Unter schulischer Förderung darf nicht nur Wissensvermittlung verstanden werden, vielmehr findet in der Entwicklung eine grundsätzliche kognitive Umstrukturierung statt, indem Wissen und Umwelterfahrungen neu geordnet werden.

Der Erwerb der Schriftsprache ist dabei von besonderer Bedeutung. Dem Kind gelingt es nun zunehmend, Begriffe nach ihren Merkmalen zu bestimmen. Zum Ende der Grundschulzeit erfolgt dann bereits eine Einordnung von Begriffen in Kategorien. Auch die Wahrnehmungsleistungen des Kindes werden zunehmend analytisch und differenzierter.

Auch die neue Position, Schüler zu sein, ist für das Kind bedeutungsvoll sowie das Lernen für den Lehrer/die Lehrerin und die Eltern. Zunehmend wird auch der Erwerb von Leistungs- und sozialer Kompetenz in der Schulklasse wichtig als Motivation für Lernengagement. Diese Trends lassen sich auch mit der Entwicklung des sozialen Verhaltens in Verbindung bringen. Zunächst erfolgt in der 1. Klasse eine Einordnung der Schüler in Gruppen von außen. Zunehmend an Bedeutung gewinnt dann die Selbstorganisation von

Kindergruppen, wobei für die Gruppenzugehörigkeit und die Stellung in der Gruppe solche Kriterien wie Schulleistungen, materieller Besitz und auch Äußerlichkeiten der Sozialpartner eine Rolle spielen. In der Gruppe erlernt das Kind Normen für seine Verhaltensorientierung durch den Vergleich zwischen Selbstbild und Fremdbild und Rückmeldungen aus der Gruppe. Es erwirbt Gütemaßstäbe bezüglich des sozialen Verhaltens und der Leistungsfähigkeit. Dieses Alter hat insofern eine enorme Bedeutung für die Selbstbewertung und somit für die Entwicklung des Selbstkonzeptes der Persönlichkeit.

4.5 Späte Kindheit

Unter dieser Phase der kindlichen Entwicklung soll die Zeit zwischen dem zehnten und zwölften Lebensjahr erfasst werden. Im juristischen Sinne müsste sie bis zum 14. Lebensjahr datiert sein, weil von diesem Zeitpunkt an, juristisch gesehen, das Jugendalter beginnt. Der Übergang von der Kindheit in das Jugendalter ist ein "fließender Prozess" mit starken individuellen Unterschieden.

Die Neun- bis Zwölfjährigen befinden sich im mittleren Schulalter. In ihrer körperlichen Entwicklung vollzieht sich allmählich der Übergang von der so genannten „zweite Fülle“ (einer Wachstumsphase, in der der Körper mit Muskel- und Fettmasse gewissermaßen „angefüllt“ wird) zur zweiten Streckung, in welchem ein Körperwachstum „in die Länge“ dominiert. In der kognitiven Entwicklung vollzieht sich ebenfalls ein Übergang: vom empirischen Denken zum theoretischen Denken. Kategorisierungen, die Einteilung von Ober- und Unterklassen, sind im Denken möglich, ebenso Abstrahierungen, d. h. Wahrnehmungen und Denken lösen sich von der konkreten Anschauungsgrundlage. Grundlegende Fertigkeiten wie Lesen, Schreiben und Rechnen sowie notwendige Konzepte und Denkschemata für das Alltagsleben sind ausgebildet. Das geschieht natürlich immer in Abhängigkeit von den für das Kind existierenden Aneignungsbedingungen, von denen die Qualität des jeweils Erreichten bestimmt wird.

Mit der Fächerspezialisierung in der Schule entwickeln sich zunehmend auch Neigungen und Interessen für bestimmte Fächer und Bereiche. Sachlich Interessierendes tritt mehr und mehr in den Vordergrund. Die Kinder können jetzt schon recht gut einschätzen, was an Anforderungen auf sie zukommt und wie sie diese bewältigen können. Ihr Fähigkeitskonzept ist schon relativ stabil ausgebildet. In der sozialen Entwicklung beginnt der Prozess der Ablösung vom Elternhaus. Es gewinnen Freizeitgruppen mit Gleichaltrigen an Bedeutung. Anfangs sind die Geschlechter dabei noch relativ getrennt, wobei diese Trennung zunehmend aufgehoben wird. Die Kinder erlernen ein angemessenes männliches bzw. weibliches soziales Rollenverhalten. Sie entwickeln Einstellungen zu sozialen Gruppen und Institutionen und erwerben moralische Wertestandards.

4.6 Jugendalter

Im Kontext entwicklungsbezogener Veränderungen in der Jugendphase ist in der internationalen Jugendforschung vornehmlich der Begriff Adoleszenz gebräuchlich. Die Adoleszenz erstreckt sich insgesamt über einen größeren Zeitraum der Entwicklung (ca. 10 Jahre), in welchem sowohl qualitativ als auch quantitativ sehr heterogene Entwicklungsprozesse ablaufen. Zu deren differenzierter Betrachtung werden drei Phasen mit jeweils zugeordneten Altersbereichen unterschieden (Steinberg, 1993):

- frühe Adoleszenz zwischen 11 und 14 Jahren,
- mittlere Adoleszenz zwischen 15 und 17 Jahren und
- späte Adoleszenz zwischen 18 und 21 Jahren.

In dieser Alterszeitspanne sind spezifische Entwicklungsaufgaben vom Heranwachsenden zu lösen. Eine Entwicklungsaufgabe wird definiert als ein Bindeglied im Spannungsfeld zwischen individuellen Bedürfnissen und gesellschaftlichen Anforderungen. Die Adoleszenz ist eine Phase, in der vielfältige Bewältigungsleistungen von den sich Entwickelnden gefordert sind. Sie beruhen sowohl auf den Ergebnissen früherer Aufgabenbewältigung

aus der Kindheit als auch auf den Bestimmungsfaktoren für die Auseinandersetzung mit künftigen Anforderungen des Erwachsenenalters. Zu den Entwicklungsaufgaben im Jugendalter gehören:

- der Aufbau eines Freundeskreises,
- das Akzeptieren der körperlichen Veränderungen und des eigenen Aussehens,
- die Aufnahme enger/intimer Beziehungen,
- die Ablösung vom Elternhaus,
- die Orientierung auf Ausbildung und Beruf,
- die Entwicklung von Vorstellungen bezüglich Partnerschaft und Familie,
- die Gewinnung von Klarheit über sich selbst,
- die Entwicklung einer eigenen Weltanschauung und
- die Entwicklung einer Zukunftsperspektive (Dreher & Dreher, 1997).

In der körperlichen Entwicklung zwischen 11 und 14 Jahren vollzieht sich der zweite Gestaltwandel, in welchem es zu einem Wachstumsschub kommt (bei Jungen insbesondere um das Alter von 14/15 Jahren, bei Mädchen etwa zwei Jahre früher). Die Körperteile wachsen aber nicht alle mit synchroner Geschwindigkeit. Beine und Arme wachsen relativ früher als der Rumpf, was sich sekundär in schlaksigen, ungelungenen Bewegungsabläufen niederschlägt. Der Körper erscheint von seinen Proportionen disharmonisch. Die Hauptveränderungen der körperlichen Entwicklung liegen in diesem Alter im Bereich der Geschlechtsreife, die ursächlich mit einer beträchtlichen hormonalen Umstellung zusammenhängt.

Die Entwicklung der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale erfolgt in einer ziemlich festgelegten Reihenfolge, wobei bei Mädchen die entsprechenden Entwicklungsabschnitte etwa einhalb bis zwei Jahre früher stattfinden als bei den Jungen. Bei den Mädchen setzt die Reifung der Geschlechtsmerkmale um das Alter von 10/11 Jahren mit dem Beginn der Rundung der Hüften, Fettablagerungen und dem Wachsen der Brüste und Brustwarzen ein. Bei den Jungen beginnt dieser Prozess mit dem Wachstum der Hoden, des Hodensacks und des Penis um das Alter von 12/13 Jahren. Im Alter von 11 bis 14 Jahren kommt es dann bei den Mädchen zu einem raschen Wachstum der Eierstöcke, der Scheide, der Gebärmutter und Schamlippen sowie zur ersten Regelblutung (Menstruation). Bei den Jungen wird dieser Reifungsprozess bis zur Erlangung der Geschlechtsreife (Auftreten der ersten Ejakulation) für den Zeitraum von 13 bis 16 Jahren angegeben.

Diese Veränderungen im körperlichen Bereich werden von den Heranwachsenden psychisch reflektiert und führen bei manchen Jugendlichen zu Verunsicherungen in ihrer körperlichen Selbstdarstellung. Erst mit dem Durchlaufen der anschließenden Harmonisierungsphase können diese Hemmungen konstruktiv gelöst werden. Die Jugendlichen im Alter bis etwa 14 Jahre lernen allmählich, sich aus der Sicht anderer zu sehen, und sie beziehen Vergangenheit (wie sie waren) und Zukunft (wie sie sein möchten und was sie werden möchten) mit in ihre Selbstbeschreibungen ein.

Sie begeben sich also auf die Suche nach ihrem Selbst, nach ihren Lebens- und Zukunftsperspektiven. Das gilt auch für ihre soziale Entwicklung insgesamt. Der Prozess der emotionalen Loslösung von den Eltern, die Einbindung in Peergruppen und die Aufnahme von Beziehungen zu Freunden beiderlei Geschlechts beginnt erst jetzt. In der frühen Adoleszenz sind Freunde Personen, mit denen man gemeinsam etwas unternehmen kann, aber die Tiefe und Wechselseitigkeit der Beziehungen sowie das besondere Gefühl der Freundschaft ist noch nicht konsistent. Bezüglich der Lernmotivation ist häufig ein ambivalentes Verhalten zu beobachten: einerseits stabilisieren sich Interessen. Andererseits ist ein „Haltungsverfall“ zu verzeichnen, der sich besonders gegenüber schulischen Lernanforderungen zeigt.

Aufgehoben wird diese Diskrepanz erst in den nächsten Entwicklungsphasen, wenn Schulabschlüsse und Übergänge in das Berufsleben Bedeutung erlangen. Neben diesen

biologischen Prozessen und Persönlichkeitsentwicklungen zählt die Veränderung kognitiver Fähigkeiten zu den gravierendsten Übergängen in der Entwicklung des Jugendlichen. Vornehmlich beziehen sich diese auf die unmittelbare Erweiterung der Denkkoperationen. Die Fähigkeit zur Abstraktion wird umfassender, indem Abstraktionen in unterschiedlichen Bedeutungszusammenhängen verstanden und entwickelt werden.

5. Behandlung, Beratung, Vorsorge – wer ist beteiligt ?

Im Folgenden werden einige wichtige Kinder und Jugendliche betreffende Regelungen der Gesundheitsversorgung und weiterer Hilfen dargestellt¹. Der überwiegende Teil der Behandlung und der individuellen Vorsorge wird durch die gesetzlichen Krankenversicherungen getragen. Die Handlungsfelder der Gesundheitsförderung, Prävention, Hilfestellung und Begleitung wiederum reichen weit in die Maßnahmen der Jugendhilfe und den Schulen hinein. Die Frage, inwieweit eine Vernetzung zwischen den beteiligten Institutionen und Personen bereits gelungen ist, kann nur punktuell und beispielhaft beantwortet werden.

5.1 Das Gesundheitssystem

5.1.1 Die gesetzliche Krankenversicherung

Gegen finanzielle Risiken im Krankheitsfall sichern die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen ab; die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen sind im Wesentlichen durch das Sozialgesetzbuch V (SGB V) rechtlich festgelegt. Für den größten Teil der abhängig Beschäftigten und teilweise auch für Selbständige besteht eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung; ihr wesentliches Strukturmerkmal ist das Solidaritätsprinzip.

Das Solidaritätsprinzip drückt sich auch in der Gestaltung der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen (Ehegatten und Kinder) aus. Kinder bis zu 18 Jahren sind von einer Kostenbeteiligung für verschiedene Leistungen (z. B. Arzneimittel, Heilmittel) befreit. Besteht bei einem Kind eine chronische Erkrankung, sind bei den gesetzlichen Krankenversicherungen Zuzahlungen in Höhe von 1 Prozent des Jahres-Brutto-Familieneinkommens von dem Versicherten zu leisten.

Folgende Leistungen bestehen für Kinder bzw. Jugendliche:

- Verhütung von Zahnkrankheiten (§ 21 Gruppenprophylaxe, § 22 Individualprophylaxe, SGB V)
- Kinderuntersuchungen (§ 26): Hierzu zählen Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (FU 1 bis 3) sowie die Untersuchungen (U1 bis U9 und J1) zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche und geistige Entwicklung beeinträchtigen können,
- sozialpädiatrische Behandlung (z. B. in sozialpädiatrischen Zentren; § 119 SGB V) sowie unter ärztlicher Verantwortung in Frühförderzentren,
- Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung und Empfängnisverhütung,
- Kostenübernahme bei ärztlich verordneten Mitteln zur Empfängnisverhütung bis zum vollendeten 20. Lebensjahr (§ 24a, SGB V),
- Anspruch der Eltern auf Krankengeld zur Betreuung und Pflege ihres kranken Kindes (bis zum 12. Lebensjahr).

Im § 20 SGB V wird nach Leistungen zur primären Prävention im Allgemeinen, in der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie in der Selbsthilfeförderung unterschieden.

Mehr dazu ist in den Kapiteln 12 und 13 ausgeführt.

¹ Quelle: Robert-Koch-Institut, Berlin 2004: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

5.1.2 Die ambulante medizinische Versorgung

Die Sicherstellung des ambulanten Versorgungsauftrags liegt bei den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung – im Rahmen der GKV – wird weitgehend von niedergelassenen Kassenärzten und Therapeuten sichergestellt.

In der ambulanten Versorgung ist in freier Praxis wie auch in Einrichtungen der Frühförderung oder in Beratungsstellen (in unterschiedlicher Trägerschaft) eine Vielzahl von Professionen tätig, wie z. B. Logopäden, Sprachtherapeuten, Ergotherapeuten, (Sozial-) Pädagogen und ambulante Kinderkrankenpfleger/-innen.

In NRW gab es im Jahr 2002 1.297 Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Einrichtungen der Kinder- und Jugendmedizin, davon 549 in Westfalen-Lippe. Auf einen Arzt / eine Ärztin dieser Fachrichtung kamen 2.217 Einwohner zwischen 0 und 14 Jahren.

Im Märkischen Kreis bestehen lt. Kassenärztlicher Vereinigung Westfalen-Lippe 33 Kinderarztpraxen. Auf einen ambulant tätigen Kinderarzt kommen statistisch bei insgesamt 69.302 Kindern und Jugendlichen im Kreisgebiet im Alter bis zu 14 Jahren 2.100 Personen.

Zur Behandlung kinder- und jugendpsychiatrischer Fragestellungen sind im Märkischen Kreis zwei Kinder und Jugendärzte mit dem Schwerpunkt „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ in Lüdenscheid niedergelassen. Für Patienten aus dem nördlichen Märkischen Kreis befinden sich die nächstgelegenen Praxen in Hagen-Hohenlimburg und in Fröndenberg.

Eine Vielzahl von psychologischen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten beteiligen sich im Märkischen Kreis ebenfalls an der psychiatrischen Versorgung, und zwar 11 in Lüdenscheid, 13 in Iserlohn, vier in Hemer, drei in Menden und jeweils einer in Meinerzhagen, Altena und Werdohl.

Neben den niedergelassenen Kinderärzten spielen vor allem auch die Hausärzte bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin als Ärzte für die gesamte Familie eine wichtige Rolle. So nehmen die meisten Jugendlichen ab dem 14. Lebensjahr eher allgemeinärztliche statt kinder- bzw. jugendärztliche Leistungen in Anspruch.

Knapp 20 Prozent aller Besuche in der Kinderarztpraxis, so eine Erhebung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, dienen dazu, die Patienten gegen Infektionskrankheiten zu impfen. Zur Inanspruchnahme von Schutzimpfungen im Märkischen Kreis wird in Kapitel 12 ausführlich berichtet. Außerdem wird von den Kinder- und Allgemeinärzten die Vorsorgeuntersuchungsreihe U 1 (in der Regel erst ab U 3) bis U 9 und J 1 durchgeführt. Auch dazu mehr in Kapitel 13.

5.1.3 Die stationäre medizinische Versorgung

Der stationäre Versorgungsbereich wird durch zahlreiche Rechtsnormen geregelt; die Krankenhäuser werden in einer Vielzahl von Trägerschaften geführt. Im Märkischen Kreis bestehen (bei insgesamt 10 Akutkrankenhäusern) an den Standorten Iserlohn, Lüdenscheid, Menden und Werdohl stationäre Geburtshilfeabteilungen, in Iserlohn und Lüdenscheid sind außerdem pädiatrische Abteilungen mit jeweils auch einer Schule für Kranke vorhanden.

Die Kinderklinik des Krankenhauses Bethanien in Iserlohn umfasst die Abteilungen Neonatologie, allgemeine Pädiatrie, Neuropädiatrie, Epileptologie und Sozialpädiatrie. In der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin werden sämtliche Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters diagnostiziert und – mit Ausnahme der bösartigen Erkrankungen – behandelt. Die neuropädiatrische Abteilung befasst sich mit Entwicklungsverzögerungen, Ent-

wicklungs- und Lernstörungen, Verhaltensproblemen, Hyperaktivität und ADS, Folgezuständen nach Erkrankungen in der Neugeborenenperiode, angeborenen Behinderungen, chronischen Kopfschmerzen, Epilepsien, Folgezustände nach Hirnhaut- bzw. Gehirnentzündung, Stoffwechselerkrankungen des Nervensystems, zerebralen Bewegungsstörungen und Körperbehinderungen sowie geistigen Behinderungen.



Abb. 5.1: niedergelassene Kinderärzte und Kinderkliniken im Märkischen Kreis

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Märkischen Kliniken in Lüdenscheid setzt die Behandlungsschwerpunkte Neuropädiatrie, Kardiologie, Onkologie und Hämatologie, Pulmonologie, Allergologie, Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen sowie Nephrologie und Sozialpädiatrie. Seit 1995 ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Märkischen Kliniken für die Pflichtversorgung des Märkischen Kreises (sowie Teile des Kreises Olpe, des Siegerlandes und des Oberbergischen Kreises) zuständig. Aufgenommen werden Kinder und Jugendliche im Alter von 6 - 18 Jahren mit Verhaltensstörungen, deren Behandlung im ambulanten Rahmen nicht möglich ist oder wo der Störungsverlauf eine bedrohliche Krisensituation hervorgerufen hat.

5.1.4 Der öffentliche Gesundheitsdienst

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) nimmt vor allem Aufgaben in der Gesundheitsvorsorge sowohl hinsichtlich der Früherkennung als auch der Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche wahr, die in Nordrhein-Westfalen nach dem Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst geregelt sind. Die wichtigsten Bereiche, die auch im Märkischen Kreis vorhanden sind, bestehen im Jugendärztlichen Dienst, im Jugendzahnärztlichen Dienst, der Aids-Prophylaxe und dem Gesundheitsschutz mit der Aufgabe der Verhütung einer Infektion mit ansteckenden Krankheiten.

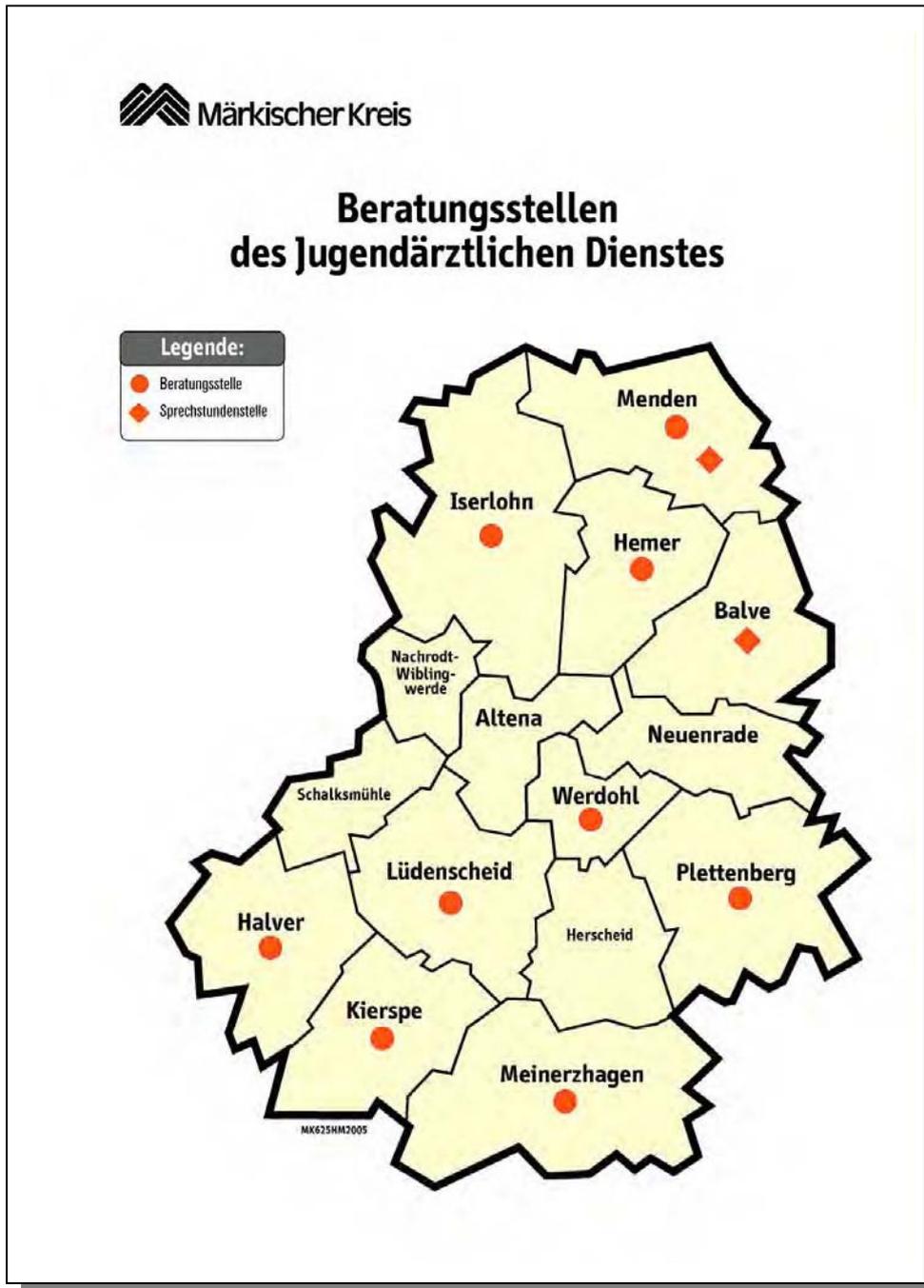


Abb. 5.2: Beratungs- und Sprechstundenstellen des Jugendärztlichen Dienstes

Sowohl der Jugendärztliche als auch der Jugendzahnärztliche Dienst üben zudem die Funktion des Schularztes aus (Siehe Punkt 5.4.2).

Der Jugendärztliche Dienst

Im Märkischen Kreis besteht der Jugendärztliche Dienst aus acht Regionalteams, in denen jeweils ein Arzt / eine Ärztin und zwei, z.T. auch drei sozialmedizinische Assistentinnen bzw. Assistenzkräfte tätig sind.

In nahezu jeder Stadt bzw. Gemeinde des Märkischen Kreises befindet sich eine Beratungsstelle des Gesundheitsamtes mit Sprechstunden- und Anlaufmöglichkeiten (siehe Seite 40). An den übrigen Orten werden Schulen oder Kindergärten als Untersuchungsstellen genutzt.

Die Aufgaben des Jugendärztlichen Dienstes bestehen aus:

- Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen zur individuellen Beurteilung der Schulfähigkeit.
- Durchführung eines Entwicklungstest bei allen Kindergartenbesuchern, die in 18 bis 24 Monaten eingeschult werden. Getestet wird die akustische und optische Wahrnehmung der Kinder, ihre Sprachfähigkeiten sowie ihr Sozialverhalten und ihre Motorik.
- Erstellen von Gutachten zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs im Auftrag des Schulträgers.
- Gutachten zur Ermittlung des Umfangs an heilpädagogischer Frühförderung sowie bei der Aufnahme in Sonderkindergärten bzw. der Bereitstellung einer Fachkraft zur integrativen Förderung in einem Regelkindergarten.
- Betriebsmedizinische Aufgaben in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche (vor allem Kindergärten).
- Beteiligung an der schulischen Gesundheitsförderung.

Ergebnisse der Untersuchungstätigkeiten des Jugendärztlichen Dienstes sind in Kapitel 7 dargestellt.

Der Jugendzahnärztliche Dienst

Der Jugendzahnärztliche Dienst des Gesundheitsamtes führt gemeinsam mit zahnärztlichen Praxen die Kariesprophylaxe in Kindertageseinrichtungen und Grundschulen durch. Damit werden derzeit etwa 95 Prozent aller Kindergartenbesucher sowie sämtliche Grundschüler eines Jahrgangs erreicht.

Gemäß den Verordnungen des Gesetzes über Tageseinrichtungen für Kinder und der Allgemeinen Schulordnung erhebt der Jugendzahnärztliche Dienst flächendeckend den Zahnstatus aller Kinder und Jugendlichen. In den Kindergärten werden grundsätzlich alle Kindergartenbesucher untersucht; in den Schulen sind es die ersten und vierten Grundschuljahre, die vom Schulzahnarzt untersucht werden, wobei die Altersgruppen von Zeit zu Zeit wechseln.

Die Untersuchungsergebnisse werden in Kapitel 8 dargestellt.

AIDS-Prophylaxe und Verhütung vor ansteckenden Krankheiten

Der Gesundheitsschutz nimmt im Kontext des öffentlichen Gesundheitsdienstes eine wichtige Stellung ein. Im Zentrum steht die Verhütung von Infektionserkrankungen. Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindergärten und Schulen verfügen über Hygienepläne, die von der Abteilung Gesundheitsschutz und Umweltmedizin des Kreisgesundheitsamtes zusammengestellt wurden und von dort zu beziehen sind.

Schülerinnen und Schüler, die im Rahmen des Unterrichts (Schülerpraktikum) mit der Zubereitung von Lebensmitteln zu tun haben, erhalten durch das Gesundheitsamt eine Belehrung nach den Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes.

In Form von Schülerseminaren und Öffentlichkeitsveranstaltungen für Jugendliche wird seitens der AIDS-Prophylaxe die Thematik sicherer Verhütungsmethoden vor sexuell ansteckenden Krankheiten und ungewollten Schwangerschaften vermittelt.

Weitere Informationen sind in Kapitel 12 dargestellt.

5.2 Die gesetzliche Unfallversicherung

Einen weiteren wichtigen Beitrag zur Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche leistet die gesetzliche Unfallversicherung (GUV). Alle Kinder und Jugendlichen sind beim Besuch von Kindertageseinrichtungen und von allgemein- oder berufsbildenden Schulen in der gesetzlichen Unfallversicherung pflichtversichert. Organisation und Aufgaben der GUV richten sich nach dem SGB VII. Diese Schüler-Unfallversicherung für die jungen Versicherten bzw. deren Eltern beitragsfrei.

Hauptaufgaben der GUV sind die Prävention sowie nach Eintritt eines Unfalls die Rehabilitation und finanziellen Entschädigungsleistungen. Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbände initiieren und unterstützen Projekte zu gesundheitsförderndem Verhalten. Dazu zählen solche zur Bewegungsförderung und Gewaltprävention, außerdem die Beteiligung am Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“.

Mehr zu dieser Thematik ist in den Kapiteln 12 und 13 zu finden.

5.3 Aufgaben der Jugendämter

Die maßgeblichen Regelungen der Jugendhilfe sind im SGB VIII, auch als Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) bezeichnet, geregelt. Aufgaben der Jugendhilfe bestehen im Wesentlichen darin, junge Menschen bei der Wahrnehmung ihrer Rechte auf Förderung ihrer Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit zu unterstützen. Benachteiligungen sollen vermieden oder abgebaut werden. Eltern bzw. Erziehungsberechtigte sind bei der Erziehung zu beraten und zu unterstützen. Kinder und Jugendliche sollen vor Gefahren für ihr Wohl geschützt werden. Jugendhilfe soll dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten, zu schaffen oder weiter zu entwickeln. Dabei berücksichtigt das Gesetz die Vielfalt an Wertorientierungen, Methoden und Arbeitsformen. Neben der öffentlichen Jugendhilfe bestehen Angebote freier Jugendhilfeträger, wie zum Beispiel bei den Kindertagesstätten, die von den Kirchen, den Wohlfahrtsverbänden, Elterninitiativen und natürlich auch der öffentlichen Hand getragen werden.

Es bestehen örtliche und überörtliche Träger der Jugendhilfe. Im Märkischen Kreis gibt es örtliche Träger in den Städten Altena, Hemer, Iserlohn, Lüdenscheid, Menden, Plettenberg, Werdohl sowie für das übrige Kreisgebiet das Kreisjugendamt mit Sitz in Lüdenscheid. Jugendämter setzen sich jeweils aus dem Verwaltungsbereich mit dem jeweiligen Jugendamtsleiter und dem Jugendhilfeausschuss zusammen. Der überörtliche Träger für Westfalen-Lippe ist das Landesjugendamt beim Landschaftsverband mit Sitz in Münster. Im Rahmen ihrer gesetzlichen und finanziellen Möglichkeiten setzen die Jugendämter bezogen auf die jeweiligen Problemlagen in ihrem Zuständigkeitsbereich vielfältige Lösungsansätze ein und bilden Schwerpunkte.

Die nachfolgende Kreiskarte zeigt die Zuständigkeitsbereiche der Jugendämter im Märkischen Kreis.

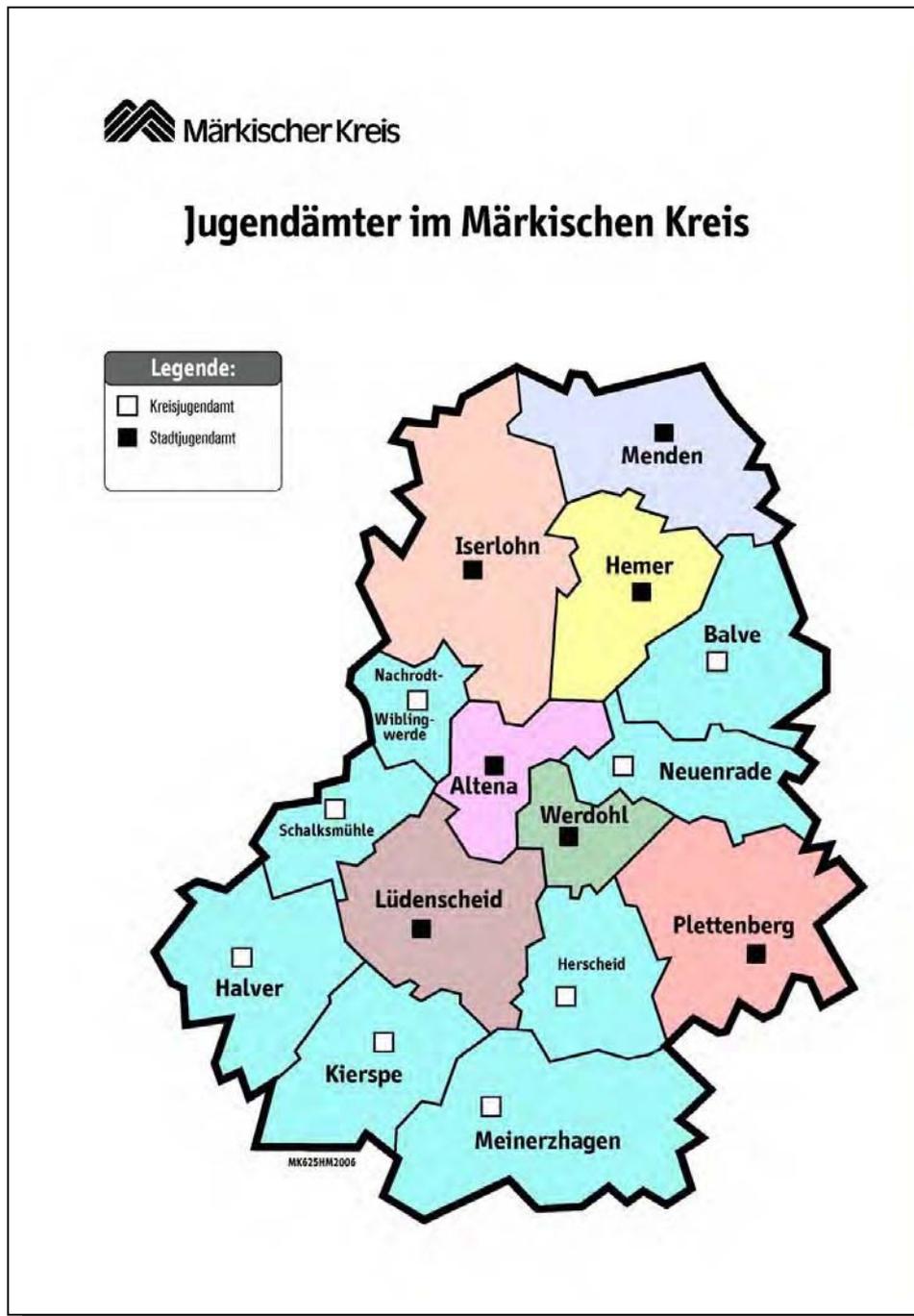


Abb. 5.6: Zuständigkeitsbereiche der Jugendämter im Märkischen Kreis

Zu den Schwerpunkten der Jugendarbeit gehört die außerschulische Jugendbildung mit allgemeiner, politischer, sozialer, gesundheitlicher, kultureller, naturkundlicher und technischer Bildung, Sport, Spiel und Geselligkeit, Kinder- und Jugenderholung, die Jugendberatung und die internationale Jugendbegegnung.

Der erzieherische Kinder- und Jugendschutz (§ 14 des SGB VIII) soll junge Menschen befähigen, sich vor gefährdenden Einflüssen zu schützen und sie zu Kritikfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit sowie zur Verantwortung gegenüber ihren Mitmenschen führen. Eltern und andere Erziehungsberechtigte sollen besser befähigt werden, Kinder und Jugendliche vor gefährdenden Einflüssen zu schützen. Maßnahmen des Jugendschutzes werden von den örtlichen Jugendämtern bzw. dem Kreisjugendamt – häufig in Kooperation mit weiteren Partnern – durchgeführt. Vorrangig sind An-

gebote zur Gewalt- und Suchtprävention sowie zum Schutz vor sexuellem Missbrauch vorgesehen. Auf diesen Punkt wird in Kapitel 12 noch näher eingegangen.

Abgesehen von diesem erzieherischen Schwerpunkt hat der Gesetzgeber das im Jahr 2003 zuletzt reformierte Jugendschutzgesetz erlassen, welches inhaltlich eher ordnungsrechtlich ausgelegt ist. Die dort festgelegten Bestimmungen regeln, wie Jugendliche vor für sie ungeeignete Medien, Konsummittel oder Veranstaltungen geschützt werden. Über die Einhaltung dieser Bestimmungen wachen die örtlichen Ordnungs- und Jugendämter.

Zu den Leistungen der Jugendhilfe gehören ferner die Erziehungsberatung, die sozialpädagogische Familienhilfe, die Inobhutnahme von Kindern in Krisensituationen, in letzter Konsequenz auch die Herausnahme eines Kindes aus der Familie und viele weitere hier nicht aufgeführte Einzelmaßnahmen.

Mit Verabschiedung des Kinder- und Jugendhilfegesetz im Jahr 1990 wurden den Jugendämtern, mehr als zuvor, unterstützende und therapeutische Aufgaben übertragen². In einer ersten Änderung im Jahr 1993 wurden Hilfen bei seelischer Behinderung der Jugendhilfe im § 35a KJHG festgelegt. Hilfen bei geistiger oder körperlicher Behinderung sind dagegen im SGB IX bzw. was den Leistungsbereich angeht, in der Sozialhilfe in SGB XII geregelt. Die Form der Hilfe richtet sich nach dem Bedarf des Einzelnen und kann in ambulanter Form, in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen, durch geeignete Pflegepersonen und in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet werden.

Im Rahmen der Jugendgerichtshilfe wird geprüft, ob Hilfen für Jugendliche, die mit dem Gesetz in Konflikt gekommen sind, Maßnahmen der Jugendhilfe erhalten können. Im Verlauf eines Strafverfahren werden Jugendliche und junge Erwachsene seitens der Jugendgerichtshilfe begleitet.

Aufgrund der Überschneidungen und der Vielzahl therapeutischer, erzieherischer und jugendfördernder Maßnahmen sieht das SGB VIII in § 78 vor, dass die Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Bildung von Arbeitsgemeinschaften anstreben sollen, in denen neben ihnen die anerkannten Träger der freien Jugendhilfe sowie die Träger geförderter Maßnahmen vertreten sind. In den Arbeitsgemeinschaften soll darauf hingewirkt werden, dass die geplanten Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden und sich gegenseitig ergänzen.

Ein vielfältiges und umfassendes Angebot der Jugendförderung sicherzustellen, ist von den öffentlichen Stellen allein nicht zu leisten. Statt dessen besteht ein traditionell bereits über viele Jahrzehnte gewachsenes Angebot freier Träger, die sich im Bereich der Kinder- und Jugendförderung engagieren, angefangen von den Kirchen über die Wohlfahrtsverbände bis hin zu den Sportvereinen.

Zudem gewinnt die Schule als Kooperationspartner eine immer größere Bedeutung.

5.4 Beratungs- und Hilfeangebot an den Schulen

Auf den Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schulen ist bereits in Kapitel 3 eingegangen worden. Innerhalb des Bildungs- und Erziehungsauftrags der Schule ist in § 44 des Schulgesetzes NRW (SchulG NRW) die Information und Beratung der Eltern sowie der Schülerinnen und Schüler festgelegt. Beide sollen über die Lern- und Leistungsentwicklung informiert werden. Die Schule soll außerdem zu Erziehungsfragen und Fragen zum weiteren Bildungsweg beraten. In diesem Kontext arbeitet Schule mit externen Stellen, wie z.B. den schulpsychologischen Diensten, der Berufsberatung oder weiteren Institutio-

² Hier und im Folgenden: Hahn, F. und B. Herpertz-Dahlmann: „Seelische Behinderung“ in www.familienhandbuch.de

nen zusammen. Erste Ansprechpartner sind die unterrichtenden Lehrer, insbesondere die Klassenlehrer.

Im Folgenden werden die schulbezogenen Einrichtungen des Beratungslehrers, des Schularztes, der schulpsychologischen Beratung und der Schulsozialarbeit angesprochen.

Der Themenbereich Gesundheitsförderung an Schulen wird in Kapitel 12 behandelt.

5.4.1 Beratungslehrer

Zur frühzeitigen, fachlichen Unterstützung bei Leistungsproblemen oder gesundheitlichen Einschränkungen sieht das Schulgesetz NRW den Einsatz von Beratungslehrern vor, die neben dem Klassenlehrer und dem Schulleiter spezielle Fragestellungen bearbeiten.

Seit 1997 sind an den Grundschulen Beratungslehrer zur Beratung von Eltern und Schülern über das Bildungsangebot und Unterstützung bei der Wahl und bei Entscheidungen über schulische oder berufliche Bildungswege eingesetzt. Dabei ist vorgesehen, dass sie gemeinsam mit allen Beteiligten Lösungswege bei Lernschwierigkeiten, Lernstörungen oder sozialen und emotionalen Problemen von Schülerinnen und Schülern entwickeln.³ Beratungslehrer sollen das Bindeglied zu außerschulischen Institutionen dar, z.B. zu Schulpsychologischen Diensten, zu Erziehungs- und Drogenberatungsstellen, zur Studien- und Berufsberatung oder stadtteilbezogenen sozialen Diensten usw..

Speziell zur Suchtvorbeugung an Schulen sind in den vergangenen Jahren Suchtberatungslehrer im Märkischen Kreis ausgebildet worden. Dies ist an einer Reihe von Schulen im Kreisgebiet ist ein ergänzendes Beratungsangebot zu den Beratungslehrern.

Die Person des Beratungslehrers kann von Schuljahr zu Schuljahr wechseln. Möglich ist aber auch eine mehrjährige Aufgabenwahrnehmung, was die Möglichkeiten der Vernetzung der Schulen mit den externen Partnern wesentlich verbessert.

5.4.2 Schularzt

Laut § 54 des Schulgesetzes NRW (SchulG NRW) wird für jede Schule ein Schularzt bzw. eine Schulärztin des Gesundheitsamtes bestellt. Die Aufgaben des Schularztes bestehen u.a. in den Einschulungsuntersuchungen und den zahnärztlichen Reihenuntersuchungen, einer schulärztlichen Sprechstunde für Eltern, Schüler und Lehrer, gesundheitsfürsorgereischen Maßnahmen und der Mithilfe bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

Der Schularzt / die Schulärztin wird von der Schule oder dem Schulamt ebenfalls eingeschaltet, wenn gehäuft krankheitsbedingte Fehlzeiten auftreten, bei Verdacht auf Schulschwänzen, um die Sporttauglichkeit festzustellen sowie bei Verdacht auf Drogenmissbrauch. Weitere Schwerpunkte betreffen die Beratung von Schülern, Eltern und Lehrern, Informationsveranstaltungen zu gesundheitsrelevanten Themen sowie Projekte zur Gesundheitsförderung.

Werden vor der Einschulung oder im Rahmen der Schuleingangsphase besondere Fördernotwendigkeiten entdeckt, wird auf Antrag durch die zuständige Schulaufsicht ein Gutachten in Auftrag gegeben, welches den Förderbedarf ermittelt. Rechtsgrundlage bildet die „Verordnung über die sonderpädagogische Förderung, den Hausunterricht und die Schule für Kranke“ (Ausbildungsordnung gem. § 52 SchulG – AO-SF)⁴. Das Gutachten besteht aus einem pädagogischen Teil, den eine sonderpädagogische Lehrkraft und eine Lehrkraft der allgemeinen Schule erstellt, und einem medizinischen Teil, der vom Schularzt des Gesundheitsamtes abgefasst wird. Zum Gutachten gehören Aussagen zu den

³ Quelle: Helmut Geißler, Minden in <http://www.learn-line.nrw.de/>

⁴ SGV NRW 223 v. 29.05.2005 geändert d. VO vom 13.07.2005

Fragen, ob ein Förderbedarf, ein erhöhter Förderbedarf oder ein sonderpädagogischer Förderbedarf besteht, wie diesem Förderbedarf im Einzelnen entsprochen werden kann, welcher ggf. der mögliche Förderort ist. Im Jahr 2004 wurden kreisweit 573 schulärztliche Gutachten zum sonderpädagogischen Förderbedarf erstellt.

Im Rahmen der Kinder- und Jugendzahnärztlichen Gesundheitsdienste berät die untere Gesundheitsbehörde Kinder, Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten, Erzieher und Lehrer in Fragen der Gesunderhaltung des Zahn-, Mund- und Kieferbereiches. Die untere Gesundheitsbehörde führt, soweit erforderlich, dazu regelmäßig zahnärztliche Untersuchungen durch, um Krankheiten und Fehlentwicklungen zu verhüten und zu mildern.

Im Märkischen Kreis sind die Schulärzte Mitarbeiter aus dem Jugendärztlichen bzw. dem Jugendzahnärztlichen Dienst des Kreisgesundheitsamtes.

5.4.3 Schulpsychologische Beratung

Die schulpsychologischen Beratungsstellen im Märkischen Kreis sind organisatorisch eng mit den psychologischen Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche verzahnt. Sie werden daher grafisch weiter unten in dem entsprechenden Unterabschnitt dargestellt.

Sie helfen bei Lern- und Leistungsproblemen wie Leistungsversagen, Arbeitsproblemen in der Schule oder zu Hause, Lese-Rechtschreibschwäche, Hochbegabung, Schulübergang, Klassen- und Kurswahl, Beziehungsproblemen zwischen Familie und Schule, sowie schulrelevanten Verhaltensproblemen, u.a. Schulangst, Schulverweigerung, aggressives Verhalten in der Schule.

Das schulpsychologische Angebot – etwa der schulpsychologischen Beratungsstelle der Stadt Lüdenscheid – umfasst eine differentielle Lern- und Leistungsdiagnostik bzw. Förderdiagnostik, Einzel- und Auswertungsgespräche, Förderhinweise und auf Wunsch Kontaktaufnahme und enge Zusammenarbeit mit der Schule. Die Beratung erfolgt unabhängig und neutral durch Fachpsychologen. Die Inanspruchnahme ist freiwillig. Die Berater unterliegen der Schweigepflicht.⁵

Im Märkischen Kreis bestehen insgesamt fünf schulpsychologische Beratungsstellen. Davon unterhält die Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Hagen-Märkischer Kreis in Halver, Schalksmühle und die Stadt Meinerzhagen jeweils eine schulpsychologische Beratungsstelle, in Iserlohn ist der „Zweckverband für psychologische Hilfen“ der Städte Hemer, Iserlohn und Menden der Einrichtungsträger und in Lüdenscheid die Stadtverwaltung. An der Gesamtschule in Kierspe ist ein Schulpsychologe für die Schülerinnen und Schüler am Ort tätig.

Aus dem Jahresbericht 2004 der Schulpsychologischen Beratungsstelle des Zweckverbandes Iserlohn-Hemer-Menden geht hervor, dass überwiegend Kinder und Jugendliche im Alter von 13 bis 15 Jahren beraten wurden, die meisten Besucher sind Realschüler, gefolgt von Hauptschülern und zu einem geringeren Anteil Besucher von Gymnasien und Gesamtschulen bei insgesamt steigenden Fallzahlen. Der Anteil der Grundschüler hat in den vergangenen Jahren stetig abgenommen, da in dieser Einrichtung die therapeutischen Inhalte bzgl. Legasthenie und Dyskalkulie in die Psychologische Beratungsstelle des Zweckverbandes verlagert worden sind.

Ein Teil der schulpsychologischen Fragestellungen beinhaltet lediglich eine Diagnostik.⁶ In anderen Fällen ist nach erfolgter Diagnostik noch eine weiterführende Beratung bzw. Behandlung der Problembeteiligten notwendig.

⁵ Quelle: <http://www.luedenscheid.de/>

⁶ Zweckverband für psychologische Beratungen und Hilfen, Schulpsychologische Beratungsstelle: Jahresbericht 2004

Abgesehen von der einzelfallbezogenen Arbeit sind schulpsychologische Beratungsstellen ebenfalls mit Fragestellungen der Prävention und der Unterstützung anderer beteiligter Personen befasst. Die Beratungsstelle des Zweckverbandes beispielsweise bietet neben Informationsveranstaltungen und Projekten Supervision für Lehrer wie auch speziell für die Beratungslehrer in Iserlohn an.

5.4.4 Schulsozialarbeit

Die Mitarbeit von Sozialpädagogen und Sozialarbeitern an Schulen ist in § 58 Schulgesetz NRW (SchulG NRW) umschrieben. Inhaltlich werden im Gesetz keine Vorgaben gemacht. Finanziert werden Schulsozialarbeiter über die Jugendhilfe. Konzeptionell ist beabsichtigt – so das Landesjugendamt NRW – der Schulsozialarbeit eine Drehscheibenfunktion zwischen Jugendhilfe und Schule zuzuweisen. Die Aufgabenbereiche sind vielfältig, angefangen von der Sicherstellung der Schülerbetreuung bis zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Schule und betrieblichem Ausbildungsangebot.

Ein Beispiel aus der Gesamtschule Iserlohn⁷

Die Sozialpädagogen führen Beratungsgespräche für Schülerinnen und Schüler, Eltern und Lehrkräfte durch. Dabei werden nicht nur Probleme in der Schule berücksichtigt, sondern die Schulsozialpädagogen können auch auf Schwierigkeiten zu Hause oder im sozialen Umfeld angesprochen werden. Darüber hinaus sind die Sozialpädagogen in den offenen Angeboten und während der Arbeitsgemeinschaften tätig. Sie organisieren und führen verschiedene Angebote durch, wie Betreuung der Teestuben, Kreativ- Sport- und Spielangebote. Im Bereich der Arbeitsgemeinschaften wird ein Selbstbehauptungstraining für Mädchen, eine Video- und eine Fußball - AG angeboten.

Die Schulsozialpädagogen sind für die Ausbildung, Betreuung und die Koordination der Einsätze der Streitschlichter mitverantwortlich. Zusammen mit dafür ausgebildeten Lehrkräften bilden sie die Streitschlichter aus und koordinieren ihre Einsätze. Außerdem organisieren die Sozialpädagogen gemeinsam mit der didaktischen Leitung die Fortbildung für Lehrer und Lehrerinnen zu sozialpädagogischen Themen.

Die Schulsozialpädagogen an der Gesamtschule arbeiten mit folgenden Institutionen zusammen: Jugendamt (Projektarbeit, Jugendschutz, Jugendhilfe, Bezirkssozialarbeit, Gerichtshilfe); Psycho-soziale Beratungsstellen; niedergelassene Ärzte, Therapeuten, Psychologen; Polizei, Kommissariat Vorbeugung; Gesundheitsamt des Märkischen Kreises; Krankenkassen (AOK, Barmer Ersatzkasse); Straffälligenhilfe „Knackpunkt“; Anonyme Drogenberatung e.V. Iserlohn; AIDS - Beratungsstelle der AWO; Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle des DRK; Evangelische Akademie „Haus Ortlohn“; Vereine.

5.5 Weitere Beratungs- und Hilfeangebote für Kinder, Jugendliche und Eltern

5.5.1 Psychologische Erziehungs- und Familienberatungsstellen

Im Märkischen Kreis stehen 21 Erziehungs- und Familienberatungsstellen in 12 Städten und Gemeinden zur Verfügung. Erziehungsberatungsstellen bieten Dienstleistungen für Eltern, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zum Alter von 27 Jahren an. Das Besondere, z.B. im Vergleich mit einer freien Praxis, ist das multidisziplinäre Team. Mehrere Berufsgruppen arbeiten zusammen, ergänzen und unterstützen sich. Bei der Erziehungsberatungsstelle des Caritasverbandes Iserlohn sind es beispielsweise Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und Heilpädagoginnen.⁸

⁷ Quelle: www.gesamtschule-iserlohn.de

⁸ Erziehungsberatungsstelle des Caritasverbandes Iserlohn e.V.: „Jahresbericht 2004“

Neben der Eltern- und Familienberatung gewinnt die Frühberatung, eine Begleitung in den ersten Lebensjahren, in denen die Eltern-Kind-Beziehung angelegt wird, an Bedeutung. Außerdem werden Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern bei psychischen Störungen unterstützt.

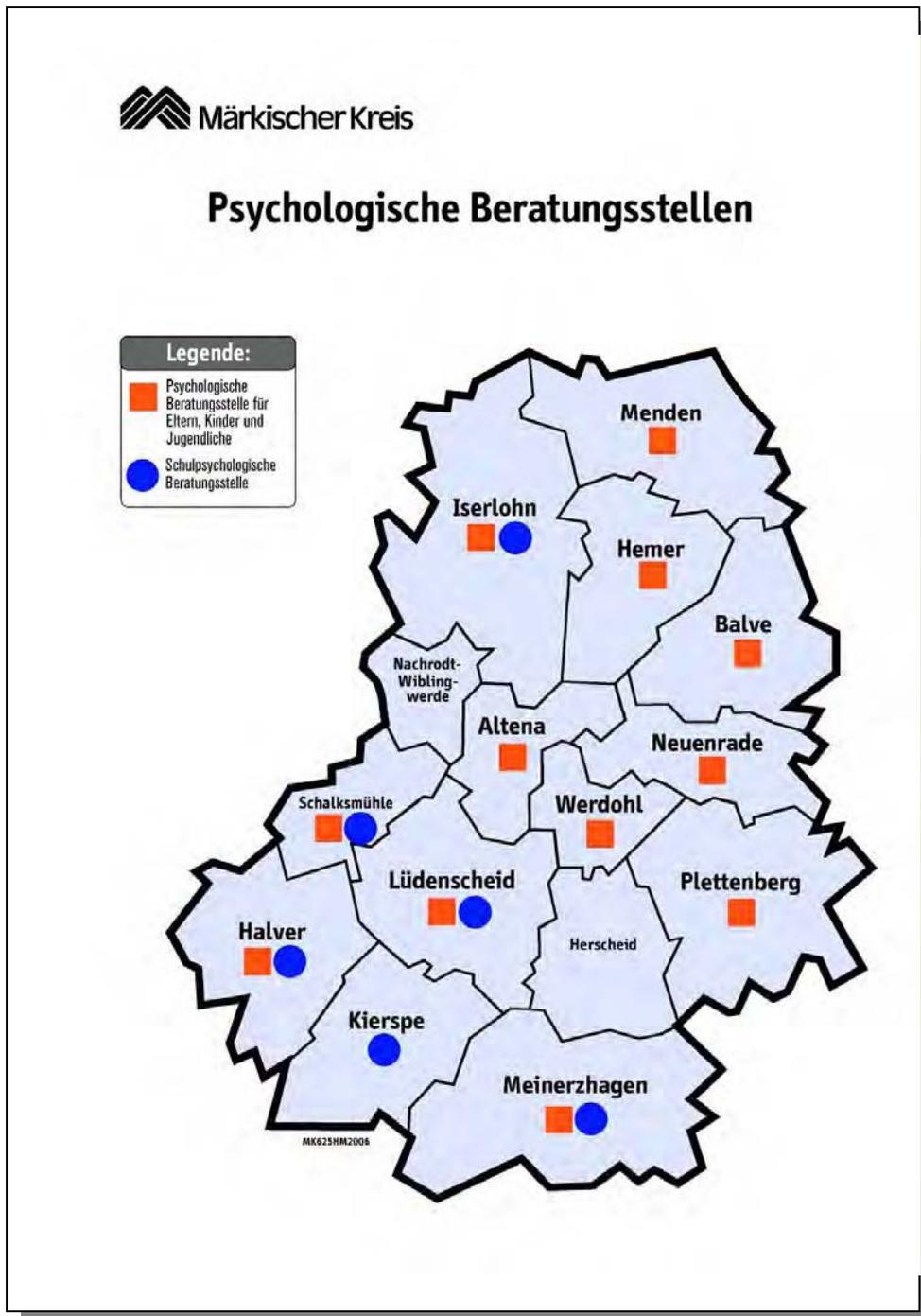


Abb. 5.5: Psychologische Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche und schulpsychologische Beratung

Der größte Teil der Beratungsanlässe (meist ca. drei Viertel) bezieht sich auf die Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrundeliegenden Faktoren, die Lösung von Erziehungsfragen wie auch auf die Unterstützung bei Trennung und Scheidung, teilweise hier auch bezüglich sorgerechtllicher Regelungen. Ein weiterer Schwerpunkt besteht in der therapeutischen Behandlung und Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit einer seelischen Störung.

Den größten Anteil an den Besuchern nehmen Kinder und Jugendliche – in der Regel mehr Jungen als Mädchen – zwischen 6 und 15 Jahren ein. Die meisten Besucher kommen aufgrund eigener Initiative; vermittelt wird in der Regel von den Jugendämtern und den Schulen.⁹

Neben der einzelfallbezogenen Arbeit nehmen psychologische Beratungsstellen auch Aufgaben der Prävention z.B. gegen Gewalt, Mobbing in der Schule etc. in Form von Informationsveranstaltungen und Elternabenden wahr.

5.5.2 Anonyme Drogenberatung

Im Märkischen Kreis existieren zwei Träger der Drogenhilfe, zum einen die Anonyme Drogenberatung e.V. Iserlohn mit den Standorten Iserlohn, Werdohl und Lüdenscheid sowie zum anderen die Anonyme Drogenberatung der Stadt Menden.

Leistungen der Drogenberatungen bestehen in der Primär- und Sekundärprävention, der Beratung und Vermittlung von Drogenabhängigen sowie der Arbeit mit Angehörigen von Drogengebrauchern.¹⁰

Der Bereich der Primärprävention wendet sich an Kinder und Jugendliche, Eltern, Pädagogen usw. im Vorfeld vor einem möglichen Rauschmittelkonsum. Maßnahmen zur Prävention werden in Form von Einzelveranstaltungen an Schulen, zum Teil auch in Kindergärten durchgeführt. Außerhalb der Schule arbeitet die Drogenberatung mit den Einrichtungen der Jugendhilfe zusammen, führt beispielsweise Präventionsprojekte in Jugendzentren durch. In diesem Zusammenhang sind die in den vergangenen Jahren in den meisten Städten des Kreisgebietes durchgeführten Aktionswochen zur Suchtprävention zu nennen. Regelmäßiger Bestandteil der Primärprävention sind die Fortbildungsveranstaltungen für (Sucht-) Beratungslehrer an den Schulen. Diese Präventionsangebote werden, wie auch die nachfolgenden Maßnahmen zur Sekundärprävention, von der Prophylaxefachkraft der Drogenberatung konzipiert und umgesetzt.

Sekundärprävention wendet sich an Drogengebraucher mit dem Ziel, Abhängigkeiten und Folgekomplikationen bei den Betroffenen abzuwenden. Eine konkrete Maßnahme ist der Soziale Trainingskurs für erstaußfallige Straftäter am Standort Lüdenscheid, der in Kooperation mit der Jugendgerichtshilfe und den Justizbehörden durchgeführt wird. Ein weiteres Angebot der Anonymen Drogenberatung besteht in einem Beratungsangebot für auffällige Kraftfahrer, denen aufgrund eines Drogenkonsums ihre Fahrerlaubnis entzogen wurde. In den nächsten Jahren wird eine Beratungs-Sprechstunde an Schulen weiter ausgebaut. Sowohl in der Primär- wie auch in der Sekundärprävention ist die enge und gute Kooperation mit den Schulen und den Anbietern der Jugendhilfe entscheidend.

Die Beratung und Behandlung von Drogenabhängigen sowie deren Vermittlung in stationäre Behandlung und Therapie ist ebenfalls originäre Aufgabe der Drogenberatung. Dabei kommt es darauf an, eine vertrauensvolle und tragfähige Beziehung zum Klienten aufzubauen. Im vergangenen Jahr wurden an den Standorten Iserlohn, Lüdenscheid und Werdohl insgesamt 751 Klienten betreut, davon 58, die unter 18 Jahre alt waren, und 362 im Alter zwischen 18 und 25 Jahren.

Suchterkrankung wird häufig auch als „Familienkrankheit“ bezeichnet, d.h. Angehörige, ob Eltern oder Kinder, sind von der Suchterkrankung eines Angehörigen ebenfalls mit betroffen. Angehörigenberatung ist daher auch ein fester Bestandteil des Angebotsspektrums der Anonymen Drogenberatung. Neben den Elternkreisen, also Gesprächsgruppen für betroffene Eltern, hat sich im Jahr 2004 in Iserlohn auch eine Angehörigenselbsthilfegruppe mit dem Namen „Klatschmohn“ gegründet.

⁹ Um einen Überblick über die Angebote der Beratungsstellen zu erhalten, wurden mehrere Jahresberichte gesichtet. Eine ausführlichere Analyse ist in diesem Rahmen allerdings nicht möglich.

¹⁰ Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Arbeit der Anonymen Drogenberatung e.V. Iserlohn.

5.5.3 Kinder und Jugendtelefon

Das Kinder- und Jugendtelefon ist ein kostenfreies Beratungsangebot für Kinder und Jugendliche, an das sich Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen anonym unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 0800 111 0 333 wenden können. Technisch ist das Kinder- und Jugendtelefon so organisiert, dass der Anrufer zum nächsten Berater vermittelt wird und die Rufnummer des Anrufers nicht übertragen wird.

Die Gesamtorganisation des Kinder- und Jugendtelefons obliegt der Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendtelefon e.V.; sie ist die bundesweite Dachorganisation der Kinder- und Jugendtelefone in Deutschland und Mitglied im Deutschen Kinderschutzbund. Die jetzt seit 25 Jahren bestehende Bundesarbeitsgemeinschaft sichert langfristig das telefonische Gesprächs- und Beratungsangebot für Kinder und Jugendliche. Das Kinder- und Jugendtelefon wird von einer Reihe von Wohlfahrtsverbänden organisiert. Offizieller Partner des Kinder- und Jugendtelefons ist die Deutsche Telekom, welche die technische Infrastruktur zur Verfügung stellt, damit die Anonymität der Anrufer gewährleistet ist. Ergänzt wird dieses Angebot durch ein Elterntelefon sowie eine Internetberatung für Jugendliche. Der Verein koordiniert das Beratungsangebot und unterstützt die Qualifizierung der Beratungskräfte.

Im Märkischen Kreis bietet der Ortsverband Lüdenscheid des Kinderschutzbundes Beratung am Kinder- und Jugendtelefon an. Das Telefon ist in der Zeit von montags bis freitags zwischen 15 und 19 Uhr besetzt.

Jährlich wird eine bundesweite Gesamtstatistik für das Kinder- und Jugendtelefon herausgegeben¹¹. Darin heißt es, dass im Jahr 2004 über eine Million Gespräche angenommen wurden. Etwa ein Viertel sind tatsächliche Beratungsgespräche, die übrigen Test-, Scherzanrufe usw.. Meist handelt es sich um die Themen Liebe, Sexualität (dort vor allem Schwangerschaft), Familie, Freunde, Schule, Gewalt oder Sucht.

5.5.4 Kinderschutz-Zentren

Kinderschutz-Zentren verstehen sich als Beratungsstelle für Familien mit Gewaltproblemen, speziell bei körperlicher und seelischer Kindesmisshandlung, Kindesvernachlässigung und sexuellem Missbrauch. Ihr Ziel und ihre Aufgabe ist es, Gewalt gegen Kinder, Kindesmisshandlung, Kindesvernachlässigung und sexuellen Missbrauch abzubauen, zu verhindern, bzw. vorzubeugen. Angeboten wird unter anderem Krisenintervention, telefonische Beratung, Beratung bzw. Therapie für Kinder und Eltern sowie Vermittlung sozialer Beratung und Hilfen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft mit Sitz in Köln bildet den Dachverband der Kinderschutz-Zentren.

Im Märkischen Kreis nimmt die „Ärztliche Beratungsstelle bei Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen“ in Lüdenscheid die Funktion als Kinderschutz-Zentrum wahr. Die Beratungsstelle bietet Beratung in allen mit Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch zusammenhängenden Fragen sowie in Bezug auf weitere Problemstellungen, die im Zusammenhang mit Erziehung und Betreuung entstehen können.

Die Beratungsstelle ist zuständig für den Raum Altena, Herscheid, Lüdenscheid, Nachrodt-Wiblingwerde, Neuenrade, Plettenberg, Werdohl sowie die Städte und Gemeinden im Volmetal.

¹¹ Quelle: <http://www.kinderundjugendtelefon.de/>

5.5.5 Jugendmigrationsdienste

Jugendmigrationsdienste zielen als Bestandteil der Jugendhilfe auf Vermeidung bzw. Ausgleich von Benachteiligungen ab und tragen dazu bei, das Recht aller jungen Menschen mit Migrationshintergrund auf umfassende Teilhabe und Chancengleichheit in allen gesellschaftlichen Bereichen zu verwirklichen.¹² Als Angebot der Jugendsozialarbeit kooperieren sie mit anderen für die jungen Zuwanderinnen und Zuwanderer relevanten Diensten und Einrichtungen – auch den Migrationsdiensten für erwachsene Neuzuwanderinnen und Neuzuwanderer – und nehmen für diese eine Anlauf-, Koordinierungs- und Vermittlungsfunktion wahr. Gefördert werden die Jugendmigrationsdienste vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Ihre Zielgruppe sind Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene im Alter von 12 bis 27 Jahren mit Migrationshintergrund. Gemeinsam mit den jungen Menschen wird im Rahmen ihrer individuellen Lebensplanung ein Integrationsplan erarbeitet. Die Orientierung an der Lebensplanung und an den Langzeitzielen dient vor allem der Förderung der Motivation der jungen Menschen zum Spracherwerb, zur Berufsausbildung usw.

Jugendmigrationsdienste werden im Märkischen Kreis in jeder Stadt bzw. Gemeinde unter der Trägerschaft des Internationalen Bundes e.V. angeboten.

5.5.6 Beratungsstelle für Frauen und Mädchen

Die Beratungsstelle für Frauen und Mädchen in Iserlohn wurde 1991 von der Autonomen Frauengruppe Iserlohn e.V. gegründet und 1993 in kommunale Trägerschaft übernommen. Sie steht Mädchen ab 14 Jahren und Frauen jeden Alters offen, sofern sie ihren Wohnsitz in Iserlohn haben. In Beratung und Psychotherapie geht es darum, Lebensereignisse und die eigenen Reaktionen darauf besser zu verstehen, Lösungen zu finden oder Entscheidungen zu treffen und damit frei zu werden für neue Wege und Möglichkeiten.

Die Beratungsstelle für Frauen und Mädchen arbeitet mit an verschiedenen Projekten über gesellschaftlich bedeutsame Themen und engagiert sich in unterschiedlichen Arbeitskreisen, um die Lebensbedingungen von Frauen und Mädchen nachhaltig zu verbessern und zu stärken.

Im Jahr 2004 waren von insgesamt über 100 Besucherinnen 25 Prozent jünger als 18 Jahre.

5.5.7 Schwangerschaftsberatungsstellen

Im Märkischen Kreis bestehen fünf Schwangerschaftsberatungsstellen, die an folgenden Standorten vertreten sind: Altena (Caritasverband Lüdenscheid-Altena), Iserlohn (Deutsches Rotes Kreuz), Kierspe (Diakonisches Werk Lüdenscheid-Plettenberg), Lüdenscheid (Caritasverband Lüdenscheid-Altena), Menden (Stadt Menden) sowie Plettenberg (Diakonisches Werk Lüdenscheid-Plettenberg).

Im Jahr 2003 wurden diese Einrichtungen einzelfallbezogen von 1.625 Personen Anspruch genommen. Aus den aktuellen Jahresberichten von zwei Beratungsstellen geht hervor, dass etwa 6 Prozent der Konfliktberatung von Jugendlichen unter 18 Jahren in Anspruch genommen wurde. Nimmt man die Altersgruppe der 18 bis 21jährigen Klientinnen hinzu, ergibt dies einen Anteil von 14 bis 22 Prozent an der Gesamtklientel.

Neben der eigentlichen Konfliktberatung und der Information über finanzielle Hilfen bieten die Beratungsstellen Beratung und Information für Jugendliche zu Sexualität, Verhü-

¹² Quelle: www.jugendmigrationsdienste.de

tung und Partnerschaft wie auch die Beratung von Eltern, Erzieherinnen und Erziehern zu Fragestellungen bezüglich der sexuellen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen an.

Die Schwangerschaftsberatungsstellen bieten darüber hinaus sexualpädagogische Prävention in Kooperation mit Schulen und Informationsveranstaltungen und Fortbildungen für Eltern, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer an.

5.5.8 Fachdienst gegen sexuelle Gewalt

Der Fachdienst gegen sexuelle Gewalt ist Bestandteil des „Zweckverbandes für psychologische Beratungen und Hilfen“ (ZfB). 1994 wurde eine Planstelle für eine Fachberatung bei sexuellem Missbrauch geschaffen, die an die drei Psychologischen Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche in Iserlohn, Hemer und Menden angegliedert wurde. Der Fachdienst sieht seine Arbeit als Beitrag zur Optimierung der Hilfen für Kinder und Jugendliche insofern, als auch Gewaltopfer ihre Erlebnisse bewältigen können.

Die Arbeit umfasst im Einzelfall unter anderem Krisenintervention für die betroffenen Kinder und Jugendlichen, psychologische Beratung und Psychotherapie, fachliche Hilfen für Fachkräfte im Einzelfall.

Neben der Einzelfallhilfe für die Opfer sieht es der Fachdienst als seine Aufgabe, neue Erkenntnisse, Erfahrungen, Tendenzen aus der Praxis in die Öffentlichkeit zu tragen und damit Problembewusstsein herzustellen oder zu fördern. Hinzu kommen Präventionsarbeit mit potentiellen Opfern und deren sozialem Umfeld, fachliche Hilfen für den Bereich der Jugendhilfe und die aktive Mitarbeit in Fachgremien.

5.5.9 Opferschutzbeauftragte der Polizei NRW

Opfer von Straftaten haben Anspruch auf eine schonende Behandlung im Ermittlungsverfahren und auf polizeiliche Hilfe. Um dem Opferschutz im polizeilichen Alltag Rechnung zu tragen, hat jede Kreispolizeibehörde Opferschutzbeauftragte ernannt. Sie haben die Aufgabe, vor Ort Netzwerke des Opferschutzes und der Opferhilfe mit staatlichen, kommunalen und freien Trägern aufzubauen. Die Opferschutzbeauftragten sind Anlaufstelle für allgemeine und spezielle Opferfragen, -betreuung und -hilfe, so auch der Opferschutzbeauftragte der Kreispolizeibehörde Lüdenscheid.

5.6 Vernetzung, Transparenz

Zusammenfassend kann auch für den Märkischen Kreis festgehalten werden, dass Gesundheitsversorgung und Jugendhilfe durch eine Vielzahl von Professionen wie auch Institutionen gekennzeichnet sind.¹³ In Bezug auf die Klienten erlaubt zwar die Vielzahl und Vielfalt der Angebote eine gewisse Wahl oder auch bessere Zugangsmöglichkeiten, erfordert aber andererseits die Notwendigkeit und Fähigkeit, für ihre in der Regel komplexen Problemlagen die jeweils zuständige Einrichtung und Berufsgruppe herauszufinden.

Diese Kompetenz kann nicht zwingend als vorhanden vorausgesetzt werden; vor allem nicht bei denjenigen, die insbesondere auf Hilfen angewiesen sind, diese aber oftmals nicht erhalten (Badura/Feuerstein 1994, Schubert 1998). Ein Lösungsansatz wird in einer besseren Vernetzung und Qualitätssicherung der Einrichtungen und Professionen vor allem auf kommunaler Ebene gesehen (Langnickel 1997, Brandenburg et al. 1998, Ferber Ch v 2000a).

¹³ Hier und im Folgenden: Robert-Koch-Institut: „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes“, Berlin 2004

Im Märkischen Kreis besteht zur Verbesserung der Transparenz in der Gesundheitshilfe zum einen ein Online-Beratungsführer¹⁴ mit über 800 Adressen, der in einer Fassung von 2004 auch in einer Druckversion vorliegt, sowie zum anderen ein Gesundheitstelefon¹⁵. Diese beiden Informationsdienstleistungen, die vom Kreisgesundheitsamt entwickelt wurden und auch von dort vorgehalten werden, dienen den Bürgerinnen und Bürgern im Kreisgebiet und darüber hinaus, sich das bestehende Beratungs- und Hilfeangebot zu erschließen.

Durch die dezentrale Organisation des Jugendärztlichen Dienstes wird eine Vernetzung in den Städten und Gemeinden im Kreisgebiet begünstigt. Vergleichbares trifft für die engen Kontakte des Jugendzahnärztlichen Dienstes mit Grund- und Förderschulen wie auch der Kindergärten zu.

In einigen Städten bestehen Runde Tische bzw. regelmäßige Treffen von Fachleuten, die sich mit Themen der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche befassen. Beispielhaft zu nennen sind das „Iserlohner Bündnis für Familie“ mit der Arbeitsgruppe „Gesundheit“ oder die „Plettenberger Runde“. In beiden Fällen sind niedergelassene Kinderärzte beteiligt, Mitarbeiter aus dem betreffenden Jugendamt sowie aus den Erziehungsberatungsstellen.

Neben dem Effekt der gegenseitigen Information ist auch die Funktion des persönlichen Kennenlernens über die institutionellen Grenzen hinweg nicht zu unterschätzen. Auf diese Weise wird es erleichtert, dass „richtige“ und passende Hilfeangebot rechtzeitig und niedrigschwellig an Hilfesuchende zu vermitteln. Darüber hinaus sind die bereits erwähnten Arbeitsgemeinschaften der Jugendhilfe gem. § 78 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) zu erwähnen.

Neben diesen dauerhaft bzw. langfristig angelegten Gesprächsrunden entstehen Vernetzungsstrukturen durch zeitlich begrenzte Kampagnen. Ein gutes Beispiel bilden die Aktionswochen zur Suchtprävention, die von der Drogenberatung Iserlohn e.V. konzeptionell begleitet werden. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Kommunikation unter den an Prävention beteiligten Personen und Institutionen zumindest zeitweilig angeregt worden ist. Inwieweit dies auch zu einer nachhaltigen Form der Vernetzung geführt hat, kann hier nicht beantwortet werden.

Im Bereich der Gesundheitsversorgung bestehen neben dem bereits Angesprochenen kreisweit Facharbeitskreise wie z.B. der regelmäßige Austausch der Jugendärzte des Gesundheitsamtes mit den Frühförderstellen, der kreisweite „Arbeitskreis Autismus MK“ die Psychosoziale AG „Kids“, in der sich Mitarbeiter aus Einrichtungen der Jugendhilfe im südlichen Märkischen Kreis treffen, der „Arbeitskreis Zahngesundheit im Märkischen Kreis“ oder der Arbeitskreis „Gesundheitsförderung an Schulen“. Ein weitere regelmäßig tagende Arbeitsgruppe koordiniert die Suchtprophylaxearbeit an Schulen. Dort beteiligt sind die Suchtberatungslehrer sowie Mitarbeiter der Jugendämter und des Schulamtes. Außerdem treffen sich die Suchtberatungslehrer in vier regionalen Gruppen, um Lehrerfortbildungen, Hilfe- und Präventivmaßnahmen abzustimmen.

Weiter zu nennen sind die Gremien der Kommunalen Gesundheitskonferenz mit ihren jeweiligen fachbezogenen Arbeitsgruppen.

¹⁴ Quelle: <http://www.maerkischer-kreis.de/a-z/Beratungsfuehrer.php>

¹⁵ Tel.: 02352 966-7272

6. Todesursachenstatistik: wie alt werden die Menschen im Märkischen Kreis und woran sterben Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ?

Die durchschnittliche Lebenserwartung in einer Bevölkerung hängt von mehreren Faktoren, wie dem Grad der medizinischen Versorgung oder der Häufung gesundheitlicher Risiken, ab. Frauen haben im Durchschnitt eine längere Lebenserwartung als Männer. Das größte Risiko für Kleinkinder zu versterben, liegt in der Geburtsphase und den ersten Lebensmonaten. Bei Kindern ab zwei Jahren, bei Jugendlichen wie auch jungen Erwachsenen spielen die äußeren Einflüsse eine entscheidende Rolle. Das können im Kindesalter Hausunfälle und Vergiftungen sein, später sind Verkehrsunfälle und Folgen von Verletzungen die Hauptursachen.

6.1 Die durchschnittliche Lebenserwartung

Anhand ausgewählter Gesundheitsindikatoren lassen sich ansatzweise Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung ziehen. In Betracht kommen Angaben zur

- durchschnittlichen Lebenserwartung
- Todesursachenstatistik
- Säuglingssterblichkeit

Datengrundlage bilden die in den Todesbescheinigungen festgestellten Todesursachen, welche von dem den Tod feststellenden Arzt angegeben werden. Die Daten werden vom Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW aufbereitet und stehen auf Kreisebene zur Verfügung.

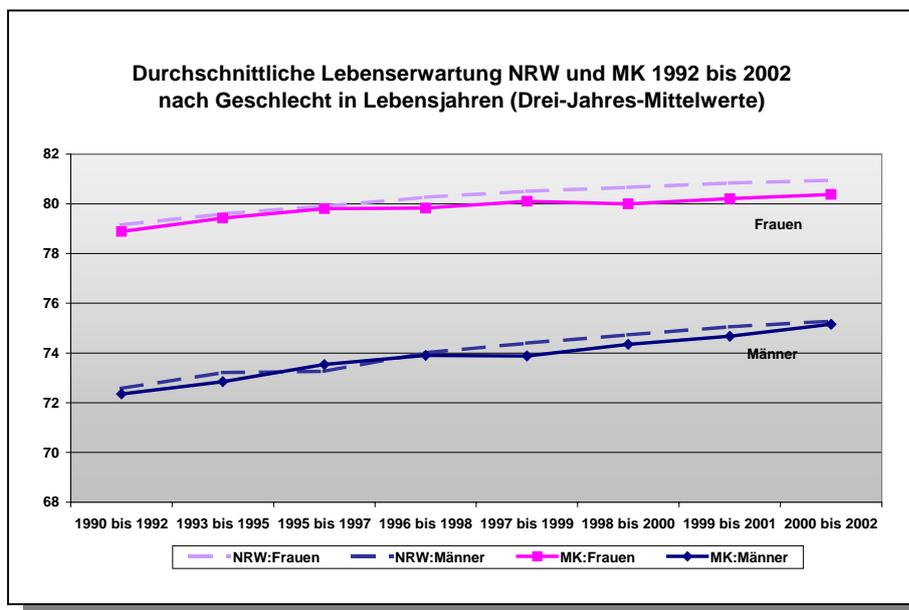


Abb. 6.1: durchschnittliche Lebenserwartung NRW und Märkischer Kreis 1992 bis 2002

Die mittlere Lebenserwartung erlaubt allgemeine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage, die medizinische Versorgung und den Lebensstandard einer Bevölkerung. Der Indikator gibt an, wie viele Jahre ein Neugeborenes bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Berechnungsgrundlage für die Lebenserwartung ist die so genannte Sterbetafel, die modellhaft anhand der alters- und ge-

schlechtsspezifischen Sterberaten des untersuchten Kalenderzeitraums (ein oder mehrere zusammengefasste Jahre) berechnet wird.¹

Die Lebenserwartung ist in Deutschland im Laufe des letzten Jahrhunderts im Durchschnitt um etwa 30 Jahre angestiegen und weist auch in den letzten Jahrzehnten noch einen kontinuierlichen Zugewinn von mehr als zwei Jahren pro Jahrzehnt auf. Die Lebenserwartung von Frauen und Männern zeigt deutliche Unterschiede, daher wird sie in der Regel geschlechtsspezifisch angegeben.

Für die Deutung regionaler Unterschiede der Lebenserwartung müssen mehrere Faktoren wie die ökonomische Situation, die medizinische Versorgung, die ethnische Zusammensetzung usw. berücksichtigt werden.

Die voranstehende Grafik stellt die durchschnittliche Lebenserwartung bezogen auf das Land NRW und den Märkischen Kreis dar. Über die vergangenen zehn Jahre zeigt sich eine fast kontinuierliche Steigerung für beide Geschlechter sowohl kreis- wie auch landesweit.

Der Durchschnittswert für den Märkischen Kreis liegt für die weibliche Bevölkerung mit ca. 80 Jahren leicht unter dem Landesdurchschnitt, Männer erreichen aktuell, bezogen auf den Kreis wie auch landesweit, im Durchschnitt ein Alter von 75 Jahren.

6.2 Angaben zur Todesursachenstatistik

Todesursachen werden auf der Todesbescheinigung (Leichenschauschein), die von dem den Tod feststellenden Arzt ausgefüllt wird, nach dem eingetragenen Grundleiden gemäß ICD² 10 (bis 1999 ICD 9) kodiert. Für die Todesursachenstatistik wird für jedes Jahr in Dreijahresangaben gemittelt.³ Während bei der erwachsenen Bevölkerung Erkrankungen des Kreislaufsystems und Krebserkrankungen als Todesursache dominieren, sieht dies für die jüngere Bevölkerung anders aus und wird im Folgenden beschrieben.

6.2.1 Säuglingssterblichkeit

Eine Besonderheit ist im ersten Lebensjahr zu verzeichnen: hier sind Todesursachen durch Komplikationen während und kurz nach der Geburt zu nennen, gefolgt von Todesursachen durch angeborene Fehlbildungen. Dabei ist zu erwähnen, dass die Säuglingssterblichkeit im zeitlichen und internationalen Vergleich als ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse wie auch für die Qualität der medizinischen Betreuung gilt. Sie bezieht sich auf die im ersten Lebensjahr Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres.

In den sechziger Jahren lag die Säuglingssterblichkeit in Deutschland noch deutlich höher als in den meisten anderen Industrieländern. Bis 1995 gelang es, die Säuglingssterblichkeit stark zu senken. In NRW betrug der Jahresmittelwert über den Zeitraum 1990 bis 1992 noch 7,4 Promille; im Zeitraum von 2000 bis 2002 ist er auf 4,9 Promille gesunken. Ein Vergleich bezogen auf die Säuglingssterblichkeit zwischen den Bundesländern macht deutlich, dass sich Risikofaktoren wie Rauchen oder spätes Wahrnehmen der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen entsprechend auswirken. Dies bedeutet, dass durch Verhaltensänderungen bei den Schwangeren die Säuglingssterblichkeit beeinflusst werden kann.

Als besonders risikoreich stellt sich die Phase der Geburt dar. Im Jahr 2002 verstarb etwa die Hälfte aller im ersten Lebensjahr zu Tode gekommenen Säuglinge während der Ge-

¹ Definition: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

² International Classification of Diseases

³ Definition: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst

burtsphase. Ein Viertel war durch angeborene Fehlbildungen und Anomalien begründet. Ca. ein Zehntel der Todesfälle im ersten Lebensjahr waren durch den plötzlichen Säuglingstod verursacht.

Der Gesundheitsbericht des Landes NRW aus dem Jahr 2000 führt bzgl. der Situation der Zuwandererfamilien aus, dass die Säuglingssterblichkeit um 1,3 bis 2,2 Todesfällen je 1.000 Geburten höher als die der deutschen Bevölkerung lag. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass Zuwanderer aus Griechenland, Italien, Portugal und Spanien am geringsten betroffen sind, sogar geringer als die deutsche Bevölkerung, dagegen Mütter bzw. Kinder aus z.B. der Türkei oder dem ehemaligen Jugoslawien erhöhten Sterblichkeitsrisiken unterliegen. Als Grund wird vor allem die geringere Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen während der Schwangerschaft angenommen.

Unter Berücksichtigung des Dreijahresmittels ist für den Zeitraum von 2000 bis 2002 von einer Zahl von 830 Kindern landesweit auszugehen, die im Alter bis zu einem Jahr verstorben sind. Davon waren 460 Säuglinge männlich und 370 weiblich. Die prozentuale Verteilung der Todesursachen ist in der nachfolgenden Grafik dargestellt.

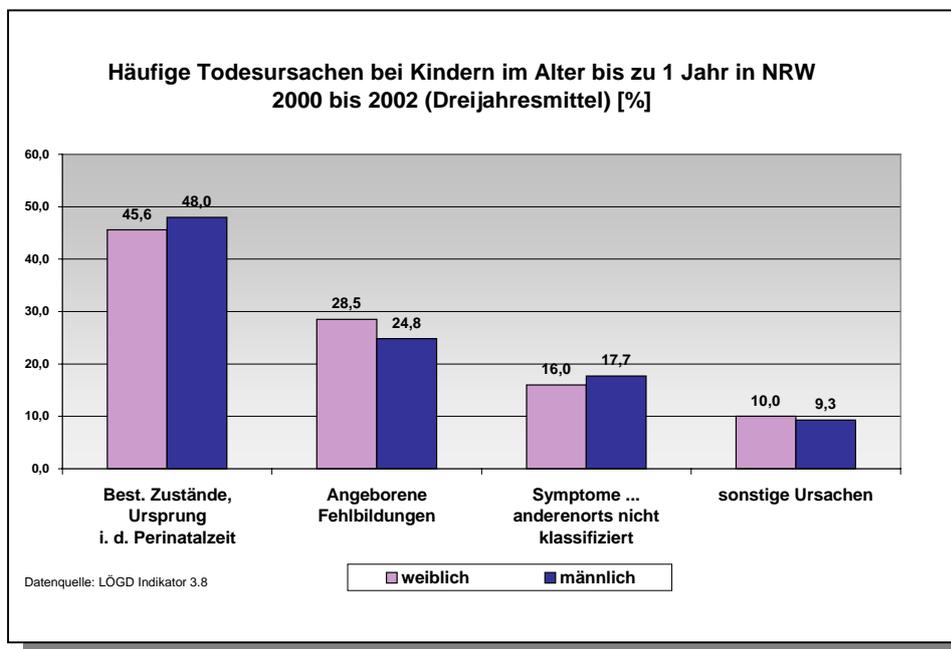


Abb. 6.2.: häufigste Todesursachen bei Kindern bis zu 1 Jahr in NRW 2000 bis 2002

Die Todesursachenstatistik NRW deutet in allen Fällen einen rückläufigen Trend an. Im Märkischen Kreis verstarben im Jahr 2002 während des ersten Lebensjahres 20 Kinder. Die Ursachen sind statistisch ähnlich verteilt wie im Landesdurchschnitt.

Der landesweit stetig rückläufige Trend zeichnet sich im Märkischen Kreis nur sehr verhalten ab. Nach einem deutlichen Rückgang der Sterblichkeit in der zweiten Hälfte der 90er Jahre war zu Beginn der 2000er Jahre wieder ein Anstieg zu verzeichnen. Über den gesamten Beobachtungszeitraum ging die Säuglingssterblichkeit von 6,4 Fällen bei 1.000 Geburten im Dreijahreszeitraum von 1990 bis 1992 auf 6,2 Fälle im Dreijahreszeitraum von 2000 bis 2002 zurück. Damit liegt der Märkische Kreis im gleichen Trend wie die Nachbarkreise Olpe, dem Hochsauerlandkreis und dem Ennepe-Ruhr-Kreis, während in den Kreisen Soest und Unna eine stetige Abnahme zu verzeichnen ist.

Der plötzliche Säuglingstod hat für die Prävention eine besondere Bedeutung, da dies eine derjenigen Todesursachen ist, die durch das Elternverhalten signifikant beeinflusst werden kann. Der plötzliche Säuglingstod (ICD 10, R 95), auch als „Sudden Infant Death Syndrome“ (SIDS) bezeichnet, umschreibt Todesfälle, die völlig unerwartet bei Kindern im ersten Lebensjahr aus scheinbarer Gesundheit, meistens während des Schlafes, auftreten. Die Fallzahlen sind innerhalb der vergangenen zehn Jahre zurückgegangen, nach-

dem als fragliche Ursachen das Schlafen des Säuglings in der Bauchlage, Überwärmung, Stillverzicht und Rauchen während der Schwangerschaft ausgemacht wurden.

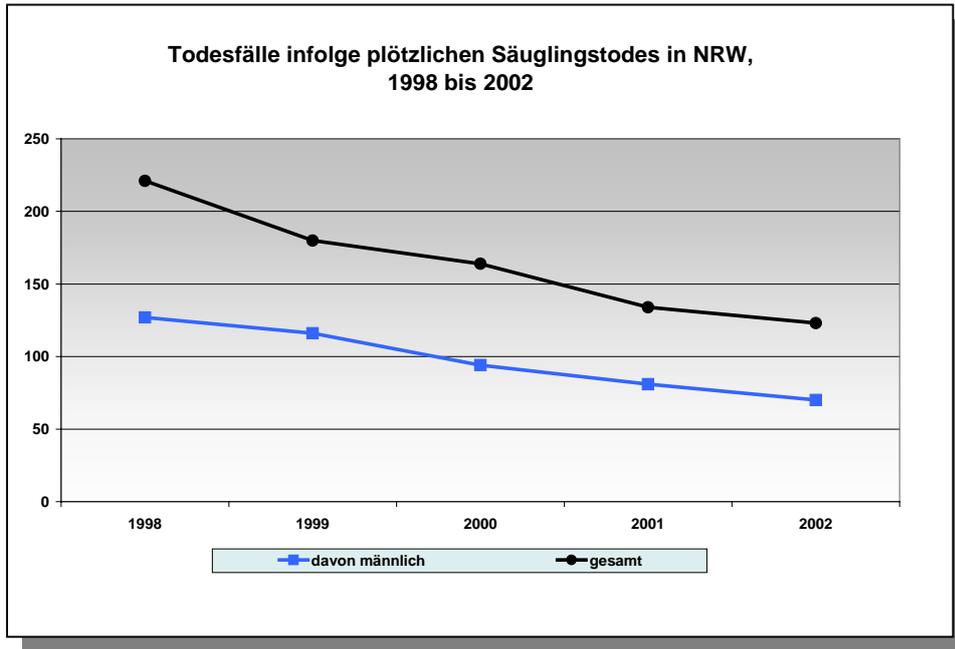


Abb. 6.3.: Plötzlicher Säuglingstod als Todesursache in NRW, Anzahl von 1998 bis 2002

Männliche Säuglinge sind durchweg stärker betroffen als weibliche. Die Fallzahlen je 100.000 Einwohner sind über den dargestellten Zeitraum infolge von Informationskampagnen und besserer Elternaufklärung kontinuierlich von 118,75 im Jahr 1998 auf 74,34 im Jahr 2002 gesunken.

Ebenso ist im Langzeitvergleich ein Rückgang der angeborenen Fehlbildungen zu verzeichnen. Fehlbildungen werden in den ersten Lebenstagen während des Aufenthaltes der Mutter in der Klinik festgestellt. Anomalien der Knochen, Gelenke und Muskeln werden in Westfalen-Lippe seit 1988 statistisch erfasst.⁴ Die nachfolgende Grafik stellt den Trend von 1994 bis zum Jahr 1999 sowie die Ergebnisse aus dem Jahr 2002 dar. Der Trend entwickelte sich landesweit deutlich rückläufig.

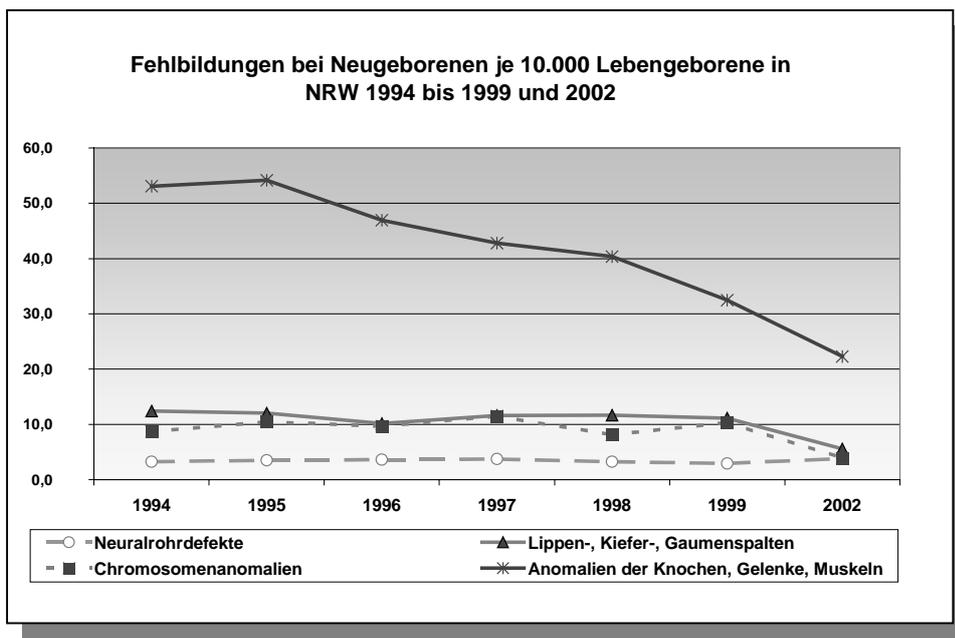


Abb. 6.4: ausgewählte Fehlbildungen bei Neugeborenen in NRW, 1994 bis 1999 und 2002

⁴ Definition: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Vergleicht man die Anzahl der Sterbefälle zwischen dem Land NRW und dem Märkischen Kreis, so zeigt sich eine ähnliche statistische Verteilung der Todesursachen. Im Geschlechtervergleich finden sich auch auf Kreisebene ähnliche Verteilungen wie oben dargestellt.

Todesursachen bei Kindern im Alter bis zu 1 Jahr in NRW und im Märkischen Kreis in 2002				
ICD 10 (entspr. Kapitel)	NRW		MK	
	Anzahl	je 100.000 Einw.	Anzahl	Je 100.000 Einw.
Best. Zustände, Ursprung i. d. Perinatalzeit	367	221,82	11	257,67
Angeborene Fehlbildungen	217	131,16	5	117,12
Symptome ... anderenorts nicht klassifiziert	156	94,29	4	93,70
Sonstige Ursachen	52	31,43	–	–

Der plötzliche Säuglingsstod verursachte im Märkischen Kreis im Jahr 2002 vier Todesfälle (unter der Klassifizierung „Symptome...andernorts nicht klassifiziert“). In den beiden Vorjahren waren dagegen diesbezüglich keine Todesfälle zu verzeichnen.

6.2.2 Todesursachen bei Kindern im Alter zwischen 1 und 14 Jahren

In der Altersgruppe der 1 bis 14jährigen Kinder sind die häufigsten Sterbefälle durch äußere Einwirkungen wie z.B. Verletzungen oder Vergiftungen verursacht. Die geschlechtsspezifische Unterscheidung zeigt, dass Jungen (knapp 25 Prozent) häufiger betroffen sind als Mädchen (ca. 20 Prozent). Das Dreijahresmittel weist für den Zeitraum 2000 bis 2002 landesweit 423 Todesfälle in der genannten Altersgruppe auf. 239 Kinder waren männlichen Geschlechts, 184 weiblich.

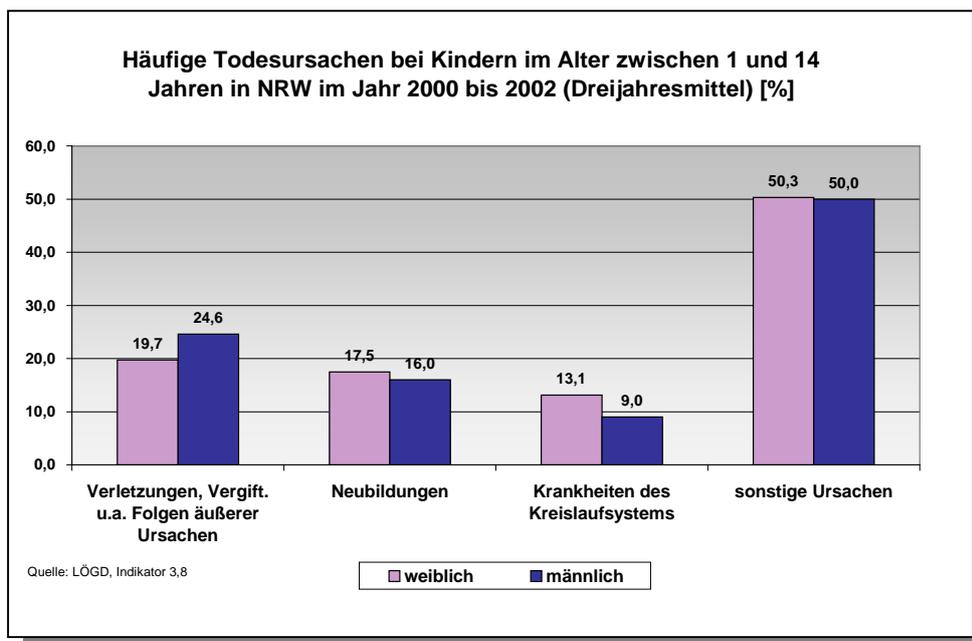


Abb. 6.5.: häufigste Todesursache bei Kindern zwischen 1 und 14 Jahren in NRW 2000 bis 2002

Von Vergiftungen sind in erster Linie Kinder zwischen sechs Monaten und drei Jahren betroffen. Während die Kinder im Vorschulalter häufiger im häuslichen Bereich verunglücken als im Straßenverkehr, steht bei den 6- bis 14jährigen Kindern der Verkehrsunfall im Vordergrund. Der häufigste tödliche Unfall im Heim- und Freizeitbereich ist das Ertrinken.

Weitere häufige tödliche Unfallarten bei Kindern sind das Ersticken, die Stürze, die Vergiftungen und die Verbrennungen und Verbrühungen. Mehr dazu ist in Kapitel 11 aufgeführt.

Bei den tödlich verlaufenden Krebserkrankungen handelt es sich häufig um Erkrankungen der blutbildenden Systeme und des Knochenmarks. Dazu ist mehr in der Behandlungsstatistik ausgeführt. Todesursachen in der Diagnosegruppe der Herz-Kreislaufkrankungen sind häufig die Folgen angeborener und inoperabler Herzscheiden.

Todesursachen bei Kindern im Alter zwischen 1 und 14 Jahren in NRW und im Märkischen Kreis in 2002				
ICD 10 (entspr. Kapitel)	NRW		MK	
	Anzahl	je 100.000 Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.
Verletzungen, Vergift. u.a. Folgen äußerer Ursachen	91	3,34	4	5,34
Neubildungen	63	2,31	2	2,67
Krankheiten des Kreislaufsystems	53	1,94	–	–
sonstige Ursachen	207	7,59	9	12,50

Im Märkischen Kreis waren im genannten Zeitraum 15 Todesfälle in der Altersgruppe der 1 bis 14jährigen Kinder zu verzeichnen. Bei den Todesursachen infolge äußerer Ursachen sowie durch Krebserkrankungen waren ausschließlich Jungen betroffen.

6.2.3 Todesursachen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 15 und 34 Jahren

Der geschlechtsspezifische Unterschied bei den durch äußere Ursachen eintretenden Todesfällen zeichnet sich in der Altersgruppe der 15 bis 34jährigen Bevölkerung noch deutlicher ab als in der Gruppe der 1 bis 14jährigen. Etwa 23 Prozent aller Todesfälle bei Frauen in dieser Altersgruppe sind – bezogen auf NRW – durch äußere Einwirkungen verursacht; die männliche Bevölkerung ist mit bis zu 45 Prozent (bezogen auf alle Todesfälle in dieser Altersgruppe) im Vergleich sehr viel häufiger betroffen.

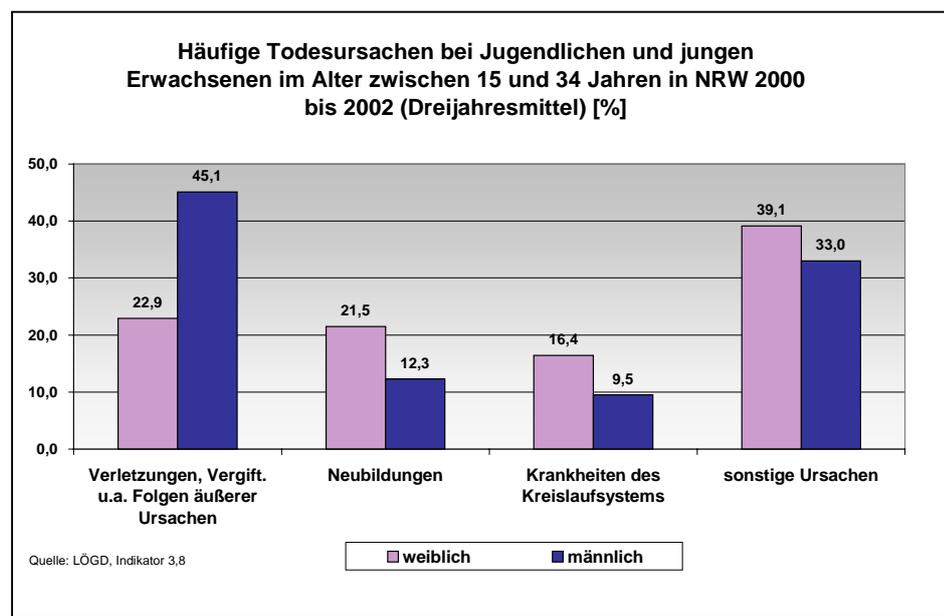


Abb. 6.6.: häufigste Todesursache bei Jugendlichen und jg. Erwachsenen zwischen 15 und 34 Jahren in NRW 2000 bis 2002

Das heißt, dass fast die Hälfte aller Todesursachen bei männlichen Jugendlichen und jungen Männern auf äußere Ursachen zurückzuführen sind. Mehr zu den Auswirkungen von Unfällen und äußeren Ursachen ist in Kapitel 11 ausgeführt.

Landesweit waren unter Berücksichtigung des Dreijahresmittels im Jahr 2002 in dieser Altersgruppe 2.083 Todesfälle aufgrund der angegebenen Ursachen zu verzeichnen, im Märkischen Kreis betraf dies 54 Personen.

Todesursachen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 15 und 34 Jahren in NRW und im Märkischen Kreis in 2002				
ICD 10 (entspr. Kap)	NRW		MK	
	Anzahl	je 100.000 Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.
Verletzungen, Vergift. u.a. Folgen äußerer Ursachen	843	19,04	23	20,27
Neubildungen	229	4,86	4	3,48
Krankheiten des Kreislaufsystems	329	7,22	5	4,26
Sonstige Ursachen	682	15,13	22	20,02

Von den 23 im Märkischen Kreis durch äußere Ursachen getöteten Personen waren 21 männlichen und zwei weiblichen Geschlechts. Von den Krebserkrankungen waren vier männliche Personen betroffen und bei den Herz-Kreislaufkrankungen betraf dies drei männliche und zwei weibliche Personen.

7. Daten aus Reihenuntersuchungen des Jugendärztlichen Dienstes: Wie fit sind unsere Kinder ?

Der Jugendärztliche Dienst führt für Kindergartenbesucher sowie für Schulanfänger flächendeckend standardisierte Reihenuntersuchungen durch. Das „Bielefelder Modell“, ein Untersuchungskonzept, welchem viele Kreise und kreisfreie Städte in NRW (und z.T. auch in anderen Bundesländern) folgen, erlaubt sowohl einen zeitlichen wie auch einen interkommunalen Vergleich auf Kreis- und auf Gemeindeebene.

Aussagen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stützen sich in Deutschland auf eine Vielzahl von Datenquellen, z.B. der Krankenhaus- und der Behandlungsstatistik, Befragungen von Kindern und Jugendlichen wie auch deren Eltern, die sich jedoch immer nur Teilbereiche beziehen. Von besonderer Bedeutung sind daher die Schuleingangsuntersuchungen, welche alle Kinder eines Einschulungsjahrgangs hinsichtlich ihres Gesundheitszustands und ihrer körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten erfassen, sowie die Ergebnisse des sog. „Kindergarten-Screening“, eine freiwillige Untersuchung, die allen Kindergartenbesuchern 18 bis 24 Monate vor der Einschulung angeboten wird.

Laut § 12 (3) des Gesetzes für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) nimmt der Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes neben anderem die Aufgabe wahr, zur Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen ärztliche Untersuchungen durchzuführen. Darüber hinaus vermittelt im Bedarfsfall die untere Gesundheitsbehörde in Zusammenarbeit mit den für Jugendhilfe und Sozialhilfe zuständigen Stellen die notwendigen Behandlungs- und Betreuungsangebote.

Im Märkischen Kreis werden zur Zeit flächendeckend zwei Untersuchungen durchgeführt:

- die Untersuchung derjenigen Kindergartenbesucher, die in 18 bis 24 Monaten eingeschult werden
- die Lernanfängeruntersuchung bei Kindern, die zur Einschulung anstehen

7.1 Jahrgangsuntersuchungen in Kindergärten (Kindergarten-Screening)

Seit 2003 führt der Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes die Jahrgangsuntersuchungen in Kindergärten in einer abgeänderten Form durch; und zwar werden sie aktuell von den Assistenzkräften des Jugendärztlichen Dienstes vorgenommen. Ziel ist es, diejenigen Kinder, die in 18 bis 24 Monaten eingeschult werden, mit Hilfe eines kindgerecht durchgeführten Gesundheitstests frühzeitiger als bisher und nicht erst nach Schuleintritt bei Bedarf fördern zu können.

Neben einem Hör- und Sehtest werden beim sog. „Kindergarten-Screening“ die Fein- und Grobmotorik, die sprachliche Fähigkeit sowie das Spiel- und Sozialverhalten berücksichtigt. Im Jahr 2004 wurden mehr als 4.000 Kinder vom Jugendärztlichen Dienst untersucht. Bei besonderen Auffälligkeiten werden die Eltern gemeinsam mit ihrem Kind vom Arzt bzw. der Ärztin des Gesundheitsamtes zu einem Gespräch mit einer erweiterten Untersuchung eingeladen und über Fördermöglichkeiten informiert. Ebenfalls in die ärztliche Sprechstunde eingeladen werden diejenigen Kindergartenbesucher, die im Rahmen des Kindergarten-Screenings nicht erfasst werden konnten.

Von den im Einschulungsjahr 2003 / 2004 untersuchten ca. 4.000 Kindern liegen die Ergebnisse von 803 Untersuchungen¹ vor. Die fünf häufigsten Befunde betrafen folgende Bereiche:

¹ Die vergleichsweise geringe Anzahl hängt damit zusammen, dass in jenem Jahr noch keine flächendeckende Erfassung erfolgte; diese erfolgte erstmalig ab dem Schuljahr 2004 / 2005.

- Herabsetzung der Sehschärfe
- Hörstörung
- auffälliges Verhalten
- motorische Auffälligkeit
- Sprachstörungen

Bei etwa zwei Drittel der Kinder mit einer Herabsetzung der Sehschärfe führte der Befund zu einer Vermittlung an den behandelnden Kinder- bzw. Facharzt, bei den Kindern mit Hörstörungen waren es sogar 90 Prozent.

Etwa ein Drittel derjenigen Kinder mit auffälligem Verhalten, motorischer Auffälligkeit oder mit Sprachstörungen wurde in entsprechende therapeutische Angebote vermittelt; zwei Drittel befanden sich bereits in einer Fördermaßnahme.

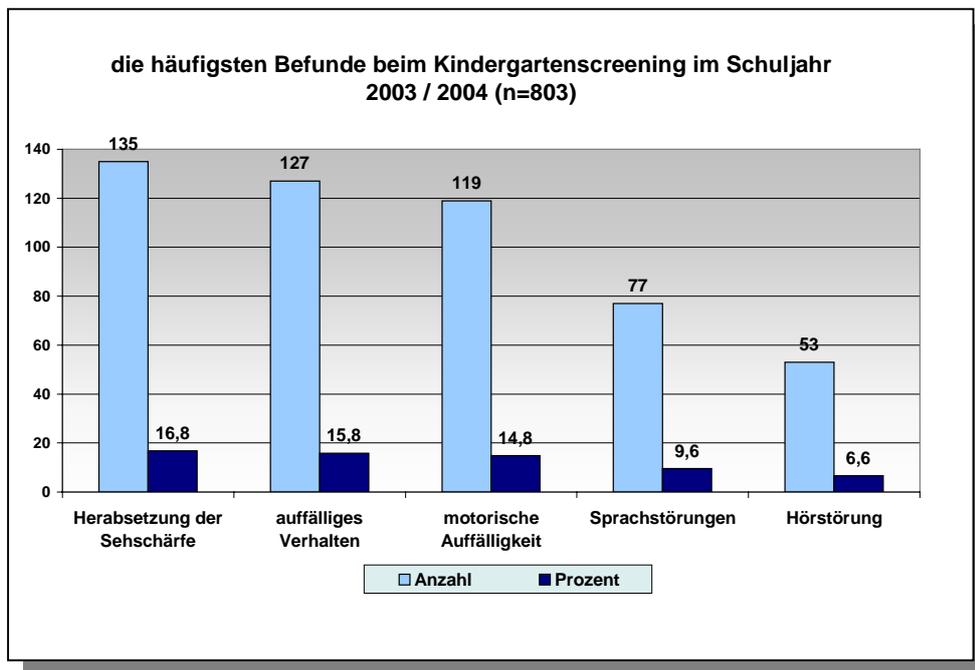


Abb. 7.1: die häufigsten Befunde beim Kindergartenscreening 2003/2004 im Märkischen Kreis

Im Jahr 2004 nahmen kreisweit 4.272 Kinder an dieser Untersuchung teil. Dabei lagen bei etwa einem Fünftel der untersuchten Kinder Befunde vor. Knapp 24 Prozent der Untersuchten erhielten einen Hinweis, sich in ärztliche Behandlung zu begeben.

Zum Vergleich: Im Jahr 1999 lag im Kreisgebiet der Anteil der Kinder mit Sehstörungen (Herabsetzung der Sehschärfe) ebenfalls bei 17 Prozent. Der Anteil der Kinder mit auffälligem Verhalten lag bei 11 Prozent; etwa 15 Prozent der Kinder zeigten damals motorische Auffälligkeiten (Körperkoordination). Bei 7 Prozent waren seinerzeit Sprachstörungen festgestellt worden und knapp 4 Prozent zeigten Hörstörungen.

7.2 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2004

Die Schuleingangsuntersuchung geschieht auf der Grundlage des Schulgesetzes NRW § 54 Abs. 3. Hier besteht eine Verpflichtung zur Teilnahme.

Die Untersuchung erfolgt durch das ärztliche Personal des Jugendärztlichen Dienstes mit Unterstützung durch die Assistenzkräfte. Die Untersuchung erfolgt nach standardisierten Vorgaben, in diesem Fall nach dem sog. „Bielefelder Modell“². Die in diesem Untersu-

² Die Vorgaben des „Bielefelder Modells“ bieten Unterstützung bei der Erhebung schulärztlicher Daten sowie bei der Erfassung und Auswertung der festgestellten individuellen Daten, Diagnosen, Beurteilungen und Maßnah-

chungsverfahren zu dokumentierenden Befunde beziehen sich auf Körpermaße, Befunde des Kopfes, Befunde der inneren Organe, Befunde des Skeletts und der Haut, Befunde der Harnorgane und anderer Organe, Befunde des zentralen Nervensystems und des Verhaltens, Befunde spezieller Behinderung.

Liegt ein Befund vor, so wird festgehalten, ob es sich um einen Minimalbefund bzw. nicht mehr behandlungsbedürftigen oder behandlungsfähigen Befund handelt, ob sich das Kind bereits in ärztlicher Behandlung befindet, ob eine Arztüberweisung notwendig ist und ob eine erhebliche Leistungsbeeinträchtigung vorliegt.

Neben der Dokumentation von Befunden sieht das Bielefelder Modell auch die Erfassung nichtärztlicher Maßnahmeempfehlungen vor, die ebenfalls in den Jugendärztlichen Definitionen formuliert sind. Weiter wird der Impfstatus und die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U 1 bis U 9 festgehalten (siehe dazu Kapitel 12).

Alle Untersuchungen werden so kindgerecht wie nur irgend möglich gestaltet. Das Kind soll trotz der Standardisierung der Untersuchungsmethoden keine Prüfungssituation erleben, sondern in fast spielerischer Weise die gestellten Aufgaben erledigen. Die Eltern sind bei den Schuleingangsuntersuchungen anwesend und werden im Rahmen der Untersuchung auf eventuelle Entwicklungsverzögerungen oder Auffälligkeiten hingewiesen und über Kompensations- bzw. Behandlungsmöglichkeiten informiert.

Im Einschulungsjahr 2004 haben im Märkischen Kreis 5.070 Kinder an den Schuleingangsuntersuchungen teilgenommen. Davon waren bei 55,5 Prozent keine Befunde festzustellen. Etwa 40 Prozent der Mädchen und 47 Prozent der Jungen wiesen Befunde auf. 764 Kinder wurden wegen der festgestellten Befunde an den Haus-, Kinder- oder Facharzt überwiesen.

Die häufigsten Befunde des Einschulungsjahrgangs 2004 sind der nachfolgenden Grafik zu entnehmen.

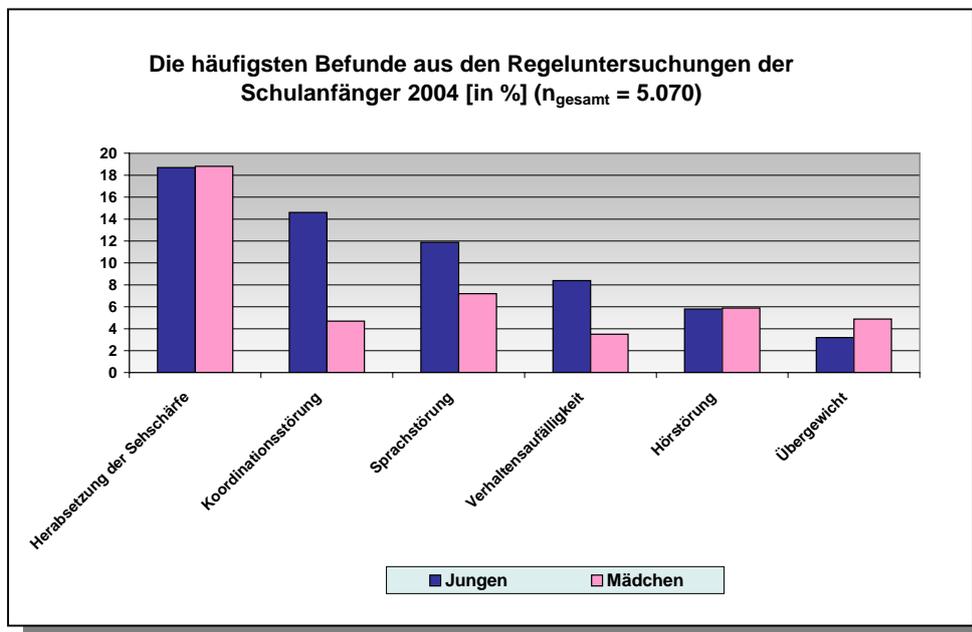


Abb. 7.2: die häufigsten Befunde aus den Schulanfängeruntersuchungen 2004/05

Am häufigsten wurde, wie auch in den Vorjahren, ein Verdacht auf Herabsetzung der Sehschärfe diagnostiziert. In der Regel ist vor der Einschulungsuntersuchung kein stan-

men an. Um flächendeckende Aussagen und den Gesundheitsämtern den interkommunalen Vergleich zu ermöglichen, müssen die Diagnosen unter gleichen Bedingungen erstellt bzw. in vergleichbaren Situationen gleich – also standardisiert – dokumentiert werden.

standardisierter Sehtest durchgeführt worden, so dass hier die meisten Auffälligkeiten festgestellt werden. In den vergangenen Jahren sind sämtliche Teams des Jugendärztlichen Dienstes mit neuen Sehtestgeräten ausgestattet worden, so dass von einem hohen Qualitätsstandard ausgegangen werden kann. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied ist bei der Befundhäufigkeit nicht festzustellen. Von den insgesamt 952 betroffenen Kindern waren etwas weniger als zwei Drittel bereits in entsprechender ärztlicher Behandlung, 371 Kinder wurden an den Facharzt überwiesen. Durch den stereometrischen Test wurde bei 74 Kindern ein Verdacht auf Augenfehlstellung (Schielen) festgestellt. Bei 8 Kindern war der Befund derart gering, dass eine weitere Behandlung nicht angezeigt war. 44 Kinder waren bereits in Behandlung und 21 wurden an den Facharzt überwiesen. Mit Hilfe des Farb-Sehtestes können Farbsinnstörungen bei den Kindern vorermittelt werden. Von Farbsinnstörungen sind fast ausschließlich Jungen betroffen. Im Einschulungsjahrgang 2004 lagen im Märkischen Kreis bei 97 Jungen und 6 Mädchen Anhaltspunkte für eine Farbsinnstörung vor.

Koordinationsstörungen (Grobmotorik, Feinmotorik, Hand-Auge-Koordination) bildeten die zweithäufigste Befundgruppe bei den Schulanfängern der Einschulungsjahrgänge 2003 und 2004. Grobmotorische Fähigkeiten werden an Hand des Einbeinstandes und des Einbeinhüpfens auf einer Stelle getestet. Beurteilungskriterien für die Feinmotorik bieten Drehbewegungen der Hände wie auch das Berühren einzelner Finger mit dem Daumen. 498 Kinder waren im Einschulungsjahrgang 2004 betroffen, davon waren 383 Kinder männlichen Geschlechts. 389 waren bereits deswegen in ärztlicher Behandlung, 27 wurden an den Kinderarzt überwiesen und bei 79 Lernanfängern war die Auffälligkeit so gering, dass eine weitergehende Behandlung als nicht erforderlich erachtet wurde. Im Langzeitvergleich ist festzustellen, dass der Prozentanteil sowohl bei Jungen wie bei Mädchen deutlich zugenommen hat. Während im Jahr 1999 noch bei etwa 10 Prozent der männlichen und 3,6 Prozent der weiblichen Einschüler Koordinationsstörungen festgestellt wurden, traf dies im Jahr 2004 auf fast 15 Prozent der Jungen und etwa 5 Prozent der Mädchen zu.

Die Häufigkeit der Sprachstörungen hat sich vom Jahrgang 2003 auf den Einschulungsjahrgang 2004 um ca. zwei Prozentpunkte leicht erhöht. Auch hier waren die Jungen im vergangenen Jahr mit 313 Fällen sehr viel häufiger betroffen als die Mädchen mit 176 Fällen. Sprachstörungen können sich in leichten Fällen im Lispeln zeigen, aber auch schwere Formen wie z.B. Stottern annehmen. Gründe für Sprachstörungen können in zu spät erkannten Hörbehinderungen, eingeschränkten intellektuellen Fähigkeiten aber auch durch eine wenig sprachanregende Umwelt begründet sein. Ebenso führen fehlende Sprachfördermaßnahmen bei Kindern aus Zuwandererfamilien zu einer Einschränkung des Sprachverständnisses und der Sprachentwicklung. Zur Befundstatistik: In 67 Fällen war der Befund nicht behandlungsbedürftig, 51 mal wurde an den Arzt überwiesen, 370 Kinder waren bereits in (logopädischer) Behandlung. Auch hier ist über die vergangenen fünf Jahre eine deutliche Zunahme zu verzeichnen: im Jahr 1999 waren 9,4 Prozent der Jungen und 4,4 Prozent der Mädchen betroffen – im Jahr 2004 sind bei 12 Prozent der Jungen und bei mehr als 7 Prozent der Mädchen Sprachstörungen festgestellt worden.

Von Verhaltensauffälligkeiten waren im Einschulungsjahr 2004 – wie im Jahr zuvor – deutlich mehr Jungen (8,5 Prozent) betroffen als Mädchen (3,8 Prozent). Im Jahr 1999 wurde dies bei nur 5,7 Prozent der männlichen und bei 2,1 Prozent der weiblichen Einschüler festgestellt. Die standardisierte Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten während der eigentlichen Untersuchung ist oft schwierig, da sich nicht alle Auffälligkeiten während des Kontaktes zum Kind zeigen. Häufig aber sind Angaben zu Verhaltensstörungen in der Vorgeschichte zu finden. Es handelt sich dabei um verschiedene Auffälligkeiten, die den schulischen Erfolg mitunter empfindlich beeinflussen können, angefangen von Konzentrationsstörungen über Hyperaktivität bis hin zu Schwierigkeiten im Sozialverhalten. Von 307 Einschülern, die Verhaltensauffälligkeiten zeigten, waren fast 80 Prozent bereits in entsprechender Behandlung, 20 Kinder wurden an den niedergelassenen Arzt überwiesen und in 44 Fällen ergab sich keine Notwendigkeit der Behandlung.

In dem Einschulungsjahrgang 2004 zeigten etwas mehr Kinder Hörstörungen als im Jahr zuvor. Durch häufige Infektionen wie auch durch vergrößerte Rachenmandeln sind Kinder im Einschulungsalter häufiger von Hörstörungen betroffen als etwa Erwachsene. Hörstörungen haben Einfluss wiederum auf die Sprachentwicklung wie auch auf die Leistungsfähigkeit in der Schule. Der standardisierte, audiometrische Hörtest zeigte im Einschulungsjahr 2004 bei 298 Kindern Auffälligkeiten, wobei Mädchen und Jungen in gleicher Weise betroffen waren. Mehr als zwei Drittel der Kinder wurden an den Kinderarzt bzw. an den HNO-Arzt überwiesen, 61 waren bereits in ärztlicher Behandlung. In 13 Fällen ergab sich durch die Hörstörung eine Leistungsbeeinträchtigung. Der Vergleich mit den Ergebnissen aus 1999 zeigt nur geringe Unterschiede: während damals 6,1 Prozent der Einschüler Hörstörungen aufwiesen, lag dieser Prozentsatz im Jahr 2004 bei 5,9 Prozent.

Zur Bemessung des Über- bzw. Untergewichtes wird der Body-Mass-Index (BMI), eine mathematische Verknüpfung zwischen Körpergröße und Gewicht, herangezogen. Eigentlich gilt der BMI für Erwachsene, da Kinder bzgl. ihres Entwicklungsstandes sehr unterschiedliche Voraussetzungen mitbringen. Ihr Körperfettanteil verändert sich ständig. Daher gibt es zum BMI zusätzlich Normwertkurven – so genannte Perzentilkurven. Darin werden Körpergröße und -gewicht, Alter und Geschlecht einbezogen. So kann man den jeweiligen Index ablesen.

Bei stark übergewichtigen Kinder wird von einer Adipositas gesprochen. Übergewicht und Adipositas weisen in Industrieländern eine steigende Tendenz auf, und hängen sehr eng mit dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten zusammen. Das Risiko für Übergewichtigkeit steigt, wenn Familienangehörige, z.B. ältere Geschwister, ein Elternteil oder beide, ebenfalls übergewichtig sind. Starkes Übergewicht löst in der Regel weitere gesundheitliche Probleme wie Gelenkverschleiß, koronare Herzerkrankungen und sogar auch psychische Probleme (aufgrund von Diskriminierung) aus.

Die Betrachtung der Ergebnisse aus den jährlichen Schuleingangsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen zeigt, dass die Zahl der übergewichtigen bzw. adipösen Kinder in den vergangenen Jahren tendenziell zugenommen hat.

Die folgende Grafik zeigt die Body-Mass-Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen in den Einschulungsjahrgängen 2003 und 2004 für den Märkischen Kreis.

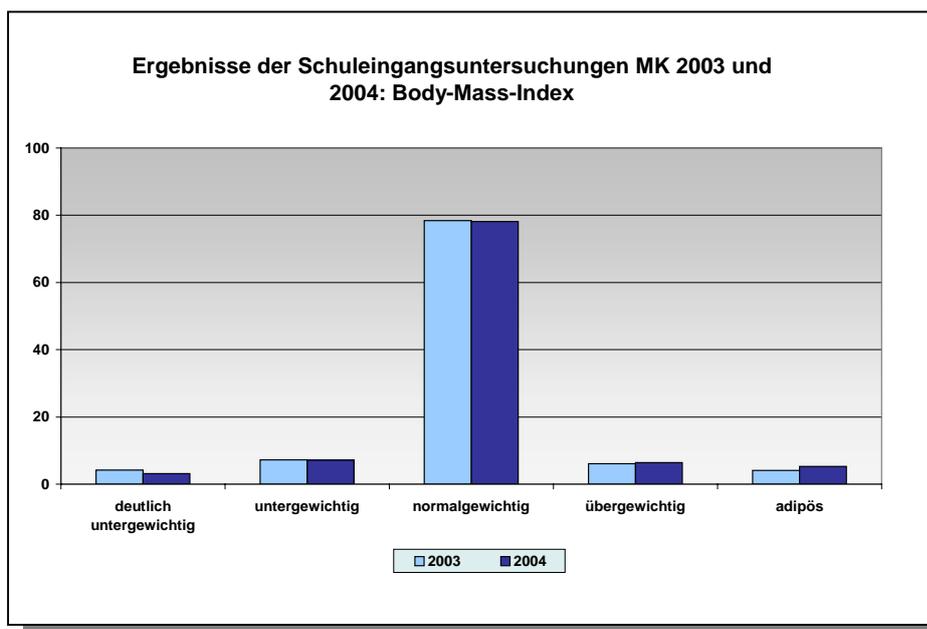


Abb. 7.3: Body-Mass-Index bei Einschülern der Jahrgänge 2003/04 und 2004/05; (Prozentanteile)

Demnach waren im Märkischen Kreis im Jahr 2004 5,5 Prozent der Einschüler deutlich übergewichtig. Das Ergebnis des Vorjahres ist damit um 1,4 Prozent gestiegen. Allerdings lag der Anteil übergewichtiger Kinder im Jahr 1999 auch schon bei 4,7 Prozent.

Übergewichtigkeit bzw. Adipositas war im Jahr 2004 bei 7,1 bzw. 5,6 Prozent der untersuchten Mädchen festzustellen; bei Jungen handelte es sich lediglich um 5,8 Prozent (Übergewicht) und 5,0 Prozent (Adipositas). Von den 202 übergewichtigen Kindern des Einschulungsjahrgangs wurde etwa ein Viertel in ärztliche Behandlung überwiesen, 13 befanden sich bereits in ärztlicher Behandlung und in 136 Fällen wurde keine Behandlungsnotwendigkeit gesehen.

Auf der anderen Seite ist die Zahl der deutlich untergewichtigen Kinder von 4,2 Prozent im Jahr 2003 (entspr. 215 Kinder) auf 3,1 Prozent (entspr. 149 Kinder) im Jahr 2004 gesunken. Jungen sind von Untergewichtigkeit mehr betroffen als Mädchen.

Die Reihenuntersuchung der Schulanfänger hat im Einschulungsjahrgang 2004/05 in 201 Fällen zu einer Zurückstellung von der Einschulung geführt. Dies betraf zu drei Viertel Jungen und zu einem Viertel Mädchen. In diesen Fällen soll dem Kind noch Zeit für eine entsprechende Entwicklung gegeben werden.

Bei 136 Kindern, davon 87 Jungen, wurde eine sonderpädagogische Beschulung als notwendig erachtet.

In 215 Fällen wurde kompensatorischer Sport³ verordnet.

Die Häufigkeit der Befunde im Einschulungsjahrgang 2003/04 nach Schuleinzugsbezirken ist in der Anlage zu diesem Bericht zu finden. Allerdings ist diese kleinräumige Differenzierung erst seit 2004 möglich, so dass Zeitreihen derzeit noch nicht zur Verfügung stehen.

Ab dem Einschulungsjahrgang 2006 werden auch im Märkischen Kreis durch den vom Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst in Bielefeld entwickelten SEN-S-Test (Screening des Entwicklungsstandes) schulelevante Teilleistungsbereiche noch genauer als bisher erfasst. Bei den Schuleingangsuntersuchungen des Jahrgangs 2004/2005 wurde der SEN-S-Test im Märkischen Kreis in Teilbereichen bereits erprobt.

³ Die speziellen Fördermaßnahmen im obligatorischen Sportunterricht, die speziellen Unterrichtsveranstaltungen („Sportförderunterricht“) und die speziellen Förderangebote im außerunterrichtlichen Schulsport („Förder- und Fitnessgruppen“) werden in Nordrhein-Westfalen unter dem Oberbegriff „Kompensatorischer Sport in der Schule“ zusammengefasst. Dabei ist die Förderung dieser Schülerinnen und Schüler zunächst Aufgabe des Schulsports. Unter den Bedingungen des Sportunterrichts in Schulklassen sind die Möglichkeiten der individuellen Förderung dieser Schülerinnen und Schüler allerdings sehr eingeschränkt. Daher werden zusätzlich zum Sportunterricht spezielle unterrichtliche Veranstaltungen und außerunterrichtliche Angebote als notwendig erachtet, um diese Kinder so zu fördern, dass sie sich der Leistungsfähigkeit ihres Körpers (wieder) sicher werden und jene Kompetenzen erwerben können, die für die Teilnahme am Schulsport und am außerschulischen Bewegungsleben der Gleichaltrigen wichtig sind. Der Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe fördert ein fünfjähriges Programm (2002 bis 2007) zur Förderung des Aufbaus und der Arbeit lokaler Netzwerke für den kompensatorischen Sport.

8. Daten zur Zahngesundheit: „...damit sie auch morgen noch kraftvoll zubeißen können...“

Der Arbeitskreis Zahngesundheit im Märkischen Kreis, dem die Krankenkassen, niedergelassenen Ärzte und das Gesundheitsamt angehören, ist mit der systematischen Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen befasst. Durch die flächendeckende Untersuchung von Kindergartenkindern und Grundschulern (in ausgewählten Altersgruppen) lässt sich die Entwicklung der Zahngesundheit sowohl im Längsschnitt, wie auch z.B. nach Schulformen genau nachzeichnen. Der Jugendzahnärztliche Dienst nimmt ebenfalls gemeinsam mit einigen Zahnarztpraxen die Gruppenprophylaxe in Kindergärten, Grund- und Förderschulen wahr.

Zur Beobachtung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen nehmen die Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter regelmäßige Reihenuntersuchungen an Schulen und in Kindergärten vor. Einzelne Zahnbefunde werden nicht nur regional, sondern auch bundesweit in einer so genannten „Pieper-Studie“¹ zusammengefasst und ausgewertet. Unterschiede in der Zahngesundheit hängen stark vom individuellen Ernährungsverhalten, der Mundhygiene und der Zahnputztechnik ab. Die Auswertung der Zahnbefunde führt zu Strategien in der Kariesprophylaxe, zur Ernährungslenkung usw..

Nach einer Zielsetzung durch die WHO sollen bis zum Jahr 2020 80 Prozent der Milchgebisse von 6jährigen Kinder kariesfrei sein. Ein weltweit vergleichbarer Indikator zur Zahngesundheit bildet der DMF-T-Wert. Er setzt sich zusammen aus den Angaben zu *kariösen* (decayed), *fehlenden* (missing) und *gefüllten* (filled) Zähnen (teeth). Die Schreibweise in Kleinschrift dmf-t bezieht sich auf das Milchgebiss, die Großschreibung auf das bleibende Gebiss. Der DMF-T-Wert soll nach der WHO bis zum Jahr 2020 bei 12-jährigen Kinder unter einem Wert von 1 liegen. International nimmt Deutschland mit Ländern wie den Niederlanden, Dänemark, Großbritannien, der Schweiz und Österreich mit einem DMF-T-Wert unter 2 einen vorderen Rangplatz unter den europäischen Ländern ein. Der Rückgang von Neuerkrankungen an Zahnkaries wird auf eine Intensivierung der Fluoridprophylaxe und auf präventive Maßnahmen im Rahmen von Gruppenbetreuungen zurückgeführt.

Kariesprophylaxe setzt schon in der frühen Kindheit an und ist sehr stark vom Elternverhalten abhängig. Hier ist es wichtig, dass Eltern über die schädlichen Folgen zuckerhaltiger Lebensmittel informiert sind. So ist beispielsweise der Zusammenhang zwischen dem regelmäßigen Konsum gesüßter Tees im frühen Kindesalter und der Kariesentwicklung bei der Milchzahnschubstanz eindeutig nachgewiesen. Als weiteres Gesundheitsziel der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. ist daher eine verstärkte Ernährungsberatung vorgesehen, um den Zuckerverzehr bei Säuglingen und Kindern zu reduzieren. Dazu wird eine engere Zusammenarbeit mit Kinderärzten, Hebammen und Gynäkologen angestrebt. Ergänzend ist zu erwähnen, dass in den vergangenen Jahren außerdem bei Jugendlichen und Erwachsenen der Konsum zucker- und säurehaltiger Erfrischungsgetränke zu einer Erhöhung des Kariesaufkommens beigetragen hat. Neben den Ernährungsgewohnheiten ist die individuelle Mundhygiene ein wichtiger Einflussfaktor zur Begrenzung des Kariesrisikos. Bis zum 2. Schuljahr sollten Eltern ihre Kinder beim Zähneputzen unterstützen und dabei auch nachputzen; erst danach kann davon ausgegangen werden, dass Kinder die korrekte Zahnputztechnik selbstständig anzuwenden gelernt haben. Eine besondere Risikogruppe bilden dabei Kinder und Jugendliche mit intellektuellen Einschränkungen. Auf die Zahnbefunde der Schülerinnen und Schüler unterschiedlicher Schulformen wird im weiteren noch eingegangen.

Im Schuljahr 2004/05 wurden im Märkischen Kreis mehr als 23.000 Kinder und Jugendliche durch den Jugendzahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes untersucht. Etwa

¹ benannt nach dem Studienleiter Prof. Klaus Pieper, Marburg

10.000 von ihnen waren Kindergartenbesucher, weitere 9.500 Grundschüler. Außerdem wurden 1.175 Schüler an Förderschulen aus allen Altersgruppen sowie Schüler der 5. und 6. Klassen an weiterführenden Schulen untersucht.

In der Längsschnittbetrachtung fällt auf, dass sich der Zahnstatus über die Jahre nicht eindeutig gebessert hat. Nachfolgend sind die dmft-Werte, also der Zahnstatus der Milchzähne der 3jährigen, der 6- und 7jährigen sowie der 9jährigen in der Entwicklung der vergangenen fünf Jahre dargestellt.

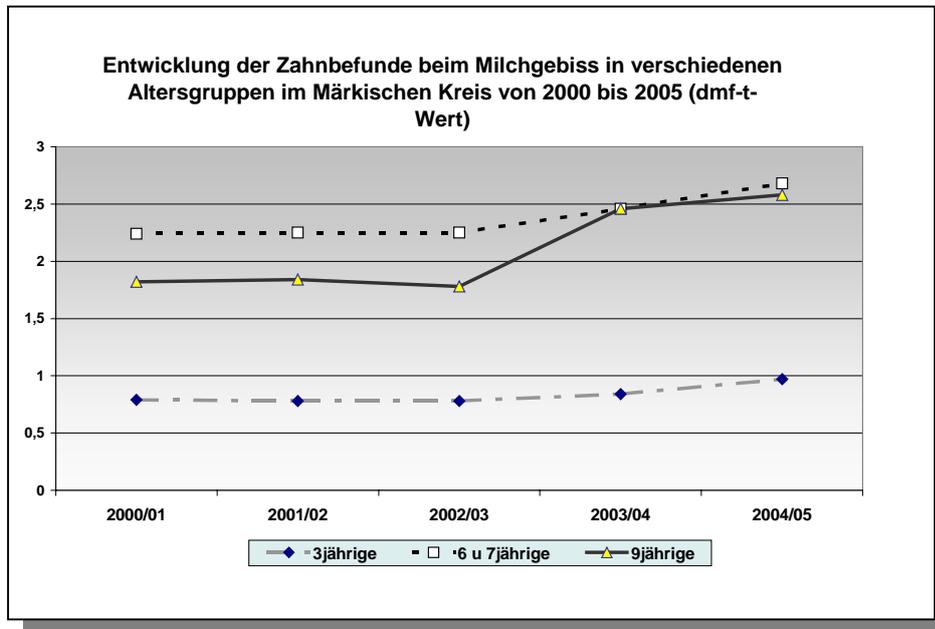


Abb. 8.1: Zahnbefunde bei Kindern verschiedener Altersstufen im Märkischen Kreis 2002/01 bis 2004/05

Die Grafik gibt zu erkennen, dass der Zahnstatus der 3jährigen – bezogen auf das Milchgebiss – naturgemäß besser ist, als der der Schulkinder. Wegen des Gebisswechsels sind wiederum die Werte bei den 6- und 7jährigen Kinder schlechter als bei den 9jährigen, die meist nur noch wenige Milchzähne haben. Ausschlaggebend ist hier aber die zeitliche Entwicklung: in allen dargestellten Altersgruppen hat sich der Zahnstatus des Milchgebisses verschlechtert.

Einen weiteren Anhaltspunkt bildet der Anteil der kariesfreien Zähne. Beim Milchgebiss sind auch hier im Längsschnittvergleich schlechtere Werte festzustellen.

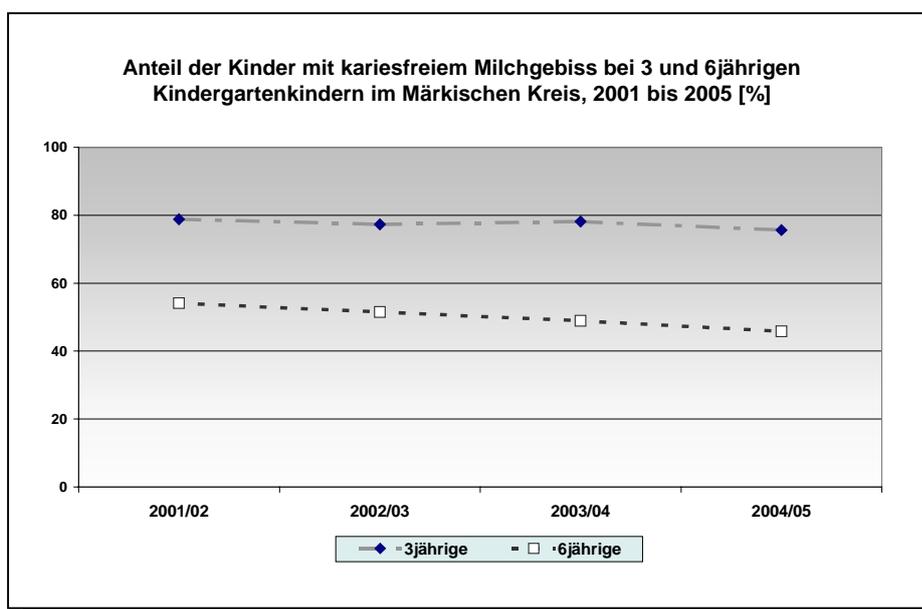


Abb. 8.2: Anteil der Kinder mit kariesfreiem Milchgebiss bei Kindern verschiedener Altersstufen im Märkischen Kreis 2002/01 bis 2004/05

Während im Untersuchungsjahrgang 2001/02 der Anteil der kariesfreien Zähne bei den 3jährigen noch bei knapp 79 Prozent lag, fiel dieser Wert auf bis zuletzt 75,6 Prozent. Bei den 6jährigen Kindergartenbesuchern verlief diese Entwicklung noch drastischer: während im Untersuchungsjahrgang 2001/02 noch über 54 Prozent der Milchzähne kariesfrei waren, lag das Ergebnis im Jahrgang 2004/05 bei nur noch knapp 46 Prozent.

Nicht verschlechtert hat sich im betrachteten Zeitraum der Zahnstatus der bleibenden Zähne. Bei den 6- und 7jährigen Kindern liegt der DMF-T-Wert relativ konstant bei 0,08, bei den 9jährigen schwankt er zwischen 0,52 und aktuell 0,44. Eine Ausnahme bildet der Zahnstatus der Förderschüler: hier stieg der DMF-T-Wert von 0,73 im Jahr 2002/03 auf 0,94 im Jahr 2004/05.

Ähnlich verhält es sich mit dem Prozentanteil kariesfreier Zähne. Bei den 9jährigen Grundschulern waren im Jahr 2000/01 73,7 Prozent der bleibenden Zähne kariesfrei, im Jahr 2004/05 waren es 78,1 Prozent. Bei den 9jährigen Besuchern von Förderschulen wiederum hat sich auch dieser Wert im Längsschnitt verschlechtert: im Untersuchungsjahrgang 2002/03 waren knapp 68 Prozent der bleibenden Zähne kariesfrei, im Jahr 2004/05 lediglich 58,5 Prozent.

Vergleichswerte zum Land liegen für den Untersuchungszeitraum 2000/2001 vor. Damals lag der DMF-T-Wert im Kreisdurchschnitt in der Altersgruppe der 9jährigen bei 0,51, im Land bei 0,42. Der Anteil der kariesfreien Zähne lag im Kreisgebiet in dieser Altersgruppe bei 73,7 Prozent, landesweit lag er bei 78,5 Prozent.

Um noch einmal zu verdeutlichen, wie stark die Häufigkeit der Zahnbefunde bei den Schülern unterschiedlicher Schulformen voneinander abweichen, sind hier beispielhaft die Ergebnisse der Reihenuntersuchungen der beiden vorangegangenen Schuljahrgänge 2002/03 und 2003/04 im Märkischen Kreis für 9jährige Schülerinnen und Schüler an Grund- und Förderschulen dargestellt. Die obere Hälfte der Grafik zeigt den dmf-t-Wert für die verbliebenen Milchzähne und die untere Hälfte den DMF-T-Wert für die bereits vorhandenen bleibenden Zähne.

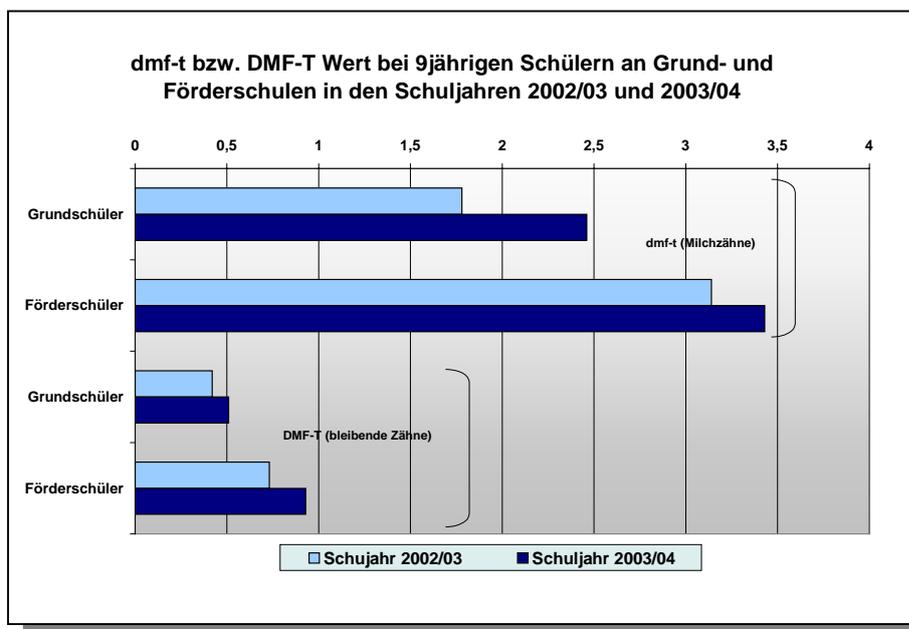


Abb. 8.3: Zahn-
befunde bei
9jährigen Grund
und Förderschülern
im Märkischen
Kreis 2002 bis
2004

Es fällt auf, dass der Zahnstatus der Förderschüler sowohl bei den Milchzähnen als auch bei den bleibenden Zähnen im Durchschnitt schlechter ist als derjenige der Grundschüler. In beiden Gruppen hat sich der Zahnstatus im Vergleich zum Vorjahr verschlechtert.

Dies zeigt auch eine Betrachtung der Anteile der kariesfreien Zähne in beiden Gruppen und bezogen auf den selben Zeitraum.

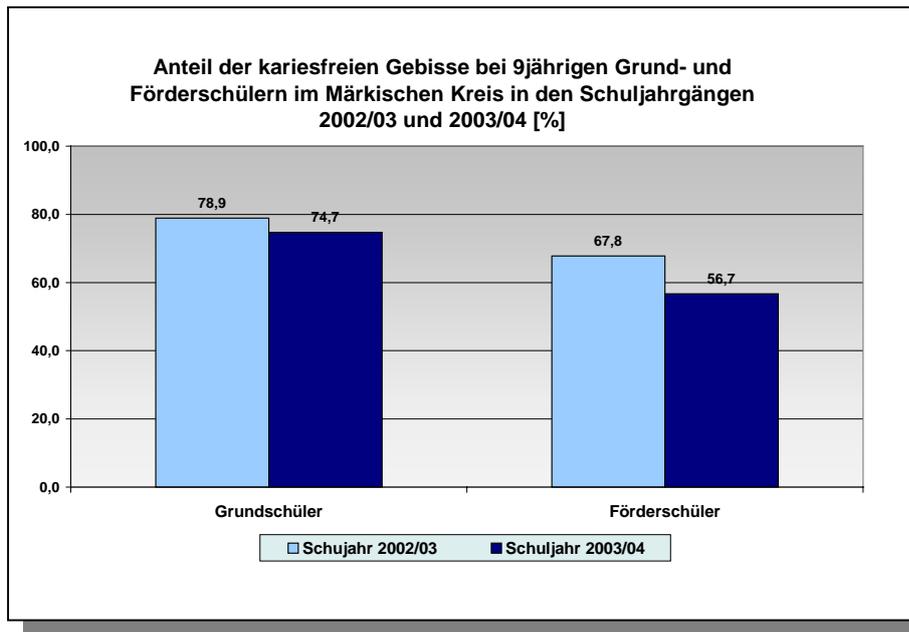


Abb. 8.4: Anteil der Kinder mit kariesfreiem Gebiss bei 9jährigen Grund- und Förderschülern im Märkischen Kreis 2002 bis 2004

Noch deutlicher fällt der Vergleich zwischen den 12jährigen Schülerinnen und Schülern der unterschiedlichen weiterführenden Schulen sowie der Förderschulen aus. Nachfolgend ist das Ergebnis der Reihenuntersuchungen aus dem Schuljahr 2003/04 im Märkischen Kreis dargestellt.

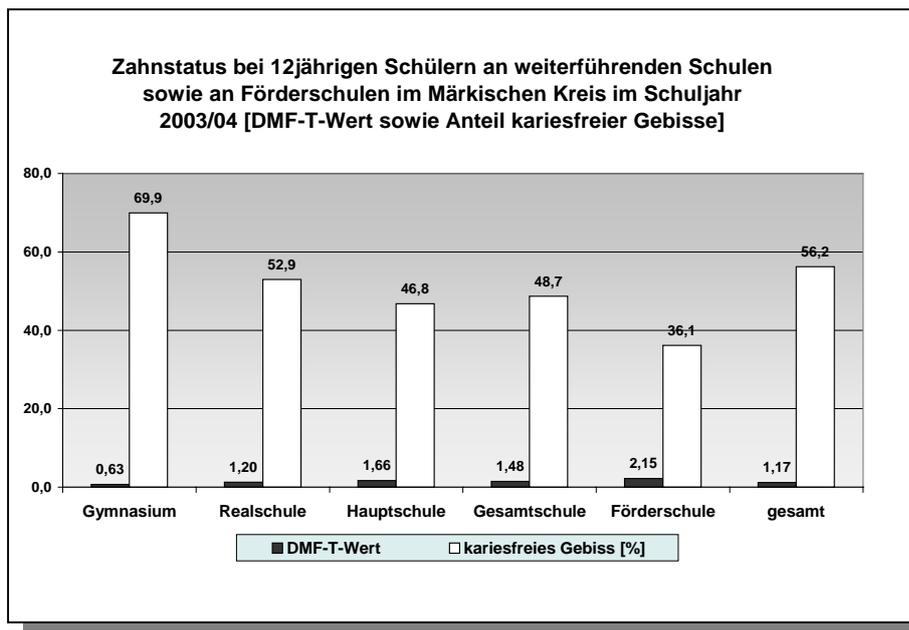


Abb. 8.5: Zahnstatus bei 12jährigen Schülern im Märkischen Kreis 2003/04 nach Schulformen

Den besten Zahnstatus weisen die Schülerinnen und Schüler an Gymnasien auf, am ungünstigsten sind die Werte bei den Haupt- und bei den Förderschülern.

Der Gesundheitsbericht des Landes NRW zur gesundheitlichen Lage von Zuwanderern führt aus, dass mehrere Studien darauf hinweisen, dass der Zahnstatus bei Kindern nicht-deutscher Nationalität im Schnitt schlechter ist als bei denen deutscher Nationalität. Die Unterschiede zeigen sich ebenfalls in der Häufigkeit der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen sowie bei der Verwendung fluoridhaltiger Präparate.

Zur Prophylaxetätigkeit in Kindergärten und Schulen wird in Kapitel 12 Näheres ausgeführt.

9. Behandlungsstatistik: Wie krank sind Kinder und Jugendliche ?

An Hand einiger ausgewählter Befunde soll ein Einblick in die Krankheitshäufigkeiten bei Kindern und Jugendlichen ermöglicht werden. Dabei liegen hauptsächlich Daten für den Bereich der stationären Behandlungen vor. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein erhebt regelmäßig die häufigsten Befunde in der Kinderarztpraxis; diese Grundlage dient zur Beurteilung der Situation im Märkischen Kreis.

9.1 Körperliche Erkrankungen

9.1.1 Atemwegserkrankungen und Allergien

Atemwegserkrankungen und Allergien stellen in den Industrieländern die häufigste chronische Erkrankung bei Kindern dar. Bei den Allergien spielen sowohl die genetischen Faktoren wie auch die sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen eine Rolle. Außerdem ist davon auszugehen, dass Umwelteinflüsse von Gewicht sind.

Erkrankungen der Atemwege können in den meisten Fällen ambulant behandelt werden. Dennoch gibt es schwere Atemwegserkrankungen, die einen Krankenhausaufenthalt erforderlich machen (z.B. chronische Mandelentzündungen, chronische Nebenhöhlenentzündungen, Lungenentzündungen einschließlich Grippe, chronische Bronchitis, Bronchialasthma).

Dass Atemwegserkrankungen in der ambulanten Behandlung eine wichtige Rolle spielen, zeigt eine seit 1998 kontinuierlich durchgeführte Erhebung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Die häufigste Diagnose in der Kinderarztpraxis war im Jahr 2004 bei 24 Prozent aller erfassten Fälle eine Infektion der oberen Atemwege. Bei weiteren knapp 9 Prozent wurde eine akute Bronchitis diagnostiziert. 5,7 Prozent aller Behandlungsfälle waren in der Diagnose „Asthma bronchiale“ begründet.

Wie die Krankenhausstatistik NRW zeigt, sind vor allem Kinder in der Altersgruppe der Ein- bis Vierjährigen betroffen. Landesweit erfolgten in dieser Altersgruppe knapp 27.000 stationäre Krankenhausbehandlungen.

Krankenhausaufnahmen aufgrund von Atemwegserkrankungen in NRW und im Märkischen Kreis im Jahr 2002 nach Altersgruppen				
ICD 10 (Kapitel X)	NRW		MK	
	Anzahl	je 100.000 Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.
Alter				
0 bis 1 Jahr	11.316	6.843,17	292	6.841,61
1 bis 4 Jahre	26.884	3.741,32	715	3.850,30
5 bis 9 Jahre	16.702	1.734,65	420	1.630,37
10 bis 14 Jahre	9.202	879,74	224	773,69
15 bis 19 Jahre	10.839	1.108,88	289	1.066,26
Summe	74.943	-	1.940	-
Alle Behandlungsfälle	252.511	1.397,95	6.373	1.395,47

Die voranstehende Tabelle zeigt, dass die statistische Verteilung zwischen Land und Kreis keine signifikanten Abweichungen enthält.

Bei knapp 12 Prozent der Kinder unter 1 Jahr lag eine chronische Erkrankung der unteren Atemwege (ICD 10, Fallgruppe J 40 bis J 47) vor. Was diese Diagnose angeht, so ist die Zahl der Behandlungsfälle bei den Jungen doppelt so häufig wie bei den Mädchen.

Hinweise auf die Verteilungshäufigkeit bei chronischen Atemwegserkrankungen geben auch die Schuleingangsuntersuchungen. Im Jahr 2004 lag kreisweit bei 33 Jungen (entspr. 1,3 Prozent) und bei 16 Mädchen (entspr. 0,4 Prozent) eine asthmatische Erkrankung vor. Im Vorjahr¹ waren dies 24 Jungen (entspr. 0,9 Prozent) und 10 Mädchen (entspr. 0,4 Prozent). 1999 betraf dies 1,2 der männlichen und 0,5 Prozent der weiblichen Schulanfänger.

Die „Arbeitsgemeinschaft Asthaschulung e.V.“ hat ein spezielles Schulungsprogramm für Kinder und Jugendliche mit asthmatischer Erkrankung entwickelt. Hintergrund ist die Erkenntnis, dass zwar in der akuten Situation der Atemnot Medikamente lebenswichtig sind. Sie allein helfen jedoch nicht, mit Asthma leben zu lernen. Unverzichtbare Bestandteile der Therapie sind vielmehr Information und Training. Das Krankenhaus Bethanien in Iserlohn beispielsweise bietet von speziell ausgebildeten Asthmatrainern in Wochenendseminaren eine spezielle Schulung für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale nach den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft an.

Einige Atemwegserkrankungen sind durch Allergien verursacht, wie z.B. Heuschnupfen oder Bronchialasthma. Allergien zeigen sich ebenfalls an Hautausschlägen, z.B. bei Neurodermitis.

Allergische Erkrankungen haben in den letzten Jahrzehnten generell zugenommen. Allein in den 80er Jahren ist die Zahl der an allergischem Bronchialasthma Erkrankten in Europa um das Doppelte gestiegen. Jeder dritte Deutsche ist Allergiker, schätzt der Ärzteverband Deutscher Allergologen. Besonders hygienische Lebensverhältnisse scheinen die Entstehung von Allergien im Kindesalter zu begünstigen. Denn in Regionen mit einfacheren hygienischen Standards treten Allergien deutlich seltener auf. Schmutz und harmlose Keime beeinflussen die Ausbildung des kindlichen Immunsystems anscheinend positiv.

Bisher ist es noch nicht gelungen, die genauen Ursachen der Allergien zu ergründen. Demzufolge gibt es auch noch keine ursächliche Therapie, die eine Allergie heilen könnte. Es gibt jedoch Medikamente, welche die Symptome und Begleiterscheinungen der Allergie, wie etwa Fließschnupfen, Hautausschläge oder Juckreiz, lindern und zum Abklingen bringen, und es gibt Möglichkeiten, durch entsprechende Verhaltensweisen und Vorbeugemaßnahmen die allergischen Reaktionen weitestgehend zu kontrollieren.

Nach einer Erhebung der Kinderärzte im Kammerbezirk Nordrhein kamen im Jahr 2004 5,6 Prozent der Patienten aufgrund eines atopischen² Ekzems (ICD 10 L20) in die Kinderarztpraxis, im Jahr 2001 waren es erst 5,0 Prozent gewesen.

Die Krankenhausstatistik aus den Jahren 2000 und 2002 zeigt weder in Bezug auf NRW noch auf den Märkischen Kreis eine Zunahme der Behandlungshäufigkeit bei Dermatitis und Ekzemen (ICD 10 L 20 bis 30) auf. Im Gegenteil: während im Jahr 2000 noch landesweit 1.546 Krankenhausaufnahmen (im Kreis 35) aufgrund dieser Diagnose erfolgten, waren dies im Jahr 2002 lediglich 1.442 (im Kreis 30). Am häufigsten betroffen sind Kinder im Alter bis zu 9 Jahren, insbesondere Kinder zwischen 1 und 4 Jahren.

Von einem Ekzem bzw. von Hauterkrankungen betroffen waren bei den untersuchten Lernanfängern im Jahr 2004 kreisweit 66 Jungen (entspr. 2,5 Prozent) und 65 Mädchen (entspr. 2,7 Prozent). Eine geschlechtsspezifisch einseitig stärkere Belastung wird an dieser Stelle nicht offensichtlich. Dies trifft auch für die Ergebnisse aus der Schuluntersu-

¹ ohne die Städte Balve, Hemer und Teilgebiete von Altena

² Als Atopie wird nicht die Erkrankung selbst bezeichnet, sondern die angeborene und erbliche Veranlagung, an einer oder an mehreren Ausprägungen des atopischen Formenkreises zu erkranken.

chung 1999 zu: von den weiblichen wie auch den männlichen Schulanfängern waren jeweils 3,0 Prozent aller untersuchten Kinder betroffen.

9.1.2 Infektionskrankheiten

Infektionskrankheiten werden durch Ansteckung mit bestimmten Krankheitserregern hervorgerufen. Nach Abheilung ist in vielen Fällen Immunität entstanden, die eine Wiederholung derselben Krankheit ausschließt. Viele Infektionskrankheiten treten seuchenartig in Epidemien auf und wandern über weite Gebiete; daneben kommen sie sporadisch oder immer wiederkehrend in bestimmten Gebieten vor.

Infektionskrankheiten sind Allgemeinerkrankungen, die sich aber besonders an bestimmten Organen abspielen. So finden sich bei Scharlach, Masern, Typhus, Fleckfieber, Windpocken und Röteln u. a. Ausschläge; am Darmkanal spielen sich z. B. Typhus, Paratyphus und Cholera ab. Zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten besteht die Meldepflicht an die Gesundheitsämter, die Maßnahmen zur Verhinderung der Weiterausbreitung ergreifen; hierher gehören Isolierung und Desinfektion der Kranken und Impfung der Gesunden zur Immunisierung.

Wie relevant Infektionskrankheiten für das Kindes- und Jugendalter sind, zeigt ein Blick in die Krankenhausstatistik. Im Jahr 2002 wurden in NRW 31.203 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter bis zu 19 Jahren aufgrund von Infektionserkrankungen behandelt. Das sind mehr als ein Drittel aller in diesem Jahr wegen Infektionskrankheiten zustande gekommenen Krankenhausfälle (n=92.203).

Neben dem Säuglingsalter sind hier vor allem Kleinkinder, insbesondere Jungen im Alter zwischen 1 und 4 Jahren betroffen. Über die Hälfte der Aufnahmen ist bei dieser Altersgruppe durch infektiöse Darmerkrankungen verursacht. Bei der Altersgruppe der bis zu 4 Jahre alten Kinder machen dies drei Viertel aller durch Infektionen begründeten Krankenhausaufnahmen aus.

Für den Märkischen Kreis liegen Angaben bis zum Jahr 2002 vor. In jenem Jahr waren 802 Krankenhausaufnahmen bei Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 19 Jahren aufgrund von Infektionserkrankungen zustande gekommen. Dies betraf etwa ein Drittel aller Behandlungsfälle (n=2.449) wegen Infektionserkrankungen. Wie die nachstehende Tabelle zeigt, waren im Kreis wie auch landesweit am häufigsten Kinder im Alter zwischen 1 und 4 Jahren betroffen; prozentual sind die häufigsten Behandlungen bei Kindern in der Altersgruppe bis zu 1 Jahr erfolgt.

Krankenhausaufnahmen aufgrund von Infektionskrankheiten in NRW und im Märkischen Kreis im Jahr 2002 nach Altersgruppen				
ICD 10 (Kapitel I)	NRW		MK	
Alter	Anzahl	je 100.000 Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.
0 bis 1 Jahr	7.073	4.277,28	174	4.076,85
1 bis 4 Jahre	11.067	1.540,14	265	1.427,03
5 bis 9 Jahre	5.054	524,90	130	504,64
10 bis 14 Jahre	4.144	396,18	103	355,76
15 bis 19 Jahre	3.865	395,41	130	479,63
Summe	31.203	-	802	-
alle Behandlungsfälle	92.203	510,45	2.449	536,25

Die Fallzahl bezogen auf 100.000 Einwohner zeigt zwischen Land und Kreis keine wesentlichen Abweichungen.

Infektionskrankheiten führten im Jahr 2002 landesweit bei 32 Kindern im Alter zwischen 0 und 14 Jahren zum Tode. Von den 32 Kindern verstarben neun infolge einer Hirnhautentzündung (Meningokokken, Fallgruppe A 39, ICD 10), 14 Kinder als Folge einer Sepsis (Fallgruppe A 41, ICD 10). Im Märkischen Kreis gab es in diesem Zeitraum in dieser Altersgruppe keine durch Infektionen verursachte Todesfälle.

Nach dem „Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen“ (Infektionsschutzgesetz - IfSG) sind eine Reihe von Infektionskrankheiten meldepflichtig, darunter Diphtherie, Masern, Meningokokken-Meningitis, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), Hepatitis A bis E und weitere bestimmte Virusinfektionen.

Die Abteilung Gesundheitsschutz und Umweltmedizin des Gesundheitsamtes nimmt kreisweit alle Meldungen von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten usw. entgegen und leitet sie entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. an das Robert-Koch-Institut weiter. Im Jahr 2004 wurden für den Märkischen Kreis folgende häufige Infektionserkrankungen ermittelt:

Die häufigsten nach dem Infektionsschutzgesetz im Märkischen Kreis erfassten Erkrankungen im Jahr 2004 nach Erregertyp und Altersgruppen					
Erreger	absolut	Unter 1 Jahr	1 - 4 Jahre	5 - 14 Jahre	15 - 24 Jahre
Campylobacter Enteritis	405	4	19	38	60
Salmonellose	281	8	49	57	21
Rotavirus*	135	54	61	7	2
Novovirus*	131	37	19	24	5
Yersiniose*	76	0	10	10	3
E. coli Enteritis*	49	2	14	4	1
alle Infektionserkrankungen	1.202	105	176	151	104
* verursachen Magen-Darm-Erkrankungen					
Quelle: Gesundheitsamt, Abt. Gesundheitsschutz u. Umweltmedizin					

Auch hier wird deutlich, dass Säuglinge und Kleinkinder besonders häufig betroffen sind.

Zur Vermeidung von Infektionen ist ganz wesentlich die Prävention. Das Gesundheitsamt nimmt diese Aufgabe durch Informationen an die Bevölkerung wahr, vor allem aber auch durch Schulung des Personals in medizinischen und Pflegeeinrichtungen wie auch des Küchenpersonals sowie auch in Form regelmäßiger Kontrollen in Labors, in Krankenhäusern und Gemeinschaftseinrichtungen.

Die wichtigste Form individueller Prävention ist die Impfung; allerdings hilft sie nur dann nachhaltig, wenn große Bevölkerungsanteile sich regelmäßig daran beteiligen. Impfungen sind in Deutschland freiwillig; statt einer Verpflichtung gibt es Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut³. Für Kinder und Kleinkinder wird eine Kombinationsimpfung zum einen gegen „Diphtherie-Tetanus-Pertussis (Keuchhusten)“ und zum zweiten gegen „Masern-Mumps-Röteln“ empfohlen. Außerdem ist eine Impfung gegen Polio und Hepatitis B vorgesehen sowie eine Impfung gegen die Haemophilus Influenza Typ B⁴ empfohlen.

Die Landesstatistik zeigt, welchen Verbreitungsgrad Infektionserkrankungen nehmen können, wenn nicht genügend Impfschutz aufgebaut wurde. So gab es im Jahr 2002 landesweit 1.439 Neuerkrankungen an Masern. Die hohe Infektionsrate zeigt sich an den lokalen Verdichtungen dieser Erkrankung, wie in jenem Jahr in der Stadt Aachen, im Kreis Euskirchen und im Oberbergischen Kreis. Die Zahl der Neuerkrankungen in Höhe von 13 Fällen war dagegen im Märkischen Kreis unauffällig.

³ Datenquelle: <http://www.rki.de/>

⁴ ist eine der schwersten bakteriellen Infektionen in den ersten fünf Lebensjahren. Die gefürchtetste Komplikation ist eine eitrige Hirnhautentzündung (Meningitis). Unbehandelt sterben 60 bis 90 Prozent der Erkrankten.

Zur Inanspruchnahme von Impfungen wird Näheres in Kapitel 13 ausgeführt.

9.1.3 Neubildungen (Krebserkrankungen)

Generell ist festzustellen, dass Krebserkrankungen im Kindesalter selten sind und etwa 1 Prozent der Krebserkrankungen in allen Altersgruppen ausmachen. Die häufigsten Erkrankungen bei Kindern sind Leukämien, Tumore des Zentralen Nervensystems, Erkrankungen des Lymphsystems, Tumore des sympathischen Nervensystems, Weichteil-, Nieren-, Knochen- und Keimzelltumore.

Etwa 83 Prozent aller Krebserkrankungen im Kindesalter betreffen die akute lymphatische Leukämie (ALL). Dabei handelt es sich um ein ungehemmtes Wachstum von nicht funktionstüchtigen Knochenmarkszellen, die funktionsfähige rote und weiße Blutkörperchen verdrängen. Unbehandelt führt diese Krankheit rasch zum Tode. Als mögliche Ursachen werden Virusinfektionen, genetische Faktoren wie auch Umwelteinflüsse in Betracht gezogen.

Die Hälfte aller Krebserkrankungen bei Kindern tritt in den ersten sechs Lebensjahren auf. Mit 20,8 Erkrankungen auf 100.000 Einwohnern ist sie bezogen auf Kinder bei der Altersgruppe bis zu 1 Lebensjahr am höchsten, um dann bis zum 14. Lebensjahr immer weiter abzunehmen. Jungen sind generell stärker betroffen als Mädchen.

Dank fortschrittlicher Behandlungsmethoden bestehen gerade bei Kindern meist gute Heilungsaussichten. Zwei von drei Patienten werden wieder gesund, bei manchen Tumorarten liegt die Heilungsrate deutlich darüber.

Zur Erforschung der Krebserkrankungen speziell im Kindesalter besteht seit 1980 das bundesweite Zentrale Krebsregister am Universitätsklinikum in Mainz. Hier werden Krebsneuerkrankungen bei Kindern im Alter bis zu 15 Jahren erfasst. Jährlich werden etwa 1.700 bis 1.800 Neuerkrankungen gemeldet.

In Nordrhein-Westfalen ist zunächst für den Regierungsbezirk Münster ein Krebsregister eingeführt worden, welches seit 1998 die Neuerkrankungen registriert hat. Ab 2005 soll das Krebszentralregister landesweit alle Krebserkrankungen erfassen. Eine exakte Darstellung der Neuerkrankungen ist in Bezug auf Städte und Kreise zur Zeit noch nicht möglich. Jedoch weist die Krankenhausstatistik NRW für das Jahr 2002 landesweit 11.292 Behandlungsfälle im Alter bis zum 19. Lebensjahr (von insgesamt 427.315 Fällen) auf, die infolge bösartiger Neubildungen erforderlich waren, wobei die männliche Bevölkerung durchweg stärker betroffen ist.

Im Märkischen Kreis betraf dies im gleichen Zeitraum 275 Krankenhausfälle bei Kindern und Jugendlichen bis zum 19. Lebensjahr (von insgesamt 11.558 Fällen). Ihr Anteil an den gesamten Behandlungsfällen mit der Diagnose Krebs lag im Kreis bei 2,4 Prozent, landesweit bei 2,6 Prozent.

9.1.4 Stoffwechselerkrankungen / Diabetes mellitus

Zu den bekanntesten und am meisten verbreiteten Stoffwechselerkrankungen gehört der Diabetes mellitus. Unterschieden wird nach Typ I und Typ II.

Typ II ist der im Laufe des Lebens erworbene Diabetes und ist sehr viel häufiger anzutreffen. Er betrifft überwiegend Menschen über 50 Jahre. Die Insulinproduktion ist eingeschränkt. Diabetes kann eine Folge von falschen Ernährungsgewohnheiten und von mangelnder Bewegung sein. Er gilt als Risikofaktor für das Entstehen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Der kleinere Anteil der Diabetiker (etwa 20 Prozent) hat einen insulin-abhängigen Diabetes vom Typ I, der vor dem 35. Lebensjahr entsteht und von dem auch Kinder und Jugendliche betroffen sind. Ein Melderegister für Diabetes besteht nicht, so dass daher auch keine exakten Angaben zur geografischen Verteilung und zur zeitlichen Entwicklung gemacht werden können.

Durch eine frühzeitige umfassende Behandlung und Schulung können vom Typ I betroffene Kinder wie auch Erwachsene eine normale Lebensqualität erreichen. Ziel ist es, die Stoffwechselstörung so gut wie möglich durch Insulingaben und eine abgestimmte Ernährungsweise auszugleichen.

Bei Kindern und Jugendlichen kann durch Wachstumsschübe, durch wechselnden Bewegungsdrang und eine Reihe weiterer Faktoren eine optimale Einstellung des Blutzuckerspiegels erschwert sein. Komplikationen können vor allem bei der Durchblutung kleinster Blutgefäße wie z.B. dem Augenhintergrund entstehen, so dass schwerwiegende Folgeerkrankungen wie beispielsweise Sehstörungen bzw. Erblindungen möglich sind.

Eine Studie der Universität Tübingen aus dem Jahr 1995 gibt für Deutschland eine Größenordnung von 11,6 Neuerkrankungen auf 100.000 Einwohner im Alter bis zu 15 Jahren an. Mädchen und Jungen seien in etwa in gleicher Weise betroffen. Die meisten Neuerkrankungen wurden in den Wintermonaten beobachtet, was auf einen Einfluss des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens hindeutet.⁵

Im Jahr 2001 waren in NRW landesweit 2.784 Krankenhausbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen bis zum 19. Lebensjahr durch Diabetes veranlasst. Vergleicht man die Behandlungszahlen dieses Jahres mit denen aus dem Jahr 1994, so fällt eine Zunahme der Behandlungsfälle in den Altersgruppen zwischen fünf und neun Jahren, mehr aber noch in der Altersgruppe zwischen 10 und 14 Jahren auf.

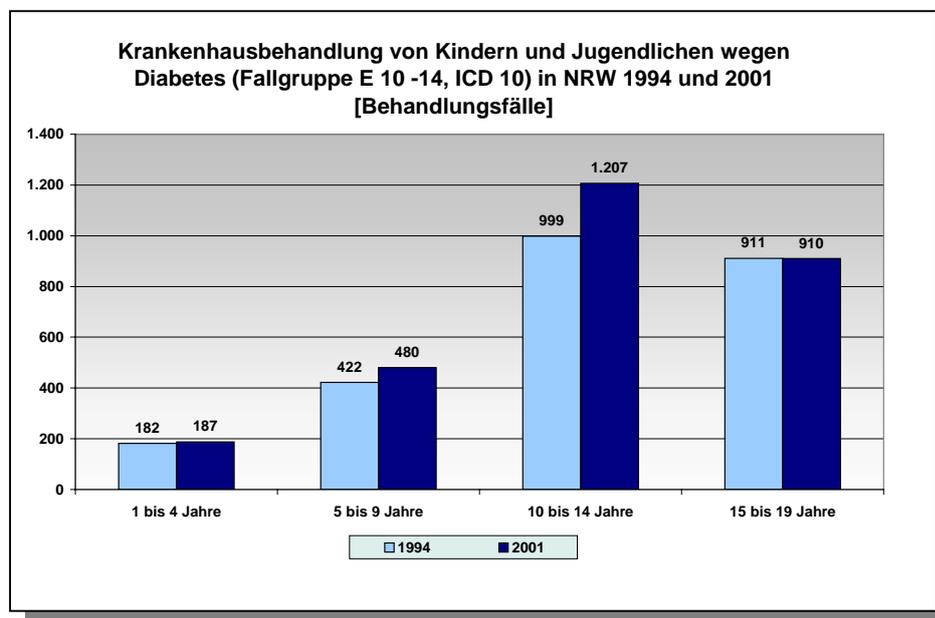


Abb. 9.1: stationäre Behandlung wegen Diabetes bei Kindern und Jugendlichen, Vergleich NRW 1994 und 2001

Die nachfolgende Tabelle zeigt, dass Kinder und Jugendliche im Jahr 2002 im Vergleich zu allen erfolgten Krankenhausbehandlungen aufgrund dieser Diagnose (44.659 in NRW; 1.094 im MK) generell weniger betroffen waren. Am häufigsten betraf dies die Gruppe der Kinder und Jugendlichen im Alter von 10 bis 14 Jahren.

⁵ Sozialministerium Baden-Württemberg [Hrsg.]: „Kindergesundheit in Baden-Württemberg“, Stuttgart, Juni 2000

Auffällig ist die Behandlungshäufigkeit bei der Gruppe der 15 bis 19jährigen, die im Märkischen Kreis nahezu doppelt so hoch ist wie im Landesdurchschnitt. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass in Lüdenscheid eine stationäre Wohneinrichtung für jugendliche Diabetiker besteht, in der bereits seit über 30 Jahren in Wohngruppen wie auch im betreuten Wohnen bis zu 48 Kinder, Jugendliche, Behinderte und junge Erwachsene, die an Diabetes oder anderen Stoffwechselerkrankungen leiden, betreut werden. Ein wichtiger Aufnahmegrund besteht bspw. darin, den bisher im ambulanten Bereich noch nicht vollständig geglückten Umgang mit der Erkrankung zu erlernen, um auf diese Weise schwerwiegendere Krankheitsverläufe und Folgeschäden zu umgehen. Diese Einrichtungsart ist äußerst selten; daher umfasst der Einzugsbereich das gesamte Bundesgebiet und sogar angrenzende Länder.

Krankenhausaufnahmen Diabetes in NRW und im Märkischen Kreis im Jahr 2002 nach Altersgruppen				
ICD 10 (Fallgr. E 10 - 14)	NRW		MK	
Alter	Anzahl	je 100.000 Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.
0 bis 1 Jahr	6	3,63	0	0,00
1 bis 4 Jahre	186	25,88	0	0,00
5 bis 9 Jahre	555	57,64	20	77,64
10 bis 14 Jahre	1.230	117,59	31	107,07
15 bis 19 Jahre	840	85,94	36	132,82
Summe	2.817	-	87	-
Alle Behandlungsfälle	44.659	247,24	1.094	239,55

Neben einer regelmäßigen haus- bzw. kinderärztlichen Versorgung ist der Umgang mit der Stoffwechselstörung und die damit verbundene notwendige Disziplin ein entscheidender Faktor für die künftige Lebenserwartung und Lebensqualität. Inzwischen sind durch technische Weiterentwicklungen Blutzuckermessungen und Insulininjektionen sehr viel leichter zu bewerkstelligen, als dies noch vor Jahren gewesen war. Trotzdem gehört sehr viel Selbstdisziplin und Reflexionsfähigkeit dazu, um im Kindes- und Jugendalter seinen Diabetes in den Griff zu bekommen.

In den pädiatrischen Abteilungen sowohl im Krankenhaus Bethanien in Iserlohn als auch in den Märkischen Kliniken in Lüdenscheid werden Kinder und Jugendliche mit Stoffwechselstörungen behandelt wie auch entsprechende Schulungen angeboten und durchgeführt. In Iserlohn erfolgen die Schulungen für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus nach den Vorgaben der „Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Diabetologie“. Außerdem besteht eine Selbsthilfegruppe, die „Candy Kiddies“, für Kinder- und Jugendliche mit Diabetes.

9.2 Psychische und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter beinhalten eine große Bandbreite sehr unterschiedlicher Störungsbilder. Darin enthalten sind Probleme wie Entwicklungsverzögerungen, Teilleistungsstörungen, emotionale Störungen, Neurosen, Psychosen und Persönlichkeitsstörungen. Die Intensität der Beeinträchtigung kann sehr variieren. Ein Teil der Störungen tritt nur kurzfristig auf, es gibt vollständige Heilung, andere halten sich sehr hartnäckig, einige bleiben für die gesamte weitere Lebensdauer bestehen.

Es sind in aller Regel mehrere Faktoren, die zum Entstehen einer psychischen Störung führen. So sind beispielsweise genetische Voraussetzungen wie auch frühe Beeinträchtigungen, teils bereits während der Schwangerschaft oder im Geburtsverlauf zu nennen. Ebenfalls ist an ungünstige Lebensumstände – beispielsweise in Schule oder Familie – oder auch an übermäßige Belastungen und Traumatisierungen zu denken.

Störungen wie Teilleistungsstörungen, das hyperkinetische Syndrom, Einkoten und Einnässen sind in aller Regel im Kindesalter vor dem Eintreten der Pubertät zu verzeichnen. Leichte Störungen, insbesondere Leistungsstörungen und Entwicklungsverzögerungen werden oftmals mit Eintritt des Schulbeginns erkannt. Schulprobleme führen daher oft erst dazu, eine ausführliche Diagnostik vorzunehmen und gezielte therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

Andere psychische Störungen treten eher während der Pubertät und im jungen Erwachsenenalter auf. Dazu gehören beispielsweise Essstörungen, anhaltender Suchtmittelmissbrauch, juvenile Schizophrenie, Suizidalität wie auch phobische und neurotische Störungen.

Eine Übersichts-Studie des „Instituts für Psychologie und der Akademie für Psychotherapie und Interventionsforschung“ an der Universität Potsdam⁶ aus dem Jahr 2002 geht von einer Häufigkeit psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter aus, die bei 20 Prozent liegt. Als häufigste Störungen zeigen sich demnach die Angststörungen mit 10,4 Prozent gefolgt von aggressiv-dissozialen Störungen mit 7,5 Prozent. 4,4 Prozent machen jeweils depressive Störungen und hyperkinetische Störungen aus. Weiterhin sind Essstörungen und Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit besonders häufig bei Jugendlichen anzutreffen.

Meist bestehen mehrere Krankheits- bzw. Störungsbilder gleichzeitig oder nacheinander. So ist das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom, kurz ADHS, von dem in Deutschland nach Expertenmeinung etwa zwei bis sechs Prozent aller Kinder und Jugendlichen betroffen sind, oftmals verbunden mit z.B. Ticstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen oder Depressionen. Mit entscheidend ist auch der soziale Kontext: manche Störungen treten nur innerhalb der Familie oder beispielsweise in der Schule auf. Folge davon ist, dass bei der Behandlungsplanung nicht nur der Patient bzw. die Patientin im Mittelpunkt steht, sondern der Blick auf das soziale Umfeld unumgänglich ist.

Die nachstehende Tabelle zeigt bezogen auf die Krankenhausstatistik, dass bei Kindern und Jugendlichen landesweit vor allem die Altersgruppe der 15 bis 19jährigen Patienten betroffen ist. In allen anderen Altersgruppen liegen die prozentualen Anteile je 100.000 Einwohner im Märkischen Kreis deutlich über dem Landesdurchschnitt.

Krankenhausaufnahmen aufgrund von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten in NRW und im Märkischen Kreis im Jahr 2002 nach Altersgruppen				
ICD 10 (Kapitel V)	NRW		MK	
Alter	Anzahl	je 100.000 Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.
0 bis 1 Jahr	459	277,57	23	538,89
1 bis 4 Jahre	1.418	197,34	58	312,33
5 bis 9 Jahre	3.031	314,80	139	539,58
10 bis 14 Jahre	5.510	526,77	203	701,16
15 bis 19 Jahre	10.138	1.037,16	280	1.033,06
Summe	20.556	-	703	-
Alle Behandlungsfälle	228.191	1.263,31	6.091	1.333,72

Jungen sind, was die Altersgruppen zwischen 0 und 14 Jahren angeht, in der Krankenhausstatistik stärker repräsentiert als die Mädchen. Diese sind wiederum häufiger in der Altersgruppe der 15 bis 19 jährigen Patienten vertreten.

Am deutlichsten trifft dieses Ungleichgewicht die 5 bis 9 Jahre alten männlichen Patienten. Im Jahr 2002 waren aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten

⁶ Universität Potsdam, Institut für Psychologie, www.psych.uni-potsdam.de

37 stationäre Behandlungen bei Mädchen durchgeführt worden, im selben Zeitraum 102 mal bei Jungen, also etwa dreimal so häufig.

Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungseinrichtungen arbeiten sehr eng mit den betroffenen Familien, mit den Schulen und den Einrichtungen der Jugendhilfe zusammen. Therapeutische Interventionen beschränken sich nicht auf Pharmakotherapie, sondern schließen das Einwirken auf die soziale Umgebung ausdrücklich mit ein. Im Märkischen Kreis sind verschiedene Institutionen der Jugendhilfe wie auch der medizinischen Versorgung mit der Beratung und Behandlung bei psychischen Störungen befasst.

Sehr oft treten psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten im schulischen Kontext auf. Über Elterngespräche und der Einbeziehung des Beratungslehrers können psychologische Hilfen vermittelt werden. Häufig erfolgt eine schulpsychologische Diagnostik, um das Problem näher zu beschreiben und den Ursachen nachzugehen. Die psychologischen Beratungsstellen (einschließlich der Schulpsychologen) bieten Gespräche und weitere therapeutische Maßnahmen wie z.B. Entspannungs- oder Konzentrationsübungen an.

Aus den vorliegenden Tätigkeits- bzw. Jahresberichten verschiedener psychologischer Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche (auch Erziehungsberatungsstellen genannt) geht hervor, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit behandlungsnotwendigen, psychischen Störungen (gemäß § 35a KJHG) an der Gesamtklientel von 17 bis 47 Prozent schwankt.

Eine weitergehende Darstellung zum Beratungsangebot ist in Kapitel 5 zu finden.

9.2.1 Ausgewählte psychische Störungen

9.2.1.1 Teilleistungsschwächen

Einige Störungen führen zu Schwierigkeiten in der Schule oder in anderen Leistungsbereichen. Daher werden sie in ihrer Ausprägung auch hier deutlich. Hierzu gehören als besonders wichtigem Bereich Störungen des Sprechens und der Sprache. Neben organischen Ursachen, wie z.B. einer Hörstörung, sind oft auch psychiatrische Auffälligkeiten wie Angst, Rückzug aber auch Hyperaktivität und aggressives Verhalten zu verzeichnen.

Von den im Jahr 2004 untersuchten 5.070 Einschülern im Märkischen Kreis waren 11,9 Prozent der Jungen und 7,2 Prozent der Mädchen von Sprachstörungen betroffen⁷. 233 Jungen und 137 Mädchen waren deswegen in ärztlicher Behandlung. Im Jahr 1999 waren es noch 9,4 Prozent der männlichen und 4,4 Prozent der weiblichen Einschüler.

Im Jahr 2004 kamen lt. Längsschnittuntersuchung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein 6,1 Prozent aller Patienten wegen einer Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (ICD 10 F 80) in die Kinderarztpraxis (7,1 Prozent Jungen, 5,2 Prozent Mädchen).

Die häufigste Entwicklungsstörung im Kindesalter betrifft die Lese-Rechtschreib-Störung. Etwa 6 Prozent aller Kinder sollen an Legasthenie leiden, wobei Jungen häufiger betroffen sind.

Eine die Schulleistungen wesentlich beeinflussende Störung stellt auch die Rechenschwäche bzw. Dyskalkulie dar. Oft handelt es sich um eine isolierte Störung, deren Ursache nicht immer einseitig begründet ist. So können neuropsychologische Voraussetzungen

⁷ Sprachstörungen sind häufig auch durch Hörstörungen verursacht. Bei den Lernanfängern im Jahr 2004 sind bei 298 Kindern Hörstörungen festgestellt worden, und zwar bis auf ganz wenigen Fälle ohne akute Infektionen; die Verteilung auf die Geschlechter ist annähernd gleich.

wie z.B. Wahrnehmungsprobleme von Bedeutung sein, es werden aber auch sozio-kulturelle, familiäre oder schulische Einflüsse diskutiert.⁸

Beide Störungsbilder werden in Gänze erst während der Schulzeit erfasst und sind daher bei den Einschulungsuntersuchungen nur ansatzweise zu erkennen.

Die psychologische Beratungsstelle in Hemer gibt in ihrem Jahresbericht 2004 einen Anteil von 17,5 Prozent ihrer Besucher an, die von einer Lese-Rechtschreib-Schwäche bzw. -Störung betroffen waren. Während sich diese Zahl im Vergleich zum Vorjahr als stabil erwies, stieg der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Dyskalkulie von 6,1 auf 11,2 Prozent.

Viele Schülerinnen und Schüler mit Teilleistungsschwächen werden ebenfalls von kommerziellen Anbietern schulergänzender Angebote betreut.

9.2.1.2 Hyperkinetisches Syndrom

Das hyperkinetische Syndrom setzt sich aus mehreren Symptomkomponenten zusammen. Hyperkinetische Kinder sind motorisch unruhig, meist leicht erregbar, agieren und reagieren sehr impulsiv und sind in ihrer Wahrnehmung bzw. ihrer Aufmerksamkeit gestört. Etwa die Hälfte der erkrankten Kinder weisen diese Störung bereits vor dem vierten Lebensjahr auf; eine besondere Beeinträchtigung tritt meist aber erst mit Beginn des Schulbesuchs ein. Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen.

Im Kindesalter dominiert noch die erhöhte motorische Aktivität, im Jugendalter treten eher Impulsivität, Eigensinn und Stimmungslabilität in den Vordergrund. Ungünstige Rahmenbedingungen für das Entstehen und Fortbestehen hyperaktiver Störungen sind inkonsequentes Erziehungsverhalten oder wenig erfolgreiche Bewältigungsstrategien der Eltern in kritischen Erziehungssituationen, belastende Bedingungen im Kindergarten bzw. in der Schule (z.B. Klassengröße, Anteil verhaltensauffälliger Kinder), Ressourcen im Kindergarten/in der Schule (z.B. Kleingruppenunterricht, Kleingruppenbeschäftigung) wie auch Störungskonzepte der Erzieher oder Lehrer, deren Therapieerwartungen und Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit.

Die Behandlung kann meist ambulant durchgeführt werden und erfolgt in der Regel unter Zuhilfenahme mehrerer Bausteine, wie beispielsweise des schulpsychologischen Dienstes für die Diagnostik. Ein wichtiges, obligatorisches Element ist die Aufklärung und Beratung der Eltern, des Erziehers bzw. des Klassenlehrers.

In der Regel erfolgt eine Rückkopplung mit der Einrichtung, um z.B. eine günstigere Platzierung des Kindes zur Verminderung der Symptomatik zu erreichen. Symptome hyperkinetischen Verhaltens können sowohl in der Familie als auch in der Schule auftreten oder aber nur in der Familie oder der Schule.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil im Behandlungskonzept zur Verminderung der Symptomatik in der Familie ist das Elterntaining unter der Voraussetzung der Kooperationsbereitschaft der Hauptbezugsperson. Das Elterntaining wie auch die verhaltenstherapeutischen Interventionen in der Familie beinhalten die Anwendung positiver Verstärkung und negativer Konsequenzen bei umschriebenem Problemverhalten in spezifischen Problemsituationen.

Der Einsatz eines Medikamentes wird meist dann erforderlich, wenn eine stark ausgeprägte Symptomatik mit einer erheblichen Beeinträchtigung des Patienten oder seines

⁸ Thiel, O., Online-Familienhandbuch unter der URL-Adresse: www.familienhandbuch.de

Umfeldes (z.B. drohende Umschulung in die Förderschule, massive Belastung der Eltern-Kind-Beziehung) vorliegt.⁹

Ausgeprägte hyperkinetische Störungen erfordern häufig langfristige Hilfen; über die Jugendhilfe werden Hilfen zur Erziehung bzw. Eingliederungshilfen entsprechend § 27 bzw. 35 a KJHG angeboten.

Zur Häufigkeit von Hyperaktivität geben die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen einen Anhaltspunkt. Zwar wird Hyperaktivität nicht im Speziellen, jedoch Verhaltensauffälligkeiten im Allgemeinen dokumentiert. Es handelt sich dabei um verschiedene Auffälligkeiten, die den schulischen Erfolg mitunter empfindlich beeinflussen können, angefangen von Konzentrationsstörungen über Hyperaktivität bis hin zu Schwierigkeiten im Sozialverhalten. Von 307 Einschülern (Gesamtzahl: 5.070 Einschüler im Jahr 2004), die Verhaltensauffälligkeiten zeigten, waren fast 80 Prozent bereits in entsprechender Behandlung, 20 Kinder wurden an den niedergelassenen Arzt überwiesen und in 44 Fällen ergab sich keine Notwendigkeit der Behandlung. Zum Vergleich: der Prozentanteil verhaltensauffälliger Einschüler lag im Jahr 2004 bei 6,0 Prozent, im Jahr 1999 bei 3,9 Prozent.

Die psychologischen und schulpseudologischen Beratungsstellen behandeln und betreuen regelmäßig Kinder mit ADHS. Leider beinhalten die Tätigkeitsberichte häufig keine diagnosebezogenen Angaben; die psychologische Erziehungsberatungsstelle in Hemer¹⁰ gibt einen Anteil an der Gesamtklientel von knapp 11 Prozent (entsprechend 23 Personen) an.

In der Liste der häufigsten Befunde (Gesamtzahl = 30) in der Kinderarztpraxis des Kasernenärztlichen Vereinigung Nordrhein taucht diese Diagnose (Hyperkinetische Störungen, ICD 10, Fallgr. F 90) dagegen nicht auf.

Die Krankenhausstatistik zeigt hier nur eine Teilmenge auf. Auf das Jahr 2002 bezogen dominierte landesweit der Jungenanteil gegenüber den Mädchen in der Gesamtheit aller Behandlungsfälle im Verhältnis 10:1, im Märkischen Kreis lag dieses Verhältnis bei 6:1. Die nachfolgende Tabelle zeigt, dass der prozentuale Anteil der Behandlungsfälle bezogen auf 100.000 Einwohner in den Altersgruppen 5 bis 9 Jahre und 10 bis 14 Jahre im Märkischen Kreis etwa doppelt so hoch ist wie im Landesdurchschnitt.

Krankenhauseinweisungen wegen hyperkinetischer Störungen in NRW und im Märkischen Kreis im Jahr 2002 nach Altersgruppen				
ICD 10 (Fallgr. F 90)	NRW		MK	
Alter	Anzahl	je 100.000 Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.
1 bis 4 Jahre	45	6,26	0	0,00
5 bis 9 Jahre	511	53,07	27	104,81
10 bis 14 Jahre	419	40,06	25	86,35
15 bis 19 Jahre	55	5,63	0	0,00
Summe	1.030	-	52	-
alle Altersgruppen	1.068	5,91	55	12,04

In den Altersgruppen der 1 bis 4jährigen und der 15 bis 19jährigen Patienten waren im Märkischen Kreis keine Krankenhausbehandlungen aufgrund dieser Diagnose erfolgt.

⁹ In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung aufgrund der regional unterschiedlichen Verwaltungspraxis wie auch der steigenden Behandlungszahl mit dem Wirkstoff Methylphenidat, (z.T. auch mit Amphetamin-Rezepturen) eine systematische Analyse der Verwaltungsdaten anstrebt. Derzeit werden hierzu zwei Forschungsprojekte durchgeführt.

¹⁰ Zfb, Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche, Hemer: „Jahresbericht 2004“

9.2.1.3 Epilepsie

Epilepsien sind chronische Erkrankungen des zentralen Nervensystems mit wiederholt auftretenden, cerebralen Anfällen als Ausdruck einer lokalen oder generalisierten Gehirnfunktionsstörung. 5 von 1.000 Kindern sind betroffen. Epileptische Anfälle sind von den sehr viel häufigeren epileptischen Gelegenheitsanfällen (z.B. Fieberkrämpfe, Anfälle im Rahmen einer akuten Erkrankung) zu unterscheiden.

Eine Behandlung der Krankheitsursache ist in der Regel nicht möglich. Sie erfolgt daher symptomatisch durch eine medikamentöse Langzeitbehandlung. Regelmäßige begleitende Beratung hinsichtlich Lebensführung, Erziehung, Eingliederung in Kindergarten, Schule und Beruf ist dringlich, ebenso Hilfe bei der Aufklärung des sozialen Umfeldes.

Im Jahr 2002 waren landesweit ca. 26.000 stationäre Behandlungsfälle durch Epilepsie (ICD 10, G 40) verursacht. Mehr als ein Viertel, etwa 7.400 entfielen auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter bis zu 19 Jahren. Die nachfolgende Tabelle zeigt, dass vor allem Kinder im Alter zwischen 5 und 9 Jahren betroffen sind. Jungen sind in allen Altersgruppen stärker vertreten als Mädchen. Im Märkischen Kreis entfielen im gleichen Zeitraum von insgesamt 914 Behandlungsfällen fast die Hälfte (437 Behandlungsfälle) auf die Altersgruppe der bis zu 19jährigen.

Krankenhausaufnahmen wegen Epilepsie in NRW und im Märkischen Kreis im Jahr 2002 nach Altersgruppen				
ICD 10 (Fallgr. G 40)	NRW		MK	
Alter	Anzahl	je 100.000 Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.
bis 1 Jahr	474	286,64	14	328,02
1 bis 4 Jahre	1.706	237,42	94	506,19
5 bis 9 Jahre	2.073	215,30	151	586,16
10 bis 14 Jahre	1.694	161,95	109	376,49
15 bis 19 Jahre	1.455	148,85	69	254,57
alle Behandlungsfälle	26.254	145,35	914	200,13

Die Tabelle verdeutlicht weiter, dass im Jahr 2002 die Behandlungshäufigkeit im Märkischen Kreis wesentlich höher lag, als im Landesdurchschnitt. Die Behandlungsfälle je 100.000 Einwohner waren in allen Altersgruppen höher als im Land, zum Teil doppelt so häufig. Die Behandlungshäufigkeit in den höheren Altersgruppen liegt dagegen nicht ganz so deutlich über dem Landesdurchschnitt.

Stationäre Behandlungsmöglichkeiten sowie das Angebot einer ausführlichen neuropädiatrischen Diagnostik bieten im Kreisgebiet die neuropädiatrische Abteilung des Krankenhauses Bethanien in Iserlohn wie auch die kinder- und jugendmedizinischen Abteilung der Märkischen Kliniken in Lüdenscheid an. Besondere Arbeitsschwerpunkte liegen in der Diagnostik und Therapie der Epilepsie im Kindes- und Jugendalter.

9.2.1.4 Ängste und Phobien

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Aufgrund der Tatsache, dass kindliche Ängste Bestandteil der normalen Entwicklung darstellen können, ist bereits die Frage, welche Ängste als Störung klassifiziert werden sollen und wann eine Behandlung durchgeführt werden soll, oft schwer zu beantworten.

- Etwa 1 bis 5 Prozent aller Kinder sind von Trennungsangst betroffen. Damit ist eine übermäßige und wiederkehrende Angst gemeint, die bei Trennung von den wichtigsten Bezugspersonen oder von zu Hause entsteht.

- Spezifische Phobien sind bei 2,4 bis 5,8 Prozent aller Kinder und Jugendlichen zu finden. Spezifische Ängste beziehen sich auf ein bestimmtes Subjekt (z.B. Hund, Insekt) oder eine bestimmte Situation (z. B. Arztbesuch).
- Die Agoraphobie (z.B. Angst vor dem Überqueren eines großen Platzes) ist bei 1,0 bis 5,2 Prozent der Kinder und Jugendlichen verbreitet. Flucht oder Vermeidung ist nicht möglich oder Hilfe beim Auftreten von Paniksymptomen ist nicht verfügbar.
- 0,6 bis 1,7 Prozent der Kinder und Jugendlichen leiden unter Panikstörungen bzw. Panikattacken. Panikattacken treten unerwartet in Wiederholung auf.
- Eine sogenannte generalisierte Angststörung tritt bei 0,5 bis 3,6 Prozent der Kinder und Jugendlichen auf. Damit sind intensive und übermäßige Ängste vor möglichen Problemen gemeint, die zum Beispiel im Rahmen von familiären oder freundschaftlichen Beziehungen oder in der Schule auftreten können, aber auch Angst vor eventuellen „Katastrophen“ wie beispielsweise schwere Erkrankungen, Unfälle, Erdbeben.
- 1 bis 4,6 Prozent aller Kinder leiden unter sozialer Phobie. Vor allem Jugendliche betrifft diese ausgeprägte und anhaltende Angst vor sozialen Begegnungen oder Leistungssituationen, in denen man kritisch beobachtet und beurteilt werden könnte. Die Betroffenen fürchten Peinlichkeiten oder Demütigung. Soziale Ängste beginnen meist zwischen dem 13. und 20. Lebensjahr. Bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich soziale Ängste am häufigsten in Form der Schulangst und der Prüfungsangst, aber auch in der Angst, von anderen Kindern ausgelacht und abgelehnt zu werden, wenn diese als Gruppe und damit als bestimmende Mehrheit erlebt werden.

Die meisten Studien belegen, dass Mädchen zwei- bis viermal häufiger von Angststörungen betroffen sind als Jungen. Angststörungen sind meist mit Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen verbunden. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen haben zumeist kaum intensive Kontakte zu Gleichaltrigen und verstärkt Schwierigkeiten in der Schule.

Angemessene Hilfen bieten die psychologischen Erziehungsberatungsstellen oder auch die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten an. Gruppenspezifische Angebote zur Stärkung der Selbstsicherheit werden auch im Rahmen der Jugendförderung angeboten.

Die psychologische Beratungsstelle des Caritasverbandes Iserlohn e.V. gibt in ihrem Jahresbericht für 2004 etwa 25 Prozent ihrer Gesamtklientel an, die wegen psychischer Störungen beraten und behandelt wird. Eine weitere diagnostische Differenzierung liegt nicht vor.

Landesweit waren Krankenhausbehandlungen im Jahr 2002 in 5.608 Fällen durch Ängste oder Phobien verursacht. 459 bezogen sich auf die Altersgruppe der bis zu 19 Jahre alten Patienten. Bei der Gruppe der 15 bis 19 jährigen waren Mädchen bzw. junge Frauen doppelt so häufig betroffen wie männliche Patienten.

Im Märkischen Kreis waren 14 Behandlungsfälle der Altersgruppe der bis zu 19 Jahre alten Patienten zuzuschreiben. Insgesamt waren 182 Patienten wegen dieser Diagnose stationär behandelt worden.

9.2.1.5 Depressionen, fremd- und selbstschädigendes Verhalten

Depression und Suizidalität sind komplexe psychische Phänomene und stellen oft erst die sichtbare gemeinsame Endstrecke schwieriger Entwicklungen dar. Suizidalität stellt im Jugendalter eines der häufigsten Symptome bei ambulanter oder stationärer psychiatrischer Behandlung (30 bis 60 Prozent der stationären jugendpsychiatrischen Aufnahmen).

Suizide gehören zu den häufigsten unnatürlichen Todesursachen im Kindes- und Jugendalter. Die Daten des Statistischen Bundesamtes belegen allerdings, dass die Gesamtsuizidzahl in Deutschland in den letzten zwanzig Jahren deutlich gesunken ist. Nach einem

Hoch in den 70er Jahren liegt die aktuelle Zahl für das Jahr 2000 bei 11.065 Suiziden, davon 305 vor dem 20. Lebensjahr (231 männl., 74 weibl.).

Der Suizid ist nach dem Unfalltod die zweithäufigste Todesursache in der Altersschicht bis 29 Jahre. Die Zahl der Todesfälle infolge Selbstschädigung (ICD 10 Fallgr. X 60 bis X 80) betraf in NRW im Jahr 2001 34 Fälle im Alter zwischen 15 und 19 Jahren (30 davon männlichen Geschlechts), im Jahr 2002 war kein Fall registriert; im Märkischen Kreis waren in dieser Altersgruppe sowohl im Jahr 2002 wie auch im Jahr 2003 keine Fälle zu verzeichnen.

Depressionen treten nur selten in Reinform auf, häufig begleiten sie Suchterkrankungen, Psychosen, Zwangsstörungen oder Essstörungen, die häufig erst im Jugendalter auftreten. Die Anzahl der Depressionen nehmen bei Kindern und Jugendlichen in industrialisierten Ländern zu, vor allem bilden sich diese lebensgeschichtlich immer früher aus.

Studien belegen, dass zwischen 0,5 und 2,5 Prozent der Kinder und zwei bis acht Prozent der Jugendlichen an Depressionen leiden.

Depressionen bei Kindern sind schwer erkennbar, denn während Erwachsene über eine traurige Verstimmung klagen und sich zurückziehen, verhalten sich Kinder oft aggressiv und stürzen sich in Konflikte, was dem landläufigen Erscheinungsbild einer Depression entgegengesetzt scheint. Die depressive Grund-Erkrankung wird deshalb häufig übersehen. Depressionen bei Kindern und Jugendlichen werden auch deshalb unterschätzt, da sie häufig als etwas für die Pubertät Typisches aufgefasst und deshalb kaum fachärztlich diagnostiziert und nur selten angemessen behandelt werden.

Ursachen für Depressionen sind u.a. das unberechenbare Verhalten von Eltern oder Lehrern, Scheidung oder physische und psychische Misshandlungen, denen Kinder über einen längeren Zeitraum ausgesetzt sind. Auch genetische Faktoren und unzureichende Bewältigungsstrategien können Depressionen erzeugen. Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen können daher meist mit belastenden Lebensumständen in Zusammenhang gebracht werden.

Damit eine dauerhafte Depression auftritt, muss zusätzlich eine individuelle Disposition, eine Verletzbarkeit, eine verminderte Belastbarkeit vorliegen. Auch Störungen des Hirnstoffwechsels wie z. B. ein Mangel an Serotonin fördern das Auftreten depressiver Symptome.

Die Krankenhausstatistik weist für das Jahr 2002 für den Märkischen Kreis 27 Behandlungen aufgrund von affektiven Störungen in der Altersgruppe der 15 bis 19jährigen Kinder bzw. Jugendlichen aus. Darunter sind auch die depressiven Störungen gefasst. Bei 19 weiblichen und 8 männlichen Patienten beträgt das Geschlechterverhältnis 2:1. Dieses Zahlenverhältnis spiegelt auch die Landesstatistik wider. Von 831 Behandlungsfällen in der genannten Altersgruppe betrafen 574 weibliche und 257 männliche Patienten. Bei den 10 bis 14jährigen betrafen landesweit 123 Behandlungsanlässe auf weibliche und 73 auf männliche Patienten zu.

Oftmals werden Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD 10, Fallgr. F 91 und F 92) von depressiven Störungen begleitet. Ungewöhnlich schwere Wutausbrüche, eine erhebliche Destruktivität, Stehlen, häufiges Lügen, ja auch Schuleschwänzen gehören zu den häufigsten Symptomen (die allerdings auch mehr als 6 Monate andauern müssen) dissozialer Störungen. Anhaltende Verhaltensweisen führen dann in aller Regel auch zu Sanktionen bis hin zu jugendgerichtlichen Maßnahmen.

Je nach Einzelfall sind therapeutisch sowohl Maßnahmen der Jugendhilfe wie auch der Jugendpsychiatrie angezeigt. Stationäre Behandlungen erfolgen in diesem Kontext meist erst dann, wenn weniger intensive Maßnahmen erfolglos geblieben sind oder aber eine akute Fremd- oder Eigengefährdung vorliegt. Die nachfolgende Tabelle führt die Be-

handlungszahlen für NRW und den Märkischen Kreis im Jahr 2002 bezogen auf die genannte Diagnosegruppe auf.

Krankenhausbehandlungen aufgrund von Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen in NRW und im Märkischen Kreis im Jahr 2002				
ICD 10 (Fallgr. F 91, F92)	NRW		MK	
Alter	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 Einwohner
1 bis 4 Jahre	29	4,04	5	26,93
5 bis 9 Jahre	491	50,99	22	85,40
10 bis 14 Jahre	1.337	127,82	53	183,06
15 bis 19 Jahre	803	82,15	18	66,41
alle Behandlungsfälle	2.748	15,21	98	21,46

Es sind nicht alle Altersgruppen dargestellt. Der überwiegende Patientenanteil kommt aus den Altersgruppen der 5 bis 19 Jahre alten Kinder und Jugendlichen. Insgesamt überwiegt der Anteil der männlichen Patienten; bei den 5 bis 14 Jahre alten Patienten liegt das Geschlechterverhältnis zwischen Jungen und Mädchen bei 2:1 und höher.

Die Behandlungshäufigkeit je 100.000 Einwohner ist im Märkischen Kreis in den Altersgruppen bis zu 14 Jahren deutlich höher als im Landesdurchschnitt.

Unterstützung in persönlichen Krisen bieten die psychologischen Beratungsstellen, die Jugendämter wie auch die Telefonseelsorge und weitere Krisendienste an. Patienten mit Suizidversuchen, z.B. durch Medikamenteneinnahme, werden in den Notfallambulanzen der Akutkrankenhäuser erstbehandelt. Im Regelfall erfolgt eine Verlegung auf die Stationen beispielsweise der inneren Medizin. Notwendig und wünschenswert ist eine nachträgliche psychologische Aufarbeitung der Krisensituation z.B. durch eine psychologische Beratungsstelle oder den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten.

9.2.1.6 Psychische Auffälligkeiten als Folge von Alkohol- und Drogenkonsum

Bei der Beschreibung psychischer Auffälligkeiten, die durch Alkohol- und Drogenkonsum hervorgerufen sind, ist zu beachten, dass die Behandlungsstatistik nur einen Teilbereich des Gesamtproblems erfasst. Sie bildet lediglich die sog. „Spitze eines Eisbergs“ ab, da nur besonders kritische Verläufe (z.B. Alkoholvergiftung) zu einer stationären Behandlung führen. Zur Verbreitung von Suchtmitteln unter Jugendlichen, ob Nikotin, Alkohol oder Drogen, werden in Kapitel 11 weitergehende Ausführungen gemacht.

Substanzbezogene Störungen weisen unterschiedliche Schweregrade auf, die von einer akuten Vergiftung über schädlichen Gebrauch bis hin zu psychotischen Störungen oder schweren Abhängigkeitssyndromen reichen. Der Übergang von der Berauschung zur Intoxikation vollzieht sich bei jüngeren Jugendlichen bzw. Kindern sehr viel schneller als bei Erwachsenen.

Schädlicher Gebrauch beschreibt ein Konsumverhalten, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche Störung, etwa in Form einer Hepatitis durch Selbstinjektion von Substanzen, sein oder eine psychische Störung, z.B. eine depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum. Das Abhängigkeitssyndrom umschreibt den starken, gelegentlich übermächtigen Wunsch, Substanzen oder Medikamente, Alkohol oder Tabak zu konsumieren.

Durch psychotrope Substanzen können organisch bedingte psychische Syndrome verursacht werden, die in ihrer Symptomatik psychotischen oder wahnhaften Störungen ähneln oder gleichen. Psychotische Symptome können ausgelöst werden durch Alkohol, Amphetamine, Cannabis, Kokain, Halluzinogene, Phencyclidin (PCP) und verwandte Sub-

stanzen. Insbesondere bei gleichzeitiger Einnahme von Antidepressiva und Ecstasy, Cannabis oder Kokain, besteht eine erhöhte Gefahr einer psychotischen Störung.

Jugendliche mit sporadischem Probierkonsum von so genannten „weichen Drogen“ bedürfen in der Regel keiner kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung. Sie können in Beratungskontexten der Sucht- und Jugendhilfe betreut werden.

Die Beratungsstatistik der Anonymen Drogenberatung Iserlohn e.V. führt für das Jahr 2003 in ihrem Einzugsbereich (Kreisgebiet mit Ausnahme vom Stadtgebiet Menden) 406 Besucher auf. Die Altersgruppe der 18 bis 25jährigen war am häufigsten vertreten; sie machte mehr als die Hälfte aller Besucher aus. Unter den Besuchern waren 36 Personen aus der Altersgruppe der 18jährigen oder jünger. Durchweg dominiert die Zahl der männlichen Besucher.

Stationäre Behandlungen infolge Substanzmittelmissbrauchs bei Kindern und Jugendlichen erfolgen meist im Rahmen einer krisenhaften Zuspitzung, z.B. bei einer akuten Alkoholvergiftung. Der Anteil der Krankenhausbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahre betrug im Jahr 2002 landesweit mit 3.336 Fällen etwa 4 Prozent von allen Behandlungsfällen mit der Diagnose der psychischen und Verhaltensstörungen aufgrund von Substanzgebrauch (ICD 10 Fallgr. F 10 bis F 19).

Krankenhausaufnahmen aufgrund von psychischen Störungen u. Verhaltensauffälligkeiten als Folge von Substanzkonsum in NRW und im Märkischen Kreis im Jahr 2002 nach Altersgruppen				
ICD 10 (Fallgr. F 10 bis 19)	NRW		MK	
Alter	Anzahl	je 100.000 Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.
10 bis 14 Jahre	528	50,48	19	65,63
15 bis 19 Jahre	2.731	279,39	73	269,33
Summe	3.259	-	92	-
alle Behandlungsfälle	80.993	448,39	1.817	397,86

Im Märkischen Kreis erfolgten 19 Krankenhausaufnahmen in der Altersgruppe der 10 bis 14jährigen und 73 in der Altersgruppe der 15 bis 19jährigen. Der Prozentanteil lag in beiden Altergruppen etwa in Höhe des Landesdurchschnitts.

Zur geschlechtsspezifischen Verteilung ist auszuführen, dass der Anteil der Jungen bis in die Altersgruppe der 10 bis 14 jährigen in etwa so groß ist wie der der Mädchen. In den höheren Altersgruppen sind die männlichen Patienten durchweg stärker vertreten als die weiblichen, zum Teil im Zahlenverhältnis von 3:1 oder 4:1.

Eine Differenzierung nach Substanzen ergibt in der Altersgruppe der 15 bis 19jährigen bzgl. der sechs häufigsten Suchtmittel folgende Verteilung:

Krankenhausaufnahmen bei 15 bis 19jährigen aufgrund von psychischen Störungen u. Verhaltensauffälligkeiten als Folge von Substanzkonsum in NRW und im Märkischen Kreis im Jahr 2002 nach Substanzen				
ICD 10 (Fallgr. F 10 bis 19)	NRW		MK	
Substanz	Anzahl	je 100.000 Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.
Alkohol (F 10)	1.215	124,30	36	132,82
Opioide (F 11)	426	43,58	7	25,83
Cannabinoide (F 12)	177	18,11	6	42,85*
Multipler Substanzgebr. (F 19)	723	73,97	22	81,17
Alle Substanzen (F 10 bis F 19)	2.731	279,39	73	269,33

*nur männliche Bevölkerung

Es ist auffallend, dass im Land wie auch auf den Märkischen Kreis bezogen, die alkoholbedingten Krankenhausaufenthalte die größte Gruppe ausmachen. Von landesweit insgesamt 2.731 stationären Behandlungen in der Altersgruppe der 15 bis 19jährigen Patienten waren 1.215 und damit 44 Prozent durch Alkoholkonsum verursacht.

Die prozentuale Beteiligung bezogen jeweils auf 100.000 Einwohner ist im Vergleich zwischen NRW und dem Märkischen Kreis nur von wenigen Unterschieden gekennzeichnet:

- Bei den stationären Behandlungen infolge Alkoholkonsums wie auch durch multiplen Substanzgebrauch liegt der Märkische Kreis leicht über dem Landesdurchschnitt, bei den durch Opioiden verursachten Behandlungen darunter.
- Stationäre Aufnahmen durch Konsum von Cannabinoiden lassen keinen direkten Vergleich zwischen Kreis und Land zu, da sich die Angaben für den Märkischen Kreis nur auf die männliche Bevölkerung beziehen. Zieht man einen Vergleich nur bei den männlichen Patienten, liegt der Märkische Kreis mit 42,85 Fällen auf 100.000 Einwohner knapp doppelt so hoch wie der Landesdurchschnitt mit 25,18 auf 100.000 Einwohner (entspr. 126 Krankenhausbehandlungen bei männlichen Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren).

9.2.1.7 Essstörungen

Bei den Essstörungen sind vor allem drei Krankheitsbilder zu unterscheiden:

- die Adipositas
- die Magersucht (Anorexie)
- die Ess-Brech-Sucht (Bulimie)

In diesem Zusammenhang soll im Wesentlichen nur die Magersucht und die Bulimie näher erörtert werden. Auf den Themenbereich „Übergewicht“ bzw. „Adipositas“ ist bereits in Kapitel 7 eingegangen worden. In diesem Zusammenhang sollte nur erwähnt sein, dass auch psychische Störungen für das ständige Zuvielessen verantwortlich sein können. Ein bewussterer Umgang mit Essen und Essenszubereitung, möglicherweise aber auch die therapeutische Bearbeitung familiärer Konflikte, können Lösungsansätze auch bei dieser Essstörung sein.

Magersucht ist eine Essstörung, die besonders Mädchen und junge Frauen im Alter von 12 bis 25 Jahren betrifft¹¹. Die Betroffenen halten meist eine strenge Diät oder verweigern Nahrung total. Häufig beginnt die Magersucht kurz nach dem Einsetzen der ersten Regelblutung. In den westlichen Ländern nimmt diese Krankheit stetig zu. In den letzten Jahren hat sich die Altersgrenze immer weiter nach unten verschoben, nicht selten sind schon Mädchen im Grundschulalter betroffen – zunehmend auch Jungen.

Bei der Entstehung der Magersucht wirken verschiedene Faktoren zusammen, die sich gegenseitig beeinflussen. Dazu zählen seelische, gesellschaftliche und andere Faktoren. Mögliche Auslöser können Konflikte in der Familie, Schlanksein als gesellschaftliches Ideal oder auch Angst vorm Erwachsenwerden und Frau-Sein sein.

Die Krankheit hat sowohl körperliche als auch seelische Symptome, weshalb eine Behandlung beide Gebiete abdecken muss. Aus diesem Grund sollte nicht nur ein Arzt befragt, sondern sollte gegebenenfalls ein Psychologe und eventuell ein Diätassistent zu Rate gezogen werden. Vordringlichstes Ziel ist zunächst eine Gewichtszunahme, um den körperlichen Folgeschäden entgegenzuwirken. Insbesondere wenn das Körpergewicht unter 75 Prozent des Normalgewichts liegt, die körperliche Verfassung lebensbedrohlich ist oder aufgrund der depressiven Verstimmung Suizidgefahr besteht, sollte die Behandlung zunächst im Krankenhaus stattfinden. Langfristig kann eine Normalisierung des Ge-

¹¹ Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Internet: <http://www.bzga-essstoerungen.de/>

wichts jedoch nur erreicht werden, wenn auch die Ursachen der Anorexie behandelt werden.

Bulimie ist eine heimliche und schambesetzte Essstörung. Die Betroffenen neigen dazu, sich vor sich selbst zu ekeln, oder haben das Gefühl abnorm zu sein. Im fortgeschrittenen Stadium kommt es vermehrt zur sozialen Isolation und zu depressiven Verstimmungen. Um ihren Heißhungerattacken nachgeben zu können, vernachlässigen Betroffene häufig jegliche Interessen und den Kontakt zu anderen Menschen. Typisch für den Krankheitsverlauf sind mindestens zwei Essattacken pro Woche, das Gefühl, das Essverhalten während der Attacken nicht kontrollieren zu können, im Anschluss daran durch Erbrechen oder Abführmittel das Geschehene ungeschehen machen zu wollen, krankhafte Furcht davor dick zu werden, Diät- und Fastenphasen sowie übermäßige körperliche Betätigung.

Eine bulimische Erkrankung erfordert eine länger andauernde ambulante oder tagesklinische Behandlung, teilweise sogar eine stationäre Behandlung, z. B. bei somatischen Komplikationen oder bei hohen Essattackenfrequenzen oder häufigem Erbrechen. Zur Behandlung gehört u.a. das Führen eines Ernährungstagebuchs, die Ernährungsberatung sowie das Erstellen eines Essensplans. Das psychotherapeutische Angebot ist in aller Regel eine Kombination verschiedener Therapieverfahren. Bei jugendlichen Patienten werden die Eltern beispielsweise in Form einer Elternberatung oder Familientherapie eingebunden.

Ess-Brech-Sucht ist zusammen mit der Anorexie in der Krankenhausstatistik im ICD 10 als Fallgruppe F 50 Essstörungen zusammengefasst. Im Jahr 2002 waren in Nordrhein-Westfalen insgesamt 3.034 Krankenhausbehandlungen durch Essstörungen verursacht. Mehr als ein Drittel (1.203 Krankenhausfälle) betraf die Altersgruppen der bis zu 19jährigen Kinder und Jugendlichen und dort zumeist in der Gruppe der 15 bis 19 Jahre alten Patienten.

Im gleichen Zeitraum sind für den Märkischen Kreis 80 Krankenhausbehandlungen infolge von Essstörungen registriert worden; 21 Behandlungen betrafen Patienten im Alter zwischen 15 und 19 Jahren.

Krankenhauseaufnahmen aufgrund von Essstörungen in NRW und im Märkischen Kreis im Jahr 2002 nach ausgewählten Altersgruppen				
ICD 10 (Fallgr. F 50)	NRW		MK	
Alter	Anzahl	je 100.000 Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.
10 bis 14 Jahre	278	26,58	8	27,63
15 bis 19 Jahre	662	67,73	21	77,48
Summe	940	-	29	-
alle Behandlungsfälle	3.034	16,80	80	17,52

Der Vergleich zwischen dem Märkischen Kreis und dem Landesdurchschnitt zeigt, dass die Fallzahlen je 100.000 Einwohner sich nicht signifikant unterscheiden.

Frauen sind bei der stationären Behandlung von Essstörungen wesentlich stärker repräsentiert als Männer. In einigen Altersgruppen spielen männliche Patienten fast überhaupt keine Rolle. Vor allem die Altersgruppe der 15 bis 19jährigen jungen Frauen ist von den Fallzahlen wie auch prozentual mit Bezug auf die Bevölkerung in dieser Altersgruppe am häufigsten betroffen. 131,87 Behandlungsfälle je 100.000 Einwohner bei der weiblichen Bevölkerung stehen 6,59 bei der männlichen Bevölkerung gegenüber.

10. Chancen wahren, Fähigkeiten fördern - Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen

Körperliche und seelische Beeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter ergeben sich aus angeborenen oder erworbenen Funktionsstörungen, die eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschweren. Kinder und Jugendliche erhalten daher medizinische, schulische und soziale Hilfen, die erforderlich sind, um Benachteiligungen auszugleichen.

Mit dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) wurde im Jahr 2001 ein rechtlicher Rahmen für die Definition von Behinderung geschaffen. Darin wird Behinderung als Auswirkung einer dauernden Funktionsbeeinträchtigung verstanden, die auf einem nicht alterssprechenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Die Gestaltung des SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ wurde wesentlich durch die Entwurfsfassung des „International Classification of Functioning Disability and Health“¹ (ICF) beeinflusst.

Dieses neue Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person. Damit wird der frühere Begriff der „Behinderung“ abgelöst und eröffnet auf diese Weise eine differenzierte Betrachtungsweise. Soziale Beeinträchtigungsfaktoren können nun besser eingegrenzt werden, was zu ebenfalls neueren Begriffen wie der „Barrierefreiheit“ geführt hat. Zugänge zu öffentlichen Gebäuden, zu öffentlichen Web-Seiten beispielsweise sind daher barrierefrei zu gestalten.

10.1 Wie hoch ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit schweren Beeinträchtigungen ?

Um einen Überblick über den Anteil der betroffenen Bevölkerung zu erhalten, geben verschiedene Statistiken einige Anhaltspunkte:

- Daten über Schwerbehinderte werden mit einer nach dem Schwerbehindertengesetz anerkannten Behinderung erfasst (Grad der Behinderung von 50 und höher).
- Die Schulstatistik ermöglicht einen Überblick über die Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die je nach Art ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung Schulen mit entsprechenden Förderschwerpunkten besuchen.
- Eine weitere Datenquelle bietet die Pflegestatistik.

Schwerbehindertenstatistik

Für das Jahr 2001 waren bei den Versorgungsämtern 6,7 Mio. amtlich anerkannte Schwerbehinderte mit gültigem Ausweis registriert, das entsprach einem Anteil von rund 8,1 Prozent der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt 2003b, Tab. 1.1). Der Anteil der unter 25jährigen Schwerbehinderten an der Gesamtzahl der Schwerbehinderten ist mit fast 4 Prozent relativ gering. Davon sind in der Altersgruppe der 0 bis 15 Jährigen rund 125.000 schwerbehinderte Kinder durch die Versorgungsämter erfasst. Das ist ein Anteil von knapp 2 Prozent an der Gesamtzahl aller Schwerbehinderten und umfasst rund 1 Prozent der Kinder dieser Altersgruppe. Die Jungen sind dabei gegenüber den Mädchen deutlich stärker repräsentiert.

In der zeitlichen Betrachtung ist die Zahl der Schwerbehinderten von 1989 bis zum Jahr 2003 insgesamt kontinuierlich von 5,3 Millionen auf 6,6 Millionen Personen gewachsen.

¹ deutsche Übersetzung: „Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“

Dies trifft auch für die Gruppe der bis zu 15jährigen Kinder zu. Hier wuchs die Zahl der betroffenen Altersgruppe von rund 80.000 auf 127.000 Kinder und Jugendliche im Jahr 2001; im Jahr 2003 waren bundesweit dagegen 124.000 Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 15 Jahren von einer Schwerbehinderung von 50 Grad der Behinderung oder mehr betroffen.

- Unterscheidet man nach der schwersten Art der Behinderung, so bildet die größte Gruppe in mehr als 26.000 Fällen die Zahl der Kinder mit „Störungen der geistigen Entwicklung“ sowie in dieser Gruppe mit 7.000 Fällen diejenigen Kinder und Jugendlichen, die von einer hirnorganischen Beeinträchtigung betroffen sind.
- Etwa 20.000 Kinder unter 15 Jahren sind von einer Funktionsbeeinträchtigung der inneren Organe bzw. Organsysteme (davon am häufigsten eine Störung des Stoffwechsels) betroffen.
- Bei 7.000 Kindern mit einer Schwerbehinderung von einem Grad der Behinderung von 50 und mehr liegt eine massive Hörstörung bzw. Taubheit verbunden oft mit Sprach- oder Gleichgewichtsstörungen vor.
- 6.000 Kinder und Jugendliche haben wegen Funktionseinschränkungen der Gliedmaßen eine anerkannte Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung von 50 oder mehr.
- Bei ca. 4.500 hat eine starke Sehbehinderung oder Blindheit zu der Feststellung der Schwerbehinderung geführt.

Kinder sind generell in der Schwerbehindertenstatistik unterrepräsentiert, da in diesen Altersgruppen Schädigungen häufig noch nicht erkannt oder bestimmte Phänomene noch nicht als Behinderung eingestuft sind (Häußler/Bormann 1997).² Viele Beeinträchtigungen treten auch erst später auf. Überdies werden behinderte Kinder oft nicht in der allgemeinen Statistik erfasst, da das Recht auf sozialstaatliche Leistungen bei Kindern nicht im selben Maße von der amtlichen Anerkennung als schwerbehindert abhängig ist wie bei den Erwachsenen.

Die Landesstatistik NRW weist für das Jahr 2001 insgesamt etwa 30.000 behinderte Kinder im Alter bis einschließlich 14 Jahre auf. 17.400 von ihnen sind männlichen Geschlechts.

Im Märkischen Kreis waren von 774 Kindern dieser Altersgruppe 435 männlichen und 339 weiblichen Geschlechts. Im Jahr 2003 ist diese Zahl auf insgesamt 757 Fälle zurückgegangen.

Schulstatistik

Weitere Anhaltspunkte zur Häufigkeit von Behinderungen bietet auch die Zahl der Schülerinnen und Schüler an Förderschulen. Wenn auch Fördermöglichkeiten in den Regelschulen zunehmen, so dürfte ein großer Teil der von einer Schwerbehinderung betroffenen Schüler Förderschulen besuchen.

Im Schuljahr 2004 / 05 besuchten kreisweit etwa 2.600 Schülerinnen und Schüler Förderschulen. Ca. 1.500 Schülerinnen und Schüler besuchten Schulen mit der Förderschwerpunkt „Lernen“, 370 mit dem Förderschwerpunkt „geistige Entwicklung“, 150 mit dem Förderschwerpunkt „Emotionale Entwicklung“, 260 Schülerinnen und Schüler besuchten Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt „Körperliche Entwicklung“ und 230 mit dem Förderschwerpunkt „Sprache“. Hinzu kommen Schüler an Schulen mit besonderen Förderschwerpunkten außerhalb des Märkischen Kreises.

² Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: „Gender Datenreport“, Internet: <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/9-Behinderung/9-5-Frauen-und-maenner-mit-behinderung-in-der-amtlichen-statistik/9-5-5-kindheit-und-jugend-mit-behinderung.html>

Im Schuljahr 2004 besuchten allein 442 Schülerinnen und Schüler aus dem Kreisgebiet Förderschulen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe. Der größte Teil von ihnen besuchte die Schulen mit Förderschwerpunkt „Körperliche und motorische Entwicklung“ in Hemer und in Olpe.

Anzahl der Schülerinnen und Schüler aus dem Märkischen Kreis an Schulen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe im Schuljahr 2004/05	
Körperbehinderte	286
Blinde und Sehbehinderte	33
Gehörlose und Schwerhörige	59
Sprachbehinderte	64
Gesamt	442

Quelle: LWL, 15.10.2004

Hinweise auf die Entwicklung der Schülerzahlen im Längsschnittvergleich ermöglichen die Zahlen des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik. Hier werden die Einschüler sämtlicher Förderschulen im Sekundarbereich erfasst. Demnach hätte die Zahl der Einschüler an Förderschulen im Märkischen Kreis – wenn man die Statistik der in die 5. Klasse eingeschulten Kinder betrachtet – seit dem Jahr 2000 kontinuierlich und mit einer beachtlichen Steigerung zugenommen. Während im Jahr 2000 52 Kinder in die Förderschule eingeschult wurden, so betraf dies im Jahr 2003 126 Schülerinnen und Schüler, also knapp 2 ½ mal so viele wie im Jahr 2000. Dieser sprunghafte Anstieg lässt sich auf die Einrichtung einer neuen Förderschule (Wilhelm-Busch-Schule, Hemer) zurückführen.

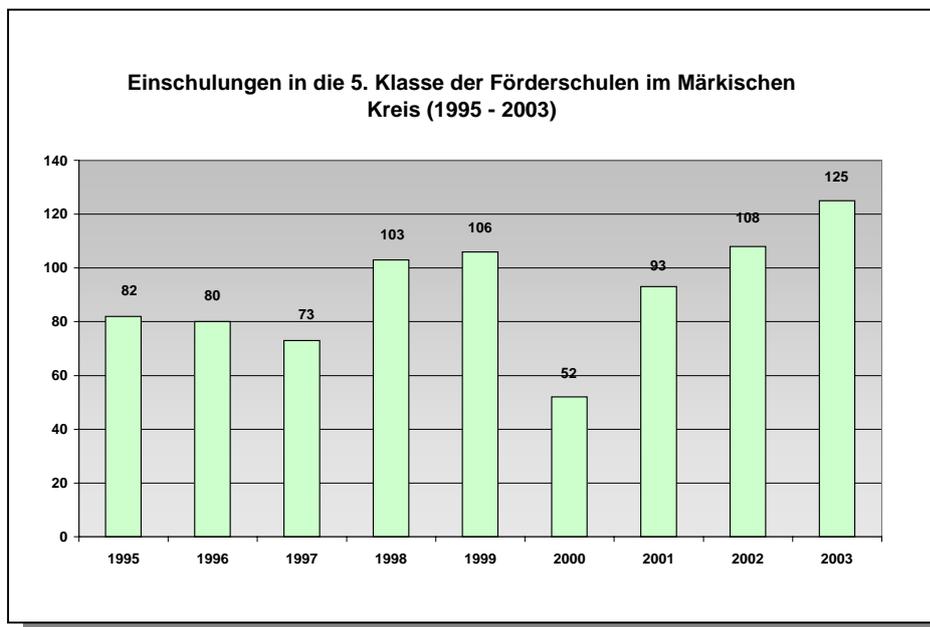


Abb. 10.1: Zahl der Aufnahmen in Förderschulen im Märkischen Kreis 1995 bis 2003

Die allgemeine Zunahme der Schülerzahlen an Förderschulen kann auf mehrere Faktoren zurückgeführt werden:

- möglich ist, dass infolge der verbesserten intensivmedizinischen Versorgung Frühgeborener häufiger auch im weiteren Lebensverlauf Fördermaßnahmen erforderlich werden, und damit auch eine besondere schulische Förderung
- ein weiterer Punkt betrifft die verbesserte Diagnostik in der Pädiatrie sowie die präzisere Bestimmung von Teilleistungsschwächen

- ebenfalls ist der hohe Anteil von Kindern aus Migrantenfamilien zu berücksichtigen, bei dem eine Kombination von Sprach- und Lernfähigkeitsdefiziten festzustellen ist.

Die Schulstatistik für das Schuljahr 2004/05 weist in der Unterscheidung nach Nationalität für Nordrhein-Westfalen einen Ausländeranteil an Förderschulen von knapp 22 Prozent und im Märkischen Kreis – laut nachfolgender Tabelle – einen Anteil von 27 Prozent auf.

Schülerinnen und Schüler an Förderschulen im Märkischen Kreis im Schuljahr 2004/05			
	Jungen	Mädchen	Gesamt
Deutsche	1.222	673	1.895
Nichtdeutsche	436	273	709
Gesamt	1.658	946	2.604

Die Zahlen zeigen ebenfalls, dass Jungen in sehr viel größerem Ausmaß sonderpädagogischer Förderung bedürfen als Mädchen.

Pflegestatistik

Die Pflegestatistik weist für Nordrhein-Westfalen knapp 460.000 Personen in den Pflegestufen I bis III aus. Etwa 20.000 von ihnen – also etwas mehr als 4 Prozent – gehörten der Altersgruppe der bis zu 19 Jahre alten Personen an.

Im Märkischen Kreis waren von 9.611 pflegedürftigen Personen 492 jünger als 19 Jahre. Die meisten von ihnen befanden sich in Pflegestufe I.

Pflegebedürftige Menschen in NRW und im Märkischen Kreis nach ausgewählten Altersgruppen im Jahr 2003				
Altersgruppen	NRW		MK	
	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 Einwohner
bis 4 Jahre	3.112	367,01	83	381,80
5 bis 9 Jahre	6.082	644,12	162	655,15
10 bis 14 Jahre	6.307	608,38	139	488,90
15 bis 19 Jahre	4.885	484,14	108	384,93
Alle Pflegefälle	458.930	2.538,37	9.611	2.117,98

Bis auf vier Fälle bezogen alle Personen Pflegegeld ohne Kombinationsleistungen. Dies bedeutet, dass in nahezu allen Fällen die Pflege in den Familien geleistet wird.

10.2 Fördermöglichkeiten

Menschen mit einer schweren geistigen oder körperlichen Beeinträchtigung laufen Gefahr, ausgenutzt, vernachlässigt oder missbraucht zu werden. Daher ist für diesen Personenkreis ein besonderer Schutz und eine besondere Rücksichtnahme erforderlich. Auf der anderen Seite ist aber auch eine möglichst große Selbständigkeit und Selbstbestimmung anzustreben. Häufig ist eine lebenslange Betreuung und Unterstützung durch die Familie oder durch stationäre Wohneinrichtungen notwendig. Die schulische Ausbildung bedarf einer besonderen Förderung. Für die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit werden spezielle Arbeitsbedingungen benötigt.

10.2.1 Frühförderung und heilpädagogische Maßnahmen

Frühförderung in Deutschland ist der Oberbegriff für Hilfeangebote verschiedener Art, die in Anspruch genommen werden können, wenn Eltern sich hinsichtlich der Entwicklung ihres Kindes Sorgen machen oder wenn eine Entwicklungsbeeinträchtigung oder Behinderung des Kindes vorliegt. Frühförderung wendet sich an Eltern mit Kindern vom Säuglings- bis zum Schulalter. Insbesondere will die Frühförderung dann helfen, wenn kleine Kinder bis zum Eintreten der Schulpflicht hinsichtlich ihrer körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung Unterstützung benötigen. Medizinische, psychologische, pädagogische und soziale Hilfen sind dabei unverzichtbare Bestandteile eines ganzheitlichen Hilfefkonzepts, in das die Familie mit einbezogen ist. In der nachfolgenden Grafik sind die räumlichen Einzugsbereiche der Träger der Frühförderstellen, nämlich der Lebenshilfe Menden und Lüdenscheid sowie der Netzwerk-Diakonie jeweils farblich gekennzeichnet.

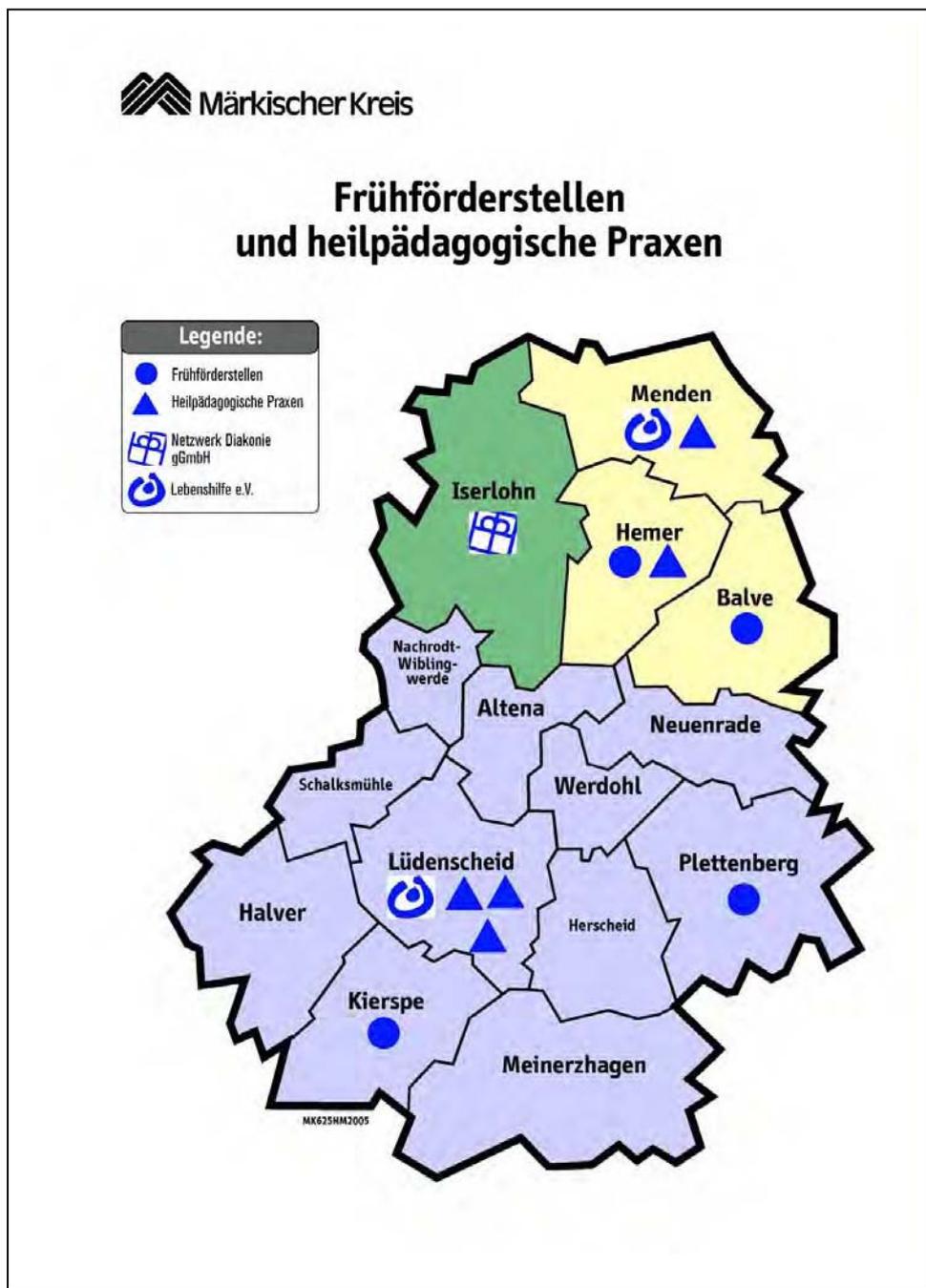


Abb. 10.2: Frühförderstellen und heilpädagogische Praxen im Märkischen Kreis

Auffälligkeiten oder Beeinträchtigungen sollen möglichst früh erkannt werden, um das Auftreten von Behinderungen zu vermeiden, Behinderungen und deren Folgen zu mildern oder zu beheben. Dadurch soll das Kind bestmögliche Chancen für die Entfaltung seiner Persönlichkeit bekommen.

Frühförderung ist im Sozialgesetzbuch IX als sogenannte Komplexleistung beschrieben. Sie ist als gemeinsame Leistung von pädagogischen, psychologischen, medizinischen und therapeutischen Hilfen zu verstehen. Im Rahmen des SGB XII werden sie finanziell vom Märkischen Kreis als Träger der Sozialhilfe übernommen.

Im Kreisgebiet unterhält der Ortsverband der Lebenshilfe Menden und Kreisverband Lüdenscheid sieben Frühförderstellen an den Standorten Menden, Hemer, Balve, Plettenberg, Lüdenscheid, Kierspe und Neuenrade; eine weitere Frühförderstelle in Iserlohn wird von der Netzwerk Diakonie gGmbH getragen. Außerdem nutzen die Frühförderstellen zum Teil die Räumlichkeiten einiger Kindergärten und machen Hausbesuche. Weitere Angebote der Frühförderung werden von fünf heilpädagogischen Praxen im Kreisgebiet angeboten. Bestandteile der heilpädagogischen Förderung können sein: sensorische Integration, Spieltherapie, Psychomotorik, autogenes Training, basale Stimulation.

10.2.2 Förderung in Kindertageseinrichtungen

Spezielle Fördermöglichkeiten werden ebenfalls im Rahmen der Elementarerziehung angeboten. Das Gesetz über Tageseinrichtungen für Kinder sieht vor, dass Kinder mit und ohne Behinderung Kindergärten, Horte und altersgemischte Gruppen besuchen können. In Nordrhein-Westfalen erfolgt die Versorgung, Betreuung, Erziehung und Bildung von Kindern mit Behinderung:

- in heilpädagogischen Tageseinrichtungen für Kinder,
- in integrativen Tageseinrichtungen für Kinder sowie
- in Form der Einzelintegration in Regelkindergärten.

In den letzten Jahren hat die Zahl der integrativen Kindergärten zugenommen. Behinderte und nichtbehinderte Kinder werden gemeinsam in Regel- und Sonderkindergärten erzogen, um die Startbedingungen behinderter Kinder zu verbessern und die Entwicklung aller Kinder zu fördern. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass eine erfolgreiche Integration weniger von Art und Schwere der Behinderung abhängt, sondern vielmehr von den personellen und konzeptionellen Bedingungen des jeweiligen Kindergartens.

Heilpädagogische Kindergärten verfügen im Vergleich zu Regelkindergärten über kleinere Gruppen und über speziell ausgebildetes Fachpersonal.

Die Arbeiterwohlfahrt Hagen-Märkischer Kreis betreibt im Kreisgebiet drei heilpädagogische Kindergärten, davon einen in Altena, der speziell auf die Sprachförderung für Kinder im Alter zwischen 3 und 6 Jahren aus dem nördlichen Kreisgebiet ausgerichtet ist, sowie zwei weitere in Iserlohn und Meinerzhagen. Die Diakonie Mark-Ruhr unterhält im Stadtgebiet Iserlohn eine integrative Kindertagesstätte.

Außerdem werden im Kreisgebiet in Regelkindergärten auch einzelne Kinder integrativ gefördert. Im Einzugsbereich des Kreisjugendamtes betrifft dies z.Zt. ca. 45 Kinder.

Ein Beispiel aus dem südlichen Kreisgebiet: Der Heilpädagogische Kindergarten (Meinerzhagen)-Schürfelde

Der Heilpädagogische Kindergarten Schürfelde mit dem Einzugsbereich Meinerzhagen, Lüdenscheid, Kierspe, Halver, Schalksmühle, Herscheid, Plettenberg, Werdohl, Neuenrade verfügt über 60 Kindergartenplätze für Kinder im Alter zwischen 3 und 6 Jahren. Die

Förderung läuft in unterschiedlichen Gruppen, nämlich in drei Gruppen mit max. 13 sprachauffälligen Kindern, zwei Gruppen mit max. neun entwicklungsverzögerten und geistigbehinderten Kindern sowie einer Gruppe für max. neun körper- und mehrfachbehinderte Kinder. In großzügig geschnittenen Gruppenräumen, speziellen Therapieräumen, einer Turnhalle, einem Matsch- und Erfahrungsraum, einem Werkraum, einem Tobe- und Entspannungsraum, einem Schwarzlichtraum, einer Kinderküche und einem Außengelände mit unterschiedlichen Spielplatzangeboten bietet der Kindergarten eine weitreichende Angebotspalette. Beschäftigt sind dort Heilpädagoginnen, Ergotherapeutinnen, Erzieherinnen, Sprachheilpädagoginnen, Physiotherapeuten, Kinderkrankenschwestern, Logopädinnen, Motopädinnen und Ökotrophologinnen. Zum Katalog der Fördermaßnahmen gehören u.a. die logopädische Einzeltherapie, motopädische Übungsbehandlungen, sensorische Integration, psychomotorische Übungseinheiten, ergotherapeutische Behandlung, basale Stimulation sowie physiotherapeutische Behandlung. Frühförderung wird, wie auch in anderen heilpädagogischen Einrichtungen und wie das Gesetz es vorsieht, als Komplexleistung verstanden, so dass jedes Kind nach seinem individuellen Bedarf gefördert wird.

10.2.3 Schulische Förderung

Laut Schulgesetz NRW vermittelt Schule die zur Erfüllung ihres Bildungs- und Erziehungsauftrags erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Werthaltungen und berücksichtigt dabei die individuellen Voraussetzungen der Schülerinnen und Schüler. Diese werden befähigt, verantwortlich am sozialen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen, beruflichen, kulturellen und politischen Leben teilzunehmen und ihr eigenes Leben zu gestalten. Schülerinnen und Schüler, die wegen ihrer körperlichen, seelischen oder geistigen Behinderung oder wegen ihres erheblich beeinträchtigten Lernvermögens nicht am Unterricht einer allgemeinen Schule (allgemein bildende oder berufsbildende Schule) teilnehmen können, werden nach ihrem individuellen Bedarf sonderpädagogisch gefördert.

Die sonderpädagogische Förderung erfolgt in Nordrhein-Westfalen sowohl an Förderschulen als auch an allgemeinen Schulen in Form des gemeinsamen Unterrichts oder in einer sonderpädagogischen Fördergruppe. In Nordrhein-Westfalen gibt es verschiedene Schwerpunkte sonderpädagogischer Förderung. Welcher Förderort der richtige ist, richtet sich nach der Art des sonderpädagogischen Förderbedarfs, der für jedes Kind individuell festgestellt wird. Wie dieses Verfahren im Einzelnen abläuft, ist in der „Verordnung über die sonderpädagogische Förderung, den Hausunterricht und die Schule für Kranke“ (Ausbildungsordnung gem. § 52 SchulG – AO-SF) in der Fassung vom 29. April 2005 geregelt.

Dabei gibt es folgende Förderschwerpunkte:

- Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation
- Förderschwerpunkt geistige Entwicklung
- Förderschwerpunkt Sehen
- Förderschwerpunkt Körperliche und motorische Entwicklung
- Förderschwerpunkt Sprache
- Förderschwerpunkt Lernen
- Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung

Die schulische Förderung kann an allgemeinen Schulen z.B. in Form integrativer Lerngruppen, in Förderschulen, in sonderpädagogischen Förderklassen an Berufskollegs oder auch in Schulen für Kranke stattfinden.

Im Jahr 2004 wurden kreisweit 573 schulärztliche Gutachten zum sonderpädagogischen Förderbedarf erstellt.

Im Märkischen Kreis befinden sich 19 Förderschulen, davon sechs in Trägerschaft des Märkischen Kreises und eine Förderschule in Trägerschaft des Landschaftsverbandes. Alle weiteren Schulen werden von der jeweiligen Stadt getragen.

Förderschulen mit Förderschwerpunkt Lernen

- Schule an der Susannenhöhe, Halver
- Pestalozzischule, Hemer
- Brabeckschule, Iserlohn**
- Pestalozzischule, Iserlohn
- Friedensschule, Lüdenscheid*
- Volmetalschule, Meinerzhagen*
- Rodenbergschule, Menden
- Vier-Täler-Schule, Plettenberg
- Pestalozzischule, Werdohl*

Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung

- Carl-Sonnenschein-Schule, Iserlohn*
- Schule an der Höh, Lüdenscheid*

Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Emotionale und geistige Entwicklung

- Erich-Kästner-Schule, Lüdenscheid
- Wilhelm-Busch-Schule, Hemer

Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Körperliche und motorische Entwicklung

- Felsenmeerschule, Hemer*

Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Sprache

- Astrid-Lindgren-Schule, Lüdenscheid
- Regenbogenschule, Menden

Förderschule mit den Förderschwerpunkten Lernen, geistige Entwicklung, Sprache

- Schule am Drehscheider Berg, Altena (Integrative Förderschule)

* Ganztagschule

** offene Ganztagschule

Hinzu kommen zwei Schulen für Kranke: die Schule für Kranke in Iserlohn und die Michael-Ende-Schule in Lüdenscheid.

Wie bereits erwähnt, werden außerdem Förderschulen außerhalb des Kreisgebietes, wie die bereits genannte Schule für Körperbehinderte in Olpe oder Förderschulen mit dem

Förderschwerpunkt Sehen oder dem Förderschwerpunkt Hören in Bochum, Olpe, Soest und Paderborn besucht.

Weiter von Bedeutung sind Fördermöglichkeiten an allgemein bildenden Schulen in Form eines gemeinsamen Unterrichts. Viele Eltern wünschen diese integrative Form der Förderung für ihr Kind. Im Märkischen Kreis ist dies zur Zeit an 35 Grundschulen, neun Hauptschulen (davon eine mit einer sonderpädagogischen Fördergruppe), zwei Gesamtschulen, drei Realschulen und zwei Gymnasien möglich.

Ein Beispiel aus Hemer: Die Felsenmeerschule

Schülerinnen und Schüler bleiben in der Felsenmeerschule, so wie an anderen Förderschulen mit Primar- und Sekundarstufe, in der Regel ein Schulbesuchsjahr länger, d.h. elf Schuljahre. Erfahrungsdefizite können so besser aufgearbeitet werden. Als Ziel möchte die Schule für ihre Schülerinnen und Schüler Bildungsabschlüsse im Rahmen der individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten, Selbständigkeit und Unabhängigkeit, Erziehung zur Lebensbewältigung und eine optimale Vorbereitung auf das Leben nach der Schule erreichen.

Unterricht und therapeutische Inhalte greifen ineinander. Sechs Ergo- und neun Physiotherapeuten behandeln die jeweiligen Schüler entsprechend ihres individuellen Krankheits- bzw. Behinderungsbildes. Physiotherapie und Ergotherapie sind feste Bestandteile des Stundenplanes.

Zur Verbesserung der Chancen zu mehr Selbständigkeit gehört die Fähigkeit, sich nach außen verständlich machen zu können. Daher ist ein konzeptioneller Schwerpunkt die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit. Dazu gehört ein sich im Aufbau befindender Medienpool, bestehend aus einfachen elektronischen Kommunikationsgeräten mit Sprachausgabe, Ansteuerungshilfen, Bildschirmtastaturen, symbolorientierter Software wie auch die enge Kooperation mit den sonderpädagogischen Beratern von Hilfsmittelfirmen, die die Lautsprache ergänzende oder ersetzende Kommunikationshilfen anbieten.

10.2.4 Ausbildung und berufliche Rehabilitation

Körperliche oder geistige Funktionseinschränkungen erfordern häufig einen geschützten Ausbildungsrahmen. Beschützte Arbeits- und Ausbildungsplätze bieten neben der ergonomischen Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsabläufe eine angemessene pädagogische wie sozialpädagogische Betreuung.

Die Märkischen Werkstätten mit Standorten in Lüdenscheid, Kierspe und Werdohl beispielsweise sind eine diakonische Einrichtung der beruflichen Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen, welche wegen Art und Schwere ihrer Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können.³ Die Einrichtung verfügt über 650 Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderungen in verschiedenen Berufsbildungs- und Arbeitsbereichen.

Da für jeden Menschen Arbeit ein wichtiger Bestandteil seines Lebens ist und die Eingliederung in das Arbeitsleben ein wesentlicher Beitrag zur Eingliederung in die Gesellschaft bedeutet, bieten die Märkischen Werkstätten Menschen mit Behinderungen Arbeitsplätze mit vielfältigen Arbeits- und Berufsbildungsmöglichkeiten an. Gleichzeitig sind sie verpflichtet, dem einzelnen Menschen die zur Entwicklung seiner Persönlichkeit geeigneten Maßnahmen anzubieten.

Neben den Arbeitsgruppen werden Förderbereiche für Menschen mit schwersten Mehrfachbehinderungen, heilpädagogische Arbeitsgruppen für Menschen mit zusätzlichen Ver-

³ Hier und im Folgenden: <http://maerkische-werkstaetten.de>

haltungsauffälligkeiten und Gruppen für älter werdende Menschen angeboten. Ein weiteres Gruppenangebot ist auf diejenigen Mitarbeiter zugeschnitten, deren Chance auf einen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt durch eine intensive Förderung und Begleitung verbessert werden sollen.

Im nördlichen Kreisgebiet bietet die Diakonie Mark-Ruhr an den Standorten Iserlohn und Hemer ein vergleichbares Angebot mit über 700 Arbeits- und Ausbildungsplätzen.

Die Finanzierung erfolgt individuell über Leistungen zur beruflichen Rehabilitation.

10.3 Pflegedienste, Familienunterstützende Dienste

Nach den Bestimmungen der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) haben kranke und behinderte Kinder Anspruch auf eine häusliche Pflege. Durch die häusliche Kinderkrankenpflege sollen Krankenhausaufenthalte vermieden oder abgekürzt und die ärztliche Therapie zu Hause gesichert werden. Gefördert wird eine selbstbestimmte Lebensführung der kranken Kinder und ihrer Familien. Die häusliche Kinderkrankenpflege wird ärztlich verordnet, d. h. die Kosten werden von den Krankenkassen, den Pflegekassen sowie vom Sozialamt übernommen.

Die Netzwerk-Diakonie gGmbH in Iserlohn, der Verein für Körper- und Mehrfachbehinderte Iserlohn e. V. sowie die Lebenshilfe und das Johanneswerk bieten im Kreisgebiet insgesamt vier familienunterstützende Dienste (FUD) an. Inhalte dieses Angebotes sind stundenweise bzw. tageweise Betreuung von behinderten Kindern oder Jugendlichen, Begleitung zum Arzt bzw. Therapeuten, Urlaubsbegleitung, Beratung über finanzielle Hilfen und anderes mehr.

10.4 Betreutes Wohnen

Eingliederungshilfe erfolgt nach einer individuellen Hilfeplanung. Durch eine Kombination ambulanter Hilfen bei den Dingen des Alltags sollen mehr Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit erhalten, in ihren eigenen vier Wänden zu leben. Der Aufenthalt in einer Wohneinrichtung kann dadurch deutlich verkürzt oder sogar ganz vermieden werden. Ambulant Betreutes Wohnen ist im Vergleich zum Platz in der Wohneinrichtung die deutlich preiswertere Leistung. Zudem wirkt sich für die betroffenen Menschen der Erhalt von mehr Eigenständigkeit positiv aus und vergrößert die Lebensqualität.

Nichtsdestoweniger sind stationäre Wohneinrichtungen nach wie vor erforderlich, wenn auch nicht mehr in dem Umfang, wie dies vor Jahrzehnten noch der Fall war.

Ein Beispiel aus Lüdenscheid: das Johannes-Busch-Haus

Das Johannes-Busch-Haus als eine Wohneinrichtung im Johanneswerk e.V. bietet ein mehrdimensionales Betreuungsangebot für Erwachsene. Es besteht ein heilpädagogischer Bereich mit 28 Wohnplätzen. Das Wohnheim selbst verfügt ebenfalls über 28 Plätze. In den Außenwohngruppen, in denen mehr Selbständigkeit erforderlich ist, bestehen zur Zeit 38 Wohnplätze. Das Betreute Wohnen gliedert sich in fünf stationäre und 35 ambulante Wohnplätze. Alle Wohnbereiche verfügen über Einzelzimmer. Ein tagesstrukturierendes Angebot wird für alle Bewohner vorgehalten. Das Johannes-Busch-Haus hat ein attraktives Außengelände. Kontakt- und Begegnungsmöglichkeiten sind in der Begegnungstafel „Der kleine Prinz“ in der Innenstadt gegeben.

10.5 Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind Zusammenschlüsse von Menschen, die das gleiche Problem haben und die dagegen etwas unternehmen möchten. Sie dienen der Information von Betroffenen und Angehörigen und gegenseitiger Lebenshilfe. Ein wichtiges Element ist hierbei der Erfahrungsaustausch, der dem Einzelnen neue Lösungswege aufzeigen kann. Ferner vertreten sie Belange und Interessen ihrer Mitglieder gegenüber Institutionen und Behörden, klären die Öffentlichkeit über Probleme und Selbsthilfemöglichkeiten auf und geben Anregungen bzw. initiieren Forschungen.

Einige dieser Gruppen organisieren sich auf kommunaler Ebene selbst. Sie bilden Selbsthilfearbeitsgemeinschaften, die gesundheitliche und soziale Problematiken aus verschiedenen medizinischen und sozialen Bereichen vor Ort aufgreifen.

Selbsthilfegruppen können von der gesetzlichen Krankenversicherung gefördert werden. Grundlage ist der § 20 Abs. 4 des Sozialgesetzbuches V. Für die Förderung der Selbsthilfe (Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen) wurden im Jahr 2004 0,54 € pro Versichertem zur Verfügung gestellt. Dies entspricht einem Förder volumen von aktuell rund 36 Millionen Euro.⁴ Über Inhalte und Ausgestaltung der Selbsthilfeförderung der Krankenkassen informieren die gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen.⁵

Vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten bieten auch andere Institutionen (z.B. Rentenversicherungen aber auch Kommunen und Länder). Für die Unterstützung von örtlichen Selbsthilfegruppen sind die sog. Kontakt- und Informationsstellen von Selbsthilfegruppen (K.I.S.S.) von Bedeutung, von denen es in Deutschland über 200 gibt.

Die finanzielle Unterstützung in den Kommunen ist sehr unterschiedlich. Der Märkische Kreis fördert die Selbsthilfegruppen mit einem jährlichen Betrag von 15.350,- € und das Selbsthilfezentrum Lüdenscheid mit 7.700,- €.

Die nachfolgende Auflistung der im Märkischen Kreis vertretenen Selbsthilfegruppen repräsentiert die Angebote vor Ort. Eine Übersicht ist im Beratungsführer „Gesundheitshilfe“ des Kreisgesundheitsamtes zu finden.⁶

- Arbeitskreis Down-Syndrom, Iserlohn
- Kontaktkreis für Eltern mit behinderten Kindern, Lüdenscheid
- Selbsthilfegruppe für Kinder mit Diabetes und Eltern, Iserlohn
- Gesprächskreis junger RollstuhlfahrerInnen, Iserlohn
- Selbsthilfegruppen für ADS / Hyperaktivität, Lüdenscheid und Hemer
- Selbsthilfegruppe für junge psychisch kranke Menschen, Menden
- Gesprächsgruppen für Angehörige bzw. Eltern von suchterkrankten Kindern, Iserlohn, Lüdenscheid und Menden

Über diese Gruppen hinaus sind überregionale Angebote zu nennen, wobei zum Teil auch Ansprechpartner im Märkischen Kreis wohnen.

⁴ weitere Informationen zur Selbsthilfeförderung unter: <http://www.nakos.de>

⁵ Die Grundsätze stehen zum Download auf folgender URL-Adresse zur Verfügung: <http://www.vdak.de/>

⁶ Der Beratungsführer ist auch online abrufbar unter der URL-Adresse: <http://www.maerkischer-kreis.de/>

11. „No Risk – No Fun ?“ - Gesundheitsrisiken, Konsum- und Freizeitverhalten bei Kindern und Jugendlichen

Im folgenden werden Verhaltensweisen und Risiken, die sich auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirken, dargestellt. Dabei ist anzumerken, dass das Erproben neuer und zum Teil eben auch riskanter Verhaltensweisen Bestandteil dieser Entwicklungsphase ist. Darüber hinausgehend werden auch Gefahrenquellen dargestellt, denen gerade Kinder und Jugendliche verstärkt ausgesetzt sind, wie z.B. Unfälle oder Opfer von Rohheitsdelikten.

11.1 Ernährung und Bewegung

Die Ernährungsgewohnheiten – auch der erwachsenen Bevölkerung – sind in den vergangenen 20 Jahren einem starken Wandel ausgesetzt gewesen. Zunehmend haben industriell vorgefertigte Nahrungsprodukte Marktanteile erobert und werden den früher noch weiter verbreiteten Rohprodukten, erst in der eigenen Küche zubereiteten Lebensmitteln vorgezogen.

Zu den Ernährungsgewohnheiten liegen mehrere Studien vor, u.a. die lokale „DONALD Studie“ (Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed-Study) des „Forschungsinstituts für Kinderernährung“ in Dortmund oder die internationale „HBSC-Studie“ (Health Behaviour in School Aged Children). Die DONALD-Studie zeigt, dass Kinder und Jugendliche insgesamt mehr tierische als pflanzliche Lebensmittel zu sich nehmen, mehr Vollmilch als teilentrahmte Milch konsumieren, mehr fettreiche als fettarme Fleisch- und Wurstwaren zu sich nehmen und nur zu einem geringen Anteil Vollkornprodukte nutzen.

Insgesamt wurde festgestellt, dass Mädchen und Jungen in ihrem Ernährungsverhalten weit entfernt von der empfohlenen Mischkost sind. Es werde zu viel fettreiche Nahrung und zu selten Ballaststoffe konsumiert.

Deutliches Übergewicht im Kindesalter erhöht das Risiko im Erwachsenenalter übergewichtig zu sein. Bekannt sind eine Reihe von Folgeerscheinungen wie z.B. Diabetes mellitus Typ II, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder orthopädisch relevante Beeinträchtigungen. Bereits im Kindes- und Jugendalter treten Bluthochdruck, Kurzatmigkeit und eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit auf; zu erwähnen ist ebenfalls ein von vielen Betroffenen geäußertes verringertes Selbstwertgefühl.

Die Wahrscheinlichkeit für ein Kind, Übergewicht oder sogar Adipositas zu entwickeln, steigt mit der Anzahl der Familienangehörigen, die ebenfalls übergewichtig sind. Interventionen müssen dann auf die gesamte Familie zugeschnitten sein.

Zu geringes Gewicht kann während der Kindheit auf mangelhafte materielle Ressourcen der Familien begründet sein. Der Anteil an Kindern mit Sozialhilfebezug ist nicht gering. Immer wieder wird im Rahmen der Armutsforschung darauf hingewiesen, dass insbesondere Kinder von ihr betroffen sind. Im Jugendalter ist ein zu geringes Körpergewicht oftmals Ausdruck von Essstörungen. Insbesondere Mädchen und junge Frauen sind von dieser Störung betroffen (siehe auch Kapitel 9).

Der Anteil an unter- bzw. überernährten Kindern im Kreisgebiet zeigt sich für die Altersstufe der 5 bis 7jährigen in den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen. Übergewichtigkeit bzw. Adipositas war im Jahr 2004 bei 7,1 bzw. 5,6 Prozent der untersuchten Mädchen festzustellen; bei Jungen handelte es sich um 5,8 Prozent (Übergewicht) und 5,0 Prozent (Adipositas). Weitergehende Ausführungen sind in Kapitel 7 zu finden.

Ein weiterer Faktor, der Übergewichtigkeit begünstigt, ist der Mangel an körperlicher Aktivität. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen wird auch die Körperkoordination der Einschüler untersucht. Koordinationsstörungen (Grobmotorik, Feinmotorik, Hand-Auge-Koordination) sind die zweithäufigste Befundgruppe, die bei Schulanfängern in den vergangenen Jahren festgestellt wurden. Im Einschulungsjahrgang 2004 waren 498 Kinder von insgesamt 5.070 Einschülern betroffen¹, davon 383 Jungen.

11.2 Medienkonsum

Der Gebrauch von Mobiltelefonen, Computern, Videospielen und Fernsehen erfreut sich bei Kindern und Jugendlichen zunehmender Beliebtheit. Eine Reihe von Forschungsarbeiten und Jugendstudien setzen sich seit Jahren mit dem Gebrauch von Medien bei Kindern und Jugendlichen auseinander. Die KIM-Studie (Kinder und Medien) des Medienpädagogischen Forschungsverbundes Südwest mit Sitz in Stuttgart aus dem Jahr 2003 beispielsweise stellt fest, dass im Jahr 2003 47 Prozent der Haushalte mit Kindern im Alter zwischen 6 und 13 Jahren über einen Computer verfügt. 45 Prozent der Kinder in diesem Alter besaßen selbst einen „Gameboy“, 27 Prozent eine Spielkonsole und 15 Prozent einen Computer. Etwa 70 Prozent der Kinder aus der genannten Altersklasse spielt mindestens einmal in der Woche am Computer. Das Computerspielen steht lt. KIM-Studie in der Beliebtheitsskala bei Kindern dieser Altersstufe auf Platz 5. Davor rangieren Freizeitaktivitäten wie z.B. „Freunde treffen“, „draußen spielen“ und „fernsehen“.

Die Beschäftigung mit modernen Medien führt bei Kindern und Jugendlichen auf der einen Seite zu einem Training der Feinmotorik wie auch der Kombinations- und der Konzentrationsfähigkeit. Auf der anderen Seite kann die kindliche Entwicklung negativ beeinträchtigt werden, wenn die eingesetzten Spiele nicht altersgerecht sind. Auch die Nutzung des Internets, von vielen Jugendlichen zum Chatten verwendet, ist nicht frei von Gefahren. Besonders ungünstig ist es, wenn Kinder und Jugendliche ganz allein in ihrem Kinderzimmer mit dem Computer oder mit Fernsehen beschäftigt sind. Dadurch besteht nicht nur die Gefahr der sozialen Isolation, sondern auch eine nicht altersangemessene Mediennutzung.

Das (damalige) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gibt infolge dieser Erkenntnisse gemeinsam mit den beiden Rundfunkanstalten ARD und ZDF sowie weiteren Partnern im Rahmen der Kampagne „SCHAU HIN! - Was deine Kinder machen“ Tipps zur Medienerziehung in den Bereichen Fernsehen, Computer, Internet, Handynutzung und Lesen. Ziel der Aktion ist die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema „Kinder und Medien“.

In diesem Zusammenhang sind auch die jüngsten Erhebungen des „Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen“ (KfN) zum Thema „Medienverwahrlosung als Ursache von Schulversagen und Jugendkriminalität“ zu nennen. Die Forscher kommen zu dem Ergebnis, dass Kinder und Jugendliche, die in großem Umfang Fernsehen, Videos und Computerspiele konsumieren, in die Gefahr eklatanter Leistungseinbrüche in der Schule laufen². Diese Ergebnisse werden von neuen Forschungserkenntnissen der Hirnforschung über den Zusammenhang von Medienkonsum und Lernverhalten gestützt. Demnach kann sich – vereinfacht gesagt – das in der Schule Gelernte dann nicht im Gehirn festsetzen, wenn es von den Fernseh- und Videobildern der Computerspiele, die in den gleichen Gehirnarealen landen wie der Schulstoff, ständig überlagert wird.

11.3 Sexualverhalten

Seit 1980 werden im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in regelmäßigen Abständen Untersuchungen zum Sexual- und Verhütungsverhalten von Ju-

¹ Zum Vergleich: Im Jahr 1999 waren 380 von 5.473 Einschülern von Koordinationsstörungen betroffen.

² ZDF-online: Frontal21

gendlichen durchgeführt³. Demnach geben 35 Prozent der befragten Mädchen und 31 Prozent der Jungen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren an, schon mindestens einmal Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Das Durchschnittsalter ist im Vergleich zur letzten Befragung etwas gesunken.

58 Prozent der Jungen und 71 Prozent der Mädchen wenden nach ihrer eigenen Einschätzung konsequent Verhütungsmethoden an. 15 Prozent der Jungen und 12 Prozent der Mädchen haben bei ihrem ersten Geschlechtsverkehr keine Verhütungsmittel genutzt.

Kinder und Jugendliche werden überwiegend von ihren Eltern aufgeklärt, allerdings betrifft dies im viel stärkerem Maße die Mädchen (72 Prozent) als die Jungen (57 Prozent). Im Langzeitvergleich hat sich diese Quote seit 1980 mehr als verdoppelt.

Neben dem Elternhaus hat die schulische Sexualerziehung eine große Bedeutung. Etwa 90 Prozent der befragten Jugendlichen hatten daran teilgenommen. Dies ist vor allem in den Fällen eine wichtige Unterstützung, wo im Elternhaus ein Ansprechpartner für diese Fragen fehlt.

Insgesamt ist die Zahl der lebendgeborenen Kinder der unter 18jährigen Mütter über die vergangenen 25 Jahre deutlich zurückgegangen und lag im Jahr 2000 bundesweit bei 4.700. Allerdings liegt der Anteil der Schwangerschaftsabbrüche im Verhältnis zu den Geburtenzahlen enorm hoch: Im Jahr 2000 betrug die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche 6.300.

Die Krankenhausstatistik weist für das Jahr 2002 landesweit 3.794 Entbindungen bei Müttern im Alter unter 19 Jahren aus; 36 von ihnen waren sogar jünger als 14 Jahre alt. Im Märkischen wurden für den gleichen Zeitraum 152 Entbindungen in der Altersgruppe der 15 bis 19jährigen verzeichnet.

Mit Verabschiedung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) im August 1998 und im Zusammenhang mit der Verabschiedung weiterer Gesetze zur Verbesserung des Schutzes für das ungeborene Leben wurde auch die Sexualaufklärung als öffentliche Aufgabe bestätigt. Jugendliche und junge Erwachsene sollen demnach leichter Kenntnisse zum Umgang mit Verhütungsmethoden erhalten. Vor allem Jugendliche mit niedrigem Schulabschluss oder mit einem besonderen Risikoverhalten sind als Zielgruppe zu nennen, ebenso wie jugendliche Schwangere. Im Märkischen Kreis werden neben der schulischen Sexualaufklärung von der Schwangerschaftsberatungsstellen Beratungs- und Informationsangebote für Jugendliche individuell wie auch gruppenbezogen angeboten. Im Rahmen der AIDS-Prophylaxe wird die schulische Sexualerziehung durch Schülerseminare der AIDS-Prophylaxekraft des Gesundheitsamtes ergänzt.

Materialien zur Sexualaufklärung werden von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstellt und sind von dort kostenlos zu beziehen. Ebenfalls kostenfrei sind Verhütungsmittel wie die verschreibungspflichtige Anti-Baby-Pille, die über die gynäkologischen Praxen an junge Frauen bis zu 20 Jahren kostenlos abgegeben werden.

11.4 Psychosoziale Belastungen

Über die Folgen gesundheitsbelastender Faktoren ist bereits in Kapitel 9 im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen berichtet worden. Belastende Familienverhältnisse, ungünstige Wohnbedingungen, Überforderung in der Schule oder Mobbing und Gewalterfahrungen sind Stressfaktoren, die sich auf die psychosoziale Gesundheit auswirken.

³ hier und im Folgenden: Robert-Koch-Institut: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Berlin 2004

Entscheidend ist, welche Bewältigungsmechanismen den Betroffenen zur Verfügung stehen. Manchmal erfolgen Reaktionen wie sozialer Rückzug, Schulschwänzen oder der übermäßige Gebrauch von Suchtmitteln oder elektronischen Medien.

Zur Einschätzung des Risikopotentials der genannten Stressfaktoren stehen einige Untersuchungsergebnisse zur Verfügung. Der Schwerpunktbericht des Robert-Koch-Instituts zur Kinder- und Jugendgesundheit⁴ zitiert die Ergebnisse eines Jugendgesundheitsumfrage aus dem Jahr 1993 sowie eines Jugendgesundheitsberichtes der Stadt München von 1997. Als besonders belastend wird von den Befragten empfunden:

- Schulische Anforderungen
- Diskrepanzen zwischen ihren Schulleistungen und den Erwartungen der Eltern
- Finanzielle Probleme
- Angst vor Arbeitslosigkeit
- Schlechte Zukunftsaussichten
- Partnerschaftsprobleme

Wichtig zur Bewältigung von Problemen sind die persönlichen Schutzfaktoren, wie z.B. eine optimistische Einstellung, aber auch materielle Ressourcen, ein funktionierendes Beziehungsnetzwerk, Vertrauen und Geborgenheit in der Familie.

Der Gesundheitswissenschaftler Aaron Antonovski spricht von einem sogenannten „Kohärenzgefühl“. Darunter ist die individuelle und persönliche Gewissheit zu verstehen, das eigene Leben steuern und gestalten zu können. Ist dieses Kohärenzgefühl nur gering ausgeprägt, besteht die Gefahr einer gesundheitlichen Beeinträchtigung.

Eine Untersuchung der Stadt München⁵, die den Einfluss negativer bzw. positiver Zukunftsaussichten bei Jugendlichen untersucht hat, kommt zu dem Ergebnis, dass pessimistisch eingestellte Jugendliche häufiger gestresst, häufig erschöpft, häufig sich einsam fühlen. Sie werden schnell müde, haben häufiger Rückenschmerzen, sind nervöser und unkonzentrierter als Andere, sind häufiger mutlos, beurteilen ihren Gesundheitszustand als schlecht und leiden unter Schlafstörungen.

Daher wird es im Rahmen der Gesundheitsförderung darauf ankommen, einerseits die persönlichen Ressourcen wie die Fähigkeit zur Selbstbehauptung und die Entwicklung sozialer Kompetenzen (z.B. Konfliktfähigkeit) zu stärken, andererseits aber auch die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen (z.B. Schule, Kindergarten) so zu gestalten, dass ein sozialer Unterstützungsrahmen gewährleistet ist.

In Kapitel 12 wird auf diese Thematik weiter eingegangen.

11.5 Gebrauch von Suchtmitteln

Suchtmittel, zumindest die Alltagsdrogen Alkohol und Nikotin, sind hierzulande leicht verfügbar. Die Risiken des Gebrauchs werden trotz z.B. der Warnhinweise auf Zigarettenschachteln dabei meist ausgeblendet. Allein infolge des Nikotinkonsums sind in Deutschland jährlich 110.000 im Grunde vermeidbare Todesfälle zu verzeichnen.

Dabei ist zu beachten, dass in aller Regel das Verhalten der Erwachsenen in positiver wie in negativer Hinsicht zum Vorbild für Kinder und Jugendliche wird.

Wie die Jugendforscher Matthias Richter, Ullrich Bauer und Klaus Hurrelmann in einem Beitrag der Zeitschrift „Aus Politik und Zeitgeschichte“⁶ ausführen, experimentierten Jugendliche mit ihren neuen Rollen, probierten neue Verhaltensweisen und Einstellungen

⁴ Robert-Koch-Institut: „Kinder- und Jugendgesundheit“, Berlin 2001

⁵ zitiert aus: Robert-Koch-Institut: „Kinder- und Jugendgesundheit“, Berlin 2001

⁶ Aus Politik und Zeitgeschichte, B 1-2 / 2004

aus und testeten diese auf ihre Funktionalität. Hierzu gehöre auch und gerade das Experimentieren mit psychoaktiven Substanzen wie Tabak, Alkohol und illegalen Drogen. Der Substanzkonsum könne dabei unterschiedliche Funktionen in den genannten Entwicklungsaufgaben übernehmen. So solle dadurch u.a. der eigene persönliche Stil ausgedrückt, der Zugang zu Gleichaltrigen- bzw. Peergruppen erleichtert und die Unabhängigkeit von den Eltern demonstriert werden.

Durch das Jugendschutzgesetz ist es zwar verboten, alkoholhaltige Getränke und Zigaretten an Jugendliche auszugeben, jedoch zeigen Zahlen zum Nikotin- und Alkoholkonsum, dass diese Bestimmungen oft genug umgangen werden. Insbesondere bei Alkopops⁷ weist die Altersgruppe der 14 bis 16jährigen bereits beunruhigende Konsummuster auf: Im Jahr 2003 führte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zwei repräsentative Befragungen zum Thema „Alkopops“ durch; eine davon war eine Wiederholungsbefragung aus dem Jahr 1998. Danach wurden im Vergleich zu 1998 im Jahr 2003 vier Mal so viel Alkopops in der Gesamtbevölkerung gekauft (12 Prozent gegenüber 3 Prozent); bei den Käufern bis 29 Jahren hatte sich das Kaufverhalten in diesem Zeitraum sogar fast versechsfacht (von 7 Prozent auf 40 Prozent). Mit der Kaufhäufigkeit steigt auch der Konsum: Tranken 1998 4 Prozent der Gesamtbevölkerung mindestens einmal im Monat Alkopops, so waren es im Jahr 2003 14 Prozent; bei den 14- bis 29-Jährigen stieg der Anteil derjenigen, die mindestens einmal im Monat Alkopops tranken, von 9 Prozent (1998) auf 42 Prozent (2003) an. Bei den Jugendlichen waren Alkopops im Jahr 2003 die beliebteste alkoholische Getränkeart, gefolgt von Bier, Wein/Sekt und Spirituosen.

Aufgrund einer Gesetzesinitiative sind Alkopops seit Juli 2004 durch eine Sondersteuer deutlich verteuert worden. Es wird erwartet, dass der Alkopops-Konsum bei Jugendlichen spürbar zurückgeht.

Im Jahr 2003 beteiligte sich Deutschland mit mehreren Bundesländern⁸ an einer europäischen Vergleichsstudie zum Alkohol- und Drogenkonsum von Schülern (ESPAD)⁹. Zielgruppe waren Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Jahrgangsstufe. Im Märkischen Kreis ist im Jahr 2005 in den Städten Altena, Balve, Hemer und Menden eine Schülerbefragung an 17 weiterführenden Schulen durchgeführt worden. Befragt wurden ca. 2.600 Schülerinnen und Schüler der 8. und 9. Jahrgangsstufe. Die anonyme Befragung, die das Kreisgesundheitsamt in Abstimmung mit dem Schulamt für den Märkischen Kreis durchgeführt hat, ist methodisch an die genannte Europa-Studie angelehnt.¹⁰ Im folgenden werden die Befragungsergebnisse aus dem Kreisgebiet kurz dargestellt.

Etwa 40 Prozent der Befragten hatte bisher noch nie eine Zigarette geraucht. Etwa ein Drittel hatten schon im Alter von 12 Jahren oder jünger eine Zigarette geraucht. Etwa 16 Prozent der Befragten rauchten im Alter von 13 Jahren oder jünger bereits täglich.

Jungen beginnen in der Regel mit dem ersten Probieren schon früher als die Mädchen. Der Anteil der rauchenden Schülerinnen liegt mit steigendem Alter deutlich höher als derjenige der männlichen Mitschüler.

Der Anteil der Nichtraucher beträgt an den Gymnasien ca. 47 Prozent und liegt damit fast dreimal so hoch wie bei den Hauptschülern (16 Prozent). 30 Prozent der Hauptschüler gaben an, täglich 10 Zigaretten oder mehr zu rauchen, 19 Prozent waren es bei den Realschülern und 15 Prozent bei den Gymnasiasten.

⁷ alkoholhaltige Mischgetränke, bes. Limonadengetränke, denen destillierter Alkohol (Branntwein, Spirituosen) zugefügt wird (durch das ansprechende Marketing und den süßen Geschmack besonders bei jugendlichen Konsumenten beliebt); Quelle: www.wissen.de

⁸ Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen

⁹ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen und Suchtbericht April 2004

¹⁰ Märkischer Kreis, Der Landrat: Schülerbefragung 2005, Teil 1: Altena, Balve, Hemer, Teil 2: Menden

Etwa 8,5 Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler haben in ihrem Leben bisher überhaupt noch kein alkoholhaltiges Getränk zu sich genommen. Dagegen hatten mehr als ein Drittel aller Befragten im bisherigen Leben 20 mal oder öfter Alkohol getrunken. 917 (entspr. 36 Prozent) Schülerinnen und Schüler hatten mit 12 Jahren oder jünger bereits ein erstes Glas Bier getrunken, 694 (entspr. 27 Prozent) ein erstes Glas Wein, 256 (entspr. 9 Prozent) ein erstes Glas Spirituosen.

477 von 2.570 Schülerinnen und Schülern gaben an, bereits mit 13 Jahren oder jünger zum ersten mal betrunken gewesen zu sein. Zwar tranken in den vergangenen 30 Tagen vor der Befragung mehr Jungen als Mädchen überhaupt keinen Alkohol, jedoch zeigten die Schülerinnen im Vergleich zu ihren männlichen Mitschülern häufiger einen moderaten Konsum.

Das beliebteste alkoholische Getränk bei den befragten Jugendlichen ist Bier, unmittelbar gefolgt von Alkopops. Jungen bevorzugen Bier, Alkopops sind bei Mädchen wie bei Jungen gleichermaßen beliebt. Wein oder Sekt wird von den Mädchen eher bevorzugt.

Der größte Anteil an Schülern, die bisher noch nie Alkohol getrunken haben, liegt mit gut 12 Prozent bei den Hauptschülern. Auf der anderen Seite werden von den Hauptschülern aber die häufigsten Trunkenheitserfahrungen berichtet. 24 Prozent von ihnen waren in den vergangenen 12 Monaten dreimal oder öfter betrunken gewesen, gut 10 Prozent innerhalb der vergangenen 30 Tage. 18 Prozent von ihnen gaben an, bereits mit 12 Jahren oder früher erstmals betrunken gewesen zu sein. Hauptschüler schätzen die Folgen starken Alkoholkonsums häufiger harmlos ein, als dies Schüler der anderen Schulformen tun.

533 der Befragten – also praktisch jeder fünfte – hatten schon einmal den Wunsch verspürt, Drogen zu sich zu nehmen.

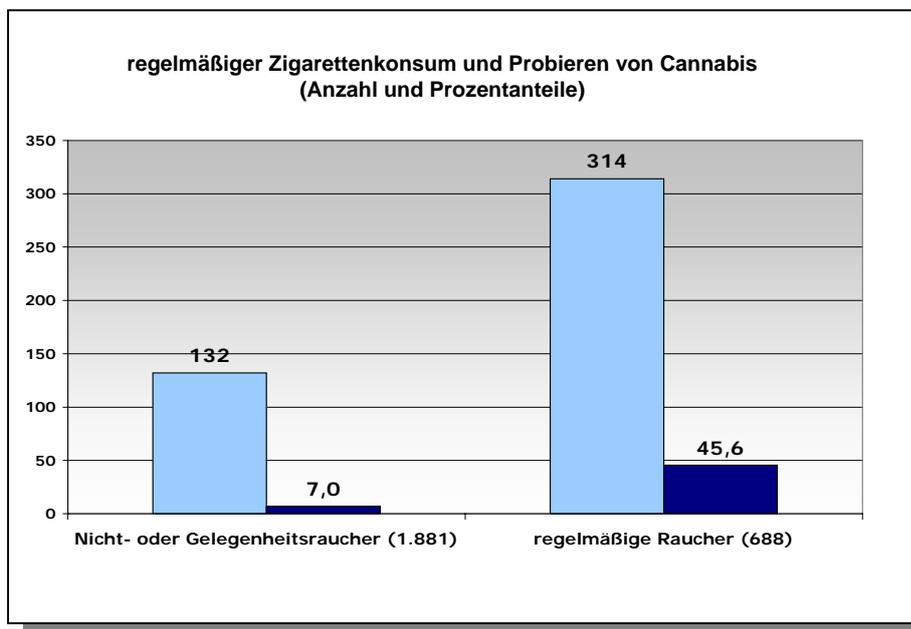


Abb. 11.1: Zusammenhang zwischen regelmäßigem Rauchen und –Cannabis-konsum bei Schülerinnen und Schülern im Märkischen Kreis, (Befragung 2005)

Unter den konsumierten Drogen ist Cannabis am häufigsten verbreitet. Knapp 18 Prozent von allen Befragten, hatten bereits erste Erfahrungen mit Cannabis. Dass hier nicht nur probiert wird, sondern auch schon häufiger konsumiert wird, zeigen die Angaben zur Kombination von Alkohol und Cannabis. Knapp 10 Prozent der Hauptschüler und jeweils 5 Prozent der Schüler der anderen beiden Schulformen hatten schon 6 mal oder häufiger Alkohol und Cannabis zu sich genommen. Etwa 12 Prozent der Hauptschüler hatten Cannabis im Alter von 12 Jahren oder jünger zum ersten Mal probiert.

Der Zusammenhang zwischen regelmäßigem Rauchen und Cannabiskonsum konnte auch in der Schülerbefragung hergestellt werden. Die vorangestellte Grafik zeigt, dass mehr als 45 Prozent aller regelmäßigen Raucher bereits Cannabis probiert hatten, bei den Nicht- oder Gelegenheitsrauchern waren dies lediglich 7 Prozent.

Fast ein Drittel aller befragten Schülerinnen und Schüler haben schon häufiger Schmerzmittel eingenommen, wobei nicht deutlich wird, in wie vielen Fällen diese Arzneimittel ärztlich verordnet gewesen sind. Deutlich mehr Schülerinnen als Schüler nehmen Schmerzmittel, Besucher von Gymnasien prozentual häufiger als die der anderen beiden Schulformen.

Ebenfalls verbreitet unter den Schülern sind sog. Schnüffelstoffe, die häufiger im Alter bis zu 13 Jahren probiert werden. 6 Prozent der Befragten – mehr Jungen als Mädchen – gaben an, schon einmal geschnüffelt zu haben, um „high“ zu werden. Schnüffeln ist unter den Gymnasiasten weiter verbreitet als unter den Realschülern und Hauptschülern.

82 der befragten Schülerinnen und Schüler machten Angaben zu stärkeren und zum Teil schwerer erhältlichen Drogen wie Kokain, Heroin, LSD. Die Anzahl der fraglichen Konsumenten liegt zwischen 27 Personen mit Ecstasy-Konsum und vier mit Methadon-Konsum, wobei die Verlässlichkeit der Angaben nicht eingeschätzt werden kann.

Die meisten Drogenkonsumenten gaben an, probieren zu wollen. Ein Drittel der Konsumenten wollten sich „high“ fühlen und 90 der Befragten (etwa ein Viertel) gaben an, ihre Probleme dadurch vergessen zu wollen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Alltagsdrogen Nikotin und Alkohol auch bei den Schülerinnen und Schülern im Märkischen Kreis weit verbreitet sind. Die Mädchen stehen in den befragten Altersgruppen im Konsumverhalten ihren männlichen Mitschülern keineswegs nach. Insbesondere im Tabakkonsum, vor allem aber im Gebrauch von Schmerzmitteln, sind sie deutlich stärker repräsentiert.

Von einigen Ausnahmen abgesehen, unterliegen die Hauptschüler dem höchsten Gesundheitsrisiko. Zwar ist der Anteil der Nichtraucher und auch der bisher alkoholabstinenten Schülerinnen und Schüler vergleichsweise hoch, jedoch sind hier die riskantesten Konsummuster – auch im Bereich der Drogen – vorzufinden.

11.6 Kinder aus suchtbelasteten Familien

„Jedes zweite Kind in Deutschland lebt in einem Haushalt, in dem mindestens eine Person raucht. Jedes fünfte Kind ist bereits im Mutterleib durch Tabakrauch gefährdet. Über 6 Millionen Kinder werden täglich Tabakrauch ausgesetzt. Passivrauchende Säuglinge und Kinder sind zahlreichen giftigen Stoffen ausgesetzt, von denen mehr als 40 krebserregend sind. Die Auswirkungen des Passivrauchens können die Gesundheit von Kindern für ihr ganzes Leben schädigen.“¹¹

Daher soll die Raucherquote vor allem bei jungen Erwachsenen, Schwangeren und Eltern gesenkt werden. Eltern sollen stärker für die Gesundheitsrisiken ihrer Kinder – verursacht durch Passivrauchen – sensibilisiert werden. Wichtig ist, dass möglichst alle Orte, an denen sich Kinder aufhalten, rauchfrei werden. Dazu gehören Kindergärten und Kinderspielplätze, Schulen, Sportstätten, öffentliche Einrichtungen und Verkehrsmittel.

Kinder von alkoholabhängigen und alkoholmissbrauchenden Eltern, so eine Studie der Kath. Fachhochschule Köln, sind nicht nur durch die Suchtkrankheit der Mutter oder des Vaters belastet, sie stellen auch selbst eine Risikogruppe in Bezug auf die Entwicklung verschiedener Verhaltensprobleme und psychischer Störungen dar.

¹¹ Deutsches Krebsforschungszentrum (dkfz), Broschüre „Passivrauchende Kinder in Deutschland“, zit. n. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: „Drogen- und Suchtbericht, April 2004“

Nach Schätzungen der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen leben in Deutschland über 2,5 Mio. Kinder unter 18 Jahren, die mit mindestens einem suchtkranken Elternteil aufwachsen. Kinder aus suchtblasteten Familien leiden häufig unter seelischen, psychischen oder körperlichen Belastungen und leben mit einem erhöhten Risiko, später selbst suchtkrank zu werden.

Eine bundesweite Expertenrunde, die sich aus Vertretern der Suchthilfe, der Kinder- und Jugendhilfe, Medizin und Wissenschaft wie auch der Selbsthilfe zusammensetzte, hat im Dezember 2003 ein Eckpunktepapier zur Verbesserung der Kinder in suchtblasteten Lebensverhältnissen entwickelt. Darin heißt es unter anderem, „dass die Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen, insbesondere der Suchtkrankenhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe und den medizinischen Diensten optimiert werden muss. Um wirkungsvolle Interventionen zu erreichen, muss arbeitsfeldübergreifend kooperiert werden. Lehrer, Erzieher, Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen und Pädagogen müssen verbindlich zusammenarbeiten. Das Ziel ist, betroffene Kinder und Eltern frühzeitig zu erkennen und die ihnen angemessene Unterstützung anzubieten. [...] Schulen und Kindertagesstätten sind zentrale Lebensräume für Kinder aus suchtblasteten Familien. Sie müssen dort mit der erforderlichen Aufmerksamkeit frühzeitig erkannt werden. Gemeinsam mit den Eltern müssen Hilfeangebote vermittelt werden.“

Im Märkischen Kreis hat sich bereits im Jahr 2003 eine Initiativegruppe bestehend aus Mitarbeitern der Suchtberatung, der Selbsthilfe, der Jugendhilfe, der Erziehungsberatung und des Gesundheitsamtes gebildet, die sich zur Aufgabe gemacht hat, die Situation von Kindern in suchtblasteten Familien zu verbessern. Die Beteiligten gehen davon aus, dass – gemessen an den Zahlen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen – 4.000 Kinder im nördlichen Kreisgebiet (Menden, Balve, Hemer, Iserlohn) betroffen sein könnten. Neben bisher stattgefundenen Fortbildungen und Öffentlichkeitsveranstaltungen ist vorgesehen, Familienberatungsstelle und Suchtberatung konzeptionell miteinander zu verzahnen, so wie dies schon beim Caritasverband Iserlohn e.V. der Fall ist. Auf diese Weise soll es ermöglicht werden, Kindern von suchtblasteten Eltern eine angemessene Beratung und Unterstützung anzubieten.

11.7 Umweltbelastungen, Gewalterfahrungen und Unfall-Risiken

Etwa ein Drittel der im Jahr 2002 in Deutschland festgestellten Todesfälle bei Kindern (insgesamt 1.702 Todesfälle) im Alter zwischen 1 und 15 Jahren ist auf äußere Ursachen zurückzuführen.

Von dem in den Jahren 2000 bis 2002 ermittelten Mittelwert von 423 in NRW verstorbenen Kindern im Alter zwischen 1 und 14 Jahren waren 85 Todesfälle durch Vergiftungen, Verletzungen und andere äußere Einflüsse verursacht.

Die Krankenhausstatistik für Nordrhein-Westfalen zeigt, dass landesweit mit 68.100 von insgesamt 361.615 Behandlungsfällen fast jeder fünfte Behandlungsfall (18,8 Prozent) auf die Gruppe der Kinder und Jugendlichen bis 19 Jahren anzurechnen ist. Im Märkischen Kreis waren mit 2.239 Krankenhausfällen in dieser Altersgruppe sogar mehr als 22 Prozent der Behandlungen durch Verletzungen, Vergiftungen und andere äußere Ursachen verursacht.

Krankenhausaufnahmen aufgrund von Verletzungen, Vergiftungen und anderen äußeren Ursachen in NRW und im Märkischen Kreis im Jahr 2002 nach Altersgruppen				
ICD 10 (Kapitel XIX)	NRW		MK	
Alter	Anzahl	je 100.000 Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.
0 bis 1 Jahr	3.965	2.397,77	112	2.624,18
1 bis 4 Jahre	12.516	1.741,80	401	2.159,40
5 bis 9 Jahre	12.866	1.336,25	446	1.731,30
10 bis 14 Jahre	18.028	1.723,53	579	1.999,86
15 bis 19 Jahre	20.725	2.120,26	701	2.586,33
Summe	68.100	-	2.239	-
alle Behandlungsfälle	361.615	2.001,97	10.093	2.210,02

Die Zahlen machen außerdem deutlich, dass die prozentualen Häufigkeiten in jeder Altersgruppe bezogen auf 100.000 Einwohner im Kreisgebiet höher als im Landesdurchschnitt liegen.

Ein Blick auf die geschlechtsspezifische Verteilung zeigt, dass männliche Kinder und Jugendliche weitaus häufiger in der Behandlungsstatistik repräsentiert sind als weibliche. Am deutlichsten ist dies in der Altersgruppe der 15 bis 19-Jährigen zu erkennen: mit landesweit 13.313 Behandlungsfällen liegt der Anteil der männlichen Patienten fast doppelt so hoch wie bei den weiblichen mit 7.412 Fällen.

11.7.1 Verätzungen und Verbrennungen

Verbrennungen sind am häufigsten und zugleich am schwersten durch Berühren von heißen Herdplatten; sie ereignen sich aber auch an Backofenfenstern, Bügeleisen und offenen Feuern. Verbrühungen ereignen sich häufig beim Essen (leichtere Verletzungen) und beim Kochen (schwere Verletzungen) durch das Herunterreißen von Pfannen, Töpfen usw. Zu weiteren Verbrühungen kann es auch bei der Körperpflege (Baden, Duschen) kommen.

Krankenhausaufnahmen aufgrund von Verätzungen und Verbrennungen in NRW und im Märkischen Kreis im Jahr 2002 nach Altersgruppen				
ICD 10 (Fallgr. T 20 bis 32)	NRW		MK	
Alter	Anzahl	je 100.000 Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.
0 bis 1 Jahr	224	135,46	4	182,14*
1 bis 4 Jahre	871	121,21	21	113,09
5 bis 9 Jahre	206	21,39	9	34,94
10 bis 14 Jahre	181	17,30	4	26,99*
15 bis 19 Jahre	154	15,75	6	42,85*
Summe	1.636	-	44	-
alle Behandlungsfälle	3.637	20,14	106	23,21

nur männliche Bevölkerung

Besonders betroffen ist die Gruppe der bis zu 15 Jahre alten Bevölkerung. Schwere Verbrennungen bei Kindern sollten kleinräumig analysiert werden, weil sie prinzipiell durch präventive Maßnahmen ausgeschlossen werden können, und weil sie bei sozial ungünstigen Verhältnissen häufiger auftreten¹². Verbrennungen und Verätzungen (ICD 10, Fallgr.

¹² Quelle: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst, Bielefeld, Kommentierung des Gesundheitsindikators

T20 bis T32) lösen Verletzungen verschiedenen Grades und Umfangs der Körperoberfläche aus.

Die Krankenhausstatistik NRW weist für das Jahr 2002 landesweit 1.636 Fälle von Verbrennungen und Verätzungen bei Kindern und Jugendlichen unter 19 Jahren auf. Dies sind knapp 45 Prozent aller Behandlungsfälle aufgrund dieser Diagnose. Im Märkischen Kreis waren 44 Krankenhausfälle (entspr. 42 Prozent) dadurch verursacht. Kinder und Jugendliche sind demnach in einem ganz besonderen Maße betroffen. Am deutlichsten zeigt sich das in der Altersgruppe der 1 bis 4 jährigen Kinder.

11.7.2 Vergiftungen

Bei den durch äußere Einwirkungen verursachten Todesfällen bei Kindern liegen Vergiftungen von ihrer Häufigkeit an der dritten Stelle. In erster Linie sind Kinder zwischen sechs Monaten und drei Jahren betroffen. Es sind vor allem Dinge des täglichen Lebens, die unbeaufsichtigt und gut erreichbar in jedem Haushalt zu finden sind, an denen sich Kinder vergiften: an erster Stelle stehen Vergiftungen durch Medikamente, gefolgt von Tabakvergiftungen und Putzmitteln, giftigen Pflanzen, Lösungsmitteln, Rattengift, Insektiziden und verdorbenen Lebensmitteln.

Nach einer Erhebung des Giftnotrufs Berlin treten pro Jahr bundesweit circa 100.000 Fälle auf, in denen Kinder versehentlich potenzielle Gifte zu sich nehmen. In jedem zehnten Fall treten Symptome auf. Etwa 500 Vergiftungen sind lebensgefährlich, 20 bis 40 Kinder sterben daran.

Im Jahr 2002 waren in Nordrhein-Westfalen insgesamt 16.077 Krankenhausfälle aufgrund von Vergiftungen oder toxischen Einwirkungen zu verzeichnen. 4.042 Fälle bezogen sich auf Kinder und Jugendliche im Alter bis unter 19 Jahren, d.h. jeder vierte Behandlungsfall entfiel auf Kinder und Jugendliche. Im Märkischen Kreis liegt dieser Prozentsatz bei 113 von insgesamt 402 Behandlungsfällen noch etwas höher.

Krankenhausaufnahmen aufgrund von Vergiftungen und toxischen Einwirkungen in NRW und im Märkischen Kreis im Jahr 2002 nach Altersgruppen				
ICD 10 (Fallgr. T 36 bis 65)	NRW		MK	
Alter	Anzahl	je 100.000 Einw.	Anzahl	je 100.000 Einw.
0 bis 1 Jahr	263	159,05	8	187,44
1 bis 4 Jahre	1.232	171,45	40	215,40
5 bis 9 Jahre	297	30,85	4	30,50*
10 bis 14 Jahre	739	70,65	18	62,17
15 bis 19 Jahre	1.511	154,58	43	158,65
Summe	4.042	-	113	-
alle Behandlungsfälle	16.077	89,01	402	88,02

nur männliche Bevölkerung

Besonders betroffen sind die 1 bis 4jährigen sowie die 15 bis 19jährigen Kinder und Jugendlichen. Während Vergiftungen bei Kleinkindern hauptsächlich auf mangelnde Beaufsichtigung und fahrlässigen Umgang der Eltern oder älteren Geschwister mit giftigen Stoffen zurückzuführen sind, lassen sich die Ursachen von Vergiftungen im Jugendalter zumindest teilweise eher auf das Experimentieren mit Substanzen zurückführen. Landesweit kamen 196 Krankenhausaufnahmen in der Altersgruppe der 15 bis 19jährigen infolge akuter Alkoholintoxikation zustande sowie weitere 444 Behandlungsfälle aufgrund von Intoxikationen psychoaktiver Substanzen.

Landesweit wie auch im Märkischen Kreis sind in der Altersgruppe der 15 bis 19jährigen Patienten mehr Mädchen bzw. junge Frauen beteiligt, und zwar in Bezug auf männliche Patienten im Zahlenverhältnis von 2:1.

11.7.3 Spiel-, Sport- und Hausunfälle

Während Kinder im Vorschulalter häufiger im häuslichen Bereich verunglücken als im Straßenverkehr, steht bei den 6 bis 14jährigen Kindern der Verkehrsunfall im Vordergrund.¹³ Der häufigste tödliche Unfall im Heim- und Freizeitbereich ist das Ertrinken. Weitere häufige tödliche Unfallarten bei Kindern sind das Ersticken, die Stürze, die Vergiftungen und die Verbrennungen und Verbrühungen.

Unfälle im Alter bis zu vier Jahren ereignen sich bei typisch kleinkindlichen Tätigkeiten, durch die das Kind seine Umwelt kennen und begreifen lernt. Besonders problematisch sind hierbei Stürze aus der Höhe (Stockbett, Fenster, Treppe usw.), die häufig auch schwere Verletzungen mit sich bringen. Bei Kindern ab ca. drei Jahren erlangen auch die Spielplatzunfälle Bedeutung. Rutschbahn, Kletterturm und Schaukel sind die einschlägigen Gefahrenquellen.

Kinder zwischen fünf und neun Jahren sind von Spielplatzunfällen besonders häufig betroffen. Die jüngeren Kinder dieser Altersgruppe (5 und 6jährige) sind auf Rutschbahnen und Klettertürmen relativ stark sturzgefährdet. Den Straßenverkehrs- und Sportunfällen kommt in dieser Altersgruppe eine zunehmend stärkere Bedeutung zu. Bei den Sportunfällen überwiegen die Ballsportunfälle, die Unfälle beim Geräteturnen (Reck, Barren usw.), die Fahrradunfälle und in den Wintersportgebieten die Schlitten- und Skiunfälle.

Ab dem 10. Lebensjahr überwiegen beim Sport die Fahrradunfälle. Bei den Mädchen ereignen sich häufig auch Reitunfälle. In Wintersportgebieten sind in dieser Altersgruppe die Wintersportarten (Skifahren, Eislaufen, Schlittenfahren usw.) stark vertreten.

Experten gehen davon aus, dass bis zu 60 Prozent der Kinderunfälle durch vorbeugende Maßnahmen vermieden werden können, so zum Beispiel durch mehr Aufsicht und bessere technische Sicherungen. Kleinere Kinder können zudem durch eine sichere Umgebung, zum Beispiel sichere Treppen, keine glatten Böden in der Wohnung und keine Teiche im Garten, geschützt werden. Um die vielen Kinderunfälle zu reduzieren, sind Eltern und Betreuungspersonen über die Gefahrenquellen für Kinder noch besser zu informieren. Solange das Kind klein ist, tragen sie die volle Verantwortung und sollten durch sicherheitsbewusstes Verhalten und Schutzvorkehrungen in der Umgebung des Kindes für Sicherheit sorgen.

Größer werdende Kinder sollten dann außerdem zu vorsichtigem Verhalten angeleitet werden. Zusätzlich sollte der Sinn von Schutzausrüstungen bei Freizeitaktivitäten, wie Rad fahren und Skaten, klar gemacht werden. Eltern sollten sich ihrer Vorbildfunktion für ihre Kinder bewusst sein und auf den Gebrauch von Schutzausrüstungen achten.

Der Gemeinde-Unfall-Versicherungsverband Westfalen-Lippe überprüft öffentlichen Einrichtungen und Spielplätze. Er gibt Sicherheitsbestimmungen für die Aufstellung Spielgeräten heraus.

11.7.4 Verkehrsunfälle

Verkehrsunfälle spielen vor allem bei der Mortalität von Kindern bis 14 Jahre, Jugendlichen und älteren Menschen (65 Jahre und mehr) eine dominante Rolle. Das größte Risiko auf dem Schulweg – ob mit Fahrrad, Mofa, Schulbus oder zu Fuß – oft mit tödlichem Ausgang zu verunglücken, entfällt auf Schüler zwischen 15 und 17 Jahren, gefolgt von

¹³ www.uni-essen.de/~qpd402/texte.ml/ml.publikationen.html

den 10- bis 14jährigen. Bei Personen ab 18 Jahren liegen Unfälle mit dem Pkw an der Spitze, gefolgt von den Fahrradunfällen und Unfällen mit motorisierten Zweirädern. Diese Altersgruppe verunglückt auf dem Schulweg auch am häufigsten tödlich.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Zahl (und ihr Anteil auf 100.000 Personen der Wohnbevölkerung) der im Straßenverkehr verunglückten Personen, darunter die Leicht- und Schwerverletzten und die tödlich Verunglückten, nach Alter und Geschlecht an. Der Bezug auf die Wohnbevölkerung ist ungenau, da die Straßenverkehrsunfälle nach dem Ereignisort des Unfalls registriert werden.

Im Straßenverkehr verunglückte Personen in NRW im Jahr 2003 nach ausgewählten Altersgruppen		
Alter	Anzahl	je 100.000 Einw.
0 bis 1 Jahr	54	33,45
1 bis 4 Jahre	1.385	198,48
5 bis 9 Jahre	3.294	346,36
10 bis 14 Jahre	4.914	471,72
15 bis 19 Jahre	11.421	1.145,76
Summe	21.068	-
alle Altersgruppen	89.172	493,34

Von insgesamt 89.172 landesweit registrierten Straßenverkehrsunfällen betrafen 21.068 Unfälle Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren. Bei etwa 10 Prozent aller Verletzten handelt es sich um Schwerverletzte.

Der Gesundheitsbericht des Landes NRW aus dem Jahr 2000 führte zur Situation der Zuwanderer aus, dass – bezogen auf das Jahr 1997 – Kinder aus Zuwandererfamilien häufiger ins Unfallgeschehen verwickelt sind als deutsche. 0,7 Prozent der deutschen Kinder unter 6 Jahren waren in jenem Jahr an einem Straßenverkehrsunfall beteiligt, aber 3,3 Prozent der türkischen Kinder dieser Altersgruppe.

Bei den jungen Erwachsenen wurden zwei Verkehrsteilnehmer getötet und 391 verletzt. Damit sank diese Zahl erstmalig unter 400 und im Vergleich zum Vorjahr um –3,2 Prozent. Bemerkenswert ist in dem Zusammenhang, dass junge Erwachsene bei Pkw-Unfällen in fast dreiviertel der Fälle gleichzeitig Verursacher des Unfalls waren. Insbesondere die klassischen Hauptunfallursachen gingen auf ihr Konto, allen voran – mit deutlichem Vorsprung – die nicht angepasste Geschwindigkeit, gefolgt von Nichtbeachten von Vorfahrt und Vorrang, sowie die Teilnahme am Straßenverkehr unter Alkoholeinfluss.

Der Polizeibericht der Kreispolizeibehörde des Märkischen Kreises führt zur Unfallentwicklung im Märkischen Kreis aus: Trotz des allgemeinen Anstiegs der Unfallzahlen ging die Zahl der Verkehrsunfälle mit Kindern und jungen Erwachsenen zurück. So wurden im Jahr 2004 1 Kind getötet und 232 verletzt, das bedeutet einen Rückgang gegenüber dem Vorjahr von 3,3 Prozent. Kinder verunglücken am häufigsten als Fußgänger (106) sowie als Radfahrer (64) und als Mitfahrer (63). Im Vorjahr wurden noch 87 Kinder als Mitfahrer verletzt, das entspricht einem Rückgang von über 27 Prozent.

Im Jahr 2004 ist die Zahl der verunglückten Kinder noch weiter deutlich zurückgegangen, und zwar um 15 Prozent auf 198 Personen.

Die Unfallentwicklung im Märkischen Kreis sieht wie folgt aus:

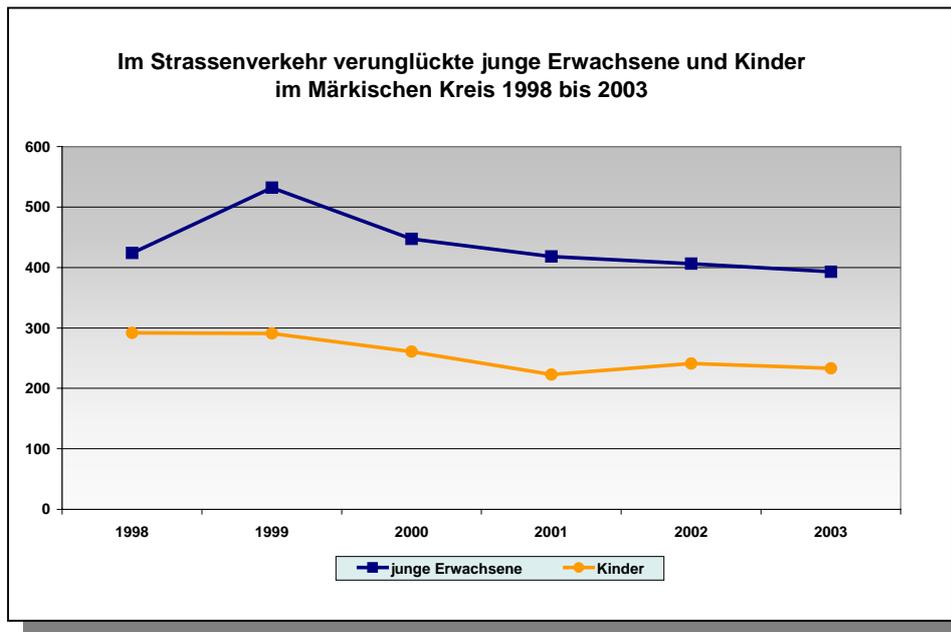


Abb. 11.2: Anzahl der im Märkischen Kreis im Straßenverkehr verunglückten jungen Erwachsenen und Kinder von 1998 bis 2003

11.7.5 Kinder als Opfer von kriminellen Handlungen

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen und jungen Erwachsenen an der Gesamtzahl aller Kriminalitätsoffer liegt lt. Kriminalstatistik NRW 2003 bei 34,2 Prozent (Opfer jünger als 21 Jahre). Von den 56.379 Opfern dieser Altersgruppe waren 18.109 Kinder (bis unter 14 Jahre), 21.896 Jugendliche (14 bis unter 18 Jahre) und 16.374 Heranwachsende (18 bis unter 21 Jahre).

Im Märkischen Kreis waren im vergangenen Jahr 1.686 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis 21 Jahre Opfer von kriminellen Handlungen. Damit machte diese Altersgruppe einen Anteil von knapp 38 Prozent (von insgesamt 4.442 Opfern) aus.

Bei der Unterscheidung der einzelnen Straftatbestände liegt der weitaus größte Anteil bei den Rohheitsdelikten (z.B. Körperverletzung, Raub) und Straftaten gegen die persönliche Freiheit gefolgt von den Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Bei den Rohheitsdelikten nimmt die Anzahl der Körperverletzungen den größten Raum ein.

Jugendliche und Heranwachsende sind aber nicht nur Opfer von Kriminalität, sondern auch – gemessen an der Population ihrer jeweiligen Altersgruppe – in sehr hohem Maße als Tatverdächtige belastet. So waren im Jahr 2004 in Nordrhein-Westfalen¹⁴ unter den Tatverdächtigen 2.099 Kinder im Alter zwischen 8 und 14 Jahren, 7.551 Jugendliche und 8.697 Heranwachsende. Täter unter 23 Jahren sind zu einem Großteil (mehr als 50 Prozent) an Delikten wie Raub oder gefährlicher Körperverletzung beteiligt.

Im Märkischen Kreis wurden im Jahr 2004 3.745 Kinder, Jugendliche und Heranwachsende als Tatverdächtige registriert. Dies macht etwa ein Drittel aller Tatverdächtigen aus.¹⁵ Die Statistik zeigt, dass Kinder und Jugendliche in einem hohen Maße von Gewalt und sexuellen Übergriffen bedroht und betroffen sind. In beiden Straftatbeständen ist es so, dass in den meisten Fällen der Täter zum Opfer keine vorherige persönliche Beziehung

¹⁴ Quelle: Landeskriminalamt: Polizeiliche Kriminalstatistik NRW 2004

¹⁵ Quelle: www.kpb-luedenscheid.de

hatte; dicht folgen allerdings die Straftaten, bei denen der Täter aus dem Bekanntenkreis des Opfers stammt.

Die Kriminalstatistik NRW weist für das Jahr 2003 905 bekannt gewordene Fälle von Misshandlungen gegenüber Schutzbefohlenen aus; davon handelte es sich in 71,1 Prozent aller Fälle um Kindesmisshandlungen.

Die Zahl der in NRW bekannt gewordenen Kindesmisshandlungen stieg von 1999 bis zum Jahr 2002 von 508 bis 655 Fälle pro Jahr kontinuierlich an. Im Jahr 2003 lag diese Zahl bei 643.

Im Jahr 2004 wurden in NRW 12.503 Straftaten gegen das sexuelle Selbstbestimmungsrecht angezeigt. Der größte Anteil betraf mit 3.443 Fällen (entspricht 27,5 Prozent) den Tatbestand des sexuellen Missbrauchs von Kindern. Die Zahl der bekannt gewordenen Fälle hatte sich im Jahr 2003 gegenüber dem Vorjahr um 459 Fälle verringert; in 2004 waren wiederum 27 Fälle weniger zu registrieren als im Vorjahr. Damit wurde die bisher geringste Anzahl der erfassten Fälle seit 1987 registriert.

Die Fallentwicklung ist stark vom Anzeigeverhalten der Bevölkerung abhängig, dass sich z.B. nach bekannt gewordenen Missbrauchsfällen aufgrund von Medienberichten, auch auf örtlicher Ebene, verändern kann. Die Entwicklung in den Regierungsbezirken ist unterschiedlich. Während in den Bezirken Arnsberg (um 11 Prozent) und Münster die Fallzahlen rückläufig waren, stiegen sie in den Bezirken Detmold, Düsseldorf und Köln.

Im Jahr 2004 wurden landesweit 2.287 Fälle von Besitz, Verschaffung und Verbreitung von pornografischen Erzeugnissen registriert. Dies waren 43 Prozent mehr Fälle als noch im Vorjahr. Durch die zum 01.01.2004 neu eingeführte Sonderkennung „Tatort Internet“ konnte festgestellt werden, dass 74,2 Prozent der Fälle mittels Internet begangen wurden.

In 2004 waren 1.078 Fälle von Besitz oder Verschaffung von Kinderpornografie (§ 184 Abs. 5 StGB) polizeilich erfasst worden. Gegenüber dem Jahr 2003 (709 Fälle) bedeutet dies eine Zunahme um 369 Fälle bzw. um 52,1 Prozent.

Gewalterfahrungen sowie sexuelle Übergriffe lösen bei Kindern und Jugendlichen Traumatisierungen aus, die Einfluss auf das Beziehungsverhalten haben und die sie nicht selten das ganze weitere Leben begleiten. Die Polizeistatistik gibt nur einen Teil der Fälle wieder, mit einer hohen Dunkelziffer ist zu rechnen.

Das damalige nordrhein-westfälische Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie hat im Oktober 2004 in seinem Bericht zur Gewalt gegen Frauen und sexuellen Missbrauch von Kindern die besondere Rolle des Gesundheitswesens bei der Erkennung häuslicher Gewalt und sexuellen Missbrauchs betont. Hintergrund ist die Erkenntnis, dass Opfer sich in den meisten Fällen nicht an die Polizei wenden, sondern eher ärztliche Hilfe suchen. Hier erscheint es notwendig, Polizei, Behandlungseinrichtungen, Beratungsstellen, Jugendämter und weitere Stellen miteinander zu vernetzen, um frühzeitig angemessene Hilfen anbieten und vermitteln zu können.

Im Märkischen Kreis wie auch in allen anderen Polizeibehörden des Landes sind Opfererschutzbeauftragte eingesetzt, die sich speziell um die Belange von Kriminalitätsoptionen kümmern. Sie kennen die Beratungs- und Behandlungseinrichtungen sowie die juristischen Vorschriften, die es Opfern erleichtern, Aussagen zum Tatgeschehen zu machen, ohne möglichst weitere Angst- und Traumatisierungserfahrungen zu erleben.

Neben den Jugendämtern sind im Märkischen Kreis der Kinderschutzbund in Lüdenscheid, die Beratungsstelle für Frauen und Mädchen in Iserlohn sowie die Ärztliche Beratungsstelle bei Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern und Jugendlichen der Kinderklinik Lüdenscheid als Kinderschutz-Zentren tätig.

12. „Vorsorgen ist besser als heilen“ - Prävention und Gesundheitsförderung

Zunächst werden Prävention als gezielte Vorbeugung gegen bestimmte Erkrankungen und das Konzept der Gesundheitsförderung als Konzept für Persönlichkeits- wie auch für Organisationsentwicklung dargestellt. Daran schließt sich eine kurze Vorstellung derjenigen Institutionen an, die mit Prävention bzw. Gesundheitsförderung befasst sind.

12.1 Ein wenig Theorie

Die Ansätze zur Gesundheitsförderung bzw. Prävention sind sehr vielfältig. Mit Bezug auf Kinder und Jugendliche ist es das Ziel, sowohl ihre Gesundheitskompetenz zu stärken und sie in ihrem Entwicklungsprozess zu unterstützen wie auch über Gesundheitsrisiken und Gefahren zu informieren und sie davor zu schützen.

Zur Begriffunterscheidung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung führt die Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld¹ aus:

- Unter Prävention werden alle gesundheitsrelevanten Aktivitäten zusammengefasst, die der Ausbreitung von spezifischen Krankheiten durch gezielte Vorbeugung zuvor kommen. Prävention setzt ein, wenn Frühstadien einer Gesundheitsbeeinträchtigung zu identifizieren sind und die entsprechenden Risikofaktoren verringert oder ausgeschlossen werden sollen. Ein Beispiel ist die Nikotinentwöhnung bei Frühformen von Herz-Kreislauf-Störungen.
- Gesundheitsförderung zielt darauf ab, Menschen zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen und zugleich ihre gesundheitsrelevanten Lebens- und Arbeitsbedingungen zu verbessern. Beispiele sind Gesundheitserziehung, Sport- und Bewegungsangebote sowie Organisationsentwicklung in Schulen und Betrieben, um das Arbeits- und Betriebsklima zu verbessern.

Die Weltgesundheitsorganisation setzt bei der Gesundheitsförderung auf den so genannten „Setting-Ansatz“. Dieser auf die Lebensräume, Lebensbereiche, sozialen Systeme sich beziehende Ansatz gilt als Schlüsselstrategie in der Gesundheitsförderung. Als besonders erfolgversprechend gilt es, wenn Bedingungen zur Förderung von Gesundheit an denjenigen Stellen gestaltet werden können, in denen Menschen gemeinsam einen großen Teil ihrer Zeit verbringen, etwa in Schule und Kindergarten, aber auch im Betrieb oder im Verein.

Danach ist Gesundheitsförderung auch als Persönlichkeitsförderung zu sehen, die dem Menschen selbst mehr Einfluss auf seine Gesundheit ermöglicht. Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, dass ein positives Selbstbild eines der entscheidenden Schutzmechanismen vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen darstellt. Es trägt dazu bei, Lebenskrisen wie auch Alltagsbelastungen erfolgreicher bewältigen zu können.

Auf die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen übertragen bedeutet dies, sie in ihrer persönlichen Entwicklung zu unterstützen. Entscheidende Merkmale sind Kommunikationsfähigkeit, Selbstsicherheit, Durchsetzungsvermögen. Leitideen zur Gesundheitsförderung lauten daher: „Kinder stark machen“ oder auch „Starke Kinder, starke Eltern“.

Damit ist Gesundheitsförderung nicht nur eine Aufgabe des Gesundheitssystems, sondern allgemeiner Bestandteil von Erziehung und Bildung. Ihre konzeptionelle Grundlage fließt in Gewaltpräventionsprojekte der Jugendhilfe wie auch in Suchtprophylaxeveranstaltungen der Drogenberatung ein.

¹ Quelle: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/arbeitsgebiete/1_sozial.html

12.2 Institutionen mit der Aufgabe Prävention

An dieser Stelle werden einige Einrichtungen, die sich mit dem Themenbereich der Gesundheitsförderung befassen, aufgelistet. Ein Anspruch auf Vollständigkeit wird aufgrund der Vielfalt und Menge an Angebotsträgern nicht erhoben.

12.2.1 Die gesetzliche Krankenversicherung

Den wesentlichsten Bestandteil der Prävention bilden die Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherungen. Im § 20 Sozialgesetzbuch V wird nach Leistungen zur primären Prävention im Allgemeinen, in der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie in der Selbsthilfeförderung unterschieden. Die gesetzlichen Krankenkassen verfügen in diesem Bereich über finanzielle Mittel zur Unterstützung von Programmen und Kampagnen, in der Regel über umfassendes Informationsmaterial wie zum Teil auch über eigenes Fachpersonal.

Alle Krankenkassen bieten ein mehr oder weniger umfangreiches Veranstaltungsprogramm im Bereich der Gesundheitsprävention an. Für Kinder, Jugendliche und deren Eltern stehen gesunde Ernährung, Entspannung, Fitness und Bewegungsförderung auf dem Programm. Für Schwangere und Eltern, die gerade ein Kind bekommen haben, sind Informationen zum gesunden Aufwachsen, zur Säuglingspflege und richtigen Ernährung sowohl in Veranstaltungen wie auch im Internet zu erhalten.

- Die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) beispielsweise unterstützt Lehrer, Eltern und Erzieher mit praxisorientierten Bewegungskonzepten wie z.B. „Powerkids“ oder „Ohne Kids läuft nix!“.
- Die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) hält in Ihrem Internetauftritt ein spezielles Informationsangebot für Schülerinnen und Schüler zu Themen wie Rauchentwöhnung, gesunde Ernährung oder Bewegungsförderung bereit. Ebenfalls findet man dort Hinweise zum Thema Depression oder Drogen. Zum Thema Kindermedizin existiert eine bundesweit geschaltete Telefon-Hotline, die Eltern zu konkreten Gesundheitsthemen berät und individuell auf ihre Sorgen eingeht.
- Die Barmer Ersatzkasse gibt auf ihrer bundesweit geschalteten Homepage Informationen zu allen Präventionsangeboten, die für Kinder, Jugendliche und deren Eltern interessant sein können.
- Auf der Homepage der Techniker Krankenkasse sind ebenfalls umfassende Hinweise zur Gesundheitsförderung sowie Gesundheitstipps zu finden, unter anderem das Modellvorhaben „Frühgeburten vermeiden“, welches derzeit in fünf Bundesländern (NRW ist noch nicht dabei) erprobt wird. Unter der URL-Adresse „www.citysports.de“ werden bundesweit Präventions-Angebote präsentiert.

Mit einem Bonussystem wird von mehreren Krankenversicherungen die Teilnahme an Präventionskursen gefördert. Mit speziell auf die unterschiedlichen Zielgruppen ausgerichteten Prämien können auch Kinder attraktive Preise erhalten.

Diese Kurse sind für gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren kostenfrei, jedoch beläuft sich der Höchstbetrag der Förderung zur Zeit auf 75,- €. Zwei Kurseinheiten können pro Jahr belegt werden. Dabei kooperieren die Krankenversicherungen mit den Angebotsträgern am Ort, z.B. mit den physiotherapeutischen Praxen oder den Volkshochschulen. Die Präventionsprogramme werden halbjährlich neu aufgelegt und dem Bedarf angepasst.

Im Zusammenhang mit einer themenspezifischen Darstellung werden diese Kursangebote später noch Erwähnung finden.

12.2.2 Arztpraxen und Krankenhäuser

Aus der Vielzahl von Vorsorgemaßnahmen durch die Kinder- und Hausarztpraxis seien an dieser Stelle die Impfungen und die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche erwähnt, auf die im Weiteren noch näher eingegangen wird.

Aus einer fortlaufenden Erhebung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ist bekannt, dass etwa 15 Prozent der 30 häufigsten Diagnosen die Impfung gegen Infektionskrankheiten (ICD 10 Fallgr. Z 26 und Z 27) betrifft. Neben der eigentlichen Verabreichung der erforderlichen Impfdosen gehört eine umfassende Informationsvermittlung und persönliche Impfberatung.

Zu den regionalen Unterschieden bzgl. der Inanspruchnahme von Impfungen wie auch Früherkennungsuntersuchungen wird später noch ausführlich berichtet.

Die Krankenhäuser bieten Schulungen und Information für Eltern an, sei es Stillberatung, Erste-Hilfe am Kind oder der Umgang mit sogenannten „Schrei-Babies“. Im Zusammenhang mit der Geburtsvorbereitung und den ersten Lebensmonaten wird beispielweise im Krankenhaus Bethanien, Iserlohn regelmäßig in Elternseminaren zum plötzlichen Säuglingstod informiert. Diese Veranstaltungen werden von der AOK Westfalen-Lippe finanziell unterstützt.

12.2.3 Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Eine wichtige Arbeit zur Unterstützung der Präventionsarbeit leistet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden z.B. Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexuaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der Bundeszentrale.

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die Bundeszentrale Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verfügt über einen umfangreichen Bestand an Informationsschriften, u.a. zur AIDS-Prophylaxe, zur Suchtvorbeugung, zur Organspende und vielem mehr.

Ein weiterer Schwerpunkt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung liegt in der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in der Schule. In der Schule können Heranwachsende aus allen sozialen Schichten über einen Zeitraum von 10 bis 13 Jahren erreicht werden. Zudem ist die Schule gemäß ihres Erziehungs- und Bildungsauftrages verpflichtet, an der Gesundheitserziehung mitzuwirken.

Die in den Schulen tätigen Lehrerinnen und Lehrer sind deshalb für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine wichtige Zielgruppe. Sie wirken als Multiplikatoren, weil sie direkten Zugang zu den Kindern und Jugendlichen haben, und sie sind auf Grund ihrer Ausbildung und ihrer lehrplangemäßen Aufgaben in der Lage, gesundheitsrelevantes Wissen und Verhalten zu vermitteln und es in den Schulalltag zu integrieren.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entwickelt seit mehr als 20 Jahren spezielle Medien für Lehrerinnen und Lehrer zur Gesundheitserziehung und -förderung in der Schule. Sie erscheinen in der Schriftenreihe „Gesundheitserziehung und Schule“.² Seit einigen Jahren werden sie ergänzt um Medien für Eltern/Erziehungsberechtigte.

12.2.4 Der öffentliche Gesundheitsdienst

Die Aufgaben des Gesundheitsamtes im Rahmen der Gesundheitsförderung, der Prävention und des Gesundheitsschutzes sind im Ersten Abschnitt des „Gesetzes für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ (ÖGDG NRW) beschrieben. Danach wirkt die untere Gesundheitsbehörde an der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt-, Arbeits- und Lebensverhältnisse sowie an der Förderung gesundheitsdienlicher Lebensweisen durch Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbildung, an der Verhütung von Gesundheitsgefahren und Krankheiten und an einer möglichst frühzeitigen Erkennung von Gesundheitsschäden mit. Das Gesundheitsamt hat unter Beachtung der Vielfalt der Methoden und Träger auf der Grundlage der Gesundheitsberichte vorrangig die Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention zu koordinieren und gegebenenfalls auf zusätzliche Aktivitäten der in der Gesundheitsförderung und Prävention tätigen Institutionen, Organisationen und Gruppen hinzuwirken.

Die untere Gesundheitsbehörde hat die Aufgabe, Kinder und Jugendliche vor Gesundheitsgefahren zu schützen und ihre Gesundheit zu fördern. Sie arbeitet hierzu mit anderen Behörden, Trägern, Einrichtungen und Personen, die Verantwortung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen tragen, zusammen. Sie nimmt für Gemeinschaftseinrichtungen, insbesondere in Tageseinrichtungen für Kinder und Schulen, betriebsmedizinische Aufgaben wahr. Sie berät die Träger der Gemeinschaftseinrichtung, die Sorgeberechtigten, Erzieher und Lehrer in Fragen der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes. Sie führt die schulischen Einganguntersuchungen und, soweit erforderlich, weitere Regeluntersuchungen durch und kann Gesundheitsförderungsprogramme anbieten.

In § 15 des Gesetz über Tageseinrichtungen für Kinder (GTK) sind die Grundlagen für die ärztliche Gesundheitsvorsorge in Kindertagesstätten niedergelegt. Grundsätzlich ist es der örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe (die Jugendämter), der die Eltern der in die Tageseinrichtungen aufgenommenen Kinder in Fragen der Gesundheitsvorsorge berät und unterstützt. Dieser arbeitet auch mit den für die Durchführung ärztlicher und zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen und gruppenprophylaktischer Maßnahmen in der Zahngesundheitspflege zuständigen Stellen zusammen.

Im Märkischen Kreis sind dies der Jugendärztliche wie der Jugendzahnärztliche Dienst des Gesundheitsamtes.

Der Jugendärztliche Dienst führt neben den in Kapitel 7 dargestellten Kindergarten- und Schuluntersuchungen auch eigene Projekte zur Gesundheitsförderung durch. Diese Projekte werden zumeist in Kooperation mit Schulen und Jugendhilfe umgesetzt.

- Beteiligung am Suchtpräventionskonzept „Klasse2000“ in Iserlohn
- Beteiligung am Nichtraucherprojekt „Be Smart – Dont Start“, Iserlohn
- Durchführung eines Grundschulprojekts zur ausgewogenen Ernährung „Ess-Bahn“, Plettenberg
- Beteiligung an Kindergesundheitstagen in 2006, Iserlohn
- Mitarbeit in Arbeitskreisen zur Familienförderung, Iserlohn
- Aufklärung und Information für Eltern im Kindergarten, an mehreren Orten im Kreisgebiet

² Weitere Informationen zu Zielen und Maßnahmen sind in der Konzeption „Schulische Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung“ zu finden. Sie ist kostenlos bei der BZgA erhältlich.

- Beteiligung an einem Schulprojekt zum Thema „Bewegung, Motorik, Entspannung“, Lüdenscheid

Hinzu kommen Beteiligungen an Arbeitskreisen und Gremien, die sich mit Prävention und Gesundheitsförderung auf örtlicher Ebene befassen.

Auf die Präventionstätigkeit des Jugendzahnärztlichen Dienstes wird im Zusammenhang mit dem Thema „Kariesprophylaxe“ eingegangen.

12.2.5 Kindergärten

In Tageseinrichtungen für Kinder findet ein nicht unwesentlicher Teil kindlicher Sozialisation statt. Erzieherinnen und Erzieher begleiten die Kinder im Kindergarten als der ersten Stufe des Bildungssystems in einer zentralen Alters- und Entwicklungsphase, in der nicht zuletzt auch erhebliche Chancen der Gesundheitsförderung liegen. In diesem Bereich kommt Erzieherinnen und Erziehern, bezogen auf die Intensivierung der Gesundheitserziehung im Kindergarten, eine Schlüsselrolle zu.

Themen der Gesundheitsförderung sollten daher im Fortbildungsprogramm der Erzieherinnen nicht fehlen. Erforderlich ist es, die pädagogischen Fachkräfte in ihrer Arbeit, die bereits viele gesundheitsfördernde Aspekte enthält, zu bestätigen und zu verdeutlichen, dass es sich nicht um eine neue, zusätzliche Aufgabe handelt, sondern um die Bestärkung und den Ausbau bereits realisierter Elemente.

In ihrem Konzept „Gesundheitsförderung im Kindergarten“ aus dem Jahr 2001³ führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung neben dem Vorangesagten aus, dass sowohl ein ganzheitlicher Ansatz der Gesundheitsförderung als auch die Einbeziehung der Eltern besonders wichtig sind.

In den in § 22 des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) aufgeführten „Grundsätzen der Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen“ wird die Entwicklung des Kindes „...zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit...“ als Förderziel genannt. Diese gesetzliche Regelung wie auch die Bildungsvereinbarung NRW führen zu dem Schluss, dass Ziele der pädagogischen Arbeit mit Kindern gleichzeitig die Voraussetzung für die Entwicklung gesundheitsförderlichen Verhaltens und Handelns sind.

Die Konzeption der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sieht folgende zentrale Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention⁴ im vorschulischen Alter:

- Ernährungsaufklärung
- Bewegungsförderung
- Stressbewältigung/psychosoziale Gesundheit
- Unfallprävention
- Gewaltprävention
- Suchtprävention
- Sexualaufklärung
- Förderung der Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen
- Förderung der Impfbereitschaft

Inwieweit diese konzeptionellen Grundlagen im Märkischen Kreis in die Praxis umgesetzt werden, kann an diese Stelle nicht beantwortet werden.

³ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – Köln, BZgA, 2001: Gesundheitsförderung im Kindergarten

⁴ „Früh übt sich ...“ – Gesundheitsförderung im Kindergarten : Impulse, Aspekte und Praxismodelle ; Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef / Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA, Köln : BZgA, 2002 (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung ; Bd. 16)

12.2.6 Schulen

Was über die Voraussetzungen der Gesundheitsförderung im Kindergarten berichtet worden ist, trifft erst recht für die Schule zu. Hier ist der ideale Ort, um Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung umzusetzen und präventive Maßnahmen anzubringen.

Im Schulgesetz für das Land NRW (SchulG NRW) in seiner aktuellen Fassung vom 15.02.2005⁵ findet man keine speziellen Ausführungen zur Gesundheitsförderung. Jedoch wird in § 2 zum Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule formuliert, dass Schülerinnen und Schüler in der Entfaltung ihrer Person, in der Selbstständigkeit ihrer Entscheidungen und Handlungen gefördert werden. Sie werden befähigt, verantwortlich am sozialen, gesellschaftlichen (...) kulturellen Leben teilzunehmen und ihr eigenes Leben zu gestalten. In Absatz 4 heißt es weiter, dass Schülerinnen und Schüler insbesondere lernen sollen, neben anderen dort aufgeführten Punkten „Freude an der Bewegung und am gemeinsamen Sport zu entwickeln, sich gesund zu ernähren und gesund zu leben.“

In diesen Zielsetzungen sind zugleich Maßnahmen zur Gesundheitsförderung enthalten. Ob diese – sich an den jeweiligen Fächern orientierend – als Querschnittsaufgabe verstanden wird oder ob sich die jeweilige Schule ein umfassendes Konzept zur Gesundheitsförderung gibt, bleibt offen.

Die Arbeitsgemeinschaften der Spitzenverbände der Krankenkassen haben im Jahr 2004 Empfehlungen zur Gesundheitsförderung in Schulen verabschiedet⁶. Sie sehen Gesundheitsförderung in Schulen als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der die Kinder und Jugendlichen die zentrale Zielgruppe darstellen. Eine erfolgreiche schulische Gesundheitsförderungspolitik ist aus ihrer Sicht auf das Zusammenwirken und die gemeinschaftliche Bereitstellung von Ressourcen aller auf diesem Feld Verantwortung tragenden Akteure angewiesen.

Die Empfehlungen setzen auf die Förderung der sozialen Fähigkeiten und der Selbstachtung bei den Schülern. Die Schule selbst sollte ein verbindliches Curriculum zur Gesundheitsförderung verabschieden, sie sollte vernetzt mit externen Partnern sein und ein gesundheitsförderndes Lernumfeld schaffen. Mittels konkreter Projekte, für die Bedarfe ermittelt und konkrete Ziele entwickelt worden sind und deren Wirksamkeit abschließend bewertet wird, sollen gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt werden.

Im Märkischen Kreis gibt es derzeit elf (OPUS-)Schulen, die ein derart abgestimmtes Gesundheitsförderungskonzept in ihren Schulalltag eingebunden haben. Die Frage, inwieweit auch andere Schulen entsprechende Gesundheitsförderungskonzepte entwickelt haben und umsetzen, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

Maßnahmen der im Märkischen Kreis vertretenen OPUS-Schulen werden am Ende dieses Kapitels dargestellt.

12.2.7 Jugendhilfe

Eine weitere wesentliche Grundlage zur Prävention ist in § 14 des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) verankert. Im Rahmen des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes sollen junge Menschen befähigt werden, sich vor gefährdenden Einflüssen zu schützen und sie zu Kritikfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit befähigen.

Maßnahmen des Jugendschutzes werden von den örtlichen Jugendämtern bzw. dem Kreisjugendamt – häufig in Kooperation mit weiteren Partnern – durchgeführt. Vorrangig

⁵ Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen, 59. Jahrgang, Nummer 8

⁶ Quelle: <http://www.forumpraevention.de/>

sind Angebote zur Gewalt- und Suchtprävention sowie zum Schutz vor sexuellem Missbrauch vorgesehen.

Auf die Aktivitäten der Jugendhilfe wird im Zusammenhang mit der Darstellung der einzelnen Themen eingegangen.

12.2.8 Präventionsfachkraft der Drogenberatung

Die Präventionsfachkräfte sind vor allem verantwortlich für die Entwicklung von Maßnahmen der Suchtprävention in den Städten und Kreisen. Wesentliche Aufgaben der Fachkräfte sind:

- Initiierung und Koordination regionaler Aktivitäten im Bereich der Suchtprävention
- Fort-/Weiterbildung von Multiplikatoren aus anderen Bereichen sozialer Arbeit/ Gesundheit/ Jugend/ Schule
- Transport relevanter Informationen zu den Bedingungen/ Strukturen / Mechanismen der Suchtentstehung (Öffentlichkeitsarbeit).

Im Märkischen Kreis begleitete und koordinierte die Präventionsfachkraft der Anonymen Drogenberatung Iserlohn e.V. in nahezu sämtlichen Städten und Gemeinden im Kreisgebiet eine Aktionswoche gegen die Sucht.

Des Weiteren ist sie an der Lehrer- und Multiplikatorenfortbildung beteiligt. Hier sind vor allem die Beratungslehrer als Zielgruppe angesprochen. Hinzu kamen im Jahr 2002 mehr als 40 Einzelveranstaltungen⁷ zur Prävention an Schulen.

Einige der nachfolgend aufgeführten Projekte sind von der Präventionsfachkraft der Drogenberatung gestaltet bzw. begleitet worden.

12.2.9 Prävention durch das Kommissariat Vorbeugung der Kreispolizeibehörde

Die Kommissariate Vorbeugung in den Kreispolizeibehörden sind unmittelbare Ansprechpartner, wenn es darum geht, einen Rat zur Vorbeugung zu erhalten. Sie informieren und beraten in allen Fragen der Kriminalprävention: Sie informieren über Jugendkriminalität, Gewalt an Kindern und Jugendlichen, über die Gefahren, die mit Mediengebrauch zusammenhängen, sexuelle Gewalt, legale und illegale Suchtmittel und Drogenkriminalität.

Diese Aufgabe des Kriminalkommissariats im Rahmen der Suchtprävention besteht aufgrund des § 1 des Polizeigesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (PoIG NRW). Danach sollen Gefahren für die öffentliche Sicherheit abgewehrt und damit (künftige) Straftaten (z.B. nach Betäubungsmittelgesetz) verhindert werden.

Im Märkischen Kreis werden vom Kriminalkommissariat Vorbeugung Informationsveranstaltungen für Schülerinnen, Schüler und deren Eltern angeboten. Ebenfalls angesprochen sind Multiplikatoren wie z.B. Lehrer oder Erzieherinnen. Im Kontext der sexuellen Gewalt bietet das Kommissariat Selbstbehauptungskurse für Mädchen und Frauen an.

Im Jahr 2004 wurden zum Thema Suchtvorbeugung kreisweit 1.168 Personen (Schüler und Eltern) erreicht.

12.2.10 Außerschulische Bildungsträger

Im Märkischen Kreis besteht ein vielfältiges Angebot an Trägern der Erwachsenenbildung, an Familienbildungsstätten usw.. Seit Jahren gehören die Themenbereiche „Gesundheit“

⁷ Anonyme Drogenberatung e.V. Iserlohn: „Jahresbericht 2003“

und oftmals auch „Familie“ zu einem festen Bestandteil der Bildungsträger. Einige Beispiele:

- Die VHS Lennetal bietet beispielsweise aktuell Informationsveranstaltungen zum Thema ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom) und zur Übergewichtigkeit bei Kindern an.
- Die Katholische Familienbildungsstätte Lüdenscheid hat Kurse für werdende Eltern und Seminare unter dem Themenkomplex „Gesundes Leben in Familie und Beruf“ in ihrem Programm aufgeführt.
- Die Familienbildungsstätten der Arbeiterwohlfahrt in Lüdenscheid und Hemer führen Geburtsvorbereitungskurse, Informationsveranstaltungen zu Kinderheilkunde, ein vielfältiges Programm an Eltern-Kind-Kursen (Entspannung für Eltern und Kinder, Töpfern für Eltern und Kinder, Basteln für Eltern und Kinder) durch.

12.2.11 Sportvereine, Physiotherapeutische Praxen, Fitnessstudios

Das Angebot vor allem der Sport- und Schwimmvereine, aber auch der physiotherapeutischen Praxen und auch kommerzieller Fitnessstudios ist im Bereich der Bewegungsförderung nicht mehr wegzudenken.

Während die Sportvereine neben dem regulären Vereinssport auch Fördersport, kompensatorischen Sport und weitere Angebote zur Bewegungsmotivation über Projekte des Landessportbund und ähnlichem anbieten, ist das Kursangebot der physiotherapeutischen Praxen wie auch der Fitnessstudios auf die Fördermöglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherungen ausgerichtet.

13. „Was passiert wo ?“ - Projekte und Maßnahmen zur Prävention und zur Gesundheitsförderung

Wichtige Bereiche betreffen die Vorsorgeuntersuchungen bereits während der Schwangerschaft. Stillgruppen und Elternberatung schließen sich an. Im Kleinkindalter erfolgen Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen. Reihenuntersuchungen und Kariesprophylaxe durch den Jugendärztlichen und den Jugendzahnärztlichen Dienst schließen sich in Kindergarten und Schule an. Später sind sucht- und gewaltpräventive Projekte der Jugendämter, der Drogenberatungsstellen und der Polizei im Angebot. Vor allem zählen die Aktivitäten und ihre gesundheitsfördernde Ausrichtung der Schulen und Kindergärten selbst.

13.1 Vorsorge während der Schwangerschaft und der Geburtsbegleitung

Die Müttersterblichkeit hat in Deutschland von 1960-1990 um 93 Prozent abgenommen. Seit Ende der achtziger Jahre gehört Deutschland zu den Staaten mit der niedrigsten Müttersterblichkeit. In Nordrhein-Westfalen nahm die Müttersterblichkeit von 24,2 Todesfällen bei 100.000 Lebendgeburten 1980 bis auf 1,2 Todesfälle im Jahr 2001 ab.

Als Ursache für diesen Rückgang dürfte zum einen der medizinische Fortschritt in der Perinatalmedizin gelten, vor allem aber ist die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und eine bessere Begleitung der Schwangeren sowie ein breiteres Allgemeinwissen zur gesunden Lebensweise ein entscheidender Faktor. Ebenfalls von Bedeutung ist die Legalisierung der Schwangerschaftsabbrüche, die dazu geführt hat, dass Schwangere – im Gegensatz zu früher – Zugang zu einer fachgerechten, medizinischen Behandlung erhalten.

Bezüglich der Kinder- und Jugendgesundheit ist der Schwangerschaftsverlauf von enormer Bedeutung. In der vorgeburtlichen Entwicklung gibt es Phasen, die hochempfindlich für schädigende Einflüsse sind. Es kann sich dabei um genetische oder auch gesundheitliche Risiken handeln. Als gesundheitliche Risiken gelten mögliche schädigende Einflüsse wie Infektionskrankheiten und chronische Erkrankungen, schwangerschaftsbedingte gesundheitliche Probleme, Medikamentengebrauch, aber auch Umwelteinflüsse (z.B. Strahlen, Umweltgifte) und Merkmale des persönlichen Lebensstils (Alkoholgenuss, Nikotin, Drogengebrauch, Fehlernährung). Ein besonderes Risiko besteht durch Virusinfektionen wie z.B. durch Rötelnviren, die zu schweren Schädigungen des Embryos führen können. Auch psychische Belastungen können schädigenden Einfluss erlangen, z. B. wenn die Schwangerschaft auf Ablehnung aus der Umwelt trifft, wenn komplizierte Lebensumstände und persönliche, ungelöste Konflikte bestehen. Ebenfalls ist die Ernährung der Schwangeren von Bedeutung. So ist darauf zu achten, dass genügend Eisen, Calcium, Jod, Thiamin, B6 und Folsäure aufgenommen wird, da andernfalls das Risiko von Wachstumsstörungen und Fehlbildungen steigt. Mangelversorgung der Plazenta kann in den letzten Monaten der Schwangerschaft auftreten und gilt als das häufigste Risiko für eine spontane oder eingeleitete Frühgeburt. Gesundheitlicher Schutz und auch medizinische Betreuung der Schwangeren sind insgesamt wichtige Bedingungen für die pränatale Entwicklung des Kindes.

Aufgrund der von den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe zwischen 1985 und 1999 erhobenen Daten lässt sich nachweisen, dass die Beteiligung an den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen mit steigender Tendenz zur Zeit bei etwa 99 Prozent (Westfalen-Lippe) liegt. Der Zeitpunkt der Erstuntersuchung ist in diesem Zeitraum deutlich nach vorn gewandert. Während im Jahr 1985 lediglich 37 Prozent der Schwangeren ihre Erstuntersuchung bis zur 8. Schwangerschaftswoche vornahm, lag dieser Prozentsatz im Jahr 1999 bei 55 Prozent.

Die Ärztekammern untersuchten die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen nach Nationalität. Danach nahmen im Jahr 1997 92 Prozent aller Schwangeren mit deutscher Staatsangehörigkeit Vorsorgeuntersuchungen vor der 13. Schwangerschaftswoche wahr, bei den ausländischen Frauen waren es durchschnittlich etwa 80 Prozent, bei Frauen aus Osteuropa sogar nur knapp 70 Prozent.¹

Der Gesundheitsbericht zur Situation der Zuwanderer in Nordrhein-Westfalen² führt bzgl. der Schwangerenvorsorge ebenfalls aus, dass Vorsorgeuntersuchungen deutlich später von Zuwanderinnen als von deutschen Frauen in Anspruch genommen werden, und durchschnittlich insgesamt lediglich 6 bis 10 Vorsorgeuntersuchungen statt wie deutsche Schwangere 11 bis 15 Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen hatten.

Ein aktueller Datenbestand zur Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen für den Märkischen Kreis, der auch die Situation der Zuwanderer berücksichtigt, besteht zur Zeit nicht.

Schwangerschaftsvorsorge wird in allen im Märkischen Kreis vorhandenen gynäkologischen Praxen sowie von freiberuflichen wie auch angestellten Hebammen durchgeführt.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hält zum Themengebiet Schwangerschaft und Kindergesundheit folgende Infobroschüren vor:

- Schwangerschaft: Umfassende Anregungen zur Vorsorge in der Schwangerschaft einschließlich Erläuterung des Mutterpasses. Tipps zur Geburtsvorbereitung und zum Stillen.
- Das Baby: Umfassender Ratgeber für die Entwicklung des Babys im ersten Lebensjahr
- Entwicklungskalender für Kinder bis zum 18. Monat: Das Faltblatt in deutscher, türkischer, russischer, serbischer und kroatischer Sprache richtet sich an werdende und an junge Eltern. Es enthält, in monatliche bis zweimonatliche Abschnitte unterteilt, Hinweise, wie sich ein Kind normal entwickelt.

Ein neues Frühinterventionskonzept, welches die Geburtshilfeabteilung des Krankenhauses Bethanien mit dem Caritasverband Iserlohn entwickelt hat, sieht vor, dass Mütter bei Bedarf noch auf der Entbindungsstation Kontakt zu familienunterstützenden Einrichtungen erhalten. Dies trifft vor allem auf frühgeborene Kinder mit einem niedrigen Geburtsgewicht zu. An der Ausführung dieses Konzeptes sind mehrere Partner beteiligt, so z.B. der Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes, der die Mütter während der ersten Monate mit Informationen und Beratung zur Kindergesundheit begleitet.

13.2 Angebote für Eltern mit Kindern in den ersten Lebensjahren

Die ersten Wochen nach der Geburt erfordern eine umfassende Umstellung aller beteiligten Familienmitglieder. Es geht um Fragen der Berufstätigkeit der Mutter oder des Vaters, eine neue Verteilung der Rollen, die Anforderungen durch die Versorgung und Betreuung des Säuglings. Eltern brauchen zwischendurch Entspannung und Abstand. Die häusliche Situation kann Isolation vor allem für die Mütter bedeuten.

Beinahe in jedem Ort existieren Eltern-Kind-Gruppen, Krabbelgruppen, Stillgruppen. Hier besteht die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen und gleichzeitig spielerisch die Entwicklung des Kindes zu fördern. In Stillgruppen treffen sich Mütter unter der Leitung einer Stillberaterin mit ihren Babys zum Erfahrungsaustausch. Wichtig in dieser ersten

¹ Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW, „Gesundheit von Zuwanderern“, Düsseldorf 2000

² ebenda

Zeit sind Informationen über diese Angebote (meist bei den Krankenkassen) und die Möglichkeiten des Austausches und der gegenseitigen Unterstützung.³

Ein Beispiel aus Lüdenscheid: 1987 richtete der Deutsche Kinderschutzbund Ortsverband Lüdenscheid das erste Eltern-Kind-Café ein. Diese Gruppe bot Müttern und Vätern die Möglichkeit, zusammen mit ihren Kleinst- und Kleinkindern (etwa bis zum Kindergartenalter) in lockerer Runde beisammen zu sitzen, zu fachsimpeln, über Erziehungsfragen zu sprechen und persönliche Kontakte untereinander aufzubauen, zu pflegen und Isolationstendenzen vorzubeugen. Heute gibt es zwei Eltern-Kind-Gruppen, eine mit sechs Müttern und sechs Kindern im Alter von zwei bis drei Jahren, die andere mit Müttern und Kindern im Grundschulalter. Inwieweit Eltern mit Migrationshintergrund sich an diesen Angeboten beteiligen, kann zur Zeit nicht quantifiziert werden.

Ein weiteres, spezielleres Angebot für Eltern mit Kindern im Säuglingsalter bietet das Prager-Eltern-Kind-Programm (kurz: PEKIP)⁴. Dies ist ein Angebot der Elternbildung im Sinne einer Entwicklungsbegleitung während des ersten Lebensjahres des Kindes. Ab der 4. bis 6. Lebenswoche treffen sich Eltern mit ihren Babys in kleinen Gruppen. Zu einer Gruppe gehören 6 bis 8 Erwachsene und die dazugehörigen Babys. Die Babys sind altersgleich. Die Gruppe bleibt während des ersten Lebensjahres der Kinder zusammen. Die Gruppentreffen finden einmal pro Woche statt und dauern jeweils anderthalb Stunden. Die sogenannten „PEKIP-Gruppen“ werden von PEKIP-Gruppenleiterinnen bzw. -Gruppenleitern geleitet, die durch eine spezielle Zusatzausbildung qualifiziert sind. Träger der Qualifikation ist der PEKiP e.V.. Zu dieser Fortbildung werden Fachkräfte zugelassen, die einen sozialpädagogischen Grundberuf haben. Im Märkischen Kreis gibt es allein neun PEKIP-Gruppen in den Städten Iserlohn, Lüdenscheid, Meinerzhagen und Menden.

Die Familienbildungsstätten der Arbeiterwohlfahrt (Lüdenscheid, Hemer und Iserlohn-Letmathe) haben neben Geburtsvorbereitungskursen und vielem Anderen ein weit gefächertes Angebot für Eltern-Kind-Kurse in ihrem Programm. Interessierte Eltern können „Baby-Clubs“ (2 bis 24 Monate), „Mini-Clubs“ (2 bis 3 Jahre), Spielkreise als Vorbereitung auf den Kindergarten, Eltern-Kind-Gymnastikkurse, Entspannung für Eltern und Kinder, Töpfern für Eltern und Kinder und Basteln für Eltern und Kinder besuchen. Ein weiterer Vorteil: der Kontakt zu weiteren Bildungs- und Beratungsmöglichkeiten ist unter dem gemeinsamen Dach des Bildungs- und Hilfetragers leicht herzustellen.

Als weitere familienbezogene gesundheitsfördernde Maßnahmen sind die medizinischen Vorsorgeleistungen etwa die Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Kuren zur Abwendung einer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit gemäß § 23 SGB V zu nennen. Mutter-und-Kind-Kuren bzw. Eltern-Kuren können über die Wohlfahrtsverbände beantragt werden. Bewilligt wird die Kur entweder von der Krankenkasse oder von der Deutschen Rentenversicherung.⁵

13.3 Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter

Laut § 26 SGB V werden für Kinder bis zum 6. Lebensjahr (U 1 bis U 9) und nach Vollendung des 10. Lebensjahres (J 1) Früherkennungsuntersuchungen angeboten. Um die Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen zu quantifizieren, können u.a. Daten des öffentlichen Gesundheitsdienstes herangezogen werden. Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wird bei jedem Kind festgehalten, wie viele Impfungen bisher erfolgt sind und an wie vielen Vorsorgeuntersuchungen (bis einschließlich U 9) die Kinder teilgenommen haben.

Die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Früherkennungsuntersuchungen werden im Vorsorgeheft dokumentiert. Die Neugeborenen-Untersuchungen U 1 (Erstuntersuchung)

³ Mehr Informationen z.B. in: Barmer und Mehr Zeit für Kinder e.V. (Hrsg.): Eltern sein - Die ersten Jahre. Ideen, Informationen und Gesundheitstipps für die junge Familie. 2. Auflage 2002

⁴ mehr Informationen unter: <http://www.pekip.de/>

⁵ mehr Informationen unter <http://www.muettergenesungswerk.de>

und U 2 (Basisuntersuchung am 3. - 10. Lebensstag) werden in der Regel noch in der Geburtsklinik und damit bei nahezu allen Kindern durchgeführt; die folgenden Untersuchungen werden beim niedergelassenen (Kinder-)Arzt angeboten. Im 1. Lebensjahr handelt es sich um die U 3 (4. - 6. Lebenswoche), die U 4 (3. - 4. Lebensmonat), um die U 5 (6. - 7. Lebensmonat) und die U 6 (10. - 12. Lebensmonat). In den folgenden Lebensjahren bis zum Schuleintritt werden die U 7 (21. - 24. Lebensmonat), die U 8 (43. - 48. Lebensmonat entspr. 3 ½ - 4 Jahre), die U 9 (60. - 64. Lebensmonat bzw. 5 - 5 ½ Jahre) angeboten.

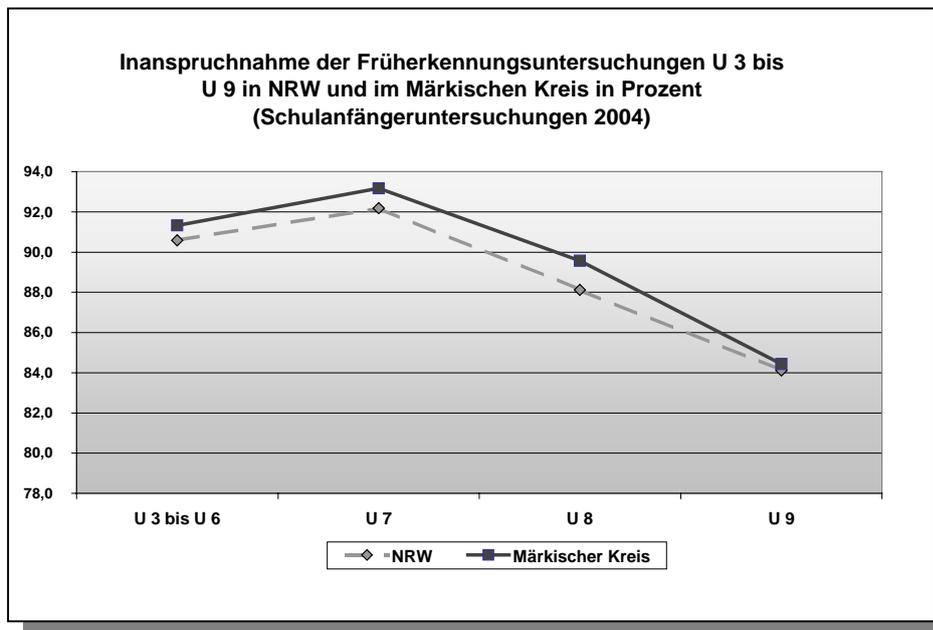


Abb. 13.1: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in NRW und im Märkischen Kreis 2004

Eine vollständige Inanspruchnahme aller Untersuchungen kann auf das gesundheitsbewusste Verhalten der Eltern schließen lassen. Bei der Untersuchung der Lernanfänger durch die Gesundheitsämter werden Daten zur Inanspruchnahme dieser Vorsorgeuntersuchungen erfragt. Von 162.398 landesweit im Jahr 2004 untersuchten Lernanfängern legten 143.109 Untersuchte (entspr. 88 Prozent) entsprechende Dokumente vor.

Diese Quote lag im Märkischen Kreis in jenem Jahr bei nur 80 Prozent. Bezüglich der in Anspruch genommenen dokumentierten Vorsorgeuntersuchungen ist der Unterschied zwischen Land und Kreis – wie die voranstehende Grafik zeigt – für den Märkischen Kreis etwas günstiger; der Wert liegt im Märkischen Kreis ca. 1 Prozent über dem Landesdurchschnitt. Ein Vergleich der vergangenen drei Jahre zeigt, dass sich dieser Wert landesweit wie im Kreis um 1 Prozent leicht erhöht hat. Wie die Grafik ebenfalls zeigt, nimmt das Inanspruchnahmeverhalten mit steigendem Kindesalter ab, und zwar generell sowohl im Kreis wie auch im Land.

Die Teilnahme an der J 1 – Untersuchung wird über Reihenuntersuchungen nicht erfasst. Diese erst nach dem 10. Lebensjahr angebotene Untersuchung für Jugendliche erfährt eine wesentlich geringere Beteiligung als die U 1 bis U 9–Reihen. Hier bieten die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe entsprechende Anhaltspunkte (Abb. 12.2). Im Märkischen Kreis sind demnach im 2. und 3. Quartal des Jahres 2005 insgesamt 1.017 J 1-Untersuchungen durchgeführt worden. Im gleichen Zeitraum betrug die Zahl der U 9 – Untersuchungen dagegen 1.747.

Neben der ärztlichen Untersuchung können im Rahmen eines vertraulichen Beratungsgesprächs Fragen zu Verhütung, Drogenkonsum, Ernährung, Problemen in der Schule oder im Elternhaus besprochen werden. Außerdem bietet die Untersuchung eine Gelegenheit, Impfungen zu vervollständigen.

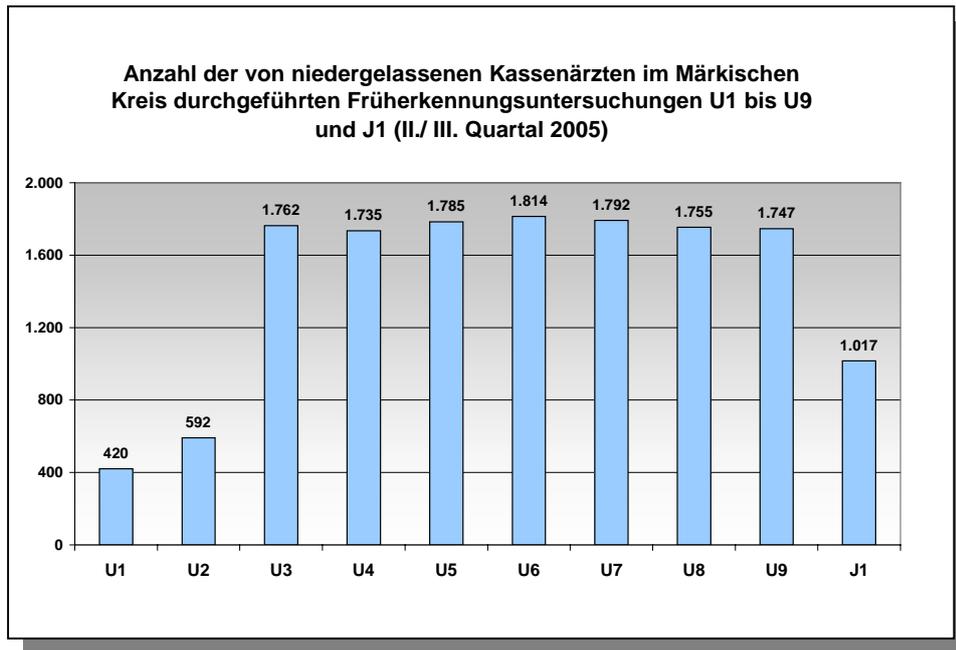


Abb. 13.2: Anzahl der im II. und III. Quartal 2005 von niedergelassenen Kassenärzten durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen im Märkischen Kreis (Quelle: KV Westfalen-Lippe)

Zur Verbesserung der Vorsorge wird von Fachleuten und Politikern gefordert, die Früherkennungsuntersuchungen verpflichtend zu machen. Man verspricht sich davon, Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen wirksamer begegnen zu können. Kritiker führen an, dass die Zeiträume zwischen einigen Untersuchungen zu weit auseinander lägen um einen wirksamen Schutz zu bewirken.

Was die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen (U3 bis U6)⁶ im Märkischen Kreis betrifft, so liegt die Beteiligung im landesweiten interkommunalen Vergleich (s. Abb. 12.3) im vorderen Mittelfeld. Im Untersuchungsjahrgang 2004/05 hatten 90 bis 94 Prozent der Schulanfänger an den genannten Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen.

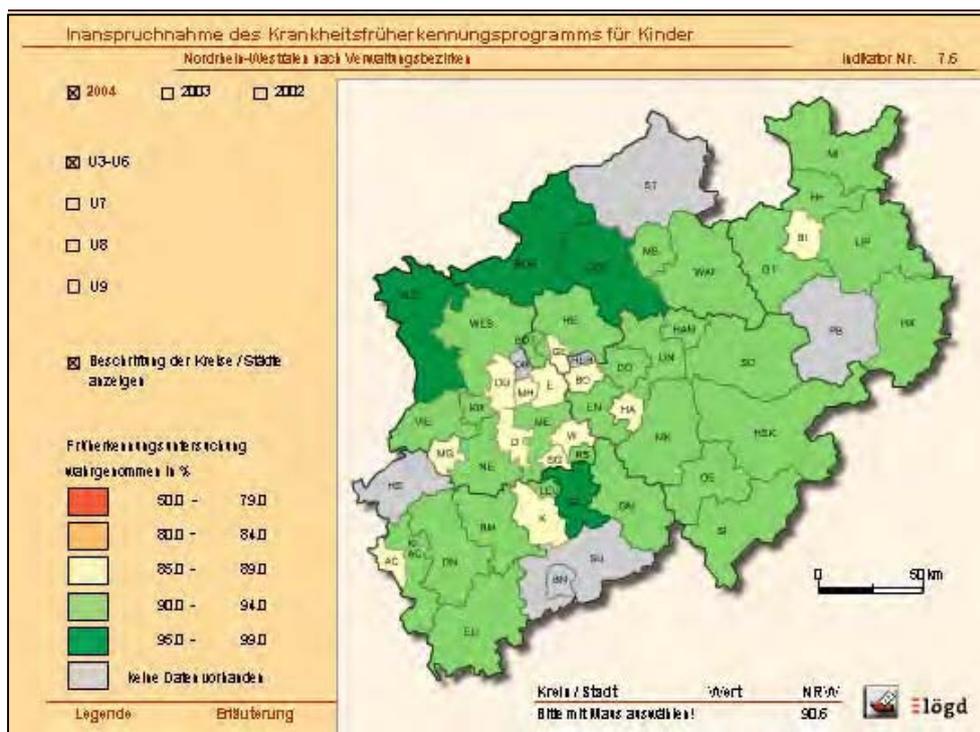


Abb. 13.3: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3-U6 in NRW in 2004

⁶ Diese Vergleichszahl liegt für NRW vor.

Dieses Gesamtergebnis für den Märkischen Kreis lässt sich auf die einzelne Stadt bzw. Gemeinde im Kreisgebiet herunterrechnen, wobei in der nachfolgenden Grafik die Teilnahme an sämtlichen Früherkennungsuntersuchungen U 1 bis U 9 berücksichtigt wurden. Erkennbar ist, dass die Teilnahme an allen Früherkennungsuntersuchungen (U 1 bis U 9) innerhalb des Kreisgebietes recht unterschiedlich ist.

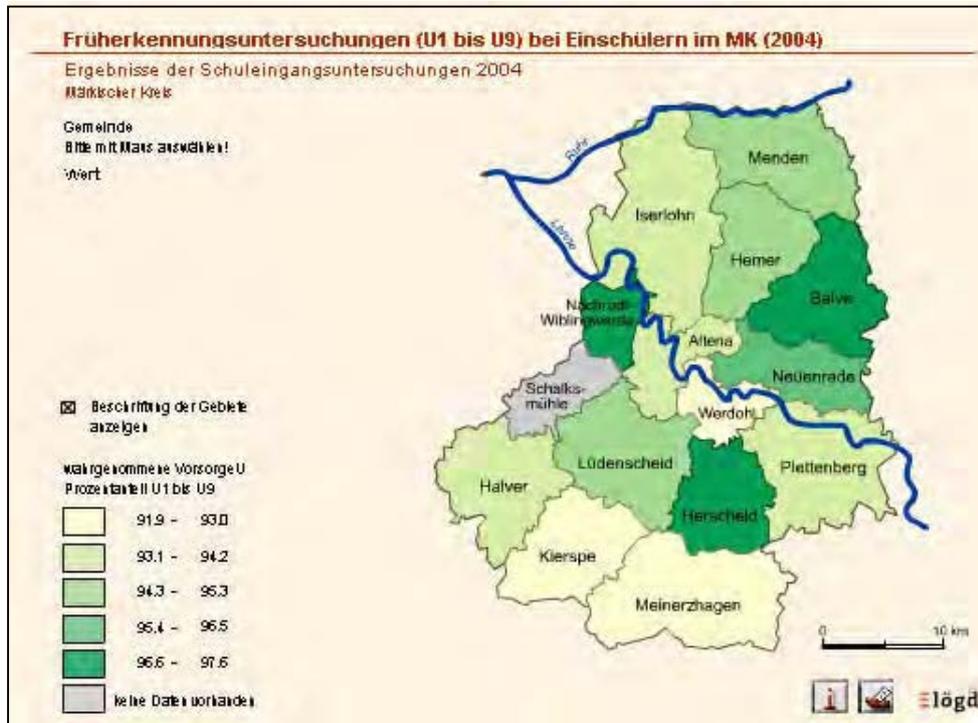


Abb. 13.4: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen im Märkischen Kreis 2004

Am vollständigsten waren die Vorsorgeuntersuchungen in den Gemeinden Nachrodt-Wiblingwerde und Herscheid sowie in der Stadt Balve wahrgenommen worden. In den Städten Meinerzhagen, Kierspe und Werdohl lag der Prozentanteil der nicht wahrgenommenen Untersuchungen dagegen bei über 7 Prozent.

Eine schulortbezogene Statistik zur Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U7) ist im Anhang zu finden.

13.4 Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen

Die Aktivierung des Abwehrsystems durch Impfungen schützt vor Krankheiten, die nur im unzureichenden Maße behandelt werden können, jedoch schwere Komplikationen mit sich bringen wie z.B. Poliomyelitis (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus oder aber wie bei Masern schwierige Krankheitsverläufe nehmen können.

Während weltweit immer noch 25 Prozent der Todesfälle auf Infektionskrankheiten zurückzuführen sind, ist dieser Prozentsatz in Europa aufgrund verschiedener Maßnahmen, zu denen auch die Schutzimpfungen gehören, deutlich spürbar zurückgegangen. Zum einen ist eine Grundimmunisierung für die gesamte Bevölkerung vorgesehen, die schon im Kindesalter ab dem dritten Lebensmonat ansetzt, wie zum anderen auch für bestimmte Personengruppen, die beispielsweise aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit einem besonderen Erkrankungsrisiko ausgesetzt sind.

Laut § 20 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) informieren die zuständige obere Bundesbehörde, die obersten Landesgesundheitsbehörden und die von ihnen beauftragten Stellen

sowie die Gesundheitsämter die Bevölkerung über die Bedeutung von Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten.

Die Impfeempfehlungen⁷ der Ständigen Impfkommission für Kinder und Jugendliche (eingesetzt gem. § 20 IfSG) beim Robert-Koch-Institut sind den Untersuchungsreihen der Krankenkassen bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung angepasst worden, denn Impfungen werden in Deutschland zu 85 Prozent von niedergelassenen Ärzten durchgeführt. Diese Empfehlungen sind wegen der Weiterentwicklung von Impfstoffen und hinzu gewonnenen Erfahrungen einer ständigen Veränderung unterworfen. Zur Zeit sollen Kinder bis zum 14. Lebensmonat – beginnend ab dem dritten Monat – eine Grundimmunisierung gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Kinderlähmung, Hepatitis B und Haemophilus influenzae Typ B erworben haben und bis zum Ende des zweiten Lebensjahres zweimal gegen Masern, Mumps und Röteln geimpft sein. Einige Immunisierungen halten ein Leben lang, andere müssen regelmäßig aufgefrischt werden.

Impfungen mindern nicht nur das individuelle Erkrankungsrisiko sondern tragen dazu bei, dass Epidemien an ihrer Verbreitung gehindert werden. Dazu sind – abhängig von der jeweiligen Infektion – Durchimpfungsraten erforderlich, die den größten Teil der Bevölkerung abdecken.

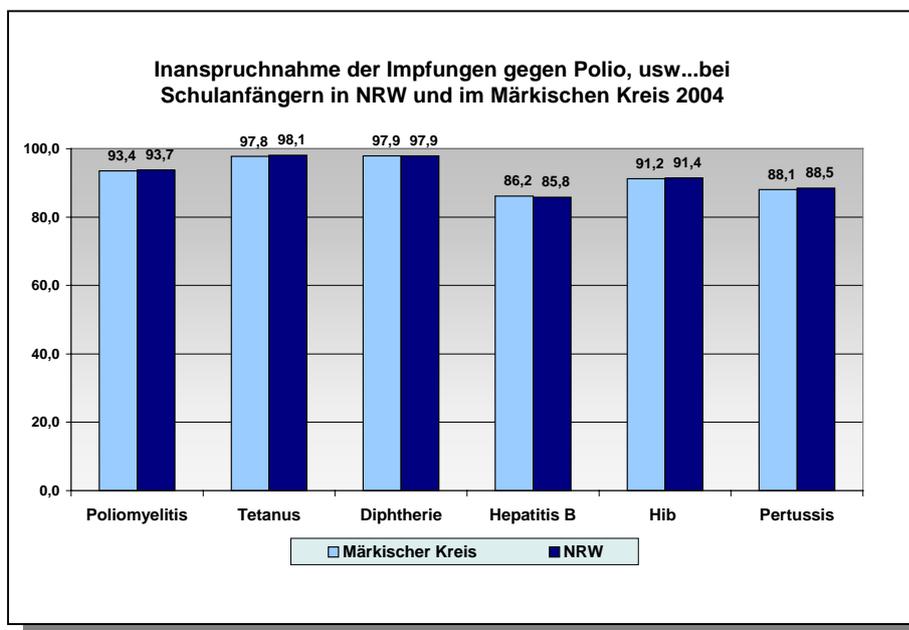


Abb. 13.5: Inanspruchnahme der Impfungen gegen Polio, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus Influenza B, Pertussis bei Schulanfängern in NRW und im Märkischen Kreis 2004

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen wird gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz (IfSG) bei allen Einschülern durch Vorlage des Impfausweises der Impfstatus erhoben. Danach hat sich der Impfschutz bei den Einschülern in den vergangenen Jahren stetig verbessert.

Der Durchimpfungsgrad bei Kinderlähmung, Tetanus und Diphtherie liegt im Landesdurchschnitt wie auch im Märkischen Kreis – bezogen auf das Jahr 2004 – bei über 95 Prozent⁸. Dieser Anteil hatte sich in den acht davor liegenden Jahren mit einer geringen Tendenz nach oben verändert. Abbildung 12.5 stellt den interkommunalen Vergleich an Hand des wichtigen Indikators der Polio-Impfung wie folgt heraus. Der Märkische Kreis nimmt mit einer Impfquote zwischen 91,6 bis 94,1 Prozent demnach lediglich einen Platz im hinteren Mittelfeld ein.

⁷ URL-Adresse:

http://www.rki.de/cln_011/nn_226618/DE/Content/Infekt/Impfen/STIKO__Empfehlungen/stiko__empfehlungen_node.html__nnn=true

⁸ Grundlage: 76 % aller Lernanfänger im Jahr 1994 und 83 % aller Lernanfänger im Jahr 2002 legten Impfdokumente vor

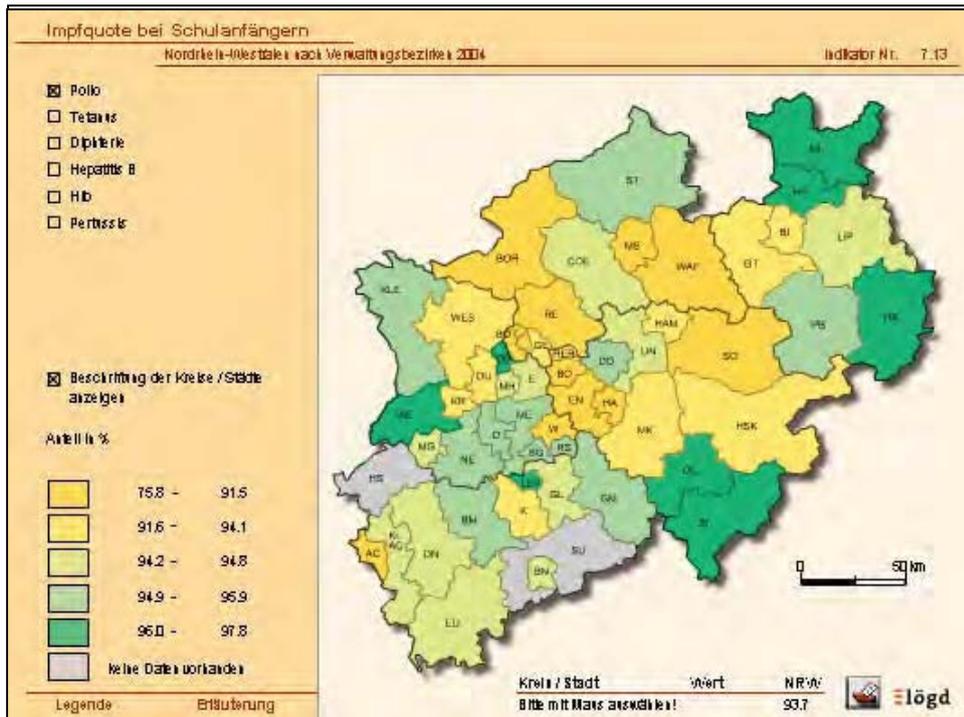


Abb. 13.6: Inanspruchnahme der Impfungen gegen Polio in NRW, 2004

Bei den Schuleingangsuntersuchungen des Einschulungsjahrgangs 2004 wurden dem Gesundheitsamt von den Eltern 4.044 Impfhefte vorgelegt. Die folgende Kreiskarte zeigt, in welchen Städten und Gemeinden die Polio-Durchimpfungsrate hoch liegt, nämlich bei 95 Prozent und darüber und wo sie diese Quote nicht erreicht.

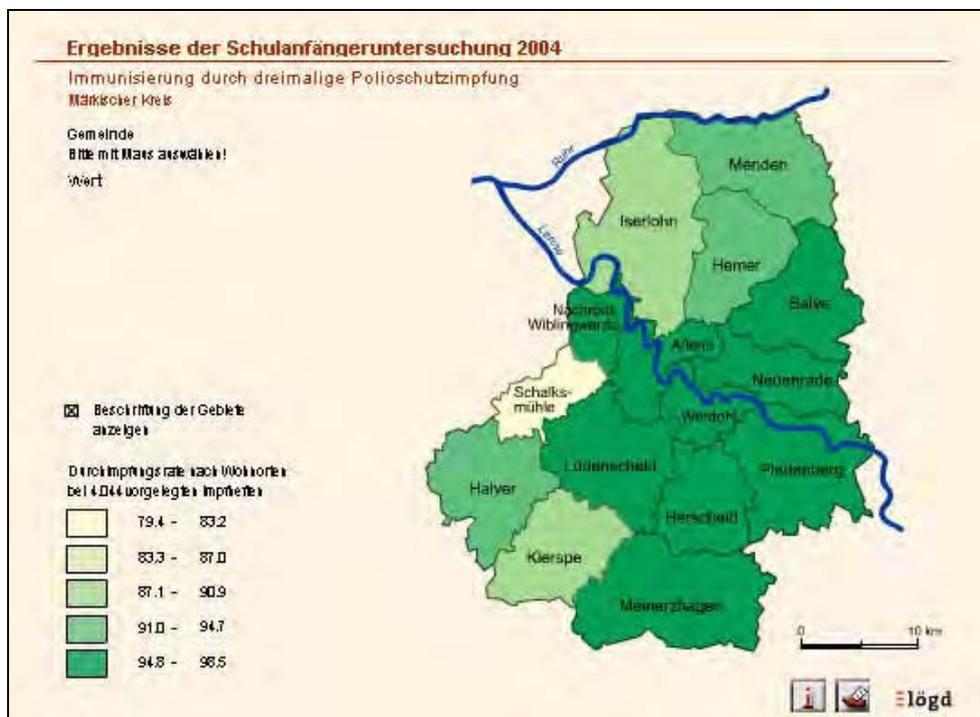


Abb. 13.7: Inanspruchnahme der Impfungen gegen Polio im Märkischen Kreis, 2004

Erkennbar ist, dass die Durchimpfungsrate in Iserlohn und Kierspe nach den vorliegenden Daten nicht zufriedenstellend sein kann. In Schalksmühle liegt sie gar unter 80 Prozent⁹.

⁹ Inwieweit es sich hier um einen systembedingten Fehler der Datenverarbeitung handelt, muss im Vergleich mit den nächsten Einschulungsjahrgängen geklärt werden.

Eine Darstellung der Ergebnisse mit Bezug auf die Polio-Impfbeteiligung in einzelnen Schulbezirke ist im Anhang aufgeführt.

Ein allgemeiner Anstieg ist, auf die vergangenen zehn Jahre gesehen, ebenfalls für die Masern/Mumps/Röteln-Impfung zu verzeichnen. Während im Jahr 1994 nur ca. 57 Prozent der Lernanfänger in Nordrhein-Westfalen (die einen Impfpass vorgelegt hatten) gegen Röteln geimpft war, stieg dieser Anteil inzwischen auf über 92 Prozent im Jahr 2004 an.

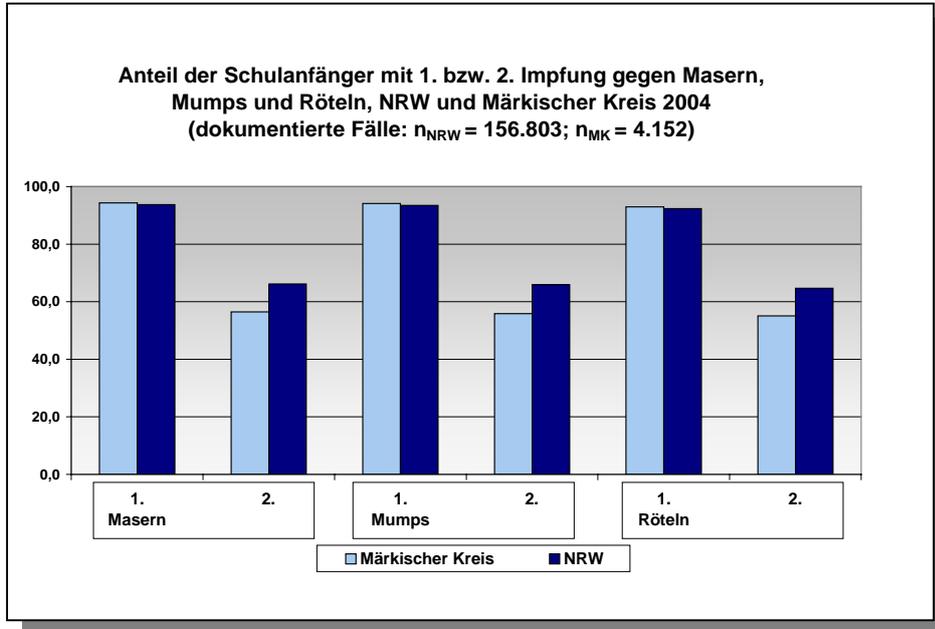


Abb. 13.8: Anteil der Schulanfänger mit dokumentierten Masern, Mumps, Röteln-Impfungen im Märkischen Kreis und in NRW 2004

Der Anteil der gegen Masern und Mumps immunisierten Zielgruppe stieg in der gleichen Zeitspanne um rund 13 Prozent an und liegt nun landesweit bei knapp 94 Prozent.

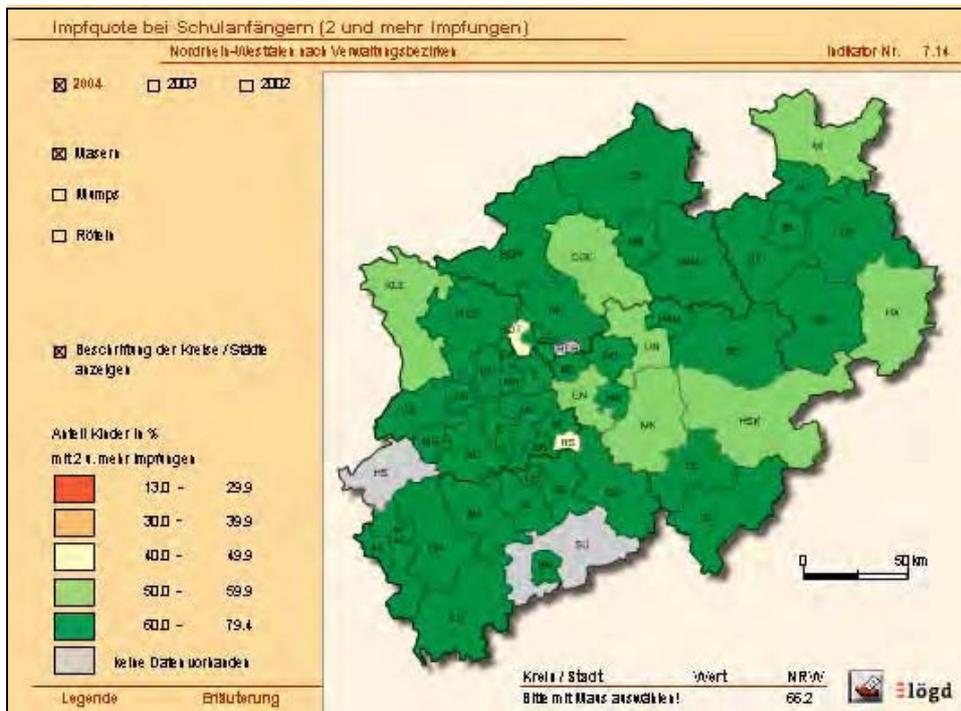


Abb. 13.9: Anteil der Schulanfänger mit dokumentierten Masern-Impfungen in NRW 2004

Bei der Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln kommt in der Regel ein Kombinationsimpfstoff (MMR-Impfstoff) zur Anwendung. Um der Eliminierung der Masern nahe zu

kommen, wird eine zweite MMR-Impfung spätestens mit Vollendung des 2. Lebensjahres empfohlen. Die dargestellten 94 Prozent beschreiben die Häufigkeit der Inanspruchnahme der ersten Impfung.

Der Anteil der gegen Masern, Mumps und Röteln geimpften Kinder im Märkischen Kreis lag im Jahr 2004, bezogen auf die erste Impfung, im Schnitt einen halben Prozentpunkt über dem Landesdurchschnitt.

Allerdings ist der Anteil der Schulanfänger mit einer erfolgten zweiten Impfung deutlich geringer (und zwar bis zu 10 Prozent) als im Landesdurchschnitt. Im interkommunalen Vergleich (Abb. 12.9) - ausschließlich bezogen auf die zweite Impfung gegen Masern - nimmt der Märkische Kreis einen Platz im vorderen Mittelfeld ein.

Der Blick auf die Impfquoten der kreisangehörigen Städte und Gemeinden zeigt bei der Masernimpfung folgendes Bild:



Abb. 13.10:
Anteil der Schulanfänger mit dokumentierter 2. Masern-Impfung im Märkischen Kreis 2004

Der Durchimpfungsgrad der 2. Masernimpfung liegt demnach zwischen 24,1 (Schalksmühle) und 75 (Plettenberg) Prozent.

13.5 Ausgewogene Ernährung

Über die veränderten Ernährungsgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen ist in Kapitel 11 bereits berichtet worden. Zum einen geht es um die steigende Zahl übergewichtiger bzw. adipöser Kinder, zum zweiten um die Vermittlung einer gesunden, ausgewogenen Ernährung überhaupt.

Während der Kindergarten- und Grundschulzeit stehen das gesunde Frühstück, bei Übertagesbetreuung auch das gesunde Mittagessen auf dem Programm. Nahezu jeder Kindergarten bietet inzwischen regelmäßig (einmal wöchentlich, einmal monatlich) ein gesundes Frühstück an. Dazu gehört oft auch ein Elternabend, der sich dem Thema „ausgewogene Ernährung“ widmet. Regelmäßiger Bestandteil der Elternarbeit betrifft die Frage „Was gebe ich meinem Kind zum Frühstück mit in den Kindergarten?“

Konkrete Projekte zum Ernährungsverhalten werden ebenso an vielen Grundschulen durchgeführt. In Plettenberg beispielsweise wurde an einer Grundschule gemeinsam, mit dem Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes das Schulprojekt „Ess-Bahn – Ernährung, Bewegung, Adipositas“ durchgeführt. An einer Grundschule in Iserlohn wurde ein Programm zur Gewichtsreduktion speziell für übergewichtige Kinder unter Beteiligung des Jugendärztlichen Dienstes durchgeführt. Informationen für die Eltern über eine ausgewogenen Ernährung, auch zum Umgang mit Süßigkeiten, werden regelmäßig im Rahmen der Kariesprophylaxe in Kindergärten angeboten.

Neben diesen einrichtungsorientierten Maßnahmen werden Kurse zur Ernährungsverbesserung von einer Reihe von außerschulischen Bildungsträgern angeboten, die in der Regel auf die Eltern abzielen. Finanziert werden diese Angebote von der gesetzlichen Krankenversicherung. Hier einige Beispiele:

- Kinder-Speisekarte: Gesunde Ernährung für kleine Feinschmecker, Menden
- Was Babys gerne essen: Ernährung im ersten Lebensjahr, Lüdenscheid
- Leichter und Aktiver - Gewichtsreduktionsprogramm für Kinder, Menden
- Leichter und Aktiver – Eltern-Ernährungsschulung, Menden
- Leichter und Aktiver – Kochkurs mit Eltern, Menden

Individuelle Ernährungsberatung gibt es sowohl über die niedergelassenen Ärzte wie auch bei kommerziellen Einrichtungen wie z.B. Fitness-Studios. Versicherte der AOK Westfalen-Lippe erhalten direkt in der AOK Geschäftsstelle in Lüdenscheid eine individuelle Ernährungsberatung.

13.6 Kariesprophylaxe

Die gesetzlichen Regelungen zur Kariesprophylaxe sind in den §§ 21 und 22 des SGB V beschrieben. Während die Individualprophylaxe (§ 22) in der Regel in den Zahnarztpraxen durchgeführt wird, bezieht sich die Gruppenprophylaxe (§ 21) auf Kinder in Kindertageseinrichtungen und Schulen. Die Gruppenprophylaxe wird im Märkischen Kreis von dem seit 1991 bestehenden Arbeitskreis Zahngesundheit organisatorisch und konzeptionell geplant und begleitet. Dort sind die Krankenkassen, das Gesundheitsamt wie auch die niedergelassenen Zahnärzte vertreten. Die beteiligten Krankenkassen übernehmen einen jährlichen Personalkostenzuschuss in Höhe von zuletzt 130.000,- Euro.

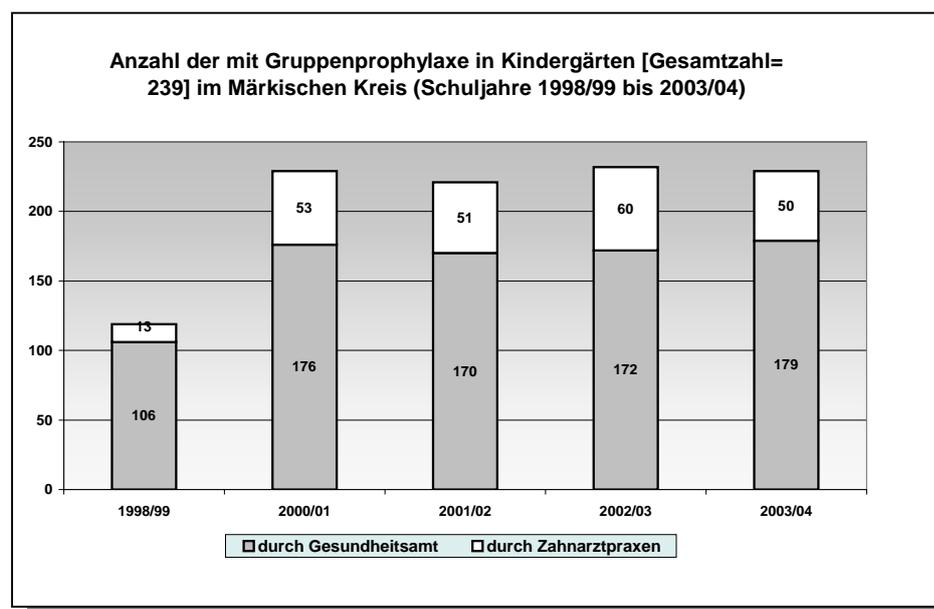


Abb. 13.11:
Anzahl der mit Gruppenprophylaxe erreichten Kindergärten im Märkischen Kreis 1998 bis 2004

Überwiegend wird diese Tätigkeit vom Jugendzahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes durchgeführt. Ergänzt wird diese Tätigkeit durch eine Reihe von zahnärztlichen Praxen. Die Betreuung der Kinder im Kindergarten umfasst vor allem eine Motivation und kindgerechte Vermittlung der Zahnputztechnik, eine Erklärung der zweckmäßigen Hilfsmittel, der Zahnreinigung selbst sowie Maßnahmen zur Ernährungslenkung. Außerdem erfolgt eine Information an die Erzieherinnen und Eltern und der Besuch der Kinder in einer Zahnarztpraxis.

Die voranstehende Grafik (Abb. 12.11) zeigt die Entwicklung der vergangenen fünf Jahre auf und stellt auch den Anteil der an der Gruppenprophylaxe beteiligten Zahnarztpraxen dar. Der Anteil der mit Basisprophylaxe erreichten Kindergärten ist demnach über die Jahre deutlich gestiegen. Während im Schuljahr 1998 / 1999 knapp 50 Prozent aller Kindergärten im Kreisgebiet besucht worden waren, ist dieser Anteil auf aktuell 95 Prozent angestiegen.

Im vergangenen Schuljahr wurde die Basisprophylaxe von den Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes in 457 Kindergartengruppen und von dem Personal der Zahnarztpraxen in 117 Gruppen durchgeführt.

- Mit dem Erstimpuls wurden im vergangenen Jahr insgesamt 12.126 Kindergartenkinder erreicht.
- Im vergangenen Schuljahr besuchten kreisweit 4.007 Kinder im Rahmen der Basisprophylaxe zur Information und Absenkung der Hemmschwellen eine zahnärztliche Praxis. Damit wurden 502 von insgesamt kreisweit 574 Kindergartengruppen (entspr. 87 Prozent) erreicht.
- Die Elterninformation zur Basisprophylaxe erreichte im Schuljahr 2003/04 insgesamt 453 teilnehmende Eltern.
- In 226 Einrichtungen wurden die Erzieherinnen und Erzieher der Kindergärten mit Informationen zur Basisprophylaxe versorgt.

Die Ergebnisse der Reihenuntersuchungen der Grundschüler aus den Jahren 2001 / 2002 ergaben lokale Anhäufungen schlechter Zahnbefunde (siehe auch Kapitel 8). Aus dieser Erkenntnis wurde im Jahr 2003 ein Folgekonzept für die Prophylaxetätigkeit entwickelt, welches die intensivere Betreuung sog. Risikoschulen vorsah¹⁰. Bestandteile dieser intensiveren Prophylaxe sind Mundhygieneübungen, Ernährungsberatungen, Fluoridierungsmaßnahmen sowie die Elternmotivation. Ergänzt werden diese Maßnahmen durch professionelle Zahnreinigung und durch die wöchentliche Anwendung eines hochdosierten Fluorids in Geleeform. Im Schuljahr 2003 / 2004 beteiligten sich 3.518 Schülerinnen und Schüler an diesem Programm, im Schuljahr 2004 / 2005 waren es 3.128.

13.7 Bewegungsförderung

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen ist ein Anstieg der Koordinationsstörungen bei den Einschülern festzustellen. Fast 500 von insgesamt etwa 5.000 Einschülern waren betroffen. Zum Teil waren Kinder bereits in speziellen Förderprogrammen; bei 215 wurde kompensatorischer Sport empfohlen (mehr dazu in Kapitel 7).

Dabei gehört Bewegungserziehung zu den elementaren pädagogischen Inhalten sowohl des Kindergartens wie auch der Schule. Für die Kindergärten wird in der Bildungsvereinbarung NRW der Bereich „Bewegung“ als ein zentrales von insgesamt vier Bildungsbereichen aufgeführt. Spiel und Bewegung gehört auch in der Praxis zum Kindergartenalltag, wobei Bewegung als elementarer Bestandteil des kindlichen Spiels aufgegriffen wird. In jedem Kindergarten bestehen die räumlichen Voraussetzungen, dass Kinder durch Anordnung der Spielgeräte und unter pädagogischer Anleitung Spaß an der Bewegung entwickeln können. Das Außengelände wird auch bei ungünstigem Wetter als Bewegungs-

¹⁰ Märkischer Kreis, Der Landrat: Beratungsdrucksache-Nr. 53/6/1002, Kreistags-Beschluss vom 27.03.2003

raum genutzt. Viele Kindergärten haben inzwischen außerdem so genannte „Waldtage“ eingeführt, an denen die Kinder regelmäßig ein nahe gelegenes Waldstück aufsuchen, um dort auf Entdeckungsreise zu gehen.

Die Rahmenvorgaben für den Schulsport aus dem Jahr 1999 gehen von einem Doppelauftrag des Schulsports aus, der zum einen als „Entwicklungsförderung durch Bewegung, Spiel und Sport“ und zum zweiten als „Erschließung einer Bewegungs-, Spiel- und Sportkultur“ beschrieben wird. Im Fach Sport können Schüler sich körperlich ausdrücken, ihre Wahrnehmungsfähigkeit verbessern und ihre Bewegungserfahrung erweitern, lernen, ihre Leistung selbst einzuschätzen, wettkämpfen, kooperieren und sich verständigen. Schulsport ist damit ein Beitrag zur Gesundheitsförderung.¹¹

Über den Schulsport hinaus sind Kinder und Jugendliche in Sportvereinen. Allein die „Sportjugend NRW“, Bestandteil des Landessportbundes, vertritt landesweit zwei Millionen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis 27 Jahre, die in über 20.000 nordrhein-westfälischen Sportvereinen mit 200.000 ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Jugendarbeit der Sportvereine, der Fachverbände und der Stadt- und Kreissportbünde organisiert sind.

Allein im Märkischen Kreis waren im Jahr 2004 über 43.000 Kinder und Jugendliche in Sportvereinen organisiert. In den Altersgruppen ab 7 Jahren waren es deutlich mehr Jungen als Mädchen, die organisierten Vereinssport betrieben haben.

Anzahl der Mädchen und Jungen in Sportvereinen im Märkischen Kreis im Jahr 2004						
Ort	bis 6 Jahre		7 bis 14 Jahre		15 bis 18 Jahre	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Altena	106	107	774	711	321	300
Balve	72	114	368	330	168	149
Halver	171	140	593	476	229	155
Hemer	251	252	1.056	776	368	284
Herscheid	46	50	310	233	123	118
Iserlohn	805	649	3.050	2.195	1.385	749
Kierspe	95	102	549	410	305	155
Lüdenscheid	496	469	2.209	1.457	897	547
Meinerzhagen	123	141	674	399	380	218
Menden	511	529	2.172	1.437	982	589
Nachrodt-Wiblingwerde	78	61	222	210	87	192
Neuenrade	119	83	501	414	220	125
Plettenberg	241	244	1.043	813	594	328
Schalksmühle	116	123	312	312	180	99
Werdohl	143	168	881	607	433	249
Gesamt	3.373	3.232	14.714	10.780	6.672	4.257
Gesamtsumme						43.028
Datenquelle: Kreissportbund Märkischer Kreis e.V.						

Zur Verbesserung der Situation für diejenigen Schülerinnen und Schüler, die z. B. auf Grund von mangelnden Bewegungserfahrungen oder körperlichen Leistungsschwächen, Erkrankungen oder Behinderungen, Ängsten oder Enttäuschungen wenig oder kein Interesse am Schulsport haben, soll ergänzend zum Schulsport kompensatorischer Sport angeboten werden. Daran sind inhaltlich die Sportvereine beteiligt. Zur Verbesserung der Zusammenarbeit auf lokaler Ebene wurde im Jahr 2002 ein Förderprogramm zur Förderung des Aufbaus und der Arbeit lokaler Arbeitskreise und Netzwerke für den Kompen-

¹¹ Bildungsserver NRW: „Schulsport NRW“, Internet:
http://www.learn-line.nrw.de/angebote/schulsport/info/01_schulsportentwicklung/rahmenvorgaben.html

satorischen Sport ins Leben gerufen. Dieses Programm wurde zwischen dem (damaligen) Ministerium für Städtebau und Wohnen, Kultur und Sport, dem Rheinischen Gemeindeunfallversicherungsverband und dem Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe vereinbart. Schul- und Jugendärzte sind ebenso beteiligt wie Vertreter des OPUS-Netzwerkes auf lokaler Ebene. Anlässlich der Schuleingangsuntersuchungen im Einschulungsjahrgang 2004/05 wurden 215 Kindern die Teilnahme am kompensatorischen Sport empfohlen (siehe Kapitel 7).

Sportvereine bieten darüber hinaus auch eigene Programme zur Bewegungsförderung für Kinder und Jugendliche an. Aus der Fülle an Angeboten zur Bewegungsförderung für Kinder und Jugendliche ist hier das Projekt „schwer mobil“ initiiert vom Landessportbund NRW zu nennen, der dieses Programm mit einer Reihe von Kooperationspartnern umsetzt. Angesprochen sind Sportvereine in NRW, die ein eigenes Bewegungsangebot für übergewichtige Kinder mit den Inhalten Bewegung, Ernährung und Beratung durchführen wollen, aber natürlich auch alle, die mit übergewichtigen Kindern zu tun haben, wie z.B. Eltern, Erzieher, Lehrer, Ärzte. Ziel des Projektes ist es, die Mädchen und Jungen durch das Angebot anzuregen, ihre eigene Einstellung zu Bewegung und Ernährung zu verändern und die Eltern zu motivieren, diesen Prozess positiv zu unterstützen und mit zu tragen. Im Jahr 2004 sind 45 Vereine aus ganz NRW gestartet und 2005 kamen 50 Vereine dazu. Für 2006 sind 44 Vereine in das Projekt aufgenommen. Im Märkischen Kreis haben sich zwei Vereine aus Halver und Plettenberg an diesem Projekt beteiligt.

Kurse zur Bewegungsförderung für Kinder und Jugendliche werden ebenfalls von physiotherapeutischen Praxen sowie von Bildungsträgern durchgeführt. Kostenträger sind die gesetzlichen Krankenkassen. Beispiele aus dem Märkischen Kreis:

- Mach mit bei Felix Fit: Ein Bewegungsprogramm für Kinder, Menden und Kierspe
- Stark, mutig und pfiffig durch Bewegung – Gesundheitsprogramm für Kinder, Halver
- Förder- und Fitnessgruppe – Gesundheitstraining für Grundschul Kinder, Menden
- Fit Kids – Bewegung und Ernährung, Kierspe

Dass Bewegung nicht nur sportliche, sondern auch kulturelle Elemente beinhaltet, macht auf eindrucksvolle Weise der Kulturverein „mach was“ in Lüdenscheid deutlich. Tanz und Bewegung für Kids und Teens ist das Stichwort für eine Reihe von Kursen für Kinder ab 5 Jahren.

Ein weiteres Beispiel: Der Kreisverband MK für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. in Lüdenscheid bietet einmal wöchentlich Rollstuhlsport für Kinder und Jugendliche an. Außerdem findet mehrmals jährlich eine Rolli-Disco für Kinder ab 10 Jahren statt.

13.8 Unfallvermeidung

Unfallvermeidung in den ersten Lebensjahren bedeutet zunächst einmal Aufklärung und Information für die Eltern. Ein Beispiel aus Iserlohn: die dortige Volkshochschule bietet aktuell für Eltern „Was tun, wenn? – Unfälle und Notfälle im Kindesalter“ an.

13.8.1 Sicherheit in Schulen und Kindergärten

Für die Besucher von Kindertagesstätten sind eine Reihe von unfallpräventiven Maßnahmen vorgesehen. Dies beginnt schon bei der baulichen Planung des Gebäudes über die Aufstellung und Anordnung von Spielgeräten bis hin zu einer obligatorischen Erste-Hilfe-Ausbildung für die Erzieherinnen. Kindergartenbesucher sind automatisch in der gesetzlichen Unfallversicherung pflichtversichert (§ 2 SGB VII Pkt. 8a). Die Gemeindeunfallversicherung verfügt über eine Reihe von Maßnahmen zur Unfallvermeidung, z.B. über einen ausführlichen Katalog mit Sicherheitshinweisen zum Betrieb von Spielgeräten.

Das gleiche gilt für den Betrieb von Schulen. Schülerinnen und Schüler sind ebenfalls automatisch auf dem Schulgelände wie auf dem Schulweg über den Gemeindeunfallversicherungsverband pflichtversichert. Regelmäßige Begehungen und Stichproben des Gemeindeunfallversicherungsverbandes tragen zu einer systematischen Verbesserung des Unfallschutzes bei.

Im vergangenen Jahr wurde seitens des Ministeriums für Schule und Weiterbildung NRW in Kooperation mit den Gemeindeunfallversicherungsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe und der BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen ein Konzept zur Sicherheitsförderung für Schulen entwickelt¹². Dies ist vor dem Hintergrund zu verstehen, dass den Gemeindeunfallversicherungen jährlich steigende Zahlen von Schülerunfällen gemeldet werden.

Das Sicherheitsförderungskonzept versteht sich als Bestandteil der Gesundheitsförderung an Schulen und ist als umfassende Konzeption zu verstehen. Sicherheitsförderung soll demnach als übergreifende Aufgabe sowohl integrativ im Unterricht der einzelnen Fächer als auch im Schulleben und Schulalltag verankert sein. Die unterrichtsübergreifende Verankerung ist erforderlich, weil Lernen und Lehren nicht nur im Unterricht stattfindet, sondern im ganzen Schulhaus, auf dem Schulhof, im Zusammenleben mit den Mitschülerinnen und Mitschülern und mit den Lehrerinnen und Lehrern. Nachhaltige und umfassende Sicherheitsförderung muss demzufolge immer als sicherheitsförderliche Schulentwicklung angelegt sein.

13.8.2 Verkehrserziehung als Unterrichtsinhalt

Laut Runderlass des Kultusministeriums NRW aus dem Jahr 1995 ist Verkehrserziehung der Schule als Teil ihres Unterrichts- und Erziehungsauftrags zugewiesen.¹³ Verkehrserziehung ist demnach ein Beitrag zur Sicherheitserziehung, zur Sozialerziehung, zur Umwelterziehung und zur Gesundheitserziehung.

Verkehrserziehung sollte in einzelnen Fächern thematisch aufgegriffen werden und in Form von Projekten fächerübergreifend vermittelt werden. Der inhaltliche Rahmen wird durch die Anforderungen umrissen, die an Schülerinnen und Schüler als Fußgänger und Radfahrer, bei der Benutzung des Schulbusses und der öffentlichen Verkehrsmittel sowie als Mitfahrer im privaten Personenkraftwagen gestellt werden. Am Schulanfang steht ein Schulwegtraining, bei dem die Schülerinnen und Schüler gemeinsam mit Lehrern und Eltern ein sicheres Verhalten auf dem Schulweg üben. Ein weiterer Schwerpunkt der Verkehrserziehung im Primarbereich ist die Radfahrausbildung. Am Ende steht hier eine Überprüfung der erworbenen Kenntnisse in Form von fahrpraktischen Übungen. Im Sekundarbereich wird bei der Themenauswahl auf die Situation der Schüler als Nutzer öffentlicher Verkehrsmittel Rücksicht genommen. Eine entwicklungsbedingte Neigung zu Regelverletzungen und riskanten Verhaltensweisen zeigt sich auch im Straßenverkehr. Bei Kindern und Jugendlichen wächst zugleich auch das Interesse an sozialen, ökologischen, ökonomischen und technischen Problemen. Förderschulen sollen ein standortbezogenes Konzept zur Verkehrserziehung entwickeln.

Unterrichtsinhalte und -gestaltung werden im Bereich der Verkehrserziehung durch Lehrerfortbildung vermittelt. Darüber hinaus vermittelt das Verkehrsinstitut Bielefeld eine Reihe von Kenntnissen durch die Ergebnissammlung erfolgreich durchgeführter Projekte.

Zur Ausgestaltung der Verkehrserziehung bieten außerschulische Einrichtungen (z.B. Behörden, Verbände, Vereine und Firmen) Hilfen an. Mit der Deutschen Verkehrswacht und ihren Untergliederungen besteht eine enge Zusammenarbeit (Schülerlotsen, Unterhaltung

¹² Quelle: http://www.learn-line.nrw.de/angebote/schulsport/info/05_sicherheitsfoerderung/sifoe_konzeption_ganz.html

¹³ hier und im Folgenden siehe auch unter: http://www.sichere-schule-nrw.de/verwaltung/schulleitung/verkehrserziehung/01.php?text=../schulrecht/01_07.htm

von Jugendverkehrsschulen, Herausgabe von Unterrichtsmaterialien). Unfallhilfsdienste vermitteln Kurse in Erster Hilfe und zu Sofortmaßnahmen bei Unfällen.

Die Zusammenarbeit zwischen Schule und Polizei bezieht sich in der Regel auf die Schwerpunkte Schulwegplanung, Schulwegsicherheit, Radfahrausbildung und die Ausbildung von Schülerlotsen. Sie erstreckt sich darüber hinaus auf verkehrspolizeiliche Beratung bei Unterrichtsvorhaben und auf die Zusammenarbeit mit Fachberatern; sie ist in allen Schulstufen und Schularten zu pflegen und auszubauen.

Zur Vermeidung von Verkehrsunfällen findet im Märkischen Kreis in nahezu allen Kindergärten im Märkischen Kreis ein Schulwegtraining für diejenigen Kinder statt, die vor der Einschulung stehen. In Zusammenwirken mit den Verkehrssicherheitsberatern und den Bezirksbeamten der Kreispolizei sowie mit den Erzieherinnen der Kindergärten und den Eltern werden die Kinder auf die Anforderungen des Straßenverkehrs vorbereitet. Meist bereiten die Kindergärten dieses Thema schon in Form eines Projektes vor, bevor dann auch praktische Übungen unter den Augen der Verkehrssicherheitsberater und der Eltern stattfinden. Jährlich werden damit über 90 Prozent der Einschüler (entspr. 4.500 Kinder) im Kreisgebiet erreicht.

Im Rahmen der Verkehrserziehung wird von der Kreispolizeibehörde in allen 4. Schulklassen eine Radfahrausbildung durchgeführt. Diese Ausbildung beinhaltet die Vermittlung theoretischer Kenntnisse, die Prüfung der Verkehrstauglichkeit des Fahrrades und praktische Übungen, die mit einer Abschlussprüfung enden. Im vergangenen Jahr wurden im Märkischen Kreis nahezu sämtliche 4.600 Schülerinnen und Schüler des 4. Schuljahres mit dieser Maßnahme erreicht.

Für Schülerinnen und Schüler der Sekundarstufe I wird für alle Schulformen ein vertiefender Radfahraufbaukurs angeboten. Hiermit werden etwa 40 Prozent der Schüler aus dem 6. Schuljahr erreicht.

Im Stadtgebiet Iserlohn werden außerdem Kinder aus den 2. Schuljahren in der Jugendverkehrsschule an der Mendener Landstraße auf den Straßenverkehr vorbereitet.

13.8.3 Arbeitskreis Verkehrssicherheit

Ziel des Arbeitskreises Verkehrssicherheit, der aus Vertretern der Verkehrswachten, des Schulamts für den Märkischen Kreis, des Kreisgesundheitsamtes, der Polizei und des Straßenverkehrsamtes besteht, ist es, die Unfallzahlen im Märkischen Kreis insbesondere bei Unfällen mit Kindern und jungen Erwachsenen unter dem Landesdurchschnitt zu halten. Der Arbeitskreis ist gleichzeitig auch Schnittstelle zu der schulischen Mobilitätserziehung und zu den 15 kreisangehörigen Städten und Gemeinden. Dabei ist die Förderung der Verkehrssicherheit ein Handlungsschwerpunkt des Märkischen Kreises.

Diskutiert wird zur Zeit über die Errichtung eines „Netzwerkes Verkehrssicherheit“, wie es das Verkehrssicherheitsprogramm NRW 2004 mit der Agenda 2015 empfiehlt. Gemeint ist eine Vernetzung aller an der Verkehrssicherheit arbeitenden Stellen auf kommunaler Ebene. Es soll eine effektive und effiziente Vernetzung und ein kontinuierlicher Informationsfluss zwischen verschiedensten Institutionen, Verbänden, Vereinen, wissenschaftlichen Einrichtungen usw. erreicht werden. Alle Verkehrsteilnehmer und engagierte Bürgerinnen und Bürger sollen sich an diesem Netzwerk beteiligen können.

Seit 1980 wird im Märkischen Kreis einmal jährlich die „Märkische Verkehrssicherheitswoche“ durchgeführt. Im vergangenen Jahr waren kreisweit unter anderem auch über 50 Schulen beteiligt.

13.8.4 Floriansdorf Iserlohn

Für den Bereich der Prävention von Brandverletzungen steht im Märkischen Kreis mit dem seit 1998 bestehenden Floriansdorf Iserlohn eine besondere Einrichtung zur Verfügung, deren Bedeutung über das Kreisgebiet hinausreicht. Träger ist der Förderverein Kinderbrandschutz.¹⁴ Das Schulungskonzept beinhaltet Angebote für den Elementarbereich, für Grundschüler und Schüler der Sekundarstufen I und II.

Die Inhalte werden je nach Zielgruppe vertiefend dargestellt. Jugendliche Besucher erfahren beispielsweise etwas über die Grundzüge des vorbeugenden Brandschutzes, das richtige Verhalten im Brandfall sowie über Aufgaben und Ausbildung der Feuerwehr. Inhalte des Programms berücksichtigen beispielsweise die Gefahr und den Nutzen des Feuers, richtiges Verhalten bei einem Brand und die korrekte Alarmierung der Feuerwehr. Außerdem hält das Floriansdorf die Möglichkeit der praktischen Anwendung des bisher Gelernten in den Übungshäusern bereit.

13.9 Vermeidung von Infektionserkrankungen

Auf die schützende Wirkung von Impfungen wurde bereits weiter vorn ausführlich eingegangen. Neben diesen individual-präventiven Maßnahmen fordert der Gesetzgeber im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes die Erstellung von Hygieneplänen für Gemeinschaftseinrichtungen.

Bestandteile eines Hygieneplans für Kindertageseinrichtungen reichen vom richtigen Händewaschen über die Hygiene in Spiel- und Kuschelecken bis zum Verhalten beim Auftreten von Kopfläusen oder Salmonellose. Muster-Hygienepläne für Kindergärten ist beim Gesundheitsamt des Märkischen Kreises erhältlich bzw. steht zum Herunterladen auf der Seite http://www.maerkischer-kreis.de/formulare/Info_hygienekindergarten.pdf zur Verfügung.

Mitarbeiter, die für die Essenzubereitung zuständig sind, erhalten beim Gesundheitsamt eine hygienebezogene Belehrung zum richtigen Umgang mit Lebensmitteln.

Bestandteile des Hygieneplans für Schulen umfassen u.a. Empfehlungen zur Schwimmbadhygiene, zur Hygiene in Turnhallen und Klassenräumen oder auch in Lehrküchen. Hygienepläne für Schulen sind ebenfalls beim Gesundheitsamt des Märkischen Kreises erhältlich bzw. steht zum Herunterladen auf der Seite http://www.maerkischer-kreis.de/formulare/info_hygienschulenua.pdf zur Verfügung.

Schüler, die eine Ausbildung machen, die eine Essenzubereitung beinhaltet, erhalten beim Gesundheitsamt eine hygienebezogene Belehrung zum richtigen Umgang mit Lebensmitteln. Im vergangenen Jahr waren dies weitaus mehr als 1.000 Schülerinnen und Schüler.

13.10 Sexualerziehung und Schutz gegen sexuellen Missbrauch

Eine thematische Bearbeitung der Sexualerziehung erfolgt in Kindertageseinrichtungen meist anlassbedingt und auf Initiative der Eltern oder Erzieherinnen. Herausforderungen an die Erzieherinnen stellen sich in zweierlei Hinsicht: zum einen geht es darum, wissbegierigen Kindern auf kindgerechte Weise Fragen zu Sexualität, Zeugung und Geburt angemessen zu beantworten; zum zweiten wenden sich Eltern ratsuchend an das pädagogische Personal, um Tipps und Informationen über die kindliche Sexualität und eine angemessene Form der Sexualaufklärung zu erhalten. Derzeit ist der Umfang an Elternarbeit in diesem Themenbereich nicht zu beziffern.

¹⁴ Mehr zum Floriansdorf, zur Entstehung und Organisation unter: <http://www.floriansdorf.cator.de> bzw. www.iserlohn.de

Ein weiterer Punkt im Bereich der Sexualerziehung betrifft die Vorbeugung gegen sexuellen Missbrauch. Das Kriminalkommissariat Vorbeugung wurde im vergangenen Jahr zu etwa 20 Elternabenden in Kindergärten eingeladen. Diese Themenabende betreffen Informationen bzgl. der Gefahren des sexuellen Missbrauchs von Kindern und entsprechende vorbeugende bzw. intervenierende Maßnahmen.

Schulische Sexualerziehung ist in den Schulgesetzen aller Bundesländer verankert und von der Grundschule an ein fester Bestandteil in den Lehrplänen. Über 35 Jahre nach ihrer Einführung durch die Ständige Konferenz der Kultusminister im Jahr 1968 ist sie damit in der Schule etabliert und wird flächendeckend in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt.

Im SchulG NRW sind Festlegungen zur Sexualerziehung in § 33 niedergelegt. Sexualerziehung wird demnach als Ergänzung der elterlichen Sexualerziehung verstanden. Dabei sollen nicht nur biologische Fragen zur Sexualität, sondern auch ethische, soziale und kulturelle Fragen behandelt werden. Ziel ist es, dass die Schülerinnen und Schüler eigene Wertvorstellungen entwickeln und für einen verantwortungsvollen Umgang mit dem Partner bzw. der Partnerin sensibilisiert werden.

Lehrkräfte können dazu beitragen, die Stärken der Kinder zu fördern, so dass sie in der Lage sind, sexualisierte Übergriffe zu erkennen und sich Hilfe zu holen. Für die präventive Arbeit benötigen LehrerInnen qualifiziertes Wissen sowie Anregungen und Unterstützung für die didaktisch-methodische Umsetzung in die Praxis.¹⁵

Das Kriminalkommissariat Vorbeugung der Kreispolizeibehörde führt Informationsveranstaltungen in Schulen und Selbstbehauptungskurse für Mädchen und Frauen ab dem 13. Lebensjahr durch. Frauen und Mädchen, die sich mit dem Thema „sexuelle Gewalt“ beschäftigt haben, reagieren in bedrohlichen Situationen besser und selbstbewusster. Dieses Selbstbewusstsein zu stärken, verbunden mit bestimmten Abwehrtechniken, ist Ziel der Selbstverteidigungskurse der Polizei.

Daneben ist die Sensibilisierung von Zielgruppen für den Bereich des sexuellen Missbrauchs von Kindern ebenfalls Aufgabe des Kommissariats. Elternvorträge in Schulen und Kindergärten gehören daher ganz selbstverständlich zum Präventionsprogramm.

Ebenfalls sind die Schwangerschaftsberatungsstellen sowie die „Beratungsstelle gegen Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen“ in Lüdenscheid an Präventionsveranstaltungen gegen sexuelle Missbrauch beteiligt.

Das Kreisjugendamt bietet seit mehreren Jahren erfolgreich in Zusammenarbeit mit verschiedenen Grundschulen das Theaterprojekt „Mein Körper gehört mir“ von der Theaterpädagogischen Werkstatt Osnabrück an. Im Rahmen der Prävention sexuellen Missbrauchs nahmen im Jahr 2004 mehrere 3. und 4. Grundschulklassen an dem dreiteiligen Theaterprojekt teil und setzten sich über mehrere Wochen mit der Thematik des sexuellen Missbrauchs von Jungen und Mädchen auseinander.

13.11 AIDS-Prophylaxe und Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten

Im Rahmen der AIDS-Prophylaxe übernimmt das Gesundheitsamt die Aufklärung und Information hinsichtlich der Gefahren sexuell übertragbarer Krankheiten. Gesetzliche Grundlagen für die AIDS-Beratung sind das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (ÖGDG) und das Infektionsschutzgesetz (IfSG).

Der Jahresbericht der AIDS-Beratung und -Koordination¹⁶ des Kreisgesundheitsamtes vom 10.02.2005 führt für das vergangene Jahr unter anderem Präventions- und Infor-

¹⁵ weitere Informationen unter: <http://www.schulische-praevention.de/>

¹⁶ Märkischer Kreis, Der Landrat, Beratungs-Drucksache Nr. 53/7/170

mationsveranstaltungen für verschiedene im besonderen Maße von der Fragestellung der Vermeidung übertragbarer Krankheiten betroffene Institutionen wie z.B. ambulante Pflegedienste, Flüchtlingsberatungsstellen etc. auf. Zum Thema AIDS-Prophylaxe fanden entsprechende Veranstaltungen in Schulen statt.

Im vergangenen Jahr wurde in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt der Stadt Menden eine „Gib-Gummi-Party“ zu diesem Thema veranstaltet. Etwa 400 Jugendliche im Alter zwischen 14 und 18 Jahren hatten die Veranstaltung besucht.

Aktuell läuft eine Kooperation der Aids-Prophylaxe-Kraft des Gesundheitsamtes mit den Museen der Stadt Lüdenscheid. Im Zusammenhang mit der Ausstellung „Loveletters vom Lennestrand“ werden Jugendliche, die die Ausstellung im schulischen Rahmen besuchen, über die Gefahren und den Schutz vor sexuell ansteckenden Krankheiten informiert.

Für den Unterricht an Grund- und Förderschulen wurden besondere Konzeptionen zur allgemeinen Infektionsprophylaxe entwickelt.

Das Jugendamt der Stadt Iserlohn setzt bei der Schülerinformation zum Themenkomplex „Sexualaufklärung und Aids“ auf die Zusammenarbeit verschiedener Partner wie Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Jugendschutz und Gesundheitsamt. Ziel ist es, bei den Jugendlichen einen verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität zu erreichen, Infektionsrisiken anzusprechen und Kenntnisse über Hilfeangebote zu vermitteln. Adressaten sind die Schülerinnen und Schüler an weiterführenden Schulen der Klassenstufen 6 bis 8.

13.12 Entspannung und Stressreduktion

Über die psychosozialen Belastungen bei Kindern und Jugendlichen ist in Kapitel 11 berichtet worden. Maßnahmen der Gesundheitsförderung, wie sie etwa für den Bereich der Gewalt- und auch der Suchtprävention durchgeführt werden, beinhalten in der Regel wesentliche Anteile, persönliche Schutzfaktoren durch mehr Selbstvertrauen, kommunikative Kompetenz und Autonomie zu entwickeln. Dazu gehört auch, den eigenen Körper, die eigenen Gefühle zu erkennen und thematisieren zu können.

Zu den spezifischen Angeboten zur Sucht- und Gewaltprävention, auch zum Schutz vor sexuellen Übergriffen, werden später noch Ausführungen gemacht.

Seminare zur Entspannung und zur Stressreduktion werden inzwischen auch für Kinder und Jugendliche angeboten. Einige Beispiele aus dem Kreisgebiet:

- Autogenes Training und progressive Rückenentspannung für Kinder ab 8 Jahren, Iserlohn
- Leichter und Aktiver – Progressive Muskelentspannung und autogenes Training für Kinder, Kurse für Kinder von 7 bis 11 Jahren und von 12 bis 15 Jahren, Menden
- Autogenes Training für Kinder, Werdohl
- Hatha-Yoga für Kinder, Balve, Neuenrade
- „Stille Stunde“ – Wahrnehmungsförderung und Entspannung für Kinder im Alter von 8 bis 10 Jahren, Iserlohn
- Progressive Muskelentspannung und Autogenes Training für Kinder und Jugendliche, Menden
- Motivations- und Entspannungskurs für schüchterne, introvertierte Kinder und Jugendliche, Menden
- Entspannung für Kinder, Plettenberg
- Bleib Locker! – Stressbewältigung für Kinder zwischen 8 und 10 Jahren, Plettenberg

Durchgeführt werden diese Kurse von Bildungsträgern und physiotherapeutischen Praxen. Kostenträger sind die gesetzlichen Krankenkassen.

In diesem Kontext sind auch die Rückenschulkurse für Kinder und Jugendliche zu erwähnen. Sie können einerseits als Maßnahmen zur Bewegungsförderung, andererseits aber auch als Mittel gegen Folgen von Stress und körperlichen Anspannungen gesehen werden. Beispiele zu diesem Angebot:

- Rückenfit für Kids, Kurse für Kinder von 6 bis 8 Jahren und von 9 bis 11 Jahren, Balve, Hemer und Menden
- Rückenschule für Kinder, Balve
- Kinderrückenschule, Iserlohn, Lüdenscheid
- Rücken-Fit für Kinder und Jugendliche, Altena, Balve, Hemer, Menden, Schalksmühle
- Rücken-Fit für Kinder zwischen 6 und 9 Jahren, Lüdenscheid und Kierspe

13.13 Suchtprävention

Suchtprävention ist als Bestandteil einer allgemeinen Gesundheitsförderung zu verstehen. Sie zielt auf Stärkung der Eigenverantwortung und Konfliktfähigkeit sowie auf soziale Kompetenz. Suchtprävention ist zielgruppen- und situationsbezogen und bezieht Menschen aller Altersstufen ein. Suchtvorbeugung ist weniger auf die Vermeidung von Risiken, sondern eher auf die Erhöhung von Lebenskompetenz orientiert. So wird die Suchtpolitik des Landes NRW im „Landesprogramm gegen die Sucht“ dargestellt.

Das Land fördert 99 Prophylaxefachkräfte und 34 Fachstellen für Suchtvorbeugung. Außerdem werden lokal organisierte Aktionswochen gegen die Sucht medial unterstützt.

13.13.1 Suchtprävention in Kindertageseinrichtungen

Der Einstieg zum Umgang mit Suchtmitteln beginnt in Deutschland zur Zeit etwa ab dem 12. Lebensjahr. Dennoch wird die Basis für die Suchtgefährdung bereits oft im Kindergarten gelegt. Kinder in diesem Alter nehmen bewusst das Konsumverhalten von Erwachsenen wahr. Sie beobachten, wie Eltern und Erzieherinnen mit legalen Genussmitteln umgehen z.B. mit Zigaretten, Alkohol, Süßigkeiten.

Suchtprävention im Kindergarten soll Eltern und Erzieherinnen den Umgang mit Suchtmitteln bewusst machen und sie an Ihre Vorbildhaltung erinnern. Ersatzzuwendungen wie Fernsehen, Computerspiele oder Geschenke sollten niemals an die Stelle von Zuwendung, Gesprächen oder gemeinsamen Unternehmungen mit dem Kind treten. Das pädagogische Konzept des Kindergartens sollte Erziehungsziele wie Selbstständigkeit, Wertschätzung und Mündigkeit verfolgen, damit die Kinder gestärkt werden und Kompetenzen für ihre eigene Lebensgestaltung erwerben können.

Der Umfang an suchtpreventiven Veranstaltungen im Kreisgebiet kann nicht quantifiziert werden. Eine Ausweitung der Suchtprävention in Kindertageseinrichtungen ist geplant. Derzeit befasst sich eine Arbeitsgruppe unter Federführung des Gesundheitsamtes mit dieser Aufgabe.

Einige konkrete Beispiele:

- Im Jahr 2004 führte die Präventionsfachkraft der Anonymen Drogenberatung e.V. Iserlohn eine Multiplikatorenschulung für Mitarbeiterinnen aus Kindertageseinrichtungen in Altena und Hemer sowie Werdohl und Plettenberg durch¹⁷. Bestandteile dieses Fortbildungsprogramms waren die Vermittlung von Kenntnissen über Sucht und Suchtentstehung, frühkindliche Bindungsmuster zwischen Mutter und Kind, über Co-

¹⁷ Quelle: Jahresbericht 2004 der Anonymen Drogenberatung e.V. Iserlohn; siehe auch im Internet: www.drobs-mk.de

Abhängigkeit sowie Übungen zum Transfer des erworbenen Wissens in die Alltagspraxis der Erzieherinnen.

- Eltern-Informationsabende zur Suchtprävention werden auch vom Kriminalkommissariat Vorbeugung der Kreispolizeibehörde Lüdenscheid durchgeführt. Im vergangenen Jahr wurden in zehn Kindergärten Informationsveranstaltungen für Eltern und Erzieherinnen durchgeführt.
- Im Rahmen der Aktionswochen „Sucht hat immer eine Geschichte“, in der es um die Entstehung und Ursachen von Süchten sowie um Aktionen zur Suchtprävention geht, waren im Märkischen Kreis auch Kindergärten in den beteiligten Städten vertreten. „Mut tut gut – Kinder stark machen“ oder „Wohlfühlen pur – Phantasiereise in eine Welt der Ruhe“ sind nur zwei Beispiele aus der letzten Aktionswoche, die im Juni 2005 in Altena, Balve und Hemer stattgefunden hat.

13.13.2 Suchtprävention an Schulen

Zu den vorrangigen Zielen suchtpreventiven Handelns gehören die Vermeidung und/oder Hinauszögerung des Einstiegs in den Konsum legaler und illegaler Drogen, die Früherkennung und Frühintervention bei riskantem Konsumverhalten, die Verringerung von schädlichem Gebrauch und Sucht. Damit sollen Krankheiten, vorzeitige Todesfälle und sonstige Problemlagen (z.B. Gewalt) im Zusammenhang mit schädlichem Drogengebrauch reduziert werden.

Neben restriktiven Maßnahmen zur Einschränkung der Verfügbarkeit gehört zur Suchtprophylaxe die Information über die Gefahr des Suchtmittelkonsums, eine Reflexion über das eigene Konsumverhalten wie auch persönlichkeitsstabilisierende, „stark machende“ Elemente sozialen und emotionalen Lernens.

Was die Restriktionen angeht, so ist neben den Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes § 54 des Schulgesetzes NRW zu erwähnen, in dem geregelt ist, dass der Verkauf und Genuss alkoholischer Getränke sowie das Rauchen auf dem Schulgelände und bei Schulveranstaltungen untersagt ist. Ausnahmen können von der Schulkonferenz entschieden werden. Branntweinhalte Getränke und sonstige Rauschmittel sind in jedem Fall untersagt.

Die Autoren Georg Israel, Dietrich Bäuerle und Dirk Rasel haben Ende der 90er Jahre eine Konzeption zur Suchtvorbeugung in der Schule vorgelegt¹⁸, in der Suchtvorbeugung zum Erziehungsauftrag der Schule zählt und als verpflichtenden Handlungsauftrag für alle Lehrerinnen und Lehrer beschrieben wird. Suchtprävention wird von ihnen als Teil der schulischen Gesundheitsförderung verstanden. Die Förderung von Lebenskompetenzen gehört nach Auffassung der Autoren zu den Kernbestandteilen eines modernen Gesundheitsförderungskonzeptes. Mit Bezug auf die Suchtvorbeugung bedeutet dies, dass Kinder und Jugendliche lernen, Probleme und Konflikte bearbeiten und lösen zu können, befriedigende Kontakte zu anderen Menschen aufbauen zu können, mit Enttäuschungen und Versagungen fertig werden zu können sowie kritisch zu konsumieren um damit die Voraussetzungen zum genussvollen Umgang mit Konsumangeboten zu schaffen.

Diese besondere Herausforderung der Schulen hat auch Anerkennung durch eine Reihe von Rechtsvorschriften des (damaligen) Kultusministeriums, durch das Schaffen entsprechender Strukturen, personeller Kapazitäten und die Bereitstellung von Materialien erfahren.

Mit Runderlass des Kultusministeriums aus dem Jahr 1973 wurden an allen weiterführenden Schulen besonders beauftragte Lehrerinnen und Lehrer mit der Wahrnehmung suchtpreventiver Aufgaben betraut. Mit Erlass des Kultusministeriums von 1989 wurde allen Schulen des Landes NRW die „Konzeption der Sucht- und Drogenprävention in der

¹⁸ Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (Hrsg.), 2001: Bäuerle, D.; Israel, G.; Rasel, D. : „Suchtvorbeugung in Schulen der Sekundarstufen I und II; Band I: Konzeption, Fachliche Grundlagen, Rechtsaspekte“

Schule“ bekannt gemacht. 1996 folgte ein Amtsblatt des Kultusministeriums mit Leitlinien / Leitbildern, Aufgaben und Stützsystemen für die schulische Suchtprävention. Im Jahr 1999 wurde das Landessuchtprogramm NRW veröffentlicht; darin sind die schulischen Aufgaben im Bereich der Suchtprävention differenziert beschrieben.

Zur Unterstützung der schulischen Suchtprävention stehen die nachfolgend genannten Personengruppen und Materialien zur Verfügung:

- Beraterinnen und Berater für Suchtvorbeugung in den Schulen der Sekundarstufen I und II
- Koordinatorinnen und Koordinatoren bei den Schulämtern zur Unterstützung der Generalieninhaber Suchtprävention/Gesundheitserziehung
- Arbeitskreisleiter/Moderatoren für die Leitung der schulamtsbezogen eingerichteten Fortbildungsgruppen, in denen die Beraterinnen und Berater der schulischen Suchtprävention fortgebildet werden
- Fachleiter/innen in den Dezernaten der Bezirksregierungen zur Koordinierung der Fortbildungsgruppen
- Suchtpräventionsfachkräfte in den Prophylaxefachstellen und Drogenberatungsstellen der Kommunen
- Material- und Medienverbund von 1991 für die Schulen der Sekundarstufen I und II
- Materialien von 1992 für die Grundschulen „Suchtvorbeugung in der Grundschule“
- Materialien (Band I und II) von 2001 für die Schulen der Sekundarstufen I und II

Das Schulamt für den Märkischen Kreis ist mit der Generalie Suchtvorbeugung / Gesundheitserziehung zuständig für alle Schulformen im Märkischen Kreis und somit Ansprechpartner für etwa 180 Schulen. Derzeit bestehen vier regionale Arbeitskreise. Neben dem fachlichen Austausch über aktuelle Problemlagen vor Ort wurden dort Projekte zur Suchtvorbeugung sowie Lehrerfortbildungen initiiert. Auf Kreisebene werden zweimal jährlich die Prophylaxetätigkeiten der Drogenberatung, der Jugendämter und der Schulen miteinander abgestimmt und weiterentwickelt.

Im Bereich der Suchtprävention besteht ein gut funktionierendes Netz, in dem das Schulamt in Arbeitsgemeinschaften, Arbeitskreisen und Fortbildungen mit vielen außerschulischen Partnern zusammen arbeitet. Einige aktuell durchgeführte Maßnahmen zur Suchtprävention werden im Folgenden beschrieben:

- „Das Leben erleben – mit allen Sinnen.“ So lautet der Titel eines Suchtpräventionsprojektes in Zusammenarbeit mit einer Lüdenscheider Grundschule. Im Rahmen einer Projektwoche wurde von der Prophylaxekraft der Anonymen Drogenberatung e.V. Iserlohn ein mehrtägiges Seminar für Kinder einer Klasse der Primarstufe durchgeführt. Im Mittelpunkt standen kindgerecht vermittelte erlebnispädagogische Maßnahmen, in denen es auf die Wahrnehmung sinnlicher Erfahrungen ankam. Die Kinder wurden ermutigt und ermuntert, über ihre Erfahrungen miteinander ins Gespräch zu kommen. Dadurch wurde das Gruppengefühl gestärkt. Ziel des Projektes war es, die Wahrnehmung, das Selbstvertrauen und die soziale Kompetenz der Kinder zu stärken.
- „Be Smart - Don't Start“ wird im Schuljahr 2004/2005 zum achten Mal in Deutschland angeboten. Der Wettbewerb soll Schülerinnen und Schülern der sechsten bis achten Klasse den Anreiz geben, gar nicht erst mit dem Rauchen anzufangen. Er richtet sich daher besonders an die Klassen, in denen noch nicht geraucht wird oder nur wenige Schülerinnen und Schüler rauchen. „Be Smart - Don't Start“ wird im selben Zeitraum in vielen europäischen Ländern durchgeführt. Im Schuljahr 2004/2005 nahmen bundesweit 10.994 Klassen am Wettbewerb teil. Im Märkischen Kreis wird diese Kampagne von der AOK Märkischer Kreis unterstützt und begleitet. Im vergangenen Schuljahr haben sich im Kreis 111 Klassen an weiterführenden Schulen beteiligt.
- Aktionswoche „Sucht hat immer eine Geschichte“: Seit 1991 existiert diese langfristig angelegte Öffentlichkeitskampagne des Landes NRW, die suchtpreventive Themen

durch massenmediale Elemente wie z.B. Großflächenplakate oder Radiospots präsentiert und im Rahmen von regionalen Aktionswochen anspricht. Der Kampagnenleitsatz „Sucht hat immer eine Geschichte“ steht für die ursachenorientierte Sucht- und Drogenpolitik des Landes, deren Ziel es ist, die Suchtentstehung zu vermeiden. Dabei geht es sowohl um Hinweise auf zurückliegende Fehlentwicklungen als auch um die aktuelle Lebenssituation. Die Kampagne soll die Öffentlichkeit für suchtpreventive Themen sensibilisieren die öffentliche Diskussion anregen und die Auseinandersetzung mit dem Thema fördern, Maßnahmen vor Ort initiieren und vertiefen und die Vernetzung in den Regionen vor Ort fördern. Diese Öffentlichkeitskampagne, angeregt und gefördert durch das Gesundheitsministerium NRW ist in den vergangenen 5 Jahren im gesamten Märkischen Kreis durchgeführt worden. Die Koordinierung vor Ort wird durch einen Steuerungskreis vorgenommen, der (mit Ausnahme der Stadt Menden) von der Präventionsfachkraft der Anonymen Drogenberatung e.V. Iserlohn geleitet wird. In Werdohl, Plettenberg und Neuenrade beispielsweise fanden 100 Veranstaltungen in Jugendeinrichtungen und Schulen statt¹⁹. Allein mit Hilfe des „Ginko-Mobils“, einer mobilen Gesprächs- und Informationsplattform, die von GINKO²⁰ im Rahmen der Kampagne bereitgestellt wird, wurden 230 Personen in Plettenberg und 150 in Altena – meist Schülerinnen und Schüler – beim sog. „Live-Talk“ erreicht.

- **„Klasse2000“** ist das bundesweit größte Programm zur Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung im Grundschulalter. Es begleitet Kinder von der ersten bis zur vierten Klasse und setzt dabei auf die Zusammenarbeit von Lehrkräften, externen Gesundheitsförderern und Eltern. Ziel von „Klasse2000“ ist es, die Persönlichkeit der Kinder zu stärken. Sie brauchen Kenntnisse, Haltungen und Fertigkeiten, mit denen sie ihren Alltag so bewältigen können, dass sie sich wohl fühlen und gesund bleiben. Gleichzeitig sollen sie erfahren, was sie selbst tun können, um gesund zu bleiben. Der „Klasse2000“-Unterrichtsplan bezieht sich auf die Lehrpläne. Die Methodik setzt auf spielerisches und handlungsorientiertes Lernen. Im Verlauf des Projektes werden die Kinder mit Funktionen des Körpers, insbesondere der Atmung und des Herz-Kreislauf-Systems, vertraut gemacht. Weitere Bestandteile sind u.a. Bewegung und Entspannung, Erfahrung der Sinne, soziales Lernen und Ernährung. Elementare Bestandteile des Programms sind die Gesundheitsförderer. Dies sind speziell geschulte Fachleute aus Medizin oder Pädagogik, die in Absprache mit den Lehrkräften besondere Unterrichtseinheiten durchführen. Die Gesundheitsförderer erhöhen durch ihren Besuch die Aufmerksamkeit der Kinder und fördern deren Motivation, an den Themen mit den Lehrern weiterzuarbeiten. Die Finanzierung erfolgt durch Patenschaften: Einzelpersonen oder Organisationen übernehmen die Patenschaft für eine Klasse. Die Kosten einer Patenschaft belaufen sich auf 260 € pro Klasse und Schuljahr. Da „Klasse2000“ von der 1. bis zur 4. Klasse läuft und die Inhalte aufeinander aufbauen, ist es sinnvoll, eine Patenschaft über die vier Jahre aufrecht zu erhalten. Im Märkischen Kreis nehmen insgesamt 14 Grundschulen teil, in Menden, Iserlohn, Kierspe, Meinerzhagen und Hemer. In Meinerzhagen und Kierspe sind Dank der Spendenbereitschaft eines Sponsors vor Ort sogar sämtliche Grundschulen, und dies bereits seit einigen Jahren, beteiligt.

13.13.3 Suchtpräventionskonzept der Stadt Iserlohn

Um ein vielfältiges Angebot an Maßnahmen im Rahmen der Suchtprävention aufbauen und bereithalten zu können, werden Angebote zum Teil in Form von Kooperationen realisiert. Vor allem aber geht es darum, im gleichen Handlungsfeld abgestimmte Zielsetzungen und methodische Ansätze zu vertreten. Ein Beispiel für eine derartige miteinander abgestimmte Kooperation bildet das „Kommunale Suchtpräventionskonzept für die Stadt Iserlohn“, welches vom städtischen Jugendamt, der Anonymen Drogenberatung und dem

¹⁹ Quelle: Jahresbericht der Anonymen Drogenberatung e.V. Iserlohn 2003

²⁰ GINKO = Gespräche – Informationen – Kontaktzentrum ist eine kombinierte Jugendberatungsstelle und Fachstelle für Suchtvorbeugung für Mülheim an der Ruhr. Darüber hinaus koordiniert das ginko die Suchtvorbeugung in NRW im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie.

Kriminalkommissariat Vorbeugung entwickelt worden ist und in Zusammenarbeit mit der Barmer Ersatzkasse, mehreren Selbsthilfegruppen, einer Suchtklinik und dem Kreisgesundheitsamt umgesetzt wird.

Zielgruppe dieses Suchtpräventionskonzeptes sind Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufen 5 und 6 an weiterführenden Schulen. In Form eines Modulsystems werden die Schüler und Schülerinnen sowie Multiplikatoren wie Lehrer und Eltern über Suchtmittel und deren Gefahren informiert. Ein wesentlicher Bestandteil bildet die Förderung des Nichtrauchens. Weitere Punkte bilden die Reflexion des eigenen Suchtverhaltens, ein Verhaltens- und Selbstsicherheitstraining sowie die Förderung der sozialen Kompetenz. Das Präventionskonzept kann nur komplett von den (weiterführenden) Schulen angefragt werden. Inzwischen ist dieses Konzept in einigen Schulen fester Bestandteil der Lehrpläne.

Das Konzept ist darüber hinaus als kreisweite Grundlage für die Suchtpräventionsarbeit in der Kommunalen Gesundheitskonferenz vorgestellt und von dort verabschiedet worden.

Das Konzept ist außerdem mit einem Preis des Landeswettbewerbs „LoQ – Leben ohne Qualm“ für die besten Ideen zur Prävention des Tabakkonsums ausgezeichnet worden.

13.13.4 Projekte zur Sekundärprävention in der Drogenberatung

Während sich die bisher beschriebenen Maßnahmen zur Primärprävention an Zielgruppen richtet, die keine besondere Risikogruppe darstellen, wie z.B. Grundschüler, wendet sich die Sekundärprävention an Personen, bei denen ein Problem existiert aber noch nicht voll ausgeprägt ist (u.a. Alkohol- oder Cannabis-konsumierende Jugendliche). Ziel ist es, Abhängigkeiten und Chronifizierungen von Suchtkarrieren zu vermeiden. Dazu zwei Beispiele aus dem Märkischen Kreis:

- Kiffen – Lebensgefühl oder Lebenskrise: Im vergangenen Jahr wurde seitens der Anonymen Drogenberatung e.V. Iserlohn auf das veränderte Konsumverhalten Jugendlicher eingegangen²¹. In fünf verschiedenen Jugendfreizeiteinrichtungen im Märkischen Kreis fanden Veranstaltungen mit dem Thema „Kiffen – Lebensgefühl oder Lebenskrise“ in Form eines einleitenden Informationsabends für alle interessierten Bürgerinnen und Bürger statt. Daran schlossen sich mehrere Gesprächsabende mit interessierten Jugendlichen an. Pro Gruppenabend waren 10 bis 15 Jugendliche und junge Erwachsenen anwesend. Die Gesprächsangebote wurden vom Ergebnis her positiv bewertet und sollen in den kommenden Jahren in Form aktueller Projektideen in Zusammenarbeit mit Drogen- und Jugendhilfe weitergeführt werden.
- Sozialer Trainingskurs: Auf rechten Wegen gehen, statt im „Abseits“ zu stehen: Der Trainingskurs „ABSEITS“, der vom Verein Knackpunkt e.V. Iserlohn und der Anonymen Drogenberatung e.V. Iserlohn durchgeführt wird, zielt im Rahmen der Sekundärprävention darauf ab, einer Chronifizierung von missbräuchlichem Konsumverhalten entgegenzuwirken, die Entwicklung einer manifesten Abhängigkeit zu verhindern und bereits bestehende Beeinträchtigungen zu beheben. Auf praktischer Ebene sollte eine Basis für Handlungsalternativen zum Konsum im Lebensalltag geschaffen werden.²² Bestandteile dieses Kurses sind die Auseinandersetzung mit dem bisherigen Lebens- und Suchtverlauf, erlebnispädagogische Elemente zur Gruppenfindung sowie Informationen über Drogen, ihre Wirkungsweisen und gesundheitsschädigenden Folgen, über Sucht allgemein und Drogenabhängigkeit speziell. Hierzu war ein „Ex-User“ eingeladen, der nur einige Jahre älter als die Jugendlichen war und ihnen eindrucksvoll seine Lebensgeschichte erzählte. Ein weiterer Baustein des Trainingskurses war die Auseinandersetzung der Jugendlichen mit ihrem Drogenkonsum, ihren Drogenerfah-

²¹ Anonyme Drogenberatung e.V. Iserlohn: „Jahresbericht 2004“

²² Quelle und weitere Infos: www.drobs-mk.de

rungen, ihre Konsummuster und die für sie daraus resultierende Folgen. Von den acht durch richterliche Weisung zugewiesenen Teilnehmern haben sechs den Kurs erfolgreich beendet. Aufgrund des erfolgreichen ersten Trainings wird dieser Kurs auch weiterhin einmal jährlich angeboten.

13.14 Schülerseminare zur Gewaltprävention

Die Gewaltbereitschaft unter Jugendlichen hat bundesweit in den vergangenen Jahren zugenommen. Bundesweit gibt es Aktionen und Maßnahmen zur Gewaltprävention, ob von Seiten der Landesregierungen, der Schulen oder von privaten Organisationen und Jugendhilfen.

Häufig sind Seminarformen wie Anti-Gewalt-Trainings, Streitschlichtungsseminare und Projekte zur Gewaltprävention anzutreffen. Ein ausführliches Konzept zur Einführung und Durchführung eines Streitschlichtungsprogramms ist im Internet auf dem LearnLine Bildungsserver NRW zu finden. Hier lernen die Schüler, wie ein Streitschlichtungsgespräch auszusehen hat, wie Lösungen aussehen können und welche konkreten Vereinbarungen zu treffen sind²³. Außerdem gibt es Handreichungen zu der Frage, wie Streitschlichtungsprogramme erfolgreich in den Schulalltag eingebracht werden können.²⁴

Das Kreisjugendamt setzt ebenfalls auf Zusammenarbeit mit den Schulen im seinem Einzugsbereich. Beispielsweise wird seit zehn Jahren das erfolgreiche Schülerseminar zur Gewaltprävention für die Primarstufe „Mut tut gut – vertragen und nicht schlagen!“ für die vierten Klassen der Grundschulen durchgeführt. Darin geht es unter anderem darum, eine Gesprächskultur, geprägt durch Respekt, Rücksichtnahme und Toleranz, zu entwickeln. Seit dem Schuljahr 1995/1996 nahmen ca. 6.500 Schülerinnen und Schüler in insgesamt 270 Schülerseminaren teil.

Mobbing und Schikanen sind Realität in vielen deutschen Schulen. Kinder hänseln Mitschüler und Mitschülerinnen, weil sie anders aussehen oder unsportlich sind. Sie grenzen andere wegen schlechter oder auch wegen herausragender Schulleistungen aus. An verschiedenen weiterführenden Schulen im Einzugsbereich des Kreisjugendamtes wurden auch im vergangenen Jahr insgesamt 20 Schülerseminare zur Mobbingprävention durchgeführt. Es handelt sich um das Schülerseminar „Prima Klima“ für Schüler und Schülerinnen der 7. Klassen sowie um das Seminar „Unsere Klasse wird ein Team“ für Schülerinnen und Schüler der Klasse 6.

Der Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes ist ebenfalls an der Gewaltprävention in Schulen beteiligt. So fanden im Jahr 2004 in den Städten Iserlohn, Hemer und Menden jeweils Vorträge von Ärztinnen und Ärzten des Gesundheitsamtes zum Thema Gewaltprävention statt.

Ein Beispiel: Gewaltpräventionskonzept für die Stadt Iserlohn

Die Stadt Iserlohn hat im Jahr 2003 für ihren Einzugsbereich ein „Gewaltpräventionskonzept für die Stadt Iserlohn“ entwickelt, an dem mehrere Kooperationspartner in abgestimmter Weise in einem aufeinander aufbauenden Präventionsprogramm beteiligt sind²⁵. Danach setzt Gewaltprävention auf drei Ebenen an:

²³ URL-Adresse: http://www.learnline.nrw.de/angebote/uekontaktschulen/medio/Unterrichtspraxis/streit_01.htm#

²⁴ Weitere Informationen zum Hintergrund wie auch zu Hilfen können bei der Bundeszentrale für politische Bildung, die schulische Gewalt als Schwerpunktthema behandelt, unter der Adresse http://www.bpb.de/themen/FKWRCW,0,Gewalt_und_Pr%E4vention.html abgerufen werden.

²⁵ Stadt Iserlohn, Der Bürgermeister, Drucksachen-Nr.51/3 (2232 Le) vom 04.11.2003

- Primäre Prävention bedeutet die Vorbeugung von Gewalttätigkeiten, setzt mit den Angeboten bereits vor der erkennbaren Gefährdung an und richtet sich in der Konsequenz ohne eine vorherige Auswahl an alle Kinder und Jugendlichen.
- Sekundäre Prävention bezieht sich auf solche Gruppen von Kindern und Jugendlichen, für die es Hinweise gibt, dass sie sich potentiell gewalttätig verhalten.
- Tertiäre Prävention wendet sich schließlich an Kinder und Jugendliche, die sich bereits konkret gewalttätig und aggressiv verhalten haben und richtet ihre Angebote so aus, dass ein Rückfall in gewalttätiges Verhalten vermieden werden kann.

Ziel des auf die Situation an Schulen abzielenden Konzeptes ist es, Schülerinnen und Schüler für das Thema des gewalttätigen Verhaltens unter Jugendlichen generell und aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu sensibilisieren, Verhaltensalternativen zu entwickeln und sie an den friedfertigen Umgang miteinander heranzuführen. Mit Hilfe unterschiedlicher methodischer Ansätze sollen Schüler erlernen, das eigene Verhalten zu reflektieren und die Auswirkungen gewalttätigen Verhaltens auf mögliche Opfer aufzuzeigen.

Mit dem Training sozialen Verhaltens und der Ausarbeitung verbindlicher Regeln für den Klassenverband sollen zukünftige Eskalationen verhindert werden.

13.15 Informationen für Lehrer, Eltern und Multiplikatoren

Alle gesundheitsfördernden Maßnahmen für Kinder und Jugendliche, vor allem wenn sie als Teil der schulischen Bildung oder zu den Aufgaben der Kindertageseinrichtungen gehören, können ohne Einbindung der Eltern nur wenig erfolgreich sein. Erst wenn sich Informationen z.B. über ausgewogene Ernährung, ausreichende Bewegung oder Suchtgefahren auch im familiären Kontext verbreiten, besteht die Chance einer Verhaltensänderung.

Oftmals transportieren die Kinder ihre neu gewonnenen Kenntnisse in ihre Familien. Nachhaltiger wäre eine begleitende Elterninformation, etwa durch gezielte Veranstaltungen oder Info-Broschüren.

Aber auch die pädagogischen Kräfte müssen für Themen zur Prävention und Gesundheitsförderung gewonnen werden.

Lehrerfortbildung gehört zum Aufgabenbereich der Schulaufsicht (§ 86 SchulG NRW). Vom Schulamt des Märkischen Kreises werden aktuell Fortbildungen zur Gesundheitsförderung angeboten, die sich nicht nur an Lehrkräfte aus OPUS-Schulen richten, sondern vor allem auch Suchtberatungslehrer²⁶ als spezielle Zielgruppe ansprechen. Hier folgt eine kurze Themenübersicht aus dem laufenden Programm:

- Suchtvorbeugung /Gesundheitserziehung in der Schule
- Beratungsgespräche führen
- Musikalische und körperliche Improvisation in der Suchtprophylaxe aller Schulformen
- Kollegiale berufl. Selbstreflexion
- Suchtprophylaktische Elemente im Unterricht der Sekundarstufe I
- Suchtprophylaktische Elemente im Unterricht der Primarstufe
- Schulische Konflikte und kollegiale Beratung
- Methoden des sozialen Lernens

Über dieses Fortbildungsprogramm hinaus richten sich auch spezielle Fortbildungs- und Seminarangebote der Anonymen Drogenberatung, des Kommissariats Vorbeugung und auch des Jugendschutzes an die Lehrkräfte.

²⁶ Eine Schwerpunktmaßnahme "Suchtvorbeugung in der Schule" (Fortbildung zum Suchtberatungslehrer) wird es vorläufig nicht mehr geben. Das Ministerium in Düsseldorf hat die meisten Schwerpunktmaßnahmen aus Kostengründen gestrichen. 20 Kolleginnen und Kollegen haben gerade ihre Fortbildung beendet (140 Stunden) und ihre Zertifikate erhalten.

Im vergangenen Jahr wurden neun Lehrerfortbildungen als Beitrag zur Gewaltprävention vom Kreisjugendamt durchgeführt. Die Themenauswahl reicht vom „Lernziel Friedfertigkeit“ über „Körpersprache und Gewalt“ bis hin zu „Soziales Lernen in der Grundschule als Beitrag zur Reduzierung von Gewalt“. Das Thema „Gewalt an Schulen“ ist für die pädagogische Praxis nicht mehr wegzudenken. Das Verhindern und das Verlernen von Gewalt gehören zu den zentralen Aufgaben der pädagogischen Praxis, denn gewalttätiges Verhalten verletzt grundlegende Menschenrechte und Entwicklungsmöglichkeiten von jungen Menschen.

Das Kriminalkommissariat Vorbeugung der Kreispolizeibehörde Lüdenscheid bietet ebenfalls zum Thema Gewaltprävention Multiplikatorenschulungen für Lehrerinnen und Lehrer an. Die dargestellten Inhalte orientieren sich nach Möglichkeit an den Problemstellungen der jeweiligen Schule. Im Anschluss an diese Veranstaltungen wird Informationsmaterial zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus steht das Kommissariat Vorbeugung auch in einzelnen Problemfällen den jeweiligen Schulen beratend zur Verfügung. Aus diesen Multiplikatorenveranstaltungen sollte sich möglichst ein Rahmenkonzept für gewaltpräventive Arbeit an der jeweiligen Schule ergeben.

Auf Wunsch werden in den Schulen auch Elterninformationsabende angeboten, um die Eltern über die oben genannten Zusammenhänge auf dem Gebiet der Gewaltprävention zu informieren. Weiterhin werden die Eltern über die Inhalte der Schülerveranstaltungen und deren Wichtigkeit eingehend informiert. Im vergangenen Jahr sind zum Themenkomplex „Gewaltprävention“ kreisweit 1.402 Teilnehmer erreicht worden, davon waren 140 Personen Eltern.

13.16 Schulische Gesundheitsförderung im Netzwerk OPUS-NRW

OPUS NRW (Offenes Partizipationsnetzwerk und Schulgesundheit) ist ein Verbund von Schulen aller Schulformen, die mit dem Leitmotiv der Gesundheitsförderung ihre Schulen zu guten, gesunden Schulen entwickeln wollen. In einem zweiten Handlungsfeld geht es um die Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Dieser zweite Bereich ist jedoch vom Umfang wesentlich geringer als der der schulischen Aktivitäten und ist im Märkischen Kreis nicht vertreten.

OPUS Schulen gestalten und nutzen den gegenseitigen Erfahrungsaustausch und arbeiten mit außerschulischen Partnern zusammen. Das Ministerium für Schule und Weiterbildung von Nordrhein-Westfalen ermöglicht und unterstützt in Zusammenarbeit mit außerschulischen Partnern das Netzwerk OPUS. Zu den außerschulischen Partnern gehören der Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe, der Rheinische Gemeindeunfallversicherungsverband, der BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen und die Landesunfallkasse.

OPUS Schulen erhalten im Erfahrungsaustausch mit anderen Schulen und durch die Zusammenarbeit mit außerschulischen Partnern Unterstützung und Reflexionshilfe für die eigene Arbeit. Unterstützungsstrukturen an den Schulämtern bieten den OPUS Schulen Beratung und Fortbildung an. Für die Durchführung nachhaltiger Aktivitäten der Gesundheitsförderung werden den OPUS Schulen Projektmittel zur Verfügung gestellt.

Thematische Schwerpunkte sind Bewegung, Ernährung, Präventionsprojekte in den Bereichen Suchtvorbeugung, Sexualität und Partnerschaft, Streitschlichtung, Lehrer*innen-gesundheit, Schulumfeldgestaltung und weiteres mehr.

OPUS Schulen präsentieren sich auf der Webseite von www.opus-nrw.de mit ihrem Programm gegenüber der Öffentlichkeit als Schulen, die hohen Bildungserfolg mit der Förderung der Gesundheit aller Beteiligten verbinden.

Die Grundprinzipien der OPUS-Schulen gründen auf dem Begriff der so genannten Salutogenese (Annahmen über die Entstehung der Gesundheit). Kernpunkt ist, dass über körperliche, psychische und soziale Faktoren die Gesundheit jedes einzelnen gestärkt wird. Die alltäglichen schulischen Lern- und Arbeitsbedingungen und die bereits vorhandenen gesundheitsförderlichen Initiativen werden zum Ausgangspunkt für gesundheitsfördernde Entwicklungen genommen. Die gesundheitsfördernde Schule bezieht die Bedürfnisse aller Menschen, die in der Schule leben und arbeiten, mit ein. Unterstützende Elemente sind das sog. „Empowerment“ (Ermutigung und Ermächtigung) und die Partizipation aller Beteiligten, um die sieben Grundbedingungen, die die WHO für die Gesundheit benennt, entwickeln, fördern und stärken zu können:

- Stabiles Selbstwertgefühl
- ein positives Verhältnis zum eigenen Körper
- Freundschaft und soziale Beziehungen
- eine intakte Umwelt
- sinnvolle Arbeit und gesunde Arbeitsbedingungen
- Gesundheitswissen und Zugang zur Gesundheitsversorgung
- eine lebenswerte Gegenwart und begründete Hoffnung auf eine lebenswerte Zukunft.

Im Märkischen Kreis sind derzeit folgende 11 Schulen am Netzwerk OPUS NRW beteiligt:

- Hauptschule Parkstraße, Hemer
- Hauptschule Urbecker Straße, Hemer
- Ihmerter Schule, Hemer
- Berufskolleg des Märkischen Kreises, Hansaallee, Iserlohn
- Brabeckschule, Iserlohn
- Städt. Gesamtschule, Iserlohn
- Friedensschule, Lüdenscheid
- Gertrud Bäumer-Berufskolleg, Lüdenscheid
- Hauptschule Bösperde, Menden
- Städt. Walram-Gymnasium, Menden
- Vier-Täler-Schule, Plettenberg

Um einen Eindruck von den vielfältigen Aktivitäten zu vermitteln, folgt hier eine komprimierte Aufstellung aktueller Programmpunkte²⁷.

Hauptschule Parkstraße, Hemer

- FIT FOR FUN - Bin ich fit? : Jahrgangsstufe 5: Fitnesstest – Entspannung – Lungenvolumen - Das gesunde Frühstück – Atmung - Tai Chi – Selbstverteidigung,
- Gesundheitstage für die Jahrgangsstufe 9: Drogen- und Suchtberatung - Tai Chi – Fitnesstest – Ernährungsberatung – Sehtest
- Wahrnehmungsschule für die Jahrgangsstufe 5 : Zusammenarbeit mit dem "Body & Grips-Mobil"²⁸
- Unfallverhütung: Schulsanitätsdienst
- Ernährung: PAUSE - Ein selbstverwalteter Schulkiosk an der HSP

²⁷ Weitere Informationen auf Kreisebene sind beim Schulamt für den Märkischen Kreis zu erhalten.

²⁸ Das Body & Grips-Mobil wird vom Jugendrotkreuz Westfalen organisiert. Es handelt sich hierbei um ein mobiles Spielmobil zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung. Spielerisch werden die Schüler auf einer „Reise durch den Körper“ für folgende Schwerpunkte sensibilisiert: Körper, Geist und Gefühl sowie die soziale und natürliche Umwelt. Dies erfolgt durch eine Verstärkung des Gesundheitswissens und der Sensibilität für den eigenen Körper sowie durch die Bewusstseinsvermittlung gegenüber Aspekten der eigenen und allgemeinen Gesundheit. Das Mitmachprogramm wird auf die jeweilige Zielgruppe abgestimmt. Aus einer Vielzahl von Angeboten suchen die Organisatoren des Aktionstages ca. 10 Stationen aus, die dann von den Schülern absolviert werden. Zielgruppe sind Schüler um 14 Jahre.

Hauptschule Urbecker Straße, Hemer

- Soziales Lernen: (Lions Quest²⁹) in der Erprobungsstufe, MindMatters, Projektwoche Soziales Lernen in Klasse 6
- Unfallverhütung: Schulsanitätsdienst
- Sonstige: Mensaprojekt, Streitschlichterprogramm, Lehrer-Raumprinzip, Video-Projekt

Ihmerter Schule, Hemer

- Ernährung: Gesundes Schulfrühstück: regelmäßige Zubereitung eines gesunden Frühstücks in den Klassen
- Unsere Projektwoche: "Unsere Schule lebt gesund" : 15 Projekte rund um das Thema Gesundheit (Sport, Ernährung, Sinneswahrnehmung etc.) sowohl von LehrerInnen als auch von Eltern durchgeführt
- Bewegung: Schulhofgestaltung: attraktiver und anregender „Bewegungsschulhof“ mit Spiel- und Klettergeräten und Sinnesparcour, Duathlon auf dem Sportplatz, Fußball- und Tischtennismeisterschaften; psychomotorischer Bewegungsparcours in der Turnhalle, Beschäftigungs-/Bewegungskonzepte in Regenspauzen
- Prävention: Selbstbehauptungs- und Konflikttraining durch ein Expertenteam bestehend aus professionellen Erfolgstrainern: Gefahrenerkennung und -vermeidung, Selbstbehauptung, realitätsnahe Rollenspiele, Prävention von sexuellem Missbrauch
- Unfallverhütung: Erste-Hilfe-Maßnahmen

Berufskolleg des Märkischen Kreises, Iserlohn

- Förderung des Selbstwertgefühles: Lernen lernen, Klassenstunde: Übung und Erwerb von Kommunikations- und Sozialkompetenzen, Lions-Quest-Programm
- Ernährung: Unterrichtsthema im hauswirtschaftlichen Unterricht "Gesunde Ernährung", Essstörungen, das gesunde Frühstück im Kindergarten, interkulturelle Erziehung, Cafeteria zum Tag der offenen Tür
- Konfliktbewältigung: Sucht- und Gewaltprävention, Projekt: Streitschlichtung, Beratungskonzept: Von A(ids) bis Z(off mit den Eltern), Projekt zur Aidsprävention
- Gesundheit: „Schon gehört?“ Aktion mit der Barmer³⁰, Kooperation mit Krankenkassen im Kreis: z.B. Rückenschule mit Friseuren und Bäckern, Sexualhygiene, Das Stressphänomen - Bewältigung durch Entspannung
- Unfallverhütung: Erste-Hilfe-Kurse, Ausbildung zum Schulsanitäter, Kooperation mit Polizei- und Verkehrswacht: Sicherheitstraining mit Schülern
- Umweltschule in Europa³¹ (seit August 2000)
- Weitere Projekte und Arbeitskreise: Theater, Tierschutz, sauberes und umweltfreundliches Klassenzimmer, Teichbau, Wildkräuter

²⁹ Konkrete Hilfen zur Unterstützung von Schulen in der Erziehungsarbeit bietet das Lions-Quest-Programm 'Erwachsen werden' an. Lions-Quest ist das Programm des Deutschen Lions-Clubs zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung Zehn- bis Fünfzehnjähriger. Es hilft jungen Menschen bei der Bewältigung von Problemen und Risikosituationen und bietet Lehrkräften Stundenkonzepte für die Arbeit an einer guten Klassen- und Lerngemeinschaft. Dabei baut das Programm auf die enge Zusammenarbeit zwischen Eltern, Schülern und Lehrern.

³⁰ Früherkennung von Hörschäden, Hörtestpass

³¹ "Umweltschule in Europa" ist eine Ausschreibung der europäischen Umweltbildungsstiftung F.E.E. (Foundation for Environmental Education). Gegenwärtig beteiligen sich über 10.000 Schulen in 26 Ländern an dem Projekt. In Deutschland sind es bislang 535 Schulen aus zehn Bundesländern (inkl. Auslandsschulen). Über Europa hinaus beteiligen sich jetzt Südafrika, Südamerika und Island am Projekt. Das Projekt zielt auf die Entwicklung umweltverträglicher Schulen und die Verankerung einer Bildung für nachhaltige Entwicklung in Curriculum und Schulleben. Unabhängig von ihrer Ausgangssituation können alle Schulen die begehrte Auszeichnung "Umweltschule in Europa" erhalten, wenn sie innerhalb der Projektzeit ein selbstentwickeltes Konzept zur Verbesserung ihrer Umweltverträglichkeit erfolgreich umsetzen konnten. Umweltschulen befinden sich auch in Altena, Hemer, Iserlohn (3), Lüdenscheid (2) sowie Neuenrade (2).

Brabeckschule, Iserlohn

- Gestaltung des Schulumfeldes: Schulhofgestaltung
- Gesundheit: Training für übergewichtige Schüler / Adipositastraining

Städt. Gesamtschule, Iserlohn

- Ich-Stärkung/Förderung des Selbstwertgefühls: Mädchenförderung – Jungenförderung, Sozialtraining Quest-Programm
- Konfliktbewältigung: Streitschlichtung durch SchülerInnen, Anti-Gewaltprojekt, Schule ohne Rassismus, Beratungsangebote
- Ernährung und Gesundheit: versch. Unterrichtsfächer z.B. Hauswirtschaft oder Biologie, Essensausschuss, Anti-AIDS-Projekt³²
- Gestaltung des Schulumfeldes: an beiden Standorten Schulgärten, bewegungs- und kommunikationsanregende Schulhofgestaltung
- Suchtprophylaxe: Anti-Sucht-Projektwochen, Beratungsangebote, Kooperation mit DROBS, Polizei und Jugendamt
- Psychosoziales Wohlbefinden / Stressbewältigung: Pausenangebote: Meditation , Toben im Toberaum und Entspannungsübungen
- Gesundheitstraining durch Sport: Rückentraining: Rückenschule im Kraftraum, Kreislauftraining (Stepp-Aerobic)

Friedensschule, Lüdenscheid

- Förderung des Selbstwertgefühls: Kommunikationstraining

Gertrud Bäumer - Berufskolleg, Lüdenscheid

- Sport und Bewegung: Kreislauftraining, Rückentraining, Volleyballturnier Schüler-Lehrer
- Ernährung: Unterrichtsthemen: Gesundes Frühstück, Vollwertige Ernährung, Essstörungen
- Arbeitsplatzgestaltung: Unterrichtsthemen in der hauswirtschaftlichen Fachpraxis, im Berufsfeld Frisör, im Berufsfeld Gesundheit
- Schulumfeldgestaltung: Naturnahes Außengelände am Standort Plettenberg, Schulhof-Reinigungsdienst, Müllbeseitigungssystem, Sanitätsdienst
- Prävention: Suchtprävention, Aidsprävention
- Unterrichtsgestaltung: Methodentraining
- Umweltschule in Europa (seit 2002)

Vier-Täler-Schule, Plettenberg

- Entspannung und Konzentration: Entspannungsübungen für SchülerInnen
- Bewegung und Sport: Raum für Bewegung (Turnierteilnahme auf Kreisebene)
- Ernährung: Gesundes Frühstück
- Schulumfeldgestaltung: Schulhofgestaltung

³² In jeder 7. Klasse wird klassenweise in Form einer Rallye ein Wettkampf durchgeführt, dessen Sachinformationen im Biologieunterricht vorbereitet werden. Der Einstieg erfolgt über den Film "Sex- eine Gebrauchsanweisung für Jugendliche", an den sich die Rallye mit den Spielen anschließt. Diese enthält neben Wettspielen zum HIV-Virus und seinem Zyklus und dem begleitenden Syndrom auch Spiele zur Benutzung und Stabilität von Kondomen am Modell. Der Wanderpreis verbleibt bis zur nächsten Rallye in der Siegerklasse. Die AIDS Rallye wird in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt (Stadt Iserlohn) durchgeführt.

- Prävention: Zahnpflege, Schulwegsicherung, Sicheres Rad

Dieser Maßnahmenkatalog soll nicht den Eindruck erwecken, als gäbe es derartige Projekte an anderen Schulen nicht. Informationen über die an anderen Schulen stattfindenden Gesundheitsprojekte lassen sich nur mit sehr viel Aufwand erschließen³³. Die Auflistung der Projekte gibt aber einen Einblick, in welcher Bandbreite sich diese Aktionen bewegen.

³³ Informationen über Schulprojekte sind in der Datenbank der OPUS-Schulen zu finden unter der URL-Adresse: <http://www.learn-line.nrw.de/angebote/gesundids/medio/proj/proje.html>

14. Kinder- und Jugendgesundheit verbessern – was ist zu tun ?

Welche Rückschlüsse können aus dem vorliegenden Datenmaterial geschlossen werden? Zunächst werden Ergebnisse aus dem Gesundheitsbericht in einer Zusammenfassung dargestellt. Im Anschluss daran werden Handlungsempfehlungen in Form von Gesundheitszielen für den Märkischen Kreis vorgeschlagen.

14.1 Zusammenfassung

Dieser erste Schwerpunktbericht zur Kinder- und Jugendgesundheit ist Bestandteil eines Qualitätskreislaufs zur ständigen Verbesserung der Gesundheitsförderung (Kapitel 1). Die Erstellung von kommunalen Gesundheitsberichten und die Ausrichtungen von Präventionsmaßnahmen gehören laut des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW zum Aufgabenbereich des Gesundheitsamtes. Die gewonnenen Erkenntnisse wie auch die darauf aufbauenden Maßnahmen sind mit den an der Prävention beteiligten Akteuren, zuvorderst mit der kommunalen Gesundheitskonferenz zu diskutieren und abzustimmen.

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird innerhalb des biografischen Spektrums von der Schwangerschaft bis zum Eintritt in das Erwachsenenalter betrachtet. Aus dem vorliegenden Material wird jedoch erkennbar, dass Gesundheitsdaten für einige Teilbereiche umfassend und detailliert vorliegen, andere dagegen bisher kaum ausreichend erforscht sind. So war zum Teil auf Daten zurückzugreifen, die lediglich auf Bundes- oder Landesebene vorliegen, oder aber in speziellen Untersuchungen außerhalb des Märkischen Kreises behandelt worden sind.

Die demografischen Daten (Kapitel 2) weisen wie im Bundesgebiet auch für den Märkischen Kreis einen Abwärtstrend bezüglich der Geburtenzahlen auf, wenn auch nicht so dramatisch, wie in einzelnen Nachbarkreisen bzw. -städten. Innerhalb des Kreisgebietes zeichnet sich diese Entwicklung – auf die kommenden 15 Jahre gesehen – gemeindebezogen zum Teil sehr deutlich, zum Teil auch nur recht verhalten ab. Die Kommunen haben erkannt, dass sie neben der Wirtschaftsförderung beispielsweise auch Familien- und Kinderfreundlichkeit als Standortfaktor benötigen, um dem demografischen Wandel aktiv entgegenzutreten.

Die schwindende Präsenz von Kindern und Jugendlichen im Gesellschaftsbild und der überproportionale Anstieg der Zahl der Hochbetagten sind nur zwei von vielen Faktoren, welche die Lebenswelt (Kapitel 3) der heutigen und künftig nachwachsenden Generation von Kindern und Jugendlichen prägen. Noch nie – so sagen Experten – seien die Entwicklungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche so gut gewesen wie heute; noch nie sei Wissen für breite Bevölkerungsschichten so leicht zu erschließen, wie für die heutige Jugendgeneration. Andererseits fehle heute aber auch die Gewissheit, berufliche und schulische Qualifikationen für eine lebenslang kontinuierlich verlaufende Berufsbiografie nutzen zu können.

Der gesellschaftliche Wandel hat die Bedeutung der klassischen Familie schrumpfen lassen. Statt dessen sind heute viele Formen des Zusammenlebens möglich, die zum Teil sehr viel mehr Anforderungen an erzieherische Inhalte und Betreuungsangeboten an öffentliche Institutionen stellen, als dies etwa noch vor zwei Jahrzehnten der Fall war. Kindergärten und Schule bekommen in diesem Zusammenhang ein verändertes Aufgabenprofil. Die konzeptionelle Zweiteilung „Kindergarten für die Betreuung“ und „Schule für die Bildung“ erfährt eine Aufhebung, die Grenzen werden fließend. Die Beratung für Eltern in Erziehungs- und auch in Gesundheitsfragen wird notwendiger, beispielweise auch deshalb, weil dieses Wissen im Zuge des gesellschaftlichen Umbaus abhanden gekommen ist.

Erinnern wir uns kurz an einen „typischen Entwicklungsverlauf“ den ein Kind von seiner Geburt bis zum Eintritt in das Erwachsenenalter nimmt (Kapitel 4). Die erste noch kritische Phase während und nach der Geburt, wo sich jede Familie erst einmal komplett umstellen muss, das Krabbelalter, die ersten erkennbaren Wörter, der Eintritt in Kindergarten und Schule, die Orientierungsphase im Verlauf der Pubertät und schließlich das Erwachsenwerden, was sich mit Abschluss der Schulausbildung, dem Eintritt in die Arbeitswelt und der allmählichen Ablösung vom Elternhaus manifestiert.

Der institutionelle Rahmen der Gesundheitsvorsorge wie auch der Beratung und Behandlung für Kinder und Jugendliche und deren Eltern führt sehr schnell über den Rahmen des Gesundheitssystems hinaus (Kapitel 5). Hier sind es die niedergelassenen Kinderärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin, die erste Anlaufstation für Fragen um die Kinder- und Jugendgesundheit sind. Schwierigere Krankheitsverläufe, Unfälle oder chronische Erkrankungen sind Anlässe für einmalige oder wiederkehrende Krankenhausbehandlungen. Als dritter Bereich im Gesundheitssystem ist der öffentliche Gesundheitsdienst zu nennen, der unter anderem schulärztliche Aufgaben in Form von Einschulungs- oder Reihenuntersuchungen zur Zahngesundheit wahrnimmt. Im Gegensatz zum niedergelassenen Arzt sieht „er“ nicht nur „seine“ Patienten, sondern kann gesundheitliche Entwicklung an Hand einer gesamten Bevölkerungsaltersgruppe darstellen und zeitlich wie regional vergleichbar machen.

Jenseits des Gesundheitssystems sind die Jugendhilfe, die Kindergärten und Schulen wie auch Beratungs- und therapeutische Einrichtungen an der Gesundheitserziehung, Beratung und Hilfe für Kinder und Jugendliche beteiligt.

Schön ist es, wenn alle Beteiligten voneinander wissen, miteinander reden und gelegentlich an einem Strang ziehen, wenn es um die Verbesserung von Kindergesundheit geht. Im Rahmen des vorliegenden Gesundheitsberichtes war es nicht möglich, flächendeckend und systematisch den Grad der Vernetzung zwischen den Akteuren zu untersuchen. Dies wäre – für eine Situationsbeschreibung in den 15 Städten und Gemeinden im Kreisgebiet – eigentlich einen weiteren Gesundheitsbericht wert. Statt dessen wurden hier einige gute Beispiele für Vernetzung und Zusammenarbeit zitiert.

Ein Bericht zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen kommt an dem Thema „Tod“ nicht vorbei (Kapitel 6). Am kritischsten für die ganz Kleinen ist die Phase während und kurz nach der Geburt. Todesfälle in diesem ersten Jahr bezeichnet man als „Säuglingssterblichkeit“. Ihre Zahl hat sich, auf die vergangenen Jahrzehnte bezogen, in Deutschland sehr stark zurückentwickelt und liegt im Promillebereich (Todesfälle auf 1.000 Lebendgeburten). Ein bundesweiter Vergleich zeigt, dass sich trotz dieser vergleichsweise kleinen Zahl Unterschiede abbilden lassen, die Faktoren wie das Durchschnittsalter der Mütter, ihr Gesundheitsverhalten (Rauchen, Alkohol) sichtbar machen. Ende der 90er Jahre waren auch bestimmte Gruppen von Zuwanderinnen stärker betroffen, was auf die Inanspruchnahme von Schwangerschaftsfrüherkennungen zurückzuführen war. Ob diese Faktoren heute und für den Märkischen Kreis noch von Bedeutung sind, kann im Rahmen dieses Berichtes nicht geklärt werden. Hier wären gesonderte Untersuchungen erforderlich.

Kinder im Alter zwischen 1 und 14 Jahren unterliegen, ebenso wie Jugendliche und junge Erwachsene, dem Risiko durch äußere Einwirkungen, wie Vergiftungen, Verletzungen, Verbrennungen, Unfälle zu Tode zu kommen. Von den 38 Todesfällen (Märkischer Kreis; Jahr 2002) in den genannten Altersgruppen waren 27 dadurch verursacht.

Zur Verbesserung der Bildungschancen durch Früherkennung führt der Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes flächendeckend im gesamten Kreisgebiet zwei Reihenuntersuchungen (Kapitel 7) durch: das Kindergarten-Screening für Kinder, die 18 bis 24 Monate vor der Einschulung stehen, sowie die Einschulungsuntersuchungen. Mit der Untersuchung der Kindergartenkinder werden mehr als 90 Prozent der Kinder in dieser Al-

tersgruppe erreicht, bei den gesetzlichen Schuleingangsuntersuchungen sind es 100 Prozent.

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zeigen, dass Körperkoordination, Sprachstörungen und Verhaltensauffälligkeiten bei den Schulanfängern in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen haben. Es stellt sich die Frage, ob die derzeitigen Kompensationsmöglichkeiten ausreichen und im erforderlichen Maße genutzt werden und welche Wirkungen damit erzielt werden. Noch besser wäre es, wenn das körperliche Spiel und das Bewegungsverhalten im Kindesalter wieder eine stärkere Betonung erhielte.

Bei den Einschulungsuntersuchungen wird darüber hinaus erfasst, welche Früherkennungsuntersuchungen und welche Impfungen von dem Kind bisher in Anspruch genommen worden sind. Generell nimmt eine Beteiligung an den Früherkennungsuntersuchungen mit steigendem Alter der Kinder ab. An der Jugenduntersuchung J 1 nimmt bestenfalls noch die Hälfte einer Altersgruppe teil. Jedoch zeigt die Auswertung der Ergebnisse aus bisher einem Einschulungsjahrgang, dass die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen und den Impfungen lokal variiert. Erstmals lässt sich dies sogar mit Bezug auf den einzelnen Grundschuleinzugsbezirk darstellen (siehe Anhang). Die folgenden Jahrgänge werden zeigen, ob sich diese Unterschiede bestätigen. Falls dies der Fall ist, wären gezielte Aufklärungs- und Informationskampagnen für die fraglichen Regionen zu entwickeln.

Auch die Reihenuntersuchungen zur Zahngesundheit durch den Jugendzahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes (Kapitel 8) erreichen kreisweit und flächendeckend bestimmte Altersjahrgänge in Kindergärten und Grundschulen. Da Schülerinnen und Schüler an Förderschulen besonders von Zahnerkrankungen betroffen sind, kommen hier intensivere Prophylaxemaßnahmen zum Tragen. Die Ausrichtung der Prophylaxetätigkeit des Jugendzahnärztlichen Dienstes (ergänzt durch einige Zahnarztpraxen) ist daraufhin bereits angepasst worden. Zur Zeit werden neue Konzepte erprobt, wie Eltern noch besser mit Informationen zur Zahngesundheit, Zahnputztechniken, Ernährung und Mundhygiene erreicht werden können.

Die Behandlungsstatistik ermöglicht eine kreisbezogene Betrachtung der erfolgten Krankenhausbehandlungen (Kapitel 9). Unterschieden wird nach Geschlecht, Altersgruppen und der Hauptdiagnose, die Behandlungsanlass war. Es gibt einige Erkrankungen, die fast typisch für das Kindes- bzw. Jugendalter sind, z.B. Essstörungen, von der vor allem junge Frauen bzw. weibliche Jugendliche betroffen sind oder die Diagnose „Entwicklungsverzögerungen“, die nur bei Kindern und Jugendlichen gestellt wird.

Durch die Differenzierung auf Kreisebene und der statistische Bezug auf 100.000 Einwohner lassen sich Unterschiede zwischen dem Kreis- und dem Landesdurchschnitt nachweisen. In folgenden Diagnosegruppen lag der Märkische Kreis deutlich über dem Landesdurchschnitt:

- Diabetes (15 bis 19 Jahre alte Patienten)
- Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten (alle Altersgruppen)
- Hyperkinetische Störungen (5 bis 9 Jahre und 10 bis 14 Jahre alte Patienten)
- Epilepsie (alle Altersgruppen)
- Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (5 bis 9 Jahre und 10 bis 14 Jahre alte Patienten)
- Verletzungen, Vergiftungen und andere äußere Ursachen (alle Altersgruppen)
- Vergiftungen und toxischen Einwirkungen (0 bis 1 Jahr und 1 bis 4 Jahre alte Patienten)

Zum Teil sind Vermutungen zum Zustandekommen dieser Unterschiede an den jeweiligen Textstellen vorgenommen worden. Eine gezielte Ursachenforschung bedarf allerdings weitergehender Analysen; sie scheinen vor allem dann angezeigt, wenn sich diese Unterschiede über mehrere Jahre zeigen sollten.

Für den ambulanten Bereich lagen Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vor, die seit vielen Jahren schon die dreißig häufigsten Diagnosen in der Kinderarztpraxis erheben und veröffentlichen. Neben der recht häufigen „Allgemeinuntersuchung ohne konkrete Beschwerden“ (Platz 2) und der „Impfung gegen Infektionskrankheiten“ (Platz 6) werden am häufigsten „Infektionen der oberen Atemwege“, „Mandelentzündungen“, „Mittelohrentzündungen“, „Bronchitis“ und „Fieber unbekannter Ursache“ genannt. Es ist anzunehmen, dass diese Diagnosen auch in Westfalen-Lippe und damit auch im Märkischen Kreis zu den häufigsten Anlässen zum Besuch einer Kinderarztpraxis gehören. Eine weitergehende regionale, geschlechts- oder altersspezifische Differenzierung ist aufgrund der vorhandenen Datenlage nicht möglich.

Im Bereich der psychischen Störungen und der Entwicklungsverzögerungen greifen die Maßnahmen der Schule (Beratungslehrer, Schulpsychologe) und der Jugendhilfe, manchmal ist auch über eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erforderlich, was sich über die Krankenhausstatistik abbilden lässt. Schulpsychologen und Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche kodieren nicht nach einem medizinischen Diagnoseschlüssel. Hier wird zum Teil nach rechtlichen Voraussetzungen, wie Hilfen nach dem § 35 a Kinder- und Jugendhilfegesetz (Hilfen bei seelischer Behinderung) oder nach zuweisender Einrichtung unterschieden. Eine Vergleichbarkeit zwischen dem medizinischen und dem psychologischen Hilfesystem war an Hand der vorliegenden Daten nicht herzustellen.

Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen oder gesundheitlichen Handikaps sind von der Zahl her nicht eindeutig zu erfassen (Kapitel 10). Anhaltspunkte zur quantitativen Einschätzung dieser Größenordnung ergaben sich aus der Schwerbehindertenstatistik, der Pflegestatistik sowie ansatzweise aus der Schulstatistik. In der Schwerbehindertenstatistik werden nur diejenigen Fälle erfasst, bei denen ein Grad der Behinderung von mehr als 50 vorliegt. Schwere körperliche, geistige oder seelische Beeinträchtigungen zeigen sich in ihrer ganzen Ausprägung meist erst mit fortlaufender körperlicher und geistiger Entwicklung, so dass die Zahl der tatsächlich schwerbehinderten Personen in den unteren Altersgruppen etwas höher liegen dürfte. Im Jahr 2003 lag die Zahl der unter 15 Jahre alten Kinder mit einer Schwerbehinderung im Kreisgebiet bei 757. Die Zahl der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen im Alter bis 19 Jahre lag im Jahr 2003 bei 492 Personen. Im Schuljahr 2004/05 besuchten 2.604 Schülerinnen und Schüler eine Förderschule. Etwa ein Drittel von ihnen hatte die ausländische Staatsangehörigkeit.

Bei der Beschreibung der gesundheitlichen Risiken für Kinder und Jugendliche (Kapitel 11) wurden Themen aus der aktuellen, bundesweiten Diskussion um die Kindergesundheit aufgenommen. Kritische Punkte betreffen das Ernährungsverhalten, den Bewegungsmangel, übermäßigen Medienkonsum, riskantes Sexualverhalten (ohne zu verhüten), psychosoziale Belastungen, Konsum von Suchtmitteln, ungünstige Familienverhältnisse durch suchtblastete Eltern, Verletzungen, Vergiftungen, Unfälle, Opfer von Rohheitsdelikten.

Mit der Schülerbefragung bei 14 und 15jährigen Schülern in vier Städten im Märkischen Kreis zum Konsum von Nikotin, Alkohol und Drogen im Jahr 2005 konnte gezeigt werden, dass Risiken, etwa regelmäßig zu rauchen oder übermäßig Alkohol zu konsumieren, nicht gleichmäßig verteilt sind, sondern zwischen Geschlecht und Schulformen variieren. Dadurch ergeben sich gezieltere Interventionsformen. Einige der obengenannten Risikobereiche können diesbezüglich gut eingegrenzt werden, bei anderen (Ernährungsverhalten, Medienkonsum) fehlen diese Merkmale, so dass bestimmte Zielgruppen aktuell nur ansatzweise identifiziert werden können. Entsprechende Erhebungen bzw. Auswertungen aus einschlägigen Studien stehen noch aus.

Wie eingangs schon erwähnt, gehören Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung thematisch zusammen. Ein Bericht, der eine möglichst umfassende Beschreibung

der Kinder und Jugendgesundheit beabsichtigt, müsste eigentlich auch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung komplett darzustellen versuchen (Kapitel 12). Es wurde aber erkennbar, dass dieses Aufgabenfeld von vielen Akteuren in höchst unterschiedlicher Weise wahrgenommen wird. So wird beispielsweise die Karies-Gruppenprophylaxe flächendeckend und kontinuierlich vom Jugendzahnärztlichen Dienst (und einigen Zahnarztpraxen) an allen Grundschulen und Kindergärten im Kreisgebiet durchgeführt, Projekte zur Aids-Prävention finden dagegen nur an einigen Grundschulen und einer Reihe von weiterführenden Schulen statt.

Die wesentlichsten Kooperationspartner in der Gesundheitsförderung bleiben die Kindergärten und Schulen, dies vor allem deshalb, da Gesundheitserziehung und -förderung zum erzieherischen Auftrag dieser Einrichtungen gehören, nahezu alle Kinder und Jugendliche (und deren Eltern) erreicht werden können und von ihnen in diesem Lern- und Erfahrungskontext eine gewisse Aufnahmebereitschaft erwartet werden kann. Unklar bleibt, inwieweit Schulen und Kindergärten Gesundheitsförderung auf ihrer Agenda haben, wie transparent ihre konzeptionelle Ausrichtung von außen erkennbar wird und in welcher Kontinuität und Qualität sie umgesetzt wird. Dies kann an der Perspektive liegen, von wo aus der Gesundheitsbericht erstellt worden ist, dem Gesundheitsamt; jedenfalls ist auf dem ersten Blick im schulischen Bereich eine Vielfalt von gesundheitsfördernden Ansätzen, sei es als Bestandteil einzelner Unterrichtsinhalte, als Schulprogramm oder gar in Form einer Beteiligung am landesweiten OPUS-Netzwerk, zu erkennen. Noch weniger liegen Erkenntnisse über den Bereich der Gesundheitsförderung in Kindertagestätten vor.

Im Bericht werden einige derjenigen Institutionen vorgestellt, welche die Themen Prävention und Gesundheitsförderung zu ihren Aufgaben zählen, angefangen von den Krankenkassen über die niedergelassenen Ärzte, die Krankenhäuser, die entsprechenden Fachabteilungen des Gesundheitsamtes über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Jugendhilfe und der Drogenprophylaxe.

An Hand einer biografischen Zeitleiste von der Schwangerschaft über die Einschulung bis ins Jugendalter werden Angebote zur Prävention bzw. Gesundheitsförderung dargestellt. Dies erfolgt zum Teil schlaglichtartig, wie bei den Angeboten für junge Eltern im Rahmen der Familienbildung, zum Teil auch detailliert wie bei den Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter oder dem Inanspruchnahmeverhalten bei Schutzimpfungen für Kinder. Zur Schwierigkeit über die systematische Erfassung von Präventionsmaßnahmen an Schulen und in Kindergärten ist oben bereits genügend ausgeführt worden. Dort, wo diese Projekte und Angebote ohne großartigen Aufwand abzurufen waren (etwa der Datenbank der OPUS-Schulen), konnten sie auch dargestellt werden. Inwieweit außerschulische Präventionsangebote den Schulen und Kindergärten bekannt sind, ob sich die Kooperation zwischen ihnen und den externen Partnern auf einem optimalen Stand befindet, kann hier nicht beantwortet werden. Ebenfalls bleibt offen, inwieweit im Märkischen Kreis das Konzept „Rauchfreie Schule“ umgesetzt worden ist und welche Alternativen es statt dessen gibt.

14.2 Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche auf Bundes- und Landesebene

Gesundheitsziele sollen die vorhandenen Ressourcen bündeln und eine Abstimmung unter den beteiligten Partnern erreichen. Damit soll die Qualität in der Versorgung bzw. Prävention verbessert werden. Gesundheitsziele sollten in einem festgelegten Zeitraum zu erreichen sein. Sie können direkt auf die Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen oder auf bestimmte Gruppen ausgerichtet sein, aber auch für verbesserte Strukturen, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Krankenversorgung haben, sorgen.

Definiert werden Gesundheitsziele allgemein als bindende Festlegungen von Prioritäten in der Gesundheitspolitik. Sie gelten daher als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

Auf der Bundes- wie auch auf Landesebene bestehen bereits Gesundheitsziele, die sich auf die Kinder- und Jugendgesundheit beziehen.¹

Ziel 9 des „Forums zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland“ lautet: „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“. Alle drei Handlungsfelder Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung werden als sich gegenseitig beeinflussende Faktoren gesehen. Ein Beispiel: „Die Ernährung liefert Nährstoffe und Energie für den Alltag, für Freizeit und Sport. Die Bewegung wiederum hat Einfluss auf das Ernährungsverhalten, da durch körperliche Aktivität der Energieverbrauch steigt und Übergewicht vorgebeugt wird. Außerdem unterstützt Bewegung den Stressabbau, erhöht die Stresstoleranz und reduziert die Stressanfälligkeit.“

Ein weiteres Gesundheitsziel (Ziel Nr. 8) „Tabakkonsum reduzieren“ zielt unter anderem auch auf Kinder und Jugendliche ab. Neben den allgemeinen Ansätzen wie Erhöhung der Tabaksteuern, Werbeverbote, Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden, Schutz vor Passivrauchen, die z.T. auch Kinder und Jugendliche vor einer frühen Exposition mit Tabak schützen, sind vor allem Abgabeverbote für Minderjährige sowie schulische, freizeit- und gemeindebezogene Maßnahmen zur Tabakprävention zu nennen.

Auf der Ebene des Landes Nordrhein-Westfalen lautet das unter den von der Landesgesundheitskonferenz verabschiedeten „Zehn vorrangigen Gesundheitszielen“ Strukturziel Nr. 1 „Gesundheitsförderung und Prävention ausbauen – Vor allem bei Kindern und Jugendlichen Gesundheit fördern und Krankheit verhüten“.

Konkretisiert werden diese Ziele durch insgesamt fünf Teilziele, von denen an dieser Stelle drei hervorgehoben werden:

Teilziel 1: „Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrukturen entwickeln und stärken“

- Qualitätsgesicherte Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention entwickeln und umsetzen
- Vernetzung bereits vorhandener Strukturen und Maßnahmen fördern
- Alle Beteiligten durch interdisziplinäre Gesamtkonzepte einbinden
- Konzepte zur Evaluation entwickeln und systematisch einführen

Teilziel 2: „Strukturen zur Gesundheitsförderung und Prävention in „Settings“ aufbauen“

- Schwerpunkte zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen in Settings bilden (z.B. Kindergärten und Schulen)
- Bestehende Netzwerke (auch landesweit) zur Gesundheit ausbauen

Teilziel 5: „Früherkennung weiterentwickeln und Akzeptanz der Bevölkerung für eigene Gesundheitsverantwortung, Vorsorge und Früherkennung verbessern“

- Früherkennungsuntersuchungen im Hinblick auf Qualität, Wirksamkeit und Inanspruchnahme analysieren und weiterentwickeln
- Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und individueller Vorsorge fördern
- Sensibilisierung für die Chancen von Prävention zum Erhalt der persönlichen Gesundheit

14.3 Gesundheitsziele zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit im Märkischen Kreis

Aus dem vorliegenden Datenmaterial des Gesundheitsberichts leiten sich für den Märkischen Kreis Gesundheitsziele ab, die in eine ähnliche, wenn nicht gleiche Richtung wie die Zielsetzungen auf der Bundes- bzw. Landesebene gehen.

¹ Quelle: www.gesundheitsziele.de

Im Folgenden werden Gesundheitsziele genannt. Diese Auflistung ist weder endgültig noch vollständig, so dass Zuschnitte und Ergänzungen seitens der Fachabteilungen des Gesundheitsamtes, anderer Stellen innerhalb der Kreisverwaltung sowie der Gesundheitskonferenz noch weiter erfolgen können. Die Reihenfolge ist willkürlich und berücksichtigt keine Prioritätenwahl.

Ziel 1: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U 1 bis U 9 und auch J 1 steigern

Erläuterung: Bei den Schulanfängeruntersuchungen des Einschulungsjahrgangs 2004 wurde die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen U 1 bis U 7 nach Schulorten analysiert. Nur an drei von insgesamt 87 Grundschulen hatten 100 Prozent aller Schulanfänger an den Untersuchungen (U 1 bis U 7) teilgenommen. An 18 Schulen hatten nur 90 bis 95 Prozent der Kinder alle Untersuchungen mitgemacht und an zwei Schulen in Schalksmühle und Kierspe lag diese Quote sogar unter 90 Prozent. Die Zahl der J 1 – Untersuchungen liegt im Märkischen Kreis bei etwa 60 Prozent der U3 bis U 9 – Quote.

Handlungsempfehlungen: Mit Hilfe geeigneter Medien und in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten sowie weiteren Kooperationspartnern Eltern, Schüler und Multiplikatoren informieren und auf die Notwendigkeit der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen hinweisen. Dies gilt insbesondere für die Schulbezirke mit ungünstigen Ergebnissen.

Ziel 2: Impfschutz komplettieren – Infektionsrisiko senken

Erläuterung: Bei den Recherchen zum Gesundheitsbericht wurde beim landesweiten Datenvergleich festgestellt, dass bei fehlendem Impfschutz Infektionskrankheiten wie die Masern sich epidemieartig in verschiedenen Regionen verbreitet hatten. Im Märkischen Kreis waren nur vereinzelt Fälle gemeldet worden, so dass eine gesteigerte Betroffenheit und damit auch eine erhöhte Impfbereitschaft diesbezüglich zur Zeit nicht unbedingt als gegeben vorausgesetzt werden kann. Am Beispiel der im Rahmen der Schulanfängeruntersuchungen dokumentierten Polio-Schutzimpfungen, die auch international am genauesten erfasst sind, konnte unter Berücksichtigung der Schuleinzugsbezirke gezeigt werden, dass im Märkischen Kreis an 12 Grundschulen alle Kinder vollständig gegen Polio geimpft waren. An 13 Schulen waren dies dagegen lediglich 90 Prozent der Schulanfänger, davon waren acht in Iserlohn, zwei in Hemer, eine in Menden, eine in Lüdenscheid und eine weitere in Kierspe.

Handlungsempfehlungen: Mit Hilfe geeigneter Medien und Kampagnen (z.B. Impfbus) und in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten sowie weiteren Kooperationspartnern Eltern, Kinder, Jugendliche und Multiplikatoren informieren und auf die Notwendigkeit des Impfschutzes hinweisen. Dies gilt insbesondere für die Schulbezirke mit ungünstigen Ergebnissen. Ggf. weitere Durchimpfungsraten (z.B. gegen Hepatitis B) untersuchen und damit zielgerichtet Eltern und Jugendliche ansprechen.

Ziel 3: Kariesrisiko senken

Erläuterung: Aufgrund einer veränderten Konzeption und der Optimierung der Prophylaxetätigkeit gelang es, innerhalb der vergangenen fünf Jahre, eine flächendeckende Basisbetreuung aller Kindergärten und Grundschulen im Kreisgebiet zu erreichen. Ebenfalls erreicht wurde, den Zahnstatus aller Kindergartenkinder sowie sämtlicher Grund- und Förderschüler zu erfassen. Bestimmte, besonders stark von Kariesschäden betroffene Grundschulen erhalten aufgrund dieser Ergebnisse seit zwei Jahren eine Intensivprophylaxe; die Einführung einer Intensivprophylaxe an Förderschulen (Kariesaufkommen an

Sonderschulen ist sehr hoch, mit weiter steigender Tendenz) ist bislang noch nicht bewerkstelligt.

Handlungsempfehlungen: Die Intensivprophylaxe durch Fluoridierung setzt auf Instruktion und Motivation (durch die Prophylaxeberaterinnen) der betroffenen Grundschüler, die das zur Verfügung gestellte hochdosierte Fluoridgelee wöchentlich selbstständig anwenden. Diese aktive Beteiligung der Schüler im Sinne einer „oral self care“ lässt sich an Sonderschulen nicht verwirklichen, sondern es muss eine auch ohne Mitwirkung der Schüler wirkungsvolle Maßnahme durchgeführt werden. An Förderschulen ist daher trotz hohen personellen Aufwandes das Auftragen von Fluoridlack durch die Zahnärztinnen des Gesundheitsamtes in halbjährlichen Abständen erforderlich. Zur Kompensation dieser Maßnahme werden die Abstände zwischen den Untersuchungen an einigen Grundschulen mit geringem Kariesaufkommen vergrößert.

Ziel 4: Leistungsschwächen und Entwicklungsverzögerungen frühzeitig erkennen und therapieren

Erläuterung: Aufgrund der Verbesserungen in der medizinischen Versorgung Frühgeborener ist bei einigen Kindern mit dem vermehrten Auftreten von Folgeerkrankungen bzw. -beeinträchtigungen zu rechnen. Die Eltern nehmen häufiger medizinisch-therapeutische Hilfen in Anspruch, benötigen aber auch weitere ergänzende Beratung, Orientierungshilfen und Kontakte zur Steigerung der Selbsthilfefähigkeiten.

Handlungsempfehlungen: Die Geburtshilfeabteilung im Krankenhaus Bethanien in Iserlohn bietet gemeinsam mit Kooperationspartnern (Erziehungsberatungsstelle, Gesundheitsamt) eine intensive Begleitung für Eltern an, deren Kinder in den ersten Lebensjahren eine besondere Förderung benötigen. Nach einer ausreichenden Erprobungsphase könnte dieses Förderkonzept auch an anderen Stellen im Kreisgebiet umgesetzt werden.

Ziel 5: Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten bei Familien mit Migrationshintergrund genauer erfassen

Erläuterung: Die Anzahl der Förderschulaufnahmen liegt im Märkischen Kreis über dem Landesdurchschnitt. Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund sind an Förderschulen generell stärker repräsentiert als in der Allgemeinbevölkerung. Aus Untersuchungen ist bekannt, dass Zuwanderer aus bestimmten Herkunftsgebieten seltener Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als im allgemeinen.

Handlungsempfehlungen: Datenerfassung bei den Schuleingangsuntersuchungen sowie bei den Kindergartenscreenings dahingehend entwickeln, so dass flächendeckend der Status „Migrationshintergrund“ erfasst werden kann. Auswertungen werden aufzeigen, ob und inwieweit Kinder aus Migrantenfamilien stärker betroffen sind und inwieweit kompensatorische Maßnahmen wie z.B. Frühförderung in Anspruch genommen werden. Unabhängig vom Thema „Migrationshintergrund“ sollte die Datenlage es künftig ermöglichen, den Fortschritt bei erfolgter Frühförderung auszuwerten.

(Struktur-) Ziel 6: Vernetzung der beteiligten Akteure, die mit Gesundheitsförderung, Behandlung, Therapie usf. befasst sind, verstärken bzw. ausweiten

Erläuterung: Fördermaßnahmen für Kinder und Jugendliche wie auch die Prävention / Gesundheitsförderung werden aufgrund unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen und von unterschiedlichen Stellen, auch unterschiedlichen Berufsgruppen organisiert bzw. durchgeführt. Es bestehen bereits Facharbeitkreise und stadtbezogene Gesprächsforen.

Handlungsempfehlungen: Es wäre zu prüfen, inwieweit Institutionen (z.B. Schulen) über die erforderlichen Kenntnisse bzgl. der Gesundheitsversorgung und -förderung verfügen, die nicht Teilnehmer solcher Foren sind. Verbesserung des Informationsmanagements z.B. durch eine Datenbank, so dass die erforderlichen Kenntnisse von den Beteiligten ohne besondere Anstrengungen erschlossen werden können.

Ziel 7: Gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung ermöglichen

Erläuterung: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zeigen im Längsschnitt, dass die Zahl übergewichtiger bzw. adipöser Kinder zunimmt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich Ansätze von Übergewichtigkeit im weiteren Wachstumsverlauf noch weiter manifestieren und zu einer Reihe von Folgeproblemen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gelenkverschleiß, Diabetes) führen können.

Handlungsempfehlungen: In Zusammenarbeit mit Schulen, Krankenkassen, Sportvereinen und weiteren Kooperationspartnern Projekte zur Ernährungslenkung und zur Verbesserung der Bewegungsfähigkeit entwickeln bzw. übernehmen und durchführen. Eltern in geeigneter Form über die Folgeschäden und Komplikationen informieren und als Kooperationspartner gewinnen.

Ziel 8: Praxis der Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge überprüfen

Erläuterung: Argumente für eine frühe Förderung beinhaltet grundsätzlich auch die Vorsorge während der Schwangerschaft. Diese wird von den niedergelassenen Gynäkologen und Hebammen geleistet. Bislang werden werdende Mütter im Gesundheitsamt nur dann beraten, wenn sie einen Anlass im Rahmen der bestehenden Angebote haben, beispielsweise im Rahmen der Einschulungsuntersuchung bei Vorliegen einer genetisch, vorgeburtlich oder perinatal verursachten gesundheitlichen Einschränkung des älteren Geschwisterkindes.

Handlungsempfehlungen: Erfassung (z.B. mit Hilfe von Behandlungsdaten, Angaben der Geburtshilfeabteilungen) der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft mit der Fragestellung, ob sich gewisse Risikogruppen darstellen lassen, die ein geringeres Inanspruchnahmeverhalten zeigen. Ggf. weitere Strategien entwickeln.

Ziel 9: Sexuelle Gesundheit und AIDS-Prävention sicherstellen; Schwangerschaften Minderjähriger vermeiden

Erläuterung: Sexualekunde ist an allen Schulen in NRW ein fester Bestandteil des Unterrichts. Laut einem Erlass des Schulministerium NRW von 1987 sollen die Schulen in diesem Fach, insbesondere zur AIDS-Prävention, externe Fachkräfte hinzuziehen. Laut Robert-Koch-Institut sind die HIV-Neuinfektionen im Jahr 2005 um 20 Prozent angestiegen. Neuinfektionen mit Hepatitis B und C befinden sich auf gleichbleibend hohem Niveau. Bakteriell verursachte Erkrankungen durch Gonorrhöe, Syphilis und Chlamydien werden wieder häufiger festgestellt. Insgesamt ist ein Anstieg der klassischen sexuell übertragbaren Krankheiten zu beobachten. Schwangerschaften und Aborte bei Minderjährigen befinden sich auf einem inakzeptablen Niveau. Kinder und Jugendliche sind der Gefahr des sexuellen Missbrauchs ausgesetzt.

Handlungsempfehlungen: Das Bewusstsein für die sexuelle Gesundheit ist zu verstärken. Neben den Aufklärungskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für die Allgemeinbevölkerung und besondere Zielgruppen sollen möglichst vielen Kindern und Jugendlichen im Rahmen sexualpädagogischer Veranstaltungen und Aktionen Informationen zum Thema angeboten werden. Sexualpädagogik zielt hier im Sinne eines emotio-

nen Lernens auf Selbstreflektion, Verhaltensüberprüfung und das Erlernen eines verantwortlichen Umgangs mit der eigenen Sexualität. Aufklärung und Informationen über Verhütungsmethoden tragen dazu bei, Risiken bei Sexualkontakten zu vermeiden. Darüber hinaus sind die Persönlichkeit stärkenden Maßnahmen zu erwähnen, welche Übergriffen und missbräuchlichem Verhalten entgegenwirken. Das Impfangebot zur Hepatitis B- Immunisierung soll verstärkt kommuniziert werden. Aufklärung zur Hepatitis C Infektion wird Zielgruppengerecht angeboten. Zur Erreichung der Ziele werden Kooperationen mit geeigneten Akteuren aus dem medizinischen und jugendpflegerischen Bereich vereinbart.

Ziel 10: Möglichkeiten zur Stressbewältigung sowie Unterstützung in schwierigen Situationen verbessern

Erläuterung: Kinder und Jugendliche sind einer Vielzahl von Stressoren ausgesetzt. Gesundheitsstudien zeigen, dass Schülerinnen und Schüler, die unter Kopf- und Magenschmerzen leiden, als Ursache Schulstress angeben. Die Schülerbefragung im Märkischen Kreis ergab, dass insbesondere Schülerinnen an Gymnasien häufiger als andere regelmäßiger Schmerzmittel benutzen, und dies auch schon im Alter von 12 Jahren oder jünger. Ein weiterer Indikator ist die überdurchschnittliche Häufigkeit stationärer Behandlungen infolge psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten.

Handlungsempfehlungen: Vorrangig drei strukturelle Handlungsansätze können dazu beitragen, Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen zu verbessern bzw. sie in schwierigen Situationen zu unterstützen:

- Programme und Maßnahmen zur Stress- und Konfliktbewältigung, Stärkung des Selbstvertrauens, Kommunikationstraining etc. in Schulen sowie im Rahmen außerschulischer Bildungsangebote
- ein niedrigschwelliges auf die Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ ausgerichtetes und nach Schwierigkeit der Problemlagen abgestuftes Hilfesystem
- eine stetige Vernetzung zwischen den Ansprechpartnern in der Schule (Beratungslehrer) und dem externen Hilfesystem

Aufbereitung der Informationen zu vorhandenen Hilfeeinrichtungen für Kinder und Jugendliche; Bewertung hinsichtlich der Niedrigschwelligkeit und Inanspruchnahme; ggf. Initiierung eines interdisziplinären Konzeptes in Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und weiteren Kooperationspartnern; punktuelle Erfassung der psychosozialen Belastungen Jugendlicher und deren Kompensationsmöglichkeiten.

Ziel 11: Tabakkonsum reduzieren

Erläuterung: Jugendliche in Deutschland rauchen trotz Verringerung der Raucherquoten in den vergangenen Jahren durchschnittlich mehr als in anderen Ländern der Europäischen Union. Regelmäßiges Rauchen setzt neben den ohnehin schädigenden Einflüssen die Schwelle zum Konsum psychoaktiver Substanzen herab. Rauchen Jugendlicher kann darin begründet sein, dass sie einem Gruppendruck unterliegen, einfach nur „cool“ sein wollen oder neugierig sind. Aus anfänglichem gelegentlichen Rauchen kann sich schrittweise eine Abhängigkeit entwickeln.

Handlungsempfehlungen: Mehrere Faktoren können dazu beitragen, das Rauchen bei Jugendlichen einzuschränken. Preisgestaltung und Einschränkung der Verfügbarkeit. Z. B. sind in diesem Zusammenhang wesentliche Ansätze, aber auch verhaltensbezogene Maßnahmen wie Anti-Rauch-Kampagnen, Informationsveranstaltungen und Ausstiegshilfen für bereits regelmäßig rauchende Jugendliche prinzipiell vorhanden. Wichtig ist, diejenigen Schülerinnen und Schüler zu erreichen, die eine besondere Gefährdung aufweisen. Verhaltensbezogene Präventionsansätze sollen schon möglichst früh erfolgen. Im Kindergartenalter sind zunächst Erzieherinnen und Eltern angesprochen, ihr eigenes Verhalten zu überprüfen. Sie sind auf ihre Vorbildfunktion hinzuweisen. In den Schulen – vor

allem in den Klassenstufen ab 5. Schuljahr – sind verstärkt die schulbezogenen Settingsansätze zu nutzen. Dies kann mit den Eigenkräften der Schule wie auch in Zusammenarbeit mit externen Partnern geschehen. Neben den bereits bestehenden Präventionsprogrammen zur Stärkung des Selbstbewusstseins und der Ausbildung von Alternativen zum Suchtmittelkonsum ist das Leitbild der „rauchfreien Schule“ zu verstärken. Darin sollte auch die Möglichkeit der Ausstiegshilfen für betroffene Schülerinnen und Schüler enthalten sein.

Ziel 12: Alkohol- und Drogenkonsum bei Kindern und Jugendlichen reduzieren

Erläuterung:

- a) Etwa die Hälfte aller Schülerinnen und Schüler aus den 8. und 9. Klassen gaben anlässlich einer Schülerbefragung im Märkischen Kreis an, schon einmal betrunken gewesen zu sein. Etwa 11 Prozent der Schülerinnen und Schüler waren beim letzten Trinkereignis so berauscht, dass sie „nicht mehr auf eigenen Beinen stehen konnten“. 20 Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler waren in den vergangenen 12 Monaten wenigstens 3 mal oder öfter betrunken gewesen. Der Alkoholkonsum wird zunehmend unkritisch eingeschätzt und verfestigt sich offensichtlich im steigenden Alter der Schülerinnen und Schüler. Abschlussfeiern finden auffallend häufiger unter dem Stichwort „Trinkereignis“ statt. Die Folgen von starkem Alkoholkonsum werden von vielen Schülern nicht realistisch eingeschätzt.
- b) Knapp 20 Prozent der Schülerinnen und Schüler aus 8. und 9. Klassen an weiterführenden Schulen haben bereits Kontakt zu Drogen, so die Ergebnisse einer Schülerbefragung im Märkischen Kreis. Am häufigsten ist Drogenkonsum durch Neugier verursacht. Allerdings geben sechs Prozent an, schon sechs Mal oder öfter Drogen konsumiert zu haben, was eine Verhaltensverfestigung bedeutet. Das Wissen um Drogen und über die Folgen der Einnahme ist nicht als bekannt vorzusetzen.

Handlungsempfehlungen: Die Kenntnisse über die Folgen von starkem Alkoholkonsum wie auch von Drogenkonsum sind regelmäßig möglichst allen Schülerinnen und Schülern zu vermitteln. Die Schulen sollten Informationen und Anreize erhalten, um ihrerseits Präventionsaktivitäten zu entwickeln oder auszubauen. In Kindergärten sind Eltern und Erzieherinnen zu sensibilisieren. Jugendlichen soll in ihrer Freizeit die Möglichkeit zu alkoholfreier Begegnung ermöglicht werden. Beispielsweise sind im Rahmen der Jugendförderung freizeit- und erlebnisorientierte Alternativen anzubieten. Kindern aus suchtbelasteten Familien sollen Gesprächsmöglichkeiten eröffnet werden. Kinder mit einer ungünstigen Prädisposition und deren Familien sollen frühzeitig Unterstützung und Beratung erhalten. Schüler, die eine Abschlussveranstaltung planen, sollten hinsichtlich der damit verbundenen Risiken beraten werden.

Ziel 13: Kinderunfälle vermeiden

Erläuterung: Die Krankenhausstatistik weist für das Jahr 2002 im Bereich der Verbrennungen wie auch der Vergiftungen eine höhere Behandlungshäufigkeit für Kinder und Jugendliche im Märkischen Kreis auf als im Landesdurchschnitt. Bei den durch Verbrennungen bzw. Verätzungen verursachten Krankenhausaufnahmen lag die Behandlungshäufigkeit in allen Altersgruppen (0 bis 19 Jahre) höher als im Landesdurchschnitt; bei den durch Vergiftungen hervorgerufenen stationären Behandlungsfällen waren vor allem die Altersgruppen der bis zu 4 Jahre alten Kinder betroffen. Abgesehen von diesen Behandlungsfällen sind Vorsorgemaßnahmen für diese im Grunde vermeidbaren Ursachen soweit wie möglich zu treffen.

Handlungsempfehlungen: Schulung und Information zur Vermeidung von Brandunfällen sowie Verhalten im Brandfalle für alle Kinder der Primarstufe. Erste-Hilfe-Kurse für Schülerinnen und Schüler an weiterführenden Schulen ausbauen. Schulwegsicherung durch Schulwegtraining der Schulanfänger erhalten; Fahrradführerschein für alle Schüle-

rinnen und Schüler der 4. Klassen soweit dem keine individuellen Handicaps entgegenstehen. Prüfung der Infrastruktur von Kindertageseinrichtungen und weiteren Betreuungseinrichtungen unter Sicherheitsaspekten. Fortdauernde Information der Eltern zur Prävention von Haus- und Freizeitunfällen durch geeignete Medien.

Verwendete Quellen:

Anmerkung: Bei Quellenangaben aus dem Internet ist zu beachten, dass sich Inhalte und Fundorte zwischenzeitlich verändert haben können.

Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf [Hrsg.]	„Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung: Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung“, 2. Auflage, Düsseldorf 1998
Anonyme Drogenberatung e.V. Iserlohn	„Jahresbericht 2003“
Anonyme Drogenberatung e.V. Iserlohn	„Jahresbericht 2004“
Anonyme Drogenberatung e.V. Iserlohn	www.drobs-mk.de
Bundesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit e.V. , Bonn	Internetauftritt: www.jugendmigrationsdienste.de
Bundes-Arbeits-Gemeinschaft Kinder- und Jugendtelefon e.V.	Internetauftritt http://www.kinderundjugendtelefon.de/
Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB)	www.bibb.de :_Portale und Datenbanken
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [Hrsg.]	„Was erhält Menschen gesund?“ Band 6, erw. Neuauflage, Köln 2001
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [Hrsg.]	Internetauftritt der Bundeszentrale: http://www.bzga-essstoerungen.de/medien/broschueren.htm
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [Hrsg.]	„Gesundheitsförderung im Kindergarten“, Köln 2001
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [Hrsg.]	Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung ; Bd. 16: „Früh übt sich ...“ – Gesundheitsförderung im Kindergarten : Impulse, Aspekte und Praxismodelle ; Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef“, Köln 2002
Bundeszentrale für politische Bildung [Hrsg.]	Aus Politik und Zeitgeschichte 2004 (B1 – 2 / 2004): M. Richter, Bauer, U., Hurrelmann, K.: „Konsum psychoaktiver Substanz im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit“
Charta – Kontaktschulen für Umwelt und Entwicklung	„Unterrichtspraxis: Das Streitschlichtungsprogramm - Kleiner Leitfaden für das Streitschlichtungs-Programm“, ohne Angabe Internet: http://www.learn-line.nrw.de/angebote/uekontaktschulen/medio/Unterrichtspraxis/streit_01.htm#
Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung, Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. , Bonn	Internetauftritt: http://www.forumpraevention.de/
Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung [Hrsg.]	„Drogen und Suchtbericht“, April 2004

Erziehungsberatungsstelle des Caritasverbandes Iserlohn e.V.	„Jahresbericht 2004“
Ev. Johanneswerk e.V., Einrichtungen der Diakonie	Internetauftritt: http://maerkische-werkstaetten.de
Fthenakis W. E., M. Textor [Hrsg.]	Das Online-Familienhandbuch: H. Joswig: „Phasen und Stufen in der kindlichen Entwicklung“ http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Kindliche_Entwicklung/s_910.html
Fthenakis W. E., M. Textor [Hrsg.]	Thiel, O.: „Rechenschwache Grundschüler - Ursachen, Diagnose, Förderung“ http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Schule/s_889.html
Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen - Lippe	Heinz Hundeloh: „Sicherheitsförderung in der Schule - Ein Baustein der schulischen Gesundheitsförderung“ Internet: http://www.learn-line.nrw.de/angebote/schulsport/info/05_sicherheitsfoerderung/sifoe_konzeption_ganz.html
Gesamtschule Iserlohn	Internetauftritt der Gesamtschule: http://www.gesamtschule-iserlohn.de/schulpro/schulprogramm_neu/erziehen/sozialpaed.html
Grewe, N. & Wichterich, H. [Hrsg.] „Beratung an der Schule“	Geißler, H.: „Aufgabenfelder und Beratungsformen der Beratungslehrerinnen und Beratungslehrer“, Minden 1994 http://www.learn-line.nrw.de/
Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. { [Hrsg.]	„Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO“, Weinheim, München 2003 Internet: http://www.hbsc-germany.de
Institut für Therapieforschung (IFT) [Hrsg.]	Kraus, L., Heppekausen, K., Barrera, A., Orth, B.: „Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. Und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen“, München 2004
Kinderlobby Iserlohn e.V.	www.kinderlobby-iserlohn.de/
Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Bielefeld	Internetauftritt des LÖGD: Gesundheitsindikatoren http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichte/rstat-tung/gesundheitsindikatoren/stichwortsuche/frameset.html

Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Bielefeld	Internetauftritt des LÖGD: Gesundheitsindikatoren http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichte/rstat-tung/gesundheitsindikatoren/Odata/03/03-08-00.html
Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Bielefeld	Internetauftritt des LÖGD: Gesundheitsindikatoren http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichte/rstat-tung/gesundheitsindikatoren/stichwortsuche/frameset.html
Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst, Bielefeld	Internetauftritt: http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichte/rstat-tung/gesundheitsindikatoren/stichwortsuche/frameset.html
Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW [Hrsg.]	Bäuerle, D.; Israel, G.; Rasel, D. : „Sucht- vorbeugung in Schulen der Sekundarstufen I und II; Band I: Konzeption, Fachliche Grundlagen, Rechtsaspekte“, Soest 2001
Landeskriminalamt, Dezernat 32	Polizeiliche Kriminalstatistik NRW 2004, Düsseldorf, Februar 2005
Landrat des Märkischen Kreises als Kreispolizeibehörde	Internetauftritt: www.kpb-luedenscheid.nrw.de
Limbourg, M., Universität Essen	Internetauftritt: www.uni-essen.de/~qpd402/texte.ml/ml.publikationen.html
Lüdenscheider Nachrichten vom 07.06.2005	„Berufskolleg bietet 850 ‚Parkplätze‘ – Hauptschüler finden keine Lehrstellen. Schulleiter spricht von ‚Warteschleife“
Märkischer Kreis, Der Landrat	„Schülerbefragung 2005“ Teil 1: Altena, Balve, Hemer, Teil 2: Menden, Lüdenscheid 2005
Märkischer Kreis, Der Landrat	„Sozialhilfebericht 2003“, Lüdenscheid 2004
Märkischer Kreis, Der Landrat	„Sozialhilfebericht 2004“, Lüdenscheid 2004
Märkischer Kreis, Der Landrat	„Zahlen-Daten-Fakten 2005“, Lüdenscheid 2005
Märkischer Kreis, Der Landrat	„Gesundheitshilfe, Beratungs- und Behandlungsstellen, Selbsthilfegruppen“, Lüdenscheid 2004 http://www.maerkischer-kreis.de/az/Beratungsfuehrer.php
Märkischer Kreis, Der Landrat	Beratungsdrucksache-Nr. 53/6/1002, Kreistags-Beschluss vom 27.03.2003
Märkischer Kreis, Der Landrat	Beratungs-Drucksache Nr. 53/7/170

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW [Hrsg.]	„Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000“ Bielefeld 2000
Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW [Hrsg.]	„Achter Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung NRW“, Düsseldorf
Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW [Hrsg.]	„Gesundheit von Zuwanderern“, Düsseldorf 2000
NAKOS - Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Berlin	Internetauftritt: http://www.nakos.de
Rheinischer Gemeindeunfallversicherungsverband	RdErl. d. Kultusministeriums v. 10. 7. 1995 (GABl. NW. I S. 154) Verkehrserziehung in der Schule Internet: http://www.sichere-schule-nrw.de/verwaltung/schulleitung/verkehrserziehung/01.php?text=../schulrecht/01_07.htm
Robert-Koch-Institut	„Empfehlungen der Ständigen Impfkommission“ Internet: http://www.rki.de/cln_011/nn_226618/DE/Content/Infekt/Impfen/STIKO__Empfehlungen/stiko__empfehlungen__node.html__nnn=true
Robert-Koch-Institut [Hrsg.]	Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 03/01: „Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf ihre Gesundheit“, Berlin 2001, überarbeitete Neuaufgabe 2005
Robert-Koch-Institut [Hrsg.]	„Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“, Berlin 2004
Robert-Koch-Institut [Hrsg.]	„Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes“, Berlin 2004
Sachverständigenkommission Zwölfter Kinder- und Jugendbericht [Hrsg.]	„Zwölfter Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung“, München 2005
Schulministerium NRW	Ausbildungsordnung gem. § 52 SchulG – AOSF, SGV NRW 223 v. 29.05.2005 geändert d. VO vom 13.07.2005 http://www.bildungsportal.nrw.de/BP/Schule/System/Recht/Vorschriften/APOen/AO_SF.pdf
Sozialministerium Baden-Württemberg [Hrsg.]	„Kindergesundheit in Baden-Württemberg“, Stuttgart 2000
Stadt Iserlohn, Der Bürgermeister	Drucksachen-Nr.51/3 (2232 Le) vom 04.11.2003
Stadt Lüdenscheid, Der Bürgermeister	Internetauftritt der Stadtverwaltung: http://www.luedenscheid.de/buerger/kinder_und_jugend/beratung/sp_auto_4923.php

Südwestfälische Industrie- und Handelskammer zu Hagen [Hrsg.]

Klemmer, P., M. Kersting, N. Werbeck: „Wirtschaftliche und demographische Rahmenbedingungen für die Südwestfälische IHK zu Hagen“, Wittnau und Bochum 2004

Universität Bielefeld, Fakultät Gesundheitswissenschaften

Internetauftritt:
http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/arbeitsgebiete/1_sozial.html

Universität Potsdam, Institut für Psychologie

Internetauftritt:
www.psych.uni-potsdam.de

Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Zentrum für Lehrerbildung (ZfL), Münster

„Das Kinderschutzportal“
Internet:
<http://www.schulische-praevention.de/>

Zweckverband für psychologische Beratung, Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche, Hemer

„Jahresbericht 2004“

Zweckverband für psychologische Beratungen und Hilfen, Schulpsychologische Beratungsstelle

„Jahresbericht 2004“

ANHANG

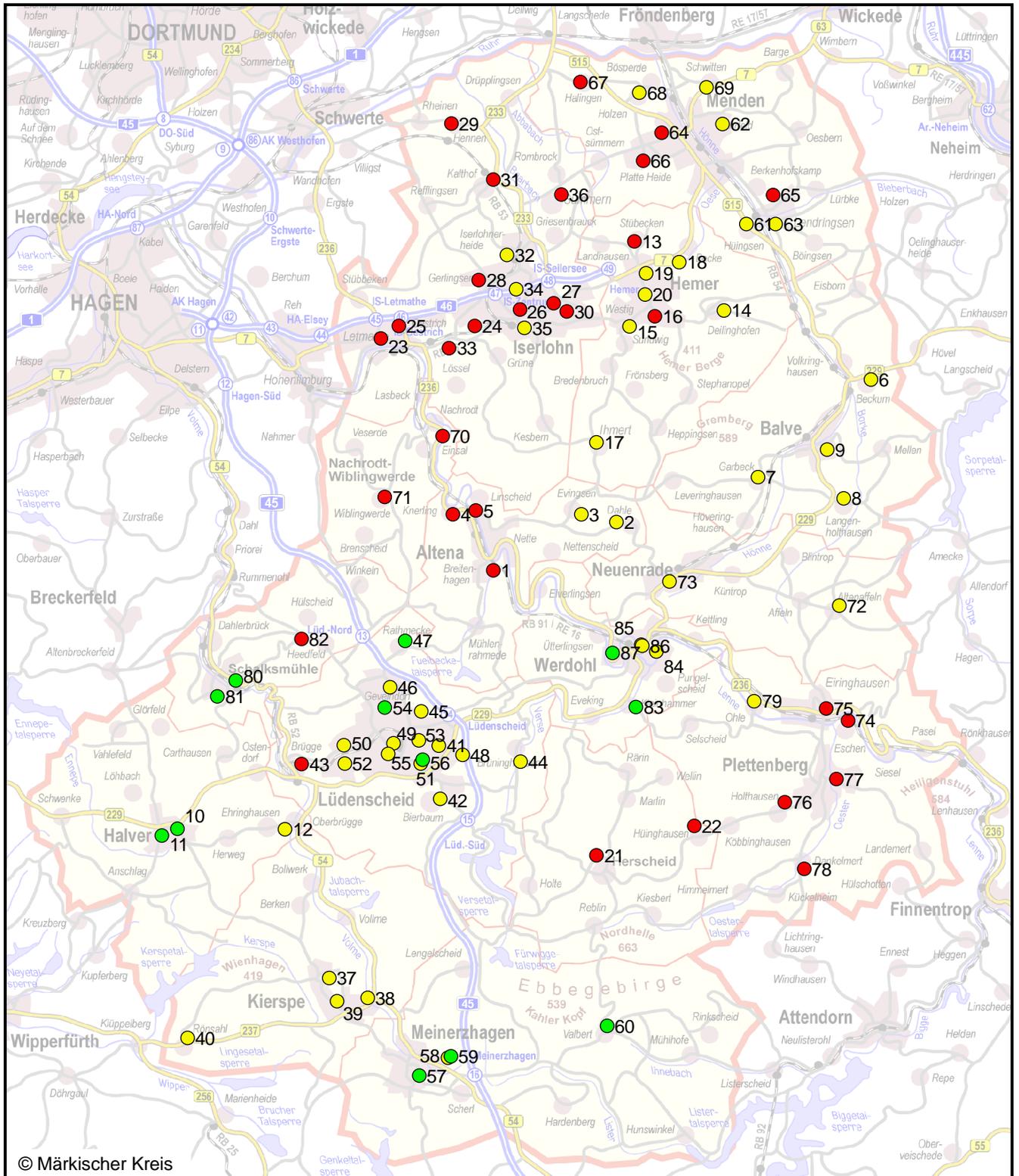


NR	ORT	SCHULE	NR	ORT	SCHULE
1	Altena	Grundschule Breitenhagen	45	Lüdenscheid	Erwin-Welke-Grundschule
2	Altena	Grundschule Dahle	46	Lüdenscheid	Grundschule Gevelndorf
3	Altena	Grundschule Evingen	47	Lüdenscheid	Hermann Gmeiner Grundschule
4	Altena	Grundschule Knerling	48	Lüdenscheid	Grundschule Kalve
5	Altena	Grundschule Mühlendorf	49	Lüdenscheid	Grundschule Knapper
6	Balve	Grundschule St. Nikolaus	50	Lüdenscheid	Grundschule Lösenbach
7	Balve	Kath. Grundschule Dreikönige	51	Lüdenscheid	Grundschule Pestalozzi Lüdenscheid
8	Balve	Grundschule Langenholthausen	52	Lüdenscheid	Grundschule Schöneck
9	Balve	Grundschule St. Johannes	53	Lüdenscheid	Grundschule Tinsberg
10	Halver	Grundschule Halver-Ost	54	Lüdenscheid	Grundschule Wehberg
11	Halver	Grundschule Halver-West	55	Lüdenscheid	Grundschule West
12	Halver	Grundschule Oberbrügge	56	Lüdenscheid	Freie Christliche Schule
13	Hemer	Grundschule Brabeck	57	Meinerzhagen	Grundschule Auf der Wahr
14	Hemer	Grundschule Deilinghofen	58	Meinerzhagen	Grundschule Am Kohlberg
15	Hemer	Grundschule Diesterweg	59	Meinerzhagen	Grundschule Rothenstein
16	Hemer	Grundschule Freiherr vom Stein	60	Meinerzhagen	Grundschule Valbert
17	Hemer	Grundschule Ihmert	61	Menden	Grundschule Adolf-Kolping Menden
18	Hemer	Grundschule Oesetal	62	Menden	Grundschule Albert-Schweitzer Menden
19	Hemer	Grundschule Woeste	63	Menden	Grundschule Albert-Schweitzer Lendringsen
20	Hemer	Grundschule Wulfert	64	Menden	Anne-Frank-Grundschule
21	Herscheid	Grundschule Herscheid	65	Menden	Grundschule Bischof-von-Ketteler
22	Herscheid	Grundschule Hüinghausen	66	Menden	Grundschule Bodelschwingh
23	Iserlohn	Grundschule Albert-Schweitzer Iserlohn	67	Menden	Kath. Grundschule Halingen
24	Iserlohn	Grundschule Auf der Emst	68	Menden	Grundschule Nikolaus-Groß
25	Iserlohn	Grundschule Bartholomäus	69	Menden	Kath. Grundschule St. Michael Menden
26	Iserlohn	Grundschule Bleichstrasse	70	Nachrodt-Wiblingwerde	Grundschule Nachrodt
27	Iserlohn	Grundschule Bömberg	71	Nachrodt-Wiblingwerde	Grundschule Wiblingwerde
28	Iserlohn	Grundschule Gerlingsen	72	Neuenrade	Grundschule Altenaffeln
29	Iserlohn	Grundschule Hennen	73	Neuenrade	Grundschule Neuenrade
30	Iserlohn	Grundschule Im Wiesengrund	74	Plettenberg	Grundschule Eschen
31	Iserlohn	Grundschule Kalthof	75	Plettenberg	Grundschule Halle
32	Iserlohn	Grundschule Lichte Kammer	76	Plettenberg	Grundschule Holthausen
33	Iserlohn	Grundschule Martin-Luther Iserlohn	77	Plettenberg	Grundschule Martin-Luther Plettenberg
34	Iserlohn	Grundschule Nussberg	78	Plettenberg	Grundschule Oestertal
35	Iserlohn	Südschule	79	Plettenberg	Grundschule Ohle
36	Iserlohn	Grundschule Sümern	80	Schalksmühle	Grundschule Klagebach
37	Kierspe	Grundschule Bismarck	81	Schalksmühle	Grundschule Löh
38	Kierspe	Grundschule Pestalozzi Kierspe	82	Schalksmühle	Grundschule Spormecke
39	Kierspe	Grundschule Schanhollen	83	Werdohl	Grundschule Kleinhammer
40	Kierspe	Grundschule Servatius	84	Werdohl	Grundschule Königsburg
41	Lüdenscheid	Grundschule Adolf-Kolping Lüdenscheid	85	Werdohl	Ev. Grundschule Stadtmitte
42	Lüdenscheid	Grundschule Bierbaum	86	Werdohl	Kath. Grundschule St. Michael Werdohl
43	Lüdenscheid	Grundschule Brügge	87	Werdohl	Grundschule Utterlingsen
44	Lüdenscheid	Grundschule Brüninghausen			



Märkischer Kreis

Der Landrat
Gesundheitsamt



Prozentanteil der untersuchten Lernanfänger 2004
mit Befunden nach Schulen:

Legende

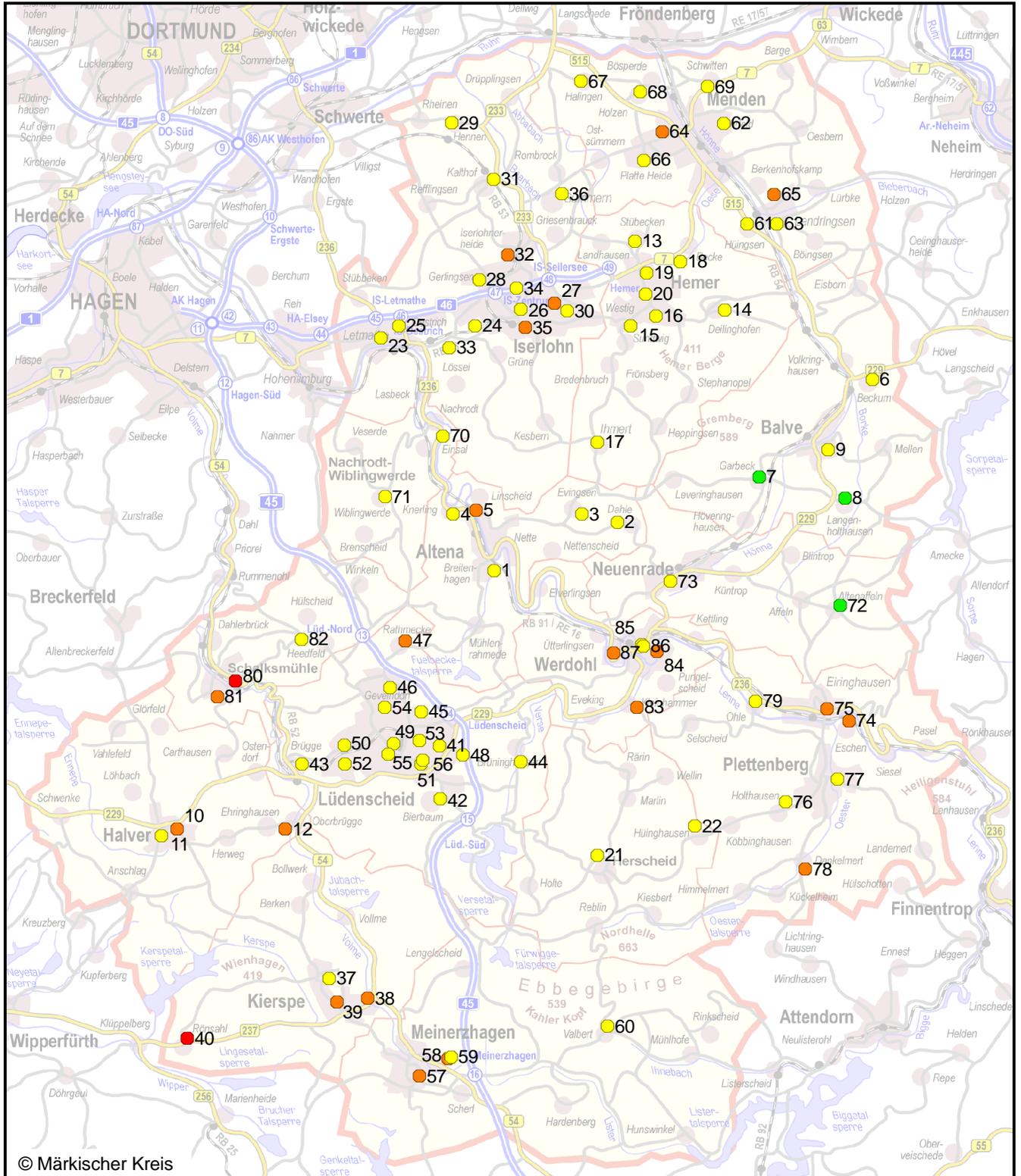
- unter 25%
- 25% - 50%
- über 50%

Beschriftung: Nummer der Schule aus der zugrundeliegenden Tabelle



Märkischer Kreis

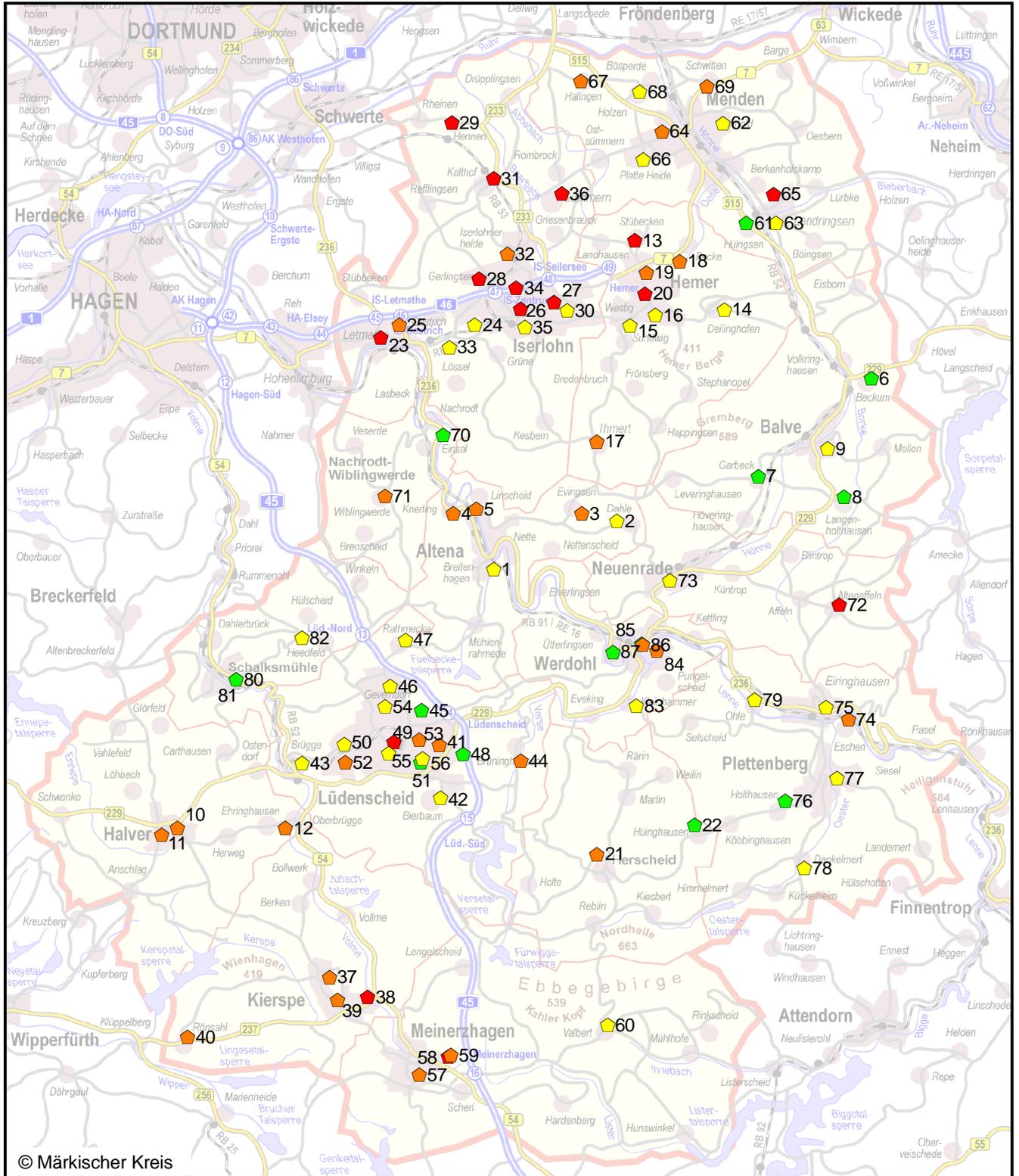
Der Landrat
Gesundheitsamt



Prozentanteil der Lernanfänger 2004 mit dokumentierten
in Anspruch genommenen Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U7
zu allen vorgelegten Vorsorgeheften nach Schulen:

Legende ● unter 90% ● 90% bis 95% ● 95% bis 100% ● 100%

Beschriftung: Nummer der Schule aus der zugrundeliegenden Tabelle



Prozentanteil der Lernanfänger 2004 mit dokumentierter Polio-Schutzimpfung zu allen vorgelegten Impfheften nach Schulen:

Legende ◆ unter 90% ◆ 90% - 95% ◆ 95% - 100% ◆ 100%

Beschriftung: Nummer der Schule aus der zugrundeliegenden Tabelle

