

Ennepe-Ruhr-Kreis



■ Reihe Gesundheit im Kreis EN; Nr. 12 / 2006

Kinder- und Jugendgesundheitsbericht

■ Impressum

Herausgeber:

Ennepe-Ruhr-Kreis
Fachbereich Gesundheit
Hauptstr. 92
58332 Schwelm

Redaktion:

Dr. med., Dipl.-Phys. Hans-Joachim Boschek,
Dipl. Soz.-Wiss. Katrin Johanna Kügler
Layout/Graphik: vitaminC Dorit Breyer-Lorenz
Druck und Verlag: Hausdruckerei Ennepe-Ruhr-Kreis,
Schwelm 2006

Ansprechpartnerin:

Ennepe-Ruhr-Kreis
Fachbereich Gesundheit
Dipl. Soz.-Wiss. Katrin Johanna Kügler
Hauptstr. 92
58332 Schwelm
Tel. (02336) 93 2651
Fax (02336) 93 12651
Katrin.Kuegler@en-kreis.de

■ Inhaltsverzeichnis

	Seite
I	Vorwort 5
II	Zusammenfassung 6
1.	Einleitung 8
1.1	Gesundheitsberichterstattung 8
1.2	Kinder- und Jugendgesundheit 8
1.3	Rechtliche Grundlagen 9
1.4	Berichtsaufbau 9
1.5	Rahmenbedingungen der Kinder- und Jugendgesundheit 10
1.6	Spezifische Gesundheitsprobleme von Kindern und Jugendlichen 11
2.	Daten zur Bevölkerung 14
2.1	Allgemeine Daten zur Bevölkerung 15
2.2	Prognose bis 2020 15
2.3	Daten zur sozialen Lage 15
2.4	Daten zur Kinder- und Jugendgesundheit 16
3.	Gesundheitliche Probleme nach Altersgruppen 18
3.1	Lebensjahre 0 bis 3 18
3.1.1	Gesundheitliche Probleme 18
3.1.2	Angebote 23
3.2	Lebensjahre 4 bis 6 29
3.2.1	Gesundheitliche Probleme 30
3.2.2	Entwicklungsstand und Schulreife, Schuleingangsuntersuchung 37
3.2.3	Angebote 44
3.3	Lebensjahre 7 bis 9 45
3.3.1	Gesundheitliche Probleme 45
3.3.2	Angebote 46
3.4	Lebensjahre 10 bis 12 47
3.4.1	Gesundheitliche Probleme 47
3.4.2	Angebote 48
3.5	Lebensjahre 13 bis 15 49
3.5.1	Gesundheitliche Probleme 49
3.5.2	Angebote 51
3.6	Lebensjahre 16 bis 18 54
3.6.1	Gesundheitliche Probleme 54
3.6.2	Angebote 55
4.	Kommunale Hilfen für Kinder und Jugendliche 56
4.1	Hilfe zur Erziehung und andere Aufgaben nach KJHG 56
4.2	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) 56
5.	Gesundheitsfördernde Maßnahmen / Projekte im Ennepe-Ruhr-Kreis 59
5.1	Gesundheitsfördernde Maßnahmen 59
5.1.1	Stärkung der Gesundheitspotentiale bei Kindern und Jugendlichen 59
5.1.2	Prävention 60
5.1.3	Projekte/Angebote im EN-Kreis 60
5.1.4	Kommunale Ansätze unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung 66
5.1.5	Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie 66
5.1.6	Selbsthilfekontaktstellen 67
5.2	Zahngesundheit und Prävention 67
6.	Handlungsempfehlungen 68
6.1	Bevölkerungsumfrage 68
6.2	Modellprogramm Enfants 70
7.	Literatur 72
8.	Anhang (Erläuterungen zu den Clustermodellen nach Strohmeier) 74

■ Vorwort

Gesundheit wird heute qualitativ anders definiert als früher: Umfassender, denn Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit impliziert ebenso psychische wie soziale Komponenten. Diese Fokussierung ist gerade bei der Diskussion um Armut in Deutschland nicht zu unterschätzen. Zudem spielen Prävention und Nachsorge eine wachsende Rolle. Auch der Aspekt der Vernetzung oder Kooperation im Gesundheitswesen wird immer wichtiger.



Vernetzung ist in einem weiteren Aktionsfeld angesagt: Der Ennepe-Ruhr-Kreis ist Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk, einer Initiative der Weltgesundheitsorganisation WHO, dem in Deutschland Dutzende von Großstädten, aber nur vier Landkreise angehören. Vernetzung und Intensivierung der Zusammenarbeit ist auch das Stichwort für die Aktivitäten des Kreises im Rahmen des Handlungsfeldes „Medizintechnik und Gesundheitswirtschaft“, das neben der Freizeit- und Tourismusförderung zu den strukturpolitischen Schwerpunkten des EN-Kreises gehört.

Kinder- und Jugendgesundheit, mit der sich der vorliegende Bericht schwerpunktmäßig beschäftigt, hat viele Aspekte. Von Aids bis Zahngesundheit reicht die Palette möglicher Gefährdungen und Krankheiten. Wie bei Erwachsenen - mit dem entscheidenden Unterschied, dass in der Kindheit und - schon etwas weniger - bei Jugendlichen die Weichen gestellt werden für das ganze Leben.

Der besonderen Situation in den Kindergärten versuchen wir mit „Jump up“ (Jugend und motorische Prävention) gerecht zu werden, einem Pilotprojekt für alle Kindergärten des Kreises.

Auf den folgenden Seiten finden Sie umfassende Informationen - sowohl zu den jeweiligen gesundheitlichen Problemen in den unterschiedlichen Altersgruppen als auch eine Bestandsaufnahme der wesentlichen Projekte zur Gesundheitsförderung, die an Ennepe und Ruhr betrieben werden.

Allen, die an der Erarbeitung dieser Broschüre beteiligt waren, darf ich an dieser Stelle herzlich danken.

Ihr

(Dr. Arnim Brux, Landrat)

■ Zusammenfassung

Der erste Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit im Ennepe-Ruhr-Kreis gibt eine Übersicht über den Gesundheitsstatus und die gesundheitlichen Risiken und Probleme der jüngsten Bürgerinnen und Bürger im Kreis. Die Daten stammen einmal aus eigenen Untersuchungen, wie z.B. der Schuleingangsuntersuchung, oder Projektauswertungen wie JUMP UP (Jugend und motorischen Prävention) oder den Berichten von Beratungsstellen. Falls zu wichtigen Problemen keine Informationen für den Kreis verfügbar waren, wurden überörtliche Daten (z.B. aus dem Landesamt für Statistik) auf den Ennepe-Ruhr-Kreis heruntergebrochen. Ein Gesundheitsbericht ist keine reine Statistik. Er sollte unter dem Motto „Daten für Taten“ stehen. Sein wichtigstes Ziel ist die Entwicklung von Handlungsmöglichkeiten, um die gesundheitliche Lage der betroffenen Menschen zu verbessern.

Der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen wird im Bericht ganzheitlich betrachtet. Alle Kinder und Jugendlichen im Ennepe-Ruhr-Kreis sollen sich geistig, seelisch und körperlich gut entwickeln. Idealerweise sind junge Menschen mit dem Eintritt in die Erwachsenenwelt körperlich, seelisch und sozial auf die Anforderungen einer Ausbildung, das Leben in einer partnerschaftlichen Beziehung und der Verantwortung für die eigene Gesundheit vorbereitet.

Der Bericht zeigt, dass dies leider oftmals nicht der Fall ist. Schon früh im Leben können die Weichen falsch gestellt werden, so dass sie die Lebenschancen des Einzelnen als auch in der Folge die Gesellschaft belasten. Die Familienverhältnisse, Armut und der sogenannte Migrationshintergrund spielen dabei eine wichtige Rolle. Dabei ist jeder Lebensabschnitt durch andere typische Probleme gekennzeichnet. Der Bericht orientiert sich daher an Altersgruppen, die jeweils drei Jahrgänge umfassen.

Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit zeigt die Leistungsfähigkeit der medizinischen Versorgung im Ennepe-Ruhr-Kreis. An die Stelle der Infektionskrankheiten treten Entwicklungsstörungen und Behinderungen (eine wichtige Rolle spielt hier die steigende Zahl der Frühgeburten) und chronische Erkrankungen (z.B. Allergien). Im Alter von 0-3 Jahren finden besonders viele Entwicklungsprozesse statt, weshalb die Vorsorge- und Regeluntersuchungen hier eine wichtige Funktion haben. Angeborene Risiken oder Defizite wie Schwerhörigkeit oder Hüftgelenksfehlbildung können in diesem Alter erkannt und Spätfolgen verhindert oder wenigstens abgemildert werden, wenn die Früherkennung wahrgenommen wird. Dies gilt ebenso für Entwicklungsstörungen, die einen negativen Einfluß auf die seelische und soziale Entwicklung des Kindes haben können, wie es z.B. bei Schreibabys der Fall ist. Im Alter von 0-3 sowie im Alter von 3-6 Jahren spielen Unfälle im Haus und im Strassenverkehr eine wichtige Rolle. Auch der Einfluss von körperlicher Gewalt und sexuellem Missbrauch wird im Bericht dargestellt.

In der Altersgruppe 4-6 treten vor allem die Infektionskrankheiten in den Vordergrund, was durch den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen (Kindergärten und Kindertagesstätten) unvermeidlich ist. Viele der Infektionskrankheiten, wie Masern oder Mumps lassen sich mit einer Impfung vermeiden, jedoch ist die Durchimpfungsrate im Ennepe-Ruhr-Kreis unter der NRW-Durchschnitt. Defizite bei Hör- und Sehvermögen und beim Sprechen sollten spätestens in diesem Alter aufgedeckt werden, um den Schuleinstieg zu vereinfachen. Als besondere betroffene Gruppe sind in diesem Alter bereits Kinder mit Migrationshintergrund zu erkennen. Ebenfalls wichtig sind die auffälligen Defizite

in der körperlichen Geschicklichkeit und die steigenden Zahlen von übergewichtigen Kindern. Dank der Kooperation zwischen dem Ennepe-Ruhr-Kreis, den Krankenkassen und der Zahnärztschaft ist die Zahngesundheit der Kinder im landesweiten und bundesdeutschen Vergleich überdurchschnittlich gut. Es existieren auch Programme, die sich besonders auf die Bedürfnisse von sozial benachteiligten sowie von Familien mit Migrationshintergrund konzentrieren.

Während der Grundschulzeit im Alter von 7-9 Jahren werden häufig zuvor unentdeckte Defizite offensichtlich. Dazu gehören Verhaltensauffälligkeiten wie Aufmerksamkeitsdefizitstörungen (=ADS bzw. ADHS) oder auch Sehschwächen. Bislang noch latente gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Übergewicht oder Haltungsschwächen werden in diesem Alter deutlich und meist, wenn nicht behandelt, dauerhaft ausgeprägt.

Zwischen dem 10. und 12. Lebensjahr kann die einsetzende Pubertät zu psychischen und/oder psychosomatischen Problemen führen. Damit oft einhergehende soziale Konflikte und Schulprobleme verstärken das Risiko zu gesundheitsgefährdendem Verhalten, wie dem Konsum von Suchtmitteln.

Ab dem 12./13. Lebensjahr treten mit der beginnenden Pubertät Themen wie Schwangerschaftsverhütung und der Schutz vor Aids und anderen Geschlechtskrankheiten in den Vordergrund. Auch wird in der Altersgruppe der 13-15jährigen häufig der Kontakt zu Sucht- und Rauschmitteln gesucht bzw. intensiviert. In diesem Lebensalter fallen psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Essstörungen erstmalig auf, was häufig mit den körperlichen und somit auch hormonellen Veränderungen in der Pubertät zusammenhängt.

In der Altersgruppe der 16-18jährigen sind die Selbstfindungsprobleme in der Zeit zwischen Strafmündigkeit und Wahlberechtigung am stärksten ausgeprägt. Mit der Persönlichkeitsentwicklung werden hier Suchtverhalten und Sexualität mit typischen Rollenmustern angelegt.

Ein wichtiges Ziel ist die intensivere Kooperation mit Kinderärztinnen und Kinderärzten, Therapeutinnen und Therapeuten und Beratungsstellen zur Verbesserung der Vorsorge. Als Teilziele dazu gehören die Steigerung der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und die Erhöhung des Anteils der Kinder mit Impfschutz.

In Zusammenarbeit mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz Ennepe-Ruhr sollen Kinder- und Jugendgesundheitsziele für den Ennepe-Ruhr-Kreis entwickelt werden, die in einem Aktionsprogramm „ENfants - Bündnis für Kindergesundheit im EN-Kreis“ gebündelt werden. Dabei sollen sich die Teilnehmer selbst verpflichten, an der Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche zu arbeiten.

■ 1 Einleitung

1.1 Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung (GBE) informiert Fachleute, Öffentlichkeit und politisch Verantwortliche über die gesundheitliche Lage und die medizinische und soziale Versorgung einer Bevölkerung. Sie berücksichtigt dabei, nach Möglichkeit, ökonomische und ökologische Rahmenbedingungen. Die kommunale GBE stellt zunächst die bestehende Situation vor Ort dar. Dies ist häufig aufwändig, weil die erforderlichen Daten oftmals nicht direkt zur Verfügung stehen, sondern erst zusammengetragen werden müssen. Nicht selten lassen sich wichtige Informationen nur so erschließen, dass Landes- oder Bundeszahlen auf die lokale Ebene heruntergerechnet werden. Die Gesundheitsberichterstattung beschränkt sich nicht allein auf die Beschreibung des IST-Zustandes, sondern sie liefert Analysen und Einschätzungen, um die gesundheitliche Situation zu bewerten. Damit ist sie Grundlage für Handlungsempfehlungen, die eine Verbesserung der Lage anstreben. Ein Gesundheitsbericht muss immer auch die Prioritäten der Betroffenen einschließen. Sie darf aber auch nicht die Rahmenbedingungen des Machbaren außer Acht lassen. Im Idealfall liefert die Gesundheitsberichterstattung nicht nur eine Beschreibung der Ausgangslage, sondern bildet auch die Basis für einen Entwicklungsprozess, dessen Fortschritte an den Kriterien des Berichts gemessen werden können.

Gesundheitsberichterstattung beschränkt sich nicht allein auf die Darstellung von Krankheiten, sondern sie berücksichtigt auch die natürlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben. Ein solcher Gesundheitsbegriff ist nicht statisch, sondern er beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, auf Krankheitsrisiken und Stressfaktoren wirksam zu reagieren. Ein moderner Gesundheitsbegriff umfasst neben der körperlichen ebenso gleichberechtigt eine seelische und eine soziale Dimension. Damit ist Gesundheit mehr als das Fehlen von Krankheit, sondern sie umfasst auch den Bereich der psychischen Gesundheit und die Fähigkeit, am Leben in der Gesellschaft teilhaben zu können.

Damit versteht man Gesundheit umfassend und berücksichtigt somit auch die soziale Dimension. Dazu gehört einmal, dass gesundheitliche Risiken negative soziale Folgen haben können, die ihrerseits wiederum die Gesundheit beeinträchtigen. So erhöht eine chronische Krankheit wie Rheuma oder eine schwere Depression das Risiko für einen Arbeitsplatzverlust. Umgekehrt ist zum Beispiel Arbeitslosigkeit ein wichtiger Risikofaktor für soziale Ausgrenzung und erhöht das Risiko für eine seelische Erkrankung wie Depression oder Sucht. Arbeitslosigkeit und Armut stellen heute in unserer Gesellschaft wichtige Gesundheitsrisiken dar.

Es gilt die Faustregel: je ärmer, desto weniger gesund. Kinder aus sozial benachteiligten Familien zeigen mehr Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen und allgemeine Entwicklungsverzögerungen. Sie haben eine schlechtere Mundgesundheit und sind häufiger übergewichtig. Für Präventionsangebote sind sie schlechter erreichbar. Sie sind häufiger Opfer von Vernachlässigung und Gewalt und sie tendieren dazu, dies später an eigene Kinder weiter zu geben.

1.2 Kinder- und Jugendgesundheit

Die wichtigste Grundlage für ein gesundes Leben ist eine Kindheit und Jugend mit ausreichender Fürsorge in allen Lebensbereichen. Das Aufwachsen in einem stabilen familiären Umfeld, die viel-

fältigen sozialen Erfahrungen im Umgang mit anderen Kindern und Jugendlichen, eine gute kinderärztliche Betreuung, eine individuelle pädagogische Förderung im Kindergarten und in der Schule bilden die Basis für Gesundheit und Erfolg im Leben. Die in der Kindheit erworbenen Fähigkeiten sind die Basis für die gesundheitlichen und persönlichen Ressourcen der Erwachsenen. Die in der frühen Lebensphase versäumten Chancen lassen sich im späteren Leben kaum kompensieren. Damit begründet sich die Notwendigkeit von Prävention, die möglichst schon im frühesten Lebensalter ansetzen sollte. Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter schützt nicht nur die verletzlichsten Mitglieder unserer Gesellschaft, sondern sie ist auch besonders erfolgversprechend. Die gesellschaftliche Aufgabe der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen erfordert die Kooperation vieler Partner. Dabei gilt es vor allem die wichtigsten Akteure, nämlich die Familien, die Erzieher und Erzieherinnen in Kindergärten und Schulen in ihrer Arbeit zu unterstützen. Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung sind eine wichtige Grundlage für diese Kooperation.

1.3 Rechtliche Grundlagen

Grundlage der Gesundheitsberichterstattung ist das „Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst“ (ÖGDG, Artikel 3 des Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in NRW vom 25. November 1997). § 21 verpflichtet die unteren Gesundheitsbehörden zu einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung. „Ziele und Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung“ sind nach § 8 der Ausführungsverordnung zum ÖGDG vom 1. September 1999 „... 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.“ Damit bildet sie eine „Grundlage für kommunale Planungs- und Umsetzungsprozesse“.

Basis für einen gesonderten Bericht über Kinder- und Jugendgesundheit sind die §§ 12 und 13 des ÖGDG zur Kinder- und Jugendgesundheit sowie Kinder- und Jugendzahngesundheit, in denen die Aufgabe lautet „... Kinder und Jugendliche vor Gesundheitsgefahren zu schützen und ihre Gesundheit zu fördern“.

- Der Schutz und die Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist eine zentrale gesellschaftliche Aufgabe.
- Dabei gilt es durch Präventionsmaßnahmen Gesundheitsrisiken vorzubeugen und speziell die Gesundheit von Kindern aus sozial benachteiligten Familien zu verbessern.
- Gesundheitsförderung erfordert die Kooperation vieler unterschiedlicher Partner. Die Festlegung von Prioritäten und die Koordination dieses komplexen Prozesses erfordert als Grundlage eine gute Gesundheitsberichterstattung.

1.4 Berichtsaufbau

Der vorliegende Bericht versucht einen Überblick über die Themen der Kinder- und Jugendgesundheit zu geben mit der Zielsetzung, die gesellschaftlichen Handlungsnotwendigkeiten und realistische Handlungsoptionen zu beschreiben.

Er stellt im einzelnen die folgenden Punkte dar:

- die wichtigsten gesundheitlichen Probleme von Kindern und Jugendlichen und ihre Folgen für

- die spätere Entwicklung und Lebenschancen aufgeteilt nach Altersgruppen
- die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit und ihre wichtigsten Ursachen sowie die Thematik der Frühgeborenen
 - gibt einen Ausblick auf die Thematik Frühförderung von Kindern mit Entwicklungsstörungen und Behinderungen
 - beschäftigt sich mit der Gesundheit von Schulanfängern, basierend auf den Daten der Schulinganguntersuchung, darunter das wichtige Problem der Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen und des Impfschutzes
 - beleuchtet die Möglichkeiten und die Fortschritte der Prävention in der Zahn- und Mundgesundheit und „JUMP UP“
 - gibt eine Darstellung von Einzelprojekten, wie z.B. einen Bericht über die Anlaufstelle für Opfer von sexuellem Missbrauch

1.5 Rahmenbedingungen der Kinder- und Jugendgesundheit

Häufig gelten Kindheit und Jugend als besonders gesunde und unbeschwerte Lebensphasen. Tatsächlich hat sich die gesundheitliche Situation unserer Kinder und Jugendlichen in den letzten Jahren verändert und in vieler Hinsicht verbessert.

Der medizinische Fortschritt hat zu einer Abnahme der Säuglingssterblichkeit und zu einer weitgehenden Kontrolle vieler akuter Erkrankungen - vor allem der Infektionen - geführt. Dagegen stellen die Änderungen der Lebensverhältnisse in einer weitgehend technisierten Umwelt neue Gesundheitsrisiken dar. Bedeutsam sind dabei vor allem drei Faktoren:

- **Verstädterung und Bebauungsverdichtung und Zunahme des Straßenverkehrs.**
Während ihres Wachstums und ihrer Entwicklung reagieren Kinder und Jugendliche besonders sensibel auf Umwelteinflüsse. Die Folgen sind vor allem Bewegungsmangel mit daraus resultierendem Übergewicht, sowie Koordinations- und Bewegungsstörungen.
Gefördert wird dies außerdem durch die zunehmende Nutzung von Medien wie Fernsehen und Computern. Auch direkte Umwelteinflüsse auf die Gesundheit sind nicht zu vernachlässigen. Zu nennen sind vor allem die Lärm- und die Feinstaubproblematik. Besonders wichtig ist die Tatsache, dass nach wie vor 50% aller Kinder in Haushalten aufwachsen, in denen mindestens eine Person raucht.
- **Steigerung der familiären Belastungen** durch Doppelbelastung von Frauen in Familie und Beruf und Zunahme der Ehescheidungen (Alleinerziehendenproblematik).
Folgen daraus sind eine Zunahme von psychosomatischen Erkrankungen und psychische Auffälligkeiten.
- **Belastungen durch sozio-ökonomische Faktoren:**
Armut durch Langzeitarbeitslosigkeit und Abhängigkeit von staatlicher Unterstützung, Schwächung der Familienstrukturen („broken families“) und einen Verlust von Hilfemöglichkeiten.
Folgen sind vielfältige gesundheitliche und soziale Probleme beim einzelnen Menschen mit einer deutlichen Abnahme der Selbsthilfepotentiale und einer fatalen Tendenz zur Gruppen- und Schichtbildung mit einer Verfestigung der sozialen und gesundheitlichen Benachteiligung über Generationen hinweg.

Diese Faktoren verstärken die psychischen Probleme, gefährden die soziale Integration bei Jugendlichen und schwächen das Selbsthilfepotential in den Familien. Präventionsangebote sind deshalb besonders dringlich für sozial benachteiligte Gruppen [19].

Eine zunehmende Bedeutung hat die Thematik **Migration und Gesundheit**. Rund 12 % der Bevölkerung haben einen Migrationshintergrund. (Tatsächlich dürfte die Prozentzahl höher liegen, da amtliche Statistiken in der Regel nur die Staatsangehörigkeit berücksichtigen.) Bei Kindern und Jugendlichen trifft dies bereits für über 20 % zu. Über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien liegen relativ wenig Daten vor. Generell darf man davon ausgehen, dass Integrationsprobleme und ein niedriger Sozialstatus erhöhte Krankheitsrisiken zur Folge haben. Gleichzeitig ist der Zugang zum medizinischen Versorgungssystem für Migrantinnen und Migranten schwieriger als für deutsche Familien. So ist die Teilnahmequote an kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen ebenso niedriger wie die Durchimpfungsrate im Vergleich zu deutschen Kindern. Die Mundgesundheit im Ganzen ist bei Migrantenkindern schlechter als bei Kindern deutscher Herkunft. Zugang zu speziellen Beratungsangeboten, z.B. Aids- oder Drogen-/Suchtberatungen scheint erschwert, weil transkulturelle Barrieren bestehen. Besonders benachteiligt sind die Kinder von arbeitslosen Eltern, von Sozialgeldbeziehern und von allein erziehenden Müttern und Vätern [20]. Spezielle Risiken sind bei Zuwandererfamilien zu beobachten. Neben konkreten Gesundheits-, Präventions- und Versorgungsangeboten ist auch immer die Verbesserung der sozialen Situation dieser benachteiligten Gruppen anzustreben. Gesundheitliche Hilfen, Angebote der Jugendhilfe und sozialplanerische Aspekte lassen sich hier nicht sinnvoll trennen. Positiv formuliert: durch eine bessere Kooperation aller beteiligten Akteure im kommunalen Raum sind Synergieeffekte zu erwarten.

Nur allmählich wächst das Bewusstsein, dass bereits in der Kindheit und im Erwachsenenalter auch genderspezifische Probleme sorgfältig beachtet werden müssen. Männliche Heranwachsende haben häufig besondere Probleme bei der sozialen Integration. Die Anpassungsstörungen sind oft mit Schulproblemen, Gewalt- und Suchterfahrungen verknüpft. Ein typisches Beispiel bei Mädchen sind Essstörungen.

- Bei Kindern haben sich Gesundheitsrisiken und Folgeschäden noch nicht verfestigt, deshalb sind Kinder eine besonders wichtige Zielgruppe für Präventionsmaßnahmen.
- Für alle Projekte, die eine Gesundheitsförderung zum Ziel haben, gilt es, das soziale Umfeld - Familie, Kindertagesstätte, Schule - als wesentliche Stütze anzusehen.

1.6 Spezifische Gesundheitsprobleme von Kindern und Jugendlichen

Kindheit und Adoleszenz erstrecken sich über rund zwei Jahrzehnte. Die kindliche Entwicklung verläuft dabei in typischen Stadien vom Neugeborenen bis zum jungen Erwachsenen. Dabei können in jedem Lebensalter bestimmte charakteristische Gesundheitsprobleme und/oder Krankheiten auftreten. Deshalb ist in diesem Bericht eine nach Altersgruppen gegliederte Problemdarstellung gewählt worden. An dieser Stelle wird nur ein kurzer Überblick über wesentliche Entwicklungsstadien und ihre typischen Gesundheitsprobleme gegeben.

Nachgeburtliche Phase (etwa bis zu Ende des ersten Lebensjahres)

Diese Zeit ist geprägt durch die Auswirkungen der Geburt. Angeborene Behinderungen müssen frühzeitig erkannt und eine rechtzeitige Frühförderung eingeleitet werden. Frühgeborene benötigen sofort nach der Geburt eine qualifizierte medizinische Betreuung. Die Frühsterblichkeit ist eine wesentliche Kennzahl für die Qualität der medizinischen Betreuung von Mutter und Kind.

Frühe Lebensphase

In der frühen Lebensphase (bis zum 5. Lebensjahr) entwickeln sich vor allem die Körper- und Handmotorik, das Denken, die Sprache sowie das Sozialverhalten. Die moderne Kinderpsychologie hat durch ihre Forschung zur frühkindlichen Bindung die Bedeutung dieser Periode für das gesamte Leben nachdrücklich herausgearbeitet. In dieser Lebensphase entstehen die Wurzeln für viele spätere Probleme, vor allem der seelischen Gesundheit, wie Persönlichkeitsstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen.

So treten Suchtprobleme oft erst in der Pubertät zu Tage, resultieren aber häufig aus einer Störung der frühkindlichen Entwicklung.

Kindheit

In der Kindheit sind neben dem körperlichen und seelischen Wachstum die Ablösung vom familiären Umfeld hin zu Freundschaften und Gemeinschaftseinrichtungen die vorrangigen Erlebnisse. Daraus resultieren die Unfallrisiken (z.B. Radfahren) und Infektionskrankheiten aus den Schulen (z.B. Kopfläuse).

Pubertät und Adoleszenz

Mit der sexuellen Reifung ist die Phase der Kindheit abgeschlossen und es beginnt die Adoleszenz. Die seelische Entwicklung zum Erwachsenen ist ausgesprochen störungsanfällig.

Die Änderungen der Lebensverhältnisse in einer weitgehend technisierten Umwelt stellen immer wieder neue und sich ändernde Gesundheitsrisiken dar.

Bedeutsam sind vor allem drei schon genannte Faktoren:

- **Verstädterung und Bebauungsverdichtung**
- **Steigerung der familiären Belastungen**
- **Belastungen durch sozio-ökonomische Faktoren**

Einzelne Krankheiten im Kinder- und Jugendalter.

Die Darstellung erfolgt hier aufgrund von besonders häufigem Vorkommen oder besonders gravierenden Konsequenzen für die Betroffenen, zunächst mit einer allgemeinen Beschreibung ohne Bezug zu den Altersgruppen im späteren Berichtsteil.

Infektionskrankheiten

Infektionen, insbesondere der Atemwege und Durchfallerkrankungen, zählen nach wie vor zu den häufigsten Erkrankungen im Kindesalter, obwohl viele durch Schutzimpfungen verhindert werden könnten und andere dank moderner Behandlungsmethoden, vor allem durch Antibiotika, in der Regel keinen bedrohlichen Verlauf mehr nehmen.

Besonderere Aufmerksamkeit bedürfen die Masern, der unzureichende Impfschutz gegen Hepatitis B und die Aidsprävention bei Heranwachsenden und Jugendlichen. Soziale Faktoren spielen auch beim Infektionsschutz eine wesentliche Rolle. So sind die Hauptschüler und die Jugendlichen, die ein Berufskolleg besuchen, schlechter geimpft als Gymnasialschüler. Kinder aus Zuwandererfamilien haben ebenfalls einen schlechteren Impfschutz, insbesondere bei Asylbewerbern kommen spezielle Risiken, z.B. Tuberkuloseinfektionen, hinzu.

Unfälle

Straßenverkehrsunfälle und Unfälle im Haushalt stellen bei Kindern nach dem ersten Lebensjahr eine der bedeutendsten Verletzungs- und Todesursachen dar. Insgesamt sind die Unfälle und Vergiftungen die häufigsten Todesursachen bei Kindern und Jugendlichen. Besonders Jungen sind

hier betroffen. Unfälle stellen heute eine ständige Gefährdung für die Gesundheit von Kindern dar, insbesondere durch die weitere Intensivierung des Straßenverkehrs. Der Prävention von Kinderunfällen kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu, wozu auch eine optimale Erfassung und Analyse des Unfallgeschehens und die Entwicklung eines Unfallverhütungsprogramms gehören.

Allergien

Asthma und Allergien sind in Deutschland die häufigsten chronischen Erkrankungen bei Kindern. Veranlagung und Lebensbedingungen spielen die wichtigste Rolle bei der Entstehung dieser Krankheitsbilder. 4-5 % der Schulkinder leiden an Asthma, jeweils etwa 10 % an Heuschnupfen oder an Neurodermitis. Insgesamt gelten bis zu 30 % der Kinder als allergiegefährdet oder -krank. Besonders die Neurodermitis oder das Asthma beeinträchtigen zu einem erheblichen Maße das Allgemeinbefinden und die Lebensqualität. Die Behandlung dieser Krankheiten verursacht hohe Kosten, und trotz des therapeutischen Aufwands entstehen nicht selten schwere Komplikationen, wie z.B. Hautschädigungen durch längerfristige lokale Kortisonbehandlungen.

Ein wichtiger Präventionsansatz ist die ärztliche Beratung von Jugendlichen vor der Wahl eines Ausbildungsberufes, da in Deutschland jährlich etwa 30.000 Ausbildungsverhältnisse wegen allergischer Probleme abgebrochen werden. Besonders Auszubildende in den Berufen des Bäcker-, Friseur- und Malerhandwerks sind häufig betroffen.

Übergewicht

Nach Angaben der Deutschen Adipositas-Gesellschaft gelten in Deutschland derzeit 10-25% der Kinder und Jugendlichen als übergewichtig. Übergewicht bedeutet physische Auswirkungen auf die Kinder, wie extreme Belastung des Herz-Kreislauf-Systems, Einschränkung der Bewegungsabläufe und ein verstärktes Risiko zur Diabetesentwicklung. Aber auch die psychischen Konsequenzen sollten betrachtet werden: Ein verringertes Selbstwertgefühl kann zu Suchterkrankungen führen. Bei jungen Mädchen treten diese oft als Essstörungen auf, da ein „normales“ Essverhalten im Kindesalter nicht gelernt worden ist. Die Einschränkung des Bewegungsapparates kann ebenfalls die Wahrnehmungsentwicklung, also die motorische Entwicklung des Kindes stören. Hier gilt es nicht nur, neue Therapieformen für bereits bestehende Problemfälle zu entwickeln, sondern frühzeitig mit Präventionsmaßnahmen zu beginnen.

Zahngesundheit

In den letzten zwanzig Jahren hat sich die Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen in den westlichen Industrieländern wesentlich verbessert. Das 1983 aufgestellte Zahngesundheitsziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für das Jahr 2000 gab vor, dass z.B. 12-jährige nicht mehr als zwei kariös betroffene Zähne aufweisen sollten. Dieses Ziel wurde bereits Anfang der 90er Jahre nach 15-jährigen Prophylaxebemühungen in den meisten europäischen Ländern mit Hilfe der Gruppenprophylaxe für Kinder- und Jugendliche, aber auch durch ein gestiegenes Zahngesundheitsbewusstsein in den Familien und durch die breite Verfügbarkeit fluoridhaltiger Zahnpasten erreicht. Die Mundgesundheit ist vorwiegend aus folgenden Gründen wichtig:

- Die Mundgesundheit ist ein Spiegel für den Gesundheits- und Sozialstatus des Menschen und beeinflusst maßgeblich die Lebensqualität bis in das hohe Alter.
- Zahngesundheit ist teuer. Rund jeder 10. Euro der Krankenkassenausgaben wird für die Behandlung von Zahnerkrankungen aufgewendet. Dabei werden die Versicherten auch noch durch immer höhere Eigenbeteiligungen belastet.

Derzeit vereinen 20 % der Kinder und Jugendlichen fast den gesamten Kariesbefall auf sich. Auch im europäischen Kontext zeigte es sich, dass sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Kinder mit Migrationshintergrund weniger vom allgemeinen Kariesrückgang profitierten und den Hauptanteil an Karieserkrankungen aufweisen.

Psychische Entwicklungsstörungen, Drogen- und Suchtgefährdungen

Seelische und psychosomatische Störungen bei Kindern und Jugendlichen nehmen stark zu. Ursachen sind wahrscheinlich gestörte Familienbeziehungen, sozialer Druck und Umweltstress sowie die Sekundärfaktoren übermäßiger Medien- und Suchtmittelkonsum. Untersuchungen bei Heranwachsenden zeigen, dass sie heute sozial aufgeschlossener und engagierter sind als vor zwanzig oder dreißig Jahren. Gleichzeitig ist diese Gruppe sozial gehemmt, sehr viel impulsiver und nervöser als frühere Generationen. Oft ist zu beobachten, dass die Kinder sich in Leistungs- und Belastungsfähigkeit überschätzen. Dabei zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Mädchen erscheinen als ängstlicher und weniger selbstbewusst als Jungen, die zur Selbstüberschätzung und riskanten Verhaltensweisen neigen.

Auch sind deutliche Unterschiede zwischen den Schultypen feststellbar, d.h. Schüler von Hauptschulen sind nachweislich stärker belastet und somit anfälliger für körperliche und seelische Erkrankungen, z.B. für Abhängigkeitserkrankungen.

Sexueller Missbrauch [10]

Sexueller Missbrauch im Kindes- und Jugendalter hat oft schwerwiegende Auswirkungen auf das Opfer. Vor allem seelische Leiden und Behinderungen sind Ausdruck dieser traumatischen Erfahrungen. Persönlichkeits- und Beziehungsstörungen und/oder Suchtprobleme sind häufig Folgen von Missbrauch. Nicht zuletzt besteht das Risiko, Gewalterfahrungen an Dritte weiterzugeben. Aus Opfern werden häufig Täter. Sexueller Missbrauch ist noch immer ein häufig tabuisiertes Thema; die Dunkelziffer ist hoch.

■ 2 Daten zur Bevölkerung im Ennepe-Ruhr-Kreis

Die im folgenden Abschnitt dargestellten Zahlen und Fakten zur Bevölkerung im Ennepe-Ruhr-Kreis geben einen Überblick über derzeitige und zukünftige Verhältnisse von jungen zu alten oder deutschen zu nichtdeutschen Bürgerinnen und Bürgern. Eine Prognose über die sozioökonomische Entwicklung soll mit möglichen Resultaten hieraus für Kinder- und Jugendgesundheit erstellt werden.

Der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit wird vom Zentrum für interdisziplinäre Ruhrgebietsforschung an der Ruhr-Universität Bochum regelmäßig analysiert. Danach gibt es 6 Clustertypen (siehe Anhang 1) und der Ennepe-Ruhr-Kreis gehört zu dem Clustertyp 5 „Prosperierende Regionen und suburbane Kreise“. Für diesen Clustertyp ist ein höheres Einkommensniveau als im Cluster 4 kennzeichnend, im Durchschnitt wird auch das Einkommensniveau der Dienstleistungsstädte (Cluster 1) übertroffen. Außerdem sind die Armuts- und Arbeitslosenzahlen relativ niedrig. Die Familienprägung ist etwas geringer als in der Familienzone (Cluster 4), die Bevölkerungsgewinne und der Anteil der Kinder unter 14 Jahren liegen leicht unter dem Landesdurchschnitt [20] + [15].

Einige statistische Informationen über den Ennepe-Ruhr-Kreis dienen zur Einordnung der dargestellten Probleme.

2.1 Allgemeine Daten zur Bevölkerung

Zum Jahresende 2004 lebten im Ennepe-Ruhr-Kreis rund 348 000 Einwohner auf einer Fläche von 408 km², das entspricht einer Bevölkerungsdichte von 853 Einwohnern je km². Der Anteil der weiblichen Einwohner betrug 52 %.

Der Ausländeranteil betrug 8,3 %, in der männlichen Bevölkerung lag er bei 8,7 % und in der weiblichen Bevölkerung bei 8,0 %.

2.2 Prognose bis 2020

Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen wird (nicht nur) im Ennepe-Ruhr-Kreis bis 2020 stetig sinken.

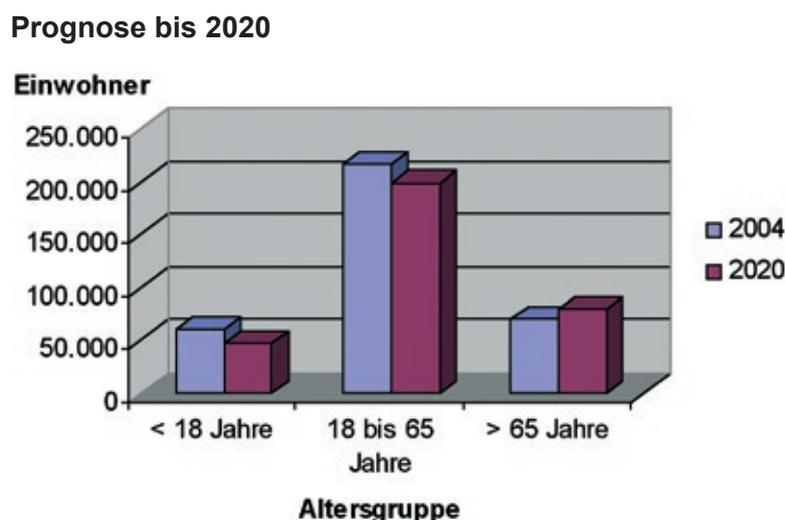


Abb. 1: Prognose zur Entwicklung der Bevölkerungsstruktur bis 2020 [13]

2.3 Daten zur sozialen Lage¹

Im Ennepe-Ruhr-Kreis waren im am 31. Dezember 2004 15.478 (zum Vergleich: 15.058 in 2003) Menschen ohne Arbeit, davon waren 44,3 % langzeitarbeitslos.

Im Jahr 2004 lag die Quote bei den Frauen bei 8,8 % und bei den Männern bei 10,8 %. Der Ausländeranteil betrug 19,9 %, der Anteil der arbeitslosen Jugendlichen bis 19 Jahren lag bei 3,4 % aller Arbeitslosen, der Anteil der Schwerbehinderten war 9,1 %.

Im Jahr 2004 haben 10.655 Menschen laufende Hilfe zum Lebensunterhalt (außerhalb von Einrichtungen) bezogen, darunter 5.827 Frauen und 4.828 Männer. Dies entspricht 3,1 % der Bevölkerung des Kreises.

¹ Zahlen aus unterschiedlichen Berichtszeiträumen, da jeweils die neuesten verfügbaren Zahlen verwendet wurden

Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhielten in 2004 1.599 Personen (882 Männer und 717 Frauen), das sind 0,46 % der Bevölkerung des Kreises.

Die Anzahl der Wohngeldempfänger ist in den vergangenen Jahren angestiegen:

	Wohngeldempfänger	in % der Bevölkerung
2000	10.344	2,9
2001	10.665	3,0
2002	11.603	3,3
2003	12.961	3,7
2004	13.273	3,8

Tabelle 1: Anzahl der Wohngeldempfänger im Ennepe-Ruhr-Kreis

Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis, Fachbereich Soziales, 2005

2.4 Daten zu Kindern und Jugendlichen im Ennepe-Ruhr-Kreis

Ende 2004 lebten im Ennepe-Ruhr-Kreis insgesamt 61.670 Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre, wobei der Anteil der Jungen 51,2 % betrug.

Männliche und weibliche jugendliche Bevölkerung am 31.12.2004

	EN	in % der Altersgruppen
0 bis 3 Jahre	8.514	13,8
3 bis 6 Jahre	9.414	15,3
6 bis 9 Jahre	10.149	16,5
9 bis 12 Jahre	10.635	17,2
12 bis 15 Jahre	11.636	18,9
15 bis 18 Jahre	11.322	18,3
Summe	61.670	100

Tabelle 2: Altersstruktur der Kinder und Jugendlichen im Ennepe-Ruhr-Kreises in 2004

Quelle: [13]

Tabelle 2 zeigt deutlich, dass der deutschlandweite Trend rückläufiger Geburtenzahlen auch für den Ennepe-Ruhr-Kreis zutrifft.

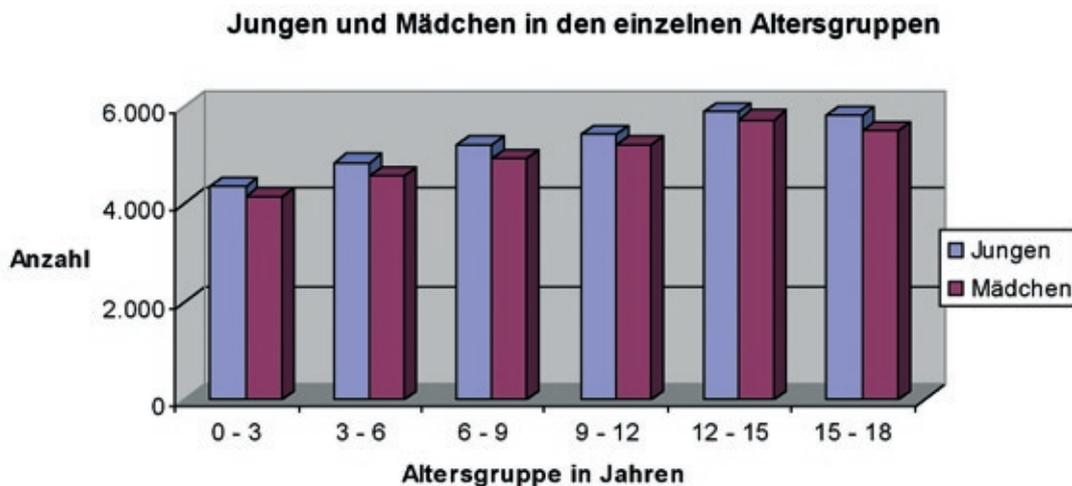


Abb.2: Anteile der Mädchen und Jungen in den einzelnen Altersgruppen

In Abbildung 2 ist dargestellt, dass die Anzahl der Mädchen in jeder Altersgruppe etwas geringer ist als die der Jungen.

Anteile Nichtdeutscher in den einzelnen Städten des Ennepe-Ruhr-Kreis

	Gesamteinwohner	davon Nichtdeutsche	Anteil in %
Breckerfeld	9.343	410	4,6
Ennepetal	32.679	3.208	9,8
Gevelsberg	32.857	3.208	9,8
Hattingen	57.309	4.586	8,0
Herdecke	25.807	1.413	5,5
Schwelm	30.103	3.385	11,2
Sprockhövel	26.324	1.315	5,0
Wetter	29.221	2.553	8,7
Witten	101.181	8.706	8,6
EN gesamt	344.824	28.641	8,3

Tabelle 4: Anteile der Nichtdeutschen im Ennepe-Ruhr-Kreis in 2004

Die Verteilung von Ausländern in den Städten des Kreises weist sehr starke Unterschiede auf. Den niedrigsten Anteilen in Breckerfeld, Sprockhövel und Herdecke (4,6 %, 5,0 % und 5,5 %) steht ein doppelt so hoher Anteil in Schwelm gegenüber (11,2 %). In den übrigen Städten liegen die Anteile zwischen 8 % und knapp 10 %.

Quelle: Abb und Tab [13]

■ 3 Gesundheitliche Probleme im Einzelnen nach Altersgruppen [18]

Ganz allgemein kann festgehalten werden, dass sich bei Kindern und Jugendlichen – wie auch bei Erwachsenen – ein Wechsel des Krankheitsspektrums von den Infektionskrankheiten, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch vorherrschten, zu den in der Regel multikausal bedingten, oftmals chronischen Erkrankungen vollzogen hat. Für einzelne Erkrankungen werden vorsichtige Aussagen getroffen (Zunahme an Allergien, Übergewicht, Verhaltensauffälligkeiten). Es fehlen jedoch methodisch valide Studien, die einen Vergleich des Krankheitsgeschehens zu verschiedenen Zeitpunkten erlauben würden, d.h. ob Kinder heute grundsätzlich gesünder oder kränker sind als vor zehn oder zwanzig Jahren, lässt sich nicht beantworten.

Die Aufteilung der Darstellung in Dreijahresschritten hat seine Begründung unter anderem in der Zuordnung zu Lebensbereichen. Kinder kommen üblicherweise mit dem dritten Lebensjahr in den Kindergarten, mit sechs Jahren findet die Einschulung statt, mit 18 Jahren sind Menschen offiziell erwachsen und erst mit 21 Jahren voll rechtsfähig bzw. strafmündig.

Wie bereits erwähnt, sind dies nicht allein die Gründe, denn auch die körperliche und geistige Entwicklung im Kindesalter wird in der Literatur überwiegend in den Altersschritten von jeweils drei Jahren dargestellt. Entsprechend der institutionellen Aufteilung der Kinder in Kindergärten und Schulen erfolgt auch die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf unterschiedlichen Ebenen in diesen Altersstufen. Dabei bleiben die gesundheitlichen Probleme in den einzelnen Altersstufen (außer den Risiken bei der Geburt und im Säuglingsalter) jeweils bestehen, es kommen aber in jeder Altersstufe Risiken hinzu.

3.1 Lebensjahre 0 bis 3

3.1.1 Gesundheitliche Probleme

Nie wieder lernt ein Mensch so viel in seiner Lebenszeit wie in den ersten drei Jahren. Er entwickelt sich vom hilflosen kleinen, auf dem Rücken liegenden, unkoordiniert mit Ärmchen und Beinchen strampelnden, saugenden, mal greinenden, mal schreienden, mal schlafenden, mal lächelndem Menschlein zum Kleinkind, das aufrecht gehen, hüpfen, laufen, sprechen, essen, spielen, toben, malen und basteln kann. Nie wieder finden so viele verschiedene Lern- und Entwicklungsprozesse statt wie in dieser Zeit. Verständlich daher, wie wichtig diese Zeit für das weitere Leben ist, und wie geschützt und behütet sie verlaufen sollte.

Die Auswahl der hier (dies gilt auch für die nachfolgenden Altersgruppen) überblickartig beschriebenen Erkrankungen erfolgt unter gesundheitswissenschaftlicher, bevölkerungsmedizinischer Perspektive. Die zusammengestellten Erkrankungen sind relevant in Bezug auf die Möglichkeiten der Prävention und Früherkennung, die Gestaltung der Versorgungsstrukturen, sowie ihre Prävalenz (Häufigkeiten). Zur Darstellung von Krankheitshäufigkeiten werden u.a. epidemiologische Studien zu Rate gezogen.

Säuglingssterblichkeit

Seit 1960 zeigt die Statistik der Säuglingssterblichkeit einen deutlichen Abwärtstrend. Während damals noch fast 34 von 1000 Lebendgeborenen desselben Jahrgangs im ersten Lebensjahr

starben, sind es im Jahr 2000 noch etwa 4 von 1000 Säuglingen. Deutschland hat somit den Anschluss an die Staaten mit den weltweit niedrigsten Werten erreicht und liegt unter dem EU-Durchschnitt.

Auch die Zahl totgeborener Kinder hat sich im obengenannten Zeitraum von 15 Totgeborenen pro 1000 Geburten im Jahr auf 4 reduziert. Grund ist die verbesserte medizinische Versorgung in den Kliniken.

Ebenso wie die Säuglingssterblichkeit ist auch die perinatale Sterblichkeit (Sterblichkeit vom Beginn der 22. Schwangerschaftswoche bis zum 7. Lebenstag bzw. einem Geburtsgewicht von mind. 500 g) zurückgegangen und lag im Jahr 2000 bei etwa 6 von 1000 (Lebend- und Tot)Geburten. Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit zeigen sich nicht nur im Hinblick auf das Geschlecht (Jungen:Mädchen = 5:4), sondern auch in Bezug auf den Familienstand der Mütter (höhere Sterblichkeit bei den nicht ehelich geborenen Säuglingen) und die Staatsangehörigkeit (Sterblichkeit der von ausländischen Müttern geborenen Kinder liegt bei 5,4 je 1000 gegenüber 4,4 bei Neugeborenen deutscher Mütter). Auch die perinatale Sterblichkeit lag bei ausländischen Neugeborenen höher.

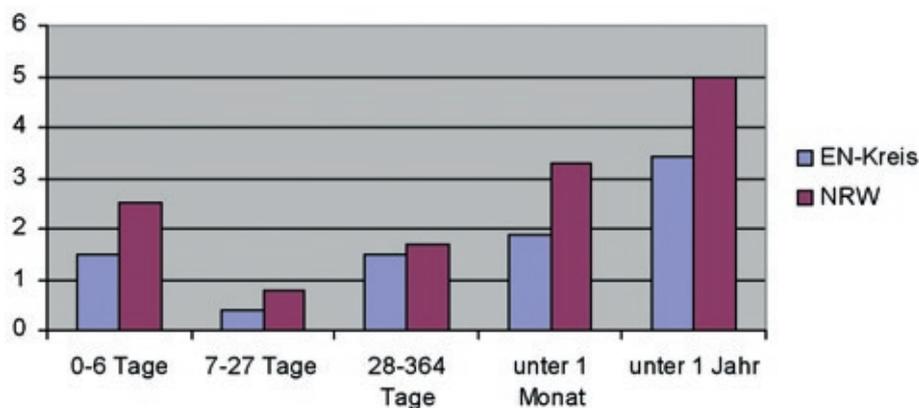


Abb. 3: Im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1000 Lebendgeborene im Ennepe-Ruhr-Kreis und in NRW 2004

Quelle: [14]

Rund 90 % aller Todesfälle im Säuglingsalter sind auf drei Krankheitsgruppen zurückzuführen:

- Fast die Hälfte aller Todesfälle sind Folgen von Schwangerschafts- und Geburtsrisiken, Atemstillständen und Atemstörungen und stehen in Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, also Frühgeburtlichkeit.
- Etwa ein Viertel aller Sterbefälle ist auf angeborene Fehlbildungen, am häufigsten solche des Herzens und des Kreislaufsystems, gefolgt von genetischen Fehlbildungen und Fehlbildungen des Atmungs- und Nervensystems zurückzuführen.
- Der plötzliche Kindstod ist die häufigste Todesursache zwischen dem 7. Lebenstag und dem 1. Geburtstag, mit einem erhöhten Risiko im dritten bis vierten Lebensmonat. Aufklärungskampagnen zur Vermeidung der Bauchlage beim Schlafen führten in Deutschland zu einem Rückgang der Zahl der Sterbefälle von 751 Kindern im Jahr 1995 auf 429 im Jahr 2001.

Heute liegt Deutschland mit 0,5 Promille an Fällen von plötzlichem Kindstod in der EU-Statistik im mittleren Bereich, wobei NRW mit etwa 126 Fällen im Jahre 2004 eine nach wie vor zu hohe Rate aufweist. [22]

Frühgeburtlichkeit

Neugeborene, die vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren werden und ein Geburtsgewicht unter 2500 g aufweisen, werden als Frühgeborene bezeichnet. Der Anteil der Frühgeborenen stieg in Deutschland von 5,8 % im Jahr 1990 auf 6,8 % im Jahr 1999. Frühgeborene haben nicht nur ein erhöhtes Sterberisiko, sondern auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten gesundheitlicher Störungen im ersten Lebensjahr und für das Risiko bleibender Schäden und Behinderungen. Etwa drei Viertel der Sterbefälle bei Neugeborenen mit einem Gewicht unter 1000 g und etwa die Hälfte der Sterbefälle bei Neugeborenen mit einem Gewicht zwischen 1000 und 2500 g ereignen sich innerhalb der ersten sechs Lebensstage. Der plötzliche Kindstod kommt in der Gruppe der Frühgeborenen ebenfalls häufiger vor.

Angeborene Hörstörungen

Ausreichendes Hörvermögen ist die Voraussetzung für eine normale Sprachwahrnehmung und -ausbildung und damit eine Grundlage für die gesamte geistige und soziale Entwicklung des Kindes. Das Hörvermögen beeinflusst wesentlich die Fähigkeit des Sprechens und ist damit auch wichtig für das Erlernen von Lesen und Schreiben. Frühgeborene sollen ein etwa zehnfach höheres Risiko für angeborene Hörstörungen haben [18], sie sind jedoch bei Säuglingen nur mit speziellen Verfahren zu diagnostizieren.

Alkoholembryopathie

Jährlich kommen in Deutschland etwa 2000 durch Alkohol geschädigte Kinder zur Welt. Sichtbare körperliche Anzeichen sind Anomalien im Gesicht, ein zu kleiner Kopf und Untergewicht. Bereits geringe Mengen von Alkohol während der Schwangerschaft können körperlichen und geistigen Fehlentwicklungen beim Kind, insbesondere zu Verhaltensauffälligkeiten führen. Körperliche Fehlbildungen können operiert werden, Frühförderung kann Entwicklungsdefizite ausgleichen, doch eine Heilung im Sinne des Gleichstandes mit Altersgenossen der Kinder ist nicht möglich [21].

Allergische Erkrankungen (z.B. Asthma bronchiale, Heuschnupfen, Neurodermitis)

Die Datenlage in Deutschland lässt zur Zeit keine verlässlichen Aussagen zum Trend der Allergiehäufigkeit zu. Man weiß, dass 45 % der an Asthma leidenden Kinder bereits im ersten Lebensjahr Symptome haben und dass zwischen 30 und knapp 60 % dieser Kinder im Laufe von 10 bis 20 Jahren ihre Symptomatik wieder verlieren.

Für Heuschnupfen schwanken die Zahlen bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr zwischen 1,2 % und 5,8 % (Lebenszeitprävalenz = Anzahl bzw. Rate der Kinder mit Heuschnupfen in den ersten sechs Lebensjahren).

Auch die Neurodermitis, eine chronisch entzündliche Hauterkrankung, bei der 60 % der Betroffenen Unverträglichkeiten gegen zahlreiche Stoffe aus Nahrung und Umwelt aufweisen, beginnt meist schon im frühen Kleinkindalter.

Atemwegsinfekte - auch als „banale“ Infekte oder Erkältungen bezeichnet und durch eine Vielzahl verschiedener Viren verursacht - sind der häufigste Vorstellungsanlass beim Kinderarzt. Kleinkinder erkranken jährlich sechs- bis achtmal, beim Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung oder bei Ansteckungsmöglichkeit durch Geschwister auch häufiger. Atemwegsinfekte sind selten tödlich, chronische Verläufe (z.B. chronische Bronchitis) haben jedoch eine dauerhafte Einschränkung der Lebensqualität zur Folge.

Entwicklungsstörungen

Unter den Begriff „umschriebene Entwicklungsstörungen“ fasst man Leistungsdefizite von Kindern und Jugendlichen zusammen, die nicht durch Minderungen der Intelligenz oder durch körperliche und seelische Beeinträchtigungen erklärt werden können. Hierzu zählen in diesem Alter im wesentlichen Störungen der motorischen Funktionen und Sprachentwicklungsstörungen.

Die häufigste Ursache für eine verzögerte geistige Entwicklung bei Kindern ist übermäßiger Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft.

Wesentlich häufiger sind motorische Defizite. Diese können ihren Ursprung in vielerlei Ursachen haben, z.B. ein im Säuglingsalter unbehandeltes KISS-Syndrom (Kopfgelenk-Induzierte-Symmetrie-Störung = KISS). Hierbei handelt es sich um keine Erkrankung im eigentlichen Sinne, sondern um eine Steuerungsstörung. Durch z.B. lange und erschwerte Geburten mit Saugglocke, Notfallkaiserschnitten, Schieflagen im Mutterleib, Beckenendlagen, Zwillingsgeburten, Enge im Mutterleib, Übertragungen etc. können die noch zarten Kopfgelenke geschädigt werden und es kommt zu einer mehr oder weniger sichtbaren Asymmetrie. Manchmal fällt im Säuglingsalter lediglich auf, dass das Kind verspätet oder nicht krabbelt und statt dessen zur Freude der Eltern gleich läuft. Hier versucht das Kind eine schmerzfreie Haltung einzunehmen, indem es eine aufrechte Position einnimmt. Häufig zeigen die Säuglinge aber einen mehr oder weniger ausgeprägten Schiefhals oder Schiefhaltung der Wirbelsäule. Die Behandlung erfolgt in erster Linie durch eine manuelle Therapie (Physiotherapie).

Bleibt das KISS-Syndrom unbehandelt, kann sich daraus das häufig verkannte KIDD-Syndrom (Kopfgelenk-Induzierte-Dyspraxie/ Dysgnosie = KIDD) entwickeln, eine Erkrankung, die sich im Kindergartenalter in Form von Kopfschmerzen, Haltungsschwächen, Bewegungseinschränkungen, Koordinationsschwierigkeiten, motorischen Defiziten, Lern- und Konzentrationsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, gestörter sozialer Integration, Emotionsstörungen bemerkbar macht.

Krebserkrankungen stellen zwar nach den Unfällen/Verletzungen/Vergiftungen die zweithäufigste Todesursache bei den 1- bis 15-jährigen dar, ihre Prävalenz ist jedoch relativ gering. In den ersten fünf Lebensjahren ist die Erkrankungsrate etwa doppelt so hoch wie im späteren Kindesalter. Jungen sind in allen Altersstufen häufiger betroffen. Leukämien stellen die häufigste Krebsdiagnose dar (rund ein Drittel), gefolgt von den Tumoren des zentralen Nervensystems und von Lymphomen (Lymphknotenkrebs). Trotz aller Therapiefortschritte, die sich auch in gestiegenen Überlebensraten ausdrücken, leben zehn Jahre nach Diagnosestellung nur noch 69 % der erkrankten Kinder (bezogen auf alle bösartigen Erkrankungen).

Unfälle

Heute sterben in Deutschland nach dem ersten Lebensjahr mehr Kinder an den Folgen von Unfällen (im Haushalt und Straßenverkehr) als an natürlichen Todesursachen.

60 % - 80 % der Unfälle im Kindesalter wären bei entsprechenden Vorkehrungen vermeidbar. Sie ließen sich durch die Gestaltung einer kindgerechten Umwelt, technische Sicherheitsmaßnahmen, Kontrolle und Überwachung sowie Erziehung und Aufklärung verhindern oder zumindest in ihren Folgen mildern.

Kleinkinder sind am stärksten gefährdet. Etwa die Hälfte der durch Unfälle getöteten Kinder sind Opfer eines Verkehrsunfalls. Zweithäufigste Todesursache - nach den Verkehrsunfällen, bei denen Kinder nach wie vor als PKW-Insassen dem größten Risiko ausgesetzt sind - sind Ertrinkungsunfälle. In mehr als der Hälfte dieser Fälle sind Kleinkinder zwischen ein und vier Jahren betroffen. Zwei Drittel der tödlichen Erstickungsunfälle betreffen Säuglinge und Kleinkinder. Auch bei töd-

lichen Unfällen durch Feuer und Rauch sind Kleinkinder und Säuglinge in knapp der Hälfte aller Fälle betroffen.

Ab dem ersten Lebensjahr ist in allen Altersgruppen die Unfallsterblichkeit bei Jungen höher als bei Mädchen, was u.a. mit geschlechtsspezifischen Verhaltensausrägungen zu erklären ist.

Gewalt an Kindern

Gewalt gegen Kinder oder Jugendliche ist weit verbreitet. Neben körperlicher Misshandlung umfasst der Begriff auch die Vernachlässigung, die seelische oder emotionale Misshandlung und den sexuellen Missbrauch. Nur ein Bruchteil der Taten wird statistisch erfasst oder gar strafrechtlich verfolgt. Körperliche Gewalt in der Erziehung ist bei vielen Kindern anzutreffen. Nach Studien haben 75 bis 80 % schon mindestens einmal einen „Klaps“ oder eine „Ohrfeige“ bekommen. Nach kriminologischen Untersuchungen aus Niedersachsen sind in jedem Jahr 7 bis 8 % der Kinder unter 12 Jahren Opfer schwerer körperlicher Bestrafung oder einer Misshandlung. Oft sind Eltern oder andere nahestehende Personen für die Gewaltakte verantwortlich. Nicht selten sind auch Frauen Täterinnen.

Die vermutlich häufigste Form der Misshandlung ist die Vernachlässigung, also das Vorenthalten von materieller oder emotionaler Zuwendung, die für die Entwicklung oder das Leben des Kindes notwendig sind. Diese Gewaltform ist von außen schwer zu erkennen und wird deshalb häufig nicht wahrgenommen.

Die Ursachen und Hintergründe von Kindesmisshandlung sind vielfältig. In vielen Fällen sind Eltern mit ihren Erziehungsaufgaben überfordert. In anderen Fällen ist ein Kind von Anfang an unerwünscht oder wird aufgrund einer Entwicklungsauffälligkeit oder wegen unerwünschten Verhaltens abgelehnt. Ein besonderes Beispiel bieten die sogenannten Schrei-Babys. Die Familienverhältnisse können ein eigenständiges Risiko darstellen. Zu erwähnen sind eigene Misshandlungserfahrungen bei einem Elternteil sowie Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen bei den Eltern. In Familien mit einem alleinerziehenden oder minderjährigen Eltern und bei Partnerschaftskonflikten steigt das Gewaltisiko. Auch die sozialen Rahmenbedingungen können sich negativ auswirken. Besonders zu nennen sind Arbeitslosigkeit mit Existenzunsicherheit, das Fehlen sozialer Unterstützung oder eine schlechte Wohnsituation. Diese Risikofaktoren müssen nicht unbedingt zu Misshandlung führen, sie erhöhen aber das Risiko deutlich.

Eine besondere Form der Misshandlung stellen die verschiedenen Formen des sexuellen Missbrauchs dar. Sexueller Missbrauch im Kindes- und Jugendalter hat oft schwerwiegende Auswirkungen auf das Opfer. Vor allem seelische Leiden und Behinderungen sind Ausdruck dieser traumatischen Erfahrungen. Persönlichkeits- und Beziehungsstörungen und/oder Suchtprobleme sind häufig Folgen von Missbrauch. Nicht zuletzt besteht das Risiko, Gewalterfahrungen an Dritte weiterzugeben. Aus Opfern werden häufig Täter. Sexueller Missbrauch ist noch immer ein häufig tabuisiertes Thema; die Dunkelziffer ist hoch.

Alle Formen der Kindesmisshandlung können schwere Folgen für das betroffene Kind auslösen. Dazu gehören Gedeihstörungen und Entwicklungsverzögerungen, verschiedene Formen der Verletzung wie Gehirnblutungen, Knochenbrüche, Verwundungen (beispielsweise durch Schläge mit Gegenständen). Besonders ernsthaft können Langzeitschädigungen wie eine posttraumatische Belastungsstörung, eine Anpassungs- bzw. eine Bindungsstörung sein. Nicht selten werden aus kindlichen Opfern erwachsene Täter. Neben der effektiven fachlich-therapeutischen Hilfe ist die Prävention von großer Bedeutung. Dabei unterscheidet man drei Bereiche: zur eigentlichen Vorbeugung gehört die Anleitung zu gewaltfreier Erziehung bei Risikogruppen. Es existieren ver-

schiedene Formen der Elternunterstützung. Von grundsätzlicher Bedeutung ist das Schaffen von kinderfreundlichen gesellschaftlichen Strukturen als Primärprävention. Die Früherkennung und Frühintervention im Krisenfall kann schwere Schäden verhindern, notfalls muss eine Fremdunterbringung organisiert werden. Dies ist eine Domäne der Jugendhilfe. Neben der langfristigen Fremdunterbringung ist die sozialpädagogische Familienhilfe ein Instrument, das therapeutische Ansätze ergänzt.

3.1.2 Angebote

Nach der Beschreibung der häufigsten Krankheitsbilder in dieser Altersgruppe sollen im folgenden die im Ennepe-Ruhr-Kreis bestehenden Angebote für die Zielgruppe dargestellt werden. Die im vorangegangenen Text angegebenen Zahlen und Daten beziehen sich dabei auf das gesamte Bundesgebiet oder das Land NRW; auf Kreisebene sind diese Daten nicht vorhanden. Die im weiteren Verlauf dargestellten Angebote beziehen sich jedoch ausschließlich auf das Kreisgebiet und sind in alphabetischer Reihenfolge gelistet.

Beratung für Eltern und Erziehungsberechtigte

Im Ennepe-Ruhr-Kreis gibt es etliche Angebote für Eltern und Erziehungsberechtigte, die Beratung, Unterstützung und Erziehungshilfen benötigen; diese komplett aufzulisten, würde aber den Bericht überfordern.

Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege, Erwachsenenbildungseinrichtungen, kirchliche Einrichtungen, Krankenhäuser (Kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanzen), Hebammen oder Stillgruppen u.a. stehen mit Rat und Tat zur Verfügung. Für die folgende Darstellung sind alle Träger angesprochen worden, die Rückmeldungen wurden entsprechend berücksichtigt, sind aber sicherlich nicht vollständig.

Frühförderung

Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten, Behinderungen oder drohenden Behinderungen haben gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) VIII und IX Anspruch auf adäquate Förderung, wie sie in den Frühförderstellen, heilpädagogischen Praxen und anderen Fördereinrichtungen angeboten wird.

Die Förderung soll dazu dienen, drohende Behinderungen abzuwenden oder bereits bestehende zumindest zu mildern, Entwicklungsverzögerungen aufzuholen, Verhaltensauffälligkeiten abzubauen und damit den Kindern die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft möglichst unbeeinträchtigt zu ermöglichen.

Die Abbildung 5 gibt einen Überblick über die Vielzahl der Störungen, die bei Kindern vorliegen, die nach § 39 BSHG eine Förderung erhalten. Sie basiert auf der Auswertung von 118 Anträgen nach § 39 BSHG, die innerhalb eines halben Jahres im südlichen Ennepe-Ruhr-Kreis gestellt und von einer Kinder- und Jugendpsychiaterin begutachtet werden.

Daten der Jugendhilfe (Kosten und Fallzahlen)

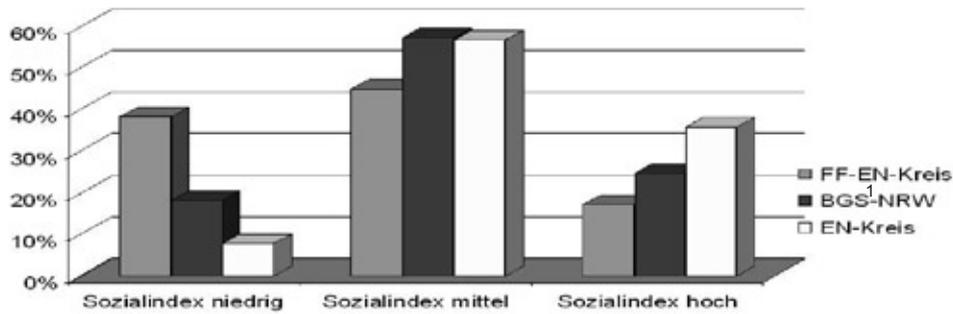


Abbildung 4: Antragsteller nach § 39 BSHG und Sozialstatus
Quelle: [3]

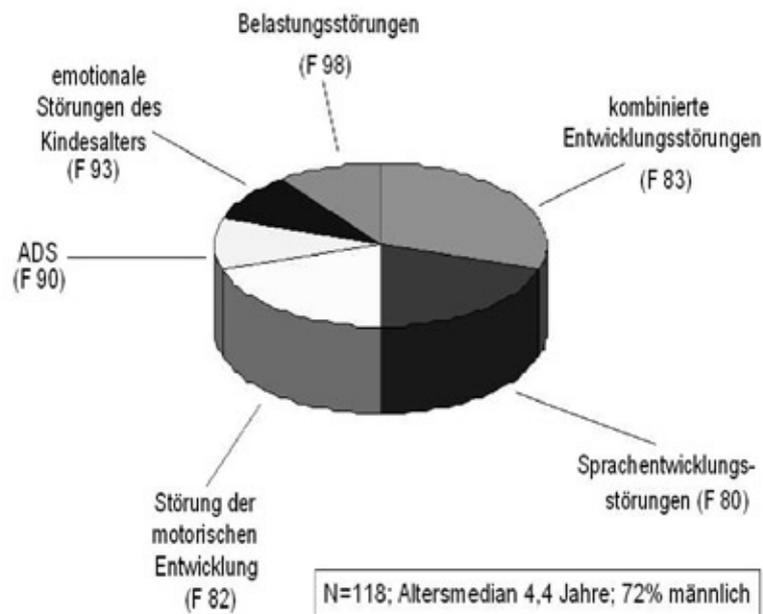


Abbildung 5: Diagnosenverteilung bei Anträgen nach § 39 BSHG

In Abbildung 6 ist die Leitdiagnose nach ICD 10 (ADS - Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom) angegeben. Der Sozialindex (erhoben im ärztlichen Gespräch, Erfassungsgrad 100 %) aus der Stichprobe (FF-EN-Kreis) wird mit denen für NRW (BGS-NRW), entnommen aus dem Bundesgesundheits-survey [18] und der Verteilung der Sozialgruppen im EN-Kreis in Beziehung gesetzt. Diese kommunale Sozialschichtverteilung wurde über eine repräsentativen Telefonumfrage (CATI) zum Thema „Kindergesundheit im Ennepe-Ruhr-Kreis“ [4] nach Winkler ermittelt. Unter den Antragstellern waren mit 23 (19,5 %) die Alleinerziehenden deutlich überrepräsentiert (Alleinerziehende NRW 3,7 %), der Anteil der nicht-deutschen Kinder betrug in der Stichprobe 10,2 %, was dem Anteil nicht-deutscher Kinder unter sechs Jahren in NRW entspricht (9,8 %)

¹BGS = Bundesgesundheits-survey

Förder- und Therapiemaßnahmen

Die durchgeführten Förder- und Therapiemaßnahmen (Abbildung 6) bieten ein buntes Bild und müssen genauer noch auf die Indikationsstellung und vor allem ihre Wirksamkeit untersucht werden.

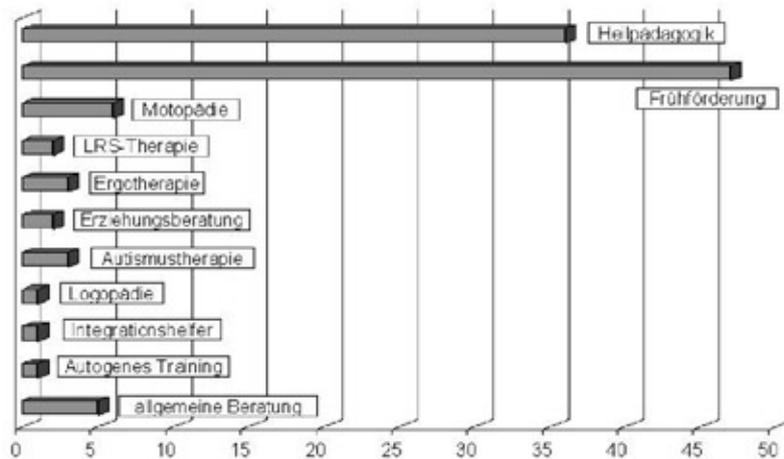


Abb. 6: Empfehlungen der Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG und § 35 KJHG

Es wurde insgesamt 373 mal die Therapieempfehlung „Frühförderung“ ausgesprochen. 220 dieser Kinder waren zwischen null und drei Jahren, 153 Kinder zwischen vier und sechs Jahren. Der rechtliche Anspruch auf Frühförderung endet mit dem sechsten Lebensjahr bzw. mit Schulbeginn. 212 mal hielten die Gutachterinnen Heilpädagogik für angezeigt. 25 dieser Kinder waren in der Altersgruppen null bis drei Jahre, 115 Kinder in der Altersgruppe vier bis sechs Jahre und 71 Kinder waren sieben und mehr Jahre. Sechsmal wurde die Empfehlung „Autismustherapie“ ausgesprochen.

In ca. 15 Fällen hielten die Gutachterinnen keine Förderung bzw. eine andere Form der Therapie (z.B. Ergotherapie) für erforderlich.

Die Kosten im Ennepe-Ruhr-Kreis für Eingliederungshilfen nach §39 BSHG betragen im Jahr 2004 1.466 250 €. Dies entspricht Kosten von 4.252 € je 1000 Einwohnern. Die Gelder wurden überwiegend für Therapien in Frühförderstellen bzw. für heilpädagogische Fördermaßnahmen aufgewendet. Zusätzlich wurden im Jahr 2004 kreisweit für Hilfen zur angemessenen Schulbildung (vor allem bei Lese-Rechtschreibstörung und ADS) gemäß §35a KJHG 662.000 € gezahlt (zum Vergleich: in 2003 562.000 € und in 2002 384.000 €).

In der Stichprobe wurde auch der sozio-ökonomische Hintergrund der Familie untersucht. Jedem Antragsteller wurde dabei ein Sozialindex¹ zugeordnet, der das Einkommen, den Ausbildungsstand und die Erwerbstätigkeit der Eltern berücksichtigt.

¹Für die Gliederung der Gesellschaft wird üblicherweise der Schichtbegriff verwendet, der sich auf deren typische Soziallagen bezieht. Dabei werden objektive und subjektive Kriterien unterschieden. Zwischen den sozialen Schichten ist für die einzelnen Akteure ein Wechsel möglich (sozialer Aufstieg oder Abstieg: soziale Mobilität).

In der Soziologie dient das Konzept der „Schicht“ somit der vertikalen Untergliederung der Gesellschaft. Sowohl soziale Tätigkeitsveränderungen innerhalb einer Gruppe als auch Rangunterschiede bzw. Auf- und Abstieg in andere Gruppen können so modelliert werden. Der Sozialschichtindex beschreibt entsprechend die Einflussfaktoren der Schichtzuordnung. Hier gibt es unterschiedliche Modelle, die zwischen einem und über 100 unterschiedlichen Items als Einflussgrößen berücksichtigen. Im hier dargestellten Modell handelt es sich um ein modifiziertes Modell des Brandenburgischen Schichtindex. Das im Ennepe-Ruhr-Kreis entwickelte Verfahren berücksichtigt drei Faktoren (Einkommen, Ausbildungsstand und Erwerbstätigkeit der Eltern) für die Zuordnung der Familie in das Schichtmodell.

Im Nordkreis¹ entstammten knapp 50 % der Antragsteller den unteren sozialen Schichten, ca. ein Drittel den mittleren sozialen Schichten und knapp 9 % den oberen sozialen Schichten.

In ca. 7,5 % fehlte die Angabe.

Im Südkreis¹ entstammten die Antragsteller zu gut 50 % den mittleren sozialen Schichten, zu gut 30 % den unteren sozialen Schichten und zu gut 17 % den oberen sozialen Schichten.

In gut 1,2 % der Fälle fehlte die Angabe.

Die Auswertung der Inanspruchnahme von Frühförderleistungen nach dem **Sozialschichtindex** zeigt, dass das Angebot der Frühförderung von allen sozialen Schichten in Anspruch genommen wird. Unterschiedlichen Studien zufolge ist der Bedarf an Frühförderleistungen in den schwachen sozialen Schichten am höchsten. Vergleicht man die Verteilung der Indices in der Bevölkerung des Ennepe-Ruhr-Kreises mit der Verteilung bei den Begutachtungen, lässt sich vermuten, dass nicht alle Familien mit Förderbedarf erreicht werden.

Die Abbildung 4 zeigt wie sich in den einzelnen Befragungen die (drei) unterschiedlichen Schichten zusammensetzen. Die dunklen Balken stehen für die Verteilung der Bevölkerung in Gesamt-NRW auf die jeweilige soziale Schicht. So befinden sich in NRW fast 60 % der Bevölkerung in der mittleren sozialen Schicht, was auch in etwa bundesweit zu finden ist. Gut 20 % aller Bürgerinnen und Bürger in NRW zählen zu den sozial besser Gestellten, verfügen also über einen hohen Sozialschichtindex, und knapp 20 % zählen zu den sozial Benachteiligten. Die Verteilung der sozialen Schichten im Kreisgebiet ist über eine repräsentative Bevölkerungsumfrage ermittelt worden und zeigt mit den weißen Balken, dass grundsätzlich die Bevölkerung etwas besser gestellt ist, im Vergleich zu NRW. Für die grauen Balken wurden Antragsteller auf Frühförderleistungen nach den Indikatoren für die Schichtzugehörigkeit anonym gefragt. Hier zeigt sich, dass die eher bildungsfernen oder sozial benachteiligten Bürgerinnen und Bürger überproportional vertreten sind.

Die **AWO EN** hält die mit der Einrichtung **RABE** (Rat und Begleitung für Familien mit entwicklungsverzögerten und behinderten Kindern) für das gesamte Kreisgebiet in Gevelsberg, Hattingen und Herdecke Frühförderstellen für Kinder von null bis sechs Jahren, sowie einen familienunterstützenden Dienst für Eltern mit behinderten Kindern vor. Heilpädagogische Maßnahmen werden überwiegend von freien Praxen angeboten.

In Witten ist die **Lebenshilfe** Witten e.V. u.a. Träger einer interdisziplinären Frühförderstelle, die ganzheitlich und familienorientiert pädagogische und medizinisch therapeutische Hilfen für Kinder von der Geburt bis zum Eintritt in die Schule anbietet.

Heilpädagogische Maßnahmen werden überwiegend von freien Praxen angeboten.

Schreikinder

Extremes, andauerndes Schreien, häufiges Unruheverhalten des Kindes ohne erkennbaren Grund erzeugt viele konflikthafte Spannungen, die sowohl Eltern als auch das Kind enorm belasten und positives Zusammenleben erheblich erschweren können. Als Schreikinder gelten vor allem Kinder, deren Schrei-/Unruheverhalten mehr als drei Stunden am Tag, mehr als drei Tage die Woche, länger als drei Wochen anhält.

¹ Hattingen, Herdecke, Wetter, Witten werden als Nordkreis zusammengefasst
Breckerfeld, Ennepetal, Gevelsberg, Schwelm, Sprockhövel als Südkreis

Die Evangelische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Ennepetal bietet eine Baby-Sprechstunde für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern an. Die Eltern kommen, weil

- sie bei ihrem Kind Schlafprobleme beobachten
- sie das Ernährungsverhalten oder das Spielverhalten ihres Kindes problematisch finden
- sie bei sich selbst oder beim Kind ablehnendes Verhalten beobachten
- sie sich mit dem Trotzverhalten des Kindes überfordert fühlen.

In dieser Sprechstunde finden die Eltern heilpädagogisch-psychologische Hilfestellungen, und sie entwickeln neue Möglichkeiten des Umgangs mit dem Kind, um die angespannte Beziehung zu entlasten.

Die Eltern bringen zu einem Einführungsgespräch den Befundbericht des behandelnden Kinderarztes mit, dann werden alle in Frage kommenden Gründe für das Schreien angesprochen und normalerweise wird in drei bis fünf Sitzungen ein Lösungsweg erarbeitet.

Der Ennepe-Ruhr-Kreis hat über einen Zeitraum von 18 Monaten eine Beratung für die Eltern von Schreikindern und Kleinkindern mit anderen Verhaltensauffälligkeiten angeboten. Die Beratung wurde durch eine Kinderpsychotherapeutin angeboten und war ausgesprochen erfolgreich. Es zeigte sich, dass

1. selbst schwere Auffälligkeiten in den ersten Lebensmonaten durch eine Kurzintervention erfolgreich beeinflusst werden können.
2. Familien aus sozial benachteiligten Verhältnissen und/oder mit Migrationshintergrund gut erreicht werden.

Für Situationen, die den Familienalltag belasten, bietet die **AWO EN** mit ihrem Programm **Triple P** (positives Erziehungsprogramm zur Prävention kindlicher Verhaltensprobleme) Beratung und Unterstützung. Triple P ist ein Erziehungsprogramm für alle Altersstufen von null bis zwölf. Die Einzelberatungen richten sich an Eltern, die mit spezifischen Fragen zum Verhalten oder zur Entwicklung ihrer Kinder Beratung benötigen.

In Gruppenberatungen für Eltern bietet die **AWO EN** das Programm „Starke Eltern – starke Kinder“ an.

Schwelmer Modell

Neurodermitis als eine der häufigsten Hauterkrankungen stellt für die Betroffenen und ihre Familien eine große Belastung dar. Das **TSM Therapie Schwelmer Modell** ist ein interdisziplinäres Behandlungskonzept, das eine ambulante Langzeit-Gruppen-Therapie für Erwachsene, Kinder und Eltern beinhaltet. Sie besteht aus Allergie- und Ernährungsberatung und -therapie, Hautpflege, psychologisch-pädagogischer Beratung und -therapie, Entspannungsverfahren und Erfahrungsaustausch.

Sozialhilfe SGBXII (Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialhilfe -)

In Zusammenhang mit dem Jugendamt Ennepetal bietet die AWO EN Sozialpädagogische Familienhilfe und Tagespflege an. Darüber hinaus hält sie eine Tagesmutterbörse zur Vermittlung von Tagespflegepersonen an.

Früherkennungsuntersuchungen durch niedergelassene Ärzte

Bis zur Vollendung ihres fünften Lebensjahres haben Kinder einen Anspruch auf insgesamt neun Untersuchungen (U1 bis U9) beim Kinder- und Jugendarzt. Dadurch sollen Krankheiten und Ge-

fährdungen frühzeitig erkannt und behandelt werden.

In der Pubertät schließt sich die Jugenduntersuchung J1 an, die zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr erfolgen sollte.

Jede dieser Untersuchungen umfasst wesentlich auch das Gespräch mit den Eltern über die Entwicklung ihres Kindes aus deren Sicht.

Inhalte/Untersuchungsgegenstände der jeweiligen Untersuchungen und Zeitpunkt

U1: direkt nach der Geburt

Untersuchung u.a. von Herz und Lunge, Sauerstoffgehalt des Blutes, Hautfarbe, Muskelspannung und Reflexen

U2: dritter bis zehnter Lebensstag

Erste Grunduntersuchung von Kopf bis Fuß – u.a. Organe, Geschlechtsteile, Haut, Knochen, Nervensystem, Hüftgelenk, Stoffwechsel

U3: vierte bis sechste Lebenswoche

Untersuchung u.a. von Körperfunktionen, Hörvermögen, Bewegungsverhalten, Ernährungszustand, Gewicht

Vollendeter zweiter Monat erste Impfung (6-fach-Impfstoff = gegen sechs impfpräventable Erkrankungen: Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Polio, HiB, Hepatitis)

U4: dritter bis vierter Lebensmonat

Gründliche Untersuchung u.a. von Organen und Geschlechtsteilen, Hör- und Sehvermögen, Fontanelle, der allgemeinen Beweglichkeit und des Reaktionsvermögens

Zweite Impfung (6-fach)

Vollendeter vierter Monat dritte Impfung (6-fach Impfung)

U5: sechster bis siebter Lebensmonat

Überprüfung u.a. der Beweglichkeit und Körperbeherrschung, des Hör- und Sehvermögens
Gegebenenfalls Wiederholungsimpfung

U6: zehnter bis zwölfter Lebensmonat

Untersuchung u.a. der Körperfunktionen, der Beweglichkeit und der Körperbeherrschung sowie Hinweise zur Zahnpflege

MMR (Masern/Mumps/Röteln) -Impfung, gegebenenfalls Wiederholungsimpfung

U7: 21. bis 24. Lebensmonat

Die sog. Zweijahresuntersuchung: u.a. Überprüfung der geistigen Entwicklung, MMR-Wiederholungsimpfung

Der Vollständigkeit halber sind an dieser Stelle auch die weiteren Vorsorgeuntersuchungen aufgelistet, obwohl sie spätere Altersgruppen betreffen:

U8: dreieinhalb bis vier Jahre

Kontrolle der Funktionstüchtigkeit der Organe, des Hör- und Sehvermögens, der Sprachentwicklung und Körperbeherrschung

U9: etwa fünf Jahre

Umfangreiche Prüfung von Kopf bis Fuß: Organfunktionen, Seh- und Hörvermögen, grob- und feinmotorische Entwicklung, geistige, seelische und soziale Entwicklung, Sprachvermögen

Prüfung des Impfpasses auf Vollständigkeit

J1: 12 bis 14 Jahre

Check der körperlichen und geistigen Gesundheit: Größe, Gewicht, Blut, Harn, Impfstatus,

Zustand der Organe, des Skelettsystems, der Sinnesfunktionen
Vertrauensgespräch zu Sexualität, Verhütung und Drogemissbrauch

Zahngesundheit bis zum 3. Lebensjahr

Seit 1992 werden alle Kinder- und Jugendliche im Ennepe-Ruhr-Kreis in der Gruppenprophylaxe im Alter von drei bis zehn Jahren basisprophylaktisch und in spezieller Auswahl bis zum zwölften Lebensjahr intensivprophylaktisch betreut. Die praktische Umsetzung des Programms beginnt in den Kindergärten und wird dort von den Zahnärzten und Prophylaxehelferinnen des Kreises und des Arbeitskreises Zahngesundheit und von den niedergelassenen Zahnärzten durchgeführt. Personal- und Sachkosten werden vom Ennepe-Ruhr-Kreis und von den Krankenkassen getragen.

Ab dem dritten Lebensjahr beginnt das Erlernen, sich eigenständig die Zähne zu putzen. Sie müssen von den Eltern noch einmal wegen der manuellen Ungeschicklichkeit der Kleinkinder nachgeputzt werden. Für spielerisches Lernen in der Gruppe, um Zahnputzgewohnheiten zu festigen, ist die Zahngesundheitserziehung in den Kindergärten (Gruppenprophylaxe) geradezu prädestiniert. Dreijährige sollten über 80 % kariesfrei und nicht mehr als ein Zahn sollte kariös betroffen sein.

	N	dmft ¹	% kariesfrei
1987	287	1.7	57
1997	165	0.7	81
2001	255	0.53	89

Tabelle 5: Durchschnittlicher Kariesbefall (dmft) und Kariesfreiheit (%) bei 3-jährigen Kindergartenkindern 1987, 1997 und 2001 im Ennepe-Ruhr-Kreis

Im Verlauf von zehn Jahren hat sich die Zahngesundheit in der Darstellung des durchschnittlichen Kariesbefalls dieser Altersgruppe signifikant verbessert (Tabelle 5).

- Dieses Alter bedeutet eine Fülle von Lern- und Entwicklungsprozessen.
- Die Säuglingssterblichkeit ist rückläufig und der plötzliche Kindstod kommt auch nicht mehr so oft vor.
- Chronische und allergiebedingte Erkrankungen nehmen zu.
- Vorsorge- und Regeluntersuchungen sind in diesem Alter extrem wichtig.
- In diesem Alter können spätere gesundheitliche Defizite und Risiken bereits erkannt und verhindert oder abgemildert werden (z.B. Hüftgelenksfehlbildung oder Schwerhörigkeit).
- Besonders wichtig ist die Früherkennung von Entwicklungsstörungen.

3.2 Lebensjahre 4 bis 6

Die Neugierde und Wissbegier des Kindes ist in der Altersgruppe zwischen vier und sechs Jahren ungebremsbar. Es erweitert mit seinen Fragen nicht nur sein Wissen, es orientiert sich damit auch in seiner Umgebung. Es versucht einen eigenen Standpunkt zu finden. Zunehmend kann es sich besser ausdrücken. Sein Wortschatz steigt enorm an. Die Bewegungen des Kindes werden schneller und geschickter. Es kann klettern, Bälle werfen und fangen, es fährt mit Dreirad oder Fahrrad. An- und Ausziehen ist kein Problem mehr.

¹ Der dmft-Index entspricht der Summe der kariösen (decayed), fehlenden (missing) und gefüllten (filled) Zähne (teeth). In die Bewertung gehen alle Zähne ein, dabei wird dmft für das Milchgebiss benutzt, DMFT für die bleibenden Zähne.

In dieser Altersspanne löst sich das Kind zunehmend von den Eltern. Die ersten Freunde bekommen größere Bedeutung.

Mit dem Besuch des Kindergartens macht das Kind neue Erfahrungen. Es lernt, sich in eine Gruppe einzufügen, sich durchzusetzen oder auch einmal zurückzustecken. Im Vergleich mit anderen überprüft es sein Verhalten. Sein Spaß an spielerischem Lernen wird im Kindergarten gefördert. All diese Fähigkeiten und die im Kindergarten angebotene Vorschulerziehung helfen ihm, den späteren Eintritt in die Schule zu bewältigen.

Vom dritten Lebensjahr an haben Kinder bis zum Schuleintritt einen Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz. Kinder ausländischer Herkunft besuchen zu einem höheren Anteil als deutsche Kinder keinen Kindergarten oder weisen deutlich kürzere Besuchszeiten auf; genaue Daten liegen nicht vor.

3.2.1 Gesundheitliche Probleme

Zeitlicher Trend von Krankheitshäufigkeiten

Es ist allgemein festzustellen, dass sich das Krankheitsspektrum bei Kindern dieser Altersgruppe von den Infektionskrankheiten zu chronischen Erkrankungen hin gewandelt hat. Hier sind deutliche Zunahmen von Allergien, Übergewicht und Verhaltensauffälligkeiten zu verzeichnen. Inwieweit sich hier eine verstärkte Aufmerksamkeit auf bestimmte Symptome, zum Beispiel durch eine verstärkte Thematisierung in der Presse bei dem Anstieg der Prävalenz dieser Erkrankung bemerkbar macht, ist nur schwer abzuschätzen. Studien an 6-jährigen Kindern in NRW zeigten in der Zeit von 1985-1995 einen Anstieg der Lebenszeitprävalenz von Asthma bei Jungen von 1,5 % auf 4 %, von Neurodermitis bei allen Kindern von 6 % auf 12 %. Heuschnupfen blieb während des gleichen Zeitraums unverändert.

Nachdem noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts **Infektionserkrankungen** Todesursache Nr. 1 waren, hatten diese Erkrankungen in der jüngeren Vergangenheit aufgrund von Schutzimpfungen und Antibiotika, verbesserter Hygiene und der sozioökonomischen Bedingungen an Bedeutung nachgelassen. Wegen zunehmend auftretender Resistenzentwicklungen, Migration, Anstieg von Gesundheitsproblemen in Folge sozialer Ungleichheit geraten Infektionserkrankungen wieder in den Mittelpunkt des Interesses.

Im Jahr 2002 betrafen die 20 häufigsten gemeldeten meldepflichtigen Infektionskrankheiten für Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren Durchfallerkrankungen, Infekte der oberen Atemwege und andere Erkrankungen mit hoher Übertragungswahrscheinlichkeit. Für 3-6-jährige Kinder dominiert bei den Durchfallerkrankungen die Salmonellose, gefolgt von Rotavirusinfektionen und abschließend den Campylobacter-Erkrankungen. [5]

Gemeinsames Merkmal der Gruppe von impfpräventablen Infektionserkrankungen ist, dass durch Impfungen Erkrankungsraten gesenkt und/oder komplizierte Verläufe bzw. tödliche Ausgänge minimiert werden können.

Adipositas (Fettleibigkeit)

Adipositas bedeutet starkes Übergewicht und zu viel Körperfett. Übergewicht wird über den „Körpermasseindex“ (BMI - Body Mass Index) klassifiziert. Dabei gelten für Kinder andere Werte als für Erwachsene.

Seit einigen Jahren gibt es deutliche Hinweise, dass der **Diabetes** Typ 2 parallel zum Anstieg des Körpergewichts im Sinne von Übergewicht bzw. Adipositas, bei den Kindern in dieser Altersgruppe häufiger festgestellt wird. Die Bedeutung der Adipositas liegt jedoch nicht nur in der Möglichkeit eine Zuckerkrankheit zu entwickeln, sondern sie birgt ein hohes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gelenkprobleme und psychische Störungen, die es zu verhindern gilt.

Zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung 2004 (Untersuchungszeitraum 01.07.2003 bis 30.06.2004) waren 6,6 % der Kinder in NRW übergewichtig und bereits 4,8 % galten nach dem Body-Mass-Index (BMI) als adipös. Im EN-Kreis waren 6,8 % der Kinder zu diesem Zeitpunkt übergewichtig und 5,1 % adipös.

		NRW		EN	
		übergewichtig	adipös	übergewichtig	adipös
Jungen	2003	6,1	4,9	6,0	4,7
	2004	6,3	5,0	5,9	5,3
Mädchen	2003	6,5	4,4	5,6	4,2
	2004	6,9	4,5	7,9	4,7
insgesamt	2004	6,6	4,8	6,8	5,1

Tabelle 6: Ergebnisse der Gewichtsbestimmung bei den Schuleingangsuntersuchungen 2004 im Ennepe-Ruhr-Kreis

Mit 5,1 % adipösen Kindern zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchungen rangiert der EN-Kreis im kommunalen Vergleich an 16. Stelle (im oberen Drittel) der 54 Städte bzw. Kreise von NRW.

Asthma bronchiale

Das Asthma bronchiale manifestiert sich in 80 % der kindlichen Asthmatiker bis zum ersten Schuljahr. 30 % - 60 % verlieren die Symptomatik im Erwachsenenalter wieder. Die oben genannte Isaac-Studie lässt indirekt Rückschlüsse auf die Asthma-Erkrankungshäufigkeit 5-7-jähriger Kinder zu: hier wurde der Antiasthmaticagebrauch innerhalb dieser Altersgruppe untersucht. Danach haben 4,8 % der Kinder entsprechende Medikamente angewandt. (Jungen 6,1 %; Mädchen 3,4 %). Im Westen Deutschlands traten höhere Erkrankungshäufigkeiten auf als im Osten Deutschlands. Stadtkinder zeigen eine höhere Prävalenz für Asthma als Landkinder.

Atemwegsinfekte

Atemwegsinfekte treten bei jungen Kindern wegen des noch nicht ausgereiften Immunsystems, das erst im Schulkindalter mit ca. zehn Jahren ausgereift ist, sehr häufig auf. Erkrankungen bei 6-jährigen Kindern von bis zu acht Infekten pro Jahr sind keine Seltenheit. Bei Besuchen von Gruppeneinrichtungen, wie zum Beispiel der Kindergarten, können sich Tröpfcheninfektionen, um die es in der Großzahl der Fälle geht, rasant vermehren, so dass die Erkrankungshäufigkeit auch über die angegebene Zahl von acht Erkrankungen pro Jahr ansteigen kann. 1994 lag in NRW bei 6-jährigen Kindern die Lebenszeitprävalenz für Lungenentzündungen zwischen 5,6 % und 11 %, für eine Bronchitis bei 44 % - 52 %. Der Anteil von 6-jährigen, die mehr als zwei Erkältungen im Jahr hatten, lag zwischen 36 % und 47 %.

Es gibt auch regionale Unterschiede, da die Untersuchungen von Umweltfaktoren zeigen, dass Luftverschmutzung ein signifikanter Faktor für Atemwegsinfekte ist.

Die akute Epiglottitis (Entzündung von Kehldeckel und Kehlkopfeingang) ist u.a. eine bakterielle Erkrankung ausgelöst durch das Bakterium Haemophilus influenza Typ B und tritt vorzugsweise bei Kindern im Alter von drei bis sieben Jahren auf. Wird die entsprechende Therapie nicht rechtzeitig eingesetzt, ist die Sterblichkeit hoch. Die wirksamste Prophylaxe besteht in der Schutzimpfung gegen Haemophilus influenza B, diese wird entsprechend bis zum fünften Lebensjahr empfohlen.

Heuschnupfen

Die allergische Rhinitis ist der im Volksmund bekannte Heuschnupfen. Die Lebenszeitprävalenz von Heuschnupfen schwankt bei Kindern bis zum sechsten Lebensjahr zwischen 1,2 % und 5,8 %. Auch hier sind Jungen häufiger betroffen als Mädchen.

Die atopische Dermatitis oder Neurodermitis ist eine Hauterkrankung noch ungeklärter Ursache. Jungen erkranken seltener an Neurodermitis als Mädchen. Prävalenzdaten reichen bei Kindern im Alter von sechs Jahren von 0,6 % bis 13,2 %. Beim Ost/West-Vergleich liegen widersprüchliche Ergebnisse vor, so dass hier keine verbindlichen Aussagen zum Trend getroffen werden können.

Mittelohrentzündung

Eine der häufigsten Erkrankungen im Kleinkindalter ist die akute Mittelohrentzündung (Otitis media). Etwa 60 % aller Kinder haben nach Schätzungen bis zum sechsten Lebensjahr mindestens eine Otitis media durchgemacht. Kinder, die zuvor eine Mandelentzündung hatten, wiesen ein vierfaches Risiko auf, an einer Mittelohrentzündung zu erkranken. Während in der Vergangenheit die Erkrankung mit Antibiotika behandelt wurde, beschränkt man sich seit einiger Zeit auf abschwellende und schmerzlindernde Maßnahmen. Die antibiotische Therapie bleibt komplizierten Fällen vorbehalten [1]. Mittelohrentzündungen führen aufgrund der Eiter-/ Flüssigkeitsansammlung hinter dem Trommelfell nicht nur zu Schmerzen und Fieber, sondern können das Hörvermögen nachhaltig beeinträchtigen. Dauerzustände aufgrund eines chronisch vorhandenen Paukenergusses können dann auch zu erheblichen Verzögerungen der Sprachentwicklung führen, die nach Drainage der Ergüsse manchmal logopädisch angegangen werden müssen.

Erkrankungen des Nervensystems

Zu den Erkrankungen des Nervensystems zählen die Anfallsleiden. Dies ist eine Gruppe von Erkrankungen des Gehirns, denen das wiederholte Auftreten epileptischer Anfälle gemeinsam ist. Hier werden mittlerweile 37 verschiedene Syndrome und 47 verschiedene Arten von Anfällen erfasst [12]. Die Hälfte aller Epilepsien tritt vor dem zehnten Lebensjahr auf.

In den ersten fünf Lebensjahren machen Fieberkrämpfe die Hälfte aller Anfallsarten aus. Diese Erkrankung heilt in der Regel folgenlos aus.

Zu den häufigsten Kopfschmerzerkrankungen im Kindesalter zählen die Migräne und der Spannungskopfschmerz. Zahlen zu dieser Altersgruppe findet man nicht. Die Migräneprävalenz bei Kindern wird mit 3 % - 5 % angegeben.

Infektionserkrankungen

Durch den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen besteht prinzipiell ein erhöhtes Risiko für die Kinder dieser Altersstufe, eine übertragbare Erkrankung zu erwerben. Im Kindergarten ist der Kontakt unkontrolliert und eng, die Toilettenhygiene noch nicht voll beherrscht, was zu anderen Ausbreitungswegen und -häufigkeiten führt, als sie in der Schule beobachtet werden.

Am häufigsten werden in Kindergarten und Schule Viruserkrankungen im Sinne von Erkältungs-

krankheiten, sogenannten grippalen Infekten übertragen. Sie gelten als banal und werden nicht weiter verfolgt, da sie zwar manchmal durch Häufung, aber selten durch Schwere auffallen. Eine zweite Gruppe von Erkrankungen ist durch Impfungen vermeidbar und deshalb bis auf Ausnahmen nicht mehr spürbar vorhanden. Hierzu zählen Masern, Mumps, Röteln und Keuchhusten. Unter anderem aufgrund uneinheitlicher Impfpraxis treten sie dennoch immer wieder auf.

Diphtherie und **Polio** treten seit Jahren wegen der hohen Durchimpfungsrate in Deutschland so gut wie nicht mehr auf. Das Risiko erneuter Importfälle von Polio durch Reiserückkehrer oder Migranten aus Endemiegebieten ist gegenwärtig allerdings nicht auszuschließen. Aus diesem Grund wird die Poliomyelitis-Auffrischimpfung für Kinder und Jugendliche zwischen neun und 18 Jahren empfohlen, damit ein lang andauernde Immunität erreicht werden kann.

Bei den **Masern** handelt es sich um eine hochansteckende Viruserkrankung, die aerogen übertragen wird und alle Altersgruppen betreffen kann. Impfungen werden für Kinder im Alter von ein bis zwei Jahren empfohlen, um Komplikationen wie Mittelohr-, Lungen-, oder Gehirnentzündungen zu verhindern. Die höchsten altersspezifischen Inzidenzen werden bei Ein- bis Dreijährigen mit etwa 50 Erkrankungen je 100.000 Kinder dieses Alters beobachtet. Im Alter von fünf bis neun Jahren lagen die Werte noch deutlich über 35 Erkrankungen je 100.000.

Mumps ist eine Erkrankung, die in ca. 10 % der Fälle mit einer Entzündung der Hirnhäute einhergeht und durch eine Entzündung der Bauchspeicheldrüse kompliziert werden kann. Weitere Komplikationen können Hirnhautentzündungen mit konsekutiver Innenohrschwerhörigkeit, Unfruchtbarkeit nach Entzündung des Hodens und des Nebenhodens sein. Am häufigsten erkranken Kinder zwischen fünf und 14 Jahren. Eine Verschiebung des Erkrankungsgipfels in Richtung der Jugendlichen mit entsprechend höherer Komplikationsrate ist in den letzten Jahren zu erkennen.

Pfeiffer-Influenzabakterien (*Haemophilus influenza*) verursachen bei empfänglichen Kleinkindern invasive Erkrankungen wie Entzündung der Hirnhaut, des Kehlkopfdeckels, Knochen und Muskelgewebes, sowie Blutvergiftungen. Durch die Impfung gegen den Kapseltyp B im Kleinkindesalter sind Erkrankungen durch eindringende *Haemophilus influenza* mittlerweile seltene Ereignisse.

An **Röteln** erkranken die meisten ungeimpften Kinder im Alter unter vier Jahren. Eine gefürchtete Komplikation ist die durch eine Ansteckung im ersten Drittel schwangerer, nicht immunisierter Frauen verursachte Rötelnembryopathie des ungeborenen Kindes.

Sie führt zu Missbildungen, Taubheit, geistigen Behinderungen, Augenschäden und Herzfehlern. Diese Fehlbildungen sind bundesweit meldepflichtig. Eine Impfung wird allen Frauen mit Kinderwunsch bei fehlenden Antikörpern angeraten. Zudem soll die Ansteckungsrate durch die frühe Impfung bei Kindern in Kombination mit Masern und Mumps gesenkt werden.

Eine **Tetanusinfektion** kann in jedem Alter auftreten. Die Erkrankung führt zu schweren Krämpfen aller Körpermuskeln einschließlich der Atemmuskulatur und führt häufig zum Tod. Infizieren kann man sich mit dem weltweit vorkommenden Bakterium, wenn Schmutz in eine Wunde gelangt. Wegen des guten Impfschutzes im Kindesalter sieht man Infektionen vor allem bei älteren Erwachsenen, die keine Auffrischimpfung erhalten haben.

[Zur weiteren Planung von Impfkampagnen, zur Evaluation der epidemiologischen Wirksamkeit von Impfungen und für Entscheidungen über die Einführung weiterer Regel- oder Indikationsimpf-

fungen (Pneumokokken, Meningokokken, Windpocken, Influenza) müssen die Datengrundlagen zu impfpräventablen Erkrankungen und Durchimpfungsraten verbessert werden.]

Psychische Erkrankungen

Ob Jugendliche heute psychisch kränker sind als vor zehn oder zwanzig Jahren, kann nicht beantwortet werden, da für die Bundesrepublik keine methodisch vergleichbaren Studien vorliegen. Bislang fehlen auch klare Kriterien, anhand derer eine Verhaltensauffälligkeit als Krankheit eingestuft werden oder ab welcher Intensität und Häufigkeit der Symptome von einer psychischen Krankheit gesprochen werden kann. Wünschenswert wären Untersuchungen, die sich auf Diagnosen nach den international üblichen Klassifikationen wie den ICD oder das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) stützen. Daten für den Ennepe-Ruhr-Kreis sind, soweit vorhanden, bereits auf der Seite 22 genannt.

Unter dem Begriff umschriebene **Entwicklungsstörung** fasst man Leistungsdefizite von Kindern zusammen, die nicht durch Minderung der Intelligenz oder durch körperliche oder seelische Beeinträchtigungen erklärt werden können. Dies sind Störungen der Motorik, Sprachentwicklungsstörungen, Lese-, Rechtsschreib- und Rechenschwäche.

Die Versichertenstichprobe der AOK Hessen/KV Hessen [5] hat für das Jahr 2000 die Häufigkeit des Beratungsanlasses „Entwicklungsstörungen“ anhand der ärztliche Diagnosestellung ICD-10: F8 für Jungen im Alter von zwei bis zehn Jahren auf 14 % - 15 % (Anteil der Versicherten) und für Mädchen auf 9% - 8 % (Anteil der Versicherten) geschätzt. Der Anteil der Jungen liegt damit sehr hoch. An erster Stelle standen hier die Verzögerung der Sprachentwicklung, gefolgt von den motorischen Entwicklungsstörungen, mit etwa 3%, wobei auch hier der Anteil der Jungen mit zwei Drittel überwiegt. Die Störungen gehen aber nicht immer mit Schulleistungsproblemen einher. Ursachen können Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sein.

Einfache Artikulationsstörungen finden sich bei 5 % - 6 % der Kinder im Grundschulalter. Bei 60 % kommt es zu einer Besserung. Ausgeprägte Sprachstörungen - etwa 5 % der Kinder sind davon betroffen - sind gekennzeichnet durch ein eingeschränktes aktives Vokabular und zahlreiche grammatikalische Fehler. Z. T. besteht bei den Kindern gleichzeitig noch eine Lese-Rechtsschreibstörung. Kinder mit Sprachstörungen zeigen vermehrt psychosoziale Belastungen in den ersten Jahren ihrer Entwicklung: als Ursache werden auch genetische Faktoren angenommen. Zwei Drittel der betroffenen Kinder sind Jungen. Da die Entwicklung von sprachgestörten Kindern oftmals ungünstig verläuft (Schulprobleme, psychische Belastungen) kommt der Früherkennung und Frühtherapie eine hohe Bedeutung zu.

Zu **Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen** zählen Enuresis (Einnässen), Enkopresis (Einkoten) und Essstörungen. 5-jährige Kinder sollten über eine vollständige Blasenkontrolle verfügen. Bei 90 % der einnässenden Kinder liegt eine funktionelle Störung vor! Bei einem sehr hohen Prozentsatz dieser Kinder litten bereits Verwandte ersten Grades an der Enuresis, so dass untersucht wird, ob die Enuresis auch erblich bedingt sein kann.

Bei Kindern mit Enkopresis liegen oftmals auch Depressionen, Angst- und Lernstörungen vor, die erkannt werden müssen. Ursachen können kritische Lebensereignisse, psychosozialer Stress, z.B. im Zusammenhang mit der Sauberkeitserziehung, oder körperliche Veränderungen im Dickdarmbereich sein. Die Störung ist vielfach ein Ausdruck innerfamiliärer Spannungen.

Es wird geschätzt, dass ca. 15 % - 20 % der 5-jährigen Kinder nachts noch einnässen. 2,3 % dieser Altersgruppe koten ein.

Internalisierende (emotionale) Störungen sind Angststörungen, Depressionen, Phobien, Zwänge, posttraumatische Belastungssymptome und körperliche Symptome ohne Organbefund (Somatisierungsstörungen). Emotionale Störungen sind unter den psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter am häufigsten. Die Daten aus der PAK-KID - Untersuchung 1994 [5] zeigten, dass aus der Sicht der Eltern 5,4 % - 6 % der Kinder Symptome des sozialen Rückzugs aufwiesen. (Jungen: 6 %; Mädchen: 5,4 %). Die Häufigkeit der Angst/Depressivität aus der Sicht der Eltern erfasst, zeigt eine Prävalenz von 12,5 % bei den vier bis zehnjährigen Jungen und von 8,6 % bei den Mädchen der gleichen Altersklasse. Depression steht in engem Zusammenhang mit Suizid. Nach Aussage der Eltern (PAK-KID-Studie) haben 0,6 % der Jungen und Mädchen Selbstmordversuche unternommen bzw. sich selbst verletzt. Unter Angststörungen leiden nach Schätzungen verschiedener Studien 10 % - 15 % der Kinder und Jugendlichen. Bei 3 % - 4 % dieser Kinder kommt es zu Einschränkungen in ihrem Alltag. Angststörungen nehmen oft einen chronischen Verlauf. Sie beginnen oftmals früh in der Kindheit. Weit verbreitet sind soziale Ängste, wie in Gegenwart anderer zu essen oder zu trinken, zu sprechen (Lebenszeithäufigkeit für soziale Phobie 1,6 % und soziale Ängste 47,2 %). Traumatische Erlebnisse wie Kriegserfahrungen, Naturkatastrophen, schwerwiegende Unfälle, Vergewaltigungen und sexueller Missbrauch benennen nach der Bremer Jugendstudie ein Fünftel der befragten Jugendlichen. Zu Kindesmissbrauch und Misshandlungen liegen im Allgemeinen nur vage Schätzungen zum Beispiel aus Strafverfolgungsstatistiken oder rückblickende Befragungen von Erwachsenen vor. Die Dunkelziffer ist hier hoch einzuschätzen. Man geht davon aus, dass mindestens 0,2 % - 3 % aller Kinder unter 18 Jahren körperlich misshandelt werden (siehe auch Kapitel 3.5.2.). Trotz starker Beeinträchtigungen durch emotionale Störungen nehmen weniger als ein Drittel der betroffenen Kinder bzw. deren Familien professionelle Hilfe in Anspruch [17]. So ist zu erwarten, dass bei einem nicht geringen Prozentsatz die Störungen bis ins Erwachsenenalter erhalten bleiben. Neben der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sind deshalb Maßnahmen der Prävention in wichtigen Lebensräumen der Kinder (Kindergärten, Schulen) notwendig.

Unter **externalisierenden Verhaltensstörungen** bezeichnet man Aggressivität, hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und Delinquenz. Ist das Kind/der Jugendliche ausgeprägt aggressiv, grausam, streitlustig, zerstört Eigentum, lügt, stiehlt oder verweigert den Schulbesuch - verletzt Regeln und Rechte seiner Mitmenschen - liegt eine Störung des Sozialverhaltens vor.

Von **Delinquenz** wird gesprochen, wenn die Taten dieser Kinder behördlich aktenkundig geworden sind. Einfluss auf Stärke und Verlauf dieser Verhaltensauffälligkeit nehmen die Umweltbedingungen, unter denen die Kinder aufwachsen. Es besteht ein Zusammenhang zwischen dissoziativen Verhalten und problematischen Familienverhältnissen.

Die **hyperkinetische Störung (HKS)** ist durch körperliche Unruhe, Impulsivität und Aufmerksamkeitsschwäche gekennzeichnet. Unter dem Begriff HKS werden u.a. auch die bekannten Probleme ADS und ADHS subsumiert.

Die Störungen treten bereits vor dem sechsten Lebensjahr auf und betreffen meist mehrere Lebensbereiche. Die Diagnose HKS kann nur nach eingehender Untersuchung gestellt werden. Als Ursachen kommen neurologische Störungen, immunologische und genetische Faktoren, sowie psychosoziale Risiken in Frage. In der Zeit von 1998 bis 2001 konnte ein deutlicher Anstieg in der

Häufigkeit der Diagnosestellung verzeichnet werden (Kinder im Alter von drei bis fünf Jahren: 1,62 % - 2,46 %; von sechs bis zehn Jahren: 2,62 % - 5,43 %). Therapien umfassen verhaltenstherapeutische Interventionen und Stimulanzen (Psychopharmaka), die bei HKS-Kindern zu einem Rückgang der Unruhe und Impulsivität führen und so die Teilnahme am Schulunterricht möglich machen sollen. Die Verordnungshäufigkeit von Stimulanzen hat in den letzten zehn Jahren um ein Vielfaches zugenommen. Laut Versichertenstichprobe der AOK Hessen/KV Hessen erhalten rund 25 % der HKS-Kinder eine Stimulanzientherapie.

Verletzungen und Unfälle

Bei den **Verletzungen und Unfällen** in Haus und Freizeit gibt es kaum Zahlen zu dieser Altersgruppe. Die erhobenen Daten beziehen sich auf Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren. Die verschiedenen Einflussfaktoren staffeln sich hier nach Erhebung der repräsentativen Haushaltsbefragung von 1988-92; 1996/1997 wie folgt:

- Physische/psychische Einflussfaktoren: Leichtsinns, Übermut, Übereifer, Unkonzentriertheit, Unaufmerksamkeit: 41,4 %
- Verhaltensmängel: Stolpern, Ausrutschen, Eile, Hast, sportlicher Einsatz, Unkenntnis, Ungewohntheit: 37,2 %
- Fehler oder Unachtsamkeit einer anderen Person: 18,7 %.
- Umgebungseinflüsse: Boden, Untergrundbeschaffenheit/ Nässe, Ablenkung durch äußere Einflüsse: 16,8 %

Insgesamt geht in Deutschland in den letzten 20 Jahren die Zahl der **Kinderunfälle im Straßenverkehr** kontinuierlich zurück. Die Zahl der Verletzten sank im Zeitraum von 1981 bis 2001 um 20 %, die Zahl der tödlich verunglückten Kinder um 71 %. Mit zunehmendem Alter steigt bei Kindern das Unfallrisiko im Straßenverkehr, so sind Kinder von 10-15 Jahren am häufigsten betroffen. Im Ennepe-Ruhr-Kreis (ohne Witten) ging die Zahl der Kinderunfälle im Straßenverkehr von 79 im Jahr 2004 auf 72 im Jahr 2005 zurück, was einem Rückgang von über 8 % entspricht.

Laut Experten sind 80 % aller Unfälle durch Gestaltung einer kindgerechten Umwelt, durch technische Sicherheitsmaßnahmen, Kontrolle und Überwachung, durch Erziehung und Aufklärung vermeidbar. Eine Studie der Klinik für Orthopädie der Universität Witten/Herdecke und dem St. Anna Hospital in Herne konnte einen signifikanten Zusammenhang zwischen geschulter Bewegungskoordination und Unfallverhütung bei Kindergartenkindern darstellen. Sie sollte den Einfluss eines Programms zur Schulung der koordinativen Fähigkeiten auf die Unfallhäufigkeit im Kindergarten untersuchen. Die häufigsten Unfälle waren Stürze beim Spielen (61 %), motorische Defizite wurden als häufigster Risikofaktor bei 77 % der Unfälle beobachtet! Kinder mit schwacher Motorik aus der Interventionsgruppe, deren motorischer Entwicklungsstand durch das Programm deutlich gebessert wurde, verwickelten sich nach Beendigung des Programms am wenigsten in Unfälle.

Kindergarten-Untersuchung

In diese Altersgruppe fällt die Untersuchung der fünfjährigen Kindergartenkinder. Die Untersuchung ist jedoch - im Gegensatz zu der ein Jahr später folgenden Schuleingangsuntersuchung - freiwillig. Untersuchungshergang und Befunderhebung erfolgen analog der Schuleingangsuntersuchung, die ausführliche Darstellung erfolgt auf S. 37 ff, weil die Schuleingangsuntersuchungen Pflichtuntersuchungen sind und alle Kinder erfasst werden.

Der Ennepe-Ruhr-Kreis bietet allen Kindergartenkindern zum 5. Geburtstag eine Vorsorgeuntersuchung an. Schwerpunkte sind Feststellungen von Entwicklungsstörungen, insbesondere der Motorik und der Sprache sowie die Testung des Seh- und Hörvermögens. 2004 wurde dieses freiwillige

Angebot von 2409 Kindern wahrgenommen. 2005 konnten die Untersuchungen aus Kapazitätsgründen nur sehr eingeschränkt angeboten werden.

Bei der Ergebnisbewertung der Untersuchungs- und Testverfahren werden geringere Anforderungen zugrunde gelegt, d.h. konkret, dass ein fünfjähriges Kind weniger Aufgaben innerhalb eines Testes erfüllen kann als ein sechsjähriges Kind bei dennoch unauffälligem Testergebnis.

Untersuchte	Jungen	%	Mädchen	%	Gesamt	%
ohne Befund	498	39,3	573	50,2	1071	44,5
mit Befund	768	60,6	565	49,5	1333	55,3
mit Leistungsbeeinträchtigungen	2	0,2	3	0,3	5	0,2
mit Arztüberweisungen	223	17,6	168	14,7	391	16,2
sonst. Maßnahmen	181	14,3	122	10,7	303	12,6
Untersuchte	1268	100	1141	100	2409	100

Tabelle 7: Ergebnisse aus den Kindergarten-Untersuchungen in 2004 im Ennepe-Ruhr-Kreis

Auffällige Ergebnisse ergab die Untersuchung der Fünfjährigen bei folgenden Einzeltests:

- **Verdacht auf verminderte Sehschärfe** in 16,5 % der Fälle, wobei 8,6 % der Kinder bereits in Behandlung waren und 7,7 % zu einem Augenarzt übersandt wurden,
- **Verdacht auf ein herabgesetztes Hörvermögen** bei 5,4 % der Kinder, wovon die Hälfte bereits in Behandlung war,
- eine **Haltungsschwäche** wurden bei 7,6 % der Untersuchten festgestellt und
- **Sprachstörungen** bei 24,7 %, wobei hier einerseits Kinder mit Migrationshintergrund und geringen Deutschkenntnissen, andererseits geringe Befunde wie das Lispeln vor dem Frontzahnwechsel enthalten sind.
- **Übergewicht**

Es erfolgt eine individuelle Beratung der Eltern bei übergewichtigen Kindern.

Untersuchte	Jungen	%	Mädchen	%	Gesamt	%
deutlich untergewichtig	35	2,9	27	2,5	62	2,7
untergewichtig	63	5,3	60	5,6	123	5,4
normalgewichtig	995	83,4	891	83,7	1886	83,5
übergewichtig	66	5,5	54	5,1	120	5,3
adipös	34	2,8	33	3,1	67	3,0
Gesamt	1193	100	1065	100	2258	100

Tabelle 8: Ergebnisse der Gewichtsbestimmung bei den Kindergarten-Untersuchungen 2004 im Ennepe-Ruhr-Kreis

3.2.2 Entwicklungsstand und Schulreife

Schuleingangsuntersuchung (SEU)

Die Schuleingangsuntersuchung ermöglicht durch ihren Pflichtcharakter einen Überblick über den Gesundheits- und Entwicklungsstand der Kinder eines Jahrgangs.

In allen Ländern der Bundesrepublik findet vor Schulbeginn eine Schuleingangsuntersuchung (SEU) durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste des Öffentlichen Gesundheitswesens statt. Diese Untersuchungen stellen die epidemiologisch wichtigste Gesundheitserhebung im Kindesalter dar, da sie alle Kinder eines Jahrgangs erreicht, auch die 30 - 40 %, die an den freiwilligen Früherkennungsuntersuchungen der niedergelassenen Kinderärzte (vor allem U9) nicht teilnehmen.

Die gesundheitspolitischen Anforderungen an die SEU umfassen folgende Aufgabenbereiche:

- Die individualmedizinischen Inhalte schließen die Erfassung des Entwicklungsstandes, die Diagnostik schulrelevanter körperlicher Erkrankungen, die Einschätzung der Schulreife, den Impfstatus und ggf. die Empfehlung gesundheitlicher Fördermaßnahmen ein.
- Als sozialkompensatorische Aufgabe ist die Begutachtung derjenigen Kinder anzusehen, die nicht zu den Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt wurden. Im Rahmen der primären Prävention ist bei diesen häufig benachteiligten Kindern die rechtzeitige Erkennung pädagogischen und medizinischen Förderbedarfs notwendig.
- Für die epidemiologische Nutzung ist die Erhebung von Daten zur Gesundheitsberichterstattung auf lokaler, regionaler und bundesweiter Ebene von Bedeutung, da sie die einzige Möglichkeit zur Erfassung des Gesundheitszustandes eines kompletten Jahrgangs darstellt. Die Ergebnisse einer lokalen Auswertung können bei der kommunalen Gesundheitsplanung berücksichtigt werden.
- Die „arbeitsmedizinischen“ Aspekte im Hinblick auf den Arbeitsplatz Schule beinhalten die Beratung der Schulen bei der Anschaffung von Schulmöbeln, bei Fragen zum Infektionsschutz und anderen gesundheitlichen Risiken.

Schuleingangsuntersuchung (SEU)

Rechtliche Grundlagen

Gesetzliche Grundlage der SEU sind §12(2) ÖGDG (Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst) und die Verordnung über den Bildungsgang in der Grundschule (AO-GS).

Untersuchungsgang

Mittels Elternfragebogen werden Auffälligkeiten zur gesundheitlichen Vorgeschichte (Geburt, frühkindliche Entwicklung, Erkrankungen, Therapien, Sportausübung) abgefragt.

Es werden der Impfstatus sowie die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 festgehalten. Fehlende Impfungen werden auf einem Begleitzettel für die Eltern und den behandelnden Arzt notiert und mitgegeben.

Es werden ein Sehtest und ein Hörtest durchgeführt, Größe und Gewicht gemessen, Wirbelsäule und Haltung untersucht und es findet ein „Screening-Verfahren des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen“ (S-ENS) statt. Mit letzterem werden Auffälligkeiten in den schulrelevanten Teilleistungsbereichen Körperkoordination, Visuomotorik (hier: Auge-Hand-Feinmotorik), visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung, Sprachkompetenz und auditive Informationsverarbeitung sowie Artikulation identifiziert. Zahlreiche Kommunen Nordrhein-Westfalens nutzen dieses Instrument seit seiner Einführung im Herbst 2003.

Dokumentation

Die in diesem Bericht vorgestellten Daten basieren auf der Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen nach dem „Bielefelder Modell“, einem über NRW hinaus bekannten Verfahren zur Durchführung und Dokumentation von schulärztlichen Untersuchungen in den Gesundheitsämtern.

Die erhobenen Daten wurden z.T. im Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (LÖGD) in Bielefeld erfasst, verarbeitet und analysiert, z.T. aber auch vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst selbstständig ausgewertet.

Um ernst zu nehmende Aussagen und einen interkommunalen Vergleich zu ermöglichen, müssen die Befunde unter gleichen Bedingungen erhoben bzw. in vergleichbaren Situationen standardisiert dokumentiert werden. Die Vorgaben hierzu sind zum einen in den „Jugendärztlichen Definitionen“ zum „Bielefelder Modell“ und der „S-ENS-Handanweisung“ enthalten und werden zum anderen in regelmäßigem internen Qualitätszirkeln fortentwickelt bzw. neu vereinbart.

Liegt ein Befund vor, so wird festgehalten,

- ob es sich um einen Minimalbefund handelt, der die Leistungsfähigkeit nicht erheblich oder nur vorübergehend beeinträchtigt
- ob sich das Kind bereits in ärztlicher Behandlung befindet
- ob eine weitere ärztliche Beratung/Abklärung/Behandlung erforderlich ist
- ob eine erhebliche Leistungsbeeinträchtigung vorliegt.

Es werden auch die Empfehlungen nichtärztlicher Maßnahmen (wie Sportförder-, Deutschförderunterricht, Kinderrückenschule etc.) erfasst.

Die Auswertung aller erhobenen Daten auf Kreisebene ergab über Jahre hinweg keine wesentlichen Abweichungen von den in Gesamt-NRW erhobenen Daten.

Deshalb wurden vor zehn Jahren erste Maßnahmen ergriffen, dass neben der statistischen Gesamtauswertung auch nach einzelnen Bezirken, Städten und Stadtteilen ausgewertet werden kann. Dazu mussten handschriftlich erstellte Daten, die zum LÖGD versandt wurden, auf EDV-Erfassung vor Ort umgestellt und das Personal entsprechend geschult und eingearbeitet werden. Auch mussten mit der Software Erfahrungen gesammelt werden.

Inzwischen sind die Voraussetzungen geschaffen, über allgemeine und NRW-gültige Aussagen zum Gesundheitsstatus der Kinder hinaus auch konkrete Einzelbereiche zu betrachten und Veränderungen und/oder Trends aufzuspüren, Fehlentwicklungen zeitnah zu erkennen und Maßnahmen dagegen vorzuschlagen.

So ist der jetzt vorgestellte Bericht eine Ausgangslage für künftige und detailliertere Berichte, Analysen und Handlungsempfehlungen.

Ergebnisse der Regeluntersuchung der Schulanfänger im Ennepe-Ruhr-Kreis 2004

2004 wurden im Ennepe-Ruhr-Kreis 3071 Schulanfänger eines Jahrgangs vor Schulbeginn untersucht, davon sind 1574 Jungen und 1497 Mädchen.

Bei 1324 Kindern (43,1 %) ergab die Untersuchung keinen auffälligen Befund, bei den restlichen 1747 Kindern (56,9 %) war eine weitere Untersuchung bzw. Behandlung erforderlich.

Untersuchte	Jungen	%	Mädchen	%	Gesamt	%
ohne Befund	600	38,1	724	48,4	1324	43,1
mit Befund ¹	966	61,4	769	51,4	1735	56,5
mit Leistungsbeeinträchtigungen ²	8	0,5	4	0,3	12	0,4
mit Arztüberweisungen ³	268	17	240	16	508	16,5
sonst. Maßnahmen ⁴	246	15,6	164	11	410	13,4
Untersuchte	1574	100	1497	100	3071	100

Tabelle 9: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen im Ennepe-Ruhr-Kreis 2004

Früherkennungsuntersuchungen

Die Vorsorgeuntersuchungen von der Geburt (U1) bis zum Schuleintrittsalter (U9 im 60. bis 64. Lebensmonat) sind in Untersuchungsheften dokumentiert, und die Eltern sind aufgefordert, diese zur Schuleingangsuntersuchung mitzubringen. Die folgende Grafik zeigt, dass das Heft lediglich in 92,6 % der Fälle vorgelegt wurde.

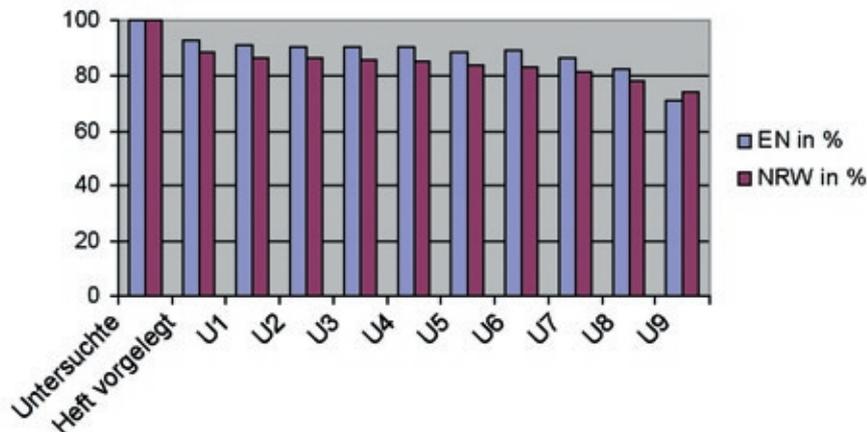


Abb. 7: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen im Ennepe-Ruhr-Kreis im Vergleich zu NRW in 2004

Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung nimmt mit dem Alter des Kindes ab. Bei der U9 liegt die Teilnahmequote unter dem NRW-Durchschnitt.

Migrationshintergrund

Von den Kindern, die an der U9 teilgenommen haben, haben 78,3 % (1770) deutsch als Erstsprache (Sprache, die in den ersten vier Lebensjahren überwiegend gesprochen wurde), 21,7 % (406) hatten eine andere Erstsprache.

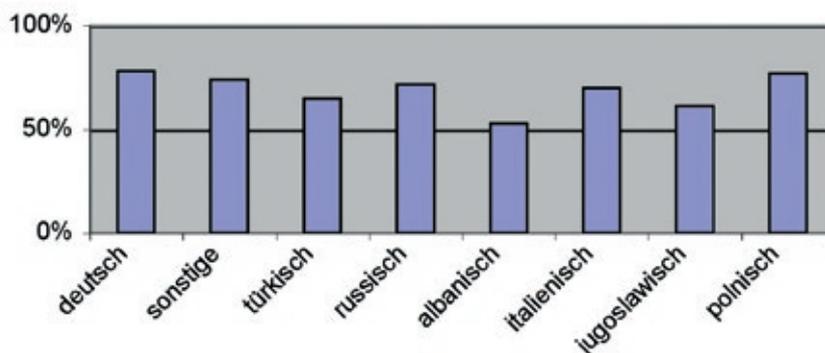


Abb. 8: Inanspruchnahme der U 9 in Abhängigkeit von der Erstsprache

¹Untersuchte mit Befunden, die die Leistungsfähigkeit nicht erheblich oder nur vorübergehend beeinträchtigen

²Untersuchte mit krankhaften Befunden oder Behinderungen, die die Leistungsfähigkeit erheblich und anhaltend beeinträchtigen

³Untersuchte, für die mindestens bei einem Befund haus- oder fachärztliche Beratung empfohlen wurde

⁴Untersuchte, für die mindestens eine sonstige Maßnahme empfohlen wurde

Impfstatus

Die ermittelten Impffzahlen basieren auf den vorgelegten Impfausweisen. Der Impfstatus der Kinder, die bei der Untersuchung ihr Impfheft nicht vorlegen konnten, bleibt also unberücksichtigt, wodurch eine leichte Verzerrung der Daten möglich ist. 2623 (85,4 %) Kinder bzw. deren Eltern konnten ein Impfheft vorlegen. Weniger als der Hälfte dieser Kinder (45,9%) wiesen einen vollständigen Impfstatus auf.

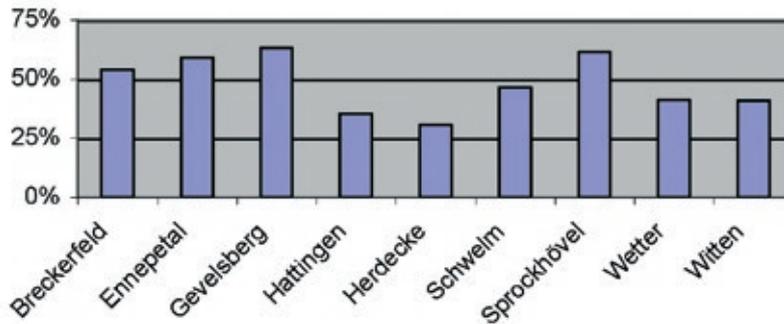


Abb.9: Komplettimpfungen in den einzelnen Städten des Kreises

Dabei ist die zum Teil sehr niedrige Durchimpfungsquote in einzelnen Städten auffällig.



Abb.10: NRW-Vergleich: MMR-Impfung 2003 und 2004

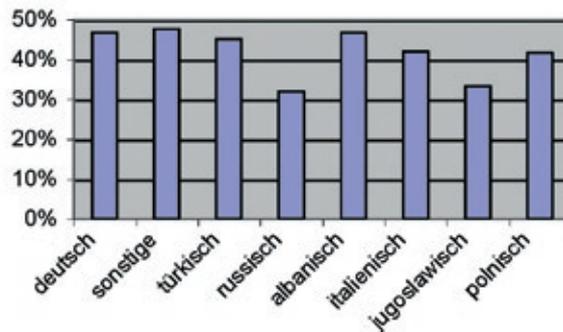


Abb. 11: Komplettimpfungen in Abhängigkeit von der Erstsprache

Familien mit Migrationshintergrund werden teilweise von Impfangeboten schlechter erreicht.

Die auffälligsten Befunde der SEU insgesamt waren:

Niedrige Durchimpfungsraten, insbesondere bei Masern.

Ausgehend davon, dass ein vollständiger Impfschutz gegen Masern nur vorliegt, wenn zwei oder mehr Impfungen durchgeführt wurden, ist die Durchimpfungsrate im Kreis verglichen mit dem Land relativ schlecht. In NRW gesamt gelten 66,2 % aller untersuchten Kinder als ausreichend geimpft (eine einmalige Impfung hatten sogar 93,8 %). Im Ennepe-Ruhr-Kreis sind dagegen nur 51,2 % der untersuchten Kinder vollständig geimpft, einmalig 89,4 %. Betrachtet man die Ergebnisse der Untersuchung kleinräumig auf die Städte bezogen, wird deutlich, dass hier wesentliche Unterschiede bestehen (Tabelle 10).

Verdacht auf verminderte Sehschärfe

Bei 593 Kindern (19,3 %) musste der Verdacht auf eine eingeschränkte Sehfähigkeit geäußert werden. Erst 9,4 % (289) der Kinder waren zu diesem Zeitpunkt bereits in Behandlung, bei weiteren 9,7 % (299) wurde eine fachärztliche Kontrolle veranlasst. (Erschwertes Lesen-lernen ohne ausreichend gutes Sehen.)

Verdacht auf Hörstörung

Der Verdacht auf eine eingeschränkte Hörfähigkeit musste bei 4,7 % (143) der Kinder geäußert werden, etwa die Hälfte der Kinder befand sich bereits in Behandlung, 2,3 % wurden zu einem Facharzt gesandt. Ohne ausreichendes Hörvermögen ist es schwer, das Sprechen zu lernen.

Haltungsschwäche

284 Kinder wiesen eine Haltungsschwäche auf. In der Regel handelte es sich dabei um eine Schwäche der Rückenmuskulatur, die nicht unbedingt sofort einer ärztlichen Behandlung bedarf. Empfohlen wurden jedoch die Teilnahme in Schwimm-/Turn-/Sportvereinen, Sportförderunterricht in der Grundschule und/oder der Besuch gezielter, (vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst in Kooperation mit AOK und AWO organisierter) Rückenschul- und Schwimmkurse wurde veranlasst, da ohne Förderung für die Zukunft Folgeschäden für Wirbelsäule, Haltungs- und Bewegungsapparat absehbar waren.

Koordinationsstörung

Ca. 80 % der Kinder waren hier unauffällig, bei den restlichen knapp 20 % der Kinder ergab die Untersuchung zur Grobmotorik/Körperkoordination jedoch grenzwertige bis auffällige Werte. Soweit das Ergebnis grenzwertig war, wurden die Kinder genauer untersucht. Danach blieb ein Anteil

von 296 Kindern (9,6 %) mit auffällig mangelnder Körperkoordination, die einer weiteren fachärztlichen Kontrolle oder Behandlung bedurften.

Für die Teiluntersuchungen zu den visuomotorischen Fähigkeiten (d.h. die Umsetzung von Gesehenem in Hand- bzw. Feinmotorik) und der visuellen Wahrnehmung und Informationsverarbeitung gleichen die Ergebnisse im wesentlichen den vorher genannten. (D.h. im Screening werden knapp 20 % grenzwertige bis auffällige Befunde gesehen, bei genauerer Untersuchung bleiben etwa 10 % der Kinder auffällig, die dann der fachärztlichen Untersuchung bzw. Behandlung/Förderung zugeführt werden und/oder bei denen eine andere Maßnahme empfohlen wird.)

Sprachstörung

Bei 668 (21,8 %) der untersuchten Kinder wurde eine Sprachauffälligkeit festgestellt. Hierunter fallen zum einen Sprech-Stimm-Sprachstörungen, Artikulationsstörungen und Lispeln bis hin zu Stammeln (Dyslalie). 264 (8,6 %) Kinder befanden sich bereits in Behandlung. Die Eltern der anderen Kinder wurden mit ihren Kindern in der Regel zur Beratung durch den Sprachheilbeauftragten des Kreises bzw. zum Kinder- oder zum Hals-Nasen-Ohrenarzt geschickt, um ggfs. eine logopädische Behandlung einzuleiten.

In diese Gruppe fallen aber auch Kinder mit Migrationshintergrund und geringen Deutschkenntnissen, die (noch) nicht richtig Deutsch sprechen können. In diesen Fällen wurde Deutschförderunterricht empfohlen.

Übergewicht

Die Bestimmung des BMI (Body-Mass-Index) der Schulanfänger¹ hat ergeben, dass über 10 % der Kinder übergewichtig bzw. adipös sind.

Untersuchte	Jungen	%	Mädchen	%	Gesamt	%
deutlich untergewichtig	42	2,8	27	1,9	69	2,4
untergewichtig	72	4,8	74	5,2	146	5
normalgewichtig	1219	81,3	1170	81,6	2389	81,5
übergewichtig	81	5,4	99	6,9	180	6,1
adipös	86	5,7	63	4,4	149	5,1
Gesamt	1500	100	1433	100	2933	100

Tabelle 11: Ergebnisse der Gewichtsbestimmung bei den Schuleingangs-Untersuchungen 2004

Bei jedem übergewichtigen oder adipösen Kind erfolgt eine individuelle Beratung der Eltern zu Risiken und Maßnahmen. Der Schule wird die Empfehlung Sportförderunterricht gegeben. Näher untersucht werden sollte aber auch die hohe Anzahl an untergewichtigen Kindern. Dazu gibt es jedoch bis heute keine abgestimmte Vorgehensweise.

- Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, insbesondere der U9 sollte verbessert werden.
- Vor allem Familien mit Migrationshintergrund müssen besser erreicht werden.
- Der Impfschutz, insbesondere gegen Masern sollte verbessert werden.
- Spätestens in diesem Alter sollten mögliche Defizite des Hören oder Sehens aufgedeckt werden.
- Bereits bei Schulanfängern sind Gewichtsprobleme auffällig.

¹Die Werte sind Referenzwerte nach Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2001)
 Deutliches Untergewicht: bis unter 3. Perzentil, Untergewicht: 3. bis unter 10. Perzentil
 Übergewicht: größer 90. kleiner als 97. Perzentil, Adipositas: größer 97. Perzentil

Zahngesundheit

Die meisten der 5-jährigen Kinder besuchen im Ennepe-Ruhr-Kreis den Kindergarten und nehmen am Prophylaxeprogramm der Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit teil. Fünfjährige Kinder sollten zu über 50 % kariesfrei sein. Kinder mit mehr als drei kariösen Zähnen befinden sich nach einer statistischen Berechnung für den Ennepe-Ruhr-Kreis im Risikobereich. 80 % der vorhandenen Karies konzentriert sich auf 15 % der fünfjährigen Kinder ab drei und mehr kariösen Zähnen, in der statistischen Berechnung von 2001. Die verbesserte Zahngesundheit nach Einführung der Gruppenprophylaxe vor mehr als zehn Jahren bei den fünfjährigen Kindern ist offensichtlich und verpflichtet auch, die Gruppenprophylaxe in dem Maße weiterzuführen (Tabelle 12).

	N	dmft	% kariesfrei
1987	683	3.0	38.9
1997	531	1.8	64
2001	531	1.46	66

Tabelle 12: Durchschnittlicher Kariesbefall (dmft) und Kariesfreiheit (%) bei 5-jährigen Kindergartenkindern im Ennepe-Ruhr-Kreis

3.2.3 Angebote

Auch für die Altersgruppe der 4- bis 6-jährigen Kinder gibt es ein großes Spektrum an Angeboten zur Gesundheitsförderung, die nicht alle aufgeführt werden können. Einzelne Angebote werden zudem im Kapitel 4.2.2 Prävention ausführlich dargestellt, deshalb sollen sie hier entfallen.

Die **AWO EN** führt in ihren Kindertageseinrichtungen das Bielefelder Screening BISC zur Erkennung von Lese-Rechtschreibschwächen und das Programm HLL (Hören Lauschen Lernen) zur präventiven Vorbeugung von Lese- und Rechtschreibschwächen durch. In einigen Einrichtungen gibt es zudem Sprachfördergruppen für Kinder mit erheblichen Sprachproblemen.

In einer Kooperation mit dem Dezernat Vorbeugung der **Kreispolizei** beteiligt sich die **AOK Westfalen-Lippe** an den in den Kindergärten und Grundschulen durchgeführten Verkehrssicherheitsaktionen für Kinder von fünf bis sieben Jahren. Ziel beider Kooperationspartner ist die Sensibilisierung der Kinder für Sicherheit im Straßenverkehr.

Die Krankenkassen bieten Programme zur Bewegungsförderung und Ernährungsberatung an. So hat beispielsweise die **AOK** eine früh einsetzende, kindgerechte Bewegungsförderung und Haltungsschulung „Mach mit bei Felix Fit“ entwickelt, um dem Problem motorischer Störungen und Haltungsschwächen vieler Schulkinder vorzubeugen. Diese Schulung wird auch Nichtmitgliedern der AOK angeboten.

Die **Barmer Ersatzkasse** hält im gesamten Kreisgebiet ein Kinder- und Jugendangebot zu verschiedenen Gesundheitsthemen vor.

- Herdecke: „Gesunde Ernährung für die junge Familie“
- Hattingen: Entspannung für Kinder „Bleib locker“
- Ennepetal: „Power Kids - Gewichtsreduktion für Kinder und Eltern“, sowie individuelle Ernährungsberatung

- Gevelsberg: Ernährungsberatung, eine „Sinnes- und erlebnisorientierte Ernährungserziehung“ in einer Kindertagesstätte, eine Kinderrückenschule und „Kids in Form“
- Schwelm: Ernährungskurs für übergewichtige Kinder in fast allen Städten und eine Rückenschule für Kinder
- Sprockhövel: eine Kinderrückenschule, sowie „Schwer mobil“
- Witten: „Power on - weniger Gewicht für Kinder“, sowie Entspannung für Kinder

3.3 Lebensjahre 7 bis 9

Diese Jahre bilden die Kernzeit der Grundschuljahre. Kinder im Grundschulalter setzen sich stark mit der Umwelt auseinander. Sie zeigen Interesse für bestimmte Hobbys, sind leistungsfähig und ausdauernd. Insgesamt festigen sie sich geistig, psychisch und körperlich. Lesen-, Schreiben-, Rechnen lernen, Sport treiben, Freundschaften schließen, Verhalten in der Gemeinschaft lernen und zunehmende Selbstständigkeit erwerben stehen im Zentrum der Entwicklung.

3.3.1 Gesundheitliche Probleme

Gesundheitliche Probleme aus zuvor beschriebenen Lebensphasen verstärken sich, wenn sie nicht behoben werden.

Erschwerend kommt der Einfluss durch übermäßigen Medienkonsum hinzu. Hier fehlen allerdings gesicherte Zahlen.

Entwicklungsstörungen können sich in diesem Alter nicht nur in den Bereichen Sprache und Motorik, sondern auch als Lese-, Rechtschreib- und Rechenschwäche zeigen.

Einfache Artikulationsstörungen finden sich bei 5 % - 6 % der Kinder im Grundschulalter. Bei drei Fünftel kommt es zu einer spontanen Besserung; ein Teil der Kinder zeigt jedoch noch andere psychische Auffälligkeiten wie hyperkinetische Störungen, Einnässen oder Ess- und Schlafstörungen.

Ausgeprägte **Sprachstörungen** - ca. 5 % der Kinder sind davon betroffen - sind gekennzeichnet durch ein eingeschränktes aktives Vokabular und zahlreiche grammatikalische Fehler; z.T. besteht gleichzeitig eine Lese-Rechtschreibstörung, zwei Drittel der betroffenen Kinder sind Jungen.

Eine **Lese-Rechtschreibstörung** (LRS) findet sich bei ca. 9 % der Schüler (6-18 Jahre), auch hier sind 75 % - 80 % Jungen.

Zu den **Verhaltensauffälligkeiten** gehören u.a. häufiges Einnässen und Einkoten. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 7 % der Siebenjährigen noch nachts einnässen. Bei Kindern, die in diesem Alter noch einkoten, liegen oftmals seelische Leiden, wie Depressionen, Angst- und Lernstörungen vor.

Die hyperkinetische Störung ist vor allem durch körperliche Unruhe, Impulsivität und Aufmerksamkeitsschwäche gekennzeichnet. Der Übergang von „normalem“ zu auffälligem Verhalten ist fließend. Die Häufigkeitsangaben schwanken von fast neun bis knapp 18 %. Insbesondere 6- bis 10-jährige Jungen scheinen betroffen. Die Verordnungshäufigkeit von Stimulanzien hat in den letzten zehn Jahren um ein Vielfaches zugenommen. Inwieweit dies auf ein erhöhtes Auftreten

der Störung und/oder eine größere Akzeptanz dieses Therapieansatzes schließen lässt oder ob in den letzten Jahren die medikamentöse Therapie schon bei leichter Symptomatik eingesetzt wird, lässt sich derzeit nicht beurteilen.

Übergewicht/Adipositas: In Deutschland sind je nach Definition zehn bis 20% aller Schulkinder und Jugendlichen als übergewichtig bzw. adipös zu bezeichnen. (Als Maßstab wird üblicherweise der alters- und geschlechtsspezifische 90 %- bzw. 97 %-Perzentilwert der Normstichprobe verwendet.) Es wird gleichzeitig eine Zunahme der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland festgestellt. Zusammenhänge zwischen Übergewicht und Umweltfaktoren im weiteren Sinne, z.B. Sozialfaktoren, sind bekannt. So tritt Adipositas bei Kindern und Erwachsenen aus schwachen sozioökonomischen Schichten häufiger auf als bei Angehörigen höherer sozialer Schichten. Auch von einer genetischen Disposition wird ausgegangen, diese kann bisher aber nicht durch Studien belegt werden.

Migräne und andere Kopfschmerzen

Obwohl Kopfschmerz-Erkrankungen schon im zweiten oder dritten Lebensjahr beginnen können, nimmt ihre Prävalenz mit der Einschulung deutlich zu. Genaue Angaben liegen dazu nicht vor.

Zahngesundheit

Alle Grundschul Kinder nehmen an den Gruppenprophylaxeprogrammen des Arbeitskreises Zahngesundheit teil. In den offenen Ganztagsgrundschulen wird tägliches Zähneputzen zur Verbesserung der Zahngesundheit durch den Arbeitskreis Zahngesundheit gefördert. In die statistischen Berechnungen zur Bewertung der Zahngesundheit werden nur bleibende Zähne dieser Wechselgebissphase einbezogen. Die Kinder sollten weitgehendst kariesfreie bleibende Zähne besitzen. Kinder mit mehr als einem kariösen Zahn sollten eine intensivere Kariesprophylaxe erhalten. Der Kariesbefall ist bei den achtjährigen Kindern noch sehr niedrig (Tabelle 13), zumal die durchgebrochenen Sechsjahrmolaren nicht länger als zwei Jahre und die Frontzähne erst unmittelbar in die Mundhöhle durchgebrochen sind.

	N	DMFT	% kariesfrei
1990	456	0.4	80.7
1995	378	0.2	89.0
2001	570	0.3	86.0

Tabelle 13: Durchschnittlicher Kariesbefall (DMFT) und Kariesfreiheit (%) bei 8-jährigen Kindern im Ennepe-Ruhr-Kreis 1990, 1995 und 2001

3.3.2 Angebote

Die Angebote, die bereits für die jüngeren Altersgruppen aufgelistet wurden, laufen auch für die Grundschul Kinder weiter. Zusätzlich gibt es Angebote zur Gesundheitsförderung an Grund- bzw. Ganztagschulen.

Die **Barmer Ersatzkasse** bietet speziell für diese Altersgruppe Gesundheitskurse an in

- Schwelm: Yoga für Kinder im Alter zwischen sieben und elf Jahren
- Wetter: „Rückenschule mit Pfiff“ für Kinder zwischen sechs und neun Jahren.

Die **DAK** bietet in Witten „Wirbelsäulengymnastik für kids mit Gewichtsproblemen“ an.

- In diesem Alter werden oftmals zuvor nicht entdeckte Defizite offenbar (ADS oder Sehschwäche).
- Die Angebote der offenen Ganztagsgrundschulen sollen den Aspekt Gesundheit stärker berücksichtigen.

3.4 Lebensjahre 10 bis 12

In diese Altersphase beginnt die Pubertät mit all ihren massiven körperlichen, seelischen und sozialen Veränderungen. Eine Umbruchphase mit enormen, z.T. (für das Alter) extremen Erfahrungen steht an. Innere und äußere Veränderungen stürzen das Kind in Unruhe und verunsichern es. Den Eltern wird eine Menge an Verständnis, Vertrauen und Toleranz abverlangt, und Konflikte innerhalb der Familie belasten zusätzlich.

3.4.1 Gesundheitliche Probleme

Alkohol- und Tabakkonsum

Erste Erfahrungen mit **Alkohol- und Tabakkonsum** gehören oftmals schon in diesem Alter dazu und müssen nicht selten als Mittel zur Bewältigung von Entwicklungsproblemen herhalten, auch wenn die schädlichen Wirkungen den Ausprobierenden durchaus bekannt sind. Die kurzfristig erreichten Vorteile wie Entspannung, Stressbewältigung, soziale Anerkennung durch Gleichaltrige oder auch Genuss und die Befriedigung von Neugierde stehen zu einem späteren Zeitpunkt - auch nur möglicherweise und nicht zwingend - auftretenden Gesundheitsbeeinträchtigungen gegenüber. Drei Viertel aller Schülerinnen und Schüler der siebten Klassen haben - einer Berliner Schülerstudie zufolge - bei Feiern, vorwiegend im Familienkreis Alkohol probiert, wobei Hauptschüler in dieser Altersstufe Trinkanlässe wie Familienfeiern, Treffen mit Freunden, Parties, Diskotheken- und Gaststättenbesuche häufiger nutzen als Gymnasiasten. Rauchen gilt als Einstiegsdroge für anderen Suchtmittelkonsum. 10 % - 12 % der 12- bis 13-Jährigen bezeichnen sich als ständige oder gelegentliche Raucher.

Illegale Drogen

Das Durchschnittsalter für die erste Drogenerfahrung liegt laut Befragungsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) bei ca. 12 Jahren, der erste Kontakt mit illegalen Drogen findet vor allem mit Cannabis statt. Als Risikofaktoren werden biologische und soziale Faktoren diskutiert. Drogenkonsum korreliert mit bestimmten Verhaltensweisen in der Kindheit, insbesondere mit aggressivem Verhalten, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörungen.

Befindlichkeits- und somatoforme Störungen

Kinder und Jugendliche schildern häufig Befindlichkeitsstörungen, vor allem allgemeine und unspezifische Beeinträchtigungen wie schnelle Ermüdung und Nervosität. Unter somatoformen Störungen fasst man körperliche Beschwerden und Symptome, die weder durch organische Erkrankungen noch durch die Einnahme von Medikamenten, Alkohol oder Drogen erklärt werden können. An erster Stelle stehen Kopfschmerzen, das Gefühl, einen Kloß im Hals zu haben, und Magen- sowie Darm-Beschwerden.

Zahngesundheit

Die 12-jährigen Schulkinder haben das WHO-Ziel 2000 im Verlauf der letzten Jahre nach einer signifikanten Verbesserung des durchschnittlichen Kariesbefalls und der Kariesfreiheit erreicht. Der durchschnittliche Kariesbefall liegt weit unter der WHO-Vorgabe von zwei kariös befallenen Zähnen pro Kind (Tabelle 14).

Betrachtet man den Kariesbefall der Kinder in den letzten zehn Jahren in Abhängigkeit vom besuchten Schultyp, konnte ein abgestufter Kariesrückgang festgestellt werden, der am höchsten bei den Gymnasialschülern ausfiel, gefolgt von den Realschülern und den Hauptschülern (Tabelle 15). Bei der Errechnung des Konzentrationsmaßes der Karies in den beiden Gruppen mit der größten Differenz im Kariesaufkommen konzentrieren sich bei den Zwölfjährigen 76 % der Karies auf 9 % der Kinder in den Gymnasien ab > 1DMFT und 85 % der Karies konzentrieren sich auf 30 % der Kinder in den Hauptschulen ab > 3DMFT.

Um der gesundheitlichen Ungleichheit zu begegnen, können alle zehn- bis zwölfjährigen Hauptschüler an einem Intensivprophylaxeprogramm teilnehmen. Die Beteiligung beträgt 80 %.

	N	DMFT	% kariesfrei
1990	497	2.1	36.0
1995	392	1.8	50.0
2001	755	0.9	68.6

Tabelle 14: Durchschnittlicher Kariesbefall (DMFT) und Kariesfreiheit (%) bei zwölfjährigen Kindern im Ennepe-Ruhr-Kreis 1990, 1995 und 2001

	1990 DMFT	1995 DMFT	2001 DMFT
Hauptschule	2.5	2.6	1.8
Realschule	2.2	1.3	0.8
Gymnasien	1.8	1.0	0.3

Tabelle 15: Durchschnittlicher Kariesbefall bei zwölfjährigen Schülern in Abhängigkeit vom Schultyp 1990, 1995 und 2001 im Ennepe-Ruhr-Kreis

Am Beispiel Karies zeigt sich konkret der Zusammenhang zwischen dem Sozialstatus und dem Gesundheitszustand.

3.4.2 Angebote

Ebenso wie für die anderen Altersgruppen gibt es für die Altersgruppe der Zehn- bis Zwölfjährigen etliche Möglichkeiten der Hilfe und Beratung.

Beispielsweise bietet die **AOK Westfalen-Lippe** den „Power-Kids-Koffer“ für Kinder von acht bis zwölf Jahren, die Gewichts- und Ernährungsprobleme in den Griff kriegen wollen. Der Koffer zielt auf die Beteiligung aller Familienmitglieder ab, da diese untrennbar mit dem Thema der gesundheitsfördernden Ernährung verbunden sind.

Zum Thema Suchtprävention läuft bereits im achten Jahr die **AOK-Aktion** „Be smart - don't start“.

Schulklassen haben die Möglichkeit, das Thema Rauchen aufzuarbeiten und durch Projektarbeiten an einem Wettbewerb teilzunehmen. Die Aktion wird bundesweit vom IFT (Institut für Therapie und Gesundheitsforschung) durchgeführt. In 2004 haben sich 155 Klassen im Ennepe-Ruhr-Kreis beteiligt. Auch im Jahr 2005 waren wieder über 80 Klassen gemeldet.

Anlässlich der Fußball-WM 2006 bot die **AOK** allen Schülerinnen und Schülern zwischen zehn und 14 Jahren und den Vereinsmannschaften der Sportvereine dieses Alters die Teilnahme an der Aktion „Ohne Kids läuft nix“. Ziel war hier die Bewegungsförderung von Kindern und Jugendlichen.

- Befindlichkeitsstörungen sind bei Heranwachsenden häufig. Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner für solche Probleme sind eher selten zu finden.
- Beginnende körperliche Veränderungen können zu psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen führen.
- Oftmals werden in diesem Alter die ersten Erfahrungen mit Suchtmitteln gemacht.

3.5 Lebensjahre 13 bis 15

Mitten in der Entwicklung vom Kind zum Erwachsenen stehen die körperlichen, seelisch-geistigen Veränderungen und neuen Erfahrungen im Mittelpunkt des (Er-)Lebens.

3.5.1 Gesundheitliche Probleme

Körperliche Veränderungen

In dieser Altersphase tritt bei den meisten Mädchen die erste Regelblutung ein (Menarche). Seit dem letzten Jahrhundert hat sich das Menarchealter zeitlich um zwei bis drei Jahre vorverlagert und liegt heute etwa im 13. Lebensjahr. Für Jungen wird ebenfalls eine Beschleunigung der Pubertätsentwicklung angenommen. Es gibt aber kein untersuchtes Reifekriterium, für das ähnliche Daten wie zur Menarche vorliegen.

Sexualität und Empfängnisverhütung [8]

Das Durchschnittsalter des „ersten Mals“ liegt bei 15,1 Jahren. 35 % der 14- bis 17-jährigen Mädchen und 31 % der Jungen geben an, Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. 72 % der Mädchen und 57 % der Jungen sind eigenen Angaben zufolge von den Eltern - und hier vor allem von der Mutter - beraten worden, allerdings gaben auch 9 % der Mädchen und sogar 23 % der Jungen an, niemanden zu haben, mit dem sie über sexuelle Dinge sprechen können. Trotz des vorhandenen Wissens und der vergleichsweise leichten Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln wenden nach Selbsteinschätzung nur 58 % der Jungen und 71 % der Mädchen konsequent eine Verhütungsmethode an. 15 % der Jungen und 12 % der Mädchen haben bei ihrem ersten Geschlechtsverkehr kein Verhütungsmittel benutzt.

Suchtverhalten

Die **Raucherquote** steigt ab dem 13. Lebensjahr deutlich an. Fast 70 % der Jugendlichen probieren in diesem Alter ihre erste Zigarette, fangen jedoch nicht endgültig zu Rauchen an. Als ständige Raucher bezeichnen sich von den 12- bis 13-Jährigen Rauchern 2 %, von den 14- bis 15-Jährigen

bereits 10 %. Untersuchungen zeigen auf, dass Konflikte und negative Gefühle von Jugendlichen, vor allem in Bezug auf den Schulalltag, mit einem verstärkten Konsum von Alkohol und Zigaretten einhergehen.

Der Prozentsatz der Jugendlichen, die regelmäßig (d.h. mindestens einmal pro Woche) Alkohol konsumieren, steigt in dieser Altersgruppe von 1% der 12- bis 13-Jährigen auf 16% der 14- bis 15-Jährigen an.

Somatoforme Symptome und Störungen

Rund 50 % der hierzu befragten Jugendlichen (14 bis 24 Jahre) geben an, unter mindestens einem entsprechenden Symptom, 10 % unter mehr als drei Symptomen (Kopfschmerzen, Nervosität/Unruhe, Schwindelgefühl, Kreuz-/ Rückenschmerzen, Magenschmerzen usw.) gelitten zu haben. Mädchen und junge Frauen sind im Vergleich zu Jungen und jungen Männern deutlich stärker betroffen. Ein niedriger sozioökonomischer Status geht dabei zusammen mit einer größeren Häufigkeit. Die hohe Zahl der eher diffusen Beschwerden wird von den Autoren der entsprechenden Untersuchungen als Hinweis auf die erhöhte psychosoziale Belastung der Jugendlichen gewertet, und es wird auf die besondere Sensibilität Jugendlicher gegenüber gesamtgesellschaftlichen Veränderungen hingewiesen (Arbeitslosigkeit, Patchwork-Familien usw.)

Psychiatrische Erkrankungen und psychische Symptome

Emotionale Störungen sind unter den psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter am häufigsten. Hierunter fasst man Angststörungen, Phobien, Zwänge, posttraumatische Belastungssymptome und häufig auch körperliche Symptome ohne organische Grundlage (Somatisierungsstörungen). In der Bremer Jugendstudie berichten fast 18 % der Jugendlichen (12 bis 17 Jahre), in ihrem Leben mindestens einmal an einer depressiven Störung erkrankt zu sein, wobei Mädchen nach der Pubertät zwei- bis dreimal häufiger darunter leiden und der Anteil der Betroffenen mit dem Alter zunimmt. In verschiedenen Untersuchungen wurde gezeigt, dass die Depression bei rund einem Drittel der Kinder chronisch wurde und in hohem Maße gemeinsam mit Angststörungen auftrat.

Depression ist ein wichtiger Risikofaktor für Selbsttötung.

Suizide sind in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen nach Unfällen die zweithäufigste Todesursache. Bei den Suiziden liegt der Anteil der Jungen über dem der Mädchen, bei den Suizidversuchen ist es umgekehrt.

Unter **Angststörungen** leiden - verschiedenen Studien zufolge - 10 % bis 15 % der Kinder und Jugendlichen. Mädchen sind signifikant häufiger betroffen. Verbreitet sind soziale Ängste, die sich auf bestimmte Situationen beziehen, wie in der Gegenwart anderer zu essen, zu trinken, zu sprechen. Es werden Symptome genannt, die auf das Erleben von Panikattacken hinweisen.

Unter **externalisierenden Verhaltensstörungen** bezeichnet man Aggressivität, hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und Delinquenz. Ist das Kind/der Jugendliche ausgeprägt aggressiv, grausam, streitlustig, zerstört Eigentum, lügt, stiehlt oder verweigert den Schulbesuch - verletzt Regeln und Rechte seiner Mitmenschen - liegt eine Störung des Sozialverhaltens vor. Die dissozialen Störungen nehmen mit dem Alter deutlich zu und haben eine schlechte Prognose. Rund die Hälfte der Kinder, bei denen im Alter von acht Jahren eine dissoziale Störung diagnostiziert wurde, wies letztere auch im Alter von 18 Jahren auf.

Sehr aggressives Verhalten kommt nach Einschätzung von Eltern bei 6 % aller Jungen und 3 % aller Mädchen vor. Dabei besteht ein Zusammenhang zwischen einem erhöhten Auftreten dissozialer Störungen und problematischen Familienverhältnissen, wie z.B. finanziellen Problemen, schlechten Wohnverhältnissen, Partnerschaftsproblemen der Eltern, Gesundheitsproblemen anderer Familienmitglieder oder auch Verhaltensproblemen von Geschwistern.

Speziell zur Problematik der **Schulverweigerung** liegen keine Daten vor; die Quote wird auf 2 % bis 4 % geschätzt.

Essstörungen

Zu den häufigsten Essstörungen zählen die Anorexia nervosa (Magersucht), die Bulimia nervosa (kombinierte Ess-/Brechsucht) und das „Binge-Eating-Disorder“ (Essattacken/latente Esssucht). In einer Untersuchung gaben 12 % der 11- bis 15-Jährigen Jungen und 17 % der gleichaltrigen Mädchen an, sich zurzeit einer Diät zu unterziehen, so dass Experten bei diesen Jugendlichen von einem gestörten Körper selbstbild ausgehen. Neben soziokulturellen Faktoren spielen möglicherweise auch genetische, vor allem aber entwicklungsbedingte Faktoren (sexuelle Ängste, Ängste vor dem Erwachsenwerden, Veränderungen in der Lebenssituation wie Schulwechsel, Beginn der Berufsausbildung, Beginn der Pubertät) oder lebensbedrohende Ereignisse eine Rolle. Auch problembelastete Familienbeziehungen sind an dieser Stelle zu nennen.

Zahngesundheit

Bei den 15-Jährigen vollzog sich innerhalb von zehn Jahren ebenfalls ein bemerkenswerter Kariesrückgang, der sich auch hier in Abhängigkeit vom gewählten Schultyp unterscheidet (Tabelle 16). Sichtbar wird auch, dass trotz eines allgemeinen Kariesrückganges das kariöse Geschehen weiterhin als ein über die Jahre voranschreitender Prozess angesehen werden muss, wenn man die Daten der 12-Jährigen mit den 15-Jährigen vergleicht.

	1990 DMFT	1995 DMFT	2001 DMFT
Hauptschule	6.2	4.0	2.7
Realschule	4.3	2.0	1.3
Gymnasien	3.2	1.9	1.0

Tabelle 16: Durchschnittlicher Kariesbefall bei 15-jährigen Schülern in Abhängigkeit vom Schultyp 1990, 1995 und 2001 im Ennepe-Ruhr-Kreis

3.5.2 Angebote

Berufsanfängerberatung

Auswertung der Ergebnisse der Berufsanfängerberatung (BaB) aus dem Jahr 2004

Insgesamt haben 1241 Schülerinnen (552) und Schüler (689) aus den 8. und 9. Klassen unterschiedlicher weiterführender Schulen im Ennepe-Ruhr-Kreis an der BaB teilgenommen.

Bei 137 (11 %) der untersuchten Schüler wurde eine Berufseinschränkung aus gesundheitlichen Gründen festgestellt. Die absolute Zahl der Befunde übersteigt mit 173 die Anzahl der Schüler mit berufsbeeinträchtigenden Erkrankungen, da bei einigen Schülern mehrere gesundheitliche Einschränkungen vorliegen. Die Befunde verteilen sich wie folgt auf die genannten Körperregionen:

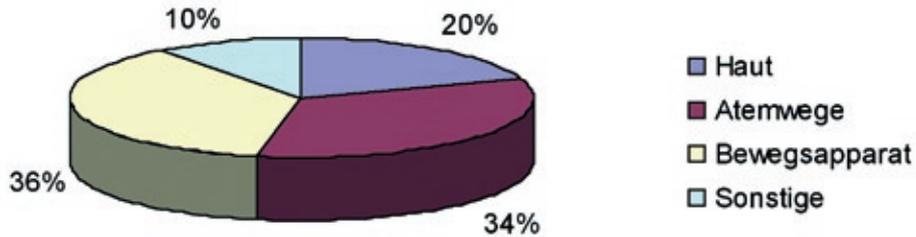


Abb. 12: Befunde in der Berufsanfängerberatung 2004

Von den untersuchten Schülern gaben 23 % (N=281) freiwillig an, regelmäßig zu rauchen, wobei im Durchschnitt 10 Zigaretten pro Tag konsumiert wurden.

Aufgrund der Befunde wurden 232 der Jugendlichen zu niedergelassenen Fachärzten überwiesen, davon allein 226 zum Augenarzt. Der Rest verteilt sich auf Hausarzt (4), Internist (1) und Chirurg (1).

Weniger als die Hälfte (45 %) der Schüler konnte nur den Impfpass vorlegen, trotz vorheriger Aufforderung, ihn zum Untersuchungsdatum mitzubringen. Einen kompletten Impfschutz konnte keiner der Schüler vorweisen, die fehlenden Impfungen sind in der folgenden Tabelle nach Häufigkeit gelistet:

Anzahl (absolut)	ohne Impfschutz gegen
536	Pertussis (Keuchhusten)
520	OPV/IPV (Kinderlähmung)
359	Tetanus
358	Diphtherie
304	Röteln
254	Hepatitis B
235	Mumps
222	Masern

Tabelle 17: Auswertung der Impfungen der Teilnehmer an der Berufsanfängerberatung

LernENlernen

Das Projekt LernENlernen an den Schwelmer Hauptschulen wird im Kapitel 5.1.3 „Projekte/Angebote im EN-Kreis“ ausführlich beschrieben.

Pro Familia

Im Nordkreis stellte 2004 die präventive Arbeit in Schulklassen erneut einen Arbeitsschwerpunkt des Fachbereichs Aidsprävention/Sexualpädagogik dar. So sind bei 54 Terminen 655 Kinder und Jugendliche in Schulen, Horten und Kindergärten beraten worden.

Die **Pro Familia Witten** hat 42 Beratungsgespräche mit Jugendlichen im Alter von 14 bis unter 18 Jahren geführt. Der Schwerpunkt lag in den Bereichen allgemeine Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung.

Der Fachbereich Horizonte (Anlaufstelle bei sexuellem Missbrauch) meldet 68 neu gemeldete betroffene Kinder und Jugendliche, die sich wie folgt verteilen:

	Insgesamt	weiblich	männlich
3 bis unter 6 Jahre	13	10	3
6 bis unter 9 Jahre	10	7	3
9 bis unter 12 Jahre	14	12	2
12 bis unter 15 Jahre	19	15	4
15 bis unter 18 Jahre	12	10	2

Tabelle 18: Neumeldungen in 2004 bei Pro Familia Witten Horizonte zum sexuellen Missbrauch

Im Arbeitsbereich „Prävention sexueller Missbrauch“ konnten insgesamt 653 Kinder und Jugendliche in Präventionsangeboten erreicht werden, davon 321 Mädchen und 334 Jungen.

Darüber hinaus fanden 61 Praxisberatungen für Eltern und Multiplikatoren mit 69 Personen und sechs Elternnachmittage bzw. -abende statt, auf denen 185 Eltern erreicht werden konnten.

Die **Pro Familia EN-Süd** berichtet für den Südkreis, dass 18 Mädchen sich einer Schwangerenberatung unterzogen haben. Die Zahl der ungewollten Teenagerschwangerschaften ist mit einer Beratungshäufigkeit von 12 Beratungen gegenüber 2003 um vier Beratungen gesunken. Die Zahl der minderjährigen Schwangeren ist hier entgegen dem Bundestrend deutlich rückläufig.

Im Bereich der Anlaufstelle bei sexuellem Missbrauch gab es gleichbleibend kontinuierliche Anfragen von Betroffenen und deren Familien wie auch in den vorangegangenen Jahren. Die Nachfragen von insgesamt 86 bearbeiteten Fällen verteilen sich u.a. auf Kinder und Jugendliche wie folgt:

	Insgesamt	weiblich	männlich
3 bis unter 6 Jahre	8	5	3
6 bis unter 9 Jahre	4	1	3
9 bis unter 12 Jahre	5	4	1
12 bis unter 15 Jahre	15	15	0
15 bis unter 18 Jahre	18	17	1

Tabelle 19: Altersverteilung der Klienten der Beratungsstellen bei Pro Familia EN-Süd zum sexuellen Missbrauch

Im Arbeitsbereich Sexualpädagogik/Youthwork sind die Anzahl der Veranstaltungen (Witten: 184 Veransth./655 Schüler, Gev. 43 Veransth./202 Schüler) und die der erreichten Personen in etwa konstant geblieben. Die Arbeitsschwerpunkte lagen nach wie vor in der Arbeit mit Schulklassen mit den Themen HIV- und Aids-Prävention. Dort wurden 202 Schüler erreicht.

Aids-Beratungsstelle des Ennepe-Ruhr-Kreises

In ihrem jährlichen Tätigkeitsbericht dokumentiert die Aids-Beratungsstelle des Ennepe-Ruhr-Kreises die jährlichen Beratungs- und Testzahlen, sowie Veranstaltungen und Treffen der Arbeitskreise.

Die Beratungsstelle bietet an zwei Tagen in der Woche jeweils zwei Stunden eine offene Sprechstunde an, montags in Schwelm und dienstags in Witten. Teste und Beratungen können doch jederzeit telefonisch vereinbart werden.

Prävention und Öffentlichkeitsarbeit gehören mit zum Angebot, wobei in 2002 37 Veranstaltungen mit unterschiedlichen Kooperationspartnern durchgeführt wurden, hinzu kamen monatliche Youth-Work-Treffen. Für das Gesundheitsportal stellt die Aids-Beratungsstelle Informationen zu Aids und STD (sexual transmitted diseases = sexuell übertragbare Krankheiten) zusammen, die einen Überblick über Ansteckungswege, Symptome, Diagnosen und Therapien bietet. Die Angebote zu Themen der Aufklärung und Prävention zielen jedoch überwiegend auf Jugendliche und junge Erwachsene.

Für diese Altersgruppe nehmen die Angebote seitens der Institutionen und Verbände noch zu, was die Bedeutung der Aids-Koordination wachsen lässt.

- Die Pubertät als Ausnahmesituation für alle Beteiligten setzt spätestens in diesem Altersabschnitt ein.
- In dieser Phase treten vermehrt psychische und psychosomatische Beschwerden oder Erkrankungen auf. Die Anzahl der Suizide ist in dieser Altersgruppe besonders hoch.
- Für die Jugendlichen gibt es zu den unterschiedlichen Themen wie Suchtverhalten oder Sexualität relativ viele Angebote, hier wären bessere Koordination der Einzelangebote und ein Qualitätssicherungskonzept sinnvoll.

3.6 Lebensjahre 16 bis 18

Das Erwachsensein rückt näher mit seinen Anforderungen, aber die gesundheitlichen Risiken bleiben wie zuvor, jedoch um weitere Handlungsrahmen ergänzt, z.B. in einer Ausbildung mit potentiellen Belastungen, die Lösung aus dem familiären Umfeld etc.

3.6.1 Gesundheitliche Probleme

Schwangerschaftsabbrüche bei unter 18jährigen Mädchen

Ein Schwangerschaftsabbruch ist zwar keine Erkrankung, aber oftmals mit gesundheitlichen Risiken und seelischen Belastungen verbunden.

Von unter 18jährigen Schwangeren werden weniger Schwangerschaften ausgetragen als in anderen Altersgruppen. Das Verhältnis Geburt zu Abbruch betrug im Jahr 2000 fünf zu sechs (d.h. 4731 Geburten standen 6337 Schwangerschaftsabbrüche gegenüber).

Im Jahr 2004 haben im Ennepe-Ruhr-Kreis insgesamt neun minderjährige Schwangere Mittel aus der Bundesstiftung Mutter und Kind beantragt, bei den jungen Volljährigen (18 bis 21 Jahre) beantragten 24 Schwangere diese Mittel. Die Vergabe der Stiftungsmittel erfolgt anteilig auch über den

Ennepe-Ruhr-Kreis, die genauen Angaben dazu finden sich auf S. 57.

HIV-Infektionen bei Kindern und Jugendlichen spielen in Deutschland glücklicherweise nur eine untergeordnete Rolle. Jährlich werden etwa 50 bis 70 Neuinfektionen in der Altersgruppe bis 19 Jahren festgestellt, der größte Teil davon bei den 15 bis 19-jährigen

Suchtverhalten

Mit dem 16. Lebensjahr steigt die Zahl derjenigen, die sich als ständige oder gelegentliche **Raucher** bezeichnen, auf über 40 %. 16 % der männlichen Jugendlichen und 14 % der weiblichen Jugendlichen müssen nach klinischen Kriterien als nikotinabhängig bezeichnet werden.

37 % aller Jugendlichen trinken ab dem 16. Lebensjahr regelmäßig (mindestens einmal pro Woche) **Alkohol**. Gut die Hälfte der über 15jährigen gab an, in den letzten 12 Monaten mindestens einen Alkoholrausch erlebt zu haben. Eine nach klinischen Kriterien definierte Alkoholabhängigkeit wird auf 6 % der jugendlichen Befragten (14 - 24 Jahre) geschätzt.

13 % aller Todesfälle bei 15- bis 19-jährigen männlichen Jugendlichen sind alkoholbedingt, 8 % der Todesfälle bei gleichaltrigen jungen Mädchen

16,4 Jahre wird als Durchschnittsalter für die erste **Drogenerfahrung** (vor allem mit Cannabis als der verbreitetsten Droge) angegeben. Beim Erstkontakt mit Ecstasy und anderen Rauschdrogen sind die Jugendlichen zwischen 17 und 18 Jahre alt [7].

3.6.2 Angebote

Im Prinzip ist die Angebotsstruktur für Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren gleich.

Die bisher genannten Beratungsstellen halten ihre Angebote auch für diese Altersgruppe vor.

Im Rahmen des Jugendmigrationsdienstes bietet die **AWO EN** in den Städten Gevelsberg, Witten und Hattingen Beratungen für Jugendliche mit Migrationshintergrund an.

- Zwischen straffähig und wahlberechtigt sind die Selbstfindungsprobleme in dieser Altersgruppe am stärksten ausgeprägt.
- Mit der Persönlichkeit werden hier Suchtverhalten und Sexualität mit typischen Rollenmustern dauerhaft angelegt.

■ 4 Kommunale Hilfen für Kinder und Jugendliche

4.1 Hilfe zur Erziehung und andere Aufgaben nach KJHG¹:

Hilfe zur Erziehung und andere Aufgaben nach KJHG: Das KJHG (Kinder- und Jugendhilfegesetz) steht für das Sozialgesetzbuch Achtes Buch (SGB VIII), in dem die Regelungen zum Jugendhilfe-recht zusammengefasst sind. Im wesentlichen sind dies die Jugendarbeit, der Kinder- und Jugend-schutz, die Beratung in Trennungs- und Scheidungsangelegenheiten, sowie die Kindertagesein-richtungen und Hilfen zur Erziehung.

Alle aufgeführten Bereiche werden hierbei durch stark sozialpädagogisch orientierte Hilfsangebote, die neben ordnungsrechtlichen Aufgaben stehen, geregelt.

Insgesamt wurden im Ennepe-Ruhr-Kreis in 2004 in rund 2000 Fällen Hilfen zur Erziehung gewährt

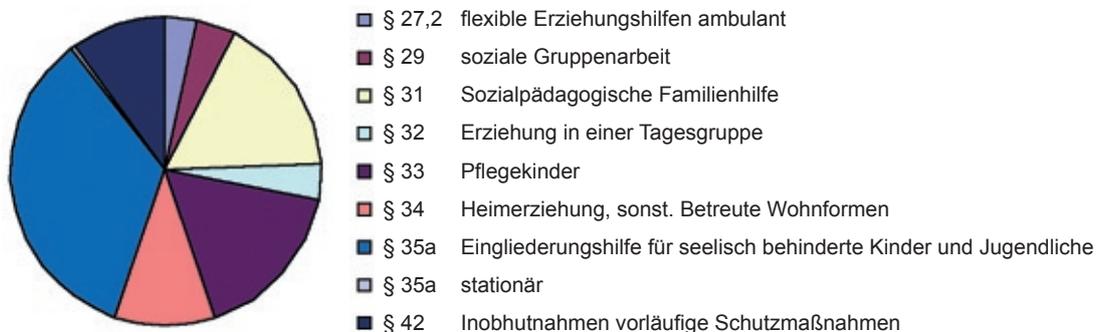


Abb. 13: Hilfen zur Erziehung nach KJHG, Gesamtfälle im Ennepe-Ruhr-Kreis im Jahr 2004

Quelle: Abfrage Kreis bei den Städten im Rahmen der Arbeitsgruppe „Kinder- und Jugendlichen-psychiatrie“

4.2 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)

Der **Kinder- und Jugendgesundheitsdienst** des Kreisgesundheitsamtes bestand 2004 aus sechs Ärztinnen, einem Arzt (drei halbtags- und vier ganztagsbeschäftigt) und elf Assistentinnen (zwei ganztags- und neun halbtagsbeschäftigt), einer Sozialpädagogin und einer Sozialarbeiterin (beide teilzeitbeschäftigt).

¹Erläuterungen:

KJHG: Kinder- und Jugendhilfegesetz

§ 27,2 flexible Erziehungshilfen ambulant (Hilfen für überforderte Eltern im sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen)

§ 29 soziale Gruppenarbeit (für ältere Kinder und Jugendliche zur Überwindung von Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensproblemen, soziales Lernen in der Gruppe)

§ 31 Sozialpädagogische Familienhilfe (intensive Betreuung und Begleitung von Familien, Hilfe zur Selbsthilfe, ist auf längere Zeit angelegt, erfordert Mitarbeit der gesamten Familie)

§ 32 Erziehung in einer Tagesgruppe (Unterstützung durch soziales Lernen in der Gruppe, Begleitung der schulischen Förderung und Elternarbeit)

§ 33 Pflegekinder (kann eine zeitlich befristete Erziehungshilfe oder auf Dauer angelegt sein)

§ 34 Heimerziehung, sonst. Betreute Wohnformen (Entwicklungsförderung durch Verbindung von Alltagserleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten)

§ 35a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (kann ambulant, in einer Tageseinrichtung, durch Pflegepersonen und sowie in Heimen erfolgen)

§ 42 Inobhutnahmen vorläufige Schutzmaßnahmen (vorläufige Unterbringung eines Kindes oder Jugendlichen bei einer geeigneten Pflegeperson, in einer Einrichtung oder in einer sonstigen betreuten Wohnform)

Der **Aufgabenbereich** des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes ergibt sich im wesentlichen aus §12 ÖGDG (Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst: „Die untere Gesundheitsbehörde hat die Aufgabe, Kinder und Jugendliche vor Gesundheitsgefahren zu schützen und ihre Gesundheit zu fördern...“) und schulrechtlichen Bestimmungen und unterliegt damit den Zielen der **Prävention** und **Gesundheitsförderung**.

Die Tätigkeit findet überwiegend in den drei Standorten, in der Kreisverwaltungs-Nebenstelle in Witten, in der Nebenstelle in Hattingen und im Gesundheitshaus Gevelsberg in Form von **Untersuchungen und Beratungen** statt, aber auch - je nach Bedarf und Projekt - von dort ausgehend in Schulen, Kindergärten oder auch in Einzelfällen bei Hausbesuchen.

Tätigkeiten/Untersuchungen:

Im Rahmen der **Bundestiftung „Mutter und Kind“** ist eine Sozialpädagogin mit der Vergabe finanzieller Mittel an Mütter im Raum Witten in ökonomischen (und meist auch sozialen) Notlagen beschäftigt.

Im gesamten Ennepe-Ruhr-Kreis sind vier Stellen mit der Vergabe der Stiftungsmittel betraut. Das sind neben dem Fachbereich Gesundheit für den Raum Witten mit insg. 151.300 € an Mitteln, der Caritasverband Dekanat Hattingen mit 54.490 €, der Caritasverband Dekanat Schwelm mit 115.130 € und Frauen beraten/donum vitae Hattingen e.V. mit 21.000 €

Von den 511 erteilten Bewilligungen stammten 217 aus dem Fachbereich Gesundheit für den Raum Witten. Von den Antragstellerinnen gesamt waren elf noch nicht volljährig und 211 hatten nicht die deutsche Staatsbürgerschaft.

Die bekannteste Untersuchung, die vom KJGD durchgeführt wird, ist die **Schuleingangsuntersuchung**, der sich seit Jahrzehnten zukünftige Lernanfänger unterziehen müssen und die mittels eines modernen Screeningverfahrens Kinder, die noch nicht die Kriterien der Schulfähigkeit und -reife erfüllen, identifizieren und ihren Eltern eine besondere Beratung mit dem Ziel der speziellen Förderung zukommen lässt.

Im EN-Kreis wurden 2004 3071 zukünftige Erstklässler um den sechsten Geburtstag herum mit einem von der Universität Köln in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern Köln, Bonn und Aachen entwickelten und validierten, mittlerweile an mehr als 30 Gesundheitsämtern in NRW eingesetzten Verfahren untersucht.

Dasselbe Verfahren fand - in etwas modifizierter Form - bei der **Kindergartenkinder-Untersuchung** von 2409 Fünfjährigen Anwendung, um individuelle Beratung und Förderung möglichst früh einsetzen zu lassen, da bekanntermaßen Förderung je früher desto eher zum Ziel führt. Die Teilnahme an dieser Untersuchung ist nicht gesetzlich vorgeschrieben.

Konsequenzen aus diesen Untersuchungen sind die Beratung von Eltern sprachauffälliger Kinder durch den Sprachheilbeauftragten des Kreises, die Weitervermittlung in fachärztliche Behandlung, das Hinwirken auf Therapiemaßnahmen wie Ergotherapie oder Heilpädagogik oder individuelle Empfehlungen wie Rückenschul- und Schwimmkurse, Ernährungsberatung, Empfehlungen schulischer Fördermaßnahmen oder Beratung zu Lern- und Konzentrationsübungen.

Beratung ist ein zentrales Tätigkeitsfeld des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes: Außer den o.g. Beratungen gehören dazu die Impfberatung incl. Durchführung, die Berufsanfängerberatung in den achten Klassen zur Vermeidung berufsbedingter Gesundheitsstörungen und Ausbildungsabbrüche und die Beratung von Eltern, Lehrern und Erziehern bei gesundheitlichen Fragen.

Untersuchungen finden auch im Auftrag anderer Ämter, Behörden und/oder Institutionen statt. Zum Beispiel im Auftrag des Schulamts zur Feststellung des Sonderpädagogischen Förderbedarfs, im Auftrag der städtischen Jugend- und Sozialämter zur Entscheidung über die Fördernotwendigkeit bei entwicklungsverzögerten, behinderten oder anderweitig gesundheitsbeeinträchtigten Kindern. Die Sozialämter erteilen weiter Aufträge zur Entscheidung über die Kostenübernahme in zahlreichen anderen Fragen, von der Übernahme von Internatskosten bis hin zu speziellen Fragestellungen im Rahmen medizinischer Behandlung bei Flüchtlingskindern.

Die städtischen Jugend- und Sozialämter als Kostenträger dieser Fördermaßnahmen beauftragen den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst oder andere (s.u.) mit der Begutachtung der Kinder, für die ein Antrag auf Förderung gestellt wurde. Der Dienst gibt dann eine Stellungnahme zu der Frage der evtl. vorliegenden Störung/Erkrankung und der Notwendigkeit der beantragten Förderung ab.

Im Jahr 2004 wurden insgesamt ca. 605 Kinder vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des EN-Kreises zur Frage des Förderbedarfs im Rahmen der o.g. gesetzlichen Grundlage begutachtet. (Unberücksichtigt bleiben dabei die Gutachtaufträge der Jugendämter an andere, z.B. niedergelassene Gutachter).

Schulen wollen wissen, ob Kinder sporttauglich sind, den Schulweg nur mittels Fahrzeug zurücklegen können, weil sie nicht (so weit) gehen können, am Unterricht teilnehmen können, Erziehungsberatung oder andere individuelle oder familienunterstützende Hilfen benötigen.

Das an zwei Hauptschulen stattfindende Pilot-Projekt **LernENlernen** beinhaltet eine regelmäßige schulärztliche Sprechstunde mit individueller ärztlicher Beratung vor Ort.

Unterrichtsprojekte zu den Themen Sinneswahrnehmung, Nichtraucher, gesunde Ernährung, Entspannung, Sucht werden vom KJGD angeboten und angefordert.

Schulen - aber auch **Kindergärten** - wünschen Beratung und Hilfe beim Auftreten von Läusen und anderen infektionshygienischen Problemen, Kinderkrankheiten wie Masern, Mumps, aber auch im Umgang mit entwicklungsverzögerten oder verhaltensauffälligen Kindern.

Der Kita-Doktor, eine vom KJGD verfasste, ein- bis zweimal jährlich erscheinende Zeitschrift für Erzieher und Grundschullehrer, greift die häufigsten Fragen und Probleme auf, informiert und berät.

Da zwischen den kinder- und jugendärztlichen Vorsorgeuntersuchungen U9 (60. bis 64. Lebensmonat) und J1 (12 bis 15 Jahre) im derzeitigen Versorgungssystem keine weitere Vorsorge-Untersuchung vorgesehen ist, bei eigenen Untersuchungen aber ein recht hoher Anteil von Kindern mit Sehschwäche und/oder Brille in diesem Zeitraum festgestellt wurde, werden in den vierten Grundschulklassen **Sehteste** durchgeführt.

Der **Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst** im KJGD - bestehend aus zwei Fachärztinnen - ist überwiegend mit der Begutachtung des Förderbedarfs entwicklungsverzögerter, behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder beschäftigt.

Daneben wird er aber auch als Gutachter und Berater in zahlreichen anderen Problemen/Fragen bezüglich auffälliger Kinder und Jugendlicher von Eltern, Erziehern, Lehrern, Ämtern, Institutionen und auch ärztlichen Kollegen gefordert.

- Die Leistungen des Gesundheitsamtes sind sehr unterschiedlich, begründen sich jedoch alle auf dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst.
- Die Angebote richten sich an die unterschiedlichen Altersgruppen und deren soziales Umfeld.
- Die Fachdienste des Amtes achten sehr darauf, nicht nur als Kooperationspartner für andere Institutionen zu agieren, sondern aktiv die Vernetzung, Koordination und Qualitätssicherung voranzutreiben.

■ 5 Gesundheitsfördernde Maßnahmen /Projekte im EN-Kreis

5.1 Gesundheitsfördernde Maßnahmen

Der Bericht zu den gesundheitlichen Verhältnissen bei Kindern und Jugendlichen hat gezeigt, dass chronische Krankheiten und psychische Störungen sehr stark zugenommen haben. Gesellschaftliche Veränderungen und ihre sozialen Auswirkungen spielen eine entscheidende Rolle bei diesem Prozess. Sowohl für die betroffenen Kinder und ihre Familien als auch für die künftige gesellschaftliche Entwicklung ist es wesentlich, sämtliche präventiven Chancen zu nutzen, die gesundheitlichen Potentiale der Kinder und Jugendlichen zu stärken, d.h. beginnende Fehlentwicklungen zu erkennen und diesen entgegen zu steuern. Präventive Maßnahmen zu optimieren, heißt auch, vorhandene Potentiale zu stärken und eine maximale Breitenwirkung unter Einbeziehung aller gesellschaftlich relevanten Akteure anzustreben.

5.1.1 Stärkung der Gesundheitspotentiale bei Kindern und Jugendlichen

Auf der individuellen Ebene sollten die eigenen Ressourcen stärker aktiviert werden. Besonders wichtig ist dies bei Essstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen, wie auch psychischen Erkrankungen besonders bei Mädchen oder jungen Frauen.

Gruppenspezifisch sollte die Integrationsarbeit bei Migranten intensiviert werden. Dies bedeutet aber auch kulturelle Unterschiede bei den Migranten zu berücksichtigen und geschlechtsspezifisch zu intervenieren, wenn dies den kulturellen Besonderheiten entspricht. Als Problem wird von Multiplikatoren (Lehrern, Mitarbeitern von Beratungsstellen etc.) an erster Stelle mangelnde Information über Drogen bzw. Süchte genannt. Es bestehen aber auch Defizite beim Thema Sexualität, vor allem fehlt das Wissen über die Verhütung von Schwangerschaften und sexuell übertragbare Krankheiten.

5.1.2 Prävention

Prävention (Krankheitsverhütung, lt. *praevenire*: zuvorkommen) bedeutet, eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern. Es wird unterschieden nach Primär- Sekundär und- Tertiärprävention.

Primärprävention umfasst alle spezifischen Aktivitäten, die vor Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung eingesetzt werden zur Vermeidung auslösender oder vorhandener Teilursachen. Gesundheitspolitisches Ziel ist, die Neuerkrankungsrate (Inzidenzrate) in einer Population (oder die Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum) zu senken.

Sekundärprävention umfasst alle Maßnahmen zur Entdeckung klinisch symptomloser Krankheitsfrühstadien (Gesundheitscheck, Vorsorgeuntersuchung, Früherkennungsmaßnahmen) und ihre erfolgreiche Frühtherapie. Zentral ist die Forderung nach gesichertem Zusatznutzen der Frühbehandlung gegenüber einer später einsetzenden Normalbehandlung. Durch Früherkennung können unnötige Kosten und unnötiges Leid verhindert werden. Als Sekundärprävention wird in jüngster Zeit auch die Verhinderung eines Wiedereintritts eines Krankheitsereignisses nach behandelter Ersterkrankung bezeichnet (z.B. Reinfarkt nach Herzinfarkt). Gesundheitspolitisches Ziel der Sekundärprävention ist die Inzidenzabsenkung manifester oder fortgeschrittener Erkrankungen.

Tertiärprävention im weiteren Sinne ist die wirksame Behandlung einer symptomatisch gewordenen Erkrankung mit dem Ziel, Verschlimmerung und bleibende Funktionsverluste zu verhüten. Engere Konzepte der Tertiärprävention subsumieren die Behandlung manifester Erkrankungen unter Kuration und bezeichnen lediglich spezielle Interventionen zur Verhinderung bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbußen als Tertiärprävention oder Rehabilitation. Gesundheitspolitisches Ziel von Tertiärprävention im Sinne von Rehabilitation ist es, die Leistungsfähigkeit soweit wie möglich wieder herzustellen und die Inzidenz bleibender Einbußen und Behinderungen abzusenken.

Das wichtigste bevölkerungsbezogene Ziel von Prävention ist die Inzidenzabsenkung von Krankheit, Behinderungen oder vorzeitigem Tod sowie eine möglichst hohe Lebensqualität.

Sowohl der krankheitsorientierte Ansatz der Prävention als auch der ressourcenorientierte Ansatz der Gesundheitsförderung zielen - wenn auch aus unterschiedlichen Blickwinkeln mit verschiedenen Strategien - auf die verbesserte Gesundheit des einzelnen sowie der Bevölkerung und sollten als einander ergänzend betrachtet werden.

Präventionsmaßnahmen können sich ferner sowohl auf das Verhalten von Individuen und Gruppen (Verhaltensprävention) als auch auf Veränderungen der biologischen, sozialen oder technischen Umwelt (Verhältnisprävention, Gesundheitsschutz) beziehen.

Ansätze können und sollen hier individuell, gruppenspezifisch und kommunal entwickelt werden.

5.1.3 Projekte/Angebote im EN-Kreis

Im folgenden werden konkrete Projekte und Maßnahmen beschrieben.

Jump up-Modell (Jugend und motorische Prävention)

Als ein kommunales Projekt zur Frühförderung kann „**Jump up**“ vorgestellt werden, welches die Mitarbeiterinnen der Kindergärten und Kindertagesstätten sowie interessierte Eltern zum Thema

Bewegungs- und Wahrnehmungsförderung fortbildet und gemeinsam Umsetzungsmöglichkeiten in den jeweiligen Einrichtungen erarbeitet.

Hintergrund für die Installierung des Projektes ist die Tatsache, dass bis zu 10 % aller Kinder bei der Schuleingangsuntersuchung ein erhebliches Übergewicht und damit schon früh einen wesentlichen Risikofaktor für Herz-Kreislaufkrankungen haben. Etwa ein Fünftel eines Jahrgangs zeigt auffällige Defizite in der Motorik und der Koordination. Vor allem Defizite in der Feinmotorik mindern die Chancen eines Kindes für den Schulerfolg (z.B. Schreibenlernen) und sind auch ein wesentlicher Grund für den ansteigenden Bedarf an Frühfördermaßnahmen und somit einen steigenden Aufwand für Therapien [6] + [11].

Frühzeitige Bewegungsförderung gilt als ein effektiver Präventionsansatz, und entsprechende Programme im Kindergartensetting sind dazu mehrfach beschrieben worden. Von den Programmen liegen jedoch nur wenige Daten zur Evaluation von Erfolg und Nachhaltigkeit vor.

Das Gesundheitsamt Ennepe-Ruhr bietet allen 162 Kindergärten im Kreis ein pädagogisch fundiertes und spielerisch ausgerichtetes Bewegungsförderungsangebot. Primär sollen die koordinativen Fähigkeiten und die Motorik der Kinder verbessert werden. Wesentlich ist auch die Gewichtskontrolle bzw. -reduktion. Bezogen auf die Kinder und ihre Familien soll die Motivation für Bewegung und Sport auch im Umfeld gestärkt werden. Im Setting Kindergarten werden die Erzieher motiviert und bei der systematischen Umsetzung der Bewegungsförderung im Alltag unterstützt.

Als eigenständiges Projekt wird Jump up von zwei Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes im Umfang von je 20 Wochenstunden durchgeführt. Jede der teilnehmenden Einrichtungen wird zweimal jährlich von einer der speziell geschulten Gymnastiklehrerinnen besucht. Zum Vormittagsteil des Programms gehört die praktische Demonstration. In einer Kleingruppe (bis zu 15 Kindern) und mit den Erziehern werden Bewegungsspiele und Sinnestraining durchgeführt. Am Nachmittag werden die theoretischen Grundlagen und praktische Probleme mit den Erziehern aufgearbeitet [23]; begleitend werden Elternabende angeboten. Für besondere Einzelförderung stehen ein Rückentraining, demnächst ein Programm für übergewichtige Kinder und ein Schwimmtraining zur Verfügung. Beratung zu bewegungs- und sinnesanregender Raumgestaltung, Materialbeschaffung oder Vermittlung zu anderen Förderangeboten wie Sportvereinen ist ebenfalls gewährleistet.

Grundsätzlich ist die Bewegungsförderung positiv für die motorische Entwicklung. Die Akzeptanz des Angebots ist sehr hoch. 160 von 162 Kindergärten und 30 % der Eltern beteiligen sich. Spontane Rückmeldungen der Mitarbeiter aus den Einrichtungen besagen, dass die Kinder nach den Bewegungsspielen konzentriert sind und die vermittelten Elemente in das eigene Spiel aufnehmen. Die Evaluation konzentriert sich besonders auf die Langzeiteffekte und auf die Frage, wie die sozial Benachteiligten besser erreicht werden können.

Evaluation von Jump up [2]

Über den Zeitraum von 2 Jahren wurde bei Kindern eine Erfolgskontrolle durchgeführt. Vergleicht man jedoch die Werte der einzelnen Kinder, die einen erhöhten BMI zu Beginn des Projekts aufwiesen, so kommt man zu folgendem Ergebnis:

Zu Beginn des Projektes wurde bei 22 Kindern über den BMI ein Übergewicht festgestellt, davon galten acht als adipös. Bezogen auf die Untersuchengruppen entspricht dies 9,57 % (6,09 % übergewichtig / 3,48 % adipös) der Kinder und bestätigt die bisherigen Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen.

Von den insgesamt 22 Kindern zu Beginn sind 4, die eine nicht-deutsche Nationalität aufweisen und sechs, zu denen die Angabe zur Nationalität fehlt. Verglichen mit der Gesamtheit der untersuchten Kindern wären das ein Viertel der Kinder, wobei der Anteil insgesamt bei 10,9 % liegt, was

der Bevölkerungsstatistik entspricht. Aufgrund der sehr kleinen Stichprobenzahl sollte jedoch nicht auf die Grundgesamtheit geschlossen werden.

Von den anfänglich 22 übergewichtigen Kindern wurden drei als unterdurchschnittlich bis auffällig hinsichtlich ihrer motorischen Entwicklung eingestuft. Diese wurden jedoch nach der Untersuchung eingeschult und haben nicht weiter an dem Projekt teilgenommen. Die Kinder, die weiterhin in den Einrichtungen verblieben und am Projekt teilgenommen haben, zeigen normale bis gute Werte hinsichtlich der motorischen Entwicklung auf. Aber auch hier ist ein Rückschluss auf die gesamte Gruppe aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht zulässig.

Als weiterer Erfolg des Projektes ist eine verstärkte Aktivität der Kinder auch außerhalb des Settings Kindergarten bzw. Kindertagesstätte zu beobachten. Dies ist besonders hervorzuheben, da die meisten Präventionsprojekte nicht über den Settingansatz hinaus Wirkung zeigen. Damit ist auch die Prognose zulässig, dass das Projekt auch langfristig Erfolge erzielt, wenn die sportliche Aktivität erhalten bleibt.

Hinsichtlich des Körpergewichtes scheint der Ansatz nicht ausreichend, denn nur über regelmäßige Bewegung ist die Reduktion von Übergewicht kaum möglich. Hier sollte das Projekt um den Aspekt Ernährung ergänzt werden.

Ein ebenfalls positives Ergebnis ist die hohe Beteiligung der Eltern (~30 %), da der Settingansatz zwar über die Aktivität im Kindergarten bzw. der Kindertagesstätte gegeben war, jedoch immer auch das soziale Umfeld mit eingebunden werden sollte.

LernENlernen

An Hauptschulen sind Schüler aus sozial und gesundheitlich benachteiligten Gruppen überrepräsentiert. Damit werden die Hauptschulen überproportional durch Integrationsaufgaben belastet. Gleichzeitig sind die persönlichen Ressourcen der Schüler, deren familiäre sowie soziale Unterstützung unterschiedlich geprägt. Relativ geringen pädagogischen Ressourcen stehen erhebliche pädagogische Probleme gegenüber. Erkennbar sind eine hohe Zahl von Jugendlichen ohne oder nur mit gering qualifizierendem Schulabschluss. Die Chancen dieser jungen Menschen auf eine qualifizierte Ausbildung sind ungünstig. Diese Situation wird sich voraussehbar auch bei einer mittelfristigen Verbesserung am Arbeitsmarkt nicht wesentlich verbessern, weil die Anforderungen der Wirtschaft an die Qualifikation von Arbeitskräften und Auszubildenden steigen. Die Langzeitprognose dieser Bevölkerungsgruppe hinsichtlich Ausbildungs- und Arbeitschancen ist schlecht. Mangelnde soziale Integration auf Grund von Langzeitarbeitslosigkeit und die Abhängigkeit von sozialen Transferleistungen erhöhen das Risiko für körperliche und seelische Erkrankungen, welche wiederum die Chancen auf dem Arbeitsmarkt perspektivisch verschlechtern.

Deshalb ist es als notwendig erkannt worden, möglichst präventiv Hauptschüler/-innen dabei zu unterstützen, ihre Lernfähigkeit und ihre persönlichen Ressourcen zu entwickeln. Erwiesenermaßen verspricht eine frühzeitige Intervention in einem förderlichen Umfeld wie Schule einen wesentlich wirksameren und kostengünstigen Effekt als Maßnahmen, die sich auf den Zeitraum kurz vor dem Schulabschluss konzentrieren.

Das Kreisgesundheitsamt Ennepe-Ruhr hat das Pilotprojekt LernENlernen an den beiden Hauptschulen in Schwelm initiiert mit folgenden Inhalten:

- Entwicklung und Erprobung eines innovativen Ansatzes der schulärztliche Arbeit mit den

Elementen Gesundheitsförderung und sozialer Integration

- Kooperation mit Schulen, Stadt, Wirtschaft
- operationale Ziele
- kritische Evaluation

Ziele des Projektes LernENlernen sind quantitativer und qualitativer Art, nämlich:

- die Anzahl der erfolgreichen Schulabschlüsse zu erhöhen
- die Anzahl der Schulverweigerer zu vermindern
- die Unterstützung der Lehrer/-innen zu verbessern
- auf Gemeindeebene die Jugendarbeitslosigkeit zu verringern
- Lern- und Arbeitsfähigkeit zu steigern
- die soziale Integration zu fördern und Ausgrenzungen entgegenzuwirken
- die Projektkonzeption weiterzuentwickeln

Zielgruppe des Projektes LernENlernen sind demnach Schulverweigerer, Schüler und Schülerinnen mit Verhaltensauffälligkeiten und/oder mit Suchtproblemen und Lehrer/-innen mit Unterstützungsbedarf.

Das Projekt beinhaltet folgende Module:

Help

Help bedeutet beratende und aufsuchende Hilfe, die durch Mitarbeiter des Gesundheitsamts sicher gestellt wird. Diese Mitarbeiter weisen eine langjährige Erfahrung in der sozialpädagogischen Familienhilfe und der Erziehungsbeistandschaft auf.

Die Intention des Projektes basiert darauf, der zunehmend steigenden Zahl von Schulabgängern ohne Abschluss und Verhaltensauffälligkeiten bei SchülerInnen durch Beratung, Hilfe und Vermittlung entgegenzuwirken.

Vor diesem Hintergrund wurden, bis zum 30.10.05, 43 Hilfefälle aufgenommen, ca. 40 Informationsgespräche geführt, 2 Berufsanfängerberatungen der 8. Klasse mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst durchgeführt und 5 Elternsprechtage wahrgenommen. Des weiteren wurden ca. 75 Hausbesuche sowie 153 Sprechstunden in den Schulen durchgeführt. Aufgrund der oft komplexen Problemlage gestalten sich die Fälle sehr zeitintensiv.

Die Verteilung zwischen Mädchen und Jungen liegen in der Beratung bei 1/3 zu 2/3.

Dabei ist die gesamte Bandbreite der möglichen Verhaltensauffälligkeiten Thema in den Beratungen.

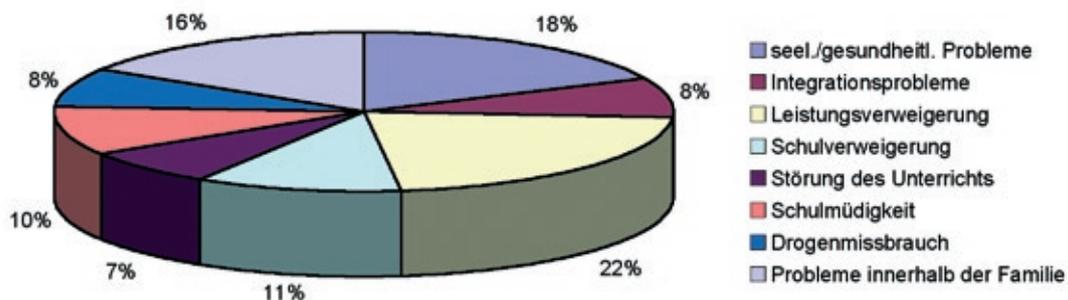


Abb. 15: Prozentualer Anteil der Verhaltensauffälligkeiten in „HELP“

Seit Bestehen sind durch HELP folgende Maßnahmen eingeleitet worden:

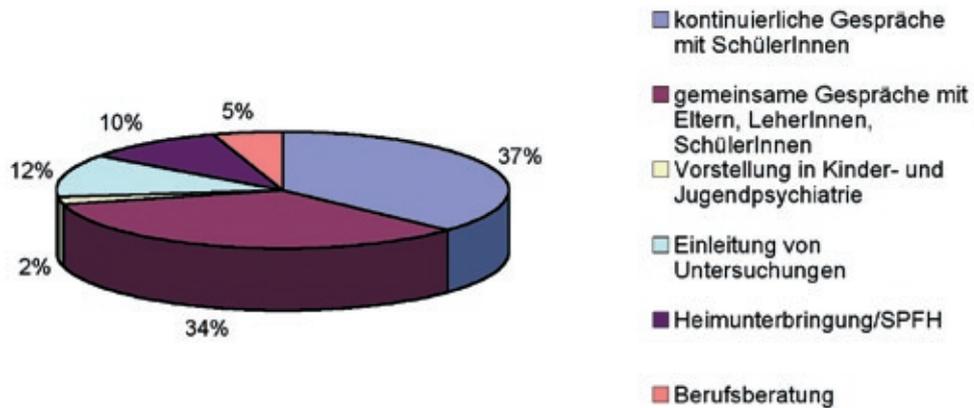


Abb. 16: Prozentualer Anteil der eingeleiteten Maßnahmen

...und folgende Ergebnisse erzielt worden.

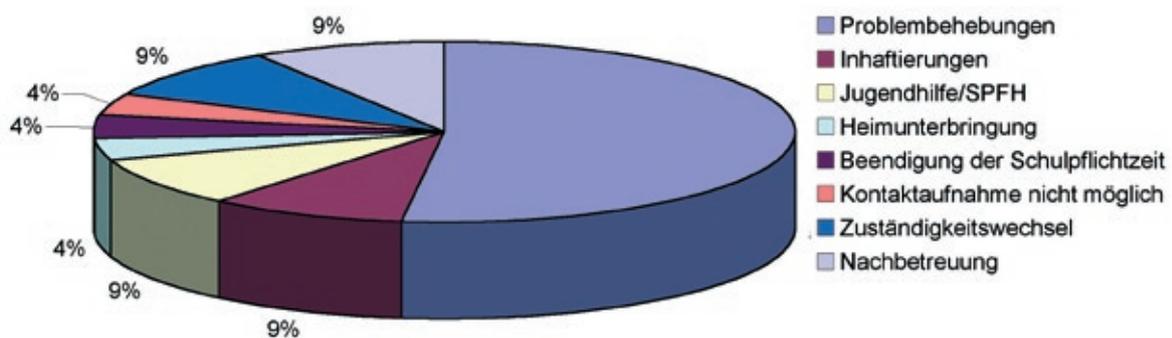


Abb. 17: Ergebnisse der Beratungen im Projekt „HELP“

Diagnostik und Hilfeplan

Das Team der Erziehungsberatungsstelle des Gesundheitsamts ist hier federführend und wird von den Ärztinnen des kinder- und jugendärztlichen Dienstes unterstützt. Es diagnostiziert Störungen wie Lese-Rechtschreibschwäche, Rechenschwäche (Dyskalkulie), Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) oder antisoziales Verhalten. Solche Störungen sind nicht nur frühe Hinweise auf eine Gefährdung des Schulerfolgs, sondern sie sind auch Risikofaktoren für eine spätere Arbeitslosigkeit. Der Diagnose folgt ein therapeutisches Angebot.

Gesundheitsförderung

- Aids-Beratung

Zum einen besteht dieses Modul aus einer individuellen Aids-Beratung zur Beurteilung der persönlichen Risikosituation, sowie aus einer zielgruppenorientierten Aids-STD-Prophylaxe im Klassenverbund und einer internen Schulung von Multiplikatoren. Diese Arbeit wird in Kooperation mit den Youth-Workern der Pro Familia EN durchgeführt.

- Zahngesundheit
Beide Hauptschulen gehören zu den Schulen mit besonderem Unterstützungsbedarf im Prophylaxeprogramm des Arbeitskreises Zahngesundheit im EN-Kreis.
- „Arbeitsmedizinische“ Beratung
Diese wird durch eine Fachärztin für Allgemeinmedizin des Gesundheitsamts durchgeführt. Es handelt sich um ein Modul, das bereits als Projekt am Berufskolleg in Witten erfolgreich erprobt wurde. Es richtet sich an bestimmte Risikoprofile, z.B. Allergien bei Bäckern oder Malern/Lackierern oder auf Haltungsschwächen bei Berufen mit erheblicher Belastung der Wirbelsäule wie Pflegekräfte.
- Gesundheitsberatung für Lehrerinnen und Lehrer
Lehrer/-innen sind durch die stark gestiegenen beruflichen Anforderungen gesundheitlich besonders belastet. Im Durchschnitt gehen Lehrkräfte trotz spürbarer finanzieller Einbußen heutzutage mit etwa 55 Jahren in Pension. Hauptursachen sind psychosomatische Erkrankungen (Burn out, Depressionen) und orthopädische Leiden (schmerzhafte Wirbelsäulen- und/oder Gelenkerkrankungen). Eine systematische Beratung inklusive Vorsorgeuntersuchungen stehen Fachärzte/-innen verschiedener Disziplinen zur Verfügung.
- Ernährungsberatung
Die Ökotrophologin des Kreisgesundheitsamts entwickelt mit der AOK ein gemeinsames Konzept
- Suchtprophylaxe
Unterstützt durch die Drogen- und Suchtberatungsstelle der Caritas (Schwelm) und den Pädagogen soll eine Informationsveranstaltung in den Klassen durchgeführt werden, die von der Suchtberatungsstelle entwickelten Materialien (Schülerfragebogen, Info-Brief) können genutzt werden. Begleitend werden Elternabende angeboten.

Integrationsmaßnahmen

Methodisch weiterentwickelt wird ein Modul mit besonderer Fokussierung auf Jugendliche mit Migrationshintergrund (Russlanddeutsche, Türken), Jugendliche mit chronischen Krankheiten, psychiatrischen Auffälligkeiten bzw. Suchtproblemen.

Praxismodul

Gemeinsam mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst sind auch die zwei Reihenuntersuchungen in den achten Klassen unter dem Aspekt der Berufsanfängerberatung erfolgt. Hintergrund dafür ist das bevorstehende Langzeitpraktikum der Hauptschüler in den neunten Klassen, bei welchen oftmals der berufliche Werdegang stark festgelegt wird. Es soll also vorher schon eine Untersuchung hinsichtlich der „Tauglichkeit“ für den Berufswunsch und eine individuelle Beratung zu gesundheitlichen Themen erfolgen. Die im Jahr 2004 durchgeführten Untersuchungen zeigen deutlich die Notwendigkeit einer früheren Beratung und dies sollte nach Möglichkeit realisiert werden.

Übereinstimmend halten es die Praktiker für wichtig, den Praxisaspekt möglichst frühzeitig in den Schulalltag einzubringen. Damit verspricht man sich auch einen motivierenden Einfluss auf die zukünftigen Auszubildenden.

Die Arbeitsagentur Schwelm ist bereit, ihre Information zur Berufsfindung von der neunten Klasse in die achte Klasse vorzuverlegen. Eine möglichst realistische Vorstellung der Arbeitswelt und des eigenen Leistungs- und Motivationsprofil soll gefördert werden, und die Schüler und Schülerinnen sollen Zeit haben, ihre Schulleistungen in berufsrelevanten Fächern zu verbessern.

Die SIHK Hagen würde die Vorstellung wenig bekannter Berufe über ihre Kontaktpartner aus Unternehmen sicherstellen.

Die HABEQ in Hagen bietet den Schülern den „JobPass“ an, der nicht nur die Berufswahl erleichtert, sondern auch Unternehmen die Möglichkeit bietet, potentielle Praktikanten und Auszubildende besser zu beurteilen.

Eine „Praktikumsbörse“ soll nach Möglichkeit von den Schülern und Schülerinnen selbst durchgeführt werden.

Das Projekt „Firma statt Schule“ erfordert die Kooperation mit der Schulbehörde, den Pädagogen und der Wirtschaft.

Gender-Aspekt/Jungenförderungen

Das Modul Help betont besonders durch die beteiligten Fachkräfte und ihr berufliches Profil den Aspekt Jungen/männliche Heranwachsende.

Die durch die Ärztin angebotenen Sprechstunden wurden erfahrungsgemäß insbesondere von Mädchen und weiblichen Heranwachsenden als Anknüpfungspunkt für eine weitergehende Beratung genutzt.

Die Gleichstellungsbeauftragte der Stadt Schwelm bietet spezielle Beratung für Mädchen/junge Frauen an.

5.1.4 Kommunale Ansätze unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung

Die Versorgung von Kindern bis zu einem Alter von drei Jahren ist über die niedergelassenen Kinderärzte gewährleistet, jedoch zeigt sich spätestens bei den Schuleingangsuntersuchungen, dass die von den Krankenkassen finanzierten Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen nicht ausreichend genutzt werden.

Anliegen sollte es sein, alle Kinder mit gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erreichen, also auch diejenigen, die nicht in den Kindergarten gehen und über diese Institution nicht erreicht werden können. Speziell hier sollen Interventionsmöglichkeiten entwickelt werden. Kinder, die den Kindergarten nicht besuchen, weisen häufig Defizite in der sozialen und sprachlichen Entwicklung auf, denn eine frühe Förderung ist eine gute Vorbereitung auf den Schulalltag.

5.1.5 Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie (Mitarbeiter der Verbände, der Jugendämter einiger kreisangehöriger Städte, Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke und Gesundheitsamt) haben versucht, eine Bedarfsanalyse zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zu erstellen. Dies gestaltete sich unerwartet schwierig und es stellte sich heraus, dass sich eine solche Analyse nur mit Beteiligung der niedergelassenen Fachärzte und aller Jugend- und Sozialämter durchführen lässt.

- Je eher Prävention oder Intervention eingeleitet wird, desto größer und nachhaltiger ist der Erfolg.
- Gesundheitsförderung für Kinder ist nur dann erfolgreich, wenn Familien bzw. das soziale Umfeld mit einbezogen werden.
- Die Belange sozial benachteiligter Gruppen sind immer besonders zu berücksichtigen.

5.1.6 Selbsthilfekontaktstellen

Im Ennepe-Ruhr-Kreis bestehen drei Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfe „KISS“.

- KISS EN-Süd (Träger: Ennepe-Ruhr-Kreis; Versorgungsgebiet Breckerfeld, Ennepetal, Gevelsberg, Schwelm)
- KISS Hattingen/Sprockhövel (Träger: Diakonisches Werk)
- KISS Witten/Wetter/Herdecke (Träger: Der Paritätische)

Die KISSen informieren über Selbsthilfe, unterstützen und beraten Selbsthilfegruppen, kooperieren themenbezogen mit Fachleuten und leisten Öffentlichkeitsarbeit. Sie geben einen aktuellen Überblick über die Themen von Selbsthilfegruppen in der Region (z.B. Herausgabe von Selbsthilfegewegweisern) und helfen bei der Kontaktaufnahme. Im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit sind insbesondere Elternkreise und Angehörigengruppen zu nennen zu Schwerpunkten wie chronische Erkrankungen, Behinderungen, psychosoziale Konflikte und Sucht.

Neben dem eigentlichen Bereich Selbsthilfe greifen kreisweite und institutionenübergreifende Bestrebungen für die Schaffung von Angeboten zum Themenbereich ‚Kinder aus Suchtfamilien‘. Hiermit setzt sich seit Ende 2003 eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe auseinander.

5.2 Zahngesundheit und Prävention

Epidemiologische Untersuchungen zur Zahngesundheit werden durch die Zahnärzte des Zahngesundheitsdienstes auch im Hinblick auf die Maßnahmen im Rahmen des seit 1992 bestehenden Prophylaxeprogramms des Arbeitskreises Zahngesundheit durchgeführt. Die epidemiologischen Erhebungen werden im Rahmen der Reihenuntersuchungen alle fünf Jahre durchgeführt. Die Erhebungen erfolgen bei den 3- bis 5-, den 8- bis 12- und den 15-jährigen Kindern, den sogenannten WHO-Altersgruppen. Mit den ersten Untersuchungen wurde 1987 in den Kindergärten und seit 1990 in den Schulen nach einem festgefügteten Cluster, das örtliche und soziale Gegebenheiten berücksichtigt, begonnen. Die diagnostischen Kriterien, das klinische Vorgehen und die Schulung der mit der Untersuchung betrauten Jugendzahnärzte erfolgt nach WHO-Standard.¹ Für die Auswertung und für die statistische Sicherung konnte mit dem WHO-Kollaborativbüro in Cork/Irland zusammengearbeitet werden. Für klinisch-epidemiologische Fragestellungen und spezielle kariesdiagnostische Bewertungen und Risikoeinschätzungen besteht mit der Friedrich-Schiller-Universität Jena im Rahmen der Evaluation des bestehenden Prophylaxeprogramms des Arbeitskreises Zahngesundheit seit 1996 eine vertraglich geregelte wissenschaftliche Zusammenarbeit.

Präventionsmaßnahmen zur Zahngesundheit

- Erfassung beginnender Veränderungen der Zahnhartsubstanz insbesondere die Veränderungen auf den Kauflächen durch eine differenzierte Kariesdiagnostik und Überweisung der betroffenen Kinder in die Individualprophylaxe im Rahmen der Reihenuntersuchung in allen Kindergärten und Grund- und weiterführenden Schulen.
- Basisprophylaxe für Kinder vom dritten bis zehnten Lebensjahr mit Zahnputzübungen, Zahngesundheitserziehung in Verbindung mit Ernährungslenkung (Stufenplan seit 1992)
- Schulbasierende Intensivprophylaxe bei Kindern mit einem erhöhten Kariespotential in vier ausgewählten Grundschulen und in allen Hauptschulen. Zahngesundheitserziehung als Teil des Schulunterrichts; die Applikation von Fluoridlack zum Schutz der Zahnhartsubstanzen erfolgt im Rahmen des Projektes sowohl unter Einsatz des Klinomobils als auch in den Räumen des Zahn-

¹ Hauptsächlich wird neben dem prozentualen Anteil kariesfreier Kinder der durchschnittliche Kariesbefall erhoben, der alle kariösen, extrahierten und gefüllten Zähne mit dem DMFT-Index für die bleibenden und mit dem dmft-Index für die Milchzähne erfasst.

ärztlichen Dienstes (Stufenplan seit 1998).

- Tag der Zahngesundheit. Jährlich stattfindende Zahngesundheitswoche in einer ausgewählten Grundschule mit dem Schwerpunkt: Gesundes Frühstück, Sinnestraining und Bewegung (Stufenplan).
- Gemeinschaftsprojekt Gesundheitsförderung und Arbeitskreis Zahngesundheit Flinke Früchtchen: Zahngesundheit, gesunde Ernährung und Bewegung im Rahmen der Ganztagsbetreuung für Kinder mit einem erhöhten Kariespotential an einer ausgewählten Grundschule über 30 Wochen.

Alle Projekte des Gesundheitsamts haben einen Modellcharakter und werden intern evaluiert, so dass die Fortsetzung nur bei erwiesenem Erfolg sicher gestellt ist.

■ 6 Handlungsempfehlungen

Die gesundheitlichen Verhältnisse bei Kindern und Jugendlichen haben sich in den letzten Jahren sehr differenziert entwickelt. Chronische Erkrankungen und psychische Störungen haben sehr stark zugenommen. Gesellschaftliche Veränderungen und ihre sozialen Auswirkungen spielen eine entscheidende Rolle bei diesem Prozess. Sowohl für die betroffenen Kinder und ihre Familien als auch für die künftige gesellschaftliche Entwicklung ist es wesentlich, sämtliche präventiven Chancen zu nutzen, die gesundheitlichen Potentiale der Kinder und Jugendlichen zu stärken und beginnende Fehlentwicklungen zu erkennen und diesen entgegen zu steuern. Für die Jugendlichen gibt es relativ umfassende Präventionsmöglichkeiten, wenn sämtliche Hilfsmöglichkeiten genutzt würden.

Die Integration von ärztlicher Versorgung in Kindertagesstätten, Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen ist für dieses gesundheitspolitische Ziel weiterzuentwickeln. Dabei gilt es, sozialkompensatorische Ansätze weiter zu betonen und Selbsthilfepotentiale der Kinder, der Familien und des sozialen Umfelds zu aktivieren und zu stärken.

6.1. Bevölkerungsumfrage im Ennepe-Ruhr-Kreis [4]

Eine telefonische Bevölkerungsumfrage im Ennepe-Ruhr-Kreis im Jahr 2003 ergab, dass die vorgehaltenen Beratungs- und Hilfsangebote gut bekannt sind und häufig bei konkret auftretenden Problemen genutzt werden. Das Ergebnis der Angebote wird von den Betroffenen als hilfreich bzw. gut befunden. Dennoch werden auch aus Sicht der Befragten bestimmte Themenbereiche und Handlungsfelder genannt, wo intensivere Hilfestellung notwendig ist. Das sind die Themen Bewegung und Ernährung, Erziehung, Sucht und Schule bzw. Lernfähigkeit.



Abb. 18: Von Bürgern im Ennepe-Ruhr-Kreis gesehener Handlungsbedarf für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Die in der Grafik genannten Bereiche bilden ebenfalls den Schwerpunkt der genannten Verbesserungsvorschläge:

- Freizeitgestaltung
- Elternunterstützung

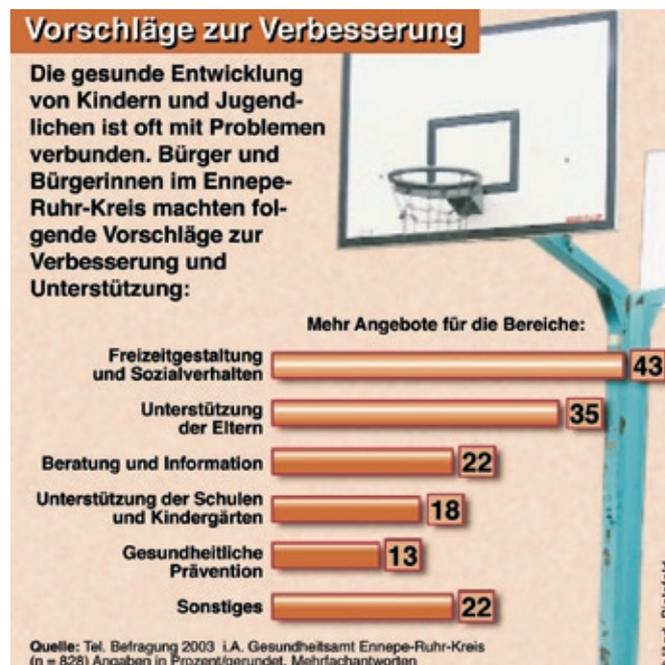


Abb. 19: Von Bürgern im Ennepe-Ruhr-Kreis gewünschte Angebote für Kinder und Jugendliche
Aus diese Ergebnissen wurden folgende Handlungsempfehlungen für die Kommunale Gesundheitskonferenz abgeleitet und die weiterhin im politischen Raum in den entsprechenden Gremien priorisiert und diskutiert werden müssen.

6.2 Modellprogramm ENfants [3]

Hintergrund

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stellt ein wichtiges gesellschaftliches Problem dar. Als die wesentlichen Aspekte gelten dabei:

- Allergien und chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen
- Ernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht
- Rauchen, Alkohol und Drogenkonsum
- Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten

Die Kindergesundheit ist ein traditioneller Arbeitsschwerpunkt des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), allerdings fokussiert sich der kinder- und jugendärztliche Dienst in erster Linie auf die Bereiche Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Schulen, Kariesprophylaxe, neuerdings psychomotorische Entwicklung und Risikofaktoren wie Übergewicht und Bewegungsmangel.

Aus Sicht von Eltern, Schulen und Jugendhilfe drängen sich Probleme der psychischen Gesundheit von Jugendlichen zunehmend in den Vordergrund. Neben den seit langem diskutierten Fragen der legalen und illegalen Drogen sind dies Aspekte wie Gewalt, Hyperaktivität und andere Verhaltensauffälligkeiten. 10 bis 20 % der Jugendlichen weisen psychische Störungen und Erkrankungen auf. Als Ursachen werden frühkindliche Bindungsstörungen sowie weitere familiäre und soziale Risikofaktoren diskutiert. Erkennbare Folgen dieser Entwicklung sind steigende Kosten für Eingliederungshilfen in den Kommunen, wachsende Belastungen für das Schulsystem (Schulverweigerer, steigende Zahlen bei den Sonderschulverfahren, hohe Quoten von Jugendlichen ohne oder mit nur gering qualifizierendem Schulabschluss.

Die erste Analyse der Kosten- und Leistungsstrukturen ergab folgendes Ergebnis: Das System von Kostenträgern (neun kommunale Sozialämter und acht Jugendämter), Leistungserbringern (Frühförderstellen, heilpädagogische Praxen, sonstige Institutionen) und Gutachtern (Gesundheitsamt, Erziehungsberatungsstellen) ist nur wenig transparent. Die gutachterlichen Verfahren, die Indikationsstellungen, die Therapie- und die Hilfepläne sind zumindest hinsichtlich des Kostenaufwands zu prüfen.

Ziele

1. Es soll erprobt werden, ob durch ein Modell der Frühintervention mit Eltern- und Familienunterstützung die Häufigkeit und die Schwere von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen prinzipiell vermindert werden können.
2. Ein Qualitätssicherungssystem zunächst nur für die Maßnahmen der Eingliederungshilfen nach § 39 BSHG, also den vorschulischen Bereich, soll entwickelt werden.
3. Gemeinsam mit den Akteuren und den Betroffenen sollten Kindergesundheitsziele für den Ennepe-Ruhr-Kreis entwickelt werden. Inhaltliche Schwerpunkte sind dabei Prävention und Hilfen für sozial benachteiligte Gruppen.

Es wird vorgeschlagen, ein Bündnis für Kindergesundheit unter dem Arbeitstitel ENfants mit folgenden Schwerpunkten einzurichten:

- Einrichtung einer Mütter/Elternberatung „Null bis Drei“ mit Konzentration auf Schreibabys und Kindern mit schwerwiegenden Ess-, Schlaf- und Gedeihstörungen. Es werden eine Diagnostik,

eine Kurzintervention und eine Elternberatung angeboten.

- Entwicklung eines Qualitätssicherungsprogramms für sämtliche von den örtlichen Sozialhilfeträgern finanzierten Frühfördermaßnahmen im Ennepe-Ruhr-Kreis.
- Abstimmung eines umfassenden und problemorientierten Präventionsprogramms für Kinder und Jugendliche.

Unabdingbar für die Umsetzung eines solchen Programm sind zudem die Faktoren

- Integration
Gesundheit im umfassenden Sinn ist weit mehr als das Fehlen von Krankheit. Gesundheitsförderung für Familien, Kinder und Jugendliche erfordert die Kooperation aller Beteiligten, u.a. der Akteure des Gesundheitswesens, der Jugend- und Sozialhilfe, der Kindertagesstätten und Schulen, der Wohlfahrtspflege und der Initiativen. Wirksame Kooperationsformen sind zu stärken und weiterzuentwickeln.
- Information
Zusammenarbeit im Gemeinwesen setzt einen gemeinsamen Willen zur Kooperation voraus. Ein solcher Prozess benötigt aber auch grundlegende Informationen über Probleme und Ressourcen. Deshalb sollte ein „Wegweiser über Hilfen für Kinder und Jugendliche mit gesundheitliche Problemen“ erstellt werden.
- Koordination
Der Erfolg eines solchen Prozesses hängt entscheidend von der Qualität der Kooperation ab.

■ 7 Literatur

1. Arzneimittelkommission der Dt. Ärzteschaft, 1999, www.akdae.de, Juni 2006
2. Boschek H.J., Kügler K.; "Jump up" – ein Modellprojekt zur Bewegungsförderung im Kindergartenalter im Ennepe-Ruhr-Kreis, *Gesundheitswesen* 2003, 65: A60
3. Boschek H.J., König C., Kügler K.J.; ENfants – Verbesserung der Prävention und Frühförderung bei Kindern mit Verhaltens- und Entwicklungsstörungen im Ennepe-Ruhr-Kreis, *Gesundheitswesen* 2004, 66: 196 – 201
4. Boschek H.J., Kügler K.J.; Kinder- und Jugendgesundheit, Bericht zur Telefonischen Bevölkerungsumfrage 2003
5. Brandenburg A., Nowak M. Winkler K.; Die kommunale Gesundheitspolitik benötigt wirksame Instrumente; in Dahme H.J., Wohlfahrt N. (Hrsg): Umsteuerung oder Ende der Gesundheitsförderung? Akademie für öffentliches Gesundheitswesen. Düsseldorf 1998; Schriftenreihe Band 19
6. Buchner C. Kluge; Kinder fallen nicht vom Himmel. Herder, Freiburg 1997
7. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, www.bzga.de, Juni 2006
8. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Jugendsexualität. Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Ergebnisse der Repräsentativbefragung aus 2001
9. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge: Empfehlung zur Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Schule. NDV 2000; 80:311-320
10. Ennepe-Ruhr-Kreis Gesundheitsamt (Hrsg.), Sexueller Missbrauch. Ein Leitfaden für Prävention und Hilfe. Schwelm 2003
11. Hollmann W., Strüder H.K., Tagarakis C.V.M.; Körperliche Aktivität fördert Gehirngesundheit und Leistungsfähigkeit. Übersicht und eigene Befunde. In: *Nervenheilkunde*, Jahrgang 2003; Heft 9; 467-474
12. Internationale Liga gegen Epilepsie, ILAE, www.ligaepilepsie.org, Juni 2006
13. LDS NRW Datenbankrecherche
14. LÖGD NRW: Jahresbericht 2004, Bielefeld 2005
15. LÖGD, Gesundheit in NRW, kurz und informativ, Regionale Cluster auf der Basis soziokultureller Indikatoren für NRW, 2002 unter dem Link www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/nrw-kurz-und-informativ/regionale-unterschiede-indikatoren_0512.pdf, Juni 2006
16. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (Hrsg), Titel: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in NRW, Düsseldorf 2004
17. Projektbericht sexueller Missbrauch, Kreisgesundheitsamt EN: Gesundheitsbericht Nr. 7 2001
18. Robert Koch-Institut: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Berlin 2004, www.rki.de
Häufig zitierte Studien:
 - Bundesgesundheitssurvey
 - Bielefelder Jugendgesundheitssurvey 1993
 - WHO-Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC-Studie)
 - Jugendgesundheitsuntersuchung 1995 (Landeshauptstadt München)
 - GEK-Studie
 - GIK-Studie I und II

- PAK-Kid-Studie
 - Bremer Jugendstudie
 - EDSP-Studie
 - Versichertenstichprobe der AOK Hessen/KV Hessen
 - GKV-Arzneimittelindex
 - Deutsche Mundgesundheitsstudien (DMS I-III)
 - Perinatalerhebungen
19. Schwarz F.W. (Hrsg.): Public Health Buch, München 2003
 20. Strohmeier K.P., Kersting V.; Immer weniger Kinder, aber immer mehr arme Kinder. Armutsbekämpfung in Großstädten - ein gesellschaftliche Herausforderung ersten Ranges. In: Kommunalverband Ruhrgebiet - KVR: Standorte. Jahrbuch Ruhrgebiet 1997/98, Essen S. 292-301
 21. www.drk-kliniken-blm.de, Juni 2004
 22. www.medizin-aspekte.de, Juni 2004
 23. Zur Oeveste H.; Kognitive Entwicklung im Vor- und Grundschulalter, Verlag für Psychologie, Hogrefe Göttingen 1987

■ 8 Anhang

Erläuterung zu den einzelnen Clustertypen nach Strohmeier [20]

Cluster 1: wenig familiengeprägte Dienstleistungsstädte

Eher wohlhabend, hohes und noch steigendes Einkommensniveau, Anteil Arbeitsloser entspricht Landesdurchschnitt, bei rückläufigen Bevölkerungszahlen u.U. erhöhte Anteil von Armen, Alten und Ausländern, sehr niedriger Anteil unter 14-jähriger Kinder.

Cluster 2: Armutspol (Ruhrgebiet)

Homogen arm, höchste Anteilswerte bei Alten, Sozialhilfebeziehern, Arbeitslosen und Ausländern. trotz Bevölkerungsrückgang hohe Bevölkerungsdichte, benachteiligte soziale und demografische Lagen sehr ausgeprägt, stabilster Cluster im Zeitverlauf.

Cluster 3: Heterogene Städte

Hoher Anteil an Alten, Armen, Arbeitslosen und Ausländern, mittleres durchschnittliches Einkommen, moderater Bevölkerungsrückgang, unterdurchschnittlicher Anteil an unter 14-jährigen Kindern.

Cluster 4: Familienzone

Ausschließlich Kreise in ländlichen Regionen, niedriges bis mittleres Einkommensniveau, höchster Anteil von unter 14-jährigen Kinder und gleichzeitig niedrigster Anteil über 65-jähriger Menschen, Bevölkerungszunahme, Armuts- und Arbeitslosenquote unter Landesdurchschnitt.

Cluster 5: Prosperierende Regionen und suburbane Kreise

Hohes Einkommensniveau, durchschnittlich höher als in Cluster 1, ländliche Kreise und suburbane Kreise der Ballungszentren, niedrige Armuts- und Arbeitslosenzahlen, Familienprägung geringer als in Cluster 4, Bevölkerungsgewinne und Anteil der unter 14-jährigen Kinder leicht unter Landesdurchschnitt.

Cluster 6: Heterogene Kreise

Niedriges Einkommensniveau, eher arm, geringe Abweichungen vom Landesdurchschnitt, heterogene Struktur bedingt durch die Gebietsreform in den 70er Jahren.