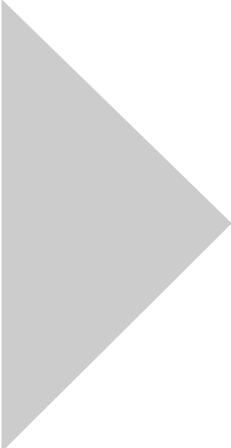




Gesundheitsberichte NRW

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen





**Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
in Nordrhein-Westfalen**

Landesgesundheitsbericht 2002

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Ausdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist ebenfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt.

Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte.

Herausgeber

Ministerium für Frauen, Jugend,
Familie und Gesundheit
des Landes Nordrhein-Westfalen
(MFJFG)
40190 Düsseldorf
<http://www.mfjfg.nrw.de>
e-mail: info@mfjfg.nrw.de

Bearbeitung und Redaktion

Landesinstitut für den Öffentlichen
Gesundheitsdienst des Landes
Nordrhein-Westfalen (lögD)
Leiter: Dr. med. Helmut Brand
Westerfeldstr. 35/37
33611 Bielefeld
Telefon (05 21) 80 07-0
Telefax (05 21) 80 07-200
<http://www.loegd.nrw.de>

Umschlaggestaltung

M-Design: Paul Wurdel, Bielefeld

Technische Bearbeitung

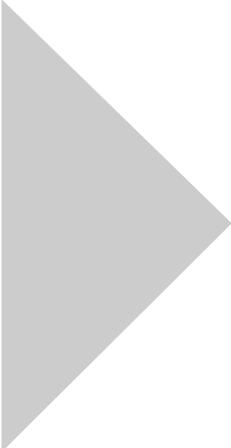
Marianne Kersten

Druck und Verlag

lögD, Bielefeld
Nachdruck und Vervielfältigung nur mit
schriftlicher Genehmigung des Landesinstitutes

Bielefeld, Deutschland, 2002

ISBN 3-88139-114-2



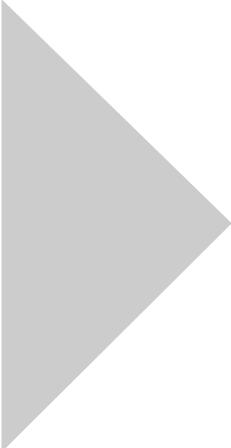
**Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
in Nordrhein-Westfalen**

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Ministerin für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen	7
1 Einführung	11
1.1 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen	13
1.2 Die Bedeutung der Gesundheitsberichterstattung und inhaltliche Schwerpunkte des Berichts	14
1.3 Ausblick	15
2 Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen	17
2.1 Bevölkerungsstruktur	19
2.2 Familien	20
2.3 Körperliche Entwicklung und ihre Folgen	22
2.4 Ernährung	23
2.5 Sport und Freizeit	25
2.6 Schule	27
2.7 Medien und Konsum	28
3 Die soziale Lage von Familien und die Gesundheitschancen der Kinder	29
3.1 Die soziale Lage von Familien	31
3.2 Regionale Unterschiede	33
4 Zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen	35
4.1 Gesundheitliche Lage der Neugeborenen und Säuglinge (0 bis 1 Jahr)	37
4.1.1 Mortalität	37
4.1.2 Morbidität	39
4.2 Gesundheitliche Lage von Vorschulkindern (1 bis 6 Jahre)	43
4.2.1 Mortalität	43
4.2.2 Morbidität	43
4.3 Gesundheitliche Lage von Schulkindern (7 bis 17 Jahre)	49
4.3.1 Mortalität	49
4.3.2 Morbidität	50
5 Altersübergreifende Themen	53
5.1 Chronische Krankheiten	55
5.1.1 Atopische Erkrankungen	55
5.1.2 Epilepsie, Migräne, Diabetes	57
5.1.3 Psychosomatische Beschwerden	58

5.2	Unfälle	60
	5.2.1 Straßenverkehrsunfälle	60
	5.2.2. Schulsportunfälle	62
5.3	Zahngesundheit	63
	5.3.1 Gebisszustand	63
	5.3.2 Zahnhygiene	64
	5.3.3 Inanspruchnahme der Kariesvorsorge	65
5.4	Seelische Gesundheit	66
	5.4.1 Psychische Auffälligkeiten	66
	5.4.2 Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS)	67
	5.4.3 Depression	69
	5.4.4 Essstörungen	70
5.5	Drogenmissbrauch	71
	5.5.1 Alkoholkonsum	71
	5.5.2 Tabakkonsum	72
	5.5.3 Konsum illegaler Substanzen	73
	5.5.4 Suchtvorbeugung und -hilfe	74
5.6	Gewalt und Delinquenz	75
	5.6.1 Gewalt in der Schule	75
	5.6.2 Kriminalität von Kindern und Jugendlichen	75
5.7	Gewalt gegen Kinder, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung	79
	5.7.1 Gewalt gegen Kinder	79
	5.7.2 Sexueller Missbrauch	80
	5.7.3 Vernachlässigung	81
6	Angebot und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung	83
6.1	Impfungen	85
6.2	Vorsorgeuntersuchungen	88
6.3	Frühförderung in NRW	89
6.4	Sozialpädiatrische Zentren	90
7	Zusammenfassung/Fazit	93
7.1	Zusammenfassung/Fazit	95
8	Anhänge	99
	Anhang 1: Literaturverzeichnis	101
	Anhang 2: Tabellenverzeichnis	111
	Anhang 3: Abbildungsverzeichnis	115
	Anhang 4: Publikationen zur Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen	119
	Anhang 5: Table of Contents	125
	Anhang 6: Abkürzungsverzeichnis	129



**Vorwort der Ministerin für Frauen, Jugend, Familie und
Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen**

Vorwort der Ministerin für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen

Es liegt auf der Hand, dass angesichts der vielfältigen Probleme im Zusammenhang mit Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung eine systematische und problemorientierte Gesundheitsberichterstattung zunehmend an Bedeutung gewinnt. Wer qualitative Aussagen zum Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten einer Bevölkerung machen will, benötigt möglichst genaue Daten, die Grundlagen für notwendigen Handlungsbedarf und erforderliche Weiterentwicklungen bilden.

Für politische Initiativen und Programme, die auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen abzielen, gilt dies im besonderen Maße.

Vor diesem Hintergrund hat das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW nicht zuletzt auch in Umsetzung der Entschließung der 8. Landesgesundheitskonferenz aus dem Jahr 1999 den hier vorgelegten Landesgesundheitsbericht zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegeben.

Ziel dieses Berichtes war es, unter Berücksichtigung bereits vorliegender Erkenntnisse und repräsentativer Untersuchungen einen aktuellen Überblick über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen sowie über die bestehenden Gesundheitsgefährdungen in Nordrhein-Westfalen zu ermitteln.

Der Bericht umfasst die Bereiche Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen, die soziale Lage und Chancengleichheit, die gesundheitliche Lage von den Neugeborenen bis zu den Schulkindern, er behandelt altersübergreifend die Themen der chronischen Krankheiten, Unfälle, Zahngesundheit, seelische Gesundheit, Drogenmissbrauch und Gewalt gegen Kinder und das Angebot und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung. Im Ergebnis zeichnet sich ein positives Bild. So hat sich die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen in den letzten Jahren in vielen Bereichen signifikant verbessert. Allerdings ergeben sich aus den zivilisatorischen Lebens- und Umweltbedingungen neue Gefährdungspotenziale, denen man in Zukunft verstärkt begegnen muss. Mit Sorge müssen wir feststellen, dass nicht wenige Kinder und Jugendliche erhebliche Gesundheitsprobleme haben. Zu nennen ist u. a. der Anstieg chronischer Erkrankungen, aber auch die Zunahme von Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum. Ferner macht der Bericht deutlich, dass ein fataler Zusammenhang zwischen materieller Lage und der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen besteht. Deshalb muss der Schwerpunkt zukünftiger Maßnahmen und Aktivitäten verstärkt auf den Handlungsfeldern Prävention und Gesundheitsförderung, Früherkennung und Frühförderung liegen und vor allem auf die Zielgruppe sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher ausgerichtet sein.

Ich bin davon überzeugt, dass dieser Gesundheitsbericht helfen wird, die weitere gesundheitspolitische Diskussion um eine Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit in Nordrhein-Westfalen auf eine breitere Basis zu stellen.

Hierzu wird die Diskussion gemeinsam mit den Beteiligten im Lande – insbesondere mit den in der Landesgesundheitskonferenz vertretenen Verbänden und Organisationen des Gesundheitswesens, die hier Verantwortung tragen – geführt werden, um sich über den aus diesem Bericht resultierenden Handlungsbedarf, notwendige Weiterentwicklungen und vor allem konkrete Umsetzungsschritte zu verständigen.

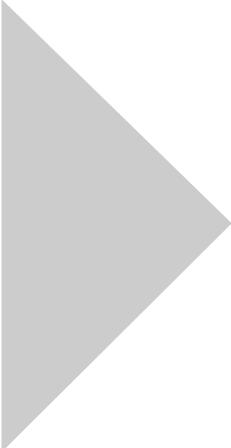


Der Kinder- und Jugendbericht wird insbesondere aber auch Anregungen für die kommunale Gesundheitsberichterstattung und kommunalpolitische Initiativen geben; zahlreiche kommunalpolitische Ansätze finden Bestätigung bzw. werden unterstützt.

Der beteiligten Universität Bielefeld möchte ich an dieser Stelle ausdrücklich meinen Dank für die Mitwirkung aussprechen.



Birgit Fischer
Ministerin für Frauen, Jugend,
Familie und Gesundheit
des Landes Nordrhein-Westfalen



1 Einführung

1.1 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

1.2 Die Bedeutung der Gesundheitsberichterstattung und inhaltliche Schwerpunkte des Berichtes

1.3 Ausblick

1 Einführung

1.1 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Die gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen hat sich in den letzten Jahrzehnten weiter verbessert. Das liegt vor allem an sich ändernden Lebensbedingungen, der Verbesserung der hygienischen Verhältnisse und an der Erreichbarkeit und Qualität medizinischer Versorgung. Insbesondere infektionsbedingte Erkrankungen haben an Bedeutung erheblich verloren. Selbst schwer wiegende Erkrankungen aufgrund genetischer Defekte können heute zum Teil mit guten Erfolgen behandelt werden. Die häufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen sind heute Unfälle im Straßenverkehr.

Aus den aktuellen Lebens- und Umweltbedingungen der jungen Generation ergeben sich allerdings neue Gesundheitsbeeinträchtigungen. Sie sind in der Regel nicht lebensbedrohlich, können jedoch das Befinden, die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigen. In den westlichen Industrieländern sind dies chronische Erkrankungen wie z.B. Allergien oder Asthma bronchiale. Darüber hinaus stellen gesundheitsgefährdendes Verhalten wie Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum - der z.T. bereits im Kindesalter beginnt - Gesundheitsrisiken dar. Unfälle durch riskantes Verhalten im Sport und vor allem im Straßenverkehr kommen hinzu.

Eine zukunftsorientierte Gesundheitspolitik wird sich diesen Problemen stellen müssen. Neben den klassischen Strategien öffentlicher Gesundheitsfürsorge, unter anderem etwa im Bereich der Grundimmunisierung, der Kariesprophylaxe und der allgemeinen Hygiene gewinnen Aufgaben der Verhaltens- und Verhältnisprävention an Bedeutung. Das Zusammenwirken des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Beteiligten des Gesundheitswesens, der Schulen, der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Sozialpolitik ist dabei unerlässlich.

Bereits im Jahr 1995 hat die Landesgesundheitskonferenz „Zehn vorrangige Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen“ verabschiedet. Damit wurden Prioritäten für langfristige Perspektiven gesetzt. Dieses Programm beabsichtigt, die Verzahnung der Gesundheitspolitik mit anderen Politikfeldern zu fördern, die Effizienz eingesetzter Ressourcen zu überprüfen und ein gemeinsames Verständnis der Partner im Gesundheitswesen über die Zielrichtung von Gesundheitspolitik zu schaffen.

Im Kindes- und Jugendalter werden wichtige Voraussetzungen für die Gesundheit im späteren Leben geschaffen. Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen wird deshalb bei verschiedenen Zielen besonders betont. Zum Beispiel werden im Ziel 2 „Krebs bekämpfen“ Ansätze speziell auf Kinder und Jugendliche bezogen; dazu zählen Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen zum Thema Sonnenbestrahlung und Hautkrebs und die Senkung der Einsteigerquote beim Rauchen. Maßnahmen zur Verhinderung von Suchterkrankungen im Ziel 4 „Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen“ setzten ebenfalls in dieser Altersgruppe besondere Schwerpunkte.

Die Landesgesundheitskonferenz hat sich in ihrer EntschlieÙung im Jahre 1999 intensiv mit dem Thema „Gesundheit für Kinder und Jugendliche in Nordrhein-Westfalen“ auseinandergesetzt. In der EntschlieÙung werden neben der Darstellung des aktuellen Handlungsbedarfs auch Problemlösungsvorschläge entwickelt und Maßnahmen initiiert (49). Hingewiesen wird dabei auf besondere Risiken für Kinder zum Beispiel durch den Anstieg chronischer Kinderkrankheiten, die schlechtere Zahngesundheit sozial benachteiligter Schichten, Probleme der seelischen Gesundheit, der Anstieg von Sucht- und Drogenabhängigkeit im jüngeren Alter, Gewaltpotenzial gegen Kinder und zu hohe Unfallraten im Kindersalter. Die Landesgesundheitskonferenz spricht sich hier für eine Verbesserung der Datenlage ganz allgemein, aber auch

für einen stärkeren Fokus auf schichtenspezifische Erhebungen und damit auch die Zusammenführung von Daten der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung aus.

Im Jahr 2001 hat die Landesgesundheitskonferenz unter dem Gesamthema „Soziale Lage und Gesundheit“ die gesundheitlichen Aspekte der Kinder und Jugendlichen erneut aufgegriffen und Empfehlungen insbesondere unter schichtenspezifischen Aspekten formuliert.

1.2 Die Bedeutung der Gesundheitsberichterstattung und inhaltliche Schwerpunkte des Berichtes

Gesundheitsberichterstattung über Kinder und Jugendliche hat aus vielen Gründen einen hohen Stellenwert. Die Beschreibung und Bewertung der gesundheitlichen Situation liefert Grundlagen für gesundheitspolitische Entscheidungen.

In Nordrhein-Westfalen ist in den vergangenen rund 10 Jahren systematisch ein Gesamtkonzept von Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitszielen und Gesundheitskonferenzen entstanden. Die Gesundheitsberichterstattung nimmt dabei einen hohen Stellenwert ein. Sie ist inzwischen auf Landes- und kommunaler Ebene zunehmend etabliert und bedient sich dabei auch neuerer Methoden und Instrumente. So sind zur klassischen, datenbasierten Gesundheitsberichterstattung inzwischen insbesondere Surveys vom Land initiiert und in Auftrag gegeben worden, die ergänzende Informationen/Daten zur Morbidität, zu gesundheitsbezogenem Verhalten sowie zur sozialen Lage zur Verfügung stellen.

Die Gesundheitsberichterstattung ist auch bei der Gestaltung kommunaler Gesundheitspolitik ein unverzichtbares Instrument. Sie ist Voraussetzung für zielgerichtetes gesundheitspolitisches Handeln in allen Phasen der Planung, Abstimmung und Umsetzung von Maßnahmen. Für die kommunale Gesundheitsberichterstattung gibt es in Nordrhein-Westfalen bereits sehr gute Beispiele, zum Beispiel zu den Themenbereichen Zahn- und Mundkrankheiten, Impfen, Motorik, Übergewicht, Stillen und Atemwegserkrankungen/Allergien und der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen.

De facto greift die Gesamtheit der kommunalen Berichte mit dieser Thematik mittlerweile eine Vielzahl von Aspekten auf, die in den genannten Entschlüssen der Landesgesundheitskonferenz hervorgehoben wurden.

Die gesundheitsbezogene Situation lässt sich allerdings nicht beleuchten, ohne die Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen zu erläutern und die soziale Lage von Familien und die Gesundheitschancen der Kinder darzulegen.

Nach wie vor ist die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Gesamtbevölkerung nicht gleich verteilt. Sowohl das Gesundheitsrisiko als auch der Zugang zu spezifischen Präventions- und Versorgungsleistungen ist abhängig von der sozialen Situation der Familien. Die Veränderung der Familienstrukturen, vor allem der Anstieg der Zahl alleinerziehender Elternteile, bedeutet ein erhöhtes Armutsrisiko, und damit auch ein erhöhtes gesundheitliches Risiko. Man muss davon ausgehen, dass schädigende Faktoren in der Umwelt, in den Lebensbedingungen und in der Lebensweise sich gegenseitig verstärken und in ihrer Wechselwirkung eine ernst zu nehmende neue Gefährdung der Kinder darstellen. Gestörte familiäre Beziehungen sowie schädigende Einflüsse des sozialen Umfeldes der Kinder bilden konkrete Gesundheitsrisiken. Auch ein zu geringes Geburtsgewicht oder chronische Krankheiten während der Kindheit müssen als wesentliche Risiken für die Entwicklungschancen der Kinder angesehen werden.

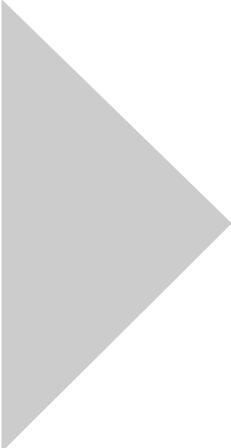
Der vorliegende Bericht zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen bildet die Situation mit den vorhandenen Daten ab. Dabei werden, so weit wie möglich,

repräsentative Aussagen für Nordrhein-Westfalen genutzt. Wo dies nicht möglich ist, werden auch andere Datenquellen verwendet. In einzelnen Fällen ist es sinnvoll, sich auf Studienergebnisse aus anderen Bundesländern zu beziehen.

Im Vergleich zum Kindergesundheitsbericht aus dem Jahr 1995 wurden für den Bericht „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen“ teilweise andere Datengrundlagen herangezogen. Dadurch wurden bei einigen Sachverhalten Trendbewertungen möglich. Es sind allerdings weitere zusätzliche Anstrengungen erforderlich, um zu einer tragfähigen Datenlage zu kommen. So beteiligt sich Nordrhein-Westfalen derzeit an einem internationalen Gesundheitssurvey.

1.3 Ausblick

Die zukünftige Berichterstattung über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird auf diese Survey-Daten zurückgreifen können. Dadurch werden Trendbewertungen möglich und die Verflechtung zwischen sozialen Faktoren und der gesundheitlichen Lage lässt sich detaillierter darstellen. Im Rahmen des themenorientierten Berichtsdienstes der Gesundheitsberichterstattung werden künftig in Nordrhein-Westfalen weitere ausgewählte Themenbereiche vorgesehen werden. Wir werden damit rascher und flexibler Informationen zu ausgewählten Themenfeldern zur Verfügung stellen können.



2 Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen

2.1 Bevölkerungsstruktur

2.2 Familien

2.3 Körperliche Entwicklung und ihre Folgen

2.4 Ernährung

2.5 Sport und Freizeit

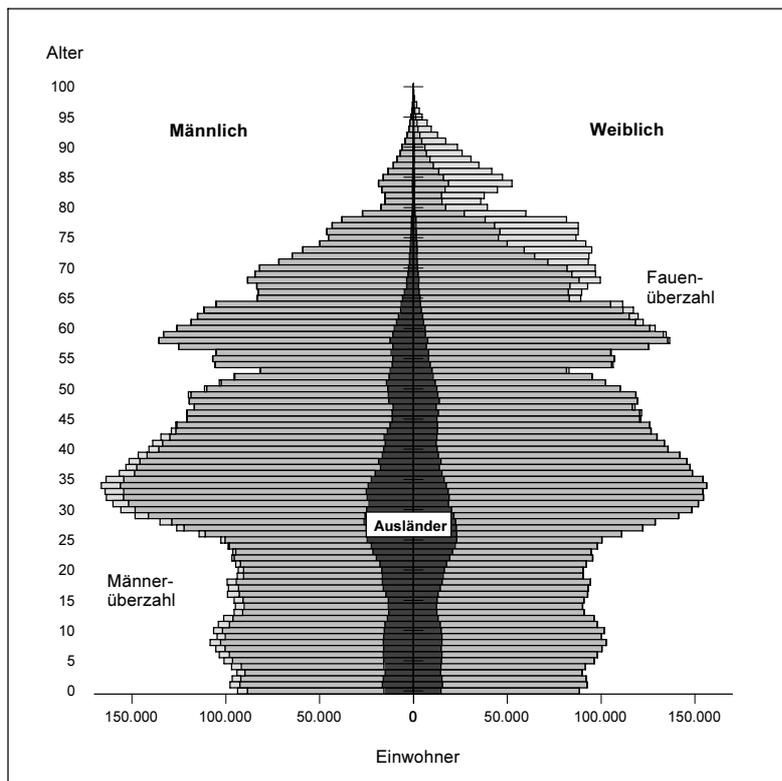
2.6 Schule

2.7 Medien und Konsum

2.1 Bevölkerungsstruktur

Die Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen einer Generation und deren Zukunftsaussichten ergeben sich aus der Bevölkerungsstruktur, der allgemeinen Prosperität der Bevölkerung und den Umweltbedingungen. Verschiedene Rahmendaten zu diesen Faktoren können Auskunft über die derzeitigen Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen in NRW geben:

Am 31.12.1998 lebten in Nordrhein-Westfalen 17,98 Millionen Einwohner; etwa 19,5 % davon waren unter 18 Jahren. Die Bevölkerungszahl in NRW hat nach den neuesten Prognosen eine nahezu gleichbleibende Tendenz (+1 % bis 2015), der Anteil der jungen Menschen nimmt dabei jedoch ab. Bevölkerungsprognosen gehen derzeit von einem Rückgang auf einen Anteil von 17,6 % im Jahr 2020 aus. Für die Gruppe der nicht-deutschen Kinder und Jugendlichen zeigt sich ein anderes Bild: deren Anteil steigt zur Zeit. Langfristige Prognosen zur Entwicklung des nicht-deutschen Anteils sind jedoch schwierig, da dies von den temporären Zuwanderungsströmen abhängt. Gegenüber dem jungen Bevölkerungsanteil nimmt der Anteil der Menschen über 65 Jahren drastisch zu, bis 2015 wird derzeit eine Steigerung um 22,7 % erwartet. Der Anteil junger Menschen an der Gesamtbevölkerung wird also auch in NRW langfristig geringer.



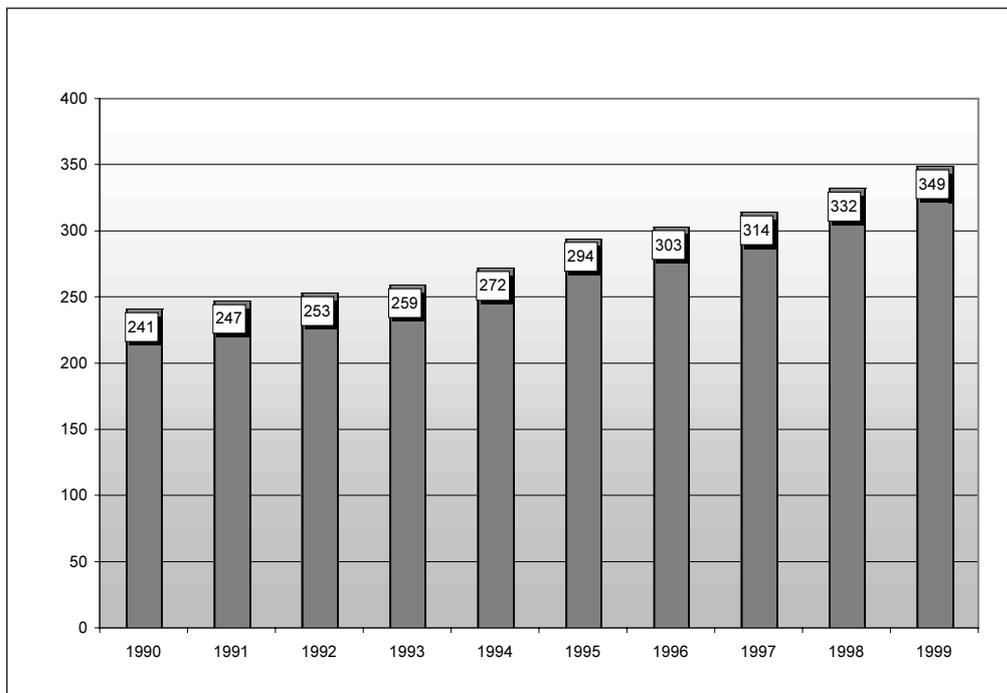
Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Grafik 1: Altersverteilung der Bevölkerung in NRW (Stichtagsbevölkerung) 1998

2.2 Familien

Viele andere Faktoren in der Lebenswelt Jugendlicher sind derzeit in einem rapiden Wandel begriffen. Vor allem die Rolle der Familie als primäre soziale Umwelt und Sozialisationsinstanz hat sich deutlich verändert.

In NRW stieg die Zahl der allein erziehenden Mütter und Väter von 241.000 in 1990 kontinuierlich auf 349.000 in 1999 an. Etwa 1/3 davon hat Kinder unter 5 Jahren. Der überwiegende Teil allein erziehender Eltern ist erwerbstätig. 1999 waren lediglich 11,2 % der allein erziehenden Mütter und Väter als erwerbslos registriert. Dabei ist zu beachten, dass unter den allein Erziehenden insgesamt nur 61,7 % einer Erwerbstätigkeit nachgehen, wohingegen bei Ehepaaren mit Kindern 89,1 % des Haushaltsvorstandes erwerbstätig sind. Die Zahl der Mütter mit einem Alter unter 18 Jahren ist in den 90er Jahren nahezu gleich geblieben und beträgt in NRW etwa 6 ‰ aller Geburten eines Jahres. Gleichzeitig steigt jedoch das Durchschnittsalter der Mütter kontinuierlich leicht an (von 28,9 Jahren in 1995 auf 29,4 Jahre in 1999).



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Grafik 2: Allein Erziehende mit Kindern in NRW, 1990 - 1999 (Angaben in 1.000)

Im Vergleich zu den 50er Jahren hat sich die Eheschließungsziffer fast halbiert, während die Scheidungsziffer von rund 10 % in den 50er Jahren heute auf ein Drittel angewachsen ist. Auf 2,4 Hochzeiten im Jahr 1997 kommt im selben Jahr eine Scheidung. 1991 wurden in NRW insgesamt 36.753 Ehen geschieden, davon 70 % (25.925) mit minderjährigen Kindern (36). Zugenommen haben darüber hinaus nicht eheliche Lebensgemeinschaften; ihr Anteil stieg in der ersten Hälfte der 80er Jahre um ca. 40 %.

Für Kinder von geschiedenen oder in Trennung lebenden Eltern können sich – wie vorliegende Untersuchungen zeigen – starke psychische und soziale Belastungen ergeben: Instabile familiäre Lebensformen bedeuten für die betroffenen Kinder häufig sich verändernde und ambi-

valente emotionale Bindungen und soziale Orientierungsprobleme. Dies stellt größere Anforderungen an die individuelle Lebensführung und verlangt ihnen höhere Bewältigungsfähigkeiten ab. Neuere Untersuchungen zeigen, dass bereits in der Kindheit instabile Eltern-Kind-Beziehungen zu einer unausgeglichene Stimulierung von Sinnesbereichen und zu emotionalen Defiziten führen können - eine Entwicklung, die auch in der Phase der Pubertät noch Auswirkungen zeigt (58). Insbesondere der inadäquate Umgang mit Emotionen gilt als eine der Hauptursachen für die Entstehung psychosomatischer Erkrankungen und psychischer Auffälligkeit. Unter gesundheitsbezogenen Aspekten kommt der Familie somit ein zunehmend kritisch zu betrachtender Stellenwert zu: Häufig sind in diesen Situationen sowohl die Fähigkeiten der Kinder als auch die der Eltern überfordert. Demgegenüber stellen die Herausforderungen, die aus gescheiterten Familienverhältnissen entstehen, durch gelungene Bewältigungsprozesse auch eine Chance zur Entwicklung neuer sozialer Kompetenzen dar. Die Veränderung der Normalfamilie bedeutet mittel- und langfristig auch für die Erziehungsinstanzen Schule sowie Kinder- und Jugendhilfe neue Herausforderungen. Zunehmend werden grundlegende Erziehungsaufgaben, die ursprünglich der Familie anheim gestellt waren, in diesen Einrichtungen ergänzt oder gar ersetzt. Die Gesundheitserziehung wird zukünftig einen noch wichtigeren Platz in der Arbeit einnehmen.

2.3 Körperliche Entwicklung und ihre Folgen

Es wird seit Jahrzehnten eine Akzeleration der körperlichen Entwicklung beobachtet. Bedingt durch günstige physische Lebensbedingungen und möglicherweise durch kulturelle Einflüsse ist das Eintreten der Pubertät bei Mädchen und Jungen im Vergleich zu früheren Zeiten heute eher zu erwarten. Es liegt derzeit bei Mädchen zwischen dem 11. und 13. Lebensjahr und bei Jungen etwa zwischen 12 und 14 Jahren (56). Dies bedeutet dreierlei: Erstens erwacht in den Kindern heute früher der Wunsch nach einer Identität, die sich zunächst an Symbolen des Erwachsenseins orientiert und die Kinder zu einer begehrten Klientel der Medien und der Werbung macht. Dies kann zu einer extremen Konsumorientierung führen.

Zweitens geht mit der akzelerierten körperlichen Entwicklung ein vorverlagertes Interesse an der Aufnahme in eine Gleichaltrigengruppe mit einer spezifischen subkulturellen Orientierung und an erste Erwartungen sexueller Kontakte einher. In diesem Zusammenhang wird ein Trend zur Überbetonung der äußerlichen Erscheinung und der eigenen Attraktivität beobachtet, quasi als Eintrittskarte in dieses Stadium. Wiederum durch den Einfluss der Medien geleitet kann man hier Phänomene wie den „Schlankheitswahn“ und den „Markenfimmel“ bei einem Teil der Jugendlichen beobachten. Etwa ab dem 11. Lebensjahr verhalten sich Kinder diesbezüglich wie Erwachsene, indem sie nämlich zunehmend erwachsene Attribute für sich in Anspruch nehmen. Dies bringt u. U. schwer wiegende Folgen für das Gesundheitsverhalten und die psychische Stabilität mit sich: Heute beginnen junge Menschen häufig schon im Alter von 12 1/2 Jahren, d. h. mit dem Eintritt in die Pubertät, regelmäßig zu rauchen. Daten zum Ernährungsverhalten, der Durchführung von Diäten bereits bei 12-jährigen Mädchen mit objektivem Normal- und Untergewicht, und zur Wahrnehmung der eigenen Attraktivität zeigen Wertungen und Verhaltensmuster bei unter 13-Jährigen, die bereits geprägt sind von Erwartungen an die sexuell aktive Lebensspanne (9).

Ein dritter Punkt ist wiederum bezogen auf die frühe Identitätssuche. Eigene und auch elterliche Erwartungen an beruflichen Erfolg und Karriere, in erster Linie orientiert an einer damit verbundenen wirtschaftlichen Prosperität, werden recht früh in die Erwartungen an die schulischen Leistungen einbezogen. Dies ist nicht neu, erhält jedoch durch den Umkehrschluss, nämlich die Erwartung von sozialem Abstieg bei Versagen, eine besondere Angst besetzte Konnotation. Die Erwartungen an die persönliche Karriere und die negativen Konsequenzen von Schulversagen können dementsprechend von günstigem Anforderungsstress in der Schule hin zu ungesundem Vermeidungsstress bereits bei 10-Jährigen führen.

2.4 Ernährung

In der DONALD-Studie des Forschungsinstituts für Kinderernährung, Dortmund, wurden in einer Längsschnitterhebung ca. 700 Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 18 Jahren hinsichtlich ihrer Ernährung und damit in Verbindung stehender körperlicher Parameter systematisch untersucht. Dazu führten die Probanden zu den verschiedenen Messzeitpunkten über drei Tage hinweg genaue Protokolle über ihren Nahrungsverzehr. Daraus wurden genaue Daten über den Eintrag verschiedener Nährstoffe berechnet. Die Ergebnisse zeigen zusammengefasst, dass Kinder und Jugendliche zur Zeit insgesamt mehr tierische als pflanzliche Lebensmittel, mehr Vollmilch als teilentrahmte Milch, mehr fettreiche als fettarme Fleisch- und Wurstwaren und einen zu geringen Teil an Vollkornprodukten zu sich nehmen. Nahrungsmittel, die mit Nährstoffen (Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente, essentielle Fettsäuren u.a.m.) angereichert sind, erhalten in der Ernährung eine immer größere Rolle. In mehr als 90 % der Fälle wird täglich mindestens ein angereichertes Nahrungsmittel verzehrt. Der Anteil an der Gesamtverzehrmenge stieg in den letzten 10 Jahren von 3 auf 8 % an. Dabei spielen mit Vitaminen angereicherte Getränke (30 %) die größte Rolle, gefolgt von Beikost (22 %) und Frühstückszerealien (13 %). Vitamin C ist der häufigste zur Anreicherung genutzte Nährstoff, gefolgt von den Vitaminen E, B1, B2, B6 und Niacin. Die Anreicherung mit Vitamin A ist tendenziell rückläufig. Mineralstoffe kommen seit Beginn der Untersuchungen des Forschungsinstituts für Kinderernährung in den 80er Jahren – mit Ausnahme von Eisen – nur zeitlich verzögert zum Einsatz. Angereicherte Produkte waren verhältnismäßig stark und im Laufe der Zeit zunehmend an der Zufuhr von zugesetztem Zucker beteiligt (31/66).

Im Rahmen der Studie „Health Behaviour in School-Aged Children“ (HBSC) wurden die Ernährungsgewohnheiten von 11- bis 15-jährigen Jugendlichen aus NRW anhand der Angaben über den täglichen Verzehr bestimmter Lebensmittelgruppen untersucht. Dies entspricht jedoch nicht den in der o.g. Studie verwendeten Tagesprotokollen, sondern stellt lediglich eine Übersicht über die Ernährungsgewohnheiten dar. Danach verzehren in Nordrhein-Westfalen 76 % der Mädchen und 71 % der Jungen im Alter von 11 Jahren täglich frische Früchte. Dieser Anteil sinkt mit zunehmendem Alter auf 63 % bei den Mädchen und 54 % bei den Jungen im Alter von 15 Jahren. Diese Raten sind, im internationalen Vergleich, etwa gleich mit denen anderer mitteleuropäischer und nordamerikanischer Jugendlicher. Lediglich in Südeuropa und in Polen und Tschechien werden häufiger Früchte gegessen. Der tägliche Konsum von Kartoffelchips wird in Deutschland von 14 % der 11-jährigen Mädchen und 21 % der Jungen angegeben. Auch diese Raten sinken bei den Älteren auf 7 % unter den 15-jährigen Mädchen und 10 % bei den Jungen dieses Alters. Diese Nahrungsmittel haben im angelsächsischen Raum eine größere Bedeutung. Hier verzehren weit über die Hälfte der Befragten täglich Kartoffelchips. Sehr ähnlich sind die Raten des täglichen Verzehrs von Pommes Frites und gebratener Kartoffeln mit einem hohen Fettgehalt. Milch wird von etwa 1/3 der deutschen Jugendlichen aller Altersgruppen täglich konsumiert. Auch diese Raten sind in angelsächsischen Ländern und in Osteuropa nahezu doppelt so hoch. Etwa die Hälfte aller 11- bis 15-jährigen Deutschen essen täglich Süßigkeiten in Form von Bonbons oder Schokolade. Diese Rate ist wesentlich geringer in Skandinavien und wesentlich höher in Großbritannien. Auch der Konsum zuckerhaltiger Limonaden (Softdrinks) wurde von etwa der Hälfte der deutschen Jugendlichen angegeben. Für Jungen konnte hier eine leicht erhöhte Quote festgestellt werden (9).

Das Ernährungsverhalten im Jugendalter ist – wie in den meisten anderen Altersgruppen auch – stark verbunden mit der Motivation zur Gestaltung des körperlichen Erscheinungsbildes. Aus diesem Grund wurde im Rahmen der HBSC-Studie auch nach Diäten mit dem Ziel der Gewichtsreduktion gefragt. Diese Frage wurde von 12 % der Jungen und 17 % der Mädchen mit „Ja“ beantwortet.

Ebenso wurde nach der subjektiven Einschätzung des Körperbildes und nach dem Gewicht und der Körpergröße gefragt, sodass der Body-Mass-Index (Körpermassenindex) gebildet und als objektiver Maßstab für Unter-, Normal- und Übergewicht genutzt werden konnte: Jungen schreiben sich selbst eine höhere Attraktivität zu als Mädchen. Sie sind insgesamt zufriedener mit ihrem Körper und wollen weniger verändern. Das gilt sowohl bei Übergewichtigen als auch bei Untergewichtigen. Insgesamt schreiben sich die untergewichtigen Jungen und Mädchen jedoch häufiger eine hohe Attraktivität zu, da sie offenbar wahrnehmen, dass sie eher dem allgemeinen Schönheitsideal entsprechen. Während Jungen sich etwas häufiger für zu dünn halten, halten sich die Mädchen deutlich häufiger für zu dick. Die Selbstwahrnehmungen für die Gruppe der Untergewichtigen zeigt, dass ein erschreckend hoher Anteil von Mädchen trotz objektiv zu geringem Gewicht sich nach wie vor für zu dick hält (8 %). Die Selbstwahrnehmung objektiv übergewichtiger Jugendlicher ist dagegen anders. Übergewicht wird von den Mädchen besonders wahrgenommen; 50 % halten sich hier realistischerweise für zu dick, während übergewichtige Jungen nur zu etwa 25 % diese Selbsteinschätzung haben. So waren in der Gruppe der Untergewichtigen noch ca. 7 % der Jungen und 8 % der Mädchen, die angaben, zur Zeit eine Diät zu machen. Diese Gruppe ist mit hoher Wahrscheinlichkeit von Essstörungen (z.B. Anorexia nervosa) betroffen. Demgegenüber waren es in der Gruppe der Übergewichtigen 27 % der Jungen und 40 % der Mädchen, die eine Diät machten (61).

Insgesamt nehmen Kinder und Jugendliche das zunehmende Angebot industriell veränderter, angereicherter Nahrungsmittel bereitwillig auf und sind in ihrem Ernährungsverhalten weit von der empfohlenen optimierten Mischkost entfernt. Die Versorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen ist durch die angereicherten Nahrungsmittel ausreichend, es werden jedoch nach wie vor zu viel Fett und zu wenige Ballaststoffe gegessen. Im internationalen Vergleich zeigen sich deutsche Jugendliche als moderate Konsumenten von gesundheitsabträglichen Nahrungsmitteln, wie etwa Süßigkeiten und Fastfood. Während das Problem des Übergewichts unter den Jugendlichen abnimmt, ist eine Tendenz zu Essstörungen bzw. zur Magersucht zu beobachten. Diese Entwicklung ist Folge eines allgemeinen Trends, der getrost als „Schlankheitswahn“ beschrieben werden kann.

2.5 Sport und Freizeit

In einer Studie zum Sportengagement von Kindern und Jugendlichen wurden 3.630 Schülerinnen und Schüler in den Klassen 3, 5, 7, 9, 11 und 13 in einer repräsentativen Stichprobe aus NRW befragt (6). Bei der Erhebung der Sportaktivitäten wurde zwischen unorganisiertem Freizeitsport und Vereinssport unterschieden. 58 % gaben Fahrrad fahren als unorganisierte Sportart Nr. 1 an, gefolgt von Schwimmen (47 %) und Fußball (29 %). Bei den Vereinssportarten waren Fußball mit 26 %, Schwimmen mit 11 % an der Spitze. Etwa 1/3 der Kinder gab drei verschiedene regelmäßig betriebene Sportarten an. 23 % der Befragten gaben an, täglich eine Sportart auszuüben. Bei 33 % waren es tägliche Bewegungsspiele. 40 % gaben mehr oder weniger häufige sportliche Aktivität innerhalb eines Sportvereins an und 4 % zeigten sich völlig abstinenter gegenüber jeglicher Bewegung. Wird in jungen Jahren der Sport zunächst überwiegend zusammen mit den Eltern und Geschwistern ausgeübt, so nimmt dieses gemeinsame Tun ab dem 10. Lebensjahr zugunsten von Freunden ab. Die Zugehörigkeit zu organisiertem Sport und das Nutzen kommerzieller Sporteinrichtungen bleibt über das Lebensalter hinweg nahezu stabil. Das Sportengagement von Kindern und Jugendlichen variiert deutlich mit der sozialen Lage der Familie. Kinder aus benachteiligten sozialen Lagen sind deutlich häufiger sportabstinenter. Die Häufigkeit körperlicher Untätigkeit, d.h. die Verweigerung gegenüber jeglicher sportlicher Aktivität, ist auch bezogen auf die Schultypen der Kinder und Jugendlichen unterschiedlich. Hauptschüler sind häufiger nicht sportlich aktiv, Realschüler sind in einer Mittelposition und Gymnasiasten sind nur zu etwa 1/6 nicht sportlich aktiv (6).

Zur Abschätzung regelmäßiger körperlicher Aktivität außerhalb des Schulsports wurden Jugendliche im Rahmen der HBSC-Studie in NRW danach gefragt, wie häufig sie sich neben der Schule sportlich betätigen. Unter den 11-Jährigen gaben 83 % der Jungen und 71 % der Mädchen an, mindestens zweimal pro Woche Sport zu treiben. Unter den 13-Jährigen machten diese Angabe 86 % der Jungen und 74 % der Mädchen und unter den 15-Jährigen waren es 83 % der Jungen und 66 % der Mädchen. Leider wurden keine Angaben zur Art der sportlichen Betätigung erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass Jungen generell häufiger sportlich aktiv sind. In der Intensität dieses sportlichen Engagements sind deutsche Jugendliche zusammen mit Österreichern und Dänen international führend. Etwa 80 % der Jungen und 65 % der Mädchen aus allen Altersgruppen gaben an, mehr als zwei Stunden pro Woche intensiv Sport zu treiben. Zusammenhänge mit anderen erhobenen Variablen zeigen besonders bei den Jungen positive Einflüsse der sportlichen Aktivität. Häufiger Sport außerhalb der Schule führt zu höherem Selbstbewusstsein, besserer subjektiver Gesundheit und zu einer höheren Lebensqualität.

Die Daten der HBSC-Studie zeigen zudem, dass Jugendliche aus Nordrhein-Westfalen beim Fernsehkonsum, einer Tätigkeit, die als Indikator für Bewegungsmangel angesehen werden kann, eher zurückhaltend sind (9). 20 % der 11-jährigen Jungen und 15 % der Mädchen gaben an, mindestens vier Stunden vor dem Fernseher zu verbringen. (Zum Vergleich: USA: 36 % Jungen und 34 % Mädchen; Israel: 47 % Jungen und Mädchen). Der Fernsehkonsum steigt mit zunehmendem Alter leicht an. Unter den 13-Jährigen gaben 22 % der Jungen und Mädchen ein tägliches Fernsehen von mehr als vier Stunden an, unter den 15-Jährigen waren es 25 % der Jungen und 19 % der Mädchen. Zunehmende Bedeutung im Freizeitverhalten bekommen auch die Video- und Computerspiele. Diese sprechen überwiegend die Jungen an. 25 % der 11-jährigen Jungen gab an, vier und mehr Stunden pro Woche damit zu verbringen. Bei den Mädchen dieses Alters waren es nur 7 %. Auch hier ist eine Steigerung mit dem Alter zu beobachten: Bei den 13-Jährigen waren es bereits 41 % der Jungen und 8 % der Mädchen und bei den 15-Jährigen 46 % der Jungen und 7 % der Mädchen.

Ein Übermaß an Fernsehen und Computerspielen ist statistisch eng verbunden mit Verhaltensweisen, die ein zusätzliches Gesundheitsrisiko markieren. So ist unter den 11-Jährigen häufiges Fernsehen mit einer Ablehnung der Schule verbunden. 11- und 13-Jährige, die zu viel TV konsumieren, langweilen sich in der Schule. In allen Altersgruppen hängt häufiges Fernsehen und Computerspiel mit dem häufigen Konsum von zuckerhaltigen Limonaden und mit dem Verzehr von Fastfood, Süßigkeiten und Kartoffelchips zusammen (9).

Insgesamt ist das Ausmaß, mit dem sich Jugendliche sportlich betätigen, als zufrieden stellend zu betrachten. Die dargestellten Studien kommen einmütig zu dem Ergebnis, dass der überwiegende Teil sich ausreichend regelmäßig körperlich betätigt. Für einen überwiegenden Teil der Jugendlichen stellt der Sport und die körperliche Aktivität ein wesentliches Element ihrer Freizeitkultur dar. Dies ist jedoch für Jungen in stärkerem Maße der Fall als für Mädchen. Ebenso variiert die körperliche Aktivität entlang eines sozialen Gradienten. Bei einer defizit-orientierten Betrachtung der Studien fällt auf, dass die Jugendlichen Sport und körperliche Aktivität zunehmend in Form von einseitig belastenden Sportarten betreiben, die zudem von einer starken Leistungsmotivation geprägt sind oder aber funktionell zur Gestaltung der äußeren Erscheinung eingesetzt werden. Im Hinblick auf eine allgemeine psychomotorische Förderung ist dies kritisch zu betrachten, da dadurch lediglich bestimmte körperliche Funktionsbereiche trainiert werden und die Gefahr von Sportverletzungen durch Überlastungen verstärkt wird.

Demgegenüber steht jedoch auch eine Gruppe, die sich durch ein hohes Maß an körperlicher Inaktivität auszeichnet. Aus den dargestellten Studien lässt sich diese auf etwa 1/4 bis 1/3 der Alterspopulation schätzen. Diese Gruppe zeichnet sich durch intensiven Medienkonsum und eine Präferenz für Freizeitbeschäftigungen ohne körperlichen Bewegungsaufwand aus. Ist regelmäßige sportliche Betätigung mit gesundheits- und persönlichkeitsfördernden Faktoren korreliert, so ist erhöhter Medienkonsum und körperliche Inaktivität mit ungünstigen Ernährungsgewohnheiten und mit schulischen Leistungsdefiziten verbunden (9).

2.6 Schule

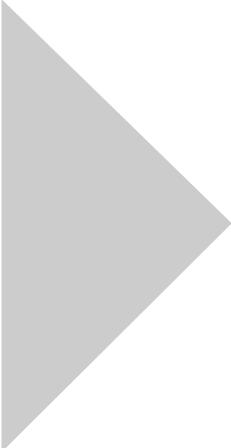
Gemessen an internationalen Vergleichen fühlen sich Kinder und Jugendliche in Nordrhein-Westfalen relativ gering durch schulische Anforderungen belastet (9). In der Schule kann sich die kindliche und jugendliche Entwicklung nach wie vor relativ störungsarm vollziehen. Nur sehr wenige Schülerinnen und Schüler gehen davon aus, nach Abschluss der Schule arbeitslos zu sein. Viele 11- bis 13-Jährige haben bereits eine recht präzise Vorstellung von dem, was sie nach der Schule machen werden. Dabei ist jedoch zu bemerken, dass diese Vorstellungen oft über das hinausgehen, was die derzeitige Schulkarriere erwarten lässt. Interessanterweise ergibt sich kein Zusammenhang von derartigen Zukunftserwartungen und dem aktuell erlebten Schulstress, wohl aber ein deutlicher Einfluss vom Statuswert der zukünftigen Tätigkeit auf die aktuelle emotionale Befindlichkeit und den Optimismus (9/60).

Jenseits der positiven Effekte der Förderung von Kindern durch ihre Eltern ist jedoch nicht auszuschließen, dass elterliche Erwartungen die Kinder unter Druck setzen und sie mit Aufgaben konfrontieren, denen sie entwicklungs- oder auch intelligenzbedingt nicht bzw. noch nicht gewachsen sind. Dies kann durchaus problematisch sein, stört es doch die Beziehungen und das Vertrauen zwischen Eltern und Kindern. Jungen sind von dieser Entwicklung besonders betroffen, da sie nach wie vor stark durch die klassischen Geschlechterrollen auf beruflichen Erfolg und Unabhängigkeit festgelegt werden, während Mädchen heute dabei sind, von den Erfolgen der bildungs- und berufsbezogenen Gleichstellung zu profitieren.

2.7 Medien und Konsum

64 % der 11- bis 13-jährigen Jungen und 59 % der Mädchen verbringen nach eigenen Angaben täglich mehr als zwei Stunden vor dem Fernseher, das ist mehr Zeit als die, die sie mit Gleichaltrigen in der Freizeit verbringen. Der tägliche Fernsehkonsum der 9- bis 11-jährigen Grundschüler liegt bei durchschnittlich 93 Minuten täglich (62). Der soziale Status der Familie hat einen großen Einfluss auf die Fernsehgewohnheiten der Kinder: So verbringen Kinder aus der Unterschicht durchschnittlich 114 Minuten vor dem Fernseher, während Kinder aus der obersten Gruppe durchschnittlich 75 Minuten angaben. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass die Ausstattung des Kinderzimmers mit einem eigenen Fernseher bei sozial schwächeren Familien mit knapp 40 % doppelt so häufig ist wie bei sozial stärkeren Familien (67). Hinzu kommen Printmedien, die sich speziell an Jugendliche richten und ebenfalls einen gewissen normativen Einfluss haben. Eine ausführlichere Darstellung des Umfangs und der Folgen des Medienkonsums gibt der 7. Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung NRW (48).

Die Lösung von Problemen wird zunehmend durch unterschiedlichste Konsumformen erwartet: Medikamente werden zur Behebung psychosozialen Missbefindens (Ängste, Leistungsdruck) eingesetzt, Alkohol wird als Katalysator zwischenmenschlicher Prozesse missbraucht, Markenkleidung wird zur Erhöhung des sozialen Prestiges eingesetzt usw. Dies alles sind Verhaltensmuster, die durchaus bereits in der Elterngeneration der heute 30- bis 40-Jährigen vorzufinden sind, sich zu einem neuen Lebensstil ausgeprägt haben und an die Kinder weitergegeben werden (61).



3 Die soziale Lage von Familien und die Gesundheitschancen der Kinder

3.1 Die soziale Lage von Familien

3.2 Regionale Unterschiede

3.1 Die soziale Lage von Familien

Es ist ein seit langem und weltweit bekanntes Phänomen, dass selbst in den reichsten Ländern sozial bessergestellte Personen länger leben und seltener von Krankheiten und Behinderungen betroffen sind als schlechtergestellte Personen. Diese sozialen Unterschiede stellen einen der bedeutendsten Einflüsse auf die Gesundheit in der modernen Welt dar (79). Vor allem bei Männern und Frauen im mittleren Alter variieren Lebenserwartung und Erkrankungsrisiken dramatisch im Hinblick auf das Bildungsniveau, das Einkommen und den Beruf, unabhängig davon, ob diese Indikatoren einzeln oder zusammengefasst betrachtet werden. Soweit Untersuchungen vorliegen, lassen die Ergebnisse den Schluss zu, dass auch in den jüngeren Altersgruppen ein soziales Gefälle in der Gesundheit existiert (33/42).

Ein allgemeines Problem bei der Darstellung sozialer Unterschiede in der Kinder- und Jugendgesundheit besteht in der uneinheitlichen Definition der „sozialen Lage“. Während einige Untersuchungen ihren Sozialschichtindikator lediglich aus der ökonomischen Lage oder aus dem Berufsstatus des Vaters bilden, gehen andere Untersuchungen auf verschiedene Aspekte der sozialen Situation der Familie ein. Dazu gehören, neben den ökonomischen Ressourcen auch die Bildung der Eltern, das sozial wirksame Prestige, Statussymbole und das Milieu oder die soziale Umgebung.

Auch der Begriff „Armut“ ist in seiner Definition nicht unumstritten. Bezogen auf die Sozialstruktur der Bundesrepublik Deutschland spielt „absolute Armut“, definiert als ein nach physiologischen Kriterien bestimmtes Existenzminimum, obwohl vorhanden, eine nur geringe Rolle. Das liegt nicht zuletzt daran, dass die hiervon Betroffenen nur sehr selten in die Stichprobe einschlägiger Erhebungen einbezogen sind. Absolute Armut ist offensichtlich mit Krankheit verbunden, da die Betroffenen nicht in der Lage sind, die grundlegenden körperlichen Bedürfnisse zu befriedigen. Hunger, Verwahrlosung, Wohnungslosigkeit, ungenügende Hygiene, mangelhafte Versorgung von Krankheiten und Verletzungen lassen schwere Erkrankungen, besonders Infektionen, zwangsläufig auftreten, die Lebenserwartung wird drastisch reduziert.

Dagegen spielt der Begriff „relative“ Armut“ eine große Rolle in der öffentlichen Diskussion. Armut wird dabei als extremste Ausprägung materieller und sozialer Ungleichheit bezeichnet. Der Lebensstandard von Personen oder Haushalten wird also im Verhältnis zu dem durchschnittlichen Lebensstandard der Gesamtbevölkerung betrachtet. Dieser Begriff wird in der Regel definiert, entweder als Mängellage mit einem Familieneinkommen von weniger als der Hälfte des durchschnittlichen Einkommens der Gesamtbevölkerung, oder einfach durch den Empfang von Hilfen nach dem Bundessozialhilfegesetz. Auch für diese betroffene Gruppe zeigen sich deutlich erhöhte Risiken in Bezug zu verschiedenen Gesundheitsbeeinträchtigungen. Dies gilt zugleich für die betroffenen Kinder.

In NRW ist das durchschnittliche verfügbare Einkommen der privaten Haushalte in den letzten 10 Jahren kontinuierlich angestiegen. Die Einkommensentwicklung liegt dabei etwa im Bundesdurchschnitt, in 1996 sogar etwas darüber. Betrachtet man jedoch die Einkommensentwicklung in den 90er Jahren bezogen auf die Haushaltsgröße, so fällt auf, dass das Einkommen von Ein-Personen-Haushalten wesentlich stärker angestiegen ist als das von Mehr-Personen-Haushalten, d.h. Familien.

Armut und Familie, dies zeigen alle vorliegenden Statistiken, rücken also immer näher zusammen. Betrachtet man einkommensarme Familien weiter nach ihrer Form und Größe, so zeigen sich deutlich benachteiligte Gruppen. Während 6,7 % der Paare mit einem Kind über ein Einkommen unterhalb von 50 % des durchschnittlichen Haushaltsnettoeinkommens verfügt, ist der Anteil von allein Erziehenden mit einem Kind mit 33 % fast fünf mal so hoch. Je mehr Kinder in der Familie sind, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit einer Einkommens-

armut. Von den Kindern, die mit beiden Eltern und einem Geschwisterkind zusammen leben, sind 9,8 % von Einkommensarmut betroffen, und wenn ein weiteres Geschwisterkind hinzukommt sind bereits 22,3 % davon betroffen. Von den Kindern allein erziehender Eltern mit einem oder zwei Geschwistern sind deutlich über 40 % betroffen (72 siehe auch 45).

Kinderreiche Familien, in denen drei oder mehr Kinder leben, tragen ein noch höheres Armutsrisiko. In Nordrhein-Westfalen waren das 1996 etwa 385.000 Familien, darunter etwa 10 % Ein-Eltern-Familien. Die Zahl der kinderreichen Familien hat in den 90er Jahren beständig abgenommen, aber seit wenigen Jahren steigt ihre Zahl wieder an. 51 % aller kinderreichen Familien mit drei und mehr Kindern sind Haushalte mit einem Arbeiter oder einer Arbeiterin als Haushaltsbezugsperson. Mütter weisen eine höhere Erwerbsbeteiligung auf als Frauen ohne Kinder. Unter alleinerziehenden Müttern ist eine nochmals erhöhte Erwerbsbeteiligung festzustellen. Diese gehorcht der Notwendigkeit, die Haushaltskosten bestreiten zu können. Relativ häufig werden kinderreiche Familien jedoch trotz Erwerbseinkommens sozialhilfebedürftig (45).

Der von der WHO unterstützte internationale Survey „Health Behaviour in School-Aged Children“ (HBSC) aus dem Jahr 1994, an dem 11- bis 15-Jährige in einer repräsentativen Stichprobe aus allen Schulen des Landes Nordrhein-Westfalen teilnahmen, zeigt, wie selbstberichtete Kopf- und Rückenschmerzen sowie ein als allgemein schlecht beschriebener Gesundheitszustand deutlich mit dem sozialen Status der Jugendlichen variiert. Während in der obersten, sozial privilegierten Gruppe 9 % der Jugendlichen häufig und in regelmäßigen Abständen unter Kopfschmerzen leiden, sind es in der Gruppe der sozial Benachteiligten 22 %. Häufige Rückenbeschwerden traten bei 16 % der Jugendlichen aus der Unterschicht auf, gegenüber von 7 % der Oberschichtangehörigen. Während sich nur 1 % der Jugendlichen aus einer sozial privilegierten Familie gesundheitlich extrem schlecht fühlte, waren es in der Gruppe der Benachteiligten 16 %. Auch in Bezug auf das Gesundheitsverhalten zeigen sich die erwarteten Sozialschichtunterschiede. Tägliches, zweimaliges Zähneputzen wird in der Gruppe der Privilegierten von 79 % praktiziert, während dies nur 64 % aus der Gruppe der Benachteiligten tun. In der Gesamtstichprobe sind es 74 %, die sich zweimal täglich die Zähne putzen. Auch regelmäßiger außerschulischer Sport wird von sozial Bessergestellten häufiger betrieben. So machten diese Angaben 48 % der privilegierten und 35 % der benachteiligten Personen. Hier liegt die Häufigkeit in der Gesamtstichprobe bei 42 %. Besonders deutlich sind die sozialen Unterschiede beim Zigarettenrauchen. Während 17 % aus der Gruppe der benachteiligten 11- bis 15-Jährigen regelmäßig rauchen, tun dies nur 7 % der sozial Privilegierten. Betrachtet man die 15-jährigen Mädchen allein, fällt der Unterschied noch größer aus (26).

Ähnliche Ergebnisse liefert auch eine repräsentative Studie, an der 9- bis 11-jährige Schülerinnen und Schüler aus Bielefelder Grundschulen teilgenommen haben. Auch hier zeigen sich gesundheitliche Beeinträchtigungen und gesundheitlich problematische Verhaltensweisen häufiger in der Gruppe der sozial Benachteiligten. Allerdings kehren die zunehmend häufiger beobachteten atopischen Erkrankungen den Zusammenhang von sozialer Lage und Krankheit in der Tendenz um. Asthmaerkrankungen und Neurodermitis werden im Allgemeinen häufiger bei Kindern aus sozial privilegierten Familien beobachtet (62). In einer Studie aus München konnte bei einer Differenzierung kindlichen Asthmas nach dem Schweregrad der Erkrankung aber gezeigt werden, dass bei Kindern, deren Eltern der unteren Schulbildungsgruppe angehören, schweres Asthma häufiger und lediglich leichtes Asthma seltener ist als bei Kindern, deren Eltern eine Fachhochschulreife oder das Abitur besitzen (43).

3.2 Regionale Unterschiede

In den Städten und Landkreisen in NRW ist der Anteil von Menschen in benachteiligten sozialen Lagen nicht gleich verteilt. Es ergibt sich ein deutliches Gefälle zwischen dem ländlichen Raum und den Städten. Dies lässt sich anhand der zur Verfügung stehenden Daten an der Verteilung der Sozialhilfeempfänger und der Arbeitslosenquote feststellen. In der nachfolgenden Tabelle werden beide Größen bezogen auf die Städte und Kreise in NRW dargestellt. Es wurde hier eine Rangfolge anhand der Zahl der Empfänger laufender Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz pro 1.000 Einwohner am Ende des Jahres 1998 gebildet.

Rang	Stadt/Landkreis	Sozialhilfeempfänger/1000E ¹	Arbeitslosenquote (%) ²
1	Dortmund	62,6	15,9
2	Krefeld	61,7	13,8
3	Mönchengladbach	61,3	12,7
4	Gelsenkirchen	59,8	17,9
5	Köln	59,5	13,1
6	Essen	54,3	12,9
7	Aachen	54,3	13,4
8	Düsseldorf	50,3	12,0
9	Duisburg	49,9	15,2
10	Wuppertal	49,0	11,4
11	Aachen (Kr.)	46,2	11,2
12	Bonn	45,5	7,8
13	Herne	45,4	16,1
14	Bielefeld	45,2	13,0
15	Hagen	42,9	12,6
16	Unna	42,3	12,3
17	Oberbergischer Kr.	42,2	9,4
18	Hamm	41,5	13,3
19	Münster	41,2	9,0
20	Recklinghausen (Kr.)	40,6	14,0
21	Oberhausen	39,8	13,7
22	Erftkreis (Kr.)	39,5	8,3
23	Bochum	39,3	13,2
24	Rhein-Sieg Kreis	38,4	7,5
25	Düren (Kr.)	37,0	9,3
26	Heinsberg (Kr.)	37,0	11,1
27	Mülheim a. d. Ruhr	35,5	10,6
28	Bottrop	34,5	13,8
29	Paderborn (Kr.)	34,3	9,7
30	Märkischer Kreis	34,2	9,4
31	Soest (Kr.)	32,9	8,9
32	Wesel (Kr.)	30,8	10,3
33	Hochsauerlandkreis	30,4	7,8
34	Siegen-Wittgenstein	29,0	8,6
35	Ennepe-Ruhr Kreis	29,0	10,8
36	Mettmann (Kr.)	27,7	7,8
37	Leverkusen	27,0	11,4
38	Euskirchen (Kr.)	26,4	7,3
39	Remscheid	25,5	9,7
40	Steinfurt (Kr.)	25,0	8,0
41	Lippe (Kr.)	25,0	9,2
42	Solingen	24,9	9,5
43	Warendorf (Kr.)	23,7	7,8
44	Neuss (Kr.)	22,9	8,4
45	Minden-Lübbecke (Kr.)	22,8	9,0

46	Borken (Kr.)	22,5	8,2
47	Kleve (Kr.)	22,5	9,7
48	Gütersloh (Kr.)	22,0	7,7
49	Coesfeld (Kr.)	21,3	7,0
50	Viersen (Kr.)	21,1	9,4
51	Rhein.-Berg. Kreis	21,0	8,9
52	Herford (Kr.)	21,0	8,8
53	Höxter (Kr.)	19,7	9,1
54	Olpe (Kr.)	11,0	6,8

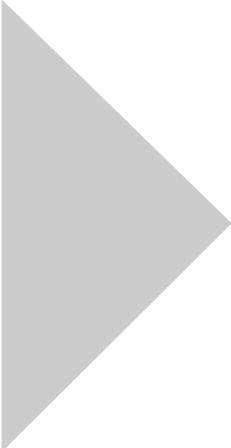
(1 = Empfänger laufender Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz je 1000 Einwohner, 31. 12. 1998)
(2 = Arbeitslosenquote insgesamt in %, Stichtag 30. 9. 1999)

Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Tabelle 1: Anteil der Sozialhilfeempfänger und Arbeitslosenquote in Städten und Kreisen, Nordrhein-Westfalen

Ebenfalls in Tabelle 1 dargestellt ist die Arbeitslosenquote am 30.9. des Jahres 1999. Da sich die dargestellten Zahlen zwar ständig verändern, im Verlauf eines Jahres aber um einen „wahren Wert“ schwanken, lassen sich diese Unterscheidungen als relativ stabil darstellen. In der tabellarischen Darstellung ergeben diese beiden Merkmale nicht die gleiche Rangfolge unter den Regionen, die Rangkorrelation beider Größen ist jedoch mit $r = .75$ sehr hoch.

Ebenso ergibt sich auf der Ebene der Städte und Kreise eine hohe Korrelation des Anteils der Sozialhilfeempfänger mit der durchschnittlichen Wohnungsgröße ($r = -.42$). Die Wohnungsgröße korreliert mit der Arbeitslosenquote sogar zu $r = -.67$. Das durchschnittlich verfügbare Einkommen der Einwohner ist jedoch weder mit der jeweiligen Arbeitslosenquote noch mit der Quote der Sozialhilfeempfänger assoziiert. In folgenden Teilen des Berichts werden, soweit entsprechende Daten vorliegen, die Einflüsse der sozialen Lage in den Städten und Kreisen auf gesundheitsbezogene Erscheinungen untersucht.



4 Zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen

**4.1 Gesundheitliche Lage der Neugeborenen
und Säuglinge (0 bis 1 Jahr)**

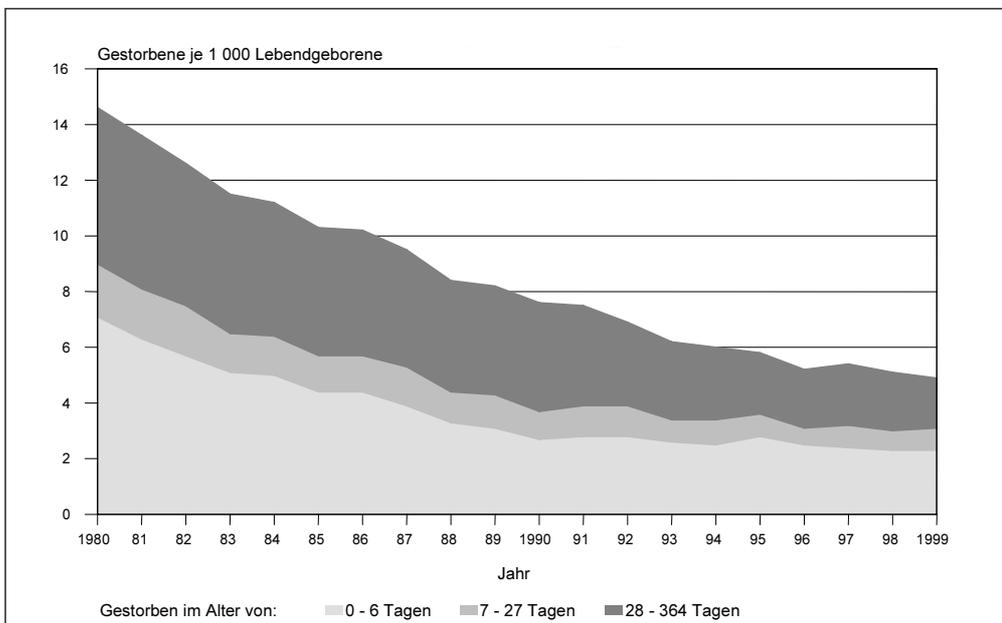
**4.2 Gesundheitliche Lage von Vorschulkindern
(1 bis 6 Jahre)**

**4.3 Gesundheitliche Lage von Schulkindern
(7 bis 17 Jahre)**

4.1 Gesundheitliche Lage der Neugeborenen und Säuglinge (0 bis 1 Jahr)

4.1.1 Mortalität

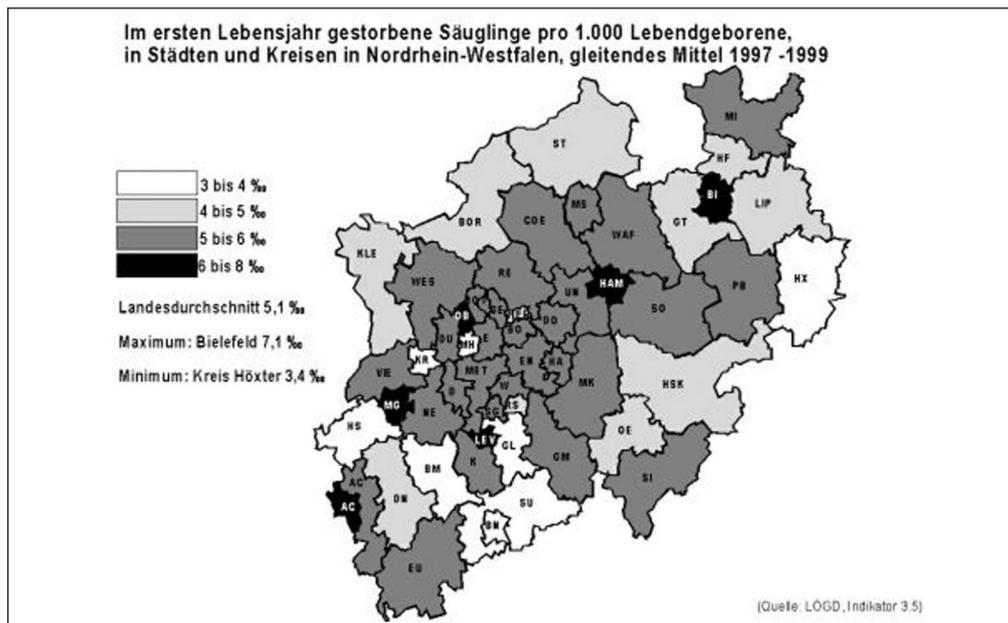
Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1.000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres. Lebendgeborene sind Kinder, bei denen nach der Trennung vom Mutterleib, unabhängig von der Schwangerschaftsdauer, entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat. Die Frühsterblichkeit bezieht sich auf verstorbene Säuglinge im Alter von 0 bis 6 Tagen, die Spätneonatalsterblichkeit auf verstorbene Säuglinge im Alter von 7 bis 27 Tagen. Die Postneonatalsterblichkeit oder Nachsterblichkeit bezieht sich auf verstorbene Säuglinge im Alter von 28 bis 364 Tagen.



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Grafik 3: Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene, NRW 1980 - 1999

Im Vergleich zu den 80er Jahren zeigt die Statistik einen deutlichen Rückgang der Säuglingssterblichkeit. Betrug die Quote der Frühsterblichkeit 1980 noch 7,1 je 1.000 Lebendgeborene, so reduzierte sich dies bis 1990 auf 2,7 %. 1999 betrug die Quote 2,3 %. In gleicher Deutlichkeit reduzierte sich die Quote der Postneonatalsterblichkeit von 5,6 in 1980 auf 3,9 in 1990 und 1,8 % in 1999. Die Spätneonatalsterblichkeit, die eine naturgemäß geringere Anzahl betrifft, sank in den 80er Jahren von 1,9 % auf 1,0 % und weiter auf 0,8 % in 1999. Der aus diesem Verlauf anzunehmende Trend zeigt eine weiterhin leicht abfallende Tendenz mit einer geringen Schwankung.



Grafik 4: Säuglingssterblichkeit in Städten und Landkreisen

Nach wie vor ergibt sich im Vergleich der einzelnen Regionen in NRW eine deutliche Variation der Säuglingssterblichkeitsquoten. Der mittlere Wert zwischen den Quoten der Jahre 1997 bis 1999 der gestorbenen Säuglinge lag in den Städten und Kreisen in NRW zwischen 3,4 ‰ im Kreis Höxter und 7,1 ‰ in Bielefeld mit einem Landesdurchschnitt von 5,1 ‰. Bei der Suche nach Erklärungen für diese Schwankungen zeigte sich ein statistischer Zusammenhang zwischen der Quote der weiblichen Sozialhilfeempfänger und der Säuglingssterblichkeit. Die Rangkorrelation über die Städte und Kreise in NRW beträgt hier $r = .34$. Mit anderen bekannten Faktoren konnten keine eindeutigen Zusammenhänge gefunden werden. Auch die Versorgungsdichte mit Gynäkologen und anderen relevanten Fachärzten ergab keinen Zusammenhang. Daraus lässt sich als Fazit ableiten, dass die Säuglingssterblichkeit unter anderem in direktem Zusammenhang mit der sozialen Lage der Bevölkerung steht.

Im Vergleich zum vorherigen Gesundheitsbericht aus dem Jahr 1995 hat sich die Rangfolge der Todesursachen nicht wesentlich verändert. Lediglich der Anteil der sonstigen, nicht kategorisierbaren Todesursachen hat sich von ca. 10 % auf unter 5 % verringert. Die häufigsten Todesursachen im ersten Lebensjahr ergeben sich, laut Landesstatistik, aus bestimmten Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit. Dies sind Erkrankungen, die sich aus Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen ergeben sowie Asphyxien, Atemstörungen und andere. Hierfür wurde ein Anteil von 38,2 % bei männlichen und 39,2% bei weiblichen verstorbenen Säuglingen ermittelt. Kongenitale Anomalien, angeborene Fehlbildungen also, waren bei 29,1 % der männlichen und 28,9 % der weiblichen verstorbenen Säuglinge die zweithäufigste Todesursache. An dritter Stelle der registrierten Todesursachen lagen unspezifische Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen, von denen 27,6 % der männlichen und 27,3 % der weiblichen verstorbenen Säuglinge betroffen waren.

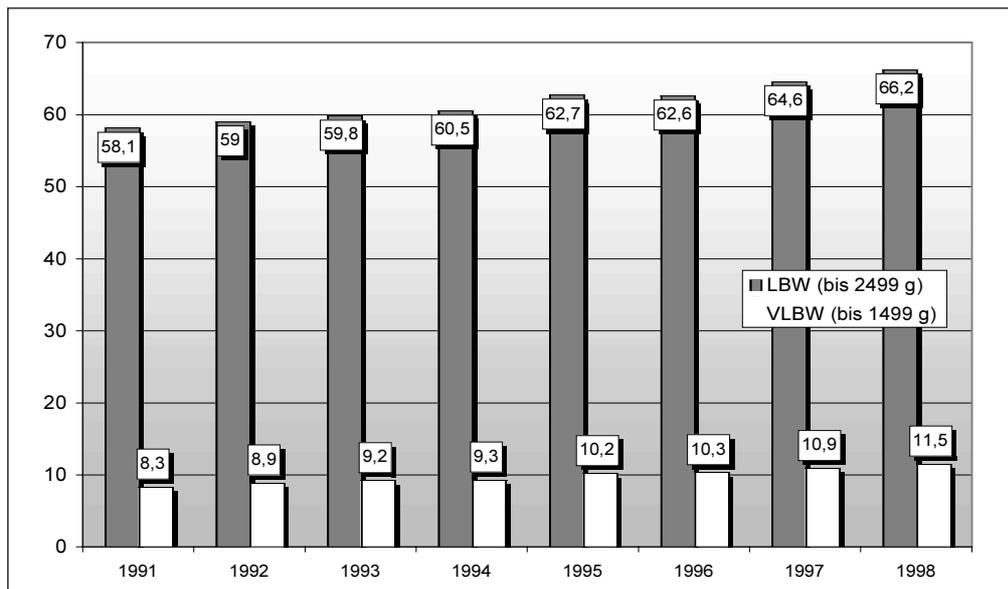
Zu dieser Gruppe gehört auch der plötzliche Kindstod (engl.: Sudden Infant Death, SID). Dieser Begriff bezeichnet unerwartet auftretende Todesfälle bei Säuglingen vom 7. Lebenstag bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahrs, bei denen auch eine Obduktion keine Befunde erbringt. Das Sterbealter zeigt dabei einen deutlichen Gipfel im 3. Lebensmonat (28). Die Inzidenz des SIDS liegt in den westlichen Industrieländern bei ca. 2 ‰ der Geburtskohorte. Die Inzidenz ist in der ersten Hälfte der 90er Jahre etwa um 50 % zurückgegangen. Sie hat sich in der zweiten Hälfte der 90er Jahre nur unwesentlich verändert. Laut amtlicher Statistik schwankten die Inzidenzraten von 1994 bis 1997 in NRW zwischen 1,6 und 1,8 ‰ bei männlichen sowie 1,0 und 1,2 ‰ bei weiblichen Säuglingen.

Eine gesicherte Ursache für das Auftreten von SIDS liegt bis heute nicht vor. Es handelt sich hier um ein multifaktoriell bedingtes Phänomen. Im Rahmen der westfälischen Kindstodstudie wurden verschiedene Risikofaktoren untersucht (28). Die Auswertung ergab u.a. ein signifikant erhöhtes Risiko für die Faktoren Bauchlage als Regel-Schlafposition des Kindes, Rauchen während der Schwangerschaft bzw. nach der Geburt und Stillverzicht. Ebenso wurden Zusammenhänge mit verschiedenen sozialen und sozioökonomischen Faktoren ermittelt. So trat der SID häufiger bei Müttern mit geringer Schulbildung, arbeitslosen Vätern, in kinderreichen Familien und bei jugendlichen Müttern auf. Auf der Basis des bisherigen Kenntnisstands hat das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in Nordrhein-Westfalen Empfehlungen für Verhaltensregeln veröffentlicht, die dazu beitragen, das Risiko für den plötzlichen Kindstod zu senken (46).

4.1.2 Morbidität

Das größte Sterbe- und Erkrankungsrisiko für Säuglinge ergibt sich aus der Frühgeburt. Als früh geboren werden Säuglinge bezeichnet, die vor der Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen. Diese sind in der Regel untergewichtig, weshalb das eindeutig bestimmbare Geburtsgewicht auch hilfswiese zur Klassifizierung genutzt wird. Ein niedriges Geburtsgewicht bedeutet zwar nicht zwangsläufig eine Frühgeburt. Jedoch tragen auch Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht ein erhöhtes Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko, wenn sie nach der 37. Schwangerschaftswoche geboren werden. Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 2.500 Gramm werden als Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht (Low Birth Weight Infants, LBW) bezeichnet. Liegt das Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm, so spricht man von sehr niedrigem Geburtsgewicht (Very Low Birth Weight Infants, VLBW). Für beide Gruppen besteht ein erhebliches Risiko des Auftretens von Komplikationen in der Perinatalphase, d.h. der Zeitraum zwischen dem Ende der 28. Schwangerschaftswoche und dem 7. Lebenstag, und danach (Postnatalphase).

Die Häufigkeiten des Auftretens von beiden Gewichtsklassen ist in den 90er Jahren kontinuierlich gestiegen. Im Jahr 1998 kamen in NRW 66,2 ‰ der Lebendgeborenen als Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht (LBW) zur Welt. Im Jahr 1991 waren es noch 58,1 ‰. Die Rate der Kinder mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW) lag 1998 bei 11,5 ‰. Auch hier waren es 1991 noch 8,3 ‰.

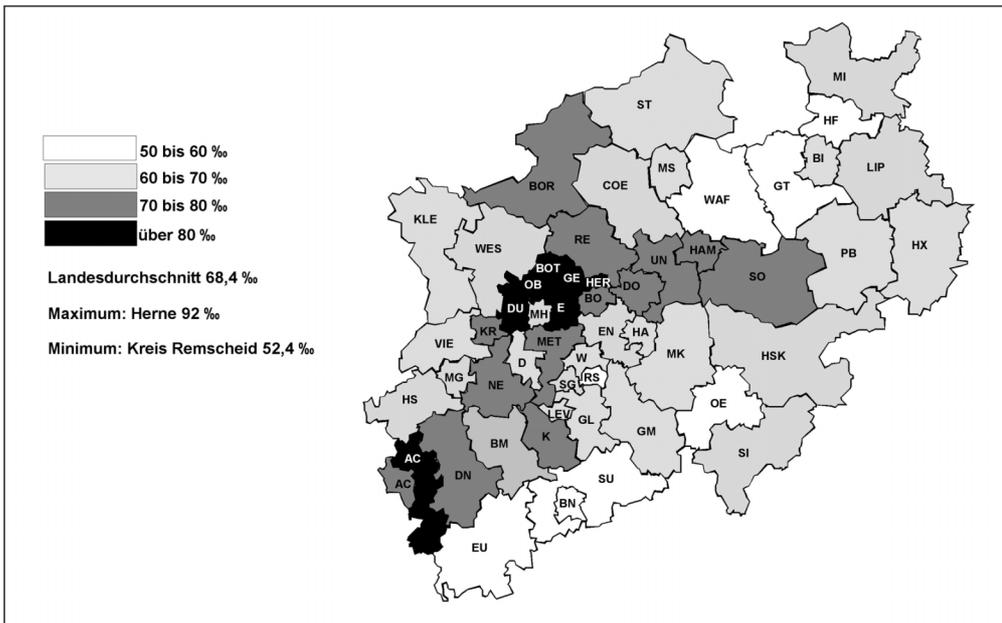


Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Grafik 5: Untergewichtig Lebendgeborene, je 1.000 Lebendgeborene, Nordrhein-Westfalen 1991 bis 1998

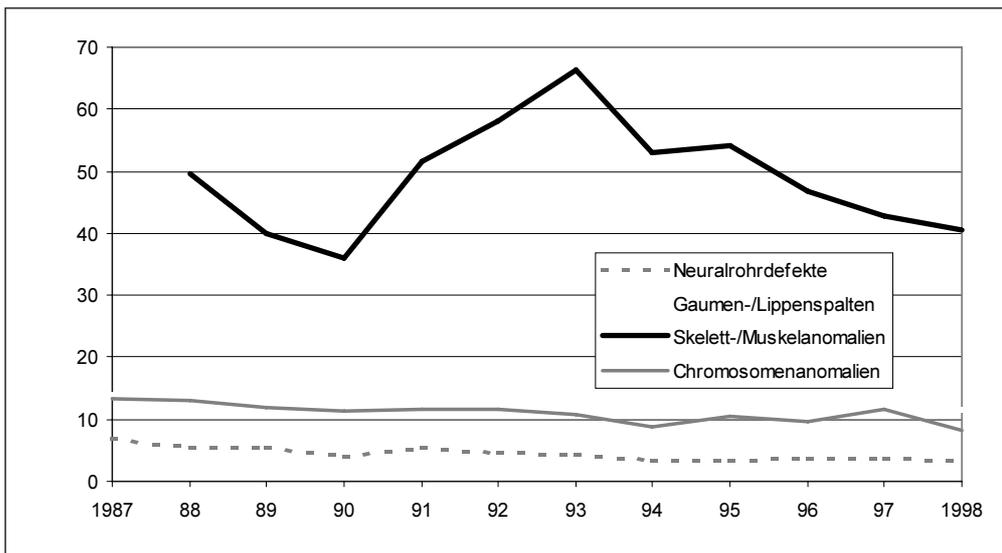
Der Anstieg der untergewichtigen Neugeborenen bzw. der Frühgeborenen ergibt sich aus den veränderten Lebensumständen von Frauen. Daten aus dem Land Baden-Württemberg zeigen, dass erwerbstätige Frauen ein um 30 % erhöhtes Risiko haben, ein Kind mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm zur Welt zu bringen. Um 60 % ist das Risiko erhöht, wenn die Mutter im Alter von 35 bis 39 Jahren alt ist. Jüngere Mütter haben kein erhöhtes Risiko (67). In NRW, wie auch im gesamten Bundesgebiet, hat sich in den 90er Jahren das Durchschnittsalter der Mütter deutlich verschoben. Lag das Durchschnittsalter im Jahr 1985 noch bei 27 Jahren, so stieg es bis zum Jahr 1999 auf 29,4 Jahre an.

Die Inzidenz von Geburtsuntergewicht in beiden Kategorien unterscheidet sich erheblich in den Städten und Kreisen des Landes. Die Raten des LBW schwanken von 52,4 % im Kreis Remscheid bis zu 92 in der Stadt Herne (Landesdurchschnitt 68,4 %). Für das Geburtsuntergewicht lässt sich hier ein starkes Gefälle zwischen ländlichen und städtischen Gebieten ableiten. Ein Vergleich hinsichtlich sozio-ökonomischer Parameter zeigt einen deutlichen statistischen Zusammenhang zwischen der Arbeitslosenquote in den Städten und Kreisen ($r = .624$) und dem Anteil der weiblichen Sozialhilfeempfänger ($r = .514$). In Städten und Regionen mit einer hohen Anzahl an sozial Benachteiligten ist damit das Risiko für Frühgeburten und Geburtsuntergewicht erheblich erhöht.



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Indikator 3.39a

Grafik 6: Untergewichtig Lebendgeborene (bis 2499 g) je 1.000 Lebendgeborene, in Städten und Landkreisen in Nordrhein-Westfalen, 1999



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Grafik 7: Ausgewählte erkannte Fehlbildungen bei Lebendgeborenen NRW 1987 - 1998, je 10.000 Lebendgeborene

Verbesserte diagnostische Verfahren in der Medizin zusammen mit einer Tendenz hin zur geplanten Schwangerschaft führte in den 90er Jahren zu einer leichten Abnahme der Neugeborenen mit angeborenen Behinderungen. So hat die Inzidenz von Neuralrohrdefekten wie etwa Anenzephalie und Spina bifida von 6,9 Fällen pro 10.000 Lebendgeborenen in 1987 kontinuierlich auf 3,3 Fälle abgenommen. Gaumen- und Lippenpalten sowie Chromosomenanomalien wie etwa das Down-Syndrom haben ähnliche Inzidenzraten. Diese nahmen von 1987 bis 1998 von etwa 14 Fällen pro 10.000 auf 11,6 Fälle ab. Weniger eindeutig stellt sich die Entwicklung bei der Häufigkeit von Skelettanomalien dar. Diese Fehlbildungen an Knochen, Gelenken oder Muskeln sind nach wie vor mit 40,4 Fällen auf 10.000 Lebendgeborene die häufigste Erscheinung. Die Zunahme der angeborenen Fehlbildungen der Knochen, Gelenke und Muskeln ab dem Jahr 1990 mit einem Maximum im Jahr 1993 wird hier im Wesentlichen auf die Einführung des flächendeckenden neonatalen hüftsonographischen Screenings zurückgeführt (5).

4.2 Gesundheitliche Lage von Vorschulkindern (1 bis 6 Jahre)

4.2.1 Mortalität

Verglichen mit der Sterblichkeitsrate im ersten Lebensjahr ist die Sterblichkeit bei Vorschulkindern relativ gering. Lag 1998 die Quote der im ersten Lebensjahr Verstorbenen bei 554,2 Jungen (pro 100.000 Einwohner der Altersgruppe) und 444,4 Mädchen, so waren es im Alter von 1 bis 4 Jahren noch 29,5 Jungen und 19,8 Mädchen je 100.000 Einwohner der Altersgruppe. In der nächsten berichteten Altersgruppe der 5- bis 9-Jährigen waren es noch 12,6 Jungen und 9,2 Mädchen. Im Jahr 1998 verstarben insgesamt 114 Jungen und 73 Mädchen im Alter von 1 bis 4 Jahren. Seit 1995 haben sich diese Raten nicht wesentlich verändert. Nach wie vor ist die Sterblichkeit unter den Jungen jedoch deutlich höher als unter den Mädchen. Die häufigste Todesursache sind unfallbedingte Verletzungen und Vergiftungen.

4.2.2 Morbidität

Nach Vollendung des ersten Lebensjahres bestehen die typischen Gesundheitsprobleme neben den Verletzungen und Vergiftungen, die die Mortalitätsstatistik anführen, überwiegend in Infektionen. In dieser Phase werden in der Regel die so genannten Kinderkrankheiten durchgemacht. Eine wachsende Bedeutung erhalten jedoch auch Hauterkrankungen, wie etwa Ekzeme, deren Prävalenz in den Kindergartenuntersuchungen mit 1,5 % bei Jungen und 1,9 % bei Mädchen ermittelt wurde.

Über die allgemeine Morbidität des Vorschulalters liegen für Nordrhein-Westfalen nur sehr wenige epidemiologische Daten vor. Anhaltspunkte über die Verbreitung von Entwicklungsverzögerungen, funktionellen Beeinträchtigungen und anderen Erkrankungen liefern die Untersuchungen in Kindergärten und insbesondere die Einschulungsuntersuchungen. Grundlage der Ausführungen auf den nachfolgenden Seiten hierzu sind die Daten, die ca. 80 % der Kommunen in Nordrhein-Westfalen dem Iögd übermitteln. Diese Kommunen orientieren sich bei ihren Untersuchungen am Standard des „Bielefelder Modells“. Die Kindergartenuntersuchungen sind nur bedingt repräsentativ für die gesamte Population, da die Untersuchungen nur diejenigen Kinder einbeziehen, die einen Kindergarten besuchen. Zudem wurde die Untersuchung nur in wenigen Städten und Kreisen durchgeführt.

Im Jahr 2000 wurden zur Kindergartenuntersuchung insgesamt 17 549 Kinder vorgestellt, darunter 9 101 Jungen und 8 448 Mädchen. Dies sind etwa 10 % der Geburtskohorte. 54,1 % der untersuchten Kinder blieben dabei ohne Befund. In Tabelle 2 sind die ermittelten Befunde aus dem Jahr 2000 dargestellt. Die Untersuchungen wurden nicht in allen Regionen in gleicher Weise durchgeführt, sodass in der folgenden Tabelle die aufgeführten Störungen unterschiedliche Bezugsgrößen haben. Da sich die Daten der Kindergartenuntersuchung zudem nur auf ausgewählte Kommunen Nordrhein-Westfalens beziehen, ist die Repräsentativität eingeschränkt.

In den Untersuchungen wurden die Kinder bezüglich funktioneller Beeinträchtigungen und Entwicklungsverzögerungen sowie auf akute und chronische Erkrankungen untersucht. Die Ergebnisse zeigen eine funktionelle Beeinträchtigung der Augen bei etwas mehr als jedem zehnten Kind. Eine Herabsetzung der Sehschärfe wurde bei ca. 14 % der Jungen und Mädchen diagnostiziert. Etwas mehr als die Hälfte (ca. 7 %) der betroffenen Kinder war deswegen in Behandlung. Schielen wurde bei 2,6 % der Jungen und 2,1 % der Mädchen gefunden. 1,5 % der Jungen und 1,2 % der Mädchen waren deswegen in Behandlung. Eine Farbsinnstörung wurde bei 1,0 % der Jungen entdeckt. Funktionelle Beeinträchtigungen des Hörvermögens wurden bei 7,4 % der Jungen und 6,6 % der Mädchen entdeckt. Weniger als ein Viertel der Kinder mit diesem Befund war in Behandlung.

Ausgewählte Befunde	Jungen		Mädchen	
	mit Befund (%)	z. Z. in Behandlung (%)	mit Befund (%)	z. Z. in Behandlung (%)
Herabsetzung der Sehschärfe	13,8	6,9	14,7	6,7
Schielen	2,6	1,5	2,1	1,2
Farbsinnstörung	1,0	0	0	0
Hörstörung	7,4	1,3	6,6	1,3
Haltungsschwächen	2,3	0	2,2	0,1
Fußschäden	2,0	0,5	1,1	0,3
Skoliose	0,4	0,1	0,5	0,1
Sprachstörung	20,3	7,2	13,0	3,9
Koordinationsstörungen	8,7	2,8	3,1	0,9
Verhaltensauffälligkeit	4,5	0,6	2,2	0,3

Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Tabelle 2: Ergebnisse der standardisierten Untersuchungen in Kindergärten, NRW 2000: Funktionelle Beeinträchtigungen, Auffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen

2,3 % der Jungen und 2,2 % der Mädchen fielen in den Untersuchungen mit Haltungsschwächen auf. Nur sehr wenige dieser Kinder waren aus diesem Grund in Behandlung. Fußschäden wurden bei 2,0 % der Jungen und 1,1 % der Mädchen diagnostiziert. Hier war die Rate derjenigen, die in Behandlung sind, mit etwa einem Viertel bei Jungen und einem Drittel der Mädchen wesentlich höher. Eine Skoliose wurde bei etwa 0,5 % der Mädchen und Jungen festgestellt. Auch hier wurden nur sehr wenige betroffene Kinder behandelt.

Auffällig häufig wurden in den Untersuchungen Sprachstörungen diagnostiziert. Hiervon waren 20 % der Jungen und 13 % der Mädchen betroffen. Lediglich etwa ein Viertel dieser Kinder war deswegen in Behandlung. Sprachstörungen sind hier in erster Linie als Entwicklungsverzögerungen anzusehen, die im Verlauf der weiteren Entwicklung häufig aufgeholt werden können. Jedoch ist die Häufigkeit dieses Befundes als Alarmzeichen zu deuten.

Psychomotorische Koordinationsstörungen wurden ebenfalls mit erschreckender Häufigkeit gefunden. Jungen waren hier zu 8,7 %, während unter den Mädchen nur 3,1 % betroffen waren. Auch mit diesem Befund waren nur etwa ein Drittel der Kinder in Behandlung. Auch eine Verhaltensauffälligkeit wurde bei Jungen mit 4,5 % häufiger gefunden als bei den Mädchen mit 2,2 %. Die Diagnose ist hier jedoch möglicherweise auch durch geschlechtsspezifische Verhaltensmuster bedingt.

Die Ergebnisse der Untersuchungen im Kindergarten machen deutlich, dass ein nicht unbedeutender Teil der Kinder unter mittleren bis schweren funktionellen Störungen oder Teilleistungsschwächen leidet bzw. von Entwicklungsverzögerungen betroffen ist. Eine rechtzeitige Entdeckung und eine eingehende Beratung der Eltern sowie das Einleiten kompensatorischer Behandlung führt gerade in dieser Altersgruppe zu gutem Erfolg.

Die Anzahl der erhobenen Befunde belegt die Notwendigkeit solcher Untersuchungen als Bestandteil der Vorsorge.

Die Kinder mit einer so genannten Teilleistungsschwäche (TLS) und die betroffenen Familien sind vielschichtigen Belastungen ausgesetzt. Bereits die Feststellung einer TLS konfrontiert die Betroffenen mit grundsätzlichen Fragen zur Normalität des Kindes und zu vermeintlichen oder tatsächlichen Erziehungsdefiziten. In vielen Fällen wird das Problem verstärkt und notwendige Förderung verhindert durch unklare Zuständigkeiten und Finanzierungen bei den Hilfen für solche Kinder. Hier ist ein klarer Bedarf hinsichtlich der Symptomdefinitionen und

damit der entsprechenden Zuweisungsprozesse zu den Hilfeinstanzen, wie auch in Bezug zu übergreifenden Finanzierungsformen der Hilfen und Kooperationen der Hilfeanbieter festzustellen.

Die obligatorischen Untersuchungen der Schulanfänger auf ihre Schulfähigkeit wurde im Jahr 2000 bei insgesamt 158 104 Kindern in Nordrhein-Westfalen nach dem „Bielefelder Modell“ durchgeführt. Einschränkungen in der Ergebnisinterpretation ergeben sich z.B. daraus, dass Kinder, die über die Sonderschulaufnahmeverfahren eingeschult werden, nicht enthalten sind. Nicht alle Kommunen erheben das volle Befundspektrum des „Bielefelder Modells“. Daraus ergeben sich für die einzelnen Befunde unterschiedliche Fallzahlen und damit ggf. eine eingeschränkte Repräsentativität.

Ausgewählte Befunde	Jungen		Mädchen	
	mit Befund (%)	z. Z. in Behandlung (%)	mit Befund (%)	z. Z. in Behandlung (%)
Herabsetzung der Sehschärfe	17,1	9,5	17,5	9,4
Schielen	2,9	1,9	2,7	1,8
Farbsinnstörung	3,2	0	0,2	0
Hörstörung	6,7	2,2	7,1	2,1
Adipositas	4,8	– *	4,4	– *
Haltungsschwäche	5,4	0,4	5,7	0,3
Fußschäden	3,9	1,5	2,7	0,9
Skoliose	1,5	0,5	2,3	0,5
Sprachstörung	18,3	8,8	11,7	4,9
Koordinationsstörungen	18,9	5,3	7,7	1,6
Verhaltensauffälligkeit	7,4	1,6	4,0	0,6

* Wert konnte nicht berechnet werden

Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Tabelle 3: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen, NRW 2000: Funktionelle Beeinträchtigungen, Auffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen

Bei etwa 17 % der schulpflichtigen Jungen und Mädchen wurde in der Schuleingangsuntersuchung 2000 eine Herabsetzung der Sehschärfe festgestellt. Etwas mehr als die Hälfte war deshalb in Behandlung. Circa 3 % der Kinder schielten. Etwa 3 % der Jungen fielen durch eine Störung des Farbsinnes auf, während bei den Mädchen dieses Phänomen mit 0,2 % erwartungsgemäß eher selten ist. Bei rund 7 % der Jungen und Mädchen wurde eine Herabsetzung des Hörvermögens diagnostiziert. Rund 2 % der Kinder befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt in ärztlicher Behandlung.

Mangelnde Bewegungsräume für das frühe Training der körperlichen Konstitution scheinen hier bei einem wachsenden Anteil der Kinder zu auffälligen Entwicklungsdefiziten zu führen. Dies zeigt sich besonders in den Befunden zur psychomotorischen Koordinationsfähigkeit. Bei 18,9 % der Jungen und 7,7 % der Mädchen wurden Auffälligkeiten bei der Untersuchung festgestellt.

Etwa jedes vierte der betroffenen Kinder war deswegen in Behandlung. Der große Geschlechtsunterschied in der Häufigkeit dieses Befundes ist überraschend. Dieser Unterschied kann bislang nicht erklärt werden. Gründe könnten in der früheren körperlichen Reifung bei den Mädchen oder der veränderten Aufmerksamkeit der Eltern liegen. Für eine genaue Untersuchung diese Phänomens liegen jedoch zur Zeit keine Daten vor.

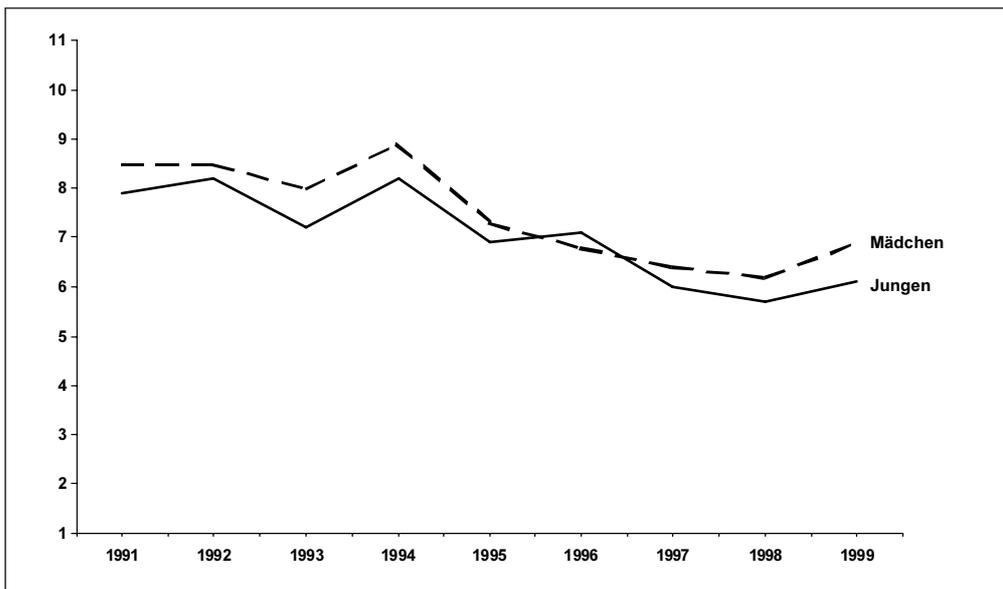


Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Grafik 8: Häufigkeiten der Befunde zu Koordinations- und Sprachstörungen bei Jungen und Mädchen. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen NRW 1991 bis 1999 in Prozent

Der Vergleich der dokumentierten Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 1991 bis 1999 zeigt eine deutliche Zunahme dieses Befundes sowohl für Jungen als auch für Mädchen.

Ähnlich deutlich wie bei den Koordinationsstörungen verteilen sich auch die geschlechtsbezogenen Häufigkeiten der Befunde zu Sprachstörungen. Diese Defizite wurden bei 18,3 % der Jungen und 11,7 % der Mädchen festgestellt. Knapp die Hälfte dieser Kinder war zum Untersuchungszeitpunkt in Behandlung. Auch hier zeigt der Vergleich der Befunde aus den Schuleingangsuntersuchungen während der 90er Jahre eine deutliche Zunahme. Die Entwicklung der sprachlichen Fähigkeiten der Kinder erscheint in zunehmendem Maße verzögert durch einen verstärkten Konsum von Medien und die damit im Zusammenhang stehende mangelnde Schulung des Sprachvermögens im Gespräch. Diese Defizite können in der überwiegenden Zahl der Fälle im Verlauf der ersten Schuljahre kompensiert werden. Dennoch erschweren sprachliche Störungen das Erlernen der Schrift und des Lesens.

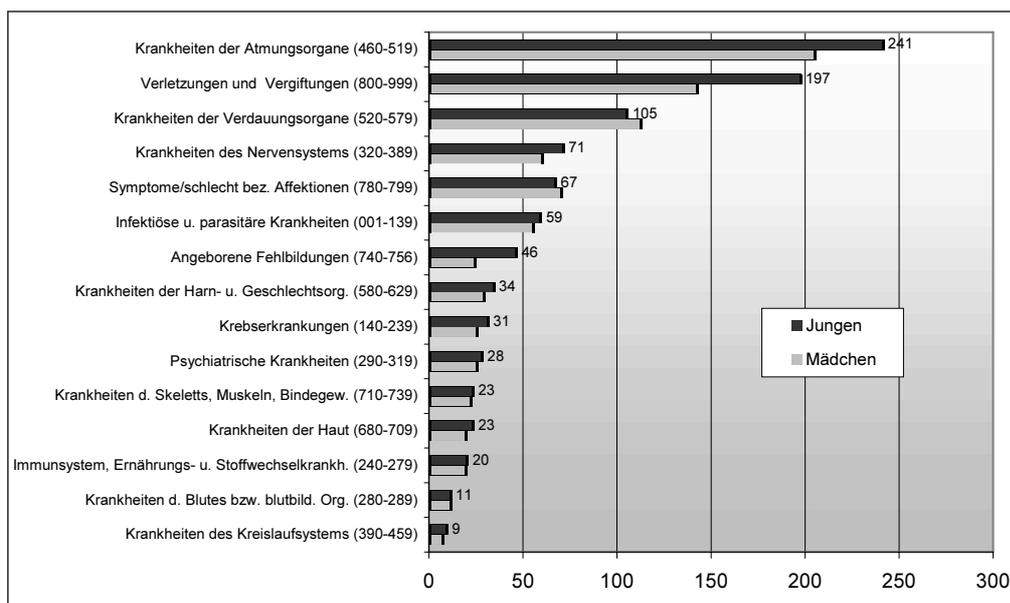


Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Grafik 9: Häufigkeiten des Befundes Haltungsschwäche bei Jungen und Mädchen.
Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen NRW 1991 bis 1999 in Prozent

Haltungsschwächen betrafen 5,4 % der Jungen und 5,7 % der Mädchen. Diese funktionellen Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates werden in der überwiegenden Zahl der Fälle durch eine mangelnde oder einseitige Bewegung und die damit verbundene schwache Ausprägung der Muskulatur hervorgerufen. Der Vergleich der Befunde zeigt im Verlauf der 90er Jahre einen Rückgang dieser Beeinträchtigung. Haltungsschwächen sind in der Regel minimale Auffälligkeiten an der Wirbelsäule, die nur selten prognostisch relevant sind. So werden sie auch nur in wenigen Fällen von den Eltern oder den Haus- und Kinderärzten entdeckt und einer Behandlung zugeführt. Etwas anders ist dies bei den stark beeinträchtigenden Schäden an den Füßen, die bei 3,9 % der Jungen und 2,7 % der Mädchen gefunden wurden. Von diesen wurde knapp ein Drittel behandelt. Bei 4,8 % der Jungen und 4,4 % der Mädchen wurde eine Adipositas festgestellt. (Body-Mass-Index oberhalb der 97sten Perzentile.) (Kromeyer-Hauschild u. a., 2001, (80)). Eine Skoliose wurde bei 1,5 % der Jungen und 2,3 % der Mädchen gefunden. Insgesamt zeigen diese Ergebnisse ein deutliches Defizit in der kindlichen Förderung.

Der Befund Verhaltensauffälligkeit, der bei 7,4 % der Jungen und 4,0 % der Mädchen festgestellt wurde, bezeichnet eine Gruppe von Störungen, deren Diagnose als diffus zu bezeichnen ist. Darunter fallen Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsdefizite und Aggressivität genau so wie Lethargie und Ängste. Weniger als die Hälfte der Kinder aus der Alterskohorte wurden auf Verhaltensauffälligkeiten hin untersucht, sodass die Zahlen hier als wenig verlässlich anzusehen sind.



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Grafik 10: Stationär behandelte Kinder (je 10.000 Kinder im Alter von 1 bis 14 Jahren) nach Diagnosen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1998

Das Vorkommen klinisch relevanter Erkrankungen im Kindesalter wird aus den registrierten Krankenhausfällen deutlich. Hier zeigt sich eine Rangfolge bedeutsamer Krankheitsgruppen, die 1998 in nordrhein-westfälischen Krankenhäusern bei Kindern im Alter von 1 bis 14 Jahren stationär behandelt wurden. Erkrankungen der Atmungsorgane und Verletzungen und Vergiftungen sind dabei die häufigsten Diagnosen. Erkrankungen der Verdauungsorgane nehmen den dritten Platz ein. Ebenfalls etwa gleich häufig wurden Krankheiten des Nervensystems, unspezifische Symptomatiken und schlecht bezeichnete Affektionen sowie infektiöse und parasitäre Erkrankungen behandelt. Alle übrigen hier aufgeführten Diagnosen sind, bezogen auf die gesamte Alterspopulation, von untergeordneter Bedeutung. Diese Statistik gibt jedoch nicht eindeutig das Krankheitsgeschehen im Kindesalter wieder, da nur Fallzahlen und keine Prävalenzen vorliegen. Weitere Aufschlüsse über das Krankheitsgeschehen bei Kindern müssten aus Daten der ambulanten Versorgung gewonnen werden. So sind etwa Erkrankungen der Haut durchaus epidemiologisch relevant, werden jedoch überwiegend ambulant behandelt.

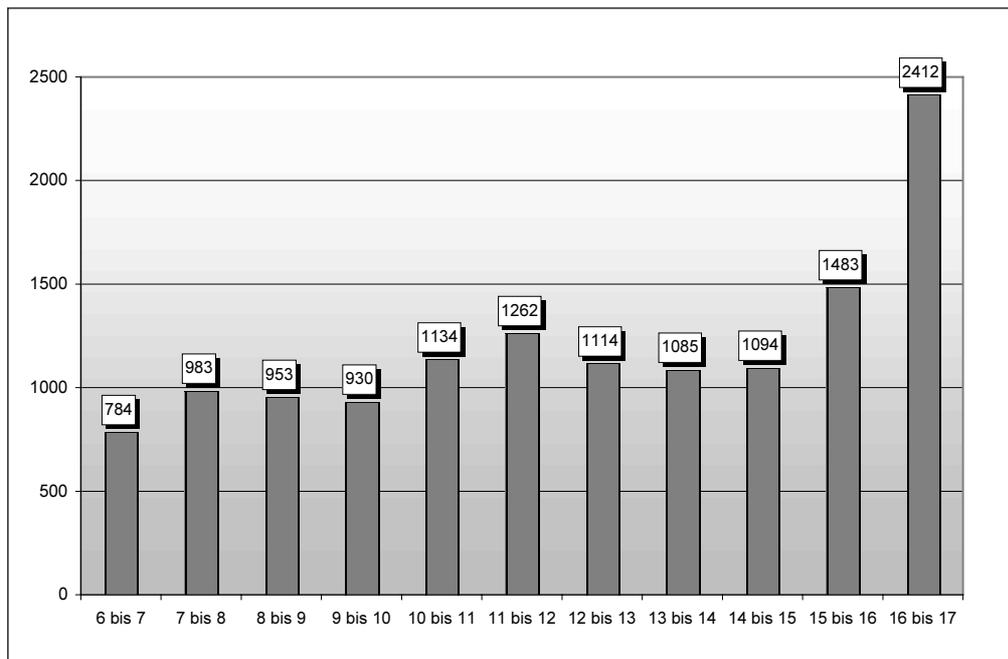
4.3 Gesundheitliche Lage von Schulkindern (7 bis 17 Jahre)

4.3.1 Mortalität

Die Mortalitätsraten für Kinder im Schulalter sind seit den 80er Jahren auch in NRW gesunken. Teilt man die Gruppe der Schulpflichtigen weiter in einzelne Altersgruppen und nach Geschlecht auf, so zeigt sich, dass das Sterberisiko auch innerhalb dieser jungen Population nicht gleich verteilt ist. Generell ist die Rate bei Jungen etwas höher als bei den Mädchen. Während für Mädchen und Jungen das Risiko in den Altersgruppen von fünf bis neun Jahren etwa gleich hoch ist, zeigt sich für die 15- bis 19-Jährigen eine um etwa das Dreifache erhöhte Rate. Dieses Verhältnis ist seit den 80er Jahren nahezu unverändert. Auch im Schulalter ist der Unfalltod die häufigste Todesursache. Die aktivere Teilnahme am Straßenverkehr ab dem 15. Lebensjahr ist damit auch der Grund für den sprunghaften Anstieg der Todesfälle. An zweiter Stelle der Todesursachen stehen bösartige Neubildungen, an dritter Stelle angeborene Fehlbildungen und an vierter Stelle Krankheiten des Kreislaufsystems.

Ebenso spielen jedoch auch Suizide eine zunehmende Rolle für die Jugendlichen. Bundesweit waren 1998 in der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen etwa 7,6 % der Todesfälle auf Selbstmord zurückzuführen. In der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen waren es sogar ca. 13,6 %.

Nordrhein-Westfalen als bevölkerungsreichstes Bundesland verzeichnete im Jahr 1999 die deutlich größte Zahl an Unfällen, bei denen Kinder verletzt oder getötet wurden. Insgesamt ist jedoch die Anzahl der durch Unfälle getöteten Kinder und Jugendlichen seit zehn Jahren rückläufig. Waren es 1987 noch 10,1 je 100.000 der Altersgruppe zwischen 0 und 14 Jahren, so sank diese Rate bis zum Jahre 1998 bis auf 4,02 und bis zum Jahr 1999 auf 3,9 je 100.000 (Statistisches Landesamt NRW). Ein Altersvergleich der im Straßenverkehr verunglückten und dabei verletzten oder getöteten Kinder und Jugendlichen zeigt, dass auch hier bestimmte Altersgruppen ein erhöhtes Risiko aufweisen. Im Jahr 1999 wurden 784 Kinder im Alter von 6 Jahren in Verkehrsunfällen geschädigt. Unter den 7-Jährigen waren es 983. Die Zahl nimmt dann bei den Kindern im weiteren Grundschulalter wieder leicht ab, um dann zum Schulwechsel bei den 11- bis 12-Jährigen wieder auf 1.262 Fälle anzusteigen. Für die weiteren Altersgruppen in der Sekundarstufe 1 sind dann wieder geringere Zahlen zu beobachten, bis dann für die 15- bis 16-Jährigen ein Anstieg auf 1.483 Fälle und weiter bei den 16- bis 17-Jährigen sogar 2.412 Fälle registriert wurden. Diese Statistik zeigt, dass das Alter der Einschulung und des Wechsels auf eine neue Schule mit einem erhöhten Risiko im Straßenverkehr einher gehen. Die Einstellung auf einen neuen Schulweg und möglicherweise auf ein neues Verkehrsmittel tragen zu diesem Phänomen bei. Ein drastischer Anstieg des Risikos ergibt sich dann für diejenigen Jugendlichen, die aufgrund ihres Alters selbstständig am motorisierten Verkehr teilnehmen, indem sie die Fahrerlaubnis für Mofas oder Motorroller erwerben.



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Grafik 11: Im Straßenverkehr verunglückte (getötete und verletzte) Kinder und Jugendliche nach Alter, Nordrhein-Westfalen, 1999

4.3.2 Morbidität

Das allgemeine Krankheitsgeschehen von Kindern und Jugendlichen im schulpflichtigen Alter ist für die Mehrheit der Kinder im Wesentlichen geprägt durch drei Gruppen von Erkrankungen. Zunächst die für das Schulkindalter typischen akuten Erkrankungen (z.B. Erkältungskrankheiten), aber auch die so genannten „Kinderkrankheiten“, also Infektionen mit Masern, Mumps, Röteln, Windpocken oder Pertussis. Über die aktuelle Verbreitung dieser Erkrankungen bestehen leider keine fortlaufenden Statistiken. Ein wachsender Anteil der Kinder ist zudem von chronischen Erkrankungen betroffen, wie etwa die atopische Dermatitis, Asthma bronchiale und verschiedene Ausprägungen von Allergien. Dieser Gruppe von Erkrankungen wird an anderer Stelle dieses Berichts ein gesonderter Abschnitt gewidmet. Zum Dritten sind dies verschiedene Befindlichkeitsstörungen, die sich als psychosomatische Reaktion auf Stress in der Lebenswelt der Kinder ergeben. Hierzu liegen einige Studien vor, die sich überwiegend auf Selbstberichte der Kinder und Jugendlichen beziehen.

In einer Studie zur Gesundheit von Grundschulern aus dem Jahr 1996, die sich auf das Stadtgebiet von Bielefeld erstreckte, wurden die Eltern von Viertklässlern nach prävalenten Gesundheitsbeeinträchtigungen und den damit verbundenen Arztbesuchen der Kinder, bezogen auf die letzten sechs Monate, befragt. Wie erwartet, standen Erkältungskrankheiten mit 59 % an der Spitze der berichteten Erkrankungen. 21,8 % der Kinder hatten Warzen, die zum überwiegenden Teil zu der Konsultation eines Arztes Anlass gaben. 18,2 % der Kinder litten unter Magenbeschwerden, 14,3 % unter Gelenkbeschwerden. Bei diesen Gesundheitsstörungen wurde in weniger als der Hälfte der Fälle ein Arzt aufgesucht. Mittelohrentzündungen traten bei 9,3 %

der Kinder auf und wurden in der überwiegenden Zahl durch einen Arzt behandelt. 7,5 % der Kinder klagten über Rückenschmerzen. Dies war jedoch nur bei etwa einem Drittel der Fälle Anlass für einen Arztbesuch. Ein Anteil von 6,8 % litt unter Verdauungsbeschwerden, die ebenfalls lediglich bei einem Drittel der Fälle dem Arzt vorgestellt wurde. Parasiten wie etwa Läuse, Pilzbefall und Ähnliches kam bei 6 % der Kinder vor. Dies führte in der überwiegenden Zahl der Fälle zum Arztbesuch. Augenentzündungen kamen bei 5,5 % der Kinder vor. 4,4 % der Kinder waren nach Einschätzung der Eltern übergewichtig, wobei diese Einschätzung nicht durch Gewichtsangaben überprüft wurde. 4,1 % litten unter Blasenentzündungen, 3,3 % hatten Kreislaufprobleme und bei 3 % der Kinder gaben die Eltern Enuresis an. In nur geringen Häufigkeiten wurden Untergewicht, Gelbsucht, Vergiftungen und zystische Gewebsveränderungen angegeben. 0,2 % der Kinder waren Diabetiker (27).

Die Kinder selbst wurden in der Studie nach dem Auftreten von Bauch- und Kopfschmerzen gefragt. Diese Symptome können einerseits Folge organischer Erkrankungen sein, andererseits aber auch somatisierte Reaktionen auf psychische Belastungen im Alltag ausdrücken. Das Vorkommen von Bauchschmerzen wurde von insgesamt 21,1 % der Kinder angegeben. Mädchen zeigten sich mit 24,5 % davon stärker betroffen als Jungen mit 17,5 %. Insgesamt 26,5 % der Kinder gaben an, unter häufigen Kopfschmerzen zu leiden. Auch hierbei sind Mädchen mit 27,6 % etwas stärker betroffen als Jungen (25,1 %). Die Angaben der Kinder wurden zu anderen erhobenen Variablen bezüglich der Lebensumstände und der Schule in Beziehung gesetzt. Die Ergebnisse dieser Analyse zeigten, dass das Auftreten von häufigen Kopfschmerzen bei den Kindern offenbar eng verknüpft ist mit erlebtem Stress. So spielen negative Stimmungen die größte Rolle für die Erklärung des Auftretens. Ähnlich bedeutend ist das Erleben von Belastungen in der Schule. Als besonderer Stressfaktor für die Kinder erwies sich die Unsicherheit der Kinder bezüglich der Zufriedenheit ihrer Eltern mit ihren schulischen Leistungen. Als bedeutsamer Umweltfaktor für das Auftreten von Kopfschmerzen bei Kindern erwies sich die Besiedlungsdichte des Stadtteils. In der Bevölkerungsdichte drückt sich einerseits die Höhe von Abgasbelastungen der Luft durch Straßenverkehr und Heizungen sowie ein höheres Maß an Lärmbelastung aus, andererseits zeichnen sich dichtbesiedelte Gebiete durch eine massive Einschränkung der Bewegungsfreiheit und der Spielmöglichkeiten der Kinder aus. Häufiges und langes tägliches Fernsehen führt ebenfalls dazu, dass die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Kopfschmerzen ansteigt. Kopfschmerzen waren jedoch auch oft Begleiterscheinungen von grippalen Infekten bzw. Erkältungen. Kinder, die erkältet waren, berichten häufiger über Kopfschmerzen (27).

Die Studie „Health Behaviour in School-Aged Children“ (HBSC) der Universität Bielefeld, die Anfang 1998 eine repräsentative Stichprobe von 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schülern in Nordrhein-Westfalen nach ihrer Gesundheit befragte, konnte ebenfalls hohe Raten von psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen feststellen. Um einen Eindruck vom aktuellen Gesundheitszustand der Jugendlichen zu gewinnen, wurden diese nach dem Auftreten von Kopf-, Magen- und Rückenschmerzen sowie von Schlafstörungen innerhalb der letzten sechs Monate befragt. Generell sind es die Mädchen, die diese Symptome häufiger angaben: 29 % der Mädchen gegenüber 21 % der Jungen gaben ein häufiges Auftreten (mindestens einmal pro Woche) von Kopfschmerzen an. Eine ähnliche Verteilung ist auch beim Auftreten häufiger Magenschmerzen zu beobachten, hiervon zeigten sich 23 % der Mädchen und 13 % der Jungen betroffen. Beim Auftreten von Rückenschmerzen, die bei 19 % der Mädchen und 16 % der Jungen auftraten, schwinden zunehmend die Unterschiede zwischen den Geschlechtern (9). Unter häufigen Schlafstörungen litten in NRW 39 % der Mädchen und 33 % der Jungen. Als lebensweltliche Ursachen für das Auftreten dieser psychosomatischen Symptome konnten ver-

schiedene Faktoren identifiziert werden: So ist bei Jungen wie Mädchen das häufige Auftreten von Kopf-, Magen- und Rückenschmerzen und Schlafstörungen mit einem erhöhten schulischen Leistungsdruck und einer negativen Bewertung des Schulklimas verbunden. Zudem erhöht sich die Wahrscheinlichkeit dieser Beschwerden, wenn die Jugendlichen rauchen, eine Diät machen und/oder sich durch einen extensiven Fernsehkonsum auszeichnen.

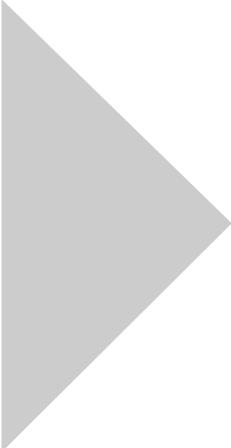
Inwieweit das Auftreten von Beschwerden zur Einnahme von Medikamenten führt, wurde ebenfalls durch entsprechende Fragen erhoben. 59 % der Mädchen und 49 % der Jungen nahmen bei Kopfschmerzen ein entsprechendes Mittel ein. Demgegenüber ist die Gebrauchshäufigkeit in Ländern wie Großbritannien, Kanada, der Schweiz, Frankreich und den USA mit etwa zwei Dritteln der betroffenen Jugendlichen wesentlich höher. Schlafmittel wurden von 8 % der Mädchen und 11 % der Jungen angewendet (9).

Weitere Hinweise auf den Gesundheitszustand von Schülerinnen und Schülern in NRW ergeben sich aus den Regeluntersuchungen des ÖGD (siehe Tab. 4.). Diese Untersuchungen wurden jedoch nur in wenigen Kommunen und bei einer relativ kleinen Zahl von Jugendlichen durchgeführt (je nach Befund zwischen 1.000 und 10.000 Jugendlichen); die hierbei erhobenen Befunde sind daher nicht repräsentativ.

Alter bis einschließlich 11 Jahre				
	Jungen		Mädchen	
	mit Befund (%)	in Behandlung (%)	mit Befund (%)	in Behandlung (%)
Übergewicht	10,6	0,1	11,4	0,2
Skoliose	5,4	1,5	6,9	2,1
Fußschäden	4,0	1,0	3,7	0,7
Allergische Rhinitis	3,8	1,6	3,5	1,4
Asthma bronchiale	2,1	1,7	1,4	1,2
Ekzem	2,5	1,5	2,9	1,6
Sonst. Hauterkrankung	0,6	0,2	0,8	0,4
Struma	0,8	0,2	2,0	0,5
Bauchwandbrüche	0,4	--	0,2	0
Bronchitis	1,0	0,8	0,8	0,6
Diabetes mellitus	0,1	0,1	0,2	0,1
Alter über 11 Jahre				
Übergewicht	0,2	1,0	11,6	1,5
Skoliose	2,1	1,9	9,4	2,3
Fußschäden	0,7	1,0	3,9	0,9
Allergische Rhinitis	1,4	2,2	6,1	1,9
Asthma bronchiale	1,2	1,8	2,4	1,9
Ekzem	1,6	0,9	3,6	1,6
Sonst. Hauterkrankung	0,4	1,1	3,7	1,1
Struma	0,5	0,3	3,7	1,1
Bauchwandbrüche	0	0	0	0
Bronchitis	0,6	0,6	1,3	0,6
Diabetes mellitus	0,1	0,1	0,2	0,1

Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Tabelle 4: Ergebnisse der Regeluntersuchungen in Schulen, NRW 1999: Ausgewählte Ergebnisse



5 Altersübergreifende Themen

5.1 Chronische Krankheiten

5.2 Unfälle

5.3 Zahngesundheit

5.4 Seelische Gesundheit

5.5 Drogenmissbrauch

5.6 Gewalt und Delinquenz

**5.7 Gewalt gegen Kinder, sexueller Missbrauch
und Vernachlässigung**

5.1 Chronische Krankheiten

Chronische Erkrankungen werden in der einschlägigen Literatur durchaus unterschiedlich definiert. Dabei lassen sich im Wesentlichen zwei Strategien unterscheiden: Enge Definitionen schließen je nach Interessenslage und methodischem Ansatz nur bestimmte Erkrankungen ein, während weite Definitionen sich bemühen, möglichst alle andauernden oder häufig wiederkehrenden Erkrankungen zu berücksichtigen. Daraus resultieren jeweils grobe Schätzungen über die Prävalenz chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. Nach einer Übersicht von Hoepner-Stamos (24) ist etwa jedes achte Kind und jeder achte Jugendliche von einer chronischen Erkrankung betroffen. Schließt man die verschiedenen Formen von Allergien in die Definition chronischer Erkrankungen ein, so muss man von einer weiter erhöhten Rate ausgehen. Insgesamt zeigen Vergleiche von epidemiologischen Studien, dass die Häufigkeit chronischer Erkrankungen und besonders Allergien zunimmt (34/76).

5.1.1 Atopische Erkrankungen

Allergien jeglicher Art bilden die Hauptgruppe der atopischen Erkrankungen. Diese Syndrome zeichnen sich durch so genannte Autoimmunreaktionen aus, bei denen sich das eigene Immunsystem gegen körpereigene oder normalerweise ungiftige Substanzen aus der Umwelt richtet. Diese vielseitigen Reaktionen können sich in unterschiedlichen, zum Teil sehr stark beeinträchtigenden Störungen, wie etwa Allergie, Heuschnupfen, atopischer Dermatitis oder Asthma äußern. Die Ursachen für das Auftreten dieser Erkrankungen ist noch nicht eindeutig geklärt: Eine genetische Disposition ist wahrscheinlich, die vermehrte Exposition gegenüber bestimmten isolierten Substanzen in der Umwelt sowie eine Unterforderung des Immunsystems durch Hygiene und Impfungen werden angenommen. Die Psychoneuroimmunologie hat herausgefunden, dass zum Beispiel Angst und Stress das Immunsystem extrem beeinflussen. Chronischer Stress, auch wenn er nicht immer massiv als Belastung erfahren wird, führt zu Irritationen in der körperlichen Abwehr. Mehrere dieser Stressoren zusammen können - gerade, wenn sie über einen längeren Zeitraum einwirken - mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Ausprägung einer atopischen Erkrankung führen (24). Im Folgenden werden die verschiedenen Erkrankungen hinsichtlich ihrer Verbreitung dargestellt. Dabei sind jedoch nur wenige Daten verfügbar, die sich speziell auf Nordrhein-Westfalen beziehen.

Allergie ist ein Sammelbegriff für eine Reihe von Krankheitsbildern, die sich durch eine allergische Sensibilisierung gegenüber einem oder mehreren Umweltstoffen auszeichnen. Über die Verbreitung von Allergien unter Kindern und Jugendlichen liegen uneinheitliche Ergebnisse vor. Dies ist in erster Linie dadurch bedingt, dass in den verschiedenen Erhebungen unterschiedliche diagnostische Kriterien zu Grunde gelegt werden. Erhebungen, die sich auf Selbstberichte beziehen, berichten in der Regel höhere Raten als solche, die sich auf ärztliche Untersuchungen stützen. Alle Studien sind sich jedoch in der Einschätzung einig, dass es sich hier um ein zunehmendes Gesundheitsproblem handelt.

Seit 1995 befassten sich zwei Studien mit der Prävalenz atopischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen aus Nordrhein-Westfalen (Tabelle 5). Eine Ost-West Vergleichsstudie, die sich auf die Städte Greifswald und Münster bezog und der Bielefelder Grundschulgesundheitsurvey. Während sich die erste Studie auf ärztliche Untersuchungen an einer repräsentativen Stichprobe von Kindern stützt, beruhen die Daten der zweiten Studie auf nicht überprüften Angaben der Eltern.

	Münster 1994/95 ¹						Bielefeld 1996/97 ²		
	5- bis 8jährige			12- bis 15jährige			9- bis 11jährige		
	Gesamt	Jungen	Mädchen	Gesamt	Jungen	Mädchen	Gesamt	Jungen	Mädchen
Heuschnupfen	5,7	7,5	3,9	12,6	13,5	15,9	11,7	14	6,8
Neurodermitis	7,1	7,4	6,8	7,3	5,1	9,4	7,2	7,2	7,2
Asthma bronchiale	8,5	10,2	6,7	13,1	12,1	14	4,9	5,9	3,7
Größe der Stichprobe	3458			3107			2075		

1 Quelle: Duhme, Weiland, Rudolph, Wienke, Kramer & Keil 1998

2 Quelle: Hurrelmann, Hoepner-Stamos, Palentien, Settertobulte & Klaubert 1998

Tabelle 5: Häufigkeit von atopischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Münster 1994/95, Bielefeld, 1996/97

Für Münster wurde bei 5- bis 8-jährigen Kindern eine 12-Monats-Prävalenz für Heuschnupfen von 5,7 % gefunden. In diesem Alter sind Jungen wesentlich häufiger von Allergien betroffen. So ergab sich in dieser Studie eine Rate von 7,5 % bei den Jungen und 3,9 % bei den Mädchen. In der Gruppe der 12- bis 15-Jährigen waren bereits 14,7 % von Heuschnupfen betroffen. Hier sind es mit 15,9 % gegenüber 13,5 % jedoch bereits mehr Mädchen. In der Bielefelder Studie, die den Altersbereich von 9 bis 11 Jahren untersuchte, wurden insgesamt 11,7 % der Kinder mit Heuschnupfen ermittelt. Hier waren es 14,0 % der Jungen und 6,8 % der Mädchen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich aus einer genetisch bedingten allergischen Sensibilisierung anscheinend erst im späteren Lebenslauf eine manifeste Allergie ausbildet. Der Geschlechtsunterschied in den einzelnen Altersgruppen macht zudem deutlich, dass dies bei Mädchen offenbar besonders stark kurz vor oder während der Pubertät der Fall ist.

Unter einer Neurodermitis leiden, den beiden Studien zu Folge, etwa 7,1 bis 7,3 % der Kinder und Jugendlichen. Während die Bielefelder Untersuchung keinen Geschlechtsunterschied feststellte, ergab sich in der Münsteraner Studie ebenfalls eine größere Häufigkeit unter den 5- bis 8-jährigen Jungen (7,4 % gegenüber 6,8 % bei den Mädchen) und eine größere Häufigkeit unter den 12- bis 15-jährigen Mädchen (9,4 % gegenüber 5,1 % bei den Jungen).

Während sich die Ergebnisse bezüglich Heuschnupfen und Neurodermitis bei beiden Studien ähneln, kommen sie beim Asthma zu unterschiedlichen Ergebnissen. Unter den 5- bis 8-jährigen Kindern aus Münster litten 8,5 % unter Asthma bronchiale, Jungen waren hier zu 10,2 % und Mädchen zu 6,7 % betroffen. Bei den Jugendlichen zwischen 12 und 15 Jahren waren es 13,1 %, die von Asthma betroffen waren. Hier waren es 12,1 % der Jungen und 14 % der Mädchen. Dagegen wurden in der Bielefelder Studie unter den 9- bis 11-Jährigen Raten von 4,9 % ermittelt, wobei 5,9 % der Jungen und 3,7 % der Mädchen betroffen war. Dieser Unterschied ist nicht allein auf die Altersgruppe zurückzuführen, sondern spiegelt entweder methodische oder aber regionale Unterschiede wider. Die Annahme regionaler Besonderheiten in der Häufigkeit von Asthma bronchiale wird unterstützt durch Befunde, die Zusammenhänge zwischen Umweltfaktoren und sozialen Faktoren einerseits und dem Risiko für Asthma andererseits belegen (30/74/54). Diese Ergebnisse decken sich weitgehend mit den Ergebnissen einer Studie, die im Jahr 1993 in der Stadt Salzburg durchgeführt wurde. Hier wurden mit einer ähnlichen Methode bei der Altersgruppe der 8- bis 10-Jährigen für Heuschnupfen Prävalenzraten von 13,1 % festgestellt, für Neurodermitis von 7,3 % und für Asthma 4,7 % (52).

Im Rahmen des Bielefelder Grundschulgesundheitsurveys wurden die Häufigkeiten des Auftretens von atopischen Erkrankungen mit der sozialen Lage der Familie in Verbindung

gebracht. Der Vergleich der Allergieprävalenzen in Abhängigkeit von der sozialen Lage der Familien und der ethnischen Herkunft zeigt, dass das Auftreten von Allergien ein allgemeines Problem in der Bevölkerung darstellt. Die Häufigkeiten allergischer Erkrankungen der Kinder variieren nicht statistisch signifikant zwischen den Gruppen der sozialen und nationalen Herkunft der Kinder. Dagegen ist Neurodermitis häufiger bei den Kindern anzutreffen, die aus sozial gut situierten Familien stammen: So sind von Neurodermitis nur rund 2 Kinder von 100 aus sozial benachteiligten, jedoch 7 bzw. 9 von 100 Kindern aus den sozial privilegierten Gruppen betroffen. Migrantenkinder sind nur zu einem sehr geringen Teil von Neurodermitis betroffen. Während von ihnen nur 2 von 100 Kindern unter Neurodermitis leiden, sind es bei den in Deutschland geborenen 8 von 100 (62). Eine Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen eines Jahrgangs in Hannover erbrachte einen signifikanten Zusammenhang zwischen Wohngebiet und der Erkrankungshäufigkeit an Neurodermitis. Zusätzliche Prüfungen der Schadstoffbelastung, des Grünflächenanteils und des Verkehrslärms der entsprechenden Wohngebiete unterstützten die Befunde: Die Wohngebiete mit hoher Neurodermitis-Häufigkeit weisen verhältnismäßig gute Umweltbedingungen auf (30).

Asthma bronchiale ist – so können verschiedene epidemiologische Studien zeigen – in seiner Entstehung stark von Umweltfaktoren abhängig. So erhöht sich das Risiko für Asthma durch die Anwesenheit eines Haustieres in der Familie, durch schadstoffbelastete Wohnungen und nicht zuletzt durch die permanente Exposition gegenüber Verkehrs-, Heizungs- und Industrieabgasen. Sowohl in der Salzburger Gesundheitsstudie als auch im Bielefelder Grundschulgesundheitsurvey ergibt sich ein hoher statistischer Zusammenhang zwischen der Bevölkerungsdichte eines Stadtteils und der Häufigkeit von Asthma bei Viertklässlern. Verschiedene Umweltfaktoren moderieren jedoch diesen Zusammenhang. Dies sind zum einen Klima und Topographie der Stadtgebiete und die Dichte des Durchgangsverkehrs auf bestimmten wohngebietsnahen Straßen sowie der Ausstoß von Industrieabgasen. Zum anderen spielen aber auch die Art der Wohnbebauung und die vorherrschende Heizungsart eine Rolle. Aufschlüsse über bestimmte Risikogebiete für Asthma können daher nur durch eine kleinräumige Erfassung der Luftqualität unter Berücksichtigung der Wohnbedingungen erreicht werden (52/62).

5.1.2 Epilepsie, Migräne, Diabetes

Neben den genannten atopischen Erkrankungen gilt die Epilepsie als eine weitere, epidemiologisch bedeutende chronische Erkrankung im Kindesalter. Unter der Bezeichnung Epilepsie werden alle chronisch wiederkehrenden Krampfanfälle zusammengefasst, die vom zentralen Nervensystem ausgehen. In Europa leiden etwa 0,5 bis 1 % aller Menschen an Epilepsie. Der überwiegende Teil dieser Erkrankungen beginnt im Kindes- und Jugendalter vor dem 20. Lebensjahr. In 1998 wurden, nach Angaben des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik in Nordrhein-Westfalen, 6.297 stationäre Behandlungen an Kindern im Alter von 1 bis 14 Jahren in nordrhein-westfälischen Krankenhäusern wegen Epilepsie durchgeführt. Das sind etwa 2,5 % aller stationären Krankenhausaufenthalte in dieser Altersgruppe (36). Sowohl in den Schuleingangsuntersuchungen als auch in den Reihenuntersuchungen für Schülerinnen und Schüler des Jahres 1998 wurde in Nordrhein-Westfalen ein Anteil an zerebralen Anfallsleiden (Epilepsie) von 0,2 bis 0,3 % festgestellt. Bei Jungen war der Anteil leicht erhöht (35).

Aufgrund einer oft unklaren Diagnose ist die epidemiologische Häufigkeit von Migräne im Kindes- und Jugendalter schwer zu bestimmen. Es wird davon ausgegangen, dass die Bedeutung der Migräne im Krankheitsgeschehen dieser Bevölkerungsgruppe oft unterschätzt wird.

In einer Studie aus den Jahren 1989 bis 1991, die sich auf Nordrhein-Westfalen bezog, wurden Kopfschmerzen bei Kindern von 9 bis 15 Jahren untersucht. Bei 11 % der registrierten Fälle von wiederkehrenden Kopfschmerzen handelte es sich um Migräne (73). Insgesamt wird geschätzt, dass etwa 5 % der Kinder und Jugendlichen unter chronisch wiederkehrender Migräne leiden (24).

Im Verlauf des Jahres 1998 wurden insgesamt 1.585 Krankenhausaufenthalte von Kindern im Alter von 5 bis 14 Jahren wegen einer stationären Behandlung eines Diabetes mellitus in Nordrhein-Westfalen registriert. Dies waren 1 % aller stationären Krankenhausaufenthalte in dieser Altersgruppe (36). Da die höchsten Raten von Neuerkrankungen bei Mädchen erst im Alter von 12 bis 13 Jahren, und bei Jungen im Alter von 13 bis 15 Jahren auftauchen, sind die Zahlen der Schuleingangsuntersuchungen in Bezug auf Diabetes mellitus wenig relevant. Jedoch ergeben die Regeluntersuchungen bei Schülerinnen und Schülern über 11 Jahren aus dem Jahr 1999 für Nordrhein-Westfalen eine Prävalenz von 0,1 % bei Jungen und 0,2 % bei Mädchen (35).

5.1.3 Psychosomatische Beschwerden

Zu den heute typischen Gesundheitsbeeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen gehören vor allem auch psychosomatische Beschwerden; Beschwerden also, deren Ursachen nicht eindeutig in rein physiologischen Zusammenhängen zu finden sind, sondern die wahrscheinlich auf psychische Belastungen zurückgehen. Dies sind bei Kindern vorwiegend Kopfschmerzen.

In einer Studie an 226 Schülerinnen und Schülern im Alter von 11 bis 14 Jahren wurden die Zusammenhänge von Stress und Kopfschmerzen untersucht. Es wurde festgestellt, dass diejenigen Befragten, die unter regelmäßig häufig auftretenden Kopfschmerzen leiden, häufiger Stress erleben, sich stärker durch die Schule belastet und sich weniger sozial unterstützt fühlen. Zudem wird von den Betroffenen häufiger ein vermeidendes Bewältigungsverhalten gezeigt. Zwar waren diese Schülerinnen und Schüler in ihren Schulleistungen graduell besser, sie benötigten jedoch mehr Zeit für Hausaufgaben. Bei einem Teil der Stichprobe waren Kopfschmerzen mit Depressionen gepaart (39).

In einer Längsschnittstudie in NRW aus den Jahren 1989 bis 1991 wurden 4.835 Schulkinder nach der Prävalenz von Kopfschmerzen befragt. Im Alter von 9 Jahren hatten bereits 83 % der Kinder Kopfschmerzerfahrungen. Bis zum Alter von 15 Jahren stieg die Rate auf 93 %. Dabei handelte es sich bei 48,7 % um Spannungskopfschmerzen; 29 % waren nicht eindeutig klassifizierbar (gemäß den Klassifikationskriterien der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft – IHS). Bei 21 % traten die Beschwerden regelmäßig täglich oder wöchentlich auf. Bei 19 % waren die Beschwerden so stark, dass therapeutische Hilfe aufgesucht wurde; 22 % nahmen Schmerzmittel ein. In 35 bis 41 % der Fälle wurden Kopfschmerzen durch „Ärger“ in der Familie oder der Schule ausgelöst und waren häufig von depressiven Stimmungen begleitet (73). Dabei wird das Erleben von Stress in Zusammenhang mit geringen individuellen aber auch strukturellen Bewältigungskapazitäten als Auslöser der Beschwerden angenommen (51).

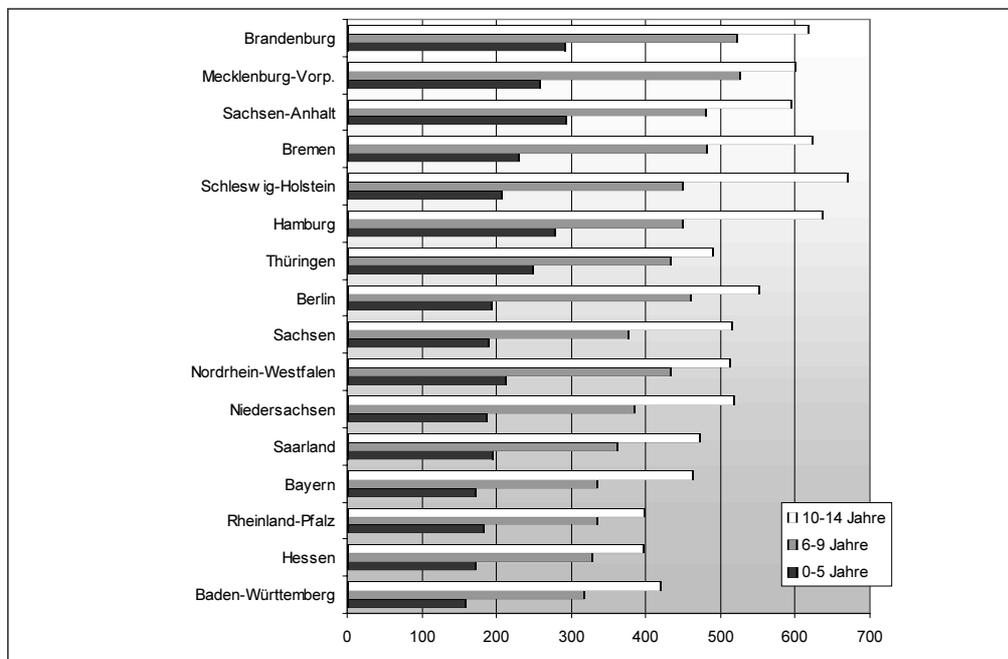
Die HBSC-Studie (vgl. Kapitel 3) untersuchte ebenfalls die Beschwerdebhäufigkeit bei den 11- bis 15-Jährigen. In der deutschen Stichprobe (NRW) berichteten 27 % der 11-jährigen Mädchen und 23 % der Jungen über mindestens einmal wöchentlich auftretende Kopfschmerzen. Bei den 13-Jährigen waren es 31 % der Mädchen und 21 % der Jungen und bei den 15-Jährigen 30 % der Mädchen und 18 % der Jungen. Ein Alterseffekt ist damit nicht zu beob-

achten. Insgesamt sind also etwa jeder fünfte Junge und jedes dritte Mädchen von häufig wiederkehrenden psychosomatischen Kopfschmerzen betroffen. Eine der typischen Begleitumstände regelmäßiger Kopfschmerzen zeigt deutliche Zusammenhänge mit schulischen Faktoren. So ist die Rate der unter regelmäßig wiederkehrenden Kopfschmerzen leidenden Mädchen um den Faktor 1,7 erhöht, wenn diese das Gefühl haben, nicht auf der adäquaten Schule zu sein; um den Faktor 1,5 erhöht, wenn die Schule nicht als angenehmer Aufenthaltsort empfunden wird; um den Faktor 1,5 erhöht, wenn die Schule als langweilig empfunden wird; ebenfalls um 1,5 erhöht, wenn sie sich in der Schule unfair behandelt fühlen; und um 1,4 erhöht, wenn Lehrer und Eltern zu viel Erwartungen an die Schulleistungen stellen und die Schulleistungen unterdurchschnittlich sind. Bei den Jungen sind es überraschenderweise stärker soziale Faktoren im schulischen Kontext, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Kopfschmerzen erhöhen: So ist die Rate der unter Kopfschmerzen leidenden Jungen um das 1,8-Fache erhöht, wenn sie sich in der Schule zu streng behandelt fühlen; um den Faktor 1,7, wenn sie sich unfair behandelt fühlen; um den Faktor 1,5, wenn sie sich von Mitschülern nicht akzeptiert fühlen und/oder das Gefühl haben, nicht auf der richtigen Schule zu sein. Um das 1,4-Fache ist die Kopfschmerzrate erhöht, wenn von einem schlechten Klassenklima berichtet wird, wenn von Mitschülern keine Unterstützung zu erwarten ist, wenn die Schulregeln als unfair empfunden werden und die Schule kein angenehmer Aufenthaltsort ist (64).

5.2 Unfälle

Wie in Kapitel 4 bereits erwähnt, stellen Unfälle ein besonderes Gesundheits- und Sterberisiko im Kindes und Jugendalter dar. Dabei sind Unfälle im Haushalt und in der Freizeit mit 43 % am häufigsten. Über die Ursachen und Begleitumstände dieser Unfälle liegen jedoch keine weiteren Angaben vor. An zweiter Stelle stehen Unfälle in der Schule (43 %), von denen der überwiegende Teil Schulsportunfälle sind. Unfälle beim außerschulischen Sport nehmen 7 % des Unfallgeschehens ein und Verkehrsunfälle haben einen Anteil von lediglich 2,5 %. Stürze sind in allen Altersgruppen die häufigste Unfallart. Vergiftungen, Verätzungen, Verbrennungen und Verbrühungen sind dagegen typische Unfallarten in den ersten vier Lebensjahren. Verletzungen durch Werkzeuge und Gegenstände sowie Unfälle mit Tieren nehmen mit dem Lebensalter zu (29).

5.2.1 Straßenverkehrsunfälle

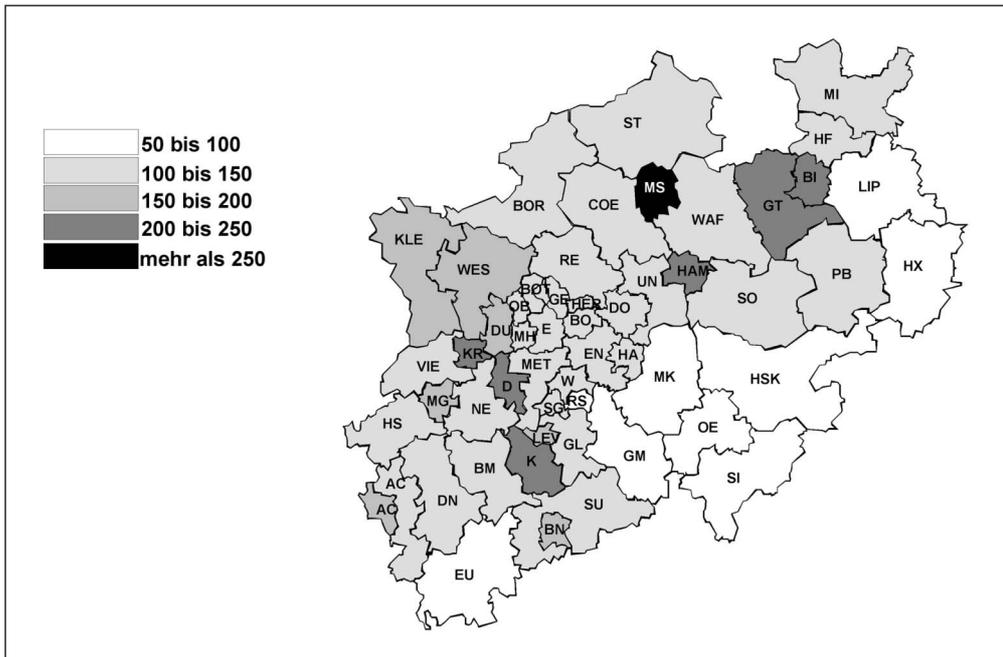


Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Kinderunfälle im Straßenverkehr 1998. Kurzinformationen zur Verkehrsstatistik

Grafik 12: Verunglückte Kinder und Jugendliche im Straßenverkehr nach Altersgruppen und Bundesländern 1998, je 100.000 der Altersgruppe

Das Land Nordrhein-Westfalen nimmt in der Rangfolge der Unfallhäufigkeiten unter Beteiligung von Kindern und Jugendlichen einen mittleren Rangplatz ein. Schülerinnen und Schüler im Alter von 10 bis 14 Jahren waren mit 511 pro 100.000 der Altersgruppe am häufigsten betroffen. 432 von 100.000 Kindern im Grundschulalter (6 - 9 Jahre) und 211 von 100.000 Vorschulkindern waren in NRW 1998 in Verkehrsunfälle verwickelt. Dabei verunglückten die Vorschul Kinder überwiegend (56 %) im PKW, während Grundschüler überwiegend als Fußgänger (37 %) und 10- bis 14-Jährige hauptsächlich als Fahrradfahrer an Unfällen beteiligt waren. Jun-

gen zeigten sich im Straßenverkehr stärker gefährdet als Mädchen. Mit einer Rate von 2,4 von 100.000 Kindern liegt die Bundesrepublik Deutschland im europäischen Vergleich insgesamt im oberen Bereich (70).



Grafik 13: Im Straßenverkehr verunglückte (getötete und verletzte) Fahrradfahrer und Fußgänger unter 15 Jahren in Städten und Kreisen in Nordrhein-Westfalen, pro 100.000 der Altersgruppen, 1998

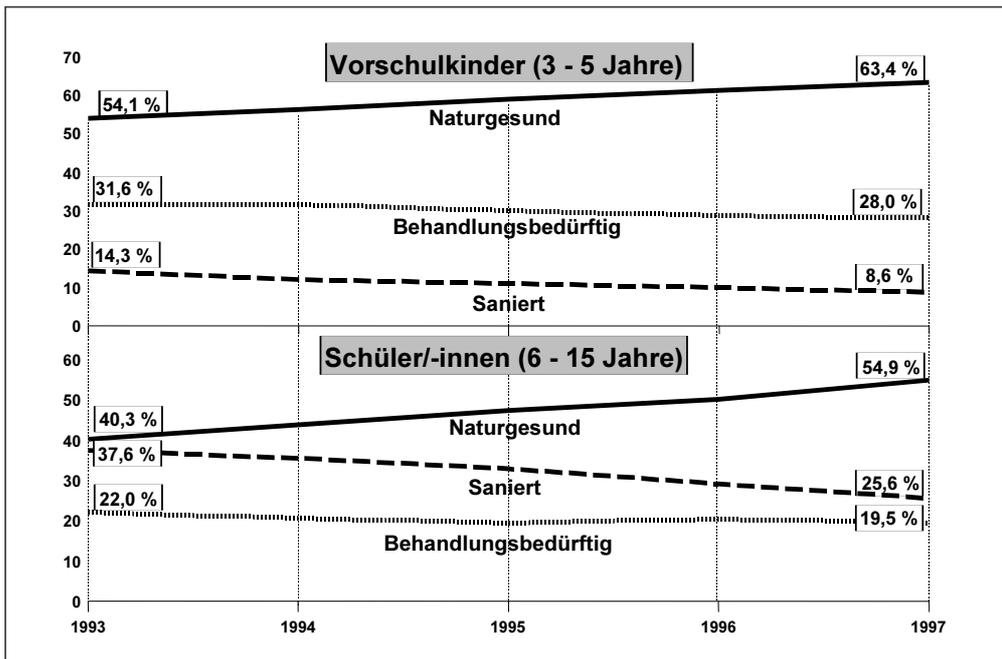
Im Vergleich der Raten verunglückter Personen in den Städten und Kreisen in NRW zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen primär ländlichen dünn besiedelten und den dichter besiedelten Gebieten. Während in 1998 im gesamten Sieger- und Sauerland, in Lippe, Höxter und im Kreis Euskirchen nur sehr wenige verunglückte Radfahrer und Fußgänger zu verzeichnen waren, sind die Raten in den Ballungsgebieten Krefeld, Düsseldorf und Köln sowie im Kreis Gütersloh und Bielefeld vergleichsweise hoch. Einen besonderen Unfallschwerpunkt stellt die Stadt Münster dar. Offenbar ist die Rate der Unfälle mit Beteiligung von Radfahrern und Fußgängern eng verbunden sowohl mit der Verkehrsdichte als auch mit dem Aufkommen an Radfahrern. Letzteres ist in Münster besonders hoch, während es in bergigen Gebieten besonders gering ist.

5.2.2 Schulsportunfälle

In einem Kooperationsprojekt zwischen den nordrhein-westfälischen Gemeindeunfallversicherungsverbänden und der Bergischen Universität – Gesamthochschule Wuppertal wurde das Unfallgeschehen im Schulsport in den Jahren 1998/99 bezogen auf Westfalen-Lippe systematisch untersucht (25). Es wird eine Steigerung der Schulsportunfälle verzeichnet, die sich zum Teil aus den steigenden Schülerzahlen in der besonders unfallgefährdeten Altersgruppe 11 bis 16 Jahren (Sek. I) ergeben. Das Unfallrisiko an Hauptschulen wird in dieser Studie als herausragend bezeichnet, während andere Schulformen sich entsprechend ihres Bildungsniveaus in die Rangfolge einfügen. Das geringste Risiko besteht jedoch in Sonderschulen und Grundschulen. Ballsportarten sind riskanter als andere Sportarten, wie etwa Leichtathletik oder Schwimmen. Das geringste Risiko geht von Gymnastik und Tanz aus. Interessanterweise sind es diejenigen Schülerinnen und Schüler, die ein hohes Maß an Sportbegeisterung besitzen, die am häufigsten Sportunfälle erleiden.

5.3 Zahngesundheit

5.3.1 Gebisszustand



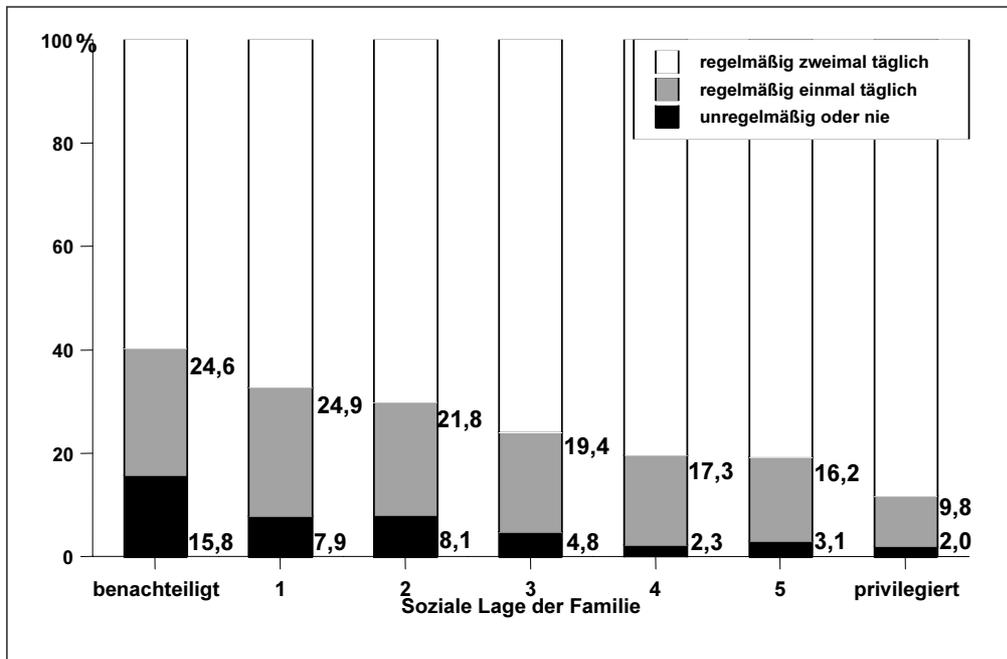
Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Jugendzahngesundheitspflege

Grafik 14: Gebisszustand der Kinder und Jugendlichen bei Erstuntersuchungen, NRW 1993 bis 1997, in Prozent

In den schulzahnärztlichen Untersuchungen wird der Gebisszustand von Kindern und Jugendlichen in regelmäßigen Abständen in Kindergärten und Schulen untersucht. Der Vergleich der Befunde in den 90er Jahren zeigt, dass sich der Gebisszustand der Kinder kontinuierlich verbessert hat. Bei Vorschulkindern steigerte sich die Häufigkeit des Befundes „naturgesund“ von 1993 bis 1997 von 54,1 % auf 63,4 %. Bei Schülerinnen und Schülern fällt die Steigerung von 40,3 % auf 54,9 % sogar noch stärker aus. Gleichzeitig nimmt die Häufigkeit sanierter Gebisse ab. Diese Ergebnisse zeigen deutliche Fortschritte im Bewusstsein der Notwendigkeit einer regelmäßigen Zahnhygiene und sonstiger Prophylaxemaßnahmen bei der jungen Bevölkerung bzw. bei den Eltern an. Leider ist die Häufigkeit des Befundes „behandlungsbedürftig“ im hier betrachteten Zeitraum nur unwesentlich zurückgegangen. Sowohl bei Vorschulkindern als auch bei Schülerinnen und Schülern ist ein Rückgang um lediglich ca. 3 % zu beobachten. Immer noch ist das Gebiss jedes dritten Kindes und jedes fünften Schülers als behandlungsbedürftig zu betrachten.

5.3.2 Zahnhygiene

Im Rahmen des Bielefelder Grundschulgesundheits surveys aus dem Jahr 1996 wurden die Schülerinnen und Schüler der vierten Klassen nach ihrer gewohnten Zahnhygiene befragt. Generell zeigen die Ergebnisse der Studie hinsichtlich des täglichen Zähneputzens durchaus zufrieden stellende Ergebnisse. Lediglich 5,2 % der befragten Kinder putzten sich nicht oder nur unregelmäßig die Zähne, 19,3 % tun dies nur einmal pro Tag. Jungen sind signifikant häufiger nachlässig beim Zähneputzen als Mädchen. 25,4 % der Kinder litten im Laufe des vergangenen Jahres unter Zahnschmerzen. Wie erwartet leiden Kinder, die sich unregelmäßig oder nur ein Mal täglich die Zähne putzen, signifikant häufiger an Zahnschmerzen. Regelmäßige Zahnhygiene ist abhängig von der sozialen Lage. So ergibt sich aus den Befragungsergebnissen ein deutliches Gefälle entlang des sozialen Indexes, betrachtet man die Häufigkeit des unregelmäßigen oder ausbleibenden Zähneputzens.



Quelle: Hurrelmann u. a. (1998): Bielefelder Gesundheitssurvey, Abschlussbericht

Grafik 15: Zahnhygiene bei Bielefelder Viertklässlern in Abhängigkeit von der sozialen Lage der Familie, in Prozent

Während 15,8 % der sozial benachteiligten Kinder sich nur sporadisch die Zähne putzen, sind dies in der Gruppe der sozial Privilegierten nur 2 %. Aus dem Vergleich zwischen Migranten und den in Deutschland geborenen Kindern ergibt sich lediglich ein geringer, statistisch unbedeutender Unterschied zu Ungunsten der Migrantenkinder (27). Es zeigt sich, dass Kariesprävention nach wie vor notwendig ist, vor allem dort, wo Kinder aus benachteiligten sozialen Verhältnissen kommen.

5.3.3 Inanspruchnahme der Kariesvorsorge

Schwerpunkte der Reihenuntersuchungen zur Kariesprophylaxe bei Kindern in Nordrhein-Westfalen liegen derzeit in Kindergärten und Grundschulen. Leider ist die Quote der in Kindergärten mit diesen Maßnahmen erreichten Kinder nicht zu ermitteln, da keine Bezugsgröße vorliegt. Im Jahr 1998/99 wurden in Grundschulen insgesamt 88,5 % der Kinder mit diesen Untersuchungen erreicht. Nahezu eben so hoch ist der Anteil der erreichten Sonderschülerinnen und -schüler mit 82,5 %. An weiterführenden Schulen wurden dagegen nur etwa 18 % der Schülerinnen und Schüler erreicht (36). In nur wenigen Fällen wurden im Rahmen dieser Untersuchungen Fluorpräparate zur Kariesvorbeugung verabreicht. Am häufigsten waren dies Fluor-Lacke zur Versiegelung (bei ca. 3 % der Grundschüler) und Fluortabletten (bei 1,3 % der Grundschüler). Die Praxis bei behandlungsbedürftigen Befunden ist die Empfehlung zum Aufsuchen eines niedergelassenen Zahnarztes.

Zur Gesunderhaltung des Gebisses wird bei Kindern und Erwachsenen das regelmäßige Aufsuchen eines Zahnarztes mindestens einmal alle 6 Monate empfohlen. In der überwiegenden Zahl der Fälle wird diese Empfehlung von den Eltern eingehalten. Innerhalb des Bielefelder Grundschulgesundheits surveys wurden die Eltern der Viertklässler unter anderem auch nach dem letzten Zahnarztbesuch des Kindes befragt (27). Mehr als die Hälfte der Schülerinnen und Schüler (56,3 %) hatten innerhalb der letzten drei Monate und 28,1 % innerhalb der letzten sechs Monate einen Zahnarzt aufgesucht, zusammengefasst also etwa 85 %. Jedes zehnte Grundschulkind hat im Laufe der letzten zwölf Monate den Zahnarzt besucht und bei etwa jedem zwanzigsten Kind (5,6 %) liegt der letzte Zahnarztbesuch länger als ein Jahr zurück. Je länger der letzte Zahnarztbesuch zurückliegt, umso nachlässiger werden die Kinder mit dem Zähneputzen.

Das Geschlecht des Kindes zeigte keinen statistisch bedeutsamen Einfluss auf die Häufigkeit der Zahnarztbesuche. Jedoch zeigt sich auch bei der Häufigkeit der Zahnarztbesuche ein deutlicher Effekt der sozialen Lage: Kinder aus Familien in einer guten sozialen Lage haben überdurchschnittlich häufig einen Zahnarzt aufgesucht. Bei 8,7 % der Kinder aus sozial benachteiligten Familien lag der letzte Zahnarztbesuch mehr als ein Jahr zurück. Im Vergleich dazu war dies nur 2,5 % der Kinder aus sozial privilegierten Familien der Fall. Besonders defizitär stellt sich die Inanspruchnahme von zahnärztlichen Leistungen bei Migranten dar: Bei mehr als jedem zehnten Migrantenkind (12,2 %) lag der letzte Zahnarztbesuch mehr als ein Jahr zurück (27).

5.4 Seelische Gesundheit

In keinem Bereich ist die Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit so schwierig wie bei der psychischen Gesundheit. Das Vorliegen eines psychischen Problems ergibt sich grundsätzlich entweder aus der Selbstwahrnehmung des Individuums, ein Problem zu haben, oder aber aus der Einschätzung einer psychischen Auffälligkeit durch andere Personen. Da im Kindesalter in der Regel keine Einsicht in die eigene psychische Problematik vorausgesetzt werden kann, ergibt sich die Definition von psychischer Gesundheit aus der Beurteilung von Eltern und Erziehern. Innerhalb der natürlichen Variationsbreite von psychischen Zuständen und charakteristischen Verhaltensweisen ist die Definition einer psychischen Auffälligkeit auf festgelegte diagnostische Kriterien angewiesen. Diese werden durch standardisierte diagnostische Instrumente wie etwa die „Child-Behaviour-Checklist“ (CBCL) oder das DSM IV (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) bestimmt. Studien zur epidemiologischen Verbreitung psychischer Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich in ihren Ergebnissen nicht zuletzt deshalb stark voneinander, weil sie verschiedene Instrumente benutzen und daraus unterschiedliche Schwellenwerte für das Vorliegen eines Problems annehmen. In vielen Fällen bedeuten die gefundenen Auffälligkeiten nicht zwangsläufig, dass auch ein unmittelbarer Behandlungsbedarf vorliegt. Sowohl der Schweregrad als auch die psychosoziale Beeinträchtigung des Einzelfalls sind für die Bestimmung der Behandlungsbedürftigkeit wesentlich. Die Befunde beschreiben jedoch eindeutige Risikogruppen und geben darum einen Einblick in den Bedarf an Beratung und Therapie als auch an Prävention.

5.4.1 Psychische Auffälligkeiten

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 1997/98 wurde in Jena, Heidelberg und Köln die psychische Gesundheit von Kindern in der Phase des Übergangs vom Kindergarten- zum Schulalter erfasst. Die Begleitpersonen der Kinder (in der Regel die Mütter) wurden mit der „Child Behavior Checklist“ (CBCL) befragt. Als Ergebnis aus 674 ausgewerteten Fragebögen wurden 13 % der Kinder als psychisch auffällig identifiziert. Jungen waren häufiger vertreten als Mädchen. Nur 8 % der Eltern von psychisch auffälligen Kindern gaben an, bei ihren Kindern psychische Probleme zu erkennen, und nur 16 Prozent der psychisch auffälligen Kinder wurden innerhalb des letzten Jahres wegen dieser Probleme einem Arzt oder Psychologen vorgestellt (4). Zu einem ähnlichen Ergebnis kam die bundesweit repräsentative PAK-KID-Studie (Psychische Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland), die insgesamt 1.030 Eltern 4- bis 10-jähriger Kinder mit einem Elternfragebogen befragte. Je nach zu Grunde gelegtem Störungsmodell schwankten die gefundenen Häufigkeiten zwischen 13 und 28 % (38).

	Jungen (N = 496)			Mädchen (N = 534)		
	1 Symptom	2 Symptome	Mind. 3 Symptome	1 Symptom	2 Symptome	Mind. 3 Symptome
Aggressives Verhalten	15,5	7,5	6,5	14,8	4,5	6,6
Aufmerksamkeitsprobleme	12,5	4,2	2,2	10,3	4,1	1,9
Ängstlich/depressiv	10,1	1,8	0,6	4,5	3,2	0,9
Soziale Probleme	8,9	1,2	0,8	6,7	1,3	1,1
Sozialer Rückzug	7,7	1,8	0,2	6,6	2,4	1,1
Dissoziales Verhalten	6,5	1,2	0,4	4,9	0,7	0,6
Körperliche Beschwerden	3,2	0,2	0,2	4,3	0,7	0,2
Schizoid/zwanghaft	2,4	0,6	0	3,2	0,6	0,2
Andere Probleme	15,7	5,6	4,2	15,5	8,1	5,1

Quelle: Lehmkuhl, Döpfner, Plück, Berner, Fegert, Huss, Lenz, Schmeck, Lehmkuhl & Poustka 1998

Tabelle 6: Ergebnisse der PAK-KID-Studie: Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei vier- bis zehnjährigen Kindern, Angaben in Prozent

Aggressives Verhalten war die häufigste Form psychischer Auffälligkeit nach Angaben der Eltern. Hier ist der Geschlechtsunterschied bemerkenswert gering. Bei mehr als 6 % der Kinder wurden sogar drei oder mehr Symptome in der verwendeten CBCL genannt. Aufmerksamkeitsprobleme erhalten mit 12,5 % bei den Jungen und 10,3 % bei den Mädchen den zweiten Rang. Die hohen Prävalenzraten gelten hier jedoch nur, wenn lediglich ein Symptom als Selektionskriterium angewendet wird. Bei Jungen wurden Ängstlichkeit und Depressivität wesentlich häufiger gefunden. Ein Symptom wurde hier bei 10 % der Jungen und 4,5 % der Mädchen angegeben. Des Weiteren wurden soziale Probleme, sozialer Rückzug und dissoziales Verhalten bei den Kindern in einer Häufigkeit von 6 bis 9 % gefunden.

In der Bremer Jugendstudie wurden 1035 Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren untersucht. Ein hoher Prozentsatz der Jugendlichen erfüllte die Kriterien für ausgewählte DSM-IV-Diagnosen. Angststörungen hatten mit 16,8 % die höchste Lebenszeit-Rate, gefolgt von Depression mit 17,9 %. Somatoforme Störungen, die in Tabelle 6 als körperliche Beschwerden auftauchten, wurden bei 13,1 % gefunden. 12,3 % der Jugendlichen wiesen Störungen durch Substanzkonsum auf. Bei allen diesen Störungen zeigten sich signifikante Geschlechtsunterschiede, wobei Angst, Depression und somatoforme Störungen bei Mädchen signifikant häufiger auftraten. Im Gegensatz dazu gab es bei Jungen signifikant häufiger Störungen durch Substanzkonsum. Die Auftretenshäufigkeit aller Störungen nahm mit dem Alter zu, der größte Anstieg war zwischen 14 und 15 Jahren zu beobachten, bei Mädchen deutlicher als bei Jungen (16).

5.4.2 Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS)

Kinder und Jugendliche, die am Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) leiden, zeichnen sich durch eine starke Anfälligkeit in ihrem Verhalten aus. Sie haben Schwierigkeiten, ihre Aufmerksamkeit länger auf eine Tätigkeit zu konzentrieren und sind leicht ablenkbar, sie zeigen teilweise übersteigerte motorische Aktivität, sind impulsiv und sind nicht in der Lage, diese Merkmale selbst zu regulieren und zu kontrollieren. Überdies sind

Beeinträchtigungen im Sozialverhalten der Betroffenen festzustellen, die z. B. zu Aggression, Dissozialität, Devianz, Depressivität, Ängstlichkeit, Sprach- bzw. Sprechstörungen, Lernstörungen und Beziehungsproblemen führen können.

Ursächlich wird das ADHS nach allen vorliegenden Erkenntnissen durch eine fehlerhafte Informationsverarbeitung zwischen Frontalhirn und Basalganglien infolge einer genetisch bedingten Störung im Neurotransmitterstoffwechsel hervorgerufen. Aber auch psychosoziale Einflüsse und Nahrungsmittelunverträglichkeiten werden dafür verantwortlich gemacht oder zumindest als symptomverstärkende Faktoren genannt.

Die Leitsymptome Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität und motorische Unruhe gehören zu den am häufigsten festgestellten Einzelsymptomen in entsprechenden Studien, sodass leicht eine Rate von 30 % genannt wird. Jedoch ist ADHS von vielen anderen hyperkinetischen Störungen ohne entsprechende neurologische Ursachen abzugrenzen. So können diese Symptome auch im Rahmen altersgemäßer Verhaltensweisen bei aktiven Kindern auftreten. Ebenso sind eine Intelligenzminderung, schulische Über- oder Unterforderung, chaotische psychosoziale Bedingungen oder psychomotorische Erregung in Folge von Ängsten oder affektiven Störungen als Ursachen möglich. In einer Studie mit 484 Kindern im Alter von 7 bis 11 Jahren, die von ihren Lehrerinnen und Lehrern anhand von Kriterien des DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) beurteilt wurden, wurde die Prävalenz von ADHS untersucht. Zusätzlich wurden die Kinder hinsichtlich ihrer Aufmerksamkeitsleistungen getestet und ihr Unterrichtsverhalten beobachtet. Bei 9,3 % der Kinder waren die Kriterien des DSM-III-R erfüllt. Die nähere Untersuchung dieser Gruppe belegte bei 7,2 % der Kinder auch eine funktionelle Minderleistung, die auf das Vorliegen des ADHS hindeutete, während 2,1 % unauffällige Aufmerksamkeitsleistungen erzielten (37).

In der bereits genannten Bremer Jugendstudie (17) wurde ebenfalls die Häufigkeit des ADHS ermittelt und deren psychosoziale Korrelate untersucht. Mit nur zwei von 1.009 Jugendlichen, die die vollständigen Kriterien für die Diagnose erfüllten, stellte die ADHS im Rahmen dieser Untersuchung die am wenigsten häufig ermittelte Störung dar. Auf dem Symptomniveau dagegen zeigten die Daten, dass 15,8 % (159 Jugendliche) mindestens sechs Symptome von Hyperaktivität/Impulsivität aufwiesen. Von diesen Jugendlichen hatten ungefähr die Hälfte Probleme in der Schule oder zu Hause. 70 % dieser Jugendlichen wiesen mindestens eine komorbide Störung auf. Im Vergleich mit den Jugendlichen ohne ermittelte Störungen oder Jugendlichen mit anderen Störungsdiagnosen erzielten Jugendliche mit ausschließlicher ADHS-Symptomatik signifikant geringere Werte für Kontrollüberzeugungen (Verhalten/Benehmen) und das Selbstwertgefühl (schulische Leistung, Verhalten/Benehmen, Freundschaften) und sie zeigten eine geringere emotionale Bindung mit Eltern und Gleichaltrigen.

Trotz einer Vielzahl von Studien und Untersuchungen zum Aufmerksamkeits-Syndrom hat sich im Hinblick auf die Frage, ob zur Behandlung des ADHS Psychopharmaka wie Ritalin® (Wirkstoff: Methylphenidat) eingesetzt werden sollte, eine kontroverse öffentliche Debatte ergeben: Während einerseits auf die bisherigen Behandlungserfolge durch medikamentöse Therapien verwiesen wird, wird andererseits vor den noch nicht absehbaren Folgewirkungen einer Langzeitmedikation entsprechender Psychopharmaka gewarnt. Im Ergebnis konnten allerdings bei ADHS-Patienten bislang keine psychischen sowie somatischen Auswirkungen festgestellt werden. Ebenso kann der vor allem in den Medien entstandene Eindruck, es gäbe einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen dem nachweislich gestiegenen Verbrauch von Methylphenidat und einer leichtfertigen Diagnosestellung bzw. Verschreibung von Psychopharmaka bei der Behandlung von ADHS-Patienten, nicht bestätigt werden. Weder dem zuständigen Bundesministerium für Gesundheit noch der nordrhein-westfälischen Landesregierung liegen hier-

zu stichhaltige Erkenntnisse vor. Vielmehr konnte im Rahmen einer Umfrage bei den unteren Gesundheitsbehörden in NRW festgestellt werden, dass eine Verabreichung von Psychopharmaka durch die behandelnden Ärzte oftmals sogar in enger Abstimmung z. B. mit Krankenhäusern, dem Amt für Jugendhilfe oder der jeweiligen Schule erfolgte, so dass der gestiegene Verbrauch eher auf eine verbesserte Kenntnis zum Krankheitsbild ADHS sowie auf eine Weiterentwicklung entsprechender Therapieformen zurückzuführen ist. Gleichwohl werden in vielen Bundesländern zur Zeit empirische Untersuchungen zum Verschreibungsverhalten und zur Versorgungssituation durchgeführt, um die bestehende Datenlage auszuweiten und die Grundlagen für landesspezifische Bedarfsanalysen zu schaffen.

Im Hinblick auf die möglichen Therapieformen hat sich in Fachkreisen mehrheitlich die Auffassung durchgesetzt, dass bei einer deutlichen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und einem hohen Leidensdruck bei Kindern und Jugendlichen bzw. deren familiärem Umfeld der Einsatz von Psychopharmaka gerechtfertigt ist und einen ganz wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation dieser Kinder und Jugendlichen leisten kann. Allerdings wird eine Medikation nur unter der Voraussetzung befürwortet, dass dieser eine sorgfältige Diagnose vorausgestellt und Psychopharmaka nur im Rahmen eines umfassenden multimodalen medizinischen Behandlungskonzeptes angewandt werden. Dazu gehören eine psychosoziale Betreuung der betroffenen Kinder und Jugendlichen ebenso wie eine problembezogene Beratung der Eltern etc.

Angesichts des großen Informationsbedarfes zum ADHS wird gegenwärtig von der Universität Köln mit finanzieller Unterstützung der nordrhein-westfälischen Landesregierung ein ADHS-Behandlungswegweiser für Nordrhein-Westfalen erarbeitet. Neben allgemeinen Informationen zum Thema werden hier Ansprechpartner und Anschriften von Praxen in NRW aufgeführt, die sich auf die Behandlung des ADHS spezialisiert haben.

5.4.3 Depressionen

Depression galt lange Zeit als eine psychische Erkrankung des Erwachsenenalters. Erst in den 70er Jahren wurden die einer Depression entsprechenden Symptome auch bei Kindern und Jugendlichen erkannt. Oft ist die Erkrankung in diesem Alter überdeckt durch somatische Beschwerden, Enuresis, Enkopresis oder aggressives Verhalten. Verschiedene Studien zur Prävalenz von Depressionen im Kindes- und Jugendalter zeigen, dass die Rate von Depressionen bei Kindern unter 2 % liegt, im Jugendalter jedoch drastisch ansteigt (13). In der Bremer Jugendstudie (s.o.) berichteten 17,9 % der befragten 12- bis 17-Jährigen, schon einmal in ihrem Leben an einer depressiven Störung erkrankt zu sein. 14 % waren dabei von einer „Major Depression“ betroffen, die sich durch jeglichen Verlust von Freude und ein mangelndes Interesse an früher beliebten Aktivitäten auszeichnet. Das Auftreten der Depressionssymptome korrelierte signifikant mit Arztbesuchen und kritischen Lebensereignissen. (16). Während im Kindesalter keine Geschlechtsunterschiede bei der Häufigkeit von Depressionen gefunden werden, haben Mädchen im Jugendalter zwei- bis dreimal höhere Depressionsraten als gleichaltrige Jungen. Der Verlauf einer Depression ist in der Regel chronisch und anhaltend, mit einer durchschnittlichen Dauer von etwa 30 Wochen. Depressive Kinder und Jugendliche weisen häufig psychosoziale Beeinträchtigungen und schulische Probleme auf. Ebenso wurden häufig Rückfälle beobachtet (15).

5.4.4 Essstörungen

Im Rahmen der HBSC-Studie aus dem Jahr 1998, die sich auf Jugendliche von 11 bis 15 Jahren in Nordrhein-Westfalen bezieht, wurde das Ernährungs- und Diätverhalten, die Körperwahrnehmung und der Body-Mass-Index anhand von Körpergröße und Gewicht erhoben. Während Jungen sich etwas häufiger für zu dünn hielten, bezeichneten sich die Mädchen deutlich häufiger für zu dick. Sogar in der Gruppe der objektiv Untergewichtigen (BMI kleiner als 17) fanden sich noch 13,2 % der Mädchen immer noch für zu dick. Unter den Jungen waren dies 5,8 %. Insgesamt 6,7 % der Jungen und 8,3 % der Mädchen mit Untergewicht gaben an, zur Zeit eine Diät zu machen (61).

In den westlichen Industrienationen gehören die Essstörungen zu den verbreitetsten psychischen Störungen unter Jugendlichen, besonders unter Mädchen. Aber auch Jungen sind in zunehmendem Maße betroffen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen der Adipositas, der Fettsucht, der Anorexia nervosa, der Magersucht, sowie der Bulimia nervosa, der Ess-Brechsucht. Genaue epidemiologische Daten, vor allem bezogen auf die Altersverteilung der Störungen, existieren zur Zeit nicht. Die Prävalenzen können aber aus klinischen Daten und aus ernährungsbezogenen Studien geschätzt werden.

Die Fettsucht (Adipositas) ist charakterisiert durch Übergewicht. (Charakteristisch für diese Störung ist ein aktuelles Gewicht, das das Normalgewicht um 20 bis 30 % überschreitet sowie eine zwanghafte Kontrolle des Essverhaltens und des Gewichts mit Essanfällen und starken Gewichtsschwankungen.) Nicht jede Person mit Übergewicht ist auch gleichzeitig fettsüchtig. Die Adipositas manifestiert sich in der überwiegenden Zahl der Fälle erst im Erwachsenenalter. Bei Jugendlichen, vor allem Mädchen, tritt sie während der Pubertät auf. Hier wird zusätzliches Essen zur „Verdeckung“ der körperlichen Veränderungen benutzt.

Aufgrund der differenzierten diagnostischen Kriterien ist die Prävalenz für Adipositas in der Bundesrepublik nur zu schätzen. Es wird davon ausgegangen, dass etwa 18 bis 30 % der Bevölkerung betroffen sind (68).

Vor allem Mädchen und junge Frauen leiden an Anorexie und Bulimie. Die Gesamtprävalenz wird auf 1 bis 4 % geschätzt (20). Die Anorexie bezeichnet eine Störung, die durch eine beständige Gewichtsabnahme infolge minimaler Nahrungszufuhr gekennzeichnet ist, verbunden mit dem Missbrauch von Appetitzüglern und Abführmitteln oder selbstinduziertem Erbrechen. Ausgelöst durch den Wunsch nach einem vermeintlich idealen Körperbild, verselbstständigt sich der Prozess des Abnehmens ab einem bestimmten Punkt. Durch den extremen Mangel an Nährstoffen kann es bei Mädchen zu einem Aussetzen der Menstruation kommen. In schweren Fällen wird die Anorexie begleitet durch eine Reihe psychischer Störungen wie etwa Depressionen, Zwänge und Störungen der Körperwahrnehmung. Menschen mit Bulimia nervosa nehmen zeitweise extreme Mengen an Nahrung zu sich, die sie kurz darauf durch selbstinduziertes Erbrechen wieder abgeben. Sie fühlen sich gefangen in einem Zyklus von Essen und Erbrechen bzw. Hunger und Übersättigung. Sie sind nicht in der Lage, diese Prozesse zu kontrollieren. Die Störung beginnt schleichend, ohne anfängliche Auffälligkeiten. Auslöser sind häufig traumatisch erlebte Angriffe auf das Selbstwertgefühl, sexueller Missbrauch und Trennungen. Während sich die Anorexie durch ein Übermaß an Kontrolliertheit auszeichnet, ist die Ess-Brechsucht durch eine mangelnde Impulskontrolle gekennzeichnet (68).

5.5 Drogenmissbrauch

5.5.1 Alkoholkonsum

Aus der weltweiten Perspektive ist Europa der Kontinent mit dem höchsten Alkoholkonsum. In einigen europäischen Ländern wird die auf den Alkoholkonsum zurückzuführende wirtschaftliche Belastung auf 5 bis 6 % des Bruttosozialproduktes und die Zahl der alkoholbedingten Todesfälle auf 6 % der Gesamtmortalität geschätzt (65). Die Bedeutung alkoholbedingter Erkrankungen ist bei jungen Menschen zunächst gering. Sie treten in der Regel erst im späteren Leben auf. Dennoch wird der Grundstein für einen ungünstigen Umgang mit Alkohol wie auch mit anderen psychoaktiven Substanzen bereits im Kindes- und Jugendalter gelegt.

Verlässliche und vergleichbare Daten über die Häufigkeiten und die Intensität jugendlichen Alkoholkonsums sind schwer erhältlich. Zu verschieden sind die methodischen Standards bei entsprechenden Erhebungen. In der Studie "Health Behavior in School-Aged Children" (HBSC), deren Daten sich auf Nordrhein-Westfalen beziehen, wurden 11- bis 15-Jährige danach gefragt, ob sie jemals alkoholische Getränke probiert haben, wie häufig sie zur Zeit verschiedene alkoholische Getränke konsumieren und wie häufig sie Erfahrungen mit Trunkenheit gemacht haben. Danach haben bereits 60 % der 11-jährigen Mädchen und 65 % der Jungen erste Erfahrungen mit Alkohol gemacht. Unter den 13-Jährigen sind es bereits etwa 85 % und unter den 15-Jährigen haben 94 % bereits Alkohol probiert. Junge Menschen werden heute bereits früh an den Alkoholkonsum herangeführt. Alkohol ist ein selbstverständlicher Bestandteil bei vielen sozialen Anlässen. Jugendliche wachsen allmählich in diese akzeptierte Kultur des Genusses hinein und erlernen die sozialen Gelegenheiten und Bedeutungen des Trinkens. Die Daten zeigen, wie stark das Ausprobieren von Alkohol zu den kulturell akzeptierten Entwicklungsaufgaben des Jugendalters gehört. Es ist davon auszugehen, dass diese Erfahrungen nicht von den Kindern und Jugendlichen selbst initiiert wird, sondern in der überwiegenden Zahl der Fälle von den Eltern oder anderen Erwachsenen provoziert werden.

Die Häufigkeiten eines regelmäßigen Konsums verschiedener alkoholischer Getränke wurden in der HBSC-Studie hinsichtlich eines mindestens einmal wöchentlichen Konsums ausgewertet. Hier wurde nach drei Gruppen von Getränken gefragt, Bier, Wein und Spirituosen. Diese Angaben wurden zur vereinfachten Darstellung zusammengefasst. Ein regelmäßiger Alkoholkonsum spielt unter den 11-Jährigen noch keine wesentliche Rolle. 2 % der Jungen und 0,3 % der Mädchen dieses Alters machten entsprechende Angaben. Eine moderate Steigerung der Raten ergibt sich im Vergleich zur Gruppe der 13-Jährigen, bei denen bereits 10 % der Jungen und 5 % der Mädchen einen regelmäßigen Alkoholkonsum angaben. Unter den 15-Jährigen ist der Konsum von Alkohol bereits bei einem großen Teil der Jugendlichen üblich. Ein regelmäßiger wöchentlicher Konsum wurde hier von 29 % der Jungen und 22 % der Mädchen angegeben (9). Die Häufigkeit des Alkoholkonsums beschreibt jedoch noch nicht zwangsläufig den missbräuchlichen Umgang mit dieser Substanz. Regelmäßiger Konsum in kleinen Mengen ist vielmehr Teil eines normalen Verhaltens in der Erwachsenenwelt.

Einen biografisch ähnlich bedeutsamen Charakter wie die Initiation in den Alkoholkonsum hat das erste Mal „betrunken sein“. Diese Erfahrung machen Jugendliche im Bevölkerungsdurchschnitt mit 15,4 Jahren (7). Die Häufigkeit von Rauscherfahrungen wurde im Rahmen der HBSC-Studie in Bezug zur bisherigen Lebenszeit erfragt. Häufige Rauscherfahrungen sind ein Indikator für Alkoholmissbrauch. Die 11-Jährigen haben eher selten Erfahrungen mit dem Betrunkensein. 2 % der Jungen und 0,3 % der Mädchen gaben an, bereits mehr als zweimal betrunken gewesen zu sein. Diese Raten steigen bei den 13-Jährigen auf 10 % unter den Jungen und 7 % unter den Mädchen. Unter den 15-Jährigen gaben 36 % der Jungen und 31 % der Mädchen an, bisher häufiger als zweimal betrunken gewesen zu sein. Jungen haben häufiger

Erfahrungen mit Trunkenheit als Mädchen, besonders unter den 11-Jährigen. Mit zunehmendem Alter relativiert sich die Differenz zwischen den Geschlechtern.

Ein Vergleich zwischen den in 1994 und 1998 durchgeführten repräsentativen HBSC-Studien in NRW zeigt, dass in NRW der regelmäßige Alkoholgebrauch bei den Jugendlichen ansteigt. Bei den 13-jährigen Jungen konnten Steigerungsraten von 3 bis 7 % verzeichnet werden, während sich bei den Mädchen dieser Altersgruppe keine eindeutige Steigerung feststellen ließ. Bei den 15-Jährigen beider Geschlechter betrug die Steigerungsrate 2 bis 6 %. Die Häufigkeit von Trunkenheitserfahrungen zeigt dagegen in NRW eine leicht abnehmende Tendenz mit einer nahezu gleichbleibenden Rate bei den 13-Jährigen und einer Abnahme von 2 bis 6 % bei den 15-Jährigen. Die dargestellten Unterschiede lassen aufgrund methodischer Faktoren nur sehr grobe Rückschlüsse zu. Der Umstand, dass es sich hier lediglich um zwei Messzeitpunkte handelt, lässt Aussagen zum Trend nicht zu (65).

5.5.2 Tabakkonsum

Zur Einschätzung der Häufigkeit des Rauchens im Kindes- und Jugendalter, bezogen auf das Land Nordrhein-Westfalen, sollen hier die Ergebnisse der HBSC-Studie aus dem Jahr 1998 berichtet werden, die sich auf eine repräsentative Stichprobe aus dem Land bezieht. Die Jugendlichen sollten im Rahmen der Studie Angaben über ihren Zigarettenkonsum machen. So wurde gefragt, wie häufig die 11- bis 15-Jährigen rauchen. Gaben sie an, mindestens einmal pro Woche zu rauchen, wurden sie als gewohnheitsmäßige Raucher eingestuft. Das durchschnittliche Einstiegsalter zum regelmäßigen Rauchen liegt bei 15-Jährigen bei etwa 12,5 Jahren. Unter den 11-Jährigen sind die Anteile der Raucher noch relativ gering: Von ihnen rauchen 1,3 % der Jungen und 2,5 % der Mädchen mindestens einmal pro Woche. Betrachtet man diejenigen, die angaben, täglich zu rauchen, so sind es 1 % der Jungen und 0,1 % der Mädchen in dieser Altersgruppe. Unter den 13-Jährigen steigt der Anteil regelmäßiger Raucher dann sprunghaft an: 13,5 % der Jungen und 12,8 % der Mädchen rauchen in diesem Alter bereits regelmäßig wöchentlich, 9 % beider Geschlechter sogar täglich. In der Gruppe der 15-Jährigen ist eine weitere Steigerung der Raucherraten zu verzeichnen. Hier sind es 27,6 % der Jungen und 35,8 % der Mädchen, die wöchentlich Zigaretten rauchen. 25 % der 15-jährigen Mädchen und 22,5 % der Jungen rauchen täglich.

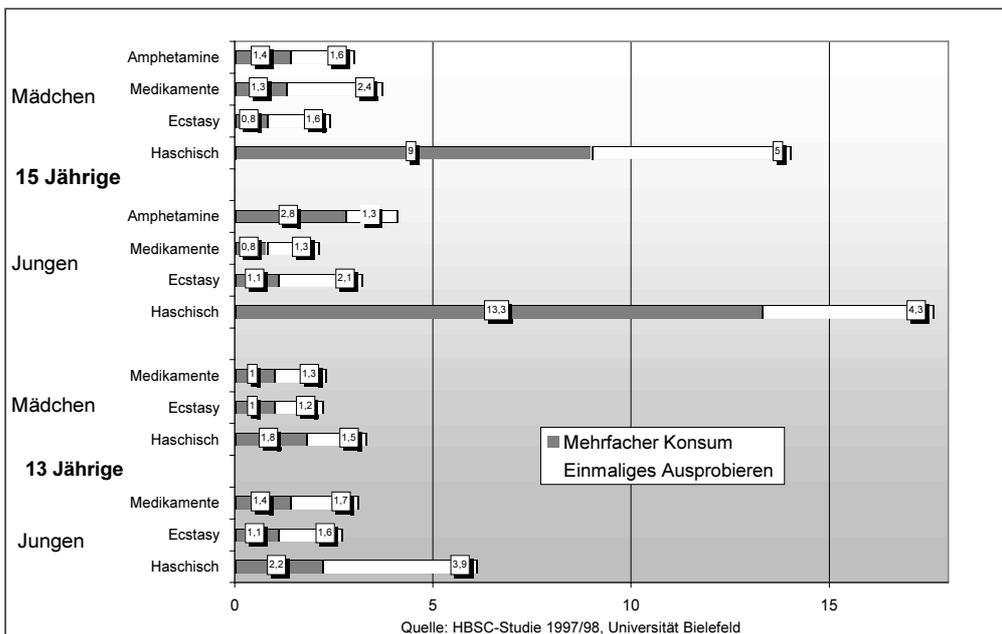
Ein Vergleich der ermittelten Raucherquoten zwischen den Befragungen aus den Jahren 1994 und 1998 in NRW zeigt bei den Jugendlichen einen deutlichen allgemeinen Trend hin zum Rauchen. Bei den 13-jährigen Jugendlichen stieg der Anteil regelmäßig rauchender Jungen um etwa 6 Prozentpunkte und bei den Mädchen um 4 Prozentpunkte. Unter den 15-Jährigen stieg der Anteil der regelmäßigen Raucher um etwa 7 Prozentpunkte bei den Jungen und 4 Prozentpunkte bei den Mädchen (63).

5.5.3 Konsum illegaler Substanzen

Etwa 21 % der 12- bis 25-jährigen Deutschen hat im bisherigen Lebenslauf einmal oder mehrfach eine oder mehrere illegale Drogen genommen. Von 1993 bis 1997 ist der Anteil der Jugendlichen mit Drogenerfahrungen um 3 Prozentpunkte angestiegen. In der Altersgruppe von 12 bis 17 Jahren ist dieser Anstieg besonders hoch (7). Während Heroin und Kokain in diesen Altersgruppen lediglich in Einzelfällen konsumiert werden, kommt dem Konsum sogenannter weicher Drogen eine größere Bedeutung zu.

So haben etwa 3 % der Mädchen und 6 % der Jungen bereits mindestens einmal Haschisch probiert, ein häufigerer Gebrauch wird jedoch in diesem Alter von weniger als der Hälfte dieser Jungen und Mädchen angegeben.

Etwa 2 bis 3 % der 13-Jährigen haben bereits einschlägige Erfahrungen mit der Modedroge Ecstasy und mit der missbräuchlichen Verwendung rauscherzeugender Medikamente. Auch hier ist ein häufigerer Konsum bei etwas weniger als der Hälfte dieser Gruppe vorhanden. Diese Zahlen deuten an, dass bereits im Alter von 13 Jahren das „Experimentieren“ mit illegalen Drogen vorkommt (63).



Grafik 16: Selbstangaben zum Konsum illegaler Drogen bei 13- und 15-jährigen Jugendlichen in NRW, 1997/98, Angaben in Prozent

Von den in der HBSC-Studie befragten 15-Jährigen in NRW haben bereits 14 % der Mädchen und knapp 18 % der Jungen erste Erfahrungen mit dem Haschischrauchen gemacht. Hier fällt auf, dass der überwiegende Teil bereits häufigeren Haschisch- und Marihuanakonsum angibt.

Ecstasy wurde nach eigenen Angaben von 3,2 % der Jungen und 2,4 % der Mädchen ausprobiert.

Der Konsum und der Besitz illegaler Drogen führt bei einem Teil der Jugendlichen zur Anzeige wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz. Diese Fälle gehen in die amtliche Kriminalstatistik ein und geben ebenfalls Hinweise auf die Verbreitung von Rauschmitteln bei Jugendlichen.

5.5.4 Suchtvorbeugung und -hilfe

Die Suchtvorbeugung ist in Nordrhein-Westfalen ein integraler Bestandteil allgemeiner Gesundheitsförderung und erfolgt unter Einbeziehung der Bereiche Elternhaus, Schule, Ausbildung, Arbeit und Freizeit. Da geschlechtsspezifische Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf Suchtentstehung und Suchtverlauf haben, müssen Prävention und Hilfen auf die spezifischen Lebenszusammenhänge und Lebenssituationen von Jungen und Mädchen ausgerichtet werden. Ein wesentliches Ziel der Maßnahmen zur Suchtvorbeugung ist die Stärkung von Selbstvertrauen, Selbstständigkeit und Eigenverantwortung als Voraussetzung für ein suchtfreies Leben.

Das differenzierte und qualifizierte Hilfesystem für Sucht- und psychisch Kranke in Nordrhein-Westfalen steht grundsätzlich auch Kindern und Jugendlichen zur Verfügung. Gleichwohl benötigen diese zusätzliche altersspezifische Beratungs- und Hilfeangebote.

Das Landesprogramm gegen Sucht, das mit allen Beteiligten des Gesundheitswesens abgestimmt wurde, setzt Schwerpunkte sowohl auf die frühzeitige Suchtvorbeugung bei Kindern und Jugendlichen, zum Beispiel durch zielgruppenspezifische Prävention für Kinder aus suchtbelasteten Familien sowie für Jugendliche in Kooperation mit der Jugendhilfe und dem Jugendschutz, als auch auf die Verbesserung der Hilfeangebote und -strukturen für suchtkranke und suchgefährdete Minderjährige.

5.6 Gewalt und Delinquenz

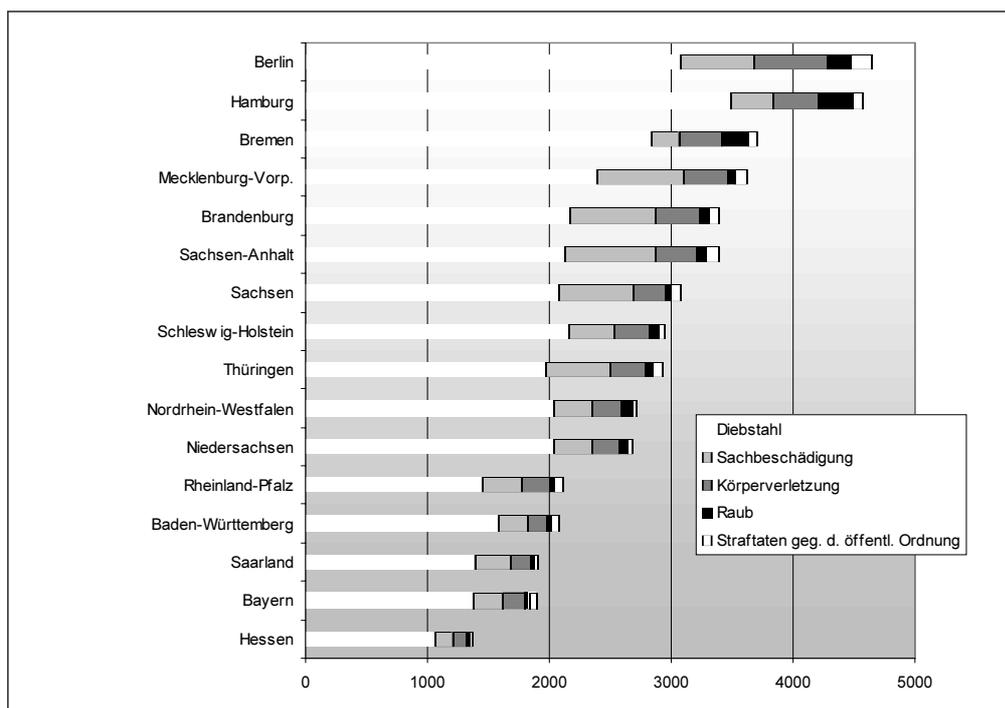
5.6.1 Gewalt in der Schule

Über die Häufigkeit und die Ursachen von Gewaltdelinquenzen an deutschen Schulen liegen inzwischen eine Reihe von Studien vor. Allerdings bezieht sich keine der Untersuchungen auf Nordrhein-Westfalen. Insgesamt ist die in allen Studien gefundene Zunahme von Gewalttaten unter Schülerinnen und Schülern als die Folge einer allgemeinen Zunahme von Gewalt im Jugendbereich zu betrachten. Die Häufigkeit strafrechtlich relevanter Gewalttaten macht jedoch nur einen sehr geringen Teil dieser Taten aus (22).

In einer Fragebogenuntersuchung zum Ausmaß von Gewalt und Aggression an Schulen wurden insgesamt 14.788 Schülerinnen und Schüler aus den Klassenstufen 3 bis 12 in 47 Schulen in Schleswig-Holstein zur Mobbing-Opfer-Täter-Problematik befragt (21). Es zeigte sich, dass dieses Problem in Deutschland unerwartet große Bedeutung hat. 11,6 % der Befragten machten die Angabe, in den letzten sechs Monaten „gelegentlich“ bis „mehrmals die Woche“ Opfer von Ausgrenzung und Isolierung geworden zu sein. 9,2 % der Befragten wurden ein- bis mehrmals pro Woche, 21 % gelegentlich Opfer von Mobbing, also physischer und psychischer Aggression. Die Täter fanden sich vor allem in den Klassenstufen 7 bis 10. Die Wahrscheinlichkeit, Opfer von Mobbing zu werden, war unter den Jüngeren größer als unter den Älteren, unter Jungen größer als unter den Mädchen. Entgegen den Erwartungen wurde das Ausmaß des Mobbing an Schulen nicht durch die Merkmale der Schule (Schülerzahl, Einzugsgebiet, Ausländeranteil, Lehrerzahl, schlechter Schulhof etc.) variiert. Die Opfer von Mobbing empfanden erheblichen sozialen Stress. Ein Vergleich zu vorliegenden epidemiologischen Studien aus England, Norwegen und Japan zeigt, dass das Ausmaß dieser Problematik an deutschen Schulen sehr hoch ist (21). Etwa 50 % der Täter von Gewalttaten werden selbst auch Opfer. Diese Überlappung von Tätern und Opfern ist bei Mädchen ausgeprägter als bei Jungen (71).

5.6.2 Kriminalität von Kindern und Jugendlichen

Angaben über das Ausmaß an Kriminalität unter Kindern und Jugendlichen sind lediglich aus den offiziellen polizeilichen Kriminalstatistiken und aus den Rechtspflegestatistiken des Bundes und der Länder erhältlich. Diese Daten sind zum Teil durch das Anzeigeverhalten der Bevölkerung und durch die Verfolgungsintensität der Polizei erheblich beeinflusst. Der in den folgenden Grafiken erscheinende Unterschied zwischen den Bundesländern ist nicht zuletzt auf diese Unterschiede zurückzuführen. Es ist von einem erheblichen Dunkelfeld nicht entdeckter oder angezeigter Straftaten auszugehen. Im Folgenden werden die Zahlen der polizeilichen Kriminalstatistik berichtet, die alle angezeigten Taten erfasst. Jedoch nur ein Teil dieser Anzeigen führt auch zu Verurteilungen vor Gericht, da einerseits auch strafunmündige Personen erfasst werden, andererseits auch die Fälle enthalten sind, in denen andere Sanktionen ausgesprochen werden. Diese Dunkelziffer resultiert unter anderem aus der Aufklärungsquote der Polizei. Die Höhe der Dunkelziffer ist nicht genau zu bestimmen. Dennoch geben diese Zahlen einen Eindruck über die allgemeinen Tendenzen hinsichtlich der Verbreitung von Kriminalität unter Kindern und Jugendlichen, da hier auch diejenigen Täter erfasst sind, die aufgrund ihres Alters nicht strafmündig sind.

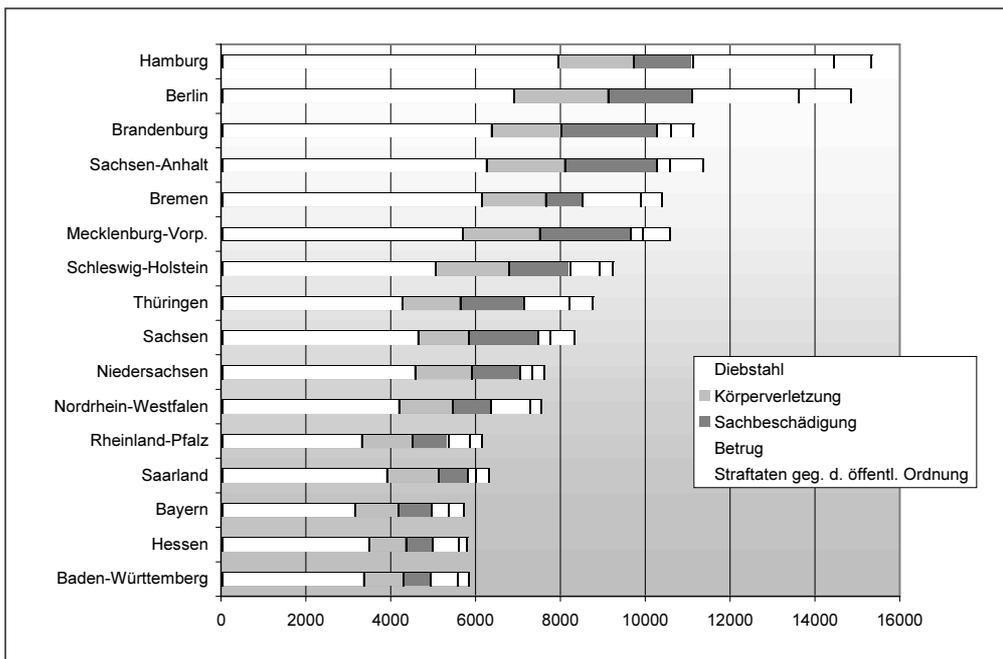


Daten: Polizeiliche Kriminalitätsstatistik (Tatverdächtigenstatistik) 1998

Quelle: Taschenbuch der Kinderpresse

Grafik 17: Angezeigte Kinder von 8 bis 13 Jahren, nach Delikten und Ländern, 1998

In Nordrhein-Westfalen wurden im Jahr 1998 insgesamt 33.172 Mal Kinder im Alter von 8 bis 13 Jahren bei der Polizei angezeigt. Das sind 2.680 pro 100.000 Kinder in dieser Altersgruppe. Als häufigste Delikte wurden Diebstähle in 24.860 Fällen (2.033 pro 100.000 Kinder) verzeichnet, von denen etwa 80 % Ladendiebstähle waren. Auf diese Zahl nimmt die Praxis der Ahndung von Ladendiebstählen durch Kaufhausdetektive einen entscheidenden Einfluss. An zweiter Stelle standen die Sachbeschädigungen mit insgesamt 4.198 Fällen (321 pro 100.000 Kinder). Körperverletzungen stehen an dritter Stelle mit 2.934 Fällen (241 pro 100.000 Kinder). Dabei handelte es sich in etwa 45 % der Fälle um gefährliche Körperverletzung. Einen sehr geringen Anteil haben Raub (angezeigt wurden 82 pro 100.000 Kinder) und Straftaten gegen die öffentliche Ordnung (37 pro 100.000 Kinder), unter denen in erster Linie die Vortäuschung einer Straftat mit ca. 23 % hervorsteicht. Beim Raub handelt es sich in der überwiegenden Zahl der Fälle um Überfälle auf Straßen, Wegen oder Plätzen, wobei Kinder hier oftmals in gleichem Maße Täter und Opfer sind. Von den tatverdächtigten Kindern waren etwa 1/3 Mädchen und 2/3 Jungen. Bei Diebstahlsdelikten war der Anteil der Mädchen etwas höher (ca. 35 %), bei Sachbeschädigungen deutlich geringer (13 %) (72).



Daten: Polizeiliche Kriminalitätsstatistik (Tatverdächtigenstatistik) 1998

Quelle: Taschenbuch der Kinderpresse

Grafik 18: Angezeigte Jugendliche von 14 bis 17 Jahren, nach Delikten und Ländern, 1998

Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren wurden 1998 in Nordrhein-Westfalen in insgesamt 59.224 Fällen bei der Polizei angezeigt. Das sind 7.805 Fälle pro 100.000 Jugendlichen dieser Altersgruppe. Auch hier sind Diebstähle mit 4.178 Fällen pro 100.000 Jugendlichen, insgesamt 31.700, die größte Deliktgruppe. Bei den Jugendlichen ist der Anteil der Ladendiebstähle im Vergleich zu den Kindern mit ca. 64 % geringer. Wegen Körperverletzung wurden 9.556 Jugendliche angezeigt (4.178 pro 100.000), wobei in etwa der Hälfte der Fälle eine gefährliche Körperverletzung zu Grunde lag. Im Gegensatz zur jüngeren Gruppe ist bei den Jugendlichen der Tatbestand des Betrugs ein häufiges Delikt. Hier wurden insgesamt 7.015 Fälle (924 pro 100.000 Jugendliche) registriert. Es handelt sich hierbei überwiegend (ca. 2/3 der Fälle) um das Erschleichen einer Leistung, das so genannte „Schwarzfahren“ in öffentlichen Verkehrsmitteln. Hierzu ist der große Unterschied in der Anzeigehäufigkeit zwischen den Stadtstaaten und den dichtbesiedelten Gebieten in NRW einerseits und den übrigen Bundesländern zu beachten. Wegen Sachbeschädigungen, darunter unter anderem das Anbringen von Graffiti an Gebäuden, wurden 6.929 Fälle (913 pro 100.000) angezeigt. Wegen Straftaten gegen die öffentliche Ordnung erfolgten 1.804 Anzeigen (238 pro 100.000 Jugendliche). Hierbei handelt es sich in jeweils etwa 10 % der Fälle um das Vortäuschen einer Straftat, um Widerstand gegen die Staatsgewalt und um Landfriedensbruch. Bei Jugendlichen beträgt der Anteil der Mädchen unter den Tatverdächtigen etwa 1/4 und ist damit etwas geringer als bei den Kindern (72).

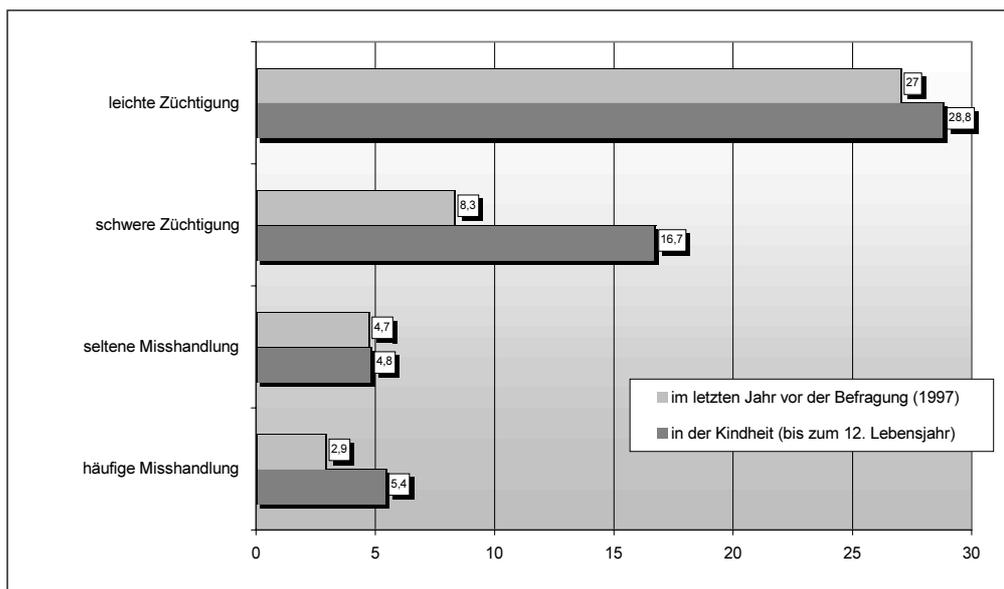
Insgesamt ist von einer Zunahme abweichenden und kriminellen Verhaltens bei Jugendlichen auszugehen, die sich in den Polizeilichen Statistiken nicht wiederfindet. Eine Studie der Universität Bielefeld zog einen Vergleich aus zwei Erhebungen im Jahr 1988 und 1996, in denen 1.600 nordrhein-westfälische Jugendliche der 7. und 9. Jahrgänge in jeweils repräsentativen Stichproben Angaben über ihr eigenes Verhalten machten. Während 1988 37 % der Befragten zugaben, einmal Gewalt gegen Personen ausgeübt zu haben, waren es in 1996 48 %. 6,6 % hatten dies in 1988 und 9,7 % hatten dies in 1996 mehrfach getan. Die hohen Quoten in der Untersuchung ergeben sich aus der Einbeziehung auch minder schwerer Formen von Gewalt. Auch bei den zugegebenen Eigentumsdelikten wurden Steigerungen gefunden. Hatten 1988 noch 20 % einen mehr oder minder schweren Diebstahl zugegeben, so waren es 1996 35 %. Die Angaben über mehrfache Delikte stiegen von 5 % auf 10 %. Gewalt wurde fast doppelt so häufig von Jungen ausgeübt. Die Steigerungsraten beider Geschlechter waren hier nahezu gleich. Dagegen zeigte sich die Steigerungsrate in Bezug zu Eigentumsdelikten bei Mädchen größer. Während 1988 ca. 24 % der Jungen und 16 % der Mädchen einen Diebstahl zugaben, waren es 1996 36 % der Jungen und 34 % der Mädchen. Eine Analyse der Begleitumstände dieser Taten zeigte, dass delinquente Jugendliche eine wesentlich schlechtere Beziehung zu ihren Eltern hatten und sich im Elternhaus nur wenig akzeptiert fühlten (41).

5.7 Gewalt gegen Kinder, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung

5.7.1 Gewalt gegen Kinder

Gewalthandlungen gegen Kinder sind ein schwer zu erforschendes Gebiet, besonders dann, wenn sie sich im familiären Rahmen abspielen. Trotz einer im Jahr 2000 verabschiedeten gesetzlichen Sanktionierung der physischen Gewalt gegen Kinder wird diese als legitimes Erziehungsmittel betrachtet und unter dem Schutz der familiären Autonomie weiter praktiziert. Im Hinblick auf ausgeübte Gewalt gegenüber Kindern im Vor- und Grundschulalter liegen keine Daten vor. Nur sehr wenige aufwändige Studien liefern aufschlussreiche Daten über die Häufigkeit von Gewalt gegenüber älteren Kindern, die dabei selbst Auskunft gegeben haben. So ergab die Auswertung des 1992/93 durchgeführten „Bielefelder Jugendsurveys“ Anhaltspunkte über die Verbreitung von körperlichen und nichtkörperlichen Strafen in Familien. Danach erhielten knapp 82 % der befragten 13- bis 16-Jährigen Ohrfeigen, 44 % deftige Ohrfeigen und 31 % wurden regelrecht verprügelt. Zu den verbreiteten nichtkörperlichen Bestrafungen zählten Fernsehverbot bei 67 %, Ausgehverbote bei 64 %, ein Niederbrüllen bei 52 %, Schweigen bei 37 % und die Kürzung des Taschengeldes bei 35 % der Befragten. Elterliche Erziehungsgewalt ist danach ein durchaus normales Mittel der Erziehung. Bei einem Teil der Befragten gehörten jedoch auch massive Gewaltformen zu den Alltagserfahrungen (8).

In einer repräsentativen Dunkelfeldstudie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KFN) aus dem Jahr 1997 wurden Jugendliche von 14 bis 18 Jahren nach Gewalterfahrungen in der Familie, bezogen auf das letzte Jahr und auf die Zeit bis zu ihrem 12. Lebensjahr befragt (53). In der Untersuchung wurden Schläge und Ohrfeigen als „Züchtigung“, häufige Schläge oder Schläge mit Gegenständen als „schwere Züchtigung“ und Handlungen, wie etwa Faustschläge ins Gesicht oder „Zusammenschlagen“ als „Misshandlungen“ kategorisiert. Die folgende Grafik zeigt die festgestellten Häufigkeiten der einzelnen Gewalterfahrungen.



Quelle: Dunkelfeldstudie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen

Grafik 19: Gewalterfahrungen in der Familie bei 14- bis 17-Jährigen in Prozent, 1997

Nach der Dunkelfeldstudie des KFN waren demnach insgesamt etwa 29 % der Jugendlichen von gravierender familiärer Gewalt während ihrer Kindheit betroffen. In der überwiegenden Zahl der Fälle werden diese Gewalterfahrungen verschwiegen. Von denen, die während des letzten Jahres vor der Befragung von Gewalt betroffen waren, hatten nur 43 % jemals mit anderen darüber gesprochen. Bei beiden genannten Studien zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang von Gewaltbereitschaft und der sozialen Lage der Familie. Bei Familien, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind, ist elterliche Gewalt wesentlich häufiger anzutreffen. Ebenso kommt Gewalt in Migrantenfamilien häufiger vor. Dabei ist es weniger die ethnische Herkunft, die diese Auffälligkeit bedingt, als vielmehr die schlechtere Lebenssituation, in der diese Familien sich befinden. Wurden Kinder und Jugendliche Opfer von elterlicher Gewalt, so ist deren eigene Gewaltbereitschaft wesentlich höher. Unter denjenigen, die wegen Gewaltdelikten aufgefallen sind, war die Häufigkeit von eigenen Gewalterfahrungen in der Familie deutlich größer.

5.7.2 Sexueller Missbrauch

Die häufigsten polizeilich registrierten Gewalttaten gegen Kinder unter 14 Jahren waren im Jahr 1998 bei Mädchen Gewalthandlungen in Form von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung oder sonstiger sexueller Missbrauch. Bei Jungen waren dies überwiegend Körperverletzungen.

	Opfer je 100.000 Kinder			
	Anzahl gesamt	Gesamt	Jungen	Mädchen
Leichte Körperverletzung	22.092	181,1	248	110,6
Sexueller Missbrauch von Kindern	20.981	172,0	85,7	263,1
Gefährliche u. schwere Körperverletzung	8.540	70,0	96,1	42,5
Nötigung, Bedrohung	7.355	60,3	73,8	46,1
Raub	7.208	59,1	95,5	20,7
Misshandlung von Schutzbefohlenen	2.419	19,8	21,9	17,7
Kindesentziehung	1.357	11,1	11,2	11,0
Sex. Missbrauch von Schutzbefohlenen	1.235	10,1	4,5	16,1
Exhibitionistische Handlungen	860	7,1	3,1	11,2
Vergewaltigung	405	3,3	0,7	6,1
Sexuelle Nötigung	306	2,5	1,0	4,1
Zuhälterei	208	1,7	1,8	1,6
Totschlag	122	1,0	1,1	0,9
Fahrlässige Tötung	118	1,0	1,3	0,6
Mord	79	0,6	0,6	0,7
Förderung sex. Handlungen/Prostitution	50	0,4	0,3	0,5
Körperverletzung mit Todesfolge	36	0,3	0,4	0,1
Kindestötung	20	0,2	0,2	0,2
Erpresserischer Menschenraub	16	0,1	0,2	0,1

Quelle: Taschenbuch der Kinderpresse 2000

Tabelle 7: Kinder unter 14 Jahren als Opfer von Straftaten nach ausgewählten Delikten und Geschlecht 1998 in der Bundesrepublik Deutschland

Die Zahlen aus der Rechtspflegestatistik des Statistischen Bundesamtes von 1997 zeigen, dass unter den wegen der genannten Delikte Verurteilten 11 % der Straftaten von 15- bis 17-Jährigen überwiegend männlichen Geschlechts begangen wurden. Die Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen ist mit 5 % beteiligt. Bezogen auf gefährliche Körperverletzung waren sogar knapp die Hälfte der verurteilten Täter unter 17 Jahre alt. Wegen Sexualstraftaten verurteilte Täter waren zum überwiegenden Teil Männer über 21 Jahren. In Nordrhein-Westfalen wurden im Jahr 1997 insgesamt 1.342 Täter wegen sexuellen Missbrauchs von Kindern von Gerichten abgeurteilt oder verurteilt. 5,4 % dieser Täter war im Alter von 18 bis 20 Jahren, 7 % im Alter von 14 bis 17 Jahren, der größte Teil war 21 Jahre und älter (72).

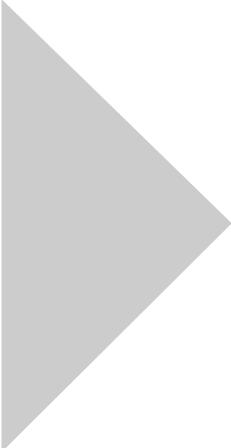
Die Zahlen der polizeilichen Statistiken bilden jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht das tatsächliche Geschehen in Bezug zum sexuellen Missbrauch von Kindern ab. Ein unbekannt großer Teil der sexuellen Übergriffe auf Kinder wird nicht polizeilich bekannt, da es sich oftmals um innerfamiliäre Vorgänge handelt, bei denen die Anzeigebereitschaft gering ist. In den 1998 bekannt gewordenen Fällen waren ca. ein Drittel aller Täter Verwandte oder enge Bekannte der Opfer. Im Dunkelfeld ist aber von einem noch höheren Anteil enger Täter-Opfer-Beziehungen auszugehen. Zudem gelangt ein großer Teil der Vorfälle durch Anzeige des Opfers zur Kenntnis der Polizei. Das mangelnde Wissen über Ansprechpartner, Schamgefühle und die fehlende Selbstbestimmung der Kinder bis hin zu Bedrohungen der meist sehr jungen Opfer, verhindert systematisch die Verfolgung derartiger Fälle. Es wird davon ausgegangen, dass das Verhältnis von angezeigten gegenüber nicht angezeigten Vorfällen etwa bei 1 : 10 bis 1 : 15 liegt (19/48). In einigen Studien werden Angaben über das Ausmaß des sexuellen Missbrauchs von Kindern aufgrund retrospektiver Befragungen gewonnen. Eine ebenfalls vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) durchgeführte repräsentative Opferbefragung aus dem Jahr 1992 ergab bei einer relativ weiten Opferdefinition (Berücksichtigung auch unspezifischer sexueller und exhibitionistischer Handlungen) einen Anteil von 18,1 % Frauen und 7,3 % Männer, die in ihrer Kindheit und Jugend sexuell missbraucht worden waren. Bei einer engeren Definition (nur Delikte mit Körperkontakt vor dem 16. Lebensjahr) ergaben sich Raten von 8,6 % bei Frauen und 2,8 % bei Männern. Das Vorkommen von sexuellen Übergriffen auf Kinder ist dabei völlig unabhängig von der sozialen Lage und dem Milieu der Familien (72/78).

5.7.3 Vernachlässigung

Neben aktiver Gewalt und Missbrauch von Kindern ist der Tatbestand der Vernachlässigung als quasi passive Gewaltform anzusehen. Dieser Begriff ist jedoch in der Praxis nur sehr unzureichend definiert. Schöne u. a. betrachten in einer Studie die Vernachlässigung als den Ausdruck einer grundlegenden und dauerhaften Beziehungsstörung zwischen den Sorgeberechtigten und dem Kind, die einher geht mit der Unterlassung fürsorglicher Handlung und damit einer Vorenthaltung einer elementaren Versorgung physischer Art (Essen, Trinken, Schlaf, Ausscheidungen), Schutz (vor Gefahr, Krankheit und materiellem Mangel) sowie psychischer und sozialer Art (soziale Bindung, Verständnis, Wertschätzung, Anregung, Spiel, Leistung etc.). Dabei kann die Vernachlässigung vorsätzlich oder aber aus mangelndem Wissen oder unzureichender Einsicht erfolgen (57). Die Folgen einer Vernachlässigung in Form von seelischen und körperlichen Entwicklungsbeeinträchtigungen betreffen vor allem Säuglinge und Kleinkinder, da diese die Bedürfnisversagungen in der Regel kaum kompensieren können. Als Spätfolge ist ein erhöhtes Risiko für das Auftreten neuropsychiatrischer Störungen zu

erwarten. In einer Studie an der Münchener Universitätsklinik waren 3 bis 6 % der Kinder vernachlässigt. Bei weiteren 3 % wurde eine Kombination von Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch gefunden (12). Esser (18) schätzt aufgrund von Studien den Anteil der vernachlässigten oder abgelehnten Kinder in Deutschland auf etwa 5 bis 10 %.

In einer vom nordrhein-westfälischen Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit geförderten Broschüre des Kinderschutzbundes NRW und des Instituts für soziale Arbeit in Münster wird auf das Problem der Kindesvernachlässigung eingegangen. Die im Mai 2000 herausgegebene Broschüre wendet sich an Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus Kindergärten und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und gibt Hinweise zur Entdeckung von Vernachlässigung und Anregungen zur Einleitung von Hilfe (10).



6 Angebot und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung

6.1 Impfungen

6.2 Vorsorgeuntersuchungen

6.3 Frühförderung in NRW

6.4 Sozialpädiatrische Zentren

6.1 Impfungen

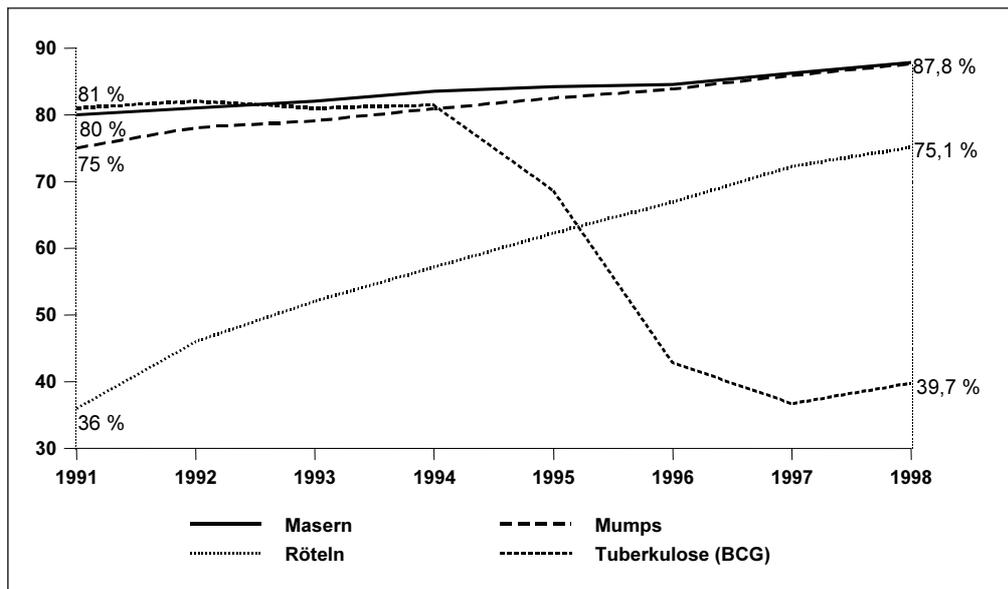
Impfungen gehören unbestritten zu den wirksamsten Maßnahmen der primären Prävention von Erkrankungen. Zum breiten Schutz vor den impfpräventablen Erkrankungen sind Durchimpfungsraten von mindestens 90 % der Bevölkerung erforderlich. Impfempfehlungen werden von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut erarbeitet. Die jeweils aktuellen Impfempfehlungen der STIKO gelten in Nordrhein-Westfalen als öffentlich empfohlen. Der aktuelle von der STIKO vorgeschlagene Impfkalender für Säuglinge, Kinder und Jugendliche umfasst Impfungen zum Schutz vor Diphtherie, Pertussis (Keuchhusten), Tetanus, *Hämophilus influenzae* Typ b (verursacht bei Kleinkindern v.a. eitrige Meningitis und Kehldeckelentzündung), Hepatitis B, Kinderlähmung (Poliomyelitis) sowie gegen Masern, Mumps und Röteln. Die BCG-Impfung gegen Tuberkulose wird wegen unzureichender Wirksamkeit nicht mehr empfohlen. Den empfohlenen Impfungen sind Impftermine zugeordnet. Abweichungen vom empfohlenen Impfalter sind möglich und unter Umständen notwendig. Die angegebenen Impftermine berücksichtigen die für den Aufbau eines Impfschutzes notwendigen Zeitabstände zwischen den Impfungen.

Die Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder sollten zur Gabe von entsprechenden Impfstoffen genutzt werden. Die Schuleingangsuntersuchungen, die Jugendgesundheitsuntersuchung sowie die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz können für die Impfprophylaxe genutzt werden (67).

Daten über den Grad der Immunisierung bei Kindern liegen in Nordrhein-Westfalen z. Z. nur auf der Basis der schulärztlichen Untersuchungen, insbesondere der Schuleingangsuntersuchung, vor. Zu dieser Untersuchung werden die Eltern um Vorlage der Impfbücher gebeten. Die Tatsache, dass bis zu 20 % der vorgestellten Kinder kein Impfbuch zur Untersuchung mitbringen, muss bei der Interpretation der Impfdaten berücksichtigt werden. Auch können die Angaben in Bezug zu einzelnen Impfungen unvollständig sein (32). Über die älteren Jahrgänge im Schulalter liegen die Daten zur Durchimpfungsrate nur für eine Teilpopulation vor.

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 1998 zeigen, dass der Durchimpfungsgrad gegen Polio, Tetanus und Diphtherie insgesamt zufrieden stellend ist. Bei etwa 86 % der untersuchten Kinder lag der Impfpass vor. 95,1 % der Kinder waren vollständig gegen Polio geimpft, bei 0,9 % war der Impfschutz unvollständig. Gegen Tetanus waren 97,1 % der Kinder geimpft, wobei 0,7 % einen unvollständigen Schutz aufwiesen. Eine vollständige Impfung gegen Diphtherie lag bei 96,8 % der Kinder vor, hier war der Schutz bei 0,7 % unvollständig. Die Schuleingangsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2001 ergaben nahezu unveränderte Durchimpfungsraten.

Ein Vergleich mit den entsprechenden Ergebnissen aus dem Jahr 1991, die ebenso bereits Raten über 90 % aufwiesen, zeigt einen weiteren Anstieg des Durchimpfungsgrades der Schulanfänger.



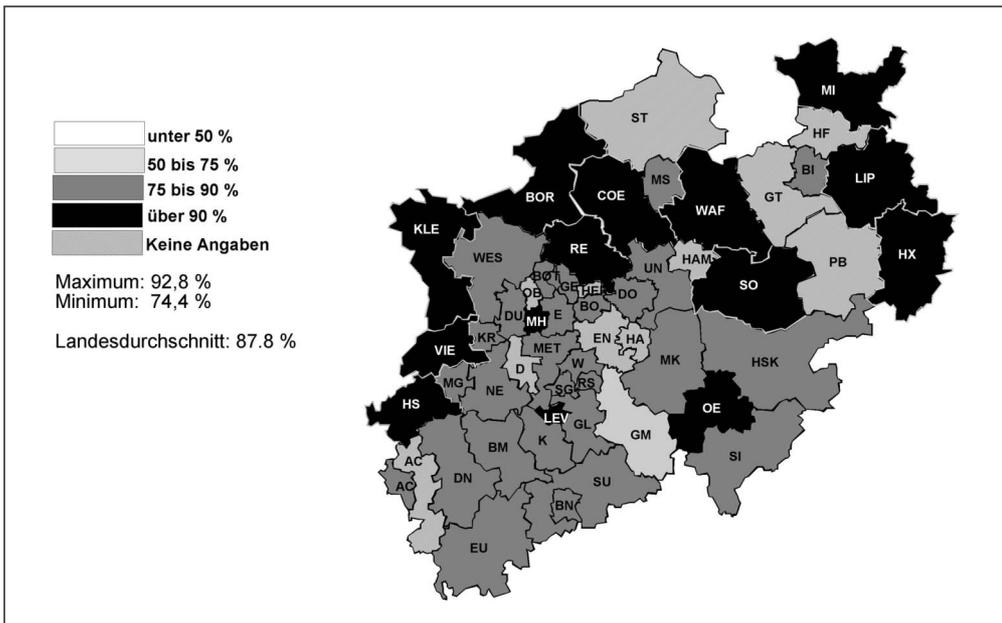
Quelle: Iögd, Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen

Grafik 20: Zahl der geimpften Schulanfänger nach Impfstoff, NRW, Trend 1991 – 1998

Die Impfquoten gegen Masern und Mumps liegen auch im Jahr 1998 noch unter 90 %. Zwar ist in den 90er Jahren eine kontinuierliche Steigerung von etwa 75 % bzw. 80 % in 1991 bis auf 87,8 % für die Erstimpfungen zu verzeichnen, bestimmte Impfideologien auf Seiten von Kinderärzten und Eltern stehen aber immer noch einer vollständigen Durchimpfung im Wege. Eine erfreulich deutliche Steigerung zeigt sich bei den Erstimpfungen gegen Röteln. Waren 1991 erst 36 % der untersuchten Kinder gegen Röteln geimpft, so waren es 1998 bereits 75 %. Seit 1991 empfiehlt die STIKO eine zweite Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln, um Immunitätslücken zu schließen und so eine gesicherte Immunität zu erlangen. Hier ist die Impfbeteiligung mit Durchimpfungsraten von unter 20 % immer noch viel zu niedrig.

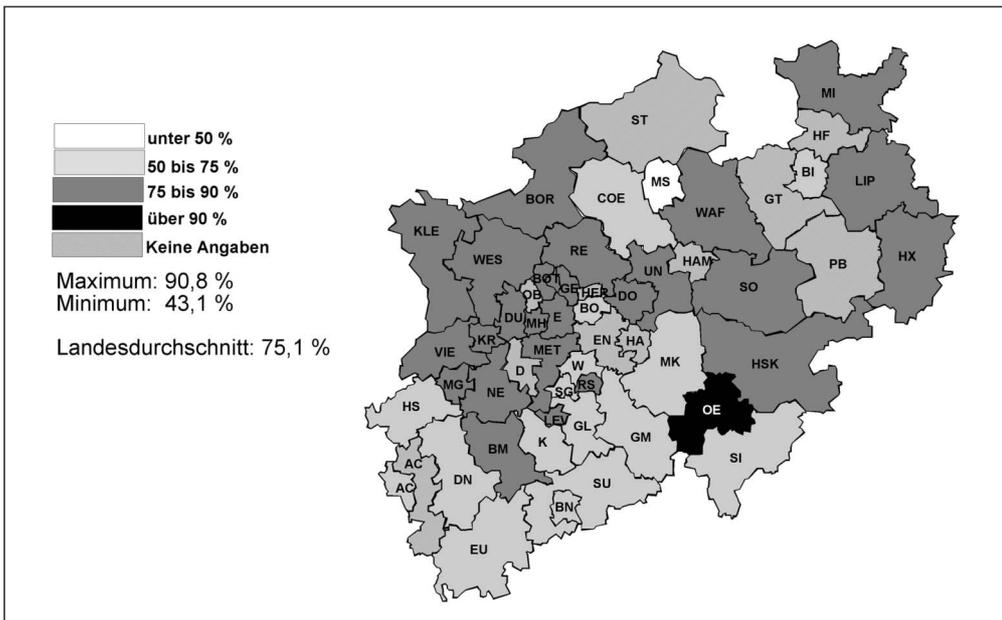
Für die sowohl von der WHO als auch der deutschen Gesundheitspolitik angestrebte Eliminierung der Masern müssen 95 % der Kinder über den vollständigen Impfschutz durch zwei Impfungen verfügen. Daher hat die 10. Landesgesundheitskonferenz, der alle an der gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen wesentlich Beteiligten angehören, im Jahr 2001 ein Aktionsprogramm zur Verhütung von Masern, Mumps und Röteln in Nordrhein-Westfalen verabschiedet. Kurzfristiges Ziel dieses Aktionsprogramms ist es, die Durchimpfungsraten bei Kindern und Jugendlichen zu steigern und auf eine zeitgerechte Impfung hinzuwirken, um damit zu einer erheblichen Reduzierung zukünftiger Erkrankungszahlen zu kommen. Nach Einführung der Meldepflicht für Masern durch das neue Infektionsschutzgesetz waren im Jahr 2001 in Nordrhein-Westfalen 1 605 Masernerkrankungen gemeldet worden. Langfristiges Ziel ist es, gemeinsam mit den anderen Bundesländern und allen Staaten innerhalb der europäischen Region der WHO, die Ausrottung der Masern bis zum Jahre 2007 zu verwirklichen.

Aufgrund einer Änderung der Impfempfehlungen in Bezug auf die BCG-Impfung gegen Tuberkulose in Deutschland ist seit 1994 ein deutlicher Rückgang der Tuberkuloseimpfungen zu beobachten.



Quelle: Iögd, Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen

Grafik 21: Durchimpfung der Schulanfänger gegen Masern (Erstimpfung) in Städten und Kreisen in NRW, 1998



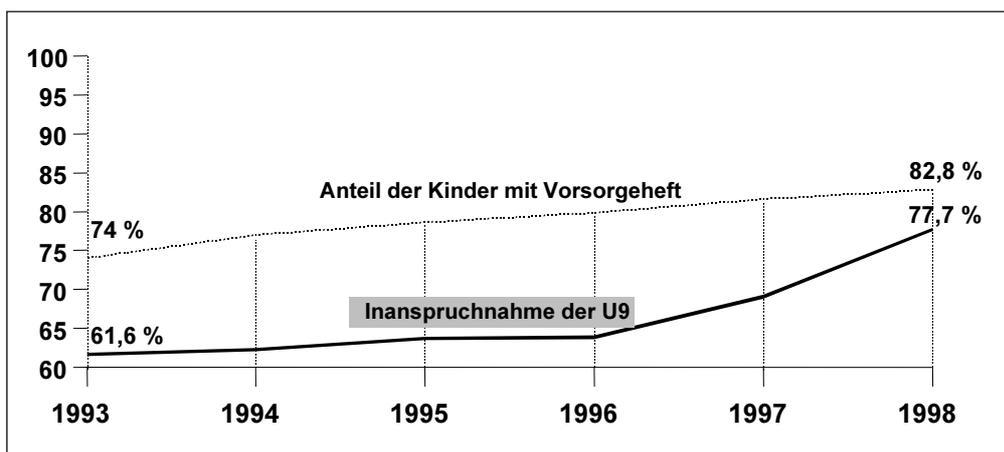
Quelle: Iögd, Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen

Grafik 22: Durchimpfung der Schulanfänger gegen Röteln (Erstimpfung) in Städten und Kreisen in NRW, 1998

Der Impfschutz der Kinder wurde ebenfalls im Bielefelder Grundschulgesundheitsurvey zum Thema gemacht. Die Eltern der Viertklässler wurden nach den Impfungen der Kinder gefragt. Die Elternangaben wurden jedoch nicht durch den Impfpass überprüft. Der Impfung gegen Pertussis wurde hier besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Etwa ein Drittel der Viertklässler (31,5 % der Mädchen und 30,8 % der Jungen) hatte gegen Pertussis mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Immunisierung. Als defizitär stellt sich in dieser Studie die Immunisierung der Migrantenkinder dar: Während von den in Deutschland geborenen Kindern noch 23 % keinen Schutz gegen Röteln haben, sind es bei Migrantenkindern 36 %. Ähnlich ist diese Relation bei Masern, mit 7 % gegenüber 11 %, und bei Pertussis mit 31 % gegenüber 34 %. Auffällig oft variierte die Unwissenheit der Eltern über den Impfschutz ihrer Kinder mit der sozialen Lage und der Herkunft: Die Ergebnisse der Befragung zeigten, dass je ungünstiger sich die soziale Lage der Familie darstellt, umso häufiger waren die Eltern nicht in der Lage, Angaben über erfolgte Impfungen ihrer Kinder zu machen. Die Unwissenheit und Unsicherheit war bei Migranten wesentlich größer (27).

6.2 Vorsorgeuntersuchungen

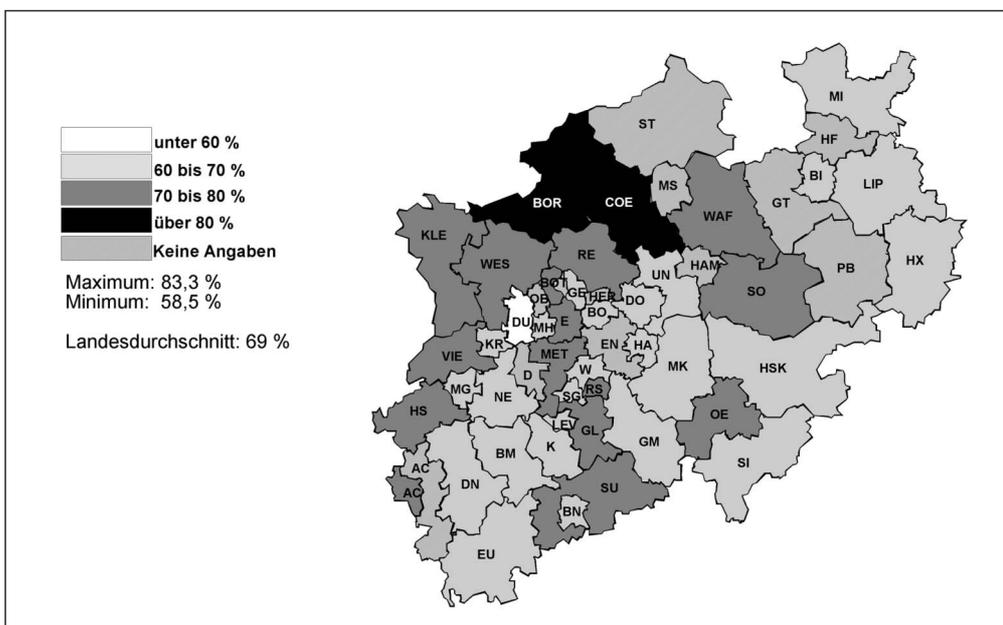
Zur möglichst frühen Aufdeckung von Entwicklungsstörungen und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter wurde ein Programm gesetzlicher Früherkennungsuntersuchungen entwickelt. Das Programm umfasst insgesamt 10 Untersuchungen, sechs davon (U1 bis U6) fallen in das erste Lebensjahr. Die siebte Untersuchung (U7) findet am Ende des zweiten Lebensjahres, die achte (U8) im dritten bis vierten Lebensjahr und die neunte (U9) im fünften Lebensjahr statt. Die zehnte Untersuchung (J1), die nach dem 10. Lebensjahr durchgeführt wird, wurde erst 1997 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenommen. Die Teilnahme an den Untersuchungen ist freiwillig. Sie werden in der Regel in einem entsprechenden Vorsorgeheft dokumentiert.



Quelle: Iögd, Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen

Grafik 23: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung U9 für Kinder, Nordrhein-Westfalen, Trend 1993 bis 1998, in Prozent

Während an den ersten sechs Untersuchungen die weit überwiegende Zahl der Kinder teilnimmt, lässt die Teilnahme an den späteren Untersuchungen deutlich nach. So hatten die zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Kinder im Jahr 1998 in Nordrhein-Westfalen lediglich 69 % U3 bis U9 vollständig durchlaufen. Im Trend der letzten zehn Jahre zeigt sich jedoch eine zunehmende Bereitschaft zur Teilnahme. Die erst im Jahr 1990 eingeführte U9 zeigt in den 90er Jahren einen deutlichen Zuwachs in der Inanspruchnahme. Während 1993 diese Untersuchung bei lediglich 61,6 % der Kinder durchgeführt wurde, waren es 1998 bereits 77,7 %.



Quelle: Iögd, Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen

Grafik 24: Zahl der Schulanfänger mit vollständigen Früherkennungsuntersuchungen (U3 – U9) nach Städten und Kreisen in NRW 1998

6.3 Frühförderung in NRW

Der Begriff Frühförderung umfasst alle Maßnahmen, die geeignet sind, Entwicklungsstörungen bereits beim Kleinkind zu erkennen und zu behandeln. Dazu gehören eine Reihe von Schritten von der Früherkennung hin zur Frühförderung. Ziel ist es, zu einem möglichst frühen Zeitpunkt Störungen in der Entwicklung des Kindes zu entdecken und deren negative Folgen abzuwenden oder zu mildern. Die dargestellten Ergebnisse der Reihenuntersuchungen in Kindergärten zeigen den wachsenden Bedarf an entsprechenden Angeboten deutlich an. Zur Früherkennung und Frühförderung existiert für Kinder ab ihrer Geburt bis zum Schuleintritt ein Gesamtsystem von Hilfen, das von Ärzten, speziellen Diensten und Einrichtungen getragen wird. Neben Heilpädagogischen und Interdisziplinären Frühförderstellen und Sozialpä-

diatrischen Zentren, denen in diesem Zusammenhang eine Schlüsselrolle zukommt, gehören hierzu darüber hinaus u. a. Erziehungsberatungs- und Familienberatungsstellen, integrative Kindertageseinrichtungen, schulpsychologische und sozialpsychiatrische Dienste sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Therapeuten.

Nach Angaben des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Nordrhein-Westfalen gibt es zur Zeit in NRW 103 Frühförderstellen in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege. Es handelt sich bei ihnen um familien- und wohnortnahe Einrichtungen, die Kinder ab ihrer Geburt bis zum Schuleintritt ambulant und mobil aufsuchend diagnostizieren, behandeln und fördern.

Rechtsansprüche auf Finanzierung von Maßnahmen der Frühförderung sind im Bundessozialhilfegesetz (BSHG), im Krankenversicherungsrecht (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) „Gesetzliche Krankenversicherung“) und - für seelisch behinderte Kinder - im Kinder- und Jugendhilferecht (SGB VIII) „Kinder- und Jugendhilfe“ (KJHG) festgeschrieben. Seit Jahrzehnten werden Wege gesucht, einheitliche Rahmenbedingungen, insbesondere für die Finanzierung der Frühförderung zu schaffen. Durch einschlägige gesetzliche Vorschriften des am 1.7.2001 in Kraft getretenen SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ soll gewährleistet werden, dass medizinisch-therapeutische Leistungen und heilpädagogische Hilfen verzahnt und finanziell abgesichert erbracht werden können. Einzelheiten zur Abrechnung der Leistungen und zur Übernahme und Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern sollen in gemeinsamen Empfehlungen vereinbart werden. Ein unter Moderation der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erarbeiteter Entwurf einer solchen Empfehlungsvereinbarung, der allerdings bisher nicht konsensfähig ist, liegt bereits vor. Gegenwärtig bereitet das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung deshalb eine entsprechende Rechtsverordnung vor.

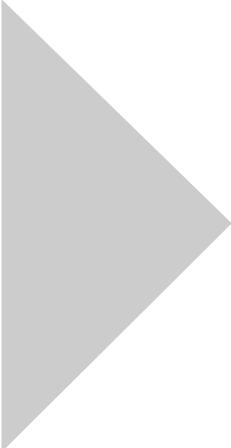
6.4 Sozialpädiatrische Zentren

Bei den 27 Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) in NRW handelt es sich um fachübergreifend arbeitende Einrichtungen, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung im Zuge einer Ermächtigung nach § 119 SGB V die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten. Die SPZ weisen hierbei eine überregionale Zuständigkeit auf. Der Zugang zu den SPZ erfolgt durch eine ärztliche Überweisung. Aufgaben der SPZ sind Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr (kindeslange Behandlung) unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes, einschließlich der Beratung und Anleitung der Bezugspersonen.

Hier werden jährlich mehr als 28 000 Kinder ausschließlich ambulant und kostenlos behandelt. Die Nordrhein-Westfälischen Sozialpädiatrischen Zentren bilden ein funktionierendes Netz der einschlägigen Versorgung. Während in den 80er Jahren von einer numerischen Bedarfsdeckung ausgegangen wurde, deuten Verschlechterungen in den Entwicklungsbedingungen von Kindern und die damit in Zusammenhang stehende Zunahme entsprechender Störungen auf einen wachsenden Bedarf an Behandlungsplätzen hin. Die Anmeldezahlen der Zentren steigen stetig an, eine zuverlässige Bestandssicherung und ein weiterer Ausbau einzelner Einrichtungen wird daher gefordert.

Der Ansatz der Sozialpädiatrischen Zentren, entstanden in den späten 60er Jahren mit einer wachsenden Zahl von Einrichtungen in allen Bundesländern, war zunächst die Betreuung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern und deren Familien. Heute hat sich das

Aufgabenspektrum der Zentren ausgeweitet auch auf neurologische Erkrankungen, globale Entwicklungsstörungen, chronische Erkrankungen und auf psychische und verhaltensbezogene Störungen. Darüber hinaus erfolgt eine Betreuung misshandelter und sexuell missbrauchter Kinder. Die Behandlungsmaßnahmen erfolgen auf der Basis einer ärztlichen Indikation, nach einer differenzierten diagnostischen Abklärung in interdisziplinärer Zusammenarbeit von Mediziner*innen, Psycholog*innen, Heil- und Sozialpädagog*innen. Ziel ist es, in einem individuellen Behandlungsplan zu einer Synthese im Sinne der generellen Förderung von Entwicklungsbedingungen zu kommen. Die Zentren werden generell von Ärzt*innen geleitet und verstehen sich damit als Element des medizinischen Versorgungssystems. Die Behandlungsleistungen der Zentren werden finanziert durch Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenversicherungen und durch eine ergänzende Finanzierung der pädagogisch-psychologischen Leistungen durch die Sozialhilfeträger. Dieses duale Finanzierungsmodell bereitet aufgrund nicht eindeutig geregelter Durchführungsbestimmungen bis heute Schwierigkeiten. Der bürokratische Aufwand ist sehr hoch, da für jeden Fall Einzelvereinbarungen getroffen werden müssen. An einzelnen Standorten ist aus diesem Grund das mögliche Angebot an Hilfen eingeschränkt und die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bedroht (2). Durch die neuen Regelungen des SGB IX und die in Erarbeitung befindlichen Empfehlungen zur Teilung der Kosten zwischen den Rehabilitationsträgern (vgl. 6.3) ist eine Entwicklung eingeleitet, die die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen sichert.



7 Zusammenfassung/Fazit

7.1 Zusammenfassung/Fazit

7.1 Zusammenfassung/Fazit

Die Entwicklung in den 90er Jahren zeigt, dass sich die Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen weiter verbessert hat. Während die biologischen Risiken in Form medizinisch beherrschbarer Erkrankungen auf dem Rückzug sind, rücken aber eine Reihe neuer, anderer Gesundheitsstörungen in das Zentrum der Aufmerksamkeit. So nehmen gerade die Störungen zu, die einen deutlichen Zusammenhang mit der ökologischen und sozialen Umwelt stehen. Aus diesem Grund sind hier, im Vergleich zu vorherigen Gesundheitsberichten, die Schwerpunkte von den überwiegend medizinischen Parametern hin zu den psychologischen und sozialen Erscheinungen verlagert.

Durch verbesserte pränatale medizinische Betreuung und Vorsorge hat sich die Säuglingssterblichkeit und die Anzahl angeborener Behinderungen erheblich verringert. Jedoch ist das Risiko nach wie vor stark von der sozialen und ökonomischen Lage der Familie abhängig. Gleichzeitig hat die Häufigkeit von so genannten Risikogeburten durch Untergewicht und Frühgeburt zugenommen. Dies ist statistisch verbunden mit einem höheren Alter sowie mit der Berufstätigkeit der Mütter. Für Kleinkinder, Vorschulkinder und Schülerinnen und Schüler sind Unfälle und Vergiftungen die weitaus häufigste Todesursache, gefolgt von bösartigen Neubildungen und angeborenen Behinderungen. Etwa ab dem 15. Lebensjahr nehmen Suizide zu.

Das Krankheitsgeschehen im Säuglings- und Kindesalter ist zwar weiterhin überwiegend geprägt von Infektionen und Unfallverletzungen, jedoch erlangen chronische Erkrankungen zunehmend an Bedeutung. Während bei Säuglingen Hauterkrankungen auffallen, sind es bei Vorschul- und Schulkindern Allergien wie etwa Heuschnupfen, Neurodermitis und Asthma, von denen inzwischen etwa jedes fünfte Kind betroffen ist. Da davon auszugehen ist, dass die Anlagen und die Auslöser zur Entstehung von allergischen Erkrankungen unter Umständen erst in späteren Lebensjahren zum Auftreten der Erkrankung führen, ist in diesem Zusammenhang von einer Häufigkeit auszugehen, die in einigen Jahren zu einem erhöhten Bedarf an entsprechenden medizinischen Versorgungsangeboten führen wird.

Erfreulich sind die Befunde zur Zahngesundheit. Regelmäßige und ausreichende Zahnhygiene gehört bei der überwiegenden Zahl der Kinder und Jugendlichen zu den täglichen Routinen. Die Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen ist ebenfalls für den größten Teil der jungen Menschen selbstverständlich. Dadurch hat sich die Rate naturgesunder Gebisse in den letzten Jahren deutlich gesteigert. Allerdings werden bei einem gleichbleibenden Anteil der Kinder und Jugendlichen sanierungsbedürftige Gebisse gefunden. Unzureichende Zahnhygiene und schlechte Zähne sind überwiegend bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien zu finden. Für diese Gruppe sind prophylaktische Bemühungen von Seiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes weiterhin dringend geboten.

Der anlässlich der Schuleingangsuntersuchungen bei Kindern festgestellte Durchimpfungsgrad hat sich in den letzten Jahren weiter verbessert. Bei einigen Schutzimpfungen, z.B. gegen Masern, Mumps und Röteln sind die Durchimpfungsraten zur Zeit aber noch viel zu niedrig. In vielen Fällen verhindert Unwissenheit oder problematische Einstellungen der Eltern die Befolgung der Impfeempfehlungen. Besonders bei Migranten und Menschen in sozial benachteiligter Lage ist dies der Fall. Zur Bekämpfung impfpräventabler Infektionskrankheiten sind daher weiterhin Anstrengungen zur Aufklärung und zur Steigerung der Durchimpfungsraten geboten.

Aus den Ergebnissen der Reihenuntersuchungen im Kindergarten und zur Einschulung zeigt sich eine alarmierend große Häufigkeit funktioneller Beeinträchtigungen und Entwicklungsverzögerungen bei den Kindern. Diese ergeben sich vor allem aus Fehlbildungen des Skeletts und der Muskeln, dem Bereich der psychomotorischen Steuerung, des Sehvermögens und der Sprachentwicklung. Diese Beeinträchtigungen werden mit ungünstigen Veränderungen in

der Lebensweise und der Umwelt der Kinder, mangelnden Bewegungs- und Spielmöglichkeiten in Zusammenhang gebracht. Als Entwicklungsverzögerungen verschwinden diese Beeinträchtigungen zwar in vielen Fällen durch kompensatorische Maßnahmen oder von selbst, sie stellen jedoch ein erhebliches Risiko für den Schulerfolg und für die weitere Entwicklung dar. Die Notwendigkeit einer rechtzeitigen Entdeckung und Überweisung in adäquate Behandlung wird bereits im Kindergartenalter deutlich.

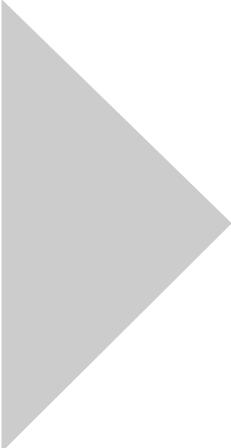
Stressauslösende Faktoren in der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen nehmen zu, gepaart mit einer graduellen Abnahme der Bewältigungsmöglichkeiten in Form von sozialen Unterstützungsnetzwerken, sinnstiftenden Bezügen, sozialen Kompetenzen und Möglichkeiten des Ausagierens (40). Als Folge kommt den stressbedingten psychosomatischen Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen (z.B. Kopfschmerzen, Magenbeschwerden und andere Symptome) eine zunehmend wichtige Rolle im Krankheitsgeschehen zu. Oft werden diese Symptome mit Hilfe von Medikamenten behandelt. Es erscheint jedoch sinnvoll, die vorhandenen psychologischen und pädagogischen Maßnahmen weiter auszubauen.

Unerwartet hohe Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen geben Anlass zur Sorge. In der überwiegenden Zahl der Fälle handelt es sich zwar lediglich um Auffälligkeiten, jedoch sind diese in vielen Fällen als Vorläufer von psychischer Erkrankung im Erwachsenenalter zu betrachten. Die Häufigkeit des Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) ist durch die vermehrte Praxis der medikamentösen Behandlung in die öffentliche Aufmerksamkeit gerückt. Durch die allgemeine Verschärfung des sozialen Klimas nimmt auch die Gewaltbereitschaft ebenso wie aggressives Verhalten zu. Immer häufiger werden Kinder und Jugendliche Opfer von physischer Gewalt, aber auch zu Tätern. In der Schule wird diese Entwicklung besonders beobachtet. In diesem Bereich ist von einem erheblichen Dunkelfeld auszugehen, nur wenige, strafrechtlich relevante Taten werden bekannt. Neben Gewaltdelikten nehmen ebenfalls Diebstähle und Sachbeschädigungen zu. Gewalterfahrungen aus dem Elternhaus sind in der Regel die Ursache für die Delinquenz der Kinder. Der sexuelle Missbrauch von Kindern ist weiterhin ein schwer wiegendes Problem. Die Datenlage zur Verbreitung dieser Taten ist nach wie vor mangelhaft, da diese in vielen Fällen im Schutz der Familie stattfinden und aus Scham und Angst nicht angezeigt werden.

Im Laufe der letzten zehn Jahre haben sich auch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen verändert. So hat sich das Alter des ersten Kontaktes mit Alkohol und Nikotin vorverlagert. Insgesamt ist eine weitere leichte Zunahme des regelmäßigen Konsums dieser psychoaktiven Substanzen vor allem bei den Mädchen festzustellen. Eine Verschärfung des Jugendschutzes erscheint hier sinnvoll. Die leichte Zugänglichkeit von Zigaretten und Alkohol in Automaten, Supermärkten und Tankstellen erhöht die Wahrscheinlichkeit des Missbrauchs besonders bei denen, die noch nicht das gesetzlich vorgeschriebene Mindestalter erreicht haben. Die Muster des Konsums illegaler Drogen haben sich verändert: Während der Heroin- und Kokainkonsum abnimmt, erfreuen sich Cannabisprodukte und die so genannten Partydrogen Amphetamin und Ecstasy zunehmender Beliebtheit. Ebenso werden zunehmend Medikamente als Rauschdrogen missbraucht. Auch hier ist das Alter des Erstkonsums vorverlegt. Vermehrte Anstrengungen zur frühzeitigen Prävention erscheinen hier notwendig. Dabei gilt es, das Gesundheitsbewusstsein, die psychischen und sozialen Kompetenzen der Kinder im Vorschulalter weiter zu fördern. Im Sinne einer allgemeinen Primärprävention sollte dies auch Auswirkungen auf das Risiko psychischer Auffälligkeit und auf die Stressbewältigungsfähigkeiten der Kinder haben. Die hohen Prävalenzraten des jugendlichen Substanzkonsums zeigen, dass in weiterführenden Schulen bereits eher sekundärpräventive Maßnahmen angezeigt sind. Nordrhein-Westfalen hat mit dem Landesprogramm gegen Sucht einen neuen

Weg in der Sucht- und Drogenpolitik beschritten. Mit dem von der Landesregierung vorgelegten Programm wurden konkrete Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte formuliert und Initiativen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen (50) initiiert. Weitere Schritte bei der Umsetzung des Landesprogramms gegen Sucht sind verabredet.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich in Nordrhein-Westfalen wie in der gesamten Bundesrepublik der Gesundheitszustand und die Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen in all den Bereichen verbessert haben, die von der guten medizinischen Versorgung im Land beeinflusst werden. Ebenso zeigt sich eine Verbesserung im Gesundheitsbewusstsein eines überwiegenden Teils der Bevölkerung. Gesundheitsaufklärung und -erziehung scheinen hier Früchte zu tragen. Jedoch werden hiervon nicht alle Bevölkerungsteile erreicht. Immer noch lassen sich deutliche Effekte einer sozialen Ungleichheit auch in der Verteilung der Gesundheit und der Gesundheitsrisiken nachweisen. Diese treten in den dichtbesiedelten Gebieten des Landes besonders hervor. Die Beobachtung zunehmender Gesundheitsrisiken durch psychosoziale Belastungen und funktionale Beeinträchtigungen treffen besonders die Gruppe der sozial Benachteiligten. Das Ziel der Gewährleistung gesundheitlicher Chancengleichheit erfordert daher besondere Anstrengungen zur Kompensation sozialer Ungleichheit und gezielte Maßnahmen für die betroffenen Gruppen. Dabei erscheint es sinnvoll, die Unterstützung der Familien in ihren verschiedenen Ausformungen voranzutreiben.



8 Anhänge

**Anhang 1:
Literaturverzeichnis**

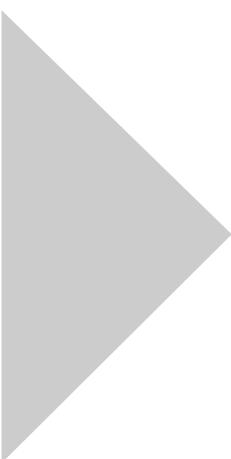
**Anhang 2:
Tabellenverzeichnis**

**Anhang 3:
Abbildungsverzeichnis**

**Anhang 4:
Publikationen zur Gesundheitsberichterstattung
Nordrhein-Westfalen**

**Anhang 5:
Table of Contents**

**Anhang 6:
Abkürzungsverzeichnis**



Anhang 1

Literaturverzeichnis

Literaturverzeichnis

1. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1995): Frühförderung – Eine Orientierungshilfe für die regionale Zusammenarbeit.
2. Arbeitsgemeinschaft der Sozialpädiatrischen Zentren in Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1999): Sozialpädiatrische Zentren in Nordrhein Westfalen. Brühl.
3. Berg, D., Imhof, M., Kollera, S., Schmidt, U. & Ulber, D. (1998): Häufigkeiten von Verhaltensauffälligkeiten in der Grundschule aus der Sicht der Klassenlehrer. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 45 (4), S. 280-290.
4. Blanz, B., Seemann, U., Schönejahn, A. & Fricke, R. (1999): Psychische Gesundheit im Schuleintrittsalter. *Das Gesundheitswesen*, 61 (11), S. 544-547.
5. Brand, A., Bredehöft, J., Brand, H. (1999): Verbesserung der Vollständigkeit und Validität der flächendeckenden Dokumentation angeborener Fehlbildungen im Rahmen der Perinatalerhebung – Abschlussbericht. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW. (Iögd: Wissenschaftliche Reihe; Bd. 6) Bielefeld.
6. Brinkhoff, K-P (1998): Sport und Sozialisation im Jugendalter – Entwicklung, soziale Unterstützung und Gesundheit. Weinheim.
7. (BZgA) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 1997. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.
8. Bussmann, K.-D. (1996): Changes in family sanctioning and the impact of corporal punishment. In: Frehsee, D., Horn, W. & Bussmann, K.-D. (Hrsg.): Family violence against children – A challenge of society. Berlin.
9. Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. & Todd, J. (Hrsg.) (2000): Health and Health Behaviour among Young People. (WHO Regional Office for Europe, Health Policy for Children and Adolescents; Nr. 1). Copenhagen.
10. Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V. & Institut für soziale Arbeit, Münster (Hrsg.) (2000): Kindesvernachlässigung. Erkennen – Beurteilen – Handeln. Düsseldorf.
11. Duhme, H., Weiland, S.K., Rudolph, P., Wienke, A., Kramer, A. & Keil, U. (1998): Asthma and Allergies among Children in West and East Germany: A Comparison between Muenster and Greifswald using the ISAAC Phase I Protocol. *European Respiratory Journal*, 11, S. 840-847.

12. Engfer, A. (1997): Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: Egle, U., Hoffmann, S.-O. & Joraschky, P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Stuttgart, S. 21-34.
13. Essau, C.-A. & Petermann, U. (1995): Depression bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 43 (1), S.18-33.
14. Essau, C.-A. & Petermann, F. (1999): Depressive disorders in children and adolescents: Epidemiology, risk-factors and treatment. New Jersey.
15. Essau, C.-A., Petermann, F. & Conradt, J. (1996): Depressive Symptome und Syndrome bei Jugendlichen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 44 (2), S.150-157.
16. Essau, C.-A., Karpinski, N. A., Petermann, F. & Conradt, J. (1998): Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46 (2), S. 105-124.
17. Essau, C.-A., Grön, G., Conradt, J., Turbanisch, U. & Petermann, F. (1999): Häufigkeit, Komorbidität und psychosoziale Korrelate der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung - Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 67 (7), S. 296-305.
18. Esser, G. (1994): Ablehnung und Vernachlässigung im Säuglingsalter. In: Kürner, P. & Nafroth, R. (Hrsg.): Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung und Armut in Deutschland. Köln, S. 72-80.
19. Gallwitz, A. & Paulus, M. (1997): Die Kinder-Sex-Mafia in Deutschland. Hilden/Rheinl.
20. Gerlinghoff, M. (1996): Essstörungen – Zahlen und Fakten des Versorgungsangebots. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Jahrbuch Sucht `97. Geesthacht, S. 73-81.
21. Hanewinkel, R. & Knaak, R. (1997): Mobbing: Eine Fragebogenstudie zum Ausmaß von Gewalt und Aggression an Schulen. *Zeitschrift für empirische Pädagogik*, 11 (3), S. 403-422.
22. Heitmeyer, W. & Ulbrich-Herrmann, M. (1999): Verschärfung sozialer Ungleichheit, soziale Milieus und Gewalt. Zur Kritik der Blickverengung schulbezogener Gewaltforschung. In: Holtappels, H.-G., Heitmeyer, W., Melzer, W. & Tillmann, K.-J. (Hrsg.): Forschung über Gewalt an Schulen. Erscheinungsformen und Ursachen, Konzepte und Prävention. 2. Aufl. Weinheim, S. 45-62.

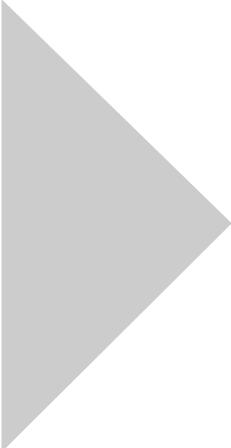
23. Hoepner-Stamos, F. (1995): Prävalenz und Ätiologie chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Kolip, P., Hurrelmann, K. & Schnabel, P.-E. (Hrsg.): *Jugend und Gesundheit*. Weinheim, S. 49-69.
24. Hoepner-Stamos, F. (1999): Chronische Erkrankungen im Jugendalter. Psychosoziale Folgen schwerer und leichter Beeinträchtigungen. Weinheim.
25. Hübner, H. & Pfitzner, M. (2000): Schulsportunfälle in Nordrhein-Westfalen – Die wichtigsten Ergebnisse zum Unfallgeschehen des Schuljahres 1998/99. Bergische Universität – Gesamthochschule Wuppertal: Forschungsbericht.
26. Hurrelmann, K. & Klocke, A. (1997): Armut und Gesundheitsgefährdung im Kindes- und Jugendalter. *PRO Jugend 2*, S. 4-9.
27. Hurrelmann, K., Hoepner-Stamos, F., Palentien, C., Settertobulte, W. & Klaubert, K. (1998): Gesundheitsförderung in Grundschulen – Analyse der Ausgangsbedingungen und Implementation von Maßnahmen. Universität Bielefeld, Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund Public Health, Abschlussbericht.
28. Jorch, G., Schmidt-Troschke, S., Bajanowski, Q.T., Heinecke, A., Findeisen, M. et al. (1994): Epidemiologische Risikofaktoren des plötzlichen Kindstods – Ergebnisse der westfälischen Kindstodstudie 1990-1992. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 142, S. 45-51.
29. Kahl, H.-J. (1998): Unfälle und Verletzungen von Kindern unter besonderer Berücksichtigung der Verletzungen im Haus- und Freizeitbereich. In: BZgA (Hrsg.): *Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen*. Dokumentation einer Expertentagung der BZgA. Köln.
30. Kaßner, S. (1995): Epidemiologie der atopischen Dermatitis bei Schulanfängern in der Stadt Hannover. Medizinische Hochschule Hannover, Diplomarbeit.
31. Kersting, M., Sichert-Hellert, W., Alexy, U., Manz, F. & Schöch, G. (1998): Ernährung, Stoffwechsel, Wachstum und Entwicklung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen – die DONALD-Studie. *Verbraucherdienst (aid)*, 43 (10), S. 609-614.
32. Kirschner, W., Kirschner, R. & Koch, J. (1997): Besseren Impfschutz anstreben – Durchimpfungsraten bei Kindern in West- und Ostdeutschland im Jahr 1994. *Kinderärztliche Praxis*, 68 (2), S. 7 - 12.
33. Klocke, A., Hurrelmann, K. (1995): Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 2. Beiheft, S. 138-151.

34. Kunz, B., Ring, J., Braun-Falco, O. (1991): Nehmen Allergien wirklich zu? *Fortschritte der Medizin*, 109 (17), S. 353-356.
35. (LÖGD) Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (2000): Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen. Bielefeld.
36. (LÖGD) Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (2000): Gesundheitsindikatoren des Landes NRW. Bielefeld. Im Internet unter www.loegd.nrw.de.
37. Lauth, G.-W. & Lamberti, J. (1997): Prävalenz von Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen in der Grundschule - eine epidemiologische Pilotuntersuchung. *Kindheit und Entwicklung*, 6 (4), S. 197-205.
38. Lehmkuhl, G., Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J.-M., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U. & Poustka, F. (1998): Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und somatischer Beschwerden bei vier- bis zehnjährigen Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern - Ein Vergleich normorientierter und kriterienorientierter Modelle. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26 (2), S. 83-96.
39. Luka-Krausgrill, U. & Reinhold, B. (1996): Kopfschmerzen bei Kindern: Auftretensrate und Zusammenhang mit Stress, Stressbewältigung, Depressivität und sozialer Unterstützung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 4 (2), S. 137-151.
40. Mansel, J, Hurrelmann, K. (1994): Alltagsstress bei Jugendlichen : Eine Untersuchung über Lebenschancen, Lebensrisiken und psychosoziale Befindlichkeiten im Statusübergang. Weinheim.
41. Mansel, J. & Hurrelmann, K. (1998): Aggressives und delinquentes Verhalten Jugendlicher im Zeitvergleich. Befunde der „Dunkelfeldforschung“ aus den Jahren 1988, 1990 und 1996. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 50 (1), S. 78-109.
42. Mielck, A (1998).: Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland. In: Klocke, A., Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Kinder und Jugendliche in Armut*. Opladen, S. 225-249.
43. Mielck, A., Reitmeier, P., Wjst, M. (1996): Severity of childhood asthma by socioeconomic status. *International Journal of Epidemiology*, 25, S. 388-393.
44. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (1995): *Gesundheit der Kinder in Nordrhein-Westfalen - Bericht der Landesregierung*. Düsseldorf.
45. Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport NRW (Hrsg.) (1999): *Sozialbericht für das Land Nordrhein-Westfalen*. Düsseldorf.

46. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (2001): Der Plötzliche Säuglingstod – Sie können das Risiko senken. Im Internet unter www.mfjfg.nrw.de.
47. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (2001): Impfungen – Was Sie wissen sollten. - Impfpfehlungen. Telefonischer Ansgedienst des MFJFG. Im Internet unter www.mfjfg.nrw.de.
48. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (1999): Kinder und Jugendliche an der Schwelle zum 21. Jahrhundert – Chancen, Risiken, Herausforderungen. 7. Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
49. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (1999): Entschließung der 8. Landesgesundheitskonferenz am 16.06.1999 - "Gesundheit für Kinder und Jugendliche in Nordrhein-Westfalen". Im Internet unter www.mfjfg.nrw.de.
50. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (1999): Landesprogramm gegen Sucht - Eine Gemeinschaftsinitiative. Teil 1. In Umsetzung des Ziels 4 der „Zehn vorrangigen Gesundheitsziele NRW“. Düsseldorf. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (2001): Landesprogramm gegen Sucht - Eine Gemeinschaftsinitiative. Teil 2. In Umsetzung des Ziels 4 der „Zehn vorrangigen Gesundheitsziele NRW“. Düsseldorf.
51. Natvig, G.K., Albrektsen, G., Anderssen, N. & Qvarnström, U. (1999): School-related Stress and Psychosomatic Symptoms Among School Adolescents. *Journal of School Health*, 69 (9), S. 362-368.
52. Oberfeld, G. & König, C. (1997): Ergebnisse der Ersten Salzburger Kindergesundheitsuntersuchung und Folgerungen für die Kurorte. *Heilbad & Kurort* (49) Nr. 2, S. 29-31.
53. Pfeiffer, C., Delzer, I., Enzmann, D. & Wetzels, P. (1998): Ausgrenzung, Gewalt und Kriminalität im Leben junger Menschen. Kinder und Jugendliche als Opfer und Täter. Sonderdruck zum 24. Deutschen Jugendgerichtstag vom 18.-22. September 1998 in Hamburg.
54. Schäfer, T. & Ring, J. (1998): Epidemiologische Aspekte atopischer Erkrankungen. *Allergo* 7, S. 19-22.
55. Schick, A., Klatte, M. & Meis, M. (1999): Die Lärmbelastigung von Schülern – ein Forschungsstandbericht. *Zeitschrift für Lärmbekämpfung*, 46 (3), S. 77-87.
56. Schmitt-Rodermund, E. (1996): Körperliches Entwicklungstempo und jugendtypische Übergänge. In: Silbereisen, R., Vaskovics, L. & Zinnecker, J. (Hrsg.): Jungsein in Deutschland. Jugendliche und junge Erwachsene 1991 und 1996. Opladen, S. 229-245.

57. Schone, R., Gintzel, U., Jordan, E., Kalscheuer, M. & Münder, J. (1997): Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. Münster.
58. Schwarz, B. & Silbereisen, R.K. (1999): Akzentuiert die Scheidung der Eltern vorher bestehende Unterschiede zwischen Jugendlichen? Aspekte des Selbst und Problemverhaltens vor und nach der Trennung. In: Walper S. & Schwarz B. (Hrsg.) Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien. Weinheim, S. 23-48.
59. Settertobulte, W. (1999): Die Gesundheit von Jugendlichen im internationalen Vergleich. Eine Studie in 25 Ländern. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Fact-Sheet 1. Bielefeld.
60. Settertobulte, W. (1999): Zukunftserwartungen, Selbstbild und Lebenszufriedenheit von Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland 1998. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schülern. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Fact-Sheet 3. Bielefeld.
61. Settertobulte, W. (1999): Körperwahrnehmung und Diäten bei Jugendlichen. Die HBSC Studie: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von 11- bis 13-jährigen Schülerinnen und Schülern in NRW, 1998. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Fact-Sheet 5. Bielefeld.
62. Settertobulte, W. (1999): Grundschule und Gesundheit – Die Bielefelder Grundschulstudie. In: Giest, H. & Scheerer-Neumann, G. (Hrsg.): Jahrbuch Grundschulforschung. Weinheim, S. 163-177.
63. Settertobulte, W. (2000): Generation Smoke? Immer mehr Kids greifen zur Kippe. *Gesundheit und Gesellschaft*, 3 (6), S. 42-47.
64. Settertobulte, W. (2000): Der Einfluss der Schule auf die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler. Vortrag auf dem Jahreskongress des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. in Weimar. (unveröffentl. Manuskript).
65. Settertobulte, W. Hurrelmann, K. & Bruun Jensen, B. (2001): Youth and Alcohol – Prevalence, Causes and Examples of School Projects. Background Paper for WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol. Stockholm, February 2001 (im Druck).
66. Sichert-Hellert, W., Kersting, M. Alexy, U. & Manz, F. (2000): Ten-year trends in vitamin and mineral intake from fortified food in German children and adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54, S. 81-86.
67. Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.) (2000): Kindergesundheit in Baden-Württemberg. Stuttgart.

68. Stahr, I. (1999): Essstörungen in der Adoleszenz: Neuere epidemiologische Daten und theoretische Entwicklungen. In: Kolip, P. (Hrsg.) Programme gegen Sucht. Weinheim, S. 89-108.
69. Statistisches Bundesamt (1997): Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1997. (Fachserie 12, Reihe 6,2.) Wiesbaden.
70. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheitsbericht für Deutschland. Wiesbaden.
71. Tillmann, K.-J., Holler-Nowitzki, B., Holtappels, H.-G., Meier, U. & Popp, U. (1999): Schülergewalt als Schulproblem. Verursachende Bedingungen, Erscheinungsformen und pädagogische Handlungsperspektiven. Weinheim.
72. Volkswagen AG, Kommunikation; Deutscher Kinderschutzbund Bundesverband e. V. (Hrsg.) (2000): Taschenbuch Kinderpresse 2000. Remagen.
73. Von Frankenberg, S. & Pothmann, R. (1995): Epidemiologie von Kopfschmerzen bei Schulkindern. *Psychomed*, 7 (3), S. 157-163.
74. Mutius, E. von (1996): Umweltfaktoren bei der Entstehung von Asthma und allergischen Erkrankungen in Ost- und Westdeutschland. *Rundgespräche der Kommission für Ökologie, Luftbelastung und Gesundheit*, 11, S. 131-141.
75. Wahn, U. (1995): Das Atopiesyndrom, Asthma bronchiale. In: Schlack (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Stuttgart, S. 228-234.
76. Weber, I., Abel, M., Altenhofen, L., Bäcker, K., Berghof, B., Bergmann, K., Flatten, G., Klein, D., Micheelis, W., Müller, P (1990): Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Baden-Baden.
77. Wemmer, U. & Isenberg, H. (1994): Syndrom des Plötzlichen Kindstodes. Versuch einer epidemiologischen Analyse. *TW Pädiatrie*, 7, S. 350-362.
78. Wetzels, P. (1997): Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD. (Forschungsbericht, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen; Nr. 59) Hannover.
79. Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1999): Gesundheit 21: "Rahmenkonzept für alle" für die europäische Region der WHO. (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“; Nr. 6). Kopenhagen.
80. Kromeyer-Hauschild, K. et al. (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd*, 149, S. 807-818.

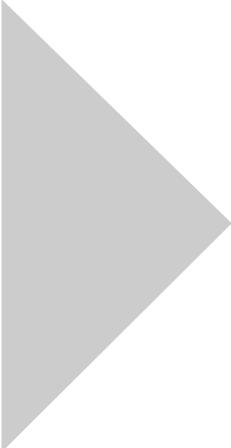


Anhang 2

Tabellenverzeichnis

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Anteil der Sozialhilfeempfänger und Arbeitslosenquote in Städten und Kreisen, Nordrhein-Westfalen
- Tabelle 2: Ergebnisse der standardisierten Untersuchungen in Kinder-gärten, NRW 2000: Funktionelle Beeinträchtigungen, Auffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen
- Tabelle 3: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen, NRW 2000: Funktionelle Beeinträchtigungen, Auffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen
- Tabelle 4: Ergebnisse der Regeluntersuchungen in Schulen, NRW 1999: Ausgewählte Ergebnisse
- Tabelle 5: Häufigkeit von atopischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Münster 1994/95, Bielefeld 1996/97
- Tabelle 6: Ergebnisse der PAK-KID-Studie: Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei vier- bis zehnjährigen Kindern, Angaben in Prozent
- Tabelle 7: Kinder unter 14 Jahren als Opfer von Straftaten nach ausgewählten Delikten und Geschlecht 1998 in der Bundesrepublik Deutschland



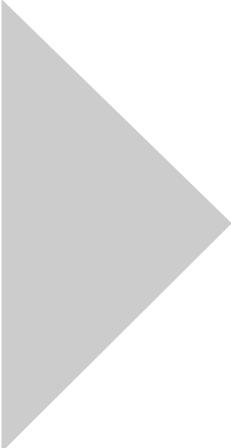
Anhang 3

Abbildungsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

- Grafik 1: Altersverteilung der Bevölkerung in NRW, Stand 31.12.1998
- Grafik 2: Allein Erziehende mit Kindern in Nordrhein Westfalen, 1990 - 1999
- Grafik 3: Säuglingssterbefälle je 1.000 Lebendgeborene, Nordrhein-Westfalen, 1980 - 1999
- Grafik 4: Im ersten Lebensjahr gestorbene Säuglinge pro 1.000 Lebendgeborene, in Städten und Kreisen in Nordrhein-Westfalen, 1997 - 1999
- Grafik 5: Untergewichtig Lebendgeborene, je 1.000 Lebendgeborene, NRW, 1991-1998
- Grafik 6: Untergewichtig Lebendgeborene (bis 2.499 g) je 1.000 Lebendgeborene, in Städten und Kreisen in Nordrhein-Westfalen, 1999
- Grafik 7: Ausgewählte erkannte Fehlbildungen bei Lebendgeborenen in NRW, 1987 bis 1998, je 10.000 Lebendgeborene
- Grafik 8: Häufigkeiten der Befunde zu Koordinations- und Sprachstörungen bei Jungen und Mädchen. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen NRW 1991 bis 1999 in Prozent
- Grafik 9: Häufigkeiten des Befundes Haltungsschwäche bei Jungen und Mädchen. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen NRW 1991 bis 1999 in Prozent
- Grafik 10: Stationär behandelte Kinder (je 10.000 Kinder im Alter von 1 bis 14 Jahren) nach Diagnosen und Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1998
- Grafik 11: Im Straßenverkehr verunglückte (getötete und verletzte) Kinder und Jugendliche nach Alter, Nordrhein-Westfalen, 1999
- Grafik 12: Verunglückte Kinder und Jugendliche im Straßenverkehr nach Altersgruppen und Bundesländern 1998, je 100.000 der Altersgruppe
- Grafik 13: Im Straßenverkehr verunglückte (getötete und verletzte) Fahrradfahrer und Fußgänger unter 15 Jahren in Städten und Kreisen in Nordrhein-Westfalen, pro 100.000 der Altersgruppen, 1998
- Grafik 14: Gebisszustand der Kinder und Jugendlichen bei Erstuntersuchungen, NRW 1993 bis 1997
- Grafik 15: Zahnhygiene bei Bielefelder Viertklässlern in Abhängigkeit von der sozialen Lage der Familie
- Grafik 16: Selbstangaben zum Konsum illegaler Drogen bei 13- und 15-jährigen Jugendlichen in NRW, 1997/98, Angaben in Prozent

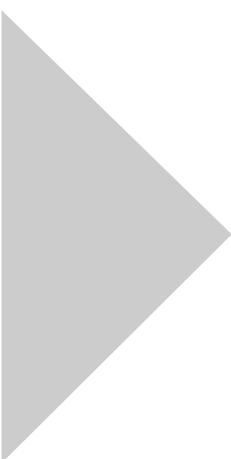
- Grafik 17: Angezeigte Kinder von 8 bis 13 Jahren, nach Delikten und Ländern, 1998
- Grafik 18: Angezeigte Kinder von 14 bis 17 Jahren, nach Delikten und Ländern, 1998
- Grafik 19: Gewalterfahrungen in der Familie bei 14- bis 17-Jährigen, 1997, Angaben in Prozent
- Grafik 20: Zahl der geimpften Schulanfänger nach Impfstoff, NRW, Trend 1991 - 1998
- Grafik 21: Durchimpfung der Schulanfänger gegen Masern (Erstimpfung) in Städten und Kreisen in NRW, 1998
- Grafik 22: Durchimpfung der Schulanfänger gegen Röteln (Erstimpfung) in Städten und Kreisen in NRW, 1998
- Grafik 23: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung U9 für Kinder, Nordrhein Westfalen, Trend 1993 bis 1998, in Prozent
- Grafik 24: Zahl der Schulanfänger mit vollständigen Früherkennungsuntersuchungen (U3 – U9) nach Städten und Kreisen in NRW, 1998



Anhang 4

**Publikationen zur Gesundheitsberichterstattung
Nordrhein-Westfalen**

IDIS (Hrsg.)	Gesundheitsverhalten und gesundheitliche Risiken der Bevölkerung des Landes Nordrhein-Westfalen. Nationaler Untersuchungssurvey 1991 Teilstichprobe Nordrhein-Westfalen. Bielefeld: IDIS 1994 Gesundheitsberichterstattung Band 6/1994
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, NRW (Hrsg.)	Atlas zur Krebssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: MAGS 1994
Iögd (Hrsg.)	ENS CARE Health Statistics der EU/WHO. Beteiligung des Landes Nordrhein-Westfalen. Bielefeld: Iögd 1995 Gesundheitsberichterstattung Band 7/1995
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, NRW (Hrsg.)	Gesundheit der Kinder in Nordrhein-Westfalen - Bericht der Landesregierung - Düsseldorf: MAGS 1995
Iögd (Hrsg.)	Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens. Themenfeld 3 des Indikatorensatzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder. Bielefeld: Iögd 1996 Gesundheitsberichterstattung Band 8/1996
Iögd (Hrsg.)	Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen. Fortschreibung des Themenfeldes 2 des Indikatorensatzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder. Bielefeld: Iögd 1997 Gesundheitsberichterstattung Band 9/1997
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, NRW (Hrsg.)	Kinder und Jugendliche in Nordrhein-Westfalen. Situation von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen und Entwicklung auf dem Gebiet der Jugendhilfe. 6. Jugendbericht. Düsseldorf: MAGS 1997



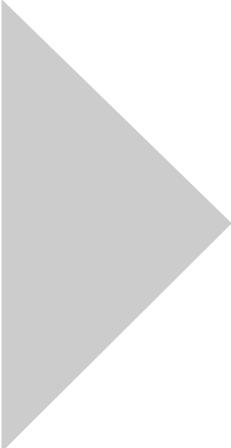
Anhang 5

Table of Contents

Contents

Foreword of the Minister for Women, Youth, Family and Health of the State of North Rhine-Westphalia	7
1 Introduction	11
1.1 Health policy setting	13
1.2 The significance of health reporting and main topics of the report	14
1.3 Outlook	15
2 Requirements for growing up healthy in North Rhine-Westphalia	17
2.1 Population structure	19
2.2 Families	20
2.3 Physical development and its effects	22
2.4 Nutrition	23
2.5 Sports and leisure time	25
2.6 School	27
2.7 Media and consumption	28
3 The social status of families and the health prospects of children	29
3.1 The social status of families	31
3.2 Regional differences	33
4 The health status of children and adolescents	35
4.1 The health status of newborns and babies (0 - 1 year)	37
4.1.1 Mortality	37
4.1.2 Morbidity	39
4.2 The health status of pre-school children (1 - 6 years)	43
4.2.1 Mortality	43
4.2.2 Morbidity	43
4.3 The health status of school children (7 - 17 years)	49
4.3.1 Mortality	49
4.3.2 Morbidity	50
5 Health problems of all age groups	53
5.1 Chronic diseases	55
5.1.1 Atopic diseases	55
5.1.2 Epilepsy, migraine, diabetes	57
5.1.3 Psychosomatic disorders	58

5.2	Accidents	60
	5.2.1 Road accidents	60
	5.2.2. School accidents	62
5.3	Oral and dental health	63
	5.3.1 Condition of teeth	63
	5.3.2 Dental hygiene	64
	5.3.3 Demand for dental caries prophylaxis	65
5.4	Mental health	66
	5.4.1 Abnormal mental behaviour	66
	5.4.2 Attention deficit hyperactive disorder (ADHD)	67
	5.4.3 Depression	69
	5.4.4 Eating disorders	70
5.5	Drug abuse	71
	5.5.1 Alcohol consumption	71
	5.5.2 Nicotine consumption	72
	5.5.3 Consumption of illegal substances	73
	5.5.4 Addiction prevention and relief	74
5.6	Violence and delinquency	75
	5.6.1 Violence at school	75
	5.6.2 Crimes committed by children and adolescents	75
5.7	Violence against children, sexual abuse and neglect	79
	5.7.1 Violence against children	79
	5.7.2 Sexual abuse	80
	5.7.3 Neglect	81
6	Supply and demand for health services	83
6.1	Vaccination schemes	85
6.2	Screenings	88
6.3	Early health promotion in NRW	89
6.4	Social-paediatric centres	90
7	Summary/Conclusion	93
7.1	Summary/Conclusion	95
8	Annexes	99
	Annex 1: Bibliography	101
	Annex 2: List of tables	111
	Annex 3: List of illustrations	115
	Annex 4: List of publications	119
	Annex 5: Table of contents	125
	Annex 6: List of abbreviations used	129



Anhang 6

Abkürzungsverzeichnis

1. Abkürzungen

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom
BCG-Impfung	Tuberkuloseimpfung
BMI	Body Mass Index
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
CBCL	Child Behaviour Checklist
DSM IV	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen
DSM-III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children
IHS	Internationale Kopfschmerzgesellschaft
KFN	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen
LBW	Low Birth Weight Infants
NRW	Nordrhein-Westfalen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PAK-KID-Studie	Psychische Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
r	Korrelationskoeffizient
Sek I	Sekundarstufe I
SGB V	Sozialgesetzbuch 5. Buch - <i>Gesetzliche Krankenversicherung</i>
SGB VIII	Sozialgesetzbuch 8. Buch - <i>Kinder- und Jugendhilfe</i>
SGB IX	Sozialgesetzbuch 9. Buch - <i>Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen</i>
SID	Sudden Infant Death
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome
STIKO	Ständige Impfkommission
TLS	Teilleistungsschwäche
U1 - U 10	Gesetzliche Früherkennungsuntersuchungen
VLBW	Very Low Birth Weight Infants
WHO	Weltgesundheitsorganisation

2. Für die Abbildungen verwendete Abkürzungen für die Kreise in Nordrhein-Westfalen (KfZ-Kennzeichen)

AC	Aachen, Kreis und Aachen, Stadt
BI	Bielefeld
BM	Erfdkreis (Bergheim)
BN	Bonn
BO	Bochum
BOR	Borken
BOT	Bottrop

COE	Coesfeld
D	Düsseldorf
DN	Düren
DO	Dortmund
DU	Duisburg
E	Essen
EN	Ennepe-Ruhr-Kreis
ERK	Erkelenz
EU	Euskirchen
GE	Gelsenkirchen
GL	Rhein-Bergischer Kreis
GM	Oberbergischer Kreis
GT	Gütersloh
HA	Hagen
HAM	Hamm
HER	Herne
HF	Herford
HS	Heinsberg
HSK	Hochsauerlandkreis
HX	Höxter
K	Köln
KLE	Kleve
KR	Krefeld
LEV	Leverkusen
LIP	Lippe
ME	Mettmann
MG	Mönchengladbach
MH	Mülheim a. d. Ruhr
MI	Minden-Lübbecke
MK	Märkischer Kreis
MS	Münster
NE	Neuss
OB	Oberhausen
PB	Paderborn
RE	Recklinghausen
RS	Remscheid
SG	Solingen
SI	Siegen-Wittgenstein
SO	Soest
ST	Steinfurt
SU	Rhein-Sieg-Kreis
UN	Unna
VIE	Viersen
W	Wuppertal
WAF	Warendorf
WES	Wesel