



Niedersächsisches Ministerium
für Frauen, Arbeit und Soziales

Niedersächsischer Kinder- und Jugend- Gesundheitsbericht

 Niedersachsen

Niedersächsisches Ministerium
für Frauen, Arbeit und Soziales

Niedersächsischer Kinder- und Jugend- Gesundheitsbericht



Vorwort



Die wachsende gesellschaftliche und ökonomische Bedeutung von Gesundheit und Krankheit haben das Gesundheitswesen in den letzten Jahren zunehmend in den Blickpunkt von Politik, Wissenschaft und interessierter Öffentlichkeit gerückt und den Bedarf für eine aktuelle Gesundheitsberichterstattung verstärkt. In Niedersachsen konnte unter Einbeziehung aller im Gesundheitsbereich Verantwortlichen ein neuer Anfang gemacht werden.

Ziel der Gesundheitsberichterstattung auf Bundes- wie auf Länderebene ist ein Berichtssystem, das einen umfassenden Überblick über die gesundheitliche Lage, das gesundheitsrelevante Verhalten sowie über Einrichtungen und Angebote im Gesundheitswesen bietet. Die gesammelten Informationen sollen dabei so aufbereitet werden, dass medizinische, soziale und ökonomische Sachverhalte themenübergreifend in einen Zusammenhang gesetzt und beurteilt werden können.

Eine Arbeitsgruppe unter Federführung des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes hat zusammen mit dem Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales und mit Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Kranken- und Rentenversicherungsträger, des Niedersächsischen Landesamtes für Statistik und des Niedersächsischen Datenschutzbeauftragten die Grundlage für eine regelmäßige Berichterstattung auf Landesebene erarbeitet. Die von der Arbeitsgruppe neu gefassten Bögen zur Jahresstatistik ersetzen die frühere Blattfolge der Jahresgesundheitsberichte.

Der vorliegende Spezialbericht „Niedersächsischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht“ widmet sich besonders der Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen. Diese Alters-

gruppe verdient größte gesundheitspolitische Aufmerksamkeit, weil der Grundstein für die Gesundheit im späteren Leben bereits in der Kindheit und Jugend gelegt wird. Viele Gesundheitsprobleme der Erwachsenen, etwa die Zivilisationskrankheiten, haben ihren Ursprung im Kindes- und Jugendalter. Dabei ist nicht allein die Bedrohung durch körperliche Krankheiten bedeutsam. Beobachtungen in der jüngsten Vergangenheit haben gezeigt, dass gerade auch die psychische Entwicklung und soziale Umgebungsbedingungen wesentliche Einflussgrößen für den allgemeinen Gesundheitszustand sind.

Der vorliegende Kinder- und Jugendgesundheitsbericht liefert aktuelle Daten und fundierte Informationen für Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung, in der Wissenschaft und nicht zuletzt für interessierte Bürgerinnen und Bürger. Er beleuchtet die Stärken, aber auch die Schwächen unseres Gesundheitssystems. Die Daten bzw. Informationen enthalten Angaben zur demographischen Entwicklung in Niedersachsen, zur sozialen Lage, Geburt und Neugeborenenperiode, ausgewählten Krankheiten im Kindesalter, Zahngesundheit, Unfällen und Vergiftungen, Schuleingangsuntersuchungen, gesundheitsbezogenen Projekten, Selbsthilfegruppen, Hilfsorganisationen bzw. Behindertenhilfen und zu Präventionsmaßnahmen.

Die Gesundheit unserer Kinder ist für die Gesundheits- und Sozialpolitik ein wichtiges und zentrales Thema. Unsere Kinder sind unsere Zukunft. Ihre Gesundheit ist entscheidend für ihre und nicht zuletzt auch für unsere Lebensqualität.

Mein Dank gilt allen, die an diesem Bericht mitgearbeitet haben, in erster Linie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes, die diesen Bericht im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales federführend gefertigt haben. Ich danke aber auch den vielen Beschäftigten in Behörden und Einrichtungen, die Daten geliefert und Beiträge erstellt haben.

Ich wünsche mir, dass der Bericht „Kindergesundheit in Niedersachsen“ notwendige Impulse weckt und zu Maßnahmen führt, die die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in unserem Lande und damit auch die Gesundheit künftiger Generationen nachhaltig verbessern helfen. Es gilt nun, Erkenntnisse in konkrete Handlungen umzusetzen; ein solches Anliegen macht den Sinn von Gesundheitsberichterstattung aus.


Dr. Gitta Trauernicht
Niedersächsische Ministerin
für Frauen, Arbeit und Soziales

Zusammenfassung	12
1. Demographie	16
1.1 Geburten	16
1.2 Migrantinnen/Migranten	17
2. Soziale Lage	18
2.1 Inanspruchnahme von Sozialhilfe	18
2.1.1 Hilfe zum Lebensunterhalt	18
2.1.1.1 Hilfe zum Lebensunterhalt nach Bedarfsgemeinschaften	18
2.1.1.2 Hilfe zum Lebensunterhalt nach Einzelpersonen	20
2.1.2 Hilfe in besonderen Lebenslagen	22
2.2 Familienstrukturen und Haushaltsgröße	23
2.2.1 Entwicklung der Eheschließungen	24
2.2.2 Entwicklung der Ehescheidungen	24
2.2.3 Von Ehescheidung betroffene Kinder	25
2.2.4 Alleinerziehende Frauen	25
2.3 Soziale Benachteiligung und deren gesundheitliche Folgen bei Kindern und Jugendlichen	26
2.3.1 Gesundheitliche Folgen sozialer Benachteiligung	26
2.3.2 Ernährungssituation sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher	27
2.3.3 Gesundheitsbezogene Interventionsprojekte in Niedersachsen	27
2.3.4 Arbeitskreis „Armut und Gesundheit“	28
3. Neugeborenenperiode	29
3.1 Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung	29
3.1.1 Qualitätssicherung in der Geburtshilfe	29
3.1.1.1 Perinatal- und Neonatalerhebung in Geburts- und Kinderkliniken	29
3.1.1.2 Qualitätssicherung in der Außerklinischen Geburtshilfe	30
3.1.2 Ergebnisse der Niedersächsischen Perinatal- und Neonatalerhebung in Geburts- und Kinderkliniken	30
3.1.2.1 Alter der Frauen zum Zeitpunkt der Entbindung	30
3.1.2.2 Mutterschaftsvorsorge und ärztliche Maßnahmen	30
3.1.2.3 Inanspruchnahme der Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen	31
3.1.2.4 Schwangerschaftsrisiken	32
3.1.2.5 Vorgeburtliche Diagnostik	32
3.1.2.6 Rauchverhalten in der Schwangerschaft	32
3.1.2.7 Rötelnimmunität bei Schwangeren	33
3.1.2.8 Mehrlingsgeburten	33
3.1.2.9 Perinatale Sterblichkeit	34
3.1.2.10 Gewicht, Körperlänge und Kopfumfang der Neugeborenen	35
3.1.2.11 Frühgeburtlichkeit	36
3.1.2.12 Postpartale Krankheiten, Kindliche Morbidität und Todesursachen	37
3.1.3 Pilotprojekt zur Prognose von Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht	37
3.1.4 Untersuchungen von Frühgeborenen im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen	38
3.1.5 Außerklinische Entbindungen	38
3.1.5.1 Schwangerschaften bei außerklinischer Geburtsbetreuung	39
3.1.5.2 Mütterliche Komplikationen bei außerklinischen Entbindungen	39
3.1.5.3 Kindliche Morbidität und Mortalität bei außerklinischen Geburten	39
3.2 Der Plötzliche Säuglingstod - Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)	41
3.2.1 Häufigkeit des Plötzlichen Kindstods	41
3.2.2 Risikofaktoren in der Schwangerschaft	41
3.2.3 Nachgeburtliche Einflussfaktoren	41
3.2.4 Empfehlungen zur Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes	42
3.2.5 Hilfe und Unterstützung für betroffene Familien	43
3.2.6 Zielformulierung	43

3.3 Angeborene Stoffwechsel-Störungen, Endokrinopathien und Infektionen	43
3.3.1 Geschichte des Neugeborenen-Screenings	43
3.3.2 Neugeborenen-Screening in Niedersachsen	43
3.3.3 Im Neugeborenen-Screening erfasste Endokrinopathien	44
3.3.3.1 Konnatale Hypothyreose (Angeborene Schilddrüsen-Unterfunktion)	44
3.3.4 Im Neugeborenen-Screening erfasste Stoffwechsel-Störungen	44
3.3.4.1 Hyperphenylalaninämie / Phenylketonurie	44
3.3.4.2 MCAD-Mangel	45
3.3.4.3 Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel	46
3.3.4.4 Galaktosämie	46
3.3.4.5 Citrullinämie	47
3.3.4.6 Biotinidase-Mangel	47
3.3.5 Im Neugeborenen-Screening erfasste Infektionen im Mutterleib	48
3.3.5.1 Syphilisspezifische Antikörper	48
3.3.5.2 Das AUT-Programm	49
3.4 Das Muttermilchuntersuchungsprogramm des Landes Niedersachsen (Auswertung des Jahres 1999)	50
3.4.1 Einleitung	50
3.4.2 Nutzen eines längerfristigen Muttermilchuntersuchungsprogramms	50
3.4.3 Basisdaten	50
3.4.4 Ergebnisse	51
3.4.5 Fremdstoffkonzentrationen in Abhängigkeit vom Herkunftsland	51
3.4.6 Umweltmedizinische Bewertung	51
4. Krankenhausdiagnosestatistik	53
4.1 Erläuterungen zur Datenerhebung	53
4.1.1 Meldungen zur Krankenhausdiagnosestatistik	53
4.1.2 Altersberechnung	53
4.1.3 Diagnoseverschlüsselung	53
4.1.4 Statistische Kenngrößen	53
4.1.5 Bezugspopulation	54
4.2 Stationär behandelte Erkrankungen nach Diagnoseklassen	54
4.2.1 Stationär behandelte Erkrankungen bei Jungen und Mädchen bis 1 Jahr, nach Diagnoseklassen	54
4.2.2 Stationär behandelte Erkrankungen bei Jungen und Mädchen 1-<5 Jahre, nach Diagnoseklassen	55
4.2.3 Stationär behandelte Erkrankungen bei Jungen und Mädchen 5-<10 Jahre, nach Diagnoseklassen	56
4.2.4 Stationär behandelte Erkrankungen bei Jungen und Mädchen 10-<15 Jahre, nach Diagnoseklassen	58
4.3 Entwicklung über alle Altersgruppen von 0 bis <15 Jahre	59
4.4 Vergleiche mit anderen Bundesländern und Ländern	60
5. Krebserkrankungen im Kindesalter	61
5.1 Das Kinderkrebsregister in Mainz	61
5.1.1 Hauptdiagnosegruppen und Inzidenz	61
5.1.2 Die häufigsten Diagnosegruppen und Einzeldiagnosen	62
5.1.3 Regionalbezogene Analysen	62
5.1.4 Überlebenszeitanalysen	65
5.1.5 Hilfe und Unterstützung	65
5.2 Modellprojekt Neuroblastom-Früherkennung in Niedersachsen	66
5.2.1 Ergebnisse in Niedersachsen	66
6. Infektionskrankheiten im Kindesalter	67
6.1 Krankenhausdiagnosestatistik	67
6.2 Meldepflichtige Infektionskrankheiten	68
6.2.1 Infektiöse Gastroenteritis	68
6.2.1.1 Grundlagen	68
6.2.1.2 Zahlen aus Niedersachsen	68
6.2.1.3 Übertragung	68

6.2.1.4	Prävention	68
6.2.2	Infektionen durch enterohämorrhagische Escherichia coli (EHEC)	69
6.2.2.1	Grundlagen	69
6.2.2.2	Zahlen aus Niedersachsen	69
6.2.2.3	Übertragungsmöglichkeit	70
6.2.2.4	Prävention	70
6.2.3	Erkrankungen durch Meningokokken	70
6.2.3.1	Grundlagen	70
6.2.3.2	Zahlen aus Niedersachsen	70
6.2.3.3	Übertragungsmöglichkeit	71
6.2.3.4	Prävention	71
6.2.4	Masern-Erkrankungen	72
6.2.4.1	Grundlagen	72
6.2.4.2	Zahlen aus Niedersachsen	72
6.2.4.3	Übertragungsmöglichkeit	72
6.2.4.4	Prävention	72
6.2.5	Hepatitis B-Erkrankungen	73
6.2.5.1	Grundlagen	73
6.2.5.2	Zahlen aus Niedersachsen	73
6.2.5.3	Übertragungsmöglichkeit	73
6.2.5.3	Prävention	74
6.2.6	Erkrankungen durch Haemophilus influenzae Typ B (Hib)	74
6.2.7	Röteln	75
6.2.7.1	Grundlage	75
6.2.7.2	Datenlage in Niedersachsen	75
6.2.7.3	Prävention	75
6.2.8	Poliomyelitis	76
6.2.9	Diphtherie	77
6.2.10	Impfpräventable Infektionskrankheiten ohne Meldepflicht	77
6.2.10.1	Tetanus	77
6.2.10.2	Mumps	77
6.2.10.3	Pertussis	77
7.	Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen in Niedersachsen	78
7.1	Gesetzliche Grundlagen	78
7.2	Standardisierte Untersuchungsmodelle in Niedersachsen	78
7.2.1	Weser-Ems Projekt (modifiziertes Bielefelder Modell)	78
7.2.2	SOPHIA (Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgaben)	79
7.2.3	Bielefelder Modell	79
7.3	Ergebnisse	79
7.3.1	Kindergartenbesuch	79
7.3.2	Gesundheitsverhalten	80
7.3.2.1	Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9)	80
7.3.3	Durchimpfungsgrad	81
7.3.4	Körperliche Untersuchung	82
7.3.4.1	Größe	82
7.3.4.2	Gewicht und BMI	82
7.3.4.3	Sehstörungen	82
7.3.4.4	Hörstörungen	82
7.3.4.5	Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen	83
7.3.4.6	Koordinationsstörungen	85
7.3.4.7	Störungen der Feinmotorik	85
7.3.4.8	Verhaltensauffälligkeiten	86
7.3.4.9	Zusammengefasste schulrelevante Befunde	86
7.3.4.10	Einflussfaktor Bildungs-/Ausbildungsgrad	87
7.3.4.11	Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis	87

8. Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen	88
8.1 Studien und Strukturen zur Förderung der Zahngesundheit in Niedersachsen	88
8.1.1 Kariesprävention	88
8.1.2 Untersuchungsbefunde	89
8.1.3 Ziele	90
8.2 Flächendeckende Zahnprophylaxemaßnahmen und Feststellung erhöhter Bedarfe an Prophylaxemaßnahmen am Beispiel der Stadt Braunschweig	90
8.2.1 Unsere Aufgaben	91
8.2.2 Unsere Ziele	91
8.2.3 Kleinräumige Darstellung der Ergebnisse	92
8.2.3.1 Naturgesunde Zähne und Fluoridierungsgrad	92
8.2.3.2 Sanierungsgrad	92
8.2.4 Operationalisierung der Ziele	93
8.2.5 Zukunftsgedanken	93
9. Unfälle im Kindesalter	94
9.1 Zahlen aus Niedersachsen	94
9.1.1 Todesursachenstatistik	94
9.1.2 Straßenverkehrsunfälle	94
9.1.3 Krankenhausdiagnosestatistik	95
9.2 Daten aus Delmenhorst zu Unfällen im Kindesalter	95
9.2.1 Inzidenz	96
9.2.2 Unfallort	96
9.2.3 Unfallart / Produktbeteiligung	96
9.2.4 Prävention	97
9.2.4.1 Projekte	97
9.2.4.2 Vom Sichern zum Üben	98
10. Vergiftungen im Kindes- und Jugendalter in Niedersachsen im Jahr 2000	100
10.1 Das Giftinformationszentrum-Nord	100
10.2 Anfragen zu Vergiftungsunfällen in Niedersachsen	100
10.3 Vergiftungsart und -ursachen in den Altersgruppen	101
10.4 Prävention	103
11. Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	104
11.1 Versorgungsstrukturen in Niedersachsen	104
11.2 Stationäre Versorgung	105
11.2.1 Multizentrische Dokumentation der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie in Niedersachsen und Bremen	105
11.2.1.1 Ergebnisse	105
11.3 Ambulante Versorgung	106
11.3.1 Tätigkeit des Institutes für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in Hannover	106
11.3.2 Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche in Hannover – SPBKJ	107
12. Behinderte Kinder in Niedersachsen	110
12.1 Schwerbehindertenstatistik	110
12.2 Förderung und Versorgung behinderter Kinder in Niedersachsen – Schwerpunkt hör- und sprachgeschädigte Kinder	112

12.2.1	Modellprojekt: „Verbesserung der Früherfassung kindlicher Schwerhörigkeiten in der Bundesrepublik Deutschland“ – Flächendeckendes Neugeborenen-Hörscreening im Großraum Hannover	112
12.2.1.1	Automatisierter Hörtest für Neugeborene	112
12.2.1.2	Ergebnisse	112
12.2.1.3	Ausblick	112
12.2.2	Frühförderung behinderter Kinder durch Frühförderteams	113
12.2.2.1	Gestellte Diagnosen	113
12.2.2.2	Betreuung behinderter Kinder in Kindergärten	114
12.2.3	Landesfachberater für Hör- und Sprachgeschädigte	114
12.2.3.1	Ergebnisse der Begutachtungen und eingeleitete Maßnahmen	116
12.2.4	Landesbildungszentren und Sprachheilzentren	117
12.2.4.1	Früherziehung	117
12.2.4.2	Zentral Auditive Wahrnehmungsstörungen	117
12.2.4.3	Hausspracherziehung	117
13.	Gewalt gegen Kinder	118
13.1	Einleitung	118
13.2	Definition und Formen von Gewalt gegen Kinder	118
13.3	Kriminalstatistik in Niedersachsen	119
13.4	Weitergehende Epidemiologie und Dunkelziffereinschätzung	120
13.5	Hilfesysteme/Leitfaden Gewalt gegen Kinder	121
13.6	Delinquentes Verhalten von Kindern und Jugendlichen	122
14.	Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention	124
14.1	Prävention von Neurodermitis bei Kleinkindern - Ergebnisse eines gemeinsamen Projektes der AOK Niedersachsen und der Medizinischen Hochschule Hannover	124
14.1.1	Allgemeine Informationen zum Projekt	124
14.1.2	Prävention von Neurodermitis bei Kleinkindern	124
14.1.3	Ergebnisse	125
14.2	"Durch DICK und dünn"	125
14.2.1	Ausgangssituation	125
14.2.2	Ziele des Projekts	
14.2.2.1	Ziele in der Mädchenarbeit	126
14.2.2.2	Ziele in der Netzwerkarbeit	126
14.2.3	Settingansatz	126
14.2.4	Finanzierung	126
14.2.5	Qualitätssicherung	126
14.2.6	Übertragbarkeit des Projektes	126
14.2.7	Derzeitiger Umsetzungsstand	127
14.2.7.1	Regionale Netzwerkarbeit und Finanzierung der Schulprojekte	127
14.2.7.2	Projektdurchführung an den Schulen	127
14.3	Die Arztstunde – ein wichtiger präventiver Beitrag zur schulischen Sexualerziehung	127
14.3.1	Warum ist dieses Projekt relevant?	127
14.3.2	Themen des Projektes	127
14.3.3	Zielgruppe des Projektes	128
14.3.4	Durchführung des Projektes	128
14.3.5	Warum fällt dieses Projekt in die ärztliche Kompetenz?	128
14.3.6	Die „Arztstunde“ im Urteil der Jugendlichen	128
14.4	Lufthygienische Untersuchungen in Schulen am Beispiel von Kohlendioxid, Temperatur und Luftfeuchtigkeit	128

14.4.1 Situationsbeschreibung	128
14.4.2 Untersuchungen	128
14.4.3 Ziele	129
14.4.4 Zeitumfang und Projektpartner	129
14.5 Niedersachsen macht Schule durch „Bewegte Schule“	129
14.5.1 Entstehung und Ziele des Projektes	129
14.5.2 Organisation, Bausteine und pädagogische Leitvorstellungen	129
14.5.3 Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung	129
14.5.4 Was hat die Teilnahme bei den Schüler/innen bewirkt?	130
14.5.5 Was hat die Teilnahme bei den Lehrer/innen bewirkt?	130
14.5.6 Nachhaltigkeit	130
14.6 Netzwerk Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen	130
14.6.1 Mitglieder und Ziele	130
14.6.2 Serviceangebote des Netzwerkes	131
14.6.3 Möglichkeit der Mitarbeit	131
14.7 Eine Aktivität zur Vorbereitung auf eine erfolgreiche Schulzeit – Untersuchung von Kindern im Vorschulalter im Landkreis Cloppenburg	131
14.8 Nutzung von Daten der Schuleingangsuntersuchungen im Bereich eines sozialen Brennpunktes am Beispiel der Stadt Emden	132
14.9 Mobiles Beratungsteam zur Untersuchung von entwicklungsverzögerten Kindern im Kindergarten im Landkreis Harburg	132
14.10 Kommunale Projekte zur Gesundheitsförderung in der Stadt Oldenburg	133
14.10.1 Aktionswochen „Kinder und Sonne“ in Oldenburg	133
14.10.2 Präventionsveranstaltungen zum Thema AIDS	133
14.10.3 Projekttag zum Thema Prävention von Lärmschwerhörigkeit	133
14.10.4 Mein Körper, mein Kumpel	134
14.11 Die zweigleisige Schuleingangsuntersuchung – schulärztliche Hospitationen in allen 1. Klassen und Schulkindergärten in der Stadt Wolfsburg	134
14.12 Rauchfreie Schulen – Ein neues Konzept zur Prävention des schulischen Tabakkonsums	134
14.13 Kinder und AIDS - Ein AIDS-Hilfeprojekt der Hildesheimer AIDS-Hilfe e.V.	135
14.13.1 Information und Beratung	135
14.13.2 Betreuung und Unterstützung	135
14.14 Impfinitiativen in Niedersachsen	136
15. Selbsthilfestrukturen in Niedersachsen	137
15.1 Selbsthilfegruppen	137
15.2 Kontakt- und Beratungsstellen im Selbsthilfebereich	138
15.3 Der Arbeitskreis Niedersächsischer Kontakt- und Beratungsstellen im Selbsthilfebereich	139
15.4 Das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen	139
Anlagen	140
Literatur	142
Liste der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Autorinnen und Autoren	146

Zusammenfassung

Erstmals wird ein Bericht zur Gesundheitslage von Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen vorgestellt, in dem auf Gesundheitsfragen junger Menschen von Geburt an bis zum 15. Lebensjahr eingegangen wird.

Im Rahmen dieses ersten Spezialberichtes wird umfangreiches Datenmaterial verarbeitet. Zunächst werden beschreibend Ereignisse oder Daten der verschiedenen Altersphasen dieser Gruppe zusammengefasst und zur Diskussion gestellt. Stellenweise muss sich der Bericht auf die Sachinformation beschränken.

Ziel dieses Berichtes ist, einen ersten Basisreport über die Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der niedersächsischen Bevölkerung zu geben, die Informationen einer gesundheitspolitisch interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen und Gesundheitspolitik wie Forschung dazu anzuregen, vertiefende Fragen zu formulieren und in weiter führenden Analysen zu untersuchen.

Die Gliederung des Berichts folgt einer Struktur, auf die sich alle Länder in der Arbeitsgruppe „Gesundheitsberichterstattung“ geeinigt haben. Dadurch wird die weitere Zuordnung der Information auf nationaler Ebene erleichtert, denn langfristig soll auch ein Vergleich der einzelnen Länder mit dem gesamten Bundesgebiet möglich sein. Ausgehend von demographischen Parametern werden gesundheitliche Ereignisse und gesundheitliches Verhalten betrachtet; auch Strukturen des Gesundheitswesens und deren Inanspruchnahme sollen zu obligatorischen Berichtsinhalten werden.

Auf Grund der vielfältigen Thematik wurden zahlreiche Gast-Autorinnen und -Autoren um Beiträge gebeten, wie es auch das Robert Koch-Institut für den „Gesundheitsbericht für Deutschland“ bereits getan hat. Diese Beiträge beleuchten viele verschiedene Aspekte, die zusammen ein facettenreiches Bild ergeben.

Aus den vorgelegten Ergebnissen lassen sich erste Rückschlüsse auf Zusammenhänge zwischen den klassischen Risikofaktoren (Rauchen, Übergewicht, Ernährung) und dem Spektrum der chronischen Erkrankungen ziehen. Gleichwohl können kausale Zusammenhänge nur mit Vorsicht interpretiert werden. Diese ersten Ergebnisse und die möglichen weiter führenden Analysen werden Hinweise darauf geben, wo Akzente in der Gesundheitsförderung, in der Prävention und in der Krankheitsfrüherkennung gesetzt werden müssen, um den größtmöglichen gesundheitlichen Nutzen für die niedersächsische Bevölkerung zu erzielen.

Im Folgenden werden zu ausgewählten Themenfeldern herauszuhebende Erkenntnisse zusammengefasst:

Plötzlicher Kindstod (SIDS, Kapitel 3.2)

In Niedersachsen sind die Zahlen der an SIDS gestorbenen Säuglinge rückläufig. Mit dem derzeitigen Anteil an allen Säuglingssterbefällen (etwa 50 bis 60 Säuglinge von insgesamt etwa 400 pro Jahr) liegt Niedersachsen im Bundesdurchschnitt. Die für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) haben auf der 74. Sitzung im Jahr 2001 beschlossen, gemeinsam mit der Bundesministerin für Gesundheit bundesweit abgestimmte Aufklärungsmaßnahmen zu ergreifen, um SIDS noch wirksamer zurückzudrängen. Nach entsprechender Abstimmung wird die Landesregierung das Faltblatt über den Plötzlichen Kindstod neu herausgegeben.

Neugeborenen-Stoffwechsel-Screening (Kapitel 3.3)

Zu den für alle Neugeborenen durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten gehört im Rahmen der U2 das Vorsorgeprogramm zur Früherkennung angeborener Störungen des Stoffwechsels und Hormonhaushalts. Dieses so genannte Neugeborenen-Stoffwechsel-Screening umfasst in Niedersachsen weit mehr Parameter als in den bundesweit gültigen Richtlinien vorgesehen sind.

Das gegenwärtig in den Medien und in der Gesundheitspolitik diskutierte Tandem-Massenspektrometrie-Verfahren, das vor allem im Hinblick auf die diagnostischen Möglichkeiten erhebliche Erweiterungen ermöglicht, aber vorerst noch nicht als Regeluntersuchung in die Richtlinien aufgenommen worden ist, wird in Niedersachsen schon seit drei Jahren genutzt. Im Durchschnitt erkennt das erweiterte Screening unter 1.000 Neugeborenen ein Kind, das dringend sofortiger ärztlicher Hilfe bedarf, um eine schwere Krankheit zu verhüten. Von jährlich 70.000 bis 80.000 Neugeborenen profitieren vom Screening demnach 70 bis 80 in Niedersachsen.

Atemwegserkrankungen (Kapitel 4.2)

Die Auswertung der Krankenhausdiagnosestatistik im Rahmen dieses Berichts stimmt mit der Beobachtung überein, dass Asthma und Allergien in industrialisierten Ländern die häufigsten chronischen Erkrankungen bei Kindern darstellen. Auch in Niedersachsen dominieren in der Altersgruppe der 1- bis 5-Jährigen und der 5- bis 10-Jährigen bei beiden Geschlechtern die stationär behandelten Erkrankungen der Atmungsorgane, die die größte Diagnoseklasse bei Behandlungseinheiten ausmachen. Sie nehmen auch den größten Anteil an Pflegetagen ein, trotz einer im Einzelfall kurzen durchschnittlichen Verweildauer von etwa vier Tagen. Bei den 10- bis 15-Jährigen stehen die Atemwegserkrankungen erst an zweiter Stelle hinter Verletzungen/Vergiftungen und Erkrankungen der Verdauungsorgane.

Neuroblastom-Screening (Kapitel 5.2)

Niedersachsen hat an dem Modellprojekt zur Früherkennung des Neuroblastoms teilgenommen. Während der sechs Jahre dauernden Studienphase wurde bei 27 Kindern dieser Tumor festgestellt; 13 weitere Kinder erkrankten trotz eines unauffälligen Testergebnisses. Eine wichtige Beobachtung ist, dass wohl ein beträchtlicher Anteil der durch das Screening festgestellten Fälle klinisch niemals auffällig geworden wäre. Insofern entsprechen die bisherigen Ergebnisse nicht den erwarteten Erfolgen eines Screening-Programms. Dies ist durch eine Besonderheit der Erkrankung bedingt. Das Neuroblastom bildet sich zu einem großen Teil ohne weitere Nachwirkungen spontan zurück. Durch ein Screening erkennt man deshalb viele solcher Erkrankungen, für die durch die Früherkennung kein nachvollziehbarer positiver Effekt entsteht.

Masern (Kapitel 6.2.4)

Die Masern-Erkrankung ist eine hochansteckende Viruserkrankung. Gefürchtet sind Komplikationen wie Mittelohrentzündung, Bronchitis oder Lungenentzündung, vor allem jedoch eine Enzephalitis. Etwa 10 bis 20 Prozent der Enzephalitiden enden tödlich, bei etwa 20 bis 30 Prozent muss mit bleibenden Schäden gerechnet werden. Für Niedersachsen lag der Durchimpfungsgrad der einzuschulenden Kinder im Jahr 2000 erstmals bei über 90 Prozent.

Seit In-Kraft-Treten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) am 1.1.2001 ist bereits der Verdachts- und Erkrankungsfall den Gesundheitsämtern bzw. den Fachdiensten Gesundheit zu melden. Seitdem wurden mehr als 800 Masern-Erkrankungen übermittelt (im Bericht wurden die ersten 700 genannt), die drei regionalen Ausbrüchen zuzuordnen waren (Stadt Emden mit den angrenzenden Landkreisen Aurich und Leer, Landkreis Osterode und Landkreis Lüchow-Dannenberg). Die Landesregierung misst der Bekämpfung von Masern große Bedeutung bei: „Die Elimination der Masern durch gezielte Impfprogramme ist erklärtes Ziel der in der WHO-Region Europa zusammengefassten Staaten, dem auch die Bundesrepublik Deutschland verpflichtet ist.“ (Zitat aus dem Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch-Instituts 11/98). Das nationale „Masern-Mumps-Röteln-Interventionsprogramm“ wird von allen Bundesländern unterstützt. Die zeitnahe Evaluation und Intervention stellt einen Schwerpunkt der infektionsepidemiologischen Arbeitsgruppe beim Niedersächsischen Landesgesundheitsamt dar. Alle unteren Gesundheitsbehörden wurden aufgefordert, Impflücken zu schließen.

Schuleingangsuntersuchungen (Kapitel 7)

Die Schuleingangsuntersuchung ist im Sinne eines Screenings primär auf die Erfassung der Kinder ausgerichtet, bei denen noch vor Schulbeginn ein Bedarf an speziellen Fördermaßnahmen besteht. Besonders bei Kindern, die die üblichen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) nicht oder nur teilweise wahrgenommen haben, besteht hier die Möglichkeit, gesundheitliche Defizite wie zum Beispiel Hör-, Seh- und Sprachstörungen oder auch Impflücken zu erkennen und eine Behandlung einzuleiten.

Gleichzeitig bietet aber die Schuleingangsuntersuchung die einzige Gelegenheit, Flächen deckend die Ergebnisse gesundheitlicher Untersuchungen und Sozialdaten in Bezug zu setzen. Mit diesen Untersuchungen steht für die Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung ein wichtiges Instrument zur Verfügung, wie mit diesem Spezialbericht gezeigt werden kann. Sie ermöglichen, kontinuierlich gesundheitliche Daten über gesamte Jahrgänge von Kindern im Alter von 6 bis 7 Jahren in Niedersachsen zu gewinnen. Damit die Information nahtlos in die Gesundheitsberichterstattung übernommen werden kann, sind noch weitere Anpassungen des Dokumentationsteils dieses Systems erforderlich. Die weiteren Schritte sollen die Validität und Qualität der erhobenen Befunde durch Standardisierung und Präzisierung sichern. Ziel ist es, möglichst viele der präventionsrelevanten Bereiche zu erfassen.

Zahngesundheit (Kapitel 8)

Bundesweit nimmt die Karieshäufigkeit ab und die Zahl der Kinder mit naturgesunden Gebissen zu. Allerdings lassen sich – dies gilt auch für Niedersachsen – bei den Ergebnissen Risikogruppen und ein Sozialgradient identifizieren.

Die WHO hatte bei den Gesundheitszielen für das Jahr 2000 unter anderem für die Zahngesundheit den DMF-T-Index von 2,0 für 12-jährige Kinder genannt. Dieser Wert bedeutet, dass bei 12-Jährigen nur durchschnittlich zwei Zähne durch Karies geschädigt oder mit Füllung behandelt sein sollten bzw. fehlen durften. Erfreulicherweise hat Niedersachsen diesen Parameter bereits mit einem Index von nur 1,2 deutlich unterschritten. Ohne Zweifel ist dieses gute Ergebnis der Erfolg intensiver gruppenprophylaktischer Maßnahmen in Kindergärten und Schulen, wie sie fast flächen deckend in Niedersachsen durchgeführt wird, sowie deren Ergänzung durch Individualprophylaxe in den Zahnarztpraxen. Die Mund- und Zahngesundheit ist ein eindrucksvolles Beispiel für effiziente Prävention.

Unfälle im Kindesalter (Kapitel 9)

Unfälle sind nach dem ersten Lebensjahr die häufigste Todesursache im Kindesalter. In Niedersachsen gleicht das Unfallmuster dem anderer Bundesländer:

- Unfälle im Säuglingsalter überwiegend zu Hause, z. B. Stürze, Verbrühungen;
- Spielplatzunfälle, Ertrinken und Vergiftungen bei Kindern bis zu 4 Jahren;
- Straßenverkehrs- und Sportunfälle bei Kindern zwischen 5 und 9 Jahren;
- ab dem 10. Lebensjahr Fahrradunfälle im Straßenverkehr und Sportunfälle.

An den Städtischen Kliniken Delmenhorst besteht eine Initiative zur systematischen Erfassung von Unfällen im Kindesalter. Ein erhöhtes Risiko konnte in Delmenhorst für Kinder im Kleinkindalter (1 bis 4 Jahre) erkannt werden; auffallend hoch war die Rate von Unfällen bei Jungen aus Migrantenfamilien. Mit Hilfe dieser Dokumentation, die u. a. nach präventiv relevanten Kriterien erfolgte, werden in Delmenhorst an einem „Runden Tisch“ gezielte Präventionskonzepte erarbeitet.

Die sichere Gestaltung des Umfeldes von Kindern ist die wirksamste Art der Prävention – wobei auch eine schwierige Abgrenzung zwischen nötigen Freiräumen und dem Ausschluss von Risiken getroffen werden muss. Es ist aber bekannt, dass Maßnahmen dann nicht oder nur begrenzt wirken, wenn Eltern und Erziehungsberechtigte nicht hinreichend motiviert sind. Ein Beispiel dafür sind die Verletzungen bei Kindern, die ganz ohne bzw. ohne geeignete Rückhaltesysteme im Kraftfahrzeug einen Unfall erleiden. Präventionsmaßnahmen müssen immer auch mit lokalem Bezug konzipiert werden und gleichzeitig dem Rechnung tragen, dass das Vermögen zur Erkennung von Gefahren und auch andere kognitive Fähigkeiten bei Kindern noch nicht voll entwickelt sind.

Die Thematik „Kinderunfälle“ soll bei der Festlegung von Gesundheitszielen in Niedersachsen behandelt werden. Hierbei soll das beispielhafte Projekt in Delmenhorst einbezogen werden.

Vergiftungen (Kapitel 10)

Vergiftungen spielen als Gefahr für die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter eine wesentliche Rolle. Von den fast 12.000 Beratungen im Jahre 2000 durch das Giftinformationszentrum Nord an der Georg-August-Universität Göttingen (GIZ) entfielen mit 6.559 Fällen mehr als die Hälfte auf Kinder und Jugendliche. Besonders häufig wurde wegen eines Verdachts auf Vergiftung bei 1- bis 3-jährigen Kleinkindern Rat gesucht, wobei die meisten Vergiftungen aber ohne relevante Symptomatik abliefen. Wurde wegen Vergiftungen bei Jugendlichen angefragt, waren damit – anders als bei kleinen Kindern – häufig manifeste Symptome verbunden.

Bei Kindern bis zu 9 Jahren waren chemische Produkte mit 30 Prozent der Fälle die häufigsten Expositionen, die eine Anfrage beim GIZ erforderlich machten, bei älteren Kindern bzw. Jugendlichen die Arzneimittel mit 54 Prozent.

Zurzeit wird die Vergiftungsdokumentation des GIZ detailliert ausgewertet, um spezifische Risiken und zeitliche Trends aufzudecken. Dies soll in Zukunft noch konkretere Empfehlungen und Präventionsmaßnahmen zur Verminderung von Vergiftungsgefahren im Kindes- und Jugendalter ermöglichen.

Psychische Erkrankungen (Kapitel 11)

Dieses Kapitel soll erste Ansätze der systematischen Berichterstattung aufzeigen. Hier wird besonders deutlich, dass es noch an Flächen deckend erhobenen und vergleichbaren Daten mangelt. Insofern wurde versucht, Daten für die stationäre und ambulante Versorgung beizubringen, soweit sie verwertbar waren. Sie ermöglichen jedoch noch keine repräsentative Aussage zum Auftreten psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen. Die Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung beim Niedersächsischen Landesgesundheitsamt hat zu diesem Zweck neue Erhebungsbögen für die Sozialpsychiatrischen Verbünde erarbeitet, die zurzeit abgestimmt werden.

Hörscreening (Kapitel 12.2.1)

In Deutschland wird bereits seit einigen Jahren gefordert, eine adäquate Therapie bei angeborenen Hörstörungen bereits im ersten Lebensjahr der Kinder zu beginnen. In der Modellregion Hannover wird derzeit eine Machbarkeitsstudie durchgeführt, die die Hörfähigkeit Neugeborener durch qualitätsgesicherte akustische Messungen überprüfen soll (Neugeborenen-Hörscreening). Während des Untersuchungszeitraums wurden in Niedersachsen 3.229 Kinder erfasst, von denen immerhin 3,3 Prozent einen einseitig und 1,9 Prozent einen beidseitig auffälligen Befund aufwiesen.

Die Versorgung mit Hörhilfen kann bei diesen früh erkannten Schäden umgehend eingeleitet werden. Dies sollte bis zum sechsten Lebensmonat erfolgt sein, weil sonst bei der im Durchschnitt bisher erst im zweiten bis dritten Lebensjahr begonnenen Behandlung die Sprachstörung nicht mehr ausreichend ausgeglichen werden kann. Nach den bisherigen Erkenntnissen und Zwischenergebnissen wird das Verfahren von den begleitenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern überaus positiv bewertet.

Gewalt gegen Kinder (Kapitel 13)

Es erwies sich auch in der Vorbereitung dieses Berichts als außerordentlich schwierig, zuverlässige Angaben über die Verbreitung körperlicher und/oder sexueller Gewalt gegen Kinder zu erhalten. Die Kriminalstatistik gibt nur die angezeigten Fälle an und zeichnet deshalb nur einen Bruchteil der tatsächlichen Gewalttaten auf. Nach Auskunft des Landeskriminalamtes Niedersachsen wurden im Jahre 1999 als Opfer sexuellen Missbrauchs 1.857 Personen erfasst; davon waren ca. 10 Prozent jünger als sechs Jahre.

Repräsentative Untersuchungen zum Thema sexuelle Gewalt gegen Kinder in der Bundesrepublik existieren nicht. Die Ergebnisse bisheriger Studien sind wegen der unterschiedlichen Definition der Parameter wenig vergleichbar.

In Niedersachsen wurde bereits 1998 (u. a. mit Unterstützung aus Mitteln des Landes) ein Leitfaden für Früherkennung von „Gewalt gegen Kinder“ nach dem Hamburger Vorbild entwickelt und Ärzten und Ärztinnen sowie Fachleuten aus den sozialen Diensten zur Verfügung gestellt. Der Leitfaden leistet einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung interdisziplinärer Handlungsansätze bei der Intervention und Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Zusätzlich zum Leitfaden wurden Arbeitsmaterialien für die Fortbildung entwickelt und an verschiedenen Orten interdisziplinäre Fachtagungen initiiert. Die Überarbeitung der Erstauflage erschien im September 2000; sie enthält inzwischen weit über 600 Adressen überregionaler und regionaler Versorgungseinrichtungen und Institutionen, die Hilfen für betroffene Kinder anbieten, aber auch für die sie betreuenden Personen und Fachkräfte.

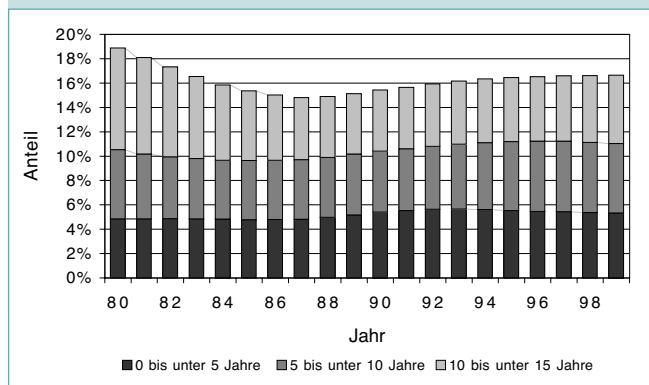
Als Hilfe für Erzieherinnen und Erzieher, engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kirchengemeinden, Wohlfahrtsverbänden, Kinderschutzbund und anderen Organisationen, aber auch für Ärztinnen und Ärzte hat das Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales eine Broschüre „Kindesvernachlässigung. Erkennen – Beurteilen – Handeln“ herausgegeben. Sie soll Menschen, die mit Familien und Kindern arbeiten, ermutigen, genau hinzusehen, wenn sie den Verdacht haben, dass ein Kind vernachlässigt wird, und einzugreifen, wo es nötig ist. Dazu bietet sie Informationen über die Bedürfnisse von Kindern, über Indizien und mögliche Ursachen von Vernachlässigung und vor allem eine klare Anleitung zum Handeln. Die Broschüre wird über Hebammen, Kinderärztinnen und -ärzte, Kinderkliniken, Kindertageseinrichtungen, Grundschulen, Kinderschutzzentren und andere Beratungsstellen sowie die Jugend- und Gesundheitsämter der Kommunen, die Kreis- und Ortsverbände des Kinderschutzbundes, die Wohlfahrtsverbände und die Landesstelle Jugendschutz in Niedersachsen verteilt.

Projekte der Gesundheitsförderung (Kapitel 14)

Hier sind viele der in Niedersachsen mit dem Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention initiierten Projekte aufgeführt. Die Aufzählung zeigt, wie vielfältig das Angebot in Niedersachsen ist und wie viele Projekte auch in vernetzten Strukturen bzw. viel versprechenden Setting-Ansätzen angesiedelt sind. Gleichwohl erhebt das Kapitel keinen Anspruch auf Vollständigkeit, weil zahlreiche kleinere Projekte auch in örtlicher Zuständigkeit oder Privatinitiative entstehen.

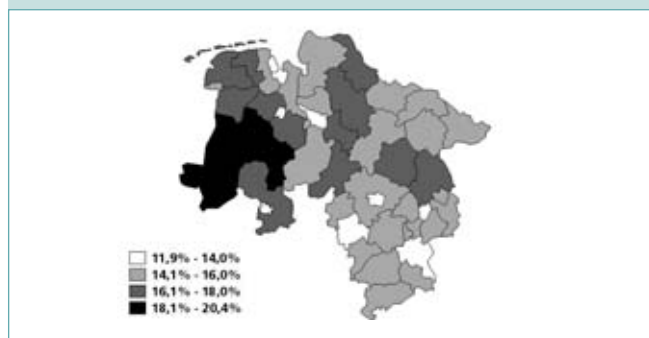
1. Demographie

Abb. 1.1: Anteil der unter 15-jährigen an der Gesamtbevölkerung in den Jahren 1980 bis 1999 in Niedersachsen



Quelle: NLS, eigene Berechnungen

Abb. 1.2: Anteil der unter 15-jährigen an der Gesamtbevölkerung in den Landkreisen und kreisfreien Städten; Niedersachsen, 31.12.1999



Quelle: NLS, eigene Berechnungen

Am 31.12.1999 lebten in Niedersachsen 7.898.760 Menschen. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland (82.086.582 Einwohnerinnen und Einwohner) lebten damit knapp 9,6% in Niedersachsen. Für Vergleiche mit der gesamten Bundesrepublik ergibt sich aus dieser Konstellation, dass bevölkerungsabhängige Zahlen aus Niedersachsen sich leicht mit bundesdeutschen Zahlen vergleichen lassen, auch wenn sie nicht auf die beobachtete Bevölkerung umgerechnet wurden. Damit macht der zu erwartende Wert 10% bzw. ein Zehntel des Bundeswertes aus. 1.3142.248 der in Niedersachsen Lebenden waren unter 15 Jahre alt. Der Anteil der unter 15-Jährigen betrug damit 16,6%. 1980 waren es in Niedersachsen noch 18,8% um bis 1987 auf unter 15% abzufallen. Seit 1995 ist der Anteil stabil bei etwa 16,5% (siehe Abb. 1.1).

Auf Bundesebene leben anteilig nur in Baden-Württemberg mehr unter 15-Jährige (16,8%). Insgesamt fällt auf, dass in den neuen Bundesländern deutlich weniger Kinder und Jugendliche dieser Altersgruppe leben (13,9%) als in den alten Bundesländern (16,2%). Auf Ebene der Regierungsbezirke leben in Weser-Ems anteilig am meisten unter 15-Jährige (17,1%). Hier sind es vor allem die katholisch geprägten Landkreise, in denen der Anteil bei etwa einem Fünftel der Bevölkerung liegt (Emsland 20,4%, Cloppenburg 20,3% und Vechta 19,9%). In den Großstädten liegt der Anteil unter 15-Jähriger meist unter dem Landesdurchschnitt (z. B. Hannover 11,9%, Braunschweig 12,5%). Auch in den Bade- und Luftkurorten des Harzes leben anteilig mehr Menschen höheren Alters, so dass der Anteil unter 15-jähriger dort unter dem Durchschnitt liegt (Bsp.: Goslar 12,9%, Osterode 14,2%).

1.1 Geburten

In den Jahren 1984 bis 1990 stieg die Anzahl der Lebendgeborenen in Niedersachsen an. In dieser Zeit ist der Anstieg auf das generative Verhalten zurückzuführen, denn das „Mütterpotenzial“ (Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahre) stieg erst seit 1990 an. In Abb. 1.3. ist parallel zu der Anzahl der Lebendgeborenen die sogenannte Fruchtbarkeitsziffer aufgetragen. Hier wird die Anzahl der Lebendgeborenen auf 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahre bezogen. Aus der Grafik wird deutlich, dass vor allem in den Jahren 1990 bis 1994 die Steigerung der Geburtenzahlen auf die Altersstruktur der Bevölkerung zurückzuführen ist, da in dieser Zeit die Fruchtbarkeitsziffer leicht zurückgegangen ist, während die Anzahl der Lebendgeborenen weiter gering angestiegen ist.

Im Vergleich mit den alten Bundesländern liegt die Fruchtbarkeitsziffer in Niedersachsen etwas höher. Der deutliche Unter-

schied zu der Bundesrepublik insgesamt wird maßgeblich durch die deutlich niedrigere Ziffer in den neuen Bundesländern beeinflusst (Abbildung 1.4.). Innerhalb Niedersachsens sind es wieder die Landkreise im Regierungsbezirk Weser-Ems, die eine höhere Fruchtbarkeitsziffer aufweisen (54,4), gefolgt von Lüneburg (52,0), Hannover (47,5) und Braunschweig (46,6). Auf Ebene der Landkreise/kreisfreien Städte ist der Unterschied noch deutlicher: Wolfsburg (40,2), Göttingen (41,3), Helmstedt (42,4) und Osnabrück, Stadt (42,5) haben die niedrigste Fruchtbarkeitsziffer, Cloppenburg (65,6), Emsland (58,8) und Vechta (58,5) die höchste.

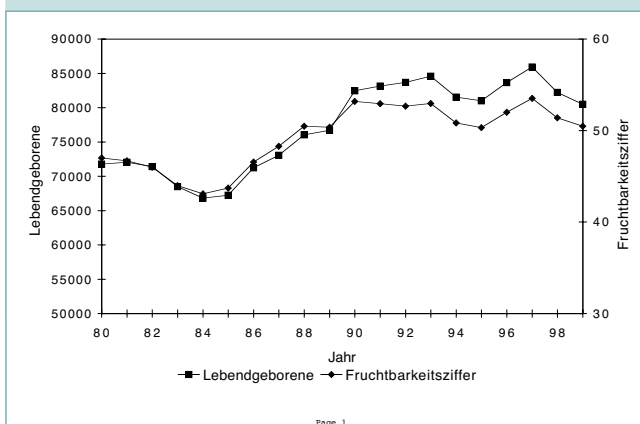
1.2 Migrantinnen/Migranten

Am 31.12.1999 lebten in Niedersachsen 527.802 Migrantinnen/Migranten. Dies waren 6,7% der niedersächsischen Bevölkerung. Im Vergleich zu anderen Bundesländern ist Niedersachsen damit ein Land mit geringem Ausländeranteil. Zahlen des Ausländerzentralregisters von 1998 zeigten nur für Schleswig-Holstein (5,2%) und die neuen Länder (1,3 bis 2,1%) niedrigere Zahlen. Für Deutschland insgesamt lag der Ausländeranteil zu diesem Zeitpunkt bei 8,9%. Regional liegt der Ausländeranteil in den Kreisfreien Städten höher als in den Landkreisen. In der Landeshauptstadt Hannover lag der Ausländeranteil am 31.12.1999 bei 15,1%, gefolgt von Wolfsburg (11,4%) und Salzgitter (10,9%). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen war bei den ausländischen Mitbürgern höher (21,8%) als bei der Gesamtbevölkerung (16,6%).

Im Rahmen der Einbürgerungsstatistik werden Anspruchs- und Ermessenseinbürgerungen erfasst. Bei der Anspruchseinbürgerung handelt es sich um Einbürgerungen von volksdeutschen Aussiedlern und deren Familienangehörigen, die in Deutschland Aufnahme gefunden haben. Diese Personen besitzen aufgrund von Artikel 116 Abs. 1 des Grundgesetzes bereits einen staatsangehörigkeitsrechtlichen Status (Statusdeutsche). Bis zum 31.7.1999 erwarben sie die deutsche Staatsbürgerschaft erst durch die Einbürgerung. Zum 1.8.1999 wurde für einen Großteil der Aussiedler der gesetzliche Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit eingeführt. Auf Grund dessen sind die Zahlen aus 1999 nicht mehr mit den Vorjahren vergleichbar. Im Jahr 1998 wurden 24.193 Einbürgerungen auf Grundlage der Anspruchseinbürgerung durchgeführt. Von diesen waren 5.690 (23,5%) unter 15 Jahre. Jeweils über 9.000 Bürger kamen aus Russland und Kasachstan (gemeinsam über 75%). (NLS, Niedersachsen – Ein statistisches Profil)

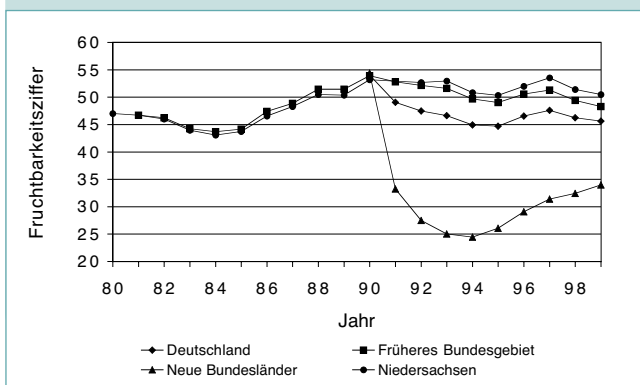
In der Bevölkerungsstatistik sind die deutschen Bürger, die als Spätaussiedler in Niedersachsen leben, nicht extra ausgewiesen. Eine Datenquelle, die hierüber im Kinder- und Jugendbereich Auskunft geben kann, sind die Schuleingangsuntersuchungen im Regierungsbezirk Weser-Ems. Im Rahmen dieser Untersuchungen wird nicht die Staatsangehörigkeit, sondern das Herkunftsland der Eltern erfragt. In einer Auswertung aus dem Untersuchungsjahrgang 2000 zeigt sich, dass in 14 von 17 Landkreisen und kreisfreien Städten 5% der Kinder als Herkunftsland Nachfolgestaaten der UdSSR angegeben haben. Der höchste Anteil wurde in den Landkreisen Cloppenburg (17,7%) und Vechta (8,8%) beobachtet.

Abb. 1.3: Lebendgeborene und Fruchtbarkeitsziffer im Zeitverlauf; Niedersachsen, 1980-1999



Quelle: NLS, eigene Berechnungen

Abb. 1.4: Zeitliche Entwicklung der Fruchtbarkeitsziffer unterschiedlicher Regionen in der Bundesrepublik Deutschland, 1980-1999



Quelle: NLS, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Autor:

Dr. Fabian Feil, Nds. Landesgesundheitsamt

2. Soziale Lage

Dass die soziale Lage Einfluss auf die Gesundheit hat, gilt als unbestritten und zeigt sich sowohl in einem schichtspezifisch unterschiedlichen Erkrankungsspektrum wie auch in Unterschieden bei der Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes. Erklärt wird dies über die wechselseitige Beeinflussung zwischen der sozialen Lage, dem Bildungsstand und der Einkommenssituation sowie den sich daraus ergebenden finanziellen und Wissensressourcen. Bildung/Ausbildung und wirtschaftliche Situation sind mitentscheidend für die Bewältigung gesundheitlicher Probleme sowie die Erkrankungsprävention und einen gesundheitsfördernden Lebensstil. Problematisch ist jedoch die Darstellung der sozialen Lage von Kindern und Jugendlichen. Dabei kann auf Landesebene nur auf wenige Parameter zurück gegriffen werden, die einen mehr oder minder direkten Einfluss auf die soziale Lage haben bzw. einen Teilaspekt davon beschreiben wie z. B. die Familienstruktur und die Inanspruchnahme von Sozialhilfe.

In diesem Kapitel werden offizielle Daten des Landes Niedersachsen aus der Sozialhilfestatistik und der Mikrozensus-erhebungen des Niedersächsischen Landesamts für Statistik dargestellt. Diese ermöglichen eine Aussage darüber, wie häufig Kinder und Jugendliche auf Sozialhilfe bzw. Hilfe in

besonderen Lebenslagen angewiesen sind bzw. diese erhalten, und inwieweit das häusliche Umfeld/die Familienstruktur Einfluss darauf hat bzw. wie sich die Familienstrukturen entwickeln.

Der Anspruch, anhand dieser Daten die soziale Lage von Kindern mit ihren vielen Facetten so zu beschreiben, dass es der Realität gerecht wird, soll nicht erhoben werden. Vielmehr wird eine Vergleichsmöglichkeit geschaffen. Eine direkte Verknüpfung zwischen diesen Parametern und Daten zur Gesundheit ist im Rahmen der Sozialhilfestatistik nicht möglich. Ergänzend sei auf das Kapitel der Schuleingangsuntersuchungen verwiesen, in welchem die Verknüpfung von Sozialdaten mit Gesundheitsdaten in begrenztem Umfang durchgeführt werden kann.

Auf Ebene des Landes Niedersachsen kann für die Beschreibung der sozialen Lage weiterhin auf den Landesbericht zur Entwicklung von Armut und Reichtum von 1998 und den Projektbericht „Die Situation von Kindern in Niedersachsen“ des Instituts für Entwicklungsplanung und Strukturforschung an der Universität Hannover von 1998 verwiesen werden.

2.1 Inanspruchnahme von Sozialhilfe

2.1.1 Hilfe zum Lebensunterhalt

2.1.1.1 Hilfe zum Lebensunterhalt nach Bedarfsgemeinschaften

Anhand der Darstellung von Bedarfsgemeinschaften, die Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) erhalten, zeigt sich, dass Ehepaare mit Kindern im Verhältnis häufiger auf Sozialhilfe angewiesen sind als Ehepaare ohne Kinder und dass die Inanspruchnahme mit zunehmender Kinderzahl absolut und prozentual steigt. Somit sind Kinder ein bedeutender Grund für die Inanspruchnahme von Hilfe zum Lebensunterhalt (siehe Tab. 2.2) und ein Verarmungsrisiko.

Bei den nicht ehelichen Lebensgemeinschaften und den Haushalten mit nur einem Haushaltsvorstand nimmt die absolute Zahl dieser HLU-Bedarfsgemeinschaften mit zunehmender Kinderzahl ab (s. Tab. 2.1). Dies ist jedoch dadurch bedingt, dass es wesentlich seltener nicht eheliche Lebensgemeinschaften bzw. Alleinerziehende mit zwei oder mehr Kindern gibt, als das bei ehelichen Gemeinschaften der Fall ist. Eine nur näherungsweise zulässige Relation zwischen den unvollständigen Familien laut Mikrozensus-erhebung (erfasst

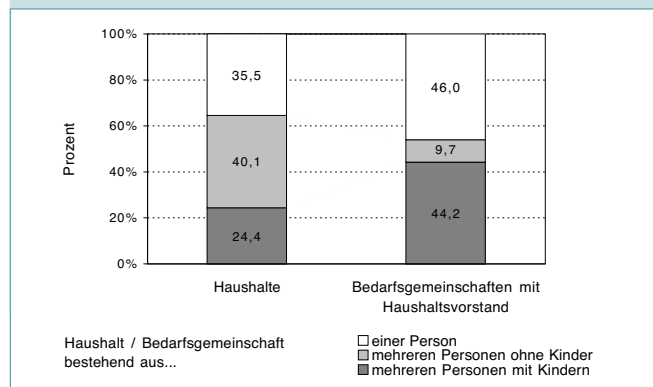
alle nicht verheirateten Paare und Einzelpersonen sowie getrennt lebenden Ehepaare mit Kindern als unvollständige Familien) und den nicht ehelichen Bedarfsgemeinschaften plus Bedarfsgemeinschaften mit nur einem männlichen/weiblichen Haushaltsvorstand nach Sozialhilfestatistik zeigt mit steigender Kinderzahl einen deutlich höheren prozentualen Anteil an Sozialhilfe erhaltenden Bedarfsgemeinschaften.

In Abb. 2.1 sind die Haushalte gemäß Mikrozensus-erhebung sowie die Bedarfsgemeinschaften mit Haushaltsvorstand gemäß Sozialhilfestatistik dargestellt. Alle Personen ohne eigenen Haushalt werden in der Grafik nicht dargestellt (z. B. Bewohner von Alten- und Pflegeheimen). Die deutlichsten Verschiebungen finden sich danach zwischen den Haushalten/Bedarfsgemeinschaften bestehend aus mehreren Personen mit Kindern und mehreren Personen ohne Kinder. Zusammenfassend kann man festhalten, dass es nicht die Bedarfsgemeinschaften mit Kindern sind, die den größten Teil der Sozialhilfeempfänger ausmachen, denn die größte Gruppe sind die Bedarfsgemeinschaften in Form von einzeln nachgewiesenen Personen. Betrachtet man aber die Bedarfsgemeinschaften mit Kindern, so sind Familien überproportional häufig Empfänger von Sozialhilfe, dabei steigt mit zunehmender Kinderzahl die

Tab. 2.1: HLU-Bedarfsgemeinschaften außerhalb von Einrichtungen nach Typ der Bedarfsgemeinschaft; 1999; Niedersachsen

Typ der Bedarfsgemeinschaft	Anzahl
Ehepaare ohne Kinder unter 18 Jahren	10378
Ehepaare mit Kindern unter 18 Jahren	17690
Ehepaare mit 1 Kind unter 18 Jahren	5664
Ehepaare mit 2 Kindern unter 18 Jahren	5753
Ehepaare mit 3 und mehr Kindern unter 18 Jahren	6273
Nichteheliche Lebensgemeinschaften ohne Kinder unter 18 Jahren	1992
Nichteheliche Lebensgemeinschaften mit Kindern unter 18 Jahren	3188
Nichteheliche Lebensgemeinschaften mit 1 Kind unter 18 Jahren	1646
Nichteheliche Lebensgemeinschaften mit 2 Kindern unter 18 Jahren	957
Nichteheliche Lebensgemeinschaften mit 3 und mehr Kindern unter 18 Jahren	585
Haushaltsvorstände männlich mit Kindern unter 18 Jahren	1124
Haushaltsvorstände männlich mit 1 Kind unter 18 Jahren	642
Haushaltsvorstände männlich mit 2 Kindern unter 18 Jahren	320
Haushaltsvorstände männlich mit 3 und mehr Kindern unter 18 Jahren	162
Haushaltsvorstände weiblich mit Kindern unter 18 Jahren	34293
Haushaltsvorstände weiblich mit 1 Kind unter 18 Jahren	18074
Haushaltsvorstände weiblich mit 2 Kindern unter 18 Jahren	11209
Haushaltsvorstände weiblich mit 3 und mehr Kindern unter 18 Jahren	5010
Einzel nachgewiesene Personen	58604
sonstige Bedarfsgemeinschaften	25324
Bedarfsgemeinschaften insgesamt	152593

Quelle: NLS (Sozialhilfestatistik)

Abb. 2.1: Haushalte gemäß Mikrozensuserhebung und Bedarfsgemeinschaften nach Sozialhilfestatistik in Niedersachsen

Quelle: Eigene Berechnungen unter Verwendung von Daten des NLS (Mikrozensus, Sozialhilfestatistik)

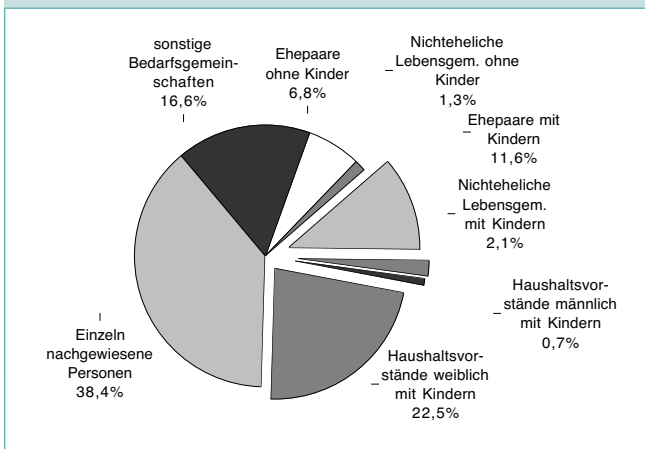
Tab. 2.2: Anteil der Bedarfsgemeinschaften mit laufender Hilfe zum Lebensunterhalt bei Ehepaaren mit/ohne Kinder, in Niedersachsen 1999

	Anzahl insgesamt	darunter	
		Anzahl Bedarfsgemeinschaften	Bedarfsgemeinschaften in Prozent
Ehepaare ohne Kinder	1185000	10378	0,87%
Ehepaare mit Kindern	725800	17690	2,44%
davon mit 1 Kind	324100	5664	1,75%
mit 2 Kindern	298700	5753	1,93%
mit ≥ 3 Kindern	103000	6273	6,09%

Quelle: eigene Berechnungen unter Verwendung von Daten des NLS (Mikrozensus, Sozialhilfestatistik)

Wahrscheinlichkeit für die Inanspruchnahme von Sozialhilfe. Beeindruckend ist der Anteil der HLU-Bedarfsgemeinschaften mit einem weiblichen Haushaltsvorstand und minderjährigen Kindern (s. Abb. 2.2). Diese machen 22,5% aller Bedarfsgemeinschaften aus. Gemessen an allen Bedarfsgemeinschaften mit nur einem Haushaltsvorstand haben die Frauen einen Anteil von 96,8%, gegenüber den Männern mit 3,2%.

Abb. 2.2: HLU Bedarfsgemeinschaften 1999



Quelle: Eigene Berechnungen unter Verwendung von Daten des NLS (Sozialhilfestatistik)

2.1.1.2 Hilfe zum Lebensunterhalt nach Einzelpersonen

Die Darstellung der Sozialhilfeempfänger nach Alter, Geschlecht und Herkunft zeigt, dass Kinder und Jugendliche am häufigsten Unterstützung durch Sozialhilfe erhalten. Die Altersgruppen bis zum 15. Lebensjahr machen bei Kindern deutscher und Kindern ausländischer Herkunft ein Drittel aller Sozialhilfeempfänger aus. Der Anteil an allen Sozialhilfeempfängern beträgt für die Gruppe der unter 15-jährigen 34,9%. Erweitert man die Altersgruppe auf die unter 18-jährigen, so machen diese 39,9% aller Sozialhilfeempfänger aus. In der Alters-

gruppe der 0-3 Jährigen ist somit annähernd jedes zehnte Kind von Sozialhilfe abhängig, dieser Anteil nimmt kontinuierlich ab, bei den 15-18 Jährigen ist es noch jedes 16. Kind.

Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt erwartungsgemäß keine Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme bei Jungen und Mädchen, bis zum Eintritt in das Berufsleben bzw. bis zu dem Alter, in dem die „Familiengründung“ einsetzt. Ab der Altersgruppe der 15-18 Jährigen sind Frauen bis ins hohe Alter häufiger auf Sozialhilfe angewiesen als Männer. Dieser Verlauf zeigt sich unabhängig von der Herkunft. Erklärbar ist dies durch die weitaus größere Zahl alleinerziehender Mütter

Tab. 2.3: Empfänger von HLU 1999

Alter von ... bis unter ... Jahren	Männer					Frauen					Insgesamt							
	je 1000 Deutsche Einw.*	je 1000 Aus- länder Einw.*	je 1000 gesamt Einw.*	je 1000 Deutsche Einw.*	je 1000 Aus- länder Einw.*	je 1000 gesamt Einw.*	je 1000 Deutsche Einw.*	je 1000 Aus- länder Einw.*	je 1000 gesamt Einw.*	je 1000 Deutsche Einw.*	je 1000 Aus- länder Einw.*	je 1000 gesamt Einw.*						
0 - 3	10057	85	2411	219	12468	97	9312	83	2352	219	11664	95	19369	84	4763	219	24132	96
3 - 7	11911	74	3762	244	15673	89	11259	74	3198	220	14457	86	23170	74	6960	232	30130	88
4 - 11	11638	68	4057	234	15695	83	11117	69	3449	214	14566	82	22755	68	7506	225	30261	83
11 - 15	10112	61	3654	229	13766	76	9835	63	3077	215	12912	75	19947	62	6731	223	26678	76
15 - 18	5688	48	2353	204	8041	62	5925	53	2048	197	7973	65	11613	50	4401	201	16014	64
18 - 21	3535	30	1330	102	4865	37	5510	48	1575	129	7085	56	9045	39	2905	115	11950	46
21 - 25	4115	27	1389	68	5504	32	8433	58	2000	101	10433	63	12548	42	3389	84	15937	47
25 - 30	5381	24	2567	83	7948	31	11958	55	3240	115	15198	62	17339	39	5807	98	23146	46
30 - 40	13889	22	5543	94	19432	28	28050	46	5803	126	33853	52	41939	34	11346	108	53285	40
40 - 50	11195	21	3452	95	14647	26	14768	29	3532	108	18300	34	25963	25	6984	101	32947	30
50 - 60	7694	17	2279	85	9973	21	9310	21	2700	119	12010	25	17004	19	4979	100	21983	23
60 - 65	3958	16	1349	139	5307	20	5201	20	1474	212	6675	25	9159	18	2823	169	11982	22
65 - 70	1990	11	960	172	2950	17	3125	16	882	204	4007	20	5115	14	1842	186	6957	18
70 - 75	1257	9	486	156	1743	12	2926	15	607	175	3533	18	4183	12	1093	166	5276	15
≥ 75	966	6	381	91	1347	8	5695	14	747	139	6442	16	6661	12	1128	118	7789	13
gesamt	103386	29	35973	129	139359	36	142424	38	36684	148	179108	44	245810	33	72657	138	318467	40

* der alters- und geschlechtsspezifischen Bevölkerungsgruppe

Quelle: NLS, eigene Berechnungen

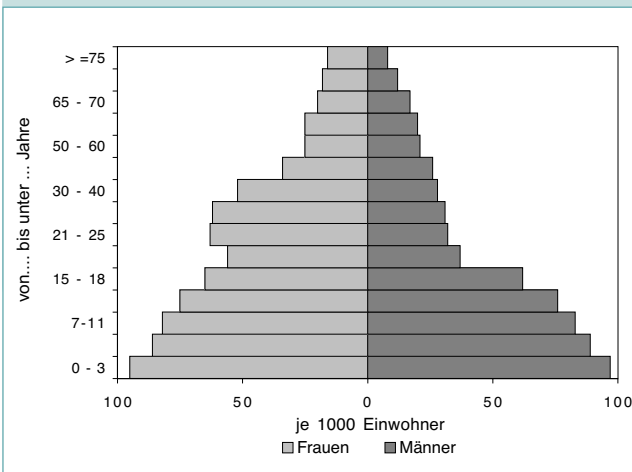
gegenüber den alleinerziehenden Vätern, und die durch die Kinderbetreuung bedingt schlechteren Chancen bei der Berufsausbildung bzw. der Berufstätigkeit und damit auch die geringeren Verdienstmöglichkeiten.

Betrachtet man die Inanspruchnahme von Sozialhilfe in Abhängigkeit von der Herkunft, so zeigt sich für Kinder ausländischer Herkunft, dass sie annähernd dreimal so häufig auf Sozialhilfe angewiesen sind, wie Kinder deutscher Herkunft. Auch hier sind die Frauen ab dem gebärfähigen Alter häufiger betroffen als die Männer, wobei insgesamt sowohl Männer als auch Frauen ausländischer Herkunft bis ins hohe Lebensalter häufiger auf Sozialhilfe angewiesen sind als Männer und Frauen deutscher Herkunft. Im Gegensatz zu den deutschen Sozialhilfeempfängern steigt die Rate bei den Empfängern ausländischer Herkunft ab dem 50. Lebensjahr wieder deutlich an. Die Angaben zu den Ursachen für den Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt bedürfen einer Erläuterung hinsichtlich der Datenerhebung. Ausgewiesen mit der expliziten Ursache werden lediglich neue Sozialhilfe-Fälle des Erhebungsjahres. Sogenannte „Altfälle“, die bereits im Vorjahr Sozialhilfe erhielten, fallen in die Kategorie „sonstige Ursachen“. Desweiteren fallen auch durch Langzeitarbeitslosigkeit bedingte Sozialhilfeempfänger unter sonstige Ursachen. Somit haben die „Sonstigen Ursachen“ erhebungsbedingt den größten Anteil. Bereits im Landesarmutsbericht von 1998 war die größte Steigerung im Zeitraum von 1984 bis 1993 bei den sogenannten sonstigen Ursachen (+ 11% auf 39% insgesamt) zu verzeichnen, gefolgt von der Arbeitslosigkeit (+ 9% auf 33% insgesamt), die bis 1994 einzeln ausgewiesen wurde. Eine Zeitreihe über einen angemessen großen Zeitraum ist wegen der Umstellung der Erfassungssystematik nicht aussagekräftig.

Für den Kinder- und Jugendbereich relevant sind neben der nicht mehr gesondert ausgewiesenen Arbeitslosigkeit der Eltern/eines Elternteils insbesondere Änderungen der Familienstruktur, die auch die Kinder mit betreffen (siehe Tab. 2.4). Während der Tod eines Familienmitglieds als besondere soziale Situation bei der Hilfestellung eine untergeordnete Rolle spielt, sind Trennung und Scheidung der Eltern häufigste Ursache in der Altersgruppe bis zum 18. Lebensjahr. Bei über 20% der Kinder, die in der Altersgruppe bis zum 18. Lebensjahr Sozialhilfe erhalten, ist die Trennung oder Scheidung der Eltern die Ursache; demzufolge sieht man für diese Ursache der Sozialhilfestellung einen zweiten Gipfel in der Altersgruppe der Eltern.

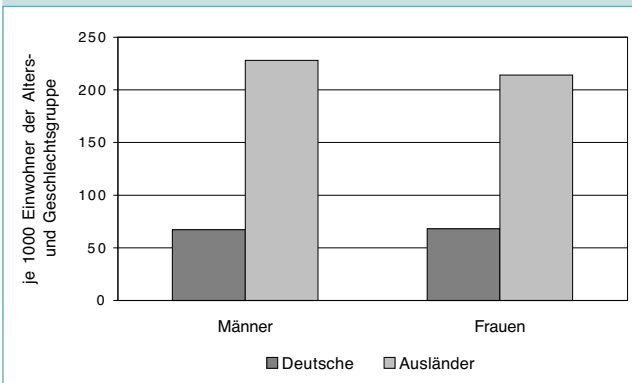
Die Geburt eines Kindes als Ursache für die Gewährung von Hilfe zum Lebensunterhalt ist insbesondere in der Altersgruppe der Kinder bis zu drei Jahren von Bedeutung. Ursächlich dafür ist die Inanspruchnahme von Erziehungsurlaub in den ersten Lebensjahren eines Kindes und der dadurch bedingte Verdienstausschlag. Bei den Altersgruppen über drei Jahren handelt es sich um ältere Geschwisterkinder, die, durch den Familienzuwachs bedingt, ebenfalls neu auf Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen sind. Mit zunehmendem Alter der Kinder verliert dieser Grund der Hilfestellung an Bedeutung. Dies dürfte dadurch bedingt sein, dass Geschwister meist in einem überschaubaren zeitlichen Abstand geboren werden und der/die 15-jährige, der durch ein kleines Geschwisterkind in die Sozialhilfe gerät, eher eine Ausnahme darstellt.

Abb. 2.3: Empfänger von HLU je 1000 Einwohner der alters- und geschlechtsspezifischen Bevölkerungsgruppe nach Altersgruppen und Geschlecht in Niedersachsen, 1999



Quelle: NLS Sozialhilfestatistik

Abb. 2.4: Empfänger von HLU im Alter von 0 bis unter 18 Jahren nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit in Niedersachsen, 1999



Quelle: NLS Sozialhilfestatistik

Auch hier sieht man erwartungsgemäß einen zweiten Gipfel der Sozialhilfeempfänger in der Altersgruppe der Eltern. Weitere, explizit ausgewiesene Gründe für die Sozialhilfe – neben den dargestellten – spielen in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen eine untergeordnete Rolle. Bei den unter 18-jährigen machen sie 3,2% aus, bezogen auf alle Altersgruppen sind es 4,5%.

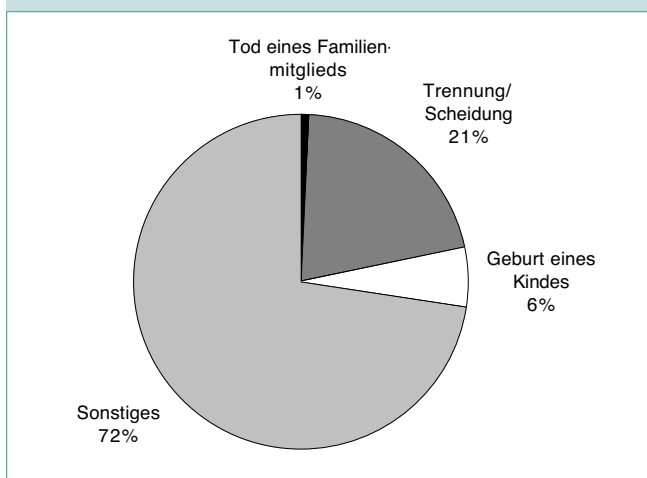
Tab. 2.4: Empfänger(innen) laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen am 31.12.1999 nach besonderer sozialer Situation, Altersgruppen und Geschlecht in Niedersachsen

Alter von ... bis unter ... Jahren	insgesamt	und zwar nach der besonderen sozialen Situation bei der Hilfestellung*			
		Tod eines Familienmitglieds	Trennung/Scheidung	Geburt eines Kindes	Sonstiges
0 - 3	24115	169	3501	3701	17346
3 - 7	30111	243	7032	1990	21508
7 - 11	30242	281	7518	1083	21969
11 - 15	26656	286	5899	529	20377
15 - 18	16006	202	2989	269	12762
18 - 21	11923	126	804	742	10408
21 - 25	15883	146	1268	1363	13350
25 - 30	23055	190	3027	1691	18572
30 - 40	53049	434	9024	2306	42306
40 - 50	32764	388	4225	355	28291
50 - 60	21878	408	2070	55	19606
60 - 65	11859	290	998	9	10661
65 - 70	6826	223	450	9	6179
70 - 75	5119	268	291	4	4583
75 - 80	3436	239	163	2	3055
80 - 85	1703	146	47	1	1522
85 und älter	2105	248	60	1	1814
insgesamt	316730	4287	49366	14110	254309
davon männlich	138590	1329	15923	4889	118475
weiblich	178140	2958	33443	9221	135834

* Mehrfachnennungen möglich

Quelle: NLS Sozialhilfestatistik (Auszug und Zusammenfassung)

Abb. 2.5: Ausgewählte Gründe für den Erhalt von HLU bei unter 18-jährigen



Quelle: Eigene Berechnungen unter Verwendung von Daten des NLS (Sozialhilfestatistik)

2.1.2 Hilfe in besonderen Lebenslagen

Bei der Gewährung von Hilfe in besonderen Lebenslagen nach ausgewählten Hilfearten wurden 1999 Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren insgesamt 23.200 Hilfen gewährt. Dabei sind Mehrfachnennungen möglich, d. h. ein Kind hat mehrere Hilfeleistungen unterschiedlicher Art innerhalb des Jahres erhalten. Relevant für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen sind die Krankenhilfe sowie die unter den „Eingliederungshilfen für Behinderte“ ausgewiesenen heilpädagogischen Maßnahmen für Kinder, die Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung sowie Hilfe zur Berufsausbildung, Fortbildung und Arbeitsplatzbeschaffung.

Bei der Krankenhilfe handelt es sich um eine Hilfestellung im Krankheitsfall, die nicht über eine gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt ist. Kinder sind regelmäßig über die Eltern familienversichert. Sind die Eltern bzw. ein alleinerziehender Elternteil nicht durch ein Beschäftigungsverhältnis versichert (welches grundsätzlich auch während des Erziehungsurlaubes weiterbesteht) bzw. über die Arbeitslosenversicherung gesetzlich krankenversichert, so betrifft dies auch den Krankenversicherungsschutz der Kinder. Insbesondere bei Alleinerziehenden, die aufgrund einer nicht gesicherten Kinderbetreuung dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen können, besteht die Gefahr der Aussteuerung aus der gesetzlichen Krankenversicherung.

Tab. 2.5: Empfänger(innen) von Hilfe in besonderen Lebenslagen nach ausgewählten Hilfearten, Altersgruppen und Geschlecht; 1999; Niedersachsen*

Hilfeart		Geschlecht	Insgesamt über alle Altersgruppen	Insgesamt 0 bis unter 18 n (% von allen Altersgruppen)	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren				
					<3	3-7	7-11	11-15	15-18
Hilfe in besonderen Lebenslagen insgesamt		männlich	78047	23200 (29,7%)	2581	8683	5462	3973	2501
		weiblich	76011	16881 (22,2%)	2188	5578	3772	3250	2093
		insgesamt	154058	40081 (26,0%)	4769	14261	9234	7223	4594
Krankenhilfe, Hilfe bei Sterilisation, Hilfe zur Familienplanung		männlich	36082	10955 (30,4%)	1484	2346	2675	2754	1696
		weiblich	36386	9826 (27,0%)	1376	2129	2293	2455	1573
		insgesamt	72468	20781 (28,7%)	2860	4475	4968	5209	3269
Eingliederungshilfe für Behinderte zusammen**		männlich	32982	11776 (35,7%)	1061	6252	2667	1089	707
		weiblich	22038	6623 (30,1%)	754	3372	1368	686	443
		insgesamt	55020	18399 (33,4%)	1815	9624	4035	1775	1150
darunter	Ärztl. Behandlung; Körperersatzstücke, Hilfsmittel	männlich	1815	1049 (57,8%)	47	553	349	68	32
		weiblich	1208	465 (38,5%)	28	240	146	35	16
		insgesamt	3023	1514 (50,1%)	75	793	495	103	48
	Heilpädagogische Maßnahmen für Kinder	männlich	7803	7797 (99,9%)	990	5476	1254	61	16
		weiblich	4371	4369 (100%)	702	2997	640	23	7
		insgesamt	12174	12166 (99,9%)	1692	8473	1894	84	23
	Hilfe zu einer angemessenen Schul- bildung	männlich	3134	2643 (84,3%)	2	169	1031	869	572
		weiblich	1957	1614 (82,5%)	2	91	580	565	376
insgesamt		5091	4257 (83,6%)	4	260	1611	1434	948	
Hilfe zur Berufsaus- bildung, Fortbildung, Arbeitsplatzbeschaffung	männlich	104	9 (8,7%)	0	0	0	2	7	
	weiblich	89	4 (4,5%)	0	0	0	0	4	
	insgesamt	193	13 (6,7%)	0	0	0	2	11	

Quelle: NLS, Sozialhilfestatistik (Auszug).

* Empfänger(innen) mehrerer verschiedener Hilfen werden bei jeder Hilfeart gezählt. Ohne Empfänger(innen) der Stadt Hildesheim

** Mehrfachmeldungen sind nur insoweit ausgeschlossen, als sie aufgrund der Meldungen erkennbar waren

Eine solche Krankenhilfe wurde bei Kindern und Jugendlichen in 20.781 Fällen gewährt, das macht einen Anteil von 28,7% aller Gewährungen dieser Hilfeart für diese Altersgruppe. Dabei zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Hinter den heilpädagogischen Maßnahmen im Kindesalter, die vom Land Niedersachsen getragen werden, verbergen sich im Vorschulalter die Kosten für Sonderkindergartenplätze und für integrativ betreute Kinder, da es sich hierbei um teilstationäre bzw. stationäre Einrichtungen handelt. Die Kosten für ambulante heilpädagogische Maßnahmen wie z. B. die Frühförderung werden von den Kommunen getragen (siehe auch Behinderte Kinder in Niedersachsen). Heilpädagogische Maßnahmen

wurden 1999 n=12.166 Mal Kindern und Jugendlichen gewährt, dabei haben die Jungen einen Anteil von 64,1%, die Mädchen entsprechend von 35,9%.

Die Hilfe für eine angemessene Schulbildung bei der Eingliederung für Behinderte beinhaltet die für Niedersachsen besondere Betreuungsform in Tagesbildungsstätten. Diese ermöglichen geistig behinderten Kindern ihre Schulpflicht außerhalb von Sonderschulen zu absolvieren. Eine Hilfe zur angemessenen Schulbildung wurde n=4257 Mal gewährt, sie wurde zu 83,6% von Kindern bis zum 18. Lebensjahr in Anspruch genommen, 37,9% waren Mädchen, 62,9% Jungen.

2.2 Familienstrukturen und Haushaltsgröße

Die Struktur und Erwerbstätigkeit in einer Familie sowie die Zahl der im Haushalt lebenden Personen haben Einfluss auf die zeitlichen Ressourcen, die Eltern für die Kinderbetreuung erübrigen können, auf die finanzielle Situation der Familie, aber auch auf die Sozialisation, die Kinder im Elternhaus z. B. durch Geschwister oder mit im Haushalt lebende Großeltern und andere Personen erfahren.

Insgesamt zeichnet sich ein Trend zu immer kleineren Haushalten ab. Dabei nehmen die Ehepaare ohne im Haushalt lebende Kinder zu. Einerseits gibt es immer mehr Ehepaare, die zeitlich kinderlos bleiben, andererseits ist dies erfassungsbedingt. Der Zeitraum, in dem Kinder im Haushalt versorgt

werden, nimmt durch das frühere Verlassen des Elternhauses und die gestiegene Lebenserwartung (der Eltern) absolut (an Jahren) und relativ (auf das ganze Leben der Eltern bezogen) ab. Bei den Familien mit im Haushalt lebenden Kindern hat der Anteil der Ehepaare mit einem Kind von 1996-1999 um 1% abgenommen, parallel ist der Anteil der Ehepaare mit 2 Kindern um 1% gestiegen. Der Anteil der Ehepaare mit 3 oder mehr Kindern ist annähernd konstant. Anders stellt sich die Situation der alleinerziehenden Frauen dar. Während der Anteil alleinerziehender Frauen mit einem Kind um fast 2%, der Anteil alleinerziehender Frauen mit 2 Kindern um 1% zurückgegangen ist, findet sich bei den alleinerziehenden Frauen mit 3 oder mehr Kindern ein Anstieg von 6,6% auf 9,1%.

Tab. 2.6: Familien nach Familientyp, Anzahl der Kinder in der Familie und Beteiligung am Erwerbsleben der Bezugspersonen

Familientyp Anzahl der Kinder in der Familie		1996				2000			
		Insgesamt	davon			Insgesamt	davon		
			Erwerbspersonen	Erwerbslose	Nicht-erwerbspersonen		Erwerbspersonen	Erwerbslose	Nicht-erwerbspersonen
			Erwerbstätige				Erwerbstätige		
1000									
Ehepaare	gesamt	1.887,6	1.206,8	88,4	592,4	1.902,7	1.190,3	68,6	643,8
	ohne Kinder	897,0	379,6	34,0	483,3	948,5	378,6	24,9	545,0
	mit Kindern	990,7	827,2	54,4	109,1	954,3	811,6	43,7	98,9
	1 Kind	437,2	339,4	22,9	74,8	412,4	324,1	18,7	69,6
	2 Kinder	397,7	356,0	19,9	21,7	395,0	361,2	13,6	20,1
	≥3 Kinder	155,9	131,7	11,6	12,5	146,9	126,3	11,4	9,2
Allein- stehend, weiblich	gesamt	782,9	192,3	34,8	555,8	810,3	219,4	31,9	558,9
	ohne Kinder	585,2	89,0	14,8	481,4	610,2	102,5	13,8	493,9
	mit Kindern	197,7	103,3	20,0	74,4	200,0	116,9	18,1	65,0
	1 Kind	134,3	69,8	13,5	51,0	132,5	79,2	11,6	41,7
	2 Kinder	50,4	28,1	5,2	17,1	49,3	30,8	/	13,6
	≥3 Kinder	13,0	5,4	/*	6,4	18,2	7,0	/	9,7
Allein- stehend, männlich	gesamt	285,4	140,7	21,9	122,8	315,4	150,7	23,6	141,1
	ohne Kinder	243,2	133,1	17,1	113,0	267,4	117,5	20,2	129,7
	mit Kindern	42,3	27,6	/	9,9	48,0	33,2	/	11,4

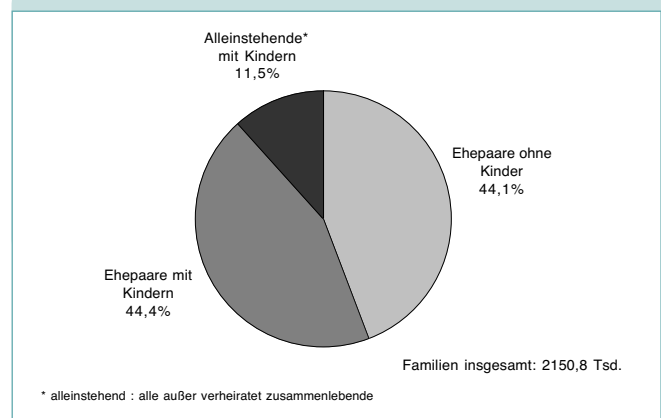
/ = nicht veröffentlicht, weil nicht ausreichend genau oder nicht repräsentativ

Quelle: NLS, Mikrozensus

2.2.1 Entwicklung der Eheschließungen

Die Zahl der Eheschließungen in Niedersachsen hatte in den Nachkriegsjahren mit 10,9 Eheschließungen bezogen auf 1.000 Personen der mittleren Jahresbevölkerung (Heiratsziffer) ihren Höchststand. Zwischen 1961 und 1978 verringerte sich die Zahl der Eheschließungen weitgehend kontinuierlich bis auf 5,1 Eheschließungen pro 1.000 der Bevölkerung – die niedrigste Heiratsziffer der letzten 50 Jahre. Diese Entwicklung ist auf das Aufrücken der geburtschwachen Kriegsjahrgänge in das heiratsfähige Alter zurück zu führen. Ein Anstieg Mitte der 70er Jahre ist durch eine Änderung des Volljährigkeits- und damit auch des Ehemündigkeitsalters auf 18 Jahre zum 01.01.1975 bedingt. Obwohl zwischen 1978 und 1990 zahlenmäßig starke Geburtenjahrgänge in das heiratsfähige Alter hineinwuchsen und absolut wieder mehr Ehen geschlossen wurden, wies die Heiratsziffer keine kontinuierliche Steigung mehr auf. Nach 1990 sank die Heiratsziffer wieder von 6,7 auf 5,9 im Jahr 1998.

Die Mehrheit der Eheschließenden ist vor der Heirat ledig (76%), aber immerhin 22% der Ehepartner sind geschieden, 2% verwitwet. Der Entschluss zur Heirat wird immer später gefasst, Ledige heiraten heute im Mittel fünf Jahre später als noch in den 70er Jahren. 1998 lag das durchschnittliche Alter aller Frauen zum Zeitpunkt der Eheschließung bei 31,1 Jahren, bezogen auf die Ersteheschließungen bei 28,0 Jahren. Bei den Männern lag das Durchschnittsalter bei 34,2 Jahren, bezogen auf die Ersteheschließungen bei 30,9 Jahren. Dies hat auch Auswirkungen auf die „Familienplanung“, so nimmt das Alter der Mütter bei der Entbindung kontinuierlich zu, der Anteil der

Abb. 2.6: Familienstruktur 2000


Quelle: NLS, Mikrozensus

Spätgebärenden > 35 Jahre steigt. Dies wiederum geht mit einer erhöhten Risikobelastung bei Schwangerschaft, Entbindung und Kind einher (siehe auch Perinatalerhebung).

2.2.2 Entwicklung der Ehescheidungen

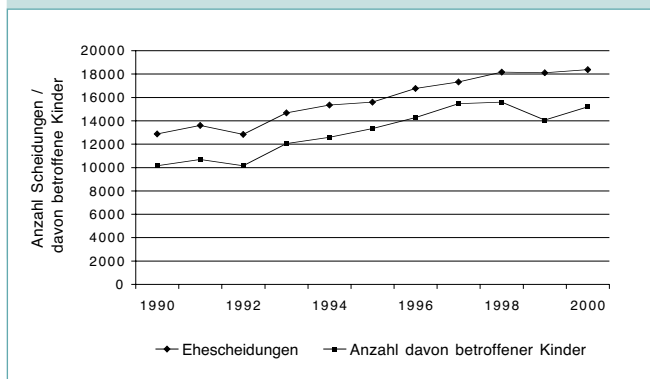
In Niedersachsen werden immer mehr Ehen geschieden, so ist die Zahl der jährlich gerichtlich gelösten Ehen in den letzten zehn Jahren um fast ein Drittel auf n=18.106 im Jahr 1999 gestiegen (Abb. 2.7). Kamen 1980 13,5 Scheidungen auf 10.000 Einwohner, so waren es 1990 bereits 17,5 und 1999

Tab. 2.7: Alleinerziehende Frauen (in 1000) nach Familienstand und Erwerbsstatus; 2000; Niedersachsen

Familienstand	Erwerbspersonen		Nichterwerbs- personen	gesamt
	Erwerbstätige	Erwerbslose		
ledig	30,5	6,7	12,6	49,8
verheiratet, getrennt lebend	18,0	/*	9,2	30,2
geschieden	53,7	7,2	15,0	75,9
verwitwet	14,8	/	28,1	44,1
insgesamt	116,9	18,1	65,0	200,0

/ = nicht extra veröffentlicht, weil nicht ausreichend genau oder nicht repräsentativ
Quelle: NLS, Mikrozensus

Abb. 2.7: Ehescheidungen und davon betroffene Kinder im Zeitverlauf; Niedersachsen



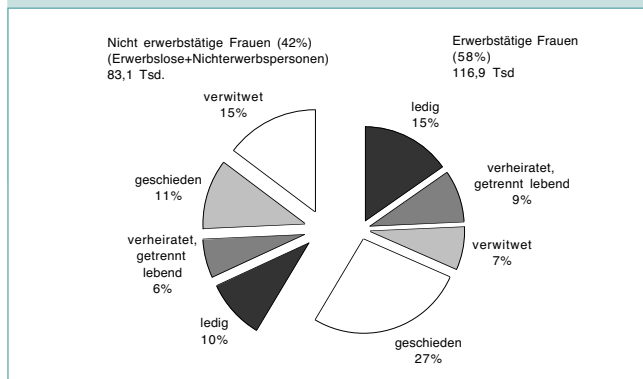
Quelle: NLS (Eheschließungen, Geborene, Gestorbene und gerichtliche Eheaufösungen)

sind es 23,0. Insgesamt werden gegenwärtig mehr als ein Drittel aller geschlossenen Ehen wieder geschieden. Diese sogenannte Scheidungshäufigkeit (Zahl der Ehescheidungen je 10.000 Einwohner) ist regional unterschiedlich, 1998 wurden die meisten Scheidungen im Regierungsbezirk Braunschweig registriert (24,4/10.000 Einwohner) gefolgt von Hannover (24,2), Lüneburg (23,6) und Weser-Ems (20,9). Weiterhin finden sich geringere Scheidungsziffern in katholisch geprägten Landkreisen sowie in den ländlichen Regionen.

2.2.3 Von Ehescheidung betroffene Kinder

Die Zahl der von Ehescheidung betroffenen Kinder hat laut NLS im Jahr 1998 mit $n=15.591$ einen neuen Höchststand erreicht. Im Jahr 1999 waren in knapp der Hälfte aller Scheidungen (48%) minderjährige Kinder aus diesen Ehen betroffen. Insgesamt ließen sich 1999 $n=8.718$ Ehepaare mit zusammen 14.056 Kindern unter 18 Jahren scheiden. Danach hatten 25% aller geschiedenen Ehepaare ein minderjähriges Kind, 23% der geschiedenen Ehen wiesen zwei und mehr minderjährige Kinder auf. Insgesamt hat sich die Zahl der von einer Scheidung der Eltern betroffenen Kinder in den letzten zehn Jahren in Niedersachsen um mehr als ein Drittel erhöht.

Abb. 2.8: Alleinerziehende Frauen 2000 (insgesamt 200 Tsd.)



Quelle: NLS, Mikrozensus

2.2.4 Alleinerziehende Frauen

Die Zahl der alleinerziehenden Frauen hat in den letzten Jahren zugenommen. Waren es 1995 noch 193.700 alleinerziehende Mütter mit einem oder mehreren Kindern, so ist die Zahl auf 200.000 im Jahr 2000 angestiegen. Dies ist einerseits durch eine zunehmende Zahl an nicht ehelichen Lebensgemeinschaften bedingt (nicht Verheiratete werden in der Mikrozensus-erhebung als Alleinstehende erfasst). Andererseits nimmt die Zahl der Mütter zu, die sich von vornherein dazu entschließen, ihr Kind ohne Partner großzuziehen bzw. die bei primär ehelicher Partnerschaft nach einer Scheidung die minderjährigen Kinder in ihrem Haushalt weiter betreuen.

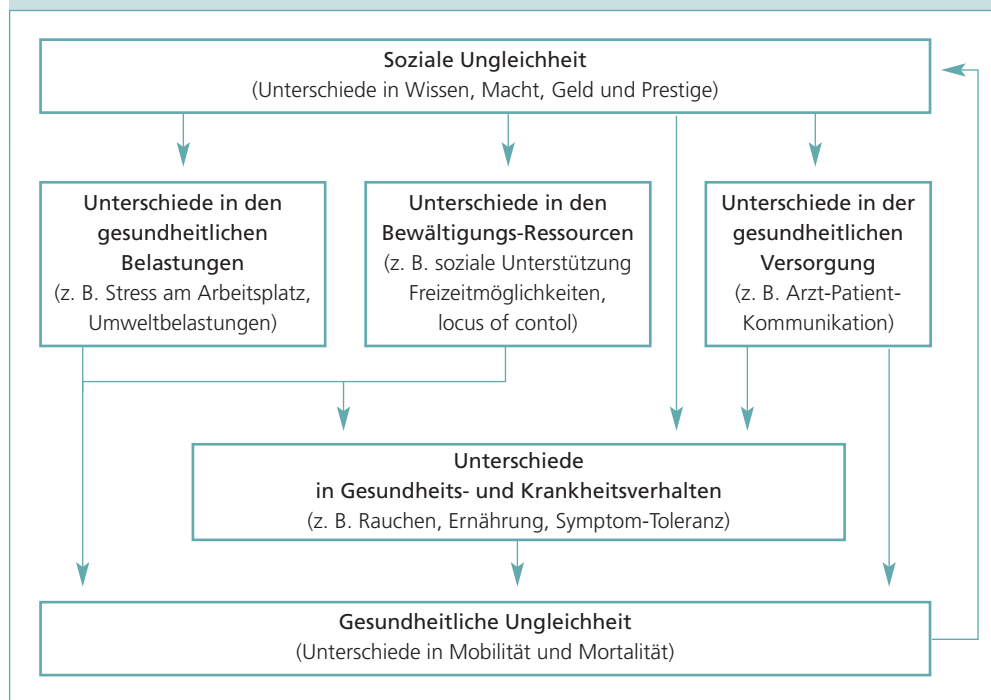
Der überwiegende Teil der alleinerziehenden Mütter ist erwerbstätig (58%; $n=116.900$). Erwerbslos im Sinne von arbeitslos/arbeitssuchend sind 9,1% ($n=18.100$), die „Nichterwerbspersonen“, die auch nicht als arbeitslos/arbeitssuchend gemeldet sind, haben einen Anteil von 32,5% ($n=65.000$).

AutorInnen:

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.
Petra Anna, Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales
Dr. Elke Bruns-Philipps, Nds. Landesgesundheitsamt
Lothar Eichhorn, Nds. Landesamt für Statistik
Stefanie Riedel, Nds. Landesamt für Statistik
Astrid Schoring, Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit u. Soziales

2.3 Soziale Benachteiligung und deren gesundheitliche Folgen bei Kindern und Jugendlichen

Abb. 2.9: Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Ungleichheit



Soziale Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen hat nicht automatisch gesundheitliche Folgen, aber die gesundheitlichen Folgen davon sind bislang zu wenig beachtet worden. Elkeles und Mielck haben 1997 versucht, die Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Ungleichheit nachzuvollziehen. Ihr Verdienst ist es, die wesentlichen Faktoren benannt zu haben, die aus sozialer Ungleichheit gesundheitliche Ungleichheiten entstehen lassen (siehe Abb. 2.9, modifiziert vom Autor nach Elkeles und Mielck 1997).

2.3.1 Gesundheitliche Folgen sozialer Benachteiligung

Bereits der niedersächsische Landesbericht zur Entwicklung von Armut und Reichtum hält fest: „Verlässliche Zahlen für Niedersachsen, insbesondere flächendeckende Erhebungen zu Erkrankungszahlen und sozialem Status, die für eine Gesamterhebung wünschenswert erscheinen, sind nicht verfügbar.“ (Niedersächsischer Landtag, 1998, S.132)

An dieser Sachlage hat sich auch für den Kinder- und Jugendbereich seither kaum etwas verändert. Dennoch wird es zunehmend in der Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler und Landesebene thematisiert und z. B. in die Erhebungen und Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen einbezogen. Die Zwischenbilanz zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen 1994 aus Hamburg beispielsweise zeichnet ein er-

schreckendes Bild der Zusammenhänge zwischen sozialer Schicht und Erkrankungsrisiken bzw. -raten. Die Zahlen der Säuglingssterblichkeiten oder untergewichtigen Neugeborenen variieren deutlich nach den Stadtteilen: „Die überwiegende Zahl der Stadtteile mit einer hohen Rate untergewichtiger Neugeborener ist als sozial benachteiligt zu bezeichnen.“ Neben einer höheren Inzidenz beim plötzlichen Kindstod findet sich eine erhöhte Morbidität im Zusammenhang mit der sozialen Ungleichverteilung für alle Erkrankungsarten, über alle Lebensalter hinweg.

Von der Zahngesundheit über Unfälle bis hin zum Übergewicht bestimmen die Einkommensverhältnisse der Eltern die Erkrankungs-/Unfallwahrscheinlichkeit mehr als alle anderen Faktoren. Das Kariesrisiko ist für Kinder aus sozial schwachen Familien etwa zweieinhalbfach höher (Untersuchungen aus Braunschweig, in Schulen im Landkreis Northeim und aus der Landeshauptstadt Hannover 1994). Für Unfälle wird die Theorie einer „accident-proned-family“ diskutiert, in der das soziale Klima, welches Fürsorge und Schulung im Straßenverkehr, aber auch Vorbeugung hinsichtlich Verletzungsgefahren im Haus und auf Spielplätzen bei Kindern fördert, deutlich schlechter ist als in besser gestellten Familien. Dies führt zu einer insgesamt erhöhten Unfallgefahr in diesen Familien. Mangelhaftes Gesundheitsbewusstsein und damit auch Gesundheitsverhalten zeigt sich auch in schlechteren Ernährungsbedingungen, anderen hygienischen Standards sowie in

der geringeren Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. In Braunschweig wurde festgestellt, dass die Nicht-Teilnahme an der U9 bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien mit 50% deutlich erhöht ist gegenüber dem Durchschnittswert von 33% Nichtinanspruchnahme. In der gleichen Untersuchung konnte nachgewiesen werden, dass die Durchimpfungsraten ebenfalls fünf bis zehn Prozent unter den Durchimpfungsraten sozial besser gestellter Kinder liegen.

Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe wird gewaltförmige Vernachlässigung zur Zeit vermehrt thematisiert. Die angezeigten Fälle liegen zwar weit unter den Fallzahlen für sexuellen Missbrauch und Misshandlung, haben dennoch eine steigende Tendenz und sind im Gegensatz zu Missbrauch und Misshandlung stärker schichtbezogen (vgl. Zehnter Kinder- und Jugendbericht, S. 110). Geringere Gesundheitsvorsorge ist dabei sicher nur eine leichte Form von Vernachlässigung, das Ausmaß dieser gesundheitlichen Vernachlässigung ist jedoch nach den wenigen vorliegenden Studien hoch und weit verbreitet. Gesundheitliche Vernachlässigung kann dabei die Gesundheitschancen für das ganze Leben massiv mindern, es können eine ganze Reihe nicht primär gesundheitlicher Folgewirkungen dadurch ausgelöst werden. Beeinträchtigungen im Bereich der Psychomotorik können beispielsweise Konzentrationsschwäche, Kontaktstörungen und andere Verhaltensauffälligkeiten nach sich ziehen und schulische Leistungen, Integrationsfähigkeit und damit „Lebenschancen“ wesentlich reduzieren.

Zudem zeigt sich in späteren Lebensjahren eine deutlich erhöhte Bereitschaft zu gesundheitsschädigendem Risikoverhalten, z. B. zum Rauchen oder Alkoholkonsum. Eine 1991/92 durchgeführte Befragung von SchülerInnen (12-13 Jahre) unterschiedlichen Schultyps nach ihrem regelmäßigen Konsum von suchtfördernden Mitteln wie Zigaretten oder Alkohol und ersten Erfahrungen mit Drogen (Haschisch, Marihuana und Lösungsmitteln) kam zu folgendem Ergebnis:

HauptschülerInnen (14,3%) rauchen eindeutig mehr als GymnasiastInnen (2,7%) des gleichen Jahrgangs; auch der Konsum von Drogen fällt in der Gruppe der HauptschülerInnen höher aus. Durch diese Kumulierung von Risiken entsteht eine besonders große gesundheitliche Gefährdung. Die Studie zeigt dabei einen Zusammenhang mit dem Rauchverhalten der Eltern, so dass man von einem „schichtspezifischen Lernen des Rauchens“ sprechen könnte. (vgl. Mielck, in: Klocke; Hurrelmann 1998, S. 240).

Kinder, die als sozial benachteiligt gelten, stammen häufig aus Einwandererfamilien, Haushalten, in denen beide Elternteile arbeitslos sind oder Sozialhilfe beziehen, Alleinerziehendenhaushalten oder kinderreichen Familien. Die einzigen Erkrankungen, die sich umgekehrt zur sozialen Situation verhalten, scheinen Erkrankungen aus dem allergischen Formenkreis zu sein. In einigen Studien waren konsistent Kinder aus sozial besser gestellten Familien häufiger betroffen. Als Ursache hierfür werden unter anderem der höhere Lebensstandard diskutiert, der eine größere Zahl von Allergenen mit sich bringt (z. B. Teppichböden, Ernährung), aber auch höhere Erwartungshaltungen der Eltern an ihre Kinder, die zu Stress mit gesundheitlichen Auswirkungen führen können.

Demgegenüber ist die niedrigere Prävalenz allergischer Erkrankungen in sozial schwachen Familien möglicherweise auch durch eine Untererfassung bedingt, weil Kinder mit milden Symptomen seltener vorgestellt werden.

2.3.2 Ernährungssituation sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher

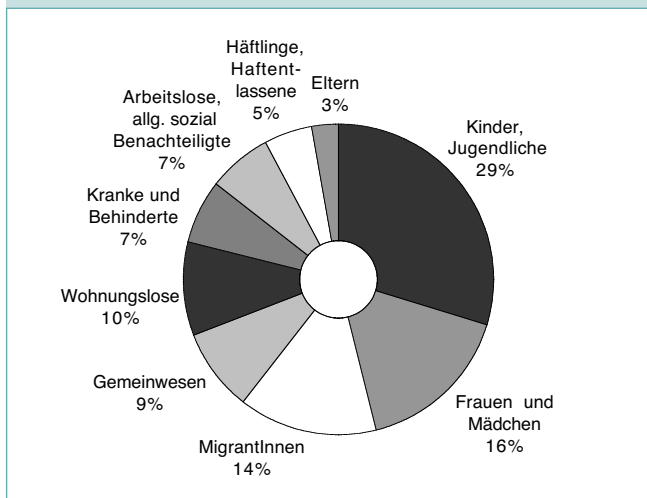
Ein wichtiger gesundheitlicher Aspekt ist die Ernährungssituation armer Kinder. Die Landesvereinigung für Gesundheit und die Deutsche Gesellschaft für Ernährung haben deshalb gemeinsam mit dem Niedersächsischen Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Niedersachsen und der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen – eine Bestandsaufnahme zu Ernährungssituationen armer Familien vorgelegt. In ihr werden neuere Studien der Universitäten Gießen und Kiel vorgestellt, in denen gezeigt wurde, dass in armen Haushalten deutlich weniger Obst und Gemüse verzehrt wird. Dagegen spielen Grundnahrungsmittel, Fertigprodukte, Süßigkeiten und Süßgetränke eine dominierende Rolle. Außerdem werden weniger Milchprodukte konsumiert. Die Nahrung enthält insgesamt mehr zucker- und fettreiche Lebensmittel mit hohem Kaloriengehalt und ist weniger abwechslungsreich. Dies gilt vor allem am Monatsende, wenn nicht mehr genügend Geld für den Lebensmitteleinkauf vorhanden ist. Bei SozialhilfeempfängerInnen beginnen diese Schwierigkeiten etwa ab dem 20. Tag im Monat. Die gesundheitlichen Folgen dieser Ernährungssituation, häufig verbunden mit Bewegungsmangel, sind gravierend. Kleinkinder wachsen langsamer, haben öfter Übergewicht und erhöhte Blutfettwerte. Schulkinder aus sozial schwachen Familien haben im Alter von 10 bis 15 Jahren häufiger Übergewicht sowie durch eine verminderte Mineral- und Vitaminzufuhr häufiger eine geringere Knochenmasse und Anämie.

Die Bestandsaufnahme stellt auch Praxisprojekte aus Hannover und Lüneburg vor, die geeignet sind, Abhilfe zu schaffen. Es handelt sich dabei um stadtteilbezogene Projekte, die die Ernährungssituation von Familien mit einbeziehen und Ansätze zur verbesserten Ernährung in Schulen im Bereich sozialer Brennpunkte aufzeigen. Allerdings sind solche Ansätze bislang Einzelmodelle, die für eine Ausweitung des Engagements unterschiedlichster Institutionen im Bereich Ernährung und Gesundheit bedürfen.

2.3.3 Gesundheitsbezogene Interventionsprojekte in Niedersachsen

In Niedersachsen wurde in den Jahren 1998 bis 2001 erstmals eine bundeslandbezogene Studie zu „Armut und Gesundheit“ durchgeführt, in der eine Bestandsaufnahme, Bewertung und Entwicklung von gesundheitsbezogenen Interventionsprojekten vorgenommen wurde. Diese Studie zeigt, welche Handlungsmöglichkeiten bestehen. Der Schlussbericht dieser von der Fachhochschule Nordostniedersachsen in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. durchgeführten Studie liegt jetzt vor. (vgl. Fachhochschule Nordostniedersachsen, 2001)

Abb. 2.10: Hauptzielgruppen der gesundheitsbezogenen Angebote



Befragt wurden in der Studie zunächst alle Wohlfahrtsverbände, Kommunen sowie Anbieter und Kostenträger aus dem Gesundheitswesen. Aus den Rückmeldungen konnten insgesamt 83 Angebote identifiziert werden, die einen deutlichen Gesundheitsbezug aufweisen und sich direkt oder indirekt an sozial Benachteiligte in Niedersachsen richten. Die Angebote richten sich dabei an sehr unterschiedliche Zielgruppen sozial Benachteiligter.

Knapp ein Drittel der Angebote richtet sich vornehmlich an Kinder und Jugendliche. Die Angebote verteilen sich über ganz Niedersachsen. Es gibt Angebote sowohl in Großstädten als auch auf dem Lande, d. h. in der Regel in kleineren Gemeinden. Allerdings ist Hannover stark überrepräsentiert. Obwohl in Hannover weniger als 7% der niedersächsischen Bevölkerung leben, findet sich dort fast die Hälfte aller Angebote. Zusammenfassend sind die Anbieter von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für sozial Benachteiligte überwiegend im Sozialsektor zu finden und hier besonders unter den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege. Die Angebote sind auf Dauer angelegt und zu knapp zwei Dritteln innerhalb der letzten 10 Jahre entstanden.

Die Studienergebnisse zeigen, dass geeignete Zugangswege zur Zielgruppe der sozial Benachteiligten existieren, nur eben nicht im Gesundheitsbereich selbst. (vgl. auch Altgeld 2000)

2.3.4 Arbeitskreis „Armut und Gesundheit“

In der Landesvereinigung für Gesundheit existiert seit 1996 ein landesweiter Arbeitskreis zu Armut und Gesundheit, der als ein Schwerpunktthema die Verbesserung der gesundheitlichen Situation benachteiligter Kinder und Jugendlicher hat. Die oben zitierte Studie wurde innerhalb dieses Gremiums konzipiert. Der Arbeitskreis besteht zur Zeit aus ca. 31 Mitgliedern. Die AkteurInnen sind in unterschiedlichen Arbeitsfeldern aktiv, sie gehören der praktischen Arbeit und der wissenschaftlichen Forschung an. Im Bereich Sozialarbeit sind schwerpunktmäßig MitarbeiterInnen aus dem Kinder- und Jugendbereich, aber

auch aus der Wohnungslosenhilfe aktiv; der Öffentliche Gesundheitsdienst ist, was den medizinischen Versorgungsbereich betrifft, stärker vertreten.

Die Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit“ will die gesundheitlichen Folgen von Verarmungsprozessen sichtbar machen und Handlungsperspektiven für die Sozial- und Gesundheitspolitik sowie die Versorgungspraxis und Sozialarbeit entwickeln. Der Arbeitskreis beabsichtigt:

- eine Brücke zwischen Wissenschaft und Praxis zu schaffen,
- den Transfer des Wissens von der Wissenschaft in die Praxis und umgekehrt: Realitätsbezug für die WissenschaftlerInnen durch Berichte aus der Praxis herzustellen,
- den intersektoralen Austausch zu fördern
- und die (Fach-)Öffentlichkeit zu sensibilisieren.

Im Rahmen des Arbeitskreises werden aktuelle lokale Studien bekannt gemacht, aber auch Erfahrungen aus anderen Bundesländern exemplarisch vorgestellt und diskutiert.

Arbeitsschwerpunkte der letzten Jahre waren:

- die Verknüpfung von Sozial- und Gesundheitsberichterstattung
- die Verbesserung der medizinischen Versorgung von wohnungslosen BürgerInnen in Niedersachsen
- die Förderung der Vernetzung von AkteurInnen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich
- die Erarbeitung von geeigneten Interventionsprojekten für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche
- die Konzeption einer Wanderausstellung zum Thema „Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen“
- das Projekt „Gesundheitsbezogene Interventionsprojekte in Niedersachsen“ (Begleitforschung durch das Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG), Lüneburg)
- die Beteiligung an unterschiedlichen Netzwerken und bundesweiten Aktionen im Bereich „Soziale Benachteiligung und Gesundheit“

Gesundheitsförderung im Bereich sozial Benachteiligter ist eine Gemeinschaftsaufgabe, die alle Akteure einbinden und sektorübergreifend erfüllt werden muss. Soziale und gesundheitliche Benachteiligung ballen sich oft in umschriebenen Bereichen in den Kommunen und in Stadtteilen. Diese Ballung ist einerseits Handlungsnotwendigkeit, andererseits Ansatzmöglichkeit.

Autor:

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.

3. Neugeborenenperiode

3.1 Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

3.1.1 Qualitätssicherung in der Geburtshilfe

Maßnahmen mit externen Qualitätsvergleichen in der Geburtshilfe und Neonatologie werden in Niedersachsen flächendeckend auf freiwilliger Basis seit mehr als 15 Jahren durchgeführt, wobei die bereits 5 Jahre zuvor eingeführte Bayerische Perinatalerhebung Modellcharakter hatte. Grund für die Einführung der Perinatalerhebung war, dass die Sterblichkeit der Mütter und der Kinder vor, während und sieben Tage nach der Geburt, – letztere ausgedrückt als perinatale Mortalität –, noch Mitte der 50er Jahre in der Bundesrepublik Deutschland vergleichsweise hoch war. Da insbesondere die Sterblichkeit der Mütter und die ihrer Kinder als Maßstab für die Qualität der geburtshilflichen Versorgung eines Landes gelten, wurde die Perinatalerhebung in den 80er Jahren ins Leben gerufen.

Insgesamt 15 geburtshilfliche und einige neonatologische Abteilungen begannen 1980 im Großraum Hannover mit einer standardisierten Dokumentation auf freiwilliger Basis, um eine Qualitätsverbesserung in der Geburtshilfe und Neonatologie zu erzielen. Nach der Ausweitung über ganz Niedersachsen seit 1984 ist die Beteiligung an der Perinatalerhebung bis zum Jahr 1999 auf 107 von 113 (95%) geburtshilflichen Abteilungen gestiegen. Die Zahl der dokumentierten Geburten stieg dadurch von rund 10.000 im Jahr 1980 auf inzwischen 72.000 – 75.000 Geburten in den 90er Jahren. In den Folgejahren nach Beginn der Erhebung bewirkten sowohl organisatorische Veränderungen und medizinische Neuerungen als auch die Perinatalerhebung einen Rückgang der Müttersterblichkeit und der kindlichen Sterblichkeit. Anfang der 80er Jahre lag die perinatale Mortalitätsrate bei 7,9‰ und damit zu hoch. Seit Einführung der Erhebungen ist ein deutlicher Rückgang der perinatalen Mortalität auf eine Rate von 5‰ – 6‰ erreicht worden. Die Sterblichkeit der Mütter im Zusammenhang mit der Geburt konnte in den letzten 40 Jahren von 200 Müttern berechnet auf 100.000 Lebendgeborene in den alten Bundesländern seit Einführung der Erhebungen auf etwa 7 pro Hunderttausend gesenkt werden (jährliche Schwankungen 1,3 – 11,7) und stellt damit die niedrigste weltweit dar (Hebammenverband Niedersachsen 1999).

3.1.1.1 Perinatal- und Neonatalerhebung in Geburts- und Kinderkliniken

Im Rahmen der Perinatalerhebung werden Sozialdaten, Daten zum Verlauf der Schwangerschaft und der Entbindung, Angaben zu durchgeführten Untersuchungen sowie Befunde und Daten zur Morbidität und Mortalität bei Mutter und Kind erfasst. Der Beobachtungszeitraum endet mit Entlassung, Verlegung oder Tod des Kindes und/oder der Mutter. Zum 1. Januar 2000 wurde in Niedersachsen die fallpauschalengerecht modifizierte Perinatalerhebung, die ausschließlich als EDV verfügbares Erhebungsinstrument zur Verfügung steht, eingeführt.

Die routinemäßige Dokumentation aller bis zum 10. Lebensstag in einer Kinderklinik aufgenommenen Neugeborenen erfolgte erstmals im Rahmen der „Hannoverschen Perinatalstudie“ 1980-1982 und wurde anschließend in Niedersachsen – als Bestandteil der Niedersächsischen Perinatalerhebung (NPE) – etabliert. Damit wurde das Zeitfenster der Beobachtung qualitätsrelevanter Ereignisse im Falle einer Verlegung des Neugeborenen in eine Kinderklinik um die stationäre Behandlung erweitert. Die Neonatalerhebung ist also als eine Anschlussdokumentation zur geburtshilflichen Erhebung konzipiert, um durch die Zusammenführung mütterlicher und kindlicher Daten die Analyse von Einflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis zu ermöglichen. Zum anderen entstand dadurch aber auch eine eigenständige Qualitätssicherung in der Neonatologie (Sander et. al. 1985). Seit 1997 wird in Niedersachsen eine vom Arbeitskreis der „Neonatalerhebungen der Bundesländer“ konzipierte neue Neonatalerhebung umgesetzt. An der Neonatalerhebung nehmen seit Jahren alle neonatologischen Abteilungen in Niedersachsen teil, es wurden 10.473 dokumentierte Neugeborene im Jahr 1999 ausgewertet.

Die Perinatal- und Neonatalerhebung wird vom Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen bei der Ärztekammer Niedersachsen durchgeführt, und zusammen mit der Ständigen Kommission (Vertretung der Niedersächsischen Geburts- und Kinderkliniken, Vorsitzender Prof. Dr. R. Rauskolb) gestaltet. Diese Verfahren zum externen Qualitätsvergleich sind die einzigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung im stationären Bereich, die flächendeckend in ganz Deutschland eingeführt wurden und über einen Zeitraum von nahezu 20 Jahren Ergebnisse zur Verfügung stellen können.

Tab. 3.1: Alter der Schwangeren zum Entbindungszeitpunkt in Niedersachsen

Alter der Schwangeren	1990		1994		1999	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
unter 18 Jahre	355	0,5	402	0,6	435	0,6
18 - 34 Jahre	61.274	90,2	63.963	88,5	59.586	83,0
35 Jahre und älter	6.279	9,2	7.879	10,9	11.764	16,4
gesamt	67.908	100,0	72.244	100,0	71.785	100,0

Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

Tab. 3.2: Zeitpunkt der Erstuntersuchung in der Schwangerschaft

Erstuntersuchung (SSW)	1990		1994		1999	
	absolut	% gültiger Angaben	absolut	% gültiger Angaben	absolut	% gültiger Angaben
bis 8	29.783	44,2	34.673	48,3	34.484	48,3
9-12	27.584	40,9	28.154	39,2	28.982	40,6
13-16	5.955	8,8	5.531	7,7	5.021	7,0
17-20	1.816	2,7	1.537	2,1	1.211	1,7
21-24	837	1,2	723	1,0	658	0,9
25-32	977	1,4	792	1,1	665	0,9
nach 32	472	0,7	418	0,6	334	0,5
gültige Angaben	67.424	100,0	71.828	100,0	71.355	100,0

Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

3.1.1.2 Qualitätssicherung in der Außerklinischen Geburtshilfe

Die Geburten im außerklinischen Bereich werden seit 1995 in Niedersachsen dokumentiert und im Rahmen eines landesweiten Qualitätssicherungsverfahrens ausgewertet. Dieses Verfahren wurde vom Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen mit freiberuflich tätigen Hebammen unter Einbeziehung des Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales des Landes Niedersachsen entwickelt und in die 1995 modifizierte Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger aufgenommen. Die niedersächsische Erhebung wurde bis Ende 1998 durchgeführt und ging vom 1.1.1999 in das seitdem etablierte bundesweit einheitliche Verfahren zur Sicherung der Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe über. An diesem Verfahren beteiligen sich seit 1999 freiberufliche Hebammen aller Bundesländer auf freiwilliger Basis.

3.1.2 Ergebnisse der Niedersächsischen Perinatal- und Neonatalerhebung in Geburts- und Kinderkliniken

Die nachfolgenden Ergebnisse wurden aus Gesamt-Jahresstatistiken der Qualitätssicherungsverfahren und einigen weiteren Publikationen aus den Verfahren zusammengestellt. Diese öffentlich zugänglichen Quellen (Ergebnisdarstellungen) bieten dem interessierten Leser darüber hinaus noch eine Fülle weiterer Daten zu diesem Thema.

3.1.2.1 Alter der Frauen zum Zeitpunkt der Entbindung

Der Anteil der Frauen, die zum Zeitpunkt der Entbindung jünger als 18 Jahre sind, ist in den letzten Jahren annähernd konstant. Insgesamt hat das Alter der Frauen zum Entbindungszeitpunkt jedoch zugenommen, was sich besonders in der Gruppe der 35-Jährigen (und älter) zeigt.

Das durchschnittliche Alter der Schwangeren ist von 1990 bis 1999 von 28,1 auf 29,5 Jahre angestiegen. 1990 liegt der Median bei 28; 1999 bei 30 Jahren.

3.1.2.2 Mutterschaftsvorsorge und ärztliche Maßnahmen

Als Kriterien für die Inanspruchnahme der seit den siebziger Jahren angebotenen Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen und die medizinische Betreuung während der Schwangerschaft gelten der Zeitpunkt der Erstuntersuchung in der Schwangerschaft sowie die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen insgesamt. Für den dargestellten Zehnjahreszeitraum findet sich eine Zunahme bei den frühzeitig diagnostizierten Schwangerschaften bis zur zwölften Woche. Entsprechend ist der Anteil spät diagnostizierter Schwangerschaften zurück gegangen.

Tab. 3.3: Gesamtzahl der Vorsorgeuntersuchungen

Anz. Vorsorgeuntersuchungen	1990		1994		1999	
	absolut	% gültiger Angaben	absolut	% gültiger Angaben	absolut	% gültiger Angaben
keine	272	0,4	171	0,2	186	0,3
1-4	1.342	2,0	1.228	1,7	1.158	1,6
5-9	14.279	21,1	13.068	18,2	14.309	20,1
9-12	33.374	49,4	34.545	48,1	33.570	47,2
>12	18.315	27,1	22.880	31,8	21.943	30,8
gültige Angaben	67.582	100,0	71.892	100,0	71.166	100,0

Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

Tab. 3.4: Anamnestiche und befundete Risiken* bei Schwangerschaften (Einlinge)

Risiken		1990		1994		1999	
		absolut	% gültiger Angaben	absolut	% gültiger Angaben	absolut	% gültiger Angaben
mind. ein anamn. oder befundetes Risiko		43.718	65,0	49.232	69,0	51.884	73,4
darunter	mind. ein anamn. Risiko	32.814	48,8	38.908	54,5	43.977	62,2
	mind. ein befundetes Risiko	22.916	34,1	24.420	34,2	22.470	31,8
kein anamn. oder befundetes Risiko		23.571	35,0	22.136	31,0	18.816	26,6
gesamt		67.289	100,0	71.368	100,0	70.700	100,0

Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

*gemäß Risikokatalog der Niedersächsischen Perinatalerhebung siehe Anhang

3.1.2.3 Inanspruchnahme der Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen

Die Gesamtzahl der durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen ist abhängig vom Zeitpunkt der Feststellung der Schwangerschaft und vom individuellen Risikostatus der Schwangeren. Vorgesehen sind laut „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung“ kurz Mutterschafts-Richtlinien 10-12 Untersuchungen (+/- 1 = „Standard“). Dabei sollte die erste Untersuchung möglichst frühzeitig erfolgen, alle weiteren Untersuchungen sollten im Abstand von vier Wochen durchgeführt werden, lediglich in den letzten beiden Schwangerschaftsmonaten im Abstand von zwei Wochen. Im Verlauf der Schwangerschaft soll ein Ultraschall-Screening durchgeführt werden (9.-12. / 19.-22. / 29.-32. Schwangerschaftswoche).

Bei der überwiegenden Zahl der Schwangeren werden bis zur Entbindung 10-12 Untersuchungen durchgeführt. Bei einem Drittel der Schwangeren werden mehr als die vorgesehenen Untersuchungen durchgeführt. Eine Auswertung aus dem Jahr 1999 konnte zeigen, dass die Vorsorgeintensität analog den Schwangerschaftsrisiken deutlich zunimmt. Etwa 35-40% der Schwangeren mit „bedeutendem Risiko“ bzw. präpartalem Klinikaufenthalt erfahren eine über dem Standard liegende Betreuung in der ambulanten Praxis. In der Gruppe der Frauen

mit „bedeutendem Risiko“ wurde dabei für mehr als zwei Drittel der Schwangeren mehr als ein Schwangerschaftsrisiko dokumentiert (Urbschat 1999).

Eine Abhängigkeit der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen lässt sich auch für die Parität zeigen. Die Unterschiede zwischen Erstgebärenden und Zweitgebärenden beschränken sich für letztere auf eine Abnahme der „Über-Standard-Versorgung“ (mehr als 13 Untersuchungen) bei zunehmender „Standardversorgung“ (10-12 Untersuchungen +/- 1). Für Dritt- und Mehrgebärende ist ein deutlicher Anstieg der „Unter-Standard-Versorgung“ (weniger als 9 Untersuchungen) auf bis zu über 30% zu beobachten (unter diesen Frauen befindet sich ein hoher Anteil von Migrantinnen). Bei schwangeren Frauen unter 18 ist eine nur geringe Standard-Vorsorge zu beobachten. Die Häufigkeit der „Unter-Standard-Versorgung“ liegt für sie bei 42,9%, für alleinstehende Schwangere unter 18 Jahren bei 49,2%, wobei der überwiegende Teil (über zwei Drittel) allerdings auf die Gruppe der „Spät-Erscheinenden“ zurückzuführen ist (d.h. erste Vorsorgeuntersuchung nach der 14. Schwangerschaftswoche). Wie schon erwähnt, hat die Nationalität der Schwangeren insgesamt einen wesentlichen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorgeuntersuchungen. So liegt der Anteil der „Unter-Standard“ versorgten Frauen bei den Migrantinnen mit 31,4% um über 20 Prozentpunkte über dem der deutschen Frauen (11,0%) (Urbschat 1999).

Tab. 3.5: Vorgeburtliche Diagnostik

Vorgeburtliche Diagnostik	1990		1994		1999	
	absolut	% gültiger Angaben	absolut	% gültiger Angaben	absolut	% gültiger Angaben
Chorionzottenbiopsie	358	0,5	313	0,4	403	0,6
Amniozentese bis 22.SSW	3.836	5,7	5.416	7,5	6.620	9,2
Amniozentese nach 22.SSW	177	0,3	230	0,3	319	0,4
gesamt	68.112		72.401		71.926	

Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

Tab. 3.6: Vorgeburtliche Diagnostik bei Spätgebärenden (Frauen >35)

Vorgeburtliche Diagnostik	1990		1994		1999	
	absolut	% gültiger Angaben	absolut	% gültiger Angaben	absolut	% gültiger Angaben
Chorionzottenbiopsie/ Amniozentese bis 22. SSW	2.506	53,5	2.813	50,0	3.801	44,1
gesamt	4.706		5.631		8.618	

Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

3.1.2.4 Schwangerschaftsrisiken

Die Erfassung von Schwangerschaftsrisiken (gemäß Risikokatalog im Anhang) unterscheidet in anamnestische und befundete Risiken. Der Anteil der anamnestisch als risikobelastet eingestuften Schwangerschaften hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Dies ist zum einen durch die Zunahme der über 35-jährigen Schwangeren bedingt, da dieses Alter als anamnestisches Risiko eingestuft wird, zum anderen aber auch dokumentationsbedingt, da durch die EDV-Erfassung auch mehr Risiken dokumentiert werden. Der Anteil der Frauen mit mindestens einem befundeten Risiko (z. B. behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankung, Abusus, vorzeitige Wehentätigkeit o. hoher Blutdruck) ist in den letzten Jahren konstant.

3.1.2.5 Vorgeburtliche Diagnostik

Die Zahl der Gebärenden, die im Laufe ihrer Schwangerschaft eine vorgeburtliche Diagnostik hinsichtlich chromosomaler Defekte und (erblicher) Stoffwechsel-Erkrankungen beim ungeborenen Kind in Anspruch nehmen, ist in Niedersachsen bei allen Schwangeren, ohne Berücksichtigung des Alters und weiterer Risiken, von 1990 bis 1999 angestiegen. Dabei zeigt sich Anfang der 90er Jahre ein zuerst stärkerer Anstieg von einem niedrigen Ausgangsniveau mit einem abflachenden Trend Ende der 90er Jahre. Dies betrifft hauptsächlich die Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese), die in der Regel zwischen der 16. und 20. Schwangerschaftswoche vorgenommen wird.

Interessanter ist allerdings die Betrachtung der Gruppe der über 35-jährigen Schwangeren. Generell empfohlen wird die Durchführung einer vorgeburtlichen Diagnostik für diese Gruppe,

aufgrund der mit dem Alter zunehmenden Wahrscheinlichkeit von Chromosomendefekten beim Kind (Trisomie 21, Down-Syndrom). Da die absolute Zahl der Gebärenden über 35 zunimmt, wäre zu erwarten, dass obiger Trend durch die Anzahl der über 35-Jährigen mit vorgeburtlicher Diagnostik begründet ist. Bezieht man die Zahlen jedoch auf den prozentualen Anteil der über 35-jährigen Schwangeren mit vorgeburtlicher Diagnostik, so hat dieser von 1990 (53,5%) bis 1999 (44,1%) konstant um fast 10%-Punkte abgenommen (Tab. 3.6).

Dies ist nach einem bundesweiten Vergleich der Perinatalstatistiken ein Trend, der sich auch in anderen alten Bundesländern zeigt und auf eine tatsächlich verringerte prozentuale Inanspruchnahme durch die Spätgebärenden bedingt ist. Gründe hierfür könnten alternative diagnostische Methoden, z. B. der Tripletest und Ultraschall, aber auch ein Wertewandel sein.

3.1.2.6 Rauchverhalten in der Schwangerschaft

Hinweise für das Gesundheitsbewusstsein der Schwangeren, aber auch für eventuelle Risiken beim Kind (z. B. dystrophes Kind mit Mangelerscheinungen) gibt das Rauchverhalten in der Schwangerschaft. Für Niedersachsen zeigt sich, bezogen auf den Zehnjahreszeitraum von 1990 bis 1999, eine Zunahme der schwangeren Nichtraucherinnen (Tab. 3.7). Es lag der Anteil der Nichtraucherinnen zwischenzeitlich bei über 83% (1996 und 1997) und ist in den letzten zwei Jahren wieder leicht zurück gegangen auf 81,75%. Hier muss die weitere Entwicklung abgewartet werden. Die prozentualen Anteile der Frauen, die angeben, während der Schwangerschaft 1-5 bzw. 6-10 oder über 10 Zigaretten täglich zu rauchen, hat über den Beobachtungszeitraum von zehn Jahren abgenommen, am

Tab. 3.7: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft

Zigarettenkonsum pro Tag	1990		1994		1999	
	absolut	% gültiger Angaben	absolut	% gültiger Angaben	absolut	% gültiger Angaben
Nichtraucherin	48.633	77,8	57.353	82,1	52.208	81,8
1-5 Zigaretten	4.323	6,9	3.787	5,4	3.267	5,1
6-10 Zigaretten	5.472	8,7	4.692	6,7	4.263	6,7
> 10 Zigaretten	4.120	6,6	4.007	5,7	4.119	6,5
gültige Angaben	62.548	100,0	69.839	100,0	63.857	100,0

Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

Tab. 3.8: Gemeldete konnatale Röteln in Niedersachsen von 1983-2000

Jahr	Anzahl der gemeldeten Rötelnembryopathien
1983-1986	1 (pro Jahr)
1987-1994	0
1995	1
1996	0
1997	0
1998	0
1999	3
2000	1*

*Wert noch unter Vorbehalt

Quelle: Meldestatistik gemäß BSeuchG

geringsten in der Gruppe über 10 Zigaretten/Tag. Betrachtet man auch hier nur die letzten Jahre, findet sich seit 1996 ein prozentualer Anstieg bei allen drei Gruppen von Raucherinnen und am deutlichsten in der Gruppe mit über 10 Zigaretten/Tag von 5,5% im Jahr 1996 auf 6,4% im Jahr 1999. Dargestellt sind die Frauen, bei denen Angaben zum Rauchverhalten vorliegen. Die Zunahme der Frauen ohne Angaben (1996 n=1548; 1999 n=8069) ist dokumentationsbedingt, diese wurden bei der Berechnung der Prozentanteile nicht berücksichtigt.

3.1.2.7 Rötelnimmunität bei Schwangeren

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich die Elimination von Masern- und Mumpsviren sowie die Verhinderung von Rötelninfektionen in der Schwangerschaft zum Ziel gesetzt.

Im Rahmen dieser Kampagne war in den letzten Jahren auch durch den öffentlichen Gesundheitsdienst verstärkt auf die Masern-Mumps-Röteln-Impfung und im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen auf die seit 1997 empfohlene zweite MMR-Impfung aufmerksam gemacht worden (siehe Kapitel 6.2.7). Das neue Infektionsschutzgesetz sieht ebenso wie das vorher gültige Bundes-Seuchengesetz neben der Erfassung von Durchimpfungsraten in der Bevölkerung auch die Meldung konnataler (d.h. in der Schwangerschaft von der Mutter auf das Kind übertragene) Röteln vor. Die Erfassung konnataler Röteln ist ein Indikator für den Erfolg von Präventionsstrategien (Schutzimpfungen) vor der Schwangerschaft. Dabei zeigte eine frühere Untersuchung aus dem Jahre 1985, dass hier eine deutliche Untererfassung in Niedersachsen vorliegt. Damals

wiesen 4,3% der Mütter (289 von 6613 Proben) keine ausreichende Rötelnimmunität (IgG) auf. Ein IgM als Hinweis auf eine frisch durchgemachte Röteln-Infektion wurde bei neun von 37.000 Blutproben der Säuglinge nachgewiesen. Eine konnatale Rötelninfektion bestätigte sich bei acht Säuglingen, drei davon wiesen entsprechende, schwerwiegende klinische Befunde auf. Offiziell gemeldet ist für das Jahr 1985 nur ein Fall mit konnatalen Röteln.

Die Niedersächsische Perinatalerhebung erfasst die Rötelnimmunität der Schwangeren zum Entbindungszeitpunkt. Der Anteil der Schwangeren mit bestehender Rötelnimmunität liegt in den letzten zehn Jahren über 90%, er hat jedoch von 97% 1990 auf 94,1% 1999 abgenommen. Dementsprechend hat der Anteil der Frauen ohne Rötelnimmunität zugenommen von 3,0% 1990 auf maximal 7,6% 1996. Er liegt für 1999 bei 5,9% (Tab. 3.9).

3.1.2.8 Mehrlingsgeburten

Mit zunehmendem Alter der Frauen und in der Folge von Fertilitätsbehandlungen steigt die Wahrscheinlichkeit für Mehrlingsschwangerschaften. Der Anteil der Mehrlingsgeburten in Niedersachsen ist in den letzten zehn Jahren, bezogen auf die Zwillingsgeburten von 1,2% auf 1,6%, gestiegen (Tab. 3.10). Auch bei den wesentlich selteneren Drillingsgeburten zeichnet sich ein Anstieg absolut und prozentual ab.

Tab. 3.9: Rötelnimmunität bei Entbindung

Röteln- immunität	1990		1994		1999	
	absolut	% gültiger Angaben	absolut	% gültiger Angaben	absolut	% gültiger Angaben
nein	1.989	3,0	3.818	5,4	4.165	5,9
ja	64.604	97,0	67.259	94,6	65.879	94,1
unbekannt	1.519		1.324		1.882	
gesamt	68.112		72.401		71.926	

Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

Tab. 3.10: Einlings- und Mehrlingsgeburten im Verlauf

	1990		1994		1999	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Einlingsgeburt	67.289	98,8	71.368	98,6	70.700	98,3
Zwillingsgeburt	804	1,2	1.002	1,4	1.170	1,6
Drillinge oder mehr	19	0,028	31	0,043	56	0,078
gesamt	68.112	100,0	72.401	100,0	71.926	100,0

Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

Tab. 3.11: Totgeburten und innerhalb der ersten sieben Lebenstage verstorbene Säuglinge in Niedersachsen

Jahr	Perinatale Sterblichkeit		davon							
			erfasste Totgeburten		darunter				Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage	
					Tod ante partu		Tod sub partu			
	absolut	je 1000 Entbin- dungen	absolut	je 1000 Entbin- dungen	absolut	je 1000 Entbin- dungen	absolut	je 1000 Entbin- dungen	absolut	je 1000 Entbin- dungen
1990	391	5,7	258	3,7	143	2,1	18	0,3	133	1,9
1991	402	5,7	259	3,7	157	2,2	19	0,3	143	2,0
1992	391	5,3	256	3,5	163	2,2	21	0,3	135	1,8
1993	390	5,1	255	3,3	172	2,3	28	0,4	135	1,8
1994	451	6,1	294	4,0	197	2,7	26	0,4	157	2,1
1995	454	6,2	309	4,2	206	2,8	25	0,3	145	2,0
1996	466	6,1	330	4,3	213	2,8	31	0,4	136	1,8
1997	427	5,4	299	3,8	190	2,4	21	0,3	128	1,6
1998	453	5,9	312	4,1	208	2,7	19	0,2	141	1,8
1999	449	6,1	288	3,9	185	2,5	27	0,4	161	2,2

Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

3.1.2.9 Perinatale Sterblichkeit

Die Perinatale Sterblichkeit ist definiert als die Zahl der Totgeburten sowie die in den ersten sieben Lebenstagen verstorbenen Kinder bezogen auf je 1.000 Entbindungen. Der kurzfristige Anstieg der Perinatalen Sterblichkeit Mitte der 90er Jahre zeigt sich auch in anderen Bundesländern und ist auf eine Änderung des Personenstandsgesetzes im Jahr 1994 zurückzuführen, wonach Totgeburten statt zuvor ab 1.000 g bereits ab einem Geburtsgewicht von 500 g in das Sterbebuch einzutragen sind. Die Perinatale Sterblichkeit in Niedersachsen liegt bei den im Rahmen der Niedersächsischen Perinataler-

hebung erfassten Klinikentbindungen im Jahr 1999 bei 6,1 je 1.000 Entbindungen. Die erfassten Totgeburten insgesamt beinhalten auch die Totgeburten mit nicht bekanntem Todeszeitpunkt des Kindes. Bei insgesamt abnehmender perinataler Mortalität ist die Häufigkeit von Totgeburten in den letzten Jahrzehnten sowohl bei den bereits vor der Geburt im Mutterleib verstorbenen Säuglingen als auch bei den unter der Geburt verstorbenen Säuglingen zurückgegangen. Der überwiegende Teil der totgeborenen Kinder ist bereits vor der Geburt verstorben. Die Zahl der innerhalb der ersten sieben Lebenstage verstorbenen Säuglinge ist angestiegen, was zum Teil durch die leicht angestiegene Frühgeburtslichkeit zu begründen ist.

Tab. 3.12: Lebendgeborene nach Geburtsgewicht im Zeitvergleich

Gewicht von ... bis ... Gramm	Lebendgeborene der Geburtsgewichtsklasse Jahr				
	1980	1985	1990	1995	1999
500 - 999	118	154	184	292	332
1000 - 1499	329	386	456	516	595
1500 - 1999	759	821	955	1003	1228
2000 - 2499	2.493	2.400	2.933	3.087	3.226
2500 und mehr	67.977	63.357	77.681	75.885	74.822
ohne Angabe oder <500	76	111	243	211	280
insgesamt	71.752	67.229	82.452	80.994	80.483

Quelle: NLS Geburtsstatistik

Tab. 3.13: Geburtsgewicht aller lebend und tot geborenen Kinder

Geburtsgewicht (g)	1990		1994		1999	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
< 1000	163	0,2	261	0,4	356	0,5
1000-1499	401	0,6	425	0,6	517	0,7
1500-1999	806	1,2	940	1,3	1150	1,6
2000-2499	2.562	3,7	2.803	3,8	2.958	4,1
2500 - 3999	56.342	82,0	59.400	81,2	58.669	80,5
>3999	8.421	12,3	9.343	12,8	9.272	12,7
gesamt	68.695	100,0	73.172	100,0	72.922	100,0

Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

Tab. 3.14: Mangelgeburten, Anteil an allen lebend und tot geborenen Kindern

Mangelgeburt	1990		1994		1999	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
nein	62.479	90,7	66.904	91,1	66.866	91,4
ja	6.438	9,3	6.523	8,9	6.284	8,6
gesamt	68.917	100,0	73.427	100,0	73.150	100,0

Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

3.1.2.10 Gewicht, Körperlänge und Kopfumfang der Neugeborenen

Vergleicht man die Zahlen des Landesamtes für Statistik, die über einen Zeitraum von 20 Jahren erhoben wurden (Geburtsgewicht der Lebendgeborenen in Niedersachsen), mit den ausgewerteten Entbindungen der Perinatalerhebung von 1990 bis 1999 (hier sind lebend- und totgeborene Kinder dargestellt), so lassen sich mehrere Trends festhalten:

- Der Anteil der Kinder mit einem niedrigen Geburtsgewicht nimmt zu, in den Gruppen mit extrem niedrigem Geburtsgewicht in der Relation am deutlichsten.
- Der Anteil der extrem schweren Kinder (über 3.999 g) hat in der Perinatalerhebung über die beobachteten 10 Jahre insgesamt leicht zugenommen, nach einem Maximum in

1996 mit 13,2% ist der Anteil der extrem schweren Kinder in den letzten Jahren jedoch bereits wieder rückläufig.

- Der Anteil der normal gewichtigen Kinder (2.500-3.999 g Geburtsgewicht) ist geringfügig rückläufig.

Der Anteil der Mangelgeburten, d. h. Kinder, die gemessen an ihrem regelrechten Geburtszeitpunkt ein Gewicht unter der 10. Perzentile aufweisen, hat leicht abgenommen. Hinsichtlich der Körperlänge zeigt sich eine Zunahme bei den sehr kleinen Kindern unter 35 und 35-49 cm Körperlänge, die durch die Zunahme der Frühgeborenen erklärt ist. Ebenfalls zugenommen hat der Anteil der sehr großen Neugeborenen >55 cm Körperlänge, was im Trend der seit Jahren zunehmenden Körperlänge und den bedingenden Modalitäten (z. B. Ernährung) zu sehen ist.

Tab. 3.15: Körperlänge aller lebend und tot geborenen Kinder im Zeitverlauf

Körpergröße (cm)	1990		1994		1999	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
< 35	118	0,2	198	0,3	279	0,4
35-49	12.569	18,3	13.110	17,9	13.674	18,8
50-51	18.957	27,6	19.126	26,1	18.888	25,9
52-53	20.524	29,8	22.302	30,4	21.250	29,2
54-55	11.833	17,2	1.3005	17,7	12.898	17,7
>55	4.807	7,0	5549	7,6	5.873	8,1
gesamt	68.808	100,0	73.290	100,0	72.862	100,00

Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

Tab. 3.16: Kopfumfang aller lebend und tot geborenen Kinder

Kopfumfang (cm)	1990		1994		1999	
	absolut	% gültiger Angaben	absolut	% gültiger Angaben	absolut	% gültiger Angaben
<33.0	5.062	7,4	5.775	7,9	5.961	8,2
33.0-33.9	7.399	10,8	8.127	11,1	8.023	11,1
34.0-34.9	15.281	22,3	16.273	22,3	16.084	22,2
35.0-35.9	18.212	26,6	19.253	26,4	19.139	26,4
36.0-36.9	14.094	20,6	14.711	20,2	14.483	20,0
>36.9	8.366	12,2	8.821	12,1	8.797	12,1
gültige Angaben	68.414	100,0	72.960	100,0	72.487	100,0

Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

Tab. 3.17: Berechnete oder geschätzte Tragzeit (komplette Wochen)

Körpergröße (cm)	1990		1994		1999	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
bis 31 Wochen	682	1,0	828	1,1	936	1,3
32 - 36	4.163	6,1	4.524	6,2	5.111	7,1
>=37	63.267	92,9	67.049	92,6	65.879	91,6
Anzahl Schwangerschaften	68.112	100,0	72.401	100,0	71.926	100,0

Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

3.1.2.11 Frühgeburtlichkeit

Als Frühgeborene bezeichnet man Neugeborene, wenn sie vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche geboren werden. Da frühgeborene Kinder in der Regel untergewichtig sind, und das Geburtsgewicht ebenfalls als „Reifekriterium“ entscheidend für die Prognose der Kinder ist, wird auch das Geburtsgewicht bei Auswertungen berücksichtigt. Obwohl knapp 90% aller in Niedersachsen geborenen Kinder (im Jahr 1999 91,6% aller geborenen Kinder) zum errechneten Termin (oder später) zur Welt kommen, hat die Zahl der frühgeborenen Kinder in den letzten zehn Jahren zugenommen (Tab. 3.17). Aufgrund seiner Bedeutung für die Überlebenswahrscheinlichkeit und die langfristige Entwicklungsprognose frühgeborener Kinder wird das Geburtsgewicht differenzierter erfasst. Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 g werden als Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht (low birth weight infants, LBW) und

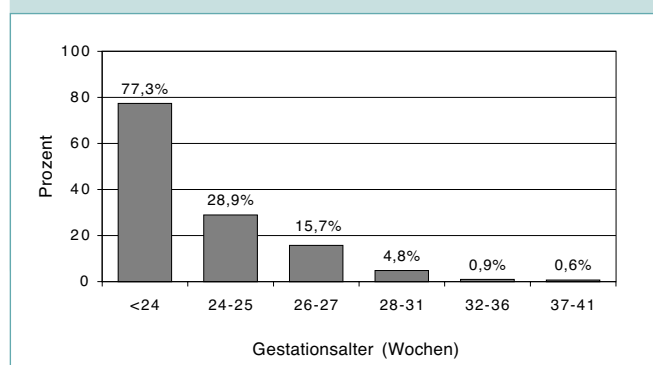
Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g werden als Kinder mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (very low birth weight infants, VLBW) eingestuft. Hierbei ist das Geburtsgewicht nicht gleichbedeutend mit der Frühgeburtlichkeit nach Schwangerschaftsdauer. Auch Kinder mit zeitgerechtem Geburtstermin können untergewichtig sein. Ursachen dafür können z. B. eine Plazentainsuffizienz mit daraus folgender Mangelversorgung im Mutterleib oder starker Nikotinabusus in der Schwangerschaft sein. Der Anteil der Kinder mit sehr niedrigem und niedrigem Geburtsgewicht (VLBW und LBW) hat in den letzten Jahren leicht zugenommen, was annähernd der Zunahme bei den Frühgeborenen entspricht. Dementsprechend hat der Anteil der normalgewichtigen Kinder abgenommen aber auch die Zahl der Mangelgeburten, also die Kinder mit regelrechtem Geburtstermin und einem Gewicht unter der 10. Perzentile (Tab. 3.18).

Tab. 3.18: Kinder mit VLBW und LBW (n; Anteil an allen Lebendgeborenen)

Geburtsgewicht (g)	1990		1994		1999	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
< 1500 (VLBW)	564	0,8	686	0,9	873	1,2
1500-2499 (LBW)	3.368	4,9	3.743	5,1	4.108	5,6
2500 und darüber	64.763	94,3	68.743	93,9	67.941	93,2
gesamt	68.695	100,0	73.172	100,0	72.922	100,0
Mangelgeburten	6.360	9,3	6.435	8,8	6.205	8,5

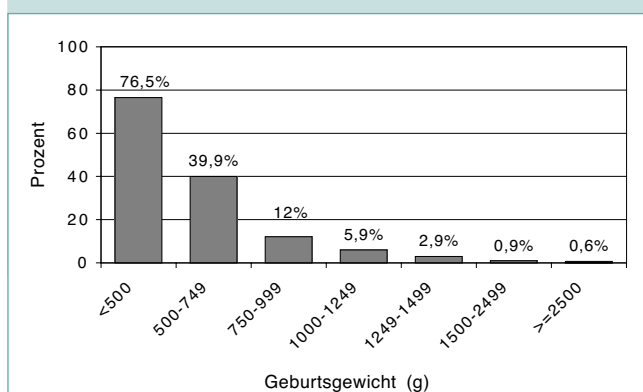
Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

Abb. 3.1: Verstorbene Kinder nach Gestationsalter



Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

Abb. 3.2: Verstorbene Kinder nach Geburtsgewicht



Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

3.1.2.12 Postpartale Krankheiten, Kindliche Morbidität und Todesursachen

Wie entscheidend das Gestationsalter und das Geburtsgewicht für die Säuglingssterblichkeit sind, zeigen die Grafiken der Neonatalerhebung aus dem Jahr 1999. In die Erhebung gehen nur Kinder ein, die nach der Entbindung zur weiteren Betreuung auf eine Neonatalstation verlegt wurden. Bereits vor, unter oder direkt nach der Geburt verstorbene Kinder werden in der Neonatalstatistik nicht bzw. nur teilweise erfasst. Von den Kindern, die rechnerisch vor der 24. Schwangerschaftswoche geboren wurden, verstarben 77,3% nach Verlegung auf eine Neonatalstation. Bei den Kindern, die in der 24.-25. Woche geboren wurden, waren es noch 28,9% und bei den in der 26.-27. Woche Geborenen noch 15,7%. Die Auswertung anhand des Geburtsgewichts zeigt, dass 76,5% der Kinder mit einem Geburtsgewicht von unter 500 g verstorben sind, bei einem Geburtsgewicht von 500-750 g waren es noch 39,4% und bei einem Geburtsgewicht von 750-999 g nur noch 12,0%.

Die Anzahl der Säuglinge mit einer frühkindlichen Störung nach Katalog D (siehe Anhang) der Perinatalerhebung hat bis auf die Atemstörungen und die angeborenen Infektionen in den letzten Jahren kontinuierlich abgenommen. Der Anteil der Säuglinge, die mit einer Fehlbildung (ohne Differenzierung nach Art der Fehlbildung) geboren wurden, hat seit 1992 ebenfalls abgenommen. Ein Einfluss der in dieser Zeit parallel intensivierten vorgeburtlichen Diagnostik durch Chorionzotten-

biopsie, Amniozentese und insbesondere durch Ultraschall-Untersuchungen und Triple-Test lässt sich allerdings nicht belegen.

3.1.3 Pilotprojekt zur Prognose von Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht

In einem Pilotprojekt der niedersächsischen Perinatal-/Neonatalerhebung sind von drei Kinderkliniken n=132 Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht <1500 g zwei Jahre nach der Geburt, ca. zum Zeitpunkt der U7, wieder einbestellt und standardisiert hinsichtlich ihrer körperlichen Entwicklung, ihrer sprachlichen Fähigkeiten, der Fein- und Grobmotorik sowie der Kontaktfähigkeit untersucht worden.

Danach liegen bei der körperlichen Entwicklung 10% der Frühgeborenen mit ihrem Gewicht unterhalb der 3. Perzentile (d. h. sie waren leichter als 97% aller Kinder ihres Alters). Bei der Körpergröße liegen 25% der Kinder unter der 3. Perzentile und beim Kopfumfang 14%. Bezüglich ihrer sensorischen Entwicklung weisen 28 Kinder (21%) eine Sehstörung auf, wobei bei drei Kindern eine Amaurose (ein- oder beidseitige Erblindung) diagnostiziert wurde. Eine Schwerhörigkeit ist bei zwei Kindern festgestellt und eine Taubheit bei einem Kind diagnostiziert worden. Die Ergebnisse zum sprachlichen Entwicklungsstand, der Fein- und Grobmotorik und zur sozialen Kontaktfähigkeit wurden für jeden der vier Bereiche in jeweils vier Kategorien zusammengefasst. Es waren diese: „Das Kind erfüllt alle

Tab. 3.19: Kindliche Morbidität

Kindl. Morbidität	1990		1994		1999	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Frühgeborene unter 32 Wochen	697	1,0	836	1,1	983	1,3
Frühgeborene 32-36 Wochen	4.445	6,5	4.919	6,7	5.683	7,8
Mangelgeborene unter 10. Perzentile mind. eine Angabe	6.360	9,3	6.435	8,8	6.205	8,5
aus Katalog D (Z. 58-65)*	15.821	23,0	13.968	19,1	11.529	15,8
Asphyxie / Hypoxie (D02)	1.650	2,4	1.181	1,6	947	1,3
Atemstörung (D03/04)*	1.485	2,2	1.465	2,0	1.633	2,2
Infektion (D17/18)*	783	1,1	1.142	1,6	1.097	1,5
Fehlbildungen (D25-D44)*	1.678	2,4	1.793	2,5	1.300	1,8
Anzahl erfasster Kinder	68.695	100,0	73.172	100,0	72.922	100,0

Quelle: Niedersächsische Perinatal- und Neonatalerhebung

* siehe Katalog D (Zeilen 58-65), Niedersächsische Perinatalerhebung Anhang

Tab. 3.20: Entwicklungsstand der Frühgeborenen in verschiedenen Bereichen

	Sozialer Kontakt	Feinmotorik	Grobmotorik	Sprachliche Entwicklung
erfüllt keine Aufgabe	n= 9 (7%)	n=8 (6%)	n=11 (8%)	n=7 (5%)
erfüllt einige Aufgaben	n=9 (7%)	n=0 (0%)	n=7 (5%)	n=8 (6%)
erfüllt fast alle Aufgaben	n=22 (17%)	n=30 (23%)	n=7 (5%)	n=14 (11%)
erfüllt alle Aufgaben	n=92 (69%)	n=94 (71%)	n=107 (82%)	n=103 (78%)

Aufgaben“, „das Kind erfüllt fast alle Aufgaben“ (meist alle bis auf eine), „das Kind erfüllt einige Aufgaben“ und „das Kind erfüllt keine Aufgabe“. Die in Tabelle 3.20 aufgelisteten Ergebnisse zeigen für alle Entwicklungsbereiche hohe Raten (69% bis 82%) für die Kinder, die alle Aufgaben vollständig erledigten. Sowohl im Bereich der körperlichen als auch bei der sensorischen und allgemeinen Entwicklung waren die Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 750 g bei den unterdurchschnittlichen Ergebnissen überrepräsentiert.

Das Projekt wurde nach der ersten Phase mit obigen Ergebnissen zuerst auf fünf Kinderkliniken und dann für alle Frühgeborenen <1.000 g Geburtsgewicht auf 13 Kliniken (und damit fast flächendeckend) ausgedehnt.

3.1.4 Untersuchungen von Frühgeborenen im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen

Erhebungen im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen 1999 in der Stadt Braunschweig zeigen, dass, verglichen mit der Gesamtheit aller Einschüler (n= 1945) eines Jahrgangs, der Prozentsatz der eindeutig schulreifen Kinder bei den Frühgeborenen (n=104) niedriger liegt (62,5% im Vergleich zu

77,4%) als bei den termingerecht geborenen Kindern. Sprachauffälligkeiten (bei 34% der Frühgeborenen versus 11,3% Gesamtheit) und Defizite in der Grobmotorik und Feinmotorik (bei 22%/18% der Frühgeborenen versus 12%/12% Gesamtheit) sind ebenfalls häufiger.

Insbesondere der Anteil der stark entwicklungsverzögerten Kinder mit der Notwendigkeit der primären Sonderbeschulung ist mit 9% höher als bei der Gesamtheit mit 2,5%.

3.1.5 Außerklinische Entbindungen

In einem vierjährigen Dokumentationszeitraum (1995 bis 1998) haben sich insgesamt 120 Hebammen (das entspricht ca. 80% der in der außerklinischen Geburtshilfe in Niedersachsen tätigen Hebammen) an der Qualitätssicherung der außerklinischen Geburtshilfe beteiligt. Unter den 4.121 Geburtendokumentationen waren fünf Zwillingsgeburten, die Anzahl der betreuten Schwangeren betrug somit 4.116. Von den 4.116 Frauen des niedersächsischen außerklinischen Geburtenkollektivs konnten 85,6% (n=3.524) der Frauen die Geburt zu Hause oder im Geburtshaus ihrem Wunsch gemäß beenden. Bei 1,7% der Frauen empfahl die Hebamme während der Schwangerschafts-

Tab. 3.21: Schwangerschaftsrisiken bei Hausgeburten

Schwangerschaftsrisiken	Häufigkeit		
	Anzahl	% von allen Betreuungen (n=4116)	% von allen Hausgeburten mit Risiko (n=1797)
A04 Allergie	432	10.5	24.0
A14 Schwangere > 35 Jahre	675	16.4	37.5
A19 Zustand nach ≥ 2 Aborten, Abbrüchen	345	8.4	19.2

Quelle: Qualitätssicherung der außerklinischen Geburtshilfe in Niedersachsen; Abschlußbericht (01.01.1995-31.12.1998)

Tab. 3.22: Mütterliche Komplikationen bei außerklinischen Entbindungen

Mütterliche Komplikationen*	Anzahl	In % (bezogen auf Frauen mit Komplikationen, n=1571)	In % (bezogen auf alle außerklinischen Entbindungen, n=3524)
Plazentalösungsstörungen	54	3,4	1,5
Dammriss 1°	687	43,7	19,5
Dammriss 2°	556	35,4	15,8
Dammriss 3-4°	49	3,1	1,4
Blutung > 1000 ml	46	2,9	1,3
Fieber > 38° > 2 Tage	15	0,9	0,4
Wundheilungsstörungen	20	1,3	0,6
Sonstige Geburtsverletzungen	260	16,5	7,4
Sonstige Komplikationen	52	3,3	1,5

*Mehrfachnennungen möglich

Quelle: Qualitätssicherung der außerklinischen Geburtshilfe in Niedersachsen; Abschlußbericht (01.01.1995-31.12.1998)

betreuung die Klinik als Geburtsort, 1,3% wurden beim Eintreffen der Hebamme in die Klinik verlegt und 11,4% der Frauen wurden unter der Geburt in eine Klinik verlegt, was bei ca. 45% mit einem verzögerten Geburtsverlauf begründet wurde.

3.1.5.1 Schwangerschaftsrisiken bei außerklinischer Geburtsbetreuung

Mindestens ein Schwangerschaftsrisiko wurde bei 43,7% (n=1.797) der Frauen diagnostiziert, die häufigsten Risiken waren Allergien, ein Alter über 35 Jahre und der Zustand nach zwei oder mehr Aborten oder Schwangerschaftsabbrüchen.

Geburtsrisiken (ausgewertet wurden alle außerklinisch begonnenen Entbindungen) wurden bei 33,4% (n=1.334) der Frauen festgestellt. Am häufigsten waren das Risiko „vorzeitiger Blasensprung“ mit 13,4%, Überschreitung des Termins mit 6,1% und die protrahierte Geburt-Eröffnungsphase mit 5,7% (jeweils Prozent aller begonnen Geburten). Bei 19,8% der Entbindungen wurde ein Arzt/eine Ärztin hinzu gezogen.

3.1.5.2 Mütterliche Komplikationen bei außerklinischen Entbindungen

Von 3.524 zu Hause beendeten Geburten verliefen 55% (n=1.937) komplikationsfrei. Bei 44,6% (n=1.571) der Entbindungen lagen mütterliche Komplikationen vor, die sich, wie tabellarisch dargestellt, auf die verschiedenen Diagnosen verteilen. Verlegungen von Müttern wurden zu 2,1% (n=74) dokumentiert. Die Gründe zur Verlegung waren am häufigsten die Plazentalösungsstörungen mit 40,5% (n=30) und die Blutungen von mehr als 1.000 ml mit 29,7% (n=22).

3.1.5.3 Kindliche Morbidität und Mortalität bei außerklinischen Geburten

Insgesamt wurden in den vier Jahren von 3.529 der außerklinisch geborenen Kinder 2,2% (n=78) nach der Geburt in die Klinik verlegt. Bei 39,7% (n=31) erfolgte dies am Tag der Geburt. Die Angaben zu Morbidität, Verlegung und Tod sind zusammengefasst dargestellt, dabei sind Mehrfachnennungen möglich (Tab. 3.24). In den vier Jahren 1995-1998 verstarben fünf Säuglinge. Zwei Kinder verstarben vor der Geburt, ein Kind verstarb unter der Geburt und zwei Kinder nach der Geburt an einer Anomalie des Herzens bzw. der großen Gefäße.

Tab. 3.23: Angaben zu Morbidität insgesamt (inkl. Verlegung und Tod) von Säuglingen bei Hausgeburten*

	1995	1996	1997	1998
Angabe gem. Katalog D Perinatalerhebung	Häufigkeit n= ; (% der Kinder)	Häufigkeit n= ; (% der Kinder)	Häufigkeit n= ; (% der Kinder)	Häufigkeit n= ; (% der Kinder)
Angabe von Asphyxie (D02)	0 (0)	6 (0,6)	7 (0,7)	5 (0,6)
Angabe von Atemstörungen (D03/04)	5 (0,7)	9 (0,9)	9 (0,9)	8 (1,0)
Angabe von Infektionen	5 (0,7)	3 (0,3)	0 (0)	2 (0,3)
Angabe von Fehlbildungen	6 (0,8)	6 (0,6)	7 (0,7)	6 (0,8)
Angaben insgesamt (mit sonstigen, nicht näher dargestellten Affektionen)	30 (4,0)	39 (3,8)	32 (3,3)	24 (3,1)
Zahl der Kinder insgesamt	744	1.029	976	774

*Bei n=36 Entbindungen lagen keine Angaben zu Morbidität, Verlegung, Tod vor

Quelle: Qualitätssicherung der außerklinischen Geburtshilfe in Niedersachsen; Abschlußbericht
(01.01.1995-31.12.1998)

**Tab. 3.24: Angabe von Morbidität, die zur Verlegung/
Klinikeinweisung geführt hat (n=78 Fälle,
Mehrfachnennungen möglich)**

Verlegungsgründe	Anzahl insgesamt 1995-1998 n= ; (%)
Unreife, Mangelgeburt	2 (2,6%)
Asphyxie, Hypoxie, Zyanose Atemnotsyndrom	9 (11,7%)
kardiopulmonale Krankheit	13 (16,9%)
Andere Atemstörungen	15 (19,5%)
Schockzustand	6 (7,8%)
Ikterus	18 (23,4%)
Hämolytische Krankheit	2 (2,6%)
Hämatologische Störung	1 (1,3%)
Stoffwechselstörung	1 (1,3%)
Schilddrüsenfunktionsstörung	1 (1,3%)
Krämpfe, Encephalopathie	1 (1,3%)
Gastrointestinale Störung	3 (3,9%)
Generalisierte Infektion	7 (9,1%)
Umschriebene Infektion	1 (1,3%)
Zur Beobachtung	7 (9,1%)
Sonstiges	3 (3,9%)
Anomalie des Herzens/ der großen Gefäße	2 (2,6%)
Gaumen-, Lippenspalten	2 (2,6%)
Anomalie des Ösophagus/ des Magens	1 (1,3%)
Anomalie des Darms/ der Leber/des Pankreas	1 (1,3%)
Zwerchfellmissbildungen	1 (1,3%)
Biomechanische Verformung	1 (1,3%)
Andere Anomalien	1 (1,3%)

Quelle: Qualitätssicherung der außerklinischen Geburtshilfe in
Niedersachsen; Abschlußbericht (01.01.1995-31.12.1998)

AutorInnen:

Dr. Elke Bruns-Philipps, Nds. Landesgesundheitsamt
Paul Wenzlaff, Zentrum für Qualitätsmanagement ÄKN

3.2 Der Plötzliche Säuglingstod – Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)

Bei sinkender Inzidenz anderer Todesursachen im Säuglingsalter (28.-365. Lebenstag) stellt der plötzliche Säuglingstod trotz zahlenmäßiger Abnahme die Haupttodesart dar.

Unter Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) versteht man den plötzlichen und unerwarteten Tod eines Säuglings, der in der Regel im Schlaf auftritt, ohne dass sich in der Vorgeschichte, in der Auffindesituation oder bei der Obduktion eine ausreichende todeserklärende Ursache finden lässt. Betroffen sind Säuglinge vorwiegend innerhalb des ersten Lebensjahres, mit einem Gipfel vom zweiten bis zum vierten Lebensmonat. SIDS tritt bei Jungen öfter auf als bei Mädchen und zeigt eine Häufung der Todesfälle in den Wintermonaten.

3.2.1 Häufigkeit des Plötzlichen Kindstods

Seit der Aufnahme des SIDS in die internationale Kodierung von Krankheiten (ICD) werden Angaben zum Plötzlichen Kindstod in der jährlichen Todesursachenstatistik der Länder und des Bundes veröffentlicht. Dabei besteht bei der Diagnose SIDS eine besondere Unsicherheit dadurch, dass in Deutschland und einigen anderen Ländern bei Verdacht auf einen Plötzlichen Kindstod „natürliche Todesursache“ auf dem Leichenschauschein vermerkt werden kann. Da bei natürlichen Todesursachen in der Regel keine Obduktion erfolgt, besteht hier ein Widerspruch zur Definition des Plötzlichen Kindstods, der eine Ausschlussdiagnose darstellt, die erst nach Ausschöpfung aller diagnostischer Mittel – also auch der Obduktion – zulässig ist. Dies hat zur Folge, dass es mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu Fehlklassifikationen kommt. Anhand ausschließlich obduzierter Fälle schätzte Kleemann 1989 die SIDS-Inzidenz für Niedersachsen auf 1,1 bis 1,2 pro 1.000 Lebendgeburten und lag damit unter der Inzidenzrate des Nds. Landesamtes für Statistik (1,6 pro 1.000 Lebendgeborene 1989), dessen Rate anhand der Leichenschauscheine berechnet wird.

Internationale Angaben zur Häufigkeit (Inzidenzrate) des SIDS schwanken zwischen 0,3 pro 1.000 Lebendgeborene in Hongkong und ca. 5 pro 1.000 Lebendgeborene für die schwarze Bevölkerung der USA. In den 80er Jahren bis Anfang der 90er Jahre hatte der Anteil der am Plötzlichen Säuglingstod verstorbenen Kinder in Niedersachsen auffallend zugenommen. Dieser Trend zeigte sich auch in anderen Ländern und Bundesländern, so war z. B. in Baden-Württemberg zwischen 1979 und 1991 die Zahl von 0,5 auf 1,3 Todesfälle je 1.000 Lebendgeborene gestiegen (Kindergesundheit in Baden-Württemberg 2000, S. 65).

In der Folge kam es Anfang der 90er Jahre in vielen Ländern zu Kampagnen der Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes, zumal in Studien Risikofaktoren epidemiologisch belegt werden konnten, die einen Präventionsansatz boten. Obwohl eine entsprechende Kampagne weder bundesweit noch in Niedersachsen erfolgte, sind seit 1992 in Niedersachsen die absolute Zahl sowie der Anteil der am SIDS verstorbenen Säuglinge wieder rückläufig. Mit einem Anteil von 15,6% (1998) bzw. 11,9% (1999) an allen Säuglingssterbefällen und 0,8 (1998) bzw. 0,6 (1999) SIDS-Fällen je 1000 Lebendgeborenen lag

Tab. 3.25: SIDS-Inzidenz in Europa, bezogen auf 1.000 Lebendgeborene

Land	1986 – 1988	1998
Deutschland	1,5	0,7
Österreich	1,66	0,54
Großbritannien	3,8	0,3
Holland	1,04	0,14

Quellen: Statistik Österreich 1998; Poets, anlässlich eines Symposiums des NLGA am 19.04.2001 in Hannover

Niedersachsen im Bundesdurchschnitt (Tab. 3.26). Bundesweit waren 1998/1999 insgesamt 602 bzw. 507 SIDS-Todesfälle registriert worden, was einer Inzidenzrate von 0,8 bzw. 0,7 je 1.000 Lebendgeborene entspricht (Statistisches Bundesamt).

3.2.2 Risikofaktoren in der Schwangerschaft

Als wesentlicher Risikofaktor während der Schwangerschaft gilt das Rauchen. In einer Fall-Kontroll-Studie (Poets 1995, Schlaud 1996) hatten Kinder von Müttern, die in der Schwangerschaft geraucht hatten, das knapp 2,5fache Risiko, am Plötzlichen Säuglingstod zu versterben. Dabei zeigte sich ein Anstieg des Risikos in Abhängigkeit von der Anzahl der gerauchten Zigaretten. Auch für die nachgeburtliche Säuglingszeit konnte ein erhöhtes SIDS-Risiko nachgewiesen werden, wenn in der Umgebung des Kindes geraucht wurde. Die Erhebungen der Niedersächsischen und Bremer Perinatalerhebung haben für Niedersachsen nach Jahren stetigen Rückgangs im Zigarettenkonsum von Schwangeren im Jahr 1998 erstmals wieder einen leichten Anstieg zu verzeichnen.

Als zweiter vorgeburtlicher Risikofaktor erwies sich die mangelnde Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Hatten die Mütter weniger als acht Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen, so war das SIDS-Risiko für die Säuglinge 1,7fach erhöht, gegenüber der Vergleichsgruppe mit mehr als acht Vorsorgeuntersuchungen.

3.2.3 Nachgeburtliche Einflussfaktoren

Als wesentliche nachgeburtliche Einflussfaktoren gelten die Schlaflage bzw. Schlafsituation des Kindes. Danach haben Kinder, die in Bauchlage schlafen, ein 3,5fach erhöhtes SIDS-Risiko. Auch für die Seitenlage zeigt sich eine Risikoerhöhung, jedoch nicht in dem Ausmaß wie für die Bauchlage (Fleming 1996). Als sicherste Schlaflage gilt derzeit die Rückenlage. Weiterhin sollte eine Überwärmung des Säuglings durch eine zu hohe Raumtemperatur, direkte Sonneneinstrahlung oder Standort des Bettchens neben der Heizung vermieden werden. Es sollte wegen der Gefahr eines Wärmestaus oder einer Atembehinderung auf die Verwendung von Kopfkissen, Federbetten, Nestchen und Fellen ganz verzichtet werden. Ein protektiver

Tab. 3.26: Gestorbene Säuglinge insgesamt und Todesart plötzlicher Säuglingstod (SIDS) in Niedersachsen 1985-1999

Jahr	Lebendgeborene in Niedersachsen insgesamt Anzahl	Im ersten Lebensjahr Gestorbene Niedersachsen			
		insgesamt	SIDS	Anteil der SIDS-Fälle in %	SIDS-Fälle auf 1.000 Lebendgeborene
		Anzahl absolut			
1985	67.229	605	100	16.5	1.5
1986	71.226	587	110	18.7	1.5
1987	73.037	591	78	13.2	1.1
1988	76.036	551	96	17.4	1.3
1989	76.696	572	123	21.5	1.6
1990	82.452	575	133	23.1	1.6
1991	83.122	559	126	22.5	1.5
1992	83.669	508	101	19.9	1.2
1993	84.579	466	81	17.4	1.0
1994	81.520	455	81	17.8	1.0
1995	80.994	461	65	14.1	0.8
1996	83.665	421	68	16.2	0.8
1997	85.907	409	50	12.2	0.6
1998	82.207	404	63	15.6	0.8
1999	80.483	427	51	11.9	0.6

Quelle: NLS

Effekt wird beschrieben, wenn die Kinder im ersten Lebenshalbjahr im elterlichen Schlafzimmer schlafen, vorausgesetzt, sie schlafen in ihrem eigenen Bett. Schlafen die Kinder im elterlichen Bett, so beschreiben insbesondere Studien in Großbritannien eine dadurch bedingte Risikozunahme für den plötzlichen Säuglingstod. Kontrovers im Hinblick auf das Ausmaß eines schützenden Einflusses werden die Rolle des Stillens und der Gebrauch eines Schnullers diskutiert.

Nach wie vor ist der pathophysiologische Mechanismus für den plötzlichen Kindstod nicht geklärt. Zum derzeitigen Stand der Forschung wird davon ausgegangen, dass es sich dabei um ein multifaktorielles Geschehen im Sinne von Regulationsstörungen handelt, wobei einzelne Faktoren zwar das Risiko des plötzlichen Kindstodes erhöhen, diesen aber nicht für sich genommen auslösen können. Das bedeutet auch, dass Kinder am plötzlichen Säuglingstod versterben, ohne dass einer der als gesichert geltenden Risikofaktoren vorliegt, und umgekehrt viele Kinder einzelnen oder mehreren Risikofaktoren ausgesetzt sind, ohne dass ein SIDS auftritt.

In Teilen Niedersachsens (Stadt und Landkreis Hannover sowie Großraum Oldenburg) wird seit Dezember 1998 eine wissenschaftliche Untersuchung des Phänomens Plötzlicher Säuglingstod durchgeführt, um weitere Erkenntnisse zur Senkung der Sterblichkeit zu gewinnen. An dieser Fall-Kontroll-Studie sind Wissenschaftler aus den Fachrichtungen Rechtsmedizin, Kinderheilkunde, Mikrobiologie, Neuropathologie, Epidemiologie und Statistik beteiligt. Die Studie ist Teil eines bundesweiten Vorhabens, das vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie gefördert wird. Zum medizinischen Teil der Studie gehört eine genaue körperliche Untersuchung (Obduktion) aller Kinder, bei denen der Verdacht auf den Plötzlichen Säuglingstod besteht, um andere Todesursachen wie z. B. Herzfehler, Lungen- oder Stoffwechselerkrankungen auszuschließen.

Eine genaue Befragung der Eltern zu Lebensgewohnheiten, zur Entwicklung des Kindes, zur Schwangerschaft und der Geburt soll Aufschluss über mögliche Gefährdungen und Risikofaktoren geben. Die systematische Untersuchung des Auffindeortes verspricht neue Erkenntnisse über die immer noch ungeklärten Umstände des Todes. Schließlich werden auch die Leichenschauheine aller im ersten Lebensjahr im Studiengebiet verstorbenen Kinder analysiert, um die Güte der amtlichen Todesursachenstatistik im Hinblick auf die bescheinigte Todesursache SIDS abzuschätzen.

3.2.4 Empfehlungen zur Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes

Die Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin hat in ihrer aktuellen Stellungnahme zum Thema „vermeidbare Risikofaktoren für den Plötzlichen Säuglingstod“ wissenschaftlich gesicherte Empfehlungen zusammengefasst, die auch vom wissenschaftlichen Beirat der „Gemeinsamen Elterninitiative Plötzlicher Kindstod (GEPS) Deutschland e. V.“ unterstützt werden.

1. Säuglinge sollten im ersten Lebensjahr in Rückenlage schlafen.
2. Säuglinge sollten so ins Bett gelegt werden, dass ihr Kopf nicht durch Bettzeug bedeckt werden kann.
3. Säuglinge sollten im elterlichen Schlafzimmer, aber im eigenen Bett schlafen.
4. Säuglinge sollten sowohl vor als auch nach der Geburt in einer rauchfreien Umgebung aufwachsen.
5. Raumtemperatur und Bettdecke sollten so gewählt werden, dass es für das Kind angenehm, d. h. weder zu warm noch zu kalt ist.
6. Säuglinge sollten – wenn möglich – gestillt werden.

3.2.5 Hilfe und Unterstützung für betroffene Familien

Vom Landesverband GEPS Niedersachsen/Bremen/Schleswig-Holstein e. V. wurde 1995 in Zusammenarbeit mit dem niedersächsischen Sozialministerium erstmals ein Ratgeber herausgegeben. Dieser wird regelmäßig überarbeitet und im wissenschaftlichen Informationsteil sowie im Adressenteil aktualisiert (letzte Neuauflage von 1999). Darin sind Informationen und Empfehlungen für die Eltern zur Risikominderung des plötzlichen Kindstodes enthalten. Über den Bundesverband der GEPS kann zudem im Internet ein Leitfaden zur Risikominderung des „Plötzlichen Säuglingstods“ in verschiedenen Sprachen abgerufen werden, weiterhin werden die Themen Hilfe und Unterstützung für betroffene Familien, familiäre Trauer und die Folgekindproblematik aufgegriffen.

An der Universität Göttingen, Institut für Rechtsmedizin, besteht unter der Leitung von Professor Saturnus eine Arbeitsgruppe, die ein überregionales Langzeitberatungsangebot für betroffene Familien, Förderung von Selbsthilfegruppen und

Selbsthilfeorganisationen sowie Beratungsverbünden und Fort- und Weiterbildungsprogramme für involvierte Berufsgruppen (Rettungsdienst, Polizei, Bestattungswesen, Ärzteschaft, Hebammen, im kirchlichen Dienst Tätige) anbietet.

3.2.6 Zielformulierung

Die Säuglingssterblichkeit am Plötzlichen Säuglingstod soll weiter gesenkt werden. Bei bisher nicht geklärtem Mechanismus muss eine fortgesetzte breite Aufklärung zur Risikominderung – insbesondere Schlafen in Rückenlage und rauchfreie Umgebung – erfolgen. Parallel sollten gezielte Maßnahmen zur Erreichung besonders risikobelasteter Gruppen überlegt werden. Nach einem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz im Juni 2001 sollen Aufklärungskampagnen und Maßnahmen zur Prävention von SIDS bundesweit einheitlich gestaltet werden.

AutorInnen:

Dr. Elke Bruns-Philipps, Nds. Landesgesundheitsamt

PD Dr. Martin Schlaud, Medizinische Hochschule Hannover

3.3 Angeborene Stoffwechsel-Störungen, Endokrinopathien und Infektionen

Mit der Geburt eines Kindes verbinden die Eltern große Hoffnung bezüglich seiner Zukunft. Leider kommen nicht alle Kinder gesund zur Welt. Im Rahmen des Neugeborenen-Screenings wird nach angeborenen Stoffwechsel-Störungen gesucht, die sich unerkannt zu schweren Gesundheitsstörungen entwickeln können. Solche meist erblichen Erkrankungen findet man bei einem von 1000 Neugeborenen. Die Zahl erscheint auf den ersten Blick vielleicht nicht hoch. Betroffen sind in Niedersachsen aber immerhin ca. 70 Kinder pro Jahr. Ohne eine rechtzeitige Behandlung können geistige und körperliche Behinderung die Folge sein. Werden die Kinder jedoch frühzeitig behandelt, so ist oft schon durch einfache Maßnahmen eine normale Entwicklung der Kinder möglich.

3.3.1 Geschichte des Neugeborenen-Screenings

Die Geschichte des Neugeborenen-Screenings begann 1961, als Dr. Robert Guthrie in den USA ein einfaches Testverfahren entwickelte, welches es ermöglichte, aus einem auf Filterpapier getrockneten Blut-Tropfen die Verdachtsdiagnose einer Phenylketonurie (eine Störung im Eiweiß-Stoffwechsel) zu stellen. Bis dahin war die Phenylketonurie erst nach dem Auftreten schwerer geistiger Schäden, die trotz Therapie nicht mehr rückgängig zu machen waren, erkannt worden. Seither hat die wissenschaftliche Aufklärung des biochemischen und genetischen Hintergrunds für eine Vielzahl von Stoffwechsel-Störungen große Fortschritte gemacht. Entsprechend wurde der Umfang des Neugeborenen-Screenings erweitert. Auch die Therapie und Prognose gleichen nicht mehr dem Stand von vor mehr als dreißig Jahren. Mit der fortschreitenden technischen Entwicklung der Testverfahren sind inzwischen auch sehr seltene, jedoch gut behandelbare Erkrankungen in das erweiterte Neugeborenen-Screening aufgenommen worden. Aber auch heute lassen sich noch nicht alle angeborenen Gesundheits-Störungen erkennen und/oder behandeln. Derzeit wird von den Arbeitsgemeinschaften für pädiatrische Stoffwechsel-

Störungen, pädiatrische Endokrinologie und Neugeborenen-Screening das Screening auf Phenylketonurie, Hypothyreose und Galaktosämie empfohlen und in allen Bundesländern durchgeführt. Das Screening auf einen Biotinidase-Mangel und das Adrenogenitale Syndrom wird zwar von den Fachgesellschaften empfohlen, aber bisher nicht in allen Bundesländern durchgeführt.

3.3.2 Neugeborenen-Screening in Niedersachsen

In Niedersachsen werden in dem Neugeborenen-Screening (u. a. mit der Tandem-Massenspektrometrie) derzeit folgende Krankheiten erfasst:

- Störungen im Aminosäure-Stoffwechsel (Phenylketonurie, Citrullinämie, etc.),
- Störungen im Fett-Stoffwechsel (MCAD-Mangel, etc.),
- Störungen im Kohlenhydrat-Stoffwechsel (Galaktosämie),
- Störungen der Hormon-Synthese (Adrenogenitales Syndrom und Hypothyreose),
- der Biotinidase-Mangel und Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel und
- die angeborene Lues (über den Nachweis von Antikörpern bei der Mutter).

Dabei entsprechen die hervorgehobenen Erkrankungen den von den Fachgesellschaften herausgegebenen Empfehlungen. Somit erfüllt das derzeit in Niedersachsen durchgeführte Neugeborenen-Screening alle Empfehlungen. Die Therapie der im Neugeborenen-Screening diagnostizierten Patienten/Patientinnen mit Stoffwechsel-Störungen erfolgt meist in spezialisierten Zentren. In diesen Zentren wird durch die enge Zusammenarbeit von Ärzten/Ärztinnen, Diätassistenten/-innen, Kinderkrankenschwestern/-pflegern, Psychologen/-innen und einem spezialisierten Labor die optimale Betreuung der Patienten/Patientinnen gewährleistet.

Tab. 3.27: Hypothyreose bei Neugeborenen in Niedersachsen

Hypothyreose (Marker: TSH)					
Jahr	Anzahl der untersuchten Kinder in Niedersachsen	Anzahl der diagnostizierten Fälle in Niedersachsen		Häufigkeit in Niedersachsen	
		*	**	*	**
1996	80.083	22	13	1 : 3.640	1 : 6.160
1997	82.410	29	26	1 : 2.842	1 : 3.170
1998	79.809	27	17	1 : 2.956	1 : 4.695
1999	75.696	28	23	1 : 2.703	1 : 3.291
2000	75.264	31	26	1 : 2.428	1 : 2.895
Summe	393.929		105		1 : 3.705

* Kinder mit einmalig stark erhöhtem oder zweimalig pathologischem Schilddrüsen stimulierendem Hormon als Hinweis auf eine Unterfunktion, wobei der abschließende Befund des Einsenders fehlt

** Kinder mit einem TSH-Wert, der bei Kontrolle ebenfalls stark erhöht war und/oder laut telefonischer Rückfrage beim Einsender klar bestätigte Diagnose

3.3.3 Im Neugeborenen-Screening erfasste Endokrinopathien

3.3.3.1 Konnatale Hypothyreose (Angeborene Schilddrüsen-Unterfunktion)

Nach der konnatalen Hypothyreose (angeborene Schilddrüsen-Unterfunktion) wird seit Mitte der 70er Jahre bei den Neugeborenen anhand von Blutproben gesucht. Das erste flächendeckende Screening-Programm in Deutschland wurde 1978 in Niedersachsen aufgebaut. Seit Anfang der 80er Jahre erfolgt die Untersuchung bei allen Neugeborenen europaweit.

3.3.3.1.1 Ursachen

Die angeborene Schilddrüsen-Unterfunktion kann verschiedene Ursachen haben. Am häufigsten ist eine Fehlanlage der Schilddrüse. Weitaus seltener sind genetisch bedingte Störungen in der Hormon-Synthese oder -Verwertung. Der Nachweis einer Schilddrüsen-Unterfunktion in den ersten Lebenstagen im Neugeborenen-Screening erfordert in jedem Fall eine weitergehende Abklärung.

3.3.3.1.2 Symptome

Die klinischen Symptome sind insbesondere bei einer leichten Schilddrüsen-Unterfunktion in den ersten Lebenstagen und -wochen oft nur gering ausgeprägt. Eine länger andauernde Neugeborenenengelbsucht kann ein erster Hinweis sein. Von der 3.-5. Lebenswoche an treten motorische Trägheit, Trinkfaulheit und Verstopfung auf. Im weiteren zeigen die Kinder Kontaktarmut, allgemeine Muskelschwäche und eine verzögerte geistige Entwicklung, da eine ausreichende Versorgung mit Schilddrüsen-Hormonen für die Entwicklung des zentralen Nervensystems erforderlich ist. Deshalb muss eine Behandlung so früh wie möglich einsetzen. Nur eine ausreichende Versorgung mit Schilddrüsen-Hormonen erlaubt im Säuglingsalter eine regelrechte Ausdifferenzierung und Entwicklung der Hirnzellen. Eine durch einen Schilddrüsenhormon-Mangel hervorgerufene unzureichende Entwicklung der Nervenzellen kann später nicht mehr aufgeholt werden. Diese Kinder bleiben Zeit ihres Lebens geistig behindert.

3.3.3.1.3 Therapie und Prognose

Die Therapie besteht in einer lebenslangen, dem Alter und Stoffwechsel angepassten Substitution von Schilddrüsen-Hormonen. Darunter entwickeln sich die Kinder weitgehend normal.

3.3.3.2 Adrenogenitales Syndrom

Das adrenogenitale Syndrom (AGS) wird durch verschiedene Störungen der Cortisol-Synthese verursacht. Es tritt mit einer Häufigkeit von 1 : 10.000 auf. Zur Zeit liegt für Niedersachsen noch keine exakte epidemiologische Auswertung vor. Ursache dafür sind die je nach Tragzeit und Reife des Neugeborenen stark schwankenden Laborwerte und die für die sichere Diagnosestellung erforderlichen klinischen Bestätigungen eines AGS seitens der betreuenden Kinderärzte, welche derzeit noch unvollständig sind.

3.3.4 Im Neugeborenen-Screening erfasste Stoffwechsel-Störungen

3.3.4.1 Hyperphenylalaninämie/Phenylketonurie

Die Phenylketonurie (PKU) ist auf einen Mangel der Phenylalanin-Hydroxylase zurückzuführen. Dies ist die häufigste angeborene Störung des Aminosäure-(Eiweiß-)Stoffwechsels. Ist der Enzym-Mangel weniger stark ausgeprägt, so kommt es ebenfalls zu einem verminderten Umsatz von Phenylalanin, der zu einer milden PKU oder zu einer nicht therapiebedürftigen Hyperphenylalaninämie (non-PKU-HPA) führt.

Die Häufigkeit der PKU in der Bundesrepublik beträgt mit regionalen Unterschieden ca. 1 : 10.000 bis 1 : 20.000. In anderen ethnischen Bevölkerungsgruppen findet sich eine hiervon abweichende Inzidenz, z. B. 1 : 2.000 bei Menschen türkischer Herkunft.

Tab. 3.28: PKU und Hyperphenylalaninämie bei Neugeborenen in Niedersachsen

PKU und Hyperphenylalaninämie bei Neugeborenen in Niedersachsen			
Jahr	Untersuchte Kinder	Diagnostizierte Fälle mit Phenylketonurie	Diagnostizierte Fälle mit non-PKU-HPA* (Phe < 10mg/dl)
1996	80.170	5	0
1997	82.913	2	4
1998	79.532	9	9
1999	76.050	0	0
2000	75.264	2	2
Summe	393.929	23	15

* Nicht therapiebedürftige Hyperphenylalaninämie

Tab. 3.29: MCAD-Mangel bei Neugeborenen in Niedersachsen

MCAD-Mangel bei Neugeborenen						
Jahr	Anzahl der untersuchten Kinder		Anzahl der diagnostizierten Fälle		Häufigkeit/Inzidenz	
	insgesamt	aus Nieder- sachsen	insgesamt	aus Nieder- sachsen	insgesamt	aus Nieder- sachsen
1999	137.618	63.545	17	16	1 : 8.095	1 : 3.971
2000	173.275	75.264	14	9	1 : 12.376	1 : 8.362

3.3.4.1.1 Symptome

Klinisch sind die Kinder in der Regel während der ersten Lebensmonate unauffällig, danach wird eine zunehmende geistige Entwicklungsverzögerung sichtbar, die ohne Therapie in einen schweren Schwachsinn mündet. Somit ergibt sich, bezogen auf den dargestellten Zeitraum für die Phenylketonurie, eine Häufigkeit von 1 : 17.127, für die Hyperphenylalaninämie liegt die Häufigkeit bei 1 : 26.261.

3.3.4.1.2 Therapie und Prognose

Die Therapie besteht in einer Phenylalanin-definierten, eiweißarmen Ernährung. Die Phenylalanin-Toleranz des Kindes wird bestimmt, d. h. die Menge Phenylalanin, die täglich über die Nahrung aufgenommen werden kann, ohne dass die Konzentration im Blut einen bestimmten Spiegel übersteigt. Zusätzlich wird die Nahrung mit essentiellen Aminosäuren, Vitaminen und Spurenelementen ergänzt. Nach der initialen Stoffwechsel-Einstellung werden die Patienten zunächst wöchentlich, dann in immer größeren Abständen ambulant vorstellig.

Die Prognose ist bei rechtzeitig eingeleiteter und konsequent durchgeführter Diät gut. Im Alter von ca. 16 Jahren kann die Diät gelockert werden und muss lediglich von betroffenen Frauen mit Kinderwunsch vor und während der Schwangerschaft wieder streng eingehalten werden, um Missbildungen beim ungeborenen Kind zu vermeiden.

3.3.4.2 MCAD-Mangel

Beim MCAD-Mangel handelt es sich um eine Störung im Fettsäure-Stoffwechsel. Das für den Abbau der mittellang-kettigen Fettsäuren notwendige Enzym, die Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase, zeigt bei diesen Kindern eine Funktionsminderung.

3.3.4.2.1 Symptome

Solange die Kinder eine ausreichende Nahrungszufuhr erhalten, sind sie unauffällig. Kommt es jedoch zu Hungerzuständen (bei Säuglingen reichen wenige Stunden ohne Nahrungszufuhr), in deren Folge gesunde Kinder auf ihre eigenen Fettserven zurückgreifen müssen, so ist ihnen dies nicht möglich. Es kommt zu einer Stoffwechsel-Entgleisung, an welcher die Kinder versterben. Aus diesem Grund erfordert die Feststellung eines MCAD-Mangels im Neugeborenen-Screening ein rasches Handeln.

3.3.4.2.2 Therapie und Prognose

Die Therapie besteht in der Vermeidung von Fastenzuständen, also katabolen Stoffwechsel-Situationen, wie z. B. im Rahmen von Infekten. In der Katabolie ist der Körper auf Fett als Energielieferant angewiesen, welches die Kinder aus ihren eigenen Reserven mobilisieren, jedoch nicht verwerten können. Kinder mit einem Defekt des Fettabbaus wie dem MCAD-Mangel bedürfen einer Ernährungsberatung und Schulung der Eltern z. B. für den Fall der Nahrungsverweigerung des Kindes im Rahmen von Infekten. Desweiteren werden die Geschwisterkinder auf einen bisher nicht entdeckten MCAD-Defekt untersucht. Treten keine katabolen Zustände auf, so kommt es auch nicht zur Stoffwechselentgleisung und die Kinder entwickeln sich normal. Das Risiko einer unerwarteten, schwersten Unterzuckerung mit einem tiefen Koma nimmt mit zunehmendem Alter ab. In der Kinderklinik der Medizinischen Hochschule Hannover werden derzeit neun Patienten mit MCAD-Mangel betreut. Ein Kind ist im Rahmen der ersten Stoffwechsel-Entgleisung gestorben. Die übrigen Patienten/Patientinnen entwickeln sich normal. Da der MCAD-Mangel in Niedersachsen häufig ist, wurde von Norddeutschen Kinderkliniken ein Konsensus-Papier zur Therapie des MCAD-Mangels entwickelt, welches in der Kinderklinik der Medizinischen Hochschule Hannover zu erhalten ist.

Tab. 3.30: Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel bei Neugeborenen in Niedersachsen

Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel in Niedersachsen			
Jahr	Anzahl aller untersuchten Einsendungen	Anzahl der Kinder mit verminderter Enzymaktivität (< 25%)	Häufigkeit für Niedersachsen
1999	76050	94	1 : 809
2000	75264	87	1 : 865

Tab. 3.31: Galaktosämie (Galaktose-1-Phosphat-Uridyltransferase-Mangel) bei Neugeborenen in Niedersachsen

Galaktosämie (Galaktose-1-Phosphat-Uridyltransferase-Mangel)						
Jahr	Anzahl der untersuchten Kinder		Anzahl der diagnostizierten Fälle		Häufigkeit/Inzidenz	
	Gesamt	in Niedersachsen	gesamt	in Niedersachsen	bezogen auf alle Blutproben	in Niedersachsen
1996	120.991	80.170	2	1		
1997	150.822	82.913	4	3		
1998	161.777	79.532	4	1		
1999	162.904	76.050	1	1		
2000	173.275	75.264	4	1		
Summe	769.769	393.929	15	7	1 : 51.317	1 : 56.275

3.3.4.3 Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel

Der Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel ist der häufigste angeborene Enzymdefekt. Man schätzt, dass fast eine halbe Milliarde Menschen weltweit davon betroffen sind. In Deutschland liegt die Häufigkeit des schweren Enzymdefekts (Enzymaktivität < 25%) bei 1 : 800. Davon sind wegen der geschlechts-chromosomalen Vererbung fast ausschließlich Knaben betroffen, bevorzugt solche, deren Eltern aus Südeuropa oder Asien stammen. Dort bietet der Enzymdefekt einen Selektionsvorteil – die Betroffenen erkranken seltener an Malaria – und ist wesentlich häufiger als in Nordeuropa.

3.3.4.3.1 Symptome

Auffällig werden die Kinder durch eine verstärkte Neugeborenen-Gelbsucht und eine akute hämolytische, d. h. durch eine Zerstörung und Auflösung der roten Blutkörperchen im Körper bedingte Blutarmut. Zu dieser Zerstörung der roten Blutkörperchen kommt es unter bestimmten Belastungssituationen des Stoffwechsels, wie die Einnahme bestimmter Medikamente oder den Genuss einer bestimmten Bohnenart (Favabohne oder Saubohne).

3.3.4.3.2 Therapie und Prognose

Die Kinder (und Erwachsenen) mit Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel sind, abgesehen von den durch Medikamenteneinnahme oder Genuss der Favabohne (oder Saubohne) bedingten Blutbildveränderungen (Hämolyse), symptomfrei. Deshalb muss man den angeborenen Enzym-Mangel auch nicht als Krankheit ansehen, sondern als ein besonderes Merkmal, welches unter bestimmten Voraussetzungen – z. B.

der Einnahme entsprechender Medikamente – zu einer schweren Krankheit führen kann. Der genetische Hintergrund der Störung ist komplex, mehr als 400 Varianten sind beschrieben. Die klinischen Erscheinungen sind bei der auch in Deutschland vorkommenden Mittelmeer-Variante besonders schwer.

3.3.4.4 Galaktosämie

Aus der in der Milch enthaltenen Laktose (Milchzucker) werden Glukose und Galaktose freigesetzt. Um die Galaktose abbauen und verwerten zu können, benötigt der Körper mehrere Enzyme.

3.3.4.4.1 Symptome

Bei der klassischen Galaktosämie liegt ein vererbter Mangel des Enzyms Galaktose-1-Phosphat-Uridyltransferase vor. Als Folge häuft sich bei der Aufnahme von Milch und Milchprodukten Galaktose-1-Phosphat an, welches in hoher Konzentration akut lebensbedrohlich schädigend auf Leber, Nieren, Darm und Gehirn wirkt. Die Häufigkeit der klassischen Galaktosämie beträgt 1 : 35.000 bis ca. 1 : 40.000 Geburten. Die anderen möglichen Enzym-Defekte führen in der Neugeborenen-Periode zu weniger eindrucksvollen Symptomen, müssen aber diagnostiziert und individuell auf die Behandlungs-Bedürftigkeit untersucht werden, um Spätschäden wie eine Trübung der Augenlinsen (Katarakt) zu verhindern.

Tab. 3.32: Biotinidase-Mangel bei Neugeborenen in Niedersachsen

Jahr	Biotinidase-Mangel					
	Anzahl der untersuchten Kinder		Anzahl der diagnostizierten Fälle		Häufigkeit/Inzidenz	
	Gesamt	in Niedersachsen	gesamt	in Niedersachsen	bezogen auf alle Blutproben	in Niedersachsen
1996	120.991	80.170	3	0		
1997	150.822	82.913	5	2		
1998	161.777	79.532	5	0		
1999	162.904	76.050	1	0		
2000	173.275	75.264	2	1		
Summe	769.769	393.929	16	3	1 : 48.110	1 : 131.309

3.3.4.4.2 Therapie und Prognose

Die frühzeitige Erkennung der klassischen Galaktosämie ist wichtig, da die Säuglinge laktose- und galaktosefreie Ersatzmilchen (auf Soja-Basis) erhalten müssen, um schweren gesundheitlichen Schaden abzuwenden. Jenseits der Säuglings-Periode ist eine galaktosefreie Ernährung nicht möglich, da Galaktose in geringen Konzentrationen in vielen Lebensmitteln und auch Medikamenten vorkommt. Ziel der Therapie ist daher die lebenslange Einhaltung einer laktosefreien, galaktosearmen Ernährung. Unter dieser Ernährung zeigen die Kinder in der Regel eine bessere körperliche und geistige Entwicklung. Die Langzeit-Prognose ist trotz überwiegend guter Diät-Compliance bezüglich der Intelligenz eingeschränkt (Schweitzer et. al. 1993). Die Mädchen haben zudem meist Störungen ihrer Geschlechtshormonbildung.

3.3.4.5 Citrullinämie

Der Citrullinämie liegt eine Störung im Harnstoffzyklus zugrunde, so dass die Ausscheidung von Stickstoffatomen in Form von Harnstoff gestört ist. Die Folge ist eine erhöhte Ammoniak-Konzentration im Körper.

3.3.4.5.1 Symptome

Eine hohe Ammoniak-Konzentration hat fatale Auswirkungen auf das Gehirn, bis zum Erliegen der Hirnfunktion. Die Manifestation der Citrullinämie ist in jedem Lebensalter möglich.

3.3.4.5.2 Häufigkeit

Bei den im Zeitraum vom 1.3.1999 – 31.12.2000 getesteten niedersächsischen Kindern (n = 138.809) wurden vier Erkrankungsfälle gefunden.

Diese Kinder wiesen alle eine schwerwiegende Erkrankungsform auf. Alle hatten Eltern türkischer Herkunft, was ein Beleg für die deutlichen regionalen Unterschiede in Europa für diesen genetisch bedingten Enzymdefekt ist. So ist die Wahrscheinlichkeit für Kinder aus rein türkischen Ehen, an einer Citrullinämie zu erkranken, signifikant höher (1 : 6.000) als für Kinder mit Eltern deutscher Herkunft (1 : 140.000 für die milde Verlaufsform, 1 : 300.000 für die schwere Verlaufsform bereits beim Neugeborenen).

3.3.4.5.3 Therapie und Prognose

Das Ziel der Therapie ist die Vermeidung von Hyperammonämien. Dazu erhalten die Patienten eine eiweiß-definierte Ernährung. Zudem müssen essentielle Aminosäuren, Vitamine und Spurenelemente substituiert werden. Die Eltern lernen den Eiweiß-Gehalt der Nahrung zu berechnen und in katabolen Stoffwechsel-Situationen, z. B. im Rahmen eines Infektes, die Eiweiß-Zufuhr weiter zu reduzieren. Es werden regelmäßige Kontrollen der Ammoniak- und Aminosäure-Konzentrationen durchgeführt. Nach der initialen Stoffwechsel-Einstellung werden die Patienten wöchentlich und dann in ca. 1-3 monatlichen Abständen ambulant vorgestellt. Die Prognose der Patienten ist abhängig vom Alter und Zustand zum Zeitpunkt der Diagnose. Für die Patienten, die bereits in der Neugeborenen-Periode mit einer symptomatischen Hyperammonämie auffallen, ist die Prognose auch bei intensiver Therapie schlecht. Von den in der Kinderklinik der Medizinischen Hochschule in Hannover betreuten Kindern sind die mit einer seit Geburt bestehenden Citrullinämie und durchgemachter Stoffwechselentgleisung schwerst geistig behindert oder bereits verstorben. Bei drei Kindern mit Citrullinämie wurde die Erkrankung im Neugeborenen-Screening frühestmöglich entdeckt und behandelt. Diese Kinder entwickeln sich derzeit normal.

3.3.4.6 Biotinidase-Mangel

Biotin (Vitamin H) ist ein Cofaktor, den vier Enzyme des Organismus zur vollen Funktionsfähigkeit benötigen (Carboxylasen). Diese Enzyme sind in allen Geweben des Körpers an wesentlichen Stoffwechsel-Reaktionen beteiligt. Der schwere Biotinidase-Mangel findet sich durchschnittlich einmal unter 60.000 bis 100.000 Neugeborenen. Der partielle Biotinidase-Mangel (eine mildere Form mit einer höheren Restaktivität des Enzyms) kommt in vergleichbarer Häufigkeit vor. Der Biotinidase-Mangel wird ebenso wie z. B. die PKU autosomal rezessiv vererbt.

Tab. 3.33: Nachweis von Luesantikörpern bei Erst-Einsendungen aus Niedersachsen

Nachweis von Luesantikörpern bei Erst-Einsendungen aus Niedersachsen			
Geburtsjahr des Kindes	Anzahl aller Einsendungen	Luesantikörper-positive Einsendungen	Anzahl der Luesantikörper-positiven Einsendungen pro 10.000 Proben
1993	71.479	79	11,1
1994	71.321	62	8,7
1995	75.778	91	12,0
1996	80.170	115	14,3
1997	82.913	97	11,7
1998	79.532	116	14,6
1999	76.050	108	14,2
2000	75.276	160	21,3
1993-2000	612.519	828	13,52

3.3.4.6.1 Symptome

Fehlt die Biotinidase, so verliert der Körper Biotin mit der Folge eines Vitamin-H-Mangels. Unbehandelt können erste Symptome in den ersten Lebenswochen oder auch erst nach Monaten oder Jahren auftreten. Da die Biotin benötigenden Enzyme in allen Geweben vorliegen, reichen die Krankheits-Symptome von zentralnervösen Störungen einschließlich schwerer Krampfanfälle mit bleibenden zerebralen Defekten, über Hör- und Seh-Störungen, zu Intelligenz-Minderungen, Ataxie, Haarausfall und Hautveränderungen. Unter Biotin-Substitution bilden sich zwar viele Symptome zurück, die Degeneration der Nervenzellen bleibt aber bestehen.

3.3.4.6.2 Therapie und Prognose

Die gesundheitlichen Folgen des Biotinidase-Mangels können durch orale Gabe von Biotin vollständig verhindert werden. Deshalb ist die Frühdiagnose des Biotinidase-Mangels so wichtig. Bei den in der Kinderklinik der MHH betreuten Patienten mit einem Biotinidase-Mangel haben sich die Patienten mit schwerem Biotinidase-Mangel nach frühzeitig begonnener, hochdosierter Biotin-Substitution geistig und körperlich normal entwickelt.

3.3.5 Im Neugeborenen-Screening erfasste Infektionen im Mutterleib

3.3.5.1 Syphilisspezifische Antikörper

Der Erreger der Syphilis oder Lues ist das *Treponema pallidum* aus der Familie der Spirochäten. Der übliche Infektionsweg ist der Geschlechtsverkehr; bei schwangeren infizierten Frauen kann der Erreger aber auch über die Plazenta an das ungeborene Kind weitergegeben werden.

3.3.5.1.1 Symptome

Eine nicht behandelte Infektion der Mutter führt in ca. 25% zum intrauterinen Tod des Kindes, weitere 25 bis 30% der infizierten Kinder sterben kurz nach der Geburt. Nur ein Drittel der infizierten, überlebenden Säuglinge hat bei der Geburt Symptome, die Hinweise auf eine angeborene Syphilis geben. Wenn infizierte Kinder nicht oder nicht ausreichend antibiotisch

behandelt werden, läuft der Krankheits-Prozess selbst nach der Bildung von Abwehrstoffen des Körpers weiter. Dadurch können die Kinder in einem hohen Prozentsatz eine Neurosyphilis entwickeln und als Spätform der Erkrankung Schädigungen des Zentralen Nervensystems, eine Erblindung durch eine Keratitis parenchymatosa, eine Ertaubung durch Innenohrschäden sowie intellektuelle und mentale Defizite aufweisen.

3.3.5.1.2 Daten aus Niedersachsen, 1993-2000

Als diagnostisches Mittel dient der Antikörpernachweis im Blut der Neugeborenen, der gleichzeitig mit der Suche nach angeborenen Stoffwechsel-Störungen erfolgt. Wenn Antikörper gefunden werden, dann müssen weitere Blut-Untersuchungen bei Mutter und beim Kind erfolgen. Durch Erhebung der mütterlichen Anamnese sollte geklärt werden, ob es sich nur um über die Plazenta auf das Kind übertragene mütterliche Antikörper nach einer früher durchgemachten, ausgeheilten Infektion der Mutter handelt. Dann ist das Kind nicht gefährdet. Das Screening-Labor kann diese Unterscheidung in der Regel nicht treffen und benötigt dafür Informationen durch den Einsender. Aus der Analyse der Testergebnisse aus den Jahren 1993-2000 lassen sich vier klare Aussagen ableiten:

In dem genannten Zeitraum ist es zu einer eindeutigen Zunahme von Neugeborenen mit Luesantikörpern ($p < 0.05$) gekommen (Abb. 3.3). Es finden sich deutliche regionale Unterschiede. Neben der zu erwartenden Häufung in der Großstadt bzw. im Großstadtrandgebiet sind auch einzelne ländliche Regionen stärker betroffen, für die das unerwartet ist (Abb. 3.4). Hier wird nach Gründen geforscht. (Diese Analyse bezieht sich nur auf Einsendungen aus den Jahren 1993-1999). Bei den Müttern der Luesantikörper-positiven Neugeborenen zeigt sich eine Änderung der Altersverteilung. In den ersten Jahren der betrachteten Periode (1993-1997) nahm der Anteil der Mütter, die Antikörper-positiv waren, annähernd linear mit dem Alter zu. Im Vergleich dazu fällt in den letzten drei Jahren (1998-2000) ein neuer Gipfel bei den jüngeren Müttern – vor allem bei den 20-24-Jährigen auf ($p < 0.001$).

Je niedriger das Geburtsgewicht der Kinder, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Luesantikörper nachgewiesen werden. Dies trifft ganz besonders für Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g zu. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie

Luesantikörper-positiv sind, ist signifikant höher als die von Kindern mit einem Gewicht von 1500 g oder mehr ($p < 0.001$).

3.3.5.1.3 Therapie und Prognose

Die Behandlung der angeborenen Syphilis erfolgt durch intravenös oder intramuskulär gegebenes Penicillin. Dosierung und Behandlungsdauer hängen von der mütterlichen Anamnese und den Befunden beim Kind ab. Eine frühzeitige Behandlung resultiert in der Heilung des Kindes. Haben sich jedoch vor der Geburt bereits Knorpel- oder Knochenschäden gebildet, können diese nicht mehr rückgängig gemacht werden. Wenn die Erkrankung nicht im Neugeborenenalter entdeckt wird (sondern erst nach Monaten oder Jahren), können trotz Behandlung vor allem am Nervensystem bleibende Schäden auftreten bzw. sogar fortschreiten (z. B. Erblindung). Daher muss angestrebt werden, betroffene Kinder so früh wie möglich zu diagnostizieren und zu therapieren.

AutorInnen:

Dr. Elke Bruns-Philipps, Nds. Landesgesundheitsamt
 Dr. Anibh-Martin Das, Medizinische Hochschule Hannover
 Prof. Dr. Johannes Sander, Screening-Labor Hannover
 Dr. Stefanie Sander, Screening-Labor Hannover
 Dr. Sabine Scholl
 Dr. Ulrike Steuerwald, Screening-Labor Hannover

3.3.5.2 Das AUT-Programm

Das sog. AUT-Programm war 1993 begonnen worden, um die Ausbreitung der HIV-Epidemie in der Allgemeinbevölkerung im Gegensatz zu bestimmten Risikogruppen zu beobachten. Es handelte sich dabei um ein Projekt der Bundesregierung. Getestet wurden die Einwohner Niedersachsens als Beispiel für eine eher ländliche und die Einwohner Berlins als urbane Bevölkerungsstruktur. Repräsentativ wurden dafür die Blutproben Neugeborener verwendet, die dem Neugeborenen-Screening zur Verfügung standen. Diese lassen Rückschlüsse auf den Antikörperstatus der jeweiligen Mütter zu.

AUT steht für anonymisiertes, unverbundenes Testen. Aus offensichtlichen Gründen wurden hohe Anforderungen an die effektive Anonymisierung der Proben gestellt. Verwendet wurden Stanzlinge aus den eingesendeten Filterpapieren des Neugeborenen-Screenings. Diese wurden im Screening-Labor entnommen, verschiedenen vordefinierten Regionen zugeordnet und schließlich in Mikrotiterplatten entsprechend eingeordnet. Eine Rückverfolgung der Stanzlinge zu der ursprünglichen Einsendung war nach dieser Prozedur ausgeschlossen. Die Platten wurden anschließend dem virologischen Labor im Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA) für die Durchführung des HIV-Screening Tests (ELISA) übergeben. Bei positivem Screeningtest wurde ein Bestätigungstest (Western-blot) durchgeführt. Die Anzahl der bearbeiteten Proben und die jeweiligen Ergebnisse wurden regelmäßig zur Auswertung dem Robert-Koch-Institut (RKI) in Berlin übermittelt.

Bislang lässt sich insgesamt keine Veränderung in der Prävalenz von HIV in der beobachteten Kohorte beobachten, so dass der Schluss gezogen werden kann, dass die HIV-Epidemie gegenwärtig im wesentlichen auf die bekannten Risikogruppen be-

Abb. 3.3: Entwicklung der Inzidenz von Luesantikörper-positiven Neugeborenen in Niedersachsen in den Jahren 1993-2000

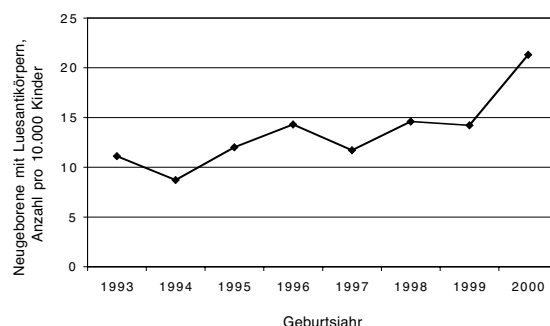


Abb. 3.4: Inzidenz von Luesantikörper-positiven Neugeborenen, berechnet auf jeweils 10.000 untersuchte Neugeborene aus dem jeweiligen Kreis für den Zeitraum 1993 - 1999. [Für Bremen liegen keine Angaben vor.]

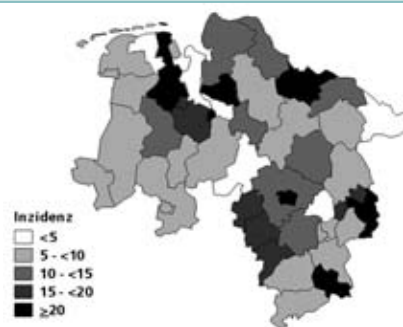
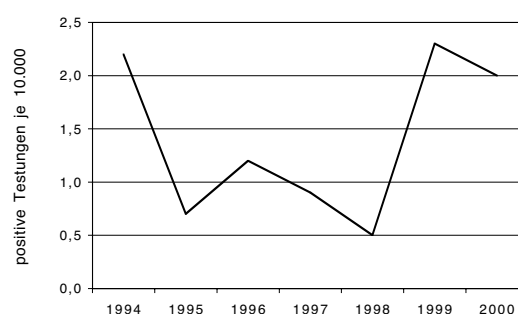


Abb. 3.5: Positives HIV-Testergebnis je 10 000 getestete Neugeborene in Niedersachsen



schränkt ist. Leider wurde die Finanzierung ab 2001 von der Bundesregierung eingestellt, obwohl gerade die langfristige Verfolgung der Infektionsrate dieser Altersgruppe wichtige Informationen über die Ausbreitung der HIV-Infektion liefern könnte.

Autor:

Dr. Armin Baillot, Nds. Landesgesundheitsamt

3.4 Das Muttermilchuntersuchungsprogramm des Landes Niedersachsen (Auswertung des Jahres 1999)

Abb. 3.6: Basisdaten

Vollständige Datensätze	n=715
Aufschlüsselung nach Geburtsland der Mutter	
Niedersachsen und andere westdeutsche Bundesländer	n=652
ehem. Deutsche Demokratische Republik	n=29
Polen	n=5
Türkei	n=4
Frankreich, Russland, USA	jeweils n=3
Australien, Großbritannien, Namibia, Niederlande, Rumänien, Südafrika	jeweils n=1
Gesamtzahl der gestillten Kinder (einschließlich des aktuellen Stillkindes), Mütter mit Geburtsland Niedersachsen und andere westdeutsche Bundesländer:	
1 Stillkind	n=347
2 Stillkinder	n=232
3 Stillkinder	n=64
mehr als 3 Stillkinder	n=9

3.4.1 Einleitung

Stillen stellt unbestritten die beste und natürlichste Form der Ernährung für den Säugling dar; denn Muttermilch gewährleistet eine für die Entwicklung des Säuglings optimale Zusammensetzung an Nährstoffen. Gestillte Kinder erkranken seltener und weniger schwer an Durchfällen und Atemwegserkrankungen, Muttermilch bietet dem gestillten Säugling Schutz vor bakteriellen und viralen Erkrankungen und gestillte Kinder bekommen seltener Allergien.

Ab Mitte der 70er Jahre entdeckte man eine Vielzahl von umweltbedingten Fremdstoffen in der Muttermilch, die mit dem Stillen an den Säugling weitergegeben werden. Bei den Fremdstoffen handelte es sich unter anderem um eine Reihe von chlororganischen Verbindungen (z. B. DDT, Dieldrin, Hexachlorbenzol (HCB) und Beta-Hexachlorhexan (b-HCH)), die in der Landwirtschaft als Insektizide oder Fungizide in großem Rahmen ausgebracht wurden. Polychlorierte Biphenyle (PCB), die in unterschiedlichsten Produkten einen vielfältigen Einsatz fanden, wurden ebenfalls in der Muttermilch nachgewiesen.

Muttermilchuntersuchungen wurden in Niedersachsen seit 1987 im Zusammenhang mit dem Dioxin-Skandal in Seveso/Italien begonnen. Da ab Mitte der 90er Jahre die Probenzahl für eine valide Auswertung zu gering war, hat das Niedersächsische Landesgesundheitsamt 1999 im Auftrag des Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales des Landes Niedersachsen die Muttermilchuntersuchungen und die dafür notwendige Öffentlichkeitsarbeit wieder intensiviert. Durch die enge Kooperation mit Ärzten und Hebammen konnten bereits 1999 n=750 Muttermilchproben untersucht werden. Das Muttermilchuntersuchungsprogramm läuft bislang ohne Befristung weiter, Informationen zu den Untersuchungen und Behältnisse für die Probeneinsendung können auch weiterhin angefordert werden.

3.4.2 Nutzen eines längerfristigen Muttermilchuntersuchungsprogramms

Für die teilnehmenden Mütter:

- Die Mütter haben die Möglichkeit, die Muttermilch auf für den Säugling gesundheitlich bedenkliche Fremdstoffkonzentrationen untersuchen zu lassen und eine individuelle Beratung einzuholen.

Für die Gesundheitspolitik in Niedersachsen:

- Da die Fremdstoffkonzentration in der Muttermilch weitestgehend der Konzentration im Fettgewebe des betreffenden Organismus entspricht, kann darüber auch die Fremdstoffbelastung vergleichbarer Bevölkerungsgruppen abgeschätzt werden.
- Der Trend von Fremdstoffkonzentrationen kann für bekannte aber auch neue Substanzen verfolgt werden. Dies ermöglicht Rückschlüsse hinsichtlich der Kumulation neuer Substanzen aber auch hinsichtlich der Zeitspannen, die der Abbau von Substanzen nach Verbot oder umweltpolitischen Maßnahmen benötigt.
- Neue Substanzen können auch retrospektiv anhand aufbewahrter Proben in der Muttermilch untersucht werden.

3.4.3 Basisdaten

In Abbildung 3.6 sind für das Jahr 1999 die Mütter, deren Milchproben untersucht werden, nach ihrem Geburtsland aufgeschlüsselt.

Abbildung 3.7 zeigt den zeitlichen Verlauf der Fremdstoffgehalte in der Muttermilch niedersächsischer Mütter ab dem Jahr 1987 (ohne Berücksichtigung von Einflussfaktoren wie Alter der Mutter, Anzahl der gestillten Kinder etc.). Für alle gemessenen Fremdstoffe ist mit den Jahren ein deutlicher Abfall der Konzentrationen zu verzeichnen.

Da von 1994-1997 die Probenzahl zu gering für eine valide Auswertung war, und das Niedersächsische Landesgesundheitsamt erst seit 1999 die Muttermilchuntersuchungen durchführt, ist der Kurvenverlauf unterbrochen dargestellt. Ein Vergleich der früheren Messwerte mit den Ergebnissen des NLGA von 1999 ist aufgrund unterschiedlicher labortechnischer Nachweismethoden nur begrenzt möglich.

3.4.4 Ergebnisse

Die Fremdstoffkonzentrationen in der Muttermilch von Müttern, die das erste Kind stillen, zeigen eine starke Altersabhängigkeit. Mit zunehmendem Alter steigen die Fremdstoffkonzentrationen in der Muttermilch; das ist Ausdruck der zeitlich längeren Aufnahme und Anreicherung von Fremdstoffen im Fettgewebe älterer Mütter. Die Fremdstoffkonzentrationen in der Muttermilch nehmen mit jedem weiteren gestillten Kind ab. Die Fremdstoffkonzentrationen unterscheiden sich in Höhe und Zusammensetzung in Abhängigkeit vom Herkunftsland der Mütter (s. Abb. 3.8).

3.4.5 Fremdstoffkonzentrationen in Abhängigkeit vom Herkunftsland

Es zeigten sich in der Muttermilch von Frauen aus Westeuropa höhere PCB-Konzentrationen als bei Müttern aus der ehemaligen DDR und Osteuropa. Dies ist besonders relevant, da aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse 1998 der tolerable tägliche Aufnahmewert (TDI-Wert) deutlich gesenkt wurde. Der in den Muttermilchproben gemessene durchschnittliche Wert liegt unter dem aktuellen Grenzwert der tolerierbaren täglichen Aufnahme eines Säuglings.

Der geringe Einsatz von PCBs in der ehemaligen DDR spiegelt sich in den PCB-Konzentrationen der Muttermilch von Frauen aus der ehemaligen DDR wieder. Im Gegensatz hierzu finden sich bei Frauen aus der ehemaligen DDR und aus Osteuropa höhere DDT-Konzentrationen in der Muttermilch, verglichen mit den Müttern aus Westeuropa. Dies ist auf den landwirtschaftlichen Einsatz von DDT in der DDR bis 1989 zurückzuführen, während es in den alten Ländern der Bundesrepublik bereits seit 1972 verboten ist. Für Beta-HCH finden sich für Mütter aus Ost-europa höhere Konzentrationen in der Muttermilch als für Frauen aus der ehemaligen DDR und aus Westeuropa.

3.4.6 Umweltmedizinische Bewertung

Heute haben die 1984 aufgestellten Richtwerte in Folge des enormen Rückganges der Fremdstoffkonzentration in der Muttermilch lediglich historische Bedeutung. So sind seit 1980 die mittleren Gehalte an Beta-HCH um 90%, an HCB um ca. 95%, an Gesamt-DDT ca. 85% und an Gesamt PCB um ca. 70% gesunken. Der Gehalt an Moschus-Xylol in der Muttermilch ist seit 1993 um 70% zurückgegangen, während dagegen der Anteil an Moschus-Keton, in Folge fehlender Verzichtserklärungen, annähernd konstant geblieben ist.

Um die heutzutage in der Muttermilch gemessenen Fremdstoffkonzentrationen annähernd gesundheitlich bewerten zu können, wird häufig der sogenannte „TDI-Wert“ (tolerable

Abb. 3.7: Mittelwerte der Schadstoffbelastung der Humanmilch

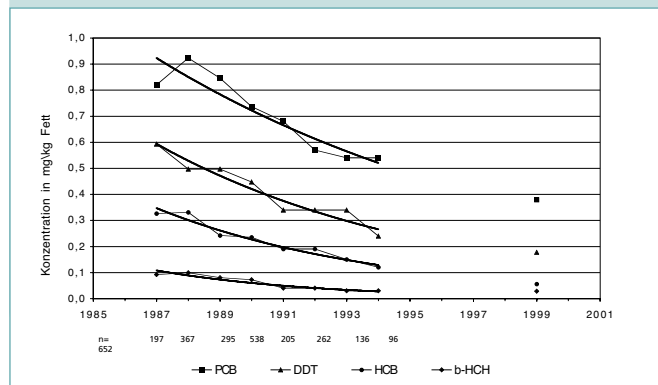
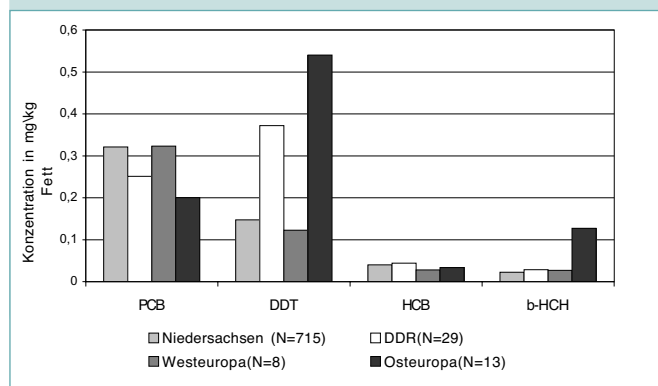


Abb. 3.8: Fremdstoffkonzentration in Abhängigkeit vom Herkunftsland



daily intake-Wert“) angeführt. Dieser Wert wird für Kontaminanten in Lebensmitteln bei der Annahme der lebenslangen täglichen Zufuhr aufgestellt. Für den gestillten Säugling kann die Belastung mit Fremdstoffen aus der Muttermilch jedoch mit dem TDI-Wert nicht zutreffend beurteilt werden, da der TDI-Wert von einer lebenslangen Fremdstoffzufuhr ausgeht, die Stilldauer in der Regel jedoch sechs Monate beträgt. Dennoch erlaubt der TDI-Wert die folgende Aussage: Liegt die durchschnittliche tägliche Aufnahme von Fremdstoffen mit der Muttermilch im Bereich des TDI-Wertes oder darunter, so können gesundheitliche Risiken für den gestillten Säugling nach dem heutigen Erkenntnisstand nahezu ausgeschlossen werden.

Für die in der Muttermilch bestimmten Organchlorverbindungen (PCB) liegen die vom Säugling aufgenommenen Konzentrationen im Bereich bzw. weit unter dem berechneten TDI-Wert, so dass kein gesundheitliches Risiko für den Säugling abgeleitet werden kann.

Sowohl Moschus-Keton als auch Moschus-Xylol werden z. Z. in Konzentrationen in der Muttermilch nachgewiesen, die nach dem derzeitigen Stand des Wissens keine gesundheitliche Beeinträchtigung für den gestillten Säugling darstellen. Ein-

schränkend sei jedoch erwähnt, dass für die Stoffgruppe der Nitromoschusverbindungen die bisherigen Untersuchungen, z. B. zur chronischen Toxizität oder zum kanzerogenen Potenzial eine abschließende gesundheitliche Bewertung noch nicht zulassen, so dass ihr Gehalt in der Muttermilch auch weiter beobachtet werden sollte.

Insgesamt kann man feststellen, dass die derzeit in der Muttermilch niedersächsischer Frauen gemessenen Fremdstoffkonzentrationen keinerlei Gefährdung für die gestillten Säuglinge darstellen. Mit der Weiterführung der Untersuchung für die nächsten Jahre hat die niedersächsische Umwelt- und Gesundheitspolitik ein optimales Biomonitoringinstrument, mit dem die umwelt-medizinische Belastung durch die verschiedensten Stoffe gut erkannt werden kann.

Kontaktadresse:

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
Stichwort „Muttermilch-Untersuchungsprogramm“
Roesebeckstraße 4-6
30449 Hannover
Tel.: (0511) 4505-0

Internetadresse: www.nlga.niedersachsen.de; hier findet sich eine Informationsseite zum Muttermilchuntersuchungsprogramm.

Autoren:

Markus Funcke, Nds. Landesgesundheitsamt
Dr. Roland Suchenwirth, Nds. Landesgesundheitsamt
Prof. Dr. Adolf Windorfer, Nds. Landesgesundheitsamt

4. Krankenhausdiagnosestatistik

4.1 Erläuterungen zur Datenerhebung

Die Krankenhausdiagnosestatistik liefert wichtige Hinweise zur Bedeutung von Erkrankungen im Rahmen der stationären Versorgung. Sie zeigt die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Erkrankungsspektrum und ggf. auch bei der Dauer der stationären Versorgung. Von einer Krankenhausdiagnosestatistik kann allerdings nicht auf die Häufigkeit einer Erkrankung in der Bevölkerung (sog. Prävalenz) geschlossen werden, da nicht alle Erkrankungen gleichermaßen ambulant und stationär behandelt werden. Es kann auch nicht auf das neue Auftreten von Erkrankungen (Inzidenz) in der Bevölkerung geschlossen werden. Schließlich können Erkrankungen, die zu einer stationären Behandlung führen, chronisch sein bzw. zum Zeitpunkt der stationären Behandlungsepisode bereits länger bestehen; demgegenüber bedarf auch nicht jede neu aufgetretene Erkrankung einer stationären Behandlung. Hinzu kommt, dass ein Patient mit derselben Erkrankung mehrfach innerhalb eines Jahres stationär behandelt werden kann. In der Krankenhausdiagnosestatistik werden aber nicht die Personen gezählt, sondern die Fälle bzw. stationären Behandlungseinheiten.

4.1.1 Meldungen zur Krankenhausdiagnosestatistik

Die Meldungen zur Diagnosestatistik beziehen sich auf alle im Laufe des Berichtsjahres aus dem Krankenhaus entlassenen, vollstationären Patienten. Darin enthalten sind auch die sogenannten Stundenfälle, d. h. Patienten, die noch am gleichen Tag wieder entlassen bzw. in ein anderes Krankenhaus verlegt werden oder die am Aufnahmetag verstorben sind. Die Angaben betreffen auch die im Krankenhaus verstorbenen Patienten, nicht jedoch teilstationär oder ambulant behandelte Patienten oder gesunde Neugeborene. Mehrfach im Jahr vollstationär behandelte Patienten werden entsprechend mehrfach gezählt, so dass man genauer von Fällen statt von Patienten sprechen sollte. Gleiches gilt für beurlaubte Patienten, wenn für die Urlaubszeit keine Pflegesätze berechnet werden. Die ununterbrochene vollstationäre Behandlung im Krankenhaus wird als ein Fall erfasst, unabhängig von der Zahl der dabei durchlaufenden Fachabteilungen. Die Verweildauer der einzelnen Krankenhauspatienten ergibt sich aus der Differenz zwischen dem Zugangsdatum in das Krankenhaus und dem Abgangsdatum aus dem Krankenhaus.

4.1.2 Altersberechnung

Als Alter wird das am Tage der Krankenhausaufnahme erreichte Alter in Jahren herangezogen. Dieses ergibt sich aus der Angabe des Geburtsdatums und des Zugangsdatums. Das Alter ergibt sich somit nicht als das Alter zum Zeitpunkt der Entlassung, sondern als Alter zum Zeitpunkt der Aufnahme.

4.1.3 Diagnoseverschlüsselung

Als Hauptdiagnose ist die zum Zeitpunkt der Entlassung bekannte Diagnose angegeben, die hauptsächlich die Dauer der vollstationären Behandlung beeinflusst bzw. den größten Anteil der medizinischen Leistungen verursacht hat. Sie ist entsprechend der dreistelligen ICD-9-Klassifikation verschlüsselt. Nichtkranke Zustände, die nicht in die Kategorien 001 bis 999 des Hauptteils der ICD-9 einzuordnen sind, werden nach der dreistelligen V-Klassifikation der ICD-9 verschlüsselt. Hierzu gehören z. B. Krankenhausaufnahmen von Personen, die wegen Vorsorgemaßnahmen (Impfung, Schwangerschaftsüberwachung u. a.), der Abklärung von Verdachtsfällen oder als Organspender behandelt werden, sowie Begleitpersonen. Die Schlüssel V30 bis V39 bleiben unberücksichtigt, da sie die gesunden Lebendgeborenen betreffen.

4.1.4 Statistische Kenngrößen

In den Tabellen sind neben der absoluten Anzahl einer Diagnoseklasse oder -gruppe in der jeweiligen Altersgruppe folgende statistische Kenngrößen angegeben:

- Der Anteil der Stundenfälle an allen Fällen in Prozent. Zusammen mit der Angabe der absoluten Fallzahl lässt sich damit auf die absolute Anzahl der Stundenfälle schließen.
- Die durchschnittliche Verweildauer gibt die Zahl der Tage an, die die Patienten durchschnittlich in stationärer Behandlung verbringen. Die Stundenfälle bleiben bei der Berechnung der durchschnittlichen Verweildauer allerdings, analog zu den Veröffentlichungen des NLS, unberücksichtigt. Aus dieser Angabe sowie dem Anteil der Stundenfälle ließe sich auch die Summe über alle „Pflegetage“ errechnen.
- Der prozentuale Anteil an allen Fällen ($100 \times \text{Fallzahl der entsprechenden Diagnosegruppe} / \text{Summe über alle Diagnosegruppen}$) beschreibt die Relevanz dieser Diagnosegruppe für die Altersgruppe nach den aufgetretenen Fällen.
- Der prozentuale Anteil an allen Pflegetagen ($100 \times \text{Pflegetage der entsprechenden Diagnosegruppe} / \text{Summe über alle Diagnosegruppen}$) beschreibt die Relevanz dieser Diagnosegruppe für die Altersgruppe nach den aufgetretenen Pflegetagen.
- Im Gegensatz hierzu sind die „Fälle pro 100.000 Einwohner“ keine Anteilswerte, sondern geben nur eine bevölkerungsbezogene Verhältniszahl wieder. Zum einen können gerade bei chronischen oder rezidivierenden Krankheiten zu einem Einwohner mehrere Fälle gleicher Diagnose im Berichtsjahr gehören, andererseits gehen Einwohner mit stationären Aufhalten außerhalb Niedersachsens nicht in die Fallzahlermittlung ein.

- Auf die Darstellung regional bezogener Erkrankungshäufigkeiten wurde verzichtet, da die Krankenhausdiagnosestatistik lediglich Unterschiede in der Versorgungsstruktur, nicht aber im Erkrankungs geschehen abbildet.

4.1.5 Bezugspopulation

Die Auswertungen basieren allesamt auf den in niedersächsischen Krankenhäusern behandelten Fällen, wie sie auch im Gesundheitswesen 1998 vom NLS veröffentlicht werden. Diese Fälle sind nicht deckungsgleich mit den Behandlungsfällen der niedersächsischen Bevölkerung, da hier auch die Behandlungsfälle außerhalb Niedersachsens berücksichtigt werden müssten, während Fälle von Personen, die nicht in Niedersachsen wohnen, sich aber in einem niedersächsischen Krankenhaus behandeln ließen, auf der anderen Seite dann unberücksichtigt bleiben müssten. Während die Unterscheidung der beiden Bezugspopulationen bei den dargestellten Statistiken zur Relevanz einzelner Diagnosengruppen für das gesamte Bundesland

Niedersachsen keinen großen Einfluss hat, sind regionalspezifische Auswertungen, die die Fälle nicht dem Wohnort, sondern dem Standort des Krankenhauses zuordnen, für die Darstellung der Gesundheit der Bevölkerung und insbesondere zur Darstellung von regionalen Unterschieden unterhalb der Regierungsbezirksebene wenig aussagekräftig, da hier Patientenwanderungen aufgrund der stationären Versorgungsstruktur eine relevante Rolle spielen.

Dargestellt ist in der Auswertung der Jahrgang 1998. Von der Auswertung einer Zeitreihe über mehrere Jahrgänge wurde abgesehen, da die Krankenhausdiagnosestatistik erst 1994 eingeführt wurde und die Daten der ersten Jahrgänge nur vorsichtige Bewertungen und Interpretationen zulassen. Seit 1999 erfolgt die Umstellung von der ICD-9 auf die ICD-10, so dass auch hier die Daten der Jahrgänge 1999/2000 vorsichtig zu bewerten und nur noch eingeschränkt mit den früheren Jahrgängen vergleichbar sind. Der aktuellste Jahrgang mit zur Verfügung stehenden, geeigneten Daten ist somit 1998.

4.2 Stationär behandelte Erkrankungen nach Diagnoseklassen

4.2.1 Stationär behandelte Erkrankungen bei Jungen und Mädchen bis 1 Jahr, nach Diagnoseklassen

Am häufigsten sind in dieser Altersgruppe die Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit mit $n=5629$ Behandlungsfällen (13061,23 Fälle je 100.000) bei Jungen und $n=4665$ (11379,99 Fälle je 100.000) bei Mädchen.

Zu dieser Diagnoseklasse gehören unter anderem:

- Schädigungen des Neugeborenen durch Krankheiten der Mutter
- Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Entbindung
- Frühgeburtlichkeit und Unreife ebenso wie Probleme durch Übertragung oder zu hohes Geburtsgewicht
- Geburtstrauma und Atemstörungen
- Infektionen
- Hämolytische Krankheiten, Gelbsucht und andere Affektionen des Blutbildenden Systems.

Sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen haben diese Erkrankungen den höchsten prozentualen Anteil an allen Fällen und Pfl egetagen (52,42% bzw. 57,09% aller Pfl egetage) und weisen die höchste durchschnittliche Verweildauer mit 14,64 Tagen bei den Jungen und 16,02 Tagen bei den Mädchen auf. Am zweithäufigsten sind Erkrankungen der Atmungsorgane (Jungen $n=2984$; Mädchen $n=1855$). Trotz der mit 6,63 bzw. 6,45 Tagen kürzeren durchschnittlichen Verweildauern haben sie bei den Pfl egetagen ebenfalls den zweit- bzw. drittgrößten Anteil. Infektiöse und parasitäre Krankheiten liegen im Rahmen der stationären Versorgung bei Jungen und Mädchen hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit und des prozentualen Anteils an Pfl egetagen an dritter bzw. vierter Stelle.

Bei den Stundenfällen stehen bei beiden Geschlechtern die Neubildungen im Vordergrund, mit einem Anteil von 34,95% bei den Jungen und 25,74% bei den Mädchen. Der hohe Anteil von Stundenfällen bei den Neubildungen (Krebserkrankungen) erklärt sich aus der Versorgungs- bzw. Behandlungsstruktur. Dabei wird im Rahmen der oft mehrmonatigen Therapien soviel an Behandlung und Diagnostik wie möglich innerhalb kurzer Aufenthalte durchgeführt, um die Kinder in der vertrauten Umgebung ihrer Familien zu belassen und eine Hospitalisierung mit möglichen psychischen Auswirkungen zu vermeiden.

Ein geschlechtsspezifischer Unterschied in der Rangfolge des Erkrankungsspektrums zeigt sich nicht. Jedoch ist die absolute Zahl der stationären Behandlungsfälle bei nahezu allen Diagnoseklassen bei den Jungen höher als bei den Mädchen. Dies ist zum Teil auf den demographischen Faktor zurück zu führen, dass Jungen in diesen Altersgruppen ca. 51,3% ausmachen, die Mädchen entsprechend 48,7%. Aber dieser Faktor erklärt den Unterschied nicht allein: Betrachtet man die Erkrankungsfälle bezogen auf 100.000 Einwohner (also in diesem Fall 100.000 Jungen <1 Jahr in Niedersachsen verglichen mit 100.000 Mädchen der gleichen Altersgruppe), so wurden danach Jungen bei nahezu allen Diagnoseklassen häufiger stationär behandelt als Mädchen. Am deutlichsten ausgeprägt ist dies bei den Erkrankungen des Blutes und blutbildender Organe, bei den Krankheiten der Atmungsorgane, bei den Krankheiten der Verdauungsorgane sowie bei den Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. Einzige Ausnahmen stellen die Neubildungen und die Endokrinopathien dar; diese wurden, bezogen auf 100.000 Einwohner, bei Mädchen häufiger stationär behandelt als bei Jungen.

Tab. 4.1: Stationär behandelte Erkrankungen bei Jungen und Mädchen bis 1 Jahr, nach Diagnoseklassen

Jungen; bis 1 Jahr						
Diagnosenklasse	Anzahl aller Fälle	% der Stundenfälle	durchschn. Verweildauer	Anteil an allen Fällen %	% an allen Pflegetagen	Fälle je 100.000 Einwohner
I Infektiöse und parasitäre Krkh.	1527	1,64	5,70	8,79	5,64	3543,17
II Neubildungen	103	34,95	6,22	0,59	0,27	239,00
III Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrkh.	317	5,99	7,44	1,83	1,46	735,55
IV Krkh. des Blutes und blutbildender Organe	112	13,39	6,37	0,64	0,41	259,88
V Psychiatrische Krkh.	105	7,62	8,64	0,60	0,55	243,64
VI Krkh. des Nervensystems und der Sinnesorgane	648	16,05	8,31	3,73	2,98	1503,58
VII Krkh. des Kreislaufsystems	197	4,57	9,57	1,13	1,19	457,11
VIII Krkh. der Atmungsorgane	2984	3,59	6,63	17,18	12,57	6923,92
IX Krkh. der Verdauungsorgane	1182	5,75	4,85	6,81	3,56	2742,65
X Krkh. der Harn- und Geschlechtsorgane	514	12,26	6,86	2,96	2,04	1192,66
XII Krkh. der Haut und des Unterzellgewebes	204	7,35	9,11	1,17	1,13	473,35
XIII Krkh. des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes	52	11,54	8,02	0,30	0,24	120,66
XIV Kongenitale Anomalien	1482	11,27	10,84	8,53	9,39	3438,75
XV Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	5629	3,43	14,64	32,41	52,42	13061,23
XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	1189	7,91	4,52	6,85	3,26	2758,89
XVII Verletzungen und Vergiftungen	898	7,13	3,02	5,17	1,66	2083,67
– Nichtkranke Zustände	146	6,16	6,72	0,84	0,61	338,77
Mädchen; bis 1 Jahr						
Diagnosenklasse	Anzahl aller Fälle	% der Stundenfälle	durchschn. Verweildauer	Anteil an allen Fällen %	% an allen Pflegetagen	Fälle je 100.000 Einwohner
I Infektiöse und parasitäre Krkh.	1247	1,12	5,78	9,43	5,64	3041,98
II Neubildungen	136	25,74	5,41	1,03	0,43	331,76
III Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrkh.	309	5,50	7,30	2,34	1,69	753,79
IV Krkh. des Blutes und blutbildender Organe	66	3,03	6,77	0,50	0,34	161,00
V Psychiatrische Krkh.	84	5,95	10,77	0,64	0,67	204,91
VI Krkh. des Nervensystems und der Sinnesorgane	485	13,81	7,58	3,67	2,51	1183,13
VII Krkh. des Kreislaufsystems	137	5,84	11,18	1,04	1,14	334,20
VIII Krkh. der Atmungsorgane	1855	2,96	6,45	14,02	9,19	4525,16
IX Krkh. der Verdauungsorgane	538	4,65	5,47	4,07	2,22	1312,42
X Krkh. der Harn- und Geschlechtsorgane	296	8,45	8,03	2,24	1,72	722,07
XII Krkh. der Haut und des Unterzellgewebes	153	8,50	7,36	1,16	0,82	373,23
XIII Krkh. des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes	36	2,78	13,43	0,27	0,37	87,82
XIV Kongenitale Anomalien	1145	11,27	12,14	8,66	9,76	2793,16
XV Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	4665	3,52	16,02	35,27	57,09	11379,99
XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	1046	6,88	4,34	7,91	3,35	2551,66
XVII Verletzungen und Vergiftungen	769	7,02	2,36	5,81	1,34	1875,93
– Nichtkranke Zustände	172	7,56	7,70	1,30	0,97	419,58

Quelle: eigene Berechnungen unter Verwendung von Daten des NLS

4.2.2 Stationär behandelte Erkrankungen bei Jungen und Mädchen 1-<5 Jahre, nach Diagnoseklassen

In der Altersgruppe der 1-<5-Jährigen dominieren bei beiden Geschlechtern die Krankheiten der Atemorgane, mit $n=9054$ / $n=6398$ Fällen bei Jungen/Mädchen absolut und entsprechend 35,37% / 35,10% an allen Fällen. Dabei ist die durchschnittliche Verweildauer mit vier Tagen eher kurz. An zweiter Stelle stehen die Verletzungen und Vergiftungen. Diese machen bei den Jungen 13,59% aller Behandlungsfälle aus ($n=3478$), bei den Mädchen sind es 14,47% ($n=2637$). Auch hier ist die durchschnittliche Verweildauer mit 3,0 bzw. 2,6 Tagen kurz. Ursächlich könnte die oft notwendige absichernde Aufnahme

zur Beobachtung sein, die in der Regel 24 Stunden dauert. Bei Beschwerde- und Symptombefreiheit werden die Kinder anschließend wieder entlassen. Den höchsten Anteil bei den Stundenfällen weisen bei beiden Geschlechtern wiederum die Neubildungen auf. Die bis zu einem Jahr so bedeutenden Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit haben in dieser Altersgruppe keine Bedeutung mehr ($n=102$ bzw. $n=48$ bei Jungen/Mädchen).

In dieser Altersgruppe finden sich für alle Diagnoseklassen (ausgenommen die psychiatrischen Erkrankungen) höhere relative Behandlungszahlen für die Jungen (bezogen auf 100.000 Einwohner dieser Altersgruppe). Dies ist besonders ausgeprägt bei den Krankheiten des Blutes bzw. blutbildender

Tab. 4.2: Stationär behandelte Erkrankungen bei Jungen und Mädchen 1-<5 Jahre, nach Diagnoseklassen

Jungen; 1 bis unter 5 Jahre						
Diagnosenklasse	Anzahl aller Fälle	% der Stundenfälle	durchschn. Verweildauer	Anteil an allen Fällen %	% an allen Pflgetagen	Fälle je 100.000 Einwohner
I Infektiöse und parasitäre Krkh.	2065	2,66	3,93	8,07	8,99	1186,46
II Neubildungen	809	54,88	5,35	3,16	2,23	464,82
III Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrkh.	532	12,03	4,63	2,08	2,47	305,66
IV Krkh. des Blutes und blutbildender Organe	333	37,84	6,33	1,30	1,49	191,33
V Psychiatrische Krkh.	144	11,11	6,86	0,56	1,00	82,74
VI Krkh. des Nervensystems und der Sinnesorgane	1964	25,51	5,12	7,67	8,54	1128,43
VII Krkh. des Kreislaufsystems	128	10,16	4,82	0,50	0,63	73,54
VIII Krkh. der Atmungsorgane	9054	19,92	4,08	35,37	33,69	5202,04
IX Krkh. der Verdauungsorgane	1599	17,70	3,78	6,25	5,67	918,72
X Krkh. der Harn- und Geschlechtsorgane	1264	33,94	3,89	4,94	3,70	726,24
XII Krkh. der Haut und des Unterzellgewebes	500	18,20	7,44	1,95	3,47	287,28
XIII Krkh. des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes	278	17,63	5,54	1,09	1,45	159,73
XIV Kongenitale Anomalien	1178	12,14	6,10	4,60	7,20	676,83
XV Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	102	18,63	4,14	0,40	0,39	58,60
XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	2077	8,67	3,70	8,11	7,99	1193,36
XVII Verletzungen und Vergiftungen	3478	10,52	3,00	13,59	10,64	1998,31
– Nichtkranke Zustände	75	36,00	7,35	0,29	0,40	43,09
Mädchen; 1 bis unter 5 Jahre						
Diagnosenklasse	Anzahl aller Fälle	% der Stundenfälle	durchschn. Verweildauer	Anteil an allen Fällen %	% an allen Pflgetagen	Fälle je 100.000 Einwohner
I Infektiöse und parasitäre Krkh.	1816	2,70	3,91	9,96	10,63	1098,42
II Neubildungen	697	54,38	5,89	3,82	2,89	421,59
III Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrkh.	457	7,44	5,09	2,51	3,31	276,42
IV Krkh. des Blutes und blutbildender Organe	182	27,47	6,02	1,00	1,22	110,08
V Psychiatrische Krkh.	139	7,19	8,78	0,76	1,74	84,08
VI Krkh. des Nervensystems und der Sinnesorgane	1501	24,25	4,99	8,24	8,74	907,89
VII Krkh. des Kreislaufsystems	100	9,00	10,69	0,55	1,50	60,49
VIII Krkh. der Atmungsorgane	6398	20,49	4,01	35,10	31,45	3869,88
IX Krkh. der Verdauungsorgane	1029	16,81	4,03	5,65	5,32	622,40
X Krkh. der Harn- und Geschlechtsorgane	428	11,92	5,41	2,35	3,14	258,88
XII Krkh. der Haut und des Unterzellgewebes	381	13,91	7,65	2,09	3,86	230,45
XIII Krkh. des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes	179	10,61	6,23	0,98	1,53	108,27
XIV Kongenitale Anomalien	522	10,73	8,84	2,86	6,34	315,74
XV Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	48	29,17	3,68	0,26	0,19	29,03
XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	1633	8,57	3,54	8,96	8,14	987,73
XVII Verletzungen und Vergiftungen	2637	11,19	2,60	14,47	9,38	1595,01
– Nichtkranke Zustände	61	27,87	8,05	0,33	0,55	36,90

Quelle: eigene Berechnungen unter Verwendung von Daten des NLS

Organe, bei den Krankheiten der Atmungsorgane, den Krankheiten der Verdauungsorgane, den Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane sowie den kongenitalen Anomalien.

4.2.3 Stationär behandelte Erkrankungen bei Jungen und Mädchen 5-<10 Jahre, nach Diagnoseklassen

Auch in dieser Altersgruppe stellen die Atemwegserkrankungen bei beiden Geschlechtern die größte Diagnoseklasse bei stationären Behandlungseinheiten dar, sie haben auch den größten Anteil an allen Pflgetagen trotz einer kurzen durchschnittlichen Verweildauer von etwas mehr als vier Tagen.

Darunter werden folgende Erkrankungen zusammengefasst:

- akute Infektionen der Atmungsorgane (u. a. auch Erkältungen, Halsentzündungen)
- sonstige Krankheiten der oberen Luftwege (z. B. chronische Affektionen der Tonsillen/„Mandeln“)
- Pneumonie und Grippe
- Chronisch obstruktive Lungenkrankheiten und verwandte Affektionen
- Pneumokoniosen und sonstige Lungenkrankheiten durch äußere Wirkstoffe
- sowie sonstige Krankheiten der Atmungsorgane.

Tab. 4.3: Stationär behandelte Erkrankungen bei Jungen und Mädchen 5-<10 Jahre, nach Diagnoseklassen

Jungen; 5 bis unter 10 Jahre						
Diagnosenklasse	Anzahl aller Fälle	% der Stundenfälle	durchschn. Verweildauer	Anteil an allen Fällen %	% an allen Pflgetagen	Fälle je 100.000 Einwohner
I Infektiöse und parasitäre Krkh.	1094	4,48	3,94	4,86	3,89	468,92
II Neubildungen	672	43,75	7,13	2,98	2,53	288,04
III Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrkh.	377	12,73	8,14	1,67	2,51	161,59
IV Krkh. des Blutes und blutbildender Organe	381	23,88	4,99	1,69	1,36	163,31
V Psychiatrische Krkh.	434	2,53	55,13	1,93	21,86	186,03
VI Krkh. des Nervensystems und der Sinnesorgane	2131	26,75	5,16	9,46	7,54	913,42
VII Krkh. des Kreislaufsystems	136	5,15	4,98	0,60	0,60	58,29
VIII Krkh. der Atmungsorgane	6620	15,63	4,55	29,40	23,84	2837,55
IX Krkh. der Verdauungsorgane	2020	10,54	4,30	8,97	7,28	865,84
X Krkh. der Harn- und Geschlechtsorgane	1448	33,63	3,33	6,43	3,00	620,66
XII Krkh. der Haut und des Unterzellgewebes	401	12,47	5,55	1,78	1,83	171,88
XIII Krkh. des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes	404	6,93	9,61	1,79	3,39	173,17
XIV Kongenitale Anomalien	928	6,57	5,38	4,12	4,37	397,77
XV Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	19	10,53	4,53	0,08	0,07	8,14
XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	1458	8,23	2,84	6,48	3,56	624,95
XVII Verletzungen und Vergiftungen	3824	6,22	3,52	16,98	11,84	1639,09
– Nichtkranke Zustände	150	35,33	5,05	0,67	0,46	64,29
Mädchen; 5 bis unter 10 Jahre						
Diagnosenklasse	Anzahl aller Fälle	% der Stundenfälle	durchschn. Verweildauer	Anteil an allen Fällen %	% an allen Pflgetagen	Fälle je 100.000 Einwohner
I Infektiöse und parasitäre Krkh.	892	4,15	3,76	5,20	4,29	404,76
II Neubildungen	571	43,43	6,20	3,33	2,67	259,10
III Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrkh.	387	9,04	6,88	2,26	3,24	175,61
IV Krkh. des Blutes und blutbildender Organe	194	26,29	5,20	1,13	0,99	88,03
V Psychiatrische Krkh.	230	6,52	45,15	1,34	12,97	104,37
VI Krkh. des Nervensystems und der Sinnesorgane	1664	25,18	5,31	9,70	8,83	755,07
VII Krkh. des Kreislaufsystems	120	8,33	4,03	0,70	0,59	54,45
VIII Krkh. der Atmungsorgane	5474	16,06	4,58	31,92	28,12	2483,94
IX Krkh. der Verdauungsorgane	1756	9,85	4,42	10,24	9,35	796,82
X Krkh. der Harn- und Geschlechtsorgane	577	8,67	4,97	3,36	3,50	261,83
XII Krkh. der Haut und des Unterzellgewebes	291	9,62	6,10	1,70	2,14	132,05
XIII Krkh. des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes	282	6,74	7,54	1,64	2,65	127,96
XIV Kongenitale Anomalien	513	7,41	6,51	2,99	4,13	232,78
XV Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	8	25,00	5,83	0,05	0,05	3,63
XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	1330	7,44	2,98	7,76	4,90	603,51
XVII Verletzungen und Vergiftungen	2694	7,20	3,32	15,71	11,08	1222,46
– Nichtkranke Zustände	156	51,28	4,01	0,91	0,41	70,79

Quelle: eigene Berechnungen unter Verwendung von Daten des NLS

An zweiter Stelle der Häufigkeit stehen die Unfälle und Vergiftungen bei beiden Geschlechtern, wobei Jungen 1639,09 Fälle je 100.000 Einwohner aufweisen, die Mädchen jedoch lediglich 1222,46 Fälle je 100.000.

Auch in dieser Altersgruppe haben Jungen in allen Diagnoseklassen höhere stationäre Behandlungsraten. Am deutlichsten ausgeprägt ist es bei den Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane und den Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (neben den Verletzungen und Vergiftungen).

Die Neubildungen haben wiederum den höchsten Anteil bei den Stundenfällen. Erstaunlich ist die Entwicklung bei den psychiatrischen Krankheiten, die mit n=434 (186,03 pro 100.000 Einwohner) bei den Jungen und n=230 (104,37 pro 100.000 Einwohner) bei den Mädchen fallmäßig relativ selten sind, aber durchschnittliche Verweildauern von 55,13 bzw. 45,15 Tagen aufweisen und damit 21,86% bzw. 12,97% der Pflgetage ausmachen.

Tab. 4.4: Stationär behandelte Erkrankungen bei Jungen und Mädchen 10-<15 Jahre, nach Diagnoseklassen

Jungen; 10 bis unter 15 Jahre						
Diagnosenklasse	Anzahl aller Fälle	% der Stundenfälle	durchschn. Verweildauer	Anteil an allen Fällen %	% an allen Pflegetagen	Fälle je 100.000 Einwohner
I Infektiöse und parasitäre Krkh.	647	3,71	3,85	3,74	1,88	294,68
II Neubildungen	576	34,03	6,14	3,33	1,83	262,35
III Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrkh.	469	9,38	8,02	2,71	2,67	213,61
IV Krkh. des Blutes und blutbildender Organe	230	23,04	5,14	1,33	0,71	104,76
V Psychiatrische Krkh.	879	4,89	59,81	5,08	39,18	400,35
VI Krkh. des Nervensystems und der Sinnesorgane	1127	10,29	6,31	6,51	5,00	513,31
VII Krkh. des Kreislaufsystems	285	8,77	7,29	1,65	1,49	129,81
VIII Krkh. der Atmungsorgane	2116	7,14	5,24	12,23	8,07	963,76
IX Krkh. der Verdauungsorgane	2668	3,97	5,12	15,42	10,29	1215,17
X Krkh. der Harn- und Geschlechtsorgane	852	15,14	3,95	4,92	2,24	388,05
XII Krkh. der Haut und des Unterzellgewebes	358	7,82	6,21	2,07	1,61	163,06
XIII Krkh. des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes	592	5,74	9,43	3,42	4,12	269,63
XIV Kongenitale Anomalien	545	4,40	5,89	3,15	2,41	248,23
XV Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	4	0	4,50	0,02	0,01	1,82
XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	1332	5,11	2,91	7,70	2,88	606,68
XVII Verletzungen und Vergiftungen	4431	5,11	4,53	25,61	14,88	2018,15
– Nichtkranke Zustände	182	5,37	5,81	1,05	0,70	82,89
Mädchen; 10 bis unter 15 Jahre						
Diagnosenklasse	Anzahl aller Fälle	% der Stundenfälle	durchschn. Verweildauer	Anteil an allen Fällen %	% an allen Pflegetagen	Fälle je 100.000 Einwohner
I Infektiöse und parasitäre Krkh.	745	3,49	3,58	4,45	2,37	360,15
II Neubildungen	386	25,91	7,36	2,30	1,94	186,60
III Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrkh.	546	21,61	9,49	3,26	3,74	263,95
IV Krkh. des Blutes und blutbildender Organe	163	24,54	5,87	0,97	0,67	78,80
V Psychiatrische Krkh.	713	7,29	46,76	4,26	28,50	344,68
VI Krkh. des Nervensystems und der Sinnesorgane	1073	13,05	6,09	6,40	5,24	518,71
VII Krkh. des Kreislaufsystems	199	7,54	4,92	1,19	0,83	96,20
VIII Krkh. der Atmungsorgane	2446	5,11	5,52	14,60	11,81	1182,45
IX Krkh. der Verdauungsorgane	3293	2,67	4,81	19,66	14,22	1591,91
X Krkh. der Harn- und Geschlechtsorgane	511	6,26	4,43	3,05	1,96	247,03
XI Komplikationen der Schwangerschaft und Entbindung	43	20,93	4,26	0,26	0,13	20,79
XII Krkh. der Haut und des Unterzellgewebes	288	6,60	6,70	1,72	1,66	139,23
XIII Krkh. des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes	658	4,71	10,13	3,93	5,86	318,09
XIV Kongenitale Anomalien	342	7,89	6,63	2,04	1,93	165,33
XV Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	4	0,00	1,00	0,02	0,00	1,93
XVI Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	1825	5,42	3,23	10,89	5,14	882,25
XVII Verletzungen und Vergiftungen	3358	4,88	4,51	20,04	13,30	1623,34
– Nichtkranke Zustände	141	13,57	5,79	0,84	0,65	68,16

Quelle: eigene Berechnungen unter Verwendung von Daten des NLS

4.2.4 Stationär behandelte Erkrankungen bei Jungen und Mädchen 10-<15 Jahre, nach Diagnoseklassen

In dieser Altersgruppe haben die Verletzungen und Vergiftungen und die Krankheiten der Verdauungsorgane die Atemwegserkrankungen an der Spitze der Behandlungsdiagnosen abgelöst. Bei den Mädchen sind die Verletzungen und Vergiftungen mit 1623,34 Fällen je 100.000 Einwohner (n=3358) und Erkrankungen der Verdauungsorgane mit 1591,91 Fällen je 100.000 annähernd gleich häufig vertreten. Bei den Jungen führen demgegenüber Verletzungen und Vergiftungen mit

2018,15 Behandlungsfällen je 100.000 Einwohner (n=4431) deutlich häufiger zu einer stationären Behandlung als Erkrankungen der Verdauungsorgane mit 1215,17 Fällen je 100.000 Einwohner (n=2668).

Die Atemwegserkrankungen sind bei beiden Geschlechtern am dritthäufigsten. In dieser Altersgruppe ist die Bilanz zwischen den Geschlechtern bei der Behandlungsrate je 100.000 Einwohner ausgeglichener. Mädchen weisen höhere Behandlungsraten bei infektiösen und parasitären Krankheiten sowie Krankheiten der Verdauungsorgane auf, demgegenüber werden Jungen häufiger im Rahmen von Unfällen und Verletzungen

stationär behandelt. In dieser Altersgruppe wurden n=43 Mädchen im Rahmen einer Schwangerschaft und Entbindung stationär behandelt. Auch für diese Altersgruppe zeigt sich für die psychiatrischen Erkrankungen mit n=879 (400,35 je 100.000 Einwohner) bei Jungen und n=713 (344,68 je 100.000 Einwohner) aufgrund der langen durchschnittlichen Verweildauer von 59,81 bzw. 46,76 Tagen ein überproportional hoher Anteil an den Pflgetagen mit 39,18%/28,50% bei den

Jungen/Mädchen. Den überwiegenden Anteil hatten dabei die Neurosen und Psychopathien, worunter unter anderem umschriebene Entwicklungsrückstände, psychosomatische Erkrankungen, spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters, das hyperkinetische Syndrom sowie psychogene Reaktionen im Sinne von akuten Belastungsreaktionen oder Anpassungsstörungen zusammengefasst werden.

4.3 Entwicklung über alle Altersgruppen von 0 bis <15 Jahre

Tab. 4.5: Entwicklung aller stationären behandelten Erkrankungen über die Altersgruppen

Altersgruppen	Geschlecht	Anzahl aller Fälle absolut	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	Fälle je 100.000 Einwohner
Bis unter 1 Jahr	Jungen	17289	9,22	40116,48
	Mädchen	13139	10,04	32051,79
1 bis unter 5 Jahre	Jungen	25580	4,23	14697,18
	Mädchen	18208	4,31	11013,26
5 bis unter 10 Jahre	Jungen	22497	5,46	9642,94
	Mädchen	17139	10,05	7777,16
10 bis unter 15 Jahre	Jungen	17293	7,92	7876,31
	Mädchen	16734	13,89	8089,60

Quelle: eigene Berechnungen unter Verwendung von Daten des NLS

Über die Altersgruppen 0-<10 Jahre findet sich eine höhere stationäre Behandlungsrate bezogen auf 100.000 Einwohner für die Jungen. In der Altersgruppe der 10-15 Jährigen ist das Verhältnis annähernd ausgeglichen mit geringfügig höherer stationärer Behandlungsrate bei den Mädchen. Die hier nicht dargestellte höhere Behandlungsrate von Mädchen und Frauen im mittleren Alter findet sich auch in anderen Berichten und wird durch Schwangerschaften, Entbindungen, entsprechende Komplikationen sowie gynäkologische Eingriffe in dieser

Lebensphase erklärt. Die höheren stationären Behandlungsraten von Jungen finden sich ab Mitte Fünfzig auch wieder bei den Männern und werden gemeinhin mit einer genetisch bedingten höheren Morbidität des männlichen Geschlechts erklärt.

Über die Altersgruppen von 0-<15 Jahren nimmt die Rate stationärer Behandlungen mit zunehmendem Alter ab.

4.4 Vergleiche mit anderen Bundesländern und Ländern

Tab. 4.6: Vergleich ausgewählter Diagnosen / Diagnosenklassen zwischen Mecklenburg Vorpommern und Niedersachsen

Diagnose	Niedersachsen 1998		Mecklenburg-Vorpommern 1998	
	Fälle je 100.000 bei 0-<15-jährigen		Fälle je 100.000 bei 0-<15-jährigen	
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen ICD9: 490-496	330	185,93	617,1	379,5
Verletzungen und Vergiftungen ICD9: 800-999	1885,22	1492,85	3209,5	2368

Der geschlechtsspezifische Unterschied hinsichtlich der Rate stationärer Behandlungseinheiten zeigt sich auch in anderen Auswertungen. So findet sich im Jahresgesundheitsbericht der Stadt Berlin für die Altersgruppen der <15-jährigen, dass Jungen häufiger im Krankenhaus behandelt werden als Mädchen. Dabei hatten 1997 Kinder bis unter 15 Jahren einen Anteil von 7,6% an den stationären Behandlungsfällen. In Niedersachsen lag dieser Anteil bei 9,7%. Ein Vergleich der im Kindesalter dominierenden Diagnosen „chronisch obstruktive Lungenerkrankungen“ und „Verletzungen und Vergiftungen“ zwischen Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern zeigt für Mecklenburg-Vorpommern eine deutlich höhere stationäre Behandlungsrate für beide Diagnosen. Eine Erklärung haben wir dafür nicht, vorstellbar wären aber z. B. Unterschiede im Versorgungssystem.

Die Wiener Spitalsentlassungsstatistik nutzt für die Erkrankungseinteilungen ebenfalls die Diagnoseklassen gemäß der ICD9. Abweichend gewählt wurden die Altersklassen mit 0-3/4-7/8-11 und 12-15 Jahren. Dennoch zeigt sich übereinstimmend die Bedeutung der Erkrankungen der Atmungsorgane als häufigste Entlassungsdiagnose bis zu der Altersgruppe der 8-11-Jährigen für beide Geschlechter.

In der Gruppe der 0-3-Jährigen liegen die Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit nur an zweiter Stelle hinter den Atemwegserkrankungen, weil die Atemwegserkrankungen bereits nach dem ersten Lebensjahr dominieren. In der Gruppe der 12-15-Jährigen stellen ebenfalls bei beiden Geschlechtern die Verletzungen und Vergiftungen die häufigste Behandlungsdiagnose. Dabei liefert die Spitalsstatistik keine Angaben zur Verweildauer, den Pflegetagen bzw. den Bezug auf 100.000 Einwohner.

AutorInnen:

Dr. Elke Bruns-Philipps, Nds. Landesgesundheitsamt
Michael Hoopmann, Nds. Landesgesundheitsamt

5. Krebserkrankungen im Kindesalter

Jährlich erkranken etwa 1.800 der unter 15-Jährigen in Deutschland an Krebs. Dabei ist die Bezeichnung Krebs ein Oberbegriff für verschiedene Arten sogenannter bösartiger Erkrankungen, die sich in ihrem Verlauf, den Behandlungsmöglichkeiten und letztlich in den Heilungschancen stark unterscheiden. Allen gemeinsam ist ein unkontrolliertes Wachstum von unreifen, für den Organismus funktionslosen Zellen, die die gesunden Zellen und Organe beeinträchtigen

und verdrängen. Ursache für das ungebremsste Zellwachstum ist eine Fehlschaltung der wachstumsregulierenden Zellgene. Der Mechanismus dieser Fehlschaltung ist noch nicht geklärt. Die bislang bekannten Auslöser für eine solche Fehlschaltung sind jedoch sehr unterschiedlich und können sowohl innerhalb des Organismus (z. B. genetische Veranlagung) als auch außerhalb des Organismus (z. B. Umwelteinflüsse, Strahlenbelastung) liegen.

5.1 Das Kinderkrebsregister in Mainz

Tab. 5.1: Zahl gemeldeter Patienten und Bevölkerungsbezug (Kinder unter 15 Jahren)

Anzahl insgesamt erfasster Patienten (Deutschland: 1980-1998)	26.000
– Aus Westdeutschland (1980-1998)	23.623
– Aus Ostdeutschland (1991-1998)	2.377
Durchschnittliche jährliche Bevölkerung (Deutschland: 1993-1997)	13,2 Millionen
Anzahl jährlich erfasster Neuerkrankungen	1.700-1.800

Unerlässlich für die Krebsforschung ist die kontinuierliche Beobachtung und Bewertung des Erkrankungsgeschehens. Dies betrifft regionale Verteilungsmuster sowie zeitliche Trends der Tumorentitäten, mit dem Ziel, die Erkrankungsursachen und besonders durch externe Faktoren ausgelöste Erkrankungshäufungen zu erkennen. Die Registrierung kindlicher Krebserkrankungen erfolgt seit 1980 im Deutschen Kinderkrebsregister in Mainz. Der Vollständigkeitsgrad der Erfassung wird auf etwa 95% geschätzt, ist jedoch für Hirntumoren (ZNS-Tumoren) deutlich niedriger und regional unterschiedlich hoch. Die in diesem Bericht dargestellten Zahlen zur Krankheitshäufigkeit (Inzidenz) sowie zur regionalen Verteilung und Prognose von Krebserkrankungen bei Kindern in Niedersachsen entstammen den Jahresberichten und Auswertungen des Deutschen Kinderkrebsregisters (Kaatsch et al. 1999).

Dem Deutschen Kinderkrebsregister sind genau 26.000 in den Jahren 1980 bis einschließlich 1998 erkrankte, bei der Diagnosestellung <15-jährige Kinder gemeldet worden, die definitionsgemäß zur Registerpopulation gehören. Davon sind 23.623 in den alten Bundesländern erkrankt und 2.377 in den

neuen Bundesländern, in denen die Erfassung erst 1991 begann. Die zugrunde liegende, jährliche Bevölkerung der <15-Jährigen liegt bei 13,2 Millionen Kindern für Deutschland insgesamt. In den letzten Jahren wurden durchschnittlich etwas mehr als 1.700 Neuerkrankungen pro Jahr gemeldet. Die jährliche, auf die westdeutsche Bevölkerung von 1987 standardisierte Inzidenz liegt bei 13,2/100.000; mit anderen Worten, eines von 500 Kindern erkrankt innerhalb dieser Altersspanne.

5.1.1 Hauptdiagnosegruppen und Inzidenz

Die Verteilung der 26.000 Erkrankungsfälle und deren altersstandardisierte und kumulative Erkrankungsdaten sind gemäß den Hauptdiagnosegruppen der ICC (International Classification of Childhood Cancer) in Tabelle 5.2 dargestellt. An Leukämie erkrankt in den ersten 15 Lebensjahren etwa eines von 1.400 Kindern (kumulative Inzidenz 67,9/100.000), eines von ca. 2.500 Kindern erkrankt an einem ZNS-Tumor und eines von etwa 5.000 an einem Lymphom.

Tab. 5.2: Anzahl der gemeldeten Patienten unter 15 Jahren (Deutschland 1980-1998), altersstandardisierte* und kumulative Inzidenz (pro 100.000, Deutschland 1989-1998) nach ICC-Diagnosegruppe, ergänzt um weitere systematisch erfasste Erkrankungen

Diagnosen	Deutschland				Niedersachsen	
	Anzahl der Fälle		Inzidenzrate		Anzahl der Fälle	
	absolut	relativ (%)	alters-standardisiert	kumulativ	absolut	relativ (%)
Leukämien	9176	35,3	4,5	67,9	963	36,5
Lymphome	3263	12,6	1,6	24,8	310	11,8
ZNS-Tumore	4777	18,4	2,5	37,5	406	15,4
Tumore des sympath. Nervensystems	2137	8,2	1,2	17,1	210	8,0
Retinoblastome	604	2,3	0,3	4,2	63	2,4
Nierenzelltumore	1707	6,6	0,9	13,3	200	7,6
Leberzelltumore	265	1,0	0,1	2,0	39	1,5
Knochentumore	1328	5,1	0,6	9,1	126	4,8
Weichteilsarkome	1728	6,6	0,9	13,1	208	7,9
Keimzelltumore	753	2,9	0,4	6,2	90	3,4
Karzinome	237	0,9	0,1	1,7	18	0,7
Andere und nicht spezifizierte Tumore	25	0,1	0	0,2	2	0,1
Alle Malignome	26000	100	13,2	197,2	2635	100
Weitere systematisch dokumentierte Diagnosen						
Langerhans-Zell-Histiozytose	792	-	0,4	5,8	69	-
Myelodysplastisches Syndrom	127	-	0,1	0,8	15	-
Schwere aplastische Anämie	148	-	0,1	1,0	22	-
Benigne / mature Teratome	368	-	0,2	2,7	39	-
Mesoblastisches Nephrom	53	-	0	0,3	3	-

*Standardisierung gemäß der Deutschen Population Zensuserhebung 1987

5.1.2 Die häufigsten Diagnosegruppen und Einzeldiagnosen

Die Tabellen 5.3 und 5.4 zeigen die Diagnoseverteilung der von 1989-1998 gemeldeten Erkrankungsfälle. Die häufigsten Diagnosegruppen sind die Leukämien, die ZNS-Tumore und die Lymphome. Von den Einzeldiagnosen treten am häufigsten die akute lymphoblastische Leukämie, das Neuroblastom, das Astrozytom, das Nephroblastom und das Non-Hodgkin-Lymphom auf.

Die alters- und geschlechtsspezifischen Inzidenzen zeigen, dass in den ersten 5 Lebensjahren die Inzidenz etwa doppelt so hoch ist wie im späteren Kindesalter und dass Jungen häufiger erkranken als Mädchen. Dieser Jungenüberschuss ist in jeder Altersstufe zu beobachten (Geschlechtsverhältnis insgesamt: ein Mädchen zu 1,2 Jungen). Das mediane Alter zum Zeitpunkt der Diagnosestellung liegt bei 5 Jahren 5 Monaten.

5.1.3 Regionalbezogene Analysen

Vom Kinderkrebsregister werden regelmäßig regionalbezogene Auswertungen auf Landes-, Regierungsbezirks-, Landkreis- und Gemeindeebene durchgeführt. Dabei werden die standardisierten Inzidenzverhältnisse (SIR) mit ihren auf der Poisson-Verteilung basierenden Konfidenzintervallen (KI) veröffentlicht. Die SIR berechnet sich aus dem Verhältnis von beobachteter zu erwarteter Fallzahl in dem entsprechenden Gebiet. Dabei wird zur Berechnung der zu erwartenden Fallzahlen die für die Bundesrepublik und den entsprechenden Zeitraum vom Kinderkrebsregister ermittelte Inzidenz zugrunde gelegt und auf die Bevölkerungszahl der jeweiligen Region bezogen. Liegt das KI oberhalb des Wertes 1, kann von einer statistisch auffällig erhöhten Erkrankungsrate gesprochen werden; liegt das KI unterhalb der 1, liegt eine statistisch auffällig erniedrigte Inzidenz vor. Das KI ist um so schmäler, je größer die zugrunde liegende Population ist. Ein 95%-Konfidenzintervall jenseits von 1 bedeutet, dass es sich nur mit 5%iger Wahrscheinlichkeit um eine zufällige Abweichung vom mittleren Wert handelt. Umgekehrt bedeutet dies aber auch, dass im Schnitt ca. 5% aller Regionen auffallend hohe oder niedrige Inzidenzen haben müssen, ohne dass dies von besonderer Bedeutung ist.

Tab. 5.3: Relative Häufigkeit der gemeldeten Patienten nach den häufigsten Diagnosegruppen 1989-1998

Diagnose	Relative Häufigkeit in % für Deutschland	Relative Häufigkeit in % für Niedersachsen
Leukämien	34,5	35,6
ZNS-Tumore	19,1	16,8
Lymphome	12,8	11,9
Tumore des Sympathischen Nervensystems	8,5	8,4
Weichteilsarkome	6,7	7,4
Nierentumore	6,6	7,6
Knochentumore	4,7	3,8
Keimzelltumore	3,1	4,0
Andere Diagnosen	4,0	4,5

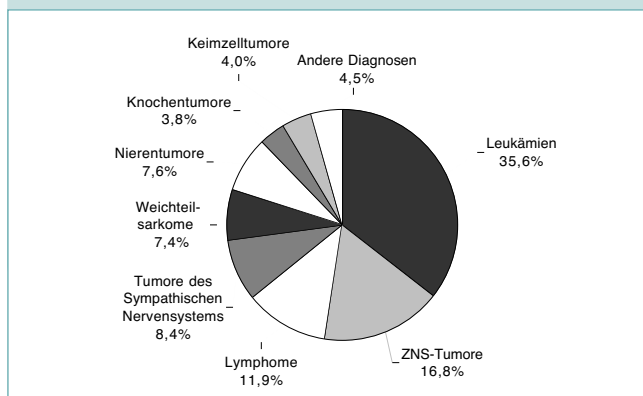
Tab. 5.4: Relative Häufigkeit der gemeldeten Patienten nach den häufigsten Einzeldiagnosen 1989-1998

Diagnose	Relative Häufigkeit in % für Deutschland	Relative Häufigkeit in % für Niedersachsen
Lymphatische Leukämien	28,5	29,3
Neuroblastome	8,3	8,3
Astrozytome	7,7	6,6
Nephroblastome	6,6	7,6
Non-Hodgkin-Lymphome	6,5	6,0
Akute nicht-lymphozytäre Leukämie	5,3	5,6
Primitive Neuroektodermale Tumore	5,1	4,8
Morbus Hodgkin	5,1	5,0
Rhabdomyosarkome	4,1	4,7
Osteosarkome	2,5	2,0
Retinoblastome	2,1	2,2
Ewing-Sarkome	2,0	1,7
Andere Diagnosen	16,2	16,1

Für die routinemäßige Berichterstattung wird grundsätzlich ein 10-Jahreszeitraum zugrunde gelegt, da bei der Seltenheit kindlicher maligner Erkrankungen kurze Beobachtungszeiträume zu besonders instabilen Inzidenzschätzungen führen.

Die altersstandardisierten Inzidenzen für die vier niedersächsischen Regierungsbezirke sind für alle Malignome sowie ausgewählte Diagnosegruppen in den Tabellen 5.5-5.8 dargestellt. Zum Vergleich wurden die nördlichen Bundesländer Schleswig-Holstein, Hamburg und Bremen mit aufgeführt.

Signifikant erhöhte oder erniedrigte Inzidenzen zeigen sich in keiner der Regionen und für keine der dargestellten Diagnosen. Hierbei gibt es eine Ausnahme: Die für die ZNS-Tumoren in den Regierungsbezirken Hannover und Weser-Ems beobachtete, signifikant niedrige Rate (Konfidenzintervall unterhalb des Wertes 1) ist am ehesten durch eine besonders niedrige Erfassungsrate bedingt.

Abb. 5.1: Relative Häufigkeit der gemeldeten Patienten nach den häufigsten Diagnosegruppe (Niedersachsen 1989-1998)

Tab. 5.5: Altersstandardisierte Inzidenzen (pro 100.000), standardisierte Inzidenzverhältnisse (SIR) und 95%-Konfidenzintervalle regional gegliedert für alle Malignome

Bundesländer und Regierungsbezirke	Inzidenzrate	SIR	95%-Konfidenzintervall
Niedersachsen	12,8	0,96	0,91-1,01
– Braunschweig	13,1	0,98	0,88-1,09
– Hannover	12,9	0,97	0,88-1,07
– Lüneburg	13,2	0,99	0,89-1,10
– Weser-Ems	12,2	0,92	0,84-1,00
Schleswig-Holstein	12,9	0,97	0,89-1,05
Hamburg	13,8	1,04	0,92-1,16
Bremen	14,7	1,10	0,93-1,30

Tab. 5.6: Altersstandardisierte Inzidenzen (pro 100.000), standardisierte Inzidenzverhältnisse (SIR) und 95%-Konfidenzintervalle regional gegliedert für kindliche Leukämien

Bundesländer und Regierungsbezirke	Inzidenzrate	SIR	95%-Konfidenzintervall
Niedersachsen	4,5	0,99	0,91-1,07
– Braunschweig	4,5	0,99	0,81-1,18
– Hannover	4,7	1,03	0,87-1,21
– Lüneburg	4,3	0,94	0,77-1,13
– Weser-Ems	4,5	0,99	0,85-1,14
Schleswig-Holstein	4,7	1,02	0,88-1,17
Hamburg	4,2	0,90	0,73-1,11
Bremen	4,7	1,02	0,74-1,37

Tab. 5.7: Altersstandardisierte Inzidenzen (pro 100.000), standardisierte Inzidenzverhältnisse (SIR) und 95%-Konfidenzintervalle regional gegliedert für ZNS-Tumore

Bundesländer und Regierungsbezirke	Inzidenzrate	SIR	95%-Konfidenzintervall
Niedersachsen	2,2	0,85	0,75-0,96
– Braunschweig	2,5	0,96	0,74-1,23
– Hannover	1,8	0,71	0,54-0,92
– Lüneburg	2,7	1,04	0,81-1,32
– Weser-Ems	2,0	0,77	0,61-0,96
Schleswig-Holstein	2,2	0,84	0,68-1,03
Hamburg	2,7	1,07	0,82-1,37
Bremen	2,5	0,99	0,63-1,48

Tab. 5.8: Altersstandardisierte Inzidenzen (pro 100.000), standardisierte Inzidenzverhältnisse (SIR) und 95%-Konfidenzintervalle regional gegliedert für Neuroblastome

Bundesländer und Regierungsbezirke	Inzidenzrate	SIR	95%-Konfidenzintervall
Niedersachsen	1,1	0,95	0,79-1,12
– Braunschweig	1,3	1,14	0,78-1,60
– Hannover	1,1	0,94	0,65-1,31
– Lüneburg	1,2	1,05	0,71-1,49
– Weser-Ems	0,9	0,78	0,55-1,07
Schleswig-Holstein	1,0	0,86	0,62-1,16
Hamburg	2,0	1,71	1,25-2,28
Bremen	1,5	1,28	0,70-2,15

5.1.4 Überlebenszeitanalysen

Die Überlebenszeitanalysen basieren auf insgesamt 19.504 zwischen 1980 und 1998 erkrankten unter 15-jährigen Kindern, von denen Verlaufsdaten vorliegen. Dies sind 75% der insgesamt gemeldeten Patienten. Von diesen sind 5.547 (28,4%) verstorben. Aufgrund der kleinen Fallzahlen und weil Kinder mit hämato-onkologischen Erkrankungen überwiegend in entsprechenden Zentren und nach einheitlichen Therapiekonzepten behandelt werden, erfolgt die Analyse der Überlebenszeit gemäß den Tumorentitäten ohne regionale Gliederung. Die Tabelle 5.9 zeigt die nach dem Verfahren von Kaplan-Meier ermittelten 3-, 5- und 10-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeiten für die wichtigsten Diagnosen.

Die 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit für die malignen Erkrankungen insgesamt beträgt 69%, die Wahrscheinlichkeit, noch 10 Jahre nach Diagnosestellung zu leben, 65%. Kinder mit Leukämien und Lymphomen haben dabei eine signifikant höhere Überlebenswahrscheinlichkeit als Kinder mit anderen malignen Erkrankungen. Die beste Prognose ist für das Retinoblastom, den Morbus Hodgkin und das Nephroblastom mit einer 10-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit von jeweils mindestens 85% zu verzeichnen.

blastom, den Morbus Hodgkin und das Nephroblastom mit einer 10-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit von jeweils mindestens 85% zu verzeichnen.

5.1.5 Hilfe und Unterstützung

Regionale Selbsthilfegruppen für Eltern/Familien mit einem an Krebs erkrankten Kind können beim Selbsthilfe-Büro Niedersachsen erfragt werden.

Leicht verständliche Informationen zu Krebs im Kindesalter allgemein oder zu bestimmten Krebserkrankungen liefern „Die blauen Ratgeber“ der Deutschen Krebshilfe, die oft auch in Kinderarztpraxen und bei den Krankenkassen ausliegen. Benutzerinnen und Benutzer des Internets können die Hefte unter der Adresse „<http://www.krebshilfe.de>“ aufrufen und lesen bzw. bestellen.

Über die Deutsche Krebshilfe können neben Selbsthilfegruppen auch die Adressen von Kinderkliniken und Kliniken für die Durchführung von Nachsorgekuren erfragt werden.

Tab. 5.9: 3-, 5- und 10-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit (Kaplan-Meier Schätzer) für die häufigsten Diagnosen (Deutschland 1980-1998)

Diagnose	Anzahl der Fälle absolut	Überlebenswahrscheinlichkeit (%)		
		3 Jahre	5 Jahre	10 Jahre
Retinoblastome	401	97	97	95
Morbus Hodgkin	1010	95	92	91
Nephroblastome	1350	87	86	85
Keimzelltumore	422	84	81	79
Non-Hodgkin-Lymphome	1187	78	76	74
Astrocytome	1227	74	73	70
Lymphatische Leukämie	5693	80	74	69
Osteosarkome	556	72	64	59
Rhabdomyosarkome	796	68	62	59
Neuroblastome	1961	65	61	58
Ewingsarkome	410	69	60	55
Primitive Neuroektodermale Tumore	997	58	52	45
Akute Nicht-Lymphatische Leukämie	1094	41	37	35
Alle Malignome	19504	74	69	65

Kontaktadressen:

Deutsches Kinderkrebsregister
Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation
Universitätsklinikum Mainz
D-55101 Mainz
E-Mail: kinderkrebsregister@imsd.uni-mainz.de
Homepage: www.kinderkrebsregister.de

Selbsthilfe-Büro Niedersachsen
Bödeckerstr. 85, D-30161 Hannover
Tel.: (0511) 391928
E-Mail: selbsthilfe-buero-nds@gmx.de

DLFH Dachverband und Deutsche Kinderkrebsstiftung
Joachimstr. 20
53113 Bonn
Tel.: (0228) 9139430
E-Mail: DLFHBonn@t-online.de oder
info@kinderkrebsstiftung.de

Deutsche Krebshilfe e.V.
Thomas-Mann-Str. 40, D-53111 Bonn
Postfach 1467, D-53004-Bonn
Tel.: 0228/2990-0
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
Internet: <http://www.krebshilfe.de>

AutorIn:

Dr. Elke Bruns-Philipps, Nds. Landesgesundheitsamt
Dr. Peter Kaatsch, Kinderkrebsregister Mainz

5.2 Modellprojekt Neuroblastom-Früherkennung in Niedersachsen

Das Neuroblastom ist mit einer kumulativen Inzidenz von 15 pro 100.000 nach den Leukämien die zweithäufigste Einzel-diagnose einer Tumorerkrankung bei Kindern unter 15 Jahren. Die Tumoren bilden sich aus Zellen der Neuralleiste und damit aus sympathischem Nervengewebe. Als häufigste Primärlokalisation ist das Nebennierenmark betroffen. Fortgeschrittene Stadien des Neuroblastoms mit Metastasierungen in Lymphknoten, Knochen, Leber, Haut und andere Organe zeigen trotz intensiver Therapiebemühungen noch immer unbefriedigende Prognosen. Gemeinsam mit der Beobachtung, dass die Überlebenswahrscheinlichkeit durch ein junges Alter bei Diagnose und eine lokalisierte Ausbreitung günstig beeinflusst wird, erschien daher eine Früherkennung des Neuroblastoms äußerst lohnenswert, zumal mit der Analyse von Katecholaminmetaboliten (Vanillinmandelsäure und Homovanillinsäure) im Spon-tanurin ein praktikabler Test zur Verfügung steht.

Im Frühjahr 2001 wurde planungsgemäß die aktive Unter-suchungsphase des bundesweiten Modellprojekts der Neuro-blastom-Früherkennung abgeschlossen. Die Studie war nach technisch erfolgreicher Pilotphase 1995 mit dem Ziel begonnen worden, den medizinischen Nutzen eines bevölkerungsbezo-genen Screenings für das Neuroblastom zu prüfen. In anderen Staaten liegen bereits Erfahrungen mit Früherkennungspro-grammen für das Neuroblastom vor. Die bundesdeutsche Studie hatte dabei insbesondere die Erkenntnis zu berück-sichtigen, dass ein Screening bei Kindern vor Vollendung des ersten Lebensjahres zu einer erheblichen Überdiagnose offen-bar spontan rückbildungsfähiger Neuroblastome führen kann, ohne das Auftreten fortgeschrittener Stadien zu reduzieren. Der Test war daher in Deutschland im Rahmen der kinderärzt-lichen U6 mit einem Altersfenster von 10 bis 18 Lebensmo-naten angeboten worden. Zur Messung des Screeningeffekts wurde die in die Früherkennung einbezogene Population einer Kohorte ohne Testmöglichkeit gegenübergestellt, die Auftei-lung erfolgte dabei nach Zugehörigkeit zu einem Bundesland. Sechs Bundesländer, darunter Niedersachsen, bildeten mit einer Kohortengröße von über 2,5 Mio. Kindern das Screeningge-biet, dem die übrigen Länder mit einer Kontrollgruppe von ca. 2,1 Mio. Kindern gegenüberstanden. Zentrale Beurteilungskriterien des Screeningeffekts waren die Inzidenz der fortge-schrittenen Stadien und die Sterblichkeit am Neuroblastom.

5.2.1 Ergebnisse in Niedersachsen

Während der 6 Jahre dauernden Studienphase beteiligten sich seit Frühjahr 1995 knapp 300.000 Kinder aus Niedersachsen an der Neuroblastom-Früherkennung. Die Beteiligung am Test lag im Mittel bei ca. 63% und entspricht damit der durchschnitt-lichen Beteiligung im gesamten Screeninggebiet. Bei etwa jedem 1000sten Kind wurde aufgrund der Messergebnisse eine klinische Abklärung durchgeführt; dabei konnten für den Bereich Niedersachsen bei 27 Kindern Neuroblastome dia-gnostiziert werden. Der Anteil stark metastasierter Stadien bei der Diagnose betrug bei diesen durch das Screening ent-deckten Fällen ca. 10%. Weitere 13 Kinder aus Niedersachsen, die im Test normale Werte aufgewiesen hatten, erkrankten noch im Verlauf der Studie oder im Anschluss an einem Neuroblastom. Bei diesen Kindern wiesen 61% ein metasta-siertes Stadium auf.

Während des Screenings kam es zu einem deutlichen Inzidenz-anstieg von Neuroblastomen. Der Vergleich zwischen Studien-gebiet (14,2 Fälle pro 100.000 Kinder) und Kontrollgebiet (7,2 Fälle pro 100.000 Kinder) ergab eine Überdiagnose von 7 pro 100.000 Kindern. Ein Inzidenzanstieg zu Beginn eines jeden Screeningprogramms ist zu erwarten; dabei handelt es sich um die Fälle, die durch das Screening früher entdeckt werden. Dieser Vorzieheffekt muss sich jedoch nach dem Anlaufen der Screeningmaßnahme wieder nivellieren (die Dauer dieses Zeitabschnitts ist abhängig von der lead time der Tumorart), beim Neuroblastomscreening war dies jedoch nicht zu beobachten. Daraus kann gefolgert werden, dass ein beträchtlicher Anteil der durch das Screening entdeckten Neuroblastome niemals klinisch auffällig geworden und damit auch nicht behandlungsbedürftig gewesen wäre. Die Fest-stellung dieser biologischen Eigenart von Neuroblastomen zu spontanen Rückbildungen ist ein wertvolles Resultat der Studie. Eine Verminderung der Inzidenz von Spätstadien (3,7/100.000 im Screeninggebiet^s vs. 3,7/100.000 im Kontroll-gebiet^k) konnte ebenso wenig verzeichnet werden wie eine Senkung der Mortalität für das Neuroblastom (1,2/100.000^s vs. 1,1/100.000^k). Angesichts dieser Studienresultate ist eine bundesweite Etablierung des Neuroblastomtests als reguläre und von den Krankenkassen getragene Früherkennungsmaß-nahme als wenig wahrscheinlich einzustufen.

Autor:
Dr. Ulrich Zorn, Nds. Landesgesundheitsamt

6. Infektionskrankheiten im Kindesalter

Infektionskrankheiten sind die häufigsten Erkrankungen im Kindesalter. Hierunter spielen Erkrankungen der Atemwege und des Magen-Darm-Trakts zahlenmäßig die größte Rolle. Die meisten klassischen Infektionen im Kindes- und Jugendalter (fälschlicherweise Kinderkrankheiten genannt) sind durch Schutzimpfungen zu vermeiden. Im Rahmen der Gesundheits-

berichterstattung wird die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen meist unter dem Kapitel „Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen“ beschrieben. Im vorliegenden Bericht wird von dieser Trennung abgesehen und die Zahlen werden im Sinne der Prävention der aufgeführten Infektionskrankheit dargestellt.

6.1 Krankenhausdiagnosestatistik

Tab. 6.1: Krankenhausdiagnosestatistik Niedersachsen, 1999: Die sechs häufigsten Diagnosegruppen in der Altersgruppe unter 1 Jahr nach Behandlungsfällen (einschließlich Stundenfälle)

Diagnosegruppe	Anzahl der Fälle	Anteil an allen Fällen
1. Bestimmte Affektionen mit Ursprung i.d. Perinatalzeit	10294	33,6%
2. Kongenitale Anomalien	2627	8,6%
3. Akute Infektionen der Atmungsorgane	1899	6,2%
4. Symptome	2070	6,8%
5. Infektiöse Krankheiten des Verdauungssystems	1821	6,0%
6. Pneumonie (Lungenentzündung) und Grippe	1576	5,2%

Quelle NLS; eigene Berechnungen

Tab. 6.2: Krankenhausdiagnosestatistik Niedersachsen, 1999: Die sechs häufigsten Diagnosegruppen in der Altersgruppe 1 bis unter 5 Jahre nach Behandlungsfällen (einschließlich Stundenfälle)

Diagnosegruppe	Anzahl der Fälle	Anteil an allen Fällen
1. Sonstige Erkrankungen der oberen Luftwege	9025	20,6%
2. Symptome	3575	8,2%
3. Infektiöse Krankheiten des Verdauungssystems	2913	6,6%
4. Akute Infektionen der Atmungsorgane	2535	5,8%
5. Pneumonie (Lungenentzündung) und Grippe	2500	5,7%
6. Intrakranielle Verletzungen, ausg. Schädelbruch	2290	5,2%

Quelle NLS; eigene Berechnungen

Zahlen zu Infektionskrankheiten sind vor allem durch die im Zusammenhang mit der gesetzlichen Meldepflicht erstellten Statistiken zu erhalten. Allerdings ist der Katalog der meldepflichtigen Krankheiten und Erreger nicht vollständig. Werden die Erreger der infektiösen Gastroenteritis gut abgedeckt, so sind Erreger, die Infektionen der Atmungsorgane betreffen, bis auf wenige Ausnahmen nicht dem Gesundheitsamt zu melden. Aus diesem Grund ist an dieser Stelle die Krankenhausdiagnosestatistik als zusätzliche Informationsquelle angeführt.

Sowohl im Alter unter 1 Jahr als auch in der Gruppe der 1 bis unter 5-jährigen gehören die Gruppen der akuten Infektionen der Atmungsorgane zu den häufigsten im Krankenhaus behandelten Erkrankungen. Fasst man die Gruppe „akute Infektionen der Atmungsorgane“ und „Pneumonien“ zusammen, so belaufen sich in beiden Altersgruppen über 10% aller Behandlungsfälle auf diese Erkrankungsform.

6.2 Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Bereits nach Bundesseuchengesetz (BSeuchG) unterlagen einige Infektionskrankheiten der Meldepflicht gegenüber dem örtlichen Gesundheitsamt. Mit In-Kraft-Treten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) seit 1.1.2001 wurde die Liste der zu meldenden Krankheiten und Krankheitserreger aktualisiert.

Die Meldepflicht bestimmter übertragbarer Krankheiten dient in erster Linie dazu, den Gesundheitsämtern möglichst frühzeitig Informationen zur Bekämpfung akuter Gefahren zu liefern. In Abhängigkeit von der zu Grunde liegenden Erkrankung können mit Hilfe dieser Informationen die Behörden entsprechende Maßnahmen einleiten, um die Verbreitung zu verhindern. Die Meldepflicht ist damit ein wichtiges Instrument der Prävention übertragbarer Krankheiten.

Die Infektionsepidemiologie ist ein wesentliches Element, Kenntnisse über das Vorkommen übertragbarer Krankheiten zu erhalten und damit übergeordnete Präventionsstrategien entwickeln zu können. Hierbei ist es von Vorteil, wenn die Erkenntnisse möglichst zeitnah zur Verfügung gestellt werden können. Aus diesem Grund wurde das Instrument der Infektionsepidemiologie im IfSG neu gestaltet. Die dem Gesundheitsamt gemeldeten Krankheiten werden dort elektronisch erfasst und nach bestimmten Kriterien in anonymisierter Form den Landesgesundheitsbehörden und von dort dem Robert Koch-Institut als Bundesbehörde wöchentlich übermittelt. In Niedersachsen ist die hierfür zuständige Behörde das Niedersächsische Landesgesundheitsamt. Im folgenden werden die wesentlichen Daten des Jahres 2001 dargestellt (Stand 40. Kalenderwoche 2001).

Durch die Änderungen der gesetzlichen Vorgaben, nach welchen Kriterien eine Erkrankung oder ein Erregernachweis gemeldet und welche Informationen vom Gesundheitsamt weitergeleitet werden müssen, können die Zahlen nicht ohne weiteres mit den historischen Daten nach Bundesseuchengesetz verglichen werden. Auch hinsichtlich der Datenqualität muss berücksichtigt werden, dass die Statistik erst seit Anfang des Jahres in dieser Weise durchgeführt wird. Die ersten Daten sind an dieser Stelle dennoch veröffentlicht, da deutlich wird, welche Möglichkeiten sich durch eine solche Surveillance bieten und die grundsätzlichen Aussagen durch die Zahlen unterstützt werden.

6.2.1 Infektiöse Gastroenteritis

6.2.1.1 Grundlagen

Zahlreiche Erreger können Gastroenteritiden mit akutem Erbrechen und/oder Durchfall auslösen. Der Mechanismus, durch den die Symptome ausgelöst werden, unterscheidet sich je nach Erreger. Im Säuglings- und Kleinkindesalter können infektiöse Gastroenteritiden rasch zu einem bedrohlichen Flüssigkeitsdefizit führen und eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich machen.

6.2.1.2 Zahlen aus Niedersachsen

Aus Abb. 6.1 wird deutlich, dass die Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zahlenmäßig die größte Rolle spielen. In allen Altersgruppen, aber vor allem bei den unter 6-Jährigen, sind es in erster Linie die infektiösen Gastroenteritiden, die für die hohe Anzahl der Meldungen verantwortlich sind. Im Laufe der ersten Lebensjahre wandelt sich das Erregerspektrum deutlich (Abb. 6.2). Sind es zunächst vor allem Rotaviren, die eine infektiöse Gastroenteritis auslösen, so spielen diese Erreger mit zunehmendem Alter eine untergeordnete Rolle. Bereits im Alter über 6 Jahre werden am häufigsten Salmonellen beobachtet, gefolgt von Erkrankungen, die durch Campylobacter- und Yersinien-Infektionen verursacht werden.

6.2.1.3 Übertragung

Je nach Erreger können im wesentlichen zwei bedeutende Übertragungsmechanismen eine Rolle spielen.

1. Lebensmittel: Einige Erreger werden durch Lebensmittel übertragen. Entweder weil die Erreger primär im Tierreich vorkommen, oder weil sie von erkrankten Personen in die Lebensmittel eingebracht werden können.
2. Schmierinfektion: Im Falle einer Erkrankung werden Erreger über den Stuhl oder das Erbrochene ausgeschieden. Bei Kontakt können sie dann aufgenommen werden und eine Erkrankung auslösen.

Eine weitere Übertragungsart ist möglich, aber sicher eine Seltenheit. So wird z. B. für Norwalk-like Viren eine aerogene Übertragung durch Bildung virushaltiger Aerosole während des Erbrechens angenommen.

6.2.1.4 Prävention

Bereits aus den Übertragungsmöglichkeiten werden die präventiven Maßnahmen ersichtlich. So unterstehen im Lebensmittelgewerbe tätige Personen besonderen Bestimmungen, nach denen sie sich regelmäßig über Hygiene fortbilden müssen und im Erkrankungsfall oder im Falle der Ausscheidung von Krankheitserregern Tätigkeitseinschränkungen unterliegen. Außerdem unterliegen einige Lebensmittel (z. B. Eier) bestimmten Hygiene-Verordnungen. Eine zweite wesentliche Zielgruppe sind Kinder unter 6 Jahren, die in Gemeinschaftseinrichtungen betreut werden (z. B. Kindertagesstätten, Schulen, Heime, Ferienlager o. ä.). Diese Personen dürfen im Falle eines Verdachtes oder einer Erkrankung die Einrichtung nicht besuchen. Ältere Kinder und Jugendliche können in aller Regel Hygienevorschriften beachten, so dass sie nicht unter die Regelung fallen. Nach wie vor sind infektiöse Gastroenteritiden dem Gesundheitsamt zu melden, wenn die Person im Lebensmittelgewerbe beschäftigt ist oder eine Häufung von Erkrankungsfällen beobachtet wird. Außerdem sind zahlreiche Erreger der infektiösen Gastroenteritis direkt bei Nachweis in Laboratorien dem Gesundheitsamt zu melden. Mit diesem Instrument hat das Gesundheitsamt die Möglichkeit, betroffene Patienten über Hygienemaßnahmen zu informieren bzw. zu überprüfen, ob die Hygienemaßnahmen eingehalten werden oder ob Personen in der Umgebung möglicherweise die Erkrankung übertragen.

6.2.2 Infektionen durch enterohämorrhagische Escherichia coli (EHEC)

6.2.2.1 Grundlagen

Infektionen durch enterohämorrhagische Escherichia coli (EHEC) sind zum ersten Mal Anfang der achtziger Jahre beschrieben worden. Die Erreger können eine infektiöse Gastroenteritis auslösen. Im Kindes- und Jugendalter spielen jedoch Infektionen mit diesem Erreger eine besondere Rolle, da in diesem Alter – ebenso wie bei alten und abwehrgeschwächten Personen – schwerwiegende Komplikationen auftreten können. Diese sind zum einen schwere Verlaufsformen, wie starke Leibschmerzen, blutige Durchfälle oft verbunden mit Fieber (sog. hämorrhagische Kolitis) sowie die gefürchtete Komplikation des hämolytisch-urämischen Syndroms (HUS) oder der thrombotisch-thrombozytischen Purpura (TTP). Beide Symptomenkomplexe sind gekennzeichnet von Zerstörung der roten Blutkörperchen (hämolytische Anämie) und Störung des Gerinnungssystems. Im Falle des HUS tritt – in unterschiedlichem Ausmaß – Nierenversagen auf, bei der TTP stehen neurologische Symptome wie Verwirrtheit, Lähmungserscheinungen oder Krampfanfälle im Vordergrund. Die Letalität bei HUS und TTP ist besonders im Kindesalter hoch, oft kommt es zum akuten Nierenversagen mit Dialysepflicht, seltener zum irreversiblen Nierenfunktionsverlust mit chronischer Dialyse.

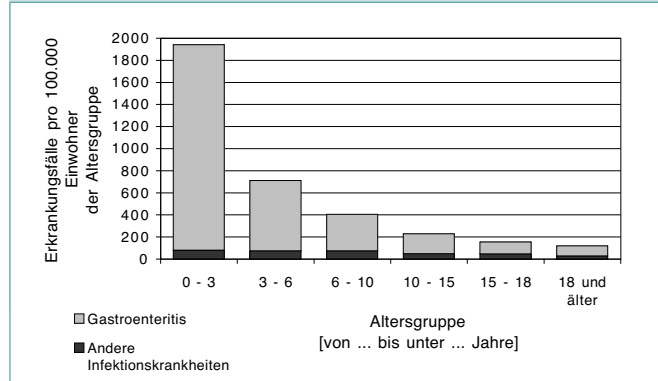
6.2.2.2 Zahlen aus Niedersachsen

EHEC-Infektionen waren bereits nach dem BSeuchG meldepflichtig, wenn sie eine infektiöse Gastroenteritis auslösten. Im Jahr 1998 war bundesweit eine Verordnung in Kraft getreten, nach der das hämolytisch-urämische Syndrom sowie EHEC-Infektionen in den Katalog der meldepflichtigen Erkrankungen aufgenommen wurden. Bereits seit 1997 wurden zusätzlich am NLGA Erhebungen zu EHEC-Infektionen durchgeführt. Diese stützten sich zum einen auf eigene Laboruntersuchungen, zum anderen auf eine Erhebung des Robert Koch-Instituts in Zusammenarbeit mit den kommunalen Gesundheitsämtern, bei der zusätzliche Angaben zur Symptomatik abgefragt wurden. Ausgelöst war diese systematische Erhebung durch eine Krankheitshäufung im Großraum Hannover. Unter fünf Kindern, die mit wässrigen, auch blutigen Diarrhöen stationär behandelt werden mussten, hatte sich auch ein zehn Monate alter Säugling befunden, der noch am Aufnahmetag ein schwerst verlaufendes HUS entwickelte und intensivmedizinisch betreut werden musste.

Abb. 6.3 zeigt Ergebnisse der Erhebung der Jahre 1995-1999. Die Daten aus 1995 und 1996 wurden retrospektiv durch eine Umfrage bei den Gesundheitsämtern erhoben. Auch nach IfSG ist sowohl das HUS als auch der Nachweis einer EHEC-Infektion meldepflichtig.

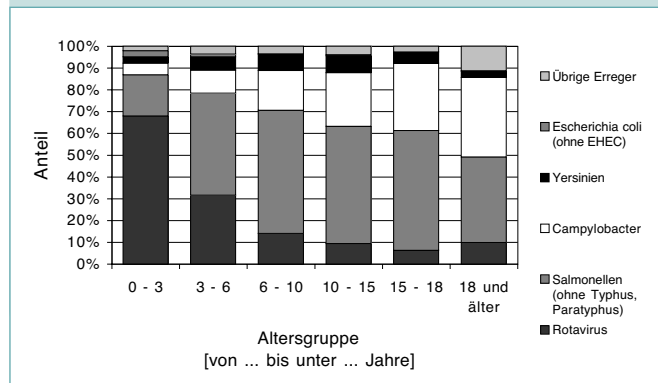
Tabelle 6.3 zeigt eine Aufstellung der in Niedersachsen dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt übermittelten Fälle von EHEC-Infektionen der ersten 40 Kalenderwochen des Jahres 2001 nach IfSG. Die Zahlen bestätigen die Aussagen, dass vor allem Kinder von diesen Infektionen betroffen sind und auch Komplikationen in dieser Altersstufe nicht selten sind. Todesfälle wurden bislang in 2001 nicht übermittelt.

Abb. 6.1: Dem NLGA übermittelte Fälle übertragbarer Krankheiten nach Vorgaben des IfSG; Darstellung der altersspezifischen Inzidenz; Niedersachsen, 1.-40. Kalenderwoche 2001



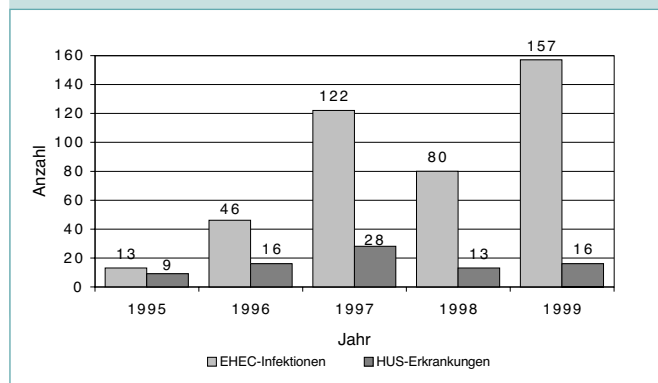
Quelle: NLGA

Abb. 6.2: Dem NLGA übermittelte Fälle infektiöser Gastroenteritiden nach Vorgaben des IfSG; Verteilung der häufigsten Erreger je Altersgruppe; Niedersachsen, 1.-40. Kalenderwoche 2001



Quelle: NLGA

Abb. 6.3: Anzahl der erfassten EHEC-Infektionen und HUS-Erkrankungen in Niedersachsen, 1995-1999 (1995, 1996 retrospektiv)



Quelle: NLGA

6.2.2.3 Übertragungsmöglichkeit

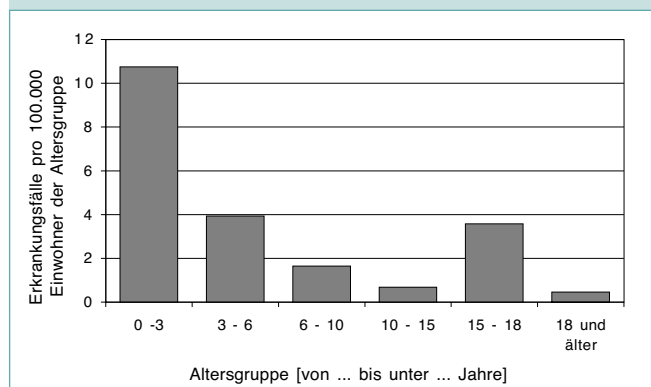
Als Hauptreservoir werden vor allem Wiederkäuer (Rinder, Schafe, Ziegen und auch Rehe und Hirsche) angesehen. In den USA ist Rinderhackfleisch das am häufigsten identifizierte Lebensmittel. Aber auch Salami, Mettwurst, Rohmilch, nicht pasteurisierter Apfelsaft und Sprossen haben mikrobiologische Bestätigung gefunden. In erster Linie sind ungegarte oder unzureichend erhitzte tierische Lebensmittel für eine Übertragung verantwortlich zu machen. Von Bedeutung sind ebenfalls Infektketten von Mensch zu Mensch, daraus ergibt sich eine Bedeutung für Gemeinschaftseinrichtungen (z. B. Kindergärten). Auch direkte Tier-Mensch-Kontakte sind als Übertragungswege möglich, beispielsweise in „Streichelzoos“ oder bei Besuchen landwirtschaftlicher Betriebe. Eine Übertragung kann auch durch Aufnahme von kontaminiertem Bade- und Trinkwasser erfolgen.

Tab. 6.3: Dem NLGA nach IfSG übermittelte EHEC-Infektionen in Niedersachsen, 1.-40. Kalenderwoche 2001

	Altergruppe	
	0 bis unter 6 Jahre	6 Jahre und mehr
EHEC Infektionen	73	34
darunter mit HUS (hämolytisch urämischem Syndrom)	8	1
TTP (Thrombotisch-thrombozytopenischer Purpura)	1	0

Quelle: NLGA

Abb. 6.4: Dem NLGA übermittelte Fälle von Meningokokken-Infektionen nach Vorgaben des IfSG; Darstellung der altersspezifischen Inzidenz; Niedersachsen, 1.- 40. Kalenderwoche 2001



Quelle: NLGA

6.2.2.4 Prävention

Wesentliche präventive Maßnahmen bestehen in der strikten Einhaltung von Hygienevorschriften bei Gewinnung, Verarbeitung, Lagerung, Transport und Verkauf von Lebensmitteln. Rohe Lebensmittel tierischer Herkunft und andere leicht verderbliche Lebensmittel (z. B. Fleisch, Mettwurst, Wurstaufschnitt, Milch und Milcherzeugnisse, Feinkostsalate) sollten stets bei Kühlschranktemperatur gelagert werden. Milch sollte nicht in rohem Zustand, sondern nur nach Wärmebehandlung verzehrt werden (Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung ist es daher untersagt, rohe oder nicht ausreichend erhitzte Milch an Verbraucher abzugeben). Insbesondere Kinder aber auch ältere Menschen sollten Lebensmittel tierischer Herkunft grundsätzlich nur durchgegart oder nach Anwendung eines anderen Bakterien abtötenden Verfahrens zu sich nehmen. Auf den Genuss von Lebensmitteln tierischer Herkunft, die weder bei der Herstellung noch vor dem Verzehr erhitzt oder einem anderen Bakterien abtötenden Verfahren unterzogen werden können, z. B. frische Mettwurst oder Rohmilchkäse, sollten diese Personen (auch wegen der Möglichkeit anderer bakterieller Kontaminanten) verzichten. Kleinkinder sollten beim Besuch von „Streichelzoos“ oder Bauernhöfen nur unter Aufsicht Erwachsener Kontakt zu Tieren haben und anschließend immer gründlich die Hände waschen.

6.2.3 Erkrankungen durch Meningokokken

6.2.3.1 Grundlagen

Erkrankungen durch Meningokokken (*Neisseria meningitidis*) lösen eine schwere Hirnhautentzündung (Meningitis) aus; diese Infektion kann in allen Alterstufen auftreten, es sind jedoch vor allem Säuglinge, Kinder und Jugendliche davon betroffen. Etwa die Hälfte der Erkrankungen tritt im Alter bis zu fünf Jahren auf. Die Inzidenz im Jugendalter liegt noch um das Zwei- bis Dreifache über der Gesamtinzidenz. Meningokokken-Erkrankungen verlaufen in etwa der Hälfte der Fälle als eitrige Meningitis. Etwa in einem Viertel der Fälle ist der Verlauf durch eine Sepsis gekennzeichnet, die bei 10-15% der Erkrankungen als eine besonders schwere Form des septischen Schocks, als Waterhouse-Friderichsen-Syndrom, auftreten kann, das durch eine sehr hohe Letalität gekennzeichnet ist.

6.2.3.2 Zahlen aus Niedersachsen

In den Jahren 1993-1999 wurden nach BSeuchG in Niedersachsen jährlich zwischen 48 und 84 Fälle von Meningokokken-Meningitiden gemeldet. Im Jahr 2000 waren es 69 Erkrankungsfälle, davon 5 mit Todesfolge. Auch nach IfSG sind Meningokokken-Erkrankungen meldepflichtig, wobei im Gegensatz zum BSeuchG die Meningokokken-Sepsis ausdrücklich erwähnt wird. Ebenso sind Labore zur Meldung verpflichtet, wenn sie den Erreger *Neisseria meningitidis* nachweisen und dieser Nachweis auf eine akute Infektion hindeutet.

Erste Auswertungen der übermittelten Fälle auf Landesebene (1.-40. Kalenderwoche 2001) zeigen folgendes Bild: In diesem Zeitraum wurden dem NLGA 82 Fälle von Infektionen mit

Tab. 6.4: Dem NLGA übermittelte Fälle von Meningokokken-Infektionen nach Vorgaben des IfSG; Angabe von Komplikationen in der jeweiligen Altersgruppe; Niedersachsen, 1.- 40. Kalenderwoche 2001.

Altersgruppe [von ... bis unter ... Jahre]	Anzahl der Infektionen	darunter mit Waterhouse- Friderichsen-Syndrom	darunter verstorben
0 – 3	27	4	4
3 – 6	10	3	
6 – 10	6		
10 – 15	3		
15 – 18	10	1	1
18 und älter	26	3	4
Gesamtergebnis	82	11	9

Quelle: NLGA

Meningokokken übermittelt. Abb. 6.4. zeigt die altersspezifische Inzidenz der übermittelten Fälle. Die Abbildung bestätigt die bekannte Altersverteilung. Auch die beschriebene höhere Inzidenz im Jugendalter lässt sich in diesem Jahr beobachten. Die übermittelten Daten enthalten auch Angaben zur speziellen Diagnose wie das beschriebene Waterhouse-Friderichsen-Syndrom und ob die betroffene Person im Verlauf verstorben ist. Diese Daten sind in Tabelle 6.4 zusammengestellt. Bezogen auf die Anzahl der Infektionen weist die Komplikationsrate in den einzelnen Altersgruppen keine größeren Unterschiede auf.

6.2.3.3 Übertragungsmöglichkeit

Der Mensch ist der einzige Wirt von *Neisseria meningitidis*. Die Übertragung erfolgt durch Tröpfcheninfektion. Da die Keime gewöhnlich außerhalb des Körpers rasch absterben, ist für eine Infektion ein enger Kontakt mit Übertragung von Sekreten des Mund-Nasen-Rachenraumes von einem Keimträger oder einem Erkrankten erforderlich. Ein Zusammentreffen von Menschen ohne engen Kontakt – z. B. in Toiletten und Schwimmbecken – führt in der Regel nicht zu einer Ansteckung.

Die Inkubationszeit (Intervall zwischen Zeitpunkt der Infektion und Ausbruch der Erkrankung) beträgt in der Regel 3 bis 4 Tage und kann in einem Bereich zwischen 2 und 10 Tagen liegen. Bereits in diesem Zeitraum besteht die Möglichkeit einer Ansteckung. Mit dieser Ansteckungsfähigkeit ist 24 Stunden nach Einsatz einer erfolgreichen Therapie oder Chemoprophylaxe nicht mehr zu rechnen.

6.2.3.4 Prävention

Es existieren unterschiedliche „Typen“, sogenannte Serotypen, von *Neisseria meningitidis*. Vorhandene Impfstoffe schützen nur gegen einzelne Serotypen. In Deutschland findet man überwiegend Erreger der Serogruppe B (ca. 71%), gegen die keine Impfstoffe existieren. Impfungen gegen andere Serotypen werden dann empfohlen, wenn Reisen in Endemiegebiete mit entsprechendem Erregerspektrum bei erhöhter Ansteckungsgefahr geplant werden (z. B. Pilgerreise nach Mekka). Bei Verdacht auf eine Meningokokken-Erkrankung muss eine sofortige Krankenhauseinweisung veranlasst werden. Patienten müssen bis zu 24 Stunden nach Beginn

einer spezifischen Therapie einzeln untergebracht werden. Nach IfSG dürfen betroffene Personen sowie Angehörige, die in derselben Wohngemeinschaft wohnen, weder Räume von Gemeinschaftseinrichtungen betreten noch an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung teilnehmen. Enge Kontaktpersonen haben ein erhöhtes Risiko, an einer Meningokokken-Infektion zu erkranken. Kontaktpersonen sollten über Frühsymptome (Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerzen) informiert werden, bei denen unbedingt ein Arzt konsultiert werden muss.

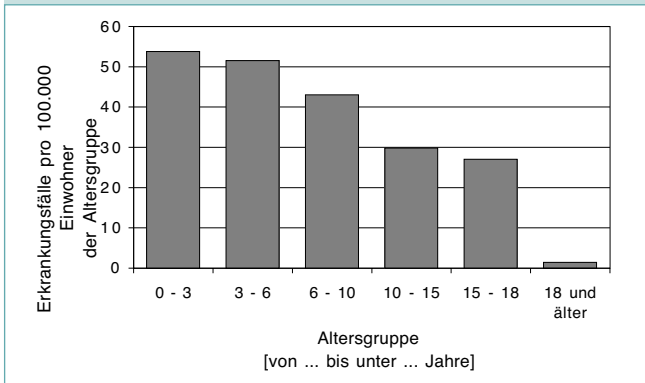
Enge Kontaktpersonen sind:

- alle Haushaltsmitglieder,
- Personen, bei denen der begründete Verdacht besteht, dass sie mit oropharyngealen Sekreten des Patienten in Berührung gekommen sind, z. B. Intimpartner, enge Freunde, evtl. Banknachbarn in der Schule, medizinisches Personal, z. B. bei Mund-zu-Mund-Beatmung, Intubation und Absaugen des Patienten ohne Mundschutz,
- Kontaktpersonen in Kindertageseinrichtungen mit Kindern unter 6 Jahren – bei guter Gruppentrennung nur die betroffene Gruppe,
- enge Kontaktpersonen in sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen, z. B. Internaten, Kasernen.

Bei den angeführten Kontaktpersonen wird eine Chemoprophylaxe empfohlen. Die Chemoprophylaxe muss schnellstmöglich durchgeführt werden. Sinnvoll ist eine solche Maßnahme bis 10 Tage nach dem letzten Kontakt zu einem Erkrankten.

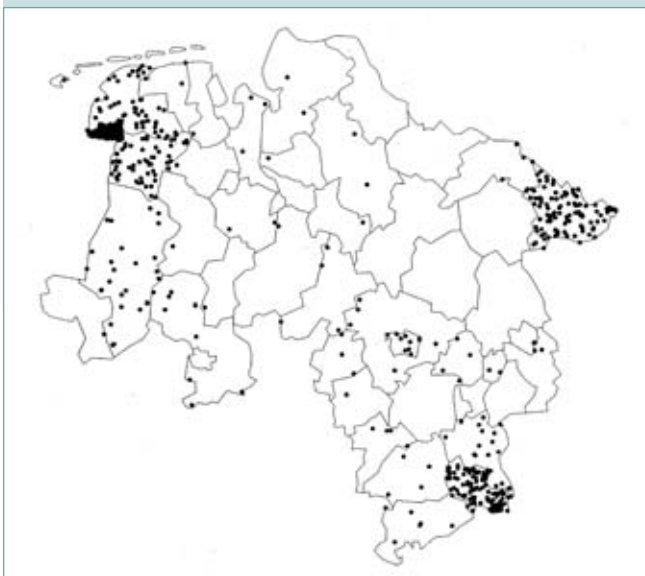
Die Gesundheitsämter sind im Falle einer Erkrankung immer wieder vor die Herausforderung gestellt, wirksame, rasche und konsequente Maßnahmen zur Verhütung von Neuerkrankungen einzuleiten und dabei überzogene Maßnahmen zu vermeiden. Durch den möglichen ernsthaften Verlauf der Erkrankung spielt die Öffentlichkeitsarbeit eine wichtige Rolle. In jedem Fall ist es wichtig – und gesetzlich vorgeschrieben –, die Gesundheitsämter unverzüglich über einen möglichen Erkrankungsfall zu unterrichten.

Abb. 6.5: Dem NLGA übermittelte Fälle von Masern-Infektionen nach Vorgaben des IfSG; Darstellung der altersspezifischen Inzidenz; Niedersachsen, 1.- 40. Kalenderwoche 2001



Quelle: NLGA

Abb. 6.6: Dem NLGA übermittelte Fälle von Masern-Infektionen nach Vorgaben des IfSG; Auftritt der Fälle nach Landkreisen (die Verteilung der Punkte innerhalb der Landkreisgrenzen erfolgt zufällig); Niedersachsen, 1.- 40. Kalenderwoche 2001



Quelle: NLGA

6.2.4 Masern-Erkrankungen

6.2.4.1 Grundlagen

Die Masern-Erkrankung ist eine hochansteckende Viruserkrankung. Nichtgeimpfte erkranken im Falle eines Kontaktes zu 95-100%. Die Erkrankung verläuft in zwei Phasen. Zunächst werden Erkrankungen der oberen Luftwege sowie Bindehautentzündung der Augen in Verbindung mit Fieber beobachtet. Nach einem Intervall von 3-7 Tage tritt dann der typische Hautausschlag auf, der 4-7 Tage anhält. Gefürchtet sind Komplikationen wie Mittelohrentzündung, Bronchitis oder Lungenentzündung, vor allem jedoch eine Enzephalitis. Etwa 10-20% der Enzephalitiden enden tödlich, bei etwa 20-30% muss mit Restschäden gerechnet werden.

6.2.4.2 Zahlen aus Niedersachsen

Nach BSeuchG war nur der Tod an Masern meldepflichtig. Erst seit In-Kraft-Treten des IfSG ist bereits der Verdachts- und Erkrankungsfall dem Gesundheitsamt zu melden. Seit dem 1.1.2001 wurden dem Niedersächsischen Landesgesundheitsamt über 700 Masern-Erkrankungen übermittelt. Kennzeichnend für den zunehmenden Durchimpfungsgrad der Bevölkerung ist die Beobachtung, dass Neuerkrankungen seltener auftreten, aber dafür auch höhere Altersgruppen betreffen (Abb. 6.5) und im Rahmen von Ausbrüchen beobachtet werden.

Aus Abb. 6.6 wird ersichtlich, dass es im Jahr 2001 drei regionale Ausbrüche gegeben hat (in der Stadt Emden mit den angrenzenden Landkreisen Aurich und Leer sowie in den Landkreisen Osterode und Lüchow-Dannenberg).

6.2.4.3 Übertragungsmöglichkeit

Der einzige Wirt für Masernviren ist der Mensch. Masernviren werden durch aerogene Tröpfcheninfektion und durch den direkten Kontakt mit Sekreten übertragen. Die Erkrankung gilt als besonders leicht übertragbar.

6.2.4.4 Prävention

Nach Empfehlung der STIKO sollte die Impfung mit einem Kombinationsimpfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln in der Regel zwischen dem 11. und 14. Lebensmonat erfolgen. Eine zweite MMR-Impfung kann bereits 4 Wochen nach der ersten Impfung durchgeführt werden. Für ganz Niedersachsen lag der Durchimpfungsgrad der einzuschulenden Kinder im Jahr 2000 zum ersten Mal über 90%.

In der Stadt Emden (71,8%), im Landkreis Leer (71,9%, im Jahr 1999) und im Landkreis Lüchow-Dannenberg (80,3%) werden die niedrigsten Durchimpfungsquoten beobachtet. Dies deckt sich mit den aufgetretenen Ausbrüchen. Der dritte Ausbruch im Landkreis Osterode war trotz einer hohen Durchimpfungsquote von 92,9% aufgetreten. Im Gegensatz zu den anderen Regionen war hier der Anteil betroffener Jugendlicher besonders hoch. Im Falle der Masern muss eine sehr hohe Durchimpfungsquote (über 95%) erreicht werden, um die Elimination (vollständige Ausrottung) voranzutreiben. Da nach einer

Impfung nicht in jedem Fall eine Immunantwort erfolgt, ist zudem eine zweite MMR-Impfung notwendig. Auch diese wird von der STIKO empfohlen. Allerdings wird diese noch nicht in dem Maße wahrgenommen, wie es geboten wäre. Untersuchungen der Gesundheitsämter (Ergebnisse von 18 Landkreisen/kreisfreien Städten im Jahr 2000) bei Schülern der Orientierungsstufe zeigten, dass nur etwa bei 37% der Schüler eine 2. MMR-Impfung dokumentiert war. Im Rahmen dieser Erhebung wurden die Jugendlichen über die Impfung aufgeklärt, teilweise von Mitarbeitern des Gesundheitsamtes geimpft oder aber zum Hausarzt mit entsprechenden Empfehlungen überwiesen. Durch diese Aktionen wurden nachweislich 9.000 Kinder in Niedersachsen geimpft.

Durch die eingeführte Meldepflicht für Masern ergibt sich die Möglichkeit, Ausbruchsgeschehen zu erfassen und Impflücken zu schließen, die im Rahmen eines solchen Geschehens offensichtlich werden. Darüber hinaus muss es gelingen, die Durchimpfungsquote insgesamt weiter zu steigern und die 2. MMR-Impfung zu propagieren. Ziel sollte es sein, die Masern weiter zurückzudrängen, so dass es nur noch zu Einzelfällen kommt. Dass dies möglich ist, zeigen Erfahrungen aus den USA.

6.2.5 Hepatitis B-Erkrankungen

6.2.5.1 Grundlagen

Die Hepatitis B ist eine virale Infektionskrankheit. Etwa 30% der Infizierten entwickeln eine akute Krankheitssymptomatik mit „Gelbsucht“ (Ikterus). Bei einem weiteren Drittel äußert sich die Erkrankung durch unspezifische Symptome, bei den übrigen Betroffenen verläuft die Erkrankung ohne Symptome. Die Erkrankung kann in eine chronische Verlaufsform übergehen. Dies wird vor allem bei einer neonatalen Infektion beobachtet (> 80% der infizierten Kinder). Bei Erwachsenen tritt dies etwa in 5-10% der erkrankten Fälle auf. Etwa 50% der chronisch Infizierten entwickeln im Verlauf eine Leberzirrhose, wodurch das Risiko, ein Leberzellkarzinom zu entwickeln, gegenüber der Normalbevölkerung dann um den Faktor 100 erhöht ist.

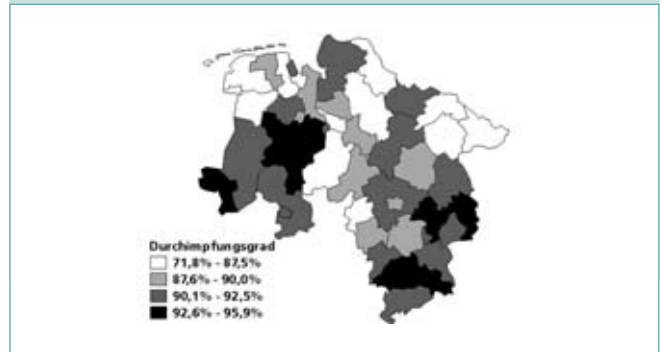
6.2.5.2 Zahlen aus Niedersachsen

In Deutschland ist die Hepatitis B eine Erkrankung des Heranwachsenden und des frühen Erwachsenenalters. Dies spiegelt sich auch in der dargestellten altersspezifischen Inzidenz wider (Abb. 6.8). In den ersten Monaten des Jahres 2001 liegt die höchste Inzidenz in Niedersachsen im Alter zwischen 18 und 21 Jahren. Auffällig ist jedoch gerade auch die erhöhte Inzidenz der 15-18-Jährigen.

6.2.5.3 Übertragungsmöglichkeit

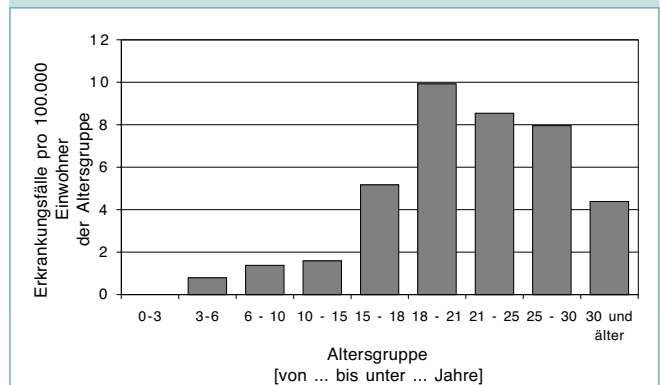
In Abhängigkeit vom Stadium der Erkrankung ist das Hepatitis B-Virus vor allem im Blut, jedoch auch in Speichel, Samenflüssigkeit, Vaginalsekret, Muttermilch und Tränenflüssigkeit zu finden. In Deutschland ist die Übertragung im Rahmen sexueller Kontakte gegenwärtig der häufigste Infektionsweg (60-70% der Neuinfektionen). Außerdem spielt die Übertragung durch kontaminierte Spritzenbestecke bei i. v.-Drogenabhängigen eine Rolle. Bei Nichteinhalten der notwendigen

Abb. 6.7: Durchimpfung gegen Masern (mind. 1. Impfung) bei Kindern mit Impfpass. Schuleingangsuntersuchung in Niedersachsen 1999/2000



Quelle: Öffentlicher Gesundheitsdienst

Abb. 6.8: Dem NLGA übermittelte Fälle von Hepatitis B-Infektionen nach Vorgaben des IfSG; Darstellung der altersspezifischen Inzidenz; Niedersachsen, 1.- 40. Kalenderwoche 2001



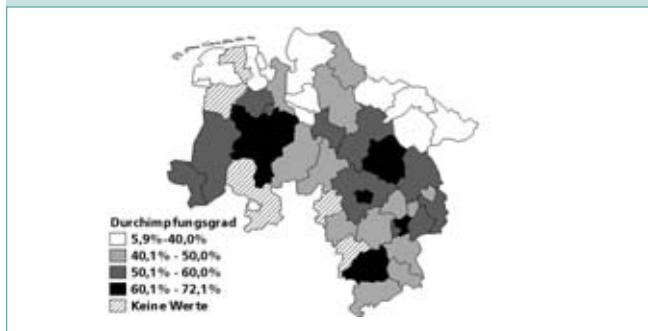
Quelle: NLGA

Hygienemaßnahmen kann Hepatitis B auch beim Tätowieren und beim Piercing übertragen werden. Außerdem ist eine perinatale Übertragung von Müttern auf deren Kinder möglich. Auch bei größeren medizinischen Eingriffen kann es zu einer Übertragung des Virus kommen. Das mit der Gabe von Blut und Blutprodukten verbundene Risiko ist jedoch durch das heutige Testregime extrem gering geworden.

6.2.5.4 Prävention

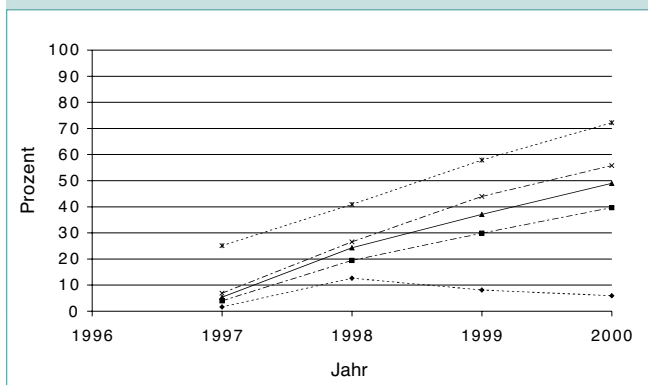
Im Hinblick auf die Hepatitis B-Übertragung spielt die Impfung als präventives Instrument die größte Rolle. Hierdurch können Neuinfektionen verhindert werden. Allerdings hat auch eine Aufklärung über die möglichen Übertragungswege (ungeschützter Geschlechtsverkehr, Piercing, Tätowieren...) im Jugendalter einen hohen Stellenwert, da bei Einhaltung der entsprechenden Schutzmaßnahmen auch weitere Erkrankungen wie sonstige sexuell übertragbare Krankheiten, Hepatitis C und HIV-Übertragung minimiert werden können. Die Impfung gegen Hepatitis B wurde zunächst nur für Risikogruppen, wie medizinisches Personal, durch die STIKO empfohlen. Seit 1995 gilt die Impfpflicht jedoch auch für Säuglinge ab dem 3. Lebensmonat und Jugendliche zwischen dem 11.-18. Lebensjahr.

Abb. 6.9: Durchimpfung gegen Hepatitis B bei Kindern mit Impfpass. Schuleingangsuntersuchung in Niedersachsen 2000



Quelle: Öffentlicher Gesundheitsdienst

Abb. 6.10: Zeitliche Entwicklung der Durchimpfungsquoten gegen Hepatitis B bei Kindern mit Impfpass. Schuleingangsuntersuchung in Niedersachsen 1997 – 2000



Quelle: Öffentlicher Gesundheitsdienst

In Niedersachsen wurde im Jahr 2000 bereits bei den einzuschulenden Kindern eine Durchimpfungsquote von 49% erreicht. Aus Abbildung 6.9 zeigt sich, dass jedoch noch große regionale Unterschiede bestehen. Im Jahr 2000 lag sie in Salzgitter bereits über 70%. In 11 Landkreisen und kreisfreien Städten lag die Quote unter 40%. Am geringsten war sie in Lüchow-Dannenberg mit 5,9% und Uelzen mit 17,5%. Der zeitliche Verlauf (Abb. 6.10) zeigt eindrucksvoll, wie stark die Quote in den letzten Jahren angestiegen ist. Die aufgezeichneten 5 Kurven zeigen dabei die Streuung der Werte aus den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten an. Aufgetragen ist jeweils die niedrigste und höchste beobachtete Durchimpfungsquote, sowie das 1. Quartil, 2. Quartil (der Median) und 3. Quartil. Die Quartile teilen die beobachteten Werte in vier gleich stark besetzte Bereiche. 25% der Kommunen liegen mit ihrem Durchimpfungsgrad unterhalb des Wertes des 1. Quartils. Für den Median sind dies 50%, für das 3. Quartil 75%. Wie gezeigt, steigt das Risiko, an einer Hepatitis B zu erkranken, bereits im Alter zwischen 15 und 18 Jahren deutlich an. Um so wichtiger ist es, dass gerade bei Jugendlichen ein Impfschutz besteht. Die bereits im Kapitel zu Masern genannten Untersuchungen der Gesundheitsämter (Ergebnisse von 18 Landkreisen/kreisfreien Städten im Jahr 2000) bei Schülern der Orientierungsstufe zeigten, dass etwa bei 27% der Schüler der Orientierungsstufe (11.-13. Lebensjahr) eine komplette Impfung gegen Hepatitis B dokumentiert war. Im Rahmen dieser Erhebung wurden die Jugendlichen über die Impfung aufgeklärt und zum Kinder- oder Hausarzt mit einer entsprechenden Impfpflichtempfehlung überwiesen. Dabei wurde den Jugendlichen eine Karte mitgegeben, mit der Bitte, diese dem Arzt vorzulegen. Dieser wurde gebeten, die Impfung zu dokumentieren sowie die Karte an das NLGA zu senden. Von etwa 10% der ursprünglich erfassten Kinder wurden solche Karten zurückgeschickt, so dass sich nach der Kampagne eine Durchimpfungsquote von 38% errechnen lässt.

6.2.6 Erkrankungen durch *Haemophilus influenzae* Typ B (Hib)

*Haemophilus*infektionen kommen in allen Altersgruppen vor und äußern sich als Infekt der oberen Luftwege. Gefürchtete Komplikationen treten jedoch vor allem im Kindes- und Jugendalter auf. Hier ist es die sog. Epiglottitis, die zu akuter Einengung der oberen Luftwege führt, vor allem aber eine Meningitis. Der Beiname der Bakterien „*influenzae*“ ist irreführend und stammt aus der Zeit seiner Entdeckung, als der Erreger zunächst für den Verursacher der Grippe gehalten wurde. Die Grippe (Influenza) wird jedoch durch Viren übertragen. Mit Inkraft-Treten des Infektionsschutzgesetzes ist der direkte Erregernachweis im Blut und Liquor meldepflichtig. Im Zeitraum 1.-40. Kalenderwoche wurden dem NLGA 11 Infektionen übermittelt. Zwei Betroffene waren unter 15 Jahre alt, ein Kind wurde unter dem Bild einer Sepsis, ein weiteres wegen einer Epiglottitis behandelt.

Die Abbildung 6.11 zeigt ein relativ homogenes Bild. Nur 4 Landkreise/kreisfreie Städte liegen unter einer Durchimpfungsquote von 80%. Auf ganz Niedersachsen bezogen lag diese bei 86,6%

6.2.7 Röteln

6.2.7.1 Grundlage

Röteln ist den meisten Fällen eine eher harmlose Erkrankung, nur gelegentlich kommt es zu einer vorübergehenden Gelenkentzündung. Gefürchtet ist jedoch eine Rötelninfektion während der Schwangerschaft, da sie zu einer Fehlgeburt oder zu schweren, bleibenden Schäden des Kindes führen kann.

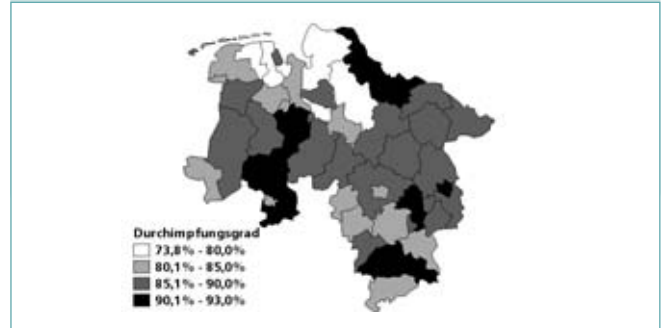
6.2.7.2 Datenlage in Niedersachsen

Bei einer konnatalen Infektion ist der Nachweis von Rötelnviren nach dem IfSG anonym dem Robert Koch-Institut zu melden. Im Jahr 2001 ging bis zur 40. KW keine Meldung ein. Nach Bundesseuchengesetz war die Rötelnembryopathie meldepflichtig. Seit 1990 wurden nur vereinzelte Erkrankungen gemeldet. Schwangerschaftsabbrüche auf Grund der Gefahr einer Rötelnembryopathie sind hier jedoch nicht abgebildet. Außerdem ist das Krankheitsbild sehr unterschiedlich ausgeprägt, so dass die Diagnose nicht in jedem Fall erfolgt. Insgesamt ist von einer deutlichen Untererfassung auszugehen. Bei Untersuchungen des MUA Osnabrück aus dem Jahre 1984 ergab sich für Niedersachsen eine Rötelninfektion bei 17 Schwangerschaften bzw. den Embryos, obwohl nur eine Embryopathie in diesem Jahr gemeldet wurde. Dabei wurde deutlich, dass in vielen Fällen die Rötelnembryopathie nicht das klassische Vollbild bietet, sondern lediglich durch einzelne Störungen imponiert (Entwicklungsverzögerung, Skeletdefekte), die nicht selten erst später bemerkt werden (siehe auch Kapitel Perinatal- und Neonatalerhebung 3.1.2.7).

6.2.7.3 Prävention

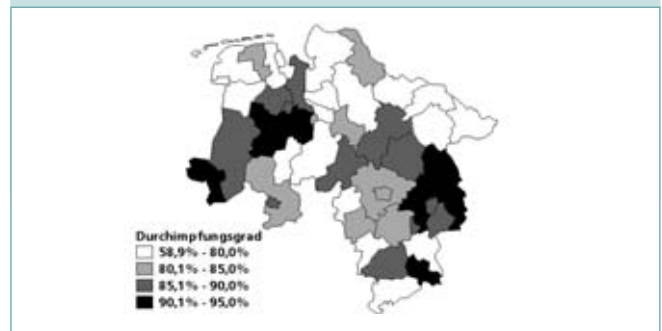
Zur Prophylaxe der Röteln steht ein attenuierter Lebendimpfstoff zur Verfügung. Seit einigen Jahren wird der Kombinationsimpfstoff Masern-Mumps-Röteln empfohlen. Neben der Grundimmunisierung sollte eine 2. Schutzimpfung so früh wie möglich durchgeführt werden. Die Rötelnimpfung ist ein typisches Beispiel dafür, dass es sich bei Impfungen nicht nur um eine individualmedizinische Maßnahme handelt. Durch die Ausweitung der Empfehlung auch auf Jungen ist es möglich, die Erkrankung so zurückzudrängen, dass die Wahrscheinlichkeit einer Infektion mit steigender Durchimpfungsquote auch für nicht geimpfte Mädchen und Frauen deutlich sinkt. In Niedersachsen wurde bis 1996 eine andere Strategie verfolgt. Da die Erkrankung selbst bei Kindern und Jugendlichen zumeist ohne Komplikationen einhergeht, auf der anderen Seite jedoch eine lebenslange Immunität hinterlässt, wurde empfohlen, Kinder zunächst nicht gegen Röteln zu impfen. In der Orientierungsstufe wurde dann auf Initiative der Gesundheitsämter der Immunstatus der Mädchen am NLGA (vormals Medizinaluntersuchungsamt) untersucht und eine Impfung nur dann empfohlen, wenn noch keine Infektion vorangegangen war. Im Rahmen des Eliminationsprogramms der Masern wurden jedoch alle Bundesländer gebeten, sich der Strategie der STIKO anzuschließen und die MMR-Impfung auch auf Landesebene zu propagieren.

Abb. 6.11: Durchimpfung gegen Haemophilus influenzae Typ B bei Kindern mit Impfpass. Schuleingangsuntersuchung in Niedersachsen 1999/2000



Quelle: Öffentlicher Gesundheitsdienst

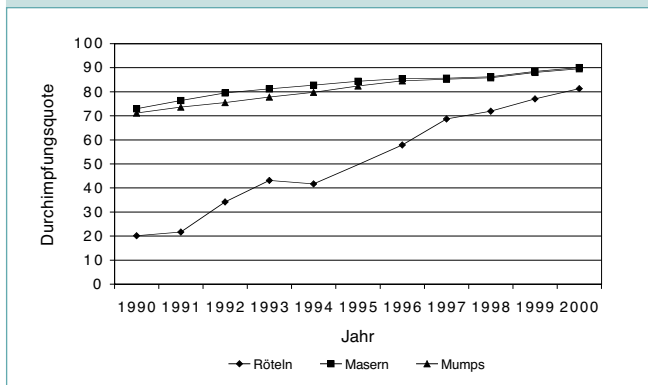
Abb. 6.12: Durchimpfung gegen Röteln (mind. 1 Impfung) bei Kindern mit Impfpass. Schuleingangsuntersuchung in Niedersachsen 1999/2000



Quelle: Öffentlicher Gesundheitsdienst

Aus diesem Grund liegt die Durchimpfungsquote mit 81,6% für ganz Niedersachsen noch deutlich hinter der von Masern (90,3%) und Mumps (89,8%) zurück (siehe Abb. 6.13). Auch der Unterschied zwischen den einzelnen Landkreisen/kreisfreien Städten ist noch deutlich. So wird in 13 Landkreisen/kreisfreien Städten noch eine Quote unter 75% beobachtet, während bereits in 9 Landkreisen/kreisfreien Städten über 90% der Kinder (mit Impfausweis) zumindest ein Mal gegen Röteln geimpft wurden (siehe Abb. 6.12).

Abb. 6.13: Zeitliche Entwicklung der Durchimpfungsquoten gegen Masern, Mumps und Röteln bei Kindern mit Impfpass. Schuleingangsuntersuchung in Niedersachsen 1990 - 2000



Quelle: Öffentlicher Gesundheitsdienst

6.2.8 Poliomyelitis

Seit 1988 ist es ein erklärtes und intensiv verfolgtes Ziel der WHO, die Poliomyelitis auszurotten, wie es bereits für die Pocken gelungen ist. Durch Impfkampagnen soll es gelingen, nicht nur der Krankheit vorzubeugen, sondern die natürlich vorkommenden Erreger (Polio-Wildviren) der übertragbaren Kinderlähmung zu vernichten. Dies ist prinzipiell möglich, da die Übertragung nur von Mensch zu Mensch erfolgt und die Viren in der Umwelt nicht länger überleben. In Deutschland ist die Erkrankung inzwischen nicht mehr bekannt, da seit Einführung der Schluckimpfung 1960 (DDR) und 1961 (Bundesrepublik) die Erkrankungszahlen rasch zurückgegangen sind. In den letzten 10 Jahren sind jährlich noch bis zu 3 Fälle in ganz Deutschland aufgetreten. Diese waren entweder aus noch endemischen Ländern importiert, oder die Erkrankungen wurden als Komplikation der Schluckimpfung erworben. Dies ist möglich, da sich die bei der Schluckimpfung verabreichten abgeschwächten Polioviren so verändern können, dass sie in sehr seltenen Fällen auch Krankheitssymptome wie nach einer Infektion mit Polio-Wildviren hervorrufen können (Impfpolio). Aus diesem Grund wurde die Impfpflicht 1998 geändert. Seither soll nur noch mit dem Totimpfstoff geimpft werden, der gespritzt werden muss (sogenannte IPV für inaktive Polio-Vakzine). Hier besteht kein Risiko mehr, an einer Impfpolio zu erkranken. Dieser Impfstoff steht auch als Kombinationsimpfstoff zur Verfügung.

Die Erhebung zum Durchimpfungsgrad im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird seit über 10 Jahren durch die Gesundheitsämter durchgeführt. Seit dieser Zeit liegt der Durchimpfungsgrad für Poliomyelitis bei etwa 95%. Die zeitlichen und regionalen Schwankungen sind nur gering ausgeprägt. Dank der intensiven Bemühungen der WHO ist in der europäischen Region (einschließlich der Nachfolgestaaten der Sowjetunion) seit 26.11.1998 kein einheimischer Poliofall mehr aufgetreten. Anfang 2002 wird ein Expertengremium der WHO beraten, ob die Region Europa für poliofrei erklärt werden kann.

Bis die Ausrottung der Polioviren erreicht ist, muss nach Vorgabe der WHO jedes Kind, bei dem Lähmungen auftreten, auch auf eine Poliomyelitis untersucht werden (sogenannte AFP-Surveillance, AFP für acute flaccid paralysis = akut aufgetretene schlaffe Lähmung). Dieses Programm wird am NLGA für die gesamte Bundesrepublik seit 1997 epidemiologisch betreut. Bislang liegen allerdings die Zahlen der untersuchten Kinder weit hinter den Erwartungen der WHO zurück. Die WHO geht davon aus, dass in Deutschland auf Grund weiterer Erkrankungen im Kindesalter, die mit Lähmungen einhergehen, mit etwa 130 Kindern jährlich zu rechnen ist. Wird eine geringere Zahl gemeldet, so ist das Meldesystem nicht ausreichend funktionsfähig. In Niedersachsen werden derzeit jährlich etwa nur ein Drittel der erwarteten Fälle dem NLGA gemeldet.

6.2.9 Diphtherie

In Deutschland wird die Diphtherie seit einigen Jahren nur noch sehr vereinzelt beobachtet: 1998 und 1999 wurde jeweils ein, im Jahr 2000 kein Fall gemeldet. Nach einer großen Epidemie 1942-1945, die bis in die 60er Jahre hineinreichte, gingen die Erkrankungszahlen zurück. In jüngster Zeit (1995) wurden Epidemien in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion beobachtet mit rund 50.000 Erkrankungsfällen pro Jahr. Im Jahr 1999 waren es dort noch 730 Erkrankungen. Der Rückgang ist auf intensive Impfkampagnen zurückzuführen.

Mit Tetanus und Poliomyelitis erreicht die Durchimpfungsquote gegen Diphtherie im Einschulungsalter die höchsten Werte. Seit 1991 liegen die Werte bei 95%. Allerdings muss hierbei beachtet werden, dass diese Werte nur für die Grundimmunisierung gelten. Für Erwachsene über 30 Jahre wurde in Untersuchungen festgestellt, dass bereits ab diesem Alter häufig kein ausreichender Schutz vor einer Infektion besteht. Eine Auffrischimpfung muss spätestens alle 10 Jahre erfolgen.

6.2.10 Impfpräventable Infektionskrankheiten ohne Meldepflicht

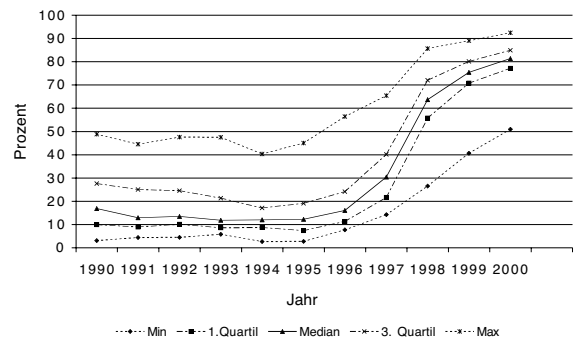
6.2.10.1 Tetanus

Eine Tetanus-Infektion führt bei Ungeimpften in 30-50% zum Tode. Nach dem Bundesseuchengesetz waren die Erkrankung und der Tod an Tetanus meldepflichtig. In den Jahren 1989-2000 wurden in Niedersachsen jährlich 0-3 Erkrankungsfälle und bis zu 2 Todesfälle gemeldet. Mit In-Kraft-Treten des Infektionsschutzgesetzes wurde die Meldepflicht für Tetanus aufgehoben, da eine Infektion keine Maßnahmen zur Gefahrenabwehr erfordert. Wie beschrieben erreichen die Durchimpfungsquoten gegenüber Tetanus, Diphtherie und Poliomyelitis im Einschulungsalter die höchsten Werte. Für Tetanus liegen sie seit Jahren über 95%. Auch für diese Impfung wird eine Auffrischimpfung nach 10 Jahren empfohlen, die jedoch nur unzureichend wahrgenommen wird. In einer repräsentativen Stichprobe der bundesdeutschen Bevölkerung wurde 1998 festgestellt, dass nur 63% der Befragten in den letzten 10 Jahren eine Auffrischimpfung erhalten hatten (Bundesgesundheits-survey).

6.2.10.2 Mumps

In etwa 30-40% der Fälle verläuft eine Mumps-Infektion ohne Symptome. Bei Auftreten von Symptomen sind dies typischerweise Fieber und Schwellung der Ohrspeicheldrüsen. Komplikationen sind die Meningitis sowie, vor allem wenn die Infektion nach der Pubertät erworben wird, eine Hodenentzündung, die zu Sterilität führen kann. Wie beschrieben (siehe Kapitel zu Masern und Röteln) wird eine Mumps-Impfung als Kombinationsimpfung empfohlen (Masern-Mumps-Röteln). Seit der Erhebung der Durchimpfungsquote liegt diese für Mumps so hoch wie für die Masernimpfung.

Abb. 6.14: Zeitliche Entwicklung der Durchimpfungsquoten gegen Pertussis bei Kindern mit Impfpass. Schuleingangsuntersuchung in Niedersachsen 1991 – 2000



Quelle: Öffentlicher Gesundheitsdienst

6.2.10.3 Pertussis

Die Erreger des Keuchhustens (*Bordetella pertussis*) werden durch Tröpfcheninfektion bei engem Kontakt übertragen. Vor allem im Säuglingsalter können Komplikationen mit lebensbedrohlichen Hustenanfällen, Lungenentzündung und Mittelohrentzündung auftreten. Die Impfung sollte in Anbetracht der Komplikationen möglichst früh (nach dem 2. vollendeten Lebensmonat) beginnen. Für eine komplette Grundimmunisierung müssen 4 Impfungen durchgeführt werden. Außerdem empfiehlt die STIKO die Auffrischimpfung im Alter zwischen 9 bis 17 Jahren. Hierdurch soll nicht nur die betroffene Person, sondern auch eventuell noch nicht vollständig geimpfte Geschwisterkinder geschützt werden.

Durch den Einsatz von Kombinationsimpfstoffen mit azellulärer Pertussis-Komponente Mitte der 90er Jahre sind die Durchimpfungsquoten in den nachfolgenden Jahren im Einschulungsalter deutlich angestiegen (Abb. 6.14). Im Jahr 2000 hatten in Niedersachsen 80% der Kinder mit Impfausweis eine vollständige Grundimmunisierung gegen Pertussis.

Autor:

Dr. Fabian Feil, Nds. Landesgesundheitsamt

7. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen in Niedersachsen

7.1 Gesetzliche Grundlagen

Die Zuständigkeit für die Gesundheitsfürsorge durch den öffentlichen Gesundheitsdienst obliegt der Länderhoheit und ist somit in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. Die für Niedersachsen noch gültige 3. Durchführungsverordnung (DVO) des Vereinheitlichungsgesetzes im Gesundheitswesen legte 1935 die Aufgaben des Jugendärztlichen Dienstes folgendermaßen fest:

- Die Aufgaben der Betreuung für die Einrichtungen selbst – neben den Schulen auch Waisenhäuser, Kindergärten und ähnliche Institutionen – d. h. Aufgaben der sogenannten „Anstaltshygiene“
- Aufgaben der eigentlichen Schulgesundheitspflege, die die direkten Belange der Gesundheit der Kinder betrifft
- Die Dokumentation der erhobenen Befunde, um die Verbesserung, die durch das Eingreifen des Schularztes erzielt werden sollte, zu dokumentieren

Während in früheren Jahren Schuleingangsuntersuchungen für alle Kinder gesetzlich vorgeschrieben waren, sieht das Niedersächsische Schulgesetz in seiner Fassung aus dem Jahre 1978 die Schuleingangsuntersuchungen nicht mehr als grundlegende Voraussetzung für die Feststellung der Schulreife an, sondern überträgt die Entscheidung darüber, ob Schuleingangsuntersuchungen durchgeführt werden sollen, den örtlichen Schulbehörden. Da diese eine entsprechende Untersuchung und Beurteilung in der Regel von den kommunalen Gesundheitsämtern anfordern, werden die Untersuchungen in

Niedersachsen auch weiterhin nahezu flächendeckend durch den Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter durchgeführt. Dennoch ist es zu einem Veränderungsprozess in der Intention der Schuleingangsuntersuchungen gekommen. Die individualmedizinische Versorgung des überwiegenden Teils der Kinder ist gut, unter anderem auch durch die Einführung der Früherkennungs-(U)-Untersuchungen. Die Schuleingangsuntersuchungen sind jedoch für die Kinder, die nicht bzw. nicht regelmäßig an den U-Untersuchungen teilgenommen haben und mögliche Krankheiten und Impflücken aufweisen, ein Auffangnetz, um etwaige Defizite noch vor dem Schulbeginn behandeln zu können. Über die individualmedizinische Seite hinaus beurteilen Schuleingangsuntersuchungen aber vor allem die Eignung der Kinder für den Arbeitsplatz Schule, d. h. sie decken Teilaspekte ab, die in den U-Untersuchungen nicht vorgesehen sind.

Mit der Erkenntnis des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der kommunal- und landespolitischen Ebenen, dass Aussagen zum Gesundheitszustand und zur Inanspruchnahme präventiver Leistungen aller Kinder für bevölkerungs- und gesundheitspolitische Entscheidungen relevant sind, ist es zu einer inhaltlichen Weiterorientierung und einer neuen Wertschätzung der Schuleingangsuntersuchungen gekommen. Voraussetzung dafür ist jedoch ein standardisiertes Vorgehen bei der Untersuchung und der Dokumentation und damit Vergleichbarkeit der Ergebnisse in den Kommunen.

7.2 Standardisierte Untersuchungsmodelle in Niedersachsen

In Niedersachsen haben sich zwei standardisierte Untersuchungsmodelle bei den Schuleingangsuntersuchungen etabliert:

7.2.1 Weser-Ems Projekt (modifiziertes Bielefelder Modell)

Das Weser-Ems Projekt wurde Anfang der 90er Jahre in den 17 kommunalen Gesundheitsämtern des Regierungsbezirks Weser-Ems eingeführt. Aus konzeptionellen, organisatorischen, personellen und vor allem auch aus finanziellen Gründen entschied man sich für die Durchführung eines modifizierten „Bielefelder Modells“. Die in dem Bericht vorgestellten Untersuchungsergebnisse beruhen auf Befunden aus Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 1994-2000. Der Landkreis Emsland

schied 1996 aus dem gemeinsamen Projekt aus. Im Jahr 2000 wurde in den Landkreisen Osnabrück und Leer nicht nach den standardisierten Vorgaben untersucht, so dass diese Landkreise für dieses Jahr aus der Auswertung herausgenommen wurden.

Der Regierungsbezirk Weser-Ems umfasst 17 Kommunen (5 kreisfreie Städte/12 Landkreise) und annähernd ein Drittel der Fläche Niedersachsens. Bei einer unterdurchschnittlichen Bevölkerungsdichte von 158,7 Einwohnern/km² leben insgesamt 2.374.243 Menschen in diesem Regierungsbezirk. Auffällig ist der überdurchschnittlich hohe Anteil junger Menschen von 21,8% (Personen unter 18 Jahren) gegenüber dem Anteil für ganz Niedersachsen von 19,7%.

7.2.2 SOPHIA (Sozialpädiatrisches Programm Hannover Jugendärztliche Aufgaben)

Dieses Projekt wurde 1981-1983 von einer Arbeitsgruppe an der Medizinischen Hochschule Hannover, bestehend aus Mitarbeitern der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung sowie Mitarbeitern der Abteilung Jugendgesundheitspflege des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Hannover erarbeitet. Auch hier wurden Teile des Bielefelder Modells übernommen, aber auch neue hinzugefügt. Neben rein medizinischen Daten wurden auch sozialanamnestische Angaben (z. B. Schulabschluss und Berufstätigkeit der Eltern) in die Erhebung aufgenommen.

Seit 1993 erfolgt die Programmpflege durch die beteiligten Gesundheitsämter unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse (regelmäßige Anwenderkonferenzen). Die Datenverarbeitung wurde auf das EPI-Info System umgestellt und ermöglicht neben der überregionalen gemeinsamen Auswertung den Teilnehmern kurzfristige eigene Analysen. Qualitätssicherungsmaßnahmen wurden implementiert.

Derzeit gehen 27 Gesundheitsämter nach den standardisierten Arbeitsvorgaben vor. Eine kommunal übergreifende Auswertung erfolgte im Jahr 2000 für 13 Jugendärztliche Dienste der

Kreise/kreisfreien Städte Celle, Cuxhaven, Göttingen, Hannover/Stadt, Harburg, Hildesheim, Lüchow-Dannenberg, Osterholz-Scharmbeck, Osterode/Harz, Peine, Verden, Wolfenbüttel und Wolfsburg.

7.2.3 Bielefelder Modell

Das Konzept, Daten in Schuleingangsuntersuchungen standardisiert und damit vergleichbar zu erheben, geht auf das sogenannte Bielefelder Modell zurück. Im Jahre 1965 wurde im Auftrag des Nordrhein-Westfälischen Ministeriums für Arbeit, Sozialordnung und Gesundheit eine Arbeitsgemeinschaft mit dem Ziel gegründet, für das Land gesundheitspolitische Fragen zu erarbeiten, die durch epidemiologische, standardisierte Erhebungen bei Schulanfängern jährlich beantwortet werden könnten.

Hierfür sollten die Untersuchungsweise, die untersuchten Inhalte sowie die Befundfestlegung und Dokumentation standardisiert werden. Neben der Erhebung von Daten für eine Gesundheitsberichterstattung, die für die Gesundheitsverwaltung und die Politik nutzbar wäre, sollte durch eine Evaluation der Untersuchungsergebnisse die Qualität der Erhebung kontinuierlich verbessert werden.

7.3 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt geschlechtsspezifisch, sofern sich bei der Auswertung Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen zeigen. Die Erfassung von Sozialdaten wie z. B. Schul- und Ausbildungsgrad der Eltern oder Berufstätigkeit der Eltern im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen wird inzwischen von nahezu allen Jugendärztlichen Diensten durchgeführt. Eine überregionale Auswertung mit Hilfe eines Sozialgradienten erfolgte bei der SOPHIA-Anwendergemeinschaft für die hier dargestellten Landkreise/kreisfreien Städte. Eine solche Auswertung ist auch für das Projekt Weser-Ems zukünftig vorgesehen, konnte jedoch für die hier dargestellten Jahrgänge noch nicht erfolgen. Die einzige Angabe, die entfernt für die Beschreibung der sozialen Lage verwendet werden kann, ist die Angabe der Nationalität, die im Projekt Weser-Ems über das Herkunftsland der Eltern definiert wird. Aus diesem Grund sind häufig Kinder deutscher Herkunft denen ausländischer Herkunft gegenübergestellt.

7.3.1 Kindergartenbesuch

Der Aufenthalt in einem Kindergarten wird sowohl von den jugendärztlichen Diensten als auch von den Schulpädagogen als ein wichtiger Faktor zur Vorbereitung der Kinder auf die Schule angesehen. Dabei geht es neben dem Erlernen kognitiver, motorischer und manueller Fähigkeiten auch um den dort stattfindenden Sozialisationsprozess. Die Kinder lernen zum einen, sich in eine große Gruppe einzufügen und deren Regeln

anzuerkennen, zum anderen, sich in einer solchen Gruppe auch zu behaupten. Dafür sollte die Dauer von einem Jahr im Kindergarten nicht unterschritten werden. Der überwiegende Teil der Kinder besuchte einen Regelkindergarten (94,6%). Einen Heilpädagogischen Kindergarten besuchten ca. 2%. Bei 3,4% der Kinder lagen keine Angaben zum Kindergartenbesuch vor (Quelle: Daten der SOPHIA-Anwender Jahr 2000). Vergleicht man bei der Auswertung für den Regierungsbezirk Weser-Ems die Jahre 1994 und 2000 miteinander, so hat der Anteil der Kinder ohne jeglichen Kindergartenbesuch bzw. mit einer Aufenthaltsdauer unter einem Jahr abgenommen. Parallel hat der Anteil der Kinder mit einem 2-3 jährigen Besuch des Kindergartens zugenommen, in den Städten von 42,7% auf 59,1% und in den Landkreisen von 25% auf 43,1%. Man kann vermuten, dass dies zumindest teilweise auf den im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben bestehenden neuen Versorgungsanspruch und die Aufstockung an Plätzen in Kindergärten und Kindertagesstätten zurück zu führen ist.

Dennoch finden sich weiterhin regionale Unterschiede. So wies die Mehrzahl der Kinder in den Landkreisen (41,9%) eine Kindergartenbesuchsdauer von 1-2 Jahren auf, während in den Städten die Mehrzahl der Kinder (41,6%) 2-3 Jahre einen Kindergarten besuchten (in den Landkreisen sind es nur 32,8%). Unterschiede in der Kindergartenbesuchsdauer finden sich weiterhin zwischen Kindern deutscher und Kindern ausländischer Herkunft. So besuchte ein höherer Prozentsatz

Tab. 7.1: Dauer des Kindergartenbesuchs in den Kommunen des Regierungsbezirks Weser-Ems 1994 und 2000 (Angaben in Prozent)

Besuchsdauer	Städte		Landkreise		Gesamt	
	1994	2000	1994	2000	1994	2000
keine Angabe / kein Besuch	9,9	5,8	5,7	5,2	6,6	5,4
bis 1 Jahr	12,3	8,3	14,6	9,7	14,2	9,3
> 1–2 Jahre	27,7	20,5	43,6	36,2	40,5	32,0
> 2–3 Jahre	43,2	59,1	31,7	43,1	33,9	47,3
> 3–4 Jahre	6,4	6,0	4,1	5,5	4,5	5,6

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen Regierungsbezirk Weser-Ems

Tab. 7.2: Besuchsdauer im Kindergarten für Kinder deutscher und ausländischer Herkunft im Jahr 2000, im Regierungsbezirk Weser-Ems

Besuchsdauer	Kinder deutscher Herkunft %	Kinder ausländischer Herkunft %	Gesamt %
kein Besuch	4,3	12,3	5,4
bis 1 Jahr	7,9	18,9	9,3
> 1–2 Jahre	32,7	27,6	32,0
> 2–3 Jahre	48,7	37,1	47,3
> 3–4 Jahre	5,9	3,8	5,6
> 4 Jahre	0,4	0,3	0,4

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen Regierungsbezirk Weser-Ems

der Kinder ausländischer Herkunft (unabhängig von der Aufenthaltsdauer in der Bundesrepublik) keinen Kindergarten bzw. für einen kürzeren Zeitraum als die Kinder deutscher Herkunft. Dies ist unter dem Aspekt der Integration und Sozialisation für diese Gruppe besonders relevant. Dennoch zeigt sich im Vergleich mit einer Auswertung von 1998, dass auch bei den Kindern ausländischer Herkunft eine Verschiebung zugunsten der längeren Betreuung in Kindergärten stattfand. Besuchten 1998 22,5% der Kinder ausländischer Herkunft den Kindergarten weniger als ein Jahr lang, so sind es 2000 nur noch 18,9%. Demgegenüber ist der Anteil der ausländischen Kinder, die 2-3 Jahre den Kindergarten besuchen, von 27,2% auf 47,3% gestiegen.

7.3.2 Gesundheitsverhalten

7.3.2.1 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9)

Ein Kriterium für die Akzeptanz von Präventionsangeboten und damit für das Gesundheitsbewusstsein in einer Familie ist die Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder. Die Auswertung für den Regierungsbezirk Weser-Ems zeigte einen kontinuierlichen Anstieg der vorgelegten Untersuchungshefte sowie der vollständig wahrgenommenen Vorsorgeuntersuchungen. Dabei wiesen die Landkreise höhere Prozentzahlen bei der Vorlage und bei der Vollständigkeit auf als die kreisfreien Städte. Der positive Trend hinsichtlich der vollständigen Wahrnehmung der U-Untersuchungen zeigte sich bei Kindern deutscher und Kindern ausländischer Herkunft. Dennoch lag die Rate der Kinder mit vollständigen U-Untersuchungen bei den Kindern ausländischer Herkunft signifikant niedriger,

wobei bei knapp einem Drittel der Kinder ausländischer Herkunft keine Aussage getroffen werden konnte, da sie kein Heft vorlegten. Ein Durchführungsgrad gemäß vorliegendem Untersuchungsheft von über 90% zeigte sich für die U1 bis U7, die U9 erfolgte bei weniger als 80% der Kinder. Während die Inanspruchnahme der frühen U-Untersuchungen (U1 bis U7) von 1998 bis 2000 konstant ist bzw. geringfügig abnimmt, findet sich für die am schlechtesten wahrgenommene U9 eine steigende Inanspruchnahme. Ansteigend war auch der Anteil der durchgeführten U-Untersuchungen bei den Kindern ausländischer Herkunft. Zwar liegen sie mit der Inanspruchnahme noch deutlich niedriger als die Kinder deutscher Herkunft, dennoch war der Anteil mit nachweislich durchgeführter U9 bei den Kindern mit vorliegendem Heft von 56,5% 1998 auf 64,2% im Jahr 2000 gestiegen.

Neben der Tendenz einer abnehmenden Inanspruchnahme von der U1 bis zur U9 bei allen Kindern bestand somit ein deutliches Defizit in der Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen insgesamt bei Kindern ausländischer Herkunft. Dabei kann über das tatsächliche Ausmaß nur spekuliert werden, weil bei ca. einem Drittel der Kinder ausländischer Herkunft kein Vorsorgeheft vorlag, und somit keine sicheren Angaben über die Teilnahme gemacht werden können.

Die Relevanz der verminderten Teilnahme zeigte sich bei der Auswertung bereits in Behandlung befindlicher auffälliger Befunde. So hatten Kinder ohne U9 in einem signifikant höheren Prozentsatz mindestens einen abklärungsbedürftigen Befund in den Schuleingangsuntersuchungen. Am häufigsten fanden sich abklärungsbedürftige Befunde, wenn kein Heft vorgelegt werden konnte.

Tab. 7.3: Anteil der Kinder deutscher und ausländischer Herkunft mit vorgelegten und vollständig ausgefüllten Vorsorgeuntersuchungsheften; Regierungsbezirk Weser-Ems

Kommune	Kinder deutscher Herkunft %		Kinder ausländischer Herkunft %		alle Kinder %	
	vorgelegt	davon vollständig	vorgelegt	davon vollständig	vorgelegt	davon vollständig
Städte						
1994	80,3	63,6	34,2	23,8	79,4	60,8
1996	89,8	59,0	41,4	27,3	82,1	56,3
1998	91,6	70,3	55,7	31,5	85,0	65,7
1999	91,8	74,3	61,7	31,2	86,3	68,6
2000	92,2	75,6	63,4	43,0	87,2	71,5
Landkreise						
1994	88,4	65,2	19,3	20,7	80,9	64,0
1996	90,8	62,4	29,2	22,3	83,7	60,4
1998	92,2	73,3	52,8	27,0	87,8	70,2
1999	91,3	75,8	57,3	30,5	87,5	72,5
2000	91,2	76,2	60,5	30,3	87,9	72,8

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen Regierungsbezirk Weser-Ems

Tab. 7.4: Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern deutscher und ausländischer Herkunft

Früherkennungs- untersuchung	Kinder deutscher Herkunft mit erfolgter Untersuchung (in % von allen Kindern der Gruppe)				Kinder ausländischer Herkunft mit erfolgter Untersuchung (in % von allen Kindern der Gruppe)			
	Anteil von allen Kindern		Anteil bei Kindern mit Vorsorgeheft		Anteil von allen Kindern		Anteil bei Kindern mit Vorsorgeheft	
	1998	2000	1998	2000	1998	2000	1998	2000
U 1	91,5	90,7	99,4	99,1	45,4	53,6	81,7	87,1
U 2	91,2	90,5	99,0	98,9	44,9	52,9	80,8	86,0
U 3	90,6	89,9	98,4	98,2	42,1	50,3	75,7	81,8
U 4	90,3	89,4	98,1	97,7	41,2	49,7	74,1	80,7
U 5	89,6	88,6	97,3	96,8	38,8	46,5	69,8	75,6
U 6	89,3	88,5	97,0	96,6	37,3	44,4	67,0	72,0
U 7	87,3	87,0	94,8	95,0	37,0	42,5	66,6	69,1
U 8	82,2	82,3	89,3	89,9	35,2	40,1	63,2	65,0
U 9	73,2	76,1	79,6	83,1	31,4	39,6	56,5	64,2

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen Regierungsbezirk Weser-Ems

Die Kinder deutscher Herkunft mit höherer Teilnahme an den U-Untersuchungen wiesen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen auch konstant höhere Raten bereits in Behandlung befindlicher Befunde auf als die Kinder ausländischer Herkunft (siehe Ergebnisse der körperlichen Untersuchungen).

7.3.3 Durchimpfungsgrad

Der Durchimpfungsgrad bei Kindern wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen gemäß den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes erfasst. Die Darstellung des Durchimpfungsgrades erfolgt im Kapitel Infektionskrankheiten im Kindesalter.

Tab. 7.5: Zur Abklärung empfohlene schulärztliche Befunde in Abhängigkeit von der Teilnahme an der U9

Teilnahme an der U9	Anzahl der Kinder	
	insgesamt (%)	davon mit mindestens einem zur Abklärung empfohlenen Befund (%)
U9 wurde durchgeführt	22237 (72,7)	4674 (21,0)
U9 wurde nicht durchgeführt	4499 (14,7)	1254 (27,9)
Kein Heft vorgelegt	3856 (12,6)	1139 (29,5)
gesamt	30592 (100)	7067 (23,1)

Quelle: Auswertung der SOPHIA-Anwender

7.3.4 Körperliche Untersuchung

7.3.4.1 Größe

Eine Analyse des Jahres 1998 im Regierungsbezirk Weser-Ems konnte die Angaben von 25401 Kindern auswerten. Die mittlere Körpergröße aller Kinder betrug 121,0 cm bei einem mittleren Alter von 6,28 Jahren und einem Altersmedian von 6,3 Jahren. Die mittlere Körpergröße der Jungen lag bei 121,5 cm (mittleres Alter 6,29 Jahre), die der Mädchen bei 120,5 cm (mittleres Alter 6,27 Jahre).

7.3.4.2 Gewicht und BMI

Übergewicht im Kindes- und Jugendalter stellt nicht nur eine psychische Belastung dar. Bei Kindern, die im Kindes- und Adoleszentenalter (4.-11. Lebensjahr) adipös sind, kann sich die Anzahl der Fettzellen auf das Drei- bis Fünffache erhöhen. Diese als hyperzelluläre Fettsucht bezeichnete Form des Übergewichts ist besonders schwer zu behandeln und führt häufig dazu, dass diese Kinder auch zu adipösen Erwachsenen mit allen Begleiterkrankungen werden. Nach den Empfehlungen der European Childhood Obesity Group wird für die Beurteilung von Übergewicht und Adipositas der Body-Mass-Index (BMI, Quotient aus Gewicht/Größe²) herangezogen. Im Kindesalter werden die Grenzwerte für die Einstufungen untergewichtig/normalgewichtig/übergewichtig/adipös alters- und geschlechtsabhängig angegeben. Dabei werden Kinder und Jugendliche, die einen BMI zwischen der 90. und 97. Perzentile aufweisen, als übergewichtig und über der 97. Perzentile als adipös eingestuft. Bei der Auswertung des Untersuchungsjahrgangs 2000 der Schulanfänger im Regierungsbezirk Weser-Ems ergaben sich, bezogen auf die neuen BMI-Perzentile im Alter von 6 Jahren (Kromeyer-Hauschild et al. 2001), folgende Anteile:

Danach haben 79,3% der Mädchen und 80,4% der Jungen bei der Einschulung einen normalen, altersentsprechenden BMI. Bei den Mädchen sind 8,5% untergewichtig, bei den

Jungen 8,8%. Als übergewichtig nach BMI gelten 10,8% der Jungen, 4,4% davon sind adipös. Bei den Mädchen sind 12,2% übergewichtig, der Anteil der Adipösen liegt mit 5,3% höher als bei den Jungen. Als altersentsprechende Perzentile wurde die für Sechsjährige gewählt. Berücksichtigt man, dass die Kinder bei der Einschulungsuntersuchung im Durchschnitt etwas älter als sechs sind, und würde man demzufolge die Perzentile für Sechseinhalbjährige anlegen, käme es zu einer leichten Verschiebung. Die Kinder mit Übergewicht/Adipositas würden um ca. ein Prozent abnehmen, gleichzeitig würden die untergewichtigen Kinder etwas zunehmen.

7.3.4.3 Sehstörungen

Der Früherkennung von Sehstörungen im Rahmen von Schuleingangsuntersuchungen kommt eine große Bedeutung zu, da ein vollständiges Sehvermögen eine Grundvoraussetzung für ein Folgen im Unterricht und den Lernerfolg ist. Bei dem Befund der Sehstörungen ist der Anteil der unauffälligen Befunde bei ca. 75% der Kinder und der Anteil der auffälligen Befunde mit ca. 25% in den letzten Jahren konstant.

Die getrennte Betrachtung der Kinder deutscher und ausländischer Herkunft zeigt einen höheren Anteil von Normalbefunden bei Kindern ausländischer Herkunft. Die Kinder ausländischer Herkunft weisen ca. 14% abklärungsbedürftige, bzw. nicht/nicht ausreichend behandelte Befunde auf, gegenüber 4,1% bis 4,7% bereits in ausreichender Behandlung befindlichen Auffälligkeiten. Bei den Kindern deutscher Herkunft liegt der Anteil der behandelten Befunde über 11%, der Anteil nicht behandelter Befunde unter 11%. Somit ist der Anteil der nicht/nicht ausreichend ärztlich versorgten Sehstörungen bei Kindern ausländischer Herkunft höher als bei Kindern deutscher Herkunft. Da ein großer Teil der Visus-Defizite im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen (U8 und U9) entdeckt wird, ist dies vermutlich teilweise auch auf die geringere Inanspruchnahme der U-Untersuchungen bei Kindern ausländischer Herkunft zurück zu führen.

7.3.4.4 Hörstörungen

Der Erfassung und Behandlung von Hörminderungen kommt, ähnlich wie der Erfassung der Sehstörungen, eine erhebliche Bedeutung für das Lernvermögen und besonders die Sprachentwicklung der Schulanfänger zu. Eine Hörstörung lag bei der Untersuchung vor, wenn bei der Hörprüfung mit einem Audiometer unter Benutzung von Kopfhörern mit Schallschutzkappen bei einer Lautstärke von 30 dB mindestens zwei der Frequenzen 500, 1000, 2000, 4000, 6000 Hz auf einem oder beiden Ohren nicht wahrgenommen wurden (Arbeitsrichtlinien Weser-Ems Projekt).

Zusätzlich zur Hörprüfung mit dem Audiometer erfolgt bei der körperlichen Untersuchung der Kinder eine Spiegelung des Trommelfells, um eine Minderbelüftung des Mittelohrs bzw. eine akute/chronische Otitis media als Ursache der Hörminderung zu erfassen. Die Diskrepanz zwischen den ausreichend behandelten und abklärungsbedürftigen Befunden bei Kindern deutscher und bei Kindern ausländischer Herkunft ist hier deutlich geringer als bei den Sehstörungen. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Befundhäufigkeit finden sich nicht.

Tab. 7.6: BMI-Perzentile der Schulanfänger im Regierungsbezirk Weser-Ems 2000

Jungen		
Perzentil*	Entsprechender BMI	Anteil in %
Unter 3% Perzentil	<13,18	3,1
Unter 10% Perzentil	<13,79	8,8
Über 90% Perzentil	>17,86	10,8
Über 97% Perzentil	>19,44	4,4
Mädchen		
Perzentil*	Entsprechender BMI	Anteil in %
Unter 3% Perzentil	<12,92	3,1
Unter 10% Perzentil	<13,59	8,5
Über 90% Perzentil	>17,99	12,2
Über 97% Perzentil	>19,67	5,3

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen Regierungsbezirk Weser-Ems

* Perzentile nach Kromeyer-Hauschild et al. 2001

Tab. 7.7: Untersuchungsergebnisse der Visusüberprüfung bei Schuleingangsuntersuchungen von 16 Kreisen/ kreisfreien Städten im Regierungsbezirk Weser-Ems

Befunde		1996			1999			2000		
		gesamt	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft	gesamt	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft	gesamt	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft
Gesamtzahl		28748	25196	3552	24770	21641	3129	18460	16156	2304
Normalbefund in %		73,8	73,0	80,0	76,5	76,3	78,0	78,0	77,6	80,5
auffälliger Befund in %		26,2	27,0	20,0	23,5	23,7	22,0	22,0	22,4	19,5
davon	M	1,6	1,5	1,8	2,1	1,9	3,9	0,8	0,8	0,9
	A	12,7	12,6	14,1	10,9	10,6	13,4	10,8	10,3	14,2
	B	11,8	12,9	4,1	10,4	11,2	4,7	10,3	11,2	4,4
	L	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen Regierungsbezirk Weser-Ems

M = **Minimalbefund**; Kind ist in augenärztlicher Kontrolle, z. Z. keine Behandlung erforderlich

A = Pathologischer Befund u./o. ärztliche **Abklärung** erforderlich

B = In augenärztlicher **Behandlung** mit ausreichender (Brillen-)Versorgung

L = Sehbehinderung im Sinne der Eingliederungshilfe-VO nach §47 BSHG liegt vor o. bes. technische Hilfen / sonderpädagogischer Förderbedarf in der Schule sind notwendig

Tab. 7.8: Hörprüfungen bei Schulanfängern im Regierungsbezirk Weser-Ems

Befunde		1996			1999		
		gesamt	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft	gesamt	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft
Gesamtzahl		28748	25196	3552	24770	21641	3129
Normalbefund in %		91,0	90,8	92,2	91,4	91,3	92,2
auffälliger Befund in %		9,0	9,2	7,8	8,6	8,7	7,8
davon	M	1,0	1,0	0,7	1,1	1,1	1,3
	A	4,7	4,6	5,5	4,5	4,4	4,7
	B	3,2	3,4	1,4	2,8	3,0	1,6
	L	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen Regierungsbezirk Weser-Ems

M = **Minimalbefund**, kontrollbedürftig, z. Z. keine Therapie

A = Pathologischer Befund, ärztliche **Abklärung** nötig

B = Path. Befund wird bereits **behandelt**, einseitige Taubheit

L = Gehörlose Kinder, bzw. Befunde, die eine Regelbesuchung nicht ermöglichen oder die einen sonderpädagogischen Förderbedarf aufzeigen.

7.3.4.5 Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen

Bereits im ersten Erfassungsjahr 1994 des Pilot-Projektes Weser-Ems wurde bei 15,6% der untersuchten Kinder eine Sprach-, Sprech- oder Stimmstörung festgestellt oder zur weiteren Abklärung empfohlen. Bereits 1996 lag der Anteil bei 19,0%. Er stieg dann langsamer an, im Jahr 2000 lag er bei 20,9%. Dabei ist der Anstieg in den ersten Erhebungsjahren zumindest teilweise auf die zunehmend vollständige Erfassung zurück zu führen und nicht allein Ausdruck eines tatsächlichen Anstiegs entsprechender Defizite bei den Einschülern. Die Beurteilung erfolgt im Rahmen einer Sprechübung, die gemäß einem standardisierten Prüfbogen durchgeführt wird.

Als Störungen werden folgende Befunde gewertet:

- Dysgrammatismus
- Stammeln (Dyslalie)
- Sigmatismus (Lispeln) nach Abschluss des Frontzahnwechsels

- Poltern (Störung des Sprachrhythmus)
- Stottern (Störung des Sprachflusses)
- Dysarthrie
- Näseln
- Heiserkeit (Dysphonie)

Kinder ausländischer Herkunft, bei denen aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse die Sprechübungen nicht durchgeführt werden konnten, wurden nicht in die Auswertung einbezogen. 1996 wurde bei 20% der Kinder deutscher Herkunft eine entsprechende Störung festgestellt gegenüber 11,4% bei Kindern ausländischer Herkunft. Im Jahr 2000 hat sich dieser Unterschied deutlich verringert, Kinder deutscher Herkunft weisen zu 21,3% einen auffälligen Befund auf, gegenüber 18,1% bei den Kindern ausländischer Herkunft. Bei beiden Gruppen machen aber die sogenannten Minimalbefunde, die nicht behandlungsbedürftig sind, etwa die Hälfte aller Befunde aus. Die Angleichung zwischen diesen beiden Gruppen ist am ehesten auf die Standardisierung und die kontinuierlich ver-

Tab. 7.9: Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen bei Kindern deutscher und ausländischer Herkunft. Schuleingangsuntersuchungen Regierungsbezirk Weser-Ems

Befunde		1996			1999			2000		
		gesamt	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft	gesamt	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft	gesamt	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft
Gesamtzahl		28928	25379	3549	24839	21708	3131	18495	16191	2304
Normalbefund in %		81,0	80,0	88,6	78,3	77,7	81,9	79,1	78,7	81,9
auffälliger Befund in %		19,0	20,0	11,4	21,7	22,3	18,1	20,9	21,3	18,1
davon	M	9,0	9,5	5,2	9,2	9,3	8,2	10,9	11,1	9,7
	A	3,3	3,2	4,1	3,2	3,0	4,3	2,8	2,5	4,5
	B	6,4	7,0	1,8	7,1	7,6	3,5	6,7	7,2	3,5
	L	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5	0,4	0,6	0,6	0,4

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen Regierungsbezirk Weser-Ems

M = **Minimalbefund**, kontrollbedürftig, z. Z. keine Therapie

A = **Abklärung** und Behandlung nötig

B = **Sprachheilbehandlung** o. ärztliche Behandlung werden bereits durchgeführt o. eingeleitet

L = **Bleibende Leistungsbeeinträchtigung** o. sonderpädagogische Förderung notwendig

Tab. 7.10: Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen bei Jungen und Mädchen deutscher Herkunft

Befunde		1996		1999		2000	
		Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Gesamtzahl		13067	12312	11164	10538	8352	7823
Normalbefund in %		76,3	83,9	73,5	82,2	74,5	83,2
auffälliger Befund in %		23,7	16,1	26,5	17,8	25,5	16,8
davon	M	10,3	8,6	12,4	9,8	12,5	9,5
	A	3,7	2,7	3,6	2,5	3,1	1,9
	B	9,2	4,6	9,8	5,2	9,3	4,9
	L	0,4	0,2	0,7	0,3	0,6	0,5

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen Regierungsbezirk Weser-Ems

M = **Minimalbefund**, kontrollbedürftig, z. Z. keine Therapie

A = **Abklärung** und Behandlung nötig

B = **Sprachheilbehandlung** o. ärztliche Behandlung werden bereits durchgeführt o. eingeleitet

L = **Bleibende Leistungsbeeinträchtigung** o. sonderpädagogische Förderung notwendig

besserte Erkennung und Erfassung von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen auch bei Kindern ausländischer Herkunft zurück zu führen.

Auffällig ist die höhere Rate abklärungsbedürftiger Befunde bei Kindern ausländischer Herkunft und die höhere Rate von bereits in Behandlung befindlichen Kindern deutscher Herkunft. Bei den Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen finden sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Insgesamt weisen die Jungen in allen Jahren fast 10% mehr auffällige Befunde auf, insbesondere die Rate bereits in Behandlung befindlicher Störungen ist bei den Jungen um ca. 5% höher als bei den Mädchen.

Tab. 7.11: Koordinationsstörungen bei Kindern deutscher und ausländischer Herkunft

Befunde	1996			1999			2000		
	gesamt	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft	gesamt	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft	gesamt	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft
Gesamtzahl	28844	25248	3596	24788	21657	3131	18485	16172	2313
Normalbefund in %	86,3	85,8	89,9	85,2	84,9	86,6	84,4	84,3	85,8
auffälliger Befund in %	13,7	14,2	10,1	14,8	15,1	13,4	15,6	15,7	14,2
davon	M	9,7	9,9	8,5	9,6	9,5	10,1	10,4	11,4
	A	1,4	1,5	0,6	1,6	1,5	1,3	1,2	1,5
	B	2,4	2,6	0,8	3,4	3,7	3,5	3,8	1,1
	L	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,2

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen Regierungsbezirk Weser-Ems

M = **Minimalbefund**, z. Z. keine Therapie, Körperschulung und übende Maßnahmen (kompensatorischer Sport) erscheinen ausreichend

A = **Abklärung** und/oder krankengymnastische Übungsbehandlung erforderlich

B = Spezielle **Behandlung wird bereits durchgeführt**

L = **Schwerer Störung / bleibende Leistungsbeeinträchtigung**, auch wenn dadurch bedingt die Tests nicht durchgeführt werden konnten

Tab. 7.12: Koordinationsstörungen bei Jungen und Mädchen

Befunde	1996		1999		2000	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Gesamtzahl	14910	13934	12812	11966	9502	8961
Normalbefund in %	81,4	91,5	80,1	90,5	78,8	90,4
auffälliger Befund in %	18,6	8,5	19,9	9,5	21,2	9,6
davon	M	13,0	6,2	12,7	6,3	13,7
	A	2,0	0,7	1,9	1,1	1,9
	B	3,4	1,3	4,8	1,8	5,2
	L	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen Regierungsbezirk Weser-Ems

M= s. o., A= s. o., B= s. o., L= s. o.

7.3.4.6 Koordinationsstörungen

Hierbei werden Auffälligkeiten der Grobmotorik und Körperkoordination der Kinder anhand des Einbein-Stand-Tests und/oder im Einbein-Hüpf-Test untersucht. Ergänzend können Grätschsprung, Scherensprung, seitliches Hüpfen, vor- und rückwärts Balancieren auf einer Linie und Ballübungen herangezogen werden. Betrachtet man Kinder deutscher und ausländischer Herkunft insgesamt, so waren auffällige Befunde bei Kindern deutscher Herkunft etwas häufiger, insbesondere der Anteil bereits behandelter Auffälligkeiten lag höher.

Betrachtet man Kinder deutscher und ausländischer Herkunft getrennt nach Geschlecht, so wiesen Jungen deutscher Herkunft mit 21,6% deutlich häufiger auffällige Befunde auf als Jungen ausländischer Herkunft mit 17,7%. Umgekehrt war es bei den Mädchen, die insgesamt seltener Störungen der Koordination aufwiesen. Hier lag der Anteil bei den deutschen Mädchen bei 9,4%, der der ausländischen Mädchen bei 10,6% insgesamt (Schuleingangsuntersuchungen Regierungsbezirk Weser-Ems, 2000). Unabhängig von der Herkunft fanden sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Jungen wiesen in einem deutlich höheren Prozentsatz einen auffälligen Befund auf, dies betraf insbesondere die Minimalbefunde und die bereits in Behandlung befindlichen Befunde.

7.3.4.7 Störungen der Feinmotorik

Auffälligkeiten der Feinmotorik und Hand-Auge-Koordination werden über die Prüfung der Diadochokinese, den Daumen-Finger-Oppositionsversuch sowie anhand des Zeichen-Versuchs mit Beurteilung der Stifthaltung getestet. Dabei zeigten sich über die Jahre immer geringere Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Kindern. Lediglich der prozentuale Anteil bereits in Behandlung befindlicher Störungen ist bei Kindern deutscher Herkunft weiter höher. Betrachtet man die überproportional betroffenen Jungen, so finden sich bei 26,5% der deutschen und 20,4% der ausländischen Jungen auffällige Befunde. Dabei weisen die Jungen deutscher Herkunft zu 6,7% behandelte Befunde auf gegenüber 1,2% in Behandlung befindlicher Befunde bei den Jungen ausländischer Herkunft.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede mit einer höheren Rate auffälliger Befunde bei den Jungen zeigt sich für alle Befundkategorien, am deutlichsten jedoch bei den Minimalbefunden.

Tab. 7.13: Störungen der Feinmotorik bei Kindern deutscher und ausländischer Herkunft

Befunde	1996			1999			2000		
	gesamt	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft	gesamt	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft	gesamt	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft
Gesamtzahl	28844	25248	3596	24788	21657	3131	18485	16172	2313
Normalbefund in %	86,3	85,8	89,9	85,2	84,9	86,6	84,4	84,3	85,8
auffälliger Befund in %	13,7	14,2	10,1	14,8	15,1	13,4	15,6	15,7	14,2
davon	M	9,7	9,9	8,5	9,6	9,5	10,1	10,4	11,4
	A	1,4	1,5	0,6	1,6	1,5	1,3	1,2	1,5
	B	2,4	2,6	0,8	3,4	3,7	3,5	3,8	1,1
	L	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,2

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen Regierungsbezirk Weser-Ems

M = **Minimalbefund**, z. Z. keine Therapie, Körperschulung und übende Maßnahmen (kompensatorischer Sport) erscheinen ausreichend

A = **Abklärung** und/oder gezielte Maßnahmen (Ergotherapie) erforderlich

B = **Spezielle Behandlung wird bereits durchgeführt**

L = **Schwerer Störung/bleibende Leistungsbeeinträchtigung**, auch wenn dadurch bedingt die Tests nicht durchgeführt werden konnten

Tab. 7.14: Störungen der Feinmotorik bei Jungen und Mädchen

Befunde	1996		1999		2000	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Gesamtzahl	14950	13959	12819	11973	9511	8963
Normalbefund in %	85,2	94,4	76,9	90,5	74,2	89,8
auffälliger Befund in %	14,8	5,6	23,1	9,5	25,8	10,2
davon	M	9,9	3,9	14,3	6,4	7,2
	A	1,6	0,5	2,8	0,9	0,8
	B	3,0	1,0	5,8	1,9	1,8
	L	0,3	0,2	0,3	0,3	0,4

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen Regierungsbezirk Weser-Ems

M= s. o., A= s. o., B= s. o., L= s. o.

7.3.4.8 Verhaltensauffälligkeiten

Angaben zu Verhaltensauffälligkeiten lagen bei einer Auswertung des Untersuchungsjahrgangs 1998 von 11 Kommunen des Regierungsbezirks Weser-Ems vor. Bei den Verhaltensauffälligkeiten wurden unter anderem Konzentrationsschwächen, Hyperaktivität, Ticks aber auch das Sozialverhalten erfasst. Die Erhebung erfolgte im Rahmen der Untersuchung und Befragung durch die Ärztin/den Arzt, wobei kein standardisiertes Vorgehen zur Erfassung vorgegeben war. In den 11 Kommunen wurde bei 9,4% (n=1655) der Kinder ein auffälliger Befund diagnostiziert, 64,5% der Kinder waren Jungen, 35,5% Mädchen, wobei der überwiegende Teil als nicht behandlungsbedürftiger Minimalbefund eingestuft wurde (66,6%). Bei 18,5% der verhaltensauffälligen Kinder wurde eine weitere Abklärung bzw. Behandlung empfohlen, weitere 13,3% befanden sich bereits deswegen in Behandlung und bei 1,5% der Kinder war der Befund so schwerwiegend, dass von einer bleibenden Leistungsbeeinträchtigung ausgegangen werden konnte. Derzeit laufen sowohl bei den Jugendärztlichen Diensten des Regierungsbezirks Weser-Ems als auch bei der SOPHIA-Anwendergemeinschaft Bestrebungen, die Erhebung/Erfragung von Verhaltensauffälligkeiten sowie die Einstufung hinsichtlich des Schweregrades und der weiteren Maßnahmen

standardisiert durchzuführen. Weiterhin soll eine Evaluation der zur Diagnostik/Therapie empfohlenen Kinder erfolgen.

7.3.4.9 Zusammengefasste schulrelevante Befunde

Eine Auswertung der SOPHIA-Anwender des Jahres 2000 fasst die schulrelevanten Befunde wie folgt zusammen: Kinder mit mindestens einem schulrelevanten Befund „A“ (= schulärztlich geäußelter Verdacht, zur Abklärung empfohlen) oder „B“ (= bereits in Behandlung) in den Bereichen Sehen, Hören, Sprechen, ZNS-Teilleistungen (Visuomotorik und akustische Differenzierung und Speicherung) sowie Motorik.

Danach wiesen von n=30630 ausgewerteten Kindern 17,8% (n=5465) mindestens einen schulrelevanten Verdachtsbefund auf, bei dem eine weitere Abklärung bzw. Behandlung empfohlen wurde. Kinder, die sich bereits wegen einer der o. g. Störungen in Behandlung befanden, machten 25,6% (n=7852) aus. Insgesamt wiesen 39,9% (n=12208) der Kinder einen abklärungs-/behandlungsbedürftigen und/oder einen bereits in Behandlung befindlichen Befund auf. Somit waren 60,1% (n=18422) der Kinder ohne schulrelevanten Befund.

Tab. 7.15: Durchführung der U9 nach Bildungsgrad und abklärungsbedürftige Befunde

Bildungsgrad	Anzahl insgesamt (%)	Kinder mit mind. einem abklärungsbedürftigen Befund „A“* (%)	U 9		
			Durchgeführt absolut (%)	Nicht durchgeführt absolut (%)	Kein Heft vorgelegt absolut (%)
Niedrig	6779 (27,4)	1953 (28,8)	4201 (62,0)	1419 (20,9)	1159 (17,1)
Mittel	13195 (53,3)	2830 (21,4)	10714 (81,2)	1603 (12,1)	878 (6,7)
Hoch	4796 (19,4)	861 (18,0)	3949 (82,3)	525 (10,9)	322 (6,7)
Gesamt	24770 (100)	5644 (22,8)	18864 (76,2)	3547 (14,3)	2359 (9,5)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen SOPHIA-Anwendergemeinschaft, 2000

*ohne Adipositas

7.3.4.10 Einflussfaktor Bildungs-/Ausbildungsgrad

Das SOPHIA-Auswertungsprogramm verwendet einen gewichteten Sozialgradienten, der über die Schul- und Berufsabschlüsse der Eltern gebildet wird. Die sich daraus ergebende Variable des Bildungs-/Ausbildungsgrads der Eltern wird in Beziehung zur Teilnahme an der U9 und den in den Schuleingangsuntersuchungen festgestellten, abklärungsbedürftigen Befunden gesetzt. Danach wiesen Kinder von Eltern mit niedrigem Bildungs-/Ausbildungsgrad in einem höheren Prozentsatz abklärungsbedürftige Befunde auf, sie wiesen häufiger keine U9 Untersuchung auf bzw. legten kein Vorsorgeheft bei der Schuleingangsuntersuchung vor. Je höher der Bildungs-/Ausbildungsgrad, desto geringer war der Prozentsatz abklärungsbedürftiger Befunde und desto häufiger wurde die U9 wahrgenommen.

7.3.4.11 Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis

Sowohl im Weser-Ems Projekt als auch bei der SOPHIA-Anwendergemeinschaft werden Fragen aus der ISAAC-Studie zur Erfassung der Prävalenz von Heuschnupfen, Asthma und Neurodermitis im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen eingesetzt. Während die erhobene Jahresprävalenz für Heuschnupfen mit über 3% und die Lebenszeitprävalenz für Asthma mit ca. 14% im bzw. über dem laut Literatur (ISAAC) zu erwarteten Bereich liegen, liegt die Lebenszeitprävalenz für Neurodermitis bei der SOPHIA-Anwendergemeinschaft mit ca. 9% bzw. 12,9% (bezieht man alle unsicher Bejahenden mit ein) deutlich darunter. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass die Erhebung nicht identisch zu ISAAC erfolgte.

Die Auswertung der Daten des Regierungsbezirks Weser-Ems ist insofern problematisch, als der Fragebogen zwar eingesetzt wird, aber nicht alle Landkreise eine EDV-gestützte, kontinuierliche Dokumentation durchführen können. Aus diesem Grund weisen die Prävalenzen von Erkrankungen des atopischen Formenkreises erhebliche Schwankungen zwischen den Kreisen/kreisfreien Städten auf. Es sei deshalb auf die seit 2000 in vier

Landkreisen des Regierungsbezirks Weser-Ems durchgeführte AABEL-Studie („Atemwegserkrankungen und Allergien bei Einschulungskindern in einer ländlichen Region“) hingewiesen. Anhand einer Fragebogen-Erhebung in Kombination mit einer körperlichen Untersuchung und in einer Teilgruppe mit Bluttests werden die Prävalenzen für Erkrankungen des atopischen Formenkreises erhoben. Dabei geht es insbesondere um die Abschätzung des für die Region relevanten Umweltfaktors der „Emissionen aus Intensivtierhaltungsanlagen“ als mögliches Risiko für atopische Erkrankungen und Atemswegerkrankungen. Erste Ergebnisse werden 2002 vorliegen.

Kontaktadressen:

Weser-Ems Projekt
Bezirksregierung Weser-Ems, -Dezernat 108-
Theodor-Tantzen-Platz 8, 26122 Oldenburg
Tel.: (0441) 799-0

SOPHIA-Anwendergemeinschaft
Stellvertretend Herr Kaplick
Landkreis Celle – Gesundheitsamt –
Trift 26, 29221 Celle

AABEL- „Atemwegserkrankungen und Allergien bei
Einschulungskindern in einer ländlichen Region“
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt Hannover
Ansprechpartner Herr Michael Hoopmann
Rösebeckstr. 4-6, 30449 Hannover
Tel.: (0511) 4505-0

AutorInnen:

Dr. Elke Bruns-Philipps, Nds. Landesgesundheitsamt
Dr. Johannes Dreesman, Nds. Landesgesundheitsamt
Dr. Carsten Kraus, Gesundheitsamt für die Stadt und den
Landkreis Göttingen

8. Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen

8.1 Studien und Strukturen zur Förderung der Zahngesundheit in Niedersachsen

Tab. 8.1: Zahl der durch theoretische und praktische Prophylaxeimpulse erreichte Kinder (Dauer: länger als 45 Min.)

	theoretisch zu erreichende Kinder*	Besuch	Anzahl erreichter Kinder	% erreichte Kinder
Kindergarten ¹	203209 ²	1.	150851	74,2
		2.	35270	17,4
		3.	6119	3,0
		4.	193	0,001
Grundschule	356967	1.	215136	60,3
		2.	19296	5,4
		3.	2538	0,7
		4.	295	0,1
5./6. Klassen ³	166442	1.	56872	34,2
		2.	1097	0,7
		3.	-	0
		4.	-	0
Sonderschule	34467	1.	12092	35,1
		2.	3007	8,7
		3.	748	2,2
		4.	262	0,8

Quelle: eigene Berechnungen unter Verwendung von Daten des NLS und Kreisjugendämter

* Anzahl gemeldeter Kinder in den Einrichtungen der teilnehmenden Kreise

¹ Kindergärten, Spielkreise, Kindertagesstätten, Vorschulklassen

² Die Zahl ist ein ungefährender Wert für das Jahr 1998 und kann daher nur als Anhalt dienen.

³ ohne Sonderschulklassen

Bezogen auf die Mund- und Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen ist die Karies das Hauptinterventionsfeld aus bevölkerungsmedizinischer Sicht. Bei rückläufiger Karieshäufigkeit bundesweit und in Niedersachsen zeichnen sich Risikogruppen und ein Sozialgradient ab.

Die Kenntnis der kariesauslösenden Faktoren und die Umsetzung dieses Wissens in die Prävention ermöglichte seit Beginn der 90er Jahre einen kontinuierlichen Rückgang der Karieshäufigkeit in allen Bundesländern. Dennoch gibt es Kinder und Jugendliche, die in besonders starkem Maße betroffen sind, so haben ca. 25% aller Kinder dieser Altersstufe 80% des gesamten Kariesaufkommens (IDZ 1999). Sogenannte Risikogruppen sind z. B. Kinder von Migranten sowie Kinder und Jugendliche in Behinderteneinrichtungen und Sonderschulen. Zudem zeigt sich ein Sozial- und Geschwistergradient. Kinder, deren Eltern eine gute Schul- und Berufsausbildung haben, sind seltener von Karies betroffen, ebenso die Erstgeborenen in einer Familie (Informationskreis Mundhygiene und Ernährungsverhalten 2000).

8.1.1 Kariesprävention

Für eine umfassende zahnmedizinische Prophylaxe wird in Niedersachsen auf verschiedenen Ebenen eingegriffen. Bevölkerungswelt besteht die Möglichkeit der Kariesprophylaxe durch die Gabe von Fluoriden (Tabletten, Lösungen) im (Klein-) Kindesalter, den Einsatz von fluoridiertem Speisesalz sowie den Einsatz spezieller (Kinder-) Zahnpasten mit erhöhtem Fluoridgehalt. Die Gruppenprophylaxe, welche sich an Kinder und Jugendliche richtet, wird nahezu flächendeckend (drei Kreise in Niedersachsen führen diese nicht durch) in Kindergärten, Schulen und Behinderteneinrichtungen durchgeführt. Seit dem Schuljahr 1993/1994 beteiligt sich die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen (LAGJ e. V.) an der Dokumentation zur Gruppenprophylaxe, die von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (DAJ) bundesweit erfasst wird. Während 1993/1994 nur 14 von 47 Kreisen in Niedersachsen daran teilnahmen, sind es 1999/2000 bereits 44 Kreise (94%).

Tab. 8.2: Zahl der durch kontrollierte Fluoridierungsmaßnahmen erreichten Kinder

	kontrollierte Fluoridierungsmaßnahmen durch F-Lack und F-Gelee/Lösung				
	theoretisch zu erreichende Kinder*	davon			
		F-Lack		F-Gelee/Lösung	
		absolut	%	absolut	%
Grundschule	356967	37840	10,6	11143	3,1
5./6. Klassen	166442	10931	6,6	2973	1,8
Sonderschule	34467	3013	8,7	1181	3,4
gesamt	557876	51784	9,3	15297	2,7

* Anzahl gemeldeter Kinder in den Einrichtungen der teilnehmenden Kreise.

Tab. 8.3: Zahl der zahnmedizinisch untersuchten Kinder nach Einrichtung

	mind. 1x Teilnahme an Reihenuntersuchung		
	theoretisch zu erreichende Kinder*	Anz. erreichter Kinder	% erreichte Kinder
Kindergarten ¹	203209 ²	111784	55,0
Grundschule	356967	217604	61,0
5./6. Klassen ³	166442	68123	40,9
Sonderschule	34467	17844	51,8
gesamt	761085	415355	54,6

* Anzahl gemeldeter Kinder in den Einrichtungen der teilnehmenden Kreise

¹ Kindergärten, Spielkreise, Kindertagesstätten, Vorschulklassen² Die Zahl ist ein ungefährender Wert für das Jahr 1998 und kann daher nur als Anhalt dienen.³ ohne Sonderschulklassen

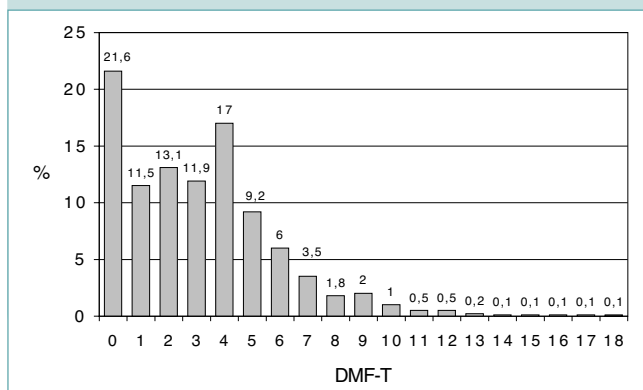
Zusätzlich werden seit 1999 auch die durchgeführten Kurzimpulse (ca. 10-15 min) erfasst. Diese erreichten 1999/2000 n=68.293 Kinder und stellen eine gute Ergänzung der sonstigen Maßnahmen dar, weil die häufige Erinnerung an Prophylaxemaßnahmen effektiver ist als eine einmalige ausführliche Aufklärung (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2000). Im Rahmen der Prophylaxemaßnahmen und Kurzimpulse werden bei Kindern im Grundschulalter und älter kontrollierte Fluoridierungsmaßnahmen mit Gelee und Lack durchgeführt. In 19 Kreisen wurden 1999/2000 n=67.081 Kinder damit versorgt.

8.1.2 Untersuchungsbefunde

Die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnspflege in Niedersachsen hatte 1991/92 eine repräsentative, landesweite Untersuchung zur Zahngesundheit von Schulkindern in Orientierungsstufen durchgeführt. Das Land Niedersachsen beteiligte sich im Jahr 2000 ebenfalls an der bundesweiten epidemiologischen Studie zur Zahngesundheit, die im Auftrag der DAJ vorgenommen wurde.

International wird als Maßzahl für die Zahngesundheit der DMF-T-Wert genutzt. Diese Maßzahl entspricht der durchschnittlichen Summe der kariösen (decayed), fehlenden (missing) und gefüllten (filled) Zähne (teeth) pro Gebiss. Das heißt, der DMF-T-Wert stellt die Schädigung eines Gebisses durch Karies dar. Die WHO stützt auf diese Maßzahl ihre Vergleiche und Zielvorstellungen bezüglich der Zahngesundheit. Der DMF-T-Wert wird für die bleibenden Zähne mit

Abb. 8.1: Häufigkeitsverteilung der DMF-T-Werte bei 12-jährigen Kindern im Jahr 1991



Großbuchstaben, der für die Milchzähne mit kleinen Buchstaben geschrieben. Im Schuljahr Juli 1999/Juni 2000 wurden insgesamt 415.355 Kinder untersucht. Der dmf-t-Wert der 6-jährigen Kinder lag im Jahr 2000 bei 2,4. 48% der Kinder dieser Altersgruppe hatten naturgesunde Gebisse. 2000 lag der Behandlungsbedarf dieser Altersgruppe bei 41%, 11% der Kinder hatten ein saniertes Gebiss. In der Gruppe der 12-jährigen Kinder wiesen 1991 21,6% ein naturgesundes, kariesfreies Gebiss auf. Im Jahr 2000 ist der Anteil auf 55% gestiegen. Lag der mittlere DMF-T-Wert der 12-Jährigen 1991 noch bei 3,1, so ist er im Jahr 2000 auf 1,2 gesunken.

Abb. 8.2: Häufigkeitsverteilung der DMF-T-Werte bei 12-jährigen Kindern im Jahr 2000

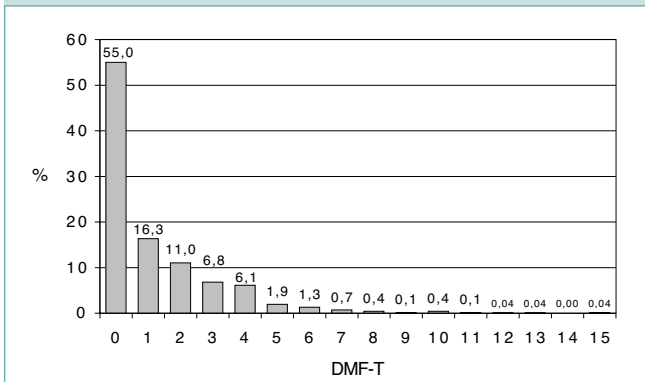
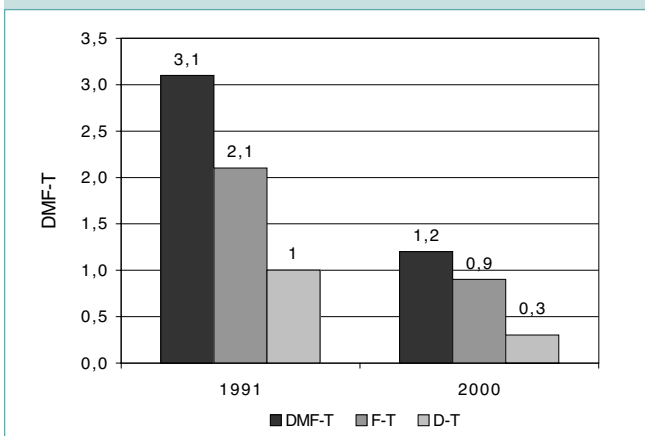


Abb. 8.3: Mittlere DMF-T-Werte bei 12-jährigen Kindern in Niedersachsen, 1991 und 2000



8.1.3 Ziele

Das von der WHO für das Jahr 2000 proklamierte Ziel, einen DMF-T-Wert von 2,0 zu erreichen, ist für die 12-Jährigen in Niedersachsen mit 1,2 erreicht bzw. unterschritten. Somit ist auf Landesebene eine deutliche Verbesserung der Zahngesundheit bei den Kindern festzustellen. Der beobachtete Kariesrückgang und damit die Zunahme naturgesunder Gebisse ist das Ergebnis intensiver gruppenprophylaktischer Maßnahmen in Kindergärten und Schulen sowie deren Ergänzung durch Individualprophylaxe in den Zahnarztpraxen. Der in den letzten Jahren stark gestiegene Verbrauch fluoridhaltiger Zahnpasten, des fluoridhaltigen Speisesalzes und der häufigere Einsatz von Mitteln zur Lokalfluoridierung haben zum Erfolg beigetragen, wie auch das verbesserte Gesundheitsbewusstsein der Eltern. Die Mund- und Zahngesundheit ist ein gutes Beispiel dafür, wie beeindruckend der Erfolg von frühzeitiger Prophylaxe sein kann.

Autorin:

Dr. Andrea Lehmann, Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e. V.

8.2 Flächendeckende Zahnprophylaxemaßnahmen und Feststellung erhöhter Bedarfe an Prophylaxemaßnahmen am Beispiel der Stadt Braunschweig

Zahnprophylaxe im Gesundheitsamt Braunschweig in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der Braunschweiger Krankenkassen hat Tradition. Seit mehr als einem Jahrzehnt hat das Thema Zahngesundheit hohe Priorität. Bereits bis zum Abschluss der „Rahmenvereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe in Niedersachsen“ 1993 bzw. ein Jahr später in Braunschweig auf der Grundlage des SGB V § 21 förderte die Arbeitsgemeinschaft Braunschweiger Krankenkassen die Aktivitäten des Zahngesundheitsteams. Auf der Grundlage der in den Rahmenvereinbarungen niedergelegten Ziele und der später formulierten Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen wurde kontinuierlich der stufenweise Ausbau der Zahnprophylaxe vorangetrieben. Zur Zeit werden alle 21.500 Kinder im Alter von 3-12 Jahren in 120 Kindertagesstätten, 41 Grund- und 9 Sonderschulen,

16 Orientierungsstufen sowie 3 Gesamtschulen in die flächendeckende Basisprophylaxe einbezogen – eine jährliche Herausforderung der Gesundheitsförderung mit Ansprüchen an Logistik und Kooperation.

Die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe zur Verhütung und Erkennung von Zahnerkrankungen umfassen:

- Untersuchungen der Mundhöhle mit Erhebung des Zahnstatus inklusive der Rückmeldung an Eltern und in anonymisierter Form auch an die jeweilige Einrichtung;
- Mundhygieneunterweisungen durch praktische Zahnputzübungen und altersspezifischer Einsatz spielpädagogischer Methoden;
- Zahnschmelzhärtung durch Fluoridanwendung;
- Ernährungsberatung/-erziehung.

Alle zahnmedizinischen Maßnahmen sind miteinander inhaltlich und organisatorisch „verzahnt“ und auf die Zielgruppe der Kinder in den verschiedenen Altersstufen abgestimmt. Während die flächendeckende Basisprophylaxe einen erheblichen Teil der gesamten Arbeit einnimmt, wendet sich die Oecotrophologin mit ihren Angeboten zur zahngesunden, vollwertigen Ernährung gezielt an Einrichtungen in Stadtteilen mit besonderem Unterstützungsbedarf. Die aktuellen Modellversuche an Hauptschulen, um die 12-16-jährigen Jugendlichen zu erreichen, unterliegen den gleichen Erwägungen. Zur Erkennung von Bereichen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf wird ein Sozialindex eingesetzt, der aus Daten der Schuleingangsuntersuchungen gebildet wird. Es fließen dabei ein:

1. Der Anteil der Kinder, deren Muttersprache nicht deutsch ist;
2. Kinder mit wenig Sozialerfahrung [= weniger als 10 Monate im Kindergarten gewesen];
3. Kinder, die nicht an der U8 und U9 teilgenommen haben oder kein Früherkennungsheft vorlegen konnten;
4. Kinder, die vom Jugendärztlichen Dienst für noch nicht schulfähig gehalten wurden.

Dies wird ergänzt durch Analysen des Sozialatlases der Stadt (Verteilung von Transferleistungen). Die für die Praxis des Zahn-Teams handlungsbezogene Einteilung kleinräumig erfasster Daten ist nach wie vor das Einzugsgebiet der Schule oder der Kindertagesstätte. Vergleichbarkeit wird über die städtische Sozialplanung und ihre Planbereiche hergestellt.

8.2.1 Unsere Aufgaben (Tab. 8.4)

Tab. 8.4: Aufgaben der Zahngesundheitsteams in Kita und Schule

Kita		Schule	
Basisprophylaxe (flächendeckend)		Basisprophylaxe (flächendeckend)	
Aufgaben	Anz. pro Jahr	Aufgaben	Anz. pro Jahr
• Untersuchung • Dokumentation und Auswertung • Rückmeldung an die Eltern • Rückmeldung an die Kita • Mundhygieneunterweisungen mit anschließendem Zähneputzen • Puppenspiel mit Inhalten der Mundhygiene	1x 1x 1x 1x 2x 1x	• Untersuchung + Kurzprophylaxe • Dokumentation und Auswertung • Rückmeldung an die Eltern • Rückmeldung an die Schule • Mundhygieneunterweisungen mit anschließendem Zähneputzen und Einsatz spielpäd. Methoden zur Zahngesundheit • Fluoridierung	1x 1x 1x 1x 1x 2x
Intensivprophylaxe		Intensivprophylaxe	
• Ernährungsberatung/-erziehung		• Sonderschulen: An 3 Schulen zeitlich intensivere Betreuung der 6-16-Jährigen • Hauptschulen: Derzeit Testphase von Modellen zur Einbeziehung der 12-16-Jährigen • Ernährungsberatung/-erziehung	
Nach Bedarf und personellen Ressourcen		Nach Bedarf und personellen Ressourcen	
• Elternabende in Stadtteilen mit Unterstützungsbedarf • Fortbildungen für Kita MitarbeiterInnen • Beteiligung an Gesundheitstagen, -wochen		• Elternabende in Stadtteilen mit Unterstützungsbedarf • Fortbildungen für Lehrerkollegien • Beteiligung an Gesundheitstagen, -wochen	

8.2.2 Unsere Ziele

Voraussetzung zur Realisierung der qualitativen Ziele ist die Umsetzung der ausgehandelten Aufgaben (s. Tabelle 8.4). Die von der WHO für Europa formulierten, grundlegenden Ziele sind lange erreicht, daher liegt es nah, sich an den Zahlen der letzten Jahre zu orientieren und dementsprechend die Messlatte an den geeigneten Parametern auszurichten. Dabei hilft die Möglichkeit kleinräumiger Ergebnisanalysen, um möglichst realistische Ziele zu setzen.

In Braunschweig sieht es das Zahngesundheitsteam als wesentlich an, das Hauptgewicht auf Maßnahmen zur Erhöhung des Fluoridierungs- und Sanierungsgrades zu legen, um die Chancen zur Sicherung bzw. langfristigen Verbesserung des dmf-t/DMF-T nachhaltig zu beeinflussen. Auf der Grundlage der oralepidemiologischen einrichtungsbezogenen Durchschnittswerte werden kleinräumig – also auf Kindertagesstätten- bzw. Schul- und Klassenebene vor dem Hintergrund der Sozialkriterien diese Prioritäten gesetzt.

Tab. 8.5: Institutionsbezogene oralepidemiologische Handlungsparameter und Ziele

Parameter	Einrichtung	Ergebnisse 99/00	Kurzfristige Ziele 00/01	Outcome 2002
dmf-t- Werte	Kita	1,4	Sichern	
	Grundschule	2,06	Sichern	
DMF-T Werte	Grundschule	0,48	Sichern	
	Sonderschule	1,1	Sichern	
	OS	1,04	Sichern	
	IGS (Kl. 5/6)	2,3	Reduktion	2,0
Naturgesunde Zähne	Kita	70,5%	Sichern	
	Grundschule	40,0%	Sichern	
	Sonderschule	32,2%	Sichern	
	OS	43,4%	Sichern	
	IGS (Kl. 5/6)	47,7%	Sichern	
Fluoridierungsgrad	Grundschule	70,6%	Erhöhung um 5%	75,0%
	Sonderschule	63,7%	Dito	68,0%
	OS	61,9%	Dito	67,0%
	IGS (Kl. 5/6)	65,3%	Dito	70,0%
Sanierungsgrad	Kita	19,6%	Erhöhung um 5%	25%
	Grundschule	42,7	Dito	47,7%
	Sonderschule	48,4	Dito	53,4%
	OS	57,8	Dito	62,8%
	IGS (Kl. 5/6)	64,4	Dito	64,4%

8.2.3 Kleinräumige Darstellung der Ergebnisse

8.2.3.1 Naturgesunde Zähne und Fluoridierungsgrad

Insgesamt 41% aller Kinder in den Grundschulen erfreuen sich naturgesunder Zähne. Dennoch hat nur in 6 der 30 Plan-Bereiche (PB) (15, 17, 19, 22, 27, 29, 30) tatsächlich jedes zweite Kind ein makelloses Gebiss. In fast allen PBs mit Unterstützungsbedarf konnte ein über dem Durchschnitt (72%) liegender Fluoridierungsgrad erreicht werden, so dass gute Voraussetzungen zur Verbesserung der Zahngesundheit gegeben sind (Abb. 8.4). Liegt der Anteil der naturgesunden Zähne äußerst niedrig, wie z. B. im Planbereich 6, muss ein hoher Fluoridierungsgrad ein Gegengewicht bilden.

Für das Zahngesundheitsteam handlungsrelevant sind die Ergebnisse auf der Aggregationsebene „Schule“ oder noch eine Ebene tiefer: „Schulklasse“. Denn nur wenn alle professionell im Prozess Beteiligten, sprich Schulleiter, KlassenlehrerInnen und Zahnteam, kohärent zusammenspielen, können die Eltern und ihre Kinder in diesem Prozess der Gesundheitsförderung eine aktive Rolle einnehmen.

8.2.3.2 Sanierungsgrad

Mit durchschnittlich 42,7% liegt der Sanierungsgrad für die Grundschulen gut, weist aber eine erhebliche Streuung innerhalb der Stadtteile auf (16 bis 55%). Als Ziel für das nächste Schuljahr wurde eine Steigerung von 5% benannt. Der Sanierungsgrad scheint auf den ersten Blick keinem sozialen oder stadtteilorientierten Muster zu folgen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass zur Berechnung $(f/f+d) \cdot 100$ alle Kinder mit naturgesunden Zähnen unberücksichtigt bleiben, d. h. wenn viele Kinder ein naturgesundes Gebiss haben, ist der Anteil der kariösen, aber auch der sanierten Gebisse entsprechend niedriger.

8.2.4 Operationalisierung der Ziele

Zur Operationalisierung der Ziele stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung.

Neben den Standardmethoden versuchen wir die folgenden Ideen umzusetzen:

- Erhöhung des Fluoridierungsgrades durch Intensivierung der einrichtungbezogenen Kooperationen (Rückkoppelungsgespräche mit Schul- oder Kita-Leitung/Klassenlehrer über anonymisierte Befunde, Auffälligkeiten und Veränderungen)
- Intensivierung der Elternarbeit, z. B. je nach personellen Ressourcen sozialräumlich gesteuert Teilnahme an den Elternabenden der ersten Klassen mit dem Ziel der Erhöhung der Teilnahmebereitschaft (schriftl. Einverständnis) an Fluoridierungsmaßnahmen
- Gezielte Ernährungsberatung und Mitmachfrühstücksaktionen in Stadtteilen mit besonderem Unterstützungsbedarf
- Evaluation von tatsächlichen Ernährungsgewohnheiten mit dem Ziel der Entwicklung und Anwendung von Setting-orientierten Präventionsprogrammen zur Verbesserung der Ernährungssituation von Kindern
- Gezielte Öffentlichkeitsarbeit: z. B. zum Tag der Zahngesundheit, um Themen wie „Nursing-bottle-Syndrom“, Fluoridierung, regelmäßige Mundhygiene und Zahnarztbesuche zu forcieren
- Verbesserung des Sanierungsgrades durch Evaluation abgeschlossener Behandlungen (Testen eines Modells zur Verbesserung der Rückmeldung zur Zahnbehandlung durch Eltern in 10 Kitas und 10 Grundschulen mit nur geringem Anteil „Naturgesunder Zähne“)
- Ergebnisbezogene Teamgespräche

8.2.5 Zukunftsgedanken

- Technisch ist die Entwicklung relationaler Datenbanken für den Jugendärztlichen und Jugendzahnärztlichen Dienst kein nennenswertes Problem, es bedarf aber unbedingt der Abstimmung mit dem zuständigen Datenschutzbeauftragten. Über die Verknüpfung der vorhandenen Zahngesundheitsdaten mit den Informationen des Jugendärztlichen Dienstes ließen sich noch detailliertere Analysen und zielgenauere Handlungsprogramme erstellen. Die Hypothesen der Abnahme elterlicher Ressourcen bei der Zahnfürsorge mit zunehmender Kinderzahl könnten genauer untersucht und ggf. differenzierte Präventionsmodelle erstellt werden.
- Eine noch bessere Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsamt und niedergelassenen Zahnärzten, um die Betreuung zu intensivieren und den Informationsaustausch zu verbessern, sollte angestrebt werden.
- Möglicherweise bietet sich die Zusammenarbeit mit den Stadtteilsozialarbeitern des Jugendamtes an. In Braunschweig werden erste Kontakte zur gegenseitigen Beratung geknüpft.

Abb. 8.4: Anteil naturgesunder Zähne und Fluoridierungsgrad in der Grundschule nach 30 Planungsbereichen (PB) in Braunschweig

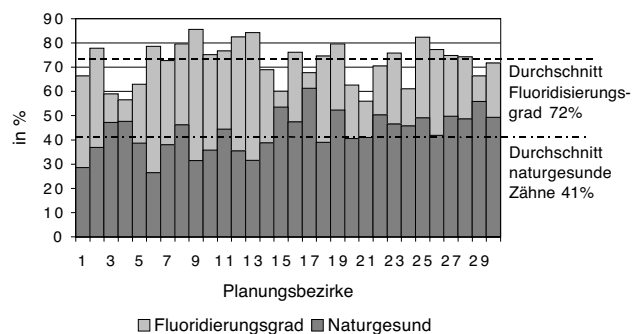


Abb. 8.5: Sanierungsgrad für Milch- und bleibende Zähne in Grundschulen nach Planungsbereichen



Sanierungsgrad in 3 Clustern
Grundschüler Schuljahr 1999/2000

- 15,0% - 34%
- 34,1% - 44%
- 44,1% - 55%

Autor:

Rainer Schubert MPH, Gesundheitsamt der Stadt Braunschweig

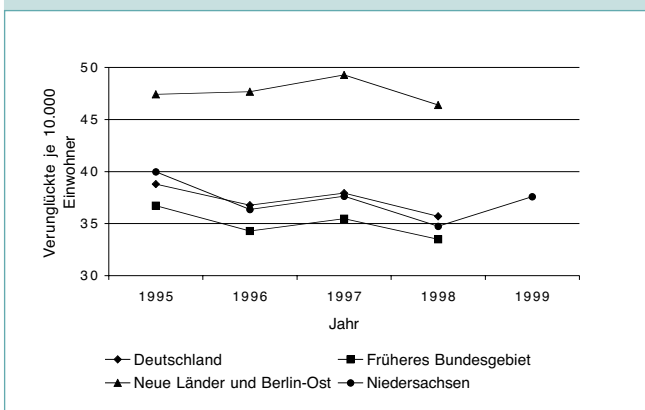
9. Unfälle im Kindesalter

Unfallfolgen gehören in Deutschland zahlenmäßig zu den wesentlichsten Faktoren, die die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen negativ beeinflussen. Auf der anderen Seite sind Unfälle durch geeignete präventive Maßnahmen wahrscheinlich in vielen Fällen zu vermeiden. Das folgende Kapitel gliedert sich in zwei größere Abschnitte: Zunächst werden Zahlen aus ganz Niedersachsen zu diesem Thema dargestellt, im zweiten

ausführlichen Teil wird ein Projekt aus Delmenhorst beschrieben. In Delmenhorst werden Unfall-Daten systematisch erhoben und ausgewertet. Zugleich werden dort präventive Konzepte dargestellt. Nicht in jedem Fall wird es möglich sein, entsprechend umfangreiche Aktionen durchzuführen. Die ausführliche Beschreibung gibt jedoch einen guten Überblick über mögliche Ansatzpunkte.

9.1 Zahlen aus Niedersachsen

Abb. 9.1: Im Straßenverkehr verunglückte Kinder unter 15 Jahren je 10.000 Einwohner derselben Altersgruppe. Zeitverlauf in unterschiedlichen Regionen der Bundesrepublik Deutschland, 1995-1998 (Niedersachsen 1995-1999)



Quelle: NLS, Stat. Bundesamt, eigene Berechnungen.

9.1.1 Todesursachenstatistik

Im Alter von 1-14 Jahre sind Unfälle die häufigste Todesursache. In Niedersachsen sind im Jahr 1999 in dieser Altersstufe 211 Kinder und Jugendliche verstorben, davon 91 (44% aller Todesfälle) auf Grund von Verletzungen und Vergiftungen. Jungen waren deutlich häufiger betroffen (55 Todesfälle) als Mädchen (36 Todesfälle). Fast die Hälfte der Todesfälle entfiel auf Transportmittelunfälle (43 bzw. 47%). An zweiter Stelle folgen Todesfälle durch Ertrinken (12 bzw. 13%).

9.1.2 Straßenverkehrsunfälle

Die Todesursachenstatistik zeigt, dass zumindest für schwerwiegende Unfälle der Straßenverkehr eine bedeutende Rolle spielt. Die Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden werden in der Regel polizeilich erfasst und gehen damit in die Straßenverkehrsunfallstatistik ein. Nach dieser Statistik sind in Niedersachsen im Jahr 1999 4938 Kinder bei Straßenverkehrsunfällen verletzt oder getötet worden. Im Jahr zuvor waren es 400 Kinder weniger. Die Anzahl ist damit um 8,8% von 1998 auf 1999 angestiegen. Bezogen auf 10.000 Kinder derselben Altersstufe waren dies zuletzt 37,6 Verunglückte.

Im Vergleich mit den Bundesländern des früheren Bundesgebietes lag bereits 1998 Niedersachsen über dem Durchschnitt (34,6 zu 33,5). Die Grafik zeigt jedoch den deutlichen Unterschied zu den neuen Bundesländern, in denen 1998 eine Rate von 48,7 verunglückten unter 15-Jährigen auf 10.000 derselben Altersstufe beobachtet wurde.

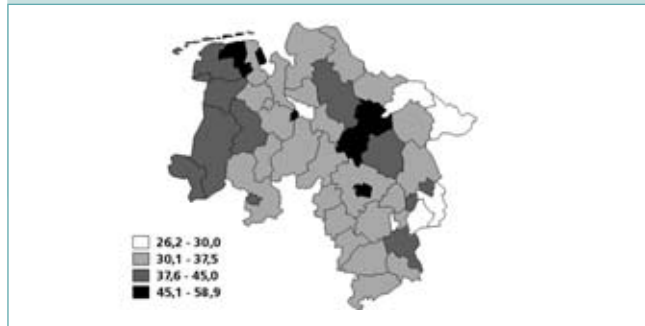
Besonders beachtenswert sind die regionalen Unterschiede in Niedersachsen, die aus Abb. 9.2 zu ersehen sind. Neben den Städten Wilhelmshaven (55,65), Delmenhorst (52,94) und Hannover (51,26) sind es auch einzelne Landkreise, die durch deutliche Unterschiede zum Landesdurchschnitt auffallen. An erster Stelle die Landkreise Wittmund (58,9) und Soltau-

Fallingbommel (55,3). Vor allem im Osten des Landes liegen die Landkreise mit einer geringeren Rate: Lüchow-Dannenberg (26,2), Wolfenbüttel (26,3), Helmstedt (29,8) und Lüneburg (30,0).

9.1.3 Krankenhausdiagnosestatistik

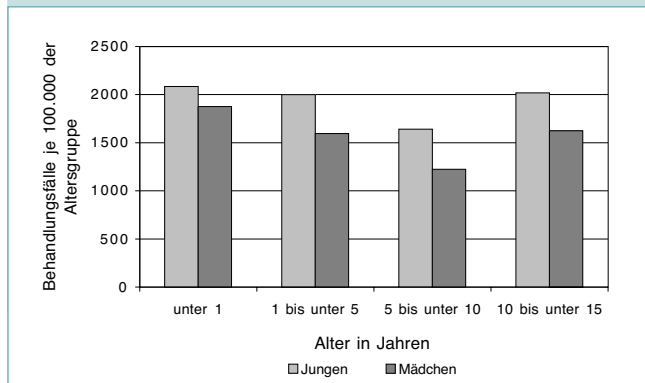
In der Krankenhausdiagnosestatistik werden alle Behandlungsfälle erfasst, die stationär aufgenommen wurden. Sogenannte Stundenfälle sind solche Fälle, die nicht über Nacht in stationärer Behandlung waren. Abzugrenzen hiervon sind die Fälle, die lediglich in der Ambulanz eines Krankenhauses gesehen wurden. Diese Fälle werden nicht ausgewiesen. Die Abbildung 9.3 unterscheidet sich daher von der aus Delmenhorst. In allen Altersgruppen sind Jungen häufiger von Verletzungen und Verbrennungen betroffen. Die altersspezifische Verteilung wird jedoch auch dadurch beeinflusst, dass jüngere Kinder eher wegen der Möglichkeit einer kontinuierlichen Beobachtung nach einem Unfallereignis stationär eingewiesen werden. Um eine Abschätzung der Inzidenz zu ermöglichen, müssten auch die ambulant behandelten Fälle aufgezeichnet werden. Ein derartiges Prozedere wird in Delmenhorst durchgeführt. Dieses wird im Folgenden ausführlich dargestellt, da hier sowohl eine solide Datengrundlage geschaffen wurde, als auch Konzepte zur Prävention erarbeitet und umgesetzt wurden, die auch in anderen Regionen mögliche Ansatzpunkte liefern.

Abb. 9.2: Im Straßenverkehr verunglückte Kinder und Jugendliche unter 15 Jahre bezogen auf 10.000 Einwohner der selben Altersstufe. Niedersachsen, 1999



Quelle NLS, eigene Berechnungen

Abb. 9.3: Daten der Krankenhausdiagnosestatistik; Krankenhausfälle (einschließlich Stundenfälle) auf Grund von Verletzungen und Verbrennungen je 10.000 der jeweiligen Altersgruppe in Niedersachsen, 1999



Quelle: NLS, eigene Berechnungen

9.2 Daten aus Delmenhorst zu Unfällen im Kindesalter

Angeregt durch das Forum Unfallprävention im Deutschen Grünen Kreuz entstand in den Städtischen Kliniken Delmenhorst eine Initiative zur systematischen Erfassung von Unfällen im Kindesalter. Ziel dieser Initiative ist es, das Unfallgeschehen systematisch abzubilden bzw. auch durch eine gezielte Intervention Prävention im Sinne einer Primärprävention zu fördern. Nach entsprechender Vorbereitung wurden die ambulanten und stationären Unterlagen aller verunglückten Kinder folgender Institutionen in einer Datenbank erfasst.

- Städtische Kliniken
- Kinderklinik
- Unfallchirurgische Klinik

- St. Josephstift
- D-Arzt-Praxis Dr. Ricklefs/Dr. Looschen

In diesen Einrichtungen wird der überwiegende Teil aller in Delmenhorst und der angrenzenden Landgemeinde Ganderkesee von Unfällen betroffenen Kindern betreut, wie eine Stichprobe bestätigte. Daher können die erfassten Unfälle als Inzidenzstatistik in Delmenhorst und Ganderkesee betrachtet werden. Die Datenerfassung erfolgt auf der Basis der ICD 10 sowie der WHO „guidelines for less resourced environments“. Es wird ein minimaler Datensatz mit den Merkmalen erhoben: demografische Angaben, Unfallintention (Unfall, Gewalttat, sex. Missbrauch), Unfallkategorien (Art, Ort, Tätigkeit zum Zeit-

punkt des Unfalls), Verletzungsfolgen und beteiligte Produkte. Diese Datenerfassung erlaubt mit einem vertretbaren Zeitaufwand eine aktuelle Dokumentation und ist bezüglich demographischer Daten (z. B. Alterskategorien) und Unfallkategorien auf europäischer Ebene vergleichbar.

Die Datenprüfung und Analyse erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Landesgesundheitsamt Brandenburg unter wissenschaftlicher Leitung von Frau Dr. Ellsäßer. Im Folgenden werden die Zahlen des Jahres 1999 dargestellt.

9.2.1 Inzidenz

Insgesamt 14,9 % der Kinder unter 15 Jahren (n= 17.580) mussten medizinisch (ambulant und stationär) behandelt werden. Deutlich unterschiedliche Inzidenzen der Altersgruppen

werden sichtbar. Die höchste Inzidenz weist die Gruppe der 1- bis 4-jährigen Kinder auf mit 18,6 Prozent der Altersgruppe gegenüber 14 Prozent der 5- bis 14-Jährigen und 10,3 der Säuglinge (bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres). Bei zusätzlicher Differenzierung nach Herkunft werden die Unterschiede noch deutlicher. 21,8 Prozent der ausländischen Kinder erleiden pro Jahr einen behandlungsbedürftigen Unfall. Auffallend hoch ist die Rate mit 45 Prozent bei den ausländischen Jungen.

Hochrisikogruppen sind demnach eindeutig Kinder im Kleinkindalter und die ausländischen Kinder. Suizidversuche sind selten und wurden nur bei deutschen Kindern erfasst. Verletzungen aufgrund von Gewalt kamen nur in 21 Fällen vor – sind aber sehr wahrscheinlich untererfasst.

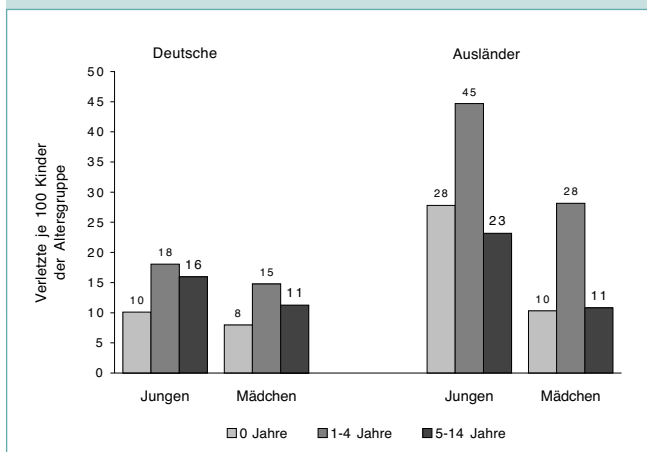
9.2.2 Unfallort

Unfälle zu Hause nahmen erwartungsgemäß den 1. Rang in der Altersgruppe der Kleinkinder ein. Unfälle bei Schulkindern verteilen sich in ihrer Häufigkeit auf folgende Orte: zu Hause, öffentliche Verkehrswege, öffentliche Einrichtungen und Sporteinrichtungen.

9.2.3 Unfallart/Produktbeteiligung

Stürze sind die häufigste Unfallart in allen Altersgruppen. Jedoch ist die Produktbeteiligung altersgruppenspezifisch. Im Säuglingsalter war der Sturz vom Wickeltisch, im Kleinkindalter der Sturz von Treppen und im Schulalter Stürze vom Fahrrad am häufigsten (Abb. 9.5). Thermische Verletzungen (6,2 bzw. 8,2/1000), Fremdkörperingestionen (5,3 bzw. 6,4/1000) und Vergiftungen (4,4 bzw. 6,6/1000) sind typische Unfälle des Säuglings- und Kleinkindalters. Die thermischen Verletzungen waren am häufigsten verursacht durch heiße Flüssigkeiten bzw. heiße Gegenstände im Haushalt.

Abb. 9.4: Verletzte Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren (n=2623) auf 100 Bewohner derselben Altersgruppe in Delmenhorst und Ganderkesee, 1999. Darstellung nach Altersgruppe, Geschlecht und Ausländerstatus



Tab. 9.2: Unfälle nach Unfallort in % der jeweiligen Altersgruppe, Delmenhorst, 1999

Altersgruppe	0 Jahre	1 - 4 Jahre	5 - 14 Jahre
zu Hause	73,5	51,4	14,6
öffentliche Verkehrswege	2,6	3,7	12,8
Schule, Hort, Kindertagesstätte	0,9	3,3	12,3
Sporteinrichtungen	0,9	0,7	11,4
davon außerhalb			
von Schule, Hort, Kindertagesstätte	0,9	0,6	7,9
davon innerhalb			
von Schule, Hort, Kindertagesstätte		0,1	3,5
Natur, Park	6,8	9,9	5,6
Spielplätze		3,8	2,6
davon außerhalb			
von Schule, Hort, Kindertagesstätte		3,7	2,6
davon innerhalb			
von Schule, Hort, Kindertagesstätte		0,1	
landwirtschaftliches Gelände		0,1	0,5
anderer Unfallort / Unfallort unbekannt	15,4	27,3	43,8

9.2.4 Prävention

Ziel der regionalen Unfallanalyse war von Anfang an eine wirkungsvolle und gezielte Intervention anhand von Unfallschwerpunkten und Risikogruppen bzw. eine Evaluation der Interventionen mit Hilfe eines möglichst zeitnahen und umfassenden Unfallmonitorings. Sowohl Planung als auch Interventionen erfolgten in Kooperation mit dem Forum Unfallprävention im Dt. Grünen Kreuz als Modellregion. (Weitere Modellregionen: Dortmund, Berlin-Friedrichshain, Landkreis Havelland, Stadt Potsdam, Stadt Rendsburg)

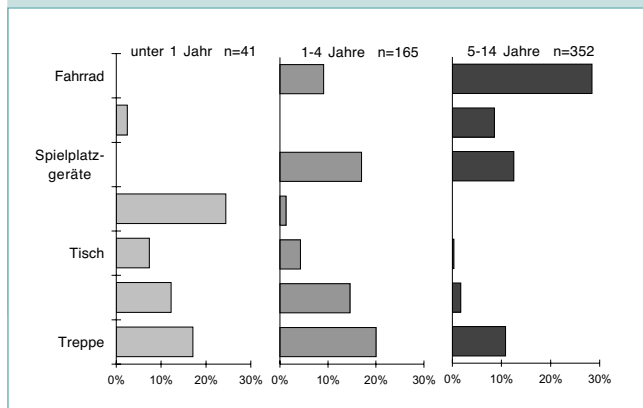
Die ideale Organisationsform schien aufgrund der Erfahrungen anderer Modellregionen der sog. Runde Tisch. Funktion, Arbeitsweise und Erfolgskriterien dieses zentralen Instrumentes werden einer gesonderten Analyse im Rahmen einer Kooperation mit dem Zentrum für Sozialforschung (ZeS) des Fachbereiches Public Health der Universität Bremen unterzogen.

Die regelmäßigen Teilnehmer sind in der Liste dargestellt, ihre Funktion wird bei der Beschreibung der Projekte beschrieben.

Beteiligte Institutionen:

Kinderklinik
GiK e. V. („Gesundheit im Kindesalter“)
Gesundheitsamt
Jugendamt/Jugendhäuser
Gartenbauamt
Sportamt/Stadtsportbund
Stadtplanungsamt
Sicherheitsingenieur
Kindergärten/Sprachheilkindergarten
Grundschulen
Feuerwehr/Rettungsdienst
DRK; DLRG/ADAC
Verkehrswacht
Gemeindeunfallverband/Unfallkasse
VHS
Drogenberatungsstelle
Neugeborenenzimmer (beider geburtshilflichen Kliniken)
Hebammen
Kinderärzte/Arzthelferinnen

Abb. 9.5: Unfälle mit Produktbeteiligung nach Altersgruppe, Delmenhorst und Ganderkesee, 1999. Angabe in Prozent



9.2.4.1 Projekte

Durch Hebammen wird an einem Abend während der Geburtsvorbereitungskurse unterstützt durch eine Kinderärztin auf Unfallschwerpunkte im Haushalt hingewiesen. Verwendet wird dabei mit großem Erfolg, besonders bei den zukünftigen Vätern, das Suchspiel zum Haushaltscheck (Dt. Grünes Kreuz). Erstmals werden junge Eltern in dieser für präventives Denken sehr sensiblen Phase über das Thema häusliche Sicherheit informiert und kompetent beraten. Von Anfang an werden auf den Entbindungsstationen die vom Forum Unfallprävention nach schwedischem Modell entwickelten „Sicherheitschecklisten“ verbunden mit einer kurzen aber wichtigen persönlichen Ansprache verteilt. (Hier werden Synergieeffekte aus anderen präventiven Projekten wie z. B. der Allergieberatung genutzt). Parallel dazu werden im Rahmen der Modellregionen Fragebögen zum Informationsstand der Eltern ausgegeben und diese nochmals indirekt (Beschäftigung mit einem Fragebogen) mit dem Problem der Kindersicherheit konfrontiert. Eine zweite Fragebogenaktion findet nach einem Jahr (U6) über die Kinderarztpraxen statt. Initiative und Auswertung dieser Aktion erfolgte im Rahmen des Forum Unfallprävention.

Auf der Entbindungsstation stehen Sicherheitsartikel der Firma Helly in Form eines bemusterten roten „Sicherheitspfeils“ zur Verfügung und können hier, wie auch in der Kinderambulanz, zum Selbstkostenpreis erworben werden – gelegentliche Entwendungen geschehen hoffentlich zu einem sinnvollen Zweck. Die Finanzierung ist durch Sponsoring über den Verein „Gesundheit im Kindesalter“ (GiK e. V.) gewährleistet.

Ebenfalls mittels Spendengeldern wurde eine sog. Riesenküche angefertigt, die eindrucksvoll durch veränderte Proportionen der Möbel für Erwachsene den besonderen Gefahrenschwerpunkt Küche aus der Sicht eines Kleinkindes (hohe Arbeitsplatte, zum Hochklettern einladende Schubladen) darstellt. Die öffentliche Präsentation, unterstützt durch Pressearbeit, kann

jungen Eltern die besondere Sichtweise der Kinder im Haushalt erfahrbar machen, sowie auf die Bedeutung und Funktion von einigen noch relativ unbekannten Sicherheitseinrichtungen wie z. B. das Herdschutzgitter hinweisen. Aufgrund der eigenen epidemiologischen Daten konnte die große Bedeutung der Wickelkommode für Unfälle im ersten Lebensjahr bestätigt und quantifiziert werden. Sowohl die Förderung der passiven Sicherheit durch Propagieren von (z. B. in Schweden üblichen) Standards für die Randhöhe der Wickelaufgabe als auch die Steigerung der Aufmerksamkeit der Eltern für diesen Unfall (Verhaltensmodifikation) wird hier das nächste Ziel sein.

„Erste sichere Fahrt“. Auf beiden Entbindungsstation besteht das Angebot, kostenlos für 1 Monat Babyschalen auszuleihen. Damit wird auf die große Bedeutung der Kindersicherheit im Straßenverkehr hingewiesen und exemplarisch schon durch das Vorhandensein der Babyschalen auf den Stationen dieses vermittelt. Auch diese Aktion wird durch Spendengelder (Anschaffung von 20 Sitzschalen in Kooperation mit dem ADAC-Delmenhorst) ermöglicht.

Auf 2-3 mal jährlich stattfindenden Notfallseminaren für Arzt-helferinnen aller Kinderarztpraxen (und einzelner Allgemein-ärzte) werden diese zusätzlich motiviert, die Verteilung der in der Zwischenzeit vom Berufsverband der Kinder- und Jugend-ärzte propagierten Sicherheitschecklisten, verbunden mit Infor-mationen anlässlich der jeweiligen Vorsorgeuntersuchungen, zu fördern. Gleichzeitig dienen diese Seminare, ähnlich wie die regelmäßig in Zusammenarbeit mit dem DRK durchgeführten Kurse „Erste Hilfe am Kind“, der notwendigen Sekundärprä-vention bei Kinderunfällen.

Altersmäßig schließt sich nach dem Säuglingsalter für das Kleinkindalter die Unterstützung des Gartenbauamtes (Stadt-grün) bei der Überwachung und Betreuung der öffentlichen Kinderspielplätze an. Von Fachleuten für Planung und Unter-halt wurden besonders die am „runden Tisch“ diskutierten Informationen über die Unfälle auf Spielplätzen (etwa 170 pro Jahr) als wichtige und nützliche Informationen im Sinne einer Rückkopplung aufgenommen. Mehrfach wurden auch von anderen Trägern (Kindergärten, Schulen) Anregungen zur Gestaltung übernommen und finden, verbunden mit der Öffentlichkeitsarbeit (Presse), zunehmend Eingang in private Planungen. Durch Mitarbeit der Feuerwehr fließen Sachkennt-nis und Problembewusstsein zum vorbeugenden Brandschutz in die Diskussion ein und bedeuten kompetente Informationen z. B. zur Bauordnung sowie Qualität und Notwendigkeit von Feuermeldeeinrichtungen. Im Anschluss an einen tödlichen Sturzunfall bestehen Kontakte zu Wohnungsbaugesellschaften, um z. B. im Falle ohnehin nötiger Renovierungen besondere Sicherheitsbedürfnisse von eher einkommensschwachen Familien mit Kindern zu bedenken. Gefördert durch die örtliche Presse und kommunalpolitische Unterstützung ist eine erfreu-liche Gesprächsbereitschaft festzustellen. Folgerichtig sind wir an der Gemeinschaftsinitiative „Soziale Stadt“ in einem Stadt-teil von Anfang an beteiligt.

9.2.4.2 Vom Sichern zum Üben

Die im Säuglings- und Kleinkindesalter fast ausschließlichen Maßnahmen zur Steigerung der passiven Sicherheit müssen mit zunehmendem Alter der Kinder sukzessive durch eine Förderung der aktiven Sicherheit ergänzt werden. Die beiden Positionen der Sicherheitsphilosophie „Sichern oder Üben“ müssen ergänzend und nicht alternativ der jeweiligen Reife der Kinder angepasst werden. Weiterhin spielen Persönlichkeits-merkmale, psychomotorische und nicht zuletzt Erziehungsstile eine nicht einfach einzuschätzende Rolle. Dies wird an der gesondert zu untersuchenden, zunehmend großen Gruppe der Kinder mit Störungen der Aufmerksamkeit und Wahr-nehmung außerordentlich deutlich (Grützmaker, 2001).

Zentrales Anliegen der Steigerung der aktiven Sicherheit ist die Bewegungsförderung, die es Kindern mit zunehmendem Aktionsradius erlaubt, die Herausforderung der jeweiligen sozialen Umwelt zu meistern. Dies scheint mit einem Rückgang der motorischen Erfahrungen in der altersentsprechenden Ent-wicklung bei gleichzeitig zunehmend vielfältigen und gelegent-lich risikoreichen Angeboten (frühes Radfahren, Trendsport-arten) besonders wichtig.

Gerade das Kindergartenalter stellt aus mehreren Gründen eine bedeutende und zugleich sehr günstige Phase dar:

- Das Alter hat nach den o. a. Daten die höchste Inzidenz.
- Der Sicherheitsstandard ist verglichen mit der häuslichen Umgebung hoch und kaum noch zu steigern, so dass die passiven Faktoren für das Unfallgeschehen nicht (mehr) im Vordergrund stehen (Kunz, 1993).
- Gleichzeitig sind die Kinder dieser Altersgruppe aufgrund des relativ hohen Versorgungsgrades (> 80%) für Interventionen sehr gut erreichbar.
- Verhaltensänderungen sind in frühen Jahren wirkungsvoller.
- Nach den bisherigen eigenen Erfahrungen aus anderen Projekten (Zahngesundheit, Ernährung, Allergievermeidung) zeigen sich Kindergärtner/innen als Multiplikatoren für prä-ventive Maßnahmen sehr aufgeschlossen.

In Delmenhorst war die Situation weiterhin durch vorhandene Aktivitäten unter anderem zur Erkennung bewegungsauf-fälliger Kinder im Rahmen des sog. Zentralen Modells des Jugendamtes besonders günstig. In diesem Modell wird seit Jahren jedem Kindergarten die Möglichkeit zu fachlicher Unterstützung zur Diagnostik u. a. auch von Bewegungs-auffälligkeiten zentral (an-)geboten. Vor allem die im Sprach-heilkindergarten bzw. einer motopädischen Einrichtung vor-handenen personellen und räumlichen Ressourcen konnten für die Koordination im Rahmen des „Runden Tisches“ aufgrund des hohen Engagements der Motopäden genutzt werden. Es entwickelte sich daraus die sehr aktive Arbeitsgemeinschaft Kindergarten mit eigenen regelmäßigen Treffen und Projekten.

In allen Kindergärten findet unter Anleitung eines erfahrenen Motopäden eine regelmäßige Weiterbildung interessierter Be-treuer statt. Angebote zur Bewegungsförderung werden unter den Einrichtungen mit unterschiedlicher räumlicher und perso-neller Ausstattung koordiniert. In diesem Rahmen wurde durch eigenständiges Engagement der Betreuer die gesetzlich vorge-schriebene Gefahrenanalyse in der jeweiligen Einrichtung – die

Treffen finden jeweils wechselnd in den Kindergärten statt – deutlich intensiviert. Durch den Fachberater „Sport“ wird derzeit eine Umfrage zur Anzahl bewegungsauffälliger Kinder in den ersten beiden Jahrgängen aller Delmenhorster Grundschulen durchgeführt. Dies wird die Basis für entsprechende Weiterbildungsangebote an Sportlehrer sein und soll alle Lehrer für das Thema sensibilisieren.

Eine große Bedeutung für die Bewegungserfahrung kommt außerschulischen Aktivitäten zu. Um gerade Kindern und Jugendlichen mit Defiziten im motorischen und koordinativen Bereich die Möglichkeit einer Förderung zu bieten, wird Übungsleitern bereits durch Motopäden und Sportlehrer die Möglichkeit zu einer regelmäßigen Hospitation „Psychomotorik“ in der Praxis für Motopädie geboten. Zusätzlich können Übungsleiter vor Ort die Lizenzstufe II „Psychomotorik“ nach den Maßstäben und unter Fachaufsicht des Landesturnerbundes erwerben. Dadurch erhoffen wir, Angebote für diese Gruppe von Kindern entwickeln zu können, die sowohl im Schulsport als auch im leistungsorientierten Vereinssport eher geringe Möglichkeiten zur Entfaltung haben und deren Motivation daher mit zunehmendem Alter eher abnimmt. Andererseits werden Übungsleiter für die Probleme und Bedürfnisse dieser zunehmend großen Gruppe sensibilisiert.

Ein gesondertes Beispiel liefert der Schwimmunterricht, der in Vereinen und dem DRLG angeboten wird und immer wieder an personelle und sachliche Grenzen (Hallenkapazitäten) stößt. Im Rahmen des Runden Tisch wird hier vor allem durch den StadtSportbund Unterstützung gewährt und gleichzeitig versucht, für alle Beteiligten formelle und inhaltliche Mindeststandards für den Schwimmunterricht festzulegen. Gerade zur Bewegungsförderung existieren in der Kommune eine große Zahl von zusätzlichen Aktivitäten mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Dazu gehören die Maßnahmen der Drogenberatungsstelle, in deren Konzept zur Stärkung der Persön-

lichkeit die Bewegungsförderung eine große Rolle spielt. Auch in den Aktionen des „Kriminalpräventiven Rates“ wird Freude an der Bewegung mit vielfältigen Maßnahmen geweckt. Im Projekt der sogenannten Mitternachtshalle werden am späten Abend ohne Notwendigkeit einer Vereinszugehörigkeit discoartige Bewegungsangebote mit Musik mit großer Akzeptanz vor allem von ausländischen Jugendlichen angenommen. Bei regelmäßig wiederholten „go sports“ Aktivitäten werden unterhaltsam Trendsportarten mit hohem Spaßanteil präsentiert und praktiziert. Dadurch können Sicherheitsaspekte ohne „erhobenen Zeigefinger“ integriert und vermittelt werden. Enge Kooperationen zeigen auch hier regelmäßig Synergieeffekte. Diese ergeben sich ebenfalls im Bereich der Verkehrssicherheit mit Polizei, Verkehrswacht und ADAC, auch wenn aufgrund der epidemiologischen Daten der Schwerpunkt der regionalen Prävention im häuslichen Bereich liegt. Gerade die im Verkehrsbereich seit Jahren messbaren Erfolge dienen als Vorbild der Unfallprävention; zum Anderen zeigen die Produktbeteiligungen im Schulalter, dass das Fahrrad eine so große Rolle spielt und daher ein eigenes Feld auch regionaler Aktivitäten darstellen muss.

Die zentrale Einrichtung bisheriger und zukünftiger Projekte ist der „Runde Tisch“, wo vor allem durch fachübergreifende Kompetenz (cross sectoral group im Sinne der WHO Kriterien) bei entsprechender Struktur und Kontinuität eine dynamische Entwicklung bereits nach fast 1 1/2 Jahren (Beginn März 2000) festzustellen ist. Lag anfangs der Schwerpunkt im Bereich der städtischen Einrichtung des Sicherheitsingenieurs sowie des Gartenbauamtes bezüglich der Spielplätze, verlagerte sich das Interesse zunehmend zur Bewegungsförderung im Kindergarten bzw. Grundschulalter. Dabei spielte die regelmäßige kritische Diskussion der epidemiologischen Daten eine große Rolle im Sinne des o. g. Regelkreises. Die Notwendigkeit der Weiterentwicklung eines zeitnahen und flexiblen Monitorings ist damit untrennbar verbunden.

Autoren:

Dr. Johann Böhm, Städtische Kliniken Delmenhorst
Dr. Fabian Feil, Nds. Landesgesundheitsamt

10. Vergiftungen im Kindes- und Jugendalter in Niedersachsen im Jahr 2000

Vergiftungen haben als Unfallursache im Kindesalter eine große Bedeutung. Besonders betroffen von Verdachtsfällen sind die ein- bis dreijährigen Kleinkinder, die beginnen, ihre Umwelt durch Lutschen, Kauen und Verschlucken fremder und oft gefährlicher Dinge (besonders Arzneimittel) zu entdecken. Aber auch die Gruppe der Jugendlichen bedarf besonderer Aufmerksamkeit: Die Häufigkeit manifester Vergiftungen ist in dieser Altersgruppe höher, beabsichtigte Selbsttötung und Experimente mit (halb-) legalen Drogen sind die häufigsten Ursachen dafür.

Vergiftungen als Gefahr für die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter spielen eine wesentliche Rolle. Auch wenn über die Häufigkeit von Vergiftungen im Kindesalter nur wenige verlässliche Zahlen vorliegen, kann die Zahl der Ingestionsunfälle im Kleinkindesalter grob auf 100.000 pro Jahr geschätzt werden. Dabei wurden 1998 in Gesamtdeutschland auch drei tödliche Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahren dokumentiert.

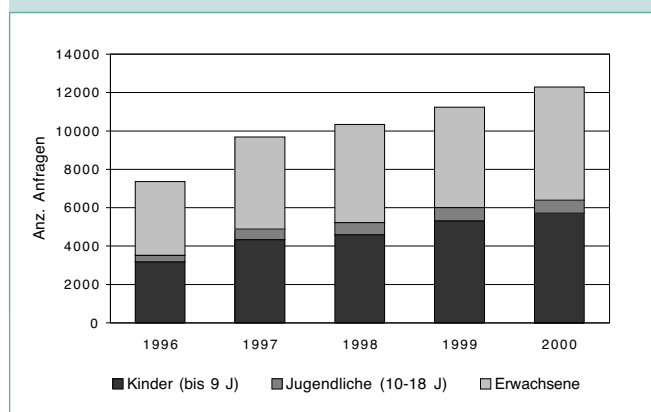
10.1 Das Giftinformationszentrum-Nord

Die Giftinformationszentren der Länder beraten Bürgerinnen und Bürger sowie medizinisches Fachpersonal in allen akuten Vergiftungsfällen. Zu ihren Aufgaben gehört auch die Dokumentation und Auswertung ihrer Beratungsarbeit, damit anhand von Berichten und gezielten Datenanalysen Maßnahmen zur besseren Verhütung von Vergiftungen abgeleitet werden können. Das Giftinformationszentrum-Nord der Länder

Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein (GIZ-Nord) mit Sitz in Göttingen (Toxikologische Abteilung des Universitätsklinikum) besteht seit 1996 und ist eines von zehn nach § 16e des Chemikaliengesetzes offiziell benannten Giftinformationszentren in Deutschland. Durch das GIZ-Nord wurden in den Jahren 1996 bis 2000 mehr als 110.000 Anfragen zu Vergiftungsfällen beantwortet.

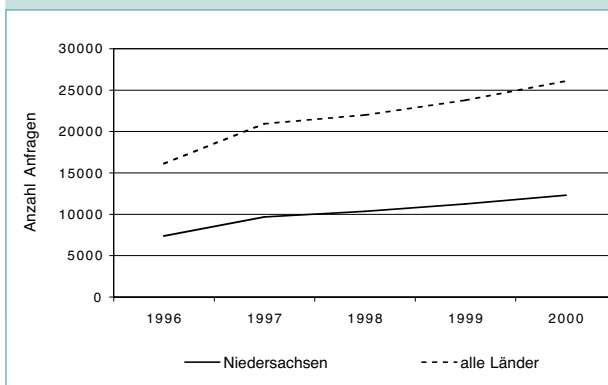
10.2 Anfragen zu Vergiftungsfällen in Niedersachsen

Abb. 10.1: Anzahl Anfragen je Jahr in den Altersgruppen in Niedersachsen



Im Jahre 2000 wurden 11.965 Fälle mit Giftkontakten (Expositionen) aus Niedersachsen ärztlich beraten. Hiervon betrafen über die Hälfte (6.559 Fälle) Kinder und Jugendliche, die hier näher untersucht werden. Bei der Untersuchung der Vergiftungsfälle sind qualitative Unterschiede zwischen Kindesalter und Jugendalter zu erwarten. Daher wurden für die Analyse zwei Altersgruppen gebildet: Kinder bis (einschließlich) 9 Jahren und Jugendliche im Alter von 10 bis 18 Jahren.

Abb. 10.2: Entwicklung der Anzahl Anfragen in Niedersachsen und den übrigen beteiligten Ländern (1996-2000)



10.3 Vergiftungsart und -ursachen in den Altersgruppen

Tab. 10.1: Anfragen zu Vergiftungsfällen im Kindes- und Jugendalter in Niedersachsen 2000

Noxen	Kinder (bis 9 Jahre)			Jugendliche (10-18 Jahre)		
	alle Fälle	manifeste Vergiftungen		alle Fälle	manifeste Vergiftungen	
		Anzahl	Anteil		Anzahl	Anteil
Arzneimittel	1246	42	3,4%	364	75	20,6%
chem. Produkte	1785	14	0,8%	92	3	3,3%
Kosmetika	445	3	0,7%	11	1	9,1%
Pestizide	148	4	2,7%	9	0	0,0%
Drogen	4	0	0,0%	54	14	25,9%
Pflanzen	1436	4	0,3%	46	4	8,7%
Pilze	93	0	0,0%	9	0	0,0%
Tiere	42	1	2,4%	8	0	0,0%
Nahrung und Genussmittel	329	3	0,9%	28	7	25,0%
sonstige Noxen	357	2	0,6%	53	1	1,9%
gesamt	5885	73	1,2%	674	105	15,6%

unter „sonstige Noxen“ wurden Tierarzneimittel, Agrochemikalien, Waffen, nicht näher zuordnungsfähige Stoffe aus der Umwelt und Grundsubstanzen zusammengefasst.

Grundsätzlich bedeutet nicht jede Anfrage bei einem Giftinformationszentrum eine manifeste Vergiftung. Aus diesem Grund wird bei der Auswertung der Vergiftungen im Hinblick auf die Schwere der Gesundheitsstörungen in geringfügige Vergiftungen (symptomlos oder nur leichte Symptome) und manifeste Vergiftungen unterschieden. Die Vergiftungsursachen (Noxen) werden in 14 Noxengruppen eingeteilt. Diese Einteilung wurde im Forschungsvorhaben „Erfassung der Vergiftungsfälle und Auswertungen in den Informations- und Behandlungszentren

für Vergiftungen“ entwickelt und wird z. Zt. auch für die Auswertung der Ärztlichen Mitteilungen bei Vergiftungen nach § 16e des Chemikaliengesetzes durch das BgVV verwendet.

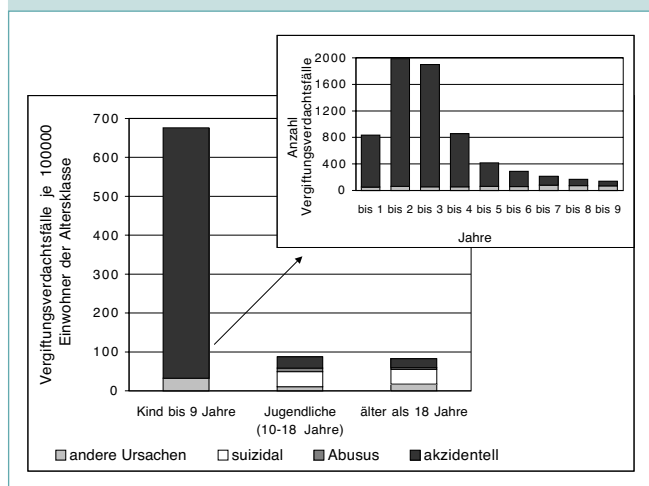
Bei den Kindern bis 9 Jahren sind chemische Produkte (30,3%), Pflanzen (24,4%) und Arzneimittel (21,2%) die am häufigsten angefragten Noxen. Starke Unterschiede werden hinsichtlich der Schwere der Vergiftungen in den verschiedenen Noxengruppen beobachtet (s. Tab. 10.1).

- Von den 1785 Expositionen gegenüber chemischen Produkten wurde in 14 (0,8%) Fällen die Vergiftung manifest. Hiervon waren achtmal Reinigungsmittel, dreimal Lampenöl, einmal Petroleum und einmal Chlorgas (zur Schwimmbad-desinfektion) die Ursachen. In einem Fall führte die Verschleppung einer an sich harmlosen „Zellulose-Verdünnung“ in die tiefen Atemwege zu heftigem Hustenanfall und Erbrechen.
- Von den 1436 Pflanzen-Expositionen wurde in lediglich vier Fällen (0,3%) die Vergiftung manifest. Diese waren zweimal durch Aronstab, einmal durch ungekochten Holundersaft und einmal durch Schoten, die vermutlich vom Goldregen stammten, verursacht.
- Bei 1246 Kontakten mit Arzneimitteln, meist durch Verschlucken, traten in 42 Fällen Vergiftungssymptome auf (3,4%). Hier spielen besonders Medikamente, die das Nervensystem beeinflussen (Schmerzmittel und Psychopharmaka), Husten- und Erkältungsmittel sowie Antihistaminika eine große Rolle. Darüber hinaus traten deutliche Vergiftungssymptome viermal nach Kontakt mit Pestiziden (Fungizid für den Ackerbau, Insektenrepellent, Ameisenköder und Mäusegift), dreimal nach Kontakt mit Kosmetika (Babyshampoo, Feinseife, Duschgel) und dreimal mit Nahrungs- und Genußmitteln (Essigessenz, Pralinen, Zigarette) auf. Bei einem Kind führte ein Kreuzotterbiss zu schweren lokalen Symptomen.
- Festzustellen ist für diese Altersgruppe, dass die Vergiftungen mit Arzneimitteln bei einem Anteil von 21,2% an allen Anfragen 58% der manifesten Vergiftungen verursacht haben.

Bei den Jugendlichen von 10 bis 18 Jahren sind Arzneimittel (54,0%), vor chemischen Produkten (13,6%), Drogen (8,0%) und Pflanzen (je 6,9%) die mit Abstand am häufigsten angefragte Noxengruppe. Von den 364 Arzneimittel-Expositionen wurde in 75 Fällen (20,6%) eine Vergiftung manifest. Es wurden ebenfalls Schmerzmittel, Psychopharmaka, Antihistaminika sowie zusätzlich Asthmamittel als häufigste Noxen dokumentiert.

- Bei den 92 Expositionen mit chemischen Produkten traten nur in drei Fällen (3,3%) schwere Symptome auf. Hier handelt es sich um Mofa-Benzin, Propangas und Autokühler-Frostschutzmittel.
- Bei den 54 Drogen-Expositionen wurde in 14 Fällen (25,9%) die Vergiftung manifest. Hier konnten Engelstrompeten- und Stechapfel-Präparate (je 4x), "Ecstasy" (2x), "Teufelskraut", Heroin, Opium und Haschisch (je 1x) als Ursache dokumentiert werden.
- Von den 46 Pflanzen-Expositionen wurde in 4 Fällen (8,7%) die Vergiftung manifest. Hier handelt es sich dreimal um Goldregen und einmal um eine größere Menge Heckenkirschen.
- Auffällig in dieser Altersgruppe waren schließlich 26 Fälle (in der Tab. 10.1 unter „sonstige Noxen“ erfasst) mit unbeabsichtigtem Verschlucken von Angler-Knicklichtern (durchsichtige Plastschläuche, die mit Flüssigkeit und einer ebenfalls mit Flüssigkeit gefüllten Glasampulle versehen sind. Zerknickt man die Glasampulle, so vermischen sich die zwei Flüssigkeiten und leuchten in einem neonfarbenen Ton. Diese Knicklichter werden oft als „Gag“ beim Besuch einer Diskothek in den Mund gelegt). Meist passieren diese problemlos den Magen-Darm-Trakt, lediglich in vier Fällen traten leichte Symptome in Form von Übelkeit, Schwindel und Brennen oder Taubheitsgefühl der Zunge auf.

Abb. 10.3: Anfragen zu Vergiftungen in Niedersachsen des Jahres 2000: Vergiftungsmodus in verschiedenen Altersklassen



Die zugrunde liegenden Bevölkerungsdaten stammen vom Niedersächsischen Landesamt für Statistik (Niedersächsische Bevölkerung 0-9 Jahre: 870.816 Einw., 10-18 Jahre: 781.846 Einw., Stichtag: 31.12.1999). Unter „andere Ursachen“ sind gewerbliche Giftexpositionen und nicht näher bekannte Expositionen zusammengefasst.

Das Risiko eines „Giftkontaktes“ ist stark abhängig vom Lebensalter. In Abb. 10.3 wird die relative Häufigkeit der Giftexpositionen gezeigt, bezogen auf die Zahl der niedersächsischen Einwohner der entsprechenden Altersklasse. Die Altersgruppe der Kinder ist mit Abstand am stärksten von Vergiftungsverdachtsfällen betroffen (676 Expositionen auf 100.000 Kinder der entsprechenden Altersklasse), wobei die ein- bis dreijährigen Kinder den größten Anteil ausmachen. Es entstehen fast alle Expositionen akzidentell (unbeabsichtigt oder erforschend). In der Gruppe der Jugendlichen kommen am häufigsten durch Selbstschädigungs- oder -tötungsabsichten verursachte Intoxikationen vor, neben akzidentellen und durch Drogenmissbrauch verursachten Vergiftungen. Die aus den Daten (Tab. 10.1) zu berechnende Häufigkeit (Inzidenz) manifestester Vergiftungen ist im Jugendalter mit 13/100.000 deutlich höher als im Kindesalter mit 8/100.000.

Nur 54 Drogen-Expositionen bei Jugendlichen wurden vom GIZ-Nord im Jahr 2000 erfasst. Diese Zahl spiegelt nicht das Ausmaß des Drogenkonsums wider, da die Giftinformationszentren nur bei akuten Vergiftungen, z. B. durch eine Überdosis oder bei ungewöhnlichen Drogen, kontaktiert werden. Zudem werden Alkoholvergiftungen (4 Fälle mit manifesten

Symptomen) in der hier gewählten Noxeneinteilung unter Nahrungs- und Genussmittel eingruppiert. Auffallend ist jedoch der hohe Anteil der (halblegalen) pflanzlichen Drogen (insbesondere Stechapfel- und Engelstropfen-Zubereitungen) in dieser Altersgruppe. Im Unterschied zu anderen Analysen fällt auf, dass in Niedersachsen Pflanzen bei Kindern häufiger aufgenommen werden als Arzneimittel; dies kann mit der ländlichen Prägung des Bundeslandes zusammenhängen.

Zusammenfassend lässt sich somit feststellen, dass im Kindesalter überproportional viele Expositionen vorkommen, wobei die ein- bis drei-jährigen Kinder das größte Risiko besitzen. Die meisten Expositionen ziehen in diesem Alter aber erfreulicherweise keine Vergiftungssymptome nach sich. Bei den Jugendlichen gibt es weniger Expositionen, die Inzidenz der manifesten Vergiftungen ist allerdings deutlich höher.

10.4 Prävention

Zur Zeit werden detaillierte Auswertungen der Vergiftungsdokumentation des GIZ-Nord durchgeführt, um spezifische Risiken und zeitliche Trends aufzudecken. Dies soll – zusammen mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen – zukünftig noch konkretere Empfehlungen zur Verminderung von Vergiftungsgefahren im Kindes- und Jugendalter ermöglichen.

In der Absicht, das besondere Expositionsrisiko der Kleinkinder zu vermindern, bemüht sich das GIZ-Nord aktiv um Prävention in diesem Bereich: durch Vorträge, Beteiligung an Ausstellungen sowie Elterninformationen im Internet (www.giz-nord.de).

Zudem wurde ein Faltblatt zur „Gefahr durch Vergiftung bei Kleinkindern“ erarbeitet und bisher in 150.000 Exemplaren über Kindergärten, Arztpraxen, Erste-Hilfe-Kurse und Apotheken an Eltern und pädagogisches Betreuungspersonal verteilt. Das Faltblatt kann weiterhin – neben weiterem Informationsmaterial – angefordert werden. Das Giftinformationszentrum-Nord ist täglich 24 Stunden über Tel.: 0551-19240 erreichbar.

AutorInnen:

Dr. Herbert Desel, Giftinformationszentrum-Nord,
G.-A.-Universität Göttingen
Dr. Andrea Sydow, Giftinformationszentrum-Nord,
G.-A.-Universität Göttingen
Dr. Rafael Wagner, Giftinformationszentrum-Nord,
G.-A.-Universität Göttingen

11. Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

11.1 Versorgungsstrukturen in Niedersachsen

Angegeben werden die in Frage kommenden Strukturen, die an der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher teilhaben, auch wenn dies nicht ihre ausschließliche Aufgabe ist bzw. Kinder und Jugendliche nicht die vornehmlich betreute Altersgruppe darstellen. Dies ermöglicht keine Aussage darüber, ob die Versorgungsstrukturen ausreichen.

Die Darstellung erfolgt dennoch aufgrund des hohen Anteils an stationärer Verweildauer im Rahmen der Krankenhausdiagnosestatistik.

Tab. 11.1: Krankenhausplanbetten zur Versorgung psychisch Kranker in Niedersachsen

Regierungsbezirk	Krankenhausplanbetten		
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychotherapeutische Medizin
Hannover	179	1367	25
Braunschweig	96	1301	26
Lüneburg	40	719	65
Weser-Ems	222	1335	-
Land Niedersachsen insgesamt	537	4722	116

Quelle: Niedersächsischer Krankenhausplan Januar 2001

Tab. 11.2: Ärzte in Krankenhäusern am 31.12.1999 nach Gebietsbezeichnungen und Regierungsbezirken

Gebiets-/ Teilgebietsbezeichnung	Niedersachsen	Regierungsbezirk			
		Braunschweig	Hannover	Lüneburg	Weser-Ems
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie	42	6	14	4	18
Kinderchirurgie	20	3	8	-	9
Kinderheilkunde	215	43	62	32	78
darunter Kinderkardiologie	9	-	8	-	1
Neonatologie	12	4	3	-	5

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik

Tab. 11.3: Berufstätige Ärzte nach Fachgebieten und Geschlecht am 31.12.1999

Gebiets-, Teilgebietsbezeichnung	insgesamt	männlich	weiblich
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie	77	47	30
Kinderheilkunde	842	524	318
darunter Kinderkardiologie	30	24	6
Neonatologie	82	67	15

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik

11.2 Stationäre Versorgung

Hinsichtlich der Zahlen zur stationären Versorgung sei auf das Kapitel der Krankenhausdiagnosestatistik verwiesen. Zusammenfassend zeigt sich, dass psychische Erkrankungen in der Altersgruppe unter fünf Jahren bei der stationären Versorgung eine untergeordnete Rolle spielen. Bei Kindern ab dem fünften Lebensjahr steigen die Fallzahlen stationär behandelter Kinder mit zunehmendem Alter an, sie machen ca. 5% der stationären Behandlungsfälle bei den 10-15-Jährigen aus. Relevant sind sie hinsichtlich der stationären Versorgungssituation, wenn man die durchschnittliche Verweildauer dieser Patienten betrachtet. Diese liegt bei ca. 50 Tagen, worauf auch der prozentuale Anteil an allen Pflgetagen von 39,2% bei den Jungen und 28,5% bei den Mädchen der Altersgruppe 10-15 Jahre zurück zu führen ist.

11.2.1 Multizentrische Dokumentation der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie in Niedersachsen und Bremen

In einer einjährigen Totalerhebung (vom 1.6.1992 bis zum 31.5.1993) wurden alle Behandlungsepisoden von zum Erhebungszeitpunkt allen 12 niedersächsischen und einer Bremer Klinik, die an der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen teilnehmen, zum Zeitpunkt der Entlassung erfasst. Von den Kliniken sind fünf Einrichtungen an Landeskrankenhäuser angeschlossen, drei sind Abteilungen an Kinderkliniken, drei weitere werden im Erhebungszeitraum unter freier gemeinnütziger Trägerschaft geführt, eine gehört zu einer großstädtischen ehemals psychiatrischen Klinik und die Göttinger Abteilung ist Teil des Universitätsklinikums. Die im folgenden dargestellten Ergebnisse beruhen auf der Auswertung der 1236 Behandlungsepisoden von 1194 Patienten. Es wurden 42 Patienten (3,3%) innerhalb des Erhebungszeitraums zwei- oder mehrmals aus derselben Klinik entlassen.

11.2.1.1 Ergebnisse

Geschlechter und Altersverteilung

Insgesamt sind Jungen mit 56,2% (n=695) und Mädchen mit 43,8% (n=541) vertreten. In der Altersgruppe der über 15-Jährigen überwiegen die Mädchen mit ca. 60%. In vier Einrichtungen lag der Altersgipfel bei sechs bis zehn Jahren, in drei Kliniken bei 11-14 Jahren und in sechs Kliniken bei 15-17 Jahren.

Nationalität

Ausländische Kinder sind mit 6,3% (n=78) im Klientel der Stichprobe bezogen auf die Wohnbevölkerung der Untersuchungsregion (4,9%) leicht überrepräsentiert.

Personelle Zusammensetzung der Herkunftsfamilie

Weniger als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen (42,3%) lebten zum Zeitpunkt der Aufnahme in einer Familie mit beiden leiblichen Elternteilen. Mit 15,2% ist der Anteil der Kinder, die mit Mutter/Vater und einem Stiefelternteil zusammenleben, ebenfalls höher als in der vergleichbaren Mikrozensuserhebung von 1985 (8,8%). In der Untersuchungspopulation überrepräsentiert waren auch Kinder und Jugendliche aus Heimen mit einem Anteil von 12,4%.

Diagnostische Feststellungen

Für die Erfassung wurden die 158 Ausprägungen gemäß ICD-10 zu 16 Gruppen zusammengefasst. Dargestellt sind die elf größten Diagnosegruppen. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen, wobei „Störungen des Sozialverhaltens“ bei 9 der 13 Kliniken als häufigste Diagnose klassifiziert wurden.

Tab. 11.4: Klinisch Psychiatrische Syndrome bei n=1236 Behandlungsepisoden in 13 Kliniken Niedersachsens

Klinisch-psychiatrische Syndrome	Minimaler Anteil in %	Median	Maximaler Anteil in %
F 91/92 Störungen des Sozialverhaltens	2,5	27,6	50,4
F 43 Anpassungsstörungen	2,7	13,1	51,5
F 93/94 Emotionale Störungen des Kindesalters	0	8,9	20,6
F 4 Neurotische Störungen (außer F 43)	0	6,6	23,5
F 50 Essstörungen	0,5	4,9	28,4
F 6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	0	5,3	17,6
F 90 Hyperkinetische Störungen	0	4,8	20,6
F 3 Affektive Störungen	0	5,3	11,8
F2 Schizophrenie, schizotype u. wahnhaftige Störungen	0	2,5	9,5
F95/98 Ticstörungen und andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0	2,0	22,2
F 84 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	0	2,4	8,7

Intelligenzniveau

Die Verteilung bei den 1204 Patienten mit vorliegender Diagnose weicht von der Normalbevölkerung ab. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit überdurchschnittlicher Intelligenz ($IQ > 114$) lag um 6,5% niedriger, der mit unterdurchschnittlicher Intelligenz ($IQ < 85$) um 10,8% höher als in der Allgemeinbevölkerung.

Abnorme psychosoziale Umstände

Dargestellt sind die sechs Kategorien, die von den Kliniken am häufigsten mit „trifft sicher zu“ bewertet wurden (Mehrfachnennungen möglich).

- Eine „inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation“ lag bei 46,4% der Kinder vor (Streubreite 15,9-82,7%)

- „Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen“ lag bei 42,25 vor (Streubreite 20,1-72,8%).
- Eine „abweichende Elternsituation“ bei 45,3% (Streubreite 30,1-70,2%)
- „Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung“ bei 30,9% (Streubreite 18,3-70,2%)
- „Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung“ bei 30,2% (Streubreite 20-45,6%)
- „Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt“ bei 32,0% (Streubreite 22,8-61,8%)

11.3 Ambulante Versorgung

Da flächendeckende Daten über Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und deren ambulante Versorgung nicht vorliegen, sollen beispielhaft zwei Versorgungsinstanzen aus Hannover dargestellt werden. Dabei kann kein Anspruch auf Repräsentativität und damit auf Übertragbarkeit von Erkrankungs- und Sozialstrukturen der ausgewerteten Klientel erhoben werden, da beide Institutionen im Bereich der Stadt Hannover angesiedelt sind und daher auch den überwiegenden Teil betreuter Kinder rekrutieren.

11.3.1 Tätigkeit des Winnicott Institutes für analytische Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie in Hannover

Rechtsträger dieses Instituts ist der „Verein zur Förderung der Erziehungsberatung e. V.“. Seit Juli 1998 besteht ein Kooperationsvertrag mit der Evangelischen Fachhochschule Hannover (EFH) auf der Grundlage eines Vertrags zwischen dem Land Niedersachsen und der Ev.-luth. Landeskirche Hannover vom November 1996. Der Kooperationsvertrag regelt die Einrichtung und Durchführung des Studiengangs „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ an der EFH auf der Basis des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), fördert gemeinsame Forschungsprojekte und integriert die Fort- und Weiterbildung. 1999 wurde die Anerkennung als Ausbildungsstätte gemäß Psychotherapeutengesetz durch das Landesprüfungsamt für Heilberufe ausgesprochen. Die Versorgung der hier vorstelligen Kinder und Jugendlichen erfolgt im Rahmen einer Ausbildungsambulanz, welche bedarfsunabhängig arbeitet.

Die meisten Kinder sind sogenannte „Selbstmelder“, d. h. sie werden von sich aus vorstellig bzw. von ihren Eltern vorgestellt. In der Regel ist dem jedoch eine Anregung durch betreuende Lehrerinnen/Lehrer/Schulen vorausgegangen, die das Institut und seine Arbeit aus Lehrerfortbildungen kennen. Obwohl Kinder aus ganz Niedersachsen hier beraten und behandelt werden können, stammen ca. zwei Drittel aus der Stadt Hannover, weitere 20-30% aus dem Landkreis Hannover und weniger als 10% aus dem regionalen bzw. weiteren Umland.

Die Altersverteilung

Im Jahr 2000 wurden $n=271$ Kinder betreut, 37,3% Mädchen ($n=101$) und 62,7% Jungen ($n=170$). Der überwiegende Teil der betreuten Kinder (78%) lag bei nicht identischer Einteilung der Altersgruppen zwischen 6 und unter 16 Jahren. Dabei war die Altersgruppe 6-<10 Jahre bei den Jungen (mit $n=73$) am größten, bei den Mädchen waren es die 12-<16-jährigen ($n=27$).

Familiäre Situation

Im Jahr 2000 lebten 31% der betreuten Kinder bei ihren beiden leiblichen Eltern, 33% hatten getrennt lebende Eltern bzw. einen alleinerziehenden Elternteil. Bei 14% hatte der betreuende leibliche Elternteil einen neuen Partner. Im Jahr 1999 waren es nur 12% der Kinder und Jugendlichen, die noch bei beiden leiblichen Eltern lebten, 10% hatten eine vollständige „Ersatzfamilie“ z. B. mit neuem Partner und 43% hatten eine „inkomplette“ Familie bei getrennten/geschiedenen/alleinerziehenden Eltern. Damit ist der Anteil der Kinder mit einer inkompletten Familie höher als im Landesdurchschnitt. Gute bzw. ausreichende wirtschaftliche Verhältnisse wurden in beiden Jahren 1999/2000 von ca. zwei Dritteln der Betreuungspersonen im Rahmen einer freiwilligen Selbstausskunft angegeben. Lediglich 10% gaben schlechte wirtschaftliche Verhältnisse an, ca. 20% verweigerten die Auskunft. Entsprechend gaben ca. drei Viertel gute bis ausreichende Wohnverhältnisse an, schlechte Wohnverhältnisse wurden von 10% bzw. 3% angegeben, ca. 20% verweigerten die Auskunft.

Erkrankungen

Für das Jahr 1999 liegt eine Auswertung der bei den Kindern und Jugendlichen behandelten Erkrankungen/Neurosen vor. Der überwiegende Teil der Kinder wurde danach im Rahmen einer sich anbahnenden Neurose behandelt, narzisstische Störungen waren am zweithäufigsten und bei Jungen deutlich häufiger vorhanden, dann folgten die bereits ausgeprägten Neurosen (Tab. 11.7). Bei drei Kindern lag zusätzlich ein allgemeiner Intelligenzmangel vor, bei $n=27$ Kindern fanden sich Entwicklungsrückstände und Dissoziationen. Bei $n=39$ lag eine aktuell umweltbedingte psychogene Störung vor.

Tab. 11.5: Altersverteilung der betreuten Kinder 1999

Alter in Jahren	Mädchen absolut (%)	Jungen absolut (%)	Insgesamt absolut (%)
0-<3	5 (71)	2 (29)	7 (2)
3-<6	4 (36)	7 (64)	11 (3)
6-<9	28 (42)	39 (58)	67 (21)
9-<12	5 (12)	36 (88)	41 (13)
12-<15	51 (47)	57 (53)	108 (33)
15-<18	33 (47)	38 (54)	71 (22)
18-<21	3 (38)	5 (62)	8 (2)
Keine Angaben	3 (27)	7 (73)	10 (3)
gesamt	131 (41)	192 (59)	323 (100)

Quelle: Winnicott Institut, Hannover

Tab. 11.6: Geschwisterzahl bei betreuten Kindern 1999/2000

Geschwisterzahl	Betreute Kinder insgesamt (%)
Einzelkind	174 (29)
1 Geschwister	237 (40)
2 Geschwister	76 (13)
3 und mehr Geschwister	33 (6)
Keine Angaben	74 (12)

Quelle: Winnicott Institut, Hannover

Tab. 11.7: Behandelte psychische Störungen bei Jungen und Mädchen 1999*

Neurosen	Mädchen absolut (%)	Jungen absolut (%)	Insgesamt absolut (%)
Sich anbahnende Neurosen	67	112	179 (55)
Ausgeprägte Neurosen	31	23	54 (17)
narzisstische Störungen	17	56	73 (23)
Borderline-Störungen	2	2	4 (1)
Psychosen	5	3	8 (2)
Anorexie	1	1	2 (1)
Bulimie	19	0	19 (6)
Suizidalität	4	6	10 (3)

Quelle: Winnicott Institut, Hannover

*Mehrfachnennungen möglich

11.3.2 Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche in Hannover – SPBKJ

Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle ist Teil der Abteilung „Sozialpsychiatrischer Dienst“ der Stadt Hannover und arbeitet mit zwei Teams bestehend aus einem Kinder- und Jugendpsychiater/Kinderarzt, einer Sozialpädagogin und einer Sachbearbeiterin. Aufgrund der Zugehörigkeit zur Stadt Hannover können lediglich Kinder aus dem zugehörigen Wohngebiet versorgt werden.

Die Beratungsstelle kann eine seit 1990 kontinuierlich gestiegene Inanspruchnahmepopulation (Zahl der betreuten Patienten, Neuzugänge und Altfälle) vorweisen, wobei insbesondere die Zahl der Inanspruchnahmen im Quartalsdurchschnitt steigt. Dabei ist die absolute Zahl der stationären Einweisungen zwischen n=13-17/Jahr konstant, entsprechend einem Anteil von knapp 2% der behandelten Kinder.

Tab. 11.8: Inanspruchnahme des SPBKJ-Hannover

Jahr	Inanspruchnahme-population absolut n=	Inanspruchnahmen der Beratungsstelle im Quartalsdurchschnitt n=
1990	341	187
1991	453	221
1992	501	236
1993	568	281
1994	701	313
1995	704	354
1996	718	309
1997	753	405
1998	777	559
1999	779	645

Quelle: Sozialpsychiatrischer Plan 2001, SPBKJ

Tab. 11.9: Altersverteilung der betreuten Kinder 1996

Alter in Jahren	Mädchen absolut (%)	Jungen absolut (%)	Insgesamt absolut (%)
0-<3	1 (1,0)	4 (1,8)	5 (1,5)
3-<6	6 (5,7)	21 (9,6)	27 (8,4)
6-<9	20 (19,0)	42 (19,3)	62 (19,2)
9-<12	34 (32,4)	78 (35,8)	112 (34,7)
12-<15	24 (22,9)	35 (16,1)	59 (18,3)
15-<18	16 (15,2)	25 (11,5)	41 (12,7)
18-<21	3 (2,9)	8 (3,7)	11 (3,4)
21-<24	1 (1,0)	2 (0,9)	3 (0,9)
24-<27	0	1 (0,5)	1 (0,3)
>27	0	2 (0,9)	2 (0,6)
Insgesamt	105 (100)	218 (100)	323 (100)

Quelle: SPBKJ, Hannover

Tab. 11.10: Vorstellungsgründe bei den betreuten Kindern 1996 (n=323)

Vorstellungsgründe	Zahl der Nennungen absolut*	% der betreuten Kinder n=323
Chronische körperliche Erkrankungen	4	1,2%
Psychomotorische Auffälligkeiten	31	9,6%
Sprachstörungen	10	3,1%
Suchtproblem	8	2,5%
Sexualität	2	0,6%
Sozialverhalten	12	3,7%
Schulvermeidung	15	4,6%
Aggressives Verhalten	46	14,2%
Kontaktprobleme	31	9,6%
Spiel- und Leistungsverhalten	136	42,1%
Emotionaler Bereich	31	9,6%
Suizidale Handlungen	1	0,3%
Suizidale Äußerungen	10	3,1%
Gestörter Realitätsbezug	4	1,2%
Spezielle Fragestellungen	249	77,1%
Psychosoziale Belastungen	28	8,7%
Familiäre Veränderungen	6	1,9%
Disharmonie in der Familie	11	3,4%
Mißhandlungen/Mißbrauch	11	3,4%
Vernachlässigung	26	8,0%
Übersteigerte Erwartungen der Eltern	2	0,6%
Ausgeprägte Überbehütung	1	0,3%
Psych. Störungen bei anderen Familienmitgliedern	19	5,9%
Unzureichende Lebensbedingungen	1	0,3%
Störungen im Kindergarten, in der Schule, am Arbeitsplatz	163	50,5%
Auswanderung, Verfolgung	6	1,9%
Nennungen gesamt	880	

Quelle: SPBKJ, Hannover

*Mehrfachnennungen möglich

Tab. 11.11: Diagnosen bei den betreuten Kindern 1996

Diagnosen gemäß ICD 9	Zahl der Nennungen absolut*	% der ausgewerteten Kinder n=236
Schizophrene Psychosen	1	0,4%
Typische Psychosen des Kindesalters	7	3,0%
Neurosen	5	2,1%
Sexuelle Störungen	2	0,8%
Medikamenten-/Drogenabhängigkeit	2	0,8%
Medik.-/Drogenmißbrauch ohne Abhängigkeit	2	0,8%
Spez. Symptome und Syndrome	25	10,6%
Psychogene Reaktionen	24	10,2%
Störungen des Sozialverhaltens	41	17,4%
Emotionale Störungen des Kindes- u. Jugendalters	102	43,2%
Hyperkinetische Syndrome	31	13,1%
Nennungen gesamt	242	

Quelle: SPBKJ, Hannover

* bei n=87 Kindern können keine Angaben zur Diagnose gemacht werden, Mehrfachnennungen bei den Diagnosen sind möglich

Eine Auswertung des Jahres 1996 von n=323 Kindern (n=287 Neuanmeldungen, n=36 Wiederanmeldungen) zeigt eine deutlich höhere Inanspruchnahme durch Jungen mit einem Anteil von 67,5% gegenüber Mädchen mit 32,5%. Dabei waren 86,1% der Kinder deutscher Herkunft, 12,7% waren ausländischer Herkunft und bei 1,2% lagen keine Angaben zur Nationalität vor. Bei Jungen und Mädchen gleichermaßen stellen die 9-<12-jährigen Kinder die größte Altersgruppe.

Vorstellungsgründe und Diagnosen

Bei n=83 Kindern waren bislang keine Behandlungen wegen psychischer Auffälligkeiten erfolgt (33,7%), über die Hälfte der Kinder wies jedoch bereits eine einmalige (n=114, 46,3%) bzw. mehrmalige Vorbehandlung (n=49, 20%) auf.

Bei den n=323 Kindern konnten bei 26,9% (n=87) keine Angaben zur Diagnose ausgewertet werden, bei weiteren 6,8% (n=22) lag keine psychiatrische Diagnose nach ICD 9 vor. Der überwiegende Teil (57%, n=184) wies eine Diagnose auf, bei 9% (n=29) wurden zwei Diagnosen gestellt. Diagnosen, die nicht explizit erwähnt sind, waren in dem ausgewerteten Jahr nicht aufgetreten.

Kontaktadressen:

Winnicott Institut an der Evangelischen Fachhochschule
Hannover
Dr. Michael Kögler
Geibelstraße 104
30173 Hannover

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche
Herr Dr. Link
Janusz-Korczak-Allee 7
30173 Hannover
Tel.: (0511)168-43280 /-45346

Autorin:

Dr. Elke Bruns-Philipps, Nds. Landesgesundheitsamt

12. Behinderte Kinder in Niedersachsen

Auch wenn eine Behinderung nicht als Erkrankung anzusehen ist, hat sie Einfluss auf die Entwicklungsmöglichkeiten und Lebensqualität eines Kindes. Aus diesem Grund sollen die Zahlen der Schwerbehindertenstatistik für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen aufgegriffen werden. Hinsichtlich der bereitzustellenden Ressourcen für die Betreuung behinderter

Kinder wurde exemplarisch der Teilbereich der Sprach- und Hörbehinderungen aufgegriffen. Dies erfolgte auch unter dem Aspekt, dass hier in den letzten Jahren präventive Bestrebungen hinsichtlich der Früherkennung und Frühförderung voran getrieben wurden, die die Entwicklungsmöglichkeiten und Zukunftschancen der Kinder verbessern sollen.

12.1 Schwerbehindertenstatistik

Die Schwerbehindertenstatistik wird im zweijährlichen Turnus jeweils zum Stichtag 31. Dezember als Vollerhebung durchgeführt. Sie soll über das allgemeine Informationsbedürfnis hinaus aktuelle Daten für die Sozialpolitik bereitstellen. Die Zahl der Schwerbehinderten insgesamt steigt an, was durch die demographische Entwicklung mit zunehmender Überalterung der Bevölkerung bedingt ist. In Niedersachsen haben inzwischen mehr als 600.000 Einwohner einen Schwerbehindertenausweis.

Eine Behinderung im Sinne des Schwerbehindertengesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Regelwidrig ist der Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen abweicht. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als sechs Monaten. Bei mehreren sich gegenseitig beeinflussenden Funktionsbeeinträchtigungen ist deren Gesamtauswirkung maßgeblich (§ 3 Abs. 1 SchwbG). Die Auswirkung der Funktionsbeeinträchtigung ist als Grad der Behinderung (GdB), nach Zehnergraden abgestuft, von 20 bis 100 festzustellen (§ 3 Abs. 2 SchwbG). Bei Mehrfachbehinderten ist der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Funktionsbeein-

trächtigung in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festzustellen. Als schwerbehindert gelten Personen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50. Seit der Novellierung des Schwerbehindertengesetzes im Jahr 1986 werden ausschließlich Schwerbehinderte (Grad der Behinderung wenigstens 50) mit gültigem Ausweis nachgewiesen. Somit bildet die Statistik weder leichtere Behinderungen ab, noch Behinderte, die keinen Ausweis beantragt bzw. diesen nicht verlängert haben. Das Erhebungskonzept sieht vor, dass bei Mehrfachbehinderungen bis zu drei Behinderungen nach Art und Ursache gemeldet werden sollen, und zwar in dieser Reihenfolge: Die schwerste, die zweitschwerste und die drittschwerste Behinderung soweit vorhanden. In den Ergebnissen kann daher zwischen Behinderten mit einer, zwei, drei oder mehr Behinderungen unterschieden werden. Bei den hier dargestellten Tabellen beziehen sich die Angaben über Art und Ursache der Behinderung auf die schwerste Behinderung.

Im Jahr 1999 sind 660.459 Schwerbehinderte erfasst. Davon machen die angeborenen Behinderungen 4,3% aus (n=28.469), bei den Männern liegt der Anteil bei 4,5% (n=15.729), bei den Frauen bei 4,1% (n=12.740).

Tab. 12.1: Schwerbehinderte 1999 nach Art der Behinderung und Altersgruppe

Art der Behinderung		insgesamt		darunter im Alter von ... bis unter ...								je 1000 Einwohner der Altersgruppe 0 bis unter 18	
				0 - 4		4 - 6		6 - 15		15 - 18			
		männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Verlust oder Teilverlust von Gliedmaßen		9854	2455	3	8	6	3	35	26	15	12	0,1	0,1
Funktionseinschränkungen von Gliedmaßen		52980	42767	48	38	55	33	368	240	140	109	0,8	0,6
Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule, des Rumpfes, Deformierungen des Brustkorbes		57834	56302	5	8	5	7	62	69	36	44	0,1	0,2
Blindheit und Sehstörung		15503	22258	22	25	29	29	230	182	86	66	0,5	0,4
Sprach- und Sprechstörung, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtstörung		14843	11654	27	43	57	50	341	268	110	87	0,7	0,6
davon	Sprach- und Sprechstörung	846	336	3	4	6	2	27	14	7	4	0,1	0,0
	Taubheit	1248	1255	3	7	15	9	65	56	18	17	0,1	0,1
	Taubheit kombiniert mit Störungen der Sprachentwicklung und entspr. Störungen der geistigen Entwickl.	1112	1013	4	8	14	15	90	70	23	18	0,2	0,1
	Schwerhörigkeit, auch kombiniert mit Gleichgewichtsstörungen	11538	8949	17	24	22	23	159	128	62	47	0,3	0,3
	Gleichgewichtsstörungen	99	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0,0	0,0
Verlust einer oder beider Brüste, Entstellungen		889	15765	18	8	11	8	28	13	5	5	0,1	0,0
Beeinträchtigungen der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen		105464	76467	148	114	136	92	931	744	362	277	2,0	1,6
Querschnittslähmung, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten		58169	47441	238	229	330	237	2594	1671	952	602	5,1	3,6
darunter	Querschnittslähmung	1446	732	1	7	3	0	22	18	16	10	0,1	0,0
	Hirnorganische Ausfälle ohne neuro- logische Ausfallerscheinungen am Bewegungsapparat	5313	3930	11	15	21	17	134	93	67	37	0,3	0,2
	Hirnorganische Ausfälle mit neuro- logischen Ausfallerscheinungen am Bewegungsapparat	4787	3950	24	25	23	21	229	175	82	51	0,4	0,4
	Hirnorganisches Psychosyndrom ohne neurologische Ausfallerscheinungen am Bewegungsapparat	8888	7002	14	9	17	12	174	87	65	58	0,3	0,2
	Hirnorganisches Psychosyndrom mit neurologischen Ausfallerscheinungen am Bewegungsapparat	11911	10152	70	61	52	39	362	234	146	86	0,8	0,6
	Störung der geistigen Entwicklung (z. B. Lernbehinderung, geistige Behinderung)	15083	11395	112	107	202	142	1530	979	531	343	3,0	2,1
	Körperlich nicht begründbare (endogene) Psychose (Schizophrenie, affektive Psychosen)	5120	5066	2	3	10	3	61	43	20	7	0,1	0,1
	Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	4407	4884	3	2	2	3	80	42	25	10	0,1	0,1
	sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderung (auch Behinderungen mit Einzelgrad unter 25)		37788	32026	314	252	251	174	1198	841	336	234	2,6
Behinderungen insgesamt		353324	307135	823	725	880	633	5787	4054	2042	1436	11,8	9,0

Quelle: Eigene Berechnungen unter Verwendung von Daten der Schwerbehindertenstatistik des Niedersächsischen Landesamts für Statistik

12.2 Förderung und Versorgung behinderter Kinder in Niedersachsen – Schwerpunkt hör- und sprachgeschädigte Kinder

12.2.1 Modellprojekt: „Verbesserung der Früherfassung kindlicher Schwerhörigkeiten in der Bundesrepublik Deutschland“ – Flächen-deckendes Neugeborenen-Hörscreening im Großraum Hannover

Kindliche Hörstörungen können bereits im 1. Lebensjahr diagnostiziert und therapiert werden. Die Prävalenz neonataler Hörstörungen wird international mit etwa 1-2 pro 1.000 Neugeborenen angenommen. Demnach werden in Deutschland jährlich 800 bis 1.600 Kinder mit einem Hörverlust von > 40 Dezibel (dB) geboren. Eine wesentlich höhere Zahl von Kindern muss angenommen werden, die einen Hörverlust von > 25 dB (leichtgradiger Hörverlust) haben.

Entdeckt werden kindliche Hörstörungen in Deutschland durchschnittlich im Alter von 31,3 Monaten. Subjektive Hörtests, eingesetzt im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen, haben sich als Screeningmethode offenbar nicht bewährt. Frühe Diagnosechancen werden verpasst und die verspätet einsetzende Therapie im 2. bis 3. Lebensjahr kann die bereits eingetretene Sprachstörung nicht mehr vollständig kompensieren. Lebenslange Behinderung und Benachteiligung in sozialem Leben, Schule und Beruf können die Folgen sein. Die Optimierung dieser suboptimalen Versorgungssituation der Kinder ist Ziel des Hörscreening-Projektes im Hinblick auf eine gezielte Umsetzung für die Bundesrepublik Deutschland. Durchführende der Studie sind die Medizinische Hochschule Hannover (Abteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde und die Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung) und das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.

12.2.1.1 Automatisierter Hörtest für Neugeborene

Das Modellprojekt „Verbesserung der Früherfassung kindlicher Schwerhörigkeiten in der Bundesrepublik Deutschland“ prüft im Großraum Hannover den Einsatz eines automatisierten Hörtests für Neugeborene als flächendeckendes Screeningverfahren. In allen geburtshilflichen Kliniken und Neugeborenenstationen der Kinderkliniken wird das Screening angeboten, um systematisch alle Neugeborenen frühzeitig auf ihre Hörfähigkeit zu überprüfen. Der Hörtest erfolgt als Messung sogenannter otoakustischer Emissionen (OAE) des Innenohres und ist als objektive und zuverlässige Methode bei Säuglingen anerkannt. Am zweiten oder dritten Tag nach der Geburt des Kindes erfolgt der Hörtest. Ein tragbares Hörtestgerät misst über eine kleine Sonde im äußeren Gehörgang OAE, deren Vorhandensein als ja-/nein-Antwort am Gerät abgelesen wird. Sind die Emissionen zu messen, ist der gesamte Hörapparat von Außen- über Mittel- bis Innenohr intakt – das Kind hört. Bei fehlenden otoakustischen Emissionen werden Wiederholungsuntersuchungen sofort und ggf. am folgenden Tag durchgeführt. Ist der Hörtest in der Klinik nicht mehr möglich, kann der Hörtest bzw. eine Nachuntersuchung bei niedergelassenen Hals-Nasen-Ohren-Ärzten bzw. in pädaudiologischen Zentren erfolgen, die

auch, wenn notwendig, die weitere Abklärungsdiagnostik und Therapie einleiten. Die Befunde der Hörtests und der Abklärungsuntersuchungen werden auf Erhebungsbögen für die Studienzentrale der MHH dokumentiert. Die Datenerfassung und -auswertung erfolgt anonymisiert und ermöglicht unter dem Aspekt der Qualitätssicherung sowohl ein untersucher- als auch ein klinik- bzw. praxisbezogenes Monitoring. In den Kliniken und Praxen wird der Hörtest zudem in das gelbe Untersuchungsheft für Kinder eingetragen und dient als Information für Eltern und Ärzte.

12.2.1.2 Ergebnisse

Im Großraum Hannover führen seit Anfang 2000 alle 10 Geburts- und 2 Kinderkliniken das Hörscreening durch. Für den Untersuchungszeitraum Januar 2001 bis Dezember 2002 werden jährlich ca. 11000 Geburten erwartet. Wichtige Parameter einer qualitätsgesicherten Umsetzung des OAE - Hörscreenings sind die Erfassungsquoten in den Kliniken und die Anzahl der mit auffälligen Befund entlassenen Kinder. Die Erfassungsquote beschreibt die Anzahl der Hörtests pro Monat im Vergleich zu der Anzahl möglich zu messender Kinder pro Klinik. Die Erfassungsquoten liegen mit Stand vom März 2001 zwischen 92,9% und 100%; durchschnittlich werden 97,9% der in den Kliniken erreichbaren Kinder getestet. Insgesamt wurden von Juli 2000 bis März 2001 3229 Kinder gemessen. 3,3% der Kinder hatten bei Entlassung einen einseitigen und 1,9 % der Kinder einen beidseitig auffälligen Hörtestverdachtsbefund. Unter den Kindern mit Hörverdachtsbefund sind bis jetzt 5 Kinder mit einer beidseitigen Schwerhörigkeit von 50-90 dB entdeckt worden und eine Therapie ist eingeleitet. Zusätzlich sind drei Kinder mit einem einseitigen Hörverlust von 50-90 dB betroffen.

Die Einführung des Hörscreenings in die 12 Kliniken erstreckte sich über einen Zeitraum von 9 Monaten. Die Erfahrungen aus der Phase der Implementierung und des derzeitigen Monitorings zeigen die Notwendigkeit von begleitenden qualitätssichernden Maßnahmen auf. Die Aufgaben umfassen u. a. die Schulung des Personals in Bedienung und Wartung des Gerätes einschließlich Fehlerquellensuche, die Etablierung des Hörscreenings in die Stationsroutine und Optimierung interner Arbeitsabläufe. Das Datenbankmonitoring wird zur Prüfung der Messqualität genutzt und ermöglicht die direkte Rückkopplung mit den einzelnen Beteiligten im Sinne eines benchmarkings über die Qualitätssicherung hinaus.

12.2.1.3 Ausblick

Auch in Deutschland wird seit einigen Jahren gefordert, eine Therapie bei hörgeschädigten Kindern bereits im ersten Lebensjahr zu beginnen. International empfiehlt das National Institute of Health seit 1993 ein generelles Hörscreening und viele Länder verfügen über bereits mehrjährige Erfahrungen. Übereinstimmend wird angestrebt, angeborene kindliche Hörstörungen bis zum 3. Lebensmonat zu diagnostizieren und

bis zum 6. Lebensmonat eine Therapie einzuleiten. In Deutschland werden inzwischen als Voraussetzung für die Einführung einer gesetzlichen Früherkennungsmaßnahme wissenschaftliche Nachweise für die Machbarkeit, Effektivität und ökonomische Vertretbarkeit der Maßnahme gefordert. Diese Überprüfung hat sich das vom BMG, den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen Deutschlands, den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen Niedersachsens und der Klosterkammer Hannover geförderte Projekt zur Aufgabe gemacht. Die bisher erzielten Ergebnisse der laufenden Studie sind als guter Erfolg zu werten. Unter Machbarkeitskriterien lässt sich die Umsetzbarkeit eines standardisierten Hörscreenings in einem überschaubaren Zeitrahmen ablesen. Durch Vergleich der im Rahmen der Studie entdeckten Kinder mit Fällen aus Therapieeinrichtungen wird die Effektivität des Frühscreenings in Bezug auf Spracherwerb und Lebensqualität geprüft. Vorrangige Aspekte der gesundheitsökonomischen Evaluation sind die Berechnung der Programmkosten pro Fall und der potentielle Erfolg des Screenings gemessen an Einsparungen bei den diagnostischen Leistungen, den therapeutischen Folgeleistungen und den nicht-medizinischen Folgeleistungen, wie z. B. sonderpädagogische Maßnahmen.

Beginn der Studie war Juli 2000. Juni 2003 werden die Ergebnisse abschließend vorliegen und dem BMG und den gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung stehen für die Prüfung, ob ein OAE-Hörscreening für Neugeborene bundesweit eingeführt werden soll. Die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen Niedersachsens streben an, wie bereits in anderen Bundesländern, das Hörscreening möglichst bald flächendeckend einzuführen, wenn für das Modellprojekt im Großraum Hannover die Machbarkeit, Effektivität und ökonomische Effizienz nachgewiesen ist.

Kontaktadressen:

Weitere Informationen zum Hörscreeningprojekt erhält man unter www.neugeborenenhoerscreening.de

Medizinische Hochschule Hannover
Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Dr. med. Agnes Bietendüwel
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
E-mail: bietenduewel.agnes@mh-hannover.de

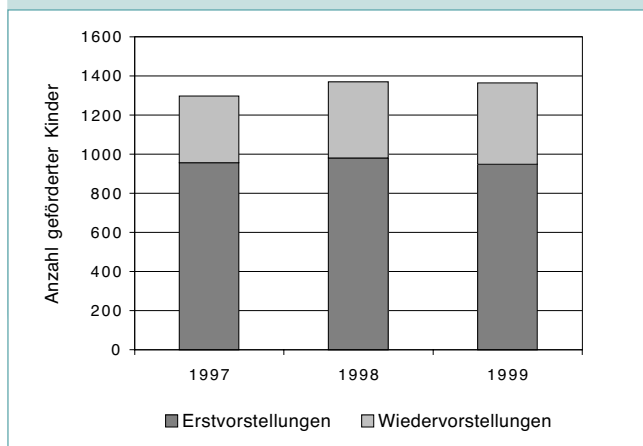
Autorin:

Dr. med. Agnes Bietendüwel, MHH

12.2.2 Frühförderung behinderter Kinder durch Frühförderteams

Das Land Niedersachsen förderte nach der bis zum 31.12.2000 befristeten „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Finanzierung von Leistungen im Bereich der Frühförderung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern“ vom 02.02.1996 die Schaffung von interdisziplinär arbeitenden Beratungs- und Frühförderstellen und unterstützte die Teams finanziell darin, Maßnahmen zur Früherkennung, Frühbehandlung und Frühförderung zu empfehlen und sich für Verlaufs-

Abb. 12.1: Anzahl geförderter Kinder nach Erst- und Wiedervorstellung 1997 - 1999



Tab. 12.2: Anzahl der Frühförderteams und der geförderten Kinder in Niedersachsen

Jahr	Anzahl Frühförder-teams	Anzahl der geförderten/vorgestellten Kinder	Erstvorstellungen
1997	12	1297	956
1998	12	1369	980
1999	13	1364	947
2000	14	1372	*
2001	16	1531	*

* z.Z. nicht erhoben

Tab. 12.3: Alter der vorgestellten Kinder*

Jahr	bis 1 J.	1-<3 J	3-<5 J	>5 J
1997	56	256	339	273
1998	54	319	373	270
1999	75	283	368	243

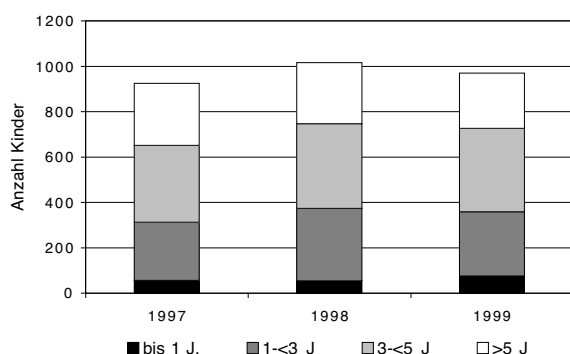
* Auswertung von 10 Frühförderteams. Das durchschnittliche Alter der vorgestellten Kinder liegt bei ca. vier Jahren.

beobachtungen zur Verfügung zu stellen. Im Jahr 2000 wurden insgesamt 14 interdisziplinär arbeitende Beratungs- und Frühförderteams nach der Richtlinie gefördert, davon 12 bereits seit einigen Jahren sowie zwei erst seit kurzem. Anhand einer Befragung von zwölf Frühförderteams konnte gezeigt werden, dass der verfolgte Zweck erreicht wird. Die Förderung der Frühförderteams wurde über 2000 hinaus verlängert. Die Ergebnisse der Umfrage sind in Auszügen hier dargestellt.

12.2.2.1 Gestellte Diagnosen

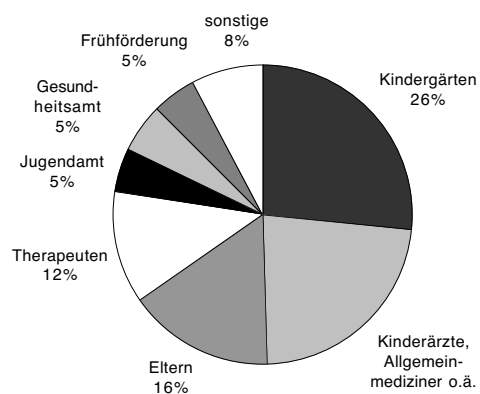
Bei der Begutachtung der Kinder wurde die Diagnose der leichten oder mittleren allgemeinen Entwicklungsverzögerung am häufigsten gestellt, gefolgt von der vorliegenden oder drohenden Verzögerung der Sprachentwicklung. Am dritthäufigsten war das Vorliegen oder Drohen einer körperlichen Behinderung gefolgt von den Verhaltensauffälligkeiten sowie Mehrfachbehinderungen und die vorliegende oder drohende geistige Behinderung.

Abb. 12.2: Alter der vorgestellten Kinder*



*Auswertung von 10 Frühförderteams

Abb. 12.3: Zugang zum Frühförderteam, 1999



12.2.2.2 Betreuung behinderter Kinder in Kindergärten

Für die Betreuung behinderter Kinder im Vorschulalter stehen Kindergartenplätze in Sonderkindergärten zur Verfügung, welche in der Regel für bestimmte Behinderungen spezialisiert sind wie z. B. geistige Behinderungen oder Körperbehinderungen. Zusätzlich werden auch Plätze in sogenannten integrativen Kindergärten vorgehalten, in denen behinderte und nicht behinderte Kinder gemeinsam in den Gruppen betreut werden. Im Jahr 2000 gab es n=496 Integrationsgruppen, die 1.727 behinderten Kindern einen Platz boten, zusätzlich wurden 162 Kinder in Form einer Einzelintegration betreut (vorläufiges Ergebnis, bei dieser Auswertung fehlen noch 2% der Kindergärten). Die integrativen Kindergärten haben keine Spezialisierung auf bestimmte Behinderungsarten, am häufigsten werden jedoch Kinder mit geistigen Behinderungen dort betreut, die ja auch insgesamt die größte Gruppe der Behinderten ausmachen.

Autorinnen:

Dr. Elke Bruns-Philipps, Nds. Landesgesundheitsamt
Frau Astrid Fennen, Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales

12.2.3 Landesfachberater für Hör- und Sprachgeschädigte

Die Förderung hör- und sprachgeschädigter Kinder hat in Niedersachsen eine lange Tradition. So wurde per Runderlass des Niedersächsischen Sozialministeriums von 1955 „zur Beratung in allen Fragen, die der Förderung und Systematisierung von Maßnahmen, die einer modernen Sprachheilfürsorge dienen sollen ... ein beim Nds. Landessozialamt tätiger Beauftragter für Sprachheilfürsorge zur Verfügung gestellt“. Heute werden diese Aufgaben von fünf bis sechs in Niedersachsen tätigen Fachberatern wahrgenommen. Ihre Tätigkeit umfasst:

Tab. 12.4: Zugang zum Frühförderteam*

Zugang zum Frühförderteam erfolgte über ...	Jahr		
	1997	1998	1999
Kindergärten	237	259	238
Kinderärzte, Allgemeinmediziner o. sonstige	229	224	203
Eltern	140	163	142
Therapeuten	101	107	108
Jugendamt	58	39	43
Gesundheitsamt	48	43	48
Frühförderung	36	29	42
Kliniken	15	15	27
Bekannte / Verwandte	6	13	11
Erziehungsberatungsstellen	8	8	10
Sozialpädiatrisches Zentrum	9	8	7
Vorschule	6	3	4
Krankenkasse	1	5	6
Andere Beratungsstellen	0	5	4
Gesamt	977	994	965

*ohne „Wiedervorstellungen“ und „Sonstige/ohne Angaben“

Tab. 12.5: Anzahl der betreuten Kinder in Sonderkindergärten in Niedersachsen am Stichtag 31.10.2000

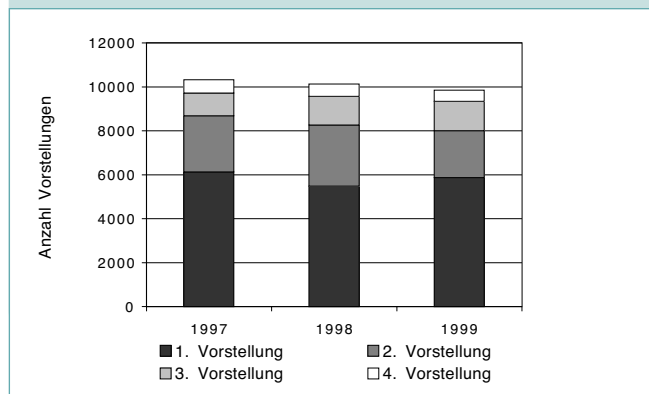
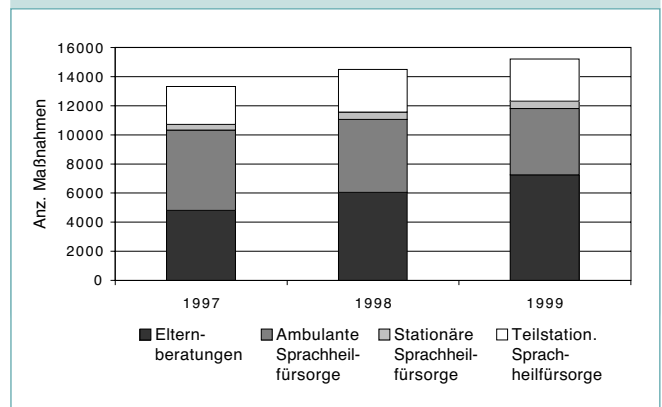
Jahr	Anzahl der betreuten Kinder in Sonderkindergärten in Niedersachsen			
	Für geistig behinderte Kinder	Für körperbehinderte Kinder	Für hörbehinderte Kinder	Für Kinder mit Sprach-, Sprech-, Stimmstörungen
2000	2438	177	124	1781

Tab. 12.6: Vorstellungen im Rahmen der Sprachheilfürsorge in Niedersachsen 1997-1999

Jahr	Vorstellungen gesamt	darunter			
		1. Vorstellung	2. Vorstellung	3. Vorstellung	4. Vorstellung
1997	10313	6124	2553	1037	599
1998	10123	5475	2785	1303	560
1999	9844	5864	2138	1337	505

Tab. 12.7: Maßnahmen der Sprachheilfürsorge

Jahr	Vorstellungen gesamt	Maßnahmen		darunter			
		gesamt	je Kind	Eltern- beratungen	Ambulante Sprachheil- fürsorge	Stationäre Sprachheil- fürsorge	Teilstation. Sprach- heilfürsorge
1997	10313	13319	1,29	4802	5525	380	2612
1998	10123	14489	1,43	6034	5016	507	2932
1999	9844	15201	1,54	7250	4550	498	2903

Abb. 12.4: Vorstellungen im Rahmen der Sprachheilfürsorge in Niedersachsen**Abb. 12.5: Maßnahmen der Sprachheilfürsorge**

- Hör- und Sprachheilfürsorge an den Nds. Gesundheitsämtern
- Begutachtung von hör- und sprachgeschädigten Kindern und Jugendlichen
- Abgrenzung ambulanter, teilstationärer, stationärer und integrativer Sprachtherapiemaßnahmen
- Gutachterliche Tätigkeit für Gehörlose und Schwerhörige bei Rehabilitationsmaßnahmen
- Zusammenarbeit mit pädaudiologischen Beratungsstellen an den Landesbildungszentren für Hörgeschädigte in Niedersachsen
- Zusammenarbeit mit Schulen für Lernhilfe, Schulen für Sprachgeschädigte
- Beratende Zusammenarbeit mit teilstationären und stationären Sprachheileinrichtungen
- Zusammenarbeit mit HNO-Kliniken, Phoniatern, HNO-Ärzten, Kinderärzten usw.
- Zusammenarbeit mit Sprachheilpraxen

- Beratende Zusammenarbeit mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege

Die Ausbildung der Fachberater beinhaltet ein Pädagogikstudium und Fachprüfungen in den medizinischen Fächern HNO-Heilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Phonetik und Neurologie. Zusätzlich sind sie bezüglich ihres Einsatzes bei der Förderung mit Hör- und Sprachgeschädigten in Sprachheilpädagogik, Schwerhörigenpädagogik und Gehörlosenpädagogik geprüft worden. Der Schwerpunkt der Fachberater Tätigkeit liegt heute in der Begutachtung hör- und sprachgestörter Kinder und in der Lenkung ihrer weiteren Rehabilitation. Die Vorstellungen der Kinder im Gesundheitsamt erfolgen in der Regel auf Wunsch der Eltern, welche oftmals seitens des Kindergartens, der Schule, eines pädiatrischen Zentrums oder der betreuenden Kinderärztin/des betreuenden Kinderarztes auf ein entsprechendes Sprachdefizit des Kindes hingewiesen wurden.

Tab. 12.8: Störungsbilder bei der Begutachtung im Rahmen der Sprachheilfürsorge

Störungsbild	Jahr					
	1997		1998		1999	
	gesamt	in %	gesamt	in %	gesamt	in %
Poltern/Stottern	1367	4,1	1282	3,8	1119	3,4
Sprachentwicklungsverzögerung	6782	20,2	6846	20,5	6930	21,1
Lexikon	2725	8,1	2566	7,7	2493	7,6
Dysgrammatismus	6122	18,2	6328	18,9	6188	18,9
Stammeln	7174	21,3	7298	21,8	7089	21,6
Sigmatismus (Lispeln)	5578	16,6	5387	16,1	4958	15,1
Gaumenspalte	134	0,4	81	0,2	90	0,3
Zungenstörungen	2337	6,9	1916	5,7	2228	6,8
Retardierung	329	1	470	1,4	528	1,6
Hörbehinderung	714	2,1	837	2,5	811	2,5
Legasthenie	115	0,3	108	0,3	113	0,3
Debilität	9	0	13	0	10	0
Näseln	91	0,3	200	0,6	189	0,6
Mutismus	157	0,5	81	0,2	54	0,2
Störungen gesamt	33634	100	33413	100	32800	100

Tab. 12.9: Anzahl der betreuten Kinder und Jugendlichen in den Niedersächsischen Landesbildungszentren; Stand März 2001

Kindergarten				Gesamt
Kindergartenplätze aller Landesbildungszentren				109
Schulen	Internat ¹	Externat ²	Schulgänger ³	Gesamt
Allgemeinbildende Schulen	149	9	775	933
Schule für Gehörlose	53	6	180	239
Schule für Schwerhörige	96	3	595	694
Berufsbildende Schulen	102		147	249
Berufsvorbereitungsjahr	16		15	31
Berufsgrundbildungsjahr	30		17	47
Berufsbildungsschule Teilzeit ⁴	52		109	161
Berufsfachschule	4		6	10
Schulplätze insgesamt	251	9	922	1182

¹ Internat: Schüler, die von Montags-Freitags im Landesbildungszentrum wohnen

² Externat: Plätze in freigemeinnütziger Trägerschaft, betrifft ausschließlich das LBZ Osnabrück

³ Schulgänger: Kinder, die in die Beschulung des LBZ gehen, jedoch außerhalb des LBS wohnen

⁴ Berufsbildungsschule Teilzeit: Betrifft Auszubildende, die extern in eine Lehre gehen, jedoch den Berufsschulunterricht wegen ihrer Hörbehinderung im LBZ erhalten.

12.2.3.1 Ergebnisse der Begutachtungen und eingeleitete Maßnahmen

Die Zahl der zur begutachtenden Kinder hat in den letzten Jahren geringfügig abgenommen, da leichte Sprachstörungen (Lispeln, Stottern) zunehmend im ambulanten medizinischen Bereich z. B. durch die betreuenden Pädiater versorgt werden. Dies hat jedoch zur Folge, dass der Anteil der Kinder mit umfassenden und komplexen Sprachstörungen und Hörbehinderungen, die bei den Fachberatern vorstellig werden, zunimmt. Aus diesem Grund ist die Zahl der durchgeführten Maßnahmen, insbesondere der Elternberatungen, in den letzten Jahren trotz der geringfügig rückläufigen Begutachtungen weiter angestiegen.

Bei der Darstellung der Störungsbilder zeigt sich die Häufung von breitgefächerten, mehrdimensionalen Sprachstörungssymptomatiken anhand der zunehmenden Zahl von sogenannten Sprachentwicklungsverzögerungen (s. Tab. 12.8) sowie dem Anstieg der Störungsbilder pro Kind von 3,26 1997 auf 3,33 im Jahr 1999.

Der Einsatz der Fachberater ist nur dann erfolgreich, wenn die vorgeschlagenen Rehabilitationsmaßnahmen in teilstationärer und stationärer Form ausreichend im Land Niedersachsen vorgehalten werden. Inzwischen ist es gelungen, Sprachheilkindergärten in allen Landkreisen und kreisfreien Städten einzurichten. Der Dank gilt dabei den Betreibern bzw. Anbietern; dies sind in der Regel die Träger der freien Wohlfahrtspflege.

Darüber hinaus sind in der letzten Zeit auch zahlreiche integrative Maßnahmen in Regelkindergärten zur Förderung sprachgestörter Kinder wohnortnah umgesetzt worden.

Autor:

Ralf Schacht, Nds. Landesamt für zentrale soziale Aufgaben

12.2.4 Landesbildungszentren und Sprachheilzentren

Das Land Niedersachsen hält im Aufgabenbereich des Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales vier Landesbildungszentren für Hörgeschädigte in Braunschweig, Hildesheim, Oldenburg und Osnabrück vor, in denen die Förderung, Beschulung und auch die berufliche Bildung hörgeschädigter Kinder und Jugendlicher erfolgt.

In den Landesbildungszentren werden neben den Schulen (Schulzug für Lernhilfe, Grund- und Hauptschule, Schulzug für Realschule, Berufliche Bildung mit verschiedenen Schwerpunkten) auch Internate sowie eine spezielle Frühförderung für hörgeschädigte Kinder und deren Familien angeboten. Zusätzlich werden an den Landesbildungszentren auch Behinderte in Lehrberufen ausgebildet. Im Jahr 2000 wurden 83 Auszubildende in den Landesbildungszentren betreut, davon waren 45 im Internat untergebracht.

12.2.4.1 Früherziehung

Die Abteilungen für Früherziehung an den Landesbildungszentren gliedern sich in verschiedene Aufgabenschwerpunkte:

- Sonderkindergarten
- Hausfrühförderung
- Pädagogisch-Audiologische Beratungsstellen

Insbesondere die Pädagogisch-Audiologische Beratungsstelle und die Hausfrühförderung haben ihren Arbeitsschwerpunkt in der Prävention. Dabei nimmt die Pädagogisch-Audiologische Beratungsstelle folgende Aufgaben wahr:

- Pädagogisch-Audiologische Untersuchungen
- Empfehlungen zur Hörgeräteversorgung und Mitwirkung bei der Hörgeräteanpassung
- Empfehlungen zu weiterführenden medizinischen Untersuchungen
- Einleitung von Frühfördermaßnahmen
- Durchführung von Leistungstests
- Beratungen und Empfehlungen zur Beschulung
- Beratungen bei behinderungsspezifischen Problemen im sozialen Umfeld

12.2.4.2 Zentral Auditive Wahrnehmungsstörungen

Bei den durchgeführten Messungen des Hörvermögens (Audiometrien) gewinnen die Überprüfungen auf Zentral Auditive Wahrnehmungsstörungen (ZAW) eine erhebliche Bedeutung. Dies sind Störungen, bei denen das Hörvermögen im Bereich des äußeren Ohres und des Mittelohres intakt ist, aber die Umsetzung des Gehörten in eine Information und die Weiterverarbeitung der Information zentral auf der Ebene des Gehirns gestört ist. Aus diesem Grund werden in allen vier Landesbildungszentren neben der Überprüfung des peripheren

Hörens folgende Teilleistungsstörungen regelhaft überprüft:

- Auditive Aufmerksamkeit
- Auditive Speicherung
- Richtungshören
- Dichotisches Hören
- Geräuschkategorisierung
- Lautdiskrimination

Die Vorstellung der Kinder zur Überprüfung auf eine Zentral Auditive Wahrnehmungsstörung erfolgt oftmals auf Empfehlung der Fachberater für Hör- und Sprachgeschädigte, einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, des Kinder- oder Hals-Nasen-Ohren-Arzt. Im Fall des Verdachts auf eine zentrale Auditive Wahrnehmungsstörung erfolgt auch eine Intelligenztestung der Kinder, um diese differentialdiagnostisch gegen andere umfassende Störungen des Lernens abzugrenzen. Unabhängig vom festgestellten Schweregrad der Beeinträchtigung erfolgen immer ausführliche Beratungsgespräche mit den Eltern. Die Untersuchungsergebnisse werden in Berichtsform festgehalten und kommentiert, sowie über die Eltern an die betreuenden Schulen weitergeleitet. Dies ermöglicht die Berücksichtigung etwaiger Teilleistungsstörungen im Unterricht. Nur bei ca. 5% der vorgestellten Kinder liegt eine derart umfangreiche Zentral Auditive Wahrnehmungsstörung vor, dass eine Umschulung in eine Schule für Hörgeschädigte vorgeschlagen wird.

12.2.4.3 Hausspracherziehung

Die Hausspracherziehung basiert auf dem Wissen um die guten Fördermöglichkeiten im frühen Kindesalter. Die Fachpädagogen für Gehörlosen-, Schwerhörigen und Sprachbehindertenpädagogik aus dem Landesbildungszentrum für Hörgeschädigte besuchen die Familien mit hörgeschädigten Kleinkindern möglichst in ihrem häuslichen Umfeld. Im Mittelpunkt stehen dabei zum einen die vielen Fragen und Probleme in der Erziehung und Förderung des hörgeschädigten Kindes. Zum anderen erfolgt eine gezielte, spielerische Förderung, innerhalb derer das Kind hören und sprechen lernen kann. Insbesondere die Hörerziehung unter Ausnutzung selbst minimaler Hörreste durch gut angepasste Hörgeräte oder durch die Implantation eines künstlichen Innenohres (Cochlear Implant) ermöglicht hierbei ein hohes Maß an Integrationsmöglichkeiten. Die Hausbesuche der Fachpädagogen werden durch ein vielfältiges Angebot der Abteilung Früherziehung ergänzt und intensiviert:

- Einwöchige Eltern-Kind-Kurse
- Wöchentliche Eltern-Kind-Gruppen
- Monatliche Eltern-Kind-Gruppen zur rhythmisch-musikalischen Förderung der Kinder
- Elternseminare
- Interdisziplinäre Beratungsnachmittage
- Sprechstunden der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten
- Kriseninterventionen, Kurz- und Langzeittherapien durch den Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten
- Fortbildungsveranstaltungen

Autorin:

Gabriele Knolle, Landesbildungszentrum für Hörgeschädigte, Hildesheim

13. Gewalt gegen Kinder

13.1 Einleitung

Die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern, ihre Chancen zur Teilnahme an der Gesellschaft und nicht zuletzt ihr Verhältnis zu Gewalt und Konflikten hängen entscheidend davon ab, wie sie heranwachsen. Opfer von Gewalt und Vernachlässigung zu werden – innerhalb oder außerhalb der Familie, durch erwachsene oder jugendliche Täter – kann die Entwicklungsmöglichkeiten von Mädchen und Jungen stark beeinträchtigen. Das gilt vor allem, wenn die Gewalt nicht oder erst spät entdeckt wird. Kinder sind deshalb angewiesen auf die professionelle Aufmerksamkeit und die Verantwortung von Fachkräften, die mit Kindern und ihren Familien arbeiten und Problemsituationen frühzeitig erkennen können. Frühe und sachgerechte Hilfen für Kinder – und das bedeutet in der Regel: auch für ihre Eltern –

können nicht nur kurzfristig Gewalt beenden oder verhindern, sondern auch langfristige Entwicklungsstörungen vermeiden helfen. Eine epidemiologische Einschätzung der Häufigkeit von Gewalt gegen Kinder erweist sich als schwierig, weil die offizielle Kriminalstatistik nur einen Bruchteil der Fälle erfasst und es wegen der spezifischen Problematik keine vergleichenden, repräsentativen Studien gibt, wie viele Kinder Opfer von Gewalt wurden. Nachfolgend soll zunächst eine umfassende Definition von Gewalt gegeben werden und dann die Zahlen der Kriminalstatistik vorgestellt sowie eine Dunkelziffer einschätzung vorgenommen werden. Anschließend werden Hilfesysteme in Niedersachsen beschrieben.

13.2 Definition und Formen von Gewalt gegen Kinder

Bast hat 1975 eine umfassende Definition von Gewalt vorgeschlagen, die sowohl innerhalb der Hilfesysteme als auch in der offiziellen Berichterstattung, z.B. den Kinder- und Jugendberichten der Bundesregierung allgemeine Anerkennung gefunden hat. Demnach ist „Kindesmisshandlung eine nicht zufällige (bewusste oder unbewusste) gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien oder Institutionen (z. B. Kindergärten, Schulen, Heimen) geschieht, und die zu Verletzungen, Entwicklungsverzögerungen oder sogar zum Tode führt, und die somit das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht.“ (Bast, 1975)

Diese Definition von Kindesmisshandlung geht über die heute gültigen strafrechtlichen Definitionen hinaus. Sie ist jedoch Ausgangspunkt für die Frage, wann aus der Sicht der helfenden Berufsgruppen (z. B. Ärzte und Ärztinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen) von Gewalt gegen Kinder gesprochen werden kann. Auch der Deutsche Bundestag verwendet die o. g. Definition unter diesem Aspekt. In ihr wird deutlich, dass Gewalt gegen Kinder folgende Formen annehmen kann:

- Körperliche Gewalt,
- Seelische Gewalt,
- Vernachlässigung und
- Sexuelle Gewalt

Außerdem kann ein Kind auch mehreren Formen ausgesetzt sein. Bei der Kindesmisshandlung geschieht die Schädigung des Kindes nicht zufällig. Meistens wird eine verantwortliche erwachsene Person wiederholt gegen ein Kind gewalttätig. Gewalt gegen Kinder wird fast immer in der Familie oder in anderen Zusammenlebenssystemen ausgeübt. Häufig ist die Gewaltanwendung der Erwachsenen ein Ausdruck eigener Hilflosigkeit und Überforderung.

Die Vernachlässigung stellt eine Besonderheit sowohl der körperlichen als auch der seelischen Kindesmisshandlung dar. Eltern können Kinder vernachlässigen, indem sie ihnen Zuwendung, Liebe und Akzeptanz, Betreuung, Schutz und Förderung verweigern, oder indem die Kinder physischen Mangel erleiden müssen. Dazu gehören mangelnde Ernährung, unzureichende Pflege und gesundheitliche Fürsorge bis hin zur völligen Verwahrlosung. Diese andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns kann – bewusst oder unbewusst – aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichenden Wissens erfolgen und ist Ausdruck einer stark beeinträchtigten Beziehung zwischen Eltern und Kind. Die besonderen Ausprägungen und Folgen von Vernachlässigung sind erst in den vergangenen Jahren verstärkt in das Blickfeld von Kinderschutzinstitutionen und Jugendämtern geraten.

Die zunehmende Auseinandersetzung mit der Gewalt gegen Kinder in unserer Gesellschaft darf nicht dazu führen, dass wir unsere Aufmerksamkeit ausschließlich auf misshandelnde

Personen (und ihre Opfer) richten und dabei die Gewaltförmigkeit der gesellschaftlichen Lebensverhältnisse vergessen. Diese sogenannte strukturelle Gewalt tritt häufig in den Hintergrund, aber Gewalt hat vielschichtige Ursachen und ist in gesellschaftliche Verhältnisse eingebunden. Diesen Verhältnissen sind

Menschen – je nach ihrer sozialen Lage unterschiedlich – ausgesetzt. Die Häufung von Einschränkungen und Belastungen, von sozialen Benachteiligungen, von materieller Armut und psychischem Elend ist eine häufig übersehene Ursache für Gewalt gegen Kinder (Hock u. a. 2000).

13.3 Kriminalstatistik in Niedersachsen

Relevant für die Einschätzung der Entwicklung von Gewalt gegen Kinder sind insbesondere Straftatbestände nach den § 176 (Sexueller Missbrauch von Kindern), § 174 (Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen), § 225 (Misshandlung von Schutzbefohlenen) und § 171 (Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht). Außerdem können Kinder in Extremfällen auch Opfer von Tötungsdelikten sein (u. a. § 178 (Vergewaltigung mit Todesfolge), § 211 (Mord), § 212 (Totschlag) und

§ 222 (Fahrlässige Tötung außer im Straßenverkehr)). Verurteilungen in solchen schweren Fällen gab es in Niedersachsen 1999 insgesamt in 7 Fällen (3 nach § 211, 1 nach § 212 und 3 nach § 222).

Die polizeilich registrierten Fälle der anderen Straftatbestände stellen sich wie folgt dar:

Tab. 13.1: Sexueller Missbrauch von Kindern gem. § 176 StGB

	Bekannte Fälle	Aufklärungsquote	Polizeilich ermittelte Tatverdächtige insgesamt	Opfer unter 6 J.	Opfer 6 bis 10 J.	Opfer 10 bis 14 J.
1998	1707	73,23%	817	176	671	1221
1999	1314	76,83%	817	116	455	895
2000	1335	77,00%	872	126	485	1408

Tab. 13.2: Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen gem. § 174 StGB

	Bekannte Fälle	Aufklärungsquote	Polizeilich ermittelte Tatverdächtige insgesamt	Opfer unter 6 J.	Opfer 6 bis 10 J.	Opfer 10 bis 14 J.
1998	176	96,02%	136	25	33	77
1999	130	97,69%	108	11	26	49
2000	113	97,35%	96	8	19	32

Der sexuelle Missbrauch von Kindern hat einen Anteil an der Gesamtkriminalität von 0,3% (1998), 0,24% (1999) und 0,24% (2000). Die Anzahl der Tatverdächtigen und die Anzahl der Opfer unterscheidet sich, weil einige Tatverdächtige ihre Handlungen nicht alleine begingen, sondern gemeinschaftlich. Im Jahre 1999 waren dies beispielsweise 36% aller Tatverdäch-

tigen, die Ihre Handlungen gemeinsam begingen. Außerdem kommen auf einige Tatverdächtige mehrere bekannte Fälle.

Die Fallzahlen, speziell auf die Misshandlung von Kindern bezogen, stellen sich wie folgt dar:

Tab. 13.3: Misshandlung von Schutzbefohlenen gem. § 225 StGB

	Bekannte Fälle	Aufklärungsquote	Polizeilich ermittelte Tatverdächtige insgesamt	Opfer unter 6 J.	Opfer 6 bis 10 J.	Opfer 10 bis 14 J.
1998	166	98,19%	185	80	49	57
1999	168	99,40%	188	81	54	60
2000	174	99,43%	199	85	36	76

Tab. 13.4: Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht gem. § 171 StGB

	Bekannte Fälle	Aufklärungsquote	Polizeilich ermittelte Tatverdächtige insgesamt	männlich	weiblich
1998	60	100,00%	74	31	43
1999	58	98,28%	68	19	49
2000	56	100,00%	79	27	52

Die Summe der Opfer liegt über der der ermittelten Tatverdächtigen, weil gerade in Familien mehrere Kinder betroffen sein können, außerdem können auch hier Handlungen gemeinschaftlich begangen werden. Die Anzahl der Tatverdächtigen und die Anzahl der bekannten Fälle unterscheidet sich, weil einige Tatverdächtige ihre Handlungen nicht alleine begingen, sondern gemeinschaftlich.

Nähere Angaben über Opfer können nicht gemacht werden, da die Polizeiliche Kriminalstatistik für diese Delikte eine entsprechende Erfassung (bundesweit) nicht vorsieht (vgl. Niedersächsischer Landtag 2001).

13.4 Weitergehende Epidemiologie und Dunkelziffereinschätzung

Zur Epidemiologie von Gewalt gegen Kinder bleibt festzuhalten, dass es sich als außerordentlich schwierig erweist, zuverlässige Angaben über die Verbreitung sowohl von körperlicher als auch von sexueller Gewalt gegen Kinder zu erhalten. Die Kriminalstatistik gibt nur die angezeigten Fälle an. Bei den polizeilich bekannt gewordenen Fällen von sexuellem Missbrauch an Kindern (gemäß § 176 StGB) sind aber fremde Täter weit überrepräsentiert, da sexuelle Gewalt durch Familienangehörige und Verwandte viel seltener angezeigt wird. Für die professionellen Hilfesysteme wie Jugendämter oder Kinderschutzeinrichtungen steht die Anzeige zudem nicht im Vordergrund ihrer Aktivitäten, sondern die schnelle Beendigung der Gewalt und eine effektive Hilfestellung, die oft auf Zusammenarbeit mit den Familien angewiesen ist. Die Kriminalstatistik bildet deshalb nur einen Bruchteil der tatsächlichen Gewalttaten gegen Kinder ab.

Repräsentative Prävalenzuntersuchungen zum Thema sexuelle Gewalt gegen Kinder in der Bundesrepublik existieren nicht. Die bislang vorhandenen Studien sind wenig vergleichbar und die Ergebnisse unterscheiden sich zum Teil erheblich. Die Hauptgründe hierfür sind, neben der Wahl der Stichprobe und der Erhebungsmethoden, die uneinheitliche Definition von sexuellen Übergriffen und von Täter-Opfer-Konstellationen. Die meisten Studien in Deutschland wurden an Studenten und Studentinnen durchgeführt, so dass sie nur in beschränktem Maße Aussagen über die Allgemeinbevölkerung erlauben. In diesen Studien sind außerdem die Schutzaltersstufen jeweils unterschiedlich festgelegt (12, 14 und 16 Jahre) sowie sexuelle Übergriffe mit und ohne Körperkontakt in unterschiedlichem Maße einbezogen. Aufgrund dieser verschiedenen Faktoren schwanken die Prävalenzraten für Mädchen zwischen 3% und 25% und die Prävalenzraten für Jungen zwischen 2% und 8%. Die weitaus meisten Fälle von sexueller Gewalt werden vor dem 14. Lebensjahr ausgeübt, wobei Kinder auch schon im Kleinkindalter Opfer von sexueller Gewalt werden können. Eine neuere, bundesweite, repräsentative Prävalenzstudie des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen (Wetzels, 1997) ermittelte Prävalenzraten, die auf einer äußerst eng gefassten Definition von sexueller Gewalt beruhen und die

dadurch ausdrücklich Mindestschätzungen des tatsächlichen Ausmaßes darstellen. Diese Studie differenziert mehrere Altersstufen und Formen sexueller Übergriffe und kommt auf diese Weise zu Prävalenzraten zwischen 6% und 18% für Mädchen und zwischen 2% und 7% für Jungen. Mädchen sind von sexueller Gewalt etwa dreimal so häufig betroffen wie Jungen. Etwa die Hälfte der Betroffenen haben mehrmals sexuelle Gewalt erlebt. Es besteht kein Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status. Männer sind in dieser Studie zu über 94% der Fälle die Täter. Etwa ein Viertel der Täter sind den Kindern nicht bekannt, ca. 42% sind Bekannte, und ca. 27% sind Familienangehörige.

Für den Bereich körperlicher Gewalt gegen Kinder gibt es mehrere Studien, die das Ausmaß elterlicher Züchtigung erfassen. Daraus wird ersichtlich, dass in der Bundesrepublik ca. 75-80% aller Kinder schon mindestens einmal Ohrfeigen oder kleine Klapsen bekommen haben. 20-30% erlebten Prügel oder andere Gewaltformen, die eindeutig als Misshandlung klassifiziert werden können. In der Studie von Wetzels (1997) gaben insgesamt 75% der Befragten erlebte physische Gewalthandlungen seitens ihrer Eltern und 11% der Befragten schwere Misshandlungen durch ihre Eltern an. Die Rate der Kinder, die körperliche Gewalt im Rahmen der Erziehung (Ohrfeigen, Prügel) durch die Eltern erlebten, war umso höher, je niedriger der sozioökonomische Status der Familie war.

In dieser Studie wird außerdem festgestellt, dass ein großer Teil der Opfer von sexueller Gewalt mit Körperkontakt (64%) gleichzeitig auch Opfer von elterlicher physischer Gewalt wurde. Bemerkenswert ist, dass dieser Zusammenhang auch dann besteht, wenn die sexuelle Gewalt nicht von den Vätern (oder einer erwachsenen Person, die eine Art „Vaterfigur“ darstellt) ausgeübt wurde, d. h. Kinder können gleichzeitig Opfer mehrerer Täter sein. Sexuelle Gewalt ist schwer zu diagnostizieren. Es ist typisch, dass sie ein „Geheimnis“ darstellt, deshalb ist es für die Kinder fast nicht möglich, sich direkt an eine Vertrauensperson zu wenden. Die Schätzungen zur Dunkelziffer bei sexuellen Gewaltdelikten gegen Kinder weisen eine breite Streuung auf und reichen von 1:5 (5 unbekannte

Misshandlungsfälle auf einen bekannten Fall) bis 1:50 (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Hamburg, 1995).

Sowohl aus der Kriminalstatistik als auch aus einschlägigen sozialwissenschaftlichen Untersuchungen ist zu erkennen, dass der überwiegende Teil der Opfer Mädchen sind. Sexuelle Gewalt erfahren Kinder in jedem Alter. Von den 1.857 Opfern, die 1999 in Niedersachsen sexuellem Missbrauch ausgesetzt waren, war ca. ein Zehntel jünger als 6 Jahre (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2000).

Oft sind die Opfer über viele Jahre sexuellen Übergriffen ausgesetzt, vor allem bei Tätern aus dem sozialen Nahbereich. In Niedersachsen konnten 1999 ca. 270 der 1.800 Tatverdächtigen in der polizeilichen Kriminalstatistik den Angehörigen des Opfers zugeordnet werden. Im Rahmen des zweijährigen Projekts „Beobachtungspraxen“, in dem 26 pädiatrische Praxen in

Hamburg u. a. Gewaltfälle gegen Kinder erkundeten, wurden folgende Ergebnisse veröffentlicht: Kinder als Gewaltopfer werden in der kinderärztlichen Praxis eher selten erkannt. Auf jeweils 1.000 Patientenkontakte entfielen 1,7 Verdachtsfälle auf seelische Beeinträchtigung der Kinder, 0,4 Verdachtsfälle auf körperliche Misshandlungen und 0,3 Verdachtsfälle auf sexuellen Missbrauch. Dies bedeutet, dass innerhalb von drei Wochen ein Verdacht auf seelische Beeinträchtigung, innerhalb von 12 Wochen ein Verdacht auf körperliche Misshandlung und innerhalb von 16 Wochen ein Verdacht auf sexuellen Missbrauch in der kinderärztlichen Praxis beobachtet wurden (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 1995). Diese Zahlen müssen allerdings vorsichtig interpretiert werden. Wahrscheinlich wird in der Mehrzahl der Schädigungsfälle überhaupt kein Arzt aufgesucht, und wenn, dann eher Allgemeinärzte und Ambulanzen der Krankenhäuser. Eine Erhebung innerhalb von Allgemeinarztpraxen und Kliniken steht jedoch aus.

13.5 Hilfesysteme/Leitfaden Gewalt gegen Kinder

Zur effektiven Hilfestellung für Kinder, die von Gewalt betroffen sind, existiert ein umfangreiches Netz von Institutionen. Es ist Aufgabe des Jugendamtes und der Allgemeinen Sozialen Dienste, einem Verdacht nachzugehen und die Kinder zu schützen. Die Interventionsmöglichkeiten dieser Einrichtungen sind sehr unterschiedlich. Die Palette reicht von präventiven Hilfen über ambulante (anonyme) Beratung und Therapie bis zu langfristigen und stationären Maßnahmen. Jugendamt und soziale Dienste können auf freiwilliger Basis kind- und familienbezogene Hilfen anbieten oder bei fehlender Bereitschaft der Eltern das Familiengericht einschalten. Die Gerichte können ein Umgangs- und Kontaktverbot für den mutmaßlichen Täter aussprechen. In manchen Fällen kann auch ein Sorgerechtsentzug erwirkt werden. Die Behörden, mit Ausnahme der Polizei, sind nicht verpflichtet, Strafanzeige zu stellen. Es erweist sich in der Regel allerdings als schwierig, ein Umgangsverbot ohne geklärte Schuldfrage durchzusetzen. Außerdem spielen Kinderschutzeinrichtungen, -zentren, Mädchenhäuser, Erziehungsberatungsstellen, Kinderkliniken und niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie erfahrene Rechtsanwälte und Rechtsanwältinnen, die in Strafverfahren die Kinder vertreten, eine wichtige Rolle bei der Hilfestellung. Eine intensive Zusammenarbeit verschiedener Hilfeinstitutionen ist meistens erforderlich. Wirksame Hilfen für das Kind und die Familie müssen abgestimmt sein. Dies kann nur gelingen, wenn sich die Beteiligten kennen, wenn bestehende Kontakte gepflegt und gemeinsame Ziele vereinbart werden und so ein gemeinsames Fallmanagement ermöglicht wird. Eine sinnvolle Möglichkeit, die interdisziplinäre Kooperation zu entwickeln und zu fördern, sind Fortbildungen und Arbeitskreise der beteiligten Fachinstitutionen und -personen auf lokaler bzw. regionaler Ebene. In der aktuellen Auflage des Leitfadens zur Früherkennung von Gewalt gegen Kinder aus dem Jahr 2000 sind mehr als 600 überregionale und regionale Institutionen verzeichnet, die Hilfen für von Gewalt betroffenen Kinder anbieten. Hinzu kommen außerdem noch die medizinischen Versorgungseinrichtungen, d. h. Krankenhäuser und Arztpraxen.

In Niedersachsen wurde die erste Version des Leitfadens für Früherkennung von „Gewalt gegen Kinder“ bereits 1998 nach dem Hamburger Vorbild entwickelt und Ärzten und Ärztinnen sowie Fachleuten aus den sozialen Diensten zur Verfügung gestellt. Herausgegeben wurde er in Niedersachsen von dem Deutschen Kinderschutzbund, Landesverband Niedersachsen, der Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen sowie der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen. Unterstützt wurde die Veröffentlichung von dem Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, der Ärztekammer Niedersachsen und der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse. Der Leitfaden leistet – mit Blick auf die ärztliche Praxis – einen Beitrag zur Entwicklung interdisziplinärer Handlungsansätze, zur Intervention und Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Um die Zusammenarbeit zwischen den ÄrztInnen und MitarbeiterInnen der sozialen Dienste anzuregen, haben die Herausgeber zusätzlich zum Leitfaden Arbeitsmaterialien für die Fortbildung entwickelt und an verschiedenen Orten interdisziplinäre Fachtagungen begleitet.

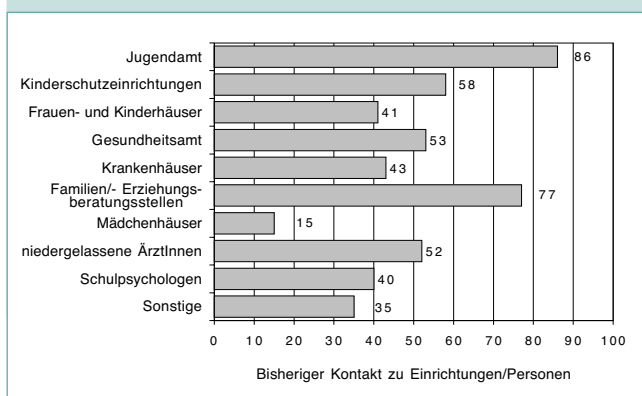
Inzwischen ist der Leitfaden nicht nur in Hamburg und Niedersachsen, sondern in den meisten Bundesländern in der Praxis erprobt. In Niedersachsen wurde Ende 1999 eine Befragung der NutzerInnen des Leitfadens durchgeführt und daraufhin eine Überarbeitung der Erstauflage erstellt, die im September 2000 veröffentlicht wurde. Sie soll dazu beitragen, das Problembewusstsein der Fachkräfte zu schärfen und sie im Umgang mit Gewaltproblemen in Familien weiter zu qualifizieren. Außerdem sollten so interdisziplinäre Kontakte angebahnt werden. An der Befragung nahmen mit 348 Rückmeldungen etwa 14% aller EmpfängerInnen des Leitfadens teil. Die Teilnahme war freiwillig. Nachfolgend sollen einige wichtige Ergebnisse dieser Befragung vorgestellt werden. Zunächst wurde erhoben, ob und in welchem Umfang neue Erkenntnisse für die MultiplikatorInnen durch den Leitfaden vermittelt wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass etwa 52% durch den Leitfaden viele oder sehr viele neue Erkenntnisse vermittelt bekamen.

Zur Struktur der NutzerInnen lässt sich festhalten, dass ÄrztInnen, die ursprünglich anvisierte Zielgruppe des Leitfadens, mit 34% zwar die zahlenmäßig größte Einzelgruppe darstellten, dass aber überraschenderweise fast zwei Drittel der NutzerInnen aus dem nichtärztlichen Bereich stammten. Bei diesen waren mit 15% bzw. 13% die Beratungsstellen des Deutschen Kinderschutzbundes und die kommunalen Jugendämter die größten Einzelgruppen. Es folgen andere Beratungsstellen sowie Schulen und Kindergärten mit jeweils 9%. Insgesamt 5% der Rückmeldungen kamen aus dem Bereich der Krankenhäuser sowie 3% aus dem Polizeibereich. Dies zeigt, dass der Anspruch des Leitfadens, die Kooperation vor Ort bei der Gewährung von Hilfen für Kinder, die von Gewalt betroffen sind, zu verbessern, auf vielfältiges Interesse vor Ort gestoßen ist. In der Regel wird fallbezogen kooperiert, dies gaben 48% der Rückmelder an. Arbeitskreise und Netzwerke wurden in 27% der Fälle gegründet. Immerhin 18% besuchen gemeinsame Fortbildungen mit anderen Trägern. Wie Abb. 13.1 verdeutlicht, ist das Jugendamt der häufigste Ansprechpartner vor Ort in Fällen von Missbrauchsverdacht, gefolgt von Erziehungs-/Familienberatungsstellen.

Die Kooperation in Niedersachsen konnte durch die trägerübergreifende Publikation des Leitfadens erheblich verbessert werden. Sowohl der Leitfaden als auch die begleitenden Fortbildungen sind auf sehr großes Interesse bei allen potenziellen Beteiligten an einem Hilfenetz für von Gewalt betroffene Kinder gestoßen. Die vielfältigen Rückmeldungen aus den Fortbildungsveranstaltungen und der Nutzerbefragung sind in die Überarbeitung des Leitfadens eingeflossen, so dass mit der zweiten Auflage auch eine optimale Anpassung an die Bedürfnisse vor Ort erreicht werden konnte.

Als Hilfe für Erzieherinnen und Erzieher, engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kirchengemeinden, Wohlfahrts-

Abb. 13.1: Ansprechpartner bei Missbrauchsverdacht



verbänden, Kinderschutzbund und anderen Organisationen, aber auch für Ärztinnen und Ärzte hat das Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales eine Broschüre „Kindesvernachlässigung. Erkennen – Beurteilen – Handeln“ herausgegeben. Sie soll Menschen, die mit Familien und Kindern arbeiten, ermutigen, genau hinzusehen, wenn sie den Verdacht haben, dass ein Kind vernachlässigt wird, und einzugreifen, wo es nötig ist. Dazu bietet sie Informationen über die Bedürfnisse von Kindern, über Indizien und mögliche Ursachen von Vernachlässigung und vor allem eine klare Anleitung zum Handeln. Die Broschüre wird über Hebammen, Kinderärztinnen und -ärzte, Kinderkliniken, Kindertageseinrichtungen, Grundschulen, Kinderschutzzentren und andere Beratungsstellen sowie die Jugend- und Gesundheitsämter der Kommunen, die Kreis- und Ortsverbände des Kinderschutzbundes, die Wohlfahrtsverbände und die Landesstelle Jugendschutz in Niedersachsen verteilt.

13.6 Delinquentes Verhalten von Kindern und Jugendlichen

Die Entwicklung der Jugendkriminalität wird durch das Landeskriminalamt anhand der polizeilichen Kriminalstatistik jährlich festgehalten (vgl. Landeskriminalamt 2000). In der Polizeilichen Kriminalstatistik wurden für das Jahr 1999 insgesamt 547.902 Straftaten registriert, davon konnten 50,25% (= 275.345 Straftaten) aufgeklärt werden. Von den im Jahr 1999 in Niedersachsen ermittelten 199.791 Tatverdächtigen waren 41.493 Tatverdächtige minderjährig. Das entspricht einer Quote von 20,77%.

Bei den minderjährigen Tatverdächtigen handelte es sich um 14.845 Kinder (= 7,43%) und 26.648 Jugendliche (=13,34%). Der Anteil weiblicher Tatverdächtiger lag insgesamt bei 26,58%. Der Anteil minderjähriger Tatverdächtiger ist seit 1995 kontinuierlich leicht angestiegen. Lag er 1995 noch bei 19,39% aller Straftaten, waren es 1999 bereits 20,77%. Mit 65% ist der Anteil von Diebstählen bei Kindern die häufigste Deliktart, es folgen Rohheitsdelikte mit 12%. Bei den Straftaten Jugendlicher spielen Rohheitsdelikte und Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz eine weitaus größere Rolle. Bei den Raubdelikten insgesamt liegt eine verhältnismäßig

hohe Beteiligung von Minderjährigen vor, ebenso bei Körperverletzung und Sachbeschädigung. Beispielsweise entfallen bei Raub/räuberischer Erpressung 45% aller bekannt gewordenen 5027 Fälle auf Kinder und Jugendliche. Bei Sachbeschädigungen ist der Anteil von Kindern und Jugendlichen durch Graffiti deutlich erhöht. Viele niedersächsische Polizeidienststellen haben spezielle Ermittlungsgruppen eingerichtet, um dem Phänomen „Graffiti“ adäquat entgegen zu treten. Die Daten zu dem Bereich Kinder und Jugendliche als Tatverdächtige sind über die Kriminalstatistik hinaus bislang kaum ausreichend analysiert und systematisch aufbereitet worden. Insbesondere fehlen dabei Dunkelfeldanalysen, die die Gesamtzahl der Fälle zum Anzeigeverhalten in Bezug setzen könnten. Hier hat das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen Pionierarbeit geleistet mit den im Jahr 1998 durchgeführten Untersuchungen zum Thema Jugendgewalt, die folgende Schwerpunkte hatten:

- Repräsentativbefragung von 9.700 Jugendlichen neunter Schulklassen aus Hannover, Hamburg, Stuttgart und Leipzig zu ihren Gewalterfahrungen

- Analyse aller Akten der Jahrgänge 1990, 1993 und 1996 der Staatsanwaltschaft Hannover zu den Verfahren, die gegen unter 21-jährige Tatverdächtige von Gewaltdelikten durchgeführt worden sind und
- Untersuchung zur Kriminalitätsentwicklung junger Menschen anhand von Statistiken der Polizei und der Strafverfolgungsorgane.

Die Untersuchungen beschränken sich allerdings auf die Analyse von Gewaltdelikten, andere Deliktarten werden dort nicht erfasst. Trotzdem sollen aus den Untersuchungen nachfolgend einige zentrale Ergebnisse über delinquentes Verhalten von Kindern und Jugendlichen vorgestellt werden. Die Daten sind allerdings nicht niedersachsenpezifisch ausgewertet worden, nur die Analysen der Akten der Hannoverschen Staatsanwaltschaft enthalten rein niedersächsische Daten.

Das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) konnte einen deutlichen Anstieg der Zahl der Tatverdächtigen seit 1984 nachweisen. Pro 100.000 der Altersgruppe hat sich die polizeilich registrierte Gewaltkriminalität von Kindern und Jugendlichen in diesem Zeitraum (1984 bis 1998) in Westdeutschland um das 3,3fache erhöht, während die Vergleichszahlen bei Erwachsenen nur geringfügig zugenommen haben. Der insgesamt zu beobachtende Anstieg der polizeilich registrierten Gewaltkriminalität hat sich also primär unter jungen Menschen abgespielt. Dabei ist die Anzeigequote deutlich erhöht, wenn es sich um Delikte handelt, an denen ausländische Kinder und Jugendliche beteiligt waren. Von diesen Delikten wird fast jeder dritte Fall der Polizei gemeldet, während bei Nichtbeteiligung ausländischer Kinder und Jugendlicher nur jeder fünfte Fall zur Anzeige gelangt. Trotz der Erhöhung der Gesamtzahl der Delikte konnte das KFN nachweisen, dass die durchschnittliche Deliktschwere eher abgenommen hat, dies wird durch das sinkende Durchschnittsalter der Täter und Opfer bedingt. Die Aktenanalyse zeigt eine deutliche Abnahme von Raubdelikten mit hohem Schaden oder Körperverletzungen mit stationärer oder ambulanter Behandlung des Opfers, aber eine starke Zunahme von leichten Delikten. Außerdem hat der Anteil der Ersttäter deutlich zugenommen. Mit der Zunahme von leichten Delikten lässt sich auch der bundesweit festgestellte, starke Rückgang der Anklagequote von 14- bis unter 21-jährigen Tatverdächtigen der Gewaltkriminalität erklären. 1984 wurde noch jeder Zweite von ihnen vor Gericht gestellt, 1997 dagegen nur noch etwa jeder Dritte.

Als Ursachen für den Anstieg von Gewalttaten insgesamt verweisen Pfeiffer u. a. auf eine europäische Studie, in der festgestellt wurde, dass der Anstieg der Gewalttaten junger Menschen primär solchen Tätern zuzurechnen ist, die ein niedriges Bildungsniveau aufweisen und deren gesellschaftliche Position von relativer Armut, sozialer Ausgrenzung und schlechten Integrationsperspektiven gekennzeichnet ist (vgl. Pfeiffer, 1998).

Auch die im KFN erstellte Aktenanalyse bestätigt diese Zusammenhänge. Es konnte nachgewiesen werden, dass die starke Zunahme in den Jahren 1990 bis 1996 der polizeilich registrierten Jugendgewalt zu etwa vier Fünfteln solchen Jugendlichen und Heranwachsenden zuzurechnen ist, die sozialen Randgruppen angehören. So hat sich unter den jungen Angeklagten, die nicht mehr Schüler sind, der Anteil der Arbeitslosen im Verlauf der sechs Jahre von 38,2% auf 60,4% erhöht. Mehr als drei Viertel der jungen Gewalttäter weist ein niedriges Bildungsniveau auf (maximal Hauptschulabschluss), das ihnen im Berufsleben nur schlechte bis mäßige Perspektiven eröffnet. Auch die durchgeführte Schülerbefragung stützt die anderen Befunde. Die Zahlen für selbstberichtete Gewaltdelikte (pro 100 Jugendlicher) liegt bei 14- bis unter 18-jährigen Sonderschülern, Hauptschülern oder Schülern des Berufsgrundschuljahres um das Drei- bis Vierfache über den Vergleichszahlen der Gymnasiasten. Als eine besondere Problemgruppe werden dabei von Pfeiffer u. a. junge Ausländer und Aussiedler benannt, die seit langem unter den Rahmenbedingungen sozialer Benachteiligung aufgewachsen. Demnach haben junge Zuwanderer, die seit mindestens fünf Jahren in Deutschland leben oder dort geboren wurden, in der Schülerbefragung zwei- bis dreimal mehr Gewalttaten zugegeben als einheimische Deutsche oder solche jungen Aussiedler und Ausländer, die erst seit wenigen Jahren in Deutschland leben. Die durchgeführten Aktenanalysen bestätigen diesen Befund: Die seit 1990 in Hannover zu beobachtende, sehr starke Zunahme der Angeklagten aus nichtdeutschen Ethnien beruht zu fast 90% auf Jugendlichen und Heranwachsenden, die vor mindestens fünf Jahren nach Deutschland gekommen sind, oder hier geboren wurden. Als mögliche Erklärung für diese Befunde führen die genannten an, dass sich bei dieser Gruppe quasi „deutsche Ansprüche“ entwickelt haben, denen keine „deutschen Chancen“ gegenüberstehen. Je länger sie soziale Ungerechtigkeit erfahren, um so stärker wird die Wahrscheinlichkeit, dass sie aus dieser Situation heraus Gewaltdelikte begehen.

Pfeiffer u. a. wiesen auch auf den wesentlichen Zusammenhang zwischen der Erfahrung innerfamiliärer Gewalt, sozialer Benachteiligung in der Familie sowie der Familie als Ganzes und eigener Gewaltbereitschaft von Kindern und Jugendlichen hin. Die Kombination aller drei Faktoren erhöht die Gewaltbereitschaft nachhaltig.

Kontaktadressen:

Kriminologisches Forschungsinstitut
Landeskriminalamt Niedersachsen
Landesbeauftragter für Jugendsachen
Schützenstr. 25
30161 Hannover
Tel.: (0511) 109-1531

Autor:

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.

14. Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention

In diesem Kapitel werden noch laufende bzw. bereits beendete Projekte zur Gesundheitsförderung und Erkrankungsprävention im Kindes- und Jugendlichenalter in Niedersachsen dargestellt. Dafür wurden alle Gesundheitsämter, Bezirksregierungen sowie die Krankenversicherungsträger aufgefordert, Informationen zu in Frage kommenden Projekten an das NLGA zu melden. Alle zurückgemeldeten Projekte wurden berücksichtigt. Dabei zeichnen die Autoren selbst verantwortlich für die dargestellten

Inhalte. Die Liste der Projekte erhebt weder Anspruch auf Vollständigkeit, noch stellt die Reihenfolge eine Bewertung dar. Ziel dieses Kapitels ist es, mehr Transparenz herzustellen, welche Inhalte im Rahmen von Projekten derzeit aufgegriffen werden, bzw. bereits bearbeitet wurden, um eine Vernetzung zwischen Projektbetreibern zu fördern und gleichzeitig Informationen z. B. für die Planung neuer Projekte leichter zugänglich zu machen.

14.1 Prävention von Neurodermitis bei Kleinkindern – Ergebnisse eines gemeinsamen Projektes der AOK Niedersachsen und der Medizinischen Hochschule Hannover

14.1.1 Allgemeine Informationen zum Projekt

Das Projekt „Prävention von Neurodermitis bei Kleinkindern“ war Teil einer gemeinsam von der AOK Niedersachsen und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) durchgeführten Studie, mit der die Wirksamkeit und Effizienz von Gesundheitsförderungsprogrammen untersucht wurde. Die Studie startete im Juni 1997 und endete im August 2000. Neben Maßnahmen zur Neurodermitisprävention bei Kleinkindern wurden Programme zur Prävention von unspezifischen Rückenbeschwerden und Herz-Kreislauf-Risikofaktoren evaluiert.

Der Evaluation lag ein quasi-experimentelles Design mit Kontroll- und Interventionsgruppen zugrunde. Die Erhebung von Daten erfolgte durch Befragungen (Zufriedenheit mit der Maßnahme, Gesundheitsverhalten, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Inanspruchnahme von Leistungen), medizinische Messungen, Auswertung von AOK-Daten (Arbeitsfähigkeitsmeldungen, Krankenhausaufenthalte, Medikamentenverschreibungen, Arztbesuche) sowie mittels Dokumentationsbögen (Erfassung des Ressourceneinsatzes wie z. B. benötigte Arbeitszeit).

14.1.2 Prävention von Neurodermitis bei Kleinkindern

Neurodermitis ist eine chronisch rezidivierende Hauterkrankung und zählt wie Asthma bronchiale oder allergische Rhinitis zu den atopischen Erkrankungen. Die Angaben zur Prävalenz von Neurodermitis bei Kindern in Deutschland schwanken zwischen 8,3% und 17,5%. Vor allem in westlichen Ländern nimmt seit einigen Jahren die Prävalenz atopischer Erkrankungen stetig zu. Ebenfalls auffällig sind die überdurchschnittlichen Prävalenzraten in Bevölkerungsgruppen mit höherem Sozialstatus. Zur Prävention von Neurodermitis entwickelten Gesundheitsfachkräfte der AOK und Wissenschaftler der MHH zwei neue

Programme: Zum einen wurde ein Beratungsprogramm zur Allergieprophylaxe konzipiert, das Informationen zur Ernährung während der Schwangerschaft und Stillzeit, zur Ernährung von Neugeborenen, zur Verminderung von Allergenen und besondere Empfehlungen für allergiegefährdete Kinder beinhaltete. Die Beratungen wurden jeweils vier bis acht Wochen vor der Entbindung, ca. acht Wochen nach der Geburt und um den ersten Geburtstag des Kindes durchgeführt. Zielgruppe dieser Beratung waren in der AOK versicherte werdende Mütter.

Im interdisziplinären Kursprogramm „Es ist zum Aus der Haut fahren“ erhielten Eltern Informationen über Ursachen, Ernährung und Hautpflege bei Neurodermitis. Darüber hinaus ging der Kurs auf psychische Aspekte der Erkrankung und den Umgang mit Belastungen ein, was auch das Erlernen von Entspannungstechniken für Eltern und Kinder beinhaltete. Das Programm richtete sich an AOK-versicherte Eltern von Kleinkindern mit Neurodermitis bzw. mit neurodermitisverdächtigen Hautsymptomen. Kinder mit hohem Neurodermitisrisiko (z. B. durch genetische Disposition) gehörten ebenfalls zur Zielgruppe. Sowohl die Beratung als auch der Kurs wurden von Präventionsfachkräften der AOK Niedersachsen durchgeführt.

Die Identifikation potenzieller Teilnehmerinnen für das Beratungsprogramm und Weiterleitung an die Präventionsfachkraft erfolgte über den Versichertenservice der AOK Niedersachsen. Dort melden sich schwangere Frauen, um z. B. Fragen zum Mutterschaftsgeld zu klären. Die erste Kontaktaufnahme mit den Frauen erfolgte telefonisch, schriftlich oder über einen direkten Besuch. Grundlage der Beratung zur Allergieprophylaxe war ein Screening-Fragebogen, mit dessen Hilfe sich das Erkrankungsrisiko für ein neugeborenes Kind abschätzen lässt. Das Beratungsgespräch fand in der Wohnung der Versicherten statt, insgesamt wurden 647 Erstberatungen durchgeführt. Es zeigte sich, dass durch diese aufsuchende Beratung häufig Frauen mit Hauptschulabschluss bzw. ohne Berufsausbildung

über Gesundheitsrisiken informiert werden konnten. Erreicht wurde also ein Klientel, das sich ansonsten kaum an Präventionsprogrammen beteiligt.

Zur Gewinnung von Teilnehmern für den Kurs „Es ist zum aus der Haut fahren“ wurde an alle Eltern, die im Zeitraum vom 1.1.1996 bis 15.11.1997 ein Kind bekommen hatten und in den vorgesehenen Interventionsregionen wohnten, ein zweiseitiger Fragebogen versendet. Dieser enthielt Fragen zum Hautzustand des Kindes, zu allergischen Erkrankungen der Eltern sowie zu allergenen Substanzen im Umfeld des Kindes. Mit Hilfe dieser Angaben konnten der Erkrankungsgrad bzw. das Allergierisiko der neu geborenen Kinder eingeschätzt werden. Insgesamt wurden 1.597 Kinder als potenzielle Teilnehmer identifiziert und deren Eltern schriftlich über das Schulungsprogramm informiert. Telefonisch kontaktiert wurden vor allem Eltern, deren Kinder bereits eine diagnostizierte Neurodermitis hatten oder manifeste Hautsymptome aufwiesen. Von den 428 direkt angesprochenen Familien nahmen 80 am Kurs teil.

14.1.3 Ergebnisse

Für beide Präventionsmaßnahmen ließen sich positive Gesundheitseffekte nachweisen. Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft zum Thema „Allergieprophylaxe“ beraten worden waren, hatten ein Jahr nach ihrer Geburt im Vergleich zur Kontrollgruppe ein erkennbar geringeres Erkrankungsrisiko (relatives Risiko: 0,80).

14.2 „Durch DICK und dünn“

**Mädchenprojekt zur Prävention von Ess-Störungen
Projekt der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen**

14.2.1 Ausgangssituation

In den Ländern des westlichen Kulturkreises hat die Prävalenz von Ess-Störungen in den vergangenen Jahren auffallend zugenommen. Auch wenn neuerdings zunehmend Jungen und Männer betroffen sind, handelt es sich jedoch immer noch um ein frauenspezifisches Krankheitsbild (Müller 1998). Die hohe und zugleich steigende Prävalenz von Ess-Störungen verweist auf akuten Handlungsbedarf im Hinblick auf eine möglichst frühzeitige Prävention.

Mit dem Eintritt in die Pubertät steigt bei Mädchen die Unzufriedenheit mit ihrem Aussehen. Sie möchten abnehmen, obwohl sie normal- oder sogar leicht untergewichtig sind. Ein unbefangener Umgang mit dem Essen geht somit verloren. Bereits die Hälfte der Mädchen unterwerfen sich rigiden Zwängen beim Essen und haben häufig schon Diäterfahrungen gemacht. Für einige Mädchen wird die Diät die Einstiegsdroge in eine Sucht – eine Ess-Sucht, Magersucht oder Ess-Brech-Sucht. Bei jedem 4. Mädchen liegt ein mittleres Risiko für eine Ess-Störung vor, dagegen weisen nur 1% der Jungen ein vergleichbares Risiko auf (Schweizerische Vereinigung für Ernährung 1997).

Bei neurodermitiskranken Kindern, die am Kurs „Es ist zum aus der Haut fahren“ teilgenommen hatten, verbesserte sich innerhalb des ersten Jahres nach Kursende der Hautzustand signifikant (auch im Vergleich zur Kontrollgruppe). Darüber hinaus nahmen Juckreiz und Schlafstörungen deutlich ab. Die Eltern zeigten ein Jahr nach Beendigung des Kurses einen entspannteren Umgang mit der Erkrankung ihres Kindes. Feststellbar ist eine deutliche Abnahme von Kontrollbestrebungen (Aufmerksamkeit gegenüber dem Kratzen des Kindes/Verhinderung des Kratzens) und überbehütender Verhaltensweisen. Des Weiteren schwächten sich latente Aggressionen gegenüber dem kranken Kind (typische Aussage: „Ich habe das Gefühl, mein Kind versucht manchmal, durch Kratzen mich zu provozieren“) ab. Berichtet wurde ferner eine deutliche Reduzierung des Verbrauchs an Medikamenten zur Behandlung von Neurodermitis.

Kontaktadresse:

Dr. Günter Tempel
AOK-Institut für Gesundheitsconsulting
Karlsruher Str. 2c
30519 Hannover
Tel.: 0511 / 8701 449
e-mail: guenter.tempel@nds.aok.de

Autorin:

Ines Busack, AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Mit der Neuformulierung des § 20 SGB V zum 1. Januar 2000 ist der gesetzliche Rahmen für die Durchführung von Maßnahmen zur primären Prävention durch Krankenkassen geschaffen worden. Als geeignete Maßnahmen zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags werden ausdrücklich setting-orientierte Projekte z. B. im Lebensumfeld Schule genannt. Darüber hinaus besteht seitens der AOK – Die Gesundheitskasse auch als Kostenträger ein Interesse daran, die Entstehung von Ess-Störungen zu verhindern, um somit Einfluss auf primäre Kostenfelder wie Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Medikamente, Kuren, Spezialtherapien usw. zu nehmen.

14.2.2 Ziele des Projekts

Die Grundlagen für das hier beschriebene Projekt „Durch DICK und dünn“ wurden mit dem Mädchenprojekt „Ich bin richtig und wichtig“ geschaffen. Dieses Projekt wurde im Rahmen einer Diplomarbeit im Auftrag und in Kooperation mit der AOK Niedersachsen entwickelt und in der Stadt Norden erprobt. Zur Prävention von Ess-Störungen wurde ein ursachen- und zielgruppenorientiertes Angebot entwickelt. (Ansprechpartnerin: Margret Castricum, Amt für Gesundheitswesen, Norden)

Im Mittelpunkt des hier beschriebenen Projektes steht:

- a) die aktive, settingorientierte Mädchenarbeit
- b) die Bildung von regionalen Netzwerken zur interinstitutionellen Zusammenarbeit bei der Prävention von Ess-Störungen.

14.2.2.1 Ziele in der Mädchenarbeit

Das Projekt „Durch DICK und dünn“ setzt an den protektiven Faktoren der Mädchen an, d. h., die körper- und erlebnisorientierte Gestaltung der Projektmodule geben Impulse im Hinblick auf folgende Ziele:

- die weibliche Identitätsfindung unterstützen und ein positives Körpergefühl entwickeln
- das Selbstbewusstsein stärken
- eigene Stärken und Fähigkeiten erproben
- Konfliktfähigkeit fördern
- Genuss- und Erlebnisfähigkeit fördern
- Eigenverantwortung und Eigenkompetenz fördern
- Alternativen zum „gängigen“ Schönheits- und Schlankheitsideal entwickeln

Dabei soll die geschützte Gruppe Gleichaltriger den Mädchen frei von Leistungsdruck Raum für ihre Wünsche, Phantasien, aber auch Unsicherheiten, Verletzungen und Ängste bieten. Das Problem „Ess-Störungen“ steht im Umgang mit den Mädchen thematisch im Hintergrund, aber die Mädchen werden an Institutionen, die eine vertiefende Beratung dahingehend anbieten, herangeführt, um die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme zu senken.

14.2.2.2 Ziele in der Netzwerkarbeit

Ein ganzheitlicher Ansatz, der die aufgeführten Ziele verfolgt, kann nur durch die gleichberechtigte Zusammenarbeit verschiedener Institutionen gestaltet werden. Deshalb wird ein Netzwerk geschaffen, in dem Partnerinnen mit unterschiedlicher Qualifikation und unterschiedlichen Arbeitsfeldern aus Einzelmodulen ein gemeinsames Konzept entwickeln und umsetzen. Ziel ist es:

- a) für die Netzwerkpartnerinnen ein Forum zu entwickeln, um ihr Angebot und ihre Arbeit bekannt zu machen, sich gegenseitig zu unterstützen und Anfragen zu Beratungs- und Hilfsangeboten gezielt weiterleiten zu können,
- b) den Mädchen Ansprechpartnerinnen und Angebote der verschiedenen Institutionen in ihrer Region vorzustellen und die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten dadurch herabzusetzen,
- c) nachhaltig gesundheitsfördernde Strukturen in der Region zu schaffen.

14.2.3 Settingansatz

Das Projekt findet im zentralen Umfeld der Mädchen, in der Schule, statt. Dieser setting-orientierte Ansatz begreift Schule als ein Ursachenfeld, aber auch als einen Ort, der Interventionsmöglichkeiten bietet. Zudem sind dort viele Mädchen unterschiedlicher sozialer Herkunft gut erreichbar, was auch dem Postulat nach Abbau sozial ungleicher Gesundheitsrisiken Rechnung trägt, die Unterstützung in den peer-groups für eine langfristige Sicherung des Präventionsansatzes wird gefördert und die Familie als ein anderer wichtiger Interventionsort kann über Elternabende einbezogen werden.

14.2.4 Finanzierung

Durch die Einrichtung von zwei auf zwei Jahre befristeten Teilstellen finanziert die AOK Niedersachsen das Mädchenprojekt maßgeblich. Die Finanzierung der Schulprojekte vor Ort wird unter Beteiligung aller Netzwerkpartner geplant und komplementär, je nach Region, durch die Präventionsräte der Landkreise, die Frauenbeauftragten der Landkreise und kreisfreien Städte, den Deutschen Kinderschutzbund, den städtischen Kinder- und Jugendschutz, den städtischen Fachdienst Jugendförderung und die Sparkasse gesichert. Weiterhin stellen die Partner, je nach Möglichkeit, personelle Ressourcen für die Durchführung der Projektwochen in den Schulen zur Verfügung. Die Netzwerkpartner unterstützen das Projekt somit personell und/oder finanziell. Die Lebensmittel, die in den Projektwochen benötigt werden, werden durch die SPAR-Zentrale Nordwest gespendet.

Die Höhe der Kosten richtet sich nach den entstehenden Honoraren für die Kursleiterinnen, die nicht im Rahmen ihrer Arbeitszeit, sondern als freie Mitarbeiterinnen tätig sind. Für eine Projektwoche entstehen durchschnittlich Kosten in Höhe von 1000,00 DM. Die Schulen übernehmen einen Eigenanteil von 200,00 DM pro Projektwoche.

14.2.5 Qualitätssicherung

Das Projekt wird von Prof. Dr. H. Jörg Henning (Universität Bremen, Institut für Psychologie, Methodik – Diagnostik – Evaluation) wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Ziel ist es, die Effektivität dieser Projektwochen in Bezug auf das Risiko für die Entstehung von Ess-Störungen mit Hilfe eines Schüler-Fragebogens zu messen. Mit der Befragung wird ermittelt, inwieweit die Projektwoche „Durch DICK und dünn“ das Risiko der Schülerinnen zur Entwicklung essgestörter Verhaltensweisen verringert. Weiterhin wird untersucht, ob die Hemmschwelle, weitergehende Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen, durch die Projekte gesenkt werden kann.

14.2.6 Übertragbarkeit des Projektes

Die AOK Niedersachsen unterstützt das Modellprojekt „Durch DICK und dünn“ in der Erwartung, das Konzept mittelfristig auf andere niedersächsische Regionen übertragen zu können. Auf Seiten der AOK kann dazu auf die flächendeckenden Strukturen der AOK-Gesundheitsförderung zurückgegriffen werden. Die AOK-Präventionsfachkräfte können in diesem Rahmen als Initiatoren zur Bildung regionaler Netzwerke, als Koordinatoren der Projektumsetzung fungieren und die Umsetzung einzelner Projektmodule unterstützen. Eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung tragfähiger Netzwerke ist das Interesse der verschiedenen Institutionen, an der Prävention von Ess-Störungen mitzuwirken und vor allem die Bereitschaft, personelle und finanzielle Ressourcen in die Projektplanung und -umsetzung mit einfließen zu lassen.

14.2.7 Derzeitiger Umsetzungsstand

14.2.7.1 Regionale Netzwerkarbeit und Finanzierung der Schulprojekte

In den 6 Standorten des Projektes (Norden/Aurich, Wittmund, Wilhelmshaven, Jever, Leer, Emden) sind jeweils Netzwerke zur Prävention von Ess-Störungen aufgebaut worden. Dafür wurde mit den Netzwerkpartnern die Form der Zusammenarbeit im Rahmen des zu Grunde liegenden Konzeptes vereinbart sowie die Umsetzung der Schulprojektwochen abgestimmt. Die Finanzierung ist an allen sechs Standorten gesichert.

14.2.7.2 Projektdurchführung an den Schulen

Das Angebot von Schulprojektwochen zum Thema ‚Prävention von Ess-Störungen‘ stößt bisher auf großes Interesse und auf große Resonanz bei den Schulen. Von den 80 Schulen, die bis Juni 2001 über das Projekt informiert und bei Interesse um

Rückmeldung gebeten wurden, lagen bis Juli 2001 27 positive Rückmeldungen vor. Da vielfach mehrere Projektwochen pro Schule gewünscht werden, geht die Planung augenblicklich von der Durchführung von 40 bis 45 Schulprojekten im Schuljahr 2001/2002 aus. An der Durchführung sind Hauptschulen, Realschulen, Kooperative Gesamtschulen, Integrierte Gesamtschulen, Sekundarschulen und Gymnasien beteiligt.

Die im Projektplan anvisierte Durchführung von 60 bis 70 Schulprojektwochen bis August 2002 lässt sich in der bisher vorgegebenen Projektzeit voraussichtlich nicht mehr erreichen. Eine Verlängerung der Projektlaufzeit um ein weiteres Schulhalbjahr wird deshalb anvisiert.

AutorInnen:

Marike Evers, AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Gerda Müller, AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

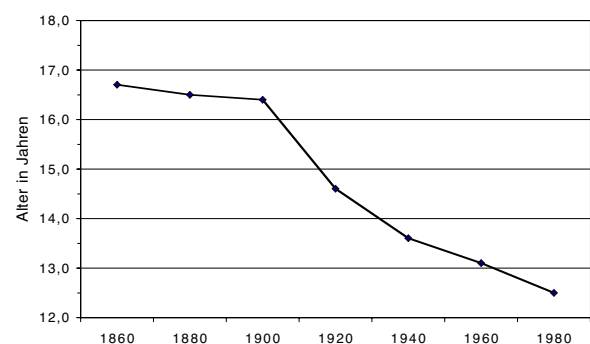
14.3 Die Arztstunde – ein wichtiger präventiver Beitrag zur schulischen Sexualerziehung

14.3.1 Warum ist dieses Projekt relevant?

Themen wie Gesundheitsförderung, Gesundheitspflege, Vorsorge, Impfungen, ja selbst Fitness sind keine Stichworte, die Jugendliche in der Pubertät aktuell bewegen. Strategien zur Gesundheitsförderung von Jugendlichen können deshalb nur greifen, wenn sie sich entwicklungsbegleitend an den Interessen, Fragen, Ängsten und Erwartungen der jeweiligen Altersgruppe orientieren. Was aber bewegt sie? Bedingt durch den genetisch fixierten Fortpflanzungsauftrag kommt es in der Pubertät zu gravierenden körperlichen und seelischen Umstrukturierungsprozessen, ein exklusiv weibliches oder männliches Körper- und Rollenbild muss erworben werden. Die zentralen Entwicklungsfelder kreisen damit um die Sexualisierung des Körpers, um die Sexualisierung der Beziehungen und um die Sexualisierung der Wertschätzung innerhalb der Gleichaltrigengruppe, was zu einer massiven Destabilisierung des Selbstwertgefühles führt. Dieser Verunsicherung kommt kein eigentlicher Krankheitswert zu und sie sollte nicht pathologisiert werden, dennoch bildet sie die Basis für adoleszente Abwehrprozesse (Ess-Störungen, Leistungsverweigerung) und maladaptive Lösungsversuche (Rauchen, Drogen, verfrüht aufgenommenen und ungeschützten Sexualverkehr) mit ihren gravierenden Konsequenzen für die Gesundheit und u. U. den gesamten Lebensentwurf.

Aufgrund der Akzeleration als säkularem Trend werden Jugendliche heute immer früher körperlich reif, das mittlere Menarchealter liegt z. Zt. bei 12,5 Jahren, der frühestnormale Zeitpunkt für die 1. Regel bereits bei 9 Jahren (Abb. 14.1). In der Konsequenz sind 11% der 14-jährigen und 29% der 15-jährigen Mädchen bereits sexuelle Beziehungen eingegangen.

Abb. 14.1: Menarchealter in Deutschland 1860–1980



14.3.2 Themen des Projektes

- Erweiterung und Verbesserung des Wissens von den körperlichen und seelischen Vorgängen in der Pubertät und damit der Handlungskompetenz. Nichtwissen macht sehr unsicher!
- Allgemeine Körperhygiene und besonders Genital- und Menstruationshygiene. Gelerntes sollte sich unmittelbar nutzbringend umsetzen lassen!
- Umgang mit den neu erworbenen Dimensionen „Sexualität“ und „Fruchtbarkeit“, sexuellen Wünschen und Ängsten.
- Kontrazeption und Verhütung von sexuell übertragbaren Krankheiten
- Wo immer möglich Prävention durch Impfungen (MMR, Hepatitis B)

14.3.3 Zielgruppe des Projektes

- Jugendliche im 2. Lebensjahrzehnt
- Schwerpunkt 5./6. Klasse und 9./10. Klasse (Sexualerziehung laut Lehrplan)
- Situativ oder entwicklungsbedingt Trennung nach Geschlechtern
- Zusammenarbeit mit Lehrern und evtl. Eltern

14.3.4 Durchführung des Projektes

Wir suchen die Jugendlichen für eine Doppelstunde im Klassenverband auf. Dabei halten wir keinen vorbereiteten Vortrag, sondern treten mit den Jugendlichen in Dialog und beantworten ihre Fragen, die oft verblüffend einfach und direkt sind. Dabei konstatieren wir regelmäßig den grundlegenden Mangel an Wissen über den eigenen Körper, das, was Jugendliche an sich selber beobachten, kann nicht eingeordnet werden. Oft müssen wir auch bei älteren Jugendlichen weit ausholen und die Wissensdefizite bearbeiten, die sich aus mangelnder Anleitung im Kindesalter oder aus den Versäumnissen eines nicht erteilten oder nicht zeitgerechten oder praxisfernen Sexualkundeunterrichtes ergeben.

14.3.5 Warum fällt dieses Projekt in die ärztliche Kompetenz?

Die Veränderungen des Körpers in der Pubertät und die erwachende Sexualität erleben Jugendliche in ihrer eigenen Welt, zu der sie den Erwachsenen, die sie bisher begleitet haben, den Zutritt verwehren, sie ziehen sich und ihren Intimbereich Erwachsenen gegenüber zurück. Lehrer mögen es oft nicht wahrhaben, dass sie bei Gesprächen zu diesen Themen gerade aus diesen Gründen in einer schwierigen Rolle sind. Trotzdem wünschen sich Jugendliche Erwachsene mit Kompetenz und Lebenserfahrung, sie müssen nur weit genug weg sein, um nicht eltern- oder lehrerähnlich emotional involviert zu sein. Sie sollten aber nah genug sein, dass man sie zu fragen wagt, man sich bei ihnen rückversichern kann. Und mit ihrer Hilfe sollte sich alles das ordnen, enträtseln, in ein Urteil oder einen Auftrag verwandeln lassen, was man an sich erlebt. Die ärztliche Kompetenz, Neutralität und professionelle Distanz sind in dieser Lebensphase hilfreich, um nicht nur Wissensstoff

zu transportieren, sondern auch die mit diesen Themen oft verbundenen Reaktionen wie Ekel, Scham oder Sorge um die eigene Normalität anzusprechen.

Und wenn man als Arzt mit diesen Themen eine „gute Figur“ gemacht hat, dann erreicht man auf dieser Basis die Jugendlichen auch mit eher weniger spannenden gesundheitsrelevanten Themen. „Wir haben in Untersuchungen feststellen müssen, dass ein grundsätzliches Vertrauensverhältnis insbesondere zu Ärzten, mehr noch als zu Psychologen, bei Jugendlichen in der Altersspanne zwischen 13-16 Jahren besteht. Die Bereitschaft ist da, die Hemmungen aber überwiegen häufig. Hier liegt eine Herausforderung an die medizinischen Profis, die sie schnellstens annehmen sollten.“

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist wie keine andere Institution in der Lage, aktiv auf die Jugendlichen mit Gesprächs- und Beratungsangeboten zuzugehen und die Jugendlichen da abzuholen, wo sie ohnehin sind: in der Schule. Jugendliche, die in dieser Lebensphase ein Stück Verstehbarkeit für ihren Körper vermittelt bekommen, werden über ein stärkeres Kohärenzgefühl auch ihre Ressourcen besser zu nutzen wissen. Das weist dem ÖGD eine Schlüsselrolle bei der primären Prävention im Jugendalter zu.

14.3.6 Die „Arztstunde“ im Urteil der Jugendlichen

Die Jugendlichen unserer Mediengesellschaft empfinden sich selbstverständlich als „aufgeklärt“, wir haben es also in der Konsequenz eher mit Jugendlichen zu tun, die fast alles gehört und gesehen haben, aber wenig einordnen können und gerade deshalb viele Fragen haben. In einer prospektiven Umfrage unter 347 Jugendlichen beurteilten trotzdem über 90% derjenigen, die sich selber in die Kategorien „ich weiß Bescheid“ oder „ich weiß viel zu viel“ einstuften, die Arztstunde als „wichtig“ oder „sehr wichtig“. Über ihr „BRAVO“-Wissen hinaus wurde ihnen durch das ärztliche Gespräch ein völlig neuer Blick auf ihren Körper vermittelt.

Autorin:

Dr. med. Gisela Gille, Gesundheitsamt des Landkreises Lüneburg

14.4 Lufthygienische Untersuchungen in Schulen am Beispiel von Kohlendioxid, Temperatur und Luftfeuchtigkeit

14.4.1 Situationsbeschreibung

Nach Angaben des Niedersächsischen Landesamtes für Statistik (Stand 9/99) werden in Niedersachsen 968.535 SchülerInnen an 4.522 Schulen von 66.915 Lehrkräften unterrichtet. Das Thema der schulischen Gesundheitsförderung für diese große, im schulischen Bereich tätige Gruppe, wurde in Niedersachsen in den letzten Jahren u. a. im Rahmen des bundesweiten Modellversuchs „Opus“ an 35 Schulen bearbeitet. Geplant ist eine Fortführung dieses Modellprojektes in Niedersachsen unter Federführung des Niedersächsischen Landesinstituts für Fortbildung und Weiterbildung im Schulwesen und Medienpädagogik (NLI). In Zusammenarbeit mit dem NLI werden durch das NLGA an sechs ausgewählten Schulen raumlufthygienische Untersuchungen durchgeführt. Gemessen werden Temperatur, relative Luftfeuchte sowie Kohlendioxid.

agik (NLI). In Zusammenarbeit mit dem NLI werden durch das NLGA an sechs ausgewählten Schulen raumlufthygienische Untersuchungen durchgeführt. Gemessen werden Temperatur, relative Luftfeuchte sowie Kohlendioxid.

14.4.2 Untersuchungen

Untersucht werden Kohlendioxid- und Raumklima-Verlaufskonzentrationen während des Unterrichts in Abhängigkeit von Gebäudealter, Gebäudetyp, technischer Ausstattung (Klimaanlage, Zahl und Art der Fenster), Belegungszahl (Personenzahl/m³) sowie jahreszeitlichen Schwankungen.

14.4.3 Ziele

Ziel ist es,

- Hinweise darauf zu bekommen, ob es erkennbare Mängel in der Raumluft von Schul- und Klassenräumen gibt und Erkenntnisse zu gewinnen, ob diese Mängel systematisch sind
- zu untersuchen, welche Veränderungen in der Raumluftsituation im Wechsel der Jahreszeiten zu beachten sind (Heizperiode)
- Multiplikatoren im Bereich der Lehrerschaft und bei den Gesundheitsämtern zu gewinnen
- Zu klären, ob das Verhältnis Raumbelastung und Raumgröße in ausreichendem Maß gewährleistet ist

- Luftwechselzahlen aus den Kohlendioxid-Verlaufskurven zu bestimmen, was als Begleitparameter für Innenraumluftmessungen eingesetzt werden kann
- das Verständnis für die Notwendigkeit ausreichender Lüftung zu wecken

14.4.4 Zeitumfang und Projektpartner

Es wird ein Projektzeitraum von ca. 15 Monaten für die Messungen kalkuliert, die Messungen wurden im Mai 2001 begonnen. Projektpartner ist das Niedersächsische Landesinstitut für Fort- und Weiterbildung im Schulwesen und Medizinpädagogik (NLI).

Autor:

Dr. Herbert Grams (NLGA)

14.5 Niedersachsen macht Schule durch „Bewegte Schule“

Ein Projekt des Niedersächsischen Kultusministeriums mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse. Von der Landesvertretung Niedersachsen der VW-AG, den Unfallversicherungsverbänden, der Landesvereinigung für Gesundheit, der Verbraucherzentrale Niedersachsen, Sport-Thieme, dem Landessportbund Niedersachsen, der Landesunfallkasse und dem Landeselternrat unterstützt.

14.5.1 Entstehung und Ziele des Projektes

Ausgangspunkt für das Niedersächsische Projekt waren nicht nur die alarmierenden Berichte über körperliche Mängel und Schwächen von „Deutschlands überfütterten Kindern“ (Spiegel 51/2000) z. B. in Haltung, Ausdauerleistungen, Koordinationsfähigkeit, altersgerechter Körperkraft, sondern gleichermaßen die negativen Erfahrungen vieler Pädagogen über zunehmende Disziplinlosigkeit, Aggressivität und Lernschwierigkeiten von Schülerinnen und Schülern. Als wesentliche Ursache dafür werden die Veränderungen der kindlichen Lebenswelt mit ihren vielfältigen Bewegungseinschränkungen und Verlusten an Eigentätigkeiten und Sinneserfahrungen erkannt. Daher wird gefordert, Bewegung als Mittel der Entwicklungsförderung stärker als bisher im gesamten Schulleben zu verankern, da Bewegungsaktivitäten sowohl die körperlich-motorische als auch die kognitive Entwicklung unterstützen.

Das Niedersächsische Kultusministerium hat 1998 mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse-Landesvertretung Niedersachsen ein dreijähriges Projekt „Niedersachsen macht Schule durch Bewegte Schule“ ins Leben gerufen. Ziel des Projektes ist es, Schulen mit den Klassen 1 bis 6 durch Beratung und Fortbildung in die Lage zu versetzen, die Möglichkeiten von Bewegung als integralen Bestandteil des Lernens und zur Gestaltung des Schullebens zu erkennen und umzusetzen. Übergreifend wird damit ein Beitrag zur einer Gesunden Schule verfolgt.

14.5.2 Organisation, Bausteine und pädagogische Leitvorstellungen

Die Umsetzung des Projekts liegt vor allem in den Händen von zwei Lehrkräften (Mobiles Beratungsteam), welche die Schulen vor Ort beraten, Fortbildungsveranstaltungen zu organisieren und durchzuführen sowie Handreichungen und weitere Informationsmaterialien für Lehrkräfte zu entwickeln. Eine prozess- und wirksamkeitsorientierte wissenschaftliche Begleitung des Projekts wird vom Institut für Sportwissenschaften der Universität Göttingen durchgeführt. Das Projekt „Bewegte Schule“ besteht aus folgenden Bausteinen:

- Bewegungsfreundliche Gestaltung der Außen- und Innenräume
- Bewegtes Lernen in den einzelnen Unterrichtsfächern
- Gestaltung und Durchführung von Bewegungspausen während des Unterrichts
- Rhythmisierung des Schulvormittags durch Bewegung, aktive Pausen, Entspannungsphasen
- Integration des Schulsports in das Programm einer Bewegten Schule.

Mit der Umsetzung dieser Bausteine werden wichtige pädagogische Leitziele verknüpft, wie z. B. Gesundheitsförderung, Gewaltprävention, soziales Lernen, Verringerung der Schulunfälle, ganzheitliches Lernen, Identifikation mit der Schule, Gestaltung des Schullebens und Verbesserung des Schulklimas. In der Projektbeschreibung des Niedersächsischen Kultusministeriums wird vorgeschlagen, das Konzept einer Bewegten Schule in das Schulprogramm aufzunehmen und insofern dieses Thema langfristig und dauerhaft im Schulleben zu verankern.

14.5.3 Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Im Rahmen der „wirksamkeitsorientierten“ wissenschaftlichen Begleitung konnte festgestellt werden, dass sich kurz vor Ende der offiziellen Projektzeit jede dritte Schule in Niedersachsen mit Schulklassen 1 bis 6 am Projekt beteiligt. Dabei handelt es sich vor allem um Grundschulen und mit Abstand um Orientierungsstufen.

Die folgenden Untersuchungsergebnisse basieren auf einer schriftlichen Befragung von 245 Schulen im Juni 2000, die sich am Projekt beteiligen. Im Mittelpunkt der konkreten Beschäftigung mit der Bewegten Schule steht der Baustein „Gestaltung der Außenräume“; es folgen „Bewegungspausen“, „Schulsport“, „Gestaltung der Innenräume“ und an letzter Stelle „Integration von Bewegung in die Unterrichtsfächer“. Vier von fünf Schulen geben an, dass ihre Arbeit am Projekt „Bewegte Schule“ gleichzeitig ein Profil im Rahmen der Schulentwicklungsplanung darstellt. Die vielfältigen und von den Schulen positiv eingestuften Hilfsmittel, die im Rahmen des Projektes entwickelt worden sind (Handreichungen, Wanderausstellung, Videofilm, Homepage und bezirksspezifische Materialien), bieten einen ausgezeichneten Hintergrund für das Schulprofil „Bewegte Schule“.

Die offene Frage nach den allgemeinen- pädagogischen Zielen für die Projektteilnahme ergibt eindeutige Prioritäten: „Gesundheitsförderung“ steht mit Abstand an der Spitze. „Soziales Lernen“, „Entspannung/Sinneserfahrungen“, „Lernbereitschaft fördern“ und „Gewaltprävention“ sind weitere Leitvorstellungen. Die speziellen Ziele für die Bewegte Schule sind „Bewegungsmöglichkeiten schaffen“ und „Ganzheitliches Lernen fördern“. Erst mit Abstand folgen „Innen- und Außenräume gestalten“ sowie die „Konzentration fördern“. Legt man ein weites Verständnis von Gesundheit zugrunde, wird an mehreren Stellen der Untersuchung deutlich, welchen Beitrag die Bewegte Schule zu einer „gesunden“ Schule zu leisten imstande ist. Das belegen auch die folgenden Antworten der Lehrkräfte:

14.5.4 Was hat die Teilnahme bei den Schüler/innen bewirkt?

„Es gibt weniger Auseinandersetzungen“, „die Schüler/innen identifizieren sich mit der Schule“, „die Schüler/innen bewegen sich intensiver“, „die Schüler/innen sind mit dem Pausenhof zufriedener“ und „der Umgang der Schüler untereinander ist freundlicher“.

14.5.5 Was hat die Teilnahme bei den Lehrer/innen bewirkt?

„Die Kolleg/innen engagieren sich mehr“, „die Kolleg/innen sind zufriedener“, „es gibt weniger Stress bei der Pausenaufsicht“, „die Kolleg/innen sind motiviert, die Arbeit fortzusetzen“ und „die Kolleg/innen entwickeln neue Ideen“. Die Zufriedenheit mit der Projektarbeit geht vor allem aus folgenden Stellungnahmen der Schulen hervor: Für neun von zehn Schulen haben sich die Erwartungen an die Projektarbeit in „vollem Umfang“ bzw. zu „einem guten Teil“ erfüllt. „Sehr zufrieden“ und „zufrieden“ mit den Projektergebnissen sind mehr als zwei von drei Schulen. Und lediglich 6 Schulen wollen ihre Projektarbeit nicht fortsetzen.

Die Bewegte Schule ist offensichtlich ein inhaltlich erfolgreiches und innerhalb des letzten Jahres in seiner Bedeutung enorm gewachsenes Projekt des Niedersächsischen Kultusministeriums.

14.5.6 Nachhaltigkeit

Damit ist deutlich geworden, dass es sich lohnt ist, die Arbeit an der Bewegten Schule fortzusetzen, auch nachdem die dreijährige Projektzeit beendet ist. Einerseits sollen sich noch mehr Schulen der Klassen 1 bis 6 mit dem Thema „Bewegung“ in der Schule befassen, und außerdem sollten vor allem die weiterführenden Schulen diese Thematik aufgreifen und umsetzen. Die Nachhaltigkeit der bisherigen Arbeit an der Bewegten Schule wird sich sicherlich erst in einigen Jahren abschätzen lassen, denn nur die wenigsten Bausteine sind bisher tatsächlich abgeschlossen worden.

Autoren:

Wolfgang Kück, Bezirksregierung Braunschweig
Jürgen Schröder, Bezirksregierung Braunschweig

14.6 Netzwerk Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

14.6.1 Mitglieder und Ziele

Seit 1995 gibt es das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen mit zur Zeit ca. 130 Mitgliedsfrauen. Das Arbeitsbündnis wird von der Landesvereinigung für Gesundheit e. V., dem Pro Familia Landesverband Niedersachsen e.V. und dem Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales getragen.

Das Netzwerk ist ein Zusammenschluss von Frauen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen sowie von Vertreterinnen der Gleichstellungspolitik, die daran interessiert sind,

- in ihren Kommunen oder Institutionen Gesundheitsförderung mit Frauen und/oder Mädchen zu verankern
- ihre Erfahrung und ihr Wissen zu diesem Thema weiterzugeben
- frauen- und gesundheitspolitische Impulse zu setzen und
- sich zu vernetzen.

Die Netzwerkarbeit zielt darauf ab, das Vertrauen von Frauen in ihre individuellen, sozialen und organisatorischen Ressourcen zur selbstbestimmten Bewältigung und Gestaltung des eigenen Lebens gestärkt werden. Dies ist ein wichtiger Faktor für die Gesundheit. Eine Gesundheitsförderung in diesem Sinne setzt sich für Lebensbedingungen ein, die diese Souveränität stärken.

14.6.2 Serviceangebote des Netzwerkes

Das Netzwerk bündelt Informationen und ermöglicht so einen Transfer von Fach- und Erfahrungswissen. Es wirkt mit öffentlichen Veranstaltungen und anderen Serviceleistungen darauf hin, Frauen- und Mädchengesundheitsförderung im kommunalen Bereich zu verankern und lädt zu einem regelmäßigen themenbezogenen Erfahrungs- und Informationsaustausch ein.

Das Netzwerk bietet folgenden Service an

- Konzeptionelle Beratung und Patenschaften für Veranstaltungen
- Vermittlung von Referentinnen
- Unterstützung beim Aufbau geeigneter Strukturen für Gesundheitsförderung mit Frauen/Mädchen in den Regionen, wie z. B. Runde Tische
- Vorträge
- Rundbriefe
- Tagungen und Tagungsdokumentationen

14.6.3 Möglichkeit der Mitarbeit

Alle interessierten Frauen sind eingeladen, sich an der Netzwerkarbeit zu beteiligen. Die Mitgliedschaft ist kostenlos. Eine formlose schriftliche Beitrittserklärung reicht aus. Die Organisatorinnen treffen sich regelmäßig in Hannover. Auch eine zeitweise Mitarbeit zu einem Schwerpunktthema oder zur Vorbereitung einer Tagung ist willkommen.

Kontaktadressen:

Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales,
Ref. 205
Postfach 141, 30001 Hannover
Tel.: (0511) 120 2970, Ursula Jeß
e-mail: ursula.jess@mfas.niedersachsen.de

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2, 30165 Hannover
Tel.: (0511) 350 00 52, Ute Sonntag
e-mail: LV-Gesundheit.Nds@t-online.de

Pro Familia Landesverband Niedersachsen e.V.
Steintorstr. 6, 30159 Hannover
Tel.: (0511) 3018 5783, Hildegrad Müller
e-mail: hmueller@profamilia-niedersachsen.de

Autorin:

Ursula Jeß (MFAS)

14.7 Eine Aktivität zur Vorbereitung auf eine erfolgreiche Schulzeit – Untersuchung von Kindern im Vorschulalter im Landkreis Cloppenburg

Im Rahmen dieses Kooperationsprojektes mit den Kindergärten im Landkreis Cloppenburg wurden Kinder, die der allgemeinen Förderung im Regelkindergarten nicht altersentsprechend folgen können, gezielt durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst am Gesundheitsamt Cloppenburg untersucht.

In einer Vielzahl von Alltagsbeobachtungen schon im Kindergartenalter lassen sich Hinweise auf Entwicklungsauffälligkeiten erkennen. Dabei handelt es sich in der Regel um Minderleistungen in einzelnen, abgegrenzten Entwicklungsbereichen, die auch bei normaler Intelligenz eines Kindes auftreten können und nicht ohne weiteres durch Mängel der körperlichen oder psychischen Gesundheit zu erklären sind, wie z. B.

- Auffälligkeiten im sprachlichen Bereich
- Vorläufersymptome späterer defizitärer schulischer Fähigkeiten wie Legasthenie/Dysklakulie
- Unsicherheiten in der motorischen Koordination.

Das Erkennen und Behandeln von Entwicklungsauffälligkeiten erfordert dabei die Zusammenarbeit zwischen Eltern, Erzieherinnen, Ärzten und Lehrpersonen des Anfangsunterrichts. Seit 1993 hat sich in der Zusammenarbeit mit den Erzieherinnen der 63 Regelkindergärten folgendes Vorgehen bewährt: Erzieherinnen, die bei einem Kind Entwicklungsauffälligkeiten

beobachten, besprechen dies mit den Eltern und weisen auf die Möglichkeit einer jugendärztlichen Untersuchung hin, für die das Einverständnis der Eltern erforderlich ist. Wird die Untersuchung gewünscht, so melden die Erzieherinnen es beim KJGD an und teilen diesem ihre Beobachtungen zum Entwicklungsstand mit. Die Untersuchung findet dann im Kindergarten im Beisein der Eltern/eines Elternteils und bei Einverständnis auch der Erzieherin statt. Dabei werden anamnestische Angaben bei den Eltern erfragt und schwerpunktmäßig die beobachteten Auffälligkeiten und Fähigkeiten in Bezug auf

- Wahrnehmung (visuell, auditiv)
- Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Konzentration
- Visuomotorik, Grafomotorik, Fein- und Grobmotorik
- Verhalten untersucht.

Sehvermögen, Hören, räumliches Sehen und Farbsinn werden apparativ untersucht.

Anschließend erfolgt ein ausführliches Elterngespräch. Viele Eltern sind sehr bemüht und willens, sich um die Schwierigkeiten ihrer Kinder zu kümmern, stehen der Situation aber oft hilflos gegenüber. Aus diesem Grund werden die Eltern unterstützt, sich mit den Problemen des Kindes auseinander zu setzen und weiterführende Diagnostik und Therapie in Anspruch zu nehmen.

Seit 1993 wurde von diesem Untersuchungsangebot zunehmend Gebrauch gemacht, im Jahr 2000 wurden 80 Kinder untersucht. Knapp die Hälfte der Kinder war 5 Jahre alt, die übrigen waren 3 bis 4 Jahre alt. Folgende Maßnahmen wurden empfohlen:

- 46% Kontrolluntersuchung im Früherkennungsteam für Entwicklungsverzögerungen
- 1% Empfehlung zur Aufnahme in einen heilpädagogischen Kindergarten
- 20% Überprüfung der Sprache zwecks entsprechender Therapie
- 19% Kontrolle des Sehvermögens
- 11% Kontrolle des Hörvermögens
- 1% Kontrolle durch einen Pädaudiologen
- 3% Einleitung von Frühförderung für Hörbehinderte
- 1% Einleitung von Frühförderung für Sehbehinderte

- 7% Vorstellung bei der Psychologischen Beratungsstelle
- 3% Kontrolle beim Haus-/Kinderarzt
- 22% Teilnahme an Sportgruppen des örtlichen Kinderturnens

Je früher kindliche Entwicklungsauffälligkeiten erkannt werden, um so effektiver lassen sie sich bewältigen. Dies ist eine wichtige Grundlage für eine positive kindliche Persönlichkeitsentwicklung. In Planung befindet sich die Durchführung schulärztlicher Sprechstunden nach dem gleichen Angebotsprinzip, der Untersuchungsmöglichkeit durch den KJGD und der Nachfrage von Schülern mit gesundheitsbezogenen Schulschwierigkeiten jeglicher Art.

Autorin:

Dr. Elisabeth Blömer, Medizinaldirektorin Landkreis Cloppenburg - Gesundheitsamt

14.8 Nutzung von Daten der Schuleingangsuntersuchungen im Bereich eines sozialen Brennpunktes am Beispiel der Stadt Emden

Im Bereich eines sozialen Brennpunktes der Stadt Emden wurde von Seiten der Politik, der Kirche und sozialer Einrichtungen vor Ort immer wieder geschildert, dass es hungernde Kinder gäbe. In diesem Zusammenhang wurde auch das Gesundheitsamt zu einer Stellungnahme gebeten. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen konnte in dem besagten Stadtteil ein erhöhter Prozentsatz von Fehlernährungen sowie anderen gesundheitlichen Auffälligkeiten festgestellt werden, jedoch keine Hungerzustände und das daraus resultierende klinische Bild. Alle weiteren befragten Einrichtungen und Dienste berichteten ebenfalls, dass sie keine hungernden Kinder haben ausmachen können, dass aber Kinder mit Anzeichen von Vernachlässigung und deutlichen Auffälligkeiten im psychomotorischen Bereich häufiger zu finden seien.

Bei der Auswertung der Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen wurden alle auffälligen Befunde (Minimalbefunde, abklärungsbedürftige Befunde, bereits in Behandlung befindliche Befunde und Befunde im Sinne einer bleibenden Behinderung) zusammengefasst. Der Zahnstatus wurde ebenfalls erhoben, wobei die Kategorie „behandlungsbedürftiges Gebiss“ nicht aussagt, ob einer oder mehrere Zähne betroffen sind. Von den insgesamt untersucht und ausgewerteten

617 Kindern hatten 36,6% ein sanierungsbedürftiges Gebiss, im Bereich des sozialen Brennpunktes waren es 67,6%. Ebenfalls deutlich häufiger waren die Verhaltensauffälligkeiten mit 17,6% der Kinder gegenüber 10,1% insgesamt. Bei den Sprachstörungen sowie in den Bereichen der Fein- und Grobmotorik lag der untersuchte Stadtteil im oberen Bereich zusammen mit anderen Stadtvierteln. Bei der Inanspruchnahme präventiver Leistungen wie Impfungen und U-Untersuchungen lagen die Raten im Brennpunktbereich bis zu 10% unter denen der Kinder insgesamt.

Somit konnten die Daten der Schuleingangsuntersuchungen die Vermutung eines erhöhten Unterstützungsbedarfs in dem Stadtteil untermauern. Gleichzeitig konnten sie aber auch Meldungen relativieren. Im Rahmen des Projektes „Soziale Stadt Emden“ sind inzwischen konkrete – u. a. auch soziale – Maßnahmen ergriffen worden, die auf eine Verbesserung der Lebenssituation vor allem sozial benachteiligter Kinder hinwirken.

Autorin:

Christiane Lamschus, Ärztin des Gesundheitsamtes der Stadt Emden

14.9 Mobiles Beratungsteam zur Untersuchung von entwicklungsverzögerten Kindern im Kindergarten im Landkreis Harburg

1999 wurde im Landkreis Harburg ein Mobiles Beratungs-Team (MBT) eingerichtet, das im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention entwicklungsauffällige Kinder im Vorschulalter in Kindertagesstätten begutachtet. Bereits seit 1991 besteht im Landkreis eine Beratungsstelle zur Früherkennung und Frühförderung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern (BFMF), in der 2mal monatlich entwicklungsverzögerte Kinder im Gesundheitsamt durch ein Team untersucht werden. Bei den Kindern, die zur Untersuchung in der BFF angemeldet

werden (überwiegend von den Erzieherinnen der Kindergärten), handelt es sich nicht um Kinder, bei denen bereits seit dem Säuglings- oder Kleinkindalter körperliche und geistige Entwicklungsstörungen bekannt sind. Vielmehr haben die Kinder erst im Lauf der ersten Lebensjahre Auffälligkeiten entwickelt, die auf den ersten Blick und in der häuslichen Umgebung nicht gravierend erscheinen. Erst mit der Aufnahme in einen Kindergarten oder Spielkreis werden Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten durch den Vergleich

mit anderen Kindern deutlich. Die Auffälligkeiten finden sich vor allem im sozial-emotionalen Bereich und im Bereich der Wahrnehmungsverarbeitung. Durch motorische Unruhe, ungesteuertes Verhalten, Aggressionen oder Rückzugstendenzen sind die Kinder nicht oder nur schwer in die Kindergarten-gruppe integrierbar.

Die Erfahrungen aus der BFF haben gezeigt, dass sich diese Kinder in einer Einzelsituation ganz anders verhalten, als in der Kindergartengruppe, wodurch die Begutachtung häufig so positiv aus fällt, dass Hilfen für das Kind nicht nötig erscheinen. So lag der Gedanke nahe, diese Kinder vor Ort, in der Kindertagesstätte und damit in der Gruppe zu beobachten, um ihre Verhaltensweisen und Interaktionen mit anderen Kindern zu sehen. Die Anmeldung der Kinder erfolgt im Einvernehmen mit den Eltern in der Regel durch den Kindergarten. Der Kindergarten erhält daraufhin Beobachtungsbögen zur Dokumentation eigener Wahrnehmungen und Anamnesebögen für die Eltern. Liegen die ausgefüllten Bögen und eine Schweigepflichtentbindung für den Kindergarten dem Gesundheitsamt vor, so wird ein Untersuchungstermin für das Team festgelegt.

Analog der BFF wurde ein Kernteam gebildet (Kinderarzt/-ärztin, Frühförderer/-in, Heilpädagoge/-in), das je nach Pro-

blemlage des Kindes durch Krankengymnast/-in, Logopäde/-in, und Psychologe/-in ergänzt werden kann. Den Teammitgliedern werden die Frage- und Anamnesebögen vorab zur Kenntnis gegeben, damit jedes Teammitglied über Problemstellung, Vorgeschichte und Alter des Kindes informiert ist und ein entsprechendes Untersuchungs- und Testmaterial zusammenstellen kann. Das Untersuchungsmuster richtet sich somit nach der individuellen Problemstellung. Im Anschluss an die Untersuchung werden die einzelnen Ergebnisse der Teammitglieder zusammengetragen und der derzeitige Entwicklungsstand des Kindes wird dokumentiert. Ein Förderplan wird unter Einbeziehung der Erzieherinnen erstellt, um ggf. Hilfen bereits im Kindergarten anzubieten. Das abschließende Elterngespräch erläutert den Förderplan und bietet Unterstützung bei der Umsetzung von Fördermaßnahmen und bei der Kontaktaufnahme zu therapeutischen Einrichtungen an. Ein ausführlicher Untersuchungsbefund wird den Eltern zur Weitergabe an den betreuenden Arzt des Kindes zugesandt. Der zeitliche Umfang pro Kind und Untersuchung beträgt zwei Stunden, in der Regel werden zwei Kinder pro Vormittag untersucht.

Autor:

Dr. Rüdiger Radel, Ltd. Medizinaldirektor Gesundheitsamt Landkreis Harburg

14.10 Kommunale Projekte zur Gesundheitsförderung in der Stadt Oldenburg

14.10.1 Aktionswochen „Kinder und Sonne“ in Oldenburg

In der Zeit vom 21. Juni bis 3. Juli 1999 fand in Oldenburg initiiert vom Gesundheitsamt eine Aufklärungskampagne zur Vorbeugung und Früherkennung von Hautkrebs statt. Vor dem Hintergrund, dass Sonnenbrände im Kindesalter einen Hauptrisikofaktor für das spätere Auftreten von Hautkrebs darstellen und die Erkrankungszahlen weiterhin alarmierend ansteigen, sollte auf einen vernünftigen Umgang mit der Sonne hingewirkt werden. Haupt-Zielgruppen waren Eltern, ErzieherInnen, PädagogInnen und Kinder in Kindertagesstätten. Entsprechendes Begleitmaterial für Vorschulkinder wurde in Form einer Geschichte mit dem Titel „Fipsi & Maxi – und die Kinder vom See“ extra als Comic-Version erstellt und gedruckt. Für die finanzielle Unterstützung konnten verschiedene Sponsoren gewonnen werden, u. a. die Niedersächsische Krebsgesellschaft e.V.

14.10.2 Präventionsveranstaltungen zum Thema AIDS

Seit 1988 finden jährlich Präventionsveranstaltungen zum Thema AIDS für die Schüler der Oldenburger Schulen ab Klasse 7 statt. Dabei wurde z. B. die Ausstellung der BzGA zum Thema AIDS vorgestellt, eine Kondomausstellung und Film- und Diskussionsrunden durchgeführt sowie ein Internet-Quiz mit Preisverleihung an die Schulen vergeben. Die Veranstaltungen werden von einer Psychologin und AIDS-Beraterin in Kooperation mit Schulen und anderen Einrichtungen durchgeführt und von den Zielgruppen gut angenommen.

14.10.3 Projekttag zum Thema Prävention von Lärmschwerhörigkeit

Am 29. Mai 1998 wurde der seit Jahren weltweit begangene „Noise Awareness Day“ unter dem Motto „Gegenlärm: Ein Tag für die Ruhe“ erstmals auch in Deutschland eingeführt. Diesen Tag, an dem auf die Probleme der Schallbelastung aufmerksam gemacht werden soll, nahm der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes Oldenburg zum Anlass, ein Kooperationsprojekt zum Thema Prävention von Lärmschwerhörigkeit zu initiieren. Dank des engagierten Einsatzes von Schulleitung und Kollegium des kooperierenden Gymnasiums sowie der Unterstützung von Frau Dr. Schulte-Fortkamp (Vorsitzende des Arbeitskreises Öffentlichkeitsarbeit der Deutschen Gesellschaft für Akustik und Organisatorin für die Einführung von „Gegenlärm: Ein Tag der Ruhe in Deutschland“) gelang es, die Zahl der Kooperationspartner zu erweitern und ein Programm mit folgenden Veranstaltungspunkten zu organisieren:

- Hörtests in den 10. Klassen durch eine Hörgeräte-Akustikerin
- Informationsveranstaltungen (altersspezifisch) zum Thema Hören und Lärmschwerhörigkeit mit Hörbeispielen durch das Hörzentrum Oldenburg und den KJGD des Gesundheitsamtes
- Walkman-Pegelmessung durch das Institut für technische und angewandte Physik (ItaP) Oldenburg
- Vortrag über Lärmschutz im Alltag durch eine Hörgeräte-Akustikerin
- Lärmpegelmessungen an einer stark befahrenen Straße durch Studenten der Universität
- Führungen durch das Landesbildungszentrum für Hörgeschädigte zum Thema „Wie hört ein Schwerhöriger?“

- Gruppenarbeiten zum Thema „Lärm und Gesundheit“ in verschiedenen Schulfächern
- Informationssammlung aus dem Internet
- Expertenvorträge.

14.10.4 Mein Körper, mein Kumpel

Eine Veranstaltung des Jugend- und Gesundheitsamtes der Stadt Oldenburg und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung bot Schülern der 4., 5. und 6. Klasse die Gelegenheit, sich mit Sinnen und Dingen auseinander zu setzen, die dem Körper und der Seele gut tun. Auf einem Markt der Möglichkeiten gab es an fünf Stationen Tipps und Anregungen:

- Am Mundstand wurden Nahrungsmittel mit allen Sinnen erfahren
- Der Ohrenstand bot die Gelegenheit, Krach zu schlagen und zu erleben, wie Lärm und Ruhe auf den Körper wirken und mittels Pulsfrequenz und Blutdruck sogar messbar werden

- Der Zeitkuchenstand half, dem Freizeitkonsum auf die Schliche zu kommen
- Der Zahnstand bot Streicheleinheiten für die Zähne
- Auf der Schatzinsel gab es Tipps, es sich aus eigener Kraft gut gehen zu lassen, auch wenn einmal nicht alles so richtig läuft.

Kontaktadresse:

Stadt Oldenburg -Gesundheitsamt
Projekt Mein Körper, mein Kumpel
Silvia von Düffel
Rummelweg 18, 26122 Oldenburg

Autorin:

Dr. Elfriede Hubert, Stadt Oldenburg - Gesundheitsamt

14.11 Die zweigleisige Schuleingangsuntersuchung – schulärztliche Hospitationen in allen 1. Klassen und Schulkindergärten in der Stadt Wolfsburg

Ziel dieses seit 1997 durchgeführten Projekts ist es, über eine enge Kooperation mit den Schulen, den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst in die Schulen einzubringen und als Gesundheitsberater auch während der Schulzeit zur Verfügung zu stehen. Die Tatsache, dass die Kinder im schulischen Umfeld gezielt und selektiv beobachtet werden können, wo dann Verhaltensauffälligkeiten und Lernstörungen wesentlich deutlicher werden, als in der emotional überfrachteten Atmosphäre der Schuleingangsuntersuchungen, hat genauso dazu beigetragen, wie der Wunsch, bei den Empfehlungen das pädagogische Fachwissen der Lehrer mit einzubeziehen. Gleichzeitig ermöglicht die pädagogische Beurteilung der Kinder die Evaluation der Einschätzungen aus den Schuleingangsuntersuchungen.

Anhand der Schuleingangsuntersuchungen können die Kinder, auf die sich die Aufmerksamkeit fokussieren sollte, eingegrenzt werden. Es betrifft meist ein Drittel bis max. die Hälfte einer Klasse.

Ziele und Inhalte der Hospitationen sind

- Beobachtung der Kinder im realen sozialen Umfeld
- Erläuterung von Befunden und Abgleich mit den Beobachtungen der Pädagogen
- Überprüfung von Kindern mit schulrelevanten Teilleistungsschwächen in der Schuleingangsuntersuchung und ggf. erneute Überweisung

- Erarbeitung gemeinsamer Förderkonzepte innerhalb und außerhalb der Schule
- Überprüfung von Empfehlungsdifferenzen zur Evaluierung der Tätigkeit des KJGD
- Empfehlungen zum Ernährungsangebot, zur Möblierung und zum Ranzengewicht
- Begutachtung der allgemeinen Hygiene und des Bioklimas in der Schule/Klasse

Insgesamt wird die Zusammenarbeit mit den Schulen auf beiden Seiten als Bereicherung und Möglichkeit der verbesserten Versorgung der Kinder empfunden. So wurden gemeinsame Empfehlungen erarbeitet z. B. zu Möbelgrößen, Ranzengewicht, zur Ernährung, zur Unfallverhütung, Übungen zur Schulung des auditiven Kurzzeitgedächtnisses und bei Rechenschwäche, die an die Eltern weitergegeben werden. In den Schulen haben 75% der Kinder inzwischen eine adäquate Bestuhlung, das Schulmilchangebot hat sich gesteigert, ein Schulfrühstück ist bei 94% vorhanden. Bei einer Umfrage unter den 29 Wolfsburger Grundschulen hat sich die überwiegende Mehrzahl für die Weiterführung der Hospitationen ausgesprochen.

Autor:

Dr. Bernd Schuster, Gesundheitsamt Wolfsburg

14.12 Rauchfreie Schulen – Ein neues Konzept zur Prävention des schulischen Tabakkonsums

Die Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (nls) und der IKK-Landesverband Niedersachsen (IKK-LV) propagieren die Abschaffung von Raucherecken und den Verzicht der Lehrer auf das Rauchen an Schulen. In den Altersgruppen

bis 20 Jahre ist die Prävention des Tabakkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen noch möglich. Danach bilden sich jedoch relativ stabile Verhaltensmuster, die nur noch schwer zu beeinflussen sind.

Anlässlich einer Fachtagung wurde ein neues, erfahrungsbasiertes Konzept zur schulischen Suchtprävention vorgestellt. Das Konzept enthält Einstiegshilfen und gibt Hinweise zu Zielen, Unterrichtsangeboten, zu praktischen Regelwerken und zu Modellen guter Praxis der Prävention des Tabakkonsums an Schulen. Dabei steht die positive Botschaft eines gesunden Lebensstils im Vordergrund und nicht die „Zeigefingerpädagogik“. Das Konzept bezieht auch Lehrer, Eltern, Präventionsfachkräfte und Angebote von Krankenkassen ein.

Hintergrund der Forderung von nls und IKK-LV sind offizielle Angaben, denen zufolge in Deutschland rund 8–9 Millionen Männer und 5–6 Millionen Frauen tabakabhängig sind. Der Anteil der jugendlichen Raucher hat in Deutschland einer internationalen Vergleichsstudie zur Folge allein zwischen 1994 und 1998 in der Altersgruppe der 15-Jährigen um rund 25% zugenommen. Täglich rauchen auf dem Schulgelände 35% der Jungen und 28% der Mädchen. Dies obwohl laut Erlass Rauchen auf dem Schulgelände und bei Schulveranstaltungen außerhalb der Schule verboten ist, und lediglich unter bestimmten Bedingungen, in begrenztem Rahmen Schülern und Schülerinnen ab dem 16. Lebensjahr gestattet werden kann.

Die gesundheitsschädliche Wirkung des Rauchens ist in der Regel bekannt. Raucher und Raucherinnen sind anfälliger für Atemwegsinfekte, Lungen-, Bronchial-, Kehlkopf-, Blasen-

und Nierenkrebs. Auch haben sie ein wesentlich höheres Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko als Nichtraucher. Jährlich sterben in Deutschland mehr als 100.000 Menschen an Erkrankungen, deren Entstehung eng mit dem Rauchen in Verbindung steht. Das Konzept zur „Prävention des Tabakkonsums“ kann kostenfrei bei der nls und dem IKK-LV angefordert werden. nls und IKK-LV bieten zudem Unterstützung bei der Durchführung schulischer Präventionsprojekte an.

Kontaktadressen:

Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren
Ingeborg Holterhoff-Schulte
Podbielskistr. 162, 30177 Hannover
Tel.: 05 11/62 62 66-0, Fax: 05 11/62 62 66-22

Landesvereinigung für Gesundheit e.V.
Praxisbüro „Gesunde Schule“
Angelika Maasberg
Fenskeweg 2, 30165 Hannover
Tel.: 0511/3500052

Autor:

Karl-Heinz Günster, IKK-Landesverband Niedersachsen

14.13 Kinder und AIDS - Ein AIDS-Hilfeprojekt der Hildesheimer AIDS-Hilfe e.V.

Das Projekt „Kinder und AIDS“ in Niedersachsen ist eine Anlaufstelle für Familien und Lebensgemeinschaften mit Kindern, die von HIV und AIDS betroffen sind. Zugleich ist es Ansprechpartner für Personen und Institutionen, die mit diesen Familien arbeiten. Daraus resultieren Arbeitsinhalte, wie die Förderung und Vernetzung von Hilfsangeboten, das Requirieren und die Vermittlung von Spenden an Betroffene, die Beratung und Fortbildung von Personen, die beruflich mit von AIDS betroffenen Lebensgemeinschaften zu tun haben z. B. durch die Planung und Konzeption berufsspezifischer Fachtagungen. Über seitens der AIDS-Hilfe organisierte Elterntreffen, Fortbildungen und Freizeiten wird der direkte Kontakt zwischen den Mitarbeitern und den betroffenen Familien untereinander hergestellt.

14.13.1 Information und Beratung

Anfragen an das Projekt bezogen sich in den letzten Jahren auf rechtliche, medizinische und psychosoziale Aspekte im Leben HIV-betroffener Kinder und Familien. Die Zahl der Anfragen lag 1998 bei 57, 1999 bei 64. Sie wurden von anderen AIDS-Hilfen, Kindertagesstätten, Gesundheitsämtern, Kliniken, Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen und von Privatpersonen gestellt.

14.13.2 Betreuung und Unterstützung

Eine persönliche Betreuung betroffener Familien wird zwar häufig angefragt, ist jedoch nicht Aufgabe im Rahmen dieses Projektes. Vielmehr sollen Kontakte zwischen örtlichen AIDS-Hilfe-Trägern und den Ratsuchenden vermittelt werden. Lehnen die Familien in Einzelfällen die Unterstützung der regionalen AIDS-Hilfe ab, so wird telefonischer Kontakt gehalten und vermittelt, bis eine Anbindung an eine andere helfende Organisation vor Ort gelungen ist (1999 betraf das 7 Familien). Eine persönliche Begleitung und Beratung erfolgte durch die Betreuung eines Kindergartens, der 1997 ein HIV-infiziertes Kind aufgenommen hat.

Adresse:

Hildesheimer AIDS-Hilfe e.V.
Zingel 14; 31134 Hildesheim
Telefon: Beratung: 05121-19411
Fax: 05121-130843
e-mail: info@hildesheimer-aids-hilfe.de
kinder@hildesheimer-aids-hilfe.de
www.hildesheimer-aids-hilfe.de

Autorin:

Martina Bruns (AIDS-Hilfe Hildesheim)

14.14 Impfinitiativen in Niedersachsen

Impfinitiativen werden von den Gesundheitsämtern in vielen Kreisen Niedersachsens durchgeführt. Aus diesem Grund können die Kampagnen nicht in allen Details dargestellt werden. Vielmehr sollen die Landkreise als Kontaktadressen genannt werden, die entsprechende Aktivitäten aus den letzten Jahren zurückgemeldet haben.

- Impfkaktion zur Durchführung freiwilliger Schutzimpfungen im Landkreis Cloppenburg – Eine Aktion, die auf die Einbeziehung der niedergelassenen Kollegen und auf die Aufklärung der Eltern und Schüler setzt.
Landkreis Cloppenburg
53-Gesundheitsamt
Frau Dr. Blömer, Medizinaldirektorin
Postfach 14 80, 49644 Cloppenburg

- Impfinitiative 1999 des Altkreises Norden im Landkreis Aurich zur Hepatitis B-, Poliomyelitis - und zweiten Masern-Mumps-Röteln-Impfung in den 5. und 6. Klassen
Landkreis Aurich
Amt für Gesundheitswesen
Frau Dr. Pruszk-Seel, Medizinaldirektorin
Neuer Weg 36-37, 26506 Norden

15. Selbsthilfestrukturen in Niedersachsen

15.1 Selbsthilfegruppen

In Selbsthilfegruppen kommen Menschen zusammen, die unter einem gemeinsamen Problem oder einer Erkrankung leiden, um eigenverantwortlich mit vereinten Kräften etwas zur Überwindung beizutragen. Allein in Niedersachsen arbeiten ca. 7.000 Selbsthilfegruppen. Damit hat sich die Selbsthilfe zu einem Feld der Gesundheitsförderung entwickelt, das professionelle Hilfe ergänzt und effektiviert. Das Teilen des gemeinsamen Schicksals in der Gruppe ermöglicht eine ganz besondere Beziehungsqualität, die von Verständnis und

wechselseitiger Unterstützung getragen wird. Die gemeinsame Betroffenheit motiviert, in eigener Sache aktiv zu werden.

In der folgenden Auflistung soll beispielhaft die Themenvielfalt von Selbsthilfegruppen zu Problemen im Kindes- und Jugendalter bzw. mit Kindern und Jugendlichen dargestellt werden. Die Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, was auch kaum möglich ist, da sich laufend neue Gruppen gründen, während andere sich auflösen.

Tab. 15.1: Themenbereiche von Selbsthilfegruppen in Niedersachsen im Kinder- und Jugendbereich

Gesundheit/Krankheit/Behinderung	Allgemeine Lebensbewältigung
Adipositas Allergie Asthmakranke Kinder Autismus Behinderungen Cerebrale Bewegungsstörungen Cystische Fibrose Diabetes-Eltern betroff. Kinder Down-Syndrom Gaumen-, Kiefer-, Lippenspalte Herzkrankte Kinder Hörbehinderte Kinder Hyperaktive Kinder /MCD Hyperkinetisches Syndrom Krebskranke Kinder Legasthenie/Lernbehinderte Leukämie Minimale cerebrale Dysfunktion (MCD) Morbus Crohn Neurodermitis Nierenerkrankte Kinder Prader-Willi-Syndrom Pseudo-Krupp Stoffwechselerkrankungen Ullrich-Turner-Syndrom	Adoptiveltern/Stieffamilien Alleinerziehende Eltern-Kind-Gruppen Eltern homosexueller Kinder Fehl-/Totgeburt Frühgeborene Kinder Gewalt gegen Kinder Großfamilien/Mehrlingsgeburten Hochbegabte Kinder Kindstod Krabbelgruppen Pflege- und Adoptivkinder Pflegeeltern Stiefkinder Stillgruppen Tageseltern Vergewaltigte Mädchen Vergewaltigte Jungen Verhaltensauffällige Kinder Verwaiste Eltern/Kinder Zwillingseletern
Psychische Probleme	Sucht
Essprobleme Psychisch Kranke/Angehörige	Angehörige Suchtkranker Anorexie Bulimie Drogenabhängigkeit Eltern Jugendlicher mit Essstörungen Kinder von AlkoholikerInnen

15.2 Kontakt- und Beratungsstellen im Selbsthilfebereich

In Niedersachsen sind wie auch deutschlandweit in den letzten beiden Jahrzehnten Einrichtungen auf örtlicher und regionaler Ebene entstanden, die einen eigenständigen fachlichen und institutionellen Arbeitsansatz zur Information und Beratung von Selbsthilfe-Interessierten und zur Unterstützung und Förderung von Selbsthilfegruppen entwickelt haben. Derzeit arbeiten in Niedersachsen 32 Selbsthilfe-Kontaktstellen. Diese Einrichtungen arbeiten fach- und themenübergreifend. Sie bestehen bei unterschiedlichen freien und öffentlichen Trägern und verfügen über fest angestelltes Personal, Räume und Ressourcen. Ihre Hauptaufgabe ist die Selbsthilfeunterstützung hinsichtlich Information und Beratung

- zu Formen und Arbeitsweisen von Selbsthilfegruppen
- über das örtliche Selbsthilfespektrum
- über das Versorgungssystem in der Region
- über Möglichkeiten und Grenzen der Selbsthilfe
- über Formen und Möglichkeiten der Förderung von Selbsthilfegruppen

- über Mitbestimmungs-, Mitwirkungsmöglichkeiten für Selbsthilfegruppen
- über Beratungs- und Fortbildungsangebote für Selbsthilfegruppen.

Die Selbsthilfekontaktstellen unterstützen somit Einzelpersonen, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen, indem sie beraten, informieren, vermitteln und vernetzen. Sie stellen dabei auch Kontakte zwischen Fachpersonen und Selbsthilfegruppen her. Zum Überblick über bestehende Selbsthilfe-Kontaktstellen in Niedersachsen siehe Abbildung 15.1.

Neben den Kontaktstellen gibt es Selbsthilfe-Unterstützungsangebote von Wohlfahrtsverbänden, kommunalen Behörden, Krankenkassen, Volkshochschulen, Universitäten und anderen Versorgungseinrichtungen (z. B. Behindertenberatungsstellen, Suchtberatungsstellen), die die Selbsthilfeunterstützung als Neben- bzw. Teilaufgabe wahrnehmen, jedoch einen anderen Aufgabenschwerpunkt haben.

Abb. 15.1: Niedersächsische Selbsthilfe-Kontaktstellen im Überblick



15.3 Der Arbeitskreis Niedersächsischer Kontakt- und Beratungsstellen im Selbsthilfebereich

Der Arbeitskreis Niedersächsischer Kontakt- und Beratungsstellen im Selbsthilfebereich arbeitet seit 1987. Sein vordringliches Ziel ist die Professionalisierung der Kontaktstellenarbeit durch gemeinsame Weiterbildung und Strukturierung der Arbeit. Auch er unterstützt und intensiviert die Selbsthilfe landesweit.

15.4 Das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen

Das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen arbeitet seit November 1991 in Trägerschaft der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. und wird ebenso wie einige Kontaktstellen seit 1991 vom Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales finanziell gefördert.

Es unterstützt die niedersächsischen Selbsthilfe-Kontaktstellen und den Arbeitskreis Niedersächsischer Kontakt- und Beratungsstellen im Selbsthilfebereich bei der Durchführung seiner Aufgaben. Weiterhin unterstützt es den Aufbau neuer Selbsthilfe-Kontaktstellen und fördert landesweit die Akzeptanz der Selbsthilfe.

Kontaktadressen:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)
Friedrichstr. 33
35392 Gießen

Sprecherinnen des Arbeitskreises Niedersächsischer Kontakt- und Beratungsstellen im Selbsthilfebereich
Monika Klumpe, Oldenburg
Tel.: (0441) 884848
Ines Lösche, Goslar
Tel.: (05321) 341920

Autorin:
Dörte von Kittlitz, Selbsthilfe-Büro Niedersachsen

Anlagen

Schwangerschaftsrisiken lt. Katalog A/B (Einlinge) der Niedersächsischen Perinatalerhebung

	Nummer	Risiko
anamnestische Risiken	01	Familiäre Belastung
	02	Frühere eigene schwere Erkrankungen
	03	Blutungs- und Thromboseneigung
	04	Allergie
	05	Frühere Bluttransfusionen
	06	Besondere psychische Belastung
	07	Besondere soziale Belastung
	08	Rhesus-Inkompatibilität
	09	Diabetes mellitus
	10	Adipositas
	11	Kleinwuchs
	12	Skelettanomalien
	13	Schwangere unter 18 Jahren
	14	Schwangere über 35 Jahren
	15	Vielgebärende
	16	Zustand nach Sterilitätsbehandlung
	17	Zustand nach Fehlgeburt
	18	Zustand nach Mangelgeburt
	19	Zustand nach zwei oder mehr Aborten/Abbrüchen
	20	Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese
	21	Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen
	22	Komplikationen post partum
	23	Zustand nach Sektio
	24	Zustand nach anderen Uterusoperationen
	25	Rasche Schwangerschaftsfolge
	26	Andere Besonderheiten
befundete Risiken	27	Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankung
	28	Dauermedikation
	29	Abusus
	30	Besondere psychische Belastung
	31	Besondere soziale Belastung
	32	Blutungen vor der 28. SSW
	33	Blutungen nach der 28. SSW
	34	Plazenta praevia
	35	Mehrlingsschwangerschaft (Einlingsgeburt)
	36	Hydramnion
	37	Oligohydramnie
	38	Terminunklarheit
	39	Plazenta-Insuffizienz
	40	Isthmozervikale Insuffizienz
	41	Vorzeitige Wehentätigkeit
	42	Anämie
	43	Harnwegsinfektionen
	44	Indirekter Coombstest positiv
	45	Risiko aus anderen serologischen Befunden
	46	Hypertonie
	47	Eiweißausscheidung
	48	Mittelgradige – schwere Ödeme
	49	Hypotonie
	50	Gestationsdiabetes
	51	Lageanomalie
	52	Andere Besonderheiten
		Eiweißausscheidung und Hypertonie

**Postpartale Krankheiten/Störungen,
Katalog D (Zeilen 58-65) Niedersächsische Perinatalerhebung**

	Nummer	Postpartale Krankheit/Störung
	01	Unreife/Mangelgeburt
	02	Asphyxie/Hypoxie
	03	Atemnotsyndrom
	04	Andere Atemstörungen
	05	Schockzustand
	06	Ikterus
	07	Hämolytische Krankheit
	08	Hämatologische Störung
	09	Stoffwechselstörung
	10	Stoffwechseldefekte
	11	Schilddrüsenstörung
	12	Blutungskrankheiten
	13	Intrakranielle Blutungen
	14	Krämpfe
	15	Gastrointestinale Störungen
	16	Verletzungen/Frakturen
	17	Generalisierte Infektionen
	18	Umschriebene Infektionen
	19	Zur Beobachtung
	20	Sonstiges
Anomalien	25	Chromosomenanomalie
	26	andere multiple Missbildungen
	27	Anencephalus
	28	Neuralrohrdefekt
	29	Hydrocephalus
	30	- Auge/Ohr/Hals
	31	- Herz/große Gefäße
	32	- Respirationstrakt
	33	Gaumen-/Lippenspalten
	34	- Oesophagus/Magen
	35	- Darm/Leber/Pankreas
	36	- Niere/Blase/Urethra
	37	- Genitalorgane
	38	- Knochen/Gelenke/Muskeln
	39	Zwerchfellmissbildungen
	40	Gastroschisis/Omphalozele
	41	- Körperdecke
	42	Hernien
	43	Biomechanische Verformung
	44	Andere Anomalie

Literaturliste

Kapitel 1

Niedersächsisches Landesamt für Statistik: Niedersachsen, ein statistisches Profil. Hannover 2000

Kapitel 2

Altgeld, T., Hofrichter, P. (Hrsg.): Reiches Land – Kranke Kinder?

Altgeld, T.: Kursprogramme können gesundheitliche Chancengleichheit nicht herstellen! Prävention 2000; 3; 73 – 76

Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Das Gesundheitswesen 2-61, 55-222, 1999

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Lebenslagen in Deutschland. Berlin 2001

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Zehnter Kinder- und Jugendbericht. Bonn 1998

Elkeles, T., Mielck, A.: Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Das Gesundheitswesen 1997; 11; 213 – 224.

Fachhochschule Nordostniedersachsen: Armut und Gesundheit – Schlussbericht. Lüneburg 2001

Freie und Hansestadt Hamburg: Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Stadt diagnose 2. Hamburg 2001

Freie und Hansestadt Hamburg: Zwischenbilanz zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen 1994. Hamburg 1995

Hurrelmann, K.: Gesundheitsrisiken sozial benachteiligter Kinder. In Altgeld, T., Hofrichter, P. (Hrsg.): Reiches Land – Kranke Kinder? Mabuseverlag, Frankfurt/Main 2000; S.21-30.

IES-Projektbericht „Die Situation von Kindern in Niedersachsen“; Datenanalyse, Diskurs, Handlungsperspektiven. Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung an der Universität Hannover, 1998

Klocke, A., Hurrelmann, K.: Kinder und Jugendliche in Armut. Westdeutscher Verlag, Opladen, 1998.

Kolip, P., Hurrelmann, K., Schnabel, P.-E. (Hrsg.): Jugend und Gesundheit. Weinheim und München 1995.

Landesbericht zur Entwicklung von Armut und Reichtum von 1998,- Drs. 14/220-

Landeshauptstadt Hannover: Sozialbericht 1993 – Zur Lage der Kinder, Jugendlichen und Familien in Hannover. Hannover 1994

Niedersächsischer Landtag – 14. Wahlperiode: Landesbericht zur Entwicklung von Armut und Reichtum (Drucksache 14/220), Hannover 1998.

Niedersächsisches Landesamt für Statistik: Niedersachsen ein statistisches Profil, Hannover 2000

Unterrichtung durch die Landesregierung zu dem Beschluß des Landtages vom 12.12.1996 – Drs. 13/2495-

Weltgesundheitsorganisation: Gesundheit für alle für das einundzwanzigste Jahrhundert. Copenhagen 1998.

Kapitel 3

Abschlussbericht der Niedersächsischen Erhebung der außerklinischen Geburten 01.01.1995 bis 31.12.1998 Herausgeber:

Hebammenverband Niedersachsen e.V. im Bund Deutscher Hebammen e.V., Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V., Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, Ärztekammer Niedersachsen

C.Jahnke et al: Ausgewählte Fragestellung zur Gesundheit und sozialen Situation von Schulanfängern und Jugendlichen. Stadt Braunschweig, Gesundheitsamt, Jugendärztlicher Dienst.

Fleming, P.J., Blair, P.S., Bacon, C., et al.: Environment of infants during sleep and risk of the sudden infant death syndrome: results of 1993-5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. BMJ 1996; 313:191-195

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen. (Infektionsschutzgesetz – IfSG) Amtliche Begründung zum Infektionsschutzgesetz, mit Ergänzungen durch den Deutschen Bundestag und den Bundesrat

Kleemann, W.J., Schlaud, M., Poets, C.F., Rothämel, T., Tröger, H.D.: Hyperthermia in sudden infant death. Int J Legal Med 1996; 109: 139-142 Kleemann, W.J., Schlaud, M., Fieguth, A., Hiller, A.S., Rothämel, T., Tröger, H.D.: Body and head position, covering of the head by bedding and risk of sudden infant death (SID). Int J Legal Med 1998; 112: 22-26.

Landessanitätsdirektion Wien: Wiener Kindergesundheitsbericht 2000

P. Wenzlaff, K. Harms, B. Bonhorst, H.-P. Haastert, M. Huppke, H. Jacobi, Ch. Poets: Frühgeborene < 1500 g: Wie geht es ihnen nach zwei Lebensjahren? Modellprojekt in der Niedersächsischen Perinatal-/Neonatalerhebung

Qualitätssicherung der außerklinischen Geburtshilfe in Niedersachsen

Rauskolb, R.: 15 Jahre Peri- und Neonatalerhebung in Niedersachsen: Rückblick und Perspektiven. NPExtra 1994, 6-19 (1995)

Sander, J. (Hrsg.): Tagungsband Neugeborenen-Screening. Fortbildungstag 10. November 2000

Sander, J., Janzen, N., Sander, S., Melchior, U., Steuerwald, U.: Tandemmassenspektrometrie: Beitrag zum Neugeborenen-Screening auf angeborene Störungen des Stoffwechsels. Monatsschr Kinderheilkd 2000; 148: 771-777.

Sander, J., Niehaus, C.: Screening for rubella IgG and IgM using an ELISA test applied to dried blood on filter paper. J Pediatr 1985, 106: 457

Sander, S., Janzen, N., Janetzky, B., Scholl, S., Steuerwald, U., Schäfer, J., Sander, J.: Neonatal screening for medium chain acyl-CoA deficiency: high incidence in Lower Saxony (northern Germany). Eur J Pediatr 2001;160: 314-316

Schlaud, M., Eberhard, C., Trumann, B., Kleemann, W.J., Poets, C.F., Tietze, K.W., Schwartz, F.W.: Prevalence and determinants of the prone sleeping position in infants: results from two cross-sectional studies on risk factors for SIDS in Germany. Am J Epidemiol 1999; 150: 51-57.

Schlaud, M., Kleemann, W.J., Poets, C.F., Sens, B.: Smoking during pregnancy and poor antenatal care: two major preventable risk factors for sudden infant death syndrome (SIDS). Int J Epidemiol 1996; 25: 959-965

Schlaud, M.: Epidemiologie des Plötzlichen Kindstods. In: Saturnus K-S, Karimow S (Hrsg.): Säuglingssterblichkeit, Plötzlicher Kindstod (SID). Lübeck: Schmidt-Römhild, 1998.

Schweitzer, S., Shin, Y., Jakobs, C., Brodehl, J.: Long-term outcome in 134 patients with galactosaemia. Eur J Pediatr 1993; 152 (1):36-43

Sens, B.: Qualitätssicherung in der Neonatologie – „alter Hut“ oder zukunftsträchtiges Modell...?. NPEXtra 1996, 178-189 (1997)

Sozialministerium Baden-Württemberg Berlin: Kindergesundheit in Baden-Württemberg. 2000

Steuerwald, U.: Positive Luesantikörper bei Neugeborenen in Niedersachsen 1993-1999: Gibt es Anlass für eine Änderung der Lues-Screening-Politik in der BRD? Magisterarbeit zur Erlangung des Titels Magister sanitatis publicae im Ergänzungsstudiengang Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen (Public Health) an der Medizinischen Hochschule Hannover, 2000

Urbschat, I.: Schwangerenvorsorge in Niedersachsen in den Jahren 1992-1996. Analyse der Inanspruchnahme von medizinischen Vorsorgeuntersuchungen unter Berücksichtigung gesundheitsrelevanter und soziodemographischer Determinanten der Frauen. Magisterarbeit zur Erlangung des Titels Magister sanitatis publicae an der Medizinischen Hochschule Hannover 1999

Vettermann, W., Siedler, A., Voss, L., Mönch, E., Heckler, R., Pauli, G.: Spread of HIV infection in the general population in Germany. AIDS 2000; 14 (18)

Wisborg, K., Kesmodel, U., Henriksen, T., et al.: A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS. Arch Dis Child September 2000; 83:203-206

Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Niedersächsische und Bremer Perinatal- und Neonatalerhebung: NPEXtra - 1980 (1983) bis 1999

Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Niedersächsische und Bremer Perinatal- und Neonatalerhebung: NPEXtra 1996-2000

Kapitel 4

Dezernat für Gesundheitsplanung Wien: Wiener Kindergesundheitsbericht 2000

Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen Berlin: Jahresbericht 1998/1999. Berlin 2000

Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern: Gesundheitsbericht 1999

Kapitel 5

Kaatsch, P., Kaletsch, U., Spix, C., Michaelis, J.: Jahresbericht des Deutschen Kinderkrebsregisters 1998. Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation, Universitätsklinikum Mainz

www.kinderkrebsregister.de

Kapitel 6

Diphtherie, Erstveröffentlichung: Epid. Bull., 2001, 6

Enterohämorrhagische Escherichia coli, Erstveröffentlichung: Epid. Bull., 1999, 31 aktualisiert Okt. 2001

Hepatitis B, Erstveröffentlichung: Epid. Bull., 2000, 33

Masern, Erstveröffentlichung: Epid. Bull., 1999, 44

Meningokokken-Erkrankungen, Erstveröffentlichung: Epid. Bull., 1999, 11, aktualisiert März 2001

Mumps, Erstveröffentlichung: Epid. Bull., 2001, 37

NLGA: Das WHO-Projekt Polioeradikation. <http://www.nlga.niedersachsen.de/polio>

Norwalk-like-Viren, Erstveröffentlichung: Epid. Bull., 2000, 4

RKI: Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: Juli 2001. Epid Bull 28/2001: RKI: Ratgeber Infektionskrankheiten (<http://www.rki.de/INFEKT/RATGEBER/RAT.HTM>)

Röteln

S. Bales, H. G. Baumann, N. Schnitzler: Infektionsschutzgesetz, Kommentar und Vorschriftensammlung. Kohlhammer, 2001

Von Haase, U., Pulz, M., Windorfer, A.: EHEC-Infektionen in Niedersachsen, Januar 1995 bis August 1997, Nieders. Ärzteblatt, 1997, 11.

Kapitel 8

IDZ: Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Deutscher Ärzteverlag, Köln 1999
Schneller, Th., Salman, R., Goepel, Ch.: Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten. DAJ Band 1, 2001
Informationskreis Mundhygiene und Ernährungsverhalten (IME), Bonn 1-2000
Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Gruppenprophylaxe 2000. Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 SGB V (Weiterentwicklung Gruppenprophylaxe) vom November 2000

Kapitel 9

BAG: Pressemitteilung zum Kindersicherheitstag 2001
Bergmann, K.E. et al.: Prävention und Gesundheitsförderung in der werdenden und jungen Familie. Kinderkrankenschwester 17; Nr. 5(1998) 202-206
Ellsäßer, G., Berfenstam, R.: Analyse von Kinderunfällen (1-14Jahre), verknüpft mit Präventionsempfehlungen. Zentralbl Kinderchir 1998; 7: 183-195
Ellsäßer, G., Berfenstam, R.: International comparisons of child injuries and prevention programs: recommendations for an improved prevention program in Germany. Injury Prevention 2000; 6:41-45
Ellsäßer, G., Böhmman, J.: Toward a Safe Community – A proposed Evaluation Strategy and accident Monitoring System for the City of Delmenhorst/Germany. 8th Int. Conference on Safe Communities, (Vienna 1999) 26-27
Ellsäßer, G.: Daten für Taten. Forum Unfallprävention im Deutschen Grünen Kreuz. Verlag im Kilian
Henter, A.: Kinderunfälle in Heim und Freizeit. Sonderauswertung. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; 1999
Kunz, T.: Weniger Unfälle durch Bewegung. Mit Bewegungsspielen gegen Unfälle und Gesundheitsschäden bei Kindergartenkindern. Schorndorf 1993, Verlag Karl Hofmann
Märzheuser, S., Mau, H.: Unfälle im Kindesalter. Pädiat. Prax. 2001; 59: 321 - 332
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit: und Frauen: Aktionsprogramm des Landes Brandenburg. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Unicef: DPA, 7. Februar 2001-09-23
Sundström, M., Svanström, L.: Criteria for the Safe community Network. K.I. Report 1998: 7

Kapitel 10

Beratungsstelle für Vergiftungserscheinungen und Embryonaltoxikologie: Vergiftungen in Deutschland 1989-1999. Berlin 2000, S.18
Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV): Nationaler Jahresbericht 1998 für die deutschen Giftinformationszentren (Harmonisierter Berichte nach Anlage II der Resolution 90/C329/03 des Europäischen Rates [Stand: 24.10.1995]), Berlin 1999
Giftinformationszentrum-Nord: Jahresberichte 1996-2000. <http://www.giz-nord.de/giznord/jabe/96/cont.html>
Hahn, A. et. al.: Ärztlichen Mitteilungen bei Vergiftungen nach § 16e des Chemikaliengesetzes 1999. Berlin: Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV) 2000
Hahn, A. et. al.: Erfassung der Vergiftungsfälle und Auswertungen in den Informations- und Behandlungszentren für Vergiftungen in der Bundesrepublik Deutschland (EVA). Berlin: Max von Pettenkofer-Institut des Bundesgesundheitsamtes: MvP-Hefte 1994; 5
Niedersächsisches Landesamt für Statistik: Bevölkerung nach Altersjahren am 31.12.1999, Hannover 2000. <http://www.nls.niedersachsen.de/Tabellen/Bevoelkerung/Bevoelkerung.html>
Statistisches Bundesamt: Zusammenstellung: Aktion Das Sichere Haus (DSH). Wiesbaden 1999

Kapitel 11

Institut für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie: Jahresberichte 1999 und 2000
Presting, G., Höger, Ch., Witte-Lakemann, G. et al.: Variationsbreite stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Dokumentation. Z Kinder-Jugendpsychiat 1998; 26, 97-112
Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche der Landeshauptstadt Hannover: Jahresbericht 1996

Kapitel 12

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen: Richtlinien der Ärzte und Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und über die Überprüfung erbrachter vertragsärztlicher Leistungen gemäß Paragraph 135 Abs. 1 i.V.m. Paragraph 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 5 SGB V. Dt Ärztebl 1998; 95: B46-B48.

Buser, K., Krauth, C.: Kosten und Outcomes eines Neugeborenenhörscreenings – Forschungsdesign einer gesundheitsökonomischen Studie. Z Audiol 2000; Supplementum III 109-113.

Gross, M., Finck-Krämer, U., Spormann-Lagodzinski, M.E.: Deutsches Zentralregister für kindliche Hörstörungen. Dt Ärztebl 1999; 96:B32-B37.

Joint Comitee on Infant Hearing: Position statement. ASHA 1994; 36:38-41.

Lenarz, T., Reuter, G., Hemmanouil, I., Schäfer, S., Schorn, K., Baumann, I.: Neonatal-Screening mit otoakustischen Emissionen: Ergebnisse zur Validierung von OAE-Verfahren in Hannover und München. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.): Dokumentation der Tagung: Verbesserung der Früherkennung der kindlichen Schwerhörigkeit in der Bundesrepublik Deutschland am 20. Februar 1997, Köln, S.45-62.

Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales: Einzelauswertung der Umfrage zur Frühförderung. Hannover, Januar 2000

Yoshinaga Itano, C.: Benefits of early intervention for children with hearing loss. Otolary clin North Am 1999; 32:1089-102.

Zenner, H.P.: Frühdiagnostik und Therapie von Hörstörungen beim Säugling und Kleinkind. Dt Ärztebl 1997; 94: B1016-B1019

Kapitel 13

Bast, H. et al. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder – Kindesmißhandlung und ihre Ursachen. Reinbek 1975

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Beobachtungen in Hamburgs Kinderarztpraxen. Hamburg, 1995

Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband Niedersachsen, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen: Gewalt gegen Kinder. Hannover 1998

Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband Niedersachsen, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen: Gewalt gegen Kinder. zweite überarbeitete Auflage, Hannover 2000

Hock, B., Holz, G., Simmedinger, R. Wüstendörfer, W.: Gute Kindheit – Schlechte Kindheit? Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Frankfurt 2000

Landeskriminalamt Niedersachsen: Bericht über den Umfang und die Entwicklung der Jugendkriminalität und Jugendgefährdung im Land Niedersachsen 1999. Hannover 2000

Niedersächsischer Landtag: Drucksache 14/2613. Hannover 2001

Pfeiffer, C., Delzer, I., Enzmann, D., Wetzels, P.: Ausgrenzung, Gewalt und Kriminalität im Leben junger Menschen - Kinder und Jugendliche als Opfer und Täter. Sonderdruck zum 24. Deutschen Jugendgerichtstag vom 18.-22.9.1998 in Hamburg.

Pfeiffer, C., Wetzels, P.: Kinder als Täter und Opfer. DVJJ-Journal 4/1997, S.346 - 364

Pfeiffer, C.: Juvenile Crime and Violence in Europe. In: M. Tonry (Ed.): Crime and Justice. A Review of Research. 1998; Volume 23 (S.255-328). University of Chicago Press: Chicago.

Wetzels, P.: Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrung in der Kindheit. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, Hannover 1997

Kapitel 14

Gille, G.: Der ärztliche Präventionsbeitrag zur schulischen Sexualerziehung. Niedersächsisches Ärzteblatt 2000; 12

Gille, G.: Die Röteln – Impfung. Anlaß für Gespräche mit präpubertären Mädchen. Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik 1991;13 (12)

Gille, G.: Jugendaufklärung zwischen Information und Indoktrination. Deutsches Ärzteblatt 1995; 39

Gille, G.: Mädchengesundheit unter Pubertätseinflüssen. Das Gesundheitswesen 1995; 10

Gille, G.: Schulbesuche machen Schule. TW Pädiatrie, 7. Jahrgang, G. Braun Verlag (1994)

Mülder, G.: Prävention von Essstörungen bei Mädchen der Jahrgangsstufe 7 und 8 – am Beispiel eines settingorientierten Projektes. Diplomarbeit an der FH Hamburg 1998

Studie der Schweizerischen Vereinigung für Ernährung. In: Ernährungs-Umschau 44, 1997, Heft 8

Liste der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Autorinnen und Autoren

Thomas Altgeld (Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V.)
Petra Anna (Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales)
Dr. Armin Baillot (Nds. Landesgesundheitsamt)
Dr. Eva Behr (Städt. Kliniken Delmenhorst)
Kirsten Bernitt (Nds. Landesgesundheitsamt)
Dr. med. Agnes Bietendüwel (Medizinische Hochschule Hannover)
Dr. Elisabeth Blömer (Landkreis Cloppenburg, Gesundheitsamt)
Dr. Johann Böhmman (Städtische Kliniken Delmenhorst)
Martina Bruns (AIDS-Hilfe Hildesheim)
Dr. Elke Bruns-Philipps (Nds. Landesgesundheitsamt)
Ines Busack (AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen)
Dr. Kurt Buser (Medizinische Hochschule Hannover)
Dr. Anibh-Martin Das (Medizinische Hochschule Hannover)
Dr. Herbert Desel (Giftinformationszentrum-Nord, G.-A.-Universität Göttingen)
Dr. Johannes Dreesman (Nds. Landesgesundheitsamt)
Lothar Eichhorn (Nds. Landesamt für Statistik)
Marika Evers (AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen)
Dr. Fabian Feil, MPH (Nds. Landesgesundheitsamt)
Astrid Fennen (Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales)
Markus Funcke (Nds. Landesgesundheitsamt)
Dr. Gisela Gille (Landkreis Lüneburg, Gesundheitsamt)
Dr. Herbert Grams (Nds. Landesgesundheitsamt)
Karl Heinz Günster (IKK Landesverband Niedersachsen)
Dr. Christoph Höger (Universität Göttingen)
Michael Hoopmann (Nds. Landesgesundheitsamt)
Dr. Elfriede Hubert (Stadt Oldenburg, Gesundheitsamt)
Ursula Jeß (Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales)
Dr. Peter Kaatsch (Kinderkrebsregister Mainz)
Prof. Dr. Georg-Friedrich Kahl (Giftinformationszentrum-Nord, G.-A.-Universität Göttingen)
Dörte von Kittlitz (Selbsthilfebüro Niedersachsen)
Gabriele Knolle (Landesbildungszentrum für Hörgeschädigte, Hildesheim)
Dr. Michael Kögler (Winnicott Institut; Evangelische Fachhochschule Hannover)
Mechtild Kolbeck (Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales)

Dr. Carsten Kraus (Gesundheitsamt für die Stadt und den Landkreis Göttingen)
 Wolfgang Kück (Bezirksregierung Braunschweig)
 Christiane Lamschus (Stadt Emden, Gesundheitsamt)
 Dr. Andrea Lehmann (Landesarbeitsg. zur Förderung der Jugendzahnpflege in Nds. e.V.)
 Dr. Hans Link (Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche Hannover)
 Gerda Mülder (AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen)
 Prof. Dr. Christian Poets (Medizinische Hochschule Hannover)
 Dr. Rüdiger Radel (Landkreis Harburg, Gesundheitsamt)
 Stefanie Riedel (Nds. Landesamt für Statistik)
 Prof. Dr. Johannes Sander (Screening-Labor Hannover)
 Dr. Stefanie Sander (Screening-Labor Hannover)
 Brigitte Sens (Zentrum für Qualitätsmanagement ÄKN)
 Ralf Schacht (Nds. Landesamt für zentrale soziale Aufgaben)
 PD Dr. Martin Schlaud (Medizinische Hochschule Hannover)
 Dr. Wolfgang Schoepffer (Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales)
 Dr. Sabine Scholl
 Astrid Schoring (Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales)
 Jürgen Schröder (Bezirksregierung Braunschweig)
 Rainer Schubert, MPH (Gesundheitsamt Stadt Braunschweig)
 Dr. Bernd Schuster (Gesundheitsamt Wolfsburg)
 Dr. Ulrike Steuerwald (Screening-Labor Hannover)
 Dr. Roland Suchenwirth (Nds. Landesgesundheitsamt)
 Dr. Andrea Sydow (Giftinformationszentrum-Nord, G.-A.-Universität Göttingen)
 Dr. Günter Tempel (AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen)
 Dr. Margot Thomsen (Nds. Landesamt für Statistik)
 Dr. Rafael Wagner (Giftinformationszentrum-Nord, G.-A.-Universität Göttingen)
 Dr. Peter Wetzels (Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.)
 Paul Wenzlaff (Zentrum für Qualitätsmanagement ÄKN)
 Prof. Dr. Adolf Windorfer (Nds. Landesgesundheitsamt)
 Dr. Gabriele Windus (Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales)
 Dr. Ulrich Zorn (Nds. Landesgesundheitsamt)

Herausgegeben vom:
Niedersächsischen Ministerium
für Frauen, Arbeit und Soziales
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover

März 2002

Gestaltung:
steindesign Werbeagentur GmbH

Gedruckt auf chlorfrei
gebleichtem Papier

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen
der Landesregierung, nicht zur Wahlwerbung
in Wahlkämpfen verwendet werden.