

Bielefeld

Kinder- & Jugendgesundheits- bericht

-Bielefelder Gesundheitsberichterstattung-

Gesundheits-, Veterinär- & Lebensmittelüberwachungsamt
Dezernat 3 Umwelt und Gesundheit
Stadt Bielefeld



Impressum:

Herausgeber:

Stadt Bielefeld

Dezernat 3, Umwelt und Gesundheit

Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt

Gesundheitsberichterstattung

Postfach 33597 Bielefeld

Bearbeiter und Ansprechpartner: Cornelia Petzold (Geschäftsführung Kommunale Gesundheitskonferenz) und Dirk Cremer (Gesundheitsberichterstattung)

Redaktionsschluss: November 2002

Bestellungen:

Telefon: 0521/51-2586

Fax: 0521/51-3406

E-Mail: Gesundheitsamt@bielefeld.de

Internet: <http://www.bielefeld.de>

© Stadt Bielefeld 2002

Vorwort

Das Gesundheitswesen bedarf seit Jahren einer systematischen, problemorientierten und kontinuierlichen Berichterstattung wie sie in vielen gesellschaftlichen Bereichen erfolgt. Gesundheitsberichte greifen wichtige Gesundheitsthemen auf, liefern dazu kommentierte Datenauswertungen und stellen somit Informationsgrundlagen und Orientierungshilfen für gesundheitspolitische Entscheidungen bereit. Sie sind ein Beitrag zur demokratischen Infrastruktur von Bund, Ländern und Kommunen. Voraussetzung dafür ist eine gute, kritische und nachhaltige Zusammenarbeit der Expertinnen und Experten im Gesundheitswesen.

An früheren Fassungen des vorliegenden Bielefelder Kinder- und Jugendgesundheitsbericht war eine Reihe von Institutionen und Ämtern beteiligt. Ihnen allen gilt ein besonderer Dank für die produktive Zusammenarbeit und besonders auch für die Geduld, die sie mitbringen mussten. Damit haben sie in nicht selbstverständlicher Weise zum Gelingen des Berichtes beigetragen. Im Einzelnen waren dies:

- AIDS-Hilfe Bielefeld e.V.
- Allgemeine Ortskrankenkasse Westfalen-Lippe, Regionaldirektion Gütersloh, Bielefeld
- Ärztliche Beratungsstelle gegen Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern e.V.
- Gesundheitsförderung in und mit Schulen (GimS), Oberstufen-Kolleg der Universität Bielefeld
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Land Nordrhein-Westfalen
- Mädchenhaus Bielefeld e.V.
- Polizeipräsidium Bielefeld
- Stadtsportbund Bielefeld e.V.
- Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie
- Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
- Interkulturelles Büro, Stadt Bielefeld
- Gleichstellungsstelle für Frauenfragen, Stadt Bielefeld
- Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt, Stadt Bielefeld
- Amt für Stadtforschung, Statistik und Wahlen, Stadt Bielefeld
- Amt für Planung und Finanzen Jugend, Soziales, Wohnen, Stadt Bielefeld
- Umweltamt, Stadt Bielefeld

- Stab Dezernat 3 Umwelt und Gesundheit, Stadt Bielefeld

Ich wünsche mir eine intensive Auseinandersetzung mit dem vorliegenden Bericht. Darüber hinaus möchte ich alle am Bericht Beteiligten, die interessierte Fachöffentlichkeit und nicht zuletzt Bürgerinnen und Bürger herzlich dazu einladen, den Prozess einer effektiven Berichterstattung und die Umsetzung in sinnvolle gesundheitspolitische Maßnahmen auch in Zukunft mit zu unterstützen.

Wolfgang Du Bois †
Beigeordneter für Umwelt und Gesundheit

- Inhaltsverzeichnis -

Vorwort	
Einleitung	1
Teil I. Rahmenbedingungen der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	
<i>Zusammenfassung</i>	3
1. Bevölkerungsentwicklung	3
2. Haushalts- und Familienstrukturen	5
3. Relative Armut von Kindern, Jugendlichen und Familien	7
4. Jugendarbeitslosigkeit als gesundheitlicher Risikofaktor	9
5. Einflüsse der natürlichen Umwelt auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	10
<i>Zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen</i>	13
Teil II. Sterblichkeit	
<i>Zusammenfassung</i>	16
1. Säuglingssterbefälle	16
2. Häufigste Todesursachen im Säuglingsalter	18
3. Untergewichtig Lebendgeborene	19
4. Lebenserwartung bei Geburt	20
<i>Zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen</i>	21
Teil III. Krankheitsbilder	
1. Gesundheit und soziale Lage der einzuschulenden Kinder	23
<i>Zusammenfassung</i>	23
1.1. Einführung	23
1.2. Soziale Lage, Wohn- und Familienbedingungen einzuschulender Kinder	26
1.4. Krankheitsbilder	27
1.4.1. Befunde des Kopfes	27
1.4.2. Befunde der oberen Luftwege	29
1.4.3. Haltungsschwäche und Befunde des Skeletts	31
1.4.4. Deutliches Untergewicht, Untergewicht, Übergewicht & Fettsucht	33
1.4.5. Chronische Erkrankungen	35
1.4.6. Befunde spezieller Behinderungen	39
1.4.7. Befunde des Verhaltens und des Zentralen Nervensystems	39
<i>Zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen</i>	42
2. Bielefelder Grundschulsurvey	48
<i>Zusammenfassung</i>	48
2.1. Anlage und Umfang der Untersuchung	48
2.2. Erkrankungen des allergischen Formenkreises	48
2.3. Kopf- und Bauchschmerzen	50
2.4. Zahnhygiene und Zahnschmerzen	50
2.5. Eßgewohnheiten	51
2.6. Fernsehkonsum	51
<i>Zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen</i>	51
3. Die Entwicklung der Zahngesundheit	52
<i>Zusammenfassung</i>	52
3.1. Entwicklung der Zahngesundheit von Kindergartenkindern	52
3.2. Entwicklung der Zahngesundheit von Schülerinnen und Schüler	53
<i>Zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen</i>	53
4. Gewalt und sexueller Missbrauch	54
<i>Zusammenfassung</i>	54
4.1. Gewalt	54
4.2. Kontext der Gewalt	54

4.3. Gründe und Auslöser von Gewalt	55
4.4. Formen der Gewalt	56
4.5. Gesundheitliche Risiken und prekäre Lebenslagen, die mit Gewalt verbunden sind	57
4.6. Arbeitsschwerpunkte der Beratungsstellen	57
<i>Zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen</i>	59
5. Kinder- und jugendpsychiatrische Auffälligkeiten und Erkrankungen	60
<i>Zusammenfassung</i>	60
5.1. Ausgangslage	60
5.2. Klientenstruktur des Kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes	60
5.3. Diagnostizierte Anlässe bei der Inanspruchnahme des Dienstes	62
<i>Zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen</i>	63
Teil IV. Gesundheitsschutz	
1. Impfvorbereitung der einzuschulenden Kindern	64
<i>Zusammenfassung</i>	
1.1. Einführung	66
1.2. Vorgehensweise, Impfkriterien, vorgelegte Impfhefte	66
1.3. Impfvorbereitung gegen Kinderlähmung (Poliomyelitis)	67
1.4. Impfvorbereitung gegen Diphtherie und Tetanus	67
1.5. Impfvorbereitung gegen Keuchhusten	69
1.6. Impfvorbereitung gegen Masern, Mumps & Röteln	69
<i>Zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen</i>	73
2. Früherkennungsuntersuchungen	76
<i>Zusammenfassung</i>	
2.1. U1 – direkt nach der Geburt	76
2.2. U2 – 3. bis 10. Lebensstag	76
2.3. U3 – 4. bis 6. Lebenswoche	77
2.4. U4 – 3. bis 4. Monat	77
2.5. U5 – 6. bis 7. Monat	77
2.6. U6 – 10. bis 12. Monat	77
2.7. U7 – 21. bis 24. Monat	77
2.8. U8 – 3 ½ bis 4 Jahre	77
2.9. U9 – Ca. 5 Jahre	77
2.10. J1 – 12 bis 14 Jahre	77
2.11. Entwicklung der Früherkennungsuntersuchungen in den kreisfreien Städten	78
<i>Zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen</i>	78
Teil V. Anhang	
1. Methodische Bemerkungen	79
2. Literaturverzeichnis	79
3. Abbildungsverzeichnis	81
4. Kartenverzeichnis	83
5. Tabellenverzeichnis	83

1. Einleitung

Der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Bielefeld wird im Allgemeinen als gut beurteilt. Die akuten Infektionskrankheiten und die schwerwiegenden Folgen von Kinderkrankheiten sind weitgehend zurückgedrängt, so dass gegenwärtig die chronischen Erkrankungen im Mittelpunkt der gesundheitlichen Versorgung stehen. Auch ihre Behandlung hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert, allerdings treten einige der chronischen Krankheiten heute häufiger auf als noch vor einigen Jahren. Sie haben einen zentralen Stellenwert für die Kinder- und Jugendgesundheit, darunter insbesondere die Erkrankungen des allergischen Formenkreises (Asthma bronchiale, Neurodermitis), Fettsucht und Diabetes.¹ Aber auch die psychosozialen Belastungen, Befindlichkeits- und Kommunikationsstörungen, Konzentrationsstörungen sowie aggressive Verhaltensweisen sind tendenziell in Zunahme begriffen. Es wird außerdem beobachtet, dass der Gebrauch von Suchtstoffen häufiger in jüngeren Altersjahrgängen auftritt und Suchterkrankungen bereits bei Kindern und Jugendlichen festgestellt werden. Es gibt sodann Häufungen von Straßenverkehrsunfällen und von Unfällen im häuslichen und im Freizeitbereich bei Kindern und Jugendlichen.²

Der vorliegende Bericht behandelt nicht alle diese Themen der Kinder- und Jugendgesundheit, sondern

- beschreibt die zentralen gesundheitlichen Rahmenbedingungen von Kindern und Jugendlichen in Bielefeld
- stellt die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit, der Säuglingstodesursachen, der untergewichtig Lebendgeborenen und der Lebenserwartung dar
- analysiert die Entwicklung der gesamten gesundheitlichen Lage von Kindern in den letzten 10 Jahren anhand von Schuleingangsuntersuchungen und einer Zusatzbefragung über ihre soziale Lage
- beleuchtet die Entwicklung der Zahngesundheit allgemein
- konzentriert sich auf die wichtigsten Ergebnisse des Bielefelder Grundschulsurveys von 1997

- schildert die gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalt und sexuellen Missbrauch
- berichtet über die Entwicklungen im städtischen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst und
- widmet sich dem Gesundheitsschutz anhand von Impf- und Früherkennungsdaten.

Kinder und Jugendliche sind Bevölkerungsgruppen, auf die Sozialstrukturen und Umweltfaktoren in besonderer Weise einwirken. Die verschiedenen Sozialisationsstufen und das sich im Vergleich zu Erwachsenen schneller teilende Zellgewebe machen sie empfindlicher als andere Bevölkerungsgruppen. Für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist deswegen und auch unter vorbeugenden Gesichtspunkten besondere Verantwortung zu tragen: In dieser Lebenszeit werden die Grundlagen für den Umgang mit sich und der Umwelt gelegt, so dass eine möglichst gesunde Gestaltung der Lebensbedingungen in diesen Lebensphasen lohnend für sie selbst und für die Zukunft als Ganzes ist. Allgemein gelten Kinder und Jugendliche als die gesündesten Altersgruppen in unserer Gesellschaft, aber darüber wird häufig vergessen, genauer hinzuschauen, wie es um ihre sensible Gesundheit bestellt ist.

Gesundheitsberichterstattung widmet der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vermehrt Aufmerksamkeit. Die Kommission der Europäischen Union hat im Februar 2000 den „Bericht über die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in der Europäischen Union“ veröffentlicht und damit ihre Strategie zur Gesundheitsberichterstattung, die 1995 mit einem Basisgesundheitsbericht begann und 1996 mit einem Bericht zur gesundheitlichen Lage der Frauen fortgesetzt wurde, weitergeführt. Die Bundesministerien für Gesundheit, für Bildung und Forschung und für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit haben nach dem Bundesgesundheitsurvey von 1997/1998 über Erwachsene das Robert-Koch-Institut beauftragt, einen ersten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey zu erstellen, dessen Pilotphase im März dieses Jahres abgeschlossen wurde. Einige Gesundheitsministerien der Länder haben bereits in der Vergangenheit Berichte über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen der Öffentlichkeit vorgestellt, zuletzt das

Land Nordrhein-Westfalen im Sommer diesen Jahres. Die Kommunen veröffentlichen seit langer Zeit Berichte zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen, in Bielefeld geschah dies zuletzt 1988.

Die Gesundheitsberichterstattung der Stadt Bielefeld ist wie in anderen Kommunen auch von Diskontinuität, Neuanfang, mangelnder Qualitätssicherung der Daten und finanzieller und personeller Unterausstattung gekennzeichnet. Die Komplexität der möglichen Berichterstattungsthemen erschwert die Institutionalisation der Gesundheitsberichterstattung im Öffentlichen Gesundheitsdienst.³ Ein weitverzweigtes Gesundheitswesen benötigt jedoch bevölkerungsbezogene Datengrundlagen, damit es gesundheitspolitisch gesteuert werden kann. Dazu bedarf es einer ordnungsneutralen Instanz, die Informationen für gesellschaftlich wichtige Gesundheitsinterventionen bereitstellt. In den Kommunen erfüllt diese Aufgabe die Gesundheitsberichterstattung im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Im Jahr 1995 ging die Stadt Bielefeld mit der Universität Bielefeld einen Kooperationsvertrag im Rahmen des Modellversuchs „Gesundheitsberichterstattung und regionale Gesundheitspolitik“ ein, um einen modernen Kinder- und Jugendgesundheitsbericht zu erstellen, der sich nicht nur auf die Daten der Schuleingangsuntersuchungen stützte. Diese Kooperation war der Ausgangspunkt für den vorliegenden Bericht, der sich nach der Reform des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Jahr 1998 auf eine veränderte Gesetzesgrundlage stützen kann. Die Gesundheitsberichterstattung gehört seitdem zu den kommunalen Pflichtaufgaben in NRW. Auf diese Grundlage beruft sich die nun vorliegende, aktualisierte und gekürzte Fassung des Bielefelder Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes von 1995.

Die ausgewählten Daten beziehen sich überwiegend auf die Gesundheit, aber auch auf die soziale Lage und die natürliche Umwelt von Kindern und Jugendlichen. Damit wird eine punktuelle Integration von Themen ermöglicht, die sonst von Umweltberichterstattung, Sozialberichterstattung und Gesundheitsberichterstattung für sich bearbeitet werden. Eine wirklich integrierte Gesundheitsberichterstattung – auch Basisgesundheitsberichterstattung genannt – ist aber angesichts der derzeitigen kommunalen Handlungsspielräume nicht realistisch.⁴

Der vorliegende Bericht folgt der bekannten Gliederung von Gesundheitsberichten:

- I. Rahmenbedingungen der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
- II. Sterblichkeit
- III. Krankheitsbilder
- IV. Gesundheitsschutz

Eine Zusammenfassung der zentralen Aussagen des Berichts steht jeweils am Anfang der Kapitel, um insbesondere Personen mit wenig Zeit einen schnellen Überblick zu verschaffen. Am Ende der Kapitel stehen hervorgehoben die gesundheitspolitischen Herausforderungen, die sich aus der Darstellung ergeben. Ihnen werden jeweils die allgemeinen Bielefelder Gesundheitsziele zugeordnet.

¹ Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (1999): Kinder und Jugendliche an der Schwelle zum 21. Jahrhundert. 7. Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung NRW, Düsseldorf, S. 115.

² Entschließung der 8. Landesgesundheitskonferenz NRW (1999): Gesundheit für Kinder und Jugendliche in Nordrhein-Westfalen, S. 3.

³ Meier, Brigitte (1996): Kommunale Gesundheitsberichterstattung: Anforderungen und Risiken einer neuen Arbeitsroutine in Gesundheitsämtern, in: Murza, Gerhard, Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Regionale Gesundheitsberichterstattung. Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung, Weinheim und München, S. 79.

⁴ Cremer, Dirk (2002): Integrierte Gesundheitsplanung und Gesundheitsberichterstattung in der Kommune?, in: Verein für Sozialplanung (VSOP): Integrierte Sozialberichterstattung und Sozialplanung in der Kommune, VSOP-Dokumentation Nr. 12, Speyer, S. 28.

Teil I.
Rahmenbedingungen der
Gesundheit von Kindern
und Jugendlichen

I. Rahmenbedingungen der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Zusammenfassung

Die äußeren Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und ihre langfristigen Wirkungen sind vielfältig. Die Bevölkerungsentwicklung, die Strukturen von Privathaushalten und Familien, die soziale Lage und die natürliche Umwelt werden hinsichtlich gesundheitlicher Aspekte diskutiert.

Die junge Bevölkerung in Bielefeld ist im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung vor allem durch einen größeren Anteil von Migrantinnen und Migranten gekennzeichnet. Bis 2015 wird die Größe der jungen Bevölkerung bei Annahme eines ausgeglichenen Wanderungssaldos nur geringfügig zurückgehen.

Das durchschnittliche Geburtsalter der Frauen in Bielefeld ist angestiegen. Dadurch vergrößert sich das Risiko, dass Kinder zu früh bzw. untergewichtig geboren werden.

Die Strukturen der Haushalte, der Familienstand und die Familien haben sich verändert, so dass heute mit Abstand am häufigsten 1-Personen-Haushalte gezählt werden und Familien ohne Kinder. Die Ehepaare mit Kindern sind nur noch die dritthäufigste Familienform. Die Anzahl der Alleinstehenden mit Kindern und die Zahl der geschiedenen Personen insgesamt ist angestiegen. Trennungen und Scheidungen können bei Kindern und in der Pubertät zu psychosomatischen Erkrankungen führen, insofern keine besonderen Bewältigungsfähigkeiten ausgebildet werden.

Kinder und Familien mit (mehreren) Kindern sind einem großen Verarmungsrisiko ausgesetzt; das größte Armutsrisiko tragen Alleinerziehende. Das Leben in relativer Armut hat Auswirkungen auf die psychosoziale Befindlichkeit der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Die schlechtere Ernährungslage von Kindern und Jugendlichen in sozial prekären Lagen wirkt sich auch auf ihre Gesundheit aus.

Die Arbeitslosigkeit von Heranwachsenden und jungen Erwachsenen kann sich auf den Reifungsprozess auswirken und zu Stressphänomenen und stressbedingten Erkrankungen führen. Im Juni 2002 wird die höchste Zahl

jugendlicher Arbeitsloser in den letzten neun Jahren im Stadtgebiet registriert.

Die natürliche Umwelt ist durch Ruß-, Benzol- und Ozonwerte gekennzeichnet, die gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche haben. Konkrete Risikoabschätzungen für einzelne Bevölkerungsgruppen, z.B. in eng und hochbebauten Straßenabschnitten, existieren in Bielefeld nicht. Ebenso wenig existieren sie hinsichtlich der gesundheitlichen Belastung durch Straßenverkehrslärm, der gewichtigsten Lärmquelle.

Im Jahr 1998 sind 159 Kinder und 961 junge Erwachsene in Verkehrsunfälle verwickelt.

1. Bevölkerungsentwicklung

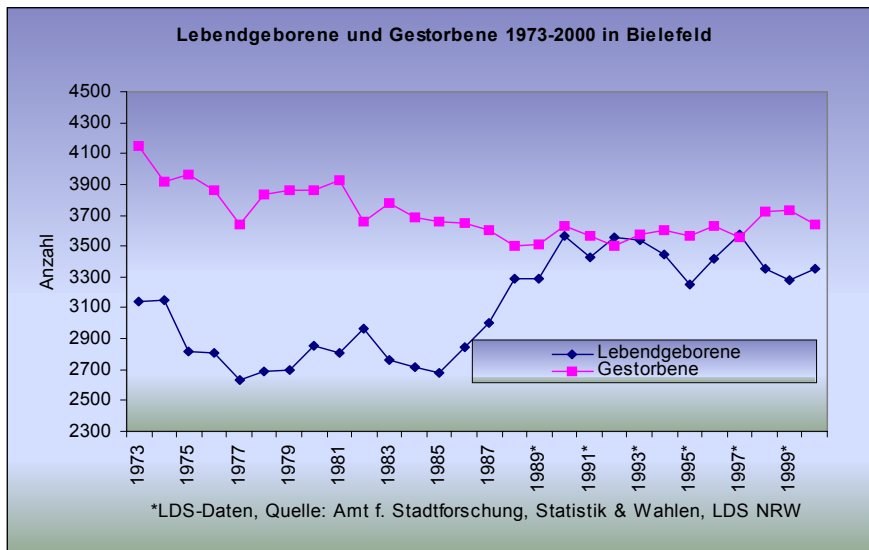
Bielefeld hat Ende 2001 324.539 Einwohner, die überwiegend weiblich sind (52,2%). Davon sind 58.963 Kinder und Jugendliche in einem Alter bis 18 Jahre registriert, deren Anzahl aber kleiner ist als die Anzahl der allgemein als nicht mehr erwerbsfähig- und -tätig gerechneten Einwohnerinnen und Einwohner über 65 Jahre (61.401 Personen). Im Stadtgebiet leben 39.224 Einwohnerinnen und Einwohner „nicht-deutscher“ Herkunft.

Die zwei entscheidenden Faktoren für die Entwicklung der Bielefelder Bevölkerung ist die natürliche Bevölkerungsbewegung durch Geburt und Tod und durch Wanderung.

In Bielefeld existiert seit 1969 der demografische Wandel, der zu grundsätzlichen Veränderungen im Stadtgebiet führen wird, insofern die Wenn-Dann-Aussage, dass im Jahr 2100 im Bielefelder Stadtgebiet nur noch 183.581 Einwohnerinnen und Einwohner leben, auch nur annähernd zutreffend ist.¹

Der Anstieg der Lebenserwartung, die größere Entscheidungsfreiheit bei der Bildung von Nachkommenschaft, die Familienpolitik und andere Faktoren wirken sich auf das natürliche Wachstum der Bevölkerung aus. Die natürliche Schrumpfung der Bielefelder Wohnbevölkerung seit über 30 Jahren ergibt sich daraus, dass von 1969 bis 2000 nur mit Ausnahme von 1992 und 1997 Jahr für Jahr mehr Einwohnerinnen und Einwohnerinnen sterben als geboren werden, zuletzt 3.355 Lebendgeborene zu 3.640 Gestorbenen (Abbildung 1). Dieser Tatbestand wirkt sich bis in die nächsten Jahrzehnte aus. Allerdings ist eine Zunahme der Lebendgeborenen seit Mitte der achtziger bis

Abbildung 1



Anfang der neunziger Jahre zu beobachten, der jedoch wesentlich durch den Anstieg der Wanderungen in diesem Zeitraum zustande kommt und nach aller Berechnung nicht zu einem nachhaltigen Bevölkerungszuwachs in Zukunft führt.²

Die Anzahl der Säuglinge (Alter < 1 J.) geht von 1992 bis 2001 von 3.512 auf 3.201 diskontinuierlich zurück.³ Bis 1998 sind rd. 20% der Säuglinge ausländischer Herkunft, seit dem veränderten Staatsbürgerschaftsrecht von Juli 1999 zuletzt nur noch 7,9%. Damit verändert sich die statistische Zahl, aber nicht die Tatsache, dass ein überproportional großer Anteil der Säuglinge gemessen am Bevölkerungsdurchschnitt in einem Wanderungszusammenhang steht. Das ergibt sich aus dem geringeren Durchschnittsalter der wandernden im Vergleich zu der lange ansässigen Bevölkerung.⁴ Zu den rd. 20% „nichtdeutschen“ Säuglingen wären noch die Säuglinge eingebürgerter und ausgesiedelter Eltern hinzuzuzählen. Der in unseren Breiten geringe, natürliche Bevölkerungszuwachs spiegelt sich in der Entwicklung der

Säuglingsanzahl wider, der inzwischen zu großen Teilen durch ein- oder zugewanderte Eltern bzw. Elternteile entsteht. Nach der Bevölkerungsprognose von 1998 wird sich die Anzahl der Säuglinge bei Annahme eines ausgeglichenen Wanderungssaldos auf 2.783 Säuglinge im Jahr 2015 verkleinern.

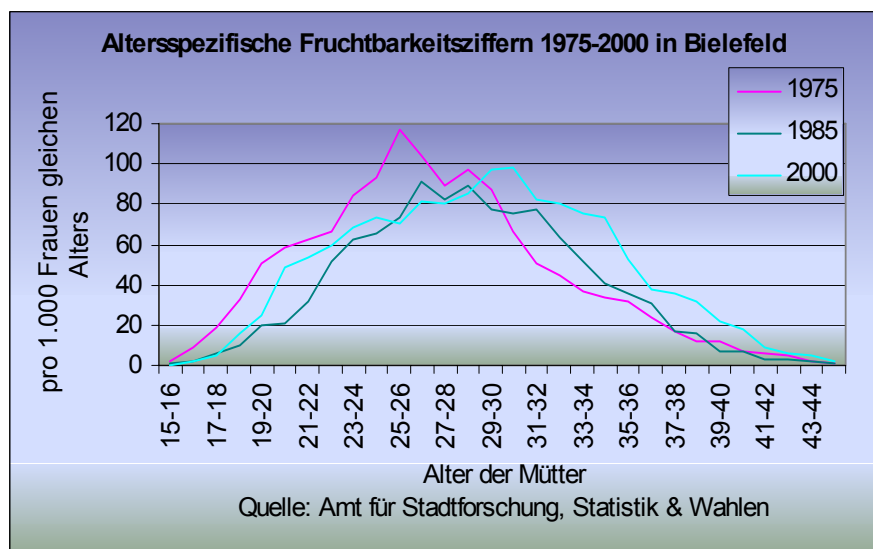
Die Anzahl der Kinder in etwa im einschulenden Alter (6 bis unter 7. Jahre) verringert sich auch diskontinuierlich von 3.176 auf 3.061, der Anteil der Kinder mit feststellbaren Migrationsin-

tergrund beträgt unter ihnen rd. 19%. Für das Jahr 2015 wird die Anzahl der 6- bis unter 7jährigen nach dem ausgeglichenen Wanderungssaldo mit 2.624 Kinder vorhergesagt.

Die Anzahl der 6- bis unter 16jährigen vergrößert sich von 1992 bis 2001 zwar fast kontinuierlich von 30.347 auf 32.922, wird aber nach der Bevölkerungsvorausschätzung auf 28.202 bis 2015 sinken.

Auch unter den 16- bis 18jährigen ist von 1992 bis 2001 ein Zuwachs von 6.258 auf 6.366 festzustellen, der jedoch relativ diskontinuierlich ist. Bis 2015 vergrößert er sich auf 6.718.

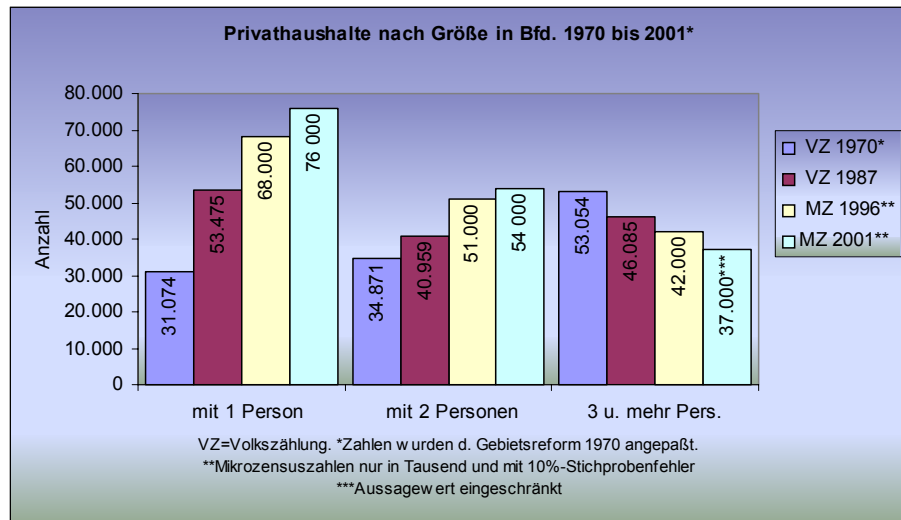
Abbildung 2



Das durchschnittliche Alter der Frauen, die ein Kind bekommen, ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich angestiegen. Der Bericht „Kindergesundheit in Baden-Württemberg“ zeigt, dass dies überwiegend auf verhaltensbedingte Faktoren zurückgeführt werden kann. Aus demografischen Gründen ist es wünschenswert, wenn der Bevölkerungsrückgang abgebremsst wird. Dem stehen Schwierigkeiten der Vereinbarkeit von Familie bzw. Nachkommenschaft und Beruf entgegen. In Bielefeld steigt das Alter, in dem Frauen am häufigsten Kinder zur Welt bringen vom 26. Lebensjahr 1975 auf das 30. Lebensjahr 2000 an, bei gleichzeitigem Rückgang der Lebendgeborenen in diesen Altersgruppen (116,6 pro 1.000 Frauen 1975, 98,2 im Jahr 2000, Abbildung 2).

Das steigende Alter von Müttern ist gesundheitspolitisch von Bedeutung, weil dadurch der Risikofaktor entscheidend wächst, dass eine Frühgeburt stattfindet bzw. sehr untergewichtige Kinder geboren werden: „Die Häufigkeit frühgeborener, d. h. sehr unreif und sehr untergewichtig geborener Kinder nimmt seit 1980 nicht nur in Baden-Württemberg nahezu kontinuierlich zu. Dabei tragen insbesondere Kinder

Abbildung 3



mit sehr niedrigem Geburtsgewicht trotz aller Fortschritte in der Perinatalmedizin nicht nur ein größeres Risiko, noch in der Neugeborenenphase zu versterben, sondern sind darüber hinaus besonders gefährdet, infolge perinatal erworbener Schädigungen des Gehirns, von Sinnesorganen und der Lungen im späteren Leben erheblich beeinträchtigt bzw. behindert zu sein.“⁵ In Teil II. Sterblichkeit wird auf dieses gesundheitspolitische Problem noch mal eingegangen. Dabei zeigt sich, dass die Frühgeburten auch dadurch ansteigen, da es inzwischen medizinisch möglich ist Tot- und Fehlgeburten häufiger zu vermeiden.

Die Entwicklung und Zusammensetzung der jungen Bevölkerung ist also durch einen überdurchschnittlich großen Anteil von Wandern gekennzeichnet; bis 2015 wird sich aber ihr Gesamtanteil nicht gravierend verändern (insbesondere im Vergleich zu den älteren Altersgruppen). Das gestiegene Geburtsalter von Frauen führt zu neuen Schwangerschafts- und Geburtsrisiken, die derzeit nicht medizinisch vermeidbar sind.

2. Haushalts- und Familienstrukturen

Die Haushalts- und Familienstrukturen haben sich in den letzten 30 Jahren

Abbildung 4

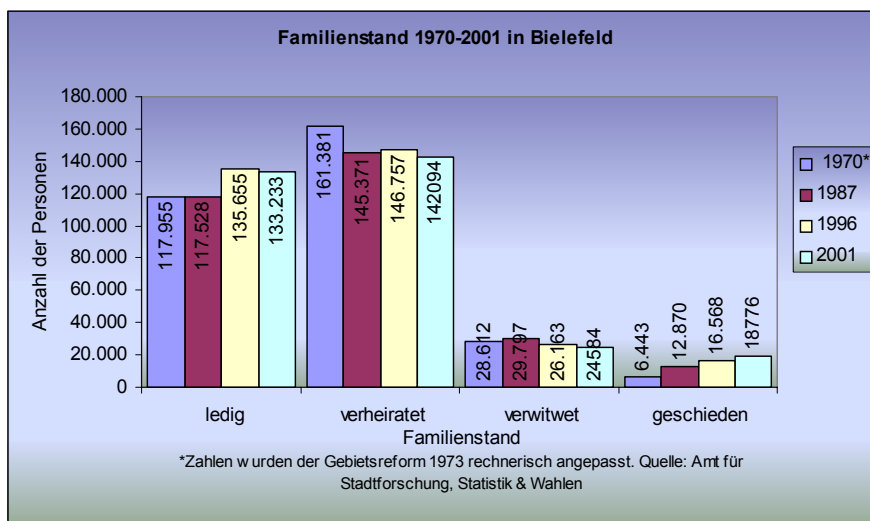
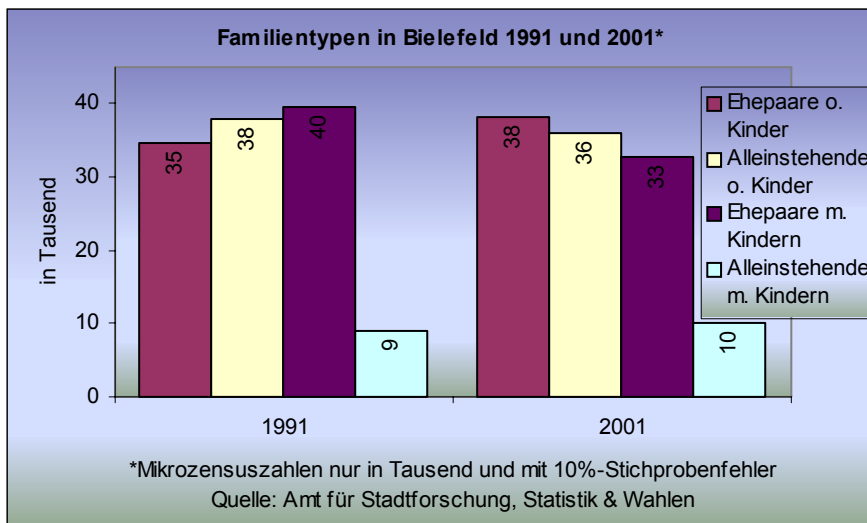


Abbildung 5



stark verändert. Die Lebensformen im Stadtgebiet haben überwiegend keine Kinder mehr. Zugleich hat die Zahl der Scheidungen und der alleinstehenden Elternteile zugenommen, was für Kinder und Jugendliche eine Veränderung ihrer wichtigsten Beziehungen bedeutet. Diese äußerlichen Entwicklungen können sich auf ihre Gesundheit auswirken: „Neuere Untersuchungen zeigen, dass bereits in der Kindheit instabile Eltern-Kind-Beziehungen zu einer unausgeglichenen Stimulierung von Sinnesbereichen und zu emotionalen Defiziten führen können – eine Entwicklung, die auch in der Phase der Pubertät noch Auswirkungen zeigt.

Insbesondere der inadäquate Umgang mit Emotionen gilt als eine der Hauptursachen für die Entstehung psychosomatischer Erkrankungen und psychischer Auffälligkeit. Unter gesundheitsbezogenen Aspekten kommt der Familie somit ein zunehmend kritisch zu betrachtender Stellenwert zu: Häufig sind in diesen Situationen sowohl die Fähigkeiten der Kinder als auch die der Eltern überfordert. Demgegenüber stellen die Herausforderungen, die aus gescheiterten Familienverhältnissen entstehen, durch gelungene Bewältigungsprozesse auch eine Chance zur Entwicklung neuer sozialer Kompetenzen dar.“⁶

Die Struktur der Privathaushalte hat sich in Bielefeld so verändert, dass 1970 der Haushalt mit 3 und mehr Personen der häufigste Haushalt im Stadtgebiet (53.054) ist, jedoch im Jahr 2001 mit Abstand der Haushalt mit einer Person (rd. 76.000, Abbildung 3). Der Familienstand zeigt dabei, dass zwar die Anzahl der verheirateten Personen von 161.381 auf 142.094 geschrumpft ist, aber nach wie vor die

Abbildung 6 Anteile der Bezieher- / -innen von Sozialhilfe (HLU außerhalb) & Leistungen n. AsylBLG an der Bevölkerung 1997 in Bielefeld

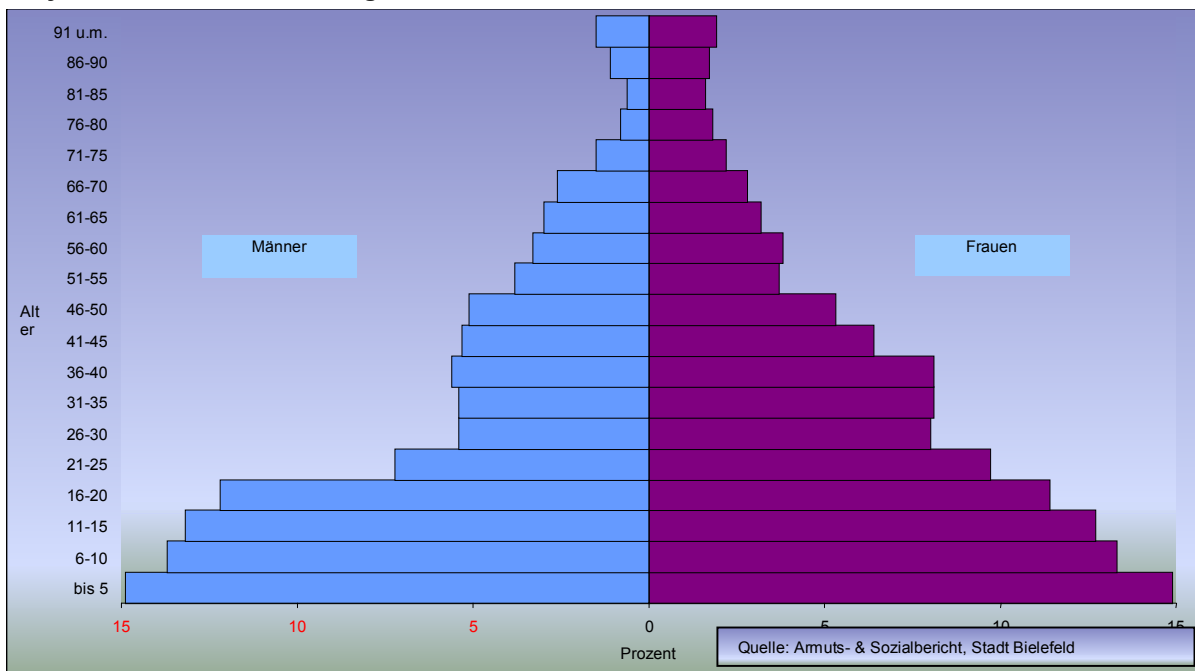


Tabelle 1 Einfluss relativer Armut auf die Ernährung¹

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

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

meisten Personen verheiratet sind (Abbildung 4). Die Zahl der Ledigen ist darunter diskontinuierlich von 117.955 auf 133.233, die Anzahl der Geschiedenen kontinuierlich von 6.443 auf 18.776 angestiegen. Damit zeigen diese Eckwerte eine veränderte Struktur der Lebensformen in Bielefeld, die mit Individualisierung und Pluralisierung der Lebensstile umschrieben werden können. Die Familienstrukturen haben sich dadurch auch verändert. Insgesamt betrachtet, wächst die Zahl der Familien ohne Kinder von 1991 bis 2001 von rd. 73.000 auf rd. 74.000 an, während die weitaus geringere Anzahl der Familien mit Kindern von rd. 49.000 auf rd. 43.000 schrumpft. Im Einzelnen ist 1991 noch das Ehepaar mit Kindern der häufigste Familientypus im Bielefelder Stadtgebiet (rd. 40.000), zehn Jahre später jedoch nur noch der dritthäufigste (rd. 33.000, Abbildung 5). Gleichzeitig steigt die Anzahl der Alleinstehenden mit Kindern von rd. 9.000 auf rd. 10.000 an. Zuletzt sind die Ehepaare ohne Kinder die häufigste Familienform im Stadtgebiet (rd. 38.000), dicht gefolgt von den Alleinstehenden ohne Kinder (rd. 36.000). Damit zeigt sich, dass es insgesamt weniger Familien mit Kindern als Familien ohne Kinder gibt und

dass Kinder und Jugendliche inzwischen häufiger - jedoch nicht am häufigsten - mit Alleinstehenden aufwachsen. Zugleich mag der Familienstand indirekt darauf hin weisen, dass Kinder und Jugendliche häufiger in Familien mit Scheidungs-episoden leben.⁷

3. Relative Armut von Kindern, Jugendlichen & Familien⁸

In der zweiten Ausgabe des „Social Watch Report Deutschland“, der die Einhaltung der 1995 auf dem Weltsozialgipfel in Kopenhagen verabschiedeten Beschlüsse überwacht, wird festgestellt, dass hinsichtlich des Ziels 4 in Deutschland von 2001 bis 2002 einige Fortschritte zur Verbesserung der sozialen Lage von Kindern und Familien durch die zweite Erhöhung des Kindergelds und die Anhebung des Kinderfreibetrags erreicht wird.

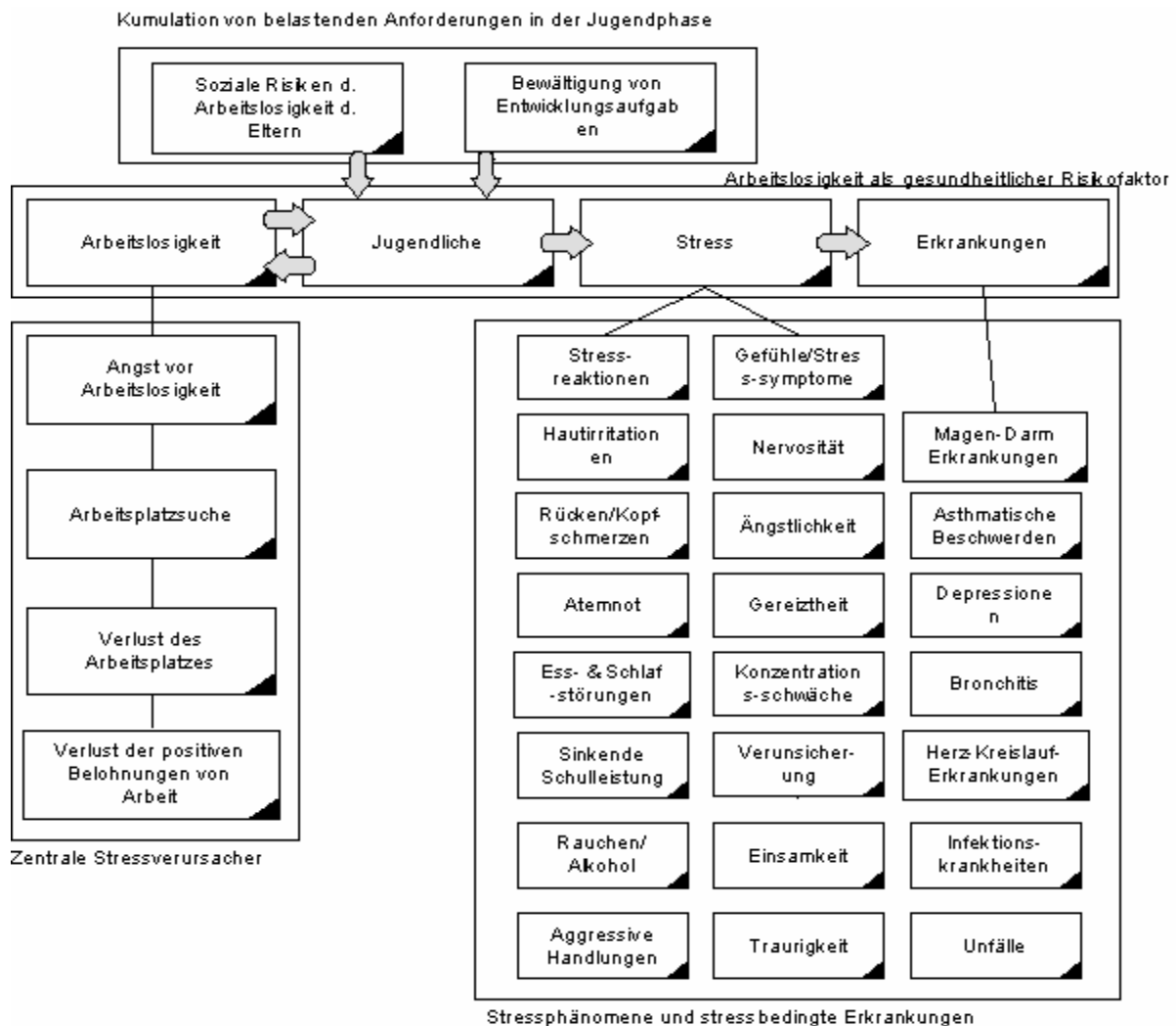
In Hinsicht auf das Ziel 6 stellt er jedoch Stagnation fest, insofern, dass es weiterhin keine Pflichtversicherung von Sozialhilfebeziehern in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung gibt.⁹ Die Bundesregierung hat im April 2001 erstmalig einen Bundesarmuts- und Reichtumsbericht vorgestellt, der 2004 in fortgeschriebener Fassung vorliegen soll. Der Bericht stellt unter anderem fest, dass sich die Einkommensschere geöffnet hat und die armen Haushalte häufig aus Familien mit (mehreren) Kindern bestehen, „darunter überdurchschnittlich viele Haushalte von Alleinerziehenden. 42% der Alleinerziehenden mit 2 oder mehr Kindern leben in relativer Armut (1998, Gesamtdeutschland, arithmetisches Mittel, alte OECD-Skala).“¹⁰

Die sog. „Infantilisierung der Armut“ im Zusammenhang mit der relativen Verarmung von Familien, die mit der Veröffentlichung des zehnten Kinder- und Jugendberichts 1998 und durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Kinderfreibetrag öffentliche Aufmerksamkeit erlangt, wird auch im ersten Bielefelder Armuts- und Sozialbericht – in Auftrag gegeben im September 1996, vorgelegt im

Dezember 2001 – anhand von Sozialhilfeszahlen festgestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Sozialhilfeszahlen im Bericht nur ein „Notbehelf“ sind, weil sie nur Auskunft über die Personen geben, die auch Sozialhilfe in Anspruch nehmen. Die „Dunkelziffer der Armut“ ist nach allen Schätzungen nach wie vor fast genauso groß wie die Zahlen der Bezieherinnen und Bezieher. Dem Bericht nach steigt die Sozialhilfequote der Kinder und Jugendlichen im Alter von bis zu 15 Jahren von 8,6% auf 14% in den Jahren 1991 bis 1997 an. Der Anteil der Kinder, Jugendlichen und Heranwachsenden im Alter bis 20 Jahre, der auf den Bezug von Sozialhilfe angewiesen ist, beträgt an allen Sozialhilfebeziehenden 1997 41,1%. Am größten ist die Sozialhilfedichte in der Altersgruppe der bis 7jährigen Kinder (13,3%, Abbildung 6), die in einzelnen Sozialräumen

Ausprägungen zwischen 20,0 bis 30,2% erreicht.¹¹ Ein ähnliches Bild ergibt sich mit etwas geringeren Sozialhilfedichten für die 7- bis 18jährigen. In beiden Altersgruppen sind darunter die Sozialhilfedichten der Kinder ausländischer Herkunft noch um ein Vielfaches größer. Die größere Betroffenheit von Kindern und Jugendlichen spiegelt sich in den Haushaltsformen wieder: „Das hohe Ausmaß der bekämpften Armut unter Kindern korrespondiert mit der Tatsache, dass ein großer Teil der Fälle mit leistungsbeziehendem Haushaltsvorstand Haushalte mit Kindern waren. Unter den Deutschen waren vor allem Alleinerziehende betroffen. Bei den Nichtdeutschen und Flüchtlingen waren hohe Anteile an Paarhaushalten mit Kindern vertreten. Auch die Fälle der gesondert betrachteten arbeitslosen, sozialhilfebeziehenden Haushaltsvorstände bestanden

Abbildung 7 Risikofaktoren, Stressphänomene und stressbedingte Erkrankungen bei Jugendarbeitslosigkeit



Quelle: Klink (2000)

zu einem großen Teil aus Paarhaushalten mit Kindern (vor allem bei den Nichtdeutschen) bzw. solchen mit einem alleinerziehendem Elternteil.¹² Die einfachen Sozialhilfezahlen geben jedoch nicht die z.T. komplexen Lebenslagen wieder, die sich dahinter verbergen.

Eine sozial prekäre Lage muss für Familien nicht zwangsläufig eine Verschlechterung des Familienklimas und eine gesundheitliche Belastung für die Kinder bedeuten: „Die Verschlechterung von Beziehungs- und Erziehungsklima in der Familie gegenüber den Kindern wird durch die Armutssituation meist nicht ursächlich ausgelöst, sondern es verstärken sich ohnehin schon angelegte Tendenzen. War die Qualität der Familienbeziehungen vor dem Einstieg in Armut gut, dann lässt sich meist auch zumindest eine vorübergehende Armutssituation einigermaßen bewältigen.“¹³ Im Bielefelder Armuts- und Sozialbericht wird ausführlich der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit diskutiert. Allgemein gilt als bestätigt, dass Armut Kinder körperlich und seelisch krank macht.¹⁴ Der Einfluss der sozialen Lage auf die von Kindern und Jugendlichen empfundene psychosoziale Gesundheit wird durchgängig gesehen: „In Armut aufgewachsene Kinder und Jugendliche, weisen eine signifikant höhere psychosoziale Morbidität auf: Ängstlichkeit, Hilflosigkeit und ein geringes

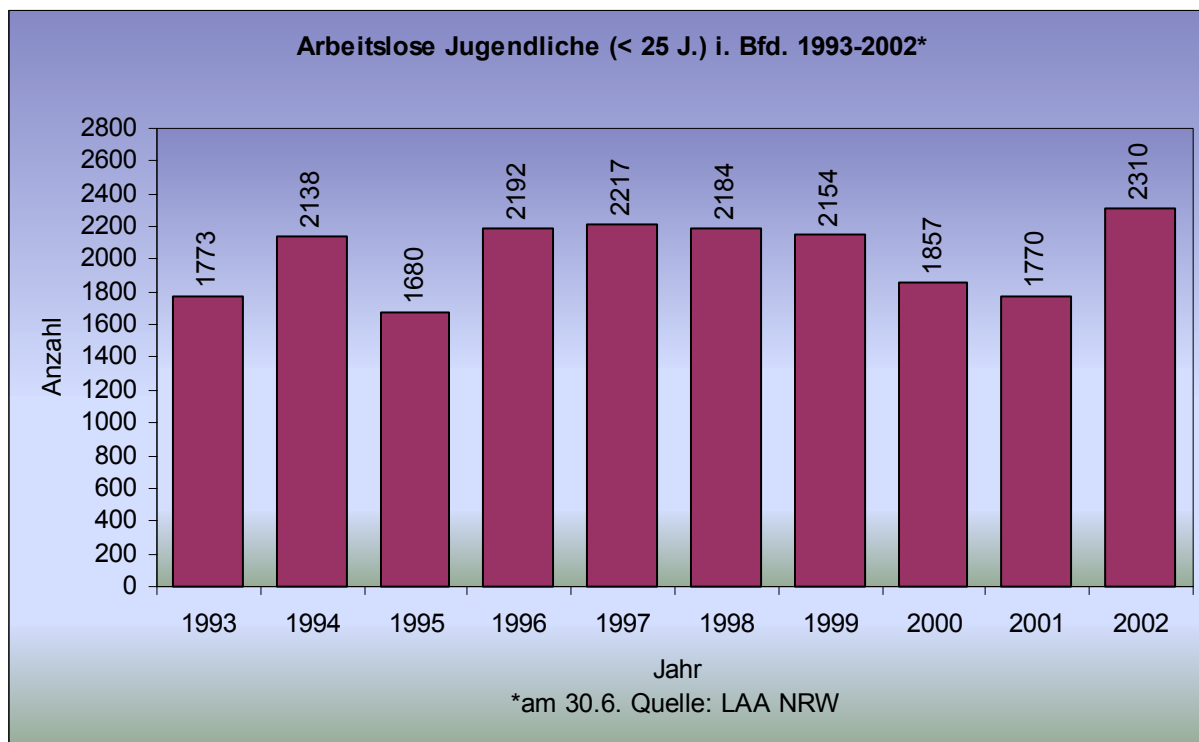
Selbstvertrauen.“¹⁵

Das Leben in sozial benachteiligter Lage steht auch in einem Zusammenhang mit der Ernährung, die sich ihrerseits auf die Gesundheit auswirkt. Bereits bei der vorgeburtlichen Versorgung lassen sich soziale Unterschiede erkennen (Tabelle 1), die über die Zeit weiterbestehen vermögen und dazu führen können, dass die späteren Erwachsenen chronische Erkrankungen ausbilden.

4. Jugendarbeitslosigkeit als gesundheitlicher Risikofaktor

Im Bielefelder Armuts- und Sozialbericht wird auch die gesundheitliche Auswirkung elterlicher Arbeitslosigkeit auf Kinder und Jugendliche und ursprünglich auch die gesundheitliche Auswirkung der jugendlichen Arbeitslosigkeit thematisiert.¹⁶ Jugendarbeitslosigkeit betrifft Menschen in einer wichtigen Entwicklungsphase. Im Vergleich zu beschäftigten Jugendlichen können die arbeitslosen Jugendlichen nicht nur in ihrem Reifeprozess stagnieren, sondern „zugleich treten bei ihnen infolge der Arbeitslosigkeit auch - zum Teil dauerhafte und möglicherweise unumkehrbare - gesundheitliche und psychosoziale Schädigungen auf.“¹⁷ Arbeitslosigkeit kann somit als ein gesundheitlicher Risikofaktor gesehen werden, der in der

Abbildung 8



Jugendphase kumulieren und zu Stressphänomenen und stressbedingten Erkrankungen führen kann (Abbildung 7). Die gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit werden, insbesondere bei Jugendlichen, chronisch unterschätzt.¹⁸

Die Arbeitsamtszahlen geben keine Auskunft über den gesundheitlichen Zustand der Arbeitslosen, insofern sie nicht offiziell Menschen mit Behinderungen sind. Die verdeckte Arbeitslosigkeit oder "stille Reserve" kann in amtlichen Statistiken nicht wiedergegeben werden. Sie ist besonders unter Jugendlichen aus verschiedenen Gründen größer als unter den Arbeitslosen allgemein.¹⁹ In Bielefeld sind Ende Juni 2002 2.310 Jugendliche bis 25 Jahre arbeitslos gemeldet, der Gipfel in den vergangenen neun Jahren (Abbildung 8).

5. Einflüsse der natürlichen Umwelt auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Neben demografischen Aspekten, der familiären und sozialen Lage spielt die natürliche Umwelt eine besondere Rolle für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Sie sind gegenüber Umwelteinflüssen besonders empfindlich, weil ihre Entwicklung etliche Prozesse teilender und differenzierender Zellgewebe umfasst. Diese besondere Empfindlichkeit spiegelt die biologische Entwicklung bzw. ihre Entwicklungsstadien von der Konzeption bis zur Adoleszenz wider. Hinzu kommen spezifische Muster von Gefährdungsgraden, die sich aus der Häufigkeit und Intensität von krankmachenden Umwelteinflüssen ergeben, denen Kinder und Jugendliche ausgesetzt sind.

Die möglichen, krankmachenden Umwelteinflüsse und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind vielfältig, wie auch die Gewissheiten über die Beziehungen zwischen den verschiedenen Umweltfaktoren und den möglichen Erkrankungen unterschiedlich sind: „Beispiele für Umweltfaktoren umfassen leicht flüchtige organische Substanzen, Feinstäube und Partikel, Allergene, Passivrauch, Blei, Quecksilber, PCB, Dioxine, Pestizidrückstände, hormonähnlich wirkende Substanzen, Asbest, mikrobielle Belastung von Nahrungsmitteln, Phthalat, Radioaktivität, UV-Licht, elektromagnetische Felder, Lärm. Erkrankungen, die mit diesen Umweltfaktoren in Zusammenhang gebracht wurden, sind z.B. Atemwegserkrankungen, Allergien,

reproduktive Fehlbildungen, neurologische Störungen, gastrointestinale Erkrankungen, Infektionen, Krebs, Hörschäden, Lernschwierigkeiten sowie immunologische und endokrinologische Probleme.“²⁰

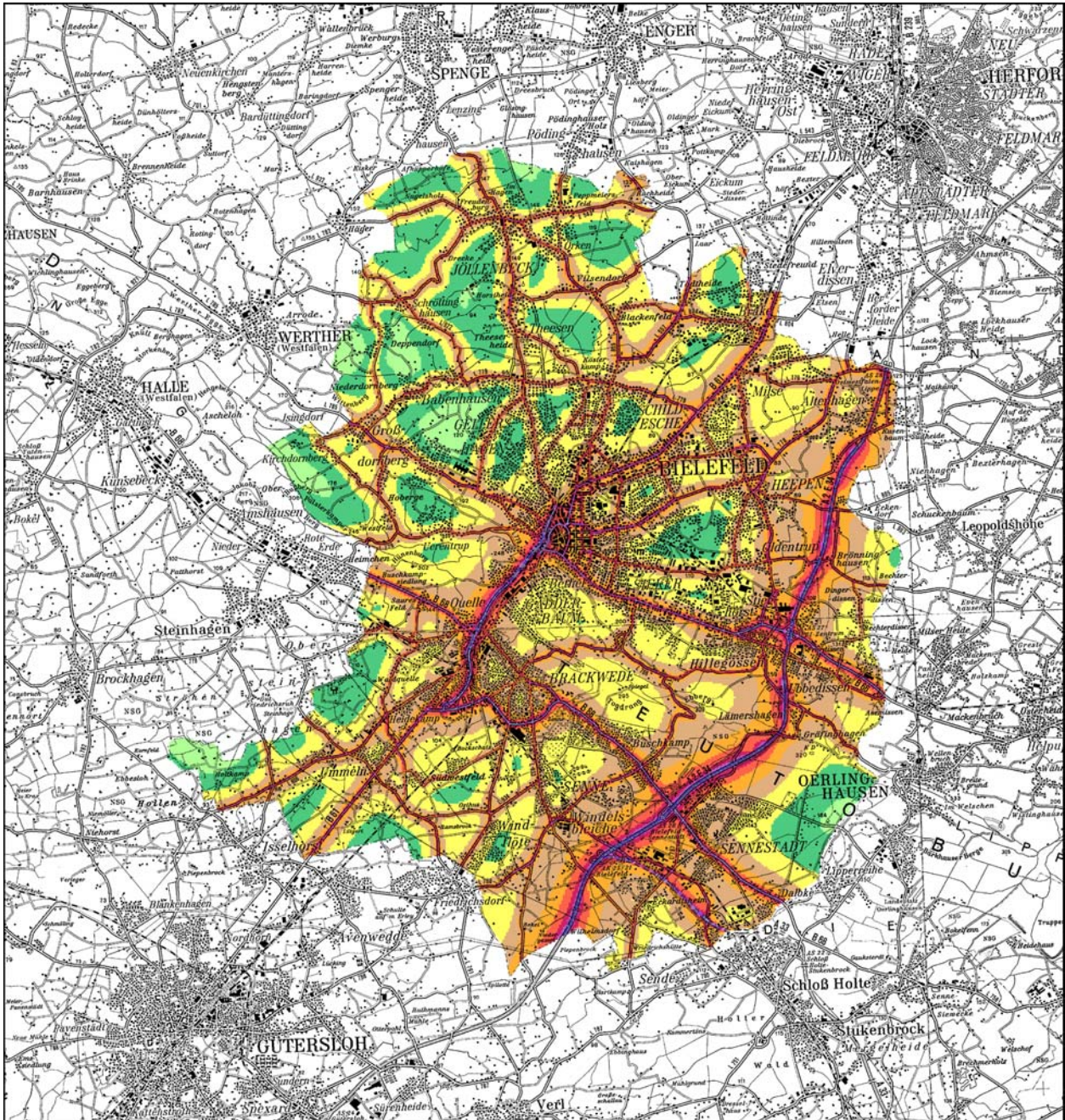
In Westeuropa ist vor allem der Anstieg von chronischen Erkrankungen wie Asthma und Allergien und das vermehrte Auftreten von „neuer Morbidität“ wie Drogenmissbrauch, psychische Störung oder Verletzung als umweltbezogene Gesundheitsgefährdung bedeutsam.

Insgesamt zeigen sich diesbezüglich für die Beschreibung der Bielefelder Situation z.T. beträchtliche Datenlücken. Dennoch werden im Bielefelder Berichtsmodul „Verkehr, Umwelt und Gesundheit“, das 2001 der Kommunalen Gesundheitskonferenz, der Politik und Öffentlichkeit vorgestellt worden ist, hinsichtlich der verkehrsbedingten Umwelteinflüsse, die Gefährdungen der Gesundheit bedeuten können, die folgenden luft-, lärm- und unfallbezogenen Gesundheitsgefährdungen geschildert (Abbildung 9). Zentrale Aussagen des Berichtes lauten:

- Das Stadtklima ist dadurch gekennzeichnet, dass durch den Teutoburger Wald hinsichtlich der Hauptwindrichtung ein großer Teil des dicht bebauten Stadtgebietes im Windschatten liegt. Die Belüftungssituation ist in der Innenstadt zusätzlich durch eine Mulde beeinträchtigt. Das führt dazu, dass die Außenluftbelastung durch verkehrsbedingte Schadstoffe, d.h. die Belastung durch „Kohlendioxid“, „Ozon“, & „Stickstoffdioxid“ weitgehend identisch ist mit den Immissionen in der Ballungsregion Rhein-Ruhr-Gebiet.
- Im Jahr 1997 gibt es 59 t Dieselruß-Emissionen im Stadtgebiet. Bielefeld liegt diesbzgl. auf den 16. Platz der 23 kreisfreien Städte in NRW.
- Der Jahresmittelwert für Benzol ist in den 90er Jahren deutlich zurückgegangen, dennoch liegt er seit Jahren über dem Wert von $2,5 \mu/m^3$, der das Gesamtrisiko durch Luftverunreinigungen an Krebs zu erkranken mit 1:2.500 angibt. Damit bleibt auf einem niedrigen Niveau die Belastung durch einen krebserregenden Stoff bestehen.

- Die Ozonwerte überschreiten Jahr für Jahr den Richtwert des Verbandes der Deutschen Ingenieure von $120 \mu\text{m}^3$, weshalb Gesundheitsgefährdungen durch Ozon nicht ausgeschlossen werden können.
- Lokal können sehr große Anreicherungen

Karte 1 Maximalpegel Straßenverkehr tagsüber (Modellrechnung)



Landesumweltamt NRW



Screening der Geräuschbelastung in Nordrhein-Westfalen


Erläuterungen im Textteil I

© Topographische Karten: LVermA NRW

Bielefeld

2687100.5782500
2659100.5752500

LUA-ID: 102 (Stand 99/10)
GKZ: 5711000

M:  N ↑

Strassenverkehr tags

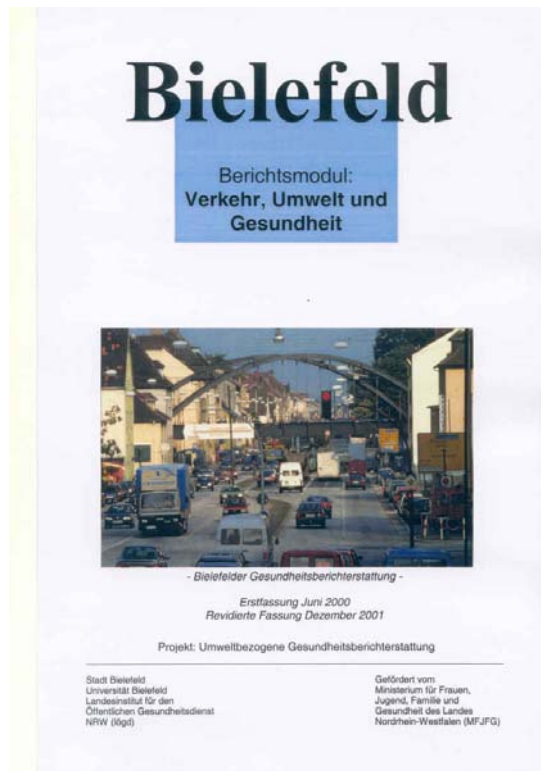
≤35	>50	>70
>35	>55	>75
>40	>60	>80
>45	>65	

Pegel in dB(A)

von KFZ-Abgasen entstehen, insbesondere in hoch und eng bebauten Straßenabschnitten.

Der direkte Nachweis der verkehrsbedingten Luftschadstoffe auf die Gesundheit der Bielefelder Bevölkerung ist jedoch schwierig und es existieren derzeit keine Risikoabschätzungen für die Bevölkerung bzw. einzelne Bevölkerungsgruppen wie Kinder oder Jugendliche,

Abbildung 9



z.B. in einzelnen Stadtgebieten. Dieselrußpartikel, Benzol & polyzyklische aromatische Wasserstoffe sind jedoch als krebserregend bekannt. Auch Lärm kann gesundheitsbelastende Wirkungen zeitigen

- Laut Straßenverkehrslärmkataster von 1989 überschritt die Lärmbelastung an mehr als 280 Straßenabschnitten die Außenlärmpegel über 80/70 dB (A) tags/nachts und damit die Lärmsanierungsgrenze für Wohnnutzung. Das betrifft knapp 52.000 Einwohnerinnen und Einwohner.
- Ca. 10.000 Bielefelderinnen und Bielefelder leben 1989 an 40 Straßenabschnitten

mit Außenlärmpegeln über 80 dB(A) tags bzw. 70 dB(A) nachts.

- Insgesamt wohnen 1989 somit rund 22 % der Bürgerinnen und Bürger in einem Belastungsbereich, in dem längerfristig verschiedene lärmbezogene Krankheitsbilder ausgebildet werden könnten.

Konkrete Risikoabschätzungen, z. B. für Kinder und Jugendliche, die an besonders betroffenen Straßenabschnitten leben, existieren jedoch nicht.

Das Landesumweltamt hat im Jahr 2002 ein Screening nach § 47a des Bundes-Immissionsschutzgesetzes vorgelegt, um den Kommunen zu helfen, ihre Lärminderungspläne aufzustellen. Auf der Grundlage der wichtigsten Geräuschquellen und der Art des Geländes sowie der Bebauung und Schirmung werden Maximalwerte der Geräuschbelastung in einem zu vertretenden Aufwand berechnet und in Kartenform vorgelegt (Karte 1). In der Karte sind diese Maximalpegel (!) hinsichtlich des Straßenverkehrs tags dargestellt.²¹ Demnach zeigen sich diese Lärmpegel entlang der Autobahnen, der Bundesstraßen, dem OWL-Damm, z.T. entlang der Landesstraßen und in einigen innerstädtischen Straßenabschnitten. Das Screening der Geräuschbelastungen beinhaltet ebenfalls keine Risikoabschätzung hinsichtlich der Belastungen für die Gesundheit der Bevölkerung bzw. einzelner Bevölkerungsgruppen wie Kinder & Jugendliche, die in besonders stark befahrenen Straßenabschnitten leben.

Das Berichtsmodul Umwelt, Verkehr und Gesundheit diskutiert weitere Gesundheitsgefährdungen, die sich durch die Wahl des Verkehrsmittels und die Verhaltensweisen im Verkehr (z.B. riskantes Überholen mit Unfallfolge) ergeben.

- Im Gesamtverkehrsentwicklungsplan ist ausgewiesen, dass Problemlagen im Verkehr dadurch entstehen, dass die unterschiedlichen Verkehrsarten sich gegenseitig stören (z.B. Kfz. vs. Fußgänger & Radfahrer). Im Vergleich der 23 kreisfreien Städte zeigt sich jedoch, dass in Bielefeld diesbzgl. keine Auffälligkeiten existieren.
- Die Anzahl der Verkehrsunfälle steigt Mitte der 70er Jahre von ca. 6.000 Unfällen recht kontinuierlich an und ist seit Mitte der 80er Jahre weitgehend konstant. 1998

wurden 10.805 Verkehrsunfälle registriert. An diesen Verkehrsunfällen sind 159 Kinder unter 15 Jahren und 961 junge Erwachsene (18-24 J.) beteiligt.

Die motorischen und koordinativen Fähigkeiten der Kinder gehören zu den problematischen Entwicklungen der Kindergesundheit in den letzten zehn Jahren (vgl. die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen). Dabei spielt die Wohnumgebung eine unmittelbare Rolle. Aktionsräume von Kindern und Jugendlichen werden durch verkehrsreiche Straßen eingeschränkt. Liest man die in Karte 1 dargestellten, maximalen Lärmpegel als Indikator für vielbefahrene Straßen, dann sieht man, dass besonders in der Innenstadt die Aktionsräume durch den Verkehr stark eingeschränkt sind. Das Verkehrsaufkommen, das Unfallrisiko und die verkehrsbedingte Lärmbelastung sind wichtige Einflussgrößen der jeweiligen Wohnumgebung, insbesondere für Kinder und Jugendliche.

Insgesamt bestehen große Datendefizite, die eine angemessene Beschreibung der Gesundheitsgefährdungen durch Umwelteinflüsse auf ausgewählte Bevölkerungsgruppen derzeit verhindern.

Zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen

Zu 1. Bevölkerungsentwicklung

Der große Anteil der Kinder und Jugendlichen ausländischer Herkunft bedarf besonderer Integrationsanstrengungen, die bereits bei Geburt einsetzen müssen.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Gesundheitliche Chancengleichheit

Der leichte Rückgang der jungen Bevölkerung bis 2015 wird die Angebotsstrukturen der versorgenden Gesundheitseinrichtungen verändern. Eine abgestimmte Vorgehensweise ist im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz und auf der Grundlage amtlicher Statistiken (Gesundheitsberichterstattung) möglich.

Das Risiko, dass Kinder zu früh und unterge-
wichtig geboren werden, ist mit dem gestiegenen Lebensalter der Mütter angewachsen. Die medizinischen Anstrengungen sollen sich auf die Rettung dieser Kinder konzentrieren. Zugleich sind kommunale frauen- und famili-

enpolitische Möglichkeiten weiter zu verfolgen, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Lebensgemeinschaft bzw. Nachkommen-
schaft fördern.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Gesundheitliche Chancengleichheit und Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 2. Haushalts- und Familienstrukturen

Die veränderten Haushalts- und Familienstrukturen bedürfen ebenfalls einer begleitenden Familienpolitik, die Gesundheit bei veränderten und wechselnden Familienbeziehungen für Kinder und Jugendliche gewährleistet. Insbesondere die Einrichtungen, die bei Trennung und Scheidung eingreifen, müssen auch die möglichen gesundheitlichen Auswirkungen auf die betroffenen Kinder und Jugendlichen berücksichtigen. Ggf. sind die Interventionskonzepte entsprechend weiterzuentwickeln.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 3. Relative Armut von Kinder, Jugendlichen und Familien

Die sozioökonomisch prekäre Lage vieler Kinder, Jugendlicher, Alleinerziehender, kinderreicher Familien und Familien mit Kindern ausländischer Herkunft bedarf weiterer struktureller Lösungen auf Bundesebene. Auf der kommunalen Ebene sind alle Träger und Einrichtungen angesprochen, ihre gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen weiterzuentwickeln, die helfen, Ängstlichkeit, Hilflosigkeit und das geringe Selbstvertrauen von Kindern und Jugendlichen zu verringern und die zu einer Verbesserung der Ernährungssituation der Kinder, Jugendlichen und kinderreichen Familien in sozioökonomisch prekären Lagen beitragen.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Gesundheitliche Chancengleichheit und Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 4. Jugendarbeitslosigkeit als gesundheitlicher Risikofaktor

Die vielfältigen, kommunalen Maßnahmen der Beschäftigungsträger zur Verringerung der Jugendarbeitslosigkeit gilt es zu stärken und es sollte geprüft werden, inwiefern die stressreduzierenden und gesundheitsvorbeugenden Maßnahmen durch Aktivitäten der Mitglieder

der Kommunalen Gesundheitskonferenz verbessert werden können.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Gesundheitliche Chancengleichheit und Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 5. Einflüsse der natürlichen Umwelt auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Der Einfluss verschiedenster Umweltbelastungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen existiert. In Bielefeld können die völlig verschiedenen Größenordnungen dieser Belastungen jedoch nicht eingeschätzt werden. Zur Verbesserung der Datenlage werden deshalb bevölkerungsbezogene Risikoabschätzungen im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten (z.B. im Lärminderungsplan) vorgeschlagen. Ansatzpunkt sollten die verkehrsbedingten Umweltbelastungen in vielbefahrenen, hoch und eng bebauten Straßenabschnitten sein.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung und Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

¹ Stadt Bielefeld (1972): Statistisches Jahrbuch 1972 und Birg, Herwig (1998): Nationale und internationale Rahmenbedingungen der Bevölkerungsentwicklung Bielefelds im 21. Jahrhundert, in: Bielefeld 2000plus, Diskussionspapier Nr. 2. Die Wenn-Dann-Aussage zur Bevölkerungsentwicklung unterstellt, dass es jährlich einen Wanderungsgewinn von 877 Einwohnerinnen und Einwohnern gibt.

² Stadt Bielefeld (2001): Armuts- und Sozialbericht, S. 24

³ Die Darstellung einzelner Altergruppen basiert im Unterschied zu den vorgenannten Zahlen auf Angaben des Landesamts für Datenverarbeitung und Statistik. Sie weichen unerheblich von den Angaben des Amt für Stadtforschung, Statistik und Wahlen Bielefeld ab.

⁴ Vgl. Stadt Bielefeld (2001): Armuts- und Sozialbericht, S. 20.

⁵ Sozialministerium Baden-Württemberg (2000): Kindergesundheit in Baden-Württemberg, S. 14.

⁶ Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (2002): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, S. 21.

⁷ Die Zahl der Alleinerziehenden im Stadtgebiet von Bielefeld kann auf der Grundlage des Mikrozensus nicht gesichert festgestellt werden.

⁸ Relative Armut ist Armut in Bezug auf historisch ausdifferenzierte Lebensstandards. Verschiedene

Kriterien werden zur Berechnung verwendet. Im Gegensatz zur absoluten Armut ist das Leben nicht unmittelbar durch Tod bedroht.

⁹ Die Entwicklung der Zielerreichung wird durch fünf Kategorien bewertet: Erhebliche Fortschritte, einige Fortschritte, Stagnation, einige Rückschritte, erhebliche Rückschritte. Der Weltgipfel für soziale Entwicklung in Kopenhagen 1995 endete in der Verpflichtung der Teilnehmerstaaten (darunter auch Deutschland) auf 10 Ziele. Das Ziel 4 lautet: „Wir verpflichten uns die soziale Integration zu fördern, indem wir uns für den Aufbau stabiler, sicherer und gerechter Gesellschaften einsetzen, die auf der Förderung und dem Schutz der Menschenrechte sowie der Nichtdiskriminierung, der Toleranz, der Achtung der Vielfalt, der Chancengleichheit, der Solidarität, der Sicherheit und der Teilhabe aller Menschen, einschließlich schwacher und benachteiligter Personen, beruhen.“ Das Ziel 6 lautet: „Wir verpflichten uns die Ziele des allgemeinen und gerechten Zugangs zu einer guten Bildung, des höchsten erreichbaren körperlichen und geistigen Gesundheitszustands und des Zugangs aller Menschen zur gesundheitlichen Grundversorgung zu fördern und zu verwirklichen, indem wir besondere Anstrengungen unternehmen werden, um Ungleichheiten im Hinblick auf soziale Verhältnisse zu beheben, ohne Unterschied nach Rasse, nationaler Herkunft, Geschlecht, Alter oder Behinderung; unsere gemeinsame Kultur wie auch unsere jeweilige kulturelle Eigenart zu achten und zu fördern; danach zu trachten, die Rolle der Kultur in der Entwicklung zu stärken; die unabdingbaren Grundlagen für eine bestandsfähige Entwicklung, in deren Mittelpunkt der Mensch steht, zu erhalten; und zur vollen Erschließung der Humanressourcen und zur sozialen Entwicklung beizutragen. Das Ziel dieser Aktivitäten besteht darin, die Armut zu beseitigen, eine produktive Vollbeschäftigung zu fördern und die soziale Integration zu begünstigen.“ Quelle: <http://www.bmz.de>.

¹⁰ Richter, Saskia (2002): Kopenhagen +7: Im verflixten siebten Jahr? Sozialpolitische Entwicklungen bei der Bekämpfung von Armut, Ausgrenzung, Arbeitslosigkeit in Deutschland 2001 und 2002, in: Deutsches NRO-Forum Weltsozialgipfel (Hrsg.): Social Watch Report Deutschland / Nr. 2, S. 8. Die Berichterstattung „Social Watch“ wird von über 350 Nichtregierungsorganisationen in vielen Ländern der Welt getragen (www.socialwatch.org).

¹¹ Stadt Bielefeld (vorgelegt 2001): Armuts- und Sozialbericht, S. 104, S. 192 und S. 199

¹² Stadt Bielefeld (2001): Armuts- und Sozialbericht, S. 112

¹³ Hurrelmann, Klaus (2000): Gesundheitsrisiken von sozial benachteiligten Kindern, in: Altgeld,

Thomas, Hofrichter, Petra (Hrsg.): Reiches Land – kranke Kinder?, Frankfurt am Main, S. 26.

¹⁴ Stadt Bielefeld (2001) : Armuts- und Sozialbericht , S. 162-173

¹⁵ Robert Koch-Institut u. Statistisches Bundesamt (2001): Armut bei Kindern u. Jugendlichen, Heft 03/01, Berlin, S. 9.

¹⁶ Stadt Bielefeld (2001): Armuts- und Sozialbericht, S. 165ff, S.

¹⁷ Klink, Frauke und Kieselbach, Thomas (1987): Jugendarbeitslosigkeit als gesundheitlicher Risikofaktor, in: Bremer Studien zur Sozialpsychologie, S.12.

¹⁸ Klink, Frauke (2000): Psychosoziale und gesundheitliche Auswirkungen bei von Arbeitslosigkeit betroffenen und bedrohten Jugendlichen – geschlechtsspezifisch betrachtet, in: Altgeld, Thomas, Hofrichter, Petra (Hrsg.): Reiches Land – kranke Kinder?, S. 43-64.

¹⁹ Stadt Bielefeld (2001): Armuts- und Sozialbericht, S.160.

²⁰ von Ehrenstein, Ondine und Rehfuss, Eva (2001): Kinderumwelt – Kindergesundheit: Zeit zum Handeln, in: Forum Kinder – Umwelt und Gesundheit, Dokumentation einer Tagung im Rahmen des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit, München, S. 20-21.

²¹ Die Karte ist wie folgt zu lesen: „Die Immissionen werden so ermittelt, dass die Ergebnisse eher zu hohe Belastungen ausweisen; dazu werden in Zweifelsfällen die Emissionen nach oben abgeschätzt; die Minderungen bei der Ausbreitung werden eher zu gering angesetzt. Die Ergebnisdarstellungen sind deshalb so zu lesen, dass die wirklichen Pegel die dargestellten Pegel eher unterschreiten, selten jedoch überschreiten können.“ Landesumweltamt NRW (2000): Erläuterungen zum Screening der Geräuschbelastung in NRW, Düsseldorf, S.4.

Teil II.

Sterblichkeit

II. Sterblichkeit

Zusammenfassung

In Bielefeld ist seit 1996/1998 eine überdurchschnittlich große Säuglingssterblichkeitsrate festzustellen, die sich aus überdurchschnittlich großen Frühsterblichkeits- und Nachsterblichkeitsraten ergibt. Zuletzt geht die Säuglingssterblichkeitsrate allerdings wieder auf das Niveau der kreisfreien Städte zurück.

Die häufigsten Todesursachen im Säuglingsalter sind der Plötzliche Säuglingstod (23%), angeborene Anomalien (22%) und die Neugeborenen mit extremer Unreife (22%).

Die Zahl der untergewichtig Lebendgeborenen steigt im Mittel der kreisfreien Städte, liegt aber in Bielefeld unter dem Durchschnitt und geht sogar zurück.

In Bielefeld ist die Lebenserwartung bei Geburt größer als im Durchschnitt der nordrhein-westfälischen Städte. In der zweiten Hälfte der neunziger Jahre sinkt sie allerdings, so dass der Abstand zum Mittel der Städte geringer wird. Dies wird in Teilen mit der vorübergehend großen Säuglingssterblichkeit erklärt. Die Lebenserwartung der Männer beträgt 74,6

Jahre und ist geringer als die Lebenserwartung der Frauen (80,1 Jahre). Der Abstand zwischen den Geschlechtern verringert sich jedoch von 1993/1995 bis 1998/2000 von 5,9 auf 5,5 Jahre.

1. Säuglingssterbefälle

Die Säuglingssterbefälle als Indikator für den Zustand von Hygiene und Gesundheitsversorgung geben in den entwickelten Ländern diesbezüglich nur noch wenig Auskunft, da im Vergleich zu wenig entwickelten Ländern ein um ein Vielfaches höheres Maß an Hygiene und medizinischer Versorgung existiert, so dass Infektionskrankheiten und Ernährungsstörungen als Ursache von Säuglingstoden weitgehend nicht mehr auftreten. Folglich ist hier die Sterblichkeitsrate von Säuglingen niedrig und wird seit mehr als 20 Jahren zu einem großen Teil auf angeborene Fehlbildungen und häufig auf den Plötzlichen Kindstod zurückgeführt. Säuglingssterblichkeit bezeichnet die im ersten Lebensjahr Gestorbenen, bezogen auf die Lebendgeborenen eines gleich langen Zeitraums. Der Sterbeort der Säuglinge ist der Wohnort ihrer Mütter.

Abbildung 10

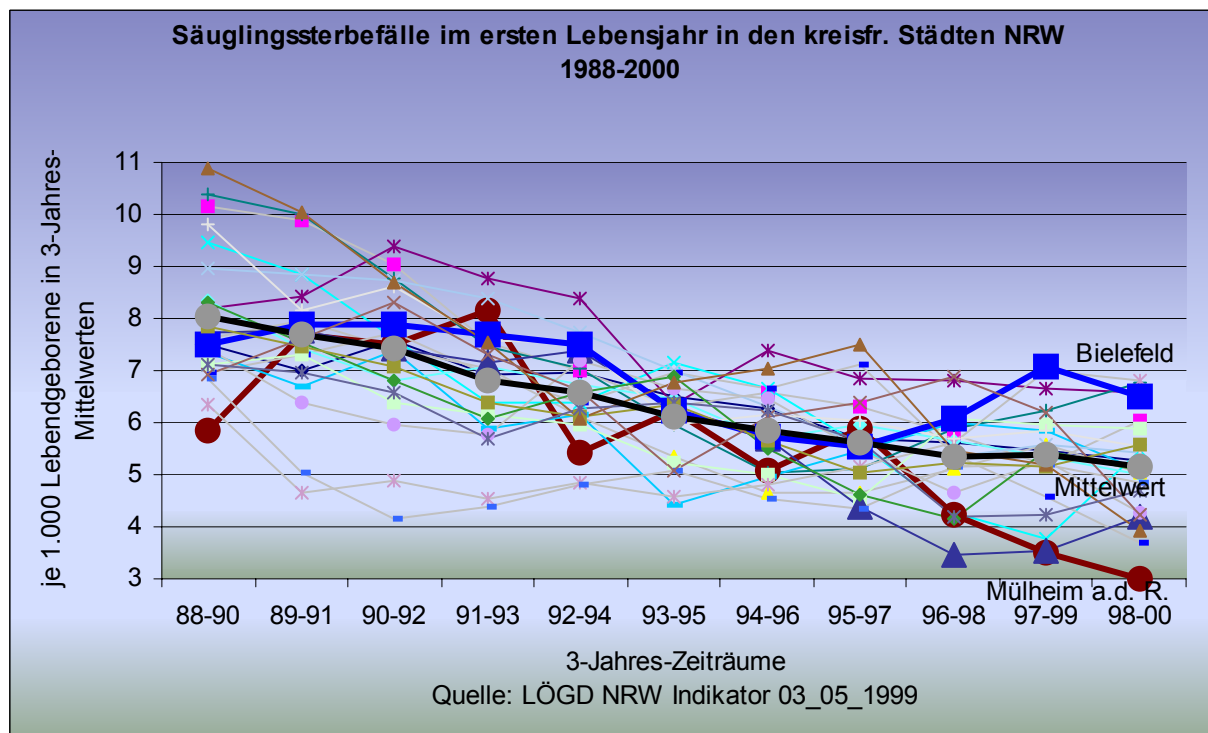
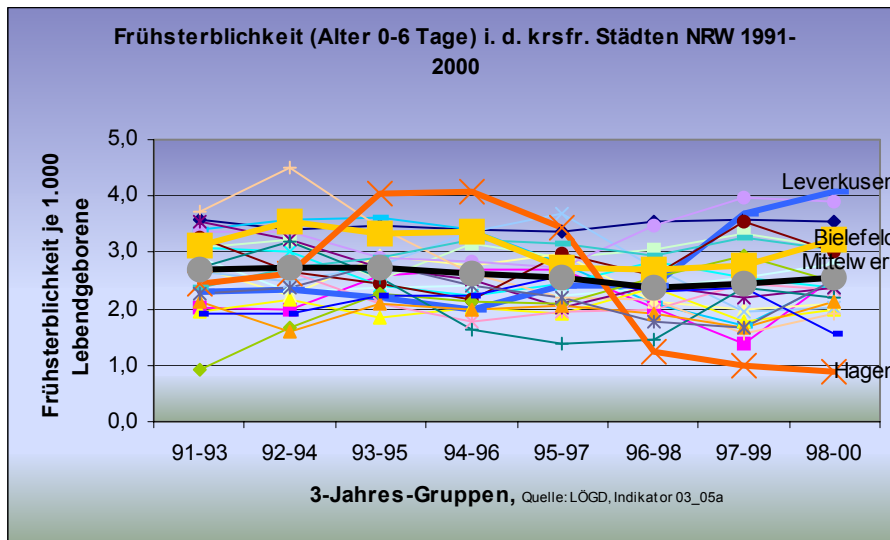


Abbildung 11



reich der Säuglingssterbefälle in den kreisfreien Städten in NRW, allerdings hinter den Städten Oberhausen, Leverkusen (jeweils 6,8) und Mönchengladbach (6,6). Nachrichtlich geht aber der 3-Jahres-Mittelwert 1999-2001 auf 5,7% zurück (nicht in Abbildung 10 dargestellt), so dass in etwa das Mittel der Städte erreicht wird. Es ist weiter zu klären, wie es zu der vorübergehend hohen Säuglingssterblichkeitsrate kommt.

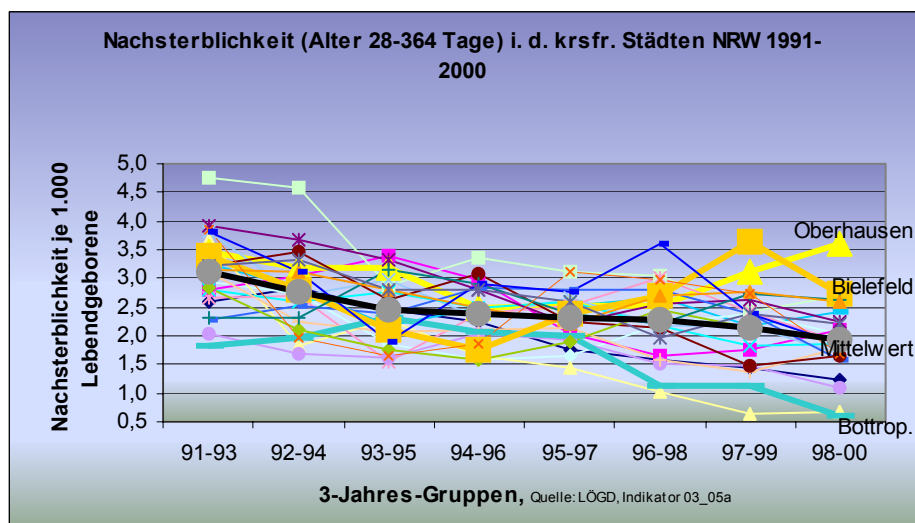
1.1.1. Frühsterblichkeit

1.1. Entwicklung der Säuglingssterbefälle

Die *Säuglingssterbefälle* verkleinern sich im Mittel der kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen im gesamten Betrachtungszeitraum - d.h. in den zwölf Jahren von 1988 bis 2000 - von 8,1 auf 5,2 pro 1.000 Lebendgeborene (Abbildung 10). Damit setzt sich ein Trend fort, der seit mehr als 30 Jahren existiert. In Bielefeld liegt die Quote häufiger über als unter dem Mittelwert der Städte. Über den gesamten Betrachtungszeitraum verringert sie sich nur von 7,5 auf 6,5 pro 1.000 Lebendgeborene, dabei erreicht sie in den Jahren 1989-1991 und 1990-1992 ihre größte (7,9) und in den Jahren 1990-1992 ihre kleinste Ausprägung (5,5). Seitdem ist ein Anstieg der Säuglingssterblichkeitsrate in den Jahren 1997-1999 auf 7,1 festzustellen - die größte Ausprägung in diesen Jahren im Vergleich zu allen anderen kreisfreien Städten (!) - , der jedoch zuletzt auf 6,5 pro 1.000 Lebendgeborene zurückgeht. Damit liegt Bielefeld immer noch im oberen Be-

In der weiteren Betrachtung zeigt sich, dass die Säuglingssterblichkeit häufig durch Todesfälle in den ersten 7 Lebenstagen – als sog. *Frühsterblichkeit* - auftritt. Die Frühsterblichkeit hat sich von 1991 bis 2000 in den kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens nur um 0,1 Prozentpunkte verringert, und zwar von 2,7 auf 2,6 pro 1.000 Lebendgeborene (Abbildung 11). In Bielefeld liegt die Frühsterblichkeitsrate im gesamten Zeitraum über dem Mittelwert der kreisfreien Städte. Nach einem Rückgang von 3,5 Fälle in den Jahren 1992-1993 auf 2,7 Fälle in den Jahren 1995-1998, ist seitdem ein Anstieg zu verzeichnen auf zuletzt 3,2 Fälle

Abbildung 12



pro 1.000 Lebendgeborene. Damit hat Bielefeld nach Leverkusen (4,1), Aachen (3,9) und Düsseldorf (3,6) die vierthöchste Frühsterblichkeitsrate.

1.1.2. Spätsterblichkeit

Die Ausprägung der *Spätsterblichkeit*, d.h. der im Alter von 7- 27 Tage gestorbenen Säuglinge, ist kleiner als die der Frühsterblichkeit. Sie verringert sich im gesamten Zeitraum im Mittel der kreisfreien Städte in NRW von 1,0 auf 0,7 Fälle pro 1.000 Lebendgeborene und liegt in Bielefeld fast immer unter dem Mittel der kreisfreien Städte. Nach einem Tiefpunkt 1995/1997 mit 0,4 Fällen pro 1.000 Lebendgeborene, bleibt die Quote bis 1997/1999 bei 0,7 Fällen und verringert sich zuletzt auf 0,6 Fälle. Damit ist die Spätsterblichkeitsrate unbedeutend bei der Erläuterung der großen Säuglingssterblichkeitsrate.

1.1.3. Nachsterblichkeit

Die *Nachsterblichkeit*, definiert als Säuglingssterbefälle im Alter von 28-364 Tage, verringert sich deutlicher als die Früh- und Spätsterblichkeit im Betrachtungszeitraum im Mittel der kreisfreien Städte, und zwar kontinuierlich von 3,1 um 1,2 Prozentpunkte auf 1,9 Fälle pro

1.000 Lebendgeborene (Abbildung 12). In den Jahren 1993 bis 1996 liegt die Bielefelder Nachsterblichkeitsrate unter dem Mittelwert, steigt dann jedoch stark an und erreicht 1997-1999 die größte Ausprägung aller Nachsterblichkeitsraten der Städte: 3,6 Fälle pro 1.000 Lebendgeborene. Der letzte 3-Jahres-Mittelwert beträgt 2,7 Fälle, ist jedoch der zweitgrößte Wert der kreisfreien Städte.

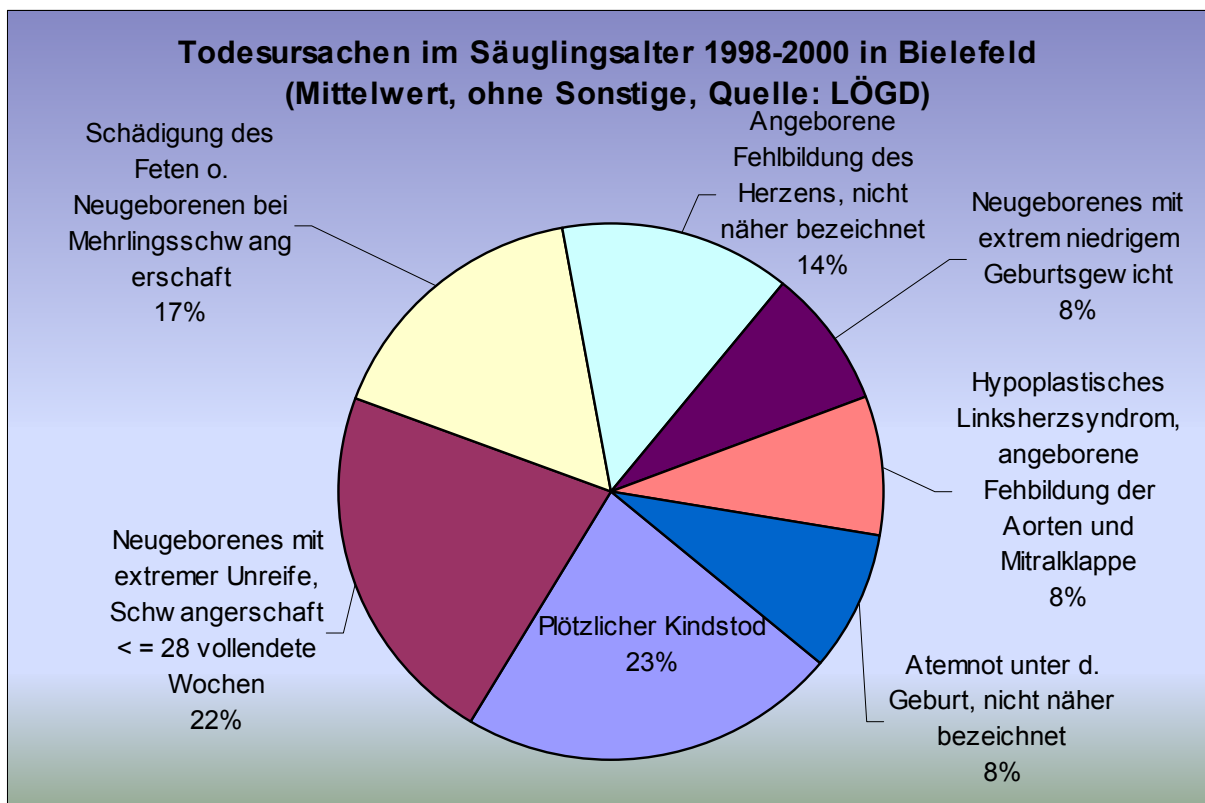
Damit zeigt sich, dass sich die überdurchschnittlich große Säuglingssterblichkeitsrate zuletzt aus Frühsterblichkeit und Nachsterblichkeit zusammensetzt und diese teilweise dazu beitragen, dass die hohe Lebenserwartung in Bielefeld kurze Zeit von einem Rückgang gekennzeichnet ist und z.T. stagniert (s.u.). Welche Todesursachen können möglicherweise im Säuglingsalter für die hohe Säuglingssterblichkeit verantwortlich gemacht werden?

2. Häufigste Todesursachen im Säuglingsalter

2.1. Angeborene Fehlbildungen

Angeborene Fehlbildungen sind Formverän-

Abbildung 13



derungen eines Organs, Organteils oder einer größeren Körperregion, infolge einer fehlerhaften - genetisch oder chromosomal veränderten - Anlage oder infolge einer schädigenden, krankheitserregenden Ursache infektiöser, physikalischer oder chemischer Art, „d.h. eine ursprünglich normale Organentwicklung wird durch den schädigenden Einfluss unterbrochen.“¹ Spina bifida, Hirnlosigkeit, Wasserkopf, Klumpfuß sind Beispiele neben vielen anderen für sog. angeborene Fehlbildungen, die bei etwa 3-5% der Neugeborenen auftreten. Rd. 20% dieser Fehlbildungen sind als schwerwiegend zu betrachten.

Die angeborenen Fehlbildungen gehören zur überwiegenden Todesursache im Säuglingsalter und sie sind ein Hauptgrund für spätere Behinderungen. Ohne Berücksichtigung der anlagenbezogenen Komponente, werden die sog. angeborenen Fehlbildungen für mehr als 50% der Behinderungen von Kindern verantwortlich gemacht.² Die strukturellen Geburtsdefekte werden in der Regel bereits während der Schwangerschaft oder bei Geburt bemerkt. In Bielefeld sterben in den Jahren 1998/2000 rd. 22% der Säuglinge an Fehlbildungen (Fehlbildung des Herzens sowie der Aorten und Mitralklappe, Abbildung 13), eine Größenordnung, die nicht außergewöhnlich ist und nicht die große Säuglingssterblichkeit erklärt.

2.2 Der Plötzliche Kindstod

Der *Plötzliche Säuglingstod*, auch Plötzlicher Kindstod oder Krippentod genannt, tritt unerwartet bei anscheinend gesunden Babys ein - meist während des Nachtschlafes. Betroffen sind vor allem Babys im ersten Lebensjahr, besonders häufig zwischen dem zweiten und vierten Lebensmonat. Trotz weltweiter, intensiver Forschung können die Ursachen des Plötzlichen Säuglingstodes bisher nicht endgültig geklärt werden, was veranschaulicht, dass viele andere Erkrankungen bzw. Todesursachen im Säuglingsalter weitestgehend erklärt sind und bekämpft werden können und eine sehr geringe Säuglingssterblichkeit in unseren Breitengraden zur Folge haben. Clostridium botulinum ist ein durch Nahrung, z.B. Honig, übertragener, natürlicher Krankheitserreger (in Form von Sporen), der eine kindliche, bakterielle Lebensmittelvergiftung verursachen kann, die von einer milden Erkrankung bis zum Plötzlichen Kindstod reichen kann - 5% der Plötzlichen Kindstode werden auf Clostridium botulinum zurückgeführt. Mütterliches Rauchen ist weitaus bedeutender als Risikofaktor für den Plötzlichen Kindstod als der vernach-

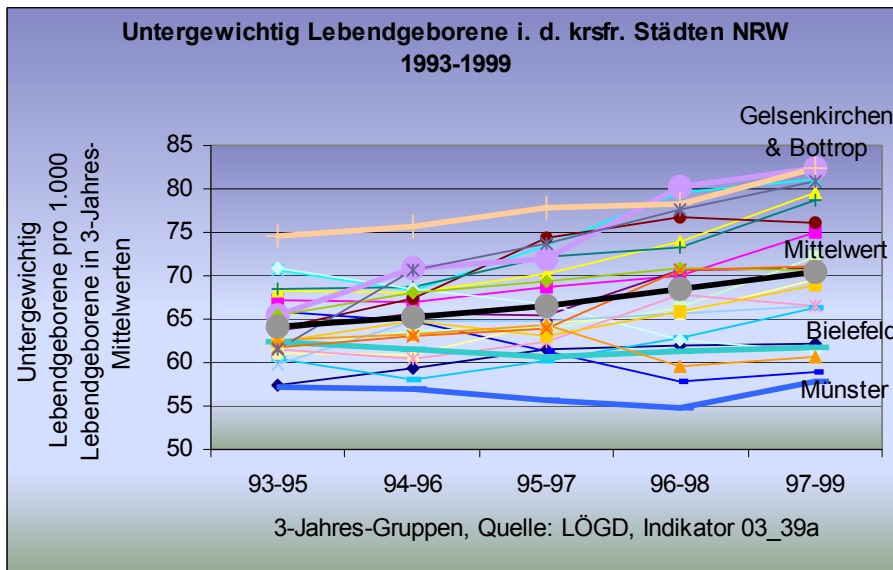
lässigbare Krankheitserreger, weil mütterliches Rauchen - vorgeburtlich *und* nachgeburtlich - das Risiko um das Zwei- bis Dreifache erhöht, dass ein Kind am Plötzlichen Kindstod stirbt. Der Tabakrauch in der Umgebung allgemein steigert das Risiko, dass ein Kind durch den Plötzlichen Kindstod hinscheidet. Insgesamt gesehen, wird das Rauchen für 60% der plötzlichen Kindstode verantwortlich gemacht.³ Die Pilotstudie des Landes Nordrhein-Westfalen und eine darauf aufbauende grundlegende Untersuchung zeigt, dass der Plötzliche Kindstod auch mit den folgenden Risikofaktoren zusammenhängt: das Schlafen des Kindes in Bauchlage im ersten Lebensjahr; Überwärmung (und Wärmestau) des Kindes, z.B. aufgrund der Verwendung eines Schlafsackes mit Kapuze; Übernachtung nicht im elterlichen Schlafzimmer; eine Stillzeit von weniger als 6 Monaten.⁴ Rd. 23% der Säuglinge in den Jahren 1998-2000 versterben in Bielefeld am Plötzlichen Säuglingstod. Auch dies ist keine unreguläre Todesursache, die eine erhöhte Säuglingssterberate in Bielefeld erklären kann.

In Hinsicht auf die Todesursachen ist außerdem noch die große Zahl der sehr unreifen Frühgeburten (22%) zu nennen sowie die Zahl der Neugeborenen mit extrem niedrigem Geburtsgewicht (8%), die durch die Entwicklungen in der Medizin und das gestiegene Gebäralter der Mütter auftreten. Insbesondere die Fehl- und Totgeburten können inzwischen medizinisch häufiger verhindert werden, mit der Folge, dass die Zahl der sehr früh und unreif geborenen Säuglinge zunimmt, so dass sich jedoch die Zahl der Säuglingssterbefälle vergrößert, weil die sehr früh und unreif Geborenen einer größeren Sterbewahrscheinlichkeit ausgesetzt sind.⁵ Ein großer Teil der verstorbenen Säuglinge wird auch der Literatur nach auf ein niedriges Geburtsgewicht zurückgeführt.⁶ Hier liegt wahrscheinlich ein Grund in der vorübergehend sehr großen Säuglingssterblichkeitsrate in Bielefeld, die in Verbindung mit der Einrichtung einer Frühgeborenen-Intensivstation in der Kinderklinik der Krankenanstalten Gilead gGmbH zustande kommt.

3. Untergewichtig Lebendgeborene

Untergewichtig Lebendgeborene sind definiert als Neugeborene mit einem Geburtsgewicht bis 2.499 Gramm. Das Geburtsgewicht ist das nach der Geburt nach Möglichkeit innerhalb der ersten Lebensstunde festgestellte Gewicht. Das veränderte Geburtenverhalten - insbeson-

Abbildung 14



Bielefeld ist dieser Trend jedoch anhand der Zahlen nicht zu erkennen. Die Quote der untergewichtig Lebendgeborenen liegt hier im gesamten Zeitraum unter dem Mittel der Städte und der Abstand zu ihm vergrößert sich erfreulicherweise. Anfangs wird mit 62,4 Fällen pro 1.000 Lebendgeborenen der Gipfel erreicht. Der Tiefpunkt liegt bei 60,5 Fällen 1995/1997. Seitdem findet ein Anstieg auf zuletzt 61,7 Fälle statt. Bielefeld steht damit an fünfter Stelle

der 23 kreisfreien Städte mit den niedrigsten Quoten von untergewichtig Lebendgeborenen.

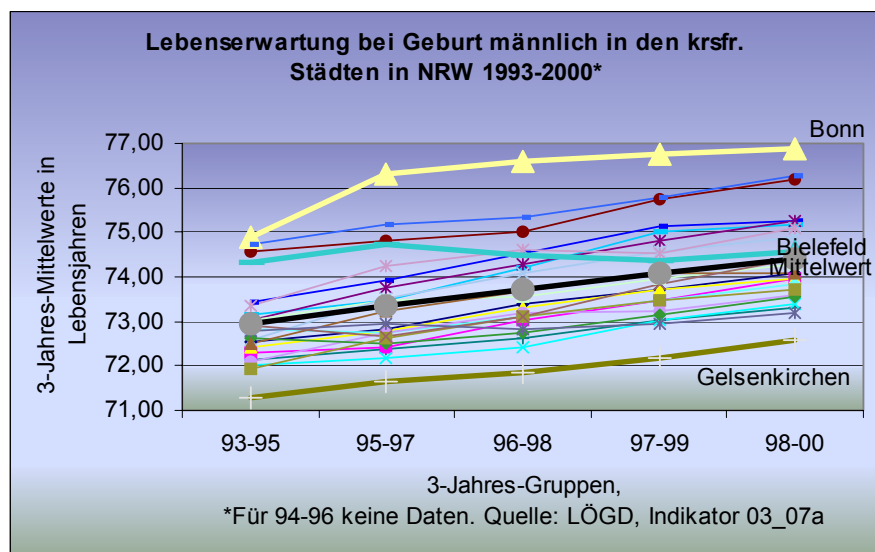
dere das durchschnittlich höhere Alter der Mütter – führt wie gesagt dazu, dass die Häufigkeit frühgeborener, d.h. sehr unreif und untergewichtig geborener Kinder zunimmt.⁷ Aber das ist nicht der einzige Risikofaktor. Es ist auch das Rauchen in der Umgebung von Schwangeren, aber wirksamer noch das mütterliche Rauchen während der Schwangerschaft, welches das Risiko, ein Kind mit Untergewicht zu gebären, deutlich vergrößert (bei rd. 10% der stark rauchenden Schwangeren ist dies der Fall).⁸ Der Indikator „untergewichtig Lebendgeborene“ ist ein sozialer Indikator, insofern auch der Konsum von Koffein und Alkohol diskutiert wird, der eine höhere Quote von untergewichtig Lebendgeborenen (und anderen Störungen) verursacht. Ein niedriges Geburtsgewicht vergrößert das Sterblichkeits- und Erkrankungsrisiko im Säuglingsalter und der frühen Kindheit.

der 23 kreisfreien Städte mit den niedrigsten Quoten von untergewichtig Lebendgeborenen.

4. Lebenserwartung bei Geburt

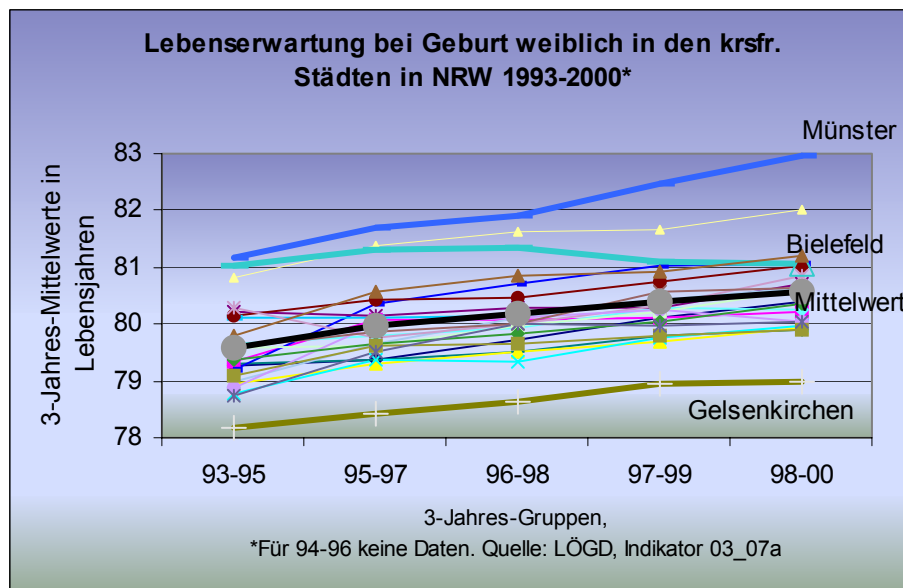
Die Lebenserwartung gibt wie die Säuglingssterblichkeit Auskunft über den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Eine im Vergleich geringe oder sinkende Lebenserwartung lässt auf einen niedrigeren Gesundheitszustand der Bevölkerung und schlechtere Gesundheitsbedingungen schließen. Die Lebenserwartung bei Geburt bezeichnet hier die zu erwartenden Lebensjahre eines Neugeborenen, die anhand der Sterbetafel errechnet werden. Es ist bekannt, dass die Lebenserwartung in den entwi-

Abbildung 15



Über den gesamten zur Verfügung stehenden Beobachtungszeitraum ist der bundesweite Trend sich vergrößernder Quoten von untergewichtig Lebendgeborenen auch im Mittel der kreisfreien Städte in NRW nachzuvollziehen (Abbildung 14). Es steigt von 64,1 ‰ 1993/1995 auf 70,5 ‰ 1997/1999 an. In

Abbildung 16



ckelten Gesellschaften in der Nachkriegszeit stetig angewachsen ist und ein hohes Gesundheitsniveau, geschichtlich ohne Beispiel, erreicht wird. In Nordrhein-Westfalen ist dieser Trend auch in jüngster Zeit nachzuvollziehen, denn im Mittel der kreisfreien Städte steigt die Lebenserwartung von männlichen Säuglingen von 72,8 auf 74,3 Lebensjahre und von weiblichen Säuglingen von 79,6 auf 80,6 Lebensjahre (Abbildung 10 und 11). Gleichwohl besteht zwischen den Geschlechtern ein Abstand von mehreren Lebensjahren. Männer haben eine geringere Lebenserwartung, weil sie größeren Sterbewahrscheinlichkeiten (insbesondere im jungen Erwachsenenalter) ausgesetzt sind. Jedoch verringert sich dieser Abstand im gesamten Zeitraum von 6,8 Jahre auf 6,1 Jahre.

In Bielefeld liegt die Lebenserwartung der Männer und Frauen bei Geburt im gesamten Zeitraum über dem Mittel der Städte, was auf einen guten Gesundheitszustand und eine gute gesundheitliche Versorgung schließen lässt. Jedoch sind die Zuwachsraten geringer als im Mittel der Städte und von 1995/1997 bis 1997/1999 schrumpft sogar die Lebenserwartung der Männer von 74,6 auf 74,3 Jahre und die Lebenserwartung der Frauen von 1996/1998 bis 1998/2000 geringfügig von 81,2 auf 81,1 Lebensjahre. Damit zeigt sich eine abweichende Entwicklung vom Trend des Städtemittels. Für die Männer ergibt sich nur ein Gewinn an Lebensjahren von 74,2 auf 74,6 und für Frauen ergibt sich gar kein Gewinn, da wie zu Beginn die Lebenserwartung zuletzt 80,1 Jahre beträgt. Ist die Lebenserwartung der Männer zu Beginn noch die viertgrößte in

den kreisfreien Städten, so ist sie zuletzt nur noch die neuntgrößte. Die Lebenserwartung der Frauen ist anfangs die zweitgrößte der kreisfreien Städte, zuletzt mit Aachen und Krefeld die viertgrößte nach Münster (82,9), Bonn (82,1) und Hagen (81,2). Der Abstand zwischen den Geschlechtern verringert sich von 5,9 Jahre auf 5,5 Jahre. Im Allgemeinen können die sozioökonomischen Belastungen in den neunziger Jahren zu einer Verringerung der Lebenserwartungen in

Bielefeld beigetragen haben, die gleichwohl noch immer über den Landesdurchschnitt liegen. Trotz zwischenzeitlicher Schrumpfung ist sie im gesamten Betrachtungszeitraum unter den Männern geringfügig größer geworden, während die Entwicklung der Lebenserwartung der Frauen stagniert. Der Gewinn und der Verlust an Lebensjahren sowie die Stagnation der Lebenserwartung von Frauen ergibt sich zu Teilen aus der oben dargestellten, vorübergehend überdurchschnittlich großen Säuglingssterblichkeitsrate.

Zentrale Gesundheitspolitische Herausforderungen

Zu 1. Säuglingssterbefälle und 2. Häufigste Todesursachen im Säuglingsalter

Die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit sollte kontinuierlich beobachtet werden, darunter insbesondere die Entwicklung der verschiedenen Todesursachen.

Es muss darauf hingewirkt werden, dass die Perinatalstatistik und die Statistik über die Totgeburten so verbessert wird, dass sie auch für Bielefeld verfügbar ist und aussagekräftig ist in Hinsicht auf die entsprechenden Gesundheitsprobleme.

Zu 3. Untergewichtig Lebendgeborene

Die Entwicklung der untergewichtig Lebendgeborenen ist in Bielefeld erfreulich, so dass sie

keinen vordringlichen politischen Handlungsbedarf anzeigt.

In Hinsicht auf die Risikofaktoren sollte mittelfristig auf die Gefahr durch Rauchen und Passivrauchen in der Schwangerschaft hingewiesen werden.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 4. Lebenserwartung bei Geburt

Die hohe Lebenserwartung der Bielefelder Bevölkerung muss erhalten bleiben. Dazu soll ihre Entwicklung kontinuierlich beobachtet werden und es sind gemeinsame Anstrengungen aller Mitglieder der Kommunalen Gesundheitskonferenz nötig.

Der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern hat sich verringert. Die Gesundheitsberichterstattung soll die wichtigsten Gründe für diesen Geschlechterunterschied in Bielefeld identifizieren und es sollen Handlungsfelder für Interventionen aufgezeigt werden.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Gesundheitliche Chancengleichheit

¹ Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (1998): Verbesserung der Vollständigkeit und Validität der flächendeckenden Dokumentation angeborener Fehlbildungen im Rahmen der Perinatalerhebung, Iögd – Wissenschaftliche Reihe – Band 6, Bielefeld, S. 15.

² WHO (2002): Children's health and environment: A review of evidence. A joint report from the European Environment Agency and the WHO Regional Office for Europe, in: Environmental issue report, No. 29, Kopenhagen, S. 99.

³ Sozialministerium Baden-Württemberg (2000): Kindergesundheit in Baden-Württemberg, Stuttgart, S. 66.

⁴ Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (August 2001): Der plötzliche Säuglingstod. Informationen für Eltern, Düsseldorf, S. 4.

⁵ Zuverlässige Angaben zur perinatalen Sterblichkeit und Totgeburten liegen für Bielefeld in aufbereiteter Form nicht vor.

⁶ Sozialministerium Baden-Württemberg (2000): Kindergesundheit in Baden-Württemberg, S. 61.

⁷ Sozialministerium Baden-Württemberg (2000): Kindergesundheit in Baden-Württemberg, S. 14 und S. 62.

⁸ WHO (2002): Children's health and environment: A review of evidence. A joint report from the European Environment Agency and the WHO Regional Office for Europe, in: Environmental issue report, No. 29, Kopenhagen, S. 142.

Teil III.

Krankheitsbilder

1. Gesundheit und soziale Lage der einzuschulenden Kinder

Zusammenfassung

Die Analyse der gesundheitlichen und sozialen Lage von einzuschulenden Kindern stützt sich auf die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen von 1992 bis 2001 und auf die Ergebnisse einer Zusatzbefragung von 1998 zur sozialen Lage und Gesundheit der einzuschulenden Kinder. Außerdem werden Umwelteinflüsse auf die Gesundheit von Kindern diskutiert. Die Ergebnisse werden mit dem letzten großen Bericht zur gesundheitlichen Lage der Bielefelder Einschülerinnen und Einschüler von 1988 verglichen.

Die Zusatzbefragung 1998 wird mit den Annahmen durchgeführt

- dass Belastungen der Wohnqualität einen negativen Einfluss auf die Gesundheit einzuschulender Kinder haben
- dass Belastungen der Wohnqualität sich negativ auf das Familienklima auswirken und dadurch Stress erzeugen können, der wiederum indirekt Auswirkungen auf die Gesundheit Bielefelder Kinder hat und
- dass eine ökonomisch prekäre Situation ein schlechteres Familienklima erzeugt, was sich seinerseits auf die Gesundheit von Kinder auswirkt.

In der Gesamtheit können diese Annahmen bestätigt werden. Die soziale Lage der einzuschulenden Kinder in Bielefeld wirkt sich auf ihre Gesundheit aus.

Die vordringlichen Gesundheitsprobleme, die sich aus der Analyse der Schuleingangsdaten 1991-2001 ergeben, sind:

- Auffälligkeiten von Motorik und Koordination (Zuwachs von 7 auf 13,4%)
- Auffälligkeiten des Verhaltens (Zuwachs von 4,5 auf 10,4%)
- Hörstörungen (Zuwachs von 6,8 auf 7,9%)
- Bronchitis (Zuwachs diskontinuierlich von 2,6 auf 3,4%)
- Asthma bronchiale als tendenziell schwere chronische Erkrankung (Zuwachs von 1,7 auf 2,7%)
- Ekzem (Zuwachs diskontinuierlich von 3,8 auf 4,1%)

Deutliches Untergewicht (Zuwachs diskontinuierlich von 4,3% auf 5,3%)

- Fettsucht (Zuwachs von 2,4 auf 3,4%)

Die Hauptergebnisse des Berichts von 1988 können hinsichtlich der Auffälligkeiten der Motorik und Koordination z.T. bestätigt werden; wieder zeigen sich große Häufigkeitsraten in Heepen, allerdings nicht mehr in Stieghorst. Jedoch weisen zusätzlich Grundschulen in den Stadtbezirken Mitte und Sennestadt sehr hohe Häufigkeitsraten auf.

1.1. Einführung

Die gesundheitliche Lage von fast allen Kindern im Alter um die fünf bis sechs Jahre wird jährlich durch die Schuleingangsuntersuchungen statistisch erfasst. Die Schuleingangsuntersuchungen erfüllen damit eine epidemiologische Aufgabe. Die Schuleingangsuntersuchungen haben aber auch individual- und arbeitsmedizinische Funktionen und als gesetzlich vorgeschriebene Pflichtuntersuchungen beinhalten sie eine Public-Health-Dimension und erfüllen eine sozialkompensatorische Aufgabe. Die *Daten* der Schuleingangsuntersuchungen sind neben der Todesursachenstatistik die größte, prozessproduzierte Ressource kommunaler Gesundheitsberichterstattung.

Die Angaben der Schuleingangsuntersuchungen wurden zuletzt 1988 in größerem Umfang der Politik und Öffentlichkeit vorgestellt (Abbildung 17).¹ Ziel der damaligen Auswertung war die Interpretation im Zusammenhang von Sozial- und Umweltdaten. Die zentralen Ergebnisse lauten:

- Befunde der Atmungsorgane häufen sich parallel zu entsprechenden Umweltdaten in Brackwede, Sennestadt, Stieghorst und Senne. Nur in der Stadtmitte gibt es keine auffälligen Befundhäufigkeiten trotz hoher Umweltbelastung.
- Befunde des allergischen Formenkreises sind im Interpretationszusammenhang widersprüchlich: sie kommen sowohl in stark umweltbelasteten Stadtteilen als auch in Stadtteilen mit mittlerer und gehobener Sozialschicht vor. Dies weist auf den multifaktoriellen Entstehungszusammenhang dieser Erkrankungen hin.
- Befunde des Bewegungs- und Stützapparates werden gehäuft in Stieghorst und Dornberg festgestellt.

Die folgende Darstellung gibt die gesundheitliche und in Ansätzen soziale Lage der einzuschulenden Kinder wieder. Damit kann geschildert werden, in welchen Befundgruppen Unterscheidungen wie Geschlecht und „ethnische“ Herkunft - also in begrenztem Umfang Merkmale sozialer Ungleichheit - eine Rolle spielen.² Da diese sich auch innerhalb des Stadtgebietes sozialräumlich unterschiedlich verteilen, werden die Schulbezirke gesondert ausgewertet, insofern es statistisch bedeutsame Unterschiede gibt und der Datenschutz Auswertungen erlaubt.³ Die sozialräumliche Ergebnisdarstellung erfolgt jedoch nur nach Stadtbezirken, d.h. Schulen, die dort ihre An-

Abbildung 17



schrift haben. Zusätzlich zu diesen Angaben kann auf die Ergebnisse einer Zusatzbefragung im Jahre 1998 zurückgegriffen werden, die systematisch die Resultate der Schuleingangsuntersuchungen in einen Zusammenhang mit Angaben zur sozialen Lage, Wohnqualität und Familie betrachtet.⁴ Im Vergleich zur Auswertung von 1988 können somit soziale Merkmale der untersuchten Kinder selbst (und ihrer Eltern) stärker berücksichtigt werden. Das Ziel dieser Analyse ist die bevölkerungsbezogene Darstellung der *Entwicklung*

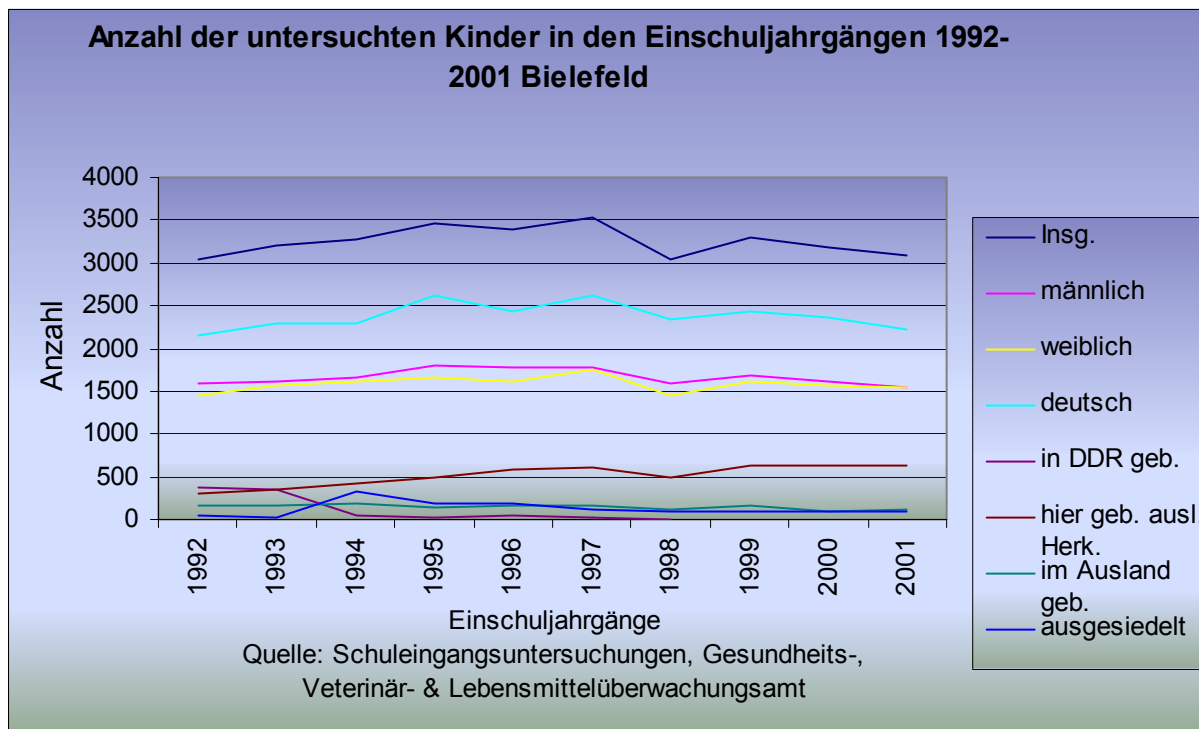
von Erkrankungen im Kindesalter unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Lage. Außerdem werden umweltbezogene Gesichtspunkte der Erkrankungen diskutiert und darüber hinaus findet ein Vergleich mit den Ergebnissen des Berichts von 1988 statt.

1.1.1. Vorgehensweise der Schuleingangsuntersuchung

Die arbeitsmedizinische Aufgabe der Schuleingangsuntersuchungen besteht in der Feststellung des Gesundheitszustandes der Schulanfänger und -anfängerinnen im Hinblick auf ihre Schulfähigkeit. Der Schwerpunkt der Untersuchungen ist auf schulrelevante Untersuchungsinhalte ausgerichtet, die die Beurteilung des körperlichen Entwicklungsstandes und der physiologischen Belastbarkeit sowie schwerwiegende körperliche Erkrankungen erfassen. Darüber hinaus wird das Seh- und Hörvermögen einschließlich optischer und akustischer Wahrnehmungsstörungen, der individuelle Entwicklungsstand im Hinblick auf Motorik, Körperkoordination, Wahrnehmung und verbale Kommunikationsfähigkeit betrachtet. In nur geringerem Umfang können aufgrund des Untersuchungsansatzes psychosoziale Befindlichkeiten der Kinder berücksichtigt werden, wie z.B. Bauchschmerzen. Auch der soziale Status der Kinder kann nur anhand der o.g. Merkmale erfasst werden (der soziale Status der Eltern wird nicht regulär erfasst). 1.1.2. Aussagekraft der Daten

Die schulärztliche Tätigkeit ist darauf begrenzt, Auffälligkeiten zu diagnostizieren. Liegt bei einem Kind eine somatische Auffälligkeit vor, wird es zur weiteren Abklärung des Befundes an einen weiterbehandelnden Arzt überwiesen. Die gesicherte Diagnose findet also außerhalb der Schuleingangsuntersuchungen statt. Ausführliche Untersuchungen können nicht in den Schulen stattfinden, weil räumlich, zeitlich (im Durchschnitt 15 Minuten pro Kind) und besonders hinsichtlich der diagnostischen Mittel der schulärztlichen Tätigkeit Grenzen gesetzt sind. Die Feststellung von Auffälligkeiten beruht auf der direkten Untersuchung durch die Schulärzte, z.T. auf mitgebrachten Befunden und auf der anamnestischen Befragung der Eltern, z.B. nach Vorerkrankungen und Kinderkrankheiten. Sowohl die Angaben der Eltern als auch das Diagnoseverhalten der Ärzte sind in den einzelnen Situationen Unschärfen ausgesetzt, wobei grundsätzlich sowohl der Untersuchungsansatz als auch der Untersuchungsgang standardisiert sind.

Abbildung 18



Die Ergebnisinterpretation nach Stadtbezirken bedarf des Hinweises, dass die zugrunde gelegten Schulbezirke nicht mit den Grenzen der Stadtbezirke übereinstimmen. Stattdessen dient die Anschrift der Schule als Verortung in den Stadtbezirken.⁵ Die Schulbezirke sind nicht für die Zwecke der Gesundheitsberichterstattung eingeteilt (z.B. nach dem Kriterium gesundheitsschädigender Luftbelastung), sondern für eine möglichst gleiche und angemessene Verteilung der Schülerinnen und Schüler auf die Grundschulen.

1.1.3. Grundgesamtheiten und Stichprobe

Im gesamten Betrachtungszeitraum von 1992 bis 2001 werden insgesamt 32.503 Kinder untersucht, mit einem Höhepunkt von 3.529 Kindern im Einschuljahrgang 1997 (Abbildung 18). Seit 1999 geht die Anzahl der einzuschulenden Kinder leicht zurück. Insgesamt sind es etwas mehr Jungen als Mädchen, die beurteilt werden. In der Unterscheidung nach Herkunft, zeigt sich, dass die Anzahl der deutschen Kinder seit 1997 rückläufig und die Kategorie der in der DDR geborenen Kinder seit 1998 irrelevant ist. Die Anzahl der hier geb. Kinder ausländischer Herkunft steigt insbesondere im Einschuljahrgang 1999 an und verharrt seit-

dem auf dem im gesamten Zeitraum höchsten Niveau von rd. 620 Kindern. Das sind rund ein Fünftel der einzuschulenden Kinder. Die Anzahl der im Ausland geborenen Kinder ausländischer Herkunft ist über den gesamten Zeitraum kleiner als die Anzahl der hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft und ihre Entwicklung ist sehr diskontinuierlich (Höhepunkt 1994 mit 182 Kindern). Die Zahl der ausgesiedelten Kinder beträgt seit 1998 rd. 80 Kinder, nachdem sie 1994 ihren Gipfel von 334 Kindern erreicht. Erst im letzten Einschuljahrgang 2001 ist ihre Zahl um rd. 20 wieder gestiegen. Zählt man die Kinder mit einem Migrationshintergrund - Kinder ausländischer Herkunft hier und im Ausland geboren sowie ausgesiedelte Kinder - zusammen, dann sind dies zuletzt rd. ein Drittel aller einzuschulenden Kinder. Der Anteil der deutschen Kinder ist somit rückläufig und der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund wächst, bei einem Gesamtrückgang der Anzahl einzuschulender Kinder seit 1999.

In der Zusatzbefragung 1998 werden die Eltern der einzuschulenden Kinder befragt. Die schriftliche Totalerhebung erzielt einen Rücklauf von 24,7%, der für diese Art der Befragung als gut zu bezeichnen ist. Hinsichtlich der Indikatoren Bildung, Einkommen und Beruf ist allerdings eine - für postalische Befragungen

auch typische - linksschiefe Verteilung in der Stichprobe vorhanden, d.h. dass „die Eltern mit höherer Bildung und, in der Regel nicht unabhängig davon, mit höherem Einkommen stärker in der Population vertreten sind.“⁶ Außerdem werden die Eltern ausländischer Herkunft nicht repräsentativ erfasst (Tabelle 2).⁷ Diese Einschränkungen der Aussagekraft gilt es zu beachten.

Tabelle 2 Stichprobe der Zusatzbefragung 1998 nach „ethnischer“ Gruppe

<i>Ethn. Gruppen</i>	<i>Zusatzbefragung 1998</i>	<i>Schuleingangsuntersuchungen 1998</i>
Deutsch	90,5%	77,1%
in DDR geb.		0,2%
hier geb. ausl. H.	7,8%	16,4%
im Ausland geb.	0,4%	3,5%
Ausgesiedelt	1,4%	2,7%

Quelle: Schloosch 1998.

Die Daten zu sozialen Status, Wohnqualität und Familie werden - nach Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Bestimmungen - mit den Daten der Schuleingangsuntersuchungen verknüpft. Zur besseren Berechnung werden in der Studie zudem ausgewählte Befunde zu neuen Variablen zusammengefasst. In der Darstellung der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen wird jeweils darauf eingegangen.

1.2. Soziale Lage, Wohn- und Familienbedingungen einzuschulender Kinder

Die Zusatzbefragung 1998 zeigt vielfältige Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage und den Wohn- und Familienbedingungen der einzuschulenden Kinder, auf die zuerst eingegangen wird. Weiter unten werden die Einflüsse dieser Zusammenhänge auf die Gesundheit der Kinder anhand der einzelnen Krankheitsbilder beschrieben.⁸

Die Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen ist der bestimmende Faktor für die Qualität der Wohnung als auch des Wohnumfeldes in der einzuschulende Kinder leben.

Die Annahme, dass die Qualität der Wohnung und des näheren Umfeldes einen beträchtlichen Einfluss auf die innerfamiliäre Situation hat, d.h. dass beengte und belastende Wohnbedingungen zu Spannungen und Verschlechterungen des innerfamiliären Klimas beitragen können, wird anhand des Einflusses der

Wohnfläche belegt. Wenig Wohnfläche beeinträchtigt das Familienklima, d.h. die elterlichen Angaben zur Zufriedenheit mit der Partnerschaft und mit der privaten Situation. Die Ausstattung der Wohnung und die Anzahl der Wohnräume haben hingegen keinen Einfluss auf die Partnerschaft.

Die zweite Annahme zum Zusammenhang von Wohnqualität und Familie lautet, dass die strukturellen Familienmerkmale (vollständige bzw. unvollständige Familien, Familiengröße, Berufstätigkeit der Frau) sich auf die Wohnqualität auswirken. Diese Annahme kann in Teilen belegt werden, insbesondere in Hinsicht auf die Größe der Familie. Familien mit drei oder mehr Kindern sind im Hinblick auf die Wohnfläche und die Ausstattung mit Wohnräumen pro Familienmitglied nach objektiven Kriterien tendenziell unterversorgt.⁹ Es kann aber keine kritische Wohnzufriedenheit - gemessen an den Fragen „Zufriedenheit mit der Wohnung“ und „Zufriedenheit mit dem Wohngebiet“ - in kinderreichen Bielefelder Familien mit einzuschulenden Kindern festgestellt werden. Es existiert also trotz objektiver Wohnflächenunterversorgung eine Zufriedenheit mit der Wohnung und ferner auch mit dem Wohngebiet.

Eine geringe Wohnungszufriedenheit zeigt sich hingegen bei den Familien mit nur einem Elternteil. Geht man diesem Befund nach, dann zeigt sich, dass Ein-Eltern-Familien mit einzuschulenden Kindern in ungünstigen Wohnbedingungen leben: die Ausstattung mit Wohnfläche, die Ausstattung der Wohnung und die Infrastruktur des Wohngebietes (Verkehrsverbindungen, Grün- und Parkanlagen, Freizeitangebote für Erwachsene, Freizeitangebote für Kinder) werden nicht gut beurteilt. Die Belastungen in der Wohnung - Feuchtigkeit, schlechte Heizung, schlechte sanitäre Einrichtungen, undichte Fenster und Türen, Hellhörigkeit sowie gesundheitsabträgliche Baustoffe jeweils in Kombination mit der Art und dem baulichen Zustand des Hauses bewertet - sind groß. Als Ursache für diese ungleiche Wohnsituation werden die geringen finanziellen Ressourcen festgestellt, und zwar statistisch bedeutsam. Ein-Eltern-Familien gehören zu den größten von relativer Einkommensarmut betroffenen Gruppen (vgl. Kapitel „Rahmenbedingungen“).

Die Wechselbeziehungen zwischen Wohnen und Familie lassen zweierlei Beziehungen auf die kindliche Gesundheit annehmen: die An-

häufung von Belastungsfaktoren im Wohnumfeld, wie z.B. Wohnenge oder gesundheitsabträgliche Bedingungen (Feuchtigkeit, undichte Fenster und Türen, Verkehrslärm) können sich im gesundheitlichen Befinden des Kindes manifestieren. Die ungünstigen Wohnbedingungen schlagen sich auf das innerfamiliäre Klima nieder und werden über dieses vom Kind als Stress erlebt. In der Darstellung der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen weiter unten ist zu verfolgen, ob diese Zusammenhänge bestehen.

In Hinsicht auf die Zusammenhänge zwischen sozialen Status bzw. sozialer Lage und Familie zeigt sich, dass Familienvollständigkeit und Kinderzahl einen Einfluss auf die wirtschaftliche Situation der Familie haben: 69,4% der strukturell unvollständigen Bielefelder Familien mit einem einzuschulenden Kind sind in der unteren, jedoch nur 1% in der oberen Einkommensgruppe zu finden. Die wirtschaftliche Situation hat zudem einen Einfluss auf die innerfamiliäre Situation. „Während in der untersten Einkommensgruppe knapp über 50% der Eltern angaben, mit der familiären Situation zufrieden zu sein, waren dies in der oberen Einkommensgruppe 82,1%.“¹⁰ Damit kann angenommen werden, dass eine unsichere wirtschaftliche Situation einen Stress- und Belastungsfaktor darstellen kann, der sich in der innerfamiliären Situation widerspiegelt.

In der folgenden Darstellung der *gesundheitlichen Lage* der Einschulkinder ist damit auch zu betrachten, inwiefern durch ungünstige finanzielle Situation entstandene Spannungen in der Familie nicht nur von den Eltern wahrgenommen werden, sondern sich auch auf die kindliche Gesundheit auswirken. Dies wird für die wichtigsten Befunde durchgeführt. Insgesamt wird somit angenommen, dass sich sowohl soziale als auch familiäre Bedingungen – z.T. vermittelt über die Wohnbedingungen - auf die gesundheitliche Lage der Bielefelder Einschülerinnen und Einschüler auswirken.

1.4. Krankheitsbilder

1.4.1. Befunde des Kopfes

Die *Herabsetzung der Sehschärfe* kann beim Kind zu Konzentrationsschwächen und Kopfschmerzen führen, wenn sie nicht entsprechend korrigiert wird, weil das zweiäugige System unablässig die Sehschärfe nachbessern muss. Im Schulunterricht besteht dabei die Gefahr, dass das Kind den Unterricht nicht

verfolgen kann. Die Herabsetzung der Sehschärfe ist ein stabiles Datum, welches mit am häufigsten in den Schuleingangsuntersuchungen festgestellt wird. Aber nicht nur das. Es ist zugleich das Datum mit dem in absoluten Zahlen häufigsten Erstbefund, d.h. dass es bisher nicht bei anderen Arztbesuchen erkannt worden ist. Die Schuleingangsuntersuchungen erweisen sich dadurch als ein wichtiges präventives Instrument, bevor weitere Schwierigkeiten infolge der Sehminderung auftreten.

Die *Herabsetzung der Sehschärfe* wird bei Kindern ab 5 Jahren befundet, wenn sie beim sog. Fernvisustest mit dem Sehtestgerät auf einem Auge oder auf beiden Augen weniger als 0,7 oder eine Seitendifferenz des Visuswertes von 0,4 bzw. mehr aufweisen oder die in der Ferne mit der Vorschaltlinse gleich oder besser sehen als ohne Vorschaltlinse.

Die Entwicklung der herabgesetzten Sehschärfe zeigt in den letzten zehn Jahren keine auffälligen Veränderungen. Es sind mit einer überraschenden Regelmäßigkeit rund 14,5 % der Kinder im Einschulalter von ihr betroffen. Der Geschlechtsunterschied ist bis auf die Ausnahme von 1995 – es werden in diesem Jahr 15,5% der Mädchen entsprechend befundet – nicht statistisch bedeutsam. In den Jahren 1992 und 1999 sind signifikant häufiger deutsche, im Ausland geborene und ausgesiedelte Kinder von dieser Diagnose betroffen.

Anders sieht es in bezug auf die Schulbezirke aus. Der Befund herabgesetzte Sehschärfe ist einer der wenigen Befunde der von 1997-2001 durchgängig statistisch bedeutsam ist. Im Mittel der Jahre 1999-2001 tritt er sehr häufig (17,3%-22,7%) in Grundschulen mit Anschrift im Stadtbezirk

- Heepen
- Jöllenbeck
- Stieghorst und
- Sennestadt

auf.

Das *Schielen* oder die *Störung des beidäugigen Sehens* kann zur Schwachsichtigkeit führen, wenn keine augenärztliche Behandlung erfolgt. Die Häufigkeitsrate des *Schielens* – d.h. ein sichtbarer Schielfehler oder Auffälligkeiten beim Stereotest, der Auskunft über die Fähigkeit mit beiden Augen zu sehen, gibt - hat sich in den letzten 10 Jahren ähnlich wie die der Herabsetzung der Sehschärfe nicht

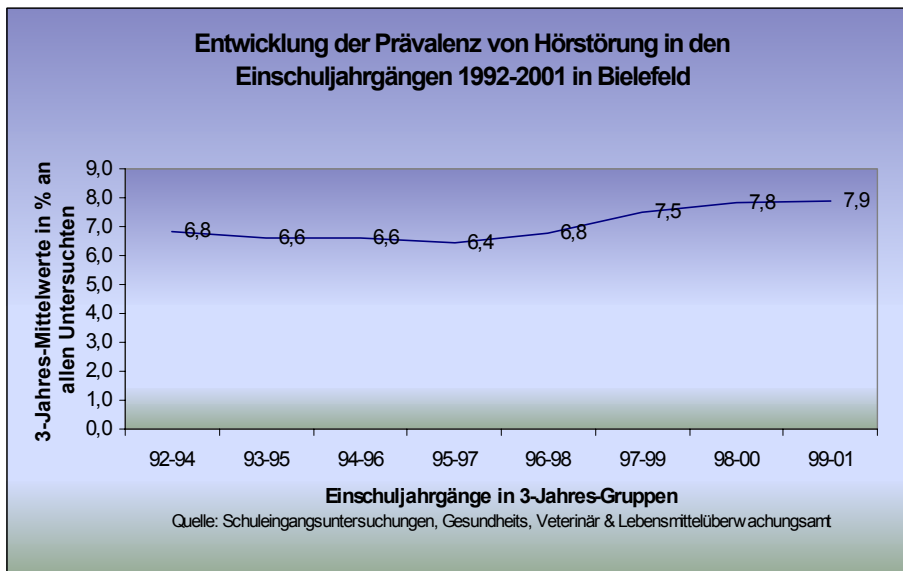
auffällig entwickelt. Ihre Größe ist weitaus kleiner als die Häufigkeitsrate der herabgesetzten Sehschärfe und über die Zeit verändert sie sich auch stärker als diese - bei zwischen 2,5% und 3,2% der Kinder in den Einschuljahrgängen, wird ein Schielleiden diagnostiziert - , aber es lässt sich kein eindeutiger Trend beschreiben. Es zeigen sich auch keine statistisch bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich Geschlecht, „ethnischer“ Herkunft und Schulbezirk.

Die *Farbsinnstörung*, für normal als Farbblindheit bezeichnet, ist eine erblich bedingte Erkrankung, die fast ausschließlich Jungen betrifft. Die jugendärztliche Definition empfiehlt bei hochgradigen Farbsinnstörungen, dass mit dem Einverständnis der Eltern die Schule in-

fast ausschließlich mit Befunden, die bisher unbehandelt sind, aber keiner Arztüberweisung bedürfen, oder die durch Diagnostik abgesichert sind und nicht mehr behandlungsbedürftig oder -fähig sind. Es kann bisher nicht erklärt werden, wie es zu diesem Anstieg kommt. Man hätte erwarten können, dass dieser Befund eine sehr kontinuierliche Entwicklung aufweist. Für alle Merkmale sozialer Ungleichheit ergeben sich „dem“ Krankheitsgrund entsprechend - der erblichen Bedingtheit - keine statistischen Bedeutsamkeiten.¹¹

Der Befund *Hörstörung* ist ein wichtiger Gesundheitsindikator, da nur „...ein ausreichendes Hörvermögen die Grundlage bildet für eine normale Sprachwahrnehmung und -entwicklung“.¹² Entsprechend werden Kinder

Abbildung 19



formiert wird und im späteren Alter eine Beratung hinsichtlich der Berufswahl erfolgen sollte. Die Farbsinnstörung wird durch den kinder- und jugendärztlichen Dienst bis in das Jahr 2000 mittels der Ishihara-Tafeln festgestellt, in jüngster Zeit jedoch mit den an der medizinischen Hochschule in Hannover entwickelten „Matsubara-Tafeln“, da sie in ihrem Gebrauch kindgerechter sind. Im Grunde hat sich durch die neuen Testtafeln nichts an der Erfassung des Krankheitsbildes verändert. Kinder haben eine Farbsinnstörung, wenn sie mindestens zwei dieser nur annähernd farbtönenrichtigen Tafeln falsch deuten. Die Häufigkeitsrate der Farbsinnstörung ist in den letzten 10 Jahren von 1,4% auf 2,5% kontinuierlich angestiegen. Der Anstieg ergibt sich aus einer häufigeren Befundung von deutschen Jungen, und zwar

mit unerkannten Hörstörungen gering- und mittelgradigen Ausmaßes vielfach zuerst durch Sprach- und Entwicklungsverzögerungen auffällig. Eine Hörstörung liegt laut Definition dann vor, wenn ein Kind bei der Untersuchung mit dem Audiometer bei einer Lautstärke von 30 dB – die Lautstärke des sog. „sozialen Gehörs“, die einer leisen gesprochenen Sprache entspricht - mindestens zwei der Frequenzen (250), 500, 1000, 2000, 4000 und 6000 Hz auf einem oder beiden Ohren

nicht wahrnimmt. Es sind vielgestaltige Ursachen bekannt, die dazu führen, dass Hörstörungen diagnostiziert werden. Darunter ist die Größe angeborener Hörstörungen mit 2% als eher gering anzusehen. Hörstörungen aufgrund von chronischen Mittelohrentzündungen sind wahrscheinlich als bedeutsamer einzuschätzen. Freizeitlärm kann auch zu unumkehrbaren Schädigungen der Gehörgänge führen, insbesondere durch die Verwendung von Unterhaltungselektronik - bei Kindern die Verwendung des Kopfhörers bei zu lauter Musik - und extrem kurze Impulsgeräusche aus Kinderspielzeugen: „Zündblättchenpistolen, Knackfrösche oder Thrillerpfeifen können, wenn sie in Ohrnähe betätigt werden, höhere Schallpegel als ein startendes Düsenflugzeug

erzeugen. Wegen ihrer kurzen Dauer werden solche Impulsgeräusche jedoch immer unterschätzt und sind deshalb besonders gefährlich.¹³ Verkehrslärm spielt in Hinsicht auf den Befund Hörstörungen im Kindesalter noch keine direkte Rolle. Da aber zwischen Verkehrslärm und koronaren Herzerkrankungen ein Zusammenhang existiert, der abhängig ist von der Dauer dieser Belastung, hat diese Belastung eine Bedeutung für die Gesundheitsprävention bei Kindern. Eine andauernde Lärmbelastung führt außerdem zur psychoneuronalen Anspannung, die sich in motorischer Unruhe, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen sowie psychosomatischen Beschwerden ausdrücken kann. Da Hörstörungen die Teilnahme am Schulunterricht und den sozialen Einschluss erheblich gefährden können, ist das entsprechende Screening-Verfahren in den Schuleingangsuntersuchungen ein weiteres wichtiges präventives Instrument. Dies zeigt auch die Häufigkeit der Erstbefundung durch die Schulärztinnen und Schulärzte. In fast allen Jahren liegt sie über der Anzahl der „mitgebrachten“ Befunde, die zeigen, dass die Kinder bereits in Behandlung sind. Die Wahrscheinlichkeit bei den in etwa 5jährigen Kindern in Bielefeld an einer Hörstörung zu erkranken, ist von der Tendenz her steigend (Abbildung 19). In den Jahren 1992-1994 ist der 3-Jahres-Mittelwert 6,8% groß. Bis zuletzt vergrößert er sich nach einer geringfügigen Verkleinerung auf 6,4% in den Jahren 1995-1997 auf 7,9%.

Die *Mittelohrentzündung* wird in den Schuleingangsuntersuchungen erfasst, wenn sie als solche angegeben wird bzw. besteht oder ein Paukenhöhlenerguss vorliegt. Sie kann zu einer Trommelfellperforation oder zu einer besonderen Art der chronischen Mittelohrknöcheneiterung führen. Auch Hörschädigungen (bis hin zur Taubheit) und ihre Folgen, wie Schulschwierigkeiten – siehe oben - gilt es zu vermeiden. Deswegen ist besonders bei wiederkehrender Mittelohrentzündung eine nachgehende Fürsorge wichtig. Die Mittelohrentzündung ist eine meist durch Bakterien verursachte Erkrankung, die am häufigsten im Säuglings- und Kleinkindalter auftritt. Es ist auch belegt, dass das Passivrauchen einen Einfluss auf die Ausbildung von Mittelohrentzündungen hat.¹⁴ Eine Studie über schulärztliche Untersuchungen in der 8. Klasse zeigt, dass Haupt- und Realschüler häufiger als Gymnasiasten von Mittelohrentzündungen betroffen sind.¹⁵ Als organische Ursache kommen Wucherungen im Rachenraum in Frage

Frage (s.u.). In Bielefeld geht die Wahrscheinlichkeit für ca. 5jährige Kinder an einer Mittelohrentzündung zu erkranken nach einem Gipfel in den Jahren 1996-1998 von 2,5% zurück auf 1,8%. In den Jahren 1993 und 1997 sind nach statistischen Charakteristika mehr Jungen als Mädchen betroffen.

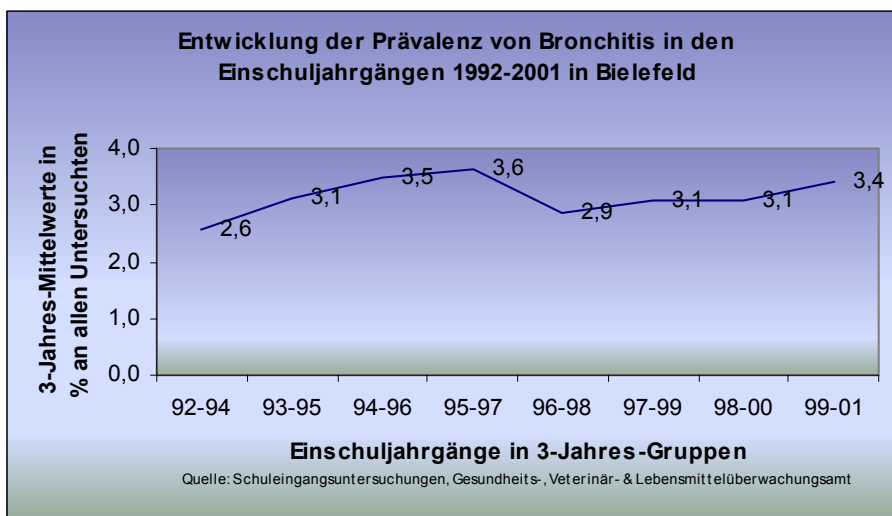
Wucherungen im Rachenraum wie z.B. Polypen, die sog. *Adenoide*, sind ein weiterer Befund des Kopfes. Der Befund wird ausgestellt, wenn mindestens 2 der folgenden Symptome vorliegen: Atmung mit leicht geöffnetem Mund, insbesondere beim Schlafen; Schnarchen oder Schniefen beim Schlafen; Neigung zu häufigem oder langdauerndem Schnupfen; Neigung zu Sinubronchitiden; wiederkehrende Mittelohrentzündung und zeitweilig auftretende Schwerhörigkeit. Aus diesen Befundkriterien geht bereits hervor, dass Adenoide Folge- und/oder Begleiterkrankungen haben können. Im Einzelfall kann die geringere Luftzufuhr zu Mittelohrentzündungen führen. Die Gehörgänge werden nicht ausreichend mit Luft versorgt, entsprechende Infekte können sich besser einnisten. Auch Hörstörungen können Folgeerkrankungen aufgrund mangelnder Luftzufuhr in den Gehörgängen sein. Um diesen Folgeerkrankungen vorzubeugen, werden inzwischen die Adenoide frühzeitig diagnostiziert und entsprechend behandelt. So ist auch die Häufigkeitsrate der Adenoide unter den einzuschulenden Bielefelder Kindern von der Tendenz her abnehmend. Sind in der ersten Hälfte der neunziger Jahre noch rund 4,5% der Kinder von ihnen betroffen, verringert sich die Häufigkeitsrate auf 2,7% im letzten Beobachtungszeitraum. Wichtig ist bei diesem Befund, dass er zu knapp die Hälfte durch Erstbefunde des kinder- und jugendärztlichen Dienstes zustande kommt. Den etwas größeren Teil bilden Befunde von Kindern, die bereits in Behandlung sind. Nur im Jahr 2000 zeigt sich eine statistische Bedeutsamkeit; Jungen sind häufiger betroffen (3,3%) und im Jahr 1994 gibt es eine statistische Bedeutsamkeit in den „ethnischen“ Unterscheidungen, die zeigt, dass deutsche Kinder häufiger betroffen sind (5,8%).

1.4.2. Befunde der oberen Luftwege

In den Schuleingangsuntersuchungen wird die *Bronchitis* festgestellt, wenn das Kind in den letzten 12 Monaten mindestens dreimal für 14 Tage oder länger (akute Bronchitis) oder kontinuierlich über drei Monate (chronische Bronchitis) entsprechende Symptome hat. Die

asthmoide oder spastische Bronchitis wird dabei nicht erfasst, sondern unter dem Befund Asthma bronchiale (s.u.). Die chronische Bronchitis wird häufig als eine umweltbedingte Erkrankung diskutiert. Als Umweltfaktoren sind ausreichend belegt: das Rauchen in der Umgebung des Kindes (d.h. das Passivrauchen des Kindes) – es ist der häufigste Umweltfaktor – und die Verkehrsdichte, der das Kind ausgesetzt ist. Je höher sie ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder unter entzündlicher Bronchitis leiden.¹⁶ Als Faktor sozialer Ungleichheit zeichnet der sozio-ökonomische Status in Westdeutschland ein

Abbildung 20



uneinheitliches Bild, in Ostdeutschland zeigt sich indessen, dass eher Kinder mit höherem sozio-ökonomischen Status an einer Bronchitis erkranken.¹⁷ Bei der *Bronchitis* liegen häufig gleichzeitig Erkrankungen des Nasen-Rachenraumes oder der Nebenhöhlen vor (vgl. auch die vorherigen Ausführungen zum Befund Adenoide).

Die Bronchitis steigt über den gesamten Zeitraum in den Einschuljahrgängen von 2,6% auf 3,4% an, allerdings diskontinuierlich (3,6% 1995-1997; 2,9% 1996-1998, Abbildung 20). Die Steigerung vollzieht sich bei den Kindern mit Befunden, die bisher unbehandelt oder nicht mehr behandlungsbedürftig sind. Die Bronchitis tritt 1992 und 1998 signifikant häufiger bei Jungen auf, zeigt aber keinen Zusammenhang mit der „ethnischen“ Herkunft und den Schulbezirken. Die Merkmale sozialer Ungleichheit haben somit bis auf das Geschlecht keine starke Erklärungskraft, wie auch die westdeutschen Studienergebnisse zeigen.

Die Ergebnisse des Berichts von 1988, die zeigen, dass Befunde der Atmungsorgane gehäuft in Brackwede, Sennestadt, Stieghorst und Senne passend zu gesundheitsabträglichen Umweltbelastungen auftreten, können nicht wiederholt werden.¹⁸

Der *akute Infekt* erreicht 1994-1996 einen Höhepunkt mit einer Häufigkeitsrate von 4,9%, geht aber dann auf 3,3% in den Jahren 1997-1999 zurück und steigt bis zum letzten Beobachtungszeitraum auf 4,0% an. Damit zeigt er eine diskontinuierliche Entwicklung, die zwar in Hinsicht auf das Geschlecht nicht statistisch

bedeutsam ist, aber in Hinsicht auf die „ethnischen“ Unterscheidungen in den Jahren 1994, 1996, 1997 darauf hinweist, dass es diesbezüglich einen Zusammenhang gibt. Kinder mit einem Migrationshintergrund sind in diesen Jahren statistisch bedeutsam häufiger von akuten Infektionen betroffen, insbesondere die im Ausland geborenen Kinder ausländischer Herkunft. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Angaben aus der Literatur.

Ergebnisse der Zusatzbefragung 1998

In der Zusatzbefragung 1998 wird die Bronchitis und der akute Infekt im Befund *Erkrankungen der oberen Atemwege* zusammengefasst. In Hinsicht auf die soziale Lage ergeben sich dabei keine Zusammenhänge.

Allerdings zeigt der Sammelbefund Zusammenhänge mit der Wohnqualität. Es wird nachgewiesen, dass es einen Zusammenhang mit belastenden Wohnbedingungen - in diesem Fall des Wohnumfeldes, der Wohnung, der Wohnfläche und des Nicht-Vorhandenseins von Wohneigentum - gibt.

Die familiäre Situation hat hingegen keine Auswirkungen auf die Wahrscheinlichkeit der Bielefelder Kinder, dass sie an eine Erkrankung der oberen Atemwege leiden.

Die Erkrankungen der oberen Luftwege stehen also in einem Zusammenhang mit der Wohnqualität.

1.4.3. Haltungsschwäche und Befunde des Skeletts

Die Häufigkeitsraten der Haltungsschwäche einschließlich der Befunde des Skeletts gehen in der Gesamtbetrachtung zurück, insofern die nicht so häufig vorkommende Skoliose außer acht gelassen wird. Dieser Gesamttrend ist als erfreulich zu betrachten und weist unter anderem daraufhin, dass Kinder sich in einem zufriedenstellendem Maße bewegen bzw. bereits sportlich betätigen. So geben in einer Studie zum Sportengagement von Kindern und Jugendlichen etwa 1/3 der Kinder auch an drei verschiedene Sportarten regelmäßig zu betreiben. Sport und körperliche Aktivität ist ein wichtiger Aspekt in der Freizeitkultur von Kindern und Jugendlichen. Die Art und Weise in der Kinder (und vor allem später dann Jugendliche) explizit Sport betreiben, ist aber eher durch einseitig belastende Sportarten gekennzeichnet. Dadurch werden nur bestimmte körperliche Funktionsbereiche trainiert. Zusätzlich können Bewegungs- und Koordinationsfähigkeiten aufgrund anderer Faktoren wie z.B. dichtbesiedelten Wohngebieten nur eingeschränkt ausgebildet werden, betrachtet man diese Räume als die natürlichen Bewegungsräume von Kindern.¹⁹ In der Folge wächst die Häufigkeitsrate der *Auffälligkeiten von Motorik und Koordination* in den neunziger Jahren um ein Vielfaches (s.u.).

Der Befund *Haltungsschwäche* wird ausgestellt, wenn das Kind nach der Aufforderung sich aufzurichten beim Vorhalten der gestreckten Arme innerhalb von 30 Sekunden infolge Rückverlagerung des Oberkörpers und/oder Vorverlagerung des Beckens das Lot vom Scheitelpunkt der Kyphose das Gesäß nicht berührt (Abbildung 21). Haltungsschwächen werden häufiger bei Kindern aus sozial schwachen Familien diagnostiziert. Die Häufigkeitsrate der Haltungsschwäche geht in den Einschuljahrgängen von 6,4% auf 3,3% zurück. In Hinsicht auf das Geschlecht sind 1992 und 1993 signifikant häufiger Mädchen von dem Befund betroffen. Haltungsschwächen schei-

nen tendenziell eher ein Problem deutscher Kinder zu sein; zumindest ergibt sich 1997 ein entsprechender, statistisch bedeutsamer Zusammenhang. Die Ergebnisse weisen daraufhin, dass die Bewegungsförderung und Sporttätigkeit bei Kindern durchaus vorhanden ist, dass aber weiterhin Förderbedarf tendenziell unter den Mädchen deutscher Herkunft besteht.

Auch die Häufigkeitsrate der *Fußschäden* – Restverformungen oder Funktionseinschränkungen nach angeborener Fußfehlbildung oder nach erworbenen Fußschäden infolge von Unfällen oder Krankheiten oder Knick-Senk-Spreizfüßen, bei denen es im hohen Ballen-Zehenstand nicht zur Ausbildung eines physiologischen Fußlängs- und –quergewölbes und

Abbildung 21 Haltungstest

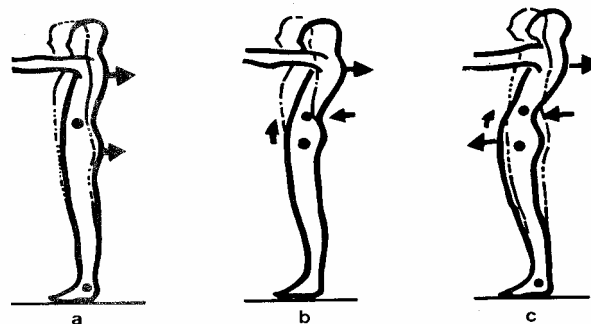


Abb. 3: Mechanismen der Korrektur eines nach ventral verlagerten Schwerpunktes (Armvorhalte) (nach Rompe)
a.: haltungsgesundes Kind
b. u. c: haltungsschwaches Kind

nicht zur Einwärtsdrehung der Fersen kommt – geht zurück, und zwar von 4,0% auf 3,2%. Die Fußschäden treten in den Jahren 1992 und 1998 statistisch bedeutsam häufiger bei Jungen auf.

Die selten auftretende *Thoraxverbildung*, d.h. eine Trichterbrust oder eine andere Brustkorbverformung, die stärkere Ausmaße hat oder eine Beeinträchtigung der Herz-Kreislauf- oder Lungenfunktion vermuten lässt, bleibt nach einem deutlichen Rückgang von 0,25% 1994/1996 auf 0,05% 1996/1998 seitdem unverändert auf diesem Niveau.

Die Häufigkeitsrate der *Skoliose*, d.h. eine seitliche Verkrümmung der Wirbelsäule, verharrt über den gesamten Betrachtungszeitraum bei rd. 2%. Im Jahr 1997 sind statistisch

bedeutsam häufiger Mädchen von diesem Befund betroffen.

Die *Hüftschäden* kommen selten vor und die Entwicklung des Befundes lässt keinen eindeutigen Trend erkennen. Die *Kyphose* wird sehr selten festgestellt, so dass die Zahlen für eine Auswertung bereits zu klein sind.

Der Vergleich mit dem Gesundheitsbericht von 1988 zeigt, dass die Grundschulbezirke sich nicht als statistisch bedeutsame Unterscheidung in Hinsicht auf Befunde des Bewegungs- und Stützapparates erweisen, da in den aktuellen Auswertungen keine Häufungen in Stieghorst und Dornberg festgestellt werden können. Dies liegt – neben der methodischen Vorgehensweise – evt. auch daran, dass diese Befunde weitgehend rückgängig sind.

Ergebnisse der Zusatzbefragung 1998

Die Auswertung der Zusatzbefragung zeigt, dass die soziale Lage keinen Einfluss auf die Erkrankung an einer *Haltungsschwäche* hat. Die Annahme, Kinder aus sozial günstigeren Milieus seien häufiger von Haltungsschwächen betroffen, da sie überbehütet sind, kann nicht

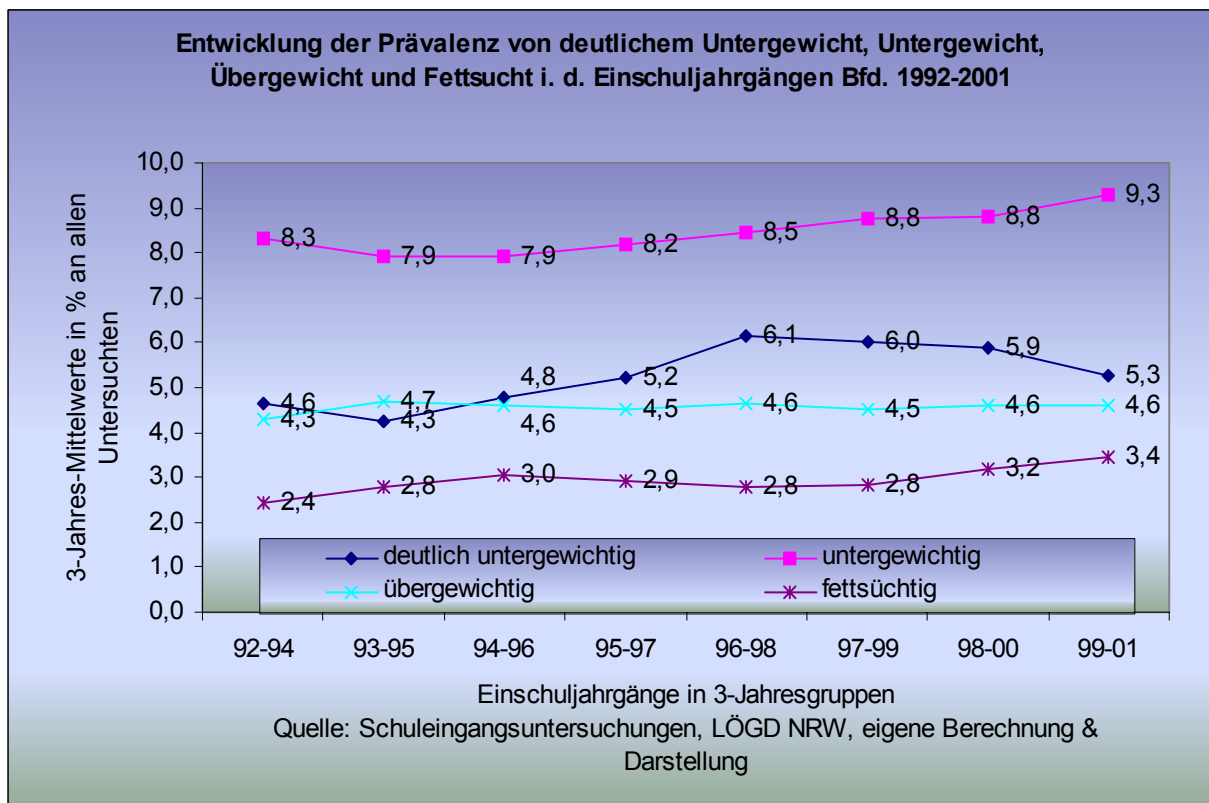
gehalten werden. Ebenso wenig die gegenteilige Annahme, dass diese Kinder weniger betroffen sind, weil ihre Eltern stärker auf genügend Bewegung achten würden.

Die Wohnqualität übt ebenfalls keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit aus, an einer Haltungsschwäche zu erkranken, mit einer Ausnahme: Die Ausstattung der elterlichen Wohnung mit Wohnfläche hat einen Einfluss auf das Bewegungsverhalten der Kinder und auf die Ausprägung von Haltungsschwächen. Die Wahrscheinlichkeit des Einflusses der zur Verfügung stehenden Wohnfläche auf die Wahrscheinlichkeit, dass das einzuschulende Kind an einer Haltungsschwäche erkrankt, erhöht sich um das nahezu Fünffache. Somit führt zu wenig Wohnfläche zu einer ausgeprägteren Wahrscheinlichkeit, Haltungsschwächen auszubilden.

Zu wenig Wohnfläche beeinträchtigt das Familienklima, wie oben festgestellt wird, aber die familiäre Situation zeigt in Hinsicht auf die Haltungsschwäche keinen Einfluss.

Die in der Zusatzstudie außerdem vorgenommene Zusammenfassung der vorgenannten

Abbildung 22



Einzelbefunde zu einer Gesamtvariablen „Erkrankungen des Skeletts“ ergibt keine Zusammenhänge mit dem sozialen Status, der Wohnqualität und dem Familienklima.

1.4.4. Deutliches Untergewicht, Untergewicht, Übergewicht & Fettsucht

Für die Berechnung von deutlichem Untergewicht, Untergewicht, Übergewicht und Fettsucht wird auf die Kriterien der Arbeitsgemeinschaft „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ (AGA) Bezug genommen, nach denen erstmals ein einheitlicher alters- und geschlechtsspezifischer Body-mass-Index [BMI = Körpergewicht/Körperhöhe² (kg/m²)] auf der Grundlage mehrerer, regional begrenzter Studien mit Körperhöhen- und Körpergewichtsdaten von insgesamt 17.147 Jungen und 17.275 Mädchen für Deutschland berechnet wird.²⁰ Das Ergebnis sind geschlechtsspezifische Altersperzentile von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr, die eine einheitliche Definition und Identifikation von Unter- und Übergewicht bzw. Fettsucht erlauben. Deutliches Untergewicht ist diesen Kriterien nach bis zur 3. Perzentile anzunehmen, Untergewicht bis zur 10. Perzentile, Übergewicht ab der 90. Perzentile und Fettsucht ab der 97. Perzentile.²¹ Insbesondere das deutliche Untergewicht und die Fettsucht sind von Bedeutung für die Gesundheit von Kindern (und Jugendlichen).

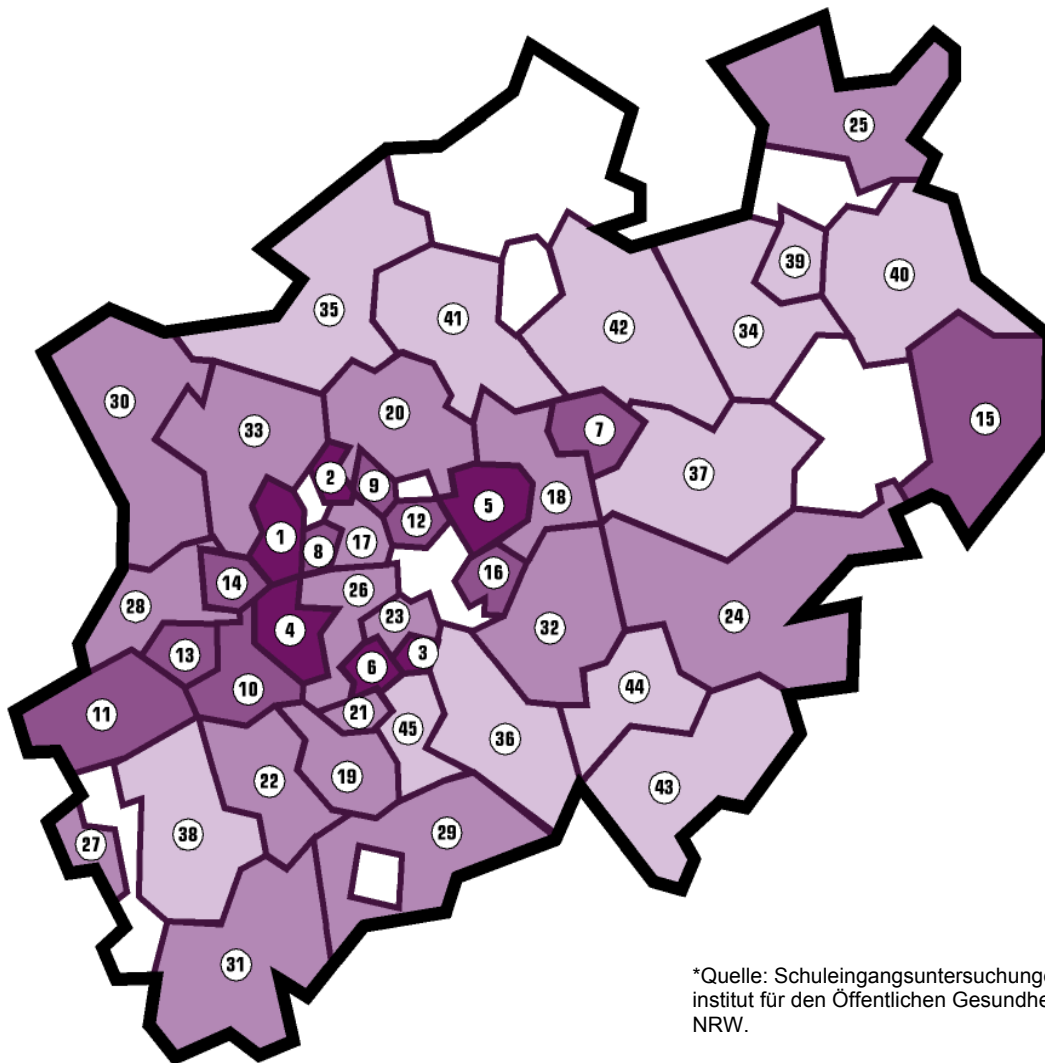
Das *deutliche Untergewicht* kann zum einen auf Ernährungsstörungen bei den Kindern zurückgeführt werden, die vor allem sozial bedingt sind. Es betrifft in diesen Fällen z.B. Kinder, die vernachlässigt werden. Eine andere Möglichkeit sind sehr überbehütete Kinder, die mit Nahrungsverweigerungen auf ihre Situation reagieren. Es gibt eine dritte Gruppe von Kindern, die aus verschiedenen Gründen kein spezifisches Hungergefühl ausbilden und deshalb deutlich untergewichtig sind. Bei diesem Befund ist es wichtig den Verlauf anhand von Kohorten zu beobachten, was anhand der vorliegenden Daten jedoch nicht möglich ist. Die Häufigkeitsrate der *deutlich untergewichtigen* Kinder in den Schuleingangsuntersuchungen steigt von 4,3% 1993/1995 rapide auf 6,1% 1996/1996 an, verharrt drei Jahresgruppen in etwa auf diesem hohen Niveau und erreicht erst im letzten Jahr wieder eine deutlich kleinere Ausprägung von 5,3% (Abbildung 22). Das Geschlecht zeigt, dass Jungen in den ganzen Jahren häufiger von deutlichem Untergewicht betroffen sind.

Die Häufigkeitsrate der *untergewichtigen* Kinder - diese Werte sind in der Regel nicht als bedenklich einzustufen, da es sich oftmals um Kinder handelt, die hoch gewachsen sind und aufgrund der Berechnungsmethode, in der die Körpergröße der Nenner ist, überschätzt werden - steigt von 7,9% 1994/1996 kontinuierlich auf 9,3% bis zuletzt an. Es sind in etwa beide Geschlechter gleich häufig betroffen.

Das *Übergewicht und die Fettsucht* wird in der Öffentlichkeit und einschlägigen Studien als wachsendes Gesundheitsproblem in entwickelten Gesellschaften beschrieben, das inzwischen seuchenhafte (epidemische) Ausmaße angenommen hat. Gründe für diese Entwicklung ist eine erhöhte Nahrungszufuhr (insb. von stark energieverdichteten Nahrungsmitteln), Bewegungsmangel, Stress, genetische Prädispositionen, körperliche Erkrankungen wie z.B. hormonelle Störungen.²² Zu den gesundheitlichen Folgen von Übergewicht und insbesondere Fettsucht zählen psychosoziale Probleme (z.B. soziale Isolation, Stigmatisierung) und körperliche Probleme (erhöhte Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Anomalien des Zuckerstoffwechsels, Erkrankungen der Leber- und Gallenwege sowie des Magen-Darm-Traktes, Schlafapnoe und orthopädische Probleme wie Arthrosen, Rückenbeschwerden und darauf in der Folge eine verminderte körperliche Leistungsfähigkeit und Atemnot).²³

Die Häufigkeitsrate des *Übergewichts* – es sind dies noch keine Werte, die als besonders problematisch anzusehen sind, da man manchen Kindern noch nicht mal ansieht, dass sie übergewichtig sind - steigt zwar von 4,3% auf 4,6% über den gesamten Zeitraum an, allerdings mit einem Höhepunkt von 4,7% 1993-1995 (Abbildung 22). Ein eindeutiger Trend ist somit im Betrachtungszeitraum für Bielefeld nicht festzustellen, obwohl der Befund nicht zu den seltenen Befunden gezählt werden kann.²⁴ Mädchen sind häufiger übergewichtig. Die Häufigkeitsrate der *Fettsucht* (Adipositas) – ein gesundheitlich bedeutsamer Befund - ist insgesamt kleiner als die Häufigkeitsrate des Übergewichts, aber ihre Entwicklung zeigt, dass sie sich bei den einzuschulenden Kindern von 2,4% auf 3,4% vergrößert (Abbildung 22). Seit 1997/1999 sind wie in den Jahren bis 1995/1997 Jungen etwas häufiger als Mädchen fettsüchtig. Im Vergleich mit den anderen Kommunen in NRW zeigt sich jedoch, dass die Fettsucht in Bielefeld an der unteren Skala steht (Karte 2).

Karte 2 Fettsucht in den Städten und Gemeinden NRW 2001*



*Quelle: Schuleingangsuntersuchungen, Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW.

<p>Mehr als 6,0 Prozent adipöse Kinder</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Duisburg, Stadt 2. Bottrop, Stadt 3. Remscheid, Stadt 4. Düsseldorf, Stadt 5. Dortmund, Stadt 6. Solingen, Stadt 	<p>Zwischen 4,1 und 5,0 Prozent adipöse Kinder</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Essen, Stadt 18. Unna, Kreis 19. Köln, Stadt 20. Recklinghausen, Kreis 21. Leverkusen, Stadt 22. Eftkreis 23. Wuppertal, Stadt 24. Hochsauerlandkreis 25. Minden, Kreis 26. Mettmann, Kreis 27. Aachen, Stadt 28. Viersen, Kreis 29. Rhein-Sieg-Kreis 30. Kleve, Kreis 31. Euskirchen, Kreis 32. Märkischer Kreis 33. Wesel, Kreis 	<p>Weniger als 4,0 Prozent adipös Kinder</p> <ol style="list-style-type: none"> 34. Gütersloh, Kreis 35. Borken, Kreis 36. Oberbergischerkreis 37. Soest, Kreis 38. Düren, Kreis 39. Bielefeld, Stadt 40. Lippe, Kreis 41. Coesfeld, Kreis 42. Warendorf, Kreis 43. Siegen-Wittgenstein, Kreis 44. Olpe, Kreis 45. Rheinisch-Bergischer-Kreis
--	--	--

Keine Angaben

In der Betrachtung des Gewichts zeigt sich somit, dass das deutliche Untergewicht und die Fettsucht - beides schwerwiegende Erkrankungen - sich in den letzten zehn Jahren vergrößert haben.

Ergebnisse der Zusatzbefragung 1998

Die Zusatzbefragung zeigt, dass Übergewicht eher bei einem höherem Haushaltseinkommen der Eltern vorkommt. Dieser Effekt verstärkt sich, wenn die elterliche Schulbildung einbezogen wird. Höhere Bildung und höheres Einkommen sind somit mit dem Übergewicht einzuschulender Kinder in Bielefeld verbunden. Dieses Ergebnis ist überraschend, wird doch in der Literatur Übergewicht eher als ein Problem von Kindern aus Haushalten mit niedrigen Einkommen beschrieben.²⁵ Hier wirken sich vermutlich die Schwierigkeiten der Stichprobenziehung aus.

Der beschriebene Zusammenhang setzt sich in der Wohnqualität fort. Die kindliche Erkrankung an Übergewicht steht in Beziehung zur Versorgung mit Wohnfläche und dem Vorhandensein von Wohneigentum. Bessere Wohnbedingungen, die wiederum stark von der Einkommenssituation der Eltern abhängig sind, erhöhen die Wahrscheinlichkeit an Übergewicht zu erkranken. Dabei verstärkt sich diese Einordnung, wenn die Infrastruktur des Wohngebietes einbezogen wird. Fehlende Spiel- und Freizeitmöglichkeiten in der Wohnumgebung von besser gestellten Kindern können darauf hinweisen, dass bewegungsinduziertes Übergewicht bei ihnen die genannten Ausprägungen ergibt. Die Autorin der Zusatzbefragung vermutet, „dass es sich hier weniger um Effekte von Überversorgung oder falscher Ernährung als vielmehr um einen Einfluss des Anstiegens sitzender und eher kognitiver Spielmöglichkeiten (Computerspiele, Strategie- und Denkspiele) im Alltag der Kinder handelt. In diesem Zusammenhang erscheint es wiederum erklärbar, dass Übergewicht eher in besser situierten Familien auftritt, da die Anschaffung z.B. eines PCs, eines Gameboys oder einer Playstation mit erheblichen finanziellen Aufwendungen verbunden sind.“²⁶

Die familiäre Situation weist keine Beziehungen mit dem Befund Übergewicht auf.

Die Ergebnisse lassen erkennen, welche Zielgruppen für Prävention und Gesundheitsförderung unter den in etwa 6jährigen Kindern wichtig sind: Mädchen, hier geborene Kinder aus-

ländischer Herkunft und deutsche Kinder, die in wohlhabenden Verhältnissen leben.

1.4.5. Chronische Erkrankungen

Die chronischen Erkrankungen stellen im Kindesalter (aber auch später) eine besondere Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung da, weil ein großer Teil von ihnen als schwerwiegend anzusehen ist und die Erkrankten sowie ihr soziales Umfeld sie in ihren Alltag mit allen Begleit- und Folgeerkrankungen integrieren müssen, was zugleich erhebliche psychosoziale Anstrengungen bewirken kann. Es kann heute im allgemeinen gesagt werden, dass die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen so gut ist, dass die Verhinderung des Todes in Folge einer lebensbedrohenden Erkrankung nicht mehr primäre Zielsetzung gesundheitlichen Handelns ist, „... sondern die Gewährleistung einer optimalen Lebensqualität angesichts chronischer Gesundheitsstörungen, die sich aus der zivilisierten Lebensweise und den Lebensumständen ergeben.“²⁷ Die Häufigkeitsrate für die klassischen chronischen Erkrankungen bei Kindern *und* Jugendlichen wird bei allen Unterschieden der zugrundeliegenden Kategoriensysteme und den auch - insbesondere in Deutschland - vorhandenen Datenlücken in nordamerikanischen Studien mit 10% angegeben, weitere 20% weisen leichtere Beeinträchtigungen auf.²⁸ Dabei ist zu beachten, dass für Kinder so gut wie keine eigenen, altersangemessenen Häufigkeitsraten von chronischen Erkrankungen vorliegen (ebenso für Jugendliche). Schloosch, die in der Zusatzbefragung 1998 ausgewählte Befunde der Schuleingangsuntersuchungen in einer Gesamtvariablen „Chronische Erkrankungen“ zusammenfasst (siehe ausführlich unten), kommt zu dem Ergebnis, dass insgesamt 3,2% der in etwa 5jährigen Bielefelder Kinder mindestens eine chronische Erkrankung haben und dass bei dem überwiegenden Teil dieser Kinder (2,2%) sogar eine Mehrfachbelastung vorliegt.

Die Gruppe(n) von chronischen Erkrankungen wird hier entgegen der Systematik des Bielefelder Modells der Schuleingangsuntersuchungen gebildet, um die quantitative und qualitative Bedeutung dieser Erkrankungen angesichts des gewandelten Krankheitspanoramas, d.h. des Wandels von den akuten zu den chronischen Erkrankungen, insgesamt hervorzuheben. Hier beruhen wesentliche Anstrengungen der gesundheitlichen Versorgung in unseren Breitengraden. Die Schuleingangsuntersu-

chungen erfassen einen Großteil der chronischen Erkrankungen im Kindesalter, entweder als eigenständigen Befund oder in den sog. „freien Feldern“. Manche Erkrankungen sind jedoch so selten, dass sie aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt werden.

1.4.5.1. Schwere chronische Erkrankungen

Zu den schwerwiegenden, chronischen Erkrankungen, die in den Schuleingangsuntersuchungen nicht erfasst werden, gehören die *Krebserkrankungen*. Als umweltbezogener Faktor, der zu Krebs im Kindesalter führt, ist die ionisierende Strahlung in Studien über die Überlebenden der Hiroshima- und Nagasaki-Atombombenabwürfe und über Kinder in der Nähe von Atomwaffentestgeländen - insbesondere Nevada und Kasachstan - bewiesen. Das übermäßige Ausgesetztsein im Sonnenlicht während der Kindheit verursacht im späteren Leben Hautkrebs und wahrscheinlich auch bösartige, braune bis schwärzliche Geschwülste. Für eine Reihe anderer chemischer, physikalischer und biologischer Faktoren, die Krebs in der Kindheit oder später im Leben (mit-)verursachen können, reicht das Wissen von begrenzter Richtigkeit (z.B. hinsichtlich von Straßenverkehrsabgasen) bis zu Verdachtsäußerungen (Pestizide, extrem niedrigfrequente elektromagnetische Felder, Passivrauchen, Beruf der Eltern). Betrachtet man die Ergebnisse des Jahresberichts 2000 des Deutschen Kinderkrebsregisters, dann liegt die *Inzidenz*²⁹ bei Kindern unter 15 Jahren für alle bösartigen Geschwülste im Regierungsbezirk Detmold bei 15,2 pro 100.000 für die Jahre 1991 bis 2000.³⁰ Dieser Wert ist nicht bedenklich, da er nicht statistisch bedeutsam ist.

Der Befund *Diabetes mellitus* tritt in den letzten 25 Jahren um 50 bis 100 % häufiger auf. Die allgemeinen „Prävalenzangaben bewegen sich zwischen 0,1 und 0,25%“.³¹ Der Diabetes mellitus wird in den Einschuljahrgängen festgehalten, wenn die Diagnose als gesichert gilt. Der Befund tritt jedoch so selten auf, dass hier keine Aussagen zu seiner Entwicklung gemacht werden können. In den letzten 10 Jahren sind es 25 Kinder, von denen etwas über die Hälfte erhebliche Leistungsbeeinträchtigungen haben, d.h. bei ihnen bestehen Zweifel, ob der Diabetes mellitus gut eingestellt ist und eine ausreichende Wahrnehmung der ärztlichen Überwachung bzw. Abklärung des Harn-Zuckerbefundes besteht.

Für den Befund *Epilepsie*, dem *zerebralen Anfallsleiden*, wird für die Kinder bis zum 9.

Lebensjahr eine Lebenszeitprävalenz von 0,62% angegeben. In den Schuleingangsuntersuchungen wird der Befund verschwindend gering ausgestellt.

Die *juvenile chronische Arthritis* ist der Literatur nach nur in ihrer systemischen Form, dem Morbus Still, bei Kindern relevant und auch so selten, dass hier keine Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen dargestellt werden können.

Der Befund *Angiokardiopathie* - angeborener Herzfehler, erworbener Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Karditis oder Kardiomyopathie werden darunter in den Schuleingangsuntersuchungen belegt – steigt von 0,53% 1992/1994 auf 0,73% 1998/2000 tendenziell an. Im letzten Beobachtungszeitraum beträgt die Häufigkeitsrate anhand des 3-Jahres-Mittelwerts jedoch nur 0,58%.³² Die größte Zahl der Kinder steht in Behandlung, bei ganz wenigen ist eine erhebliche Leistungsbeeinträchtigung zu erwarten. Der langanhaltende Anstieg, der vermutlich nach dem Rückgang 1998/2000 auch wieder einsetzen wird, ist auf die dauernd besseren medizinischen Möglichkeiten zurückzuführen, „so dass auch Patienten mit mittelschweren und schweren Herzfehlern das Jugend- und Erwachsenenalter erreichen. Allerdings...habe jeder zweite der als Säugling oder als Kind wegen eines Herzfehlers operierten Patienten später Probleme mit dem Herzen.“³³

Die sehr seltenen, schweren chronischen Erkrankungen *Cystische Fibrose* (Mukoviszidose), *Phenylketonurie*, *Morbus Crohn*, *Colitis ulcerosa* können hier gleichfalls nicht beschrieben werden, allerdings das *Asthma bronchiale* und die *Neurodermitis*, also Erkrankungen des allergischen Formenkreises.

1.4.5.2. Schwere chronische Erkrankungen des allergischen Formenkreises

In den letzten drei Jahrzehnten ist ein Zuwachs unter den allergischen Erkrankungen und Asthma in den westeuropäischen Ländern festzustellen. Eine mehr als zehnfach höhere Rate von Asthma-Symptomen ist in West- im Gegensatz zu Osteuropa zu verzeichnen. Im frühesten Kindesalter und beim Ungeborenen scheinen Expositionen das Risiko zu vergrößern, dass ein Kind im späteren Leben an Asthma (und Heuschnupfen) erkrankt. Faktoren, die bei der Entstehung von Asthma (und Heuschnupfen) eine Rolle spielen, sind umweltbelastete Allergene bereits während der

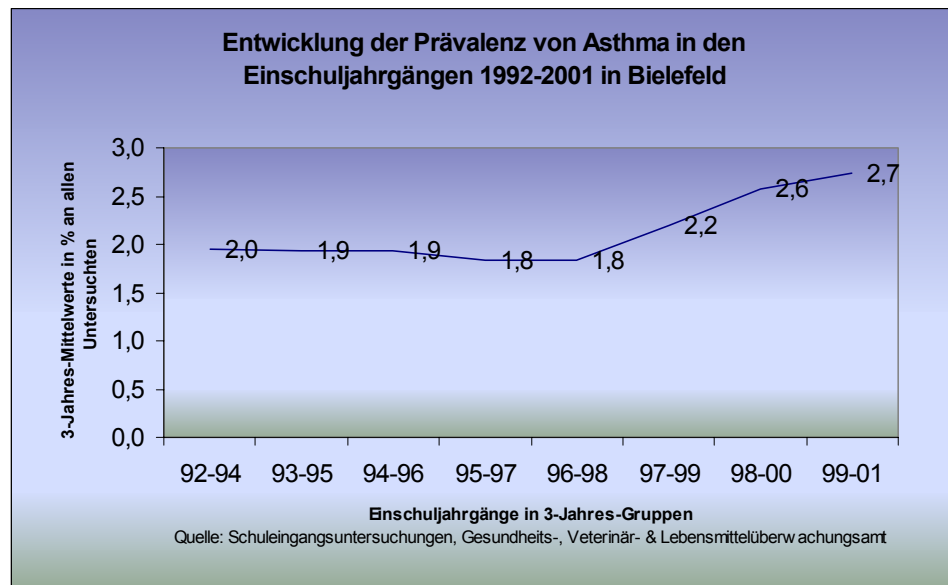
Schwangerschaft, die das Immunsystem des Fetus entsprechend sensibilisieren können, mikrobielle und andere infektiöse Belastungen (Erkältungen in der frühen Kindheit), das Aufwachsen mit einem Haustier (insb. Katze), die Verabreichung verschiedener Nahrungsmittel wie z.B. Kuhmilch und Eier im jungen Alter, das Geborenwerden während der Pollenflugzeiten, Tabakrauch in der Umgebung des Kindes und mütterliches Rauchen während der Schwangerschaft.³⁴ Den Allergien und dem Asthma liegen somit insgesamt multifaktorielle Entstehungszusammenhänge zugrunde. Sie resultieren aus einem komplizierten Wechselspiel der genannten Umwelteinflüsse und genetischen Dispositionen (vermutlich ist das Zusammenwirken

mehrer Gene mit den genannten Umweltfaktoren „ursächlich“). In Hinsicht auf die soziale Lage treten die Erkrankungen des allergischen Formenkreises gehäuft in höheren Sozial-schichten auf. Unterscheidet man jedoch Asthma hinsichtlich des Schweregrades – was normalerweise bei der Betrachtung von sozialer Ungleichheit und Gesundheit in Bezug auf die Befunde nicht getan wird – dann zeigt sich, dass die schweren Asthmaanfälle bei Kindern in der unteren sozialen Schicht gehäuft auftreten.³⁵

Der Befund *Asthma bronchiale* wird ausgestellt, wenn bei Kindern in den letzten 12 Monaten mindestens ein Asthmaanfall aufgetreten ist und bei denen früher bereits die Diagnose gestellt wurde oder bei Kindern, die in den letzten 12 Monaten mindestens einen Asthmaanfall hatten und bei denen mindestens zwei der folgenden Symptome vorliegen: „fassförmiger Thorax“, „auskultatorisch Giemen, Pfeifen, Brummen“ und/oder „erschwertes Ausatmen“. Die Entwicklung des Asthma in Bielefeld lässt deutlich erkennen, dass die Wahrscheinlichkeit für bereits 5jährige Kinder an Asthma zu erkranken auch in Bielefeld

wächst. Seit 1996/1998 vergrößert sich die Häufigkeitsrate kontinuierlich von 1,8% auf zuletzt 2,7% (Abbildung 23). In den Jahren 1992 bis 1997 und 1999 und 2000 zeigt sich ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen Asthma und Geschlecht, der verdeutlicht, dass durchgängig Jungen häufiger von der Erkrankung betroffen sind. Es wird

Abbildung 23



dies nach heutigem Wissenstand auf genetische Eigenschaften zurückgeführt. Statistische Bedeutsamkeit hinsichtlich ethnischer und sozialräumlicher Unterscheidungen gibt es nicht.

1.4.5.3. Leichte chronische Beeinträchtigungen des allergischen Formenkreises

Die Häufigkeit des *Heuschnupfens* oder der *allergischen Rhinitis* – der Befund wird ausgestellt bei bereits vorhandener Diagnose aufgrund Allergietestung oder bei Kindern, bei denen wiederholt ein seröser³⁶ Schnupfen aufgetreten ist und bei denen eines der Merkmale „jahreszeitliche Bindung“, „begleitende Bindehautentzündung“ oder „Fehlen von Symptomen eines Infektes der oberen Luftwege“ vorliegt – tritt seltener auf als der Befund Asthma und verringert sich leicht entgegen der Entwicklung des Asthmabefundes von 1,5% 1992/1994 auf zuletzt 1,2%. Gehäuft treten auch bei diesen Befund statistische Charakteristika in Verbindung mit dem Geschlecht auf; in den Jahren 1993, 1995, 1997, 1999 und 2000 sind wiederum Jungen häufiger betroffen. Die „ethnische“ Unterscheidung weist hingegen nur im Jahr 1994 auf einen signifikanten Zusammenhang mit Heuschnupfen hin,

der veranschaulicht, dass deutsche Kinder häufiger betroffen sind. Die Befundausprägungen in den Schulbezirken sind nicht statistisch bedeutsam.

Die Häufigkeitsrate des *Ekzems (Neurodermitis)* hat sich von 3,8% 1995/1997 auf 4,1% zuletzt vergrößert, wobei allerdings ein Höhepunkt von 4,2% in den Einschuljahrgängen 1994/1996 erreicht wird. Im Jahr 1992 sind statistisch signifikant häufiger Mädchen betroffen und 1994, 1995 und 1996 deutsche Kinder. Dass häufiger deutsche Kinder betroffen sind, mag zu einem Teil auf das häufigere Auftreten von Erkrankungen des allergischen Formenkreises in höheren Sozialschichten zurückgeführt werden. Es wird aber auch der jeweils andere genetische Hintergrund als Faktor diskutiert.³⁷ Auch bei diesen Befund gibt es keinen statistisch charakteristischen Zusammenhang mit den Schulbezirken.

Insgesamt zeigen die Häufigkeitsraten der Erkrankungen des allergischen Formenkreises, dass die Ergebnisse des Berichts von 1988 nur teilweise bestätigt werden können. Das Auftreten in tendenziell höheren Sozialschichten wird auch 1988 gesehen. Die methodische Vorgehensweise bei der Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen bis 2001 zeigt jedoch, dass die Schulbezirke bereits zu kleinräumig sind, um Unterschiede im Sozialraum noch berechnen zu können.

Die *sonstigen Hauterkrankungen* verringern sich seit 1994/1996 von 1,3% auf 0,9% 1999/2001.

1.4.5.4. Sonstige chronische Beeinträchtigungen

Die *Migräne* als eine weitere, leichtere, chronische Beeinträchtigung wird in den Schuleingangsuntersuchungen nicht dokumentiert.

Seien zuletzt die *Retentio Testis*, *LKG-Spalten* und *krankhaften Mandelentzündungen* als letzte leichte chronische Beeinträchtigungen genannt.

Die Häufigkeitsrate der *Retentio Testis* - definiert insofern, wenn sich ein oder beide Hoden an atypischer Stelle befindet / befinden und wenn ein Pendelhoden nicht vorliegt - geht im gesamten Betrachtungszeitraum kontinuierlich von 0,7% auf 0% zurück. Das hängt nicht mit dem Erfolg medizinischer Indikationen zusammen oder dem „Ausmerzen“ dieser Krankheit, sondern ist in der Tatsache begründet,

dass der schulärztliche Dienst gehäuft mit Vorwürfen des sexuellen Missbrauchs konfrontiert wird, so dass die Untersuchung von eingewachsenen Hoden nicht mehr durchgeführt wird, obwohl die Untersuchung aus medizinischer Sicht sinnvoll ist.

Die *LKG-Spalten* – bei Kindern, die mindestens eines der Symptome „Lippenspalte“, „Kieferspalte“, „Gaumenspalte“ oder Kinder, die eine entsprechende Operationsnarbe mit kosmetischer Beeinträchtigung oder Funktionsstörung haben, befundet - sind ebenfalls ein seltener Befund unter den in etwa 5jährigen Kindern. Seit 1995/1997 ist ein Zuwachs dieser Erkrankungen von 0,06% auf 0,19% festzustellen.

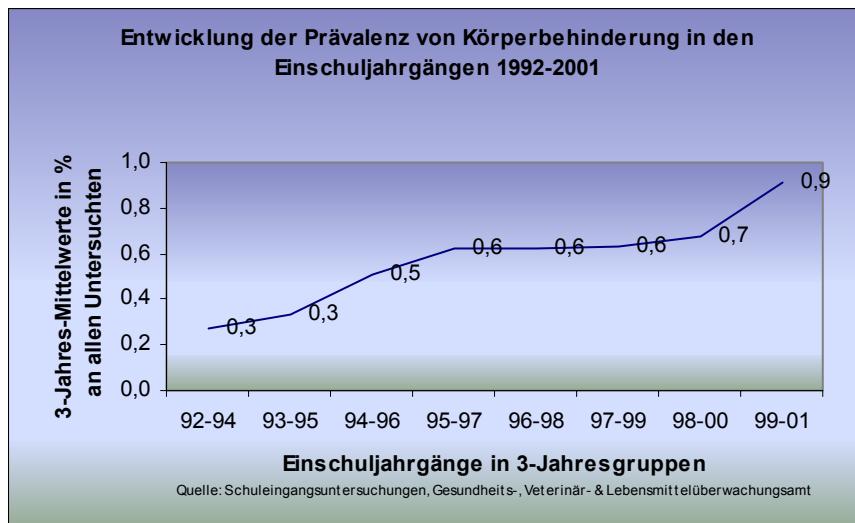
Die Häufigkeitsrate der *chronischen Mandelentzündung* geht über den gesamten Betrachtungszeitraum kontinuierlich von 3,2% auf 1,1% zurück. Im Jahr 1996 sind signifikant häufiger Mädchen als Jungen betroffen.

Ergebnisse der Zusatzbefragung 1998

Die Zusatzbefragung 1998 berücksichtigt in dem ausdrücklich gebildeten Sammelbefund „*chronische Erkrankungen*“ *Diabetes mellitus*, *Angiokardiopathie*, *Retentio Testis*, *LKG-Spalten* und *chronische Mandelentzündungen*. Es zeigen sich keinerlei Zusammenhänge mit dem sozialen Status, der Wohnqualität oder der familiären Situation. Es zeigt sich aber ein Zusammenhang mit der Herkunft. Deutsche Kinder leiden häufiger an chronischen Erkrankungen - bei allen Schwierigkeiten der Stichprobenszusammensetzung, die Kinder ausländischer Herkunft wie oben dargestellt nicht repräsentativ erfasst.

Die Erkrankungen des *allergischen Formenkreises* - Asthma bronchiale, Ekzem (Neurodermitis), allergische Rhinitis (Heuschnupfen) und die sonstigen allergischen Erkrankungen werden in der Zusatzbefragung 1998 auch zu einer Variablen zusammengefasst - stehen in Bielefeld in einem Zusammenhang mit der sozialen Lage. In etwa 6jährige Bielefelder Kinder aus mittleren und oberen Einkommenschichten und davon wiederum die deutschen Kinder erkranken häufiger an Atopien, was möglicherweise auf den bereits oben erwähnten anderen genetischen Hintergrund zurückgeführt werden kann.

Abbildung 24



Die Wohnqualität zeigt ebenfalls beachtliche Zusammenhänge mit der Erkrankungswahrscheinlichkeit von Allergien, wenn die "Belastungen in der Wohnung", "Belastungen im Wohngebiet" und der "Zustand des Hauses" sowie die Verfügbarkeit der "Wohnfläche pro Person" berücksichtigt werden. Wichtig sind dabei vor allem die Mehrbelastungen im Wohngebiet und der Zustand des Hauses: „dass eine Mehrbelastung mit schädlichen Einflüssen im Wohnumfeld (z.B. stark renovierungsbedürftiges Haus, Verkehrsbelastung, Industrieriecher und -abgase) Allergien begünstigt.“³⁸

Die Häufigkeitsrate der Erkrankungen des allergischen Formenkreises steht hingegen in keinem Zusammenhang mit der dritten Dimension der Zusatzbefragung, der familiären Situation.

1.4.6. Befunde spezieller Behinderungen

Bei den Befunden der speziellen Behinderungen – es werden Körperbehinderung, Lernbehinderung, und geistige Behinderung erfasst – handelt es sich wie bei manchen chronischen Erkrankungen auch um Befunde, die selten auftreten. Allen diesen Befunden ist gemeinsam, dass sie über den Betrachtungszeitraum annähernd kontinuierlich ansteigen, was auf eine verbesserte Diagnostik zurückgeführt wird.

Die Häufigkeitsrate der Körperbehinderung vergrößert sich von 0,3% auf 0,9% (Abbildung 24), die Häufigkeitsrate der Lernbehinderung -

leicht diskontinuierlich - von 0,7% auf 1,3% und die Häufigkeitsrate der geistigen Behinderung von 0,2% auf 0,5%. Von den Lernbehinderungen sind statistisch bedeutsam in den Jahren 1996 und 1997 häufiger Jungen betroffen. Die Häufigkeitsrate der Körperbehinderung steht 1994 in einem statistisch charakteristischem Zusammenhang mit dem Geschlecht; auch hier sind häufiger Jungen betroffen.

1.4.7. Befunde des Verhaltens und des

ZNS

Die Entwicklung der verhaltensbezogenen „Erkrankungen“ und Teilleistungsstörungen gehört im letzten Jahrzehnt zu den großen Problemfeldern in Kinderheilkunde und angrenzenden Disziplinen. In der Literatur wird diese Veränderung unter den Kindern hinreichend beschrieben und es werden einige Randbedingungen (u.a. unvollständige Familienstruktur und relative Armut) dieser Entwicklung im vorliegenden Bericht (vgl. das Kapitel zu den Rahmenbedingungen) und in der Öffentlichkeit diskutiert.

In Bielefeld sind diese Entwicklungen nicht anders. Als *verhaltensauffällig* gilt nach der schulärztlichen Definition ein Kind, wenn es einen Befund (oder mehrere Befunde) wie "emotionale Störung", "hyperkinetisches Syndrom", "hirnorganisch bedingtes Verhaltensdefizit", "soziale Störung", "Enuresis (Einnässen)", "Enkopresis (Einkoten)" und/oder "erheblicher Tic" zugeschrieben bekommt. Befunde dieser Art sollen nur dann ausgestellt werden, wenn die Symptome des Kindes zu einer sozialen Belastung für das Kind und sein Umfeld führen. Es sei hier noch mal deutlich daran erinnert, dass es sich bei den ausgewerteten Daten z.T. um vorläufige Diagnosen handelt, die der weiteren Abklärung bedürfen.

Die Häufigkeitsrate der *Verhaltensauffälligkeiten* ist im Gesamtbetrachtungszeitraum von 4,5% auf 10,4% gestiegen (Abbildung 25)! Kaum ein anderer Befund der Schuleingangsuntersuchungen erreicht in den letzten zehn Jahren eine vergleichbare Steigerung. Dabei sind es vor allem die Jungen, die Probleme bereiten. Von 1993 bis 2001 – also fast über den gesamten Zeitraum – zeigt sich diesbezüglich ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang. In den Jahren 1995, 1996, 1997, 1999 und 2001 zeigt sich ebenfalls statistisch bedeutsam, dass Kinder mit einem Migrationshintergrund entsprechend befundet werden, insbesondere gehäuft hier geborene Kinder ausländischer Herkunft. In der Sozialraumanalyse ergeben sich des Weiteren statistisch bedeutsame Zusammenhänge, die aber auf unterschiedliche Erfassungsroutinen bei den Schulärztinnen und Schulärzten zurückgeführt werden können.

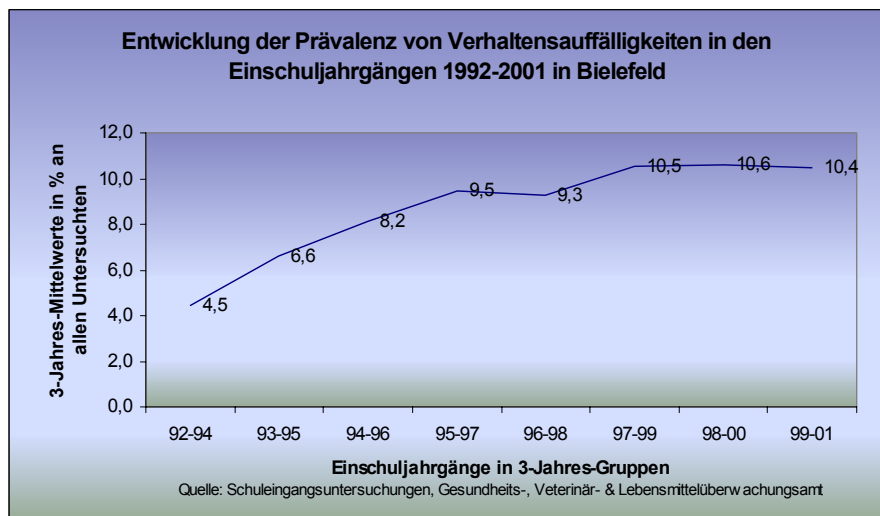
In Fachwelt und Öffentlichkeit wird zur Zeit das *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom* (ADHS) breit diskutiert, ein Syndrom, das vor 1987 noch als hyperkinetische Störung oder auch minimale cerebrale Dysfunktion bezeichnet wird. Die in diesen Zusammenhang stark gestiegene Verschreibung von Methylphenidat (0,4 Millionen Tagesdosen 1991; 13,5 Millionen Tagesdosen 2000 in BRD), ein Wirkstoff, der bzgl. seines Suchtpotentials umstritten ist, aber unter das Betäubungsmittelgesetz fällt, weist auf die gewachsene Bedeutung des Syndroms hin. Es sind der Literatur nach 2% bis 10% aller Kinder von ADHS betroffen. Auch an dieser Erkrankung leiden häufiger Jungen als Mädchen. Die Diagnose von ADHS setzt allerdings Feinarbeit voraus und kann viele Stunden Zeit in Anspruch nehmen. Es wird geschätzt, dass ein Drittel der ADHS-Diagnosen Fehldiagnosen sind.³⁹

In den Schuleingangsuntersuchungen werden diese Erkrankungen lediglich in den sog. „freien Feldern“ erfasst, sie gehören nicht zu den standardisierten Befunden. Eine grobe Auszählung zeigt, dass das Syndrom auch verstärkt durch den schulärztli-

chen Dienst befundet wird: lag die Häufigkeitsrate zu Beginn des Betrachtungszeitraum quasi bei Null, steigt sie bis zuletzt auf 2,7% durchgängig an (bei allen Unsicherheiten, die diese Daten implizieren).

Der Befund *Auffälligkeiten der Motorik und Koordination* wird festgestellt, wenn verschiedene Tests (Einbeinstand, Einbeinhüpfen, Zeichnen einer Linie u.a.) des schulärztlichen Dienstes Hinweise darauf geben, ob Störungen des Gleichgewichts, der Körperkoordination, der Grob- und Feinmotorik sowie der Auge-Hand-Koordination vorliegen (sobald eine oder mehrere Störungen dieser Art vorliegen). Bereits oben unter dem Befund *Haltungsschwäche* wird beschrieben, dass die Auffälligkeiten mit der Motorik und Koordination in Zunahme begriffen sind, z.B. aufgrund beschränkter Bewegungsräume in dichtbesiedelten und verkehrsdichten Wohngebieten. Auffälligkeiten der Motorik und Koordination sind die am häufigsten festgestellte Erkrankung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen. Die Häufigkeitsrate entwickelt sich von 1992/1994 bis 1997/1999 ähnlich der Häufigkeitsrate von Verhaltensauffälligkeiten auch in „dramatisch“ zu bezeichnender Weise, indem sie sich von 7% auf 16% mehr als verdoppelt (Abbildung 26). Bis zum Ende des Betrachtungszeitraums wird jedoch ein Rückgang der Häufigkeitsrate auf 13,4% registriert. Es sind auch bei diesem Befund geschlechtsspezifisch signifikant - und zwar in allen beobachteten Einschuljahrgängen - häufiger Jungen betroffen (zwischen 9,8% und 24,7%). In den Jahren 1996 bis 1998 und 2001 werden auch signifikant häufiger Kinder ausländischer Herkunft -

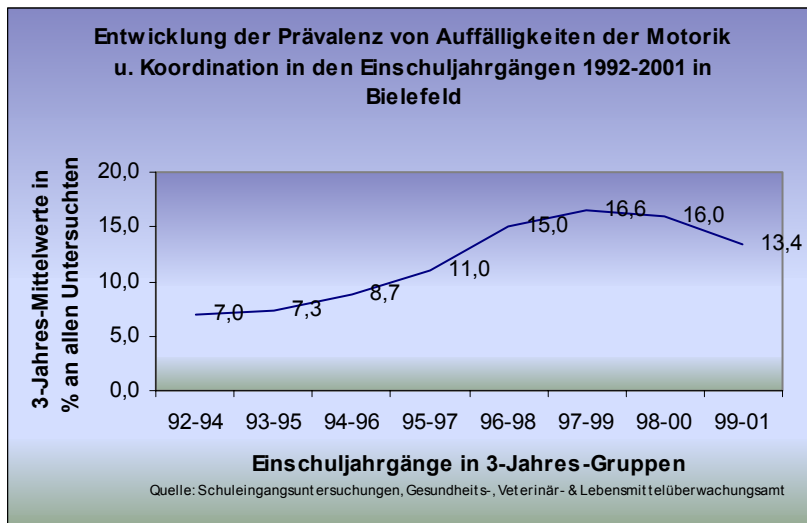
Abbildung 25



sowohl hier als auch im Ausland geborene -

vorliegt - kommt als eine weitere Teilleistungsstörung weitaus seltener vor als die Verhaltensauffälligkeiten oder Auffälligkeiten von Motorik und Koordination. Nach einem Anstieg von 0,2% zu Beginn des Betrachtungszeitraums auf 0,5% in den Jahren 1995/1997 hat sich die Möglichkeit an einer zerebralen Bewegungsstörung zu erkranken auf einen Wert von 0,3% in den letzten Jahren eingependelt (mit einer wieder leicht steigenden Tendenz in der zweiten Nachkommastelle).

Abbildung 26



mit diesem Befund bezeichnet. In den Jahren 1997, 1999, 2000 und 2001 zeigt sich zudem, dass auch der Zusammenhang dieses Befundes mit den Grundschulbezirken statistisch bedeutsam ist.

An ein paar Schulen mit Anschrift in den folgenden Stadtbezirken tritt der Befund „Auffälligkeiten der Motorik und Koordination“ sehr häufig im Mittel der Jahre 1999-2001 auf (16,5-20,4%):

- Brackwede
- Dornberg
- Heepen
- Mitte
- Schildesche

Dieses sozialräumliche Ergebnis deckt sich nur zum Teil mit dem Ergebnis im Gesundheitsbericht von 1988. Auch 1987 gibt es Häufungen in Heepen, aber auch in Stieghorst, was in den Jahren 1999/2001 nicht mehr der Fall ist.⁴⁰ Im letzten Jahrzehnt hat sich jedoch der Befund vervielfacht und sind weitere Stadtbezirke mit hohen Befundaussprägungen hinzugekommen.

Die Häufigkeitsrate der *zerebralen Bewegungsstörungen* - der Befund wird ausgestellt wenn mindestens ein Symptom wie „Spastik“, „Athetose“ (unaufhörliche, ungewollte, langsame, bizarre Bewegungen der Gliedmaßen aufgrund verschiedener Erkrankungen) und „Ataxie“ (Störung im geordneten Ablauf und in der Koordination von Muskelbewegungen)

Der Befund *Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen* wird von den Schulärztinnen und Schulärzten ausgestellt, sobald eine der folgenden Auffälligkeiten vorliegt: Stottern, Poltern, Sprachentwicklungsstörung, Dysgrammatismus, Stammeln, Sigmatismus (Lispeln), Stimmstörung und/oder Näseln. Der Befund Sprach- Sprech- und Stimmstörungen gehört zu den am häufigsten gestellten Befunden. Die Wahrscheinlichkeit für in etwa 5jährige Bielefelder Kinder mit der Diagnose Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen befundet zu werden, vergrößert sich bis 1996/1998 von 9,7% auf 11,9%. Seitdem geht sie aber auf ihren Ausgangswert von 9,7% zuletzt zurück. Auch der Befund Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen steht im gesamten Betrachtungszeitraum in einem statistisch bedeutsamen Zusammenhang mit dem Geschlecht und wieder ist die Wahrscheinlichkeit für 5jährige Jungen größer an diesen Teilleistungsstörungen zu erkranken (zwischen 11,7% und 15,7% in den einzelnen Jahrgängen). In der „ethnischen“ Unterscheidung wiederholt sich jedoch nicht die statistische Bedeutsamkeit wie bei den anderen Teilleistungsstörungen. Lediglich im Jahr 1995 zeigt sich überhaupt ein entsprechender Zusammenhang, jedoch mit einer Häufung bei den deutschen Kindern und den in der DDR geborenen Kindern. Die sozialräumliche Verteilung des Befundes ist in den Einschuljahrgängen 1997, 1999 und 2000 statistisch bedeutsam. Im Mittel der Jahre 1999-2001 treten die Befunde sehr häufig in ein paar Grundschulen mit Anschrift in den folgenden Stadtbezirken auf:

- Dornberg
- Mitte

- Schildesche
- Stieghorst
- Jöllenbeck.

Ergebnisse der Zusatzbefragung 1998

In den Ergebnissen der Zusatzbefragung 1998 wird auch deutlich, dass die *Verhaltensauffälligkeiten* in einen Zusammenhang mit der „ethnischen“ Herkunft stehen, bedeutsam häufiger ausländische Kinder entsprechend befundet werden. Das Einkommen oder die Bildung der Eltern tragen nur tendenziell, aber nicht statistisch bedeutsam zur Erklärung bei.

Die Wohnqualität hat einen Einfluss auf die Häufigkeitsrate der Verhaltensauffälligkeiten. Eine unzureichende Ausstattung mit Wohnraum sowie das Nichtvorhandensein von Wohneigentum sind mit Verhaltensauffälligkeiten statistisch verbunden: „Wohneigentum wirkt hierbei nicht als solches, sondern eher über die mit Wohneigentum einher gehende höhere Qualität der Wohnbedingungen.“⁴¹

Die familiäre Situation lässt ebenfalls einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit 5jähriger Bielefelder Kinder erkennen, an einer Verhaltensauffälligkeit zu erkranken. Kinder, deren Mütter berufstätig sind, zeigen weniger Verhaltensauffälligkeiten. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von kindlichen Verhaltensauffälligkeiten ist jedoch besonders dann groß, „wenn als ungünstig angenommene Familienbedingungen, in diesem Fall strukturelle Unvollständigkeit der Familie und mehr als 3 Kinder, sich häufen. Diese Faktoren haben jedoch keinen eigenständigen erklärenden Effekt, sondern erhöhen in Verbindung mit der "Berufstätigkeit der Mutter" die Erklärung von Verhaltensauffälligkeiten.“⁴²

Der Befund *Auffälligkeiten der Motorik und Koordination* zeigt in Hinsicht auf den sozialen Status lediglich den in der Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen ersichtlichen Zusammenhang mit der ethnischen Herkunft, hier auch wieder zuungunsten der Kinder ausländischer Herkunft. Lediglich tendenziell ist eine schlechtere Einkommenssituation der Eltern zu sehen.

Die Wohnqualität ergab keine signifikanten Zusammenhänge, lediglich tendenziell wertet die Autorin vorsichtig, dass schlechtere Wohnbedingungen, z. B. in Form schlechter Ausstattung der Wohnung und des Wohngebietes, die Wahrscheinlichkeit für Auffälligkeiten der Moto-

rik und Koordination unter den Bielefeldern Kindern erhöhen.

Die familiäre Situation zeigt einen Zusammenhang mit der Häufigkeitsrate des Befundes. Kinder aus unvollständigen Familien in Bielefeld sind stärker der Wahrscheinlichkeit ausgesetzt, unter Störungen der Motorik oder Koordination zu leiden, insbesondere dann wenn ihre alleinerziehenden Mütter oder Väter mehr als ein Kind haben.

Der Befund *Sprach-, Sprech- und Stimmstörung* hängt von der sozialen Lage ab. Kinder aus wirtschaftlich schwachen Familien sind tendenziell stärker der Wahrscheinlichkeit ausgesetzt, an diesen Störungen zu erkranken.

Es wird von der Autorin kein Zusammenhang mit der Wohnqualität gesehen und entsprechend geprüft.

Die familiäre Situation hat keinen Einfluss auf die Häufigkeitsrate der Sprach-, Sprech- und Stimmstörung.

Zusammenfassend zeigt sich also, dass z.T. als „dramatisch“ zu bezeichnende Steigerungen bei den Befunden des Verhaltens im Betrachtungszeitraum stattfinden. Insbesondere Verhaltensauffälligkeiten, Auffälligkeiten der Motorik und Koordination und das ADHS sind in ihrer Auftretenswahrscheinlichkeit gestiegen. Und es sind dabei überwiegend Jungen und Kinder ausländischer Herkunft, die einer erhöhten „Erkrankungs“-Wahrscheinlichkeit ausgesetzt sind.

Zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen

Zu 1.4.1. Befunde des Kopfes

Es wird empfohlen, die Gesundheitsvorbeugung bzgl. der *herabgesetzten Sehschärfe* noch vor der Einschulung bei den niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten oder Augenärztinnen und Augenärzten zu intensivieren. Zielgruppen sind tendenziell häufiger Mädchen, deutsche, im Ausland geborene und ausgesiedelte Kinder. Zielräume sind Grundschulen mit Adresse in den Stadtbezirken Heepen, Jöllenbeck, Schildesche, Stieghorst und Sennestadt.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Die Häufigkeitsrate von *Hörstörungen* ist groß und zudem hat sie zugenommen, so dass im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz entsprechende Präventivangebote entwickelt werden sollten. Dabei sind keine besonderen Zielgruppen oder Sozialräume zu berücksichtigen.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Der kontinuierliche Anstieg der *Farbsinnstörungen* (Farbblindheit) von 1,4 auf 2,5% kann nicht direkt beeinflusst werden. Es sollte aber geprüft werden, ob die Beratung bei der Berufswahl der betroffenen Jugendlichen qualifiziert und ausreichend im Stadtgebiet erfolgt.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 1.4.2. Befunde der oberen Luftwege

Der diskontinuierliche Anstieg der *Bronchitis* von 2,6 auf 3,4% sollte einer eingehenden Bewertung unterzogen werden. Die Betrachtung des Befundes zeigt, dass er häufig mit den Umweltfaktoren Rauchen und Straßenverkehr in Verbindung steht. Die Zusatzbefragung von 1998 weist zudem daraufhin, dass es einen Zusammenhang mit belastenden Wohnbedingungen - in diesem Fall in Hinsicht auf Wohnumfeld, Wohnung, Wohnfläche und Nicht-Vorhandensein von Wohneigentum - gibt. Die deutlichere Identifikation der Erkrankung im Stadtgebiet und darauf aufbauend eine Verstärkung der vorbeugenden Maßnahmen sollten Zielsetzungen der Bewertung sein.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 1.4.3. Haltungsschwäche und Befunde des Skeletts

Die Häufigkeitsrate der *Haltungsschwäche* geht erfreulicherweise deutlich von 6,4% auf 3,3% zurück und stellt somit kein vordringliches Gesundheitsproblem mehr dar. Allerdings sollte überprüft werden, inwiefern spezielle Angebote für Mädchen und Kinder deutscher Herkunft weiterentwickelt werden bei bleibenden Stand der diesbezüglichen Gesundheitsförderung. Dies gilt insbesondere für Kinder, die mit zu wenig Wohnfläche aufwachsen zu überprüfen. Die Zusatzbefragung 1998 zeigt, dass sich das Erkrankungsrisiko in diesem Fall um das Fünffache vergrößert.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 1.4.4. Deutliches Untergewicht, Untergewicht, Übergewicht & Fettsucht

Die Häufigkeitsrate des *deutlichen Untergewichts* vergrößert sich von 4,3 auf 5,3%. Dieser Befund bedarf einer eingehenden Bewertung verschiedener Disziplinen und darauf aufbauend sind entsprechende Maßnahmen zu entwickeln. Dies alles sollte im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz geschehen.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel gesundheitliche Chancengleichheit und Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Die Häufigkeitsrate der *Fettsucht* steigt von 2,4 auf 3,4% an. Die bereits anhand einer Diplomarbeit über die spezifischen Versorgungsstrukturen in Bielefeld stattfindende Diskussion in der Kommunalen Gesundheitskonferenz gilt es fortzuführen. Als Zielgruppen werden in der Analyse Mädchen, hier geborene Kinder ausländischer Herkunft und deutsche Kinder, die in wohlhabenden Verhältnissen leben, identifiziert.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 1.4.5. Chronische Erkrankungen

Das *Asthma* ist eine besondere gesundheitspolitische Herausforderung. Es sollte geprüft werden, ob Aufklärung in der Öffentlichkeit und Vernetzung der versorgenden Dienste in Bielefeld effektiv zur Behandlung beitragen. Darüber hinaus sollte gefragt werden, welche Ansätze zur Prävention entwickelt werden können. Zielgruppe sind Jungen. Auch ist die sozialräumliche Identifikation zu spezifizieren, da die Zusatzbefragung zeigt, dass es Mehrbelastungen im Wohnumfeld hinsichtlich der Erkrankungen des allergischen Formenkreises gibt.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Das *Ekzem* ist ein häufig auftretender Befund, dessen Häufigkeitsrate sich etwas vergrößert. Die Kommunale Gesundheitskonferenz sollte sich damit auseinandersetzen, ob Prävention und Versorgung der Kinder mit diesem Krankheitsbild in Bielefeld ausreichend ist und ob sie auch gut vernetzt ist. Zielgruppen sind für gruppenspezifische Maßnahmen eher Mädchen und deutsche Kinder im besonderen. Wie beim Asthma sollte auch eine sozialräumliche Spezifizierung geprüft werden.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Es ist zu fragen, wie die Untersuchung der Hoden von Jungen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen wieder durchgeführt werden kann, ohne dass der schulärztliche Dienst mit Vorwürfen des sexuellen Missbrauchs konfrontiert wird.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 1.4.6. Befunde spezieller Behinderungen

Sämtliche Befunde der speziellen Behinderungen treten zwar selten auf, aber sind in ihrer Auftretenswahrscheinlichkeit angestiegen. Die Gründe und Folgen für das Versorgungssystem und alle anderen wichtigen gesellschaftlichen Bereiche sollten in Zusammenarbeit mit dem städtischen Behindertenbeauftragten, dem Behindertenbeirat und den relevanten Mitgliedern der Kommunalen Gesundheitskonferenz diskutiert werden. Dabei sollte auch eine Abschätzung der zukünftigen Entwicklungen eingehen.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung und Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Zu 1.4.7. Befunde des Verhaltens und des ZNS

Es gilt alle wichtigen Kräfte zu mobilisieren, um dem dramatischen Anstieg der *Verhaltensauffälligkeiten und des Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)* in Bielefeld Einhalt zu gebieten. Dazu sollte im ersten Schritt noch mal eine eingehende Bewertung des Befundes durch Kinderheilkunde, Jugend- und Sozialarbeit sowie Lehrerinnen und Lehrer u.a. in Hinsicht auf die Interventionsräume erfolgen, um darauf aufbauend Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzepte weiterzuentwickeln und zu verstärken. Die AG ADHS der Kommunalen Gesundheitskonferenz kann dabei eine Schlüsselrolle übernehmen.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Dem häufigsten und in nur dramatisch zu bezeichnender Weise angestiegenen Befund der letzten zehn Jahre „*Auffälligkeiten der Motorik und Koordination*“ sollte durch öffentlich wirksame Aufklärungskampagnen über die gesundheitlichen Folgen und Präventionsmöglichkeiten entgegnet werden. Dabei ist die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten besonders zu berücksichtigen. Alle Kräfte der

Gesundheits- bzw. Bewegungsförderung sind darüber hinaus zu stärken und angerufen, darauf hin zu wirken, dass bereits bei jungen Kindern entsprechende Angebote weiterentwickelt werden. Es sind vor allem Jungen und Kinder mit einem Migrationshintergrund in den ausgewiesenen Sozialräumen anzusprechen.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung und Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Die häufig auftretende Befund *Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen* sollte hinsichtlich seiner Versorgung nach den ausgewiesenen Zielgruppen und Sozialräumen bewertet werden, um möglicherweise auch in diesem Bereich entscheidende Maßnahmen vorzuschlagen.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Bürgerinnen- und Bürgerorientierung

Empfehlung zur Wiederaufnahme der Reihenuntersuchungen in den Tageseinrichtungen für Kinder

Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen zeigen z.T. deutlich wichtige gesundheitspolitische Entwicklungen, denen frühzeitig begegnet werden sollte, wie z.B. den Auffälligkeiten von Motorik und Koordination. Aus diesem Grund sollte wiederholt die Anstrengung unternommen werden, dass die Reihenuntersuchungen in den Tageseinrichtungen für Kinder wieder durchgeführt werden können. Die Verwaltung hat dazu bereits vor 2 Jahren eine Vorlage erstellt. Diese Untersuchungen müssen nicht flächendeckend sein, sondern sollten sozialkompensatorisch ausgerichtet werden, also besonders Kindertageseinrichtungen berücksichtigen, in denen dringender Handlungsbedarf bekannt ist.

¹ Stadt Bielefeld (1988): Gesundheitsberichterstattung. Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen bei Bielefelder Schulanfänger/innen 1987 und 1988 im Kontext von Sozial- und Umweltdaten.

² "In Grenzen" deshalb, weil keine Daten zur Schicht, wie Beruf, Bildung und Einkommen erhoben werden. Bei der Unterscheidung nach Geschlecht muss hinsichtlich einzelner Erkrankungen gesehen werden, dass es Verschiebungen vom sozialen zum natürlichen bzw. biologischen Geschlecht gibt. Ist dies der Fall, dann kann nicht von einem Merkmal sozialer Ungleichheit gesprochen werden.

³ Vergleiche den methodischen Anhang.

⁴ Schloosch, Anke (2000): Die gesundheitliche Lage der Bielefelder Schulanfänger. Eine Auswertung der schulärztlichen Untersuchung 1998 im Kontext sozialer Daten, Hamburg.

⁵ Vgl. methodischen Anhang.

⁶ Schloosch, Anke (2000): Die gesundheitliche Lage der Bielefelder Schulanfänger. Eine Auswertung der schulärztlichen Untersuchung 1998 im Kontext sozialer Daten, Hamburg, S. 11.

⁷ Dieses Problem ergibt sich auch in der Bevölkerungsbefragung „Das Gesundheitssystem in Bielefeld“. Gründe, die dazu führen, dass derzeit eine weitere Zusatzbefragung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen zum Thema „Migration und Gesundheit“ in Kooperation mit der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, durchgeführt wird.

⁸ In den Darstellungen der Ergebnisse der Zusatzbefragung werden die einzelnen Testergebnisse nicht ausgewiesen, um fachfremde Leserinnen und Leser nicht abzuschrecken und die Darstellung insgesamt zu vereinfachen. Die Zusatzstudie kann bei der Stadtverwaltung im Gesundheitsamt bei der Gesundheitsberichterstattung nachgefragt werden.

⁹ Die angegebene Raumzahl wird durch die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen dividiert. Bei einer Belegungsdichte von 1,5 und mehr Personen pro Raum wird von einer nicht ausreichenden Versorgung mit Wohnraum ausgegangen.

¹⁰ Schloosch, Anke (2000): Die gesundheitliche Lage der Bielefelder Schulanfänger. Eine Auswertung der schulärztlichen Untersuchung 1998 im Kontext sozialer Daten, Hamburg, S. 41.

¹¹ Das Geschlecht ist hier zwar durchgängig statistisch hochsignifikant, aber nur in biologischer Hinsicht (sex) und nicht hinsichtlich sozialer Unterschiede (gender).

¹² Sozialministerium Baden-Württemberg (2000): Kindergesundheit in Baden-Württemberg, Stuttgart, S. 102.

¹³ Sozialministerium Baden-Württemberg (2000): Kindergesundheit in Baden-Württemberg, Stuttgart, S. 104.

¹⁴ WHO (2002): Children's health and environment: A review of evidence. A joint report from the European Environment Agency and the WHO Regional Office for Europe, in: Environmental issue report, No. 29, Kopenhagen, S. 145.

¹⁵ Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse,

Erklärungsansätze und Interventionsmöglichkeiten, Bern, Göttingen, Toronto, S. 109.

¹⁶ Z.B.: Heudorf, Ursel; Schmidt, Sabine & Lob-Corzilius, Thomas (2002): Passivrauchexposition – das Kinderumweltthema Nr. 1, in: umwelt•medizin•gesellschaft, Heft 3/2002 S. 217-223, S. 220.

WHO (2002): Children's health and environment: A review of evidence. A joint report from the European Environment Agency and the WHO Regional Office for Europe, in: Environmental issue report, No. 29, Kopenhagen, S. 42 & S. 52.

¹⁷ Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze und Interventionsmöglichkeiten, Bern, Göttingen, Toronto, S. 271.

¹⁸ Dies ist aufgrund der methodischen Vorgehensweise der Fall. Die Grundschulbezirke, die auf statistische Bedeutsamkeit getestet werden, erweisen sich bei niedrigen Befundhäufigkeiten angesichts des gewählten statistischen Tests (Chi-Quadrat) als zu klein. Die Analyse auf Stadtbezirksebene ist derzeit aufgrund statistischer Qualitätsprobleme nicht möglich.

¹⁹ Settertobulte, Wolfgang (2002): Fit (f)or Fun. Lebensstile und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern, in: umwelt•medizin•gesellschaft, Heft 3/2002, S. 201-206, S. 204.

²⁰ Kromeyer-Hauschild, K. und andere (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben, in: Monatsschrift Kinderheilkunde, S.807-818.

²¹ „Haben die »Ausprägungen« einer »Variablen« X mindestens ordinales »Messniveau«, kann aus der »Häufigkeitsverteilung« errechnet werden, wieviele »Untersuchungseinheiten« höchstens eine bestimmte Ausprägung der Variablen aufweisen. Mit dieser Art der Darstellung lassen sich bestimmte Charakteristika der Verteilung (»Median«, »Quartile«, »Quantile und Perzentile«) sehr viel besser erkennen. Für diese Darstellung müssen jeweils die absoluten oder die relativen Häufigkeiten der Ausprägung selbst und aller rangniedrigeren Ausprägungen summiert werden. Man spricht daher auch von der (absoluten, relativen) Summenhäufigkeitsverteilung bzw. kumulierten Häufigkeitsverteilung (engl.: cumulated frequency distribution). Werden die kumulierten relativen Häufigkeiten in Prozent ausgedrückt, spricht man man auch von den Prozenträngen oder Perzentilen einer Verteilung ... Für den gesamten Wertebereich einer

»Variablen« X lässt sich mit Hilfe der »Summenhäufigkeitsverteilung« abschätzen, welcher Anteil aller »Untersuchungseinheiten« maximal einen Wert Chi aufweist. Diesen Wert bezeichnet man als Quantil (engl.: quantile) bzw. bei Verwendung von prozentualen Anteilen als Perzentil (engl.: percentile). Perzentile sind die (prozentualen) Werte von Summenhäufigkeitsverteilungen.“ Andreß, Hans-Jürgen, in: <http://www.homes.uni-bielefeld.de/hjawww/glossar/node180.html>.

²² Die Kombination von erhöhter Nahrungszufuhr und Bewegungsmangel führt zu einem unausgeglichenen körperlichen Energiehaushalt. Kreis Minden-Lübbecke (2001): Zweiter Bericht zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen im Kreis Minden-Lübbecke, Minden, S. 16.

²³ Europäische Kommission (2000): Bericht über die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in der Europäischen Union. Arbeitspapier der Kommissionsdienststellen, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz, Referat F3, Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung und Verhütung von Verletzungen, Brüssel, S. 26.

²⁴ Zieht man den Befund Übergewicht ein, wie er standardmäßig erfasst wird - also nicht durch die vorgenannten speziellen Berechnungen - dann zeigt sich, dass Übergewicht statistisch signifikant ist in Hinsicht auf das Geschlecht. Mädchen sind in den Jahren 1994, 1996, 1997 und 1998 signifikant häufiger dem Risiko ausgesetzt, an Übergewicht zu erkranken (zwischen 5,9% und 6,4%). Des Weiteren ist die Wahrscheinlichkeit auch für die hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft größer, an Übergewicht bzw. Fettsucht krank zu werden. In den Jahren 1994 bis 1997 ist der Befund entsprechend signifikant und gibt eine Häufigkeitsrate zwischen 7,6% und 8,9% an.

²⁵ Sozialministerium Baden-Württemberg (2000): Kindergesundheit in Baden-Württemberg, Stuttgart, S. 24.

²⁶ Schloosch, Anke (2000): Die gesundheitliche Lage der Bielefelder Schulanfänger. Eine Auswertung der schulärztlichen Untersuchung 1998 im Kontext sozialer Daten, Hamburg, S. 45.

²⁷ Settertobulte, Wolfgang (2002): Fit (f)or Fun. Lebensstile und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern, in: umwelt•medizin•gesellschaft, Heft 3/2002, S. 201-206, S. 201.

²⁸ Hoepner-Stamos, Friederike (1999): Chronische Erkrankungen im Jugendalter. Psychosoziale Folgen schwerer und leichter Beeinträchtigungen, Weinheim und München, S. 38.

²⁹ Inzidenz ist diejenige Rate, die die Zahl von neu aufgetretenen Erkrankungen einer Bevölkerungsgruppe in einem definiertem Zeitraum beschreibt.

³⁰ Altersstandardisiert an der Volkszählung 1987. Kinderkrebsregister (2002): Jahresbericht 2000, Mainz, S. 24.

³¹ Hoepner-Stamos, Friederike (1999): Chronische Erkrankungen im Jugendalter. Psychosoziale Folgen schwerer und leichter Beeinträchtigungen, Weinheim und München, S. 26.

³² Prävalenz ist die Zahl der mit einer Erkrankung lebenden Menschen. Im Text wird alternativ der Begriff Häufigkeitsrate benutzt.

³³ Ärztezeitung vom 02.05.2002: Fast allen Kindern mit Herzfehlern ist zu helfen.

³⁴ WHO (2002): Children's health and environment: A review of evidence. A joint report from the European Environment Agency and the WHO Regional Office for Europe, in: Environmental issue report, No. 29, Kopenhagen, S.44.

³⁵ Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze und Interventionsmöglichkeiten, Bern, Göttingen, Toronto, S. 114-115.

³⁶ Aus Serum bestehend, mit Serum vermischt. Das Serum ist der flüssige, hauptsächlich Eiweißkörper enthaltende, nicht mehr gerinnbare Anteil des Blutplasmas.

³⁷ In einem Vergleich zwischen türkischen und deutschen Kindern, die in derselben Region in Deutschland leben, zeigt sich, dass türkische Kinder niedrigere Prävalenzraten von Asthma und bei Hautreaktionstests haben, bei gleichen sozialen Status. WHO (2002): Children's health and environment: A review of evidence. A joint report from the European Environment Agency and the WHO Regional Office for Europe, in: Environmental issue report, No. 29, Kopenhagen, S. 55.

³⁸ Schloosch, Anke (2000): Die gesundheitliche Lage der Bielefelder Schulanfänger. Eine Auswertung der schulärztlichen Untersuchung 1998 im Kontext sozialer Daten, Hamburg, S. 50.

³⁹ Der Spiegel (2002): Nr.29, S: 130.

⁴⁰ Stadt Bielefeld (1988): Gesundheitsberichterstattung. Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen bei Bielefelder Schulanfänger/-innen 1987 und 1988 im Kontext von Sozial- und Umweltdaten, S. 27.

⁴¹ Schloosch, Anke (2000): Die gesundheitliche Lage der Bielefelder Schulanfänger. Eine Auswertung der schulärztlichen Untersuchung 1998 im Kontext sozialer Daten, Hamburg, S. 49.

⁴² Schloosch, Anke (2000): Die gesundheitliche Lage der Bielefelder Schulanfänger. Eine Auswertung der schulärztlichen Untersuchung 1998 im Kontext sozialer Daten, Hamburg, S. 49.

2. Bielefelder Grundschulsurvey

Zusammenfassung

Eine Untersuchung in den 4. Klassen der Grundschulen zeigt, dass nach den vernachlässigbaren, erkältungsbedingten Erkrankungen, die Häufigkeitsraten hinsichtlich der *Erkrankungen des allergischen Formenkreises* am größten sind. Mindestens 31,2% der 9- bis 11jährigen Kinder leiden laut Angaben der Eltern unter einer allergischen Erkrankung. Es zeigen sich vielfältige Übereinstimmungen mit den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen.

Rd. ein Fünftel der Kinder klagt über häufige *Bauchschmerzen* und rd. ein Viertel über häufige *Kopfschmerzen*. Beide Belastungen berichten Mädchen häufiger als Jungen und können zum größeren Teil auf Stresserleben und nicht auf körperlich begründete Symptome zurückgeführt werden.

Hygiene und Zahnhygiene erweist sich alles in allem als gut, wenngleich es hier einen starken Zusammenhang mit der sozialen Schicht gibt.

Etwas mehr als ein Fünftel der Kinder frühstückt nicht vor dem Besuch der Schule, Mädchen noch häufiger (25%) und Kinder aus sozial schwachen Schichten insgesamt am seltensten (36,2%).

Kinder aus sozial benachteiligten Schichten schauen häufiger Fernsehen und haben deutlich häufiger einen eigenen Fernseher im Kinderzimmer (38,8%).

Die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld hat 1997 eine Erhebung zur gesundheitlichen Lage in Bielefelder Grundschulen durchgeführt, die somit neben den Daten der Schuleingangsuntersuchungen weitere Informationen zum Gesundheitszustand von Grundschülerinnen und Grundschulern bereitstellt.

2.1 Anlage und Umfang der Untersuchung

In der Zeit von September 1996 bis März 1997 wurden an 42 von insgesamt 46 Bielefelder Grundschulen 1.979 Kinder in der 4. Klasse über chronische Erkrankungen, akute Erkrankungen, infektiöse Kinderkrankheiten, Impfungen, psychosomatische Beschwerden, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen (zu den

Bereichen Hygiene, Zahnhygiene, Ernährung und Bewegung), gesundheitsabträgliche Verhaltensweisen und Belastungsfaktoren (aus den Bereichen Familie, Schule und Milieu) befragt. Die Kinder waren im Alter von 8 bis 12 Jahren und es befanden sich darunter 49% Jungen und 51% Mädchen. 19,2% der Kinder wurden nicht in Deutschland geboren. Außerdem wurde ein Elternfragebogen verteilt, der von 2.075 Eltern beantwortet wurde. Gefragt wurde u.a. danach, welche Prioritäten die Eltern bei der schulischen Gesundheitsförderung setzen würden und welche Einstellungen die Eltern zu Beratungsangeboten von Ärztinnen und Ärzten in der Schule ihres Kindes haben.

2.2. Erkrankungen des allergischen Formenkreises

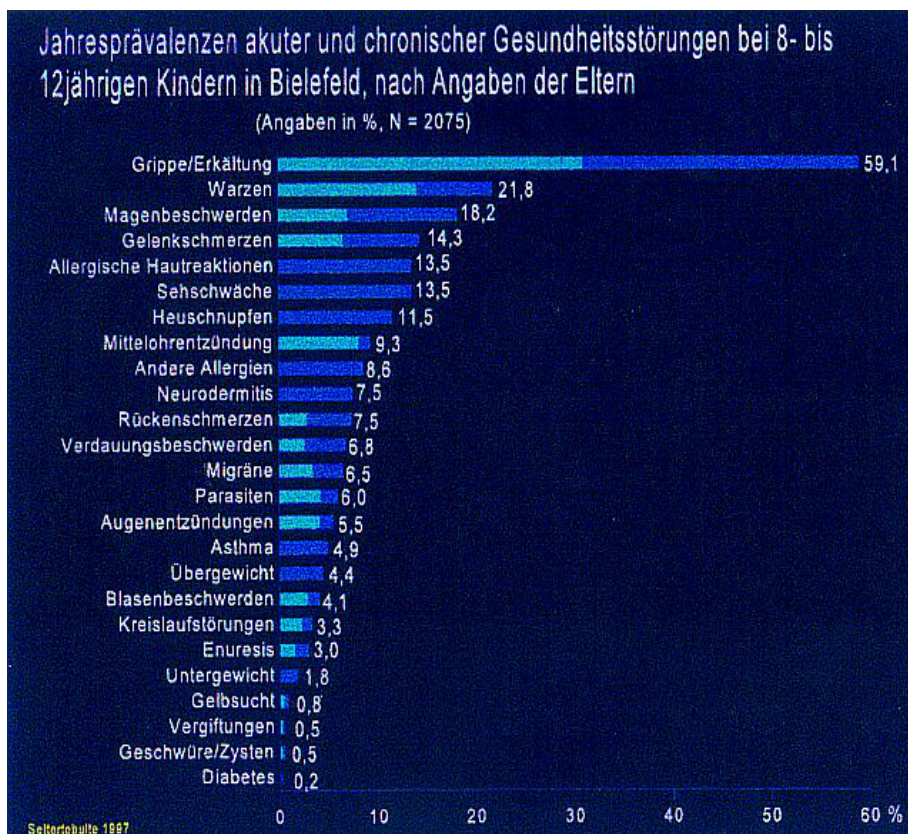
Es zeigt sich, dass hohe Häufigkeitsraten hinsichtlich der Erkrankungen des allergischen Formenkreises bestehen: "Nach Angaben der Eltern (N= 1.855) leiden insgesamt 31,2% der 9- bis 11jährigen Kinder unter mindestens einer allergischen Erkrankung. Darunter sind 13,5% die unter mehr oder weniger schwerwiegenden allergischen Reaktionen der Haut leiden, 11,7% der Kinder haben Heuschnupfen (Abbildung 27). Andere Formen von Allergien, insbesondere Nahrungsmittelallergien, werden für 8,6% der Kinder angegeben. Unter Neurodermitis leiden insgesamt 7,5% der 9-11jährigen Kinder, von Asthma sind 4,9% betroffen."¹

Hinsichtlich nationaler Herkunft und sozialer Lage ergeben sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede bei den allergischen Erkrankungen insgesamt. Allerdings zeigen sich Häufigkeitsunterschiede hinsichtlich des Geschlechts bei Heuschnupfen (Jungen 14%, Mädchen 8,6%) und Asthma (5,9% der Jungen, 3,7% der Mädchen).

Innerhalb des Stadtgebietes sind die allergischen Erkrankungen verschieden verbreitet. Angesichts fehlender Daten zu Ursachenfaktoren werden jedoch keine Erklärungsansätze für diese sozialräumlichen Unterschiede genannt.

Auffällig ist jedoch, dass die Neurodermitis in solchen Stadtgebieten häufiger vorkommt, die als bevorzugte Wohngebiete gelten und sich eher durch eine gut situierte Wohnbevölkerung auszeichnen, ein Ergebnis, das bereits oben in den Schuleingangsuntersuchungen trotz unterschiedlicher Datenbasis ähnlich war und auch in einer Hannoveraner Untersuchung

Abbildung 27



Kindern deutscher Herkunft vs. Migrantenkindern (s.o.).

Auch das Asthma bronchiale ist sozialräumlich unterschiedlich verteilt, wengleich sich diesbzgl. im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zeigt. Da Asthma stark von Umweltfaktoren abhängig ist wie die Anwesenheit eines Haustieres in der Familie, schadstoffbelastete Wohnungen, permanente Exposition gegenüber Verkehrs-, Heizungs- und Industrieabgasen und Rauch aus Zigaretten (s.o.), muss davon ausgegangen werden, dass diese Umweltfaktoren ebenfalls über

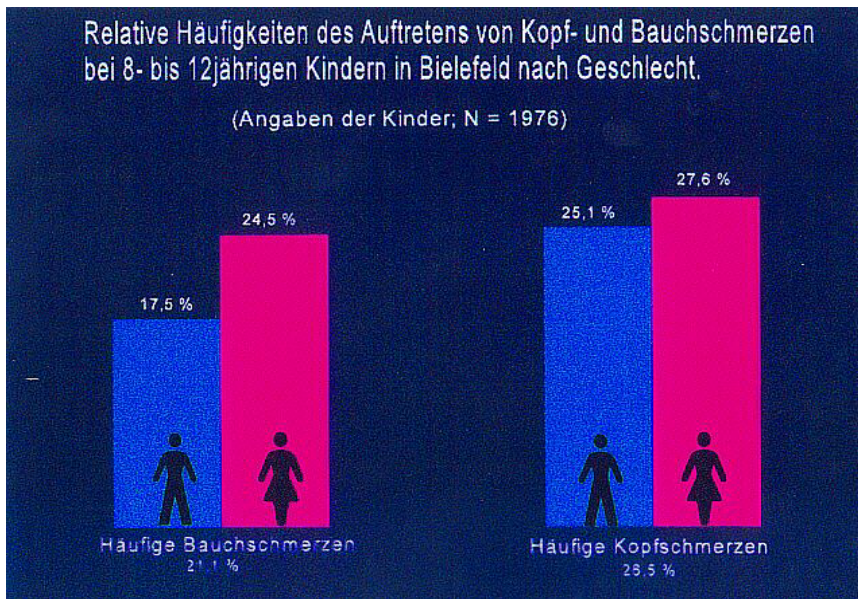
beschrieben wird: "Eine Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen eines Jahrgangs erbrachte auch für diese Altersgruppe einen signifikanten Zusammenhang zwischen sozialer Lage und der Erkrankungshäufigkeit an Neurodermitis.

Zusätzliche Prüfungen der Schadstoffbelastungen, des Grünflächenanteils und des Verkehrslärm der entsprechenden Wohngebiete unterstützten die Befunde: Die Wohngebiete mit hoher Neurodermitis-Häufigkeit weisen verhältnismäßig gute Umweltbedingungen auf.² Scheint die Summe der Häufigkeitsrate von Allergien also sozial gleichverteilt zu sein (s.o.), ist dies bei einzelnen Erkrankungen des allergischen Formenkreises nicht der Fall. Denn es zeigt sich auch, dass Migrantenkinder nur zu einem sehr geringen Teil im Bielefelder Grundschulsurvey von Neurodermitis betroffen sind (2 von 100 Migrantenkindern gegenüber 8 von 100 in Deutschland geborenen Kindern). Auch dieses Ergebnis stimmt trotz der unterschiedlichen Datenbasis mit dem Ergebnis der Bielefelder Schuleingangsuntersuchungen (und auch anderen Studien) annähernd überein. Dort gibt es einen statistisch bedeutsamen Zusammenhang zwischen Neurodermitis und

das Stadtgebiet ungleich verteilt sind. Entsprechende Daten stehen aber nicht zur Verfügung. Stattdessen wird im Grundschulsurvey die Bevölkerungsdichte als Ersatzlösung verwendet: Je dichter sie ist, desto häufiger tritt Asthma bronchiale auf, so die These. In den statistischen Auswertungen ergibt dieser Indikator einen hohen statistischen Zusammenhang mit Asthma, der allerdings durch andere Umweltfaktoren moderiert wird: "Dies sind zum einen Klima und Topographie der Stadtgebiete und die Dichte des Durchgangsverkehrs auf bestimmten wohngebietsnahen Straßen sowie der Ausstoß von Industrieabgasen. Zum anderen spielen aber auch die Art der Wohnbebauung und die vorherrschende Heizungsart eine Rolle."³

Die soziale Lage erweist sich als unerheblich für die Erklärung von Asthma. Allerdings sind Migrantenkinder wesentlich seltener betroffen, was statistisch signifikant auch im Rahmen der Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen festgestellt wird.

Abbildung 28



Das Auftreten von Kopfschmerzen kann in der weitergehenden Analyse als "eng verknüpft" mit "erlebtem Stress" bei den Kindern nachgewiesen werden. Ein besonderer Stressfaktor ist darunter die Wahrnehmung der Zufriedenheit der Eltern: "Kinder, die wissen, dass ihre Eltern zufrieden oder unzufrieden sind, haben zu 25,6% bzw. zu 26,8% häufige Kopfschmerzen, Kinder, die sich jedoch nicht sicher sind, berichten zu 37,6% über Kopfschmerzen."⁵

Als Umweltfaktoren erweisen sich auch die Besiedlungsdichte des Stadtteils und häufiges und täglich

langes Fernsehen als statistisch bedeutsam für das Auftreten der Kopfschmerzen.

2.3. Kopf- und Bauchschmerzen

Es klagen 21,1% aller Kinder unter häufigen Bauchschmerzen zu leiden und 26,5% leiden unter häufigen Kopfschmerzen (Abbildung 28). Mädchen (24,5%) äußern häufige Bauchschmerzen öfter als Jungen (17,5%) und Mädchen (27,6%) äußern auch Kopfschmerzen öfter als Jungen (25,1%), Befunde, die mit den Kategorien der Schuleingangsuntersuchungen gar nicht erfasst werden können.

Das Auftreten von Bauch- und Kopfschmerzen kann gesundheitliche Beeinträchtigungen aber auch Belastungsfaktoren ausdrücken. Eine weitergehende Analyse (Diskriminationsanalyse) ergibt, dass es sich hinsichtlich des Auftretens von Bauchschmerzen "... in vielen Fällen um psychosomatische Reaktionen auf gefühlsbezogene Belastungsstrukturen handelt. Bauchschmerzen als Symptome von Erkrankungen spielen eine relativ geringe Rolle. Migrantenkinder und insbesondere Mädchen reagieren besonders häufig mit Bauchschmerzen (siehe auch Abbildung 29)"⁴

2.4. Zahnhygiene und Zahnschmerzen

Insgesamt ist das Hygieneverhalten zufriedenstellend, lediglich hinsichtlich der Zahnhygiene gibt es Defizite: 5,2% der Kinder putzen sich nicht oder nur unregelmäßig die Zähne und 19,3% nur einmal am Tag. Insbesondere Jungen sind statistisch signifikant nachlässig in der Zahnhygiene. In Hinsicht auf die soziale Lage zeigt sich, dass die Nachlässigkeit bei der Zahnhygiene häufiger auftritt je benachteiligender die soziale Lage der Familie ist, aus

Abbildung 29

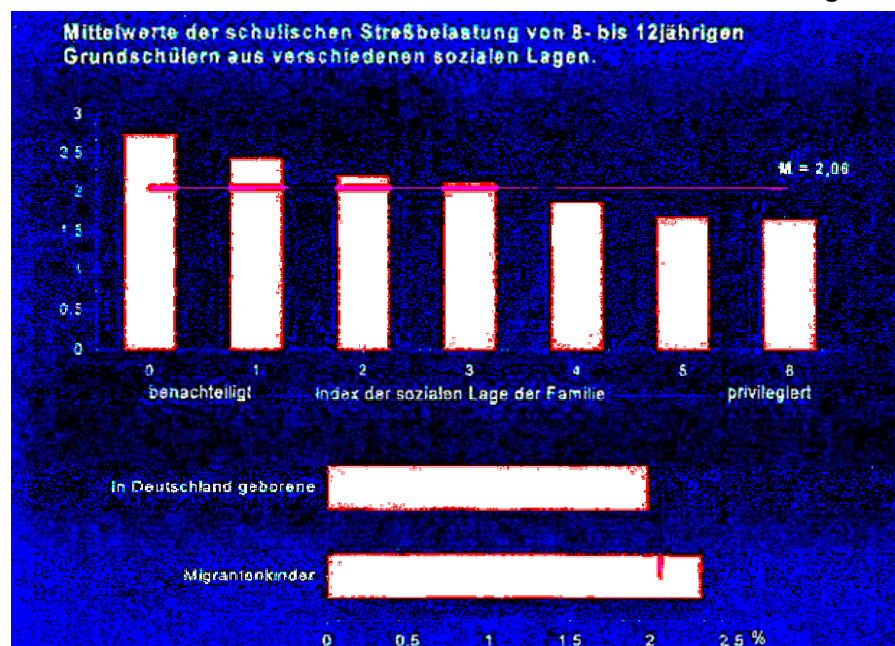
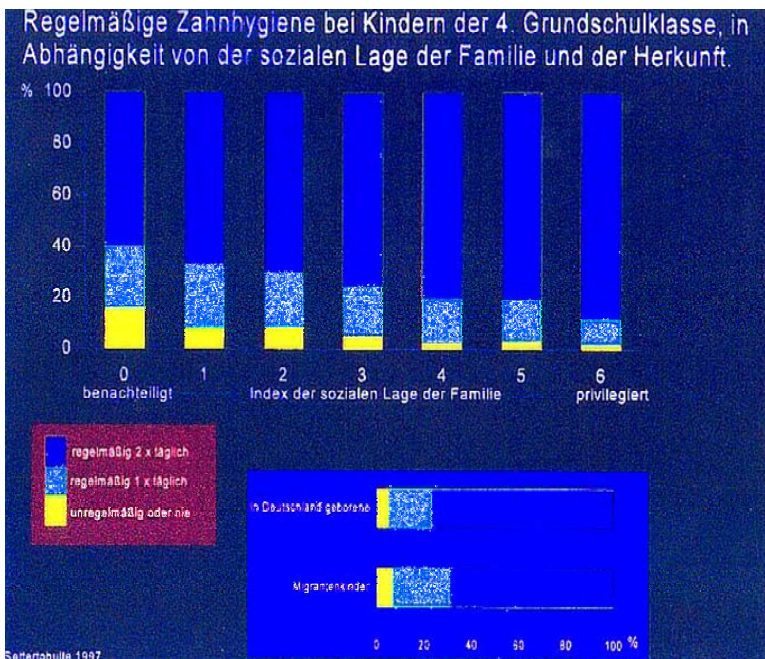


Abbildung 30



der die Kinder kommen. Auch die ethnische Herkunft spielt eine Rolle: Migrantenkinder putzen zu 6,4% nie oder nur unregelmäßig ihre Zähne, während in Deutschland geborene Kinder sie zu 4,9% nie oder unregelmäßig putzen (Abbildung 30).

Kinder, die sich unregelmäßig oder nur einmal täglich die Zähne putzen, leiden statistisch bedeutsam häufiger unter Zahnschmerzen.

2.5. Eßgewohnheiten

Ein beunruhigendes Ergebnis ist, dass 22,5% der Kinder vor dem Schulunterricht nicht frühstücken, darunter sogar genau ein Viertel der Mädchen (19,7% Jungen). Dieser Befragungsbefund steht auch in relevantem Bezug zur sozialen Lage: Während Kinder aus privilegierten Familien zu 13,3% vor der Schule nicht frühstücken, sind es 36,2% der Kinder aus benachteiligten Familien, also mehr als jedes dritte Kind dieser Gruppe!

Auch die Angaben der Eltern zum Übergewicht, nach denen 4,1% der Kinder übergewichtig sind, sind verbunden mit der sozialen Lage, denn Kinder aus gut situierten Familien sind nur zu 3,7% übergewichtig, Kinder der sozial schwächsten Gruppe jedoch zu 4,7%.

2.6. Fernsehkonsum

Die 9- bis 11jährigen Kinder schauen im Durchschnitt täglich 93 Minuten fern (Jungen 101 Minuten, Mädchen 85 Minuten). Dabei

zeigt sich, dass die soziale Lage einen großen Einfluss hat: Kinder aus sozial benachteiligten Familien schauen durchschnittlich 114 Minuten pro Tag fern, Kinder aus privilegierten Familien 75 Minuten. Außerdem haben Kinder aus sozial benachteiligten Familien mit 38,8% weitaus häufiger einen eigenen Fernseher im Kinderzimmer stehen als Kinder aus privilegierten Familien (17,3%).

Zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen

Zu 2.2. Erkrankungen des allergischen Formenkreises

Die sozialräumliche Identifikation hinsichtlich des Asthma ist zu spezifizieren. Es wird empfohlen dabei eine Aufbereitung und Auswertung

von Umweltdaten kleinräumig zu veranlassen, die in einem Zusammenhang mit Asthma Bronchiale diskutiert werden können (vgl. auch die gesundheitspolitischen Folgerungen bzgl. der Einschüler und Einschülerinnen).

Zu 2.3. Kopf- und Bauchschmerzen

Für Grundschul Kinder wird die Durchführung von Programmen zur Gesundheitsförderung empfohlen, die zu einem Abbau von Belastungsstrukturen und zur Verbesserung in der Bewältigung von gefühlsbezogenen Stress führen. Dabei sollte auf die Mädchen besonders eingegangen werden.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 2.5. Eßgewohnheiten

Es wird empfohlen, das schulische Pausenfrühstück in allen Bielefelder Grundschulen aufzuwerten. Dabei sind sozial benachteiligte Schüler als besondere Zielgruppen ggf. zu berücksichtigen.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

¹ Settertobulte, Wolfgang, Hoepner-Stamos, Friederike, Hurrelmann, Klaus (1997): Gesundheitsstörungen im Kindesalter - Ergebnisse des Bielefelder Grundschulsurveys, in: Prävention, Zeitschrift für Gesundheitsförderung Heft 1/1997 S. 4.

² Settertobulte, Wolfgang, Hoepner-Stamos, Friederike, Hurrelmann, Klaus (1997): Gesundheitsstörungen im Kindesalter - Ergebnisse des Bielefelder Grundschulsurveys, a.a.O. S. 5.

³ Settertobulte, Wolfgang (1997): Manuskript, S.7.

⁴ Settertobulte, Wolfgang (1997): a.a.O. S.9.

⁵ Settertobulte, Wolfgang (1997): a.a.O. S.10.

3. Die Entwicklung der Zahngesundheit

Zusammenfassung

Die Zahngesundheit der Kindergartenkinder und Schülerinnen und Schüler ist abhängig von der sozialen Lage, in der sie aufwachsen.

Die Zahngesundheit der Kindergartenkinder kann seit der ersten Hälfte der neunziger Jahre bis zuletzt stetig verbessert werden, erreicht aber noch nicht das hohe Niveau wie Mitte der achtziger Jahre.

Die Zahngesundheit der Schülerinnen und Schüler entwickelt sich diskontinuierlicher als die Zahngesundheit der Kindergartenkinder. Seit Mitte der neunziger Jahre – als sie ihren Tiefpunkt erreicht - kann sie stetig verbessert werden, erreicht aber auch noch nicht die Spitzenwerte wie in der ersten Hälfte der achtziger Jahre.

Der städtische Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst untersucht jährlich die Gebisse eines Großteils der Bielefelder Kinder und Jugendlichen. Seine Ergebnisse ermöglichen in allgemeiner Form einen Einblick in den Zustand der Zahngesundheit von Kindern und Schülerinnen und Schüler. Der Zustand der Zahngesundheit ist abhängig von der sozialen Lage, wie in zahlreichen Studien gezeigt werden kann. In Hannover wird dokumentiert, wie sich die unterschiedliche "Güte der Zahnbefunde" innerhalb des Stadtgebietes verteilt und

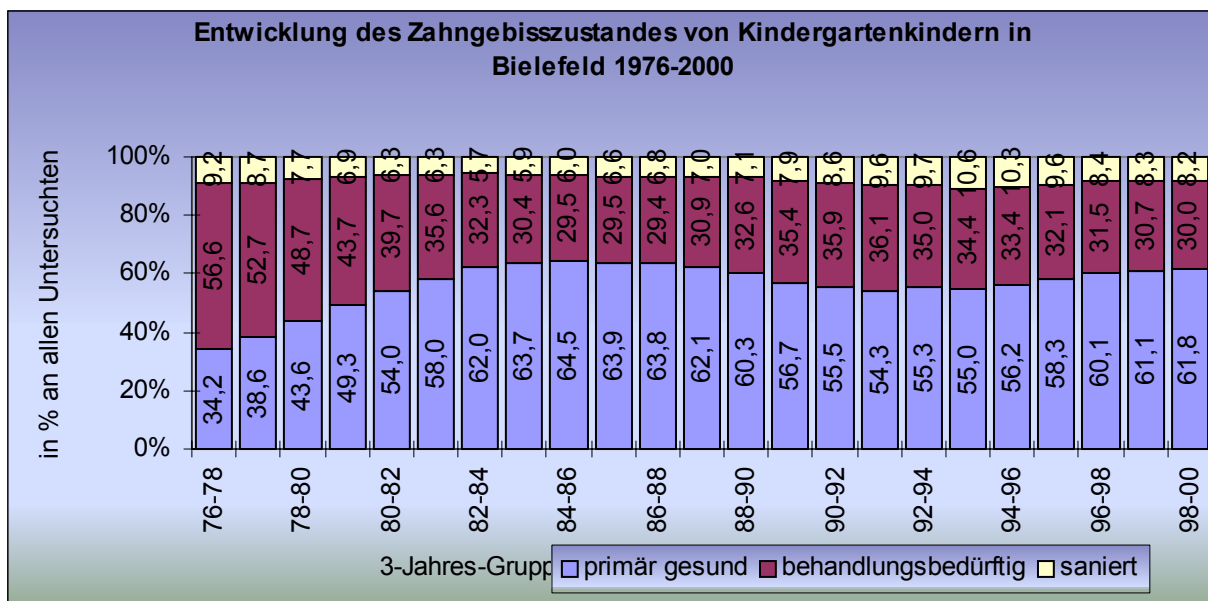
die Anteile der sanierten oder sanierungsbedürftigen Gebisse in engem Zusammenhang mit der Verteilung von Einkommensarmut stehen.¹ Im Rahmen der Möglichkeiten können solche differenzierten Auswertungen hier nicht vorgenommen werden. Es wird die allgemeine Entwicklung der Zahngesundheit in Bielefeld dargestellt.

Die zahnärztlichen Untersuchungen werden bei den Kindergartenkindern und den Schülerinnen und Schülern einschließlich der zehnten Schulklasse - unter Ausnahme der Schülerinnen und Schüler an Gymnasien - durchgeführt.² Da die Statistik zum Teil ungewöhnliche Schwankungen aufweist, werden 3-Jahres-Mittelwerte über die Anteilswerte gebildet. Die Daten stehen jeweils in drei Unterscheidungen bzw. Befundgruppen zur Verfügung: "primär gesund", "behandlungsbedürftig" und "saniert". Die Abgrenzungen zwischen den beiden letzten Kategorien sind bisweilen fließend.

3.1. Entwicklung der Zahngesundheit von Kindergartenkindern

Die Entwicklung der Zahngesundheit von Kindergartenkindern unterliegt keinen großen Veränderungen. Über einen langen Zeitraum betrachtet, kann der gemittelte Anteil der primär zahngesunden Gebisse deutlich vergrößert werden, und zwar zwischen 1976/1978 und 1984/1986 von 34,2% auf 64,5%. Seitdem verschlechtert er sich jedoch wieder über den großen Zeitraum bis 1991/1993 auf 54,3%. Es zeigt sich dann, dass sich der gemittelte Anteil der primär gesunden Gebisse bis 1998/2000

Abbildung 31



auf 61,8% vergrößert.

3.2. Entwicklung der Zahngesundheit von Schülern und Schülerinnen

Die Entwicklung der Zahngesundheit von Schülerinnen und Schülern zeigt von 1976 bis 2000 Phasen der Verbesserung und Verschlechterung. Der Anteil der primär gesunde Gebisse steigt von 1976/1978 bis 1983/1985 von 35,4% auf 57,4% an. Diese erste Phase der Verbesserung des Zahngesundheitszustandes wird von einer Phase der Verschlechterung bis 1986/1988 abgelöst. Der Anteil der primär gesunde Gebisse schrumpft auf 37,0% und erreicht im gesamten Betrachtungszeitraum seinen Tiefstand. Es setzt dann eine dritte Entwicklungsphase ein, die bis 1990/1992 andauert. Der Anteil der primär gesunde Gebisse steigt auf 53,7% und erreichte damit fast wieder das Niveau von 1983/1985. Eine erst schwache, später stärkere Phase der Schwächung der Zahngesundheit bis 1994/1996 findet statt, so dass der Anteil der primär gesunde Gebisse der Schülerinnen und Schüler auf 42% sinkt. Dieser Rückgang kommt vor allem durch eine Zunahme bei den sanierten Zahngebissen zustande: ihr Anteil vergrößert sich von 26,2% auf 38,7% und erreicht somit im gesamten Betrachtungszeitraum die größte Ausprägung. In der jüngsten Vergangenheit findet eine Verbesserung der Zahngesundheit der Schülerinnen und Schüler statt, die die Spitze von 1990/1992 übertrifft und fast wieder die Spitzenwerte wie in der ersten Hälfte der achtziger

Jahre erreicht. Zuletzt haben 53,5% der Schülerinnen und Schüler primär gesunde Gebisse.

Aufgrund der Datenlage sind die dargestellten Ergebnisse der kinder- und jugendzahnärztlichen Untersuchungen nur eingeschränkt aussagekräftig. Dennoch zeigen sich über den Zeitraum besonders bei den Kindergartenkindern Entwicklungen, die darlegen, dass die Zahngesundheit in der jüngsten Vergangenheit besser wird, jedoch bisher nicht das hohe Niveau wie in der ersten Hälfte der achtziger Jahre erreicht. Die jüngste Entwicklung der Zahngesundheit der Schülerinnen und Schüler zeigt zwar wieder einen Rückgang der primär gesunde Gebisse, aber auf einem noch hohen Niveau, welches in Bereichen wie zu Beginn der achtziger Jahre liegt.

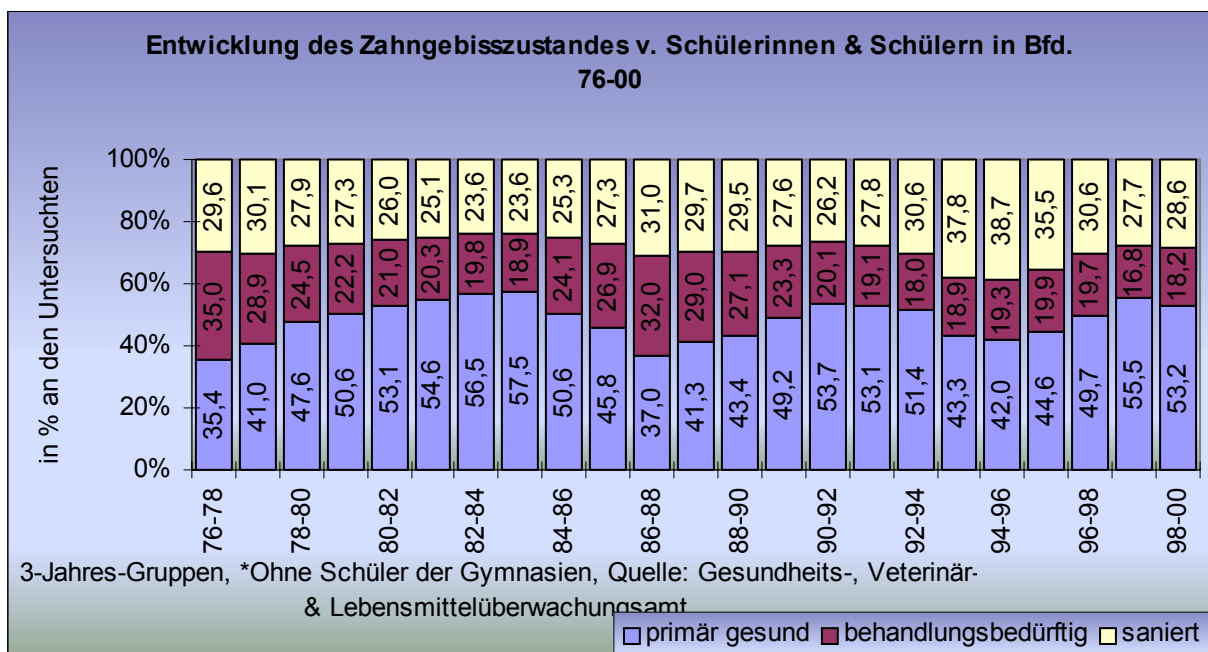
Zentrale Gesundheitspolitische Herausforderungen

Es ist zu prüfen, ob langfristig die Dateneingabe des kinder- und jugendzahnärztlichen Dienstes auf elektronische Art und Weise geschehen kann. Das hat den Vorteil, dass Daten schnell verfügbar sind und differenzierter ausgewertet werden könnten.

¹ Landeshauptstadt Hannover (1993): Sozialbericht 1993. Zur Lage der Kinder, Jugendlichen und Familien in Hannover, S. 129.

² Die Zahngesundheit der Gymnasialschüler und Gymnasialschülerinnen erwies sich in der Vergangenheit als recht gut, so dass die Untersuchungen an ihnen – um Kosten zu sparen - eingestellt wurden.

Abbildung 32



4. Gewalt und sexueller Missbrauch

Zusammenfassung

Sexueller Missbrauch und Gewalt gegen Kinder, Jugendliche und junge Frauen ist inzwischen ein Thema in der Öffentlichkeit.

Die Formen der Gewalt reichen von körperlicher Gewalt über psychische Misshandlung, „soziale“ Misshandlung bis zur sexuellen Gewalt.

Die Gewalterfahrung führt bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu vielfältigen gesundheitlichen Schwierigkeiten.

In den Bielefelder Beratungsstellen sind die Fälle von 1997 bis 2001 angestiegen.

Sexueller Missbrauch und Gewalt gegen Kinder, Jugendliche und junge erwachsene Frauen sind in der Vergangenheit keine Themen, die in der Öffentlichkeit beachtet werden. In Familien, Schulen und anderen Institutionen finden Übergriffe, insbesondere auf Mädchen, Jungen und junge Frauen statt, ohne dass die Betroffenen auf entsprechende Hilfe hätten hoffen können.

In den neunziger Jahren ist die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für dieses Thema vorangeschritten, wenngleich - die Meldungen in den Medien bilanzierend - eher die extremen, sadistischen Gewalttaten psychisch kranker und nicht kranker Straftäter im Vordergrund stehen. Dabei findet aber sexueller Missbrauch und Gewalt gegen Kinder, Jugendliche und junge erwachsene Frauen häufiger in ganz "alltäglichen" Lebenszusammenhängen statt, also in Kontexten, die gerade wegen ihrer "Alltäglichkeit" viel weniger Beachtung in der Öffentlichkeit finden, ein Grund, weshalb auch die Sensibilisierung in der Bevölkerung für diese Fälle weitaus geringer einzuschätzen ist. Neben den unmittelbaren Folgen der Misshandlung und Gewaltausübung sind die Opfer auch weiteren gesundheitlichen Risiken und prekären Lebenslagen ausgesetzt.

4.1. Gewalt

Es ist schwierig eine allgemeingültige Definition von Kindesmisshandlung zu finden, da es notwendig ist, die verschiedenen Gewaltformen zu unterscheiden. Allerdings erwies sich

die *Definition von Kindesmisshandlung* in der Drucksache 10/4560 des Deutschen Bundestages von 1986 als brauchbar:

"Misshandlung ist die nicht zufällige, bewusste oder unbewusste gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung, die in Familien und Institutionen geschieht und die zu Verletzungen und/oder Entwicklungshemmungen oder sogar zum Tode führt und die somit das Wohl und die Rechte eines Kindes beeinträchtigt oder bedroht."

Gewalt an Mädchen und Jungen kann nicht nur physischer und psychischer Art sein, sondern auch sozialer und sexueller Art. Oftmals leiden die Betroffenen nicht nur unter einer Form der Gewalt, sondern weisen mehrere Misshandlungstatbestände auf. Misshandlung, Vernachlässigung und sexualisierte Gewalt verbergen sich häufig hinter anderen "Diagnosen" und Verhaltensauffälligkeiten bzw. psychiatrischen Störungen.

Sämtliche Formen der Gewalt finden weitgehend im Geheimen statt. Die körperliche Misshandlung durch Schläge, Stöße, Verbrennungen und andere gewaltsame Handlungen, welche schwere Verletzungen zur Folge haben, ist dabei noch am offensichtlichsten. Sexuelle Gewalt hingegen geht viel verdeckter vonstatten. Entsprechend werden sexuell missbrauchte Mädchen und Jungen unter einem extremen Geheimhaltungsdruck gesetzt. Die Dunkelziffer ist groß und erst wenn der Druck für die Betroffenen zu groß wird, sie keinen anderen Ausweg sehen, suchen sie Hilfe und Unterstützung in einer speziellen Beratungsstelle.

4.2. Kontext der Gewalt

Gewalt findet am häufigsten in der Familie und im sozialen Nahbereich statt. Gleichzeitig kann festgestellt werden, dass in den letzten Jahren das Gewaltpotenzial auf der Straße und dem Schulhof - z.T. durch Jugendbanden - zugenommen hat und sich dadurch Mädchen und Jungen fürchten. Diese Entwicklung in Folge gesellschaftlicher und psychosozialer Missverhältnisse gilt es zu erkennen und den Schutz der Mädchen und Jungen ernst zu nehmen.

In den weitaus meisten Fällen geht es den Betroffenen und ihren Bezugspersonen, welche sich an die Beratungsstellen wenden oder auf die über Dritte in den Beratungsstellen hingewiesen wird, um familiäre Gewalt. Innerhalb der Familie existieren - strukturell gesehen - zwei zentrale Macht- und Gewaltverhältnisse: zum einen zwischen Erwachsenen und

Kindern und zum anderen zwischen Männern und Frauen bzw. Jungen und Mädchen. Aus der Perspektive von Mädchen und Jungen wirkt elterlicher Machtmissbrauch, egal in welcher Form, immer demütigend und traumatisierend.

4.3. Gründe und Auslöser von Gewalt

Überforderungssituationen, emotionale Probleme und Beziehungsprobleme sowie berufliche und materielle Belastungen bilden oft den Hintergrund für die Misshandlungen von Kindern und Jugendlichen. Mädchen und Jungen sind häufiger von Misshandlungen betroffen, wenn sie Fehlbildungen oder Entwicklungsstörungen haben. Auch Kinder, die ein auffälliges Verhalten zeigen, sind häufiger von Misshandlungen betroffen. Frühgeborene, bei denen oftmals ein längerer Klinikaufenthalt den Kontakt- und Beziehungsaufbau zu den Eltern erschwert, die Enttäuschung über das "falsche Geschlecht", das Kind einer (ehelichen) Vergewaltigung o. ä. können ebenfalls ausschlaggebende Gründe sein. Aber es werden auch Kinder und Jugendliche misshandelt, deren Verhalten und Konstitution keine markanten Anhaltspunkte aufweisen. Eltern misshandeln,

- wenn sie selbst als Kind misshandelt wurden,
- aus Mangel an erzieherischer Kompetenz und Konsequenz,
- wegen Überforderung und Stress,
- aufgrund von Partnerschaftskonflikten und
- aufgrund hoher Bereitschaft zur Gewalt und geringer Impulskontrolle.

Die Misshandlung dient häufig als "Ventil", als Stressabbau; es trifft Mädchen und Jungen, die gerade am falschen Platz stehen, im falschen Moment eine falsche Bewegung machen. Der Aggressionsausbruch der Eltern hat also oftmals wenig mit dem Kind zu tun. Die betroffenen Mädchen und Jungen nehmen es allerdings sehr wohl persönlich. Sie glauben, dass sie es durch ihre Person oder ihr Verhalten oder einfach durch ihre Existenz auf dieser Welt verursacht haben und fühlen sich dafür verantwortlich. Dementsprechend schwerwiegend sind die Folgen für die eigene Entwicklung und für die Beziehung zu anderen Menschen.

4.4. Formen der Gewalt

4.4.1. Körperliche Gewalt

Schläge und Prügel sind nach wie vor eine verbreitete Erziehungsmethode und werden oftmals stillschweigend akzeptiert. Lediglich bei extremen körperlichen Gewalttaten sind öffentliche Sanktionen zu erwarten. Dass Kinder oder Jugendliche geschlagen werden, ist in der Regel kein großes Geheimnis: es passiert in Anwesenheit anderer Familienmitglieder oder Bekannter. Auch die Nachbarn nehmen körperliche Gewalt z.B. durch die Wohnungswände wahr.

4.4.2. Psychische Misshandlung

Psychische Misshandlungen wie beispielsweise Ablehnung, Verachtung, Androhung von physischer Gewalt, zynisches und herabwürdigendes Verhalten werden zwar strafrechtlich nicht erfasst, bedrohen und beeinträchtigen jedoch auch die Entwicklung von Mädchen und Jungen. Die Art und Weise, wie Mädchen und Jungen psychisch misshandelt werden, ist verschieden.

4.4.3. "Soziale" Misshandlungen

Vernachlässigung bzw. Verwahrlosung wie zum Beispiel die Minder- und Mangelernährung von Säuglingen und Kleinkindern und allgemein eine mangelhafte Grundversorgung wie ungewaschene, unbeaufsichtigte (allein gelassene) Kinder, das Fehlen von Kleidung, das Fehlen von sauberer Kleidung, das Auslassen kinderärztlicher und zahnärztlicher Versorgung ist auch eine Form der Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Sie finden sich häufig in besonders benachteiligten Familien und sind oft unmittelbar mit Armut verknüpft. Soziale Vernachlässigungen wie mangelnder Körperkontakt, soziale Isolation, emotionale Kälte und Überbehütung treten dagegen auch in Familien auf, die nicht am Rande der Gesellschaft leben.

Des Weiteren ist auf eine spezifische Gewaltform aufmerksam zu machen, die beinahe ausschließlich Migrantinnen betrifft: die Zwangsverheiratung. Sie ist allerdings nicht nur eine "soziale" Form der Gewalt, sondern zugleich auch eine sexualisierte Form der Gewalt.

4.4.4. Sexuelle Gewalt

Von *sexueller Gewalt* wird gesprochen, wenn eine Person ihre Machtposition oder die Unwissenheit, das Vertrauen oder die Abhängig-

keit von einem Mädchen oder Jungen zur Befriedigung der eigenen Bedürfnisse ausnutzt. Dazu gehört:

- das Anfassen von Mädchen und Jungen zwecks sexueller Erregung,
- das Anfassenlassen zwecks sexueller Erregung
- die Erzwingung von oralem, analem und vaginalem Geschlechtsverkehr sowie
- die Ausnutzung von Mädchen und Jungen für pornographische Zwecke.

Bei sexueller Gewalt handelt es sich weder um einen unangemessenen Ausdruck von Liebe oder Zuneigung, noch um ein aggressives Ausleben sexueller Triebe. Sexuelle Gewalt sind Handlungen, die der Unterdrückung und Kontrolle dienen. Über sexuelle Gewalt verschafft sich der Täter - lediglich 2-2,5% sind Täterinnen¹ - ein Höchstmaß an Machtgefühlen und die Betroffenen sind gezwungen, ein Höchstmaß an Ohnmachtgefühlen auszuhalten.

Sexuelle Gewalt in der Familie ist in erster Linie geschlechtsspezifisch verteilt. Mütter oder weibliche Bekannte missbrauchen nicht Töchter. Und nur äußerst selten sind sie für den sexuellen Missbrauch von Jungen verantwortlich. Während bei Mädchen die Täter zum großen Teil aus dem familiären Umfeld stammen (d.h. Vertrauenspersonen wie z.B. Väter, Stiefväter, Onkel usw. sind), kommen bei den Jungen die Täter zu 50% aus dem außerfamiliären Bereich (z.B. Nachbarn, Lehrer, Trainer, Pfarrer usw.). Die Gelegenheiten zur Ausübung sexueller Gewalt werden geplant, Situationen, in der der Täter mit dem Mädchen oder Jungen allein zu Hause ist, hergestellt. Sexuelle Übergriffe finden häufig über einen längeren Zeitraum statt, teilweise über Jahre.

4.5. Gesundheitliche Risiken und prekäre Lebenslagen, die mit Gewalt verbunden sind

In der Arbeit Beratungs- und Hilfeeinrichtungen in Bielefeld sind aber nicht nur die genannten Gewalterfahrungen Thema. So werden auch andere gesundheitliche Risiken und prekäre Lebenslagen z.B. im Mädchenhaus e.V. versorgt. Sie stehen oftmals in einem engen Zusammenhang mit den zuvor beschriebenen Gewalterfahrungen.

4.5.1. Mädchen und junge Frauen, die zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie pendeln

In den Jahren 1996 bis 1998 tritt eine neue Gruppe von Mädchen und jungen Frauen in den Vordergrund: *Mädchen und junge Frauen, die zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie pendeln*. Das Leben dieser Mädchen und jungen Frauen ist von Abbrüchen in Einrichtungen der Jugendhilfe und gleichzeitigen Einweisungen in die Kinder- und Jugendpsychiatrien geprägt. Nirgendwo bleiben sie auf Dauer und nirgendwo passen sie hinein. Fast immer erleben diese Mädchen und jungen Frauen in sehr frühen Jahren sexuelle Gewalterfahrungen. Dazu gehören auch Mädchen und junge Frauen, die Eltern hatten, die in Sekten oder Pornoringen organisiert sind. Für dieses Klientel wurde innerhalb des Mädchenhauses das intensiv betreute Wohnen (IBW) eingerichtet.

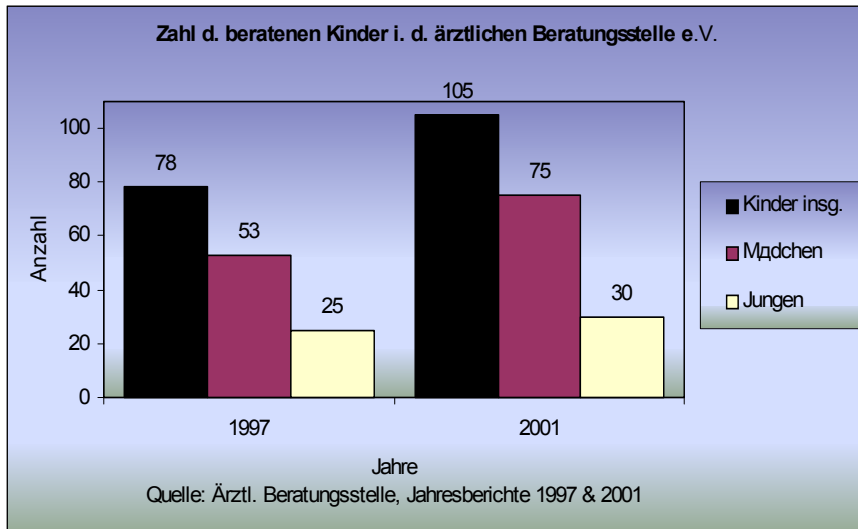
4.5.2. Lebenslage von Migrantinnen

Ein weiteres Thema, das sich als bedeutsam entwickelt hat, ist die *Lebenslage von Migrantinnen*. Mädchen und junge Frauen ausländischer Herkunft geraten oft in kulturelle Konflikte mit ihren Familien, wenn sie sich für ihren eigenen Lebensweg entscheiden. Für viele Mädchen und junge Frauen bleibt nur das Verlassen der Familie. Diesem entspricht häufig der Verstoß aus der Familie und der Ehrverlust für das Mädchen oder die junge Frau. Ferner geht mit dem Verlassen der Familie eine massive Bedrohung seitens der Familie einher, die so ihre Ehre wiederhergestellt wissen will. Die Folge ist, dass Mädchen nicht nur ihre Familie verlassen müssen, sondern auch gezwungen sind, den Wohnort zu wechseln, weil sie vor Ort nicht mehr sicher sind. Abgesehen davon ist die gesundheitliche und sexuelle Aufklärung der Migrantinnen sehr ungenügend. Ihr Wissen um Gesundheit hat eine andere, für westliche Frauen oftmals fremde Tradition. Ein weiterer Aspekt in der Arbeit mit Migrantinnen ist die Bedrohung durch Zwangsverheiratung. Auch für diese Mädchen und junge Frauen gilt, das sie auf Dauer in einer anderen Stadt sicherer sind. Der erzwungene und anstehende Umzug in eine andere Stadt ist für viele Migrantinnen bedrückend und bedeutet eine hohe Stressbelastung, die sich häufig in psychosomatischen Erkrankungen äußert.

4.5.3. „Lückengeneration“

Eine weitere Gruppe der betreuten jungen Frauen kann als *„Lückengeneration“* bezeichnet werden. Damit sind junge volljährige Frauen gemeint, die die Familie mit Nahen der Volljährigkeit verlassen, da sie nicht mehr mit

Abbildung 33



ihren Eltern zurecht kommen. Sie haben laut KJHG einen Anspruch auf Unterstützung, aber dennoch geraten sie zwischen die Zuständigkeiten von Jugend- und Sozialamt. Es ist sehr aufwendig, diese Frauen durch Jugendhilfe abzusichern. In vielen Fällen gelingt es überhaupt nicht, eine Jugendhilfemaßnahme zu erwirken. Das Problem betrifft in großem Maße auch jüngere Migrantinnen besonders kurdischer oder türkischer Herkunft.

In Anbetracht der derzeitigen Arbeitsmarktsituation zeigt sich auch, dass es sehr schwierig ist, eine längerfristige Perspektive mit den Betroffenen zu erarbeiten, wenn sie keine Aussicht auf eine Lehrstelle oder eine Arbeit haben. Die jungen Frauen sind von allen Folgen der Arbeitslosigkeit betroffen und fallen zuletzt wieder in eine klassisch weibliche Rolle: sie werden junge Mütter ohne Berufsausbildung.

4.5.4. Hoher Medikamentenverbrauch
In Hinsicht auf *gesundheitliche Verhaltensweisen und gesundheitliches Wissen* zeigt sich außerdem, dass die

betreuten Mädchen und jungen Frauen einen hohen Medikamentenverbrauch haben. Sie gehen bei kleinsten körperlichen Veränderungen zum Arzt oder Ärztin und bekommen Medikamente verschrieben, mit der Folge, dass sie daheim aus einem "Arsenal" angehäufter Medikamente übergehen. Diese Verhaltensweisen scheinen der Befriedigung von Gefühlen zu dienen.

4.6. Arbeitsschwerpunkte der Beratungsstellen

Schwerpunkte der Arbeit in der Ärztlichen Beratungsstelle sind

- die Beratung für Eltern und Bezugspersonen,
- Diagnostische Spieltherapie für Mädchen und Jungen zur Verdachtsabklärung von (sexueller) Gewalt,
- Krisenintervention und
- Öffentlichkeitsarbeit (auch Präventionsarbeit).

In der Ärztlichen Beratungsstelle gibt es 1997 insgesamt 106 Beratungskontakte, im Jahr 2001 100. Darunter steigen die Beratungsfälle,

Abbildung 34

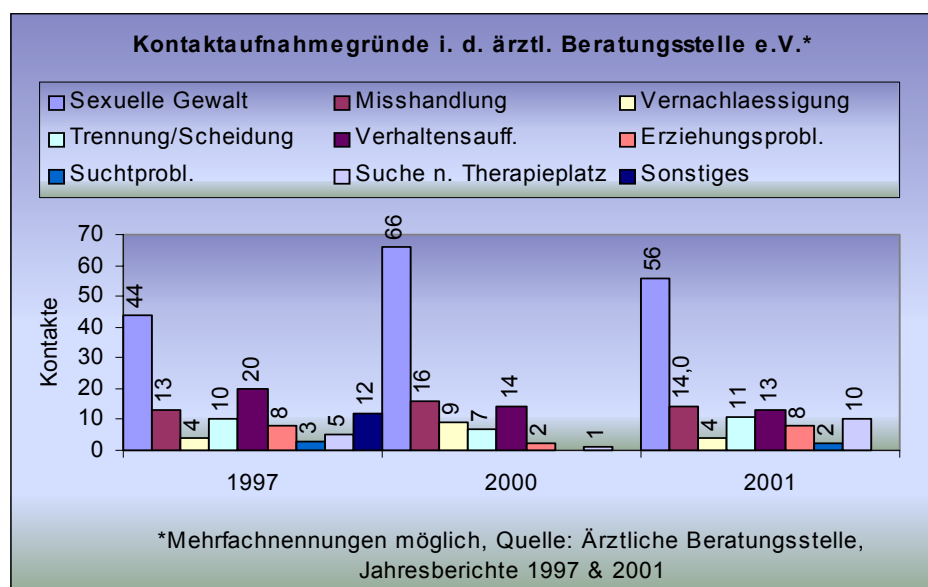
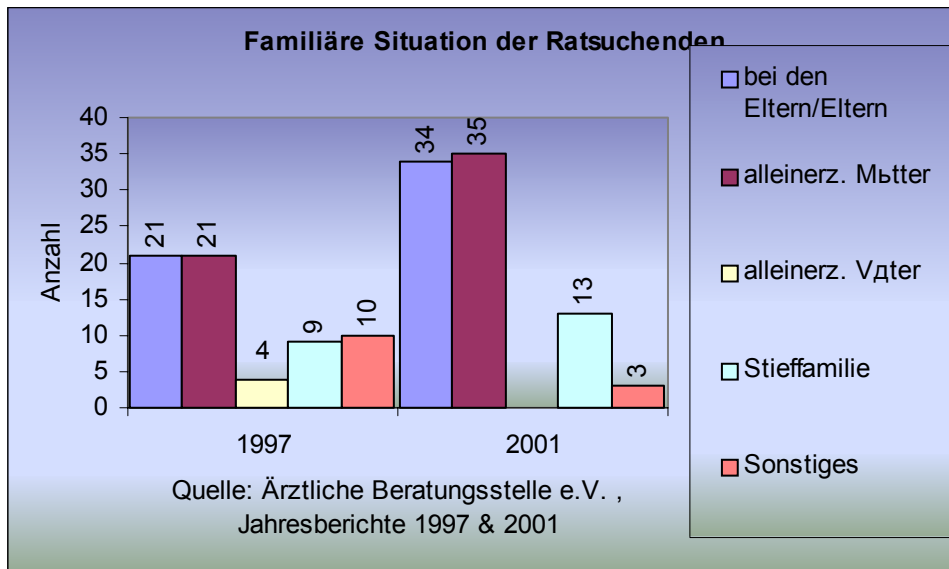


Abbildung 35



(21) kommen (Abbildung 35). Hierbei zeigt sich die bereits oben angesprochene Bedeutung des direkten sozialen Umfelds in bezug auf die Ausübung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche.

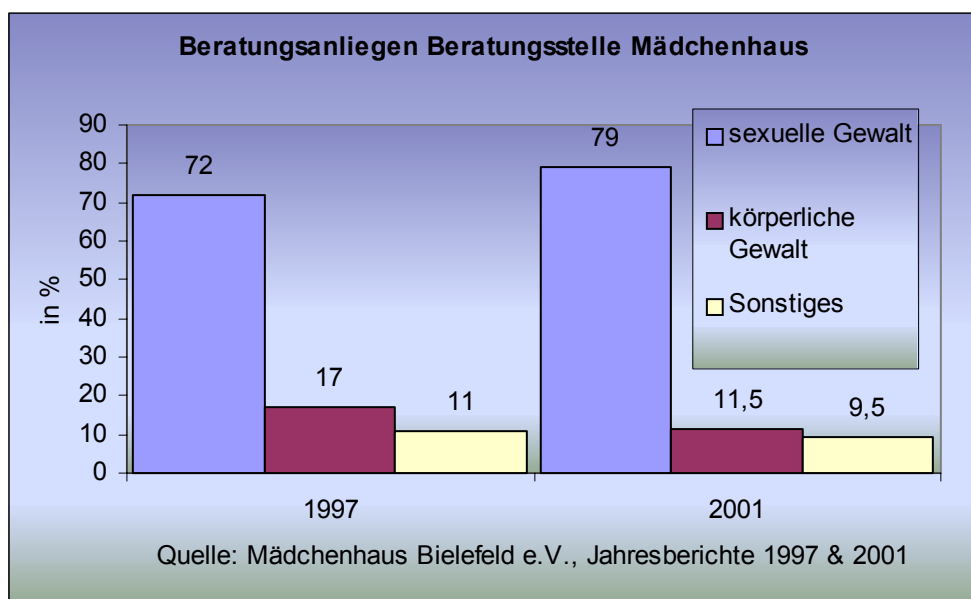
Das Mädchenhaus Bielefeld e.V. gliedert sich in drei Abteilungen:

- Beratungsstelle,
- Zufluchtsstätte und
 - Towanda, betreute Wohnangebote.

die sich auf Formen der Gewalt beziehen, von 66 auf 86 und die Beratungsfälle, die sich auf Öffentlichkeits- und Informationsfragen beziehen, verringern sich von 40 auf 14.² Es sind häufiger Selbst- als Fremdmeldungen und davon sind mit Abstand am häufigsten Mütter Selbstmelderinnen sind (30 bzw. 39). Unter den Fremdmelder(n)-innen sind es 1997 am häufigsten Beratungsstellen bzw. soziale Institutionen (8) und 2001 Ärzt(e)-innen und Psychotherapeut(en)-innen (12). Die Zahl der in die Beratungen involvierten Kinder steigt von 78 auf 105, darunter deutlich mehr Mädchen als Jungen (Abbildung 33). Alles in allem ist die sexuelle Gewalt das Schwerpunktthema in der Ärztlichen Beratungsstelle (Abbildung 34). Die Beratungskontakte aufgegliedert nach der familiären Situation zeigen, dass die Fälle am häufigsten von "Eltern/bei den Eltern" (21) und von alleinerziehenden Müttern

An das Mädchenhaus wenden sich Mädchen und junge Frauen im Alter von 12 bis 18 Jahren (in Ausnahmefällen bis zu 27 Jahren). Dabei sind die rat- und hilfeschuchenden Mädchen und jungen Frauen hauptsächlich durch Gewalterfahrungen gekennzeichnet. In der Beratungsstelle finden 1997 genau 274 und 2001 314 Beratungskontakte statt, die Mädchen und junge Frauen zwischen 3 und 27 Jahren (1997) und 6 und 27 Jahren (2001)

Abbildung 36



betreffen. Davon sind 1997 54% Selbstmelde-rinnen, 2001 48,1%. Der Anteil der Migrantinnen geht von 16% auf 14,8% zurück. In den Beratungskontakten geht es hauptsächlich um sexuelle Gewalt (72 bzw. 79%), am zweithäufigsten um körperliche Gewalt (17% bzw. 11,5%) - in 9% bzw. 8,6% der Kontakte überschneiden sich beide Gewaltformen.

Im Jahr 1997 werden in der *Zufluchtsstätte* 43 Mädchen und junge Frauen aufgenommen, im Jahr 2001 61. Am häufigsten sind sie im Jahr 1997 in einem Alter von 16 Jahren, zuletzt im Alter von 14 Jahren. Dabei ist der häufigste Aufnahmegrund in beiden Jahren "Schwierigkeiten mit den Eltern bzw. in der Familie" und der zweithäufigste Aufnahmegrund körperliche und psychische Gewalterfahrungen (Abbildung 36).

Zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen

Es wird empfohlen, ausreichend Diagnostikplätze bei vermutetem (sexuellem) Missbrauch bereitzustellen. Fachkräfte müssen entsprechend fundiert aus- und weitergebildet werden.

Es wird eine stärkere Sensibilisierung bzgl. Gewalt und sexuellem Missbrauchs für die Altersgruppe der Kleinkinder und Säuglinge in der Öffentlichkeit und bei den professionellen Helferinnen und Helfern empfohlen. Entsprechend qualifizierte Beratungs- und Hilfeangebote sollten für betroffene Bezugspersonen bereitgestellt werden.

Es wird die ausreichende Bereitstellung von ambulanten Psychotherapieplätzen für Mädchen und Jungen mit Gewalterfahrungen empfohlen. Diese sollten niedrighschwellig sein und auch ohne eine kinder- oder jugendpsychiatrische Diagnose sowie einer Einzelfallfinanzierung in Anspruch genommen werden können. Sie könnten zum Beispiel an die Fachberatungsstellen und Jugendhilfeeinrichtungen angebunden werden.

Es wird die Bereitstellung von stationären Angeboten für Kinder sowie für Mütter und Kinder in familiären Krisensituationen empfohlen, die kurz-, aber auch längerfristig bis zur Beendigung der Krise in Anspruch genommen werden können.

Die Entwicklung von feministischen Konzepten, die Ursachen, Ausdruck und Formen von

"Verrücktheiten" bei Mädchen und jungen Frauen adäquat begegnen, wird empfohlen. Es wird ein Ausbau der Kooperation von psychiatrischen Einrichtungen und Institutionen der Jugendhilfe empfohlen.

Stationäre Langzeitaufenthalte sollten so gering wie möglich gehalten werden. Wir empfehlen den Ausbau von ambulanten Handlungsoptionen und außerpsychiatrischen Einrichtungen.

Es wird im Sinne der Wahlmöglichkeit empfohlen, geschlechtsspezifische Stationen einzurichten.

Es wird empfohlen, bei der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen Gewalterfahrungen als mögliche Ursache mit einzubeziehen und eine kritische Haltung bei der Verschreibung und Verabreichung von Medikamenten einzunehmen.

¹ May, Angela (1997): Nein ist nicht genug, Ruhmark.

² Ärztliche Beratungsstelle gegen Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern e.V., Jahresbericht 1997 und 2001.

5. Kinder- und jugendpsychiatrische Auffälligkeiten und Erkrankungen

Zusammenfassung

Ca. 5% der Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahren gelten nach Schätzungen als kinder- und jugendpsychiatrisch behandlungsbedürftig. Ca. 10 bis 15% der Kinder und Jugendlichen haben psychische oder soziale Auffälligkeiten, die als beratungsbedürftig angesehen werden.

Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen im kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst der Stadt Bielefeld wächst von 1992 bis 2001 von 274 auf 380 mit einem Höhepunkt von 402 1996.

Überwiegend werden Jungen versorgt, aber die Zahl der Mädchen wächst kontinuierlich.

Die Kinder und Jugendlichen sind überwiegend im Alter von 7 bis 15 Jahren.

Häufigste Diagnosen sind nach der alten Systematik „dissoziale Verhaltensauffälligkeiten“ und „Störungen der Körperfunktion“, nach der neuen Systematik „Auffälligkeiten im Spiel- und Leistungsverhalten“, „Überforderung“ und „chronisch-körperliche Erkrankungen oder Beeinträchtigungen“.

5.1. Ausgangslage

Es liegen eine Reihe fundierter epidemiologischer Studien vor, die darin übereinstimmen, dass 5% der Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahren als kinder- und jugendpsychiatrisch behandlungsbedürftig im Sinne einer "längerfristigen, strukturierten professionellen Intervention" anzusehen sind.¹ Dies bedeutet die Notwendigkeit einer fachärztlich durchgeführten, ambulanten, teil-

oder vollstationären Behandlung. Außerdem weisen weitere ca. 10 bis 15% aller Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahren Verhaltensstörungen oder psychische und soziale Auffälligkeiten auf, bei denen qualifizierte Beratung und Hilfe angezeigt ist. Dies kann sowohl durch Fachärzte, wie auch durch niedergelassene Therapeuten und Beratungsstellen und dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst der Stadtverwaltung erfolgen. Die vorgenannten 5% stellen somit zahlenmäßig die untere Grenze der Behandlungsbedürftigkeit dar.²

Rechnet man diese Prozentzahlen auf die Bielefelder Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis unter 18 Jahre zum Ende des Jahres 2001 um, dann ergibt sich ein Schätzwert von ca. 2.900 Kindern und Jugendlichen, die entsprechend der unteren Grenze der Behandlungsbedürftigkeit hätten versorgt werden müssen. Der Schätzwert für die obere Grenze der Behandlungsbedürftigkeit betrug für Bielefeld ca. 5.900 bis 8.800 Kinder und Jugendliche.

5.2. Klientenstruktur des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes

Von 1992 bis 2001 steigt die Zahl der Klienten von 274 auf 380, allerdings mit einem Höhepunkt von 402 1996 (Abbildung 37). Die Anzahl der Klienten des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes liegt weit unterhalb der oben genannten Schätzwerte, weil auffällige Kinder und Jugendliche auch außerhalb des Dienstes bei niedergelassenen Fachärzten, Kliniken und Beratungsstellen u.a. behandelt

Abbildung 37

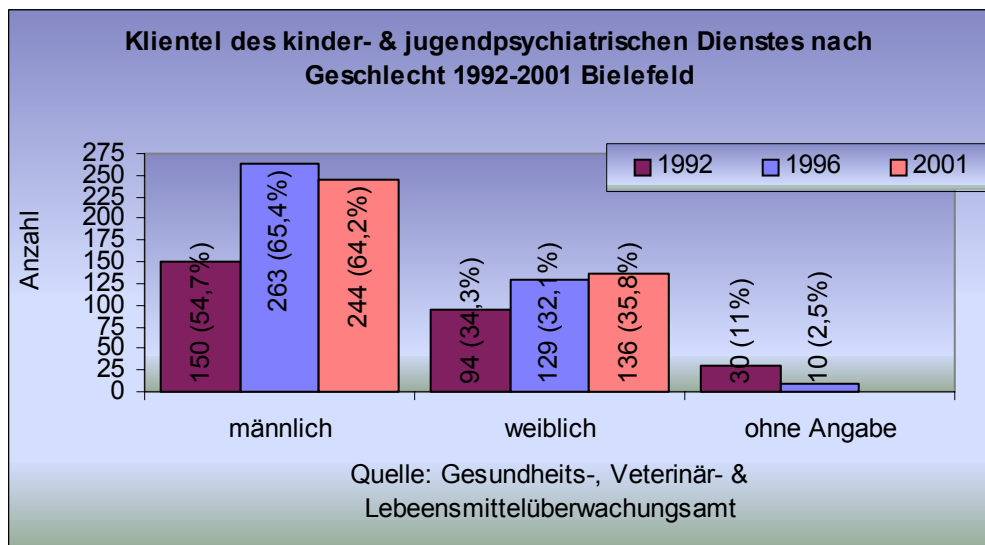
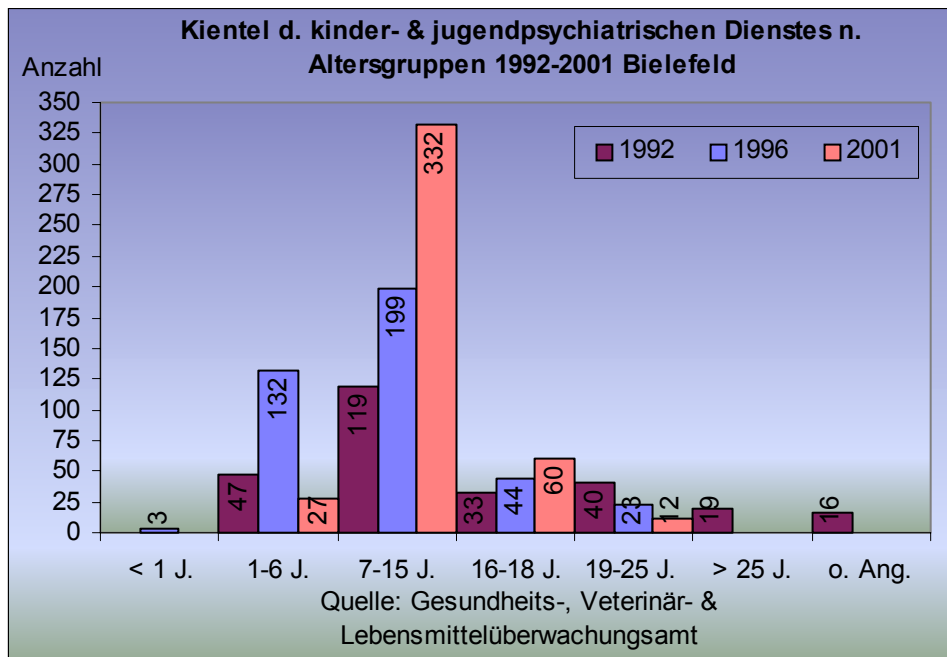


Abbildung 38



und beraten werden. Der Anstieg der Klienten kann auf die Zunahme der allgemeinen sozialen Belastungen - z. B. Arbeitslosigkeit der Eltern - und vor allem auf eine rechtliche Änderung zurückgeführt werden. Zum 01.01.1995 wird der Rechtsanspruch von Kindern und Jugendlichen, die seelisch behindert bzw. von seelischer Behinderung bedroht sind, auf Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII in das Jugendhilferecht aufgenommen. In diesem Zusammenhang werden die Kinder vom Jugendamt zum Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes zur Stellungnahme bzw. Begutachtung oder Beratung vorgestellt. Ein Abgleich mit der Fallzahlstatistik der Wirtschaftlichen Jugendhilfe, insbesondere den dort aufgeführten Frühförderungen, stützt diese Erklärung. Die Anträge für Stellungnahmen und Begutachtungen sind stetig gestiegen bei verringerter ärztlicher Kapazität. Diese konnte seit 1997 nur aufgefangen werden, durch Verlagerung der Begutachtung für Frühfördermaßnahmen in den Kinder- und jugendärztlichen Dienst.

In der Geschlechterunterscheidung zeigt sich, dass ein kontinuierlicher Zuwachs bei den Mädchen von 94 auf 136 besteht, jedoch die Anzahl der vorgestellten Jungen trotz eines Rückgangs seit 1996 weitaus größer ist (zuletzt 244, Abbildung 37). Dass Jungen häufiger "psychiatrisch auffällig" werden, steht im Einklang mit den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen.

Im Hinblick auf das Alter sind 1992 (119), 1996 (199) und 2001 (344) die Klienten am häufigsten im Alter von 7 bis 15 Jahren (Abbildung 38). In diesem Alter spielen steigende Leistungsanforderungen in der Schule eine Rolle, später Identitätsbildungen in der Pubertät. Den größten Zuwachs gibt es von 1992 bis 1996 bei den 1- bis 6jährigen Kindern. Ihre Anzahl steigt von

47 auf 132, so dass sich ihre Zahl verdreifacht! Eine Erklärung für diesen Zuwachs ist auch hier die oben genannte Veränderung der rechtlichen Regelung (eine hohe Fallzahl der Frühförderungen in der Statistik der Wirtschaftlichen Jugendhilfe 1996 ist hier entsprechend).

Die Statistik der Diagnosestellungen zeigt, dass die Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen (welche in ihrer Entwicklung den Jugendlichen gleichzustellen sind), folgende "psychiatrische Auffälligkeiten" und "Störungen" haben:

- juvenile Psychosen,
- manisch depressive Erkrankungen, u.a. über neurotische Störungen, wie narzisstische, depressive, anale und hysteriforme Symptomatiken (z.B. Einnässen, Einkoten, Ängste verschiedenster Ausprägung, psychogene Stummheit ohne organischen Grund) oder krisenhafte Dekompensationen, wie z.B. Suizidalität, Selbst- und Fremdgefährdung, Aggressivität u.a.,
- Drogen- und Genussmittelmisbrauch,
- Auffälligkeiten in der Körpersphäre (z.B. Tics, Epilatio, Selbstmutilation und -stimulation),
- Zustände nach sexuellem Missbrauch oder körperlicher Misshandlung,
- posttraumatische Reaktionen wie z.B. Schockzustand und Panikattacken, hysteriforme Dämmerzustände, Dissoziationen,

- somato-psychische Reaktionen bei chronisch körperlichen Erkrankungen,
- soziale Auffälligkeiten, wie z.B. Schulschwänzen, beginnende Verwahrlosung und Kriminalität,
- Teilleistungsstörungen mit und ohne sekundäre psychische Auffälligkeit, sensorische Integrationsstörungen (Blockaden der Körperwahrnehmung),
- Gewalt, Strafauffälligkeit, Trennungs- und Scheidungsprobleme mit oder ohne Erkrankungen, wie Suchtmittelabhängigkeit, psychiatrische Störungen, Migrationsproblematik.

Tabelle 3³

Anlass zur Vorstellung (Diagnosegruppen)	1992	1996	1992- 1996
Körperbehinderungen/org. Krankheiten	21	42	21
Störungen der Körperfunktion	29	87	58
Auffällige Gewohnheiten der Körpersphäre	3	4	1
Hyperaktivität	25	8	-17
Drogenmissbrauch	14	19	5
Störungen der Sprache	26	45	19
Dissoziale Verhaltensauffälligkeiten	109	78	-31
Auffälligkeiten der sozialen Beziehungen	22	48	26
Probleme im Sexualbereich	5	3	-2
Auffälligkeiten im Arbeitsverhalten	36	81	45
Leistungsbeeinträchtigungen	3	14	11
Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung	33	40	7
Umschriebene Ängste	5	14	9
Zwangshandlungen, Vorstellungen, Befürchtungen	2	3	1
Andere Auffälligkeiten im emotionalen Bereich	57	36	-21
Psychotisches Verhalten	22	10	-12
Auffälligkeiten in der Aufenthaltsgemeinschaft	5	8	3
Auffällige Beziehungen in der Aufenthaltsgemeinschaft	7	11	4
Auffälliges Erziehungsverhalten	6	12	6
Innerfamiliäre psychosoziale Belastungen	2	12	10
Defizitäre Lebensumstände	0	3	3

5.3. Diagnostizierte Anlässe bei der Inanspruchnahme des kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes

Die häufigste Diagnosestellung nach Aufsuche des Dienstes war eine "massive Verhaltensauffälligkeit" beim Kind oder Jugendlichen mit der begleitenden Fragestellung, ob bereits eine psychiatrische Entwicklung zu erwarten war. Die Diagnosegruppe "dissoziale Verhaltensauffälligkeiten" kam daher mit 109 Nennungen im Jahr 1992 am häufigsten und im Jahr 1996 mit 78 Nennungen am zweithäufigsten vor (Tabelle 3). "Dissoziale Verhaltensauffälligkeiten" standen also im Zentrum der Diagnosen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes.

Tabelle 4

Anlass zur Vorstellung (neue Systematik)	2001
Chronisch-körperliche Erkrankungen/Beeinträchtigungen	84
Psychomotorische Auffälligkeiten	65
Psychosomatische Auffälligkeiten	39
Sprachstörungen	18
Sucht	27
Sexualität	12
Sozialverhalten	49
Vermeidung/Verweigerung von Schule, Ausbildung Arbeitsstelle	33
Aggressives Verhalten	60
Kontaktprobleme	41
Auffälligkeiten im Spiel- und Leistungsverhalten	362
Auffälligkeiten im emotionalen Bereich	59
Suizidale Handlungen	27
Gestörte Realitätsbezüge	11
Andere psychosoziale Belastungen in der Familie	61
Misshandlungen	28
Vernachlässigung	33
Überforderung	182
Psychische Störungen bei anderen Familienmitgliedern	19
Unzureichende Lebensbedingungen	14
Andere aktuelle psychosoziale Belastungen	9
Einwanderungsprob.	2
Umfeld	2

Bemerkenswert ist die Entwicklung der Diagnosegruppe "Störungen der Körperfunktion". Sie stand 1992 mit 29 Vermerken noch an dritter Stelle der häufigsten Diagnosegruppen, stieg aber auf 87 Vermerke 1996 an, so dass

sie dann am häufigsten vorkam. Dieser Zuwachs war der größte. Er gründet in verbesserter diagnostischer Möglichkeit und wiederum in der Veränderung der rechtlichen Regelung (s.o.). Einen starken Zuwachs hatte es des Weiteren auch bei den Diagnosestellungen "Auffälligkeiten im Arbeitsverhalten" gegeben - die Nennungen dieser Diagnosegruppe stiegen von 36 auf 81 an und gründet auch in der veränderten Rechtslage bzgl. der Eingliederungshilfe. Bei den Diagnosestellungen "Auffälligkeiten der sozialen Beziehungen" hatte es auch einen starken Zuwachs gegeben - die Nennungen dieser Diagnosegruppe stiegen von 22 auf 48 an. Einen größeren Rückgang von 57 auf 36 Eintragungen gab es in der Kategorie "andere Auffälligkeiten im emotionalen Bereich".

Die neue Diagnosesystematik des kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes zeigt, dass im Jahr 2001 am häufigsten Auffälligkeiten im Spiel- und Leistungsverhalten, Überforderungen und chronisch-körperliche Erkrankungen/Beeinträchtigungen aufgezeichnet werden.

Zentrale gesundheitspolitische Herausforderungen

Es wird empfohlen, die Präventionsarbeit des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes zu intensivieren und wenn möglich fest zu installieren. Außerdem sollte das Angebot der Öffentlichkeits- und Fortbildungsarbeit des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes verbessert werden. Dazu sind jedoch mehr Ressourcen nötig, die jedoch derzeit nicht existieren. Im einzelnen werden folgende Teilloptionen hinsichtlich der Prävention empfohlen.

- Im Vorschulalter ist eine Verbesserung von Früherkennungsmaßnahmen dringlich anzustreben. Niedrigschwellige Hospitations- und Beratungsangebote in der Schule sollten durch den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst sowie durch entsprechend spezialisierte Institutionen (z.B. Schule für Sprachauffälligkeiten) wahrgenommen werden.
- Es werden weiter in den Schulen befristete Modellprojekte gegen Gewalt und Sucht und entsprechend fachlich begleitete Schülertutoren vorgeschlagen, die entsprechend gefährdete und betroffene Ju-

gendliche niedrigschwellig erreichen, um präventiv tätig zu werden.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Die Entwicklung und der Aufbau eines ausreichenden, regionalen Angebotes – mit niedrigschwelliger Beratung und ambulanter und stationärer Behandlung - für jugendliche Suchtgefährdete oder bereits abhängige Jugendliche muss entsprechend dem Bedarf noch geleistet werden. Bei einem entsprechenden Auftrag wäre der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst bereit, diese Entwicklung in Kooperation mit den regional zuständigen Kliniken mitzutragen.

¹ Remschmidt (1990): Lehrbuch für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1. Kapitel.

² Handlungsoptionen der Expertenkommission der Bundesrepublik zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich, 1988

³ Mehrfachnennungen möglich. Quelle: LÖGD und Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt.

Teil IV.

Gesundheitsschutz

1. Impfvorbereitung der einzuschulenden Kinder

Zusammenfassung

Impfungen sind eine effektive Präventionsmaßnahme gegen schwere Infektionskrankheiten und ihre Folgen. Nicht vorhandene Impfhäfte sind ein eindeutiger Beleg für einen unvollständigen Impfstatus.

In Bielefeld wird die Impfrate gegen Kinderlähmung (Polio) allgemein zwar mehr als erreicht - sogar über dem Durchschnitt der kreisfreien Städte in NRW - aber nicht unter den ausländischen Kindern, die im Ausland geboren sind. Trotz ungenügender Polio-Impfraten in Einzelgruppen hat die WHO für die europäische Region im Juli 2002 die Kinderlähmung als eliminiert zertifiziert.

Die Diphtherie-Impfrate wird in allen Gruppen in Bielefeld erreicht und sie liegt im letzten Jahrzehnt immer über der durchschnittlichen Diphtherie-Impfrate aller kreisfreien Städte in NRW.

Auch die Impfrate gegen Wundstarrkrampf wird in Bielefeld überdurchschnittlich erreicht (97,5%), allerdings wird sie weder überdurchschnittlich noch der nötigen Impfrate entsprechend bei den ausländischen Kindern, die im Ausland geboren sind, erzielt (89,2%), wie dies zu Beginn der neunziger Jahre der Fall ist.

Die Impfung gegen Keuchhusten gehört zu den problematischen Impfungen, insofern die empfohlene Impfrate von 90% (noch) nicht erreicht wird. Sie liegt in Bielefeld bei 71,8%, Vergleichswerte von anderen Städten stehen nicht zur Verfügung. Sie ist niedrig bei den hier (68,8%) und besonders niedrig bei den im Ausland geborenen Kindern ausländischer Herkunft (62,1%) sowie in einigen Grundschulen im Stadtbezirk Mitte und Brackwede (52,8% bis 65,9%).

Die Impfrate von 92-95%, die nötig ist, um das WHO-Ziel der Beseitigung der Masern im Jahr 2007 zu erreichen, kann inzwischen nicht als realistisch angesehen werden. In Bielefeld wird zuletzt eine Masern-Impfrate von nur 19,7% erreicht. Am geringsten ist die Impfrate unter den deutschen Kindern (17,3%, ohne ausgesiedelte Kinder) und in einigen Grundschulen im Stadtbezirk Dornberg und Jöllenbeck (8,6% bis 12,9%).

Am kleinsten von allen Impfraten ist die Mumps-Impfrate (15,1%), allerdings ist sie strukturell ähnlich verteilt wie die Masern-Impfrate: deutsche Kinder (12,5%) und einige Grundschulen im Stadtbezirk Jöllenbeck und Dornberg (1,6%-8,0%) weisen die niedrigsten Impfraten auf. Das Ziel der WHO, die Neuerkrankungsrate von Mumps bis 2010 deutlich zu reduzieren, erscheint anhand dieser Zahlen als unrealistisch.

Die Röteln-Impfrate ist zuletzt 17,8% groß, bei den Kindern ausländischer Herkunft, die auch im Ausland geboren wurden nur 16,2% und in einigen Grundschulen im Stadtbezirk Jöllenbeck und Dornberg nur zwischen 3,2% bis 11,4%. Das WHO-Gesundheitsziel der Beseitigung der Röteln im Jahr 2010 durch eine Impfrate von 90% ist noch weit von seiner Verwirklichung entfernt.

Aufgrund statistischer Qualitätsmängel, kann in Bielefeld derzeit keine Angabe über den Durchimpfungsgrad gegen Hepatitis B und Hib gemacht werden.

1.1. Einführung

Impfungen sind eine effektive und kostengünstige Präventionsmaßnahme

- gegen schwere Infektionskrankheiten, bei denen es keine oder nur begrenzte Therapiemöglichkeiten gibt,
- gegen schwere Komplikationen bei Infektionskrankheiten (z.B. Gehirnentzündung bei Masern),
- gegen schwere Krankheitsverläufe bei Risikopatienten und
- gegen Infektionskrankheiten, die während der Schwangerschaft (z.B. Röteln) zu Schäden beim Kind führen können.¹

Das Ziel von Impfprogrammen ist die flächendeckende Impfung eines großen Bevölkerungsanteils, so dass sowohl die einzelne Person gegen Infektionskrankheiten und ihren Folgewirkungen wie z.B. Lähmungen geschützt ist, als auch die Allgemeinheit vor Epidemien bewahrt wird (sog. Herdimmunität), aber auch die Personengruppe, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden kann. Außerdem ermöglichen hohe, langanhaltende Durchimpfungsraten die regionale und weltweite Beseitigung und Ausrottung von einzelnen Krankheitserregern, wie z.B. im Jahr 1980 die Ausrottung der Pocken, die dazu geführt hat,

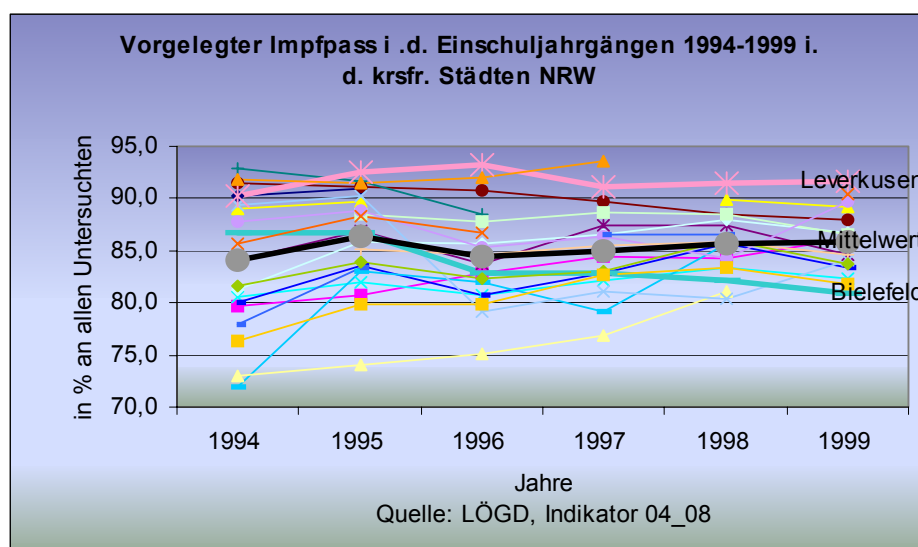
dass 1982 die gesetzliche Pocken-Impfpflicht in West-Deutschland außer Kraft gesetzt wurde (in der DDR bestand sie weiter).²

Nachdem das Gesundheitsziele-Programm der WHO von 1984 „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ im Zuschnitt für die europäische Region die Beseitigung der Kinderlähmung und des Neugeborenen-Tetanus fast erreicht hat, nicht jedoch die Beseitigung der Diphtherie, Masern und angeborenen Röteln, formuliert die Neufassung von 1998 „Gesundheit 21 – Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ die Beseitigung der Kinderlähmung bis zum Jahr 2003, des Neugeborenen-Tetanus bis zum Jahr 2005, der Masern bis zum Jahr 2007, des Mumps bis zum Jahr 2010 und die Kontrolle der angeborenen Röteln ebenfalls bis zum Jahr 2010.³ Damit diese Gesundheitsziele erreicht werden, ist gegen Mumps ein Durchimpfungsgrad in der Bevölkerung von 90% und gegen Masern von 92% bis 95% nötig, um die Herdimmunitäten herzustellen. Die WHO-Gesundheitsziele werden von Deutschland unterstützt, das zwar gegen Kinderlähmung, Diphtherie und Tetanus zufriedenstellende Impfraten erreicht, aber nicht gegen Masern, Mumps und Röteln. Bei letzteren liegt Deutschland nach Italien auf dem vorletzten Platz im Vergleich zu den anderen europäischen Nachbarländern. Der Durchimpfungsgrad variiert auch je nach Alter und Herkunft, weniger in Hinsicht auf das Geschlecht. Die größten Impflücken bestehen nach den Ergebnissen des ersten Bundes-Gesundheitssurvey von 1998 „bei den Erwachsenen, die nur unzureichend die empfohlenen Auffrischungen gegen Tetanus und Diphtherie erhalten haben.“⁴ Impflücken bestehen des weiteren bei älteren Schülerinnen und Schülern und jungen Erwachsenen insbesondere gegen Diphtherie und Tetanus, Keuchhusten, Masern, Mumps und Röteln.⁵ Erste Ergebnisse aus der Pilotphase des ersten bundesdeutschen Kinder- und Jugendgesundheits-survey zeigen, dass die Durchimpfungs-

raten bei den 2- bis 6jährigen Kindern hinsichtlich Keuchhusten (Pertussis, 83%), Hepatitis B (ca. 70%) und Masern-Mumps-Röteln (88%) bisher nicht erreicht werden.⁶

Gründe, die zu Impflücken in der Bevölkerung führen, sind vielfältig. Neue Impfstoffe benötigen ihre Zeit, damit sie flächendeckend und in ausreichender Durchdringung die Bevölkerung erreichen. Dabei ist die Akzeptanz in pluralistischen Gesellschaften wichtig. Der Anteil konsequenter Impfgegner wird auf 2% geschätzt, der Anteil von Eltern, die gegenüber einzelnen Impfungen skeptisch sind, auf etwa 10%. Allgemein bestand aufgrund des Erfolges der Pharmazie, Medizin und der hygienischen und gesundheitlichen Versorgung bis in die achtziger Jahre der Glaube, dass die Infektionskrankheiten in unseren Breitengraden weitgehend besiegt sind. Die Folgen waren ein mangelndes Bewusstsein über die Gefährlichkeit von Infektionskrankheiten sowie ein unzureichendes Wissen um den Nutzen und die Notwendigkeit von Schutzimpfungen in weiten Teilen der Bevölkerung und bei einigen Ärztinnen und Ärzten. Der dramatische Anstieg der Diphtherie in den Nachfolgeländern der UdSSR und die Polioepidemien 1992 in den Niederlanden und 1996/1997 in Albanien „machten deutlich, dass bei fehlendem Impfschutz längst besiegt geglaubte Krankheiten wiederkehren können.“⁷ Das Vergessen einer Impfung oder Impfauffrischung gehört auch mit zu den Gründen eines ungenügenden Impfschutzes.

Abbildung 39



1.2. Vorgehensweise, Impfkriterien, vorgelegte Impfhefte

Die folgende Beschreibung konzentriert sich auf die Darstellung der Impfvorbereitung bei den einzuschulenden Kindern in Bielefeld. In den Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen wird die Entwicklung der Impfraten gegen Kinderlähmung, Diphtherie, Wundstarrkrampf, Masern, Mumps und Röteln im Vergleich zu den anderen kreisfreien Städten in NRW dargestellt und für Bielefeld gesondert die Unterscheidung nach Geschlecht, Herkunft und Sozialraum auf statistische Bedeutsamkeit geprüft. Die Analyse der Keuchhusten-Impfquote wird ebenfalls auf diese drei sozialen Unterscheidungen geprüft, aber ein Vergleich zu den anderen kreisfreien Städten ist nicht möglich. Der Durchimpfungsgrad gegen HIB und Hepatitis B kann derzeit aufgrund statistischer Qualitätsprobleme noch nicht gesichert berechnet werden.

Die Grundimmunisierung von Kindern – d.h. die Immunisierung gegen Diphtherie, Keuchhusten (Pertussis), Wundstarrkrampf (Tetanus), Hirnhautentzündung (Haemophilus influenzae Typ b, Hib), Leberentzündung (Hepatitis B), Kinderlähmung (Poliomyelitis) und Masern, Mumps und Röteln – sollte nach den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) bis zum 14. Lebensmonat abgeschlossen sein.⁸ Im Einschulalter bzw. bis zum vollendeten 6 Lebensjahr sollten die Kinder laut STIKO die in Tabelle 5 ausgewiesene Anzahl von Impfungen aufweisen bzw. der Nachweis einer durchgemachten Masern- und/oder Mumpserkrankung vorliegen, so dass ein natürlicher Immunschutz belegt ist. Das Land NRW richtet sich nach den Kriterien des Robert-Koch-Instituts (§ 34 IfSG) für einen altersgerechten Impfstatus bei Einschulung. In der vorliegenden Auswertung wird überwiegend auf sie Bezug genommen, aber in Hinsicht auf Masern, Mumps und Röteln werden sowohl Empfehlungen der STIKO als auch des Landes berücksichtigt. In Tabelle 3 sind die Felder grau hinterlegt, nach deren Kriterien die Auswertung der Impfdaten der einzuschulenden Kinder erfolgt.

Tabelle 5 Kriterien f. altersgerechten Impfstatus bei Einschulung*

	Impfanzahl	
	STIKO	NRW
Kinderlähmung	3	3
Diphtherie und Wundstarrkrampf	4	3
Keuchhusten	4	4
Hib	3	1
Masern, Mumps, Röteln	2	1
Hepatitis B	3	k. A.

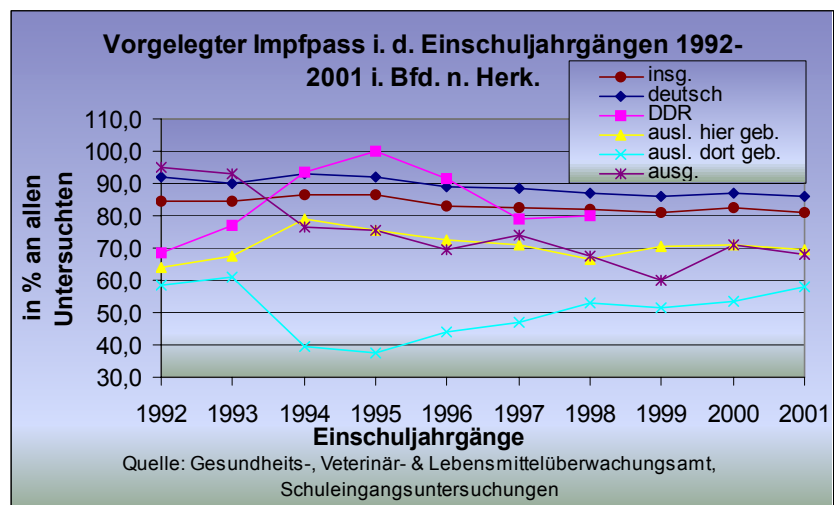
* Die Kriterien mit den grau hinterlegten Feldern werden hier berücksichtigt.

Die Überprüfung des Impfschutzes im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen ist davon abhängig, ob ein Impfhft vorgelegt wird. Impfhfte werden nicht vorgelegt,

- weil sie vergessen oder verloren werden,
- weil die Eltern sich der Impfungen verweigern,
- weil Sprachprobleme und/oder Informationsdefizite existieren
- weil Kinder aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können.

Im Mittel der kreisfreien Städte in NRW hat sich der Anteil der vorgelegten Impfhfte in den Einschuljahrgängen 1994 bis 1999 von 84,1% auf 85,9% erhöht (Abbildung 39). In Bielefeld ist seit 1996 die relative Zahl der vorgelegten Impfhfte jedoch unterdurchschnittlich. Über den gesamten Zeitraum

Abbildung 40



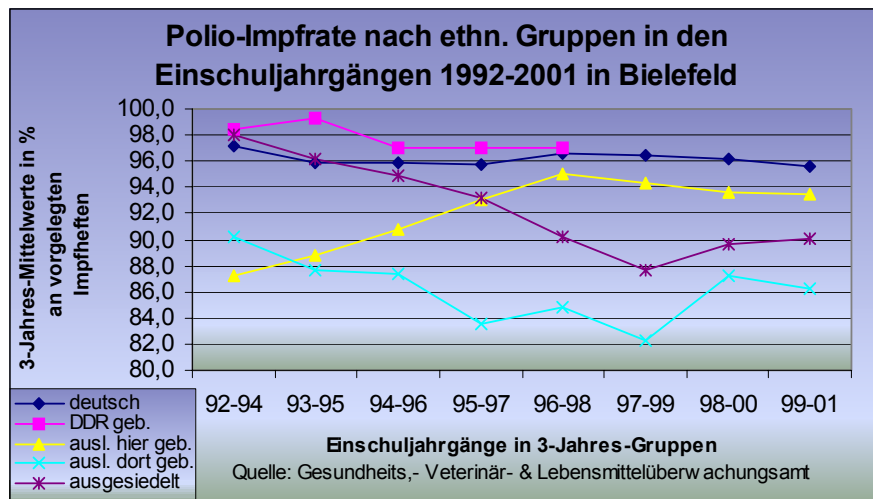
schrumpft sie von 86,7% auf nur noch 81,0%, so dass Bielefeld zwar in Hinsicht auf den Anteil der vorgelegten Impfhefte zuletzt das Schlusslicht der kreisfreien Städte bildet, aber diese Größenordnung dennoch erlaubt einen repräsentativen Überblick über den Impfschutz der einzuschulenden Kinder zu erhalten. Die Unterscheidung nach Geschlecht ergibt keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. Allerdings ist die ethnische Unterscheidung in allen Jahren statistisch bedeutsam. Der Anteil der von deutschen Kindern mitgebrachten Impfhefte ist über den Zeitraum größer als die Gesamtrate, verringert sich jedoch von 92,0% auf 86,1% (Abbildung 40). Der Anteil der von den hier geborenen Kindern ausländischer Herkunft mitgebrachten Impfhefte vergrößert sich von 64,0% auf 69,7%, allerdings diskontinuierlich. Am kleinsten ist der Anteil der mitgebrachten Impfhefte von den Kindern ausländischer Herkunft, die im Ausland geboren sind. Er liegt in allen Einschuljahrgängen unter den Anteilen aller anderen Gruppen. Nach einem Tiefpunkt von 37,6% im Jahr 1995, vergrößert sich der Anteil auf zuletzt 57,9% und liegt damit 0,6%-Punkte über dem Anteil von 1992. Das bedeutet, dass der Impfstatus von zuletzt 32,1% dieser Kinder ungeklärt ist. Das Ergebnis ist nicht überraschend, da in den jeweiligen Herkunftsländern die Verwendung von Impfhäften einer anderen Logik folgt. Zudem kann insbesondere in den sog. nicht-westlichen Ländern davon ausgegangen werden, dass der Gesundheitsschutz weniger entwickelt ist. Aber dieser Wert ist auch noch so groß, dass Aussagen über den Immunisierungsgrad dieser Bevölkerungsgruppe in Bielefeld zulässig sind.

1.3. Impfvorbeugung gegen Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Die Kinderlähmung – eine etwas in die Irre führende Bezeichnung, da auch Erwachsene von ihr betroffen sein können, insofern sie keinen Impfschutz aufweisen – ist eine Viruskrankheit, die zur Lähmung der Arme, Beine, der Atmung und auch zum Tod des Erkrankten führen kann. Die Poliomyelitis (kurz Polio)

wurde im Juli 2002 in der europäischen Region der WHO als eliminiert zertifiziert (WHO-Gesundheitsziel 7.1).⁹ Entsprechend groß sind die Durchimpfungsraten, die hinsichtlich des lebenden Impfstoffes bei 80-85% liegen sollten und hinsichtlich des neueren Totimpfstoffes – hierfür wird nur in den Niederlanden eine entsprechende Rate angegeben – bei 90%. Der neue Impfstoff, der die Schluckimpfung abgelöst hat, ist nebenwirkungsärmer. Im Mittel der kreisfreien Städte in NRW liegt der Durchimpfungsgrad gegen Polio in den Einschuljahrgängen 1994 bis 1999 bei rd. 94% und in Bielefeld liegt die Polio-Impfrate bei rd. 95%. In Hinsicht auf das Geschlecht zeigen sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede, jedoch

Abbildung 41



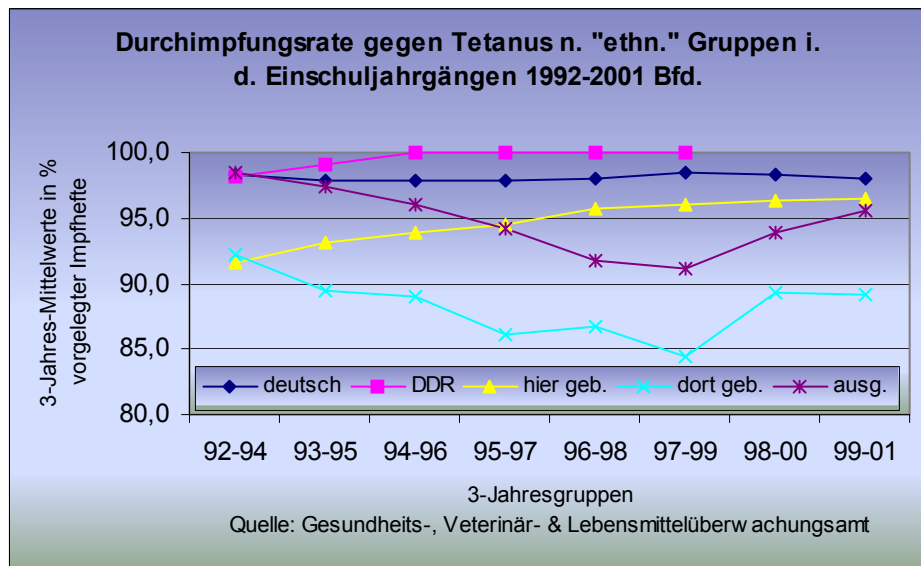
1994, 1995 und 1996 in Hinsicht auf die „ethnischen“ Unterscheidungen. In Abbildung 41 ist in 3-Jahres-Mittelwerten zu sehen, dass die Durchimpfungsraten gegen Polio bei den ausländischen Kindern, die im Ausland geboren sind, bis auf den ersten Zeitraum 1992/1994 unter der empfohlenen Durchimpfungsraten von 90% liegt. Das gleiche gilt für die ausgesiedelten Kinder für 1997-1999 und 1998-2000. Die sozialräumliche Verteilung des Durchimpfungsgrades ist statistisch nicht bedeutsam.

1.4. Impfvorbeugung gegen Diphtherie und Tetanus

Die Schutzimpfung gegen Diphtherie und Tetanus wird in der Regel mit einem Kombinationsimpfstoff durchgeführt. Die Diphtherie – sie wird durch das Gift des Diphtheriebakteriums hervorgerufen und ist eine lebensbedrohliche Erkrankung, die im Falle des Überlebens einen Herzmuskelschaden bewirkt – ist in

Deutschland bis auf wenige Erkrankungsfälle weitgehend zurückgedrängt, tritt aber in vielen Ländern, besonders nach dem Fall des Eisernen Vorhanges gehäuft in einigen osteuropäischen Ländern, nach wie vor auf, so dass die Gefahr der Einschleppung gegeben ist. Die Durchimpfungsrate sollte bei 80% liegen. Die Diphtherie-Impfrate steigt im Durchschnitt der kreisfreien Städte in NRW kontinuierlich von 95,2% auf 96,5% an. In Bielefeld liegt die Impfrate im gesamten Betrachtungszeitraum über dem Mittel der Städte (zwischen 96,6% und 97,9%). Die anzustrebende Durchimpfungsrate wird mehr als erreicht. Das Geschlecht zeigt keine statistisch bedeutsamen Unterschiede, aber 1994 existiert ein bedeutsamer Unterschied zwischen den Impfraten unter den „ethnischen“ Gruppen. Sie ist am niedrigsten unter den ausländischen Kindern, die im Ausland geboren sind (im Zeitraum schwankt sie zwischen 84,4% und 91,9%). Allerdings wird die empfohlene Durchimpfungsrate in allen Gruppen erreicht.

Abbildung 42

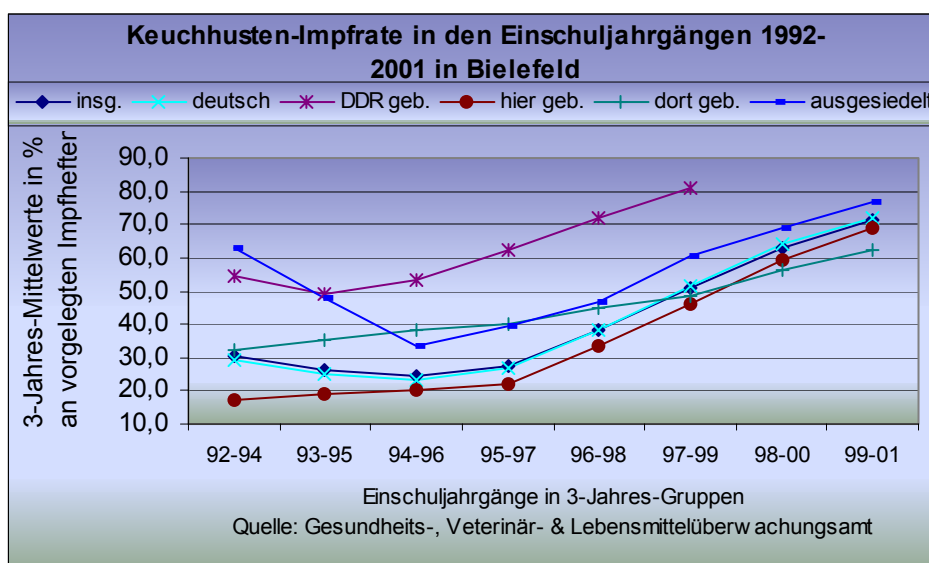


Die Unterscheidung nach Schulbezirk erweist sich nicht als statistisch bedeutsam.

Der Wundstarrkrampf (Tetanus) ist ebenfalls eine lebensgefährliche Krankheit. Der Erreger kommt im Erdreich und Straßenstaub vor und gelangt über offene Wunden in die Haut und kann dann das krankmachende Gift bilden. Die Sterblichkeit ungeimpfter Tetanuskranker liegt trotz moderner Behandlungsmethoden bei 30%. Die Durchimpfungsrate in der Bevölkerung sollte bei 90% liegen. In den kreisfreien Städten in NRW vergrößert sie sich im Betrachtungszeitraum von 95,7% auf 96,7%, in

Bielefeld liegt sie über den gesamten Zeitraum bei rd. 97,5%. Die empfohlene Durchimpfungsrate wird somit mehr als erreicht. Im Jahr 1994 gibt es allerdings einen statistisch bedeutsamen Unterschied und es zeigt sich, dass bei den ausländischen Kindern, die im Ausland geboren sind und hier leben nicht die empfohlene Durchimpfungsrate erreicht wird. Ihre Tetanus-Impfrate liegt außer

Abbildung 43



zu Beginn der neunziger Jahre immer unter der empfohlenen Durchimpfungsrate (Abbildung 42). Zuletzt werden aber 89,3% der Kinder erreicht. Geschlecht und Schulbezirk sind als Unterscheidungsmerkmale nicht statistisch bedeutsam, d.h. sie stehen in keinem Zusammenhang mit der Impfrate.

1.5. Impfvorbeugung gegen Keuchhusten (Pertussis)

Der Keuchhusten ist eine Infektion, die durch *Bordetella pertussis* hervorgerufen wird und vor allem für Säuglinge und Kleinkinder eine Gefahr darstellt. Er kann zu Lungenentzündung, zu Luftverknappung oder Luftleere in den Lungen, krankhaften Erweiterungen der Bronchien oder in seltenen Fällen zur Gehirnentzündung führen. Es wird eine Impfrate von 90% empfohlen.

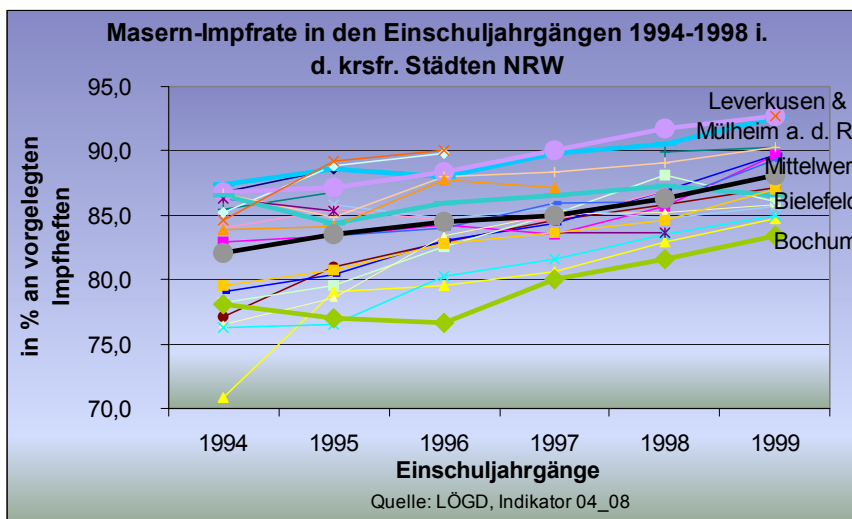
In Bielefeld vergrößert sich der Durchimpfungsgrad gegen Keuchhusten von 30,4 auf 71,8% im Betrachtungszeitraum (Abbildung 43). Damit liegt er zuletzt noch deutlich unter der angestrebten WHO-Impfquote und auch noch deutlich unter den ersten Ergebnissen des ersten Bundeskinder- und -jugendgesundheits surveys (83%, s.o.). Besonders niedrig ist die Impfquote in den Jahrgängen 1993 bis 1997, da in diesen Jahren in der Öffentlichkeit verstärkt Impfkomplicationen thematisiert werden. Seit 1995 ist aber ein Impfstoff mit weniger Nebenwirkungen verfügbar. In den Jahren 1997 und 1998 ist der Unterschied nach Geschlecht bedeutsam, allerdings ohne klaren Trend (einmal sind etwas mehr Mädchen, einmal etwas mehr Jungen

betroffen). In den Jahren 1992-1997 und 1999 ist die Unterscheidung nach „ethnischer“ Herkunft statistisch bedeutsam. Insbesondere die Impfquote der hier geborenen Kinder ausländischer Herkunft ist fast über den gesamten Zeitraum die niedrigste. Sie vergrößert sich allerdings kontinuierlich von 16,9% auf 68,8%, so dass sich ihr Abstand zur Gesamt-Impfquote von 13,4%-Punkte auf 2,5%-Punkte verringert. Von 1998/2000 bis zuletzt ist die Impfquote der im Ausland geborenen Kinder ausländischer Herkunft am kleinsten. Liegt sie bis 1996/1998 sogar noch über der Gesamtimpfquote, erreicht sie zuletzt nur noch einen Wert von 62,1%. Allerdings ist sie auch über den gesamten Zeitraum kontinuierlich angestiegen und somit nicht rückgängig. Keine der „ethnischen“ Gruppen erreicht im Zeitraum die von der WHO vorgegebene Impfquote. Der Zusammenhang zwischen Schulbezirk und Keuchhusten-Impfquote erweist sich in den Jahren 1997, 1999, 2000 und 2001 statistisch bedeutsam. Sehr niedrige Impfquoten existieren in ein paar Grundschulen im Mittel der Jahre 1999-2001 (52,8%-65,9%) mit Adresse in den Stadtbezirken

- Mitte
- Brackwede
- Gadderbaum und
- Schildesche.

Das sind Stadtbezirke, die überwiegend durch einen höheren Anteil von Kindern ausländischer Herkunft geprägt sind. Es ist davon auszugehen, dass die Impfquoten gegen Keuchhusten weiter ansteigen werden, seitdem es den neuen, nebenwirkungsarmen Impfstoff gibt.

Abbildung 44



1.6. Impfvorbeugung gegen Masern, Mumps & Röteln

Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln werden häufiger in der Unter- und Mittelschicht akzeptiert, nicht hingegen in der Oberschicht: „Sind zwischen Unter und Mittelschichtkindern Spannen von 91% bis 96% festzustellen, so sind in der Oberschicht nur 81% bis 83% der Kinder durch eine Impfung gegen Masern geschützt.“¹⁰ Die Schutzimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln wird heutzutage meist mit einem Kombinationsimpfstoff - einem Gemisch der

drei Impfstoffe in einer Spritze – durchgeführt. Es sollen zwei Impfungen vorliegen, damit ein ausreichender Impfschutz besteht. In der folgenden Darstellung liegt für den Städtevergleich jedoch nur das Kriterium „eine Impfung“ vor. Um ihn zu berücksichtigen und das „harte“ Kriterium „zwei Impfungen“, wird in der spezifischen Analyse von Bielefeld das Kriterium zwei vorliegender Impfnachweise bei Masern, Mumps und Röteln gerechnet.

Die Infektion durch den *Masernvirus* bewirkt „eine häufig schwer verlaufende Krankheit, die leicht von Mensch zu Mensch übertragen wird. Sie geht mit hohem Fieber, Husten, Bindehautentzündung und einem typischen Hautausschlag einher; die Erkrankung dauert etwa 2 Wochen. Häufig treten als Komplikationen Lungenentzündungen sowie eine Mittelohrentzündung auf. Bei etwa einem von 1.000 bis 2.000 Masernkranken tritt eine Hirnentzündung (Enzephalitis) auf, die in Einzelfällen zu bleibender geistiger und körperlicher Behinderung führen kann. Erwachsene sind durch Masern besonders gefährdet, bei ihnen treten diese Komplikationen gehäuft auf.“¹¹ Es muss eine Durchimpfungsrate von 92-95% bei zwei vorliegenden Impfungen erreicht werden, um das Gesundheitsziel, die Masern bis 2007 zu eliminieren, zu verwirklichen.

In den kreisfreien Städten in NRW vergrößert sich die Masern-Impfrate nach dem Kriterium „eine Impfung“ kontinuierlich von 82,1% auf 88,2% (Abbildung 44). In Bielefeld schwankt sie hingegen zwischen 84,4% und 87,2% mit einer zuletzt wieder fallenden Tendenz auf 86,5%, so dass die Masern-Impfrate das erste mal unter dem Durchschnitt der kreisfreien Städte liegt. Es sind somit noch vielfältige Anstrengungen nötig, um die entsprechenden Impfraten von 92-95% für die Herdimmunität zu erreichen. Sie werden noch nicht mal nach dem Kriterium einer vorliegenden Impfung eingelöst. Erst 1999 erlangen die Städte Mülheim a. d. Ruhr, Leverkusen und Hamm Raten zwischen 92,6% und 92,7%.

In Bielefeld wächst die eigentlich wichtige Impfrate – nach dem Kriterium zwei belegter Impfungen – von 11% auf 19,7%, allerdings mit einem Rückgang in den Jahren 1995-1999 (Abbildung 45). Damit besteht zuletzt eine Impflücke von 72,3 bis 75,3%-Punkten, gemessen am notwendigen Durchimpfungsgrad, um 2007 die Masern zu eliminieren. In Fachkreisen wird deshalb die Zielerreichung inzwischen als unrealistisch eingeschätzt. Es gibt in den Einschuljahrgängen 1992, 1997, 1998 und 2000 einen statistisch bedeutsamen Zusammenhang zwischen Geschlecht und Masern-Impfrate. Von 1995 bis 1999 ist die Impfrate der Mädchen größer als die Impfrate der Jungen, seitdem verhält sie sich umgekehrt. Der Zusammenhang zwischen Impfrate und „ethnischer Gruppe“ ist von 1992 bis 1999 statistisch bedeutsam. Davon ist die Impfrate der ausländischen Kinder, die im Ausland geboren sind, von 1993 bis 1997 am minimalsten. Allerdings wächst sie im gesamten Zeitraum mit Ausnahme von 1996 von 9,7% auf 23,3% an. Seit 1997/1999 bis zuletzt ist die Impfrate der deutschen Kinder am kleinsten. Sie ist den Jahren 1996 bis 1999 rückgängig, vergrößert sich im gesamten Betrachtungszeitraum somit nur von 9,5% auf 17,3%. Für diese Entwicklung ist die Skepsis gegenüber der Notwendigkeit dieser Impfung und gegenüber den in der Öffentlichkeit diskutierten Nebenwirkungen – evtl. auch bei den verantwortlichen, niedergelassen Ärztinnen und Ärzten – wichtig. Auch die Unterschiede zwischen den Impfraten in den Schulbezirken sind statistisch bedeutsam, so dass diesbezüglich ein Zusammenhang in den Jahren 1997, 1999, 2000 und 2001 besteht. Sehr niedrige Impfraten von nur 8,6% bis 12,9% treten im Mittel der Jahre 1999-2001 in ein paar Grundschulen mit Adresse im Stadtbezirk

Abbildung 45

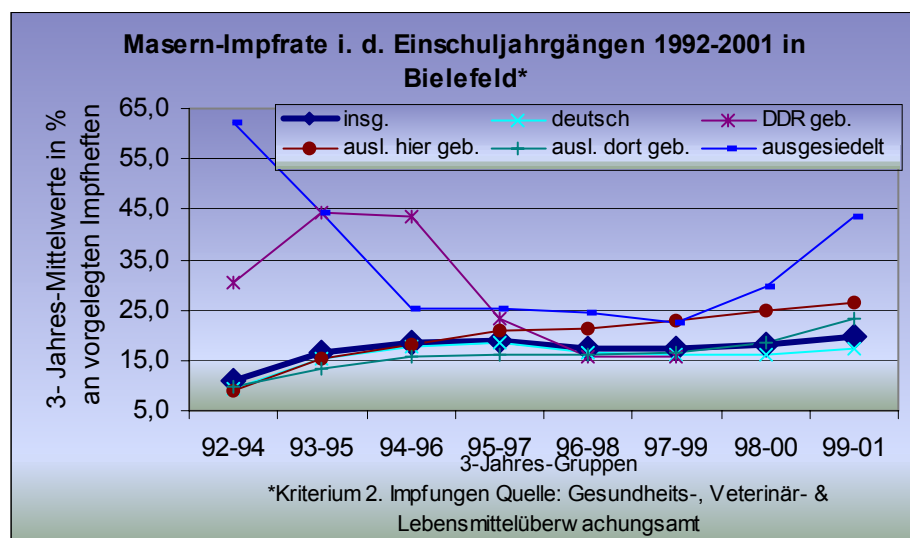
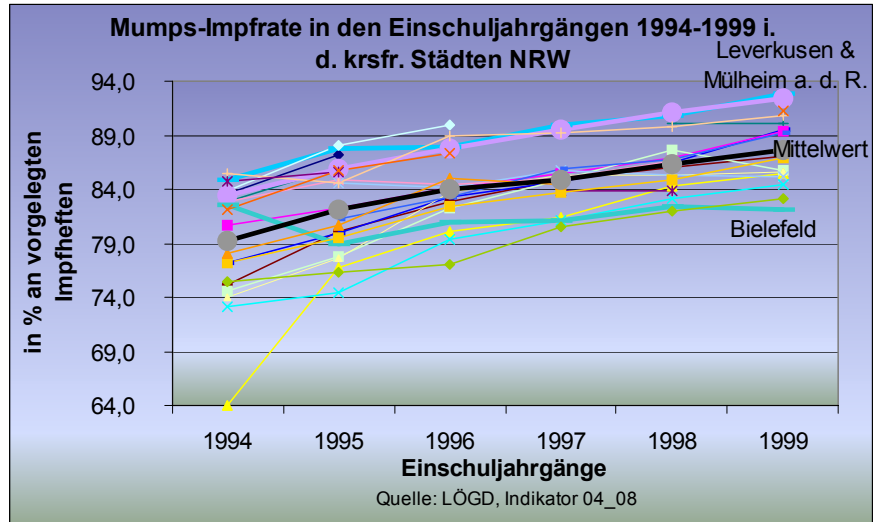


Abbildung 46

- Dornberg
- Jöllenbeck
- Heepen und
- Gadderbaum

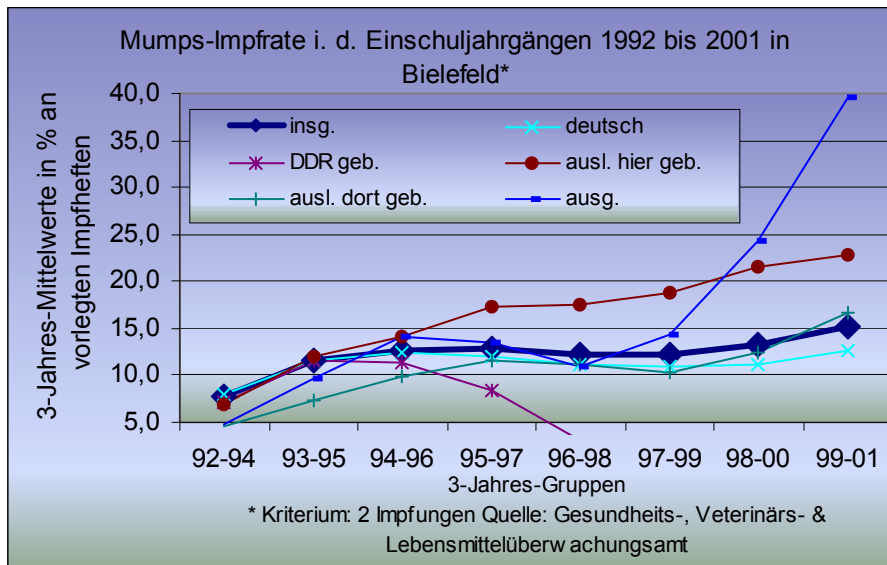
auf. Es leben in diesen Bezirken tendenziell wohlhabendere, deutsche Bielefelderinnen und Bielefelder, so dass von einer impfkritischen Haltung in Hinsicht auf ihre einzuschulenden Kinder ausgegangen werden kann, die ggf. auch bei den vor Ort impfenden Ärztinnen und Ärzten existiert. Nach allen Auswertungsmöglichkeiten ist die Masern-Impflücke in diesen Bezirken am größten.

Die Infektion durch den *Mumpsvirus* ruft Fieber, Kopfschmerzen und eine Schwellung der Speicheldrüsen (den sog. Ziegenpeter) hervor. „Bei zumindest jedem 10. Mumpskranken tritt zusätzlich eine Entzündung der Hirnhäute (Meningitis) und gelegentlich des Gehirns (Enzephalitis) auf. Eine seltene, aber typische Komplikation des Mumps ist ein Hörverlust. Bei jedem 4. Jugendlichen oder erwachsenen Mann tritt eine Schwellung und Entzündung der Hoden auf, die gelegentlich zur Unfruchtbarkeit führen kann.“¹² Das Gesundheitsziel für die europäische Region der WHO sieht vor, dass bis 2010 alle Länder eine Inzidenz von weniger als 1 pro 100 000 Einwohner erreicht haben sollen.¹³ Dazu wird eine Durchimp-



fungsrates von 90% bei 2 vorliegenden Impfungen empfohlen, um die Herdimmunität zu erreichen. In den kreisfreien Städten in NRW vergrößert sich die Impfvorbereitung gegen Mumps bei einer vorliegenden Impfung durchgängig von 79,3% auf 87,7%, in Bielefeld sackt sie dagegen von 1994 bis 1995 von 82,5% auf 79% ab und liegt seitdem unter dem Mittel der kreisfreien Städte (Abbildung 46). Sie steigt zwar von 1995 bis 1998 auf 82,4% wieder an, aber die Steigerungsrates sind unterdurchschnittlich und zuletzt geht sie wieder zurück, und zwar auf 82,1%. Damit hat Bielefeld 1999 die niedrigste Durchimpfungsrates gegen Mumps im Vergleich zu allen anderen kreisfreien Städten in NRW. Die empfohlene Impfrate von 90% - die zuerst 1996 in Oberhausen (leider liegen seitdem dann keine Daten mehr vor), seit 1997 in Mülheim a. d.

Abbildung 47



Ruhr, seit 1998 in Essen und Leverkusen und seit 1999 auch in Bottrop und Hamm nach dem „weichen“ Kriterium „eine Impfung“ erreicht wird – wird somit im Mittel der Städte und besonders in Bielefeld bisher nicht erreicht.

Um dem eigentlichen Kriterium von „zwei Impfungen“ zu entsprechen und dabei gleichzeitig eine 90%-Impfrate zu realisieren, müsste aber in allen kreisfreien Städten in

NRW in den nächsten 8 Jahren noch viel getan werden, damit das Gesundheitsziel der WHO erreicht wird. Allein in Bielefeld vergrößert sich die Mumps-Impfrate nach diesen Kriterien in den letzten zehn Einschuljahrgängen nur von 7,9% auf 15,1%, so dass diese Steigerungsraten in die Zukunft übertragen, die Zielerreichung als nicht realistisch erscheinen lassen (Abbildung 47). Von 1996 bis 1999 ist die Impfrate in Bielefeld zudem rückgängig. Nur in den Jahren 1992 und 1997 gibt es einen statistisch bedeutsamen Zusammenhang mit dem Geschlecht, wobei 1992 Jungen und 1997 Mädchen einen größeren Durchimpfungsgrad gegen Mumps haben. Die Unterscheidung nach „ethnischen“ Gruppen ist aber auch hier wie bei allen anderen Impfungen bedeutsamer: 1994, 1996, 1997, 1998 und 1999 gibt es nach statistischem Test Zusammenhänge. Lässt man die in der DDR geborenen Kinder außer acht, dann ist die Impfrate der ausländischen Kinder, die im Ausland geboren sind, bis 1997/1999 am kleinsten. Die andere Logik der Praxis der Impfvorsorgung im Ausland, aber auch Informationsdefizite und Verständigungsschwierigkeiten dürften hier als Erklärungsfaktoren wichtig sein. Ab 1998/2000 ist die Impfrate der deutschen Kinder – sie liegt bereits seit 1994/1996 unter dem Gesamtwert – am kleinsten. Auch hier ist wie bei der Impfung gegen Masern eine eher kritische Impfhaltung der Eltern und evt. auch der versorgenden Ärztinnen und Ärzte anzunehmen. In den Jahren 1997 und 1999 bis 2001 hängt der Sozialraum „Grundschulbezirk“ nach statistischen Charakteristika mit der Impfrate gegen Mumps zusammen. Sehr niedrige Durchimpfraten (1,6% bis 8,0%) gibt es im Mittel der Jahre 1999-2001 in ein paar Grundschulen mit Adresse in den Stadtbezirken

- Jöllenbeck
- Dornberg,
- Heepen und
- Gadderbaum.

Dies sind Stadtbezirke, die auch durch einen höheren Anteil wohlhabender und deutscher Einwohnerinnen und Einwohner gekennzeichnet sind. In diesen Stadtbezirken sind die Impflücken am größten, weil Eltern einzuschulende Kinder und evt. auch Ärztinnen und Ärzte eine impfkritischere Haltung haben als in anderen Stadtbezirken.

Der *Rötelnvirus* kann eine meist leicht verlaufende Infektionserkrankung hervorrufen, die durch Symptome wie Fieber, Hautausschlag und Lymphknotenschwellungen gekennzeichnet ist. „Treten Röteln während der Schwangerschaft auf, so kann die Infektion auf das Kind im Mutterleib übergehen und insbesondere Missbildungen an Auge, Ohr, am Herzen sowie im Gehirn verursachen. Nicht selten verläuft die Infektion mit Rötelnvirus jedoch ohne Krankheitserscheinungen; auch diese Menschen sind für ihre Umgebung ansteckungsfähig.“¹⁴ Für Röteln wird eine Durchimpfrate von 90% angegeben, um 2010 eine Eliminierung zu erreichen. In den kreisfreien Städten in NRW steigt die Durchimpfungsrate nach dem „weichen“ Kriterium „eine Impfung“ von 55,5% kontinuierlich auf 78% an (Abbildung 48). In Bielefeld steigt sie von 62,3% auf 67,8% an, allerdings mit einem markanten Rückgang 1996, der dazu führt, dass die Durchimpfungsrate seitdem unter dem Mittelwert der Städte liegt.

Das „härtere“ und für das WHO-Gesundheitsziel entscheidende Kriterium „zwei vorliegende Impfungen“ auf Bielefeld angewendet, zeigt, dass die Impfrate in den letzten zehn Einschuljahrgängen von 6,6% auf 17,8% angewachsen ist (Abbildung 49). Damit ist sie deutlich niedriger als wenn nur eine vorliegende Impfung berücksichtigt wird. Das Geschlecht steht in den Jahren 1996 und 1997 in einem statistisch bedeutsamen Zusammenhang, jedoch uneinheitlich und der Zusammenhang ist nicht stark.

Abbildung 48

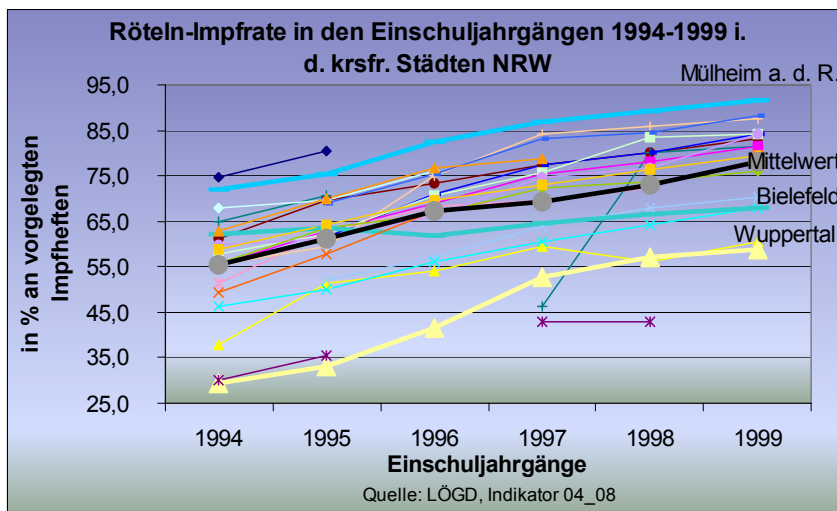
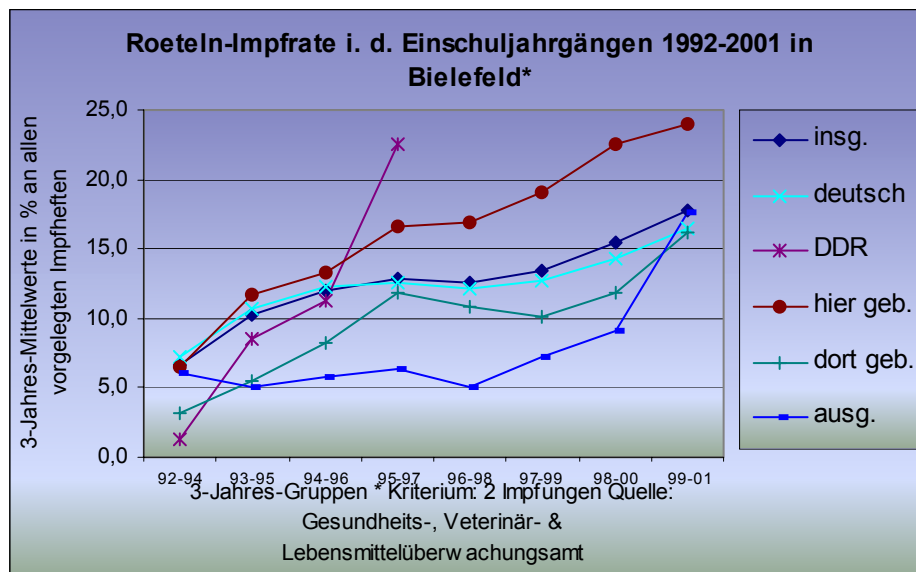


Abbildung 49



Die ethnischen Unterscheidungen sind hingegen statistisch bedeutsam in den Jahren 1992-1999, insbesondere die Impfquote der ausgesiedelten Kinder ist sehr niedrig und die Impfquote der ausländischen Kinder, die im Ausland geboren sind. Auch die Schulbezirke sind in den Jahren 1997 und 1999-2001 statistisch bedeutsam, um Hinweise zur Erklärung der Größe der Impfquote zu geben. Die niedrigsten Impfquoten gegen Röteln (3,2% - 11,4%) befinden sich in den Grundschulen mit Adresse im Stadtbezirk

- Jöllenbeck
- Dornberg
- Schildesche und
- Heepen.

Diese niedrigen Impfquoten kommen wie bei Masern und Mumps auch in Stadtgebieten mit wohlhabender, eher deutscher Bevölkerung vor, die eine impfkritische Haltung einnimmt und / oder durch Ärztinnen und Ärzte, die diesen Impfungen ebenfalls tendenziell kritisch gegenüber stehen. Die Regelmäßigkeit der Verortung niedriger Impfquoten gegen Masern, Mumps und Röteln erstaunt nicht, schließlich werden die Impfstoffe mit einer Spritze zugleich verabreicht. Um die Eliminierung der Röteln bis 2010 zu erreichen, muss wie bei den Zielen für die Masern- und Mumps-Schutzimpfung auch, noch sehr viel getan werden.

Zentrale Gesundheitspolitische Herausforderungen

Zu 1.2. Vorgehensweise, Impfkriterien, vorgelegte Impfhelfe Eine Qualitätssicherung der Erfassung des Durchimpfungsgrades gegen Hib und Hepatitis B muss durchgeführt werden.

Zu 1.3. Impfvorbereitung gegen Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Es sollte überlegt werden, wie der Durchimpfungsgrad gegen Kinderlähmung unter den im Ausland geborenen Kindern ausländischer Herkunft verbessert werden kann.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 1.4. Impfvorbereitung gegen Diphtherie und Tetanus

Es sollte überlegt werden, wie der Durchimpfungsgrad gegen Wundstarrkrampf unter den im Ausland geborenen Kindern ausländischer Herkunft verbessert werden kann.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 1.5. Impfvorbereitung gegen Keuchhusten (Pertussis)

Eine Keuchhusten-Impfkampagne sollte im Stadtgebiet durchgeführt werden. Die vordringlichen Zielgruppen und Interventionsräume sind im Text ausgewiesen.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

Zu 1.6. Impfvorbereitung gegen Masern, Mumps & Röteln

Eine Masern-, Mumps- und Röteln-Impfkampagne sollte im Stadtgebiet durchgeführt werden. Die vordringlichen Zielgruppen und Interventionsräume sind im Text ausgewiesen. Es sollte geprüft werden ob die entsprechende Impfkampagne des Landes für Bielefeld geeignet ist.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

¹ Robert Koch-Institut u. Statistisches Bundesamt (2000): Schutzimpfungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 01/00, S. 4.

² In Deutschland gibt es keine gesetzliche Impfpflicht mehr. Das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit kann jedoch nach Bundesseuchengesetz eingeschränkt werden, um „Schutzimpfungen für bedrohte Teile der Bevölkerung“ durchzuführen.

³ WHO, Regionalbüro für Europa (1999): 21 Ziele für das 21. Jahrhundert, Kopenhagen, S.227-228.

⁴ Robert Koch-Institut u. Statistisches Bundesamt (2000): Schutzimpfungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 01/00, S. 9-10.

⁵ Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden, S. 390. Dippelhofer, A., Meyer, C., Kamtsiuris, P., Rasch, G., Reiter, S., Bergmann, K.E. (2002): Erste Ergebnisse zum Impfstatus aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheits-survey, in: Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch. – Gesundheitsschutz, S. 332-337.

⁶ Die Zahlen beziehen sich auf BRD-West. Dippelhofer, A., Meyer, C., Kamtsiuris, P., Rasch, G., Reiter, S., Bergmann, K.E. (2002): Erste Ergebnisse zum Impfstatus aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheits-survey, in: Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch. – Gesundheitsschutz, S. 332-337, S. 333-334.

⁷ Robert Koch-Institut u. Statistisches Bundesamt (2000): Schutzimpfungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 01/00, S. 3.

⁸ Robert Koch-Institut (2002): Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut / Stand: Juli 2002, in: Epidemiologisches Bulletin 28/2002, S. 2.

⁹ WHO, Regionalbüro für Europa (1999): 21 Ziele für das 21. Jahrhundert, Kopenhagen, S.227

¹⁰ Dippelhofer, A., Meyer, C., Kamtsiuris, P., Rasch, G., Reiter, S., Bergmann, K.E. (2002): Erste Ergebnisse zum Impfstatus aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheits-survey, in: Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch. – Gesundheitsschutz, S. 332-337, S.335.

¹¹ Deutsches Grünes Kreuz im Auftrag der DVV e.V. und des RKI: Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln, Marburg.

¹² Deutsches Grünes Kreuz im Auftrag der DVV e.V. und des RKI: Aufklärung zur Schutz-

impfung gegen Masern, Mumps und Röteln, Marburg.

¹³ WHO, Regionalbüro für Europa (1999): 21 Ziele für das 21. Jahrhundert, Kopenhagen, S.228.

¹⁴ Deutsches Grünes Kreuz im Auftrag der DVV e.V. und des RKI: Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln, Marburg.

2. Früherkennungsuntersuchungen

Zusammenfassung

Die Früherkennungsuntersuchungen U1-U9 sowie die J1 sind eine standardisierte Maßnahme des präventiven Gesundheitsschutzes. Statistische Qualitätsprobleme erschweren derzeit eine differenzierte Betrachtung der Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen in Bielefeld. Eine erste Auswertung der U3-U9 Früherkennungsuntersuchungen insgesamt in Bielefeld im Vergleich zu den kreisfreien Städten in NRW zeigt jedoch, dass die Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen sich in Bielefeld in etwa im Mittel der Städte bewegt (zuletzt 68%).

Die Früherkennungsuntersuchungen gehören neben den Impfungen zu den wichtigen und alltäglichen Gesundheitsschutzmassnahmen. Im Folgenden werden die einzelnen Untersuchungen, die von Geburt bis ca. 5 Lebensjahr (bzw. bis zum 12-14 Lebensjahr) durchgeführt werden sollten, vorgestellt und daraufhin die Vollständigkeit der U3-U9 in den kreisfreien Städten von 1994 bis 2000 insgesamt dargestellt. Differenzierte Analysen sind derzeit wegen ungeklärter statistischer Fragen noch nicht möglich.¹

2.1 U1 - direkt nach der Geburt

Fünf und zehn Minuten nach der Geburt wird der Apgar-Test durchgeführt. Virginia Apgar entwickelte das Punktsystem für Neugeborene im Jahre 1952. Der Kinderarzt beurteilt den Gesundheitszustand eines Neugeborenen

Punkte	Atmung	Puls	Grundtonus	Aussehen	Reflexauslösbarkeit
0	fehlt	nicht wahrnehmbar	schlaff	blau, blass	keine Reaktion
1	flach, unregelmäßig	langsam (unter 100)	wenige Beugungen der Extremitäten	Körper rosa, Extremitäten blau	Schrei
2	gut, Schreien	über 100	aktive Bewegung	vollständig rosa	kräftiger Schrei

anhand von fünf entscheidenden Aspekten. Die deutschen Anfangsbuchstaben der fünf Merkmale ergeben den Namen "APGAR":

- A = Atmung

- P = Puls (Herzschlag)
- G = Grundtonus (Muskeltonus)
- A = Aussehen (Hautfarbe)
- R = Reflexauslösbarkeit

In der folgenden Tabelle 6 sind die einzelnen Beurteilungskriterien mit der dazu gehörigen Punktebewertung aufgeführt.

Tabelle 6 Beurteilungskriterien des APGAR-Test

Für die Merkmale werden jeweils 0 Punkte (Merkmale fehlen), 1 Punkt (Merkmale nicht ausgeprägt) oder 2 Punkte (Merkmale gut vorhanden) vergeben und in das Untersuchungsprotokoll eingetragen. Die maximale Punktzahl ist 10. Beurteilt wird nach Erhebungszeiten von 1, 5 und 10 Minuten nach der Geburt. Zeigt das "reife" Neugeborene, d.h. nach 37 vollendeten Schwangerschaftswochen, keine Auffälligkeiten und hat es sich gut angepasst, bleibt es auf der Wöchnerinnenstation bei der Mutter oder darf bei ambulanten Geburten mit nach Hause genommen werden.

Ebenso wird bei der ersten Untersuchung das Kind gewogen, Körperlänge und Kopfumfang gemessen sowie das Blut der Nabelschnur untersucht. Letzteres erlaubt dem Arzt Rückschlüsse darauf, ob das Kind während der Geburt immer ausreichend mit Sauerstoff versorgt worden ist.

2.2. U2 - 3. bis 10. Lebenstag

Die zweite Untersuchung findet zwischen dem 3. und 10. Lebenstag statt. Frauen, die ambulant entbunden haben, machen entsprechend früh einen Termin mit ihrem Kinderarzt aus. Wichtiger Bestandteil dieser Basisuntersuchung ist der Guthrie-Test, eine Untersuchung auf eventuelle angeborene Stoffwechselstörungen wie Phenylketonurie, Galaktosämie, Arginin-Succinurie und Leucinose. Auch eine Schilddrüsenunterfunktion und Mukoviszidose können bereits jetzt erkannt werden. Für die Untersuchung wird ein kleiner Blutstropfen aus

der Ferse entnommen und in ein Labor geschickt.

Insgesamt untersucht der Kinderarzt das Kind erneut von Kopf bis Fuß. Die Organe werden abgetastet, Wirbelsäule und Hüften kontrolliert, Sinnesorgane, Motorik bzw. Reflexe und Nervensystem genau geprüft. Auch der Darmausgang und die Geschlechtsorgane gehören zur normalen Untersuchung dazu. Manche Ärzte führen bereits jetzt eine Ultraschalluntersuchung der Hüfte durch. Sie kann aber auch erst bei der U3 gemacht werden.

2.3. U3 - 4. bis 6. Lebenswoche

Im Mittelpunkt der U3 steht die Ultraschalluntersuchung der Hüfte. Eine eventuell angeborene Fehlstellung, genannt Dysplasie, lässt sich im Säuglingsalter noch leicht korrigieren.

Erneut werden Kopfumfang und Länge des Kindes gemessen sowie die Reflexe geprüft. Das Gehör wird untersucht, indem der Arzt Geräusche in etwa 30 cm Entfernung vom Ohr macht. Im Normalfall reagiert das Kind mit einem reflexartigen Augenblinzeln. Außerdem wird sich der Arzt nach den bisherigen Erfahrungen hinsichtlich Ernährungsgewohnheiten, Schlafsituation und Stuhlgang erkundigen.

2.4. U4 - 3. bis 4. Monat

Der Arzt prüft das Bewegungsverhalten des Kindes. Kann das Kind beim Hochziehen schon den Kopf halten? Inwieweit ist die Feinmotorik ausgeprägt? Kann das Kind schon Gegenstände greifen und zum Mund führen? Die Augenkontrolle gibt Aufschluss darüber, ob Gegenstände bereits mit den Augen verfolgt werden. Innerhalb der U4 wird im allgemeinen auch mit der Routineimpfung begonnen.

2.5. U5 - 6. bis 7. Monat

Die Bewegungsmöglichkeiten und die Geschicklichkeit des Kindes spielen weiterhin eine wichtige Rolle in dieser Untersuchung. Der Arzt überprüft u.a., ob sich das Kind in Bauchlage auf seinen Händen abstützen kann oder ob es sich vom Rücken auf den Bauch drehen kann. Auch die Sinnesorgane wie Augen und Ohren werden kontrolliert sowie nach Anzeichen für Rachitis gesucht. Diese Deformierung der Knochen kommt zustande, wenn die Kinder nicht ausreichend an die Sonne kommen. Vitamin D - wichtig für den Knochenbau - ist eigentlich kein richtiges Vitamin, da es im Gegensatz zu den "echten" Vitaminen vom

Körper selbst aus Cholesterin hergestellt werden kann. Dies geschieht in der Haut unter der Einwirkung von UV-Licht. Nun erfolgt auch die erste Wiederholungs-Impfung.

2.6. U6 - 10. bis 12. Monat

Im Mittelpunkt steht die Körperkoordination und die Sprachentwicklung. Krabbeln, Hochziehen am Schrank oder die ersten Schritte an der Hand sind jetzt von Interesse für den Arzt. Ausstehende Impfungen werden durchgeführt.

2.7. U7 - 21. bis 24. Monat

Das Kind ist jetzt etwa zwei Jahre alt. Der Arzt wird untersuchen, ob sich das Kind altersgerecht entwickelt hat. Daher wird nochmals der gesamte Bewegungsapparat, die geistige Entwicklung sowie das Hör- und Sehvermögen untersucht. Auch die Sprach-, Sozial- und Sauberkeitsentwicklung sind Schwerpunkte dieser Vorsorgeuntersuchung.

2.8. U8 - 3 1/2 bis 4 Jahre

Das Kind hat in den letzten Monaten viele Entwicklungsschritte durchlaufen. Im Mittelpunkt der U8 steht die Untersuchung von Kopf bis Fuß. Hinzu kommt die Prüfung der körperlichen Geschicklichkeit (z.B. Stehen auf einem Bein), des Seh- und Hörvermögens und der Sprachentwicklung. Auch das soziale Verhalten wie Selbständigkeit und Kontaktfähigkeit ist jetzt wichtig, um beispielsweise zu erfahren, ob das Kind in den Kindergarten gehen kann.

2.9. U9 - Ca. 5 Jahre

Neben den üblichen Kontrollen der Feinmotorik, der Koordination und der Sinnesorgane sind jetzt auch orthopädische Fehlentwicklungen und Zahnschäden von Bedeutung. Weitere Schwerpunkte sind: Sozialverhalten, Intelligenz, psychische Entwicklung. Damit findet in der U9 eine erste Einschätzung statt, wann das Kind schulreif ist.

2.10. J1 - 12 bis 14 Jahre

Die so genannte Jugendgesundheitsuntersuchung gibt es seit dem 1. Oktober 1998. Die Kosten werden ebenfalls von allen Krankenkassen übernommen. Die Untersuchung sieht folgende Punkte vor:

- Erhebung der Vorgeschichte (Anamnese). In diesem Rahmen werden z.B.

Fragen zum aktuellen Befinden und zu bisherigen Krankheiten gestellt.

- Körperliche Untersuchung
- Messung des Blutdruckes
- Untersuchung des Blutes
- Untersuchung des Urins

Besonderer Gesichtspunkt: Bei der Untersuchung haben die Jugendlichen die Möglichkeit, sich unabhängig von den Eltern mit einem Arzt zu unterhalten. Wenn eine Vertrauensbasis aufgebaut werden kann, was selbstverständlich in Abhängigkeit der betroffenen Menschen geschieht, ist hier die Möglichkeit gegeben, sich über Themen zu unterhalten, die im Elternhaus von den Jugendlichen vielleicht nicht besprochen werden möchten. Der Arzt sollte daher Themen wie Sexualität, Verhütung, aber auch Alkohol und andere Drogen nicht außer Acht lassen.

2.11. Entwicklung der Früherkennungsuntersuchungen in den kreisfreien Städten

Die Betrachtung, inwiefern die Früherkennungsuntersuchungen vollständig sind, orientiert sich an den vorgelegten Früherkennungsheften im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen.

In der Regel sind die U1-U3 Früherkennungsuntersuchungen vollständig. Deshalb werden sie hier nicht ausgewertet. Die Auswertung umfasst die Prüfung der Vollständigkeit der U3-U9 Früherkennungsuntersuchungen insgesamt. Daten über die J1 existieren nicht im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

In den kreisfreien Städte vergrößert sich die Gesamtzahl der vollständigen U3-U9 Untersuchungen von 55,8 im Jahr 1994 auf 67,9% im Jahr 2000 mit einem Tiefpunkt 1996 von 53,5% (Abbildung 47). Die Quote der vollständigen U3-U9-Untersuchungen liegt in Bielefeld in etwa im Städtemittel, von 1994 bis 2000 wächst sie von 53,4 auf 68%.

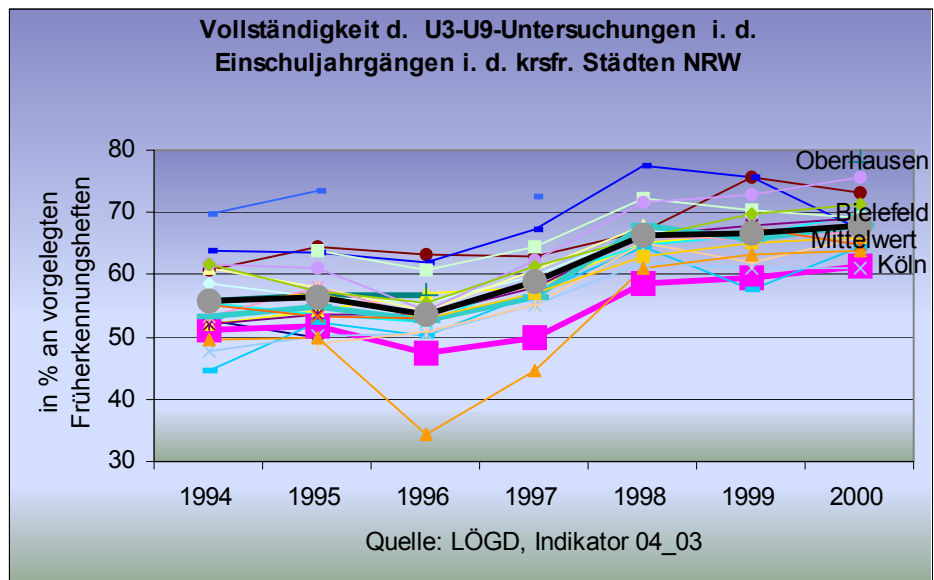
Zentrale Gesundheitspolitische Herausforderungen

Die städtische Gesundheitsberichterstattung sollte nach Abklärung aller statistischen Fragen, eine Analyse der Früherkennungsuntersuchungen differenziert nach Geschlecht und Migrationsstatus durchführen, um zu prüfen, inwiefern soziale Merkmale einen Einfluss auf die Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen haben.

Betrifft: Bielefelder Gesundheitsziel Prävention und Gesundheitsförderung

¹ Quelle: Mit freundlicher Genehmigung von medicine worldwide <http://www.m-ww.de>.

Abbildung 47



Teil V. Anhang

V. Anhang

Methodische Bemerkungen

Drei-Jahres-Mittelwert

In der Auswertung und Darstellung verschiedener Gesundheitsdaten (z. B. Säuglingssterblichkeit, Befunde der Schuleingangsuntersuchungen) werden Drei-Jahres-Mittelwerte mit dem arithmetischen Mittel gebildet, um übermäßige Schwankungen zwischen Einzeljahrgängen, die bei den selten auftretenden Ereignissen vorkommen, über die Zeit auszugleichen

Statistische Bedeutsamkeit (Signifikanztest)

Zur Berechnung, ob die Unterscheidung nach Geschlecht, „ethnischer“ Gruppe und Stadtbezirk (Sozialraum) statistisch signifikant ist, wird bei der Auswertung und Darstellung der Schuleingangsuntersuchungen der Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest angewendet. Das Verfahren wird auch in der Zusatzbefragung von 1998 verwendet: „Dieser Test basiert auf der Kreuztabellierung zweier Variablen und beinhaltet den Vergleich der beobachteten Werte mit den bei absoluter Unabhängigkeit der Variablen zu erwartenden Werten. Bei starker Abweichung der beobachteten Werte von den statistisch erwarteten Werten ergibt sich ein großer Chi-Quadrat-Wert, der, unter Annahme einer bestimmten Irrtumswahrscheinlichkeit, auf einen möglichen Zusammenhang zwischen den beiden untersuchten Variablen hinweist. Er (der Test; D.C.) kann keine Auskunft über Stärke und Richtung des Zusammenhanges angeben. Mit Hilfe dieses Testes ist lediglich eine Aussage über die Wahrscheinlichkeit, mit der eine Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit zwischen zwei kreuztabellierten Variablen vorliegt, möglich. Ein ... Problem des Chi-Quadrat-Testes liegt zum einen darin, dass der Chi-Quadrat-Wert mit der Größe der Stichprobe variiert. Zum anderen wird der Wert unzuverlässig, wenn die gemeinsame Ausprägung der beiden in der Kreuztabelle enthaltenen Variablen kleiner als fünf ist. Eine Faustregel besagt, dass der Anteil von Zellen mit so geringer Fallzahl nicht größer als 20% sein sollte.“⁴¹

Literaturverzeichnis

Andreß, Hans-Jürgen (1999): Statistikgrundlagen, in <http://www.homes.uni-bielefeld.de/Hjwwwglossar/node180.html>

Ärztliche Beratungsstelle gegen Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern e.V. (1997 und 2001): Jahresberichte, Bielefeld

Birg, Herwig (1998): Nationale und internationale Rahmenbedingungen der Bevölkerungsentwicklung Bielefelds im 21. Jahrhundert, in: Bielefeld 2000plus, Diskussionspapier Nr. 2., Bielefeld

Cremer, Dirk (2002): Integrierte Gesundheitsplanung und Gesundheitsberichterstattung in der Kommune? In: Verein für Sozialplanung (VSOP): Integrierte Sozialberichterstattung und Sozialplanung in der Kommune, VSOP-Dokumentation Nr. 12, Speyer

Der Spiegel (2002): Nr. 29, Hamburg

Deutsches Grünes Kreuz im Auftrag der DVV e.V. und des RKI: Aufklärung. Zur Schutzimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln, Marburg

Dippelhofer, A., Meyer, C., Kamtsiuris, P., Rasch, G. Reiter, S., Bergmann, K.E. (2002): Erste Ergebnisse zum Impfstatus aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys, in: Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, S. 332-337

von Ehrenstein, Ondine und Rehfuess, Eva (2001): Kinderumwelt – Kindergesundheit: Zeit zum Handeln, in: Forum Kinder-Umwelt und Gesundheit, Dokumentation einer Tagung im Rahmen des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit, München

Europäische Kommission (2000): Bericht über die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in der Europäischen Union. Arbeitspapier der Kommissionsdienststellen, Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz, Referat F3, Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung und Verhütung von Verletzungen, Brüssel

Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen

und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich (1988): Empfehlungen der Expertenkommission, Bonn

Heudorf, Ursel; Schmidt, Sabine u. Lob-Corzillius, Thomas (2002): Passivrauchexposition – das Kinderumweltthema Nr. 1, in: umwelt-medizin-gesellschaft, Heft 3/2002

Hoepner-Stamos, Friederike (1999): Chronische Erkrankungen im Jugendalter. Psychosoziale Folgen schwerer und leichter Beeinträchtigungen, Weinheim und München

Hurrelmann, Klaus (2000): Gesundheitsrisiken von sozial benachteiligten Kindern, in: Altgeld, Thomas, Hofrichter, Petra (Hrsg.): Reiches Land – kranke Kinder?, Frankfurt a. Main

Kinderkrebsregister (2002): Jahresbericht 2000, Mainz

Klink, Frauke u. Kieselbach, Thomas (1987): Jugendarbeitslosigkeit als gesundheitlicher Risikofaktor, in: Bremer Studien zur Sozialpsychologie

Klink, Frauke (2000): Psychosoziale und gesundheitliche Auswirkungen bei von Arbeitslosigkeit betroffenen und bedrohten Jugendlichen – geschlechtsspezifisch betrachtet, in: Altgeld, Thomas, Hofrichter, Petra (Hrsg.): Reiches Land – kranke Kinder?, Frankfurt am Main

Kreis Minden-Lübbecke (2001): Zweiter Bericht zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen im Kreis Minden-Lübbecke, Minden

Kromeyer-Hauschild, K. u.a. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben, in: Monatsschrift Kinderheilkunde

Landeshauptstadt Hannover (1993): Sozialbericht 1993. Zur Lage der Kinder, Jugendlichen und Familien in Hannover, Hannover

Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (1996): Gesundheitsberichterstattung. Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens. Themenfeld 3 des Indikatorenatzes für den Gesundheitsrahmenbericht der Länder, Band 8

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (1998): Verbesserung der Vollständigkeit und Validität der flächendeckenden Dokumentation angeborener Fehlbildungen im Rahmen der Perinatalerhebung, in: lögd – Wissenschaftliche Reihe - Band 6, Bielefeld

Landesumweltamt NRW (2000): Erläuterungen zum Screening der Geräuschbelastung in NRW, Düsseldorf

Mädchenhaus Bielefeld e.V. (1997 und 2001): Jahresberichte, Bielefeld

May, Angela (1997): Nein, ist nicht genug, Ruhnmark

Meier, Brigitte (1996): Kommunale Gesundheitsberichterstattung: Anforderungen und Risiken einer neuen Arbeitsroutine in Gesundheitsämtern, in: Gerhard, Murza, Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Regionale Gesundheitsberichterstattung. Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung, Weinheim und München

Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungssätze und Interventionsmöglichkeiten, Bern, Göttingen, Toronto

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (1999) Kinder und Jugendliche an der Schwelle zum 21. Jahrhundert, 7. Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung NRW, Düsseldorf

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (2002): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in NRW, Düsseldorf

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (1999): Entschließung der 8. Landesgesundheitskonferenz NRW. Gesundheit für Kinder und Jugendliche in NRW, Düsseldorf

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (2001): Der plötzliche Säuglingstod, Informationen für Eltern, Düsseldorf

medicine worldwide (2002): U1 bis J1 im Überblick, in: <http://www.m-ww.de>.

Remschmidt, Helmut (1990): Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stuttgart

Richter, Saskia (2002): Kopenhagen +7: Im verfluchten siebenten Jahr? Sozialpolitische Entwicklung bei der Bekämpfung von Armut, Ausgrenzung, Arbeitslosigkeit in Deutschland 2001 und 2002, in: Deutsches NRO-Forum Weltsozialgipfel (Hrsg.): Social Watch Report Deutschland Nr. 2, Bonn

Robert-Koch-Institut u. Statist. Bundesamt (2000): Schutzimpfungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 01/00, Berlin

Robert Koch-Institut u. Statistisches Bundesamt (2001): Armut bei Kindern u. Jugendlichen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 03/01, Berlin

Schloosch, Anke (2000): Die gesundheitliche Lage der Bielefelder Schulanfänger. Eine Auswertung der schulärztlichen Untersuchung 1998 im Kontext sozialer Daten, Hamburg

Settertobulte, Wolfgang (2002): Fit (f)or Fun. Lebensstile und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern, in: umwelt-medizin-gesellschaft, Heft 3/2002

Settertobulte, Wolfgang, Hoepner-Stamos, Friederike, Hurrelmann, Klaus (1997): Gesundheitsstörungen im Kindesalter – Ergebnisse des Bielefelder Grundschulsurveys; in Prävention, Zeitschrift für Gesundheitsförderung, Heft 1/1997

Sozialministerium Baden-Württemberg (2000): Kindergesundheit in Baden-Württemberg, Stuttgart

Stadt Bielefeld (1972): Statisches Jahrbuch 1972, Bielefeld

Stadt Bielefeld (1988): Gesundheitsberichterstattung. Ergebnisse der Schulärztlichen Untersuchungen bei Bielefelder Schulanfänger / -innen 1987 und 1988 im Kontext von Sozial- und Umweltdaten, Bielefeld

Stadt Bielefeld (2001): Berichtsmodul: Umwelt, Verkehr und Gesundheit, Bielefeld

Stadt Bielefeld (2001): Armuts- und Sozialbericht, Bielefeld

Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (2002): Children's health and Envi-

ronment: A review of Evidence. A joint report from the European Environment Agency an the WHO Regional Office for Europe, in: Environmental Issue report. No. 29, Kopenhagen

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1999): 21 Ziele für das 21. Jahrhundert, Kopenhagen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Lebendgeborene und Gestorbene 1973-2000 in Bielefeld

Abbildung 2 Altersspezifische Fruchtbarkeitsziffern 1975-2000 in Bielefeld

Abbildung 3 Privathaushalte nach Größe in Bielefeld 1970 bis 2002

Abbildung 4 Familienstand 1970-2001 in Bielefeld

Abbildung 5 Familientypen in Bielefeld 1991 und 2001

Abbildung 6 Anteile der Bezieher/-innen von Sozialhilfe (HLU außerhalb) und Leistungen nach AsylbLG 1997 in Bielefeld

Abbildung 7 Risikofaktoren, Stressphänomene und stressbedingte Erkrankungen bei Jugendarbeitslosigkeit

Abbildung 8 Arbeitslose Jugendliche (< 25 J.) in Bielefeld 1993-2002

Abbildung 9 Berichtsmodul: Verkehr, Umwelt und Gesundheit

Abbildung 10 Säuglingssterbefälle im ersten Lebensjahr in den kreisfreien Städten NRW 1988-2000

Abbildung 11 Frühsterblichkeit (Alter 0-6 Tage) in den kreisfreien Städten NRW 1991-2000

Abbildung 12 Nachsterblichkeit (Alter 28-365 Tage) in den kreisfreien Städten NRW 1991-2000

Abbildung 13 Todesursachen im Säuglingsalter 1998-2000 in Bielefeld

Abbildung 14 Untergewichtig Lebendgeborene in den kreisfreien Städten NRW 1993-1999

Abbildung 15 Lebenserwartung bei Geburt männlich in d kreisfreien Städten in NRW 1993-2000*

Abbildung 16 Lebenserwartung bei Geburt weiblich in den krsf. Städten in NRW 1993-2000

Abbildung 17 Bielefelder Gesundheitsbericht-erstattung Schulkinder 1987, 1988

Abbildung 18 Anzahl der untersuchten Kinder in den Einschuljahrgängen 1992-2001 Bielefeld

Abbildung 19 Entwicklung der Prävalenz von Hörstörungen in den Einschuljahrgängen 1992-2001 in Bielefeld

Abbildung 20 Entwicklung der Prävalenz von Bronchitis in den Einschulungsjahrgängen 1992-2001 in Bielefeld

Abbildung 21 Haltungstest

Abbildung 22 Entwicklung der Prävalenz von deutlichem Untergewicht, Untergewicht, Übergewicht und Fettsucht in den Einschulungsjahrgängen Bielefeld 1992-2001

Abbildung 23 Entwicklung der Prävalenz von Asthma in den Einschulungsjahrgängen 1992-2001 in Bielefeld

Abbildung 24 Entwicklung der Prävalenz von Körperbehinderung in den Einschuljahrgängen 1992-2001 in Bielefeld

Abbildung 25 Entwicklung der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten in den Einschuljahrgängen 1992-2001 in Bielefeld

Abbildung 26 Entwicklung der Prävalenz von Auffälligkeiten der Motorik u. Koordination in den Einschuljahrgängen 1992-2001 in Bielefeld

Abbildung 27 Jahresprävalenz akuter und chronischer Gesundheitsstörungen bei 8- bis 12jährigen Kindern in Bielefeld nach Angaben der Eltern

Abbildung 28 Relative Häufigkeiten des Auftretens von Kopf- und Bauchschmerzen bei 8- bis 12-jährigen Kindern in Bielefeld nach Geschlecht

Abbildung 29 Mittelwerte der schulischen Stressbelastung von 8- bis 12-jährigen Grundschulern aus verschiedenen sozialen Lagen

Abbildung 30 Regelmäßige Zahnhygiene bei Kindern der 4. Grundschulklasse in Abhängigkeit von der sozialen Lage der Familie und der Herkunft

Abbildung 31 Entwicklung des Zahngebisszustandes von Kindergartenkindern in Bielefeld 1976-2000

Abbildung 32 Entwicklung des Zahngebisszustandes von Schülerinnen und Schülern in Bielefeld 1976-2000

Abbildung 33 Zahl d. beratenen Kinder in der ärztlichen Beratungsstelle e.V.

Abbildung 34 Kontaktaufnahmegründe in der ärztlichen Beratungsstelle e.V.

Abbildung 35 Familiäre Situation der Ratsuchenden in der ärztlichen Beratungsstelle e.V.

Abbildung 36 Beratungsanliegen Beratungsstelle Mädchenhaus

Abbildung 37 Klientel des kinder- u. jugendpsychiatrischen Dienstes nach Geschlecht 1992-2001 Bielefeld

Abbildung 38 Klientel d. kinder- u. jugendpsychiatrischen Dienstes nach Altersgruppen 1992-2001 Bielefeld

Abbildung 39 Vorgelegter Impfpass in den Einschuljahrgängen 1994 – 1999 in den kreisfreien Städten NRW

Abbildung 40 Vorgelegter Impfpass in den Einschuljahrgängen 1992-2001 i. Bielefeld n. Herk.

Abbildung 41 Polio-Impfrate nach ethnischen Gruppen in den Einschuljahrgängen 1992-2001 in Bielefeld

Abbildung 42 Durchimpfungsrate gegen Tetanus nach ethnischen Gruppen in den Einschuljahrgängen 1992-2001 Bielefeld

Abbildung 43 Keuchhusten-Impfrate in den Einschuljahrgängen 1992-2001 in Bielefeld

Abbildung 44 Masern-Impfrate in den Einschuljahrgängen 1994-1998 in den kreisfreien Städten NRW

Abbildung 45 Masern-Impfrate in den Einschuljahrgängen 1992-2001 in Bielefeld

Abbildung 46 Mumps-Impfrate in den Einschuljahrgängen 1994-1999 in den kreisfreien Städten NRW

Abbildung 47 Mumps-Impfrate in den Einschuljahrgängen 1992 bis 2001 in Bielefeld

Abbildung 48 Röteln-Impfrate in den Einschuljahrgängen 1994-1999 in den kreisfreien Städten NRW

Abbildung 49 Röteln-Impfrate in den Einschuljahrgängen 1992-2001 in Bielefeld

Abbildung 49 Vollständigkeit der U3-U9-Früherkennungsuntersuchungen in den Einschuljahrgängen in den kreisfreien Städten NRW

ⁱ Schloosch, Anke (1998): Die gesundheitliche Lage der Bielefelder Schulanfänger 1997. Auswertung der schulärztlichen Untersuchungen, S.4.

Kartenverzeichnis

Karte 1 Maximalpegel Straßenverkehr tagsüber (Modellrechnung)

Karte 2 Fettsucht in den Städten und Gemeinden NRW 2001

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Der Einfluss relativer Armut auf die Ernährung

Tabelle 2 Stichprobe der Zusatzbefragung 1998 nach „ethnischen Gruppen“

Tabelle 3 Anlass zur Vorstellung 1992, 1996

Tabelle 4 Anlass zur Vorstellung 2001 (neue Systematik)

Tabelle 5 Kriterien für altersgerechten Impfstatus bei Einschulung

Tabelle 6 Beurteilungskriterien des APGAR-Test

Bielefelder Gesundheitsberichterstattung

Bisher erschienen:

Das Gesundheitssystem in Bielefeld
im Urteil der Bürgerinnen und Bürger, 1999

Berichtsmodul:
Umwelt, Verkehr & Gesundheit
2000, revidierte Fassung Dezember 2001

Beide Berichte können auch als PDF-Dateien unter www.bielefeld.de
heruntergeladen werden.