

**FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG**

# **GESUNDHEIT VON KINDERN**

**– EPIDEMIOLOGISCHE GRUNDLAGEN –**

**BAND 3**

---

Herausgeberin: Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung

**Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Gesundheitsministeriums mit Sitz in Köln. Sie hat zur Aufgabe, geeignete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit zu erarbeiten und umzusetzen.**

**Sie entwickelt Konzepte und Strategien für Kampagnen, erstellt Übersichten über Medien und Methoden, kooperiert mit unterschiedlichen Akteuren der gesundheitlichen Aufklärung und führt Aufklärungsmaßnahmen für die gesamte Bevölkerung sowie für spezielle Zielgruppen in ausgewählten Themenfeldern durch.**

**Bei der Planung, Durchführung und Bewertung von Effektivität und Effizienz ihrer Arbeit stützt sich die BZgA auf Forschungsergebnisse.**

**Dazu werden in ihrem Auftrag repräsentative Wiederholungsbefragungen, Forschungsprojekte zu ausgewählten Einzelthemen und Evaluationsstudien durchgeführt. Zur Förderung des Informations- und Erfahrungsaustauschs zwischen Wissenschaft und Praxis veranstaltet sie nationale und internationale Konferenzen.**

**In ihrer Fachheftreihe zur Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung veröffentlicht die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung diese Studien, Expertisen und Ergebnisse von Fachtagungen. Sie versteht sich als Forum zur wissenschaftlichen Diskussion. Ziel dieser Reihe, wie der bereits vorliegenden Fachheftreihe zur Sexualaufklärung und Familienplanung, ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis weiter auszubauen.**

**FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG  
BAND 3**

**GESUNDHEIT VON KINDERN  
EPIDEMIOLOGISCHE GRUNDLAGEN  
EXPERTENTAGUNG**

Herausgeberin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA),  
Köln 1998

CIP-Einheitsaufnahme der Deutschen Bibliothek

**Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen –**

Dokumentation einer Expertentagung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

[Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)] – Köln : BZgA 1998

Konzeption/Redaktion : Dr. Monika Meyer / Prof. Dr. Cornelia Helfferich

(Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung ; Bd. 3)

**ISBN 3-9805282-7-8**

NE : Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung <Köln> ; GT

Die Beiträge geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muß.  
Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Osterheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel. 02 21/89 92-0

Fax 02 21/89 92-300

e-mail: [dr.meyer@bzga.de](mailto:dr.meyer@bzga.de)

Alle Rechte vorbehalten.

Redaktion: Dr. Monika Meyer

Satz und Gestaltung: Böhm Mediendienst GmbH, Köln

Druck: Asmuth, Köln

Auflage: 1.7.4.98

Gedruckt auf Recyclingpapier.

Band 3 der Fachheftreihe ist kostenlos erhältlich

unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,

und im Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>, hinterlegt.

Bestellnummer: 6060 3000

# VORWORT

Band 3 der Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ trägt den Titel „Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen“.

Die Publikation dokumentiert eine Expertentagung, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Rahmen ihrer zielgruppenspezifischen Schwerpunktsetzung „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ im November 1996 veranstaltet wurde.

Gemeinsamer Anspruch ist es, Präventionsbemühungen wissenschaftlich abzusichern. Ziel der Tagung war es, aktuell zur Verfügung stehende Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern zusammenzutragen und – mit kritischer Wertung der Datenqualität – zentrale Gesundheitsprobleme und prioritäre Handlungsbedarfe mit Blick auf Möglichkeiten der Primärprävention herauszuarbeiten.

Trotz einer heterogenen Datenlage gelang es, einschlägige Datenquellen zu analysieren, relevante Ansatzpunkte herauszukristallisieren und Prioritätensetzungen zu diskutieren. Mit der Veröffentlichung werden die Tagungsergebnisse einer breiteren Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Köln, April 1998

Dr. Elisabeth Pott  
Direktorin der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung

# STECKBRIEF DER TAGUNG

---

Tagungsthema:	Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen –
Ziele:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Übersicht über einschlägige Datenquellen</li><li>• Herausarbeitung zentraler Gesundheitsprobleme</li><li>• Diskussion prioritärer Handlungsbedarfe</li></ul>
Tagungstermin:	14. November 1996
Referenten:	Dr. Peter Allhoff <i>Institut für medizinische Forschungsberatung, Leverkusen</i> Dr. Lutz Altenhofen <i>Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln</i> Dr. Bärbel-Maria Bellach <i>Robert-Koch-Institut, Berlin</i> Dr. Sigrid Dordel <i>Deutsche Sporthochschule, Köln</i> Dr. Hermann-Josef Kahl <i>niedergel. Kinderarzt, Kinderkardiologe, Düsseldorf</i> Dr. Heiner Mersmann <i>Gesundheitsamt, Köln</i> Dr. Christian Palentien <i>Universität Bielefeld</i> Dr. Hartmut Schirm <i>Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf</i> Prof. Dr. Hans G. Schlack <i>Rheinisches Kinderneurologisches Zentrum, Bonn</i>
Moderation und Redaktion:	Prof. Dr. Cornelia Helfferich <i>Evangelische Fachhochschule, Freiburg</i>
Organisation:	Christine Dorer <i>Kongressmanagement, Köln</i>
Veranstalterin:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Ostmerheimer Straße 220 51109 Köln Tel.: 02 21/89 92-3 45 Fax: 02 21/89 92-3 00 e-mail: dr.meyer@bzga.de
Konzeption/Projektleitung:	Dr. Monika Meyer

---

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1.</b>	<b>EINLEITUNG</b>	11
<b>2.</b>	<b>DATENQUELLEN, DATENQUALITÄT UND GESUNDHEITSBERICHTE</b>	15
<b>2.1.</b>	<b>Vorbemerkung</b>	16
<b>2.2.</b>	<b>Datenquellen zum Thema „Gesundheit von Kindern in der Bundesrepublik Deutschland“</b> Peter Allhoff	17
<b>2.3.</b>	<b>Das Programm zur Krankheitsfrüherkennung bei Kindern: Inanspruchnahme und Datenlage</b> Lutz Altenhofen	24
<b>2.4.</b>	<b>Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Verwendete Datenquellen in Landesgesundheits- berichten zum Kindes- und Jugendalter</b> Bärbel-Maria Bellach, Thomas Ziese, Heidrun Kahl, Matthias Richter, Gabriela Röseler	34
<b>2.5.</b>	<b>Zusammenfassung der Diskussion</b>	45

<b>3.</b>	<b>GESUNDHEIT VON KINDERN – BEDINGUNGSKONTEXTE</b>	47
<b>3.1.</b>	<b>Vorbemerkung</b>	48
<b>3.2.</b>	<b>Lebenswelten von Kindern als Determinanten von Gesundheit und Entwicklung</b> Hans Georg Schlack	49
<b>3.3.</b>	<b>Gesundheit von Schulanfängern – Auswirkungen sozialer Benachteiligungen</b> Heiner Mersmann	60
<b>3.4.</b>	<b>Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten von Kindern als Grundlage der Prävention</b> Christian Palentien, Wolfgang Settertobulte, Klaus Hurrelmann	79
<b>3.5.</b>	<b>Zusammenfassung der Diskussion</b>	87
<b>4.</b>	<b>VERTIEFUNG DES THEMAS AM BEISPIEL VON UNFÄLLEN UND BEWEGUNGS- STÖRUNGEN IM KINDESALTER</b>	91
<b>4.1.</b>	<b>Vorbemerkung</b>	92
<b>4.2.</b>	<b>Unfälle und Verletzungen von Kindern unter besonderer Berücksichtigung der Verletzungen im Haus- und Freizeitbereich</b> Hermann-Josef Kahl	93

<b>4.3.</b>	<b>Ätiologie und Symptomatik motorischer Defizite und Auffälligkeiten</b>	
	Sigrid Dordel	98
<b>4.4.</b>	<b>Zusammenfassung der Diskussion</b>	114
<b>5.</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE – LEITLINIEN DER GESUNDHEITLICHEN AUFKLÄRUNG FÜR KINDER</b>	115
<b>6.</b>	<b>TEILNEHMER</b>	121

**EINLEITUNG**

**1**

Für den Bund erfüllt die BZgA die Funktion einer Clearingstelle für Gesundheitsförderung und Prävention. Diese Aufgabe umfaßt qualitätssichernde, koordinierende und unterstützende Aktivitäten, die sie auch in ihrem Schwerpunktbereich „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ wahrnimmt.

Die Aktivierbarkeit von Gesundheitspotentialen gerade im frühen Kindesalter, die weitreichenden Wirkungen gelungener Förderung von Gesundheitskompetenzen in diesem Alter und der leichte direkte Zugang zu Gruppen Altersgleicher – z.B. über Kindergärten, Schulen, Vereine – alle diese Aspekte verleihen der Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe eine besondere und unumstrittene Bedeutung. Wesentliche Voraussetzung für ein effektives und effizientes Vorgehen ist die Erarbeitung, Auswertung und Verbreitung von wissenschaftlichen Grundlagen als Entscheidungshilfen und Orientierungsgrößen.

In Wahrnehmung ihrer Clearingaufgabe hat die BZgA am 14. November 1996 in Köln eine Expertentagung zum Thema „Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen“ durchgeführt. Die zentralen Fragen dieser Tagung lauteten:

- *Für die Bestimmung zentraler Gesundheitsfragen und für die Prioritätensetzung sind aktuelle epidemiologische Daten von besonderer Bedeutung. Welche Datenquellen und Berichte geben (regelmäßig) Auskunft über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen?*
- *Für die Entwicklung von Strategien ist eine nähere Bestimmung der Entstehungszusammenhänge und Bedingungskontexte von Gesundheit und Gesundheitsbeeinträchtigung im Kindesalter wichtig. Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse liegen hierzu vor?*
- *Welche Prioritätensetzungen und Leitlinien ergeben sich daraus?*
- *Welche Interventionsfelder und Zielgruppen sind im Zusammenhang mit bestimmten prioritären Gesundheitsfragen sinnvoll?*

Ziel der Tagung war es, mit Experten relevante wissenschaftliche Erkenntnisse zusammenzutragen, auf dieser Basis zentrale Gesundheitsprobleme konsensuell herauszuarbeiten und umsetzungsbezogen Handlungsbedarf und Leitlinien der Gesundheitsförderung zu diskutieren.

Den Fragestellungen entsprechend war die Expertentagung interdisziplinär ausgerichtet, wobei ein Schwerpunkt bei der Einbeziehung sozialpädiatrischer und epidemiologischer Erkenntnisse lag. Aufgrund der begrenzten Zeit mußte eine Auswahl getroffen werden aus der Fülle von Einzelaspekten, die das Thema Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter umfaßt. Nach der Abklärung von Datenquellen und -qualität zur gesundheitlichen Lage von Kindern allgemein und Folgerungen für prioritäre Gesundheitsfragen (Kapitel 2) folgen die Tagungsbeiträge, die ausgewählte Gesundheitsindikatoren und deren Bedingungskontexte darstellen; sie wurden im Zusammenhang mit der For-

mulierung sinnvoller Interventionsfelder, Zielgruppen und Handlungsbedarfe gemeinsam diskutiert (Kapitel 3). Im 4. Kapitel wird exemplarisch das Thema „Unfälle und Bewegungsstörungen im Kindesalter“ vertieft. Kapitel 5 enthält die Zusammenfassung.

Jedem Kapitel ist eine redaktionelle Vorbemerkung vorangestellt, die in den Kontext einführt. Anschließend werden die Beiträge der Referenten und Referentinnen wiedergegeben. Die Kapitel schließen jeweils mit einer Zusammenfassung der gemeinsamen Diskussion.



**DATENQUELLEN, DATENQUALITÄT  
UND GESUNDHEITSBERICHTE**

## 2.1. VORBEMERKUNG

Bei der Konzeption von Aktivitäten der Gesundheitsaufklärung sind Prioritäten zu setzen. „Nicht alle Aufgaben können gleichzeitig und mit gleicher Intensität in Angriff genommen werden. Gesundheitspolitische Prioritäten liegen dort, wo durch Häufigkeit, Dauer und Schwere einer Erkrankung eine große Zahl von Bürgern betroffen ist oder betroffen zu werden droht, die Krankheitsbekämpfung hohe volkswirtschaftliche Kosten mit sich bringt und vorbeugende Maßnahmen erfolversprechend sind.“ (BMFT [HG.]: Gesundheitsforschung 2000. Programm der Bundesregierung. Bonn 1993, S. 16.) Auch für die gesundheitliche Aufklärung bezogen auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche sind die Fragen und Probleme vorrangig, die häufig sind, schwerwiegende Folgen im Erwachsenenalter haben und die präventiv beeinflussbar sind. Diese Spezifizierung schließt seltene oder Bagatell-Erkrankungen aus, umfaßt aber immer noch ein breites Spektrum an Gesundheitsaspekten.

Die Schwerpunktsetzung in diesem Sinn kann nur auf der Grundlage von epidemiologischen Erkenntnissen vorgenommen werden. Diese Daten sollten ständig aktualisiert werden, da sie zugleich in der Erfassung von Trends Rückmeldungen über Veränderungen der Problemlagen und über die Wirksamkeit von Interventionen geben, von hoher Datenqualität sein und das Spektrum relevanter Aspekte abdecken. Für die fundierte Bestimmung zentraler Gesundheitsfragen ist somit ausschlaggebend, welche aktuellen Datenquellen mit welcher Datenqualität regelmäßig Auskunft geben über den Gesundheitsstatus der Kinder und wie Daten z.B. über eine turnusmäßige Gesundheitsberichterstattung zugänglich gemacht werden.

Die Frage nach der Datenlage und erste Erkenntnisse zu relevanten Gesundheitsfragen bei Kindern stehen bei den ersten beiden Beiträgen im Vordergrund. P. Allhoff gibt einen Überblick über relevante Quellen zum Thema „Gesundheit von Kindern in der Bundesrepublik Deutschland“ (2.2.). L. Altenhofen setzt sich kritisch mit der Datenlage bei den gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen auseinander und berichtet Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage von Kindern (2.3.). Der Beitrag von B.-M. Bellach geht auf die Zusammenfassung von Ergebnissen aus diesen Datenquellen in der Gesundheitsberichterstattung und in Berichten zur gesundheitlichen Lage von Kindern in einzelnen Bundesländern ein und liefert eine Einschätzung des zusätzlichen Datenbedarfs (2.4.). In der gemeinsamen Diskussion (2.5.) wurden die existierenden turnusmäßig und bevölkerungsbezogen erhobenen Daten zur Gesundheit von Kindern – mit einer kritischen Wertung der Datenqualität – bezogen auf ihren Beitrag für eine Prioritätensetzung diskutiert. Es wurde auch gefragt, welche psychosozialen Entwicklungsindikatoren, welche Gesundheits- und Kompetenzindikatoren sinnvollerweise regelmäßig erhoben werden sollten und mit welchen Profilen die epidemiologische Fundierung gesundheitlicher Aufklärung auf Dauer implementiert werden sollte.

# 2.2.

## **DATENQUELLEN ZUM THEMA „GESUNDHEIT VON KINDERN IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND“**

**Dr. Peter Allhoff, Institut für medizinische Forschungs-  
beratung, Leverkusen**

Epidemiologische Grundlagen für Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung dienen mehreren Zielen:

- Für die Prioritätensetzung werden Daten über relevante, durch primäre Präventionsmaßnahmen beeinflussbare Gesundheitsprobleme benötigt, wobei eine vergleichende Bewertung verschiedener Problembereiche zu erreichen ist.
- Für die Durchführungsplanung stehen Daten im Vordergrund, die eine Entscheidung für den besten Interventionsweg ermöglichen können.
- Für die Evaluation solcher Maßnahmen sind Daten relevant, die die Zielerreichung zu beschreiben vermögen und mit denen externe Einflußfaktoren zu kontrollieren sind.

Mit steigender Aufgabenstufe und gleichzeitig steigendem Komplexitätsgrad stehen immer weniger der benötigten spezifischen Daten zur Verfügung. Gleichzeitig steigt das Defizit an relevanten Daten mit der abnehmenden klinischen Relevanz der Gesundheitsprobleme: Während für die Mortalität relativ detaillierte Daten zur Verfügung stehen, gibt es für das Thema Lebensbedingungen nur sehr wenige zugängliche Quellen.

Diese Problematik schlägt sich auch bei der folgenden Beschreibung einiger relevanter Datenquellen nieder. Es wird jedoch versucht, indem z.B. Datenquellen mit zu Reviews aufbereiteten Daten einbezogen werden, einen über das o.g. erste Ziel hinausgehende Überblick zu geben.

## **DATENQUELLEN**

### **PERIODISCH ERHOBENE DATEN**

#### **Statistisches Bundesamt Wiesbaden**

##### *Volkszählung*

Totalerhebung (selbst ausgefüllter Fragebogen) der (west-)deutschen Bevölkerung 1950, 1961, 1970 und 1987. Die ausgewählten Items betreffen den Personen- und Haushaltsbezug, Alter (Geburtsjahr), Geschlecht, Sozialstatus, Religions- und Staatsangehörigkeit. Medizinisch relevante Angaben werden nur zu Medizinalberufen und zu medizinischen wirtschaftlichen Tätigkeiten (Betriebe) erfaßt.

### *Gesundheitsstatistik*

Totalerhebung (aus den Landesämtern) fortlaufend seit 1946, aggregiert auf Bundes-, Landes- und (eingeschränkt) auf Kreisebene. Die ausgewählten Items betreffen Geburten (div. Angaben insbesondere zu Körpergewicht und -länge sowie erkennbare Fehlbildungen innerhalb der ersten drei Tage) und Todesfälle (Todesursachenstatistik, div. Angaben über Alter, Geschlecht, Verschlüsselung des ursächlich zum Tode führenden Grundleidens nach ICD9 und Ergänzungsschlüsseln).

### *Mikrozensus*

Jährliche 1%-Stichprobe (Interview und Fragebogen) aller Haushalte (obligatorisch) seit 1957. Die ausgewählten Items betreffen Personen- und Haushaltsbezug, Alter und Geschlecht, div. Angaben zum Sozialstatus, Krankenversicherungsschutz, Mobilität (unter 15 Jahren).

### *Gesundheitsstatistische Zusatzerhebung zum Mikrozensus*

Jährliche 0,5%-Stichprobe aller Haushalte zusammen mit dem Mikrozensus (Teilnahme i. w. freiwillig) seit 1963 bzw. vollständig seit 1986 (alle drei Jahre). Die ausgewählten Items betreffen Krankheiten während der letzten vier Wochen (Dauer, Behandlung inkl. Krankenhausbehandlung, Arbeitsunfähigkeit), Minderung der Erwerbsunfähigkeit.

### *Statistik der Straßen- und Luftverkehrsunfälle*

Alle kontinuierlich auf Monats- und Jahresbasis erfaßten Unfälle seit 1953 (Luftverkehrs-unfälle seit 1960). Die ausgewählten Items betreffen Alter und Geschlecht der Unfallbeteiligten, Unfallursachen und Verletzungsgrad.

### *Schwerbehindertenstatistik*

Totalerhebung aller anerkannten Schwerbehinderten seit 1979. Die ausgewählten Items betreffen Alter und Geschlecht, Art, Ursache und Grad der Behinderung, Regionalität (< 4 Jahre, 4–15 Jahre).

### *Rehabilitationsmaßnahmenstatistik*

Jährliche Totalerhebung aller abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahmen seit 1971/1981. Die ausgewählten Items betreffen Alter und Geschlecht, Sozialstatus und Beruf, Rehabilitationsträger, bis zu drei Rehabilitationsmaßnahmen nach Art, Dauer und Ergebnis.

### *Krankenhausesstatistik*

Totalerhebung aller Krankenhäuser seit 1935/1990. Die ausgewählten Items betreffen Charakteristika der Krankenhäuser, Bettenstatistik, Personalstatistik, Patientenstatistik, Sektionen.

## **Kassenärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverbände der Krankenkassen**

### *Dokumentation des gesetzlichen Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder*

Totalerhebung aller durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen von U3 bis U9 seit 1972, GKV-Versicherte. Die Items betreffen 37 Diagnosebezeichnungen, unterteilt nach erstmaliger Erkennung, Verdachts- und gesicherter Diagnose.

### *Dokumentation über Mutterschaftsvorsorge und Entbindungen*

Aus den Ergebnissen der Perinatalerhebungen der Länder zusammengefaßte Statistik seit 1990. Die Items betreffen Inanspruchnahme, Prozeßparameter etc.

## **Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst LÖGD (u.a.)**

### *Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen*

Erhebung von standardisierten Befunden der Schuleingangsuntersuchungen seit über 30 Jahren; die Zusage ist freiwillig. Die Items betreffen in erster Linie Schulreifeparameter, Größen- und Gewichtsmessung, Impfstatus etc.

Andere Länder bzw. Städte führen ähnliche Erhebungen durch (z.B. Berlin, Hamburg, Hannover, Hessen).

### *Ergebnisse der Kindergarten- und Viertkläßler-Untersuchungen*

Vergleichbar mit den Schuleingangsuntersuchungen, allerdings ohne flächendeckender Durchführung.

## **Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) Bonn**

### *Arzneimittelindex der GKV*

Jährliche 1%-Stichprobe aller Verordnungen ohne Personen- oder Diagnosebezug über die Apotheken. Er wird veröffentlicht als halbjährliche Information zur Preis- (auch monatlich), Mengen- und Strukturentwicklung der 1.000 führenden Arzneimittel sowie jährlich im Arzneiverordnungsreport (Schwabe/Paffrath). Die ausgewählten Items betreffen Alter und Geschlecht, Ausstellungsmonat, ärztliche Gebietsbezeichnung, ABDA, Wirkstoff, Hersteller, Preise.

## **Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein in Kiel**

### *Krankenhauspatienten-Statistik Schleswig-Holstein (KHPS)*

Jährliche Erfassung aller Entlaßdiagnosen seit 1969. Die Veröffentlichung erfolgt jährlich als „Die Krankheiten der Krankenhauspatienten in Schleswig-Holstein“. Die ausgewählten Items betreffen Alter, Geschlecht, Angaben zur Einrichtung, zum Patienten, zu den Kostenträgern und zu Haupt- und Nebendiagnosen nach ICD9.

## **Nationales Referenzzentrum für die Epidemiologie von AIDS**

### *AIDS-Fallregister*

Sammlung von Meldungen über AIDS-Erkrankungen und -Todesfälle sowie über positive HIV-Bestätigungstests (unter 15 Jahren).

## **Universität Mainz**

### *Deutsches Kinderkrebsregister Mainz*

Sammlung von Meldungen einschlägiger Kliniken und Ärzte; mit Einwilligung der Eltern als personenbezogener Längsschnitt.

## **Landesamt für Immissionsschutz Nordrhein-Westfalen**

### *Wirkungskatasteruntersuchungen in Nordrhein-Westfalen*

Regelmäßige Querschnittstudien in Regionen mit hoher Luftschadstoffbelastung und einem unbelasteten Vergleichsgebiet seit 1976; untersucht werden Kinder im Lernanfängeralter und Frauen im 6. Lebensjahrzehnt. Die Items betreffen Symptome und Diagnosen, Lungenfunktionsdiagnostik, immunologische und hämatologische Analysen, Schadstoffkonzentrationen im Blut, Urin und im Milchgebiß.

## **Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.**

### *Ernährungsbericht*

Expertise über allgemeine Fragen zu Ernährungsgewohnheiten, Angeboten etc.; wechselnde Spezialthemen z.T. mit Sondererhebungen.

## **EINMALIG ERHOBENE DATEN**

### **Institut der Deutschen Zahnärzte**

#### *Nationaler IDZ-Survey*

Erhebung zum Mundgesundheitszustand der Bevölkerung in den alten Bundesländern (1989) und in den neuen Bundesländern (1992) (8–9- und 13–14jährige).

### **Gesellschaft für Konsum-, Markt- und Absatzforschung (GfK) Nürnberg**

#### *Nationale Verzehrstudie*

Befragung von je 540 Haushalten aus 20 annähernd repräsentativen Regionen in den alten Bundesländern (entsprechend 0,5%) mit Hilfe einer strukturierten Befragung und eines 7-Tage-Protokolls (Datenerhebung 1986–89). Zusätzlich erfolgt eine medizinische Erhebung bei ca. 2.000 Mitgliedern der befragten Haushalte (knapp 10%). Die Veröffentlichung erfolgte in Ernährungsumschau 37/3 (1990), S. 102–107. Die ausgewählten Items betreffen Alter und Geschlecht, Haushaltstrukturdaten, Verhaltensvariablen, Angaben im Ernährungsprotokoll (Art, Menge, Verabreichung, Verpackung, Mahlzeiteneinnahme), Blutwerte, Urinwerte, Trinkwasserproben.

## **Infratest Gesundheitsforschung**

Erhebung über Pflegebedürftige in Privathaushalten im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren 1991 (0–15jährige).

## **DATEN FÜR SEKUNDÄRANALYSEN**

### **Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung der Universität Köln**

Datenbestandskatalog, Archivierung und Aufbereitung von sozialwissenschaftlichen Daten zur Ausleihung für Sekundäranalysen; Beispiele für themenrelevante Daten, Sozialwissenschaften-Bus 7, Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten, Sexualverhalten von Männern und Frauen in der Bundesrepublik Deutschland etc.

2

## **REVIEWDATEN**

### **National Library of Medicine**

Diverse Datenpools mit Volltext, z.B. Guide to Clinical Preventive Services, AHCPR Technology Assessments and Reviews, NIH Consensus Development Program etc.

### **Cochrane Collaboration**

Übersichtarbeiten, Meta-Analysen etc. im Volltext, z.B. The Cochrane Database of Systematic Reviews, The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness, The Cochrane Controlled Trials Register etc.

## **BEISPIEL FÜR DIE NUTZUNG VON DATEN ZUR PRIORITÄTENSETZUNG**

Das gesetzliche Schwangerenvorsorgeprogramm hat in den letzten 20 Jahren zu einer drastischen Reduktion der Säuglingssterblichkeit geführt (Allhoff/Berg 1996). Der Zusammenhang zwischen Schwangerenvorsorge und perinatalem Outcome ist häufig belegt worden (z.B. Wallace 1982, Siegel 1985, Collatz et al. 1979). Darüber hinaus spielen mütterliche Verhaltensweisen und Einstellungen die Hauptrolle bei der (medizinischen) Versorgung der Kinder. Mütter, die selbst nur selten zum Arzt gehen bzw. die Schwangerenvorsorge nicht in ausreichendem Maße nutzen, neigen auch bei ihren Kindern zu geringer Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsangebote (Newacheck/Halfon 1986, Bergmann/Tietze 1984). Insgesamt scheinen Mütter eine Vermittlerrolle zwischen Arzt oder Zahnarzt und ihren Familienmitgliedern zu spielen. Mütter machen Arzttermine, beglei-

ten zumindest ihre Kinder zum Arzt, erhalten Hinweise vom Arzt und sorgen für die Ausführung. Sollte es gelingen, Schwangere zu adäquatem Vorsorgeverhalten zu motivieren, so hat dies mit großer Wahrscheinlichkeit einen positiven Einfluß auf die Inanspruchnahme der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Kinder und generell auf die familiäre Compliance.

Daten der Perinatalerhebungen zeigen in diesem Zusammenhang, daß trotz durchschnittlich gestiegener Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge Gruppen mit deutlich niedrigerer Wahrnehmung dieser Untersuchungen zu identifizieren sind. So erscheinen z.B. Sozialhilfeempfängerinnen nur zu 60 % vor der 13. Schwangerschaftswoche zur Erstuntersuchung, während die übrigen Frauen zu 90 % die Erstuntersuchung rechtzeitig in Anspruch nehmen; zu zehn und mehr Untersuchungen kommen nur knapp 50 % der Sozialhilfeempfängerinnen im Gegensatz zu über 80 % der Gesamtgruppe. Außerdem werden im Vergleich zur Gesamtgruppe rund ein Viertel mehr Kinder von Sozialhilfeempfängerinnen aus der Geburtsklinik in eine Kinderklinik verlegt.

Damit könnte eine relevante Zielgruppe für primäre Präventionsmaßnahmen beschrieben sein, deren Effektivität unter Berücksichtigung der o.g. Zusammenhänge und Befunde evident sein dürfte. Maßnahmen wie das Projekt „Elternführerschein“, das vor rund 20 Jahren durchgeführt worden ist, Einbau von verhaltensrelevanten Informationen in ‚Seifenopern‘ im Fernsehprogramm, Unterricht und Sprechstunde in Klassen des Berufsvorbereitungsjahr an berufsbildenden Schulen und nicht zuletzt Familienhebammen mit der Aufgabe der nachgehenden Versorgung könnten anvisiert werden.

## LITERATUR

- Allhoff, P.; Berg, D.: Effektivitätsaspekte der Perinatalerhebungen. *Gynäkologe* 29, 1996, S. 535–540
- Bergmann, H.; Tietze, K. W.: Kontinuität als Ziel von Schwangerenversorgung und Früherkennungsuntersuchungen für das Kind in der Bundesrepublik Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 27, 1984, S. 106–110
- Collatz, J.; Malzahn, P.; Schmidt, E.: Erreichen die gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder ihre Zielgruppe? *Öff. Gesundheitswesen* 41, 1979, S. 173–190
- Newacheck, P. W.; Halfon, N.: The association between mother's and children's use of physician services. *Med Care* 24, 1986, S. 30–38
- Siegel, E.: Low birth weight and preterm birth: the emerging importance of prevention. *Soz. Präventivmed* 30, 1985, S. 118–124
- Wallace, H. M.: Prenatal care and child health. *Paediatrician* 11, 1982, S. 4–26

# 2.3.

## **DAS PROGRAMM ZUR KRANKHEITSFRÜHERKENNUNG BEI KINDERN: INANSPRUCHNAHME UND DATENLAGE**

**Dr. Lutz Altenhofen, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln**

### **GESETZLICHE GRUNDLAGEN**

Das 1971 in den Regelleistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommene Programm zur Krankheitsfrüherkennung bei Kindern (KFK) stellt eine Maßnahme der Sekundärprävention dar. Allgemeine Zielsetzung des Programms ist die Früherkennung von Krankheiten, die die Entwicklung eines Kindes in körperlicher oder psychischer Hinsicht „in nicht geringfügigem Umfang gefährden“ (§ 26, Abs. 1 SGB V).

#### **Spezifische gesetzliche Vorgaben zum Früherkennungsprogramm:**

- ➔ „Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden.“ (§ 26.1 SGB V)

Die allgemeinen Vorgaben des Gesetzgebers sehen im Hinblick auf Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten in § 25.3 SGB V lediglich einige Minimal Kriterien vor, die grundsätzlich auch für sekundärpräventive Maßnahmen im Kindesalter Anwendung finden sollen. Demnach besteht ein Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung, sofern

1. es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können,
2. das Vor- oder Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,
3. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
4. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln“.

Die inhaltliche Ausgestaltung des Früherkennungsprogramms obliegt dem Bundesausschuß Ärzte und Krankenkassen, insofern dieser Richtlinien zu formulieren hat, aus denen die organisatorisch-strukturellen Merkmale der Untersuchungen und die Zielerkrankungen

des Programms hervorgehen. In den Richtlinien zum Krankheitsfrüherkennungsprogramm der Kinder wird beispielsweise geregelt, in welchen Lebensalterstufen welche Zielkrankheiten bzw. Zielkrankheitskomplexe von Bedeutung sind und innerhalb welcher altersbezogenen Fristen („Toleranzgrenzen“) diese Untersuchungen durchgeführt werden dürfen.

### **Untersuchungsalter und -zeitpunkte**

Alter	Untersuchungsstufe
• 1. Lebenstag	U1
• 3.–10. Lebenswoche	U2
• 4.– 6. Lebenswoche	U3
• 3.– 4. Lebensmonat	U4
• 6.– 7. Lebensmonat	U5
• 10.–12. Lebensmonat	U6
• 21.–24. Lebensmonat	U7
• 43.–48. Lebensmonat	U8
• 60.–64. Lebensmonat	U9

2

Gegenwärtig umfaßt das Programm neun Untersuchungen, die bei allen gesetzlich versicherten Kindern bis zum Ende des sechsten Lebensjahres in vorgegebenen zeitlichen Intervallen durchgeführt werden sollen.

Diese Untersuchungsstufen, von denen sechs in das erste Lebensjahr fallen, stellen polyvalente Filteruntersuchungen dar. Der Katalog der Zielkrankheiten ist außerordentlich umfangreich und sehr komplex, insofern auf die frühzeitige Erfassung einer Vielzahl von unterschiedlichen Krankheiten oder von nicht präzise abgrenzbaren „Störungen“ abgezielt wird, die alle körperlichen Organe oder Organsysteme betreffen.

Die Untersuchungen werden in den alten Bundesländern zu ca. 83% von niedergelassenen Kinderärzten durchgeführt. Daneben bieten auch Allgemeinärzte und praktische Ärzte diese Untersuchungen an.

Berücksichtigt man allein die ärztlichen Honoraransprüche für die einzelnen Früherkennungsuntersuchungen, so führten diese im Jahr 1992 in den alten Bundesländern zu unmittelbaren Ausgaben der GKV in Höhe von ca. 142,8 Mio. DM.

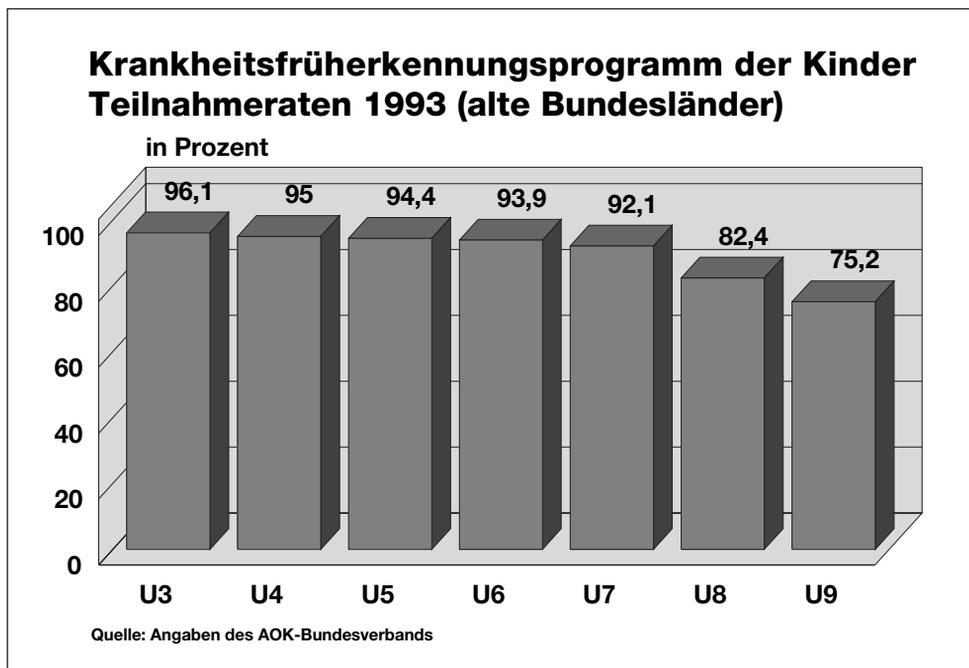
## AKZEPTANZ

Das Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder ist von einer außerordentlich hohen Akzeptanz gekennzeichnet.

Die Teilnahme an den einzelnen Untersuchungsstufen übersteigt nach den jährlichen Erhebungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zumindest bei den Untersuchungen in den ersten beiden Lebensjahren die 90%-Grenze. Die Akzeptanz der erst 1990 eingeführten ‚U9‘ liegt hingegen noch auf relativ niedrigem Niveau. Mit Ausnahme dieser Untersuchung weisen die Teilnahmeraten für alle Untersuchungsstufen seit mehreren Jahren eine steigende Tendenz auf. Die entsprechenden Raten weisen für alle Untersuchungsstufen seit 1978 einen stetig steigenden Trend auf, der erst in jüngster Zeit leicht rückläufig ist und – sofern die Angaben als valide anzusehen sind – möglicherweise einen gewissen ‚Sättigungseffekt‘ widerspiegelt.

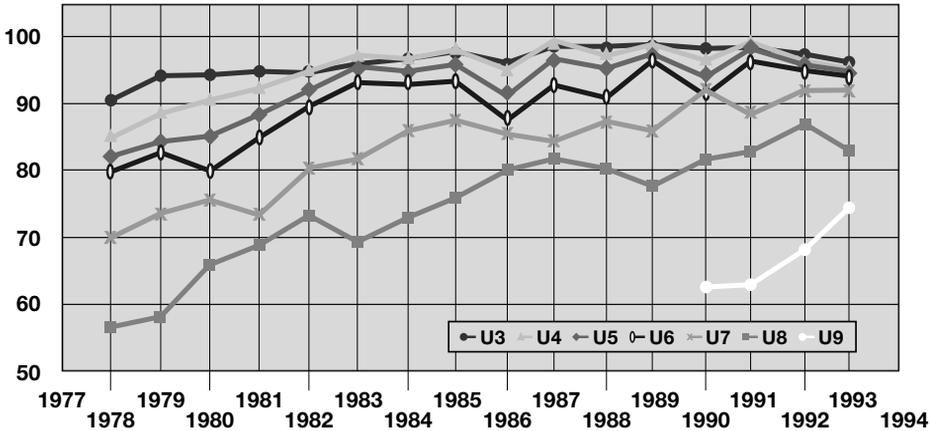
Einschränkend muß zu diesen Zahlen konzediert werden, daß die Validität des Erhebungsverfahrens, auf dessen Grundlagen diese Raten berechnet werden, nicht sehr transparent ist. Überdies ist die wichtige Frage der individuellen Teilnahmekontinuität über eine querschnittliche Betrachtung nicht zu beantworten.

In verschiedenen Studien wurde gezeigt, daß die Teilnahmebereitschaft an den Früherkennungsuntersuchungen einen ausgeprägten Schichtgradienten aufweist, da insbesondere die Teilnahmekontinuität von Kindern aus Familien der unteren sozialen Schicht und von ausländischen Kindern relativ gering ist (Collatz/Malzahn/Schmidt 1979; Albrecht et al. 1983).



## Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder Teilnahmeraten 1978–1993 (alte Bundesländer)

in Prozent



Quelle: Angaben des AOK-Bundesverbands

2

## PROGRAMMERGEBNISSE

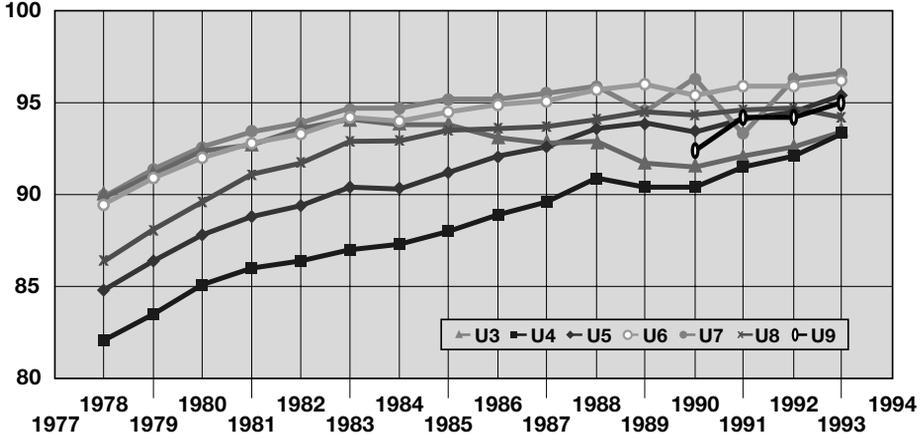
Die Ergebnisse aus den Untersuchungsdokumentationen werden auf der Basis einer Vollerhebung querschnittlich analysiert und jährlich durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung publiziert (KBV Standarddokumentation 1993). Ausgewertet werden in erster Linie die Häufigkeit ‚unauffälliger Untersuchungsbefunde‘ nach Untersuchungsstufe und Geschlecht sowie die Häufigkeit der sogenannten Diagnosekennziffern (DKZ).

Betrachtet man die Häufigkeit auffälliger Untersuchungsbefunde nach Untersuchungsstufen, so ist zu vermuten, daß bei fünf bis acht Prozent der untersuchten Kinder weiterführende diagnostische Maßnahmen eingeleitet werden. Rückblickend auf die Ergebnisse der Standardauswertungen zum Krankheitsfrüherkennungsprogramm der Kinder für den Bereich der alten Bundesländer seit 1978 zeigt sich in den vergangenen Jahren bei allen Untersuchungsstufen eine deutliche Abnahme des Anteils der Kinder, für die ‚auffällige Befunde‘ vermerkt worden sind.

Wurden beispielsweise im Jahr 1978 bei immerhin 18% der im Alter von drei Monaten untersuchten Kinder ‚auffällige Befunde‘ festgestellt, so betrug dieser Anteil im Jahr 1991 nur noch 8,5%. Auch für die übrigen Untersuchungsstufen läßt sich eine zum Teil ausgeprägte Zunahme des Anteils der im Rahmen des Screenings unauffälligen Kinder verzeichnen.

## Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder Häufigkeit „unauffälliger Befunde“ (Mädchen und Jungen)

in Prozent



Quelle: Angaben des AOK-Bundesverbands

Da kaum anzunehmen ist, daß die Morbidität sich innerhalb dieses Zeitraums derart drastisch geändert hat, liegt es nahe anzunehmen, daß dieser Trend Änderungen im Dokumentationsverhalten reflektiert: Möglicherweise wird ein Krankheitsverdacht seltener in den Untersuchungsheften festgehalten, oder er wird häufiger unmittelbar abgeklärt. Nicht auszuschließen ist auch, daß der Umfang tatsächlich durchgeführter Früherkennungsuntersuchungen je nach den Besonderheiten der sozialen und individuellen Entwicklungssituation des einzelnen Kindes flexibler gehandhabt wird, als es eigentlich in den entsprechenden Richtlinien vorgegeben ist.

Die Bedeutung der einzelnen Diagnosekennziffern (DKZ) variiert erwartungsgemäß je nach Untersuchungsalter, wobei jede DKZ entweder als nicht näher spezifizierbare ‚Diagnose‘, als ‚erstmalige Diagnose‘ oder als ‚Verdachtsdiagnose‘ ausgewiesen wird. Im Vordergrund der Untersuchungen im ersten Lebensjahr steht bei Mädchen und Jungen der Befund der sog. ‚Hüftgelenksanomalie‘ (DKZ 33), der im wesentlichen als Oberbegriff für Hüftgelenk dysplasien (Inzidenz 2–3 %) und -luxationen (Inzidenz 1–2‰) aufgefaßt werden dürfte.

In den folgenden Ausführungen werden ausschließlich die relativen Häufigkeiten sog. ‚Verdachtsdiagnosen‘ berücksichtigt. Aus den hier dargestellten Ranglisten, die auf der Grundlage der relativen Häufigkeit der 5 wichtigsten Verdachtsdiagnosen des Früherkennungsprogramms der Kinder erstellt wurden, wird deutlich, daß insbesondere bei Mädchen die Zahl der ‚Hüftgelenksanomalien‘ im Vergleich zu anderen Diagnosekennziffern außerordentlich hoch ist.

## Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder Häufigkeit einzelner Zielkrankheiten U3 – U5 (Verdachtsdiagnosen – Mädchen 1993)

Rang	U3		U4		U5	
	Zielkrankheit	pro 10.000	Zielkrankheit	pro 10.000	Zielkrankheit	pro 10.000
1	Hüftgelenksanomalien	323,8	Hüftgelenksanomalien	196,6	Hüftgelenksanomalien	61,2
2	Cerebrale Bewegungsstörungen	28,7	Cerebrale Bewegungsstörungen	60,8	Cerebrale Bewegungsstörungen	36,6
3	Herzfehlbildungen	28,4	and. funktion. Entwicklungsstörungen	20,4	and. funktion. Entwicklungsstörungen	22,2
4	andere Skeletterkrankungen	8,0	Herzfehlbildungen	16,2	Herzfehlbildungen	10,3
5	Harnwegsfehlbildungen	7,7	Hauterkrankungen	9,5	Schielkrankheit	10,2

2

## Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder Häufigkeit einzelner Zielkrankheiten U3 – U5 (Verdachtsdiagnosen – Jungen 1993)

Rang	U3		U4		U5	
	Zielkrankheit	pro 10.000	Zielkrankheit	pro 10.000	Zielkrankheit	pro 10.000
1	Hüftgelenksanomalien	244,2	Hüftgelenksanomalien	180,5	Hüftgelenksanomalien	51,3
2	Cerebrale Bewegungsstörungen	32,2	Cerebrale Bewegungsstörungen	83,1	Cerebrale Bewegungsstörungen	43,3
3	Herzfehlbildungen	29,4	and. funktion. Entwicklungsstörungen	27,3	and. funktion. Entwicklungsstörungen	25,2
4	Harnwegsfehlbildungen	12,8	Herzfehlbildungen	14,9	Schielkrankheit	10,8
5	and. funktion. Entwicklungsstörung	7,5	Hauterkrankungen	11,9	Herzfehlbildungen	10,1

## Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder Häufigkeit einzelner Zielkrankheiten U6 – U7 (Verdachtsdiagnosen – Mädchen 1993)

Rang	U6		U7		U8	
	Zielkrankheit	pro 10.000	Zielkrankheit	pro 10.000	Zielkrankheit	pro 10.000
1	and. funktion. Entwicklungsstörung	28,8	Sprachstörungen	19,0	Sprachstörungen	35,4
2	Hüftgelenksanomalien	17,9	Schielkrankheit	15,7	Augenerkrankungen	17,2
3	Schielkrankheit	16,7	Herzfehlbildungen	10,1	Sehbehinderung, Blindheit	14,8
4	Cerebrale Bewegungsstörungen	16,4	Skelettfehlbildungen, andere	7,9	Schielkrankheit	14,4
5	Herzfehlbildungen	7,2	and. funktion. Entwicklungsstörungen	7,8	Skelettfehlbildungen, andere	12,7

## Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder Häufigkeit einzelner Zielkrankheiten U6 – U7 (Verdachtsdiagnosen – Jungen 1993)

Rang	U6		U7		U8	
	Zielkrankheit	pro 10.000	Zielkrankheit	pro 10.000	Zielkrankheit	pro 10.000
1	and. funktion. Entwicklungsstörung	29,6	Sprachstörungen	33,8	Sprachstörungen	57,9
2	Cerebrale Bewegungsstörungen	19,0	Geschlechtsorgane, Fehlbildungen	15,8	Emotionale, soz. Entwicklungsstörung	20,4
3	Schielkrankheit	18,1	Schielkrankheit	14,9	Geschlechtsorgane, Fehlbildungen	19,3
4	Hüftgelenksanomalien	12,4	Herzfehlbildungen	10,4	and. funktion. Entwicklungsstörungen	19,0
5	Geschlechtsorgane, Fehlbildungen	8,9	and. funktion. Entwicklungsstörungen	10,3	Augenerkrankungen	18,1

Während des gesamten ersten Lebensjahres zählt diese Zielkrankheit (DKZ 33) bei den Mädchen und bei den Jungen zu den fünf häufigsten Diagnosestellungen, wobei die entsprechenden Raten während der späteren Untersuchungsstufen deutlich gegenüber denjenigen der Untersuchungen im Alter von sechs Wochen (U3) und drei Monaten (U4) abnehmen. Die Häufigkeiten der hierauf in der Häufigkeit folgenden Diagnosekennziffern ‚Cerebrale Bewegungsstörungen‘ bzw. ‚Herzfehlbildungen‘ sind demgegenüber deutlich geringer.

Rechnete man noch die Zahl der ‚erstmalig gestellten‘ und ‚nicht näher spezifizierten Diagnosen‘ hinzu, so gelangt man zu dem Ergebnis, daß bei nahezu fünf Prozent aller bei der U3 untersuchten Mädchen und etwa 3,5% aller untersuchten Jungen als Ergebnis der Untersuchungen eine ‚Hüftgelenksanomalie‘ in die ‚Gelben Untersuchungshefte‘ eingetragen wird. Mithin ist davon auszugehen, daß annähernd die Hälfte der insgesamt bei dieser Untersuchungsstufe als ‚auffällig‘ beurteilten Kinder aufgrund des Verdachts einer Fehlentwicklung der Hüftgelenke weiteren diagnostischen Maßnahmen unterzogen wird.

Gegenüber dieser Rangordnung für die frühen Untersuchungen treten im Kleinkindalter bei Mädchen und Jungen Sprach- und Sprechstörungen, emotionale und soziale Entwicklungsstörungen sowie Schielkrankheiten und andere Erkrankungen zunehmend in den Vordergrund.

## KRITIK AM PROGRAMM

Das Früherkennungsprogramm ist in erster Linie als individualmedizinisches Programm entwickelt worden, dessen ursprünglich anvisierte Schwerpunktbereiche heute zunehmend in den Hintergrund zu treten scheinen. Nach Weidtmann hat eine nachhaltige Veränderung des Krankheitspanoramas infolge des weitgehenden Verschwindens von infektionsbedingten und durch Mangelernährung bedingten Erkrankungen dazu geführt, daß in der Praxis der Früherkennung die Entdeckung psychomotorischer Auffälligkeiten und die Beobachtung der psychischen und sozialen Entwicklung gegenwärtig einen höheren Stellenwert einnehmen. Dies aber führe zwangsläufig „zu großen Schwierigkeiten bei der Auswahl geeigneter Screening-Methoden [...], die den Anforderungen an Screening-Fähigkeit – Reliabilität (Reproduzierbarkeit), Validität (Gültigkeit oder Richtigkeit), Einfachheit und Akzeptanz – genügen“ (Weidtmann 1989, S. 310; Schöne 1992; Forfar 1988, S. 254ff.). Nach Schwartz hebt dieses Untersuchungsprogramm auf die frühzeitige Entdeckung vieler Zielkrankheiten ab, „bei denen eine versäumte Behandlung gefährlich ist, bei denen aber eine überflüssige Diagnostik nicht sehr riskant und teuer ist“ (Schwartz 1980, S. 1401). Im Unterschied zu Früherkennungsmaßnahmen für das Erwachsenenalter sei es daher vertretbar, die „Verdachtsschwelle sehr niedrig zu definieren, um nur ja alle Kranken zu entdecken unter Inkaufnahme vieler falsch positiver Fälle“ (Schwartz 1980, S. 1401).

Der frühzeitigen Entdeckbarkeit einer Vielzahl von pädiatrischen Erkrankungen oder Behinderungen sind selbst bei großer Untersuchungserfahrung und optimaler Handhabung

## **Kritik am Früherkennungsprogramm für Kinder**

- Geringe Inanspruchnahme durch untere soziale Schichten
- Nichtberücksichtigung bestimmter Zielkrankheiten
- Unzureichende Qualität in der Durchführung der Früherkennungsmaßnahmen („Über-/Unterdiagnostik“)
- Kein Ansatz zur Primärprävention (Elternberatung)
- Geringe Aussagekraft der Dokumentation für epidemiologische Fragestellungen

der medizinischen Diagnostik Grenzen gesetzt. Ferner ist für eine erhebliche Zahl von Erkrankungen eine präzise Abgrenzung der vielfältigen Entwicklungsvarianten von pathologischen Verläufen außerordentlich schwierig.

Seit vielen Jahren werden kritische Einwände gegenüber der Effektivität und der Effizienz des Früherkennungsprogramms vorgebracht. So wird Kritik an der offenbar nicht rechtzeitigen Erfassung von Kindern mit Hör- und Sehstörungen geübt (Pepler/Menz-Hackenberg 1983; Hohmann 1987). Andererseits hält man das Programm im Hinblick auf die in den Richtlinien enthaltenen Vorgaben für überfrachtet (Ohlenberg-Antony/Neuhäuser 1989), betont den Mangel an standardisierten Untersuchungsverfahren (Göge 1988) und vermutet eine nicht unerhebliche Überdiagnostik bestimmter Krankheitsbilder, beispielsweise bei Hüftgelenksanomalien und cerebralen Bewegungsstörungen (Lajosi/Allhoff 1985).

Insgesamt muß man zum gegenwärtigen Zeitpunkt festhalten, daß die im Rahmen des Früherkennungsprogramms relevanten Erkrankungen vielfach Definitionsprobleme aufwerfen, daß auch in den Richtlinien kaum standardisierte Untersuchungsverfahren zu deren Erkennung vorgegeben werden und daß die vermuteten Effektivitätsvorteile eines Screenings gegenüber einem rein klinisch orientierten Vorgehen bei einer Vielzahl von Zielkrankheiten zumindest umstritten sind (Zalewski 1985, S. 48; Collatz 1989). Nicht zuletzt der Mangel an geeigneten epidemiologischen Untersuchungen dürfte die eher nach individualmedizinischen als bevölkerungsmedizinischen Kriterien geleitete Auswahl von Zielkrankheiten dieses Früherkennungsprogramms gefördert haben. Andererseits wird man annehmen dürfen, daß infolge der regelmäßigen Vorstellung der Kinder zu den Untersuchungen gewisse positive Nebeneffekte im Sinne der Elternaufklärung über Ernährungsfragen, Pflege- und Erziehungsprobleme etc. erzielt werden (Weidman 1989, S. 311).

Aus der Sicht der ärztlichen Selbstverwaltung ist allerdings festzustellen, daß in der gegenwärtigen Debatte über die angeblichen Grenzen der Finanzierbarkeit die gesetzlichen Präventionsprogramme insgesamt stärker unter dem Aspekt der durch sie induzierten Folgebelastungen der vorgegebenen Budgets durch diagnostische und therapeutische Folgemaßnahmen betrachtet werden müssen.

## LITERATUR

- Collatz, J.: Rahmenbedingungen und Entwicklungstendenzen der Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder. In: MMG, 14. Jg., 1989, S. 220 – 233
- Forfar, J. O.: Changing paediatric perceptions and perspectives. In: ders. (Hrsg.), *Child Health in a Changing Society*. Oxford/New York/Tokyo 1988, S. 25–286
- Göge, G.: Kritik an pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen. In: *Neue Ärztliche*, Nr. 155, 16. August 1988, S. 5
- Hohmann, A.: *Früherkennung kindlicher Sehstörungen – Stand und Perspektiven*. Köln 1987
- Lajosi, F.; Allhoff, P.: Wie früh werden Gesundheitsstörungen im gesetzlichen Früherkennungsprogramm für Kinder erkannt? – Eine epidemiologische Auswertung – 1. Erstes Lebensjahr. In: *Gesundheitswesen*, 47 Jg., 1985, S. 72–79
- Ohlenberg-Antony, G.; Neuhäuser, G.: Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. In: *Sozialpädiatrie*, 20. Jg., 1989, S. 729–732
- Pepler, U.; Menz-Hackenberg, C.: *Systematische Literaturstudie zur präventiv-medizinischen Bewertung der Zielkrankheiten im Früherkennungsprogramm für Kinder*, unveröff. Mskpt. Köln 1983
- Schöne, L.: Kinderkrankheiten ändern ihr Antlitz. In: *Fortschr Med*, 110. Jg., 1992, S. 57–59
- Schwartz, F. W.: Zur Qualität und diagnostischen Effektivität des Kinderscreenings in der Bundesrepublik. In: *Kinderarzt*, 11. Jg., 1980, S. 1400–1406
- Weidman, V.: Sekundäre Prävention im Säuglings- und Kleinkindesalter. In: Bachmann, K. D.; Ewerbeck, H.; Joppich, G.; Kleihauer, E. et al., *Pädiatrie in Praxis und Klinik*, Bd. 1. Stuttgart/New York 1989, S. 308–313
- Zalewski, T.: *Effizienzanalyse zum Krankheitsfrüherkennungsprogramm der Kinder im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung*. München 1985

## 2.4. GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES

### VERWENDETE DATENQUELLEN IN LANDESGESUND- HEITSBERICHTEN ZUM KINDES- UND JUGENDALTER

**Dr. Bärbel-Maria Bellach, Dr. Thomas Ziese,  
Dr. Heidrun Kahl, Matthias Richter, Gabriela Röseler,  
Robert Koch-Institut, Berlin**

#### EINLEITUNG

Gesundheitsberichterstattung (GBE) soll kontinuierlich Veränderungen der gesundheitlichen Lage in der Bevölkerung (Monitoring) unter Berücksichtigung demographischer und sozialer Entwicklungen beobachten und einschätzen.

Die erste Stufe der GBE ist die Informationsbereitstellung, d.h. die Akquisition und Vorhaltung gesundheitsrelevanter Daten und Erhebungen. Auf deren Grundlage wird in einem zweiten Schritt der Gesundheitsbericht erstellt, für den eine differenzierte Interpretation der vorhandenen Daten und eine epidemiologische Bewertung durchgeführt wird. Der Anspruch, daß dies, einmal standardisiert zu Papier gebracht, die Gesundheitspolitik oder die Bevölkerung in ihrem Gesundheits- oder Inanspruchnahmeverhalten auch nur partiell beeinflussen könne, realisiert sich nicht im Selbstlauf, sondern erfordert weitere Schritte. Die Antwort auf die Frage, wer was wozu braucht, führt zu in Inhalt und Form sehr differenzierten Formen der Gesundheitsberichterstattung. Diese Differenzierung erreicht Adressaten, deren Aktivitäten Ergebnisse wie abgeleitete Gesundheitsziele, Präventions- und Interventionsmaßnahmen umsetzen. Dies kann Verhalten in der Bevölkerung verändern. Eine Übersicht über dieses Konzept des Regelkreises der GBE des Bundes gibt Abbildung 1. Ab 1998 wird das Robert Koch-Institut die Federführung der Bundes-GBE übernehmen und regelmäßig die Gesundheitsberichte des Bundes herausgeben. Für eine adressatengerechte Aufbereitung und Umsetzung der Gesundheitsberichte ist das RKI sehr an einer Zusammenarbeit mit der BZgA interessiert.

Eine eigene Gesundheitsberichterstattung des Bundes über Kinder und Jugendliche existiert zur Zeit nicht. Einige Länder geben jedoch Spezialberichte über die gesundheitliche Situation für Kinder heraus. In diesen Berichten ist der oben beschriebene, interventionsorientierte Ansatz bereits teilweise umgesetzt. Im folgenden soll eine grobe Übersicht über die bisher vorliegenden Berichte gegeben werden. Im Anschluß werden die verwendeten Datenquellen zusammengefaßt und die Themenbereiche benannt, in denen eine Verbesserung der Datenlage wünschenswert ist. Aus der Übersicht der in den Länderberichten verwendeten Datenquellen wird deutlich, daß viele Länder eigene Studien durchführen, um so gezielt Informationsdefizite für die regionale Gesundheitsberichterstattung schließen zu können.

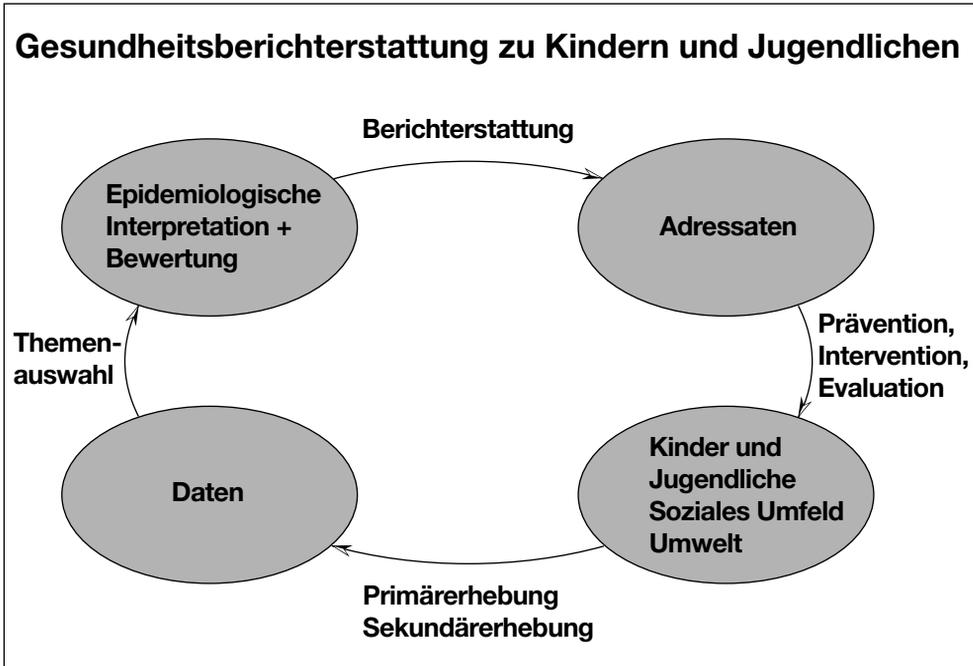


Abb. 1

Für viele Aspekte einer handlungs- und evidenzorientierten Gesundheitsberichterstattung, insbesondere zu den Bereichen soziales Umfeld, Krankheiten und Gesundheitsverhalten, stehen zu wenig Datenquellen mit Aussagekraft für die Bundesebene zur Verfügung.

In der Forschungsphase der Bundes-GBE wurde deutlich, daß große Teile der Berichte zu Morbidität, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsrisiken und Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung nur mit den Daten der drei Durchgänge des nationalen Gesundheitssurveys bzw. des „Survey Ost“ erstellt werden konnten.

Überträgt man die Erfahrung der Bundes-GBE in der Forschungsphase auf die Gesundheitsberichterstattung für das Kindes- und Jugendalter, wird die Notwendigkeit eines Kinder- und Jugendgesundheitsurveys deutlich. Bei einer zweckmäßigen Konzipierung eines solchen bundesweiten Surveys würden durch Synergieeffekte und modulare Länder-Bausteine sowohl auf regionaler als auch auf Bundesebene repräsentative Aussagen zu gesundheitlich relevanten Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen möglich. Ein Bundes-Gesundheitssurvey für Kinder und Jugendliche würde zusätzlich regionale Vergleiche erleichtern, da mit einheitlichem Instrumentarium Daten erhoben würden und für bundes- und länderspezifische Fragestellungen zur Verfügung stünden.



## **ANALYSE VORLIEGENDER GESUNDHEITSBERICHTE FÜR DAS KINDES- UND JUGENDALTER**

Gesundheitsberichte für Kinder und Jugendliche lagen für die folgenden Länder vor:  
Baden-Württemberg, Brandenburg, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein.

In anderen Gesamtberichten der Länder sind Daten, die das Kindes- und Jugendalter betreffen, nur in eingeschränktem Umfang enthalten; teilweise wird in einigen Gesundheitsberichten auf eine getrennte Publikation der Schuluntersuchungen verwiesen, in anderen Berichten waren, wie z. B. in Hessen, die Ergebnisse der Früherkennungs- und der Schuluntersuchungen (Einschulungsdaten) mit im Gesamtbericht dargestellt.

### **BERICHT NORDRHEIN-WESTFALEN: GESUNDHEIT DER KINDER IN NORDRHEIN-WESTFALEN**

Der 1. Teil des Berichtes konzentriert sich auf die Darstellung von Handlungskonzepten und Perspektiven der Landesregierung und stellt folgende gesundheitspolitische Schwerpunkte in den Mittelpunkt:

Zur Verbesserung der GBE bei Kindern und Jugendlichen wird auf die Weiterentwicklung der Berichtsmethodik bei Kinderärzten und den Schuluntersuchungen hingewiesen. Darüber hinaus wird für den Kinder-Jugendgesundheitsdienst die Funktions- und Aufgabenerweiterung (u. a. mit Blick auf die Bewertung von Bedingungen in Gemeinschaftseinrichtungen sowie die Zusammenarbeit mit Eltern, Lehrern, Behörden, Gesundheitseinrichtungen und Krankenkassen) zur Diskussion gestellt. Die Bedeutung umweltmedizinischer Aspekte auf die Kindergesundheit wird durch die Beteiligung an der internationalen Asthma/Allergiestudie ISAAC und die Untersuchungen von Schadstoffen in der Umwelt (Tabakrauch, Textilien, Verkehr, Baustoffe) beschrieben.

Initiativen im Bereich Gesundheit von Mutter und Kind (seit 1987) umfassen die Schaffung von Perinatalzentren, ein Hebammenprojekt mit aufsuchender Betreuung und eine Studie zum plötzlichen Kindstod (SIDS) mit Interventionsansätzen. Schwerpunkt in der Impfstrategie bleibt weiterhin die Sicherung der Erfolge für Polio, Diphtherie und Tetanus und die Steigerung der Impfrate für Masern, Mumps, Röteln, Pertussis etc. durch Angebote für die entsprechenden Bevölkerungsgruppen.

Bei den Krebserkrankungen (insbesondere Leukämie) wurde auch auf Versorgungsaspekte (beispielsweise die Behandlung in Spezialabteilungen und das Sichern der psychosozialen Betreuung) eingegangen. Schwerpunkt in der Prävention/Gesundheitsförderung bleibt die Suchtprävention mit einem 1990 verabschiedeten Landesprogramm, das sich an Ursachenforschung, Persönlichkeitsstärkung und gesundheitsfördernder Gestaltung von Lebensräumen orientiert. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Verkehrssicherheit mit einem Programm, dessen Maßnahmen sich vorrangig auf eine Schulwegsicherung, Geschwindigkeitsbegrenzung vor Schulen und die Verkehrserziehung (Fahrradhelme) konzentrieren.

Im 2. Teil des Berichtes erfolgt eine umfassende Darstellung des Gesundheitszustandes anhand eines breiten Spektrums von Indikatoren. Beginnend mit der demographischen Entwicklung wird die gesundheitliche Lage der Kinder altersmäßig gegliedert nach Säuglingen, Vorschul- und Schulkindern dargestellt. Todesursachen werden ausführlich für das erste Lebensjahr beschrieben. Weiter wird zu wesentlichen Erkrankungen bzw. Gesundheitsmarkern, darunter Infektionskrankheiten, Diabetes, Epilepsie, Hör-, Seh- und Verhaltensstörungen, Erkrankungen des Skelettsystems, Zahnerkrankungen, Unfälle, Ernährung und körperliche Aktivität berichtet.

Umfassend wird auch auf die Angebote und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung eingegangen. Das Spektrum reicht von der Beschreibung der genetischen Beratung, der pränatalen Diagnostik und der Schwangeren- und Neugeborenenversorgung, der ambulanten und stationären kinderärztlichen Versorgung, der wahrgenommenen Aufgaben durch Gesundheitsämter und umweltmedizinische Ambulanzen bis zur Tätigkeit von Selbsthilfegruppen. Auch die Anzahl von Betreuungseinrichtungen wie Kindergärten, Horte, Heime und Sonderschulen wird dokumentiert. Im Abschnitt Umwelt und Gesundheit wird der Darstellung der Luftschadstoffe (Quellen, Verbreitung) ein breiter Raum gewidmet, ebenso den Studien zur Wirkung dieser Schadstoffe auf die kindliche Gesundheit. Das betrifft Schadstoffe in der Luft durch Verkehr, Benzol, Schwermetalle, Radioaktivität, Lärm und Passivrauchen. Im letzten Abschnitt wird altersübergreifend auf Themen wie Gewalt, AIDS, Allergien, Krebserkrankungen, Behinderungen und Ergebnisse zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes eingegangen.

Zu den einzelnen Indikatoren wird, wo es möglich ist, der Vergleich zum Bundesdurchschnitt angegeben bzw. durch Literaturhinweise der Stand im internationalen Rahmen eingeschätzt.

## **BERICHT BADEN-WÜRTTEMBERG: ZUR GESUNDHEITLICHEN LAGE DER KINDER IN BADEN-WÜRTTEMBERG**

Der Bericht orientiert sich an der Gliederung des Indikatorenkatalogs der AGLMB. Nach den demographischen Angaben folgen sehr detailliert Ausführungen zur Prävention. Sie beginnen mit einer Darstellung der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge sowie den Ergebnissen der Perinatalerhebungen zu Risikobefunden und Frühgeburten. Sehr ausführlich wird auf das Neugeborenencreening zur Erfassung von angeborenen Stoffwechselstörungen eingegangen. Bei den Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen wird die Inanspruchnahme dargestellt. Es fehlen jedoch Angaben zu Entwicklungsstörungen bzw. -auffälligkeiten.

Eine Darstellung des Impfstatus bei Einschulung erfolgt für Masern, Mumps, Röteln, Pertussis, Tuberkulose, Polio, Diphtherie und Tetanus. Auch wird die Problematik der Impfschäden erwähnt. Kariesprophylaxe wird als Gruppenprophylaxe durch den ÖGD seit 1989 durchgeführt. Der Bericht zeigt die Interventionserfolge anhand des DMFT-Indexes.

Zu Umwelteinflüssen auf die Gesundheit werden Studienergebnisse zur Schadstoffbelastung in der Muttermilch, Pseudokrapp-Studien zum Zusammenhang zwischen Luftschadstoffen und kindlichen Atemwegserkrankungen und Allergiehäufigkeit bei Erstkläßlern angegeben. Über „Beobachtungsgesundheitsämter“ wurde 1992 bei Kindern ein Belastungsmonitoring zur Schwermetallbelastung im Blut und ein Wirkungsmonitoring zur Luftbelastung und Häufigkeit/Schwere von Atemwegserkrankungen und Allergien begonnen.

Der Teil Krankheiten im Kindesalter umfaßt eine ausführliche Darstellung wesentlicher Infektionskrankheiten (Enteritis, Meningitis/Encephalitis und Virushepatitis). Wie bei den Infektionserkrankungen sind auch die wichtigsten chronischen Krankheiten (Diabetes, Mukoviszidose, Krebserkrankungen) sehr ausführlich dargestellt bis hin zu psychosozialen Aspekten der Betreuung.

Bei der Darstellung der Fehlbildungen und erworbenen Behinderungen wird auf die Bedeutung sowohl der Perinatalerhebungen als auch auf das Mainzer Fehlbildungsregister eingegangen. Weiter wird neben der Beschreibung der ambulanten und stationären Versorgung ausführlich auf das Frühförderungssystem hingewiesen.

Der Bericht aus Baden-Württemberg bietet einen Überblick zu statistischen Grunddaten, chronischen Krankheiten und geht besonders auf notwendige Betreuungseinrichtungen (Frühförderung, Kita) ein. Die inhaltlichen Aussagen aus den Schuluntersuchungen sind nicht enthalten, da sie gesondert publiziert werden.

Zur Suchtproblematik und zum Gesundheitsverhalten liegen nur Ergebnisse von Drittkläßlern aus der „Pforzheimstudie“ vor. Wir schätzen ein, daß die generelle Einbeziehung von Studienergebnissen zu Gesundheitsproblemen, bei denen keine Routinedaten vorhanden sind, in diesem Bericht hervorzuheben ist, da dieses gleichzeitig Forschungsaktivitäten belegt. Mittels dieser Darstellungsweise bietet der Bericht für unterschiedliche Interessenten eine Fülle von Informationen, auch wenn einige Themen (Gewalt, Mißbrauch) nicht behandelt werden.

## **BERICHT BRANDENBURG: ZUR GESUNDHEIT DER SCHULANFÄNGER IM LAND BRANDENBURG; AKTIONSPROGRAMM DES LANDES BRANDENBURG**

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen legt zwei Berichte vor, die im Rahmen einer Gesundheitsberichterstattung für Kinder und Jugendliche gesehen werden können.

Der Bericht „Zur Gesundheit der Schulanfänger im Land Brandenburg“ hat drei Schwerpunkte:

1. Gesundheitszustand der Schulanfänger
2. Einfluß der sozialen Lage auf Gesundheitsverhalten, Gesundheit, Inanspruchnahme und Zugang zu Präventionsmaßnahmen
3. beispielhafte Beschreibung der Präventionsmaßnahmen zu Impfungen, Verkehrsunfällen und Jodversorgung.

Insgesamt ist der Bericht sehr anwendungsorientiert und arbeitet den Handlungsbedarf, der sich aus der Einschätzung des Status quo ableitet, deutlich heraus. Im Anhang finden sich umfangreiche Regionalvergleiche der Städte und Landkreise innerhalb Brandenburgs.

Der zweite Bericht „Aktionsprogramm des Landes Brandenburg – Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ beschreibt drei Schwerpunkte der Brandenburger Gesundheitsziele. Der erste Schwerpunkt betrifft die Schwangerschaft und das Säuglingsalter. Beschrieben werden die Ziele zur Verbesserung der Schwangerenbetreuung, zur Senkung der Frühgeborenenrate, zur Senkung der Säuglingssterblichkeit, zur Verbesserung der Versorgung von Säuglingen und zur Förderung des Stillens. Im zweiten Handlungsschwerpunkt, der sich auf das Kleinkind- und Vorschulalter konzentriert, werden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Kindergärten und zur Frühförderung behinderter Kinder aufgeführt. Weitere Gesundheitsziele für diese Altersgruppe betreffen den Impfschutz, Verkehrsunfälle und Mißhandlung.

Kinder und Jugendliche im Schulalter bilden den dritten Schwerpunkt des Aktionsprogramms: Beschrieben werden die Maßnahmen zu einer verstärkten Integration, zur Gesundheitsförderung innerhalb von Schulen und zur Verbesserung der Zahngesundheit. Ein weiterer Schwerpunkt ist der Suchtmittelkonsum von Jugendlichen. Schließlich wird auch noch kurz auf zukünftige handlungsorientierte Auswertung und Bewertung der Schulreihenuntersuchungen eingegangen.

## **BERICHT HAMBURG: GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN IN HAMBURG**

Auf der Grundlage bereits vorliegender Berichte (1990/1991) hat Hamburg versucht, den Gesundheitsbericht durch die Formulierung neuer Zielvorgaben zu konkretisieren. Durch das Aufzeigen von Interventionsbereichen und Überlegungen zu erforderlichen Maßnahmen sollte eine gemeinsame Orientierung der unterschiedlichen Akteure im Kinder- und Jugendbereich ermöglicht werden.

Die festgelegten Prioritäten/Ziele greifen den Handlungsbedarf aus den ersten Berichten auf. Sie umfassen die SST, untergewichtige Neugeborene, den Impfschutz, Gewalt gegen Kinder, Stillförderung, legale Drogen, Körpergewicht, Zahngesundheit, ungewollte Schwangerschaften, Suizid, Unfallhäufigkeit und die soziale Lage und Gesundheit.

In den Abschnitten „Was ist geschehen?“ und „Wie geht's weiter?“ werden durchgeführte Maßnahmen sowie der Erfolg bzw. Mißerfolg im Hinblick auf die Zielvorgabe eingeschätzt und Schlußfolgerungen für das weitere Vorgehen gezogen. Dies umfaßt auch das interdisziplinäre und intersektorale Herangehen an bestimmte Problemlösungen. Dabei werden die Prioritäten in Abstimmung mit Fachleuten aus den Behörden und Experten gesetzt. Somit wird eine größere Transparenz und Akzeptanz von Zielvorgaben und Maßnahmen bei allen Berufsgruppen und Einrichtungen erreicht, die Verantwortung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen tragen.

## **BERICHT SCHLESWIG-HOLSTEIN: ZUR GESUNDHEITSLAGE DER KINDER IN SCHLESWIG-HOLSTEIN**

In der Grobstruktur entspricht der Bericht auch dem Gliederungsprinzip der zur Zeit aufgebauten Bundes-Gesundheitsberichterstattung.

Der Bericht beginnt mit einer Übersicht zur Altersstruktur der Bevölkerung mit Schwerpunkt bei den Kindern und Jugendlichen im Zeitverlauf. Es folgt eine Übersicht zu einzelnen Todesursachen.

Zu den gesundheitlich relevanten Verhaltensweisen wird über Stillen, Beteiligung an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen berichtet. Weiter wird auf gesundheitliche Umwelt Risiken eingegangen. Neben den Aussagen, die aus der Unfallstatistik gewonnen werden, finden sich Informationen zu Rückständen in Frauenmilch und dem Ausmaß der Bodenbelastung auf Spielplätzen.

Im Bereich der medizinischen Infrastruktur werden der Umfang und die Art der Versorgung beschrieben. Schwerpunkt dieses Bereichs liegt in einer Übersicht über tätige Kinderärzte und die Leistungen der Kinderkrankenhäuser bzw. Kinderabteilungen.

## **DATENQUELLEN DER GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG IM KINDES- UND JUGENDALTER**

Zu einzelnen Aspekten wird im folgenden näher eingegangen:

1. Soziodemographische Angaben
2. Mortalität
3. Morbidität/Früherkennung
4. Gesundheitszustand/Entwicklung/Gesundheitsverhalten
5. Umwelt
6. Betreuungs- und Fördereinrichtungen

## **SOZIODEMOGRAPHISCHE ANGABEN**

In der soziodemographischen Charakterisierung dieser Bevölkerungsgruppe werden neben der Altersstruktur der Migrantenstatus, die Wohnsituation, der Familienstand und Sozialstatus dargestellt. Differenzierungen nach dem Bildungsgrad der Eltern, dem Anteil Alleinerziehender und Sozialhilfeempfänger sowie nach Angaben zur Betreuungssituation sind nur zum Teil vorhanden. Das sind jedoch wichtige soziale Faktoren, deren Einfluß auf den Gesundheitszustand vielfach nachgewiesen ist. Diese Parameter in Beziehung zu Gesundheitsindikatoren ermöglichen erst das Erkennen von gesundheitlichen Problemlagen und damit die Chance einer Prävention. Datenquellen für diese Angaben sind das Statistische Landesamt, das Sozialamt und der Mikrozensus.

## **MORTALITÄT**

Angaben zur Mortalität im ersten Lebensjahr fehlen kaum. Die Früh- und Spätsterblichkeit und häufigsten Todesursachen sind meist ausführlich ausgewiesen. Dabei wird den untergewichtigen Säuglingen und der SIDS-Problematik viel Raum gegeben. Als Quellen werden die Todesursachenstatistik, die Perinatalerhebungen und das Fehlbildungsregister genannt. Ein erfolgreiches präventives Vorgehen bei SIDS durch ein spezielles Programm wird im Bericht aus Nordrhein-Westfalen beschrieben. Auch im Gesamtbericht Köln wird dieses Thema ausführlich dargestellt.

In den folgenden Altersgruppen stehen Unfälle als Todesursache im Vordergrund, wobei die verfügbaren Angaben nicht differenziert genug Auskunft über die Art der Unfälle (z. B. Freizeitbereich) geben. Als alleinige Quelle reicht die Verkehrsstatistik nicht aus. Weiterhin sind für die Sterblichkeit im Kindesalter Tumorerkrankungen, insbesondere die Leukämie, von Bedeutung. Ausführliche Darstellungen bieten die Berichte aus Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Angaben dazu resultieren aus den Krebsregistern der Länder, dem Kinderkrebsregister in Mainz und der Dachdokumentation Krebs am RKI.

Das Thema HIV-Infektion und AIDS bei Kindern wird lediglich im Bericht aus Baden-Württemberg behandelt, obwohl die soziale Problematik (Betreuung, Reaktionen des Umfeldes) in der Öffentlichkeit zunehmend an Bedeutung gewinnt.

## **MORBIDITÄT/FRÜHERKENNUNG**

Bei der Morbidität werden meist Angaben zu den meldepflichtigen Infektionskrankheiten dargestellt, auch zum Stand des Impfschutzes. Ausführlich wird dazu im Gesundheitsbericht aus Baden-Württemberg auf einzelne Krankheitsbilder (Encephalitis/Meningitis, Enteritis, Virushepatitis und Tuberkulose) eingegangen. Solche Angaben fehlen in ande-

ren Berichten, ebenso Aussagen darüber, wie häufig andere akute Erkrankungen (z. B. der Atemwege) auftreten, die gerade im Säuglings- und Kleinkindalter eine dominierende Rolle auch für die Entwicklung chronischer Verläufe spielen.

Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchungen werden als Datenquellen zur Darstellung der Häufigkeit von Gesundheits- und Entwicklungsauffälligkeiten in den Gesundheitsberichten kaum genutzt, vorrangig wird die Inanspruchnahme dargestellt. Angaben zu auffälligen Befunden an den Sinnesorganen, des Bewegungsapparates, des Nervensystems bzw. zu speziellen Krankheitsbildern, wie Diabetes, Mukoviszidose, Neurodermitis/chronischem Ekzem, resultieren daher überwiegend aus der Erfassung bei den Einschulungsuntersuchungen. Dies betrifft ebenso Angaben zu Allergien, wobei durch eine Reihe neuer Studien jetzt verifizierte Ergebnisse zur Häufigkeit und Art allergischer Symptome und Erkrankungen sowie Ursachenkomplexen vorliegen.

Psychische/soziale Verhaltensauffälligkeiten als Indikatoren werden nur im Bericht aus Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen dargestellt. Ansonsten wird die kinderpsychiatrische Versorgung eingeschätzt, deren Betreuungszahlen aber keinen Rückschluß auf die tatsächliche Prävalenz bieten. Auf die Notwendigkeit einer besseren Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten wird dagegen im Bericht aus Berlin-Hohenschönhausen hingewiesen. Das trifft auch auf Beschwerdebhäufigkeiten zu, die gerade im Kindes- und Jugendalter Hinweise auf Belastungssituationen bieten.

## **GESUNDHEITZUSTAND/ENTWICKLUNG/GESUNDHEITSVERHALTEN**

Entwicklungsauffälligkeiten (z. B. Hör-, Sehstörungen, Störungen der Sprachentwicklung und Motorik), die einer gezielten Frühbehandlung bzw. Frühförderung zugeführt werden können, sind in den Früherkennungsuntersuchungen unterrepräsentiert und häufig in den Berichten nicht ausgeführt. Auf die Notwendigkeit einer inhaltlich-methodischen Überprüfung und Verbesserung dieser Untersuchung wurde durch Experten bereits 1993 auf der Präventionskonferenz des BMG hingewiesen. Die Aktivitäten des ÖGD (Münster) und des Public Health-Projektes „Erweiterung der EUS“ zielen auf diese Erfordernisse ab. In den Berichten aus NRW und Baden-Württemberg wird auf die Frühförderung sehr ausführlich eingegangen. Dabei werden die Koordinierung und Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Trägern behandelt und Bedarfslücken bei Fördereinrichtungen aufgezeigt.

Der Gesundheitszustand bezüglich der Berücksichtigung normaler Entwicklungsparameter (Körpergröße und Körpergewicht, Reifemerkmale, z. B. Menarche) wird allein im Berliner Gesundheitsbericht beschrieben. In der Regel findet nur Übergewicht als Risikofaktor Beachtung.

Angaben über das Gesundheitsverhalten resultieren in den Berichten vor allem aus regionalen Studien wie z. B. der „Pforzheimstudie“ aus Baden-Württemberg und der „Prävalenz des Konsums von Alkohol, Tabakwaren und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ des EFB Berlin. Dabei stehen gesundheitsschädigende Risikoverhaltensweisen im Mittelpunkt. Stillverhalten, Sexualverhalten, sportliche Aktivitäten werden eher selten dargestellt, was vielfach auch der mangelnden Datenlage geschuldet sein dürfte.

## **UMWELT**

Umwelteinflüsse (Luftschadstoffe, Muttermilchbelastung) und soziale Aspekte in ihrem Zusammenwirken auf die Gesundheit von Kindern wurden nur in einigen Berichten angesprochen. Die Aussagen resultierten aus speziellen Untersuchungen.

## **BETREUUNGS-FÖRDEREINRICHTUNGEN**

Die Darstellung der Institutionen und Strukturen, die für die Versorgung der Kinder und Jugendlichen (Schwangerenvorsorge, sozialpädiatrische und sozialpädagogische Einrichtungen, ÖGD, kinderpsychiatrischer/sozialpsychologischer Dienst) verantwortlich sind, umfaßt das Aufgabenspektrum, die Einschätzung der Inanspruchnahme (Häufigkeit, Gründe) und die Bedarfsdeckung.

## **QUELLEN**

Die vom RKI erarbeitete Übersicht macht deutlich, daß die Statistischen Landesämter und ähnliche Einrichtungen die wichtigsten Datenlieferanten darstellen. Das Spektrum umfaßt:

Statistische Landesämter, Abt. beim Senat (Berlin), Senator für Gesundheit (Bremen), Gesundheitsämter, Statistisches Bundesamt, BMG-Veröffentlichungen, Landesgesundheitsämter, Krebsregister der Länder, Landesamt für DV und Statistik (NRW).

Die Quellen der Schuleingangsuntersuchungen (EUS) und der Schulentlassungsuntersuchungen (SEU) werden hier ebenfalls eingeordnet, da sie meist in medizinisch-statistischen Abteilungen der Gesundheitsämter ausgewertet werden. Das Landessozialamt und die Behörden für Arbeit, Gesundheit und Soziales werden als Quelle für die sozialen Daten angeführt.

Diese wesentliche Datenquelle steht für die Bundesebene nicht zur Verfügung.

Die Daten der KV und der Krankenkassen (AOK) werden selten als Quelle genannt. Obwohl sie eine Vielzahl von dokumentierten ärztlichen Leistungen erfassen, werden sie kaum genutzt, da sie nicht immer ausreichend nach epidemiologischen Erfordernissen aufbereitet sind.

## 2.5. ZUSAMMENFASSUNG DER DISKUSSION

Die Beiträge und die gemeinsame Diskussion zeigen, daß ein breites Spektrum an nutzbaren Quellen existiert, von Surveys über Melderegister bis zu heterogenen epidemiologischen Studien. Einige Daten werden speziell für die Zielgruppe Kinder (und Jugendliche) erhoben, andere Untersuchungen ermöglichen eine Auswertung bevölkerungsbezogener Daten für Kinder als gesonderte Altersgruppe. Die elektronischen Medien ermöglichen es heute, auch Datenquellen z.B. aus den USA zu nutzen oder im Zentralarchiv erhältliche Datensätze einer Sekundärauswertung zu unterziehen.

Die Datenqualität der Erhebungen oder Erfassungen wurde z.T. kritisch diskutiert. Bei einigen Datenquellen ließe sich die Datenqualität verbessern, z.B. durch bundesweite Standardisierungen (Einschulungsuntersuchungen) oder durch eine bessere Erfassung und Erhöhung der Teilnahmerate.

Eine Verknüpfung von differenzierten Indikatoren der sozialen Lage und Indikatoren der Gesundheit bzw. der Entwicklung, wie sie für eine Zielgruppenpräzisierung und die Lokalisierung von Risikogruppen hilfreich wäre, findet sich vor allem in kleinräumigeren, d.h. in der Regel regional begrenzten Studien. Bei diesen Studien stellt sich aber die Frage der Verallgemeinerbarkeit für das gesamte Bundesgebiet. Zudem wurde angemerkt, daß in einzelnen Untersuchungen häufig Gesundheitsdaten nicht nach sozialen Merkmalen ausgewertet werden und daß die Vergleichbarkeit von Untersuchungen erschwert ist durch eine uneinheitliche Operationalisierung von Indikatoren der sozialen Lage. Auswertungen unter Einbezug von Sozialindikatoren wurden aber als sinnvoll und wichtig erachtet, da sie den Einfluß der Kontextbedingungen auf die Entstehung von Problemen, von Risiko- ebenso wie von Protektivfaktoren abbilden können.

In der Diskussion wurde weiterhin aufgezeigt, daß die Daten in der Regel problem- und defizitorientiert erhoben werden. Auch ist die psychische und soziale Entwicklung von Kindern nur schwer erfaßbar und in der medizinischen Diagnostik nur begrenzt abbildbar. Da bei der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche der Aspekt der Entwicklung der Person im Vordergrund steht, wurden Überlegungen zur Formulierung spezifischer *Entwicklungsindikatoren* neben Gesundheitsindikatoren für ein effizientes turnusmäßiges Monitoring des Gesundheitszustandes von Kindern eingefordert.

In der Diskussion bestätigt wurden auch die Gesundheitsbeeinträchtigungen und Probleme, die als Ergebnisse der Früherkennungsprogramme und der Schuleingangsuntersuchungen berichtet worden waren, und die teilweise auch in den Gesundheitsberichten der Länder aufgegriffen werden: Sprach- und Sprechstörungen, Augenerkrankungen und Sehbehinderungen, emotionale und soziale Entwicklungsstörungen und

Bewegungsstörungen und Adipositas. Diese inhaltlichen Ergebnisse werden in den folgenden Beiträgen vertieft.

Als Fazit wurde ein Bedarf an bundesweiten turnusmäßigen Erhebungen mit relevanten Entwicklungs- und Gesundheitsindikatoren festgestellt, die für ein Monitoring des Gesundheitszustandes von Kindern geeignet sind. Diese Daten sollten zusammen mit den anderen genannten Quellen in einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung für Kinder aufbereitet und allgemein zugänglich gemacht werden.



**GESUNDHEIT VON KINDERN –  
BEDINGUNGSKONTEXTE**

# 3.1. VORBEMERKUNG

Für eine genauere Bestimmung von Risikoaffinitäten, Bedarfslagen, Interventionsfeldern für Zielgruppen von Gesundheitsförderung ist eine Analyse wichtig, welche Bevölkerungsgruppen in besonderem Maß bestimmte Problemlagen und ein Defizit an Gesundheitsressourcen – Information, Motivation und Kompetenzen zu gesundheitsförderlichem Verhalten – aufweisen und daher einen gezielten Bedarf an gesundheitlicher Aufklärung haben. Daten zur Verteilung von gesundheitlichen Problemen sollten ergänzt werden durch Untersuchungen zu differenzierten Entstehungskontexten und zur Verteilung von Risiken und Protektivfaktoren.

Bekannt ist, daß untere soziale Schichten aufgrund einer Kumulation von sozialen und gesundheitlichen Problemen und einem schlechteren Zugang zu Gesundheitsressourcen stärker belastet sind. Hier sind vermittelnde Faktoren zwischen der Sozialschichtzugehörigkeit oder sozialer Benachteiligung einerseits und Gesundheitsproblemen andererseits näher zu benennen, um faßbare Ansatzpunkte für gesundheitliche Aufklärung zu gewinnen.

Anhand der Ergebnisse dieser tiefer gehenden Analyse können Anforderungen an die Gesundheitsförderung für Kinder diskutiert und kann der Bedarf im einzelnen bestimmt werden.

H.G. Schlack stellt internationale Ergebnisse zum Einfluß sozialer Faktoren auf die Gesundheit von Kindern – insbesondere relevant hier: Unfallhäufigkeit, chronische Krankheiten und Bereitschaft zu gesundheitsbewußtem bzw. -schädigendem Verhalten – dar und benennt günstige und ungünstige Faktoren für die mentale und sozio-emotionale Entwicklung (3.2.). Der Beitrag von H. Mersmann zeigt anhand einer Auswertung der Einschulungsuntersuchungen in Köln 1996 nach Stadtteilen mit unterschiedlich hoher Dichte von Sozialhilfeempfängern (die ihrerseits in Beziehung steht mit der Höhe des Ausländeranteils) einen linearen Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und spezifischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (3.3.). Ch. Palentien, W. Settertobulte und K. Hurrelmann stellen unter anderem Ergebnisse des Bielefelder Grundschulsurveys vor und diskutieren die Rolle der Familie als Umfeld gesundheitlicher Entwicklung, als Schutzfaktor, aber gerade in Zeiten sich verändernder familialer Lebensbedingungen auch als Belastungsfaktor und als Mediator von Sozialschichteffekten (3.4.). In der gemeinsamen Diskussion wurden Leitlinien, Strategien und Bedarfe, die sich aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen und aus den Erfahrungen der Experten und Expertinnen als Konsequenzen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung im Kindesalter herleiten lassen, diskutiert, Handlungsansätze und Kooperationspartner benannt und der Bedarf an Koordination und Informationsaustausch festgestellt (3.5.).

# 3.2. **LEBENSWELTEN VON KINDERN ALS DETERMINANTEN VON GESUNDHEIT UND ENTWICKLUNG**

**Prof. Dr. Hans G. Schlack,  
Rheinisches Kinderneurologisches Zentrum, Bonn**

Der Begriff „Lebenswelten“ wird im Kontext dieser Darstellung als Ausdruck der unterschiedlichen Qualitäten sozialer Lebensbedingungen benutzt, d.h. für soziales Privilegiert- bzw. Benachteiligtsein und die damit verbundenen Auswirkungen auf Gesundheit und Entwicklung.

Soziale und ökonomische Lebensverhältnisse haben eine weitreichende Auswirkung auf die Gesundheit und Lebenserwartung der Kinder. Am Ende des 19. Jahrhunderts wurde auf die enorme Diskrepanz zwischen der hohen Kindersterblichkeit unter Arbeiterkindern und der geringen, sich fast schon auf dem heutigen Niveau bewegenden Sterblichkeit unter den Kindern der privilegierten Schichten des Adels hingewiesen. Heute, am Ende des 20. Jahrhunderts, in welchem grundlegende Verbesserungen des Gesundheitswesens, der sozialen Sicherung und des Ausgleichs sozialer Benachteiligung erreicht wurden, bestehen gleichwohl noch immer erhebliche Unterschiede in der Gesundheit und den Entwicklungschancen der Kinder, bedingt durch soziale und ökonomische Faktoren.

Welche Faktoren spielen dabei eine wesentliche Rolle? Man kann sie unterteilen in Kriterien der äußeren Lebensumstände und in Kriterien der sozialen Interaktion (Abb. 1).

## **FAKTOREN SOZIALER BENACHTEILIGUNG**

### **I. Äußere Lebensumstände**

**Niedriger Sozialstatus, Armut  
Unvollständigkeit/Instabilität der Familie  
Schlechte Wohnverhältnisse  
Minderheitenstatus, Ausgrenzung  
Eingeschränkte Bildungschancen**

### **II. Soziale Interaktion**

**Unerwünschtheit des Kindes, Vernachlässigung  
Wenig oder einseitige Anregung  
Psychische Erkrankung der Bezugsperson(en)  
Gewalt in der Familie  
Überforderung des Kindes**

Abb. 1

Diese Differenzierung entspricht gewissermaßen einer makroskopischen bzw. mikroskopischen Betrachtungsweise. Dabei handelt es sich aber nicht um eine Auflistung voneinander unabhängiger Faktoren. Vielmehr sind die Belastungsfaktoren in den äußeren Lebensbedingungen mehr oder weniger eng miteinander korreliert, und gemeinsam üben sie nachhaltigen Einfluß auf die Interaktion zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen aus.

Kinder werden in ihre soziale Situation hineingeboren, und als Abhängige können sie diese, vor allem in den ersten Lebensjahren, nicht bestimmen oder verändern. Vergleiche zwischen unterschiedlichen Lebensbedingungen von Kindern nehmen deshalb meist Bezug auf die Familie, und zwar auf deren sozio-ökonomischen Status. Als Kennzeichen des sozio-ökonomischen Status dienen in erster Linie das Familieneinkommen, die berufliche Stellung des „Familienoberhaupts“ und die schulische Bildung der Eltern.

Obwohl es Gründe gibt, die Aussagekraft solcher Einzelkriterien in Frage zu stellen (z.B. in einer Zeit, in der eine akademische Ausbildung keine Garantie gegen Arbeitslosigkeit und Armut ist), ist es doch eindrucksvoll, in welchem Maße die seelische und körperliche Gesundheit mit dem auf diese Weise definierten sozio-ökonomischen Status zusammenhängt. Dafür einige Beispiele:

- Die intellektuelle Entwicklung hängt, vor allem vom 2. Lebensjahr an, entscheidend vom sozio-ökonomischen Status ab. Dies zeigt z. B. die Rochester-Längsschnittstudie (Sameroff u. Seifer 1983), ebenso wie viele andere Studien mit analogen Ergebnissen.
- Die Kompensation von biologischen Entwicklungsrisiken wird wesentlich von den Einflüssen sozio-ökonomischer Bedingungen bestimmt. Das ist in vielen Studien z. B. an ehemals frühgeborenen Kindern bestätigt worden, z. B. in der Züricher Längsschnittstudie (Largo et al. 1990).

Die folgenden Beispiele sind einer aktuellen britischen Dokumentation entnommen (Woodroffe et al. 1993). Darin sind Daten zu Mortalität und Morbidität im Kindesalter nach der Zugehörigkeit zu sozialen Schichten differenziert. Vergleichbare Daten aus Deutschland liegen nicht vor. Die Schichtzugehörigkeit wird nach der beruflichen Qualifikation des Haushaltsvorstands definiert, auf den Diagrammen jeweils links mit akademischen Berufen (Ärzte, Richter) beginnend (I); es folgen leitende Angestellte (II), qualifizierte Angestellte mit nicht-manueller Tätigkeit (III N), Facharbeiter mit manueller Tätigkeit (III M), minderqualifizierte Arbeiter (IV) und schließlich ungelernete Arbeiter (V). Wie aus den Befunden hervorgeht, sind Kinder aus niedrigen Sozialschichten in mehrfacher Hinsicht gefährdet:

- Die postnatale Säuglingssterblichkeit ist 2–3mal so hoch wie in den oberen Sozialschichten (Abb. 2).

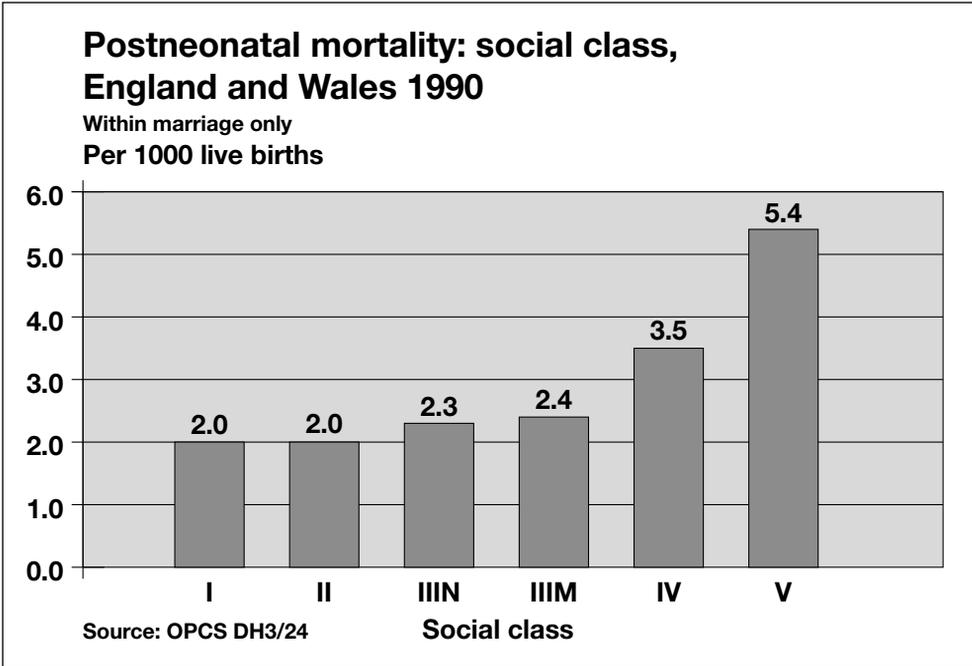


Abb. 2: Postnatale Säuglingssterblichkeit und soziale Schicht

- Deutlich erhöht ist auch die Häufigkeit von Kindern, die mit einem Gewicht von weniger als 2.500 g geboren werden, einer Bedingung, die mit erhöhtem Risiko von Todesfällen im 1. Lebensjahr und von Behinderungen verbunden ist (Abb. 3).
- Die Kindersterblichkeit jenseits des 1. Lebensjahres verhält sich wie die Säuglingssterblichkeit (Abb. 4).
- Angeborene Fehlbildungen als Teilursache der Kindersterblichkeit treten in den unteren Schichten gehäuft auf (Abb. 5). Eine der in dieser Statistik enthaltenen angeborenen Fehlbildungen ist die Spina bifida. Bei ihr ist inzwischen erwiesen, daß Folsäuremangel zu ihrer Entstehung disponiert bzw. daß prophylaktische Folsäuresubstitution bei Frauen das Auftreten von Spina bifida bei ihren Kindern verhindern kann. Dieses Beispiel liefert ein Erklärungsmodell zur Pathogenese: eingeschränkte materielle Lebensbedingungen – qualitativ unzureichende Ernährung der werdenden Mutter – pränatale Entwicklungsstörung des Kindes.
- Die Mortalitätsrate durch Unfälle ist 2–3mal höher als bei Kindern aus höheren Sozial-schichten (Abb. 6). Hier werden die ungünstigen Wohnverhältnisse als wesentlicher Bedingungsfaktor angesehen.
- Die Häufigkeit verschiedener akuter Erkrankungen ist erhöht; beispielhaft wird die Morbidität an Pneumonie bei Fünfjährigen dargestellt (Abb. 7).
- In ähnlicher, wenn auch nicht ganz so ausgeprägter Weise ist auch die Prävalenz chronischer Erkrankungen erhöht (Abb. 8).

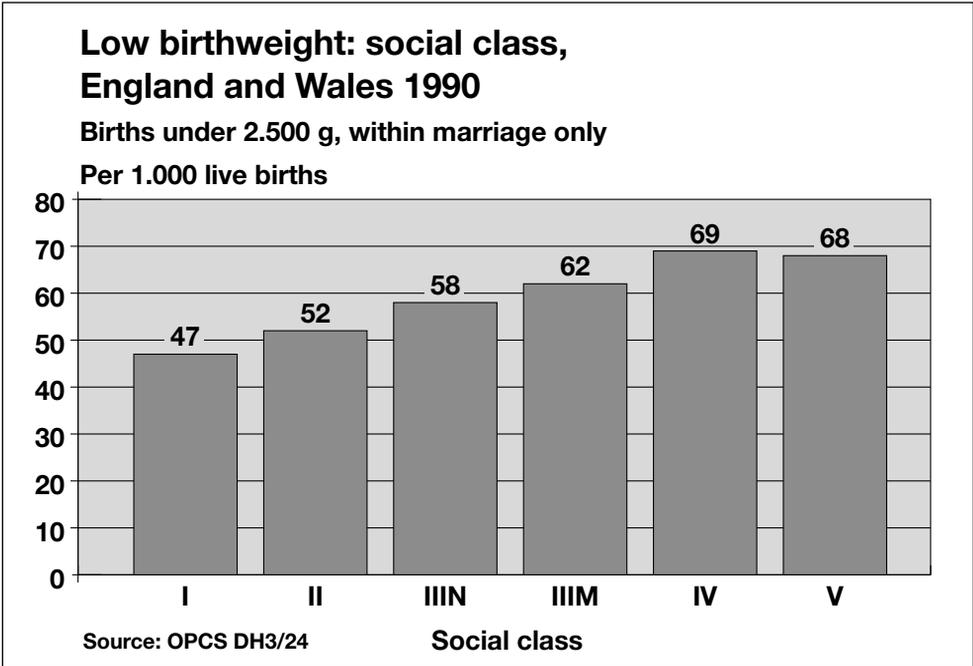


Abb. 3: Niedriges Geburtsgewicht und soziale Schicht

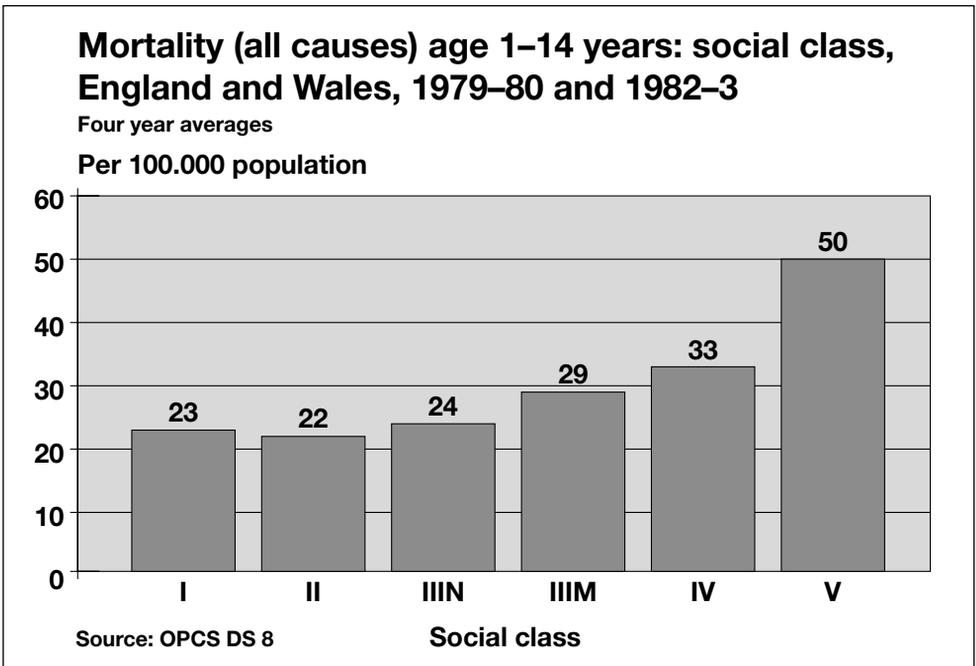


Abb. 4: Kindersterblichkeit und soziale Schicht

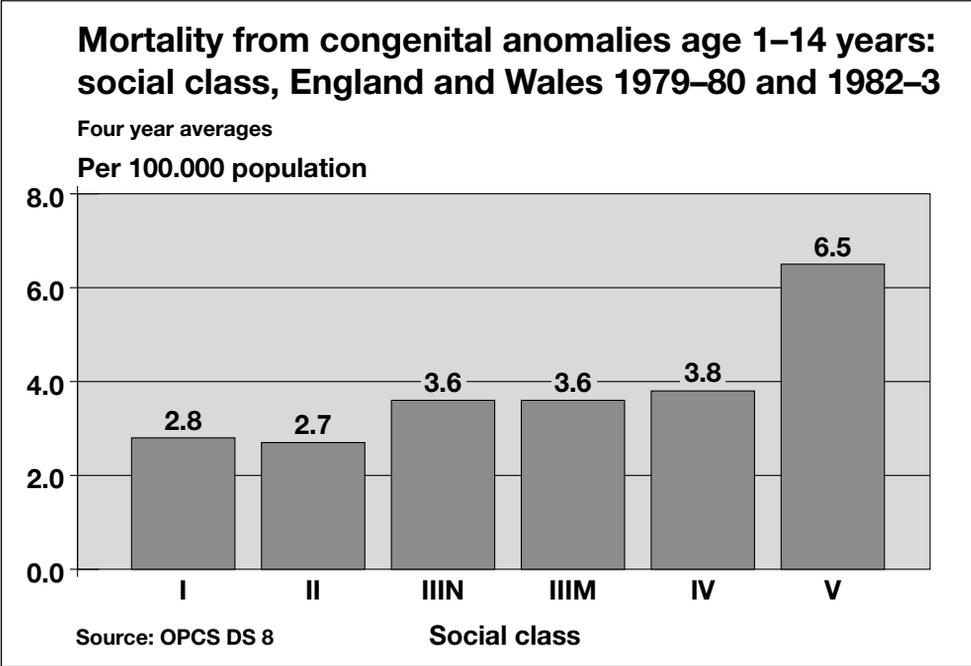


Abb. 5: Soziale Schicht und angeborene Fehlbildungen als Teilursache der Kindersterblichkeit

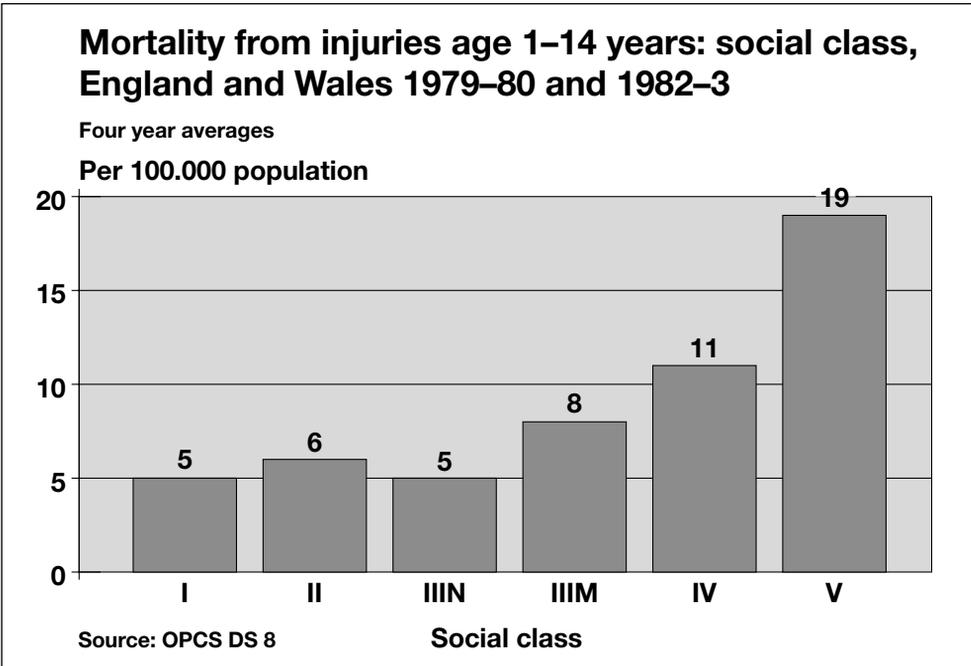


Abb. 6: Soziale Schicht und Mortalität durch Unfälle

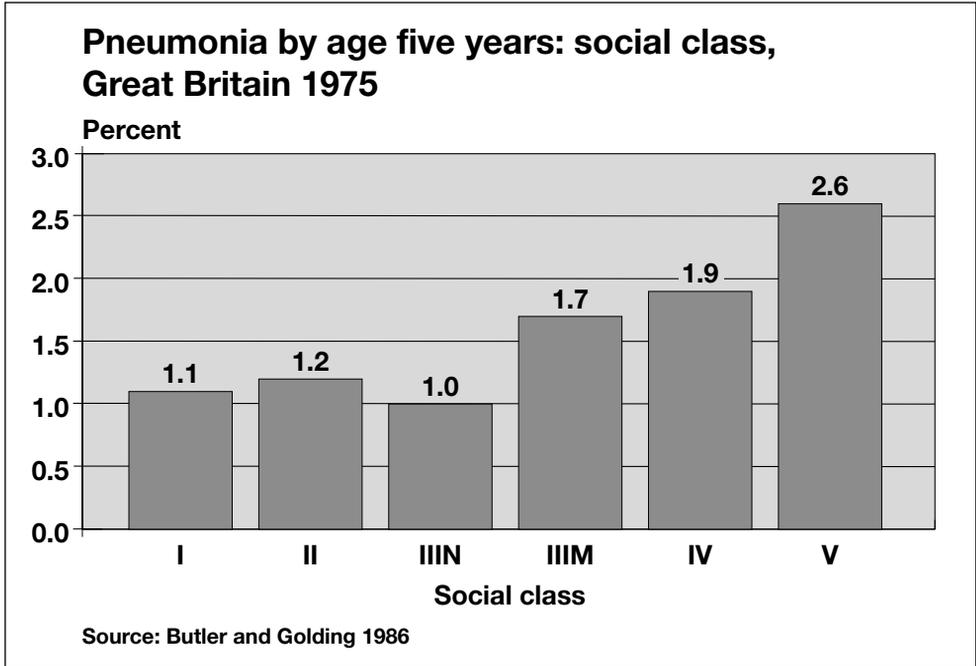


Abb. 7: Soziale Schicht und Morbidität an Pneumonie

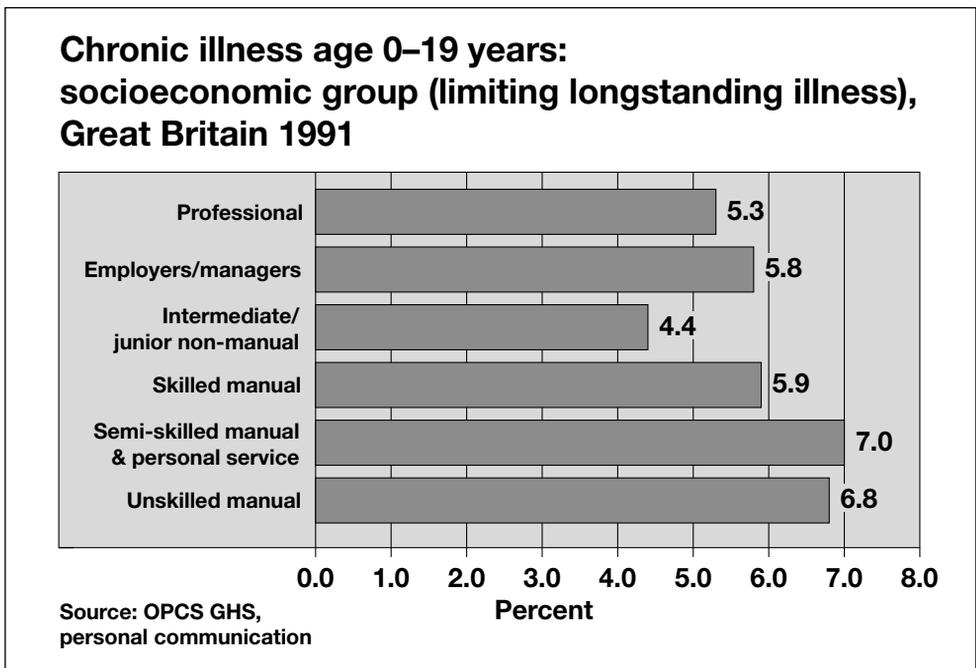


Abb. 8: Soziale Schicht und Auftreten chronischer Erkrankungen

- Und schließlich nimmt das soziale Milieu offensichtlich Einfluß auf die Bereitschaft zu gesundheitsbewußtem bzw. gesundheitsschädigendem Verhalten, hier dargestellt am Beispiel des Rauchens (Abb. 9).

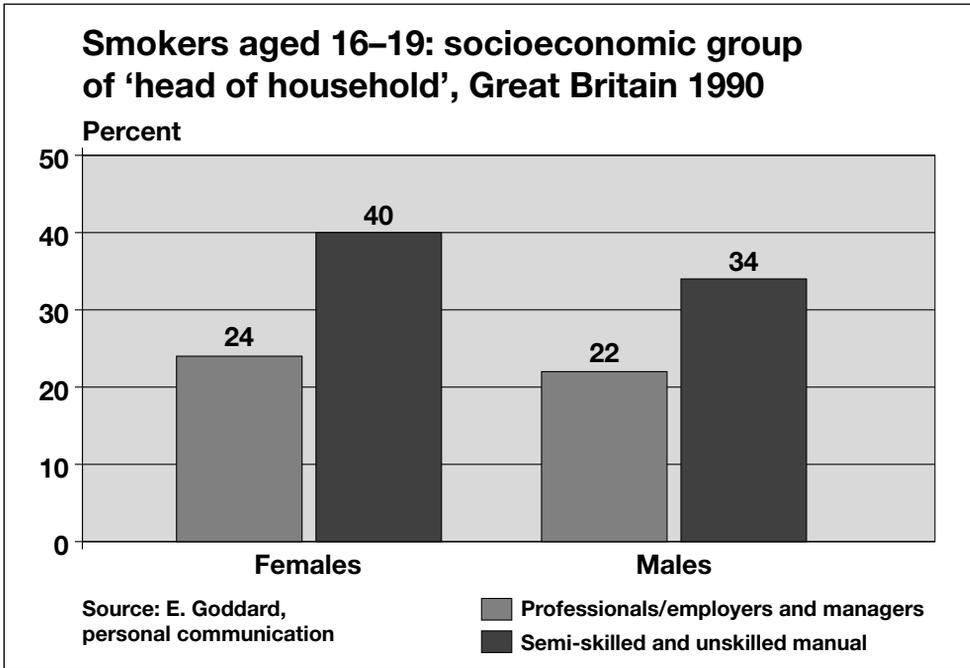


Abb. 9: Rauchverhalten und soziale Schicht

„Soziale Benachteiligung“ bedeutet also offensichtlich das Aufwachsen unter Lebensbedingungen, in denen die körperlichen und seelischen Grundbedürfnisse des Kindes wegen ungünstiger äußerer Lebensbedingungen nicht ausreichend befriedigt werden. Anhand von einigen Beispielen läßt sich deutlich machen, in welchem Umfang die Kinder in Deutschland betroffen sind.

Das erste Beispiel betrifft die Armut, die auch in unserem noch immer sehr wohlhabenden Land zunehmend in Erscheinung tritt. Im Armutsbericht des DGB und des DPWV (Hanesch et al. 1994) wird von Armut gesprochen, wenn weniger als die Hälfte des durchschnittlichen Einkommens der Bevölkerung zur Verfügung steht; dieser Grenzwert stimmt weitgehend mit dem Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG überein. Kinder sind in besonderem Maße von Armut betroffen (Abb. 10), nämlich jedes 7. Kind, während es im Bevölkerungsdurchschnitt „nur“ jeden 11. Mitbürger betrifft. Kinder „Reichtum“ ist ein Schritt auf dem Weg zur Armut, ganz besonders bei arbeitslosen und/oder alleinerziehenden Eltern (Hanesch et al. 1994).

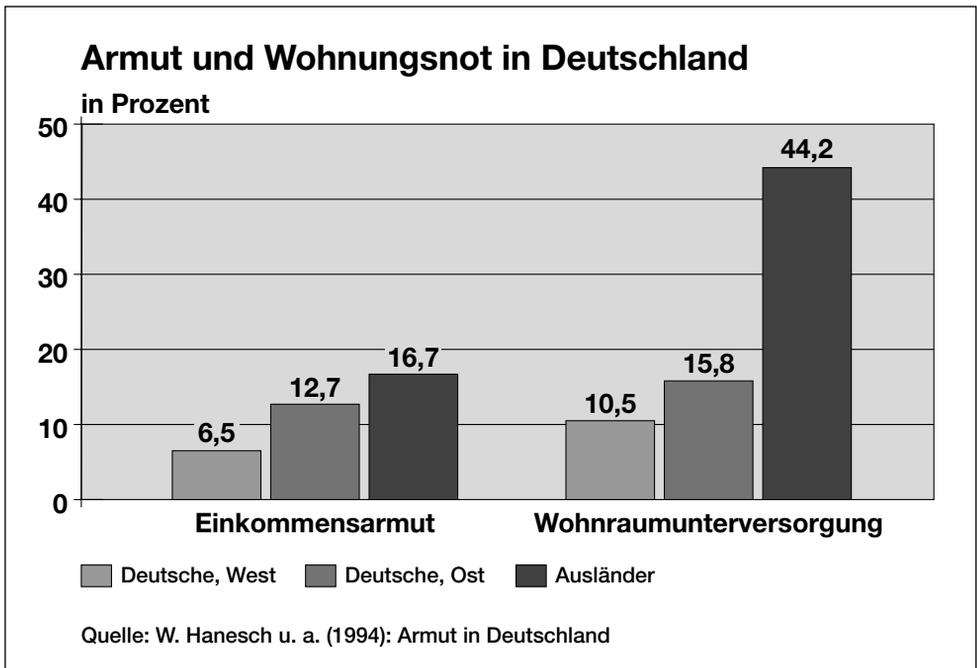


Abb. 10

Zumindest statistisch gesehen bedeutet es auch eine soziale Benachteiligung, ein Ausländerkind in Deutschland zu sein. Ausländische Familien sind häufiger arm, in noch viel stärkerem Umfang sind sie aber durch ungünstige Wohnverhältnisse benachteiligt (Hanesch et al. 1994). Daß ausländische Kleinkinder doppelt so häufig tödlich verunglücken wie deutsche (Projektgruppe „Prioritäre Gesundheitsziele“, 1990), hat sehr wahrscheinlich mit den Wohnbedingungen zu tun.

Eine andere Facette der Schwierigkeiten ausländischer Kinder sind ihre geringeren Bildungschancen: Mehr als jedes fünfte Kind geht von der Schule ab, ohne den Abschluß einer allgemeinbildenden Schule erreicht zu haben (21,6%) – 3,5mal mehr als deutsche Kinder (6,0%) (7. Jugendbericht, 1990).

Die sozio-ökonomischen Bedingungen nehmen also in vielfältiger Weise Einfluß auf die Gesundheit und die Entwicklung von Kindern. Von den materiellen Ressourcen einer Familie hängen z. B. die Qualität der Ernährung von werdenden Müttern und Kindern, die Größe und Ausstattung der Wohnung und die Annehmlichkeit oder Gefährlichkeit der Wohnumgebung ab. Gesundheitsbewußtes Verhalten (z. B. Stillen, Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen, Verzicht auf das Rauchen usw.) steht in Zusammenhang mit dem Bildungsgrad der Eltern.

Da die verschiedenen Belastungsfaktoren miteinander verknüpft sind und sich mehr oder weniger wechselseitig bedingen, gibt es keine linear-kausale Verbindung zwischen einzelnen Ursachen und den zitierten Folgen. Vielmehr ist von einem komplexen Bedingungs-

gefüge auszugehen. Sameroff und Seifer (1983) konnten daraus mit Hilfe der Faktorenanalyse vier pathogenetisch bedeutsame Komplexe differenzieren:

1. sozio-ökonomischer Status der Familie,
2. psychische Erkrankung der Mutter oder des Vaters,
3. elterliche Einstellungen, Wertvorstellungen und Verhaltensnormen,
4. kritische Lebensereignisse.

In der Gewichtung ist der sozio-ökonomische Status der bedeutsamste Faktor für die intellektuelle Entwicklung, wogegen die soziale und emotionale Entwicklung in erster Linie durch psychische Erkrankungen der Hauptbezugsperson belastet wird (Abb. 11).

Die Erfüllung der psychischen Grundbedürfnisse des Kindes ist abhängig von der Interaktion mit seinen Bezugspersonen, und die Interaktion ihrerseits wird wesentlich bestimmt durch die Lebensumstände der Eltern und des Kindes selbst.

Längsschnittstudien, in welchen biologische und psychosoziale Risiken in ihrer Aus- und Wechselwirkung auf die geistige und seelische Entwicklung von Kindern untersucht werden, zeigen übereinstimmend die dominierende Bedeutung der psychosozialen Faktoren. In der Hawaii-Studie (Werner et al. 1968, 1971), der ältesten und berühmtesten dieser Studien, wurde die bis dahin vorherrschende Ansicht über den vorrangigen und andauernden Einfluß (hirn-)organischer Faktoren als Ursache von Entwicklungsstörungen widerlegt; spätestens vom 2. Lebensjahr an spielen psychosoziale Bedingungen (die „Lebenswelt“ im oben definierten Sinne) die ausschlaggebende Rolle.

### **Rangfolge ungünstiger Faktoren für die mentale Entwicklung**

1. Sozio-ökonomischer Status
2. Erziehungshaltungen und Verhaltensnormen
3. Besondere Belastungen und Krisen
4. Psychische Erkrankung der Bezugsperson

### **Rangfolge ungünstiger Faktoren für die sozio-emotionale Entwicklung**

1. Psychische Erkrankung der Bezugsperson
2. Sozio-ökonomischer Status
3. Erziehungshaltungen und Verhaltensnormen
4. Besondere Belastungen und Krisen

Quelle: Sameroff u. Seifer 1983

Abb. 11

Diese Ergebnisse wurden auch durch vergleichbare Untersuchungen in Deutschland bestätigt (Meyer-Probst/Teichmann 1984; Esser et al. 1994, 1995). Sie zeigen darüber hinaus, daß organisch bedingte Entwicklungsrisiken durch günstige psychosoziale Bedingungen kompensiert werden können. Die entscheidenden Einflüsse spielen sich im Mikrokosmos der sozialen Interaktion ab, deren Qualität von Faktoren wie Emotion, Zärtlichkeit, Vokalisation, Fehlen verbaler Restriktionen, Kongruenz/Echtheit, Variabilität, Reaktivität und Stimulation bestimmt wird (Esser et al. 1994). Im wesentlichen werden diese Faktoren durch das Erziehungsverhalten des Erwachsenen vermittelt, während der Anteil des Kindes (z. B. durch bestimmte Temperamentsmerkmale) primär vergleichsweise gering ist.

Sekundär trägt allerdings das Kind zu einer nachteiligen Interaktion bei, wenn es als Reaktion auf ungünstige Umgangs- und Erziehungsweisen Störungen der Emotionalität und des Verhaltens entwickelt; so entsteht ein *circulus vitiosus*. In der Mannheimer Studie (Esser et al. 1995) geben die statistischen Zusammenhänge einen eindeutigen Beleg für diese Transaktionshypothese. Daher ist es auch verständlich und naheliegend, daß die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion das Kriterium war, welches die Entwicklung des Kindes am besten vorhersagte (Esser et al. 1994, 1995).

Weiterhin gibt es einen hoch signifikanten statistischen Zusammenhang zwischen den Kriterien psychosozialer Belastung und ungünstigen Erziehungs- bzw. Interaktionsweisen, außerdem auch zwischen psychosozialen Risiken und belastenden Lebensereignissen (z. B. Krankenhausaufenthalte, Notlagen, Trennung der Eltern, Verlust von Bezugspersonen, gewalttätige Auseinandersetzungen in der Familie u. a.). Es besteht somit eine generelle Tendenz zur Vernetzung von psychosozialen Belastungsfaktoren, die zu einer Überforderung der Bezugspersonen durch die Lebensumstände führt. Ein häufiger Ausdruck dieser Überforderung sind depressive Störungen, die vor allem bei Müttern auftreten. In den USA wird die Prävalenz depressiver Störungen in bestimmten Risikopopulationen (junge Unterschichtmütter) mit über 50 % angegeben (Zuckerman/Beardslee 1987). Die sehr nachteilige Auswirkung mütterlicher Depressivität auf die Mutter-Kind-Interaktion und damit auf die Entwicklung der Kinder ist in zahlreichen Studien nachgewiesen worden (Sameroff/Seifer 1983; Fergusson et al. 1984; Cox et al. 1987). Hoher Verbrauch bzw. Abusus von Psychopharmaka ist dann das häufige Resultat inadäquater Streßbewältigungsstrategien (Borchert/Collatz 1993).

Eine wichtige stützende Funktion hat vor allem für psychosozial belastete Mütter das „soziale Netzwerk“, welches von Personen gebildet wird, die für die Mutter einerseits als Bezugspersonen von Bedeutung sind, sie andererseits in ihren mütterlichen Aufgaben unterstützen (Jennings et al. 1991). Ein gut funktionierendes soziales Netzwerk verbessert nicht nur die Interaktion zwischen Mutter und Kind, sondern auch die somatische Gesundheit von Mutter und Kind (Oakley et al. 1994). Erfolgreiche Interventionen zur Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion können bereits eingetretene neuropsychiatrische Störungen beim Kind wieder rückgängig machen und dadurch auch zur seelischen Gesundheit der Mutter beitragen (Esser et al. 1994).

Ungünstige Interaktionen können im weiteren Verlauf der Kindheit und Adoleszenz eine Eigendynamik entwickeln und zu einer Zunahme neuropsychiatrischer Störungen führen. In einer tschechischen Studie über unerwünschte Kinder (ihre Unerwünschtheit war dadurch belegt, daß sie nach zweimalig abgelehntem Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung geboren waren) nahmen die Probleme zwischen dem Einschulungs- und dem Erwachsenenalter an Ausprägung und Häufigkeit zu. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe waren vermehrt Störungen des Sozialverhaltens, Alkoholismus und Delinquenz zu registrieren (Matejcek 1990). Andererseits wurde u. a. in der Hawaii-Studie festgestellt, daß langfristig die nachteiligen Folgen sehr ungünstiger familiärer Bedingungen in vielen Fällen kompensiert werden können, wenn ein außerfamiliäres soziales Netzwerk vorhanden ist (Werner/Smith 1992).

Es ist ein bemerkenswertes und zugleich beunruhigendes Phänomen, daß fast alle systematischen Untersuchungen über den Zusammenhang von sozialen Lebensbedingungen mit Kindergesundheit und kindlicher Entwicklung aus dem Ausland stammen. Es besteht zwar wenig Zweifel daran, daß diese Ergebnisse grundsätzlich auch auf Deutschland übertragbar sind, daß also Deutschland keine glückliche Insel egalitärer Voraussetzungen für alle Kinder ist. Trotzdem gibt es sicherlich spezielle Bedingungen in unserem Land, die zu kennen die notwendige Voraussetzung für eine gezielte Vorsorge wäre.

Ohne Zweifel besteht ein Bedarf an sozialkompensatorischen Initiativen, insbesondere zur Prävention von Gesundheits- und Entwicklungsstörungen bei Kindern, und zwar in zunehmendem Umfang aufgrund der sich verschärfenden Armutproblematik. Ebenso notwendig ist es, dafür eine ausreichende Basis an sozialepidemiologischen Daten zu schaffen.

*Literatur beim Verfasser*  
*Prof. Dr. Hans G. Schlack*  
*Rheinisches Kinderneurologisches Zentrum*  
*Waldenburger Ring 46*  
*53119 Bonn*

# 3.3.

## **GESUNDHEIT VON SCHULANFÄNGERN – AUSWIRKUNGEN SOZIALER BENACHTEILIGUNGEN**

**Dr. Heiner Mersmann, Gesundheitsamt, Köln**

### **EINLEITUNG**

Bei dieser Thematik stellen sich zunächst zwei Fragen:

1. Welche gesundheitlichen Aspekte sind für Schulanfänger – insbesondere hinsichtlich Schule – relevant?
2. Welche sozialen Benachteiligungen lassen sich – individuell und bevölkerungsmedizinisch betrachtet – (regional unterschiedlich) nachweisen?

Gesundheit ist in diesem Zusammenhang vor allem aus der sozialmedizinischen Sichtweise zu betrachten. Die individualmedizinischen Belange der sechsjährigen Kinder finden seitens der vertragsärztlichen Versorgung zur Zeit noch ausreichende Beachtung. Dies gilt in dem Maße, in dem seitens der Eltern entsprechende Leistungen veranlaßt werden. Insbesondere bei präventiven Maßnahmen ist dies leider nicht ausreichend der Fall. Hier ist von Bedeutung, daß dort das Gesundheitsamt subsidiär und sozialkompensatorisch tätig wird, wo Sorgeberechtigte dies nicht vermögen. Somit sind neben den individuellen medizinischen Problemen der von der kassenärztlichen Versorgung nicht erreichten Klientel sämtliche individuellen und sozialen Aspekte aller (Schul-)Kinder von Bedeutung, die im engeren Sinne einen Einfluß auf die Schullaufbahn haben, im weiteren Sinne auf die Integration des Kindes in eine Gemeinschaftseinrichtung – bzw. in die Gemeinschaft schlechthin. Außerdem müssen solche Aspekte eine besondere Beachtung finden, die das Zusammenleben in der Gemeinschaft in besonderer Weise beeinflussen und (die Ausbreitung von) Krankheiten verhindern bzw. Gesundheit fördern helfen (Vorsorge, Impfungen, betriebsmedizinische Aspekte u.a.)

Bezüglich sozialer Benachteiligungen sind zahlreiche Faktoren bekannt, die sich negativ auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten auswirken. Dies sind insbesondere Armut, Arbeitslosigkeit, niedriges Bildungsniveau der Eltern, ausländische Nationalität, beengte Wohnverhältnisse, Ein-Eltern-Familie bzw. eheliche Disharmonie und viele andere Faktoren (vgl. Schlack 1995).

Um über den Gesundheitszustand von Schulanfängern in o. g. Sinne berichten zu können, bedarf es einer effizienten Dokumentation und Auswertung der im Rahmen entsprechender Untersuchungen erhobenen Daten. Hierzu kann die bundesweit flächendeckend bestehende Schuleingangsuntersuchung hervorragend geeignet sein (sofern vorhandene Reformbemühungen ausreichend unterstützt und konsequent umgesetzt werden), da, unabhängig von persönlicher Interessenlage des Untersuchers, der Gesundheitszustand eines

kompletten Jahrgangs standardisiert untersucht, dokumentiert und ausgewertet werden kann. Eine Verlagerung der Schuleingangsuntersuchung in den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung (z.B. U9), wie von Kritikern gefordert (Hurrelmann 1996), würde die von ihnen angeführten Kritikpunkte (große Variation der Untersuchungsergebnisse zwischen den einzelnen Untersuchern) eher verstärken. Minimalanforderung wäre, im Gegensatz zur Früherkennungsuntersuchung, eine geschlossene Dokumentation. Der jugendärztliche Dienst der Gesundheitsämter hat sich in den letzten Jahren erfolgreich um Standardisierung und Qualitätssicherung insgesamt bei den Untersuchungsmethoden sowie um eine aussagekräftige Epidemiologie und Berichterstattung bemüht (vgl. die z.T. neu überarbeiteten Definitionen des ehemaligen Instituts für Dokumentation und Information in Bielefeld – IDIS –, heute Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst – LÖGD). Moderne Konzepte zur Weiterentwicklung der Schuleingangsuntersuchungen (Schulz 1996) finden mittlerweile Anerkennung und die im folgenden aufgeführten Daten basieren zum großen Teil auf diesen neukonzipierten Standards.

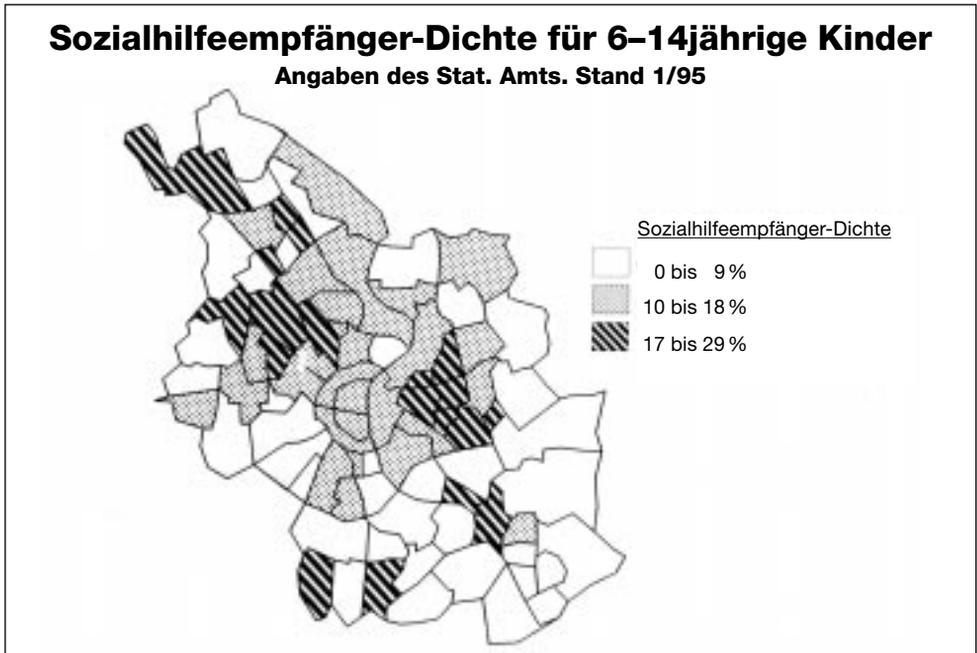
Problematisch bei der Aussage zu den Auswirkungen sozialer Benachteiligungen bleibt allerdings die Erfassung individueller Sozialdaten (Bildungsniveau der Eltern, Einkommenssituation usw.), da hier strenge datenschutzrechtliche Bestimmungen entgegenstehen. Es muß daher der Bezug genommen werden auf allgemein bekannte, in diesem Fall vom Statistischen Amt der Stadt Köln zur Verfügung gestellte Daten, die auf Stadtteilebene vorliegen. Als allgemein anerkanntes Item zur Kennzeichnung von Armut und sozialer Benachteiligung kann der Bezug von Sozialhilfe herangezogen werden. In diesem Falle wurde daher die Sozialhilfeempfänger-Dichte der 6- bis 14jährigen Kinder in den einzelnen Stadtteilen zugrunde gelegt, die im Durchschnitt in Köln (1995) 13,2% betrug. Diese Zahl ist fast identisch mit der aktuellen Arbeitslosenquote in Köln von 13,5%.

## DIE DATENLAGE

Im folgenden möchte ich wesentliche, ausgewählte, aktuelle Ergebnisse zur Gesundheit von Schulanfängern aus der Einschulungsuntersuchung 1996 in Köln darstellen. Dabei werde ich betont auf solche Befunde – seien sie nun ärztlicherseits durch eine Untersuchung oder anamnestisch erhoben – eingehen, auf die Sozialhilfebezug im Sinne von sozialer Benachteiligung einen negativen Einfluß hat bzw. wo ein solcher Einfluß vermutet werden kann.

Im Durchschnitt liegt die Sozialhilfeempfänger-Dichte für 6–14jährige Kinder auf Stadtteilebene bei 13,2%. Zur Auswertung herangezogen wurden 9.225 Datensätze. Dies sind diejenigen Einschulungskinder in Köln, die 1996 zur Einschulung in eine Regelschule anstanden (S1). Weitere 775 Kinder waren aus dem Vorjahr zurückgestellte Kinder, deren Daten (Z1) in die folgende Bewertung nicht mit eingeflossen sind. Auch die Daten der Kinder aus Heilpädagogischen Kindergärten bzw. für Sonderschulen sind nicht berücksichtigt. Die Datensätze wurden vor ihrer Auswertung stadtteilbezogen je nach Sozialhilfeempfänger-Dichte für die 6–14jährigen Kinder (im folgenden als „SHE“ abgekürzt) in drei „Klassen“ gegliedert:

1. SHE = 0 – 9% (n=3.006); 2. SHE = 10 – 16% (n=3.710); 3. SHE > = 17% (n=2.509)



Stadtteilkarte

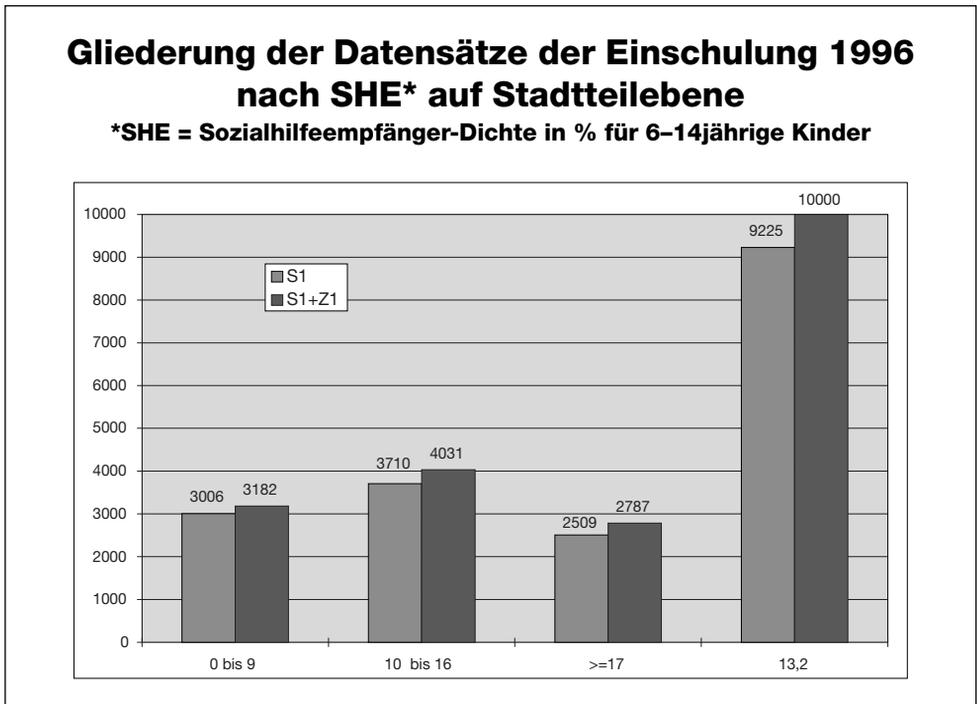


Abb. 1

Neben der SHE gab es in absteigender Reihe die folgenden, auf eine Benachteiligung hinweisenden Sozialdaten:

- keine Beteiligung an der U9,
- Ausländeranteil,
- unzureichende deutsche Sprachkenntnisse,
- keine Beteiligung an der U8.

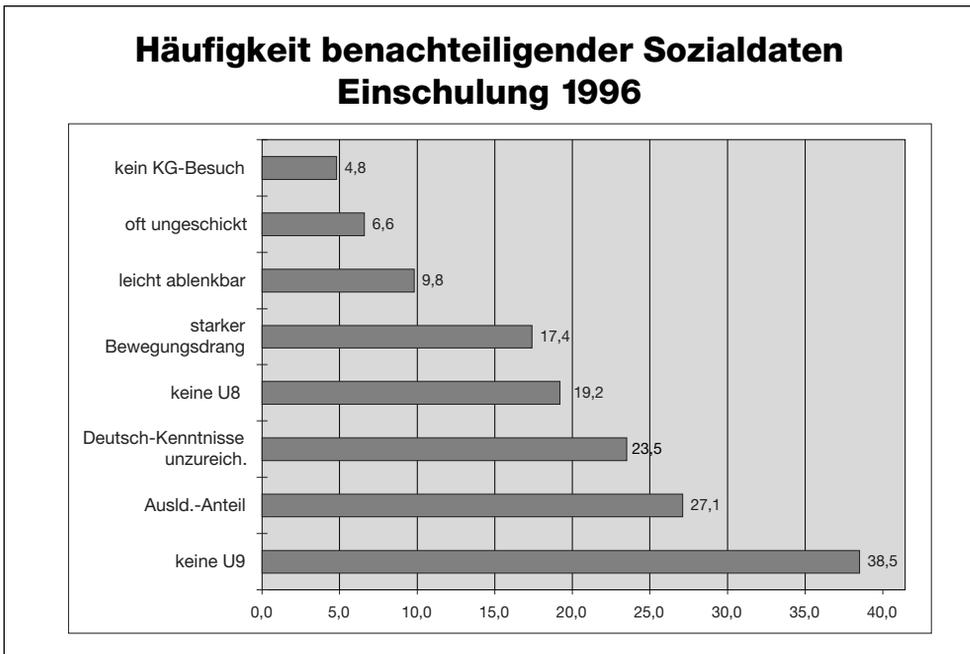


Abb. 2

Der Ausländeranteil in Köln beträgt im Durchschnitt bei den Einschulungskindern 27% (bzw. 29%, wenn die im Ausland geborenen Kinder mit deutscher Staatsangehörigkeit mitgerechnet werden). Davon ist der weit überwiegende Anteil bereits in Deutschland geboren (Abb. 3).

Mit dem hohen Ausländeranteil einher gehen unzureichende deutsche Sprachkenntnisse, die – wie der Ausländeranteil selbst – eine lineare Beziehung zur SHE aufzeigen (Abb. 4).

Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 ist negativ korreliert mit der SHE. In Stadtteilen mit hohen Ausländeranteilen ist eine deutlich geringere Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen zu verzeichnen (Abb. 5), obwohl 83,5% der ausländischen Einschüler bereits in Deutschland geboren sind.

Im Vergleich zum Bundesgebiet (Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung zu den Früherkennungsuntersuchungen 1992) liegt die Beteiligung an den Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9 in Köln im Durchschnitt um etwa 7 bis 8% niedriger (Abb. 6).

## Anteile ausländ. Einschüler insgesamt und der in Deutschland geborenen ausländ. Einschüler 1996 in Abhängigkeit von der SHE\*

\*SHE = Sozialhilfeempfänger-Dichte in % für 6–14jährige Kinder

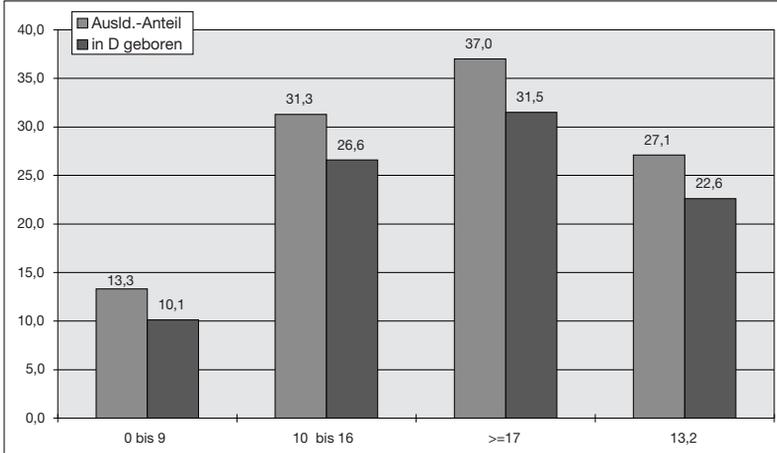


Abb. 3

## Ausländeranteil und unzureichende Deutschkenntnisse bei Einschülern in bezug zur SHE\*

\*SHE = Sozialhilfeempfänger-Dichte in % für 6–14jährige Kinder

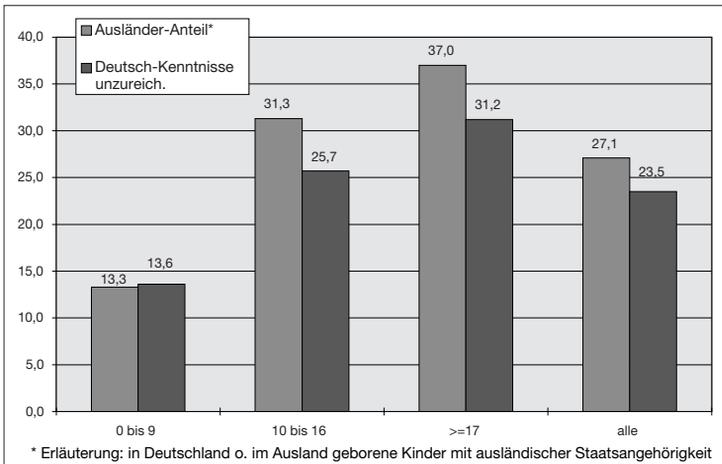


Abb. 4

## Beteiligung an der U8/U9 und Ausländeranteil in bezug zur SHE\* bei der Einschulung 1996

\*SHE = Sozialhilfeempfänger-Dichte in % für 6–14jährige Kinder

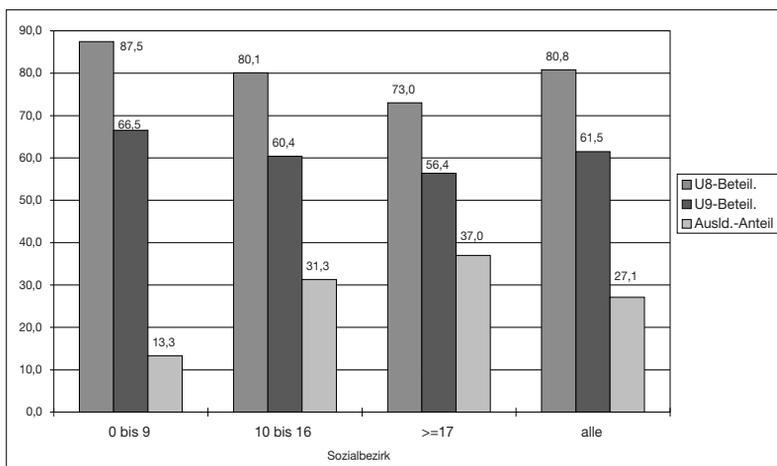


Abb. 5

## Inanspruchnahme von U8/U9 in Köln 1994/95 (nach den Erhebungen bei den Einschulungen 1996) und im Bundesgebiet 1992 (Ang. der KV 1995)

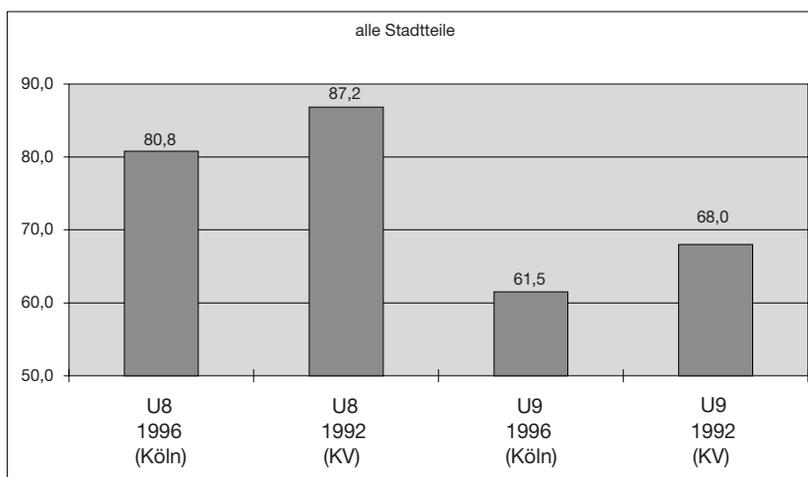
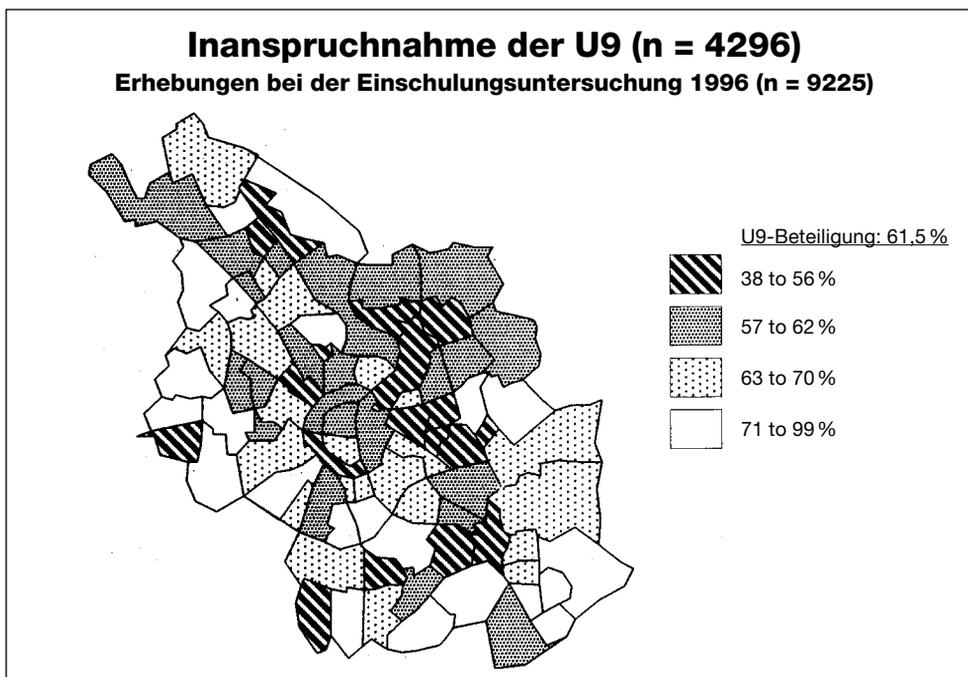


Abb. 6



Stadtteilkarte

Die Durchimpfungsraten der 6jährigen zeigt Abbildung 7. Hier finden sich Impfquoten für Tetanus, Diphtherie und Polio, die um 95 % liegen. Gewertet wurde eine mindestens dreifache Impfung. Die Quote für Masern liegt bei knapp über 80 % und ist im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um etwa 3 % angestiegen. Sie ist mehr als andere Impfungen deutlich abhängig vom Impfverhalten der niedergelassenen Kinderärzte.

Die BCG-Impfquote ist nach Änderung der öffentlichen Empfehlungen von 84 % (Einschulung 1995) auf nunmehr 48 % zurückgegangen. Die Rötelnimpfung (hier wurde nur die Impfung für Mädchen gewertet) ist von 54 % (Einschulung 1995) wenig angestiegen auf nunmehr knapp 58 %. Bei Masern und Röteln wurde eine Impfung als komplett gewertet. Bei der Impfung gegen Haemophilus Influenza B (HIB) ist ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen: im Vergleich zur Einschulung 1995, bei der 50 % aller Kinder mindestens eine Impfung gegen HIB nachweisen konnten, können in 1996 jetzt 77 % aller Einschulungskinder mindestens eine Impfung gegen HIB nachweisen. Den dreifachen Schutz gegen HIB haben mittlerweile 30 % aller Einschulungskinder. Die Impfung gegen Keuchhusten wird immer noch zu wenig in Anspruch genommen, obwohl seit der Einführung des azellulären Impfstoffes offensichtlich ein Anstieg zu verzeichnen ist. Inzwischen können die 6jährigen zu 26,5 % mindestens eine Impfung gegen Keuchhusten nachweisen. Den kompletten Impfschutz gegen Pertussis haben allerdings immer noch erst 10 % der Kinder, immerhin ist hier jedoch zu 1995 ein Anstieg von 5 auf 10 % erfolgt. Erfreulicherweise findet sich kein bemerkenswerter Unterschied der Impfquoten in bezug zur SHE (Abb. 8).

## Durchimpfungsraten bei Einschülern 1996 (n = 7417)

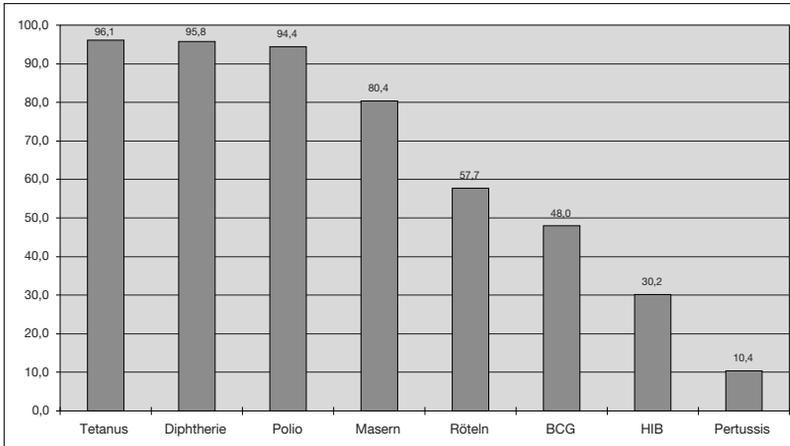


Abb. 7

## Impfquoten bei Einschülern (1996) in bezug zur SHE\*

\*SHE = Sozialhilfeempfänger-Dichte in % für 6–14jährige Kinder

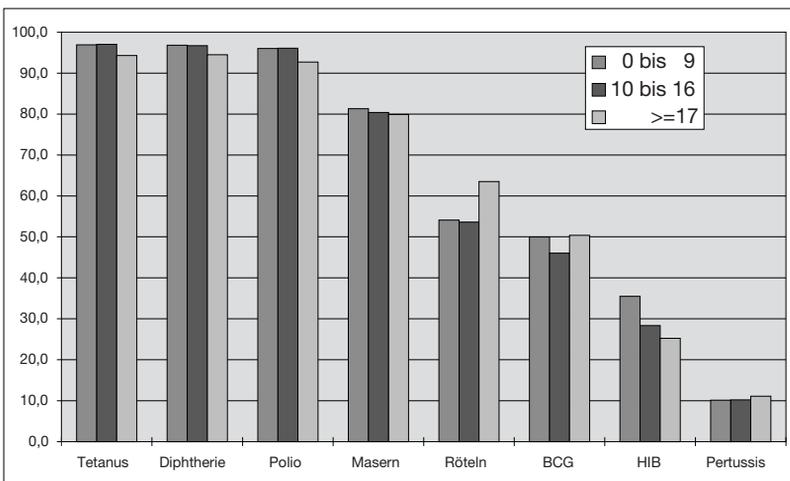
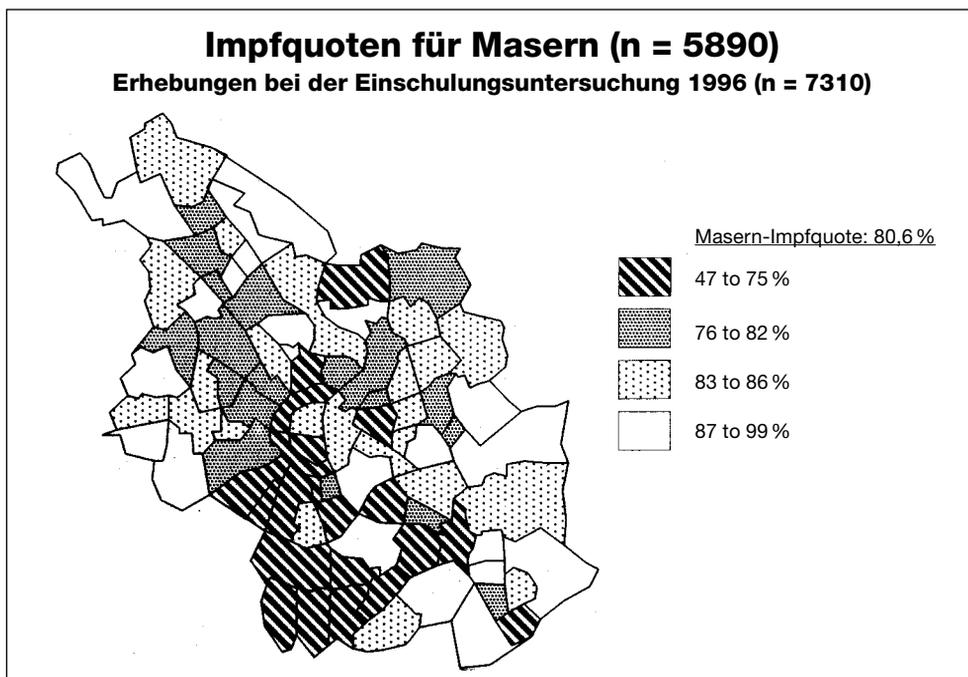


Abb. 8



Stadtteilkarte

Wesentliche und häufige schulrelevante Befunde konnten wie folgt erhoben werden: motorische Koordinationsstörungen, Sprachstörungen, fein-/visuomotorische Schwächen, Verhaltensauffälligkeiten, Adipositas u. a. (Abb. 9).

Bei 6,6% der untersuchten Kinder war der Entwicklungsstand so sehr verzögert, daß noch weitere Diagnostik, Förderung und/oder Therapie vor Aufnahme in die Schule erforderlich wurden. In bezug auf die binnendifferenzierte Pädagogik an Grundschulen werden der Schule im Einverständnis mit den Eltern – in Zukunft noch verstärkt – schulärztliche Empfehlungen zur adäquaten Förderung des Kindes in Teilbereichen mitgeteilt und differenzierte „Schulfähigkeitsprofile“ entwickelt.

Im folgenden nicht weiter eingehen möchte ich auf rein somatische Befunde wie Größe und Gewicht, Seh- und Hörstörungen sowie die in Abbildung 10 dargestellten, überwiegend anamnestisch erhobenen Befunde zu Allergiehäufigkeiten sowie zu Skoliose und Haltungsschwächen.

Schwerpunkt der Schuleingangsuntersuchung ist neben der epidemiologischen Funktion die Beschreibung des individuellen Entwicklungsstandes in den Bereichen der Motorik und Körperkoordination, der visuellen Wahrnehmung und Visuomotorik sowie der verbalen Kommunikationsfähigkeit, um den funktionellen Entwicklungsstand beurteilen und erforderlichenfalls entsprechende Fördermaßnahmen empfehlen zu können. Hierzu ist

## Häufige schulrelevante Befunde Einschulung 1996

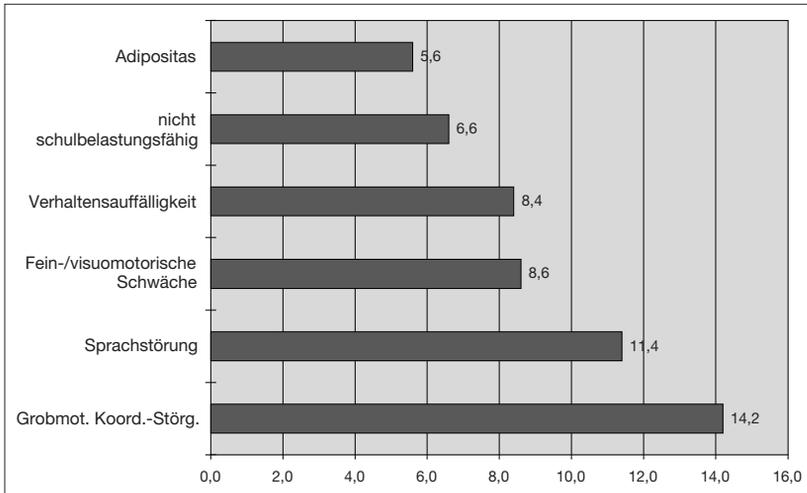


Abb. 9

## Überwiegend anamnest. Befunde (Allergien) u. a. (Skoliose) Einschulung 1996

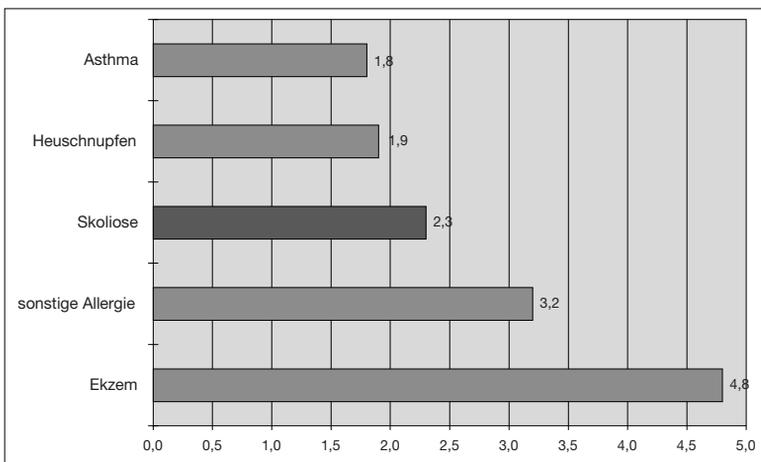


Abb. 10

## **Adipositas und grobmotor. Koordinationsstörung in Abhängigkeit von der SHE\* bei Einschülern 1996**

**\*SHE = Sozialhilfeempfänger-Dichte in % für 6-14jährige Kinder**

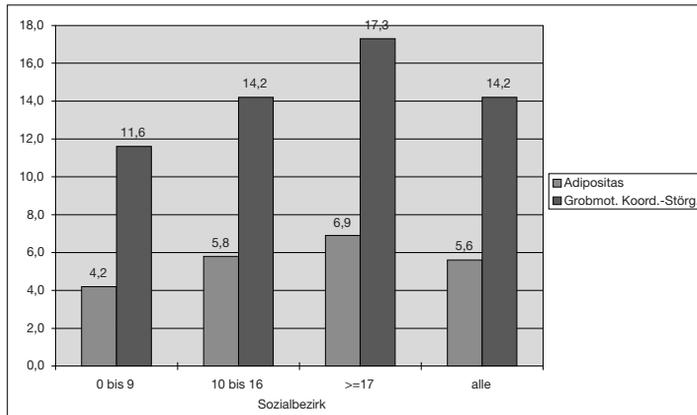


Abb. 11

übrigens auch eine subtile Kenntnis des regional unterschiedlichen Schul- bzw. Förderpektrums notwendig. Soweit aussagefähige Ergebnisse aus den Früherkennungsuntersuchungen vorliegen, wird auf eine ausgedehnte körperliche Untersuchung verzichtet.

Im folgenden möchte ich insbesondere auf Befunde in den o. g. Bereichen näher eingehen. In Abbildung 11 ist die grobmotorische Koordinationsstörung in Abhängigkeit von der SHE der Adipositas gegenübergestellt. Den Befunden liegen klare Beurteilungskriterien zugrunde. Die Adipositas ist definiert als ein Überschreiten der 97. Perzentile. Es zeigt sich eine lineare Beziehung zur SHE.

In Abbildung 12 ist die grobmotorische Koordinationsschwäche der Empfehlung zur motorischen Förderung gegenübergestellt. Dabei fließen in diese Empfehlung neben den Schwächen der Körperkoordination noch andere Befunde mit ein (Haltungsschwächen, Übergewicht, Verhaltensauffälligkeiten i.S. der Hyperkinetik u. a.). In Abbildung 13 ist die Adipositas und die grobmotorische Koordinationsstörung einem der standardisiert erfaßten Untersuchungsparameter (grobmotorische Balance = „Seiltänzerang“) gegenübergestellt. Auch hier zeigt sich in bezug auf koordinative Schwächen eine lineare Progression bei steigender SHE.

Umschriebene motorische Auffälligkeiten sind in Gruppen von psychisch auffälligen und/oder schulschwierigen Kindern gehäuft anzutreffen (Remschmidt). Auch die in Abbildung 14 dargestellten, ausgewählten, standardisierten Untersuchungsparameter für motorische Koordination und Fähigkeiten der Visuomotorik bzw. visuellen Wahrnehmung zei-

## Grobmot. Koordinationsschwäche und Empf. zur Sportförderung (Einschulung 1996) in bezug zur SHE\*

\*SHE = Sozialhilfeempfänger-Dichte in % für 6–14jährige Kinder

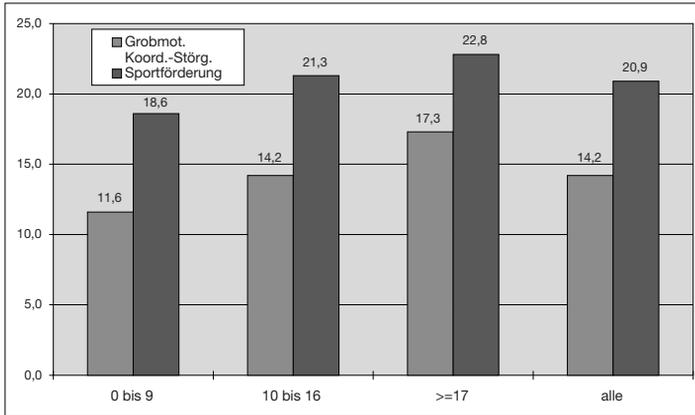


Abb. 12

3

## Adipositas, grobmotor. Koordinationsstörung und standard. GM-Balance bei Einschülern 1996 in bezug zur SHE\*

\*SHE = Sozialhilfeempfänger-Dichte in % für 6–14jährige Kinder

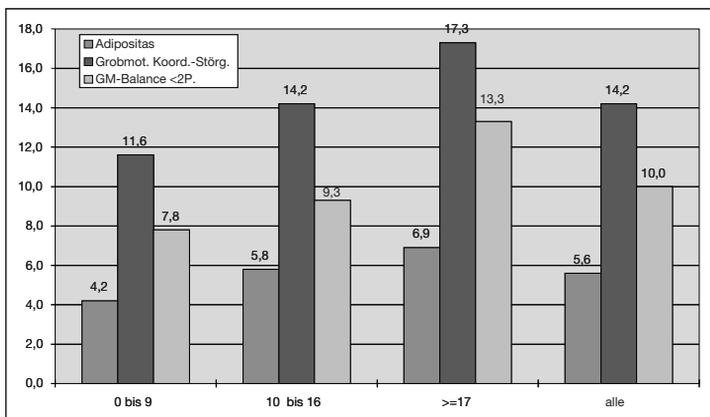


Abb. 13

## Standardisierte Untersuchungsparameter für fein-/visuomotorische Fertigkeiten in bezug zur SHE\* bei Einschülern 1996

\*SHE = Sozialhilfeempfänger-Dichte in % für 6–14jährige Kinder

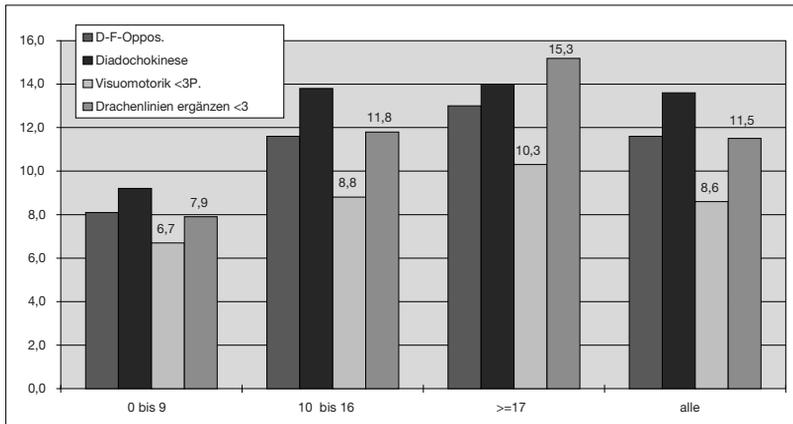


Abb. 14

## Auditive Wahrnehmung (Silben nachspr./Rhythmus nachkl.) und Sprachauffälligkeit (n. Ang. d. Eltern) in bezug zur SHE\* (Einschulung 1996)

\*SHE = Sozialhilfeempfänger-Dichte in % für 6–14jährige Kinder

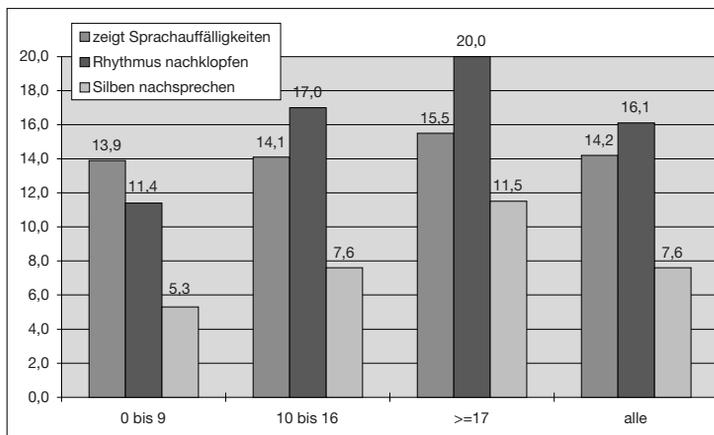


Abb. 15

gen die negative Korrelation zur SHE. Hierzu wurden beurteilt: Gestalt-Rekonstruktion („Drachenlinien ergänzen“), optische Isolierung („Stern umreißen“) und Gestalt-Reproduktion („Visuomotorik“). Das gleiche gilt für die auditive Wahrnehmung (kinästhetisch-artikulatorische Differenzierung = „Silbenfolgen nachsprechen“, rhythmisch strukturierende Differenzierung = „Rhythmen nachklopfen“) im Hinblick auf Sprachauffälligkeiten (Abb. 15).

Hier fällt allerdings auf, daß Sprachauffälligkeit nach Angaben der Eltern mit diesen Untersuchungsparametern nicht komplett im linearen Bezug zur SHE übereinstimmt. Offensichtlich sind Eltern der „Oberschicht“ aufmerksamer und kritischer den (Sprach-)Auffälligkeiten ihrer Kinder gegenüber eingestellt. Andererseits finden sich – die Anzahl der Stammelfehler zugrunde gelegt (Abb. 16) – zwar deutlich mehr Auffälligkeiten in der „Unterschicht“, jedoch keine Abhängigkeit mit dieser Tendenz im Vergleich der Häufigkeiten der Stammelfehler zwischen „Oberschicht“ und „Mittelschicht“. Insgesamt finden sich Sprachauffälligkeiten bei deutschen Schulanfängern in Köln im Durchschnitt von 12,7%, wobei diese Angabe von den Elternangaben zur Sprachauffälligkeit ihrer Kinder in Höhe von 14,2% im Durchschnitt nur um 1,5% abweicht. Die Empfehlung zu einer logopädischen Behandlung der vorliegenden Sprachstörung mußte im Durchschnitt in 6,6% aller Fälle ausgesprochen werden. Die Rate der behandlungsbedürftigen Sprachstörung war in der „Unterschicht“ mit 9,4% deutlich höher als in den beiden anderen Schichten (5,1% bzw. 6,3%, vgl. Abb. 17). Die entsprechenden Angaben zu ausländischen Kindern können nicht vergleichbar dargestellt werden, da hier teilweise nur sehr eingeschränkt eine Beurteilung möglich war.

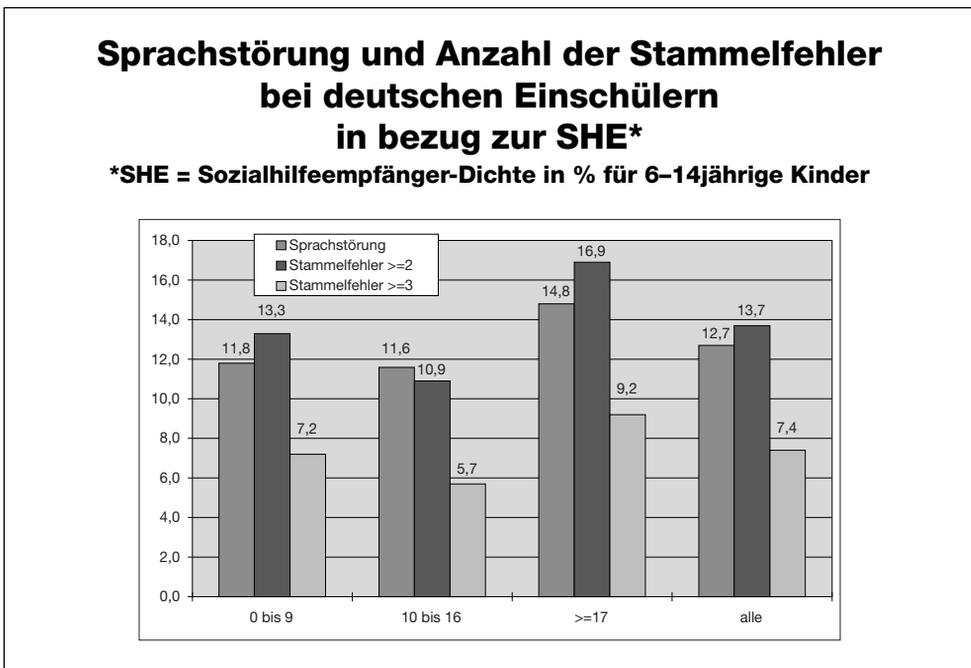


Abb. 16

## Sprachauffälligkeit (Elternangabe) Sprachstörung u. Empf. einer logop. Therapie in bezug zur SHE\*

\*SHE = Sozialhilfeempfänger-Dichte in % für 6–14jährige Kinder

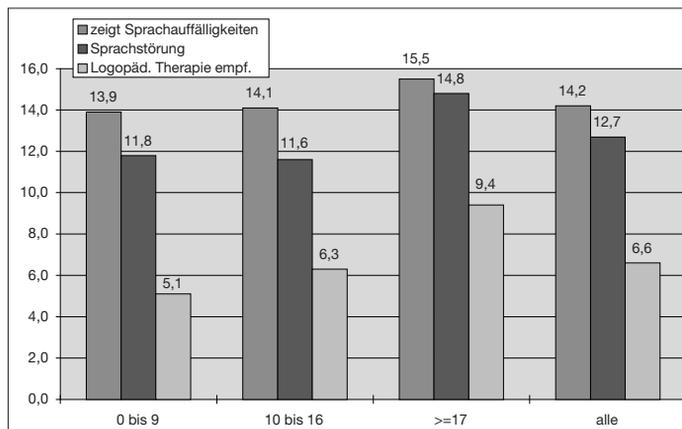


Abb. 17

Abbildung 18 zeigt die Häufigkeiten der Sprachauffälligkeit (nach Elternangaben), der Sprachbefunde aus der Einschulungsuntersuchung sowie der Empfehlungen zur logopädischen Therapie im Vergleich zur Häufigkeit der „Sprach- und Sprechstörung“, wie sie laut KV-Statistik aus den Früherkennungsuntersuchungen im Jahre 1992 vorliegen (Kassenärztliche Bundesvereinigung). Dabei decken sich unsere Angaben weitgehend mit den Angaben aus den Früherkennungszentren und anderen sprachtherapeutisch kompetenten Einrichtungen. (Es sei nochmals darauf hingewiesen, daß es sich lediglich um die Häufigkeiten unter „Regel-Einschulungskindern“ handelt, so daß insgesamt ein noch höherer Anteil zu vermuten ist.) Dies weist darauf hin, daß die niedergelassenen (Kinder-)Ärzte – aus welchen Gründen auch immer – zumindest deutlich zu wenig Sprachprobleme dokumentieren.

Schuleingangsuntersuchungen sollen Kinder mit besonderem Förderbedarf identifizieren, schulärztliche Empfehlungen sollen helfen, den Arbeitsplatz Schule aus medizinischer Sicht kindgemäß zu gestalten bzw. in Ausnahmefällen einem vorhersehbaren schulischen Scheitern vorzubeugen. Hierzu diente bisher auch die Empfehlung „schulbelastungsfähig“ bzw. „nicht schulbelastungsfähig“. Hier fand sich ein klarer Zusammenhang zur Dauer des Kindergartenbesuchs, der wiederum mit der SHE und der „Schulfähigkeit“ korreliert (Abb. 19). Wie vorher bereits betont, werden jedoch der Begriff der Schulbelastungsfähigkeit fallengelassen und statt dessen detailliertere Empfehlungen zur adäquaten Förderung ausgesprochen.

## Häufigkeiten von Sprachauffälligkeit (Elternangabe) Sprachstörung und Empf. zur logopäd. Therapie (Einschulung 1996) i. Vgl. zur KV-Statistik 1992

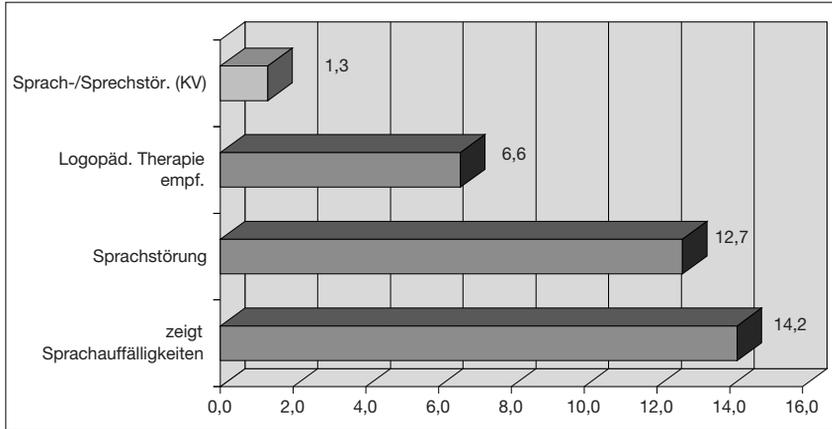


Abb. 18

3

## Schulfähigkeit und KG-Besuchsdauer in bezug zur SHE\* Einschulung 1996

\*SHE = Sozialhilfeempfänger-Dichte in % für 6–14jährige Kinder

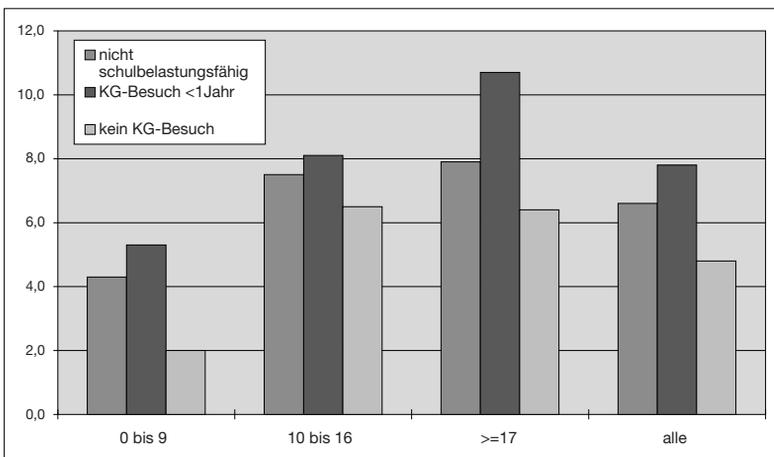


Abb. 19

Befunde zur Verhaltensauffälligkeit von Kindern können im Rahmen der Einschulungsuntersuchung nur mangelhaft erhoben werden. Hier ist man auf die Angaben von Eltern oder Erziehern angewiesen. 85 % (n=7.739) aller Elternfragebogen mit standardisierten Fragen, auch zum Verhalten, konnten ausgewertet werden. Dabei ergab sich auch zur Auswertbarkeit dieser Fragebogen eine klare Abhängigkeit von der SHE (Abb. 20).

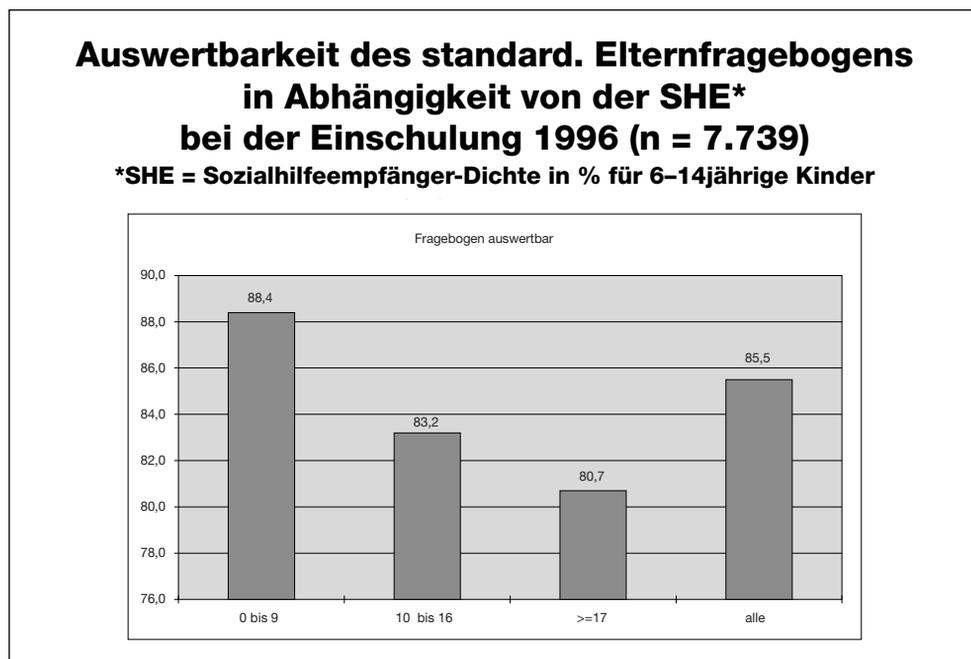


Abb. 20

Die Häufigkeit standardisiert erfragter Verhaltensmerkmale und der (allerdings nicht standardisiert) dokumentierten Verhaltensauffälligkeit zeigen wiederum eine klare Korrelation zur SHE. Die Häufigkeit dokumentierter Verhaltensauffälligkeit betrug im Durchschnitt 8,4 %. Die Frage nach starkem Bewegungsdrang („zeigt einen starken Bewegungsdrang, ist oft unruhig und zappelig“) wurde bei 18,3% aller deutschen Kinder bejaht, die Frage nach Ablenkbarkeit („läßt sich leicht ablenken, kann sich häufig nur schwer konzentrieren“) wurde bei 10,9% bejaht und die Frage nach Ungeschicklichkeit („verhält sich bei bestimmten Aufgaben, z. B. Malen, Ausschneiden, Hüpfen, ungeschickt“) wurde in 4,7% aller auswertbaren Fragebogen bejaht. Bei allen drei Verhaltensmerkmalen war eine klare lineare Beziehung zur SHE gegeben (Abb. 21).

## ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Erhebung vorgelegter Daten zur Schuleingangsuntersuchung ist es, insbesondere Teilleistungsschwächen bzw. umschriebene Entwicklungsverzögerungen in ihrer Gesamtheit und sozialen Abhängigkeit zu beschreiben und mittels effizienter epidemiologischer

## Verhaltensauffälligkeiten bei Schulanfängern (Elternangaben) in bezug zur SHE\*

\*SHE = Sozialhilfeempfänger-Dichte in % für 6–14jährige Kinder

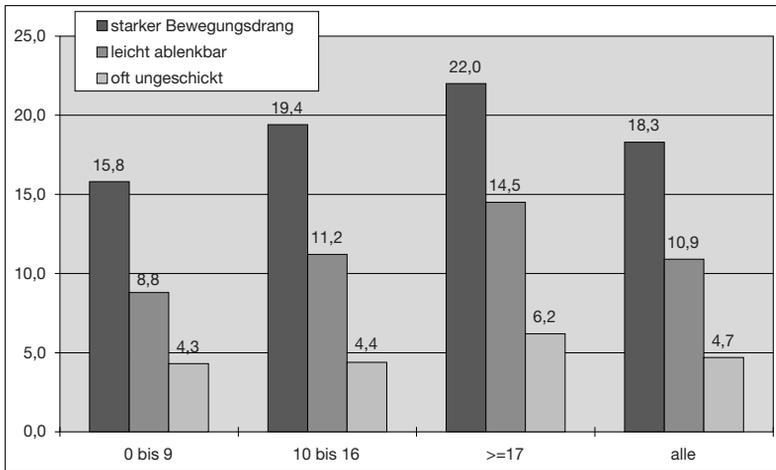


Abb. 21

Auswertung darauf hinzuwirken, daß sich das Angebot an Fördermaßnahmen am regional erforderlichen Bedarf orientiert und notwendige Maßnahmen auch eingeleitet werden. Neben der Familie ist die Schule in unserer Gesellschaft die wichtigste Sozialisationsinstanz. Hier machen sich einerseits – oft erst sekundär – psychische Störungen als Hindernisse bemerkbar, andererseits tragen aber auch nicht selten die besonderen Bedingungen in der Schule dazu bei, daß ein Kind psychische Störungen entwickelt (Remschmidt). Die Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten müßte daher weiter ergründet werden, wie bei der vergangenen Einschulungsuntersuchung in Köln in Zusammenarbeit mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie begonnen. Beengte Wohnverhältnisse, zunehmender, zum Teil massenhafter und unkontrollierter Medienkonsum, eingespielte, ungesunde, nicht reflektierte Ernährungsgewohnheiten und mangelhafte körperliche Bewegung in und außerhalb der Schule tragen zu den unterschiedlichen Häufigkeiten in Abhängigkeit von der SHE sicherlich bei. Schulärzte werden in Zukunft mehr als bisher gefordert sein, fundierte, regional aussagekräftige, aber auch vergleichbare Daten für die Gesundheitspolitik zu liefern. Ziel ist es – beispielsweise im Rahmen von Stadtteilprojekten oder anderen Gesundheitsförderprogrammen –, bei allen Verantwortlichen Gesundheitskompetenz zu steigern, damit bedarfsgerecht therapeutische Fördereinrichtungen geschaffen werden können (Abb. 22). Um die zunehmenden Auswirkungen sozialer Benachteiligung auffangen und um insgesamt mehr kindgerechte Entwicklungsbedingungen schaffen zu können, ist eine noch engere Kooperation mit den niedergelassenen Kinderärzten sowie allen für Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung zuständigen Stellen erforderlich.

## **Ziele der Untersuchung bzw. Datenerhebung/-auswertung bei Schulanfängern**

- **umschriebene Entwicklungsverzögerungen, Teilleistungsschwächen und andere schulrelevante Defizite erkennen und geeignete Fördermaßnahmen veranlassen**
- **soziale Abhängigkeiten/Einflußfaktoren beschreiben und auf ein regional bedarfsorientiertes Förderangebot hinwirken**
- **Gesundheitskompetenzen bei allen Mitverantwortlichen (Eltern, Lehrer, Erzieher, Kollegen u. andere) steigern**
- **Beteiligung an der Kooperation und Vernetzung sowie Mitwirkung an stadtteilorientierten Projekten und anderen Gesundheitsförderprogrammen**

Abb. 22

## **LITERATUR**

- Hurrelmann, K.; Palentien, Chr.: Plädoyer für einen Umbau des jugendärztlichen Dienstes zu einem „schulbetriebsärztlichen Dienst“. *Das Gesundheitswesen* 10 (1996), S. 525 ff.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): Gesetzliche Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen. Dokumentation der Untersuchungsergebnisse 1992 – Kinder –
- Remschmidt, H.: Psychische Störungen und Schule heute. In: Maser W., 100 Jahre für die Gesundheit der Kinder. Der schulärztliche Dienst in Wiesbaden von 1896 bis 1996. Edition 6065
- Schlack, Hans G.: Lebenswelten von Kindern. In: Sozialpädiatrie – Gesundheit, Krankheit, Lebenswelten. Gustav Fischer, Stuttgart/Jena/New York (1995), S. 83 ff.
- Schulz, G. et al.: Weiterentwicklung der Schuleingangsuntersuchung. Manuskript eines Referats auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie in Lübeck, 1996

# 3.4.

## **GESUNDHEITSSTATUS UND GESUNDHEITS- VERHALTEN VON KINDERN ALS GRUNDLAGE DER PRÄVENTION**

**Dr. Christian Palentien, Dr. Wolfgang Settertobulte,  
Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Universität Bielefeld**

Waren es vor einigen Jahren noch vor allem spätere Lebensphasen, die im Mittelpunkt der gesundheitswissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskussion standen, so hat vor allem die Erkenntnis, daß in frühen Lebensphasen bereits zahlreiche gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen grundgelegt werden, dazu geführt, daß heute – insbesondere wenn es um Prävention geht – dem Kindesalter eine stärkere Bedeutung beigemessen wird. Trotz dieses Interesses fehlt es aber nicht nur an validen epidemiologischen Daten für das Kindesalter. Noch immer mangelt es darüber hinaus auch an Erkenntnissen, die Aufschluß geben über den Zusammenhang zwischen der Lebenssituation und dem Gesundheitsstatus dieser Altersgruppe.

Im Mittelpunkt des folgenden Beitrags steht die Fragestellung, welche Rolle der Familie als zentrale Sozialisationsinstanz für die Prägung gesundheitsrelevanter Einstellungen und Verhaltensweisen im Kindesalter zukommt. Vorangestellt wird der Klärung dieser Fragestellung eine Darstellung der gesundheitlichen Situation im Jugendalter, die als Ausgangspunkt für eine solche Betrachtung bezeichnet werden kann.

3

### **DER GESUNDHEITSSTATUS IM KINDES- UND JUGENDALTER**

Betrachtet man heute die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken für das Jugendalter, so zeigt sich zwar, daß zahlreiche gesundheitliche Gefährdungen durch Krankheiten in den letzten Jahren zurückgegangen sind. Dieser quantitativen Abnahme steht jedoch eine qualitative Veränderung des Krankheitsspektrums gegenüber. Aktuelle empirische Befunde konstatieren heute eine zunehmende Bedeutung sowohl chronischer Krankheiten und psychosomatischer Beschwerden als auch psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

- Repräsentative Studien kommen zu dem Ergebnis, daß im Durchschnitt etwa 10–12% der Kinder im Grundschulalter an psychischen Störungen in Leistungs-, Wahrnehmungs-, Gefühls-, Kontakt- und in sonstigen Entwicklungsbereichen leiden. Im Jugendalter muß mit einer noch höheren Quote von etwa 15–20% gerechnet werden (Remschmidt 1990).
- Von chronischen Krankheiten sind etwa 7–10% aller Jugendlichen betroffen (Lösel/Bender 1991); die Tendenz ist steigend. Es handelt sich um Krankheiten wie etwa Allergien, Bronchitis, angeborene Herzfehler, Epilepsie, Diabetes und Krebs, die über viele Jahre lang das Handeln und Empfinden eines Jugendlichen beeinflussen.

- Das Spektrum von psychovegetativen Beeinträchtigungen wird breiter (Engel/Hurrelmann 1989). Die am häufigsten festgestellte Organveränderung, die sich im definitiven Grenzbereich zwischen psychosomatischer und chronischer Erkrankung befindet, ist Asthma bronchiale (Steinhausen 1984). Die Prävalenzraten werden auf 5–7% geschätzt und liegen damit über denen von Neurodermitis und Ulcus pepticus (Weber u. a. 1990).
- Zu den beherrschenden „Zivilisationskrankheiten“ gehören auch Süchte, gekennzeichnet durch psychische und physische Abhängigkeit von einer Substanz und den Verlust der Konsumkontrolle. Schon in der Gruppe der 12–13jährigen trinkt jeder vierte gelegentlich oder regelmäßig Wein und Bier, jeder zehnte Schnaps oder Weinbrand. 16% der 12–17jährigen Jugendlichen rauchen regelmäßig Zigaretten, 6% hatten schon Kontakt mit harten Drogen, 3,8% mit Schnüffelstoffen, 2,6% mit Haschisch und Marihuana (Engel/Hurrelmann 1989). Als im engeren Sinne alkoholabhängig müssen im Jugendalter, bei den 15–20jährigen, etwa 3% eingestuft werden.

## **ERKLÄRUNGSANSÄTZE FÜR GESUNDHEITLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN**

Die Ursachen zahlreicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen, die den qualitativen Wandel des Krankheitsspektrums ausmachen, werden im Kontext unterschiedlicher Faktoren, wie z.B. Umwelttoxinen, betrachtet. Gleichzeitig gewinnen gesundheitsrelevante Verhaltensweisen zunehmend an Bedeutung, die durch Einstellungen und Kognitionsmuster determiniert sind (Franzkowiak 1986). Hier sind beispielsweise die Bereiche Bewegung und Ernährung gemeint:

- Einhellig wird in der Literatur die Notwendigkeit einer Veränderung des Ernährungsverhaltens für eine Vielzahl von Jugendlichen beurteilt: Als Folgen des heute weit verbreiteten Ernährungsfehlerhaltens werden Herz-/Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus, chronische Krankheiten der Leber, alkoholbedingte Krankheiten, einige Krebsarten, Gicht, Neurodermitis, Bluthochdruck sowie Mangelkrankheiten und Krankheiten der Verdauungsorgane und des Kauapparates genannt.
- Ein Mangel an regelmäßiger und angemessen dosierter Bewegung zählt heute zu den Hauptursachen der sogenannten Zivilisationskrankheiten (Regulationsstörungen des Herz-/Kreislaufsystems, Arteriosklerose, Koronarinsuffizienz, Einschränkungen des Bewegungsapparates und funktionelle Organschwächen) (Mellerowicz/Dürwächter 1985).
- Ist es einerseits ein Mangel an Bewegung, der zahlreiche Krankheiten verursacht bzw. die Anfälligkeit für gesundheitliche Beeinträchtigungen erhöht, so können andererseits auch zu exzessiv betriebene Sportaktivitäten zu funktionellen und morphologischen Störungen führen (Banzer 1989).

Neben diesen direkten Formen pathogener Bedingungen zeigen neuere Erkenntnisse eine zunehmende Bedeutung psychischer Zustände, die indirekt auf ein Erkrankungsgeschehen

einwirken. So werden viele Krankheiten heute als Indikator psychischer Überlastung gewertet. Sie drücken die Probleme aus, die junge Menschen bei der Aneignung des eigenen Körpers und der Auseinandersetzung mit der sich immer schneller verändernden und komplexer werdenden sozialen und ökologischen Umwelt unter den heutigen Lebensbedingungen haben. Weiterhin kommen – vor allem in der Pflichtschulzeit – Krisen durch übermäßige Leistungsanforderungen in der Schule hinzu.

Obwohl die Folgen familialer und schulischer Anforderungen heute vor allem bezogen auf das Jugendalter beschrieben werden, betreffen sie – ohne daß dieses heute entsprechend berücksichtigt wird – weitaus stärker noch das Kindesalter: Die gesellschaftliche Ausdifferenzierung und Individualisierung spiegelt sich insbesondere im familialen Raum wider. Dies führt tendenziell dazu, daß traditionell durch die Familie verbürgte und in der Familie vermittelte Schutzfunktionen als zunehmend gefährdet bezeichnet werden müssen.

## **FAMILIE ALS UMFELD GESUNDHEITLICHER ENTWICKLUNGEN**

Neben diese indirekten Faktoren treffen vielfach noch direkte Einflüsse der Eltern auf die Gesundheit ihrer Kinder. Sie konnten für das Jugendalter bereits nachgewiesen werden und betreffen die Rolle der Eltern als Verhaltensmodelle und als Einstellungsübermittler, gleichzeitig aber auch das Familienklima und die Funktion der sozialen Unterstützung.

# 3

### **VERHALTENSMODELLE**

Durch ihr Verhalten dienen Eltern heute generell als Modelle für gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. Die tägliche Hygiene und Ernährung sind hiervon genauso betroffen wie der Umgang mit Drogen und Arzneimitteln, der Umgang mit Gefühlen, Aggressionen, Bewältigungsstrategien sowie soziale Kompetenzen (Bandura 1979; Troschke 1989).

### **EINSTELLUNGEN**

Neben grundsätzlichen Einstellungen gegenüber dem eigenen Körper, dem körperlichen Selbstwertgefühl sowie dem Empfinden von Scham haben die Eltern in frühen Jahren großen Einfluß auf den Attributionsstil der Kinder. Dieser schlägt sich in Gewohnheiten der ursächlichen Zuschreibung von Ereignissen in der Umwelt nieder. Dies wiederum wirkt sich auf Motivationen zu gesundheitsförderndem Handeln aus. Ebenso ist hierdurch auch die Wahrnehmung von Kontrollierbarkeit des eigenen Gesundheitszustandes („Health locus of control“) betroffen.

## **FAMILIENKLIMA**

Durch das Zusammenleben in der Familie werden grundsätzliche soziale Fertigkeiten erlernt und erprobt. Sie sind grundsätzliche Voraussetzungen für ein gesundes Selbstbewußtsein und eine eigene unabhängige Identität (Lohaus 1993; Mansel/Hurrelmann 1994).

## **UNTERSTÜTZUNG**

Die Familie, also nicht allein die Eltern, vermittelt ebenfalls die nächstliegenden Formen eines Unterstützungsnetzwerkes. Dieses ist mehr oder weniger in der Lage, Probleme und kritische Ereignisse zu kompensieren.

## **VERÄNDERTE FAMILIALE LEBENSBEDINGUNGEN**

Obwohl ein hohes Maß an personalen und sozialen Ressourcen zu einem Schutz vor Risiken bis hin zu einer – als Idealvorstellung postulierten – Unverletzbarkeit (Invulnerabilität) führen kann, sind es gerade diese Funktionen, die auch im Kontext sich verändernder Familienstrukturen heute als zunehmend fraglich beurteilt werden müssen.

Neuere Untersuchungen zeigen, daß sich für Kinder von geschiedenen oder in Trennung lebenden Eltern starke psychische und soziale Belastungen ergeben. So sind die Ursachen und die Ausgangspunkte der Beziehungsstörungen der Eltern für die Kinder meist nur schwer nachvollziehbar (Lüscher/Schultheis/Wehrspaun 1988). Gleichzeitig sind die Konsequenzen des Auseinanderbrechens der Elterndyade von den Kindern nicht in der vollen Tragweite vorher abschätzbar.

Kommt es zur Trennung der (Ehe-)Partner, beginnt für die Kinder eine schwierige Phase der Neuordnung ihrer sozialen Beziehungen und Bindungen zu den Eltern. Oftmals ist mit dieser sich verändernden Lebenssituation auch ein Wechsel von Wohnung und sozialer Umgebung und damit von Freundes- und Nachbarschaftskontakten verbunden.

Die Veränderungen der Lebenswelten von Kindern bleiben aber nicht auf ‚Trennungsfamilien‘ beschränkt. Sie betreffen auch die sogenannte Normalfamilie. So kann als ein wesentliches Kennzeichen des heutigen Zusammenlebens der Eltern mit ihren Kindern das Verhältnis des Aushandelns von Optionen und ein partnerschaftliches Beziehungsgefüge anstelle elterlicher Disziplinierungsmaßnahmen bezeichnet werden. Diesen „Sonnenseiten“ einer großen Anzahl an Freiheiten stehen aber zahlreiche „Schattenseiten“ gegenüber: Kinder sind mit einer wachsenden Anzahl Verhaltenserwartungen und möglichen emotionalen Diffusitäten konfrontiert. Begünstigt wird diese Instabilität durch eine zunehmende räumliche Mobilität.

Zusammengefaßt sind es heute soziale Orientierungsprobleme, größere Anforderungen an die individuelle Lebensführung, veränderte und instabile familiäre Lebensformen und häufig ambivalente emotionale Bindungen, die von den Kindern ungewohnt hohe Bewältigungsfähigkeiten verlangen. Unter gesundheitsbezogenen Aspekten kommt der Familie somit ein zunehmend kritisch zu betrachtender Stellenwert zu: Häufig sind in dieser Situation sowohl die Ressourcen der Kinder als auch die der Eltern, gesundheitliche Defizite der Kinder adäquat aufzuarbeiten, überfordert, ohne daß bislang Untersuchungen zu den Auswirkungen dieser Situation im Hinblick auf die direkten und indirekten gesundheitlichen Folgen durchgeführt worden sind.

Neben den sich durch gesellschaftliche Veränderungsprozesse eher indirekt für Kinder in Familie ergebende Folgen zeigen diese auch direkte gesundheitliche Auswirkungen; sie werden vor allem durch Sozialschichteffekte vermittelt.

## **FAMILIEN ALS MEDIATOREN VON SOZIALSCHICHTEFFEKTEN**

In der Bundesrepublik erhalten heute etwa fünf Millionen Menschen Sozialhilfe; dies sind ca. 6% der gesamten Bevölkerung. Das Ausmaß dieser „offiziellen Armut“ ist bereits erschreckend. Schätzungen der Wohlfahrtsverbände kommen jedoch noch auf eine weitere Dunkelziffer von ca. 1–2 Millionen Menschen, die aus verschiedenen Gründen keine Hilfe in Anspruch nehmen und daher nicht erfaßt sind. Betrachtet man diese Zahlen genauer, kann man feststellen, daß etwa 20% der Armen alleinerziehende Mütter sind: Armut und Familie, dies zeigen alle vorliegenden Statistiken, rücken also immer näher zusammen. Immer öfter leben jüngere Menschen in Armut. Kinder und Jugendliche sind mittlerweile die Bevölkerungsgruppe, die am stärksten von Armut bedroht ist (BMFuS 1994).

Je ärmer Menschen sind, desto größer ist die Gefahr, gesundheitliche Probleme zu bekommen. Das Erkrankungsrisiko variiert also entlang eines Armutsgradienten. Nachgewiesen werden konnte eindeutig ein linearer Zusammenhang zwischen dem Grad der sozialen Privilegiertheit und der Gesundheit; aber auch für das Vorkommen protektiver Faktoren gilt der Zusammenhang entlang der sozialen Schichtung.

Klocke und Hurrelmann (1995) befragten in Nordrhein-Westfalen insgesamt 3.328 Schülerinnen und Schüler aller Schulformen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren über die berufliche Tätigkeit des Vaters und der Mutter, über deren Schulbildung sowie über Aspekte ihres Gesundheitszustandes und gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen. Der Sozialschichtindex wurde in dieser Studie gebildet aus dem Statusrang der elterlichen Berufe sowie nach vorhandenen finanziellen Ressourcen.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen für Schülerinnen und Schüler aus den unteren sozialen Positionen bei nahezu allen Gesundheitsindikatoren eine schlechtere Bewertung ihrer Situation: Nur jedes fünfte Kind aus der unteren, aber jedes zweite Kind aus der oberen sozialen Position bewertet den eigenen Gesundheitszustand mit sehr gut. Besonders deutlich

wird dieser Zusammenhang bei den psychovegetativen Erscheinungsbildern, die als Symptome von Überlastungsreaktionen des Körpers auch die psychosoziale Situation der Betroffenen mit einer gewissen Latenz widerspiegeln: Je niedriger die Position in der Privilegiertenstruktur einer Gesellschaft, desto niedriger ist auch die Qualität der Gesundheit.

## **PERSPEKTIVEN FÜR DIE GESUNDHEITSFÖRDERUNG**

Faßt man die Ergebnisse zusammen, dann kann festgestellt werden, daß es in einer wachsenden Zahl von Familien soziale Orientierungsprobleme, größere Anforderungen an die individuelle Lebensführung, veränderte und instabile partnerschaftliche Lebensformen und häufig ambivalente emotionale Bindungen, die von den Kindern ungewohnt hohe Bewältigungsfähigkeiten verlangen, gibt. Vielen Familien kommt unter gesundheitsbezogenen Aspekten somit ein zunehmend problematischer Stellenwert zu: Häufig sind sowohl die Ressourcen der Kinder als auch die der Eltern, gesundheitliche Defizite der Kinder adäquat aufzuarbeiten, überfordert.

Die Familie bietet den Ort, an dem Kinder eine Reihe von Erfahrungen machen und Fähigkeiten erwerben können, die gesundheitsfördernd sind. Die Schutzfaktoren, die die Familie liefert, ergeben sich dabei auf zwei Ebenen, der personalen und der sozialen (Antonovsky 1987). Erst personale und soziale Schutzfaktoren zusammen befähigen das Individuum bezüglich auftretender Probleme adäquat, d.h. konstruktiv und angemessen zu reagieren, da sowohl Problemlösefähigkeiten als auch soziale Unterstützung zusammenwirken.

Soll es darum gehen, den Gesundheitszustand nicht nur im Kindesalter, sondern auch in späteren Lebensphasen nachhaltig zu verbessern, dann müssen Ansätze und Maßnahmen der Gesundheitsförderung hier ansetzen. Das Ziel muß es sein, sowohl die personalen wie auch die sozialen Schutzfaktoren in der Familie zu verbessern. Jegliche konkrete Hilfen, die auf die Gesundheit aller in Familien Lebenden gerichtet sind, müssen darum immer von einer Förderung und Unterstützung der Familie in erzieherischer, sozialer, aber auch finanzieller Hinsicht begleitet werden.

## LITERATUR

- Antonovsky, A.: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco, 1987
- Bandura, A.: Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart, 1979
- Banzer, W.: Präventive Sportmedizin – Chancen und Grenzen. In: Laaser, U.; Murza, G. (Hrsg.): Gesundheitsförderung. Sport und Gesundheit im Spannungsfeld von Prävention und Lebensqualität. Bielefeld, 1989, S. 25–41
- Baur-Göldner, S.: Einfluß elterlicher Einstellung gegenüber dem Kind auf das körperliche Wohlbefinden und das Selbstkonzept im Verlauf der Pubertät. Dissertation. Ulm, 1986
- Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS): Familien und Familienpolitik im geeinten Deutschland – Zukunft des Humanvermögens. 5. Familienbericht. Bonn, 1994
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (Hrsg.): Ernährungsbericht. Frankfurt am Main, 1988
- Engel, U.; Hurrelmann, K.: Psychosoziale Belastungen im Jugendalter. Berlin, 1989
- Franzkowiak, P.: Risikoverhalten und Gesundheitsbewußtsein bei Jugendlichen. Berlin, Heidelberg, 1986
- Goebel, P.: Ungewollte Schwangerschaft – Ausdruck eines Konflikts oder Zufall? In: Lockot, R. (Hrsg.): Intimität. Stuttgart, 1984, S. 143–153
- Hansell, L.; Mechanic, D.: Parent and peer effects on adolescent health behavior. In: Hurrelmann, K.; Lösel, F. (Hrsg.): Health hazards in adolescence. Berlin, 1990
- Hurrelmann, K.: Familienstreß, Schulstreß, Freizeitstreß. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Weinheim, Basel, 1990
- Hurrelmann, K.: Plädoyer für die Kooperation medizinischer und psychosozialer Dienste für Kinder und Jugendliche. In: Prävention 4, 13, 1990, S. 115–122
- Klocke, A.; Hurrelmann, K.: Armut und Gesundheit – Inwieweit sind Jugendliche betroffen? Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (Sonderheft im Druck), 1995
- Kolip, P.: Problembewältigung invulnerabler und auffälliger Jugendlicher: Zum Zusammenhang zwischen Coping-Stilen und subjektiven Situationsmerkmalen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Band II, 2, 1993, S. 122–134
- Lohaus, A.: Gesundheitspsychologie Band 2 – Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1993
- Lösel, F.; Bender, D.: Jugend und Gesundheit. In: Haisch, J.; Zeitler, H.-P. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung. Heidelberg, 1991, S. 65–86
- Lüscher, K.; Schultheis, F.; Wehrspau, M. (Hrsg.): Die „postmoderne“ Familie. Familiäre Strategien und Familienpolitik im Übergang. Konstanz, 1988
- Mansel, J.; Hurrelmann, K.: Alltagsstreß bei Jugendlichen. Eine Untersuchung über Lebenschancen, Lebensrisiken und psychosoziale Befindlichkeiten im Statusübergang. Weinheim/München, 1991
- Mansel, J.; Hurrelmann, K.: Außen- und innengerichtete Formen der Problemverarbeitung Jugendlicher. Aggressivität und psychosomatische Beschwerden. Soziale Welt, 45, 1994, S. 147–179

- Marmot, M.: Epidemiological approach to the explanation of social differentiation in mortality: The Whitehall studies. *Sozial- und Präventivmedizin*, 38, 1993, S. 271–279
- Mellerowics, H.; Dürrwächter, H.: Training und Sport. Mittel der präventiven Medizin. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 12, 1985, S. 834–841
- Melzer, W.; Sünker, H. (Hrsg.): *Wohl und Wehe der Kinder*. Weinheim, 1989
- Nordlohne, E.: Die Kosten jugendlicher Problembewältigung. Alkohol-, Zigaretten- und Arzneimittelkonsum im Jugendalter. Weinheim, München, 1992
- Palentien, Ch.; Hurrelmann, K.: Gesundheitsprobleme und Strukturen medizinischer und psychosozialer Versorgung im Jugendalter. In: *Das Gesundheitswesen*, 4, 56. Jahrg., 1994, S. 181–186
- Remerschmidt, H.: Grundsätze zur Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 9–10, 1990, S. 338–347
- Schmidt, A.; Lehmkuhl, G.: Krankheitskonzepte bei Kindern – Literaturübersicht. In: *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 2, 1994, S. 50–65
- Settertobulte, W.; Müller, M.: Alkohol- und Tabakmißbrauch bei Sonderschülern. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 43 (9), 1992, S. 592–606
- Settertobulte, W.: Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Hilfe: Informelle Unterstützung und medizinische Versorgung. In: Kolip, P. (Hrsg.): *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*. München, Weinheim, 1994
- Settertobulte, W.; Palentien, C.; Hurrelmann, K.: *Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche. Ein Praxishandbuch*. Heidelberg, 1995
- Steinhausen, H.-C.: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. In: Steinhausen, H.-C. (Hrsg.): *Risikokinder. Ergebnisse der Kinderpsychiatrie und -psychologie*. Stuttgart, 1984, S. 55–72
- Trotha, T. von: Zum Wandel der Familie. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 3, 1990, S. 452–473
- Weber, I.; Abel, M.; Altenhofen, L.; Bäcker, K.; Berghof, B.; Bergmann, K. E.; Flatten, G.; Klein, D.; Micheeis, W.; Müller, P. J.: *Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung. Zahlen, Fakten, Perspektiven*. Baden-Baden, 1990
- Werner, E. E.; Smith, R. S.: *Vulnerable but invincible*. New York, 1982

## 3.5. ZUSAMMENFASSUNG DER DISKUSSION

Die Beiträge und die Diskussion wiesen übereinstimmend auf die folgenden zentralen Gesundheitsprobleme im Kindesalter:

- Störungen der motorischen Entwicklung und Koordinationsstörungen,
- Sprech- bzw. Sprach-, Hör- und Sehstörungen,
- Adipositas und problematisches Ernährungsverhalten (Fehlernährung),
- Unfälle,
- Konzentrationsstörungen,
- Verhaltensauffälligkeiten und Aggressivität,
- geringe Teilnahme an Früherkennungsprogrammen und Impfungen.

Alle diese Aspekte sind verbreitet, folgenreich und präventiv beeinflussbar. Weitere genannte Punkte waren Karies und mangelnde Zahnprophylaxe. Darüber hinaus wurde auf die Bedeutung von Suchtprophylaxe und Sexualaufklärung in jungem Alter hingewiesen. Bei den Bereichen Sprachstörungen (insbesondere verzögerte Sprachentwicklung), aber auch Bewegungs- und Koordinationsstörungen wurde darauf hingewiesen, daß diese Bereiche allgemein als Indikatoren für eine problematische Reifung genommen werden können. Eine Reihe von Aspekten stehen untereinander in Zusammenhang wie z.B. Adipositas und Bewegungsstörungen oder Unfälle und Bewegungsstörungen.

Es wurde unterstrichen, daß angemessene Zugänge zu Risikogruppen, z.B. zu sogenannten „Multi-Problem-Familien“, gefunden werden müssen. Insbesondere im Zusammenhang mit sozialer Benachteiligung und Migration zeigten sich sowohl eine Kumulation von Entwicklungsbelastungen und -problemen bei Kindern und Jugendlichen als auch ausgeprägte Defizite im Gesundheits- und Vorsorgeverhalten und eine große Distanz zu präventiven und kurativen Versorgungsangeboten (u.a. Impfschutz, Früherkennungsuntersuchungen).

Gesundheitsförderung sollte den sozialen Faktoren durch die Entwicklung spezifischer lebensweltorientierter Ansätze Rechnung tragen. „Lebensweltorientierte“ gesundheitliche Aufklärung berücksichtigt die Ressourcen und Orientierungen der Zielgruppe (mit entsprechenden Konsequenzen für die Wahl von medialen Zugängen und zu vermittelnden Botschaften). Die Qualität der Ressourcen wirkt sich auf Gesundheit und Entwicklung der Kinder aus; sie ist ihrerseits bestimmt durch die Qualität sozialer Lebensbedingungen. Ein besonderer Bedarf an gezielter und auf die Probleme und Ressourcen zugeschnittener Förderung und die Entwicklung spezifischer Strategien sind insbesondere wichtig bei „schwer erreichbaren“ Gruppen.

Die Auflistung von Gesundheitsproblemen führt zunächst zu spezifischen, problemorientierten Maßnahmen. Darüber hinaus wurden (unspezifische) kompetenzfördernde Ansätze als wichtig erachtet. Über spezifisch problemorientierte und kompetenzfördernde Ansätze hinaus wurde die Bedeutung von Primärprävention eingebracht, die an zugrundeliegenden Ursachen, dort, wo diese einer Beeinflussung zugänglich sind, ansetzt. Diese Ansätze haben ein besonderes Gewicht angesichts der Verbreitung von Gewalt-, Mißhandlungs- und Mißbrauchserfahrungen und ihren Folgen für spätere gesundheitliche und Persönlichkeitsentwicklung.

Sowohl problemorientierte als auch kompetenzfördernde Ansätze können sich an Kinder, aber auch an Eltern richten. Als Kompetenz kann Eltern ein entsprechendes „Kulturwissen“ über Gesundheit, Krankheit bzw. den Umgang mit Krankheit, Entwicklung bzw. Beurteilung der Entwicklung vermitteln werden. Eltern sind nicht nur „Mediatoren“ von Belastungen und Ressourcen und sie bestimmen nicht nur das Bedingungs-feld, in dem sich die positive oder negative Entwicklung mit ihren Facetten von Verhalten, Sinneswahrnehmung, Motorik, körperlicher und psychischer Gesundheit vollzieht. Sie sind gleichzeitig Schlüsselfiguren für die rechtzeitige Wahrnehmung von Auffälligkeiten und für die angemessene Inanspruchnahme von präventiven und kurativen Versorgungsangeboten. Biographisch frühe und zielgruppengenaue Vermittlung von präventiver Elternkompetenz ist besonders sinnvoll; als Beispiel wurden entsprechende Angebote für Schüler und Schülerinnen von berufsvorbereitenden Maßnahmen oder die Nutzung des Settings „Kindergarten“ genannt.

Zusammenfassend ergaben sich aus der Diskussion folgende Aspekte:

- Zielgruppenbezug, Lebensweltorientierung (dies bezieht sich insbesondere auf Maßnahmen, die sich an sozial Benachteiligte, Migrantenfamilien und andere schwer erreichbare Gruppen richten);
- Berücksichtigung von Geschlechterdifferenzen und Einbindung von geschlechtsspezifischen Ansätzen;
- mit Hinweis auf die schwierige Erreichbarkeit gerade hochbelasteter Zielgruppen wurde die Nutzung vorhandener vielfältiger Zugangswege für wichtig erachtet;
- mit Hinweis auf die Verschränkung der einzelnen Aspekte von Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen wurde zu Strategien geraten, bei denen miteinander zusammenhängende Probleme gebündelt werden;
- langfristige Strategien („langer Atem“) und frühzeitig ansetzende Maßnahmen;
- neben problemorientierten Ansätzen sollten Ansätze der Kompetenzförderung verfolgt werden. Kompetenzförderung richtet sich nicht nur an Kinder, sondern ebenso an Eltern oder an Professionelle;
- verfolgt werden sollten Ansätze der Primärprävention (z.B. im Bereich „Gewalt gegen Kinder“).

Insgesamt bestätigte die Debatte den engen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Entwicklung im Kindesalter, die Bedeutung des sozialen Kontextes der Entwicklung bzw. Gesundheit und die Bedeutung von zielgruppenspezifischen und lebensweltorientierten Maßnahmen mit besonderem Augenmerk auf den Einbezug von sonst schwer erreichbaren Gruppen.

In der Diskussion wurden weiterhin Hinweise zusammengetragen, in welchen institutionellen Kontexten Ansätze der Gesundheitsförderung für Kinder bereits Beachtung finden und entsprechende Projekte und Maßnahmen realisiert oder Materialien entwickelt werden.

So existiert z.B. im Kindergartenbereich sowie im schulischen Kontext bereits ein breites Spektrum an Konzeptionen, Initiativen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung, z.B. bezogen auf gesunde Ernährung, Bewegungsförderung, Kompetenzvermittlung an Eltern etc. Als zentrale Kooperationspartner im Zusammenhang der Gesundheitsförderung im Kindesalter wurden weiter der kinderärztliche Bereich sowie der Öffentliche Gesundheitsdienst/Jugendärztliche Dienst mit Ihrer Vertrauensstellung und den spezifischen Zugängen zu Kindern und Eltern hervorgehoben. Darüber hinaus wurde der Freizeitsektor – und hier insbesondere Ansätze der Einbindung von Sportvereinen – thematisiert.

Insgesamt ist eine Vielzahl von Trägern und Institutionen mit unterschiedlichen Zielsetzungen in einzelnen Bereichen präventiv und die Gesundheit von Kindern fördernd tätig. Vielfältig sind auch die Zugänge (Prävention in der Familie, in Kindergärten, in Vereinen, in der Nachbarschaft etc.) und die möglichen direkten Zielgruppen (Kinder, Eltern, Professionelle). Angesichts dieser Vielfalt wurden bereichs- bzw. problembezogene Übersichten über Akteure und Anbieter sowie Auflistungen vorhandener Materialien, Medien und Maßnahmen (mit Angabe der Zielgruppen und, wenn möglich, Evaluationsergebnissen) gewünscht.

In dieser Vielzahl von Maßnahmen liegen nutzbare Ressourcen für die Gesundheitsförderung im Kindesalter, wie sie z.B. die möglichen Kooperationspartner, das angesammelte Fachwissen und die Erfahrungen mit Maßnahmen darstellen. Eine organisierte Nutzung der Ressourcen bedarf der Vernetzung, des Austausches und der Kooperation. Fachkräfte können als Multiplikatoren eingebunden und Angebote von Fort- und Weiterbildung entwickelt werden. Erfahrungen bezogen auf Effektivität und Übertragbarkeit von Maßnahmen sollten gesammelt, analysiert und allgemein zugänglich gemacht werden.



**VERTIEFUNG DES THEMAS AM BEISPIEL  
VON UNFÄLLEN UND BEWEGUNGSSTÖRUNGEN  
IM KINDESALTER**

## 4.1. VORBEMERKUNG

Nicht alle Bereiche, die für eine Prioritätensetzung in Frage kommen, konnten ausführlich und detailliert behandelt werden. Am Beispiel des Unfallgeschehens und der Beeinträchtigungen der motorischen Entwicklung wurden epidemiologische Daten dargestellt, Verursachungskontexte analysiert und daraus Vorschläge für eine Prävention hergeleitet.

Diese Problembereiche eigneten sich zur vertiefenden Darstellung, weil sie mehrfach als relevant und häufig genannt wurden. Bezogen auf die Unfallhäufigkeit wurde bereits im 2. Kapitel auf Risikogruppen hingewiesen: Besonders exponiert sind Kinder und Jugendliche in unteren sozialen Schichten bzw. ausländische Kinder und Jugendliche; Jungen sind zudem deutlich höher gefährdet als Mädchen. Motorische Defizite haben sich als bedeutsamer Risikofaktor für Unfälle im Kindergartenalter erwiesen, der sich effektiv präventiv beeinflussen läßt.

Der Beitrag von H.-J. Kahl stellt detaillierte Ergebnisse zur Epidemiologie von Unfällen im Kindesalter vor (4.2.). S. Dordel berichtet über das Ausmaß von motorischen Leistungsschwächen, deren Zunahme sie in Verbindung bringt mit den Veränderungen der kindlichen Lebenswelt (4.3.).

## 4.2.

### **UNFÄLLE UND VERLETZUNGEN VON KINDERN UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER VERLETZUNGEN IM HAUS- UND FREIZEIT- BEREICH**

**Dr. Hermann-Josef Kahl, niedergel. Kinderarzt,  
Kinderkardiologe, Düsseldorf**

Die epidemiologischen Grundlagen über das Unfall- und Verletzungsgeschehen von Kindern und Jugendlichen sind immer noch unbefriedigend. Wir können daher die absoluten Zahlen nur schätzen aufgrund von Hochrechnungen, z. B. der Haushaltsbefragungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz. So erfolgte eine erste Repräsentativbefragung in den alten Bundesländern in den Jahren 1988/89, wobei ca. 130.000 Haushalte erfaßt wurden und 7.209 Unfallmeldungen ausgewertet werden konnten. Eine ähnliche Repräsentativbefragung erfolgte in den neuen Bundesländern in den Jahren 1991/92, wobei ca. 70.000 Haushalte befragt wurden und 2.514 Heim- und Freizeitunfälle ausgewertet werden konnten. Aufgrund von Hochrechnungen kommen wir dann zu einer Zahl von ca. 900.000 Unfällen im Haus- und Freizeitbereich pro Jahr bei Kindern unter 15 Jahren.

Die Kommission der EG hat ein Informationssystem zu etablieren versucht, welches die Unfälle im Kindesalter epidemiologisch aufarbeiten sollte. Es handelt sich hierbei um das European Home and Leisure Accidents Surveillance System (EHLASS). Das Handicap besteht jedoch darin, daß durch dieses System nur Unfälle und Verletzungen, die in Kliniken behandelt werden, erfaßt werden können; aber auch der Rücklauf der Meldungen ist bisher nur sehr spärlich erfolgt.

Die Gesamthäufigkeit von Unfällen und Verletzungen von Kindern unter 15 Jahren liegt bei ca. zwei Millionen pro Jahr.

### **UNFALLKATEGORIEN**

Die Unfälle und Verletzungen erstrecken sich im wesentlichen auf vier Bereiche: Es handelt sich um den Haus- und Freizeitbereich (ca. 44%), die Schule inklusive Schulweg und Schulsportunfälle (ca. 43%), den Sport isoliert betrachtet (ca. 7%) und die Verkehrsunfälle (ca. 2,5%).

### **TÖDLICHE VERLETZUNGEN**

Es ereignen sich ca. 1.000 tödliche Verletzungen im Kindesalter unter 15 Jahren pro Jahr. Davon entfallen etwa 45% auf den Verkehrsbereich und 55% auf die übrigen Kategorien (Abb. 1).

# 4

<b>Todesursachen</b>						
<b>Sterbefälle 1994 durch Unfälle nach Unfallkategorien, Altersgruppen und Geschlecht</b>						
<b>Anzahl</b>						
Im Alter von . . . bis unter . . . Jahren	Insgesamt	Davon nach Unfallkategorien				
		Arbeits-/ Schulunfall	Verkehrs- unfall	Häuslicher Unfall	Sport-/Spiel- unfall	Sonstiger Unfall
Insgesamt						
0- 1	86	-	17	34	-	35
1- 5	326	-	92	100	38	96
5-15	534	7	310	52	61	104
15-25	2.869	75	2.492	56	57	189
25-35	2.805	149	2.141	128	68	319
35-45	2.222	219	1.239	267	59	438
45-55	2.114	226	975	365	41	507
55-65	2.292	148	900	520	32	692
65-75	2.473	39	819	783	22	810
75-85	4.163	3	651	1.866	6	1.637
85 und älter	5.238	3	260	2.683	5	2.287
insgesamt	25.122	869	9.896	6.854	389	7.114
Quelle: Statistisches Bundesamt 1994						

Abb. 1

Nur der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle erwähnt, daß auf ein tödlich verletztes Kind ca. zwei Kinder so schwer verletzt werden, daß ein Leben lang Behinderungen bestehenbleiben.

## UNFALLGESCHEHEN IN HAUS UND FREIZEIT

Wie bereits erwähnt, ereignen sich ca. 900.000 Unfälle und Verletzungen von Kindern unter 15 Jahren pro Jahr. An erster Stelle müssen dabei die Verletzungen durch Stürze erwähnt werden, die sich sowohl in der vertikalen als auch in der horizontalen Ebene abspielen. Es folgen die Verletzungen durch Stoßen an Gegenständen und die Verletzungen an scharfen Gegenständen, thermische Schäden, Vergiftungen und Aspirationen sowie Badeunfälle; außerdem sind Tierbißverletzungen im Kindesalter nicht zu vernachlässigen (Abb. 2).

Die Knabenwendigkeit, die oft beschrieben worden ist, scheint sich nach neueren Untersuchungen nicht mehr zu bestätigen; es ist zwar so, daß die schweren Verletzungen bei den Jungen überwiegen, aber die Anzahl der Verletzungen scheint bei Mädchen und Jungen gleichermaßen verteilt zu sein (Limbourg 1996).

<b>Unfälle und Verletzungen im Kindesalter Haus und Freizeit</b>	
<b>Unfall-/Verletzungsarten in Haus und Freizeit</b>	
Stürze	46%–51 %
Stoßen an Gegenständen	25 %
Verletzung an scharfen Gegenständen	9 %
Verbrennungen, Verbrühungen, Strom	3 %
Vergiftungen	1–7 %
Aspiration/Strangulation	2 %
Badeunfall	0,7–2,5 %
Sonstige inkl. Verletzungen durch Tiere	10 %

Abb. 2

Die Kosten, die durch die Unfälle im Haus- und Freizeitbereich verursacht werden, belaufen sich nach Schätzungen auf 1,3 bis 2 Milliarden DM/Jahr.

## UNFÄLLE NACH LEBENSALTER

Es ist bekannt, daß ab dem neunten Lebensmonat Unfälle die häufigste Ursache für Erkrankungen und Tod im Kindes- und Jugendalter darstellen. Die Ein- bis Dreijährigen sind hierbei ganz besonders betroffen. Ab dem vierten Lebensjahr bleibt die Häufigkeit bis ins Jugendalter in allen Altersgruppen gleich (Abb. 3).

## ALTER UND UNFALLART

Betrachten wir die verschiedenen Unfälle, dann zieht sich die Gefahr des Sturzes wie ein roter Faden durch das gesamte Kindes- und Jugendalter (Abb. 4).

Stürze von Wickeltischen, Betten und Hochbetten spielen bereits im frühen Säuglingsalter eine große Rolle. Die Stürze von den Treppen, aus den Fenstern und vom Balkon bedürfen unserer besonderen Beobachtung. Im Schul- und Jugendalter verlagern sich die Sturzgefahren auf den Spielplatzbereich, die Fahrradunfälle und spezielle Formen der Freizeitgestaltung, wie z.B. Inline-Skating.

Die Gefahren durch Vergiftungen, Verätzungen, Verbrennungen und Verbrühungen sind besonders in den ersten drei bis vier Lebensjahren sehr hoch. Gefahren, die von den niedrigviskosen Erdöldestillaten ausgehen (gefärbte Lampenöle, Anzündungsflüssigkeiten für Holzkohlengrill usw.) und die giftigen Pflanzen im Haus und im Garten dürfen weiterhin nicht unterschätzt werden.

## Unfallanteile pro Lebensjahr

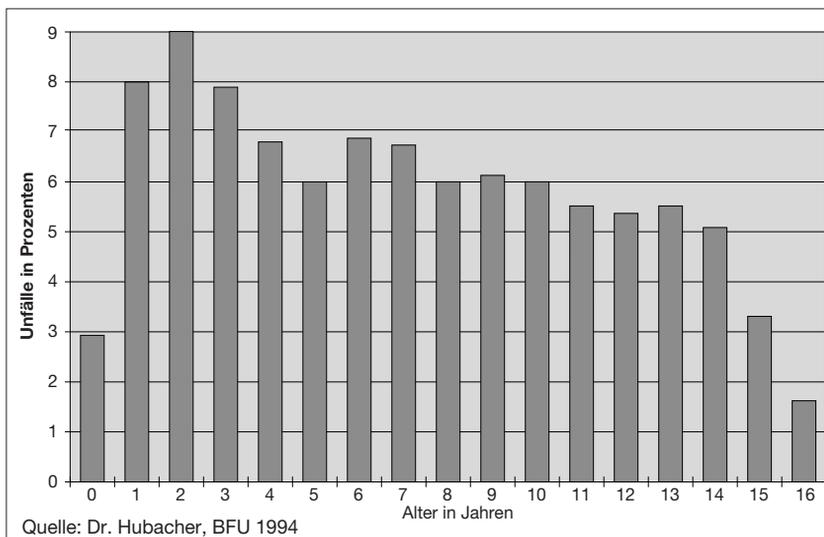


Abb.3

## Alter und Unfallart

Unfallart	Unfälle nach Altersklassen (%)						
	0	1-2	3-5	6-8	9-11	12-14	15-16
Vergiftung, Verätzung	3,1	6,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Sturz	66,0	50,3	55,1	52,9	51,3	49,6	42,3
Verbrennung, Verbrühung	15,0	7,0	3,4	1,7	0,9	1,5	0,1
(Beinahe-)Ertrinken	0,0	0,4	0,7	0,1	0,2	0,2	0,0
Einwirk. d. Gegenstände	2,5	10,8	14,3	17,7	16,6	16,6	21,4
Einwirk. d. Mensch/Tier	6,6	7,0	6,5	5,7	8,1	9,2	10,0
Zusammenprall	5,6	11,1	12,7	14,9	12,9	12,8	10,3
übrige	1,3	7,3	6,1	7,0	10,0	10,2	15,9
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100
Total (abs.)	3.590	20.585	24.654	23.696	21.662	19.508	5.984

Quelle: Dr. Hubacher, BFU 1994

Abb. 4

Mit steigendem Lebensalter wächst die Gefahr, die von Gegenständen ausgeht, wie umstürzenden Möbeln, Regalen, Fernsehern usw. Außerdem nehmen Verletzungen an Werkzeugen, Küchengeräten und Geräten in Werkbereichen und Autogaragen zu.

Nicht zu vernachlässigen sind Verletzungen durch Tiere, die auch mit steigendem Lebensalter der Kinder zunehmen.

## **PRÄVENTION DER VERLETZUNGEN UND UNFÄLLE IM KINDESALTER**

Das **GSG** (Kürzel nachfolgend erläutert) der Prävention muß lauten:

1. **G**estaltung der Umwelt,
2. **S**icherheitsbewußtsein der Erwachsenen,
3. **G**efahrenkognition der Kinder und Jugendlichen.

Die Gestaltung der Umwelt als schöpferische Bewegungszone für unsere Kinder ist eine der wichtigsten Forderungen im Bereich der Prävention; die Wohnungen, die Gärten sowie der nähere Umgebungsbereich der Häuser müssen auf sicherheitsrelevante Aspekte regelmäßig untersucht werden. Einzuschließen sind dabei all die Bereiche, in denen Kinder sich in ihrer Freizeit aufhalten (Spielplätze, Spielstraßen usw.).

Das Sicherheitsbewußtsein der Erwachsenen ist so zu trainieren, daß alle an der Erziehung der Kinder mitwirkenden Personen einen regelmäßigen Check-up in Präventionsmaßnahmen durchführen.

Die Curricula der Erzieher und Lehrer müssen in Zukunft die präventiven Aspekte der Unfallverhütung beinhalten.

Die Schulung der Eltern muß über die Kinderärzte in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen gefördert werden. Gekoppelt an die Vorsorgeuntersuchungen sollten altersadäquate Unfallverhütungsmaßnahmen an Eltern, Kinder und Jugendliche weitergeleitet werden.

Als Resultat aller Maßnahmen ergibt sich dann eine frühere Gefahrenkognition der Kinder und Jugendlichen; wir wissen, daß Kinder, die häufig auf Gefahren hingewiesen werden, früher ein präventives Gefahrenbewußtsein entwickeln als andere. Allein daraus ergeben sich die bisher genannten präventiven Konsequenzen.

*Literatur beim Verfasser*  
*Dr. Hermann-Josef Kabl*  
*Ublandstraße 43*  
*40237 Düsseldorf*

## 4.3. **ÄTIOLOGIE UND SYMPTOMATIK MOTORISCHER DEFIZITE UND AUFFÄLLIGKEITEN**

**Dr. Sigrid Dordel, Deutsche Sporthochschule, Köln**

### **EINLEITUNG**

Prävention gegenüber der Vielzahl zivilisationsbedingter Erkrankungen des Erwachsenen beginnt im Kindesalter. Kinder brauchen zur Entwicklung ihrer Persönlichkeit in besonderem Maße Bewegung – je jünger sie sind, um so mehr: Bewegung ist – vor dem Spracherwerb – das erste Medium der Interaktion und Kommunikation; Entwicklung von Aufrichtung und Fortbewegung bedeutet für das Kind zunehmende Unabhängigkeit und Selbständigkeit. Die Motorik leistet im Hinblick auf die Entwicklung emotional-affektiver, psycho-sozialer und kognitiver Funktionen einen wesentlichen Beitrag. Nicht zuletzt sind entsprechend dem Rouxschen Gesetz vielfältige Bewegungsreize in angemessener Intensität für die physische Entwicklung unerlässlich. Der für das Kindesalter typische natürliche Bewegungsdrang gilt als Garant für eine normale motorische und körperliche Entwicklung.

### **BEWEGUNGSMANGEL ALS RISIKOFAKTOR IM KINDESALTER – MÖGLICHE URSACHEN UND AUSWIRKUNGEN**

Der natürliche Bewegungsdrang im Kindesalter ist physiologisch begründet. Die familiären und gesellschaftlichen Bedingungen, die den Entwicklungsverlauf eines Kindes wesentlich mitbestimmen, lassen jedoch eine freie Entfaltung von Kindern und damit auch ein Ausleben ihres Bewegungsdrangs nicht unbedingt zu.

In der aktuellen Diskussion zum Wandel der Kindheit wird dem zunehmenden Mangel an Körperwahrnehmung und Raumerfahrung im Rahmen allgemein reduzierter motorischer Aktivitäten bzw. auch veränderten Bewegungsverhaltens eine bedeutende Rolle zugemessen (vgl. Dordel 1997; Rolff/Zimmermann 1993; u.a.).

Verhäuslichung und Verinselung werden als charakteristische Merkmale veränderter Kindheit heute genannt: Kinder spielen eher im Haus bzw. in der Wohnung, da das Spielen auf dem Hof, auf der Straße oder auf dem Spielplatz nicht möglich, vielleicht auch verboten ist, zu gefährlich oder zu wenig attraktiv erscheint. Der Lebensraum – der Raum, der die Wohnung als Lebensmittelpunkt umgibt – kann oft nicht mehr selbständig von Kindern erobert und erweitert werden. Viele Aktivitäten finden so weit von der Wohnung entfernt statt, daß die Kinder auf einen Transport durch Erwachsene angewiesen sind; es kommt zur Verinselung. Bewegungsraum und Bewegungszeit können dadurch erheblich eingeschränkt werden. Der Einfluß der Medien auf die Entwicklung von Kindern wird vielfach diskutiert.

Zwar sollte z.B. der Umfang des Fernsehkonsums nicht überschätzt werden (vgl. Ledig 1992); dennoch stellt ein hohes Maß an audiovisuellen Reizen im Sinne einer Reizüberflutung besonders für Kinder eine nicht zu unterschätzende Belastung des vegetativen Nervensystems dar. Abgesehen von einer möglichen emotional-affektiven Überforderung durch die Inhalte von Fernsehsendungen bewirkt das passive Konsumieren eine Reduktion aktiver Bewegungszeit; eingeschränkte Wahrnehmungs- und Bewegungsprozesse sind die Folge. Hinzu kommt, daß das Bewegungsverhalten von Kindern vielfach im Sinne einer Versportlichung durch Vorbilder in den Medien, aber auch durch institutionelle Angebote geprägt wird; demgegenüber verlieren eigenständige kreative motorische Aktivitäten an Bedeutung.

Die hier nur kurz skizzierten, für die heutige Gesellschaft typischen sozio-ökologischen Bedingungen, die noch vielfach zu ergänzen und zu differenzieren wären, schränken die Quantität wie auch die Qualität kindlicher Bewegungserfahrungen in erheblichem Maße ein. Darüber hinaus sollten als Ursache für Bewegungsmangel im Kindesalter aber auch Behinderungen, insbesondere auch chronische Krankheiten, die teilweise ebenfalls sozio-ökologisch (mit)verursacht sein können, nicht vergessen werden. Auch diese können die jeweils individuelle Bewegungszeit und -vielfalt erheblich beeinträchtigen.

Abbildung 1 zeigt Bedingungsfaktoren des Bewegungsmangels im Kindesalter im Zusammenhang mit möglichen Folgen: Eingeschränkte Wahrnehmungs- und Bewegungserfahrungen im Kindesalter führen zu körperlicher Leistungsschwäche und motorischen Defiziten und Auffälligkeiten. Diese wiederum können – entsprechend der Bedeutung der Moto-

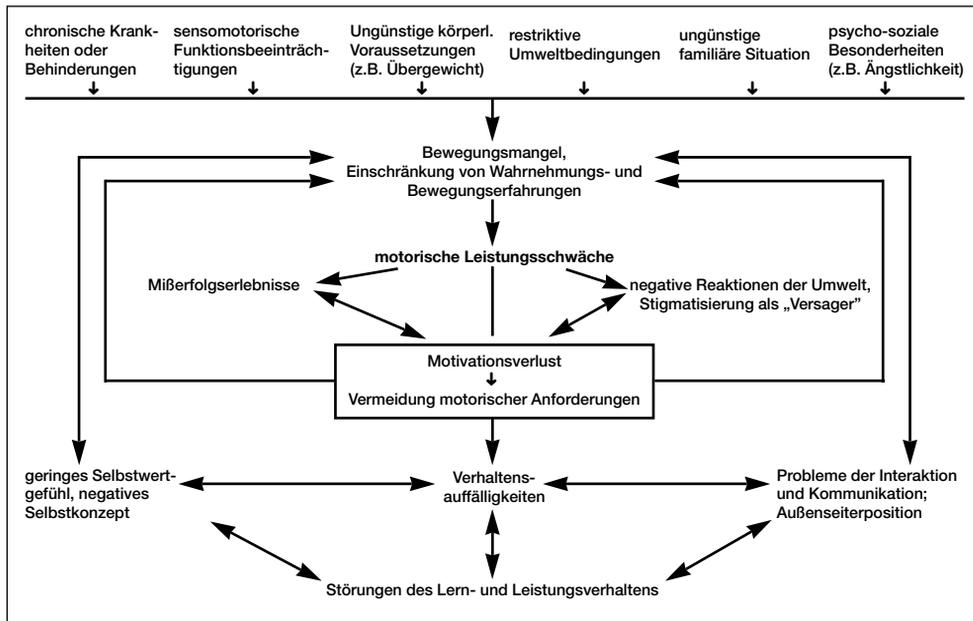


Abb. 1

rik für die Entwicklung eines Kindes – Auffälligkeiten in anderen Persönlichkeitsbereichen nach sich ziehen. Hier sind insbesondere negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Selbstkonzepts und des Sozialverhaltens, aber auch Störungen im Bereich des Lern- und Leistungsverhaltens zu nennen.

## **MOTORISCHE MINDERLEISTUNG ALS FOLGE VERÄNDERTER ENTWICKLUNGSBEDINGUNGEN ?**

In Befragungen von Sport unterrichtenden Lehrkräften hinsichtlich ihrer Einschätzung der motorischen Leistungsfähigkeit von Kindern wird oft geklagt, daß die Leistungsfähigkeit von Kindern ‚heute‘ im Gegensatz zu ‚früher‘ gering sei. Schon Grundschulkindern fehlten wesentliche sportmotorische Grundlagen wie z.B. rollen, werfen, fangen; sie seien oft nur schwer zu motivieren und zeigten generell eine geringe Anstrengungsbereitschaft und schlechte Konzentrationsfähigkeit. Solche subjektiven Einschätzungen sind mit Vorsicht zu interpretieren. Hier spielen die persönliche Situation der einzelnen Lehrkraft, die spezifischen Bedingungen von Schule und Sportunterricht sowie die jeweiligen didaktisch-methodischen Entscheidungen eine nicht zu unterschätzende Rolle. Zudem sollte bedacht werden, daß die motorische Leistungsfähigkeit von Kindern immer von der jeweils aktuellen Bewegungskultur geprägt wird. So können Kinder heute wahrscheinlich nicht mehr so gut werfen und fangen wie früher; sie können aber vielleicht Rollschuhfahren oder Inline-Skaten, vielleicht Einradfahren oder jonglieren und vieles mehr.

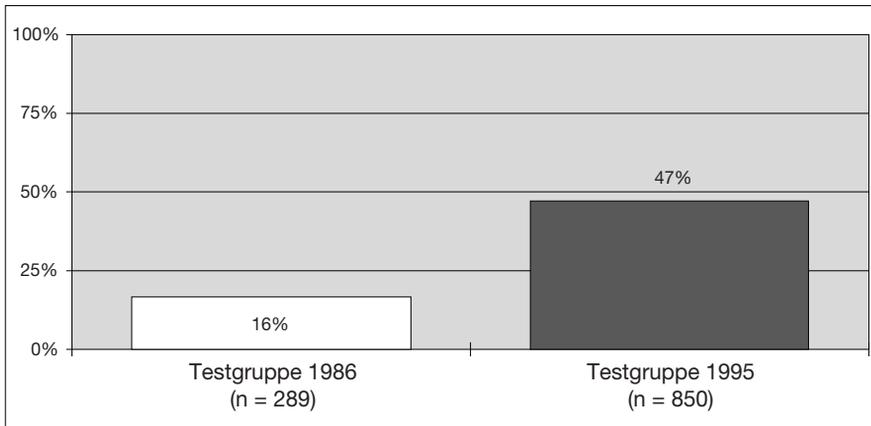
Ob sich die körperliche Leistungsfähigkeit im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte im Zusammenhang mit der Veränderung gesellschaftlicher Bedingungen verschlechtert hat, ist bisher nur selten gezielt untersucht worden. Zwei aktuelle Studien sollen hier zitiert werden.

Rusch, Bradfish und Irrgang (1994) haben zur Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit von Schülern und Schülerinnen den Auswahltest Sportförderunterricht (ATS) entwickelt. Der Test enthält Aufgaben zur Prüfung koordinativer und konditioneller Fähigkeiten: Ballprellen, Zielwerfen, Rumpfbeuge, Standhochsprung, Halten im Hang und ein Stufentest. 1986 wurde der ATS anhand einer Stichprobe von 289 Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 14 Jahren normiert. 1995 erfolgte eine erneute Durchführung des Verfahrens mit 850 gleichaltrigen Testpersonen. Ein Vergleich der Ergebnisse der beiden Studien mit einem Abstand von fast 10 Jahren zeigt eindrucksvoll die Veränderung in der körperlichen Leistungsfähigkeit beider Stichproben (Abb. 2; Rusch/Irrgang 1996, pers. Mitt.): 1986 wurden 16% der Probanden als förderbedürftig eingestuft, 1995 mußten 47% der Probanden als förderbedürftig bezeichnet werden.

Als „förderbedürftig“ gelten hier Schüler und Schülerinnen, deren Testergebnisse den Mittelwert abzüglich einer Standardabweichung erreichen oder unterschreiten.

1996 wurden in einer Arbeit von Dordel und Köster 550 Kinder im Alter von 7 bis 11 Jahren hinsichtlich ihrer Sprungkraft untersucht (Köster 1997). Als klassische sportmotorische

## Ergebnisse der ATS 1986 und 1995 im Vergleich – Anteil der förderbedürftigen Schüler und Schülerinnen (im Alter von 11 bis 14 Jahren)



Quelle: Rusch/Irrgang 1996

Abb. 2

Prüfungsaufgabe kam der Standweitsprung zur Anwendung, für den z.B. von Kirsch (1974) sowie von Fetzer und Kornexl (1978) Normwerte vorliegen. Abbildung 3 zeigt einen Vergleich der mittleren Sprungweite der 7–11jährigen Mädchen und Jungen in den Untersuchungen, die im Abstand von bis zu 25 Jahren durchgeführt wurden. Es wurden pro Alter und Geschlecht jeweils 100 bis 200 Kinder untersucht. Die Ergebnisse sind eindeutig (Abb. 3).

1996 haben die untersuchten Kinder generell weniger Sprungkraft als 1974. Die Unterschiede bewegen sich in der Größenordnung von 13 (8) cm Sprungweite bei den 7jährigen Mädchen (Jungen); bis zu 24 (20) cm Sprungweite bei den 11jährigen Mädchen (Jungen); dieses entspricht einer Reduzierung der Sprungkraft von minimal 6% bei den 9jährigen Jungen, bis zu 14,6% bei den 11jährigen Mädchen im Vergleich der Untersuchungen von 1974 und 1996.

Hervorzuheben ist, daß durchgängig die Mädchen 1996 größere Defizite gegenüber den Daten von 1974 haben als die Jungen. Auffällig erscheint auch, daß im Vergleich der jüngeren mit den älteren Kindern die Verminderung der Sprungkraft bei den 11jährigen gegenüber den 7jährigen deutlich zunimmt (10,0% bzw. 6,2% Leistungsminderung bei den 7jährigen Mädchen und Jungen gegenüber 14,6% bzw. 12,0% Leistungsminderung bei den 11jährigen Mädchen und Jungen). Als naheliegende Schlußfolgerung könnte darauf hingewiesen werden, daß die Schule im Verlauf der Schulzeit zunehmend die Zeit der Kinder beansprucht; damit geht Bewegungszeit verloren. Hinzu kommt, daß mit zunehmendem

## Ergebnisse der sportmotorischen Testaufgabe Standweitsprung bei 7- bis 11jährigen Mädchen und Jungen

	KIRSCH (1974)	FETZ / KORNEXL (1978)	DORDEL / KÖSTER (1996)
7 Jahre Mädchen Jungen	1,30 m 1,30 m	1,24 m (n = 39) 1,24 m (n = 46)	1,17 m (n = 53) 1,17 m (n = 50)
8 Jahre Mädchen Jungen	1,39 m 1,41 m	1,34 m (n = 39) 1,47 m (n = 33)	1,25 m (n = 51) 1,28 m (n = 66)
9 Jahre Mädchen Jungen	1,44 m 1,50 m	1,43 m (n = 46) 1,57 m (n = 48)	1,31 m (n = 56) 1,41 m (n = 67)
10 Jahre Mädchen Jungen	1,57 m 1,57 m	1,63 m (n = 70) 1,67 m (n = 67)	1,17 m (n = 53) 1,17 m (n = 54)
11 Jahre Mädchen Jungen	1,64 m 1,67 m	1,66 m (n = 279) 1,72 m (n = 234)	1,17 m (n = 50) 1,17 m (n = 50)

Abb. 3

Alter auch das Spektrum möglicher Freizeitaktivitäten für Kinder und Jugendliche größer wird und sich insbesondere bei Jugendlichen im Zusammenhang mit der pubertären Entwicklung eher eine Abkehr von sportlichen Aktivitäten abzeichnet. Offensichtlich reagieren Mädchen sensibler auf die sich im Verlauf der Zeit verändernden Entwicklungsbedingungen als Jungen; diese Tendenz zeigt sich nicht nur in der Untersuchung von Dordel und Köster (in Vorb.), sondern auch in der von Rusch und Irrgang (1996). Dennoch sollten diese Tendenzen mit aller Vorsicht betrachtet werden; hier sind weitere Untersuchungen erforderlich, die große Probandengruppen, weitere Facetten motorischer Leistungsfähigkeit und insbesondere auch gezielt unterschiedliche Entwicklungsbedingungen berücksichtigen.

## HÄUFIGKEIT DER KÖRPERLICHEN LEISTUNGSSCHWÄCHE IM KINDESALTER

Zur Häufigkeit der körperlichen Leistungsschwäche im Schulalter werden immer wieder die Angaben von Hollmann et al. (1978), ergänzt durch Dordel (1985), zitiert:

- 50 bis 65% Haltungsschwächen und -schäden,
- 30 bis 40% Koordinationsschwächen und -schäden,
- 20 bis 25% Herz-Kreislauf-Schwächen und Kreislaufregulationsstörungen (Ausdauerschwächen).

Im Vergleich dazu fallen die entsprechenden Ergebnisse schulärztlicher Gesundheitskontrollen regelmäßig niedriger aus. So werden z.B. 1990 bei Schulanfängern  
8,4% (Jungen) bzw. 8,8% (Mädchen) Haltungsschwächen,  
8,7% (Jungen) bzw. 3,4% (Mädchen) Koordinationsstörungen,  
0,1% (Jungen und Mädchen) Kreislaufregulationsstörungen  
gefunden (IDIS 1990).

Bei diesen gravierenden Unterschieden stellt sich mit großer Dringlichkeit die Frage nach den jeweils zugrundeliegenden Definitionen und Bewertungsmaßstäben. Am Beispiel der Ausdauerleistungsfähigkeit soll diese Problematik noch näher erläutert werden.

## CARDIOPULMONALE LEISTUNGSFÄHIGKEIT

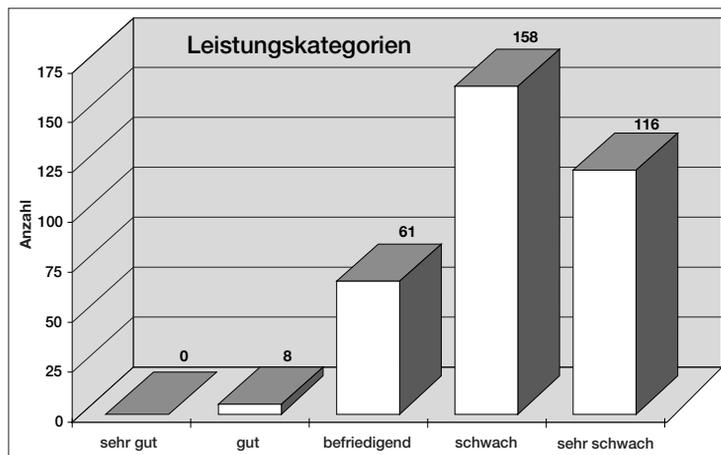
Im „Bielefelder Modell“ (IDIS 1990) werden *Kreislaufregulationsstörungen* anamnestisch erhoben. Es werden Ohnmachtsanfälle, Schwindelzustände, orthostatische Probleme, Konzentrations- und Antriebsschwäche, periodisch auftretende Müdigkeit u.a. erfragt; Leistungsbeeinträchtigungen können im Rahmen der Reihenuntersuchung nicht erfaßt werden.

Unter *Herz-Kreislauf-Schwäche* wird hingegen eine *verminderte Ausdauerleistungsfähigkeit* verstanden. Eine eindeutige Aussage bezüglich der Bewertung findet sich bei Liesen und Hollmann (1977, 47): „Ein normal entwickeltes und leistungsfähiges Kind sollte ... eine Leistung von 3 Watt und mehr/kg Körpergewicht erreichen. Fällt die Leistung unter 2,5 Watt/kg, so liegt mit Sicherheit eine verminderte Leistungsfähigkeit vor.“ Eine mit dem von Liesen und Hollmann (1977) vorgeschlagenen Belastungsschema vorgenommene fahrradergometrische Untersuchung an 80 Grundschulkindern im Alter von 6 bis 10 Jahren (v. Keitz 1993) zeigt, daß 50% dieser Kinder die Leistung von 2,5 Watt/kg Körpergewicht nicht erreichen. 61 der 80 Kinder (76,3%) erbringen die als normal erachtete Leistung von 3 Watt/kg Körpergewicht nicht. Ein Vergleich der Ergebnisse von Jungen und Mädchen fällt deutlich zuungunsten der Mädchen aus (Dordel 1996).

Mathee (1993) hat parallel zu der Arbeit von v. Keitz (1993) mit 343 Kindern im Alter von 6 bis 10 Jahren einen 8-Minuten-Lauf durchgeführt, dessen Bewertungskriterien von Dordel und Bernoteit (1981) in Orientierung an den Aussagen von Liesen und Hollmann (1977) festgelegt wurden. Abbildung 4 zeigt die Ergebnisse dieser Untersuchung: 79,9% der Stichprobe sind den Leistungskategorien schwach bzw. sehr schwach zuzuordnen. Kritisch ist hier anzumerken, daß eine eindeutige Korrelation zwischen den Ergebnissen des Lauftests und der fahrradergometrischen Untersuchung nicht herzustellen ist. Der 8-Minuten-Lauf setzt ein hohes Maß an Zeit-, Tempo- und Streckengefühl voraus, das Kinder in aller Regel noch nicht haben; außerdem beeinträchtigen nicht selten motivationale Probleme das Ergebnis des Lauftests. Dennoch zeigt Abbildung 4 eindrucksvoll, daß die Ergebnisse nicht normal verteilt, sondern eindeutig nach rechts – zur Seite der verminderten Leistungsfähigkeit – verschoben sind.

4

## Häufigkeitsverteilung der Laufleistungen der Gesamtgruppe (n = 343) auf die Leistungskategorien des 8-Minuten-Laufs



Quelle: Matthee 1993

Abb. 4

Die Fragen, die immer wieder im Zusammenhang mit der Häufigkeit und der Bedeutung der körperlichen und motorischen Leistungsschwäche im Kindesalter zu stellen sind, drängen sich hier geradezu auf:

Welchen Faktoren kommt besondere Bedeutung im Hinblick auf die Gesundheit zu – der Herz-Kreislauf-Regulation oder der Ausdauerleistungsfähigkeit – einerseits für das aktuelle Wohlbefinden des Kindes, auch seine psycho-soziale Situation, andererseits im Sinne einer möglichen gesundheitlichen Gefährdung des späteren Erwachsenen?

Daraus ist die Frage nach den jeweils geeigneten und praktikablen Beurteilungsverfahren abzuleiten; im Rahmen schulärztlicher Reihenuntersuchungen und/oder durch Lehrkräfte, am ehesten wahrscheinlich Sportpädagogen im Rahmen des Schulsports, sollten mit einem möglichst ökonomischen Verfahren alle Kinder erfaßt werden, um bei vorhandener Leistungsschwäche gezielt fördern zu können.

Schließlich stellt sich mit großer Dringlichkeit die Frage nach der Norm: Was ist normal, was muß als auffällig bezeichnet werden? Was bedeutet ‚normal‘, wenn fast 80% aller untersuchten Kinder auffällig sind (vgl. Dordel 1996; Matthee 1993)? Muß man hier feststellen, daß die zugrunde gelegten Normen vor 20 Jahren Gültigkeit hatten, heute aber aufgrund der veränderten Entwicklungsbedingungen zu revidieren sind? Oder ist die Schlußfolgerung in der Hinsicht zu ziehen, daß die sportmedizinisch begründeten Normen

gesundheitlich bedeutsam sind und nach wie vor Gültigkeit haben? Dann können die vorliegenden Ergebnisse nur als in höchstem Maße alarmierend bezeichnet werden; es müßten dringend Strategien entwickelt und Mittel bereitgestellt werden, um Maßnahmen der Bewegungsförderung zu intensivieren.

## KOORDINATIVE LEISTUNGSFÄHIGKEIT

Im Rahmen der Motodiagnostik kann der Körperkoordinationstest für Kinder (KTK) von Kiphard und Schilling (Schilling 1974) schon als klassisches Beurteilungsverfahren bezeichnet werden. Der KTK prüft die Gesamtkörperkoordination und Körperbeherrschung von Kindern im Alter von 5–14 Jahren. Anhand der Normtabellen ist eine Klassifizierung des Testergebnisses möglich.

Aus der Vielzahl der Arbeiten, in denen der KTK Anwendung fand, sollen hier nur die Ergebnisse dreier Untersuchungen vorgestellt werden, die – mit anderer Zielsetzung, nämlich der Prüfung der Effizienz motorischer Förderprogramme – an derselben Grundschule durchgeführt wurden (Otten 1991; Rittershausen 1994; Spiess 1992). Abbildung 5 zeigt Ergebnisse dieser Studien. Dabei wird deutlich – ähnlich wie in Abbildung 4 –, daß keine Normalverteilung vorliegt; die Zahl der Kinder mit auffälliger und gestörter Gesamtkörperkoordination liegt deutlich über der mit guter oder hoher koordinativer Leistungsfähigkeit.

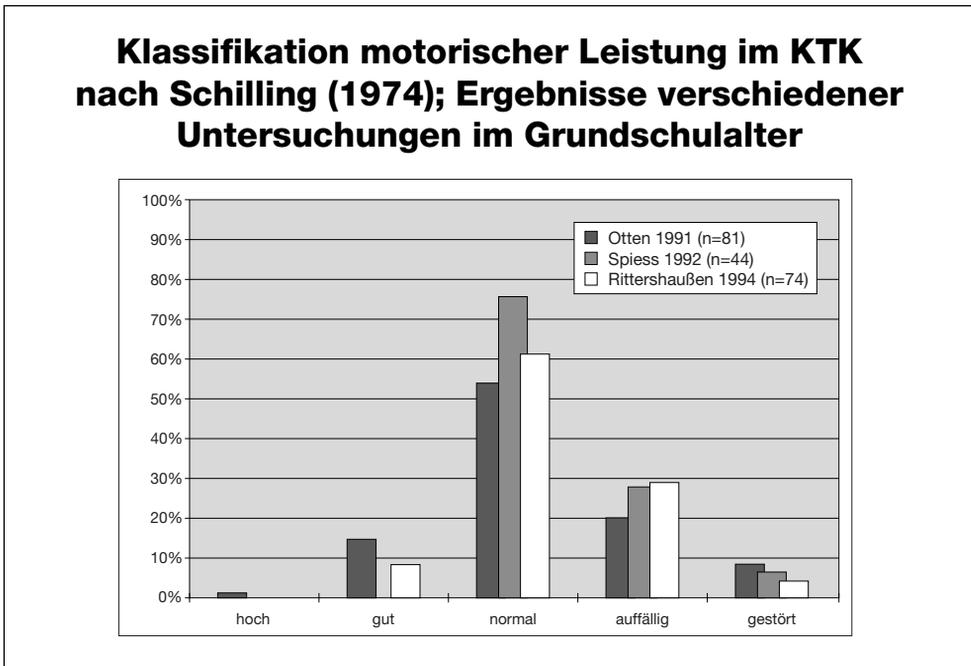


Abb. 5

Es stellt sich hier genau wie bei der Interpretation der Ergebnisse zur Ausdauerleistungsfähigkeit die Frage, ob tatsächlich so viele Kinder (63 von 199 Kindern; 31,7%) als koordinativ auffällig oder gestört zu bezeichnen sind oder ob – nach mehr als 20 Jahren – die Normen zu revidieren sind.

## HALTUNGSLEISTUNGSFÄHIGKEIT

Haltung bzw. Haltungsleistungsfähigkeit ist ein außerordentlich komplexes Phänomen, das mit einem Beurteilungsverfahren allein nicht annähernd erfaßt werden kann. Neben situativen und psycho-sozialen Aspekten spielen vor allem das ‚Haltungsgefühl‘, die Haltungswahrnehmung als koordinative Komponente und die Muskelkraft als konditionelle Komponente bzw. die Flexibilität eine Rolle (vgl. Dordel 1993; Klee 1994).

Zur Beurteilung der *Haltungskoordination* findet vielfach der Armvorhaltetest Anwendung (Groeneveld 1976; Matthiass 1966, 1977). Um die gewichtigen Nachteile des Verfahrens – die hohe Subjektivität und Flüchtigkeit – abzumildern, werden die Probanden während der Testdurchführung vor einer Rasterwand fotografiert (vgl. Dordel 1993; Klee 1994); die Ergebnisse sind somit metrisch zu erfassen und dadurch erheblich zu objektivieren. Hier sollen exemplarisch die Ergebnisse der Untersuchungen von Bastian (1992) mit 5–8jährigen und von Holle (1993) mit 8–10jährigen sowie von Berends (1996) und von Schöler (1996) mit 10–12jährigen dargestellt werden (Abb. 6, 7, 8). Abgesehen von den 5- und 6jährigen Kindern in der Untersuchung von Bastian (1992), bei denen möglicherweise die entwicklungsbedingte Streckung der Hüftgelenke noch nicht vollzogen ist, sollten die hohen Zahlen auffälliger Haltungskoordination in allen Altersgruppen, insbesondere bei den 10–12jährigen, ernst genommen werden.

Im Zusammenhang mit den Ergebnissen des Armvorhaltetests sind die Untersuchungen zur muskulären Balance bzw. möglichen muskulären Dysbalance bei Kindern zu sehen. In den Untersuchungen von Bastian (1992) und Holle (1993) mit 5–8jährigen bzw. 8–10jährigen Kindern sowie von Hormann (1996), Janssen (1996) und Leithäuser (1996) mit 10–13jährigen wurde mit Hilfe von Aufgaben der *Muskelfunktionsdiagnostik* (Janda 1979; vgl. auch Badtke et al. 1988; Schmidt et al. 1983) die Kraft bzw. Dehnfähigkeit der für die Beckenstellung verantwortlichen Muskelgruppen überprüft. Auch für die Muskelfunktionsdiagnostik gilt, daß dieses Verfahren höchstens als semi-objektiv bezeichnet werden kann. Allerdings wurden hier keine Aufgaben gewählt, die gegen Widerstand durchzuführen waren, sondern nur solche, bei denen die Schwerkraft zum Einsatz kam; dadurch kann die Subjektivität der Bewertung minimiert werden. Außerdem wurden wiederum die Testaufgaben fotografisch dokumentiert und konnten dadurch sorgfältig und in Ruhe ausgewertet werden.

## Ergebnisse des Armvorhaltetests (Bastian 1992)

■ HG = normale Handlungsleistungsfähigkeit

□ HS + HV = Haltungsschwäche und -verfall

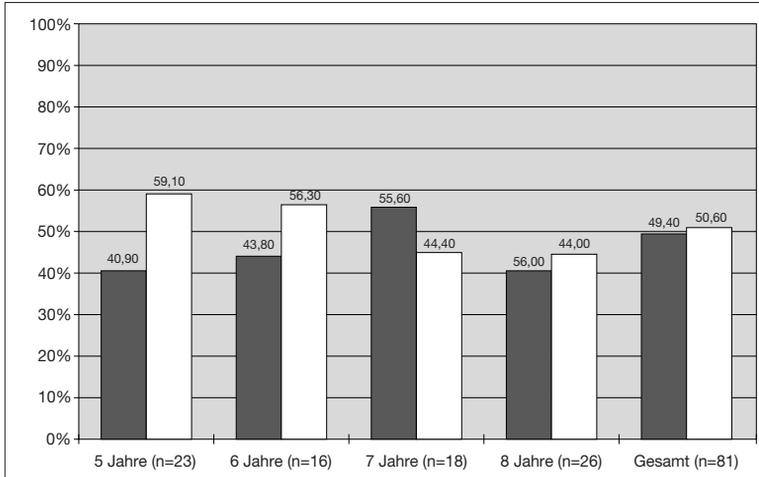


Abb. 6

## Ergebnisse des Armvorhaltetests (Holle 1993)

■ HG = normale Handlungsleistungsfähigkeit

□ HS + HV = Haltungsschwäche und -verfall

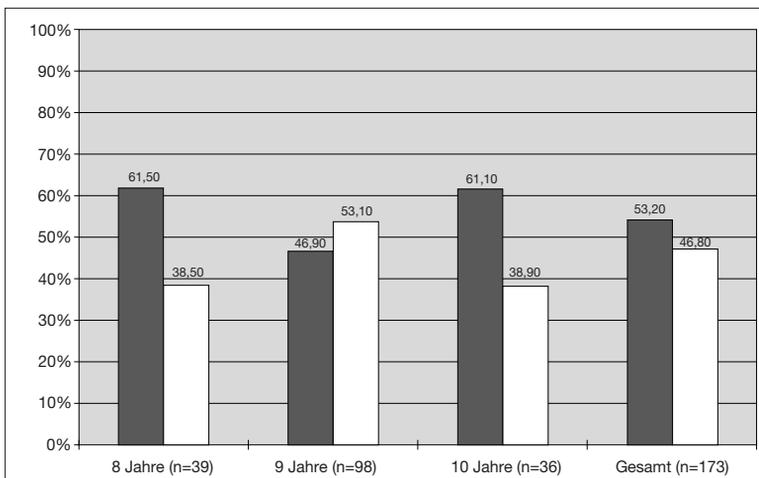


Abb. 7

## Ergebnisse des Armvorhaltetests (Berends 1996; Schöler 1996)

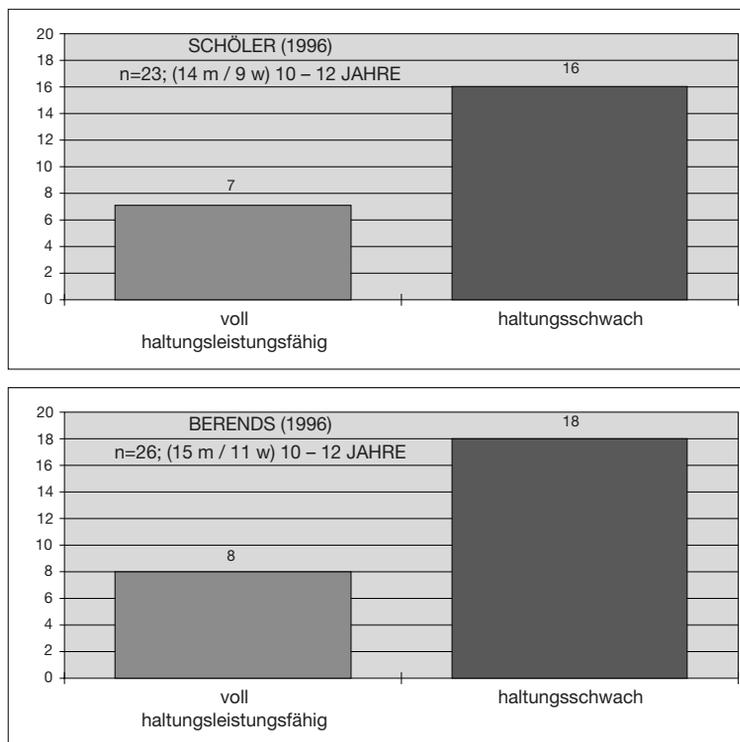


Abb. 8

Die Abbildungen 9 und 10 bzw. 11 und 12 zeigen exemplarisch die Ergebnisse der 9jährigen (Holle 1993) und der 10–12jährigen (Hormann 1996). Geht man davon aus, daß einerseits die Muskelkraft von Kindern aufgrund ihres natürlichen Bewegungsdrangs und vielfältiger körperlicher Beanspruchung hoch genug sein müßte, das eigene Körpergewicht entgegen der Schwerkraft zu heben und zu halten, andererseits die Entwicklung der Flexibilität ihren Höhepunkt im Alter von etwa 12 Jahren erreicht, sollte im Rahmen der Muskelfunktionsdiagnostik überwiegend die Stufe 5 erreicht werden. Daß dies nicht so ist, wird in der Literatur mehrfach belegt (vgl. Bittmann et al. 1987; Tauchel/Müller 1986). Die hier vorliegenden Ergebnisse zeigen ebenfalls, daß in hoher Zahl nur die Anforderungen der Stufe 4 erfüllt werden können. Die Ergebnisse sollen hier nicht im einzelnen interpretiert werden. Hervorzuheben ist allerdings die auffällige muskuläre Dysbalance, die im Bereich der Hüftbeuger/Hüftstrecker zu verzeichnen ist. Dieses Ergebnis ist durchgängig in allen untersuchten Altersstufen zu finden. Im Vordergrund steht dabei die geringe Kraft des M. gluteus maximus. Die Einschränkung der Dehnfähigkeit des M. iliopsoas und des M. rectus femoris erscheint demgegenüber zumindest bei den jüngeren Kindern eher uner-

## Ergebnisse der Muskelfunktionsdiagnostik bei 9jährigen Kindern (Holle 1993) – Kraft (n = 98) –

■ Stufe 5   □ Stufe 4   ■ Stufe 3

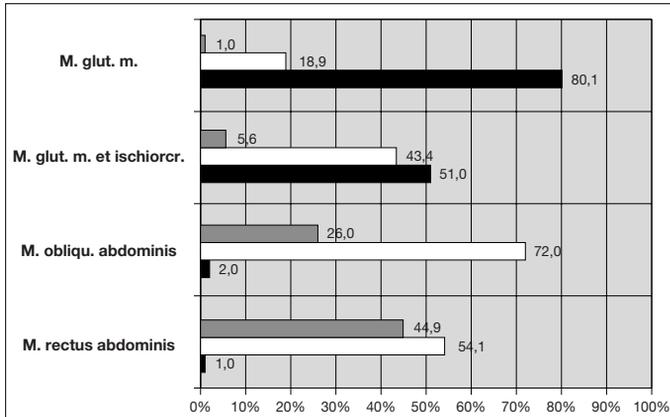


Abb. 9

## Ergebnisse der Muskelfunktionsdiagnostik bei 9jährigen Kindern (Holle 1993) – Dehnfähigkeit (n = 98) –

■ Stufe 5   □ Stufe 4   ■ Stufe 3

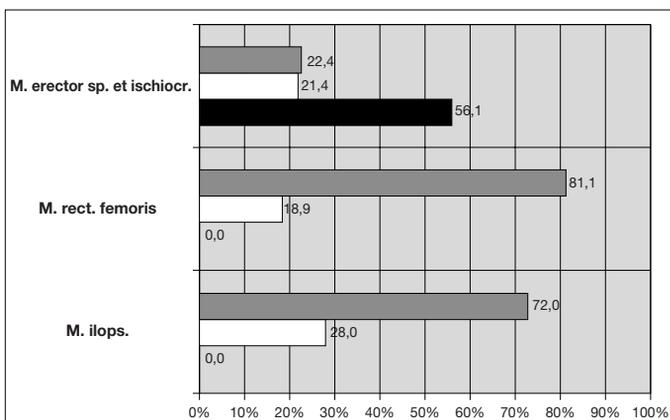


Abb. 10

## Ergebnisse der Muskelfunktionsdiagnostik bei 10–12jährigen Schülerinnen und Schülern (Hormann 1996) – Kraft (n = 23) –

■ Stufe 5 □ Stufe 4 ■ Stufe 3

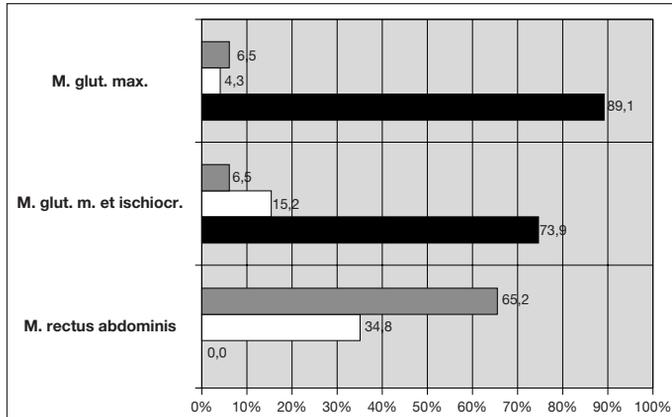


Abb. 11

## Ergebnisse der Muskelfunktionsdiagnostik bei 10–12jährigen Schülerinnen und Schülern (Hormann 1996) – Dehnfähigkeit (n = 23) –

■ Stufe 5 □ Stufe 4 ■ Stufe 3

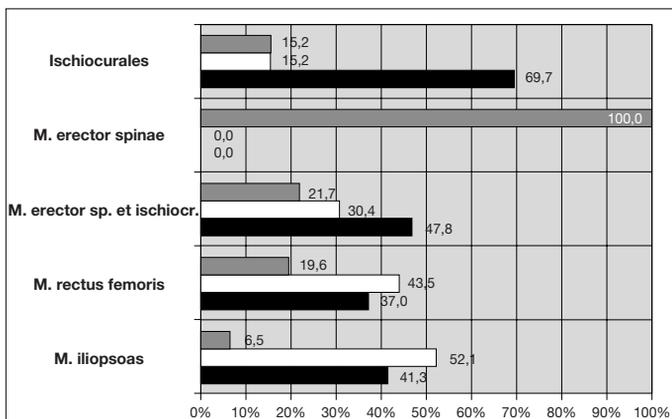


Abb. 12

heblich. Verantwortlich für die deutliche Abschwächung der Gesäßmuskulatur dürfte die mangelhafte Beanspruchung der Hüftstrecker im Alltag, vor allem die Dehnung dieser Muskelgruppe bei der häufig eingenommenen Sitzhaltung sein. Bei den zur Verkürzung neigenden Muskelgruppen sind im jüngeren Schulalter höchstens durch Tonuserhöhung bedingte Verspannungen zu erwarten, keine morphologischen Veränderungen (vgl. Bittmann et al. 1987); insofern wird verständlich, daß sich trotz vorhandener muskulärer Dysbalance eine ausreichende Flexibilität nachweisen läßt, wenn sorgfältig darauf geachtet wird, daß die Probanden sich bei der Durchführung der Prüfaufgabe entspannen.

Als Fazit dieser Untersuchungen sollte festgehalten werden, daß das Bemühen um eine Sensibilisierung von Kindern, Eltern und Lehrkräften für die Problematik des zu häufigen und zu lang andauernden Sitzens in/an unphysiologischen Sitzgelegenheiten in ungünstigen Sitzhaltungen noch verstärkt werden muß. In den Programmen zur Bewegungsförderung – Sportförderunterricht, Fitneßprogramme u.a. – muß stärker als bisher eine gezielte Kräftigung der Gesäßmuskulatur Berücksichtigung finden.

## **ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK**

Motorische Defizite und Auffälligkeiten können die Entwicklung eines Kindes in bedeutendem Maße stören; negative Auswirkungen erstrecken sich möglicherweise bis weit in das Erwachsenenalter hinein. Eine Intervention ist – hauptsächlich im Sinne einer Förderung der Körperwahrnehmung – im Kindesalter gut möglich (vgl. Dordel 1993, 1995, 1997; u.a.). Daten zur Häufigkeit von motorischen Leistungsschwächen stehen in großer Zahl zur Verfügung; sie müssen generell als alarmierend bezeichnet werden. Besonders eindrucksvoll erscheint, daß schon im Verlauf der vergangenen zwei Jahrzehnte die motorische Leistungsfähigkeit von Kindern sich in verschiedenen Teilbereichen offensichtlich verschlechtert hat. Allerdings sollten die vorhandenen Daten auch kritisch hinterfragt und diskutiert werden, denn es gibt zur Zeit keinen Konsens im Hinblick auf die gesundheitliche Bedeutung einzelner Symptome.

Deshalb ist anzustreben, daß in einem möglichst interdisziplinär besetzten Gremium Richtlinien erarbeitet werden, um zu klären, welche motorischen Defizite und Auffälligkeiten als gesundheitlich relevant erfaßt werden und welche Beurteilungsverfahren bzw. welche Bewertungskriterien zur Anwendung kommen sollten. Aufgrund dieser Richtlinien könnte/müßte eine umfangreiche Studie durchgeführt und in größeren Abständen wiederholt werden, um zuverlässige Aussagen zur Gesundheit von Kindern machen zu können.

## LITERATUR

- Badtke, G.; Bittmann, F.; Bull, H. J.: Ausprägung einer zweckmäßigen Körperhaltung im Schulsport. In: Körpererziehung 38, 1988, S. 365–371
- Bastian, K.: Zur Haltung und Haltungsleistungsfähigkeit im Bereich des Beckengürtels. Eine empirische Untersuchung bei fünf- bis achtjährigen Kindern. Köln 1992
- Berends, R.: Die Überprüfung der Effizienz eines Rückenschulprogramms im Zusammenhang mit dem AOK-Fitball als Alternativsitzmöbel in der Schule – unter besonderer Berücksichtigung der stützmotorischen Haltungskoordination. Köln 1996
- Bittmann, F. et al.: Muskelfunktion und Haltung im Schulalter. In: Medizin und Sport 27, 1987, S. 101–103
- Dordel, S.: Die körperliche Leistungsschwäche im Kindesalter. In: Sport und Gesundheit 2, 1985, S. 30–33
- Dordel, S.: Bewegungsförderung in der Schule. Handbuch des Schulsonderturnens/Sportförderunterrichts. Dortmund, 1993
- Dordel, S.: Körperwahrnehmung – ein zentrales Anliegen des Sportförderunterrichts. In: Gesundheitssport und Sporttherapie 11, 1995, Heft 4, S. 7–11
- Dordel, S.: Ausdauerleistungsfähigkeit im Grundschulalter. In: Haltung und Bewegung 16, 1996, Heft 4, S. 29–41
- Dordel, S.: Sportförderunterricht (Schulsonderturnen) – ein schulischer ‚Reparaturbetrieb‘ für alle Störungen? In: Zimmer, R. (Hrsg.) Bewegte Kindheit. Schorndorf 1997
- Dordel, S.; Bernoteit, M.: Ausdauer bei 8-9jährigen. Ein Beitrag zur Auswahluntersuchung für das Schulsonderturnen. In: Sportunterricht 30, 1981, S. 345–350
- Dordel, S.; Köster, S.: Zur Entwicklung der Sprungkraft bei Grundschulkindern. in Vorb.
- Fetz, E.; Kornexl, E.: Sportmotorische Tests. Berlin/München/Frankfurt/M. 1978
- Groeneveld, H. B.: Metrische Erfassung und Definition von Rückenform und Haltung des Menschen. Stuttgart 1976
- Holle, D.: Beurteilung der Haltungsleistungsfähigkeit, speziell im Bereich des Beckens und der Lendenwirbelsäule, im Rahmen des Auswahlverfahrens des Sportförderunterrichts. Köln 1993
- Hollmann, W. et al.: Zur gesundheitlichen Bedeutung des Schulsports. In: Sportwissenschaft 8, 1978, S. 142–151
- Hormann, C.: „Sitzschule“ in der Schule. Untersuchung der Auswirkungen auf haltungsbeeinflussende Muskelgruppen im Bereich des Beckengürtels. Köln 1996
- IDIS (Institut für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen): Schuleingangsuntersuchung nach dem Bielefelder Modell in NRW. Jahresbericht 1990
- Janda, V.: Muskelfunktionsdiagnostik. Leuven 1979
- Janssen, T.: Die Überprüfung der Effizienz eines Rückenschulprogramms im Zusammenhang mit der Einführung des AOK-Fitballs als Alternativsitzmöbel in der Schule – unter besonderer Berücksichtigung der Diagnostik der haltungsbeeinflussenden Muskelgruppen. Köln 1996
- Keitz, T. v.: Die Beurteilung der Ausdauerleistungsfähigkeit bei 6–10jährigen Grundschulkindern, mit Hilfe eines Fahrradergometertests nach Liesen/Hollmann. Köln 1993

- Kirsch, A.: Internationaler Standard-Fitneß-Test. In: Drefke, H.; Vent, H.; Kirsch, A.: Schulsport in NRW. Internationaler Konditionstest und Bewertungskriterien für Gymnastik und Tanz. Beiheft 1974
- Klee, A.: Haltung, muskuläre Balance und Training. Frankfurt/M. 1994
- Köster, S.: Der Standweitsprung als sportmotorische Testaufgabe für Grundschüler – eine Revision. 1997
- Ledig, M.: Vielfalt oder Einfalt – Das Aktivitätenspektrum von Kindern. In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Was tun Kinder am Nachmittag? Ergebnisse einer empirischen Studie zur mittleren Kindheit. München 1992
- Leithäuser, A.: Überprüfung der Einsatzfähigkeit alternativer Schulmöbel am Beispiel des Sitzballbes in der Sekundarstufe I einer Regelschule und dessen Einfluß auf die Haltungsleistungsfähigkeit. Köln 1996
- Liesen, H.; Hollmann, W.: Grundsätzliche Erwägungen zum Schulsonderturnen aus sportinternistischer Sicht. In: Volck, G.; Reiber, H. (Red.): Schulsonderturnen in der Diskussion. Schorndorf 1977
- Mathee, J.: Die Beurteilung der Ausdauerleistungsfähigkeit bei 6–10jährigen Grundschulkindern, mit Hilfe des modifizierten Cooper-Tests, 8-Minuten-Lauf. Köln 1993
- Matthiass, H. H.: Reifung, Wachstum und Wachstumsstörungen des Haltungs- und Bewegungsapparates im Jugendalter. Basel/Freiburg/New York 1966
- Matthiass, H. H.: Regelvorgänge der Haltung – Grundlagen der menschlichen Haltung. In: Volck, G.; Reiber, H.: Schulsonderturnen in der Diskussion. Schorndorf 1977
- Otten, G.: Psychomotorische Förderung von motorisch auffälligen Schülern des 1. und 2. Schuljahres. Überprüfung eines gezielten Übungsprogramms im Sportförderunterricht. Köln 1991
- Rittershaußen, A.: Zur Effizienz motorischer Förderung im Grundschulalter. Eine Längsschnittstudie. Köln 1994
- Rolf, H. G.; Zimmermann, P.: Kindheit im Wandel. Weinheim/Basel 1993
- Rusch, H.; Bradfish, J.; Irrgang, W.: Auswahltest Sportförderunterricht. In: Haltung und Bewegung, 1994, Heft 1, 4
- Rusch, H.; Irrgang, W.: Verändert sich die körperliche Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen? Eine Studie über die Entwicklung der körperlichen Leistungsfähigkeit. pers. Mitteilung 1996
- Schilling, F.: Körperkoordinationstest für Kinder. KTK. Manual. Weinheim 1974
- Schmidt, H. et al.: Der Muskeltest nach Janda für die sportmedizinische Praxis. In: Medizin und Sport 23, 1983, S. 271–278
- Schöler, M.: „Sitzschule“ in der Schule. Untersuchung der Auswirkungen auf die Haltungsleistungsfähigkeit. Köln 1996
- Spieß, H.: Ganzheitliche Entwicklungsförderung von psychomotorisch auffälligen Schülern des ersten Schuljahres durch Bewegung, Sport und Spiel unter besonderer Berücksichtigung der Schulung der Bewegungskoordination. Überprüfung der Wirksamkeit eines psychomotorischen Förderprogramms. Köln 1992
- Tauchel, U.; Müller, B.: Untersuchungen zu Muskelfunktionsstörungen im Kindesalter und die Bedeutung des arthromuskulären Gleichgewichtes für die sportliche Betätigung. In: Medizin und Sport 26, 1986, S. 120–125

## 4.4. ZUSAMMENFASSUNG DER DISKUSSION

Wie die Beiträge zeigten und die Diskussion bestätigte, stellen Unfälle und Bewegungsstörungen im Kindes- und Jugendalter zentrale Problembereiche dar: Sie treten häufig ein (Unfälle sind in bestimmten Altersgruppen die häufigste Todesursache), sie haben schwerwiegende und langanhaltende Folgen und lassen sich präventiv beeinflussen.

In der Diskussion wurde zudem darauf hingewiesen, daß Störungen der motorischen Entwicklung als Störungen in einem zentralen Entwicklungsbereich einen Hinweis auf Reifestörungen insgesamt geben, daß sie häufig mit anderen Beeinträchtigungen, z.B. Adipositas oder Unfälle, einhergehen und als Syndrom in den heutigen kindlichen Lebenswelten verankert sind. Daher sollten in den einzelnen Settings, die Orte der Umsetzung präventiver Aktionen sein können, die zusammenhängenden Aspekte gebündelt und integrierende, übergreifende Strategien der Gesundheitsförderung entwickelt werden.



**ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE –  
LEITLINIEN DER GESUNDHEITLICHEN  
AUFKLÄRUNG FÜR KINDER**

Am 14. November 1996 fand auf Einladung der BZgA hin eine interdisziplinäre Arbeitstagung mit Experten und Expertinnen aus den Bereichen Sozialmedizin, Epidemiologie, Entwicklungspsychologie zum Thema „Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen“ statt. Ziel der Tagung war es, mit Experten relevante Daten und wissenschaftliche Erkenntnisse zusammenzutragen, auf dieser Basis zentrale Gesundheitsprobleme konsensuell herauszuarbeiten sowie umsetzungsbezogen Handlungsbedarf, Leitlinien und Strategien zu diskutieren.

- Ein Schwerpunkt war die Darstellung und Diskussion der Datenlage. Die Kenntnis von Datenquellen, Datenqualität und Zugänglichkeit (Berichterstattung) von Daten ist Grundlage für die Bestimmung zentraler Gesundheitsprobleme, die häufig, folgenreich und präventiv angebar sind, bzw. für die Erfassung relevanter Gesundheitsressourcen.
- Ein zweiter Schwerpunkt lag bei der Analyse von Bedingungsbeziehungen, bezogen auf Gesundheitsverhalten und Gesundheitsbeeinträchtigungen im Kindesalter, unter Bezug auf aktuelle Forschungsergebnisse.
- In der gemeinsamen Diskussion wurden sich daraus ergebende Leitlinien der Gesundheitsförderung im Kindesalter sowie Umsetzungsaspekte und Handlungsbedarfe bestimmt sowie Kooperationspartner und Aktionsfelder lokalisiert.
- Exemplarisch wurde das Thema „Bewegungsstörungen, motorische Entwicklungsdefizite, Unfälle“ aus dem Spektrum möglicher inhaltlicher Fokussierungen herausgegriffen, wissenschaftliche Ergebnisse vorgestellt und vertiefend diskutiert.

## **ERGEBNISSE ZUR DATENLAGE, DATENQUALITÄT UND GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG FÜR KINDER**

Es wurde in bestimmten Bereichen ein zusätzlicher Datenbedarf angemeldet; insbesondere wäre über die Erhebung von Indikatoren von Gesundheitsstörungen hinaus die Formulierung von Entwicklungsindikatoren und Indikatoren für Gesundheitsressourcen sinnvoll. Daten sollten regelmäßig und repräsentativ für die Bundesrepublik erhoben werden, um Veränderungen von Gesundheitslagen und Wirkungen von Interventionen erfassen zu können. Diese Daten sollten auch nach sozialen Merkmalen differenziert ausgewertet werden und zusammen mit anderen Quellen in einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung für Kinder aufbereitet und breit zugänglich gemacht werden.

**Notwendigkeit einer regelmäßigen und umfassenden  
Gesundheitsberichterstattung für Kinder**

## **ERGEBNISSE ZU ZENTRALEN GESUNDHEITSPROBLEMEN IM KINDESALTER UND ANSÄTZEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG**

Auf der Basis der zugrunde gelegten Datenquellen und wissenschaftlichen Erkenntnisse wurden folgende Problembereiche als zentral und präventiv einflußbar festgehalten:

### **Gesundheit von Kindern – zentrale Probleme**

- Störungen der motorischen Entwicklung und Koordination,
- Sprech- bzw. Sprach-, Hör- und Sehstörungen,
- Adipositas und problematisches Ernährungsverhalten (Fehlernährung),
- Unfälle,
- Konzentrationsstörungen,
- Verhaltensauffälligkeiten, Aggressivität,
- geringe Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen.

Diese Aspekte sind verbreitet, folgenreich und präventiv einflußbar. Einige Aspekte stehen untereinander in Zusammenhang (z.B. Konzentrations- und Bewegungsstörungen oder Bewegungsstörungen und Adipositas). Verzögerter Spracherwerb und motorische Entwicklungsdefizite können als Indikatoren von Reifestörungen allgemein gelten. Im Zusammenhang prioritärer Themen wurden zudem die Bereiche Suchtprävention, Sexualaufklärung und Gewaltprävention genannt.

Für diese spezifischen Bereiche liegen problemorientierte Präventionsansätze vor bzw. wurden gefordert (z.B. kompensatorische Förderung von Schulkindern mit Sprachstörungen, Bewegungs- und Entspannungstrainings, Unfallprophylaxe, Aktivitäten zur Förderung der Zahnhigiene). Daneben wurden Ansätze der Kompetenzförderung gewünscht, z.B. auch für die Zielgruppe der Eltern. Diesen könnte entsprechendes „Kulturwissen“ über Gesundheit, Krankheit bzw. den Umgang mit Krankheit, Entwicklung bzw. Beurteilung der Entwicklung vermittelt werden.

## LEITLINIEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Die Diskussion im Plenum ergab zusammenfassend folgende übergreifende Leitlinien, bezogen auf Gesundheitsförderung im Kindesalter:

### **Leitlinien der Gesundheitsförderung im Kindesalter**

**Maßnahmen und Initiativen der Gesundheitsförderung im Kindesalter** mit dem Ziel der Vermittlung gesundheitsbezogenen Wissens und der Motivation zu gesundheitsförderlichem Verhalten

- erfolgen unter Zielgruppenbezug und Lebensweltorientierung;
- knüpfen an spezifischen Entwicklungsphasen an;
- beziehen – neben problemorientierten Ansätzen – Ansätze der Kompetenzförderung ein; Kompetenzförderung richtet sich nicht nur an Kinder, sondern ebenso an Eltern oder Professionelle;
- legen – unter Berücksichtigung der Verschränkung der einzelnen Aspekte von Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen – Strategien zugrunde, die miteinander zusammenhängende Probleme bündeln und gleichzeitig angehen;
- berücksichtigen Geschlechterdifferenzen und binden geschlechtsspezifische Ansätze ein;
- richten besonderes Augenmerk auf sozial benachteiligte Familien sowie andere schwer erreichbare, aber hoch belastete soziale Gruppen – hier sind lebensweltorientierte Ansätze besonders wichtig;
- bemühen sich – mit Blick auf die schwierige Erreichbarkeit gerade wichtiger Zielgruppen – um die Nutzung vorhandener vielfältiger Zugangswege;
- legen Wert auf langfristige Strategien und frühzeitig ansetzende primärpräventive Maßnahmen.

## **NOTWENDIGKEIT VON KOOPERATION, AUSTAUSCH UND ÜBERSICHTEN**

In der Diskussion wurde angerissen, in welchen Bereichen und durch welche Akteure bereits Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchgeführt werden. Als mögliche Kooperationspartner wurden Kindergärten, Kinderärzte und -ärztinnen, Krankenkassen, der Öffentliche Gesundheitsdienst/Jugendärztliche Dienst, (Grund-)Schulen, Vereine und Einzelinitiativen genannt. Aufgrund der Vielfalt an Akteuren, an Zugängen, Themenfeldern, Maßnahmen und Medien wurden folgende Bedarfe festgestellt:

### **Bedarfe an Weiterentwicklung**

- Bedarf an Übersichten und Marktanalysen,
- Bedarf an Vernetzung, Austausch, Kooperation, Koordination,
- Bedarf an Qualifizierung im Sinne von Fort- und Weiterbildung.

**TEILNEHMER**

6

Dr. Peter Allhoff,  
Institut für medizinische Forschungsberatung,  
Imbach 27, 51381 Leverkusen

Dr. Lutz Altenhofen,  
Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung  
in der Bundesrepublik Deutschland,  
Herbert-Lewin-Str. 5, 50931 Köln

Rosi Apitz,  
Bundesministerium für Gesundheit, Referat 313,  
53108 Bonn

Dr. Bärbel-Maria Bellach,  
Robert-Koch-Institut, Fachbereich 6,  
Nordufer 20, 13353 Berlin

Manfred Brandt,  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,  
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Dr. Sigrid Dordel,  
Deutsche Sporthochschule Köln,  
Carl-Diem-Weg, 50927 Köln

Christine Dorer,  
Kongreßmanagement,  
Steinfelder Gasse 9, 50670 Köln

Heike Ettischer  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Prof. Dr. Peter Franzkowiak,  
Fachhochschule Koblenz, FB Sozialarbeit,  
56075 Koblenz

Prof. Dr. Cornelia Helfferich,  
Ev. Fachhochschule Freiburg, Fachbereich Sozialpädagogik,  
Buggingerstr. 38, 79114 Freiburg

Dr. Heidrun Kahl,  
Robert-Koch-Institut, Fachbereich 6,  
Nordufer 20, 13353 Berlin

Dr. Hermann-Josef Kahl,  
niedergel. Kinderarzt, Kinderkardiologe  
Uhlandstr. 43, 40237 Düsseldorf

Viola Lübke,  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,  
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Gisela Marsen-Storz,  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,  
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Dr. Heiner Mersmann,  
Gesundheitsamt Köln,  
Neumarkt 15, 50667 Köln

Dr. Monika Meyer,  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,  
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Dagmar Noßke,  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,  
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Dr. Christian Palentien,  
Universität Bielefeld, SFB 227,  
Postfach 100131, 33501 Bielefeld

Dr. Elisabeth Pott,  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,  
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Dr. Renate Scherz,  
Bundesministerium für Gesundheit, Referat 313,  
53108 Bonn

Dr. Hartmut Schirm,  
Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen,  
Auf'm Hennekamp 70, 40225 Düsseldorf

Prof. Dr. Hans G. Schlack,  
Rheinisches Kinderneurologisches Zentrum,  
Waldenburger Ring 46, 53119 Bonn

Hans Schnocks,  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,  
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Dr. Bernd Simon,  
Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde  
und Jugendmedizin Deutschland e.V.,  
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Dr. Albert Statz,  
Bundesministerium für Gesundheit, Referat 313,  
53108 Bonn

Dr. Sigrun Steppuhn,  
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen,  
Heinrich-Mann-Allee 103, 14473 Potsdam

Jürgen Töppich,  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,  
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

**In der Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ sind außerdem erschienen:**

Band 1 – *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen*  
Bestellnr.: 6060 0000

Band 2 – *Geschlechtsbezogene Suchtprävention*  
Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen.  
Abschlußbericht eines Forschungsprojekts von Peter Franzkowiak,  
Cornelia Helfferich, Eva Weise im Auftrag der BZgA,  
Bestellnr.: 6060 2000

**In Kürze erscheinen:**

Band 4 – *Prävention durch Angst*  
Stand der Furchtappellforschung,  
von Jürgen Barth und Jürgen Bengel, Psychologisches Institut der Universität Freiburg,  
Bestellnr.: 6060 4000

**Weitere Veröffentlichungen mit Bezug zur Thematik „Gesundheit von Kindern“ sind in der Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“ erschienen:**

Band 1 – *Sexualpädagogische Jugendarbeit*  
Bestellnr.: 133 000 01

Band 5 – *Sexualpädagogische Mädchenarbeit*  
Bestellnr.: 133 000 05





**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**

**ISBN 3-9805282-7-8**