



# Kindergesundheit in Hamburg

**Berichte und Analysen  
zur Gesundheit**



Behörde für Soziales,  
Familie, Gesundheit  
und Verbraucherschutz

# Impressum

## Kindergesundheit in Hamburg

**Herausgeber:** Freie und Hansestadt Hamburg  
Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und  
Verbraucherschutz (BSG)  
Amt für Gesundheit u. Verbraucherschutz  
Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung  
und Gesundheitsförderung  
Billstraße 80, 20539 Hamburg

Stand: Januar 2007

**Autor:** Uwe Saier

**Unterstützung  
Auswertungen:** Martina Cheung

**Bezug:** Sie erhalten den Bericht kostenlos bei der  
Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und  
Verbraucherschutz  
☎ (040) 428 37 – 1999  
[gesundheitslotsen@bsg.hamburg.de](mailto:gesundheitslotsen@bsg.hamburg.de)  
oder im Internet unter  
[www.gesundheitsfoerderung.hamburg.de](http://www.gesundheitsfoerderung.hamburg.de)

**Gestaltung  
und Druck:** Creativepool Hamburg

**Auflage:** 500 Exemplare  
© 2007, alle Rechte vorbehalten

Die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und  
Verbraucherschutz im Internet: [www.gesundheit.hamburg.de](http://www.gesundheit.hamburg.de)

### Danksagung:

Wir danken Fr. Elke Forman, Fr. Prof. Dr. Bullinger, Hrn. Prof. Dr. Schulte-Markwort und Hrn. Dr. Barkmann vom Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hrn. Dr. Lepler und Frau Jakisch vom Katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Fr. Wagner-Hauthal vom Verband für Turnen und Freizeit (VTF), Hrn. Dr. Scholtyssek von der Landesunfallkasse Hamburg, Hrn. Baumgärtner vom Büro für Suchtprävention sowie dem Statistischen Amt Nord für die Zuarbeiten und die konstruktive Unterstützung.

Wir danken außerdem Fr. Heine (Schulleiterin: Grundschule Iserbrook), Fr. Muras (Schulärztin in Harburg); Fr. Romano (Leiterin des Kinder- und Familienzentrum in Lurup), Fr. Rüpke (Leiterin der KiTa Sehpferdchen), Hrn. Dr. Neumann (Kinderarzt und Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinderärzte) und Hrn. Dr. Radizi (Nieder-gelassener Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie) für die Bereitschaft sich interviewen zu lassen.

### Anmerkung zur Verteilung:

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und Wahlwerbern oder Wahlhelferinnen und Wahlhelfern zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bürgerschafts-, Bundestags- und Europawahlen sowie die Wahl zur Bezirksversammlung.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Die genannten Beschränkungen gelten unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Druckschrift dem Empfänger oder der Empfängerin zugegangen ist. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

# Kindergesundheit in Hamburg

**Bestandsaufnahme der Gesundheit und  
der gesundheitlichen Versorgung von Kindern  
in Hamburg**





Sehr geehrte Damen und Herren,

die Gesundheit unserer Kinder ist ein unverzichtbares Gut, für das wir alle Verantwortung tragen. Gerade im Kindesalter werden weit reichende Weichenstellungen für das Gesundheitsverhalten und gesundheitliche Entwicklungen gesetzt. Diese Erkenntnis leitet den Senat bei vielen, auch behördenübergreifenden Aktivitäten zur Gesundheitsförderung in Hamburg.

Mit dem vorliegenden Kindergesundheitsbericht werden Daten und Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung Hamburgs zur Gesundheit von Kindern dargestellt und bewertet sowie Hilfs- und Beratungsangebote veranschaulicht.

Ich möchte mit den in diesem Bericht gewonnenen Erkenntnissen wichtige Impulse für die gesundheitliche Entwicklung von Kindern in Hamburg geben.

Er soll die Gesundheitsakteure und alle an Gesundheit interessierten Menschen dieser Stadt ermutigen, gemeinsam an dem großen Ziel zu arbeiten, die Gesundheit von Kindern weiter zu verbessern.

Erste Schritte wurden bereits vollzogen. So hat Hamburg in den vergangenen Jahren mehrere eigene

Vorsorgeuntersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Schule und Kindergarten eingeführt und beispielsweise eine Bundesratsinitiative gestartet und eine mehrsprachige Kampagne ins Leben gerufen, um die Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1-U9 der gesetzlichen Krankenversicherung weiter zu steigern. Weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Vorsorge und der Verhütung von Krankheiten werden folgen. Der Kindergesundheitsbericht liefert dazu wichtige Ansatzpunkte.

Es ist meine feste Überzeugung, dass die Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger dieser Stadt maßgeblich von der Gesundheit und den gesundheitlichen Rahmenbedingungen abhängig ist - gesunde Kinder sind dafür der wichtigste Garant und Gradmesser. Der Hamburger Senat wird weiter alles dafür tun, die Gesundheit von Kindern und ihren Familien zu fördern.

*Birgit Schnieber-Jastram*

Birgit Schnieber-Jastram  
Zweite Bürgermeisterin der Freien und Hansestadt  
Hamburg

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	7
2. Bevölkerungszahlen und Bevölkerungsstruktur	8
3. Krankheiten und Sterblichkeit	10
4. Hilfs- und Beratungsangebote	13
5. Ausgewählte Schwerpunktthemen	
5.1 Befindlichkeit und psychische Gesundheit	19
5.2 Vorsorge und Früherkennung	23
5.3 Übergewicht	31
5.4 Entwicklungsstörungen	39
5.5 Chronische Krankheiten	45
5.6 Zahngesundheit	51
5.7 Kinderunfälle	55
5.8 Suchtmittelmissbrauch	61
6. Schlussfolgerungen und Bilanz	67
Literatur- und Quellenverzeichnis	73

## 1. Einleitung

### „Die Kinder sind der Fortschritt selbst - vertraut dem Kinde...“

Rainer Maria Rilke

Die Lebenswelten von Kindern in modernen Gesellschaften unterliegen einem tief greifenden Wandel. In einer relativ kurzen Zeitspanne haben sich die Chancen einerseits und die Risiken und Gefährdungen andererseits für Kinder einschneidend verändert. Die Auflösung traditioneller Familienstrukturen, ein großes Spektrum an Möglichkeiten, die Zunahme zu verarbeitender Reize, die verstärkte Technisierung sowie gesteigerte Leistungsansprüche kennzeichnen nur in Ausschnitten die veränderten Lebensbedingungen der Kinder.

Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit sowie die Vermeidung und Verhütung von Krankheiten bei Kindern sind von großer gesundheitspolitischer und - ökonomischer Bedeutung. Denn bereits in jungen Jahren werden die Grundlagen für weitere Gesundheits- oder Krankheitskarrieren gelegt.

Bei allem Vertrauen in die Kinder sind diese insbesondere in den ersten Lebensjahren noch nicht befähigt, selbstverantwortlich ihr Leben im Sinne der Gesundheitsförderung zu gestalten. Die Stärkung der elterlichen Kompetenz wird damit zum Schlüssel für gesundheitsförderliches Verhalten in der Kindheit und in den folgenden Lebensphasen. Später einsetzende Interventionen zur Verhütung und Vorbeugung von gesundheitlichen Problemen und Krankheiten besitzen schlechtere Aussichten, da ihnen bereits verfestigte, ungünstige Verhaltensgewohnheiten entgegenstehen.

Für die an Gesundheit von Kindern interessierten Menschen stellen sich folgende Fragen:

- Wie ist es um die Gesundheit der Kinder in Hamburg bestellt?
- Wie hat sich die Gesundheit der Kinder unter den veränderten Rahmenbedingungen entwickelt?
- Was belastet, fördert, schützt die Gesundheit von Kindern?
- Gibt es die von einigen Fachleuten beschriebene „Neue Morbidität“ bei Kindern?

In der öffentlichen Diskussion wird der Gesundheitszustand von Kindern vielfach eher schlecht beurteilt - nicht selten wird sogar von einer drastischen Verschlechterung gesprochen. Als Ursachen werden die Gesundheit gefährdende Verhaltensweisen (falsche

Ernährung, mangelnde Bewegung, Drogenkonsum) und lebensweltbezogene Einflussfaktoren angeführt. Diese können sich negativ auf die Gesundheit, die vorschulische und schulische Leistungsfähigkeit sowie die weitere Lebensgestaltung auswirken.

Unzweifelhaft hat sich in Teilbereichen das Verhalten und Krankheitsspektrum bei Kindern gewandelt. Chronische Krankheiten wie Diabetes mellitus, Allergien, Asthma und so genannte Entwicklungsstörungen treten in den Vordergrund. Ob deshalb von einer „Neuen Morbidität“ zu sprechen ist, wie es einige Expertinnen und Experten behaupten, dieser Frage wird in diesem Bericht nachgegangen.

Der vorliegende Bericht will die aktuellen Daten und Erkenntnisse bewerten. Er beginnt mit einer allgemeinen Darstellung zur Demografie, der Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit sowie den Hilfs- und Beratungsangeboten, um sich dann im Hauptteil mit gesundheitsbezogenen Schwerpunkthemen zu befassen.

Die Bereiche Allgemeinbefinden, Vorsorge und Früherkennung, Übergewicht, Entwicklungsstörungen, chronische Krankheiten, Zahngesundheit, Kinderunfälle und Suchtmittelmissbrauch werden in der Fachliteratur als zentrale Themen für die Gesundheit von Kindern eingestuft. Sie besitzen einen hohen Stellenwert bei Gesundheitszielen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene. Darüber hinaus wird ihnen ein nicht unbeträchtliches Präventionspotenzial zugemessen. Aus diesen Gründen wurden sie als Schwerpunkthemen ausgewählt. Den Bericht abschließen wird eine Bilanz und Handlungsempfehlungen.

Beschrieben wird die gesundheitliche Lage von Kindern in Hamburg zwischen 1 und 14 Jahren. Neben Daten aus der amtlichen Statistik und sonstigen Quellen wird im wesentlichen auf die seit dem Jahr 2004 wieder dokumentierten Untersuchungen des Schulärztlichen Dienstes zurückgegriffen.

Der Bericht ist Teil des neuen Gesamtkonzeptes der Gesundheitsberichterstattung in Hamburg. Dieses orientiert sich insbesondere an den altersbezogenen Lebensphasen der Menschen. Weitere Gesundheitsberichte zur „Frühförderung“ und der „Gesundheit rund um die Geburt (0-1 Jahre)“ sind geplant.

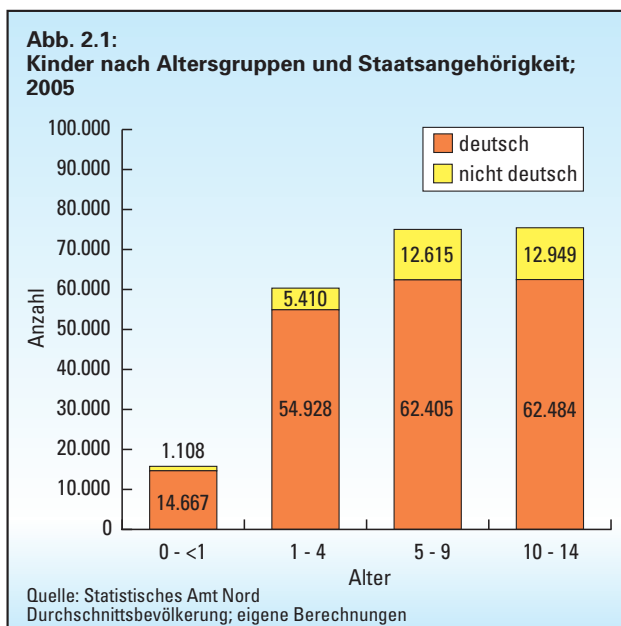


## 2. Bevölkerung und Bevölkerungsstruktur

Angaben zur Bevölkerung, der Bevölkerungsstruktur und der Bevölkerungsentwicklung sind wichtige Informationen für die Charakteristik einer Region. Darüber hinaus bilden sie grundlegende Rahmenbedingungen für die Planung von Hilfs- und Beratungsangeboten für Eltern und ihre Kinder.

Im Jahr 2005 lebten in Hamburg durchschnittlich über 226 Tsd. Kinder unter 15 Jahren (ca. 116 Tsd. Jungen und ca. 110 Tsd. Mädchen).

Der Gesamtanteil nichtdeutscher Kinder lag bei ca. 14 Prozent. In den Altersgruppen nichtdeutscher Kinder gibt es große Unterschiede. Während bei den unter 5-jährigen Kindern etwa jedes zehnte Kind keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt, liegt der Anteil bei den 5- bis unter 15-jährigen Kindern bei nahezu 17 Prozent (vgl. Abb. 2.1).



In allen Altersgruppen unter 15 Jahren sind Jungen mit jeweils etwa 51 Prozent gering häufiger vertreten als Mädchen.

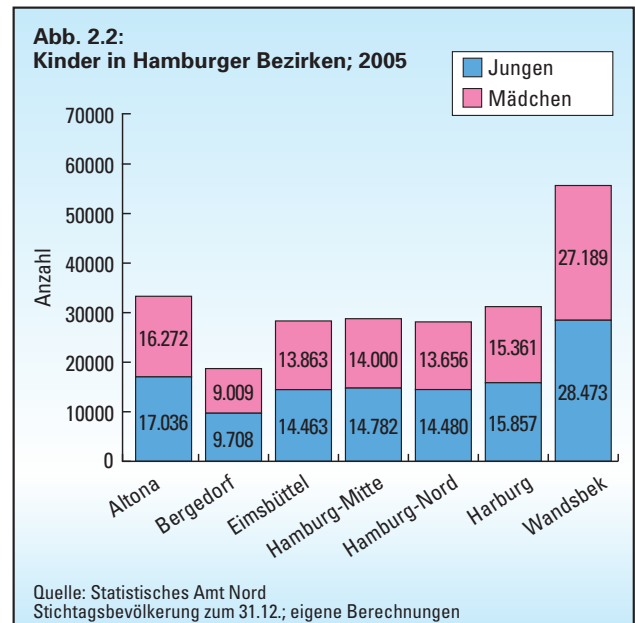
### Nur geringer Rückgang der Kinderzahlen

Die Gesamtzahl der Kinder in Hamburg blieb im zeitlichen Vergleich der letzten 10 Jahre relativ konstant.

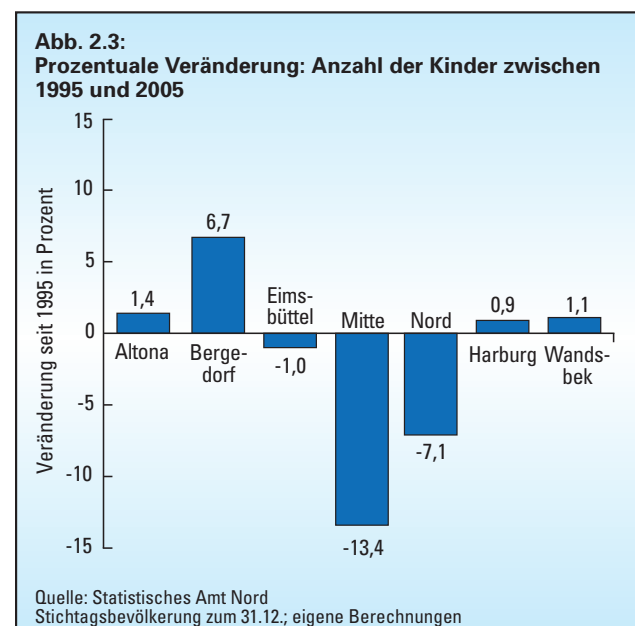
Im Jahr 2005 lebten zum Jahresende 4.350 weniger Kinder unter 15 Jahren in Hamburg als 1995. Dies entspricht einer prozentualen Abnahme von nahezu zwei Prozentpunkten innerhalb dieses Zeitraumes.

## Kinder in den Hamburger Bezirken und Stadtteilen

Die meisten Kinder leben im Bezirk Wandsbek (über 55 Tsd.) gefolgt von Altona mit über 33 Tsd. und Harburg mit über 31 Tsd. Kindern. Die wenigsten Kinder (etwa 19 Tsd.) leben in Bergedorf (vgl. Abb. 2.2).



Die größten Rückgänge der Kinderzahlen im 10-Jahresvergleich verzeichneten die Bezirke Hamburg-Mitte (minus 13,4 Prozent) und Hamburg-Nord (minus 7,1 Prozent), den größten Zuwachs verbuchte der Bezirk Bergedorf mit 6,7 Prozentpunkten gefolgt von Altona (plus 1,4 Prozent) und Wandsbek (plus 1,1 Prozent) (vgl. Abb. 2.3).

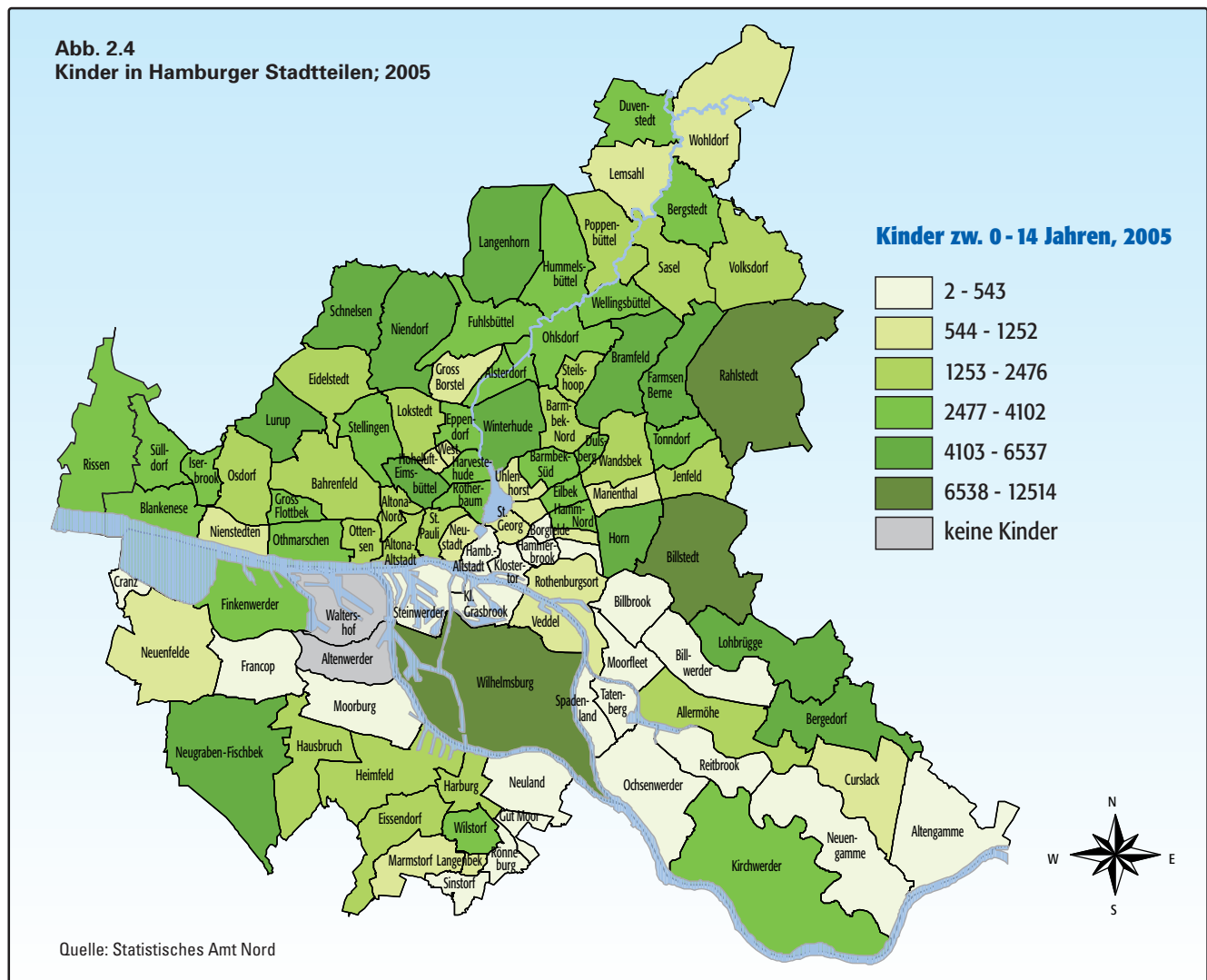


Bei der Verteilung auf die Hamburger Stadtteile zeigt sich folgendes Bild: Die meisten Kinder unter 15



Jahren leben in den Stadtteilen Rahlstedt (12.426), Billstedt (11.012) und Wilhelmsburg (9.188). Die Verteilung der Kinder auf die Stadtteile zeigt Abb. 2.4. Die größten Anteile von Kindern bezogen auf die

Gesamtbevölkerung in den Stadtteilen finden sich in Duvenstedt (23,5 Prozent), Allermöhe (23,4 Prozent), Billbrook (22 Prozent), Veddel (20,4 Prozent), Gut Moor (19,4 Prozent) und Wilhelmsburg (18,8 Prozent).



### 3. Krankheiten und Sterblichkeit bei Kindern

Für einen differenzierten Überblick über das Krankheitsgeschehen (Morbidität) von Kindern stehen wenig valide Daten zur Verfügung. Aus der ambulanten medizinischen Versorgung lassen sich nur eingeschränkt Daten nutzen. Allgemeine Aussagen zur Krankheitshäufigkeit bei Kindern lassen sich somit nur näherungsweise treffen.

Besser ist die Datenlage bei den Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen (Krebs). Hierzu stehen Daten des Hamburgischen Krebsregisters sowie des Deutschen Kinderkrebsregisters in Mainz zur Verfügung. Außerdem liegen Daten zur Sterblichkeit von Kindern, Behandlungen in Krankenhäusern und zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten vor.

#### Krankheiten

##### Behandlungsspektrum in Kinderarztpraxen

Die primäre Zuständigkeit für die medizinische Behandlung von Kindern liegt bei der Kinderärztin oder dem Kinderarzt. Sie sind erste Ansprechpartner der Eltern und der Kinder, wenn es um Fragen der Gesundheit geht.

Aus den Statistiken der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) für das Jahr 2004/2005 lässt sich ermitteln:

**Infektionen der Atemwege, Fieber, Viruserkrankungen, akute Bronchitis, Mittelohr- und Mandelentzündungen sind die häufigsten Behandlungsanlässe in Hamburger Kinderarztpraxen.**

Auch deutschlandweit sind diese Krankheiten die häufigsten Anlässe für den Besuch bei der Kinderärztin oder dem Kinderarzt.

##### Krankenhausbehandlungsfälle

Im Jahr 2004 wurden über 13 Tsd. Behandlungsfälle Hamburger Kinder im Alter zwischen 1 und 14 Jahren in Hamburger Krankenhäusern dokumentiert. Jungen sind deutlich häufiger betroffen (2004: 7.669 Behandlungsfälle bei Jungen; 6.199 bei Mädchen). Gegenüber dem Jahr 1994 ist ein Rückgang um fast Tausend Behandlungsfälle zu verzeichnen.

Im Diagnosebezug lässt sich feststellen:

**Hamburger Kinder zwischen 1 und 14 Jahren werden am häufig-**

**sten wegen Durchfall und Lebensmittelvergiftungen sowie Gehirnerschütterungen in Hamburger Krankenhäusern behandelt.**

Darüber hinaus spielen Mandelentzündungen, die akute Bronchitis sowie akute Infektionen der oberen Atemwege und Lungenentzündungen eine bedeutende Rolle für die Behandlungen von Kindern in Krankenhäusern.

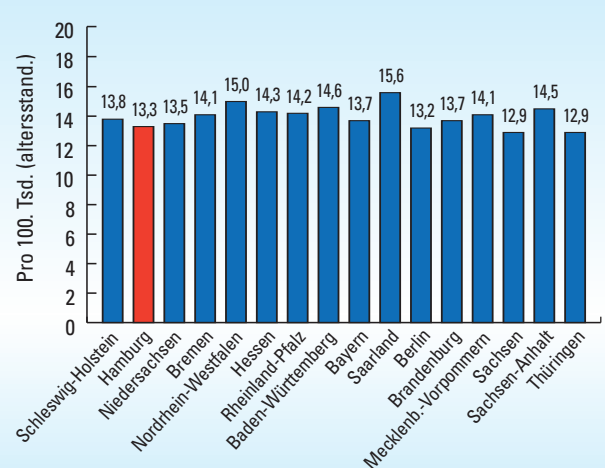
#### Krebserkrankungen

Etwa jedes 500. Kind in Deutschland erkrankt bis zu seinem 15. Lebensjahr an Krebs - etwa 1.800 jedes Jahr oder 14 pro 100 Tsd. Kinder. Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen. Für betroffene Kinder und deren Eltern ist die Krebserkrankung ein Schock und mit großem Leidensdruck verbunden. Die Heilungschancen haben sich verbessert - drei von vier Kindern überleben die Erkrankung. In der Diagnostik, der Behandlung und der Nachsorge hat es große Fortschritte gegeben.

Die Ursachen für die Entstehung von Krebserkrankungen bei Kindern sind nicht eindeutig geklärt. Im Gegensatz zu Erwachsenen spielen jedoch die Lebensweisen bei Kindern keine entscheidende Rolle.

In Hamburg erkranken jährlich etwa 30 Kinder an Krebs. Für die Jahre von 1994 bis 2003 weist Hamburg im Vergleich der Bundesländer mit 13,3 pro 100 Tsd. Kinder eine eher niedrigere Neuerkrankungsrate auf (Abb. 3.1).

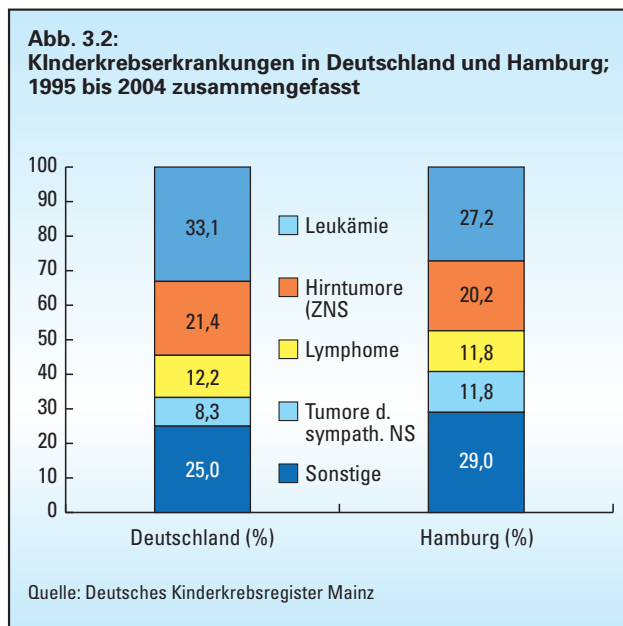
**Abb. 3.1:**  
Krebsneuerkrankungen Kinder; Bundesländer;  
1994 bis 2003



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes  
Deutsches Kinderkrebsregister Mainz

Kinder sind überwiegend von anderen Krebserkrankungen betroffen als Erwachsene. Häufiger kommen Blutkrebs (Leukämien), Tumore des Nervensystems und Lymphknotenkrebs (Lymphome) vor.

Abb. 3.2 zeigt die Verteilung der bedeutsamsten Kinderkrebserkrankungen in Hamburg und Deutschland.



In Hamburg werden die Krebserkrankungen bei Kindern ganz überwiegend zentral in der Kinderonkologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf behandelt und betreut.

**Meldepflichtige Infektionskrankheiten**

Einige Infektionskrankheiten und medizinische Erreger wie z. B. Masern, Meningokokken und bestimmte Durchfallerreger unterliegen der gesetzlichen Meldepflicht. Ärztinnen und Ärzte sowie Labore müssen den Verdacht auf bzw. eine Erkrankung oder einen Todesfall durch Infektionskrankheiten an die zuständigen Gesundheitsämter melden. Dort werden die Daten zusammengeführt, abgeglichen, dokumentiert und an die zuständigen Landes- und Bundesbehörden gemeldet. In Hamburg ist dies das Zentrum für Infektionsepidemiologie am Institut für Hygiene und Umwelt der Gesundheitsbehörde.

Jährlich wurden in Hamburg in den letzten fünf Jahren zwischen 1.800 und nahezu 2.000 Infektionskrankheiten bei Kindern gemeldet - 2005 waren es 1.961 Meldungen (Quelle: RKI 2006). Wie auch bundesweit gemeldet, nehmen die durch Noro- und Rotaviren hervorgerufenen Durchfall-Erkrankungen zu.

Von einer Norovirus-Infektion sind überwiegend Kleinkinder betroffen. Die Ansteckung erfolgt in den meisten Fällen in Kindergärten, weil der Erreger dort leicht von Kind zu Kind übertragen werden kann. 2005 wurden in Hamburg 312 Norovirus-Erkrankungen registriert (138 je 100 Tsd. Kinder) - 21 Prozent mehr als im Vorjahr (siehe: www.gbe-bund.de).

Durchfall-Erkrankungen durch Rotaviren werden fast ausschließlich bei Säuglingen und Kleinkindern beobachtet. 2005 wurden 880 Fälle dokumentiert - im Jahr davor waren es 588 Fälle. Die gute Nachricht ist: Unlängst ist ein Impfstoff gegen Rotaviren in Europa auf den Markt gekommen, der bei Kindern ab der sechsten Lebenswoche angewendet werden kann.

Eine weitere Rolle im Infektionsgeschehen spielen Salmonellen-Erkrankungen mit in den letzten fünf Jahren durchschnittlich 474 Ansteckungsfällen bei Kindern pro Jahr und die Campylobacter-Enteritis (durchschnittlich etwa 267 Fälle pro Jahr).

**Sterblichkeit**

**„Immer dort, wo Kinder sterben, werden die leisesten Dinge heimatlos...“**

**Nelly Sachs; dt.-schwed. Lyrikerin; 1891 - 1970**

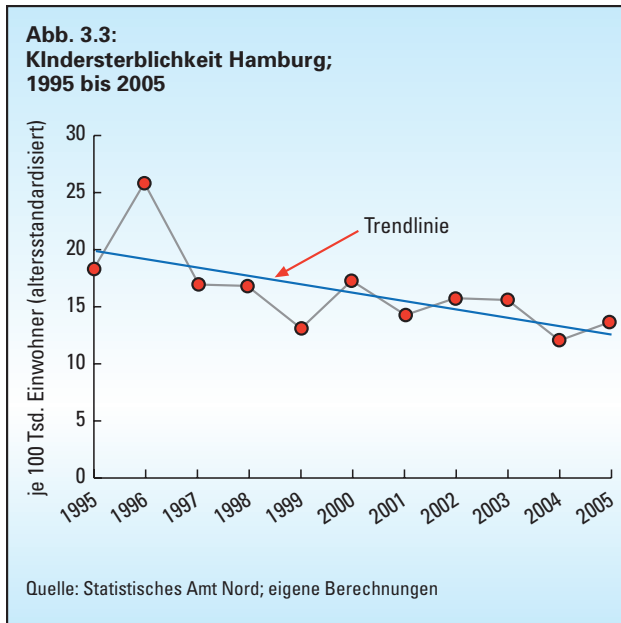
Der Tod eines Kindes ist für die Eltern und die Angehörigen ein schmerzhafter, mit großem Leidensdruck verbundener Schicksalsschlag.

Die Lebenserwartung von Kindern bei der Geburt ist in den letzten Jahren bedeutsam angestiegen. Aktuell können Mädchen in Hamburg bei Geburt mit durchschnittlich 81,4 Jahren und Jungen mit 76,2 weiteren Lebensjahren rechnen.

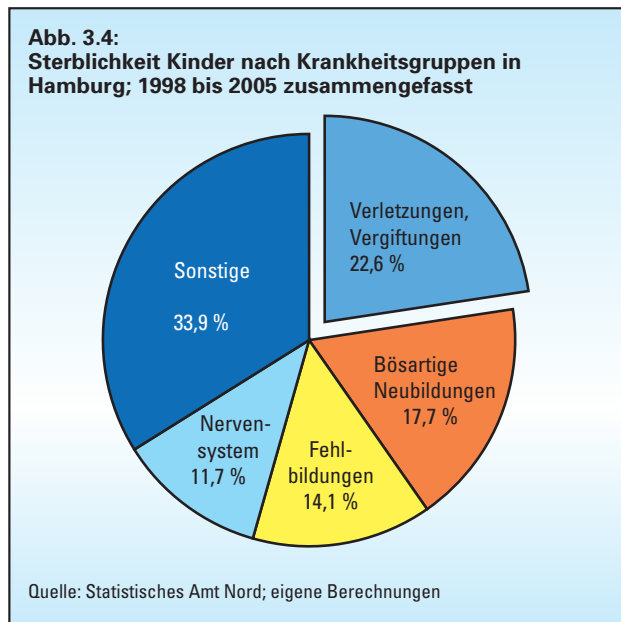
Demgegenüber ist der Tod von Kindern glücklicherweise ein vergleichsweise seltenes, wenngleich äußerst tragisches Ereignis.

**In den letzten 10 Jahren starben in Hamburg jährlich durchschnittlich 40 Kinder zwischen 1 und 14 Jahren - 2005 waren es 27 Kinder.**

Trotz einiger Schwankungen im Zeitverlauf gibt es eine positive Tendenz. Die Sterblichkeit bei Kindern zwischen 1 und 14 Jahren geht zurück (vgl. Abb. 3.3).



Nahezu 23 Prozent - somit nahezu jeder fünfte Fall - der Sterbefälle bei Kindern zwischen 1998 und 2005 sind auf Verletzungen und Vergiftungen zurückzuführen. Es folgt die Krankheitsgruppe der bösartigen Neubildungen (Krebs) (siehe auch Abb. 3.4).



Die häufigsten Sterblichkeitsursachen nach Einzeldiagnosen bei Kindern unter 15 Jahren sind neben den Gehirntumoren und den Leukämien (Blutkrebs) auch Epilepsien, Erstickungstode sowie sonstige Unfallfolgen.

### 4. Hilfs- und Beratungsangebote

Zur Verhütung von Krankheiten, dem Erhalt und der Wiederherstellung von Gesundheit gibt es für Kinder in Hamburg ein gut ausgebautes und bedarfsgerechtes Netz von Hilfs- und Beratungsangeboten. Die wichtigsten dieser Angebote werden nachfolgend kurz dargestellt und beschrieben.

#### Angebote der gesetzlichen Krankenversicherung Ambulante Versorgung

Für die ambulante Versorgung steht den Kindern mit ihren Eltern in Hamburg ein flächendeckendes Angebot von Praxen niedergelassener Kinderärztinnen und Kinderärzten zur Verfügung. Aktuell sind in Hamburg 137 niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte auf die Untersuchung und Behandlung von kindlichen Erkrankungen spezialisiert (Quelle: Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg [KVH]).

Kinder mit speziellen Erkrankungen wie z. B. Rheuma (vgl. Kap. 5.5) können sich darüber hinaus in Spezialambulanzen der Hamburger Kinderkliniken bzw. -abteilungen und in den Polikliniken des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) ambulant versorgen lassen.

In Notfällen behandeln niedergelassene Kinderärztinnen und Kinderärzte an zwei Hamburger Kinderkrankenhäusern und zwei Krankenhäusern mit Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin auch samstags sowie sonn- und feiertags kranke Kinder und Jugendliche im Rahmen des Kinderärztlichen Notfalldienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH).

Psychisch erkrankte Kinder werden durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten betreut. Aktuell nehmen in Hamburg über 20 niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und 67 niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten<sup>1</sup> diese Aufgabe wahr.

Darüber hinaus bestehen an den Krankenhäusern mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Institutsambulanzen, in denen Kinder und Jugendliche aller Altersstufen mit psychischen Erkrankungen sowie deren Eltern beraten und behandelt werden<sup>2</sup>.

#### Stationäre und teilstationäre Versorgung - Kinderheilkunde

Für die Krankenhausversorgung von Kindern und Jugendlichen in Hamburg stehen zwei Krankenhäuser für Kinder- und Jugendmedizin (Altonaer Kinderkrankenhaus und Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift) und drei Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf [UKE], Asklepios Klinik Nord und Krankenhaus Mariahilf) sowie Kinderkardiologie und Kinderherzchirurgie im Universitären Herzzentrum gGmbH am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) zur Verfügung.

In den Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin und den Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie werden 637 vollstationäre Betten und 35 teilstationäre Behandlungsplätze in Tageskliniken für Kinder und Jugendliche vorgehalten (Stand: August 2006). An drei Abteilungen bzw. Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sind teilstationäre Behandlungsplätze (Tageskliniken) vorhanden.

In den beiden eigenständigen Kinderkrankenhäusern (Altonaer Kinderkrankenhaus und Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift) stehen auch gesonderte 98 kinderchirurgische Betten zur Verfügung.

An allen Kinderkliniken und Kinderabteilungen werden auch ambulante Operationen durchgeführt.

In Einzelfällen werden Kinder auch in Abteilungen für Erwachsene operativ behandelt. Dies gilt insbesondere für die Augen- und die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Es besteht jedoch das Ziel, die Mehrzahl der Kinder kindgerecht in bestehenden pädiatrischen Abteilungen zu behandeln.

Die Kinderkrankenhäuser bieten auch zahlreiche Spezialangebote, wie z. B. eine Einheit für Schwerebrandverletzte, Kinderonkologie für Kinder mit Tumorerkrankungen, Epilepsie-Zentrum, Neuropädiatrie, Kinderurologie, Kindertraumatologie, Kinderortho-

<sup>1</sup> Die Praxen finden sich im InfoNet der KVH. Die Psychotherapeutenkammern in Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein haben ebenfalls einen Suchdienst eingerichtet: [www.psych-info.de](http://www.psych-info.de).

<sup>2</sup> Weitere Informationen zur Beratung und Versorgung psychisch kranker Menschen liefert der Therapieführer der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG). Im Internet verfügbar unter: [www.gesundheit.hamburg.de](http://www.gesundheit.hamburg.de)

pädie, Handchirurgie, Asthma- und Diabetesschulung, an.

Die durchschnittliche Verweildauer Hamburger Kinder in den Hamburger Krankenhäusern ist in den letzten Jahren stetig gesunken. Im Jahr 2004 betrug sie in der Kinderheilkunde 5,4 Tage und in der Kinderchirurgie 3,1 Tage.

#### Stationäre und teilstationäre Versorgung Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie werden in der klinisch-stationären Versorgung Kinder mit allen psychischen Störungsbildern behandelt, die sich in akuten Krisensituationen befinden oder bei denen ambulante bzw. teilstationäre Therapiemaßnahmen nicht ausreichen. Hamburg verfügt derzeit über 98 Betten in diesem Versorgungsbereich. Diese verteilen sich auf das UKE (26 Betten), das Katholische Kinderkrankenhaus Wilhelmstift (42 Betten) und das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf/Werner-Otto-Institut (18 Betten speziell für Kinder mit Entwicklungsstörungen). Seit Juli 2006 steht eine stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Asklepios Klinik Harburg mit zunächst 12 Betten zur Verfügung - Mitte 2007 kommen 12 weitere Betten hinzu. Darüber hinaus gibt es im UKE, im Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift und in der Asklepios Klinik Harburg kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken mit 35 teilstationären Behandlungsplätzen. Auch im Werner-Otto-Institut werden Kinder teilstationär versorgt.

In den kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken können wochentags Diagnostik und Therapie bei psychisch oder psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden, die einer intensiven Betreuung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus verschiedenen Berufsgruppen bedürfen und noch nicht, oder nicht mehr vollstationär behandelt werden. Abends, nachts und an den Wochenenden leben die Patientinnen und Patienten in ihrem gewohnten familiären und sozialen Umfeld.

2004 betrug die durchschnittliche Verweildauer Hamburger Kinder in Hamburger Krankenhäusern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 61,2 Tage.

#### Angebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Ziel des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist es, die Gesundheit des Einzelnen und damit auch der Bevölkerung zu fördern und zu schützen.

Der Förderung und dem Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird eine besondere Bedeutung zugemessen.

Nachfolgend werden die einzelnen Angebote zur Beratung und Betreuung von Kindern und ihren Eltern beschrieben. Für diese Angebote sind die Bezirksämter zuständig.

#### Mütterberatung

Der Öffentliche Gesundheitsdienst bietet Müttern mit Säuglingen und Kleinkindern kostenlose Beratungen und Untersuchungen im Rahmen der Mütterberatung an. Säuglinge und Kleinkinder können von der Geburt bis zur Einschulung auf Wunsch der Eltern körperlich untersucht werden - Eltern können sich zu den Themen Ernährung, Stillen, Hygiene, Körperpflege, Entwicklungsförderung, Schutzimpfungen und Kinderkrankheiten und Behinderungen informieren und beraten lassen.

Die Mütterberatung verweist darüber hinaus auch auf weitere Hilfsangebote (z. B. Überweisungsempfehlungen oder Erholungskuren) und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der Säuglinge und Kleinkinder (u. a. über Angebote der Frühförderung; vgl. Kap. 5.4).

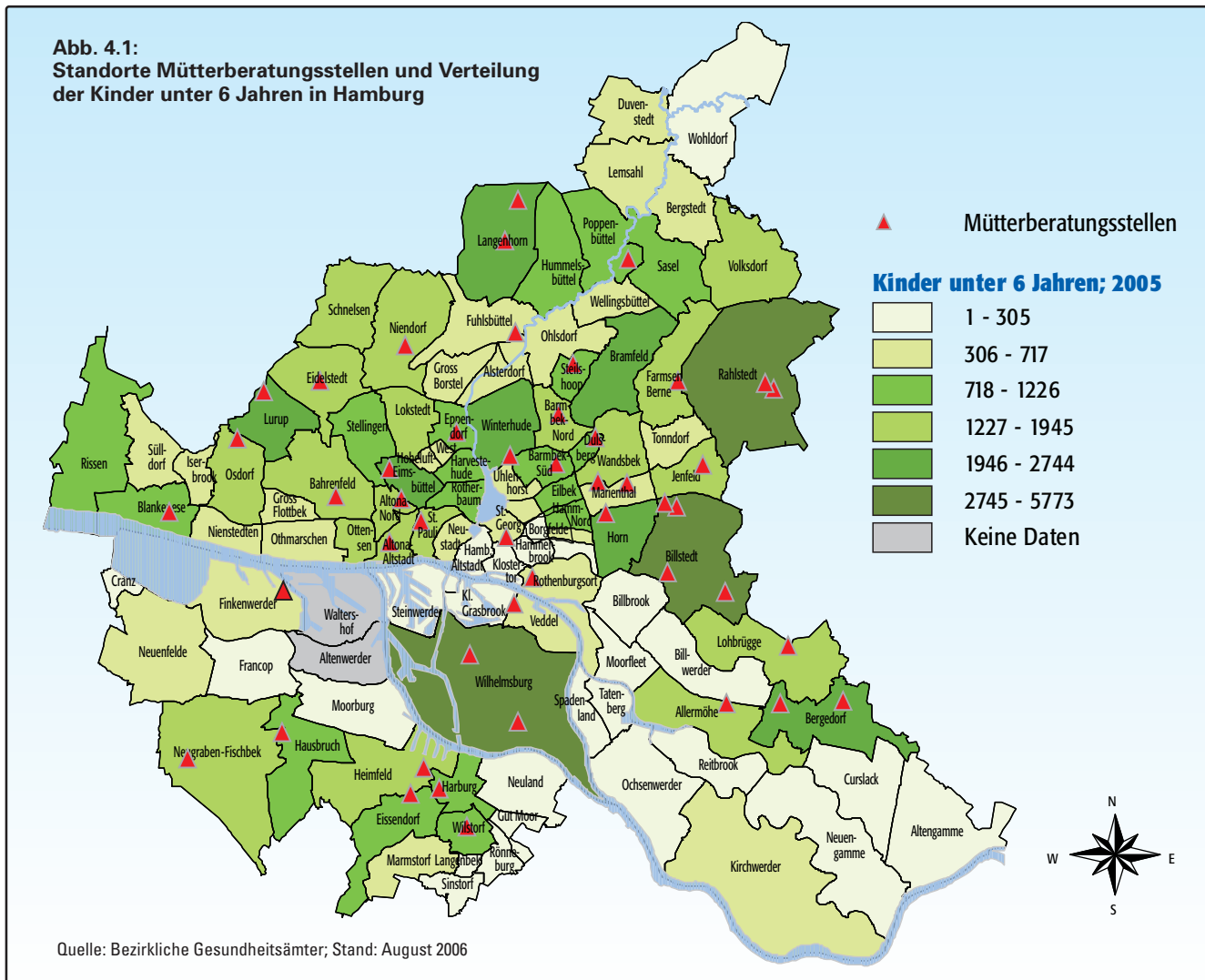
Sie hat auch die Aufgabe, Eltern mit speziellem Hilfebedarf u. a. über die Stärkung der Kompetenzen zu unterstützen und geeignete Angebote des Hilfesystems (u. a. Kinderärztinnen/Kinderärzte, Jugendamt, Erziehungsberatungsstellen) zu vermitteln. Die Mütterberatung besitzt damit auch eine wichtige Funktion in Hinblick auf die Prävention von Vernachlässigung und Missbrauch von Kindern.

Die Mütterberatung findet wohnortnah in den Stadtteilen statt. Zum Stand April 2006 gab es in Hamburg 46 Mütterberatungsstellen mit unterschiedlichen Sprechzeiten und Personalausstattungen.

Abb. 4.1 veranschaulicht die Standorte der Mütterberatungsstellen. Gleichzeitig wird in der Abbildung die zahlenmäßige stadtteilbezogene Verteilung der Kinder im Alter von der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr dargestellt.

Aus einer Befragung, die vom Bezirk Hamburg-Nord mit Unterstützung der Hochschule für angewandte Wissenschaft durchgeführt wurde, ergaben sich Handlungsempfehlungen für eine bedarfs- und nutzer-





gerechte Mütterberatung. Danach werden eine zielgerichtet aufsuchende Arbeit, die Bildung von interdisziplinären Teams, niedrigschwellige, einfache Zugangswege, die Ausweitung der zeitlichen Erreichbarkeit sowie der verstärkte Austausch mit Eltern als notwendige Ansätze angesehen (vgl.: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. [HAG] 2004).

**Schulärztlicher Dienst**

Der schulärztliche Dienst untersucht Kinder vor dem Schuleintritt (zu Beginn des Jahres vor der Einschulung, sofern keine altersgemäße ärztliche Untersuchungen durchgeführt wurde oder sich Entwicklungsauffälligkeiten zeigen sowie direkt vor der Einschulung) und berät Eltern und ihre Kinder u. a. über:

- chronische und Infektionskrankheiten,
- kostenfreie Impfungen,
- gesunde Ernährung,
- Kuren für Kinder sowie

- Eingewöhnungs- und Lernschwierigkeiten.

Es werden Untersuchungen vor dem Schuleintritt sowie Sprechstunden, die Teilnahme an Elternabenden, Besuche in den Schulklassen, die Unterstützung bei Schulprojekten zur Gesundheitsförderung und auch vermittelnde Gespräche zwischen Eltern und Schule angeboten und durchgeführt.

Die Einschulungsuntersuchungen des Schulärztlichen Dienstes sind ein wirksames Instrument zum Erkennen und Erfassung gesundheitlicher Beeinträchtigungen und schulrelevanter Teilleistungsschwächen.

Über die Untersuchungen wird sicher gestellt, gesundheitliche Störungen sowie Entwicklungsverzögerungen, die eine positive Gesundheitskarriere und einen erfolgreichen Schulbesuch gefährden können, rechtzeitig zu erkennen und Maßnahmen zielgerichtet einzuleiten.



Der Schulärztliche Dienst untersucht bzw. überprüft u. a.:

- Seh- und Hörvermögen,
- Körpergröße und Gewicht,
- körperliche, motorische und sprachliche Entwicklung sowie den Impfstatus.

Die Schuleingangsuntersuchungen sind nach § 34, Absatz 5 des Hamburger Schulgesetzes vom Juni 2003 eine verpflichtende Untersuchung für alle einzuschulenden Kinder. Pro Jahrgang werden über 11 Tsd. Schülerinnen und Schüler von Hamburger Schulärztinnen und Schulärzten untersucht (Jahrgang 2004: 11.373 und Jahrgang 2005: 11.702)<sup>3</sup>.

Die Untersuchungen und die weiteren Aufgaben des Schulärztlichen Dienstes besitzen in Bezug auf die Lotsenfunktion, die Gesundheitsförderung und Prävention für die gesundheitliche und schulische Entwicklung von Kindern einen hohen Stellenwert.

#### Untersuchungen nach dem Kinderbetreuungsgesetz

Mit Inkrafttreten des Kinderbetreuungsgesetzes (KibeG) am 1.1.2006 wurde die gesetzliche Grundlage geschaffen, Kinder auch in Kindertagesstätten durch Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu untersuchen und die Eltern zu beraten. Zur Zeit laufen die Vorbereitungen, um die Kinder ab dem 4. Lebensjahr jährlich zahnärztlich und einmalig im 4. Lebensjahr auf altersgerechte Entwicklung in den Bereichen Sehen, Hören, Sprechen und Motorik zu untersuchen.

#### Schulzahnärztlicher Dienst

Der Schulzahnärztliche Dienst führt jährlich zahnärztliche Reihenuntersuchungen in Grundschulen und zum Teil in weiterführenden Schulen sowie ab dem Jahr 2006 auch in Kindertageseinrichtungen durch. Die Untersuchungen erfolgen durch Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie zahnmedizinische Fachangestellte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Sie verfolgen das Ziel, Zahnschäden frühzeitig zu erkennen, auf Fehlstellungen aufmerksam zu machen und die Mundhygiene zu verbessern.

2004/2005 wurden über 45.000 Kinder vom Schulzahnärztlichen Dienst untersucht.

Für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko wird in Zusammenarbeit mit der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. eine zusätzliche Betreuung in Schulen angeboten (vgl. auch Kap. 5.6).

Die Präventionsbemühungen des Schulzahnärztlichen Dienstes werden durch Gruppenprophylaxemaßnahmen der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Hamburg e.V. (LAJH) ergänzt. In einer Gemeinschaftsaktion Zahnärztinnen und Zahnärzte und des Schulzahnärztlichen Dienstes wird mit Unterstützung der Krankenkassen das Ziel verfolgt, Kindern in Kindertagesstätten und Schulen in spielerischen Unterrichtseinheiten den schonenden Umgang mit den eigenen Zähnen zu vermitteln.

#### Jugendpsychiatrischer Dienst

Alle Hamburger Bezirksämter verfügen über Jugendpsychiatrische Dienste. Auf der Grundlage des Hamburgischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG), des Gesetzes für den öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (HmbGDG) sowie der Sozialgesetzbücher VIII IX und XII (SGB VIII, SGB IX, SGB XII) wird dort eine jugendpsychiatrische Begutachtung und Beratung sicher gestellt. Minderjährige werden begutachtet - Eltern werden über seelische, geistige und mehrfache Behinderungen und deren Behandlungsmöglichkeiten informiert und beraten.

Folgende Leistungen werden erbracht:

- Diagnostik und Beratung zu geeigneten Maßnahmen bei verhaltensauffälligen, psychisch kranken, entwicklungsverzögerten, geistig und mehrfach behinderten Kindern und Jugendlichen,
- psychosoziale Betreuung von entwicklungsverzögerten, geistig und mehrfach behinderten Kindern und Jugendlichen,
- gutachterliche Stellungnahmen zu Anfragen zu Eingliederungshilfemaßnahmen nach §§ 53/54 SGB XII, §§ 55/56 SGB IX, § 35a SGB VIII,
- Krisenintervention bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen sowie die
- Landesarztfunktion für geistig u. mehrfach behinderte Kinder und Jugendliche.

<sup>3</sup>Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden im Rahmen der Schulärztlichen Dokumentation erfasst und anonym ausgewertet. Sie bilden eine wichtige Datengrundlage u. a. für diesen Bericht.

**Beratungszentrum****SEHEN - HÖREN - BEWEGEN - SPRECHEN**

Das Beratungszentrum SEHEN - HÖREN - BEWEGEN - SPRECHEN im Bezirk Hamburg-Nord bietet Beratung, Diagnostik und Begutachtung für chronisch kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen sowie deren Angehörige, Betreuerinnen und Betreuer und jene, die in ihrer beruflichen Tätigkeit oder auch ehrenamtlichen Arbeit mit Fragen von Behinderung oder drohender Behinderung befasst sind. Es leistet wichtige Hilfestellungen in Fragen zur Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Frühförderung und Selbsthilfe.

Das Beratungszentrum SEHEN - HÖREN - BEWEGEN - SPRECHEN arbeitet mit unterschiedlichen Anbietern der Hilfen für Kinder und Erwachsene sowie mit Behörden, Ämtern und den Sozialversicherungsträgern zusammen. Es steht grundsätzlich für alle Menschen offen, richtet seine Leistungen aber insbesondere auf Menschen in schwierigen und belasteten Lebenslagen aus. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Beratung über frühfördernde Maßnahmen gelegt (vgl. auch Kap. 5.4). Eltern, die bei ihrem Säugling oder Kleinkind eine verzögerte Entwicklung vermuten oder Auffälligkeiten beim Bewegen, Hören, Sehen, Sprechen oder Verhalten beobachten, sollen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt erreicht werden. Den Eltern wird die notwendige Unterstützung vermittelt, um bestehende Hilfen zu nutzen, um eine drohende Behinderung zu verhindern bzw. die Folgen einer bestehenden Behinderung zu mildern.

Das Ziel besteht darin, den betroffenen Kindern und Eltern ein Höchstmaß an Selbstbestimmung zu er-

möglichen, die Auswirkungen von Behinderungen bei Kindern durch Beratung und entsprechende Hilfen zu mindern und die Betroffenen bei der Verwirklichung ihrer gesetzlichen Ansprüche zu unterstützen.

Im Jahr 2004 hatte das Beratungszentrum 1.180 betreute Personen. Über die Hälfte waren im Alter bis zu 3 Jahren, 16 Prozent von 4 bis 7 Jahren.

**Sonstige Angebote**

Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) koordiniert und vernetzt gesundheitsfördernde Aktivitäten und Projekte (u. a. für Kinder und Jugendliche) in Hamburg. Sie vermittelt zwischen Einzelpersonen und Institutionen, Betrieben, Schulen, Verbänden, Vereinen und Initiativen. Die HAG ist ein freier Träger und finanziert ihre Arbeit durch Zuwendungen der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) und der Krankenkassen. Hinzu kommen freiwillige Mitgliedsbeiträge sowie Spenden. Der Vorstand der HAG setzt sich aus Vertreterinnen und Vertreter von Krankenkassen, Kammern der Heilberufe, Fachbehörden, Wohlfahrtsverbände, Gewerkschaften, Einrichtungen der Erwachsenenbildung, Initiativen, Arbeitskreisen, aus dem Selbsthilfebereich und Einzelmitgliedern zusammen.

Das Suchtpräventionszentrum (SPZ) unterstützt Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen, Suchtprävention (vgl. Kap. 5.8) als Aufgabe wahrzunehmen und zu verankern. Es bietet u. a. zentrale und schulinterne Fortbildungen zu suchtpreventiven Unterrichtsprogrammen an und unterstützt Schulen bei der Lösung aktueller Konflikte im Zusammenhang mit Drogen- und Suchtmittelvorfällen.





## 5.1 Befindlichkeit und psychische Gesundheit

**Seelische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zur Gemeinschaft beizutragen. Seelische Gesundheit ist ein Menschenrecht!**  
Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Mit dieser Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird die allumfassende Bedeutung des Wohlbefindens für die Gesundheit und die Lebensgestaltung und Lebensführung umrissen.

Auch Kinder und Jugendliche können Gefahren unterliegen, in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt zu werden und aus dem seelischen Gleichgewicht zu geraten, da ihre persönlichen Ressourcen und Schutzmechanismen noch nicht voll ausgeprägt sind.

Andererseits bringen die Reife- und Entwicklungsprozesse Herausforderungen und Ausprägungen mit sich, die nicht immer eindeutig von Störungen mit Krankheitswert zu unterscheiden sind.

Unwohlsein, Befindlichkeitsstörungen ohne diagnostizierbare organische Befunde bis hin zu psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen werden mehr oder weniger spezifisch von Betroffenen berichtet.

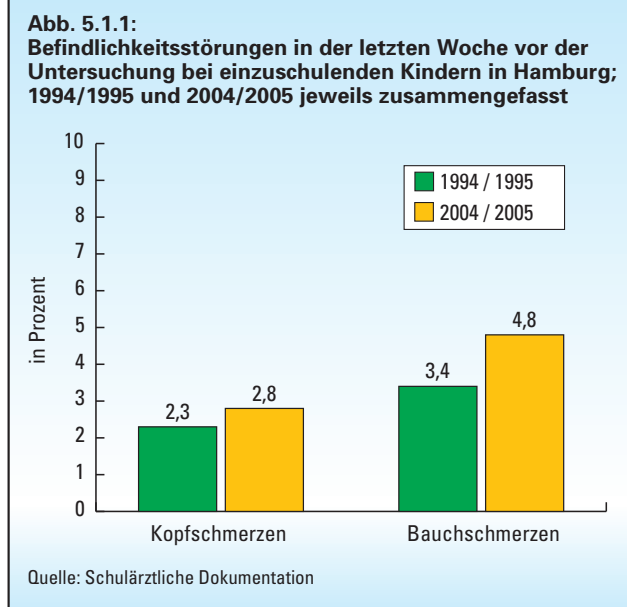
### Befindlichkeitsstörungen bei einzuschulenden Kindern in Hamburg

Bei Kindern und Jugendlichen äußern sich Befindlichkeitsstörungen vielfach unspezifisch u. a. in körperlichen Symptomen wie Kopf- und Bauchschmerzen. Diese Beschwerden der Kinder werden von den Hamburger Schulärztinnen und Schulärzten über die Eltern im Rahmen der schulärztlichen Untersuchungen erfragt.

Für die Untersuchungen der Jahre 2004/2005 wurden Kopfschmerzen bei nahezu drei Prozent und Bauchschmerzen bei fast fünf Prozent der Kinder von den Eltern berichtet. Vor zehn Jahren wurde eine leicht niedrigere Häufigkeit dokumentiert (vgl. Abb. 5.1.1).

Während für Kopfschmerzen keine Unterschiede im Geschlechtervergleich aufzuzeigen sind, beeinträchti-

gen Bauchschmerzen bei Mädchen häufiger das Befinden als bei Jungen (5,3 Prozent vs. 4,3 Prozent).



Schlaflosigkeit bzw. Schlafstörungen und Bettnässen sind weitere Symptome, die ebenso wie Kopf- und Bauchschmerzen ursächlich auch auf psychische Belastungen hindeuten können.

Die Ursachen sind vielfältig. Angst vor dem Alleinsein oder vor der Dunkelheit, psychische Störungen oder aber neurologische Erkrankungen können Gründe für Schlaflosigkeit und Durchschlafstörungen sein. Aber auch Probleme mit Freunden oder übermäßiger Fernsehkonsum sind mögliche Anhaltspunkte. Gerade in diesen Zusammenhängen sollten die Eltern angemessen reagieren und das Gespräch mit den Kindern suchen - bei anhaltender Symptomatik ist professionelle Hilfe angeraten.

Von Schlafstörungen waren in den Untersuchungs-jahren 2004/2005 1,7 Prozent der Kinder betroffen. Gegenüber 1994/1995 ist ein leichter Anstieg von einem halben Prozentpunkt zu verzeichnen.

Auch das nächtliche Einnässen (Enuresis) besitzt mit nahezu 6 Prozent betroffener Kinder eine nicht geringe Bedeutung. Jungen sind mit 7,1 Prozent deutlich häufiger betroffen als Mädchen (4,4 Prozent).

Bestehen bereits zur Einschulung Befindlichkeitsstörungen, so kann es zu einer Verschlechterung im Laufe der Schulkarriere kommen, da die Kinder mit zunehmendem Alter auch größeren Anforderungen ausgesetzt sind.



**„Nervosität, Anspannung und Konzentrationsprobleme nehmen während der Grundschulzeit ebenso zu wie Übelkeit, Bauchweh und Kopfschmerzen.“**

**Prof. Franz Resch;**

**Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP)**

### Psychische Gesundheit

Kinder sind in ihrer seelischen Entwicklung von ihrer Umwelt und ihren Eltern sozial und biologisch abhängig und durch ihre altersbedingt begrenzte Urteilsfähigkeit und Selbstbestimmungsmöglichkeit auf Erwachsene angewiesen.

Die noch wenig ausgeprägten persönlichen Ressourcen und Abwehrstrategien zur Bewältigung kritischer Lebensphasen machen Kinder und Jugendliche damit besonders anfällig für psychische Belastungen. Diese äußern sich dann nicht selten auch in körperlichen Symptomen (s. o.).

**„Es gibt bei Kindern einen deutlichen Zusammenhang zwischen Somatisierungsstörungen und den geänderten Lebenswelten“.**

**Dr. Radizi; Arzt f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie**

Das Kindesalter besitzt u. a. deshalb eine besonders prägende Bedeutung, da dort ein Grundstein für die psychische Gesundheit im Erwachsenenalter gelegt wird.

Psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter können mehrere Gründe haben. Genetisch bedingte Veranlagung kann ebenso eine Rolle spielen wie das Fehlen eines Elternteils, psychische oder physische Vernachlässigung oder Misshandlung.

Auch der Einfluss gesellschaftlicher Veränderungen, insbesondere das Fehlen von Vorbildfunktion und Orientierung, besitzen eine Bedeutung.

Im Geschlechterbezug zeigen sich unterschiedliche Risikoprofile. Während Jungen bis zur Pubertät ein höheres Risiko für Verhaltensstörungen, ein geringeres Entwicklungstempo und eine größere Anfälligkeit gegenüber äußeren Belastungen zeigen, sind Mädchen vor allem ab der Pubertät anfällig für emotionale Störungen (depressive Syndrome und Suizidneigung).

### Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und Störungen

Unzweifelhaft sind psychische Störungen und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter wegen der oftmals schwerwiegenden Folgen für den gesamten späteren Lebenslauf eine hohe Bedeutung zuzumessen - andererseits besteht die Gefahr, nicht so schwerwiegende Befindlichkeitsstörungen oder Auffälligkeiten oder aber Erziehungsprobleme in diesem Alter sofort zu einem Fall für die Psychiaterin oder den Psychiater zu machen.

In der Bundesrepublik Deutschland wurden mehrere Studien mit dem Ziel der Bestimmung der Häufigkeit psychischer Auffälligkeit oder Störung bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Die Ergebnisse waren sehr unterschiedlich.

Gemäß des Robert-Koch-Institutes (RKI) schwanken die Angaben zu Häufigkeiten (Prävalenz) psychisch auffälliger und gestörter Kinder und Jugendlicher zwischen 8 und 18 Prozent (vgl. RKI 2004; S. 124) - Barkmann & Schulte-Markwort ermittelten aus 29 Studien eine durchschnittliche Prävalenz von etwa 17 Prozent (Barkmann & Schulte-Markwort 2004).

Etwa 5 Prozent psychisch auffällig eingestufte Kinder und Jugendlichen leiden unter schweren Störungen (ausgeprägte Symptome mit einschneidenden Beeinträchtigungen) und sind behandlungsbedürftig - 4 Prozent der psychischen Störungen verlaufen chronisch (vgl. RKI 2004).

Signifikante regionale Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten innerhalb Deutschlands (Ost-West, Nord-Süd, Stadt-Land) ließen sich bislang nicht feststellen (Barkmann 2004). Auch für Hamburg konnte keine Abweichung vom Bundesdurchschnitt ermittelt werden.

Die häufigsten auftretenden Störungsbilder sind Angststörungen (10,4 Prozent) und dissoziale Störungen (7,5 Prozent) gefolgt von depressiven Störungen und übermäßigen Bewegungsaktivitäten (Hyperkinese) (jeweils etwa 4,4 Prozent) (Ihle & Esser 2002).

Während in der Kindheit überwiegend Jungen auffällig werden, sind in der Jugendzeit Mädchen genauso häufig betroffen, hinsichtlich bestimmter Störungsbilder sogar häufiger auffällig (Petermann 2005).

Die Daten zeigen: Jungen zeigen eher Verhaltensauffälligkeiten, Mädchen eher emotionale Störungen.

Zu der Frage, ob, in welcher Größenordnung und in welchem Zeitraum psychische Auffälligkeiten und Störungen in den letzten Jahrzehnten in Deutschland zu- oder abgenommen haben, liegen bisher mangels einschlägiger Studien keine verlässlichen Informationen vor.

### Behandlung und Therapie

Die bestehenden Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bieten ein breites Spektrum von Hilfs- und Behandlungsangeboten und entsprechende therapeutische Möglichkeiten. Dazu gehören u. a. die Verhaltens- und Gesprächstherapie, tiefenpsychologische und analytische Psychotherapien und in besonders schwerwiegenden Fällen mit entsprechender Indikationsstellung auch die medikamentöse Behandlung. In leichteren und minderschweren Fällen kann die Behandlung ambulant erfolgen. Bei schwereren Störungen wird eine stationäre oder teilstationäre Behandlung mit spezialisiertem Therapieangebot notwendig.

Kinder und Jugendliche nehmen psychosoziale Versorgungsdienste zumeist auf Initiative der Sorgeberechtigten wahr. Aber auch Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer und das weitere soziale Umfeld beeinflussen die Inanspruchnahme (Petermann 2002).

In Hamburg gibt es eine Reihe von Beratungs- und Behandlungsangeboten, die sich auf Beratung, Früherkennung und Behandlung von Befindlichkeitsstörungen und psychische Auffälligkeiten und psychische Erkrankungen spezialisiert haben. Zu nennen sind u. a. die in den Bezirken arbeitenden Jugendpsychiatrischen Dienste, die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die verschiedenen, spezifischen Angebote im klinischen Bereich. Ausführungen hierzu finden sich in Kapitel 4 dieses Berichtes.

### Schlussfolgerung - Empfehlungen

Für die Verbesserung des Hilfesystems und der gesundheitlichen Situation der im seelischen Befinden beeinträchtigten und psychisch auffälligen oder gestörten Kinder gibt es mehrere wirksame Ansatzpunkte:

- Verbesserung der Erkenntnis- und Datenlagen zur Verbreitung von psychischen Auffälligkeiten, u. a. Prüfung neuer Informations- und Datenzugänge über den Einsatz eines Fragebogeninstrumentes im Schulärztlichen Dienst;
- Weitere Verbesserung des Umgangs mit psychisch auffälligen Kindern und verstärkte Sensibilisierung für psychische Auffälligkeiten und psychische Krankheiten;

- Ein besonderes Augenmerk sollte auf Kinder gelegt werden, die aus Familien stammen, in denen mindestens ein Elternteil von einer psychischen Erkrankung betroffen ist;
- Abbau von Vorurteilen (Enttabuisierung) und Ängsten bei Eltern und Betroffenen. Eltern müssen in die Lage versetzt werden, ohne Scheu und Ängste notwendige Hilfen für ihre Kinder wahrzunehmen;
- Zeitnahe Vorstellung psychisch auffälliger Kinder bei entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzten, um zu erkennen, ob es sich um eine psychische Störung mit Krankheitswert handelt;
- Weiter- bzw. Fortbildungsmaßnahmen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kindertageseinrichtungen und anderen kindlichen Lebenswelten über gezielte Aufklärungsarbeit der Kinderärztinnen und Kinderärzte;
- Stärkung und Förderung individueller und familiärer Ressourcen und Fähigkeiten, um das Risiko für die Entstehung psychischer Störungen zu vermindern.

Ein Teil dieser Ansätze wurde von der BSG und weiteren Kooperationspartnern bereits aufgegriffen bzw. befindet sich in der konkreten Planung.

Mit dem Ziel, Vorurteile und Ängste abzubauen, wurden beispielsweise durch den Verein „Irre menschlich e. V.“ Lehrkräfte und Schulkinder in bereits über 100 Unterrichtsprojekten über die Situation psychisch kranker Menschen informiert. Diese Maßnahmen wurden von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) und der HAG unterstützt.

Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) hat den Bereich „Seelische Gesundheit“ für 2006 und 2007 zum Schwerpunktthema gemacht. In die neue Ausschreibung „Gesunde Schule“ für die Jahre 2006/2007 wird das Thema „seelische Gesundheit“ aufgenommen. Geplant ist weiterhin, Fortbildungen für Multiplikatoren zum Thema „Seelische Gesundheit“ anzubieten. Dieser Prozess wird von der HAG koordiniert.

In anteiliger Finanzierung der BSG, der Krankenkassen und den Bezirksämtern wurde eine Broschüre zum Thema „Seelische Gesundheit“ mit dem Titel „Verletzte Seelen“ veröffentlicht. Diese Veröffentlichung enthält neben einem beratenden Teil auch Adressen zu Hilfs- und Versorgungsangeboten. Sie wurde u. a. auf dem Hamburger Gesundheitstag 2006, der ebenfalls unter dem Motto „Seelische Gesundheit“ stand, vorgestellt.







## 5.2 Vorsorge und Früherkennung

### Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

Kinder können von der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) insgesamt neun Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9<sup>4</sup>) in Anspruch nehmen.

Die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen sind nach den „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern“ ausgerichtet auf

- Störungen in der Neugeborenenperiode,
- angeborene Stoffwechselstörungen,
- endokrine Störungen und Vitaminosen,
- Entwicklungs- und Verhaltensstörungen,
- Erkrankungen des Nervensystems und der Sinnesorgane,
- Sprach- oder Sprechstörungen sowie
- Fehlbildungen bzw. verschiedene weitere Erkrankungen (z. Bsp. Herz-Kreislauf- und Muskel-Skeletterkrankungen).

Körperliche, psychische oder geistige Fehlentwicklungen und Krankheiten können mit den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen frühzeitig erkannt werden. Die Untersuchungen liefern darüber hinaus wichtige Anknüpfungspunkte für Gespräche zwischen der Ärztin bzw. dem Arzt und den Eltern.

Durch persönliche Beratungen zu Ernährung, zu Impfungen und zum Verhalten des Kindes kann sich ein Vertrauensverhältnis zwischen den Eltern und der Ärztin bzw. dem Arzt aufbauen. So lernen die Ärztinnen und Ärzte die Lebenssituation der Eltern sowie die soziale und gesundheitliche Entwicklung der Kinder besser einzuschätzen. Sie werden damit in die Lage versetzt, notwendige Hilfs- und Beratungsangebote an die Lebensbedingungen und die spezifischen Bedürfnisse der Kinder und der Eltern anzupassen.

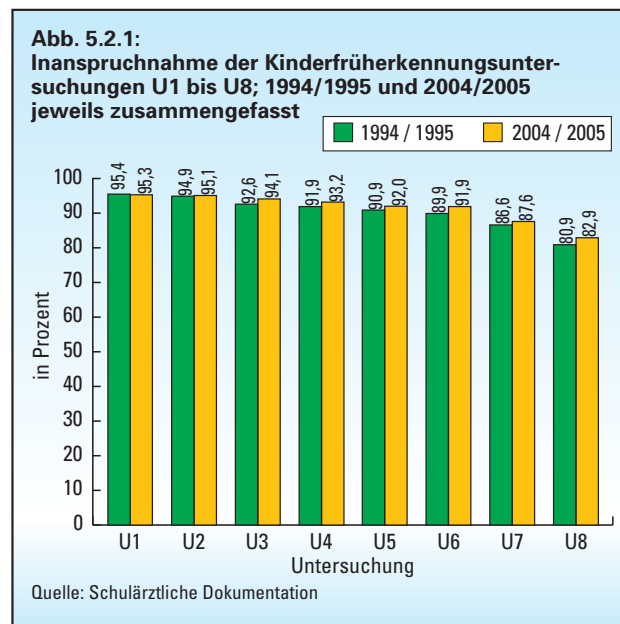
Tab. 5.2.1 veranschaulicht die Untersuchungszeiträume der einzelnen Untersuchungen U1 bis U9 .

Tab 5.2.1:  
Zeitlicher Rahmen der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

Untersuchungsstufe	Untersuchungszeitraum
Untersuchung U 1	unmittelbar nach der Geburt
Untersuchung U 2	3. - 10. Lebenstag
Untersuchung U 3	4. - 6. Lebenswoche
Untersuchung U 4	3. - 4. Lebensmonat
Untersuchung U 5	6. - 7. Lebensmonat
Untersuchung U 6	10. - 12. Lebensmonat
Untersuchung U 7	21. - 24. Lebensmonat
Untersuchung U 8	43. - 48. Lebensmonat
Untersuchung U 9	60. - 64. Lebensmonat

### Inanspruchnahme der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

Die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen werden bereits vergleichsweise häufig in Anspruch genommen. Insbesondere für die Untersuchungen im ersten Lebensjahr liegt eine hohe Akzeptanz vor. Ab dem dritten Lebensjahr nehmen jedoch immer weniger Kinder die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen wahr (vgl. Abb. 5.2.1).



Im Vergleich zu den Untersuchungsjahrgängen 1994/1995 hat sich nur wenig verändert. Die aktuellen Teilnehmeraten liegen außer bei der U1 leicht über den Werten von vor 10 Jahren (siehe auch Abb. 5.2.1).

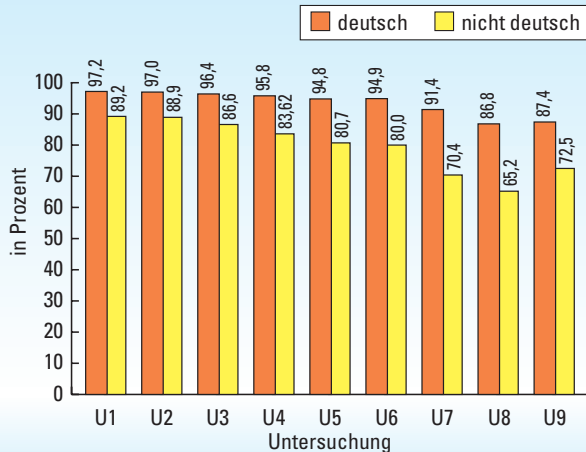
Die Ursachen für die geringere Teilnahme der Untersuchungen ab dem dritten Lebensjahr sind vielfältig. Gründe können sein: Eltern versäumen die Untersuchungstermine für ihre Kinder oder sind unzureichend über die Untersuchungsangebote und den Nutzen informiert.

<sup>4</sup> Die neu eingeführte U10 oder J1 im Alter zwischen dem 10. und 13. Lebensjahr wird hier nicht betrachtet - hierzu liegen keine verlässlichen Daten vor.

**Auswertungen von Sozialmedizinern sowie die Hamburger Zahlen belegen: Kinder aus ressourcenschwächeren Familien sowie nicht-deutsche Kinder nehmen Früherkennungsuntersuchungen seltener und unregelmäßiger wahr.**

Insbesondere Kinder nichtdeutscher Eltern nehmen die Untersuchungen im Vergleich zu deutschen Kindern deutlich seltener in Anspruch (vgl. Abb. 5.2.2). Als Ursachen werden vermutet: Nichtdeutsche Eltern sind weniger gut über den Nutzen der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen informiert und die Aufforderungen zur Teilnahme an den Untersuchungen erreichen sie schlechter. Sie nehmen ärztliche Hilfe vorwiegend bei Erkrankungen des Kindes in Anspruch. Möglicherweise spielen hier auch Unsicherheiten im Umgang mit den Ärztinnen und Ärzten eine Rolle. Hieraus lässt sich ableiten: Zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit ist notwendig, um Eltern über den Nutzen aufzuklären und sie zu motivieren, an den Untersuchungen teilzunehmen.

**Abb. 5.2.2:**  
Inanspruchnahme der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen nach Staatsangehörigkeit; 2004/2005 zusammengefasst

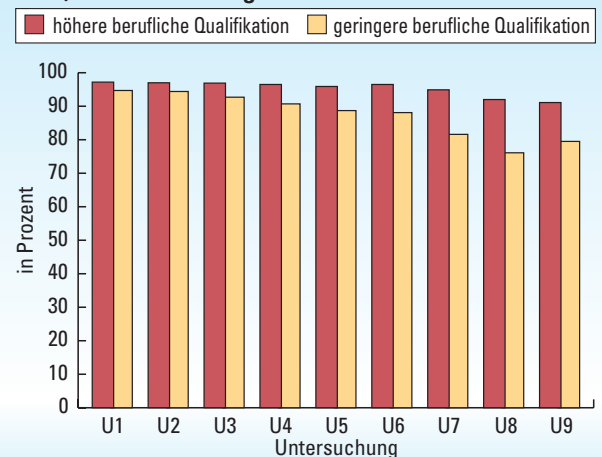


Deutliche Unterschiede zeigen sich für die Untersuchungsjahrgänge 2004/2005 auch zwischen Kindergartenkindern und den Kindern, die nicht in den Kindergarten gingen. Kindergartenkinder nehmen die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U7 bis U9 deutlich häufiger wahr.

Ausgeprägt sind auch die Unterschiede bei der Akzeptanz der Untersuchungen in Abhängigkeit vom Berufsstatus der Eltern. Kinder, deren Eltern arbeitslos,

an- und ungelernt oder Selbständige ohne Mitarbeiter sind, nehmen die Untersuchungen weniger in Anspruch als Kinder, deren Eltern in so genannten freien (z. B. niedergelassene Ärzte, Rechtsanwälte, andere selbständige Akademiker, etc.) und hoch qualifizierten Berufen (z. B. Journalisten, Abteilungsleiter, Facharbeiter, etc.) arbeiten. Abb. 5.2.3 verdeutlicht dies am Beispiel der Väter.

**Abb. 5.2.3:**  
Inanspruchnahme der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen nach Berufsstatus des Vaters; 2004/2005 zusammengefasst



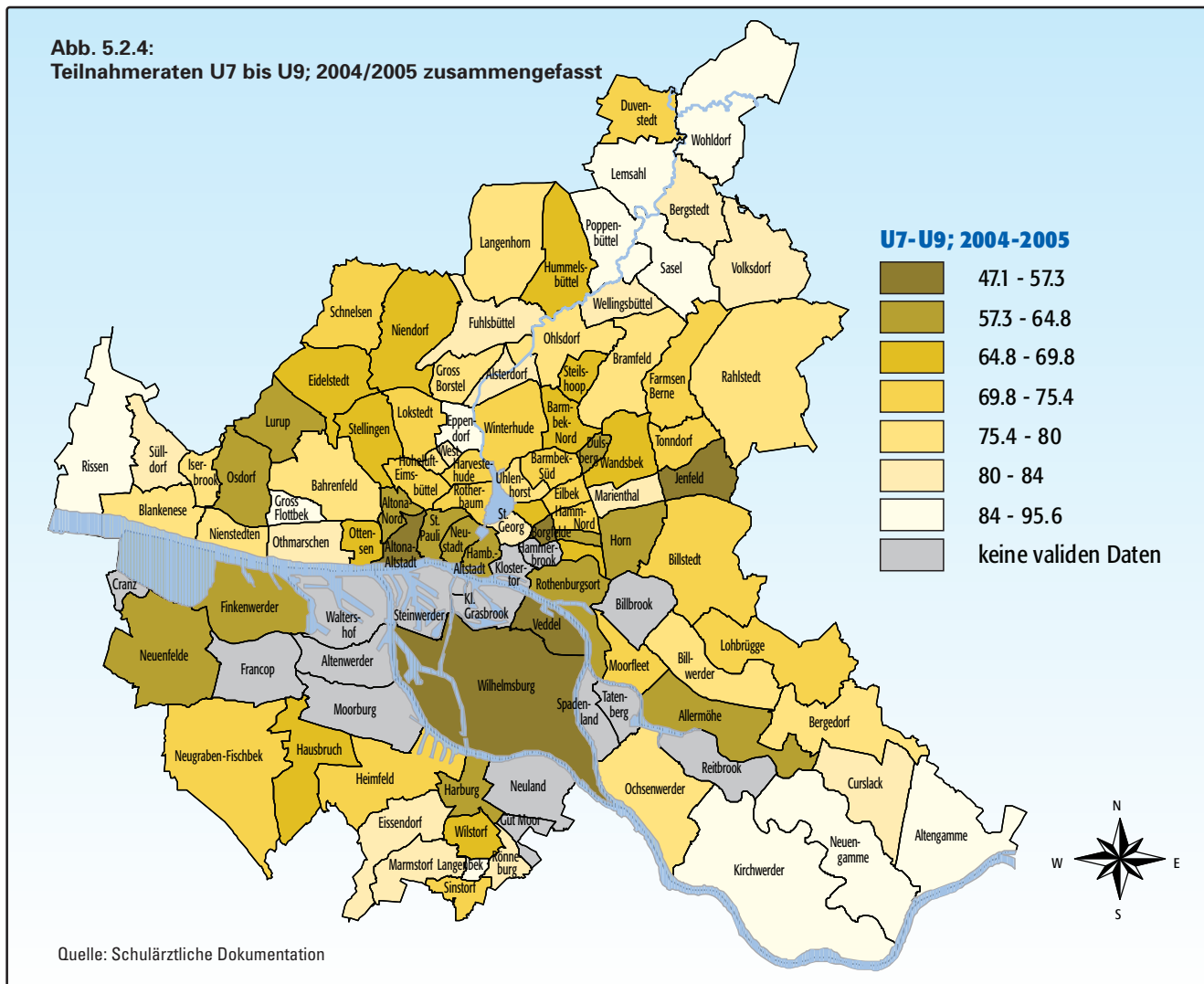
Um die Akzeptanz und Teilnahmehäufigkeit der Früherkennungsuntersuchungen weiter zu steigern, müssen insbesondere Eltern aus ressourcenschwächeren Stadtgebieten und nichtdeutsche Eltern durch geeignete Maßnahmen zur Teilnahme motiviert werden. Dies muss in Abstimmung mit den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten sowie den Akteurinnen und Akteuren im Kinder- und Jugendhilfesystem geschehen.

**„Bei jedem Elterngespräch reden wir über die Bedeutung und Wichtigkeit von Kinderfrüherkennungsuntersuchungen und unterstützen die Eltern bei der Wahrnehmung der Termine“**

Frau Isabel Romano; Leiterin des KiFaZ Lurup

Erste Aufschlüsse für gezielte Regionalstrategien veranschaulicht Abb. 5.2.4. In den dunkler eingefärbten Stadtteilen sind die Teilnehmeraten an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U7 bis U9 geringer.

Gerade in diesen Stadtgebieten sollte eine größere Teilnahmebereitschaft erreicht werden.



**Maßnahmen für eine bessere Teilnahme**

Die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) startete im August 2006 gemeinsam mit dem Hamburger Kinderschutzbund eine Öffentlichkeitskampagne, um die Teilnahmeraten an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen zu erhöhen. Plakate im gesamten Hamburger Stadtgebiet und in zahlreichen Einrichtungen und Institutionen sollen über das Angebot der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen informieren und zur verbesserten Teilnahme motivieren. Eigens für diese Kampagne entwickelte Flyer bieten mittels einer Postkarte den Eltern die Möglichkeit, sich rechtzeitig durch den Kinderschutzbund an die jeweiligen Untersuchungstermine des Kindes erinnern zu lassen.

Es werden insbesondere Eltern in den Stadtteilen mit geringen Teilnahmeraten gezielt angesprochen. Dies geschieht im Sinne „aktiver Informationsvermittlung“ z. B. in Stadteleinrichtungen, Einkaufszentren, auf

Stadtteilstesten und Flohmärkten oder über die Wohnungsbaugesellschaften.

In besonderem Maße soll bei türkischsprachigen Eltern mit Plakaten und Flyern für die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen geworben werden. Zudem sollen muttersprachliche Mediatoren in Kindertagesstätten und anderen Kinderhilfseinrichtungen über die Kindergesundheit und die Früherkennungsuntersuchungen informieren und aufklären. Die Kampagne wird durch den Hamburger Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte unterstützt.

Darüber hinaus wird angestrebt, die Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „Ich geh zur U! - und Du?“ an weiteren Standorten durchzuführen. Bisher beteiligen sich in Hamburg bereits einige Bezirksamter und Kindertageseinrichtungen an dieser Aktion. Zielgruppe sind ebenfalls insbesondere Eltern in ressourcenschwächeren Stadtteilen.

Auch die gesetzlichen Krankenkassen und Krankenkassenverbände führen motivationssteigernde Maßnahmen durch. Sie informieren ihre Versicherten über Ziele, Inhalte und Nutzen der Früherkennungsuntersuchungen oder aber versenden Erinnerungsschreiben, mit denen Eltern auf die anstehenden Früherkennungsuntersuchungen hingewiesen werden.

Vor dem Hintergrund des tragischen Todes eines Kindes als Folge größter Vernachlässigung im März 2005 hat Hamburg im Februar und im Dezember 2006 zwei Bundesratsinitiativen eingebracht mit dem Ziel, die Untersuchungen für eine frühe Erkennung von Kindeswohlgefährdungen zu nutzen. Hierzu soll bei der Überarbeitung der Untersuchungsrichtlinien das Untersuchungsspektrum um Merkmale von Kindesvernachlässigung und Gewalt erweitert werden. Die Bundesregierung wird aufgefordert, das Früherkennungsangebot für Eltern und Kinder so verbindlich wie möglich zu gestalten. Durch ein verbindliches Einladewesen sollen

mehr Kinder das Untersuchungsangebot in Anspruch nehmen. Sofern die Untersuchungen nicht wahrgenommen werden, soll ein Datenaustausch zwischen Krankenkassen und zuständigen Stellen in den Ländern ermöglicht werden, damit die Gesundheits- und Jugendbehörden der Länder und Kommunen bei den Eltern, die ihre Kinder nicht bei Früherkennungsuntersuchungen vorgestellt haben, nachfassen und helfende Interventionen einleiten können. Die zweite Bundesratsinitiative, in der konkrete Vorschläge für entsprechende Gesetzesänderungen gemacht werden, wurde am 15. Dezember 2006 vom Bundesrat angenommen.

**Impfungen**

Impfungen bieten einen wirksamen Schutz gegen das Auftreten gefährlicher Krankheiten, wie beispielsweise Hepatitis, Masern, Keuchhusten oder Wundstarrkrampf. Durch gezieltes Impfen werden Erkrankungen und auch Todesfälle vermieden. Einige Krankheiten können dadurch sogar ganz ausgerottet werden.

### IMPFKALENDER für Säuglinge, Kinder und Jugendliche

Impfung gegen	Geburt	Alter in vollendeten Monaten					in vollendeten Jahren	
		2	3	4	11-14	15-23	5-6	9-17
Diphtherie		✓	✓	✓	✓		A	A
Tetanus		✓	✓	✓	✓		A	A
Keuchhusten		✓	✓	✓	✓		A	A
Hib		✓	✓	✓	✓			
Hepatitis B		✓	✓	✓	✓			N
Kinderlähmung		✓	✓	✓	✓			A
Masern, Mumps, Röteln					✓	✓		
Windpocken, Varizellen					✓			N

A = Auffrischimpfung  
N = Nachholimpfung

Dieser Kalender gilt beim Einsatz bestimmter Kombinationsimpfstoffe.  
Bei Verwendung anderer Impfstoffkombinationen können sich Änderungen ergeben. Ihre Ärztin, Ihr Arzt wird Sie dazu beraten.

Standardimpfungen ab dem 18. Lebensjahr:  
alle 10 Jahre Auffrischung gegen Diphtherie und Tetanus  
ab dem 60. Lebensjahr Impfungen gegen Influenza (jährlich) und  
Pneumokokken (alle 5 - 6 Jahre Wiederimpfung)

Servicetelefon des Impfzentrums:  
**☎ 040 / 428 54- 44 20**

So ist Europa seit 2002 frei von Kinderlähmung und es ist erklärtes Ziel der Weltgesundheits-Organisation (WHO), weltweit die Masern auszurotten. Dazu müssen über 95 Prozent der Kinder in der Bevölkerung gegen Masern geimpft sein. Diesem Ziel sieht sich auch Hamburg verpflichtet.

Zurzeit empfehlen die Expertinnen und Experten der für Deutschland zuständigen Ständigen Impfkommission am Robert Koch Institut (STIKO) Impfungen von Kindern und Jugendlichen gegen zehn verschiedene Krankheitserreger. Durch moderne Kombinationsimpfstoffe wird die Zahl der Injektionen gering gehalten.

Die Impfungen und die Impfzeitpunkte zeigt die Abbildung auf Seite 26.

Auch wenn der empfohlene Impfzeitpunkt einmal verpasst wird, können die notwendigen Impfungen nachgeholt werden. Damit die Ärztin oder der Arzt überprüfen können, ob Impfungen notwendig sind, werden diese in den Impfpass eingetragen. Der Impfpass sollte lebenslang aufbewahrt und möglichst bei jedem Arztbesuch mitgenommen werden.

**Impfungen sollen bei Säuglingen und Kleinkindern frühzeitig begonnen, ohne Verzögerung durchgeführt und zeitgerecht abgeschlossen werden. Arztbesuche sollen genutzt werden, den Impfstatus zu überprüfen und - wenn nötig- den Impfschutz zu vervollständigen.**

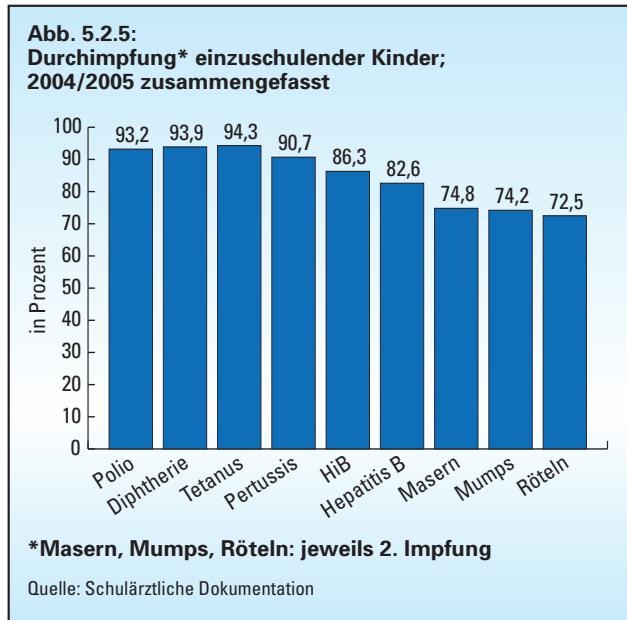
**So wird der Impfschutz der Bevölkerung in Hamburg gemessen**

In Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchung der Kinder bei der Einschulung wird durch den schulärztlichen Dienst das Vorliegen des Impfpasses dokumentiert und der Impfstatus anhand der STIKO-Empfehlungen beurteilt. Für die einzelnen Impfungen wird dabei jeweils die Anzahl der Impfdosen festgestellt. Die Daten aus den Schularztstellen der Bezirksämter werden für Hamburg durch die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) anonymisiert und bevölkerungsbezogen ausgewertet.

**Impfsituation**

Abb. 5.2.5 veranschaulicht für die einzelnen Impfungen den Anteil der in Hamburg einzuschulenden

Kinder, bei denen alle notwendigen Injektionen gegeben wurden.



So muss z. B. gegen Hepatitis B dreimal geimpft werden, um einen sicheren Schutz zu erreichen und gegen Masern, Mumps und Röteln jeweils zweimal.

In Hamburg konnten annähernd 90 Prozent der Eltern einen Impfpass für ihre Kinder bei der Einschulungsuntersuchung vorlegen. Nur diese Kinder konnten bei den Auswertungen berücksichtigt werden. Die Impfquoten sind damit vermutlich etwas nach unten zu korrigieren, da mutmaßlich Kinder ohne Impfausweis einen schlechteren Impfschutz aufweisen als Kinder, die ihren Impfausweis zur Untersuchung durch den schulärztlichen Dienst der Gesundheitsämter vorlegen konnten.

**Impferfolge und Impflücken**

Die Impfquoten für Diphtherie, Tetanus und Kinderlähmung (Poliomyelitis) liegen auch in Hamburg seit Jahren auf einem hohem und insgesamt zufrieden stellenden Niveau, jedoch etwas unter den bundesweiten Impfquoten (vgl. Tabelle 5.2.2).

Positiv zu bewerten sind die gesteigerten Impfquoten bei allen Impfungen in Hamburg von 2004 auf 2005. Diesbezüglich wird zu prüfen sein, ob dieser Trend sich weiter fortsetzt.

Für Keuchhusten (Pertussis) und Hepatitis B sind die Steigerungen auf die Aufnahme dieser Impfungen in die STIKO-Empfehlungen und die Finanzierung durch gesetzliche Krankenkassen zurückzuführen.



**Tab 5.2.2:**  
**Impfraten einzuschulender Kinder 2004 und 2005 im Vergleich zu Impfraten in Deutschland**

	Hamburg 2004	Hamburg 2005	D 2004
Diphtherie	92	96	97
Tetanus	92	96	98
Pertussis	88	93	90
Hib	81	91	92
Polio	91	95	94
Hep B	81	84	84
1. Masern	92	94	93
2. Masern	70	79	66
1. Mumps	91	94	93
2. Mumps	69	79	65
1. Röteln	89	93	92
2. Röteln	67	78	64

Für Masern-, Mumps- und Röteln stellte das Robert Koch Institut im Jahr 2004 zwar einen verbesserten Impfschutz fest - bei vielen Kindern wurde jedoch die notwendige zweite Impfung immer noch nicht ausreichend durchgeführt. Diese Situation ist auch in Hamburg - trotz der Steigerung bei der 2. Impfung - immer noch zutreffend.

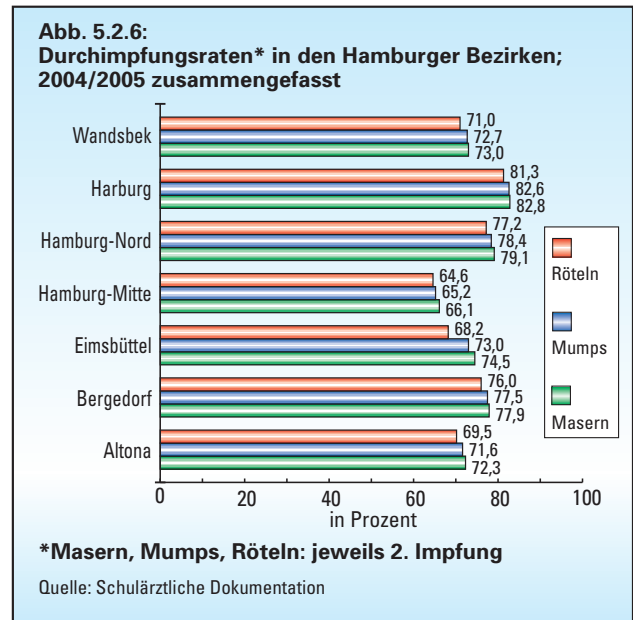
### Regionale Unterschiede

Kleinräumig ermittelte Impfraten können von auf Landes- oder Bundesebene ermittelten Werten abweichen und in Bereichen liegen, die z. B. zu Masernausbrüchen führen können.

Bei acht von zehn der 2005 registrierten Masernfälle in Hamburg waren die betroffenen Personen ungeimpft. Diese Fälle traten in einem sozialen Umfeld auf, in dem Masernimpfungen aufgrund weltanschaulicher Argumente als unnötig angesehen und abgelehnt werden.

Hamburg wies in den letzten Jahren vergleichsweise geringe Erkrankungszahlen aus - in Nordrhein-Westfalen hingegen sind mit dem aktuellen Masernausbruch über 1.400 Erkrankungen (Stand Juni 2006) aufgetreten. Betroffen sind vor allem Schulkinder und Jugendliche. Jeder fünfte Fall musste in Krankenhäusern behandelt werden - über 90 Prozent der Betroffenen waren nicht geimpft.

Abb. 5.2.6 zeigt die Impfraten für die zweite Masern-, Mumps und Rötelnimpfung in den Hamburger Bezirken für die Untersuchungsjahrgänge 2004/2005.



Den Bezirksämtern liegen darüber hinaus auch kleinräumige Daten und Informationen auf Stadtteilebene vor, die ebenfalls beträchtliche Unterschiede aufweisen und Grundlage für ein zielgerichtetes Vorgehen des bezirklichen Öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Schließung der Impflücken darstellen.

### Impfungen und soziale Lage

Wissenschaftliche Untersuchungen zur Impfbereitschaft in Deutschland lassen erkennen: Der Sozialstatus wirkt sich auf die Impfbereitschaft in unterschiedlicher Weise aus. Brandenburger Kinder von Eltern mit niedrigerem Sozialstatus wiesen beispielsweise einen niedrigeren Impfstatus auf als Brandenburger Kinder aus Familien mit höherem Sozialstatus.

Gemäß zahlreicher anderer Studien hingegen haben so genannte Impfkritiker eine höhere Schulbildung als Impfbefürworter.

Eine Untersuchung aus Berlin zeigte: Unterschiede zwischen den sozialen Schichten sind nicht für alle Impfungen gleich groß. So waren z. B. für die Hepatitis B-Impfungen keine Unterschiede nach Sozialstatus auszumachen, bei allen anderen Impfungen indes schon.

Auch in Hamburg lässt sich ein Einfluss sozialer Lagen auf die Impfbereitschaft aufzeigen. Kinder von arbeitslosen, an- bzw. ungelerten oder umgeschulten

Vätern<sup>5</sup> haben im Vergleich zum Hamburger Gesamtdurchschnitt etwas höhere Impfraten für die 2. Masern-, Mumps- und Rötelnimpfung.

### Schlussfolgerungen - Empfehlungen

Alle Bürgerinnen und Bürger über die Bedeutung von Schutzimpfungen für sich und andere zu informieren und entsprechende einfache Zugänge zu Impfungen zu ermöglichen, ist ein besonderes Anliegen der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG).

Es besteht das Ziel, möglichst alle Personen nach den Empfehlungen der STIKO zu impfen. Diesem Ziel folgend veröffentlichte BSG im Jahr 2006 die vierte Auflage der Impfbroschüre „Schutzimpfungen in Hamburg“.

Der überwiegende Anteil von Schutzimpfungen wird durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) der Freien und Hansestadt Hamburg kooperiert mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit dem Ziel, einen umfassenden kostenfreien Impfschutz in der Hamburger Bevölkerung zu erreichen.

Der Schwerpunkt der Aufgabenwahrnehmung des öffentlichen Gesundheitsdienstes liegt in der flächendeckenden Erfassung des Impfschutzes, der Beratung und der Schließung von Impflücken im Rahmen der schulärztlichen Einschulungsuntersuchungen. Darüber hinaus werden aufsuchende Impfangebote in weiterführenden Schulen durchgeführt, Impfsprechstunden angeboten und Impfaufgaben im Falle von Seuchengefahren und Ausbrüchen wahrgenommen.

Mit der „öffentlichen Empfehlung“ von Impfungen in Hamburg nach § 20 Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes, mit der Erarbeitung von Informationsmaterialien und der Durchführung öffentlichkeitswirksamer Kampagnen übernimmt die Freie und Hansestadt Hamburg eine besondere Verantwortung, durch Impfungen zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung beizutragen.

**Zur Erreichung eines umfassenden Impfschutzes der Bevölkerung bedarf es der kontinuierlichen Bemühung und Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure im Gesundheitswesen.**

**Den Eltern muss in aller Deutlichkeit der Nutzen der Impfungen vermittelt werden. Die Botschaft lautet: Impfungen schützen das Leben ihrer Kinder.**

<sup>5</sup> Für Kinder berufstätiger Mütter sind ähnliche Unterschiede in Abhängigkeit vom Berufsstatus aufzeigbar.





### 5.3 Übergewicht

Seit Jahren nimmt die Zahl übergewichtiger und fettleibiger (adipöser) Kinder auch in Deutschland zu. Neben den Bewegungsgewohnheiten gehört überdies das Ernährungsverhalten mit zu den ursächlichen Bestimmungsfaktoren. In diesem Zusammenhang spielen auch die im wesentlichen über Schönheitsideale geprägten oder über seelische Störungen entstehenden Essstörungen<sup>6</sup> wie die Magersucht (Anorexia nervosa) und die Ess- und Brechsucht (Bulimie) - insbesondere bei Mädchen - eine durchaus beachtenswerte Rolle. Fälle kindlicher Magersucht werden, zwar nicht sehr häufig, in Einzelfällen jedoch bereits bei 10- bis 14 jährigen Mädchen beobachtet.

Die zu Grunde liegenden Verhaltensmuster für Übergewicht werden im frühen Kindesalter erlernt und besitzen für das weitere Leben des Kindes und des späteren Erwachsenen prägende Bedeutung.

**Übergewichtige Kinder unterliegen der großen Gefahr, die adipösen Erwachsenen von morgen zu werden.**

Übergewichtige und adipöse Kinder haben ein erhöhtes Risiko im Verlauf ihres Lebens an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) und an weiteren chronischen Krankheiten (vgl. auch Kap. 5.5) zu erkranken.

Übergewicht und Adipositas können auch zu erheblichen seelischen Belastungen führen - nicht wenige Kinder sind wegen ihrer vielen Pfunde unglücklich. Gleichzeitig kann Übergewicht aber auch Ausdruck von psychischen Belastungen sein.

Übergewicht und Adipositas erzeugen auch erhebliche volkswirtschaftliche Kosten über entstehende Folgeerkrankungen. Deutschlandweit wurden diese für das Jahr 2003 auf 70 Milliarden Euro beziffert (Quelle: Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz [BMELV]).

**Die Kosten, die durch ernährungsbedingte Krankheiten entstehen, belaufen sich zirka auf ein Drittel der Gesamtkosten des Gesundheitssystems.**

#### Risiken für Übergewicht und Fettleibigkeit

Fettreiche, kalorienreiche Ernährung und mangelnde

de Bewegung sind bedeutsame Risikofaktoren für Übergewichtigkeit und Adipositas. Bedenklich stimmt: Das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Kinder scheinen immer riskanter zu werden.

**„Kinder können heutzutage viele Nahrungsmittel schon nicht mehr bezeichnen. Strukturierte Tagesabläufe in Bezug auf Mahlzeiten kennen sie von zu Hause kaum noch.“**

Angela Rüpke; Leiterin der Kindertagesstätte „Sehpferdchen“

Durch das „allein-essen“ verlieren Familien den Anlass, sich über erlebte Eindrücke und Gefühle auszutauschen.

Weiterhin scheinen Kinder sich heutzutage weniger zu bewegen. Auch wenn nach den ersten Ergebnissen des Kinder- und Jugendlichengesundheitssurveys (KiGGS) ein hoher Anteil von Kindern und Jugendlichen im Verein sportlich aktiv ist, wird gleichzeitig die Intensität der Bewegung in Frage gestellt.

**„Schon Grundschulkinder bewegen sich heute im alltäglichen Leben deutlich weniger als ihre Altersgenossen früherer Jahre. Fernsehen, Computerspiele oder Internet sind für viele attraktiver als Spiel oder Sport.“**

Prof. Dr. Klaus Bös [2003]

Darüber hinaus wird mittlerweile der genetischen Veranlagung für die Übergewichtigkeit und Adipositas eine nicht geringe Bedeutung zugemessen.

Der Einfluss der Erbanlagen wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit etwa 60 Prozent veranschlagt. Auch wenn dieser Faktor nicht notwendigerweise zu Übergewicht führen muss - im Zusammenspiel mit den oben genannten Risiko- bezügen kann er im negativen Sinn prägend wirken.

#### Verbreitung von Übergewicht und Fettleibigkeit in Deutschland

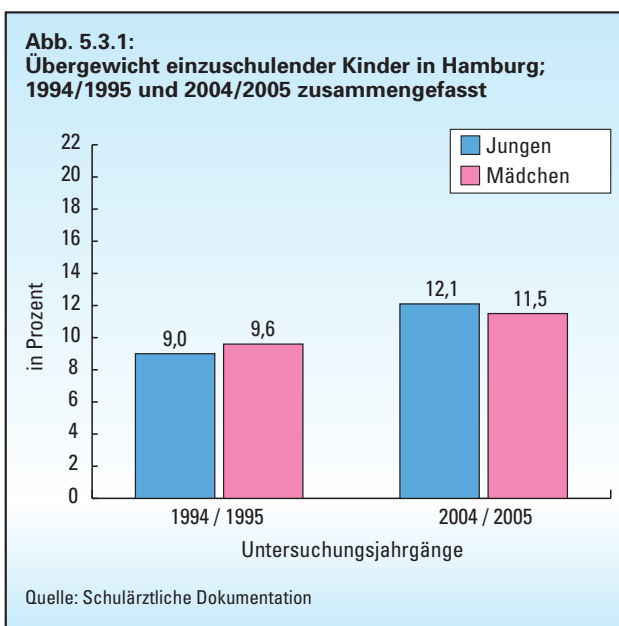
Auf der Grundlage der Erkenntnisse der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter

<sup>6</sup> Auch Adipositas wird gemäß der angewandten Diagnoseschlüssel zu den Essstörungen gezählt.

(AGA) sind je nach Region in Deutschland zwischen 10 und 18 Prozent der Kinder und Jugendlichen als übergewichtig und etwa zwischen vier und acht Prozent als adipös (fettleibig) einzustufen. Nach den neuesten Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert-Koch-Institutes (RKI) sind 15 Prozent der Kinder- und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren übergewichtig und 6,3 Prozent leiden unter Adipositas. Wie ist die Situation in Hamburg?

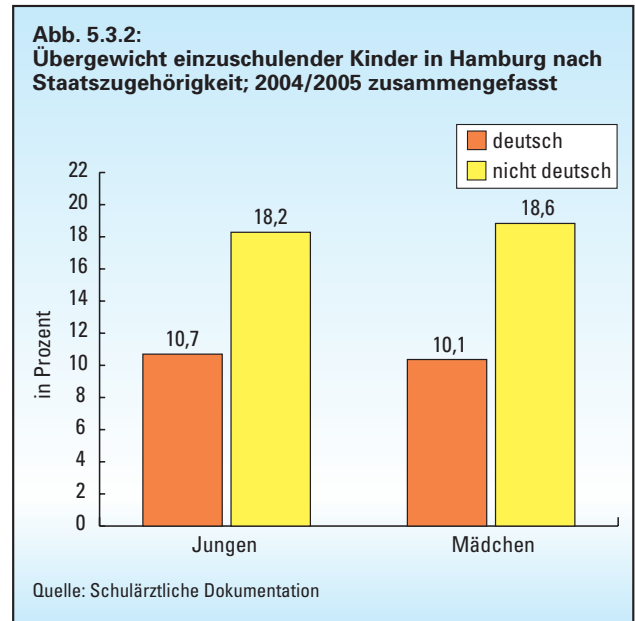
**Übergewicht und Fettleibigkeit in Hamburg**

Abb. 5.3.1 veranschaulicht die aktuelle Situation der Übergewichtigkeit<sup>7</sup> bei einzuschulenden Kindern im zeitlichen Vergleich zu den Jahren 1994/1995. Der Anteil übergewichtiger einzuschulender Kinder in Hamburg hat in den letzten zehn Jahren bei den Mädchen um 1,9 Prozentpunkte und bei den Jungen um 3,1 Prozentpunkte zugenommen (vgl. Abb. 5.3.1).



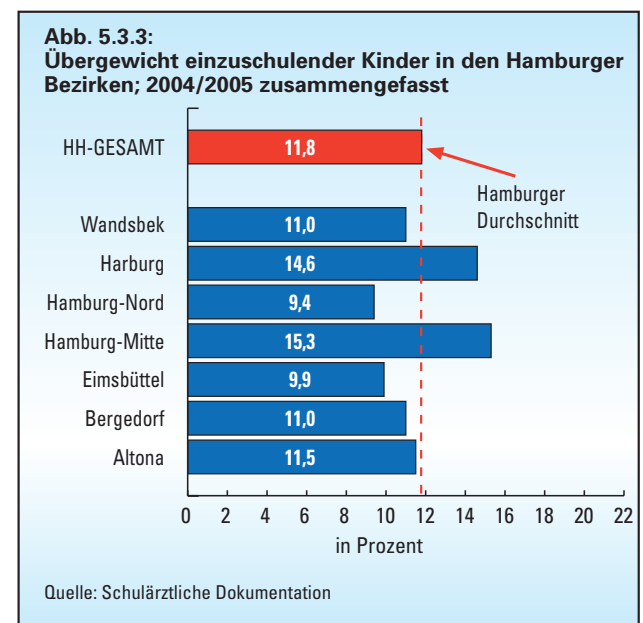
Aktuell sind mehr Jungen als Mädchen von Übergewicht betroffen.

Bedeutsame Unterschiede zeigen sich nach der Staatsangehörigkeit einzuschulender Kinder. Nicht-deutsche Kinder sind mit über 18 Prozent im Vergleich zu deutschen Kindern (knapp über 10 Prozent) deutlich stärker von Übergewicht betroffen (vgl. Abb. 5.3.2).



Auch in der regionalen Verteilung auf die Hamburger Bezirke zeigen sich größere Unterschiede.

In den Hamburger Bezirken Hamburg-Mitte und Harburg leben anteilig die meisten übergewichtigen einzuschulenden Kinder - die wenigsten übergewichtigen Schulanfängerinnen und Schulanfänger mit unter 10 Prozent sind in Hamburg-Nord und Hamburg-Eimsbüttel zu finden (vgl. Abb. 5.3.4).



**Adipositas (Fettleibigkeit)**

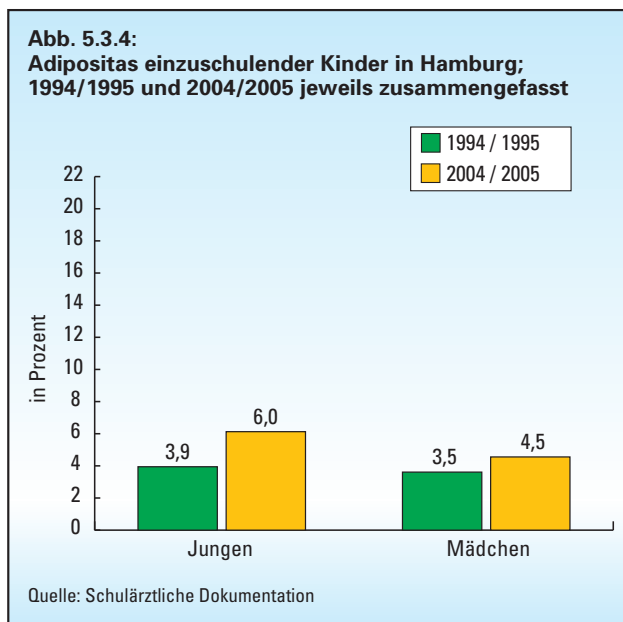
Die Deutsche Adipositasgesellschaft (AGA) definiert Adipositas (Fettleibigkeit) als einen Zustand, „[...] der durch eine übermäßige Ansammlung von Fettgewebe im Körper gekennzeichnet ist“.

<sup>7</sup> Um in Deutschland einheitliche Definitionen zu verwenden, hat sich die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) darauf geeinigt, Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) über das 90. bzw. 97. Perzentil des Body Mass Index [BMI = Körpergewicht / Körpergröße<sup>2</sup> (kg/m<sup>2</sup>)] zu definieren (siehe auch: www.a-g-a.de).

Adipöse, fettleibige Kinder tragen gegenüber nur übergewichtigen Kindern ein noch mal deutlich verschärftes Risiko, mit bestimmten Folgeerkrankungen (Diabetes mellitus, Herz-Kreislauferkrankungen, etc.) konfrontiert zu werden.

Für die Untersuchungsjahrgänge 2004/2005 sind 6 Prozent der einzuschulenden Jungen und 4,5 Prozent der einzuschulenden Mädchen in Hamburg als adipös, d. h. fettleibig einzustufen<sup>8</sup>.

Gegenüber den Untersuchungsjahren 1994/1995 lässt sich eine Zunahme fettleibiger einzuschulender Kinder von einem Prozentpunkt bei den Mädchen und von 2,1 Prozentpunkten bei den Jungen feststellen (vgl. Abb. 5.3.4).



Nichtdeutsche Jungen (ca. 10 Prozent) und Mädchen (ca. 9 Prozent) sind doppelt so häufig von Adipositas betroffen wie deutsche Kinder.

### Bestehende Hilfen und Angebote in Hamburg

In Hamburg gibt es zahlreiche präventive und therapeutische Angebote und Hilfen verschiedener Einrichtungen und Gesundheitsakteure. Grundsätzlich zu unterscheiden sind Ansätze in Lebenswelten wie in Familien, Kindergärten, Schulen, Sport-, Spiel- und Freizeiteinrichtungen, Angebote des Gesundheitswesens und professioneller Anbieter sowie krankenkassenfinanzierte Angebote. Sie können hier nur beispielhaft und ohne Anspruch auf Vollständigkeit dargestellt werden.

<sup>8</sup> Der Anteil der fettleibigen Kinder ist eine Teilmenge der übergewichtigen Kinder

### Lebensweltbezogene Ansätze

Die lebensweltbezogenen Ansätze zielen darauf ab, Kindern ihre Möglichkeiten aufzuzeigen, sich in ihren Lebensumfeldern eigenverantwortlich gesund zu ernähren und gesundheitsfördernd zu bewegen. Gezielte Informationen und Aufklärung, die Verbesserung des Wissens und der Kompetenz, aber auch die konkrete Anwendung im praktischen Lebensbezug stehen dabei im Vordergrund.

Angebote zu gesunder Ernährung in Lebenswelten werden über Ernährungsberatungen einzelner Einrichtungen der Kinder- und Familienhilfzentren vorgehalten. So gibt es mittlerweile zahlreiche Angebote in den zur Zeit neun Kinder-Familienzentren, über 900 Kindertagesstätten und 23 Elternschulen.

Über so genannte Bildungsempfehlungen im Rahmen eines Landesrahmenvertrages der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) mit den Freien Träger des KiTa-Bereichs wurde auch eine neue Maßgabe zur Ernährung festgelegt. In § 10, Abs. 1 heißt es:

**„Die Betreuungsangebote in Tageseinrichtungen schließen grundsätzlich ein warmes Mittagessen ein. Ausnahmen sind die vierstündige Elementarbetreuung, die kein Mittagessen beinhaltet, und die fünfständigen Elementarleistungen, bei denen mit der Bewilligung festgelegt wird, ob das Angebot ein Mittagessen einschließt. Für alle betreuten Kinder sind ausreichende Getränke vorzusehen.“**

Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) bietet Fortbildungs- und Informationsmaßnahmen in Kindertagesstätten und Schulen zu gesunder Ernährung an.

Lehrkräfte, pädagogisches Personal in Kindertagesstätten und Schulen werden zu „gesunder Ernährung“ von der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) beraten. Von 2001 bis 2005 wurden 224 Elternberatungen, Beratungen der Kollegien in Kindertageseinrichtungen und Schulen zum Thema „Gesunde Ernährung für Kinder“ sowie Beratungen zu speziellen Bereichen wie z. B. Schulverpflegung, Küchenpläne in Kindertageseinrichtungen, Schulkioskeinrichtung durchgeführt. Über diese Maß-



nahmen wurden etwa 3.375 Eltern und 460 Lehrkräfte und Erzieherinnen und Erzieher erreicht.

In ausgewählten Hamburger Schulen wurde beispielsweise über das Projekt „Fit und Fun“ Schülerinnen und Schülern der 5. bis 7. Klassen im Rahmen von Projektwochen Wissen über gesunde Ernährung und Lebensmittel vermittelt. In einer nachträglichen Evaluation ließen sich in Teilbereichen Wissensgewinne auch zwei Monate nach den Projektwochen nachweisen.

Insgesamt hat die HAG in den Jahren 2004 und 2005 über die Projektwochen 80 Unterrichtseinheiten durchgeführt - ca. 700 Schülerinnen und Schüler in 17 Schulen (Haupt-, Real-, Gesamtschulen) wurden erreicht. Alle Schulen liegen in ressourcenschwächeren Stadtgebieten.

Ein weiteres Projekt der HAG „Klassenfrühstück - Klasse Frühstück“ verfolgt das Ziel, in dreistündigen Unterrichtseinheiten an Hamburger Grundschulen das Frühstücks- und das Ernährungsverhalten der Schulkinder zu verbessern. In über 900 Klassen wurden zwischen 2002 und 2005 über 20 Tsd. Schülerrinnen und Schüler erreicht.

Die Projekte der HAG im Bereich Ernährung von Kindern und Jugendlichen werden von den Hamburger Krankenkassen finanziert. Alle Angebote finden bevorzugt in ressourcenschwächeren Stadtgebieten statt.

Auch das von der Gesundheitsbehörde initiierte Kooperationsprojekt „Gesunde Soziale Stadt Hamburg“ zielt auf die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch Stärkung und Entwicklung umfassender Ernährungs- und Bewegungsansätze in ressourcenschwächeren Stadtgebieten. In den drei Hamburger Stadtteilen Lurup, Horn und Jenfeld wurden mit Partnern aus der Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt, der Behörde für Bildung und Sport sowie der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) mehrere Aktivitäten zu gesunder Ernährung und gesundheitsfördernde Bewegung mit Unterstützung der lokalen Stadtteilakteure und Einrichtungen eingeleitet und durchgeführt. Das Projekt hatte eine Laufzeit bis Ende 2005. Nach abschließender Bewertung erwiesen sich die nachfolgenden Bedingungen als förderlich:

- Verbesserte Transparenz über Bestandsaufnahmen der Angebote,
- funktionierende, institutionalisierte Strukturen im Stadtteil (u. a. Stadtteil-Gesundheitskonferenzen),

die sich für die Themen verantwortlich fühlen und sich engagieren,

- „Lokale Motoren“ wie z. B. Bürgerhäuser, Stadtteilbüros, Kinder- und Familienhilfezentren, Quartiersentwicklung der Sozialen Stadtteilentwicklung, Elternschulen aber auch so genannte „Schlüsselpersonen“,
- verbesserte Zusammenarbeit und Vernetzung handelnder Akteure und Einrichtungen und die
- gezielte, bedarfsorientierte Entwicklung von Förderstrukturen in Schulen, Kinderfamilienzentren und Kindertagesstätten.

Zu *gesundheitsfördernder Bewegung* ist die Infrastruktur in Hamburg sehr gut ausgebaut: Im Hamburger Sportbund (HSB) sind zurzeit 786 Vereine zusammengeschlossen, in denen über 494 Tsd. Sportlerinnen und Sportler registriert sind (Stand: Okt. 2005), Bäderland bietet seine 26 Schwimmbäder als Sport- und Bewegungsstätten an.

Im Jahr 2001 haben sich nach Erkenntnissen des Hamburger Forums Spielräume e. V. über 30 Schulen am Projekt „Schulen in Bewegung“ beteiligt. Dabei ging es um bewegungsmotivierende Neu- bzw. Umgestaltungen der Schulhöfe in Kooperation mit der Stadterneuerungs- und Stadtentwicklungsgesellschaft (STEG).

Es gibt zahlreiche weitere Möglichkeiten und Maßnahmen in Hamburg organisiert Sport zu treiben oder sich in der Freizeit gesundheitsfördernd zu bewegen. Dazu gehören auch Maßnahmen zur Bewegungsmotivation wie bspw. die Unterstützung der Eltern und der Kinder, Bewegung verstärkt in den Alltag zu integrieren (z. B. zu Fuß oder mit dem Fahrrad zur Schule; vgl. (Hamburger Kinder in Bewegung, BSG, Feb. 2007).

In nachfolgender Textbox werden die Ziele und Aktivitäten des Verbandes für Turnen und Freizeit Hamburg (VTF) dargestellt.

#### **Angebote des Verbandes für Turnen und Freizeit Hamburg (VTF) [www.vtf-hamburg.de](http://www.vtf-hamburg.de)**

Übergewicht sollte möglichst gar nicht erst entstehen. Der Verband für Turnen und Freizeit Hamburg (VTF) und seine Vereine setzen dabei auf Prävention: Über 200 Vereine bieten mit ca. 1.500 Kinderturngruppen wöchentlich ein hamburgweites, kostengünstiges Netz an Bewegungsangeboten für Kinder jeden Alters. Wer für sein Kind ein Angebot

„um die Ecke“ sucht, kann sich beim Verband für Turnen und Freizeit beraten lassen (Schäferkampsallee 1), **Info-Hotline: Tel.: 040 / 41 908-272** oder sich über das Internet über nachfolgenden Link informieren: [www.kinderturnen-hamburg.de](http://www.kinderturnen-hamburg.de).

Darüber hinaus hat der VTF eine Kinderturnkampagne gestartet. Mit verschiedenen Aktionen, wie z.B. den jährlich im November stattfindenden Kinderturnsonntagen, können Kinder und interessierte Eltern das vielfältige Angebot kennen lernen. Über 3.000 Kinder fanden so in den letzten Jahren den Weg in die Kinderturngruppen und wurden Vereinsmitglied.

Und nicht nur die Kinder: In den zahlreichen Eltern-Kind-Turngruppen in den Vereinen können Kinder und Eltern gemeinsam spielen und toben; alles unter fachkundiger Anleitung. Eltern können hier Anregungen für die Gestaltung eines „bewegteren“ Familienlebens erhalten.

„Körper, Bewegung und Gesundheit“ ist auch der zuerst genannte Themenbereich der neuen Bildungsempfehlungen für Hamburger Kindertagesstätten. Erstmals haben im Februar 2006 der VTF und die Vereinigung der Hamburger Kindertagesstätten gemeinsam eine Fortbildungsveranstaltung für das Fachpersonal in Kitas und Vereinen durchgeführt. Über 300 Erzieherinnen und Erzieher und Übungsleiterinnen und Übungsleiter besuchten die Fachtagung „fit und pfiffig – kinder bewegen ihre zukunft“.

Partner des Verbandes für Turnen und Freizeit sind neben der Vereinigung die Behörde für Bildung und Sport, die Landesunfallkasse Hamburg, der Berufsverband der Kinder- und Jugendmedizin, die Hamburger Sportjugend, die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung sowie die AOK. Die Ausweitung der täglichen Bewegungszeit für jedes einzelne Kind ist dabei das gemeinsame Ziel!

**Ansprechpartnerin: Beate Wagner-Hauthal (VTF)**

### Angebote über das Gesundheitswesen und professionelle Anbieter

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) führt Ernährungsberatungen über die bezirkliche Mütterbe-

ratung und im Rahmen des Schulärztlichen Dienstes durch (vgl. auch Kap. 4).

Auch die Hamburger Krankenhäuser bieten diagnose- und behandlungsbezogenen Maßnahmen für von Übergewicht und Fettleibigkeit bedrohte und betroffene Kinder an.

Beispielhaft wird in nachfolgender Textbox ein Angebot des Katholischen Krankenhauses Wilhelmstift zur integrierten Versorgung adipöser Kinder beschrieben. Zur Finanzierung dieses Angebotes wurde ein Versorgungsvertrag mit dem BKK-Verband Nord geschlossen. Verhandlungen mit anderen Krankenkassen zur möglichen Ausweitung des Projektes sind geplant.

### **ADIPOSITAS: Diagnostik, Schulung und Langzeitbetreuung im Katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift**

Im Katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift werden adipöse Kinder von Geburt bis zum 18. Lebensjahr und ihre Familien behandelt. Wir sind ein erfahrenes, multidisziplinäres Team aus Kinder- und Jugendärzten, Diplompsychologen, Ernährungstherapeuten, Sporttherapeuten, Sozialarbeitern und Fachkrankenschwestern. Ziele sind die Behandlung nachgewiesener Gesundheitsstörungen und die Vermeidung von weiteren Folgeerkrankungen. Die Familien sollen dazu ein langfristig förderliches Bewegungs- und Ernährungsverhalten erlernen, um eine dauerhafte Gewichtsstabilisierung bzw. -reduktion zu erreichen. Das bereits seit 1997 etablierte Behandlungs- und Schulungsprogramm wurde zum 1.1.2006 in ein mehrstufiges integriertes Versorgungsmodell mit nachfolgenden Abläufen überführt:

#### **1. Diagnostik und Therapieeinleitung**

Pädiatrische Tagesklinik Wilhelmstift: medizinische Diagnostik der Adipositas und eventueller Folge- und Begleiterkrankungen sowie Evaluation familiärer Ressourcen und Bedürfnisse. Abschließend werden individuelle Therapieempfehlungen mit den Familien erarbeitet (ambulante Programme, Langzeitrehabilitation oder das teilstationäre Schulungsprogramm „SchwereLos“)

#### **2. Intensivtherapie**

Teilstationäre Schulungsblockwoche „SchwereLos“ - altersentsprechende, strukturierte, interdisziplinäre Familienschulung nach den Richtlinien der Konsen-

susgruppe für Adipositas-schulung auf verhaltensthe-rapeutischer Grundlage (Gruppen mit max. 12 Teilnehmerinnen und Teilnehmern für unterschiedliche Altersstufen)

### 3. Langzeitbetreuung

Medizinische Weiterbetreuung durch die Adipositas-Sprechstunde bzw. wohnortnahe Kooperation mit niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten sowie dem Verein Zentrale für Ernährungsberatung mit dem Programm „Rallye Energy“. „Rallye Energy“ übernimmt in den Stadtteilen zusammen mit ausgewählten Sportvereinen die Langzeittherapie.

Im 1. Behandlungsjahr finden wöchentliche Treffen bei Rallye Energy plus 4 ärztliche Kontrollen statt.

Im 2. Behandlungsjahr werden diese Treffen und Kontrollen monatlich durchgeführt, im 3.-5. Behandlungsjahr gibt es individuell vereinbarte Treffen bei Rallye Energy plus 2 ärztliche Kontrollen pro Jahr.

#### **Ansprechpartner im KK Wilhelmstift:**

Leiter der Tagesklinik: Herr Dr. Otto Schwerelos  
Blockwoche: Frau Dr. Jakisch und Frau Dipl.Psych. Gassner

Langzeitbetreuung und integrierte Versorgung:  
Frau Dr. Richter Tel. 67377-240,  
e-mail: a.richter@kkh-wilhelmstift.de.  
Terminvereinbarungen: Tagesklinik Tel.: 67377-240

Krankenkassen engagieren sich bei der Bekämpfung von Übergewicht bei Kindern und finanzieren spezielle Angebote. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang „Moby Dick“ vom Präventionszentrum Dr. Christiane Petersen und „Rallye Energy“ von der Zentrale für Ernährungsberatung e.V. an der Hochschule für angewandte Wissenschaften. Diese Angebote haben als Zielgruppe übergewichtige und adipöse Kinder und streben eine nachhaltige Verringerung des Gewichtes bei Kindern über altersgerechte Ernährungsschulungen, gezielte Bewegungsaktivitäten sowie Steigerung des Körper- und Selbstwertgefühls an. Die Finanzierung erfolgt anteilig über Krankenkassen.

Die Techniker Krankenkasse fördert das von der Hochschule für angewandte Wissenschaft (HAW) durchgeführte Projekt Primakids. In ausgewählten Projektschulen von der 1. bis zur 4. Klasse werden Unter-

richtsprojekte zu gesundheitsförderndem Verhalten u. a. zu gesunder Ernährung im Rahmen einer vier Jahre dauernde Interventionsstudie durchgeführt und auf Wirksamkeit überprüft (siehe auch im Internet: www.primakids.de).

### **Schlussfolgerungen - Empfehlungen**

Übergewicht und insbesondere Adipositas (Fettleibigkeit) können für Kinder zu erheblichen negativen gesundheitlichen Folgen führen.

Immer mehr Menschen und darunter auch Kinder sind von Übergewicht und Adipositas betroffen. Die Vermeidung von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter gehören zu den gesundheitspolitischen Herausforderungen der Gesundheitsförderung und Prävention.

Bundesweit engagieren sich zahlreiche Einrichtungen, Bündnisse und Aktivitäten (z. B. die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV), die Plattform für Ernährung und Bewegung), um Übergewicht und Adipositas und die damit verknüpften, möglichen Folgen zu vermeiden bzw. zu verringern. Es gibt bereits zahlreiche Leitlinien. Bei den Expertinnen und Experten besteht Einigkeit: Auf Grundlage der vielschichtigen Risikobezüge - beispielhaft zu nennen sind zu wenig Bewegung im Alltag, fehlende gemeinsame Mahlzeiten, zu geringe Kenntnisse über Lebensmittel und deren Inhaltsstoffe - versprechen zielgruppengeleitete, gebündelte und vernetzte Strategien die größten Erfolge.

Wie beschrieben, werden in Hamburg Maßnahmen zur Prävention, Diagnostik und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern bereits von zahlreichen Akteuren und Einrichtungen vielfältig angeboten.

Um das gut ausgeprägte vorhandene Hamburger Beratungs-, Hilfs- und Therapiesystem weiter zu verbessern, sind folgende Ansätze weiter zu verfolgen:

- Früherkennung des Übergewichtes und der Adipositas;
- Planung und Durchführung qualitätsgesicherter Präventionsprogramme in Kindergärten und Schulen;
- Einbeziehung von Kindern, Eltern, Pädagoginnen und Pädagogen, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten und dem schulärztlichen Dienst, sowie der für Bildung und Gesundheit zuständigen Behörden;



- Qualitätsgesicherte Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte;
- Geeignete Überleitung zu Erfolg versprechenden Hilfs- und Therapieansätzen;
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Eltern und der Kinder;
- Überprüfung der Wirksamkeit (Evaluation), u. a. um nachhaltige, andauernde Übergewichtsreduzierungen bei Kindern nachweisen zu können.

Die Kenntnis der Angebote, der gegenseitige Informationsaustausch sowie zielgerichtete Kooperationen können viel bewirken. Auch für Hamburg brauchen wir eine enge Zusammenarbeit verantwortlicher Akteure und Einrichtungen, um den Gesundheitsgefahren Übergewicht und Adipositas sowie den Folgeerkrankungen und Risiken angemessen begegnen zu können.

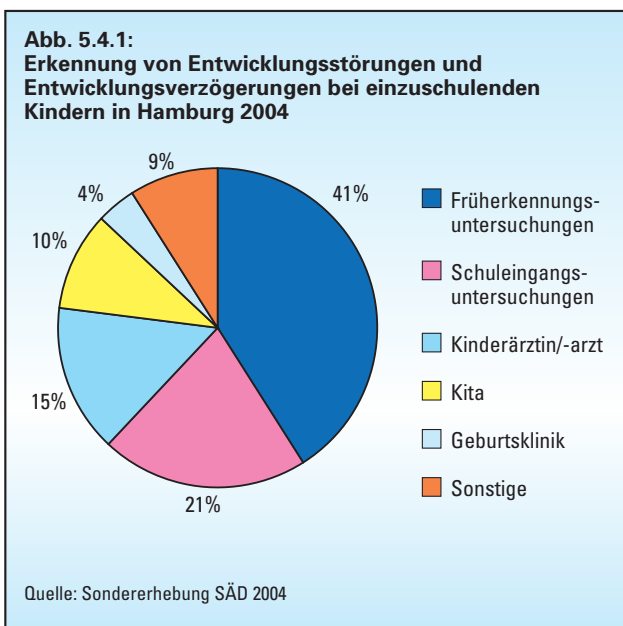


### 5.4 Entwicklungsstörungen

Kinder können eine Reihe von Entwicklungsstörungen bzw. Entwicklungsverzögerungen ausbilden, die die weitere Lebensgestaltung und den Schulerfolg behindern. Im Einzelnen zählen dazu: Sprachstörungen, Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Entwicklung, Einschränkungen im Seh- und Hörvermögen, motorische sowie emotionale und soziale Störungen. Im Falle frühzeitigen Erkennens (Früherkennung) und zeitiger Behandlung (Frühförderung) können Entwicklungsstörungen bzw. Entwicklungsverzögerungen in der Regel positiv beeinflusst werden.

#### Wie und wo werden Entwicklungsstörungen und Entwicklungsverzögerungen erkannt?

Grundvoraussetzung für das Einleiten geeigneter Therapien und Hilfen ist, Entwicklungsstörungen und Entwicklungsverzögerungen möglichst frühzeitig zu erkennen. Die Frage in diesem Zusammenhang ist: Welche Einrichtungen bzw. welche Maßnahmen sind dazu geeignet? Aus einer durchgeführten Sondererhebung im Rahmen der schulärztlichen Untersuchungen wird deutlich: Gerade niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten fällt dabei eine wichtige Rolle zu. Bei über der Hälfte der Fälle wurden Entwicklungsstörungen und Entwicklungsverzögerungen von den niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten erkannt - darunter 41 Prozent bei Kinderfrüherkennungsuntersuchungen. Bei jedem fünften Kind wurden die Defizite bei den schulärztlichen Untersuchungen festgestellt (vgl. Abb. 5.4.1).



### Befunde bei einzuschulenden Kindern in Hamburg

Die seit dem Jahrgang 2004 wieder dokumentierten schulärztlichen Eingangsuntersuchungen geben Aufschlüsse über Entwicklungsstörungen in den Bereichen Seh- und Hörvermögen, Sprachverhalten sowie motorische und orthopädische Auffälligkeiten. Diese werden von den Schulärztinnen und Schulärzten über verschiedene Tests ermittelt.

Wenn Schulärztinnen und Schulärzte diese Befunde erstmals im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung, also bei Schuleintritt feststellen und dann Arztempfehlungen aussprechen, haben entweder in der Vergangenheit keine medizinische Beratungen stattgefunden, bspw. weil die Eltern keine Untersuchungen wahrnehmen konnten oder wollten, oder es gab diagnostische Versäumnisse.

**„In meinem beruflichen Alltag haben Entwicklungsstörungen den größten Stellenwert“**

Frau Muras; Schulärztin in Harburg

Für die Jahrgänge 2004/2005 wurden die besonders gravierenden Entwicklungsauffälligkeiten bzw. -störungen bei der Sehschärfe und dem Sprachvermögen und motorischen Fähigkeiten ermittelt (vgl. Abb. 5.4.2).

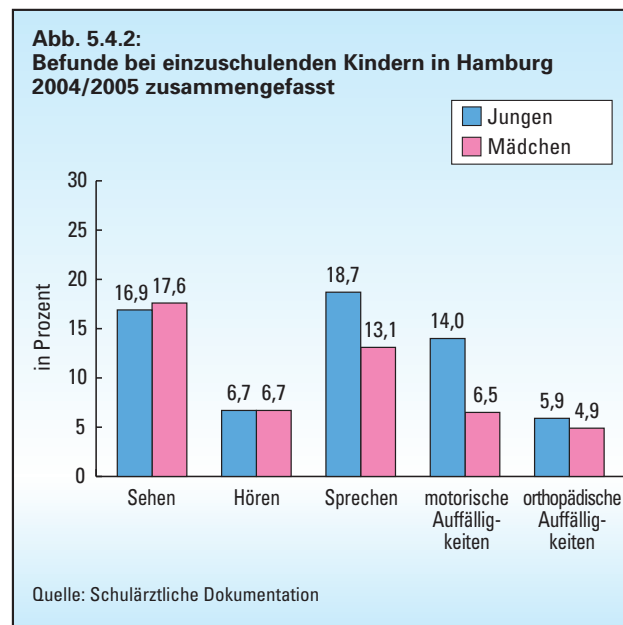
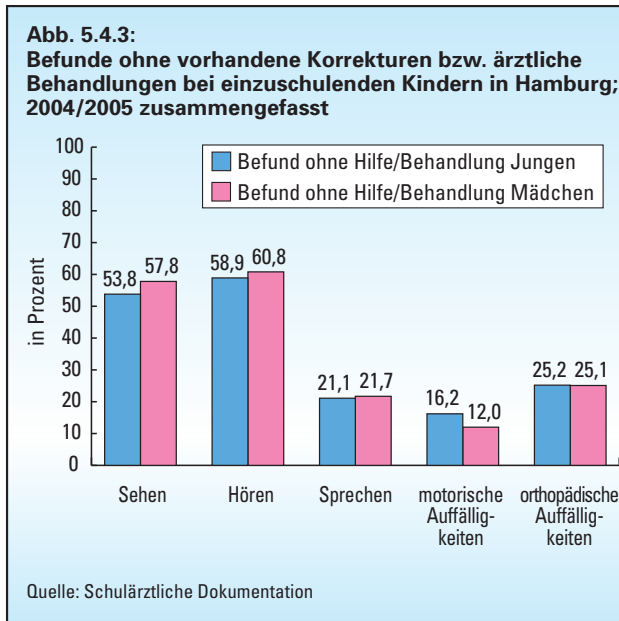


Abb. 5.4.2 zeigt die Häufigkeit der einzelnen Entwicklungsauffälligkeiten. In den jeweiligen Anteilen sind auch die Kinder enthalten, die bereits eine entsprechende Hilfe (z. B. eine Brille oder ein Hörgerät) haben oder aber sich bereits in ärztlicher oder sonstiger Behandlung befinden. Bei den Seh- und Hörstörungen gilt



dies für über die Hälfte der Kinder. Abb. 5.4.3 zeigt die jeweiligen prozentualen Anteile, bei denen die Schulärztinnen und Schulärzte einen Befund festgestellt haben, ohne dass bisher entsprechende Hilfen bzw. ärztliche Behandlungen vorhanden bzw. erfolgt sind.



### Einschränkungen bei der Sprachfähigkeit

Sprachliche Fähigkeiten gelten als entscheidende Voraussetzung für den Schulerfolg und die weitere Entwicklung der Kinder.

Immer mehr Kinder in Hamburg, aber auch bundesweit leiden unter Sprachstörungen wie mangelnde sprachliche Fähigkeiten beim Nachsprechen von Sätzen, der Lautdifferenzierung und der Artikulation.

In den letzten 10 Jahren stiegen Sprachstörungen bei den Hamburger Schulanfängern um 4 Prozentpunkten an. Es sind deutlich mehr Jungen als Mädchen von Sprachstörungen betroffen.

Expertinnen und Experten vermuten als Gründe für die Zunahme von Sprachstörungen und mangelnden sprachlichen Fähigkeiten u. a. veränderte Freizeit- und Lebensgewohnheiten in den Familien wie beispielsweise steigenden Fernsehkonsum und weniger gemeinsame Gespräche. Gegensteuern ließe sich, indem die Sprache und die Kommunikation wieder verstärkt in den Familienalltag integriert werden. So sollten insbesondere bei kleineren Kindern die alltäglichen Verrichtungen wie Tisch decken, gemeinsam essen oder sich anziehen mit Sprache begleitet werden. Auch die frühe Förderung im Bereich der Kinderbetreuung kann zur Verbesserung der Sprachentwicklung und sprachlichen Fähigkeiten beitragen.

### Einschränkungen beim Seh- und Hörvermögen

Normales Seh- und Hörvermögen sind elementare Voraussetzungen für eine altersgemäße Entwicklung des Kindes. Insbesondere in der Schule sind Kinder darauf angewiesen, ein komplettes, unverstelltes und voll ausgeprägtes Sinnempfinden zu besitzen. Kinder mit herabgesetztem Seh- und/oder Hörvermögen können ihre Umwelt vielfach nur eingeschränkt wahrnehmen. Ihre Mobilität ist häufig begrenzt, weil sie Orientierungsprobleme haben.

Werden die aktuellen Untersuchungsergebnisse mit denen von vor 10 Jahren verglichen, zeigt sich bei den Einschränkungen der Sehschärfe eine leichte Verschlechterung um 1,4 Prozentpunkte, bei den Störungen des Hörvermögens jedoch eine leichte Verbesserung um 0,6 Prozentpunkte.

### Motorische Auffälligkeiten

Mangelhafte Bewegungskontrolle, Koordinationschwierigkeiten sowie Einschränkungen bzw. Behinderung durch Haltungsschäden und Verkrümmungen der Wirbelsäule können für Kinder ebenfalls erhebliche Einschränkungen in der Lebensführung und für den schulischen Erfolg bedeuten.

### Motorische Auffälligkeiten sind in Hamburg in den letzten zehn Jahren deutlich angestiegen.

Wurden für die Einschuljahrgänge 1994/1995 etwa fünf Prozent aller eingeschulten Kinder als motorisch auffällig eingestuft, so stieg der Anteil zehn Jahre später auf über 10 Prozent. Diese Kinder haben oftmals erhebliche Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit beispielsweise beim Einbeinhüpfen, dem Fersengang, aber auch beim Beugen von Armen und der Beweglichkeit von Fingern. Auffällig ist: Aktuell sind nahezu doppelt so viele untersuchte Jungen wie Mädchen von motorischen Defiziten und Auffälligkeiten betroffen.

### Erste Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des RKI zeigen: Obwohl jedes fünfte Kind oder Jugendlicher zwischen 14 und 17 Jahren täglich sportlich aktiv ist, schaffen es über ein Drittel der Kinder und Jugendlichen nicht, zwei oder mehr Schritte auf einem 3 cm breiten Balken rückwärts zu gehen. Bei der Rumpfbeuge er-

**reichten 43 Prozent nicht das Fußsohlenniveau.**

**Orthopädische Auffälligkeiten**

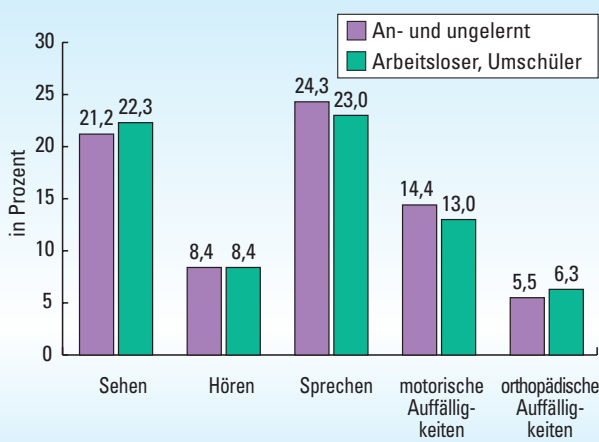
Haltungsschäden und Wirbelsäulenverkrümmungen können neben der genetischen Disposition (Vererbung) auch an zu wenig Bewegung und einseitiger Muskelbeanspruchung und Fehlbelastungen liegen.

Diese orthopädischen Auffälligkeiten haben in den letzten zehn Jahren um drei Prozentpunkte leicht zugenommen. Sie können zu Bewegungseinschränkungen, aber auch zu starken Schmerzen, die sich auch chronifizieren können, führen (vgl. auch Kap. 5.5 Chronische Krankheiten).

**Entwicklungsauffälligkeiten nach Lebenslagen**

Das Auftreten von Entwicklungsauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen wird beeinflusst durch kulturelle und soziale Lebensbedingungen der Kinder. Es lassen sich Unterschiede in Abhängigkeit von dem Berufsstatus der Eltern aufzeigen. Kinder, deren Väter ohne berufliche Qualifikation ihre Arbeit ausüben oder aber arbeitslos sind, sind häufiger in ihren sprachlichen Fähigkeiten eingeschränkt. Auch bei den motorischen Fähigkeiten bestehen häufiger Einschränkungen (vgl. Abb. 5.4.4 und 5.4.2)<sup>9</sup>.

**Abb. 5.4.4:** Befunde einzuschulender Kindern nach Berufsstatus d. Vaters; 2004/2005 zusammengefasst



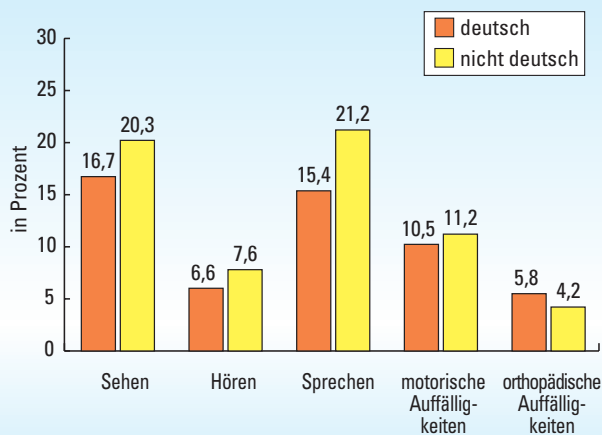
Quelle: Schulärztliche Dokumentation

Kulturelle Hintergründe und Staatsangehörigkeit besitzen insbesondere bei den sprachlichen und den Sehfähigkeiten eine Bedeutung. So sind beispielsweise

<sup>9</sup> Für Kinder berufstätiger Mütter sind ähnliche Unterschiede in Abhängigkeit vom Berufsstatus aufzeigbar.

bei nichtdeutschen Kindern die Defizite ausgeprägter als bei deutschen (vgl. Abb. 5.4.5 u. 5.4.2).

**Abb. 5.4.5:** Befunde einzuschulender Kindern nach Staatsangehörigkeit; 2004/2005 zusammengefasst



Quelle: Schulärztliche Dokumentation

Die schulärztlichen Daten weisen auch aus, ob die Kinder wegen Entwicklungsauffälligkeiten bereits in Behandlung sind oder nicht. Die Ergebnisse zeigen: Nichtdeutsche Kinder sind nicht nur allgemein stärker von Entwicklungsauffälligkeiten betroffen, sondern sie nehmen darüber hinaus bestehende Hilfsangebote auch weniger wahr. Für diese geringere Compliance gilt es geeignete Maßnahmen einzuleiten, damit auch nichtdeutsche Eltern die bestehenden Hilfsangebote in Anspruch nehmen.

**Früherkennung und Frühförderung**

Maßnahmen der Frühförderung sollen zielgerichtet Entwicklungsauffälligkeiten sowie Behinderungen bzw. drohenden Behinderungen entgegenwirken und das Leben der Kinder in ihrer weiteren Lebensgestaltung erleichtern und verbessern.

Auch hier gilt: Je früher eine Entwicklungsauffälligkeit oder Behinderung bei einem Kind erkannt und diagnostiziert wird, desto größer ist die Chance, durch eine gezielt einsetzende Behandlung körperliche, geistige und seelische Beeinträchtigungen und Schäden zu vermeiden oder zu mildern. **Frühförderung** ist eine auf das Kind und seine individuelle Situation abgestimmte Entwicklungsförderung, die eine drohende Entwicklungsstörung vermeiden oder die Folgen einer Behinderung mildern soll. Voraussetzung für Maßnahmen der Frühförderung ist die Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten und Behinderungen.

Zur Früherkennung und Frühförderung existiert für Kinder ab ihrer Geburt bis zum Schuleintritt ein umfangreiches System von Hilfen, das von Ärztinnen und Ärzten, speziellen Diensten (z.B. Frühförderstellen, niedergelassenen Heilmittel-Therapeutinnen und Therapeuten) und Einrichtungen (z.B. Sozialpädiatrischen Zentren) getragen wird.

Die Frühförderung wird durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen wie

- Ärztinnen/Ärzte,
- Psychologinnen/Psychologen,
- Sonder-, Sozial- und Heilpädagoginnen und -pädagogen,
- medizinische Therapeutinnen und Therapeuten aus der Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie

interdisziplinär erbracht. Die enge und partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Eltern ist dabei eine wichtige Voraussetzung. Diese Zusammenarbeit soll familien- und wohnortnah in „Interdisziplinären Frühförderstellen“ und „Sozialpädiatrischen Zentren“ durch die Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung erbracht werden. In der Regel findet Frühförderung ambulant (in einer Einrichtung) oder mobil in der Familie statt; Kinder ab drei Jahren erhalten Frühförderung in Tageseinrichtungen. Es handelt sich um Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (§§ 30, 56 SGB IX) bzw. nach dem Hamburger Kinderbetreuungsgesetz (§ 26 KibeG).

Ausführliche Beratungen bieten die Krankenkassen, die „Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger“ sowie die Grundsicherungs- und Sozialämter oder Jugendämter sowie die gutachterlichen Dienststellen der Gesundheits- und Umweltämter in den Hamburger Bezirken, in denen die Eltern der Kinder ihren Wohnsitz haben.

Das „Beratungszentrum SEHEN, HÖREN, BEWEGEN, SPRECHEN“ im Bezirksamt Hamburg-Nord nimmt diese Aufgabe zentral und bezirksübergreifend für Hamburg wahr und ist zuständig für Menschen mit Behinderungen der Sinnesorgane und/oder körperlichen Behinderungen (siehe auch Kapitel 4 in diesem Bericht).

Seit der Novelle des SGB IX ist es notwendig, auch die Frühförderung an die neuen gesetzlichen Erfordernisse anzupassen. Die gewachsene Struktur der

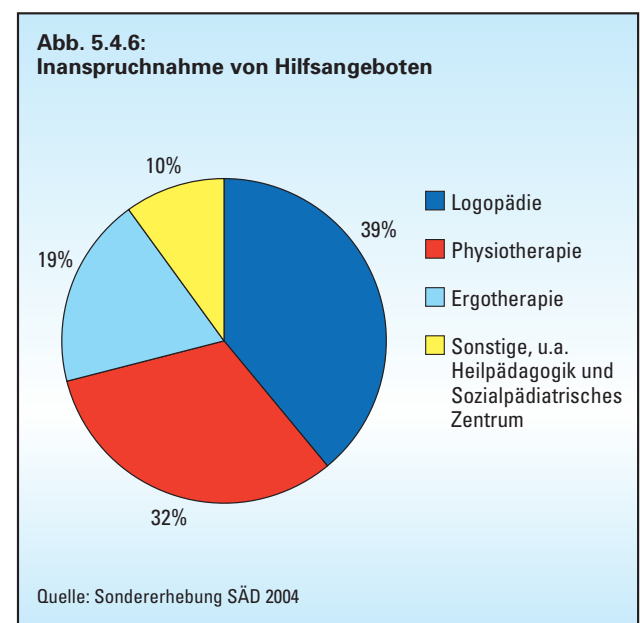
Frühförderung in Hamburg scheint durch einige spezifische Besonderheiten geprägt wie die starke Stellung der beiden Sozialpädiatrischen Zentren, eine sehr hohe Versorgungsdichte mit medizinisch-therapeutischen Leistungen (Heilmittel) sowie die strukturell noch nicht voll entwickelte mobile, heilpädagogische Frühförderung.

Der Prozess der Um- und Neugestaltung des Hilfesystems ist in Hamburg - wie auch in anderen Ländern - noch nicht abgeschlossen. Die Komplexleistung Frühförderung wird bisher nicht angeboten. Kinder, die behindert oder von Behinderung bedroht sind oder bei denen eine wesentliche Entwicklungsstörung besteht, können jedoch nach altem Recht kostenfreie Frühförderung erhalten. Die Kostenübernahme muss beim bezirklichen Grundsicherungs- und Sozialamt beantragt werden.

Die Frühförderung in Tageseinrichtungen kann beim Jugendamt, Abt. Kindertagesbetreuung im Rahmen des Kita-Gutschein-Systems beantragt werden. Die anfallenden Kosten für alle leistungsberechtigten Kinder werden in der Regel unabhängig vom Einkommen der Eltern vom Sozialamt bzw. Jugendamt übernommen.

#### Inanspruchnahme von Angeboten

Zwei Drittel der schulärztlich untersuchten Kinder, die im Laufe ihres Lebens bereits frühförderliche Hilfen auf Initiative der Eltern wahrgenommen haben, haben Maßnahmen zur Sprachheilkunde (Logopädie) und der Physiotherapie erhalten. Etwa jede fünfte der in der Vergangenheit beanspruchten Hilfen war eine ergotherapeutische Maßnahme (Abb. 5.4.6).





Die Teilnahme an frühförderlichen Hilfen nimmt zu. Nahmen vor zehn Jahren nur 14 Prozent aller schulärztlich untersuchten Kinder krankengymnastische Hilfen in Anspruch, so waren es für die Jahrgänge 2004/2005 bereits 20 Prozent. Sprachtherapeutische Maßnahmen stiegen im gleichen Zeitraum von knapp über 6 Prozent auf nahezu 17 Prozent deutlich an.

### **Schlussfolgerungen - Empfehlungen**

Obwohl die Umgestaltung des Hilfesystems nach dem Sozialgesetzbuch IX auch in Hamburg noch nicht abgeschlossen ist, müssen betroffene Kinder und deren Eltern nicht auf Leistungen zur Frühförderung aus dem bestehenden Beratungs- und Hilfesystem verzichten. Es gibt in Hamburg ein vergleichsweise gut ausgestaltetes und bedarfsgerechtes Hilfs- und Beratungssystem.

Dennoch gibt es Ansatzpunkte für Verbesserungen:

- Entwicklungsauffälligkeiten sowie Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen müssen zu einem möglichst frühzeitig erkannt werden, um wirksame Hilfsmaßnahmen zeitnah einleiten zu können. Diesbezüglich werden u. a. die Untersuchungen in Kindertagesstätten nach dem Kinderbetreuungsgesetz zu weiteren Verbesserungen führen (siehe auch Kapitel 4);
- Eltern nichtdeutscher und ressourcenschwächerer Familien sollten, sofern ihre Kinder betroffen sind, besser informiert und motiviert werden, das Hilfs- und Beratungssystem verstärkt wahrzunehmen;
- Bestehende Angebote, die Rahmenbedingungen und alters- und bedarfsgerechte Zugänge sind ausreichend bekannt zu machen. Diese Aufgabe wird insbesondere nach der Neu- und Umgestaltung der Angebote von besonderer Bedeutung sein.

Die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) wird im Jahr 2007 einen umfangreicheren Bericht zur Frühförderung in Hamburg veröffentlichen, der die bestehenden Leistungen und Leitlinien für die weitere Entwicklung der Frühförderung in Hamburg veranschaulicht und bewertet. Ergebnisse und Erkenntnisse einer geplanten Befragung bei Hamburger Kinderärztinnen und -ärzten sollen in diesen Bericht einfließen.



### 5.5 Chronische Krankheiten

Chronische Erkrankungen sind gekennzeichnet durch lang andauernde Krankheitsprozesse ohne Aussicht auf vollständige Heilung. Das heißt unter Umständen auch, Erkrankte müssen regelmäßig Medikamente nehmen oder sich ärztlich kontrollieren lassen und sie müssen sich in der alltäglichen Lebensführung darauf einstellen. Derartige Anforderungen und Einschränkungen müssen auch von chronisch kranken Kindern und ihren Eltern akzeptiert und bewältigt werden.

Die Feststellung einer chronischen Erkrankung eines Kindes kann in den Familien Ängste, Sorgen und Verunsicherung auslösen. Nicht nur die Erkrankung selbst kann zur Belastung werden, auch die Folgen betreffen oft die ganze Familie und sind nicht leicht zu verarbeiten. Nicht selten unterliegen chronisch kranke Kinder Hänseleien. Die Gefahr der Stigmatisierung und Ausgrenzung ist groß.

Auch Sucht- und Krebserkrankungen (siehe auch Kap. 3 und Kap. 5.8) können als chronische Erkrankungen verstanden werden. Diese bei Kindern eher seltenen Erkrankungen werden in diesem Kapitel ebenso wenig berücksichtigt wie chronische Krankheiten, die durch Verhaltensänderungen beeinflusst werden können (z. B. Adipositas siehe Kap. 5.3).

Chronische Erkrankungen bei Kindern sind keineswegs selten. Bei den Schuleingangsuntersuchung in Hamburg werden die Eltern nach ärztlich diagnostizierten chronischen Erkrankungen gefragt. Eher selten - zwischen 0,1 und 2 Prozent - werden Epilepsie, Diabetes und Rheuma angegeben. Relativ häufig jedoch werden Allergien und Haltungsschäden berichtet.

#### Allergien

Eine Allergie ist eine überschießende Reaktion des Immunsystems auf normalerweise harmlose Substanzen. Der Körper reagiert beispielsweise auf Nüsse, Blütenpollen oder Hausstaub mit Juckreiz, Niesattacken oder Atemnot.

Gemäß aktueller Ergebnisse der schulärztlichen Eingangsuntersuchungen ist jedes fünfte einzuschulende Kind in Hamburg von Allergien betroffen. Dieser hohe Anteil besteht nahezu unverändert im Vergleich zu den Untersuchungsjahrgängen 1994/1995.

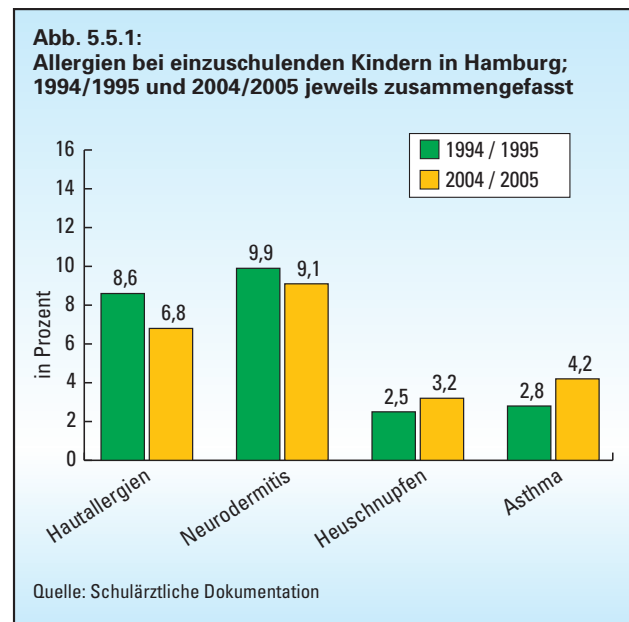
*Hautallergien und Neurodermitis* lassen sich oft nicht verstecken und die Kinder sind mit Scheu im Umgang, wenn nicht sogar mit Ausgrenzung konfrontiert.

Betroffene Kinder sind immer wiederkehrendem Juckreiz ausgesetzt, auch in der Nacht. Das Kratzen verschlimmert dann auch den Zustand der Haut. Entzündungen und Infektionen sind die Folge.

Kinder mit *Heuschnupfen* leiden an einer Überempfindlichkeit gegen die Eiweißkomponenten von bestimmten Pollen. Wenn andere Kinder sich über eine blühende Wiese zum Toben freuen, beginnt beim allergischen Kind die Zeit der tränenden Augen und laufenden Nase.

*Asthma* ist eine chronische Erkrankung der Atemwege. Chronischer Husten und Asthmaanfälle, die das Atmen erschweren und Erstickungsangst auslösen, belasten Kinder und Eltern. Mögliche Auslöser für die Atemnotattacken müssen erkannt, Medikamente zur ständigen Einnahme oder im Notfall zur Verfügung stehen. Nicht nur die Kinder selbst, auch die Familie, Freunde und Betreuungspersonen müssen sich auf entstehende Belastungen einstellen.

Für die von allergischen Erkrankungen betroffenen einzuschulenden Kinder werden am häufigsten Hautallergien und Neurodermitis berichtet, Heuschnupfen und Asthma kommen weniger häufig, wenngleich mit ansteigender Tendenz vor (vgl. Abb. 5.5.1).



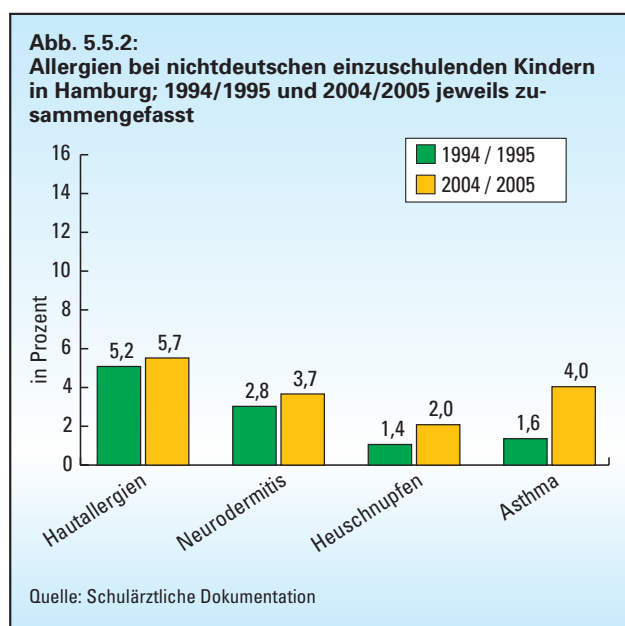
Die Neurodermitishäufigkeit liegt im 10-Jahresvergleich nahezu unverändert bei leicht unter 10 Prozent betroffener Kinder.

**Während Hautallergien seit 1994/1995 leicht abgenommen**



**haben, sind aktuell etwas mehr Kinder von Heuschnupfen und Asthma (4 bzw. 5 Prozent) betroffen. Dies trifft für Jungen und Mädchen gleichermaßen zu.**

Nichtdeutsche Kinder weisen bei all diesen Erkrankungen deutlich geringere Häufigkeiten auf. Nur Asthma ist hier eine Ausnahme: Auch bei 4 Prozent der nichtdeutschen Kinder wurde bei der Schuleingangsuntersuchung in den Jahren 2004/2005 eine Asthma-Erkrankung dokumentiert.



Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat in einer Übersicht zu allergischem Asthma festgestellt: Im frühen Kindesalter sind Jungen stärker betroffen als Mädchen. Hamburger Daten der Krankenhausdiagnosestatistik bestätigen diese Einschätzung. 2004 hatte etwa jeder fünfte der kindlichen Behandlungsfälle in Hamburger Krankenhäuser mit den Krankheiten des Atmungssystems zu tun. Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen (58 Prozent vs. 42 Prozent). Dies gilt auch für die nahezu 200 Asthma-Behandlungsfälle im Jahr 2004 (65 Prozent vs. 35 Prozent).

### Risikofaktoren für Allergien

Die genauen Ursachen für das Auftreten von Allergien sind schwer zu bestimmen. Genetische Veranlagung spielt eine große Rolle - auch Umwelteinflüsse und Lebensgewohnheiten können Allergien erzeugen.

Aus großen internationalen Studien und der Erhebung und anstehenden weiteren Auswertung des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys

([www.kiggs.de](http://www.kiggs.de)) werden weitere Klärungen zu folgenden Fragen erwartet:

- Ist intensive Hygiene im Kindesalter eher schädlich als nützlich?
- Sind für gefährdete Kinder spezielle Nahrungsmittel zur Vermeidung allergischer Reaktionen sinnvoll?
- Was hilft Eltern und Kindern trotz der chronischen Erkrankung eine Lebensqualität zu bewahren, die einer nicht betroffenen Familie in nichts nachsteht?

### Behandlungsmöglichkeiten bei Allergien

In Hamburg gibt es zahlreiche ambulante, stationäre und teilstationäre Behandlungsangebote mit entsprechenden Schwerpunktsetzungen und Schulungsmöglichkeiten für allergische Kinder und deren Eltern.

In der ambulanten medizinischen Versorgung sind Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Allergologie oder Innere Medizin mit Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde auf die Behandlung von Kindern mit Allergien und Asthma spezialisiert. Einen guten Überblick über die Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten liefert der von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) beziehbare Ratgeber „Tipps für Menschen mit allergischen Erkrankungen“ (Bestellung über Tel.: 428 37-1999). Dort finden sich auch Informationen und Adressen zu psychosozialen Hilfen, Selbsthilfegruppen sowie Eltern-Kind-Kuren.

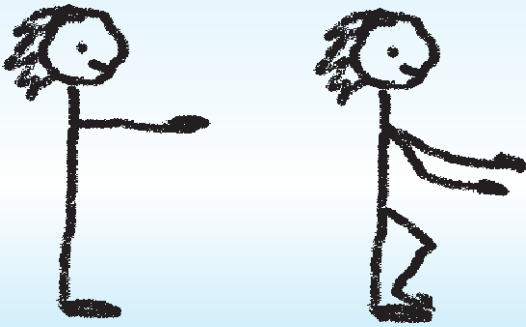
### Haltungsschäden

Eine bundesweite Umfrage des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen im Jahr 2000 zeigt: Kinderärztinnen und Kinderärzte diagnostizieren bei jedem achten Kind in ihrer Sprechstunde einen Haltungsschaden. Der überwiegende Anteil dieser Schäden wird als erworben, also nicht angeboren eingestuft. Als bedeutende Ursache für Haltungsschäden wurde „zu wenig Bewegung“ angenommen. Da Haltungsschäden bei Kindern oft zu Rückenerkrankungen im Erwachsenenalter führen, sind hier vorbeugende Maßnahmen wie Krankengymnastik oder sportliche Aktivitäten dringend angeraten.

In Hamburg wird im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen der Test nach Matthiass angewandt, um bei den Schulanfängerinnen und Schulanfängern mögliche Haltungsschwächen zu erkennen.

**Test nach Matthiass:**

Das Kind muss sich gerade hinstellen, die Arme ausstrecken und so 30 Sekunden verharren. Gelingt dies nicht, wird von der Schulanze oder dem Schularzt eine Haltungsschwäche oder ein möglicher Haltungsschaden angenommen und eine Arztempfehlung ausgesprochen.



Über diesen Test wurden in Hamburg bei über 14 Prozent der Mädchen und Jungen Anzeichen für Haltungsschwächen festgestellt.

Die Häufigkeit der so ermittelten Haltungsschwäche ist seit 1994 (16 Prozent) erfreulicherweise leicht zurückgegangen.

**Skoliose**

Skoliose gehört glücklicherweise zu den eher seltenen Erkrankungen bei Kindern. Bei der Skoliose handelt es sich um eine Seitwärtsverbiegung der Wirbelsäule mit gleichzeitiger Verdrehung der Wirbelkörper. Sie macht bei leichter Ausprägung keine Beschwerden, kann aber nach und nach zum Verlust der Beweglichkeit und zu erheblichen Einschränkungen der Lebensführung und Lebensqualität führen. Als Therapie haben sich Krankengymnastik, das Tragen eines Korsetts oder eine Operation bewährt.

Mädchen sind generell von Skoliose deutlich häufiger betroffen.

Bei den Schuleingangsuntersuchungen wird mit dem „Vorneigetest“ überprüft, ob bei den Kindern ein Verdacht auf Skoliose besteht. Über diesen Test wurde bei etwa 2 Prozent der Kinder ein Verdacht auf eine skoliotische Erkrankung festgestellt und den Eltern eine abklärende Untersuchung bei orthopädischen Fachärztinnen und Fachärzten empfohlen.

**Diabetes mellitus**

Diabetes mellitus ist eine Erkrankung des Stoff-

wechsels, die durch erhöhte Blutzuckerwerte gekennzeichnet ist. Umgangssprachlich wird sie auch als „Zuckerkrankheit“ bezeichnet. Bei Kindern ist der Typ I am häufigsten: Es fehlt an Insulin, einem Hormon der Bauchspeicheldrüse. Zucker (Kohlenhydrate) aus der Nahrung können dann nicht ausreichend vom Körper als Energielieferant und als Energiereserve genutzt werden.

Jedes Jahr erkranken in Deutschland etwa 1.500 bis 1.700 Kinder bis unter 15 Jahren an Diabetes mellitus (RKI 2004). Das Alter der betroffenen Kinder wird immer jünger - Jungen erkranken etwas häufiger und früher als Mädchen.

Bei den Hamburger Schuleingangsuntersuchungen 2004/2005 wurde ein ärztlich diagnostizierter Diabetes bei 18 Kindern erfasst. Dies entspricht 0,1 Prozent der untersuchten Kinder - 163 Fälle von Kindern unter 15 Jahren wurden im Jahr 2004 wegen Diabetes mellitus in Hamburger Krankenhäusern behandelt. Mädchen und Jungen waren dabei etwa gleichermaßen betroffen.

Kinder und Jugendliche mit Diabetes sind genauso leistungsfähig wie alle anderen Gleichaltrigen. Damit es weder zur Über- noch zur Unterzuckerung kommt, müssen Nahrungsaufnahme, Bewegung und die Zufuhr von Insulin durch Spritzen aufeinander abgestimmt werden. Die Kinder und Jugendlichen müssen viel Selbstdisziplin aufbringen und lernen, Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

Die Diabetes-Behandlung sowie die Schulung der Betroffenen dienen dazu, eine hohe Lebensqualität zu erhalten, gefährliche Stoffwechsellentgleisungen und Folgeerkrankungen (z. B. Schäden an Herz, Blutgefäßen, Nieren, Augen und Füßen) zu vermeiden. Dr. Otto und Dr. Lepler vom Kinderkrankenhaus Wilhelmsstift in Hamburg berichteten über ihre Erfahrungen, wonach die Rate stationärer Aufnahmen wegen schwerer Unterzuckerung bei geschulten, richtig eingestellten Kindern und Jugendlichen mit Diabetes auf etwa die Hälfte gesenkt werden konnten.

Die regelmäßige ambulante Langzeitbetreuung findet gemeinsam mit den Kinder- und Hausärztinnen und -ärzten und den speziellen Kinder-Diabetesambulanzen an den Kinderkliniken statt. Neuerkrankungen und Stoffwechsellentgleisungen werden in den Kinderkliniken stationär behandelt. Gerade weil Diabetes mellitus eine chronische Erkrankung ist, sind wiederholt altersgerechte Schulungsprogramme wichtig.



In Hamburg haben sich drei Krankenhäuser (Katholisches Krankenhaus Wilhelmstift, Altonaer Kinderkrankenhaus und das Klinikum Nord/Heidberg) auf die Behandlung und Schulung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes spezialisiert. Kontaktadressen zur Behandlung, für Schulungen und psychosozialen Unterstützung sind ebenso wie Angebote und Adressen von Selbsthilfeverbänden und anderen Ansprechpartnern enthalten in den „Tipps für Menschen mit Diabetes“, der Ratgeberreihe für Menschen mit chronischen Krankheiten der BSG (Bestellung über Tel.: 428 37-1999).

Expertinnen und Experten berichten insbesondere bei stark übergewichtigen und familiär mit Diabetes vorbelasteten Kindern und Jugendlichen ein häufigeres Vorkommen des Typ II Diabetes. Der Ausbruch eines Typ II Diabetes kann durch gesunde Ernährung, Gewichtsabnahme und verstärkte körperliche Bewegung verhindert oder in der Frühphase gut behandelt werden.

## Rheuma

Bei Rheuma wird zwischen einer akuten und einer chronischen Form unterschieden. Häufiger tritt die durch Infektionen ausgelöste akute Form auf.

Bei der akuten Form bleiben die Gelenkstrukturen erhalten, bei der chronischen Form droht die Gefahr der Gelenkschädigung bis zur Zerstörung. Rheuma zeichnet sich durch einen schubweisen Verlauf aus: Gute und schlechte Phasen wechseln einander ab. In erster Linie sind ältere Menschen betroffen. Doch Rheuma kennt keine Altersgrenzen. In Deutschland leiden etwa 50 Tsd. Kinder und Jugendliche an einer der vielen rheumatischen Erkrankungen.

**„In die kinderärztliche Praxis kommen mittlerweile relativ viele Kinder mit Rheuma“**

**Dr. Neumann; Vorsitzender Berufsverband der Kinderärzte**

Über die Ursachen von Rheuma bei Kindern ist bisher wenig bekannt. Möglicherweise gibt es eine ererbte Bereitschaft, auf verschiedene Umweltfaktoren mit einer Gelenk- oder Organentzündung zu reagieren. Die körpereigene Abwehr richtet sich gegen körpereigenes Gewebe (Autoimmunerkrankung) und es kommt in der Folge zur chronischen Entzündung.

Rheumatische Erkrankungen beginnen oft schleichend. Die Kinder klagen nicht über Schmerzen, son-

dern nehmen körperliche Schonhaltungen ein oder aber verändern ihr Bewegungsverhalten. Grundsätzlich ist es wichtig, die Entzündungen frühzeitig zu erkennen und medizinisch wirksam zu behandeln. Medikamente sollen den Entzündungsprozess stoppen und die Zerstörung der Gelenke aufhalten. Diese und weitere physikalische Maßnahmen wie z. B. Krankengymnastik sind aber zumeist über einen langen Zeitraum erforderlich.

Gemäß der Angaben der Eltern bei den schulärztlichen Einganguntersuchungen der Untersuchungsjahrgänge 2004/2005 wurden bei 49 Kindern von kinderärztlicher Seite im vorhinein bereits eine rheumatische Erkrankung diagnostiziert. Dies entspricht einem Anteil von 0,2 Prozent der Kinder, die schulärztlich untersucht wurden. Jungen waren vergleichsweise deutlich häufiger betroffen als Mädchen (32 vs. 17).

## Hilfs- und Beratungsangebote bei Rheumaerkrankungen

Eltern können durch die Deutsche Rheumaliga e.V. (Internet: [www.rheuma-liga.de](http://www.rheuma-liga.de)) sowohl über bereitgestellte Informationsmaterialien als auch über Beratungen Hilfe finden.

In Hamburg gibt es darüber hinaus die Hamburger Elterninitiative rheumakranker Kinder e.V. (Internet: [www.kinderrheuma.de](http://www.kinderrheuma.de)), die es sich zum Ziel gesetzt hat, rheumakranke und von Rheuma bedrohte Kinder und deren Eltern zu beraten und Behandlungsmöglichkeiten in Hamburg und Umgebung zu vermitteln.

An der Schön Klinik Eilbek gibt es eine kinder- und jugendrheumatologische Praxis (Internet: [www.kinderrheumatologie.de](http://www.kinderrheumatologie.de)), in der Kinder mit Rheumaerkrankungen ambulant behandelt werden können.

Darüber hinaus bieten das Altonaer Kinderkrankenhaus (in Kooperation mit der Kinderrheumatologischen Ambulanz des UKE) und das Katholische Kinderkrankenhaus Wilhelmstift (in Kooperation mit der Kinderrheumatologischen Spezialklinik in der Schön Klinik Eilbek) stationäre Versorgungsangebote für Kinder mit Rheumaerkrankungen an.

## Schlussfolgerungen - Empfehlungen

Das Hilfs- und Beratungssystem für chronisch kranke Kinder in Hamburg ist gut ausgebaut. Kein Kind und deren Eltern müssen fürchten, im Falle einer chronischen Erkrankung nicht angemessen beraten und

wirksam behandelt zu werden. Aber es gibt auch für chronische Krankheiten eine grundlegende Empfehlung, die zu einer Verbesserung führen kann:

**Je früher chronische Erkrankungen erkannt werden, je zeitnahe die notwendigen Hilfen einsetzen, desto größer ist die Chance den Krankheitsverlauf positiv zu gestalten und zu beeinflussen, um im Idealfall eine Chronifizierung zu verhindern.**

Eine möglichst frühzeitig eingeleitete medizinisch durchgeführte Hyposensibilisierungsmaßnahme gegen die allergieauslösenden Substanzen bei Kindern kann im besten Fall zu einer Minderung der allergischen Reaktionen führen oder aber gefürchtete Komplikationen wie das Auftreten von schwerem Asthma verhindern.

Auch beim Diabetes mellitus besitzen professionell geleitete Schulungs- und Fortbildungsprogramme sowie eine angemessene Einstellung betroffener Kinder eine besondere Bedeutung für die Krankheitsverläufe und die Lebensqualität.

Um den Wissensstand und die Unterstützung von Eltern chronisch kranker Kinder zu verbessern, lassen sich folgende Ansätze verfolgen:

- Broschüre der BZgA 'Chronische Erkrankungen im Kindesalter' verbreiten;
- Fortbildungen für Erzieherinnen und Lehrerinnen organisieren;
- Unterstützung von Selbsthilfeszusammenschlüssen betroffener Familien;
- Internetportal einrichten.





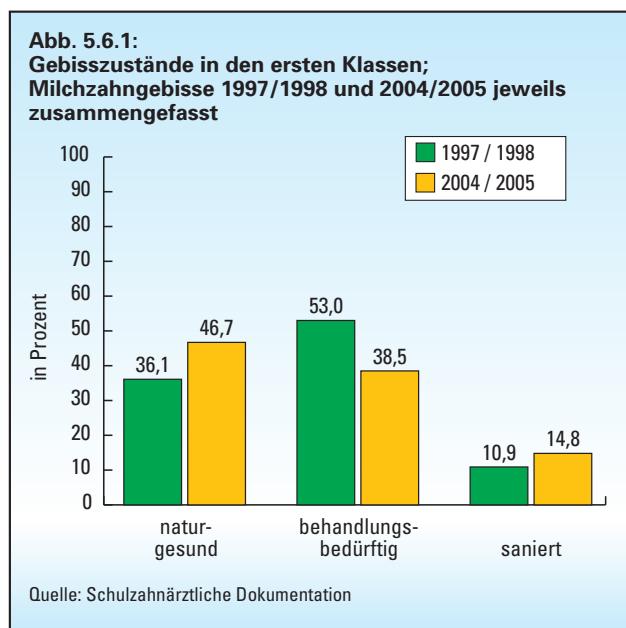


### 5.6 Zahngesundheit

Erfreulicherweise hat sich die Zahngesundheit von Kindern weiter deutlich verbessert. Dies gilt auch für Hamburg und zeigt sich an den Ergebnissen der Reihenuntersuchungen, die durch die Schulzahnärztinnen und Schulzahnärzte in Hamburger Schulen durchgeführt wurden. Trotzdem stellt auch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) fest: Karies ist nicht besiegt, sondern nur unter Kontrolle gebracht. Daher behalten trotz rückläufiger Karies auch in Zukunft alle Bemühungen zur Verbesserung der Zahngesundheit große Bedeutung.

#### Gebisszustände der Milchgebisse bei Erstklässlern

Im Schuljahr 1997/1998 waren bei den Milchgebissen der Kinder in den ersten Klassen nur etwa 36 Prozent der untersuchten Gebisse naturgesund, also frei von Karies und ohne jegliche Füllung. Dieser Anteil ist auf ca. 47 Prozent im Schuljahr 2004/2005 gestiegen (vgl. Abb. 5.6.1).



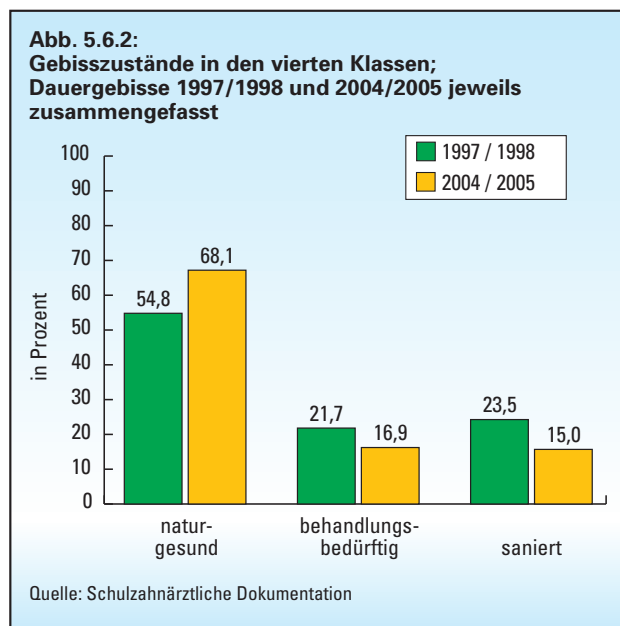
Diese positive Entwicklung zeigt sich auch bei der Behandlungsbedürftigkeit. Wurden in den Untersuchungsjahren 1997/1998 noch die Hälfte aller Milchgebisse als behandlungsbedürftig eingestuft, sank dieser Anteil im Vergleichszeitraum um fast 15 Prozentpunkte auf unter 40 Prozent.

Demgegenüber waren für die Jahrgänge 2004/2005 bei knapp 15 Prozent der Milchzahngebisse gefüllte Zähne („saniert“) auszumachen - 1997/1998 war dies bei nur über 10 Prozent der Milchzahngebisse der Fall.

#### Gebisszustände der bleibenden Gebisse in der 4. Klasse

Der Zahnstatus bleibender Gebisse, so genannter Dauergebisse, hat sich in den vierten Klassen analog zu den Milchzahngebissen der Erstklässler ebenfalls deutlich verbessert.

Der Anteil naturgesunder Gebisse bei Kindern der vierten Klassen stieg von ca. 55 Prozent auf 68 Prozent im betrachteten Vergleichszeitraum (vgl. Abb. 5.6.2).



Der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse ging erfreulicherweise ebenfalls zurück. Der Anteil sanierter Gebisse sank im Vergleichszeitraum um 8,5 Prozentpunkte.

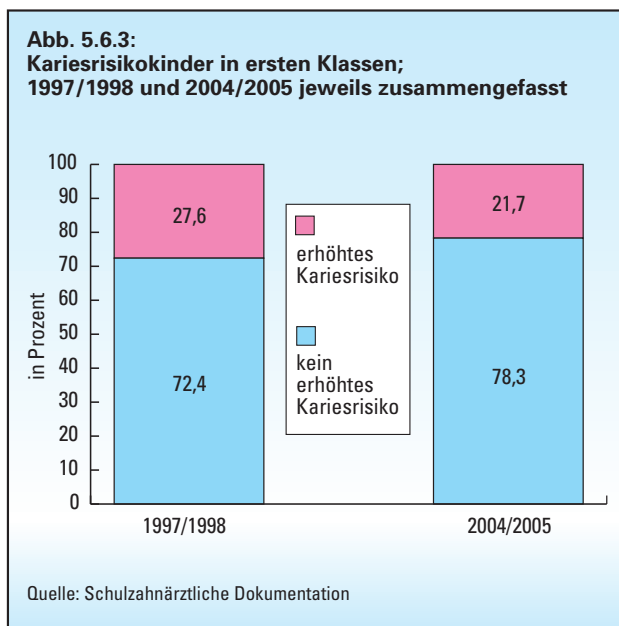
#### Kariesrisiko

Karies, auch Zahnfäule genannt, entsteht durch Säuren, die den Zahnschmelz angreifen (Entkalkung) und Löcher in den Zähnen verursachen können. Diese Säuren entstehen, wenn Bakterien im Mund Zucker verarbeiten.

Das Auftreten von Karies - dies ist seit langer Zeit bekannt - ist in der Bevölkerung unterschiedlich ausgeprägt. Einer großen Gruppe von Kindern mit naturgesunden oder gut sanierten Zähnen steht eine kleine Gruppe von Kindern mit kariösen, gefüllten Zähnen gegenüber. Kinder mit bereits mehreren kariösen, gefüllten oder gezogenen Zähnen besitzen dabei ein erhöhtes Risiko, auch zukünftig von dem Problem kariöser Zähne betroffen zu sein.

Im Schuljahr 1997/98 betrug der Anteil der Erstklässler mit erhöhtem Kariesrisiko 27,6 Prozent. Mädchen sind mit 26,6 Prozent weniger betroffen als Jungen (30,5 Prozent).

Im Schuljahr 2004/2005 sank dieser Anteil auf 21,7 Prozent. Auch hier wurde ein Geschlechterunterschied festgestellt, bei dem wiederum die Mädchen mit 19,8 Prozent gegenüber 23,5 Prozent bei den Jungen weniger betroffen sind.



### Präventionsbemühungen und Erfolgsmodelle

Für die Erfolge bei der Zahngesundheit mitverantwortlich ist ein Projekt, das bereits vor 10 Jahren in Hamburg gestartet wurde. In Zusammenarbeit mit den bezirklichen Gesundheitsämtern und der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege in Hamburg e.V. (LAJH) wurde für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko im Jahr 1997 ein gezieltes Betreuungs- und Präventionsprogramm ins Leben gerufen. Das Programm wurde zunächst in einem Hamburger Bezirk (Hamburg-Nord) als Pilotprojekt gestartet. Mittlerweile wird es in allen sieben Bezirken in den Grundschulen und Förder-schulen angeboten.

Die Mundhygiene der Kinder zu verbessern, den Zahnschmelz durch Fluoridierung zu härten und die Kinder zum regelmäßigen Besuch einer Zahnarztpraxis zu motivieren, sind die Ziele des Vorhabens. Die an diesem Prophylaxeprogramm teilnehmenden Kinder werden zweimal jährlich in der Schule zahnärztlich untersucht. Anschließend findet unter Anleitung einer zahnmedizinischen Fachkraft in kleinen Gruppen ein Gespräch über gesunde Ernährung statt. Das Anfärben

der Beläge und eine praktische Zahnputzübung schließen sich an. Danach werden die bleibenden Zähne mit einem Fluoridlack touchiert. Dadurch wird der Zahnschmelz gehärtet und hält kariösen Angriffen besser stand. Die Eltern werden schriftlich informiert, die Fluoridlackbehandlung nach drei Monaten in der zahnärztlichen Praxis wiederholen zu lassen. Dort sollen dann auch die kariösen Zähne behandelt werden.

Die Kinder bekommen in der Schule einen Prophylaxepass, in den die Fluoridierungen eingetragen werden. In dem Pass befindet sich auch ein Prophylaxevertrag. Mit ihrer Unterschrift versprechen die Kinder, auch selber etwas für ihre Zahngesundheit zu tun, indem sie nicht so viel Süßigkeiten naschen und sich regelmäßig die Zähne putzen.

Im Schuljahr 2004/2005 nahmen 8.711 Kinder in Hamburg an dem Programm teil. Dies entspricht einem Anteil von mehr als 75 Prozent der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko und belegt die große Akzeptanz des Programms.

### Schlussfolgerungen - Empfehlungen

Die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg verbesserte sich in den letzten Jahren deutlich.

**Immer mehr Kinder und Jugendliche haben ein naturgesundes Gebiss, also kariesfreie Zähne. Diese Erfolge sind maßgeblich auf die wirksamen Präventionsprogramme zurückzuführen.**

Damit diese Erfolgsgeschichte weiter fortgeschrieben werden kann, darf in den Anstrengungen für die Verbesserung der Zahngesundheit nicht nachgelassen werden. Es besteht weiterhin das Ziel, die Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen stetig und nachhaltig zu fördern und zu verbessern. Besondere Beachtung sollte dabei weiterhin die Gruppe der Kinder mit einem hohen Kariesbefall finden.

Wie bereits dargestellt, ist das Auftreten von Milchzahnkaries immer noch vergleichsweise häufig. Werden die kariösen Milchzähne nicht behandelt, so können die Bakterien auch auf die bleibenden Zähne übergreifen und hier ebenfalls eine Karies verursachen. Weiterhin kann es durch frühzeitigen Verlust der Milchzähne, die als Platzhalter für die bleibenden Zähne dienen, zu Problemen bei der Zahnstellung mit später



erforderlicher kieferorthopädischer Behandlung kommen.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Kinder mit hohem Kariesbefall frühzeitig zu erkennen und einer Behandlung zuzuführen.

Hamburg hat mit dem am 1.1.2006 in Kraft getretenen Kinderbetreuungsgesetz (KibeG) die Grundlage geschaffen, schon ab dem 4. Lebensjahr im Kindergarten regelmäßige zahnärztliche Reihenuntersuchungen durchzuführen. Zurzeit laufen in allen Hamburger Bezirken die Vorbereitungen dazu.

Folgende zahnmedizinischen Empfehlungen an die Kinder und Eltern besitzen weiterhin Gültigkeit:

- schon im Babyalter auf zuckerarme Ernährung Wert legen;
- für die Flaschenernährung keine zuckerhaltigen Getränke verwenden;
- putzen ab dem 1. Zahn;
- gemeinsames Zähne putzen der Eltern mit den Kindern; Nachputzen durch die Eltern bis zur Schulzeit;
- mindestens zweimal täglich Zähne putzen (morgens und abends), jeweils drei Minuten;
- Zahnbürste mindestens alle drei Monate wechseln;
- mindestens zwei mal im Jahr zum Zahnarzt gehen;
- Aufklärung der Kinder über Kariesentstehung und ihre Folgen;
- Lebensmittel mit verstecktem Zucker (u. a. süße Getränke, Ketchup und Chips) sollten möglichst vermieden werden;
- zuckerfreien Kaugummi nach den Mahlzeiten kauen, dies unterstützt die mechanische Reinigung der Zähne und fördert den positiv wirkenden Speichelfluss.



### 5.7 Kinderunfälle

Kinder haben einen natürlichen Bewegungsdrang und Spaß an körperlicher Aktivität. Die so gesammelten Erfahrungen unterstützen sie auch in ihrer gesundheitlichen Entwicklung. Im Rahmen ihrer Lebens- und Bewegungswelten sind Kinder aber auch Risiken und Gefahren ausgesetzt - Unfälle sind keine Seltenheit.

Auf Kinder ausgerichtete Unfallursachenforschung ist deutschlandweit wenig entwickelt.

Präventionsstrategien sollten sich altersbezogen an den Aktionsräumen und Unfallursachen ausrichten. Je schwerwiegender die Folgen für die Gesundheit sind, desto wichtiger werden Strategien zur Vermeidung von Unfällen und der Verhütung der Folgen.

#### Häufigkeit von Kinderunfällen

Alle Unfälle in Kindertageseinrichtungen und Schulen sowie die Wegeunfälle, die einer ärztlichen Behandlung bedürfen, müssen an die gesetzlichen Unfallkassen gemeldet werden, Verkehrsunfälle werden von der Polizei erfasst und dokumentiert und fließen in die Verkehrsunfallstatistik ein. Eine systematische Erfassung der Heim- und Freizeitunfälle gibt es nicht.

Unfälle sind in Deutschland bei Kindern die häufigste Todesursache und der zweithäufigste Behandlungsanlass in Krankenhäusern.

**Jedes Jahr sind deutschlandweit ca. 1,7 Mio. Kinder von Unfällen betroffen.**

Quelle: BAG Mehr Sicherheit für Kinder e.V. 2006

Kleinkinder verunglücken hauptsächlich im Heim- und Freizeitbereich - Kinder im Schulalter verstärkt im Straßenverkehr.

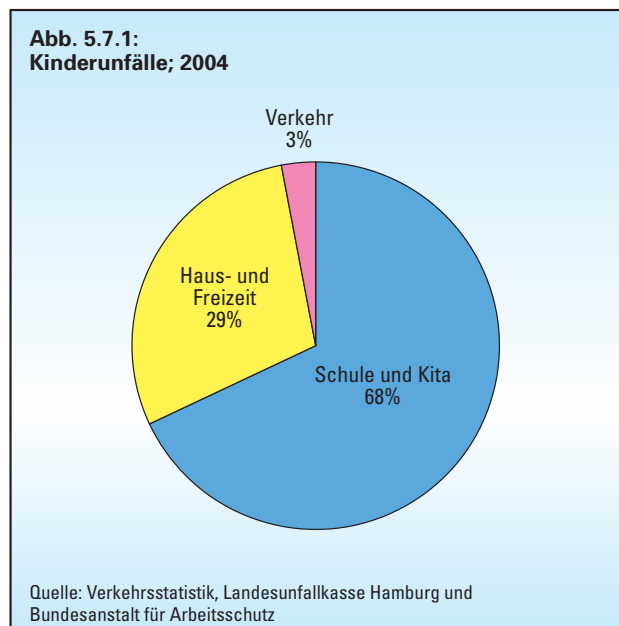
Im Säuglingsalter sind Kopfverletzungen, Ersticken, Verbrennungen und Vergiftungen die häufigsten Unfallfolgen. Bis zu einem Alter von 5 Jahren erleiden Kinder am häufigsten Schädel-Hirn-Verletzungen, Schädel- und Gehirnerschütterungen.

Enden Unfälle tödlich, sind Verkehrsunfälle, Erstickungen, Ertrinken und Stürze die häufigste Ursache bei Kindern bis 5 Jahren.

#### Wie ist die Situation in Hamburg?

Auf der Grundlage der Zahlen der gesetzlichen

Unfallversicherung für die Bereiche Kindertageseinrichtungen und Schulen, den Angaben der Polizei sowie geschätzter Zahlen für den Heim- und Freizeitbereich ereigneten sich in Hamburg 2004 ca. 35 Tsd. Kinderunfälle<sup>10</sup>. Auf Unfälle in Schulen, Kindertageseinrichtungen sowie Unfälle im Haus- und Freizeitbereich entfallen die größten Anteile (vgl. Abb. 5.7.1).



Seit 1998 bis zum Jahr 2005 starben in Hamburg 56 Kinder zwischen 1 und 14 Jahren an den Folgen von Verletzungen und Vergiftungen. Dies entspricht etwa einem Viertel aller Sterbefälle dieser Altersgruppe.

In Hamburger Krankenhäusern sind Verletzungen und Vergiftungen mit über 3 Tsd. Behandlungsfällen nach den Krankheiten des Atmungssystems der zweithäufigste Behandlungsanlass bei Kindern. Häufigste zu behandelnde Unfallfolgen in Krankenhäusern sind Gehirnerschütterungen, Brüche der Arme und Beine.

#### Kinderunfälle im Straßenverkehr

Im Straßenverkehr können Kinder aus Gründen mangelnder Aufmerksamkeit, noch nicht abgeschlossener Reifung ihrer Wahrnehmungsfunktionen, fehlender Erfahrung und zu geringer Kenntnisse der Straßenverkehrsregeln, aber auch unzulänglicher Ausstattung der Fortbewegungsmittel oder mangelnder Rücksichtnahme der Autofahrerinnen und -fahrer Unfallgefahren ausgesetzt sein.

Seit 1990 verunglücken jährlich zwischen 1.000 und 1.300 Kinder im Hamburger Straßenverkehr -

<sup>10</sup> Ohne Wegeunfälle

2005 waren es 958 (116 Schwerverletzte). Nicht immer sind Kinder durch einen Verkehrsunfall nur von kurierbaren Verletzungen betroffen - teilweise enden die Unfälle auch tödlich. Es gibt allerdings auch erfreuliche Entwicklungen:

### Tödlich verlaufende Verkehrsunfälle gehen in Hamburg deutlich zurück.

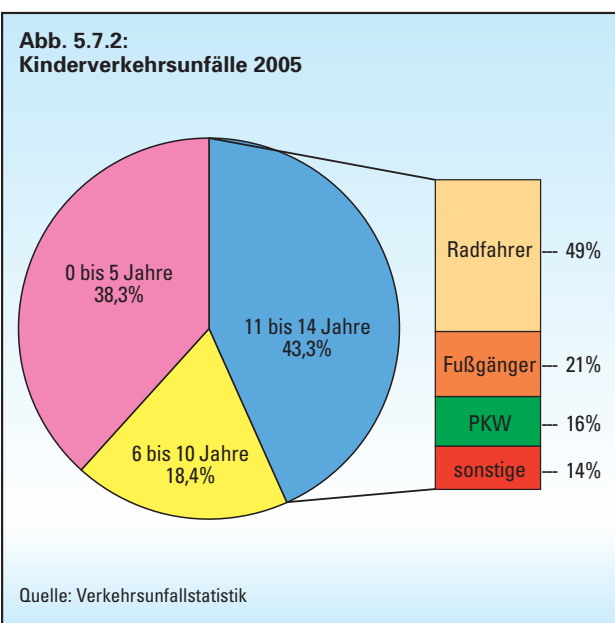
Die Zahl tödlich verlaufender Verkehrsunfälle bei Kindern sank in den einstelligen Bereich (Vergleich: Zwischen 1994 bis 1997 waren es 24 Unfälle; zwischen 2002 bis 2005 nur 2 Unfälle jeweils im Alter von unter 15 Jahren). Diese positive Entwicklung ist u. a. auf die erfolgreiche Präventionsarbeit im Bereich der Verkehrssicherheit und verbesserte medizinische Unfallversorgung zurückzuführen.

#### Fahradunfälle

Mit zunehmendem Alter erweitern Kinder ihren Aktionsraum und bewegen sich selbständiger. Dieses spiegelt sich auch in der Altersverteilung der Verkehrsunfälle wieder.

### Kinder ab dem sechsten Lebensjahr sind am häufigsten in Verkehrsunfälle verwickelt. Fahrradunfälle spielen dabei die größte Rolle.

Zwischen 1998 und 2005 waren in Hamburg jährlich durchschnittlich etwa 350 Fahrradunfälle bei Kindern zu verzeichnen - 2005 waren es 326. 11- bis



14-jährige Kinder sind am stärksten betroffen. Nahezu jedes zweite verunfallte Kind dieser Altersgruppe war mit einem Fahrrad unterwegs (Abb. 5.7.2).

#### Fußgängerunfälle

Wenn Kinder zu Fuß unterwegs sind, ist eine hohe Konzentration auf das Verkehrsgeschehen notwendig. Aber auch die weiteren Verkehrsteilnehmerinnen und -teilnehmer müssen bei Kindern mit unvorhersehbaren Reaktionen rechnen, die Unfälle verursachen können.

Als Fußgänger verunglückten zwischen 1998 und 2005 in Hamburg jährlich durchschnittlich etwa 300 Kinder - 2005 waren es 273. Für jüngere Kinder besteht ein erhöhtes Risiko (2005: 186 verunglückte Fußgänger unter 10 Jahre).

### Bis zu einem Alter von 10 Jahren ist für Kinder die Gefahr am größten, als Fußgänger einen Verkehrsunfall zu erleiden.

#### PKW-Unfälle

Zwischen 1998 und 2005 verunglückten jährlich durchschnittlich etwa 270 Hamburger Kinder als Mitfahrer in einem PKW - 2005 waren es 239. Gegenüber 1998 ist ein Rückgang von 15 Prozentpunkten zu verzeichnen.

Kinder bis zu einem Alter von 10 Jahren sind am häufigsten vom PKW-Unfällen betroffen.

#### Unfälle in Kindertagesstätten

Die meisten Kinderunfälle passieren beim Spielen und sich bewegen. Somit bleiben auch Kindertagesstätten (KiTa's) nicht von Kinderunfällen verschont.

2004 gab es in Hamburger KiTa's 2.523 Unfälle von Kindern im Alter zwischen 3 und 5 Jahren. Jungen sind deutlich häufiger betroffen als Mädchen.

Die meisten Unfälle in Kindertagesstätten sind glücklicherweise nicht schwerwiegend. In etwa der Hälfte der Fälle kommt es nur zu kleineren Beeinträchtigungen wie Platz- oder Schürfwunden, Beulen, Schwellungen, Quetschungen und Prellungen. Brüche und Gehirnerschütterungen sind eher selten.

#### Unfälle in der Schule

Ihrem Bewegungsdrang können Schulkinder im Sportunterricht, auf dem Schulgelände und in der Pause



nachkommen. In diesen Zusammenhängen, aber auch im Unterricht selbst kann es zu Unfällen kommen.

### Schulsportunfälle

2004 erlitten 7.788 unter 15-jährige Schulkinder einen Schulsportunfall. Seit 2000 (8.741 Fälle) ist ein leichter Abwärtstrend erkennbar.

Nach Alter und Geschlecht zeigen sich Unterschiede.

**Je älter Kinder werden, desto höher ist das Risiko, während der Schulzeit einen Unfall zu erleiden.**

80 Prozent der Unfälle erfolgen in einem Alter von 10 bis 14 Jahren. Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen.

### Pausenunfälle

Pausenunfälle passieren größtenteils auf dem Schulhof (67 Prozent), die restlichen Pausenunfälle verteilen sich auf die Flure und Treppen des Schulgebäudes.

2004 ereigneten sich 9.479 Pausenunfälle von Schulkindern unter 15 Jahren. Gegenüber dem Jahr 2001 (8.514) ist dies ein Anstieg um knapp über 11 Prozent. Jungen sind stärker betroffen als Mädchen.

„Hinfallen, über etwas fallen“ (18 Prozent), „von etwas getroffen werden“ (13 Prozent) und „sich stoßen“ (11 Prozent) sind die häufigsten Ursachen. Bei den Verletzungsfolgen dominieren Prellungen, Quetschungen sowie Stauchungen bzw. Verrenkungen. Immerhin nahezu 8 Prozent der Pausenunfälle enden mit Frakturen.

### Unterrichtsunfälle

Während des Unterrichtes erlitten 2004 insgesamt 1.299 Schulkinder unter 15 Jahre einen Unfall. Gegenüber 2001 ist ein erfreulicher Rückgang von 9 Prozent zu verbuchen.

„Von etwas getroffen werden“ (22 Prozent), „sich stoßen, angestoßen werden“ (16 Prozent) und „hinfallen, über etwas fallen“ (9 Prozent) sind die häufigsten Anlässe für Unfälle während des Unterrichtes.

Quetschungen (33 Prozent), Prellungen (14 Prozent) und Haut-, Sehnen oder Gelenkverletzungen

(14 Prozent) sowie Stauchungen, Verrenkungen (12 Prozent) sind die häufigsten Verletzungsfolgen.

### Wegeunfälle

Ist es Kindern möglich, den Weg zur Schule alleine zu bewältigen, ist ein großer Schritt zur Selbstständigkeit erfüllt. Diese erweiterte Mobilität führt sie aber auch in Gefahrensituationen, die Ursache für Wegeunfälle<sup>11</sup> sein können.

In Hamburg erlitten in den Jahren 2000 bis 2004 bis zu einem Alter von 15 Jahren durchschnittlich über 1.500 Kinder jährlich einen Unfall auf dem Weg zur Schule und KiTa - 2004 waren es 1.706.

### Unfälle in Heim und Freizeit

Die Datenlage zu Heim- und Freizeitunfällen von Kindern für Hamburg ist ungenügend. Der wesentlich Grund ist: Es gibt für die nicht tödlich verlaufenden Unfallverletzungen in Heim und Freizeit - im Gegensatz zu den Bereichen Beruf, KiTa's, Schule und Verkehr - in Deutschland keine gesetzliche Grundlage für eine statistische Erfassung.

Schätzungen sind über durchgeführte Repräsentativbefragungen deutscher Haushalte über die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin möglich. Nach dieser Quelle sind pro Jahr 4,6 Prozent der Kinder unter 15 Jahren von Heim- und Freizeitunfällen betroffen. Für Hamburg bedeutet dies eine geschätzte Zahl von über 10 Tsd. von Haus- und Freizeitunfällen betroffenen Kindern.

Die tödlich verlaufenden Heim- und Freizeitunfälle bei Kindern gingen in Hamburg zurück (1994 bis 1997: 12 Todesfälle; 2001 bis 2004: 7 Todesfälle).

Die Heim- und Freizeitunfälle ereignen sich im häuslichen Bereich (45 Prozent), beim Sport (35 Prozent) und in der Freizeit (20 Prozent). Jungen sind mit 61 Prozent deutlich öfter betroffen als Mädchen (39 Prozent).

Bei Kleinkindern unter zwei Jahren sind Verletzungen durch Verbrennungen die häufigsten Folgen. Von einem Sturz aus der Höhe beim Spielen sind insbesondere Kinder unter sechs Jahren betroffen.

<sup>11</sup> Wegeunfälle in diesem Zusammenhang sind Unfälle, die sich auf dem unmittelbaren Weg zu Schule oder KiTa's ereignen. Diese Unfälle sind in Teilen auch in der Statistik der Straßenverkehrsunfälle enthalten.

Stoßen an Gegenständen ist bei den älteren Kindern überdurchschnittlich häufig zu beobachten.

Die aufgezeigten Unfallursachen spiegeln sich auch in den Verletzungsarten wider. Kinder unter 6 Jahren erleiden am häufigsten offene Wunden, Prellungen und Schädel-Hirn-Traumata. Bei den älteren Kinder bis unter 15 Jahren sind Knochenbrüche, gefolgt von Prellungen, Verstauchungen und offenen Wunden häufig. Nicht wenige dieser Unfallfolgen sind schwerwiegender und müssen in Krankenhäusern behandelt werden.

**Heim- und Freizeitunfälle sind wegen ihrer Häufigkeit und den teils schwerwiegenden Folgen ein für die Prävention wichtiges Feld. Eine bedeutende Zielgruppe sind Säuglinge und Kleinkinder.**

### Prävention von Kinderunfällen

Kleinere, nicht folgenschwere Unfälle sind Teil der kindlichen Entwicklung. Sie können sogar lehrreich sein, sich zukünftig in ihrer Umwelt sicherer zu bewegen und zu verhalten. Übertriebene „Prävention“, im Sinne überfürsorglicher Eltern kann sogar kontraproduktiv für Entwicklung und motorische Fähigkeiten sein. Schwerwiegende Unfälle, mit beträchtlichen gesundheitlichen Folgen müssen jedoch verhütet werden. Dies ist die primäre Aufgabe zielgerichteter Prävention.

Unfallprävention muss den unterschiedlichen Zielgruppen, Unfallrisiken und Unfallfolgen Rechnung tragen.

In Hamburg bemühen sich verschiedene Institutionen um die Vermeidung von Kinderunfällen und eine Verhütung der Folgen. Zahlreiche Ansätze sind vorhanden und werden bereits erfolgreich praktiziert. Diese können nur beispielhaft und ohne Anspruch auf Vollständigkeit dargestellt werden.

### Verkehrsunfallprävention

Einen Schwerpunkt bei der Entwicklung des Gefahrenbewusstseins bei Kindern bildet die Einübung von sicherem Verkehrsverhalten. Die Landesunfallkasse Hamburg (LUK) fördert z. B. seit 2003 in Hamburger Schulen die Einrichtung von Fahrrad-Werkstätten. In mittlerweile 53 dieser Werkstätten wird Schulkindern die Bedeutung der Verkehrssicherheit am eigenen Fahrrad deutlich gemacht.

Die Behörde für Bildung und Sport (BBS) setzt durch unterschiedliche Module eine altersspezifische Verkehrsprävention u. a. in Kooperation mit der LUK in Schulen um. An dem 13. Schülerwettbewerb „Sicherheit zur Einschulung“ nahmen 2004 über 4 Tsd. Schulanfängerinnen und Schulanfänger teil. Ziel dieses Wettbewerbs ist die Vorbereitung der Grundschüler auf ein umsichtiges und regelbewusstes Verhalten.

Ein weiterer Ansatz ist die Radfahrausbildung mit fahrpraktischen Übungen im Straßenverkehr in den dritten und vierten Klassen in Zusammenarbeit mit der Polizei.

Auch die Aufmerksamkeit und die Rücksicht anderer Verkehrsteilnehmer gilt es zu schulen. Umgesetzt wird dieser Ansatz in Kooperation mit der LUK, Polizei, Behörde für Bildung und Sport und Verkehrswacht Hamburg durch die jährliche Verkehrssicherheitsaktion „Rücksicht auf Kinder...kommt an“. Während einer Informationswoche des Frühjahrs 2004 wurden 119 Informationsveranstaltungen in Schulen, Fußgängerzonen und Einkaufszentren sowie darüber hinaus auch verstärkte Verkehrskontrollen durchgeführt.

### Prävention von Unfällen in Kindertagesstätten und Schulen

Pädagogische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigen sich mit dem Thema „Unfälle und deren Prävention“ in Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, die u. a. von der LUK angeboten werden.

Wissensgewinne können auch durch so genannte Bewegungsbaustellen (zur Schulung des Gleichgewichtsgefühls und der Motorik) erzielt werden. Bewegungsbaustellen werden durch ein Expertenteam des Hamburger Forums Spielräume in Zusammenarbeit mit pädagogischen Einrichtungen begleitet. Träger der Maßnahmen ist der Fachbereich Sportwissenschaft der Universität Hamburg. Unterstützt wird dieser Ansatz u. a. durch die Behörde für Bildung und Sport (BBS) und auch der LUK und dem Hamburger Sportbund (HSB).

### Prävention von Heim- und Freizeitunfällen

Kinderunfälle im Heim- und Freizeitbereich zu vermeiden, ist wegen der vielfältigen Risiken, bestehender hohen Unfallzahlen sowie den in Teilen schwerwiegenden Folgen eine wichtige Aufgabe. Einige gesetzliche Krankenkassen bieten in diesem Zusammenhang Broschüren und Ratgeber über Kindersicherheit (z. B. Techniker Krankenkasse: „Vorsicht, jetzt komm ich“; Rat-

geber für Eltern) und Checklisten über Wohnungssicherheit an. Informationen über Unfallgefahren sind auch über das Deutsche Kuratorium für Sicherheit in Heim und Freizeit e. V. (DSH) (z. B. Aktion „Das sichere Haus“) zu erhalten.

Ein großer Anteil für die Planung und Umsetzung präventiver Maßnahmen gegen Kinderunfälle in Freizeit und Heim wird durch die „Bundesarbeitsgemeinschaft Kindersicherheit (BAG) Mehr Sicherheit für Kinder e.V.“ geleistet. Die Angebotspalette erstreckt sich von Kampagnen wie dem jährlichen „Kindersicherheitstag“ bis hin zum Aufklärungs- und Informationsprogrammen für Eltern und Einrichtungen.

Seit Februar 2006 werden Informationen und Expertenberatungen zu speziellen Sachthemen rund um das Thema Unfallverhütung bei Kindern über das Internet: [www.elternforum-kindersicherheit.de](http://www.elternforum-kindersicherheit.de) vorgehalten.

### Schlussfolgerungen - Empfehlungen

Im Bereich der Verkehrssicherheit gibt es in Hamburg ein umfassendes Angebot an präventiven Maßnahmen. Durch die Zusammenarbeit verschiedener Institutionen (Polizei Hamburg, die Landesunfallkasse Hamburg und die Behörde für Bildung und Sport) wurden bereits zahlreiche Präventionsansätze umgesetzt.

Auch für Kindergärten und Schulen gibt es bereits Angebote und Aktivitäten. In bestehenden und neuen Netzwerken sollten diese jedoch zielgerichtet ausgebaut werden, um die Wirkung zu stärken und weiter zu verbessern.

Maßnahmen zur Unfallvermeidung im Haus und während der Freizeit sind hingegen nur in Ansätzen vorhanden und müssen noch ausgebaut und verstärkt werden. Die Aufklärung über Gefahrenquellen, potenzielle Risiko- und Gefährdungsstellen im Haus-, Wohn- und Freizeitbereich sowie die Kompetenzförderung in Familien sollten dabei im Vordergrund stehen. Die Präventionspotenziale in Deutschland sind bei weitem nicht ausgeschöpft.

Vor diesem Hintergrund werden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- Kontinuierliche, bevölkerungsbezogene Beobachtung (Monitoring) und Analyse des Unfallgeschehens;
- Genaue Analyse der Gefahrenpotenziale in Abhängigkeit vom Alter, Geschlecht und Aktionsradius der Kinder;
- Besondere Berücksichtigung von Migrantenfamilien und ressourcenschwachen Familien;
- Spezielles Monitoring der tödlichen Kinderunfälle. **vgl. Ellsäßer 2006**

Zur Vertiefung einer bereits im November 2004 durchgeführten Veranstaltung haben die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG), die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) und die Landesunfallkasse Hamburg (LUK) im November des Jahres 2006 eine Fachtagung zur Prävention von Kinderunfällen durchgeführt. Diese Kooperation wird fortgesetzt.







### 5.8 Suchtmittelmissbrauch

Nicht wenige Menschen probieren im Laufe ihres Lebens Stimmungen, Befindlichkeiten und ihre Leistungsfähigkeit durch Suchtstoffe zu beeinflussen. Hierzu zählen neben den illegalen Drogen wie Cannabis, Kokain, Ecstasy und Amphetamine insbesondere die legalen Drogen Nikotin, Alkohol und Medikamente mit Suchtpotenzial.

Die gesundheitsbezogenen Folgen des Suchtmittelmissbrauchs sind erheblich:

Jährlich sterben in Deutschland etwa 110 Tsd. Menschen vorzeitig an den Folgen des Tabakkonsums, 40 Tsd. an Folgen schädlichen Alkoholkonsums und etwa 2 Tsd. in Folge illegalen Drogenmissbrauchs. Mehr als 2,6 Mio. Kinder und Jugendliche sind von der Alkoholstörung eines Elternteils betroffen (Klein 2003).

Die gesundheitsbezogenen Kosten des Tabak- und Alkoholkonsums in Deutschland werden auf nahezu 38 Mrd. Euro (17,3 Mrd. Euro Tabak- und 20,6 Mrd. Euro alkoholbedingt) geschätzt (DHS 2006)<sup>12</sup>.

Diese Zahlen sind alarmierend. Sie erfahren eine zusätzliche Dramatik, da nachweisbar bereits im Kindesalter erste Erfahrungen mit Suchtmitteln gemacht werden.

**Die Grundlagen für Suchtmittelmissbrauch werden im Kindes- und Jugendalter gelegt.**  
DHS 2006

Suchtmittelmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen ist besonders folgenschwer. Zum Einen ist der kindliche Organismus noch nicht vollends entwickelt und besonders anfällig, zum Anderen können die psychischen Anforderung im Kindesalter besonders hoch sein, da einige Umbrüche und Neuorientierungen zu bewältigen sind.

Nicht ohne Grund fordert § 33 der UN-Kinderrechtskonvention eine drogenfreie Kindheit:

**Kinder und Jugendliche haben das Recht, vor dem Konsum von Drogen, dem Einsatz bei der Herstellung und Verteilung dieser Stoffe geschützt zu werden.**

Der Senat der Freien und Hansestadt hat im Jahr 2005 im Rahmen des Regierungsprogramms „Hamburg im Aufwind - die Zukunft der wachsenden Stadt gestalten“ ein Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und Suchtmittelmissbrauchs bei Kindern und Jugendlichen verabschiedet, das dem Leitbild „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ folgt und vielfältige Maßnahmen vorsieht, mit denen dieses Ziel erreicht werden soll.

#### Bundesweite Erkenntnisse

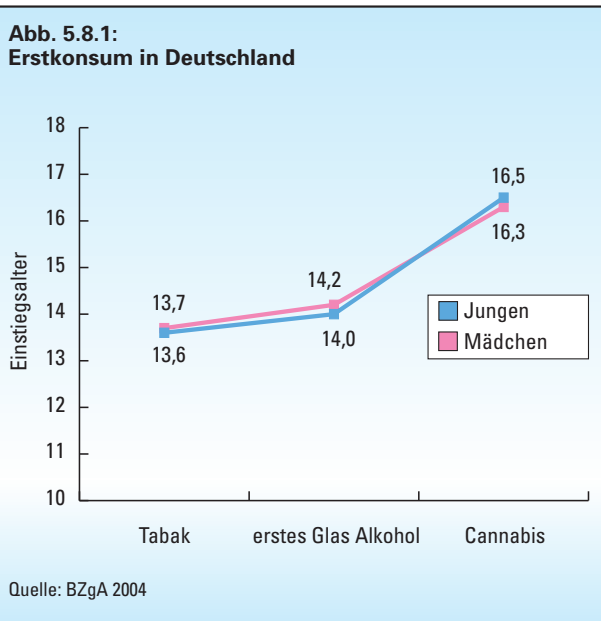
Zur Häufigkeit des Konsums von Suchtmitteln bei Kindern gibt es in Deutschland Erkenntnisse aus regelmäßig durchgeführten Befragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur „Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland“. Für diese Befragungen werden bundesweit etwa 3 Tsd. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren zu Konsumgewohnheiten und Motiven befragt.

Ein zentrales Ergebnis dieser Befragungen lautet:

**Kinder beginnen immer früher Suchtmittel zu konsumieren.**

Bereits im 14. Lebensjahr werden bei den 12- bis 25-Jährigen erste Drogen Erfahrungen gemacht. Tabak gilt weiterhin als „frühestes Suchtmittel“.

Das Durchschnittsalter für den so genannten Erstkonsum für einzelne Suchtstoffe veranschaulicht Abb. 5.8.1.



<sup>12</sup>Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm

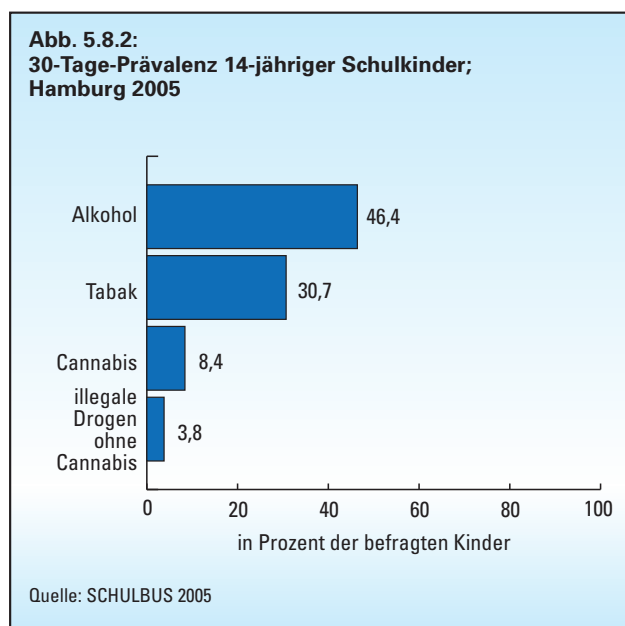
Weitere deutschlandweite Ergebnisse: Bis zu einem Alter von 15 Jahren haben 71 Prozent der Kinder in Deutschland bereits einmal in ihrem Leben Alkohol getrunken, 41 Prozent bereits geraucht und 7 Prozent mindestens einmal Cannabis probiert (BZgA 2004).

### Situation in Hamburg

Seit dem Jahr 2004 befragt das Büro für Suchtprävention der Landesstelle für Suchtfragen e.V. mit finanzieller Unterstützung der Behörde für Bildung und Sport (BBS) und der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) rund drei Tsd. Hamburger Schülerinnen und Schüler zwischen 14 und 18 Jahren zum Konsum von Drogen.

Im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen zeigt sich für Hamburg ein früherer Kontakt mit Suchtmitteln. Bereits mit durchschnittlich 12,6 Jahren werden erste Erfahrungen mit dem Rauchen gemacht, mit 12,9 Jahren erste Alkoholerfahrungen und mit durchschnittlich 14 Jahren wird erstmalig Cannabis probiert.

Um den aktuellen Konsum der Schülerinnen und Schüler beurteilen zu können, wurden sie gefragt, ob sie im letzten Monat Suchtmittel konsumiert haben. Abb. 5.8.2 veranschaulicht die hierzu ermittelte Konsumhäufigkeit in den letzten 30 Tagen (sog. 30-Tage-Prävalenz) bei den 14-jährigen Schulkindern.



Im Vergleich zu bundesweiten Ergebnissen wurden für Hamburg in erster Linie höhere Konsumanteile für Cannabis und sonstige illegale Drogen ermittelt. Diesbezüglich spielt mit Sicherheit das Großstadtphänomen eine Rolle - in großstädtischen Ballungsräumen ist die

Konsumbereitschaft erwiesenermaßen höher und die Verfügbarkeit besser als in ländlich geprägten Gebieten.

### Tabakkonsum in Hamburg

Beim Tabakkonsum lassen sich auch für Hamburg durchaus erfreuliche Entwicklungen aufzeigen:

#### Der Anteil rauchender Schülerinnen und Schüler ging leicht zurück.

Dies gibt Anlass zur Hoffnung, denn Rauchen im frühen Alter ist mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für regelmäßigen und verstärkten Konsum in Jugend- und frühem Erwachsenenalter verknüpft.

Rauchen in frühem Alter zu vermeiden, gilt somit als eine zentrale Präventionsaufgabe: Wird mit 10 Jahren begonnen, dann rauchen die heute 18-Jährigen durchschnittlich 11 Zigaretten - beginnt die „Rauchkarriere“ mit 16 Jahren sind es durchschnittlich fünf Zigaretten weniger pro Tag (vgl. Baumgärtner 2006, S. 35).

Ein bedenkliches Ergebnis ist: Obwohl der Gesetzgeber die Abgabe von Tabakwaren an unter 16-Jährige untersagt, haben fast zwei von drei der 14-jährigen Kinder (ca. 64 Prozent) in Hamburg bereits Probiererfahrung (in Deutschland 41 Prozent der 12- bis 15-Jährigen).

Insbesondere bei Mädchen gibt es mittlerweile eine vergleichsweise hohe Bereitschaft zu rauchen. 37,5 Prozent der Mädchen unter 16 Jahren gegenüber 31 Prozent der Jungen gaben an, im letzten Monat geraucht zu haben.

### Alkoholkonsum in Hamburg

Bereits mit unter 13 Jahren machen Kinder in Hamburg durchschnittlich ihre ersten Alkoholerfahrungen. Immerhin nahezu ein Viertel der Befragten gaben an, schon unter 12 Jahren erste einschlägige Erfahrung mit dem Trinken von Alkohol gemacht zu haben - bei den 14-Jährigen sind es schon drei Viertel.

Bei den 14-bis 15-Jährigen deutet sich ein Anstieg beim Konsum alkoholischer Getränke an. Dieser ist maßgeblich auf die Verbreiterung des Biersortiments - mehrere Sorten mit weniger herber Note und Einführung von Biermixgetränken - aber auch auf den Konsum von Alkopops zurückzuführen.

Riskanten Alkoholkonsum betreiben gemäß der Befragung aus dem Jahr 2005 neun Prozent der 14- bis 18-Jährigen in Hamburg.

### Konsum illegaler Drogen in Hamburg

Der Umgang mit illegalen Drogen ist gerade in jüngeren Altersgruppen durch den Konsum von Cannabisprodukten (Haschisch oder Marihuana) geprägt und steht in einem engen Verhältnis zur Intensität des Tabak- und Alkoholkonsums (vgl. Baumgärtner 2006, S. 46 f.).

**Kinder und Jugendliche, die vorher geraucht haben oder häufiger Alkohol getrunken haben, gelten als besonders gefährdet auch illegale Drogen zu sich zu nehmen.**

Bedenklich stimmt: Das durchschnittliche Einstiegsalter für den Erstkonsum von Cannabisprodukten scheint weiter zu sinken.

Nahezu jeder Vierte der befragten Kinder und Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren gab an, bereits mindestens ein mal Cannabis probiert zu haben - 7 Prozent der männlichen Schüler und 3 Prozent der weiblichen Schülerinnen betreiben einen riskanten Cannabiskonsum (Baumgärtner 2006, S. 45). Immerhin 8,4 Prozent der 14-Jährigen haben in den letzten 30 Tagen gekifft. Ähnlich wie beim Tabakkonsum lassen sich auch beim Kiffen Angleichungen zwischen den Geschlechtern feststellen.

Trotz der großen Bedeutung von Cannabis zeichnet sich für Hamburg ein zunehmender Einfluss der Partydrogen wie Ecstasy und Amphetamine ab.

### Bestehende Präventionsansätze

Bisherige Präventionsansätze zur Vermeidung von Suchtmittelkonsum und Suchtmittelmissbrauch bei Kindern setzen schwerpunktmäßig in der Schule an. Vorrangig für Grundschulen und für die Beobachtungsstufen wurden Maßnahmen entwickelt, die das Ziel verfolgen, dem Missbrauch legaler und illegaler Drogen unter Kindern und Jugendlichen entgegen zu wirken.

Zur Unterstützung der Schulen bei der Präventionsarbeit gibt es das Sucht-Präventions-Zentrum (SPZ). Es bietet Informationen und Fortbildungen für Schulleitungen und Lehrende, führt Informations- und Reflexionsgespräche mit Schulklassen, berät in Konfliktfällen und führt Elternveranstaltungen durch.

Das SPZ führt auch Fortbildungsveranstaltungen für Schülerinnen und Schüler durch, in denen diese im Rahmen eines „Youth-to-Youth-Projektes“ als so genannte „Peers“ dazu befähigt werden, kleine suchtpreventive Projekte an ihren Schulen zu organisieren und durchzuführen sowie als Ansprechpartnerin/Ansprechpartner ihrer Mitschüler zu den Themen Sucht und Drogen zur Verfügung zu stehen.

### Tabakprävention in Schulen

Suchtprävention in Hamburg soll stärker als in der Vergangenheit strukturell wirksame Maßnahmen einbeziehen; dazu gehört auch das generelle Rauchverbot an Schulen, das am 1. August 2005 in Kraft getreten ist. Über dieses Gesetz wird die Nichtraucherförderung bei Kindern und Jugendlichen unterstützt. Die Möglichkeiten, im Laufe eines Schultages zu rauchen, werden eingeschränkt - gleichzeitig wird ein Signal gesetzt, das Rauchen abzulehnen. Dem Missbrauch weiterer psychotroper Substanzen durch Schülerinnen und Schüler soll vorgebeugt werden. Das Rauchverbot in Schulen gilt auch für Lehrkräfte, nicht pädagogisches Personal, Eltern sowie Besucherinnen und Besucher.

Die Umsetzung des Rauchverbots liegt in der Verantwortung der Schulen vor Ort, die in Abstimmung mit den schulischen Gremien und den Eltern über die Gefahren des Tabakkonsums aufklären und Wettbewerbe zur Imageverbesserung des Nichtrauchens sowie Informationen über zielgruppengerechte Entwöhnungskurse mit Unterstützung des SPZ sowie dem Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung anbieten. So wird beispielsweise die jährlich durchgeführte europäische Wettbewerbskampagne schulischer Nichtraucherförderung „Be smart! Don't start“ verstärkt verbreitet.

Auch das UKE widmet sich der Tabakprävention und -entwöhnung bei Kindern und Jugendlichen. Bei dem Projekt „Prävention der Nikotinsucht bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg“ besteht das Ziel, Schülerinnen und Schüler der 5. bis 7. Klasse über die Folgen des Tabakkonsums im Rahmen von Informationsveranstaltungen aufzuklären. Bisher besuchten weit über 4.000 Schülerinnen und Schüler diese Anti-Raucher-Veranstaltungen des UKE.

### Alkoholprävention in Schulen

Mit dem Ziel, riskanten Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen zu verhindern, gibt es in Hamburg das Projekt „Sixpack“. Für das Projekt verantwortlich ist die Behörde für Soziales, Familie, Gesund-

heit und Verbraucherschutz (BSG) - das „Sixpack“-Angebot kann beim Büro für Suchtprävention abgerufen werden. Die einzelnen Bausteine des Projektes werden in Kooperation mit weiteren Institutionen und Präventionsfachkräften umgesetzt und richten sich an verschiedene Zielgruppen. Für Jugendliche gibt es medienpädagogische Praxisprojekte, in denen sie ihre Vorstellungen und Erwartungen zum Alkoholkonsum präsentieren können. Zur begleitenden Öffentlichkeitsarbeit steht eine fotografische Umfrage unter dem Titel „Bei Alkohol denke ich an ...“ bereit. Ebenfalls eingesetzt werden die im Projekt „Alkohol - Irgendwann ist der Spaß vorbei“ entwickelten Plakate und Info-Cards. Eine Fortbildung zum Thema Alkohol im Fernsehen richtet sich an Multiplikatoren; begleitend werden Aktionen, Ausstellungen und Informationen zum Thema Alkohol im Alltag und besonders im Fernsehen angeboten. Als Gesprächsanlass für Eltern und Erzieher wurde der Film „Trinkende Kids“ von der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) zusammen mit der damaligen Behörde für Soziales und Familie (BSF), dem SPZ der Behörde für Bildung und Sport sowie der ehemaligen Behörde für Wissenschaft und Gesundheit entwickelt. Das SPZ organisiert und moderiert in Zusammenarbeit mit der Elternkammer Hamburg, den Anonymen Alkoholikern, AlAnanon, den Guttemplern und der Guttempler Jugend unter dem Titel „Schulen gegen Sucht II: Trinkende Kids - Was tun?“ schulische Informations- und Gesprächsveranstaltungen für Eltern und Lehrkräfte.

### Prävention des Konsums illegaler Drogen in Schulen

„Bekifft in der Schule“ ist ein Projekt des SPZ und der Behörde für Bildung und Sport, das die an zahlreichen Schulen bestehende Unsicherheit der Lehrerinnen und Lehrern sowie der Eltern im Umgang mit Cannabis konsumierenden Kindern aufgreift. Die Schulen werden darin unterstützt, Probleme frühzeitig zu erkennen, angemessen darauf zu reagieren und Veränderungen einzuleiten. Jeweils ein Team, bestehend aus einer Fachkraft des SPZ und aus einer möglichst schulnahen Beratungsstelle begleitet teilnehmende Schulen für ein Jahr. Zu den Bausteinen des Projektes gehören die Entwicklung von Regeln und Interventionskonzepten hinsichtlich des Konsums von Cannabis und anderen Suchtmitteln, Informationsveranstaltungen und schulinternes Training zur Problemwahrnehmung und Gesprächsführung für schulisches Personal, Eltern und Schüler. Weitere Angebote sind die Hilfe beim Aufbau eines schulinternen Angebots „Minimale Intervention“, die Beratung und Betreuung schulinterner Projektgruppen sowie Einzelberatungen gefährdeter Schülerinnen und Schüler.

### Schlussfolgerungen - Empfehlungen

Trotz aller intensiver Bemühungen und nachgewiesener Erfolge ist unter Hamburger Kindern und Jugendlichen Suchtmittelkonsum und sogar Suchtmittelmissbrauch in Besorgnis erregender Weise verbreitet.

**Je früher in den Suchtmittelkonsum eingestiegen wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, eine Abhängigkeit zu entwickeln.**

Neben bedeutsamen gesundheitlichen Auswirkungen gehen besonders Kinder und Jugendliche Risiken ein, die auch langfristige persönlichkeitsbildende und soziale Folgen haben können. Schulversagen, Ausbildungsabbruch oder Kontakt- und Beziehungsstörungen sind mögliche Auswirkungen. Weitere Folgen des Suchtmittelmissbrauchs sind unmittelbarer wirksam: Unfälle, Verletzungen und Gewalt.

Trotz dieser Risiken herrscht in weiten Teilen der Gesellschaft eine widersprüchliche oder gleichgültige Haltung zum Suchtmittelkonsum - auch bei Kindern und Jugendlichen - vor. Insbesondere suchgefährdete Kinder und Jugendliche sollten durch Prävention und Suchtberatung in noch höherem Maße angesprochen werden.

Mit dem Konzept zur Suchtprävention und Frühintervention bei Suchtmittelkonsum und Suchtmittelmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen hat der Senat der Freien und Hansestadt Hamburg eine Reihe von Festlegungen getroffen, die es nun umzusetzen gilt. Diese sind darauf ausgerichtet, die Gesellschaft insgesamt und insbesondere die Familien, die Schulen und die Jugendhilfe anzusprechen. Ziel ist es, ein Klima zu entwickeln, in dem der Konsum von Suchtmitteln durch Kinder und Jugendliche abgelehnt wird. Frühzeitiger und übermäßiger Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen soll verhindert werden.

Das Konzept zur Suchtprävention sieht zahlreiche Ziele und Maßnahmen vor, über die eine Trendumkehr befördert und erreicht werden soll. Die wichtigsten Ansätze sind:

- Unter Federführung der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) wird eine verbindliche und abgestimmte behördenübergreifende Steuerung der Suchtprävention geleistet. Die Koordinierung aller Maßnahmen wird in den bestehenden Gremien der Behörden sowie der



- Anbieter von Suchtpräventionsmaßnahmen sichergestellt;
- Um die Qualität der indizierten Suchtprävention (also der individuellen Arbeit mit suchtfährdeten Kindern und Jugendlichen) zu verbessern und praxisorientierte Forschung zu gewährleisten, wurde das „Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters“ am UKE eingerichtet und ressortübergreifend gefördert;
  - Die Ansprache der Öffentlichkeit wurde und wird weiterhin verstärkt, um ein gesellschaftliches Klima gegen den Konsum von Suchtmitteln durch Kinder und gegen einen altersverfrühten und riskanten Konsum bei Jugendlichen zu fördern. Eltern, Angehörige sowie Fachkräfte der Jugendarbeit werden durch Information, Fortbildung und Praxisbegleitung unterstützt;
  - Um suchtfährdete Jugendliche zukünftig besser zu erreichen, werden in Kooperation zwischen der Jugendhilfe und der Suchthilfe regionale Angebote der Suchtberatung zur Verfügung gestellt. Weitere regionale Suchtberatungsangebote für Jugendliche können Ende 2006 eröffnet werden;
  - Risikogruppen (hierzu zählen insbesondere Kinder aus suchtblasteten Familien) werden gezielt und in ihrem Sozialraum mit spezifischen Maßnahmen der Suchtprävention und Suchthilfe angesprochen;
  - An den Schnittstellen zwischen Jugendhilfe, Schule und Suchthilfe wird die fallbezogene Kooperation so gestaltet, dass Brüche in den Hilfeleistungen für Kinder und Jugendliche künftig vermieden werden;
  - Die Regelungen des Jugendschutzgesetzes sind wieder in das Bewusstsein der Öffentlichkeit und der verantwortlichen Stellen gerückt worden - weitere Kampagnen und Maßnahmen werden dies noch unterstützen;
  - Das gesetzlich verankerte Rauchverbot an Hamburger Schulen setzt ein deutliches Signal für das Nichtrauchen und beugt dem Missbrauch weiterer Suchtmittel vor;
  - In Hamburger Kindertagesstätten darf ab jetzt nicht mehr geraucht werden. Dabei steht - abgesehen von der gelebten Vorbildfunktion der Erzieherinnen und Erzieher - der Nichtraucherschutz im Vordergrund.





## 6. Schlussfolgerungen und Bilanz

Vor dem Hintergrund eines gut ausgebauten, großstädtischen Versorgungssystems in Hamburg, mit zahlreichen Spezialangeboten auch für Kinder, die insbesondere die Metropolfunktion Hamburgs im Medizinbereich begründen und bestätigen, gilt es zu fragen: Wie ist es nun um die Gesundheit von Kindern bestellt? In der Fachliteratur werden einerseits die positiven Entwicklungen bei dem Rückgang der Sterblichkeit und bei den eher traditionellen akuten und somatischen Kinderkrankheiten hervorgehoben - auf der anderen Seite wird jedoch die Verschiebung des Krankheitspektrums zu chronischen und psychischen Erkrankungen beklagt. Diese Verschiebung wird von Expertinnen und Experten mit der Begriffsfolge „Neue Morbidität“ umschrieben (vgl. u. a. Schlack 2004).

Analysen, wie sich die Gesundheit von Kindern entwickelt hat bzw. entwickeln wird, sind erschwert, weil nur für Teilbereiche Daten und Informationen vorliegen. Eine Verbesserung der Datenlage insbesondere auf Bundesebene wird sich durch weitere Ergebnisse des vom Robert-Koch-Institutes (RKI) durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) ergeben.

Glaubt man bisher vorliegenden Analysen namhafter Expertinnen und Experten ist die Gesundheit von Kindern eher schlecht:

**„Die gesundheitliche Situation der jungen Generation gibt Anlass zur Unruhe. Nur vordergründig handelt es sich bei der jüngeren Bevölkerungsgruppe um die gesündeste, bei genauerem Hinsehen lassen sich erhebliche Defizite im Gesundheitszustand feststellen“**  
Hurrelmann et. al. 2003

Wir haben die uns vorliegenden Daten und Informationen für Hamburg daraufhin analysiert und bewertet.

In der Zusammenfassung stützen wir uns wesentlich auf drei Leitfragen: (1) Welche Bedeutung hat die „Neue Morbidität“? (2) Wie ist der Ist-Zustand und welche positiven und negativen Entwicklungen lassen sich feststellen? und (3) welche positiven Beispiele, Ideen und Ansätze sollten weiter verfolgt werden, um die Gesundheit bei Kindern zu verbessern?

## Gibt es die von einigen Fachleuten beschriebene „Neue Morbidität“ bei Kindern?

Eine Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen lässt sich bundesweit und für Hamburg wegen teils fehlender Daten, unzureichenden Informationen zu zeitlichen Entwicklungen nur in Teilbereichen nachweisen.

Dennoch gibt es auch für Hamburg differenzierende Erkenntnisse:

Die Zunahme beim Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) bei Kindern gilt als gesichert und deckt sich mit bundesweiten Ergebnissen.

Ebenso angestiegen sind bestimmte allergische Erkrankungen wie Asthma und Heuschnupfen. Insbesondere die Zahl asthmakranker Kinder nimmt zu und gilt unter Medizinerinnen und Medizinern mittlerweile als häufigste chronische Erkrankung bei Kindern mit weit reichenden Folgen für die Lebensqualität.

**„Asthma ist die häufigste chronische Erkrankung des Kindesalters“**  
Dr. Neumann; Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinderärzte

Eine Zunahme scheint es auch bei den rheumatischen Erkrankungen und Diabetes mellitus Typ I und II (vgl. RKI 2004) zu geben.

Inwieweit Kinder heute häufiger psychisch krank sind als vor 10 oder 20 Jahren, ist mangels vergleichbarer bundesweiter Studien nicht verlässlich nachweisbar (RKI 2004, S. 123).

Zusammenfassend ist auch für Hamburger Kinder die besondere Bedeutung chronischer und psychischer Erkrankungen hervorzuheben.

Da jedoch die zeitlichen Entwicklungen nur bedingt nachzuzeichnen sind, bestimmte Veränderungen in Teilbereichen möglicherweise auch auf verbesserte diagnostische Möglichkeiten zurückzuführen sind, ist es zumindest fragwürdig, ob tatsächlich von einer „Neuen Morbidität“ bei Kindern zu sprechen ist. Entscheidend ist jedoch, die besonderen gesundheitsbezogenen Problemlagen von Kindern zu erkennen und mit geeigneten Maßnahmen und Aktivitäten darauf zu reagieren.

### Wie ist es um die Gesundheit der Kinder in Hamburg bestellt und wie hat sie sich verändert?

In keiner Gesellschaft, Region oder Zielgruppe ist das Ideal der absoluten Beschwerdefreiheit und Krankheitsabwesenheit erreichbar. Um die gesundheitliche Lage einer Bevölkerungsgruppe bewerten zu können, müssen u. a. Kriterien wie die bevölkerungsmedizinische Bedeutung, Möglichkeiten der Verhütung und Vermeidung von Störungen und Krankheiten, die Kosten für das Gesundheitssystem und der persönliche Leidensdruck herangezogen werden. Darüber hinaus müssen die zeitliche Entwicklung, das bestehende Hilfesystem und neu eingeleitete Maßnahmen und Handlungsansätze berücksichtigt werden. Eine Bilanz wird letztlich immer sowohl positive als auch von negative Sachverhalte aufführen.

#### Positive Entwicklungen und Erfolgsmodelle

Oben genannten Kriterien folgend, sind zunächst einmal die positiven Entwicklungen bei der Kindergesundheit (1 bis 14 Jahre) hervorzuheben:

- Die Kindersterblichkeit ist in Hamburg wie auch in anderen Gebieten Deutschlands zurückgegangen;
- Bei den Impfungen zeigen sich auch in Hamburg in Teilbereichen Verbesserungen beim Impfschutz;
- Die Zahngesundheit hat sich erheblich verbessert;
- Die staatlichen Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen werden erheblich ausgebaut (KiBeG, Schulgesetz) und die Teilnahmequoten bei den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 steigen.

Welche Faktoren haben zu diesen Erfolgen beigetragen?

Der Fortschritt bei der Kindersterblichkeit wird im wesentlichen auf eine verbesserte medizinische Versorgung zurück geführt. Die Verbesserungen bei der Zahngesundheit hingegen wurden maßgeblich durch die gute Zusammenarbeit und Vernetzung der Schulzahnärztinnen und Schulzahnärzte mit den niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten erzielt. Mit Unterstützung und regelhafter Koordination der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege in Hamburg e.V. (LAJH) wurden die Aktivitäten zielgerichtet auf Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko ausgerichtet.

Darüber hinaus spielen folgende weitere Faktoren eine Rolle: wirksame Interventionen, eine Lebenswelt (z. B. Schule), in der die Zielgruppe erreicht wird, Evaluation sowie gesicherte Finanzierung.

Das Muster der Erfolgsfaktoren bei den Impfungen ist ähnlich: Eine geregelte Zusammenarbeit und Vernetzung der Akteure, klar formulierte Ziele, eine gesicherte Finanzierung sowie wirksame Interventionen (Aufklärung und Schließen von Impflücken).

#### Bereiche mit Handlungsbedarf

Es gibt mit Blick auf die Daten und Informationen und den daraus abgeleiteten Erkenntnissen auch Bereiche der Kindergesundheit in Hamburg, die größere Handlungsbedarfe erkennen lassen:

- Bei zahlreichen Kindern (insbesondere aus Familien mit einer impfkritischen Haltung) fehlt die zweite Impfung für den vollständigen Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln. Dies birgt die Gefahr von Krankheitsausbrüchen;
- Die Teilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U7 bis U9 liegt in einigen Regionen Hamburgs deutlich unter dem Durchschnitt. Kinder nichtdeutscher Eltern nehmen die Untersuchungen weniger wahr;
- Von Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) sind immer mehr, insbesondere nichtdeutsche Kinder und Kinder aus ressourcenschwächeren Stadtgebieten betroffen;
- Schulärztinnen und Schulärzten stellen häufiger Entwicklungsstörungen fest, insbesondere bei der Sprachentwicklung und der Motorik;
- Es gibt eine Zunahme chronischer Erkrankungen, insbesondere bei Asthma und Heuschnupfen; von besonderer gesundheitlicher Bedeutung ist dabei das Asthma;
- Es wird von einer Zunahme von Befindlichkeitsstörungen und psychischen Erkrankungen berichtet. Die Datenlage zu dieser Entwicklung ist jedoch eher unbefriedigend;
- Kinderunfälle mit gesundheitlichen Folgen in Heim und Freizeit, in Kita's und Schulen haben eine große Bedeutung;
- Suchtmittelkonsum und sogar Suchtmittelmissbrauch sind unter Kindern und Jugendlichen in Besorgnis erregender Weise verbreitet.

#### Präventionsansätze in Lebenswelten

Die beschriebenen Gesundheitsprobleme bei Kindern sind nicht allein nur durch eine klassische medizinische Ursachenforschung erklär- bzw. durch medizinische Interventionen behandelbar. Daneben haben Schutzfaktoren für Gesundheit eine wichtige Bedeutung wie



- das Gesundheitsverhalten der Familien,
- die Gesundheitskompetenz der Eltern und ihrer Kinder,
- die Gesundheitskompetenz und das Engagement von Verwandten und Nachbarn sowie die Gesundheitskompetenz, das Engagement und die Zusammenarbeit von Lehrerinnen und Lehrern, Kinderärztinnen und Kinderärzten, Erzieherinnen und Erziehern, Hebammen aber auch die
- gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelten wie das Wohnumfeld, Kindertagesstätten und Schulen.

Gerade bei Kindern prägen Lebenswelten, Alltagsroutinen und Bezugspersonen die gesundheitliche Entwicklung. Familie und Freunde, Kindertageseinrichtungen und Schule haben maßgeblichen Einfluss auf das Wohlbefinden und die so genannte „Soziale Gesundheit“ (vgl. Hurrelmann et. al. 2003). Diese wiederum beeinflussen in entscheidendem Maße die psychische und auch körperliche Gesundheit von Kindern. So wichtig die medizinische Betreuung und Versorgung von Kindern auch ist, mindestens genauso wichtig sind soziale Unterstützungsstrukturen, die die Gesundheitskompetenz und das Wohlbefinden der Kinder fördern.

### Familie

Eine ganz entscheidende, weil für die frühkindliche Entwicklung und Betreuung der Kinder elementare Bedeutung besitzt in diesem Zusammenhang die Familie.

**„Die Familie ist der früheste und aussichtsreichste Ort für die Prägung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen.“**

Wegner 2005

Damit die Familie tatsächlich die „Gesundheitsumwelt“ der Kinder sein kann, sind die notwendigen gesundheitsförderlichen Einstellungen und Verhaltensmuster insbesondere an Eltern mit besonderem Unterstützungsbedarf zu vermitteln.

### Kindertageseinrichtungen

Hohe Bedeutung besitzen auch die Betreuungs- und Bildungseinrichtungen.

Für viele Kinder sind Kindergärten und Kindertageseinrichtungen eine wichtige Station, in der Grundlagen für Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein gelegt werden müssen.

**„Die Tageseinrichtung für Kinder bietet als familienergänzende Einrichtung zur Betreuung und Erziehung von Kindern besonders geeignete Voraussetzungen für eine frühzeitige, altersgerechte Prävention und eine Prägung und Stabilisierung gesundheitsrelevanten Verhaltens.“**

Richter/Utermark 2004

Es gibt bereits einige gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten zur Sucht- und Gewaltprävention, Bewegungsförderung, Ernährungserziehung, Sprachförderung in Kindergärten und Kindertageseinrichtungen. Diese sind jedoch zumeist projektbezogene und damit zeitlich begrenzte Einzelaktivitäten. Die bestehenden Ansätze zu verstetigen und zu verbreiten ist eine wichtige Aufgabe. Eine wesentliche Grundlage hierfür sind die Ende des Jahres 2005 verabschiedeten Hamburger Bildungsempfehlungen für die Bildung und Erziehung von Kindern in Kindertageseinrichtungen (vgl. auch Kap. 5.3). In dem umschriebenen Bildungsbereich „Körper, Bewegung und Gesundheit“ werden neben der Vermittlung sozialer Kompetenzen auch Ziele formuliert, die die gesunde Ernährung und gesundheitsförderliche Bewegung betreffen.

Ein wichtiger Schritt besonders mit Bezug auf Entwicklungsauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen wird durch die nach dem Kinderbetreuungsgesetz geplanten Untersuchungen in Kindergärten und Kindertageseinrichtungen erfolgen.

### Schule

Schule hat einen belegbaren Effekt auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das Gesundheitsverhalten von Kindern. Untersuchungen zeigen: Je positiver Schule und das Schulumfeld wahrgenommen werden, desto weniger psychosomatische Beschwerden treten auf. Schule muss aber auch als Wissensvermittler für Gesundheit positiv genutzt werden.

**„Wie keine andere Institution bietet die Schule den Zugang zu fast allen Kindern und Jugendlichen, sie strukturiert und bestimmt einen relevanten Teil ihrer Lebenszusammenhänge und ist daher gut geeignet, Kindern gesundheitliche Kompetenzen zu vermitteln.“**

Hurrelmann 2001

Bezogen auf die beschriebenen Problemfelder kann dies bedeuten: Die Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, die Vermeidung von Übergewicht und Kinderunfällen sowie die Stärkung von Gesundheitskompetenzen und Gesundheitswissen im allgemeinen sollten bei der Planung und Umsetzung von Bildungsrichtlinien und Lehrplänen der Schulen berücksichtigt werden.

#### Schwerpunktbereiche und Handlungsansätze

Erfolg versprechende Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen sind:

- Die Gesundheitskompetenz von Kindern und die Gesundheits- und Erziehungskompetenzen von Eltern und anderer Bezugspersonen der Kinder sind alltagsnah zu stärken;
- Gesundheitsbezogene Probleme müssen früh erkannt (Früherkennung) und Förderung bzw. Therapie müssen frühzeitig eingeleitet werden;
- An den Problemen ausgerichtete lebenswelt- und zielgruppenbezogene Ansätze sind zu entwickeln bzw. zu verstetigen;
- Die Wirksamkeit der Ansätze ist soweit wie möglich zu überprüfen und zu bewerten (Evaluation);
- Überall dort, wo medizinische und lebensweltbezogene Ansätze sinnvoll sind, müssen integrative Ansätze entwickelt und umgesetzt werden. Insbesondere die Zusammenarbeit zwischen Kinderärztinnen und Kinderärzten mit Kindertagesstätten ist zu verbessern;
- Kinder- und Jugendhilfe, der Bildungsbereich und gesundheitsbezogene Hilfen sind durch verbindliche Kooperationsstrukturen besser miteinander zu verzahnen;
- Gesundheitskompetenzen insbesondere bei besonders belasteten Familien und Zuwanderfamilien sind durch zielgruppenspezifische Angebote der Familienbildung, -förderung und -unterstützung zu stärken. Dazu gehört auch, Zugangswege und -möglichkeiten zu erleichtern.

Vom Senat und verantwortlichen Gesundheitsakteuren wurden bereits wichtige Weichenstellungen vorgenommen.

Das erfolgreiche Konzept der zielgerichteten auf Zielgruppen und Lebenswelten ausgerichteten Handlungsansätze wird zur Zeit im Bereich der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen oder auch der Suchtprävention praktiziert.

Mit dem Ziel einer verbesserten Prävention von Kinderunfällen in Hamburg wird zusammen mit verantwortlichen Akteuren nach erfolgreichen neuen Strategien gesucht.

Das Themenfeld psychische Gesundheit gilt als besonderes Zielfeld mehrerer bereits bestehender und geplanter Aktivitäten (u. a. Aufklärungsarbeit in Schulen und Fortbildung von Multiplikatoren).

Um zu Ansatzpunkten für die verbesserte Früherkennung und Behandlungen von Entwicklungsstörungen zu kommen, wird die BSG eine Befragung von Kinderärztinnen und Kinderärzten durchführen. Die Ergebnisse sollen auch in die Neugestaltung des Hilfesystems einfließen.

Ansätze zur besseren Wahrnehmung von Masern-, Mumps und Rötelnimpfungen werden entwickelt.

Die Gesundheitsberichterstattung wird die zukünftigen Entwicklungen der gesundheitlichen Lage auf der Grundlage neuer Erkenntnisse, Daten und Informationen u. a. in Bilanzberichten beschreiben.









- Angold, A., Costello, E. J. 1995: Developmental epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, 17(1), S. 74-82.
- Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) 2004: Leitlinien. Verabschiedet auf der Konsensus-Konferenz der AGA am 10.09.04.
- BAG 2006: Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e. V. <http://www.kindersicherheit.de/>.
- Barkmann, C., Schulte-Markwort, M. 2004: Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis*, 6(31), S. 278-287.
- Baumgärtner, T. 2006: Epidemiologie des Drogengebrauchs bei Jugendlichen und Heranwachsenden in Hamburg 2005. Zusammenfassender Basisbericht der Schüler- und Lehrerbefragungen zum Umgang mit Suchtmittel. Hrsg. Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V. Hamburg.
- Bergmann, R. L., Bergmann, K. E., Lau-Schadensdorfer S. et al. 1994: Atopic diseases in infancy. The German multicenter atopic study (MAS-90). *Pediatr. Allerg. Immunol.* 5 (Suppl.), S. 19-25.
- Bundesärztekammer 2001: Verletzungen und deren Folgen - Prävention als ärztliche Aufgabe. Köln.
- Bundesverband der Unfallkassen 2005: Statistik-Info zum Unfallgeschehen 2004. Statistikreihe des Fachbereiches Statistik und Epidemiologie. München. 2005; S. 20.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2004: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ([www.BZgA.de](http://www.BZgA.de)): Chronische Erkrankungen im Kindesalter. Ein gemeinsames Thema von Elternhaus, Kindertagesstätte und Schule.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2005: Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Köln.
- Costello, E. J., Costello, A., Edelbrock, C., Burns, B., Dulcan, M., Brent, D. & Janiszewski, S. 1988: Psychiatric Disorders in Pediatric Primary Care. Prevalence and Risk Factors. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), S. 1107-1116.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) 2006; Im Internet zu finden unter: [www.dhs.de/](http://www.dhs.de/).
- Dordel, S., Dr. Kunz, T. 2005: Bewegung und Kinderunfälle. Chancen motorischer Förderung zur Prävention von Kinderunfällen. Im Auftrag der BAG. Bonn.
- Egle, U. T., Hoffmann, S. O., Steffens, M. 1997: Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung. *Nervenarzt*, 68(9), S. 683-695.
- Ellsäßer, G. 2006: Epidemiologische Analyse von Unfällen bei Kindern in Deutschland – Ausgangspunkt für die Unfallprävention. In: *Gesundheitswesen* 2006; 68; S. 421-428.
- Esser, G., Schmidt, M. H., Blanz, B., Fätkenheuer, A., Fritz, A., Koppe, T. et al. 1992: Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse einer prospektiven epidemiologischen Längsschnittstudie von 8-18 Jahren. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 20(4), S. 232-242. Göttingen: Hogrefe.
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) 2004: Familien stärken - Kooperationen fördern. Bündnisse für die Mütterberatung.
- Hurrelmann, K. 2001: Gesundheitssituation von Kindern und Jugendlichen: Konsequenzen für die Gesundheitsförderung; Die BKK 9/2001.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. 2003: WHO-Jugendgesundheitsurvey - Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland. In: *Erziehungswissenschaft*. 18. Jg., Heft 27. S. 79-108.
- Ihle, W., Esser, G. 2002: Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53(4), S. 159-169.
- Klein, M. 2003: Kinder drogenabhängiger Eltern. Fakten, Hintergründe, Perspektiven. *Report Psychologie*; 28 (2003), S. 358-371.
- Knölker, U. 2003: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie systematisch. Bremen: Uni-Med.
- Petermann, F. 2002: Grundbegriffe und Trends der klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie. In: Petermann, F. (Hrsg.) (2000). *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe; S. 10-26.
- Petermann, F. 2005: Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 14(1), S. 48-57.
- Renschmidt, H., Walter, R. 1990: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern.

- Richter, A., Utermark, K. 2004: Gesund in allen Lebenslagen. Recherche zu Modellen und Konzepten einer settingbezogenen Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder. Hannover.
- Robert-Koch-Institut (RKI) 2004: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin 2004.
- Robert-Koch-Institut 2004: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht d. Gesundheitsberichterstattung d. Bundes. Berlin.
- Robert-Koch-Institut (RKI) 2006: Epidemiologisches Bulletin Nr 13.
- Roberts, R. E., Attkisson, C. C., Rosenblatt, A. 1998: Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155(6), S. 715-725.
- Schlack, H. G. 2004: Neue Morbidität im Kindesalter - Aufgaben für die Sozialpädiatrie; In: *Kinderärztliche Praxis* (2004) Nr. 5; Kirchheim Verlag Mainz.
- Schmidtchen, S. 2001: *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Walther, J. 1990: Genetik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis d. Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 39(2), S. 45-51.
- Wegner, R. E. 2005: Aufgaben des ÖGD im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheit; In: *Bundesgesundheitsbl.: Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 10-2005; S. 1103ff.
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B., Lachner, G. 1998: Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psych. Med.*, 28(1), S. 109-126.



Gesundheit!

