LANDRATSAMT RHEIN-NECKAR-KREIS
- GESUNDHEITSAMT -

Zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern im Rhein-Neckar-Kreis

Heidelberg 2009

Impressum

Herausgeber

Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis - Gesundheitsamt
in Abstimmung mit dem Sozialdezernat

Autorin

Regina Berger-Schmitt

Unter Mitwirkung von

Dr. Britta Raue, Referat Kinder- und Jugendgesundheit
Rainer Steen, Referat Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung

Datenstand 15.09.2009

Kontakt

Regina Berger-Schmitt
Referat Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung
Telefon 06221 522-1893
Telefax 06221 522-91893
E-Mail: Regina.Berger-Schmitt@rhein-neckar-kreis.de

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort 1

Einleitung 3

1 RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE GESUNDHEIT 5

1.1 Demographische Rahmenbedingungen 5

1.1.1 Entwicklung der Zahl der Kinder 5

1.1.2 Entwicklung der Lebensformen von Kindern 12

1.2 Ökonomische Lage von Kindern und ihren Familien 16

1.2.1 Einkommen und Wohlstand 16

1.2.2 Armut und Arbeitslosigkeit 18

1.3 Erwerbstätigkeit und Kinderbetreuung 22

1.3.1 Erwerbstätigkeit von Müttern 22

1.3.2 Angebote der Kinderbetreuung 23

1.3.3 Inanspruchnahme außerfamiliärer Kinderbetreuung in verschiedenen Bevölkerungsgruppen 32

1.4 Schulsituation 35

1.4.1 Schuleintritt und Schularten 35

1.4.2 Lernbedingungen, Schulerfolg und Wohlbefinden in der Grundschule 38

1.4.3 Übergänge in weiterführende Schulen 40

1.4.4 Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf 43

1.5 Wohnverhältnisse, Qualität des Wohnumfeldes und Verkehrssituation 45

1.5.1 Wohnraumversorgung 45

1.5.2 Bedingungen für Bewegung, Spiel und Sport 47

1.5.2.1 Erholungs- und Waldflächen 48

1.5.2.2 Kinderspielplätze 48

1.5.2.3 Sporteinrichtungen und Vereine 49

1.5.3 Verkehrssituation 52

1.5.3.1 Öffentlicher Personennahverkehr 53

1.5.3.2 Bestand an Personenkraftwagen und Verkehrsbelastung 55

1.5.4 Umweltbelastungen 56

1.6 Einrichtungen und Angebote der Gesundheitsversorgung und -vorsorge 60

1.6.1 Ambulante Versorgung mit Kinderärzten 60

1.6.2 Kinderkliniken und pädiatrische Abteilungen 61

1.6.3 Angebote bei psychosozialen Beeinträchtigungen der Gesundheit 61

1.6.4 Angebote der Frühförderung 65

1.6.4.1 Frühförderstellen 66

1.6.4.2 Medizinisch-therapeutische Fachkräfte 67

1.6.5 Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und weiterer Ämter des Rhein-Neckar-Kreises 70

1.6.5.1 Referat Kinder- und Jugendgesundheit 71

1.6.5.2 Referat Gesundheitsförderung 72

1.6.5.3 Referat Sozialmedizin und Psychiatrie 75

1.6.5.4 Referat Gesundheitsschutz 75

1.6.5.5 Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit 76

1.6.5.6 Schulpsychologische Beratungsstelle 76

1.6.5.7 Amt für Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung 77

1.6.5.8. Jugendamt 77

2 GESUNDHEITSRELEVANTES VERHALTEN UND PRÄVENTION 78

2.1 Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen 78

2.2 Teilnahme an Schutzimpfungen 80

2.2.1 Entwicklung der Durchimpfungsraten der Schulanfänger im Rhein-Neckar-Kreis 81

2.2.2 Impfstatus von Schülern der 6. Klasse 86

2.3 Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit 88

2.4 Ernährungsverhalten 92

2.4.1 Energie- und Nährstoffzufuhr 92

2.4.2 Trinkverhalten 95

2.4.3 Konsum ausgewählter Lebensmittel 97

2.4.4 Versorgung mit Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen 101

2.4.5 Einnahme von Mahlzeiten 102

2.4.6 Verpflegung in Kindertagesstätten und Schulen 104

2.5 Freizeitverhalten 112

2.5.1 Bewegungsverhalten 112

2.5.2 Konsum elektronischer Medien 119

2.5.3 Soziale Kontakte und Beziehungen 126

2.6 Soziale Lage und Gesundheitsverhalten 131

3 GESUNDHEITLICHE LAGE 137

3.1 Sterblichkeit und ihre Ursachen 137

3.1.1 Säuglingssterblichkeit und Perinatale Sterblichkeit 137

3.1.2 Todesursachen 138

3.1.3 Kinder mit niedrigem und sehr niedrigem Geburtsgewicht 141

3.2 Fehlbildungen, Behinderungen und Entwicklungsauffälligkeiten 144

3.2.1 Angeborene Fehlbildungen 144

3.2.2 Behinderungen 146

3.2.3 Entwicklungsauffälligkeiten 149

3.2.3.1 Sprachentwicklung 149

3.2.3.2 Motorische Entwicklung 151

3.3 Krankheiten 153

3.3.1 Infektionskrankheiten 153

3.3.2 Allergische Erkrankungen 156

3.3.3 Stoffwechselstörungen und Endokrinopathien 159

3.3.4 Adipositas und Übergewicht 162

3.3.4.1 Prävalenz von Adipositas und Übergewicht 163

3.3.4.2 Unterschiede nach Migrationshintergrund und sozialer Schichtzugehörigkeit 165

3.3.4.3 Veränderungen im Lebensverlauf 166

3.3.4.4 Zusammenhänge mit körperlichen und psychischen Defiziten und Problemen 167

3.3.5 Psychische und Verhaltensstörungen 169

3.3.5.1 Internalisierende Störungen 171

3.3.5.2 Externalisierende Störungen 174

3.3.5.3 Hyperkinetische Störungen 175

3.3.6 Epilepsie 180

3.3.7 Krebserkrankungen 181

3.3.8 Zahngesundheit 185

3.4 Schädigungen durch Unfälle und Gewalt 188

3.4.1 Unfälle 189

3.4.1.1 Unfälle im Heim- und Freizeitbereich 189

3.4.1.2 Unfälle in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen 190

3.4.1.3 Straßenverkehrsunfälle 192

3.4.1.4 Unfallprävention 194

3.4.2 Gewalt 196

3.4.2.1 Gewalt gegen Kinder und Jugendliche 197

3.4.2.2 Gewalt unter Kindern und Jugendlichen 203

3.4.2.3 Gewaltprävention 206

4 ZUSAMMENFASSUNG UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN 211

Anhang

1. Kurzbezeichnung und Erläuterung häufig genutzter Datenquellen 231

2. Tabellen A1 – A6 235

3. Abbildungen A1 – A3 245

Vorwort

Gesundheit ist das wichtigste Gut eines Menschen. Sie ist Voraussetzung für eine zufrieden stellende Teilhabe am Leben in einer Gemeinschaft und das Erreichen einer hohen Lebensqualität. Dabei ist Gesundheit nicht nur für den Einzelnen von Bedeutung. Auch für die Gesellschaft als ganzes muss die Gesundheit der Bürger/innen ein wichtiges Anliegen sein: nur gesunde Bürger/innen sind arbeits- und leistungsfähig und können damit den gesellschaftlichen Lebensstandard erhalten.

Kinder bilden eine besonders bedeutsame Zielgruppe der Gesundheitspolitik, da sie nachhaltig die Zukunft einer Gesellschaft mitbestimmen. Das Gesundheitsverhalten von Kindern hat nicht nur Folgen für ihren Gesundheitszustand im Erwachsenenalter, sondern tangiert damit langfristig auch die Lebenschancen der nachfolgenden Generationen. Gleichzeitig sind die Chancen, durch entsprechende Maßnahmen Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand zu verbessern, bei keiner Bevölkerungsgruppe so groß wie bei Kindern, denn frühzeitige Interventionen haben sich als besonders wirksam erwiesen.

Effektive Maßnahmen der Gesundheitsförderung und –vorsorge setzen Kenntnisse zur gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung voraus. Benötigt werden sowohl Informationen zum Gesundheitsverhalten, zum Gesundheitszustand und zur gesundheitlichen Versorgung als auch zur Lebenssituation der Menschen und zum Zusammenhang zwischen gesundheitlicher und sozialer Lage. Nur so ist es möglich, besondere Problempunkte und Risikogruppen zu identifizieren und entsprechende Handlungsfelder aufzuzeigen.

Der vorliegende Bericht bietet erstmalig einen umfassenden Überblick zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern im Rhein-Neckar-Kreis. Er stellt eine wertvolle Grundlage zur Planung von Maßnahmen dar, die die Gesundheit von Kindern erhalten und verbessern können. Der Bericht enthält eine Fülle von Informationen, die nicht nur für Entscheidungsträger in der kommunalen Gesundheitspolitik, sondern auch für andere interessierte Bürger/innen, insbesondere für Eltern, Erzieher/innen und Lehrer/innen wichtig sind.

Die Ergebnisse zeigen eine im regionalen und überregionalen Vergleich insgesamt günstige Situation der Kinder im Rhein-Neckar-Kreis. Trotzdem gibt es noch viele Bereiche, in denen wir Verbesserungen anstreben sollten. Deutlich wird auch – wie in anderen Regionen Deutschlands - eine vergleichsweise nachteilige Situation von Kindern mit Migrationshintergrund und Kindern aus so genannten bildungsfernen sowie einkommensschwachen Bevölkerungsschichten. Unser Ziel muss sein, solche Benachteiligungen so weit wie möglich zu verringern und damit für *alle* Bürger/innen ein hohes Maß an Lebensqualität zu sichern.

Heidelberg, im August 2009

Dr. Jürgen Schütz
Landrat

Dr. Ulrich Müller
Leiter des Gesundheitsamtes

Einleitung

Ein Bericht über die gesundheitliche Lage von Kindern ist eine wertvolle Informationsquelle zur Identifizierung von Defiziten und Problemen und zur Planung von Maßnahmen zu ihrer Bewältigung und Prävention. Ein Kindergesundheitsbericht kann nicht nur die aktuelle Situation von Kindern, sondern auch mögliche Gesundheitsgefährdungen der zukünftigen erwachsenen Bevölkerung aufzeigen, denn Gesundheitsverhalten und Lebensumstände im Kindesalter sind für Gesundheit und Wohlbefinden im höheren Lebensalter von großer Bedeutung. Damit ergibt sich gleichzeitig auch die Chance, durch frühzeitige Intervention und Prävention einen positiven Einfluss auf die zukünftige Gesundheit der Bevölkerung auszuüben.

Die Gesundheit einer Bevölkerungsgruppe kann nicht losgelöst von den Rahmenbedingungen ihres Daseins betrachtet werden. Dies gilt in besonderem Maße für Kinder, deren Entwicklungs- und Lebenschancen durch Merkmale ihrer sozialen Lage entscheidend mitgeprägt werden. Damit ergeben sich auch Konsequenzen für ihre Gesundheit. Der vorliegende Kindergesundheitsbericht behandelt daher im ersten Teil zunächst die Rahmenbedingungen für die Gesundheit – relevante demographische Entwicklungen, wirtschaftliche Situation von Familien, Möglichkeiten der Kinderbetreuung, Schulsituation, Wohnbedingungen und Wohnumfeld, Gesundheitsversorgung. Im zweiten Teil geht es um unmittelbar gesundheitsrelevante Verhaltensweisen – die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und zahnmedizinischen Prophylaxen, Ernährungsverhalten, Bewegung und Medienkonsum. Die Gesundheit im engeren Sinne ist Gegenstand des dritten Teils. Hier werden beispielsweise Informationen zu Sterblichkeit und Todesursachen, zu Behinderungen und Entwicklungsauffälligkeiten und zur Häufigkeit verschiedener Erkrankungen gegeben.

Im Fokus des Berichtes stehen Kinder im Alter bis zur Vorpubertät. Deshalb beschränkt sich der Bericht auch auf Themen, die für Kinder bis zu diesem Alter besonders relevant sind. Ausgeklammert wird beispielsweise die Problematik von Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, die eher im Jugendalter von Bedeutung ist.[1] Soweit Daten zur Situation von Jugendlichen zu den behandelten Themen vorhanden sind, werden sie aber der Vollständigkeit halber mit aufgeführt.

Leider war es nicht möglich, zu allen interessierenden Sachverhalten auch Daten aus dem Rhein-Neckar-Kreis zu präsentieren. In diesen Fällen musste auf Bundes- oder Landesergebnisse zurückgegriffen werden, um überhaupt Informationen verfügbar zu haben. Soweit Daten für den Rhein-Neckar-Kreis vorhanden oder auswertbar waren, wurde stets versucht, diese im Kontext entsprechender Zahlen für Baden-Württemberg oder Deutschland insgesamt vergleichend zu bewerten. In allen Abbildungen des Berichtes sind Ergebnisse für den Rhein-Neckar-Kreis mit grüner Farbe markiert und so leicht erkennbar. Die wichtigsten Datenquellen, die neben der amtlichen Statistik herangezogen wurden, sind im Anhang aufgeführt und erläutert.

Dieser erste umfassende Kindergesundheitsbericht für den Rhein-Neckar-Kreis richtet sich an politische Entscheidungsträger, an die Fachwelt des Gesundheitswesens, an Erzieher/innen, Lehrer/innen und Eltern und nicht zuletzt auch an alle interessierten Bürger. Der Bericht stellt die gesundheitliche und soziale Lage der Kinder dar und zeigt den Handlungsbedarf für verschiedene Bereiche oder Bevölkerungsgruppen sowie mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Situation.

1 Dazu liegen für den Rhein-Neckar-Kreis bereits Ergebnisse aus der Jugendgesundheitsstudie vor (vgl. Anhang, CBCL-Studie)

1. Rahmenbedingungen für die Gesundheit

Die demographischen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen, unter denen Kinder aufwachsen, sind für ihre gesundheitliche Situation von nicht unerheblicher Bedeutung. Entsprechende Daten, beispielsweise zur Altersstruktur der Bevölkerung, zur Haushalts- und Familienstruktur oder zur wirtschaftlichen und sozialen Lage von Familien, sind zum einen als Grundlage der Bedarfs- und Sozialplanung wichtig, zum anderen spiegeln sie wesentliche Merkmale der Lebenssituation von Kindern wider, die ihr Wohlbefinden tangieren können. Ob Kinder in einer eher kinderreichen oder eher kinderarmen Gesellschaft aufwachsen, ob sie einem geburtenstarken oder geburtenschwachen Jahrgang angehören, ob sie mit Vater und Mutter oder nur mit einem Elternteil zusammenleben, ob sie Geschwister haben oder nicht, ob sie von Armut und Arbeitslosigkeit der Eltern betroffen sind oder nicht – all dies ist für die Kinder mit jeweils spezifischen Chancen und Risiken für ihre Entwicklung verbunden und beeinflusst langfristig auch ihre Gesundheit. Daher sind Informationen zu den demographischen und sozioökonomischen Strukturen im Rhein-Neckar-Kreis ein unverzichtbarer Baustein des vorliegenden Kindergesundheitsberichtes.

1.1 Demographische Rahmenbedingungen

1.1.1 Entwicklung der Zahl der Kinder

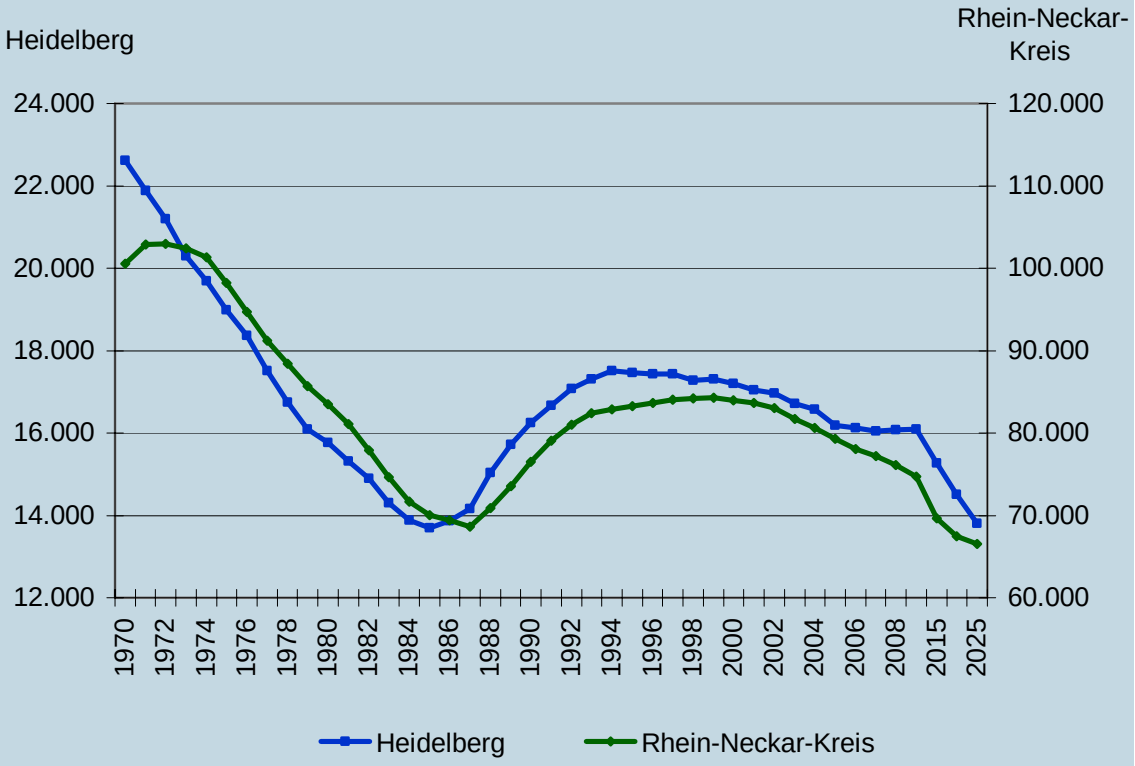
Die Anzahl der Kinder unter 15 Jahren geht seit mehreren Jahren kontinuierlich zurück (Abb. 1 und Anhang, Tab. A1). Ende des Jahres 2008 lebten im Rhein-Neckar-Kreis 76.136 Kinder unter 15 Jahren. Bevölkerungsprognosen sagen bis zum Jahr 2025 ein weiteres, starkes Absinken bis auf den Mitte der 80er Jahre bestehenden Tiefpunkt voraus. Die Entwicklung im Rhein-Neckar-Kreis entspricht voll und ganz der Entwicklung in Baden-Württemberg insgesamt.

Die Zahl der ausländischen Kinder unter 15 Jahren ist seit 1999 besonders stark gesunken. In allen Altersgruppen ist nicht nur ein Rückgang der ausländischen, sondern auch der eingebürgerten Kinder festzustellen. Ende 2008 lebten im Rhein-Neckar-Kreis 5.716 Kinder unter 15 Jahren mit ausländischer Staatsangehörigkeit, während es 1995 noch 11.809 Kinder waren.[2]

In der Entwicklung der Kinderzahlen gibt es nicht nur Unterschiede nach der Staatsangehörigkeit, sondern auch nach dem Alter der Kinder. Diese unterschiedlichen Entwicklungen stehen in engem Zusammenhang mit Veränderungen in der Zahl der Geburten, die seit 1990 – mit kurzfristigen Unterbrechungen und Schwankungen – tendenziell zurückgegangen ist. Der Geburtenrückgang hat sich zunächst in einer abnehmenden Größe der jüngsten Altersgruppe bemerkbar gemacht und dann im Laufe der Jahre entsprechend in den höheren Altersgruppen niedergeschlagen. Folglich liegt der Zeitpunkt, ab dem ein Rückgang der Kinderzahlen einsetzte,

[2] Da die amtliche Bevölkerungsstatistik auf Basis der Bevölkerungsfortschreibung nur die Staatsangehörigkeit der Kinder berücksichtigt, ist es kaum möglich, die Entwicklung der Gesamtzahl der Kinder mit Migrationshintergrund auf dieser Datenbasis genau zu beziffern. Da jedoch nicht nur die Zahl der Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit oder Abstammung abnimmt, sondern auch die Zahl der zugezogenen Aussiedler seit 1990 stark gesunken ist, kann von einer rückläufigen Zahl von Kindern mit Migrationshintergrund ausgegangen werden.
Seit 2005 werden im Mikrozensus auch Angaben zum Migrationshintergrund erhoben. Diese Daten liegen aber nicht auf Kreisebene vor.

Abb. 1: Anzahl der Kinder unter 15 Jahren - Entwicklung 1970 bis 2008 und Prognose bis 2025

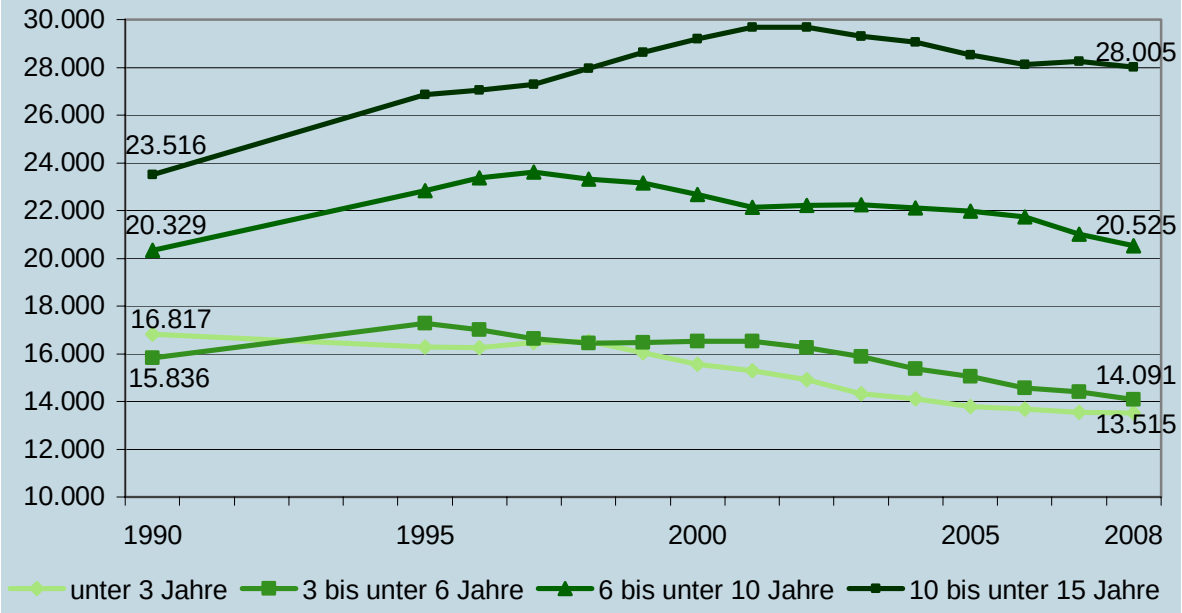


Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

bei älteren Kindern später als bei jüngeren Kindern. Die Zahl der Kinder unter 3 Jahren nimmt im Rhein-Neckar-Kreis – wie in Baden-Württemberg insgesamt - schon seit Anfang der 90er Jahre ab, während die Zahl der 10 bis 14-Jährigen erst seit Anfang der 2000er Jahre rückläufig ist (Abb. 2). Nach Bevölkerungsvorausrechnungen wird die Zahl der Kinder unter 5 Jahren bis zum Jahr 2010 weiter abnehmen und danach zumindest bis zum Jahr 2020 wieder etwas steigen. Bei den 5- bis 9jährigen Kindern wird der Rückgang bis 2015 anhalten; danach wird es – wenigstens bis 2020 – wieder geringfügig mehr Kinder dieses Alters geben. Die Zahl der 10-14jährigen Kinder wird sich jedoch noch für mindestens weitere 15 Jahre stark vermindern.

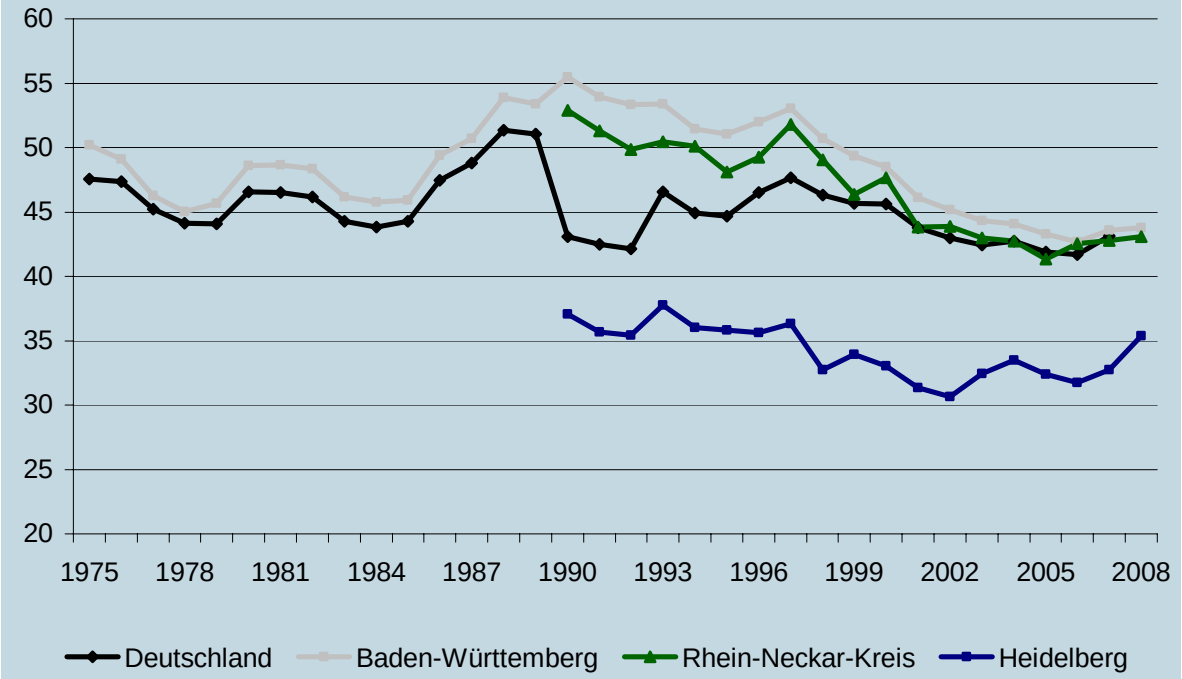
Die sinkenden Geburtenzahlen in den 90er Jahren und die dadurch bedingten langfristig zurückgehenden Kinderzahlen sind Ausdruck eines veränderten generativen Verhaltens der Frauen. Dieses lässt sich in der allgemeinen Fertilitätsrate darstellen, die die Zahl der Lebendgeborenen zur Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter (15-44 Jahre) ins Verhältnis setzt. Die Fertilität der Frauen ist seit Anfang der 90er Jahre – von kurzfristigen Schwankungen abgesehen – tendenziell rückläufig (Abb. 3). Im Rhein-Neckar-Kreis wurden 1990 noch 53 Kinder pro 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren geboren, während es 2008 nur noch 43 Kinder waren. Im gesamten Zeitraum war die Fertilität im Rhein-Neckar-Kreis etwas niedriger als in Baden-Württemberg insgesamt, wo jedoch die Entwicklung ganz ähnlich verlief und in den letzten drei Jahren die geringsten Fertilitätsraten seit 30 Jahren erreicht wurden. In Heidelberg lässt sich eine deutlich niedrigere Fertilität als im Rhein-Neckar-Kreis feststellen. Im Vergleich der Stadtkreise Baden-Württembergs ist es die mit Abstand niedrigste Fertilitätsrate.

Abb. 2: Anzahl der Kinder im Rhein-Neckar-Kreis nach Altersgruppen, 1990-2008



Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

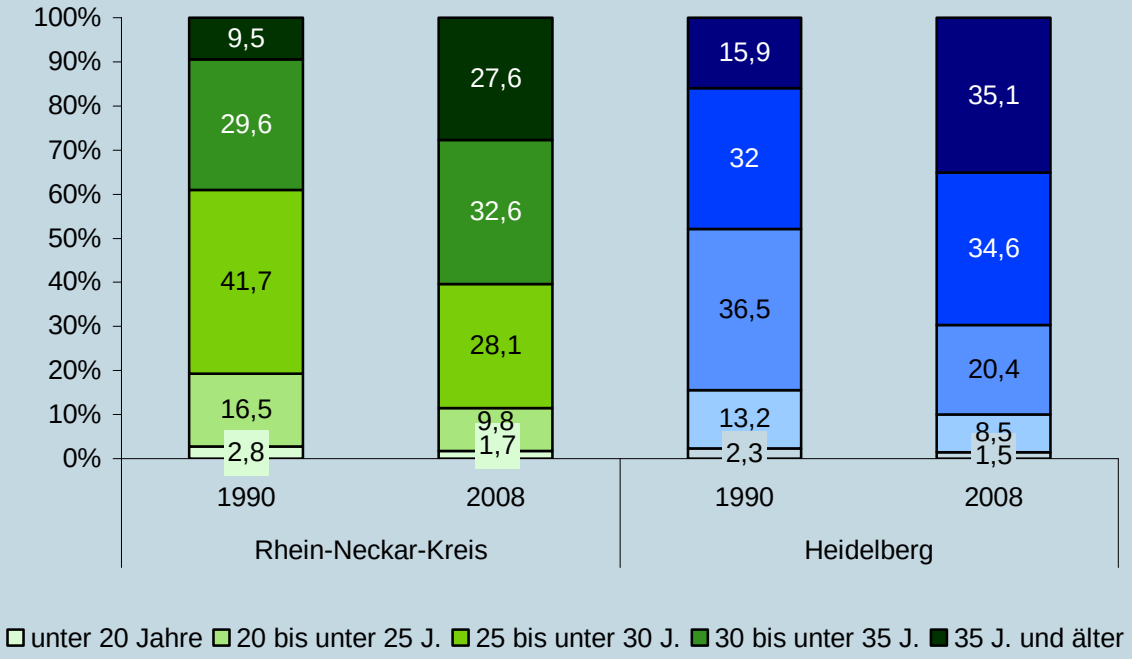
Abb. 3: Allgemeine Fertilitätsrate (Lebendgeborene/1000 Frauen im Alter von 15 - 44 J.)



Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Die Fertilität ist nicht in allen Altersgruppen zurückgegangen ist. Jüngere Frauen, d.h. die Altersgruppen der unter 30jährigen, haben in den letzten Jahren immer weniger Kinder geboren, während in höheren Altersgruppen die Fertilität gestiegen ist, ohne dass der Rückgang in den unteren Altersgruppen ausgeglichen werden konnte. Insgesamt besteht somit ein deutlicher Trend zur späten Geburt. Immer mehr Frauen entscheiden sich, erst in einer späteren Lebensphase Kinder zu bekommen, sofern überhaupt ein Kinderwunsch[3] vorhanden ist. So waren im Jahr 1990 im Rhein-Neckar-Kreis 61% und in Heidelberg 52% der Gebärenden unter 30 Jahre alt, während es 2008 nur noch 40% bzw. 30% waren (Abb. 4). Dagegen stieg der Anteil der Spätgebärenden (35 Jahre und älter) im Rhein-Neckar-Kreis von knapp 10% auf 28% und in Heidelberg von 16% auf 35%. Heidelberg hat im Vergleich der Stadtkreise Baden-Württembergs nicht nur die niedrigste Fertilität insgesamt, sondern auch den höchsten Anteil an spät gebärenden Frauen.

Abb. 4: Lebendgeborene nach Alter der Mutter



Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Berechnungen

Die Tendenz zur späteren Geburt ist zum einen gesundheitspolitisch von Bedeutung, da das Risiko von gesundheitlichen Schädigungen von Mutter und Kind mit höherem Alter der Mutter steigt. Sie ist zum anderen von demographischer Bedeutung, denn mit dem Aufschieben einer Schwangerschaft in eine spätere Lebensphase nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, dass Kinderwünsche überhaupt nicht mehr oder nur begrenzt realisiert werden können. Die Folge ist eine sinkende Gesamtfertilität.

[3] Nach der McKinsey-Umfrage Perspektive Deutschland, die vom Oktober 2005 bis Januar 2006 statt fand, wünschen sich nur 12% der 20- bis 39-Jährigen keine Kinder (http://www.perspektive-deutschland.de/files/presse_2006/pd5-Projektbericht.pdf, S. 86)

Als eine der Ursachen für das zurückhaltende Geburtenverhalten der Frauen werden Probleme der Vereinbarkeit von Familie und Berufstätigkeit diskutiert[4]. Die meisten Frauen möchten, insbesondere wenn sie viel in ihre Ausbildung investiert haben und eine berufliche Karriere anstreben, ihre Erwerbstätigkeit wegen der Betreuung von Kindern nicht oder allenfalls kurzfristig unterbrechen. Dies erfordert zum einen ein quantitativ und qualitativ ausreichendes Angebot an Plätzen in Kinderbetreuungseinrichtungen (vgl. Kap. 1.3.2), zum anderen familienfreundliche Arbeitsbedingungen und gleichwertige Berufschancen für Frauen und Männer, unabhängig davon, ob sie Kinder zu betreuen haben oder nicht und dabei eine Vollzeit- oder Teilzeitstelle haben. Diese Voraussetzungen sind derzeit sicher nicht in zufrieden stellendem Maße erfüllt, mit der Folge, dass entweder ganz auf Kinder verzichtet wird[5] oder die Erfüllung von Kinderwünschen zunächst aufgeschoben wird. Als eine weitere Ursache für die niedrigen Geburtenraten wird die schlechtere wirtschaftliche Situation von Familien mit Kindern im Vergleich zu Kinderlosen gesehen (vgl. Kap. 1.2). Kinderwünsche werden aus finanziellen Gründen nicht oder nur beschränkt verwirklicht[6], sei es dass man auf ein bestimmtes Wohlstandsniveau nicht verzichten oder Sozialhilfebedürftigkeit vermeiden will.

Die Entwicklung der Zahl der Geburten hängt zum einen vom generativen Verhalten der Frauen ab, zum anderen von der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter. Nach Bevölkerungsprognosen ist in den nächsten 15 Jahren sowohl im Rhein-Neckar-Kreis als auch in Heidelberg von einem Rückgang der Frauen dieses Alters auszugehen. Daher ist – allein aus demographischen Gründen - mit einem weiteren Absinken der Geburtenzahlen zu rechnen. Will man dies verhindern, so müssen die genannten Hindernisse für eine Realisierung von Kinderwünschen abgebaut werden.

Die Zahl der Kinder hat sich nicht nur absolut sondern auch relativ zur Größe der Gesamtbevölkerung verringert (Anhang, Tab. A2). Die Zahl der Kinder unter 15 Jahren machte im Rhein-Neckar-Kreis 1970 noch fast ein Viertel der Bevölkerung aus. Der Anteil fiel kontinuierlich bis Mitte der 80er Jahre auf rund 15% und liegt gegenwärtig, nach einem vorübergehenden leichten Anstieg, auf dem tiefsten Stand des Beobachtungszeitraumes. Die Entwicklung verlief ganz ähnlich wie im gesamten Baden-Württemberg, wo aber im ganzen Zeitraum ein etwas höherer Kinderanteil als im Rhein-Neckar-Kreis festzustellen ist. Eine analoge Entwicklung findet man auch in Heidelberg. Entsprechend der niedrigen Geburtenrate liegt hier jedoch der Anteil der Kinder an der Gesamtbevölkerung durchgehend niedriger.

Der Anteil der Kinder an der Bevölkerung ist nicht nur eine demographische Kennziffer, sondern zeigt als Maß für die Kinderdichte der Bevölkerung auch, welche Chancen Kinder haben, andere Kinder kennen zu lernen und Freunde zu finden. Diese Chancen nehmen - bei ansonsten gleichen Rahmenbedingungen – mit steigendem Kinderanteil zu. Gemessen daran sind die heutigen Möglichkeiten der Kinder, in ihrem Wohngebiet andere spontan zu treffen, in den letzten

---

[4] Nach der McKinsey-Umfrage Perspektive Deutschland (s. o.) werden als Grund für den Verzicht auf (weitere) Kinder berufliche Nachteile von 39% der 20- bis 39-jährigen kinderlosen und 49% der Frauen mit einem Kind genannt; fehlende Betreuungsmöglichkeiten führen 29% der kinderlosen und 45% der Frauen mit einem Kind an.

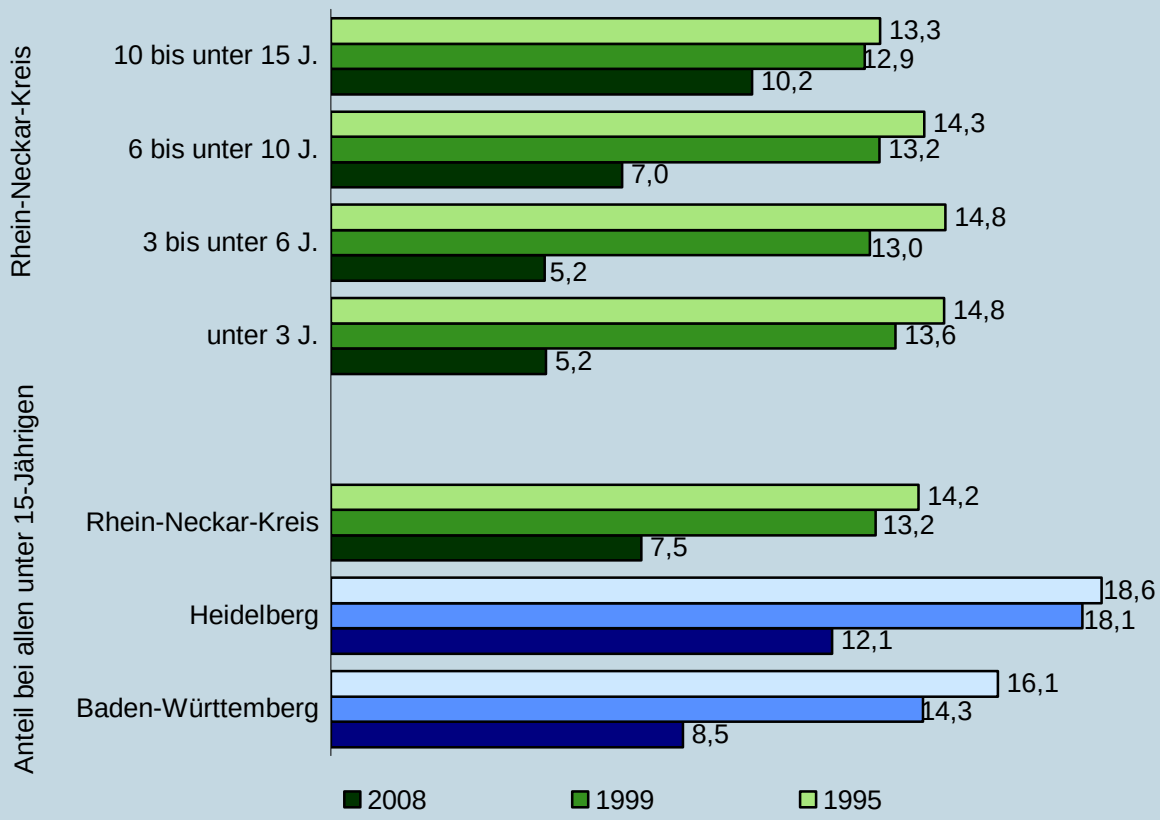
[5] Vgl. Pressemeldung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg vom 29. Juli 2009: „Kinderlosigkeit in Baden-Württemberg nimmt zu. Ein Fünftel der Frauen mit hohem Bildungsstand blieb kinderlos“.
Die außerordentlich geringe Fertilitätsrate in Heidelberg hängt vermutlich mit dem hohen Anteil von Studentinnen und Akademikerinnen zusammen.

[6] Die McKinsey-Umfrage Perspektive Deutschland (s. o.) ergab, dass bei 50% der 20- bis 39-jährigen Befragten ohne Kinder und ohne Kinderwunsch und bei 67% der Befragten mit einem Kind, aber ohne weiteren Kinderwunsch hohe Kosten eine Rolle für den Verzicht auf ein (weiteres) Kind spielen.

Jahren, aber insbesondere im Vergleich zu den 70er Jahren schlechter geworden. Dies gilt umso mehr als die Siedlungs- und Verkehrsflächen zugenommen haben und sich damit eine kleiner werdende Zahl von Kindern auf eine immer größere Fläche verteilt. Zufällige Spielkontakte auf der Strasse können seltener entstehen, Treffen müssen eher geplant werden, und es müssen größere Entfernungen überbrückt werden. Möglicherweise fördert dies Tendenzen zur „Verhäuslichung“[7] der Kindheit und – damit verbunden – hohem Medienkonsum und Bewegungsmangel.

Ebenso wie die Kinderdichte ist auch das Verhältnis von deutschen zu Kindern mit ausländischer Staatsangehörigkeit oder Abstammung ein Strukturmerkmal, das die Lebenswelt von Kindern entscheidend mitprägt. Seit Mitte der 90er Jahre gibt es einen leichten und seit der Änderung des Staatsbürgerschaftsrechtes zum 1.1.2000 einen starken Rückgang des Anteils der Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Im Rhein-Neckar-Kreis hatte 1995 noch jedes 7. Kind eine andere als die deutsche Staatsangehörigkeit, 2008 traf dies nur noch auf jedes 13. Kind unter 15 Jahren zu (Abb. 5). Dabei bestehen jedoch große Unterschiede zwischen den verschiedenen

Abb. 5: Entwicklung des Anteils der Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit nach Altersgruppen



Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

[7] Zinnecker, J.: Stadtkids: Kinderleben zwischen Strasse und Schule. Weinheim: Juventa 2001

Altersgruppen. Seit 2000 erhalten neugeborene Kinder ausländischer Eltern unter bestimmten Voraussetzungen automatisch die deutsche Staatsangehörigkeit. Dies betrifft einen offensichtlich beträchtlichen Anteil[8] von Kindern, denn bis 2008 sank der Anteil der ausländischen Kinder bei den unter 3-jährigen Kindern und bei den Kindergartenkindern auf rd. 5%. Für ältere Kinder unter 10 Jahren konnte bis zum Ende des Jahre 2000 – ebenfalls unter bestimmten Voraussetzungen - ein Antrag auf Einbürgerung gestellt werden. Über diese Regelung erhielt jedoch nur ein vergleichsweise geringer Anteil[9] der Kinder die deutsche Staatsangehörigkeit. Entsprechend ging der Anteil der ausländischen Kinder bei den Schulkindern zwischen 1999 und 2008 nicht so stark zurück. Der Anteil der ausländischen Kinder unter 15 Jahren liegt im Rhein-Neckar-Kreis etwas unter dem Durchschnitt von Baden-Württemberg. In Heidelberg ist der Ausländeranteil dagegen sehr viel höher als im Landesdurchschnitt.

Aus dem Rückgang des Anteils der Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit kann keinesfalls die Schlussfolgerung gezogen werden, dass besondere Probleme und Bedarfslagen von Kindern, die aufgrund der Zugehörigkeit zu einer anderen Kultur bestehen können, an Bedeutung verloren haben. Denn Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit stellen lediglich eine Teilmenge aller Kinder mit Migrationshintergrund dar, für die bestimmte soziale Probleme und gesundheitliche Risiken angenommen werden können. Beispielsweise ist aufgrund von sprachlichen und kulturellen Barrieren, Informationsdefiziten und Verständigungsproblemen eine geringere Inanspruchnahme von Angeboten der Prävention zu erwarten. Darüber hinaus tragen soziale Benachteiligungen zu gesundheitlichen Defiziten und psychosozialen Belastungen bei. In welchem Maße besondere Angebote und Maßnahmen zur Förderung der Integration und der Gesundheit von Kindern aus Migrantenfamilien erforderlich sind, lässt sich besser anhand der familiären Herkunft als an der Staatsangehörigkeit der Kinder ermessen. Anhand der Daten der Einschulungsuntersuchungen kann der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg zumindest abgeschätzt werden, da seit 2004 nicht nur die Nationalität sondern auch die Familiensprache in den ersten drei Lebensjahren erhoben wird. Im Jahr 2008 hatten im Rhein-Neckar-Kreis 7,9% und in Heidelberg 11,8% der 6-jährigen Kinder (Geburtsjahr 2001) eine ausländische Staatsangehörigkeit. Im Rhein-Neckar-Kreis waren darüber hinaus mindestens 14,4% und in Heidelberg mindestens 16,7% der Kinder zwar Deutsche, hatten aber einen fremdsprachlichen Hindergrund[10]. Aus Schulstatistiken ist bekannt, dass der Anteil der Schüler/innen mit Migrationshintergrund in den Hauptschulen zum Teil über 50% beträgt. Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund liegt also sehr viel höher als der Anteil der Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit.[11] Damit besteht trotz des Rückgangs des Ausländeranteils ein nach wie vor großer Handlungsbedarf im Hinblick auf die Integration der Kinder.

---

[8] Nach Angaben des Statistischen Landesamtes erhielten in Baden-Württemberg im Jahr 2000 nahezu die Hälfte der neugeborenen Kinder ausländischer Eltern automatisch die deutsche Staatsangehörigkeit (vgl. dazu Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.): Familienbericht 2004, Teil 2: Migration und Migrantenfamilien in Baden-Württemberg, S. 79-80

[9] Am 31.12. 1999 lebten im Rhein-Neckar-Kreis 7.396 Kinder unter 10 Jahren mit ausländischer Staatsangehörigkeit. In den Jahren 2000 und 2001 wurden nach Angaben des Ausländeramtes 302 bzw. 357 Kinder unter 10 Jahren eingebürgert. Dies entspricht – bezogen auf die 7.396 Kinder – einem Anteil von rd. 9%.

[10] Mit den Kindern wurde in den ersten Lebensjahren entweder ausschließlich eine andere als die deutsche Sprache gesprochen oder es wurde neben deutsch auch eine andere Sprache gesprochen. Da für einen Teil der Kinder keine Angaben zur Sprache gemacht wurden, kann der Anteil der Kinder mit fremdsprachlichem Hintergrund nicht exakt beziffert werden. Im Rhein-Neckar-Kreis sind 6,5% und in Heidelberg 30,4% der Kinder Deutsche ohne Angaben zur Sprache in den ersten drei Lebensjahren.

[11] Wie sich der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund langfristig verändert hat, lässt sich aufgrund fehlender Daten nicht angeben. Auch im Mikrozensus werden erst seit 2005 Angaben zum Migrationshintergrund erhoben.

1.1.2 Entwicklung der Lebensformen von Kindern

Neben der Abnahme der Zahl der Kinder gibt es weitere demographische Prozesse, die die Lebenswelt von Kindern stark tangieren: der Rückgang der Eheschließungen und die Zunahme von Scheidungen. In Baden-Württemberg fiel die Zahl der Eheschließungen pro 1000 Einwohner von 6,3 im Jahr 1990 auf 4,5 im Jahr 2008 (Anhang, Tab. A3). Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Scheidungen von 1,7 auf 2,1 pro 1000 Einwohner. Im Rhein-Neckar-Kreis liegen sowohl die Zahl der Eheschließungen als auch die Zahl der Scheidungen etwas über dem Landesdurchschnitt. Zusammengenommen habe diese Entwicklungen zu einem erheblichen Wandel der Lebens- und Familienformen und damit auch der Lebensbedingungen von Kindern geführt. Die wichtigsten Veränderungen sind:

- ein Rückgang des Anteils der Familien mit Kindern;
- eine Verringerung der Zahl der Kinder in einer Familie und damit der Geschwister, mit denen ein Kind aufwächst;
- ein zunehmender Anteil von Kindern, die mit nur einem Elternteil zusammenleben;
- ein wachsender Anteil von Kindern, die von Ehescheidungen betroffen sind.

Der Anteil der Familien mit Kindern an allen Haushalten ist in Deutschland von 50% im Jahr 1970 (früheres Bundesgebiet) auf 39% im Jahr 1991 und 31% im Jahr 2007 gesunken. In Baden-Württemberg war der Anteil der Familien mit Kindern 2007 etwas höher (33,7%), während der Wert für die Region Rhein-Neckar-Odenwald (31,2%) etwa dem Bundesdurchschnitt entsprach[12].

Im Jahr 2007 lebte in 46% der Familien mit Kindern[13] in Baden-Württemberg ein Kind im Haushalt (Abb. 6). Dies hatte 1970 nur für 43% der Familien mit Kindern zugetroffen. Auch der Anteil der Familien mit zwei Kindern hat zugenommen, während größere Familien 2007 nur noch 14% gegenüber 24% im Jahr 1970 ausmachten. Die entscheidenden Veränderungen haben allerdings bis 1990 stattgefunden; seither ist die Größe der Familien mit Kindern relativ stabil. In Baden-Württemberg - eines der Bundesländer mit der höchsten durchschnittlichen Haushaltsgröße – liegt der Anteil der Familien mit nur einem im Haushalt lebenden Kind im gesamten Zeitraum deutlich niedriger als im Bundesdurchschnitt, während Familien mit zwei Kindern und mit drei und mehr Kindern häufiger zu finden sind. Für die Region Rhein-Neckar-Odenwald ergeben sich ein höherer Anteil von Familien mit nur einem Kind und geringere Anteile von Familien mit zwei oder mehr als zwei Kindern als in Baden-Württemberg. Die Häufigkeiten entsprechen dem Bundesdurchschnitt.

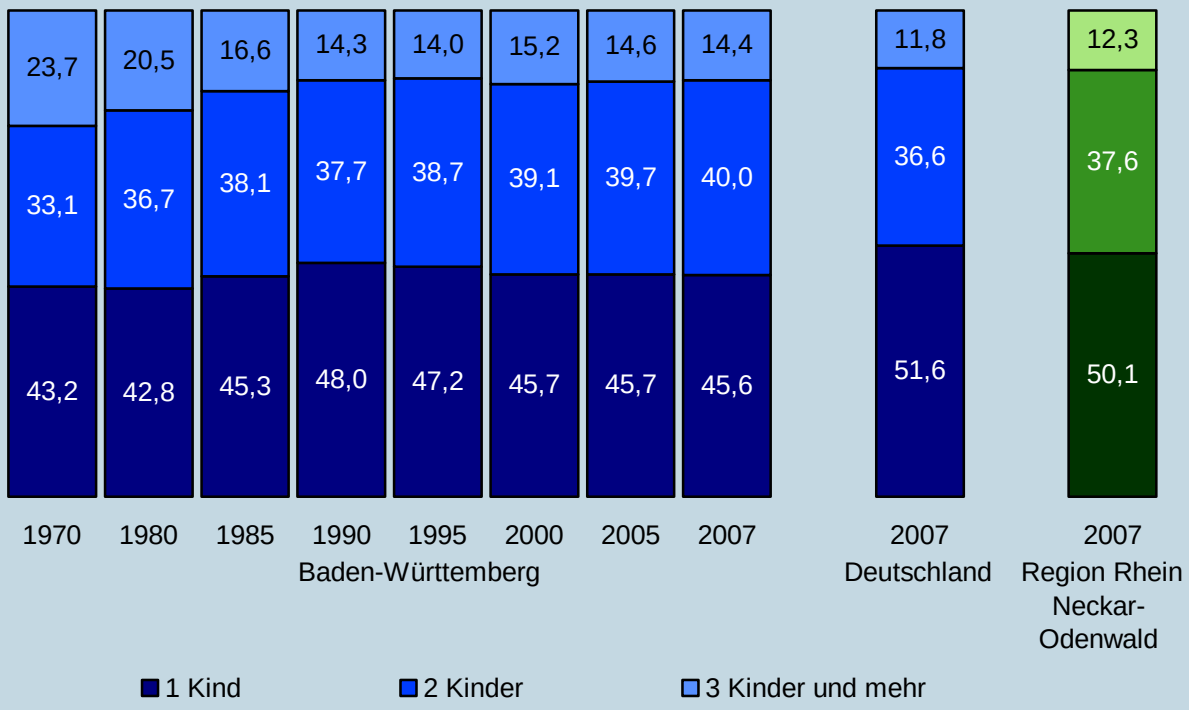
Bei der Darstellung der Familien nach der Zahl der im Haushalt lebenden Kinder handelt es sich lediglich um eine Momentaufnahme der Familie zu einem bestimmten Zeitpunkt zwischen der Geburt des ersten Kindes und dem Auszug des letzten Kindes aus dem Elternhaus. Damit lässt sich noch nicht sagen, mit wie vielen Geschwistern ein Kind im Verlauf seiner Kindheit aufwächst. Als Hinweis darauf gilt jedoch die Anzahl der Geschwister von 6-9-jährigen Kindern, denn bei Kindern dieser Altersgruppe leben die meisten jüngeren und älteren Geschwister schon bzw.

[12] Daten über Haushalte und Familien werden auf Basis des jährlich durchgeführten Mikrozensus gewonnen. Eine Aufgliederung von Mikrozensus-Daten nach Stadt- und Landkreisen ist nicht zulässig. Als kleinste räumliche Einheit werden Regionen ausgewiesen. Die Region Rhein-Neckar-Odenwald umfasst die Stadtkreise Heidelberg und Mannheim und die Landkreise Rhein-Neckar-Kreis und Neckar-Odenwald-Kreis.

[13] Ledige Kinder ohne Altersbegrenzung

noch im Haushalt.[14] Danach wuchsen in Baden-Württemberg im Jahr 2007 rund 15% der Kinder ohne Geschwister auf, 53% hatten ein Geschwister und fast ein Drittel mindestens zwei Geschwister.[15] Verglichen mit der Situation Anfang der 70er Jahre ist der Wandel in der Lebenswelt der Kinder beträchtlich. Im Jahr 1972 lebten 53% der Kinder mit mindestens zwei Geschwistern zusammen und nur 36% wuchsen mit nur einem Geschwisterkind auf.

Abb. 6: Familien mit Kindern nach Zahl der Kinder (in %)



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Statistisches Landesamt, Ergebnise des Mikrozensus, eigene Berechnungen

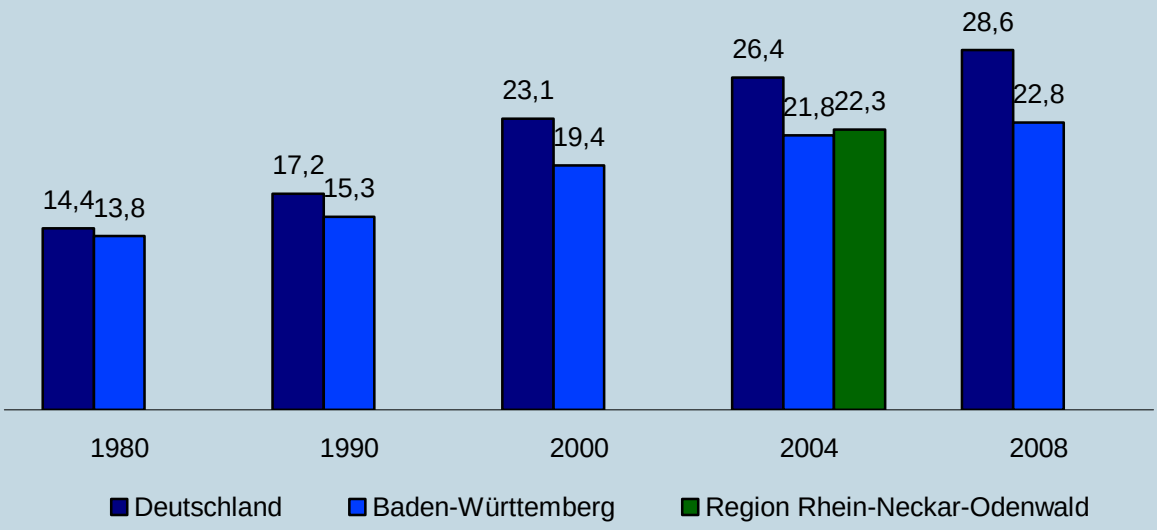
Ein erheblicher Wandel hat nicht nur im Hinblick auf die Familiengröße sondern auch im Hinblick auf die Familienform stattgefunden, d.h. die Frage, ob beide Eltern oder nur ein Elternteil mit dem Kind zusammenleben. Diese Veränderung hat bis in die jüngste Vergangenheit angehalten So ist der Anteil der Alleinerziehenden[16] seit 1980 kontinuierlich angestiegen. Während 1980 in Baden-Württemberg ebenso wie in Deutschland insgesamt in rund 14% der Familien mit Kindern nur ein Elternteil lebte, war dies 2008 in Baden-Württemberg in 23% und in Deutschland insgesamt in 29% der Familien der Fall (Abb. 7). In der Region Rhein-Neckar-Odenwald entsprach der Anteil im Jahr 2004 dem Landesdurchschnitt. Bei 86% der Alleinerziehenden in Baden-Württemberg 2008 handelte es sich um Mütter.

[14] Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), Familie im Spiegel der amtlichen Statistik, Januar 2003, S. 27f., http://www.bmfsfj.de

[15] Datenquelle: Statistisches Landesamt. Für die Region Rhein-Neckar-Odenwald liegen keine Daten vor, doch kann aufgrund der vorherigen Ergebnisse angenommen werden, dass die Zahl der Geschwister geringer als in Baden-Württemberg insgesamt ist.

[16] Alleinerziehende + Lebensgemeinschaften

Abb. 7: Anteil der Alleinerziehenden an allen Familien mit Kindern (in %)



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Ergebnisse des Mikrozensus, eigene Berechnungen

Entsprechend dieser Entwicklung bei den Familienformen, lebt ein zunehmender Anteil der Kinder mit nur einem Elternteil zusammen. Die meisten Kinder allein erziehender Eltern wohnen aufgrund einer Trennung oder Scheidung der Eltern vom Vater oder von der Mutter getrennt. Insgesamt erlebten 2008 in Baden-Württemberg 1% aller minderjährigen Kinder die Scheidung ihrer Eltern. Damit hat sich der Anteil seit 1980 etwa verdoppelt. Im Rhein-Neckar-Kreis lag der Anteil der Scheidungskinder geringfügig unter dem Landesdurchschnitt. Die Zunahme der Scheidungen ist eine im Hinblick auf die Gesundheit der Kinder bedenkliche Entwicklung, denn eine Trennung der Eltern ist für Kinder häufig mit einschneidenden Veränderungen der Lebenssituation und hohen psychosozialen Belastungen verbunden, die auch das körperliche Befinden stark beeinträchtigen können.

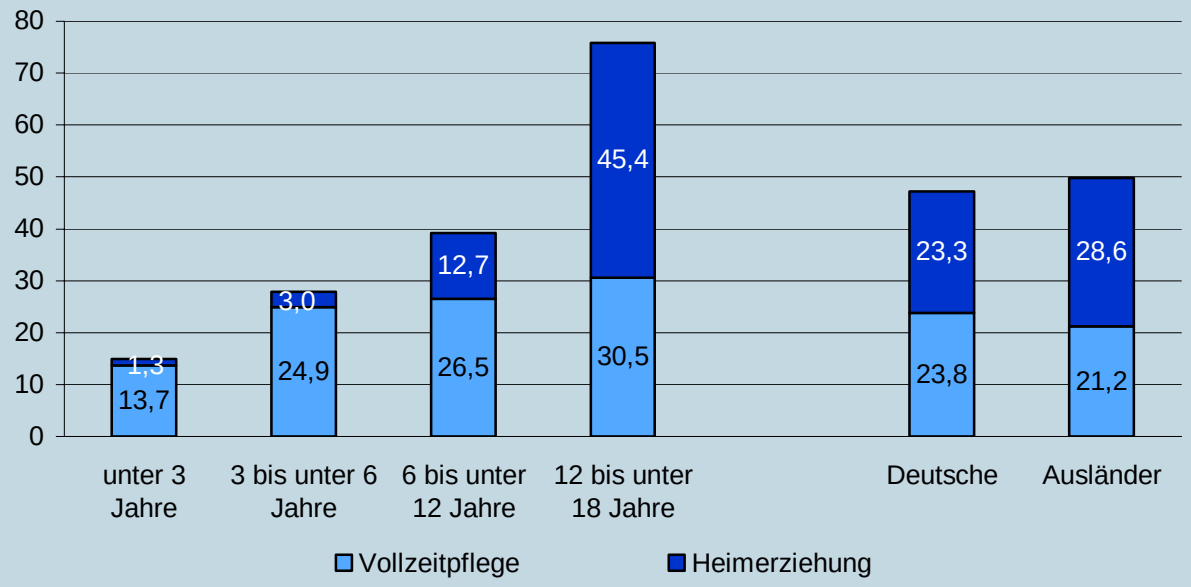
Einer im allgemeinen noch schwierigeren Lebenssituation, als die Trennung von einem Elternteil beinhaltet, begegnen freilich diejenigen Kinder und Jugendlichen, die überhaupt nicht bei den leiblichen Eltern wohnen, sondern in einer Pflegefamilie oder im Heim oder einer anderen betreuten Wohnform leben. Nach der Kinder- und Jugendhilfestatistik über die Hilfen zur Erziehung außerhalb des Elternhauses befanden sich im Rhein-Neckar-Kreis Ende des Jahres 2008 von 10.000 Kindern und Jugendlichen unter 21 Jahren jeweils 24 in Vollzeitpflege in einer anderen Familie bzw. wurden im Heim betreut. Dies waren weniger als im Landesdurchschnitt (27 bzw. 29).[17]

Mit steigendem Alter des Kindes wird eine Vollzeiterziehung außerhalb des Elternhauses häufiger. Dies betrifft insbesondere die Heimerziehung. Ende 2006 lebten in Baden-Württemberg

[17] Datenquelle: Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg: Auswertungen zur Fallzahlentwicklung der Hilfen zur Erziehung und anderer individueller Hilfen in Baden-Württemberg 2008 - Tabellen und Schaubilder, eigene Berechnungen

von 10.000 Kindern unter 3 Jahren 14 Kinder in einer Pflegefamilie und 1 Kind im Heim, während es bei den 12- bis unter 18-jährigen 30 bzw. 45 Kinder waren (Abb. 8). Ausländische und deutsche Kinder leben insgesamt etwa gleich häufig nicht bei ihren Eltern, doch ist dies bei ausländischen Kindern etwas häufiger als bei deutschen Kindern mit einer Heimerziehung verbunden. Die Zugangsraten zu den Heimen und Pflegefamilien sind in den letzten 15 Jahren weitgehend konstant geblieben.

Abb. 8: Am 31.12.2006 bestehende Hilfen zur Erziehung pro 10.000 Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg



Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Statistik der Kinder- und Jugendhilfe, eigene Berechnungen

Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen, die 2006 in einem Heim oder bei einer Pflegefamilie aufgenommen wurden, hatte zuvor bei nur einem Elternteil gelebt. Dies verweist auf besondere Schwierigkeiten, Probleme und Risiken, die mit der Lebenssituation allein erziehender Eltern auch für die Kinder verbunden sind und eine angemessene Betreuung und Erziehung der Kinder erschweren können.

1.2 Ökonomische Lage von Kindern und ihren Familien

1.2.1 Einkommen und Wohlstand

Die wirtschaftliche Situation von Familien hat für die gesamten Lebensverhältnisse von Kindern und damit auch für ihre Gesundheit eine hohe Relevanz. Empirische Untersuchungen zeigen immer wieder Zusammenhänge zwischen der Einkommenssituation privater Haushalte und verschiedenen Aspekten der körperlichen Gesundheit und des psychosozialen Befindens der Haushaltsmitglieder. Die ökonomische und soziale Lage wirkt sich insbesondere auf das Gesundheitsverhalten aus, z.B. auf die Fragen, inwieweit auf gesunde Ernährung geachtet und ein gesundheitsfördernder Lebensstil praktiziert wird, inwieweit präventive Maßnahmen und Untersuchungen oder Angebote zur Förderung oder Wiederherstellung der Gesundheit genutzt werden (vgl. Kap. 2.6). Auch wenn ein hohes Einkommen eine angemessene gesundheitliche Vorsorge keinesfalls gewährleistet, so gilt doch umgekehrt, dass die Lebensqualität von Kindern und die Chancen für ihr körperliches und psychosoziales Wohlbefinden durch fehlende finanzielle Mittel eingeschränkt bzw. ihre Förderung durch ein ausreichendes Einkommen zumindest erleichtert werden.

Gemessen am verfügbaren Einkommen privater Haushalte genießen die Bürger Baden-Württembergs ein hohes Wohlstandsniveau. Im Jahr 2007 standen jedem Einwohner Baden-Württembergs durchschnittlich 20.196 € für den Konsum oder für Sparzwecke zur Verfügung. Damit nimmt Baden-Württemberg im Vergleich der Bundesländer die dritthöchste Position ein. Lediglich in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen war das verfügbare Einkommen je Einwohner noch höher.[18] Für den Rhein-Neckar-Kreis liegen Vergleichsdaten für das Jahr 2006 vor. Jedem Einwohner des Rhein-Neckar-Kreises standen 2006 19.877 € zur Verfügung – das ist geringfügig mehr als im Landesdurchschnitt 2006 (19.845 €), übersteigt aber deutlich den Wert für den Durchschnitt der Landkreise (19.708 €).[19] Insofern kann auch von einem vergleichsweise hohen Wohlstandsniveau im Kreis ausgegangen werden.

Das Wohlstandsniveau variiert nach den für Baden-Württemberg insgesamt vorliegenden Daten des Mikrozensus 2007 nach Haushalts- und Familienform. Um das Wohlstandsniveau verschiedener Haushalts- und Familienformen vergleichen zu können, wird gewöhnlich ein gewichtetes Pro-Kopf-Einkommen berechnet, das den unterschiedlichen Einkommensbedarf von Haushalten unterschiedlicher Größe und Zusammensetzung berücksichtigt.[20] Für Baden-

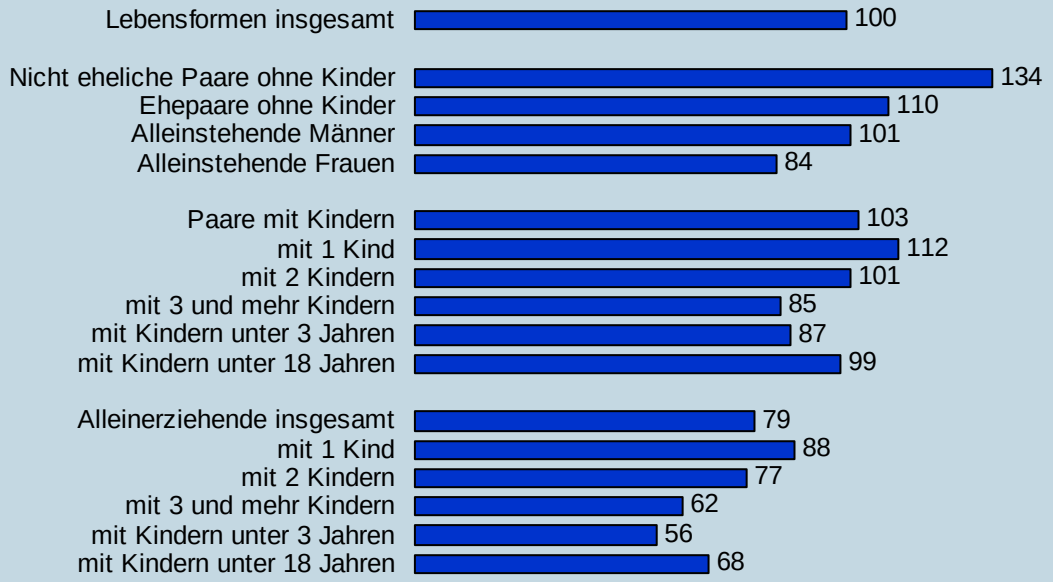
[18] Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Pressemitteilung Nr. 88/2009 vom 31. März 2009

[19] Vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Das Verfügbare Einkommen der privaten Haushalte in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 1991, 1995 und 2001 bis 2006. Statistische Berichte, 24.11.2008

[20] Beim gewichteten Pro-Kopf-Einkommen handelt es sich um ein nach dem Einkommensbedarf gewichtetes Haushaltsnettoeinkommen, auch als Äquivalenzeinkommen bezeichnet. Der Bedarfsgewichtung liegt die Annahme zugrunde, dass größere Haushalte aufgrund des gemeinsamen Wirtschaftens einen geringeren Einkommensbedarf pro Kopf haben als kleinere Haushalte und dass Kinder einen geringeren Einkommensbedarf als Erwachsene haben. Die Bezugsperson im Haushalt erhält ein Gewicht von 1, jede weitere Person ab 15 Jahren wird mit dem Faktor 0,5 und jede Person unter 15 Jahren mit dem Faktor 0,3 gewichtet. Das gewichtete Pro-Kopf-Einkommen entspricht dem Haushaltsnettoeinkommen dividiert durch die Summe der Gewichte. Dieses Vorgehen entspricht internationalen Konventionen. Die Gewichtung wurde ursprünglich von der OECD auf die angegebenen Werte festgelegt und wird deshalb auch als die OECD-Skala bezeichnet. Die Gewichtung gibt an, welches Vielfache des Einkommens eines Einpersonenhaushalts ein Haushalt mit bestimmter Größe und Zusammensetzung aufweisen muss, um ein äquivalentes Einkommensniveau zu erreichen.
Anhand des gewichteten Pro-Kopf-Einkommens lassen sich zur Verdeutlichung von Einkommensunterschieden zwischen Bevölkerungsgruppen Wohlstandspositionen berechnen, und zwar als prozentuale Relation der Pro-Kopf-Einkommen der Gruppen zum durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen (=100%).

Württemberg ergibt sich im Durchschnitt aller Lebensformen ein monatliches Pro-Kopf-Einkommen von rd. 1.400 €.[21] Zur Verdeutlichung der Einkommensunterschiede zwischen verschiedenen Lebensformen werden relative Wohlstandspositionen berechnet, die das Pro-Kopf-Einkommen jeweils als prozentuale Relation zum Gesamtdurchschnitt angeben. Danach verfügen Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern – zu 88% Frauen - über ein weit unterdurchschnittliches monatliches Pro-Kopf-Einkommen. Ihr Einkommen macht nur 68% des durchschnittlichen Einkommens aus (Abb. 9).

Abb. 9: Relative Wohlstandspositionen[a] verschiedener Lebensformen in Baden-Württemberg 2007



zur Berechnung der Wohlstandspositionen s. Fußnote vorherige Seite

Datenquelle: Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (Hg.): Ökonomische Lage von Familien. Statistisches Landesamt, Familienforschung Baden-Württemberg, Reihe Familien in Baden-Württemberg, Report 4/2008, S. 6, Daten des Mikrozensus 2007

Besonders prekär ist die Einkommenssituation von Alleinerziehenden mit Kindern unter drei Jahren, die mit 56% des Pro-Kopf-Einkommens auskommen mussten, welches dem Durchschnitt der Haushalte zur Verfügung stand. Auch Paare mit mehr als zwei Kindern leben in vergleichsweise schlechten Einkommensverhältnissen. Die Gründe für das unterdurchschnittliche Einkommensniveau von Alleinerziehenden und kinderreichen Familien sind ein höherer Einkommensbedarf aufgrund der Kinder bei gleichzeitig eingeschränkten Erwerbsmöglichkeiten. Dies verdeutlicht die Schwierigkeiten der Familien angesichts der begrenzten Möglichkeiten der Kinderbetreuung (vgl. Kap. 1.3.2) ein ausreichendes Erwerbseinkommen zu erzielen, insbesondere wenn die Kinder noch nicht im Kindergartenalter sind.[22] Eine leichte Verbesserung

[21] Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (Hg.): Ökonomische Lage von Familien. Statistisches Landesamt, Familienforschung Baden-Württemberg, Reihe Familien in Baden-Württemberg, Report 4/2008

[22] Nach Ergebnissen des Mikrozensus 2007 waren in Baden-Württemberg nur 32% der Frauen mit Kindern unter 3 Jahren gegenüber 78% der Frauen ohne Kinder erwerbstätig (Frauen im Alter von 20 bis 59 Jahren). Vgl. Ministerium für Arbeit und

der finanziellen Lage von Familien mit Kindern wird die Kindergelderhöhung zum 1. Januar 2009 nach dem Familienleistungsgesetz bewirkt haben.

Bei jungen Familien mit mehreren Kindern treffen mehrere im Hinblick auf das Wohlstandsniveau ungünstigen Bedingungen zusammen. So standen in Baden-Württemberg im Jahr 2007 jungen Ehepaaren mit 3 Kindern nur 56% und jungen allein Erziehenden mit 2 Kindern nur 44% des Pro-Kopf-Einkommens junger Ehepaare ohne Kinder zur Verfügung.[23] Vergleichsweise schlecht sind auch Haushalte von Migranten gestellt.[24]

Entsprechend den unterschiedlichen Wohlstandspositionen, die Familien mit Kindern je nach Zusammensetzung und Größe einnehmen, differiert auch die ökonomische Lage von Kindern. Jüngere Kinder leben in ökonomisch schlechteren Verhältnissen als ältere Kinder, Kinder mit mehreren Geschwistern müssen mit weniger auskommen als Kinder ohne oder mit nur einem Geschwister und Kindern, die bei nur einem Elternteil aufwachsen, geht es finanziell nicht so gut wie Kindern, die mit beiden Eltern zusammenleben.

1.2.2 Armut und Arbeitslosigkeit

Familien mit Kindern leben in durchschnittlich ungünstigeren wirtschaftlichen Verhältnissen als Haushalte ohne Kinder. Für einen Teil der Familien gestaltet sich die finanzielle Lage so schlecht, dass sie am vorherrschenden Lebensstandard nicht teilhaben können. Diese Familien kann man als relativ arm bezeichnen. Ein Indikator zur Messung relativer Einkommensarmut ist die Armutsgefährdungsquote. Sie ist definiert als der Anteil der Bevölkerung, deren gewichtetes Pro-Kopf-Einkommen weniger als 60% des durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommens (Median) beträgt.

Die aus der Armutsforschung bekannten Ergebnisse zeigen seit 1998 eine kontinuierliche Zunahme der relativen Armut in Deutschland bis zum Jahr 2005 und eine überproportionale Betroffenheit von Kindern.[25] In den Jahren 2006 und 2007 sind - vermutlich aufgrund der günstigen konjunkturellen Entwicklung - die Armutsgefährdungsquoten sowohl in Deutschland insgesamt als auch in Baden-Württemberg zurückgegangen. Bei Ehepaaren mit Kindern unter 18 Jahren sank die Armutsgefährdungsquote in Baden-Württemberg zwischen 2005 und 2007 von 12% auf 10%, bei Alleinerziehenden mit Kindern unter 18 Jahren von 44% auf 39%. Nach wie vor sind große Unterschiede in der Armutsgefährdung von Familien festzustellen. Alleinerziehende mit Kindern unter 3 Jahren sind am stärksten von Armut bedroht (59%), Ehepaare mit 1-2 Kindern weisen das geringste Armutsrisiko auf (7%) und sind weitaus weniger gefährdet als der

---

Soziales Baden-Württemberg (Hg.): Elternzeit, Elterngeld und beruflicher Wiedereinstieg. Statistisches Landesamt, Familienforschung Baden-Württemberg, Reihe Familien in Baden-Württemberg, Report 1/2009

[23] Statistisches Landesamt, Familienwissenschaftliche Forschungsstelle, Familie in Zahlen, Durchschnittliches Pro-Kopf-Einkommen junger Familien in Baden-Württemberg 2007, Ergebnisse des Mikrozensus. Als junge Familien werden allein Erziehende sowie Ehepaare mit einem Ehemann im Alter von 25 bis unter 35 Jahren betrachtet.

[24] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hg.): Lebenssituation von Menschen mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg. Presseheft, Dezember 2008

[25] Niephaus, Y.: Multidimensionale Deprivation: Armutsgefährdung und medizinisch-gesundheitliche Versorgung. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research 157, DIW Berlin, February 2009;
Deutscher Bundestag, Drucksache 16/9915, S. 41 und S. 76

Durchschnitt der Haushalte. Darüber hinaus besteht ein deutlich höheres Armutsrisiko von ausländischen im Vergleich zu deutschen Familien (27% vs. 10%)[26].

Die Armutsgefährdungsquote für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren lag in Deutschland nach den Daten der europäischen Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) 2006 bei 12,4%.[27] Höhere Werte ergeben sich auf Basis der Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) und des Mikrozensus. Nach dem SOEP waren 2006 in Deutschland 16,5% der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren von relativer Armut betroffen.[28] Aus den Daten des Mikrozensus 2006 resultieren Werte von 16% in Deutschland und 17% in Baden-Württemberg. Dabei lebten die Kinder allein erziehender Frauen wesentlich häufiger in relativer Armut als die Kinder von Ehepaaren. In Baden-Württemberg lag die Armutsgefährdungsquote von minderjährigen Kindern mit alleinerziehenden Müttern bei 45%, während Kinder mit verheiratet zusammenlebenden Eltern nur zu 13% von Armut bedroht waren.[29]

Alle vorliegenden Forschungsergebnisse machen deutlich, dass von Armut bedrohte Kinder in mehrfacher Hinsicht in ihren Lebenschancen benachteiligt sind und sich daraus auch Folgen für ihre Gesundheit ergeben.[30]

Neben einer relativen Armutsschwelle wird häufig auch das politisch anerkannte soziokulturelle Existenzminimum zur Definition von Armut herangezogen. Danach können Kinder, die nicht mehr als das Existenzminimum zur Verfügung haben, als arm bezeichnet werden. Nach diesem Armutsbegriff hat sich die Kinderarmut in Deutschland bis 2006 erhöht und dann in den Jahren 2007 und 2008 etwas verringert. Das soziokulturelle Existenzminimum war bis Ende 2004 durch die Sozialhilfebedürftigkeit festgelegt; seit den Harz IV-Reformen entsprechen die Sozialleistungen nach SGB II (Arbeitslosengeld II und Sozialgeld) oder SGB XII (Sozialhilfe) dem soziokulturellen Existenzminimum. Der Anteil der Kinder unter 15 Jahren, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt erhielten (Sozialhilfequote), stieg in Deutschland zwischen 1991 und 2004 nahezu kontinuierlich von 5% auf 8%. In Baden-Württemberg bewegte sich die Sozialhilfequote bei Kindern unter 15 Jahren im gesamten Zeitraum auf einem Niveau zwischen 4 und 5%. Im Jahr 2004 erhielten 4,7% der Kinder unter 15 Jahren Sozialhilfe. Im Rhein-Neckar-Kreis bestand mit einer Quote von 3,1% eine noch günstigere Situation als im Landesdurchschnitt. Auch bei der Sozialhilfequote gibt es große Unterschiede zwischen verschiedenen Familienformen. Während allein erziehende Frauen mit minderjährigen Kindern 2004 in Baden-Württemberg zu 21,4%

---

[26] Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (Hg.): Ökonomische Lage von Familien. Statistisches Landesamt, Familienforschung Baden-Württemberg, Reihe Familien in Baden-Württemberg, Report 4/2008, S. 9ff.

[27] Statistisches Bundesamt, Community Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)

[28] Goebel, J.; Habich, R.; Krause, P.: Einkommen – Verteilung, Armut und Dynamik. In: Statistisches Bundesamt (Destatis); Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen (GESIS-ZUMA), Zentrum für Sozialindikatorenforschung, Heinz-Herbert Noll; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Zentrales Datenmanagement, Roland Habich (Hrsg.): Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 2008, S. 163-172

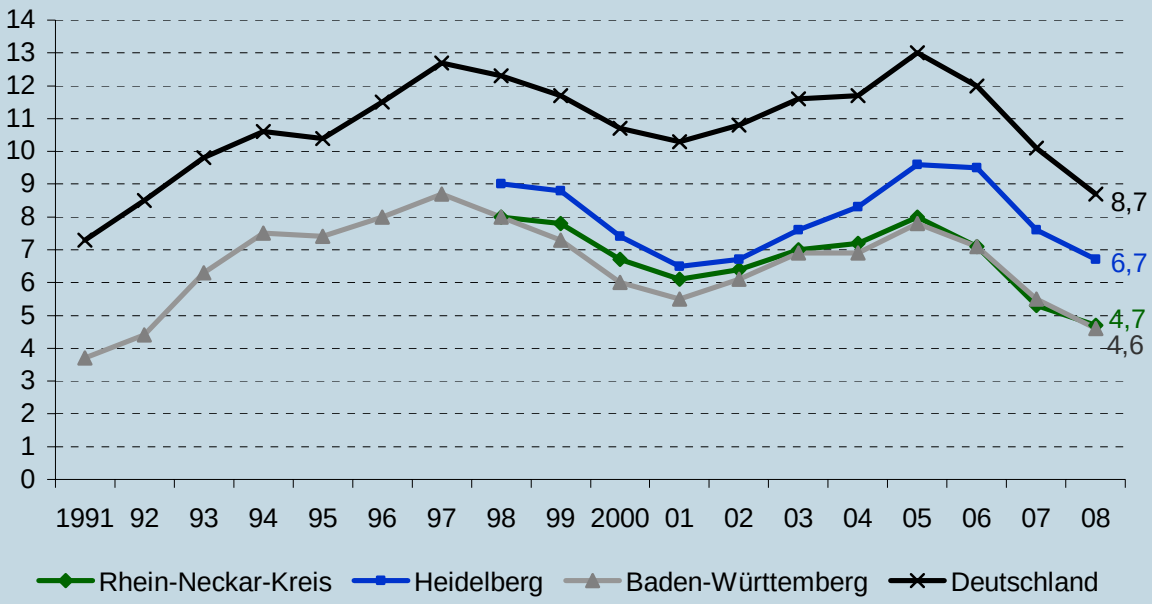
[29] Eggen, B.: Kinderarmut – auch in Baden-Württemberg? In: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 6/2008; relative Armutsquote bezogen auf das Durchschnittseinkommen in Deutschland bzw. in Baden-Württemberg

[30] Vgl. dazu auch die Längsschnittstudie des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS), die im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO) die Auswirkungen von Armut bei Kindern vom letzten Kindergartenjahr bis zum Ende der Grundschulzeit analysierte: Gerda Holz, Antje Richter, Werner Wüstendörfer, Dietrich Giering: Zukunftschancen für Kinder!? – Wirkung von Armut bis zum Ende der Grundschulzeit. Zusammenfassung des Endberichts der 3. Phase der AWO-ISS-Studie

Sozialhilfe bezogen, waren es unter den allein erziehenden Männern nur 3,4% und unter den Ehepaaren nur 1,3%.

Ein wesentliches Armutsrisiko von Kindern stellt die Arbeitslosigkeit der Eltern dar, insbesondere wenn sie von längerer Dauer ist. Dies gilt vor allem seit dem Inkrafttreten der so genannten Harz IV-Reformen zum 1. Januar 2005, die eine Verschlechterung der finanziellen Lage von Langzeitarbeitslosen mit sich brachten.[31] Arbeitslosigkeit ist aber nicht nur mit materiellen Belastungen verbunden, sondern kann auch zu Beeinträchtigungen der sozialen Beziehungen und zu psychischen Störungen führen, mit Auswirkungen auf die gesamte Familie des Betroffenen. Auch insofern ist Arbeitslosigkeit ein für die Gesundheit von Kindern relevantes Problem.

Abb. 10: Entwicklung der Arbeitslosenquote abhängiger Erwerbspersonen (in %)



Datenquelle: Bundesagentur für Arbeit

Die Arbeitslosenquote hat sich in Baden-Württemberg – wie in Deutschland insgesamt - in den 90er Jahren erhöht (Abb. 10). Von 1997 bis 2001 war eine kurzfristige Verbesserung der Arbeitsmarktlage zu verzeichnen, danach sind die Arbeitslosenzahlen bis 2005 wieder angestiegen, in den Folgejahren aber erheblich zurückgegangen. Analog dazu verlief die Entwicklung in Baden-Württemberg und im Rhein-Neckar-Kreis. Die Arbeitslosigkeit hatte in Baden-Württemberg im gesamten Zeitraum ein wesentlich niedrigeres Niveau als in Deutschland insgesamt. Im Rhein-Neckar-Kreis entsprach die Situation in den letzten Jahren etwa dem

[31] Bis zum Jahresende 2004 bezogen Arbeitslose Arbeitslosenunterstützung und im Anschluss daran Arbeitslosenhilfe, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt waren. Diese Leistungen lagen in der Regel über dem Sozialhilfeniveau. Mit dem Harz IV-Gesetz wurden Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zusammengeführt. Danach erhalten seit Beginn des Jahres 2005 erwerbsfähige hilfebedürftige Arbeitslose im Anschluss an die frühere Arbeitslosenunterstützung (nun Arbeitslosengeld) – oder bei fehlenden Ansprüchen von Beginn an - Arbeitslosengeld II und ihre nicht erwerbsfähigen Angehörigen Sozialgeld. Der Bezug von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld ist im SGB II geregelt. Leistungen nach SGB II zielen wie die Sozialhilfe auf die Sicherung des Existenzminimums ab. Die bisherige Sozialhilfe wird nur noch Bedarfsgemeinschaften von Hilfebedürftigen gewährt, die weniger als 3 Std. täglich erwerbsfähig sind, vorübergehend ganz erwerbsunfähig oder längerfristig erkrankt sind.

Landesdurchschnitt. Dabei lag der Anteil der Langzeitarbeitslosen im Rhein-Neckar-Kreis (2008: 29,8%) etwas über dem Landesdurchschnitt (27,4%).

Die Verschlechterung der finanziellen Situation von Langzeitarbeitslosen durch die Harz IV-Gesetze hat erhebliche Folgen für das Ausmaß der Verarmung von Kindern und Jugendlichen. So hat sich seit Einführung von Hartz IV zu Beginn des Jahres 2005 die Kinderarmut in Deutschland weiter erhöht.[32] Während Ende 2004 in Deutschland 8% der Kinder unter 15 Jahren Sozialhilfe erhielten, bezogen Ende 2005 und 2006 rund doppelt so hohe Anteile der Kinder (15,6% bzw. 16,6%) das der Sozialhilfe entsprechende Sozialgeld. Auch in Baden-Württemberg ist es fast zu einer Verdoppelung des Anteils der Kinder gekommen (2004: 4,7%, 2006: 9,2%,), die am soziokulturellen Existenzminimum leben, und der Rhein-Neckar-Kreis weist mit einer Quote von 8,8% am Jahresende 2006 sogar mehr als eine Verdoppelung des Wertes von 2004 (3,1%) auf.[33] Mehr als ein Fünftel der Sozialgeldempfänger haben nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. Damit sind ausländische Kinder überproportional häufig von Armut betroffen. In den Jahren 2007 und 2008 ist der Anteil der Sozialgeldempfänger unter den Kindern aufgrund der günstigen konjunkturellen Entwicklung deutlich zurückgegangen: in Baden-Württemberg auf Quoten von jeweils 8,9% Ende 2007 und 2008, im Rhein-Neckar-Kreis auf Quoten von 8,3% Ende 2007 und 7,7 % Ende 2008. Dieser positive Trend wurde durch die gegenwärtige wirtschaftliche Krise aber beendet. Seit Beginn des Jahres 2009 steigt die Zahl der Sozialgeldempfänger unter den Kindern wieder an.

Die finanzielle Lage von Hartz-IV-Familien wird sich durch das zum 1. Januar in Kraft getretene Familienleistungsgesetz nur teilweise verbessern, da die Kindergelderhöhung in vollem Umfang auf die Leistungen nach dem SGB II angerechnet wird. Speziell für Kinder aus Hartz-IV-Familien ist ein Schulbedarfspaket von 100 Euro pro Schuljahr für Schul- und Unterrichtsmaterialien vorgesehen, das aber nur bis zum Abschluss der Jahrgangsstufe 10 gewährt wird. Eine Verbesserung der Einkommenssituation wird sich jedoch durch die im Konjunkturprogramm II der Bundesregierung eingeführte neue Regelsatzstufe für 6-13jährige Kinder ergeben, nach der sie 246 statt 211 Euro erhalten. Welche weiteren Veränderungen der finanziellen Lage von Hartz-IV-Empfängern eintreten werden, wird erst nach Vorliegen der Ergebnisse der neusten Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS 2008) bekannt werden, die als Grundlage zur Bemessung der Regelsätze dient.

Zusammenfassend lässt sich die wirtschaftliche Situation der Haushalte und Familien in Baden-Württemberg insgesamt und auch im Rhein-Neckar-Kreis als vergleichsweise gut bezeichnen. Alleinerziehende, kinderreiche Familien und ausländische Familien leben jedoch in unterdurchschnittlichen Verhältnissen. Hier findet man auch die höchsten Armutsgefährdungsquoten. Das Problem der Kinderarmut hat sich durch die Harz IV-Reformen in besonderem Maße verschärft. Auch die im Rhein-Neckar-Kreis lebenden Kinder sind davon betroffen. Aufgrund bisheriger Forschungsergebnisse muss davon ausgegangen werden, dass sich daraus auch vermehrt gesundheitliche Probleme der Kinder ergeben werden.

---

[32] Darauf weisen der Ende 2007 erschienene zweite Kinderreport des Deutschen Kinderhilfswerks (Deutsches Kinderhilfswerk e.V. (Hg.): Kinderreport Deutschland 2007. Daten, Fakten, Hintergründe. Freiburg: Velber Verlag 2007) ebenso wie eine Expertise des DPWV hin (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband (Hg.): Kinder und Harz IV. Eine erste Analyse der Auswirkungen des SGB II. Berlin 2005)

[33] Zu den Sozialgeldempfängern müssen noch diejenigen Kinder hinzugerechnet werden, die weiterhin Sozialhilfe beziehen, da die Eltern nicht erwerbsfähig sind und somit auch keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld II haben. Diese Zahl ist jedoch so gering, dass sich kaum höhere Armutsquoten als bei bloßer Betrachtung der Sozialgeldempfänger ergeben.

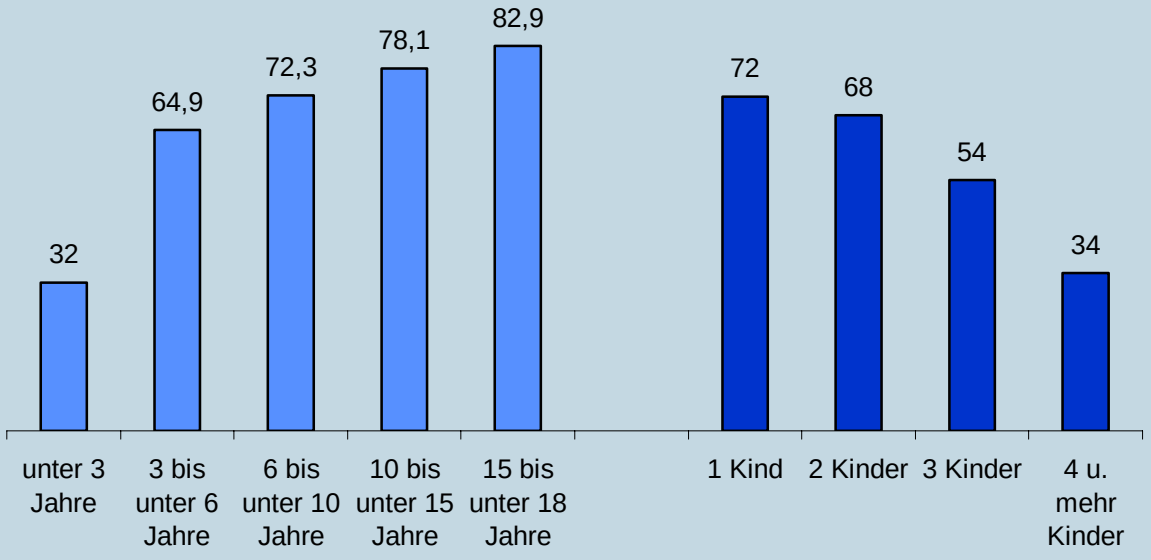
1.3 Erwerbstätigkeit und Kinderbetreuung

1.3.1 Erwerbstätigkeit von Müttern

In Kap. 1.1.1 wurde als ein Grund für die rückläufigen Kinderzahlen der Wunsch der Frauen nach Erwerbstätigkeit bei gleichzeitig unzureichenden Angeboten der Kinderbetreuung aufgeführt. Die Erwerbsbeteiligung von Frauen, insbesondere auch von Müttern, nimmt schon seit den siebziger Jahren nahezu kontinuierlich zu. Die Erwerbstätigenquoten bleiben jedoch noch immer hinter den Erwerbswünschen zurück, d.h. Erwerbswünsche können zu einem großen Anteil nicht realisiert werden.[34]

Baden-Württemberg weist eine im Vergleich zu anderen Bundesländern hohe Erwerbsbeteiligung von Frauen und Müttern auf. In Baden-Württemberg stieg der Anteil der erwerbstätigen[35] Frauen unter allen 20- bis 59-jährigen Frauen mit minderjährigen Kindern von 49% im Jahr 1985 auf 68% im Jahr 2001. Seither stagniert die Erwerbstätigkeit von Müttern. Nach den Daten des Mikrozensus lag die Erwerbstätigenquote von Frauen mit minderjährigen Kindern auch in den Jahren 2004 und 2007 bei 68%. In der Region Rhein-Neckar-Odenwald war 2004 die Erwerbstätigkeit von Müttern mit einer Quote von 65% etwas geringer als im Landesdurchschnitt.

Abb. 11: Erwerbstätigenquoten[a] von Müttern in Baden-Württemberg nach dem Alter des jüngsten Kindes und der Anzahl der Kinder



a) Aktiv erwerbstätig 2007 nach Alter des jüngsten Kindes; aktiv + nicht aktiv erwerbtätig 2004 nach Anzahl der Kinder

Datenquellen: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Familie in Zahlen, Ergebnisse des Mikrozensus 2007 und Pressemitteilung vom 4. Mai 2005, Ergebnisse des Mikrozensus 2004

[34] Dies zeigen mehrere Studien; vgl. z. B. Beckmann, P.: Zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Tatsächliche und gewünschte Arbeitszeitmodelle von Frauen mit Kindern liegen immer noch weit auseinander, IAB-Werkstattbericht, 12/2002; Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) 2007: Frauen zwischen Beruf und Familie. Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen 1997–2005.

[35] Aktiv erwerbstätige Frauen und Frauen in Elternzeit

Die Erwerbstätigenquote der Frauen variiert erheblich in Abhängigkeit vom Alter des jüngsten Kindes und der Anzahl der Kinder, wodurch die Grenzen der Vereinbarkeit von Kinder und Berufstätigkeit nur allzu deutlich werden. So waren 2007 nur 32% der Mütter mit Kindern unter 3 Jahren aktiv erwerbstätig, weitere 14% waren beurlaubt und nahmen die Elternzeit in Anspruch (Abb. 11). Die Erwerbstätigenquote steigt mit zunehmendem Alter der Kinder und sinkt mit der Anzahl der Kinder.

1.3.2 Angebote der Kinderbetreuung

Eine weitere Zunahme der Erwerbstätigkeit von Müttern ist vermutlich nur bei einem weiteren Ausbau der Angebote der Kinderbetreuung möglich. Zweifellos sind in den letzten Jahren durch entsprechende Maßnahmen auch schon deutliche Erfolge erzielt worden, etwa durch die Einführung der Kernzeitenbetreuung an Grundschulen (seit 1990) und der verlässlichen Grundschule (seit 2000), den Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz (seit 1996), das Kindertagesbetreuungsausbaugesetz (TAG), insbesondere zur Erhöhung der Plätze für Kinder unter drei Jahren und der Ganztagesplätze im Kindergarten (seit 2005), und zuletzt durch das zum 1.1.2009 in Kraft getretene Kinderförderungsgesetz (KiFöG). Dies zeigen die folgenden Statistiken[36].

Betreuung von Kindern unter 3 Jahren in Kindertageseinrichtungen

Die Zahl der in Kindertageseinrichtungen vorhandenen Plätze für Kinder unter 3 Jahren hat sich in Baden-Württemberg in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht. So standen Ende 1994 nur 1,2 Plätze pro 100 Kinder unter 3 Jahren zur Verfügung, während es 2004 bereits dreimal so viele waren (Abb. 12). Dabei hat nicht nur die Gesamtzahl der Betreuungsplätze, sondern auch der Anteil der Ganztagesplätze mit Mittagessen erheblich zugenommen (1994: 39%; 2002: 55%). Auch im Rhein-Neckar-Kreis hat sich das Betreuungsangebot verbessert. Mit einer Versorgungsquote von fast 5% im Jahr 2004 wurde der Landesdurchschnitt deutlich übertroffen.

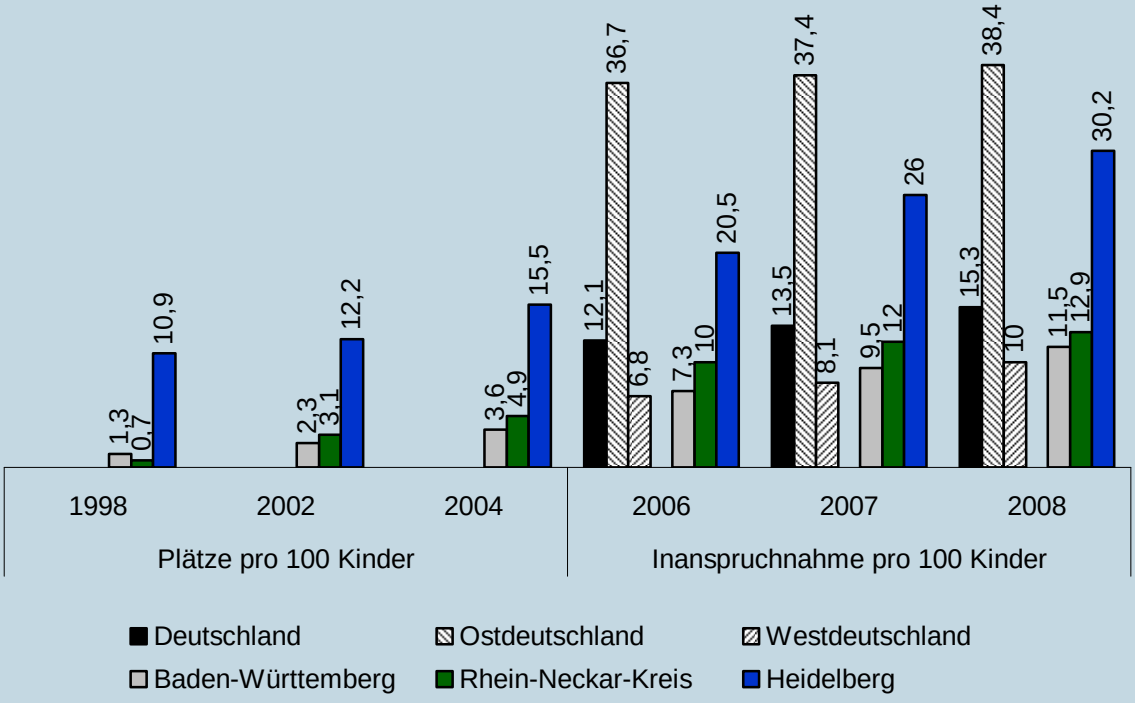
Nach 2004 ist gemessen an der Inanspruchnahmequote das Platzangebot für unter 3-Jährige in Kindertageseinrichtungen weiter gestiegen, auch wenn es sich aufgrund der Neufassung der Kinder- und Jugendhilfestatistik nicht genau beziffern lässt. In Baden-Württemberg wurden 2008 11,5% der Kinder unter 3 Jahren in einer Kindertageseinrichtung[37] betreut, davon 23% ganztags, d.h. mehr als 7 Std. täglich. Im Rhein-Neckar-Kreis wurden die Einrichtungen von fast 13% der Kinder und damit noch stärker als im Landesdurchschnitt in Anspruch genommen. Im Vergleich zur Situation vor zehn Jahren hat sich das Platzangebot im Kreis erheblich verbessert (Abb. 12). Den mit Abstand höchsten Anteil von Kindern in Baden-Württemberg, die eine Einrichtung besuchen, findet man im Stadtkreis Heidelberg.

[36] Daten zur Kinderbetreuung werden durch die amtliche Kinder- und Jugendhilfestatistik erhoben. Im Zuge der Zielsetzung eines Ausbaus der Kindertagesbetreuung und mit Inkrafttreten des TAG zum 1. Januar 2005 wurde die Statistik zur Kindertagesbetreuung neu konzipiert, um detaillierte Informationen für eine bedarfsgerechte Planung zur Verfügung zu haben. Anstelle einer Erhebung alle 4 Jahre wird nun eine jährliche Statistik zum Stichtag 15. März (erstmals 2006) erstellt. Die inhaltlich bedeutsamste Veränderung ist die Erfassung der Anzahl der betreuten Kinder und ihrer Merkmale (Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund) anstelle der Anzahl der Betreuungsplätze. Die Anzahl der vorhandenen Betreuungsplätze wird nur noch für Kinder unter 3 Jahren, begrenzt bis zum Jahr 2010, erfasst. Damit werden im Hinblick auf ältere Kinder Vergleiche mit früheren Erhebungsjahren schwierig. Ein Vorteil der neuen Statistik liegt jedoch darin, dass nun erstmals auch Informationen zur tatsächlichen Inanspruchnahme der Betreuungsangebote vorliegen.

[37] Kindergärten, Krippen, altersgemischte Einrichtungen, betreute Spielgruppen

Verglichen mit anderen Regionen Deutschlands, insbesondere den ostdeutschen Bundesländern, ist die Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Betreuung von Kleinkindern in Baden-Württemberg gering. Vor allem der Anteil der ganztags betreuten Kinder an allen Kindern in Tagesbetreuung[38] lag 2008 mit 23,8% im Landesdurchschnitt und 14,1% im Rhein-Neckar-Kreis deutlich niedriger als im Bundesdurchschnitt (47%).[39] Dies hängt vermutlich nicht mit einem geringeren Betreuungsbedarf zusammen. Bedarfsanalysen für Baden-Württemberg zeigen vielmehr erhebliche Betreuungslücken.[40] Somit sind trotz der Verbesserungen noch erhebliche Anstrengungen nötig, um das auf politischer Ebene formulierte Ziel einer Versorgungsquote von 35% zu erreichen.

Abb. 12: Indikatoren zur Betreuung von Kindern unter 3 Jahren in Kindertageseinrichtungen



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Kinder- und Jugendhilfestatistik

Betreuung von Kindern über 3 Jahren in Kindertageseinrichtungen

Ein insgesamt hohes Versorgungsniveau lässt sich bei den Kindergartenplätzen feststellen. In Baden-Württemberg stieg der Versorgungsgrad von 92 Plätzen pro 100 Kinder im Kindergartenalter Ende 1994 auf 106 Plätze Ende 2004 (Abb. 13). Damit lag das

[38] Kinder in Kindertageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege

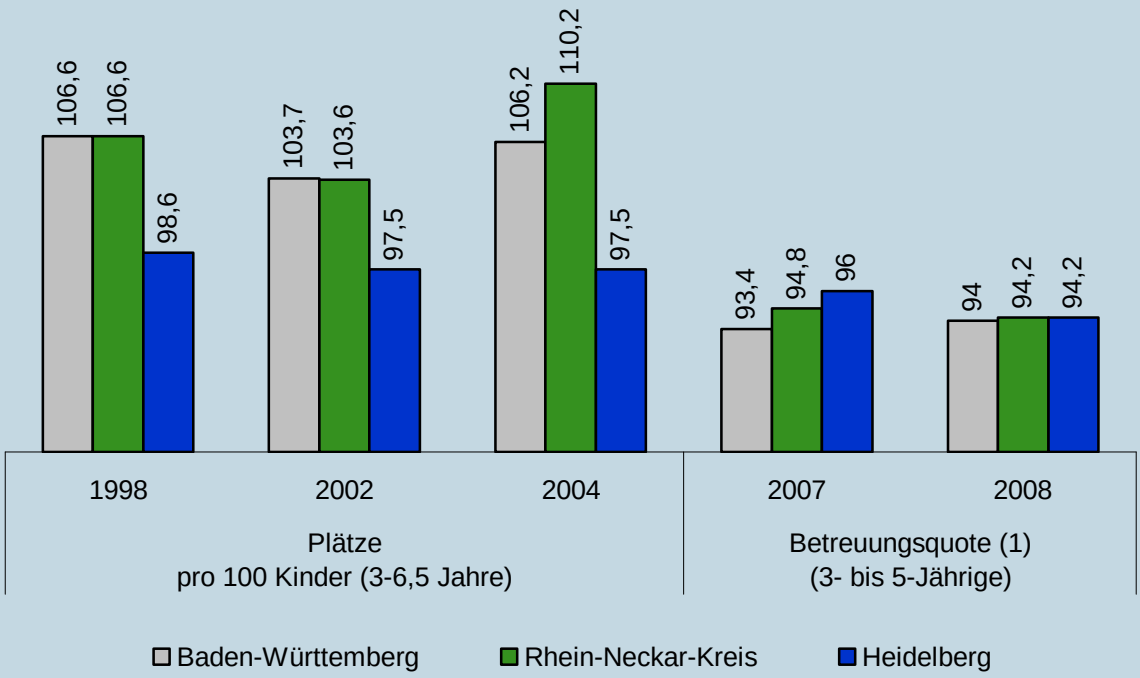
[39] Datenquelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.): Kindertagesbetreuung Regional 2008. Ein Vergleich aller 439 Kreise in Deutschland. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009

[40] Vgl. Ridderbusch, Jens: Kindertagesbetreuung für unter 3-Jährige – eine Bedarfsanalyse für Baden-Württemberg. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, 8/2006

Versorgungsniveau weit über dem Durchschnitt Deutschlands. Im Rhein-Neckar-Kreis war das Platzangebot noch höher, in Heidelberg deutlich geringer als im Landesdurchschnitt. Rein rechnerisch kann somit im Landesdurchschnitt und im Kreis bereits seit Ende der 90er Jahre von einer 100%-igen Versorgung mit Kindergartenplätzen ausgegangen werden.

Die Daten zur Inanspruchnahme der Betreuungsplätze nach der neuen Kinder- und Jugendhilfestatistik zeigen, dass das Angebot nicht völlig ausgeschöpft wird. Im März 2008 besuchten im Rhein-Neckar-Kreis wie in Heidelberg 94,2% der Kinder im Alter von 3 bis unter 6 Jahren eine Kindertageseinrichtung oder wurden von einer Tagesmutter betreut.[41] Damit lagen die Betreuungsquoten geringfügig über dem Landesdurchschnitt und erheblich über dem Bundesdurchschnitt (90,7%). Wie bei den Kleinkindern erfolgt jedoch eine ganztägige Betreuung in Baden-Württemberg vergleichsweise selten. Im März 2008 nahmen in Baden-Württemberg 9,9% und im Rhein-Neckar-Kreis 9,2% der betreuten 3-5-Jährigen eine ganztägige Betreuung in Anspruch, im Bundesdurchschnitt waren es 29,8%, in Heidelberg sogar 42%. Inwieweit trotz der geringen Quote das Angebot an Ganztagesplätzen im Kreis bedarfsgerecht ist, kann nicht beurteilt werden. Ungeachtet dessen haben sich für erwerbstätige Mütter in den letzten Jahren erhebliche Verbesserungen ergeben, da die Kindergartenträger im Kreis im Hinblick auf die Öffnungszeiten sehr flexibel geworden sind.

Abb. 13: Indikatoren zur Betreuung von Kindern über 3 Jahren in Kindertageseinrichtungen



(1) Kinder in Kindertageseinrichtungen und öffentlich geförderter Kindertagespflege je 100 Kinder der Altersgruppe

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Kinder- und Jugendhilfestatistik

[41] Ganz überwiegend wird von den Kindern eine Einrichtung besucht. Die Betreuung durch eine Tagesmutter spielt in dieser Altersgruppe nur eine geringe Rolle. Der Anteil der Kinder im Alter von 3 bis 5 Jahren, die von einer Tagesmutter betreut werden, liegt unter 1% (s. dazu auch den Abschnitt „Kinder in Tagespflege“).

Betreuung von Schulkindern

Die institutionelle Betreuung von Schulkindern hat in den letzten Jahren erhebliche Veränderungen erfahren. Das Angebot an Betreuungsmöglichkeiten ist vielfältiger geworden. Schulkinder können Horte und altergemischte Tageseinrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe in Anspruch nehmen. Darüber hinaus ist im Rahmen von Ganztagsschulen eine Betreuung der Kinder gewährleistet. Weitere schulische Betreuungsangebote sind die verlässliche Grundschule, Nachmittagsangebote wie z.B. Hausaufgabenbetreuung, Arbeitsgemeinschaften und Freizeitaktivitäten in Kooperation mit örtlichen Vereinen, Elterninitiativen und Einrichtungen der Offenen Kinder- und Jugendarbeit.

Die Betreuung von Schulkindern in Horten und anderen Einrichtungen hat in den letzten drei Jahren trotz des Ausbaus der Ganztagsschulen (s. u.) an Bedeutung gewonnen. Dies trifft sowohl für Deutschland insgesamt als auch für Baden-Württemberg, den Rhein-Neckar-Kreis und die Stadt Heidelberg zu (Tab. 1). Die Betreuungsquote ist in Baden-Württemberg erheblich niedriger als in Deutschland insgesamt. Die stärkere Inanspruchnahme der Einrichtungen in Deutschland ist auf die gute Versorgung mit Horten in den neuen Bundesländern zurückzuführen. Im Rhein-Neckar-Kreis entspricht die Betreuungsquote dem Durchschnitt der Landkreise, bleibt aber hinter dem Landesdurchschnitt zurück. In Heidelberg besuchen weniger Schüler/innen die Einrichtungen als in anderen Stadtkreisen, aber deutlich mehr als im Landesdurchschnitt.

Tab. 1: Anteil der Schulkinder (6 bis 13 Jahre), die in Horten und altersgemischten Tageseinrichtungen der Jugendhilfe betreut werden

	2006	2007	2008
Deutschland	5,9	6,4	6,8
Baden-Württemberg	2,4	2,7	3,0
Landkreise	1,4	1,6	1,9
Rhein-Neckar-Kreis	1,2	1,7	1,9
Stadtkreise	7,8	8,5	9,3
Heidelberg	6,3	6,8	6,9

Datenquelle: Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (Hg.) Bestand und Struktur der Kindertageseinrichtungen in Baden-Württemberg, Stuttgart, mehrere Jahre

Die Betreuungseinrichtungen werden hauptsächlich von Kindern im Grundschulalter besucht. In Baden-Württemberg sind etwa vier Fünftel der Schulkinder in Horten und anderen Einrichtungen unter 10 Jahre alt.[42]

[42] Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (Hg.) Bestand und Struktur der Kindertageseinrichtungen in Baden-Württemberg, Stuttgart, Februar 2009

Die Unterschiede zwischen Bund und Land treten noch deutlicher zutage, wenn man die Zahl der in Ganztagsschulen betreuten Kinder ebenfalls berücksichtigt. In Deutschland nahmen 2007 20,9% der Schüler/innen an allgemein bildenden Schulen am Ganztagsbetrieb einer Ganztagsschule teil. In Baden-Württemberg lag dieser Anteil nur bei 17,5%. Der Anteil der Schüler/innen, die ganztags die Schule besuchen, ist in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Er lag 2002 noch bei 9,8% in Deutschland und 5,8% in Baden-Württemberg.[43] Daten auf Kreisebene liegen bisher nicht vor.

Neben Horten und Ganztagsschulen gibt es weitere Möglichkeiten, Schulkinder zumindest zeitweise außerhalb des Unterrichts betreuen zu lassen. In den Städten und Gemeinden des Rhein-Neckar-Kreises und in Heidelberg ist gegenwärtig an praktisch allen Schulen eine Betreuung im Rahmen der verlässlichen Grundschule vorhanden, die eine Unterrichts- und Betreuungszeit von 6 Stunden täglich gewährleistet. Damit ist zumindest eine Teilzeiterwerbstätigkeit beider Eltern möglich.

Kinder in Tagespflege

Eine wichtige Ergänzung zur Kinderbetreuung in Einrichtungen stellt die Tagespflege dar, d.h. die Kinderbetreuung durch eine Tagesmutter in deren Haushalt. Mit dem Tagesbetreuungsausbaugesetz (TAG) soll insbesondere das Angebot für Kinder unter drei Jahren verbessert werden, wobei große Hoffnungen in den Ausbau der Tagespflege gesetzt werden. Ein Drittel der neu zu schaffenden Betreuungsplätze für Kinder unter drei Jahren sollen in der Tagespflege entstehen.

Im TAG wird die Tagespflege für Kinder unter drei Jahren, aber auch für Schulkinder als gleichrangige Alternative zur Betreuung in Einrichtungen definiert. Die Jugendämter sind nicht nur verpflichtet, geeignete Betreuungsplätze bei Tageseltern vorzuhalten, sondern auch für die Qualifizierung der Tagespflegepersonen zur sorgen. Bei einem Betreuungsbedarf des Kindes aufgrund der Erwerbstätigkeit der Eltern ist auch eine finanzielle Bezuschussung des Betreuungsverhältnisses vorgeschrieben. Für Kinder im Alter von drei Jahren bis zum Schuleintritt hat hingegen der Rechtsanspruch auf einen Platz in einer Tageseinrichtung Vorrang.

Tagespflegepersonen benötigen eine Pflegeerlaubnis des Jugendamtes, sofern sie insgesamt mehr als 15 Std. pro Woche und länger als drei Monate gegen Entgelt außerhalb des Haushalts der Eltern Kinder betreuen. Die Erlaubnis wird nur bei persönlicher Eignung und entsprechender Qualifizierung erteilt. Damit werden die Tagespflegepersonen und die von ihnen betreuten Kinder bei den Jugendämtern und entsprechend auch in der Kinder- und Jugendhilfestatistik erfasst. Entsprechende Daten wurden erstmals mit der Erhebung 2006 veröffentlicht.[44]

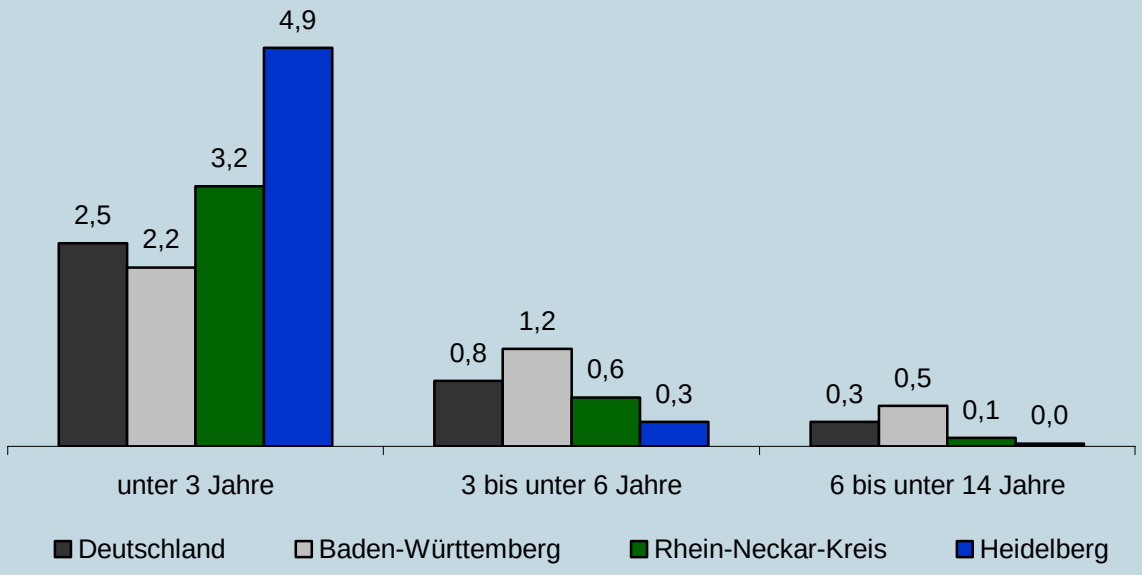
---

[43] Datenquelle: Kultusministerkonferenz, Statistik, Allgemein bildende Schulen in Ganztagsform in den Ländern in der Bundesrepublik Deutschland (http://www.kmk.org/statistik/schule/statistische-veroeffentlichungen/allgemein-bildende-schulen-in-ganztagsform-in-den-laendern-in-der-bundesrepublik-deutschland.html)

[44] Die Statistik umfasst alle mit öffentlichen Mitteln (Finanzielle Zuwendungen an die Pflegeperson, Qualifizierung der Pflegeperson, Beratung, Vermittlung durch das Jugendamt) geförderten Betreuungsverhältnisse, aber nicht privat finanzierte Betreuungsarrangements in der elterlichen Wohnung, die nicht der Erlaubnis des Jugendamtes bedürfen. Es wird davon ausgegangen, dass diese rein privat organisierte Kindertagespflege mindestens genauso häufig wie die öffentlich regulierte Betreuung vorkommt. Vgl. Riedel, B.: Strukturmerkmale der Kindertagespflege. In: Deutsches Jugendinstitut; Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (Hg.): Zahlenspiegel 2007. Kindertagesbetreuung im Spiegel der Statistik. 2008, S. 113-140

Die vorliegenden Daten zeigen, dass die öffentlich geförderte Tagespflege im Rhein-Neckar-Kreis ganz überwiegend für Kinder unter 3 Jahren in Anspruch genommen wird. Im März 2008 waren rund 73% aller Tagespflegekinder im Rhein-Neckar-Kreis Kleinkinder. Insgesamt wurden 3% aller Kinder unter 3 Jahren von Tageseltern betreut und damit ein höherer Anteil als im Landes- und im Bundesdurchschnitt (Abb. 14). Zusammen mit den Plätzen in Einrichtungen und in betreuten Spielgruppen wurde im Landkreis im März 2008 eine Versorgungsquote von 16% der Kleinkinder erreicht. Dies bedeutet nicht nur eine erhebliche Steigerung gegenüber den Vorjahren, sondern auch eine sehr gute Position im Landkreisvergleich. Nur in fünf Landkreisen wird eine höhere Betreuungsquote erreicht. Bis zum Jahr 2010 werden weitere Betreuungsplätze zur Verfügung stehen. Unter Berücksichtigung des prognostizierten Rückgangs der Zahl der Kinder rechnet das Kreisjugendamt bis zum Jahr 2010 mit einem Platzangebot für 30% der Kinder unter 3 Jahren. Inwieweit das Platzangebot tatsächlich auch in Anspruch genommen werden kann, wird allerdings auch von der Gebührenstruktur in den einzelnen Gemeinden abhängig sein.

Abb. 14: Anteil der in öffentlich geförderter Kindertagespflege betreuten Kinder, 2008



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Kinder- und Jugendhilfestatistik

Einrichtungen für Kinder mit besonderem Betreuungsbedarf

Für Kinder, die aufgrund einer Entwicklungsverzögerung, einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung einer besonderen Betreuung und Förderung bedürfen, stehen in Abhängigkeit vom Grad der Beeinträchtigung verschiedene Einrichtungen zur Verfügung. Dabei kann man zunächst unterscheiden zwischen Einrichtungen, die in die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe fallen, und solchen, die der Schulverwaltung unterstehen.

Bei den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe gibt es integrative Tageseinrichtungen[45], in denen behinderte zusammen mit nicht behinderten Kindern betreut werden, sowie Sondereinrichtungen für behinderte Kinder. In den letzten zwei Jahrzehnten geht der Trend eindeutig in Richtung auf die integrative Erziehung. Dies entspricht nicht nur der Forderung von Chancengleichheit für behinderte Kinder, wie sie auch in der Gesetzgebung verankert ist, sondern auch wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen, nach denen behinderte und nicht behinderte Kinder gleichermaßen von einer gemeinsamen Betreuung profitieren. Der Anteil der Plätze in integrativen Einrichtungen hat in Deutschland zwischen 1994 und 2002 von 56% auf 80% zugenommen (Tab. 2).[46]. Dabei gibt es jedoch große regionale Unterschiede. In Baden-Württemberg waren schon 1998 mehr als 95% aller Plätze in integrierten Einrichtungen, und dieser Anteil stieg bis 2002 auf über 97%.

Tab. 2: Platzangebot und Inanspruchnahme von Plätzen für behinderte Kinder in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe

	insgesamt[a]	unter 3-Jährige	3- bis unter 6,5-Jährige	Ältere Kinder[b]	Anteil in integrativen Einrich-tungen
	Plätze pro 10.000 Kinder				%
Deutschland					
1994	37,2	5,3	100,5	10,7	56,2
1998	54,7	6,1	164,6	16,2	61,9
2002	59,5	8,8	166,7	15,9	80,3
Baden-Württemberg					
1998	14,1				95,9
2002	25,4	2,1	81,5	1,9	97,3
Rhein-Neckar-Kreis					
2002	24,9				
Heidelberg 2002	56,7				
	betreute Kinder pro 10.000 Kinder				
Deutschland					
2006	50,9	7,6	188,9	5,8	76,8
2007	55,2	8,7	205,7	6,7	76,8
Baden-Württemberg					
2006	19,2	2,3	73,8	1,9	90,6

a) Die Zahl der Plätze ist bezogen auf die Zahl der Kinder unter 12 Jahren, die Zahl der betreuten Kinder ist bezogen auf die Zahl der Kinder unter 14 Jahren

b) Plätze pro 10.000 Kinder im Alter von 6 bis unter 12 Jahren; betreute Kinder pro 10.000 Kinder im Alter von 6,5 bis unter 14 Jahren

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Kinder- und Jugendhilfestatistik; Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stat. Berichte, K V 3 - 4j/02(1) vom 26.07.2004; DJI-Zahlenspiegel 2005 und 2007; eigene Berechnungen

[45] In der Kinder- und Jugendhilfestatistik werden sowohl Einrichtungen, die explizit als integrative Einrichtungen geführt werden, als auch Regeleinrichtungen, die einzelne behinderte Kinder auf Anfrage aufnehmen, als integrative Einrichtungen bezeichnet.

[46] Erleichtert wurde diese Entwicklung durch den Rückgang der Kinderzahlen, wodurch freie Kapazitäten in Regeleinrichtungen zur Aufnahme von behinderten Kindern genutzt werden konnten.

Ob sich der Trend weg von Sondereinrichtungen hin zur integrativen Betreuung behinderter Kinder auch nach 2002 fortgesetzt hat, lässt sich aufgrund der Neufassung der Kinder- und Jugendhilfestatistik (s. o.) nur schwer beurteilen. Der Anteil der integrativ betreuten Kinder lag in Deutschland in den letzten beiden Jahren bei 77% und in Baden-Württemberg bei 91%. Daten für den Rhein-Neckar-Kreis liegen nicht vor.

Auch wenn die Integration behinderter Kinder in Baden-Württemberg relativ weit fortgeschritten ist, so bleibt doch fraglich, ob die Zahl der insgesamt vorhandenen Betreuungsplätze bedarfsgerecht ist. Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 4-5% der Kinder eines Jahrgangs behindert sind bzw. von Behinderung bedroht sind. Dies würde einem Bedarf von 400-500 Plätzen/10.000 Kindern entsprechen. Das Angebot entspricht diesem Bedarf – auch bei Hinzurechnung der Plätze in Schulkindergärten (s. u.) - nicht. In den allgemeinen Kindergärten hatte das Angebot an Plätzen für Kinder mit Behinderungen, drohenden Behinderungen oder Entwicklungsverzögerungen im Jahr 2002 in Baden-Württemberg das zweitniedrigste Niveau aller Bundesländer. Das Angebot im Rhein-Neckar-Kreis entsprach mit 25 Plätzen dem Landesdurchschnitt. Die Entwicklung nach 2002 ist wiederum nicht klar zu beurteilen. Gemessen an der Betreuungsquote ist die Situation in Baden-Württemberg im Vergleich zum Bundesdurchschnitt nach wie vor ungünstig. Für den Rhein-Neckar sind weder zur Zahl der in Regelkindergärten betreuten behinderten Kinder noch zur Zahl der dort vorhandenen Plätze für behinderte Kinder Daten vorhanden.

Kinder mit schwereren Behinderungen, deren sonderpädagogischer Förderbedarf an einer Kindertagesstätte auch mit begleitender Unterstützung durch Frühförderstellen und heilpädagogische Fachdienste nicht erfüllt werden kann, können einen Schulkindergarten besuchen. Der Schulkindergarten bietet im Allgemeinen eine ganztägige Betreuung für behinderte Kinder ab 3 Jahren bzw. bei Körperbehinderung schon ab 2 Jahren. Auch bereits schulpflichtige Kinder, die wegen einer Behinderung vom Schulbesuch zurückgestellt werden, können dort betreut und gefördert werden. Der der Schulaufsicht unterstehende Schulkindergarten ist meistens an eine Sonderschule angeschlossen (z.B. für geistig Behinderte, Blinde/Sehbehinderte, hörgeschädigte Kinder).

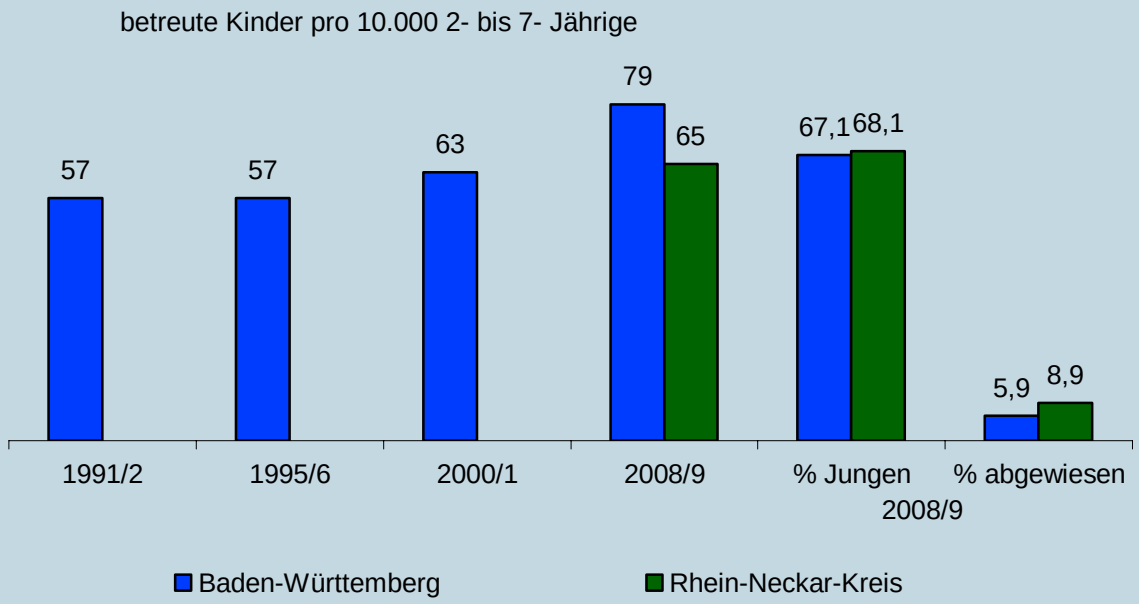
Das Angebot an Plätzen in Schulkindergärten hat sich in den letzten 15 Jahren in Baden-Württemberg kontinuierlich verbessert, zumindest gemessen an der Anzahl der Einrichtungen und den darin betreuten Kindern. Im Schuljahr 2008/9 besuchten 4651 Kinder einen von 247 Schulkindergärten. Gegenüber dem Schuljahr 1991/2 hat sich die Zahl der Einrichtungen um 45 und die Zahl der Kinder um fast 800 erhöht. Bei etwa zwei Dritteln der Kinder handelt es sich um Jungen. Zieht man die Altersgruppe der 2- bis 7-jährigen als Referenzkategorie heran, so ist der Anteil der Kinder im Schulkindergarten von 57 auf 79 pro 10.000 Kinder gestiegen (Abb. 15). Die zunehmende Inanspruchnahme ist vermutlich nicht auf einen wachsenden Bedarf zurückzuführen, sondern auf ein größeres Angebot an Plätzen, das allerdings auch benötigt wird und offensichtlich noch lange nicht ausreichend ist.[47] So gibt die Statistik für das Schuljahr 2008/9 eine Zahl von 292 Kindern an, die wegen Platzmangel nicht aufgenommen werden konnten. Dies entspricht einem Anteil von 5,9% der Kinder, für die ein Platz nachgefragt wurde. Vier Jahre zuvor mussten noch 8% der Bewerber abgewiesen werden. Im Rhein-Neckar-Kreis

[47] Gegen einen zunehmenden Bedarf an Plätzen spricht der seit 20 Jahren unveränderte Anteil von Schülern (rd. 4-5%), die eine Sonderschule besuchen. Daher ist vielmehr anzunehmen, dass ein gleich bleibender Bedarf an Plätzen zunehmend befriedigt werden kann.

waren im Schuljahr 2008/9 13 Schulkindergärten vorhanden, die von insgesamt 185 Kindern besucht wurden. Dies entspricht einem geringeren Anteil der Kinder im Alter von 2 bis 7 Jahren als im Landesdurchschnitt. Fast 9% der Bewerber mussten abgewiesen werden.

Ein Angebot für ausschließlich schulpflichtige Kinder stellen die Grundschulförderklassen dar. Hier werden Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, die vom Schulbesuch zurückgestellt sind, (überwiegend halbtags) betreut, mit dem Ziel der Aufnahme in die Grundschule. Um in eine Grundschulförderklasse aufgenommen zu werden, muss absehbar sein, dass das Kind innerhalb eines Jahres die Grundschulfähigkeit erreicht. Während der letzten zehn Jahre kamen in Baden-Württemberg auf 100 in die Grundschule eingeschulte Kinder jeweils 3-4 Kinder, die eine Grundschulförderklasse besuchten.[48] Wie bei den Schulkindergärten sind Jungen mit einem Anteil von rund zwei Dritteln überrepräsentiert. Nicht alle förderungsbedürftigen Kinder fanden einen Platz; im Schuljahr 2008/9 konnten 200 Kinder wegen Platzmangels nicht aufgenommen werden – das sind 4,6% der Kinder, für die ein Platz nachgefragt wurde. Im Rhein-Neckar-Kreis war die Versorgung wiederum schlechter als im Landesdurchschnitt; hier konnten von 185 Bewerbern 32 Kinder (=17,3%) nicht berücksichtigt werden.

Abb. 15: In Schulkindergärten betreute Kinder



Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Berechnungen

Insgesamt haben sich die Möglichkeiten der Kinderbetreuung im Rhein-Neckar-Kreis in den letzten Jahren deutlich verbessert. Insbesondere beim Platzangebot für Kinder unter 3 Jahren sind erhebliche Fortschritte festzustellen. Trotzdem sind weitere Anstrengungen erforderlich, wenn das vorgegebene Ziel der Bundesregierung, bis zum Jahr 2013 für 35% der Kinder unter 3 Jahren ein Betreuungsangebot machen zu können, erreicht werden soll. Verbesserungen sollten auch beim Angebot von Ganztagesplätzen für Kindergartenkinder, von Hortplätzen und von Plätzen für Kinder mit Behinderungen und Entwicklungsdefiziten angestrebt werden, zumal

[48] Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

aufgrund einer steigenden Erwerbsquote von Müttern von einem zunehmenden Bedarf an Betreuungsplätzen auszugehen ist.

1.3.3 Inanspruchnahme außerfamiliärer Kinderbetreuung in verschiedenen Bevölkerungsgruppen

Ein ausreichendes Angebot an Kinderbetreuungsplätzen ist nicht nur im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, sondern auch im Hinblick auf eine gesunde Entwicklung der Kinder wichtig. Kindertageseinrichtungen erfüllen in diesem Zusammenhang zahlreiche Funktionen. Sie ermöglichen Kontakte und die Auseinandersetzung mit anderen Kindern und haben damit für die soziale Integration, die Entwicklung von Vertrauen zu sich und anderen und von sozialen Kompetenzen eine erhebliche Bedeutung. Kindertageseinrichtungen haben darüber hinaus einen Bildungsauftrag. Sie fördern insbesondere die sprachliche und die kognitive Entwicklung und vermitteln erste Kenntnisse zu verschiedenen Sachthemen. Damit kommt ihnen eine wichtige Rolle für die zukünftigen Bildungschancen des Kindes zu.

Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, dass alle Kinder die Möglichkeit haben, eine Kindertageseinrichtung zu besuchen und vorhandene Entwicklungsdefizite aufgrund der familialen Herkunft ausgeglichen und nicht durch eine ungleiche Nutzung der Einrichtungen noch verstärkt werden. Nach allen dazu vorliegenden empirischen Befunden trifft dies aber nicht zu. Die Teilhabe von Kindern an Angeboten der außerfamiliären Erziehung und Bildung hängt nach wie vor von Merkmalen der sozialen Lage der Familie ab. Dies zeigen verschiedene, für Deutschland repräsentative Datenquellen.[49]

Zum einen hat das Bildungsniveau der Eltern einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Angeboten der Kinderbetreuung. Nach dem KiGGS nehmen Kinder unter 3 Jahren mit einer Mutter ohne Bildungsabschluss zu 15% Einrichtungen der Kinderbetreuung in Anspruch, während Kinder mit einer akademisch gebildeten Mutter zu 34% die Angebote der Kinderbetreuung nutzen; im Vorschulalter liegen die Unterschiede bei 78% vs. 87%.[50] Zu ähnlichen Ergebnissen kommt man aufgrund von Daten des Mikrozensus[51] und des SOEP[52]. Für den Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg vorliegende Daten der CBCL-Studie aus dem Jahr 1996 ergeben eine wenigstens drei Jahre dauernde Kindergartenzeit für mehr als 90% der Kinder von Müttern mit mittlerem oder höherem Schulabschluss, aber für nur 63% der Kinder von Müttern ohne Schulabschluss.

Darüber hinaus bestehen deutliche Unterschiede nach dem Migrationshintergrund der Kinder. Verschiedene Datenquellen[53] zeigen, dass Kinder aus Migrantenfamilien seltener oder später

[49] Der Mikrozensus, die jährliche Erhebung des Sozioökonomischen Panels (SOEP) des DIW, die DJI-Kinderbetreuungsstudie aus dem Jahr 2005 und der 2003-2006 durchgeführte Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)

[50] Schlack, R.; Hölling, H.; Kurth, B.-M.: Inanspruchnahme außerfamiliärer vorschulischer Kindertagesbetreuung und Einfluss auf Merkmale psychischer Gesundheit bei Kindern. In: Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz 5/5 2007, S. 1249-1258

[51] Konsortium Bildungsberichterstattung (Hg.) 2006, S. 38, Daten auf Basis des Mikrozensus 2004

[52] Fuchs-Rechlin, K.: Kindertagesbetreuung im Spiegel des Sozioökonomischen Panels. In: Deutsches Jugendinstitut; Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (Hg.): Zahlenspiegel 2007. Kindertagesbetreuung im Spiegel der Statistik. 2008, S. 203-216

[53] DJI-Kinderpanel, Mikrozensus, SOEP, KiGGS

den Kindergarten besuchen als Kinder ohne Migrationshintergrund. So nutzen nach dem KiGGS Kinder unter 3 Jahre ohne Migrationshintergrund zu 22% die vorhandenen Kinderbetreuungseinrichtungen, während dieser Anteil bei Kindern mit Migrationshintergrund nur 10% beträgt. Bei 3- bis 6-jährigen Kinder ergeben sich Anteile von 81% vs. 69%; zudem ergibt sich bei Kindern mit Migrationshintergrund ein späteres Eintrittsalter. Desgleichen zeigt die CBCL-Studie bei 92% der deutschen, aber nur 63% der ausländischen Kinder eine mindestens dreijährige Kindergartenzeit.[54]

Die Kinder- und Jugendhilfestatistik erhebt seit 2006 erstmals auch Daten zum Migrationshintergrund der Kinder.[55] Danach hatten in Deutschland 2008 rund 17% (2006:15%) der unter 3-jährigen und rund 27% (2006: 25%) der 3- bis unter 6-jährigen Kinder in Tageseinrichtungen einen Migrationshintergrund.[56] Nach dem Mikrozensus 2007 haben in Deutschland rund 34% aller Kinder im Alter von unter 5 Jahren einen Migrationshintergrund.[57] Der Anteil der Migranten in Kinderbetreuungseinrichtungen lag in dieser Altersgruppe 2007 bei 24% und damit sehr deutlich unter ihrem Anteil in der Bevölkerung.[58]

Insgesamt wird damit deutlich, dass gerade Kinder, die aufgrund ihres sozialen Hintergrundes sowieso schon benachteiligt sind, an den Angeboten der Kindertageseinrichtungen unterdurchschnittlich teilhaben. Dies wiegt schwer angesichts der Tatsache, dass der Besuch einer Kindertagesstätte für die gesamte Entwicklung eines Kindes eine hohe Bedeutung hat und bestehende Defizite ausgleichen kann. Untersuchungen haben z.B. gezeigt, dass die Sprachentwicklung von Kindern und die Deutschkenntnisse ausländischer Kinder durch einen mehrjährigen Kindergartenbesuch gefördert werden.[59]

Der Besuch des Kindergartens wird angesichts der Bestrebungen, den Bildungsauftrag des Kindergartens zu stärken und die Qualität der vorschulischen Bildung zu verbessern, in Zukunft noch wichtiger werden. Deshalb müssen mögliche Hinderungsgründe wie z.B. fehlende Informationen zu möglichen Vergünstigungen für einkommensschwache Familien[60], Unkenntnis über vorhandene Angebote und die Wichtigkeit des Kindergartenbesuchs für das Kind, mangelnde interkulturelle Kompetenzen der Erzieher/innen oder auch ungünstige/ nicht

---

[54] In der Befragung wird nur die Staatsangehörigkeit, nicht der Migrationshintergrund erfasst.

[55] Erfasst wird, ob mindestens ein Elternteil des Kindes im Ausland geboren wurde und ob das Kind zu Hause überwiegend Deutsch spricht.

[56] Mindestens ein Elternteil wurde im Ausland geboren und/oder die Familiensprache ist nicht deutsch. Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Kinder- und Jugendhilfestatistik, eigene Berechnungen

[57] Die Definition des „Migrationshintergrundes“ stimmt mit den Abgrenzungen in der Kinder- und Jugendhilfestatistik nicht genau überein. Vgl. Statistisches Bundesamt, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2007. Fachserie 1, Reihe 2.2

[58] Da der Unterschied so deutlich ist, kann dies trotz der differierenden Definitionen behauptet werden.

[59] Schöler, H., Roos, J., Schäfer, P., Dreßler, A., Grün-Nolz, P. & Engler-Thümmel, H. (2002). Einschulungsuntersuchungen 2002 in Mannheim (Arbeitsberichte aus dem Forschungsprojekt „Differentialdiagnostik" Nr. 13). Heidelberg: Pädagogische Hochschule, Institut für Sonderpädagogik, Abt. Psychologie in sonderpädagogischen Handlungsfeldern.
Schöler, H., Guggenmos, J., Hasselbach, P. & Iseke, A. (2005): Sprachliche Leistungen in der Einschulungsuntersuchung – Ein Vergleich der Jahrgänge 1999 bis 2004 in der Stadt Münster (Arbeitsberichte aus dem Forschungsprojekt „Differenzialdiagnostik" Nr. 21). Heidelberg: Pädagogische Hochschule, Institut für Sonderpädagogik, Abt. Psychologie in sonderpädagogischen Handlungsfeldern.

[60] Nach § 90 SGB VIII werden die Kindergartengebühren ganz oder teilweise vom Kreisjugendamt übernommen, wenn die finanzielle Belastung den Eltern aufgrund ihrer Einkommensverhältnisse nicht zuzumuten ist.

ausreichende Öffnungszeiten beseitigt werden. In der jüngeren Vergangenheit wurde von verschiedenen Politikern ein verpflichtender Besuch vorschulischer Einrichtungen gefordert. Auch der Aktionsrat Bildung, ein Expertengremium renommierter Bildungswissenschaftler, hat in seinem Jahresgutachten 2008 einen obligatorischen Kindergartenbesuch für alle Kinder mit dem vollendeten vierten Lebensjahr und für Kinder mit besonderem Förderbedarf mit dem vollendeten zweiten Lebensjahr empfohlen.[61] So könnte eine frühe Förderung insbesondere der Kinder aus sozial benachteiligten Familien erreicht werden.

[61] Vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V. (Hrsg.): Bildungsrisiken und -chancen im Globalisierungsprozess. Jahresgutachten 2008. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 1. Auflage 2008, S. 146

1.4 Schulsituation

1.4.1 Schuleintritt und Schularten

Der Übergang vom Kindergarten in die Schule stellt ein markantes Ereignis im Leben von Kindern und ihren Familien dar. Selbstverständlich ist es für die Gesundheit und das Wohlbefinden des Kindes, aber auch aufgrund der hohen Bedeutung von Bildung für die späteren Lebenschancen wichtig, dass dieser Übergang gelingt und das Kind einen erfolgreichen Start in der Schule hat. Voraussetzung dafür ist die Schulfähigkeit des Kindes, d.h. der Zeitpunkt der Einschulung soll sich am Entwicklungsstand des Kindes orientieren. Der Einschulungszeitpunkt darf nicht zu früh erfolgen, um Misserfolge und Enttäuschungen des Kindes aufgrund von Überforderung zu vermeiden.

Seit vielen Jahren werden Kinder in Deutschland mit Vollendung des 6. Lebensjahres schulpflichtig. Die meisten Kinder sind ab diesem Alter schulfähig. In den letzten Jahren gingen jedoch die Bestrebungen der Länder dahin, zu einer früheren Einschulung zu kommen. Zum einen wurde 1998 eine Stichtagsflexibilisierung eingeführt, die es ermöglichte, ein Kind auf Wunsch der Eltern auch früher einzuschulen. Zum anderen wurde der Stichtag, bis zu dem das 6. Lebensjahr vollendet sein sollte, nach und nach um einen Monat verschoben. Die Neuregelungen erfolgten zum einen angesichts des im internationalen Vergleich hohen Alters der Schulabsolventen, sie tragen zum anderen aber auch den individuellen Unterschieden in der Entwicklung von Kindern Rechnung. Wie die Schulstatistik zeigt, ist das Einschulungsalter der Kinder durch die genannten Neuregelungen zunächst deutlich gesunken. Der Anteil der früh[62] eingeschulten Kinder stieg in Baden-Württemberg bis zum Jahr 2004 auf 12% und fiel dann auf 3,7% im Jahr 2008. Der Rhein-Neckar-Kreis hat einen vergleichsweise hohen Anteil von früh eingeschulten Kindern. Hier wurden 2008 4,7% der Schulanfänger an Grundschulen früh eingeschult; Heidelberg wies mit 8,8% die im Kreisvergleich höchste Quote von Früheinschulungen auf.[63]

Mädchen werden häufiger früh eingeschult und seltener zurückgestellt als Jungen. Sie erreichen offensichtlich schneller einen Entwicklungsstand, der sie zum Schulbesuch befähigt. Bei den Schulanfängerinnen 2008 handelte es sich in Baden-Württemberg zu 4,7% um Früheinschulungen und zu 7,3 um Späteinschulungen, während sich bei den Jungen Anteile von 2,8% bzw. 11,6% ergaben. Darüber hinaus ist eine hohe Rückstellungsquote bei Kindern mit Migrationshintergrund bekannt.[64] Unterschiede im Einschulungsalter sind auch mit anderen sozialen Merkmalen, wie z.B. relative Einkommensarmut, Schulabschluss der Eltern und sozialer Status assoziiert.[65]

---

[62] 6. Lebensjahr am Stichtag noch nicht vollendet.

[63] Datenquelle: Landesinstitut für Schulentwicklung, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Bildungsberichterstattung 2007. Bildung in Baden-Württemberg. Stuttgart 2007; Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Pressemitteilung vom 9. September 2009 (Nr. 292)

[64] Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.) 2004, Familien in Baden-Württemberg. Familienbericht 2004, Teil I, S. 81ff. (http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/BevoelkGebiet/FaFo/fafoFB04.asp); Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Statistik aktuell, Bildung in Baden-Württemberg, Stuttgart 2005.

[65] Nach den Daten des DJI-Kinderpanels geben 13,8% der einkommensarmen Familien gegenüber nur 5% der nicht armen Familien an, dass das Kind bei der Einschulung zurückgestellt wurde. Umgekehrt haben nur 4,9% der armen gegenüber 9,9% der nicht armen Familien ihr Kind vorzeitig einschulen lassen (Armut = weniger als 50% des mittleren Haushaltseinkommens, alte OECD-Skala). Nach der KiGGS-Studie wurden 9% der Kinder von Vätern ohne Schulabschluss gegenüber nur 4% der

Die Einschulungsuntersuchungen im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg zeigen eine zunehmende Neigung der Eltern zu einem frühen Schulbesuch ihres Kindes. So ist der Anteil der bei der Einschulungsuntersuchung vorgestellten Kinder, die erst nach dem Stichtag 30. Juni 6 Jahre alt werden, zwischen 1997 und 2004 im Rhein-Neckar-Kreis von 5% auf 15,5% gestiegen (Tab. 3). Aufgrund der Stichtagsverschiebungen sank der Anteil der als „früh“ zu definierenden Einschulungen bis zum Schuljahr 2007/8 auf 5,7%. Nach den jeweiligen Stichtagsregelungen des Vorjahres wäre jedoch eine kontinuierliche Zunahme der „frühen“ Einschulungen über den gesamten Zeitraum zu beobachten gewesen. Gleichzeitig ist jedoch in den letzten Jahren auch

Tab. 3: Anteil der beabsichtigten frühzeitigen, normalen und verspäteten Einschulungen im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg 1997-2008

	spät[a] %	normal[a] %	früh[a] %
Rhein-Neckar-Kreis			
1997	5,9	89,1	5
2004	5	79,5	15,5
2005[b]	4,6	76,3	19,1
2005[c]	4,6	84,1	11,3
2006[b]	5,5	78,5	16,0
2006[c]	5,5	85,9	8,6
2007[b]	6,8	80,2	13,1
2007[c]	6,8	87,5	5,7
2008	8,6	85,5	5,8
Heidelberg			
2008	8,0	82,5	9,6
2008			
Jungen	10,3	85,2	4,4
Mädchen	6,6	84,8	8,6
2008			
ohne Migrationshintergrund	7,5	85,7	6,8
mit Migrationshintergrund	11,0	84,5	4,6

a) spät: Kind wurde vor dem Stichtag des Vorjahres 6 Jahre alt; früh: Kind wurde nach dem Stichtag des Einschulungsjahres 6 Jahre alt; normal: Kind wurde im Zeitraum zwischen dem Stichtag des Vorjahres und des Einschulungsjahres 6 Jahre alt; Stichtag ist bis 2004 der 30.6, 2005 der 31.07, 2006 der 31. 08., seit 2007 der 30.09.
b) bei Stichtagsregelung des Vorjahres
c) bei neuer Stichtagsregelung

Datenquelle: Einschulungsuntersuchungen Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg, 1997 - 2008

Kinder von Vätern mit Abitur bei der Einschulung zurückgestellt. Ein entsprechender Zusammenhang ergibt sich mit dem Sozialstatus (soziale Schicht nach Winkler).

eine Zunahme der spät eingeschulten Kinder festzustellen, die sich auch in der amtlichen Schulstatistik zeigt[66]. Die Unterschiede nach Geschlecht und Migrationshintergrund der Kinder bestätigen die bekannten Befunde.

Neben der Frage des Zeitpunktes der Einschulung muss eine Entscheidung im Hinblick auf die Schulart getroffen werden. Im Schuljahr 2007/8 begannen 94,3% der Kinder in Baden-Württemberg ihre Schullaufbahn in einer herkömmlichen Grundschule und 4,1% in einer Sonderschule. Jungen wurden häufiger in eine Sonderschule eingeschult als Mädchen (5,3% vs. 2,9%). Die Sonderschulen umfassen Förderschulen für Lernbehinderte, Schulen für Sehbehinderte, Hörbehinderte, Sprachbehinderte, Körperbehinderte, Geistigbehinderte und Kinder mit emotionalen/sozialen Entwicklungsstörungen. Der Anteil der Schulanfänger in einer Sonderschule hat in den letzten Jahren in Baden-Württemberg, aber auch in Deutschland insgesamt etwas zugenommen. Er lag in Baden-Württemberg vor zehn Jahren bei 2,8%. Die Gesamtzahl der Schulanfänger mit sonderpädagogischem Förderbedarf dürfte derzeit bei etwa 5% liegen, denn ein Teil der Kinder wird in allgemeinen Schulen integrativ gefördert. In Baden-Württemberg traf dies im Schuljahr 2007/8 für rund 26% aller Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf zu.[67]

Bei den Einschulungsuntersuchungen der Kinder im Rhein-Neckar-Kreis und in Heidelberg für das Schuljahr 2008/9 stellten die Schulärzt/innen bei 6,9% der Kinder einen besonderen Beschulungsbedarf fest. Am häufigsten wurde aufgrund von Sprachauffälligkeiten eine Schule für Sprachbehinderte empfohlen (1%), wobei Jungen wesentlich häufiger betroffen sind als Mädchen (1,4% vs. 0,6%). Entwicklungsstörungen, die mit Lernbehinderungen verbunden sind, wurden bei 0,8% der Kinder verzeichnet. Auch davon sind Jungen häufiger betroffen als Mädchen (1,1% vs. 0,5%). Darüber hinaus sind erhebliche Unterschiede zwischen deutschen Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund vorhanden (0,6% vs. 1,2%). Damit findet die schon im Kindergartenalter bestehende Ungleichheit der Startbedingungen von deutschen und ausländischen Kindern beim Eintritt in die Schule ihre Fortsetzung.

Mit der neu konzipierten Einschulungsuntersuchung (vgl. Kap. 1.6.5.1), bei der eine Sprachstandsdiagnostik bereits im vorletzten Kindergartenjahr durchgeführt wird, können vorhandene Defizite früher als bisher erkannt werden und auch entsprechende Sprachfördermaßnahmen früher erfolgen. Die Träger von Tageseinrichtungen für Kinder in Baden-Württemberg können im Rahmen des Programms „Sag' mal was" der Landesstiftung Baden-Württemberg finanzielle Unterstützung für die Durchführung von Sprachfördermaßnahmen für Kinder mit intensivem Förderbedarf erhalten. Alternativ besteht die Möglichkeit, eine finanzielle Zuwendung des Landes aus den Haushaltsmitteln für Maßnahmen der Hausaufgaben-Sprach- und Lernhilfe (HSL) zu erhalten. Die Mittel können für Vorschulkinder, insbesondere für Kinder mit Migrationshintergrund zur Vermittlung von deutschen Sprachkenntnissen, aber auch für andere Kinder mit Sprachförderbedarf, verwendet werden. Darüber hinaus werden außerschulische bzw. außerunterrichtliche Hausaufgaben-, Sprach- und Lernhilfen für Schulkinder der Klassenstufen 1-6 und Sonderschüler/innen gefördert. Voraussetzung ist eine gleichzeitige Beteiligung der Kommunen an den Kosten.

[66] In Baden-Württemberg stieg der Anteil der zurückgestellten Kinder von 5,7% im Jahr 2004 auf 10,7% im Jahr 2008.

[67] Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur. Allgemeinbildende Schulen. Schuljahr 2007/08. Fachserie 11, Reihe 1, Wiesbaden 2009, eigene Berechnungen

1.4.2 Lernbedingungen, Schulerfolg und Wohlbefinden in der Grundschule

Im Rhein-Neckar-Kreis gingen im Schuljahr 2008/9 20.292 Kinder auf eine Grundschule. In den Klassen wurden im Durchschnitt 22 Kinder unterrichtet. Diese mittlere Klassengröße besteht auch in Baden-Württemberg insgesamt schon seit vielen Jahren. In den meisten der 54 Gemeinden des Rhein-Neckar-Kreises umfassen die Grundschulklassen zwischen 20 und 24 Kinder. Nur in wenigen Gemeinden gibt es größere Klassen, wobei die Obergrenze von 31 Kindern nirgends erreicht wird. In den Grundschulen der großen Mehrheit der Gemeinden herrschen somit bezüglich der Klassengröße günstigere Lernbedingungen für die Kinder als in den Realschulen und Gymnasien des Kreises, wo jeweils im Durchschnitt 28 Schüler/innen in eine Klasse gehen.

Ein weiterer Faktor, der die Lernbedingungen und damit den Lernerfolg von Schülern/innen beeinträchtigen kann, ist der Anteil von Schülern/innen mit Migrationshintergrund in der Klasse. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass eine höhere Konzentration von Migranten mit schlechteren Schulleistungen sowohl der Schüler/innen mit als auch der Schüler/innen ohne Migrationshintergrund einhergeht.[68] Dies lässt sich zum einen - was die Migranten selbst betrifft - mit vermehrten Sprachproblemen aufgrund einer stärkeren Segregation der Migranten und Abschottung von den deutschen Schülern/innen erklären, zum anderen – was die Kinder ohne Migrationshintergrund betrifft - durch einen geringeren Leistungsfortschritt der Klasse und die starke Bindung von Ressourcen der Lehrkräfte für die Unterstützung der Kinder nichtdeutscher Herkunft. Um solche negativen Effekte zu verhindern, sind besondere Förderangebote für die Kinder von Migranten notwendig, z. B. Hausaufgaben- Sprach- und Lernhilfen (HSL)[69], aber auch allgemeine Maßnahmen zur Förderung der interethnischen Sozialkontakte und der sozialen Integration der Kinder und ihren Familien.[70]

Der Anteil der Schüler/innen mit Migrationshintergrund wird in der amtlichen Statistik nicht ausgewiesen, sondern lediglich der Anteil der ausländischen Schüler/innen. Dieser lag im Schuljahr 2008/9 an den öffentlichen Grundschulen des Rhein-Neckar-Kreises durchschnittlich bei 10,4%. Dabei ist in den Gemeinden des Rhein-Neckar-Kreises eine beträchtliche Variation festzustellen. In einigen Gemeinden gibt es fast keine ausländischen Kinder an den Grundschulen, in anderen Gemeinden stammt etwa jedes 5. Grundschulkind aus dem Ausland (Anhang, Abb. A1). Entsprechend bieten zahlreiche Grundschulen im Kreis eine spezielle Unterstützung (z.B. Sprachförderung, Hausaufgabenbetreuung) von Kindern mit Migrationshintergrund an.

Aus der CBCL-Studie im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg geht hervor, dass 15% der ausländischen gegenüber nur 2,7% der deutschen Grundschulkinder an einer Hausaufgabenbetreuung teilnehmen. Nachhilfeunterricht erhalten 19% der ausländischen, aber nur 6,2% der deutschen Kinder. Trotz dieser Förderung unterscheiden sich die Schulleistungen von deutschen und ausländischen Kindern erheblich (Abb. 16). So ist der Anteil der

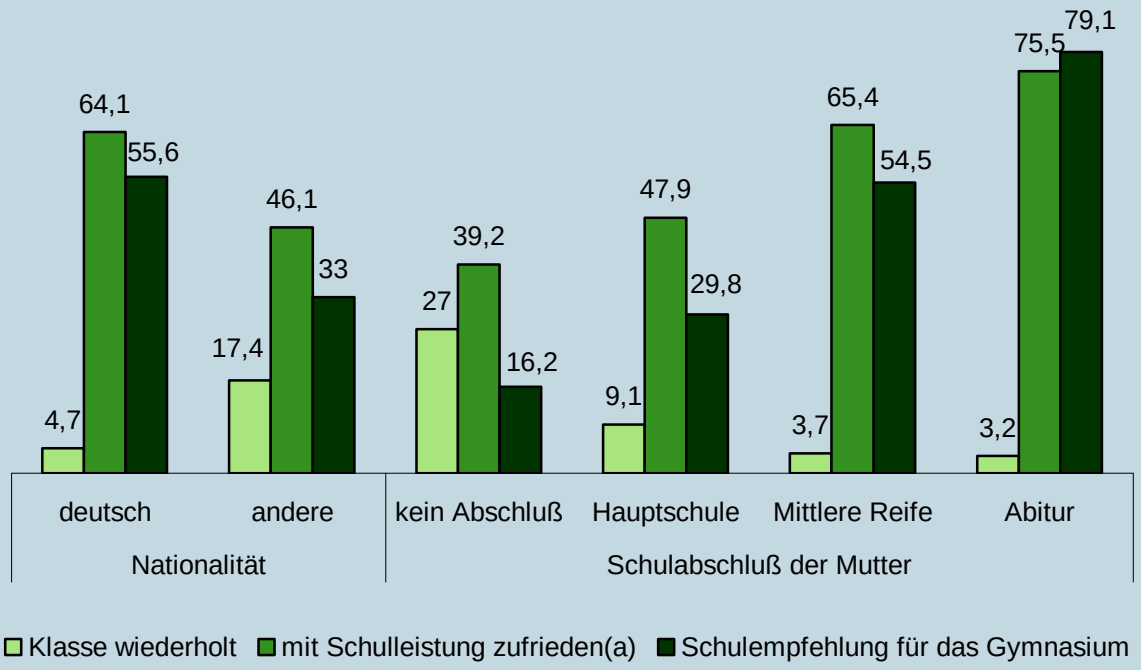
[68] Konsortium Bildungsberichterstattung (Hg.) 2006, S 161 ff.; Esser, H. 2006: Migration, Sprache und Integration. AKI-Forschungsbilanz 4, Arbeitsstelle Interkulturelle Konflikte und gesellschaftliche Integration (AKI), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

[69] Für Hausaufgaben-, Sprach- und Lernhilfen (HSL) können Fördermittel des Landes beantragt werden (vgl. Kap. 1.4.1, letzter Absatz)

[70] Der Erfolg von Maßnahmen zur Migrantenförderung ist natürlich davon abhängig, inwieweit entsprechende Angebote auch angenommen werden. Darüber liegen jedoch keine Daten vor.

Schüler/innen, die schon einmal eine Klasse wiederholt haben, mit rund 17% bei den ausländischen Kindern um ein Vielfaches höher als bei den Kindern mit deutscher Nationalität.[71] Darüber hinaus sind die Eltern ausländischer Kinder mit den Schulleistungen ihrer Kinder weniger häufig zufrieden und erhalten für ihre Kinder seltener eine Empfehlung für das Gymnasium als weiterführende Schule als die Eltern deutscher Kinder. Noch größere Unterschiede im Leistungsniveau der Kinder zeigen sich nach dem sozialen Status der Eltern. Je höher das Bildungsniveau der Eltern ist, desto besser sind die Schulleistungen ihrer Kinder, und zwar unabhängig von der Staatsangehörigkeit.[72] Die bereits aus der PISA-Studie für den Sekundarbereich, aber auch aus der IGLU-Studie[73] für den Primarbereich bekannte Abhängigkeit des Schulerfolgs von Merkmalen der sozialen Schicht und der ethnischen Herkunft bestätigt sich hier sehr deutlich.

Abb. 16: Schulerfolg von Kindern der 4. Grundschulklasse im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg nach ethnischer und sozialen Herkunft (in %)



(a) Skalenwerte 4 und 5 auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 5 (sehr zufrieden)

Datenquelle: CBCL-Studie, eigene Auswertungen

Diese Befunde sind nicht nur deshalb so bedeutsam, weil sich der Schulerfolg auf die gesamten späteren Lebenschancen auswirkt, sondern auch weil das Wohlbefinden der Kinder in der Schule und damit auch ihr Allgemeinbefinden durch Misserfolge unmittelbar beeinträchtigt wird. Kinder

[71] Die aktuelleren Daten aus der KiGGS-Studie ergeben ähnlich hohe Werte. So haben 23% der ausländischen, aber nur 7% der deutschen Viertklässler schon einmal eine Klasse wiederholt

[72] Auch die KiGGS-Studie zeigt klare Zusammenhänge zwischen dem Schulerfolg der Kinder und dem Schulabschluss der Eltern.

[73] IGLU - Internationale Grundschul-Lese-Untersuchung (http://www.ifs.uni-dortmund.de/iglu2006)

mit guten Schulleistungen gehen häufiger gern zur Schule und kommen mit Lehrern und Mitschülern besser zurecht als Kinder mit nicht so guten Schulleistungen, und zwar unabhängig von ihrer Nationalität und ihrer sozialen Herkunft (Tab. 4). Darüber hinaus weisen die guten Schüler/innen weniger psychosoziale Befindlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten auf als die leistungsschwächeren Kinder.[74]

Tab. 4: Indikatoren des Wohlbefindens in der Schule bei Grundschüler der 4. Klasse in Abhängigkeit vom schulischen Leistungsniveau

		Kommt sehr gut/gut zurecht mit		
	geht gerne in die Schule	Klassenlehrer	Mitschülern	CBCL-Wert[a]
	%	%	%	¢
Klasse wiederholt				
nein	90,9	85,6	91,4	17,4
ja	79,6	77,8	79,5	28,4
mit Schulleistung				
eher zufrieden[b]	95	90,3	93,8	14,7
eher nicht zufrieden	81,7	76,3	85,4	23,7
Schulempfehlung				
Hauptschule	79,5	74,8	83,8	25,9
Realschule	89,3	80,6	90	19,3
Gymnasium	94,7	91,1	93,8	14,4

a) Child Behaviour Checklist – Durchschnittswert auf der Gesamtskala psychosozialer Beeinträchtigungen (vgl. Kap. 3.3.5)
b) Skalenwerte 4 und 5 auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 5 (sehr zufrieden)

Datenquelle: CBCL-Studie Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg, eigene Auswertungen

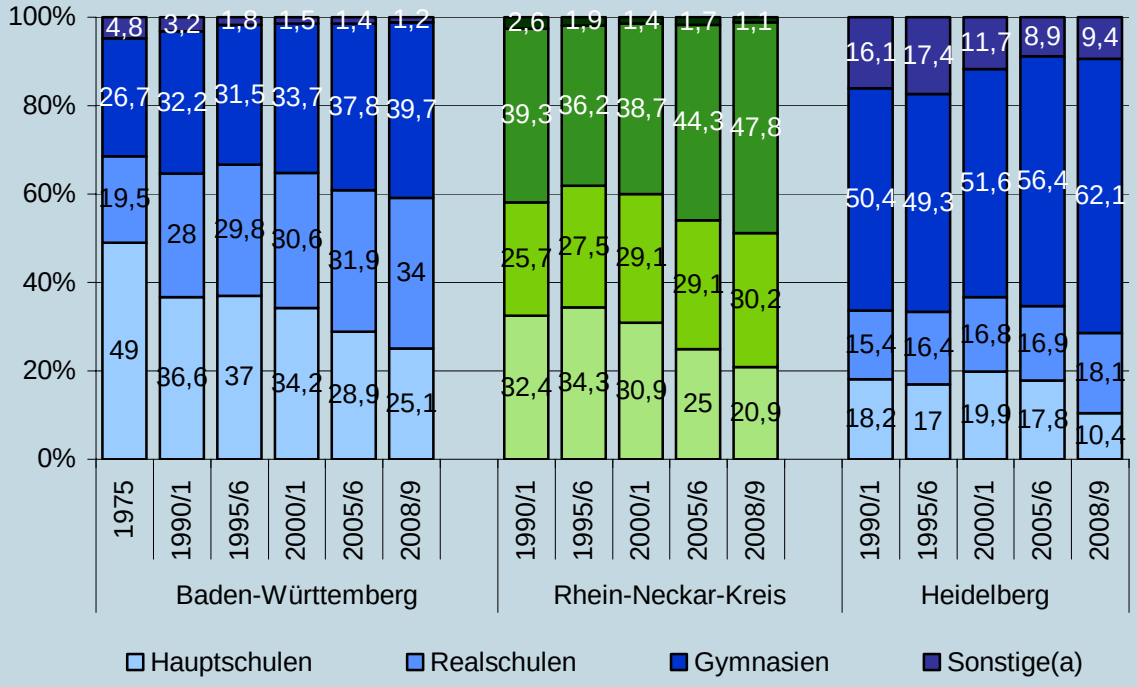
1.4.3 Übergänge in weiterführende Schulen

Die Schulleistungen von Kindern in der Grundschule sind in Baden-Württemberg entscheidend für die weitere Schullaufbahn. Ob ein Kind nach der Grundschulzeit auf eine Hauptschule, eine Realschule oder ein Gymnasium geht, ist im Allgemeinen von der Schulempfehlung am Ende der vierten Klasse abhängig. Der Anteil der Kinder, die auf ein Gymnasium wechseln, hat in den letzten 30 Jahren erheblich zugenommen. Während Mitte der 70er Jahre nur etwas mehr als ein Viertel der Schüler/innen auf ein Gymnasium kamen, waren es in den 90er Jahren in jedem Schuljahr fast ein Drittel der Schüler/innen (Abb. 17). In den letzten Jahren hat sich dieser Anteil weiter erhöht. Zuletzt, im Schuljahr 2008/9, wechselten in Baden-Württemberg fast 40% der

[74] Auch die Daten des KiGGS zeigen deutliche Zusammenhänge zwischen dem schulischen Leistungsniveau und dem Wohlbefinden der Kinder.

Viertklässler auf ein Gymnasium.[75] Auch der Zugang zu den Realschulen hat sich erhöht, während die Hauptschule als weiterführende Schule stark an Bedeutung verloren hat.

Abb. 17: Übergänge aus öffentlichen und privaten Grundschulen auf weiterführende Schulen



(a) Übergänge auf integrierte Schulformen und Sonderschulen sowie Wiederholer der 4. Klasse

Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Die Entwicklung im Rhein-Neckar-Kreis verlief weitgehend parallel, allerdings auf einem höheren Niveau. Das Schuljahr 2008/9 begann für 48% der früheren Viertklässler im Gymnasium. Entsprechend sank der Anteil der Kinder, die auf eine Hauptschule übergingen, in den letzten 10 Jahren deutlich. Während Mitte der 90er Jahre noch mehr als ein Drittel der Kinder auf eine Hauptschule kamen, war es im Schuljahr 2008/9 nur noch ein Fünftel der Kinder. In Heidelberg war der Zustrom zu den Gymnasien noch stärker. Hier wechselten im Schuljahr 2008/9 rund 62% der Viertklässler auf ein Gymnasium.

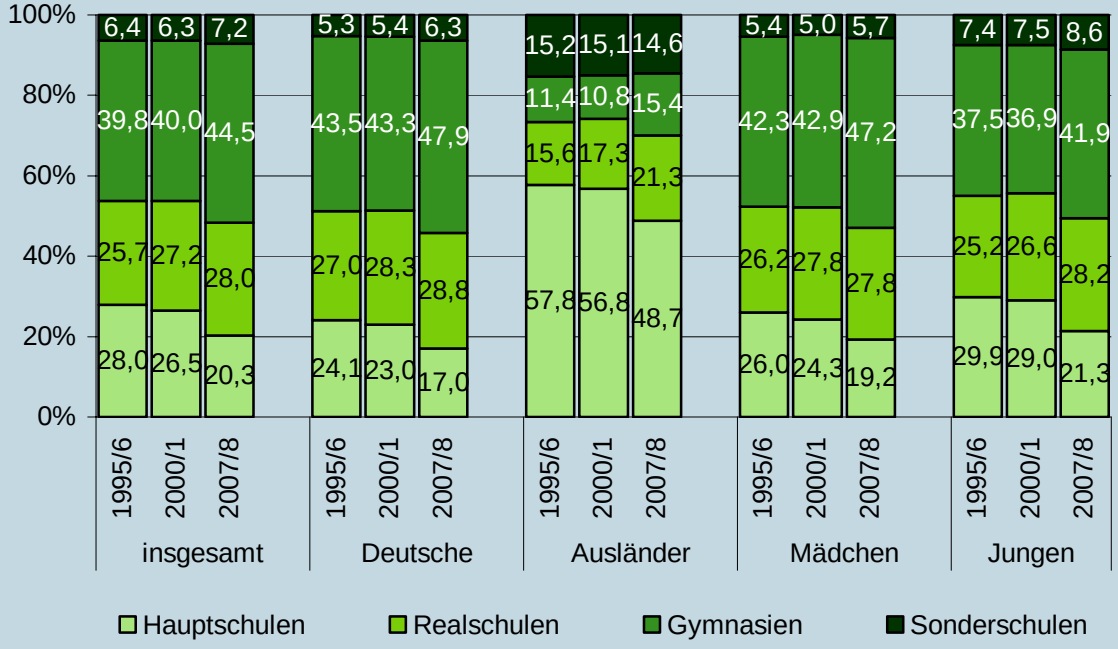
Die Unterschiede zwischen den Übergangsquoten in Baden-Württemberg insgesamt, im Rhein-Neckar-Kreis und in Heidelberg machen deutlich, dass die Erreichbarkeit der Schulen bei der Wahl einer weiterführenden Schule eine große Rolle spielt. In den Stadtkreisen mit einer hohen Bevölkerungsdichte wie Heidelberg gibt es eine größere Anzahl von Gymnasien, und hier geht ein vergleichsweise hoher Anteil der Kinder in ein Gymnasium. Der Rhein-Neckar-Kreis gehört zu den vergleichsweise dicht besiedelten Landkreisen Baden-Württembergs. In 17 der 54

[75] Der Anteil der Kinder mit einer Empfehlung für das Gymnasium ist noch erheblich höher. Im Schuljahr 2006/7 hatten 46% der Kinder eine Empfehlung für das Gymnasium erhalten, doch nur 83% der Eltern setzten die Empfehlung auch um (vgl. Schwarz-Jung, S.: Das Gymnasium wird immer mehr zu „Haupt-Schule“. Übergänge auf weiterführende Schulen 2006. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 5/ 2007).

Gemeinden des Rhein-Neckar-Kreises, d.h. in jeder dritten Gemeinde, ist ein Gymnasium angesiedelt. Dies sind wesentlich günstigere Bedingungen als in anderen Landkreisen und in Baden-Württemberg insgesamt, wo im Durchschnitt nur in jeder vierte bis fünfte Gemeinde ein Gymnasium vorhanden ist. Die Übergangsquote von fast 48% der Viertklässer im Rhein-Neckar-Kreis, die zum Schuljahr 2008/9 auf ein Gymnasium wechselten, ist die zweithöchste aller Landkreise Baden-Württembergs.

Entsprechend den unterschiedlichen Schulempfehlungen für deutsche und ausländische Kinder wechseln ausländische Kinder nach der Grundschule vergleichsweise selten auf das Gymnasium oder die Realschule. Im Rhein-Neckar-Kreis besuchten im Schuljahr 2007/8 nur 15,4% aller ausländischen Schüler/innen an weiterführenden Schulen ein Gymnasium und 21,3% eine Realschule, während es von den deutschen Kindern 47,9% bzw. 28,8% waren (Abb. 18). Fast die Hälfte der ausländischen, aber nicht einmal ein Fünftel der deutschen Kinder waren auf einer Hauptschule, und der Anteil der ausländischen Kinder, die eine Förderschule besuchten, war mit 14,6% mehr als doppelt so hoch wie bei den deutschen Kindern.

Abb. 18: Verteilung der Schüler an weiterführenden Schulen im Rhein-Neckar-Kreis auf Schularten



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Ein unterschiedliches schulisches Leistungsniveau weisen auch Mädchen und Jungen auf. Im Rhein-Neckar-Kreis waren im Schuljahr 2007/8 47,2% aller Mädchen an weiterführenden Schulen gegenüber nur 41,9% der Jungen in einem Gymnasium; Jungen besuchten dagegen häufiger als Mädchen eine Hauptschule oder eine Sonderschule. Der größere Schulerfolg von Mädchen ist ein bekannter Befund, der sich auch in Tests wie PISA und IGLU gezeigt hat. Die Mädchen übertreffen die Jungen insbesondere im Hinblick auf die Lesekompetenz, der eine Schlüsselfunktion im Hinblick auf das Lernen allgemein sowie den Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten zukommt. Ein höherer Anteil von Mädchen an den Gymnasien des Landes ist bereits

seit vielen Jahren zu finden. In früherer Zeit war dies keineswegs der Fall. Bis etwa Mitte der 70er Jahre waren Mädchen an den Gymnasien unterrepräsentiert. Mit dem Wandel der Einstellungen zur Rolle der Frau haben Schul- und Berufsausbildung von Frauen einen höheren Stellenwert erhalten. Dass die Mädchen die Jungen inzwischen sogar überholt haben, ist vermutlich auf eine höhere Lernbereitschaft der Mädchen und eine größere Lesehäufigkeit und Freude am Lesen zurückzuführen.[76]

Mit dem Schuljahr 2004/5 wurde in Baden-Württemberg das achtjährige Gymnasium (G8) ab Klasse 5 verpflichtend eingeführt. Dies hat insbesondere auf Seiten der Eltern für großen Unmut gesorgt. Das G8 ist derzeit zweifellos mit einer höheren Belastung und einem stärkeren Leistungsdruck für die Kinder verbunden. Pressemeldungen zufolge hat der Nachhilfeunterricht seit Einführung des G8 enorm zugenommen, was für die Eltern mit höheren Kosten verbunden ist. Die Eltern beklagen zudem Beeinträchtigungen des Familienlebens und der Freizeitaktivitäten der Kinder und berichten von gesundheitsschädlichen Folgen für ihre Kinder.[77] Die anhaltende Kritik am G8 hat zur Diskussion möglicher Reformen, z. B. Änderungen der Lehrpläne oder Einrichtung kleinerer Klassen, geführt. Bisher ist aber lediglich geplant, zum Schuljahr 2008/2009 zusätzliche Lehrerstunden und Finanzierungsmittel zur Einrichtung einer Hausaufgabenbetreuung an jedem Gymnasium des Landes zur Verfügung zu stellen.

1.4.4 Schüler mit Sonderpädagogischem Förderbedarf

Im Rhein-Neckar-Kreis gab es im Schuljahr 2008/9 20 öffentliche und private Sonderschulen[78], in denen insgesamt 2489 Schüler/innen unterrichtet wurden. Dies entspricht 4,5% aller Schüler/innen und 4,9% der Schüler/innen im schulpflichtigen Alter[79] und damit etwa dem Anteil in Baden-Württemberg insgesamt (4,8%). In den 90er Jahren hatte der Anteil der Sonderschüler durchgehend auf einem etwas niedrigeren Niveau gelegen; seit 1999, als nur 4,0% der schulpflichtigen Schüler/innen eine Sonderschule besuchten, ist eine leichte Zunahme des Anteils der Sonderschüler zu beobachten.[80]

Die in Sonderschulen unterrichteten Kinder stellen nur einen Teil der Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf dar. Ein weiterer, wenn auch geringerer Teil der Kinder wird gemeinsam mit nicht behinderten Kindern unterrichtet, unterstützt durch entsprechende Hilfsmittel und Maßnahmen. In Baden-Württemberg trifft dies für mehr als ein Viertel der behinderten Schüler/innen zu. Damit enthalten mehr als 6% der Schüler/innen im schulpflichtigen Alter eine sonderpädagogische Förderung.

Bei den meisten öffentlichen Sonderschulen im Rhein-Neckar-Kreis handelt es sich um Förderschulen, in denen Kinder mit Lernbehinderungen unterrichtet werden. Es sind 11 Förderschulen vorhanden (in den Gemeinden Eberbach, Eppelheim, Hockenheim, Ladenburg,

[76] Darauf weisen nicht nur die Ergebnisse von PISA und IGLU, sondern auch die Daten des DJI-Kinderpanels hin.

[77] Bisher gibt es aber keine repräsentativen Daten, die eine Einschätzung der gesundheitlichen Auswirkungen des G8 erlauben würden.

[78] Anzahl und Standorte der Sonderschulen sind dem Verzeichnisse des staatlichen Schulamtes Mannheim zu entnehmen.

[79] Schüler der Klassenstufen 1-10 + Sonderschüler

[80] Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Neckargemünd, Sandhausen, Schwetzingen, Sinsheim, Walldorf, Weinheim und Wiesloch), die im Schuljahr 2008/9 976 Schüler/innen umfassten. Daneben gibt es - in Schwetzingen, Sinsheim und Weinheim - Schulen für Geistigbehinderte mit insgesamt 266 Schüler/innen, eine Schule für Körperbehinderte in Ladenburg mit 242 Schüler/innen, eine Schule für Blinde/Sehbehinderte in Ilvesheim mit 153 Schüler/innen, eine Schule für Hörgeschädigte und Sprachbehinderte in Neckargemünd mit 83 bzw. 124 Schüler/innen.[81]

Neben den öffentlichen Sonderschulen gibt es im Rhein-Neckar-Kreis auch mehrere private Schulen, z.B. für Erziehungshilfe (in Weinheim und Sinsheim), für Körperbehinderte (in Neckargemünd) und für Geistigbehinderte (in Wiesloch), die im Schuljahr 2008/9 zusammengenommen 645 Schüler/innen unterrichteten. Die öffentlichen und privaten Sonderschulen im Kreis werden nicht nur von dort wohnhaften Kindern besucht, sondern auch von Kindern aus anderen, benachbarten Regionen. Umgekehrt gehen die im Kreis lebenden behinderten Kinder zum Teil auch auf Sonderschulen in benachbarten Kreisen, z.B. die Stadtkreise Heidelberg und Mannheim.

Ausländische Kinder sind in den Sonderschulen überproportional häufig vertreten. Im Rhein-Neckar-Kreis hatten im Schuljahr 2007/8 11% aller Schüler/innen an öffentlichen Schulen eine ausländische Staatsangehörigkeit. Der Anteil unter den Sonderschüler/innen lag mit 26% dagegen mehr als doppelt so hoch. In Baden-Württemberg hatten 22% aller Sonderschüler/innen eine ausländische Staatsangehörigkeit. Mit einem Anteil von 31% waren ausländische Kinder besonders stark an den Förderschulen vertreten. Als Ursache für die Überrepräsentanz ausländischer Schüler an den Schulen für Lernbehinderte sind in erster Linie Sprachdefizite und Benachteiligungen aufgrund der sozialen Lage zu sehen.

[81] Die Schulen in Ilvesheim und Neckargemünd sind Heimsonderschulen; Schulträger ist das Land Baden-Württemberg und nicht der Rhein-Neckar-Kreis.

1.5 Wohnverhältnisse, Qualität des Wohnumfeldes und Verkehrssituation

Gesundheit und Wohlbefinden werden deutlich von den Wohnbedingungen beeinflusst. Dies haben zahlreiche Studien immer wieder bestätigt. Wichtig sind zum einen Merkmale der Wohnung selbst, wie Wohnungsgröße, sanitäre Einrichtungen, Lichtverhältnisse, Innenraumluftqualität und Schadstoffbelastung. Zum anderen spielt die Qualität des näheren und weiteren Wohnumfeldes eine große Rolle. Dazu gehören physische Aspekte wie der Grad der Luftverschmutzung oder die Lärmbelastung der Umgebung, Merkmale der Infrastruktur wie der Zugang zu Grünflächen, die Ausstattung mit Geschäften und öffentlichen Einrichtungen oder die Nahverkehrssituation, und soziale Aspekte wie das Verhältnis zu Nachbarn oder die Möglichkeiten, sich in Vereinen zu betätigen. Wie sich die Wohnqualität im Rhein-Neckar-Kreis im Vergleich zu anderen Kreisen und zu Baden-Württemberg insgesamt gestaltet soll im Folgenden im Hinblick auf ausgewählte Merkmale der Wohnung und der Wohnumgebung erläutert werden.

1.5.1 Wohnraumversorgung

Für eine gesunde körperliche und geistige Entwicklung von Kindern ist ein ausreichend großer Wohnraum, in dem sich das Kind entfalten, aber bei Bedarf auch zurückziehen kann, von großer Bedeutung. Die Wohnraumversorgung lässt sich anhand von Indikatoren zur Zahl der Räume, der Wohnfläche und der Art des Wohngebäudes bemessen.

Die Zahl der Räume je Einwohner ist im Rhein-Neckar-Kreis wie in Baden-Württemberg insgesamt im Verlauf der letzten zwanzig Jahre gestiegen. Während 1986 auf jeden Einwohner des Rhein-Neckar-Kreises im Durchschnitt 1,9 Räume kamen, waren es 2008 2,2 Räume und damit etwas mehr als im gesamten Baden-Württemberg (Tab. 5). Im Vergleich zu anderen Landkreisen ergibt sich für den Rhein-Neckar-Kreis eine durchschnittliche Wohnraumversorgung, im Vergleich zur Stadt Heidelberg (1,9 Räume/ Einwohner) eine deutlich günstigere Wohnraumversorgung.

Tab. 5: Indikatoren der Wohnraumversorgung 2008

	Räume/ Einwohner	Wohnfläche/ Einwohner	Wohnungen mit 5 u. mehr Räumen	Wohnungen in 1-Familien-häusern	1-Familien-häuser
	Anzahl	qm	%	%	%
Baden-Württemberg	2,11	41,5	46,4	27,7	58,2
Rhein-Neckar-Kreis	2,16	44,2	47,5	28,9	56,9
Heidelberg	1,90	37,4	31,0	10,8	38,7

Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Statistische Berichte, Bestand an Wohngebäuden, Wohnungen und Räumen in Baden-Württemberg – Fortschreibung, 12.05.2009, eigene Berechnungen

Gemessen an der pro Einwohner zur Verfügung stehenden Wohnfläche ist die Wohnraumversorgung im Rhein-Neckar-Kreis als überdurchschnittlich zu beurteilen. Ende des Jahres 2008 waren pro Einwohner 44,2 qm Wohnfläche vorhanden, während es in Baden-Württemberg insgesamt nur 41,5 qm und im Stadtkreis Heidelberg nur 37,4 qm waren. Nur in wenigen Landkreisen war der Wohnraum noch großzügiger bemessen als im Rhein-Neckar-Kreis.

Für Familien mit Kindern ist vor allen von Interesse, inwieweit Wohnungen von ausreichender Größe vorhanden sind. Darüber gibt zum einen der Anteil der Wohnungen mit wenigstens fünf Räumen Aufschluss, der im Rhein-Neckar-Kreis mit 47,5% nur geringfügig über dem Landesdurchschnitt liegt. Zum anderen ist der Anteil der Wohnungen in Einfamilienhäusern von Bedeutung, da Einfamilienhäuser im Allgemeinen einen insgesamt großzügigeren Wohnraum umfassen als Wohnungen in Mehrfamilienhäusern. Darüber hinaus ist das Wohnen im Einfamilienhaus auch wegen der Verfügbarkeit über einen Garten und der besseren Lärmabschirmung der Wohnung zur Nachbarschaft attraktiv. Im Rhein-Neckar-Kreis befanden sich am Ende des Jahres 2008 rund 29% aller Wohnungen in Einfamilienhäusern, welche rund 57% aller Wohngebäude ausmachten. Diese Verhältnisse sind etwas günstiger als im Landesdurchschnitt.

Aus der Struktur des Wohnungsbestandes lässt sich lediglich erschließen, wie der Durchschnitt der Bevölkerung wohnt. Die Wohnsituation von Familien kann nur anhand von Befragungsdaten beurteilt werden. Aus dem Mikrozensus des Jahres 2006 geht hervor, dass Familien mit Kindern in Baden-Württemberg zwar in wesentlich größeren Wohnungen leben als Haushalte ohne Kinder, aber dennoch mit deutlich weniger Wohnfläche pro Haushaltsmitglied auskommen müssen.[82] Mit zunehmender Haushaltsgröße sinkt die pro Haushaltsmitglied vorhandene Wohnfläche. Während in einem Einpersonenhaushalt dem Bewohner im Durchschnitt 71 qm Wohnfläche zur Verfügung stehen, ist die Fläche pro Bewohner im 3-Personen-Haushalt nur etwa halb so groß und beträgt in 4-Personen-Haushalten nur 31 qm.

Zur Beurteilung der Wohnbedingungen von Kindern ist neben dem einer Familie insgesamt verfügbaren Wohnraum insbesondere auch die Frage wichtig, inwieweit Kinder die Möglichkeit haben, sich in ein eigenes Zimmer zurückzuziehen. Aus den dazu vorliegenden Daten für den Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg geht hervor, dass Familien ihre Wohnverhältnisse im Lebensverlauf offensichtlich soweit verbessern können, dass die Kinder mit zunehmendem Alter auch ein eigenes Zimmer besitzen (Tab. 6). Im Jahr 1996 hatten zwei Drittel der Schulanfänger des Rhein-Neckar-Kreises ein eigenes Zimmer, vier Jahre später, am Ende der 4. Klasse, waren es fast 85% und weitere vier Jahre später, zu Beginn der 9. Klasse, waren es mehr als 90% der Schüler.[83] Ob ein Kind ein eigenes Zimmer hat oder nicht, ist auch von der Zahl der Geschwister abhängig. Je mehr Geschwister vorhanden sind, umso seltener steht ein eigenes Zimmer zur Verfügung. Im Vergleich von deutschen und ausländischen Familien zeigt sich eine deutlich schlechtere Situation der ausländischen Kinder. Dies ist nur zum Teil eine Folge der geringeren Verbreitung von Wohneigentum unter ausländischen Familien. Auch wenn sie im eigenen Haus leben, sind die Wohnverhältnisse beengter und bieten seltener als bei deutschen Hausbesitzern

[82] Vgl.: Schmidt, S.: Wohnsituation in Baden-Württemberg Ergebnisse des Mikrozensus-Zusatzerhebung. Statistisches Landesamt, Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 8/2008

[83] Im für die Bundesrepublik repräsentativen KiGGS aus dem Zeitraum 2003-2006 wurde für Kinder ab dem 11. Lebensjahr ebenfalls die Verfügbarkeit über ein eigenes Zimmer erhoben. Die Ergebnisse entsprechen denen der CBCL-Studie: 85% der 11-Jährigen und 91% der 15-Jährigen haben ein eigenes Zimmer.

für jedes Kind ein eigenes Zimmer. Deutliche Unterschiede ergeben sich darüber hinaus nach Merkmalen der sozialen Schicht.

Tab. 6: Anteil der Kinder mit eigenem Zimmer im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg

	Schulanfänger 1996 %	Schüler der 4. Klasse 2000 %	Schüler der 9. Klasse 2004 %
insgesamt	66,7	83,7	92,4
Heidelberg	62,5	78,7	90,5
Rhein-Neckar-Kreis	67,4	84,5	92,6
Wohnverhältnis			
Eigentümer	76,3	91	96,7
Mieter	55,5	72,7	83,9
Zahl der Kinder im Haushalt			
1	94,6	98,2	97,3
2	63,6	85,6	92,0
3	52,2	77,1	85,8
4 und mehr	38,9	59,7	73,4
Nationalität			
deutsch	67,1	85,7	94,2
andere	59,6	61,6	69,7
Berufliche Stellung des Vaters			
nicht berufstätig/arbeitslos	57,8	70	77,4
Arbeiter	64,9	73,7	85,2
Angestellter	68,2	88,7	96,4
Beamter	69,9	88,3	96,9
Selbständig	69,9	88,4	96,7

Datenquelle: CBCL-Studie, eigene Auswertungen

1.5.2 Bedingungen für Bewegung, Spiel und Sport

Für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit von Kindern sind Bewegungsräume und Einrichtungen für Spiel und Sport von großer Bedeutung. Dies setzt ein ausreichendes Angebot an Grünflächen, Spiel- und Sportplätzen und Bädern voraus.

1.5.2.1 Erholungs- und Waldflächen

Zu einem gesunden Wohnumfeld gehören Grünflächen, da sie zum einen die Luftqualität und das Klima positiv beeinflussen und zum anderen Raum für Bewegung und Erholung bieten. Grünflächen umfassen Wald- und Erholungsflächen. Als Erholungsflächen werden im allgemeinen unbebaute Flächen bezeichnet, die dem Sport, der Erholung, der Haltung von Tieren oder dem Anbau von Pflanzen zu nichtlandwirtschaftlichen Zwecken dienen, wie z.B. Parks und Gartenanlagen, Sportplätze, Freibäder, Spielplätze u. ä.

Bezogen auf die Gesamtfläche verfügt der Rhein-Neckar-Kreis über mehr Erholungsflächen, aber weniger Waldflächen als der Durchschnitt der Landkreise Baden-Württembergs und das Land insgesamt (Tab. 7). Die Verfügbarkeit von Erholungs- und Waldflächen sollte aber nicht nur an ihrem Anteil an der Gesamtfläche gemessen werden sondern auch in Relation zur Wohnbevölkerung. Bei gleicher Flächengröße sind in Gebieten mit einer hohen Bevölkerungsdichte weniger Grünflächen pro Einwohner vorhanden als in schwach besiedelten Gebieten. Im Rhein-Neckar-Kreis als einem der fünf am dichtesten bevölkerten Landkreise Baden-Württembergs müssen sich die Einwohner vergleichsweise wenig Erholungs- und Waldfläche teilen. In der großen Mehrheit der Landkreise, aber auch im Durchschnitt Baden-Württembergs hat der Einzelne mehr Raum in Wäldern, Grün-, Sport- und Freizeitanlagen zur Verfügung und kann sie folglich ungestörter nutzen.

Tab. 7: Verfügbarkeit über Erholungs- und Waldflächen, 2008

	Erholungs-flächen	Wald-flächen	Anteil an der Gesamtfläche		qm Fläche pro Einwohner	
	ha	ha	Erholungs-fläche	Waldfläche	Erholungs-fläche	Waldfläche
Baden-Württemberg	29.752	1.367.585	0,83	38,3	27,7	1.272,2
Landkreise insgesamt	24.989	1.327.988	0,72	38,5	28,5	1.515,3
Rhein-Neckar-Kreis	1.158	37.889	1,09	35,7	21,6	707,8
Stadtkreise insgesamt	4.760	39.596	3,83	31,8	24,0	199,4
Heidelberg	232	4.429	2,13	40,7	15,9	304,1

Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Statistische Berichte, Flächenerhebung nach der Art der tatsächlichen Nutzung 2008, 06.07.2009, eigene Berechnungen

1.5.2.2 Kinderspielplätze

Einen Teil der Erholungsflächen der Gemeinden stellen Kinderspielplätze dar. Die Versorgung mit Kinderspielplätzen ist in den Gemeinden des Rhein-Neckar-Kreises im Durchschnitt als zufrieden stellend einzustufen. Nach den Angaben der Gemeinden im Jahr 2006 sind im Kreis zusammengenommen mehr als 900 Spielplätze (einschließlich Bolzplätze, Skateranlagen u. ä)

vorhanden. Bezogen auf die Zahl der Kinder im Alter von 2 bis unter 12 Jahren, die man als Hauptnutzer der Spielplätze betrachten kann, ergibt sich eine Relation von durchschnittlich 58 Kindern pro Platz. Dies ist eine deutlich günstigere Versorgungslage als in der Stadt Heidelberg, wo für fast 16.000 Kinder dieses Alters im Jahr 2005 146 Spielplätze zur Verfügung stehen; damit müssen sich im Durchschnitt rund 72 Kinder die Spielmöglichkeiten eines Platzes teilen. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass es im Kreis große Unterschiede in der Ausstattung der Gemeinden mit Spielplätzen gibt und in einigen Gemeinden eine schlechtere Situation als in Heidelberg besteht.

1.5.2.3 Sporteinrichtungen und Vereine

Auch im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Sporteinrichtungen sind die Bedingungen im Rhein-Neckar-Kreis insgesamt günstiger als in Heidelberg. Im Rhein-Neckar-Kreis wurden im Jahr 2000[84] 257 Turn- und Sporthallen, 306 Übungsräume und 359 Sportplätze gezählt. Damit kommen auf jede der 54 Gemeinden im Durchschnitt mehrere Sportstätten, so dass von einer relativen Nähe zur Wohnung und damit guten Erreichbarkeit der Einrichtungen auszugehen ist. Auf jede Einrichtung im Rhein-Neckar-Kreis entfallen durchschnittlich weniger Einwohner als in Heidelberg, aber mehr als in Baden-Württemberg insgesamt und mehr als in den meisten übrigen Landkreisen Baden-Württembergs (Tab. 8). Ein Vergleich aller Landkreise nach der Versorgung mit Räumlichkeiten für sportliche Aktivitäten zeigt, dass der Rhein-Neckar-Kreis nur im unteren Drittel rangiert. Noch schlechter schneidet der Rhein-Neckar-Kreis bei der Ausstattung mit Sportplätzen ab. Mehr als 1.400 Einwohner kommen auf einen Sportplatz – das ist im Vergleich der Landkreise der viertschlechteste Wert.

Tab. 8: Versorgung mit Sporteinrichtungen im Jahr 2000

	Rhein-Neckar-Kreis	Heidelberg	alle Landkreise	alle Stadtkreise	Baden-Württemberg
			Einwohner pro Einrichtung		
Turn- und Sporthallen	2.039	2.505	1.863	2.366	1.948
Übungsräume	1.713	1.798	1.578	2.218	1.674
Sportplätze	1.460	2.550	1.161	1.603	1.228
Hallenbad	12.477	23.377	14.303	22.599	15.409
Frei- oder Naturbad	21.835	70.130	16.078	50.551	18.464
			Einwohner/ 100 qm Wasserfläche		
Hallenbad	4.875	4.570	6.727	7.167	6.836
Frei- oder Naturbad	362	3.429	332	2.868	398

Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Berechnungen

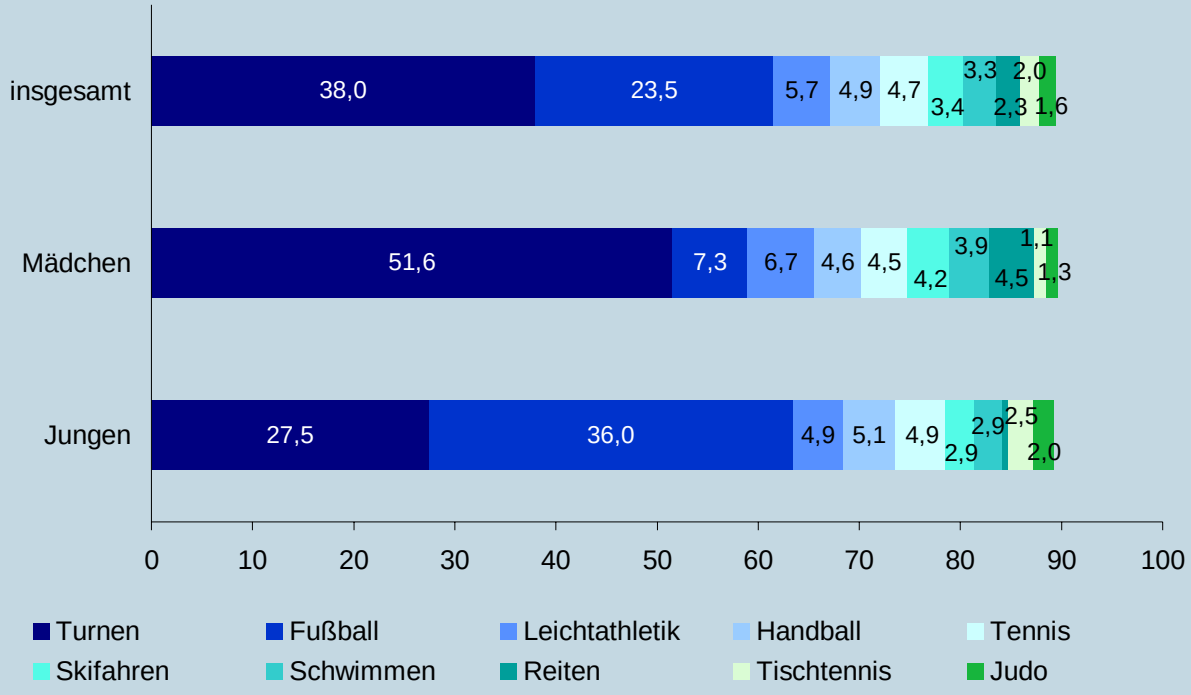
In den Gemeinden des Rhein-Neckar-Kreises gab es im Jahr 2000 insgesamt 42 Hallenbäder und 24 Frei- oder Naturbäder. Damit verfügten im Durchschnitt vier von fünf Gemeinden über ein Hallenbad und fast jede zweite Gemeinde über ein Freibad oder eine

[84] Bisher sind keine neueren Daten vom Statistischen Landesamt publiziert.

Badeanstalt an einem natürlichen Gewässer. Gemessen an der Zahl der Einwohner ist der Rhein-Neckar-Kreis mit Hallenbädern besser als die meisten anderen Landkreise und die Stadtkreise Baden-Württembergs ausgestattet. Bei der Versorgung mit Frei- oder Naturbädern schneidet der Rhein-Neckar-Kreis im Vergleich zu anderen Landkreisen dagegen nicht so gut ab.

Sporthallen und Sportplätze werden von Kindern hauptsächlich im Schulsport und im Vereinssport genutzt. Die Mehrheit der Kinder in Baden-Württemberg ist Mitglied in einem Sportverein. Nach der Mitgliederstatistik des Landessportverbandes Baden-Württemberg waren im Jahr 2008 57% der Kinder unter 15 Jahren in mindestens einem Sportverein Mitglied. Der Anteil der Mitgliedschaften war noch höher (62%), denn ein Teil der Kinder gehörte mehr als einem Verein an. Die mit Abstand am häufigsten von den Kindern genutzten Sportangebote waren Turnen und Fußball, auf die 38% bzw. 23% aller Mitgliedschaften entfielen (Abb. 19). Alle anderen Vereinssportarten spielten eine vergleichsweise geringe Rolle. Unter den zehn beliebtesten Sportarten waren - außer Turnen und Fußball - Leichtathletik, Tennis, Handball, Skifahren, Schwimmen, Reiten, Tischtennis und Judo. Dabei gibt es natürlich Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen: Bei Jungen steht Fußball an erster Stelle und Turnen an zweiter Stelle, während die Mädchen in den Vereinen am häufigsten in den Turnabteilungen aktiv sind.

Abb. 19: Verteilung der Mitgliedschaften auf die Vereine mit einem Angebot in den zehn häufigsten Vereinssportarten von Kindern unter 15 Jahren (in %)



Datenquelle: Landessportverband Baden-Württemberg, Mitgliederstatistik 2008, eigene Berechnungen

Die Sportvereine leisten einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit. Zum einen schaffen sie die Voraussetzungen für das Ausüben bestimmter Sportarten, zum anderen fördern sie zwischenmenschliche Kontakte, soziale Kompetenzen und Gemeinsinn. Damit werden körperliche, psychische und soziale Aspekte von Gesundheit

gleichermaßen unterstützt. Aufgrund dieser hohen Bedeutung der Sportvereine für die gesamte Entwicklung von Kindern wurde durch eine Recherche der in den Gemeinden des Rhein-Neckar-Kreises ansässigen Sportvereine und ihrer Angebote untersucht, inwieweit die Gemeinden ein in dieser Hinsicht gesundheitsförderndes Wohnumfeld bieten.

Insgesamt konnten in den Gemeinden des Rhein-Neckar-Kreises 671 Vereine oder Vereinsabteilungen mit einem Angebot in den zehn häufigsten Sportarten (s. o.) von Kindern gezählt werden (Tab. 9). Die Reihenfolge der Häufigkeit verschiedener Angebote entspricht weitgehend der in Baden-Württemberg insgesamt.

Tab. 9: Vereine/ Vereinsabteilungen mit einem Angebot in den zehn häufigsten von Kindern unter 15 Jahren betriebenen Vereinssportarten, 2006

	Rhein-Neckar-Kreis		Heidelberg		Baden-Württemberg insgesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Turnen	106	15,8	17	16,2	2.880	21,1
Fußball	125	18,6	18	17,1	3.100	22,8
Leichtathletik	58	8,6	10	9,5	1.339	9,8
Tennis	97	14,5	17	16,2	1.874	13,8
Handball	58	8,6	8	7,6	670	4,9
Skifahren	42	6,3	6	5,7	867	6,4
Schwimmen	44	6,6	2	1,9	295	2,2
Reiten	47	7,0	8	7,6	831	6,1
Tischtennis	69	10,3	11	10,5	1.438	10,6
Judo	25	3,7	8	7,6	328	2,4
insgesamt[1]	671	100	105	100	13.622	100
Bevölkerung u. 15 J. pro Verein/Abteilung	118		154		122	

1) Nur Vereine bzw. Abteilungen mit einem Angebot in den aufgeführten Sportarten

Datenquelle: Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg: eigene Recherche aufgrund der Verzeichnisse des Badischen Sportbundes Nord (http://www.badischer-sportbund.de) und der Internetseiten der Gemeinden; Baden-Württemberg: Landessportverband Baden-Württemberg

Gemessen an der Zahl der Einwohner unter 15 Jahren ist die Gesamtzahl der Angebote in den oben genannten zehn Sportarten im Rhein-Neckar-Kreis ungefähr genauso hoch wie im Land insgesamt. Auf jedes Angebot entfallen im Durchschnitt etwa 120 Kinder, während es in Heidelberg mehr als 150 Kinder sind. In fast allen der 54 Gemeinden haben Kinder die Möglichkeit in einem Verein zu turnen, Fußball oder Tennis zu spielen, und insbesondere in den größeren Gemeinden, aber auch in zahlreichen kleineren Gemeinden kann dabei zwischen mehreren Vereinen gewählt werden. Nur in 7 Gemeinden ist die Sportart Tischtennis nicht vertreten, nur in 13 Gemeinden gibt es keine Leichtathletikabteilung eines Vereins und nur in 15 Gemeinden bietet kein Verein Handball an. In der Mehrzahl der Gemeinden sind jeweils auch Vereine ansässig, deren Sportangebot Skifahren oder Schwimmen umfasst. Auch Reitvereine sind in der Mehrheit der Gemeinden vorhanden. Die Möglichkeiten des Vereinssports sind damit für Kinder im Rhein-Neckar-Kreis insgesamt als gut zu betrachten.

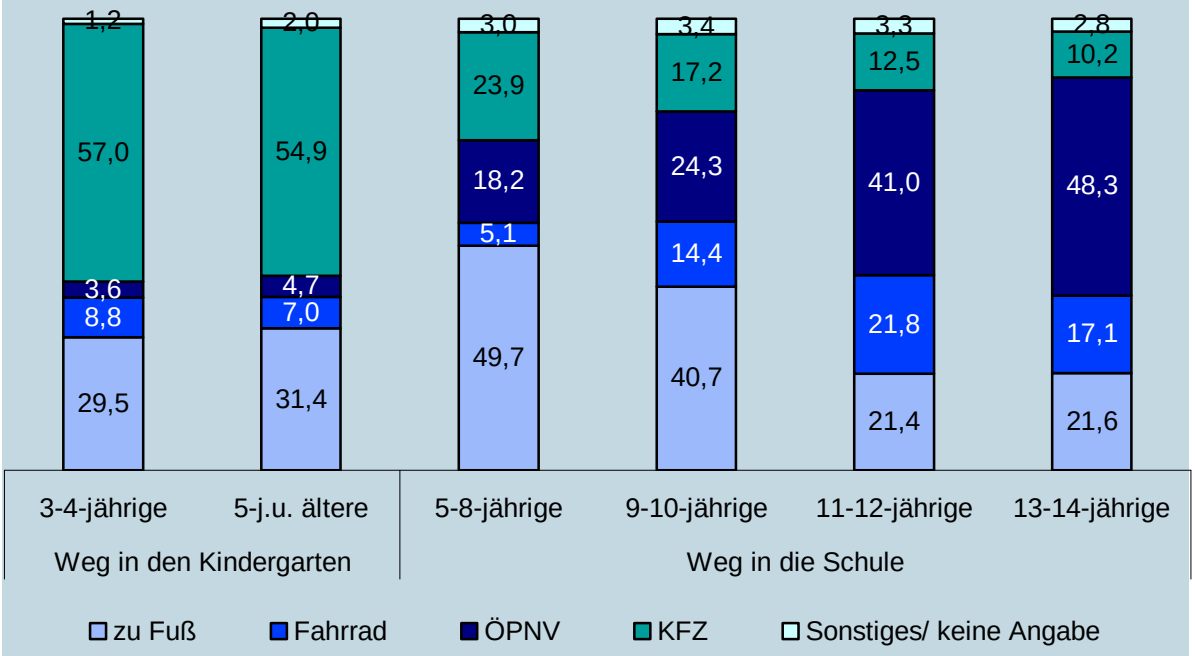
1.5.3 Verkehrssituation

Die Verkehrsverhältnisse am Wohnort sind für die Gesundheit von Kindern in mehrfacher Hinsicht relevant. Kinder sind zum einen Teilnehmer am Verkehr und daher durch Verkehrsunfälle (vgl. Kap. 3.4.1.3) gefährdet. Zum anderen hat der motorisierte Verkehr aufgrund der Beeinträchtigung der Luftqualität durch Emissionen und der Lärmbelastung der Umwelt negative Auswirkungen auf die Gesundheit (vgl. Kap. 1.5.4). Verkehr ist jedoch immer auch Ausdruck der Mobilität von Menschen, die eine notwendige Bedingung für zahlreiche Aktivitäten ist, die zur physischen und psychischen Gesundheit beitragen: um Sport in einem Verein treiben zu können, um Freunde besuchen zu können oder um einer Kino- oder Theaterveranstaltung beiwohnen zu können, muss man am Verkehr teilnehmen.

Für Kinder ist in diesem Zusammenhang wichtig, dass sie ihre Wege alleine, d.h. ohne Hilfe von Erwachsenen zurücklegen können und damit auch an Selbstständigkeit und Selbstbewusstsein gewinnen. Neben der Möglichkeit, zu Fuß zu gehen, kommen daher der Öffentliche Personennahverkehr (ÖPNV) und das Fahrrad als Verkehrsmittel der Wahl in Betracht. Sie sind zugleich die umweltfreundlichere Alternative zur Mitfahrt im Auto der Eltern.

Leider weicht die tatsächliche Verkehrsmittelnutzung von Kindern erheblich von diesem Ideal ab, wie eine repräsentative Studie zur Mobilität in Deutschland 2002 (MiD 2002) zeigt.[85] So legen Kinder im Kindergartenalter den Weg in den Kindergarten mehrheitlich im Auto zurück (Abb. 20).

Abb. 20: Verteilung der von Kindern zurückgelegten Wege in den Kindergarten und die Schule nach Alter und Hauptverkehrsmittel (in %)



Datenquelle: MiD 2002, eigene Auswertungen

[85] Die Studie wurde im Jahr 2008 wiederholt. Die Daten stehen aber noch nicht zur Auswertung zur Verfügung.

Selbst bei einer Wegstrecke von höchstens 500 m wird nahezu ein Viertel der Kinder mit dem Auto gefahren. Schulkinder werden zwar mit zunehmendem Alter unabhängiger vom Auto. Dennoch wird ein nicht unerheblicher Teil der Schulwege - insgesamt 20% in der Grundschule und mehr als 10% in den weiterführenden Schulen - mit dem Auto zurückgelegt. Der Anteil der mit dem Auto absolvierten Wege von Kindern ist bei den mit Freizeitaktivitäten zusammenhängenden Wegen noch viel größer als bei den Schulwegen, insbesondere wenn es sich um längere Wege handelt. So werden bei einer Wegstrecke von mehr als 2 km rund vier Fünftel der Kinder im Grundschulalter und die Hälfte der älteren Kinder mit dem Auto zum Sport gebracht.

Es stellt sich die Frage, inwieweit die Voraussetzungen für ein alternatives Verkehrsverhalten von Kindern gegeben sind. Dazu gehören sichere Fußwege zum Kindergarten und zur Schule, ein ausreichendes Radwegenetz inner- und außerorts und eine gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel. In welchem Maße diese Bedingungen im Rhein-Neckar-Kreis realisiert sind, lässt sich aufgrund der vorhandenen Daten nur für den ÖPNV beurteilen. Hier lässt sich zumindest für den Schulweg ein ausreichendes Angebot des ÖPNV im Rhein-Neckar-Kreis feststellen: jedes Kind im Rhein-Neckar-Kreis kann mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur nächstgelegenen Schule gelangen. Wie sich das allgemeine Angebot des ÖPNV im Rhein-Neckar-Kreis darstellt, soll im Folgenden erläutert werden.

1.5.3.1 Öffentlicher Personennahverkehr

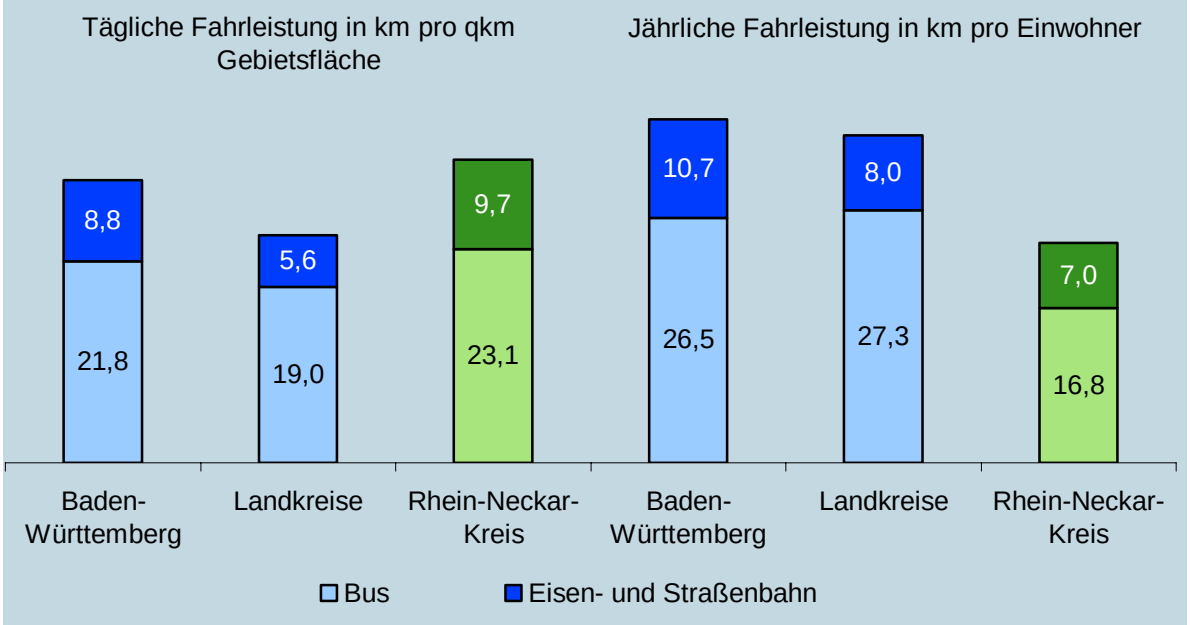
Das Angebot des ÖPNV kann durch die Jahresfahrleistung der Busse und Bahnen im Liniennahverkehr quantifiziert werden. Diese ergibt sich aus der Länge des Liniennetzes und der Frequenz, mit der die Linien verkehren. Um beurteilen zu können, inwieweit das Angebot dem potentiellen Bedarf genügt, kann die Fahrleistung zum einen zur Größe der bedienten Gebietsfläche und zum anderen zur Bevölkerungsgröße (potentielle Fahrgäste) ins Verhältnis gesetzt werden. Der erste Indikator gibt tendenziell Aufschluss darüber, wie gut das Liniennetz das betreffende Gebiet abdeckt, während der zweite Indikator eher zeigt, inwieweit die Beförderungskapazitäten ausreichend sind.

Gemessen an der Gebietsfläche erreichte die Fahrleistung des ÖPNV im Rhein-Neckar-Kreis im Vergleich der Landkreise Baden-Württembergs im Jahr 2006 ein überdurchschnittliches Niveau. Im Rhein-Neckar-Kreis wurden pro qkm Fläche täglich mehr als 30 km von allen Fahrzeugen des ÖPNV zurückgelegt, während es im Durchschnitt der Landkreise nur rd. 25 km waren (Abb. 21). Der Anteil des umweltfreundlichen Schienenverkehrs am gesamt ÖPNV lag im Rhein-Neckar-Kreis bei fast 30% und damit höher als im Durchschnitt der Landkreise. Betrachtet man jedoch die Fahrleistung der Fahrzeuge des ÖPNV in Relation zur Bevölkerungszahl, so ergibt sich für den Rhein-Neckar-Kreis sowohl im Hinblick auf den Bahnverkehr als auch auf den Busverkehr eine im Vergleich der Landkreise unterdurchschnittliche Kapazität.

Die flächenmäßig gute Versorgung des Rhein-Neckar-Kreises mit öffentlichen Verkehrsmitteln zeigt sich auch daran, dass alle 54 Gemeinden an das Liniennetz des Busverkehrs angeschlossen sind und 31 Gemeinden darüber hinaus direkten Zugang zum Schienennetz haben. Trotzdem entfällt im Rhein-Neckar-Kreis ein höherer Anteil aller im Personenverkehr gefahrenen Kilometer auf den motorisierten Individualverkehr (PKW und Krafträder) als in den meisten übrigen Landkreisen Baden-Württembergs. Im Jahr 2005 wurden im Rhein-Neckar-Kreis nur 2,9 ‰ der gesamten Fahrleistung der Fahrzeuge des elektrifizierten oder motorisierten

Personenverkehrs vom ÖPNV erbracht, während dieser Anteil im Durchschnitt der Landkreise 4,6 ‰ und der Stadtkreise 6,8 ‰ betrug.

Abb. 21: Fahrleistung der Fahrzeuge des ÖPNV, 2006



Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Berechnungen

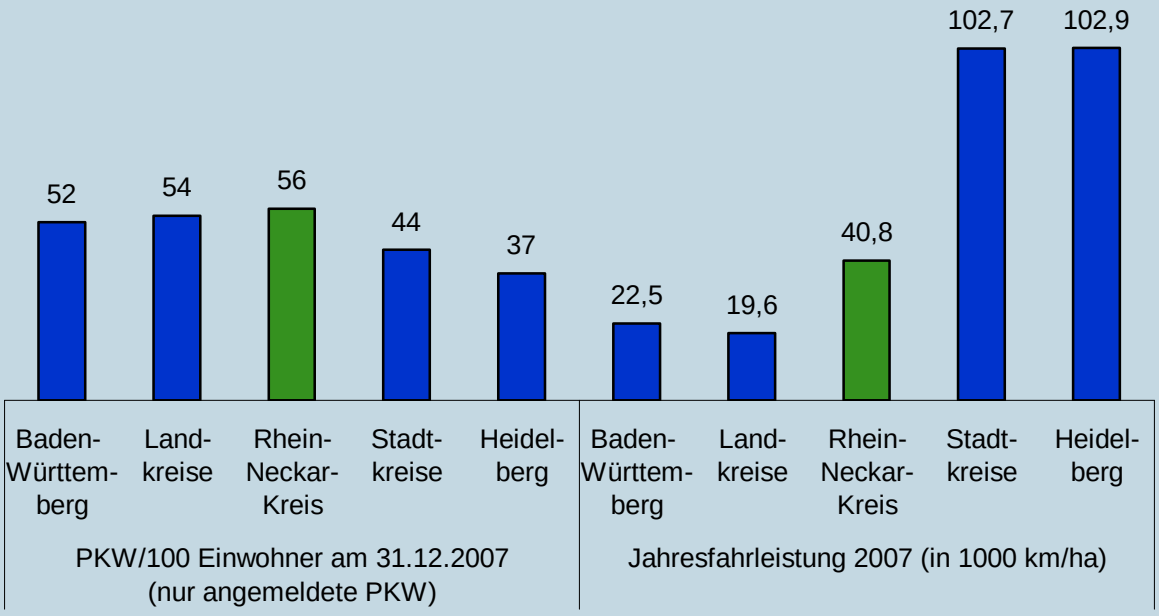
Die hohe Dominanz des PKW-Verkehrs im Rhein-Neckar-Kreis ist vermutlich auch auf Mängel des ÖPNV zurückzuführen, z.B. auf eine zu geringe Taktfrequenz der Busse und Bahnen, aber insbesondere auf wesentlich längere Fahrzeiten im Vergleich zum PKW. Letzteres kann durch eine vergleichende Analyse der Fahrzeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln und mit dem PKW im Rhein-Neckar-Kreis verdeutlicht werden. Dazu wurde für jede Gemeinde des Rhein-Neckar-Kreises die jeweils schnellste Verbindung im ÖPNV nach Heidelberg und in die 6 großen Kreisstädte Hockenheim, Schwetzingen, Sinsheim, Weinheim, Wiesloch und Leimen ermittelt und den PKW-Fahrzeiten gegenübergestellt.[86] Als Ergebnis dieser Analyse kann zunächst festgehalten werden, dass von jeder Gemeinde die Summe der Fahrzeiten in die genannten Städte mit öffentlichen Verkehrsmitteln höher ist als mit dem PKW (vgl. Anhang, Tab. A4). Die Unterschiede zwischen den Gemeinden sind jedoch erheblich. In einigen Gemeinden fällt der Vergleich der Fahrzeiten in eher geringem Maße zugunsten des PKW aus, insbesondere in Eberbach, Neckargemünd, Ladenburg und Laudenbach. In anderen Gemeinden muss für die Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln besonders viel Zeit im Vergleich zur PKW-Fahrt aufgewendet werden, so in Rauenberg, Gaiberg, Mühlhausen und Reilingen. Somit sind weitere Verbesserungen des ÖPNV, insbesondere ein weiterer Ausbau des umweltfreundlichen und schnellen Schienenverkehrs erforderlich, um eine Reduzierung des PKW-Verkehrs zu erreichen oder zumindest eine weitere Zunahme zu verhindern.

[86] Die Fahrzeiten im ÖPNV wurden anhand der elektronischen Fahrplanauskunft des Verkehrsverbundes Rhein-Neckar ermittelt (http://www.vrn.de/), wobei als Abfahrtort in den Gemeinden eine zentral gelegen Haltestelle gewählt wurde. Als PKW-Fahrzeiten wurden die im online-Kartendienst google maps angegebenen Zeiten gewählt.

1.5.3.2 Bestand an Personenkraftwagen und Verkehrsbelastung

Der PKW-Verkehr hat bekanntlich in den letzten Jahren und Jahrzehnten kontinuierlich zugenommen. So hat sich der Bestand an PKW pro 100 Einwohner in Baden-Württemberg seit 1960 mehr als versiebenfacht und auch in den letzten 20 Jahren noch um ein Drittel vergrößert. Im Rhein-Neckar-Kreis war – auf höherem Niveau - dieselbe Entwicklung zu beobachten. Hier kamen auf 100 Einwohner 1976 noch 34 PKW, aber 30 Jahre später 56 PKW[87]. Entsprechend ist auch die Verkehrsdichte gestiegen. Während 1990 die Fahrleistungen des PKW-Verkehrs im Rhein-Neckar-Kreis noch bei 34.500 Jahreskilometern pro ha der Gebietsfläche lagen, waren es im Jahr 2007 schon 40.800 km/ha. Im Vergleich zu anderen Landkreisen und Baden-Württemberg insgesamt sind die Zahl der angemeldeten PKW und die Verkehrsbelastung durch PKW im Rhein-Neckar-Kreis hoch (Abb. 22).

Abb. 22: PKW-Bestand und Fahrleistungen im PKW-Verkehr



Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Berechnungen

Innerhalb des Rhein-Neckar-Kreises variiert der PKW-Bestand in den Gemeinden deutlich (vgl. Anhang, Abb. A2). Dabei zeigt sich ein klarer Zusammenhang mit der Schnelligkeit der Verbindungen des ÖPNV in die großen Kreisstädte und nach Heidelberg. In den Gemeinden mit einem bezogen auf die Einwohnerzahl unterdurchschnittlichen PKW-Bestand fallen ganz überwiegend auch vergleichsweise kurze Fahrzeiten im ÖPNV an, während die Gemeinden mit hohem PKW-Bestand tendenziell langsamere Verkehrsverbindungen im ÖPNV haben.[88] Auch dieses Ergebnis weist darauf hin, dass ein weiterer Ausbau des ÖPNV die anhaltende Motorisierung der Haushalte möglicherweise abbremsen kann.

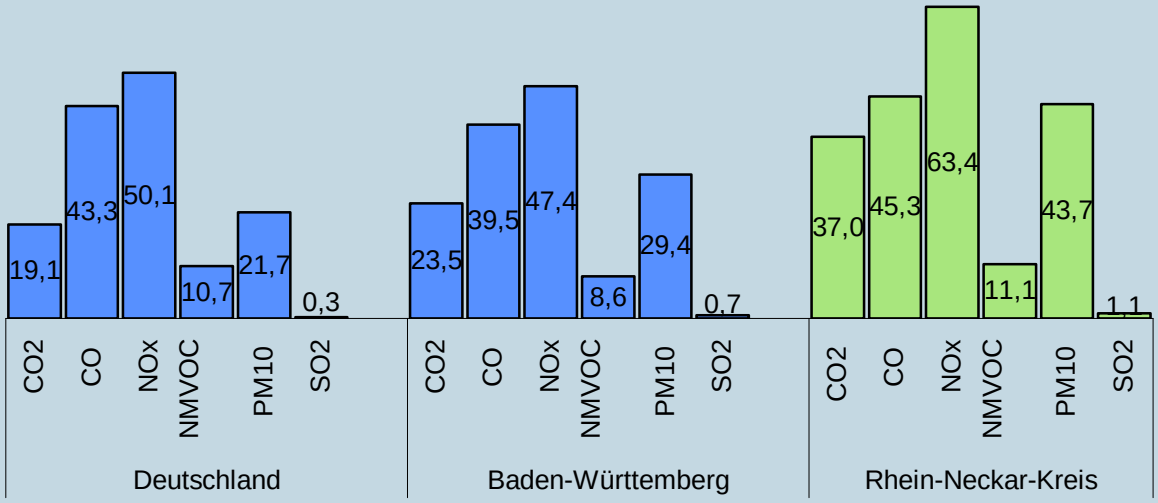
[87] Alle PKW, auch nicht angemeldete Fahrzeuge

[88] Die Rangordnung der Gemeinden nach der Höhe ihres PKW-Bestandes korreliert mit der Rangordnung nach den Fahrzeiten im ÖPNV mit r= .54

1.5.4 Umweltbelastungen

Der Verkehr, insbesondere der motorisierte Verkehr, ist ein wesentlicher Verursacher von Umweltbelastungen durch Klimagase, Luftschadstoffe und Lärm. So entsteht das für den Klimawandel verantwortliche Treibhausgas Kohlendioxid (CO_2), das durch die Verbrennung fossiler Brennstoffe freigesetzt wird, zu einem erheblichen Anteil durch den Verkehr. Bezogen auf Deutschland insgesamt waren im Jahr 2006 fast ein Fünftel der CO_2-Emisionen auf den Verkehr zurückzuführen. In bevölkerungsreichen Regionen Deutschlands mit einem entsprechend hohen Verkehrsaufkommen wird ein noch höherer Anteil der Emissionen durch den Verkehr erzeugt. So entfällt in Baden-Württemberg fast ein Viertel des dort emittierten Kohlendioxids auf den Verkehr und im Rhein-Neckar-Kreis sind es sogar 37% (Abb. 23). Der Verkehr ist auch eine wichtige Quelle der Luftverschmutzung durch Schadstoffe wie Kohlenmonoxid (CO), Stickstoffoxide (NOx), nicht methanhaltige flüchtige Kohlenwasserstoffe (NMVOC) und Feinstaub (PM10), auch wenn die Emissionen aufgrund der zunehmenden Ausstattung der PKW mit Katalysatoren und der sukzessiven Verschärfung von Abgasgrenzwerten auf europäischer Ebene in den letzten Jahren deutlich verringert werden konnten.

Abb. 23: Anteil des Verkehrs an den Emissionen von CO2 und verschiedenen Luftschadstoffen, 2006 (in %)



Datenquelle: Umweltbundesamt (UBA) und Landesanstalt für Umwelt, Messungen und Naturschutz Baden-Württemberg (LUBW), eigene Berechnungen

Neben dem Verkehr belasten hauptsächlich Industrie und Gewerbe, Landwirtschaft und Feuerungsanlagen privater Haushalte sowie anderer Kleinverbraucher die Umwelt durch Emissionen. Der Ausstoß von Luftschadstoffen ist nicht nur im Verkehr, sondern auch in den anderen Bereichen in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken, und die Luftqualität hat sich insgesamt verbessert.

Die aktuellsten für den Rhein-Neckar-Kreis vorliegenden Daten zeigen, dass die absolute Höhe der Emissionen zu den höchsten in Baden-Württemberg gehört. Die hohen Emissionen müssen jedoch in Relation zur Gebietsfläche und zur Bevölkerungszahl betrachtet werden. Gemessen an der Emissionsdichte, d.h. den produzierten Schadstoffmengen in Relation zur Gebietsfläche, übersteigt das Ausmaß der Luftverunreinigungen im Rhein-Neckar-Kreis bei fast allen Stoffen deutlich den Durchschnitt aller Landkreise und Baden-Württembergs (Tab. 10). Das Verhältnis der Emissionen zur Bevölkerungszahl relativiert die Emissionsmenge zur Zahl der potentiellen Verursacher, zumindest was die Kleinfeuerungsanlagen und den Verkehr als Emissionsquellen angeht. Dadurch wird deutlich, in welchem Maße der einzelne durch seine Lebensweise zur Belastung der Luft und des Klimas beiträgt. Verglichen mit anderen Landkreisen werden im Rhein-Neckar-Kreis pro Einwohner sowohl mehr CO_2 als auch mehr Stickoxide und Feinstaub durch den Verkehr erzeugt. Die Emissionen liegen auch höher als in der Stadt Heidelberg. Die Umweltbelastung durch Kleine und Mittlere Feuerungsanlagen ist im Rhein-Neckar-Kreis ebenfalls höher als in Heidelberg, aber insgesamt geringer als in anderen Landkreisen und im Landesdurchschnitt.

Tab. 10: Flächen- und einwohnerbezogene Emissionen von CO_2 und Luftschadstoffen in Baden-Württemberg 2006

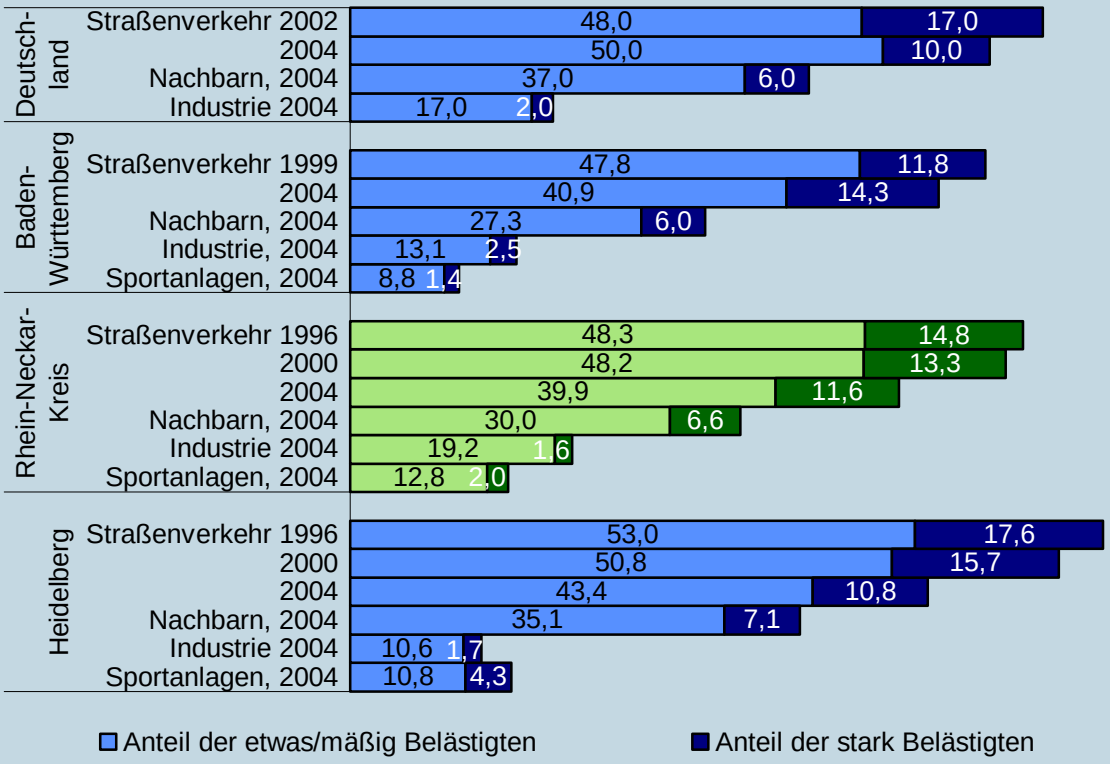
	Baden-Württemberg	Landkreise insgesamt	Rhein-Neckar-Kreis	Stadtkreise insgesamt	Heidelberg
		Emissionen in t/ qkm			
CO	15,53	13,92	22,23	60,05	44,46
NOx	4,36	3,54	7,31	27,23	10,95
SO_2	0,88	0,46	0,98	12,51	0,74
NMVOC	6,28	5,86	8,08	17,89	13,39
PM10	0,53	0,45	0,36	2,74	0,72
		Emissionen aus Kleinen und Mittleren Feuerungsanlagen in kg/ Einwohner			
CO	9,19	10,09	7,15	5,20	5,51
NOx	1,35	1,41	1,25	1,09	1,00
SO_2	0,78	0,84	0,83	0,52	0,48
PM10	0,38	0,42	0,30	0,21	0,22
CO_2	2056,87	2138,37	1984,99	1691,34	1543,37
		Emissionen des Verkehrs in kg/ Einwohner			
CO	20,44	20,77	20,01	18,95	18,19
NOx	6,88	7,09	9,22	5,95	5,48
NMVOC	1,79	1,80	1,78	1,74	1,74
PM10	0,52	0,54	0,67	0,45	0,43
CO_2	1872,99	1918,50	2293,14	1668,90	1696,11

Datenquelle: Landesanstalt für Umwelt, Messungen und Naturschutz Baden-Württemberg (LUBW), eigene Berechnungen

Neben der Luftbelastung durch Schadstoffe stellt die Lärmbelästigung ein weiteres wichtiges Merkmal der Qualität der Wohnumwelt dar, das für die Gesundheit von Bedeutung ist. Aufgrund zahlreicher Untersuchungen kann davon ausgegangen werden, dass eine hohe und andauernde

Lärmbelästigung von den Betroffenen nicht nur subjektiv als unangenehm erlebt wird, sondern auch mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und erhöhten Krankheitsrisiken verbunden ist.[89]

Abb. 24: Lärmbelästigung nach Lärmquelle



Datenquelle: Deutschland u. Baden-Württemberg: Landesanstalt für Umweltschutz Baden-Württemberg (LfU), Lärmbelästigung in Baden-Württemberg, Karlsruhe, November 2004; Rhein-Neckar-Kreis u. Heidelberg: CBCL-Studie, Elterndaten

Repräsentativen Bevölkerungsumfragen zeigen, dass Lärm zu den größten Umweltproblemen in Deutschland gehört und der Verkehrslärm dabei die wichtigste Lärmquelle darstellt.[90] Die für Baden-Württemberg vorliegenden Umfragedaten[91] bestätigen dies. Danach fühlt sich die Mehrheit der Bevölkerung Baden-Württembergs durch Lärm zumindest geringfügig belästigt. Im Jahr 2004 gaben 9% eine starke, 19% eine mittelmäßige und 28% eine geringe Lärmbelästigung an. Dabei ist der Straßenverkehr die mit Abstand häufigste Lärmquelle (Abb. 24). Auch nach der CBCL-Studie im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg ist der Straßenverkehr die Hauptursache

[89] s. dazu die Informationen des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit (http://www.apug.de/uug/laerm/gesundheitsfolgen.htm) sowie die Veröffentlichungen des Umweltbundesamtes (http://www.umweltbundesamt.de/uba-info-medien/publikationsliste-drucken.php)

[90] Das Umweltbundesamt erhebt alle zwei Jahre Daten zur Lärmbelästigung der Bevölkerung; vgl. Umweltbundesamt, Umwelt-Kernindikatorensystem, Indikator: Lärmbelästigung (http://www.env-it.de/umweltdaten/public/theme.do?nodeIdent=2892).
Außerdem wurde im Frühjahr 2002 eine kontinuierliche online-Befragung zur Lärmbelästigung gestartet (http://www.umweltbundesamt.de/laermumfrage/index.htm).

[91] Die Landesanstalt für Umweltschutz Baden-Württemberg (LfU) hat in den Jahren 1999 und 2004 jeweils eine repräsentative Bevölkerungsumfrage zur Lärmbelästigung durchgeführt; s. Landesanstalt für Umweltschutz Baden-Württemberg: Lärmbelästigung in Baden-Württemberg, Karlsruhe 2004 (http://www.lubw.baden-wuerttemberg.de/servlet/is/5626/)

einer Lärmbelästigung.[92] Im Zeitverlauf hat die Lärmbelästigung durch den Straßenverkehr deutlich abgenommen. Hintergrund dieser Entwicklung ist die Festlegung und Absenkung von Grenzwerten für Motorengeräusche bei Neuwagen, die Entwicklung lärmarmer Reifen und Fahrbahndecken sowie bauliche Maßnahmen wie Ortsumgehungen und Lärmschutzwände. Als zweithäufigste Lärmquelle werden die Nachbarn genannt, während Lärm durch Industrieanlagen oder Sportanlagen nicht so stark verbreitet ist.

Nach der EU-Umgebungslärmrichtlinie sind die Mitgliedsstaaten zu einer Umgebungslärmkartierung verpflichtet. Für Baden-Württemberg liegen auf Gemeindeebene Ergebnisse zur Anzahl der durch Hauptverkehrsstraßen lärmbelasteten[93] Einwohner vor. Im Rhein-Neckar-Kreis waren 36 Gemeinden in die Kartierung einbezogen. Im Durchschnitt ergab sich für rd. 8% der Einwohner eine Lärmbelastung von über 55 dB(A), bei einer großen Streuung über die Gemeinden. In 13 Gemeinden waren weniger als 1% der Bevölkerung betroffen, aber in 7 Gemeinden waren es mehr als 10% der Einwohner, davon 4 Gemeinden mit einer Belastung von mehr als 20% der Einwohner.[94]

Beeinträchtigungen der Wohnumwelt sind somit – was Luftverunreinigungen und Lärmbelästigungen durch den Straßenverkehr anbelangt – in den letzten Jahren insgesamt geringer geworden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Verbesserungen trotz eines steigenden Verkehrsaufkommens erreicht wurden. Eine Verringerung des Straßenverkehrs könnte zu einer weiteren erheblichen Entlastung der Umwelt und damit auch zur Erhaltung der Gesundheit beitragen.

[92] Die Ergebnisse zur Lärmbelästigung im Wohnumfeld beruhen auf den Daten der Elternbefragung. Sie können daher nicht für die gesamte Bevölkerung des Gebietes repräsentativ sein, sondern lediglich für Eltern mit Kindern im jeweiligen Alter. Sehr junge sowie ältere Menschen sind in der Stichprobe nicht vertreten.

[93] Belastung > 55dB(A)

[94] Datenquelle: Landesanstalt für Umwelt, Messungen und Naturschutz Baden Württemberg(LUBW): Ermittlung der Lärmbelastung durch Umgebungslärm gemäß der "Vorläufigen Berechnungsmethode zur Ermittlung der Belastetenzahlen durch Umgebungslärm (VBEB)"

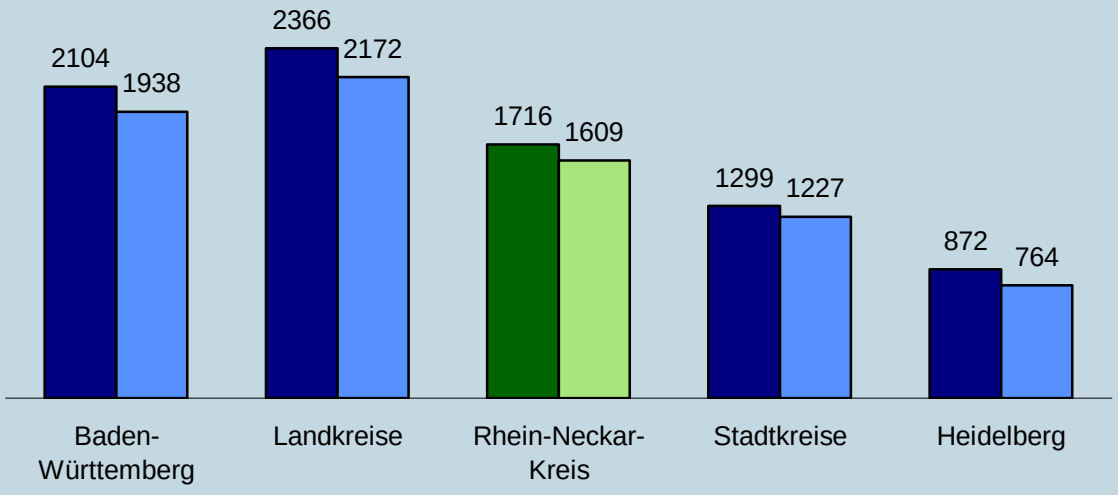
1.6 Einrichtungen und Angebote der Gesundheitsversorgung und -vorsorge

Zu den Rahmenbedingungen der Gesundheit von Kindern gehören auch die vorhandenen Strukturen der Gesundheitsversorgung und -vorsorge. Eine Vielzahl von Einrichtungen, Angeboten und Berufsgruppen zielt auf die Erhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit von Kindern ab: Niedergelassene Kinderärzte und -psychotherapeuten, Kinderkliniken und pädiatrische Abteilungen, nichtärztliche Therapeuten wie Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Sonder- und Heilpädagogen, sozialmedizinische Dienste und psychologische Beratungsstellen, Frühförderstellen und schließlich die vielfältigen Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die der Öffentliche Gesundheitsdienst bereithält.

1.6.1 Ambulante Versorgung mit Kinderärzten

Einen maßgeblichen Anteil an der gesundheitlichen Versorgung von Kindern haben die niedergelassenen Kinderärzte. Alle Kinder benötigen eine ärztliche Versorgung, denn zumindest zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und anderen präventiven Maßnahmen sollte jedes Kind regelmäßig in einer Arztpraxis vorgestellt werden.

Abb. 25: Anzahl der Kinder unter 15 Jahren je niedergelassenem Kinderarzt am 31.12.2007 und 2004



Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Berechnungen

Die Anzahl der in einem Gebiet praktizierenden Kinderärzte hängt stark von den Bedarfsplanungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen ab, die die Zulassungen bestimmen. Nach der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg ist der Bedarf an Kinderärzten im Rhein-Neckar-Kreis und in HD gedeckt, und es sind derzeit keine Neuzulassungen mehr möglich. Dies steht in Übereinstimmung mit den Daten der Landesärztekammer zur Zahl der niedergelassenen Ärzte. Ende 2007 verfügte der Rhein-

Neckar-Kreis mit 48 Kinderärzten über die absolut größte Anzahl von Kinderärzten in einem Landkreis und über die zweithöchste Kinderarztdichte (Abb. 25). Im Durchschnitt der Landkreise entfielen 2172 Kinder unter 15 Jahren auf einen Kinderarzt, während im Rhein-Neckar-Kreis auf einem Kinderarzt nur 1609 Kinder kamen. Eine noch bessere Versorgung ist lediglich in den Stadtkreisen zu finden, unter denen Heidelberg mit nur 764 Kindern pro Arzt mit großem Abstand an der Spitze liegt. Dabei ist freilich zu berücksichtigen, dass in den Stadtkreisen auch ein Teil der Kinder der umliegenden Landkreise ärztlich versorgt wird. Die Versorgung hat sich im Vergleich zur Situation drei Jahre zuvor sowohl in den Landkreisen als auch in den Stadtkreisen deutlich verbessert.

1.6.2 Kinderkliniken und pädiatrische Abteilungen

Das quantitative Angebot zur stationären Versorgung von Kindern kann anhand der Zahl der Betten in Kinderkliniken und pädiatrischen Abteilungen an Krankenhäusern beurteilt werden. Die für Baden-Württemberg insgesamt vorliegenden Daten zeigen zwischen 1990 und 2007 eine Abnahme der Zahl der Kinderbetten von 2788 auf 2388. Obwohl im gleichen Zeitraum die Zahl der behandelten Kinder anstieg, sank der Auslastungsgrad der Betten von 74,1% auf 67,6%, da die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus von 8,9 Tagen auf 5,3 Tage zurückging.[95] Insgesamt kann somit von einer ausreichenden Versorgung mit pädiatrischen Betten ausgegangen werden.

Bei der Betrachtung regionaler Versorgungsunterschiede ist eine Differenzierung nach Kreisen wenig sinnvoll, da die Krankenhäuser meist über ein größeres Einzugsgebiet verfügen. Die Einzugsgebietestatistik der Krankenhäuser Baden-Württembergs zeigt, dass die Bevölkerung des Rhein-Neckar-Kreises zu 96% ein Krankenhaus in der Region Rhein-Neckar-Odenwald aufsucht.[96] Für die stationäre Behandlung von Kindern stehen in dieser Region die Universitätskliniken in Heidelberg[97] und Mannheim sowie das Fachkrankenhaus in Neckargemünd zur Verfügung. Nach der Krankenhausstatistik waren Ende 2007 in den drei Kliniken zusammengenommen 298 Kinderbetten vorhanden. Damit kamen 522 Kinder unter 15 Jahren auf ein Bett; im Landesdurchschnitt herrschte mit 669 Kindern pro Bett ein weitaus ungünstigeres Versorgungsniveau.[98]

1.6.3 Angebote bei psychosozialen Beeinträchtigungen der Gesundheit

Die Behandlung psychisch kranker Kinder erfolgt durch mehrere Berufsgruppen und Einrichtungen. An der ambulanten Versorgung nehmen in erster Linie niedergelassene ärztliche und psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Fachärzte für Kinder-

---

[95] Vgl. Baumann, L.: Bettenauslastung in den meisten Fachabteilungen der Krankenhäuser rückläufig. In: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Statistisches Monatsheft 2/2006 (http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag06_02_04.pdf) und Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Krankenhausstatistik Baden-Württemberg 2007- Grunddaten und Kosten, Statistische Berichte, 25.11.2008

[96] Vgl. dazu: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Krankenhausstatistik Baden-Württemberg 2007 – Diagnosen, Statistische Berichte, 15.12.2008

[97] Die Kinderklinik wurde 2008 als “Angelika-Lautenschläger-Kinderklink“ mit modernster Technik neu eröffnet.

[98] Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Genesis online regional, eigene Berechnungen

und Jugendpsychiatrie teil. Des Weiteren gibt es Ärzte und Therapeuten mit Zusatzqualifikation zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Die teil- und vollstationäre Versorgung wird in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken oder Fachabteilungen und Einrichtungen der Rehabilitation geleistet. Eine psychosoziale Betreuung erfolgt darüber hinaus im Rahmen von Maßnahmen und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe. Eine große Rolle spielen dabei die Psychologischen Beratungsstellen und Erziehungsberatungsstellen, die häufig als erste Anlaufstelle genutzt werden.

Experten gehen von einem Mangel an verfügbaren Therapieplätzen aus. So wird in einem Positionspapier der Bundespsychotherapeutenkammer von einer Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher berichtet. Verschiedene Studien sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene zeigen, dass ein großer Teil der Kinder und Jugendlichen, die psychotherapeutische Hilfe benötigen, keinen Behandlungsplatz finden kann oder Wartezeiten von mehreren Wochen und Monaten hinnehmen muss.[99] Nach dem KiGGS sind etwa 20% der Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig und ca. 10% behandlungsbedürftig. Aber nur die Hälfte der als psychisch krank diagnostizierten Kinder wird bereits behandelt.[100]

Für Baden-Württemberg wird ebenfalls von einer Unterversorgung ausgegangen, obwohl hier im Ländervergleich noch eine vergleichsweise gute ambulante Versorgung festzustellen ist. Eine Modellrechnung zur Abschätzung des Versorgungsgrades zeigt, dass bei einer angenommenen Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen von 7% (Untergrenze) bis 20% (Obergrenze) derzeit nur für 11% bzw. 4% der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen ein Psychotherapieplatz vorhanden ist.[101] Unter Berücksichtigung weiterer Formen der psychischen Betreuung (Beratungsstellen, Plätze in teil- und vollstationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe) wurde ein Versorgungsgrad von maximal 34% errechnet.

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Rhein-Neckar-Kreis ist im Vergleich der Kreise und Regionen Baden-Württembergs insgesamt als relativ gut zu beurteilen. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren, die auf jeden niedergelassenen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, ärztlichen oder nichtärztlichen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten entfallen, ist im Rhein-Neckar-Kreis nicht nur wesentlich geringer als im Durchschnitt der Landkreise, sondern liegt auch unter dem Landesdurchschnitt (Abb. 26). In den Stadtkreisen ist die Versorgung durchweg besser, wobei Heidelberg den höchsten Versorgungsgrad aufweist.

Im Hinblick auf das Angebot an Betten in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen werden wieder die verschiedenen Regionen Baden-Württembergs miteinander verglichen. In der Region Rhein-Neckar-Odenwald standen Ende 2007 insgesamt 106 Betten in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung: 40 Betten in den Johannes-Anstalten in Mosbach, 48 Betten im Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim und 18 Betten im

---

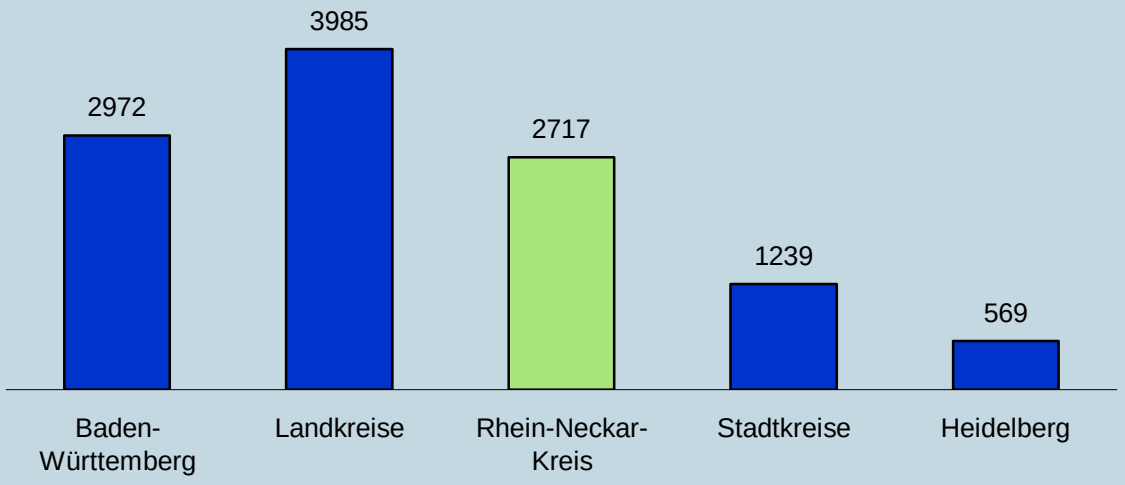
[99] Bundespsychotherapeutenkammer, Positionspapier - Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, 9.1.2006 (http://www2.bptk.de/uploads/positionspapier_vaeg.pdf); vgl. dazu auch Robert-Koch-Institut (Hg.): Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41, Berlin 2008

[100] Ravens-Sieberer, U.; Wille, N.; Bettge, S.; Erhart, M.: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendlichengesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, S. 871-878

[101] Nübling, R.; Reisch, M.; Raymann, T. : Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg. In: Psychotherapeutenjournal 3/2006, S. 247-257 (http://www2.bptk.de/uploads/05_nuebling.pdf)

Universitätsklinikum Heidelberg. Damit kamen auf jedes Bett 1.804 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, was im Landesvergleich eine sehr günstige Versorgungsrelation darstellt. Im Landesdurchschnitt entfielen fast 3.995 Kinder und Jugendliche auf ein Bett.

Abb. 26: Anzahl der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren je niedergelassenem Kinder- und Jugendpsychiater oder -psychotherapeut



Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Datenstand vom Okt. 2008, eigene Berechnungen

Die Angebote des Jugendamtes tragen ebenfalls zur psychosozialen Versorgung im weiteren Sinne bei. Erster Ansprechpartner bei Problemen aller Art ist der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) des Jugendamtes. Die Mitarbeiter/innen des ASD führen zum einen selbst Beratungen durch; diese machen rd. 40% ihrer Tätigkeiten aus. Zum anderen werden weiterführende Hilfen vermittelt und eingeleitet. Es handelt sich um die so genannten Hilfen zur Erziehung, auf die nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) ein Rechtsanspruch der Sorgeberechtigten besteht. Die quantitativ bedeutendste Hilfeart unter den Hilfen zur Erziehung ist die institutionelle Beratung an einer Erziehungs-, Jugend-, Familien- und Suchtberatungsstelle. In Baden-Württemberg entfielen zwei Drittel aller im Jahr 2007 beendeten erzieherischen Hilfen auf Beratungen. Die häufigsten Anlässe für Beratungen sind Belastungen durch familiäre Konflikte, Schul-/Ausbildungsprobleme, Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten.[102] Die Inanspruchnahme von Beratungsstellen wie auch der übrigen Hilfen zur Erziehung ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Auch dies ist möglicherweise ein Hinweis auf eine Zunahme psychosozialer Probleme von Kindern und Jugendlichen. Neben einem wachsenden Unterstützungsbedarf werden auch ein steigendes Ansehen der Kinder- und Jugendhilfe und eine größere Bereitschaft der Bevölkerung zur Inanspruchnahme der Angebote als Gründe für die Zunahme der geleisteten Erziehungshilfen diskutiert.[103]

[102] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Kinder- und Jugendhilfe. Zehn Jahre in Zahlen. (http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/GesundhSozRecht/Landesdaten/Jugendhilfe/KJH_01E.asp)

[103] Statistisches Bundesamt: 16 Jahre Kinder- und Jugendhilfegesetz in Deutschland. Ergebnisse der Kinder- und Jugendhilfestatistiken. Erzieherische Hilfen 1991 bis 2006 "Von der Erziehungsberatung bis zur Heimerziehung". Wiesbaden 2008

Die starke Inanspruchnahme der psychologischen und Erziehungsberatungsstellen zeigt, dass sie ein niederschwelliges Hilfsangebot darstellen und häufig als erste Anlaufstelle bei psychosozialen Beeinträchtigungen und Problemen fungieren. Insofern sollten ausreichende personelle Kapazitäten vorhanden sein. Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (BKE) empfiehlt in Anlehnung an eine WHO-Norm eine Ausstattung von 4 vollen Planstellen pro 10.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, d.h. auf eine Fachkraft sollten nicht mehr als 2.500 potentielle Klienten entfallen.[104] Nach der letzten Bestandserhebung in Baden-Württemberg, die seit 2003 von der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung Baden-Württemberg (LAG) durchgeführt wird, verfügten im Jahr 2006 nahezu alle Erziehungsberatungsstellen im Land über ungenügende personelle Kapazitäten.[105] Der Empfehlung von 0,4 Planstellen pro 1.000 Kinder und Jugendliche kommen die Stadtkreise im Allgemeinen näher als die Landkreise, doch lediglich die Stadtkreise Baden-Baden und Mannheim erreichen den Richtwert. Der Rhein-Neckar-Kreis verfügt über 10 Beratungsstellen[106], 8 weitere Beratungsstellen gibt es in Heidelberg. Die Beratungsstellen der Stadt Heidelberg werden vom Rhein-Neckar-Kreis mitfinanziert und mitgenutzt. Unter den 35 Landkreisen rangiert der Rhein-Neckar-Kreis bei einer Besetzung der Beratungsstellen mit zusammengenommen 0,15 vollen Planstellen pro 1.000 Kinder und Jugendliche nur an 23. Position. Rechnet man die personelle Ausstattung der Beratungsstellen der Stadt Heidelberg hinzu, so kommen im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg auf eine Vollzeitplanstelle 5.854 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren und damit erheblich mehr als im Durchschnitt der Landkreise oder in Baden-Württemberg insgesamt (Abb. 27).

Angesichts der bestehenden Unterversorgung, die Wartezeiten auf einen Beratungstermin impliziert, ist das Angebot einer Email-Beratung durch die Arbeitsgemeinschaft der Psychologischen Beratungsstellen in Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis positiv hervorzuheben. Das Beraterteam umfasst fast 20 Mitarbeiter aus den bestehenden Beratungsstellen. Für die Email-Beratung wurde die Internet-Seite „Von-Mir-Aus“ eingerichtet, finanziert durch das Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis und die Stadt Heidelberg. Die Email-Beratung bietet Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, jederzeit persönliche Probleme ansprechen zu können, ohne auf einen Termin warten zu müssen. Dies erleichtert natürlich den Zugang zu einer qualifizierten psychologischen Betreuung ganz erheblich. Die Email-Beratung kann ein persönliches Gespräch sicher nicht in jedem Fall ersetzen, aber stellt für viele Ratsuchende vermutlich eine große Hilfe dar.

Die oben beschriebene Modellrechnung zur Abschätzung des Versorgungsgrades in Baden-Württemberg wurde auch auf der Ebene von Kreisen und Regionen durchgeführt. Bei einer zusammenfassenden Betrachtung der Versorgungskapazitäten im Bereich der ambulanten und stationären Psychotherapie und psychosozialen Betreuungsangebote der Jugendhilfe kommt die Modellrechnung für den Rhein-Neckar-Kreis bei einer angenommen Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen von 20% zu einem geschätzten Versorgungsgrad von 12% der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen und bei einer angenommenen Prävalenz von 7% zu einem

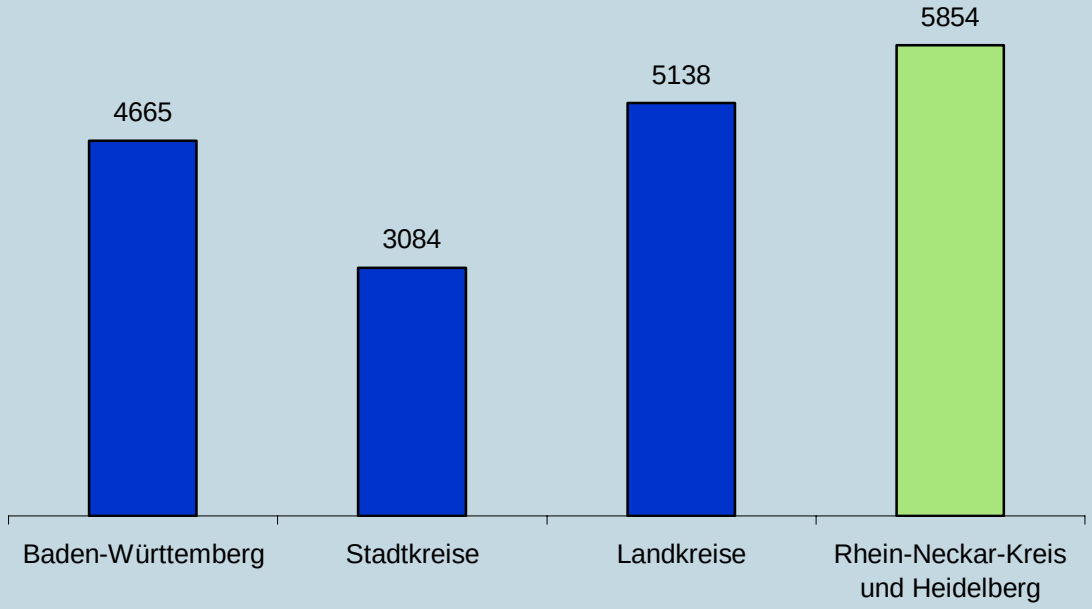
[104] Vgl. Gerth, U.; Menne, K.; Roth, X.: Qualitätsprodukt Erziehungsberatung. Empfehlungen zu Leistungen, Qualitätsmerkmalen und Kennziffern. Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V., 1999 (Reihe Qs „ Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe“, Qs22, Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)

[105] Die Bestandserhebung erfolgt in Form einer Befragung der Beratungsstellen. Für die Richtigkeit der dabei gemachten Angaben kann keine Gewähr übernommen werden.

[106] Sie befinden sich in Eberbach, Eppelheim, Hockenheim, Ladenburg, Neckargemünd, Schwetzingen, Sinsheim, Walldorf, Weinheim und Wiesloch (vgl. Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis, Jugendamt, Erziehungsberatungsstellen)

Versorgungsgrad von 35%.[107] Im Vergleich der 35 Landkreise rangiert der Rhein-Neckar-Kreis damit an neunter Stelle und liegt etwas unter dem Landesdurchschnitt (min. 13% bis max. 37%). Die Versorgungskapazitäten im Stadtkreis Heidelberg stellen die mit Abstand besten aller Stadt- und Landkreise dar. Der geschätzte Versorgungsgrad liegt hier zwischen mindestens 40% und maximal 115% der Betroffenen. Zusammen mit der Stadt Heidelberg erreicht der Rhein-Neckar-Kreis einen Versorgungsgrad von mindestens 17% und maximal 48% der Kinder und Jugendlichen, die eine psychische Betreuung/Behandlung benötigen. Dies sind zwar wesentlich bessere Verhältnisse als im Landesdurchschnitt, eine ausreichende Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ist damit aber vermutlich nicht gewährleistet.

Abb. 27: Anzahl der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren pro Fachkraftplanstelle an psychologischen Beratungsstellen und Erziehungsberatungsstellen 2006



Datenquelle: Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung Baden-Württemberg (LAG) - Befragung der Beratungsstellen 2007, eigene Berechnungen

1.6.4 Angebote der Frühförderung

Angebote der Frühförderung richten sich an Familien mit Kindern im Vorschulalter, die in ihrer körperlichen, geistigen oder psychosozialen Entwicklung verzögert sind oder bereits eine Behinderung aufweisen. Ziel der Frühförderung ist, drohende Behinderungen zu vermeiden oder deren Ausmaß zumindest zu verringern und vorhandene Behinderungen in ihren Auswirkungen abzuschwächen. Um erfolgreich zu sein, müssen Maßnahmen der Frühförderung nicht nur zu einem möglichst frühen Zeitpunkt beginnen, sondern auch interdisziplinär und in Kooperation aller beteiligten Einrichtungen und Berufsgruppen erfolgen.

[107] Vgl. Reisch, M.; Raymann, T.; Nübling, R.: Zur regionalen Struktur der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg. In: Psychotherapeutenjournal, 6, Heft 2 2007, S. 129-138

Frühförderung umfasst ein System von medizinisch-therapeutischen, pädagogischen, psychologischen und sozialen Hilfen. Entsprechend wirken verschiedene Fachkräfte und Institutionen bei der Frühförderung mit. Die an der Frühförderung beteiligten Berufsgruppen umfassen niedergelassene Kinderärzte und andere Fachärzte, Psychologen und Psychotherapeuten, Sonder- und Heilpädagogen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Krankengymnasten, Logopäden und Ergotherapeuten. Verschiedene Einrichtungen stehen den Familien als Ansprechpartner zur Verfügung. Eine wichtige Rolle spielen zunächst die niedergelassenen Kinderärzte, die im Rahmen der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen Entwicklungsrückstände und drohende Behinderungen frühzeitig diagnostizieren und entsprechende Maßnahmen einleiten können. Darüber hinaus trägt der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) insbesondere im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen der Kinder- und Jugendärzte zur frühzeitigen Erkennung von Entwicklungsstörungen bei und stellt außerdem eine wichtige Informations-, Beratungs- und Vermittlungsstelle für Hilfe suchende Eltern dar.

Sonderpädagogische Maßnahmen werden durch die Frühförderstellen durchgeführt oder initiiert. Dabei handelt es sich überwiegend um an Sonderschulen angegliederte Beratungsstellen, die mit anderen, das Kind betreuenden Einrichtungen – Ärzte und Therapeuten in freier Praxis, Gesundheits- und Jugendamt, Kindertageseinrichtungen – zusammenarbeiten. Alternativ können - soweit erreichbar - Interdisziplinäre Frühförderstellen in Anspruch genommen werden, an denen ein Team aus medizinisch-therapeutischen, psychologischen und pädagogischen Fachkräften alle erforderlichen Hilfen anbietet. In manchen Fällen erfolgt eine ambulante Betreuung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum. Dabei handelt es sich um überregionale, meist an Kliniken angesiedelte, interdisziplinär arbeitende Einrichtungen, die schwierige Aufgaben insbesondere im Bereich der Diagnostik, aber auch in der Therapie wahrnehmen.

Alle medizinisch-therapeutischen Maßnahmen erfolgen auf ärztliche Verordnung und werden durch die Krankenkasse finanziert. Sonderpädagogische Beratungsstellen können kostenlos in Anspruch genommen werden.

Im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg wurde die „Arbeitsgruppe interdisziplinäre Frühförderung (aif)“ gebildet, der Mitglieder unterschiedlicher, an der Frühförderung beteiligten Berufsgruppen und Institutionen (u. a. Gesundheitsamt, Frühförderstellen) angehören.[108] Die Arbeitsgruppe hat einen Frühförderwegweiser für Heidelberg und den Rhein-Neckar-Kreis erstellt, der einen Überblick über Angebote im medizinisch-therapeutischen, pädagogischen und psychologischen Bereich und weitere für die Frühförderung relevante Hilfen bietet.[109]

1.6.4.1 Frühförderstellen

Im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg gibt es derzeit keine Interdisziplinäre Frühförderstelle[110], aber 15 Sonderpädagogische Beratungsstellen[111] mit verschiedenen behinderungsspezifischen

[108] http://www.rhein-neckar-kreis.de/servlet/PB/menu/1303200/index.html

[109] Arbeitsgruppe Interdisziplinäre Frühförderung: Frühförderwegweiser für Heidelberg und den Rhein-Neckar-Kreis. Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis, Gesundheitsamt, 6. Auflage, Stand Juli 2007 (http://www.rhein-neckar-kreis.de/servlet/PB/show/1303700/60.4_Frhfrderwegweiser.pdf)

[110] Die nächst gelegene Interdisziplinäre Frühförderstelle ist in Mannheim

Schwerpunkten (Körperbehinderung, Geistige Behinderung, Sprachbehinderung, Hörbehinderung, Sehbehinderung). Die Zuständigkeit der sonderpädagogischen Beratungsstellen für Körper-, Hör- und Sehbehinderte geht über die Kreisgrenzen hinaus. Daher können auch drei im benachbarten Stadtkreis Mannheim gelegene Beratungsstellen von im Rhein-Neckar-Kreis oder Heidelberg wohnenden Eltern in Anspruch genommen werden. Am Universitätsklinikum Heidelberg ist zudem ein Sozialpädiatrisches Zentrum – ebenfalls mit überregionaler Zuständigkeit - eingerichtet.[112]

Im Verhältnis zur Zahl der Kinder unter 7 Jahren sind Zahl und personelle Ausstattung der Einrichtungen der Frühförderung im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg im Vergleich der Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs als mittelmäßig zu betrachten (vgl. Anhang, Tab. A5). Die Sonderpädagogischen Beratungsstellen im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg verfügten im Schuljahr 2005/6 über eine Kapazität von 546 Wochenstunden der Sonderpädagogen – das sind 79 Minuten pro 100 Kinder unter 7 Jahren. In den meisten anderen Stadt- und Landkreisen und im Durchschnitt Baden-Württembergs (72 Minuten) sind die Betreuungskapazitäten der Sonderpädagogen an den Beratungsstellen zwar geringer, doch sind hier zum Teil auch Interdisziplinäre Frühförderstellen vorhanden. Im Land gibt es insgesamt 36 Interdisziplinäre Frühförderstellen, die zusammen über fast 150 Vollzeitstellen verfügen. Dies ergibt eine durchschnittliche Kapazität von wöchentlich 48 Minuten pro 100 Kinder unter 7 Jahren.

Als günstig ist im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg die Dichte des Einrichtungsnetzes zu bewerten. Außer in Heidelberg gibt es in sieben Gemeinden des Rhein-Neckar-Kreises eine Frühförderstelle, nämlich in Ilvesheim, Ladenburg, Neckargemünd, Schwetzingen, Sinsheim, Weinheim und Wiesloch. Die pro Gemeinde durchschnittlich zu versorgende Gebietsfläche von weniger als 15.000 ha stellt ein deutlich dichteres Netz an Einrichtungen dar, als es in Baden-Württemberg insgesamt zu finden ist. Wegen der unterschiedlichen Förderschwerpunkte der sonderpädagogischen Beratungsstellen bleibt dennoch fraglich, ob für jede Art von Behinderung eine wohnortnahe Einrichtung erreicht werden kann.

Experten gehen davon aus, dass etwa 6% der Kinder im Vorschulalter einen Förderbedarf haben.[113] Der Anteil der Kinder, deren Eltern eine Beratungsstelle aufsuchen liegt jedoch höher. Im Schuljahr 2006/7 machten in Baden-Württemberg die von den sonderpädagogischen Beratungsstellen betreuten Kinder 9,8% der unter 7-jährigen Kinder aus, wobei bei 5,9% eine ständige Betreuung und bei 3,9% eine Kurzberatung durchgeführt wurde.[114] Geht man von genauso hohen Anteilen im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg aus, so würde sich ein Beratungsbedarf für fast 4.000 Kinder ergeben, davon fast 2.400 Kinder mit langfristigem Betreuungsbedarf. Damit könnten die Sonderpädagogen der Beratungsstellen - bei insgesamt 546 verfügbaren Wochenstunden – für jedes dauerhaft geförderte Kind pro Woche lediglich 14

---

[111] Einschließlich des überregionalen Sonderpädagogischen Beratungszentrums für Früherfassung und Frühbetreuung behinderter Kinder in Heidelberg

[112] Am Fachkrankenhaus Neckargemünd gibt es darüber hinaus eine interdisziplinäre Abteilung mit dem Schwerpunkt Frührehabilitation und Neuropädiatrie, in der Kinder und Jugendliche mit schwerwiegenden neurologischen Erkrankungen behandelt werden.

[113] Ministerium für Arbeit und Soziales, Baden-Württemberg, Pressemitteilung Nr. 172/2006 vom 16. Juni 2006

[114] Landesinstitut für Schulentwicklung, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hg.): Sonderpädagogische Förderung in Baden-Württemberg. Stuttgart 2009, eigene Berechnungen

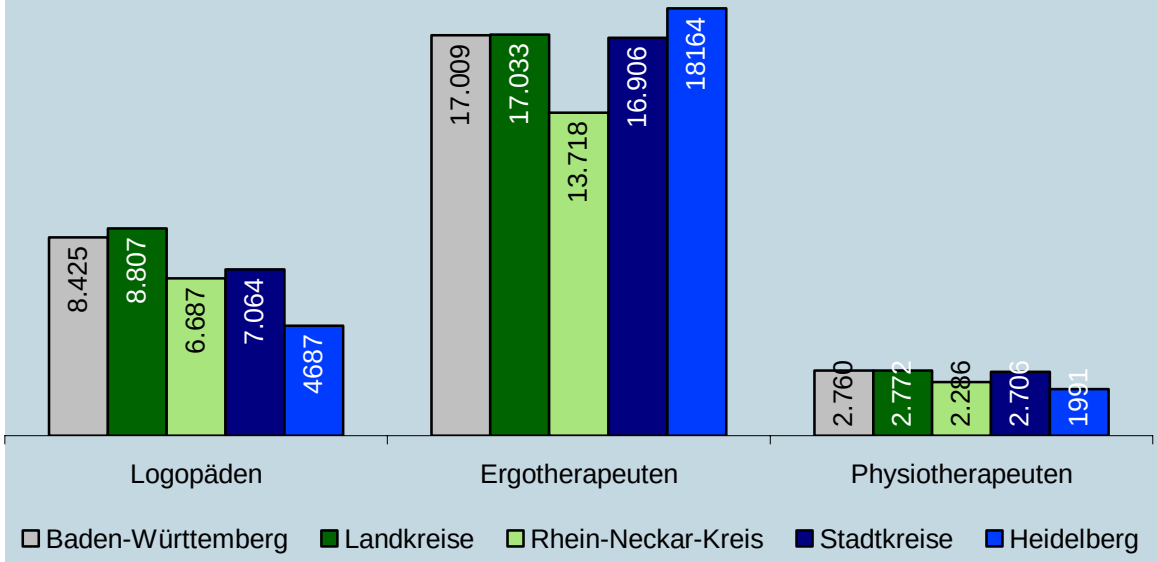
Minuten Zeit aufwenden. Dies sind sehr knappe Ressourcen, die auf eine hohe Auslastung der Arbeitskapazitäten schließen lassen.[115] Dabei hat sich die Situation im Lauf der letzten Jahre eher verschärft als verbessert. So hat sich landesweit die Anzahl der betreuten Kinder vom Schuljahr 2000/01 bis 2006/7 um 11% erhöht, während die zur Verfügung stehenden Lehrerwochenstunden nur um 3% gestiegen sind.

1.6.4.2 Medizinisch-therapeutische Fachkräfte

An der Frühförderung wirken neben den Frühförderstellen insbesondere Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten in freier Praxis mit.

Im Rhein-Neckar-Kreis und in Heidelberg gibt es eine vergleichsweise große Anzahl niedergelassener Logopäden, die bei Sprachentwicklungsverzögerungen oder -störungen, Sprech- oder Stimmstörungen eines Kindes nach Verordnung des Arztes aufgesucht werden können. Im Rhein-Neckar-Kreis entfallen auf einen Logopäden 6.687 Einwohner (Abb. 28). Im Vergleich der Landkreise Baden-Württembergs stellt dies eine weit überdurchschnittliche Versorgung dar (vgl. Anhang, Tab. A6). Eine noch bessere Versorgung findet man in Heidelberg.

Abb. 28: Zahl der Einwohner pro Logopäde, Ergotherapeut und Physiotherapeut



Datenquellen: Deutscher Bundsverband für Logopädie e.V. (http://www.dbl-ev.de), Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (http://www.dve.info/service/praxenverzeichnis/), http://www.physiotherapeuten-online.de/therapeuten/therapeuten.htm, Datenstand Okt. 2008, eigene Berechnungen

[115] Die hohe Auslastung wird in einer Stellungnahme des Kultusministeriums bestätigt (s. Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 13 / 892 vom 28.03.2002); bereits der im Jahr 2000 erschienene Kindergesundheitsbericht für Baden-Württemberg kommt zu der Schlussfolgerung, dass die Sonderpädagogischen Beratungsstellen die Grenzen ihrer Kapazität erreicht haben (S. 156-157)

Ein wichtiges Instrument der Frühförderung von Kindern stellt die Ergotherapie dar, die bei einer Vielzahl von Entwicklungsauffälligkeiten - z.B. bei Schwächen in der Fein- oder Graphomotorik, sensorischen oder neurologischen Störungen - mit jeweils spezifischen Maßnahmen indiziert sein kann. Auch die Versorgung mit Ergotherapeuten hat im Rhein-Neckar-Kreis ein hohes Niveau erreicht. Auf jeden Therapeuten kommen 13.718 Bürger, während es im Durchschnitt Baden-Württembergs 17.000 Personen und in Heidelberg sogar 18.000 Personen sind.

Die physiotherapeutische Versorgung ist sowohl im Rhein-Neckar-Kreis als auch in Heidelberg sehr gut. Im Rhein-Neckar-Kreis gibt es mehr als 200 niedergelassene Physiotherapeuten, die jeweils für durchschnittlich 2.286 Einwohner zuständig sind. Im Mittel der Landkreise und Baden-Württembergs entfallen mehr als 2.700 Einwohner auf einen Physiotherapeuten. In 52 der 54 Gemeinden des Rhein-Neckar-Kreises ist mindestens ein Physiotherapeut ansässig. Damit verfügt der Rhein-Neckar-Kreis gleichzeitig über ein sehr dichtes Versorgungsnetz.

Aufgrund des insgesamt großen Angebots an medizinisch-therapeutischen Fachkräften im Bereich der Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie kann angenommen werden, dass im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg trotz der knappen personellen Ressourcen an den sonderpädagogischen Beratungsstellen insgesamt ausreichende Kapazitäten für die Frühförderung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern vorhanden sind. Dies schließt nicht aus, dass in einzelnen Gebieten Versorgungsdefizite bestehen. So zeigt die Verteilung der Ergotherapeuten und der Logopäden im Kreis, dass in den östlich gelegenen Gemeinden des Kreises, im Raum zwischen Sinsheim und Eberbach, vergleichsweise wenig Therapeuten ansässig sind (Abb. 29). Nur die Versorgung mit Physiotherapeuten ist im ganzen Rhein-Neckar-Kreis gut.

Abb. 29: Verteilung der Praxen für Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie im Rhein-Neckar-Kreis

1.6.5 Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und weiterer Ämter des Rhein-Neckar-Kreises

Das Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, das auch für die Stadt Heidelberg zuständig ist, beobachtet und bewertet ausgewählte Fragen zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse werden geeignete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention angeregt und durchgeführt.[116]

[116] Einen Überblick über die Arbeit der verschiedenen Abteilungen des Gesundheitsamtes findet man auf den Internetseiten des Amtes (http://www.rhein-neckar-kreis.de/servlet/PB/menu/1159300/index.html).

1.6.5.1 Referat Kinder- und Jugendgesundheit

Der ÖGD übernimmt nach § 59 SGB XII die Aufgabe, Behinderte oder Personensorgeberechtigte zu geeigneten Heilmaßnahmen und Leistungen der Eingliederungshilfe zu beraten. Der kinder- und jugendärztliche Dienst berät Eltern mit Kindern, bei denen eine körperliche, geistige und/ oder seelische Behinderung vorliegt oder die von einer Behinderung bedroht sind. Dabei werden geeignete Maßnahmen erarbeitet und Einrichtungen zur Frühförderung des Kindes vorgeschlagen. Sofern die Eltern für das Kind Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII beantragen, ist auch eine sozialmedizinische Begutachtung durch den ärztlichen Dienst vorgesehen.

Das Schulgesetz sieht vor der Einschulung eines Kindes eine schulärztliche Untersuchung zur Beurteilung der Schulfähigkeit vor. Im Rahmen dieser Einschulungsuntersuchung wird festgestellt, ob die körperliche, geistige und psychosoziale Entwicklung des Kindes soweit fortgeschritten ist, dass Lernen in einer Gruppe möglich ist, oder ob Entwicklungsstörungen oder Behinderungen vorliegen, die behandlungsbedürftig sind, eine Zurückstellung vom Schulbesuch oder eine besondere Förderung erforderlich machen. Die Schulärzte/innen der Abteilung untersuchen gemeinsam mit den sozialmedizinischen Assistentinnen jährlich ca. 7.000 Kinder im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg auf ihre Schulfähigkeit. Bei der Untersuchung werden Seh- und Hörvermögen, Sprachentwicklung, Grob- und Feinmotorik sowie die für den Schreiblernprozess wichtige Graphomotorik/Stifthaltung und Visuomotorik überprüft. Außerdem werden Größe und Gewicht erfasst, anhand des Impfbuches Art und Anzahl der erhaltenen Impfungen und anhand des gelben Untersuchungsheftes die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 dokumentiert. Bis zum Schuljahr 2008/9 erfolgte die Einschulungsuntersuchung im letzten Kindergartenjahr. Für die nachfolgenden Einschulungsjahrgänge gilt eine neu konzipierte Einschulungsuntersuchung, die in zwei Schritten erfolgt. Eine erste Untersuchung findet bereits im vorletzten Kindergartenjahr bzw. 15 bis 24 Monate vor der Einschulung statt, um notwendige Fördermaßnahmen frühzeitig einleiten zu können. Das Untersuchungsprogramm umfasst nicht nur die oben aufgeführten Tests, sondern auch eine Befragung der Eltern und der Erzieher/innen. In einem zweiten Schritt wird im letzten Kindergartenjahr bzw. 3 Monate vor der Einschulung die Schulfähigkeit des Kindes abschließend beurteilt. Die Ergebnisse werden mit den Eltern besprochen.

Mit den Daten der Einschulungsuntersuchungen wird eine Datenbasis geschaffen, die vergleichende Analysen zum Entwicklungs- und Gesundheitsstand von Kindern ermöglicht und damit eine wichtige Informationsgrundlage gesundheits-, bildungs-, und familienpolitischer Maßnahmen sein kann. Auch in dieser Hinsicht leistet der ÖGD mit den Einschulungsuntersuchungen einen Beitrag zur Gesundheitsvorsorge.

Eine wirkungsvolle Maßnahme der Gesundheitsvorsorge ist die Impfung zum Schutz vor Infektionskrankheiten. Nach dem Infektionsschutzgesetz gehört die Information und Beratung der Bevölkerung im Hinblick auf die Gefahren übertragbarer Krankheiten und die Schutzmöglichkeiten zu den Aufgaben des ÖGD. Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut in Berlin veröffentlicht regelmäßig aktuelle Empfehlungen zu den Impfungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter und bei Reisen ins Ausland.[117] Das kinder- und

[117] Die STIKO-Empfehlungen sind über das Internet abrufbar: http://www.rki.de/cln_006/nn_226862/DE/Content/Infekt/Impfen/STIKO__Empfehlungen/Aktuelles/aktuelles__node.html__nnn=true

jugendärztliche Referat erfüllt diese Aufgabe zum einen im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen. Zum anderen wird jedes Jahr eine Impfberatung in den 6. Klassen aller Schulen des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg durchgeführt. Dabei wird der Durchimpfungsgrad der Schüler/innen im Hinblick auf ausgewählte Infektionskrankheiten erhoben. Auch dadurch entsteht eine Datenbasis, die Defizite aufzeigen und Ausgangspunkt für gezielte Maßnahmen zur Verbesserung des Impfschutzes sein kann. Neben der Impfberatung bei der Einschulung und in den 6. Klassen wird eine telefonische oder persönliche Reiseimpfberatung angeboten.

Im Laufe des Schullebens können gesundheitliche oder schulische Probleme von Kindern und Jugendlichen auftreten, bei denen die Hilfe des schulärztlichen Dienstes gefragt ist. Bei länger andauernden Erkrankungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen ergeben sich für Schüler unter Umständen Einschränkungen der Belastbarkeit im Schulsport. Da die Teilnahme am Schulsport unter die Schulpflicht fällt, bedarf eine längere Freistellung einer besonderen Begründung. Das Schulgesetz sieht vor, dass in diesem Fall eine Vorstellung beim Schularzt erfolgt. Zu diesem Zweck ist beim Gesundheitsamt außerhalb der Schulferien eine regelmäßige Sprechstunde zur Schulsportbefreiung eingerichtet. Um allgemeine Probleme von Schülern mit Eltern und Lehrern zu besprechen, werden Schulsprechstunden in der Schule angeboten. Sie finden in wenigen Schulen des Kreises regelmäßig statt, meist nur auf Anfrage der Eltern oder Lehrer zur konkreten Einzelfallbesprechung und Beratung.

Neben den Schulsprechstunden werden an den Schulen auch Untersuchungen bei speziellen Fragestellungen durchgeführt. Beispiele dafür sind Sehtests, Schulentlassuntersuchungen, um für die Berufswahl relevante gesundheitliche Einschränkungen zu identifizieren oder Untersuchungen zur Feststellung des Pflegeaufwandes bei behinderten Kindern als Information für die Sonderschulen.

Der ÖGD hat darüber hinaus die Aufgabe, hygienische Zustände in Einrichtungen zu kontrollieren. Dazu gehören auch Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche. wie Kindergärten und Schulen, Sport- und Spielstätten. Dabei geht es nicht nur um die sanitären Anlagen, sondern ganz allgemein um die Verringerung gesundheitlicher Gefahren durch unzureichende räumliche Bedingungen und Umwelteinflüsse wie Beleuchtung, Lärm, Raumklima, Schadstoffe. Im Hinblick auf die Hygiene in Kindergärten und Schulen hat auch die Aufklärung und Beratung von Eltern und Erziehern bei auftretenden Infektionskrankheiten und Parasitosen wie Kopflausbefall einen hohen Stellenwert.[118] Zum Kopflausbefall gibt es ein Merkblatt des Gesundheitsamtes, das über Übertragungswege, Therapie und andere notwendigen Maßnahmen informiert. Die Einrichtungen sind verpflichtet, dieses Merkblatt an die Eltern weiterzuleiten.

6.5.2 Referat Gesundheitsförderung

Für das Aufgabenfeld der Gesundheitsförderung verfügt das Gesundheitsamt über eine eigene Fachabteilung. Nach § 7 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg (ÖGDG, 1995) sollen Gesundheitsämter Maßnahmen zur Förderung der

[118] Fallzahlen im Jahr 2007: 2079 Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz (administrative Inzidenz); 809 telefonische Beratungen von Eltern und Institutionen

Bevölkerungsgesundheit initiieren, koordinieren und bei der Umsetzung mit anderen Fachstellen kooperieren.

Schwerpunkt der Fachstelle für den Rhein-Neckar-Kreis und die Stadt Heidelberg ist die Beratung und Begleitung von Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, vor allem Schulen und Kindertageseinrichtungen, aber auch die Koordination von Aktivitäten zur Suchtprävention sowie der interkulturellen Gesundheitsförderung.

Das „Praxisbüro Gesunde Schule“ unterstützt Aktivitäten und Projekte in und mit Schulen, die für alle an Schule Beteiligten gesundheitsförderliche Lern- und Arbeitsbedingungen dauerhaft erreichen wollen. Das Spektrum der Leistungen reicht von der Beratung zu geeigneten Materialien für Unterricht oder Elterninformation über die fachkundige Begleitung von Projekten bis hin zur Moderation von Schulentwicklungsprozessen, etwa zu gesundheitsrelevanten Fragen bei der Einrichtung eines Ganztagsangebotes. So gehören etwa die Vermittlung von qualitätsgeprüften Projektmaterialien oder Referentenkontakten zur Sucht- oder Gewaltprävention, die Organisation und Begleitung von Maßnahmen zur Bewegungsförderung in der Grundschule oder die Moderation des Planungsprozesses mit Lehrerkollegium, Elternvertretung und weiteren Partnern zum Start des Ganztagsbetriebes an einer Grundschule zu den – beispielhaften - Aufträgen, die der Fachabteilung übertragen werden können.

Neben dem „Praxisbüro Gesunde Schule“ gibt es ein vergleichbares Angebot für den „Gesunden Kindergarten“. Dabei erhalten Erzieherinnenteams in Kindertageseinrichtungen Unterstützung, um gemeinsam einen gesünderen Lebensraum für Kinder und Erzieherinnen zu schaffen. In diesem Zusammenhang moderiert die Fachstelle die Arbeit an den vom Team gewählten (Gesundheits-) Themen und Zielen. Schwerpunkte der Begleitung sind der Abbau von Belastungsstrukturen für die Erzieherinnen in den Einrichtungen sowie der sichere Umgang mit den Herausforderungen des interkulturellen Alltags.

An einer Verbesserung der Verpflegungssituation an den Schulen im Rhein-Neckar-Kreis arbeitet die Anlaufstelle Schulverpflegung Rhein-Neckar, die seit Beginn des Jahres 2009 zusammen mit mehreren kooperierenden Fachstellen in der Region vom Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis aufgebaut wird. Sie versteht sich als regionales Angebot in Kooperation mit der landesweiten „Vernetzungsstelle Schulverpflegung Baden-Württemberg“. Schulen und Kindertagesstätten erhalten hier fachliche Unterstützung bei der Planung, Durchführung und Weiterentwicklung ihrer Schul- bzw. Tagesverpflegung.

Ein weiteres Aufgabenfeld des Referats Gesundheitsförderung ist die Förderung der alltäglichen Bewegung von Kindern und Jugendlichen. Ein Beispiel dafür sind die Initiativen in der Gemeinde Mauer.

Das Beispiel „Mauer bewegt sich!“

In der Gemeinde Mauer (rund 4.000 Einwohner) wurde im Jahr 2005 ein Langzeitprojekt ins Leben gerufen, das sich schwerpunktmäßig der Bewegungsförderung von Kindern und Jugendlichen verschrieben hat und auf ein vernetztes Vorgehen einer ganzen Gemeinde setzt. Ausgehend von der seit vielen Jahren steigenden Quote übergewichtiger Kinder und Jugendlicher und einer Projekt-Anfrage der örtlichen Grund-, Haupt- und Werkrealschule (seit 2007: Norbert-Preiß-Schule) entstand der Plan, ein langfristig wirksames Präventionskonzept mit allen örtlichen Akteuren anzuregen. Mit einer Initiatorengruppe an der Schule und dem

Zusammenwirken von Schulärztin und Fachstelle Gesundheitsförderung („Praxisbüro Gesunde Schule“) im Gesundheitsamt des Landkreises gelang es, nach Vorgesprächen vor Ort einen „Runden Tisch“ zu initiieren, an dem sich auch die beiden konfessionellen Kindertageseinrichtungen, das Rathaus (mit persönlichem Engagement des Bürgermeisters und Zustimmung des Gemeinderates), die jeweiligen Elternvertretungen samt Schulhof-Initiative und Förderverein der Schule, die örtlichen Sportvereine, und im Laufe der Zeit auch die Physiotherapiepraxen in der Gemeinde sowie Ehrenamtliche aus dem Kreis des Senioren-Wanderclubs „Gut Fuß“ beteiligten. Entsprechend den Empfehlungen der Gesundheitsförderung, derartige Projekte auf mehreren Handlungsebenen anzulegen, wurden in der Schule, in den Kindergärten sowie mit den übrigen Akteuren der Gemeinde die schon vorhandenen Aktivitäten erfasst, der Bedarf an Maßnahmen und Unterstützung geprüft sowie Ziele formuliert, die schrittweise zu erreichen waren. Nach einer Auftaktveranstaltung für die Grundschulkinder aus Mauer und der Nachbargemeinde Wiesenbach entstanden im Laufe des ersten Projektjahres folgende Handlungsbausteine:

1. In der Schule wurde für die erste Klassenstufe (2006 dann auch für die 2. Klassen) eine zusätzliche vierte Sportstunde eingerichtet. Außerdem erhielt das Kollegium eine eintägige Fortbildung zu Bewegungspausen im Unterricht und eine Beratung für die Klassenlehrerinnen der Stufen 1 und 2, an den Tagen ohne Bewegungsunterricht eine Bewegungszeit nach der großen Pause einzurichten. Aus dem Kollegium bildete sich ein „Bewegungsteam“ zur Koordination und Begleitung der Aktivitäten im Gesamtprojekt. Außerdem wurde die Elterninitiative zur Umgestaltung des Schulhofs gestärkt und der Grundschul-Schulhof in einer zweiten Ausbaustufe bewegungsfreundlich umgestaltet, mit einem Fußparcours und einer „Nicht-den-Boden-berühren“-Kletterstrecke.
2. In den Kindergärten wurden die täglichen Bewegungszeiten bewusst gestaltet und durch eine gemeinsame Fortbildung zu den Grundlagen der Psychomotorik unterstützt. Die Zahl der „Waldtage“ für die Gruppen wurde ausgeweitet und Erzieherinnen zu einer Fortbildung in Sachen „Waldpädagogik“ geschickt.
3. Mit allen Beteiligten wurden Aktionstage inszeniert, angefangen mit einer Sternwanderung von verschiedenen Startpunkten, die mit einer Verköstigung auf dem Schulgelände endete. Seither gibt es einen jährlichen Mobilitätstag, 2007 zum Thema „Rund um den Ball“, zu dem es ein Fußballtraining mit der erfolgreichen Liga-Mannschaft des SV Sandhausen, ein Beachvolleyball-Turnier, aber z.B. auch einen Boule-Wettkampf gab.
4. Die wohl spektakulärste Neuerung im Gemeindealltag war Anfang 2006 die Einrichtung des „Laufenden Schulbusses“ nach dem angelsächsischen Modell des „Walking Bus“: Seit Januar 2006 laufen an jedem Schulmorgen auf vier Strecken und von fünf Haltestellen Grundschulkinder und Vorschulkinder, verlässlich von Erwachsenen begleitet, zu Fuß in die Schule. Das Projekt wird von Eltern und Senioren koordiniert und erfasst etwa die Hälfte des Jahrgangs in Klasse 1 und 2. Die Initiatoren haben im Jahr 2008 Planungen begonnen, den Laufenden Schulbus zu einem Erfolgsmodell für die ganze Region zu machen. Mehrere Gemeinden sind dem Beispiel bereits gefolgt.

Neben gesunder Ernährung und Bewegung ist die Suchtprävention ein weiterer Bereich der Gesundheitsförderung. Der Kommunale Suchtbeauftragte ist für die Initiierung, Koordinierung und Vernetzung von Maßnahmen im Bereich der Suchtprophylaxe sowie die Koordination der kreisweiten Suchtkrankenhilfe zuständig. Die Aktivitäten konzentrieren sich u. a. auf die Settings Kindergarten und Schule und sind daher für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von

unmittelbarer Bedeutung. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren, z.B. Kindergartenteams oder Lehrerkollegien.

1.6.5.3 Referat Sozialmedizin und Psychiatrie

Die im Hinblick auf die Gesundheit von Kinder und Jugendlichen relevanten Aufgaben des Referates Sozialmedizin und Psychiatrie liegen im Bereich der Frühförderung und der Aids-Beratung.

Im Bereich der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (s. Kap. 1.6.4) fungiert der sozialmedizinische Dienst des Referates zum einen als Informations- und Vermittlungsstelle der zur Verfügung stehenden Hilfen. In Kooperation mit dem kinder- und jugendärztlichen Dienst und einzelnen Frühfördereinrichtungen wurde ein Frühförderwegweiser für den Rhein-Neckar-Kreis und die Stadt Heidelberg erstellt, der einen Überblick über Angebote im medizinisch-therapeutischen, pädagogischen und psychologischen Bereich und weitere für die Frühförderung relevante Hilfen bietet.[119] Zum anderen wird im Rahmen der Arbeitsgruppe interdisziplinäre Frühförderung (aif)[120] die Vernetzung und Kooperation der an der Frühförderung beteiligten Institutionen und Berufsgruppen durch regelmäßige Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen intensiviert. Damit trägt der ÖGD zur Entwicklung leistungsfähiger Strukturen der Frühförderung bei.

Die Mitarbeiterinnen der Aids-Beratung im Gesundheitsamt führen in Schulen aller Art Veranstaltungen durch, in denen Fragen der Prävention von Aids und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, aber auch allgemeine Fragen zur sexuellen Gesundheit, zu Liebe und Partnerschaft behandelt werden. Es handelt sich um ein kostenloses Angebot, das sich primär an Schüler/innen der 8. und 9. Klassen richtet und auf Anfrage eines Lehrers der Schule gewährt wird. Die Veranstaltungen finden ohne Beisein von Lehrern statt und dauern mindestens eine Doppelstunde. Dabei nehmen Jungen und Mädchen zunächst gemeinsam teil, im weiteren Verlauf werden jedoch nach Geschlecht getrennte Gruppen gebildet. Für Schüler/innen der 6. und 7. Klassen werden außerdem Veranstaltungen zu Fragen der Pubertät angeboten. Darüber hinaus werden auch Projekte, zum Teil in Kooperation mit pro familia durchgeführt.

1.6.5.4 Referat Gesundheitsschutz

Zum Aufgabenkreis des Referates Gesundheitsschutz gehört die hygienische Überwachung von Einrichtungen gemäß § 9 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG Baden-Württemberg). Dazu gehören auch Schulen und Kindertagesstätten, die in Abständen besichtigt werden, zur Feststellung, ob der bauliche Zustand und die Einrichtung (Funktionsräume, Sanitärbereich und ggf. Küchenräume sowie Außenbereiche) den Anforderungen der Hygiene genügen. Gemäß Infektionsschutzgesetz sind Gemeinschaftseinrichtungen verpflichtet, Hygienepläne zu führen, in denen die einrichtungsspezifischen Maßnahmen des Infektionsschutzes sowie Reinigungspläne festgelegt werden. Die Gemeinschaftseinrichtungen werden bei der Erstellung dieser Hygienepläne beraten. Überwachungsschwerpunkt des

[119] Arbeitsgruppe Interdisziplinäre Frühförderung: Frühförderwegweiser für Heidelberg und den Rhein-Neckar-Kreis. Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis, Gesundheitsamt, 6. Auflage, Stand Juli 2007, Heidelberg (http://www.rhein-neckar-kreis.de/servlet/PB/show/1303700/60.4_Frhfrderwegweiser.pdf)

[120] http://www.rhein-neckar-kreis.de/servlet/PB/menu/1303200/index.html

Referates Gesundheitsschutz waren in den vergangenen drei Jahren die Vorschuleinrichtungen. Werden hygienische Mängel festgestellt, so wirkt das Gesundheitsamt darauf hin, dass die nach pflichtgemäßem Ermessen erforderlichen Maßnahmen durch die zuständigen Behörden getroffen werden. Das Referat Gesundheitsschutz arbeitet bei der hygienischen Überwachung der Kindertagesstätten mit dem Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) zusammen.

Das Referat Gesundheitsschutz ist an einer bundesweit einmaligen wissenschaftlichen Studie zum Bluthochdruck bei Vorschulkindern beteiligt, die in Kooperation mit dem Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Universität Heidelberg durchgeführt wird. Gefördert wird die Untersuchung durch die Stiftungen von Manfred Lautenschläger, Günter Reimann Dubbers und Dietmar Hopp. Bis zum Juli 2008 wurden mehr als 4.000 Kinder im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersucht. Erste Ergebnisse wurden auf der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Nephrologie (APN) im März 2008 in Jena präsentiert.

1.6.5.5 Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit

Das Gesundheitsamt des Rhein-Neckar-Kreises ist neben den regionalen Krankenkassen und der Zahnärzteschaft der Stadt Heidelberg und des Rhein-Neckar-Kreises Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit[121]. Sie hat das Ziel, durch vorbeugende Maßnahmen die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen zu verbessern (vgl. Kap. 2.3). Die Maßnahmen beginnen mit dem Besuch des Kindergartens und werden bis zum 12. Lebensjahr kostenfrei angeboten. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das Kariesrisiko der Schüler überdurchschnittlich hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Kinder mit besonderem Kariesrisiko erhalten spezifische Programme.

Im Rahmen von Projekttagen werden die Kinder zu zahnmedizinischen Vorbeugemaßnahmen aufgeklärt und angeleitet (Gruppenprophylaxe). Diese Gruppenprophylaxe umfasst zum einen Information und praktische Anleitung zur richtigen Zahnpflege. Zum anderen lernen die Kinder, dass auch eine gesunde Ernährung zur Erhaltung der Zahngesundheit wichtig ist. Ernährungsfachleute erläutern den Kindern die Bestandteile eines gesunden Frühstücks und bereiten ein solches Frühstück zusammen mit den Kindern zu. Darüber hinaus wird sehr anschaulich der Karies fördernde Zuckergehalt verschiedener, bei Kindern beliebter Lebensmittel dargestellt. Neben der Beratung und Anleitung zur richtigen Mundhygiene und zahngesunden Ernährung werden in den Kindergärten und Schulen von den Jugendzahnärzten auch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt.

1.6.5.6 Schulpsychologische Beratungsstelle

Ein wichtiges Angebot zur Erhaltung der psychischen Gesundheit von Schulkindern stellt die Schulpsychologische Beratungsstelle dar.[122] Ihre Adressaten sind neben Lehrern/innen vor allem Schüler/innen und deren Eltern. Sie bieten Beratung und Hilfe bei Lernschwierigkeiten, Konzentrationsstörungen, Prüfungsängsten, Beziehungsproblemen mit Lehrern oder Mitschülern,

[121] http://www.agz-rnk.de/agz/content/2/index.php

[122] Die Beratungsstelle war bis einschließlich Februar 2008 dem Gesundheitsamt angegliedert. Seit dem 1. März 2008 gehört sie zum Amt für Schulaufsicht und Schulentwicklung

Verhaltensauffälligkeiten, aber auch bei Fragen der Schullaufbahn. Bei längerfristigem Unterstützungsbedarf können die Schulpsychologen auch über die Angebote anderer Einrichtungen informieren und diese vermitteln. Die Inanspruchnahme der Schulpsychologischen Beratungsstelle ist für die Ratsuchenden kostenlos und es gilt der Grundsatz der Vertraulichkeit.

1.6.5.7 Amt für Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung

Im Amt für Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung wird insbesondere durch das „Forum Ernährung“ ein Beitrag zur Gesundheitsförderung von Kindern geleistet. Im Rahmen der Landesinitiative BeKi – Bewusste Kinderernährung – wird theoretischer und praktischer Ernährungsunterricht für Eltern, Erzieher/innen, Lehrer/Innen, hauswirtschaftliches Personal in Kindertagesstätten und Schüler/innen bis Klasse 6 angeboten. Speziell geschulte Fachkräfte – die BeKi-Fachfrauen – informieren über alle Fragen einer gesunden Kinderernährung (s. Kap. 2.4.6).

1.6.5.8 Jugendamt

Die hohe Bedeutung des Jugendamtes für Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen ergibt sich aus seinem gesetzlichen Auftrag, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen. Diesen Auftrag erfüllt das Jugendamt durch vielfältige Angebote und Leistungen. Dazu gehören u. a.

- präventive Maßnahmen des Jugendschutzes, wie z.B. Informationsveranstaltungen für Eltern, Erzieher/innen und Lehrer/innen zu Themen wie Gewalt, Mediennutzung
- Betreuung, Bildung und Erziehung in Tageseinrichtungen für Kinder
- Fortbildungsveranstaltungen für Erzieher/innen
- Qualifizierung und Fortbildung von Kindertagespflegepersonen
- Erziehungsberatung
- Gewährung von Hilfen zur Erziehung, z.B. durch einen Erziehungsbeistand
- Inobhutnahme bei Gefährdung des Kindeswohls, z.B. aufgrund von Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung
- Vermittlung von Pflegefamilien und Adoptionen
- Beteiligung am Perinatalen Präventionsnetz „Hand in Hand“ im Rhein-Neckar-Kreis – ein multiprofessionelles Kompetenznetz zur Unterstützung psychisch belasteter und jugendlicher Mütter und deren Kinder nach der Geburt (vgl. Kap. 3.4.2.3)
- Mitwirkung an der Umsetzung des Landesprogramms „STÄRKE“ zur Förderung der Elternkompetenz

2. Gesundheitsrelevantes Verhalten und Prävention

In Kapitel 1 wurden die Rahmenbedingungen für die Gesundheit von Kindern dargestellt - die demographischen Entwicklungen, die wirtschaftliche Lage von Familien, die vorhandenen Angebote der Kinderbetreuung, die Schulsituation, Merkmale der Wohnung und des Wohnumfeldes, Einrichtungen und Angebote der Gesundheitsversorgung und –vorsorge. Teils stellen diese äußeren Lebensbedingungen Gesundheitsressourcen dar, die die Gesundheit positiv beeinflussen können, teils beinhalten sie Gesundheitsrisiken, die mit Beeinträchtigungen der Gesundheit verbunden sein können. Insofern wirken bereits Verbesserungen der Rahmenbedingungen präventiv auf die Gesundheit. Darüber hinaus tragen Kinder und ihre Eltern aber auch direkt durch ihre Aktivitäten und ihr Verhalten zur Förderung oder Schädigung der Gesundheit oder zur Prävention von Krankheiten bei. Diese gesundheitsrelevanten Verhaltenweisen sind Gegenstand des Kapitels 2.

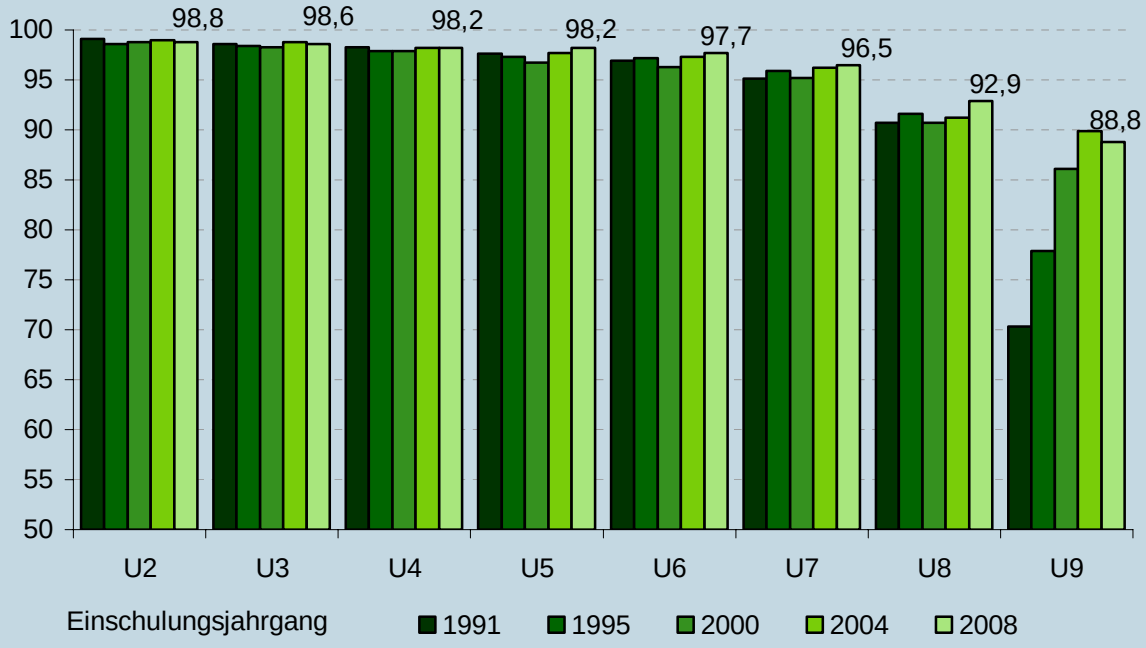
Dabei geht es zunächst um die Beteiligung an klassischen Präventionsmaßnahmen wie Vorsorgeuntersuchungen, Impfen und Kariesprophylaxe. Darüber hinaus spielen die Ernährungsgewohnheiten für die Erhaltung der Gesundheit von Kindern eine große Rolle. Eine gesunde Ernährung kann die Entstehung von Übergewicht und Adipositas mit allen Folgeschäden und -beeinträchtigungen verhindern und langfristig zur Vermeidung von Krankheiten beitragen. Dies trifft auch für das Bewegungsverhalten von Kindern zu. Für die Gesundheit relevant ist außerdem ganz allgemein die Art und Weise, wie Kinder - ungeachtet des Bewegungsaspektes - ihre Freizeit verbringen.

2.1 Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen

Früherkennungsuntersuchungen gehören zu den Maßnahmen der sekundären Prävention, die auf die möglichst frühzeitige Erkennung und Behandlung einer Krankheit ausgerichtet ist. Die U1 bis U9 stellen von den Krankenkassen finanzierte Früherkennungsuntersuchungen für Kinder von der Geburt bis zum 6. Lebensjahr dar. Sie haben das Ziel, mögliche Fehlbildungen und Erkrankungen, körperliche oder geistige Entwicklungsverzögerungen oder -störungen schnell zu entdecken und sofort eine Therapie einzuleiten. Eine weitere Vorsorgeuntersuchung, die J1 für Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 15 Jahren, wurde 1997 eingeführt.

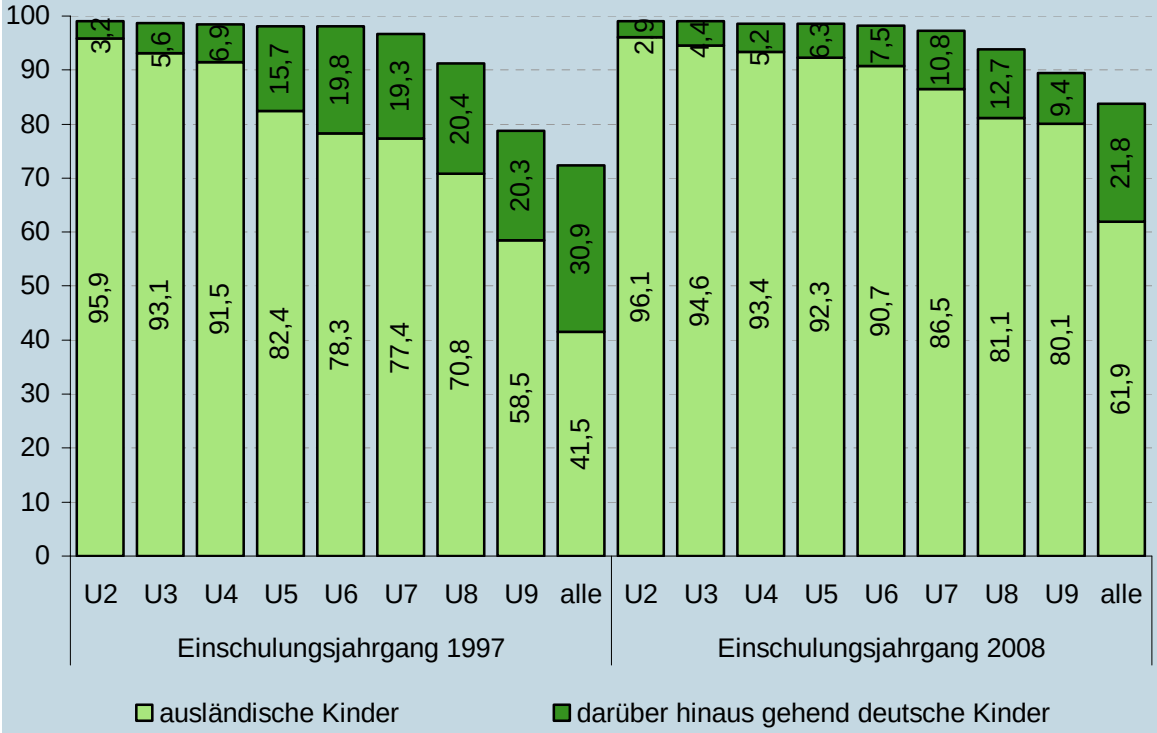
Daten zur Beteiligung an den U2 bis U9 werden im Rahmen der Einschulungsuntersuchung erhoben. Die Teilnahmequoten sind in den ersten Lebensmonaten des Kindes sehr hoch, gehen aber mit zunehmendem Alter des Kindes zurück (Abb. 30). Die U2-U4 nehmen schon seit Anfang der 90er Jahre mehr als 98% der Kinder im Rhein-Neckar-Kreis in Anspruch. Die Teilnahme an der U5 und der U6 liegt schon seit einigen Jahren über 97%. Das Angebot der U7 erreicht nur noch rund 96% der Kinder und die U8 wird nur von 93% der Kinder wahrgenommen. Die Akzeptanz der U9 ist seit der Einführung im Jahr 1990 zwar gestiegen, die Teilnahmequote lag bei der Einschulungsuntersuchung 2008 jedoch nur bei 88,8% und damit sogar etwas niedriger als in den Vorjahren.

Abb. 30: Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U2 - U9 im Rhein-Neckar-Kreis (in %)



Datenquelle: Einschulungsuntersuchungen im Rhein-Neckar-Kreis 1991 bis 2008, eigene Auswertungen

Abb. 31: Teilnahme an den U2 - U9 im Rhein-Neckar-Kreis 1997 und 2008 - Vergleich zwischen deutschen und ausländischen Kindern (in %)



Datenquelle: Einschulungsuntersuchungen im Rhein-Neckar-Kreis, 1997 und 2008, eigene Auswertungen

Erhebliche Unterschiede in der Häufigkeit der Inanspruchnahme der Untersuchungen bestehen zwischen deutschen und ausländischen Kindern (Abb. 31). Deutsche Kinder nutzen wesentlich häufiger die Vorsorgeuntersuchungen als ausländische Kinder. Dabei nehmen die Unterschiede mit dem Alter der Kinder zu. Bei der U2 lagen die Teilnahmequoten der 2008 eingeschulten deutschen und ausländischen Kindern bei 99% bzw. 96,1%, während bei der U9 Teilnahmequoten von 89,5% bzw. 80,1% bestanden. An allen Früherkennungsuntersuchungen beteiligten sich 83,7% der deutschen, aber nur 61,9% der ausländischen Kinder. Im Vergleich zum Einschulungsjahrgang 1997 sind die Unterschiede zuungunsten der ausländischen Kinder zu allen Untersuchungszeitpunkten deutlich kleiner geworden, da sich die Beteiligung der ausländischen Kinder in den letzten 10 Jahren erheblich verbessert hat. Bei den U5 - U8 sind die Teilnahmequoten der ausländischen Kinder zwischen 9 und 12 Prozentpunkten gestiegen, bei der U9 betrug die Steigerung sogar fast 22 Prozentpunkte.

Trotz dieser zweifellos positiven Entwicklung sind noch erhebliche Anstrengungen notwendig, um die Teilnahme der ausländischen, aber auch der deutschen Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen weiter zu verbessern. Die Teilnahmequoten sind noch keineswegs zufrieden stellend und können eine frühzeitige Erkennung und Behandlung bestehender oder drohender Behinderungen nicht in jedem Fall gewährleisten.

2.2 Teilnahme an Schutzimpfungen

Impfungen gehören zu den wirkungsvollsten präventiven Maßnahmen in der Medizin. In Deutschland gibt es keine Impfpflicht, sondern lediglich die regelmäßig erscheinenden Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut in Berlin. Sie sind in Form eines Impfkalenders mit allen Impfungen für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene dokumentiert. Durch Impfungen wird nicht nur der einzelne geschützt, sondern auch die Ausbreitung von Infektionskrankheiten verringert und damit das Erkrankungsrisiko für nicht geimpfte Personen vermindert. Der Erfolg der Impfmaßnahmen zeigt sich in einem deutlichen Rückgang der Häufigkeit von Infektionskrankheiten. Einzelne Erkrankungen wie die Poliomyelitis (Kinderlähmung) sind in Deutschland schon seit vielen Jahren nicht mehr aufgetreten.

Es ist wichtig, die Umsetzung der Impfempfehlungen regelmäßig zu überprüfen, damit Impflücken rechtzeitig erkannt werden und durch entsprechende Maßnahmen die Impfbereitschaft erhöht werden kann. Eine repräsentative Datenquelle zum Impfstatus von Kindern stellen die Erhebungen der Gesundheitsämter im Rahmen der jährlichen Einschulungsuntersuchungen dar. Darüber hinaus führt das Gesundheitsamt des Rhein-Neckar-Kreises im Kreis und in der Stadt Heidelberg jedes Jahr Impfberatungen in den 6. Klassen durch, wobei der Impfstatus im Hinblick auf ausgewählte Erkrankungen erfasst wird.

Bei der Einschulungsuntersuchung werden die Eltern gebeten, das Impfbuch des Kindes mitzubringen, anhand dessen der Impfstatus festgestellt wird. Bei der Einschulungsuntersuchung 2008 hatten rund 92% der Eltern das Impfbuch dabei und nur in diesen Fällen ist einer Berechnung von Impfraten möglich. Der Erfassungsgrad ist im Zeitverlauf erheblich gestiegen; er hatte 1997 lediglich 76% betragen. Insbesondere von ausländischen Eltern wird das Impfbuch heute wesentlich häufiger vorgelegt als noch vor 10 Jahren.[123]

[123] 1997 lag für 79,2% der deutschen, aber nur 54,5% der ausländischen Kinder ein Impfbuch vor, 2000 waren es 90,2% bzw. 75% und 2008 waren es 92,6% bzw. 88,7%.

2.2.1 Entwicklung der Durchimpfungsraten der Schulanfänger im Rhein-Neckar-Kreis

Die Durchimpfungsraten der Schulanfänger im Rhein-Neckar-Kreis haben sich in den letzten zehn Jahren bei allen Infektionskrankheiten, für die die STIKO eine Impfempfehlung ausspricht, kontinuierlich verbessert. Insbesondere ausländische Kinder, die noch vor wenigen Jahren in geringerem Umfang als deutsche Kinder gegen bestimmte Infektionen geimpft waren, konnten ihren Impfschutz verbessern und weisen heute im Hinblick auf fast alle Krankheiten genauso hohe und zum Teil sogar höhere Durchimpfungsraten auf (Abb. 32, 33).

Der höchsten Durchimpfungsgrad wird bei Tetanus (Wundstarrkrampf) und Diphtherie erreicht; bei der Einschulungsuntersuchung 2008 konnten jeweils rd. 99% der Kinder eine dreimalige und rd. 96% der Kinder einer viermalige[124] Impfung nachweisen. Tetanus ist eine schwere bakterielle Infektion, die durch Verschmutzung von Wunden durch im Erdreich vorkommende Sporen des Tetanusbazillus entsteht. Das vom Erreger gebildete Gift erzeugt Muskelkrämpfe, die sich zunehmend auf den ganzen Körper ausdehnen und zu einer Lähmung der Atemmuskulatur führen können. Da der Infektionsweg nicht von Mensch zu Mensch verläuft, ist der Schutz des einzelnen vom Durchimpfungsgrad der Bevölkerung völlig unabhängig. Jede Person muss geimpft sein, um vor der Krankheit geschützt zu sein. Die Durchimpfungsrate der Schulanfänger liegt schon seit vielen Jahren auf einem nahezu konstant hohen Niveau, ohne jedoch den anzustrebenden Wert von 100% zu erreichen.

Die Diphtherie ist eine schwere bakterielle Infektionskrankheit, die mit starken Entzündungen und Schwellungen im Hals- und Rachenbereich einhergeht. Mit der breiten Durchführung der Schutzimpfung für Kinder seit Beginn der 60er Jahre ist die Krankheit in Deutschland zunehmend seltener geworden. Seit 2001 wurden nur noch sechs Krankheitsfälle gemeldet.[125] Die Grundimmunisierung erfolgt im Säuglingsalter im Allgemeinen in Kombination mit der Tetanusimpfung. Daher haben sich die Durchimpfungsraten für Diphtherie parallel zu denen der Tetanusimpfung entwickelt. Die vollständige Grundimmunisierung für gegenwärtig mehr als 98% der Schulanfänger im Rhein-Neckar-Kreis gilt als ausreichend, um einen Ausbruch der Erkrankung zu verhindern, vorausgesetzt die Auffrischimpfungen werden ebenfalls rechtzeitig durchgeführt.

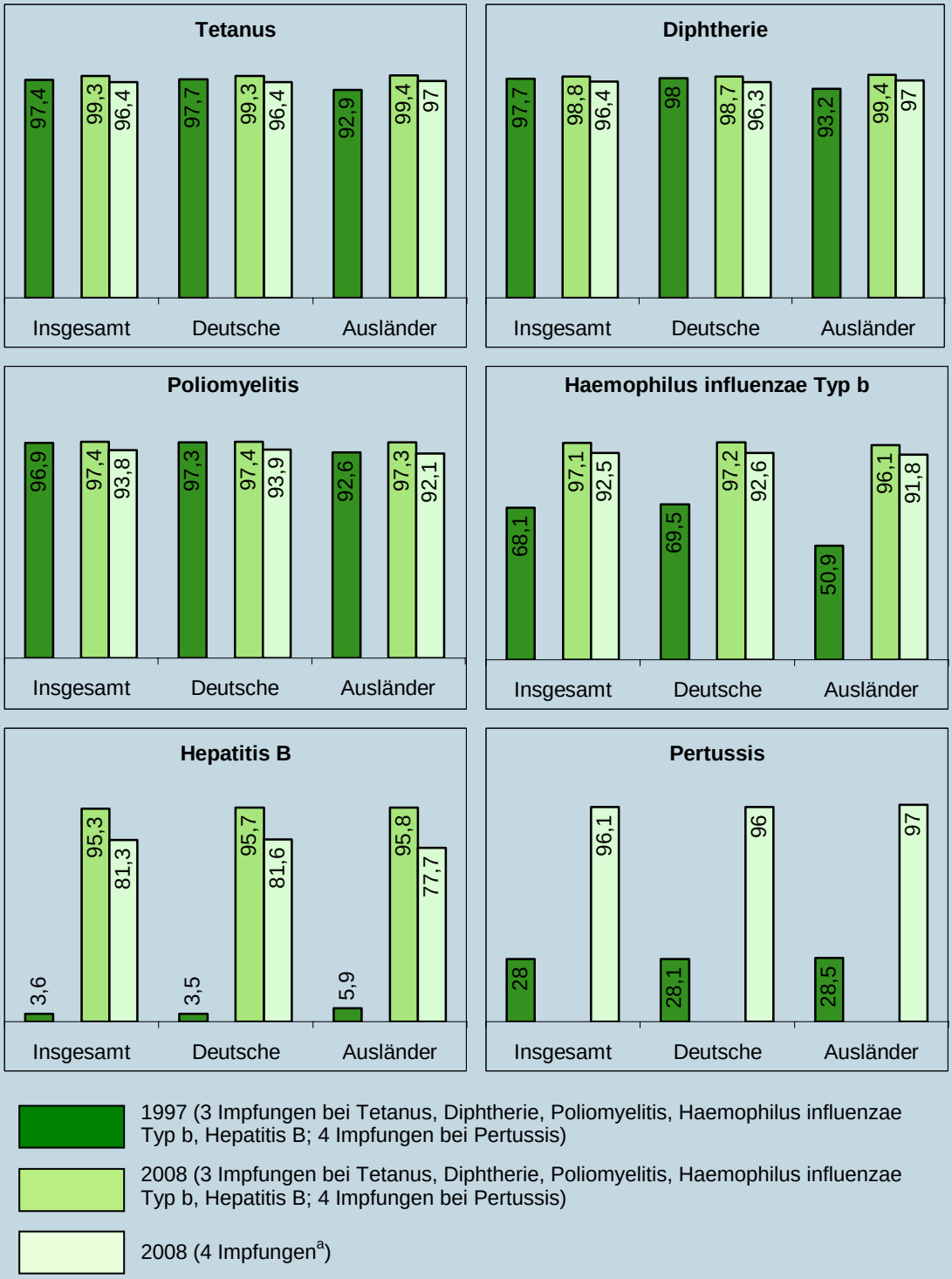
Ein hoher und ausreichender Durchimpfungsgrad der einzuschulenden Kinder wird im Rhein-Neckar-Kreis auch im Hinblick auf die Poliomyelitis (Kinderlähmung) erreicht - eine hoch ansteckende Viruserkrankung, die zu Hirnhautentzündung und bleibenden Lähmungen führen kann. Der Anteil der deutschen Kinder mit einem vollständigen Impfschutz liegt etwa bei der Marke von 95%, die zur Elimination der Erkrankung als erforderlich gilt. Die ausländischen Kinder haben eine nur geringfügig geringere Durchimpfungsrate; zehn Jahre zuvor waren die Unterschiede zu den deutschen Kindern noch erheblich größer gewesen.

---

[124] Bei Verabreichung des mittlerweile überwiegend verwendeten Impfstoffes mit Pertussiskomponente wird seit der Einschulungsuntersuchung 2008 eine viermalige Impfung, ansonsten eine dreimalige Impfung gegen Tetanus, Diphtherie, Polio, Haemophilus influenzae Typ B und Hepatitis B als vollständige Grundimmunisierung gewertet. Aufgrund von Fehlern bei der Dokumentation lässt sich für den Rhein-Neckar-Kreis aber nicht feststellen, ob ein Impfstoff mit oder ohne Pertussiskomponente verwendet wurde. Der tatsächliche Anteil der Kinder mit vollständiger Grundimmunisierung wird deshalb durch den Anteil der Kinder mit viermaliger Impfung unterschätzt, aber durch den Anteil der Kinder mit dreimaliger Impfung überschätzt (vgl. dazu auch Robert-Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin 16/2009).

[125] Datenquelle: Robert Koch-Institut: SurvStat, http://www3.rki.de/SurvStat, Datenstand: 3.06.2009

Abb. 32: Durchimpfungsraten bei Schulanfängern im Rhein-Neckar-Kreis 1997 u. 2008



a) Bei Verabreichung des mittlerweile überwiegend verwendeten Impfstoffes mit Pertussiskomponente wird seit der Einschulungsuntersuchung 2008 eine viermalige Impfung, ansonsten eine dreimalige Impfung gegen Tetanus, Diphtherie, Polio, Haemophilus influenzae Typ b und Hepatitis B als vollständige Grundimmunisierung gewertet. Aufgrund von Fehlern bei der Dokumentation lässt sich für den Rhein-Neckar-Kreis nicht feststellen, ob ein Impfstoff mit oder ohne Pertussiskomponente verwendet wurde. Der tatsächliche Anteil der Kinder mit vollständiger Grundimmunisierung ist deshalb größer als der Anteil der Kinder mit viermaliger, aber kleiner als der Anteil der Kinder mit dreimaliger Impfung.

Datenquelle: Einschulungsuntersuchungen Rhein-Neckar-Kreis, eigene Auswertungen

Haemophilus influenzae Typ b ist ein Bakterium, das bei Kleinkindern überwiegend die Schleimhäute der oberen Atemwege besiedelt und insbesondere schwere Hirnhautentzündungen oder Kehlkopfdeckelentzündungen hervorrufen kann. Auch andere Organe können betroffen sein. Die Infektion führt im schlimmsten Falle zu bleibenden Schädigungen oder sogar zum Tode. Seit Einführung der Impfung im Jahr 1990 kommen Erkrankungen nur noch selten vor. Im Rhein-Neckar-Kreis ist seit der Meldepflicht der Erkrankung im Jahr 2001 keine Erkrankung bekannt geworden[126]. Der Durchimpfungsgrad der Schulanfänger stieg von rund 68% im Jahr 1997 auf einen Wert zwischen 93% und 97% im Jahr 2008. Insbesondere unter den ausländischen Kindern stieg der Anteil mit einer vollständigen Grundimmunisierung stark an.

Die Impfung gegen Pertussis (Keuchhusten) wird von der STIKO erst seit 1991 wieder generell empfohlen, nachdem zuvor wegen schlechter Verträglichkeit des Impfstoffes im alten Bundesgebiet viele Jahre lang keine allgemeine Impfempfehlung ausgesprochen worden war. In Baden-Württemberg wurde die Impfempfehlung erst im Jahr 1994 übernommen. Daher war die Durchimpfungsrate bei den im Jahr 1997 einzuschulenden Kindern im Rhein-Neckar-Kreis noch sehr gering (28%). Drei Jahre später waren jedoch bereits 80% der Kinder vollständig geimpft und 2008 wurde eine Impfrate von 96% erreicht. Nach Angaben der WHO ist eine Durchimpfungsrate von mindestens 90% anzustreben, um die Krankheit in der Bevölkerung zu eliminieren, ein Wert, der bei den Schulanfängern im Rhein-Neckar-Kreis somit bereits erreicht worden ist.

Die Impfung gegen Hepatitis B – einer virusbedingten Leberentzündung – wird von der STIKO als Standardimpfung im Säuglingsalter erst seit 1995 empfohlen. Die Infektion kann einen chronischen Verlauf nehmen, der mit einem langsamen Versagen der Leberfunktion und der Gefahr der Entwicklung einer Leberzirrhose oder eines Leberzellkarzinoms verbunden ist. Das Chronifizierungsrisiko ist gerade bei Infektionen im Säuglings- und Kleinkindalter hoch. Deshalb ist ein möglichst frühzeitiger Infektionsschutz anzustreben. Die Entwicklung der Durchimpfungsraten der Einschulungskinder zeigt, dass die standardmäßige Hepatitis B-Impfung im Säuglingsalter von einem wachsenden Teil der Eltern in Anspruch genommen wird. Bis zum Jahr 2008 waren mehr als 95% der Kinder dreimal und mehr als 81% der Kinder viermal gegen Hepatitis B geimpft.

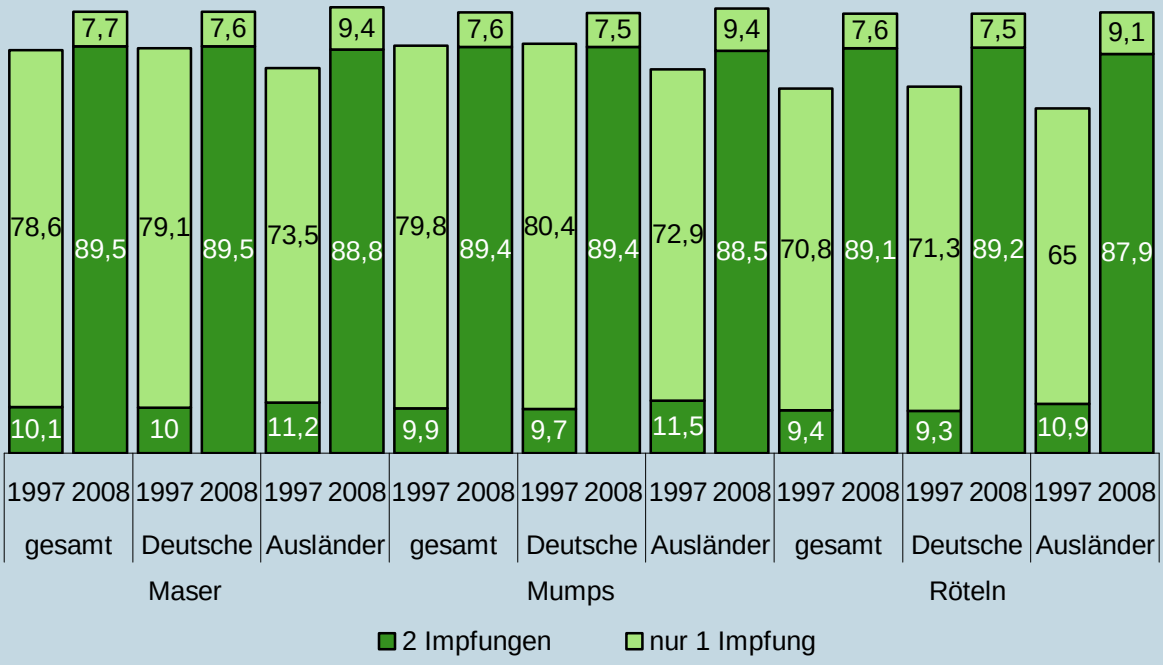
Die Impfung gegen die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ist bisher selbst in Risikogebieten wenig verbreitet. Die Infektion durch den Stich einer infizierten Zecke kann zu einer Hirnhautentzündung mit unter Umständen bleibenden neurologischen Schäden führen. Eine Impfung wird von der STIKO nicht generell empfohlen, sondern nur für Personen, die sich beruflich oder in ihrer Freizeit in Risikogebieten aufhalten und gegenüber Zecken exponiert sind. Der Rhein-Neckar-Kreis gilt als Risikogebiet. Nach Untersuchungen des Landesgesundheitsamtes ist mit dem Vorkommen von FSME-Viren jedoch in ganz Baden-Württemberg zu rechnen. Deshalb wird in Baden-Württemberg die Impfung bei erhöhter Exposition seit November 2001 ohne geographische Einschränkung empfohlen. Der Impfschutz der einzuschulenden Kinder hat sich in den letzten Jahren im Rhein-Neckar-Kreis zwar deutlich verbessert, ist aber nach wie vor zu gering. Bei der Schuleingangsuntersuchung 2008 waren 45,6% der Kinder vollständig gegen FSME geimpft. Bei ausländischen Kindern lag die Impfrate mit nur 36,6% noch niedriger.

[126] Datenquelle: Robert Koch-Institut: SurvStat, http://www3.rki.de/SurvStat, Datenstand: 3.06.2009

Die Impfung gegen Varizellen (Windpocken) wird erst seit 2004 von der STIKO als generelle Routineimpfung für alle Kinder im Alter von 11-14 Monaten empfohlen. Bei der letzten Einschulungsuntersuchung (2008) verfügte folglich nur ein geringer Anteil der Kinder über einen Impfschutz. Nur 32,5% der Kinder waren geimpft, was jedoch einen erheblichen Zuwachs der Impfrate gegenüber dem Jahr 2005 (3,5%) darstellt. Seit 2006 sind darüber hinaus Impfungen gegen Pneumokokken und Meningokokken im Impfkalender der STIKO aufgeführt. Eine Impfung gegen Pneumokokken haben im Rhein-Neckar-Kreis 12,8% der 2008 eingeschulten Kinder erhalten; ein Jahr zuvor waren es erst 6,6% der Kinder gewesen. Eine Meningokokken-Impfung wiesen 2008 schon 34,5% der Schulanfänger im Rhein-Neckar-Kreis auf; 2007 hatte der Anteil erst 8% betragen.

Der Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) ist noch nicht zufrieden stellend und reicht für eine Eliminierung der Masern – einem erklärten Ziel der WHO - nicht aus. Eine Masern-Infektion kann mit schweren Komplikationen wie Mittelohrentzündung, Lungenentzündung und Hirnentzündung verbunden sein, die bleibende Schäden hinterlassen und sogar tödlich enden kann. Deutschland hat sich dem Ziel der WHO mit dem 1999 beschlossenen MMR-Interventionsprogramm angeschlossen und zunächst auch einen Rückgang der Infektionen erreichen können, der aber nicht von Dauer war. Seit Beginn des Jahres 2009 sind schon 441 Masernfälle gemeldet worden, davon 37 Fälle in Baden-Württemberg.[127] Dies zeigt, dass der Impfschutz noch erheblich verbessert werden muss.

Abb. 33: Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln bei Schulanfängern im Rhein-Neckar-Kreis 1997 und 2008 (in %)



Datenquelle: Einschulungsuntersuchungen 1997 und 2008, eigene Berechnungen

[127] Robert Koch-Institut: SurvStat, http://www3.rki.de/SurvStat, Datenstand: 03.06.2009

Die Masern-Impfung wird seit 1980 zusammen mit Mumps und Röteln als Kombinationsimpfung empfohlen (MMR-Impfung). Seit 1991 empfiehlt die STIKO eine 2. Impfung, um mögliche Immunitätslücken trotz Erstimpfung zu schließen. Für eine Ausrottung der Erkrankung werden Impfraten von mindestens 95% für die 1. Impfung und mindestens 80% für die 2. Impfung für erforderlich gehalten.[128] Diese Impfraten wurden bei den Schulanfängern im Rhein-Neckar-Kreis 2007 erstmals erreicht und stiegen bis 2008 weiter an (Abb. 33). Dabei unterscheiden sich die Impfraten von deutschen und ausländischen Schulanfängern nur geringfügig.

Auch eine Erkrankung an Mumps kann einen schwerwiegenden Verlauf nehmen und zu einer Meningitis mit starken Ohrentzündungen und dauerhaften Beeinträchtigungen des Gehörs führen. Auch Hodenentzündungen mit Gefahr einer bleibenden Sterilität sind möglich. Deshalb ist auch bei Mumps eine hohe Durchimpfungsrate anzustreben. Da die Impfung bei den meisten Kindern als MMR-Impfung erfolgt, ist die Entwicklung der Impfraten wie bei der Masernimpfung (Abb. 33).

Eine Rötelninfektion ist selten mit ernsten Komplikationen verbunden. Eine Infektion im 1. bis 4. Schwangerschaftsmonat kann jedoch beim ungeborenen Kind zu schweren organischen Schädigungen und Missbildungen oder zu einer Fehlgeburt führen. Diese als konnatales Rötelnsyndrom (CRS) bezeichneten Embryopathien sind der Hauptgrund, warum eine Rötelnimpfung empfohlen wird. Die WHO hat das Ziel, das konnatale Rötelnsyndrom bis zum Jahr 2010 auf weniger als 1 Fall/100.000 Lebendgeburten zu reduzieren. Dafür wird eine Impfrate mit mindestens einer Impfdosis von mehr als 90% der Frauen im gebärfähigen Alter für erforderlich gehalten.[129] Die Durchimpfungsraten entsprachen bei den letzten beiden Einschulungsuntersuchungen im Rhein-Neckar-Kreis weitgehend denen der Masern- und Mumpsimpfung, d.h. es wurden Impfraten von rund 96% erreicht. In früheren Jahren war der Impfschutz gegen Röteln jedoch deutlich geringer als gegen Masern oder Mumps, da der trivalente MMR-Impfstoff noch nicht durchgängig verwendet wurde. Impflücken werden jedoch zum Teil durch spätere Impfungen geschlossen (s. Kap. 2.2.2). Wenn die gegenwärtige Impfbereitschaft anhält, ist in naher Zukunft ein ausreichender Impfschutz der Frauen zu erwarten.

Eine Analyse der Durchimpfungsraten innerhalb des Rhein-Neckar-Kreises zeigt, dass zum Teil große Unterschiede zwischen den großen Kreisstädten bestehen. Der Impfschutz gegen Diphtherie und Tetanus ist überall sehr hoch, aber bei anderen Infektionskrankheiten bleiben die Impfraten in einzelnen Städten erheblich hinter den Durchschnittswerten des Kreises zurück (vgl. Anhang, Abb. A3).

Als zusammenfassendes Maß des Impfschutzes kann der Anteil der Schulanfänger mit einer vollständigen Grundimmunisierung gegen Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis, Pertussis, Haemophilus influenzae, Hepatitis B (jeweils ≥ 4 Impfungen) und MMR (≥ 2 Impfungen) berechnet werden. Dies waren im Jahr 2008 drei Viertel aller Schulanfänger im Rhein-Neckar-Kreis. Umgekehrt bedeutet dies, dass ein Viertel der Kinder eine oder mehrere Immunitätslücken bezüglich der genannten Krankheiten aufwies. Insgesamt ist es daher notwendig, durch

[128] Robert Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin 10/2004 und 35/2004

[129] Epidemiologisches Bulletin 10/ 2004

vermehrte Aufklärung über die möglichen Folgen der Infektionen die Impfbereitschaft weiter zu erhöhen.

2.2.2 Impfstatus von Schülern der 6. Klasse

Bei der Impfberatung in den 6. Klassen wird der Impfschutz der Schüler im Hinblick auf ausgewählte Infektionen überprüft und auf bestehende Impflücken hingewiesen. Ein Vergleich zwischen dem Impfstatus zum Zeitpunkt der Einschulung und fünf Jahre später in der 6. Klasse zeigt, inwieweit eine bei der Einschulungsuntersuchung noch unvollständige Grundimmunisierung bis zur 6. Klasse vervollständigt wird.

Der Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln wurde bei den Sechstklässlern des Rhein-Neckar-Kreises in den Schuljahren 2000/1, 2002/3, 2004/5, 2005/6, 2006/7 und 2007/8 erhoben. Wie bei den Schulanfängern zeigen sich auch bei den Schülern der 6. Klassen im Zeitverlauf zunehmend höhere Durchimpfungsraten (Abb. 34).

Die Impfraten sind verglichen mit den Impfraten zum Zeitpunkt ihrer Einschulung erheblich höher. Bis zum Jahr 2000 sollte die 2. MMR-Impfung nach den Empfehlungen der STIKO spätestens zum Schuleintritt erfolgen. Daher hatten die Kinder bei der Einschulungsuntersuchung häufig erst eine Impfdosis erhalten. Die Zweitimpfung wurde aber ganz offensichtlich in hohem Umfang nachgeholt. Erst seit dem Jahr 2001 sieht der Impfkalender die zweite MMR-Impfung explizit im 2. Lebensjahr vor, so dass in den letzten Jahren ein zunehmender Anteil der Kinder bereits bei der Einschulungsuntersuchung einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern hatte.

Eine Impfung gegen Hepatitis B gehört erst seit Oktober 1995 zu den von der STIKO im ersten Lebensjahr empfohlenen Standardimpfungen. Die Impfung kann aber jederzeit nachgeholt werden, und ein erheblicher und zunehmender Anteil der Eltern folgte den Impfempfehlungen. Bis zum Schuljahr 2007/8 wurde eine Impfquote von 84% der Sechstklässler erreicht. Die Impfung wurde aber nicht in so hohem Umfang nachgeholt, als dass im betreffenden Schuljahr die hohen Durchimpfungsraten der Einschulungsjahrgänge erreicht worden wären.

Im Hinblick auf die FSME-Impfung zeigt der Vergleich zwischen den Durchimpfungsraten der Schulanfänger und der Sechstklässler eines Schuljahrs, dass Eltern ihre Kinder eher nach als vor dem Schuleintritt impfen lassen, möglicherweise weil das Risiko einer Zeckenexposition aufgrund eines mit dem Alter der Kinder zunehmenden Aktionsraumes höher eingeschätzt wird. So ist der Impfschutz bei den Schüler/innen der 6. Klassen wesentlich besser als bei den jeweiligen Einschulungsjahrgängen.

Abb. 34: Durchimpfungsraten bei der Einschulung und in der 6. Klasse im Rhein-Neckar-Kreis

Datenquelle: Einschulungsuntersuchungen und Daten der Impfberatung in den 6. Klassen, eigene Auswertungen

2.3 Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit

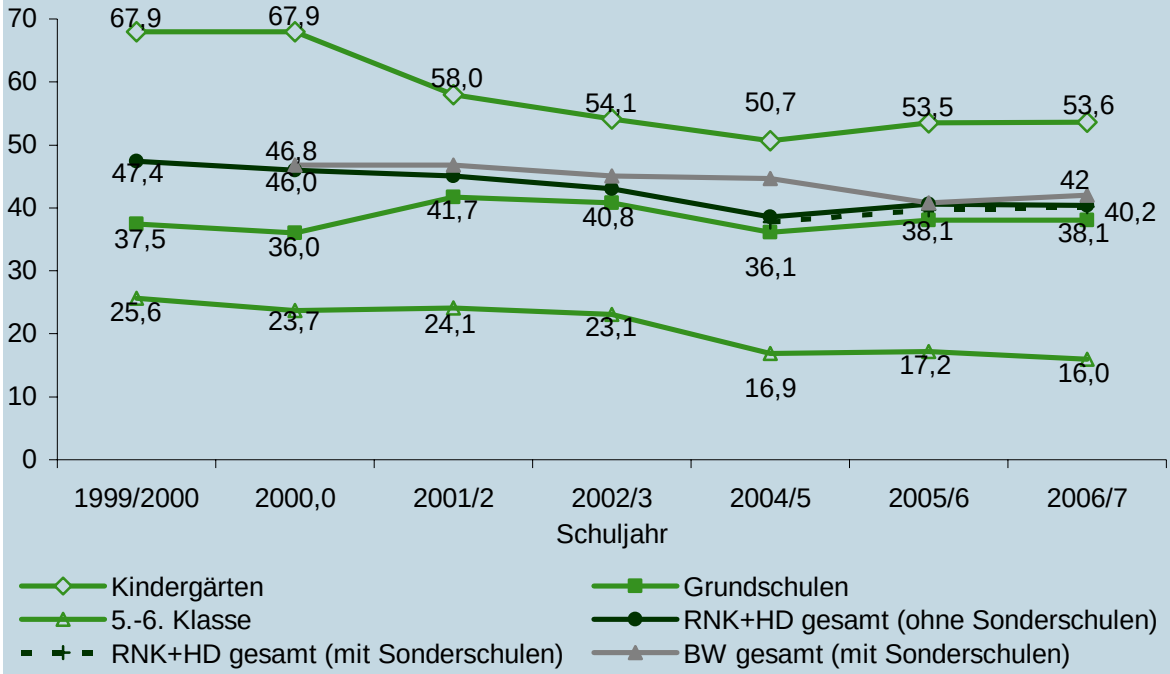
Die Mundgesundheit gilt als wichtiger Bestandteil der allgemeinen Gesundheit, insbesondere auch deshalb, weil Erkrankungen der Mundhöhle andere Krankheiten im Körper begünstigen können. Durch präventive Maßnahmen und Verhaltensweisen kann die Zahn- und Mundgesundheit von Kindern gefördert werden. Dazu gehört zum einen eine gesunde Ernährung (s. Kap. 2.4), zum anderen die Nutzung der gesetzlichen Angebote der Gruppen- und Individualprophylaxe und der Früherkennungsuntersuchungen (s. u.). Durch diese Maßnahmen konnte in den letzten Jahren eine positive Entwicklung der Zahngesundheit von Kindern erreicht werden (s. Kap. 3.3.8).

Seit 1989 gehört die Kariesgruppenprophylaxe zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Sie stellt in Baden-Württemberg eine gemeinsame Aufgabe von Krankenkassen, Zahnärzten/innen des ÖGD, niedergelassenen Zahnärzten/innen und der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege dar. Die Gruppenprophylaxe wird in Kindergärten, Regelschulen, Sonderschulen und Heimen durchgeführt und kann dort von allen Kindern bis zum 12. Lebensjahr, bei überdurchschnittlich hohem Kariesrisiko bis zum 16. Lebensjahr, beansprucht werden. Sie umfasst die zahnärztliche Untersuchung der Mundhöhle und die Erhebung des Zahnstatus, die Zahnschmelzhärtung durch Fluoride (Fluorid-Zahnpasten, -Gelee, -Lacke, -Spüllösungen, -Tabletten), Aufklärung über die Entstehung von Karies, Anleitung zur Mundpflege und zum richtigen Zähneputzen und Ernährungsberatung. Die Prävention erfolgt halbjährlich, bei Kindern mit sehr hohem Kariesrisiko häufiger und ergänzt durch zusätzliche Maßnahmen. Für die Organisation und Dokumentation der Gruppenprophylaxe sind die Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege zuständig. Die Landesarbeitsgemeinschaften untergliedern sich weiter in regionale Arbeitsgemeinschaften.

Von der „Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg“ (vgl. Kap. 1.6.5.5) wurden im Schuljahr 2006/2007 mehr als 28.000 Kinder in Kindergärten und Schulen zahnärztlich untersucht. Dies entspricht einem Anteil von 40% der Anspruchsberechtigten und damit etwa dem Landesdurchschnitt (Abb. 35). Am häufigsten wurden Kinder im Kindergartenalter untersucht; in den Grundschulen waren es 38% und in den 5. und 6. Klassen 16% der Kinder. Im Kindergartenbereich ist nach einem Rückgang der Untersuchungsquote bis 2005 in den letzten Jahren wieder eine leichte Zunahme festzustellen. Bei den Grundschulkindern ist die Beteiligung weitgehend gleich geblieben, während in den 5. und 6. Klassen der Anteil der untersuchten Kinder kontinuierlich gesunken ist.

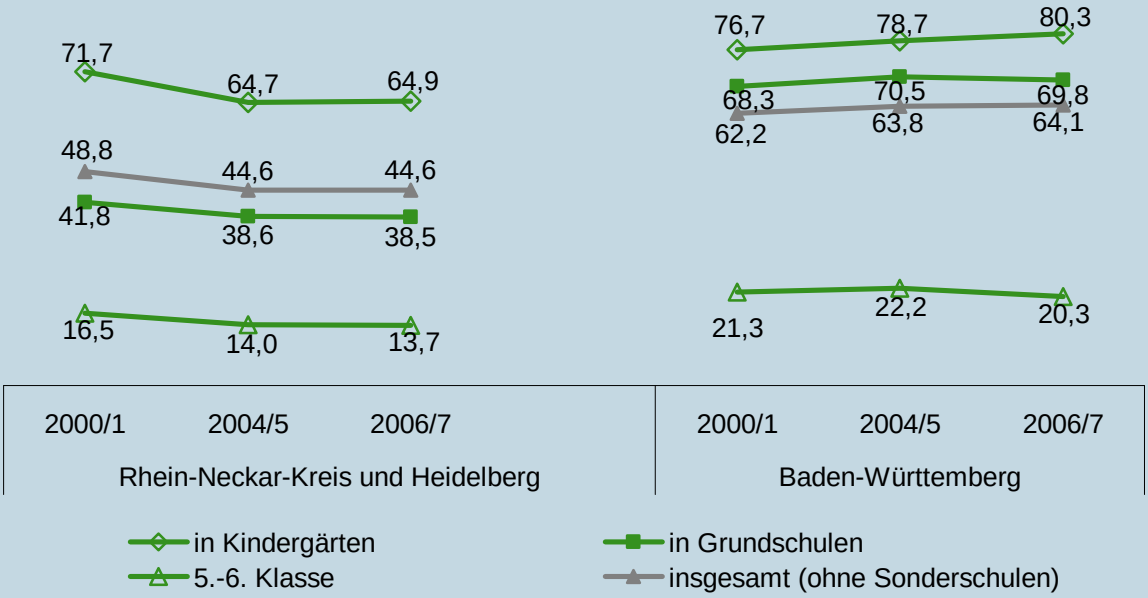
An Maßnahmen der Gruppenprophylaxe nahmen im Schuljahr 2006/7 im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg insgesamt mehr als 30.000 Kinder in Kindergärten, Grundschulen und 5. und 6. Klassen teil; das sind weniger als die Hälfte der Anspruchsberechtigten. Rund 65% der Kinder im Kindergartenalter, 39% der Grundschulkinder und 14% der Fünft- und Sechstklässler wurden mit Prophylaxemaßnahmen betreut (Abb. 36). Im Vergleich zum Erfassungsgrad 2000//1 hat sich der Anteil der betreuten Kinder etwas verringert. Die Teilnahmequoten liegen zudem zu allen Erhebungszeitpunkten unter dem Landesdurchschnitt. Aufgrund unzureichender personeller Kapazitäten ist es derzeit nicht möglich alle anspruchsberechtigten Kinder zu untersuchen oder

Abb. 35: Zahnärztlich untersuchte Kinder im Rahmen der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen (in %)



Datenquelle: Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg, Jahresberichte; Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Baden-Württemberg, eigene Berechnungen

Abb. 36: Anteil der durch die Gruppenprophylaxe erreichten Kinder in Kindergärten und Schulen (in %)



Datenquelle: Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg, Jahresberichte; Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit Baden-Württemberg, eigene Berechnungen

gruppenprophylaktisch zu betreuen. Daher wäre eine personelle Verstärkung der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg erforderlich, um dem Ziel einer flächendeckenden Umsetzung der Kariesprophylaxe in Einrichtungen näher zu kommen[130].

Neben der Gruppenprophylaxe ist die Individualprophylaxe (IP) für 6- bis 17-Jährige ein weiterer wichtiger Baustein zur Prävention von Zahnerkrankungen, die 1991 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen wurde. Anspruchsberechtigt sind minderjährige Versicherte ab dem 6. Lebensjahr. Die Inanspruchnahme der Individualprophylaxe ist in den alten Bundesländern seit ihrer Einführung von 8,7% im 1. Halbjahr 1991 auf 39,7% der IP-Berechtigten im 1. Halbjahr 2003 gestiegen.[131] Neben der Fluoridierung gilt insbesondere die Fissurenversiegelung (IP 5) als effektive Maßnahme zur Verhütung von Karies. In Baden-Württemberg hat die mittlere Zahl versiegelter Zähne bei den 12-jährigen von 2,8 im Jahr 2000 auf 3,2 im Jahr 2004 zugenommen.[132] In keinem anderen Bundesland war die mittlere Zahl versiegelter Zähne so hoch wie in Baden-Württemberg. Bei den 15-jährigen Schülern/innen waren 2005 im Durchschnitt sogar 4,15 Zähne versiegelt.[133]

Zusätzlich wird seit 1999 für gesetzlich versicherte Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren eine zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung (FU) angeboten, die der Einschätzung des Kariesrisikos dient und u. a. eine Ernährungs- und Mundhygieneberatung beinhaltet.

Die Häufigkeit, mit der regelmäßige Zahnarztbesuche von Kindern und Jugendlichen stattfinden, ist nach den vorliegenden Daten zu niedrig. Nach der im Jahr 2005 durchgeführten Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) gehen 76% der 12-Jährigen und 66% der 15-Jährigen nach eigenen Angaben mindestens einmal im Jahr zur zahnärztlichen Kontrolluntersuchung.[134] Die von 2003-2006 durchgeführte KiGGS-Studie ergibt Anteile von 67% der 3- bis 6-Jährigen, 80% der 7- bis 10-Jährigen, 81% der 11- bis 13-Jährigen und 68% der 14- bis 17-Jährigen, die in den vergangenen 12 Monaten einen Zahnarzt in Anspruch genommen.[135]

Entscheidend für die Erhaltung der Mund- und Zahngesundheit ist letztendlich die richtige Pflege. Dies beinhaltet u. a. mindestens zweimal tägliches Zähneputzen. Nach der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) gaben 74,2 % der 12-jährigen und 73% der 15-jährigen an, zweimal täglich die Zähne zu putzen. Ähnliche Werte findet man in der KiGGS-Studie, wobei sich deutliche Geschlechtsunterschiede zugunsten der Mädchen ergeben: Bei 75% der Mädchen, aber nur 67% der Jungen erfolgt die Zahnpflege mindestens zweimal täglich. Die KiGGS-Studie zeigt darüber hinaus, dass die Zahnpflege vor allem bei Kindern unter 3 Jahren vernachlässigt wird. Nur 44% der 0- bis 2-Jährigen bekommen mindestens zweimal täglich die Zähne gereinigt.

---

[130] Die Kosten einer Personalausweitung müssten von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden.

[131] Robert-Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland, Datentabellen, Berlin, Juli 2006, S. 51

[132] Pieper K: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2004. Bonn: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege 2005, S. 132

[133] Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, „Baden-Württembergs Kinder haben immer weniger Zahnschäden“, Pressemeldung vom 12.08. 2005

[134] Institut der Deutschen Zahnärzte (Hg.): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Köln 2006

[135] Ergebnisse eigener Analysen auf Grundlage des Public Use File

Darüber bestehen erhebliche Unterschiede nach Migrationshintergrund und sozialem Status (vgl. Kap. 2.6). Daten für den Rhein-Neckar-Kreis liegen nicht vor.

Insgesamt ist die Prävention von Karies durch ein breites Angebot prophylaktischer Maßnahmen und ein entsprechendes Verhalten der Kinder und Eltern in den letzten Jahren weit fortgeschritten. Es sind jedoch weitere Anstrengungen insbesondere bei den Kindern und ihren Familien erforderlich, die bisher noch ungenügend erreicht wurden: Kleinkinder, Kinder aus sozial schwachen Familien und Kinder mit Migrationshintergrund. Eine Verbesserung der Prävention könnte bei diesen Gruppen zum Beispiel durch Maßnahmen nach dem „Marburger Modell“ erzielt werden. Hier wird neben dem Basisprophylaxeprogramm an Schulen und Kindergärten in sozialen Brennpunkten ein Intensivprophylaxeprogramm durchgeführt.[136] Außerdem werden Kinder, die (noch) keine Kindertagesstätte besuchen, durch Maßnahmen in Krabbelgruppen (mobile Mütterhilfe) zumindest teilweise in die Prophylaxen einbezogen. Für Kindergartenkinder werden regelmäßig Elternsprechstunden in der Einrichtung angeboten.[137]

Handlungsbedarf besteht außerdem im Hinblick auf eine Angleichung der Fluoridierungsempfehlungen der Deutschen Akademie der Kinder und Jugendmedizin (DAKJ) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). Unterschiedliche Empfehlungen zur Einnahme von Fluoridtabletten haben zu einer Verunsicherung von Eltern, Kinderärzten und Zahnärzten geführt, mit der Folge, dass eine der wirkungsvollsten kariespräventiven Maßnahmen in den ersten Lebensjahren teilweise nicht mehr durchgeführt wurde. Daher ist eine Vereinheitlichung der Empfehlungen erforderlich.

[136] Born, C.; Hartmann, T. Das Marburger Modell. Ein Konzept zur Gruppen- und Intensivprophylaxe von den Anfängen bis hin zu den neuesten Entwicklungen. In: Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 1, 2005, S. 6-8

[137] Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 1, 2006, S. 5

2.4 Ernährungsverhalten

Eine gesunde Ernährung dient nicht nur der Prävention von Karies, sondern trägt zweifellos ganz allgemein zur Erhaltung der Gesundheit und einer normalen Entwicklung von Kindern bei. Im Hinblick auf die Frage, was eine gesunde Ernährung ausmacht, können die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) sowie des Forschungsinstituts für Kinderernährung (FKE) Dortmund herangezogen werden. Inwieweit das Ernährungsverhalten von Kindern diesen Empfehlungen entspricht, kann ganz überwiegend nur auf der Grundlage von Daten für Deutschland insgesamt oder einzelne Bundesländer untersucht werden. Daten für den Rhein-Neckar-Kreis sind kaum vorhanden.

2.4.1 Energie- und Nährstoffzufuhr

Informationen zur Energiezufuhr von Kindern können im wesentlich aus zwei Datenquellen gewonnen werden: zum einen aus Berechnungen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) und zum anderen aus der EsKiMo-Studie, die im Rahmen des KiGGS im Jahre 2006 durchgeführt wurde.[138] Darüber hinaus wurde in der „Verzehrsstudie zur Ermittlung der Lebensmittelaufnahme von Säuglingen und Kleinkindern (VELS)“ (Universität Paderborn) die Nährstoffzufuhr bei Säuglingen ab 6 Monaten und Kleinkindern unter 5 Jahren untersucht. Sowohl nach der EVS 1998 als auch nach der EsKiMo-Studie liegt die mittlere tägliche Energiezufuhr in kcal bei Jungen wie bei Mädchen in fast allen Altersgruppen deutlich unterhalb der Richtwerte der DGE[139], die dem Energiebedarf bei einer mittleren körperlichen Aktivität[140] entsprechen (Abb. 37). Lediglich die 13-14-Jährigen nehmen nach den KiGGS-Daten mehr Nährstoffe zu sich, als sie bei einem mittleren Aktivitätsniveau verbrauchen würden. Vermutlich kann jedoch bei den meisten Kindern nur von einem geringen Maß an Bewegung ausgegangen werden, wie es bei einer ausschließlich sitzenden Tätigkeit mit wenig anstrengenden Freizeitaktivitäten gegeben ist (vgl. Kap. 2.5).[141] Bei Annahme eines entsprechend niedrigeren Energiebedarfs erweist sich die Energiezufuhr der Kinder in allen Altersgruppen als zu hoch. Die hohe Zahl von übergewichtigen Kindern in Deutschland ist auf ein Missverhältnis von Energiezufuhr und körperlicher Aktivität der Kinder zurückzuführen. Dabei scheint nach den vorliegenden Daten das Problem weniger in einer zu hohen Energiezufuhr als in einem zu geringen Energieverbrauch zu liegen. Eine mittlere körperliche Aktivität würde in den meisten Altersgruppen genügen, um einen der Energiezufuhr angemessenen Verbrauch zu erreichen.

Auch im Rhein-Neckar-Kreis ist ein nicht geringer Anteil der Kinder übergewichtig (vgl. Kap. 3.3.4), isst zu viel und/oder bewegt sich zu wenig. Nach der CBCL-Studie im Jahr 2000 halten 15% der Eltern von Viertklässlern ihr Kind für übergewichtig. Insgesamt sind fast 20% der Eltern

[138] Die EsKiMo-Daten von 2006 ergeben systematisch höhere Werte als die EVS-Daten von 1998. Die Unterschiede können jedoch nicht im Sinne einer Veränderung interpretiert werden, da die Ergebnisse aufgrund unterschiedlicher Erhebungs- und Auswertungsmethoden nicht vergleichbar sind.

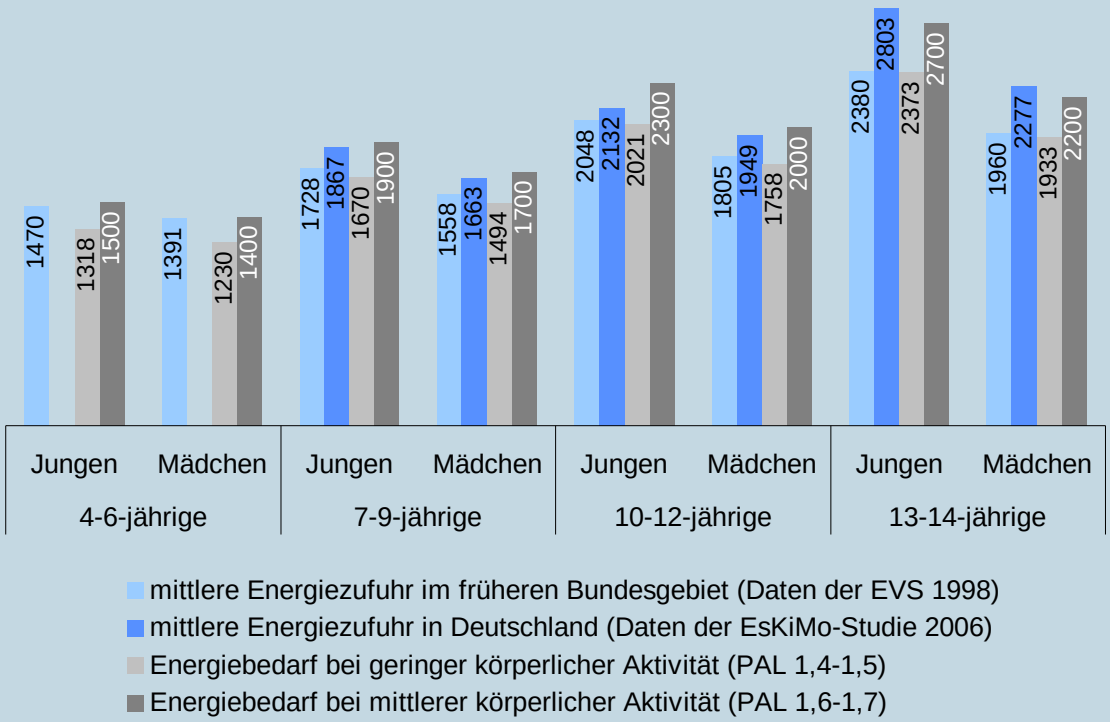
[139] Vgl. DGE, Die Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr – D-A-CH Referenzwerte der DGE, ÖGE, SGE/SVE; Ministerium für Ernährung und Ländlichen Raum Baden-Württemberg, http://www.landwirtschaft-mlr.baden-wuerttemberg.de/servlet/PB/show/1201649/Kapitel%205_4_Ernhrungsempfehlungen.pdf

[140] Die körperliche Aktivität wird in PAL-Werten (Physical Activity Level) beziffert, die von 1,2 bis 2,4 reichen. Der PAL-Wert gibt das Vielfache des Grundumsatzes an, der zur Deckung des Energiebedarfs erforderlich ist. Die Richtwerte für die Energiezufuhr basieren auf PAL-Werten von 1,6-1,7.

[141] Dies entspricht PAL-Werten von 1,4-1,5.

der Ansicht, dass das Kind zumindest manchmal zu viel isst, und 15% meinen, dass das Kind zu wenig Aktivität zeigt, langsam oder träge ist. Zwischen Übergewicht, Essverhalten und Aktivitätsniveau gibt es klare Zusammenhänge. Die „Vielesser“ und wenig Aktiven unter den Kindern waren zu 72% übergewichtig, während es bei den Kindern, die nicht durch reichliches Essen und geringe Aktivität auffielen, nicht einmal 3% waren.

Abb. 37: Energiezufuhr und Energiebedarf von Kindern (in Kcal)



Datenquelle: Energiezufuhr:Gesundheitsberichterstattung des Bundes (http://www.gbe-bund.de/), Berechnungen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998; Mensink, G.B.M. u. a.: Forschungsbericht. Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo), Robert-Koch-Institut Berlin/ Universität Paderborn, September 2007, eigene Berechnungen; Energiebedarf: D-A-CH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr (http://www.landwirtschaft-mlr.baden-wuerttemberg.de)

Ernährungsexperten und Kinderärzte empfehlen, Übergewicht bei Kindern nicht durch Diäten zu bekämpfen. In der Wachstumsphase kann dies zu schweren körperlichen und psychischen Störungen führen, und die Erfahrungen zeigen zudem, dass langfristig keine Erfolge zu verzeichnen sind. Ratsam ist vielmehr eine Veränderung des Ernährungsverhaltens in Richtung auf einen höheren Verbrauch an pflanzlichen Lebensmitteln wie Obst, Gemüse, Kartoffeln und Getreide und Zurückhaltung bei fettreichen und süßen Speisen und Getränken. Vor allem ist mehr Bewegung im Alltagsleben der Kinder erforderlich.

Dennoch macht leider ein erheblicher Anteil der Kinder schon in frühen Jahren eine Diät, weil sie sich zu dick finden. Insbesondere Mädchen neigen zu dieser Einschätzung, die teils begründet, teils unbegründet ist. Die HBSC-Studien in Hessen bzw. Berlin ergeben, dass 34% bzw. 37% der Mädchen in den 5. Klassen sich zu dick finden und 14% bzw. 16% gerade eine Diät machen.

Diese Anteile steigen in den höheren Klassen noch erheblich an.[142] Schlank zu sein, ist das vorherrschende Schönheitsideal, dem die Mädchen offensichtlich schon früh nacheifern und dabei - nach dem Vorbild der Erwachsenen - dem Diätenwahn unterliegen. Ein solches Essverhalten kann den Beginn ernster Essstörungen wie Magersucht und Bulimie zur Folge haben. Die Daten der HBSC-Studie zeigen, dass sich das Ernährungsverhalten von Mädchen, die gerade versuchen abzunehmen, zwar in der Hinsicht positiv verändert, dass mehr Obst und Gemüse und weniger Süßigkeiten, Cola und Limonaden konsumiert werden, aber andererseits auch ganze Mahlzeiten ausgelassen werden. So nimmt fast ein Drittel der Mädchen, die eine Diät machen, kein Frühstück zu sich. Dagegen werden sportliche Aktivitäten kaum gesteigert.

Nach den Ernährungsempfehlungen sollten Kinder im Alter von 1 bis unter 4 Jahren 30-40% der Energie in Form von Fett zuführen, bei Kindern ab 4 Jahren sollte der Fettanteil in der Nahrung bei 30-35% liegen. Kohlenhydrate sollten bei Kindern aller Altersgruppen mehr als 50% der Nährstoffe ausmachen, während die Energieaufnahme aus Proteinen[143] bei Kindern unter 10 Jahren nur rund 5%, bei 10-12-jährigen Jungen und Mädchen 6% bzw. 7% und bei 13-14-jährigen Jungen und Mädchen 7% bzw. 8% betragen sollte.

Die Daten der DONALD-Studie[144] zeigen, dass der Anteil der Fettkalorien bei Kindern unter 4 Jahren im gesamten Beobachtungszeitraum im Bereich der Empfehlungen liegt, während in den höheren Altersgruppen etwas zuviel Fette mit der Nahrung zugeführt werden. Im Vergleich zur Situation Mitte der achtziger Jahre hat sich die Situation aber deutlich verbessert.[145] Nach den aktuellen Daten der EsKiMo-Studie ist der Fettanteil der Nahrung weiter zurückgegangen und lag 2006 in den Altersgruppen unter 15 Jahren im empfohlenen Bereich. Folgt man den Ergebnissen des neuesten Ernährungsberichtes der DGE von 2008, so steht dem positiven Trend eines rückläufigen Fettverbrauchs jedoch ein ungünstiges Fettsäurenmuster gegenüber. Die Kinder nehmen zu viele gesättigte und zu wenig mehrfach ungesättigte Fettsäuren auf.[146]

Der Anteil der Kohlehydrate an der Nährstoffversorgung überstieg in den Jahren 1999/2000 in allen Altergruppen den wünschenswerten Mindestwert von 50%. Auch hier ist in den letzten 15 Jahren eine positive Entwicklung zu beobachten. In den Jahren 1985/86 hatte der Kohlenhydratanteil bei Kindern aller Altersgruppen noch deutlich unter 50% gelegen. Die Zunahme der Kohlenhydratzufuhr erfolgte zugunsten der ernährungsphysiologisch günstigen komplexen Kohlenhydrate (Brot, Getreide, Reis, Nudeln, Kartoffeln), während der Verzehr zuckerhaltiger Speisen unverändert blieb.[147] Auch die EsKiMo-Studie zeigt bei Kindern aller Altersgruppen einen Kohlehydratanteil der Nahrung von deutlich über 50%.

---

[142] In der 9. Klasse finden sich rd. 51% der Mädchen zu dick. Einen ähnlich hohen Wert findet man bei Mädchen der 9. Klassen 20004/5 im Rhein-Neckar-Kreis, wo sich 48% als zu dick einstuften.

[143] Die empfohlene Proteinmenge wird in den D-A-CH-Referenzwerten in g angegeben. Die Menge in g kann in kcal umgerechnet werden (1g Protein=4,1 kcal) und zur empfohlenen gesamten Energiezufuhr in kcal in Relation gesetzt werden.

[144] Im Rahmen der DONALD-Studie des FKE in Dortmund (*DOrtmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed Study)* werden seit 1985 auf der Basis von Ernährungsprotokollen Daten zur Ernährung von Kindern und Jugendlichen im Raum Dortmund erhoben.

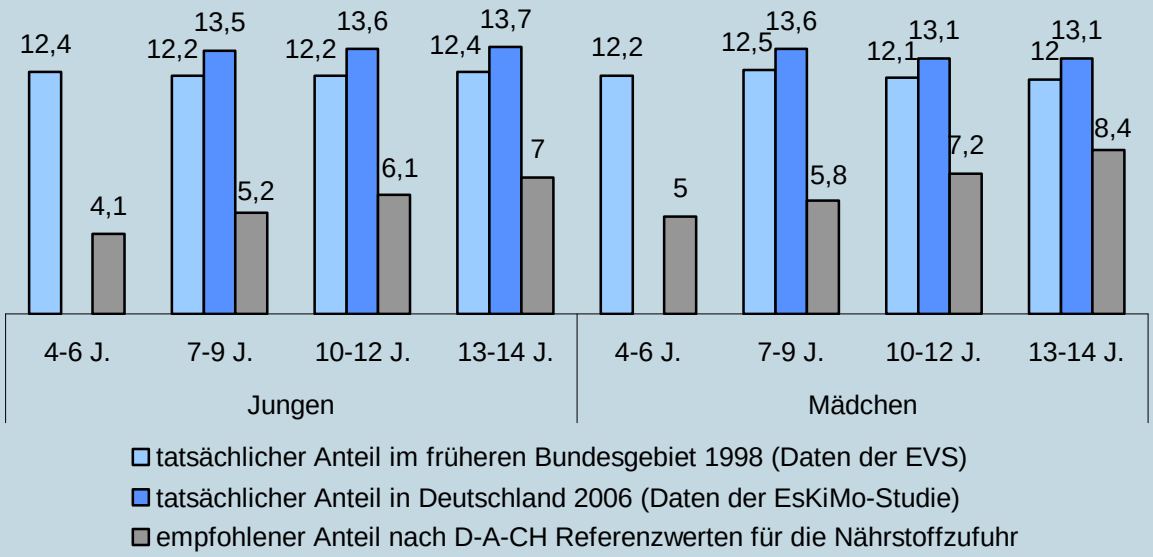
[145] Alexy, U./Kersting, M./Sichert-Hellert, W.: Trends in der Zufuhr von Fett bei Kindern und Jugendlichen. Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE), DONALD-News 2001

[146] Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Presseinformation 16/2008, vom 23. Dezember 2008

[147] Alexy, U./Kersting, M./Sichert-Hellert, W.: Trends in der Zufuhr von Kohlehydraten bei Kindern und Jugendlichen der DONALD-Studie. Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE), DONALD-News 2002

Im Hinblick auf die Zufuhr von Proteinen ergeben alle Datenquellen eine große Diskrepanz zu den Ernährungsempfehlungen. In allen Altersgruppen werden erheblich zu viele Proteine verzehrt; der Proteinanteil an der Nahrung übersteigt die empfohlene Menge zum Teil um mehr als das Doppelte (Abb. 38). Dies betont auch der DGE-Ernährungsbericht 2008. Wünschenswert wäre eine deutliche Verminderung der Proteinzufuhr zugunsten einer stärkeren Kohlehydrataufnahme, z.B. in Form von Gemüse und Obst.

Abb. 38: Proteinanteil der Nahrung



Datenquelle: tatsächlicher Anteil: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (http://www.gbe-bund.de/), Berechnungen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998; Mensink, G.B.M. u. a.: Forschungsbericht. Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo), Robert-Koch-Institut Berlin/ Universität Paderborn, September 2007, eigene Berechnungen; empfohlener Anteil: D-A-CH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr (http://www.landwirtschaft-mlr.baden-wuerttemberg.de)

2.4.2 Trinkverhalten

Ein wichtiger Bestandteil einer gesunden Ernährung stellt die Zufuhr einer ausreichenden Flüssigkeitsmenge[148] dar. Nach den vorliegenden Befunden trinkt ein großer Teil der Kinder zu wenig. Darauf weisen sowohl die aktuellen Ergebnisse der KiGGS- und EsKiMo-Studie als auch die Daten der DONALD-Studie hin. Nach der EsKiMo-Studie entspricht die Trinkmenge in fast allen Altersgruppen im Durchschnitt zwar den Empfehlungen oder geht sogar über diese hinaus, jedoch trinken fast 60% der 6-11-jährigen Mädchen und fast die Hälfte der 6-11-jährigen Jungen zu wenig. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass eine unzureichende Flüssigkeitszufuhr zu Einschränkungen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit führt und die

[148] Nach den gemeinsamen Referenzwerten der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE) sowie der Schweizerischen Vereinigung für Ernährung (SVE) sollte die Wasserzufuhr durch Getränke für Kinder im Alter von 1 bis unter 4 Jahren 820ml/Tag, im Alter von 4 bis 6 Jahren 940ml/Tag, im Alter von 7 bis 9 Jahren 970ml/Tag, im Alter von 10 bis 12 Jahren 1170ml/Tag und im Alter von 13 bis 14 Jahren 1330 ml/Tag betragen (vgl. DGE, Die Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr – D-A-CH Referenzwerte der DGE, ÖGE, SGE/SVE). Die Empfehlungen des FKE Dortmund sehen etwas geringere Mengen vor: 800 ml für 4-6-jährige, 900 ml für 7-9-jährige, 1000 ml für 10-12-jährige und 1200 ml bzw. 1300 ml für 13-14-jährige Jungen und Mädchen (vgl. Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE) Dortmund, Empfehlungen für die Optimierte Mischkost)

Konzentrationsfähigkeit von Kindern in der Schule beeinträchtigt.[149] Nach einer im Juni 2002 durchgeführten Befragung zum Trinkverhalten von Schülern in Paderborn ist es für nur 70% der Grundschüler selbstverständlich, zum Frühstück zu Hause etwas zu trinken. Ebenfalls nur 70% der Grundschüler trinken in der Regel in den Pausen in der Schule. Dabei sind es häufiger die Jungen als die Mädchen, die zu selten trinken.[150]

Wichtig ist nicht nur die Menge sondern auch die Art der Getränke. Empfohlen werden Wasser, stark verdünnte Fruchtsäfte und wenig oder gar nicht gesüßte Kräuter- und Früchtetees. Diese Getränke werden von Kindern aber insgesamt zu wenig konsumiert; stattdessen greifen sie häufig auf süße Getränke zurück. So stellen nach den Daten der EsKiMo-Studie zwischen 17% und 25% der konsumierten Trinkmengen Limonaden dar, wobei Jungen im Alter von 12 bis 17 Jahren die größten Mengen Limonade trinken. Die Befragung im Rahmen des KiGGS ergibt, dass fast ein Drittel der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren täglich Limonaden und ähnliches zu sich nehmen. Am beliebtesten sind diese Getränke bei 14-17-jährigen Jungen, die sie zu 46% täglich - überwiegend mehrmals täglich - konsumieren. Vergleichsweise häufig werden Limonaden aber auch von Kindern im Kindergartenalter (rund 20%) und im Grundschulalter (rund 30%) schon täglich getrunken.[151]

Um das Trinkverhalten der Kinder sowohl im Hinblick auf die Menge als auch die Qualität der Getränke zu verbessern, sind in den letzten Jahren verschiedene Initiativen zur Förderung des Trinkwasserkonsums gestartet. Das Trinkwasser in Deutschland ist von hoher Qualität, preiswert und überall verfügbar. Es wird von der DGE und dem FKE als gesundes, kalorienfreies Getränk für Kinder empfohlen. Die bundesweite Aktion „Trinkfit - mach mit“ richtet sich an Kinder in Grundschulen, ihre Lehrer und Eltern.[152] Im Unterricht wird den Kindern zum einen das Wissen über ein gesundes Trinkverhalten und die Bedeutung des Wassers für den Körper vermittelt. Zum anderen werden die Kinder durch die Aufstellung von Trinkwasserspendern in der Schule und die Verteilung von eigenen Trinkflaschen zum Wassertrinken animiert.[153] Eine begleitende, im Schuljahr 2006/7 durchgeführte Studie an 3000 Schüler/innen der 2. und 3. Klasse in Dortmund und Essen ergab, dass sich die Maßnahmen positiv auf das Trinkverhalten und die Gewichtsentwicklung der Kinder auswirkten. In Baden-Württemberg wurde in mehreren Städten und Gemeinden – u. a. in Stuttgart, Mannheim, und Heidelberg – mit der Aktion „Trink dich fit und schlau“ eine ähnliche Initiative gestartet. Dabei wurde in Heidelberg mit der Einführung des Projektes zu Beginn des Schuljahrs 2004/5 eine Befragung zum Trinkverhalten von Grundschulkindern an 16 Schulen durchgeführt und am Ende des Schuljahres wiederholt. Ergebnis war, dass der Konsum von Leitungswasser erheblich zugenommen hat. Allerdings erfolgte der Anstieg des Leitungswasserkonsums hauptsächlich zu Lasten von ungesüßtem Tee und Saft und ging kaum mit einem Rückgang ausgesprochen süßer Getränke (gesüßter Tee, Cola, Fruchtnektar) einher. Positive Auswirkungen hatte das Projekt im Hinblick auf die Anzahl der Trinkpausen, die von den Lehrern/innen während des Vormittags angeboten wurden, und die

[149] Heseker, Helmut, Weiß, Michael: Trinken und Leistungsfähigkeit in der Schule (http://www.forum-trinkwasser.de/artikel.php?id=14&rubrik=6)

[150] Heseker, Helmut: Untersuchungen zum Trinkverhalten von Schüler/innen und Studenten/innen. Universität Paderborn. (http://www.forum-trinkwasser.de/artikel.php?id=13&rubrik=6)

[151] Ergebnisse eigener Analysen auf Grundlage des Public Use File

[152] http://www.trinkfit-mach-mit.de; Info-flyer: http://www.trinkfit-mach-mit.de/fileadmin/pdf/infoflyer.pdf

[153] Dies erfordert im Vorfeld die Überprüfung der Qualität der Wasserleitungen zum Trinkwasserspender und die Durchführung regelmäßiger Trinkwasserkontrollen.

Beliebtheit des Wassers als Getränk bei den Kindern; d.h. Wasser wurde nicht nur häufiger getrunken, sondern auch häufiger gerne getrunken.[154] Auch in vielen Gemeinden des Rhein-Neckar-Kreises wird der Konsum von Leitungswasser in der Schule gefördert.

Nach den Ergebnissen der Donald-Studie ist die Entwicklung des Trinkverhaltens von Kindern in den letzten 15 Jahren insgesamt positiv zu bewerten. Die Flüssigkeitszufuhr ist deutlich zugunsten von Trink- und Mineralwasser gestiegen.

2.4.3 Konsum ausgewählter Lebensmittel

Das Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund hat Empfehlungen für eine optimierte Mischkost für Kinder ab vollendetem 1. Lebensjahr entwickelt.[155] Es werden drei Hauptmahlzeiten und zwei Zwischenmahlzeiten empfohlen. Dabei sollten reichlich pflanzliche Lebensmittel und kalorienfreie/-arme Getränke, mäßig tierische Lebensmittel und sparsam fett- und zuckerreiche Lebensmittel konsumiert werden. Für konkrete Lebensmittel werden altersgerechte Mengen angegeben, die eine gesunde Ernährung gewährleisten und den Bedarf an wichtigen Nährstoffen decken. Für ausgewählte Lebensmittelgruppen soll im Folgenden gezeigt werden, inwieweit sie in den empfohlenen Mengen konsumiert werden.

Bekanntlich sind Obst und Gemüse ein unverzichtbarer Bestandteil einer gesunden Ernährung, denn sie enthalten nicht nur reichlich Vitamine, Mineralstoffe und andere wertvolle Inhaltsstoffe, sondern sind darüber hinaus ballaststoffreich und kalorienarm. Nach der Gesundheitskampagne „5 am Tag“ sollen täglich 5 Portionen Obst und Gemüse verzehrt werden.

Die Ergebnisse zum Obstverzehr von Kindern sind – vermutlich aufgrund unterschiedlicher Erhebungstechniken und Kategorisierungen - nicht einheitlich. Nach den aktuellsten Daten - der EsKiMo-Studie im Rahmen des KiGGS – bleibt der Verzehr in allen Altersgruppen weit hinter den Empfehlungen zurück (Abb. 39). Im Durchschnitt werden nur zwischen 56% (10-12-j. Jungen) und 73% (6-Jährige) der empfohlenen Mengen erreicht. Mehr als drei Viertel der Kinder und Jugendlichen essen zu wenig Obst. Auch die Daten zur Häufigkeit des Obstverzehrs weisen auf einen zu geringen Obstkonsum hin. So essen nach der KiGGS-Studie nur 29% der Jungen und 30% der Mädchen im Alter von 3-17 Jahren einmal und 18% bzw. 24% mehrmals täglich Obst. Dabei geht die Häufigkeit des Obstkonsums mit steigendem Alter der Kinder zurück. Während etwa zwei Drittel der Kinder im Kindergartenalter wenigstens einmal täglich frisches Obst verzehren, sind dies unter den 14- bis 17-Jährigen nur 33% der Jungen und 43% der Mädchen.

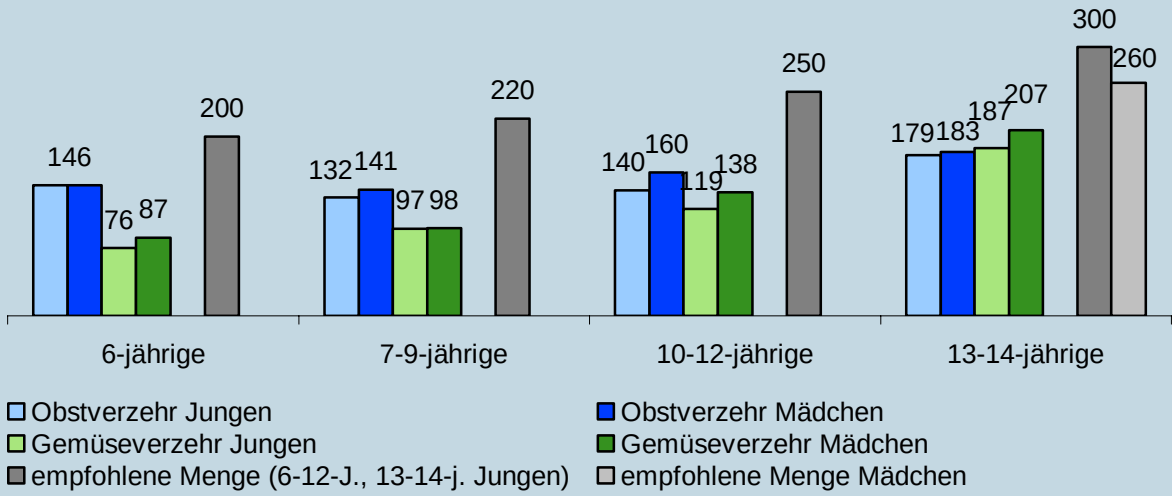
Im Hinblick auf den Verzehr von Gemüse (roh und gekocht) kommen alle Untersuchungen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass dieser noch geringer als der Obstverzehr ist und nicht einmal die Hälfte der empfohlenen Mengen konsumiert wird (Abb. 39). Vor allem in den jüngeren Altersgruppen ist der Gemüsekonsum sehr gering. Mehr als 90% der 6-11-Jährigen essen zu wenig Gemüse. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit täglichem Konsum ist

[154] Stadt Heidelberg, Amt für Umweltschutz, Gewerbeaufsicht und Energie: „Trink dich fit und schlau“, Ein Projekt zur Förderung des Trinkverhaltens bei Heidelberger Grundschulkindern der ersten und zweiten Klassen. Projektbericht, Heidelberg 2006

[155] Vgl. FKE, Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen - optimiX. S. auch Alexy, U.; Clausen, K.; Kersting, M.: Die Ernährung gesunder Kinder und Jugendlicher nach dem Konzept der Optimierten Mischkost. In: Ernährungsumschau 03/08, S. 168-177

noch niedriger als beim Obst. Nur ein Viertel der Jungen und ein Drittel der Mädchen im Alter von 3-17 Jahren essen wenigstens einmal täglich Salat, Rohkost oder gekochtes Gemüse.[151]

Abb. 39: Verzehr von Obst und Gemüse in g/Tag - tatsächliche und empfohlene Mengen



Datenquelle: tatsächliche Mengen: Mensink, G.B.M. u. a.: Forschungsbericht. Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo), Robert-Koch-Institut Berlin/ Universität Paderborn, September 2007;
empfohlene Mengen: Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE), Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen - optimiX

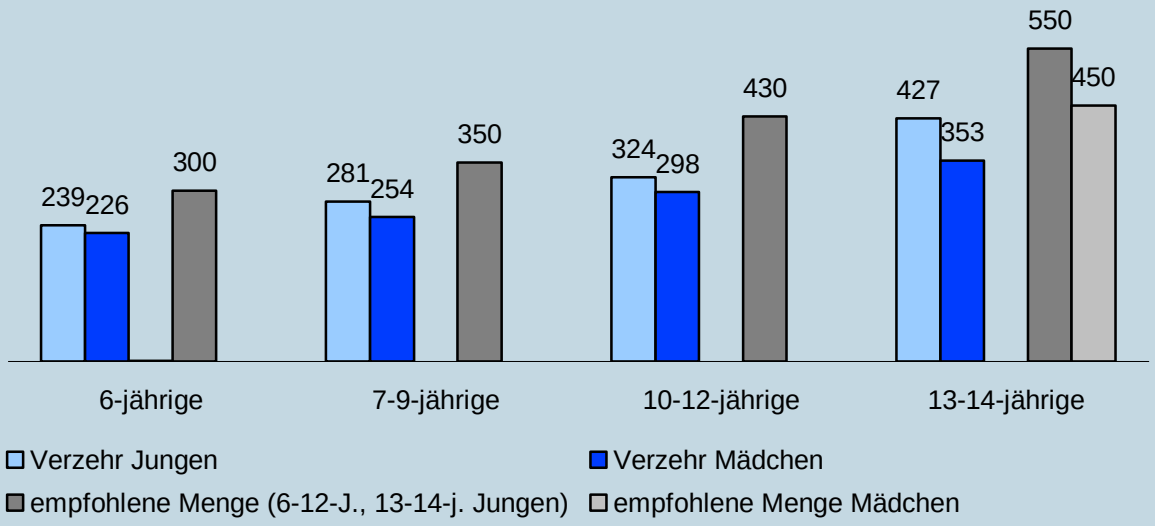
Zu den wichtigsten Lieferanten von Kohlenhydraten gehören die Lebensmittel aus der Gruppe der Getreide, Getreideprodukte (z.B. Brot, Nudeln) und Kartoffeln. Diese Lebensmittel sind auch reich an Vitaminen der B-Gruppe, Mineralstoffen, Spurenelementen und Ballaststoffen, insbesondere wenn es sich um Vollkornprodukte handelt, was nach den Empfehlungen des FKE mindestens zur Hälfte der Fall sein sollte. Alle vorliegenden Daten zum Konsum dieser Lebensmittel zeigen, dass Jungen und Mädchen aller Altersgruppen zuwenig davon verzehren. Nach den Daten der DONALD-Studie wird jeweils nur etwa die Hälfte der wünschenswerten Mengen an Brot und Getreideflocken gegessen und nur etwa ein Viertel davon sind Vollkornprodukte.[156] Die aktuellen Ergebnisse der EsKiMo-Studie von 2006 ergeben einen Verbrauch im Bereich von 70-80% des von Ernährungsexperten angegebenen altersgemäßen Verzehrs (Abb. 40).

Milch und Milchprodukte wie Joghurt, Dickmilch, Buttermilch, Quark oder Käse sind die Hauptlieferanten von Calcium und als solche sehr wichtig für den Aufbau von Knochen und Zähnen. Sie enthalten darüber hinaus viele Vitamine und wertvolles Eiweiß. Kinder sollten nach den Empfehlungen des FKE täglich drei Portionen dieser Lebensmittelgruppe verzehren. Die KiGGS-Studie ergibt, dass dies für nicht einmal ein Drittel der Kinder und Jugendlichen zutrifft. Alle Datenquellen zeigen, dass auch die insgesamt verbrauchten Mengen deutlich hinter den

[156] Kersting, M./ Alexy, U./ Hilbig, A.: Verzehr von Brot und Getreideprodukten bei Kindern und Jugendlichen. Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE), DONALD-News 2002

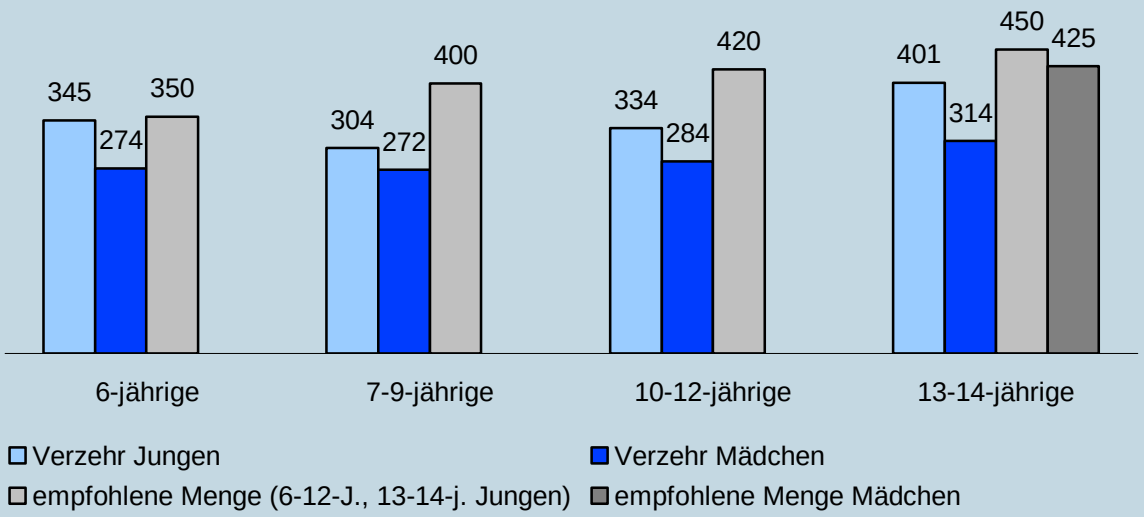
Empfehlungen zurückbleiben. Nach der EsKiMo-Studie ist der Konsum von Milch und Milchprodukten insbesondere bei Mädchen unzureichend (Abb. 41).

Abb. 40: Verzehr von Brot, Kartoffeln und Nährmitteln in g/Tag - tatsächliche und empfohlene Mengen



Datenquelle: tatsächliche Mengen: Mensink, G.B.M. u. a.: Forschungsbericht. Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo), Robert-Koch-Institut Berlin/ Universität Paderborn, September 2007;
empfohlene Mengen: Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE), Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen - optimiX

Abb. 41: Verzehr von Milch und Milchprodukten in g/Tag - tatsächliche und empfohlene Mengen

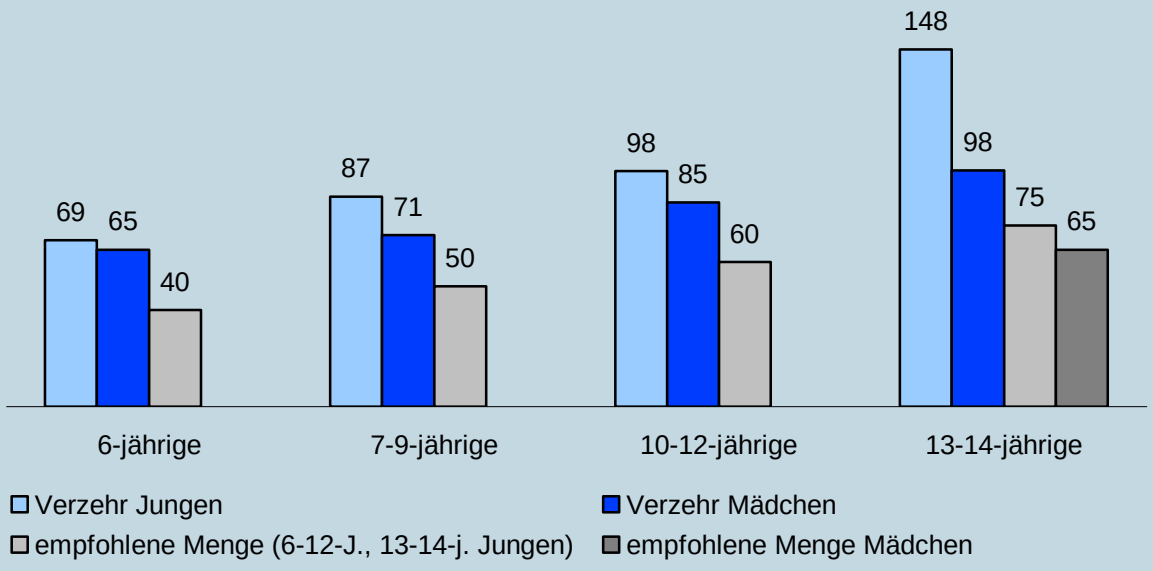


Datenquelle: tatsächliche Mengen: Mensink, G.B.M. u. a.: Forschungsbericht. Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo), Robert-Koch-Institut Berlin/ Universität Paderborn, September 2007, eigene Berechnungen;
empfohlene Mengen: Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE), Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen - optimiX

Der Verzehr von Fleisch und Wurstwaren wird in mäßigen Mengen empfohlen, denn damit werden dem Körper hochwertiges Eiweiß, gut verwertbares Eisen, Zink und B-Vitamine zugeführt. Eine ausreichende Aufnahme dieser Nährstoffe ist zwar prinzipiell auch durch eine vegetarische Kost möglich; in diesem Fall ist aber eine gezielte Ernährung erforderlich, die spezielle Kenntnisse über den Nährstoffgehalt verschiedener Lebensmittel voraussetzt, um eine Mangelversorgung zu vermeiden.

Die Daten der DONALD-Studie und der EVS 1998 zeigen übereinstimmend, dass spätestens ab dem Kindergartenalter mehr Fleisch und Wurst gegessen wird, als von Ernährungsexperten empfohlen wird. Auch die EsKiMo-Studie verdeutlicht den zu hohen Fleisch- und Wurstkonsum von Kindern (Abb. 42). Vor allem Jungen im Alter von 13-14 Jahren essen zuviel Fleisch und Wurst; die täglich verzehrte Menge beträgt fast das Doppelte der empfohlenen Menge. Aus den Befragungsdaten der KiGGS-Studie geht hervor, dass 61% aller Jungen und 51% aller Mädchen täglich Fleisch oder Wurst essen. Ein übermäßiger Konsum von Fleisch und Wurst ist ungesund, da sie häufig auch viel Fett, und zwar gesättigte Fettsäuren enthalten, die einen Anstieg des Cholesterinspiegels und somit langfristig auch das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigen.

Abb. 42: Verzehr von Fleisch und Wurst in g/Tag - tatsächliche und empfohlene Mengen



Datenquelle: tatsächliche Mengen: Mensink, G.B.M. u. a.: Forschungsbericht. Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo), Robert-Koch-Institut Berlin/ Universität Paderborn, September 2007, eigene Berechnungen;
empfohlene Mengen: Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE), Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen - optimiX

Der Verzehr von Seefisch ist dagegen sehr viel niedriger, als es eine gesunde Ernährung erfordern würde. Fisch ist insbesondere für die Jodversorgung wichtig und liefert zudem die essenziellen Omega-3-Fettsäuren, deren Gesundheit schützende Wirkung in zahlreichen epidemiologischen Studien nachgewiesen wurde. Die Empfehlungen des FKE sehen einen wöchentlichen Konsum von 50g für Kindergartenkinder, 75g für Grundschulkinder und 90-100g

für ältere Kinder vor.[157] Nach den Ergebnissen der Donald-Studie sowie der EsKiMo-Studie entspricht der tatsächliche Konsum bei Kindern im Kindergartenalter den Empfehlungen. Im Grundschulalter erreichen lediglich die Jungen die empfohlene Menge, in den höheren Altersgruppen haben die Jungen leichte, aber die Mädchen größere Defizite.[158] Dabei würde eine wöchentliche Fischmahlzeit ausreichen, um den Bedarf zu decken. Ein großer Teil der Kinder isst jedoch seltener Fisch. Die KiGGS-Studie ergibt nur einen Anteil von 28% aller Jungen und 25% aller Mädchen im Alter von 3-17 Jahren, die mindestens einmal pro Woche Fisch essen.

Auch der Verzehr von Süßigkeiten entspricht keineswegs den Empfehlungen. Die meisten Kinder mögen Süßigkeiten, und ein begrenzter Konsum gilt auch als gesundheitlich unbedenklich. Ernährungswissenschaftler des FKE haben tolerierbare Mengen an zucker- und/oder fettreichen Süßwaren und Snacks (Süßigkeiten, Gebäck, süße Brotaufstriche, Zucker, Eis, Salzgebäck) für Kinder verschiedener Altersgruppen angegeben. Danach sollten 2-3-jährige täglich nicht mehr als 35g, 4-6-jährige höchstens 50g, 7-9-jährige maximal 60g und ältere Kinder allenfalls 75-95g aus dieser Lebensmittelgruppe konsumieren. Die tatsächlichen Verzehrmengen liegen jedoch in allen Altersgruppen erheblich darüber. Nach der EsKiMo-Studie haben mehr als 90% der 6-11-jährigen Jungen und Mädchen, 87% der 12-17-jährigen Jungen und 80% der 12-17-jährigen Mädchen einen zu hohen Süßigkeitskonsum.

Zusammenfassend kann damit festgehalten werden, dass Kinder zuwenig Obst und Gemüse, Kartoffeln und Getreideprodukte, Milchprodukte und Fisch konsumieren, aber dafür zuviel Energie in Form von Fleisch und Wurstwaren sowie Süßwaren und zuckerhaltigen Getränken zuführen. Nach dem DGE-Ernährungsbericht 2008 zeigt jedoch der Vergleich der EsKiMo-Daten mit den Verzehrsdaten der ersten Nationalen Verzehrsstudie I aus den Jahren 1985-1988 einige positive Veränderungen des Ernährungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen. So hat sich der Fleisch- und Wurstkonsum verringert und der Verzehr von Obst, Gemüse und Milchprodukten erhöht.

2.4.4 Versorgung mit Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen

Trotz der insgesamt nicht zufrieden stellenden Ernährungsgewohnheiten von Kindern wird eine ausreichende Versorgung im Hinblick auf die meisten Vitamine und Mineralstoffe erreicht. Nach der EsKiMo-Studie liegt jedoch die mittlere Versorgung mit den Vitaminen A und E bei 6-11-Jährigen unterhalb der Referenzwerte. Die Versorgung mit Vitamin D und Folsäure ist in allen Altersgruppen unzureichend. Die Zufuhr von Kalzium ist bei den 6-11-jährigen Kindern zu gering. Mädchen nehmen darüber hinaus zu wenig Eisen zu sich.

Bis vor einigen Jahren wurde auch die Jodaufnahme aus der Nahrung als unzureichend bewertet. Inzwischen weisen neuere Daten jedoch auf eine stark verbesserte Jodzufuhr bei Kindern hin. Die Ergebnisse der DONALD-Studie zeigen eine signifikante Verbesserung der Jodversorgung bei 6-12-jährigen Schulkindern zwischen 1996 und 2003. Gemessen an der Jodausscheidung im Urin entspricht die Jodzufuhr schon seit dem Jahr 2000 den Empfehlungen

[157] Die angegebenen Mengen entsprechen den 2006 revidierten Empfehlungen des FKE. Aufgrund eines steigenden Jodgehalts von Milch und Milchprodukten wurden die empfohlenen Fischmengen gegenüber früheren Angaben halbiert.

[158] Mensink, G.B.M. u. a.: Forschungsbericht. Ernährungsstudie als KiGGS-Modul (EsKiMo), Robert-Koch-Institut Berlin/ Universität Paderborn, September 2007, eigene Berechnungen; Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE), Donald-News vom 08.09.2008

der WHO.[159] Die KiGGS-Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die untersuchten Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren zwar im Mittel die Untergrenze der von der WHO empfohlenen Jodaufnahme erreichen und die Mehrheit eine zufrieden stellende Jodversorgung hat; doch gibt es nicht geringe Anteile mit einem schweren oder moderaten Jodmangel (7% bzw. 9%). Insbesondere Kleinkinder unter 3 Jahren leiden häufiger unter Jodmangel.[160]

2.4.5 Einnahme von Mahlzeiten

Nach den Empfehlungen der DGE soll die tägliche Nahrungsaufnahme auf fünf Mahlzeiten verteilt werden. Durch häufige Mahlzeiten kann der Blutzuckerspiegel auf stabilem Niveau gehalten werden und Heißhungerattacken können so vermieden werden. Gerade auch für Kinder sind regelmäßige Mahlzeiten wichtig. Sie gewährleisten eine gleichmäßige Versorgung mit Energie und Nährstoffen und verhindern so, dass die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit im Laufe des Tages zu stark abfällt. Es werden drei Haupt- und zwei kleine Zwischenmahlzeiten empfohlen, wobei eine Hauptmahlzeit ein warmes Essen sein sollte.

Ärzte und Ernährungswissenschaftler weisen immer wieder auf die große Bedeutung des Frühstücks hin. Das Frühstück gilt als wichtigste Mahlzeit des Tages. Es füllt die über Nacht entleerten Energiespeicher des Körpers wieder auf und schafft damit die Voraussetzungen für die erneute Leistungsfähigkeit der Kinder am Vormittag. Dies betrifft sowohl ihre körperliche Leistungsfähigkeit, z.B. beim Sportunterricht in der Schule, als auch ihre geistige Leistungsfähigkeit, d.h. Aufmerksamkeit, Konzentration, Denkfähigkeit. Das Gehirn benötigt Glukose für seine Energieversorgung. Daher ist die geistige Leistungsfähigkeit von Kindern, die ohne Frühstück zur Schule gehen, beeinträchtigt.

Gerade das Frühstück wird aber von relativ vielen Kindern ausgelassen. Nach den Daten der HBSC-Studien, die 2001/2002 in Hessen und Berlin durchgeführt wurden, frühstücken 13% der Fünftklässler an Schultagen niemals. Dieser Anteil steigt auf rund ein Fünftel der Schüler/innen in der 7. Klasse und mehr als ein Viertel der Schüler/innen in der 9. Klasse. Für insgesamt nur 60% der 11- bis 15-jährigen Schüler/innen ist ein Frühstück an Schultagen obligatorisch, die übrigen frühstücken niemals oder unregelmäßig.[161] Etwas günstiger stellt sich die Situation im Hinblick auf die Zwischenmahlzeit am Vormittag dar. So nehmen nach dem Ernährungsbericht 2000 der DGE rund 90% der unter 8-jährigen und 98% der 8- bis unter 12-jährigen ein Pausenfrühstück mit in die Schule.

Für den Rhein-Neckar-Kreis liegen Daten einer im Jahr 2005 durchgeführten Befragung von Schülern/innen des Gymnasiums einer Kleinstadt vor. Hier ergibt sich für die 11- bis 15-jährigen (5.-9. Klasse) Schüler/innen ein Anteil von 68%, die regelmäßig vor der Schule frühstücken.[162]

---

[159] Remer, T./ Alexy, U. Jodausscheidung und Ernährung bei Schulkindern. Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE), DONALD-News 2006

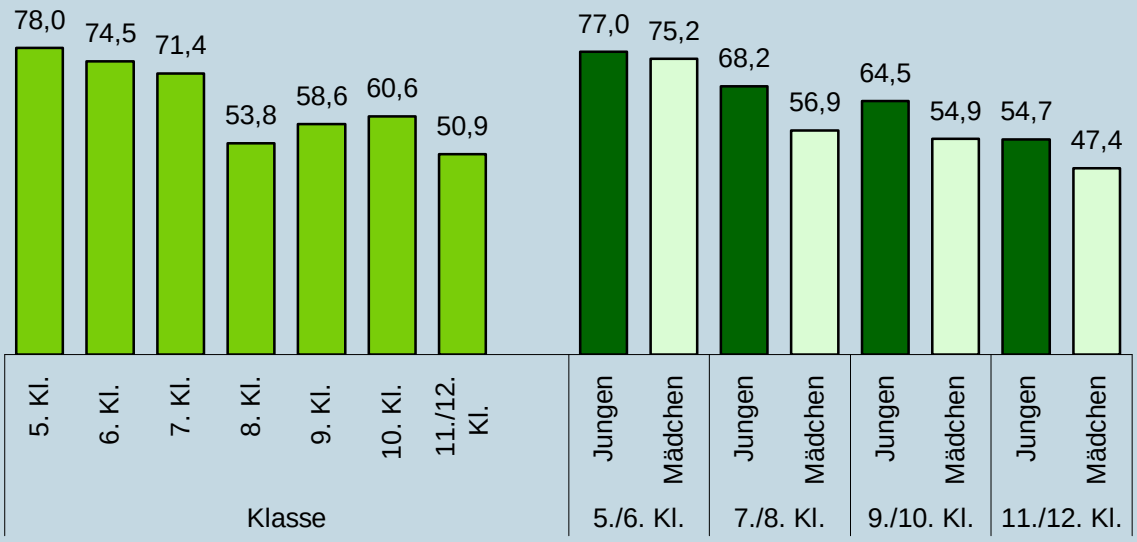
[160] Thamm, M.; Ellert, U.; Thierfelder, W.; Liesenkötter, K.-P.; Völzke, H.: Jodversorgung in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt 50, 2007, Heft 5/6, S. 744-749

[161] Das LBS-Kinderbarometer in Deutschland 2006/7 kommt auf einen ähnlichen Anteil von 54% der 9-14-Jährigen, die immer vor der Schule frühstücken.

[162] Der Anteil ist somit höher als in den HBSC-Studien in Hessen und in Berlin, was durch die Beschränkung auf Gymnasiasten erklärbar ist. Auch in Hessen und Berlin gab es unter den Gymnasiasten deutlich weniger Kinder, die ohne Frühstück zur

Auch in dieser Studie verschlechtert sich das Frühstücksverhalten der Kinder mit zunehmendem Alter (Abb. 43). Ab der 7./8. Klassenstufe, also mit beginnender Pubertät, sind auch deutliche Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen vorhanden. Dieses Verhalten ist in Zusammenhang mit dem schon angesprochenen Schlankheitsideal der Mädchen zu sehen (vgl. Kap. 2.4.1).

Abb. 43: Anteil der Schüler/innen eines Gymnasiums, die zu Hause frühstücken (in %)



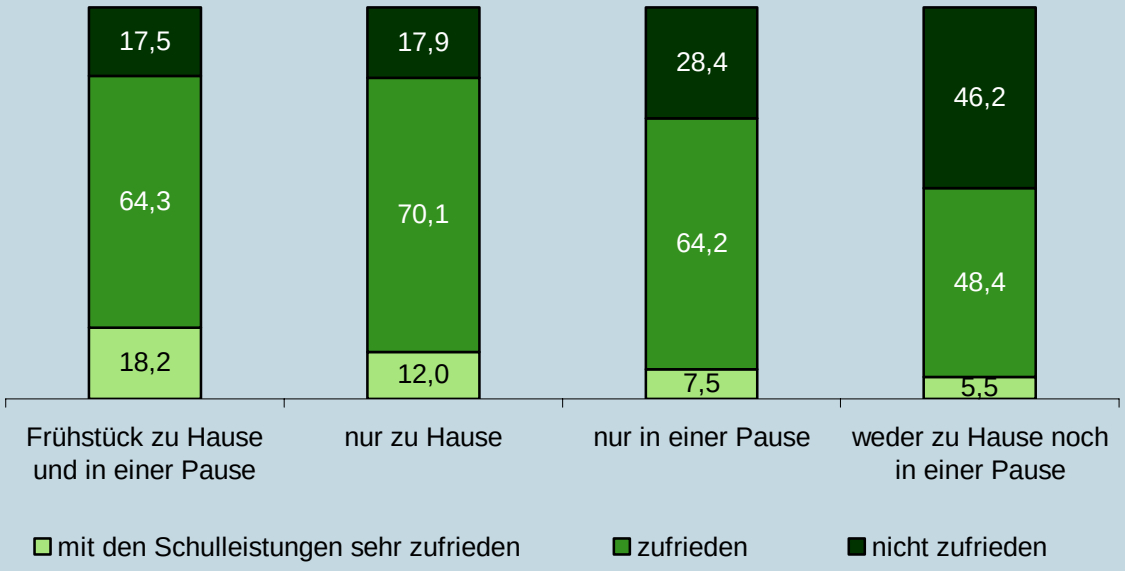
Datenquelle: Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, Befragung von Schülern/innen eines Gymnasiums im Rhein-Neckar-Kreis (N=837) 2005, eigene Auswertungen

Etwa drei Viertel der Schüler/innen essen regelmäßig in der Pause, wobei es nur geringe Unterschiede zwischen den Klassenstufen gibt. Nur die Hälfte aller Schüler/innen isst sowohl morgens vor der Schule als auch in den Unterrichtspausen. Der Anteil der Schüler/innen, die weder vor der Schule noch in den Pausen regelmäßig etwas essen, liegt bei 6% in der 5. Klasse und erhöht sich auf 14% in der 11./12. Klasse. Zu solchen ungesunden Ernährungsgewohnheiten neigen insbesondere die Mädchen in der 7./8. Klassenstufe, die zu einem Fünftel auf eine Nahrungsaufnahme am Vormittag verzichten.

Die Daten weisen darauf hin, dass die Frühstücksgewohnheiten der Schüler/innen ihre schulische Leistungsfähigkeit deutlich beeinflussen. So sind Schüler/innen, die sowohl zu Hause frühstücken als auch in einer Pause etwas essen, mit ihren Schulleistungen vergleichsweise am zufriedensten (Abb. 44). Am schlechtesten fallen erwartungsgemäß die Beurteilungen derjenigen Schüler/innen aus, die den ganzen Vormittag nichts essen. Hier sind 46% mit ihren Schulleistungen nicht zufrieden, während es unter den zu Hause frühstückenden Schüler/innen nur 17% sind. Diese Resultate unterstützen die Befunde anderer Studien, die einen positiven Zusammenhang zwischen dem Einnehmen eines Frühstücks und der geistigen Leistungsfähigkeit von Schülern ergaben.

Schule gingen, als unter den Realschülern oder Hauptschülern. Dies zeigt, dass deutliche Zusammenhänge zwischen dem Ernährungsverhalten und der sozialen Schichtzugehörigkeit bestehen (vgl. Kap. 2.6).

Abb. 44: Zufriedenheit mit den Schulleistungen in Abhängigkeit von den Frühstücksgewohnheiten



Datenquelle: Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, Befragung von Schülern/innen eines Gymnasiums im Rhein-Neckar-Kreis (N=837) 2005, eigene Auswertungen

Die Einnahme von Mahlzeiten ist nicht nur unter ernährungsphysiologischen Aspekten zu betrachten, sondern auch in ihrer Bedeutung für das soziale und psychische Wohlbefinden des Kindes. In diesem Zusammenhang ist zum einen wichtig, dass die Mahlzeiten in einer räumlich angenehmen Umgebung und ohne Zeitdruck eingenommen werden können, zum anderen, dass regelmäßig und verlässlich gemeinsame Mahlzeiten mit anderen Familienmitgliedern stattfinden. Sie bieten Gelegenheit zur Ernährungserziehung, zum Erlernen von Tischmanieren und zur Vermittlung von Esskultur. Ein noch wichtigerer Aspekt gemeinsamer Familienmahlzeiten ist die Möglichkeit zum Gespräch und gegenseitigen Austausch und die Stärkung von Gefühlen der Zugehörigkeit und Geborgenheit. Nach der EsKiMo-Studie nehmen fast alle Kinder und Jugendlichen regelmäßig gemeinsame Familienmahlzeiten zu sich. Am häufigsten findet das Abendessen im Familienkreis statt; 70% der 6-11-Jährigen und 51% der 12-17-Jährigen essen täglich mit den anderen Familienmitgliedern zu Abend. Die Bedeutung gemeinsamer Mahlzeiten für Gesundheit und Wohlbefinden der Kinder wird u. a. auch durch Forschungsergebnisse unterstrichen, die einen negativen Zusammenhang zwischen Essstörungen und der Häufigkeit gemeinsamer Mahlzeiten aufzeigen.

2.4.6 Verpflegung in Kindertagesstätten und Schulen

Kinder verbringen einen großen Teil ihrer Zeit in Kindertagesstätten und Schulen und nehmen dort eine oder mehrere Mahlzeiten zu sich. Immer mehr Kindertageseinrichtungen bieten eine Ganztagsbetreuung an und immer mehr Schulen werden Ganztagsschulen. In Baden-Württemberg sollen bis zum Jahr 2015 40% der öffentlichen allgemein bildenden Schulen als Ganztagsschulen eingerichtet werden. Die Ganztagsschule bietet die Chance, Kinder aus sozial schwächeren Familien zu fördern und herkunftsbedingte Benachteiligungen zu überwinden. Der

Schwerpunkt beim Ausbau der Ganztagesschulen soll deshalb bei den Grundschulen liegen, um möglichst frühzeitig Benachteiligungen entgegenwirken zu können.

Mit der Zunahme von ganztägigen Betreuungsangeboten in Kindergärten und Schulen gewinnt die Qualität der Verpflegung in diesen Einrichtungen an Bedeutung. Der Ausbau der Ganztagsschulen ist daher nicht nur ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Chancengleichheit von Kindern, sondern bietet zugleich auch die Gelegenheit, durch frühe Ernährungserziehung und ein gesundheitsförderndes Ernährungsangebot in den Schulen Ernährungskompetenzen und Ernährungsgewohnheiten von Kindern positiv zu beeinflussen.

Kindertagesstätten

Zur Frage, wie das Ernährungsangebot in Kindergärten zu beurteilen ist, gibt es leider wenig aktuelle Daten. Die jüngsten für Deutschland repräsentativen Daten wurde 1997/1998 im Rahmen der KESS-Studie (Kindertagesstätten-Ernährungs-Situations-Studie) des Forschungsinstituts für Kinderernährung Dortmund erhoben.[163] Nach dieser Studie werden die meisten Einrichtungen durch eine Fernküche mit dem Mittagessen versorgt. Ein gravierender Nachteil dieses Verpflegungssystems ist der Vitaminverlust der Speisen durch die Warmhaltezeiten. Am zweithäufigsten ist die täglich frische Zubereitung in der Kindertagesstätte und am dritthäufigsten ist die Kombination von Tiefkühl-Fertigprodukten mit frischen, vor Ort zubereiteten Speisen. Diese beiden Systeme ermöglichen geringe Nährstoffverluste bei gleichzeitig besserer optischer und sensorischer Qualität der Speisen. Sie wurden auch von den Leitungen der Kindertagesstätten und den Kindern selbst besser bewertet als das Essen der Fernküchen.

Zur Beurteilung des Speisenangebots wurden in der KESS-Studie die Speisepläne der letzten beiden und der kommenden beiden Wochen anhand der so genannten „Bremer Checkliste“ ausgewertet. Diese Liste beruht auf den Empfehlungen des Forschungsinstituts für Kinderernährung in Dortmund und führt auf, welche Speisen in welcher Häufigkeit in einem Wochenspeiseplan enthalten sein sollten.[164] In Übereinstimmung mit den oben dargestellten Ergebnissen zeigte sich, dass Fleischgerichte zu häufig, Fisch, Kartoffeln, Salat und frisches Obst dagegen zu selten auf dem Speiseplan standen. Auch im Hinblick auf den Energie-, Nährstoff-, Vitamin- und Mineralstoffgehalt der Speisen wurden die empfohlenen Referenzwerte häufig nicht erreicht.

Insgesamt wurde eine große Heterogenität in der Qualität der Mittagessen festgestellt. Neben vorbildlichen Einrichtungen, die alle Ernährungsempfehlungen für Kinder optimal umsetzen, gibt es Einrichtungen, deren Speisenangebot als ernährungsphysiologisch bedenklich beurteilt wurde.

Auch nach den wenigen für die Kindertagesstätten im Rhein-Neckar-Kreis vorliegenden Informationen gestalten sich die Mittagsmahlzeiten dort sehr unterschiedlich. Eine Auswertung

[163] Einen Überblick über die Ergebnisse findet man im Bericht „KinderErnährung in Baden-Württemberg“, hrsg. vom Sozialministerium und vom Ministerium für Ernährung und Ländlichen Raum Baden-Württemberg, Stuttgart 2002; s. auch die Beschreibung des Deutschen Jugendinstituts, Datenbank ProKiTa, Kindertagesstätten-Ernährungs-Situations-Studie (KESS)

[164] Ein Wochenspeiseplan sollte 1 Fleischgericht, 1 Eintopf oder Auflauf, 1 Seefischgericht, 1 vegetarisches Gericht und 1 frei gewähltes Gericht enthalten. Zusätzlich sollten mindestens 2mal frisches Obst, 2mal Rohkost oder frischer Salat und 2mal Kartoffeln angeboten werden.
Inzwischen wurden von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung ausführlichere „Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder“ (DGE, Bonn 2009) entwickelt.

der Speisepläne von fünf Einrichtungen zeigte, dass die Ernährungsempfehlungen in keiner Kindertagesstätte vollständig erfüllt wurden.

Eine Verbesserung der Ernährungssituation in Kindertagesstätten lässt sich langfristig nur durch vermehrte Aufklärung und Beratung der Eltern und Erzieher/innen, durch den Einsatz von qualifiziertem hauswirtschaftlichen Personal bei der Planung und Zubereitung der Mahlzeiten in den Einrichtungen, durch die Weiterbildung der Erzieher/innen in Ernährungsfragen und insbesondere auch durch eine frühzeitig beginnende Ernährungserziehung der Kinder erreichen. Zahlreiche auf Bundes- oder Landesebene geförderte Initiativen und Maßnahmen gehen bereits in diese Richtung:

Ein bundesweites Projekt ist z.B. „FIT KID – Die Gesund-Essen-Aktion für Kitas“, das als einer von mehreren Aktionsschwerpunkten der Kampagne „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT“ vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz finanziert wird. Im Rahmen dieses Projekts bieten die Deutsche Gesellschaft für Ernährung sowie die Verbraucherzentralen Fortbildungen für Erzieher/innen und hauswirtschaftliches Personal in Kindertageseinrichtungen und Informationsveranstaltungen für Eltern an und beraten die Kindertagesstätten zu allen Fragen der Ernährung von Kindern, z.B. bei der Auswahl eines Verpflegungssystems bzw. eines Lieferanten, bei der eigenen Speisenplanung und -zubereitung oder bei der Ernährungserziehung der Kinder. Kindertagesstätten, die sich in dieser Weise um Ernährungsbildung und eine gesunde Ernährung in der Einrichtung bemühen, können ein Qualitätssiegel - die Auszeichnung mit dem FIT KID Logo - erhalten.

An die Kinder selbst richtet sich das von der Landesstiftung Baden-Württemberg seit dem Herbst 2006 angebotene Förderprogramm „Komm mit in das gesunde Boot“. Ziel ist die Förderung der Bewegungs- und Ernährungskompetenzen von Kindern im Vorschulalter. Das Programm besteht aus einem Ernährungs- und einem Bewegungsmodul, die unabhängig voneinander durch geschulte Fachkräfte in der Kindertageseinrichtung durchgeführt werden können. Im Ernährungsmodul vermitteln speziell geschulte Ernährungsfachkräfte den Kindern auf sehr praxisnahe und spielerische Weise Kenntnisse zu Lebensmitteln, ihrer Erzeugung und Herkunft, ihrer Verarbeitung zu einer schmackhaften Mahlzeit und ihrer Verwertung im Körper. Das Programm erstreckt sich über einen Zeitraum von einem halben Jahr. Dabei nehmen sowohl Eltern als auch Erzieher/innen aktiv teil.

Schon seit 1980 gibt es „Be*Ki* – Bewusste Kinderernährung“ eine Landesinitiative des Ministeriums für Ernährung und Ländlichen Raum Baden-Württemberg. Die Initiative hat das Ziel, durch Veranstaltungen und das Bereitstellen von Informationsmaterialien Kenntnisse über Lebensmittel, eine gesunde Ernährung und Ernährungserziehung zu vermitteln. Alle Veranstaltungen werden von eigens dafür ausgebildeten Fachfrauen für Kinderernährung durchgeführt. Sie richten sich an Lehrer/innen und Erzieher/innen, Eltern und Kinder. Im Rhein-Neckar-Kreis sowie den Stadtkreisen Heidelberg und Mannheim sind insgesamt 12 Fachfrauen für Kinderernährung tätig. Ihre Einsätze werden vom Amt für Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung koordiniert und gesteuert. Im Jahr 2008 wurden u. a. 22 Fortbildungen für Erzieher/innen mit insgesamt 285 Teilnehmern durchgeführt; an Informationsveranstaltungen für Eltern in Kindertagesstätten nahmen 1.350 Eltern teil; in Grundschulen wurden für insgesamt 2.450 Schüler Ernährungsunterricht, Aktionen und Projekttage angeboten, wo sowohl theoretisches Wissen als auch der praktische Umgang mit Lebensmitteln gelehrt wurde.

Schulen

Die Schulverpflegung fällt in die Verantwortlichkeit der Schulträger; das sind in der Regel die Kommunen im Falle der öffentlichen allgemein bildenden Regelschulen und Förderschulen und die Kreise im Falle der übrigen Sonderschulen und Berufsschulen. Grundsätzlich lassen sich zwei Bereiche der Schulverpflegung unterscheiden:

- die Zwischenverpflegung am Vormittag (zweites Frühstück) oder auch – bei Ganztagsschulen - am Nachmittag, die in einer Cafeteria, an einem Kiosk, an Verkaufsständen im Schulhof oder durch Automaten angeboten wird und in herkömmlichen Halbtagsschulen ebenso wie in Ganztagsschulen vorzufinden ist, und
- das Angebot eines warmen Mittagessens, das für Ganztagsschulen verpflichtend ist, aber auch in Halbtagsschulen, z.B. im Rahmen von Betreuungsangeboten der verlässlichen Grundschule offeriert werden kann.

Im Hinblick auf die Zwischenverpflegung kommen die meisten Studien zu dem Ergebnis, dass das Angebot den Anforderungen an eine gesunde Ernährung selten entspricht. Es werden zu viele süße Esswaren und Getränke und zu wenig Vollkornprodukte, Obst und Gemüse angeboten. Milchprodukte sind meist nur in Form von gesüßten Milchmischgetränken und Kakao erhältlich.[165]

Über die Situation im Rhein-Neckar-Kreis gibt eine aktuelle Befragung der Schulen im Frühjahr/Sommer 2009 Aufschluss.[166] Danach bieten 84 von 149 Schulen eine Zwischenverpflegung an. Das Speisenangebot lässt sich anhand der aktuellen Qualitätsstandards für die Schulverpflegung[167] beurteilen, die von der DGE 2007 herausgegeben wurden und sowohl die Zwischenverpflegung als auch die Mittagsverpflegung betreffen. Für die in Tab. 11 aufgeführten Standards konnte überprüft werden, inwieweit sie an den Schulen des Rhein-Neckar-Kreises realisiert sind. Die Ergebnisse zeigen, dass die Qualitätsstandards von den meisten Schulen nicht erfüllt werden. Beispielsweise wird viel zu selten Obst und Gemüse angeboten, Müsli ist nur an einer Schule erhältlich und nur an 25 von 80 Schulen wird auf den Verkauf von Limonaden oder unverdünnten Säften verzichtet.

Die Ergebnisse zur Qualität des Mittagessens an Schulen vermitteln ebenfalls ein nicht zufrieden stellendes Bild. Nach einem Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 3./4. Juni 2004 müssen Ganztagsschulen an den Tagen des Ganztagsschulbetriebs den teilnehmenden Schülern ein Mittagessen bereitstellen. In den von der DGE entwickelten Qualitätsstandards für die Schulverpflegung werden die wichtigsten Anforderungen an eine ernährungsphysiologisch ausgewogene Mittagsversorgung beschrieben sowie verschiedene organisatorische Fragen, z.B. Verpflegungssysteme, Essensausgabe, Gestaltung des Speiseraumes, Bestellung und

[165] vgl. dazu die folgenden Studien: ZMP/CMA: Marktstudie: Schulverpflegung an Ganztagesschulen: Bonn 2005; Grimm, P. : „Pausenverpflegung in Schulen bleibt problematisch“, DGE-Info vom 01.08.2004; Heseker, H./ Schneider, L./ Beer, S.: Ernährung in der Schule. Forschungsbericht für das Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft. Universität Paderborn 2001

[166] Die Befragung wurde durch die „Anlaufstelle Schulverpflegung Rhein-Neckar“ durchgeführt, die sich als regionales Angebot in Anlehnung an die landesweite „Vernetzungsstelle Schulverpflegung Baden-Württemberg“ versteht. Die Befragung richtete sich an alle Schulen im Rhein-Neckar-Kreis, Mannheim und Heidelberg. Aus dem Rhein-Neckar-Kreis nahmen 155 Schulen teil.

Abrechung behandelt.[167] Anhand der vorhanden Daten lassen sich immer wieder die gleichen Mängel der Mittagsverpflegung identifizieren: zuviel Fleisch, zu wenig Fisch, zu wenig Gemüse, Kartoffeln, Salate und Rohkost, zu selten frisches Obst, zu lange Warmhaltezeiten bei Belieferung durch eine Fernküche und dadurch Verlust an Vitaminen und sensorischer Qualität.[168]

Tab. 11: Ausgewählte Qualitätsstandards für die Zwischenverpflegung und ihre Realisierung an den Schulen im Rhein-Neckar-Kreis

	Anteil (Zahl) der Schulen, die den Standard erfüllen[a]:
Sofern ein Angebot eines warmen Mittagessens besteht, ist keine Zwischenverpflegung während der Mittagspause verfügbar	81,3% (39)
Angeboten werden sollten:	
Müsli	1,3% (1)
Frisches Obst	35% (28)
Gemüse als Rohkost/ Salat	18,8% (15)
Keine Süßigkeiten	66,3% (53)
Als Getränke nur Wasser, Mineralwasser, Saftschorle, Früchte-/Kräutertee, (schwarzer Tee/Kaffee ab Oberstufe)	31,3% (25)

a) jeweils von den Schulen, die die entsprechende Frage beantwortet haben

Datenquelle: Anlaufstelle Schulverpflegung Rhein-Neckar, Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, Befragung von 155 Schulen im Rhein-Neckar-Kreis, Frühjahr/Sommer 2009

Dies trifft zum Teil auch auf die Schulen im Rhein-Neckar-Kreis zu. Im Frühjahr/Sommer 2009 wurde in 80 von 155 Schulen im Rhein-Neckar-Kreis ein Mittagessen angeboten, entweder an der Schule selbst oder in einer nahe gelegenen Einrichtung, meist einem Hort. Bei den Schulen mit einem Mittagessensangebot handelte es sich nur zu 28% um Ganztagsschulen. Inwieweit die Standards der DGE erfüllt wurden, konnte für die in Tab. 12 aufgeführten organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die Qualitätsmerkmale des Speisenangebots selbst überprüft werden. Dabei zeigt sich zum einen, dass mehrere Rahmenbedingungen bei vielen Schulen nicht den gewünschten Standards entsprechen. So steht den Schülern in den meisten Schulen weniger als 1 Stunde für die Mittagessenspause zur Verfügung. Auch die geforderte Mitbestimmung der Schüler bei der Speisenplangestaltung findet meistens nicht statt, auch nicht an den weiterführenden Schulen. Darüber hinaus weist das Hygienemanagement insofern

[167] Die Qualitätsstandards wurden im September 2007 erstmals der Öffentlichkeit vorgestellt; vgl. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hg.): Qualitätsstandards für die Schulverpflegung. Bonn, 1. Auflage 2007 (www..schuleplusessen.de). Eine Neuauflage wurde für 2009 angekündigt.

[168] Clausen, K.: Essen in Schulen – Aktuelle Versorgungssituation und das Ideal. Vortrag bei der DGE-Fachtagung „Essen in Schulen - Wunsch, Wirklichkeit, Anforderungen, Stuttgart, Universität Hohenheim, 20.11.2004

Tab. 12: Ausgewählte Qualitätsstandards für die Mittagsverpflegung und ihre Realisierung an den Schulen im Rhein-Neckar-Kreis

	Anteil (Zahl) der Schulen, die den Standard erfüllen[a]:
Organisatorische und rechtliche Rahmenbedingungen	
Mindestens 60 Minuten Mittagspause	35,8% (24)
Beurteilung des Essensraums:	
Hell	88,6% (62)
Einladende Atmosphäre	64,3% (45)
Mitbestimmung der Schüler/innen bei der Speisenplanung	39,1% (27)
Schülerbefragung mindestens 1mal/Jahr	19,7% (14)
Menuzyklus von mind. 4 Wochen	92,7% (51)
Hygienemanagement	
Hygieneplan vorhanden	75,8% (50)
HACCP-Konzept vorhanden	29,4% (15)
Kennzeichnung von	
Zusatzstoffen	50,9% (27)
Allergenen	13,2% (7)
Fleischart	75,5% (40)
Vegetarischen Gerichten	81,1% (43)
Qualität des Essensangebots	
Aktuelle ernährungswissenschaftliche Empfehlungen werden nach Angaben der Schulen berücksichtigt	46,0% (29)
Frei verfügbares Trinkwasser zu jeder Mittagsmahlzeit	76,7% (56)
Täglich frisches Obst	38,0% (27)
Täglich Rohkost (Gemüse, Salat) – hier nur Salat	32,4% (23)
Täglich ein vegetarisches Hauptgericht, welches kein süßes Gericht ist	3,4% (1)
Mindestens 3mal/Woche gegartes Gemüse	27,6% (8)
Maximal 1mal/Woche Pommes frites/Kroketten	100% (29)
Maximals 1mal/Woche Wurst oder paniertes Fleisch	82,8% (24)
Warmhaltezeit für Kurzgebratenes und Gemüse von max. 2 Std.	85,7% (36)
Warmhaltezeit für übrige Speisen von max. 3 Std.	97,6% (41)
Ausgabetemperatur für warme Speisen von mind. 65°C	87,8% (36)
Ausgabetemperatur für kalte Speisen von max. 7°C	32,2% (10)

a) jeweils von den Schulen, die die entsprechende Frage beantwortet haben bzw. Speisenpläne für 4 Wochen vorgelegt haben

Datenquelle: Anlaufstelle Schulverpflegung Rhein-Neckar, Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, Befragung von 155 Schulen im Rhein-Neckar-Kreis, Frühjahr/Sommer 2009

Mängel auf, als nur wenige Schulen ein HACCP-Konzept[169] implementiert haben. Zum anderen lässt auch die Qualität des Speisenangebots an der Mehrheit der Schulen zu wünschen übrig. Nicht einmal die Hälfte der Schulen gibt an, ernährungswissenschaftliche Empfehlungen (z.B. der DGE) zu berücksichtigen. Die meisten Schulen kommen der Forderung eines täglichen Angebots an Obst und Gemüse/Salat sowie eines vegetarischen, aber nicht süßen Gerichtes nicht nach. An vielen Schulen ist es nicht selbstverständlich, dass zum Mittagessen kostenloses Trinkwasser für die Schüler/innen bereitsteht. Einige positive Ergebnisse lassen sich dennoch nennen. Pommes frites oder Kroketten stehen an praktisch allen Schulen maximal einmal pro Woche auf dem Speisenplan; auch paniertes Fleisch und verarbeitete Fleischprodukte (z.B. Wurst, Fleischkäse), die viel Fett enthalten, gibt es in den meisten Schulen höchstens 1mal pro Woche. Darüber hinaus werden die maximalen Warmhaltezeiten überwiegend eingehalten.

An einer Verbesserung der Verpflegungssituation an den Schulen im Rhein-Neckar-Kreis arbeitet die Anlaufstelle Schulverpflegung Rhein-Neckar, die seit Beginn des Jahres 2009 zusammen mit mehreren kooperierenden Fachstellen in der Region vom Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis aufgebaut wird. Sie versteht sich als regionales Angebot in Kooperation mit der landesweiten „Vernetzungsstelle Schulverpflegung Baden-Württemberg“. Schulen und Kindertagesstätten erhalten hier Hilfe bei der Planung, Durchführung und Weiterentwicklung ihrer Schul- bzw. Tagesverpflegung.

Schulen können nicht nur durch eine entsprechende Schulverpflegung sondern auch durch Ernährungserziehung zu einer gesunden Ernährung von Kindern und Jugendlichen beitragen. Schüler/innen sollten dazu befähigt werden, möglichst selbstständig und eigenverantwortlich gesundheitsbewusste Entscheidungen über ihre Ernährung - in- und außerhalb der Schule - treffen zu können. Dies erfordert ein gewisses Ernährungswissen.

In Baden-Württemberg ist Ernährungserziehung in den Bildungsplänen der allgemein bildenden Schulen zwar enthalten, nimmt aber bisher einen zeitlich kleinen Raum ein. Zudem spielt Ernährungserziehung in der Ausbildung von Lehrern bis jetzt kaum eine Rolle. Der Infodienst der Landwirtschaftsverwaltung des Ministeriums für Ernährung und Ländlichen Raum bietet auf seinen Internetseiten zahlreiche Materialien zum Thema Ernährung im allgemeinen und Schulverpflegung im besonderen an, die für Kinder, Eltern und Lehrer gleichermaßen relevant sind. Darüber hinaus werden viele erprobte Unterrichtsmedien zur Ernährungserziehung kostenlos zur Verfügung gestellt, wie z.B. der Ringordner Esspedition Schule, der Lehrern/innen bei der Ernährungsbildung in den Klassen 1-6 unterstützt, und der Ringordner Esspedition Küche, der sich an Kinder richtet. Beide wurden in Zusammenarbeit mit der Landesinitiative Be*Ki* (s. o.) erstellt. Im Rhein-Neckar-Kreis informiert das Forum Ernährung des Amtes für Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung im Rahmen der Landesinitiativen Be*Ki* und Blickpunkt Ernährung Verbraucher, Lehrer/innen und Erzieher/innen zu Fragen der Ernährung. Zum einen werden Fortbildungen, Praxisseminare und Workshops in Kooperation mit anderen Institutionen angeboten (s. o.). Zum anderen wird theoretischer und praktischer Ernährungsunterricht auch direkt durch die Be*Ki*-Fachfrauen für Kinderernährung in den Schulen

[169] HACCP=Hazard Analysis and Critical Control Point; es handelt sich hierbei um ein System, das die hygienische Sicherheit von Lebensmitteln gewährleisten soll. Alle Unternehmen, die Lebensmittel herstellen oder in irgendeiner Weise mit Lebensmitteln umgehen, müssen über ein HACCP-Konzept verfügen. Es beinhaltet eine Gefahrenanalyse, die Festlegung kritischer Kontrollpunkte und Maßnahmen zu ihrer Beherrschung und die Verifizierung und Dokumentation des Systems. (vgl. dazu: Bundesinstitut für Risikobewertung, Fragen und Antworten zum Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP) – Konzept, Aktualisierte Fassung 2005)

durchgeführt. Häufig geschieht dies im Rahmen von Projekttagen oder -wochen zum Thema Ernährung. Die Schulen im Rhein-Neckar-Kreis nehmen diese Form der Ernährungserziehung häufig in Anspruch. Der praktische Teil der Ernährungsbildung beinhaltet meist die Zubereitung eines gesunden Frühstücks, das die Kinder unter Anleitung der Ernährungsfachfrau und in Zusammenarbeit mit den Lehrern/innen herrichten. In einige Schulen mag dies den Anstoß gegeben haben, regelmäßig ein gesundes Frühstück, zubereitet von Schülern, Lehrern und/oder Eltern, anzubieten. In mehr als 40% der Schulen im Rhein-Neckar-Kreis findet regelmäßig oder in Form von Projekttagen in einzelnen Klassen ein gesundes Frühstück statt.

Das Ministerium für Ernährung und Ländlichen Raum Baden-Württemberg hat in den vier Regierungsbezirken je ein Ernährungszentrum eingerichtet Die Ernährungszentren führen Veranstaltungen durch, z.B. Vorträge, Aktionen, Praxisdemonstrationen, Kurse, Ausstellungen und stellen Informationsmaterialien zur Verfügung. Ein großer Teil der Veranstaltungen richtet sich an Kinder und bietet eine fachlich fundierte Ernährungsaufklärung. In den Praxiskursen werden die Erzeugung von Lebensmitteln und die Speisenherstellung behandelt. Für den Rhein-Neckar-Kreis ist das Ernährungszentrum im Landkreis Karlsruhe zuständig, das seinen Sitz in Bruchsal hat. Hier werden Veranstaltungen für Schulklassen durchgeführt, z.B. zum Thema Gemüse, mit einem theoretischen und einem praktischen Teil. Darüber hinaus werden Fortbildungen für Lehrkräfte und Multiplikatoren im Ernährungsbereich angeboten.

Bundesweit sind weitere Programme und Materialien zur Ernährungserziehung in der Schule vorhanden, z.B. das Projekt „Schule + Essen = Note 1“ der DGE im Rahmen der Kampagne „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT“ des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz. Auf den Internetseiten des Projektes werden allen, die eine Schulverpflegung anbieten oder planen, wichtige Informationen zur Ernährung und zu den verschiedenen Verpflegungssystemen gegeben sowie Praxisbeispiele vorgestellt.

2.5 Freizeitverhalten

Angesichts der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen sind in den letzten Jahren nicht nur ihre Ernährungsgewohnheiten, sondern auch ihre Freizeitaktivitäten verstärkt in den Blickpunkt von Gesundheitswissenschaftlern gerückt. Beklagt werden zunehmende Defizite an Bewegung und sportmotorischer Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen, die u. a. in Zusammenhang mit einem gesteigerten Medienkonsum gesehen werden. Kinder verbringen heutzutage einen großen Teil ihrer Freizeit vor dem Fernseher oder dem Computer. Für Bewegung durch sportliche Aktivitäten oder Spiele im Freien bleibt wenig Zeit. Hinzu kommt, dass durch die wachsende Motorisierung alltägliche Wege, z.B. in den Kindergarten, zur Schule, zum Sport oder zu Freunden, nicht mehr zu Fuß oder mit dem Fahrrad, sondern im Auto der Eltern oder als Jugendlicher auch mit dem Mofa zurückgelegt werden. Ein hoher Medienkonsum birgt auch das Risiko, dass soziale Kontakte und Aktivitäten vernachlässigt und damit wichtige Ressourcen zur Erhaltung der Gesundheit vermindert werden. Im Folgenden sollen die empirischen Befunde zum Umfang an Bewegung, dem Ausmaß des Medienkonsums und den sozialen Ressourcen als wichtige gesundheitsrelevante Aspekte des Freizeitverhaltens von Kindern und Jugendlichen erläutert werden.

2.5.1 Bewegungsverhalten

Regelmäßige Bewegung fördert ohne Zweifel Gesundheit und Wohlbefinden in jedem Alter. Sie dient nicht nur der Vermeidung von Übergewicht, sondern langfristig auch der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Haltungs- und Bewegungsapparates. Für eine gesunde körperliche, geistige und psychische Entwicklung von Kindern ist ein ausreichendes Maß an Bewegung unabdingbar.

Inwieweit lässt sich nun die These eines zunehmenden Bewegungsmangels von Kindern empirisch belegen? Leider gibt es zum Bewegungsverhalten von Kindern nur wenige Daten, die eine vergleichende Beurteilung der Entwicklung der letzten Jahre erlauben würde. Gemessen am Anteil der Kinder, die Sport in einem Verein treiben, lässt sich eine positive Entwicklung des Bewegungsverhaltens von Kindern feststellen. So ist die Mitgliedschaftsquote im Sportverein in Deutschland zwischen 2000 und 2008 bei Jungen unter 15 Jahren von 47% auf 61% und bei den gleichaltrigen Mädchen von 37% auf 49% gestiegen (Tab. 13). Auch in den Vereinen des Landessportverbandes Baden-Württemberg hat die Mitgliedschaftsquote zugenommen. Dasselbe trifft für die Sportkreise Mannheim, Heidelberg und Sinsheim zu, die u. a. alle Vereine der Gemeinden des Rhein-Neckar-Kreises umfassen. Die dortigen Mitgliedschaftsquoten liegen etwas unter dem Landesdurchschnitt, aber sind zum Teil etwas höher als der Bundesdurchschnitt.

Nach den Daten der KiGGS-Studie treiben im Alter von 3 bis 6 Jahren Mädchen häufiger Sport in einem Verein als Jungen (55% vs. 51%); im Grundschulalter verhält es sich umgekehrt (68% vs. 75%). Sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen nimmt die Sportausübung in einem Verein mit dem Alter zu. Nach dem Grundschulalter verringert sich die Aktivität im Sportverein. Auch die WIAD-Studien[170] zeigen, dass die Mitgliedschaft im Sportverein nach dem Grundschulalter

[170] Es handelt sich hierbei um in den Jahren 2000 bis 2004 bundesweit durchgeführte repräsentative Studien zum Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen, die auf der Gemeinschaftsinitiative „Fit sein macht Schule“ des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands (WIAD), der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) und des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) beruhen (http://www.wiad.de/index2.html). Mehr als 30.000 Kinder und Jugendliche im Alter

zurückgeht und nach dem 15. Lebensjahr geradezu ein Einbruch der Mitgliedschaftsquote zu konstatieren ist.

Tab. 13: Mitgliedschaftsquote im Sportverein

		Deutschland	Baden-Württemberg	Sportkreise Mannheim, Heidelberg und Sinsheim
		%	%	%
Jungen unter 15 Jahren	2000[a]	46,8	53,4	50,8
	2008	60,9	62,5	60,5
Mädchen unter 15 Jahren	2000[a]	37,0	44,1	41
	2008	48,8	51,1	47,7
Jungen bis 6 Jahre alt	2008	29,6	28,3	30,1
Jungen 7-14 Jahre alt	2008	81,8	87,9	84,3
Mädchen bis 6 Jahre alt	2008	27,9	26,5	27,1
Mädchen 7-14 Jahre alt	2008	62,7	69,3	63,7

a) Baden-Württemberg 2001

Datenquelle: Deutscher Olympischer Sportbund, Landessportverband Baden-Württemberg, Badischer Sportbund Nord, eigene Berechnungen

Die insgesamt dennoch hohen und in den letzten Jahren sogar steigenden Mitgliedschaftsquoten stehen in Übereinstimmung mit dem Stellenwert, den die Kinder dem Sport in ihrem Leben zumessen. Nach den WIAD-Studien ist Sport für 51% der 12-18-jährigen Jungen und 40% der Mädchen dieser Altersgruppe wichtig; für 82% ist aktiver Sport mindestens genauso wichtig wie andere Hobbys. Sport gehört zu den beliebtesten Freizeitaktivitäten und rangiert noch vor Fernsehen und der Beschäftigung mit dem Computer. Dies trifft auch für jüngere Kinder zu: Nach dem Ersten Deutschen Kinder- und Jugendsportbericht[171] ist Sport für Kinder bis zu 12 Jahren die wichtigste Freizeitbeschäftigung.

Auch der Schulsport genießt bei den Kindern und Jugendlichen eine hohe Wertschätzung und wäre – wenn es nach ihren Wünschen ginge - erweiterbar. Nach der WIAD-Studie 2000 nennt die Mehrheit der Schüler/innen Sport als Lieblingsfach und hätte gerne mehr Sportunterricht. Die in mehreren Bundesländern durchgeführten LBS-Kinderbarometer ergeben für die Schüler/innen der 4.-7. Klassenstufe, dass Sport von den Nachmittagsangeboten der Schulen am stärksten befürwortet wird.[172] Dies ist ein sicher wichtiger Befund im Hinblick auf den Ausbau der

von 6 bis 18 Jahren wurden im Hinblick auf ihre körperliche Leistungsfähigkeit untersucht und zu ihrem Bewegungsverhalten befragt. Darüber hinaus gab es mehrere regionale Folgestudien, so im Rheinland, in Niedersachsen und in Sachsen.

[171] Vgl. Schmidt, W.; Hartmann-Tews, I.; Brettschneider, W.-D.: Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht, Schorndorf, Hofmann-Verlag 2003. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse findet man unter http://www.dsj.de/downloads/PS-Hintergrundpresseinformation.doc

[172] S. die Berichte der Befragung in Hessen 2004 und in Nordrhein-Westfalen 2004 (http://www.kinderbarometer.de/)

Ganztagsschulen. Ein verstärktes Sportangebot an den Schulen entspräche nicht nur den Bedürfnissen der Kinder, sondern würde auch ihren Bewegungsstatus verbessern.

Es stellt sich die Frage, ob die Wichtigkeit, die dem Sport insgesamt von den Schülern/innen beigemessen wird, mehr als ein Lippenbekenntnis ist und sich auch in ihrer Sportaktivität niederschlägt. Nach der KiGGS-Studie treiben 33% der Jungen und 30% der Mädchen im Alter von 3 bis 6 Jahren mindestens dreimal pro Woche Sport. Im Grundschulalter sind 53% der Jungen und 42% der Mädchen in dieser Häufigkeit beim Sport. Bei den 11- bis 17-Jährigen sind 65% der Jungen und 45% der Mädchen mindestens dreimal pro Woche körperlich so aktiv, dass sie ins Schwitzen oder außer Atem kommen. Dies ist zumindest für die älteren Kinder ein nicht geringes Pensum an körperlich-sportlicher Aktivität. Es gibt keine Vergleichszahlen aus früheren Jahren, doch ist aufgrund anderer Befunde davon auszugehen, dass das sportliche Aktivitätsniveau von Kindern und Jugendlichen in der Vergangenheit geringer war. Mehrere Studien der erwachsenen Bevölkerung zeigen, dass die Sportaktivität in Deutschland zumindest seit Beginn der 90er Jahre zugenommen hat.[173] Es ist anzunehmen, dass dies auch für Kinder und Jugendliche gilt, zumal auch die Mitgliederquoten im Sportverein gestiegen sind.

Angesichts der hohen und wachsenden Sportbeteiligung erscheint es kaum gerechtfertigt, von einem *zunehmenden* Bewegungsmangel von Kindern und Jugendlichen zu sprechen. Trotzdem kann, wenn nicht im Zeitvergleich, so doch an absoluten Maßstäben gemessen, ein Mangel an Bewegung bestehen. Um dies beurteilen zu können, müsste es ein verbindliches Kriterium dafür geben, wie viel Bewegung notwendig ist, um langfristig gesundheitsfördernde Wirkungen zu haben. Eine internationale Expertengruppe hat im Rahmen der HBSC-Studie Richtlinien für eine optimale körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen entwickelt. Empfohlen wird eine zumindest moderate körperliche Betätigung von mindestens 60 Minuten täglich. Dabei zählen alle Aktivitäten, die mit einer Intensität durchgeführt werden, dass man zumindest zeitweise außer Atem gerät und der Puls sich erhöht. Dies kann beim Sport sein, aber auch beim Spielen mit Freunden oder auf dem Weg zu Schule. Nach den Ergebnissen der Studie 2005/2006 erfüllen in Deutschland lediglich 25% bzw. 20% der 11-jährigen Jungen bzw. Mädchen, 19% bzw. 13% der 13-jährigen Jungen bzw. Mädchen und 16% bzw. 10% der 15-jährigen Jungen bzw. Mädchen dieses Kriterium.[174] Damit liegt Deutschland im internationalen Vergleich etwas unter dem Durchschnitt.

An der Sporthochschule Köln wurde in Zusammenarbeit mit dem aid-infodienst die so genannte Kinder-Bewegungspyramide entwickelt, die Empfehlungen zur täglichen Bewegung von Kindern gibt. Die Basis der Pyramide bilden alltägliche, körperlich wenig anstrengende Aktivitäten (z.B. Wegstrecken, die zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückgelegt werden, Haushaltstätigkeiten), die täglich 6 x 5-10 Minuten ausmachen sollten. Es folgen Freizeitaktivitäten mit mäßiger körperlicher Anstrengung, wie z.B. Spielen im Freien, bei der die Kinder weder schwitzen noch außer Atem kommen sollten. Dabei sollten täglich 4 x 15 Minuten, d. h. insgesamt 60 Minuten

---

[173] Becker, S.; Klein, T.; Schneider, S.: Sportaktivität in Deutschland im 10-Jahres-Vergleich: Veränderungen und soziale Unterschiede. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, Jg. 57, 2006, N6. 9, S. 226-232; Hagenah, J.: ma-Beispielanalyse „Sportaktivität". Universität zu Köln, Medienwissenschaftliches Lehr- und Forschungszentrum, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät; Institut für Demoskopie Allensbach, Allensbacher Berichte 2003, Nr. 17

[174] Currie, C.; Gabhainn, S. N.; Godeau, E.; Roberts, C.; Smith, R.; Currie, D.; Picket, W.; Richter, M.; Morgan, A.; Barnekow, V..: Inequalities in Young People's Health. Health Behaviour in School-aged Children. International Report from the 2005/2006 Survey. World Health Organization 2008

zusammenkommen. Intensive Aktivitäten, die die Kinder zum Schwitzen oder außer Atem bringen, wie z.B. Sport oder Herumtoben im Freien, sollten täglich für 2 x 15 Minuten, d.h. insgesamt 30 Minuten unternommen werden.[175] Zusammengenommen ergibt dies eine empfohlene Bewegungszeit von mindestens 2 Stunden.

Auch gemessen an diesen Empfehlungen weisen die vorhandenen Daten auf erhebliche Bewegungsdefizite von Kindern und Jugendlichen hin. Die trifft zum einen für den Bereich der intensiven Bewegung zu. So treiben nach der KiGGS-Studie lediglich 15% der 7-10-jährigen Jungen und 10% der gleichaltrigen Mädchen fast täglich Sport; nur 28% der 11- bis 17-jährigen Jungen und nur 17% der Mädchen sind fast jeden Tag körperlich so aktiv, dass sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten. Dabei nimmt die körperliche Betätigung im Laufe der Adoleszenz ab.[151] Vergleichsweise günstige Ergebnisse liegen für die Gemeinde Mauer im Rhein-Neckar-Kreis aus einer Befragung der Eltern der Erst- und Zweitklässler im Frühjahr 2006 vor. Danach treiben 47% der Kinder fast täglich Sport und/oder bewegen sich für mindestens 30 Minuten so stark, dass sie außer Atem oder ins Schwitzen kommen.

Zum anderen werden auch mäßig anstrengende körperliche Aktivitäten zu wenig unternommen, auch wenn ein Mangel an Bewegung in diesem Bereich offensichtlich nicht so weit verbreitet ist: Nach der KiGGS-Studie spielen immerhin 82% der 3- bis 6-jährigen und 70% der 7- bis 10-jährigen Kinder fast täglich im Freien.[151] In Mauer ergibt sich für die Erst- und Zweitklässler mit einem Anteil von 72% ein Wert in der gleichen Größenordnung. Die KIM-Studie zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland gelangt im Jahr 2000 zu einem Anteil von 51% und im Jahr 2006 zu einem Anteil von 59% der Kinder, die (fast) täglich im Freien spielen.[176]

Im Rahmen der KiGGS-Studie wurde ermittelt, dass Sport im Verein, in der Schule oder in der Freizeit und Spielen im Freien bei Kindern im Grundschulalter zusammengenommen etwa 6 Stunden pro Woche ausmachen; 4-6-jährige kommen auf etwa 5 Stunden pro Woche, 10- bis 14-jährige auf etwas mehr als 6 Stunden, aber weniger als eine Stunde täglich. In allen Altersgruppen werden somit täglich nicht einmal eine Stunde Bewegungszeit von zumindest mäßiger Intensität erreicht.[177]

Im Hinblick auf den Umfang der Alltagsbewegung sind die Daten der Studie zur Mobilität in Deutschland (MiD) 2002[178] relevant (s. dazu auch Kap. 1.5.3). Anhand dieser Daten lässt sich der Umfang der täglichen Bewegungszeit in Form von zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückgelegten Wegen berechnen. Danach sind 3- bis 6-jährige Kinder an einem normalen Werktag im Durchschnitt insgesamt 22 Minuten als Fußgänger oder Radfahrer unterwegs, Schulkinder kommen auf eine Zeit von etwas über einer halben Stunde. Hervorzuheben ist, dass es sich hierbei um Durchschnittswerte handelt, und ein beträchtlicher Teil der Kinder Alltagswege

[175] Graf, C.; Dordel, S.; Koch, B.; Predel, H-G.: Bewegungsmangel und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. In: Zeitschrift für Sportmedizin, Jg. 57, 2006, S. 220-225.
s. auch aid-infodienst: http://www.aid.de/ernaehrung/ernaehrung_bewegung_kinderbewegungspyramide.php

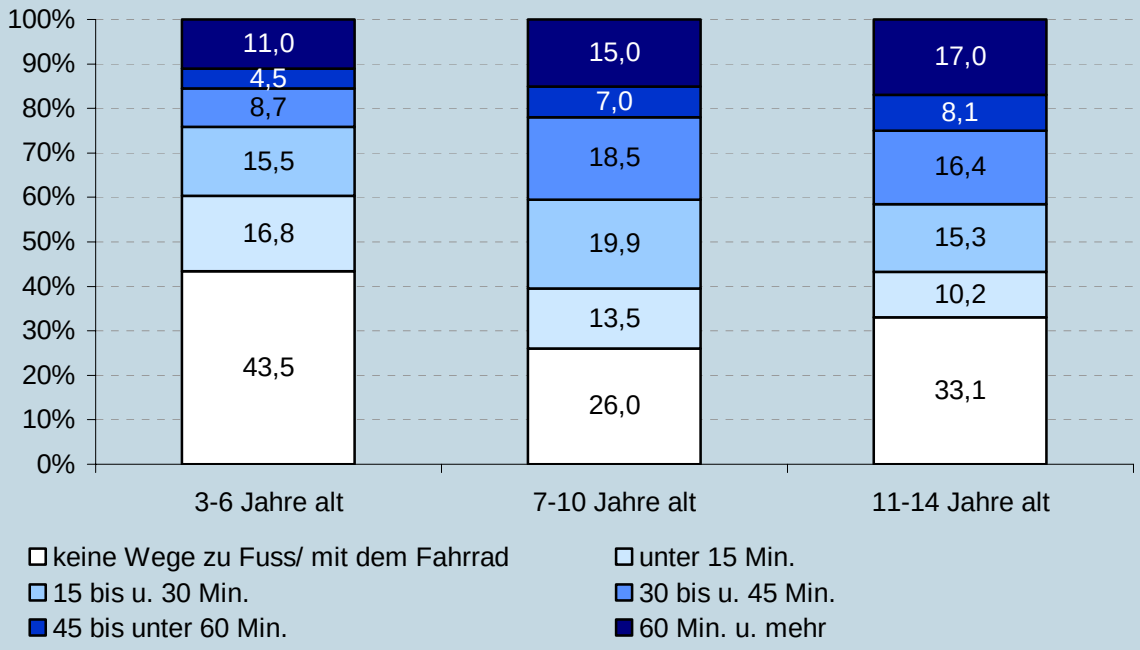
[176] Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hg.): KIM-Studie 2006. Kinder und Medien, Computer und Internet. Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland. Stuttgart 2007; und KIM-Studie 2000, Baden-Baden 2001

[177] Bös, K.; Woll, A.; Worth, A.: Bundesweites Survey zur Fitness und Aktivität von Kindern und Jugendlichen - MoMo – Studie. Vortrag auf dem Kongress „Kinder bewegen – Energien nutzen“ , Karlsruhe, 1.-3- März 2007

[178] Im Jahr 2008/9 fand eine weitere Erhebung statt, deren Ergebnisse bis zur Fertigstellung des vorliegenden Berichtes aber noch nicht nutzbar waren.

anders als zu Fuß oder mit dem Rad bewältigt: Für 44% der Kinder im Kindergartenalter, 26% der Grundschulkinder und 33% der älteren Schulkinder stellen auf allen an einem normalen Werktag anfallenden Wegen weder die eigenen Füße noch das Fahrrad die Hauptverkehrsmittel dar (Abb. 45).

Abb. 45: Gesamtdauer der hauptsächlich zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückgelegten Wege von Kindern an einem normalen Werktag



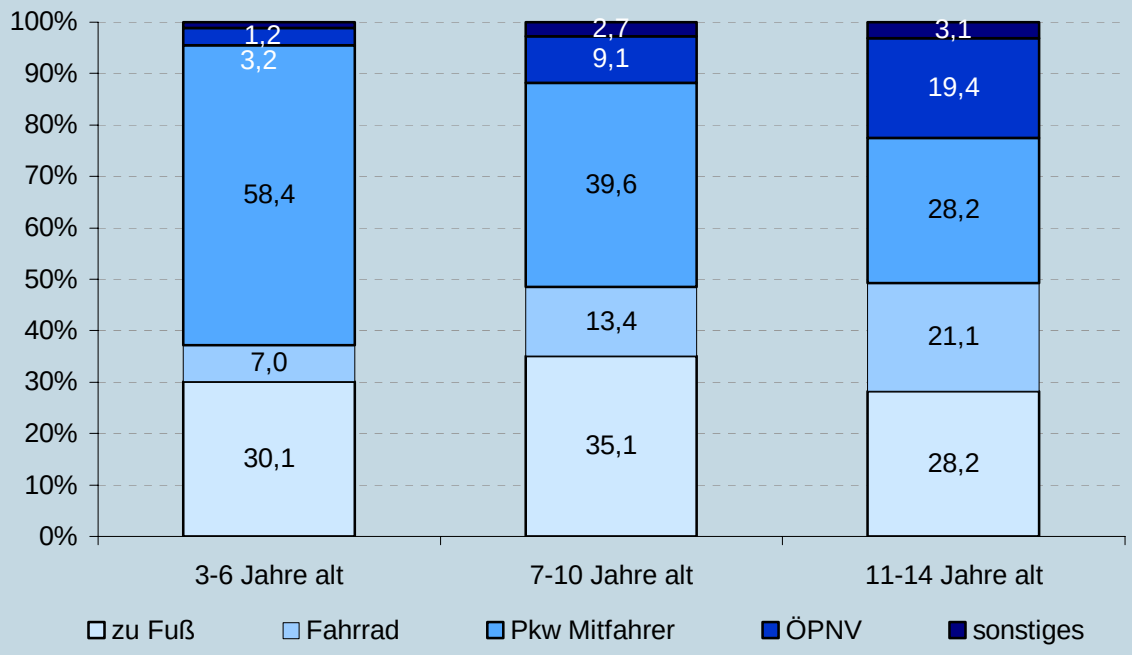
Datenquelle: Mobilität in Deutschand 2002, eigene Auswertungen

Ein Vergleich der Daten der MiD-Studie 2002 mit der 20 Jahre früher durchgeführten Vorgängerstudie Kontiv 1982 zeigt, dass 2002 in Westdeutschland rund 30% der Wege aller 10-jährigen und älteren Personen zu Fuß oder mit dem Fahrrad erfolgten, während es 1982 noch 39% waren.[179] Für Nordrhein-Westfalen liegen auch vergleichende Analysen zum Verkehrsverhalten von *Kindern* vor, die in die gleiche Richtung weisen. Danach ging zwischen 1989 und 2000 der Anteil der zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückgelegten Wege bei 6- bis 9-jährigen Kindern von 67% auf 60%, bei 10- bis 14-Jährigen von 62% auf 53% und bei 15- bis 17-Jährigen von 54% auf 47% zurück. Zugenommen hat dagegen in allen Altersgruppen der motorisierte Individualverkehr.[180] In der gesamten Bundesrepublik erfolgen nach der Erhebung von MiD 2002 bei den 3- bis 6-jährigen Kindern mehr als ein Drittel und bei den älteren Kindern fast die Hälfte aller Wege hauptsächlich zu Fuß oder mit dem Fahrrad (Abb. 46). Das Fahrrad spielt mit zunehmendem Alter eine größere Rolle. In jeder Altersgruppe stellt die Mitfahrt im PKW die häufigste Alternative zum Fußweg oder Fahrrad dar. Öffentliche Verkehrsmittel werden erst nach dem Grundschulalter in größerem Umfang genutzt.

[179] infas; DIW Berlin: Mobilität in Deutschland. Ergebnisbericht. April 2004 (s. auch www.kontiv2002.de), S. 62

[180] Ministerium für Wirtschaft und Mittelstand, Energie und Verehr des Landes Nordrhein-Westfalen; Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen: Verkehrsverhalten 2000, Düsseldorf, September 2001, S. 40

Abb. 46: Verteilung aller Wege von Kindern nach Hauptverkehrsmittel



Datenquelle: Mobilität in Deutschland 2002, eigene Auswertungen

Insgesamt lässt sich somit gemessen an dem von Präventionsexperten für optimal gehaltenen körperlichen Aktivitätsniveau durchaus ein Bewegungsmangel von Kindern und Jugendlichen konstatieren. Dabei muss offen bleiben, inwieweit diese Defizite in den letzten Jahren oder Jahrzehnten insgesamt größer geworden sind. Es fehlt eine hinreichende Datengrundlage zur Beantwortung dieser Frage. Die Daten zur sportlichen Aktivität sprechen eher für eine Zunahme an Bewegung, während die Bewegung im Alltag, z. B. bei den Wegen zur Schule oder in der Freizeit, offensichtlich geringer geworden ist.

Letztendlich ist es unerheblich, ob sich Kinder heute mehr oder weniger als früher bewegen. Entscheidend ist vielmehr, dass die gegenwärtige körperliche Aktivität unzureichend ist und eine Zunahme der Bewegungszeiten – sei es nun beim Sport, beim Spiel oder im Alltag - wünschenswert ist. Ein wichtiges Ergebnis in diesem Zusammenhang ist, dass sich viele Schüler/innen eine sportlich aktivere Lebensweise wünschen. Nach der WIAD-Studie 2003 würden 45% der 6- bis 10-Jährigen, 41% der 11- bis 15-Jährigen und 57% der älteren Jugendlichen gerne mehr Sport treiben. Gerade diejenigen Schüler/innen, die sportlich wenig aktiv sind, äußern diesen Wunsch. Auch eine Zunahme der Schulsportstunden würde begrüßt werden (s. o.). Dies bedeutet, dass von Seiten der Schüler/innen ein großes Potential zur Verbesserung ihres Bewegungsstatus vorhanden ist und im Zuge des Ausbaus der Ganztagsschulen auch realisierbar wäre.

Schon heute sind aufgrund zahlreicher Initiativen zur Bewegungsförderung in Schulen langfristig Verbesserungen des Bewegungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen zu erwarten. In Baden-Württemberg startete im Schuljahr 2001/2002 an fünf Schulen das Projekt „Grundschule mit sport- und bewegungserzieherischem Schwerpunkt“. Bis Februar 2009 wurde das Konzept an 646 Grund- und Sonderschulen des Landes umgesetzt; weitere 60 Schulen haben sich für eine

Zertifizierung angemeldet.[181] Zusammengenommen entspricht dies einem Anteil von 24% der öffentlichen Grund- und Sonderschulen. Die Schulen verfolgen das Ziel, wöchentlich mindestens 200 Minuten qualifizierten Sportunterricht zu realisieren sowie vielfältige ergänzende Bewegungsmöglichkeiten wie Pausensport, bewegter Unterricht oder - in Kooperation mit örtlichen Vereinen – sportliche Aktivitäten außerhalb der Unterrichtszeit anzubieten.

Eine Befragung an den Grund- und Förderschulen im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg im Frühjahr 2007 zeigte, dass sich bereits ein großer Teil der Schulen um die Bewegungsförderung von Kindern bemüht. Mehr als 70% der Schulen halten eine tägliche Sportstunde für wichtig, bisher gibt es aber nur an 5% der Schulen eine tägliche Sport- und Bewegungsstunde. In 96% der Schulen haben die Kinder drei Sportstunden in der Woche, nur in 2% der Schulen sind es mehr als drei Stunden. In 71% der Schulen gibt es jedoch an den Tagen ohne Sportstunden eine zusätzliche Bewegungszeit, und zwei Drittel der Schulen haben auch außerhalb der Unterrichtszeit Bewegungsangebote in der Schule. Auch Kooperationen mit Sportvereinen werden von drei Vierteln der Schulen gepflegt.

Die Landesstiftung Baden-Württemberg fördert mit ihrem Programm „Komm mit in das gesunde Boot“ gesunde Ernährung und Bewegung von Kindern in Kindertagesstätten (s. auch Kap. 2.4.6). In Form des Bewegungsmoduls „locker hüpfen & lustig spielen“ wird in den Einrichtungen von Fachkräften ein 20wöchiges Bewegungsprogramm für Kinder durchgeführt. Ziel ist, die Bewegungsfreude von Kindern spielerisch zu fördern und langfristig mehr Bewegung im Alltag der Kinder zu erreichen. Hierbei werden auch die Eltern einbezogen und Kooperationen mit Vereinen und Einrichtungen vor Ort angestoßen.

Daneben gibt es auf lokaler Ebene vielfältige Aktivitäten innerhalb und außerhalb von Einrichtungen, die der Bewegungsförderung von Kindern dienen. Das Projekt „Fit 4 Future“ der Cleven-Becker-Stiftung stattet Schulen mit Spieltonnen aus, d.h. großen Behältern, die kleinere Spiel- und Sportgeräte wie Bälle, Springseile, Rollbretter enthalten. Diese können von den Schülern in den Pausen für Spiel und Bewegung genutzt werden. Mit Unterstützung durch die Günter-Reimann-Dubbers-Stiftung startete das Projekt im Frühjahr 2006 in der Metropolregion Rhein-Neckar. Zum Schuljahr 2006/2007 erhielten 50 Schulen eine Spieltonne. Nach der Befragung der Grund- und Förderschulen im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg (s. o.) nahmen im Frühjahr 2007 rund 16% dieser Schulen an dem Projekt teil.

Im Rhein-Neckar-Kreis wurde wie in vielen anderen Regionen Deutschlands mit der Umsetzung der weltweiten Kampagne „I walk to school“, in Deutschland „Zu Fuß zur Schule und zum Kindergarten“ begonnen. Ziel der Kampagne ist, dass möglichst viele Kinder den Weg zur Schule oder zum Kindergarten zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurücklegen und nicht im Auto der Eltern gebracht oder abgeholt werden. Es gibt verschiedene Möglichkeiten und Beispiele, den Schulweg zu Fuß zu organisieren.[182] Im Rhein-Neckar-Kreis wurde im Rahmen eines Projektes zur Bewegungsförderung von Kindern in der Gemeinde Mauer (s. Kap. 1.6.5.2) der so genannte „Laufende Schulbus“ eingerichtet. Dabei treffen sich die Kinder an vereinbarten Sammelpunkten (Haltestellen) in der Gemeinde, um in Begleitung Erwachsener (Eltern, Rentner) sicher zur Schule zu gelangen. Durch diese Maßnahme konnte der Anteil der Kinder, die zu Fuß zur Schule

[181] Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 14/4022 vom 11.02.2009
[182] Der Verein Fuss e.V. hat auf der Homepage der Kampagne „Zu Fuß zur Schule und zum Kindergarten“ einige Vorschläge der Kinderbegleitung aufgeführt.

gehen, erhöht werden. Insgesamt kamen im Frühjahr 2006 83% der Kinder der 1. und 2. Klassen zu Fuß oder mit dem Fahrrad zur Schule. Inzwischen wurde der laufende Schulbus auch in anderen Gemeinden des Kreises etabliert.

Bewegungsförderung von Kindern sollte sich nicht auf die Settings „Schule“ oder „Kindergarten“ beschränken. Auch die Eltern sind aufgefordert, ihre Kinder zu Sport, Spiel und anderen körperlichen Aktivitäten anzuregen, indem sie selbst mit gutem Beispiel vorangehen und Freude an der Bewegung vermitteln. Die vorliegenden Studien zeigen, dass Kinder sportlich aktiver Eltern häufiger Sport treiben und sich mehr bewegen als Kinder inaktiver Eltern. Aktiver Sport und Bewegung muss ein selbstverständlicher Bestandteil des Alltags von Familien sein. Kinder, die in einem solchen familiären Umfeld aufwachsen, werden sich gewiss ausreichend bewegen.

2.5.2 Konsum elektronischer Medien

Ein Mangel an Bewegung wird häufig auf einen zu hohen Medienkonsum der Kinder zurückgeführt. Es wird angenommen, dass Kinder heute soviel Zeit vor dem Fernseher oder dem Computer verbringen, dass für körperliche Aktivitäten kaum noch Zeit bleibt. Die dazu vorhandenen empirischen Befunde unterstützen diese Behauptung jedoch nur eingeschränkt. So fand die internationale HBSC-Studie nur schwache Zusammenhänge zwischen der körperlichen Aktivität und der Beschäftigung mit Fernsehen, Video und Computer.[183] Die KiGGS-Studie zeigt für die 3- bis 10-Jährigen deutliche Zusammenhänge insbesondere zwischen der täglichen Fernsehdauer und der Häufigkeit der Sportausübung und des Spielens im Freien ; für die 11- bis 17-Jährigen ergibt sich hingegen, dass bis zu einer täglichen Dauer von vier Stunden der Zeitaufwand für Fernsehen, Videos und Computerspiele keine Auswirkungen auf die Häufigkeit körperlicher Aktivität hat. Erst ein extensiver elektronischer Medienkonsum von täglich vier Stunden und länger erhöht die Wahrscheinlichkeit körperlicher Inaktivität.[184] Auch andere Untersuchungen weisen darauf hin, dass die vor dem Fernseher oder Computer verbrachte Zeit viel weniger zu Lasten der körperlichen Aktivität von Kindern geht, als allgemein vermutet wird.[185] Analysen der PISA-Daten zeigen vielmehr, dass Fernsehen nicht die Sportaktivität sondern die Lesehäufigkeit vermindert (Abb. 47). Bei einer täglichen Fernsehdauer von bis zu einer Stunde lesen 28% der Jugendlichen in ihrer Freizeit gar nicht zum Vergnügen, im Vergleich zu 47% bei 4- bis 5-stündigen und 56% bei mehr als 5-stündigem Fernsehkonsum. Fernsehen und Lesen sind somit deutlich konkurrierende Freizeitaktivitäten, Fernsehen und Sport aber weniger.

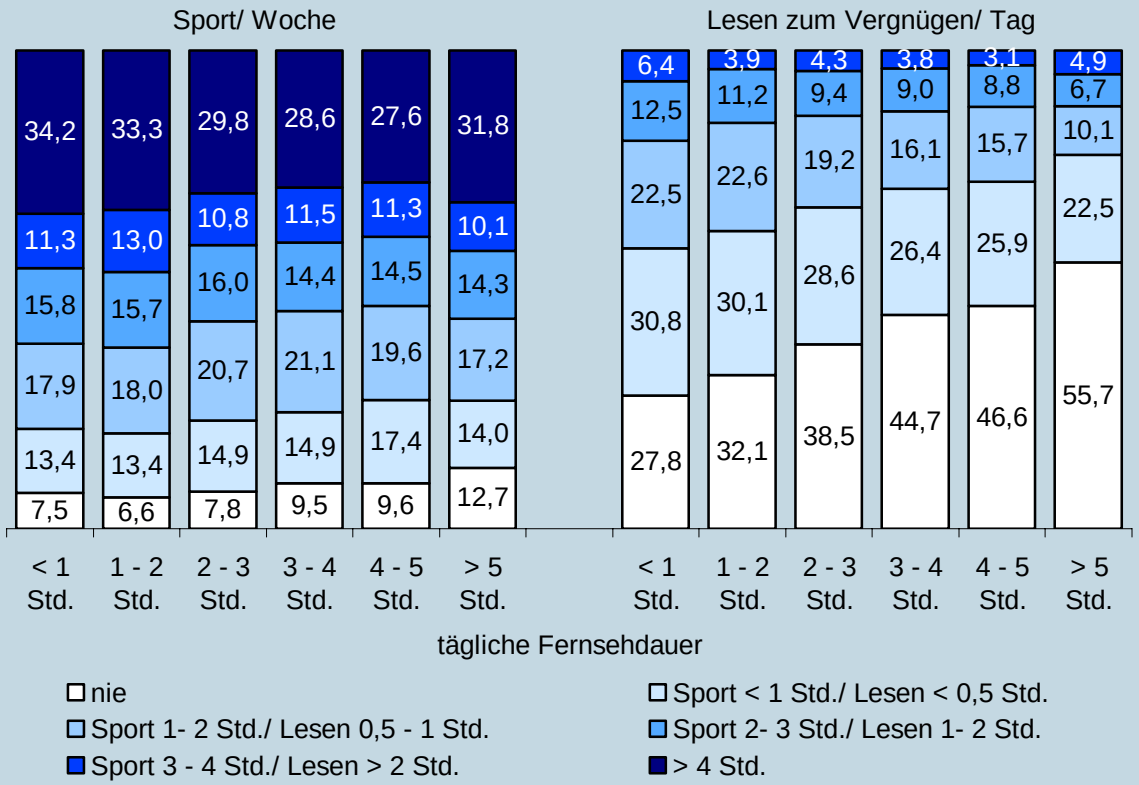
---

[183] Todd, J.; Currie, D.: Sedentary Behaviour. In: C. Currie et al. (eds.): Young People’s Health in Context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2001/2002 Survey. World Health Organization 2004 , S. 98-109

[184] Lampert, T.; Sygusch, R.; Schlack, R.: Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, 2007, Heft 5/6, S. 643-652

[185] In einer internationalen Studie mit fast 2000 9- bis 10-jährigen und 15- bis 16-jährigen Kindern bzw. Jugendlichen konnte kein Zusammenhang zwischen der täglichen körperlichen Aktivität, gemessen durch Beschleunigungsmesser, und der täglichen Fernsehdauer gefunden werden (vgl. Ekelund, U. et al.: TV Viewing and Physical Activity are Independently Associated with Metabolic Risk in Children: The European Youth Heart Study. In: PLoS Medicine, Vol. 3, Nr. 12, December 2006, S. 2449-2457).
Eigene Analysen der Daten des DJI-Kinderpanels ergeben weder für die 8-9-jährigen noch für die 5- bis 6-jährigen Kinder irgendwelche Hinweise, dass die Häufigkeit sportlicher Aktivitäten mit dem Medienkonsum sinke. Auch die Häufigkeit des Spielplatzbesuches erfolgt unabhängig vom Medienkonsum.
Nach eigenen Analysen der PISA-Studie 2000 variiert die wöchentliche Anzahl der Stunden, die die 15-jährigen Jugendlichen in ihrer Freizeit mit aktivem Sport verbringen, weder mit der Dauer des Fernsehens noch der Beschäftigung mit dem Computer.

Abb. 47: Zeitverwendung für Sport und Lesen in Abhängigkeit von der täglichen Fernsehdauer bei 15-jährigen Jugendlichen



Datenquelle: PISA 2000, erweiterter Datensatz der Länder (PISA-E), eigene Auswertungen

Auch wenn der Fernseh- und Videokonsum und die am PC verbrachte Zeit das Bewegungsverhalten von Kindern nur mäßig beeinflussen, so gibt es doch andere gesundheitsrelevante Aspekte des elektronischen Medienkonsums zu berücksichtigen. Es liegen unzählige Untersuchungen zu den Auswirkungen der Nutzung dieser Medien bei Kindern und Jugendlichen vor und es werden auch immer wieder ähnliche Ergebnisse gefunden. Hervorzuheben ist jedoch, dass die meisten Befunde lediglich Zusammenhänge zwischen Medienkonsum und anderen Merkmalen beschreiben und über die Wirkungsmechanismen zum Teil nur spekuliert werden kann.

Der nicht nur in der Fachwissenschaft bekannte Mediziner und Neurowissenschaftler Manfred Spitzer hat in seinem Buch „Vorsicht Bildschirm“ eine Reihe von Thesen zu den schädlichen Auswirkungen elektronischer Medien formuliert und durch Untersuchungsbefunde, vorwiegend aus der US-amerikanischen Forschung, zu untermauern versucht.[186] Einige seiner Thesen konnten durch mehrere in den Jahren 1998 bis 2007/8 durchgeführte große Schülerbefragungen des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (KFN) erneut Unterstützung finden.

Als negative Auswirkungen eines hohen Bildschirmmedienkonsums auf die körperliche Gesundheit werden Übergewicht und Adipositas mit all ihren Folgeerkrankungen gesehen. Entsprechend findet man auch Zusammenhänge zwischen der Dauer der Nutzung von

[186] Spitzer, M.: Vorsicht Bildschirm! Elektronische Medien, Gehirnentwicklung, Gesundheit und Gesellschaft. Stuttgart, Ernst Klett Verlag 2005

Fernseher und Computer und der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas. Als Erklärung werden zum einen der mit dem Medienkonsum verbundene Bewegungsmangel, zum anderen der Verzehr energiereicher Snacks während des Fernsehens oder die Förderung eines ungesunden Essverhaltens durch die Werbung genannt. So sind nach der KiGGS-Studie 28% der 3- bis 10-jährigen Kinder, die an Wochentagen mehr als 2 Stunden täglich fernsehen, übergewichtig oder adipös, während dies nur auf 9% der Kinder zutrifft, die gar nicht oder weniger als 1 Stunde täglich vor dem Fernseher sitzen. Aus die CBCL-Studie im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg ergibt einen Zusammenhang zwischen der Dauer des Medienkonsums und der Häufigkeit von Übergewicht.

Neben Folgen für die körperliche Gesundheit werden bei Säuglingen und Kleinkindern Beeinträchtigungen der kognitiven Entwicklung durch die Bildschirmmedien angenommen. Die neuronale Vernetzung des Gehirns erfolgt auf der Grundlage von Erfahrungen, aufgrund der aktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt. Bildschirme stellen eine Verarmung der sensorischen Erfahrungen dar. Auch diese These wird durch verschiedene Befunde gestützt.[187]

Sowohl die 2005 durchgeführte Schülerbefragung des KFN[188] als auch mehrere von Spitzer angeführte Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Medienkonsum und Schulleistungen. Auch die Daten der KiGGS-Studie ergeben signifikante Beziehungen. Je mehr Zeit Kinder vor dem Fernseher oder dem Computer verbringen, umso schlechter sind ihre Schulleistungen. Als Erklärung dafür werden nicht nur die fehlende Zeit zum Lernen angeführt, sondern auch Erkenntnisse der Hirnforschung zum Prozess des Lernens. Eine dauerhafte Festigung von Lerninhalten kann nicht erfolgen, wenn nach der Schule ständig neue Eindrücke von Computerspielen und Fernsehbildern das gelernte überlagern und verdrängen. Der Prozess der Konsolidierung des Gelernten wird insbesondere dann gestört, wenn die Medieninhalte mit starken Emotionen verbunden sind, da sich die mit emotionalen Erlebnissen verknüpften Inhalte stärker einprägen als der Schulstoff. Diese Erklärung wird v. a. dadurch gestützt, dass der Konsum von Horror-/ Actionfilmen und Computerspielen mit Gewaltdarstellungen besonders stark mit schlechten Schulleistungen einhergeht. Die Zusammenhänge zwischen Medienkonsum und Schulleistungen sind unabhängig von der sozialen Herkunft der Kinder zu beobachten.

Anhand der CBCL-Studie kann der Zusammenhang zwischen Medienkonsum und Schulleistungen bei Kindern und Jugendlichen der hiesigen Region untersucht werden (Tab. 14). Die Befunde der anderen Studien lassen sich damit weitgehend bestätigen. Besonders enge Zusammenhänge ergeben sich in der vierten Klassenstufe. Je länger die Kinder täglich vor dem Fernseher oder Computer sitzen umso häufiger haben sie bereits eine Klasse wiederholt und benötigen Hilfe bei den Hausaufgaben und umso seltener sind die Eltern mit den Schulleistungen zufrieden und erhalten für ihr Kind eine Schulempfehlung für das Gymnasium als weiterführende Schule. Dies trifft für Jungen wie für Mädchen und unabhängig vom Bildungsniveau der Eltern zu.

Eine weitere, durch mehrere Untersuchungsbefunde bestätigte These ist, dass aggressives Verhalten und Gewaltbereitschaft durch den Konsum gewalthaltiger Filme und Gewalt verherrlichenden Computerspielen steigen können. Dies zeigen insbesondere auch die

[187] S. insbesondere Zimmermann, F. J.; Christakis, D.A.: Children's Television Viewing and Cognitive Outcomes: A Longitudinal Analysis of National Data. In: Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 2005, 159, p. 619-625

[188] Mößle, T.; Kleimann, M.; Rehbein, F.; Pfeiffer, C.: Mediennutzung, Schulerfolg, Jugendgewalt und die Krise der Jungen. In: Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe, 3, 2006, S. 295-309

Ergebnisse der KFN-Schülerbefragung 2005. Als Erklärung wird angeführt, dass Kinder Gewalt durch ständige virtuelle Erfahrung von Gewalt lernen.

Tab. 14: Zusammenhang zwischen Medienkonsum und Schulleistungen

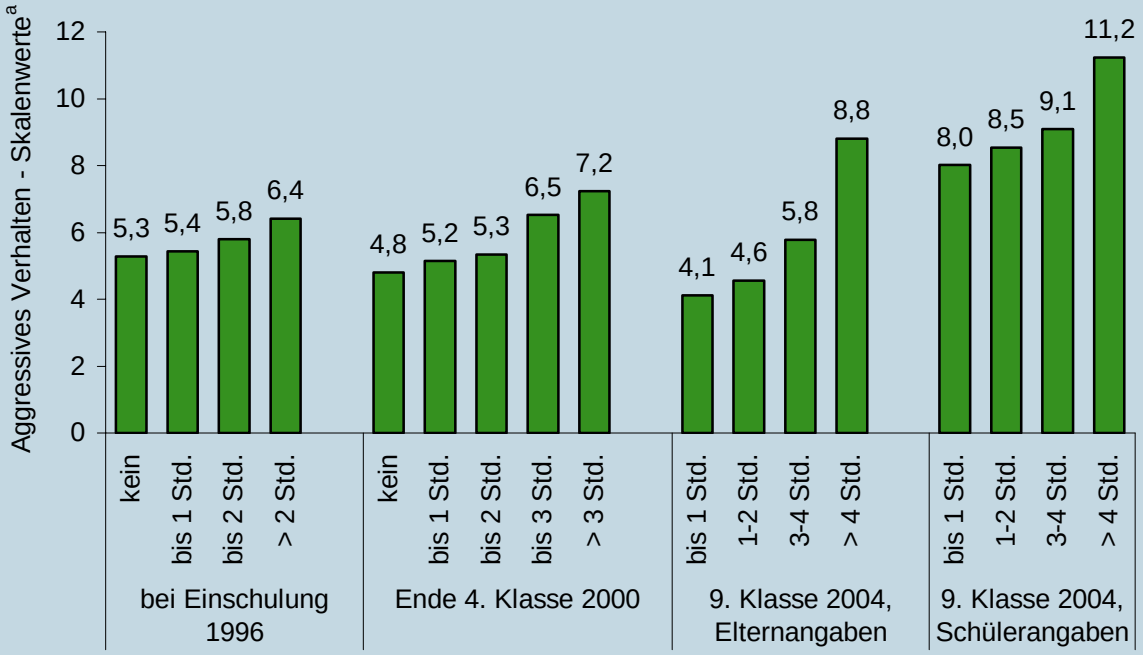
		Dauer der täglichen Fernseh- und Computernutzung				
		bis 1 Std.	1-2 Std.	2-3 Std.	3-4 Std.	> 4 Std.
Elternbefragung, 4. Klasse, 2000						
Klasse wiederholt	%	3,1	4,0	6,5	6,6	15,7
erledigt Hausaufgaben allein	%	44,9	38,6	33,7	30,0	26,6
mit Schulleistungen (sehr) zufrieden	%	71,7	67,2	61,2	55,3	46,2
Schulempfehlung für das Gymnasium	%	68,6	62,3	49,4	41,2	30,7
Elternbefragung, 9. Klasse, 2004						
Mit Schulleistungen zufrieden	%	53,2	59,8	55,9	48,2	40,1
Deutschnote	¢	2,7	2,6	2,8	3,0	3,1
Mathenote	¢	2,9	2,9	2,9	3,0	3,1
Schülerbefragung, 9. Klasse, 2004						
Mit Schulleistungen zufrieden	%	27,6	26,0	22,5	22,5	19,8
Deutschnote	¢	2,7	2,8	2,8	3,0	3,1
Mathenote	¢	3,0	3,0	3,0	3,0	3,1

Datenquelle: CBCL-Studie Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg, eigene Auswertungen

Die Daten der CBCL-Studie im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg erlauben eine Analyse des Zusammenhangs von aggressivem Verhalten und Medienkonsum (Fernsehen, Video, Computer), ohne aber zwischen den Medieninhalten differenzieren zu können. Nach Spitzer ist das Fernsehprogramm jedoch so reich an Gewaltdarstellungen, dass mit der bloßen Dauer des Fernsehens auch die Erfahrung von Gewalt steigt. Folglich sollten mit zunehmendem Fernsehkonsum aggressive Verhaltensweisen häufiger werden. Dies trifft nach den vorliegenden Daten auch zu (Abb. 48). Es ergeben sich deutliche Beziehungen, die auch bei Kontrolle von Geschlecht und Merkmalen der sozialen Schicht bestehen bleiben. Der Zusammenhang ist bei Schulanfängern zunächst schwach, wird in der 4. Klassenstufe aber enger und ist in der 9 Klassenstufe am stärksten ausgeprägt.

Insgesamt gibt es damit eine große Zahl von Hinweisen, dass ein extensiver Konsum elektronischer Medien schädliche Einflüsse auf Körper, Geist und Psyche von Kindern und Jugendlichen haben kann. Daher stellt sich die Frage, in welchem Umfang sie tatsächlich diesen Einflüssen ausgesetzt sind. Wie viel Freizeit verbringen Kinder und Jugendliche vor dem Fernseher oder dem Computer?

Abb. 48: Aggressives Verhalten nach täglichem Fernsehkonsum



a) Syndromskala "Aggressives Verhalten" der standardisierten Child Behaviour Checklist (Elternfragebogen) bzw. des Youth Self Report (Schülerfragebogen), vgl. Kap. 3.3.5

Datenquelle: CBCL-Studie Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg, eigene Auswertungen

Zur Beantwortung dieser Frage können zunächst Daten des Medienpädagogischen Forschungsverbunds Südwest (MPFS) und der AGF/GFK Fernsehforschung herangezogen werden. Nach den Daten der KIM-Studie (MPFS) verfügten im Jahr 2008 43% der Jungen und 40% der Mädchen im Alter von 6-13 Jahren über ein eigenes Fernsehgerät. Dies bedeutet eine erhebliche Zunahme gegenüber 1999 (Tab. 15). Auch jüngere Kinder haben in ihrem Zimmer nicht selten schon einen Fernseher stehen. Einen eigenen PC konnten 2008 18% der Jungen und 12% der Mädchen im Alter von 6-13 Jahren nutzen – ebenfalls eine Steigerung gegenüber 1999.

Eine starke Verbreitung elektronischer Medien bei Kindern und Jugendlichen kann gegenwärtig auch für den Rhein-Neckar-Kreis angenommen werden. Die anhand der CBCL-Studie berechneten Anteile von Gerätebesitzern sind nicht mehr aktuell und dürften mittlerweile höher sein. Insgesamt weisen die Daten darauf hin, dass Kinder und Jugendliche im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg mit Fernsehgeräten weniger, aber mit Computern häufiger als in der Bundesrepublik insgesamt ausgestattet sind.

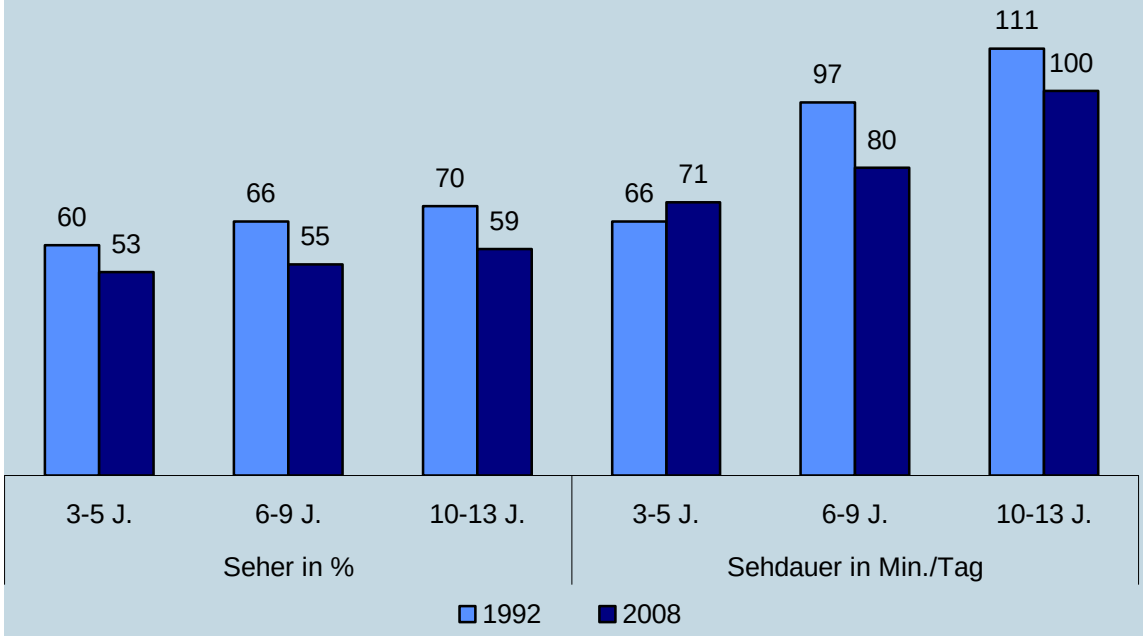
Im Hinblick auf den Medien*konsum* lässt sich bei Kindern in den letzten Jahren ein relativer Bedeutungsverlust des Fernsehens gegenüber dem Computer feststellen. Nach den Daten der AGF/GFK Fernsehforschung hat sich die durchschnittliche tägliche Sehbeteiligung von Kindern seit Anfang der 90er Jahre verringert. Sie lag 2008 bei 53% der 3- bis 5-Jährigen, 55% der 6- bis 9-Jährigen und 59% der 10- bis 13-Jährigen (Abb. 49). Auch die durchschnittliche tägliche

Tab. 15: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit eigenem Fernseher und PC

	Anteil mit eigenem Fernseher (%)			Anteil mit eigenem PC (%)		
	insgesamt	Jungen	Mädchen	insgesamt	Jungen	Mädchen
Deutschland						
4-5-Jährige, 2003	10			6		
6-13-Jährige, 1999		32	27		14	8
6-13-Jährige, 2008		43	40		18	12
10-11-Jährige, 2000	37			20		
14-15-Jährige, 2004	68			54		
14-15-Jährige, 2008				70		
Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg						
6- Jährige 1996	6,1	7,5	4,5	4,3	5,5	2,9
10-11-Jährige, 2000	22,3	24,8	19,9	24,9	28,3	21,5
14-16-Jährige, 2004	62,4	67,2	57,5	59,1	70,6	47,3

Datenquellen: Deutschland, 4-5-Jährige: Feierabend, S./ Mohr, I.: Mediennutzung von Klein- und Vorschulkindern. Media Perspektiven 9/ 2004; höhere Altersgruppen: KIM-Studie und JIM-Studie; Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg: CBCL-Studie (2004: Schülerdaten), eigene Auswertungen

Abb. 49: Fernsehkonsum von Kindern



Datenquelle: Feierabend, S.; Klingler, W.: Was Kinder sehen. Eine Analyse der Fernsehnutzung Drei- bis 13-Jähriger 2008. In: Media Perspektiven 3/2009, S. 114. (Die Analysen basieren auf den Daten der AGF/GfK Fernsehforschung, PC#TV Aktuell, Fernsehpanel (D, D+EU))

Sehdauer steigt mit dem Alter an. Sie hat sich den letzten 15 Jahren bei Kindern im schulpflichtigen Alter jedoch ebenfalls deutlich verringert. Das immer größer werdende Programmangebot hatte nur bei Personen ab 14 Jahren eine zunehmende Sehdauer zur Folge.

Der abnehmenden Fernsehnutzung von schulpflichtigen Kindern steht eine markante Zunahme der Computernutzung gegenüber. Nach den Daten der KIM-Studien stieg der Anteil der täglichen oder fast täglichen Computernutzer bei den 6- bis 13-Jährigen von 8% im Jahr 1999 auf 23% im Jahr 2008. Die Nutzungshäufigkeit steigt mit dem Alter und ist bei Jungen größer als bei Mädchen. Trotz des zunehmenden Stellenwerts, den die Beschäftigung mit dem Computer im Vergleich zum Fernsehen in den letzten Jahren erreicht hat, stellt das Fernsehen nach wie vor die mit Abstand häufigste Freizeitbeschäftigung von Kindern dar.

Für den Rhein-Neckar-Kreis liegen aus der CBCL-Studie Daten zur täglichen Nutzungsdauer von Fernsehen und Computer vor (Tab. 16). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Daten von 1996 und 2000 sicher nicht mehr der aktuellen Situation entsprechen, sondern aufgrund der oben aufgeführten Befunde im Hinblick auf die tägliche Fernsehdauer eher nach unten und im Hinblick auf die tägliche Computernutzung sicher nach oben zu korrigieren sind.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung empfiehlt, Kinder im Grundschulalter maximal eine Stunde und Kinder im Alter von 10 bis 13 Jahren maximal 90 Minuten fernsehen zu lassen.[189] Gemessen an diesen Empfehlungen saßen im Jahr 1996 29% der Schulanfänger im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg – ein Viertel der Mädchen und fast ein Drittel der Jungen – zu lange vor dem Fernseher.[190] Die tägliche Computernutzung sollte nach Ansicht von Experten bei Kindern im Grundschulalter 30 Minuten und bei 10- bis 13-Jährigen 60 Minuten nicht überschreiten. Die 10- bis 11-jährigen Viertklässler im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg nutzen im Jahr 2000 bereits zu mehr als 70% einen Computer; 23% der Jungen, aber nur 6% der Mädchen beschäftigten sich täglich zu lange, d.h. mehr als eine Stunde damit.[191]

Die tägliche Dauer des Medienkonsums der Neuntklässler 2004 kann mit den etwa zeitgleich (2003-2006) erhobenen Daten der KiGGS-Studie verglichen werden. In der KiGGS-Studie wird bei einer Zeitdauer von täglich mindestens 3 Stunden von starker Nutzung gesprochen.[184] Bei den 14- bis 16-jährigen Neuntklässler im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg gaben 33% der Jungen und 30% der Mädchen einen täglichen Fernsehkonsum von dieser Dauer an, während in der KiGGS-Studie für die 14- bis 17-Jährigen Werte von nur 25% bzw. 27% resultieren. Als starke Computer-Nutzer können in der hiesigen Region 27% der Jungen und 8% der Mädchen der 9. Klassenstufe bezeichnet werden; in der Bundesrepublik insgesamt liegt der Anteil für die Mädchen genauso hoch und für die Jungen mit 23% etwas niedriger.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen keinen übermäßigen Konsum elektronischer Medien aufweist. Die Computernutzung und Fernsehen sind ein fester, aber keinesfalls dominierender Bestandteil der Freizeitgestaltung.

[189] Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat für Eltern Empfehlungen zum Fernseh- und Computerkonsum ihrer Kinder entwickelt. S. dazu BZgA, Pressemitteilung vom 11.01.2008

[190] Bei den Viertklässlern des Jahres 2000 kann der Anteil der Kinder mit einem Fernsehkonsum von mehr als 90 Minuten aufgrund der vorgegebenen Erhebungskategorien nicht berechnet werden.

[191] Bei den Schulanfängern kann der Anteil der Kinder mit einer Computernutzung von mehr als 30 Minuten aufgrund der vorgegebenen Erhebungskategorien nicht berechnet werden.

Trotzdem gibt es beträchtliche Minderheiten mit einem extensiven Medienkonsum. Alle Datenquellen zeigen, dass Kinder mit eigenem Fernseher und Computer diese Medien wesentlich häufiger nutzen als Kinder ohne eigene Geräte. Deshalb sollten Eltern den Medienkonsum ihrer Kinder nicht auch noch dadurch fördern, dass sie die Kinderzimmer schon so früh mit eigenem Fernseher und PC ausstatten. Eine Begrenzung des Medienkonsums könnte darüber hinaus auch dadurch erreicht werden, dass die Möglichkeiten für andere Freizeitpräferenzen der Kinder, wie z.B. Spiel und Sport im Freien, verbessert werden und attraktivere Alternativen damit leichter realisierbar sind.

Tab. 16: Medienverhalten von Kindern und Jugendlichen im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg

	Schulanfänger 1996			Viertklässler 2000			Neuntklässler 2004		
	ins-gesamt	Jungen	Mäd-chen	ins-gesamt	Jungen	Mäd-chen	ins-gesamt	Jungen	Mäd-chen
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
eigener Fernseher	6,1	7,5	4,5	22,3	24,8	19,9	62,4	67,2	57,5
Tägliche Fernsehdauer									
keine	18,2	18,0	18,3	3,8	4,0	3,7	2,4	2,4	2,4
bis 1 Std.	53,1	50,6	56,0	44,1	44,7	43,6	16,5	15,9	17,4
1-2 Std.	24,2	25,8	22,4	37,9	36,3	39,5	49,5	49,1	50,3
> 2 Std.	4,6	5,6	3,4	14,1	15,0	13,3	31,2	32,6	30,0
eigener Computer	4,3	5,5	2,9	24,9	28,3	21,5	59,1	70,6	47,3
Tägliche Zeit am Computer									
keine	83,9	77,7	90,9	29,3	16,2	42,2	13,3	5,8	21,2
bis 1 Std.	14,2	19,4	8,2	56,2	60,8	51,6	33,5	24,3	43,4
1-2 Std.	1,6	2,5	0,5	11,9	18,6	5,3	35,0	42,9	27,1
> 2 Std.	0,3	0,4	0,2	2,7	4,5	0,9	17,8	27,1	8,3

Datenquelle: CBCL-Studie (2004: Schülerdaten), eigene Auswertungen

2.5.3 Soziale Kontakte und Beziehungen

Ein für die Gesundheit wichtiger Aspekt des Freizeitverhaltens von Kindern und Jugendlichen sind Aufbau und Pflege sozialer Kontakte und Beziehungen zu Gleichaltrigen und Erwachsenen. Soziale Bindungen sind die Grundlage für die Entwicklung von Vertrauen, Gefühlen der Zugehörigkeit und Solidarität und Vorraussetzung für die Erreichbarkeit sozialer Unterstützung im Alltag und in schwierigen Lebenssituationen. Zusammenfassend wird dies auch als soziales Kapital bezeichnet.[192] Von Gesundheitswissenschaftlern wird soziales Kapital schon seit langem

[192] Der Begriff des Sozialen Kapitals umfasst unterschiedliche theoretische Konzeptionen und Erklärungsansätze, die u. a. durch die Arbeiten von Robert Putnam, James Coleman und Pierre Bourdieu repräsentiert werden.

als Ressource für die Erhaltung von Gesundheit und die Bewältigung von Krankheit betrachtet. Zahlreiche Untersuchungen belegen die protektiven Wirkungen sozialer Ressourcen sowohl für die psychische Entwicklung als auch für das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand. Die HBSC-Studie hat beispielsweise nachweisen können, dass soziale Netzwerke gesundheitliche Risiken, die aufgrund der materiellen und sozialen Lage bestehen, auffangen können. Die Studie zeigt, dass der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit durch Defizite im sozialen Umfeld der Armutspopulation mitbedingt ist, d. h. unzureichende soziale Unterstützung zur schlechteren Gesundheit der Kinder und Jugendlichen aus armen Familien beiträgt.[193]

In der aktuellen Diskussion zum Medienkonsum findet man häufig die These von der drohenden Isolierung und Vereinsamung der Kinder durch eine übermäßige Mediennutzung. Dabei wird davon ausgegangen, dass die vor dem Bildschirm verbrachte Zeit zu Lasten sozialer Aktivitäten geht. Wenn dies zuträfe, dann wäre der zunehmende Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen auch in dieser Hinsicht als Risikofaktor für ihre Gesundheit zu betrachten.

Die Daten aus der CBCL-Studie im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg erlauben eine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Dauer der täglichen Mediennutzung und dem Sozialverhalten. Was die Häufigkeit von Kontakten zu Freunden betrifft, so lassen sich allenfalls schwache Beziehungen finden, die die These einer Vereinsamung durch hohen Medienkonsum insgesamt wenig stützen können. Die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen hat mehrere Freunde/innen und unternimmt mindestens einmal pro Woche etwas mit ihnen, wobei sich der Freundeskreis mit zunehmendem Alter der Kinder vergrößert (Tab. 17). Dabei unternehmen Kinder mit hohem Medienkonsum insgesamt nicht seltener etwas mit Freunden als Kinder mit geringem Medienkonsum. Die KiGGS-Studie ergibt ebenfalls nur schwache Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß des Medienkonsums und den Kontakten zu Freunden.

Tab. 17: Häufigkeit von Kontakten zu Freunden

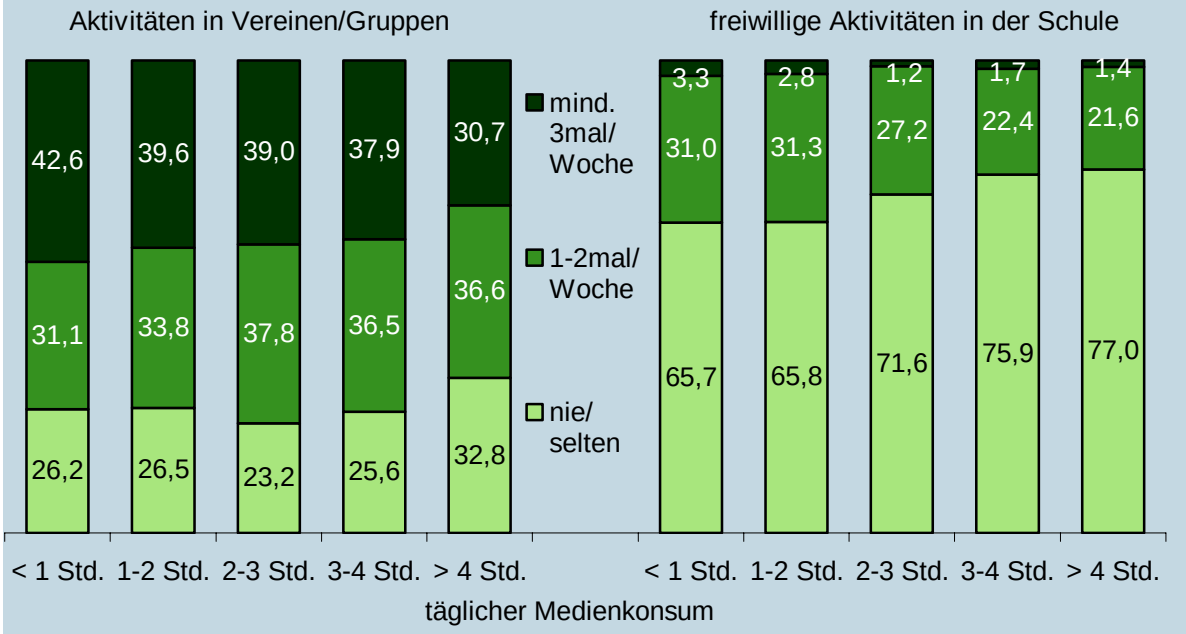
	Anzahl der Freunde				unternimmt … etwas mit Freunden		
	keine	einen	zwei bis drei	mehr als drei	< 1mal/ Woche	1-2mal/ Woche	häufiger
	%	%	%	%	%	%	%
Schulanfänger 1996	0,8	3,3	42,3	53,6	12,1	48,7	39,2
Viertklässler 2000	0,5	2,5	30,9	66,1	4,3	34,4	61,3
Neuntklässler 2004	0,7	1,3	6,1	91,9	6,1	36,7	57,2

Datenquelle: CBCL-Studie Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg (2004: Schülerdaten), eigene Auswertungen

[193] Becker, U.: Armut und Gesundheit – macht Armut Kinder krank? Vortrag auf dem 5. Remscheider Jugendhilfetag am 28. 10. 2002, Klosterkirche Lennep.
Klocke, A.; Becker, U.: Soziales Kapital als Ressource für Gesundheit im Jugendalter. Vortrag auf dem 31. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. Universität Leipzig am 8.10.2002.

Anders verhält es sich mit sozialen Aktivitäten außerhalb des engeren Freundeskreises, die mit zunehmender Dauer des Medienkonsums seltener erfolgen. So sinkt der Anteil der Schüler/innen der 9. Klassenstufe, die in ihrer Freizeit in Vereinen und Gruppen mindestens dreimal pro Woche aktiv sind, von rund 43% bei Jugendlichen mit geringem Medienkonsum auf 31% bei Jugendlichen mit hohem Medienkonsum (Abb. 50). Und während sich ein Drittel der Schüler/innen mit geringem Medienkonsum in ihrer Freizeit an freiwilligen Aktivitäten in der Schule beteiligen, trifft dies für weniger als ein Viertel der Schüler/innen mit einer täglichen Mediennutzung von mehr als 4 Stunden zu. Ein hoher Zeitaufwand für Fernsehen und Computernutzung geht somit durchaus zu Lasten sozialer Beziehungen. Dabei werden aber primär solche Aktivitäten eingeschränkt, die zwar soziale Kontakte, aber nicht unbedingt auch enge persönliche Bindungen beinhalten, während Freundschaftsbeziehungen im Zeitbudget der Jugendlichen offensichtlich eine hohe Priorität genießen und auch bei hohem Medienkonsum gepflegt werden.[194]

Abb. 50: Aktivitäten in Vereinen/Gruppen und in der Schule nach Dauer des täglichen Medienkonsums bei Schülern/innen der 9. Klasse (in %)



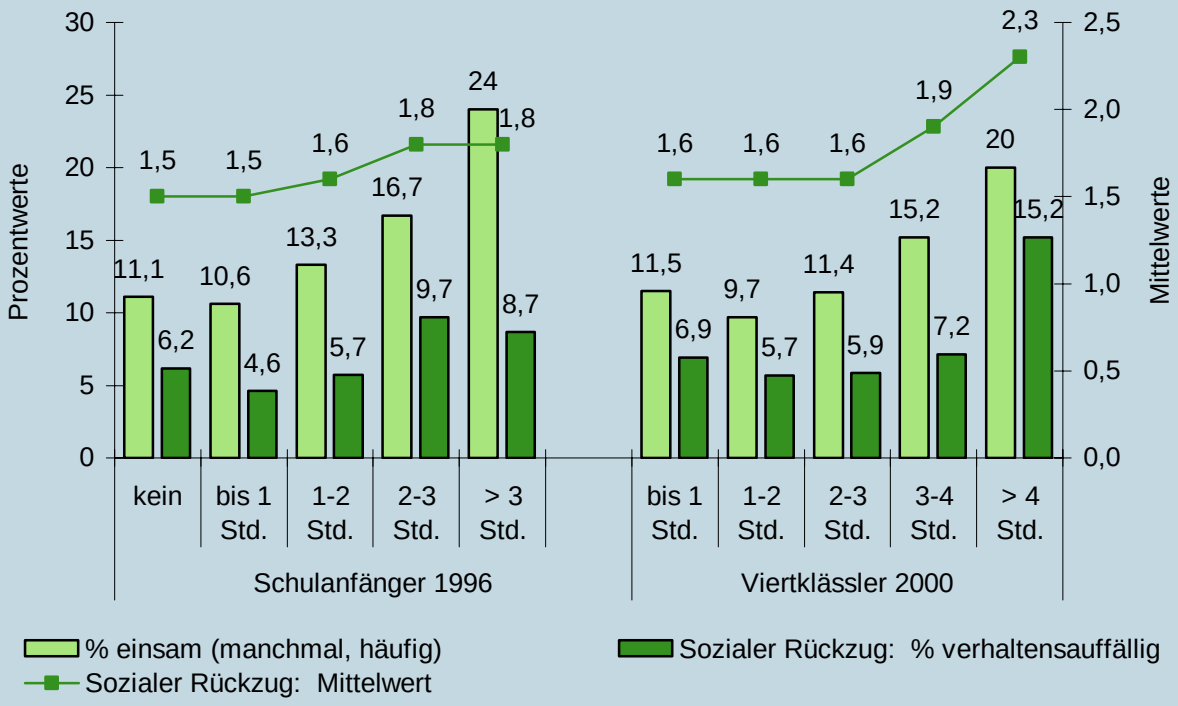
Datenquelle: CBCL-Studie Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg, Schülerdaten, eigene Auswertungen

Der Medienkonsum von Kindern steht mit weiteren Merkmalen ihres Sozialverhaltens in Zusammenhang. Sowohl bei den 6-jährigen als auch bei den 10-jährigen Kindern mit hohem Medienkonsum beobachten die Eltern überproportional häufig Symptome des sozialen Rückzugs (Abb. 51). Auf der Syndromskala „Sozialer Rückzug“ der Child Behaviour Checklist (vgl. Kap. 3.3.5) weisen Kinder mit langen Mediennutzungszeiten signifikant höhere Skalenwerte auf als Kinder mit geringem Medienkonsum. Entsprechend unterscheiden sich auch die Anteile der Kinder, deren Rückzugssymptome den Bereich der klinischen Auffälligkeit erreichen. Mit 15% ist

[194] Den hohen Stellenwert von Freunden bei der Freizeitgestaltung belegen auch die Ergebnisse der KIM-Studie des MPFS bei 6- bis 13-jährigen Kindern. In die gleiche Richtung weisen die Ergebnisse der letzten Erhebung des LBS-Kinderbarometers bei 9- bis 14-Jährigen in Hessen 2005 (http://www.kinderbarometer.de/)

der Anteil der Kinder mit einem auffällig deutlichen Rückzugsverhalten bei den Viertklässlern mit mehr als 4-stündigem täglichem Medienkonsum besonders hoch. Darüber hinaus äußern die intensiven Mediennutzer auch vermehrt Gefühle von Einsamkeit. Diese Zusammenhänge bestehen bei Mädchen und Jungen gleichermaßen und sind auch unabhängig von Merkmalen der sozialen Lage.

Abb. 51: Sozialer Rückzug[a] und Einsamkeit nach Dauer des täglichen Medienkonsums



a) Syndromskala "Sozialer Rückzug" der standardisierten Child Behaviour Checklist (Elternfragebogen). Als verhaltensauffällig werden Jungen mit Skalenwerten von 5 und höher sowie Mädchen mit Skalenwerten von 6 und höher bezeichnet. Sie entsprechen den Werte, die in der deutschen Normstichprobe oberhalb der 95. Perzentile liegen.

Datenquelle: CBCL-Studie Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg, eigene Auswertungen

Ein hoher Medienkonsum geht mit weiteren Problemen, psychischen Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder einher: mit schlechteren schulischen Leistungen, mit Aufmerksamkeitsstörungen, mit Merkmalen von Ängstlichkeit und Depressivität, mit aggressiven Verhaltensweisen und mit sozialen Problemen des Kindes. Es ist jedoch fraglich, ob und inwieweit sie eine Folge des Medienkonsums sind, zumal auch familiäre Probleme bei Kindern mit intensiver Mediennutzung vermehrt zu finden sind. Die Ergebnisse lassen auch die Interpretation zu, dass ein schwieriges familiäres Umfeld oder andere prekäre Lebensumstände des Kindes zu psychosozialen Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten führen, zu denen auch der soziale Rückzug und die Flucht in die Medien gehören.

Die in anderen Studien nachgewiesenen positiven Effekte sozialer Kontakte und Beziehungen auf Gesundheit und Wohlbefinden zeigen sich auch in den für den Rhein-Neckar-Kreis und die Stadt Heidelberg vorliegenden Daten (Tab. 18). Alle psychischen Beeinträchtigungen und

Verhaltensauffälligkeiten, die anhand der Syndromskalen der Child Behaviour Checklist (vgl. Kap. 3.3.5) erfasst wurden, stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit Merkmalen der sozialen Integration der Kinder. Auch bestimmte körperliche Beschwerden kommen bei einem intakten Sozialleben des Kindes vergleichsweise selten vor. Dies ist in Tab. 18 beispielhaft für die im Jahr 2000 erhobenen Daten der Kinder der 4. Klassenstufe dargestellt. Bei den

Tab. 18: Merkmale der psychischen und körperlichen Gesundheit von Kindern der 4. Klasse in Abhängigkeit von ihren Sozialbeziehungen

		Unternehmungen mit Freunden			kommt mit Mitschülern zurecht		
		< 1mal/ Woche	1-2mal/ Woche	> 2mal/ Woche	sehr gut	gut	mittel-schlecht
Psychische/ Verhaltensauffälligkeiten	Skalenmittelwert						
Sozialer Rückzug		3,7	1,9	1,4	1,2	1,7	3,3
Angst/Depressivität		5,1	2,8	2,2	1,9	2,6	5,0
Soziale Probleme		3,4	1,5	1,0	0,7	1,3	3,8
Schizoid/Zwanghaft		0,8	0,3	0,3	0,2	0,3	0,8
Aufmerksamkeitsstörung		4,5	2,7	2,4	1,8	2,7	5,2
Delinquentes Verhalten		1,9	1,1	1,1	0,7	1,1	2,5
Aggressives Verhalten		8,0	5,4	5,2	4,0	5,6	9,7
Internalisierende Störung		10,4	5,6	4,5	3,9	5,2	9,5
Externalisierende Störung		9,9	6,4	6,3	4,8	6,7	12,2
CBCL Gesamtwert		32,7	18,9	16,7	13,3	18,5	35,0
Körperliche Beschwerden							
Syndromskala - Mittelwert		2,0	1,1	1,0	0,9	1,1	1,6
Schwindel	% „manchmal"/„häufig"	14,9	5,1	5,0	4,4	5,3	10,4
Müdigkeit		19,9	8,6	6,3	5,6	77	16,1
Kopfschmerzen		37,1	26,0	24,4	22,6	25,8	35,7
Übelkeit		22,9	10,9	9,1	8,9	11,0	12,0
Bauschmerzen		35,0	17,9	16,9	15,4	18,2	27,2
Isst schlecht		29,8	21	20,1	17,5	22,4	24,3
Isst zu viel		26	22,1	17,4	15,8	19,6	33,2
hat Übergewicht		23,8	17,9	13,1	11,1	16,1	26,2

Datenquelle: CBCL-Studie Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg, eigene Auswertungen

Schülern/innen der 9. Klassen können entsprechende Beziehungen zwischen einzelnen Merkmalen und Syndromskalen des Youth Self Report (vgl. Kap. 3.3.5) auf der einen Seite und der Häufigkeit von Aktivitäten im Freundeskreis, in Vereinen/Gruppen und dem Verhältnis zu Mitschülern/innen auf der anderen Seite untersucht werden. Mit wenigen Ausnahmen[195] zeigt

[195] Ausnahmen sind insbesondere die Zusammenhänge zwischen delinquentem sowie aggressivem Verhalten und der Häufigkeit von Unternehmungen mit Freunden. Verhaltensauffälligkeiten dieser Art treten überdurchschnittlich häufig bei Schülern/innen auf, die in ihrer Freizeit mindestens dreimal pro Woche etwas mit ihren Freunden/Freundinnen unternehmen.

sich, dass Jugendliche mit guten Sozialbeziehungen weniger körperliche und psychische Beeinträchtigungen und problematische Verhaltensweisen zeigen als Jugendliche mit einer eher schlechten sozialen Einbindung.

2.6 Soziale Lage und Gesundheitsverhalten

Epidemiologische Studien belegen immer wieder, dass der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von der Schichtzugehörigkeit beeinflusst werden.[196] Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien weisen ein vergleichsweise ungünstiges Gesundheitsverhalten auf. Dies trifft auch für die oben vorgestellten Daten zum Gesundheitsverhalten von Kindern zu. Es bestehen deutliche Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage von Kindern und der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen, dem Impfschutz, dem Mundgesundheitsverhalten, den Ernährungsgewohnheiten, der körperlichen Aktivität, dem Medienkonsum und den Sozialbeziehungen.

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 steigt mit höherem Sozialstatus an. Für den Rhein-Neckar-Kreis liegen dazu zwar keine Daten vor, doch geht dies aus verschiedenen Einschulungsuntersuchungen in anderen Kreisen/ Ländern hervor.[197] Nach der KiGGS-Studie haben 70% der Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus die U3 bis U9 vollständig absolviert, während dies nur für 59% der Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zutrifft. Darüber hinaus bestehen Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund (40% vs. 71%).[151]

Auch der Durchimpfungsgrad von Kindern variiert mit ihrer sozialen Lage, doch sind die Ergebnisse hierzu nicht einheitlich. Die Einschulungsuntersuchung 2003 in Brandenburg (s. o.) zeigte beispielsweise die höchsten Durchimpfungsraten in den Familien mit mittlerem Sozialstatus. Bei den Schulanfängern 2001 in Berlin-Mitte wiesen Kinder der oberen sozialen Schicht für einzelne Krankheiten sogar die geringsten Durchimpfungsraten auf.[198] Die entspricht der bekannten oft impfkritischen Einstellung von Eltern aus höheren Bildungsschichten. Nach dem KiGGS werden bei Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B und Poliomyelitis die höchsten Impfquoten von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit mittlerem Sozialstatus erreicht. Gegen Masern, Mumps und Röteln waren Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus am wenigsten geschützt.

Möglicherweise werden delinquente und aggressive Verhaltenstendenzen unter dem Einfluss und Druck der peer group gefördert. Entsprechend werden auch Alkohol, Tabak und Drogen im Freundeskreis vermehrt konsumiert. Zu diesem Ergebnis kommt auch die HBSC-Studie (vgl. Settertobulte, W.; Gaspar de Matos, M.: Peers and Health. In: Currie, C.; Roberts, C.; Morgan, A.; Smith, R.; Settertobulte, W.; Samdal, O.; Rasmussen, V.B.: Young People's Health in Context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2001/2002 Survey. World Health Organization 2004, S. 178-183)

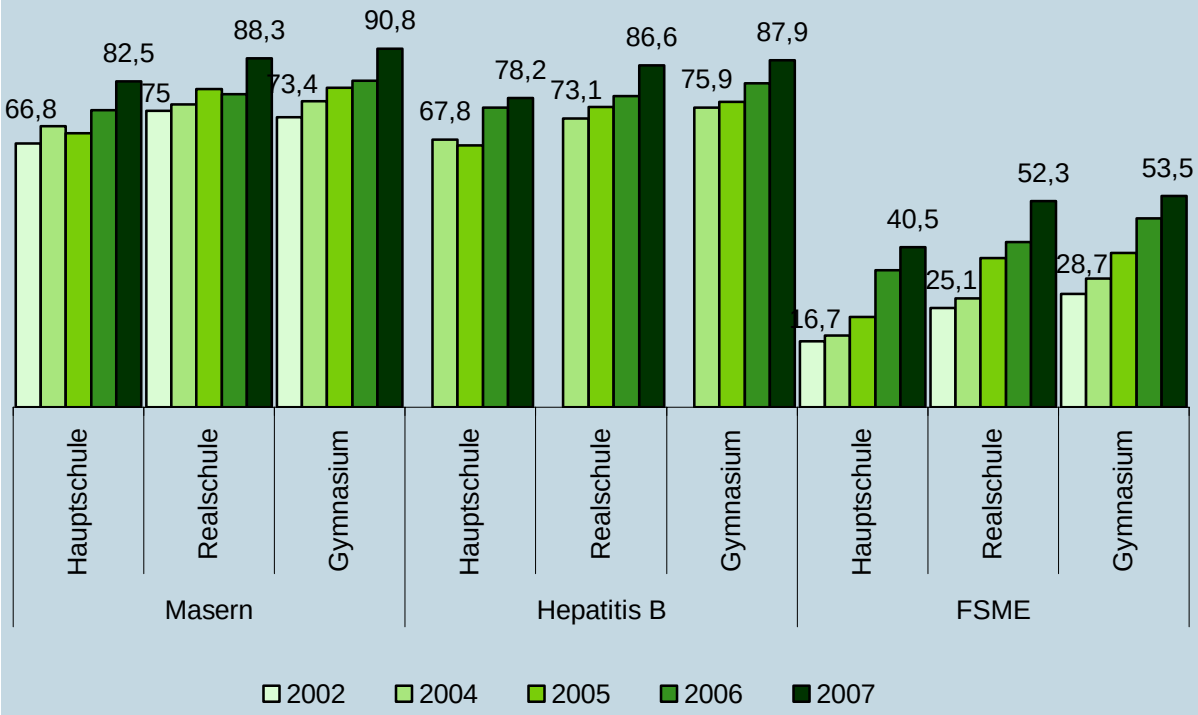
[196] Vgl. dazu die Ergebnisse auf Basis der Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts und weitere Publikationen des RKI, z.B. Klocke, A./ Lampert, T.: Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 4, 2001, überarbeitete Neuauflage 2005, Robert-Koch-Institut, Berlin

[197] So zeigt die Einschulungsuntersuchung 2005 im Kreis Aachen, dass Eltern mit hohem Sozialstatus zu 95,6% die U8 und zu 91,9% die U9 für ihr Kind in Anspruch genommen hatten gegenüber nur 75,5% bzw. 78% der Eltern mit niedrigem Sozialstatus (vgl. Kreis Aachen, Gesundheitsamt: Gesundheit im Kreis Aachen. Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (U1 bis U9). Februar 2006). Die Einschulungsuntersuchungen 2003 in Brandenburg ergeben noch deutlichere Unterschiede (vgl. Landesgesundheitsamt Brandenburg: Einschüler – Gesundheit und soziale Lage, November 2004)

[198] Plan- und Leitstelle Gesundheit, Berlin-Mitte: Gesundheit und soziale Lage der Schulanfänger in Berlin-Mitte, November 2001

Die Daten der Impfberatung in den 6. Klassen des Rhein-Neckar-Kreises können nach Schultypen differenziert werden. Wie empirische Untersuchungen zeigen, kann der Schultyp als Indikator der Schichtzugehörigkeit betrachtet werden. Zu allen Untersuchungszeitpunkten ergibt sich ein Zusammenhang zwischen dem Schultyp und den Durchimpfungsraten. Zwar hat sich in den letzten Jahren der Impfschutz der Sechstklässler in allen Schultypen verbessert, doch sind die Unterschiede zwischen den Impfraten der Schüler/innen verschiedener Schultypen unverändert groß (Abb. 52).

Abb. 52: Ausgewählte Durchimpfungsraten der Schüler der 6. Klassen im Rhein-Neckar-Kreis nach Schultyp (in %)

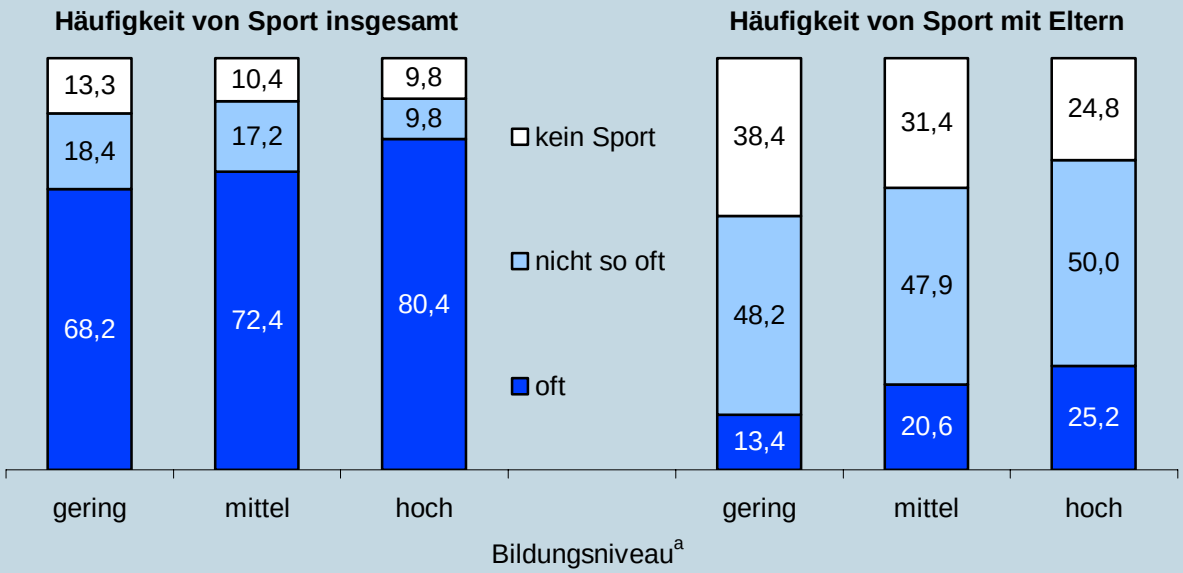


Datenquelle: Daten der Impfberatung in den 6. Klassen, eigene Auswertungen

Die vorhandenen Daten zum Mundgesundheitsverhalten von Kindern zeigen ausnahmslos einen Zusammenhang mit Merkmalen der sozialen Lage. So ergeben die HBSC-Studien in Hessen und Berlin, dass 68% bzw. 69% der Hauptschüler, aber 80% bzw. 83% der Gymnasiasten mehrmals täglich die Zähne putzen. Nach den Daten des KiGGS ist nicht nur das Zahnpflegeverhalten sondern auch die Häufigkeit des Zahnarztbesuchs in Familien mit niedrigem sozialem Status ungünstiger als in Familien mit hohem Sozialstatus. Von den 3- bis 17-Jährigen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus waren 65% in den vergangenen 12 Monaten beim Zahnarzt, gegenüber 77% der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit hohem Sozialstatus. Die Unterschiede in der Häufigkeit einer mindestens zweimal täglichen Zahnpflege liegen bei 61% vs. 79%. Darüber hinaus bestehen Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: ein Besuch beim Zahnarzt erfolgte bei Kindern mit Migrationshintergrund viel seltener als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (58% vs. 76%), und nur 55% der Kinder mit Migrationshintergrund putzen wenigstens zweimal täglich die Zähne, im Vergleich zu 74% der Kinder deutscher Herkunft. [151]

Klare Zusammenhänge lassen sich auch zwischen dem Ernährungsverhalten von Kindern und ihrer sozialen Lage nachweisen. Die Daten der HBSC-Studien und der KiGGS-Studie zeigen eine ungesündere Ernährung von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus im Vergleich zu Familien mit hohem Sozialstatus. So werden nach der KiGGS-Studie in Familien mit hohem Sozialstatus häufiger Fruchtsäfte, frisches Obst, Gemüse, Salat, Vollkornprodukte, Quark oder Joghurt und seltener Süßigkeiten, Fleisch, Bratwurst, Pommes frites und Limonaden konsumiert als in Familien mit niedrigem Sozialstatus. Beispielsweise verzehren 46% der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus täglich frisches Obst, während es aus Familien mit hohem Sozialstatus 61% sind.[151]

Abb. 53: Häufigkeit sportlicher Aktivitäten in der Freizeit bei 8-9-jährigen Kindern in Deutschland 2002 nach Bildungsniveau der Mutter



a) gering= ohne Abschluss/ Hauptschulabschluss, mittel = Mittlere Reife/ Fachhochschulreife, hoch = Abitur

Datenquelle: DJI- Kinderpanel 2002, eigene Auswertungen

In dieselbe Richtung weisen die Ergebnisse zum Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Nach dem Ersten Deutschen Kinder- und Jugendsportbericht[199] ist die Mitgliedschaft im Sportverein erheblich vom sozialen Status abhängig: Kinder aus Familien mit niedrigem sozialem Status sind wesentlich seltener im Sportverein als Kinder aus Familien mit hohem sozialem Status, und Gymnasiasten treiben mehr Sport als Hauptschüler. Auch Kinder mit Migrationshintergrund sind in den Sportvereinen unterrepräsentiert. Die KiGGS-Studie zeigt darüber hinaus, dass auch die *Häufigkeit* sportlicher Aktivitäten mit dem Sozialstatus und dem Migrationshintergrund variiert. Wenigstens 1mal pro Woche Sport treiben 62% der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozialem Status gegenüber 86% aus Familien mit hohem Sozialstatus. Die entsprechenden Werte bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sind 58% im Vergleich zu 79% bei Nicht-Migranten.[151] Eigene Analysen auf

[199] Vgl. Schmidt, W.; Hartmann-Tews, I.; Brettschneider, W.-D.: Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht, Schorndorf, Hofmann-Verlag 2003. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse findet man unter http://www.dsj.de/downloads/PS-Hintergrundpresseinformation.doc

Basis der Daten des DJI-Kinderpanels bestätigen dies. So gibt es einen klaren Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau der Mutter und der Häufigkeit, mit der sich 8- bis 9-jährige Kinder sportlich betätigen (Abb. 53). Die Daten belegen zudem, dass in Familien mit höherem sozialem Status häufiger *gemeinsam* Sport getrieben wird als in Familien mit niedrigem sozialem Status.

Alle Untersuchungen zum elektronischen Medienkonsum zeigen, dass Kinder und Jugendliche der unteren Sozialschicht häufiger über eigene Geräte verfügen und längere Mediennutzungszeiten aufweisen als in höheren Schichten.[200] Auch in der CBCL-Studie im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg ergeben sich deutliche Zusammenhänge zwischen der sozialen Herkunft und dem Medienverhalten der Kinder und Jugendlichen. So sinkt der Anteil der Schulanfänger mit eigenem Fernsehgerät von 10% bei Hauptschulbildung der Mutter auf 2% bei Gymnasialbildung der Mutter; eine Fernsehzeit von mehr als einer Stunde täglich haben 40% im Vergleich zu 16% der Kinder (Tab. 19). Auch bei den 10- bis 11-jährigen Viertklässlern gibt es markante Unterschiede im Fernsehverhalten in Abhängigkeit vom Bildungsniveau der Eltern. Entsprechende, aber weniger starke Unterschiede gibt es im Hinblick auf die Computernutzung. Bei den Jugendlichen der 9. Klassen unterscheiden sich Fernsehbesitz und -konsum erheblich nach der Schulart, während es bei der Computernutzung keine systematischen Unterschiede gibt. Aus der JIM-Studie ist jedoch bekannt, dass Gymnasiasten den PC häufiger zum Lernen und seltener für Spiele nutzen als Hauptschüler.

Die Sozialbeziehungen von Kindern werden ebenfalls durch ihre soziale Lage beeinflusst. Untersuchungen zeigen, dass Kinder aus armen Familien in ihren Möglichkeiten, etwas mit Freunden zu unternehmen oder sich in Vereinen zu betätigen, eingeschränkt sind und reduzierte Sozialkontakte die Folge sind. Dadurch stehen wichtige soziale Ressourcen zur Vermeidung oder Bewältigung von Krankheit in geringerem Maße zur Verfügung und die nachteilige Situation einkommensschwacher Familien für ein gesundes Aufwachsen der Kinder wird zusätzlich verschlechtert. Die für den Rhein-Neckar-Kreis und die Stadt Heidelberg vorliegenden Daten aus der CBCL-Studie unterstützen den Befund einer geringeren sozialen Einbindung von Kindern aus sozial schwachen Familien. So haben Kinder aus Familien mit finanziellen Problemen weniger Freunde und unternehmen auch seltener etwas mit Freunden als Kinder ohne finanzielle Schwierigkeiten in der Familie (Abb. 54). Auch das Verhältnis zu den Mitschülern unterscheidet sich: 17% der von Geldproblemen betroffenen Kinder kommen mit ihren Mitschülern nur mittelmäßig bis schlecht zurecht im Vergleich zu nur 7,5% der Kinder aus Familien ohne finanzielle Sorgen. Bei den Jugendlichen der 9. Klassenstufe ergeben sich keine Zusammenhänge zwischen der finanziellen Lage der Familie und den Kontakten zu Freunden. Das Verhältnis zu Mitschülern ist bei Jugendlichen aus einkommensschwachen Familien aber ebenfalls häufiger getrübt als bei Jugendlichen aus eher wohlhabenden Familien. Darüber hinaus unterscheidet sich die Einbindung in Vereinen/Gruppen sehr deutlich: fast 75% der Neuntklässler ohne finanzielle Schwierigkeiten in der Familie nehmen an Aktivitäten in Vereinen/Gruppen teil gegenüber nur 62% der Schüler mit Geldproblemen in der Familie.

[200] Dies trifft für die Studien des KFN, des MPFS, die HBSC-Studie und den KiGGS zu (vgl. Kap. 2.5.2).

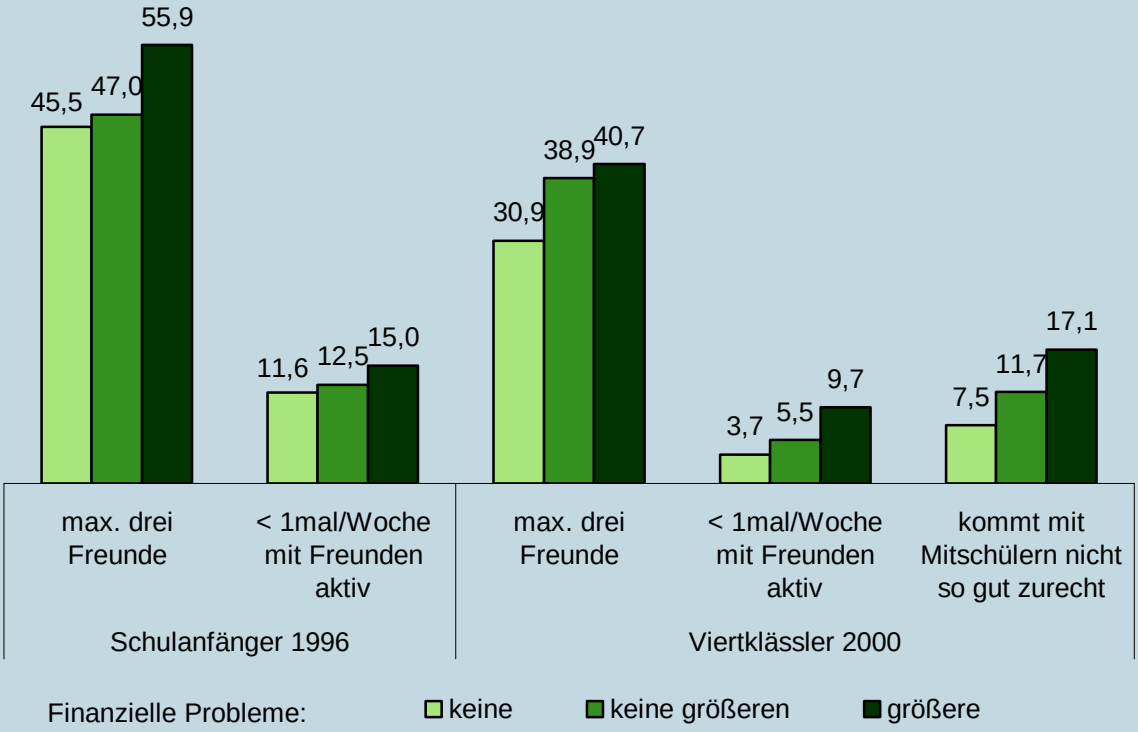
Tab. 19: Zusammenhang zwischen Medienkonsum und Bildungsschicht

	eigener Fernseher	Tägliche Fernsehdauer				eigener Computer	Tägliche Zeit am Computer			
		keine	bis 1 Std.	1-2 Std.	> 2 Std.		keine	bis 1 Std.	1-2 Std.	> 2 Std.
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Schulanfänger 1996										
Bildungsniveau d. Mutter										
Hauptschule	9,8	14,0	46,2	32,0	7,7	6,1	81,6	16,0	2,0	0,5
Realschule	4,6	17,4	55,5	24,6	2,5	4,0	83,9	14,3	1,6	0,2
Abitur	2,1	24,3	59,5	13,6	2,5	2,0	87,2	11,9	0,9	0,0
Viertklässler 2000										
Bildungsniveau d. Mutter										
Hauptschule	34,3	1,7	30,9	44,1	23,3	26,5	30,6	50,8	14,3	4,2
Realschule	22,1	2,9	45,2	40,3	11,5	26,0	27,8	57,8	12,3	2,1
Abitur	8,7	7,6	57,7	28,2	6,5	21,5	29,0	61,0	8,6	1,4
Neuntklässler 2004										
Schulart										
Haupt-/Förderschule	73,7	1,4	11,5	45,1	41,9	61,6	17,0	28,9	33,1	21,1
Realschule	66,2	2,0	12,9	52,2	32,8	58,8	12,3	34,1	35,8	17,9
Gymnasium	49,1	3,5	24,8	51,2	20,6	57,5	10,9	37,4	36,7	15,0
Gesamtschule	62,2	8,7	8,7	56,5	26,1	54,3	13,0	41,3	23,9	21,7

Datenquelle: CBCL-Studie Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg, eigene Auswertungen

Unabhängig von der finanziellen Situation der Familie sind auch Unterschiede in den Sozialbeziehungen von deutschen und ausländischen Kindern und Jugendlichen zu beobachten. Die Anzahl der Freunde des Kindes wird von ausländischen Eltern höher angegeben als von deutschen Eltern, was aber durch unterschiedlich enge Konzeptionen des Begriffs des Freundes bedingt sein kann. Die Häufigkeit von Aktivitäten mit Freunden liegt bei ausländischen Kindern jedenfalls niedriger als bei deutschen Kindern. So machten 88% der deutschen, aber nur 78% der ausländischen Schulanfänger des Jahres 1996 in ihrer Freizeit wenigstens 1mal pro Woche etwas mit Freunden zusammen. Bei den Viertklässlern im Jahr 2000 unternahmen 61% der deutschen im Vergleich zu 54% der ausländischen Kinder mindestens 3mal pro Woche etwas im Freundeskreis. Bei den Jugendlichen der 9. Klasse sind Unterschiede in der Beteiligung an Aktivitäten in Vereinen/Gruppen zu beobachten: 73% der deutschen, aber nur 63% der ausländischen Jugendlichen sind wenigstens 1mal pro Woche in Vereinen/Gruppen aktiv. Insgesamt besteht damit eine etwas schlechtere soziale Integration der ausländischen gegenüber den deutschen Kindern und Jugendlichen.

Abb. 54: Sozialbeziehungen von Kindern in Abhängigkeit von finanziellen Problemen in der Familie (%-Werte)



Datenquelle: CBCL-Studie Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg, eigene Auswertungen

3. Gesundheitliche Lage

Die vorhergehenden Kapitel befassten sich mit den Rahmenbedingungen der Gesundheit und den Verhaltensweisen von Kindern bzw. ihren Eltern, die die Gesundheit der Kinder beeinflussen. Die Gesundheit im engeren Sinne, der Gesundheitszustand, ist nun Gegenstand des vorliegenden Kapitels. Er spiegelt sich in der Kindersterblichkeit und der Häufigkeit von Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen wieder.

3.1 Sterblichkeit und ihre Ursachen

Sterblichkeitsindikatoren sind ein geeignetes Maß für eine zusammenfassende Beurteilung der gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung. In ihnen schlagen sich die allgemeinen Lebensbedingungen ebenso wie Erkrankungs- und Unfallrisiken, medizinischer Fortschritt und Qualität der gesundheitlichen Versorgung und Prävention nieder.

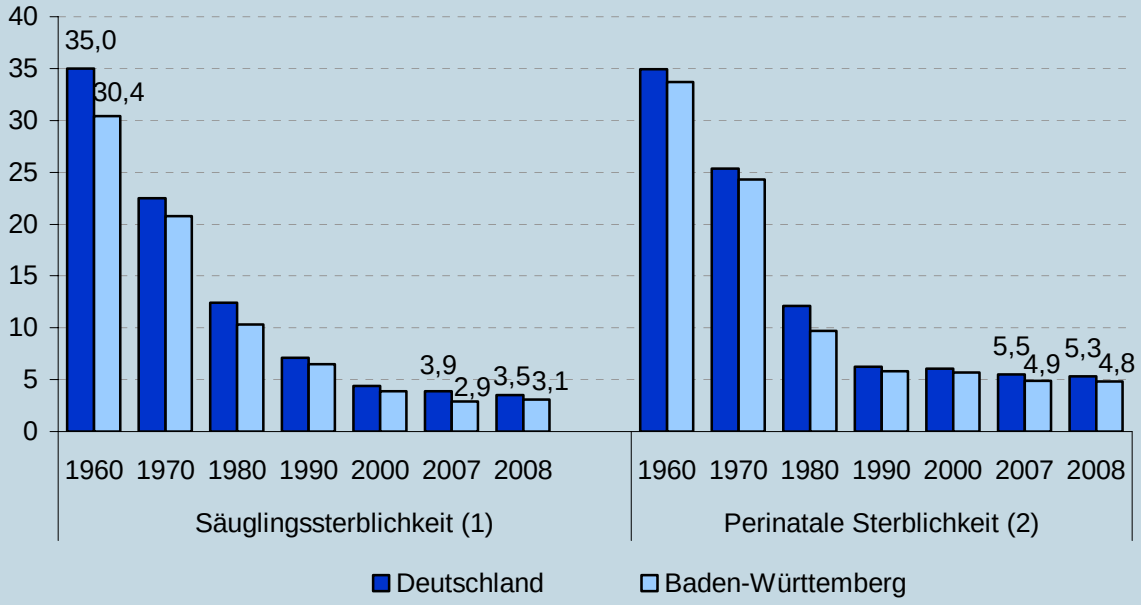
Die Sterblichkeit von Kindern ist seit Jahrzehnten rückläufig. Auch in der jüngeren Vergangenheit lassen sich noch erhebliche Erfolge verzeichnen. So starben im vereinigten Deutschland 1991 noch 67 Kinder unter 15 Jahren pro 100.000 lebende Kinder dieses Alters, während es 2007 nur noch 35 Kinder waren. In Baden-Württemberg lag die Kindersterblichkeit im gesamten Beobachtungszeitraum deutlich unter dem Bundesdurchschnitt, wobei Jungen eine höhere Sterblichkeit aufweisen als Mädchen. Im Jahr 2008 kamen in Baden-Württemberg auf 100.000 Kinder unter 15 Jahren 29 Todesfälle; bei den Jungen waren es 30, bei den Mädchen 27 Fälle. Im Rhein-Neckar-Kreis starben im Zeitraum 2004-2008 im Durchschnitt jährlich 26 von 100.000 Kindern unter 15 Jahren, was etwa der Rate in Baden-Württemberg im gleichen Zeitraum entspricht.

3.1.1 Säuglingssterblichkeit und Perinatale Sterblichkeit

Fast zwei Drittel der Sterbefälle im Kindesalter erfolgen im 1. Lebensjahr. Daher hat insbesondere der starke Rückgang der Säuglingssterblichkeit zu einem Absinken der Todesfälle im Kindesalter geführt. Im Zeitraum 1960-2008 reduzierte sich die Säuglingssterblichkeit in Baden-Württemberg von 30 auf rd. 3 Fälle pro 1.000 Lebendgeborene; in Deutschland waren wie bei der Kindersterblichkeit insgesamt im gesamten Zeitraum höhere Werte zu verzeichnen (Abb. 55). Im Rhein-Neckar-Kreis starben von 2003-2008 jährlich weniger als 3 von 1.000 Lebendgeborenen in ihrem ersten Lebensjahr. Damit liegt die Säuglingssterblichkeit im Kreis etwas unter dem Landesdurchschnitt.

In gleichem Maße ist auch die perinatale Sterblichkeit zurückgegangen. Während 1960 in Baden-Württemberg noch 34 von 1.000 geborenen Kindern Totgeburten waren oder in den ersten 7 Lebenstagen verstarben, traf dies 2008 auf weniger als 5 von 1.000 Kindern zu. Auch die perinatale Sterblichkeit weist in Baden-Württemberg etwas günstigere Werte als im Bundesdurchschnitt auf. Im Rhein-Neckar-Kreis entspricht die Rate dem Landeswert.

Abb. 55: Säuglingssterblichkeit und Perinatale Sterblichkeit 1960-2008



(1) im ersten Lebensjahr Gestorbene pro 1000 Lebendgeburten
(2) Totgeborene und in den ersten 7 Lebenstagen Gestorbene pro 1000 Lebend- und Totgeborene

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Zu dem starken Rückgang der Säuglingssterblichkeit und der perinatalen Sterblichkeit haben neben dem allgemeinen und dem perinatalmedizinischen Fortschritt insbesondere die Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft, die verbessere pränatale Diagnostik und die Früherkennungsuntersuchungen für das Kind beigetragen.

Auch die Säuglingssterblichkeit liegt bei Jungen höher als bei Mädchen. Sie betrug 2008 in Baden-Württemberg 3,4 bzw. 2,9 je 1.000 Lebendgeborene. Unterschiede bestehen außerdem im Hinblick auf die Staatsangehörigkeit. So war die Säuglingssterblichkeit bei ausländischen Kindern 2008 mit einer Rate von 7,1 erheblich größer als bei deutschen Kindern mit einer Rate von 2,9 je 1.000 Lebendgeborenen. Die Ursachen dafür dürften in ungünstigeren Lebensbedingungen und einer geringeren Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen liegen.

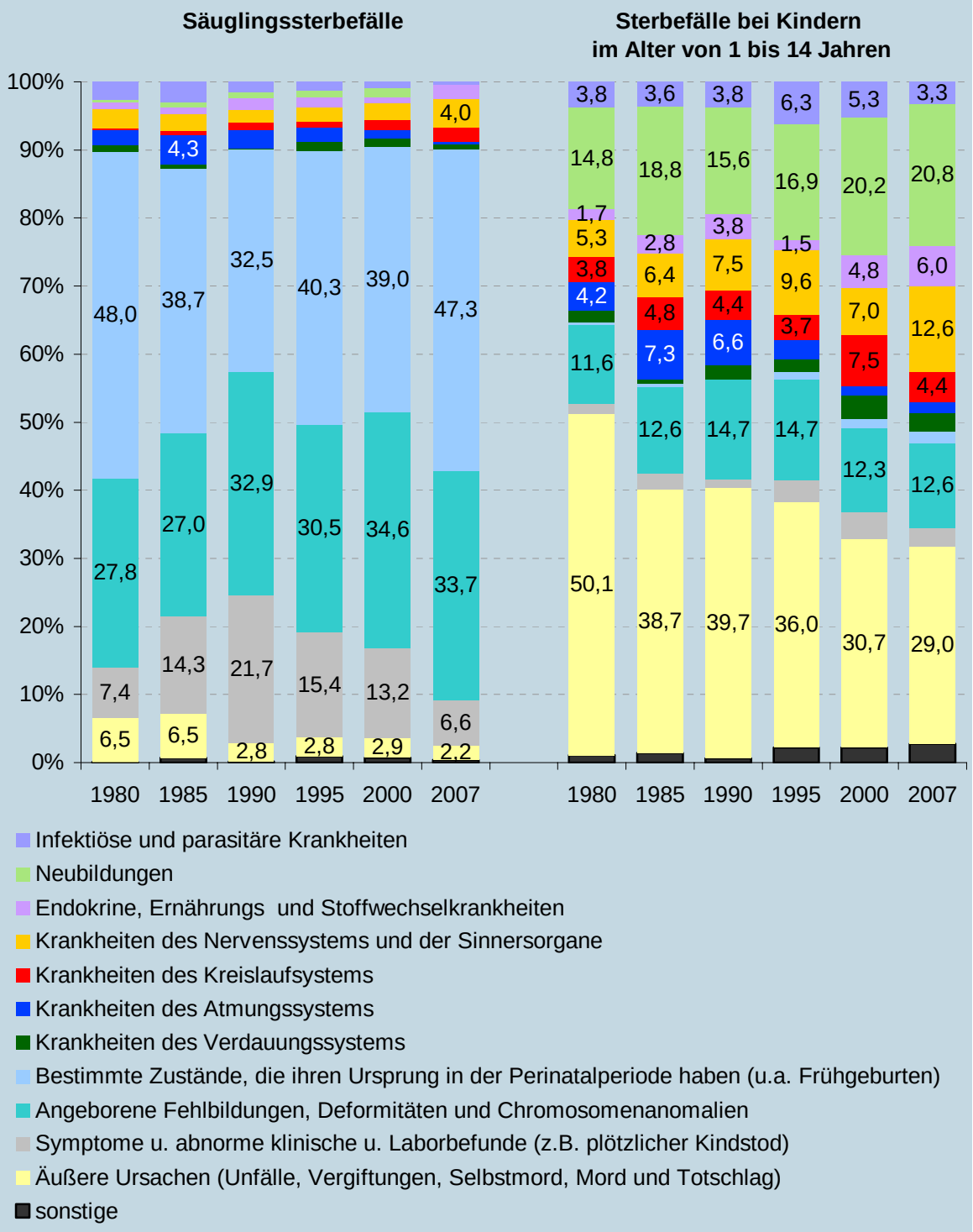
3.1.2 Todesursachen

Die Ursachen der Sterblichkeit im Kindesalter können anhand der Todesursachenstatistik erschlossen werden. In dieser Statistik werden die Todesursachen, basierend auf den Angaben des Arztes, der die Todesbescheinigung ausgefüllt hat, nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) kodiert und erfasst.[201] Die Häufigkeit der zu Diagnosegruppen zusammengefassten Todesursachen in Baden-Württemberg zeigt Abbildung 56. Dabei wird

[201] Derzeit wird die 10. Revision der ICD verwendet. Die rd. 10.000 verschiedenen Todesursachen werden dabei nach einem 4-stufigen System von Gruppen und Untergruppen gegliedert.

aufgrund der völlig unterschiedlichen Häufigkeitsverteilung der Ursachen zwischen Todesfällen von Säuglingen und Todesfällen von Kindern im Alter zwischen 1 und 14 Jahren getrennt.

Abb. 56: Gestorbene Kinder in Baden-Württemberg nach Todesursachen



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Todesursachenstatistik, eigene Berechnungen

Die häufigsten Todesfälle im Säuglingsalter entfallen auf die Ursachengruppen „P00-P96: Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ (2007: 47,3% der Todesfälle), „Q00-Q99: angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“ (2007: 33,7%) und „R00-R99: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind“ (2007: 6,6%). Zusammengenommen machen diese drei Gruppen 87% der Todesursachen im Säuglingsalter aus (Abb. 56).

Die quantitativ bedeutendsten Untergruppen der Todesursachen, deren Ursprung in der Perinatalperiode liegt, sind „P00-P04: Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung“ und „P05-P08: Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum“. Der Anteil der Todesfälle infolge von Schädigungen durch mütterliche Faktoren und Komplikationen während der Schwangerschaft oder der Geburt hat im betrachteten Zeitraum abgenommen und lag 2007 bei 10% aller Todesfälle im Säuglingsalter gegenüber 20% im Jahr 1980. Dagegen hat der Anteil der Todesfälle, die auf Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer oder dem fetalen Wachstum zurückzuführen sind, seit 1990 von 10% kontinuierlich zugenommen bis auf 25% im Jahr 2007. Hintergrund dieser Veränderung ist die zunehmende Zahl von Frühgeburten (s. 3.1.3).

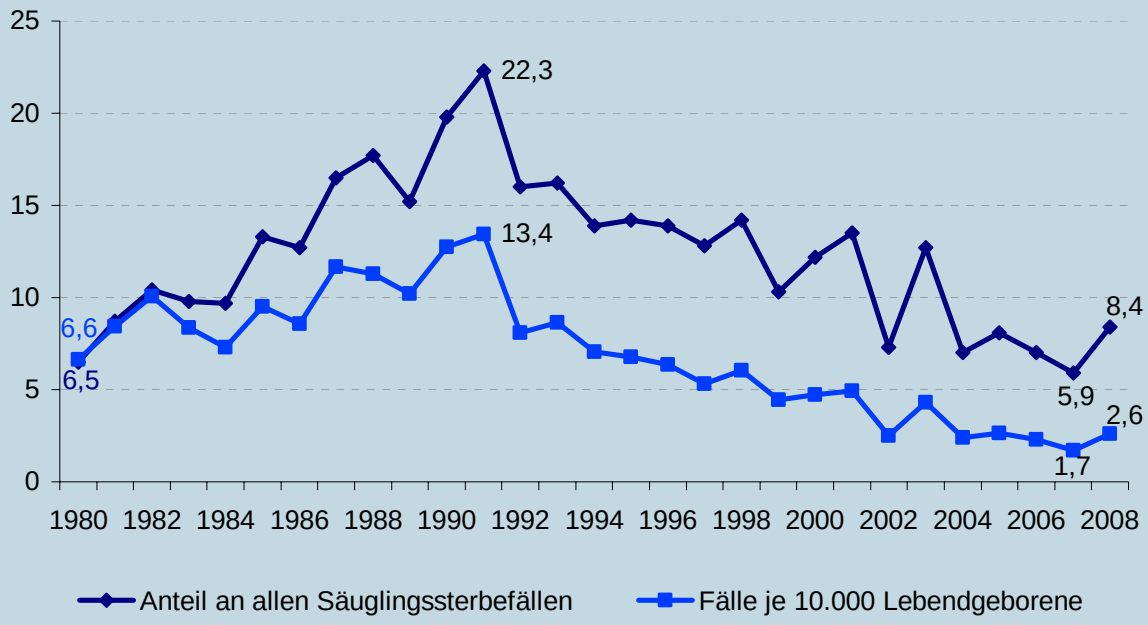
Die wichtigste Untergruppe der durch angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien bedingten Säuglingssterbefälle stellen Fehlbildungen des Herz-Kreislaufsystems dar, die im Jahr 2007 12,5% aller Säuglingssterbefälle verursachten.

Die Gruppe „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind“ enthält hauptsächlich die Diagnose „Plötzlicher Kindstod“ (sudden infant death syndrom (SIDS)). Die Häufigkeit dieser Todesursache nahm bis zu Beginn der 90er Jahre sowohl absolut als auch relativ zu (Abb. 57). Danach ging die Häufigkeit des Plötzlichen Kindstodes insgesamt zurück. Im Jahr 2007 gab es mit 16 Todesfällen und 1,7 Kinder je 10.000 Lebendgeborenen das bisher geringste Häufigkeitsniveau. Der Anteil des Plötzlichen Kindstodes an allen Todesursachen sank auf 5,9%. Im darauf folgenden Jahr kam es jedoch wieder zu einer Zunahme des plötzlichen Kindstodes.

Der Plötzliche Kindstod wird dann diagnostiziert, wenn alle anderen Todesursachen ausgeschlossen werden können. Die Ursache des Plötzlichen Kindstodes und der Zunahme in den 80er Jahre ist nach wie vor nicht vollständig geklärt. Es werden verschiedene Erklärungsansätze diskutiert, insbesondere Störungen in der Atmungssteuerung im Gehirn, die zu einem Aussetzen der Atmung im Schlaf führen, darüber hinaus Regulationsstörungen von Herzrhythmus, Blutdruck und Temperatur. Mit der Reifung des Gehirns nimmt die Gefahr solcher Fehlfunktionen ab. Entsprechend haben Frühgeborene ein besonders hohes Risiko. Ansonsten verringert sich die Häufigkeit des Plötzlichen Kindstodes von einem Maximum im dritten Lebensmonat bis zum Ende des ersten Lebensjahres sehr deutlich. In wissenschaftlichen Untersuchungen konnten außerdem verschiedene äußere Risikofaktoren, die die Fehlsteuerungen offensichtlich begünstigen, identifiziert werden. Dazu gehören das Schlafen in Bauchlage und in Seitenlage, eine nicht rauchfreie Umgebung während der Schwangerschaft und nach der Geburt, Drogenabhängigkeit der Mutter, Überwärmung und Unterkühlung, Nichtstillen oder sehr frühes Abstillen. Auch genetische Faktoren spielen offensichtlich eine Rolle, denn ein Fall von Plötzlichem Kindstod in einer Familie erhöht die Gefahr für danach geborene Geschwister. Darüber hinaus wurden in den letzten Jahren auch toxische Gase aus der Matratze

als Ursache diskutiert. Durch Aufklärung der Eltern über Risiken und daraus folgende vorbeugende Maßnahmen konnte die Häufigkeit des Plötzlichen Kindstodes stark vermindert werden. Die Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Säuglingstod (GEPS) Deutschland e.V. bietet umfangreiche Informationsmaterialien an und hat auf ihrer Internet-Seite ein Diskussionsforum für Eltern eingerichtet.

Abb. 57: Entwicklung der Säuglingssterbefälle durch Plötzlichen Kindstod in Baden-Württemberg 1980-2008



Datenquelle: Statistisches Landesamt, eigene Berechnungen

Die Sterbefälle bei Kindern im Alter von 1 bis 14 Jahren gehen zum großen Teil auf andere Ursachen als im Säuglingsalter zurück. Die häufigste Diagnosegruppe stellen äußere Ursachen dar, wobei es sich zum größten Teil um Verletzungen und Vergiftungen als Folge von Unfällen handelt (s. auch Kap. 3.4.1). Der Anteil der durch äußere Ursachen bedingten Todesfälle ist seit 1980 von 50% auf unter 30% gesunken; dabei ist auch der Anteil der Kinder, die durch Unfälle ums Leben kamen, von 45% auf 25% zurückgegangen. Die zweithäufigste Todesursache stellen Neubildungen dar, die 2007 ein Viertel der Todesfälle ausmachten. Primär sind es bösartige Neubildungen, und ihre Bedeutung als Todesursache ist insbesondere in den letzten Jahren gestiegen. Im Jahr 1980 waren noch 11% der Todesfälle bei 1- bis 14-jährigen Kindern auf bösartige Neubildungen zurückzuführen, im Jahr 2007 dagegen 18%.

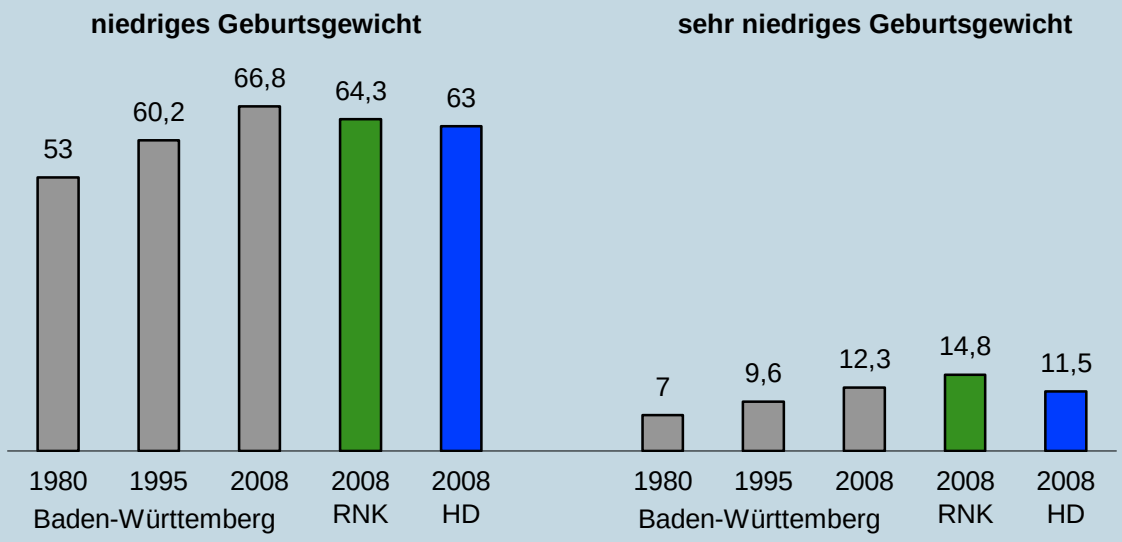
3.1.3 Kinder mit niedrigem und sehr niedrigem Geburtsgewicht

Als wesentlicher Risikofaktor für die Säuglingssterblichkeit gilt ein niedriges Geburtsgewicht, welches in der Regel bei Frühgeborenen (vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche) zu verzeichnen ist. Man unterscheidet zwischen Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht (unter 2.500 g) und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (unter 1.500 g); 70% der im Jahr

2007 in Deutschland gestorbenen Säuglinge hatten ein niedriges Geburtsgewicht.[202] Während bei einem Geburtsgewicht von mindestens 2.500 g lediglich eines von 1.000 Lebendgeborenen im ersten Lebensjahr starben, waren es bei niedrigem Geburtsgewicht 33 Kinder und bei sehr niedrigem Geburtsgewicht 142 Kinder.[203]

In Baden-Württemberg und im gesamten Deutschland nahm die Häufigkeit von Lebendgeborenen mit niedrigem und sehr niedrigem Geburtsgewicht in den letzten Jahren kontinuierlich zu. Im Jahr 2008 wogen von 1.000 Lebendgeborenen in Baden-Württemberg 67 Kinder unter 2.500 g und 12 Kinder unter 1.500 g (Abb. 58). Im Rhein-Neckar-Kreis war ein ähnlich hoher Anteil von Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht zu verzeichnen.

Abb. 58: Kinder mit niedrigem und sehr niedrigem Geburtsgewicht je 1.000 Lebendgeborene[1]



(1) niedriges Geburtsgewicht = unter 2.500 g; sehr niedriges Geburtsgewicht = unter 1.500g

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Es werden mehrere Risikofaktoren für Frühgeburten diskutiert.[204] Untersuchungen zeigen, dass das Risiko einer Frühgeburt bei unverheirateten Müttern, bei erwerbstätigen Müttern, bei Spätgebärenden und bei Frauen mit Migrationshintergrund erhöht ist. Alle genannten

[202] Anteil unter den Säuglingen mit bekanntem Geburtsgewicht. Zu berücksichtigen ist, dass das Geburtsgewicht dabei nicht die Todesursache sein muss. In der Todesursachenstatistik sind Todesfälle aufgrund von Frühgeburt in der Kategorie „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ bzw. der Untergruppe „Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum“ enthalten. Auch bei den Todesfällen anderer Diagnosegruppen kann ein niedriges Geburtsgewicht vorgelegen haben, ohne dass dieses als unmittelbarer Todesgrund angegeben war.

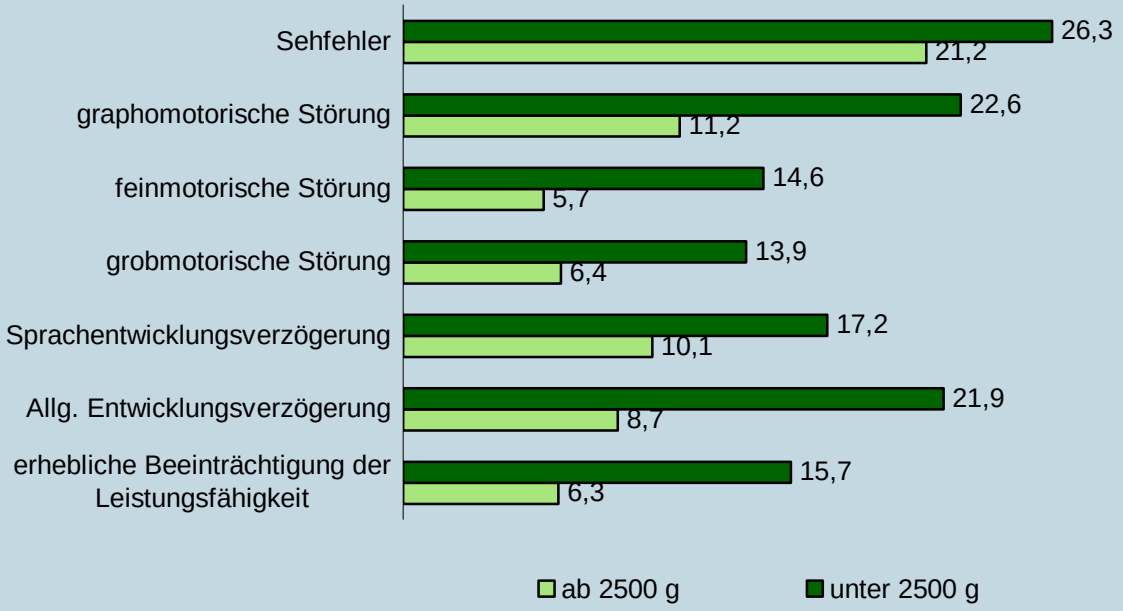
[203] Eigene Berechnungen auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes; vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 1, Reihe 1.1, Natürliche Bevölkerungsbewegung, 2007

[204] S. dazu: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.) Kindergesundheit in Baden-Württemberg, Stuttgart 2000, S. 64 und Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.) Frauengesundheit. Zur gesundheitlichen Situation der Frauen in Baden-Württemberg, Stuttgart 2000, S.57-58

Risikofaktoren haben in den letzten Jahren in Baden-Württemberg deutlich zugenommen.[205] So stieg zwischen 1980 und 2008 der Anteil der nichtehelichen Geburten von 6% auf fast 22%. Der Anteil der Lebendgeborenen, deren Mutter älter als 35 Jahre alt war, betrug 1983 nur 8%, 2008 dagegen 26%. Die Erwerbstätigenquote der 15- bis unter 65-jährigen Frauen erhöhte sich von 54% im Jahr 1980 auf 69% im Jahr 2008. Der Anteil der ausländischen Frauen im Alter von 15 bis unter 40 Jahren an allen Frauen dieser Altersgruppe stieg zwischen 1980 und 2008 von 12% auf 17%. Die Zunahme dieser Risikofaktoren erklärt den wachsenden Anteil von Frühgeburten. Dass die Säuglingssterblichkeit trotzdem erheblich gesenkt werden konnte, ist den Fortschritten der Perinatalmedizin zu verdanken.

Untergewichtige Säuglinge haben nicht nur eine höhere Sterblichkeit, sondern sind auch vermehrt von Behinderungen und gesundheitlichen Störungen betroffen. Die Daten der Einschulungsuntersuchung 2003[206] im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg zeigen, dass Sehfehler, motorische Störungen, Sprachentwicklungsverzögerungen und insbesondere allgemeine Entwicklungsverzögerungen bei Kindern mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 g deutlich häufiger vorkommen als bei Kindern mit normalem Geburtgewicht (Abb. 59). Die bei Geburt untergewichtigen Kinder können Entwicklungsrückstände bis zur Einschulung häufig nicht aufholen und sind in ihre Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Damit haben sie bei Beginn des Schullebens schlechtere Startchancen als normalgewichtige Kinder.

Abb. 59: Häufigkeit von Behinderungen und Entwicklungsstörungen bei Kindern mit zu niedrigem Geburtsgewicht (in %)



Datenquelle: Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, Einschulungsuntersuchung 2003 im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg, eigene Auswertungen

[205] Datenquelle der Zahlen dieses Abschnittes: Statistisches Landesamt, eigene Berechnungen

[206] Das Geburtsgewicht wurde in späteren Einschulungsuntersuchungen nicht erhoben.

3.2 Fehlbildungen, Behinderungen und Entwicklungsauffälligkeiten

3.2.1 Angeborene Fehlbildungen

Angeborene Fehlbildungen gehören zu den häufigsten Todesursachen im ersten Lebensjahr. In Baden-Württemberg starben im Jahr 2007 10 von 10.000 Lebendgeborenen an angeborenen Fehlbildungen, Deformitäten oder Chromosomenanomalien (ICD-10, Q00-Q99). Sie können aufgrund einer Störung der Entwicklung im Embryonalstadium durch chromosomale Veränderungen, Noxen (z.B. Alkohol, Medikamente), Infektionen oder Stoffwechselerkrankungen der Mutter entstehen. Bei den meisten Fehlbildungen sind die Ursachen jedoch unklar.

Kinder, die mit Fehlbildungen geboren werden, haben nicht nur ein höheres Sterberisiko, sondern sind häufig auch in ihrer weiteren Entwicklung beeinträchtigt und müssen mit dauerhaften Behinderungen leben. Zur Häufigkeit angeborener Fehlbildungen und Anomalien gibt es keine flächendeckende standardisierte Erhebung in Deutschland, und auch für Baden-Württemberg stehen keine Daten zur Verfügung. Derzeit werden lediglich auf regionaler Ebene angeborene Fehlbildungen systematisch erfasst und erforscht. Das an der Universität Magdeburg angesiedelte Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt und das Geburtenregister Mainzer Modell an der Universitätskinderklinik Mainz sammelt für Sachsen-Anhalt bzw. die Region Rheinhessen Daten zu Fehlbildungen bei Lebendgeborenen, Totgeborenen, induzierten Aborten und Spontanaborten einschließlich anamnestischer Daten zu möglichen Risikofaktoren. Informationen zur Prävalenz angeborener Fehlbildungen existieren lediglich auf Basis dieser Datenquellen.[207]

Nach dem Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt hatten im Jahr 2007 3,4% der geborenen Kinder oder Aborte eine oder mehrere große Fehlbildungen.[208] Das Mainzer Geburtenregister kommt auf einen Anteil von 6,4% der seit 1990 erfolgten Geburten und Aborte; dabei sind das Muskel- und Skelettsystem (2,4%), das Herz-Kreislauf-System (1,5%), das interne Urogenitalsystem (1,1%) und das Zentrale Nervensystem (0,7%) die am häufigsten betroffenen Organsysteme [209]. Zu den häufigsten Einzeldiagnosen im Zeitraum 1997-2004 gehören[210]:

- Vorhof- und Ventrikelseptumdefekte (Herzfehler), die bei 78 von 10.000 Geborenen festgestellt wurden. Aufgrund der großen Behandlungsfortschritte überleben inzwischen ca. 90% der Kinder und erreichen das Erwachsenenalter. Allerdings ist das Leben häufig mit körperlichen Einschränkungen verbunden.

---

[207] Eine Ausnahme gibt es im Hinblick auf angeborene Herzfehler. Das Kompetenznetz Angeborene Herzfehler in Berlin (http://www.kompetenznetz-ahf.de/) arbeitet an einem nationalen Register für angeborene Herzfehler. In diesem Register werden deutschlandweit Kinder und Erwachsene mit angeborenem Herzfehler erfasst. Darüber hinaus werden im Rahmen einer epidemiologischen Studie alle nach dem 1. Juli 2006 Lebendgeborenen mit einem angeborenen Herzfehler erfasst (PAN-Studie)

[208] Pötzsch, S. u. a.: Jahresbericht des Bundeslandes Sachsen-Anhalt zur Häufigkeit von congenitalen Fehlbildungen und Anomalien sowie genetisch bedingten Erkrankungen 2007. Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, September 2008

[209] Queißer-Luft, A.; Spranger, J.: Fehlbildungen bei Neugeborenen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 38, 22. September 2006, S. A2464-A2471

[210] Quelle der Prävalenzen: Pötzsch, S.; Hoyer-Schuschke, J.; Köhn, A., Kawa, S.: Prävention angeborener Fehlbildungen – Ein Beitrag des „Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt“. Poster zum 1. Nationalen Präventionskongreß Dresden, Dezember 2005

- obstruktive Nierenerkrankungen (27,5 von 10.000 Geborenen), worunter Veränderungen der Niere aufgrund von Abflussstörungen der ableitenden Harnwege zu verstehen sind, z.B. bei Stenosen der Harnleiter
- Klumpfuß (20 von 10.000 Geborenen), eine Fehlstellung des Fußes, bei der durch Verkürzung der Achillessehne die Ferse nach oben und Vorfuß und Zehen nach innen zeigen. Gehen ist nur auf den Fußaussenkanten möglich. Die Fehlstellung lässt sich durch Gipsbehandlung, operative Eingriffe und Krankengymnastik meist gut korrigieren.
- Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten (16,9 von 10.000 Geborenen), die häufig mit Atembeschwerden, Problemen bei der Nahrungsaufnahme, Mittelohrentzündungen und Sprechproblemen einhergehen. Die Spalte wird in mehreren Schritten operativ verschlossen. Die langwierige Therapie erfolgt im Verbund von Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Kieferorthopäden, Zahnärzten, HNO-Ärzten und Logopäden. Um eine solche interdisziplinäre Behandlung zu gewährleisten, wurden an viele Kliniken Deutschlands so genannte „Spaltzentren“ eingerichtet.
- Trisomie 21 (16,5 von 10.000 Geborenen), eine Chromosomenstörung, bei der die Zahl der Chromosomen um eins erhöht ist. Die auch als Down-Syndrom bekannte Störung äußert sich in geistiger Retardierung, Kleinwuchs, körperlichen Deformitäten, Muskelschwäche, organischen Anomalien und Funktionsstörungen, insbesondere Herzfehler. Die Entwicklung der Kinder ist verzögert, insbesondere im motorischen, sprachlichen und intellektuellen Bereich. Durch Behandlung der begleitenden organischen Störungen und frühzeitige Förderung (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie) kann die Lebenssituation der Kinder erheblich verbessert werden. Das Risiko, ein Kind mit Down-Syndrom zu gebären, steigt mit dem Alter der Mutter.
- Mikrocephalus (11,4 von 10.000 Geborenen), ein zu kleiner Kopfumfang, häufig einhergehend mit weiteren Fehlbildungen und geistiger und körperlicher Behinderung
- Neuralrohrdefekte (10,9 von 10.000 Geborenen), die bei unvollständigem Verschluss des Schädels oder der Wirbelsäule während der Embryonalentwicklung entstehen. Die beiden Hauptformen sind die Anenzephalie, eine unvollständige Ausbildung des Schädels und des Gehirns, die zum Tod des Kindes vor oder kurz nach der Geburt führt, und die häufigere spina bifida, eine Verschlussstörung der Wirbelsäule (offener Rücken), die je nach Ausmaß der Rückenmarksschädigung mit unterschiedlich schweren Beeinträchtigungen der Muskelfunktion bis hin zur Querschnittslähmung und mit Störungen der Blasen- und Darmfunktion einhergeht. Die meist lebenslang erforderliche medizinische Behandlung ist vom Ausmaß der Schädigung abhängig und kann operative, medikamentöse, krankengymnastische und orthopädische Maßnahmen beinhalten. Als eine der Ursachen von Neuralrohrverschlussstörungen wird u. a. ein Folsäuremangel während der Schwangerschaft betrachtet, weshalb die präventive Einnahme von Folsäure vor und während der Schwangerschaft empfohlen wird.

Die gesundheitliche Lage von Kindern mit Fehlbildungen lässt sich durch eine geeignete medizinische Behandlung meistens verbessern oder sogar normalisieren. Nach der Krankenhausstatistik waren im Jahr 2007 in Baden-Württemberg 3,9% der dort lebenden Kinder unter 1 Jahr und 0,5% aller Kinder unter 15 Jahren wegen einer angeborenen Fehlbildung (ICD-

10, Q00-Q99) in einem Krankenhaus in vollstationärer Behandlung.[211] Eine Therapie angeborener Fehlbildungen ist aber nicht in jedem Fall möglich oder so erfolgreich, dass das Kind ein normales Leben führen kann. Häufig bleiben dauerhafte Behinderungen zurück, und es sind Entwicklungsverzögerungen möglich.

3.2.2 Behinderungen

Es gibt keine verbindliche medizinische Definition von Behinderungen. Im Allgemeinen wird unter einer Behinderung eine dauerhafte Funktionsstörung verstanden, die die Aktivitäten des täglichen Lebens erschweren oder einschränken. Nach dem Sozialgesetzbuch IX (§ 2, Abs. 1) sind Menschen behindert, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ Es werden verschiedene Grade der Behinderung (GdB) unterschieden. Ab einem GdB von mindestens 50 gilt man als schwerbehindert und hat Anspruch auf verschiedene Vergünstigungen.

Neben verschiedenen Schweregraden können mehrere Arten der Behinderung unterschieden werden. Im Allgemeinen wird in Anlehnung an die bestehenden sonderpädagogischen Fachrichtungen zwischen folgenden Behinderungsformen differenziert:

- Sehbehinderungen
- Hörbehinderungen
- Sprachbehinderungen
- Körperbehinderungen
- Seelische Behinderungen
- Geistige Behinderungen
- Lernbehinderungen

Daten zur Häufigkeit von Behinderungen sind im Wesentlichen aus drei Datenquellen zu entnehmen: der Schwerbehindertenstatistik, der Kinder- und Jugendhilfestatistik und der Schulstatistik. Die Schwerbehindertenstatistik[212] erfasst nur Personen, die einen Grad der Behinderung von 50 und mehr haben und über einen Schwerbehindertenausweis verfügen. In Baden-Württemberg war 2007 knapp 1% der Kinder unter 15 Jahren schwer behindert (Tab. 20). Der Anteil der schwer behinderten Kinder wies in den letzten Jahren in allen Altersgruppen ein konstantes Niveau auf. Die meisten Behinderungen bei Kindern sind eine Folge von Erkrankungen. Im Jahr 2007 wiesen nur 31% der in Deutschland lebenden schwer behinderten Kinder unter 15 Jahren eine angeborene Behinderung auf. Bei 57% der Kinder war die Behinderung dagegen auf eine Krankheit zurückzuführen.

[211] Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern; s. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Ad-hoc-Tabelle „Diagnosedaten der Krankenhäuser nach Wohnsitz“

[212] Die Schwerbehindertenstatistik wird nur alle zwei Jahre erstellt. Die aktuellsten veröffentlichten Daten stammen aus der Erhebung von 2007.

Tab. 20: Schwerbehinderte Kinder in Baden-Württemberg 2007

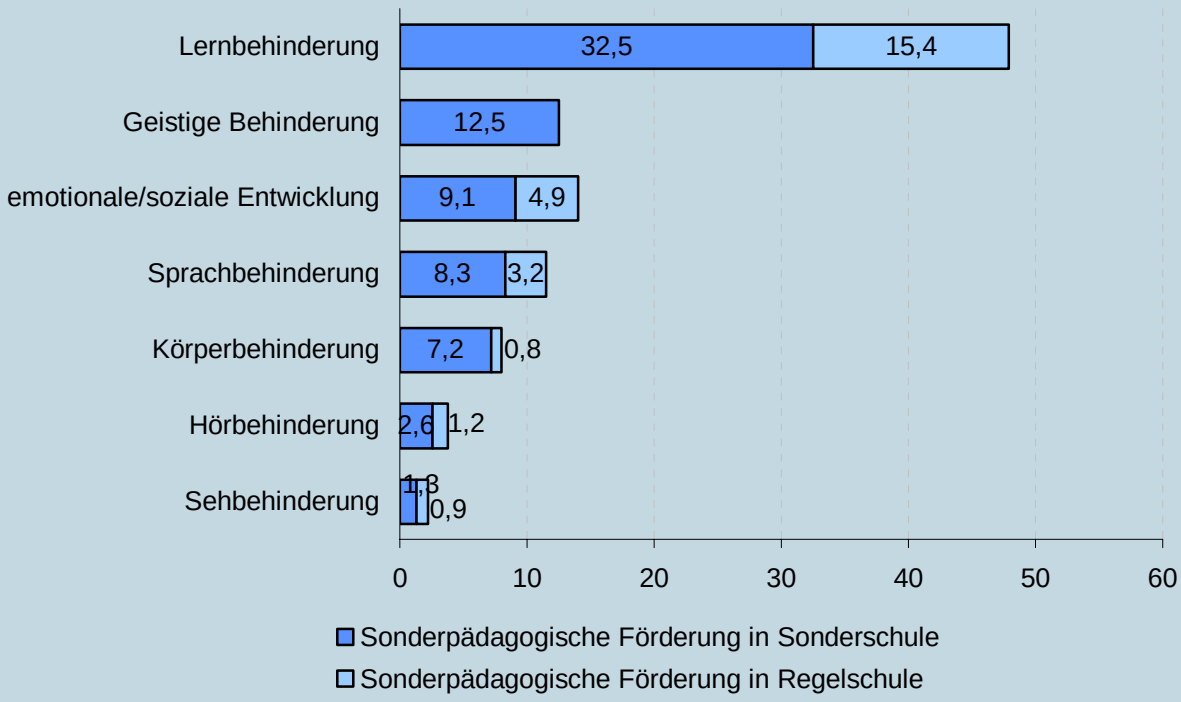
	Altersgruppe			
	< 4 Jahre	4 bis unter 6 Jahre	6 bis unter 15 Jahre	< 15 Jahre gesamt
Schwerbehinderte je 10.000 der Bevölkerung	51	91	118	99
davon mit (in %):				
Behinderungen des Bewegungsapparates	5,2	5,9	6,3	6,2
Verlust/Funktionseinschränkung von Gliedmaßen	4,1	4,5	5,3	5,1
Funktionseinschränkung Wirbelsäule/ Rumpf	0,7	0,9	0,8	0,8
Querschnittslähmung	0,4	0,6	0,3	0,3
Sehbehinderung	2,5	2,5	3,6	3,4
Hör- und/oder Sprachbehinderung	6,2	6,4	6,2	6,2
Beeinträchtigung der Funktion von				
Herz-Kreislauf	8,7	4,3	2,8	3,7
Atemwege	3,2	1,7	1,5	1,7
Verdauungsorgane	4	2,5	1,2	1,7
Harn- und Geschlechtsorgane	1,3	1,3	1,2	1,3
Stoffwechsel	3,3	7,2	10,6	9,3
Blut	2,9	4,1	2,6	2,8
Hirnorganischen Störungen	8,6	9,6	11,8	11,1
Hirnorganischen Anfällen	4,2	5,3	5,5	5,3
Hirnorganischem Psychosyndrom	4,4	4,3	6,3	5,8
Geistiger Behinderung, Lernbehinderung	19,2	24,5	31	28,8
Psychischen Behinderungen	0,2	0,9	1,7	1,4
Sonstigen Behinderungen	34,8	28,8	19,4	22,3

Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Statistische Berichte, Schwerbehinderte Menschen in Baden-Württemberg am 31.12.2007, eigene Berechnungen

Die Gesamtzahl aller behinderten Kinder, also auch der Kinder ohne Schwerbehindertenausweis, lässt sich nur ungenau angeben, zumal die Übergänge zwischen bloßen Entwicklungsverzögerungen und leichten Behinderungen fließend sind. Was die Kinder im Kindergartenalter betrifft, so kann die Zahl der Kinder, die eine sonderpädagogische Förderung in einem allgemeinen Kindergarten, einem Schulkindergarten oder einer Grundschulförderklasse erhalten, als Anhaltspunkt herangezogen werden. Dies waren im Schuljahr 2007/8 in Baden-Württemberg zusammengenommen 17.058 Kinder, was einem Anteil von 4,6% der 3- bis 6-

Jährigen entspricht.[213] Im Hinblick auf die Kinder im Schulalter ergibt sich ein Anteil von rund 5% der 6- bis 18-jährigen, die eine Sonderschule besuchen oder eine sonderpädagogische Förderung in einer Regelschule erhalten. In Baden-Württemberg hatte im Schuljahr 2007/8 etwa die Hälfte der behinderten Schulkinder eine Lernbehinderung (Abb. 60). Für jeweils mehr als 10% der Schüler/innen bestand ein sonderpädagogischer Förderbedarf in den Bereichen emotionale/soziale, geistige und sprachliche Entwicklung. Körperliche Behinderungen bestanden bei 8% der Kinder, während Behinderungen aufgrund des Sehvermögens oder des Gehörs vergleichsweise selten waren.[214]

Abb. 60: Verteilung der sonderpädagogisch geförderten Schüler/innen in Baden-Württemberg nach Art der Behinderung, Schuljahr 2007/8 (in %)



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 1, Bildung und Kultur, Schuljahr 2007/8, eigene Berechnungen

Als weitere Datenquelle zur Ermittlung des Anteils behinderter Kinder stehen die Einschulungsuntersuchungen zur Verfügung. Bei der Einschulungsuntersuchung für das Schuljahr 2008/9 stellten die Schulärzte/innen für 6,7% der im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg lebenden Kinder einen besonderen Beschulungsbedarf fest, wobei Jungen und ausländische Kinder vergleichsweise häufig einer sonderpädagogischen Förderung bedürfen (vgl. Kap. 1.4.1).

[213] Landesinstitut für Schulentwicklung, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hg.): Sonderpädagogische Förderung in Baden-Württemberg. Stuttgart 2009

[214] Für den Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg liegen lediglich die Schülerzahlen an *öffentlichen* Sonderschulen vor. Im Schuljahr 2007/8 hatten 49% dieser Schüler/innen eine Lernbehinderung, weitere 16% waren geistig behindert, 13% sprachbehindert, 10% körperlich behindert, 7% sehbehindert und 6% hörbehindert. Zu berücksichtigen ist, dass diese Werte für die im Kreis lebenden behinderten Kinder nur begrenzt aussagekräftig sind, zum einen weil die Schulen zum Teil auch von Kinder aus anderen Kreisen besucht werden, zum anderen weil die Kinder auch andere Schulen innerhalb und außerhalb des Kreises besuchen.

Behinderungen in einem Bereich können Entwicklungsauffälligkeiten in anderen Bereichen nach sich ziehen. Beispielsweise können Hörbehinderungen die Sprachentwicklung beeinträchtigen. Umgekehrt drohen bei Entwicklungsauffälligkeiten dauerhafte Behinderungen, wenn ein Kind nicht frühzeitig durch entsprechende Maßnahmen gefördert wird (Kap. 1.6.4).

3.2.3 Entwicklungsauffälligkeiten

Unter Entwicklungsauffälligkeiten sind Abweichungen von der normalen Entwicklung zu verstehen, die einer diagnostischen Abklärung bedürfen. Insbesondere ist dabei zu untersuchen, ob es sich um eine bloße Entwicklungsverzögerung oder um eine ernste Entwicklungsstörung handelt. Eine Entwicklungsverzögerung liegt vor, wenn ein Kind hinter der normalen altersgemäßen Entwicklung zurückbleibt, aber der Rückstand durch entsprechende Förderung verringert oder aufgeholt werden kann. Eine Entwicklungsstörung hat dagegen Krankheitswert und kann trotz Behandlung zu einer bleibenden Behinderung führen. Entwicklungsstörungen sind in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) aufgeführt und gehören zur Gruppe der Psychischen und Verhaltensstörungen (F00-F99). Sie beruhen auf einer Störung der Informationsverarbeitung, die mit der biologischen Reifung des zentralen Nervensystems zusammenhängt und sich schon in frühester Kindheit manifestiert. Während Entwicklungsverzögerungen sich als Folge von Erkrankungen, Unfällen, Schädigungen während der Schwangerschaft oder der Geburt, psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen ergeben, schließt die Diagnose einer Entwicklungsstörung körperliche Schädigungen, psychische und soziale Faktoren sowie eine allgemeine Intelligenzminderung als Ursachen aus.

Entwicklungsauffälligkeiten werden von Eltern und Erziehern/innen beobachtet und im allgemeinen von den Kinderärzten/innen bereits bei den Früherkennungsuntersuchungen erkannt. Spätestens jedoch bei den Einschulungsuntersuchungen werden Entwicklungsauffälligkeiten durch die Schulärzte/innen festgestellt und dokumentiert. Daten zur Häufigkeit von Entwicklungsauffälligkeiten können aus den Einschulungsuntersuchungen entnommen werden und liegen auch für den Rhein-Neckar-Kreis und die Stadt Heidelberg vor. Im Folgenden sollen Auffälligkeiten der Sprachentwicklung und der motorischen Entwicklung der Kinder erläutert werden.

3.2.3.1 Sprachentwicklung

Die sprachlichen Fähigkeiten eines Kindes sind für den Lernerfolg in der Schule von erheblicher Bedeutung. Nicht nur das Erlernen von Lesen und Schreiben, sondern auch das Begreifen von Unterrichtsinhalten, die Aufnahme von Informationen und die Kommunikation mit anderen erfordern einen altersgemäßen Sprachstand. Daher ist eine ausreichende Sprachkompetenz eine wesentliche Voraussetzung der Schulfähigkeit eines Kindes. Der Sprachstand wird seit vielen Jahren im Rahmen der Einschulungsuntersuchung standardisiert erfasst.[215]

Bei der Beurteilung der Sprachentwicklung von Kindern dienen Wortschatz, Sprachverständnis, Artikulation und Grammatik als Kriterien. Die letzte Einschulungsuntersuchung im Jahr 2008

[215] Nach der neu konzipierten Einschulungsuntersuchung, die Ende 2008 flächendeckend in Baden-Württemberg eingeführt wurde, werden sprachliche Fähigkeiten schon im vorletzten Kindergartenjahr überprüft, um möglichst frühzeitig vorhandene Defizite zu erkennen und entsprechende Fördermaßnahmen einleiten zu können.

ergab bei mehr als 10% der Kinder im Rhein-Neckar-Kreis einen auffälligen Befund der Sprachentwicklung, wobei nur bei etwas mehr als der Hälfte dieser Kinder bereits eine Behandlung erfolgte (Tab. 21). In den Jahren zuvor hatte der Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten der Sprachentwicklung ähnlich hoch gelegen. Auffälligkeiten der Artikulation, d.h. der Bildung von Lauten und Lautverbindungen, wiesen fast 16% der Kinder auf. Jungen haben sowohl im Hinblick auf die Artikulation als auch die Sprachentwicklung insgesamt häufiger Defizite als Mädchen. Darüber hinaus ist bei Kindern mit Migrationshintergrund die Sprachentwicklung wegen deutschen Sprachdefiziten häufiger beeinträchtigt als bei deutschen/deutschsprachigen Kindern.

Tab. 21: Sprachauffälligkeiten bei Schulanfängern im Rhein-Neckar-Kreis 2008

	Sprachentwicklung			Artikulation			Ergebnis HASE[1]	
	unauffällig %	auffällig, in Behandlung %	auffällig, nicht in Behandlung %	unauffällig %	auffallig, in Behandlung %	auffällig, nicht in Behandlung %	therapiebedürftig %	sprachförderbedürftig %
insgesamt	89,5	6,1	4,4	84,1	8	7,8	4,2	14,7
Jungen	87,6	7,7	4,7	81,6	10	8,4	4,8	14,8
Mädchen	91,6	4,4	4	86,9	5,9	7,2	3,6	14,6
Deutsche	90	6	4	84,2	8,1	7,7	3,6	11,2
Ausländer	84	8,1	7,9	83,3	7,6	9,1	11,2	51,4
Sprache[2]								
deutsch	91,3	5,3	3,4	84,6	8	7,4	2,9	7
deutsch u. andere	86,2	6,1	7,8	85	6,1	8,9	6,5	31,3
nur andere	85,7	7,9	6,4	83,4	8	8,6	8,2	41,1

[1] Heidelberger auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung (HASE); therapiebedürftig = weniger als 6 von 10 Sätzen und weniger als 6 von 10 Kunstwörtern wurden richtig nachgesprochen; sprachförderbedürftig = weniger als 6 von 10 Sätzen wurden richtig nachgesprochen

[2] Sprache, die mit dem Kind bevorzugt in den ersten drei Lebensjahren gesprochen wurde

Datenquelle: Einschulungsuntersuchung 2008, Rhein-Neckar-Kreis, eigene Auswertungen

Seit 2004 wird im Rhein-Neckar-Kreis zur Sprachstanderhebung auch das „Heidelberger auditive Screening in der Einschulungsuntersuchung (HASE)“ verwendet.[216] Der Test umfasst drei Aufgaben: das Nachsprechen von Sätzen (NS), das Wiedergeben von Zahlen-Folgen (WZ) und das Nachsprechen von Kunstwörtern (NK). Bei 6-jährigen Kindern gelten weniger als 6 von 10 richtige Angaben sowohl bei NS als auch bei NK als therapiebedürftig. Ein Ergebnis von weniger als 6 richtigen Angaben nur beim Nachsprechen von Sätzen liegt meist an mangelhaften Deutschkenntnissen und begründet eine vorschulische Sprachförderung. Nach der

[216] Vgl. Roos, J.; Schöler, H.; Treutlein, A.: Zur prognostischen Validität des Heidelberger Auditiven Screenings in der Einschulungsdiagnostik HASE. Abschlussbericht des Projektes EVER. Pädagogische Hochschule Heidelberg, Februar 2007

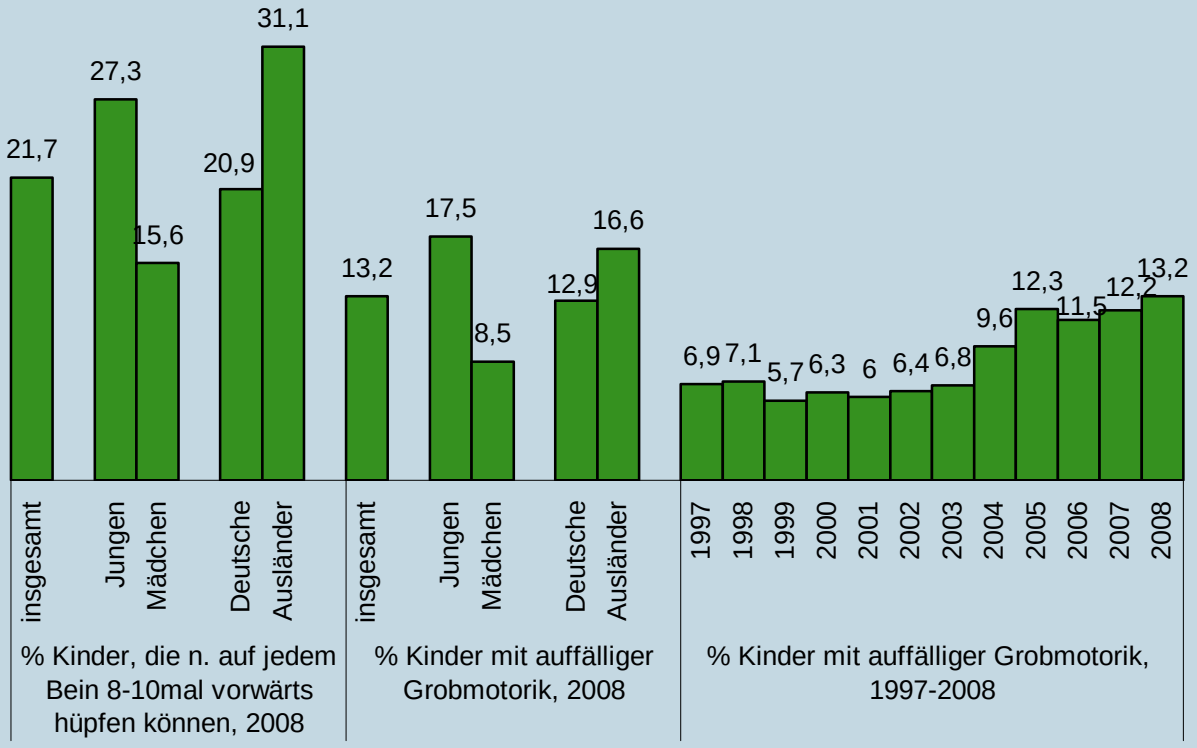
Einschulungsuntersuchung 2008 können 4,2% der zum Schulbesuch angemeldeten Kinder im oben genannten Sinne als Risikokinder betrachtet werden; sie benötigen logopädische Hilfe. Kinder mit Migrationshintergrund sind wesentlich häufiger betroffen als deutsche/deutschsprachige Kinder. Der Unterschied zwischen deutschen und ausländischen Kindern ist erwartungsgemäß besonders beim Nachsprechen von Sätzen groß: 51% der ausländischen Kinder haben hier erhebliche Probleme und sollten Sprachförderung erhalten.

3.2.3.2 Motorische Entwicklung

Im Hinblick auf die motorische Entwicklung kann zunächst zwischen der Grobmotorik und der Feinmotorik unterschieden werden.

Die Grobmotorik wird bei der Einschulungsuntersuchung anhand des Einbeinhüpfens beurteilt. Ein Kind sollte bei der Einschulung mindestens 8mal auf jedem Bein vorwärts hüpfen können. Dies konnten im Jahr 2008 weniger als vier Fünftel der im Rhein-Neckar-Kreis untersuchten Kinder (Abb. 61). Insgesamt wurde die grobmotorische Entwicklung bei 13% der Kinder als

Abb. 61: Grobmotorische Defizite bei Schulanfängern im Rhein-Neckar-Kreis



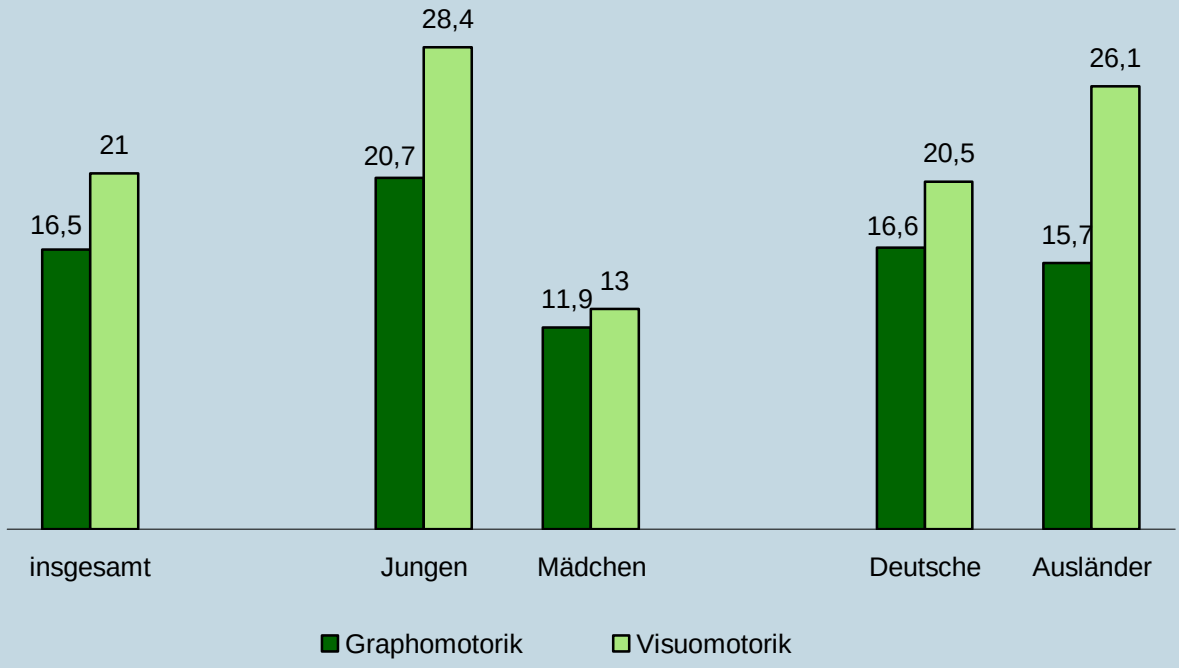
Datenquelle: Einschulungsuntersuchungen Rhein-Neckar-Kreis, 1997-2008, eigene Auswertungen

auffällig beurteilt. Jungen hatten häufiger grobmotorische Defizite als Mädchen und Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit schnitten schlechter ab als deutsche Kinder. Im Vergleich der letzten 10 Jahre ist bei Jungen wie Mädchen und bei deutschen wie ausländischen Kindern eine Zunahme des Anteils der grobmotorisch auffälligen Kinder seit etwa 5 Jahren festzustellen. Dies

entspricht dem aus einzelnen Studien bekannten Ergebnis einer sich verschlechternden motorischen Leistungsfähigkeit von Kindern.[217]

Im Bereich der Feinmotorik wurden bei den Einschulungsuntersuchungen der letzten Jahre die Graphomotorik und die Visuomotorik der Kinder bewertet. Die Graphomotorik betrifft die Fähigkeiten der Hände und Finger zu differenzierten Bewegungen, welche Voraussetzung für das Schreibenlernen sind. Auch die Visuomotorik, d.h. die handmotorischen Umsetzung des Gesehenen, die Auge-Hand-Koordination, muss dazu ausreichend entwickelt sein. Im Jahr 2008 waren im Rhein-Neckar-Kreis 16% der Kinder im Hinblick auf die Graphomotorik und 21% der Kinder im Hinblick auf die Visuomotorik auffällig (Abb. 62). Auch hier weisen Jungen häufiger als Mädchen Defizite auf. Die zeitliche Entwicklung zeigt keinen eindeutigen Trend.

Abb. 62: Zum Schulbesuch angemeldete Kinder im Rhein-Neckar-Kreis mit auffälligem Befund der Graphomotorik und der Visuomotorik (in %)



Datenquelle: Einschulungsuntersuchung Rhein-Neckar-Kreis, 2008, eigene Auswertungen

[217] vgl. Schubert, I.; Horch, K. u. a.: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut, Berlin 2004, S. 73f

3.3 Krankheiten

3.3.1 Infektionskrankheiten

Infektionskrankheiten sind aufgrund verbesserter hygienischer Bedingungen und Maßnahmen der Impfprävention in den letzten Jahrzehnten in Deutschland wie in anderen Industrienationen zurückgegangen. Sie spielen als Todesursache im Kindesalter heute nur noch eine geringe Rolle (vgl. Kap. 3.1.2), nicht zuletzt weil auch die Behandlungsmöglichkeiten effektiver als in der Vergangenheit sind. Dennoch stellen Infektionskrankheiten immer noch die mit Abstand häufigsten Erkrankungen im Kindesalter dar. Dabei spielen Probleme mit multiresistenten Erregern und deren eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten wie in der Erwachsenenmedizin eine immer größere Rolle. Nach dem ADT-Panel[218] des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung betrafen die 30 häufigsten im Jahr 2007 in Kinderarztpraxen gestellten Diagnosen zu mehr als einem Drittel Infektionskrankheiten. Dabei machten Atemwegsinfektionen den größten Anteil aus. Aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) liegen Daten zur Prävalenz von Infektionskrankheiten in Deutschland vor (Tab. 22). Auch diese Daten zeigen, dass die Atemwege am häufigsten betroffen sind. Kinder im Kindergartenalter erkranken am häufigsten.

Tab. 22: Prävalenz[1] von Infektionskrankheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2003-2006

	gesamt %	0-2 J. %	3-6 J. %	7-10 J. %	11-13 J. %	14-17 J. %
Atemwegsinfektionen						
Erkältung	88,5	87,5	93,9	89	86	85,9
Bronchitis	19,9	25,6	29,4	18,4	15,1	13,5
Angina	18,5	10,5	22,7	19	18,2	19,2
Otitis Media	11	18,9	22,9	8,6	4,3	3,5
Pseudokrupp		7,8	9,3	3,2		
Lungenentzündung	1,5	2,7	3	0,9	0,9	0,5
Magen-Darm-Infekte	46,8	47,6	58,9	52,1	42,9	34,6
Kinderkrankheiten						
Keuchhusten	8,7	0,4	1,8	4	12,3	20,9
Masern	7,4	0,4	1,7	5,2	11,1	15,8
Mumps	4	0,2	0,6	1,5	4,5	11,3
Röteln	8,5	1	2,9	6,1	10,7	18,8
Windpocken	70,6	12,4	61,3	86,3	87	85,8
Scharlach	23,5	1,9	18,8	29,8	31,5	29,3

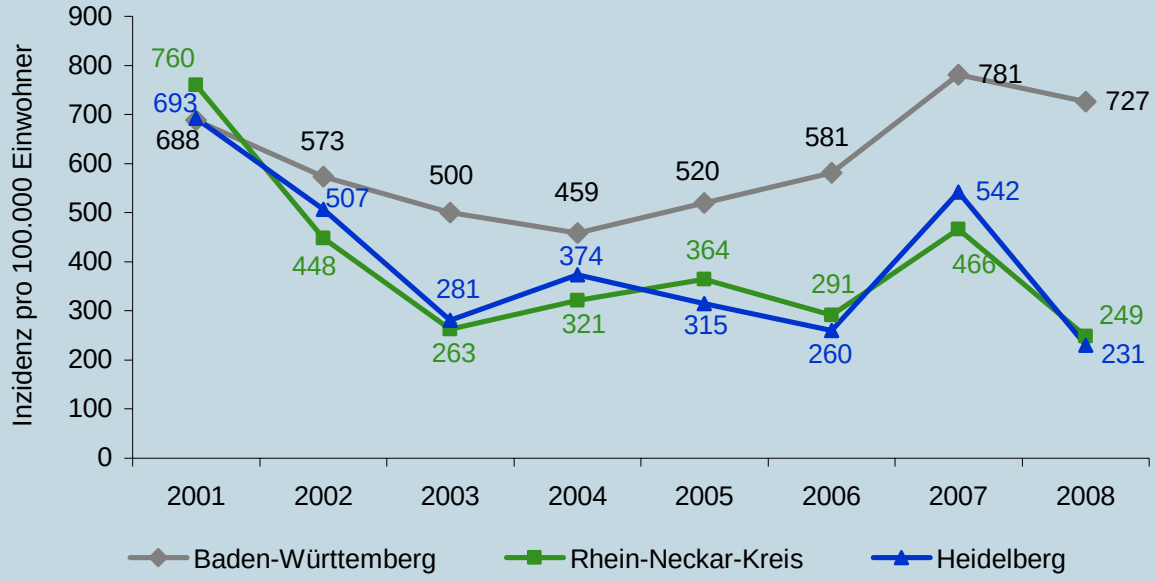
1 Jahresprävalenz; bei Kinderkrankheiten Lebenszeitprävalenz

Datenquelle: Kamtsiuris, P.; Atzpodien, K.; Ellert, U.; Schlack, R.; Schlaud, M.: Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6 2007, S. 686-700

[218] Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland führt seit 1998 mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Brandenburg das ADT-Panel durch. Hier werden nach jedem Abrechnungsquartal Patienten-, Diagnose- und Arztdaten in anonymisierter Form aus jedem der beiden KV-Bereiche gesammelt und analysiert. Vgl. http://www.zi-berlin.de/, Top „Morbiditätsanalysen“. Die Daten sind über das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zugänglich.

Daten zur Inzidenz liegen nur für meldepflichtige Infektionskrankheiten vor, zu denen die Atemwegsinfekte überwiegend nicht gehören. Die Inzidenz meldepflichtiger Infektionskrankheiten bei Kindern unter 15 Jahren ging im Rhein-Neckar-Kreis zwischen 2001 und 2003 zunächst deutlich zurück, stieg aber bis 2007 insgesamt wieder an (Abb. 63).[219] Im Jahr 2008 sank die Inzidenz im Rhein-Neckar-Kreis wie auch in Heidelberg ganz erheblich; mit 249 bzw. 231 von 100.000 Kindern unter 15 Jahren erreichte die Zahl der gemeldeten Erkrankungsfälle den jeweils tiefsten Stand seit 2001. Die Inzidenz lag wie schon in den vergangenen Jahren, deutlich unter dem Landesdurchschnitt, was vermutlich mit der hohen Kinderarztdichte in der hiesigen Region (vgl. Kap. 1.6.1) und einer guten Versorgung zu erklären ist. Kinder im Alter von 1 bis 5 Jahren waren am häufigsten von einer meldepflichtigen Infektionskrankheit betroffen.

Abb. 63: Inzidenz meldepflichtiger Infektionskrankheiten bei Kindern unter 15 Jahren, 2001-2008



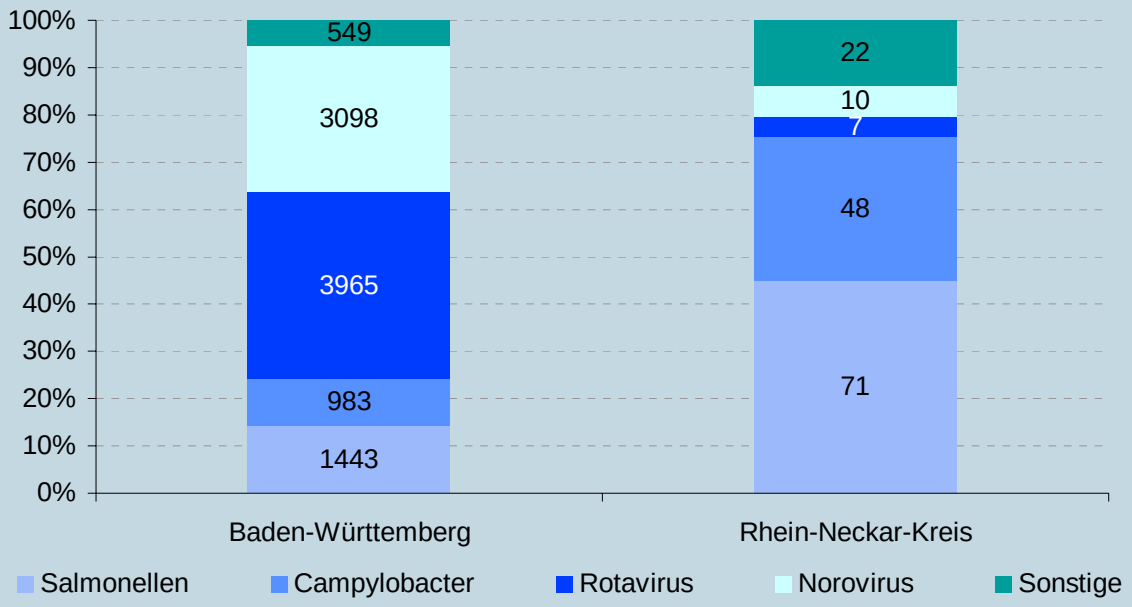
Datenquelle: Robert Koch-Institut: SurvStat, http://www3.rki.de/SurvStat, Datenstand: 24.06.2009

Die meldepflichtigen Infektionskrankheiten stellen überwiegend Magen-Darm-Erkrankungen dar. Insofern überrascht es nicht, dass Magen-Darm-Erkrankungen im betrachteten Zeitraum mit einem Anteil von rund 82% im Rhein-Neckar-Kreis die häufigste Erkrankungsgruppe bei Kindern unter 15 Jahren darstellen. Die häufigsten Erreger im Jahr 2008 waren Salmonellen, gefolgt von Campylobacter, Norovirus und Rotavirus (Abb. 64), während bei Erwachsenen Campylobacter- und Norovirus-Infektionen am stärksten verbreitet waren. Rotavirusinfektionen spielen hauptsächlich bei Kindern in den ersten beiden Lebensjahren eine große Rolle; Noroviren wurden bei vielen Ausbrüchen in Gemeinschaftseinrichtungen (Kindergärten, Schulen) festgestellt. Die Übertragung von Gastroenteritiden erfolgt hauptsächlich durch infizierte und nicht ausreichend erhitzte Lebensmittel. Der fäkal-orale Infektionsweg (Schmierinfektion) ist seltener. Eine Prävention solcher Erkrankungen kann primär nur durch einen sachgerechten Umgang mit Lebensmitteln erfolgen; eine ausreichende Händehygiene ist unbedingt notwendig. Gegen das

[219] Die nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtigen Krankheitsfälle werden seit 2001 vom Robert-Koch-Institut in Berlin erfasst. Fallzahlen und Inzidenzen für verschiedene Bevölkerungsgruppen können online recherchiert werden (s. SurvStat@RKI)

Rotavirus gibt es eine Schutzimpfung; sie ist gegenwärtig in den allgemeinen Impfempfehlungen noch nicht enthalten, wird aber erwartet.

Abb. 64: Erkrankungsfälle durch Magen-Darm-Infektionen bei Kindern unter 15 Jahren nach Art der Erreger, 2008



Datenquelle: Robert Koch-Institut: SurvStat, http://www3.rki.de/SurvStat, Datenstand:24.06.2009

Im Gegensatz zu den meisten Magen-Darm-Infektionen (außer Rotaviren) stehen für viele andere meldepflichtige Infektionskrankheiten Impfstoffe zur Verfügung. Dazu gehören u. a. Krankheiten, für die die Ständige Impfkommission Impfungen bereits im Säuglings- und Kleinkindalter empfiehlt: Diphtherie, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B, Meningokokken, Poliomyelitis, Masern und in Risikogebieten auch Frühsommermeningoenzephaltis (FSME). Diese Impfempfehlungen werden von der Bevölkerung zum großen Teil gut angenommen (vgl. Kap. 2.2). Dementsprechend traten in den letzten Jahren auch keine oder nur eine geringe Anzahl von Neuerkrankungen auf. Im Beobachtungszeitraum 2001-2008 erkrankten zehn Kinder an Masern.[220] An Meningokokken erkrankten sieben Kinder, von denen 1 Kind verstarb.

Die durch den Stich infizierter Zecken übertragene FSME wurde im Rhein-Neckar-Kreis seit 2001 nur bei drei Kindern festgestellt. Alle drei Kinder hatten einen leichten Krankheitsverlauf ohne irreversible Schäden. Wesentlich häufiger ist die ebenfalls durch Zecken übertragene Borreliose, gegen die es keine Impfung gibt, die aber mit Antibiotika behandelbar ist. Da diese Infektion nur in den neuen Bundesländern meldepflichtig ist, liegen für den Rhein-Neckar-Kreis keine Daten zur Zahl der Neuerkrankungen vor. In den neuen Bundesländern ist in den letzten Jahren die Zahl der gemeldeten Neuerkrankungen bei Kindern wie bei Erwachsenen kontinuierlich angestiegen.

[220] Robert-Koch-Institut: SurvStat, http://www3.rki.de/SurvStat, Datenstand: 24.06.2009

Zu den Standardimpfungen im Kindesalter gehören auch die Impfungen gegen Tetanus, Pertussis, Mumps, Röteln und Pneumokokkeninfektionen, für die es jedoch keine bundesweite Meldepflicht nach § 6, 7 IFSG gibt, so dass keine verlässliche Daten zur Erkrankungshäufigkeit im Rhein-Neckar-Kreis vorliegen. Daten über Scharlach, Masern, Windpocken und Keuchhusten liegen nach § 34 IFSG (Meldepflicht von Schulen und Kindergärten) vor.

Meldepflichtig ist hingegen eine Erkrankung an Influenza, gegen die eine Impfung ab dem 6. Lebensmonat möglich ist, aber bisher nicht generell empfohlen wird, sondern nur für Kinder, die aufgrund chronischer Erkrankungen gesundheitlich besonders gefährdet sind. Die sehr teure Diagnostik wird von den Krankenkassen teilweise nicht übernommen und daher vergleichsweise selten veranlasst, was die Meldedaten negativ beeinflusst. Von 2001-2008 sind im Rhein-Neckar-Kreis insgesamt 129 Fälle von Influenza bei Kindern unter 15 Jahren gemeldet worden. Die mit Abstand meisten Influenzaerkrankungen waren im Jahr 2007 mit 69 Krankheitsfällen zu verzeichnen, da von den Firmen teilweise kostenlose Tests zur Verfügung gestellt wurden.

Ebenfalls meldepflichtig ist Tuberkulose. Sie wurde im Zeitraum 2001-2008 bei acht Kindern im Rhein-Neckar-Kreis festgestellt. Alle Kinder sind wieder gesund.

3.3.2 Allergische Erkrankungen

Nach den akuten Infektionen stellen allergische Erkrankungen das häufigste Gesundheitsproblem im Kindesalter dar. Zu den wichtigsten allergischen Krankheitsbildern gehören das Asthma bronchiale, der Heuschnupfen und die Neurodermitis. Diese als Atopien bezeichneten Erkrankungen gehen auf eine genetisch bedingte Disposition zurück, bei Allergenkontakt verstärkt IgE-Antikörper im Blut zu bilden. Es handelt sich folglich um chronische oder chronisch wiederkehrende Erkrankungen, die eine Heilung im engeren Sinne ausschließen und lediglich Beschwerdefreiheit zulassen. Dabei kann sich die Art der Beschwerden im Laufe des Lebens verändern. Allergische Reaktionen manifestieren sich im Säuglings- und Kleinkindalter meist an der Haut (Neurodermitis), während später eher die Atemwege betroffen sind. Atopien stellen die häufigsten chronischen Erkrankungen bei Kindern dar. Sie sind nach den Daten des ADT-Panels unter den 30 häufigsten Diagnosen in Kinderarztpraxen zu finden. Dabei sind Jungen in größerem Umfang betroffen als Mädchen; insbesondere Asthma bronchiale war bei Jungen ein häufigerer Behandlungsanlass als bei Mädchen.

Daten zur Prävalenz von Atopien liegen für Deutschland insgesamt, Baden-Württemberg und den Rhein-Neckar-Kreis vor, wobei aufgrund unterschiedlicher Erhebungstechniken nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit gegeben ist. Für Deutschland stehen aktuelle Daten aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) zur Verfügung. Für Baden-Württemberg und den Rhein-Neckar-Kreis sind Daten aus den Einschulungsuntersuchungen des Jahres 2003 und früherer Jahre vorhanden. In Baden-Württemberg wird außerdem durch die Beobachtungsgesundheitsämter bei Kindern der vierten Klassenstufe seit 1992 - zuletzt in den Winterhalbjahren 2004/5 und 2006/7 - die Häufigkeit von Atemwegserkrankungen und Allergien

über einen Elternfragebogen und einen Allergietest erfasst.[221] Für den Rhein-Neckar-Kreis kann zudem auf die Daten der CBCL-Studie zurückgegriffen werden.

Nach den Daten des KiGGS (vgl. Tab. 23) wurden bei 4,7% der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren nach Angaben der Eltern schon einmal Asthma bronchiale ärztlich diagnostiziert (Lebenzeitprävalenz) und die meisten davon – nämlich insgesamt 3% der Kinder und Jugendlichen – hatte auch in den letzten 12 Monaten Beschwerden (Jahresprävalenz). Unter Asthma bronchiale versteht man eine chronisch-entzündliche Erkrankung der Atemwege, die mit anfallsweise auftretenden reversiblen Verengungen der Bronchien einhergeht und sich in pfeifenden Atemgeräuschen, Atemnot, Husten und Engegefühl in der Brust äußert. Ursache ist eine erhöhte Empfindlichkeit der Bronchien gegenüber einer Vielzahl von Reizen. Dazu gehören Allergene wie z.B. Pollen oder Hausstaubmilben; aber auch chemische und physikalische Umweltreize, körperliche Belastungen und auch psychische Faktoren können einen Asthmaanfall auslösen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass sich im Lebensverlauf eine Asthmaerkrankung manifestiert, erhöht sich mit zunehmender Lebensdauer. Daher steigt die Häufigkeit von Asthma bronchiale mit dem Alter der Kinder an. Während bei weniger als 1% der Kinder unter 3 Jahren schon einmal Asthma bronchiale diagnostiziert wurde, sind es bei den 11- bis 13-Jährigen sowie den 14- bis 17-Jährigen jeweils 7%. Jungen leiden häufiger unter Asthma bronchiale als Mädchen, was bereits aus den Daten des ADT-Panels deutlich wurde.

In Baden-Württemberg wurde von den Bebobachtungsgesundheitsämtern bei etwa 10-jährigen Viertklässlern im Zeitraum 2004/5 eine Lebenszeitprävalenz für Asthma[222] von bis zu 7% ermittelt. Im Zeitraum 2006/7 wurden bei den einzelnen Ämtern Prävalenzen zwischen 1 und 12% ermittelt, bei einem mittleren Wert von 5,5%. Dies liegt im Bereich der Häufigkeit, die sich nach den bundesweiten Daten der KiGGS-Studie ergibt. Die Elternbefragung von Viertklässlern im Rhein-Neckar-Kreis ergibt mit einer Prävalenz von 5,5% einen Wert derselben Größenordnung. Die Daten der Beobachtungsgesundheitsämter weisen in der zeitlichen Entwicklung seit 1992/93 keinen systematischen Trend auf.

Auch die Daten der Einschulungsuntersuchungen im Rhein-Neckar-Kreis zeigen seit mehreren Jahren eine weitgehend stabile Prävalenz. Bei der Einschulungsuntersuchung 2003 gaben 3% der Eltern der etwa 5- bis 6-jährigen Kinder ein Asthmaleiden ihres Kindes an, was mit den Werten für Baden-Württemberg und Deutschland gut übereinstimmt. Darüber hinaus zeigt sich auch hier die etwas höhere Prävalenz bei Jungen im Vergleich zu Mädchen.

Von Heuschnupfen (allergische Rhinokonjunktivitis) ist ein größerer Anteil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland betroffen als von Asthma bronchiale: bei 10,7% der unter 18-Jährigen hat ein Arzt schon einmal Heuschnupfen festgestellt und bei 8,7% machte sich die Krankheit in den letzten 12 Monaten auch bemerkbar. Die allergische Rhinokonjunktivitis ist eine Reaktion der Bindehäute von Augen und Nase auf Allergene aus Pollen, Hausstaubmilben oder Tierhaaren. Sie äußert sich in einer vermehrten Sekretion, Niesreiz, Entzündung, Juckreiz und Schwellung der Schleimhäute und dadurch behinderte Nasenatmung. Jungen leiden auch unter

[221] An der Untersuchung 2004/5 nahmen die Gesundheitsämter in Mannheim, Stuttgart, Calw, Hohenlohe Ludwigsburg und Ravensburg teil; 2006/7 waren die Gesundheitsämter in den Kreisen Breisgau-Hochschwarzwald, Böblingen, Calw, Heilbronn-Land, Hohenlohe, Karlsruhe, Ludwigsburg, Neckar-Odenwald, Ortenau, Ostalb, Rastatt, Ravensburg, Schwarzwald-Baar, und Zollernalb beteiligt.

[222] Die Eltern gaben in einem Fragebogen an, dass ein Arzt bei ihrem Kind schon einmal Asthma diagnostiziert habe.

dieser Erkrankung häufiger als Mädchen. Erwartungsgemäß steigt die Prävalenz von Heuschnupfen mit dem Alter der Kinder an (Tab. 23). Darüber hinaus zeigt sich nach dem KiGGS eine stärkere Verbreitung von Heuschnupfen bei Kindern aus Familien mit höherem Sozialstatus im Vergleich zu Familien mit niedrigem Sozialstatus. Ein entsprechender Zusammenhang mit Merkmalen des sozialen Status ergibt sich auch in der CBCL-Studie.

Tab. 23: Lebenszeitprävalenz von Asthma bronchiale, Heuschnupfen und Neurodermitis

	Asthma bronchiale %	Heu-schnupfen %	Neuro-dermitis %
Deutschland			
KiGGS, 2003-2006, insgesamt[1]	4,7	10,7	13,2
Jungen	5,5	12,4	12,9
Mädchen	3,9	8,8	13,3
0- bis 2-Jährige	0,5	0,5	8,7
3- bis 6-Jährige	2,7	4,9	13,3
7- bis 10-Jährige	4,7	10,5	15,1
11- bis 13-Jährige	7	14,3	14,8
14- bis 17-Jährige	7	18,4	12,9
Baden-Württemberg			
Beobachtungsgesundheitsämter[2]			
2004/5, 10-Jährige	0-7	3-13	13-20
Beobachtungsgesundheitsämter[3]			
2006/7, 10-Jährige	1-12	5-17	12-23
Einschulungsuntersuchung[4]			
2003, 5- bis 6-Jährige	2,5	3,3	6,3
Rhein-Neckar-Kreis			
Einschulungsuntersuchung 2003, 5- bis 6-Jährige	3	3,2	7,5
CBCL-Studie			
1996, 5- bis 6-Jährige	3,2		
2000, 10- bis 11-Jährige	5,5		
2004, 14- bis 16-Jährige, Elternangaben	6,6		
2004, 14- bis 16-Jährige, Schülerangaben	8,7		

Datenquellen:
1 Ergebnisse eigener Analysen auf Grundlage des public use file

2 Regierungspräsidium Stuttgart, Landesgesundheitsamt: Beobachtungsgesundheitsämter. Belastungs- und Wirkungsmonitoring. Untersuchung 2004/5. Stuttgart 2008; angegeben sind die Werte der Gesundheitsämter mit der niedrigsten und der höchsten Prävalenz.

3 Zöllner, I.; Allergien und Atemwegserkrankungen – 16 Jahre Beobachtungsgesundheitsämter. Landesgesundheitsamt Stuttgart. Angegeben sind die Werte der Gesundheitsämter mit der niedrigsten und der höchsten Prävalenz.

4 Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg: Einschulungsuntersuchung 2003. Landesauswertung der Schulärztlichen Untersuchungen für Baden-Württemberg. Tabellenausdruck. Stuttgart 2003.

Die Daten der Beobachtungsgesundheitsämter Baden-Württembergs bestätigen, dass unter Heuschnupfen mehr Kinder leiden als unter Asthma bronchiale. Die Prävalenz lag zuletzt bei 5-17% der Viertklässler, mit einem mittleren Wert von 10,5%. Die Einschulungsdaten des Jahres 2003 ergeben für die 6-Jährigen eine Prävalenz von rund 3%.

Auch vom atopischen Ekzem (Neurodermitis) sind nach dem KiGGS Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus seltener betroffen als Kinder aus Familien mit mittlerem oder höherem Sozialstatus. Neurodermitis ist eine chronische, in Schüben verlaufende entzündliche Hauterkrankung, die mit Rötung, starkem Juckreiz, Schuppung, Bläschen- und Krustenbildung einhergeht. Auslöser der Erkrankung sind insbesondere Allergene aus der Nahrung und der Umwelt.

Mit einer Lebenszeitprävalenz von 13,1% stellt Neurodermitis nach den Daten des KiGGS die am weitesten verbreitete atopische Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren dar (Tab. 23). Sie manifestiert sich im Gegensatz zum Asthma bronchiale und zum Heuschnupfen häufig schon im frühen Kindesalter. So wurde bereits bei 8,6% der unter 3-jährigen Kinder in Deutschland eine Neurodermitis diagnostiziert. In den Altersgruppen der 7- bis 10-jährigen und der 11- bis 13-jährigen ist die Prävalenz mit rund 15% am höchsten.

Die Daten der Beobachtungsgesundheitsämter Baden-Württembergs und der Einschulungsuntersuchungen belegen ebenfalls, dass Neurodermitis die häufigste allergische Erkrankung bei Kindern ist. Bei den Einschulungsuntersuchungen im Rhein-Neckar-Kreis lagen die Lebenszeitprävalenzen im Zeitraum 1998-2003 auf einem relativ stabilen Niveau von 7-8%; für die Erstklässler im gesamten Baden-Württemberg ergibt sich im Jahr 2003 eine Häufigkeit von 6,3%. Damit werden deutlich geringere Prävalenzwerte erreicht, als nach der KiGGS-Studie für Deutschland insgesamt für diese Altersgruppe zutreffen. Dies weist auf erhebliche regionale Unterschiede in Deutschland hin. Die Einschulungsdaten aus Baden-Württemberg bestätigen dies mit einer großen Spannweite der Häufigkeit von Neurodermitis in den verschiedenen Stadt- und Landkreisen, die von 1% (Stadt Ulm) bis 9,9% (Enzkreis) reicht.[223] Auch bei den übrigen atopischen Erkrankungen sind regionale Ungleichheiten in Baden-Württemberg zu beobachten.

3.3.3 Stoffwechselstörungen und Endokrinopathien

Krankheiten des Stoffwechsels und der endokrinen Drüsen sind zum Teil angeboren, und einige davon können im Rahmen des Neugeborenenscreenings erkannt werden. Das Neugeborenenscreening auf angeborene Stoffwechsel- und Hormonstörungen erfolgt wenige Tage nach der Geburt, in der Regel noch in der Geburtsklinik oder ambulant durch den behandelnden Kinderarzt. Es umfasst eine Reihe von seltenen Erkrankungen, die unentdeckt zu schweren Schädigungen des Kindes oder sogar zu seinem Tod führen würden, aber durch diätetische und medikamentöse Maßnahmen behandelt werden können. Das Neugeborenenscreening begann vor mehr als 30 Jahren mit dem Test auf Phenylketonurie (s.u.) und wurde im Laufe der Jahre auf andere Krankheiten ausgeweitet. Aktuell umfasst das Screening 14 angeborene Krankheiten.[224]

[223] Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg: Einschulungsuntersuchung 2003. Landesauswertung der Schulärztlichen Untersuchungen für Baden-Württemberg. Tabellenausdruck. Stuttgart 2003.

[224] Vgl. Deutsche Gesellschaft für Neugeborenen-Screening, Kinder-Richtlinien

Zu den häufigsten angeborenen Stoffwechselstörungen gehört die Phenylketonurie (PKU), bei der die Aminosäure Phenylalanin aufgrund eines genetisch bedingten Enzymdefektes nicht abgebaut werden kann. Wird die Störung nicht rechtzeitig entdeckt, kommt es zu cerebralen Schädigungen. Durch eine Reduktion der Zufuhr von Phenylalanin mit der Nahrung kann dies verhindert werden. Im Nationalen Screeningreport 2006 der Deutschen Gesellschaft für Neugeborenenscreening wird eine Prävalenz von 1: 11.624 für diese Erkrankung angegeben. Vom Neugeborenenscreening des Stoffwechselzentrums am Universitätsklinikum Heidelberg, das die Proben der Neugeborenen aus Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und dem Saarland analysiert, wird eine Prävalenz von 1:11.443 angeben.[225] Übertragen auf den Rhein-Neckar-Kreis bedeutet dies, dass in einem Zeitraum von zwei Jahren mit lediglich einem Neugeborenen mit Phenylketonurie zu rechnen ist.

Das von den Krankenkassen finanzierte Neugeborenenscreening umfasst gegenwärtig nicht die häufigste angeborene Stoffwechselerkrankung in Mitteleuropa – die Mukoviszidose oder zystische Fibrose (CF). Die Häufigkeit der Erkrankung in Deutschland wird nach einem Bericht der WHO auf 1:3.300 Neugeborene beziffert.[226] Auf Wunsch der Eltern kann ein selbst finanzierter Test auf Mukoviszidose jedoch zusätzlich durchgeführt werden. Mithilfe einer einfachen Untersuchung – der chemischen Analyse des Schweißes (Schweißtest) – kann die Erkrankung diagnostiziert werden.

Die Mukoviszidose stellt eine schwerwiegende, auf einem genetischen Defekt beruhende Erkrankung dar, die sich in einer Fehlfunktion sämtlicher Schleimdrüsen äußert. Kennzeichen der Erkrankung ist die vermehrte Produktion eines zähflüssigen Schleims in den Bronchien, der Bauchspeicheldrüse, der Galle, im Dünndarm, in den Speichel- und Schweißdrüsen. Dadurch kommt es zu starken Beeinträchtigungen der Funktion dieser Organe. Die Krankheit ist bisher nicht heilbar; es ist lediglich eine Behandlung der Symptome möglich. Spezielle Zentren/Ambulanzen bieten eine kontinuierliche Betreuung, Versorgung und Schulung von Mukoviszidose-Kranken an. Für die Bewohner des Rhein-Neckar-Kreises sind die CF-Ambulanzen der Universitätsklinik Heidelberg und des Städtischen Klinikums in Mannheim sowie eine weitere Ambulanz in einer kinderpneumologischen Praxis in Mannheim die nächsten Anlaufstellen. Durch insgesamt verbesserte Behandlungsmöglichkeiten, nicht zuletzt auch durch die Einrichtung solcher Zentren, hat sich die Lebenserwartung von Kindern mit Mukoviszidose in den letzten Jahren ständig erhöht und wird gegenwärtig auf über 40 Jahre beziffert.

Die häufigste mit dem Neugeborenenscreening entdeckte angeborene Erkrankung ist die Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion). Sie wird bei etwa einem von 3.000 Neugeborenen gefunden.[227] Ursache ist meist eine fehlende oder ungenügende Entwicklung der Schilddrüse; Jodmangel oder die Schilddrüsenfunktion hemmende Medikamente während der Schwangerschaft und jodhaltige Desinfektionsmittel bei der Geburt könne eine vorübergehende Schilddrüsenunterfunktion des Neugeborenen bedingen. Die von der Schilddrüse produzierten Hormone spielen für viele Stoffwechselvorgänge und die gesamte körperliche und geistige

[225] Universitätsklinikum Heidelberg, Fachinformation Neugeborenenscreening, 2. Auflage 2008

[226] WHO, The Molecular Genetic Epidemiology of Cystic Fibrosis (2004). Report of a Joint Meeting of WHO/ ECFTN/ ICF(M)A/ ECFS

[227] Im Nationalen Screeningreport 2006 der Deutschen Gesellschaft für Neugeborenenscreening (DGNS) wird eine Prävalenz von 1:4.156 angegeben; das für Rheinland-Pfalz, das Saarland und Baden-Württemberg zuständige Labor in Heidelberg ermittelte eine Prävalenz von 1:3.979.

Entwicklung eine wichtige Rolle. Eine Schilddrüsenunterfunktion bei Kindern führt unbehandelt innerhalb kurzer Zeit zu schweren geistigen und körperlichen Entwicklungsstörungen. Daher ist eine frühzeitige Diagnose und Therapie mit Schilddrüsenhormonen erforderlich.

Es gibt auch nicht angeborene Hypothyreosen im Kindesalter, die sich im Laufe des Lebens aber in jedem Alter einstellen können. Die häufigste Ursache ist eine chronische Entzündung der Schilddrüse, die so genannte Hashimoto-Thyreoditis. Hierbei handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung, bei der der Körper Antikörper gegen das Schilddrüsengewebe bildet und dieses zunehmend zerstört. Auch hier muss eine Behandlung mit Schilddrüsenhormonen erfolgen. Schilddrüsenerkrankungen, die mit einer Überfunktion der Schilddrüse einhergehen, treten im Kindesalter sehr selten auf. Insgesamt liegt die Häufigkeit von Schilddrüsenerkrankungen nach den Daten des KiGGS vergleichsweise niedrig. Bei lediglich 1,6% der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren wurde jemals eine Schilddrüsenerkrankung ärztlich diagnostiziert. Bis zum Grundschulalter sind weniger als 1% der Kinder betroffen; danach steigt die Häufigkeit jedoch deutlich an, insbesondere bei den Mädchen: 3,1% der 11- bis 13-jährigen und 5,5% der 14- bis 17-jährigen Mädchen leiden oder litten an einer Schilddrüsenerkrankung im Vergleich zu 1,0 bzw. 1,7% der Jungen.[228]

Noch weitaus seltener ist der Diabetes mellitus, eine weitere chronische endokrine Erkrankung, die mit Störungen insbesondere des Kohlenhydratstoffwechsels, aber auch des Fett- und Eiweißstoffwechsels einhergeht. Nach der KiGGS-Studie beträgt die Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren nur 14 von 10.000. Die Häufigkeit ist im Kleinkind- und Vorschulalter mit 9 bzw. 5 von 10.000 Kindern besonders gering, steigt dann aber im Grundschulalter auf 19 von 10.000 Kindern. Die Einschulungsuntersuchungen in Baden-Württemberg für die ca. 6-jährigen Kinder ergaben im Zeitraum 2000-2003 bei durchschnittlich 6,6 von 10.000 Kindern eine Diabetes-Erkrankung; im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg war mit 3,6 von 10.000 Kindern eine etwas günstigere Situation gegeben.

Beim Diabetes von Kindern und Jugendlichen handelt es sich in mehr als 90% der Fälle um den Typ 1-Diabetes, der durch einen absoluten Mangel an Insulin gekennzeichnet ist.[229] Ursache ist meist eine Zerstörung der Insulin produzierenden Beta-Zellen der Bauchspeicheldrüse, verursacht durch autoimmunologische Prozesse. Der im Kindes- und Jugendalter sehr seltene Typ 2-Diabetes entsteht durch eine verringerte Insulinproduktion und eine verminderte Empfindlichkeit der Körperzellen auf Insulin.

Unbehandelt führt der Mangel an Insulin zu einer starken Erhöhung des Blutzuckerspiegels und zu einem fehlenden Einschleusen von Glukose in die Zelle, wo sie zur Energieerzeugung und -speicherung fehlt. Die Folgen sind Müdigkeit und Kraftlosigkeit. Der Mangel an Insulin bewirkt außerdem einen vermehrten Abbau von Fettgewebe und die Überschwemmung des Blutes mit freien Fettsäuren. Die hohe Blutzuckerkonzentration führt zu einem Ausscheiden von Zucker mit dem Urin, womit gleichzeitig erhebliche Mengen an Wasser und Nährstoffen ausgeschwemmt werden. Es besteht die Gefahr einer totalen Stoffwechselentgleisung, die zum Koma und schließlich zum Tode führen kann. Zu den langfristigen Folgen gehört eine generelle Schädigung der Blutgefäße, die mit einem erhöhten Risiko von Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall,

[228] Zur Datenquelle der hier und im Folgenden dargestellten Ergebnisse des KiGGS vgl. Tab. 22

[229] Vgl. Danne, T. et al.: Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter. In: Diabetologie 2008, 3, Suppl. 2, S. 181-185

Nierenschäden, Verschlüssen der Beinarterien, Erkrankungen der Netzhaut und Nervenschädigungen verbunden ist.

Die Behandlung des Typ 1-Diabetes besteht in erster Linie in der kontinuierlichen Substitution des fehlenden körpereigenen Insulins. In Diabetes-Schulungsprogrammen soll Eltern und Kinder das notwendige Ernährungswissen vermittelt werden sowie die Kenntnisse und Fertigkeiten, die zu einer selbstständigen Kontrolle des Blutzuckerspiegels und zur Verabreichung und Dosierung der Insulingaben erforderlich sind. In der Kinderklinik des Universitätsklinikums Heidelberg gibt es eine Schulungs- und Behandlungseinrichtung für Kinder und Jugendliche mit Typ 1-Diabetes. Bei der Behandlung des Typ 2-Diabetes stehen diätetische Maßnahmen und vermehrte körperliche Aktivität im Vordergrund.

Die Inzidenz des Typ-1 Diabetes im Kindes- und Jugendalter hat in den letzten Jahrzehnten weltweit zugenommen und auch in Deutschland ist ein Anstieg der Neuerkrankungen festzustellen. Das an der Tübinger Universitäts-Kinderklinik seit 1987 bestehende Inzidenz-Register zeigt, dass in Baden-Württemberg bis 2006 jährlich 15,3 von 100.000 Kindern unter 15 Jahren neu an Typ 1-Diabetes erkrankten. Dabei ist die Neuerkrankungsrate zwischen 1987 und 2006 durchschnittlich um 4,4% jährlich angestiegen.[230] Auch andere Studien zeigen einen Anstieg des Diabetes Typ-1 bei Kindern und Jugendlichen. Die Ursache für die zunehmende Zahl von Neuerkrankungen ist bisher nicht bekannt.

Aus den USA, Kanada, Japan und anderen Industrieländern wird auch über einen dramatischen Anstieg von Typ 2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen berichtet, der mit der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas (s. Kap. 3.3.4) erklärt wird.[231] Für Deutschland ist die Datenlage zur Beurteilung der Situation noch unzureichend, doch gibt es auch hier bereits Hinweise auf eine Zunahme der Häufigkeit von Typ 2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. Untersuchungen bei adipösen Jugendlichen kommen zu dem Ergebnis, dass etwa 7% an einer Störung des Zuckerstoffwechsels leiden. Angesichts des auch in Deutschland wachsenden Problems von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen wird eine drastische Zunahme des Typ 2-Diabetes befürchtet.

3.3.4 Adipositas und Übergewicht

Adipositas (Fettleibigkeit) wird als chronische Gesundheitsstörung betrachtet, die mit einem hohen Risiko nicht nur für Diabetes mellitus, sondern auch für weitere Krankheiten und Beschwerden verknüpft ist.[232] Auch in der International Classification of Diseases ist Adipositas als Krankheit aufgeführt (ICD-10: E66). Der Adipositas geht immer Übergewicht voraus, aus dem sich die Fettleibigkeit erst im Laufe von Monaten oder Jahren entwickelt. Übergewicht gilt zwar nicht als krankhaft, ist aber wegen der großen Gefahr der Ausbildung einer Adipositas ein ebenfalls ernst zu nehmendes Gesundheitsproblem, zumal der Übergang von Übergewicht zu

[230] Ehehalt, S.; Willasch, A.; Hub, R.; Ranke, M. B.; Neu, A.: Epidemiologie des Typ-1-Diabetes in Kindes- und Jugendalter in Deutschland – aktuelle Daten aus dem Baden-Württemberger Diabetes-Inzidenzregister. 43. Jahrestagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft, München, 30. April bis 3. Mai 2008

[231] Vivian, E. M.: Type 2 Diabetes in Children and Adolescents – The Next Epidemic? In: Current Medical Research and Opinion, 2006, 22 (2), S. 297-306

[232] Vgl. Deutsche Adipositas Gesellschaft, Leitlinien für Diagnostik, Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (S2-Leitlinie Version 2008)

Adipositas fließend ist und die Unterscheidung auf einer letztendlich willkürlichen Grenzziehung beruht.

Adipositas und Übergewicht werden anhand des Body Mass Index (BMI = Körpergewicht in kg/Körpergröße in m^2) definiert. Während für Erwachsene Adipositas und Übergewicht durch jeweils feste Grenzwerte definiert sind, müssen für Heranwachsende aufgrund der entwicklungsbedingten Veränderungen der Körpermasse alters- und geschlechtsspezifische Grenzwerte zur Definition herangezogen werden. Von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) werden alters- und geschlechtsspezifische Grenzwerte empfohlen, die auf den BMI-Werten von rund 34.000 Kindern und Jugendlichen aus verschiedenen Regionen Deutschlands zwischen 1985 und 1999 beruhen. Der BMI-Wert, der dem jeweils 90. Perzentil der Verteilung der BMI-Werte für Jungen und Mädchen eines bestimmten Alters entspricht, wurde als Grenzwert zwischen Normal- und Übergewicht festgelegt, der BMI-Wert des 97. Perzentils als Grenzwert zwischen Übergewicht und Adipositas.[233] In den meisten Untersuchungen zu Adipositas und Übergewicht von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wird auf diese Referenzwerte Bezug genommen.

3.3.4.1 Prävalenz von Adipositas und Übergewicht

Bereits aus verschiedenen regionalen und altersgruppenspezifischen Erhebungen in Deutschland ergaben sich Hinweise, dass Adipositas und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland in den letzten Jahren zugenommen haben.[234] Inzwischen liegen mit der Erhebung des KiGGS aktuelle Daten für Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen vor, die für Deutschland insgesamt repräsentativ sind. Die sich daraus ergebenden Prävalenzwerte belegen den Anstieg von Adipositas und Übergewicht sehr deutlich.

Insgesamt sind 15% der 3- bis 17-Jährigen übergewichtig oder adipös (vgl. Tab. 24); damit hat sich der Anteil gegenüber der Referenzpopulation um 50% erhöht. Der Anteil der Adipösen liegt mit 6,3% sogar doppelt so hoch wie in der Referenzpopulation. Die Zunahme von Adipositas und Übergewicht ist jedoch nicht in allen Altersgruppen gleichermaßen zu beobachten. Bei den 3- bis 4-jährigen sind 6% übergewichtig und 2,5% adipös, bei den 5- bis 6-Jährigen liegen die Anteile bei 6,5% bzw. 3,2%, d.h. nicht höher als in der Referenzpopulation. Anders bei den Kindern im Grundschulalter, von denen rund 9% übergewichtig und weitere 6% adipös sind. Noch stärker ist Übergewicht und Adipositas in den höheren Altersgruppen verbreitet.

Für den Rhein-Neckar-Kreis liegen Vergleichswerte aus den Einschulungsuntersuchungen vor, bei denen die Kinder ganz überwiegend im 6. oder 7. Lebensjahr sind. Im Jahr 2008 waren 5% der Kinder übergewichtig und weitere 3,8% adipös. Damit ist die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas gegenüber dem Vorjahr erstmals deutlich zurückgegangen. Möglicherweise kann dies als Erfolg zahlreicher präventiver Maßnahmen zur Bewegungsförderung und Ernährungsbildung betrachtet werden. Im Vergleich zum Gewichtsstatus der Schulanfänger in der bundesweiten

[233] Vgl. Kromeyer-Hauschild, K.; Wabitsch, M.; Kunze, D.; Geller, F.; Geiß, H.C.; Hesse, V. et al.: Perzentile für den Bodymass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. In: Monatszeitschrift für Kinderheilkunde, 149, 2001, S. 807-818

[234] Vgl. Wabitsch, M.; Kunze, D.; Keller, E.; Kiess, W.; Kromeyer-Hauschild, K.: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Deutliche und anhaltende Zunahme der Prävalenz – Aufruf zum Handeln. In: Fortschritte der Medizin, Originalien 120. Jg., Nr. IV/2002, S. 99-106

KiGGS-Studie, lassen sich im Rhein-Neckar-Kreis für den Zeitraum 2003-2006 etwas geringere Häufigkeiten von Übergewicht, aber etwas größere Häufigkeiten von Adipositas feststellen.

Anhand der Daten der CBCL-Studie kann auch der Gewichtsstatus von 14- bis 16-jährigen Schüler/innen der neunten Klassenstufe am Beginn des Schuljahres 2004/2005 vergleichend beurteilt werden. Hier ergeben sich deutlich günstigere Werte als im KiGGS. Mehr als 13% der Jugendlichen im Rhein-Neckar-Kreis sind adipös oder übergewichtig im Vergleich zu 17% in Deutschland insgesamt. Der Anteil der Adipösen liegt in der Altersgruppe der 14- bis 16-Jährigen im Rhein-Neckar-Kreis bei 5%, in Deutschland in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen dagegen bei 8,5%. Gleichwohl ist auch im Rhein-Neckar-Kreis ein Anstieg von Adipositas und Übergewicht im Vergleich zu den Referenzwerten aus früheren Jahren unverkennbar.

Tab. 24: Prävalenz von Adipositas und Übergewicht

	über-gewichtig[1] %	adipös[1] %	über-gewichtig o. adipös %
Deutschland (KiGGS, 2003-2006)[2]			
3- bis 4-Jährige	6,0	2,5	8,5
5- bis 6-Jährige	6,5	3,2	9,8
7- bis 10-Jährige	9	6,4	15,4
11- bis 13-Jährige	11,4	7,2	18,6
14- bis 17-Jährige	8,6	8,5	17,1
insgesamt (3-17-Jährige)	8,7	6,3	15
Rhein-Neckar-Kreis			
Einschulungsuntersuchungen, 5- bis 6-Jährige			
2003	5,9	5,2	11,1
2004	6	4,2	10,2
2005	5,3	4,2	9,5
2006	5,5	4,1	9,6
2007	6,0	4,0	10,0
2008	5,0	3,8	8,8
CBCL-Studie, 14- bis 16-J. (Schülerdaten)			
2004/5	8,3	5	13,5

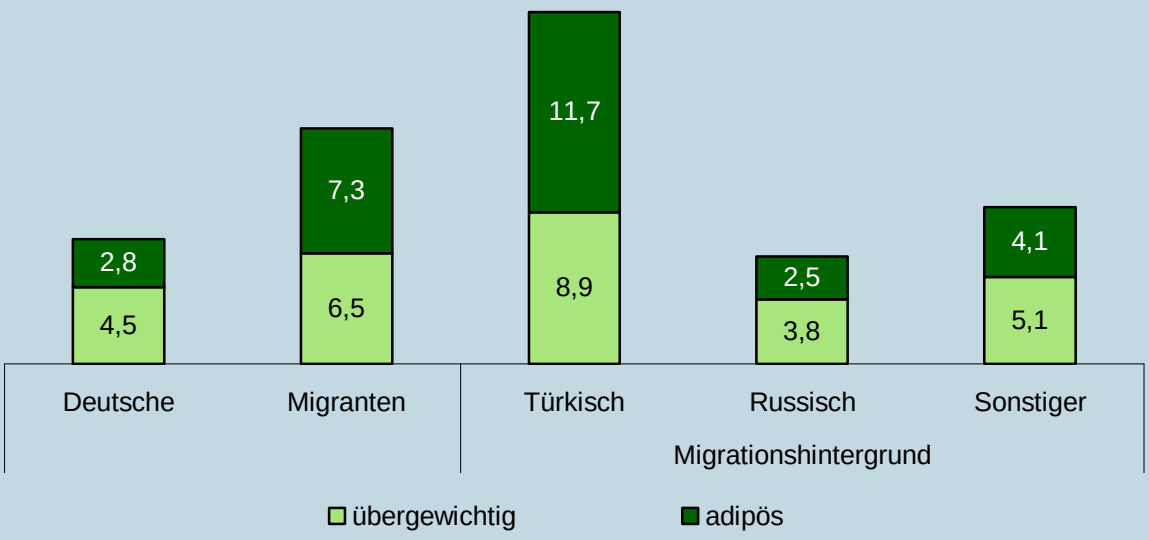
1 übergewichtig = BMI > 90. Perzentil und ≤ 97. Perzentil, adipös=BMI > 97. Perzentil der Verteilung der von der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) im Jahr 2001 vorgestellten alters- und geschlechtsspezifischen Referenzwerte

2 Ergebnisse eigener Analysen auf der Grundlage des Public Use File.

3.3.4.2 Unterschiede nach Migrationshintergrund und sozialer Schichtzugehörigkeit

Nach dem KiGGS sind Adipositas und Übergewicht bei Kindern mit Migrationshintergrund stärker verbreitet als bei deutschen Kindern (19,5% vs. 14,1%). Entsprechende Unterschiede findet man auch zwischen Kindern aus Familien mit niedrigem, mittlerem und höherem Sozialstatus[235] (20,6%, 14,7% und 9,4% Übergewichtige/Adipöse). Auch im Rhein-Neckar-Kreis lassen sich Übergewicht und Adipositas bei Kindern mit Migrationshintergrund vermehrt feststellen. Im Rhein-Neckar-Kreis waren 2008 „nur“ 7,3% der Schulanfänger mit deutscher Nationalität und deutschem Sprachhintergrund[236] adipös oder übergewichtig, während es bei den Kindern mit Migrationshintergrund fast doppelt so viele waren (Abb. 65). Unter den Migranten leiden insbesondere die Kinder mit türkischer Herkunft an Adipositas oder Übergewicht; hier ist der Anteil der Adipösen mit fast 12% etwa viermal so hoch wie unter den deutschen Kindern. Die starke Verbreitung von Adipositas und Übergewicht bei türkischen Kindern wird auch in anderen regionalen Untersuchungen bestätigt.

Abb. 65: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei 5- bis 6-jährigen Kindern im Rhein-Neckar-Kreis nach Migrationshintergrund, 2008



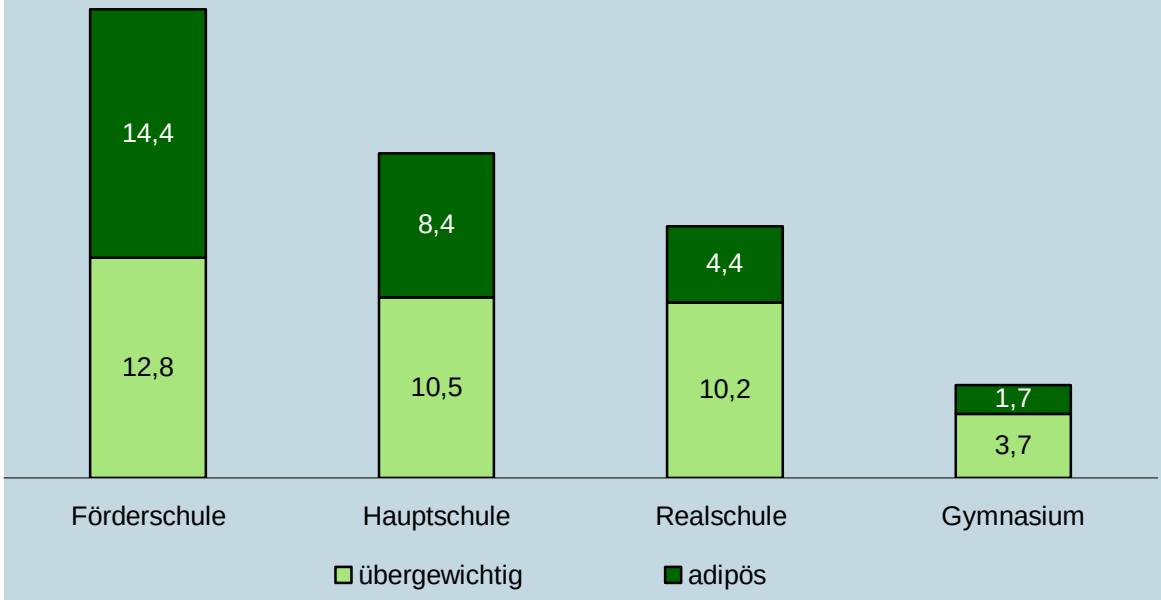
Datenquelle: Einschulungsuntersuchung Rhein-Neckar-Kreis, 2008;
zur Definition von Übergewicht und Adipositas vgl. Tab. 24

Darüber hinaus sind erhebliche Unterschiede zwischen Schüler/innen verschiedener Schularten festzustellen, die schichtspezifische Ungleichheiten widerspiegeln. So sind in der neunten Klassenstufe mehr als ein Viertel der Förderschüler und fast ein Fünftel der Hauptschüler, aber nur 5% der Gymnasiasten zumindest übergewichtig (Abb. 66). In diesen Unterschieden schlagen sich die Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Ernährungs- und Bewegungsverhalten nieder (vgl. Kap. 2.6).

[235] Sozialschicht-Index nach Winkler

[236] Familiensprache, die mit dem Kind in den ersten drei Lebensjahren bevorzugt gesprochen wurde

Abb. 66: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei 14- bis 16-jährigen Schüler/innen des Rhein-Neckar-Kreises nach Schulart, 2004/5



Datenquelle: CBCL-Studie, eigene Auswertungen; zur Definition von Übergewicht und Adipositas vgl. Tab. 24

3.3.4.3 Veränderungen im Lebensverlauf

Adipositas und Übergewicht sind bei älteren Kindern und Jugendlichen häufiger zu finden als bei jüngeren Kindern. Ein ungünstiges Ernährungs- und Bewegungsverhalten entwickelt sich häufig schleichend und die Gewichtszunahme erfolgt in der Regel langsam: aus Normalgewicht wird zunächst nur geringfügiges Übergewicht, später deutliches Übergewicht und schließlich Adipositas. Da eine dauerhafte Gewichtsreduzierung nach den vorliegenden Studien schwierig ist und weitere Kinder zu dick werden, steigt die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas tendenziell mit dem Alter an. Die aus dem Rhein-Neckar-Kreis vorliegenden Daten können die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas im Lebensverlauf von Kindern zumindest ansatzweise zeigen.

Bei der Einschulungsuntersuchung 2003 wurden Größe und Gewicht des Kindes nicht nur aktuell erfasst, sondern auch anhand des gelben Untersuchungsheftes zum Zeitpunkt der Früherkennungsuntersuchung U9 dokumentiert. Die U9 erfolgte im Durchschnitt der Kinder etwa ein Jahr vor der Einschulungsuntersuchung, so dass Veränderungen des Gewichtsstatus' innerhalb eines Jahres erfasst werden können. Die Längsschnittbetrachtung verdeutlicht die geringen Chancen, vorhandenes Übergewicht abzubauen, insbesondere wenn die Kinder erst einmal adipös geworden sind. So waren 70% der Kinder, die bei der U9 adipös waren, auch bei der Einschulungsuntersuchung noch adipös und nur 15% konnten das Übergewicht vollständig abbauen. Von den lediglich übergewichtigen Kindern konnten dagegen 45% ihr Gewicht auf ein normales Niveau reduzieren; die Mehrheit blieb jedoch übergewichtig (35%) oder wurde sogar adipös (20%).

Auf eine im Lebensverlauf zunehmende Wahrscheinlichkeit von Adipositas und Übergewicht weisen auch subjektive Daten der CBCL-Studie im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg hin. Nach Einschätzung der bei der Einschulungsuntersuchung 1996 befragten Eltern waren 5,5% der Kinder zumindest „etwas“ übergewichtig. Vier Jahre später, zu Beginn der 4. Klasse fanden bereits 14,4% der Eltern ihr Kind übergewichtig. Nach weiteren vier Jahren, zu Beginn der 9. Klasse, war der Anteil auf 16,5% gestiegen.

Die Ergebnisse unterstreichen, dass Maßnahmen der Prävention in Form von Ernährungserziehung und Bewegungsförderung möglichst frühzeitig beginnen sollten und eine Intervention bei bereits übergewichtigen Kindern so schnell wie möglich einsetzen sollte, um Adipositas zu verhindern und langfristig Normalgewicht zu erreichen.

3.3.4.4 Zusammenhänge mit körperlichen und psychischen Defiziten und Problemen

Neben einer falschen Ernährung wird ein Mangel an Bewegung, insbesondere im Alltag, als Ursache des zunehmenden Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen diskutiert. Dementsprechend lässt sich in zahlreichen Studien ein Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Übergewicht finden.[237] Dies schließt natürlich nicht aus, dass auch umgekehrt Bewegungsmangel die Folge von Übergewicht sein kann. Starkes Übergewicht macht Bewegung beschwerlich und führt deshalb möglicherweise zur Vermeidung körperlicher Anstrengungen. Vermutlich ist von einer wechselseitigen Beeinflussung von Übergewicht und Bewegungsmangel auszugehen.

Der mit dem Übergewicht verbundene Bewegungsmangel von Kindern wirkt sich auf ihre gesamte Entwicklung aus. „Kinder brauchen Bewegung, damit sie sich gesund und leistungsfähig entwickeln. Bewegung ist nicht nur unerlässlich für die körperliche, sondern auch für die kognitive Entwicklung. Sie fördert die Lernbereitschaft, die Lernfähigkeit und das psychosoziale Wohlbefinden. Mit ihren Bewegungen begreifen, erobern und erweitern Kinder ihre Welt und erwerben Selbstkontrolle und Selbstachtung.“[238] Dieses Zitat fasst treffend zusammen, was aus zahlreichen Untersuchungen bekannt ist, nämlich dass ausreichende Bewegungserfahrungen für eine gesunde Entwicklung von Kindern Voraussetzung sind. Wenn übergewichtige Kinder einen Mangel an Bewegung haben – sei es nun als Ursache oder als Folge von Übergewicht – dann sind Entwicklungsdefizite bei ihnen zu erwarten. Anhand der für den Rhein-Neckar-Kreis und die Stadt Heidelberg vorliegenden Daten kann dies im Folgenden gezeigt werden.[239]

Die Daten der Einschulungsuntersuchung ergeben signifikante Zusammenhänge zwischen dem Gewichtsstatus und den motorischen Fähigkeiten der Kinder. Besonders deutliche Unterschiede bestehen im Hinblick auf die Grobmotorik. Der Anteil der adipösen Kinder, die es nicht schaffen,

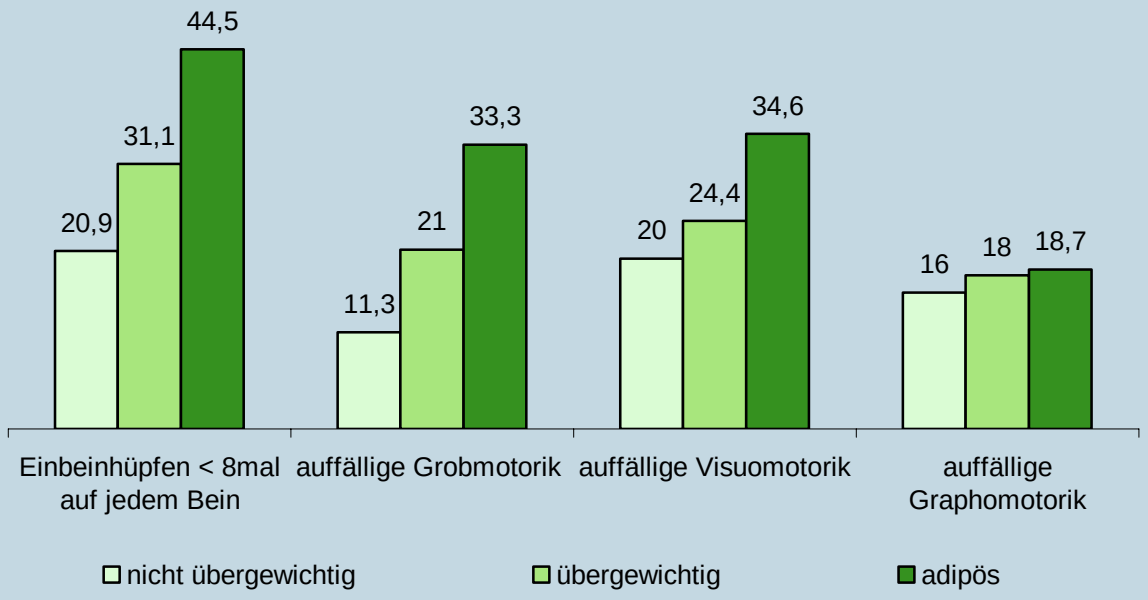
[237] Ein solcher Zusammenhang konnte z.B. in einer neueren, umfangreichen Studie bei 12-jährigen Kindern in Großbritannien aufgezeigt werden. Vgl. Ness, A. R., Leary, S. D., Mattocks, C., Blair, S. N., Reilly, J. J. et al.: Objectively Measured Physical Activity and Fat Mass in a Large Cohort of Children. In: PLoS Med 4(3), 2007 (doi:10.1371/journal.pmed.0040097)

[238] Consensus-Erklärung des Club of Cologne auf der Konferenz zum Thema „Bewegungsmangel bei Kindern – Fakt oder Fiktion?“, 4. Dezember 2003 in Köln. Der "Club of Cologne" ist eine internationale, freiwillige Vereinigung von Persönlichkeiten aus Wissenschaft, Sport, Kirche, Kultur, Politik, Gewerkschaften und Wirtschaft. Er verfolgt das Ziel, die internationale Sportentwicklung zu analysieren und zukunftsorientierte Konzepte zu erarbeiten.

[239] Vgl. dazu auch den ausführlicheren Bericht (pdf-Datei) des Gesundheitsamtes Rhein-Neckar-Kreis zu „Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Rhein-Neckar-Kreis und in Heidelberg. Analysen zu Prävalenz, möglichen Ursachen und Folgen.“

auf jedem Bein wenigstens 8mal vorwärts zu hüpfen, ist mit rund 44% mehr als doppelt so hoch wie bei den normalgewichtigen Kindern (Abb. 67). Eine insgesamt auffällige Grobmotorik weisen 33% der adipösen Kinder, aber nur 11% der normalgewichtigen Kinder auf. Auch im Hinblick auf visuomotorischen Fähigkeiten (Auge-Hand-Koordination), die z. B beim Abzeichnen von Formen oder Abschreiben von Buchstaben und Wörtern notwendig sind, haben adipöse Kinder vergleichsweise häufig Defizite. Keine signifikanten Unterschiede sind dagegen in der Graphomotorik erkennbar.

Abb. 67: Motorischer Entwicklungsstand nach Gewichtsstatus 2008 (in %)



Datenquelle: Einschulungsuntersuchung Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg 2008, eigene Auswertungen

Adipositas ist nicht nur mit Defiziten der motorischen Entwicklung, sondern auch mit psychosozialen Belastungen und Problemen verbunden. Dicke Kinder belastet ihr Aussehen, und sie sind häufig Opfer von Hänseleien und Diskriminierung. Dies kann zu Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls, zu Problemen im Umgang mit anderen und schließlich zu sozialem Rückzug führen.

Die Daten der CBCL-Studie im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg ergeben deutliche Zusammenhänge zwischen Übergewicht und psychosozialen Beeinträchtigungen (Tab. 25). Übergewichtige Kinder und Jugendliche kommen nach Angaben der Eltern häufiger mit anderen Kindern und Jugendlichen nicht aus, sie werden mehr gehänselt und sind bei anderen weniger beliebt als nicht übergewichtige Kinder und Jugendliche. Sie glauben auch vergleichsweise häufig, dass niemand sie liebt, fühlen sich wertlos oder unterlegen, unglücklich oder niedergeschlagen. Entsprechend sind sie auch häufiger als nicht übergewichtige Kinder lieber allein, zeigen sich verschlossen und fühlen sich einsam. Für die ebenfalls befragten 14- bis 16-jährigen Jugendlichen trifft dies auch nach ihrer eigenen Einschätzung zu. Darüber hinaus bestehen auch entsprechende Zusammenhänge mit dem objektiven Gewichtsstatus. Hier wird deutlich, dass der Leidensdruck insbesondere für adipöse Jugendliche hoch ist.

Tab. 25: Wahrgenommene psychosoziale Beeinträchtigungen[1] von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg

	Erstklässler 1996 Elterndaten		Viertklässler 2000 Elterndaten		Neuntklässler 2004/5 Elterndaten		Neuntklässler 2004/5 Schülerdaten	
	übergewichtig		übergewichtig		übergewichtig		übergewichtig	
	nein	ja[2]	nein	ja	nein	ja	nein	ja
	%	%	%	%	%	%	%	%
kommt mit anderen nicht aus	10	17,8	10,7	19,7	9,3	16,5	18,6	24,5
wird viel gehänselt	7,7	20,6	12,2	38,5	7,7	18,6	12,2	26,1
bei anderen nicht beliebt	4,8	8,8	8	18,5	7,2	18,2	20,8	32,7
glaubt, dass niemand sie/ihn liebt	13,8	22,2	18,9	28,9	15,3	27	16,5	28,3
fühlt sich wertlos/ unterlegen	8,6	11,3	14,9	24,1	12,4	21,1	13,9	24,5
unglücklich/traurig	9	10,9	13,5	23,4	15,8	26,7	32,1	44
lieber allein	17,3	22,7	18,7	24	22,6	32,4	29,7	38,1
verschlossen	13,4	15,3	19,3	27,4	31,3	40,4	52,5	61,6
einsam	11,8	19,2	10,6	19,3	9,2	19,1	22,9	35

1 Angegeben ist der Anteil, der das Merkmal als „etwas oder manchmal zutreffend“ oder „genau oder häufig zutreffend“ bezeichnet.

2 subjektive Einschätzung; als übergewichtig werden hier Kinder/Jugendliche bezeichnet, für die das Merkmal „Übergewicht“ als „etwas oder manchmal“ oder „genau oder häufig zutreffend“ eingestuft wurde.

Datenquelle: CBCL-Studie, eigene Auswertungen

Die Prävention von Übergewicht ist damit nicht nur im Hinblick auf die Vermeidung körperlicher Erkrankungen und Beschwerden sondern auch im Hinblick auf eine normale altersgemäße Entwicklung und die Erhaltung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wichtig.

3.3.5 Psychische und Verhaltensstörungen

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter lässt sich nur schwer beziffern. Sie ist abhängig von der Art der Datenerhebung und den Kriterien der Krankheitsdefinition. In der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) werden unter F00-F99 verschiedene psychische Störungen definiert, zu deren Diagnose eine eingehende ärztliche Untersuchung erforderlich ist.[240] Repräsentative und umfassende ärztliche Diagnosedaten zu Abschätzung der Häufigkeit psychischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen liegen bisher jedoch nicht vor. Epidemiologische Untersuchungen stützen sich im

[240] Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie hat Leitlinien für die Diagnose und Therapie psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen vorgelegt, die sich auf das Klassifikationssystem der ICD-10 bezieht (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Leitliniendatenbank, http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/)

Allgemeinen auf die Abfrage von psychischen Symptomen und/oder Verhaltensauffälligkeiten bei den Eltern und/oder den Kindern und Jugendlichen selbst. Dabei können die Dimensionen der psychischen Störungen, die die Befragungsinstrumente erfassen, nur zum Teil und nur sehr eingeschränkt dem Klassifikationssystem der ICD-10 zugeordnet werden. Entsprechend beziehen sich Prävalenzangaben auf berichtete Symptome und Verhaltensauffälligkeiten und nicht auf klar definierte Erkrankungen.

Man kann zwischen zwei großen Gruppen psychischer Störungen unterscheiden[241]: internalisierende und externalisierende Störungen. Internalisierende Störungen sind emotionale Störungen und umfassen Depressionen, Ängste, auch soziale Ängste, und sozialer Rückzug sowie somatische Symptome. Zu den externalisierende Störungen werden insbesondere Störungen des Sozialverhaltens (Dissoziales Verhalten), deviantes und aggressives Verhalten gezählt; auch hyperkinetische Störungen (HKS) und Aufmerksamkeitsprobleme werden mitunter zu den externalisierenden Störungen gerechnet.[242]

Die Prävalenz internalisierender und externalisierender Störungen sowie einiger weiterer Verhaltensauffälligkeiten soll im Folgenden anhand ausgewählter epidemiologischer Untersuchungen in Deutschland und im Rhein-Neckar-Kreis erläutert werden. Mit dem bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) liegen aktuelle Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland vor.[243] Im KiGGS wurden psychische Auffälligkeiten mit Hilfe des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) erfasst. Im Rahmen der BELLA-Studie des KiGGS wurden weitere Befragungsinstrumente eingesetzt. In der CBCL-Studie im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg wurden die Child Behavior Checklist (CBCL 4-18) und darüber hinaus bei der Befragung der Jugendlichen der zur CBCL korrespondierende Youth Self Report (YSR 11-18) verwendet.[244]

---

[241] Vgl. Schubert, I.; Horch, K. u. a.: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut, Berlin 2004, S. 123ff
Hölling, H.; Erhart, M.; Ravens-Sieberer, U.; Schlack, R.: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6 2007, S. 784-793

[242] Bei Schubert/Horch u. a. (2004) sowie Hölling u. a. (2007) (s. vorherige Fußnote) werden hyperkinetische Störungen / Aufmerksamkeitsdefizite zu den externalen Störungen gezählt; dagegen gehören z.B. nach der Dimensionalisierung der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18) nur aggressives und dissoziales Verhalten zu den externalisierenden Störungen, während Aufmerksamkeitsprobleme eine eigene Dimension bilden. Vgl. Lehmkuhl, G.; Döpfner, M.; Plück, J. u. a.: Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten und somatischer Beschwerden bei vier- bis zehnjährigen Kindern in Deutschland im Urteil der Eltern – ein Vergleich normorientierter und kriterienorientierter Modelle. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 26, 1998 S. 83-96

[243] Zu den Ergebnissen und zur Methodik vgl. Hölling, H. u. a. (2007) (s. o.) ; Ravens-Sieberer, U.; Wille, N.; Bettge, S.; Erhart, M.: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6 2007, S. 871-878

[244] Die in den USA entwickelten Tests wurden von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist in ihren deutschsprachigen Fassungen methodisch geprüft und 1994 in einer für Deutschland repräsentativen Studie über „Psychische Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (PAK-KID-Studie) eingesetzt. Anhand dieser Stichprobe von N=2856 Elternfragebogen und N= 1798 Fragebogen für Jugendliche wurden deutsche Normwerte – getrennt für Jungen und Mädchen - für die einzelnen Subdimensionen bestimmt. Vgl.: Döpfner, M. u. a.: Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 25, 1997, S.218-233; Döpfner, M.: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18). Einführung und Anleitung zur Handanweisung. Köln, KJFD, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, 1998, 2. Aufl. mit dt. Normen

3.3.5.1 Internalisierende Störungen

Im KiGGS wurden internalisierende Störungen mit der SDQ-Subskala „emotionale Probleme“ gemessen, die anhand von fünf Items nach Ängsten, Niedergeschlagenheit und somatischen Beschwerden fragt. Basierend auf den Angaben der Eltern ergibt sich für 9,1% der 3- bis 17-Jährigen eine insgesamt auffällige Symptomatik, weitere 7,2% sind als grenzwertig einzustufen. Der Anteil der Kinder mit auffälligem Verhalten steigt mit dem Alter. Unterschiede bestehen außerdem nach Migrationsstatus und sozioökonomischem Status, und zwar zuungunsten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status.

Die für den Rhein-Neckar-Kreis vorliegenden Ergebnisse zur Häufigkeit internalisierender psychischer Störungen können wegen des anderen Erhebungsinstrumentes nicht mit den KiGGS-Ergebnissen verglichen werden. Im Rahmen der CBCL und des YSR werden internalisierende Störungen sehr viel differenzierter erfasst. Es werden die drei Subdimensionen „Sozialer Rückzug“, „Körperliche Beschwerden“ und „Ängstlich/depressiv“ unterschieden, die zusammengenommen mehr als 30 Items umfassen.[245] Für jede Subdimension und die Gesamtskala internalisierender Störungen können Skalenwerte durch Addition der Antwortkategorien der dazugehörigen Items berechnet und entsprechend den Werten in der gesamtdeutschen Normierungsstichprobe als auffällig, grenzwertig oder unauffällig klassifiziert werden.[246] Da die Grenzziehung zwischen auffälligem, grenzwertigem und unauffälligem Verhalten in der Normierungsstichprobe letztendlich willkürlich erfolgte, ist die Größenordnung der Kategorien allein nicht aussagefähig, sondern nur in Relation zur Normierungsstichprobe von 1994. Gemäß den in der Normierungsstichprobe festgelegten Grenzen liegen die erwarteten Häufigkeiten für auffälliges, grenzwertiges und unauffälliges Verhalten für die einzelnen Subskalen jeweils bei 2%, 3% und 95% und für die übergeordnete Skala internalisierender Störungen bei 10%, 6% und 84%.

Wie Tab. 26 zeigt, übersteigen die Häufigkeiten auffälligen Verhaltens der Kinder und Jugendlichen im Rhein-Neckar-Kreis mehrmals die oben angegebenen Erwartungswerte. Sowohl bei den 5-6-jährigen als auch bei den 10- bis 11-jährigen und den 14- bis 16-jährigen Kindern bzw. Jugendlichen im Rhein-Neckar-Kreis sind internalisierende Störungen stärker verbreitet als in der gesamtdeutschen Stichprobe. Bei den 5- bis 6-jährigen Schulanfängern sind die Unterschiede sehr gering und betreffen nur Symptome von Ängstlichkeit und Depressivität. Bei den 10- bis 11-jährigen Viertklässler sind die Unterschiede zur Vergleichsstichprobe deutlich größer und betreffen auch körperliche Beschwerden. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass

[245] Die Dimension „Sozialer Rückzug umfasst z.B. Merkmale wie „ist lieber allein“, „ist verschlossen“, „ist schüchtern“, „zieht sich zurück“; die Dimension „Körperliche Beschwerden“ umfasst z.B. die Merkmale „ist immer müde“, „Kopfschmerzen“, „Hautprobleme“, „Bauchschmerzen“; die Dimension „ängstlich/depressiv“ umfasst Merkmale wie „Einsamkeit“, „weint viel“, „fühlt sich ungeliebt“, „ängstlich“, „unglücklich“. Zu den einzelnen Items und den Häufigkeitsverteilungen vgl. Literaturhinweise zur CBCL-Studie im Anhang, Kap. 1.

[246] Die Antwortkategorien sind 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend und 2 = genau oder häufig zutreffend. In der deutschen Normierungsstichprobe (s. o.) wurden im Hinblick auf die Subdimensionen Skalenwerte ab der 98. Perzentile (T-Wert ≥ 70) als auffällig definiert; als grenzwertiger Bereich wurde die 95. – 98. Perzentile festgelegt (T-Wert ≥ 67 und < 70) und als unauffälliger Bereich alle Skalenwerte unterhalb der 95. Perzentile (T < 67). Für die übergeordneten Skalen der internalisierenden und externalisierenden Störungen und den Gesamtwert wurde der auffällige Bereich ab der 90. Perzentile (T ≥ 63) und der unauffällige Bereich unterhalb der 84. Perzentile (T< 60) definiert. Die diesen Grenzen entsprechenden Skalenwerte, die in der Normierungsstichprobe für Jungen und Mädchen und für die Altersgruppen der 4- bis 11-jährigen und 12- bis 18- jährigen getrennt ermittelt wurden, können zur Kategorisierung der Skalenwerte (auffällig, grenzwertig, unauffällig) von Kindern und Jugendlichen in der hiesigen Studie verwendet werden. Die Perzentile lagen in der Normierungsstichprobe oft zwischen zwei Skalenwerten; deshalb wurde bei der Kategorisierung in auffällig, grenzwertig und unauffällig häufig eine untere und obere Grenze abgegeben.

die Normwerte der Vergleichsstichprobe für 4- bis 11-jährige, d. h. für im Durchschnitt jüngere Kinder gelten und die höhere Prävalenz internalisierender Auffälligkeiten bei den 10- bis 11-jährigen Kindern im Rhein-Neckar-Kreis somit auch eine Folge des höheren Alters der Kinder sein kann. Die 14- bis 16-jährigen Jugendlichen im Rhein-Neckar-Kreis zeigen ebenfalls im

Tab. 26: Die Häufigkeit internalisierender und externalisierender psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Rhein-Neckar-Kreis

	1996	2000	2004/5	
	5- bis 6-Jährige	10- bis 11-Jährige	14- bis 16-Jährige	
	Elternangaben		Elternangaben	Schülerangaben
	%	%	%	%
Internalisierende Störungen				
Sozialer Rückzug				
auffällig[1]	1,6 - 2,5	2,8 - 3,8	2,8 - 4,4	3,2 - 6,1
unauffällig	94,5	93,7	92,1 - 94	88,6 - 91,4
Körperliche Beschwerden				
auffällig	1,8 - 2,5	5,6 - 7,8	5,2 - 8,9	9,5
unauffällig	94,2 - 95,9	85,9 - 89,7	84,3 - 88,4	85,2
ängstlich/depressiv				
auffällig	3	4,6	3,4 - 4,4	4,9
unauffällig	92,7	89,8	92,1 - 93,3	91
Gesamtskala Internalisierender Störungen				
auffällig	10,1 - 12,5	14,4 - 17,9	12,9 - 15,1	17,2-21,8
unauffällig	76,6 - 81,9	70,5 - 75,5	71,6 - 76,7	62-66,5
Externalisierende Störungen				
Dissoziales Verhalten				
auffällig	1,2-1,4	2,6-3,1	2,8-4,1	7,8-9,2
unauffällig	97-97,8	94,6-95,7	93-93,3	87,1-83,9
Aggressives Verhalten				
auffällig	1,7	2,8	5,2	4,5
unauffällig	95,8	94,3	92,1-93,3	89,9-92,2
Gesamtskala Externalisierender Störungen				
auffällig	7,3-10,4	8,9-11,5	10,1-12,6	16,2-19
unauffällig	77,9-81,9	78,5-82	76,5-80,2	65,1-68,8

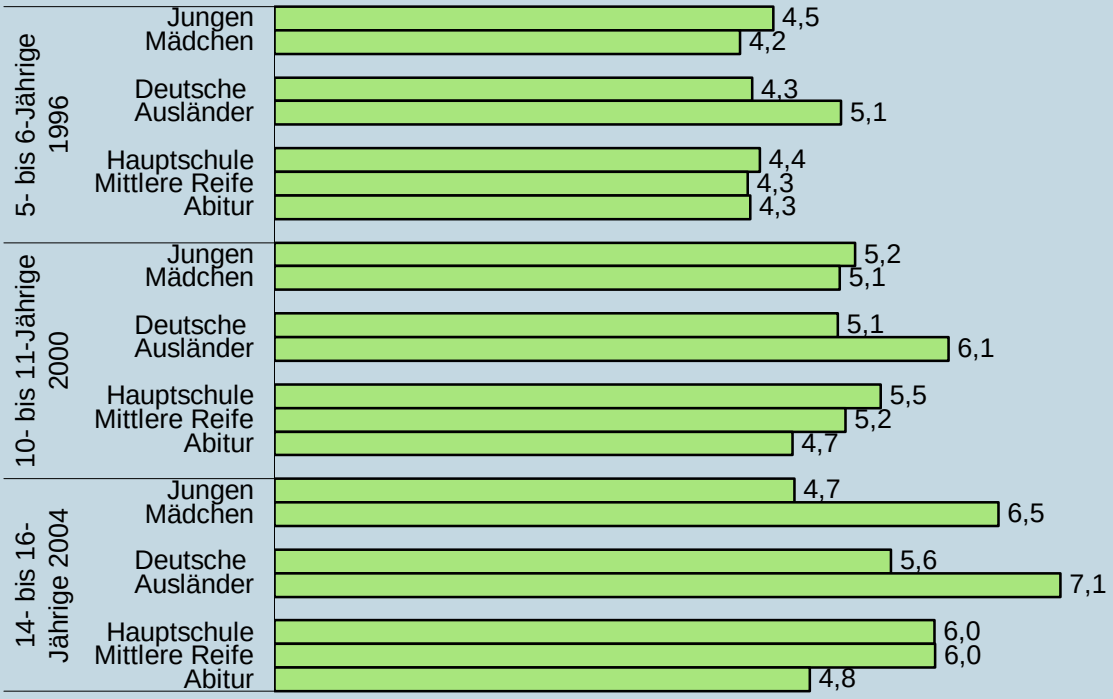
1) vgl. Fußnoten vorherige Seite; der Anteil mit grenzwertigem Verhalten ist nicht ausgewiesen, daher summieren sich die Prozentwerte auffälligen und unauffälligen Verhaltens nicht auf 100%

Datenquelle: CBCL-Studie, eigene Auswertungen.

Vergleich zur zehn Jahre zuvor untersuchten gesamtdeutschen Stichprobe vermehrt internalisierende Störungen; dies ist insbesondere in Bezug auf die Selbsteinschätzungen der Jugendlichen festzustellen. Möglicherweise sind die höheren Prävalenzen internalisierender Verhaltensauffälligkeiten im Rhein-Neckar-Kreis ein Hinweis auf die häufig postulierte Zunahme psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.[247]

Im Vergleich mit den Ergebnissen des KiGGS bestätigen sich die Unterschiede nach Alter, Geschlecht und Merkmalen der sozialen Herkunft. Internalisierende Störungen nehmen mit dem Alter zu und sind bei ausländischen häufiger als bei deutschen Kindern und Jugendlichen zu finden (Abb. 68). Bei den 10- bis 11-jährigen und den 14- bis 16-jährigen Schüler/innen aus höheren Bildungsschichten sind Symptome internalisierender Verhaltensauffälligkeiten weniger ausgeprägt als bei Schüler/innen aus bildungsferneren Schichten. Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen zuungunsten der letzteren bestehen - wie im KiGGS – nur in der Altersgruppe der 14- bis 16-Jährigen.[248]

Abb. 68: Internalisierende Störungen[1] bei Kindern und Jugendlichen im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg nach Geschlecht, Nationalität und Schulbildung des Vaters



1) durchschnittlicher Wert auf der Skala von 0-62

Datenquelle: CBCL-Studie, Elterndaten , eigene Auswertungen

[247] Auch in einer im Zeitraum 1999/2000 mit den Instrumenten des CBCL 4-18 und des YSR 11-18 durchgeführten Untersuchung bei 11- bis 18-jährigen Kindern und Jugendlichen der Stadt Aachen fanden sich, insbesondere bei Mädchen, höhere Prävalenzen internalisierender Störungen als in der deutschen Normierungsstichprobe. Vgl.: Ziegert, B.; Neuss, A.; Herpertz-Dahlmann, B.; Kruse, W.: Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in der allgemeinärztlichen Praxis. Wer ist behandlungsbedürftig? In: Deutsches Ärzteblatt, PP, 2002, S. 271-276

[248] Entsprechende Unterschiede sind auch auf Basis der Selbsteinschätzungen der Jugendlichen zu finden.

3.3.5.2 Externalisierende Störungen

Im KiGGS wurden externalisierende Verhaltensauffälligkeiten mit der SDQ-Subskala „Verhaltensprobleme“ erfasst, die fünf Items zu dissozialen und devianten Verhaltensweisen beinhaltet. Darüber hinaus wurden in der BELLA-Studie die Skalen „dissoziales Verhalten“ und „aggressives Verhalten“ aus der CBCL[249] zur Messung von externalisierenden Störungen eingesetzt[250]. Nach dem KiGGS können rund 15% der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen im Hinblick auf dissoziales und deviantes Verhalten als auffällig und weitere 16% als grenzwertig eingestuft werden.[251] Dabei gibt es nur geringe Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen. Bei Jungen sind häufiger Verhaltensauffälligkeiten zu beobachten als bei Mädchen; darüber hinaus sind Unterschiede zuungunsten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status vorhanden.

Entsprechende Ungleichheiten nach Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status lassen sich auch im Hinblick auf die in der BELLA-Studie mit Hilfe der CBCL erfassten externalisierenden Störungen feststellen. Insgesamt weisen 7,6% der in der BELLA-Studie untersuchten 7- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen neben allgemeinen psychischen Störungen Auffälligkeiten in den Bereichen dissoziales und aggressives Verhalten auf. In der gleichen Größenordnung liegen die Werte, die anhand der für den Rhein-Neckar-Kreis vorliegenden Daten berechnet werden können: je nach Altersgruppe sind zwischen 5% (5- bis 6-Jährige) und 9% (14- bis 16-Jährige) der Kinder und Jugendlichen sowohl im Hinblick auf externalisierende Verhaltensweisen als auch in der Gesamtauswertung der CBCL als auffällig einzustufen.[252]

Ein Vergleich der Ergebnisse im Rhein-Neckar-Kreis mit der deutschen Normierungsstichprobe von 1994 offenbart, dass die Prävalenzen externalisierender Störungen bei den 5- bis 6-jährigen und den 10- bis 11-jährigen Kindern im Rhein-Neckar-Kreis ähnlich hoch wie in der gesamtdeutschen Studie sind, aber die 14- bis 16-jährigen Jugendlichen im Rhein-Neckar-Kreis höhere Werte aufweisen (Tab. 26). Dies trifft insbesondere für die Selbsteinschätzungen des Verhaltens zu. So zeigen im Jahr 2004 16-19% der Jugendlichen im Rhein-Neckar-Kreis ein auffällig aggressives/dissoziales Verhalten gegenüber nur rund 10% in der deutschen Vergleichsstichprobe von 1994. Auch hier stellt sich die Frage, ob sich in den Unterschieden eine Zunahme externalisierender Verhaltensauffälligkeiten über die Zeit widerspiegelt. Diese Interpretation erscheint zumindest plausibler als die Annahme einer höheren Prävalenz psychischer Störungen in der hiesigen Region.

Bei den Schulanfängern und den Viertklässlern sind Jungen signifikant häufiger als Mädchen von externalisierenden Störungen betroffen (Abb. 69). In allen Altersgruppen treten externalisierende Verhaltensauffälligkeiten vermehrt bei Kindern aus Familien der unteren Bildungsschicht auf.

---

[249] „Dissoziales Verhalten“ umfasst Merkmale wie „lügen, betrügen“, „läuft von zu Hause weg“, „zündelt gerne“, „stehlen“, „fluchen“, „Schule schwänzen“. „Aggressives Verhalten“ umfasst Merkmale wie „streitet viel“, „gemein zu anderen“, „zerstört Sachen“, „gerät leicht in Raufereien“, „Wutausbrüche“, „Bedroht andere“. Zu den einzelnen Items und den Häufigkeitsverteilungen vgl. Literaturhinweise zur CBCL-Studie im Anhang, Kap. 1.

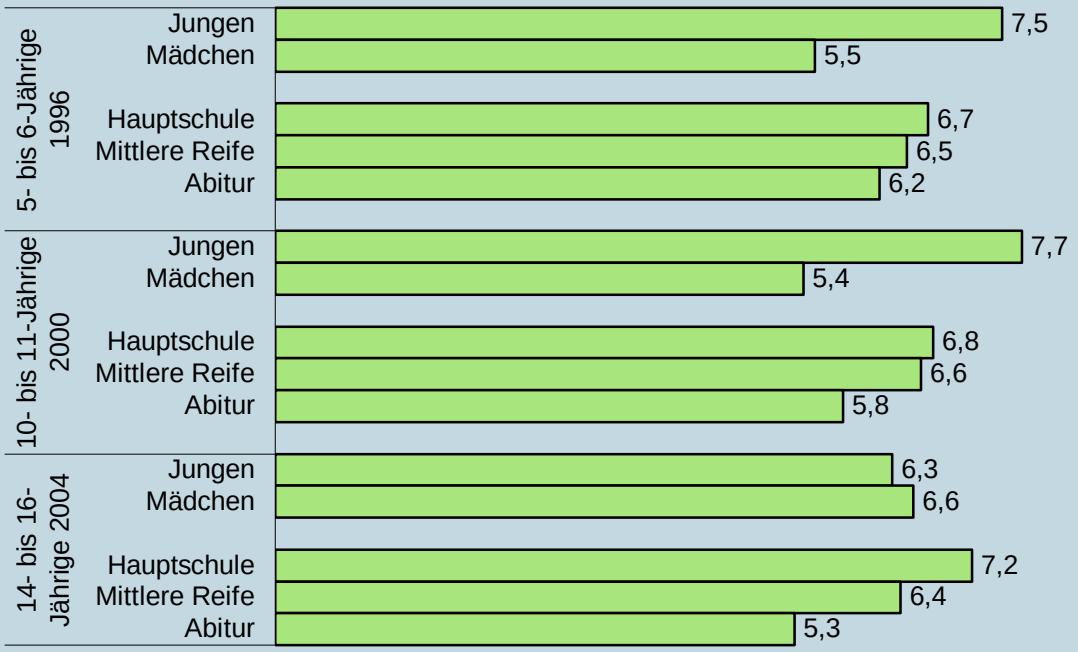
[250] Trotz des identischen Messinstrumentes ist ein direkter Vergleich mit den Ergebnissen der Studie im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg nicht möglich, da die in der Veröffentlichung der Ergebnisse aus der BELLA-Studie ausgewiesenen Prävalenzraten nur diejenigen Kinder und Jugendlichen beinhalten, die auch – nach einem bestimmten Algorithmus berechnete - allgemeine psychische Auffälligkeiten aufweisen.

[251] Einstufung wie bei der Skala „emotionale Probleme“ (s. o.)

[252] Der Vergleich mit den Ergebnissen der BELLA-Studie ist aufgrund der differierenden Methodik bei der Bestimmung allgemeiner psychischer Auffälligkeiten nur eingeschränkt möglich (s. o.).

Dabei vergrößern sich die Unterschiede nach sozialer Herkunft mit zunehmendem Alter der Kinder. Im Gegensatz zu den Befunden des KiGGS lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Kindern feststellen.

Abb. 69: Externalisierende Störungen[1] bei Kindern und Jugendlichen im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg nach Geschlecht und Schulbildung des Vaters



1) Durchschnittswert auf der Skala von 0-66

Datenquelle: CBCL-Studie, Elterndaten, eigene Auswertungen

3.3.5.3 Hyperkinetische Störungen

Als Hyperkinetische Störungen (HKS)[253] oder Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)[254] werden Verhaltensauffälligkeiten bezeichnet, die durch die Leitsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität gekennzeichnet sind. Die von dieser Störung betroffenen Kinder sind leicht ablenkbar, unkonzentriert, haben keine Ausdauer, sind vergesslich und machen Flüchtigkeitsfehler. Sie sind ständig in Bewegung, zappeln und können nur schwer während des Unterrichts ruhig sitzen bleiben. Sie unterbrechen und stören andere häufig, können nicht warten, bis sie an die Reihe kommen, und handeln oft unüberlegt.[255]

[253] Diagnosegruppe F90 nach ICD-10

[254] Begriff nach DSM-IV (Vierte Version des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“)

[255] Vgl. Döpfner, M.: Was wissen wir heute über ADHS? In: Schulte-Markwort, M.; Zinke, M. (Hg.): ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Fortschritte in der Diagnose und Therapie. 2. überarbeitete Auflage, Heidelberg: Springer 2005

Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Häufigkeit hyperkinetischer Störungen zugenommen hat. Analysen von Diagnosedaten der GKV zeigen nicht nur eine Zunahme des Anteils der versicherten Kinder und Jugendlichen mit der Diagnose ADHS, sondern auch eine steigende Gabe von Medikamenten gegen ADHS.[256] Aufgrund solcher Daten lässt sich freilich nicht mit Sicherheit auf eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit schließen. Möglicherweise sind aufgrund der zunehmenden Thematisierung der Verhaltensauffälligkeit in den Medien ihr Bekanntheitsgrad und die Sensibilisierung dafür gestiegen, und die Störung wird deshalb häufiger diagnostiziert und medikamentös behandelt.

Mit dem KiGGS liegen erstmals bundesweit repräsentative Daten zur Prävalenz des Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätssyndroms vor. Es wurden mehrere Methoden zur Erfassung der ADHS eingesetzt: zum einen wurden die Eltern nach dem Vorliegen einer Diagnose durch einen Arzt oder Psychologen gefragt, zum anderen wurden im Rahmen des SDQ Merkmale von Unaufmerksamkeit/ Hyperaktivität erhoben. Darüber hinaus erfolgte bei den 3- bis 11-jährigen eine Verhaltenseinschätzung durch die Untersucherinnen während der medizinisch-physikalischen Tests. Im Rahmen der BELLA Studie im KiGGS wurden weitere Messinstrumente verwendet. Je nach Erhebungsmethode, Geschlecht und Altersgruppe ergeben sich unterschiedliche Prävalenzen.

Insgesamt haben 4,8% der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen nach Angaben der Eltern schon einmal die Diagnose ADHS durch einen Arzt oder Psychologen gestellt bekommen.[257] Geringere Prävalenzen ergeben sich mit den Instrumenten der BELLA-Studie, höhere Prävalenzen mit dem SDQ. Übereinstimmend zeigt sich jedoch eine wesentlich stärkere Verbreitung von ADHS bei Jungen im Vergleich zu Mädchen. Die Prävalenzraten steigen außerdem mit dem Alter an, gehen aber mit Erreichen des Jugendalters wieder zurück. Neben Unterschieden nach Alter und Geschlecht zeigen sich in den Daten des KiGGS sehr deutliche Unterschiede nach dem sozioökonomischen Status, die wie bei den internalisierenden und externalisierenden Störungen zu Lasten der Kinder der unteren Sozialschicht gehen.

Die für den Rhein-Neckar-Kreis mit der CBCL bzw. dem YSR erhobenen Daten zu Verhaltensauffälligkeiten enthalten auch Symptome von Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität.[258] Für die 5- bis 6-jährigen Schulanfänger liegt die Prävalenz im Bereich des Wertes der deutschen Normierungsstichprobe (Tab. 27). Die 10- bis 11-jährigen Viertklässler haben im Vergleich zur deutschen Stichprobe (4- bis 11-jährige) häufiger Aufmerksamkeitsprobleme, was aber möglicherweise auf das höhere Alter der Kinder in der Kreisstichprobe zurückzuführen ist. Die von den Eltern berichteten Aufmerksamkeitsstörungen

[256] Vgl. Schubert, I. u. a. : „Hyperkinetische Störung als Krankenscheindiagnose bei Kindern und Jugendlichen“ – eine versorgungsepidemiologische Studie auf der Basis der Versichertenstichprobe KV Hessen/ AOK Hessen. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, online-Publikation, o.J.; dort wird von einer Zunahme der Diagnosen von 1,23% der 3- bis 15-jährigen Versicherten im Jahr 1998 auf 2,18% im Jahr 2000 berichtet; bei Jungen im Alter von 6-10 Jahren stieg die Diagnosehäufigkeit von 2,65% auf 4,97%. Vgl. auch Glaeske, G. u. a.: Untersuchung zur Arzneimittelversorgung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen anhand von Leistungsdaten der GKV, Projektbericht, 2. Teil, Kooperationsprojekt der Universität Bremen und der Gmünder Ersatzkasse, April 2005 sowie BKK Bundesverband, BKK Gesundheitsreport 2006

[257] Schlack, R. u. a.: Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6 2007, S. 827-835

[258] Die erhobenen Verhaltensmerkmale sind „verhält sich zu jung“, „mangelnde Konzentration“, „unruhig, überaktiv“, „verwirrt, zerstreut“, „Tagträume“, „impulsiv“, „nervös“, „schlecht in der Schule“, „körperlich ungeschickt“. Zu den Häufigkeitsverteilungen der einzelnen Items vgl. Literaturhinweise zur CBCL-Studie im Anhang, Kap. 1.

der 14- bis 16-jährigen Jugendlichen entsprechen wiederum der Norm. Die Jugendlichen selbst geben im Rhein-Neckar-Kreis jedoch häufiger Symptome von Aufmerksamkeitsstörungen an als in der 10 Jahre zuvor befragten deutschen Stichprobe – ein Ergebnis, das sich bereits im Hinblick auf internalisierende und externalisierende Störungen zeigte. Dabei treten insbesondere bei den Mädchen Aufmerksamkeitsprobleme in größerem Umfang als in der deutschen Stichprobe auf. Darüber hinaus leiden die Mädchen – entgegen der Wahrnehmung ihrer Eltern - auch häufiger als die Jungen unter Aufmerksamkeitsstörungen.[259] Dies entspricht den Ergebnissen anderer Studien, wonach von einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität Mädchen häufiger betroffen sind als Jungen.[260] Da die sichtbaren Symptome der Unruhe fehlen, werden Symptome von ADHS von den Eltern vermutlich übersehen.

Tab. 27: Die Häufigkeit von Aufmerksamkeitsproblemen bei Kindern und Jugendlichen im Rhein-Neckar-Kreis

	1996	2000	2004/5	
	5- bis 6-jährige	10- bis 11-jährige	14- bis 16-jährige	
	Elternangaben		Elternangaben	Schülerangaben
	%	%	%	%
insgesamt				
auffällig[1]	2,4 - 3,5	5,5 - 7,3	2,7	2 - 4,7
unauffällig	93,5 - 96,1	88,2 - 91,6	94	88,2 - 91,6
Jungen				
auffällig	3,2 - 5,2	6,1 - 9,7	2,7	1,8 - 4
unauffällig	92,4 - 94,8	86,7 - 90,4	94,1	90,8-95,1
Mädchen				
auffällig	1,5	4,9	2,7	2,2 - 5,4
unauffällig	94,8 - 97,5	89,7 - 93	93,9	83,4-90,2

1) s. vorherige Tabelle

Datenquelle: CBCL-Studie, eigene Auswertungen.

Es ist bekannt, dass ADHS-Symptome häufig mit anderen psychischen Störungen einhergehen, insbesondere mit dissozialem und aggressivem Verhalten.[261] Dies lässt sich mit den für den Rhein-Neckar-Kreis und die Stadt Heidelberg vorliegenden Daten voll bestätigen. Zwischen allen mit der CBCL und dem YSR erfassten Bereichen psychischer Auffälligkeiten bestehen positive

[259] Auf der Gesamtskala für Aufmerksamkeitsstörungen von 0-22 ergibt sich in der Selbsteinschätzung ein Durchschnittswert von 4,8 für die Mädchen und 4,3 für die Jungen. Die entsprechenden Werte in der Elterneinschätzung betragen dagegen 2,1 bzw. 2,6.

[260] Vgl. Döpfner, M.: Was wissen wir heute über ADHS? In: Schulte-Markwort, M.; Zinke, M. (Hg.): ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Fortschritte in der Diagnose und Therapie. 2. überarbeitete Auflage, Heidelberg: Springer 2005, S. 8

[261] Vgl. Schlack, R. u. a.: Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6 2007, S. 827;
Döpfner, M.: Was wissen wir heute über ADHS? In: Schulte-Markwort, M.; Zinke, M. (Hg.): ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Fortschritte in der Diagnose und Therapie. 2. überarbeitete Auflage, Heidelberg: Springer 2005, S. 10

Korrelationen. Dabei zeigt sich sowohl für die 5- bis 6-Jährigen als auch für die 10- bis 11-Jährigen und die 14- bis 16-Jährigen, dass Auffälligkeiten im Hinblick auf dissoziales und aggressives Verhalten am engsten mit Aufmerksamkeitsproblemen assoziiert sind. Je stärker sich Kinder und Jugendliche durch aggressives und dissoziales/deviantes Verhalten auszeichnen, umso mehr sind auch Symptome von ADHS zu beobachten.[262]

Es wird angenommen, dass ADHS und die damit verbundenen weiteren psychischen Störungen nicht nur die Kinder und Jugendlichen selbst, sondern auch ihr gesamtes soziales Umfeld, das Familienleben, den Umgang mit Gleichaltrigen und den Schulalltag beeinträchtigen. Dementsprechend hängt das Ausmaß der mit der CBCL bzw. dem YSR gemessenen sozialen Probleme mit keinem anderen Verhaltensbereich so eng zusammen wie mit Aufmerksamkeitsdefiziten.[263] Darüber hinaus zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche mit Aufmerksamkeitsstörungen vergleichsweise wenige Kontakte zu Freunden haben, mit Lehrern und Mitschülern nicht so gut zurechtkommen und eher schlechte Schulleistungen aufweisen. Dies ist beispielhaft für die 10- bis 11-jährigen Viertklässler in Tab. 28 dargestellt. Auch internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten gehen vermehrt mit Beeinträchtigungen der Sozialbeziehungen und Schwierigkeiten in der Schule einher.

Bei den Jugendlichen besteht zudem ein erhöhtes Risiko für den Konsum von Suchtmitteln und für selbst verletzendes Verhalten. Die Unterschiede zwischen psychisch auffälligen und unauffälligen Kindern und Jugendlichen sind meist groß. So haben beispielsweise fast 40% der Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsproblemen, 32% der Jugendlichen mit internalisierenden Störungen und 27% der Jugendlichen mit externalisierenden Störungen schon einmal ernsthaft an Selbstmord gedacht gegenüber weniger als 4% der Jugendlichen, die im Hinblick auf alle drei Verhaltensdimensionen unauffällig sind.

Insgesamt wird damit deutlich, dass psychische und Verhaltensauffälligkeiten für die Betroffenen einen erheblichen Problemdruck mit sich bringen und professionelle Hilfe erforderlich machen können. Rund ein Drittel der Eltern der 10- bis 11-Jährigen mit Aufmerksamkeitsstörungen schätzt die Probleme ihres Kindes in der Familie, mit anderen Kindern/ Erwachsenen oder in der Schule insgesamt als groß oder sehr groß ein und mehr als 40% haben ihr Kind deshalb in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt, einem Psychologen oder einer Beratungsstelle vorgestellt. Es stellt sich die Frage, ob der offensichtlich große Hilfebedarf auch in ausreichendem Maße erfüllt werden kann, denn ein nicht geringer Teil der Eltern, die einen Beratungs- oder Behandlungsbedarf sehen, hat keine Hilfe in Anspruch genommen. Dieser Anteil liegt bei den Schulanfängern 1996 bei 20%, bei den Viertklässlern 2000 bei 16% und bei den Neuntklässlern 2004/5 bei 32% der Eltern.

Zu berücksichtigen ist außerdem, dass psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren vermutlich zugenommen haben. Darauf weisen nicht nur die vorhandenen Befragungsergebnisse hin. Die Annahme wird vielmehr auch durch eine Analyse der Diagnosen von Krankenhauspatienten unterstützt. Während in Deutschland 1994 noch 24 von 10.000 Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren wegen psychischer und Verhaltensstörungen (ICD-10:

[262] Die Korrelationen der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ mit dissozialem bzw. aggressivem Verhalten betragen bei den 5-6-Jährigen r = .46 bzw. r = .63, bei den 10- bis 11-Jährigen r = .54 bzw. r = .66 und bei den 14- bis 16-Jährigen r = .55 bzw. r = .66 (Elterndaten) und r = .43 bzw. r = .55 (Schülerdaten).

[263] Die Korrelationen der Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ mit der Skala „Soziale Probleme“ betragen r = .60 (5- bis 6-Jährige), r = .64 (10- bis 11-Jährige), r = .60 (14- bis 16-Jährige).

F00-F99) im Krankenhaus waren, lag dieser Anteil im Jahr 2000 bei 30 und im Jahr 2007 bei 39 von 10.000 Kindern und Jugendlichen.[264] Wie in Kap. 1.6.3 bereits erläutert wurde, sind die Kapazitäten psychischer Behandlungs- und Beratungsangebote für Kinder und Jugendliche unzureichend, so dass ein Ausbau dringend erforderlich scheint.

Tab. 28: Soziale Probleme, Schwierigkeiten in der Schule und Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensauffälligkeiten

	alle Kinder/ Jugend-liche	Kinder/ Jugendliche mit[1]			
		Aufmerk-samkeits-problemen	internali-sierenden Störungen	externali-sierenden Störungen	keiner dieser Störungen
	%	%	%	%	%
10- bis 11-Jährige 2000					
höchstens ein Freund vorhanden	3,1	11,7	7,2	7,9	1,4
Unternehmungen mit Freunden < 1 mal/Woche	4,6	13,3	11,5	9,3	2,3
geht nicht gerne in die Schule	9	24,7	14,8	16,8	5,8
kommt mit Lehrern nicht gut zurecht	14,8	31,3	21,5	26,4	10,7
kommt mit Mitschülern n. gut zurecht	9,5	30,4	20,4	25,6	3,8
schon einmal Klasse wiederholt	6,3	19,9	11,3	12,3	4,1
mit Schulleistungen nicht zufrieden	12,2	33,3	17,7	19,2	9,6
häufig/immer Streit wg. Hausaufgaben	9,2	42,5	18,5	26,6	3,4
Schulempfehlung f. Gymnasium	52,9	14,4	39,6	33,4	60,7
Kind hat größere Probleme in der Familie/ mit anderen/ in der Schule	6,3	34,3	18	21,4	0,9
Kind bei Arzt/ Psychologen/ Beratungsstelle vorgestellt	10,6	41,5	24,5	26,4	3,5
14- bis 16-Jährige 2004/5					
täglicher Zigarettenkonsum	16,2	30,5	20,3	31,4	8,8
mind. 1mal/Woche Alkohol	14,6	25,8	16,6	30,2	7,6
mind. gelegentlicher Drogenkonsum	12,5	25	16	26,4	5,5
schon mal selbst verletzt	14,9	35,9	28,7	28,9	4,9
schon Selbstmordgedanken gehabt	14,5	39,4	31,8	27,4	3,6
schon Selbstmordversuch gemacht	8	24,2	17	16,5	1,9

1) Kinder bzw. Jugendliche mit auffälligem oder grenzwertigem Verhalten in der genannten Dimension

Datenquelle: CBCL-Studie, Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg, eigene Auswertungen.

[264] Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Diagnosedaten der Krankenhäuser für Deutschland ab 1994 (Ad-hoc-Tabelle, http://www.gbe-bund.de), eigene Berechnungen

3.3.6 Epilepsie

Epilepsie gilt als häufigste Krankheit des Nervensystems im Kindes- und Jugendalter. Es handelt sich um dauerhafte Veränderungen im Gehirn, die mit einer Neigung zu epileptischen Anfällen einhergehen. Die Veränderungen können unterschiedlicher Art sein und beruhen meist auf Hirnschädigungen, z. B. durch Infektionen, Verletzungen, Tumore oder angeborene Fehlbildungen (symptomatische Epilepsie). Daneben kann auch ohne fassbare Hirnschädigung eine vermutlich ererbte Bereitschaft zu epileptischen Anfällen bestehen (idiopathische Epilepsie). Je nach Lokalisation im Gehirn und der Schwere der Störung gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Krankheitsbilder, die vegetative, sensorische, motorische, kognitive und psychische Funktionen betreffen können.[265]

Von der Epilepsie als Krankheit ist der einzelne epileptische Anfall abzugrenzen, der als vorübergehende Funktionsstörung aufgrund von akuten Anlässen (z.B. bei Fieber, Gehirnentzündungen, Schlafentzug) bei jedem Menschen auftreten kann. Bei kleinen Kindern stellt Fieber ein häufiger Auslöser von Krampfanfällen dar. Etwa 3-5% der Kinder unter 5 Jahren sind von Fieberkrämpfen betroffen. Sie machen etwa die Hälfte aller in den ersten fünf Lebensjahren vorkommenden Anfälle aus.

Die Prävalenz von Epilepsien wird auf 0,5-1% der Bevölkerung geschätzt. Einen einzelnen Anfall haben dagegen rund 5% der Bevölkerung schon einmal erlebt. Zwei Drittel der Epilepsien beginnt vor dem 20. Lebensjahr und etwa die Hälfte vor dem 10. Lebensjahr, wobei die höchste Inzidenz im 1. Lebensjahr auftritt. In einer in Mannheim und Heidelberg durchgeführten Studie wurde eine Inzidenz von rund 61 je 100.000 Kinder unter 15 Jahren ermittelt, wobei sich für Kinder unter einem Jahr einer Rate von 146 je 100.000 Kinder ergab. Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen bestanden keine.[266]

Im KiGGS wurden die Eltern der 0- bis 17-Jährigen gefragt, ob ihr Kind schon einmal einen epileptischen Anfall hatte, der kein Fieberkrampf war. Dies bejahten 3,6% der Eltern. Die Prävalenz steigt von 1,8% bei den 0- bis 2-Jährigen auf 3,5% bei den 3- bis 6-Jährigen und 4,3% bei den 7- bis 10-Jährigen. In den höheren Altersgruppen liegen die Häufigkeiten unter 4%. Unterschiede nach Geschlecht, Migrationsstatus oder sozioökonomischem Status bestehen nicht.[267]

Aus den Einschulungsuntersuchungen in Baden-Württemberg liegen Daten zur Häufigkeit von Epilepsien nach Mitteilung der Eltern vor. Nach den zuletzt dazu erhobenen Daten aus dem Jahr 2003 leiden 0,2% der 5- bis 6-jährigen Kinder in Baden-Württemberg an Epilepsie, wobei sich im

[265] Zu diesem und den folgenden Abschnitten vgl. R. S. Fisher u. a.: Epileptische Anfälle und Epilepsie: Von der Internationalen Liga gegen Epilepsie (International League Against Epilepsy; ILAE) und dem Internationalen Büro für Epilepsie (International Bureau for Epilepsy; IBE) vorgeschlagene Definitionen. In: Zeitschrift für Epileptologie, 18/ 2005, S. 260-264; Deutsche Gesellschaft für Epileptologie, Informationszentrum Epilepsie (http://www.izepilepsie.de/home/); Schubert, I.; Horch, K. u. a.: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut, Berlin 2004, S. 103-104

[266] Freitag, C. M. u. a.: Incidence of Epilepsies and Epileptic Syndromes in Children and Adolescents: A Population-Based Prospective Study in Germany. In: Epilepsia, 42/ 2001, S. 979-985

[267] Kamtsiuris, P.; Atzpodien, K.; Ellert, U.; Schlack, R.; Schlaud, M.: Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6 2007, S. 686-700

Rhein-Neckar-Kreis eine Prävalenz von 0,3% (= 17 Kinder) ergab. Diese Häufigkeit stimmt gut mit dem Wert überein, der sich bei Annahme einer durchschnittlichen jährlichen Inzidenz von 61/ 100.000 Kinder kumulativ errechnen lässt.

Die Behandlung von Epilepsien erfolgt in der Regel mit Medikamenten. Nach Bevölkerungsstudien wird durch die medikamentöse Behandlung bei etwa 60% der Patienten Anfallsfreiheit und bei weiteren 20-30% zumindest eine erhebliche Besserung erreicht. Neben niedergelassenen Ärzten stehen besondere Einrichtungen – Epilepsieambulanzen und Epilepsiezentren – auch speziell zur Versorgung von Kindern zur Verfügung. In der Rhein-Neckar-Region sind dies die

- Epilepsieambulanz der Universitäts-Kinderklinik Mannheim, Sektion Neuropädiatrie
- neuropädiatrische Ambulanz der Universitäts-Kinderklinik Heidelberg
- Kinderabteilung/Neuropädiatrie des Fachkrankenhaus Neckargemünd GmbH

3.3.7 Krebserkrankungen

Daten über Krebserkrankungen bei Kindern unter 15 Jahren werden seit 1980 durch das Deutsche Kinderkrebsregister in Mainz kontinuierlich und systematisch erhoben. Damit stehen umfangreiche Informationen zur Häufigkeit der verschiedenen Diagnosen nach Alter, Geschlecht und Region und zum langfristigen Verlauf der Erkrankung zur Verfügung.[268]

Krebserkrankungen treten bei Kindern vergleichsweise selten auf. Die Daten des Kinderkrebsregisters zeigen, dass in Deutschland jährlich etwa 15 von 100.000 Kindern unter 15 Jahren an Krebs erkranken. Die Wahrscheinlichkeit für ein neugeborenes Kind, innerhalb der ersten 15 Lebensjahre die Diagnose einer bösartigen Krebserkrankung zu erhalten, liegt bei nur 0,2%. Die Erkrankungsrate ist in den ersten fünf Lebensjahren wesentlich höher als in den Jahren danach (Abb. 70); dabei gibt es allerdings große Unterschiede zwischen den verschiedenen Krebsarten (s. u.). In allen Altersgruppen erkranken Jungen etwas häufiger als Mädchen; auf 100 Krankheitsfälle bei Mädchen kommen 120 Fälle bei Jungen.

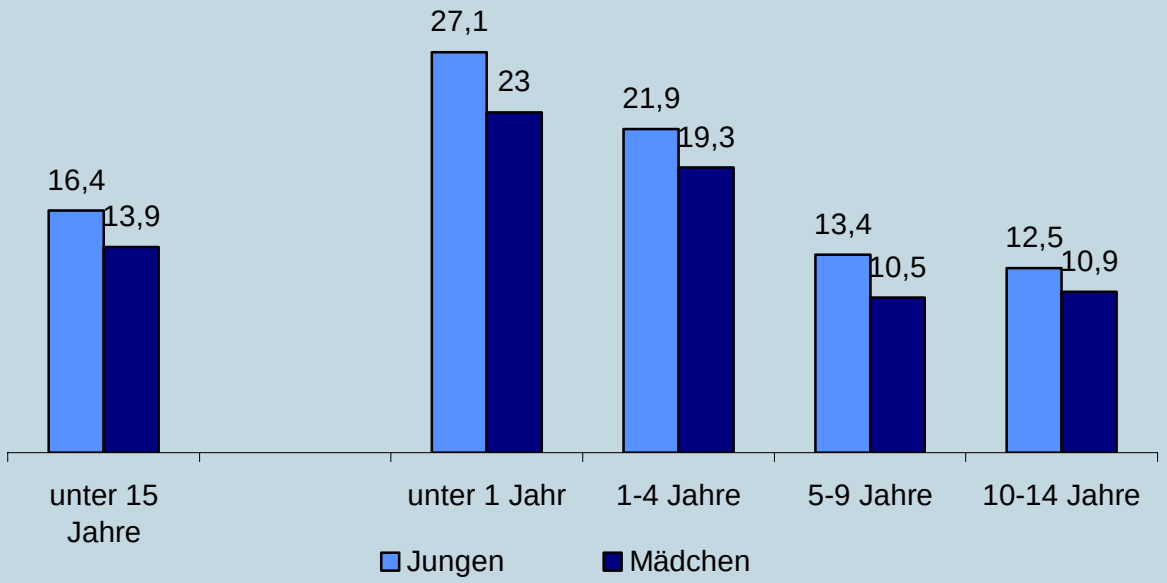
Insgesamt sind in Deutschland im Zeitraum der letzten zehn Jahre (1998-2007) 18.217 Kinder unter 15 Jahren – jährlich etwa 1.800 Kinder - an Krebs erkrankt. Die drei häufigsten Krebsformen sind Leukämien, Tumore des Zentralen Nervensystems (ZNS) und Lymphome. Dabei gibt es jedoch Unterschiede zwischen verschiedenen Altersgruppen (Abb. 71).

Leukämien stellen in allen Altersgruppen die häufigsten Malignome dar. Sie machen bei Kindern unter 10 Jahren mehr als ein Drittel und bei Kindern im Alter von 10-14 Jahren ein Viertel aller Krebserkrankungen aus. Leukämien sind Krebserkrankungen der Blutzellen, bei denen es zu einer ungebremsten Vermehrung unreifer Vorstufen der weißen Blutkörperchen mit Verdrängung der funktionsfähigen Blutkörperchen kommt. Insgesamt treten etwa die Hälfte aller Leukämiefälle in den ersten 5 Lebensjahren auf. Die mit Abstand häufigste Leukämieform ist die Akute Lymphatische Leukämie (ALL).

[268] Ausführliche Dokumentationen sind über die Internetseiten der Einrichtung (http://www.kinderkrebsregister.de/) zugänglich und bilden die Grundlage dieses Kapitels. Die für den Rhein-Neckar-Kreis dargestellten Daten entstammen einer Sonderauswertung. Wir danken den Mitarbeitern des Deutschen Kinderkrebsregisters für diese Auswertung und die Überlassung der Ergebnisse.

Abb. 70: Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenzen für Krebserkrankungen bei Kindern, Deutschland 1998-2007

jährliche Zahl der Neuerkrankungen pro 100.000 Kinder



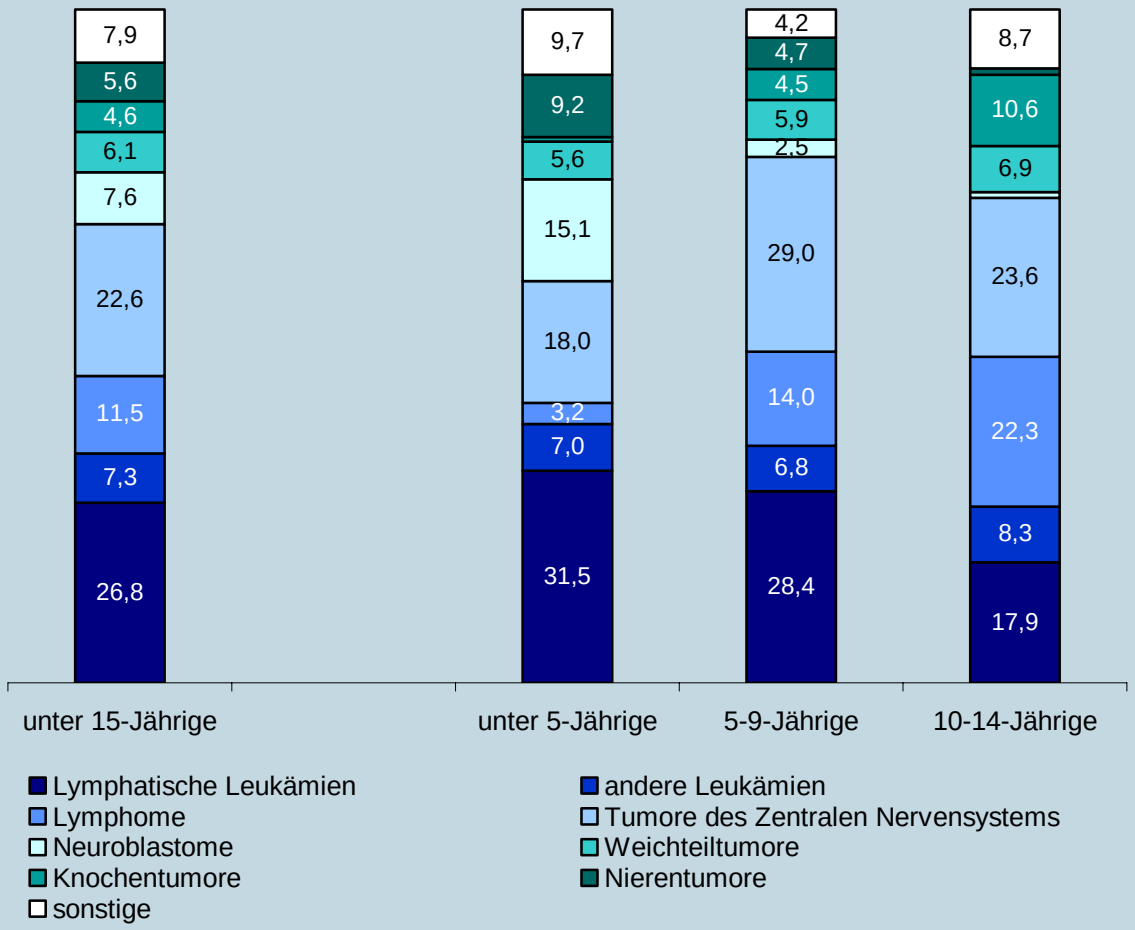
Datenquelle: Deutsches Kinderkrebsregister (http://www.kinderkrebsregister.de/), Auswertungen 2008

Tumore des ZNS bilden in allen Altersgruppen die zweithäufigste Diagnosegruppe. Fast die Hälfte aller ZNS-Tumore stellt ein Astrozytom dar, welches vom Stützgewebe des Gehirns ausgeht. Der Tumor kann sich im Gehirn oder im Rückenmark befinden und je nach Lokalisation unterschiedliche Beschwerden wie Krampfanfälle, Übelkeit, Erbrechen, Empfindungsstörungen und Lähmungserscheinungen hervorrufen. Besonders häufig sind ZNS-Tumore in der Altersgruppe der 5- bis 9-jährigen Kinder; bei 29% der Krebserkrankungen in diesem Alter handelt es sich um einen Hirntumor. Bei den Kindern unter 5 Jahren entfallen nur 18% der Krebsdiagnosen auf Tumore des ZNS. In diesem Alter kommen Neuroblastome – eine maligne Erkrankung des sympathischen Nervensystems - fast genauso häufig vor (15%). Sie werden ganz überwiegend in den ersten zwei Lebensjahren entdeckt.

Fast ebenso häufig wie ZNS-Tumore werden bei den 10- bis 14-Jährigen maligne Lymphome diagnostiziert. Sie gehen von den Zellen des Lymphatischen Systems aus und äußern sich hauptsächlich in Lymphknotenschwellungen. Die verschiedenen Formen von Lymphdrüsenkrebs gewinnen mit zunehmendem Alter der Kinder an Bedeutung. Während nur 3,2% der Krebserkrankungen unter 5-jähriger Kinder ein Lymphom darstellen, sind es bei den 5- bis 9-Jährigen 14% und bei den 10- bis 14-Jährigen 22,3%. Mehr als die Hälfte der Lymphome wird erst nach dem 11. Lebensjahr diagnostiziert.

Auch Knochentumore treten überwiegend erst im fortgeschrittenen Kindesalter in Erscheinung. Sie stellen in der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen mit einem Anteil von mehr als 10% die vierthäufigste Krebserkrankung dar.

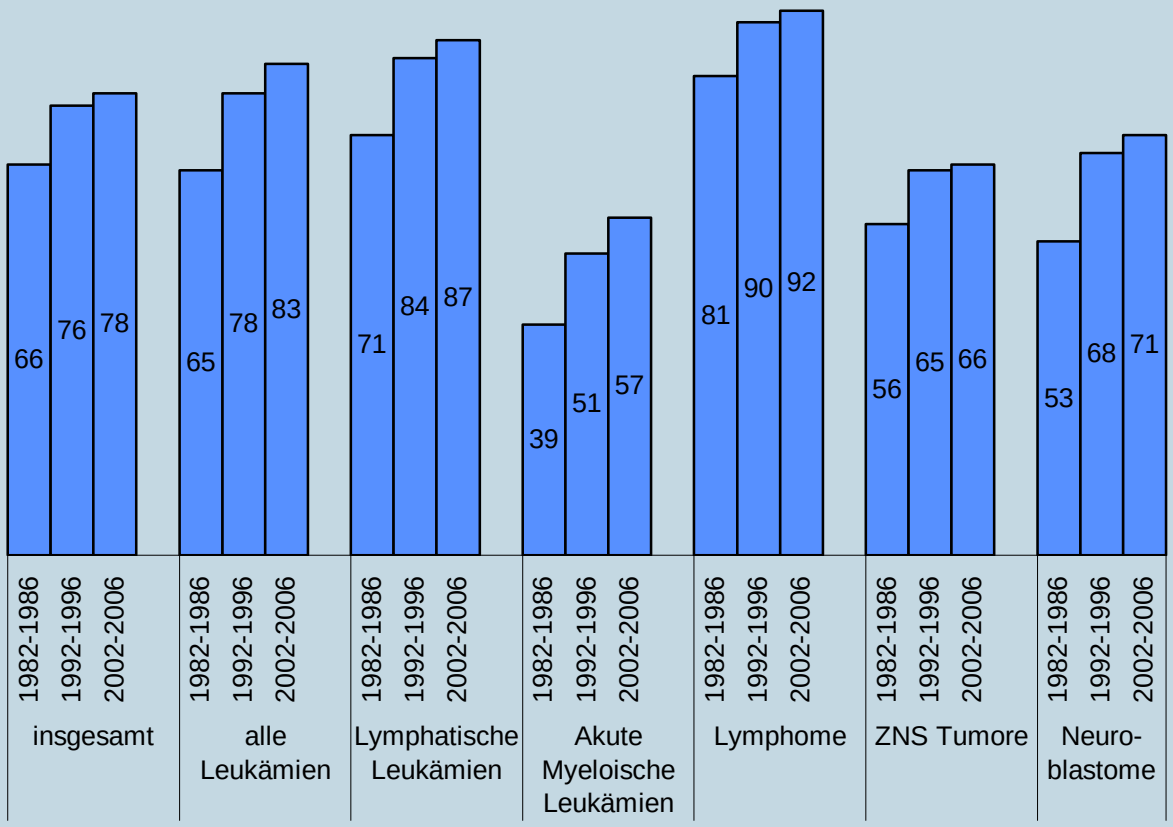
Abb. 71: Häufigkeitsverteilung von Krebserkrankungen bei Kinder in Deutschland, 1998-2007 (in %)



Datenquelle: Deutsches Kinderkrebsregister, (http://www.kinderkrebsregister.de/), Auswertungen 2008, eigene Berechnungen

Krebserkrankungen treten bei Kindern zwar insgesamt selten auf, stellen aber jenseits des Säuglingsalters die zweithäufigste Todesursache dar, hinter äußeren Ursachen wie z.B. Unfällen. Die Krebssterblichkeit ist somit im Vergleich zur Sterblichkeit an anderen Krankheiten immer noch hoch, obwohl in den letzten Jahren zweifellos erhebliche Fortschritte bei der Diagnostik und Therapie gemacht wurden. Diese Fortschritte dokumentieren sich eindrucksvoll in den Veränderungen der Überlebenswahrscheinlichkeiten (Abb. 72). Von allen zwischen 1982 und 1986 an Krebs erkrankten Kinder lebten 10 Jahre später noch 66%; dieser Anteil erhöhte sich für die zwanzig Jahre später erkrankten Kinder auf 78%. Die Überlebensraten sind für alle Krebsarten gestiegen. Nach wie vor sind jedoch erhebliche Unterschiede festzustellen.

Abb. 72: 10-Jahre-Überlebenswahrscheinlichkeit für alle und für ausgewählte Krebserkrankungen nach Jahr der Diagnosestellung (in %)



Deutsches Kinderkrebsregister (http://www.kinderkrebsregister.de/), Auswertungen 2008

Bisher konnten - auf der Ebene von Bundesländern und Regierungsbezirken – keine signifikanten regionalen Unterschiede festgestellt werden.[269] Auch in den verschiedenen Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs gibt es keine auffälligen Erhöhungen von Erkrankungsraten.[270] Im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg erkrankten im Zeitraum 1994-2003 121 bzw. 33 Kinder unter 15 Jahren an Krebs, davon 43 Kinder (28%) an einer Leukämie. Etwa die Hälfte aller Krankheitsfälle wurde vor Vollendung des fünften Lebensjahres diagnostiziert, etwa ein Drittel der Kinder erkrankten im Alter von 10 - 14 Jahren. Für den Rhein-Neckar-Kreis ergibt sich eine altersstandardisierte Inzidenz von 14,8 je 100.000 Kinder für alle Krebserkrankungen und von 4,1 je 100.000 Kinder für Leukämien. Diese Werte unterscheiden sich nicht signifikant von den Landeswerten.

[269] Signifikante Unterschiede nach dem Wohnort konnten jedoch in Abhängigkeit von der Nähe zu Kernkraftwerken nachgewiesen werden. So zeigte eine epidemiologische Studie zu den in Deutschland im Zeitraum 1980-2003 an Krebs erkrankten Kindern unter 5 Jahren, dass Kinder, die im Umkreis von 5km um ein Kernkraftwerk lebten, signifikant häufiger an Leukämie erkrankten als Kinder, die in größerer Entfernung zum Kernkraftwerk lebten. Aussagen zu den Ursachen dafür konnten jedoch nicht gemacht werden. Die Strahlenexposition kann die höhere Erkrankungsrate nicht erklären. (Kaatsch, P.; Spix, C.; Schmiedel, S.; Schulze-Rath, R.; Mergenthaler, A.; Blettner, M.: Epidemiologische Studie zu Kinderkrebs in der Umgebung von Kernkraftwerken (KiKK-Studie). Abschlussbericht. Umweltforschungsplan des Bundesumweltministeriums (UFOPLAN) - Reaktorsicherheit und Strahlenschutz. Bundesamt für Strahlenschutz, Salzgitter, 2007)

[270] Vgl. dazu: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.) Kindergesundheit in Baden-Württemberg. Stuttgart 2000, S. 97-99

3.3.8 Zahngesundheit

Gesunde Zähne von klein auf sind nicht nur für den allgemeinen Gesundheitszustand und eine normale Entwicklung von Kindern wichtig, sondern auch für die Mundgesundheit im Erwachsenenalter. Indikatoren der Zahngesundheit sind die Zahl der kariösen, fehlenden oder gefüllten Zähne (dmf-t bzw. DMF-T-Index[271]), der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss und der Anteil der sanierten kariösen Zähne.

Die Zahngesundheit von Kindern hat sich in den letzten Jahren erheblich verbessert. Daten zur Zahngesundheit liegen zum einen auf der Ebene von Bundesländern aus den „Epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe“ der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) vor, die 1994, 1997, 2000 und 2004 bei 6- bis 7-Jährigen, 12-Jährigen und zuletzt auch bei 15-Jährigen erfolgten. Zum anderen wurden vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) 1997 und 2005 bundesweit die Deutschen Mundgesundheitsstudien (DMS III und DMS IV) durchgeführt; davor hatte schon in Westdeutschland 1989 und in Ostdeutschland 1992 eine Erhebung stattgefunden (DMS I und DMS II).

Bei den 6- bis 7-jährigen Kindern in Deutschland hat sich die durchschnittliche Anzahl der kariösen, gefüllten oder wegen Karies extrahierten Milchzähne von 2,9 im Jahr 1994 auf 2,2 im Jahr 2004 verringert (Tab. 29). In Baden-Württemberg war bei einem deutlich günstigeren Ausgangsniveau ein noch stärkerer Rückgang zu beobachten. Korrespondierend dazu stieg der Anteil der 6- bis 7-jährigen Kinder mit einem naturgesunden Milchgebiss in Baden-Württemberg von 46% auf 60% und der Sanierungsgrad verbesserte sich von 46% auf 53%. Die Situation in der Region Rhein-Neckar-Kreis/ Heidelberg ist ähnlich günstig wie im Durchschnitt Baden-Württembergs.

Noch erfreulicher war die Entwicklung des Kariesbefalls bei den 12-Jährigen, und auch hier nahm Baden-Württemberg im Bundesländer-Vergleich eine Spitzenposition ein. Der DMF-T-Index sank in Deutschland von 2,4 im Jahr 1994 auf 1,0 im Jahr 2004. In Baden-Württemberg wurde bei gleichem Ausgangsniveau 2004 sogar ein Wert von 0,7 erreicht. Nach der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie resultierte dieser Wert 2005 auch im Bundesdurchschnitt. Der Anteil der 12-Jährigen ohne kariöse Zahnschäden lag in Deutschland 2005 bei 70% und in Baden-Württemberg 2004 bei 69%. Im Rhein-Neckar-Kreis/ Heidelberg hat die Zahngesundheit der 12-Jährigen ebenfalls eine sehr positive Entwicklung genommen. Da aufgrund methodischer Unterschiede eine direkte Vergleichbarkeit der Indikatorwerte mit den jeweiligen Landeswerten nicht möglich ist, muss offen bleiben, inwieweit der höhere DMF-T-Index und die geringeren Anteile kariesfreier Gebisse und sanierter Zähne in der hiesigen Region eine schlechtere Zahngesundheit als im Landesdurchschnitt bedeuten.

Die 15-Jährigen haben im Vergleich zu den 12-Jährigen deutlich mehr Karies. Im Bundesdurchschnitt waren bei den Jugendlichen im Schuljahr 2004/5 rund 2 Zähne und 2005 1,8 Zähne betroffen. Wesentlich besser war es um die Zahngesundheit wiederum in Baden-Württemberg bestellt. Der DMF-T-Index betrug hier im Schuljahr 2004/5 nur 1,25 – der mit Abstand beste Wert im Vergleich der Bundesländer. Der Anteil der Kinder mit naturgesundem

[271] Zahl der kariösen (decayed), fehlenden (missing) und gefüllten (filled) Zähne (teeth); für Milchzähne wird die Bezeichnung dmf-t-Index, für bleibende Zähne der Begriff DMF-T-Index verwendet.

Dauergebiss lag 2004/5 bei 56%, während in Deutschland insgesamt 2005 nur 46% der 15-Jährigen schadfreie Zähne hatten.[272]

Tab. 29: Indikatoren der Zahngesundheit von Kindern in Deutschland, Baden-Württemberg und der Region Rhein-Neckar-Kreis/ Heidelberg im Vergleich

		6- bis 7-Jährige			12-Jährige		
	Jahr	dmft-Index	Karies-freie Gebisse	Sanie-rungs-grad	DMFT-Index	Karies-freie Gebisse	Sanie-rungs-grad
		¢	%	%	¢	%	%
Deutschland	1994/95	2,89			2,44		
	1997	2,39			1,75		
	2000	2,21			1,21		
	2004/5	2,16			0,98		
Baden-Württemberg	1994/95	2,39	45,9	45,9	2,4	31,7	
	1997	1,91	53,9	48,5	1,43	50,2	
	2000	1,72	56,9	47,1	1,03	60	
	2004/5	1,58	59,6	52,8	0,71	68,6	72,9
Rhein-Neckar-Kreis/ Heidelberg	1990	2,44	44,1	39		30	
	1998/9				1,56	43,5	53,7
	2001/2					54,8	59,4
	2005/6	1,4	61,2	54,4	1,1	59,9	61,2

Datenquelle: Deutschland, Baden-Württemberg: Pieper, K.: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2004. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ), Bonn 2005; Rhein-Neckar-Kreis/Heidelberg: Niekusch, U./ Wagner, C.: Kariesbefall und Sanierungsgrad bei Kindergartenkindern der Stadt Heidelberg und des Rhein-Neckar-Kreises. In: Öffentliches Gesundheitswesen, 52, 1990, S. 696-698; Klemme, B.: Zahngesundheit und weitere Befunde zur oralen Gesundheit bei Schülern in Heidelberg und Montpellier unter besonderer Berücksichtigung der unterschiedlichen präventiven Maßnahmen in Deutschland und Frankreich. Medizinische Universität Heidelberg, Dissertation, 2005; Daten 2005/6: Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, Zahnärztlicher Dienst, Zusammenstellung von Dr. U. Niekusch

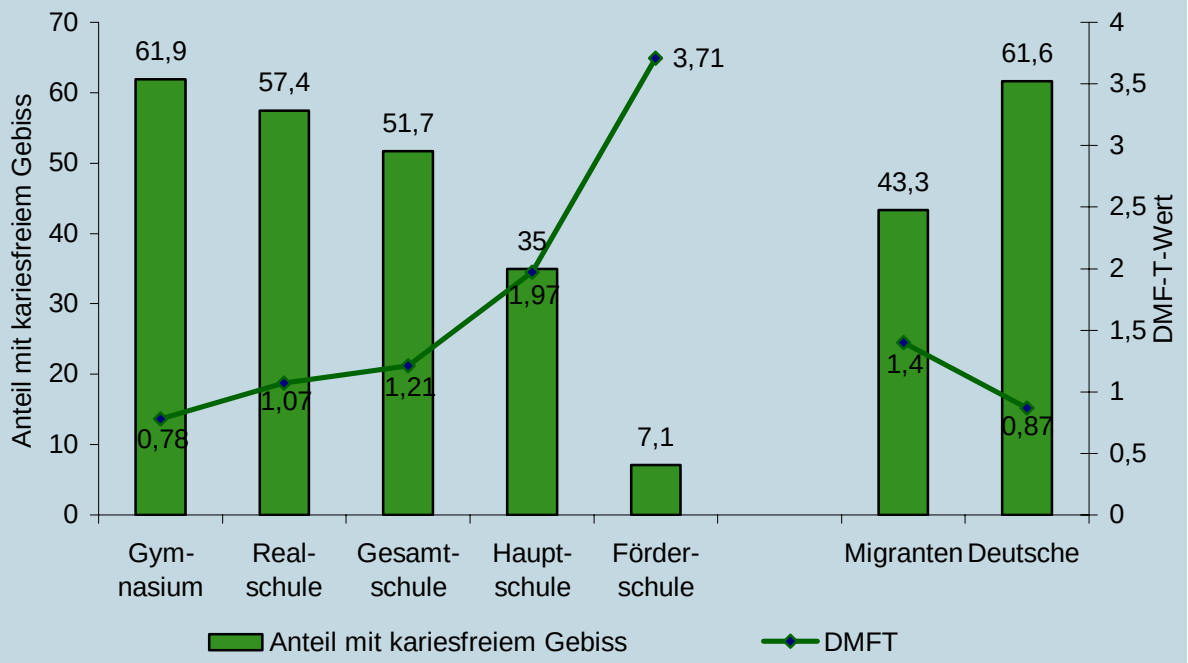
Die verbesserte Zahngesundheit der Kinder ist der Erfolg verstärkter Maßnahmen der Prävention wie z.B. Information und Aufklärung über die richtige Mundpflege, systematische Gruppen- und Individualprophylaxen (s. Kap. 2.3). Im Rahmen der letzten Mundgesundheitsstudie konnte gezeigt werden, dass die zunehmende Inanspruchnahme der Individualprophylaxe, insbesondere die Ausweitung der Fissurenversiegelung der hinteren Backenzähne, zu einem Kariesrückgang geführt hat. Auch eine im Schuljahr 2001/2 durchgeführte Untersuchung bei 12-jährigen Kindern im Raum Heidelberg hat die Bedeutung der Fissurenversiegelung aufgezeigt. Der durchschnittliche DMF-T-Wert der Kinder mit Fissurenversiegelung war erheblich niedriger als bei

[272] Datenquellen: Pieper, K.: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2004. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ), Bonn 2005; Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Kurzfassung, November 2006

den Kindern ohne Fissurenversiegelung (0,80 vs. 1,98).[273] Die Deutschen Gesellschaften für Zahnerhaltung (DGZ), Kinderzahnheilkunde (DGK) und Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) haben in einer gemeinsamen Stellungnahme die kariesprotektive Wirkung der Fissurenversiegelung bestätigt.[274]

Die vorliegenden Daten zeigen einen Zusammenhang zwischen Kariesbefall und sozialer Lage. Ein Kariesrückgang ist zwar bei Kindern aller Sozialschichten festzustellen, doch sind die Unterschiede nach wie vor groß. So lag der DMF-T-Wert bei 12-jährigen Hauptschülern in der hiesigen Region im Schuljahr 2005/6 mehr als doppelt so hoch wie der Wert der gleichaltrigen Gymnasiasten (Abb. 73). Ähnliche Verhältnisse sind auch auf Landesebene zu beobachten. Darüber hinaus ergibt die Vierte Mundgesundheitsstudie für Deutschland entsprechende Unterschiede in Abhängigkeit vom Bildungsniveau der Eltern.

Abb. 73: Kariesbefall bei 12-jährigen Kindern im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg nach Schulart und Migrationshintergrund 2005/6



Datenquelle: Daten nach Schulart: Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis, Zahnärztlicher Dienst, Zusammenstellung von Dr. U. Niekusch; Daten nach Migrationshintergrund: Bissar, A.-R.: Querschnittsstudie zu Migrationserfahrung und Zahngesundheit bei 11- bis 14-jährigen Schülern in Heidelberg, Dissertation, Universität Heidelberg 2007

Erhebliche Unterschiede in der Mundgesundheit bestehen auch zwischen Kindern von Migranten und deutschen Kindern. Sowohl die Daten aus der hiesigen Region (Abb. 73) als auch epidemiologische Untersuchungen im Rems-Murr-Kreis zeigen eine deutlich höhere

[273] Klemme, B.: Zahngesundheit und weitere Befunde zur oralen Gesundheit bei Schülern in Heidelberg und Montpellier unter besonderer Berücksichtigung der unterschiedlichen präventiven Maßnahmen in Deutschland und Frankreich. Medizinische Universität Heidelberg, Dissertation, 2005

[274] Zahnärztliche Mitteilungen, Heft 6, 2007, Seite 60-61

Kariesprävalenz bei Migranten im Vergleich zu deutschen Kindern.[275] Die Ursachen dafür werden zum einen im niedrigeren sozioökonomischen Status der Migranten gesehen, zum anderen auch in kulturellen Barrieren. Oralprophylaxen sind in den Herkunftsländern der Migranten oft gar nicht bekannt, und so werden aus Unkenntnis über die Existenz solcher Angebote in Deutschland diese auch nicht wahrgenommen. Deswegen ist eine u. U. muttersprachliche Information der Migranten über die im deutschen Gesundheitssystem vorhandenen professionellen Prophylaxeangebote sowie Aufklärung über die häuslichen Möglichkeiten der Prävention und die richtige Mundpflege erforderlich.

Die Unterschiede nach sozioökonomischer Lage und Migrationsstatus sind derart, dass von einer zunehmenden Kariespolarisierung gesprochen wird: einer vergleichsweise großen Gruppe von Kindern mit gesundem Gebiss steht eine kleine Gruppe von Kindern mit zahlreichen Zahnschäden gegenüber. So entfielen in der Mundgesundheitsstudie 1997 in der Gruppe der 12-Jährigen 61% aller kariösen Zähne auf nur 22% der Kinder; 2005 konzentrierten sich 61% der Zahnschäden auf nur 10% der Kinder. Auch im Raum Heidelberg war im Schuljahr 2005/6 bei den 12-jährigen Schüler/innen eine Polarisierung erkennbar: 66% der erkrankten Zähne entfielen auf 20% der Kinder. Dies verdeutlicht, dass eine Verbesserung der Kariesprävention insbesondere bei Kindern mit Migrationshintergrund und Kindern aus unteren sozialen Schichten erforderlich ist.[276]

3.4 Schädigungen durch Unfälle und Gewalt

Verletzungen, Vergiftungen, Verbrennungen und andere Folgen von Unfällen und Gewalteinwirkung sind eine häufige Ursache von Mortalität und Morbidität von Kindern. An den Folgen von Unfällen und Gewalteinwirkung starben im Jahr 2007 in Deutschland 381 Kinder unter 15 Jahren; dabei ereigneten sich 59 Todesfälle in Baden-Württemberg. Diese auch als äußere Ursachen bezeichneten Todesursachen stellen bei Kindern nach dem 1. Lebensjahr mit einem Anteil von 29% der Sterbefälle (vgl. Kap. 3.1.2) die häufigsten Todesursachen dar. Auch am Krankheitsgeschehen haben Verletzungen und andere äußere Schädigungen vermutlich einen hohen Anteil, zumindest was die im Krankenhaus behandelten Fälle betrifft.[277] Nach der Krankenhausstatistik Baden-Württemberg war 2007 mehr als ein Fünftel der stationär behandelten Kinder im Alter von 1 bis unter 15 Jahren wegen einer Verletzung, Vergiftung oder einer anderen Folge eines Unfalls oder einer Gewalteinwirkung im Krankenhaus.

Bei den äußeren Todesursachen überwiegen die Unfallfolgen gegenüber den Gewalteinwirkungen. Die durch äußere Ursachen bedingte Kindersterblichkeit war in den letzten drei Jahren in Baden-Württemberg in vier Fünftel der Fälle auf einen Unfall zurückzuführen.

[275] Van Steenkiste, M.; Becher, A.; Banschbach, R.; Gaa, S.; Kreckel, S.; Pocanschi, C.: Prävalenz von Karies, Fissurenversiegelungen und Füllungsmaterial bei deutschen Kindern und Kindern von Migranten. In: Das Gesundheitswesen, 66, 2004, S. 754-758

[276] Vgl. dazu und zum weiteren Handlungsbedarf Kap. 2.3

[277] Die Datenlage zur Häufigkeit nicht tödlicher Verletzungen ist ebenso unzureichend wie im Falle des übrigen Krankheitsgeschehens. Eine vollständige und systematische Bestandsaufnahme liegt lediglich für die im Krankenhaus stationär behandelten Patienten vor.

3.4.1 Unfälle

Die Häufigkeit von tödlichen Kinderunfällen ist in Baden-Württemberg und in Deutschland insgesamt im Verlauf der letzten 25 Jahre ganz erheblich zurückgegangen. Während 1980 in Baden-Württemberg noch 17 von 100.000 Kindern unter 15 Jahren tödlich verunglückten, waren es 2007 nur noch 3 Kinder. Insgesamt starben 2007 in Baden-Württemberg 53 Kinder unter 15 Jahren durch einen Unfall.

Ein Rückgang der tödlichen Unfälle ist in allen Altersgruppen zu beobachten. Nach wie vor sind jedoch unterschiedliche Risiken festzustellen. Im Säuglingsalter sind Todesfälle durch einen Unfall mit einer Rate von mehr als 4 von 100.000 Kindern in Deutschland am häufigsten. Das Risiko, tödlich zu verunglücken, sinkt mit höherem Alter der Kinder deutlich und liegt in den Altersgruppen der 5- bis 9- und der 10- bis 14-Jährigen bei 2 von 100.000 Kindern. In der erwachsenen Bevölkerung ereignen sich tödliche Unfälle wesentlich häufiger als bei Kindern. In Baden-Württemberg starben 2007 insgesamt 23 von 100.000 Einwohnern durch einen Unfall. Im Rhein-Neckar-Kreis war die Unfallmortalität mit 20 von 100.000 Einwohnern etwas geringer.

Zur Häufigkeit nicht tödlicher Unfallverletzungen lagen bis zur Durchführung des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) in Deutschland nur für Teilbereiche Informationen vor. Relativ gut dokumentiert sind Straßenverkehrsunfälle und Unfälle im Zuständigkeitsbereich der Schülerunfallversicherung, d.h. Unfälle in Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen bzw. auf den mit dem Besuch der Einrichtungen verbundenen Wegen. Zu Unfällen im häuslichen und im Freizeitbereich liegen dagegen nur wenige Daten vor. Im KiGGS wurden nun erstmals Daten zur Prävalenz von ärztlich behandelten unfallbedingten Verletzungen oder Vergiftungen sowie zum Unfallort, zum Unfallmechanismus und den Verletzungsfolgen des letzten Unfalls erhoben. Danach haben 16% der Kinder und Jugendlichen zwischen 1 und 17 Jahren in den letzten 12 Monaten eine Verletzung oder Vergiftung durch einen Unfall erlitten und mussten deshalb ärztlich behandelt werden (Tab. 30). Jungen passierte dies etwas häufiger als Mädchen. Die Unfallrate steigt bei Jungen mit dem Alter an, und zwar von 14,3% bei den 1- bis 2-jährigen bis zu 20,6% bei den 15- bis 17-jährigen Jungen. Bei Mädchen ist keine Zunahme der Unfallhäufigkeit mit dem Alter zu beobachten. Der häufigste Unfallort ist in allen Altersgruppen der Haus- und Freizeitbereich; an zweiter Stelle stehen die Betreuungs- und Bildungseinrichtungen und an dritter Stelle die öffentlichen Verkehrswege.

3.4.1.1 Unfälle im Heim- und Freizeitbereich

Nach den Daten des KiGGS ist der prozentuale Anteil von Unfällen in der häuslichen Umgebung und in der Freizeit entsprechend dem geringeren Aktionsradius jüngerer Kinder bei den 1- bis 2-jährigen am höchsten und den 15- bis 17-jährigen am geringsten (Tab. 30). Die Unfälle der Kleinkinder fanden zu 76% zu Hause und zu 12% bei Spiel-, Sport und anderen Freizeitaktivitäten statt. Bei den 15- bis 17-Jährigen ereigneten sich nur 11% der Unfälle zu Hause und 36% beim Sport (nicht Schulsport) oder anderen Freizeitbeschäftigungen. Bezogen auf alle Kinder im Alter von 1-14 Jahren ergibt sich eine Verletzungshäufigkeit von 5,1% für den häuslichen Bereich und 3,8% für den Sport- und Freizeitbereich. Zur Häufigkeit von Heim- und Freizeitunfällen in Baden-Württemberg oder dem Rhein-Neckar-Kreis liegen keine Daten vor.

Tab. 30: Häufigkeit von Kinderunfällen in Deutschland nach Alter der Kinder und Verteilung nach Unfallorten

	1-2-J.	3-6 J.	7-10 J.	11-14 J.	15-17 J.	1-14 J.
% mit einem Unfall in den letzten 12 Monaten, der eine ärztliche Behandlung erforderte						
Jungen	14,3	17	16	19,8	20,6	17,2
Mädchen	14,5	12,2	12,8	16,6	13,8	14
gesamt	14,4	14,7	14,4	18,2	17,3	15,7
davon ereigneten sich … %:						
zu Hause	76,1	47,6	27	16	11,3	34
bei außerhäuslichen Spiel-, Sport- und Freizeitaktivitäten	11,5	22,8	26,2	30,6	35,7	25,2
im Kindergarten/ in der Schule (einschl. Außenbereiche)	4,3	19,3	32,5	34,5	31	26,5
auf öffentlichen Verkehrswegen	3,8	6,9	10,6	14,3	17,2	10,2
sonstiges	4,3	3,3	3,7	4,6	4,8	4

Datenbasis: KiGGS, eigene Auswertungen auf Basis des Public Use File

3.4.1.2 Unfälle in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen

Verletzungen durch Unfälle in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen machen nach den Daten des KiGGS bei den 3- bis 6-jährigen 19,3% und bei den Schulkindern etwa ein Drittel aller Unfälle aus. Dies ergibt eine Häufigkeit von 2,7% der 3- bis 6-jährigen und 5,3% der 7- bis 14-jährigen Kinder, die sich im Zeitraum eines Jahres bei einem Unfall in der Kindertagesstätte, der Schule oder dem Hort so stark verletzen, dass eine ärztliche Behandlung erforderlich ist. Bezogen auf alle Kinder und Jugendlichen im Alter von 1-14 Jahren liegt die Unfallverletzungsrate in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen bei 4%.

Neben den Daten des KiGGS stehen die Statistiken der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zur Verfügung, die alle Unfälle von Kindern, Schülern und Studenten umfassen, die sich in Kindertagesstätten bzw. Schulen und Hochschulen oder auf den Wegen zu/von diesen Einrichtungen ereignen und einen Arzt- oder Krankenhausbesuch nach sich ziehen. Die Unfallkasse Baden-Württemberg bietet darüber hinaus Informationen zum Schulunfallgeschehen[278] in Baden-Württemberg. Verkehrsunfälle auf dem Weg zur Schule werden außerdem im Verkehrssicherheitslagebild der Polizei Baden-Württemberg ausgewiesen.

Die Schülerunfallstatistik der DGUV weist auf deutlich höhere Unfallverletzungsraten als der KiGGS hin. So lag der Anteil der unter 15-jährigen Kinder in Kindertagesstätten und Schulen, die einen Unfall in oder auf dem Weg zu/von der Einrichtung erlitten, in den Jahren 2003-2007

[278] Die Begriffe „Schulunfall“ und „Schulwegunfall“ werden im Folgenden in Anlehnung an bestehende Konventionen für alle Unfälle verwendet, für die die Schülerunfallversicherung zuständig ist. Die Begriffe beziehen sich damit auf Unfälle von Kindern, die Kinderbetreuungseinrichtungen besuchen, auf Unfälle von Schülern in der Schule/auf dem Schulweg und auf Unfälle von Studenten, die mit dem Besuch der Hochschule in Zusammenhang stehen.

zwischen 9,8% und 10% und damit mehr als doppelt so hoch wie im KiGGS.[279] Dies mag damit zusammenhängen, dass das Unfallgeschehen in den Betreuungs- und Bildungseinrichtungen von den Befragten des KiGGS aufgrund von Erinnerungslücken oder anderen, nachfolgenden Unfällen[280] nur unvollständig berichtet wird.

Die Statistik der DGUV zeigt eine Zunahme der meldepflichtigen[281] Schulunfälle in den 90er Jahren. Im Jahr 1999 hatten rund 86 von 1.000 Versicherten einen Unfall im Kindergarten, in der Schule oder Hochschule. Danach ging die Unfallrate kontinuierlich bis auf einen Wert von rd. 74 von 1.000 Versicherten im Jahr 2007 zurück (Abb. 74). Die Unfälle in den Betreuungs- und Bildungseinrichtungen ereigneten sich am häufigsten beim Sport (43%), in den Pausen (23,5%) und während des Unterrichts (außer Sportunterricht) bzw. Kindergartenbetriebs (21,9%).[282]

Bei den Schulwegunfällen lässt sich eine ähnliche Entwicklung beobachten. Die Unfallrate lag zuletzt bei 6,6 von 1.000 Versicherten, wobei nicht einmal die Hälfte der Wegeunfälle Straßenverkehrsunfälle[283] (s. u.) darstellen. Die übrigen Unfälle auf dem Weg zur Schule/Kita entstehen überwiegend als Folge von Stürzen beim Gehen/Laufen auf dem Gehweg oder durch Rangeleien und Raufereien. Die häufigsten Verkehrsunfälle auf dem Schulweg passieren mit dem Fahrrad (2007: 45,6%), PKW-Unfälle sind am zweithäufigsten (20,4%) und Fußgängerunfälle folgen an dritter Stelle (9,7%).[282]

Sowohl die Schulunfälle als auch die Schulwegunfälle nehmen mit höherem Alter der Kinder zu (Abb. 74). Während von 1.000 Kindern in Kindertagesstätten und in Grundschulen 2007 nur 68 bzw. 72 eine Unfallverletzung in der Einrichtung oder auf dem Hin- oder Heimweg erlitten, waren es in den weiterführenden Schulen – je nach Schulart – zwischen 88 (Gymnasium) und 253 (Hauptschule) Schüler/innen. Eine Erklärung für die Zunahme der Unfälle mit dem Alter der Kinder könnte ein zunehmendes Gefahrenpotenzial durch die Anforderungen im Sportunterricht sowie längere Schulwege sein. Die großen Unterschiede zwischen den weiterführenden Schularten spiegeln möglicherweise das unterschiedliche Risikoverhalten in verschiedenen sozialen Lagen wieder.

In Baden-Württemberg haben sich die Schul- und Schulwegunfälle in den letzten Jahren ebenso positiv entwickelt wie im Bundesdurchschnitt. Das Schülerunfallgeschehen stellt sich hier zudem deutlich günstiger als in Deutschland insgesamt dar. Im Jahr 2007 erlitten 67 (Bundesdurchschnitt 74) von 1.000 Versicherten in Baden-Württemberg Verletzungen durch einen Schulunfall und 5,8 (Bundesdurchschnitt 6,6) von 1.000 Versicherten verunglückten auf dem Schulweg. Im Vergleich der Bundesländer nimmt Baden-Württemberg sowohl bei den Schulunfällen als auch bei den Schulwegunfällen die viertbeste Position ein.[282]

---

[279] Datenquelle: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Zahlen und Fakten, Schülerunfallgeschehen für das Teilkollektiv Kinder in Tageseinrichtungen und Schüler unter 15 Jahren 2007

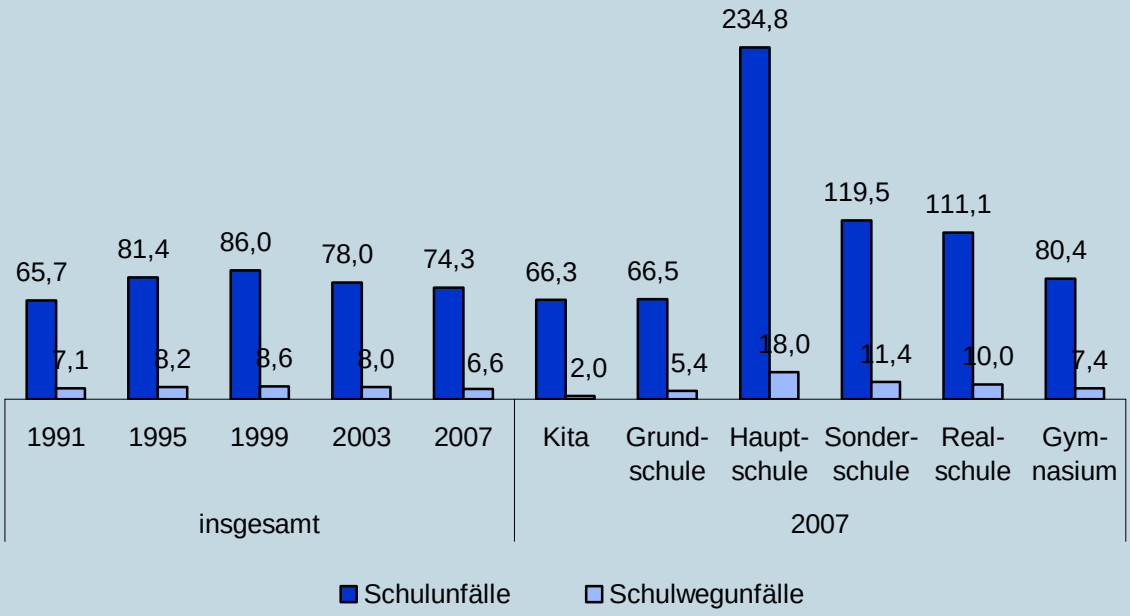
[280] Die Befragten sollten nur zum letzten Unfall nähere Angaben machen.

[281] Meldepflichtig sind alle Unfälle, die eine ärztliche Behandlung notwendig machen.

[282] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Broschüren, Schülerunfallgeschehen 2007

[283] Straßenverkehrsunfälle sind Unfälle infolge des fahrenden Verkehrs

Abb. 74: Die Häufigkeit von Schulunfällen und Wegeunfällen je 1.000 Versicherte nach Art der besuchten Einrichtung in Deutschland



Datenquelle: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, eigene Berechnungen

3.4.1.3 Straßenverkehrsunfälle

Ein Teil der Unfälle auf dem Weg zur Schule sind Straßenverkehrsunfälle, d.h. Unfälle infolge des fahrenden Verkehrs. Im Jahr 2007 stellten 51% der Schulwegunfälle in Deutschland Straßenverkehrsunfälle dar.

Die Erhöhung der Verkehrssicherheit auf dem Weg zur Schule ist das Ziel zahlreicher Maßnahmen und Aktivitäten der Verkehrsunfallprävention. Gerade für Schulanfänger werden zu Beginn des Schuljahres regelmäßig Aktionen für einen sicheren Schulweg von Polizei, Verkehrswacht, Unfallkassen, Kommunen und Schulen initiiert. Tatsächlich sind nach den Daten der Schülerunfallversicherung die Verkehrsunfallraten auf dem Weg zur Schule in den letzten Jahren in Deutschland aber kaum nachhaltig gesunken. Die Entwicklung ist vielmehr von einem auf und ab gekennzeichnet.

Auch in Baden-Württemberg sind die Verkehrsunfälle auf dem Weg zur Schule seit Jahren auf ähnlichem Niveau. Jährliche Sonderauswertungen[284] der amtlichen Straßenverkehrsunfallstatistik zeigen, dass von 100.000 Schüler/innen im Alter von 6-13 Jahren seit 1999 jährlich zwischen 33 und 42 Kinder auf dem Schulweg verunglückt sind. Bei den 14- bis 17-Jährigen liegt die Rate zwischen 31 und 39 Schüler/innen. Insgesamt sind im Schuljahr 2007/8 in Baden-Württemberg bei 730 Verkehrunfällen auf dem Schulweg 677 Schüler/innen[285] verunglückt; dabei verlief ein

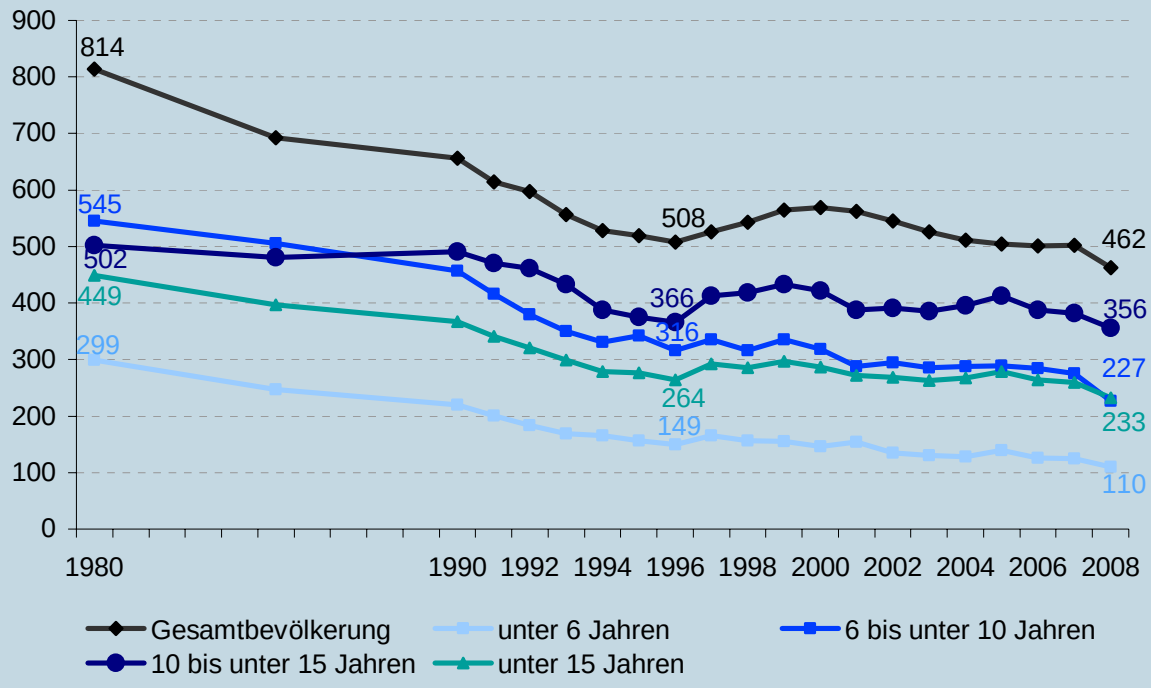
[284] Die Sonderauswertungen werden im Auftrag des Innenministeriums im Rahmen der Verkehrssicherheitsaktion "Gib Acht im Straßenverkehr" durchgeführt. Die Ergebnisse sind als Teil des Verkehrssicherheitslagebilds der Polizei Baden-Württemberg veröffentlicht.

[285] Der Begriff „Schüler/innen“ wird in diesem Zusammenhang wieder im eigentlichen Wortsinn verwendet. Er schließt nicht wie bei Daten aus der Schülerunfallversicherung Kindergartenkinder und Studierende ein.

Unfalltödlich, 126 Schüler/innen wurden schwer und 551 Schüler/innen leicht verletzt. [286] Die 6- bis 13-Jährigen verunglückten in mehr als 90% der Fälle als Fußgänger oder als Radfahrer. Dabei gingen die Fußgängerunfälle absolut und relativ in den letzten Jahren zurück, während die Radfahrunfälle zunahmen.

Verkehrsunfälle auf dem Schulweg stellen nur einen vergleichsweise geringen Teil aller Straßenverkehrsunfälle von Kindern und Jugendlichen dar. In Baden-Württemberg verunglückten im Jahr 2007 insgesamt 6915 6- bis 17-Jährige im Straßenverkehr und nur 677 (9,8%) waren dabei auf dem Weg zur Schule. Langfristig ist das Verkehrsunfallrisiko nicht nur von Kindern erheblich gesunken. Zwischen 1980 und 1996 ging die Unfallrate in Baden-Württemberg in allen Altersgruppen stark zurück (Abb. 75). Danach sind die Verunglücktenraten zunächst wieder etwas angestiegen und anschließend erneut gesunken. Im Jahr 2008 wurde in allen Altersgruppen ein neuer Tiefstand der Verunglücktenrate erreicht – das Unfallrisiko war in den letzten dreißig Jahren noch nie so gering wie in diesem Jahr. Das Unfallrisiko nimmt entsprechend dem größer werdenden Aktionsradius der Kinder mit dem Alter der Kinder zu.

Abb. 75: Entwicklung der bei Straßenverkehrsunfällen Verunglückten in Baden-Württemberg (je 100.000 Einwohner)



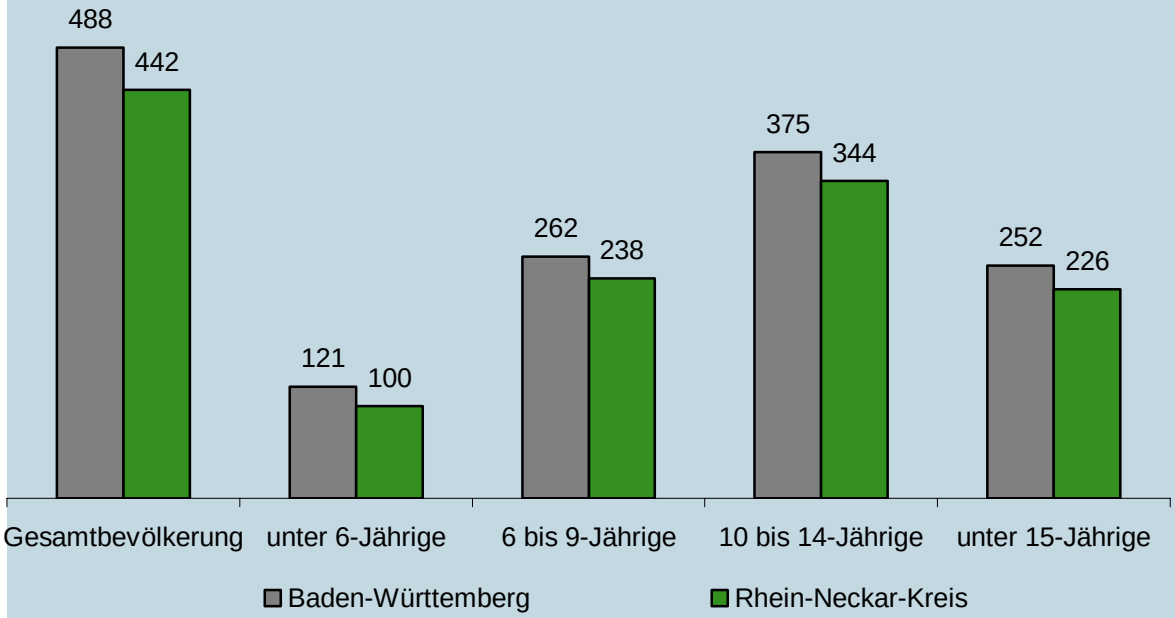
Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Berechnungen

Im Rhein-Neckar-Kreis stellt sich die Situation im Zeitraum der letzten drei Jahre noch günstiger als in Baden-Württemberg dar (Abb. 76). Dies trifft für den Durchschnitt der Bevölkerung als auch für Kinder aller Altersgruppen zu.

[286] Vgl. Innenministerium Baden-Württemberg, Pressestelle, Pressemitteilung vom 11. September 2007

Jungen verunglücken deutlich häufiger im Straßenverkehr als Mädchen, und zwar in allen Altersgruppen. Im Jahr 2008 verunglückten in Baden-Württemberg 269 Jungen und 204 Mädchen von jeweils 100.000 Kindern unter 15 Jahren. Nach den Ergebnissen des KiGGS bestehen darüber hinaus signifikante Unterschiede nach dem Sozialstatus der Kinder. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben häufiger einen Verkehrsunfall als Kinder und Jugendliche aus Familien mit höherem Sozialstatus.

Abb. 76: Zahl der im Straßenverkehr Verunglückten je 100.000 Einwohner im Rhein-Neckar-Kreis und Baden-Württemberg 2006-2008



Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Berechnungen

Bei rund vier Fünftel aller Verkehrsunfälle tragen die Kinder nur leichte Verletzungen davon. Am häufigsten erleiden Kinder bei Fußgängerunfällen schwere Verletzungen; 30% der Kinder, die 2008 als Fußgänger verunglückten, verletzten sich schwer.

3.4.1.4 Unfallprävention

Experten gehen davon aus, dass durch Maßnahmen der Prävention die ganz überwiegende Mehrheit von Kinderunfällen vermeidbar wäre und Verletzungsfolgen verringert werden könnten. Durch gesetzliche Maßnahmen wie z.B. die Anschnallpflicht im PKW, durch technische Sicherheitsmaßnahmen wie z.B. Steckdosensicherungen, durch Aufklärung, Beratung und Schulungen konnten bereits erhebliche Erfolge erzielt werden. Eine aktuelle europäische Studie zu den nationalen Präventionsstrategien zeigt ein vergleichsweise gutes Abschneiden Deutschlands. Unter 18 Ländern belegte Deutschland den sechsten Platz. Positiv werden insbesondere die Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit von Kindern im Straßenverkehr

bewertet. Dagegen weist die Prävention von Unfällen im Heim- und Freizeitbereich noch große Defizite auf.[287]

Im Jahr 2002 haben sich verschiedene Organisationen in der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mehr Sicherheit für Kinder e.V. zusammengeschlossen, mit dem Ziel, die Kinderunfallprävention in Deutschland weiter voranzutreiben. Die BAG konzentriert sich auf Unfälle in Heim und Freizeit. Mit der Aktion „Mehr Sicherheit für Kinder - Safe Kids“ wird insbesondere über Sicherheitsmaßnahmen in Wohnung und Haushalt aufgeklärt. Auf der Internetseite der BAG sind zahlreiche Informationen zur Kindersicherheit von Produkten, Sicherheitstipps für Haushalt und Freizeit und ein Sicherheitslexikon für Eltern zugänglich. Die BAG organisiert nationale Kindersicherheitstage zu wechselnden Schwerpunktthemen und stellt dafür Informationsmaterialien bereit. Durch vielfältige weitere Aktivitäten wird wertvolle Aufklärungsarbeit geleistet.

Maßnahmen zur Prävention von Verkehrsunfällen werden durch den Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR) koordiniert. Im Programm „Kind und Verkehr“ bieten die Mitglieder des DVR (z.B. Automobilclubs, Versicherungen, Berufsgenossenschaften, Verkehrswachten, Verkehrsministerien der Länder) Veranstaltungen für Eltern von Vorschulkindern zur Sicherheit von Kindern im Straßenverkehr an.

In Baden-Württemberg haben sich mehrere Organisationen (z.B. ADAC, Landesverkehrswacht, Polizei, Unfallkasse) zum Forum Verkehrsprävention zusammengeschlossen und die Aktion „Gib acht im Verkehr“ initiiert. Es werden u. a. Veranstaltungen zur Verkehrssicherheit angeboten, Tipps zur Verbesserung der Verkehrssicherheit der Kinder gegeben und insbesondere auch umfangreiche Aktivitäten zur Sicherheit des Schulweg, z.B. Verkehrssicherheitstage an Schulen durchgeführt. Auf lokaler Ebene sind insbesondere die Angebote der Kreisverkehrswachten Rhein-Neckar und Mannheim zu nennen.

Die Unfallprävention im Bereich der Kindertageseinrichtungen und Schulen ist primär Aufgabe der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Zu nennen sind insbesondere das Internet-Angebot des Rheinischen Gemeindeunfallversicherungsverbands zur sicheren Kindertagesstätte und sicheren Schule. Die Unfallkasse Baden-Württemberg fördert mit dem Projekt „Kinder in Aktion“ die Bewegungskompetenz von Kindern in Kindergärten, da körperliche und motorische Schwächen das Unfallrisiko und die Schwere von Verletzungen steigern. Unter anderem werden Seminare für Erzieher/innen zur Bewegungsfrühförderung veranstaltet. Darüber hinaus werden Informationen und Hintergrundwissen in Form von Broschüren angeboten, z.B. zu gesetzlichen Regelungen, Sicherheitsempfehlungen für Außenspielflächen oder den Stellenwert der Bewegungsförderung von Kindern. Auch der Schulwegsicherheit und der Sicherheit im Sportunterricht sind verschiedene Publikationen gewidmet.

Die BAG hat in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine umfangreiche Fachdatenbank zur Prävention von Kinderunfällen erstellt, die die vorhandenen Anbieter und ihre Angebote umfasst und nach Gefahrenorten (z.B. Straßenverkehr, Sport), Unfallarten (z.B. Sturz, Ertrinken), Angebotsarten (z.B. Aktionstag, Workshop, Fortbildung), Medien (Broschüren, Video, CD) und Zielgruppen (z.B. Eltern, Erzieher, Kinder)

[287] Europäische Kindersicherheitsstudie, vgl. http://www.kindersicherheit.de/html/pm2007_12CSAP.html und http://www.kindersicherheit.de/pdf/csap_gutachten_deutschland.pdf

durchsucht werden kann.[288] Eine Suche nach Postleitzahl ermöglicht zudem das Auffinden von Angeboten in der Nähe.

Präventionsmaßnahmen in Form von Aufklärung, Beratung und Erziehung sind letztendlich nutzlos, wenn sie von den Betroffenen nicht auch in entsprechende Verhaltensweisen umgesetzt werden. Ein Beispiel dafür ist das Tragen eines Helmes beim Fahrradfahren. Im KiGGS wurden dazu Daten erhoben. Danach nehmen die Helmtragequoten vom Kleinkind- bis zum Jugendalter stark ab. Während fast 90% der 3- bis 6-Jährigen und 80% der 7- bis 10-Jährigen beim Fahrradfahren einen Helm tragen, sind es bei den 11- bis 13-Jährigen nur etwas mehr als 40% und bei den 14-17-Jährigen nur noch 11%. Darüber hinaus ergeben sich vergleichsweise niedrige Helmtragequoten für Kinder aus Familien mit niedrigem sozialem Status und Kinder mit Migrationshintergrund. Die Bundesanstalt für Straßenwesen erfasst seit Jahren durch Beobachtungen des Verkehrs das Schutzverhalten von Verkehrsteilnehmern. Danach schwankte der Anteil der Kinder bis 10 Jahren, die einen Fahrradhelm tragen, in den letzten zehn Jahren zwischen 33% und 53%, ohne dass eine eindeutig Tendenz zu erkennen gewesen wäre. Alle Datenquellen zeigen folglich, dass noch erhebliche Aufklärungsarbeit notwendig ist.

3.4.2 Gewalt

Medienberichte über Fälle von Kindesmisshandlung sorgen in den letzten Jahren immer wieder für große Betroffenheit bei der Bevölkerung und eine Intensivierung der öffentlichen und politischen Diskussion über die Möglichkeiten der Verhinderung von Gewalt gegen Kinder. Kinder erleiden vielfältige Formen von Gewalt. Im Allgemeinen wird folgende Unterscheidung getroffen:

Aufgrund von sichtbaren äußeren Schädigungen tritt körperliche Gewalt am ehesten zutage. Sie kann zu schweren Verletzungen, und im Extremfall zu dauerhaften Behinderungen oder sogar zum Tod des Kindes führen. Es ist davon auszugehen, dass das Ausüben körperlicher Gewalt immer auch eine seelische Misshandlung für die Kinder bedeutet. Seelische Gewalt liegt vor, wenn dem Kind ein Gefühl der Ablehnung vermittelt wird, wenn es ständig überfordert, übermäßig bestraft, häufig verängstigt oder alleingelassen wird. Diese Form von Gewalt ist viel schwieriger als körperliche Misshandlung zu erfassen und bleibt daher ganz überwiegend im Verborgenen. Dasselbe trifft für die körperliche oder seelische Vernachlässigung von Kindern zu. Unter Vernachlässigung kann die Unterlassung der zur Erhaltung des physischen (Ernährung, Körperpflege) und psychischen Wohlergehens (soziale Kontakte, Zuwendung, Schutz) der Kinder erforderlichen Maßnahmen verstanden werden. Sie tritt häufig bei Überforderung und Hilflosigkeit der Eltern aufgrund schwieriger finanzieller oder sozialer Verhältnisse, Suchtproblemen oder persönlicher Merkmale der Eltern oder des Kindes auf. Betroffen sind am häufigsten Säuglinge und Kleinkinder, die sich noch überwiegend in der häuslichen Umgebung aufhalten. Daher wird die Vernachlässigung – wenn überhaupt - häufig erst spät für andere offensichtlich. Von einer hohen Dunkelziffer ist auch beim sexuellen Missbrauch von Kindern auszugehen. Schätzungen von Experten gehen davon aus, dass nicht einmal 10% der Fälle zur Anzeige kommen und damit in der polizeilichen Kriminalstatistik erfasst werden. Die hohe Dunkelziffer erklärt sich insbesondere dadurch, dass die Täter in den meisten Fällen aus dem engeren Familienkreis oder dem unmittelbaren sozialen Umfeld des Kindes kommen und das Kind aus Scham und Angst vor den Folgen schweigt.

[288] Die Datenbank ist über die Internetseite der BZgA zugänglich (http://artemis.bzga.de/kup/)

Die Folgen von Kindesmisshandlung können nicht nur in Verletzungen, somatischen und psychischen Erkrankungen bestehen, sondern auch in Beeinträchtigungen der körperlichen, kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung des Kindes. Darüber hinaus ist aus Studien bekannt, dass das Erleben oder Miterleben von Gewalt in der Kindheit die eigene Gewaltbereitschaft im Erwachsenenalter steigert und damit langfristig eine Zunahme von Gewalt in der Gesellschaft zur Folge haben kann.

Im Folgenden soll zunächst das Ausmaß der Gewalt gegen Kinder - soweit es aus Daten der polizeilichen Kriminalstatistik und der Kinder- und Jugendhilfe bekannt ist - erläutert werden. Kinder und Jugendliche treten jedoch nicht nur als Opfer sondern auch als Täter in Erscheinung. In diesem Zusammenhang ist vor allem das Thema „Gewalt an Schulen“ von Interesse, das in den letzten Jahren aufgrund entsprechender Vorkommnisse in den Medien verstärkt thematisiert wurde.

3.4.2.1 Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Polizeiliche Kriminalstatistik

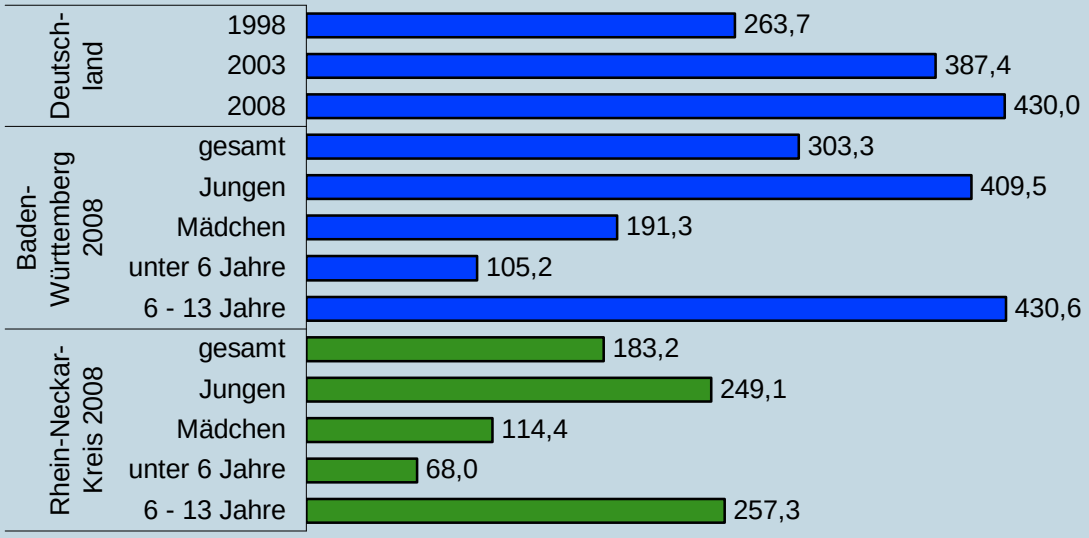
Die Misshandlung oder Vernachlässigung eines Kindes ist im schlimmsten Fall mit dem Tod des Kindes verbunden. Selbst bei den Tötungsdelikten (Mord, Totschlag und fahrlässige Tötung) muss von einem Dunkelfeld der polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) ausgegangen werden, das jedoch vermutlich kleiner ist als bei nicht tödlichen Gewaltdelikten. Die Zahl der Tötungsdelikte an Kindern unter 14 Jahren liegt in Deutschland ebenso wie in Baden-Württemberg seit mehreren Jahren bei jährlich 2-3 Fällen pro 100.000 Kinder. Im Jahr 2008 wurden in Baden-Württemberg 42 Kinder Opfer eines Mordes, eines Totschlages oder einer fahrlässigen Tötung; davon ereignete sich 1 Fall in Heidelberg; im Rhein-Neckar-Kreis waren keine Tötungsdelikte zu verzeichnen.

Die Häufigkeit der bekannt gewordenen Fälle einer Körperverletzung von Kindern hat in den letzten 10 Jahren zugenommen. Die Opferbelastungszahl[289] stieg in Deutschland zwischen 1998 und 2008 von 264 auf 430 Kinder (Abb. 77). In Baden-Württemberg hat die Opferbelastung ein deutlich geringeres Niveau als in Deutschland insgesamt. Im Rhein-Neckar-Kreis wurde ein noch geringerer Anteil der Kinder als im Landesdurchschnitt Opfer einer Körperverletzung. Dabei sind wie in Baden-Württemberg insgesamt große Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen und zwischen verschiedenen Altersgruppen festzustellen. Jungen werden häufiger zum Opfer als Mädchen, Schulkinder häufiger als noch nicht schulpflichtige Kinder.

Bei einem Teil der Fälle von Körperverletzung handelt es sich um Kindesmisshandlung (einschließlich Vernachlässigung). Die Häufigkeit der polizeilich erfassten Misshandlung oder böswilligen Vernachlässigung von Kindern (unter 14 Jahren) durch fürsorgepflichtige Personen hat ebenfalls seit Anfang der 90er Jahre in Deutschland erheblich und in Baden-Württemberg zumindest leicht zugenommen (Abb. 78). Inwieweit diese Zunahme der realen Entwicklung entspricht oder das Ergebnis einer wachsenden Sensibilisierung und Anzeigebereitschaft der Bevölkerung ist, lässt sich nicht entscheiden. Die Opferbelastung liegt in Baden-Württemberg wiederum erheblich niedriger als in der gesamten Bundesrepublik, wobei keine systematischen

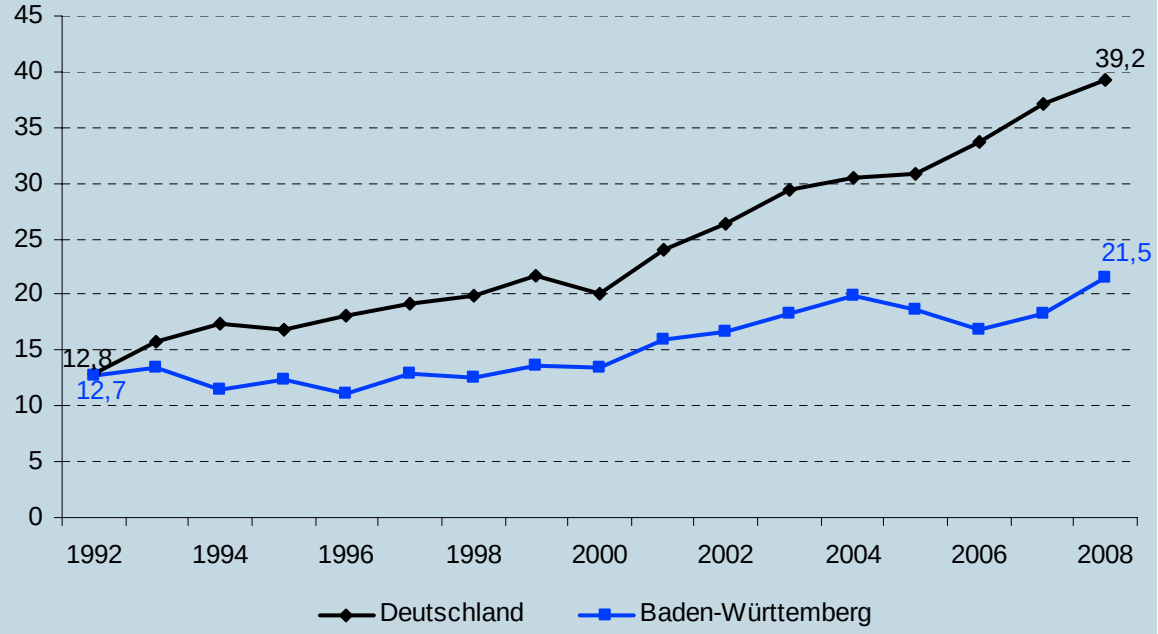
[289] Zahl der Opfer pro 100.000 der entsprechenden Bevölkerungsgruppe

Abb. 77: Kinder unter 14 Jahren als Opfer einer Körperverletzung (Anzahl je 100.000 Kinder)



Datenquelle: Bundeskriminalamt, Landeskriminalamt und Polizeidirektion Heidelberg, Polizeiliche Kriminalstatistik, eigene Berechnungen

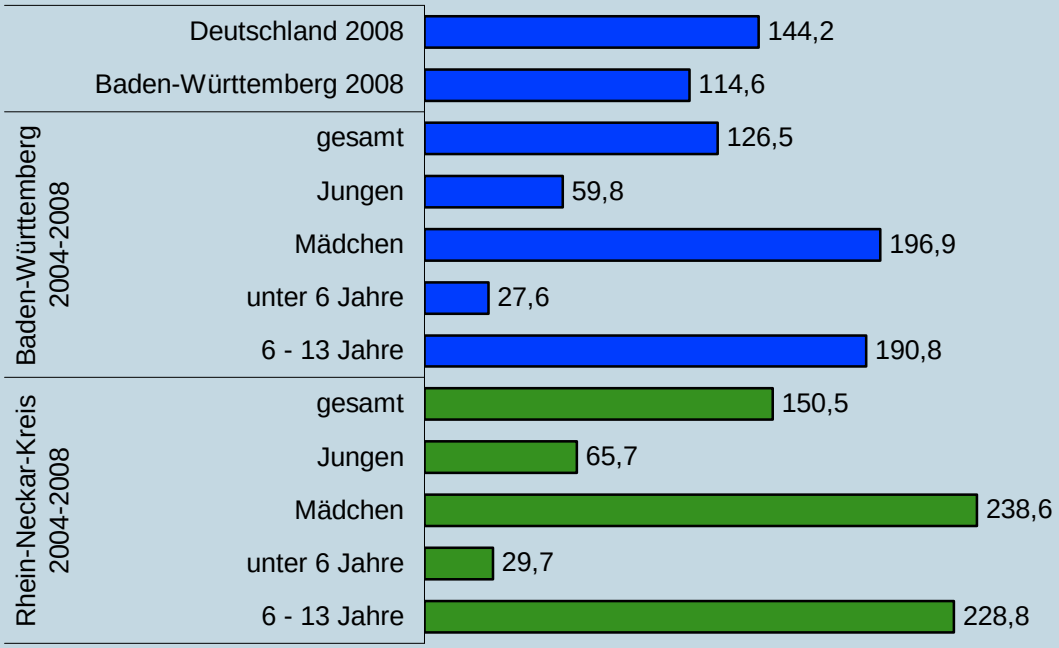
Abb. 78: Kinder unter 14 Jahren als Opfer einer Kindesmisshandlung (Anzahl je 100.000 Kinder)



Datenquelle: Bundeskriminalamt, Landeskriminalamt und Polizeidirektion Heidelberg, Polizeiliche Kriminalstatistik, eigene Berechnungen

Unterschiede nach Geschlecht oder Alter der Kinder zu beobachten sind. Im Rhein-Neckar-Kreis ist im Durchschnitt der letzten 5 Jahre etwa die gleiche Opferbelastung (17,7) wie im Landesdurchschnitt (19,0) festzustellen. Jährlich wurden zwischen 7 und 16 Fälle von Kindesmisshandlung aufgedeckt. Im Jahr 2008 waren einschließlich der im Stadtgebiet von Heidelberg bekannt gewordenen Fälle 21 Kinder betroffen gewesen.

Abb. 79: Kinder unter 14 Jahren als Opfer sexuellen Missbrauchs (Anzahl je 100.000 Kinder)



Datenquelle: Bundeskriminalamt, Landeskriminalamt und Polizeidirektion Heidelberg, Polizeiliche Kriminalstatistik, eigene Berechnungen

Die der Polizei bekannt gewordenen Fälle sexuellen Missbrauchs von Kindern bewegen sich seit vielen Jahren – von unregelmäßigen Schwankungen abgesehen – sowohl in Baden-Württemberg als auch auf Bundesebene auf einem ähnlichen hohen Niveau. In den letzten drei Jahren ist der Anteil der betroffenen Kinder – auch im Rhein-Neckar-Kreis - deutlich zurückgegangen, doch bleibt abzuwarten, inwieweit sich diese Entwicklung fortsetzt. Im Jahr 2008 wurden in Baden-Württemberg 1.694 kindliche Opfer sexuellen Missbrauchs registriert, was einer Rate von 115 je 100.000 Kinder unter 14 Jahren entspricht (Abb. 79). Die Missbrauchsrate in Deutschland insgesamt liegt wie auch in den Jahren zuvor deutlich höher. Im Rhein-Neckar-Kreis waren im Jahr 2008 69 Fälle sexuellen Missbrauchs zu verzeichnen, weiter 20 Fälle ereigneten sich im Stadtgebiet von Heidelberg. Die Missbrauchsrate ist im Rhein-Neckar-Kreis höher als im Landesdurchschnitt.[290] Rund drei Viertel der Opfer sind Mädchen und rund 90% sind Schulkinder.

[290] Möglicherweise werden Fälle von sexuellem Missbrauch im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg häufiger als im Landesdurchschnitt angezeigt, weil mit dem Kinderschutzzentrum in Heidelberg eine Spezialeinrichtung zur Verfügung steht, an die sich Betroffene wenden können.

Hervorzuheben ist nochmals das hohe Dunkelfeld gerade bei sexuellem Missbrauch von Kindern. Die Daten der PKS sind somit nur begrenzt aussagefähig. Experten gehen davon aus, dass die tatsächliche Zahl der Opfer mindestens zehnmal so hoch wie die polizeilich registrierte Zahl ist.

Kinder- und Jugendhilfedaten

Auch dem Jugendamt wird nur ein Teil der Fälle von Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch von Kindern bekannt. Mehrere Indikatoren können Aufschluss über das Ausmaß des Problems der Gewalt gegen Kinder geben. Dazu gehört zunächst die Inanspruchnahme erzieherischer Hilfen.

Die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Erziehungshilfe ist die Beratung durch eine Erziehungs-, Familien-, und Jugendberatungsstelle (Institutionelle Beratung § 28 SGB VIII), die in den letzten 15 Jahren in Deutschland kontinuierlich zugenommen hat. Die Statistik erfasst u. a. auch den Anlass der Beratung. Im Jahr 2006 erfolgten in Deutschland 1,6% und in Baden-Württemberg 1% aller Beratungen aufgrund von „Anzeichen für Kindesmisshandlung"; 3% der Beratungen in Deutschland und 2,3% der Beratungen in Baden-Württemberg wurden aufgrund von „Anzeichen für sexuellen Missbrauch" durchgeführt. Die Häufigkeit der Beratungen wegen Kindesmisshandlung hat sich in Deutschland in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt, und zwar von 10 Fällen 1996 auf 22 Fälle 2006 je 100.000 junge Menschen unter 27 Jahren. Die Hilfe von Beratungsstellen wegen Anzeichen sexuellen Missbrauchs wurde im gesamten Zeitraum von jährlich rund 40 von 100.000 jungen Menschen gesucht. Beide Beratungsanlässe betrafen in Baden-Württemberg einen geringeren Anteil der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als in Deutschland insgesamt.

Insbesondere beim sexuellen Missbrauch bestehen erhebliche Unterschiede nach Alter und Geschlecht der Kinder (Abb. 80). Vergleichbare Zahlen für die hiesige Region sind nicht verfügbar. Die Gesamtzahl der Beratungen (ohne Differenzierung nach Anlass) lag 2006 im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg bei einem Wert von 227 je 10.000 unter 21-Jährige deutlich über dem Landesdurchschnitt von 155. Unter der Annahme, dass ein jeweils genauso hoher Anteil der Beratungen durch Anzeichen für Kindesmisshandlung oder sexuellen Missbrauch veranlasst wird wie im Land, würden sich im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg zusammengenommen 25 Beratungsfälle wegen möglicher Kindesmisshandlung und 57 Beratungsfälle wegen Verdachts auf sexuellen Missbrauch ergeben.

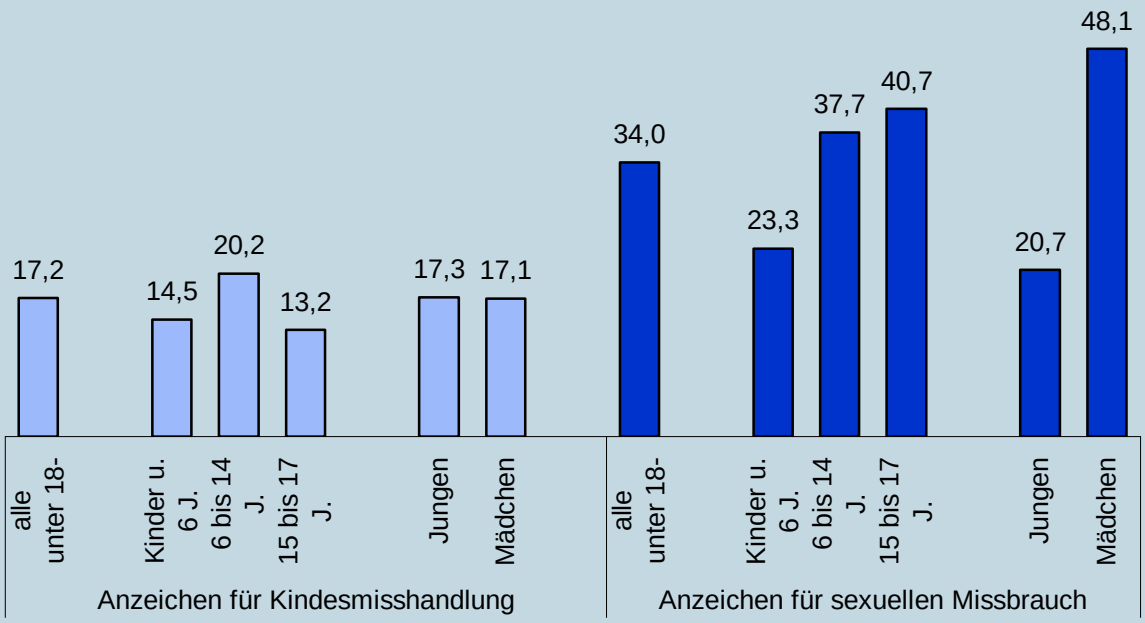
Ein weiteres Angebot der Kinder- und Jugendhilfe ist die sozialpädagogische Familienhilfe. Diese ambulante Hilfeform kann bei vielfältigen Problemen in der Familie in Anspruch genommen werden, z.B. bei Erziehungsschwierigkeiten, Entwicklungsauffälligkeiten, Beziehungsproblemen oder in besonderen Krisensituationen. Aber auch die Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen, Anzeichen von Misshandlung oder sexuellem Missbrauch können Anlass für eine sozialpädagogische Familienhilfe sein.[291] Sie erfolgt in Form einer intensiven Betreuung der Familie in ihrer häuslichen Umgebung durch eine Fachkraft. Die Hilfe wird überwiegend durch das Jugendamt oder andere öffentliche Stellen angeregt und nur in etwa einem Viertel der Fälle

[291] Eine weitere ambulante Hilfe stellt die „Betreuung einzelner junger Menschen" durch einen Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer oder Teilnahme an sozialer Gruppenarbeit dar, die jedoch im Zusammenhang mit Anzeichen für Misshandlung oder sexuellen Missbrauch quantitativ von geringer Bedeutung ist.

von den Eltern selbst nachgesucht. In jedem Fall ist jedoch die Zustimmung der Familie die Voraussetzung für den Einsatz der Hilfe.[292]

Abb. 80: Institutionelle Beratungen[1] wegen Anzeichen für Kindesmisshandlung und sexuellen Missbrauch, Baden-Württemberg 2006

Anzahl je 100.000 Kinder/Jugendliche der Altersgruppe



1) beendete Beratungen

Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Statistische Berichte, Kinder- und Jugendhilfe Teil I - Erzieherische Hilfen in Baden-Württemberg 2006, eigene Berechnungen

Die Inanspruchnahme sozialpädagogischer Familienhilfen hat sich in den letzten 15 Jahren in Deutschland wie auch in Baden-Württemberg mehr als verdreifacht.[293] Während Ende 1991 in Deutschland nur etwa 10 von 10.000 Familien eine sozialpädagogische Familienhilfe erhielten, waren es Ende 2006 bereits 37 von 10.000 Familien. Die absolute Zahl der bestehenden Hilfen stieg in Baden-Württemberg kontinuierlich von 1.141 am Ende des Jahres 1991 auf 4.736 am Ende des Jahres 2006. Eine Zunahme der sozialpädagogischen Familienhilfen ist nicht nur bei den Hilfen insgesamt zu verzeichnen, sondern auch bei der Zahl der Hilfen aufgrund von Vernachlässigung des Kindes oder Jugendlichen, aufgrund von Anzeichen für Kindesmisshandlung oder Anzeichen für sexuellen Missbrauch. Im Landesdurchschnitt erfolgten im Jahr 2006 rd. 13% der sozialpädagogischen Familienhilfen wegen Vernachlässigung, 4% wegen Anzeichen für Kindesmisshandlung und 2% wegen Anzeichen für sexuellen Missbrauch. Für den Rhein-Neckar-Kreis und die Stadt Heidelberg liegt nur die Zahl der sozialpädagogischen Familienhilfen insgesamt vor, die sich am Jahresende 2006 auf 172 bzw. 87 Familien richteten.

[292] Vgl. Pressemitteilung des Statistischen Landesamts Baden-Württembergs, Nr. 239/2007 vom 3. August 2007, und Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg, 12/2005

[293] Datenquelle der in diesem Abschnitt genannten Zahlen: Statistisches Bundesamt und Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (zum Teil eigene Berechnungen).

Wie viele Familien davon Hilfen wegen Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellem Missbrauch erhielten, ist nicht bekannt. Wenn man von den gleichen Anteilen wie im Landesdurchschnitt ausgeht, so ergibt sich für den Rhein-Neckar-Kreis und die Stadt Heidelberg zusammengenommen eine geschätzte Zahl von rd. 50 Familien, die eine sozialpädagogische Familienhilfe aus den genannten Anlässen in Anspruch genommen haben.

Wenn eine Gefahr für das Kindeswohl besteht und die Eltern sich weigern, Hilfsangebote des Jugendamtes, z.B. eine sozialpädagogische Familienhilfe oder die Unterbringung des Kindes in einer Pflegefamilie, in Anspruch zu nehmen, so hat das Jugendamt das Recht und die Pflicht, ein Kind auch gegen den Willen der Eltern vorübergehend in seine Obhut zu nehmen und in einer Einrichtung oder von einer Pflegeperson betreuen zu lassen. Die Häufigkeit von Inobhutnahmen ist in Baden-Württemberg in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen, und zwar von 1653 Inobhutnahmen im Jahr 2005 auf 2.095 Inobhutnahmen 2007 und zuletzt auf 2.686 Inobhutnahmen 2008.[294] Im Jahr 2007 wurden in Baden-Württemberg 106 und im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg zusammengenommen 74 von 100.000 Minderjährigen vom Jugendamt in Obhut genommen. Insgesamt waren 2007 im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg 85 Fälle zu verzeichnen. Dabei wurden in Baden-Württemberg rd. 11% der betroffenen Kinder und Jugendlichen wegen Vernachlässigung, 12% wegen Misshandlung und 2% wegen sexuellem Missbrauch in Obhut genommen.[295]

Mädchen sind nicht nur die Hauptopfer sexuellen Missbrauchs, sondern auch bei den Fällen von Kindesmisshandlung in viel stärkerem Umfang betroffen als Jungen (Tab. 31). Ausländische Kinder und Jugendliche werden häufiger in Obhut genommen als Deutsche; insbesondere bei den Fällen von Kindesmisshandlung sind Ausländer überproportional vertreten.

Tab. 31: Inobhutnahmen nach Geschlecht, Nationalität und Alter in Deutschland 2007

	Inobhutnahmen wegen		
	Vernachlässigung %	Anzeichen für Kindesmisshandlung %	Anzeichen für sexuellen Missbrauch %
Jungen	50,0	36,6	21,4
Mädchen	50,0	63,4	78,6
Deutsche	88,6	71,8	85,7
Ausländer	11,4	28,2	14,3
unter 6 Jahre	47,2	13,9	11,5
6- unter 12 Jahre	26,2	21,7	22,3
12 - unter 18 Jahre	26,6	64,4	66,3

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Kinder- und Jugendhilfestatistik, eigene Berechnungen

[294] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Statistisches Bundesamt, Kinder- und Jugendhilfestatistik

[295] Zahlen über den Anlass der Inobhutnahmen im Rhein-Neckar-Kreis liegen nicht vor.

Schutzmaßnahmen wegen Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch erfolgen ganz überwiegend bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren, während Vernachlässigung eher bei Jüngeren Anlass der Inobhutnahme ist.

Eine Inobhutnahme kann nicht nur vorübergehend sein, sondern auch einen vollständigen oder teilweisen Entzug des elterlichen Sorgerechts zur Folge haben. In Baden-Württemberg wurde in den Jahren 2005-2007 das Sorgerecht für 1.524 Kinder und Jugendliche ganz oder teilweise auf das Jugendamt übertragen. Dies bedeutet eine Rate von 25 pro 100.000 Minderjährige. In der gesamten Bundesrepublik lag die Rate wie bei den Inobhutnahmen etwa doppelt so hoch. Im Rhein-Neckar-Kreis wurde im Zeitraum 2005-2007 zusammengenommen in 115 Fällen das elterliche Sorgerecht entzogen. Dies entspricht 40 von 100.000 Minderjährigen und damit einer höheren Rate als im Landesdurchschnitt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass nach den Daten der Kinder- und Jugendhilfe nur sehr geringe Anteile der Kindern und Jugendlichen von Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellem Missbrauch betroffen sind. Dabei ist jedoch die vermutlich hohe Zahl der Fälle zu berücksichtigen, die dem Jugendamt nicht zur Kenntnis gelangen. Ungeachtet dessen erscheinen jedoch die hinter den geringen Anteilswerten stehenden absoluten Zahlen auch nur der bekannt gewordenen Fälle hoch angesichts der Schwere des körperlichen und psychischen Leids, das den Jungen und Mädchen zugefügt wird. Es ist zu hoffen, dass die steigende Inanspruchnahme von Beratungsangeboten und familienunterstützenden Maßnahmen keine Zunahme, sondern lediglich eine vermehrte Aufdeckung der Gewalt gegen Kinder bedeutet.

3.4.2.2 Gewalt unter Kindern und Jugendlichen

Kinder werden nicht nur innerhalb der Familie zum Opfer von Gewalt, sondern auch in der Auseinandersetzung mit anderen Kindern und Jugendlichen. Dabei wird Gewalt nicht nur selbst erfahren, sondern auch anderen angetan.

Die Häufigkeit der von Kindern und Jugendlichen verübten Gewalttaten hat sich in Baden-Württemberg in den letzten Jahren nicht dauerhaft verändert, sondern ist von einem auf und ab gekennzeichnet. Im Jahr 2008 waren 13 von 10.000 Kindern (8 bis 13 Jahre alt) und 92 von 10.000 Jugendlichen (14 bis 17 Jahre alt) tatverdächtig; bei jeweils einem Drittel davon handelte es sich um ausländische Kinder bzw. Jugendliche.[296]

In den letzten Jahren gab es einzelne Vorfälle von schwerer Gewalt an deutschen Schulen, die eine zunehmende Thematisierung von Problemen der Gewalt an Schulen zur Folge hatte. Gewalt an Schulen äußert sich in körperlichen Auseinandersetzungen, verbaler Gewalt (Beleidigungen, Drohungen), Mobbing oder Bullying, worunter eine ständiges körperliches und/oder psychisches Drangsalieren eines Schülers zu verstehen ist. Auch die mutwillige Zerstörung von Sachen (Schuleigentum, Eigentum von Mitschülern) ist Teil der Gewalt an Schulen.

Durch die starke Beachtung, die das Thema in den Massenmedien fand, wurde der Eindruck vermittelt, dass die Gewalt an Schulen zunimmt. Es gibt jedoch unterschiedliche empirische

[296] Datenquelle: Landeskriminalamt Baden-Württemberg, Jugendkriminalität und Jugendgefährdung, Jahresbericht 2008, eigene Berechnungen

Ergebnisse. Zu den gesicherten Befunden gehört, dass Mädchen seltener ein Opfer von Gewalt werden und auch selbst weniger aggressiv sind als Jungen, dass verbale Attacken, Mobbing und Bullying häufiger vorkommen als körperliche Auseinandersetzungen, dass Täter eher zu Opfer werden als Nichttäter und dass Gewaltanwendung mit steigendem Bildungsniveau abnimmt.

Aussagen zur Entwicklung der körperlichen Gewalt an Schulen können derzeit lediglich anhand von zwei Datenquellen gemacht werden: der polizeilichen Kriminalstatistik und den Daten der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) bzw. des ehemaligen Bundesverbandes der Unfallkassen (BUK) zu Raufunfällen an allgemein bildenden Schulen. Auswertungen der Statistiken des LKA Baden-Württemberg zeigen zwischen 1997 und 2006 gemessen an der Opferbelastungszahl und der Tatverdächtigenbelastungszahl eine Zunahme der Gewaltdelikte an Schulen.[297] Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass die PKS unter Gewaltdelikten an Schulen bis 2006 auch solche Straftaten subsumiert, die sich zwar auf dem Schulgelände ereignen, aber in keiner Beziehung zum Schulbetrieb stehen, wie z.B. nächtliche Schlägereien, Vandalismus von Jugendlichen u. ä. Erst seit 2007 umfasst der Begriff Schulgewalt nur noch Delikte, die während der Schulbetriebs oder in Zusammenhang damit geschehen. Damit ergibt sich nicht nur eine wesentlich geringere Anzahl, sondern auch eine andere Verteilung der Gewalttaten an Schulen auf die einzelnen Deliktgruppen. In Baden-Württemberg ist die Zahl der Gewaltdelikte an Schulen zwischen 2007 und 2008 von 1.704 auf 1.582 zurückgegangen. Die Tatverdächtigenbelastungszahl sank geringfügig - bei den Kindern von 10,0 auf 8,8 und bei den Jugendlichen von 23,9 auf 21,3 pro 10.000. Im Bereich der Polizeidirektion Heidelberg wurden 2007 an den Schulen 105 Gewaltdelikte registriert. Dies entspricht einer Rate von 13,8 pro 10.000 Schüler an allgemein bildenden und beruflichen Schulen; in Baden-Württemberg lag die Rate im gleichen Jahr mit 11,5 pro 10.000 Schüler auf ähnlich hohem Niveau. Gewalt an Schulen ist hauptsächlich Gewalt gegen Personen (2008: 94%) und nicht gegen Sachen. Bei der Mehrheit der Gewaltdelikte handelt es sich um „(vorsätzliche leichte) Körperverletzung“ (61%) und um „gefährliche und schwere Körperverletzung“ (21%).

Die Daten der Schülerunfallversicherung können Aufschluss über die Entwicklung von Raufunfällen an der Schule geben[298]. Zwischen 1993 und 2007 zeigt sich ein deutlicher Rückgang der Raufunfallrate in Deutschland von 15,5 auf 10,8 pro 1.000 Schüler/innen.[299] Der Rückgang kommt im Wesentlichen durch eine abnehmende Raufunfallrate in den Hauptschulen zustande (von 48,6 auf 30,0 pro 1.000 Schüler/innen). Geringe Veränderungen lassen sich langfristig auch in den Realschulen und Gymnasien beobachten, wo 2007 pro 1.000 Schüler/innen 15 bzw. 6 Raufunfälle zu verzeichnen waren. Die Raufunfallrate an Grundschulen liegt hingegen seit vielen Jahren unverändert auf einem Niveau zwischen 5 und 6 pro 1.000. Die Häufigkeit von Raufunfällen variiert darüber hinaus nach Geschlecht und Nationalität. An Raufunfällen sind Jungen häufiger als Mädchen und Deutsche häufiger als Ausländer beteiligt. Zu berücksichtigen ist, dass die Daten nur einen Ausschnitt des gesamten Gewaltgeschehens an Schulen wiedergeben. Weder Sachbeschädigungen noch verbale Aggressionen noch tätliche Auseinandersetzungen ohne oder mit nur leichten Verletzungsfolgen sind erfasst.

[297] Die Ergebnisse der Analysen des LKA zur Gewaltkriminalität an Schulen sind in den Jahresberichten zur „Jugendkriminalität und Jugendgefährdung in Baden-Württemberg“ dargestellt. Gewalt an Schulen umfasst dabei folgende Delikte, bei denen das Schulgebäude oder der Schulhof als Tatort angegeben wurde: Straftaten gegen das Leben, Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung, Raub, räuberische Erpressung, gefährliche und schwere Körperverletzung, Misshandlung von Schutzbefohlenen, vorsätzliche leichte Körperverletzung, Straftaten gegen die persönliche Freiheit und Sachbeschädigung.

[298] Nur Unfälle, die eine ärztliche Behandlung erforderten

[299] Daten der DGUV bzw. BUK

Weitere Daten zum Ausmaß an Gewalt zwischen Kindern und Jugendlichen liegen aus Umfragen vor. Im KiGGS wurde wie von der DGUV ärztlich behandelte durch Gewalt verursachte Verletzungen im Zeitraum des letzten Jahres erfasst. Für die 5- bis 14-jährigen ergab sich eine Rate von 1,1% für Jungen und 0,8% für Mädchen[300], was mit den entsprechenden Werten der DGUV bzw. BUK von 1,5% bzw. 0,7% gut übereinstimmt.

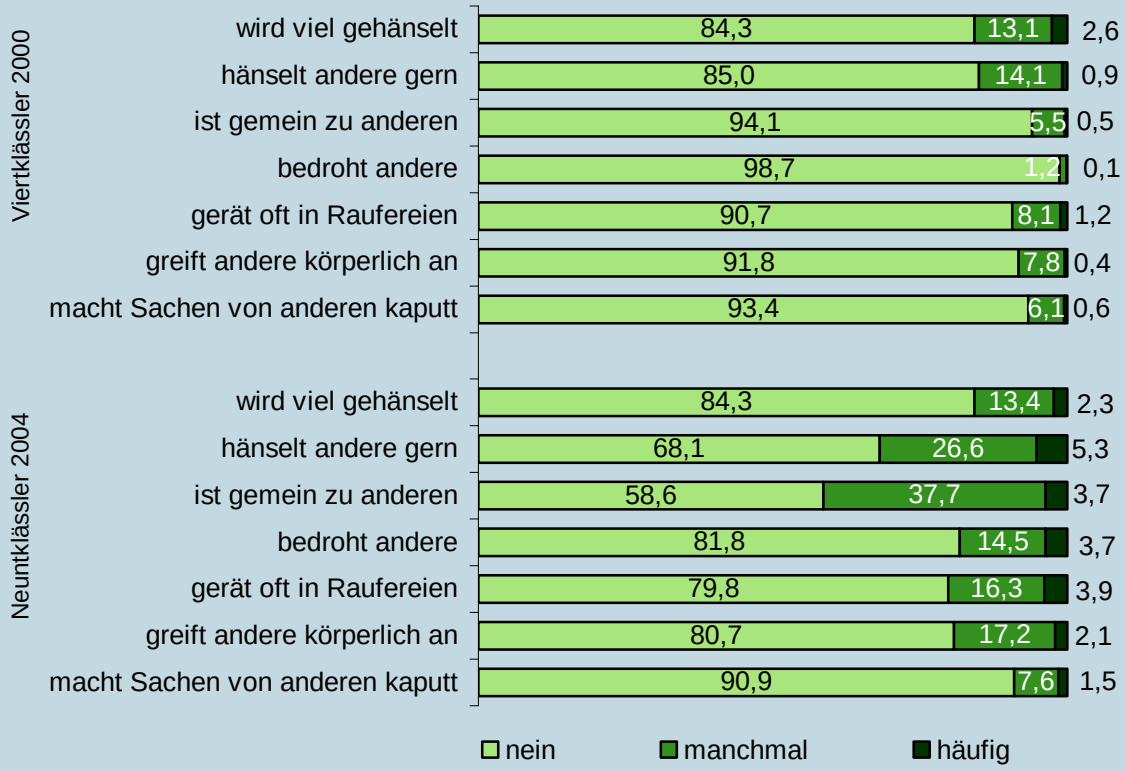
Im KiGGS wurden 11- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche außerdem nach ihren Gewalterfahrungen als Opfer und als Täter in den letzten 12 Monaten gefragt. Die Ergebnisse weisen auf einen nicht unbeträchtlichen Stellenwert von Gewalt im Leben der Kinder und Jugendlichen hin. Rund 13% der 11- bis 17-jährigen Jungen und rd. 8% der gleichaltrigen Mädchen wurden in den letzten 12 Monaten nach eigenen Angaben mindestens einmal Opfer von Gewalt; 27% der Jungen und 13% der Mädchen waren selbst gegenüber anderen gewalttätig. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund und aus Familien mit niedrigem sozialem Status findet man vergleichsweise häufig in der Gruppe der Täter; entsprechend berichten auch Hauptschüler im Vergleich zu Realschülern und Gymnasiasten wesentlich häufiger sowohl von erlittener als auch selbst ausgeübter Gewalt.[151]

Auch die CBCL-Studie im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg enthält einige Information zu Gewalterfahrungen. Sie bestätigt, dass aggressive Verhaltensweisen wie Sachbeschädigung, Mobbing und körperliche Angriffe bei zum Teil nicht geringen Minderheiten zumindest manchmal zu beobachten sind. Im Jahr 2004/5 berichten 4% der Neuntklässler im Rhein-Neckar-Kreis, dass es viele Probleme mit Gewalt und Kriminalität an ihrer Schule gibt. In den Hauptschulen trifft dies häufiger zu als in den Gymnasien (6,4% vs. 2,6%). Mehr als ein Fünftel der Schüler/innen wurde schon von Mitschülern zumindest ab und zu gequält und fertig gemacht, jedoch kommt dies nur bei 2% häufig vor. Auch diese Form von Gewalt ist in Hauptschulen stärker verbreitet als in Gymnasien.

Ob in der Schule oder in der Freizeit - Hänseleien und Gemeinheiten anderen gegenüber gehörten 2004/5 bei ca. 30-40% der 14- bis 16-jährigen Neuntklässler und im Jahr 2000 bei ca. 5-15% der 10- bis 11-jährigen Viertklässer zumindest manchmal zum Verhaltensrepertoire (Abb. 81). Weniger häufig sind Bedrohungen, Raufereien und körperliche Angriffe, die bei rund einem Fünftel der Neuntklässler und einem Zehntel der Viertklässler zumindest manchmal vorkommen. Eine gewaltsame Beschädigung von Sachen, die anderen gehören, erfolgt am seltensten. Jungen zeigen häufiger als Mädchen aggressive Verhaltensweisen aller Art. Zu tätlichen Auseinandersetzungen sind ausländische eher als deutsche und Schüler/innen der Hauptschule eher als Schüler/innen des Gymnasiums bereit.

[300] Kahl, H.; Dortschy, R.; Ellsäßer, G.: Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1-17 Jahre) und Umsetzung persönlicher Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6 2007, S. 718-727

Abb. 81: Aggressionen und Gewalthandlungen bei Kindern und Jugendlichen im Rhein-Neckar-Kreis



Datenquelle: CBCL-Studie, Viertklässler: Elterndaten, Neuntklässler: Schülerdaten , eigene Auswertungen

3.4.2.3 Gewaltprävention

Zahlreiche Organisationen leisten durch verschiedene Arten von Maßnahmen einen Beitrag zur Prävention von Gewalt gegen Kinder. Die folgende Auflistung beschränkt sich auf Aktivitäten, die (auch) in der hiesigen Region verfügbar sind.

Die Prävention von Kindesmisshandlung und/ oder sexuellem Missbrauch ist Gegenstand folgender Initiativen:

- Der Verein Power Child e.V. hat 2002 ein bundesweites Programm zur Prävention sexueller Gewalt gegen Kinder gestartet (http://www.power-child.de/). Das Programm wendet sich an Kinder und Jugendliche mit dem Ziel, ihr Selbstbewusstsein zu stärken und Verhaltensweisen zu lernen, mit denen sie sich gegen sexuelle Übergriffe zur Wehr setzen können. Aber auch Eltern und Erzieher sind angesprochen und erhalten Empfehlungen, wie sie zum Schutz der Kinder beitragen können. Das Programm umfasst Beratung und Information – telefonisch, online, persönlich - unterstützt durch Broschüren, Bücher, Filme oder Spiele. Dazu ist außerdem ein Bus – das Power Child Mobil – in der ganzen Bundesrepublik unterwegs. Ein Schwerpunkt der Präventionsarbeit sind Theaterprojekte an Grundschulen und in Kindergärten.

- Theateraufführungen an Schulen sind auch zentraler Bestandteil der Präventionsarbeit des Vereins Dunkelziffer e.V. (http://www.dunkelziffer.de/), der sich ebenfalls mit dem Problem des sexuellen Missbrauchs befasst. Darüber hinaus werden für Kinder Erstberatung, Soforthilfe, Juristischer Beistand und Therapie angeboten. Für Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben, werden Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt.
- Darüber hinaus wird ein bundesweites Präventionstheaterprojekt vom Frauennotruf gegen sexuelle Gewalt an Frauen und Mädchen Heidelberg e.V. (http://www.frauennotruf-heidelberg.de/index.php) in Zusammenarbeit mit der Theaterwerkstatt Heidelberg organisiert. Auch hier ist das Ziel, Selbstbewusstsein und Selbstbehauptung von Mädchen zu stärken. Der Verein bietet außerdem umfassende telefonische und persönliche Beratung, Gesprächsgruppen, Vermittlung von weitergehenden Hilfen, Selbstverteidigungskurse und Workshops für ein selbst bestimmtes Handeln an.
- Der Deutsche Kinderschutzbund (http://www.dksb.de/) bietet bundesweit Elternkurse für eine gewaltfreie Erziehung an. Ansprechpartner im Rhein-Neckar-Kreis sind die Ortsverbände in Heidelberg, Wiesloch und Weinheim. (http://www.kinderschutzbund-heidelberg.de/, http://www.kinderschutzbund-wiesloch.de/).
- Die Kinderschutz-Zentren (http://www.kinderschutz-zentren.org/index.html) sind ebenfalls bundesweit vorhandene Einrichtungen. In Heidelberg befindet sich ein Kinderschutz-Zentrum unter der Trägerschaft der Arbeiterwohlfahrt. Die Kinderschutz-Zentren richten sich an Familien mit Gewaltproblemen und haben das Ziel, Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch zu verhindern oder abzubauen. Das Angebot umfasst u.a. telefonische Beratung, Infoblätter und Broschüren zu Gewalt gegen Kinder, Vermittlung von Hilfen, Fortbildungsveranstaltungen für Fachmitarbeiter/innen, Präventionsangebote für Eltern, Kindertagesstätten und Schulen.
- Im Arbeitskreis „Gewalt gegen Kinder“ haben sich das Kinderschutzzentrum Heidelberg, der Deutsche Kinderschutzbund Heidelberg und der Frauennotruf Heidelberg zusammengeschlossen. Der Arbeitskreis ist mit dem interdisziplinären Austausch, der Information, der Organisation von Fachtagungen und Fortbildungen und der Unterstützung von Aktivitäten zur Prävention von sexueller Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung befasst.
- Auch das Jugendamt des Rhein-Neckar-Kreises unterstützt Aktivitäten zur Prävention von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Das Jugendamt führt Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für Eltern, Erzieher/innen, Lehrer/innen und Multiplikatoren zu Gewaltthemen durch und vermittelt entsprechende Kenntnisse darüber, wie die Stärkung und Förderung von Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen, Kontaktfähigkeit, Konfliktfähigkeit und gegenseitigem Respekt in die Erziehungsarbeit eingebracht werden können.

  Darüber hinaus startete 2007 im Rhein-Neckar-Kreis unter der Bezeichnung „Hand in Hand“ der Aufbau eines Perinatalen Präventionsnetzes als Gemeinschaftsprojekt des Jugendamtes und des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden (PZN) in Wiesloch. In diesem Präventionsnetz sollen Hebammen, Ärzte, Psychotherapeuten und Fachkräfte der Jugendhilfe zusammenarbeiten. Dabei geht es u. a. darum, Mütter in schwierigen, psychosozial belastenden Lebensverhältnissen schon während der Schwangerschaft und nach der Geburt zu begleiten, um frühzeitig eine mögliche Gefährdung von Kindern durch Vernachlässigung und Misshandlung erkennen zu können und den Müttern entsprechende Hilfen anzubieten. Dieses Konzept folgt dem Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale

Frühwarnsysteme“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend[301] sowie dem in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Bayern und Thüringen laufenden Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“[302].

Mit der Prävention von Gewalt unter Kindern und Jugendlichen befassen sich folgende Akteure und Maßnahmen:

- Die Präventionsarbeit der Polizeidirektion Heidelberg in Kooperation mit den Präventionsvereinen „Sicheres Heidelberg - SicherHeid e.V.“ und „Kommunale Kriminalprävention Rhein-Neckar e.V.“ (http://www.praevention-rhein-neckar.de/) umfasst eine Vielzahl von Angeboten:
  - Mobile Kletterwand Team-Wall: sie kann vor Ort in Schulen oder Einrichtungen der Jugendhilfe eingesetzt werden. Das Klettern fördert Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein, dient der Erfahrung von Ängsten und der Entwicklung von Fähigkeiten des Umgangs mit ihnen. Dies wird als wichtige Voraussetzungen für eine konstruktive und gewaltfreie Lösung von Alltagsproblemen gesehen.
  - Unter dem Slogan „My Way – Fair Play“ werden Sportveranstaltungen durchgeführt. Sie können Toleranz, gegenseitiges Verständnis und Teamfähigkeit fördern. Darüber hinaus lernen die Kinder und Jugendlichen, das Einhalten von Regeln zu akzeptieren.
  - Selbstbehauptungstraining
  - Durchführung von Kino-Specials zu Gewalt und Suchtprävention
  - Marionettentheater „Troll Troll“ für Kindergarten- und Grundschulkinder. Stücke zu den Themen Gewallt, Toleranz. Die Theaterstücke wollen Kindern helfen, rechtzeitig zu erkennen, dass Meinungsverschiedenheiten auch ohne Gewalt lösbar sind (http://www.trolltoll.de/)
  - Gewaltprävention im Kindergarten: Ganzjahresprojekt, das im Städt. Kindergarten „Seepferdchen“ in Rauenberg durchgeführt wurde. Ziele des Projektes sind: Stärkung des Selbstbewusstseins, Lernen, "Nein" sagen zu können, Gefühle zu artikulieren, Meinungen zu vertreten und Gegenmeinungen auszuhalten, Verlieren zu können, Einüben von konstruktiven Konflikt- und Streitlösungsmöglichkeiten, Erkennen und einüben sozialer Verhaltensweisen. Mittel sind Spiele, Geschichten zum Vorlesen, Spiellieder, Bilderbücher, Basteln, Rollenspiele, Übungen zum Aggressionsabbau und anderes.
  - Sicherheitswochen: Jedes Jahr wird in einer großen Kreisstadt (bisher in Schwetzingen, Wiesloch, Weinheim, Hockenheim, Sinsheim, Leimen, Neckargemünd und Walldorf) oder in Heidelberg eine Sicherheitswoche veranstaltet, in deren Verlauf viele der oben genannten Angebote sowie Informationsabende für Eltern, Seminare für Erzieher/innen, Ausstellungen und anderes vorgehalten werden. (http://www.praevention-rhein-neckar.de/sicherheitswochen.htm)

[301] http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Politikbereiche/Kinder-und-Jugend/fruehe-hilfen/

[302] http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/de/Guter_Start_ins_Kinderleben/168388.html

- Die Polizeiliche Kriminalprävention des Bundes und der Länder (http://www.polizei-beratung.de/) richtet sich mit verschiedenen Maßnahmen zur Verhütung von Gewalt sowohl an Eltern als auch an Lehrer/innen und Erzieher/innen als auch an Kinder und Jugendliche:
  - Mit der Broschüre „Wege aus der Gewalt – So schützen Sie Ihr Kind“ wird bei Eltern und Erziehungsverantwortlichen für eine gewaltfreie Erziehung geworben und gezeigt, wie sie durch Ihr Verhalten Selbstwertgefühl, Sozialverhalten und Konfliktfähigkeit Ihres Kindes fördern können und damit einer Neigung zu Gewalthandlungen vorbeugen können.
  - Für Lehrer/innen und Erzieher/innen wurde eine Handreichung mit dem Titel „Herausforderung Gewalt“ entwickelt, die Maßnahmen zur Verhinderung der Gewaltausübung oder einer Gewalteskalation und Lösungsmöglichkeiten aufzeigt. Auch ein Anti-Bullying-Programm ist darin enthalten. Unter Bullying versteht man das gezielte, systematische und wiederholte Schikanieren von physisch oder psychisch schwächeren Mitschülern. Unter dem Motto "Keine Chance mehr für Bullies" wirbt die Polizei bundesweit für das an Schulen erfolgreich erprobte Programm zur Gewaltprävention.
  - An Kinder und Jugendliche richtet sich das Internetangebot „Time4teen“, das Aufklärung und Beratung zu den Themen Gewalt, Mobbing, Misshandlung, Streitschlichtung, Selbstbehauptungsstrategien und Deeskalationstraining umfasst.

- Die in Wiesloch ansässige Gesellschaft für Konfliktmanagement (GFK) (http://www.gewaltpraevention-gfk.de/) bietet für Kinder ab 7 Jahren, hauptsächlich in Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen, ein Coolnesstraining an, bei dem positive Verhaltensalternativen zu Gewalt vermittelt werden. Darüber hinaus gibt es ein Verhaltenstraining zur Vermeidung und Bewältigung von Opfersituationen (Deeskalationstraining). Für pädagogisches Personal in Jugendhilfeeinrichtungen und Schulen werden Fortbildungen zum Umgang mit Gewalt durchgeführt.

- Das in Meckesheim ansässige Unternehmen Cool Double X hat ebenfalls ein mehrwöchiges Coolnesstraining für Kinder und Jugendliche im Programm sowie Fortbildungen/Seminare für Eltern und Lehrer/innen (http://www.cool-double-x.de/index.html)

- Das Heidelberger Präventionszentrum führt eintägige Fortbildungen für Lehrer/innen und Erzieher/innen durch, die sie befähigen, das Präventionsprogramm Faustlos durchzuführen. Faustlos ist ein für die Grundschule und den Kindergarten entwickeltes Programm zur Verminderung aggressiven Verhaltens und der Förderung sozialer Kompetenzen (http://www.faustlos.de/)

- Die Stadt Hemsbach führt in Kooperation mit der Kindertagesstätte Regenbogenland, deren Elternvertretern, der Hebel-Grundschule, dem Jugendamt Rhein-Neckar-Kreis und der örtlichen Polizei das Projekt „Vertragen statt Schlagen“ durch. Das Projekt startet in der Kindertagesstätte und wird bis zum Übergang in eine weiterführende Schule fortgesetzt. Die Kinder sollen Verständnis füreinander gewinnen und lernen, Grenzen und Regeln zu beachten und gewaltfreie Konfliktlösungsmöglichkeiten zu praktizieren. (http://www.familienfreundliche-kommune.de/FFKom/Praxisbeispiele)

- Der Weisse Ring bietet ein Programmpaket zur Mediation unter Schülern an. Die Schüler/innen werden dabei zu Mediatoren ausgebildet, die bei Streitigkeiten und Konflikten

Lösungen erarbeiten, die für alle Beteiligten akzeptabel sind. (http://www.weisser-ring.de/fileadmin/content/pdf/Mediate_in_schulen.pdf).

4. Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Die folgende Zusammenfassung verfolgt zwei Ziele:

Ein so umfassender Basisbericht erfordert – auch für den „schnellen Leser“ – eine Übersicht zu den aus Autorensicht wichtigsten Ergebnissen der Datenanalyse. Dabei folgt die Darstellung der Gliederung des Gesamtberichtes.

Gesundheitsberichterstattung soll aber zugleich einen aktivierenden Charakter haben: Sie identifiziert Handlungsfelder und will damit einen fachlichen und gesundheitspolitischen Diskurs befördern. Deshalb enthält die Zusammenfassung auch Empfehlungen für verantwortliches Handeln.

1.1 Die demographischen Rahmenbedingungen, unter denen Kinder heute aufwachsen, sind schon seit vielen Jahren von nachhaltigen Veränderungen geprägt. Die Zahl der Kinder geht zurück; Frauen bekommen zu einem späteren Lebenszeitpunkt und insgesamt weniger Kinder als früher. Für die Lebenssituation von Kindern bedeutet dies eine Verringerung der Chancen, mit anderen Kindern im Wohngebiet in Kontakt zu kommen und in der eigenen Familie Geschwister als Spielkameraden zu haben.

Die Lebenswelt von Kindern wird auch durch Veränderungen der Familienformen tangiert. Ein zunehmender Anteil von Kindern ist von Ehescheidungen betroffen und erlebt damit ein höheres Maß an psychosozialen Beeinträchtigungen. Zudem ist die Zahl der Eheschließungen rückläufig. Beide Entwicklungen haben zu einem steigenden Anteil Alleinerziehender geführt – eine Lebensform, die auch für die Kinder mit besonderen Schwierigkeiten und Belastungen verbunden sein kann.

Besondere Bedarfslagen und Probleme von Kindern können auch aufgrund der Zugehörigkeit zu einer anderen Kultur bestehen. Zwar ist der Anteil der ausländischen Kinder – auch aufgrund von Veränderungen des Staatsbürgerschaftsrechtes – zurückgegangen, doch hat nach wie vor ein hoher Anteil der Kinder einen Migrationshintergrund. Im Rhein-Neckar-Kreis war das 2008 bei mehr als einem Fünftel der eingeschulten Kinder der Fall.

1.2 Als eine der Ursachen für eine zurückhaltende Familienplanung wird häufig die schlechtere finanzielle Situation von Familien mit Kindern im Vergleich zu Alleinstehenden oder kinderlosen Paaren gesehen. Insbesondere allein erziehende Frauen und Familien mit mehr als zwei Kindern haben ein weit unterdurchschnittliches Einkommensniveau und sind überdurchschnittlich häufig von Armut bedroht. Dies gilt umso mehr, wenn es sich um junge oder um ausländische Familien handelt. Die Armutsgefährdung von Kindern hat in den letzten Jahren zugenommen.

Ein wesentliches Armutsrisiko von Kindern stellt die Arbeitslosigkeit der Eltern dar. Die Arbeitslosenquote lag im Rhein-Neckar-Kreis 2008 etwas über dem Landesdurchschnitt (4,7% vs. 4,6%), und es war ein höherer Anteil von Langzeitarbeitslosen als im Land zu verzeichnen (29,8% vs. 27,1%). Durch die Harz IV-Gesetze hat sich die finanzielle Situation von Langzeitarbeitslosen verschlechtert, mit erheblichen Folgen für das Ausmaß der Verarmung von Kindern und Jugendlichen. So erhielten 2004 lediglich rund 3% der im

Rhein-Neckar-Kreis lebenden Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren Sozialhilfe und lebten damit am Existenzminimum, während 2008 fast 8% der Kinder das der Sozialhilfe entsprechende Sozialgeld erhielten.

Die Zunahme der Kinderarmut, auch im Rhein-Neckar-Kreis, ist ein schwerwiegender Befund, da nach allen vorliegenden Forschungsergebnissen in Armut lebende Kinder in mehrfacher Hinsicht in ihren Lebenschancen benachteiligt sind und sich daraus auch Folgen für ihre Gesundheit ergeben.

Daher wären Maßnahmen angebracht, die die finanzielle Situation von Familien mit Kindern verbessern und insbesondere Erleichterungen für Familien von Alleinerziehenden, Kinderreichen, Migranten und Arbeitslosen bringen. Die finanzielle Lage von Hartz-IV-Familien wird sich durch das zum 1. Januar in Kraft getretene Familienleistungsgesetz und durch die im Konjunkturprogramm II der Bundesregierung eingeführte neue Regelsatzstufe für 6-13jährige Kinder nur teilweise verbessern. Welche Veränderungen sich bei einer Neubemessung der Regelsätze aufgrund der EVS 2008 ergeben werden, muss derzeit noch offen bleiben.

1.3 Als weiterer Grund für die rückläufigen Kinderzahlen wird die zunehmende Erwerbsorientierung von Frauen bei gleichzeitig unzureichenden Angeboten der Kinderbetreuung diskutiert. In den letzten Jahren hat sich durch entsprechende Maßnahmen – z.B. Kernzeitbetreuung an Grundschulen, Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz, Tagesbetreuungsausbaugesetz – die Betreuungssituation schon erheblich verbessert, doch sind weitere Anstrengungen nötig, um zu einem zufrieden stellenden Angebot an Betreuungsplätzen zu gelangen.

Das Platzangebot für Kinder unter drei Jahren in Kindertageseinrichtungen und in der Tagespflege ist erheblich gestiegen. Im Rhein-Neckar-Kreis konnte bis März 2008 eine Versorgungsquote von 16% der Kleinkinder – und damit eine günstigere Situation als im Landesdurchschnitt - erreicht werden. Die Möglichkeiten der Betreuung von Kindern unter drei Jahren sind im Stadtkreis Heidelberg allerdings noch weitaus besser. Die Versorgung mit Kindergartenplätzen für Kinder im Vorschulalter ist insgesamt als ausreichend zu betrachten, doch ist der Anteil an Ganztagesplätzen vergleichsweise gering. Auch eine zumindest halbtägige Betreuung von Kindern im Grundschulalter ist in allen Gemeinden des Rhein-Neckar-Kreises im Rahmen des Konzepts der verlässlichen Grundschule gewährleistet. Eine ganztägige Betreuung wäre aufgrund einer vergleichsweise geringen Zahl von Hortplätzen derzeit jedoch für nicht einmal 2% der Grundschulkinder möglich. Als nicht ausreichend muss auch das Angebot an Betreuungsplätzen für behinderte Kinder eingeschätzt werden. Darauf weist die Zahl der Kinder hin, die keinen Platz in einem Schulkindergarten fanden.

Daten zur Inanspruchnahme von Angeboten der Kinderbetreuung zeigen, dass Kinder aus bildungsfernen Bevölkerungsschichten und Kinder mit Migrationshintergrund die vorhandenen Einrichtungen seltener und zu einem späteren Zeitpunkt nutzen als Kinder aus höheren Bildungsschichten und Kinder ohne Migrationshintergrund. Angesichts der hohen Bedeutung, die der Besuch einer Kindertageseinrichtung nicht nur für die soziale Integration, sondern auch für die sprachliche und kognitive Entwicklung der Kinder hat, wären besondere Aktionen in den Gemeinden wünschenswert, die sozial benachteiligten Familien die Vorteile eines Kindergartenbesuch ihrer Kinder aufzeigen und mögliche

Hinderungsgründe beseitigen. Nur so kann eine größere Chancengleichheit der Kinder beim Start ins Schulleben erreicht werden.

1.4 Aufgrund der sozialen Unterschiede in der Nutzung von Kindertageseinrichtungen überrascht es wenig, dass in den Einschulungsuntersuchungen bei Kindern mit Migrationshintergrund häufiger als bei deutschen Kindern Entwicklungsauffälligkeiten festgestellt werden, aufgrund derer mit Lernstörungen zu rechnen ist oder die sogar eine Zurückstellung von der Einschulung begründen. Deutliche Unterschiede findet man auch zwischen Jungen und Mädchen. Mädchen werden häufiger früh, d.h. vor Vollendung des 6. Lebensjahres eingeschult und seltener zurückgestellt als Jungen. Sie sind auch seltener von Entwicklungsauffälligkeiten betroffen, die den Besuch einer Sonderschule rechtfertigen würden.

Insgesamt beginnt für rund 95% der Kinder das Schulleben in einer herkömmlichen Grundschule. Für Kinder mit Migrationshintergrund bieten zahlreiche Grundschulen im Kreis eine besondere Unterstützung, z.B. Sprachförderung und Hausaufgabenbetreuung an. Trotz dieser Förderangebote unterscheiden sich die Schulleistungen von deutschen und ausländischen Kindern erheblich. Unterschiede im Leistungsniveau der Kinder zeigen sich auch nach dem Bildungsniveau der Eltern. Dies verdeutlicht, dass Kinder, die aufgrund ihrer ethnischen oder sozialen Herkunft benachteiligt sind, einer viel stärkeren Unterstützung als bisher bedürfen. Ein Ausbau der Ganztagsschulen mit entsprechenden Förderangeboten durch qualifizierte Fachkräfte könnte erheblich zum Abbau der Defizite beitragen.

Entsprechend den unterschiedlichen Schulleistungen wechseln ausländische Kinder nach der Grundschulzeit wesentlich seltener auf ein Gymnasium oder eine Realschule als deutsche Kinder. Fast zwei Drittel der ausländischen Schüler/innen an weiterführenden Schulen gehen auf die Hauptschule oder eine Sonderschule, während dies nur auf ein Viertel der deutschen Schüler/innen zutrifft. Unterschiede im Besuch weiterführender Schulen sind darüber hinaus zwischen Jungen und Mädchen zu finden, die wie bei der Einschulung zugunsten der Mädchen ausfallen. Der größere Schulerfolg von Mädchen ist auch aus Tests wie PISA und IGLU bekannt und hat in den letzten Jahren in den Medien eine Diskussion um die „Krise der Jungen“ und mögliche Ursachen und Maßnahmen entfacht.

Insgesamt ist bei den Übergängen auf weiterführende Schulen in den letzten 30 Jahren eine sehr positive Entwicklung zu konstatieren. Im Kreis ist ebenso wie im Land ein Trend zum Gymnasium und zur Realschule zu beobachten, und zwar bei Deutschen wie bei Ausländern, bei Mädchen wie bei Jungen. Dabei liegen die Übergangsquoten auf das Gymnasium im Rhein-Neckar-Kreis schon seit Jahren weit über dem Landesdurchschnitt. Dies ist nicht zuletzt auf die vergleichsweise gute Ausstattung des Kreises mit Gymnasien – in jeder dritten Gemeinde – zurückzuführen.

1.5 Die Qualität der Wohnung und des Wohnumfeldes sind weitere für Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern wichtige Faktoren. Gemessen an verschiedenen Indikatoren der Wohnraumversorgung herrschen im Rhein-Neckar-Kreis durchschnittlich gute Wohnbedingungen. Der großen Mehrheit der Kinder steht ein eigenes Zimmer zur Verfügung. Benachteiligt auch in dieser Hinsicht sind jedoch Kinder aus kinderreichen Familien, aus ausländischen Familien und aus Familien von Arbeitern und Arbeitslosen.

Als Raum für Bewegung und Erholung im Freien finden die im Rhein-Neckar-Kreis lebenden Kinder in ihrem Wohnumfeld ein Angebot an Grünflächen vor, das im Vergleich zum Land insgesamt als zufrieden stellend beurteilt werden kann. Auch Kinderspielplätze sind in den meisten Gemeinden relativ zahlreich vorhanden. Bei der Ausstattung mit Sportplätzen, Turn- und Sporthallen sowie Frei- oder Naturbädern schneidet der Rhein-Neckar-Kreis im Vergleich aller Landkreise Baden-Württembergs dagegen nicht so gut ab. Dennoch bietet der Kreis Kindern zumindest keine schlechteren Möglichkeiten als im Land insgesamt, Sport in einem Verein zu treiben. Alle bei Kindern beliebten Sportarten sind in den Vereinen der Kreisgemeinden vertreten.

Analysen zur Mobilität und Verkehrsmittelnutzung von Kindern in Deutschland zeigen, dass Wege zum Kindergarten, zur Schule oder zu Freizeitaktivitäten vergleichsweise häufig mit dem Auto erfolgen. Wünschenswert wäre eine Reduzierung der „Fahrdienste“ von Eltern mit Hilfe sicherer Fuß- und Radwege und einem gut ausgebauten ÖPNV.

Die tägliche Fahrleistung des ÖPNV im Rhein-Neckar-Kreis hat gemessen an der bedienten Gebietsfläche im Vergleich der Landkreise ein überdurchschnittliches Niveau, doch wird an der Relation zur Einwohnerzahl deutlich, dass die Fahrgastkapazitäten geringer als im Durchschnitt der Kreise sind. Entsprechend entfällt im Rhein-Neckar-Kreis ein großer Anteil des Personenverkehrs auf den motorisierten Individualverkehr, und die Verkehrsbelastung durch PKW ist im Rhein-Neckar-Kreis vergleichsweise hoch. Analysen der Verkehrsverbindungen im Kreis ergeben, dass Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln fast immer länger dauern als mit dem Auto und die Unterschiede zum Teil erheblich sind. Es zeigt sich auch, dass mit der Schnelligkeit der öffentlichen Verkehrsverbindungen von einer Gemeinde in die großen Kreisstädte und nach Heidelberg, der PKW-Bestand sinkt. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass durch weitere Verbesserungen des ÖPNV im Kreis – z.B. durch kürzere Fahrzeiten und höhere Taktfrequenzen – eine Reduzierung des PKW-Verkehrs erreichbar wäre. Damit könnte nicht nur die hohe Umweltbelastung, die gerade im Rhein-Neckar-Kreis vom Verkehr ausgeht, verringert werden, sondern auch die Gesundheit von Kindern gefördert werden.

Ebenso positive Auswirkungen sind von einer Förderung des Fußverkehrs von Kindern – beispielsweise durch Schaffung ausreichend breiter Gehwege und Sicherung von Fahrbahnüberquerungen - zu erwarten. Eine erfolgreiche Maßnahme in diesem Zusammenhang ist auch die Einrichtung eines „Laufenden Schulbusses“. Dabei treffen sich Vor- und Grundschulkinder an Sammelpunkten („Haltestellen“), um gemeinsam in Begleitung von Erwachsenen zur Schule zu gehen. In der Gemeinde Mauer konnte das Konzept seit Januar 2006 realisiert werden, und inzwischen sind weitere Gemeinden des Rhein-Neckar-Kreises dem Beispiel gefolgt.

1.6 Das Angebot an Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und -vorsorge für Kinder ist im Rhein-Neckar-Kreis überwiegend besser als im gesamten Baden-Württemberg. So hat die Versorgung mit Kinderärzten ein überdurchschnittliches Niveau und die Kapazitäten für eine stationäre Behandlung von Kindern sind ebenfalls besser als im Landesdurchschnitt. Auch bei psychosozialen Beeinträchtigungen der Gesundheit sind die im Rhein-Neckar-Kreis vorhandenen Versorgungskapazitäten im Vergleich zu anderen Kreisen insgesamt als gut zu beurteilen. Gemessen an der Größe der zu betreuenden Bevölkerungsgruppe ist sowohl die Anzahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater oder –psychotherapeuten

als auch die Zahl der Betten in Fachkliniken deutlich höher als im Landesdurchschnitt. Nur die Betreuungskapazitäten der psychologischen Beratungsstellen und Erziehungsberatungsstellen des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg sind deutlich niedriger als im Landesdurchschnitt. Nach einer Modellrechnung zur Abschätzung des Versorgungsgrades psychisch kranker Kinder und Jugendlicher durch alle ambulanten und stationären Einrichtungen im Bereich der Psychotherapie und psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangebote zusammengenommen besteht eine erhebliche Unterversorgung sowohl im Landesdurchschnitt als auch im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg.

Der Rhein-Neckar-Kreis und die Stadt Heidelberg verfügen über ein relativ dichtes Netz von Frühförderstellen, deren personelle Ausstattung im Vergleich der Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs als mittelmäßig zu beurteilen ist. An absoluten Kriterien gemessen – der tatsächlich verfügbaren Zeit für ein förderbedürftiges Kind – sind die Ressourcen der sonderpädagogischen Beratungsstellen im Kreis als knapp bemessen einzuschätzen. Die Ausstattung des Kreises mit medizinisch-therapeutischen Fachkräften, die die Arbeit der Sonderpädagogen unterstützen und ergänzen, ist jedoch sehr gut. Im Vergleich aller Stadt- und Landkreise weist der Rhein-Neckar-Kreis eine weit überdurchschnittliche Versorgung mit Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten auf.

Nicht zuletzt trägt auch das Gesundheitsamt des Rhein-Neckar-Kreises, das auch für die Stadt Heidelberg zuständig ist, durch zahlreiche Angebote und Leistungen zur Gesundheit von Kindern bei. Die Aufgaben des kinder- und jugendärztlichen Dienstes umfassen u. a. die Beratung von Eltern zur Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder, die Einschulungsuntersuchungen zur Beurteilung der Förderbedürftigkeit und Schulfähigkeit, die Impfberatung in den 6. Klassen, das Angebot von Schulsprechstunden und von Schuluntersuchungen und die Aufklärung und Beratung bei auftretenden Infektionskrankheiten und Parasitosen in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche. Schwerpunkte des Referates Gesundheitsförderung sind die Beratung und Begleitung von Schulen, Kindertageseinrichtungen und Gemeinden zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die Koordination von Aktivitäten der Suchtprävention und die interkulturelle Gesundheitsförderung. Die im Hinblick auf die Gesundheit von Kindern relevanten Aufgaben des Referates Sozialmedizin und Psychiatrie liegen im Bereich der Frühförderung und der Aids-Beratung. Das Referat Gesundheitsschutz trägt insbesondere durch die hygienische Überwachung von Kindertagesstätten und Schulen zur Gesundheit von Kindern bei. Von der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit werden Kinder in Kindertageseinrichtungen und Schulen zu zahnmedizinischen Vorbeugemaßnahmen aufgeklärt, und es werden auch regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. Ein wichtiges Angebot zur Erhaltung der psychischen Gesundheit von Schulkindern stellt die schulpsychologische Beratungsstelle (seit März 2008 beim Amt für Schulaufsicht und Schulentwicklung) dar. Das Amt für Veterinärwesen und Lebensmittelüberwachung bemüht sich im Rahmen des „Forums Ernährung“ insbesondere um eine gesunde Ernährung von Kindern. Das Jugendamt erbringt im Rahmen seines Schutzauftrags vielfältige Leistungen, die der Gesundheit und dem Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen dienen. Dazu gehören Angebote der Kinderbetreuung, Informationsveranstaltungen, Qualifizierungs- und Fortbildungsveranstaltungen, Erziehungsberatung, Gewährung von Hilfen zur Erziehung, Inobhutnahme von Kindern bei Gefährdung des Kindeswohls und vieles mehr.

2.1 Bereits die oben dargestellten Lebensbedingungen sind für die Gesundheit von Kindern von erheblicher Bedeutung. Einen unmittelbaren und vermutlich noch größeren Einfluss auf die Gesundheit haben jedoch bestimmte Verhaltensweisen der Kinder und ihrer Eltern. Dazu gehört zunächst die Beteiligung an klassischen Präventionsmaßnahmen wie Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen. Die Beteiligung an den Früherkennungsuntersuchungen U2 – U9 hat in den ersten Lebensmonaten des Kindes ein hohes Niveau, ohne dass Quoten von 100% erreicht würden. Mit zunehmendem Alter des Kindes gehen die Teilnahmequoten im Rhein-Neckar-Kreis zurück, bis zu einem Anteil von 89% bei der U9. Erhebliche Unterschiede bestehen dabei zwischen deutschen und ausländischen Kindern, insbesondere bei den späteren Untersuchungen. Die Unterschiede zuungunsten der ausländischen Kinder sind jedoch in den letzten Jahren kleiner geworden. Zu überlegen ist, durch welche Maßnahmen die Teilnahme der ausländischen, aber auch der deutschen Kinder weiter erhöht werden kann.

2.2 Impfungen gehören zu den wirkungsvollsten Präventionsmaßnahmen. Umso erfreulicher ist es, dass sich die Impfquoten von Kindern im Rhein-Neckar-Kreis in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht haben. Dies betrifft die Durchimpfungsraten sowohl der Schulanfänger als auch in der 6. Klasse. Dabei sind ausländische Kinder genauso gut geschützt wie deutsche Kinder.

Fast alle Erstklässler verfügen über einen Schutz gegen Tetanus. Im Hinblick auf Diphtherie, Kinderlähmung, Keuchhusten und Haemophilus influenzae Typ b sind die Durchimpfungsraten ausreichend, um eine Ausbreitung der Erkrankungen zu verhindern. Der Impfschutz gegen Hepatitis B lag 2008 bei 95% der Erstklässler; aber nur 84% der Sechstklässler im Jahr 2007 waren ausreichend geimpft. Darüber hinaus ist der Impfschutz der Kinder gegen Masern, Mumps und Röteln noch nicht zufrieden stellend. Seit 2007 weisen jedoch zumindest die Schulanfänger im Rhein-Neckar-Kreis eine ausreichend hohe Durchimpfungsrate auf.

Aus weitergehenden Analysen geht hervor, dass rund einem Viertel der Schulanfänger mindestens eine der standardmäßig empfohlenen Impfungen fehlt. In einigen Kreisstädten sind Impflücken besonders häufig. Insgesamt erscheint es somit notwendig, durch vermehrte Aufklärung und Aufforderung der Eltern den Impfschutz der Kinder weiter zu verbessern.

2.3 Die Mundgesundheit gilt als wichtiger Bestandteil der allgemeinen Gesundheit, insbesondere auch deshalb, weil Erkrankungen der Mundhöhle andere Krankheiten im Körper begünstigen können. Insgesamt ist die Prävention von Karies durch ein breites Angebot prophylaktischer Maßnahmen und ein entsprechendes Verhalten der Kinder und Eltern in den letzten Jahren weit fortgeschritten.

Zu den Maßnahmen gehört die Kariesgruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen, die von der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg organisiert wird. Im Schuljahr 2006/7 konnten 45% der Anspruchsberechtigten mit Prophylaxemaßnahmen betreut werden; im Landesdurchschnitt waren es 64%. Aufgrund unzureichender personeller Kapazitäten ist es derzeit nicht möglich, alle anspruchsberechtigten Kinder zu erreichen. Um dem Ziel einer flächendeckenden Umsetzung der Kariesprophylaxe in Einrichtungen näher zu kommen, wäre eine personelle

Verstärkung der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg erforderlich.

Neben der Gruppenprophylaxe ist die Individualprophylaxe (IP) für 6-18-Jährige ein weiterer wichtiger Baustein zur Prävention von Zahnerkrankungen. Neben der Fluoridierung gilt insbesondere die Fissurenversiegelung als effektive Maßnahme zur Verhütung von Karies, die seit Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg auch zunehmend in Anspruch genommen wurde. Zusätzlich wird seit 1999 für gesetzlich versicherte Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren eine zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung (FU) angeboten, die der Einschätzung des Kariesrisikos dient und u. a. eine Ernährungs- und Mundhygieneberatung beinhaltet.

Die Häufigkeit, mit der regelmäßige Zahnarztbesuche von Kindern und Jugendlichen stattfinden, ist nach den für Deutschland insgesamt vorliegenden Daten zu niedrig. Auch eine mindestens zweimal tägliche Zahnpflege ist bei weitem nicht für alle Kinder selbstverständlich. Defizite in der Kariesprävention bestehen vor allem bei Kleinkindern und Kindern im Kindergartenalter, bei Kindern mit Migrationshintergrund und bei Kindern aus bildungsfernen Schichten. Somit sind weitere Anstrengungen erforderlich, um das Mundgesundheitsverhalten der Kinder zu verbessern. Denkbar wäre die Einführung bestimmter Bestandteile des „Marburger Modells“ wie z. B. Prophylaxeangebote in Krabbelgruppen (mobile Mütterhilfe), Elternsprechstunden im Kindergarten und intensivprophylaktische Programme an Kindergärten und Schulen in sozialen Brennpunkten.

2.4 Eine gesunde Ernährung dient ebenfalls der Prävention von Karies aber auch ganz allgemein der Erhaltung der Gesundheit. Informationen zum Ernährungsverhalten von Kindern liegen überwiegend nur auf der Grundlage von Daten für Deutschland insgesamt vor. Über die Ernährungssituation von Kindern im Rhein-Neckar-Kreis ist nur wenig bekannt.

Als ein großes Problem wird derzeit die Verbreitung von Übergewicht bei Kindern diskutiert. Ursache ist ein Missverhältnis von Energiezufuhr und körperlicher Aktivität der Kinder. Nach den vorliegenden Daten ist die Energiezufuhr von Kindern keineswegs so hoch, als dass sie eine starke körperliche Betätigung zum Energieverbrauch erfordern würde. Ein mittleres Ausmaß an Bewegung würde genügen, um einen der Energiezufuhr angemessenen Verbrauch zu erreichen. Ernährungsexperten und Kinderärzte empfehlen, Übergewicht nicht durch Diäten, sondern durch eine gesunde Ernährung und vor allem durch mehr Bewegung im Alltag zu bekämpfen.

Im Hinblick auf die Zusammensetzung der Nährstoffe zeigt sich eine günstige Entwicklung bei der Fettzufuhr, die sich in den letzten Jahren offenbar verringert hat und nun im empfohlenen Bereich liegt. Der Anteil der Kohlehydrate an der Nährstoffversorgung ist dagegen gestiegen und liegt inzwischen über dem wünschenswerten Mindestanteil von 50%. Dagegen ist die Proteinzufuhr bei Kindern viel zu hoch.

Nicht zufrieden stellend ist auch das Trinkverhalten. Ein großer Teil der Kinder trinkt zu wenig. Darüber hinaus werden zu häufig gesüßte Getränke konsumiert. Eine geeignete und bereits erprobte Maßnahme zur Förderung eines gesunden Trinkverhaltens von Kindern wäre die Installation von Trinkwasserspendern in Schulen bei gleichzeitiger regelmäßiger Kontrolle der Qualität des Wassers und des Leitungssystems. Auch bei der Mittagsverpflegung in Schulen sollte immer kostenloses Trinkwasser bereitgestellt werden.

Der Konsum verschiedener Lebensmittelgruppen stimmt mit den Ernährungsempfehlungen ebenfalls nicht überein. Es werden zu geringe Mengen an Obst, Gemüse, Kartoffeln und Getreideprodukten, Milch und Milchprodukten und Fisch verzehrt. Dagegen ist der Konsum von Fleisch und Wurst sowie von Süßigkeiten zu hoch.

Bei der Versorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen wurden Defizite im Hinblick auf die Vitamine A, D, E und Folsäure sowie eine unzureichende Zufuhr von Kalzium festgestellt. Die Jodversorgung hat sich in den letzten Jahren durch die Verwendung von jodiertem Speisesalz erheblich verbessert. Nur ein geringer Anteil der Kinder weist einen Jodmangel auf.

Die Verteilung der Mahlzeiten im Tagesverlauf ist ein weiterer kritischer Punkt im Ernährungsverhalten von Kindern. Das Frühstück als wichtigste Mahlzeit des Tages wird von relativ vielen Kindern ausgelassen. Das Frühstückverhalten verschlechtert sich mit zunehmendem Alter. Die schulische Leistungsfähigkeit der Kinder ist deutlich geringer, wenn kein Frühstück eingenommen wurde.

Mit der Zunahme von ganztägigen Betreuungsangeboten und dem Ausbau der Ganztagsschulen gewinnt auch die Qualität der Verpflegung in Kindergärten und Schulen an Bedeutung. Im Jahr 2009 wurden im Rhein-Neckar-Kreis, Heidelberg und Mannheim schriftliche Befragungen der Schulen zu ihrer Verpflegungssituation durchgeführt. Im Rhein-Neckar-Kreis nahmen 155 Schulen an der Erhebung teil. Nach den bisherigen Ergebnissen werden von den meisten Schulen die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) aufgestellten Qualitätsstandards für die Schulverpflegung im Hinblick auf zahlreiche Aspekte nicht erreicht. Sowohl die organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen als auch die Qualität des Speisenangebots entsprechen häufig nicht den Empfehlungen. Um eine bessere Ernährung von Kindern zu erreichen, sind zwei Gruppen von Maßnahmen in den Einrichtungen erforderlich: Zum einen muss die Schulverpflegung den bestehenden Qualitätsstandards genügen und den Kindern ein gesundes Ernährungsangebot bieten. Zum anderen ist das Ernährungswissen der Kinder zu erhöhen, damit diese zu einer gesundheitsbewussten Entscheidung im Hinblick auf ihre Essensauswahl kommen können. Ernährungserziehung in Kindergärten und Schulen sollte einen viel breiteren Raum als bisher einnehmen. Langfristig ergibt sich damit die Chance auf ein gesundes Ernährungsverhalten - auch außerhalb von Einrichtungen und auch im Erwachsenenalter.

2.5 Angesichts der Verbreitung von Übergewicht und Adipositas wird in den letzten Jahren nicht nur das Ernährungsverhalten, sondern auch das Ausmaß an körperlicher Aktivität von Kindern und Jugendlichen verstärkt diskutiert. Beklagt wird ein zunehmender Bewegungsmangel von Kindern. Dem gegenüber stehen zum einen die steigenden und hohen Mitgliedschaftsquoten in den Sportvereinen. Zum anderen zeigen auch die Ergebnisse von Befragungen, dass Sport einen hohen Stellenwert im Leben der Kinder hat, das beliebteste Schulfach ist und eine höheres Sportangebot in den Schule von den Kindern begrüßt würde. Bei dem im Durchschnitt hohen sportlichen Aktivitätsniveau dürfen jedoch die nicht geringen Anteile der Kinder übersehen werden, die keinen oder nicht genug Sport treiben und die auch sonst keine körperlich anstrengenden Freizeitbeschäftigungen haben. Zu berücksichtigen ist darüber hinaus, dass das gesamte Ausmaß der körperlichen Betätigung – auch im Durchschnitt der Kinder - hinter den Empfehlungen von Experten zurückbleibt. Eine der wesentlichen Ursachen dafür dürfte der geringe Umfang der

Bewegung im Alltag sein, z.B. aufgrund des Verkehrsverhaltens. Kinder legen zu wenige Wege zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurück; zu häufig wird das Auto der Eltern als Transportmittel genutzt.

Maßnahmen zur Bewegungsförderung von Kindern müssen schon frühzeitig, d.h. im Kindergarten beginnen. Hier sollten mehr Bewegungszeiten für die Kinder und entsprechende Fortbildungen für die Erzieher/innen angeboten werden. In der Schule sollten zusätzliche Sportstunden oder Bewegungsangebote eingerichtet werden. Der Ausbau der Ganztagsschulen bietet dazu gute Möglichkeiten. Vor allem aber ist mehr Bewegung im Alltag gefordert. Initiativen wie der laufende Schulbus (s. 1. 5) sollten in möglichst vielen Gemeinden des Kreises umgesetzt werden.

Ein Mangel an Bewegung von Kindern wird häufig auf einen zu hohen Konsum elektronischer Medien zurückgeführt. Nach den vorliegenden empirischen Befunden bestehen aber nur mäßige Zusammenhänge zwischen der Dauer des Medienkonsums und dem Bewegungsmangel von Kindern. Es lassen sich jedoch andere negative Folgen nachweisen. Die Dauer der täglichen Fernseh- und Computernutzung hat einen negativen Einfluss auf die Schulleistungen. Mit zunehmendem Fernsehkonsum verstärken sich auch aggressive Verhaltensweisen. Das Ausmaß des Medienkonsums liegt bei der großen Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in dem von Experten für akzeptabel gehaltenen Bereich. Doch gibt es beträchtliche Minderheiten mit einer extensiven Mediennutzung – je nach Altersgruppe und Geschlecht zwischen einem Fünftel und einem Drittel der Kinder und Jugendlichen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat für Eltern eine Reihe von Empfehlungen zum Umgang mit dem Medienkonsum ihrer Kinder zusammengestellt. Zu den empfohlenen Maßnahmen gehört u. a., den Kindern keine eigenen Geräte in ihr Zimmer zu stellen.

In der aktuellen Diskussion zum Medienkonsum findet man häufig auch die These einer drohenden Isolierung und Vereinsamung der Kinder durch eine übermäßige Mediennutzung. Die empirischen Befunde lassen keine eindeutigen Schlussfolgerungen zum Zusammenhang zwischen sozialen Kontakten und Medienkonsum zu. Beziehungen zu Freunden werden durch die Dauer des täglichen Medienkonsums nicht eingeschränkt, wohl aber soziale Aktivitäten außerhalb des engeren Freundeskreises, wie z.B. Aktivitäten in Vereinen oder in der Schule. Der Medienkonsum steht auch in Zusammenhang mit Merkmalen des sozialen Rückzugs, Gefühlen von Einsamkeit und weiteren psychischen Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten. Es ist jedoch fraglich, ob sie als Folge des Medienkonsums betrachtet werden können. Da familiäre und soziale Probleme bei starker Mediennutzung ebenfalls vermehrt zu finden sind, ist auch die Interpretation zulässig, dass ein schwieriges familiäres Umfeld oder andere prekäre Lebensumstände des Kindes zu psychosozialen Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten führen können, zu denen auch der soziale Rückzug und die Flucht in die Medien gehören.

Soziale Kontakte und Beziehungen werden als wichtige Ressource für die Erhaltung von Gesundheit und die Bewältigung von Krankheit betrachtet. Die für den Rhein-Neckar-Kreis vorliegenden Daten unterstreichen die positiven Effekte sozialer Ressourcen auf Gesundheit und Wohlbefinden der Kinder.

2.6 Das Gesundheitsverhalten von Kindern steht in einem deutlichen Zusammenhang mit Merkmalen der sozialen Lage. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus nehmen in geringerem Umfang an Früherkennungsuntersuchungen teil, haben ein ungünstigeres Mundgesundheits-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten, weisen einen höheren Medienkonsum und geringere soziale Kontakte auf als Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus. Zum Teil lässt sich auch ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten von Kindern mit Migrationshintergrund aufzeigen.

Deshalb ist verstärkt darauf zu achten, dass Maßnahmen zur Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens auch benachteiligte Kinder erreichen, indem z.B. finanzielle, sprachliche oder kulturelle Barrieren vermieden werden. Zugleich sind aber auch spezielle Maßnahmen angezeigt, z.B. eine vermehrte Konzentration vorhandener Programme auf Förderschulen und Hauptschulen oder eine frühe und gezielte Förderung von Kindern aus sozial schwachen Familien.

3.1 Die gesundheitliche Lage von Kindern hat sich gemessen an der Sterblichkeit in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich verbessert. Sowohl die perinatale Sterblichkeit als auch die Sterblichkeit von Säuglingen und älteren Kindern sind erheblich zurückgegangen, wobei in Baden-Württemberg eine günstigere Situation als im Bundesdurchschnitt zu beobachten ist. Die Kindersterblichkeit im Rhein-Neckar-Kreis entspricht dem Landesdurchschnitt.

Sterbefälle im Säuglingsalter gehen zum großen Teil auf andere Ursachen als Sterbefälle bei älteren Kindern zurück. Während Kinder nach dem 1. Lebensjahr am häufigsten durch Unfälle und bösartige Neubildungen ums Leben kommen, stehen bei Säuglingen hauptsächlich vorgeburtliche Schädigungen, Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen als Todesursachen im Vordergrund.

Als wesentlicher Risikofaktor für die Säuglingssterblichkeit gilt z.B. ein niedriges Geburtsgewicht, wie es in der Regel bei Frühgeborenen zu verzeichnen ist. Die Häufigkeit von Frühgeburten hat in den letzten zwei Jahrzehnten zugenommen. Hintergrund dieser Entwicklung sind gesellschaftliche Veränderungen, die auch die familiale Situation von Frauen tangierten und beispielsweise ein höheres Alter der Gebärenden bedingten. Damit ist eine größere Wahrscheinlichkeit für eine Frühgeburt verbunden. Kinder mit zu niedrigem Geburtsgewicht haben nicht nur eine höhere Sterblichkeit, sondern sind auch vermehrt von Behinderungen und Entwicklungsstörungen betroffen.

Bis Anfang der 90er Jahre war auch der Plötzliche Kindstod eine vergleichsweise häufige Todesursache von Säuglingen. Durch die Erforschung möglicher Risiken und entsprechende Aufklärung der Eltern konnte seine Häufigkeit stark vermindert werden.

3.2 Zu den häufigsten Todesursachen im Säuglingsalter gehören angeborene Fehlbildungen. Zur Zahl angeborener Fehlbildungen und Anomalien gibt es keine flächendeckende standardisierte Erhebung für Deutschland oder Baden-Württemberg. Informationen zur Prävalenz angeborener Fehlbildungen existieren lediglich auf Basis regionaler Erfassungssysteme. Nach dem Mainzer Geburtenregister für die Region Rheinhessen lag die Fehlbildungsquote der seit 1990 erfolgten Geburten und Aborte bei 6,4%.

Die gesundheitliche Lage von Kindern mit Fehlbildungen lässt sich durch eine medizinische Behandlung oft verbessern oder sogar normalisieren. Eine Therapie ist aber nicht in jedem Fall möglich oder erfolgreich. Häufig bleiben dauerhafte Behinderungen zurück, und es sind Entwicklungsverzögerungen möglich.

Zur Häufigkeit von Behinderungen können Daten aus der Schwerbehindertenstatistik, der Kinder- und Jugendhilfestatistik und der Schulstatistik herangezogen werden. In Baden-Württemberg sind weniger als 1% der Kinder unter 15 Jahren schwer behindert; sie haben einen Grad der Behinderung von 50 und mehr. Die meisten Schwerbehinderungen bei Kindern sind eine Folge von Erkrankungen; nur bei knapp einem Drittel der Kinder handelt es sich um eine angeborene Behinderung. Die Gesamtzahl aller behinderter, d.h. nicht nur der schwer behinderten Kinder, lässt sich nur für die Schulkinder angeben. Hier ergibt sich ein Anteil von rund 5%. Dabei stellen Lernbehinderungen die mit Abstand häufigsten Formen der Behinderung dar.

Behinderungen können – als Folge oder als Ursache - mit Entwicklungsauffälligkeiten verbunden sein. Einzelne Entwicklungsauffälligkeiten werden in der Einschulungsuntersuchung erfasst. Für die Schulfähigkeit ist die altersgemäße Sprachentwicklung eine wesentliche Voraussetzung. Bei der Einschulungsuntersuchung 2008 wiesen rd. 10% der Kinder im Rhein-Neckar-Kreis Auffälligkeiten der Sprachentwicklung auf. Bei etwa 60% dieser Kinder erfolgte bereits eine Behandlung. Jungen wiesen etwas häufiger Defizite auf als Mädchen. Darüber hinaus war bei Kindern mit Migrationshintergrund die Sprachentwicklung wegen unzureichender deutscher Sprachkenntnisse deutlich häufiger beeinträchtigt als bei deutschen Kindern. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit einer frühen Sprachförderung im Kindergarten, um Kindern mit Migrationshintergrund die gleichen Startchancen zum Schulbeginn zu vermitteln.

Im Hinblick auf die motorische Entwicklung ergab die Einschulungsuntersuchung 2008 Auffälligkeiten der Grobmotorik bei 13% der Kinder, der Graphomotorik bei 16% und der Visuomotorik bei 21% der Kinder. Hier bestehen insbesondere große Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen, die in allen Bereichen schlechter abschnitten. Es ist bekannt, dass auch die schulischen Leistungen der Jungen hinter denen der Mädchen zurückbleiben. Da Jungen offensichtlich bereits vor dem Schuleintritt gegenüber Mädchen benachteiligt sind, erscheint es geboten, über Möglichkeiten einer gezielten Förderung der Jungen im Kindergarten nachzudenken.

3.3 Informationen zur Häufigkeit verschiedener Krankheiten bei Kindern können ganz überwiegend nur auf der Grundlage von Befragungsdaten gewonnen werden. Repräsentative ärztliche Diagnosedaten stehen bisher kaum als Datenbasis zur Verfügung. Ausnahmen stellen die Daten des Robert-Koch-Instituts zu den meldepflichtigen Infektionskrankheiten und des Kinderkrebsregisters in Mainz dar.

Aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) liegen Daten zur Prävalenz von Infektionskrankheiten vor, die zu den mit Abstand häufigsten Erkrankungen im Kindesalter gehören. Am häufigsten sind Atemwegs- und Magen-Darm-Infekte. Im Laufe eines Jahres erleiden mehr als 90% der Kinder einen Atemwegsinfekt und fast die Hälfte der Kinder einen Magen-Darm-Infekt. Den überwiegenden Teil der gemeldeten Infektionen stellen Magen-Darm-Infekte dar. Sie lassen sich am wirkungsvollsten durch hygienische Maßnahmen verhindern. Erkrankungsfälle durch meldepflichtige impfpräventable Infektionen traten in den

letzten Jahren im Rhein-Neckar-Kreis nur in einer geringen Anzahl auf. Die Tatsache, dass die Inzidenz meldepflichtiger Infektionen bei Kindern unter 15 Jahren im Rhein-Neckar-Kreis schon seit Jahren deutlich unter dem Landesdurchschnitt liegt, kann als Zeichen einer insgesamt erfolgreichen Prävention betrachtet werden.

Neben den Infektionen stellen allergische Erkrankungen das häufigste Gesundheitsproblem im Kindesalter dar. Sie sind auch die häufigsten chronischen Erkrankungen bei Kindern. Zu den wichtigsten allergischen Erkrankungen gehören das Asthma bronchiale, der Heuschnupfen und die Neurodermitis. Jungen sind deutlich häufiger betroffen als Mädchen. Nach den Daten des KiGGS leiden weniger als 5% der unter 18-Jährigen an Asthma bronchiale, mehr als 10% an Heuschnupfen und rund 13% an Neurodermitis. Die Lebenszeitprävalenz von Asthma bronchiale und Heuschnupfen steigt mit dem Alter an. Unter den Kindern im Einschulungsalter leiden im Rhein-Neckar-Kreis wie im Landes- und Bundesdurchschnitt etwa 3% an Asthma bronchiale. Im Hinblick auf Heuschnupfen ergeben sich für den Kreis und das Land kaum höhere Prävalenzen in dieser Altersgruppe. Bundesweit leiden jedoch deutlich mehr Kinder an Heuschnupfen. Von Neurodermitis als häufigste der drei Erkrankungen sind im Rhein-Neckar-Kreis mehr als 7% der Erstklässler betroffen. Auch dieser Wert liegt im Bereich des Landesdurchschnitts, aber deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Im Gegensatz zu vielen anderen Erkrankungen werden Allergien in Familien mit niedrigem Sozialstatus seltener als in Familien mit höherem Sozialstatus diagnostiziert.

Krankheiten des Stoffwechsels und der endokrinen Drüsen sind zum Teil angeboren und können unentdeckt und unbehandelt zu schweren Schädigungen des Kindes führen. Zu den wichtigsten Stoffwechselstörungen gehört die Phenylketonurie, bei der die Aminosäure Phenylalanin aufgrund eines genetisch bedingten Enzymdefektes nicht abgebaut werden kann. Sie tritt bei etwa einem von 11.000 Neugeborenen auf. Die Mukoviszidose beruht ebenfalls auf einem genetischen Defekt, der sich in einer Fehlfunktion sämtlicher Schleimdrüsen äußert. Es kommt zu einer vermehrten Produktion eines zähflüssigen Schleims in den Bronchien, der Bauchspeicheldrüse, der Galle, dem Dünndarm und den Speichel- und Schweißdrüsen, mit einer entsprechenden Beeinträchtigung der Funktion dieser Organe. Etwa drei von 10.000 Neugeborenen sind betroffen. Ebenso häufig ist die angeborene Hypothyreose aufgrund einer fehlenden oder ungenügenden Entwicklung der Schilddrüse. Sie führt unbehandelt zu schweren körperlichen und geistigen Entwicklungsstörungen. Weitaus seltener ist der Diabetes mellitus, der bei Kindern und Jugendlichen ganz überwiegend auf einer autoimmunologisch bedingten Zerstörung der Insulin produzierenden Zellen der Bauchspeicheldrüse beruht (Typ-1-Diabetes). Nach den Daten des KiGGS leiden etwa 14 von 10.000 Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren an dieser Erkrankung. Seit längerem wird ein Anstieg der Diabetes Typ-1-Inzidenz beobachtet, für die es bisher keine Erklärung gibt. Darüber hinaus gibt es auch Hinweise auf eine Zunahme von Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen als Folge von Adipositas und Übergewicht.

Angesichts der Verbreitung von Adipositas und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen wird ein deutlicher Anstieg von Typ-2-Diabetes und der damit verbundenen Krankheiten befürchtet. Nach den Daten des KiGGS sind etwa 15% der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren übergewichtig oder adipös. Dies bedeutet eine erhebliche Steigerung gegenüber früheren Jahren. Der Anteil der Übergewichtigen oder Adipösen steigt mit dem Alter an. Während im Kindergartenalter nicht mehr Kinder als früher übergewichtig oder adipös sind –

nämlich zusammengenommen rund 10%, lässt sich bei Kindern im Grundschulalter und bei älteren Kindern und Jugendlichen eine deutliche Zunahme von Übergewicht und Adipositas beobachten. Dies trifft auch für die im Rhein-Neckar-Kreis lebenden Kinder und Jugendlichen zu. Dabei sind Kinder mit Migrationshintergund und aus Familien mit niedrigem Sozialstatus besonders häufig betroffen. Bei übergewichtigen und adipösen Kindern lassen sich häufiger Defizite in der motorischen Entwicklung finden als bei normalgewichtigen Kindern. Darüber hinaus treten auch psychosoziale Beeinträchtigungen vermehrt auf. Angesichts der vielfältigen und erheblichen Störungen von Gesundheit und Wohlbefinden, die sich mit Übergewicht und Adipositas ergeben können, sind frühzeitige Maßnahmen zur Prävention dieses Gesundheitsproblems - Bewegungsförderung und Ernährungserziehung - dringend geboten. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass auch Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund und bildungsfernen Schichten durch die Maßnahmen erreicht werden.

Psychische Störungen sind ein weit verbreitetes Gesundheitsproblem von Kindern und Jugendlichen. Dies zeigt sich sowohl nach den Daten des KiGGS für die Bundesrepublik als auch nach den für den Rhein-Neckar-Kreis vorliegenden Daten. Im Rhein-Neckar-Kreis weisen - je nach Altersgruppe und Erhebungsjahr - zwischen 10% und 15% der Kinder und Jugendlichen auffällige Symptome einer internalisierenden Störung auf, zwischen 7% und 13% auffällige Symptome einer externalisierenden Störung und zwischen 2% und 7% auffällige Symptome einer Aufmerksamkeitsstörung. Kinder aus bildungsfernen Schichten sind von allen Störungen stärker betroffen als Kinder aus höheren sozialen Schichten. Bei Kindern mit Migrationshintergrund fallen vermehrt internalisierende Störungen auf. Unterschiede gibt es auch zwischen Jungen und Mädchen und zwischen verschiedenen Altersgruppen. Bei Jungen können in größerem Umfang als bei Mädchen externalisierende und Aufmerksamkeitsstörungen festgestellt werden. Internalisierende Störungen kommen insbesondere bei Mädchen in der Pubertät vergleichsweise häufig vor. Insgesamt kann jedoch eine Häufung psychischer Beeinträchtigungen in der Vorpubertät beobachtet werden. Mit psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten gehen vermehrt Beeinträchtigungen der Sozialbeziehungen, Schwierigkeiten in der Schule und bei Jugendlichen auch Suchtprobleme einher. Aus den Daten ergeben sich mehrere Hinweise auf eine Zunahme psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren. Angesichts des damit verbundenen hohen Problemdrucks erscheint ein Ausbau professioneller Hilfsangebote, insbesondere der niederschwelligen Beratungsstellen, erforderlich.

Eine insgesamt seltene Erkrankung ist die Epilepsie, unter der weniger als 1% der Kinder leiden. Ein einzelner epileptischer Anfall ist jedoch schon bei mehr Kindern, z.B. als Folge von hohem Fieber, aufgetreten. Nach den Daten des KiGGS berichten mehr als 3% der Eltern von einem epileptischen Anfall ihres Kindes. In der erwachsenen Bevölkerung hatten etwa 5% schon einmal einen epileptischen Anfall.

Vergleichsweise selten treten auch Krebserkrankungen bei Kindern auf. Jährlich erkranken in Deutschland etwa 15 von 100.000 Kindern unter 15 Jahren an Krebs. Die Erkrankungsrate ist in den ersten fünf Lebensjahren am höchsten, wobei Jungen in allen Altersgruppen etwas häufiger erkranken als Mädchen. Die drei häufigsten Krebsformen bei Kindern sind Leukämien, Tumore des Zentralen Nervensystems und Lymphome. Trotz des seltenen Auftretens stellen Krebserkrankungen jenseits des Säuglingsalters eine der häufigsten Todesursachen von Kindern dar. Die Überlebenswahrscheinlichkeiten und Heilungschancen sind dank erheblicher Fortschritte bei Diagnostik und Therapie in den

letzten 20 Jahren deutlich gestiegen. Im Rhein-Neckar-Kreis treten Krebserkrankungen von Kindern mit der gleichen Häufigkeit wie im Bundesdurchschnitt auf.

Die Zahngesundheit von Kindern hat sich in den letzten Jahren erheblich verbessert. Dies trifft sowohl für die Bundesrepublik insgesamt als auch für Baden-Württemberg und den Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg zu. Erhebliche Unterschiede bestehen nach Bildungsniveau und Migrationshintergrund der Kinder. Kinder aus höheren Bildungsschichten haben seltener Karies als Kinder aus Familien mit geringem Bildungsniveau der Eltern. Kinder mit Migrationshintergrund haben eine schlechtere Mundgesundheit als deutsche Kinder. Die Unterschiede sind derart, dass von einer zunehmenden Kariespolarisierung gesprochen wird: ein großer Teil aller erkrankten Zähne konzentriert sich auf eine vergleichsweise kleine Gruppe von Kindern. Wie die Ergebnisse zum Mundgesundheitsverhalten (2.3) schon gezeigt haben, gehören Kinder aus bildungsfernen Schichten und Kinder mit Migrationshintergrund zu den Gruppen, auf die sich zukünftige Bemühungen um eine Verbesserung der Mundgesundheit von Kindern verstärkt richten sollten.

3.4 Verletzungen durch Unfälle und Gewalteinwirkung kommen bei Kindern häufig vor. Sie stellen die häufigste Todesursache nach dem 1. Lebensjahr dar. Die Unfallmortalität von Kindern ist in Deutschland wie auch in Baden-Württemberg im Verlauf der letzten 25 Jahre jedoch erheblich zurückgegangen. Im Jahr 2007 starben in Baden-Württemberg nur 3 von 100.000 Kindern unter 15 Jahren durch einen Unfall. Nicht tödliche Unfallverletzungen sind dennoch häufig. Nach den Daten des KiGGS erlitten 15% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 1-17 Jahren in den letzten 12 Monaten einen Unfall.

Der häufigste Unfallort ist der Haus- und Freizeitbereich: Für den häuslichen Bereich ergibt sich nach dem KiGGS eine Verletzungshäufigkeit von 4,9% und für den Sport- und Freizeitbereich von 4,3% der Kinder im Alter von 1 bis 14 Jahren.

Am zweithäufigsten sind nach dem KiGGS Verletzungen durch Unfälle in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen, die weniger als 4% der 1- bis 14-Jährigen erlitten. Nach der Statistik der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) sind die Unfallraten in den Betreuungs- und Bildungseinrichtungen ebenso wie die Wegeunfälle nach einem Anstieg in den 90er Jahren in den letzten Jahren zurückgegangen. Die Unfallrate steigt mit dem Alter der Kinder an. Darüber hinaus gibt es bei den weiterführenden Schulen große Unterschiede nach Schulart, mit einer besonders hohen Unfallrate in den Hauptschulen. In Baden-Württemberg stellt sich das Schülerunfallgeschehen günstiger als im Bundesdurchschnitt dar.

Knapp die Hälfte aller Schulwegunfälle stellen Straßenverkehrsunfälle dar. Die Verkehrsunfälle auf dem Weg zur Schule sind schon seit Jahren auf ähnlichem Niveau. In Baden-Württemberg verunglücken von 100.000 Schüler/innen im Alter von 6-13 Jahren jährlich zwischen 33 und 42 Kinder auf dem Schulweg. Im Hinblick auf alle Straßenverkehrsunfälle von Kindern und Jugendlichen lässt sich bis etwa Mitte der 90er Jahre ein Rückgang des Unfallrisikos feststellen. Danach sind die Verunglücktenraten zunächst wieder etwas angestiegen und anschließend erneut gesunken. Im Jahr 2008 wurde in allen Altersgruppen ein neuer Tiefstand der Verunglücktenrate erreicht – das Unfallrisiko war in den letzten dreißig Jahren noch nie so gering wie in diesem Jahr. Die Verkehrsunfallraten von Kindern sind in Baden-Württemberg deutlich niedriger als in der

gesamten Bundesrepublik. Für den Rhein-Neckar-Kreis ergibt sich eine noch günstigere Situation als im Landesdurchschnitt. Jungen verunglücken deutlich häufiger im Straßenverkehr als Mädchen. Darüber hinaus ist ein erhöhtes Unfallrisiko von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus festzustellen.

Experten gehen davon aus, dass durch Maßnahmen der Prävention die überwiegende Mehrheit der Kinderunfälle vermieden werden können. Zahlreiche Akteure sind mit verschiedenen Maßnahmen an der Unfallprävention beteiligt, und die Statistiken zeigen, dass langfristig auch Erfolge erzielt werden konnten. Durch eine Verstärkung der Prävention könnte vermutlich ein weiterer Rückgang der Unfallhäufigkeit erreicht werden.

Körperliche Schädigungen und Verletzungen von Kindern entstehen nicht nur durch Unfälle, sondern auch als Folge von Gewalt, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch. Damit sind zugleich erhebliche seelische Schädigungen verbunden. Das Ausmaß der Gewalt gegen Kinder lässt sich anhand der vorliegenden Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik und der Kinder- und Jugendhilfe nur unzureichend beziffern, da von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist.

Die bekannt gewordenen Fälle von Körperverletzung und Kindesmisshandlung haben in den letzten Jahren zugenommen. Inwieweit dies der realen Entwicklung entspricht oder auf eine wachsende Sensibilisierung und Anzeigebereitschaft der Bevölkerung zurückzuführen ist, lässt sich nicht entscheiden. Die Opferbelastung ist in Baden-Württemberg geringer als im Bundesdurchschnitt und im Rhein-Neckar-Kreis geringer als im Landesdurchschnitt. Im Rhein-Neckar-Kreis wurden 2008 von 100.000 Kindern unter 14 Jahren 183 Kinder Opfer einer Körperverletzung. Die Häufigkeit sexuellen Missbrauchs von Kindern bewegte sich viele Jahre lang auf gleich bleibendem Niveau; in den letzten drei Jahren ist nun ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Die Missbrauchsrate lag im Rhein-Neckar-Kreis im Zeitraum 2004-2008 bei jährlich 150 von 100.000 Kindern unter 14 Jahren und damit höher als im Landesdurchschnitt.

Die Kinder- und Jugendhilfedaten zeigen eine seit Jahren zunehmende Häufigkeit von Beratungen wegen Kindesmisshandlung an einer Erziehungs-, Familien- und Jugendberatungsstelle. Beratungen wegen Anzeichen sexuellen Missbrauchs sind dagegen nicht häufiger geworden. In Baden-Württemberg kamen 2006 auf 100.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren etwa 17 Beratungsfälle wegen Kindesmisshandlung und 34 Beratungsfälle wegen sexuellem Missbrauch. Die Inanspruchnahme sozialpädagogischer Familienhilfen ist ebenfalls erheblich gestiegen, auch die Hilfen wegen Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und Verdacht auf sexuellen Missbrauch. In Baden-Württemberg erhielten 2005 rund 70 von 100.000 Familien eine sozialpädagogische Familienhilfe aus einem der genannten Anlässe. Die Häufigkeit von Inobhutnahmen ist in den letzten beiden Jahren gestiegen. Im Jahr 2007 wurden in Baden-Württemberg 106 und im Rhein-Neckar-Kreis 91 von 100.000 Minderjährigen vom Jugendamt vorübergehend in Obhut genommen. In etwa jedem zweiten Fall kam es zu einem Entzug des Sorgerechts.

Kinder werden nicht nur innerhalb der Familie zum Opfer von Gewalt. Gewalt wird auch in der Auseinandersetzung mit anderen Kindern erfahren und selbst ausgeübt. Die Häufigkeit der von Kindern und Jugendlichen verübten Gewalttaten hat sich in Baden-Württemberg in den letzten Jahren nicht dauerhaft verändert, sondern ist von einem auf und ab gekennzeichnet. In den Massenmedien wird regelmäßig eine zunehmende Gewalt an

Schulen beklagt. Nach den Daten der DGUV trifft dies – zumindest gemessen an der Raufunfallrate – aber nicht zu, sondern es ist sogar ein Rückgang zu beobachten. Insgesamt betrachtet kann auf jeden Fall festgestellt werden, dass aggressive und gewalttätige Verhaltensweisen unter Kindern und Jugendlichen inner- und außerhalb der Schule nicht selten sind, auch wenn die große Mehrheit zumindest keine körperliche Gewalt ausübt. Die vorliegenden Befunde zeigen übereinstimmend, dass Mädchen als Täterinnen wie als Opfer seltener in Erscheinung treten als Jungen. Darüber hinaus ist in Hauptschulen eine stärkere Verbreitung von Gewalt zu beobachten als in Gymnasien

Im Rhein-Neckar-Kreis gibt es mehrere Organisationen und Initiativen, die mit der Prävention von Gewalt in und außerhalb der Familie befasst sind und auch in den Schulen die Bildung von Kompetenzen – etwa zur Streitschlichtung – unterstützen. Diese Maßnahmen gilt es weiterhin zu stärken und auszubauen.

Aus den vorgestellten Ergebnissen ergibt sich Handlungsbedarf in den folgenden Dimensionen:

1. Es sind vor allem drei Lebensumstände von Kindern, mit denen überdurchschnittlich häufig Gesundheitsrisiken verbunden sind – und die allesamt zugleich in einem engen Zusammenhang mit der Chance auf erfolgreiche Teilhabe am Bildungsprozess zu sehen sind:
   - sog. bildungsferne und sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen
   - Familien und Gruppen mit Migrationshintergrund
   - eine stärkere Risikohäufung bei Jungen im Vergleich zu Mädchen
2. Diese Folgerungen decken sich mit anderen Analysen der jüngsten Zeit und verweisen auf folgende Zusammenhänge:
   - eine vergleichsweise schlechte finanzielle Situation von Familien von Alleinerziehenden, Kinderreichen, Migranten sowie Arbeitslosen und die damit verbundene Zunahme der Kinderarmut
   - das noch nicht ausreichende Angebot an Kinderbetreuungsplätzen, insbesondere für Kinder unter drei Jahren sowie für ältere Kinder, die eine Ganztagesplatz benötigen
   - die vergleichsweise geringe Inanspruchnahme von Angeboten der Kinderbetreuung durch Kinder aus sozial schwachen Familien und Kinder mit Migrationshintergrund
   - Entwicklungsdefizite und in der Folge auch einen geringeren Schulerfolg von Kindern aus sozial schwachen Familien, von Kinder mit Migrationshintergrund und von Jungen
   - ein für die Gesundheit ungünstiges Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Kinder; damit verbunden eine Zunahme von Übergewicht und Adipositas. Auch davon sind Kinder aus sozial schwachen Familien und Kinder mit Migrationshintergrund verstärkt betroffen.

Eine Verbesserung der finanziellen Situation von Kindern aus den oben genannten benachteiligten Familien oder zumindest eine Milderung der Folgen eines geringen Einkommens könnte durch besondere Vergünstigungen für die betroffenen Familien erreicht werden. Zum Teil sind solche finanziellen Entlastungen bereits realisiert, wie z.B. die (teilweise) Übernahme der

Kosten für die Kindertagesstätte durch das Jugendamt nach § 90 SGB VIII oder Zuschüsse zu den Kosten für die Mittagsverpflegung in der Schule. Darüber hinaus würde ein weiterer Ausbau der Angebote der Kinderbetreuung die Möglichkeiten zur Erwerbstätigkeit Alleinerziehender bzw. *beider* Elternteile und damit die Einkommenschancen der Familien verbessern.

Eine Verbesserung der finanziellen Situation reicht aber bei weitem nicht aus, um die besonderen Probleme und Defizite von Kindern aus sozial schwachen Familien oder Kindern mit Migrationshintergrund anzugehen: bei der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, beim Besuch von Kindertageseinrichtungen, beim Entwicklungsstand der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung, beim Schulerfolg, bei der Mundgesundheit, bei der Ernährung, beim Bewegungsverhalten oder beim Medienkonsum. Die soziale und gesundheitliche Lage von Kindern aus benachteiligten Familien lässt sich langfristig nur verbessern, indem

(1) allgemeine Maßnahmen der Gesundheitsförderung, wie z.B. Ernährungserziehung oder Bewegungsförderung, *keine finanziellen, sprachlichen oder kulturellen Barrieren* beinhalten, diese außerdem alltagsbegleitend und gewohnheitsbildend angelegt sind (Beispiel „Laufender Schulbus“)

(2) *spezielle* Maßnahmen für die benachteiligten Kinder erfolgen, z.B. die vom Land geförderten Hausaufgaben-, Sprach- und Lernhilfen (HSL) oder das Sprachförderungsprogramm „Sag mal was“ der Landesstiftung Baden-Württemberg

(3) *frühzeitig* Maßnahmen ergriffen werden, möglichst schon vor, aber spätestens beim Eintritt in den Kindergarten und

(4) nicht nur gesundheits- und entwicklungsfördernde Maßnahmen passiv angeboten werden, sondern auch aktive, d.h. die Familien *aufsuchende* Hilfesysteme eingerichtet werden, damit die betroffenen Familien überhaupt erreicht werden.

Dabei muss betont werden, dass Maßnahmen und Vorgehensweisen, die alle Kinder und ihre Familien erreichen können, eben auch für *alle* Beteiligten eine Stärkung gesundheitlicher Potenziale bedeuten. Es kann nicht darum gehen, gezielt sog. „Problemgruppen“ zu behandeln – und damit auch zu stigmatisieren. Es muss vielmehr umgekehrt darum gehen, niemanden zurückzulassen!

Dies gilt insbesondere auch für die Beobachtung, dass Jungen in ihrer Bildungsbiographie immer häufiger Misserfolge aufweisen, und zugleich bekanntermaßen in der Altersgruppe bis zur Pubertät bei Jungen deutlich mehr gesundheitliche bzw. psychosoziale Risiken und Krisen auftreten. Hier gilt es, in Bildungs- und Betreuungsprozessen, aber auch in der Begleitung von Familien unaufgeregt, aber aufmerksam nach Möglichkeiten einer verantwortungsvollen „Gender-Perspektive“ zu suchen und entsprechende Erfahrungen für eine „Trendumkehr“ zu nutzen.

Anhang

1. **Kurzbezeichnung und Erläuterung häufig genutzter Datenquellen**

2. **Tabellen A1 – A6**

3. **Abbildungen A1 – A3**

1. Kurzbezeichnung und Erläuterung häufig genutzter Datenquellen

Einschulungsuntersuchungen

In Baden-Württemberg wird wie in anderen Bundesländern vor der Einschulung eines Kindes eine schulärztliche Untersuchung zur Beurteilung der Schulfähigkeit durchgeführt. Bis zum Schuljahr 2008/9 erfolgten die Untersuchungen im Laufe des dem Einschulungstermin vorhergehenden Schuljahrs. Im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg werden im Rahmen dieser Einschulungsuntersuchung von den Schulärzten/innen und den sozialmedizinischen Assistentinnen jährlich fast 7.000 Kinder untersucht. Die Untersuchung umfasst u. a. Seh- und Hörtests, sprachliche und motorische Entwicklung (s. a. Kap. 1.6.5.1). Die vom Landesgesundheitsamt aufbereiteten Daten liegen dem Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis ab dem Einschulungsjahr 1997 vor.

CBCL-Studie

Es handelt sich um eine epidemiologische Verlaufsstudie zu Lebenssituation und Verhalten von Kindern und Jugendlichen im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg. Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg und das Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreises haben im Rahmen dieser Studie im Jahr 1996 zunächst die Eltern aller eingeschulten Kinder schriftlich befragt. Im Jahr 2000 erfolgte eine weitere anonymisierte Befragung der Eltern von Viertklässlern am Ende des Schuljahrs. In beiden Erhebungen wurde ein Rücklauf von mehr als 5.000 Fragebogen erreicht. Ein Kern beider Befragungen stellt die so genannte Child Behavior Checklist (CBCL) dar – ein standardisiertes, international erprobtes Instrument zur Erfassung von kindlichen Verhaltensauffälligkeiten (s. a. Kap. 3.3.5). Eine weitere Erhebung erfolgte 2004/2005 in der Klassenstufe 9, bei der nicht nur die Eltern, sondern auch die 14-16-jährigen Schüler/innen selbst sowie die Lehrer/innen befragt wurden. An dieser Untersuchung war neben der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg und dem Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis auch die Pädagogische Hochschule Heidelberg beteiligt. Fast 6.000 Jugendliche und fast 3.500 Eltern haben einen auswertbaren Fragebogen abgegeben. Der Elternfragebogen enthielt wieder die CBCL, der Fragebogen für die Jugendlichen enthielt ein zur CBCL korrespondierendes Instrument, den Youth Self Report (YSR). Die Erhebungen sind repräsentativ für den Rhein-Neckar-Kreis und die Stadt Heidelberg. Einschränkungen der Repräsentativität bestehen lediglich im Hinblick auf die Elternstichprobe 2004/5, in der Eltern von Jungen, von Hauptschülern/innen und von Jugendlichen mit Migrationshintergrund unterrepräsentiert sind. Weitere Informationen zu Studienmethodik und Ergebnissen findet man in folgenden Veröffentlichungen:

J. Haffner/ C. Esther/ H. Münch/ P. Parzer/ B. Raue/ R. Steen/ M. Klett/ F. Resch: Veränderte Kindheit – neue Wirklichkeiten. Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg; Rhein-Neckar-Kreis Gesundheitsamt, Heidelberg, Zweite, überarbeitete und ergänzte Auflage, Oktober 1998

J. Haffner /P. Parzer / B. Raue/ R. Steen/ H. Münch/ S. Giovannini/ C. Esther/ M. Klett/ F. Resch: Lebenssituation und Verhalten von Kindern im zeitlichen Wandel. Ergebnisse einer epidemiologischen Verlaufsstudie zu Lebensbedingungen, Verhalten und Problemen von Kindern zu Beginn und Ende der Grundschulzeit. Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg; Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg, Heidelberg, November 2001

J. Haffner/ J. Roos/ R. Steen/ P. Parzer/ M. Klett/ F. Resch: Lebenssituation und Verhalten von Jugendlichen. Ergebnisse einer Befragung 14 bis 16-jähriger Jugendlicher und deren Eltern im Jahr 2005. Gesundheitsamt Heidelberg/Rhein-Neckar-Kreis;

Pädagogische Hochschule Heidelberg; Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Oktober 2006

KiGGS

Von 2003-2006 wurde vom Robert-Koch-Institut (RKI) in Berlin eine für Deutschland repräsentative Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren durchgeführt. Die Stichprobe des Kinder und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) umfasste mehr als 17.000 Jungen und Mädchen. Die Studie beinhaltete u. a. medizinische Untersuchungen und Tests, eine schriftliche Befragung der Eltern und der Kinder und Jugendlichen ab 11 Jahren. Neben dem Kernsurvey wurden an Teilstichproben spezielle Themen in Form von gesonderten Fragen- und Untersuchungsmodulen eingehender behandelt: Es gab Module zum Ernährungsverhalten (EsKiMo-Studie), zur psychischen Gesundheit (BELLA-Studie), zur Umweltbelastung (Kinder-Umwelt-Survey) und zur motorischen Leistungsfähigkeit (MoMo). Weitere Informationen und Ergebnisse sind über die Webseite http://www.kiggs.de/ erhältlich.

DJI-Kinderpanel

Das Kinderpanel des Deutschen Jugendinstituts (DJI) ist eine bundesweit repräsentative Kohorten-Längsschnittstudie zur Lebenssituation von Kindern. Rund 2.000 Mütter und 1.000 Väter von Kindern im letzten Kindergartenjahr (5-6-Jährige) und von Grundschülern der Klassenstufe 3 (8-9-Jährige) sowie rund 1.000 8-9-jährigen Kinder selbst wurden im Herbst 2002 erstmals schriftlich befragt. Eine zweite Befragung fand im Herbst 2004 statt, eine dritte Erhebung folgte im Herbst 2005. Bei der Erstellung des vorliegenden Kindergesundheitsberichtes standen lediglich die Daten der ersten Befragungswelle zur Auswertung zur Verfügung. Inzwischen können die Datensätze aller Wellen von der Webseite des DJI herunter geladen und ausgewertet werden. Zu weiteren Informationen, Ergebnissen und Daten des Kinderpanels s. http://ww.dji.de.

HBSC-Studie

„Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ ist eine von der WHO unterstützte internationale Studie, die seit 1982 alle vier Jahre in einer wachsenden Zahl von Ländern durchgeführt wird. Die Studie untersucht Gesundheit und Gesundheitsverhalten sowie Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren in einer repräsentativen Auswahl von Schulen. In Deutschland sind die Länder Hessen, Sachsen, Nordrhein-Westfalen, Berlin und seit Herbst 2007 auch Baden-Württemberg an der Studie beteiligt (vgl. http://www.hbsc-germany.de/).

LBS-Kinderbarometer

Das ProKids-Institut führt seit mehreren Jahren in verschiedenen Bundesländern das durch den Dachverband der Landesbausparkassen finanzierte LBS-Kinderbarometer durch. Es handelt sich um eine schriftliche Befragung von 9- bis 14-jährigen Kindern zu ihrer Lebenssituation, ihrem subjektiven Wohlbefinden und ihren Einstellungen im Hinblick auf verschiedene Lebensbereiche. Die letzte Erhebung fand im Herbst 2006 bei rund 6000 Kindern aus sieben Bundesländern statt. Zu weiteren Informationen und Ergebnisberichten s. http://www.kinderbarometer.de/.

KIM- und JIM-Studien

Der Medienpädagogische Forschungsverbund Südwest (MPFS) führt seit 1998 regelmäßig die so genannten KIM-Studien sowie JIM-Studien durch. Bei der KIM-Studie werden rund 1.200 6- bis 13-jährige Kinder zu Freizeitaktivitäten und Mediennutzung mündlich und ihre Eltern schriftlich befragt. Die JIM-Studie ist eine entsprechende telefonische Befragung von rund 1.000 Jugendlichen im Alter von 12-19 Jahren. Die Ergebnisberichte sind über die Webseiten des MPFS verfügbar (http://www.mpfs.de/).

MiD

Mobilität in Deutschland (MiD) ist eine vom Bundesverkehrsministerium in Auftrag gegebene bundesweite Befragung von rund 50.000 Haushalten zu ihrem alltäglichen Verkehrsverhalten (http://www.mobilitaet-in-deutschland.de/). Für alle Mitglieder eines Haushalts werden die an einem Stichtag zurückgelegten Verkehrswege nach Zweck, Entfernung und Verkehrsmittel erfasst. Im Jahr 2002 (MiD 2002) wurden mehr als 100.000 Personen befragt und rund 400.000 Wege erfasst. Auftragnehmer waren das Institut für angewandte Sozialwissenschaften GmbH (infas Bonn) und das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin). Die Ergebnisse sind in einem Bericht (http://daten.clearingstelle-verkehr.de/196/10/mid2002_ergebnisbericht.pdf) und in einem umfangreichen Tabellenband (http://daten.clearingstelle-verkehr.de/196/09/mid2002_tabellenband_basis.pdf) veröffentlicht. Der Datensatz ist beim Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt e.V., Institut für Verkehrsforschung, Clearingstelle für Verkehrsdaten und Verkehrsmodelle (http://daten.clearingstelle-verkehr.de/196/) erhältlich. Im Jahr 2008 wird die Erhebung erneut durchgeführt.

2. Tabellen A1 – A6

Tab. A1: Anzahl der Kinder unter 15 Jahren - Entwicklung 1970 bis 2008 und Prognose bis 2025

	Rhein-Neckar-Kreis	Heidelberg
1970	100.533	22.608
1971	102.874	21.889
1972	102.938	21.198
1973	102.435	20.288
1974	101.347	19.687
1975	98.213	18.994
1976	94.689	18.365
1977	91.185	17.503
1978	88.374	16.743
1979	85.716	16.100
1980	83.487	15.765
1981	81.068	15.316
1982	77.931	14.891
1983	74.649	14.299
1984	71.651	13.890
1985	70.052	13.697
1986	69.419	13.875
1987	68.640	14.162
1988	70.889	15.038
1989	73.533	15.719
1990	76.498	16.247
1991	79.044	16.670
1992	81.003	17.079
1993	82.389	17.302
1994	82.902	17.509
1995	83.249	17.459
1996	83.684	17.435
1997	84.041	17.426
1998	84.226	17.275
1999	84.299	17.305
2000	83.951	17.194
2001	83.642	17.037
2002	83.047	16.967
2003	81.729	16.722
2004	80.653	16.575
2005	79.333	16.191
2006	78.067	16.125
2007	77.227	16.051
2008	76.136	16.084
2010	74.711	16.098
2015	69.630	15.267
2020	67.450	14.500
2025	66.529	13.800

Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Tab. A2: Entwicklung des Anteils der Kinder unter 15 Jahren an der Bevölkerung

	Heidelberg	Rhein-Neckar-Kreis	Baden-Württemberg
	%	%	%
1970	17,4	24,3	24,4
1971	16,7	24,0	24,1
1972	16,1	23,5	23,7
1973	15,6	22,9	23,2
1974	15,1	22,5	22,8
1975	14,7	21,8	22,3
1976	14,2	21,1	21,6
1977	13,5	20,2	20,8
1978	13,1	19,4	20,1
1979	12,5	18,7	19,3
1980	11,8	18,0	18,6
1981	11,4	17,4	17,9
1982	11,1	16,7	17,3
1983	10,7	16,0	16,6
1984	10,4	15,3	16,0
1985	10,2	15,0	15,6
1986	10,2	14,8	15,4
1987	11,1	14,8	15,5
1988	11,4	15,0	15,6
1989	11,7	15,4	15,8
1990	11,9	15,7	16,1
1991	12,0	15,9	16,4
1992	12,2	16,1	16,6
1993	12,4	16,2	16,8
1994	12,6	16,3	16,9
1995	12,6	16,2	16,9
1996	12,6	16,2	16,9
1997	12,5	16,2	16,9
1998	12,4	16,2	16,9
1999	12,4	16,2	16,8
2000	12,3	16,0	16,7
2001	12,0	15,8	16,5
2002	11,9	15,7	16,3
2003	11,7	15,4	16,0
2004	11,6	15,1	15,8
2005	11,3	14,9	15,4
2006	11,1	14,6	15,1
2007	11,0	14,4	14,9
2008	11,0	14,2	14,6

Datenquelle: Statistisches Landesamt, eigene Berechnungen

Tab. A3: Entwicklung der Eheschließungen und Ehescheidungen

	Eheschließungen		Ehescheidungen	
	Insgesamt	je 1 000 Einwohner	Insgesamt	je 1 000 Einwohner
Baden-Württemberg				
1980	52.646	5,7	12.899	1,4
1981	52.521	5,7	14.006	1,5
1982	53.768	5,8	14.736	1,6
1983	54.785	5,9	15.632	1,7
1984	54.349	5,9	16.252	1,8
1985	54.901	5,9	15.971	1,7
1986	55.705	6,0	15.278	1,6
1987	56.780	6,1	16.755	1,8
1988	58.939	6,3	17.190	1,8
1989	58.835	6,2	16.928	1,8
1990	61.448	6,3	16.669	1,7
1991	59.373	6,0	17.193	1,7
1992	60.724	6,0	17.261	1,7
1993	59.885	5,9	19.085	1,9
1994	59.591	5,8	19.910	1,9
1995	58.198	5,7	19.921	1,9
1996	57.898	5,6	20.759	2,0
1997	57.094	5,5	21.572	2,1
1998	55.693	5,4	21.833	2,1
1999	56.437	5,4	21.697	2,1
2000	55.422	5,3	22.050	2,1
2001	51.382	4,9	22.736	2,2
2002	51.946	4,9	23.700	2,2
2003	50.693	4,7	25.046	2,4
2004	51.382	4,8	25.129	2,4
2005	50.272	4,7	23.854	2,2
2006	48.780	4,5	22.686	2,1
2007	47.233	4,4	22.145	2,1
2008	48.612	4,5	22.792	2,1
Rhein-Neckar-Kreis				
2008	2.507	4,7	1158	2,2
Heidelberg				
2008	915	6,3	214	1,5

Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Berechnungen

Tab. A4: Fahrzeiten mit dem ÖPNV und dem PKW von den Gemeinden des Rhein-Neckar-Kreises nach Heidelberg und in die großen Kreisstädte (in Minuten)

	Heidelberg		Schwetzingen		Hockenheim		Sinsheim		Weinheim		Wiesloch		Leimen		Durchschnitt		
	ÖPNV	PKW	ÖPNV	PKW	ÖPNV	PKW	ÖPNV	PKW	ÖPNV	PKW	ÖPNV	PKW	ÖPNV	PKW	ÖPNV	PKW	ÖPNV/ PKW
Eberbach	25	36	66	49	75	59	59	45	62	56	45	46	41	40	53,3	47,3	1,13
Neckargemünd	13	14	49	33	59	42	25	28	37	37	28	29	24	23	33,6	29,4	1,14
Ladenburg	15	13	31	21	38	28	60	39	6	16	30	31	26	24	29,4	24,6	1,20
Laudenbach	27	28	49	30	56	38	75	52	6	13	45	45	41	37	42,7	34,7	1,23
Heddesbach	43	43	88	56	98	65	73	52	63	61	63	52	59	46	69,6	53,6	1,30
Heiligkreuzsteinach	50	48	84	62	107	71	77	64	79	35	67	64	63	58	75,3	57,4	1,31
Weinheim	19	21	45	31	61	30	67	46			37	38	33	30	43,7	32,7	1,34
Edingen-Neckarhs.	10	13	40	16	46	24	45	40	35	24	26	32	30	22	33,1	24,4	1,36
Hemsbach	24	22	46	24	53	32	72	45	3	10	42	38	38	30	39,7	28,7	1,38
Epfenbach	42	37	71	47	81	53	28	20	65	55	66	37	62	33	59,3	40,3	1,47
Wilhelmsfeld	38	29	72	42	87	52	85	49	46	32	55	50	51	39	62,0	41,9	1,48
Meckesheim	21	24	64	36	71	36	7	14	49	44	41	18	37	22	41,4	27,7	1,49
Eppelheim	13	8	17	9	28	19	50	33	39	26	29	23	25	15	28,7	19,0	1,51
Eschelbronn	29	33	64	43	71	43	21	18	83	51	53	26	49	30	52,9	34,9	1,52
Neidenstein	39	41	79	45	89	44	18	17	83	61	59	33	55	37	60,3	39,7	1,52
Schriesheim	25	11	50	30	57	34	66	43	20	17	45	35	41	27	43,4	28,1	1,54
Helmstadt-Bargen	45	49	80	46	87	46	22	18	99	63	69	35	65	42	66,7	42,7	1,56
Schönau	41	32	74	45	96	54	66	41	77	47	56	40	52	36	66,0	42,1	1,57
Ilvesheim	29	13	36	18	43	26	61	41	25	22	45	34	43	26	40,3	25,7	1,57
Spechbach	40	31	69	41	79	47	26	28	63	49	58	30	60	26	56,4	36,0	1,57
Sandhausen	17	13	39	14	41	21	53	29	48	31	12	17	2	9	30,3	19,1	1,58
Lobbach	35	29	70	39	85	45	19	28	82	46	55	28	51	25	56,7	34,3	1,65
Waibstadt	37	42	72	40	93	40	17	12	91	55	61	28	57	34	61,1	35,9	1,71
Leimen	7	11	48	15	55	24	51	26	40	32	4	12			34,2	20,0	1,71
Dossenheim	20	7	45	23	56	32	61	40	31	17	40	30	36	20	41,3	24,1	1,71
Dielheim	33	26	68	31	76	28	18	18	71	46	19	11	26	21	44,4	25,9	1,72
Schönbrunn	55	43	87	56	110	62	89	36	97	61	71	43	76	39	83,6	48,6	1,72

	Heidelberg		Schwetzingen		Hockenheim		Sinsheim		Weinheim		Wiesloch		Leimen		Durchschnitt		
	ÖPNV	PKW	ÖPNV	PKW	ÖPNV	PKW	ÖPNV	PKW	ÖPNV	PKW	ÖPNV	PKW	ÖPNV	PKW	ÖPNV	PKW	ÖPNV/ PKW
Bammental	19	19	58	25	69	35	21	20	51	37	39	20	35	12	41,7	24,0	1,74
Plankstadt	23	13	8	3	19	14	60	39	49	27	40	24	36	14	33,6	19,1	1,75
Neckarbischofsheim	52	49	95	47	102	46	28	19	114	63	72	35	68	42	75,9	43,0	1,76
Sinsheim	29	32	62	37	79	29			63	45	49	17	45	24	54,5	30,7	1,78
Oftersheim	19	13	5	5	4	12	64	29	57	28	35	19	30	13	30,6	17,0	1,80
Mauer	23	21	63	32	74	32	15	14	46	39	44	15	43	18	44,0	24,4	1,80
Zuzenhausen	31	27	72	36	81	35	8	8	60	45	51	19	47	23	50,0	27,6	1,81
Reichartshausen	51	35	81	45	96	50	29	23	94	53	68	34	73	31	70,3	38,7	1,82
Wiesloch	22	20	45	22	53	20	67	17	60	38	9		20	12	39,4	21,5	1,83
Malsch	27	26	66	26	65	23	71	23	60	41	14	13	18	18	45,9	24,3	1,89
Heddesheim	33	19	53	22	59	30	94	43	22	15	53	35	49	28	51,9	27,4	1,89
Ketsch	29	20	10	9	15	13	82	34	63	32	49	27	50	22	42,6	22,4	1,90
St. Leon-Rot	34	24	46	14	43	22	80	26	67	37	21	19	25	24	45,1	23,7	1,90
Wiesenbach	30	21	59	31	69	37	45	20	53	39	49	20	50	16	50,7	26,3	1,93
Brühl	46	18	13	13	23	24	89	41	74	33	63	34	68	26	53,7	27,0	1,99
Walldorf	27	17	25	14	31	11	64	27	61	26	8	10	19	13	33,6	16,9	1,99
Neulußheim	44	24	9	12	3	9	86	31	65	32	46	21	55	24	44,0	21,9	2,01
Schwetzingen	24	13			6	11	65	30	54	23	41	22	38	13	38,0	18,7	2,04
Angelbachtal	49	33	88	31	95	30	18	14	92	47	29	19	40	25	58,7	28,4	2,07
Altlußheim	42	26	22	16	16	12	101	34	82	35	52	24	61	27	53,7	24,9	2,16
Hirschberg	38	15	64	27	74	32	89	40	11	8	59	32	55	25	55,7	25,6	2,18
Hockenheim	36	23	5	9			83	24	62	28	49	17	49	23	47,3	20,7	2,29
Nußloch	26	16	55	21	63	22	69	24	66	36	16	9	19	8	44,9	19,4	2,31
Reilingen	38	18	21	15	12	7	98	26	82	33	31	16	39	19	45,9	19,1	2,40
Mühlhausen	37	24	76	22	75	22	53	15	70	39	23	10	28	17	51,7	21,3	2,43
Gaiberg	31	19	61	20	84	29	51	23	71	37	44	17	34	6	53,7	21,6	2,49
Rauenberg	39	24	78	22	83	21	64	18	78	38	19	10	30	16	55,9	21,3	2,62
Durchschnitt	31,3	24,6	53,6	28,6	62,1	32,5	54,8	29,9	59,0	37,0	42,5	27,2	42,8	25,1	49,3	29,2	1,69

Datenquelle: Fahrplanauskunft des Verkehrsverbundes Rhein-Neckar (http://www.vrn.de/) und PKW-Fahrzeiten nach Google Maps

Tab. A5: Einrichtungen der Frühförderung in Baden-Württemberg

	Anzahl der Sozialpädiatrische Zentren	Interdisziplinäre Frühförderstellen			Sonderpädagogische Beratungsstellen			Anzahl der Gemeinden mit einer Einrichtung	Gebietsfläche (in ha) pro Gemeinde mit Einrichtung
		Anzahl	Anzahl der Vollzeitstellen	Minuten/ Woche pro 100 Kinder < 7 J.	Anzahl	Wochenstunden Sonderpädagogen	Minuten/ Woche pro 100 Kinder < 7 J.		
Baden-Württemberg	15	36	149,7	48	358	8570	72	220	16251
Ravensburg	0	1	3	35,4	17	984	301	12	13598
Calw	0	1	2,23	46,2	6	305	164	5	15950
Ostalbkreis	0	2	5,36	55,3	16	412	110	9	16795
Emmendingen	0	1	3,16	68,2	8	170	95	6	11332
Schwäbisch Hall	1	1	3	51,3	9	202	90	7	21201
Rottweil	0	1	4,76	112,9	7	141	87	3	25647
Tübingen	1	1	3,25	50,2	10	216	87	5	10383
Rhein-Neckar-Kreis/ HD	1	0	0	0,0	15	546	79	8	14632
Stuttgart	1	2	5,5	36,0	14	453	77	1	1220
Esslingen	0	1	3,3	21,8	16	425	73	8	8019
Hohenlohekreis	0	0	0	0,0	8	91	71	3	25892
Heilbronn, Stadt u. Land	1	1	3,4	24,9	18	371	71	10	11998
Schwarzwald-Baar-Kreis	1	1	1,5	25,3	7	155	68	4	25631
Ortenaukreis	0	1	7,79	64,0	16	315	67	10	18607
Mannheim	0	1	4,03	50,1	8	197	64	1	1611
Göppingen	1	1	4	54,4	6	180	64	7	9177
Waldshut	0	1	7,2	145,8	8	120	63	6	18853
Zollernalbkreis	0	2	4,3	81,4	7	128	63	3	30591
Neckar-Odenwald-Kreis	1	1	3	69,9	6	104	63	3	37544
Main-Tauber-Kreis	0	0	0	0,0	6	93	63	5	26088
Rastatt u. Baden-Baden	0	1	4,91	65,3	7	177	61	6	14650
Karlsruhe, Stadt u. Land	1	2	11,32	58,4	18	420	56	10	12584
Böblingen	0	0	0	0,0	10	243	56	5	13296
Reutlingen	0	1	3,45	41,5	7	175	55	4	27354
Heidenheim	0	0	0	0,0	5	80	54	3	20904
Bodenseekreis	0	1	3,15	54,3	8	120	54	6	10297
Ludwigsburg	1	0	0	0,0	11	311	52	9	7631
Freudenstadt	0	1	2,35	63,3	4	74	52	3	29023
Rems-Murr-Kreis	0	1	4,52	36,6	8	234	49	7	12259
Lörrach	1	1	8,5	136,7	10	110	46	8	10085
Konstanz	1	1	7	94,5	10	129	45	7	11685
Biberach	0	0	0	0,0	9	100	43	6	23497
Enzkreis u. Pforzheim	1	1	8,9	97,7	3	141	40	2	33556
Sigmaringen	0	1	3	73,4	12	63	40	7	17205
Brsg.-Hochschw./ FR	1	3	16,7	127,5	9	191	38	10	15314
Tuttlingen	0	1	3,92	91,1	5	51	31	2	36718
Alb-Donau-Kreis u. Ulm	1	1	3,2	33,7	14	75	21	9	16400

Datenquelle: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg: Wegweiser Frühförderung, Stand Januar 2008; Wochenstundendeputate der Sonderpädagogen: Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 14/545 vom 10.11.2006; Vollzeitstellen in Interdisziplinären Frühförderstellen: Landtag von Baden-Württemberg, Drucksache 14/931 vom 15.02.2007, eigene Berechnungen

Tab. A6: Versorgung mit medizinisch-therapeutischen Fachkräften in freier Praxis

	Zahl der Einwohner pro		
	Logopäde	Ergotherapeut	Physiotherapeut
Baden-Württemberg	8.425	17.009	2.760
Landkreise	8.807	17.033	2.772
Alb-Donau-Kreis	11.888	31.702	3.118
Biberach	9.454	10.505	4.023
Böblingen	8.875	18.638	2.958
Bodenseekreis	8.990	15.905	2.247
Breisgau.-Hochschwarzwald	7.818	16.679	2.034
Calw	6.652	10.643	2.101
Emmendingen	11.259	17.514	2.130
Enzkreis	8.498	27.922	3.102
Esslingen	9.708	18.375	2.843
Freudenstadt	11.079	24.373	2.708
Göppingen	9.136	15.988	2.751
Heidenheim	14.828	22.242	4.448
Heilbronn	10.322	20.644	3.514
Hohenlohekreis	8.454	18.317	5.233
Karlsruhe	7.706	11.356	2.600
Konstanz	6.253	14.480	1.965
Lörrach	12.363	20.230	2.747
Ludwigsburg	8.586	27.113	3.733
Main-Tauber-Kreis	9.026	11.282	3.302
Neckar-Odenwald-Kreis	8.310	18.697	3.252
Ortenaukreis	13.476	14.920	2.321
Ostalbkreis	12.101	26.219	3.658
Rastatt	9.910	13.408	3.039
Ravensburg	6.430	12.020	2.765
Rems-Murr-Kreis	7.070	16.044	2.709
Reutlingen	8.045	13.409	2.844
Rhein-Neckar-Kreis	6.687	13.718	2.286
Rottweil	10.889	28.310	4.289
Schwäbisch Hall	14.561	21.032	3.321
Schwarzwald-Baar-Kreis	7.767	34.952	2.330
Sigmaringen	12.038	11.035	3.310
Tübingen	4.943	24.165	2.620
Tuttlingen	12.301	22.551	2.653
Waldshut	8.800	20.900	2.423
Zollernalbkreis	19.153	27.362	2.554

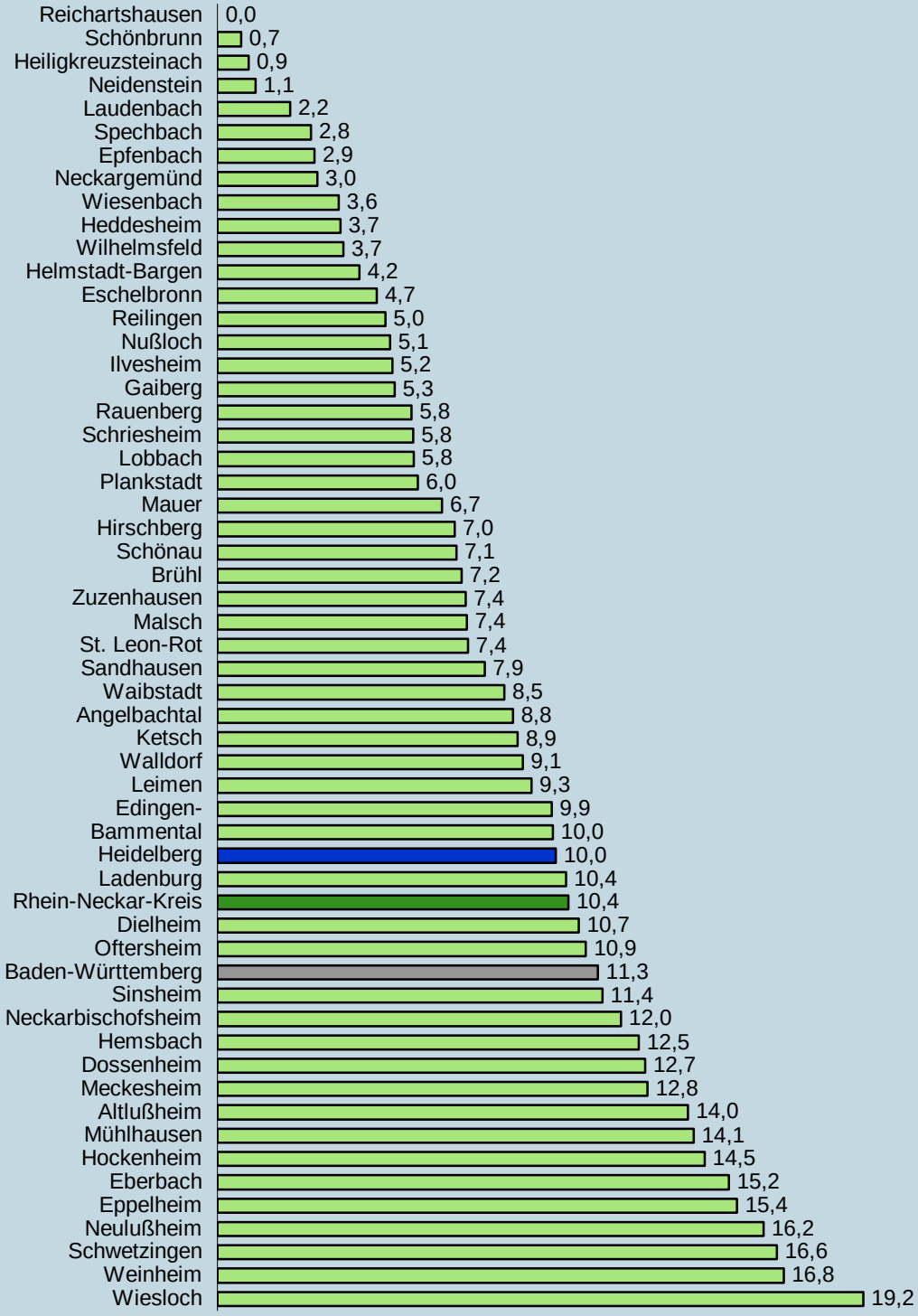
noch Tab. A6

	Zahl der Einwohner pro		
	Logopäde	Ergotherapeut	Physiotherapeut
Stadtkreise	7.064	16.906	2.706
Baden-Baden	9.142	10.971	1.959
Freiburg	4.770	15.674	1.602
Heidelberg	4.687	18.164	1.991
Heilbronn	9.356	30.407	3.801
Karlsruhe	6.420	13.758	2.805
Mannheim	11.474	17.211	3.261
Pforzheim	7.962	19.904	4.118
Stuttgart	8.531	17.564	3.374
Ulm	4.498	17.348	2.130

Datenquellen: Deutscher Bundsverband für Logopädie e.V. (http://www.dbl-ev.de), Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (http://www.dve.info/service/praxenverzeichnis/), http://www.physiotherapeuten-online.de/therapeuten/therapeuten.htm, Datenstand: Oktober 2008, eigene Berechnungen

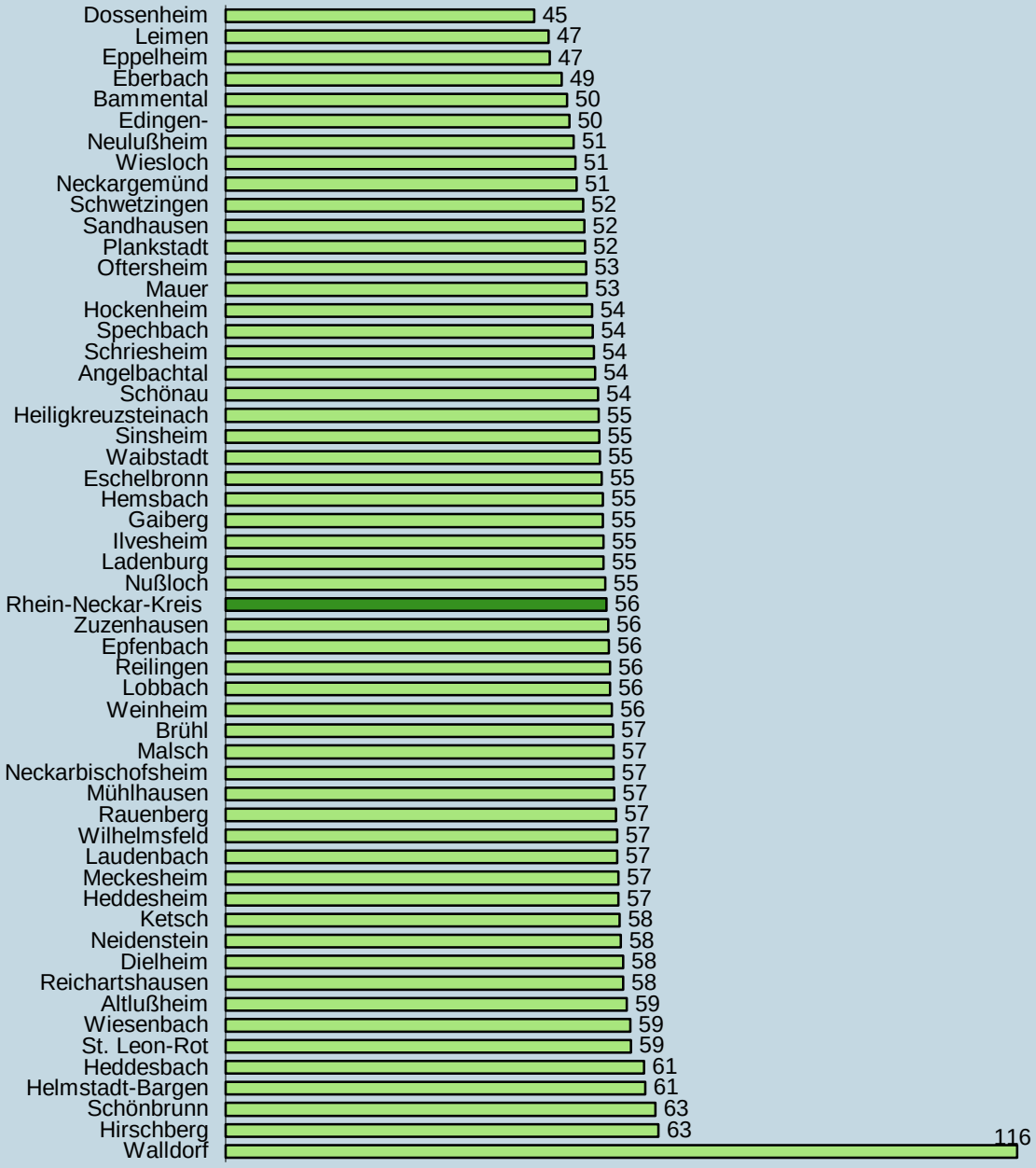
3. Abbildungen A1 – A3

Abb. A1: Ausländische Kinder an öffentlichen Grundschulen in den Gemeinden des Rhein-Neckar-Kreises, Heidelberg und Baden-Württemberg, Schuljahr 2008/9 (in %)



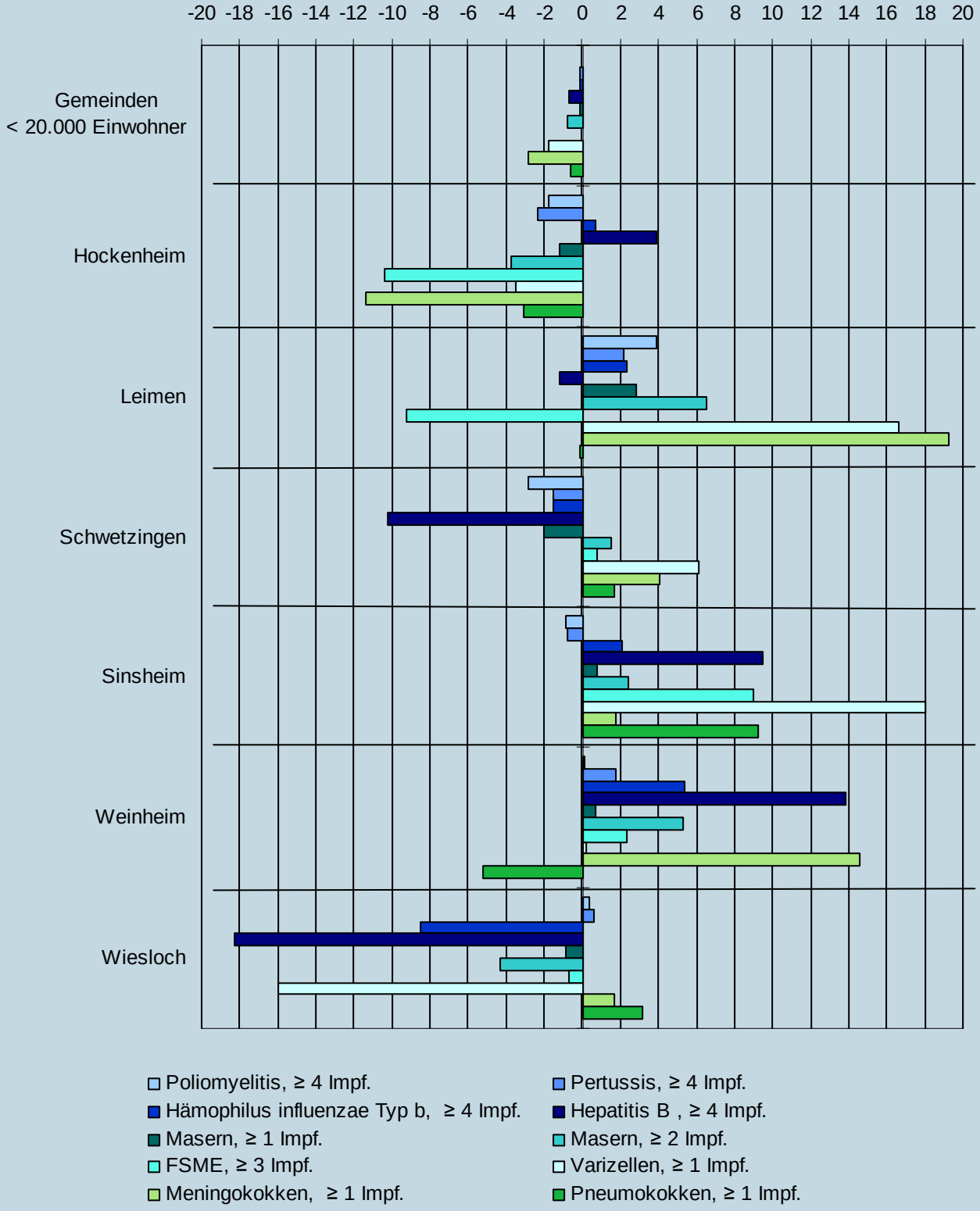
Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Berechnungen

Abb. A2: PKW-Bestand in den Gemeinden des Rhein-Neckar-Kreises am 31.12.2007



Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, eigene Berechnungen

Abb. A3: Durchimpfungsraten bei Schulanfängern im Rhein-Neckar-Kreis 2008 - Abweichungen in den Gemeinden von den Durchschnittswerten des Kreises



Datenquelle: Einschulungsuntersuchung 2008, eigene Berechnungen