



Lübecker Kindergesundheitsbericht



Impressum

Herausgeber: Hansestadt Lübeck - Der Bürgermeister
Gesundheitsamt
Sophienstraße 2 - 8
23539 Lübeck

Redaktion: Christa Nötzel, Dr. Hartmut Stöven, Dr. Olaf Schoeniger-Peters,
Dr. Michael Hamschmidt

unter Mitarbeit von: Dr. Gerhard Bender, Abt. Statistik

Zusammenstellung,

Layout, Titelblatt: Christa Nötzel

Auskünfte: Tel. (0451) 122-5388 / 122-5330

Druck: Zentrale Vervielfältigungsstelle der Hansestadt Lübeck

Auflage: 500

Preis: 10,- EUR

Internet: <http://www.gesundheitsamt.luebeck.de>

Copyright: Nachdruck und Weiterverwendung des Textmaterials und der graphischen Darstellungen (auch auszugsweise) nur mit Quellenangabe und vorheriger Genehmigung des Herausgebers

Vorwort

Die Gesundheit unserer Kinder stellt eine wesentliche Voraussetzung für die Zukunft unserer Stadt dar.

Gesunde und leistungsfähige Kinder ermöglichen den gesellschaftlichen Wohlstand von Morgen, ohne den unser Gemeinwesen auf Dauer nicht funktionieren kann, denn in der Kindheit werden die Weichen gestellt für das weitere Leben. Werden gesundheitliche Einschränkungen und Erkrankungen bei Kindern nicht rechtzeitig erkannt und behandelt, kann das weitreichende Folgen haben, die manchmal erst im Erwachsenenalter voll zu Tage treten und die Entfaltungsmöglichkeiten der Betroffenen nachhaltig beschneiden können.

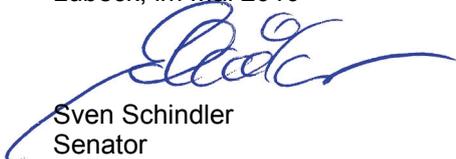
Die Hansestadt Lübeck ist seit 1989 Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk. Sie hat sich damit u. a. dazu verpflichtet, über die Gesundheit ihrer Bürgerinnen und Bürger zu wachen und innerhalb ihrer Handlungsspielräume alles zu unternehmen, was dem Erhalt und der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung zugute kommt. Die Gesundheitsberichterstattung soll dafür die erforderlichen Informationen bereitstellen.

Um deutlich zu machen, wie es um die Gesundheit unserer Kinder steht, hat das Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck jetzt einen zweiten Kindergesundheitsbericht verfasst, den ich Ihnen hiermit vorstelle.

Neben der Betrachtung einer Reihe wichtiger Themen zur Gesundheit für Kinder zeigt der Bericht auch soziale Problemfelder der Lübecker Kinder auf und benennt Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungsangebote. Ich hoffe, dass die Analysen und Einschätzungen ein breites öffentliches Interesse finden und zu weiterführenden Diskussionen über die gesundheitliche Lage der Kinder in Lübeck anregen.

Bedanken möchte ich mich bei den Mitarbeiter/innen des Gesundheitsamtes und allen anderen, die zum Gelingen des Kindergesundheitsberichtes beigetragen haben. Besonders hervorheben möchte ich die Mitarbeit des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck und der Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie die die Grundlagen für den Datentransfer und die Datenauswertungen mit gestaltet haben sowie der Abteilung Statistik der Hansestadt Lübeck, die den Entwicklungsprozess der Datenstrukturen im Gesundheitsamt konstruktiv begleitet hat.

Lübeck, im Mai 2010



Sven Schindler
Senator

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	5
2.	Allgemeine Lebensbedingungen	6
2.1.	Geburtenentwicklung und Lebenserwartung.....	6
2.2.	Kleinkinder, Kindergarten-, Grundschul- und Schulkinder	8
2.3.	Kinder in den Stadtbezirken	10
2.4.	Kinder mit Migrationshintergrund	12
2.5.	Kinder in Armut.....	13
2.6.	Familienstruktur (Klein-, Groß- und Einelternfamilien)	15
2.7.	Wohnung und Wohnumfeld	19
2.8.	Resümee	21
3.	Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen im Kindesalter	22
3.1.	Häufigste Untersuchungsbefunde bei Schulanfänger/innen	22
3.1.1.	Sehstörungen	23
3.1.2.	Sprachstörungen	24
3.1.3.	Über- und Untergewicht.....	27
3.1.4.	Motorische Koordinationsstörungen.....	30
3.1.5.	Verhaltensauffälligkeiten	32
3.2.	Zahngesundheit und zahnärztlicher Behandlungsbedarf.....	34
3.3.	Häufige Diagnosen bei Kindern in der klinischen Behandlung (ambulant und stationär)	38
3.3.1.	Verletzungen und Vergiftungen.....	42
3.3.2.	Erkrankungen des Atmungssystems.....	44
3.3.3.	Perinatale Affektionen / Frühgeburten.....	45
3.3.4.	Psychiatrische Erkrankungen.....	47
3.4.	Behinderungen bei Klein- und Vorschulkindern	50
3.5.	Sterblichkeit im Säuglingsalter	52
3.6.	Resümee	53
4.	Gesundheitsbewusstes Verhalten	55
4.1.	Beteiligung an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9	55
4.2.	Impfstatus der Schulanfänger/innen.....	58
4.3.	Zahngesundheit.....	61
4.4.	Resümee	63

5.	Gesundheitsversorgung und sozialpädiatrische Infrastruktur	64
5.1.	Öffentlicher Gesundheitsdienst	64
5.1.1.	Kinder- und Jugendärztlicher Dienst	65
5.1.2.	Jugendzahnärztlicher Dienst	66
5.2.	Ambulante Versorgung	67
5.2.1.	Niedergelassene Kinderärzte/innen	67
5.2.2.	Niedergelassene Zahnärzte/innen, Kieferorthopäden/innen und –chirurgen/innen.....	68
5.2.3.	Ergo- und Physiotherapeuten/innen, Logopäden/innen, Heilpädagogen/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.....	70
5.3.	Versorgung in Einrichtungen	72
5.3.1	Kinderkliniken	72
5.3.2	Förderzentren	75
5.3.3	Kindergärten, -krippen und –horte.....	75
5.3.4	Integrative Kindertagesstätten und Sondereinrichtungen	78
5.4.	Sonstige Einrichtungen.....	79
5.4.1	Frühförderung	79
5.4.2.	Frühe Hilfen, Familienhebammen und sozialpädagogische Familienhelfer/innen.....	79
5.4.3.	Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege	80
5.5.	Resümee	80
6.	Zusammenfassung / Handlungsempfehlungen.....	82

1. Einleitung

Die Lebenswelten der Kinder unterliegen einem Prozess tief greifender sozialer Veränderungen, deren Auswirkungen sich letztendlich auch in ihrem Gesundheitszustand widerspiegeln. Beispielhaft sei hier auf die Strukturänderungen der Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Gesundheitsreformen hingewiesen, die von den Familien bzw. Kindern in fast allen Bereichen ihres Lebens mehr Eigenleistungen und eigenverantwortliches Handeln abverlangen und die sich wandelnden Familienstrukturen, die den Kindern immer weniger sozialen und seelischen Rückhalt bieten können.

Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung ist es, die Politik und die (Fach-)Öffentlichkeit aktuell über den Gesundheitszustand und die Gesundheitsversorgung einzelner Bevölkerungsgruppen im Kontext zu den sozialen und wirtschaftlichen Lebensverhältnissen zu informieren.

In dem hier vorliegenden 2. Kindergesundheitsbericht werden alle wesentlichen Daten und Fakten zur Gesundheit der Lübecker Kinder aus dem 1. Kindergesundheitsbericht fortgeschrieben, kleinräumig analysiert und miteinander abgeglichen, um darzustellen, was sich wie, wo, und warum am Gesundheitszustand der Lübecker Kinder im Laufe der letzten 10 bzw. 12 Jahre verändert hat.

Der Bericht beginnt mit der Darstellung der sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse, unter denen sich die Gesundheit der Kinder in Lübeck realisiert. Um zu verdeutlichen, dass die gesundheitlichen Voraussetzungen nicht überall in Lübeck und nicht für alle Kinder gleich sind, bzw. um Aussagen über den Gesundheitszustand der Lübecker Kinder in Abhängigkeit von ihrem Sozialstatus treffen zu können, werden die Sozialdaten kleinräumig nach Stadtbezirken analysiert. Grundlage für diese Untersuchungsmethode ist die sozialräumliche Segregation - die räumliche Trennung der Gesellschaftsschichten - die bewirkt, dass sich das Stadtgebiet in statushöhere und statusniedrigere Wohnquartiere aufteilt. Dabei werden sozialräumliche Unterschiede umso deutlicher, je mehr die soziale Ungleichheit zunimmt und sich die Gesellschaft spaltet.

Auf die Kindergrundsicherungsquoten (Anteil der Hartz IV Leistungsempfänger/innen) in den Lübecker Stadtbezirken wird bei der Analyse der Verbreitung von gesundheitlichen Störungen und Erkrankungen der Lübecker Kinder innerhalb des Berichtes immer wieder Bezug genommen.

Den Schwerpunkt des 2. Kindergesundheitsberichts bilden die Untersuchungen zur allgemeinen gesundheitlichen Lage der Lübecker Kinder. Anhand statistischer Auswertungen von Krankenhausbehandlungsdagnosen der Lübecker Kinder aus den Jahren 1995 und 2006, schulärztlichen und schulzahnärztlichen Untersuchungsbefunden von Lübecker Schulkindern aus den Jahren 1996 und 2006 bzw. 2008 und Frühförderdaten von behinderten bzw. von Behinderungen bedrohten Säuglingen und Klein- und Vorschulkindern wird aufgezeigt, wie gesund bzw. krank die Lübecker Kinder sind und welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen dabei heute im Verhältnis zu damals im Vordergrund stehen. Bei der Darstellung einzelner Diagnosen bzw. Befunde zur Schulgesundheit wird großer Wert darauf gelegt, dass die Untersuchungsergebnisse vergleichbar sind mit denen der Gesamtheit der schleswig-holsteinischen Kinder, um den Gesundheitszustand der Lübecker Kinder auch im Hinblick auf andere bzw. größere Kinderpopulationen beurteilen zu können.

Die Untersuchungen zum Gesundheitsverhalten und zur Gesundheitsversorgung der Lübecker Kinder bauen auf den Erkenntnissen der vorangegangenen Kapitel auf. Während die Darstellungen der gesundheitlichen Versorgungsangebote für Kinder aufzeigen sollen, welche Möglichkeiten und Grenzen den Kindern bei dem Erhalt, der Förderung, der Verbesserung und der Wiederherstellung ihrer Gesundheit in einer Stadt wie Lübeck geboten werden, sollen die Beschreibungen der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Vorsorgeleistungen für Kinder ein Beispiel dafür geben, wie die Lübecker Eltern mit den gesundheitlichen Versorgungsangeboten für Kinder bzw. der Gesundheit ihrer Kinder umgehen. Bei der Analyse der Beschaffenheit und Nachfrage gesundheitlicher Versorgungsleistungen werden neben strukturellen Mängeln des gesundheitlichen Versorgungssystems auch gesundheitliche Verhaltensdefizite bestimmter Bevölkerungsgruppen benannt.

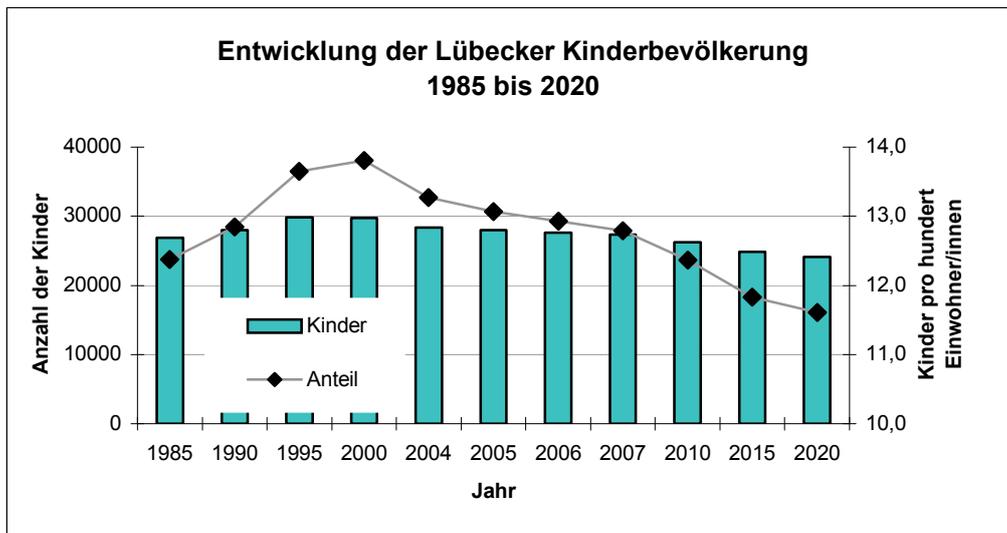
Der Bericht soll Grundlagen für die kommunale Gesundheitsplanung zur Verfügung stellen. Dafür werden abschließend alle wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst und darauf bezogene Handlungsempfehlungen abgegeben. Wegen der vielen Übereinstimmungen zum fachbereichsübergreifenden Prozess „Aufwachsen in Lübeck“ und den daraus gewonnenen Erkenntnissen, wurden die Handlungsempfehlungen abschließend noch entsprechend ergänzt.

2. Allgemeine Lebensbedingungen

2.1. Geburtenentwicklung und Lebenserwartung

Die Lübecker Kinderbevölkerung befindet sich im Wandel. Zu Beginn des Jahres 2008 lebten in der Hansestadt Lübeck 27.347 Kinder unter 15 Jahren. Das waren 8 % (2.388 Kinder) weniger als 1998, dem Berichtsjahr des 1. Lübecker Kindergesundheitsberichtes, als die Zahl der unter 15-jährigen Kinder noch bei 29.735 lag. Die Ursache dafür, dass die Kinderbevölkerung Lübecks so sehr schrumpfte, liegt an dem seit Jahren anhaltenden Geburtenrückgang, wodurch sich auch der Anteil der Kinder an der Bevölkerung der Hansestadt Lübeck weiter reduzierte. Machte der Bevölkerungsanteil der Kinder am 31.12.1998 noch 13,8 % aus, so waren es 9 Jahre später (am 31.12.2007) nur noch 12,7 % (s. Abb. 1).

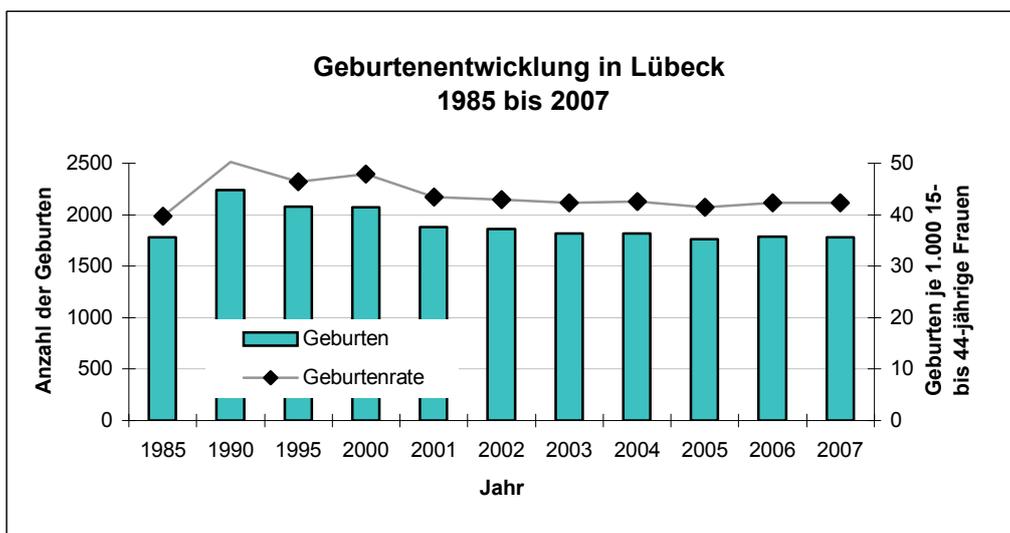
Abb. 1



Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Einwohnermelderegister und Bevölkerungsprognose 2006

Bis 2020 wird die Lübecker Kinderbevölkerung - gemäß der Bevölkerungsprognose 2006, der Abt. Statistik der Hansestadt Lübeck – noch weiter abnehmen. Dabei wird sich nicht nur die Zahl der Kinder verringern, sondern mehr denn je, auch der Bevölkerungsanteil der Kinder, der in 2020 schätzungsweise bei 11,6 % liegen wird (s. Abb. 1).

Abb. 2

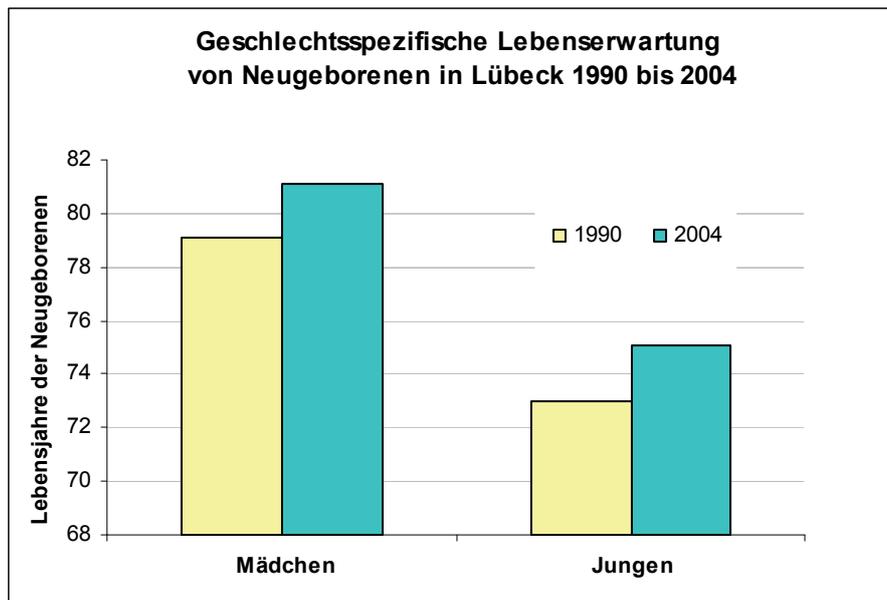


Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Einwohnermelderegister und Bevölkerungsprognose 2006

Seit 1998, dem Berichtsjahr des 1. Lübecker Kindergesundheitsberichtes ist die Zahl der Geburten in Lübeck von 2.048 auf 1.778 in 2007 um ca. 13,2 % zurückgegangen. Ursächlich dafür, ist die abnehmende Zahl von Frauen im „gebefähigen Alter“ - quasi als Spätfolge des Geburtenrückganges (Pillenknick) seit Anfang der 70er Jahre - und der verminderte Zuzug von jungen Aussiedler- und Zuwanderungsfamilien aus den Gebieten der osteuropäischen Staaten und der ehemaligen DDR. Der Geburtenanstieg Lübecks, Anfang der 90er Jahre, ist hauptsächlich auf die großen Zuwanderungsraten dieser Bevölkerungsgruppen zurückzuführen (s. Abb. 2).

Abgesehen davon hat mit Beginn des wirtschaftlichen Abschwungs seit 2001 auch die Geburtenneigung in der Bevölkerung wieder abgenommen. Die Geburtenrate in Lübeck sank zwischen 2001 und 2005 von 43,4 Geburten auf 41,4 Geburten je 1.000 15- bis 44-jährige Frauen. Zwar wurden 2006 und 2007 gegenüber 2005 je 1.000 15- bis 44-jährige Frauen wieder mehr Geburten (42,4) registriert, eine Trendumkehr bei der Geburtenneigung lässt sich daraus jedoch noch nicht entnehmen (s. Abb. 2).

Abb. 3



Quelle: Statistische Berichte (Bevölkerungstatistik) – Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein

Während die Geburtenentwicklung in Lübeck seit 1990 insgesamt rückläufig war, ist die mittlere Lebenserwartung, also die Lebensjahre, die ein neugeborenes Kind in Lübeck durchschnittlich erwarten kann, weiter angestiegen. Bei den Mädchen erhöhte sich die durchschnittliche Lebenserwartung zwischen 1990 und 2004 von 79,1 Jahren auf 81,1 Jahre um genau zwei Jahre. Die Jungen konnten in 2004 statt durchschnittlich 73 Jahre in 1990, nun (2004) durchschnittlich 75,1 Jahre alt werden (s. Abb. 3).

Die mittlere Lebenserwartung ist kein prognostischer Wert, sondern lediglich eine Momentaufnahme. Ob sie noch weiter ansteigen wird, ist angesichts des abnehmenden Wohlstandes in der Bevölkerung eher unwahrscheinlich. Der Anstieg der mittleren Lebenserwartung der letzten 20 Jahre basiert hauptsächlich auf der gestiegenen Lebenserwartung älterer Bevölkerungsgruppen, deren Überlebenschancen sich dank des medizinisch-technischen Fortschrittes bzw. der umfassenderen Gesundheitsversorgung immer weiter verbessert haben.

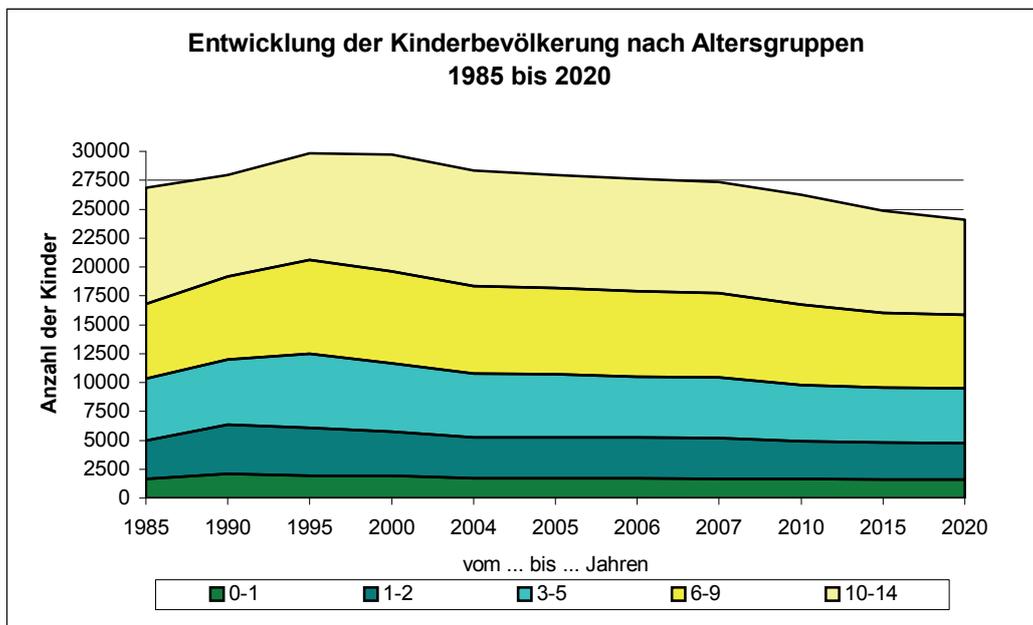
2.2. Kleinkinder, Kindergarten-, Grundschul- und Schulkinder

Nach evolutionsbiologischer Sichtweise verläuft die Kindheit nicht gleichmäßig, sondern in verschiedenen Entwicklungs- bzw. Reifeabschnitten mit eigenen funktionalen Qualitäten und Bedürfnissen. Zwischen der gesundheitlichen Verfassung und der jeweiligen Entwicklungsphase der Kinder besteht daher ein enger Zusammenhang.

Bei den Kleinkindern, den **0- bis 2-Jährigen**, stehen die Befriedigung physiologischer und emotionaler Bedürfnisse und die Entwicklung der motorischen und geistigen Fähigkeiten im Vordergrund. Das unmittelbare soziale Umfeld, die Eltern bzw. andere Hauptbezugspersonen, sowie die konkreten Wohnverhältnisse (Wohnungsgröße und kindgerechte Ausstattung) spielen bei der seelischen, geistigen und körperlichen Entwicklung der Kleinkinder eine entscheidende Rolle.

Die Lübecker Altersgruppe der Kleinkinder schrumpft und wird zukünftig nur unwesentlich zunehmen. (s. Abb. 4). In 2007 hatten die Kleinkinder an der Gesamtheit der Lübecker Kinder nur noch einen Anteil von 19,0 % (5.206 Kinder). In 1998 gab es in Lübeck noch 6.032 Kleinkinder, entsprechend 20,3 %. In 2020 - so die Lübecker Bevölkerungsprognose - wird der Anteil der Kleinkinder, obwohl die Zahl der 0- bis 2-Jährigen weiter sinkt, proportional wieder etwas zunehmen (s. Abb. 4 u. Tab.1).

Abb. 4



Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Einwohnermelderegister und Bevölkerungsprognose 2006

Im Kindergartenalter zwischen dem **3. und 5 Lebensjahr** entwickeln die Kinder über den Aufbau eigener Kontakte außerhalb der Familie (z. B. im Kindergarten) und den gezielten Umgang mit der Sprache erste soziale Kompetenzen. Besonders wichtig ist für die 3- bis 5-Jährigen das Spiel. Im Spiel entwickeln die Kinder ihre Kreativität und bilden dabei gleichzeitig auch ihre geistigen, sinnlichen und motorischen Fähigkeiten aus. Dem mittelbaren Wohnumfeld (institutionell), zu dem neben den Kindergärten, Sport- und Spielplätzen auch andere Treffpunkte, wie Spielstraßen und Grünanlagen gehören und dem sozialen Umfeld (personell), der Nachbarschaft sowie Freunden und Verwandten der Familie, kommt dabei eine große Bedeutung zu.

Auch die Altersgruppe der Kindergartenkinder ist in Folge des Geburtenrückganges etwas geschrumpft (s. Abb. 4). Belief sich der Anteil der 3- bis 5-jährigen Kinder in 1998 noch auf 19,9 % (5.926 Kinder), so zählten in 2007 nur noch 19,1 % der Lübecker Kinder (5.231 Kinder) zu dieser Altersgruppe. Bis zum Jahre 2020 wird diese Altersgruppe zwar proportional wieder auf 19,5 % ansteigen, die Zahl der 3- bis 5-jährigen Kinder wird - lt. Bevölkerungsprognose 2006, der Abt. Statistik der Hansestadt Lübeck – jedoch noch um rund 520 Kinder geringer (s. Tab.1).

Tab. 1 Entwicklung der Kinderbevölkerung nach Altersgruppen

Jahr	Kinder	davon im Alter von ... bis ... Jahren				
		0-1	1-2	3-5	6-9	10-14
bisherige Entwicklung						
1985	26854	1659	3327	5346	6449	10073
1990	27958	2114	4249	5651	7132	8812
1995	29826	1943	4143	6409	8103	9228
1998	29735	1919	4113	5926	8243	9534
2000	29711	1912	3856	5865	7963	10115
2004	28366	1728	3529	5520	7541	10048
2005	27969	1721	3510	5484	7459	9795
2006	27627	1706	3534	5245	7427	9715
2007	27347	1673	3533	5231	7313	9597
Prognose						
2010	26232	1646	3248	4 889	6 962	9487
2015	24842	1625	3196	4 756	6 439	8826
2020	24114	1609	3167	4 712	6 342	8284

Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Einwohnermelderegister und Bevölkerungsprognose 2006

Die Entwicklungsphase der **6- bis 9-Jährigen** wird hauptsächlich durch die schulischen Herausforderungen, die Anpassung an die Gruppe des Klassenverbandes, das schulische Lernen, die fachlichen Leistungsanforderungen, sowie die zeitliche Strukturierung und Straffung des Alltags geprägt. In diesem Altersabschnitt kommen die im Kindergartenalter erworbenen geistigen und sozialen Kompetenzen voll zum Tragen, brauchen die Kinder zur Kompensation aber auch besonders den seelischen Rückhalt durch die Familie. Zudem benötigen die 6- bis 9-Jährigen ein Wohnumfeld in dem sie spielen und praktische Erfahrungen machen können, damit sie die in dieser Entwicklungsphase steigende Kreativität, Fantasie und Erlebnisfähigkeit uneingeschränkt entfalten können.

Auch bei der Altersgruppe der Grundschul Kinder macht sich der Schrumpfungsprozess des neuerlichen Geburtenrückganges seit 2001 bemerkbar. Während der Anteil der 6- bis 9-Jährigen an der Gesamtheit der Lübecker Kinder 1998 noch bei 27,7 % lag, diese Altersgruppe noch 8.243 Kinder umfasste, machte der Anteil der 6- bis 9-Jährigen in 2007 nur noch 26,7 % aus, belief sich die Zahl der 6- bis 9-Jährigen nur noch auf 7.313 Kinder (s. Tab.1). Nach den Berechnungen der Lübecker Bevölkerungsprognose von 2006 wird sich die Zahl der 6- bis 9-Jährigen bis 2020 noch weiter, auf 6.342 Kinder reduzieren, dabei bleibt der Anteil der 6- bis 9-Jährigen mit 26,3 % jedoch relativ konstant.

In der Entwicklungsphase der **10- bis 14-Jährigen**, bei den sogenannten Schulkindern, werden entscheidende, biographische Weichenstellungen vollzogen, die erhöhte psychosoziale Anforderungen an die Kinder stellen, weil sie die zukünftigen Konsequenzen ihres Handelns nur schwer abschätzen können. Mit dem Übergang in die Pubertät verstärkt sich nicht nur das Autonomiebestreben, dem angesichts der erhöhten schulischen Leistungsanforderungen weiterführender Schularten klare Grenzen gesetzt werden, sondern es müssen auch neue Verhaltens- und Rollenmuster, insbesondere in Bezug auf die Geschlechtlichkeit, übernommen werden, die die Kinder in ihrer Rolle noch zusätzlich verunsichern. Ob und wie die Kinder die psychosozialen Herausforderungen bewältigen, hängt auch davon ab, welche außerschulischen und außerfamiliären Erfahrungs- und Erlebnisräume ihnen zur Verfügung stehen. Um die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten ausprobieren zu können, um sich in ihrer neuen Rolle Anerkennung zu beschaffen, brauchen die 10- bis 14-jährigen Kinder ausreichende informelle Kontakte zu Kindern gleichen Alters. Neben den kommerziellen Freizeitangeboten und den Angeboten der Kultur- und Sportvereine kommt dem öffentlichen Freizeitangebot, insbesondere den Einrichtungen der offenen Jugendarbeit, dabei eine große Bedeutung zu.

Hinsichtlich der demographischen Entwicklung stellen die 10- bis 14-Jährigen eine Besonderheit dar, weil sie unter allen Kinderaltersgruppen Lübecks die einzigen sind, die statistisch gesehen nicht nur nicht geschrumpft sind, sondern leicht zugenommen haben. Mit 9.597 Kindern war die Zahl der 10- bis 14-Jährigen in 2007 gegenüber 1998 zwar nur um 63 Kinder höher, der Anteil der 10- bis 14-Jährigen

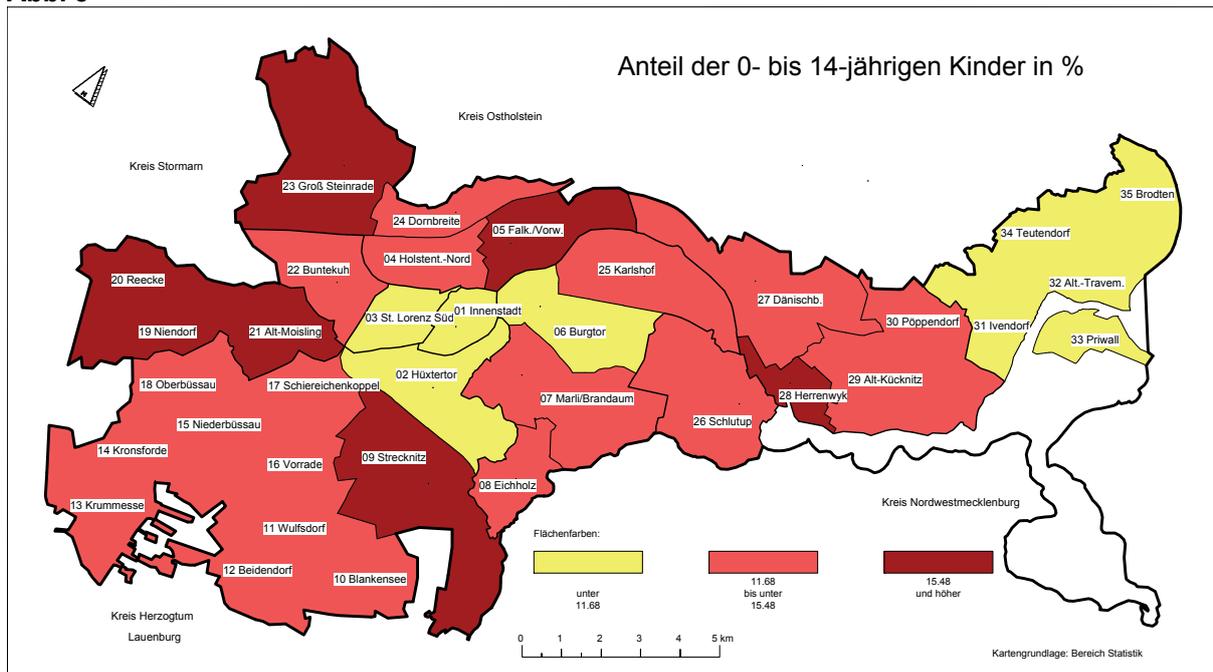
ist jedoch von 32,0 % auf 35,0 % angestiegen. In den nächsten 12 Jahren, bis 2020 wird es in Lübeck aufgrund der geburtenschwächeren Jahrgänge seit 2001 dann wieder weniger sog. Schulkinder bzw. Kinder im Alter zwischen 10 und 14 Jahren geben (s. Tab.1).

2.3. Kinder in den Stadtbezirken

Der Wandel in der Kinderbevölkerung macht sich auch räumlich bemerkbar. Gegenüber 1998 hat sich die Rangfolge unter den Stadtbezirken bezüglich des Kinderanteils deutlich geändert. In einigen ehemals kinderreichen Stadtbezirken wie St. Jürgen-Land und Buntekuh leben heute (2007) anteilig nicht mehr so viele Kinder, dafür gibt es in anderen Stadtbezirken wie z. B. Gr. Steinrade, Strecknitz und Falkenfeld/Vorwerk aber umso mehr.

Der Kinderanteil in den Stadtbezirken ist abhängig von den in den Stadtbezirken bestehenden Wohn- und Siedlungsstrukturen. Wie in anderen Städten, gibt es auch in Lübeck unterschiedlich alte Siedlungsgebiete. Einige Stadtbezirke haben bereits mehrere Generationenwechsel erfahren. Hier ist der Anteil der Kinder i. d. R. eher niedrig bis durchschnittlich. In anderen Stadtbezirken, in denen der Wechsel noch bevorsteht und in Stadtbezirken mit neu entstandenen Siedlungsgebieten, ist der Kinderanteil dagegen relativ hoch.

Abb. 5



Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Einwohnermelderegister 2007

Der Anteil der Kinder je 100 Einwohner/innen reicht von 8,8 % in Travemünde bis zu 17,1 % in Strecknitz. Zu den fünf kinderreichsten Stadtbezirken Lübecks (über 15,5 Kindern je 100 Einwohner/innen) zählen heute (2007) Strecknitz, Gr. Steinrade, Herrenwyk, Moisling und Falkenfeld/Vorwerk (s. Abb.5). Damals, in 1998 befanden sich darunter noch Buntekuh und St. Jürgen-Land (vgl. Abb.2 Lübecker Kindergesundheitsbericht 2000, S. 11). Die ehemals kinderreichsten Stadtbezirke Buntekuh und St. Jürgen-Land verfügen zwar immer noch über einen überdurchschnittlich hohen Kinderanteil (über 12,8 %), sind aber ins Mittelfeld abgerutscht (s. Abb. 5). Zurückzuführen sind diese Verschiebungen u. a. auf die Unterschiede bei der Zu- und Abnahme der Kinderzahlen. Während die Zahl der Kinder in Buntekuh und St. Jürgen-Land zwischen 1998 und 2007 um minus 23,5 % bzw. minus

12,7 % gesunken ist, ist sie in Strecknitz, Falkenfeld/Vorwerk und Gr. Steinrade zwischen 28,8 und 54,5 % gestiegen (s. Abb. 6).

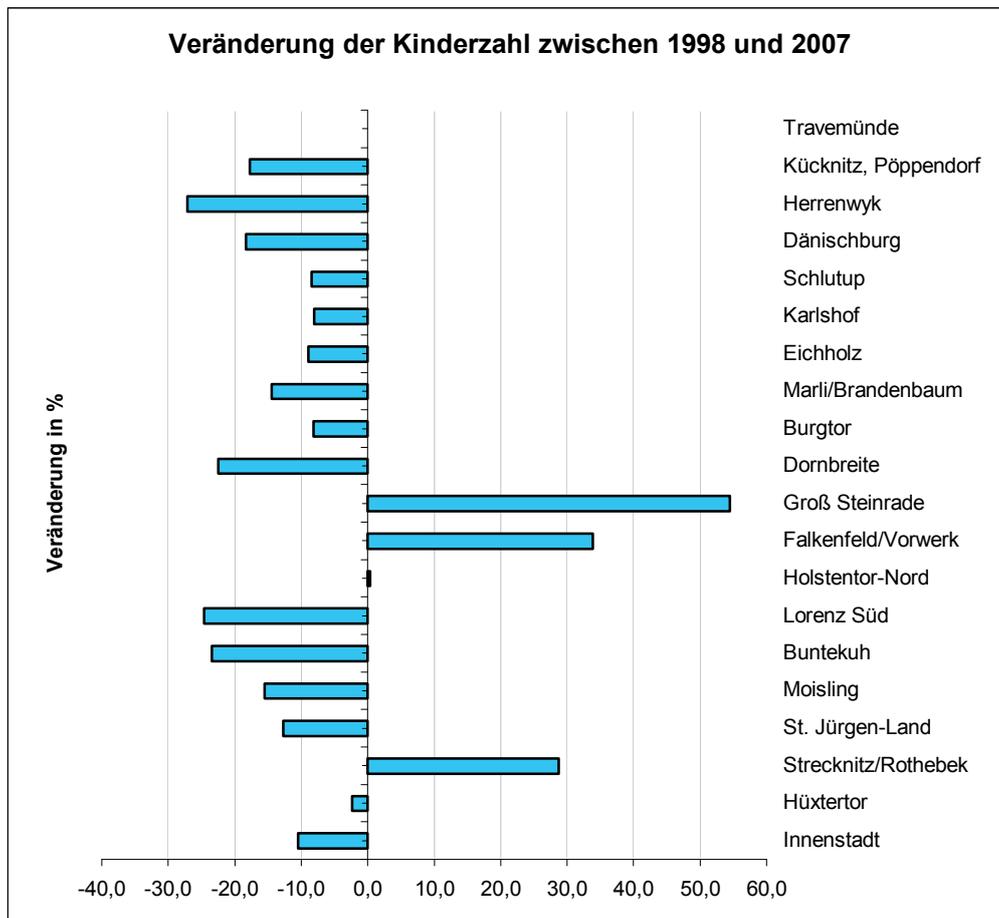
Tab. 2 Verteilung der 0-14jährigen Kinder auf die Lübecker Stadtbezirke, 2007

Stadtbezirk	Anzahl	Anteil in %	Stadtbezirk	Anzahl	Anteil in %
Innenstadt	1261	9,3	Dornbreite	1030	13,7
Hüxtertor	3021	11,4	Burgtor	771	10,1
Strecknitz	1826	17,1	Marli/Brandenbaum	2390	11,7
St. Jürgen-Land	593	14,9	Eichholz	1168	15,2
Moisling	1820	15,8	Karlshof	807	13,0
Buntekuh	1613	15,2	Schlutup	856	14,9
St. Lorenz Süd	1752	11,7	Dänischburg	595	13,7
Holstentor-Nord	2408	11,7	Herrenwyk	663	16,3
Falkenfeld/Vorwerk	1676	15,7	Kücknitz/Pöppendorf	1355	13,5
Gr. Steinrade	530	16,5	Travemünde	1212	8,8

Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Einwohnermelderegister 2007

Besonders starke Auswirkungen hatte die Abnahme der Kinderzahl im Stadtbezirk St. Lorenz Süd, dessen Kinderbevölkerung zwischen 1998 und 2007 um minus 24,6 % geschrumpft ist und der neben Travemünde, Burgtor, Hüxtertor und Innenstadt nunmehr zu den fünf kinderärmsten Stadtbezirken Lübecks (unter 11,6 Kinder je 100 Einwohner/innen) zählt. Den höchsten Rückgang bei der Zahl der Kinder verzeichnet der Stadtbezirk Herrenwyk (minus 27,1 %), gehört aber nach wie vor noch zu den kinderreichsten Stadtbezirken Lübecks (s. Abb. 5).

Abb. 6



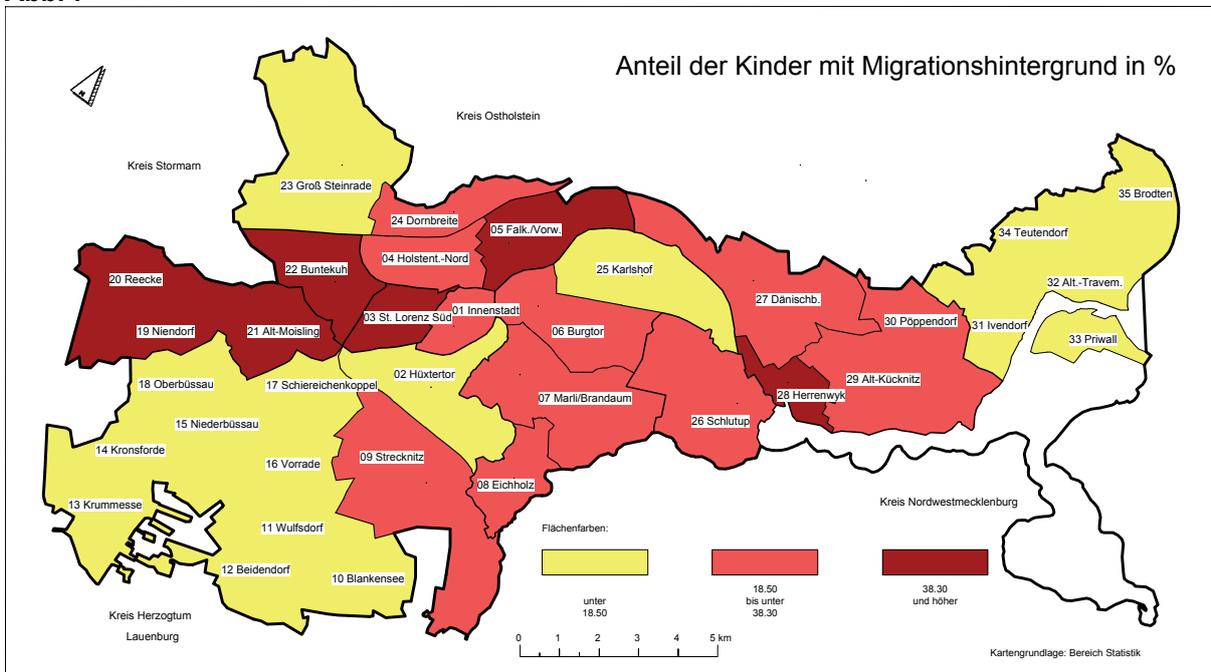
Quelle: Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Einwohnermelderegister 1998 und 2007

2.4. Kinder mit Migrationshintergrund

Kinder mit Migrationshintergrund sind Kinder, die bzw. deren Eltern aus einem anderen Land nach Deutschland zugewandert sind, wobei mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist, oder deren Elternteile eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen. Nach den Ergebnissen eines neuen Statistikverfahrens (MigraPro) zum Einwohnermelderegister zählten dazu in 2007 8.218 Kinder bzw. 30,1 % der Lübecker Kinder. Davon sind fast zwei Drittel (62,5 % bzw. 5.134 Kinder) eingebürgert, also deutscher Staatsangehörigkeit. Ebenfalls deutsch sind weitere 17,4 % der Kinder mit Migrationshintergrund (1.434 Kinder) die bzw. deren Eltern als Aussiedler/innen nach Lübeck migriert sind. Nur 20 % (1.650 Kinder) der Lübecker Kinder mit Migrationshintergrund haben eine ausländische Staatsangehörigkeit bzw. sind Ausländer/innen im engeren Sinne. In Bezug auf die Gesamtheit der Lübecker Kinder sind das nur 6 %. Anfang 1999, vor Inkrafttreten des geänderten Staatsangehörigkeitsgesetzes in 2001 umfasste der Anteil der ausländischen Kinder in Lübeck noch 13,6 %. Die weitaus meisten Kinder (83,9 %) der ausländischen Kinder Lübecks stammen aus Staaten außerhalb der EU, und hier insbesondere aus der Türkei, dem Irak, der Russischen Föderation und der Ukraine. Nur 16,1 % der ausländischen Kinder weisen eine Staatsangehörigkeit eines EU-Staates auf. Für die bereits eingebürgerten Kinder mit Migrationshintergrund kann ein ähnliches Verhältnis angenommen werden, wengleich die Daten der 2. Staatsangehörigkeit der Kinder mit Migrationshintergrund diesbezüglich noch nicht vollständig ausgewertet werden konnten.

Die gesundheitlichen Risiken der Kinder mit Migrationshintergrund sind durchschnittlich deutlich höher als die der einheimischen Kinder, weil Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund der Lebensbedingungen einiger Herkunftsländer bereits gesundheitlich vorbelastet sind und häufig noch besondere migrationsbedingte psychosoziale Belastungen wie z. B. Familientrennung zu tragen haben. Weil ihnen der Zugang zur Gesundheitsversorgung aufgrund von Sprachbarrieren, Informationslücken und kulturellen Unterschieden im Gesundheits- und Krankheitsverständnis erschwert ist und sie im Verhältnis zur deutschen Bevölkerung sozialökonomisch durchschnittlich wesentlich schlechter gestellt sind, bringt diese ein erhöhtes Erkrankungs- und Sterberisiko mit sich.

Abb. 7



Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Statistikverfahren (MigraPro) Einwohnermelderegister 2007

Wie eingangs beschrieben besitzen 30,1 % (8.218 Kinder) der Lübecker Kinder einen Migrationshintergrund. Bezogen auf die einzelnen Stadtbezirke ist der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund jedoch zumeist niedriger. Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund reicht von 11,1 % in St. Jürgen-Land bis 54,1 % in Buntekuh (siehe Tab. 3). Nur in 8 der 20 Stadtbezirke liegt der Anteil der Kin-

der mit Migrationshintergrund über dem städtischen Durchschnitt, wobei die Kinder in Moisling, Buntekuh, Herrenwyk, Falkenfeld/Vorwerk und St. Lorenz Süd mit zwischen 38,3 und 54,1 % besonders häufig einen Migrationshintergrund aufweisen (s. Abb. 7).

Tab. 3 Kinder mit Migrationshintergrund in den Lübecker Stadtbezirken, 2007

Stadtbezirk	Anzahl	Anteil in %	Stadtbezirk	Anzahl	Anteil in %
Innenstadt	460	36,5	Dornbreite	306	29,7
Hüxtertor	538	17,8	Burgtor	167	21,7
Strecknitz	353	19,3	Marli/Brandenbaum	649	27,2
St. Jürgen-Land	66	11,1	Eichholz	365	31,3
Moisling	765	42,0	Karlshof	124	15,4
Buntekuh	873	54,1	Schlutup	181	21,1
St. Lorenz Süd	682	38,9	Dänischburg	114	19,2
Holstentor-Nord	907	37,7	Herrenwyk	300	45,2
Falkenfeld/Vorwerk	681	40,6	Kücknitz/Pöppendorf	382	28,2
Gr. Steinrade	89	16,8	Travemünde	216	17,8

Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Statistikverfahren MigraPro Einwohnermelderegister 2007

Dass sich die Kinderbevölkerung mit Migrationshintergrund vornehmlich auf bestimmte Stadtbezirke konzentriert, ist kein Zufall, sondern hängt mit den von ihnen in Anspruch genommenen Wohnungsbaustrukturen (dabei handelt es sich hauptsächlich um Sozialbauwohnungen) zusammen, deren Bestand in diesen Stadtbezirken besonders hoch ist (s. S. 48 ff, Armuts- und Sozialbericht, Hansestadt Lübeck, 2008).

2.5. Kinder in Armut

Im September 2006 lebten in Lübeck 8.416 Kinder unter 15 Jahren von Grundsicherungsleistungen nach SGB II, sprich von Hartz IV. Damit waren ca. 30,5 % der Lübecker Kinder nachweislich arm. Die Dunkelziffer der armen bzw. armutsgefährdeten Kinder Lübecks liegt wahrscheinlich noch um ca. 3 % bis 4 % höher - weil nicht alle Eltern, obgleich sie arm bzw. bedürftig sind, Fürsorgeleistungen beanspruchen - so dass in Lübeck fast jedes dritte Kind als arm gelten kann (s. S. 30, Armuts- u. Sozialbericht, Hansestadt Lübeck, 2008). Im Verhältnis zu 1998, dem Berichtsjahr des ersten Lübecker Kindergesundheitsberichtes, ist der Anteil der Kinder, die in Armut leben um rund 68 % gestiegen. Damals waren 18,1 % aller Lübecker Kinder arm.

Die Armut der Kinder resultiert aus der Armut der Eltern - insbesondere der Armut der Mütter, die häufig über kein eigenes bzw. kein Existenz sicherndes (Erwerbs-)einkommen verfügen - die selbst auf staatliche Fürsorgeleistungen angewiesen sind. Aufgrund der in Lübeck anhaltend hohen Arbeitslosigkeit und der Ausweitung prekärer Beschäftigungsverhältnisse bzw. der Ausweitung des Niedriglohnbereichs ist die Zahl der unter 65-jährigen Lübecker/innen, die Fürsorgeleistungen beziehen, in den letzten acht Jahren von 15.144 Personen am 31.12.1999, auf 29.770 Personen am 31.12. 2007 um fast 100 % gestiegen.

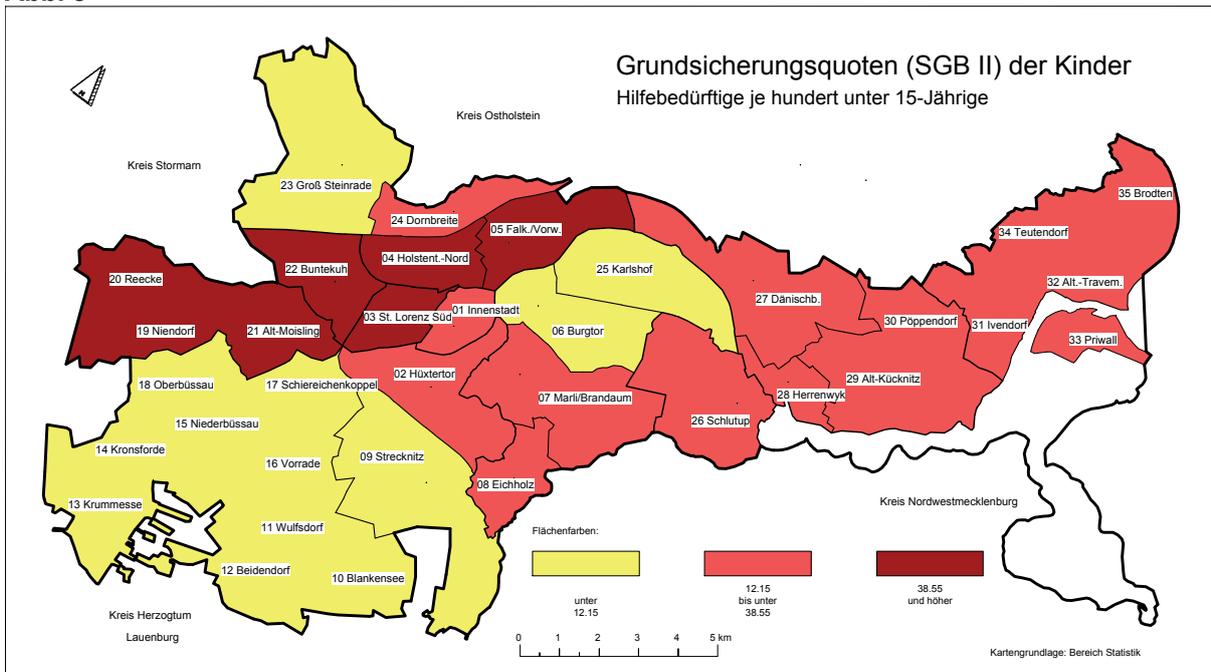
Was es bedeutet, wenn Kinder in Armut aufwachsen, darüber gibt es in den Sozial- und Erziehungswissenschaften viele negative Erkenntnisse, wie z. B. zunehmende soziale Ausgrenzung und Vereinsamung, Verwahrlosung und Gewaltbereitschaft sowie Bildungsdefizite und Schulabbrüche.

In Bezug auf die Gesundheit von armen Kindern fallen erhöhte Morbiditätsraten, die Häufung gesundheitlicher Risikofaktoren, vor allem das Übergewicht und Entwicklungsstörungen, höhere Unfallraten und mehr Frühgeburten und Säuglingssterbefälle ins Gewicht.

Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung ist es, die Gesundheit der Kinder im Kontext zu ihrer sozialen Umwelt zu untersuchen, um Maßnahmen zu benennen, die negative Einflüsse der Armut auf die Gesundheit der Kinder abstellen bzw. lindern können.

Um Aussagen über die Zusammenhänge zwischen der Armut und der Gesundheit der Lübecker Kinder treffen zu können, werden die Grundsicherungsdaten der Kinder in Form von Grundsicherungsquoten kleinräumig regionalisiert und mit den gesundheitlichen Diagnosedaten und Untersuchungsbe-
funden der Kinder korreliert.

Abb. 8



Quelle: Bundesagentur für Arbeit und Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, 2006

Grundlage für diese Untersuchungsmethode ist die sozialräumliche Segregation - die räumliche Trennung der Gesellschaftsschichten - die bewirkt, dass sich das Stadtgebiet in statushöhere und statusniedrigere Wohnquartiere aufteilt. Dabei werden sozialräumliche Unterschiede umso deutlicher, je mehr die soziale Ungleichheit zunimmt und sich die Gesellschaft spaltet.

Auf die nachfolgende Darstellung der räumlichen Verteilung der Grundsicherungsquoten (SGB II) der Kinder auf die Lübecker Stadtbezirke wird bei der Bewertung der Gesundheitsrisiken innerhalb des Berichtes immer wieder Bezug genommen.

Tab. 4 Verteilung der hilfebedürftigen Kinder auf die Lübecker Stadtbezirke, 2006

Stadtbezirk	Anzahl	Anteil in %	Stadtbezirk	Anzahl	Anteil in %
Innenstadt	468	37,9	Dornbreite	341	31,3
Hüxtertor	446	14,8	Burgtor	75	9,8
Strecknitz	142	8,3	Marli/Brandenbaum	860	35,2
St. Jürgen-Land	31	5,1	Eichholz	453	37,7
Moisling	993	53,4	Karlshof	72	9,1
Buntekuh	915	55,7	Schlutup	220	25,3
St. Lorenz Süd	699	39,2	Dänischburg	128	20,9
Holstentor-Nord	975	39,9	Herrenwyk	244	33,7
Falkenfeld/Vorwerk	658	39,4	Kücknitz/Pöppendorf	487	34,9
Gr. Steinrade	21	4,0	Travemünde	177	14,5

Quelle: Bundesagentur für Arbeit und Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, 2006

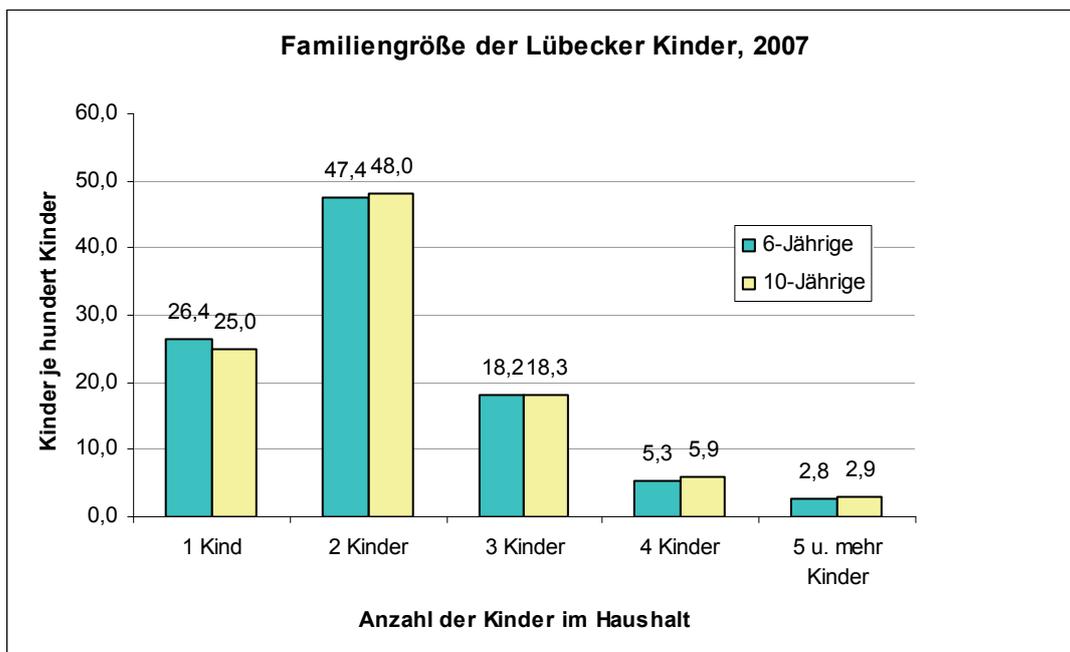
Bei der Ausprägung der Kinderarmut bestehen nach wie vor krasse Unterschiede zwischen den einzelnen Stadtbezirken Lübecks. Die Bandbreite der Grundsicherungsquoten der Kinder reicht von 4 % in Groß Steinrade bis 55,7 % in Buntekuh. Mit über 38 hilfebedürftigen Kinder je 100 Kinder gehören die Stadtbezirke Buntekuh, Moisling, Holstentor Nord, St. Lorenz Süd und Falkenfeld/Vorwerk zu den Lübecker Stadtbezirken mit der höchsten Kinderarmut (s. Abb. 8). Auch in den Stadtbezirken Kücknitz/Pöppendorf, Marli/Brandenbaum, Eichholz und der Innenstadt leben überdurchschnittlich viele Kinder (über 30,5 %) von Fürsorgeleistungen.

Abgesehen davon, dass die Kinderarmut noch zugenommen hat, hat sie sich auch vielerorts räumlich verfestigt, was daran deutlich wird, dass die Unterschiede zwischen Stadtbezirken mit hoher Kinderarmut zu Stadtbezirken mit niedriger Kinderarmut in 2006 gegenüber 1999 relativ gleich geblieben sind (vgl. Abb. 10, Lübecker Kindergesundheitsbericht 2000, S. 22).

2.6. Familienstruktur (Klein-, Groß- und Einelternfamilien)

Aufgrund der abnehmenden Geburtenneigung, hauptsächlich in der deutschen Bevölkerung, werden nicht nur weniger Kinder geboren, auch die Zahl der Kinder in den Familien wird zunehmend kleiner. Viele der Kinder wachsen ohne Geschwister auf und verbleiben zeitlebens Einzelkinder. In 2007 umfasste der Anteil der Einzelkinder (lt. Ergebnis des Haushaltegenerierungsverfahren, der Abt. Statistik, der Hansestadt Lübeck) bei den 6-jährigen Kindern 26,4 %. Im Verhältnis zu 1998 – damals wurden bei der Vergleichsgruppe der Lübecker Schulanfänger/innen nur 24 % Einzelkinder registriert – waren das 2,4 % mehr (siehe Abb. 9). Trotz der Zunahme bei den Einzelkindern hat sich der Anteil der Familien mit zwei Kindern bei den 6-jährigen Kindern von 46,8 % in 1998 auf 47,4 % in 2007 noch etwas vergrößert. Die Entwicklung der abnehmenden Kinderzahl in den Familien geht einzig und allein zu Lasten der Familien mit 3 und mehr Kindern, deren Anteil bezogen auf die 6-jährigen Kinder Lübecks von 29,2 % in 1998 auf 26,2 % in 2007 weiter geschrumpft ist.

Abb. 9



Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Haushaltegenerierungsverfahren, Einwohnermelderegister 2007

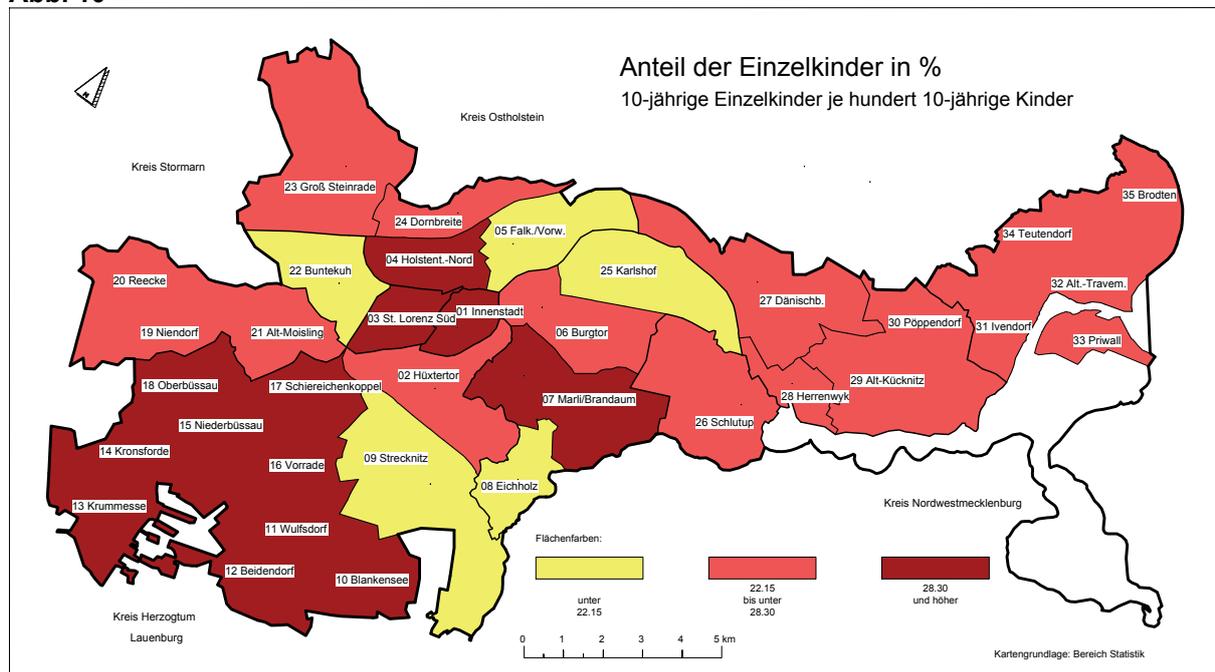
In wieweit die Familienstrukturen der 6-jährigen Kinderbevölkerung die Familienstrukturen der Gesamtheit der Kinder repräsentieren ist schwer einschätzbar. Offensichtlich hat sich der zeitliche Geburtenabstand von Kindern in der Geschwisterreihe in vielen Fällen um mehr als 6 Jahre vergrößert. Dadurch kann sich der Anteil der Einzelkinder, wie die Bezugsgruppe der 10-jährigen Kinder in Abb. 9 zeigt, noch reduzieren, während der Anteil der Kinder in Zwei-Kinder-Familien und Familien mit 3 und mehr Kindern leicht zunimmt.

Bezogen auf die 10-jährige Kinderbevölkerung sind 25 % der Lübecker Kinder Einzelkinder. Drei Viertel (75 %) der Kinder sind Geschwisterkinder. Davon wiederum stammen 64,4 % aus Zwei-Kinder-Familien. Der Anteil der Kinder aus Zwei-Kinder-Familien umfasst 48 %. Die wenigsten Kinder, 27,1 % der Lübecker Kinder, wachsen mit mehreren Geschwistern auf.

Eine spezielle Gruppe stellen die Einzelkinder dar, da sie die sozialen Erfahrungen, die eine Geschwisterbeziehung bietet, wie z.B. Zusammengehörigkeit, Kooperation, Sympathie und Hilfsbereitschaft von Gleichaltrigen, außerhalb des Familienverbandes machen müssen. Zwar erhalten Einzelkinder die ungeteilte Aufmerksamkeit der Eltern, was die intellektuelle Entwicklung und auch den Leistungsehrgeiz der Kinder fördert, bei den sozialen Kompetenzen weisen sie gegenüber Kindern, die mit Geschwistern aufwachsen, jedoch Defizite auf. Einzelkinder, die nicht gelernt haben, sich mit Geschwistern zu arrangieren, verhalten sich häufig egozentrisch, erwarten, dass andere sich ihren Bedürfnissen entsprechend fügen und können sich in der Gruppe oft nur schwer anpassen.

Der soziale Verband der Geschwisterbeziehung ermöglicht aber nicht nur die Aneignung sozialer Fähigkeiten, sondern bietet auch Schutz und Hilfe bei äußeren Bedrohungen. Bei der Scheidung der Eltern z.B. sind Einzelkinder, im Gegensatz zu Geschwisterkindern, die sich gegenseitig stützen können, auf sich selbst gestellt. Einzelkinder bewältigen die Konsequenzen einer Scheidung der Eltern daher wesentlich schlechter und werden stärker emotional verunsichert als Geschwisterkinder.

Abb. 10



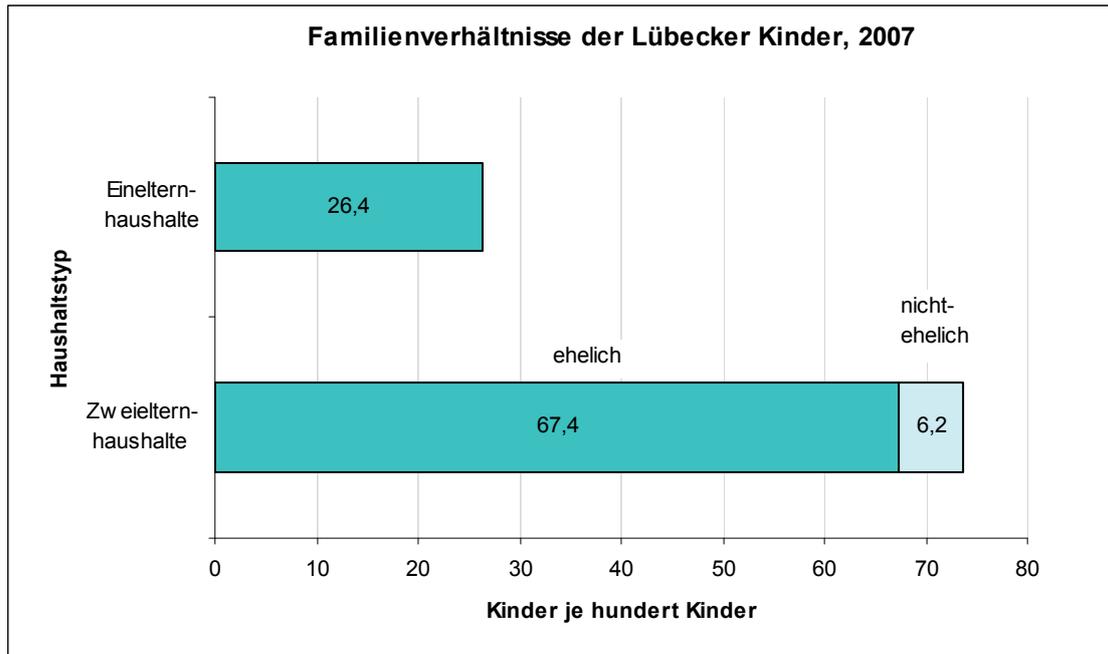
Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Haushaltgenerierungsverfahren, Einwohnermelderegister 2007

Der Anteil der Einzelkinder ist regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Bezogen auf die Geschwisterkonstellation der 10-jährigen Kinderbevölkerung Lübecks variierte der Anteil der Einzelkinder in 2007 zwischen 14,8 % in Karlshof und 34,2 % in St. Jürgen-Land. Insbesondere in St. Jürgen-Land, St. Lorenz Süd, Marli/Brandenbaum, Holstentor Nord und der Innenstadt wachen viele Kinder ohne Geschwister auf. Mit über 28,3 % liegt der Anteil der Einzelkinder in diesen Stadtbezirken deutlich über dem städtischen Durchschnitt von 25 %. Hingegen sind Einzelkinder in den Stadtbezirken Karls-

hof, Eichholz, Strecknitz, Buntekuh und Falkenfeld/Vorwerk eher seltener. Der Einzelkinderanteil beträgt hier maximal 22,1 % (s. Abb. 10).

Für viele Einzelkinder kommt erschwerend hinzu, dass ihnen in ihrer Familie nur ein Elternteil zur Verfügung steht. Gemäß den Ergebnissen des Haushaltgenerierungsverfahren, der Abt. Statistik, der Hansestadt Lübeck leben derzeit (2007) 26,4 % der Lübecker Kinder in sog. Einelternhaushalten, davon sind fast die Hälfte (45,2 %) Einzelkinder. Rund drei Viertel der Lübeck Kinder (73,6 %) kommen aus Zweielternhaushalten, wovon ein kleiner Anteil (6,2 %) in nichtehelichen Lebensgemeinschaften lebt (s. Abb. 11).

Abb. 11



Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Haushaltgenerierungsverfahren, Einwohnermelderegister 2007

Im Laufe der letzten Jahre hat sich der Anteil der Kinder, die aus Einelternhaushalten stammen offensichtlich noch erhöht. Im Verhältnis zu 1998 – damals wurden bei der Vergleichsgruppe der Lübecker Schulanfänger/innen nur 20,7 % Kinder aus Einelternhaushalten registriert – sind es heute rund 6 % mehr, die bei einem allein erziehenden Elternteil aufwachsen (siehe Abb. 11). Gegenüber 1987, dem Jahr der letzten Volkszählung, hat sich der Anteil der Kinder aus Einelternhaushalten sogar verdoppelt. In 1987 lebten in Lübeck nur 13,2 % der unten 15-jährigen Kinder bei allein erziehenden Elternteilen.

Eine mögliche Ursache für die Zunahme von Einelternfamilien liegt in der geringeren Bindungsbereitschaft junger Paare bzw. Eltern. Dadurch werden auch immer mehr Kinder nichtehelich geboren. Der Anteil der nichtehelich geborenen Kinder ist um 11,1 % von 25,9 % in 1998 auf 37,0 % in 2007 gestiegen (s. S. 46, Statistisches Jahrbuch, Hansestadt Lübeck, 2007). Auch das erhöhte Trennungsbestreben von Ehepaaren trägt dazu bei, dass zunehmend mehr Kindern in ihrer Familie nur noch ein Elternteil verbleibt. Die Scheidungsquote (Anzahl der Ehescheidungen je hundert Eheschließungen) hat sich in Lübeck um rund 15 % von 45,6 % in 1998 auf 60,7 % in 2007 erhöht (s. S. 48 ff, Statistisches Jahrbuch, Hansestadt Lübeck, 2007). Die Anzahl der von den Ehescheidungen betroffenen Kinder (469 Kinder) war in 2007 zwar nicht wesentlich höher als in 1998 (462 Kinder), im Verhältnis zur abnehmenden Kinderbevölkerung Lübeck sind heute (2007) jedoch anteilig mehr Kinder von der Scheidung ihrer Eltern betroffen als noch vor neun Jahren.

Abgesehen von den ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen, unter denen viele Kinder von Alleinerziehenden aufwachsen, - alleinstehende Elternteile sind aufgrund ihrer eingeschränkten Erwerbsfähigkeit und/oder geringer Unterhaltszahlungen vermehrt auf Grundsicherung nach SGB II bzw. Hartz IV angewiesen - sind die Kinder aus Einelternfamilien auch mit besonderen psychosozialen

2.7. Wohnung und Wohnumfeld

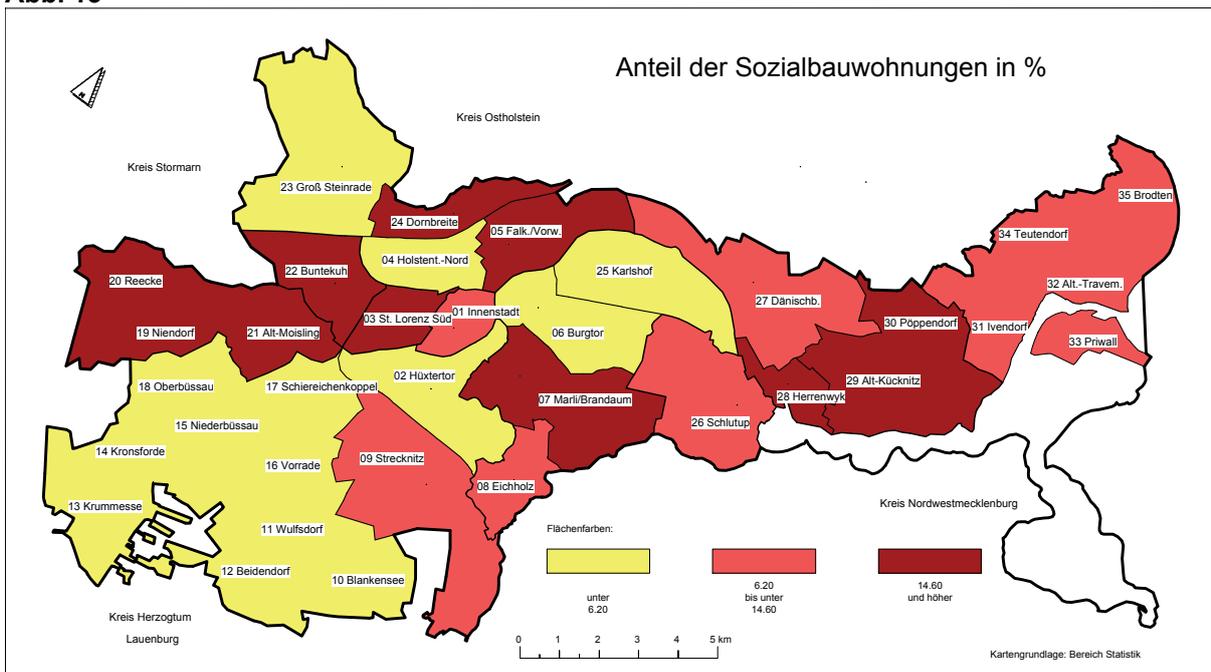
Zahlreiche Hygieneuntersuchungen seit Ende des letzten Jahrhunderts belegen, dass der Gesundheitszustand der Menschen, insbesondere der Kinder, stark abhängig ist von ihren Wohnbedingungen. Dabei gilt: Je schlechter die Wohnqualität, desto schlechter ist im Allgemeinen auch der Gesundheitszustand der betroffenen Menschen.

Die Wohnqualität (die Güte und Beschaffenheit einer Wohnung) setzt sich im Wesentlichen aus der Wohnungsgröße, der Wohnungsausstattung und der Wohnlage bzw. dem Wohnumfeld zusammen. Für die Gesundheit und Entwicklung der Kinder entscheidend ist aber auch, mit wie vielen Personen sie die Wohnfläche bzw. die Zimmer ihrer Wohnung teilen müssen und wie viel Raum ihnen das Wohnumfeld zur gefahrlosen Ausübung spielerischer Aktivitäten bietet.

Eine hohe Wohnungsbelegungsdichte (geringe Wohnfläche pro Bewohner) wirkt sich i. d. R. negativ auf das individuelle Wohlbefinden und die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern aus. Denn mangelnder Raum und fehlende Rückzugsmöglichkeiten beeinträchtigen nicht nur die volle Entfaltung der Psychomotorik, die Lernfähigkeit und Intelligenz von Kindern, sondern auch ihre Fähigkeit zur Aufnahme sozialer Kontakte. Aggressivität und sogar psychische Krankheiten gelten als mögliche Folge von zu kleinen Wohnungen. Dieses betrifft besonders jüngere Kinder, für die die Wohnung der wichtigste Aufenthalts- und Spielort ist. Hinzu kommt, dass enge Wohnverhältnisse auch die Entstehung und Weiterverbreitung von Infektions- und Atemwegserkrankungen begünstigen, an denen aufgrund ihres sensiblen Immunsystems besonders Kinder erkranken.

Wie sich die Wohnbedingungen der Lübecker Kinder konkret gestalten, ist aufgrund fehlender aktueller Wohnraumnutzungsdaten – die uns vorliegenden Wohndaten sind nicht mehr aussagefähig, sie stammen aus der Volkszählung 1987 - nur schwer einschätzbar. Mag sein, dass sich die Wohnsituation für die Gesamtheit der Lübecker Kinder aufgrund der vielen Neubauten und Sanierungsmaßnahmen in den vergangenen 20 Jahren noch weiter verbessert hat. Für einen Teil der Lübecker Kinder jedoch, nämlich für die sog. Hartz IV Bezieher/innen, dürften sich die Wohnbedingungen dagegen eher verschlechtert haben, da sie bzw. ihre Eltern per Gesetz gehalten sind, in preisgünstigere, zumeist auch kleinere Wohnungen (i. d. R. Sozialbauwohnungen) umzuziehen. Oftmals ist mit dem Wohnungswechsel auch der Wechsel in ein sozial schwaches Wohnquartier verbunden, in dem sich die sozialen Probleme häufen, was enorm hohe psychosoziale Anforderungen an die Kinder stellt und dazu beiträgt, dass viele von ihnen sich nicht altersgerecht entwickeln können und/oder gesundheitlich beeinträchtigt werden (s. S. 15 ff, Gefährdete Kindheit, Freie Hansestadt Bremen, 2007).

Abb. 13



Quelle: Stadtwerke Lübeck, Wärmeatlas 1997

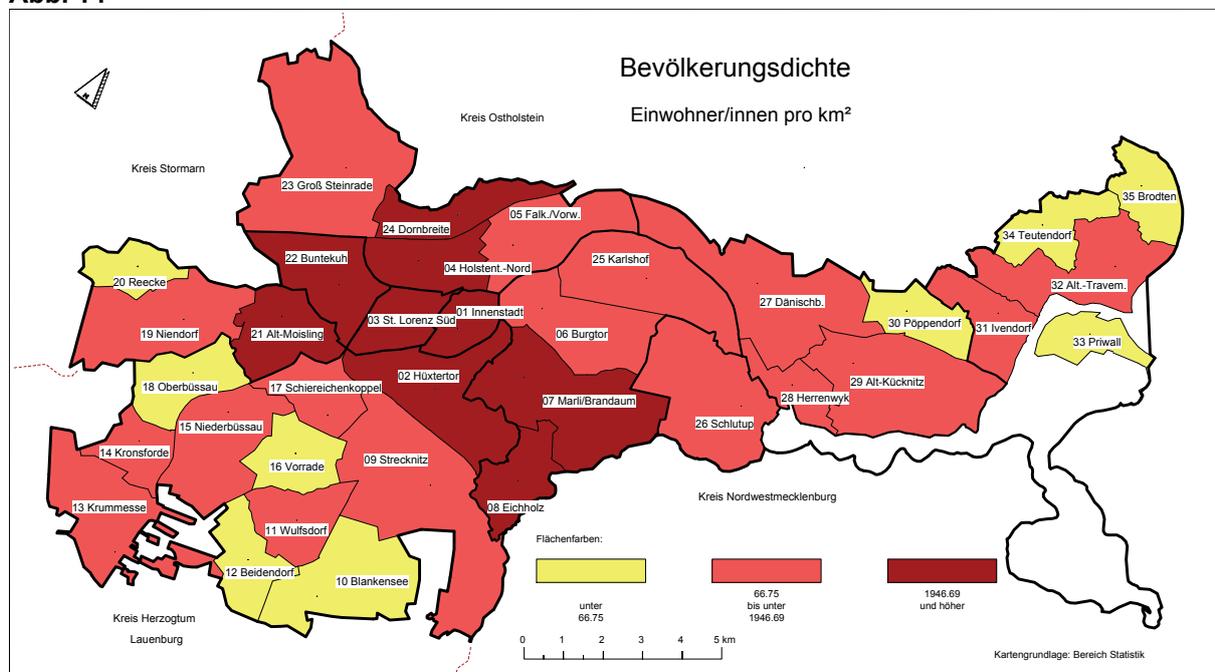
Ein überdurchschnittlich hoher Bestand an Sozialbauwohnungen (mehr als 14,6 % der Wohnungen sind Sozialbauwohnungen) findet sich in den Stadtbezirken Moisling, Herrenwyk, Dornbreite, Kücknitz/Pöppendorf, Marli/Brandenbau, Falkenfeld/Vorwerk und St. Lorenz Süd (s. Abb. 13). Zumeist werden diese Wohnungen schon jetzt hauptsächlich von armen Familien mit Kindern bewohnt, wie der überdurchschnittlich hohe Anteil der Kinder dieser Stadtbezirke, die von Führsorgeleistungen, sprich Hartz IV leben, zeigt (vgl. hiezu Abb. 8).

Abgesehen davon, welches soziale Wohnumfeld sich den Kindern bietet, können auch die ökologische Wohnbedingungen entscheidenden Einfluss auf ihre Entwicklung und ihren Gesundheitszustand nehmen. Besonders bei der Altersgruppe der 6- bis 10jährigen, aber auch schon bei den Kindern im Kindergartenalter, gewinnt das Wohnumfeld aufgrund des steigenden Mobilitätsbedürfnisses zunehmend an Bedeutung. Dabei werden den Großstadtkindern bei der Entfaltung ihrer Aktivitäten durch die Verkehrsbelastungen der Straßen zunehmend engere Grenzen gesetzt. Wegen des hohen Gefahrenrisikos, das das Spielen auf der Straße beinhaltet, ziehen sich die Kinder vermehrt auf sicherere Spielorte wie Wohnungen und Häuser zurück. Die sog. Verhäuslichung der Kinder schränkt aber nicht nur ihre Bewegungsmöglichkeiten ein, sondern behindert auch ihre normale motorische und körperliche Entwicklung. Zudem bewirken räumliche Beschränkungen des Wohnumfeldes, dass die Kinder zur Ausübung ihrer Aktivitäten häufig auf weit entfernt liegende Orte verwiesen sind, die sie nicht selbstständig, sondern nur mit Hilfe des Transports durch Erwachsene erreichen können.

Durch die zunehmende Verkehrsdichte wird den Kindern die Möglichkeit genommen, sich ihre Umwelt schrittweise und selbstständig anzueignen. Werden die Spielorte auf Orte außerhalb des Wohnumfeldes verlagert, erhöht sich für die Kinder die potentielle Unfallgefährdung, weil damit auch die Verkehrsbelastung der Straßen noch weiter ansteigt.

Wie sich die Spielortsituation der Kinder in Lübeck gestaltet, kann hier nicht differenziert in allen Einzelheiten (unter Einbeziehung von Spiel- und Sportplätzen) dargestellt werden. Aber schon die Untersuchung der Bevölkerungsdichte gibt Aufschluss darüber, welche Bewegungs- und Spielmöglichkeiten das jeweilige Wohnumfeld den Kindern in den Lübecker Stadtbezirken bietet. Dabei ist davon auszugehen, dass eine hohe Bevölkerungsdichte üblicherweise einhergeht mit einer mehrgeschossigen Bebauung, einer stärkeren Verkehrs- und Lärmbelastung und weniger Freizeit- und Erholungsflächen.

Abb. 14



Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Statistik, Einwohnermelderegister 2007

Gegenüber 1998 hat sich die Bevölkerungsdichte aufgrund des Bevölkerungsrückganges in einigen Stadtbezirken wie z. B. St. Lorenz Süd, Buntekuh, Dornbreite und Eichholz etwas entspannt, an den

Unterschieden zwischen den Stadtbezirken hat das jedoch nichts geändert. Immer noch konzentriert sich die Wohnbevölkerung hauptsächlich in und um das Stadtzentrum Lübecks, wobei das Stadtzentrum bzw. die Innenstadt heute noch dichter bevölkert ist als damals (s. Abb. 14). Nicht nur in der Innenstadt, sondern auch in Holstentor Nord, wo die Bevölkerungsdichte ebenfalls überproportional zugenommen hat, sind die Bewegungs- und Spielmöglichkeiten der Kinder weiter eingeschränkt worden. Die höchsten Bevölkerungsdichten finden sich nach wie vor in St. Lorenz Süd mit 5.142 Einw. pro km², St. Lorenz Nord mit 4.677 Einw. pro km² und der Innenstadt mit 5.968 Einw. pro km². Im städtischen Durchschnitt umfasst die Bevölkerungsdichte dagegen nur 999 Einw. pro km². Relativ viel Raum zur Ausübung spielerischer Aktivitäten von Kindern bieten abgesehen von den ländlichen Stadtbezirken nur die relativ dünn bevölkerten Stadtbezirke Schlutup und Karlishof mit max. 847 Einw. pro km².

2.8. Resümee

Die Kinderbevölkerung Lübecks befindet sich im Wandel und das nicht nur in demographischer, sondern auch in ethnischer und sozialer Hinsicht. Innerhalb von 9 Jahren (zwischen 1998 und 2008) ist die Zahl der Lübecker Kinder um 8 % geschrumpft und wird - so die Bevölkerungsprognose der Hansestadt Lübeck - bis 2020 nochmals um rund 12 % abnehmen. Hauptursache dafür ist der in Lübeck seit Jahren bzw. Jahrzehnten anhaltende Geburtenrückgang.

Während die Lübecker Kinderbevölkerung insgesamt immer kleiner wird, steigt der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund. Anfang 2008 hatten bereits über 30 % der Lübecker Kinder einen Migrationshintergrund. Davon waren 62,5 % eingebürgert. Nur rund ein Drittel der Lübecker Kinder mit Migrationshintergrund haben eine ausländische Staatsangehörigkeit. In den Stadtbezirken Moisling und Falkenfeld/Vorwerk liegt der Anteil der Migrantenkinder bei über 40 %. In Buntekuh hat jedes zweite Kind einen Migrationshintergrund.

Parallel zu diesen quantitativen Veränderungen, die den Kindern per se mehr Chancen bei der Daseinsversorgung und der Integration eröffnen, haben sich die sozialen Verhältnisse für viele Lübecker Kinder verschlechtert.

Deutlich wird dieses an der in Lübeck stark angestiegenen Kinderarmut. Statt 18 %, wie in 1998, sind heute 30 % der Lübecker Kinder auf staatliche Fürsorgeleistungen (Sozialhilfe bzw. Grundsicherung SGB II) angewiesen. Die Armut der Kinder konzentriert sich hauptsächlich auf die Stadtbezirke Moisling, Buntekuh, St. Lorenz Süd, Holstentor Nord und Falkenfeld/Vorwerk, in denen allein über 50 % der armen Kinder Lübecks leben und wo die Kinderarmutsquote bei min. 39,2 % liegt. Ursache hierfür ist die wachsende soziale Ungleichheit, die die Bevölkerung bzw. die Kinder auch räumlich spaltet, da immer mehr Familien mit Kindern verarmen und in sozial schwache Wohnquartiere abgedrängt werden.

Von Armut besonders betroffen sind neben den Migrantenkidern die Kinder von Alleinerziehenden, deren Anteil sich in Lübeck gegenüber 1987 von 13,2 % auf 26,4 % in 2007 verdoppelt hat. In der Innenstadt, Marli/Brandenbaum und St. Lorenz Süd lebt jedes dritte Kind bei einem alleinerziehenden Elternteil. Von den Kindern aus Moisling und Holstentor Nord stammen rund 30 % aus Einelternhaushalten. Ursache für diese Entwicklung ist die geringere Bindungsbereitschaft junger Paare und die allgemein erhöhte Trennungsbereitschaft von Ehepaaren. Der Anteil der nichtehelich geborenen Lübecker Kinder ist von 25,9 % in 1998 auf 37 % in 2007 gestiegen. Gleichzeitig hat sich in Lübeck die Scheidungsquote von 45,6 % auf 60,7 % erhöht.

Die veränderten sozialen Verhältnisse haben offensichtlich auch Auswirkungen auf die Familienplanung bzw. Familiengröße. Immer mehr Lübecker Kinder wachsen ohne Geschwister auf. In 2007 machte der Anteil der Einzelkinder bei den 6-jährigen Lübecker Kindern 26,4 % aus, 1998 gab es in dieser Altersgruppe erst 24 % Einzelkinder. Die abnehmende Kinderzahl in den Familien geht voll zu Lasten der Großfamilie mit drei und mehr Kindern, denn auch die Familie mit zwei Kindern hat nicht an Bedeutung verloren. Der Anteil der Kinder, die mit zwei und mehr Geschwistern aufwachsen ist um 3 % auf 26,2 % zurückgegangen, während sich der Anteil der Kinder aus Familien mit zwei Kindern mit 47,4 % noch etwas erhöht hat.

3. Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen im Kindesalter

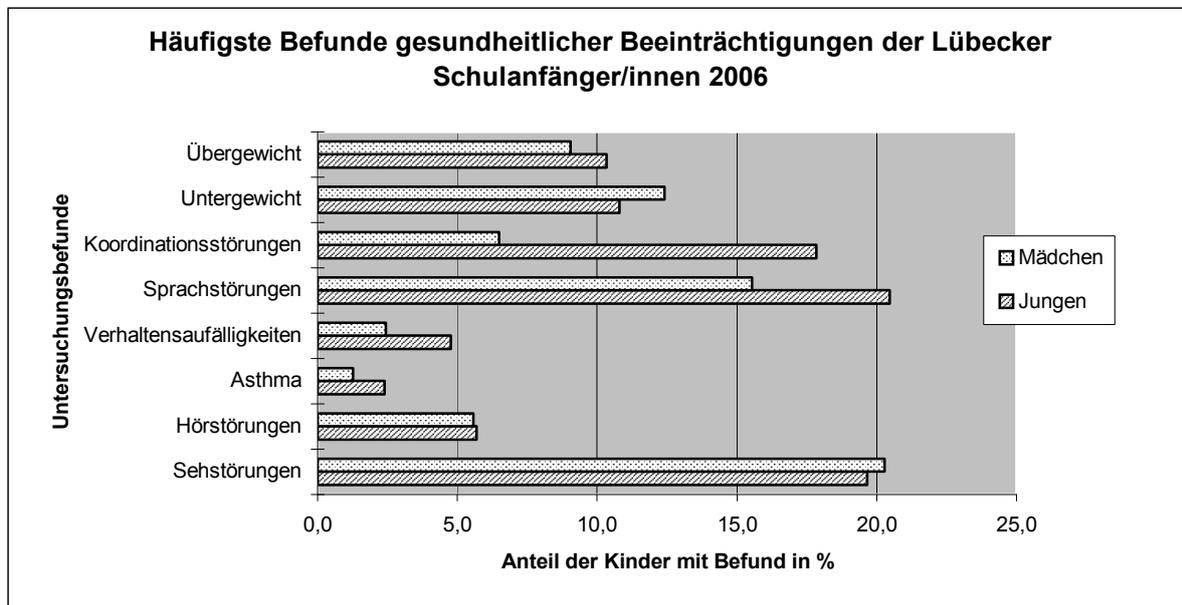
3.1. Häufigste Untersuchungsbefunde bei Schulanfänger/innen

Zur Feststellung ihrer Schulfähigkeit werden alle schleswig-holsteinischen Schulanfänger/innen vor der Einschulung von den Kinder- und Jugendärztlichen Diensten der Kreise und kreisfreien Städte Schleswig-Holsteins ärztlich untersucht. Die sog. Schuleingangsuntersuchungen beinhalten u .a. die Erfassung des Körpergewichtes in Bezug auf die Körpergröße der Kinder und die Überprüfung ihrer Sprach-, Seh- und Hörfähigkeit, um nur einige der wichtigsten Aspekte zu nennen, bei denen sich die Untersuchungsbefunde seit vielen Jahren besonders häufen.

Neben den schulzahnärztlichen Untersuchungen bilden die Schuleingangsuntersuchungen die einzige Erhebungsmöglichkeit von Gesundheitsdaten, bei denen eine Bevölkerungsgruppe (hier die 5- bis 6-jährigen Kinder) vollständig erfasst wird. Für epidemiologische Analysen sind die Gesundheitsdaten der Schulanfänger/innen daher von besonders hoher Bedeutung. Weil der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes der Hansestadt Lübeck schon seit 1996 zusätzlich zu den Gesundheitsdaten auch die Wohngebiete, in denen die Schulanfänger/innen leben, miterfasst, können einzelne ärztliche Befunde der Schulanfänger/innen kleinräumig auf der Ebene der Lübecker Stadtbezirke dargestellt und mit den Werten der Sozialindikatoren abgeglichen werden.

Im Gegensatz zu den niedergelassenen Ärzte/innen und den Krankenhausärzte/innen, untersuchen die Ärzte/innen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes bei den Schuleingangsuntersuchungen vorwiegend gesunde Kinder. Die festgestellten gesundheitlichen Befunde beziehen sich daher seltener auf akute Erkrankungen, sondern auf unterschiedliche Arten gesundheitlicher Störungen, die durch entsprechende Maßnahmen/Behandlungen behoben oder gelindert werden können, so dass sie die Schulfähigkeit der Kinder nicht mehr beeinträchtigen.

Abb. 15



Quelle: SGU-Daten 2006, Gesundheitsamt, Hansestadt Lübeck

Bei den gesundheitlichen Störungen, die bei den Lübecker Schulanfänger/innen besonders häufig vorkommen, handelte es sich hauptsächlich um Über- und Untergewicht, Seh- und Hörstörungen, Sprach- und Koordinationsstörungen und andere Entwicklungsstörungen, wie z. B. Verhaltensauffälligkeiten, die erst in den letzten Jahren vermehrt in Erscheinung getreten sind (s. Abb. 15).

3.1.1. Sehstörungen

Immer mehr Schulkinder leiden unter Sehstörungen. Bei jedem fünften Kind (20 %) der 1.743 untersuchten Lübecker Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 wurden auffällige Befunde am Sehvermögen festgestellt. Zwar ist der Anteil der sehgestörten Kinder in den letzten zwei Jahren wieder zurückgegangen – beim Einschulungsjahrgang 2004 waren sogar 27,3 % der Kinder sehgestört - hat aber gegenüber den Schulanfänger/innen von 1996 (16,4 %) zugenommen (vgl. Tab. 5).

Tab. 5

Sehstörungen bei Lübecker Schulanfänger/innen, 2004 - 2006 in %					
Einschulungsjahrgang	gesamt	Jungen	Mädchen	Deutsche	Migranten*
1996	16,4	15,2	17,8	-	-
2004	27,3	27,0	27,7	27,4	25,6
2005	23,9	24,5	23,3	23,7	23,0
2006	20,0	19,7	20,3	19,4	19,4

* hierbei handelt es sich um Kinder, mit mind. einem nichtdeutschen Elternteil

Quelle: SGU-Daten 1996, 2004, 2005 und 2006, Gesundheitsamt, Hansestadt Lübeck

Bei den Sehstörungen von Kindern im Einschulungsalter (5- bis 6jährige) handelt es sich i. d. R. um Brechungsfehler der Augen, die eine Weitsichtigkeit (Hyperopie) bewirken. Die Weitsichtigkeit schränkt das Sehvermögen im Nahbereich ein. Ist die Weitsichtigkeit ausgeprägt, führt sie mitunter schon im Kleinkindalter zum Schielen. Brechungsfehler der Augen, die eine Kurzsichtigkeit bewirken und das Sehvermögen im Fernbereich reduzieren, sind oft erblich bedingt und treten meist erst im Grundschulalter zutage, um sich in den folgenden Pubertätsjahren noch zu verstärken. Bei den Befunden der Schulanfänger/innen spielt die Kurzsichtigkeit daher noch keine wesentliche Rolle. Meistens sind beide Formen der Sehstörungen durch entsprechende Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) zufriedenstellend zu korrigieren. Die Weitsichtigkeit kann sich im zweiten Lebensjahrzehnt sogar noch erheblich verbessern.

Die Herabsetzung der Sehschärfe sowie die Weitsichtigkeit wird von den Ärzten/innen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter mittels Sehtestgerät sowie im Fernvisus-Test untersucht. Von den 348 Lübecker Schulanfänger/innen, die bei den Schuleingangsuntersuchungen in 2006 eine Herabsetzung ihrer Sehschärfe aufwiesen, waren ca. 65 % bereits ausreichend mit einer Brille versorgt. Jedes dritte sehgestörte Kind (33,3 %) war jedoch noch unversorgt und bedurfte unbedingt einer weiteren Untersuchung bzw. Behandlung durch eine/n Augenarzt/-ärztin.

Hinsichtlich der geschlechtlichen und ethnischen Zugehörigkeit der Schulanfänger/innen zeigten sich in den letzten drei Jahren keine nennenswerten Unterschiede (s. Tab. 5). Abgesehen vom Einschulungsjahrgang 2004 gab es bei den Lübecker Schulanfänger/innen mit Migrationshintergrund ebenso viele sehgestörte Kinder wie bei den deutschen Schulanfänger/innen. Ob der Anteil der festgestellten Sehstörungen bei den Schulanfänger/innen insgesamt weiter abnehmen wird, ist zu bezweifeln, da auch die Untersuchungsmethoden (Umstellung auf niedrigere Visusgrenzen und Erfassung von Strabismus) immer genauer werden und zukünftig quasi jede Einschränkung des Sehvermögens erkannt werden wird.

Ein Vergleich der Sehstörungsquote der Lübecker Schulanfänger/innen mit dem schleswig-holsteinischen Landesdurchschnitt ist derzeit nicht möglich, da die Umstellung auf genauere Untersuchungsmethoden bisher nicht in allen Kreisen und kreisfreien Städten einheitlich durchgeführt wurde.

3.1.2. Sprachstörungen

Mehr noch als früher leiden Kinder heute auch unter Sprachstörungen. Bei ungefähr jedem/r sechsten Lübecker Schulanfänger/in (18 %) des Einschulungsjahrganges 2006 wurden Störungen im Sprech-, Sprach- und Stimmbereich festgestellt. Gegenüber dem Einschulungsjahrgang 1996 hatte sich der Anteil der sprachgestörten Kinder in 2004 um 3,8 % erhöht. Auch wenn der Trend seit 2006 wieder leicht rückläufig war, gab es unter den Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 doch 3,3 % mehr sprachgestörte Kinder als unter denen von vor zehn Jahren (s. Tab. 6). Im Verhältnis zum schleswig-holsteinischen Landesdurchschnitt (von 20,4 sprachgestörten Kindern je hundert Kinder), war der Anteil der sprachgestörten Kinder des Einschulungsjahrganges 2006 in Lübeck um ca. 2 Prozentpunkte niedriger.

Tab. 6

Sprachstörungen bei Lübecker Schulanfänger/innen, 1996 - 2006 in %					
Einschulungs- jahrgang	gesamt	Jungen	Mädchen	Deutsche	Migranten*
1996	14,7	16,7	12,7	-	-
2004	18,5	22,3	14,6	17,9	14,8
2005	18,7	22,7	14,5	16,2	14,8
2006	18,0	20,5	15,5	17,6	14,0

* hierbei handelt es sich um Kinder, mit mind. einem nichtdeutschen Elternteil

Quelle: SGU-Daten 1996, 2004, 2005 und 2006, Gesundheitsamt, Hansestadt Lübeck

Sprachstörungen bei Schulanfänger/innen äußern sich hauptsächlich in Stottern, Poltern, Stammeln (Dyslalie), Näseln (Rhinophonie) und Lispeln (Sigmatismus). Aber auch Dysgrammatismus und Sprachentwicklungsstörungen werden relativ häufig beobachtet. Beim Stammeln und Lispeln handelt es sich um Artikulationsstörungen, wobei das Lispeln durch eine Zahnfehlstellung verursacht sein kann. Das Näseln ist auf eine Beeinträchtigung im Rachenraum zurückzuführen. Das Sprechen von „falschem Deutsch“ (Dysgrammatismus) wird durch die Eltern bzw. andere Bezugspersonen des Kindes vermittelt.

Stottern, Poltern und Sprachentwicklungsstörungen können, abgesehen von frühkindlichen Hirnschäden oder Schädel-Hirn-Traumen aber auch psychische bzw. psychosoziale Ursachen haben. Zur Behebung dieser Einschränkungen sind daher nicht nur gezielte Sprechübungen angeraten, sondern auch psychotherapeutische Maßnahmen für die betroffenen Kinder müssen geprüft werden. Für alle kindlichen Sprachstörungen gilt, dass sie nur gelindert bzw. behoben werden können, wenn die Eltern und die Personen des Umfeldes des Kindes das dafür notwendige Verständnis und ausreichende Geduld aufbringen.

Die Aussichten, Sprachstörungen zu beseitigen, sind im Kindesalter besser als im späteren Leben und sie sind um so größer, je weniger es dem Kind als Störung bewusst gemacht wird und je früher – möglichst schon im Kleinkindalter – diese, z. B. im Rahmen einer Frühförderung, behandelt werden.

Die Überprüfung der Sprachfähigkeit wird von den Ärzte/innen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes mittels entsprechender Sprach-, Sprech- und Stimmtests durchgeführt. Unter Ausschluss von Sprachstörungen, die durch Zahnwechsel oder Zahn- und Kieferanomalien hervorgerufen werden, wiesen 314 Lübecker Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 auffällige Sprachbefunde auf. Davon befanden sich 213 (68 %) bereits in ärztlicher Behandlung oder in Sprachtherapie. (101) 32 % der sprachgestörten Schulanfänger/innen wurden jedoch bisher noch nicht behandelt und bedurften einer therapeutischen Maßnahme.

Gemessen am Durchschnitt der letzten drei Einschulungsjahrgänge leiden Jungen (durchschnittlich 22 %) etwas häufiger unter Sprachstörungen als Mädchen (durchschnittlich 15 %). Ein Grund dafür mag, sofern es sich hierbei um Sprachentwicklungsstörungen handelt, in dem geschlechtsspezifischen Entwicklungsrückstand von Jungen gegenüber Mädchen liegen.

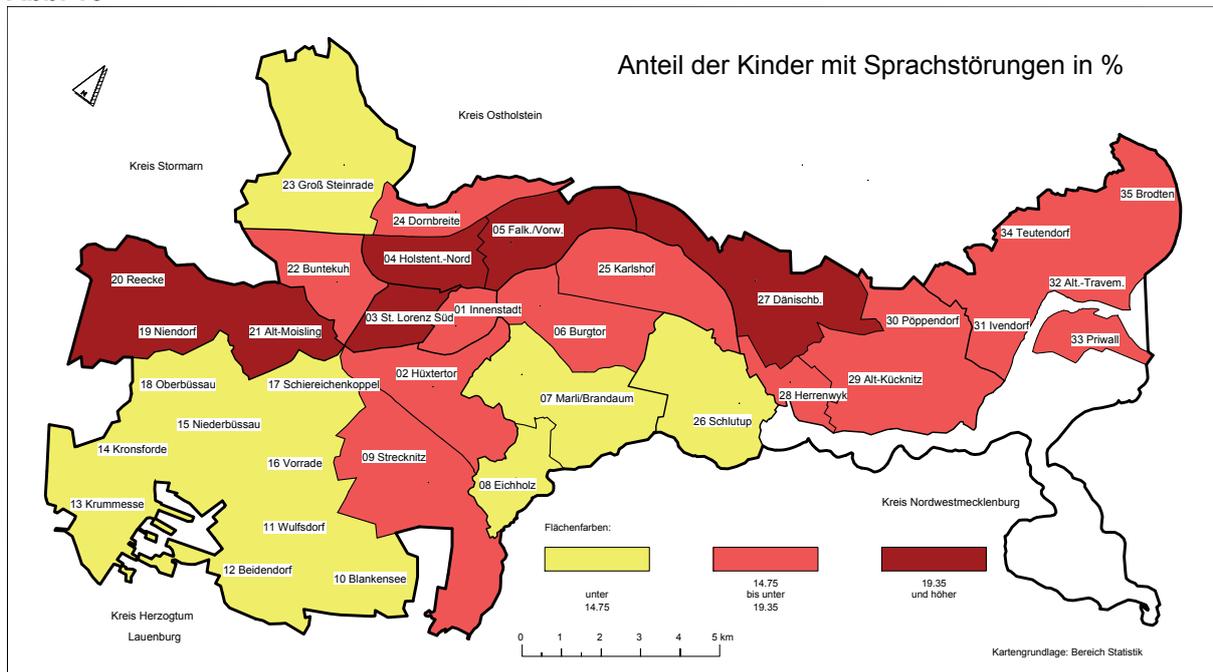
Ungeachtet der Kinder, die aufgrund unzureichender deutscher Sprachkenntnisse nicht beurteilt werden konnten, wurden bei den Schulanfänger/innen mit Migrationshintergrund (durchschnittlich 14,5 %)

zwischen 2004 und 2006 weniger Sprachstörungen registriert, als bei den deutschen Schulanfänger/innen (durchschnittlich 17,2 %).

Sprachstörungen im Einschulungsalter stehen im engen Zusammenhang mit dem sozialen Status der Kinder, d.h., dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien häufiger unter Sprachstörungen leiden als Kinder aus sozial bessergestellten Familien.

Auch bei den Lübecker Schulanfänger/innen sind die Sprachstörungen größtenteils auf soziale Ursachen zurückzuführen. Werden die Sprachstörungenbefunde der Schulanfänger/innen der Einschulungsjahrgänge 2004 - 2006 den Lübecker Stadtbezirken zugeordnet und mit den Grundsicherungsquoten der Kinder abgeglichen, zeigt sich, dass die Stadtbezirke mit dem höchsten Anteil an sprachgestörten Kindern fast identisch sind mit denen, wo auch die Kinderarmut am höchsten ist (vgl. hierzu Abb. 16 und Abb. 8).

Abb. 16



Quelle: SGU-Daten 2004, 2005 und 2006, Gesundheitsamt, Hansestadt Lübeck

Die regionalen Unterschiede des Anteils sprachgestörter Schulanfänger/innen reichen von 11,7 % in Groß Steinrade bis 27,2 % in Moisling. Überdurchschnittlich häufig (über 18,2 %) wurden Sprachstörungen bei den Schulanfänger/innen aus Moisling, Falkenfeld/Vorwerk, Dänischburg, St. Lorenz Süd und Holstentor Nord festgestellt. Der durchschnittliche Anteil der sprachgestörten Kinder der Einschulungsjahrgänge 2004,2005 und 2006 umfasste hier 20,1 % und mehr. Sprachstörungen bei Schulanfänger/innen sind ein weit verbreitetes Phänomen. Selbst in Stadtbezirken mit weniger sprachgestörten Kindern wie Gr. Steinrade, Schlutup, St. Jürgen-Land, Marii/Brandenbaum und Eichholz lag der Anteil der Sprachstörungen noch bei über 11 % (s. Abb. 16).

Sind die vermehrt auftretenden Sprachstörungen bei den Lübecker Schulanfänger/innen an sich schon ein Problem, dessen soziale Ursachen - der zunehmenden Verarmung der Familien und die Benachteiligung der Kinder - allein durch staatliche Förderungsmaßnahmen schwer in den Griff zu bekommen sind, so sind es auch die Förderungsmaßnahmen selbst, die viele Kinder nicht rechtzeitig bzw. ausreichend erreichen.

Wenn, wie in 2006, bei 32 % der sprachgestörten Kinder die Sprachstörungen erstmals bei den Einschulungsuntersuchungen festgestellt und zur Behandlung angewiesen wurden, dann deutet das auf diagnostische Versäumnisse in der Vergangenheit hin, wo die Sprachstörungen mittels Frühförderungsmaßnahmen noch rechtzeitig hätten behoben werden können. Das optimale Frühförderalter von 2 bis 4 Jahren haben diese Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung jedenfalls bereits weit überschritten.

Um die Sprachentwicklung bei Kindern im Kindergartenalter zu fördern bzw. Sprachstörungen rechtzeitig vor Schulantritt entgegenzuwirken, erhalten Kinder in Kindertageseinrichtungen seit 2007 von Landesseite eine „spezielle Sprachförderung“. Diese Sprachförderung wird für Kinder angeboten, deren Förderbedarf keine gesundheitlichen Ursachen hat. Nach einer Sprachstandseinschätzung erhalten die Einrichtungen Landesmittel über den örtlichen Träger der Jugendhilfe. Die Sprachförderung wird in Kleingruppen mit 3-8 Kindern durch fortgebildetes Fachpersonal durchgeführt.

In 2008 wurden in 62 Lübecker Kitas die spezielle Sprachförderung in 170 Kleingruppen durchgeführt. Durch die begrenzten Fördermittel konnte eine Einrichtung nur rd. 1-2 Stunden pro Woche Kinder in Kleingruppen fördern. Der Förderumfang reichte nicht aus, um Kinder in angemessener Zeit zu einem altersgerechten Sprachstand zu verhelfen, wenn sie z. B. erst mit 4 oder 5 Jahren in die Einrichtungen kommen. Ab 2009 unterstützt der Lübecker Bildungsfonds des Projektes „Zukunft Lübeck“, der überwiegend aus Stiftungsmitteln und aus Mitteln der Hansestadt bestückt ist, die spezielle Sprachförderung, so dass pro Kind die spezielle Sprachförderung insgesamt 4 Stunden pro Woche angeboten werden können.

3.1.3. Über- und Untergewicht

Der Trend der zunehmenden Übergewichtigkeit bei Kindern scheint in Lübeck immer noch nicht endgültig gebrochen. Zwar waren von den Lübecker Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 weniger Kinder (9,7 %) übergewichtig bzw. adipös (fettleibig) als in den beiden Jahren zuvor (12,5 und 12,4 %), im Vergleich zu 1996, aber doch noch etwas mehr (s. Tab. 7).

Im überregionalen Vergleich hat sich das Verhältnis bei den Lübecker Schulanfänger/innen verbessert. Mit 9,7 % lag der Anteil der übergewichtigen Lübecker Schulanfänger/innen im Einschulungsjahrgang 2006 erstmals wieder unter dem schleswig-holsteinischen Landesdurchschnitt (10,3 %). In den Einschulungsjahrgängen 2004 und 2005 wurden in Lübeck im Verhältnis zu Schleswig-Holstein insgesamt (11,1 und 10,1 %) noch deutlich mehr übergewichtige Schulanfänger/innen registriert (s. Tab. 7).

Tab. 7

Übergewicht bei Lübecker Schulanfänger/innen, 1996 - 2006 in %					
Einschulungsjahrgang	gesamt	Jungen	Mädchen	Deutsche	Migranten*
1996	9,2	9,3	9,1	-	-
2004	12,5	11,6	13,5	10,3	15,4
2005	12,4	12,7	12,1	11,6	16,6
2006	9,7	10,3	9,0	7,8	10,8

* hierbei handelt es sich um Kinder, mit mind. einem nichtdeutschen Elternteil

Quelle: SGU-Daten 1996, 2004, 2005 und 2006, Gesundheitsamt, Hansestadt Lübeck

Übergewicht entsteht durch übermäßige Zunahme des Fettgewebes. Im Kindesalter kann die Anzahl der Fettzellen noch auf das drei- bis fünffache des Normalen ansteigen. Weil sich die Fettzellen auch durch Diäten später nicht wieder reduzieren lassen, besteht für übergewichtige Kinder die Gefahr, lebenslang fettleibig zu bleiben. Übergewicht ist nur zu einem sehr geringen Prozentsatz genetisch bedingt. Das erhöhte Übergewichtigerisiko von Kindern mit mindestens einem übergewichtigen Elternteil ist hauptsächlich auf die vermittelten Essgewohnheiten durch die/den übergewichtigen Eltern/Elternteil zurückzuführen.

Neben den bekannten Ursachen wie Über- bzw. Fehlernährung und Bewegungsmangel, die das Missverhältnis zwischen Nahrungsaufnahme und Kalorienverbrauch grundsätzlich erhöhen, spielen vermehrt auch psychische Probleme eine Rolle, wenn Kinder zu Übergewicht neigen. So können z.B. familiäre Spannungen und Konflikte dazu beitragen, dass Kinder versuchen, psychische Anforderungen mit ständigem Naschen zu kompensieren. Diese Verhaltensweise äußert sich früher oder später dann als Übergewicht, volkstümlich Kummerspeck genannt. Typische Folgeerkrankungen von Übergewichtigkeit sind Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems bedingt durch ständige Erhöhung des Blutdrucks und der Blutfette, die Entgleisung des Zuckerstoffwechsels in Richtung einer Zuckerkrankheit und - womit sich die Kausalkette von Ursache und Wirkung wieder schließt - auch psychische Störungen.

Die Übergewichtigkeit bei Kindern kann aber auch soziale Gründe haben. In Zeiten sinkenden Wohlstandes, wo immer mehr Familien kein Existenz sicherndes Einkommen mehr verdienen, kommt der materiellen Ernährungsarmut und der damit verbundenen Fehlernährung bei der Verbreitung der Übergewichtigkeit der Kinder eine entscheidende Schlüsselrolle zu. Einkommensschwache Familien richten ihre Essgewohnheiten i. d. R. nicht danach aus, was gesund ist, sondern was billig ist und satt macht. Dabei handelt es sich – wie verschiedene Ernährungsstudien belegen - vorwiegend um kalorienreiche Lebensmittel wie Brot, Teigwaren, fetthaltige Kartoffelerzeugnisse, billige Streichfette und Wurstwaren, die auch von den Kindern dieser Familien, Tag für Tag, in großen Mengen verzehrt werden. Hinzu kommt, dass das Essen als Mittel gegen Frustration und Langeweile dient und fehlende persönliche Zufriedenheit und soziale Anerkennung ersetzen soll, unter denen gerade sozial benachteiligte Kinder besonders häufig leiden.

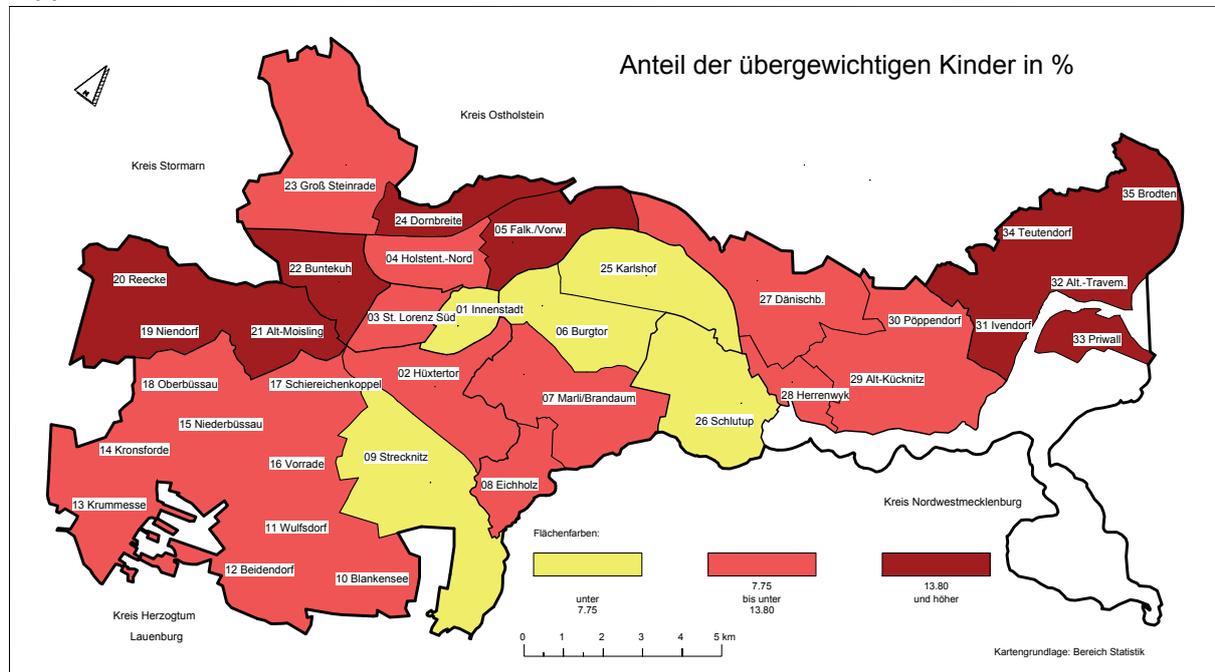
Bei den Schuleingangsuntersuchungen werden die Kinder sowohl gemessen als auch gewogen. Wird bei einem Kind ein Körpergewicht festgestellt, das über der 90. Perzentile der altersbezogenen Größen-Gewichtsverteilung liegt, so gilt es als übergewichtig. Bei den 1.743 Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 wurden insgesamt 169 übergewichtige Kinder (91 Jungen und 78 Mädchen) gezählt. Davon waren 40 % (69 Kinder) bereits adipös (fettleibig) d.h., ihr Körpergewicht lag noch über der 97er Perzentile.

Wie die Angaben in Tab. 7 zeigen, neigen Mädchen und Jungen gleichermaßen zur Übergewichtigkeit. Abgesehen von den Untersuchungsergebnissen des Einschulungsjahrganges 2004, wo der Anteil der Übergewichtigen bei den Mädchen um ca. 2 Prozentpunkte höher war, ergaben sich gemessen am Durchschnitt der letzten drei Einschulungsjahrgänge beim Anteil der übergewichtigen Schulanfänger/innen (Mädchen 11,5 %, Jungen 11,5 %) keine geschlechtlichen Unterschiede.

Relativ große Unterschiede in der Prävalenz der Übergewichtigkeit bestehen hingegen zwischen den deutschen Schulanfänger/innen und den Schulanfänger/innen mit Migrationshintergrund. Mit einem durchschnittlichen Anteil von 14,3 % waren die Schulanfänger/innen mit Migrationshintergrund der Einschulungsjahrgänge 2004 - 2006 deutlich häufiger übergewichtig als die deutschen Schulanfänger/innen mit einem durchschnittlichen Anteil von 9,9 %. Dass so viele mehr Kinder mit Migrationshintergrund übergewichtig sind, liegt nicht allein an den soziokulturellen Lebens- und Eßgewohnheiten der Familien dieser Kinder, sondern auch und besonders an der materiellen Ernährungsarmut bzw. der Armut schlechthin, von der die Bevölkerung mit Migrationshintergrund - lt. Statistik der Grundversicherung (SGB II) - weit stärker betroffen ist, als die der deutschen.

Der Zusammenhang zwischen der Übergewichtigkeit der Kinder und dem Sozialstatus der Eltern wurde durch viele Studien bzw. Untersuchungsberichte (z. B. dem Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein, 2006) bereits belegt und kann hier für die Lübecker Schulanfänger/innen mittels der sozialräumlichen Analyse ein weiteres Mal bestätigt werden.

Abb. 17



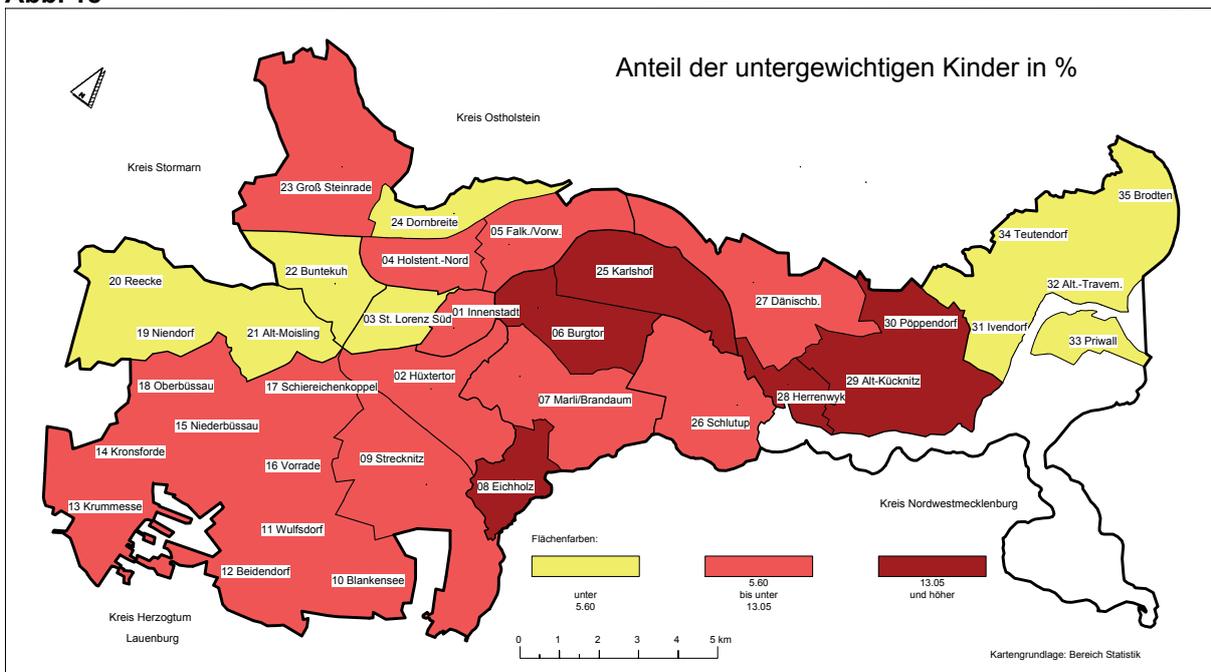
Quelle: SGU-Daten 1996, 2004, 2005 und 2006, Gesundheitsamt, Hansestadt Lübeck

Gemessen am Durchschnitt der letzten drei Einschulungsjahrgänge 2004 – 2006 leben die meisten der übergewichtigen Schulanfänger/innen Lübecks in den Stadtbezirken Moisling, Buntekuh, Dornbreite, Falkenfeld/Vorwerk und Travemünde. Der Anteil der übergewichtigen Schulanfänger/innen lag hier zwischen 2004 und 2006 durchschnittlich bei über 13,8 % (s. Abb. 17). Die regionalen Unterschiede des durchschnittlichen Anteils übergewichtiger Schulanfänger/innen reichen von 2,1 % im Stadtbezirk

Burgtor bis zu 19 % in Moisling. Der städtische Durchschnitt der Einschulungsjahrgänge 2004 – 2006 liegt bei 11,6 Übergewichtigen je hundert Schulanfänger/innen. Mit Ausnahme von Travemünde handelt es sich bei den o. g. Stadtbezirken um Stadtbezirke in denen auch die Kinderarmut überdurchschnittlich (über 30,5 %) hoch ist (vgl. hierzu Abb. 8). Dass die Übergewichtigkeit insbesondere ein Problem der sozial benachteiligten Bevölkerung ist, dass häufiger denn je die armen Kinder betrifft, lässt sich auch an dem Korrelationskoeffizienten ($r = 0,56$), dem Anteil übergewichtiger Schulanfänger/innen im Verhältnis zum Anteil fürsorgebedürftiger Kinder, der Stadtbezirke ablesen. Ende der 90er Jahre, dem Untersuchungszeitraum des ersten Lübecker Kindergesundheitsberichtes, war dieser Zusammenhang noch nicht so offensichtlich.

Etwas anders als bei der Übergewichtigkeit der Kinder, gestalten sich die sozialen Verhältnisse bzw. Ursachen bei der Untergewichtigkeit der Kinder. Seit mindestens 6 Jahren beobachten die Ärzte/innen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes bei den Schulanfänger/innen einen relativ gleichbleibenden ca. 10-prozentigen Anteil von untergewichtigen Kindern. Das festgestellte Körpergewicht dieser Kinder liegt noch unterhalb der 10. Perzentile der altersbezogenen Größen-Gewichtsverteilung. Von den 1.743 Lübecker Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 waren 202 Kinder (107 Mädchen und 95 Jungen) untergewichtig. Zwar befinden sich unter den untergewichtigen Schulanfänger/innen auch einige Kinder aus sozial benachteiligten Familien, hauptsächlich - so der Abgleich mit den Kinderarmutsquoten der Stadtbezirke – handelt es sich bei den untergewichtigen Schulanfänger/innen aber um Kinder aus sozial bessergestellten Familien.

Abb. 18



Quelle: SGU-Daten 2004, 2005 und 2006, Gesundheitsamt, Hansestadt Lübeck

Wie Abb.18 zeigt leben die meisten der untergewichtigen Schulanfänger/innen in den Stadtbezirken Burgtor, Karlshof, Eichholz, Herrenwyk und Kücknitz/Pöppendorf. Der Anteil der untergewichtigen Schulanfänger/innen lag hier zwischen 2004 und 2006 durchschnittlich bei über 13 %. Im städtischen Durchschnitt der Einschulungsjahrgänge 2004 – 2006 waren nur 9 % der Schulanfänger/innen untergewichtig. Auch bei den Schulanfänger/innen aus Strecknitz, Hüttertort, Dänischburg und Schlutup wurde der Befund Untergewichtigkeit in diesen Einschulungsjahrgängen im Verhältnis zum städtischen Durchschnitt häufiger diagnostiziert. Die regionalen Unterschiede des durchschnittlichen Anteils untergewichtiger Schulanfänger/innen reichen von 3,4 % im Stadtbezirk Moisling bis zu 23,9 % in Burgtor. Dass die Untergewichtigkeit der Kinder nicht vorwiegend ein Problem von sozial benachteiligten Familien ist, sondern auch bessergestellter Familien betrifft und folglich andere bzw. unterschiedliche Ursachen haben muss, darauf weisen schon allein die hohen Anteilswerte der untergewichtigen Kinder aus Burgtor, Karlshof, Strecknitz und Hüttertort hin, Stadtbezirke nämlich, in denen allgemein noch Wohlstand herrscht und nur relativ wenige arme Kinder leben (vgl. hierzu Abb. 8).

3.1.4 Motorische Koordinationsstörungen

Auch Koordinationsstörungen der Motorik sind bei den Schulanfänger/innen heute stärker verbreitet als noch vor einigen Jahren. Dass motorische Koordinationsstörungen bei den Kindern zugenommen haben, darüber können auch die im Verhältnis zum Einschulungsjahrgang 2004 geringeren Anteile koordinationsgestörter Schulanfänger/innen der Einschulungsjahrgänge 2005 und 2006 nicht hinwegtäuschen. Mit 12,4 bzw. 12,2 % waren von den Lübecker Schulanfänger/innen der Einschulungsjahrgänge 2005 und 2006 deutlich mehr Kinder koordinationsgestört als vor 5 bzw. 6 Jahren (s. Tab. 8). In den Einschulungsjahrgängen 2001 und 2000 lag der Anteil, der Lübecker Schulanfänger/innen, die motorische Koordinationsstörungen aufwiesen, - lt. Untersuchungsbericht des schleswig-holsteinischen Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes, 2006 - noch bei 8,8 bzw. 9,2 %. Im Vergleich zu Gesamtsituation der schleswig-holsteinischen Schulanfänger/innen, mit 17,3 bzw. 18,6 % koordinationsgestörten Kindern pro Einschulungsjahrgang, war der Anteil bei den Lübecker Schulanfänger/innen in den letzten beiden Jahren (2005 und 2006) jedoch immer noch niedriger.

Tab.8

Koordinationsstörungen bei Lübecker Schulanfänger/innen, 2000 - 2006 in %					
Einschulungs- jahrgang	gesamt	Jungen	Mädchen	Deutsche	Migranten*
2000	9,2	-	-	-	-
2001	8,8	-	-	-	-
2004	14,1	22,5	5,5	13,0	9,0
2005	12,4	19,8	4,9	11,6	9,2
2006	12,2	17,8	6,5	10,3	7,6

* hierbei handelt es sich um Kinder, mit mind. einem nichtdeutschen Elternteil

Quelle: SGU-Daten 2004, 2005 und 2006, Gesundheitsamt, Hansestadt Lübeck

Motorische Koordinationsstörungen bei Kindern äußern sich durch eine allgemeine Ungeschicklichkeit bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten. Erkennbar wird die Ungeschicklichkeit vor allem bei komplexen Bewegungsabläufen wie beim Fangen eines Balls, beim Fahrrad fahren, Klettern, Laufen und Springen auf einem Bein. Auch die Gangart der Kinder ist auffällig und durch plumpe Bewegungsabläufe, Aufsetzen des ganzen Fußes und fehlende Mitbewegung der Arme gekennzeichnet. Feinmotorische Tätigkeiten wie, z. B. das Zeichnen und Malen, werden von den betroffenen Kindern meist vermieden. Das Schreiben und das Essen mit Messer und Gabel können sie nur schwer erlernen.

Bei vielen ungeschickten Kindern liegt nicht nur eine motorische Koordinationsstörung vor, sondern es bestehen zusätzlich auch Sprachstörungen und/oder Wahrnehmungsstörungen. 46 % der koordinationsgestörten Schulanfänger/innen des Lübecker Einschulungsjahrganges 2006 wiesen zugleich auch Sprachstörungen auf. Im sprachlichen Bereich schlägt sich die motorische Störung oft in einer undeutlichen Aussprache nieder. In den ersten Lebensjahren werden die Kinder deswegen oft nur von ihren Eltern verstanden. Auch im späteren Alter holen sie dieses Defizit nicht auf und sprechen sehr langsam. Das führt häufig zu der Annahme, sie seien auch geistig unterentwickelt, obwohl sie eine ihrem Alter entsprechende Intelligenz aufweisen.

Im Wahrnehmungsbereich äußern sich motorische Störungen als Einschränkungen der eigenen Körperwahrnehmung, wobei oft auch die Schmerzempfindlichkeit herabgesetzt ist. Die betroffenen Kinder können ihre Kraft nicht richtig einschätzen, verletzen andere, ohne es zu wollen, und haben Mühe, ihr Gleichgewicht zu halten. Ihre Körpermaße sind ihnen nicht bewusst und sie können sich räumlich nur schwer orientieren. Zumeist ist die Bewegungskontrolle dieser Kinder nur mangelhaft ausgebildet. Sie leiden unter überschießenden Bewegungen.

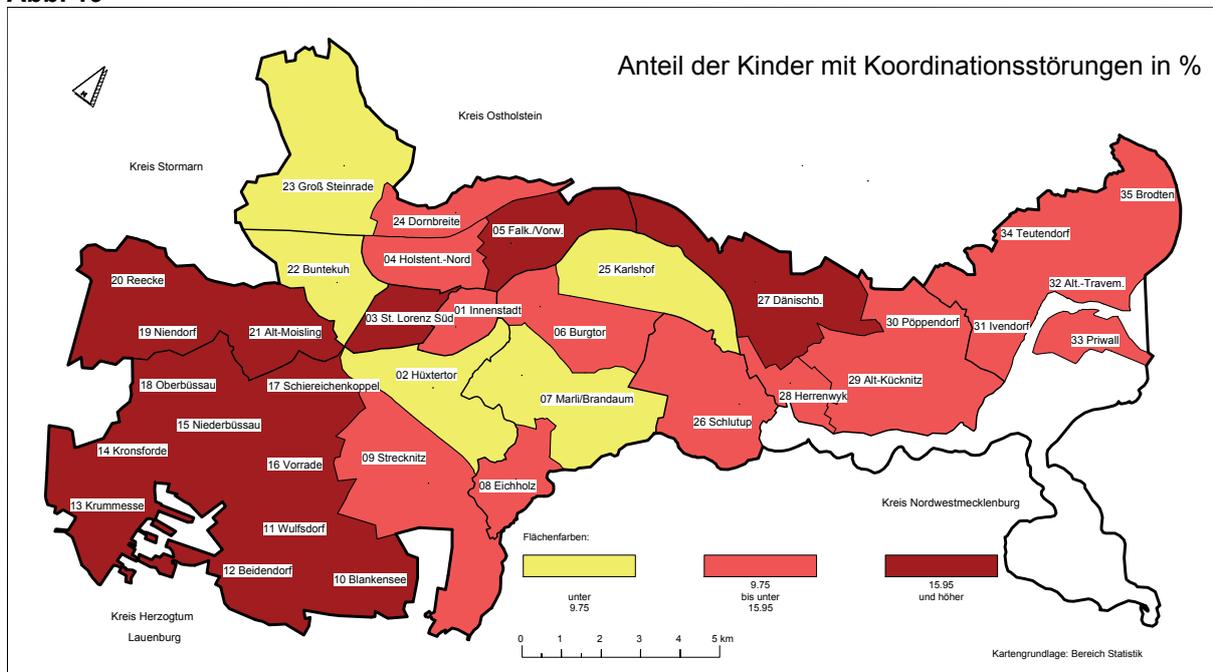
Koordinationsstörungen bei Kindern haben unterschiedliche Ursachen. Sie können auf schädigende Einflüsse, die vor oder während der Geburt eingetreten sind (sog. perinatale Affektionen), zurückzuführen sein. Es kann aber auch eine frühkindliche Hirnschädigung vorliegen. Auch bei Hirnfehlbildungen treten Störungen der motorischen Koordination auf. Oft sind diese Kinder dann aber auch geistig behindert und weisen weitere Fehlbildungen auf. Dazu gehören auch die zerebralen Bewegungsstörungen infolge angeborener Hirnfehlbildungen, genetisch bedingter metabolischer degenerativer Syndrome. Sofern die motorischen Störungen der Kinder auf Entwicklungsstörungen beruhen, können sie

auch durch Vernachlässigung bzw. wenig Ansprache und Anregung der Eltern entstanden sein, hier jedoch meist in Kombination mit noch anderen Entwicklungsstörungen.

Die Überprüfung der Koordinationsfähigkeit wird von den Ärzte/innen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes mittels standardisierter Untersuchungsmethoden durchgeführt. Einschließlich der Koordinationsstörungen, die auf neurologische Erkrankungen zurückzuführen sind, wiesen von den 1.743 Lübecker Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 213 Kinder (12,2 %) auffällige Befunde auf. Davon befanden sich 158 Kinder (74 %) bereits in ärztlicher Behandlung oder in Ergo- bzw. Physiotherapie. 55 Kinder (25,9 %) der koordinationsgestörten Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 wurden jedoch bisher noch nicht behandelt.

Gemessen am Durchschnitt der letzten drei Einschulungsjahrgänge (2004 bis 2006) leiden Jungen (durchschnittlich 20 %) fast viermal häufiger unter motorischen Koordinationsstörungen wie Mädchen (durchschnittlich 5,6 %). Ein Grund dafür kann, sofern es sich hierbei um Entwicklungsstörungen handelt, in dem geschlechtsspezifischen Entwicklungsrückstand von Jungen gegenüber Mädchen liegen. Mit durchschnittlich 8,6 % waren motorische Koordinationsstörungen bei Schulanfänger/innen mit Migrantenhintergrund zwischen 2004 und 2006 weniger stark verbreitet, als bei den deutschen Schulanfänger/innen mit durchschnittlich 11,6 % (s. Tab. 8).

Abb. 19



Quelle: SGU-Daten 2004, 2005 und 2006, Gesundheitsamt, Hansestadt Lübeck

Im Vergleich der durchschnittlichen Häufigkeitswerte der Schulanfänger/innen der Einschulungsjahrgänge 2004 – 2006 zeigt sich, dass insbesondere die Kinder aus St. Jürgen-Land, der Innenstadt, Moising, Falkenfeld/Vorwerk und Dänischburg unter motorischen Koordinationsstörungen leiden (s. Abb. 19). Mit rund 18 % war der Anteil der Schulanfänger/innen, die motorische Koordinationsstörungen aufwiesen, in Moising und St. Lorenz Süd am höchsten. In St. Jürgen-Land, Falkenfeld/Vorwerk und Dänischburg waren zwischen 2004 und 2006 durchschnittlich ca. 16 % der Schulanfänger/innen koordinationsgestört. Die regionalen Unterschiede des Anteils koordinationsgestörter Schulanfänger/innen reichen von 6,1 % im Stadtbezirk Buntekuh bis zu 18,3 % in Moising. Die wenigsten Koordinationsstörungen fanden sich bei den Schulanfänger/innen aus Gr. Steinrade, Karlshof, Huxtertor, Marli/Brandenbaum und Buntekuh, Stadtbezirke die gemessen an der Armutsquote der Kinder mehrheitlich eher zu den sozial benachteiligten Wohngebieten Lübecks zählen. Dass Koordinationsstörungen vorwiegend arme Kinder betreffen, lässt sich mit den Daten der Lübecker Schulanfänger/innen nicht belegen. Für das Auftreten motorischer Koordinationsstörungen bei Kindern sind soziokulturelle und degenerative Faktoren offensichtlich ebenso bedeutsam, wie die sozioökonomischen Verhältnisse.

3.1.5 Verhaltensauffälligkeiten

Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens, kurz Verhaltensstörungen genannt, stehen zunehmend im Mittelpunkt bei den sich ändernden Krankheitsbildern des Kindesalters. Untersuchungen / Screeningtests des Robert-Koch-Institutes des Jahres 2006 haben ergeben, dass hier zu Lande bereits fast 16 % der Kinder zwischen 3 – 6 Jahren (13,1 % der Mädchen und 18,4 % der Jungen) verhaltensauffällig sind. Bei den Lübecker Schuleingangsuntersuchungen der Einschulungsjahrgänge 2004 bis 2006, die ohne den Screeningtest Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) erfolgten, wurden Verhaltensauffälligkeiten hingegen nur bei maximal 4 % der Schulanfänger/innen diagnostiziert (s. Tab. 9). Obwohl sich aus der Datenlage (geringe Fallzahlen) noch keine validen Aussagen ableiten lassen, sollen die Befunde der Verhaltensauffälligkeiten der Lübecker Schulanfänger/innen wegen der zum Teil schwerwiegenden, lebenslänglichen persönlichen und sozialen Konsequenzen, die diese psychische Probleme bei den Kindern nach sich ziehen können, hier erstmals dargestellt werden.

Tab. 9

Verhaltensstörungen bei Lübecker Schulanfänger/innen, 2004 - 2006 in %

Einschulungsjahrgang	gesamt	Jungen	Mädchen	Deutsche	Migranten*
2004	3,5	4,6	2,4	3,7	1,7
2005	4,0	5,1	2,9	3,9	2,8
2006	3,7	4,8	2,4	3,2	2,2

* hierbei handelt es sich um Kinder, mit mind. einem nichtdeutschen Elternteil

Quelle: SGU-Daten 2004, 2005 und 2006, Gesundheitsamt, Hansestadt Lübeck

Bei den Verhaltensauffälligkeiten bzw. Verhaltensstörungen der Kinder im Einschulungsalter handelt es sich zumeist um Hyperkinetische Störungen. Fast die Hälfte (47,6 %) der Verhaltensauffälligkeiten der Lübecker Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 war darauf zurückzuführen. Hyperkinetische Störungen äußern sich durch motorische Unruhe, leichte Ablenkbarkeit und mangelnde Ausdauer. Hyperkinetische Kinder haben eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Sie sind oft achtlos und impulsiv. Bei anderen Kindern sind Hyperkinetische Kinder oft unbeliebt und können leicht isoliert werden. Hyperkinetischen Störungen bei Kindern sind häufig verbunden mit dissozialem Verhalten und niedrigem Selbstwertgefühl.

Mit 19 % standen die sog. Speziellen Verhaltensauffälligkeiten an zweiter Stelle bei den Verhaltensauffälligkeiten der Lübecker Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006. Spezielle Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern im Einschulungsalter liegen vor, wenn die Kinder noch einnässen bzw. einkoten, oder erhebliche Ticstörungen (unwillentliche plötzliche, rasche, nichtrhythmische hervorgerufene Bewegungen oder Laute) aufweisen.

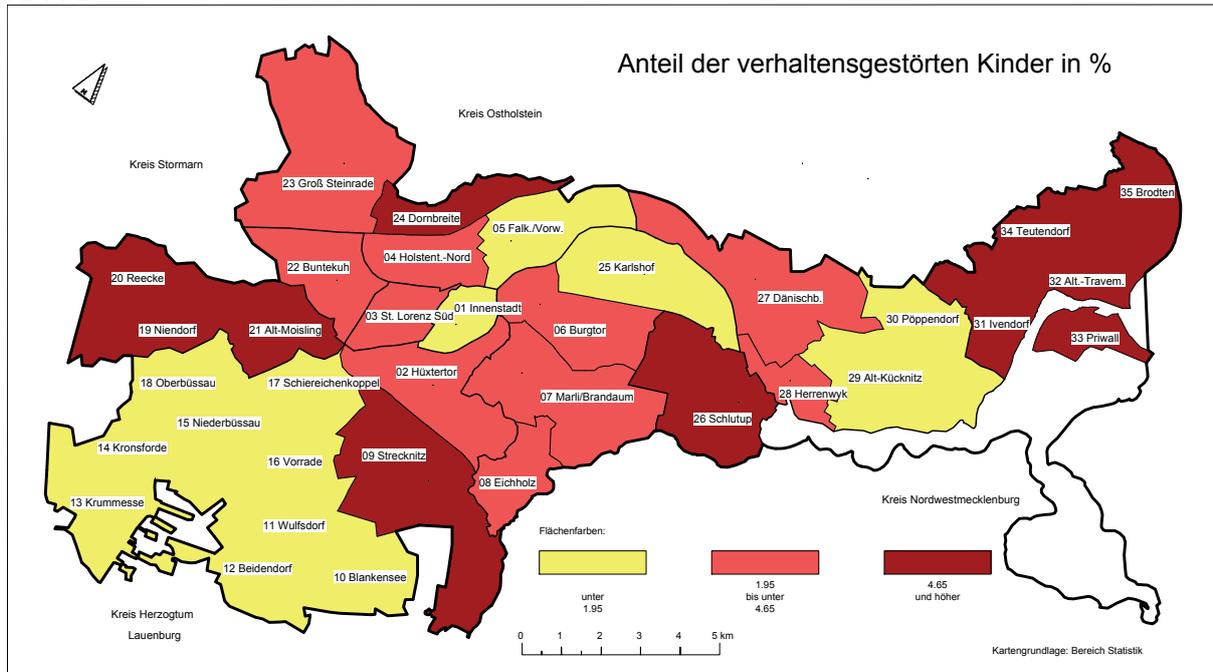
Die Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern haben zumeist genetische und psychosoziale Ursachen. Je später sie auftreten, desto mehr sind psychosoziale Faktoren wie z. B. Über- und Unterforderung, Vernachlässigung oder Gewalt in der Familie dafür verantwortlich zu machen. Das Besondere an der Entstehung vieler Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern ist, dass mehrere Risikofaktoren zusammen kommen müssen. Allein durch genetische oder durch psychosoziale Risikofaktoren werden Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern nur selten hervorgerufen.

Das Verhalten der Lübecker Schulanfänger/innen wird von den Ärzte/innen des Lübecker Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes mittels anamnestischer Gespräche mit den Eltern und durch Beobachtung der Kinder in Bezug auf bestimmte Verhaltenskriterien nach der Bielefelder Definition überprüft. Von den 1.743 Lübecker Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 wiesen 63 Kinder (3,6 %) auffällige Befunde auf. Obwohl Verhaltensstörungen ohne besondere pädagogisch-therapeutische Hilfen nicht oder nur unzureichend überwunden werden können, befanden sich nur 47,6 % (30 Kinder) der verhaltensauffälligen Schulanfänger/innen in Behandlung. Bei den meisten Lübecker Schulanfänger/innen wurde die Verhaltensauffälligkeit offensichtlich erstmals diagnostiziert.

Bei der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern bestehen relativ große Geschlechtsunterschiede. Gemessen am Durchschnitt der letzten drei Lübecker Einschulungsjahrgänge (2004 bis

2006) waren die Jungen (durchschnittlich 4,8 %) im Einschulungsalter fast doppelt so häufig von Verhaltensauffälligkeiten bzw. Verhaltensstörungen betroffen wie die Mädchen dieser Altersgruppe (durchschnittlich 2,5 %). Die Lübecker Schulanfänger/innen mit Migrationshintergrund hingegen weisen durchgängig seltener Verhaltensauffälligkeiten auf. Im Gegensatz zu den deutschen Schulanfänger/innen mit einem Anteil von 3,6 % verhaltensauffälligen Kindern, wurden bei den Lübecker Schulanfänger/innen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt der Einschulungsjahrgänge 2004 bis 2006 nur 2,3 % verhaltensauffällige Kinder registriert (s. Tab. 9).

Abb. 20



Quelle: SGU-Daten 2004, 2005 und 2006, Gesundheitsamt, Hansestadt Lübeck

Regionalisiert nach Stadtbezirken ergeben sich bezogen auf den Anteil von verhaltensauffälligen Kindern noch größere Unterschiede als bei der geschlechtlichen oder ethnischen Zuordnung (siehe Abb. 20). Das Spektrum des durchschnittlichen Anteils verhaltensauffälliger Schulanfänger/innen der Einschulungsjahrgänge 2004 bis 2006 reicht von 1,2 % in der Innenstadt bis 8,6 % in Travemünde. In 6 der 20 Stadtbezirke lag der durchschnittliche Anteil der verhaltensauffälligen Schulanfänger/innen über dem städtischen Durchschnitt von 3,7 %. Mit Ausnahme von Moisling zählen diese Stadtbezirke - gemessen an der Armutsquote der Kinder - mehrheitlich nicht zu den sozial benachteiligten Wohngebieten Lübecks (vgl. Abb. 8). Das deutet darauf hin, dass nicht nur arme Kinder von Verhaltensauffälligkeiten betroffen sind, sondern hauptsächlich Kinder aus etwas bessergestellten Familien. So gesehen sind soziokulturellen Faktoren für das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern mindestens ebenso bedeutsam wie sozioökonomische Faktoren die zusätzlich besonders die Kinder aus ärmeren Familien belasten.

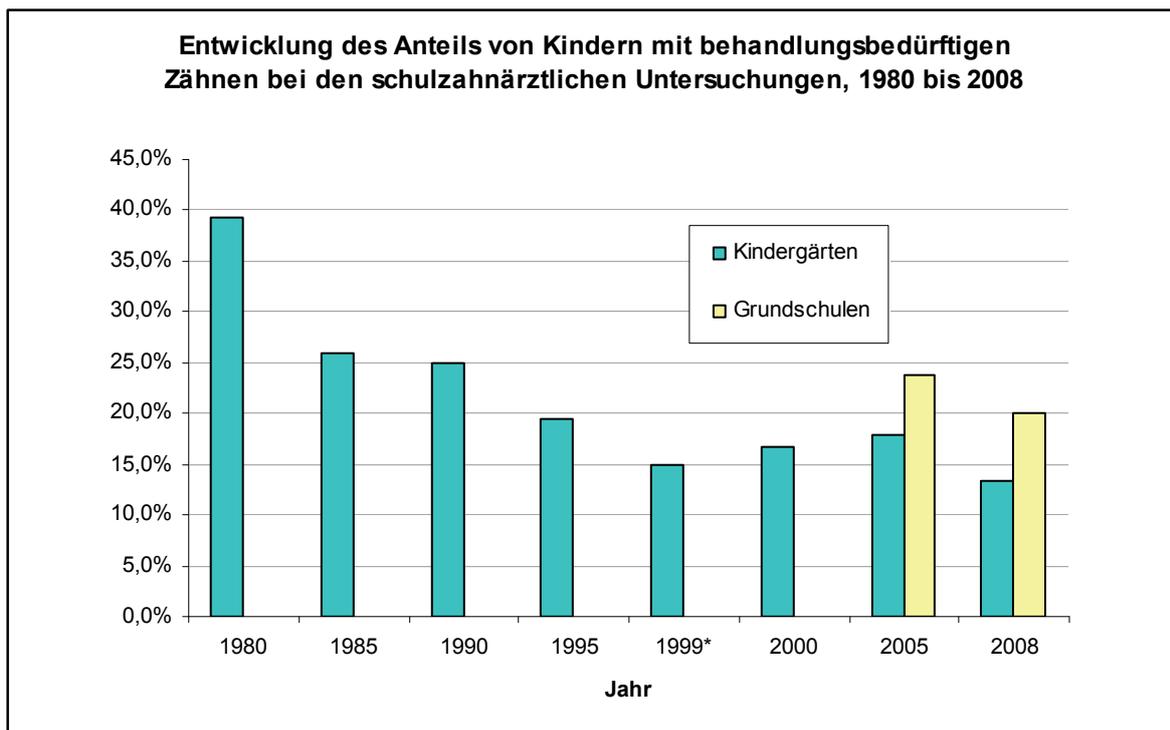
3.2. Zahngesundheit und zahnärztlicher Behandlungsbedarf

Obwohl das Auftreten von Zahnschäden seit vielen Jahren eine rückläufige Tendenz aufweist, gehört die Karies auch bei Kindern und Jugendlichen noch immer zu den häufigsten Krankheiten. Der Prävention kommt hier besondere Bedeutung zu, da die Zähne durch eine frühzeitige Behandlung in ihrer Funktion erhalten werden können und die Ausbildung von schmerzhaften entzündlichen Prozessen verhindert werden kann.

Das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Schleswig-Holstein (Gesundheitsdienstgesetz – GDG) schreibt deshalb vor, dass die Kreise und kreisfreien Städte die Durchführung ... von regelmäßigen Untersuchungen zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Kindertagesstätten und Schulen ... sicherzustellen haben.

Außer zur Beurteilung des Behandlungsbedarfes werden die Ergebnisse auch zur Dokumentation und Analyse epidemiologischer Entwicklungen der Zahngesundheit der Lübecker Kinder und Jugendlichen verwandt. Diese repräsentative Form der Datengewinnung aus einer aufsuchenden Leistung in den Einrichtungen heraus ist von besonderer Wichtigkeit und Aussagekraft, da bei epidemiologischen Untersuchungen in Zahnarztpraxen nur der Ausschnitt der Patienten mit einem überdurchschnittlich guten Vorsorgeverhalten, bei Studien z. B. an Universitätskrankenhäusern dagegen vor allem die Kinder und Jugendlichen mit schwereren Krankheitsbildern erfasst werden.

Abb. 21



Quelle: Zahngesundheitsdaten, 1980 bis 2008, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

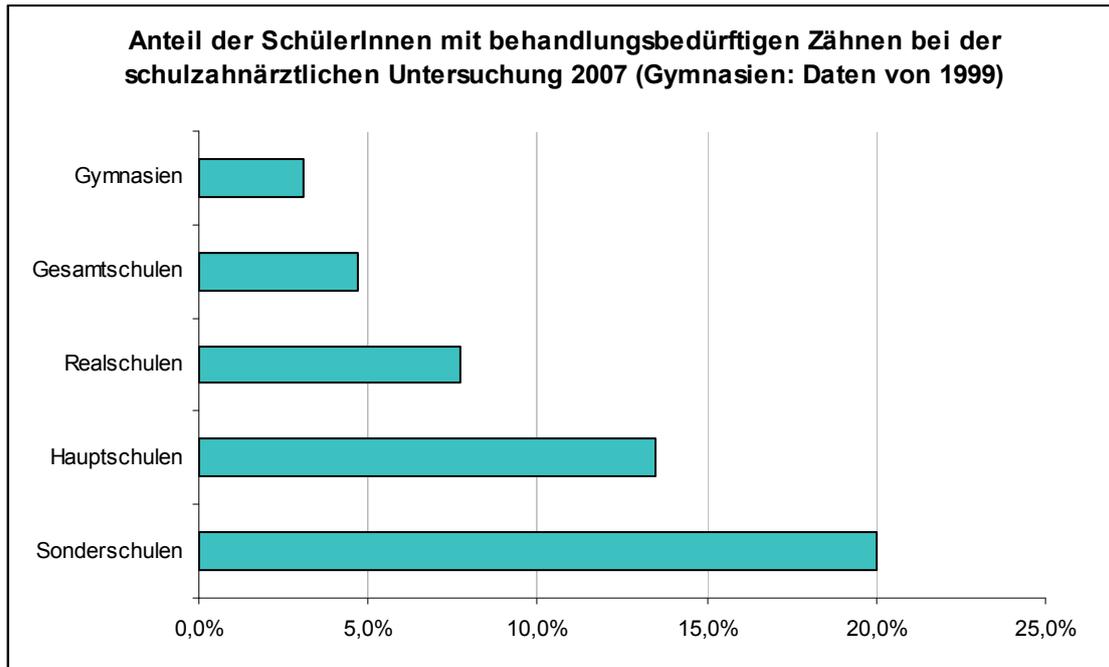
In den Kindergärten ergibt sich im Verlauf des Beobachtungszeitraums eine Verringerung des Behandlungsbedarfes (s. Abb. 21). In Kindertagesstätten sank der Anteil der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen von 39,3 % (1980) bis auf 13,3 % (2008) wobei altersgemäß fast ausschließlich Milchzähne betroffen waren. Der Vergleichswert von 15,0 % (1999*) entstammt dem letzten Kindergesundheitsbericht.

An den Grundschulen sank die Quote der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen von 23,7 % (2005) auf 20,0 % (2008). Hier liegen keine langfristigen Vergleichswerte vor, weil die landeseinheitli-

che Standardisierung der Befundparameter unter Einbeziehung der Milchzähne und der bleibenden Zähne von der hierfür zuständigen AG der Jugendzahnärztlichen Dienste erst nach dem Jahr 2000 erfolgt ist.

Auch der Anteil der Kinder mit naturgesunden Gebissen macht diese positive Entwicklung deutlich. 2005 hatten 71,0 % der Kinder in Kindergärten weder eine kariöse Läsion, noch einen bereits gefüllten Zahn. Dieser Wert lag 1980 erst bei 37,0 % und hat sich über 50,6 % (1985), 55,2 % (1990), 63,3 % (1995) und 65,7 % (Vergleichswert von 1998 aus dem letzten Kindergesundheitsbericht) kontinuierlich erhöht.

Abb. 22



Quelle: Zahngesundheitsdaten 2008, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

Beim Behandlungsbedarf zeigt eine weitere Aufgliederung große Unterschiede zwischen den Schulformen. Die Quote der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen lag an Gymnasien bei 3,1 % (dies sind Daten von 1999 – wegen des geringen Behandlungsbedarfes wurden in den Folgejahren bis 2007 keine flächendeckenden Untersuchungen mehr durchgeführt; eine Lübecker Stichprobe im Jahr 2003 ergab sogar nur noch eine Quote von 2,2 %). Im Jahr 2007 waren die Ergebnisse in Realschulen mit 13,6 % (1999: 7,8 %) und Gesamtschulen mit 7,7 % (1999: 8,1 %) deutlich besser als an den Hauptschulen mit 13,5 % (1999: 19,4 %) und Sonderschulen mit 20,0 % (1999: 24,6 %).

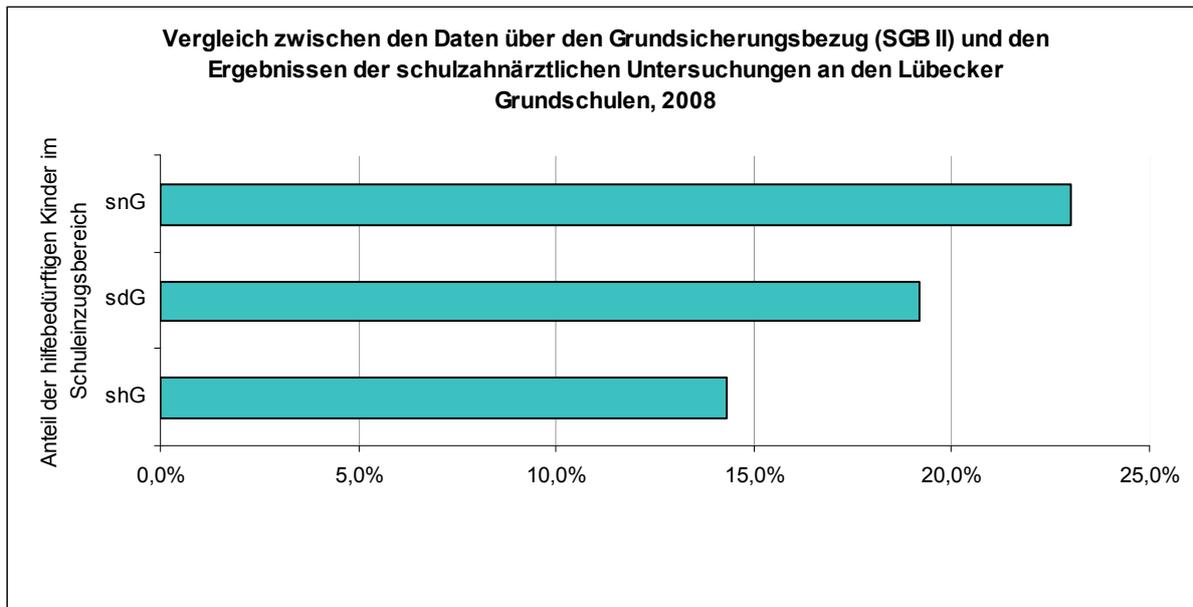
Bei den Sonderschülern reichte die Bandbreite bei den Quoten der Kinder mit behandlungsbedürftigen Zähnen von nur 12,5 % (1999: 13,8 %) an Schulen für Geistig- und Körperbehinderte bis zu 21,0 % (1999: 33,5 %) an den Förderschulen für Lernbehinderte. Für diese starke Verbesserung an der Schulform mit dem höchsten Betreuungsbedarf ist sicherlich auch die Arbeit der jugendzahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter in Kooperation mit der AG Jugendzahnpflege mitverantwortlich. Alle Lübecker Förderschulen für Lernbehinderte werden jährlich mindestens 2- bis 3-mal untersucht und bei den präventiven Maßnahmen mit 6- bis 8-mal jährlichen Fluorideinbürstungen durch Mitarbeiterinnen der AG Jugendzahnpflege betreut.

Die Unterschiede zwischen den Schulformen beim Behandlungsbedarf fanden sich auch bei der Zahl der je Kind durchschnittlich erkrankten Zähne wieder (entsprechend dem international gültigen DMF-T-Index als Summe der kariösen, gefüllten oder wegen Karies bereits gezogenen Zähne). 12-jährige Gymnasiast/innen hatten 2003 (für 2007 sind keine Daten vorhanden, s. o.) durchschnittlich erst 0,4 kariöse oder gefüllte bleibende Zähne. In der gleichen Altersgruppe lagen die Werte im Jahr 2007 bei den Real- und Gesamtschüler/innen mit 0,7 sowie den Haupt- und Sonderschüler/innen mit 1,2 bzw.

1,4 bereits erkrankten Zähnen jeweils darüber. Der rechnerische Mittelwert in Lübeck über alle Schulformen lag für die 12-Jährigen damit bei ca. 0,8 durchschnittlich erkrankten Zähnen.

Dieser DMF-T-Wert unterschreitet bereits die Zielvorgabe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von maximal 1,0 für das Jahr 2010. Die Lübecker Ergebnisse bestätigen sich auch in den anderen schleswig-holsteinischen Kreisen und kreisfreien Städten. Der mittlere DMF-T-Wert lag 2004 dort in dieser Altersgruppe bei 0,93 erkrankten Zähnen, der bundesweite Vergleichswert im Jahr 2004 lautete 0,98 (die Durchführung der maßgeblichen bundesweiten Folgestudie erfolgt erst 2009).

Abb. 23



Quelle: Zahngesundheitsdaten 2008, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

Neben der Auswertung der Zusammenhänge zwischen der Zahngesundheit und der jeweils besuchten Schulform wurde auch eine Analyse unter Einbeziehung der verfügbaren Sozialdaten durchgeführt (Abgleich mit den Grundsicherungsquoten der hilfebedürftigen Kinder nach SGB II, siehe Abb. 23). Eine vollständige kleinräumige Auswertung war nicht möglich, da nicht alle Schuleinzugsgebiete mit den Stadtbezirken deckungsgleich sind. Deutlich wurde aber, dass sich unter den 5 Bezirken mit den höchsten zahnärztlichen Aufforderungsquoten neben Moisling (31,6 %) und Buntekuh (24,3 %) auch 3 Bezirke befanden, die nach den Sozialdaten nicht in der Gruppe mit den höchsten Anteilen an hilfebedürftigen Kindern ab 38,55 % enthalten sind (Schlutup 26,4 %, Eichholz 25,8 % und Kücknitz/Pöppendorf 23,6 %).

Die **Gruppe mit durchschnittlichem Hilfebedarf = sdG** (Schulen in Stadtbezirken mit Anteilen an hilfebedürftigen Kindern von 12,15 % bis unter 38,55 %) **[im Weiteren: „Gruppe mit hohem Hilfebedarf = snG“ ab 38,55 – „Gruppe mit niedrigem Hilfebedarf = shG“ unter 12,15]** hatte mit 19,2 % eine Aufforderungsquote nahe dem Mittelwert aller untersuchten Grundschulen von 20,0 %. Wie die Abbildung 23 zeigt, wurden die Kinder aus der snG überdurchschnittlich oft zur Behandlung in eine Zahnarztpraxis geschickt (23,0 % der Untersuchten), in der shG war auch der Behandlungsbedarf geringer (14,3 %). Ein Vergleich zum Kindergesundheitsbericht von 1998 ist nicht möglich, weil die landeseinheitliche Standardisierung der Befundparameter in Grundschulen erst nach dem Jahr 2000 erfolgt ist (s. o.).

Bei den schulzahnärztlichen Untersuchungen wird auch auf Kieferfehlstellungen geachtet. Der häufigste Zeitpunkt für den Beginn kieferorthopädischer Behandlungen lag früher zwischen dem 10. und 12. Lebensjahr, hat sich durch den verstärkten Einsatz festsitzender Apparaturen aber bis in die Altersgruppe der ca. 14-Jährigen verlagert. Bei starken Fehlstellungen, die z. B. Auswirkungen auf die Sprachentwicklung haben können, schädlichen Angewohnheiten wie Lippenbeißen und Zungenpressen oder Störungen des Zahndurchbruchs usw. wird aber auch schon vorher eine Aufforderung zur

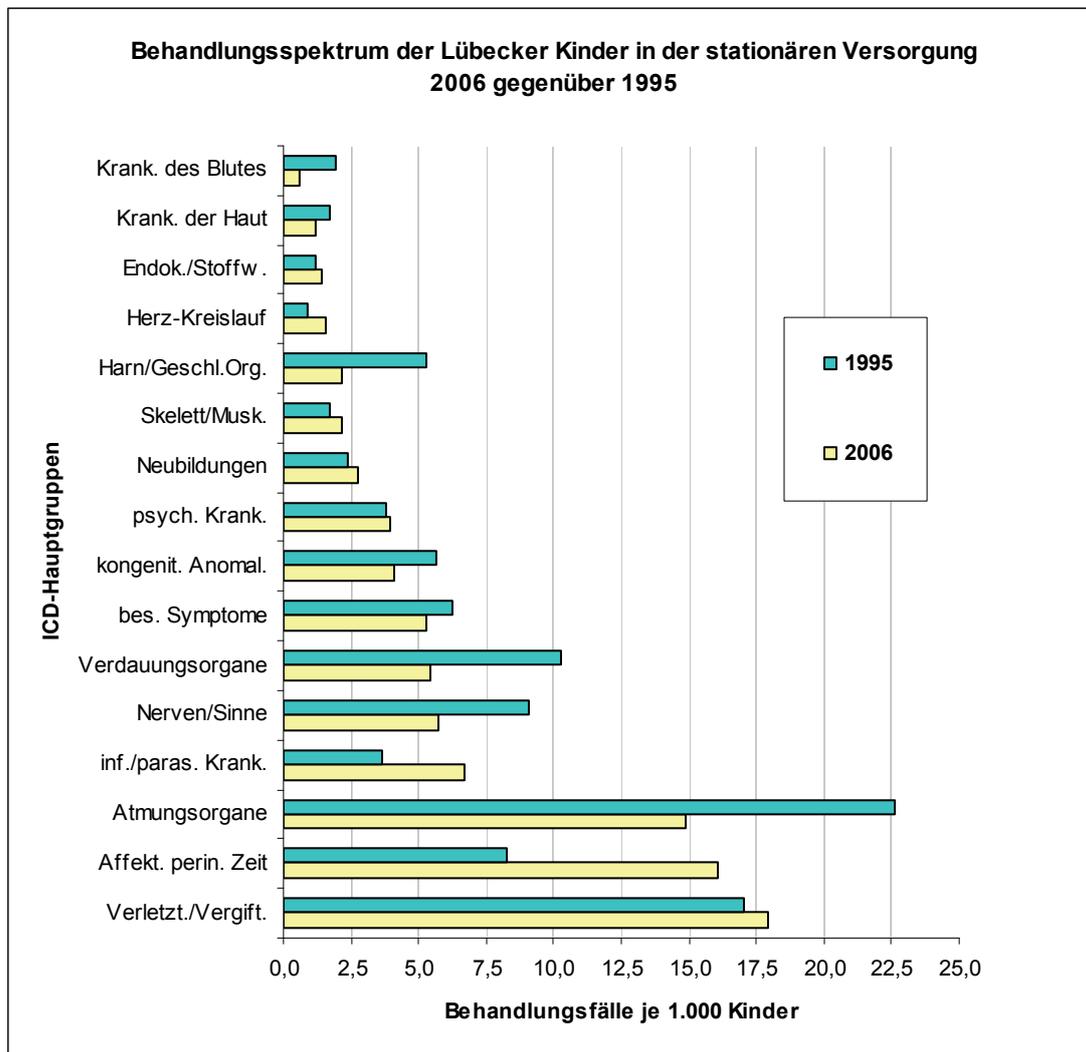
Vorstellung in einer kieferorthopädischen Praxis ausgestellt. Der Anteil der aufgeforderten Kinder und Jugendlichen lag im Schuljahr 2007/08 bei nur noch 0,9 % (1998: 3,4 %). Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass der Behandlungsbeginn mit der o. g. zeitlichen Verschiebung vermehrt in den Klassenstufen 5 bis 8 erfolgt, in denen keine flächendeckenden Reihenuntersuchungen mehr durchgeführt werden.

Der Anteil der Kinder, die im für kieferorthopädische Behandlungsapparaturen typischen Lebensalter tatsächlich eine Zahnspange tragen, wurde exemplarisch zuletzt im Schuljahr 1999/2000 in den fünften Schulklassen ausgewertet (41,6 %). Auffällig war hierbei der Unterschied zwischen den Mädchen (44,8 %) und den Jungen (38,9 %) und der schon bei der Behandlung der Karies festgestellte unterschiedliche Versorgungsgrad in den verschiedenen Schulformen (über 50 % der Gymnasiast/innen und Realschüler/innen gegenüber nur 36 % der Hauptschüler/innen und 28 % der Förderschüler/innen).

3.3. Häufige Diagnosen bei Kindern in der klinischen Behandlung (ambulant und stationär)

Wie gesund bzw. wie krank die Lübecker Kinder sind, lässt sich insbesondere auch an den Krankenhausbehandlungen der Kinder ablesen. Von den insgesamt 43.325 stationären Lübecker Krankenhausbehandlungsfällen des Jahres 2006 entfielen 2.557 oder 5,9 % auf Kinder unter 15 Jahren. Zum Vergleich: 1995 machten die Behandlungsfälle der Kinder noch 8,7 % (3.034 Behandlungsfälle) der stationären Lübecker Krankenhausbehandlungsfälle (35.600 Behandlungsfälle) aus. Gegenüber dem Jahre 1995 ist der Anteil der stationären Krankenhausbehandlungen der Lübecker Kinder um 15,5 % zurückgegangen. Die stationäre Behandlungsrate (Behandlungsfälle pro 1.000 Kinder) sank von 101,6 in 1995 auf 92,0 Behandlungsfälle pro 1.000 Kinder in 2006.

Abb. 24

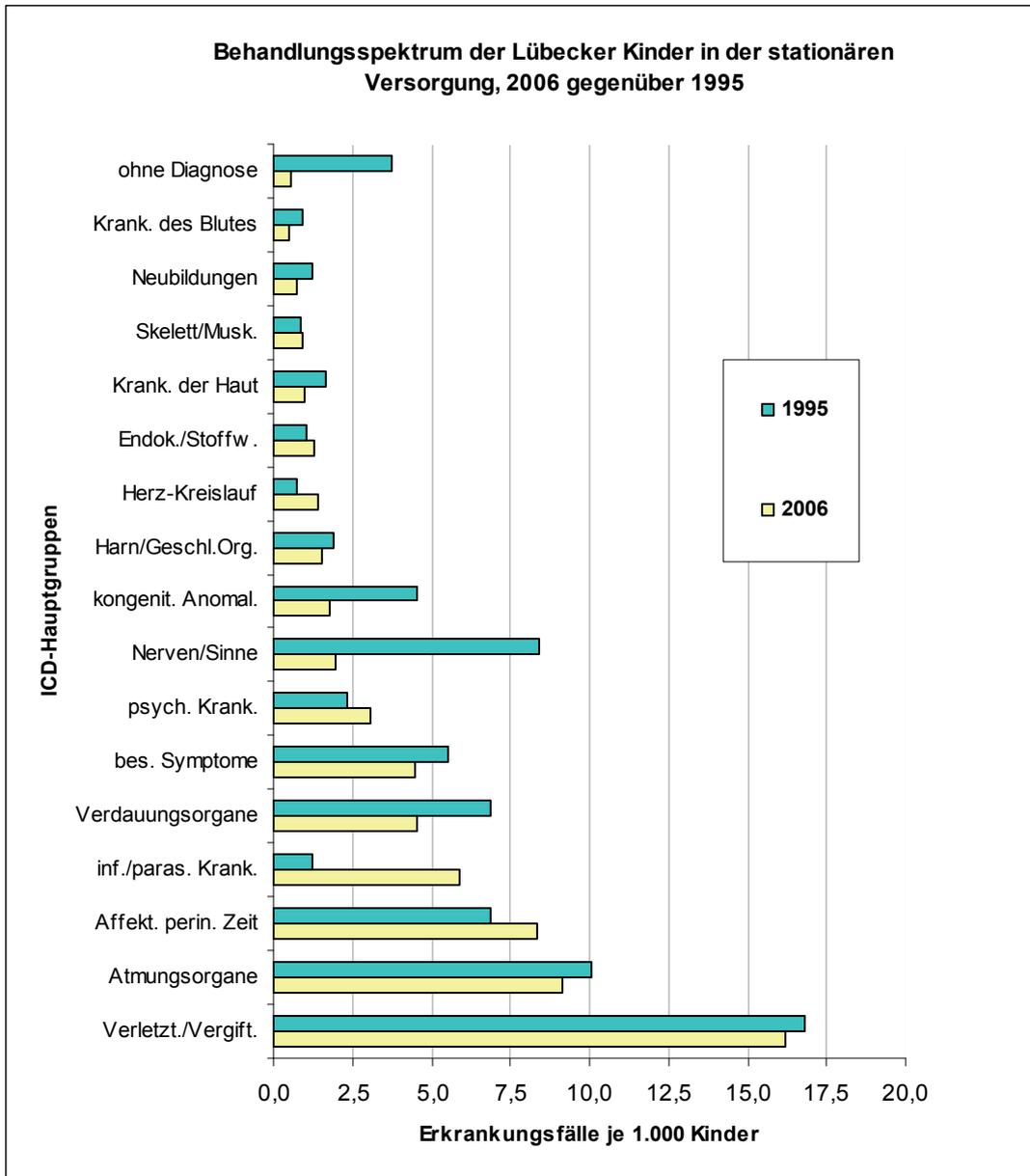


Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein bzw. Statistisches Landesamt Schleswig-Holstein

Wie in Abb. 24 ersichtlich wird, ist der Rückgang der Krankenhausbehandlungen der Lübecker Kinder ganz wesentlich auf die Abnahme der Behandlungsfälle von Krankheiten des Atmungssystems, des Verdauungssystems, des Nervensystems und der Krankheiten des Urogenitalsystems (Harn/Geschl.Org.) zurückzuführen. Insbesondere bei diesen Krankheiten mussten sich die Lübecker Kinder 2006 deutlich seltener einer stationären Krankenhausbehandlung unterziehen als noch vor elf Jahren. Zugenommen haben dagegen die Behandlungsfälle bei infektiösen und parasitären Krankhei-

ten und Affektionen mit Ursprung in der Perinatalperiode wie z.B. Frühgeburten, Verletzungen und Vergiftungen, Neubildungen, Krankheiten des Kreislaufsystems, Endokrine-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und psychiatrische Erkrankungen und Verhaltensstörungen (s. Abb. 24).

Abb. 25



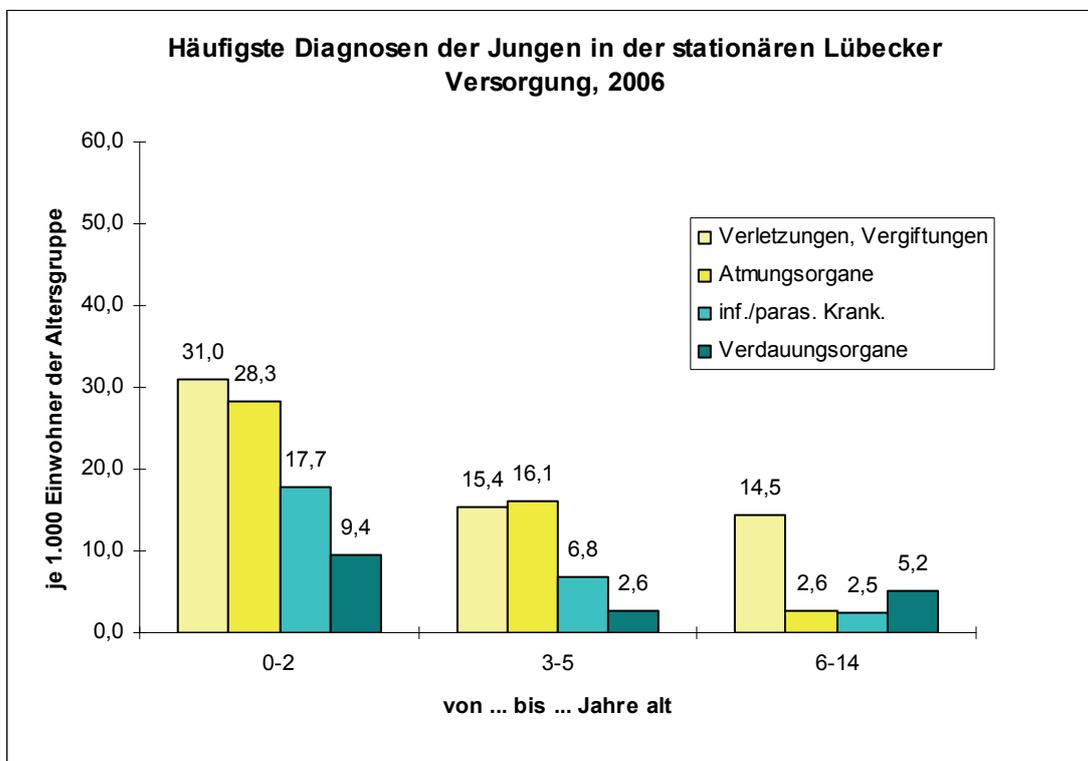
Quelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck und der Vorwerker Fachklinik

Im Verhältnis zu 1995 hat sich nicht nur die Krankenhausbehandlungsquote (Behandlungsfälle/Anzahl der Behandlungen pro 1.000 Kinder) der Lübecker Kinder verringert, auch die Krankenhauspatientenquote (Erkrankungsfälle/Anzahl der erkrankten Kinder pro 1.000 Kinder) ist gesunken, und zwar von 74,8 Kinder pro 1.000 Kinder in 1995 auf 65,1 Kinder pro 1.000 Kinder in 2006. Statt 2.230 Kinder, wie in 1995, mussten in 2006 in den Lübecker Kinderkliniken (der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikum SH und der Vorwerker Fachklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie) nur noch 1.810 Kinder (999 Jungen und 811 Mädchen) stationär versorgt werden. Mit 71,3 Erkrankungsfällen je 1.000 Kinder war die Patientenquote bei den Jungen deutlich höher als bei den Mädchen, mit 59,2 Erkrankungsfällen je 1.000 Kinder.

Allein der Rückgang der Zahl der stationären behandelten Kinder besagt jedoch noch nicht, dass sich der Gesundheitszustand der Lübecker Kinder verbessert hat, da eine unbestimmte Zahl von Kindern, die in anderen Krankenhäusern (z. B. Belegkrankenhäuser) behandelt wurden, statistisch nicht erfasst wurde. Im Übrigen ist davon auszugehen, dass die Kinder aufgrund ihrer niedrigeren Morbidität und des Vorranges der ambulanten Versorgung in 2006 mehr noch als damals (1995) ambulant versorgt wurden, so dass sich die Zahl der stationär behandelten Kinder auch dadurch verringert haben kann. Abgesehen von den Unbestimmtheiten der Datenlage und der eingeschränkten Vergleichbarkeit der Ergebnisse hat sich an der nach Häufigkeit der Erkrankungsfälle gestaffelten Rangfolge der Krankheitsgruppen (ICD-Hauptgruppen) der Kinder kaum etwas verändert. Nach wie vor müssen die Lübecker Kinder hauptsächlich aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen stationär behandelt werden. Die Patientenquote der stationär behandelten, verletzten oder vergifteten Kinder war mit 16,2 Erkrankungsfällen je 1.000 Kinder in 2006 nur unwesentlich geringer als 1995 (16,8 Erkrankungsfälle je 1.000 Kinder). Die Krankheiten des Atmungssystems zählten, wie schon 1995, zu den zweithäufigsten stationär versorgten Krankheiten der Kinder, wenngleich die Patientenquote mit 9,1 Erkrankungsfällen je 1.000 Kinder in 2006, gegenüber 1995 (10,1 Erkrankungsfälle je 1.000 Kinder) etwas niedriger war (s. Abb. 25).

An Bedeutung gewonnen haben die Krankheiten bzw. Affektionen mit Ursprung in der Perinatalperiode. Diese Krankheiten, die ausschließlich nur Säuglinge betreffen, nehmen jetzt (2006) in der Rangfolge der Krankheiten der stationär behandelten Lübecker Kinder den dritten Platz ein (s. Abb. 25). Mit 8,3 Erkrankungsfällen je 1.000 Kinder lag die Patientenquote in 2006 deutlich über der des Jahres 1995, wo 6,9 Erkrankungsfälle je 1.000 Kinder registriert wurden. An die vierte Stelle der Krankheitsgruppen (ICD-Hauptgruppen) der stationär behandelten Kinder aufgerückt sind die infektiösen und parasitären Krankheiten, die in 1995 noch eine unwesentliche Rolle spielten (12.Rang), sich aber in den letzten Jahren bundesweit stark ausgebreitet haben, was auch die stationär behandelten Erkrankungsfälle der Lübecker Kinder in 2006 deutlich ansteigen ließ (s. Abb. 25). Umfasste die Patientenquote der stationär behandelten Lübecker Kinder bei infektiösen und parasitären Krankheiten in 1995 nur 1,2 Erkrankungsfälle je 1.000 Kinder, so wurden in 2006 in dieser Krankheitsgruppe 5,9 Erkrankungsfälle je 1.000 Kinder verzeichnet.

Abb. 26

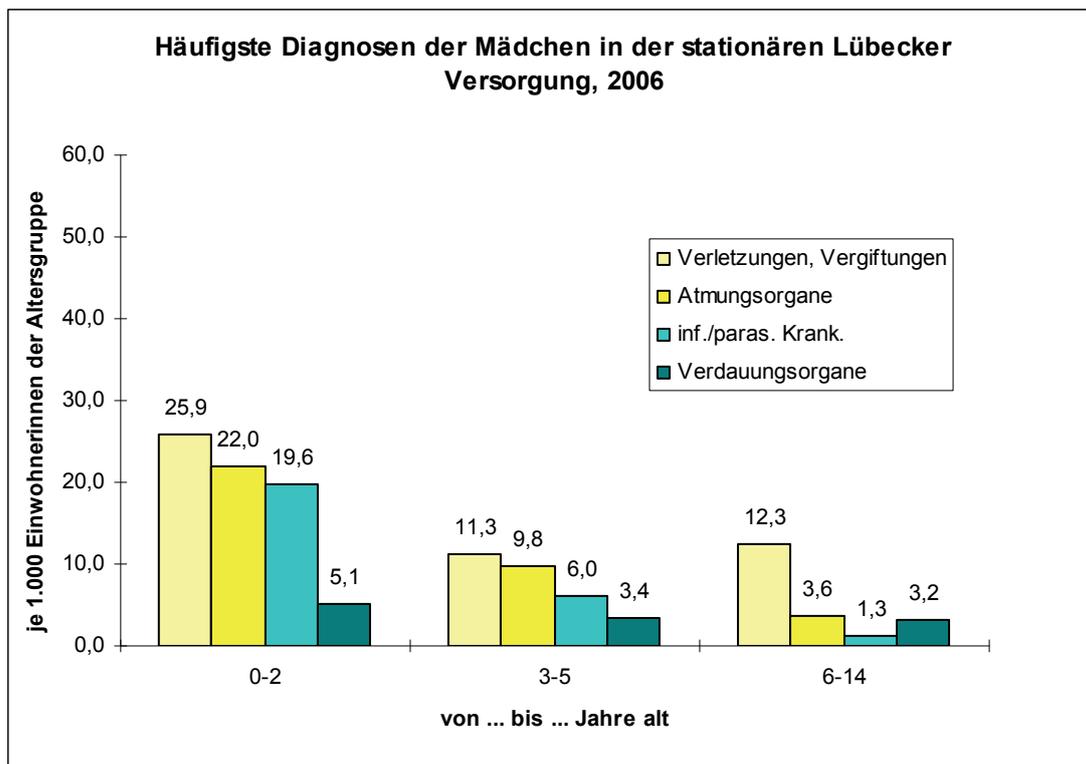


Quelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck und der Vorwerker Fachklinik

Nicht nur insgesamt, bei allen Krankheitsgruppen zusammengenommen, sondern auch bei den vier meistbehandelten Krankheitsgruppen (ICD-Hauptgruppen) der stationär versorgten Lübecker Kinder schneiden die Jungen schlechter ab als die Mädchen (vgl. Abb. 26 u. Abb. 27). Nach Geschlecht und Altersgruppen unterteilt und mit den entsprechenden Zahlen der Lübecker Kinderbevölkerung ins Verhältnis gesetzt, wird deutlich, dass das Krankheitsrisiko bei den unter 2-jährigen Kindern und hier insbesondere bei den Jungen am höchsten ist. Die erhöhte Morbidität der Jungen zeigt sich besonders bei den Verdauungsorganerkrankungen der unter 2-Jährigen und den Atmungsorganerkrankungen der 3- bis 5-Jährigen, sowie bei den infektiösen und parasitären Erkrankungen der 6- bis 14-Jährigen.

Abgesehen von den Verletzungen und Vergiftungen, die weniger als Krankheiten, denn als durch Unfall verursachte gesundheitlich Einschränkungen gelten können, nimmt die Morbidität der Kinder im Laufe des Alters in allen der vier dargestellten Krankheitsgruppen kontinuierlich ab. Das war auch 1995 nicht wesentlich anders, wenngleich die Patientenquoten damals je nach Geschlecht und Altersgruppe bei den Krankheiten der Atmungsorgane etwas niedriger und bei den Krankheiten der Verdauungsorgane etwas höher war. In 1995 wurden z. B. bei den unter 2-jährigen Mädchen bei den Krankheiten der Atmungsorgane nur 16,6 Erkrankungsfälle je 1.000 Mädchen registriert. Mit 13,3 Erkrankungsfällen je 1.000 Jungen bzw. 9,3 Erkrankungsfällen je 1.000 Mädchen z. B. waren Verdauungsorganerkrankungen bei den unter 2-jährigen Kindern damals (1995) jedoch deutlich mehr verbreitet (vgl. Abb. 21 und 22, Lübecker Kindergesundheitsbericht, 2000).

Abb. 27



Quelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck und der Vorwerker Fachklinik

3.3.1. Verletzungen und Vergiftungen

Immer noch erkranken die meisten der Lübecker Kinder an Unfallverletzungen (Verletzungen und Vergiftungen). Im Laufe des Jahres 2006 mussten deswegen in der Lübecker Klinik für Kinderchirurgie des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein 450 Lübecker Kinder stationär behandelt werden. Bezogen auf die 1.810 stationär behandelten Lübecker Kinder des Jahres 2006 machte der Anteil der verletzten und vergifteten Kinder 24,9 % aus. Bei den in 2006 ambulant behandelten Lübecker Kindern der Lübecker Klinik für Kinderchirurgie des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein belief sich der Anteil der Kinder, die an einer Verletzung oder Vergiftung litten, sogar auf 33,7 % (3.019 Kinder). Mit 16,2 verletzten oder vergifteten Kindern je 1.000 Kinder lag die stationäre Patientenquote der Lübecker Kinder in 2006 fast gleichauf mit der des Jahres 1995, wo 16,8 verletzte oder vergiftete Kinder je 1.000 Kinder registriert wurden (s. Abb. 25). Die ambulante Patientenquote der verletzten oder vergifteten Lübecker Kinder die in der Lübecker Klinik für Kinderchirurgie des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein behandelt wurden, umfasste 108,9 Erkrankungsfälle je 1.000 Kinder.

Die ICD-Hauptgruppe „Verletzungen und Vergiftungen“ beschreibt das breite Spektrum der Schäden von Unfällen, wie: Knochenbrüche, Verrenkungen und Verstauchungen der Gelenke, innere Verletzungen der Organe und des Gehirns, offene Wunden der Extremitäten und des Kopfes, Hautverletzungen, Prellungen, Quetschungen, Verbrennungen sowie Vergiftungen durch Medikamente, Alkohol und andere toxische Substanzen, um nur einige zu nennen.

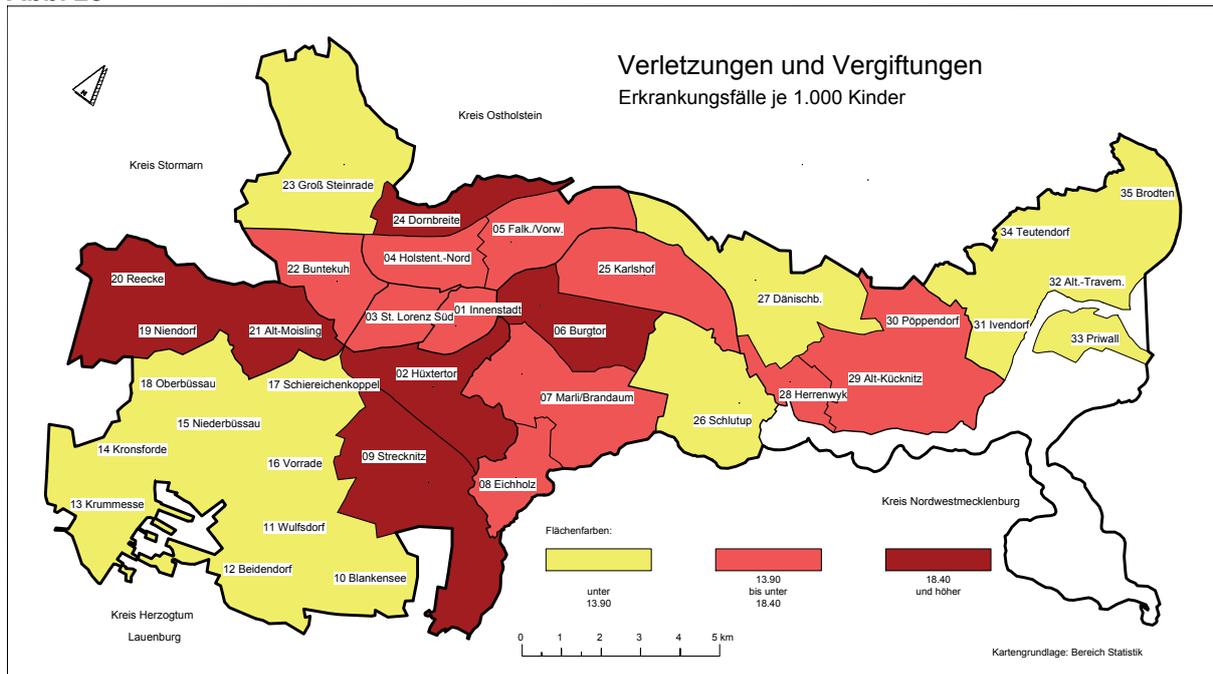
Die meisten Unfälle der Lübecker Kinder haben innere Verletzungen und Frakturen zur Folge und betreffen hauptsächlich den Kopf und die Extremitäten. Allein 53,6 % der 450 stationär versorgten Unfallschäden der Lübecker Kinder des Jahres 2006 waren Kopfverletzungen, wobei es sich zumeist (zu 78 %) um intrakranielle Verletzungen bzw. Gehirnerschütterungen handelte. 15,3 % der unfallverletzten Lübecker Kinder, die 2006 stationär behandelt wurden, wiesen Verletzungen (zu 91 % Frakturen) an den Ober- oder Unterarmen auf. Bei 6,3 % der unfallverletzten Kinder wurden Verletzungen am Ober- oder Unterschenkel diagnostiziert. Der Anteil der Verletzungen an den Verletzungs- und Vergiftungsfällen der stationär behandelten Lübecker Kinder des Jahres 2006 umfasste insgesamt 88,4 %. 4,4 % der in 2006 stationär behandelten Lübecker Kinder der ICD-10 Hauptgruppe S00-T98 litten unter Verbrennungen oder Verätzungen. Der Anteil der Vergiftungsfälle der ICD-10 Hauptgruppe S00-T98 belief sich auf 7,1 %.

Unfälle sind stark verhaltensbedingt. Aufgrund ihres unkontrollierten Bewegungs- und Experimentierdranges sind Kinder extrem unfallgefährdet. Ca. 2 Millionen (15 %) der in Deutschland lebenden Kinder unter 15 Jahren müssen alljährlich wegen eines Unfalles medizinisch behandelt werden. Davon bedurften im Jahre 2004 ca. 208.000 Kinder der stationären Versorgung, was einem Anteil von ca. 17,4 Erkrankungsfällen je 1.000 Kinder entspricht. Im Vergleich dazu war die stationäre Patientenquote der Verletzungen und Vergiftungen bei den Lübecker Kindern mit 16,8 Erkrankungsfällen je 1.000 Kinder im Jahre 2006 etwas niedriger.

Nach wie vor sind in Lübeck die Jungen im Verhältnis zu Mädchen häufiger in Unfälle verwickelt bzw. erleiden häufiger als diese Verletzungen und Vergiftungen und das unabhängig vom Alter (s. Abb. 26 u. 27). Mit 17,8 Verletzungs- bzw. Vergiftungsfällen pro 1.000 Jungen lag die stationäre Patientenquote der Jungen in 2006 um ca. 21 % über der der Mädchen mit 14,7 Verletzungs- bzw. Vergiftungsfällen pro 1.000 Mädchen. Die ambulante Patientenquote der Jungen (121,5 Erkrankungsfälle pro 1.000 Jungen) war sogar um 26,6 % höher als die der Mädchen (96,0 Erkrankungsfälle pro 1.000 Mädchen). Das höchste Unfallrisiko haben in Lübeck - gemessen allein an den stationären behandelten Erkrankungsfällen - die 0-2-jährigen Jungen mit 31,0 Verletzungs- bzw. Vergiftungsfällen pro 1.000 Jungen, gefolgt von den 3-5-jährigen Jungen mit 15,4 Verletzungs- bzw. Vergiftungsfällen pro 1.000 Jungen dieser Altersgruppe.

Viele Erkrankungen der Kinder führen nicht nur in die Versorgung der Krankenhäuser, sondern werden zumeist auch bei niedergelassenen Kinderärzten/innen, Hausärzten/innen und sonstigen Fachärzten/innen behandelt. Dieses gilt auch für die Verletzungen und Vergiftungen, deren Krankenhausbehandlungsfälle nur einen Ausschnitt der Unfallrealität der Kinder widerspiegeln. Gleichwohl können die Krankenhausbehandlungsdaten dazu beitragen, das Unfallrisiko der Lübecker Kinder in den einzelnen Stadtbezirken einzuschätzen und mögliche Ursachen zu benennen.

Abb. 28



Quelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck

Werden die stationär behandelten Verletzungen bzw. Vergiftungen den Kinderbevölkerungen der Stadtbezirke zugeordnet, zeigen sich deutliche regionale Unterschiede. Die stationären Patientenquoten der verletzten und vergifteten Kinder reichen von 8,0 Erkrankungsfällen pro 1.000 Kinder in Dänischburg bis zu 22,7 Erkrankungsfällen pro 1.000 Kinder im Stadtbezirk Moisling. Wie den Anteilswerten in Abb.28 zu entnehmen ist, sind außer den Kindern des Stadtbezirkes Moisling insbesondere auch die Kinder aus Strecknitz, Dornbreite, Hüxtertor und Burgtor häufiger von Unfällen betroffen. Der Anteil der stationär versorgten Kinder lag hier in 2006 zwischen 18,4 und 22,7 Erkrankungsfälle pro 1.000 Kinder. Gemessen daran waren die Verletzungs- und Vergiftungsquoten der Kinder aus Dänischburg, Travemünde, Schlutup, St. Jürgen-Land und Gr. Steinrade mit 8,0 bis 13,5 Erkrankungsfällen pro 1.000 Kinder verhältnismäßig niedriger.

Dass Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozial-ökonomischen Status häufiger von Unfällen betroffen sind, geht aus dem Abgleich (Korrelationsanalyse) der stationären und ambulanten Verletzungs- bzw. Vergiftungsquoten mit den Armutquoten (Grundsicherung SGBII) der Stadtbezirke nicht hervor (vgl. Abb. 23 u. Abb. 28). Allein die erhöhten stationären Verletzungsraten der Kinder aus den statushöheren Stadtbezirken Burgtor, Hüxtertor und Strecknitz weisen schon darauf hin, dass die Unfallrisiken der Lübecker Kinder weitaus vielschichtiger sind und sich nicht nur auf Faktoren sozialer Benachteiligungen reduzieren lassen.

Auch in Bezug auf die Wohnsituation lassen sich keine eindeutigen Zusammenhänge zum Unfallrisiko der Kinder erkennen. Stadtgebiete mit einer hohen Besiedlungsdichte wie Buntekuh, Holstentor Nord und die Innenstadt weisen vergleichsweise niedrigere Verletzungs- und Vergiftungsraten der Kinderbevölkerung auf als Stadtgebiete mit geringerer Besiedlungsdichte wie Strecknitz und Burgtor (vgl. Abb. 14 u. Abb. 28).

Wie schon 1998 ersichtlich wurde, lassen sich die ansonsten gültigen Aussagen zu erhöhten Unfallrisiken von Kindern aus sozialschwachen Schichten mit den Krankenhausbehandlungsdaten nicht belegen. Um genauere Aussagen zu den regionalen bzw. schichtbezogenen Unfallrisiken der Lübecker Kinder treffen zu können, müssen noch weitere kleinräumige Datenquellen z. B. die ambulanten Behandlungsdaten der niedergelassenen Ärzte/-innen und die Straßenverkehrsunfallsdaten der Polizei erschlossen und in die Untersuchungen einbezogen werden.

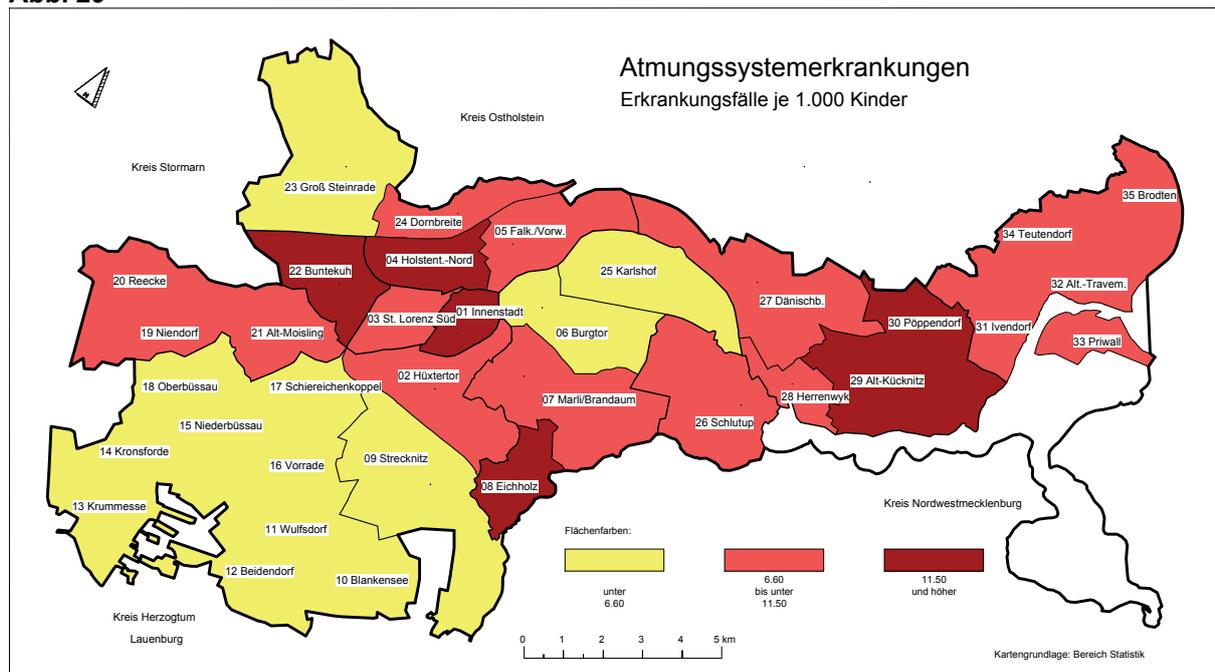
3.3.2. Erkrankungen des Atmungssystems

Die Krankheiten des Atmungssystems bzw. die Atemwegserkrankungen zählen zu den häufigsten akuten und chronischen Krankheiten des Kindesalters. Das wird u. a. auch darin deutlich, dass diese Krankheiten bei den Krankenhausbehandlungsanlässen von Kindern gleich hinter den Verletzungen und Vergiftungen an zweiter Stelle stehen. Von den 1.810 stationär behandelten Lübecker Kindern des Jahres 2006 litten über 14 % (254 Kinder, 141 Jungen und 113 Mädchen) an Atemwegserkrankungen. Von den 8.951 ambulant behandelten Lübecker Kindern der Lübecker Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein des Jahres 2006 waren 13,1 % am Atmungssystem erkrankt. Gegenüber 1995 ist die stationäre Patientenquote der Lübecker Kinder bei den Atemwegserkrankungen in 2006 leicht, von ehemals 10,1 auf 9,1 Erkrankungsfälle je 1.000 Kinder gesunken (s. Abb. 25). Gleichwohl sind die Atemwegserkrankungen, wie die große Zahl der ambulant behandelten Kinder zeigt, bei den Lübecker Kindern immer noch stark verbreitet. Allein nur in der Lübecker Klinik für Kinder- und Jugendmedizin mussten im Jahre 2006 1.172 Kinder (655 Jungen und 517 Mädchen), das sind 42 Kinder je 1.000 Lübecker Kinder, wegen Atemwegserkrankungen ambulant behandelt werden.

Die stationär behandelten Atemwegserkrankungen bei Kindern beziehen sich hauptsächlich auf akute Infektionen. Von den insgesamt 254 Lübecker Kindern, die 2006 in der Lübecker Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein aufgrund von Atemwegserkrankungen stationär versorgt werden mussten, waren 71 % an akuten Infektionen wie z. B. akuter Bronchitis, Lungenentzündung oder akuter Tonsillitis (Mandelentzündung) erkrankt. Zu den häufigsten chronischen Atemwegserkrankungen der Lübecker Kinder, die stationär behandelt werden mussten, zählten in 2006 Erkrankungen der Rachen- und Gaumenmandeln. Rund 20 % der stationär behandelten Lübecker Kinder mit Atemwegserkrankungen waren daran erkrankt.

Dass Jungen häufiger erkranken und behandelt werden müssen als Mädchen, wird besonders auch bei den Atemwegserkrankungen offensichtlich. Im Gegensatz zu den Lübecker Mädchen, bei denen bei den Atemwegserkrankungen in 2006 auf 1.000 Mädchen 8,2 stationär behandelte Erkrankungsfälle entfielen, verzeichneten die Lübecker Jungen eine stationäre Patientenquote von 10,1 Erkrankungsfälle je 1.000 Jungen. Ausschlaggebend dafür ist hauptsächlich das erhöhte Erkrankungsrisiko der 3- bis 5-jährigen Lübecker Jungen, deren stationäre Patientenquote mit 16,1 Erkrankungsfällen je 1.000 Jungen in 2006 um rund 65 % höher war als die der gleichaltrigen Lübecker Mädchen (9,8 Erkrankungsfälle je 1.000 Mädchen).

Abb. 29



Quelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck

Das höchste Erkrankungsrisiko tragen wegen ihres besonders sensiblen Immunsystems die Säuglingen und Kleinkinder. In keiner anderen Altersgruppe war die stationäre Patientenquote 2006, wie schon 1995, annähernd so hoch wie bei den 0- bis 2-jährigen Kindern (s. Abb. 26 u. 27). Von 1.000 der unter 2-jährigen Lübecker Kinder mussten 25 wegen Atemwegserkrankungen stationär in der Lübecker Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein behandelt werden. In 1995 wurden bei den unter 2-jährigen Lübecker Kindern 23 stationär behandelte Erkrankungsfälle je 1.000 Kinder registriert.

Im intraregionalen Vergleich der stationären Patientenquoten zeigt sich, dass in 2006 insbesondere die Kinder aus Buntekuh, Holstentor Nord, Eichholz, Kücknitz/Pöppendorf und der Innenstadt von Atemwegserkrankungen betroffen waren (s. Abb. 29). Je 1.000 Kinder wurden in diesen Stadtbezirken mehr als 11,5 stationär versorgte Erkrankungsfälle registriert. Die regionalen Unterschiede der Atemwegserkrankungen reichten von 2,5 Erkrankungsfällen je 1.000 Kinder in Burgtor bis zu 46,1 Erkrankungsfällen in Kücknitz/Pöppendorf. Gegenüber 1995 hat sich das Verteilungsspektrum allerdings etwas verändert. In den Stadtbezirken Strecknitz, Karlshof, Dornbreite und Gr. Steinrade gab es in 2006 anteilig zu der Zahl der dort lebenden Kinder weniger Erkrankungsfälle, in Travemünde, Herrenwyk, der Innenstadt, Kücknitz/Pöppendorf und Eichholz jedoch mehr (vgl. Abb. 24 Lübecker Kindergesundheitsbericht, 2000).

Mitentscheidend für die Entstehung von Atemwegserkrankungen bei Kindern sind und bleiben die sozial-ökonomischen Lebensbedingungen, unter denen die Kinder aufwachsen. Zwar lässt sich der Zusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus und erhöhtem Erkrankungsrisiko statistisch mittels Korrelationsanalyse nicht eindeutig belegen, allein die Tatsache, dass die Stadtbezirke mit erhöhten Erkrankungsquoten auch erhöhte Kinderarmutsquoten aufweisen, zeigt aber, dass Kinder aus sozial benachteiligten Schichten deutlich häufiger von Atemwegserkrankungen betroffen sind als Kinder aus sozial bessergestellten Schichten (vgl. Abb. 8 u. Abb. 29).

3.3.3. Perinatale Affektionen / Frühgeburten

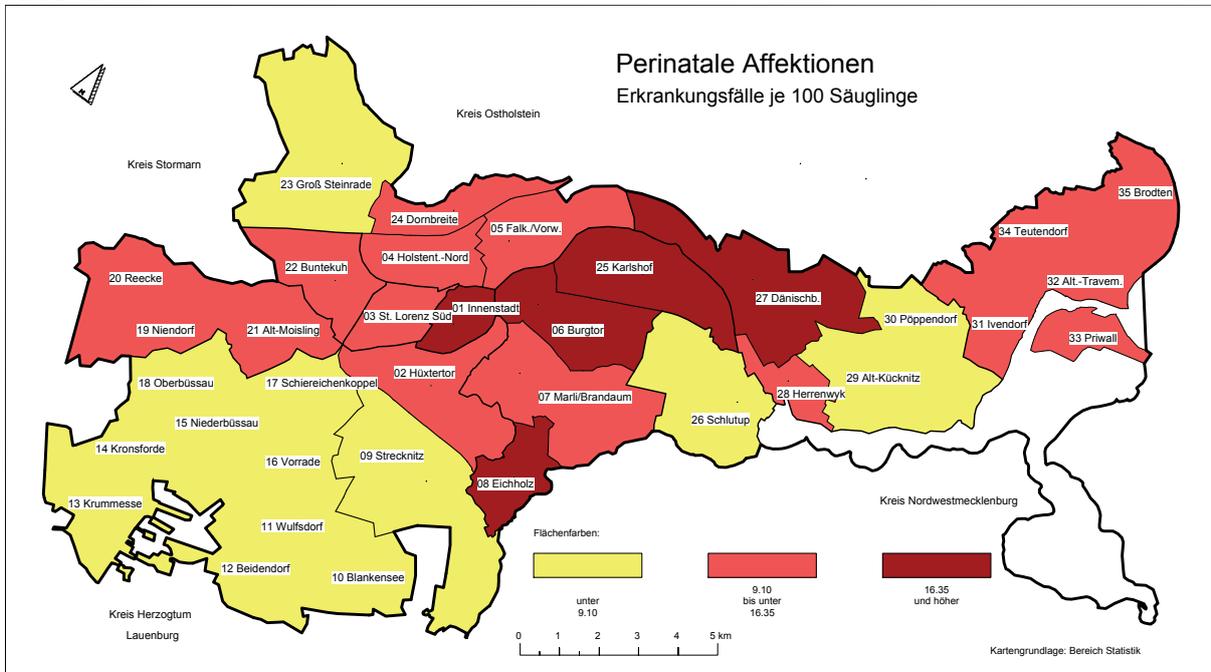
Immer mehr Lübecker Kinder kommen schon mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zur Welt, d. h. sie weisen bei der Geburt Krankheiten, Störungen, Entwicklungsmängel und auch Schäden auf. Im Verhältnis zu 1995 ist die Anzahl der stationär behandelten Erkrankungsfälle mit Ursprung in der Perinatalperiode (wie z.B. Geburtsuntergewicht, Geburtsverletzungen und Neugeboreneninfektionen) in Lübeck von 205 auf 232 Erkrankungsfälle in 2006 angestiegen. Gemessen an der Gesamtheit der Lübecker Kinder entfielen damit auf 1.000 Kinder 8,3 Erkrankungsfälle. Im Jahr 1995 lag der Anteil der Kinder, die wegen einer perinatalen Affektion stationär behandelt wurden, noch bei 6,9 Erkrankungsfällen pro 1.000 Kinder (s. Abb. 25).

Deutlich wird die Zunahme der perinatalen Morbidität, wenn die gestiegene Anzahl der Erkrankungsfälle auf die gesunkene Anzahl der Lebendgeborenen bezogen wird. Entsprechend den 2.079 Kindern, die im Jahre 1995 in Lübeck geboren wurden, lag die stationäre Patientenquote bei den perinatalen Affektionen in 1995 noch bei 9,9 %. Im Jahre 2006 belief sich der Anteil der Erkrankungsfälle bezogen auf die in 2006 1.789 Neugeborenen auf fast 13 %. Dabei waren die Jungen mit 14,3 Erkrankungsfällen pro 100 männliche Lebendgeborene deutlich häufiger von perinatalen Affektionen betroffen als die Mädchen (11,5 Erkrankungsfälle pro 100 weibliche Lebendgeborene).

Dass nunmehr fast 13 % der neugeborenen Lübecker Kinder an perinatalen Störungen leiden ist bezüglich des Gesundheitszustandes der Lübecker Kinder aufgrund immer noch fehlender Vergleichszahlen aus anderen Städten nicht zu beurteilen. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass es sich bei den perinatalen Affektionen der Lübecker Neugeborenen zum Großteil um die gesundheitlichen Störungen der Frühgeburtlichkeit (47 %) handelt, deren Häufigkeit in 2006 in Deutschland aufgrund der erhöhten Zahl von Risikoschwangerschaften auf durchschnittlich 8,5 % angestiegen ist.

Neben den speziellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Frühgeborenen (47 %) wie z. B. Geburtsuntergewicht, Mangelentwicklung und Mangelernährung, bezogen sich die perinatalen Erkrankungen der neugeborenen Lübecker Kinder des Jahres 2006 zu 16,4 % auf Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems und zu 22 % auf Blutungen und Bluterkrankungen (wie z. B. Blutgruppenunverträglichkeiten). Weitere 4,3 % der Säuglinge mit perinatalen Affektionen litten unter spezifischen Stoffwechselstörungen.

Abb. 30



Quelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck

In Bezug auf das Ausmaß der perinatalen Morbidität bestehen innerhalb des Lübecker Stadtgebietes nach wie vor große Unterschiede. Das Spektrum der perinatalen Erkrankungsfälle reichte 2006 von 5,1 % in Schlutup bis zu 23,7 in Burgtor und der Innenstadt. Im stadtbezirksbezogenen Vergleich waren die Säuglinge aus Eichholz, Dänischburg, Karshof, der Innenstadt und Burgtor in 2006 am häufigsten von Krankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode betroffen. In diesen Stadtbezirken kamen auf 100 Säuglinge mehr als 16,4 Erkrankungsfälle. Mit weniger als 9,1 Erkrankungsfällen je 100 Säuglinge waren die Säuglinge aus Kücknitz/Pöppendorf, Schlutup, Gr. Steinrade, St. Jürgen-Land und Strecknitz am seltensten erkrankt (s. Abb. 30). Dabei ist anzumerken, dass in Karshof und Dänischburg 1995 unterdurchschnittlich wenige perinatale Erkrankungsfälle registriert wurden, in Schlutup hingegen jedoch überdurchschnittlich viele (vgl. Abb. 28 Lübecker Kindergesundheitsbericht, 2000).

Dass die Gesundheit eines Neugeborenen abhängig ist von der sozialen Lage der Mutter bzw. der Eltern und dass Neugeborene aus sozialschwachen Familien ein höheres Krankheitsrisiko haben als Neugeborene aus sozial bessergestellten Familien, ist wissenschaftlich unbestritten, kann hier aber aufgrund der beschränkten Datenlage bzw. der angewandten Untersuchungsmethode (Korrelationsanalyse) nicht eindeutig belegt werden.

Allein der regionale Vergleich der perinatalen Erkrankungsfälle mit der Armutsquote (Grundsicherung SGB II) in Abb. 8 lässt jedoch vermuten, dass auch in Lübeck perinatale Affektionen bei Säuglingen aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus häufiger vorkommen als bei Säuglingen aus Familien mit höherem Sozialstatus, da die Stadtbezirke mit erhöhter Armutsquote wie Moisling, Holstentor Nord, Buntekuh, St. Lorenz Süd und die Innenstadt bei der perinatalen Morbidität der unter 1-jährigen Kinder auch erhöhte Erkrankungsquoten (zwischen 9,1 und 16,3 Erkrankungsfälle pro 100 Säuglingen) aufweisen.

3.3.4. Psychiatrische Erkrankungen

Die seelischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen der Bevölkerung nehmen seit einigen Jahren deutlich zu. In der Medizin (Deutsches Ärzteblatt, Heft 13, 2006) spricht man deshalb schon von einer „Epidemie des 21. Jahrhunderts“, die, wie diverse Untersuchungen ergeben haben, auch die Kinder und Jugendlichen nicht verschont.

Nach den Untersuchungsergebnissen der BELLA-Studie des Robert Koch-Instituts, 2003 zeigen 18 % der 7- bis unter 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland psychische Auffälligkeiten, wie Störungen des Sozialverhaltens, Ängste und Depressionen. Bei fast der Hälfte dieser Kinder und Jugendlichen (10 %) besteht bereits ein Beratungs- oder Therapiebedarf.

Wie groß der Anteil der psychischen Auffälligkeiten bei den Kindern ist, ist nicht bekannt. Groben Schätzungen zur Folge sollen in Deutschland ca. 5 % der Altersgruppe der 0- bis unter 15-Jährigen an psychiatrischen Erkrankungen leiden. Bezogen auf die Zahl der Lübecker Kinder wären das rund 1.400 Kinder.

Davon bedürfen nur sehr wenige einer stationären Behandlung. Die Anzahl der psychiatrisch erkrankten Lübecker Kinder, die 2006 in der Vorwerker Fachklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie und der Lübecker Kinderklinik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein stationär behandelt werden mussten, belief sich auf 86. Das entspricht einer stationären Patientenquote von 3,1 Erkrankungsfällen pro 1.000 Kinder. Im Vergleich dazu im Jahre 1995 wurden in diesen Kliniken nur 69 Lübecker Kinder wegen psychiatrischer Erkrankungen stationär behandelt - lag die stationäre psychiatrische Patientenquote der Lübecker Kinder, in 1995 bei 2,3 Erkrankungsfällen pro 1.000 Kinder.

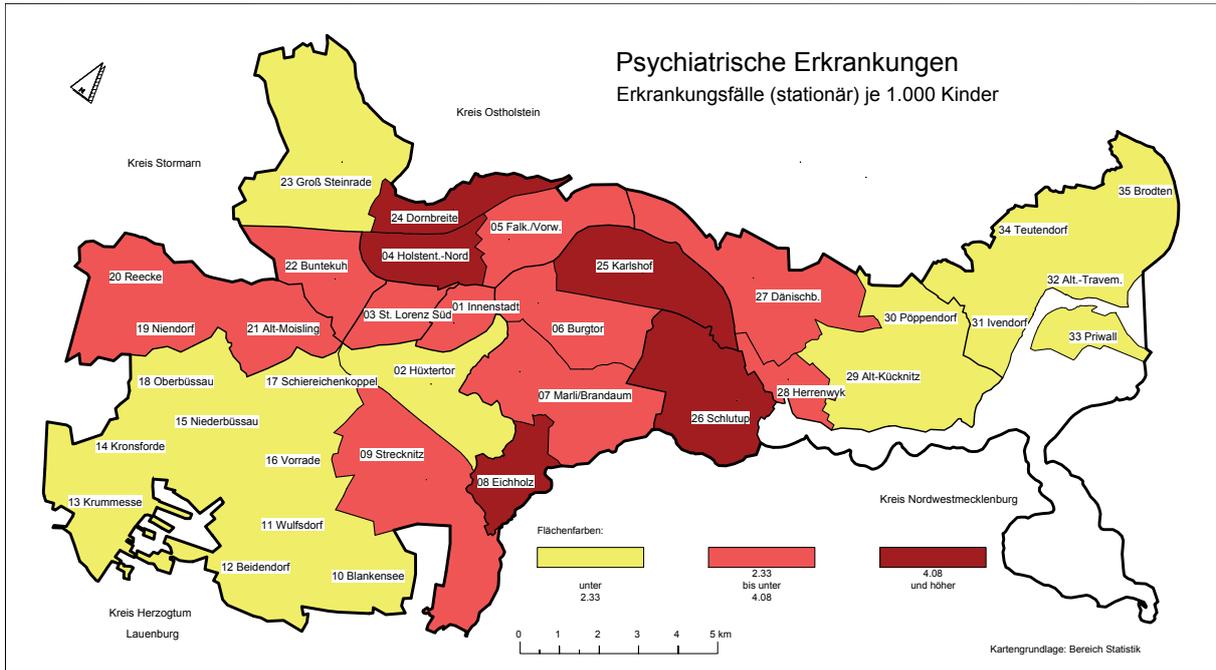
Aussagen über die tatsächlichen Zahlen der psychiatrischen Erkrankungen bei den Lübecker Kindern lassen sich aus den geringen Fallzahlen der stationären Behandlung nicht ableiten. Allein die exemplarischen Fallzahlen der ambulanten Behandlungen der Lübecker Kinderklinik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein von 506 psychiatrisch erkrankten Lübecker Kindern im Jahre 2006 - die ambulanten Fallzahlen der Vorwerker Fachklinik liegen uns leider nicht vor – deuten darauf hin, dass auch in Lübeck mindestens 5 % der Kinder von psychiatrischen Erkrankungen betroffen sein könnten.

Bei den klinisch behandelten psychiatrischen Erkrankungen der Lübecker Kinder des Jahres 2006 handelte es sich zumeist um Verhaltens- und emotionale Störungen. Mehr als die Hälfte (53,5 %) der in 2006 stationär behandelten Kinder (Universitätsklinikum S-H und Vorwerker Fachklinik) und 32,2 % der ambulant behandelten Kinder (Universitätsklinikum S-H) waren von Störungen, wie z. B. Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens betroffen. Bei 8,1 % der stationär behandelten Kinder (Universitätsklinikum S-H und Vorwerker Fachklinik) und 53,1 % der ambulant behandelten Kinder (Universitätsklinikum S-H) wurden Entwicklungsstörungen wie z. B. Koordinationsstörungen diagnostiziert. 26,7 % der stationär behandelten Kinder (Universitätsklinikum S-H und Vorwerker Fachklinik) und 8,3 % der ambulant behandelten Kinder (Universitätsklinikum S-H) des Jahres 2006 litten unter neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen wie z. B. Angststörungen.

Insgesamt und unabhängig vom Alter sind die Jungen wesentlich häufiger von psychiatrischen Erkrankungen betroffen als die Mädchen. Von den 86 stationär behandelten Lübecker Kindern des Jahres 2006 waren 54 Jungen. Die stationäre Patientenquote der Lübecker Jungen umfasste 3,9 Erkrankungsfälle je 1.000 Jungen, die der Mädchen nur 2,3 Erkrankungsfälle je 1.000 Mädchen. Noch deutlicher wird der geschlechtliche Unterschied der psychiatrischen Erkrankungen bei den ambulant behandelten Kindern. Von den 506 ambulant behandelten Kindern der Lübecker Kinderklinik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein des Jahres 2006 waren 334 Jungen. Gegenüber den Lübecker Mädchen, die 12,2 Erkrankungsfälle je 1.000 Mädchen verzeichneten, waren die Lübecker Jungen mit 23,8 Erkrankungsfällen je 1.000 Jungen fast doppelt so häufig psychiatrisch erkrankt. Schon 1995 waren die Jungen häufiger von psychiatrischen Erkrankungen betroffen als die Mädchen. Die stationäre Patientenquote der Lübecker Jungen umfasste damals 2,7 Erkrankungsfälle je 1.000 Jungen, die der Mädchen 1,9 Erkrankungsfälle je 1.000 Mädchen.

Mit zunehmendem Alter werden die psychiatrischen Erkrankungen bei den Kindern häufiger. Die höchste Patientenquote der psychiatrischen Erkrankungen findet sich bei den 6- bis 14-jährigen Kindern, mit 4,0 stationär behandelten und 20,2 ambulant behandelten Erkrankungsfälle je 1.000 Kinder. Im Vergleich dazu sind die psychiatrischen Patientenquoten bei den unter 2-jährigen Kindern (0,8 stationär behandelte und 11,2 ambulant behandelte Erkrankungsfälle je 1.000 Kinder) deutlich geringer.

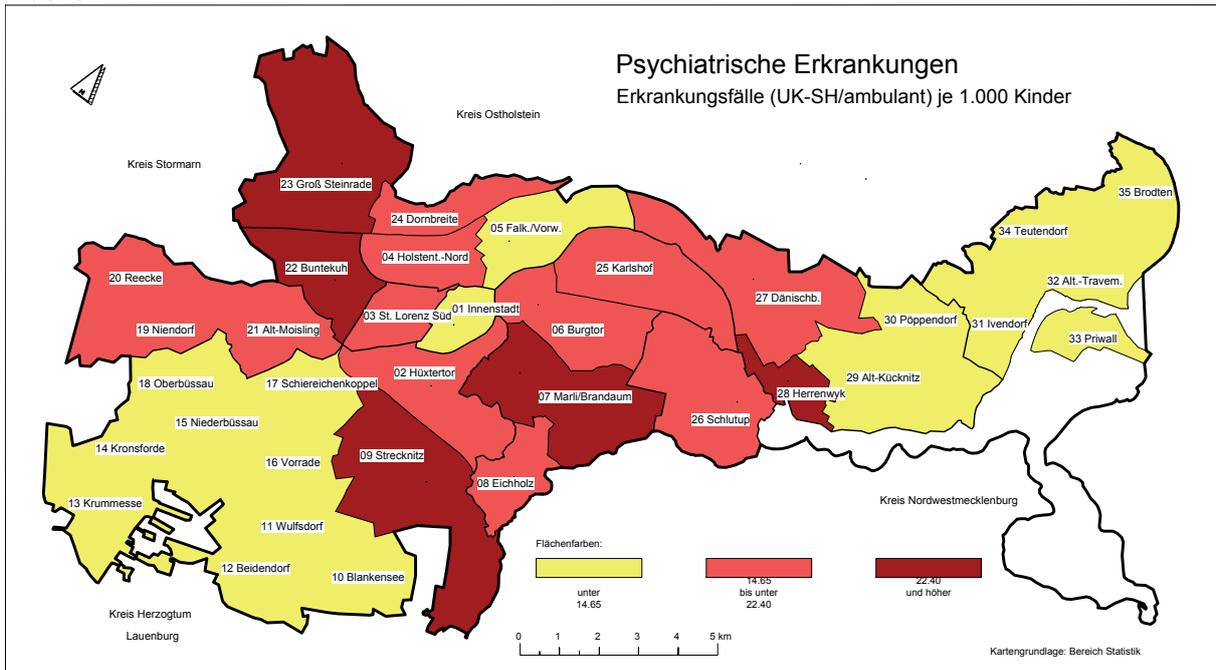
Abb. 31



Quelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck und der Vorwerker Fachklinik

Die stationäre Patientenquote der psychiatrisch erkrankten Kinder des Jahres 2006 variierte zwischen 1,7 Erkrankungsfällen je 1.000 Kinder in Hüxtertor und 5 Erkrankungsfällen je 1.000 Kinder in Schlutup und Eichholz. Bei den Kindern aus St. Jürgen-Land und Travemünde wurden in 2006 gar keine stationär behandelten Erkrankungsfälle registriert. Nach dem stadtbezirksbezogenen Vergleich der stationären Patientenquoten mussten die Kinder aus Dornbreite, Holstentor Nord, Karlshof, Schlutup und Eichholz am häufigsten – mehr als 4 Kinder je 1.000 Kinder - wegen psychiatrischer Erkrankungen stationär behandelt werden (s. Abb. 31). Das heißt aber nicht unbedingt, dass die Kinder dieser Stadtbezirke am meisten unter psychiatrischen Erkrankungen leiden. Dafür ist die Fallzahl der stationär behandelten Kinder insgesamt zu gering.

Abb. 32



Quelle: Diagnosedaten des Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck

Aussagen zur regionalen Verbreitung der psychiatrischen Erkrankungen bei den Lübecker Kindern lassen sich annähernd nur unter Einbeziehung der Fallzahlen aus der ambulanten Behandlung der Lübecker Kinderklinik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein treffen.

Auch bei den ambulanten Häufigkeitswerten (Patientenquoten) der psychiatrisch erkrankten Kinder gibt es, bezogen auf die Stadtbezirke relativ große Unterschiede. Das Spektrum der ambulant behandelten psychiatrischen Erkrankungen der Lübecker Kinder reicht von 4,9 Erkrankungsfällen je 1.000 Kinder in St. Jürgen-Land bis zu 25,9 Erkrankungsfällen je 1.000 Kinder in Buntekuh. Das Häufigkeitsverteilungsschema der Stadtbezirke fällt bei den ambulanten Patientenquoten etwas anders aus als bei den stationären Patientenquoten. Nach den ambulanten Behandlungsdaten sind z. B. hauptsächlich die Kinder aus Herrenwyk, Marli/Brandenbaum, Strecknitz, Buntekuh und Gr. Steinrade von psychiatrischen Erkrankungen betroffen (vgl. Abb. 31 u. Abb. 32). Trotz dieser Unterschiede, die aus den unvollständigen ambulanten Daten resultieren können, bestehen zwischen der Häufigkeitsverteilung der ambulant behandelten Kinder und der stationär behandelten Kinder gewisse regionale Übereinstimmungen.

Von psychiatrischen Erkrankungen betroffen sind demnach hauptsächlich die Kinder aus St. Lorenz Süd, Holstentor Nord, Marli/Brandenbaum, Strecknitz, Buntekuh, Dornbreite und Karlshof, die in 2006 sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Behandlung überdurchschnittlich viele psychiatrische Erkrankungsfälle (über 3,1 bzw. 18,2 Erkrankungsfälle je 1.000 Kinder) verzeichneten. Bei den Kindern aus St. Jürgen-Land, Hüntertor, Kücknitz/Pöppendorf und Travemünde sind psychiatrische Erkrankungen offensichtlich noch am wenigsten verbreitet. Die stationären und ambulanten Patientenquoten der Kinder dieser Stadtbezirke lagen in 2006 zum Teil weit unter dem städtischen Durchschnitt.

Über den Betroffenheitsgrad der psychiatrischen Erkrankungen der Kinder aus den anderen Stadtbezirken, wie z. B. Moisling, der Innenstadt und Falkenfeld/Vorwerk lassen sich keine konkreten Aussagen machen, da die ambulanten Häufigkeitswerte mit den stationären Häufigkeitswerten in Punkto überdurchschnittlich bzw. unterdurchschnittlich nicht übereinstimmen.

Mitverantwortlich für die Verursachung und Entwicklung kindlicher psychiatrischer Erkrankungen ist die soziale Lage der Kinder, d. h. dass Kinder aus Familien mit einem sozialökonomisch niedrigen Status eher Gefahr laufen psychisch zu erkranken als Kinder aus Familien der Mittel- oder Oberschicht. Bestätigt wird dieser Zusammenhang u. a. auch in der BELLA-Studie des Robert Koch-Instituts, deren Untersuchungsergebnisse zeigen, dass je niedriger die Schichtzugehörigkeit der Kinder und Jugendlichen ist, um so häufiger sich bei den Kindern psychische Auffälligkeiten (Oberschicht 16,4 %, Mittelschicht 21 %, Unterschicht 31,3 %) zeigen.

Was für die Kinder aus den unteren sozialen Schichten gilt, gilt erst recht für die armen Kinder, die auf Grund ihrer Hilfebedürftigkeit (Grundsicherung SGB II) in ihren Entfaltungsmöglichkeiten besonders stark eingeschränkt sind. Psychisch belastend wirken bei armen Kindern aber nicht nur die geringeren persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten gegenüber anderen Kindern, sondern auch der geringe familiäre Zusammenhalt und die erhöhte Konflikt- und Gewaltbereitschaft, die lt. BELLA-Studie in Familien mit niedrigerem sozialökonomischen Status besonders häufig vorherrschen.

Dass bei den psychiatrischen Erkrankungen soziale Unterschiede bestehen bzw. dass die Armut die psychische Gesundheit der Kinder besonders beeinträchtigt, kann auch für Lübecker Kinder angenommen werden. Im Abgleich mit den Kinderarmutsquoten der Stadtbezirke zeigt sich, dass überall dort, wo die Kinderarmut überdurchschnittlich hoch ist, auch die psychiatrischen Erkrankungsfälle überdurchschnittlich hoch sind (vgl. Abb. 8 u. Abb. 31). Dieses bezieht sich allerdings nur auf die Patientenquoten der stationär behandelten Kinder, die mit den Armutsquoten der Stadtbezirke relativ stark korrelieren (Korrelationskoeffizient = 0,42). Wegen der unvollständigen Datenlage konnte der Abgleich mit den Kinderarmutsquoten der Stadtbezirke bei den ambulant behandelten Erkrankungsfällen nicht durchgeführt werden.

3.4. Behinderungen bei Klein- und Vorschulkindern

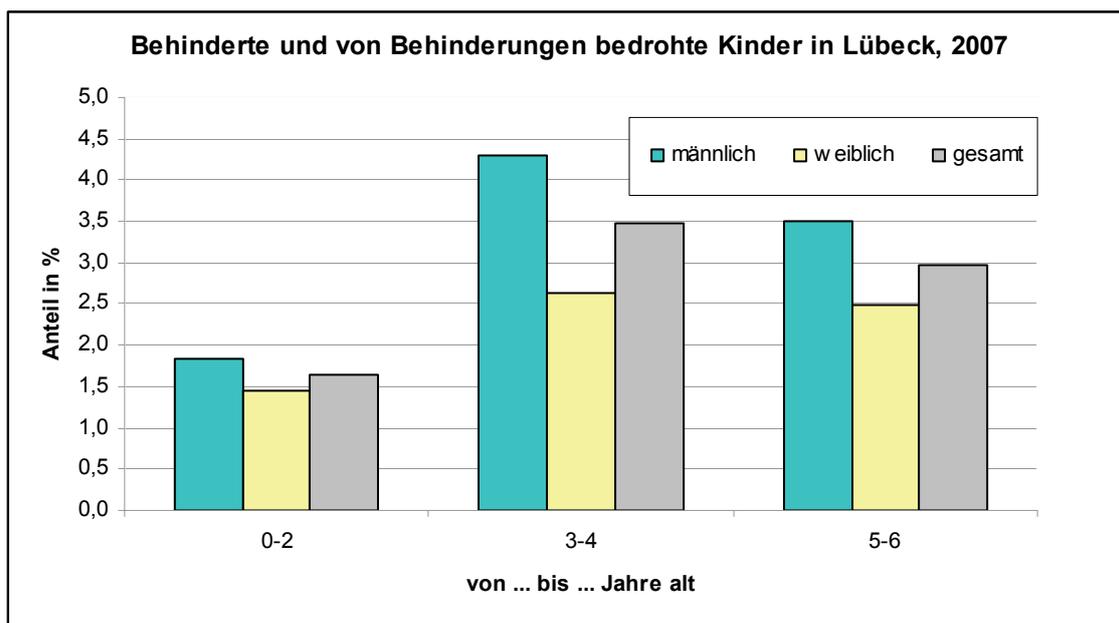
Behinderungen entstehen fast ausschließlich durch Krankheiten und Unfälle und nehmen mit dem Lebensalter zu. Bei nur ca. 1 % der schwerbehinderten Menschen Lübecks ist die Behinderung lt. Schwerbehindertenstatistik 2007 angeboren. Von allen Lübecker Bevölkerungsgruppen weisen die Kinder unter 15 Jahren mit 1,4 % (233 Jungen, 147 Mädchen) daher noch eine relativ geringe Behinderungsquote auf. Nur zum Vergleich: Die Behinderungsquote der Gesamtbevölkerung Lübecks betrug in 2007 12 % (11.986 Männer, 13.630 Frauen). Noch niedriger ist die Behinderungsquote - lt. Schwerbehindertenstatistik 2007 - bei den unter 6-jährigen Kindern. Von den Lübecker Klein- und Vorschulkindern wurden in 2007 nur 0,7 % (43 Jungen und 34 Mädchen) als schwerbehindert angesehen. Bei dem Schwerbehindertenstatus gilt allerdings, dass der Grad der Behinderung (GdB) über 50 liegen muss. Behinderte mit einem GdB unter 50 werden in der Schwerbehindertenstatistik nicht mitgezählt. Das wahre Ausmaß der Behinderungen, insbesondere bei den Klein- und Vorschulkindern, deren Schädigungen häufig noch nicht erkannt bzw. noch nicht als Behinderungen eingestuft wurden, wird dadurch unterschätzt.

Um die Häufigkeit von Behinderungen bei Klein- und Vorschulkindern relativ vollständig abzubilden, rät das Robert Koch-Institut den Kommunen, auf die regionalen Leistungsstatistiken der Frühförderungsträger zurückzugreifen, in denen allerdings nicht nur die behinderten Kinder, sondern auch die von Behinderung bedrohten Kinder erfasst sind.

Die Frühförderung, die sowohl therapeutisch-medizinische, heilpädagogische als auch soziale Maßnahmen beinhalten kann, ist eine der wichtigsten staatlichen Hilfeleistungen zur Verringerung bzw. Vermeidung von Behinderungen bei Kindern bis zu 6 Jahren (siehe auch Kapitel 5.4.1). Maßnahmen der Frühförderung werden in Lübeck vom örtlichen Sozialhilfeträger, dem Bereich Soziale Sicherung, Abt. Eingliederungshilfe gewährt. Die Inanspruchnahme von Leistungen der Frühförderung nach SGB IX und SGB XII obliegt i. d. R. den Eltern.

Absolut und anteilig hat die Zahl der Kinder, die Frühförderung beanspruchen, in Lübeck in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Waren 2002 (Stichtag 31.12.) nur 179 Kinder in Maßnahmen der Frühförderung (lag der Förderungsquote der 0- bis 6-jährigen Kinder noch bei 1,3 %) so waren es 2007 (Stichtag 31.12.) bereits 312 Kinder, die Frühförderungsleistungen beansprucht haben. Die Förderungsquote der 0- bis 6-jährigen Kinder lag in 2007 bei 2,5 % und war damit um mehr als das Dreifache höher als die Quote der schwerbehinderten Kinder von 0,7 % (s. o.). In 2008 (Stichtag 31.12.) ist die Frühförderungsquote der 0- bis 6-jährigen Kinder nochmals auf 3 % angestiegen.

Abb. 32



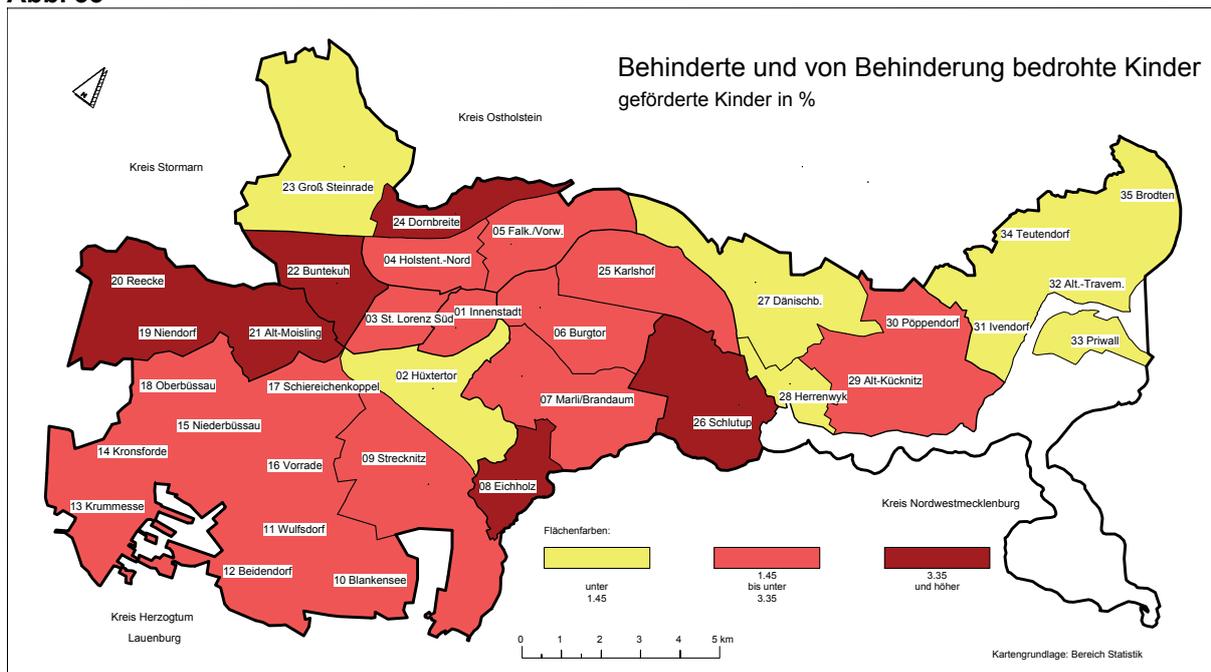
Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Eingliederungshilfe, Frühförderungsdaten 2007

Von Behinderungen bzw. drohenden Behinderungen besonders betroffen - so die Daten der Frühförderungsstatistik 2007 und 2008 - sind hauptsächlich die Jungen. Von den 312 Lübecker Kindern, die sich Ende des Jahres 2007 in einer Frühförderungsmaßnahme befanden, waren 185 Jungen. Die Förderungsquote der 0- bis 6-jährigen Jungen umfasste 3 %, die der 0- bis 6-jährigen Mädchen hingegen nur 2,1 %. In 2008 (Stichtag 31.12.) lag die Förderungsquote der 0- bis 6-jährigen Jungen bei 3,7 %. Von den Mädchen dieser Altersgruppe waren Ende 2008 2,3 % in Maßnahmen der Frühförderung.

Dass die Jungen häufiger als die Mädchen von Behinderungen betroffen bzw. bedroht sind, belegen u. a. auch die Daten der Schuleingangsuntersuchungen, die bei den Jungen gegenüber den Mädchen einen um das vierfache höheren Anteil an Koordinationsstörungen ausweisen (siehe Kapitel 3.1.4). Zurückzuführen ist die Zunahme der Behinderungen bzw. drohenden Behinderungen bei den Lübecker Kindern u. a. auf den gestiegenen Anteil der Neu- bzw. Frühgeborenen, die mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Perinatale Affektionen) wie z. B. Entwicklungsmängel, Krankheiten, Schäden und Störungen zur Welt kommen, wobei die Erkrankungsfälle bei den männlichen Säuglingen überwiegen (s. Kapitel 3.3.3.)

Schon bei Klein- und Vorschulkindern nehmen Behinderungen bzw. drohenden Behinderungen im Laufe des Alters zu (s. Abb. 32). Während sich von den 0- bis 2-jährigen Kindern Ende 2007 nur 1,7 % (86 Kinder) in einer Frühförderungsmaßnahme befanden, waren es bei den 3- bis 4-Jährigen bereits 3,5 % (121 Kinder). Bei den 5- bis 6-Jährigen Kindern lag die Förderungsquote mit 3 % (105 Kinder) zwar wiederum etwas niedriger, was jedoch nicht auf eine abnehmende Häufigkeit von Behinderungen bzw. drohenden Behinderungen in dieser Altersgruppe zurückzuführen ist, sondern auf den auslaufenden Förderungsanspruch der Frühförderung, der mit dem Schulalter der Kinder, zumeist noch vor dem 6. Lebensjahr, erlischt.

Abb. 33



Quelle: Hansestadt Lübeck, Abt. Eingliederungshilfe, Frühförderungsdaten 2007

Innerhalb des Lübecker Stadtgebietes variieren die Frühförderungsquoten, also die Zahl der geförderten Kinder anteilig zur Kinderbevölkerung (unter 7 Jahren), zwischen 5,1 % in Buntekuh und 0,4 % in Travemünde. Von Behinderungen am häufigsten betroffen bzw. bedroht sind lt. Frühförderungsstatistik 2007, die Kinder aus Moisling, Buntekuh, Dornbreite, Eichholz und Schlutup mit Förderungsquoten von mehr als 3,35 % (s. Abb. 33). In Hüxtertor, Gr. Steinrade, Dänischburg, Herrenwyk und Travemünde hingegen lagen die Frühförderungsquoten Ende 2007 lediglich bei max. 1,45 % (s. Abb. 33).

Behinderungen bzw. drohende Behinderungen bei Kindern haben zumeist auch soziale Ursachen. Nach der WHO-Studie (Health Behaviour in School-age Children) weisen deutsche Kinder aus sozial benachteiligten Familien bei den Schuleingangsuntersuchungen doppelt so häufig einen Entwick-

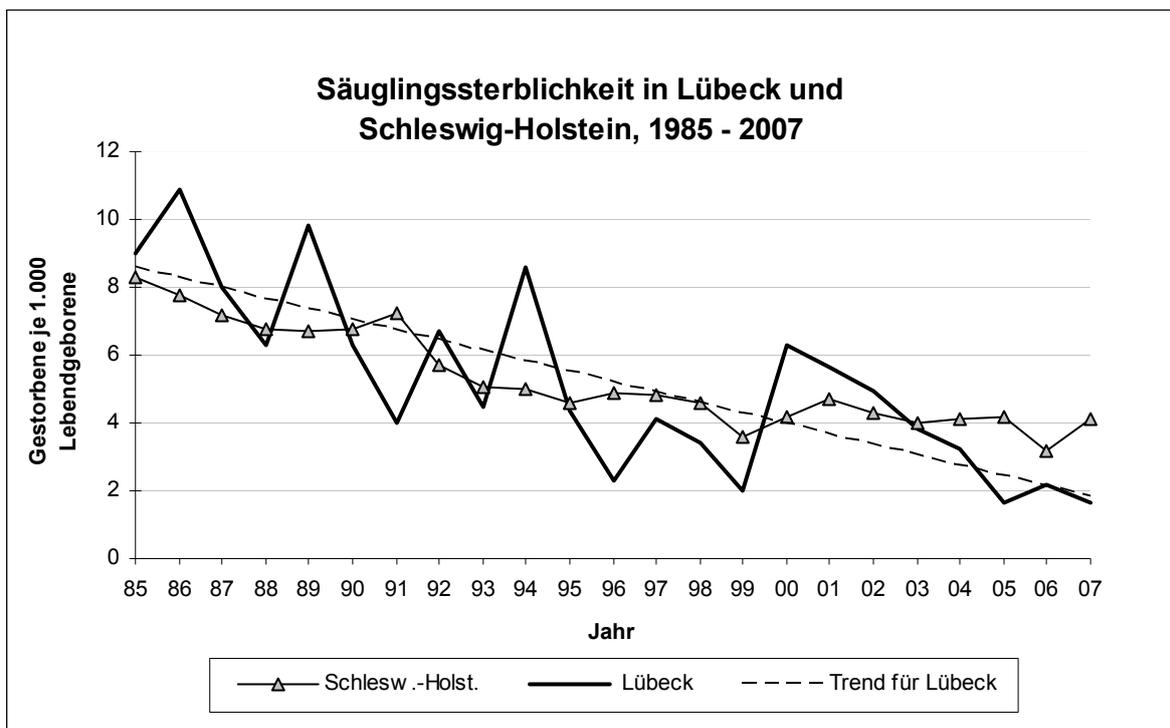
lungsrückstand auf wie Kinder aus bessergestellten Familien. Zum Teil ist lt. WHO dieser Umstand auf die von sozial benachteiligten Eltern seltener wahrgenommene Frühförderung zurückzuführen. Abgesehen davon, dass die Kinder von sozial benachteiligten Eltern in der Frühförderungsstatistik noch unterrepräsentiert sein könnten, belegen bereits die registrierten Lübecker Frühförderungsdaten des Jahres 2007, dass gerade diese Kinder vermehrt von Behinderungen betroffen bzw. bedroht sind. Bei dem regionalen Vergleich der Frühförderungsquoten mit den Armutquoten (Grundsicherung SGB II) ergibt sich ein relativ deutlicher Zusammenhang (Korrelationskoeffizient) von 0,57. Im Übrigen, und das ist ein weiteres Indiz für die soziale Problematik der Behinderung bei Kindern, waren die Kinder aus Einelternhaushalten (Alleinerziehende) mit einer Förderungsquote von 3,2 % gegenüber den Kindern aus Zweielternhaushalten mit einer Förderungsquote von 2 % in der Frühförderungsstatistik 2007 deutlich überrepräsentiert.

3.5. Sterblichkeit im Säuglingsalter

Die Säuglingssterblichkeit ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Versorgung. Welche Überlebenschancen ein Kind bei seiner Geburt hat, ist u. a. abhängig von der sozialen Lage und dem gesundheitsbewussten Verhalten der Mutter. Mütter aus sozial benachteiligten Schichten bringen häufiger Neugeborene mit sehr niedrigem Gewicht zur Welt, bei ihnen ist auch die Säuglingssterblichkeit am höchsten. Den Einfluss der sozialen Lage auf die Säuglingssterblichkeit verdeutlicht z. B. eine Clusteranalyse aus Nordrhein-Westfalen. Danach wiesen die Kreise und kreisfreie Städte des Ruhrgebietes, mit ausgeprägten benachteiligten sozialen und demographischen Lagen mit 5,7 Sterbefällen je 1.000 Lebendgeborenen in 2007 bei den Säuglingen die höchste Sterblichkeitsrate auf (siehe Blickpunkt öffentlicher Gesundheitsdienst 1/2009).

Überhaupt ist die Säuglingssterblichkeit im Bundesdurchschnitt von 2006 bis 2007 wieder leicht von 3,8 auf 3,9 Sterbefälle je 1.000 Lebendgeborene angestiegen. Dieses gilt auch für Schleswig-Holstein, nicht aber für Lübeck, wo die Säuglingssterblichkeit seit 2003 gegenüber dem Land nicht nur niedriger war, sondern zwischen 2006 und 2007 noch weiter von 2,2 auf 1,6 Sterbefälle je 1.000 Lebendgeborene zurückgegangen ist (s. Abb. 34).

Abb. 34



Quelle: Statistische Berichte (Bevölkerungsstatistik) – Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein

Dass die Säuglingssterblichkeit in Lübeck im Verhältnis zum Land niedriger und entgegen dem Landtrend seit 2003 weiter gesunken ist, ist vermutlich auf die im Verhältnis zu anderen Regionen bessere wohnortnahe medizinische Versorgung der Lübecker Früh- und Neugeborenen der Lübecker Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, die über spezielle Versorgungsstrukturen (Stationen) verfügt, zurückzuführen. Denn in Lübeck, so die Krankenhausdiagnosedaten der Lübecker Kinder des Jahres 2006, leiden viele Neugeborene (13 %) unter perinatalen Affektionen wie z. B. niedriges Geburtsgewicht, die ihr Überleben gefährden und die Sterblichkeit bei den Lübecker Säuglingen prinzipiell erhöhen könnten (siehe Kapitel 3.3.3.).

So gesehen, ist die niedrige Lübecker Säuglingssterblichkeit, nicht das Ergebnis verbesserter Lebensbedingungen – die soziale Lage der Lübecker Bevölkerung, insbesondere die der Kinder und der alleinerziehenden Mütter hat sich lt. Lübecker Armuts- und Sozialbericht (2008) zwischen 2002 und 2006 deutlich verschlechtert – sondern ist den in Lübeck außerordentlich guten perinatalen Versorgungsstrukturen, zu denen auch die Betreuung von Risikoschwangerschaften und Früherkennungs- und Mutterschaftsvorsorgenuntersuchungen zählen, zu verdanken.

3.6 Resümee

Der abnehmende Wohlstand und die wachsende Armut machen auch die Lübecker Kinder krank. Zwar nicht in jeder Hinsicht, wohl aber in entwicklungsrelevanten Bereichen, wie z. B. bei der Schulgesundheit, weisen die Lübecker Kinder heute mehr gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen auf als noch vor zehn Jahren.

Abzulesen ist dieses an den gestiegenen Zahlen der Sprachstörungen bei den Lübecker Schulanfänger/innen, die in den sozial schwächeren Stadtbezirken Lübecks regelmäßig höher ausfallen als in den sozial besser gestellten Stadtbezirken. Gegenüber 1996 ist der Anteil der sprachgestörten Schulanfänger/innen insgesamt von 14,7 % auf 18,0 % in 2006 gestiegen. Die anteilig, meisten Sprachstörungen (27,2 %) fanden sich bei den Schulanfänger/innen aus Moisling, dem Stadtbezirk mit der in Lübeck zweithöchsten Kinderarmutsquote (53,4 %).

Zugenommen haben bei den Lübecker Schulanfänger/innen auch Koordinationsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten, dieses allerdings nicht nur bei den Kindern aus sozial schwächeren Stadtbezirken Lübecks. Der Anteil der Schulanfänger/innen mit Koordinationsstörungen stieg von 9,2 in 2000 auf 12,2 % in 2006. Der Anteil der verhaltensauffälligen Schulanfänger/innen, deren Daten erstmals 2004 erfasst wurden, lag in 2006 bei 3,7 % gegenüber 3,5 % in 2004.

Auch bei der Übergewichtigkeit der Schulanfänger/innen gab es bisher keine Trendumkehr. Der Anteil der übergewichtigen Schulanfänger/innen Lübecks lag mit 9,7 % in 2006 - nach einem Anstieg auf 12,4 % in 2005 - immer noch etwas über dem des Jahres 1996 mit 9,2 %. Allerdings - und das war vor 10 Jahren noch nicht so offensichtlich - handelt es sich bei der Übergewichtigkeit nachweislich hauptsächlich um die Schulanfänger/innen aus sozial schwächeren Stadtbezirken.

Aber nicht erst bei der Schulgesundheit, sondern schon wesentlich früher machen sich die belastenden sozialen Rahmenbedingungen beim Gesundheitszustand der Kinder bemerkbar. Immer mehr Lübecker Kinder weisen schon bei ihrer Geburt Krankheiten, Störungen, Entwicklungsmängel und auch Schäden auf. In 2006 mussten fast 13 % der Neugeborenen Lübecks – davon waren fast die Hälfte (47 %) Frühgeborene - wegen sog. perinataler Affektionen im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck stationär behandelt werden. In 1995 waren es noch 9,9 % der Neugeborenen, die an perinatalen Affektionen litten. Dass die Säuglingssterblichkeit in Lübeck nicht ebenfalls angestiegen ist, – die Lübecker Säuglingssterblichkeit ist von 4,3 in 1995 auf 2,2 Sterbefällen je 1.000 Lebendgeborene in 2006 gesunken – ist allein dem medizinisch technischen Fortschritt bzw. den außerordentlich guten perinatalen Versorgungsstrukturen Lübecks zu verdanken.

Abgesehen davon, dass in Lübeck fast alle Säuglinge trotz gesundheitlicher Einschränkungen überleben, bleibt der zunehmende Anteil der perinatal erkrankten Neugeborenen nicht ohne Auswirkung auf

den späteren Gesundheitszustand der Lübecker Kinder, wie der Anstieg der von Behinderungen betroffenen und bedrohten Klein- und Vorschulkinder, die Frühförderung beanspruchen, zeigt. Zwischen 2002 und 2007 hat sich die Zahl der Kinder, die von Behinderungen betroffen oder bedroht sind, lt. Frühförderungsstatistik anteilig zu den 0- bis 6-jährigen Lübecker Kinder von 1,3 % auf 2,5 % fast verdoppelt. Zwar sind nicht alle Behinderungen bzw. drohenden Behinderungen der Klein- und Vorschulkinder auf Krankheiten bzw. Affektionen der Perinatalperiode zurückzuführen, gleichwohl besteht zwischen dem Anstieg der perinatalen Affektionen und der Zunahme bei der Frühförderung offensichtlich ein Zusammenhang.

Ein weiterer Aspekt, der auf eine Verschlechterung der sozialen Verhältnisse hindeutet, sind die bei den Lübecker Kindern gestiegenen Zahlen von psychiatrischen Erkrankungen. Anteilig zur Lübecker Kinderbevölkerung hat sich die Zahl der psychiatrisch erkrankten Lübecker Kinder, die in der Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Lübecker Kinderklinik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein stationär behandelt werden mussten, von 2,3 Erkrankungsfällen je 1.000 Kinder in 1995 auf 3,1 Erkrankungsfälle je 1.000 Kinder in 2006 erhöht. Auch wenn die stationären Daten bei der Verbreitung der psychiatrischen Störungen von Kindern nur die sog. Spitze des Eisberges abbilden, - weil die meisten psychiatrisch erkrankten Kinder ambulant behandelt werden - so konnte doch nachgewiesen werden, dass die psychiatrischen Erkrankungen hauptsächlich die Kinder aus sozial benachteiligten Schichten bzw. Stadtbezirken Lübecks betreffen. Auf die sozialen Unterschiede bei der Prävalenz von psychiatrischen Störungen bei Kindern und dem Risikofaktor Armut wurde bereits mehrfach z. B. auch in der BELLA-Studie des Robert Koch-Instituts hingewiesen.

Ebenfalls von Bedeutung, weil davon lt. KIGGS-Studie vorwiegend Kinder aus sozial schwachen Schichten betroffen sind, deren Zahl in Lübeck deutlich zugenommen hat, sind Unfälle bzw. Unfallschäden. Verletzungen und Vergiftungen, also Unfallschäden, stehen bei den Lübecker Kindern zwar nach wie vor an vorderster Stelle bei den Krankenhausbehandlungen. Mit 16,2 verletzten oder vergifteten Kindern je 1.000 Kinder war die stationäre Patientenquote der Lübecker Kinder in 2006 aber nur unwesentlich höher als die des Jahres 1995, wo 16,8 verletzte oder vergiftete Kinder je 1.000 Kinder registriert wurden. Allerdings, - und das erklärt möglicherweise den geringen Anstieg der stationären Patientenquote, werden die Kinder, auch die verletzten und vergifteten Kinder, heute mehr denn je ambulant behandelt, was die stationären Fallzahlen reduziert und ein falsches Bild von der Entwicklung entstehen lässt. Schon die Tatsache, dass in 2006 allein nur in der Lübecker Klinik für Kinderchirurgie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein 3.019 Kinder, das sind 10,8 % der Lübecker Kinder, wegen einer Verletzung oder Vergiftung ambulant behandelt werden mussten, weist darauf hin, dass Unfälle bei den Lübecker Kindern weit verbreitet sind und offensichtlich in Zusammenhang stehen, mit der in Lübeck vorherrschenden hohen Kinderarmut (30,5 %).

4. Gesundheitsbewusstes Verhalten

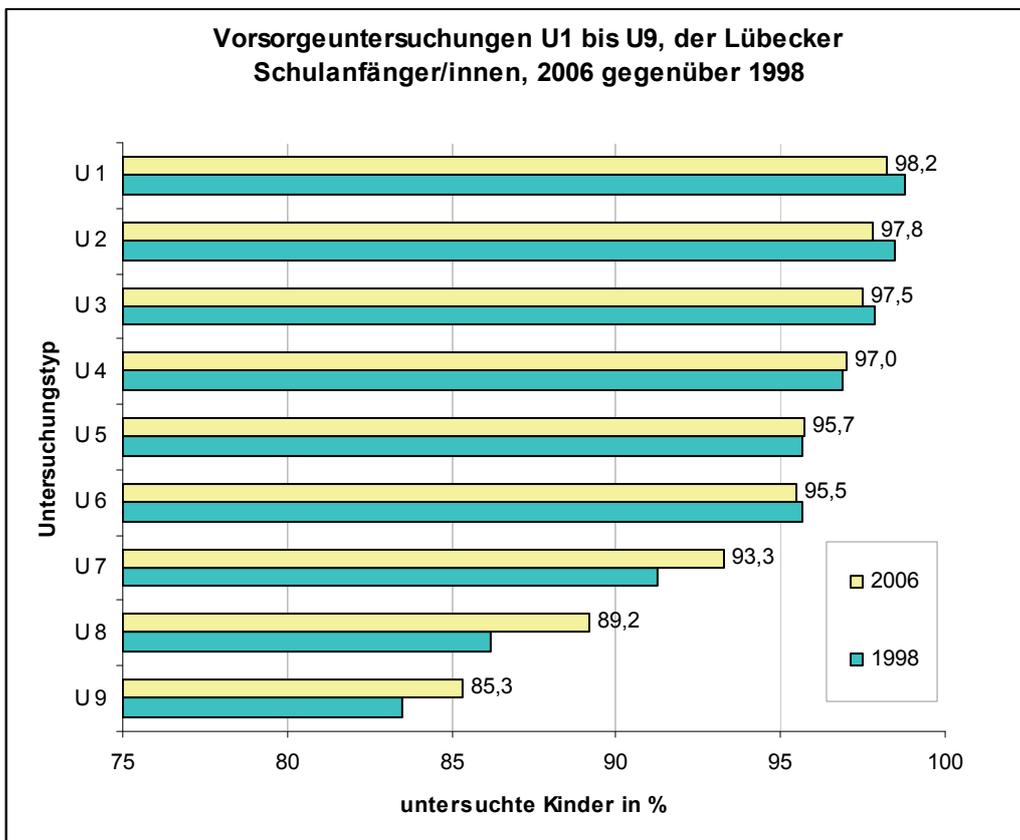
4.1. Beteiligung an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9

Die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder sind ein der Entwicklung der Kinder angepasstes Screening-Programm. Ziel der Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen ist es, Entwicklungsstörungen und Erkrankungen von Kindern frühzeitig zu erkennen und medizinische Behandlungen einzuleiten, bevor sich Beschwerden oder Krankheitssymptome manifestieren. Die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder umfassten bis 2007 9 Einzeluntersuchungen, die sich auf den Zeitraum von der Geburt (U1) bis zum 64. Lebensmonat (U9) erstrecken. Mit der Einführung der U10 in 2008 wurde der Untersuchungszeitraum bis auf das 12. bzw. 14. Lebensjahr ausgeweitet.

Obwohl die Vorsorgeuntersuchungen mittels Vorsorgeuntersuchungsheften verbindlich geregelt sind, nahmen lt. Schuleingangsuntersuchungsdaten nur ca. 62,3 % der Lübecker Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 nachweislich (durch Vorlage des Vorsorgeheftes) an allen Untersuchungen teil. Beim Einschulungsjahrgang 1998 lag der Anteil der komplett untersuchten Schulanfänger/innen nachweislich bei 62,5 %.

Abgesehen von den Schulanfänger/innen, die bei den Schuleingangsuntersuchungen kein Vorsorgeuntersuchungsheft vorlegen konnten, und das waren beim Einschulungsjahrgang 2006 sogar 19,3 % (337 Kinder), betrug der Anteil der Schulanfänger/innen, die lt. Vorsorgeuntersuchungsheft alle Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9) absolviert hatten 77,2 %. Gegenüber dem Einschulungsjahrgang 1998, wo gemäß Vorsorgeuntersuchungsheften nur 73,5 % der Schulanfänger/innen komplett untersucht waren, hat sich die Kontinuität bei der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen somit etwas verbessert.

Abb. 35



Quelle: SGU-Daten 1998 und 2006, Gesundheitsamt, Hansestadt Lübeck

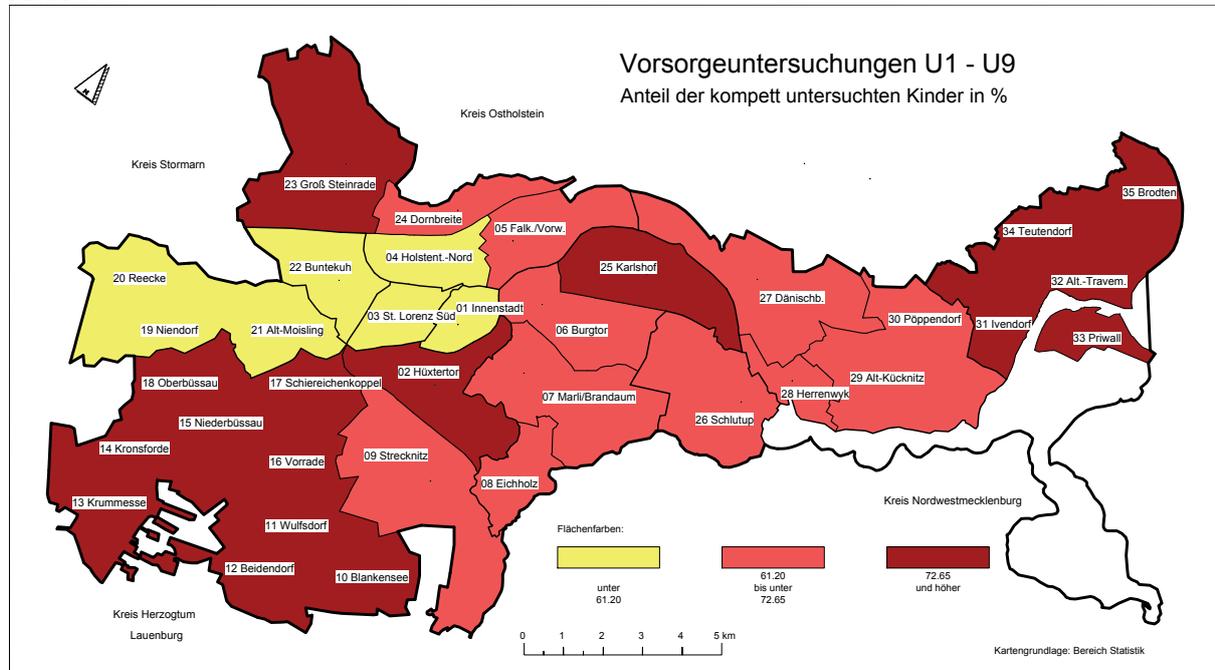
Besonders verbessert hat sich die Teilnahme an den letzten drei Vorsorgeuntersuchungen vor der Einschulung (U7 bis U9). Zwar wurde die Untersuchungsteilnahme bei den Lübecker Schulanfänger/innen mit zunehmendem Alter der Kinder – die Untersuchungen U7 bis U9 erfolgen zwischen dem

21. bis 24. Monat, dem 3. bis 4. und 5. bis 6. Lebensjahr – wie schon 1998, immer geringer, war aber beim Einschulungsjahrgang 2006 durchschnittlich um 2,3 % höher (s. Abb. 35).

Nicht verbessert hat sich - lt. Vorsorgeuntersuchungsheften der Lübecker Schulanfänger/innen - die Teilnahme an den Untersuchungen U1 bis U3 (s. Abb. 35). Im Verhältnis zu 1998 war die Teilnahmequote des Einschulungsjahrganges 2006 durchschnittlich um 0,5 % niedriger.

Was genau der Grund dafür sein mag, dass die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder nicht bzw. nicht im vollem Umfang in Anspruch genommen werden, ist anhand der vorliegenden Daten der Einschulungsuntersuchungen endgültig nicht zu klären, kann aber auf der Grundlage der regionalen Unterschiede im Untersuchungsstatus der Kinder eingehender untersucht werden. Um aufzeigen zu können, ob und wie sich die soziale Lage der Kinder auf das Untersuchungs- bzw. Gesundheitsverhalten auswirkt – Vorsorgeuntersuchungen werden lt. KIGGS-Studie von Kindern aus unterprivilegierten Familien deutlich weniger in Anspruch genommen – werden die stadtbezirksbezogenen Anteile der vorsorgeuntersuchten Schulanfänger/innen der Einschulungsjahrgänge 2004, 2005 und 2006 mit denen der hilfebedürftigen Kinder (Grundsicherung SGB II) des Jahres 2006 abgeglichen. Entsprechend der Bezugsgruppe der hilfebedürftigen Kinder bezieht sich die Zahl der vorsorgeuntersuchten Kinder nicht auf die Teilgruppe, die ein Vorsorgeheft vorgelegt hat, sondern auf die Gesamtheit der untersuchten Lübecker Schulanfänger/innen.

Abb. 36



Quelle: SGU-Daten 2004, 2005 und 2006, Gesundheitsamt, Hansestadt Lübeck

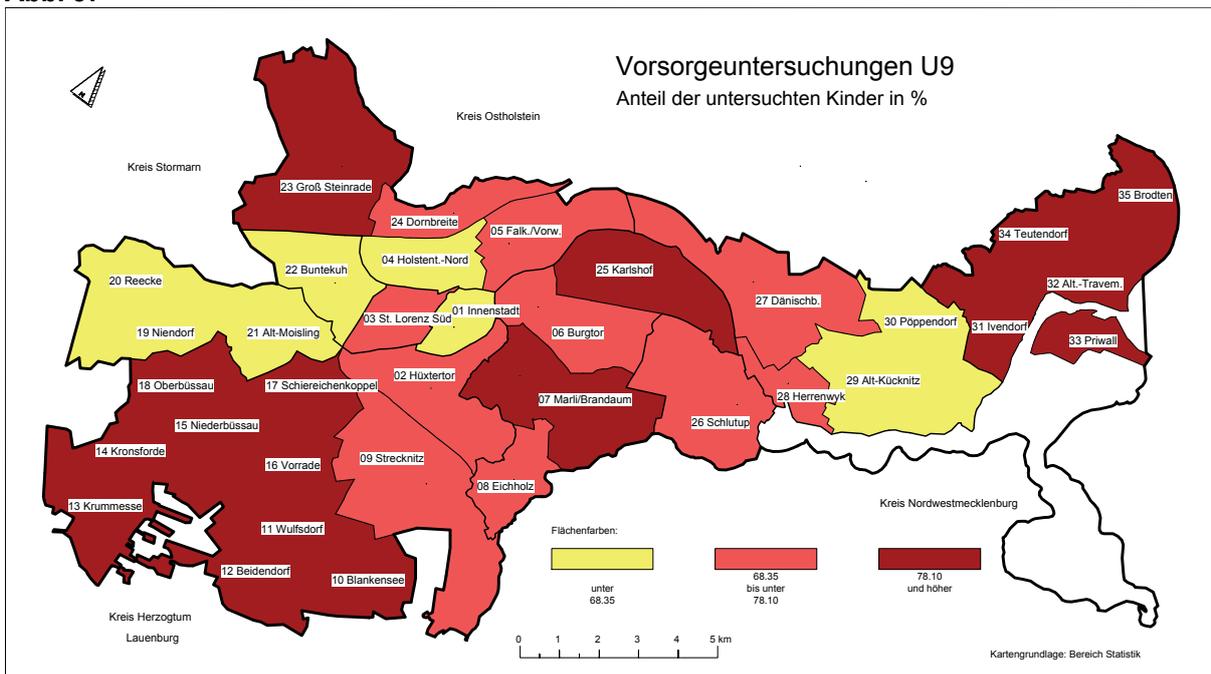
Ausgehend davon, dass alle Vorsorgeuntersuchungen (U1 – U9) allen Kindern nach § 26 SGB V kostenlos zur Verfügung stehen, war die nachweisliche Teilnahmequote bei den Lübecker Schulanfänger/innen der Einschulungsjahrgänge 2004, 2005 und 2006 mit durchschnittlich 65 % insgesamt relativ niedrig. Die geringste Teilnahmequote findet sich - wie schon 1998 - bei den Schulanfänger/innen aus der Innenstadt, Buntekuh, St. Lorenz Süd, Holstentor-Nord und Moising. Von den aus diesen Stadtbezirken zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Kindern hatten nachweislich höchstens 61,2 % das komplette Screening-Programm absolviert, während die Schulanfänger/innen aus den Stadtbezirken Gr. Steinrade, Karlshof, Hüxtertor, St. Jürgen-Land und Travemünde zu über 72,6 % an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben (s. Abb. 36). Wie der Vergleich mit Abb. 8 zeigt, handelt es sich bei den Lübecker Stadtbezirken, in denen die nachweisliche Teilnahmequote in 2004, 2005 und 2006 durchschnittlich besonders gering war, fast ausschließlich um die Lübecker Stadtbezirke mit den höchsten Kinderarmutsquoten, so dass vermutet werden kann, dass die mangelhafte Beteiligung an den Vorsorgeuntersuchungen zumindest teilweise auf das schichtspezifische Gesundheitsverhalten der Eltern zurückzuführen ist. Bestätigt wird der Zusammenhang der geringeren Teil-

nahme von Kindern aus sozial benachteiligten Schichten auch durch den Korrelationskoeffizienten von $r = -0,79$ (Teilnahmequoten zu Grundsicherungsquoten).

Abgesehen von den sozioökonomischen Ursachen, kann die in einigen Stadtbezirken geringere Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen aber auch von den Zugangsschwierigkeiten der Migrantenkinder zu den gesundheitlichen Versorgungsleistungen herrühren, denn in der Innenstadt, Buntekuh, St. Lorenz Süd, Holstentor-Nord und Moisling sind die Kinder nicht nur häufiger hilfebedürftig nach SGB II, sondern haben öfter als andernorts in Lübeck auch einen Migrationshintergrund (vgl. Abb. 7).

Dass die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen für viele Kinder problematisch ist, zeigt sich besonders bei der U9, der sog. Vorschuluntersuchung, bei der hauptsächlich die Feinmotorik, die Sprachentwicklung und die Koordinationsfähigkeit überprüft werden.

Abb. 37



Quelle: SGU-Daten 2004, 2005 und 2006, Gesundheitsamt, Hansestadt Lübeck

Wie die Angaben zu den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 des Einschulungsjahrganges 2006 in Abb. 35 verdeutlichen, gehört die U9 zu den Vorsorgeuntersuchungen der Kinder, die am wenigsten in Anspruch genommen werden. Bezogen auf die Anzahl der in 2004, 2005 und 2006 untersuchten Lübecker Schulanfänger/innen (5.155), lag die Teilnahmequote der Kinder, die nachweislich an der U9 teilgenommen haben (3.671) durchschnittlich bei 71,2 %. Die niedrigsten U9-Teilnahmequoten (unter 68 %) finden sich mit Ausnahme der Kücknitzer Schulanfänger/innen wiederum bei den Schulanfänger/innen aus den Lübecker Stadtbezirken mit den höchsten Kinderarmutsquoten und den anteilig meisten Migrantenkinder (s. Abb. 7 und Abb. 8). Allein daran, aber auch an den Ergebnissen der Korrelationsanalyse wird deutlich, dass zwischen dem Sozialstatus ($r = -0,72$) bzw. der ethnischen Zugehörigkeit ($r = -0,67$) und der Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung U9 offensichtlich ein Zusammenhang besteht und dass es sich bei den nicht untersuchten Lübecker Schulanfänger/innen hauptsächlich um Kinder aus sozialökonomisch schlechter gestellten Familien und Migrantenfamilien handelt. Um die Beteiligung an den Vorsorgeuntersuchungen zu steigern, sollten daher - entsprechend unseres Hinweises im Kindergesundheitsbericht 2000 - in den o. g. Stadtbezirken spezielle Gesundheitsdienste angeboten werden, die auf das Gesundheitsverhalten der entsprechenden Bevölkerungsgruppen Bezug nehmen, wie es zur Zeit schon durch das MiMi-Projekt des Landes Schleswig-Holstein geschieht.

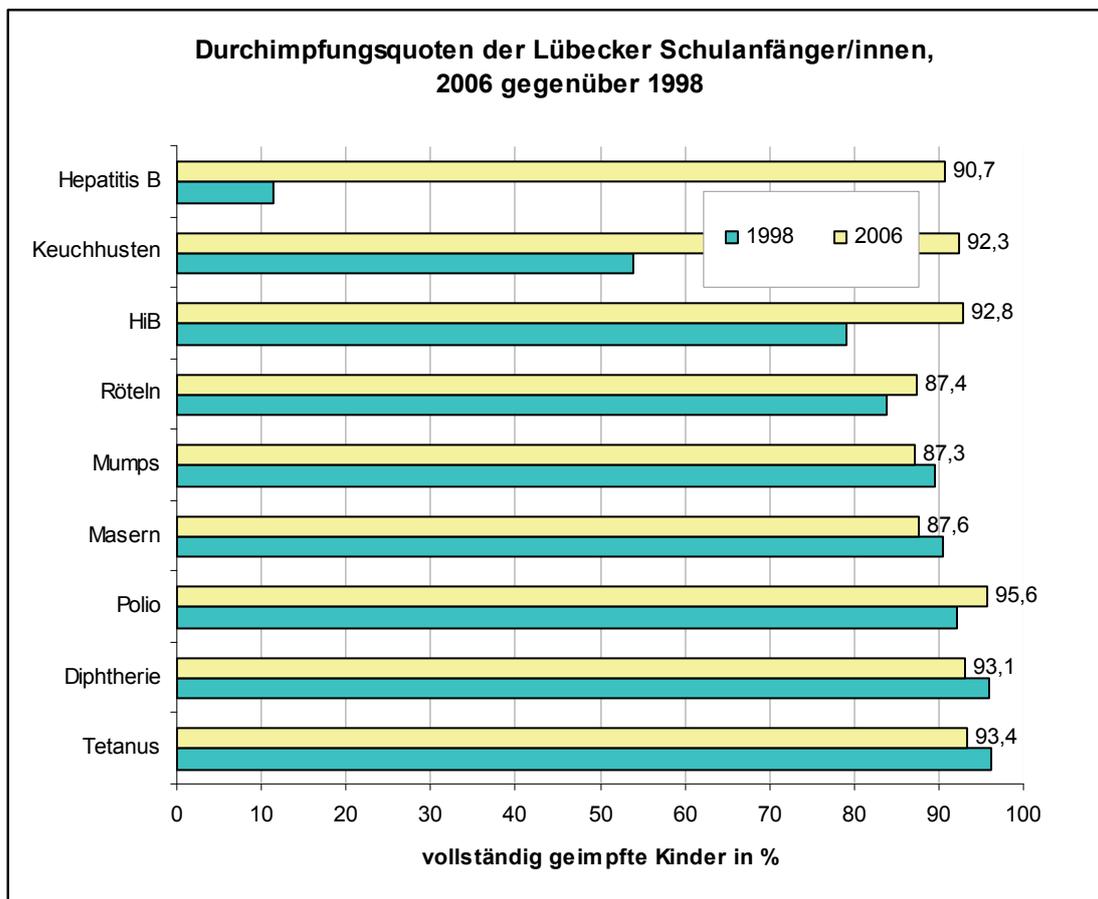
4.2. Impfstatus der Schulanfänger/innen

Kaum eine andere medizinische Intervention hat die Verbreitung von Infektionskrankheiten so reduziert wie die Impfungen. Durch Impfungen kann bei Kindern ein Immunschutz aufgebaut werden, der sie vor Infektionskrankheiten, die charakteristischerweise bereits schon im Kindesalter auftreten, bewahrt. Neben der individuellen Prophylaxe wird durch die Impfung der Kinder auch der Schutz der ganzen Bevölkerung vor Epidemien verbessert.

Um dem Ziel der WHO, in der Region keine einheimischen Fälle von Poliomyelitis, Diphtherie, Neugeborenen-Tetanus, Masern und Mumps sowie keine Rötelerkrankungen in der Schwangerschaft mehr vorkommen zu lassen, gerecht zu werden, sind hohe Durchimpfungsraten der Bevölkerung von über 90 % erforderlich. In Deutschland werden diese Zahlen i. d. R. nicht erreicht, weil - lt. Studie der Betriebskrankenkassen, 2003 - die Inanspruchnahme von Impfungen (Auffrischimpfungen) mit zunehmendem Alter in der Bevölkerung zurückgeht.

Abgesehen davon, dass in der Lübecker Bevölkerung gegen die wichtigsten Infektionskrankheiten nach wie vor kein ausreichender Immunschutz besteht, hat sich die Situation bei den Lübecker Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 gegenüber 1998 nur teilweise verbessert (s. Abb. 38).

Abb. 38



Quelle: SGU-Daten 1998 und 2006, Gesundheitsamt, Hansestadt Lübeck

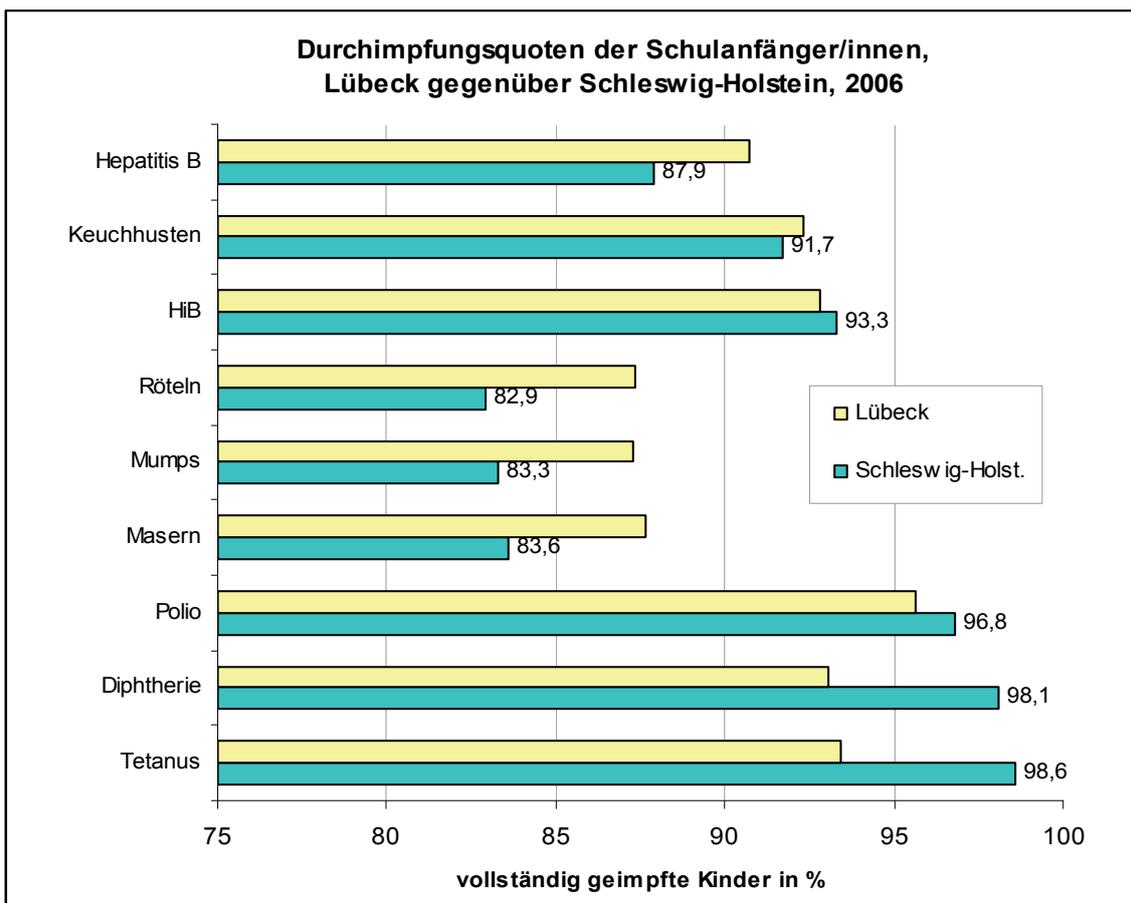
Von den 1.416 Lübecker Schulanfänger/innen, die bei ihrer Einschulungsuntersuchung 2006 ein Impfheft vorgelegt haben, waren 93,4 % vollständig gegen Tetanus geimpft, 2,7 % weniger als beim Einschulungsjahrgang 1998. Auch bei Diphtherie, Masern und Mumps lagen die Durchimpfungsquoten (vollständigen Immunisierung) der Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 mit 93,1, 87,6 und 87,3 % unter denen der Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 1998

(s. Abb. 38). Von den Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 waren nur max. 87,6 % gegen Mumps, Röteln und Masern vollständig geimpft. Damit wurde der von der WHO geforderte 90-prozentige Immunisierungsschutz bei diesen Infektionskrankheiten erneut bzw. wiederum unterschritten.

Abgesehen von den o. g. Rückschlägen hat sich der Impfschutz bei den Lübecker Kindern, insgesamt jedoch verbessert. Der größte Anstieg konnte bei den Hepatitis B-Impfquoten und den Keuchhusten-Impfquoten verzeichnet werden. Waren 1998 nur mehr 11,4 % der Lübecker Schulanfänger/innen vollständig gegen Hepatitis B geimpft, so lag die Durchimpfungsquote der Lübecker Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 mit 90,7 % fast um ein Achtfaches höher. Hinsichtlich des Impfschutzes gegen Keuchhusten (Pertussis) ist die Durchimpfungsquote bei den Lübecker Schulanfänger/innen um 38,3 %, von 54 % des Einschulungsjahrganges 1998 auf 90,7 % des Einschulungsjahrganges 2006, angestiegen. Bei der Infektionskrankheit Haemophilus Typ B (HiB) hat sich der Impfschutz bei den Lübecker Schulanfänger/innen von 79 % in 1998 auf 92,8 in 2006 erhöht.

Im Vergleich zu den schleswig-holsteinischen Schulanfänger/innen insgesamt, weisen die Lübecker Schulanfänger/innen bei einzelnen Infektionskrankheiten häufiger einen kompletten Impfschutz auf. Bezogen auf den Einschulungsjahrgang 2006 lagen die Durchimpfungsquoten der Lübecker Schulanfänger/innen bei Masern, Mumps, Röteln und Hepatitis B deutlich über dem Landesdurchschnitt. Dagegen waren die Tetanus- (93,4 %), Diphtherie- (93,1 %) und Polio-Impfquoten (95,6 %) bei den Lübecker Schulanfänger/innen in 2006 verhältnismäßig niedriger (s. Abb. 39).

Abb. 39



Quelle: Bericht über die Untersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in Schleswig-Holstein des Jahres 2006, MSGF Schleswig-Holstein und SGU-Daten des Gesundheitsamtes Lübeck

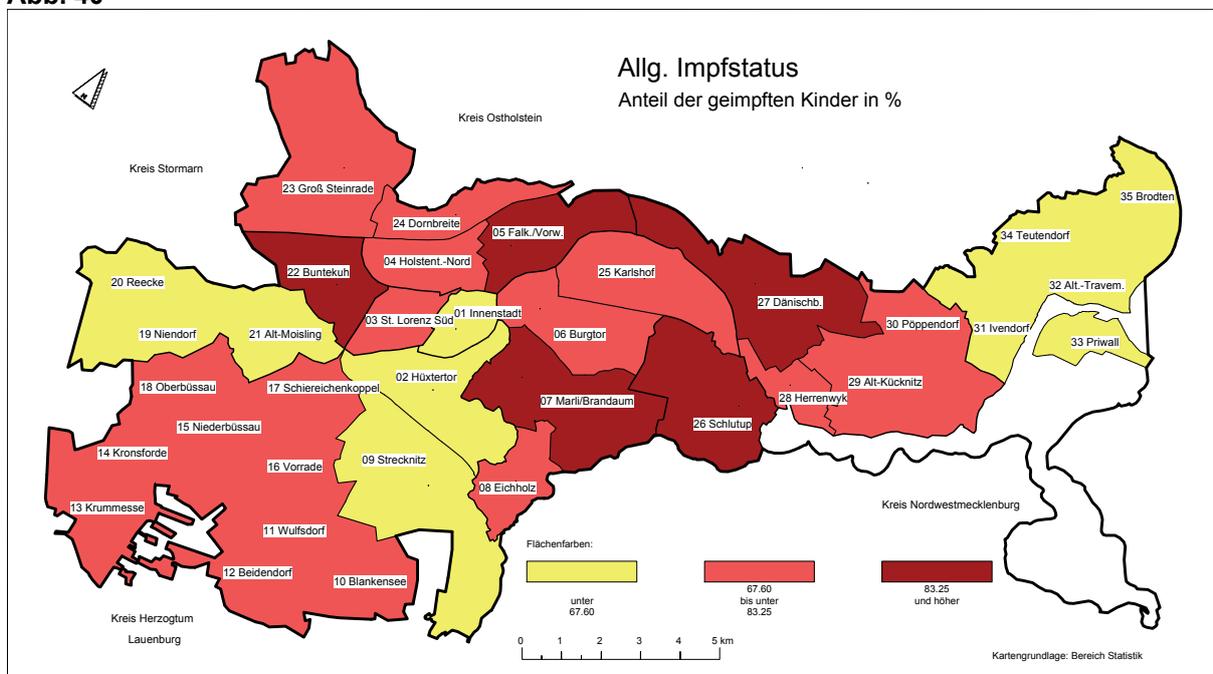
Dass der Impfschutz der Lübecker Kinder noch weiter verbessert werden muss, lässt sich auch am bestehenden allgemeinen Impfstatus der Lübecker Schulanfänger/innen ablesen. Von den 1.416 Lübecker Schulanfänger/innen, die bei ihrer Einschulungsuntersuchung 2006 ein Impfheft vorgelegt ha-

ben, konnten nur 79,9 % (1.132 Kinder) einen vollständigen Impfschutz gegen Polio, Diphtherie, Tetanus, Masern, Mumps, Röteln, Pertussis, Hepatitis B und Haemophilus Typ B (HiB) nachweisen. Bezieht man die erfassten Impfquoten auf die Gesamtheit der untersuchten Lübecker Schulanfänger/innen (1.743 Kinder), dann lag der allgemeine Impfstatus bei den Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 noch um 15 % niedriger, bei 64,9 %. Zum Vergleich dazu war der allgemeine Impfstatus beim Einschulungsjahrgang 1998 bezogen auf die Zahl der vorgelegten Impfhäfte mit 75 % niedriger, bezogen auf die Zahl der untersuchten Schulanfänger/innen mit 65,8 % jedoch etwas höher.

Weil die Impfungen für die Kinder kostenlos sind, stellt sich die Frage, warum relativ viele Eltern ihre Kinder nicht oder nur unvollständig beim Kinderarzt bzw. Hausarzt oder im Gesundheitsamt impfen lassen. In der Hauptsache ist es die mangelhafte Information, die dazu beiträgt, dass die Impfungen für Kinder nicht genügend wahrgenommen werden. Untersuchungen zur Akzeptanz von Impfungen im Kindesalter ergaben, dass sich 50 % der Eltern nicht ausreichend informiert fühlen. Abgesehen davon ist auch die weltanschauliche und religiöse Einstellung der Eltern ausschlaggebend dafür, ob, wogegen und wie oft sie ihre Kinder impfen lassen. Man schätzt, dass ca. 1 - 2 % der Eltern in Deutschland absolute Impfgegner sind, d. h., dass sie die „natürliche Krankheit“ der Impfung vorziehen. Mindestens 25 % der Eltern in Deutschland stehen Impfungen kritisch gegenüber, sodass Impfungen bei ihren Kindern nur ausnahmsweise und lückenhaft durchgeführt werden.

Welche der genannten Gründe auf die Eltern der Lübecker Schulanfänger/innen, die keinen ausreichenden Impfstatus aufweisen konnten, zutrifft, geht aus den Impfdaten, die bei den Einschulungsuntersuchungen erfasst werden, nicht hervor. Weil der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes der Hansestadt Lübeck seit 1996 zusätzlich zu den Untersuchungsdaten auch die Wohngebiete, in denen die Schulanfänger/innen leben, miterfasst, kann aber zu mindest festgestellt werden, in welchen Stadtbezirken Lübecks die Durchimpfungsraten der Kinder besonders niedrig bzw. besonders hoch sind und wo zusätzlicher Aufklärungsbedarf besteht. Zieht man in Betracht, dass die Durchimpfungsquoten sich nur auf die Kinder beziehen, die ein Impfhäfte vorgelegt haben (deren Anzahl regional variiert) dann sind die ermittelten Werte diesbezüglich jedoch nur eingeschränkt aussagefähig.

Abb. 40



Quelle: SGU-Daten 2006, Gesundheitsamt, Hansestadt Lübeck

Wie Abb. 40 zeigt, ist der allgemeine Impfstatus bei den Schulanfänger/innen aus Buntekuh, Falkenfeld/Vorwerk, Marli/Brandenbaum, Dänischburg und Schlutup am höchsten. Von den aus diesen Stadtbezirken stammenden SchulanfängerInnen, die bei ihrer Einschulungsuntersuchung ein Impfhäfte

vorgelegt haben, waren immerhin mehr als 83,25 % komplett gegen Polio, Diphtherie, Tetanus, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis B und Haemophilus Typ B (HiB) geimpft. Die höchste Durchimpfungsrate der Standardimpfungen findet sich bei den Schulanfänger/innen aus dem Stadtbezirk Marii/Brandenbaum (86,8 %). Die niedrigsten Durchimpfungsquoten (unter 67,6 %) weisen die Schulanfänger/innen aus der Innenstadt, Moisling, Huxtortor, Strecknitz und Travemünde auf, wobei die Schulanfänger/innen aus Travemünde besonders schlecht abschneiden. Von den aus Travemünde stammenden Schulanfänger/innen konnten nur weniger als die Hälfte (42,6 %) einen kompletten Impfschutz vorweisen. Gemessen an dem städtischen Durchschnitt von 73,4 % vollständig geimpften Kindern (28 Kinder konnten regional nicht zugeordnet werden, daher ist der Durchschnittswert hier kleiner als 79,9 %), fallen auch die Durchimpfungsraten der Schulanfänger/innen aus Holstentor Nord, Karlshof, St. Jürgen-Land und Dornbreite relativ unbefriedigend aus.

Wie die niedrigen Durchimpfungsraten der Schulanfänger/innen aus den statushöheren Stadtbezirken Travemünde, Gr. Steinrade und Dänischburg zeigen, ist der unvollständige Impfschutz der Kinder offensichtlich nicht allein auf das schichtspezifische Gesundheitsverhalten sozialökonomisch schlechter gestellter Eltern zurückzuführen, sondern resultiert teilweise offensichtlich aus dem kritischen Bewusstsein bzw. der mangelnden Akzeptanz und dem Desinteresse der Eltern aus der Mittel- und Oberschicht.

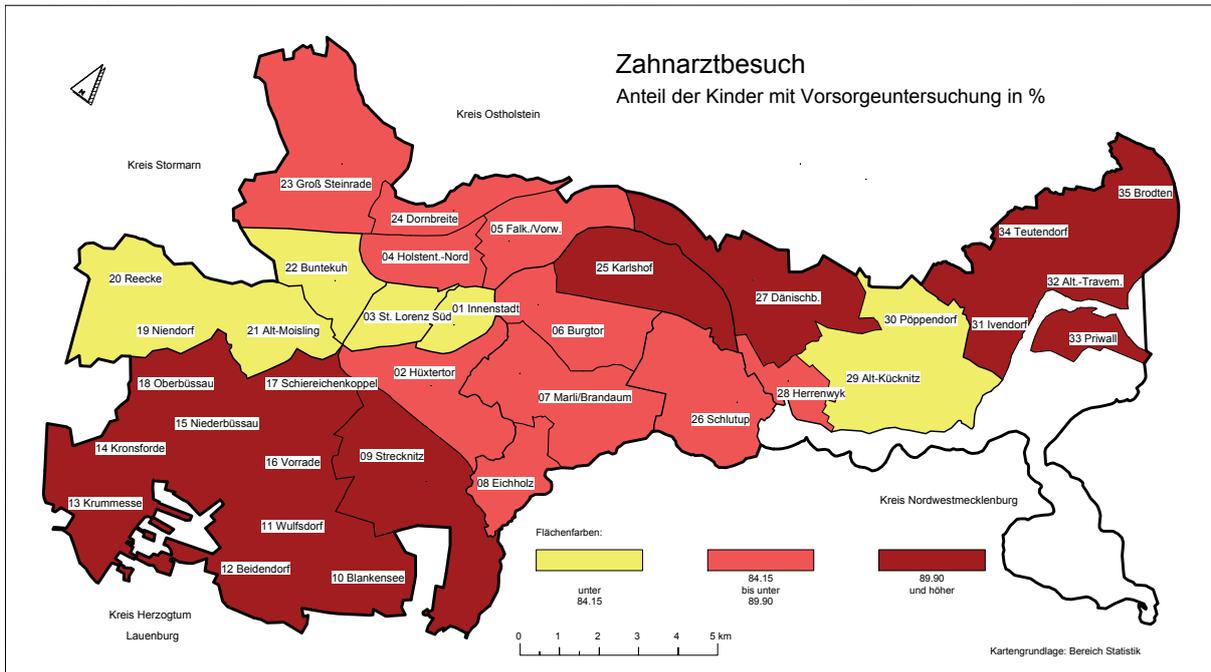
4.3. Zahngesundheit

Der regelmäßige Kontrollbesuch beim Zahnarzt wird von den meisten Familien schon mit den Kindern im Vorschulalter wahrgenommen, obwohl im zahnärztlichen Bereich für diese Altersgruppe kein offizielles Vorsorgeheft verfügbar ist. Defizite im Vorsorgeverhalten gibt es jedoch im Jugendlichenalter, und zwar insbesondere bei den Haupt- und Förderschüler/innen, wenn diese zunehmend ohne elterliche oder schulische Unterstützung eigenverantwortliches Handeln für ihre Zahngesundheit erlernen müssen.

Besondere Bedeutung kommt der schulzahnärztlichen Untersuchung deshalb an den sozialen Brennpunkten zu. Die Schüler/innen mit behandlungsbedürftigen Zähnen werden erkannt und mit Konzepten der nachgehenden Fürsorge (z. B. Einzelgesprächen, schriftlichen Mitteilungen und Telefonaten mit den Erziehungsberechtigten) zu einem gesundheitsbewussten Verhalten angeleitet. Obwohl Befragungsergebnisse zum regelmäßigen Zahnarztbesuch nicht vorliegen, können aus den sehr unterschiedlichen Ergebnissen beim zahnärztlichen Behandlungsbedarf an den verschiedenen Schulfor-

men auch Rückschlüsse auf das entsprechende Präventionsverhalten gezogen werden (vgl. Kapitel 3.2. Abb. 22).

Abb. 40a



Quelle: Zahngesundheitsdaten, 1996, Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

Abgesicherte Daten liegen jedoch von einer flächendeckenden Elternbefragung des Einschulungsjahrganges 1996 vor. Bei den Einschulungsuntersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes wurde ein Fragebogen ausgegeben, mit dessen Hilfe nach Wohnbezirken aufgeschlüsselt Aussagen zum zahnmedizinischen Vorsorgeverhalten im Vorschulalter getroffen werden konnten.

Zur zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung gingen 63,1 % der Kinder halbjährlich und 23,4 % unregelmäßig. Die Summe dieser beiden Gruppen ist mit dem errechneten Durchschnittswert für Lübeck von 86,5 % in der Abb. 41 dargestellt. Das höchste Ergebnis erzielte Karlshof mit 97,1 %. Dagegen waren 13,5 % der Schulanfänger/innen noch nie oder nur wegen Zahnschmerzen in einer Zahnarztpraxis. In Buntekuh (21,6 %), Innenstadt (21,4 %), Moising (20,0 %), St. Lorenz Süd (16,2 %) und Kücknitz/Pöppendorf (16,0 %) war dieser Anteil besonders groß. Bei der Beschränkung der Auswertung auf den Anteil der Schulanfänger/innen mit regelmäßigen halbjährlichen Zahnarztbesuchen erzielte Schlutup mit 80,6 % den besten Wert.

Die Einnahme von Fluoridtabletten im Alter von 0-2 Jahren (in der Regel als kombinierte Gabe mit Vitamin D zur Rachitisprophylaxe) erfolgte durchgehend bei 76,9 % der Kinder, bei 16,3 % teilweise und bei 6,8 % nie. Bei den 3- bis 6-Jährigen (meist als reine Fluoridgabe) erfolgte die durchgehende Tablettenfluoridierung nur noch bei 33,1 %, bei 39,0 % teilweise und bei 27,9 % nicht bzw. nicht mehr. Die durchgehende Gabe lag dabei in den Stadtbezirken bei den 0- bis 2-Jährigen zwischen 59,5 % (Innenstadt) und 87,5 % (Dänischburg und Groß Steinrade), bei den 3- bis 6-Jährigen zwischen 16,7 % (Innenstadt) und 56,3 % (Dänischburg).

4.4. Resümee

Vergleicht man die aktuellen Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, die die Kinder vor Krankheiten schützen bzw. bei nicht erkannten Erkrankungen einer rechtzeitigen Behandlung zuführen sollen, mit denen des Jahres 1998, dann kann festgestellt werden, dass sich am Gesundheitsverhalten der Lübecker Eltern gegenüber ihren Kindern, im Zeitverlauf von 9 Jahren nur wenig geändert hat.

Sowohl bei der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 als auch beim allg. Impfstatus war die Quote der komplett untersuchten bzw. vollständig immunisierten Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 ähnlich niedrig wie beim Einschulungsjahrgang 1998. Von den Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrgang 2006 haben nur 62,3 % an allen Vorsorgeuntersuchungen nachweislich teilgenommen, beim Einschulungsjahrgang 1998 lag die Quote bei 62,5 %. Einen vollständigen Impfschutz gegen die wichtigsten Infektionskrankheiten hatten nachweislich nur 64,9 % der Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges, beim Einschulungsjahrgang 1998 waren es noch 65,8 %.

Defizite beim Impfschutz der Lübecker Kinder bestehen hauptsächlich noch bei der Immunisierung gegen Röteln, Mumps und Masern, wo selbst die Kinder, die bei den Schuleingangsuntersuchungen ein Impfheft vorlegen konnten, nur zu max. 87,6 % vollständig geimpft waren.

Dem gegenüber hat sich der Impfschutz gegen Keuchhusten und Hepatitis B deutlich verbessert. Mit einer Impfquote von 92,3 % bei Keuchhusten und 90,7 % bei Hepatitis B wurde die von der WHO geforderte Grundimmunisierung, die eine Durchimpfungsquote von über 90 % voraussetzt, von den Lübecker Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 sogar noch überschritten. Einschränkung hinzugefügt werden muss, dass es sich dabei um den aus den Impfheften der Schulanfänger/innen entnommenen Impfschutz handelt und nicht um den Impfschutz aller Schulanfänger/innen, bei denen zu ca. einem Fünftel (327 Kinder) des Einschulungsjahrganges 2006 kein Impfheft vorlegen hat.

Bei der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder hat sich die Situation, bezogen auf die Schulanfänger/innen, die bei der Schuleingangsuntersuchung ein Vorsorgeuntersuchungsheft vorlegen konnten, zwischen 1998 und 2006 etwas verbessert. Zwar nahm die Beteiligung von Untersuchung zu Untersuchung (von der U1 bis zur U9) auch beim Einschulungsjahrgang 2006 immer noch kontinuierlich ab, hat aber bei den letzten drei Vorsorgeuntersuchungen (U7 bis U9) vor der Einschulung an Bedeutung gewonnen. Gegenüber dem Einschulungsjahrgang 1998 ist die Teilnahmequote der Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 bei der U7, U8 und U9 um durchschnittlich ca. 2,3 % angestiegen. Von den Lübecker Schulanfänger/innen, die bei ihrer Einschulungsuntersuchung im Jahre 2006 ein Vorsorgeheft vorgelegt haben, hatten 85,3 % an der U9 teilgenommen, bezogen auf alle Schulanfänger/innen waren es jedoch nur 68,8 %.

Die immer noch unzureichende Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder auch und besonders an der sog. Vorschuluntersuchung, der U9 ist zu einem erheblichen Teil auf das schichtspezifische Gesundheitsverhalten der sozial schlechter gestellter Eltern zurückzuführen, denn bei den nicht bzw. nicht vollständig untersuchten Lübecker Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 handelt es sich – so der Vergleich der regionalisierten Teilnahmequoten mit den regionalisierten Grundsicherungsquoten (SGB II) - hauptsächlich um Kinder, die aus den Lübecker Stadtbezirken mit der anteilig höchsten Kinderarmut stammen. Da die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchen nicht mehr allein den Eltern der Kinder überlassen bleibt, sondern lt. Kinderschutzgesetz seit Ende 2008 für alle in Schleswig-Holstein lebenden Kinder verbindlich vorgeschrieben ist, ist zukünftig mit einer Steigerung der Teilnahmequoten - auch und besonders der Kinder aus sozial schlechter gestellten Familien - zu rechnen.

Hinsichtlich der Verbesserung des Impfschutzes bei den Lübecker Kindern bedarf es einer umfangreichen Aufklärung aller Lübecker Eltern, auch und besonders der Eltern der Mittel- und Oberschicht, die, wie die regionalisierten Durchimpfungsquoten der Lübecker Schulanfänger/innen zeigen, den Impfungen oft ungerechtfertigter Weise relativ kritisch gegenüber stehen und ihre Kinder nicht gegen alle wichtigen Infektionskrankheiten ausreichend impfen lassen.

5. Gesundheitsversorgung und sozialpädiatrische Infrastruktur

Eine ausreichende Gesundheitsversorgung ist Voraussetzung nicht nur für eine angemessene Behandlung im Krankheitsfall, sondern auch für die Durchführung von präventiven Maßnahmen, wie Schutzimpfungen und Früherkennungsuntersuchungen, die das Entstehen von Krankheiten bei Kindern verhindern sollen.

Sozialpädiatrische Behandlungsangebote verlangen eine mehrdimensionale Diagnostik und Therapie, die auf interdisziplinäre Zusammenarbeit von Kinderärzten/-innen, Kinderpsychologen/innen und Jugendpsychiatern/-innen, Sozialpädagogen/-innen, Ergotherapeuten/innen, Sprachtherapeuten/innen und andere angewiesen ist.

Aus dem breiten Spektrum der Sozialpädiatrie sollen folgende wichtigen Themenkreise genannt werden:

1. Kind, Familie und familiäre Umwelt (Epidemiologie der Familiengesundheit, Bedeutung des Kindes für die Gesellschaft).
2. Struktur und Organisation der pädiatrischen Versorgung (Organisation und Aufgaben der ambulanten und stationären Versorgung sowie des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes, sozialpädiatrische Zentren. Nicht medizinische Versorgungsstrukturen für Mutter und Kind wie Mutterschutz, Kindergarten, Erziehungsberatung, Maßnahmen der Jugendhilfe).
3. Wachstum und Entwicklung (psychomotorische, körperliche, kognitive und psychosoziale Entwicklung).
4. Versorgung des chronisch kranken und behinderten Kindes (Akzentuierung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung).
5. Kinder in besonderen sozialen Notsituationen (Kindesmisshandlung in Familie und Institutionen, Kinder nicht deutscher Staatsbürgerschaft, Aussiedler, soziale Randgruppen).
6. Präventivpädiatrie (Ernährung und Gesundheit, Krankheitsfrüherkennungsuntersuchung, Unfallverhütung, Gesundheitserziehung in den verschiedenen Entwicklungsstufen).
7. Effektivitäts- und Effizienzbeurteilung präventiver und kurativer Maßnahmen in der Pädiatrie (Evaluationsmethoden und Fehlerquellen, ökonomische Aspekte, Koordinationsmöglichkeiten verschiedener Dienste, Ausbildungsprofile der verschiedenen Berufsgruppen).

Aus diesem vielfältigen Spektrum der Sozialpädiatrie finden wir einige im sozialmedizinischen Netzwerk der Hansestadt Lübeck wieder.

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst arbeitet im Sinne der Sozialpädiatrie, indem er pädiatrische Leistungen interdisziplinär einbringt und gleichzeitig Basisdaten für epidemiologische Fragestellungen bereitstellt.

5.1. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Mitte des 18. Jahrhunderts befassten sich die Kommunen zunehmend mit der Organisation eines Öffentlichen Gesundheitsdienstes, und zwar übten öffentlich bestellte Ärzte die Aufsicht über das Medizinalwesen aus, d.h., sie nahmen Aufgaben der Medizinalpolizei wahr und behandelten arme Kranke.

In den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts drängten sich Überlegungen zur Vereinheitlichung des kommunalen Gesundheitswesens in den Vordergrund, d.h., die Gesundheitspolizei und die fürsorglichen Tätigkeiten sollten von einem Amt (Gesundheitsamt) wahrgenommen werden. Die Vereinheitlichung dieser unterschiedlichen Strukturen erfolgte durch das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 mit seinen drei Durchführungsverordnungen. Diese sind noch heute für einige Bundesländer gültig.

Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wurden aber von einigen Bundesländern bereits in eigenen sogenannten Gesundheitsdienstgesetzen niedergeschrieben. Schleswig-Holstein gehörte als erstes Bundesland dazu, als 1979 das Gesundheitsdienstgesetz Schleswig-Holsteins verabschiedet wurde.

Der Begriff des Öffentlichen Gesundheitsdienstes richtet sich nach dem Gesundheitsdienstgesetz des Landes und stellt die Wahrnehmung der öffentlich-rechtlichen Aufgaben dar auf dem Gebiet des Gesundheitswesens einschließlich der damit zusammenhängenden Untersuchungstätigkeit. Die Sicherstellung gesunder Lebensverhältnisse ist eine politisch zu kontrollierende und zu verantwortende Aufgabe. Erforderlich ist ein leistungsfähiger und kompetenter Öffentlicher Gesundheitsdienst mit dem Gesundheitsamt als wichtigem Ansprechpartner in Gesundheitsfragen und als notwendige Ergänzung des Systems ambulanter ärztlicher und stationärer gesundheitlicher Versorgung der Bevölkerung i. S. einer aktiven mitbestimmenden und partnerschaftlichen Mitarbeit in einem gesundheitlichen Versorgungsverbund.

In der Bevölkerung ist sehr oft die hoheitliche Funktion (Gesundheitspolizei) des Gesundheitsamtes bewusster als die fürsorgerische (Gesundheitshilfe für Risiko- und Randgruppen) und vorsorgende (präventive) Funktion. Darüber hinaus ist der Öffentliche Gesundheitsdienst ein unverzichtbares Instrument kommunaler und staatlicher Gesundheitspolitik.

Wir alle sind auf einen effizienten Öffentlichen Gesundheitsdienst und gut funktionierende kommunale Gesundheitsämter angewiesen. Das Bild des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Öffentlichkeit wird maßgeblich von dessen Tätigkeit bestimmt. Entscheidend für ein positives Image ist die konsequente Wahrnehmung der Aufgaben, ein flexibles Eingehen auf neue Herausforderungen, Bürgernähe und effizientes Handeln - gerade in Zeiten knappen Geldes“.

5.1.1. Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Für die Bevölkerungsgruppe ab der Geburt bis zum vollendeten 17. Lebensjahr ist im öffentlichen Gesundheitsdienst der Kinder- und Jugendärztliche Dienst zuständig. Im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst in Lübeck sind überwiegend Ärztinnen/Ärzte für Kinderheilkunde sowie Arzthelferinnen tätig. Rechtsgrundlage für das Tätigwerden sind das Gesundheitsdienstgesetz und das Schulgesetz von Schleswig-Holstein sowie die Sozialgesetzbücher V/VIII/IV und XII. Und seit letztem Jahr das Kinderschutzgesetz Schleswig-Holstein. Der Arbeitsansatz ist sozialpädiatrisch, auch im Sinne der nachgehenden Fürsorge. Die Sozialentwicklung als Individualphänomen des Kindes ist neben anderen Sozialbezügen Gegenstand der Sozialpädiatrie, deren besonderes Interesse den die kindliche Entwicklung bestimmenden sozialen, ökonomischen und ökologischen Faktoren gilt.

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst in Lübeck arbeitet mit der Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin eng zusammen, seit 2008 auch mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum am Klinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck. Im Rahmen der Eingliederungshilfe werden Kinder im Vorschulalter begutachtet, die im Vorschulalter integriert werden müssen in heilpädagogische Kleingruppen und in Integrations-Gruppen in Regelkindergärten. Neben dieser gutachterlichen Tätigkeit werden die Aufgaben des Schulgesetzes und der Ordnung für Sonderpädagogik wahrgenommen. Das breite Spektrum der schulärztlichen Aufgaben hat sich im Laufe der Zeit auf die Untersuchungen der Schulanfänger/innen und der Schüler/innen der 8. Klassen und der Förderzentren fokussiert. Die Einschulungsuntersuchung dient der kinderärztlichen Beratung der Eltern und Erziehungsberechtigten. Bei Bedarf werden notwendige medizinische und sozial-kompensatorische Maßnahme für das Kind eingeleitet.

Die Einschulungsuntersuchung liefert wichtige epidemiologische Daten eines Jahrganges. Die Statistik über die Befunde bei den schulärztlichen Untersuchungen ist die einzige Erhebung, durch die der Gesundheitszustand eines ganzen Jahrganges erfasst wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Kinder- und Jugendärztliche Dienst sich als Gemeinwesen orientierter sozialpädiatrisch arbeitender Dienst versteht mit den Aufgabenschwerpunkten:

- Querschnittsuntersuchungen und Beratungen, in Kindergärten, Schuleingangs- sowie weitere Untersuchungen und Beratungen in Schulen und Kindergärten nach Bedarf.
- Betriebsmedizinische Betreuung von Schulen.
- Beratung und Begutachtung bei Inanspruchnahme besonderer schulischer oder kommunaler Hilfen, insbesondere für entwicklungsauffällige, behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder.
- Stadtteilbezogene Mitarbeit bei der Konzeptentwicklung und Umsetzung von Projekten zur sozialkompensatorischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.
- Mitwirkung bei der frühzeitigen Erkennung und Behebung gesundheitlicher Risiken und Gefährdungen für Gesundheit und Wohlergehen von Kindern.

5.1.2. Jugendzahnärztlicher Dienst.

Seit dem Schuljahr 1952/53 werden an den Lübecker Schulen und Kindergärten zahnärztliche Reihenuntersuchungen durchgeführt. In den ersten Jahren gab es ausschließlich vom Gesundheitsamt beauftragte Zahnärzte, die hauptberuflich in freier Praxis tätig waren.

Eine landesweit gültige gesetzliche Regelung der Schulzahnpflege erfolgte mit dem Jugendzahnpflegegesetz am 24.10.1966. Seit 1966 gibt es am Gesundheitsamt Lübeck dann auch einen hauptamtlich besetzten Jugendzahnärztlichen Dienst, anfangs noch in Verbindung mit einer von der Hansestadt Lübeck finanzierten kieferorthopädischen Praxis, da kieferorthopädische Behandlungen noch nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehörten.

Der Aufgabenbereich des Jugendzahnärztlichen Dienstes umfasst seit der Schließung der kieferorthopädischen Praxis im Jahr 1991 keine behandelnden Tätigkeiten mehr. Die zahnärztlichen Untersuchungen in Schulen (bis zur Klassenstufe 9) und den Kindertagesstätten finden dagegen weiterhin statt, seit dem 01.01.2002 auf der Grundlage des schleswig-holsteinischen Gesundheitsdienstgesetzes (GDG). Die Inhalte dieser schulzahnärztlichen Tätigkeit umfassen die Befunderhebung und ein umfassendes Beratungsangebot. Hinzu kommen Koordinationsaufgaben für die Gruppenprophylaxe nach dem Sozialgesetzbuch V in Zusammenarbeit mit der AG Jugendzahnpflege Lübeck (s. Kapitel 6.4.3) und deren Mitgliedern sowie gutachterliche Tätigkeiten, insbesondere für Zahnersatzleistungen im Beihilfebereich.

In den vergangenen Jahren hat die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit behandlungsdürftigen Zähnen abgenommen, die Konzentration der Schüler/innen mit erheblichem Behandlungsbedarf auf bestimmte Schuleinzugsbereiche besteht jedoch weiterhin. Besonders hier setzen dann die Konzepte der nachgehenden Fürsorge an, um den betroffenen Kindern und Jugendlichen, den Erziehungsberechtigten und den Schulen Hilfestellungen zu geben. Im Zuge dieser Beratungstätigkeit wird dann versucht, einzelfallbezogene Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen, sei es bei Problemen mit dem Krankenversicherungsschutz oder der Patientenzuzahlung für kieferorthopädische Behandlungen usw. Wenn wegen starker Ängste oder einer Behandlungsunwilligkeit des Kindes eine Therapie unter Narkose angeraten erscheint, kann über eine mit dem Verein Lübecker Zahnärzte gemeinsam erstellte Liste der Kontakt zu entsprechend ausgerüsteten niedergelassenen Zahnärzte/innen hergestellt werden.

5.2. Ambulante Versorgung

Die ambulante Gesundheitsversorgung für Kinder umfasst in erster Linie die Versorgung durch die niedergelassenen Kinderärzte/innen und Zahnärzte/innen. Für die interdisziplinäre Behandlung von entwicklungsgestörten und behinderten Kindern und chronisch kranken Kindern sind zudem auch die medizinisch-therapeutischen und heilpädagogischen Gesundheitsberufsgruppen von Bedeutung. Auf Grund fehlender Behandlungsdaten aus den Kinderarzt-, Zahnarzt-, und Therapiepraxen kann die ambulante Versorgung der Lübecker Kinder nur in ihren Grundzügen dargestellt werden.

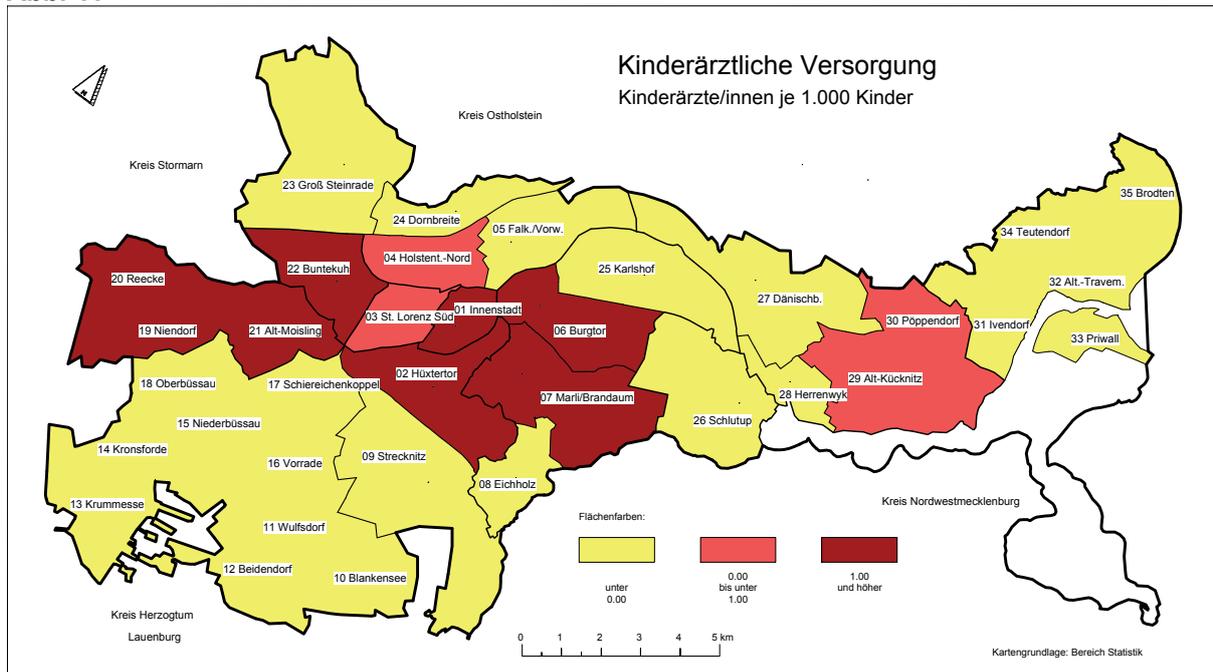
5.2.1. Niedergelassene Kinderärzte/innen

Das Aufgabenspektrum der niedergelassenen Kinderärzte/innen erstreckt sich auf alle wesentlichen Bereiche der Kinderheilkunde. Neben der Behandlung von Infektionskrankheiten, Ernährungsstörungen und anderen traditionellen Aufgaben der kurativen Medizin für Kinder befassen sich die Kinderärzte/innen auch mit der Durchführung von präventiven Maßnahmen, wie den Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9), den Jugendgesundheitsuntersuchungen (J1) und den Schutzimpfungen. Bei Erkrankungen mit psychosozialen Hintergrund, die nur im Zusammenwirken mit Psychologen/innen und Therapeuten/innen und unter Einbeziehung der Eltern der Kinder behandelt werden können, übernehmen die Kinderärzte/innen zusätzlich zu der medizinischen Behandlung auch die Beratungs- und Koordinationsfunktion.

Im Verhältnis zur Jahrtausendwende, als der 1. Lübecker Kindergesundheitsbericht erschien, hat sich die kinderärztliche Versorgung für die Lübecker Kinder rein quantitativ etwas verbessert. Statt ehemals 19 ambulant praktizierende Kinderärzte/innen bemühen sich heute (2008) 22 Kinderärzte/innen um die ärztliche Versorgung der Lübecker Kinder, wobei das Versorgungsangebot insgesamt gleich geblieben ist, da einige Lübecker Kinderarztpraxen gegenüber 2000 jetzt im Job Sharing Verfahren arbeiten. Das Versorgungsangebot bzw. der Kinderarztbestand liegt nach wie vor bei 19 Kinderärzten/innen. Folgt man den Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, dann ist der ambulante kinderärztliche Versorgungsbedarf der ca. 27.000 Lübecker Kinder (2008) damit zufriedenstellend gedeckt. Der Versorgungsgrad der Lübecker Kinderbevölkerung, der sich aus der Gesamtanzahl von 12.860 pro Kinderarzt/-ärztin errechnet, liegt bei 115,5 %. Bezogen auf die Kinderbevölkerung, die in Lübeck zwischen 2000 und 2008 um rund 2.700 Personen geschrumpft ist, versorgt ein/e Kinderarzt/-ärztin heute (2008) jedoch weniger Kinder (ca. 1.420 Kinder pro Kinderarzt/-ärztin). Nur zum Vergleich: in 2000 entfielen in Lübeck auf ein/e Kinderarzt/-ärztin noch 1.500 Kinder.

Verbessert hat sich vor allem – wie damals von uns gefordert – die Versorgungssituation für die Kinder aus Buntekuh und Moisling, in deren Wohnumfeld (Stadtbezirken) heute jeweils zwei Kinderärzte/innen praktizieren. In 2000 gab es in Moisling und Buntekuh - zwei der kinderreichsten Stadtbezirke Lübecks - jeweils nur ein/e Kinderarzt/-ärztin. Wie die Verteilung der ambulant praktizierenden Kinderärzte/innen auf das Lübecker Stadtgebiet in Abb. 41 zeigt, sind auch die Kinder aus Marli/Brandenbaum, Hüntertor und Burgtor kinderärztlich derzeit relativ gut versorgt. Pro 1.000 Kinder steht den Kindern dieser Stadtbezirke mehr als ein/e Kinderarzt/-ärztin zur Verfügung. Ähnlich, wenn auch nicht ganz so gut, sind die Verhältnisse in St. Lorenz Süd, Holstentor-Nord und Kücknitz/Pöppendorf, wo es zumindest einen/e Kinderarzt/-ärztin gibt, der bzw. die aber weit mehr als 1.000 Kinder zu versorgen hat. Statistisch entfallen z. B. in Holstentor Nord auf einen/e Kinderarzt/-ärztin ca. 2.400 Kinder. Unterversorgt sind die Kinder in den Außenbezirken Lübecks, wie in St. Jürgen-Land, Strecknitz, Gr. Steinrade, Eichholz, Schlutup, Dornbreite, Falkenfeld/Vorwerk, Karlshof, Dänischburg, Herrenwyk und Travemünde. In diesen Stadtbezirken gibt es überhaupt keinen/e Kinderarzt/-ärztin. Der/die nächste erreichbare Kinderarzt/-ärztin für die Kinder z. B. aus Karlshof, Schlutup, Herrenwyk, Eichholz und Travemünde findet sich oft mehrere Kilometer weit entfernt in einem anderen Stadtbezirk, wo sich wie z. B. in Marli/Brandenbaum gleich fünf Kinderärzte/innen um die ärztliche Versorgung der Kinder bemühen.

Abb. 41



Quelle: Ärztekammer Schleswig-Holstein, Ärztestatistik 2007

Dass sich in Strecknitz und Falkenfeld/Vorwerk kein/e ambulant praktizierende/r Kinderarzt/-ärztin findet, ist angesichts der großen Kinderbevölkerung dort (ca. 1.800 bzw. 1.700 Kinder pro Stadtbezirk) nur schwer nachvollziehbar. Auch wenn der Bedarf zu einem Großteil von den Kinderärzten/innen aus den Nachbarbezirken aufgefangen werden kann (was im Falle der angespannten Versorgungssituation in Holstentor Nord bezweifelt werden muss), muss die Versorgungssituation hier, wie auch in anderen kinderreichen Stadtbezirken, wie in Dornbreite (ca. 1.000 Kinder), Eichholz (ca. 1.200 Kinder) und Travemünde (ca. 1.200 Kinder), wo es ebenfalls keinen/e Kinderarzt/-ärztin im Stadtbezirk gibt, von den Eltern der Kinder als unbefriedigend erfahren werden.

Auf die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9) hat das Fehlen eines/er ambulant praktizierenden Kinderarztes/-ärztin im Stadtbezirk offensichtlich aber nur einen beschränkten Einfluss. Wie den Teilnahmequoten in Abb. 36 u. Abb. 37 zu entnehmen ist, weisen die Schulanfänger/innen aus den kinderärztlich unterversorgten Stadtbezirken bei den Vorsorgeuntersuchungen häufig sogar bessere Ergebnisse auf. Berücksichtigt werden muss dabei allerdings, dass einige dieser Kinder (in Schleswig-Holstein waren es 2006 ca. 14,6 %) diesbezüglich nicht vom Kinderarzt, sondern vom Hausarzt untersucht wurden.

5.2.2. Niedergelassene Zahnärzte/innen, Kieferorthopäden/innen und –chirurgen/innen

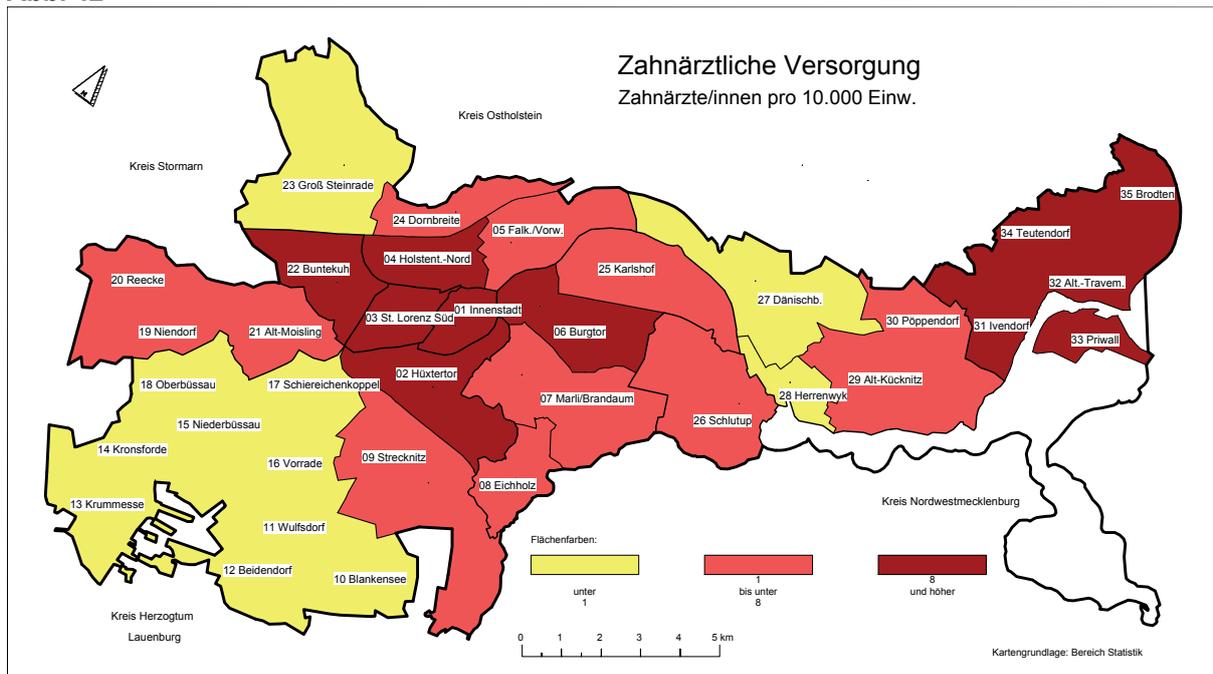
Im Gegensatz zu den Ärzten/innen gibt es bei den selbstständig praktizierenden Zahnärzten/innen keine Zahnärzte/innen, die sich speziell um die Zahngesundheit von Kindern bemühen. Abgesehen von den Kieferorthopäden/innen, die zumeist die Kieferfehlstellung von Kindern behandeln, richtet sich die ambulante zahnärztliche Versorgung auf alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen.

Nach den Angaben der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein stehen den Lübecker Einwohner/innen in Lübeck gegenwärtig (Stand Juni 2009) 177 selbstständig praktizierende Zahnärzte/innen zur Verfügung. Das entspricht einer Zahnarztdichte von ca. 1.200 Einwohner/innen pro Zahnarzt/-ärztin bzw.

einem Versorgungsgrad von 102,2 % des vom Landesverband der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Bedarfes. Ob damit auch die zahnärztliche Versorgung der Lübecker Kinder ausreichend gedeckt wird, kann auf Grund fehlender Behandlungsdaten nicht beantwortet werden. Allgemein gesehen kann die zahnärztliche Versorgung in Lübeck im Vergleich zu Schleswig-Holstein, wo auf einen/e Zahnarzt/-ärztin 1.290 Einwohner/innen entfallen, aber als relativ zufriedenstellen bezeichnet werden.

Gegenüber 2000 - damals wurden in Lübeck insgesamt 179 selbstständig praktizierende Zahnärzte/innen registriert - gibt es in Lübeck heute nur zwei Zahnärzte/innen weniger. In den Stadtbezirken Marii/Brandenbaum und der Innenstadt sank die Zahl um 5 bzw. 4 Zahnärzte/innen. In Burgtor und St. Lorenz Süd praktizieren dafür heute (2009) aber mehr Zahnärzte/innen als noch vor neun Jahren.

Abb. 42



Quelle: Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, Zahnärztestatistik 2009

Wie Abb. 42 zeigt, ist die zahnärztliche Versorgung in Lübeck immer noch relativ zentralräumlich strukturiert, d. h. je weiter man sich von den Zentren der Innenstadt und Travemünde entfernt, umso geringer wird i. d. R. das Versorgungsangebot mit Zahnarztpraxen. Die höchste zahnärztliche Versorgung findet sich in der Innenstadt. Hier kommen auf 10.000 Einwohner/innen 26 Zahnärzte/-ärztinnen. In den Stadtbezirken Hüxtertor, Holstentor-Nord, St. Lorenz Süd, Burgtor, Buntekuh und Travemünde stehen pro 10.000 Einwohner/innen mehr als 8 Zahnärzte/-ärztinnen zur Verfügung, während es in den Stadtbezirken Eichholz, Schlutup, Moising, Strecknitz, Dornbreite, Falkenfeld/Vorwerk, Karlishof und Kücknitz/Pöppendorf pro 10.000 Einwohner/innen zumeist weniger als 7 Zahnärzte/-ärztinnen sind.

Nach wie vor schwierig ist die zahnärztliche Versorgungssituation für die Einwohner/innen aus St. Jürgen-Land. Wie in den Stadtbezirken Herrenwyk, Gr. Steinrade und Dänischburg findet sich in St. Jürgen-Land keine einzige Zahnarztpraxis. Während die Einwohner/innen aus den anderen Stadtbezirken ohne zahnärztliche Versorgung relativ wohnortnah in den gut versorgten Nachbarbezirken mit-versorgt werden können, müssen die Einwohner/innen aus den ländlichen Gebieten von St. Jürgen-Land für den Zahnarztbesuch relativ lange Wegestrecken auf sich nehmen.

Die kieferorthopädische Versorgung liegt in Lübeck mit 11 Zulassungen nicht mehr - wie noch vor neun Jahren - unter dem errechneten Bedarf. Im Gegenteil zu 2000 stellt der jetzige Lübecker Versorgungsgrad von 122,2 % im Landesvergleich sogar einen Höchstwert dar, der von den anderen kreisfreien Städten Flensburg, Kiel und Neumünster allerdings immer noch übertroffen wird.

Das Angebot an kieferchirurgischen Behandlungsmöglichkeiten ist in Lübeck im Landesvergleich immer noch überdurchschnittlich gut. Zu den 12 selbstständig praktizierenden Kieferchirurgen/innen im Stadtgebiet kommen noch die Kieferchirurgen/innen der Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein. Ergänzt wird das kieferchirurgische Behandlungsangebot außerdem durch zahnärztliche Schwerpunktpraxen für Behandlungen in Narkose in Lübeck und der direkten Umgebung, die sich dem Konzept der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein für die Betreuung und Behandlung behinderter Patienten/innen angeschlossen haben.

5.2.3. Ergo- und Physiotherapeuten/innen, Logopäden/innen, Heilpädagogen/innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Zur Behandlung bestimmter körperlicher, geistig-intellektueller, sensorischer und sozialer Behinderungen oder vorübergehender Störungen von Kindern bedarf es neben der rein medizinischen Behandlung durch die Kinderärzte/innen häufig auch der Behandlung durch Angehörige der medizinisch-therapeutischen bzw. heilpädagogischen Berufsgruppen.

Die Physiotherapeuten/innen behandeln hauptsächlich sensomotorische Funktions- und Entwicklungsstörungen. Primärer Ansatzpunkt ist das Bewegungssystem und das Bewegungsverhalten, wobei es gilt, die Bewegung zu ökonomisieren und einen Zustand von Schmerzfreiheit zu erreichen. Physiotherapeutische Techniken dienen aber auch der Beeinflussung von Funktionsstörungen der inneren Organe und der Verbesserung der Eigen- und Fremdwahrnehmung von wahrnehmungsge störten Personen. Bei Kindern sind physiotherapeutischen Behandlungen u. a. bei folgenden Diagnosen angeraten:

- Hirnorganische Störungen wie z. B. Cerebrale Parese
- Periphere Lähmungen wie z. B. Poliomyelitis
- Angeborene Anomalien wie z. B. Spina bifida und Hüft dysplasie
- Obstruktive Ventilationsstörungen wie z. B. Asthma
- Rheumatische Erkrankungen
- Chronische Polyarthrit is
- Unfallverletzungen
- Sensorische Integrationsstörungen

In Lübeck praktizieren, abgesehen von den in Kliniken und Arztpraxen Beschäftigten, gegenwärtig (2008) insgesamt 142 niedergelassene Physiotherapeuten/innen und Krankengymnasten/innen, wobei letztere zum überwiegenden Teil auch über physiotherapeutische Zusatzqualifikationen verfügen. Die meisten von ihnen widmen sich hauptsächlich der Behandlung von Erwachsenen. Nur ca. 17 Physiotherapeuten/innen bzw. Krankengymnasten/innen – aber immerhin etwas mehr als die 14 Physiotherapeuten/innen bzw. Krankengymnasten/innen in 2000 - sind in Lübeck derzeit (2008) auf die Behandlungsmethoden von pädiatrischen Erkrankungen spezialisiert, zu denen u. a. auch Bobath, Vojta, sensorische Integrationstherapie und Psychomotorik gehören.

Das pädiatrische Behandlungsspektrum der Ergotherapeuten/innen umfasst neben allgemeinen Entwicklungsverzögerungen, Wahrnehmungsstörungen, Teilleistungsstörungen wie Legasthenie und Dyskalkulie (Rechenschwäche) sowie Verhaltensstörungen in etwa die gleichen Diagnosen, wie das der Physiotherapeuten/innen (siehe oben). Im Gegensatz zur Physiotherapie beinhaltet die Ergotherapie für Kinder aber besonders viele psychologische, kognitive und perzeptive (wahrnehmungsbezogene) Behandlungselemente. Ansatzpunkt der Ergotherapie ist das menschliche Handeln, beginnend bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (Körperpflege, Anziehen, Nahrungsaufnahme usw.). Störungen der Grob- und Feinmotorik und Koordinationsstörungen z. B. sollen durch Bewegung, Spiel und handwerkliche Tätigkeiten entwickelt und verbessert werden. Die Ergotherapie verfolgt eine ganzheitliche Sichtweise des Kindes, zu der u. a. auch die Beratung der Eltern und anderer Bezugspersonen gehört. Der Beruf des/der Ergotherapeuten/in ist noch relativ jung. Ambulante ergotherapeutische Behandlungen wurden erstmals im Jahre 1980 in den Leistungskatalog der Krankenversicherung aufgenommen. Die meisten Ergotherapeuten/innen arbeiten traditionell in stationären Einrichtungen.

gen wie Behinderten- und Pflegeheimen. Freiberuflich praktizierende Ergotherapeuten/innen behandeln mit wenigen Ausnahmen zumeist auch Kinder. Für die ergotherapeutische Behandlung der Lübecker Kinder stehen in Lübeck derzeit (2008) 28 Ergotherapeuten/innen in 19 ergotherapeutischen Praxen zur Verfügung. In 2000 praktizierten in Lübeck erst 12 Ergotherapeuten/innen in 8 ergotherapeutischen Praxen.

Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, auch Kommunikationsstörungen genannt, werden von speziell dazu qualifizierten Logopäden/innen therapiert, die neben der Befunderhebung auch die Beratung der Patienten/innen und ihrer Angehörigen bzw. Eltern durchführen. Ebenso wie die Physiotherapeuten/innen und Ergotherapeuten/innen werden die Logopäden/innen nur auf Grund einer Verordnung (Rezept) des/der behandelnden Arztes/Ärztin tätig, zu dem/der zwecks Therapieabsprache ein enger Kontakt besteht. Oftmals sind die Faktoren der Störungen und Behinderungen, die ein/e Logopäde/in behandelt, aber so komplex, dass notwendigerweise eine interdisziplinäre therapeutische Zusammenarbeit auch mit anderen Ärzten/innen (z. B. HNO-Ärzte/innen), Zahnärzten/innen und anderen Therapeuten/innen (z. B. Ergotherapeuten/innen) erfolgen muss. Logopäden/innen therapieren Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen bei Menschen aller Altersgruppen, bei Säuglingen, Kindern im Vorschulalter und Schulkindern überwiegend Störungen der Nahrungsaufnahme, Sprachentwicklungsstörungen sowie Hör- und Hörwahrnehmungsstörungen. Ein Grossteil der Patienten/innen der Logopäden/innen sind Kinder im Vorschulalter. Einer neueren Studie der Universität Mainz zufolge ist das Aufkommen sprachgestörter Vorschulkinder zwischen 2000 und 2006 um das 5 bis 8-fache gestiegen. Auch unter den Lübecker Kindern im Vorschulalter sind Sprachstörungen relativ weit verbreitet. Von den Lübecker Schulanfänger/innen, die zwischen 2004 und 2006 zwecks Beurteilung der Schulfähigkeit vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes u. a. auf ihre Sprachfähigkeit hin untersucht wurden, wiesen durchschnittlich ca. 18 % Sprachstörungen auf (s. Tab. 6). Davon wurden 9,2 % zur weiteren Untersuchung bzw. Therapie an eine/n Logopäden/in überwiesen. Für die ambulante logopädische Versorgung sprachgestörter Kinder und anderer Altersgruppen mit Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen stehen allein in Lübeck derzeit (2008) 29 freiberuflich praktizierende Logopäden/innen zur Verfügung. In 2000 gab es in Lübeck erst 12 freiberuflich praktizierende Logopäden/innen.

Heilpädagogen/innen bieten erzieherische und therapeutische Hilfen für Menschen an, die auf Grund ihrer Beeinträchtigung oder Behinderung nicht die Selbstentfaltung und Selbstverwirklichung erreichen, die ihnen eigentlich möglich wäre. Dabei kann es sich sowohl um körperliche, geistige und sensorische, als auch um seelische und soziale Störungsbilder handeln. Heilpädagogen/innen verstehen sich als Erzieher/innen. Ziel ihres Handelns ist es, einen gemeinsamen Lernprozess zu initiieren, der der developmentperspektivischen Entfaltung und Koordination der menschlichen Veranlagungen und Begabungen gerecht wird. Zu den wichtigsten Methoden der Heilpädagogik, die auf pädagogische, psychologische, medizinische und soziologische Kenntnisse aufbauen, gehören u. a.

heilpädagogische Übungsbehandlungen,
heilpädagogisches Spiel,
Psychomotorik/Rhythmik,
Wahrnehmungsförderung und
heilpädagogisches Reiten.

Heilpädagogen/innen arbeiten u. a. in schulvorbereitenden Einrichtungen, Sonderschulen, Integrativen Kindertagesstätten, Werkstätten und Wohnheimen für Behinderte, kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und in der Frühförderung. Vermehrt arbeiten Heilpädagogen/innen aber auch in freien Praxen. In Lübeck gibt es derzeit zwei freiberuflich praktizierende Heilpädagogen/innen. Als pädagogisch indizierte Gesundheitsberufe ergänzen sie hier das ambulante Versorgungsangebot für Menschen mit geistiger, körperlicher oder seelischer Beeinträchtigung, die nicht stationär betreut werden müssen. Sofern es sich dabei um seelisch beeinträchtigte Kinder handelt, werden ambulante heilpädagogische Behandlungen vom örtlichen Jugendhilfeträger nach § 35a KJHG (Kinder- und Jugendhilfegesetz) finanziert. Die heilpädagogischen Behandlungen von geistigen und körperlichen Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen erfolgen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB IX und SGB XIII. Für die Beantragung der Übernahme der Therapiekosten sind, sofern es sich um seelischer Behinderungen handelt, die Sozialberatungsstellen der Hansestadt Lübeck zuständig. Seit 01.09.2009 sind diese Aufgaben an einer zentralen Stelle gebündelt, d. h. dass es von der Beratung bis zur Bewilligung von Eingliederungsleistungen nach § 35a SGB VIII eine Anlaufstelle gibt.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen diagnostizieren und behandeln krankhafte psychische und psychosomatische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Dazu zählen neben den klassischen Störungsbildern nach ICD-10 wie z. B. Essstörungen, Depressionen, Neurotische Störungen, Phobien und Zwangsstörungen u. a. auch Aufmerksamkeitsprobleme, Teilleistungsstörungen, Leistungsversagen und Verhaltensschwierigkeiten in der Schule, Entwicklungsauffälligkeiten in der Motorik und der Sprache, Sozialverhaltensschwierigkeiten und Suchtprobleme. Mit psychoanalytisch und psychologisch fundierten Einzel- und Gruppentherapien oder Verhaltenstherapien, denen eine individuelle Analyse und Diagnostik vorausgeht, die auch die Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen mit einbezieht, sind die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen bemüht, auch schwerwiegende seelische Probleme wie z. B. Misshandlungen und traumatische Krisenerlebnisse ihrer jungen Patienten/innen wenn nicht zu heilen, so doch wenigstens zu lindern.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen sind in den unterschiedlichsten Bereichen und Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens beschäftigt. Abgesehen von den stationär tätigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen der Kliniken, Heime und Jugendeinrichtungen, arbeiten die meisten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen selbständig in auf Kinder und Jugendliche spezialisierten psychotherapeutischen Praxen.

Für die ambulante psychotherapeutische Behandlung der Lübecker Kinder und Jugendlichen stehen in Lübeck derzeit (2008) 9 selbständig praktizierende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen zur Verfügung. In 2000, kurz nach der staatlichen Zulassung des Berufsfeldes des/r Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in bzw. der Kassenzulassung in 1999, praktizierte in Lübeck erst ein selbständiger Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.

Kinder und Jugendliche mit psychischen und psychosomatischen Störungen können sich direkt ohne Überweisung des/r Kinder- oder Hausarztes/-ärztin von einem/r Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in behandeln lassen und müssen, sofern sie noch nicht volljährig sind, lt. § 61 SGB V auch keinen Eigenanteil bezahlen.

5.3. Versorgung in Einrichtungen

In dem Kapitel „Versorgung in Einrichtungen“ werden die wesentlichen medizinischen und therapeutischen Einrichtungen beschrieben, die den Lübecker Kindern und Jugendlichen zur Wiederherstellung, Besserung und zum Erhalt ihrer Gesundheit in Lübeck derzeit zur Verfügung stehen. In Bezug auf die Behandlung von Gesundheits- und Entwicklungsstörungen sind dabei neben den Krankenhäusern und Kliniken auch die sozialtherapeutisch und heilpädagogisch orientierten Einrichtungen wie Förderschulen und Sprachheilgrundschulen sowie Sonderkindergärten und integrative Kindertagesstätten zu nennen.

Kindergärten, Kinderhorte und Spielstuben gehören zwar nicht zu den klassischen Einrichtungen des Gesundheitswesens, auf Grund ihres gesetzlichen Auftrages zur Gesundheitsförderung sollen sie bei den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung für Kinder aber entsprechend berücksichtigt werden.

5.3.1 Kinderkliniken

Die stationäre Versorgung kranker Kinder in Deutschland erfolgt zum überwiegenden Teil in dafür entsprechend eingerichteten Kinderkliniken und Kinderfachabteilungen. Bei bestimmten Diagnosen, insbesondere des HNO-Bereiches, der Chirurgie und der Orthopädie werden Kinder aber auch in nicht-pädiatrischen Krankenhäusern bzw. Abteilungen versorgt. Eine besondere Rolle spielen hier die regional unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und die Belegkrankenhäuser, in denen die Kinder von ambulant praktizierenden Ärzten/innen stationär weiterbehandelt werden.

Die stationäre Versorgung der Lübecker Kinder und Jugendlichen wird weitestgehend von der Maximalversorgung des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck getragen. Das Univer-

sitätsklinikum in Lübeck verfügt über eine Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und eine Klinik für Kinderchirurgie.

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin umfasst 7 Stationen mit 90 Planbetten. Neben einer Früh- und Neugeborenenstation, einer neonatologischen Intensivstation im Perinatalzentrum und einer Kinderintensivstation, die vorwiegend bzw. ausschließlich Früh- und Neugeborene betreuen, gibt es in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin eine neuropädiatrische Station, eine internistische Station mit den Schwerpunkten Onkologie, Hämatologie, Rheumatologie und Endokrinologie, eine psychosomatische und psychotherapeutische Station, sowie eine Infektionsstation. Für die Untersuchung bzw. Behandlung von gesundheitlichen Problemen, die in der Praxis der niedergelassenen Ärzte nicht geklärt werden können, stehen den Kindern innerhalb der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin alle Versorgungsleistungen auch ambulant in den Hochschulambulanzen, Spezialsprechstunden und dem Sozialpädiatrischen Zentrum zur Verfügung.

Gegenüber 1999 ist das stationäre Versorgungsangebot der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, quantitativ gleich geblieben, qualitativ hat es sich jedoch durch verschiedene strukturelle Maßnahmen deutlich verbessert. Durch den Einzug der Klinik für Kinderchirurgie in das Zentralklinikum konnte das Konzept „Kinderfächer unter einem Dach“ umgesetzt werden. Dadurch wurde die gemeinsame Versorgung der Patienten weiter ausgebaut. Auch andere Kliniken wie HNO-Klinik, Orthopädie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und Augenklinik versorgen insbesondere die jüngeren Kinder im Kinderzentrum, sodass diese dort von der pädagogischen, therapeutischen und speziellen pflegerischen Versorgung profitieren können. Durch den Ausbau und Neueröffnung der Station für Kinder- und Jugendpsychosomatik und -psychotherapie im Jahr 2006 und einer guten Kooperation mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Vorwerker Diakonie konnte das stationäre Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche mit seelischen Erkrankungen noch effektiver gestaltet werden. Bei chronischen Erkrankungen wird ein ganzheitlicher Behandlungsansatz verfolgt, der die stationäre und ambulante Betreuung integriert. Dies gilt insbesondere für die Behandlungsfelder:

Endokrine Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 1
Blut-, Krebs-, Immun- und Rheumaerkrankungen
Neuropädiatrische Erkrankungen wie Epilepsien und
Psychosomatische Erkrankungen

Mit der Einrichtung eines Sozialpädiatrischen Zentrums im April 2008 wurde das sozialpädiatrische Versorgungsangebot der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin auf den ambulanten Bereich ausgeweitet. Kinder, die wegen der Schwere bzw. Kompliziertheit der Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von Ärzten/innen, sonstigen Therapeuten und Frühförderungsstellen behandelt werden können, können jetzt in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin auch ambulant umfassend und interdisziplinär behandelt werden. Das Sozialpädiatrische Zentrum verbindet ärztliche, psychologische, sozialpädagogische und therapeutische Behandlungsmethoden in einem Gesamtkonzept und arbeitet eng zusammen mit den Frühförderstellen, niedergelassenen Therapeuten/innen und Ärzten/innen, Beratungsstellen, Kindergärten und Schulen, dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes und Selbsthilfegruppen.

Wesentlicher Schwerpunkt der stationären pädiatrischen Versorgung des Universitätsklinikums in Lübeck war und ist die Neonatologie, deren Versorgungsangebot im Bereich unreifer Frühgeborener durch Umstrukturierungen und Vernetzungen mit anderen Kliniken und Stationen heute (2009) einen noch höheren Qualitätsstandard bietet als vor 10 Jahren, als die Neonatologie im Lübecker Universitätsklinikum noch über eine eigenständige Klinik verfügte.

Die Klinik für Kinderchirurgie umfasst 2 Stationen mit insgesamt 27 Planbetten. Neben einer Station, in der Kinder aller Altersgruppen behandelt werden, verfügt die Klinik für Kinderchirurgie über eine Station speziell für Säuglinge und Kleinkinder. Postoperative Intensivbehandlungen werden seit 1999 in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin durchgeführt. Durch die Auflösung der eigenen Intensivstation (Vernetzung mit der Kinderintensivstation der Kinderklinik) ist die Zahl der Planbetten in der Klinik für Kinderchirurgie von ehemals 38 auf jetzt 27 Planbetten geschrumpft. Gleichwohl konnte das Qualitätsniveau in der Kinderchirurgie des Lübecker Universitätsklinikums durch den Ausbau fortschrittlicher und kindgerechter Operationsmethoden wie z. B. intraoperative Röntgenaufnahmen und absolute operative Schmerzlosigkeit noch gesteigert werden.

Zu den Schwerpunkten der Klinik für Kinderchirurgie zählen u. a.:

die Neugeborenen- und Fehlbildungschirurgie,
Unfälle und Sportverletzungen
Verbrühungen und Verbrennungen,
Operationen an Nieren-, Harn- und Geschlechtsorganen und die Tumorchirurgie.

Der Klinik für Kinderchirurgie angegliedert ist eine Poliklinik für Kinderchirurgie, in deren Ambulanz u. a. endoskopische Untersuchungen wie Magen- Darm- und Blasenspiegelungen und Untersuchungen der Atemwege kindgerecht durchgeführt werden.

Wie bei allen Kliniken des Lübecker Universitätsklinikums, richtet sich das umfangreiche Versorgungsangebot der Kinderchirurgie nicht nur an die Lübecker Kinder, sondern auch an die Kinder aus anderen Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins sowie an Kinder aus anderen Bundesländern. Der Vorteil für die Lübecker Kinder besteht darin, dass das Angebot der Maximalversorgung des Universitätsklinikums vor Ort ist und sie zwecks spezieller Behandlungserfordernisse nur in Ausnahmefällen außerhalb der Region versorgt werden müssen.

Auch kinder- und jugendpsychiatrische Störungen und Erkrankungen werden in Deutschland zumeist in speziell dafür eingerichteten Fachkliniken und Fachabteilungen behandelt. Abgesehen von dem Versorgungsangebot der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums, das sich hauptsächlich an psychosomatisch erkrankte Kinder richtet – auf der Station für Kinder- und Jugendpsychosomatik und Psychotherapie stehen dafür 12 psychosomatische Betten zu Verfügung – wird die psychiatrische Versorgung der Lübecker Kinder von der Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Vorwerker Diakonie sicher gestellt.

In der Vorwerker Fachklinik werden alle kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen und Erkrankungen von den Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bis hin zu den Psychosen des Kindes- und Jugendalters behandelt. Bei den meisten Behandlungsfällen der Vorwerker Fachklinik handelt es sich um Kinder mit besonders schweren psychiatrischen Störungen, die einer interdisziplinären, stationären Betreuung durch entsprechend qualifizierte Ärzte/innen, Psychologen/innen bzw. Psychotherapeuten/innen und Sozialpädagogen/innen, Ergotherapeuten/innen und andere bedürfen. Schwerpunkte der Versorgung sind die Behandlung traumatisierter und bindungsgestörter Kinder und Jugendlicher und die Behandlung jugendlicher Mädchen mit selbstverletzendem Verhalten und emotionaler Instabilität, wobei für die letzte Gruppe seit 2004 8 spezialisierte Planbetten bereitgestellt wurden. Die Vorwerker Fachklinik verfügt am Standort Lübeck derzeit (2009) über 45 vollstationäre und in der Tagesklinik über 8 teilstationäre Planbetten bzw. Behandlungsplätze, führt im Rahmen ihrer Institutsambulanz aber auch ambulante Behandlungen durch. Während der stationären bzw. teilstationären Behandlung ist die Beschulung der Kinder durch einen Klinikunterricht gewährleistet.

Gegenüber 1999 ist das stationäre Versorgungsangebot der Vorwerker Fachklinik um 40 % von 32 auf 45 Planbetten gestiegen, nicht nur wegen des gestiegenen bzw. besonderen Bedarfs, sondern hauptsächlich wegen struktureller Veränderungen in der psychiatrischen Notversorgung.

Im Hinblick auf die psychiatrische Notversorgung von akut erkrankten Lübecker Kindern war und ist die Vorwerker Fachklinik verpflichtet, ständig, d. h. Tag und Nacht sowie an Wochenenden und Feiertagen, die dafür erforderlichen Versorgungsleistungen bereitzustellen. Zusätzlich dazu besteht seit 2004 gegenüber der Hansestadt Lübeck und den Kreisen Ostholstein, Stormarn und Herzogtum Lauenburg ein Pflichtversorgungsauftrag, wobei im Falle von seelischen bzw. psychiatrischen Krisen für betroffene Kinder und Jugendliche umgehend ambulante oder stationäre Kriseninterventionen eingeleitet werden müssen. Hierfür steht rund um die Uhr ein/e Dienstarzt/-ärztin zu Verfügung. Eine akute Krisenaufnahme kann unverzüglich, unabhängig von der Belegsituation, auf der dafür eingerichteten Kriseninterventionsstation der Vorwerker Fachklinik erfolgen.

5.3.2 Förderzentren

Für Kinder und Jugendliche, die im Land Schleswig-Holstein ihre Wohnung oder ihren Ausbildungsplatz haben, besteht Schulpflicht. Mit Beginn des Schuljahres werden alle Kinder, die bis zum 30. Juni des laufenden Kalenderjahres 6 Jahre alt werden, eingeschult. Die Möglichkeit der Zurückstellung ist nicht mehr möglich, seitdem das neue Schulgesetz 2007 in Kraft getreten ist. Es gibt nur noch die Möglichkeit einer Beurlaubung vom Schulbesuch, wenn medizinische Gründe gegen den Schulbesuch aufgeführt werden können. Für die Zeit der Beurlaubung ist eine qualifizierte heilpädagogische Betreuung in einer heilpädagogischen Kleingruppe erforderlich.

Ehemalige Sonderschulen werden jetzt mit erweiterter Funktion als Förderzentren für geistige, sprachliche und körperliche Entwicklung bezeichnet, sowie bei Lernschwierigkeiten. Für Kinder, die in ihrer seelischen Entwicklung gestört sind, gibt es kein Förderzentrum. Eine zusätzliche Aufgabe der Förderzentren besteht darin, die Einschüler in den Grundschulen präventiv zu unterstützen oder gezielt zu fördern. Dies erfolgt bei Bedarf in Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst.

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin hat hierzu festgestellt: „Das bisher geltende Paradigma der Schulen, Kinder mit annähernd gleichem Leistungsstand zusammen zu fassen, ist zu verlassen. Die Fragen nach Schulreife oder Schulfähigkeit sind keine prioritären Problemstellungen mehr. Im Vordergrund steht die voraussichtliche Integrationsfähigkeit des Kindes in eine heterogene Klassengemeinschaft. Die Schulen für Lernbehinderte, die bisher den Hauptanteil an Sonderschulen gestellt haben, werden zahlenmäßig reduziert. Ebenso die Schulen für Sprachbehinderte, deren Lehrplan sich zunehmend an allgemeinen Schulen orientiert. Der diagnostische und der Beratungsbedarf für die Eltern, die betroffenen Kinder und auch für die Institution Schule wird größer werden (A. Schirm „eine Grundschule für alle Kinder?“, Kinderärztliche Praxis (2000), Nr. 4, S. 223 ff).

5.3.3 Kindergärten, -krippen und -horte

Kindertagesstätten wie Kindergärten, Kinderkrippen und Kinderhorte sollen neben der Entwicklung und Sozialisation auch der Gesundheitsförderung der Kinder dienen. Darauf wird im Kindertagesstättengesetz § 4 Abs. 1 ausdrücklich hingewiesen. Die städtischen Kindertagesstätten entsprechen dem gesetzlichen Auftrag zur Gesundheitsförderung der Kinder u. a. mit einer Vielzahl von speziellen Angeboten wie:

gezielte Ernährungsangebote wie Aktion gesundes Frühstück u. a.,
Angebote zu den Themen Hygiene und Zahnhygiene,
vielfältige Angebote im Bereich Naturerlebnisse,
Entspannungsübungen für Kinder (Märchen, Traumreisen etc.);
Bewegungsangebote (Bewegungsbaustellen, Psychomotorik, Schwimmen);
Suchtprävention (Themen: Fernsehen, Spielzeug) und
Elterngespräche/Elternabende zu den Themen Medien, Essen u. a.

Abgesehen von diesen Regelangeboten, die Bestandteil des pädagogischen Betreuungsprogramms der Lübecker Kindertagesstätten sind, bieten die Kindertagesstätten den Kindern auch die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen an, wie z. B. die Aktion „Ich geh’ zur U! Und Du?“, die dazu beitragen soll, die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen (U7 bis U9) zu steigern. Bestehende Entwicklungsdefizite sowie der Impfschutz können somit noch rechtzeitig vor dem Schuleintritt überprüft und behandelt werden.

Unter Berücksichtigung der zunehmenden Kinderarmut besonders wichtig, ist die staatlich geförderte Teilnahme der Kinder an einem bezahlbaren Mittagessen innerhalb von Einrichtungen. Gemäß dem Kinderhilfsfond der Landesregierung „Kein Kind ohne warme Mahlzeit“ und einem Sonderfonds der Hansestadt Lübeck, können seit Anfang 2008 alle Kinder in den Lübecker Kindertagesstätten und

Schulen ein Mittagessen erhalten. Unterstützt wird das bezahlbare Mittagessen der Kinder seit Anfang 2009 zusätzlich auch durch den Bildungsfonds des Gremiums „Zukunft Lübeck“, das für die Versorgung und Bezuschussung von Mittagessen an Kitas und Schulen in Lübeck umfangreiche finanzielle Mittel bereitgestellt hat. Dass ein regelmäßiges, ausgewogenes Mittagessen der Gesundheit der Kinder dient bzw. den gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie z. B. der Über- und Untergewichtigkeit entgegen wirken kann – rund 20 % der Lübecker Schulanfänger/innen sind entweder über- oder untergewichtig (s. Kapitel 3.1.3) - steht außer Frage und ist ein nachhaltiger Beitrag der Jugendhilfe zur Prävention der Kindergesundheit.

In welchem Umfang diese oder ähnliche gesundheitsfördernde Maßnahmen den noch nicht schulpflichtigen Kindern zugute kommen, hängt ganz wesentlich davon ab, ob die Kinder eine Kindertagesstätte besuchen bzw. ob für die Kinder ausreichend viele Kindertagesstättenplätze zur Verfügung stehen.

In Lübeck gibt es (Stand: 31.12.2008) 109 Kindergärten mit insgesamt 4.925 Plätzen, 42 Kinderhorte mit insgesamt 645 Plätzen und 58 Kinderkrippen mit insgesamt 515 Plätzen. Zusätzlich dazu bestehen in sog. kindergartenähnlichen Einrichtungen wie Spielkreisen und Nachmittagsgruppen noch weitere 98 Plätze, an betreuten Grundschulen 1.302 Plätze, sowie 413 Tagespflegestellen, von denen 222 (54 %) auf die unter 3-jährigen Kinder entfallen.

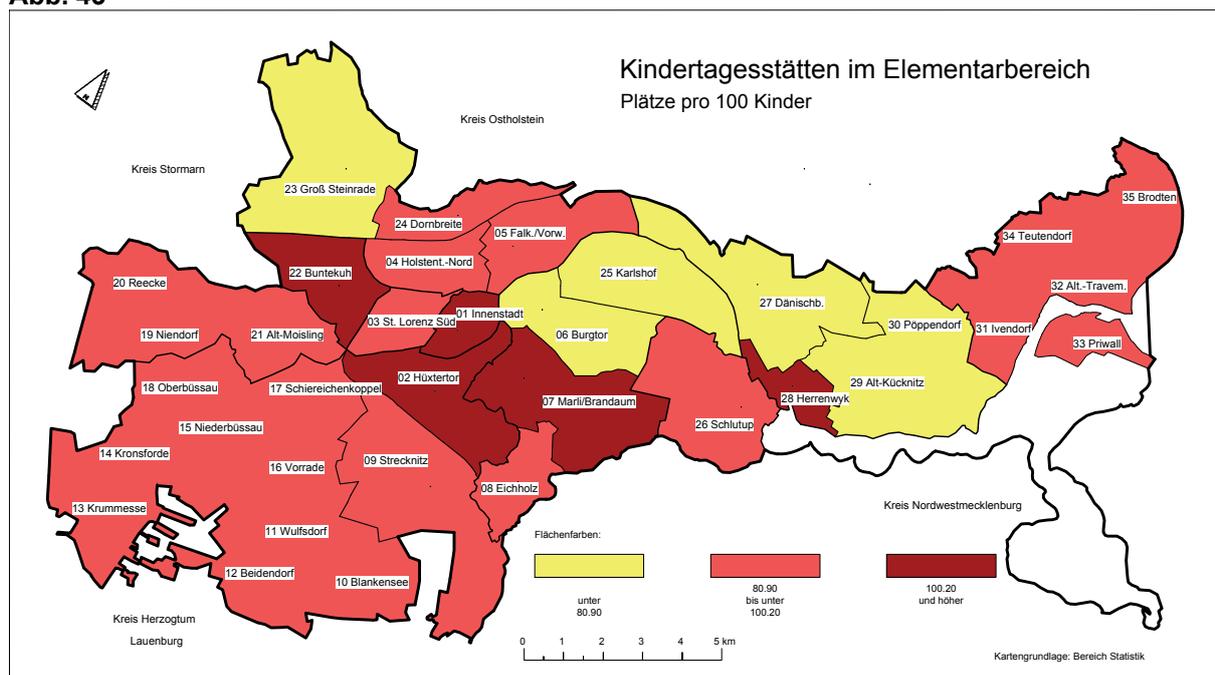
In allen Bereichen hat sich die Betreuungssituation im Vergleich zu 1999 (dem Berichtsjahr des ersten Lübecker Kindergesundheitsberichtes) deutlich verbessert.

Für die 3- bis unter 6-jährigen Lübecker Kinder (Elementarbereich) ergibt sich bezogen auf die Anzahl der 4.925 Kindergartenplätzen in Lübeck derzeit (2008) ein Versorgungsgrad von über 95 %. Vor neun Jahren, in 1999, waren erst 84 % der Kinder dieser Altersgruppe mit Kindergartenplätzen versorgt.

Die Versorgungsquote der Grundschulkinder liegt - bedingt durch die starke Zunahme der Plätze an den Betreuten Grundschulen - jetzt (2008) bei 27 % und ist damit um ca. 10 % höher als 1999, als der Versorgungsanteil der Betreuten Grundschulen mit nur 33 % (490 Plätze) im Verhältnis zu den Hortplätzen mit 67 % (999 Plätze) noch relativ gering war.

Mit einer Versorgungsquote von 10 % in Kinderkrippen und 4 % in Kindertagespflegestellen sind die unter 3-jährigen Kinder zwar immer noch nicht ausreichend versorgt – bis 2013 sollen bundesweit 35 % der Kinder, die das erste Lebensjahr vollendet haben, einen Krippen- bzw. Kindertagespflegeplatz erhalten können - gegenüber 1999, wo nur 3 % der unter 3-Jährigen mit Krippenplätzen versorgt waren, hat sich die Versorgungsquote aber mehr als verdreifacht und soll, so die Lübecker Jugendhilfeplanung/Kindertagesbetreuung (2009), nochmals von jetzt 14 % auf 35 % bis 2013 angehoben werden.

Abb. 43



Quelle: Hansestadt Lübeck, Jugendhilfeplanung 2009/2010

Trotz der verbesserten Betreuungssituation im Elementarbereich hatten, so die Lübecker Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes, 2007 11,4 % der 1.710 Lübecker Einschüler/innen (195 Kinder) im letzten Jahr vor ihrem Schuleintritt keine Kindertagesstätte oder kindergartenähnliche Einrichtung besucht. Abgesehen davon, dass der Besuch einer Kindertageseinrichtung von den Eltern dieser Kinder grundsätzlich abgelehnt wurde, bleibt zu fragen, ob dabei auch räumliche Aspekte der Erreichbarkeit der Kindertagesstätten wie z. B. zu lange Wegestrecken aufgrund fehlender Versorgungsplätze im Wohnquartier eine Rolle gespielt haben, denn das Kindergartenplatzangebot ist nicht überall in Lübeck gleich gut strukturiert.

Je nach Stadtbezirk weicht das Verhältnis Kindergartenplatzangebot je 100 Kinder weniger stark bis stark vom städtischen Durchschnitt (95 %) ab (s. Abb. 43). Die Bandbreite der Versorgungsquoten der 3- bis unter 6-jährigen Kinder reicht von 47 % in Gr. Steinrade bis zu 139 % in der Innenstadt. Besonders zufriedenstellend gestaltet sich die Versorgungssituation für die Kinder in Marli/Brandenbaum, Hüntertor, Buntekuh, der Innenstadt und Herrenwyk, wo mit einer Versorgungsquote von über 100 % für quasi alle 3- bis unter 6-jährigen Kinder Kindergartenplätze wohnortnah zur Verfügung stehen. Auch die Kinder in St. Jürgen-Land, St. Lorenz Süd, Moising und Falkenfeld/Vorwerk sind, gemäß ihrer Versorgungsquoten von über 95 %, mit Kindergartenplätzen in ihrem Wohnquartier überdurchschnittlich gut ausgestattet. Weniger gut versorgt sind hingegen die Kinder aus Dänischburg, Kücknitz/Pöppendorf, Karlishof, Burgtor und Gr. Steinrade. Sofern alle dort wohnenden 3- bis unter 6-jährigen Kinder einen Kindergarten besuchen wollten, sind mindestens 20 % - in Gr. Steinrade sind es sogar über 50 % - auf zum Teil weiter entfernt liegende Versorgungsangebote (Kindergärten) in anderen Stadtbezirken angewiesen.

Betrachtet man die Kindergartenbesucherquote der Lübecker Schulanfänger/innen des Einschulungsjahrganges 2006 – neuere stadtbezirksbezogene Vergleichsdaten liegen uns noch nicht vor – dann benachteiligte das unzureichende wohnortnahe Versorgungsangebot an Kindergartenplätzen bisher hauptsächlich die Kinder aus Kücknitz/Pöppendorf, Karlishof und Gr. Steinrade, deren Kindergartenbesucherquoten in 2006 unterdurchschnittlich (unter 78,7 %) niedrig waren. Auch wenn die Kinder aus Stadtbezirken mit wenigen Einrichtungen bzw. wenigen Kindergartenplätzen durch andere Stadtbezirke ausreichend mitversorgt werden, bleibt festzuhalten, dass der Kindergartenbesuch u. a. abhängig ist von einem ausreichenden Versorgungsangebot im Wohnquartier, wie durch den Zusammenhang (Korrelationskoeffizienten = 0,6) zwischen den Versorgungsquoten und den Besucherquoten von 2006 bestätigt wird.

Eine wirksame Gesundheitsprävention, die allen Kindern zu Gute kommt, sollte auch ein dezentrales Versorgungsangebot in der Kindertagesbetreuung beinhalten. Vor diesem Hintergrund sollten die bestehenden Versorgungsstrukturen der Kindergartenplätze dem jeweiligen regionalen Bedarf in den Wohnquartieren bzw. Stadtbezirken noch besser angepasst werden.

Seit 2008 hat sich die Versorgungssituation mit Kindergartenplätzen bereits deutlich verbessert. Nachfragen für 5-jährige Kinder liegen kaum noch vor, da diese bereits versorgt sind. Das Aufnahmealter in den Elementargruppen liegt bei 3-4 Jahren. Eine Erhebung des Schulamtes / Stand Dezember 2008 kommt zu dem Ergebnis, dass 96% der Einschulungskinder zu diesem Zeitpunkt eine Kita besuchten. Es wurden 61 Kinder ohne Kitabesuch verzeichnet. Bei der Einführung des letzten beitragsfreien Kitajahres vor Schuleintritt im Sommer 2009 waren keine zusätzlichen Nachfragen von Vorschulkindern zu verzeichnen. Im Oktober 2009 sind nach Beginn des Kitajahres noch rd. 50 freie Kitaplätze im Lübecker Stadtgebiet verteilt auf neun Stadtteile zu belegen.

Die Grundschulen, in den in 2006 „als weniger gut versorgt“ bezeichneten Gebieten, haben keine Kinder ohne Kitabesuch mehr registriert.

In Dänischburg wurde in 2009 eine kindergartenähnliche Spielstube in ein Regelangebot mit erweiterter Öffnungszeit mit insgesamt 15 Plätzen umgewandelt.

In Pöppendorf leben 7 Kinder im Kindergartenalter, Tendenz abnehmend, hier ist keine Kindertageseinrichtung vorgesehen. Die Versorgung ist innerhalb des Stadtteils Kücknitz sichergestellt. In Kücknitz sind in 2009 rd. 30 zusätzliche Plätze entstanden, ein weiterer Ausbau ist geplant. Für Karlishof ist bereits eine zusätzliche Gruppe im Rahmen der Jugendhilfeplanung beschlossen, die Umsetzung erfolgt aktuell. Im Bezirk Burgtor sind noch Plätze frei.

Für Groß Steinrade wurde eine zusätzliche Kindertageseinrichtung bereits beschlossen, die Umsetzung ist in Vorbereitung.

5.3.4 Integrative Kindertagesstätten und Sondereinrichtungen

Die integrativen Kindertagesstätten und Sondereinrichtungen sind ein potentielles, zeitliches Bindeglied im sozialen Netzwerk zwischen der Mobilien Frühförderung und den schulischen Einrichtungen wie Förderzentren und Integrationsmaßnahmen in der Grundschule.

Das Angebot der Eingliederungshilfemaßnahme erstreckt sich im Vorschulalter nicht nur auf die Frühförderung, sondern beinhaltet auch die teilstationäre heilpädagogische Förderung in Kindergärten. Grundlagen für die Kostenübernahme sind auch hier das SGB IX und XII sowie SGB VIII. Im Gegensatz zur Frühförderung sind für diese Maßnahmen der Eingliederungshilfe 2 Kostenträger zuständig. (siehe auch unten)

Zuständig für die Antragsbewilligung ist die „Soziale Sicherung“ 2.500.5 mit der Abteilung „Case Management“. Hier werden die Anträge von Sozialpädagogen/innen in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt geprüft in Hinblick auf ihre Notwendigkeit bei einer möglichen Teilhabe einschränkung.

In der Intensität der Betreuung gibt es 3 Stufen: Die Einzelintegration bietet eine Fachbetreuung in einem Regelkindergarten, wobei die Regelgruppe um 2 Kinder reduziert werden muss, um ein Kind mit Handicap aufnehmen zu können. Die 2. Stufe wird angeboten von Regelkindergärten, die eine Integrationsgruppe anbieten mit Fachpersonal (Heilerzieher/innen/ Heilpädagogen/innen). Eine Gruppe von 4 Kindern mit Handicap wird in eine reduzierte Regelgruppe aufgenommen. 3. Stufe ist dann die heilpädagogische Kleingruppe mit 4 - 6 Kindern mit Handicap. Hier werden die höchsten Anforderungen an die heilpädagogische Betreuung gestellt.

Ende 2008 wurden in Lübeck 184 Plätze für die Integration im Vorschulalter angeboten bzw. 184 Kinder mit Behinderungen betreut.

Das novellierte Schulgesetz von Schleswig-Holstein sieht seit 2007 vor, dass alle Kinder einzuschulen sind, sofern sie aus gesundheitlichen Gründen nicht die Schule besuchen können. In diesem Falle wird eine Beurlaubung ausgesprochen mit der Forderung nach einer qualifizierten heilpädagogischen Betreuung für die Zeit der Beurlaubung.

Anfang der Neunziger Jahre wurden in Lübeck im größeren Umfang Integrationsgruppen in Regelkindergärten angeboten. Das Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck hat daraufhin 1992 in Lübeck den Arbeitskreis „Integration im Vorschulalter“ gegründet, den mittlerweile alle Einrichtungen, die im Vorschulalter integrativ tätig sind, begleiten. Zu dem sind Vertreter der Frühförderung, des „Case Managements“ und der Kostenträger ebenfalls in dieser Arbeitsgruppe eingebunden. Damit konnte ein sozialpädiatrisches Netzwerk im Vorschulalter aufgebaut werden.

Ein zentrales Problem des Arbeitskreises ist entstanden durch die Aufteilung der Behinderungsarten ab Januar 1995: Geistige und körperliche Behinderung gehören in die Zuständigkeit des damaligen BSHG (SGB IV/XII) und seelische Behinderung in die des KJHG (SGB VIII).

Im Arbeitskreis „Integration im Vorschulalter“ wurde immer wieder ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sehr schwer sei, im Vorschulalter eine sichere Trennung der Behinderungen vorzunehmen. Es wurde immer wieder gefordert, unabhängig von der Behinderungsart einen Kostenträger für Maßnahmen im Vorschulalter zu bestimmen. Dies ist bis heute nicht gelungen. Die Einzelintegration in Kindertagesstätten sowie das Angebot von I-Gruppen in Regelkindergärten und die heilpädagogischen Kleingruppen sind ein Bindeglied im sozialen Netzwerk zwischen der mobilen Frühförderung, dem Bereich Familienhilfe/Jugendamt und den schulischen Einrichtungen wie Förderzentren und Integrationsmaßnahmen in der Grundschule.

5.4. Sonstige Einrichtungen

Neben den bereits dargestellten Einrichtungen beinhaltet das System der Gesundheitsversorgung noch weitere Institutionen bzw. Einrichtungen die dem Erhalt, der Wiederherstellung oder der Verbesserung der Gesundheit von Kindern dienen. Auf kommunaler Ebene sind hierbei insbesondere die Einrichtung der mobilen Frühförderung für entwicklungsauffällige, behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder, die „Frühen Hilfen“ (Frühwarnsysteme) für Säuglinge und Kleinkinder aus (Hoch)Risikofamilien und die Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege zu nennen.

5.4.1 Frühförderung

Unter Frühförderung wird die heilpädagogische Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder bis zum Schuleintritt verstanden, die 1 bis 2 mal wöchentlich in der Regel in der häuslichen Umgebung stattfindet. Ziel der Frühförderung ist es, das Kind in der Erlangung alters entsprechender Selbstständigkeit durch Entfaltung bzw. Wiederherstellung seiner Bewegungs-, Handlungs- und Kommunikationsfähigkeiten zu unterstützen. Sie baut auf dem auf, was ein Kind kann (so genannter ganzheitlicher Ansatz) und versucht nicht defizitorientiert einzelne entwicklungsgestörte Körperfunktionen zu behandeln.

Frühförderung soll so früh wie möglich nach Diagnosestellung einsetzen und endet spätestens mit der Einschulung des Kindes oder durch Eintritt in einen heilpädagogischen oder integrativen Kindergarten.

Die Geschichte der Frühförderung in Lübeck begann 1978. Damals leistete die Kinderklinik der Medizinischen Hochschule zu Lübeck Frühförderung für behinderte Kinder im Rahmen einer Pilotstudie als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM).

Seitdem die Frühförderung im Sozialgesetzbuch IX mit aufgenommen und zusätzlich eine Frühförderverordnung vom Bund herausgegeben wurde mit dem Ziel, Leistungen aus dem SGB V (Heilmittel) und SGB IX/XII (Heilpädagogik) zusammen zu führen, ist auch in Schleswig- Holstein 2007 eine Landesrahmenvereinbarung in Kraft getreten, die das Angebot der Frühförderung neu regelt. Im Mittelpunkt steht die sogenannte „Komplexleistung“. Hier werden medizinisch-therapeutische und heilpädagogische Hilfen gemeinsam angeboten, im Gegensatz zur klassischen Heilpädagogik. In Lübeck gibt es seit Ende 2008 Verhandlungen zwischen dem Sozialhilfeträger und den Leistungserbringern der Frühförderung. Es wird versucht, den Eltern und deren betroffenen Kindern ein ausgewogenes Angebot zu machen. Das heißt, sowohl mobil zu Hause durchgeführte Heilpädagogik und Erbringung von „Komplexleistungen“ in einer entsprechenden Fachpraxis sollen gleichwertig angeboten werden. Ein endgültiges Ergebnis gibt es noch nicht.

5.4.2. Frühe Hilfen, Familienhebammen und sozialpädagogische Familienhelfer/innen

In der Hansestadt Lübeck gibt es drei Zentren der „Frühen Hilfen“, die gemeinsam durch freie Träger und durch Stiftungsgelder finanziert werden. Hierbei handelt es sich um sog. Projekte zur Primärprävention von (Hoch)Risikofamilien.

Dies bedeutet, dass die Angebote bereits vor der Geburt eines Kindes genutzt werden können. Nach der Geburt kann dann Beratung und Unterstützung der Eltern sowohl zu medizinischen als auch zu sozialen Fragestellungen erfolgen. Die Kinderärzte/innen des Gesundheitsamtes bieten regelmäßig niederschwellige Sprechstunden, in der Regel im Rahmen von offenen Frühstücken, an. Die Leitung der Zentren obliegt jeweils einer Sozialpädagogin; weitere Mitarbeiter/innen sind z.B. Familienhebammen, Erzieher/innen, Ergotherapeuten/innen und Physiotherapeuten/innen.

Es finden regelmäßig Kursangebote zu diversen Themen (Geburtsvorbereitung, Säuglingspflege, Stillberatung und Breikochkurse etc.) statt. Aber auch individuelle Beratungsgespräche werden durchgeführt.

Zum Teil findet die Unterstützung insbesondere durch die Familienhebammen und die Sozialpädagoginnen auch aufsuchend statt.

5.4.3. Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege

Auf Empfehlung der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege wurde im November 1956 die Kreisarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Lübeck gegründet. In den ersten Jahrzehnten existierte diese als freiwilliger Zusammenschluss vom Gesundheitsamt, den gesetzlichen Krankenkassen und dem Verein Lübecker Zahnärzte. Mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 wurden im § 21 des Sozialgesetzbuches V die Krankenkassen an der Finanzierung der Gruppenprophylaxe gesetzlich beteiligt.

Ziel der Arbeitsgemeinschaft ist die Verhütung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in den Kindergärten und Schulen Lübecks. Die Gruppenprophylaxe soll sich insbesondere auf die Mundhygiene, die Ernährungsberatung, die Zahnschmelzhärtung durch Fluoride und die regelmäßige zahnärztliche Voruntersuchung erstrecken. Somit kommt es zur folgenden Aufgabenverteilung:

Die Jugendzahnärzte des Gesundheitsamtes übernehmen die gesamte Koordination, die Untersuchung in den Kindergärten und Schulen, die Organisation von Veranstaltungen (Zahngesundheitswoche im großen Börsensaal, Tag der Zahngesundheit, Theateraufführungen und Prämienvergabe) und die fachliche Betreuung der Prophylaxehelferinnen. Der Verein Lübecker Zahnärzte ist für die Umsetzung des Patenschaftsprogramms der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein verantwortlich. Hierzu gehören Kindergartenbesuche, Besuche von Kindergartengruppen in Zahnarztpraxen und beratende Tätigkeiten an Elternabenden.

5.5. Resümee

Auch in der Gesundheitsversorgung der Lübecker Kinder hat sich seit 1998 vieles verändert. Die Versorgungsstrukturen nehmen Bezug auf die sich wandelnden Lebensbedingungen und die damit verbundenen Gesundheitsrisiken der Kinder, die sich heute zum Teil wesentlich signifikanter darstellen als noch vor rund zehn Jahren.

Am deutlichsten wird dieses am Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. an der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung, deren Strukturen kontinuierlich immer weiter ausdifferenziert und ausgebaut wurden. In der stationären Lübecker Versorgung stehen statt damals 44 Planbetten heute insgesamt (Lübecker Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) 57 Planbetten für psychiatrisch erkrankte Kinder- und Jugendliche zur Verfügung. Stärker noch als früher beziehen sich die Versorgungsstrukturen der Kinder- und Jugendpsychiatrie heute hauptsächlich auf psychosoziale Erkrankungsbilder wie z. B. selbstverletzendes Verhalten und emotionale Instabilität bei jugendlichen Mädchen, für deren Behandlung in der Vorwerker Fachklinik in 2004 eigens eine spezielle Station eingerichtet wurde. Sichtbar wird der veränderte bzw. gestiegene psychiatrische bzw. psychotherapeutische Versorgungsbedarf der Lübecker Kinder auch in der ambulanten Versorgung. Statt nur einem selbständigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten praktizieren in Lübeck heute gleich 9 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen. Ergänzen ließe sich das psychotherapeutische Versorgungsangebot der Kinder u. a. noch durch die selbständig praktizierenden Ergotherapeuten/innen und Logopäden/innen, deren Anzahl in Lübeck in den letzten zehn Jahren stark gestiegen ist, die Frühförderstellen, die personell aufgestockt wurden, das in 2004 eröffnete Sozialpädiatrische Zentrum der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und insbesondere die Klinik- bzw. Institutsambulanzen der Kinderklinik und Vorwerker

Fachklinik, deren Versorgungsstrukturen dem psychotherapeutischen Bedarf der Kinder z. B. bei Notfällen und Krisen weiter angepasst wurden.

Außer in bestimmten pädiatrischen Versorgungsbereichen hat sich die gesundheitliche Versorgung der Lübecker Kinder auch allgemein verbessert, wobei die Versorgungsstrukturen mehr denn je darauf ausgerichtet wurden, Krankheiten bzw. drohende Krankheiten bei Kindern abzuwenden bzw. schon im Vorfeld zu erkennen und mit geeigneten Maßnahmen und Therapien gegenzusteuern.

Besonders wichtig hierbei ist eine ausreichende kinderärztliche Versorgung, da Kinderärzte/innen auch die für die gesundheitliche Entwicklung der Kinder wichtigen Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) durchführen und z. B. dafür Sorge tragen, dass Entwicklungsstörungen noch rechtzeitig vor dem Schuleintritt behoben werden. Zwar haben sich die Planungsgrundlagen für die kinderärztliche Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) gegenüber damals nicht geändert, aufgrund struktureller Veränderungen des Versorgungsauftrages gibt es in Lübeck heute aber 3 Kinderärzte/innen mehr. Gleichzeitig dazu hat sich das kinderärztliche Versorgungsangebot durch Praxisverlegungen etwas mehr dezentralisiert. Davon profitiert haben u. a. auch die Kinder aus Moisling und Buntekuh, in deren Stadtbezirken jetzt jeweils 2 Kinderärzte/innen praktizieren. Im Jahre 2000, als das Gesundheitsamt die KVSH auf die kinderärztliche Untersorgung speziell in Buntekuh aufmerksam machte, gab es hier jeweils nur einen/e Kinderarzt/-ärztin. Gleichwohl bleibt anzumerken, dass die wohnortnahe Versorgungssituation in den Randbezirken Lübecks, wie z. B. in Falkenfeld/Vorwerk, Strecknitz, Travemünde und Eichholz, wo überhaupt keine Kinderarztpraxen existieren, aber bis zu 1.800 Kinder pro Bezirk leben, noch verbesserungswürdig ist.

Für die Gesundheitsförderung der Kinder ebenso wichtig ist eine flächendeckende Versorgung mit Kindergartenplätzen, weil viele gesundheitsfördernde Maßnahmen wie z. B. die Aktion „Ich geh zur U! und Du?“ an Einrichtungen, wie z. B. Kindertagesstätten gebunden sind, die nur dann voll wirksam werden können, wenn vor Ort ausreichend viele Kindergartenplätze vorhanden sind. Erst recht gilt dies für Maßnahmen zur Sicherstellung einer ausgewogenen Ernährung mittels staatlicher und anderer Beihilfen, wie z. B. dem Bildungsfonds des Gremiums „Zukunft Lübeck“, von denen bisher ausschließlich nur Kinder in Einrichtungen profitieren. Auch deswegen, weil viele Kinder in Lübeck arm und auf eine bezahlbare Mahlzeit angewiesen sind, kommt der Versorgung mit Kindergartenplätzen bei der Gesundheitsförderung eine immer größere Bedeutung zu. Die Ausweitung des Versorgungsangebotes im Elementarbereich während der letzten 10 Jahre war in sofern wichtig und richtig. Die Tatsache, dass nunmehr für 95 % der 3- bis unter 6-Jährigen Kindergartenplätze zu Verfügung stehen, darf aber nicht darüber hinweg täuschen, dass es in Lübeck immer noch Kinder gibt, die keinen Kindergarten besuchen und also auch an keiner gesundheitsfördernden Maßnahme teilnehmen. Allerdings kann aktuell Eltern mit einem kurzfristig auftretenden Betreuungsbedarf ein Kitaplatz vermittelt werden.

Abschließend sei noch auf die zunehmende Bedeutung des Versorgungsangebotes der Frühförderstellen hingewiesen werden. Immer mehr Kinder in Lübeck sind schon in jungen Jahren - angefangen vom Säuglings- bis zum Einschulungsalter - behindert bzw. von Behinderungen bedroht und benötigen heilpädagogische und medizinischtherapeutische Behandlungen. Die Frühförderungsquote der 0- bis 6-jährigen Lübecker Kinder hat sich innerhalb von 5 Jahren (von 2002 bis 2007) von 1,3 auf 2,5 % fast verdoppelt. Das Versorgungsangebot der Frühförderstellen wurde dem gestiegenen Bedarf der Kinder kontinuierlich angepasst. Die Mobile Frühförderung der Marli-Werkstätten GmbH beschäftigt heute (2009) 30 Mitarbeiter/innen verschiedenster Berufe, die interdisziplinär und individuell auf die Problemlagen der Kinder eingehen. Der Kontakt zur Frühförderung erfolgt i. d. R. über niedergelassene Kinderärzte/-innen und Kindergärten, sowie über die Kinderärzte/innen des Kinder und Jugendärztlichen Dienstes, die in den Kindergärten regelmäßig Querschnittsuntersuchungen durchführen. Auf die sich abzeichnende weitere Zunahme in der Frühförderung sollte aber auch an anderer Stelle z. B. in der Jugendhilfe, der Behindertenhilfe und im Kinder und Jugendärztlichen Dienst rechtzeitig und angemessen Bezug genommen werden. Immerhin handelt es sich bei der Frühförderung um eine interdisziplinäre Komplexleistung. Unabhängig davon unterstützt das Gesundheitsamt den Ausbau bzw. Umbau der Frühförderung auch generell, z. B. dadurch, dass die Situation der Frühförderung in Lübeck in dem vorliegenden Kindergesundheitsbericht in mehreren Kapiteln ausführlich thematisiert und analysiert wurde.

6. Zusammenfassung / Handlungsempfehlungen

6.1 Hauptergebnisse

Der allgemeine Gesundheitszustand der Lübecker Kinder hat sich im Laufe der Jahre 1995 bis 2008 verändert. Mehr denn je bestimmen chronische, und hier insbesondere psychosoziale Erkrankungsbilder das kindliche Krankheitsgeschehen. Das zeigt sich nicht nur bei den Krankenhausanlässen der Kinder, sondern auch und besonders bei den Schuleingangsuntersuchungen und an speziellen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen und Versorgungsleistungen wie z. B. der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Frühförderung.

Indizien für die Ausbreitung psychischer bzw. psychiatrischer Erkrankungen bei den Lübecker Kindern sind z. B.:

- *Die Zunahme von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern im Einschulungsalter.* Der Anteil der sprachgestörten Kinder unter den Lübecker Schulanfänger/innen ist von 14,7 % in 1996 auf 18 % in 2006 angestiegen. Rund 12 % der Lübecker Schulanfänger/innen eines Einschulungsjahrganges leiden (2006) an Koordinationsstörungen. Zehn Jahre zuvor waren es erst ca. 9 %. Der Anteil der verhaltensgestörten Kinder unter den Schulanfänger/innen schwankt derzeit (2004 – 2006), Tendenz steigend, zwischen 3,5 und 4 %. Jeweils rund 10 % der Lübecker Schulanfänger/innen sind entweder über- oder untergewichtig. Mit 9,7 % war der Anteil der Übergewichtigen in 2006 gegenüber den Vorjahren zwar etwas rückläufig, im Verhältnis zu 1996 aber höher.
- *Der gestiegene Bedarf in der Frühförderung.* Derzeit (2008) sind rund 3 % der Lübecker Kinder angefangen vom Säuglings- bis zum Einschulungsalter behindert oder von Behinderungen, wie z. B. Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bedroht und erhalten entsprechende Hilfeleistungen. In 2002 lag der Anteil dieser Kinder lt. Frühförderungsstatistik noch bei 1,3 %.
- *Der erhöhte Anteil von psychiatrisch erkrankten Kindern in der stationären Behandlung.* Gegenüber 1995 ist die stationäre psychiatrische Patientenquote der Lübecker Kinder um ca. 35 % angestiegen.
- *Der Ausbau der Versorgungsstrukturen der Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,* die die Zahl ihrer Planbetten für psychiatrisch erkrankte Kinder- und Jugendliche von 44 auf 57 erhöht hat und sich zunehmend mehr psychosozialen Krankungsbildern wie z. B. selbstverletzendes Verhalten und emotionale Instabilität zuwendet.
- *Die Ausweitung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsangebotes.* Zwischen 1999 und 2008 hat sich die Zahl der selbstständig praktizierenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen in Lübeck von eins auf neun erhöht.

Ursächlich für die „neue Morbidität“ der Kinder sind die sich verändernden Lebensbedingungen, die gekennzeichnet sind durch selbständigere Lebensformen und –stile und die Zunahme unsicherer Arbeitsverhältnisse und Verarmung insbesondere der Familien mit Kindern. Im Zuge der sich wandelnden Geschlechterrollen in den Familien, bei denen die Frauen/Mütter ebenso wie die Männer/Väter selbstverantwortlich für ihren Lebensunterhalt sorgen, und der abnehmenden Bindungsbereitschaft junger Paare bzw. Eltern, geraten zunehmend mehr Kinder in die psychosozial belastende Lebenslage einer Einelternfamilie. In Lübeck lebt mittlerweile jedes vierte Kind (26,4 %) bei einem alleinerziehenden Elternteil. Dass das Aufwachsen in einer Einelternfamilie besondere gesundheitliche Risiken mit sich bringt, wird u. a. an dem erhöhten Bedarf an heilpädagogischen und medizinischtherapeutischen Behandlungen der Frühförderung der Kinder von Alleinerziehenden deutlich.

Sozialer Abstieg, Armut und Ausgrenzung bewirken ein Übriges bei der Ausbreitung der „neuen Morbidität“ unter den Kindern, wobei gilt, dass je länger die sozialen Risiko- bzw. Armutslagen in den Familien andauern, sich die Gesundheitsprobleme bei den Kindern verfestigen. In Lübeck leben rund 21 % der Familien mit Kindern in Armut. Bei den Einelternfamilien ist der Anteil der Familien, die Fürsorgeleistungen (Grundsicherung nach SGB II) beziehen mit 49,4 % mehr als doppelt so hoch. Im

Verhältnis zum durchschnittlichen Anteil der armen Familien sind jedoch weitaus mehr Kinder von Armut betroffen. Gegenwärtig (Mitte 2009) beziehen rund 28 % der 0- bis unter 15-jährigen Lübecker Kinder SGB II Grundsicherungsleistungen. Zwischen 2004 und 2006 ist der Anteil der Kinder, die von Fürsorgeleistungen (Sozialhilfe bzw. Grundsicherung SGB II) leben, sprunghaft von 17,6 auf 30,5 % angestiegen. Die Zahl der bedürftigen Kinder erhöhte sich in diesem Zeitraum um rund 70 % auf rund 8.400 Kinder. Seit 2007 hat sich die Zahl der bedürftigen Kinder auf derzeit ca. 7.500 Kinder wieder etwas reduziert, was nicht heißen soll, dass die Armut unter den Lübecker Familien bzw. Kindern, gemessen an der offiziellen Armutsgrenze, nicht noch weiter zugenommen hat.

Dass das Aufwachsen unter Armutbedingungen zu gesundheitlichen Einschränkungen bei den Kindern führt, zeigt sich u. a. daran, dass Schulanfänger/innen aus sozial benachteiligten Wohngebieten Lübecks häufiger an Sprachstörungen und Übergewichtigkeit bzw. Adipositas leiden. In Moising z. B. war der Anteil der sprachgestörten Schulanfänger/innen zwischen 2004 und 2006 durchschnittlich um rund die Hälfte höher als insgesamt in Lübeck. Auch von den übergewichtigen Schulanfänger/innen stammen die meisten Schulanfänger/innen aus Moising und anderen Stadtbezirken Lübecks, in denen anteilig viele arme Familien bzw. Kinder leben.

Abgesehen von den gesundheitlichen Einschränkungen der Schulanfänger/innen, ergaben sich auch bei den psychiatrischen Erkrankungen und den Behinderungen bzw. drohenden Behinderungen der Lübecker Kinder Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit. Im Abgleich mit den Kinderarmutsquoten der Stadtbezirke zeigt sich, dass überall dort, wo die Kinderarmut überdurchschnittlich hoch ist, auch die psychiatrischen Erkrankungsfälle und die Frühförderungsfälle überdurchschnittlich hoch sind.

Zwar nicht über den regionalen Vergleich nachweisbar, aber gleichwohl deutlich im Zusammenhang mit der zunehmenden Armut der Lübecker Familien bzw. Kinder, stehen die vermehrten Fälle von Neugeborenen, die mit Störungen, Entwicklungsmängeln und Schäden zur Welt kommen. Im Verhältnis zu 1995 ist der Anteil der neugeborenen Lübecker Kinder, die an perinatalen Affektionen leiden, von 10 % auf 13 % gestiegen.

6.2 Schlussfolgerungen

Gesundheitsförderung und Prävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Gesundheitliche Einschränkungen bei Kindern, die durch besondere Lebensbedingungen, wie z. B. Armutslagen in den Familien entstehen, können nicht allein durch das Gesundheitssystem aufgefangen werden. Hierbei, aber auch in anderen Bereichen der Förderung der Kindergesundheit, wie z. B. der Behindertenförderung bedarf es einer gezielten Unterstützung durch andere Politikfelder, insbesondere die Familien-, Bildungs- und Sozialpolitik.

Bei der Bekämpfung der Armut, die eine der Hauptursachen dafür ist, dass sich chronische Krankheiten schon im Kindesalter manifestieren, sind zusätzlich auch Elemente der Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik zu beteiligen, denn die kranken Kinder von heute sind die Arbeitslosen bzw. Armen von morgen.

Auf kommunaler Ebene kann das bedeuten,

- dass die Aufgabengebiete zur Förderung und Unterstützung von armen Kindern mehr noch als bisher miteinander vernetzt werden müssen und auch schon werden (z. B. Frühe Hilfen, Frühförderung)
- dass mehr noch als bisher Einfluss auf die Bundes- und Landespolitik genommen werden sollte, um über Veränderungen der leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen eine bessere materielle Ausstattung der von Armut betroffenen Familien bzw. Kindern zu erreichen, wie z. B. durch Unterstützung der Einführung einer elternunabhängigen Kindergrundsicherung,
- daneben sollten die bereits bestehenden Betreuungsangebote und gesundheitsfördernden Maßnahmen für Kinder den veränderten Lebensbedingungen der Kinder kontinuierlich angepasst, fortgeführt und in punkto gesundheitliche Chancengleichheit noch weiter ausgebaut werden,
- dass gemeinsam mit der kommunalen Wirtschaft ein Masterplan entwickelt werden sollte, der die Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Einkommenschancen der Familien mit Kindern stärkt,

- Grundschulen und Kindertagesstätten als wesentliche Vermittler gesundheitsfördernder Verhaltensweisen und Träger zur Sicherstellung einer ausgewogenen Ernährung bei armen Kindern müssen überall, insbesondere in sozial schwachen Wohngebieten ausreichend vorhanden und für alle Kinder erreichbar sein. Dafür sollte das Kindergartenplatzangebot wohnortnah auf rund 100 % erhöht werden. In Bezug auf die flexiblen bzw. sehr frühen und sehr späten Arbeitszeiten vieler Eltern muss das Betreuungsangebot in den Grundschulen und Kindertagesstätten entsprechend ausgeweitet werden. Der Ausbau bedarfsgerechter Öffnungszeiten ist Bestandteil des Entwicklungsplanes „Aufwachsen in Lübeck“ und wird durch Umsetzungsmaßnahmen in die bestehenden Strukturen integriert.
- Lehrer/innen, Erzieher/innen und Sozialpädagogen/innen sollten im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen mehr noch als bisher mit dem Umgang mit psychosozialen Problemen und Methoden der Stressbewältigung sozial benachteiligter Kinder vertraut gemacht werden.
- Im Rahmen eines kommunalen, bereichs- und trägerübergreifenden Netzwerkes sollten an Schulen und Kindertagesstätten gesundheitsfördernde Maßnahmenkonzepte erarbeitet werden, die die Bereiche: kostengünstige und ausgewogene Ernährung, Bewegung, regelmäßige niedrigschwellige Sportmöglichkeiten, Stressbewältigung, emotionale und musische Förderung stärker berücksichtigen. Um alle sozial benachteiligten Kinder zu erreichen und Stigmatisierungen zu vermeiden, sollten gesundheitsfördernde Maßnahmen, die den Folgen von Armut bei Kindern vorbeugen, stets settingorientiert gestaltet werden. Wesentliche Konzepte hierzu finden sich bereits in den Handlungsempfehlungen zum Prozess „Aufwachsen in Lübeck“ und sind teilweise auch schon umgesetzt worden.
- Gesundheitliche Frühwarnsysteme wie die „Frühen Hilfen“ müssen zum Schutze der Gesundheit der Ungeborenen bzw. der Vermeidung von Früh- und Mangelgeburten zu einem leistungsfähigen Netzwerk für Schwangere ausgebaut werden, was zur Zeit ja auch gerade in Lübeck geschieht. Durch eine institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen Geburtshilfe, Jugend- und Familienhilfe, den allgemeinen Sozialdiensten, den ARGEN und den Gesundheitsdiensten, insbesondere der Schwangerenberatung, können Hilfsangebote abgestimmt und die Ressourcen der Familien bzw. Mütter gestärkt werden. Mehr noch als bisher sollten die Hilfsangebote den Lebenskontext der Familien mit einbeziehen und sich als Setting an alle Schwangeren richten, um auch die Familien bzw. Mütter zu erreichen, die von Arbeitslosigkeit und sozialem Abstieg bedroht sind. Gemäß den Handlungsempfehlungen „Aufwachsen in Lübeck“ sollte dafür ein Konzept zur Sicherstellung des Angebotes der „Frühen Hilfen“ für die gesamte Stadt erstellt werden. Dabei gilt es, die grundsätzliche Prämisse des Prozesses zu beachten, keine zusätzlichen Institutionen zu schaffen, sondern Regeleinrichtungen zu stärken. Ziel ist es, Kindertageseinrichtungen an ausgewählten Standorten (hier liefern Armutsbericht und Kindergesundheitsbericht entscheidende Grundlagen) zu Eltern-Kind-Zentren auszubauen. Im Rahmen einer Pränatalstudie sollten, wie von der an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campos Lübeck geplant, Ursachen und Folgen von Risikoschwangerschaften, die vielerorts in Deutschland bis zu 80 % aller Schwangerschaften ausmachen, eingehend untersucht werden. Mittelfristig ist darauf hinzuwirken, die „Frühen Hilfen“ als festen Bestandteil mit in das Leistungsangebot der Kommune aufzunehmen.
- Um Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern zu vermeiden bzw. den Bedarf in der Frühförderung zu minimieren, müssen im Rahmen der Elternbildung niedrigschwellige Angebote geschaffen werden, die die Beziehungs- und Erziehungskompetenzen der Eltern stärken. Zielrichtung von Elternbildung ist die Unterstützung von Familien im Alltag, bei Übergängen von Entwicklungsphasen, sowie in besonderen Lebenslagen und Belastungssituationen. Bei der Umsetzung sollte auf die in Modellprojekten erprobten Angebote der Familienbildung zurückgegriffen werden.
- Damit Entwicklungsstörungen und andere gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Säuglingen und Kleinkindern rechtzeitig diagnostiziert und zeitnahe behandelt werden können, muss die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) bei allen Kindern unter 6 Jahren so weit wie möglich sichergestellt werden. Dieses erfolgt gemäß Gesetz seit Anfang 2008 für die U4 bis U9 über ein Meldeverfahren beim Landesamt für Soziale Dienste, bzw. über das

Landesfamilienbüro. Sofern eine Meldekarte für eine der 5 Untersuchungen eines Kindes fehlt, erstatte das Landesfamilienbüro Meldung bei der kommunalen Familienhilfe, die die Eltern auf die verpflichtende Teilnahme hinweist und eine Vorstellung des Kindes in einer Sozialberatungsstelle anordnen kann. Sowohl bei der Teilnahme an den Untersuchungen, aber erst recht bei den darauf folgenden therapeutischen Behandlungen sollten die Eltern als Unterstützer der Entwicklung ihrer Kinder mit einbezogen werden. Auch hierbei können niedrigschwellige Angebote der Elternbildung einen positiven Beitrag zur Gesundheitsförderung der Kinder leisten.

- Voraussetzung für die Vollbeteiligung an Vorsorgeuntersuchungen ist das Vorhandensein eines ausreichenden kinderärztliche Angebotes, gerade auch in sozial schwachen Wohngebieten, in denen die Teilnahmequoten relativ niedrig, die Anteile z. B. der Sprachstörungen bei den Schulanfänger/innen aber vergleichsweise hoch sind. Diesbezüglich unterversorgt sind insbesondere die Kinder aus Falkenfeld/Vorwerk. Über die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein sollte daher darauf hingewirkt werden, hier bzw. am Rande zu Holstentor Nord eine Kinderarztpraxis zu etablieren. In Buntekuh hat sich die kinderärztliche Versorgungssituation dank der Gesundheitsberichterstattung und der damaligen Intervention der Politik mittlerweile verbessert.