DUISBURGER BEITRÄGE zur SOZIOLOGISCHEN FORSCHUNG

No. 2/2002

Kurzstudie
zu einer Todesfallstatistik über
Kinder und Jugendliche in Münster/Westf.

Eine empirische Erhebung zu Todesfällen für den Zeitraum 1991-1998

von

Jürgen Guggenmos

Sigurd Matz

Herausgeber der "Duisburger Beiträge zur soziologischen Forschung" ist das:

Institut für Soziologie / Fakultät 1
Gerhard-Mercator-Universität Duisburg
Lotharstraße 65
D-47048 Duisburg

Ein Verzeichnis aller bisher erschienenen Beiträge befindet sich im Anhang.

ISSN 0949-8516 (Duisburger Beiträge zur soziologischen Forschung)

Inhaltsverzeichnis

1.0	Vorspann	1
1.1	Historischer Überblick	1
1.1.1	Geburten und Totgeburten/Säuglingstote in Münster 1816–1998	1
1.1.2	Todesursachen: damals – heute	1
1.2	Zu den hier spezifischen methodisch-statistischen Erfassungsproblemen	2
1.3	Erhebungszeitraum, erfasste Variablen und Datenqualität	3
1.4	Grundlegende empirische Ergebnisse	3
1.4.1	Totgeburten und erreichtes Lebensalter (in Jahren)	3
1.4.2	Säuglingssterblichkeit	4
1.4.3	Kinder- und Jugendsterblichkeit nach sozioökologischen Kategorien	6
1.4.4	Geburtsgewicht und Todeshäufigkeit bei Geburt und im Säuglingsalter	7
1.4.5	Sterbeursachen und erreichtes Lebensalter	8
1.4.6	Todesfälle durch äußere Gewalt, Selbsttötungen und andere Unfälle	9
1.4.7	Todesursachen und sozioökologische Grobstruktur	10
1.4.8	Plötzlicher Kindstod (SIDS)	10
1.5	Ausblick	12
Anhang		13
Glossar		20
Literaturverzeichnis		21

1.0 Vorspann:

Um Anhaltspunkte für eine wirkungsvolle Gesundheitsprävention zu erhalten, ist es auch immer unerläßlich, sich mit den Todesfällen/Todesursachen von Kindern und Jugendlichen (in Münster) zu befassen, da wir nur so erfahren und möglicherweise lernen, wie spezifische Todesfälle zu minimieren, in manchen Bereichen vielleicht sogar zu vermeiden sind.

1.1 Historischer Überblick

1.1.1 Geburten und Totgeburten / Säuglingstote in Münster 1816 – 1998

Wie in den Beiträgen zur Statistik der Stadt Münster in den "Materialien zur Bevölkerungsgeschichte Münsters 1816 –1945“ von H. J. Teuteberg nachzulesen ist (Heft 59/1995: 53), hatte Münster 1816 eine Einwohnerzahl von 15.088 [ortsan(sässige)angehörige Bevölkerung] und 507 Geburten (Geburtenrate = ~34 auf 1000 Einwohner), davon 13 Totgeborene (Totgeburtenrate – TGB- = 2,6%). 1856 war die Stadt auf 22.956 ortsangehörige Einwohner angewachsen und die Geburtsrate [GBR] lag bei 28.0 [634 Geburten, davon waren 13 Totgeburten (TGB=2%). Während des weiteren Verlaufes im 19ten Jahrhundert nahm die Geburtenrate bis auf 25.0 ab, und blieb dann zwischen 1874 bis 1914 auf einem Niveau von 3,0%. Mit Beginn des ersten Weltkrieges sank sie unter 2% ab.

Tabelle 1: Anzahl der Einwohner, Geborenen, Totgeburten und Säuglingstoten, einschließlich Geborenenüberschussziffer (1816 – 1998)

	Jahr	Einwohner	Geborene		Totgeborene			Säuglingstote			GBÜZ*
			gesamt - auf 1000 E.			Totgebziffer/ 1000 E.			Säuglingssterblichkeitsziffer		
					Totgeborene/ Leb.Geb.			gesamt/ 1000 EW		ml./	
Ortsangehörige Bevölkerg.	1816	15.088	507	34	13	2,6	0,86	146	9,68	5,97	- 0,20
	1856	22.909	634	28	13	2,1	0,57	102	4,45	2,44	- 0,17
Ortsanwesende Bevölkerung	1870	24.978	622	25	19	3,1	0,76	-	-	-	-4,96
	1900	63.754	2.008	31	46	2,3	0,72	500	7,84	4,34	8,78
	1917	103.059	1.169	13	28	2,4	0,27	165	1,60		-7,20
	1918	101.747	1.415	14	41	2,9	0,40	182	1,79		-11,53
Wohnbevölkerung	1940	144.945	3.693	25	75	2,0	0,52	287	1,98		10,12
	1945	75.984	607	25	17	2,8	0,22	-	-	-	-11,56
	1950	120.376	1.970**	17	35	2,5	0,29	122	1,01		7,85º
	1960	180.117	3.016**	16	-	-		-	-		7,14
	1970	198.878	2.388	12	24	1,0	0,12	57	0,29		2,41
	1980	269.696	2.600	10	17	0,7	0,06	43	0,16		0,51
Wohnberechtigte Bevölkerg.	1990***	275.150	2.978	11	11	0,4	0,04	7	0,03		2,07
	1998	279.215	2.826	10	18	0,6	0,06	21	0,08		1,78

* GBÜZ = Geborenenüberschußziffer berechnet aus Lebendgeborenen und Sterbefällen ohne Totgeborene je 1000 Einwohner, º(einschließlich Togeborene)
** Lebendgeborene
*** Z.n. Gebietsreformen 1875, 1903 und 1975. Nach VZ 1987: Wohnberechtigte Bevölkerung = Einwohner (1. + 2. Wohnsitz).

1.1.2 Todesursachen: damals – heute

Nicht nur die Bezeichnung der Todesursachen, sondern auch ihr Wandel über die Zeit von fast zwei Jahrhunderten hinweg, geht einher mit dem medizinischen, sozialen, wirtschaftlichen und hygienischen Fortschritt.
So wurde z.B. **1817** als Todesursachen für das Lebensalter von 0-15 Jahren Lebensschwäche, Wasserscheu und Unglücksfälle beschrieben; **1875** wurden folgende Diagnosen ausgewiesen: Diarrhoe, Angeborene Lebensschwäche, Atrophie, Masern, Pocken, Scharlach, Keuchhusten Typhus, Tuberkulose, Lungen- / Herz- / Nieren- / Gehirnkrankheiten, Krämpfe, Verunglückungen, Mord und Totschlag.

Nach 1945 werden Todesursachen in NRW besser auswertbar erst **ab 1950** erfasst. So weist die Todesursachenstatistik in NRW 1950 für die Altersgruppen 0 - < 1 Jahr, 1 - < 5 und 5 - < 15 Jahren noch viele Todesfälle durch Kinderkrankheiten wie Keuchhusten, Diphterie, Scharlach, Syphilis, Tuberkulose, Durchfallerkrankungen und u.a. auch Lungenerkrankungen auf. Auch die Unfallzahlen sind noch hoch (vgl. Tabelle 3 im Anhang, S. 14).

Im Jahre **1980** finden wir in NRW unter den 3393 (gegenüber den 15168 verstorbenen Kindern/Jugendlichen von 1950) kaum noch typische Kinderkrankheiten, Tuberkulose u.ä. wird nicht mehr als Todesursache verzeichnet, dagegen steigt aber die Zahl der Unfalltoten bzw. der angeborenen Fehlbildungen während dieser 30 Jahre an (vgl. Tabelle 4 im Anhang, S. 15).

1.2 Zu den hier spezifischen methodisch-statistischen Erfassungsproblemen

Besonders störend bei der Aufarbeitung des Datenmaterials [Totenscheine von Kindern und Jugendlichen von 0 – 20[?] Jahren] erwies sich der Umstand, dass z.B. der Begriff „Totgeburt" zwar vom Inhalt her klar definiert ist, die Totenscheine aber diesbezüglich teils korrekt mit Totgeburt bezeichnet, teils aber mit gynäkologischen oder pädiatrischen Diagnosen oder anderen Angaben ungenau versehen sind, so dass dem Auswerter überlassen bleibt, ob das tote Kind zur Kategorie der Totgeburten oder zur Frühsterblichkeit zu zählen ist. So lassen die Diagnosen auf den Totenscheinen wenigstens bei der Hälfte der am Geburtstag verstorbenen Kinder die Wahl offen.

Da die **Totenscheine** somit **von unterschiedlicher Qualität und Aussagekraft** vornehmlich im Hinblick auf das frühe Todesdatum sind, kann es bei den unterschiedlichen administrativen Auswertungsstellen zu inneren Brüchen bei der Aufstellung statistischer Reihen/Tabellen kommen (vgl. auch Tab.5 im Anhang, S. 17). Je mehr tote Kinder des ersten Lebenstages zu den Totgeburten gezählt werden, um so niedriger ist die Säuglingssterblichkeit. Dass kurz vor Mitternacht geborene Kinder mit gleichen Diagnosen noch am zweiten Tag gelebt haben [kurze Lebensdauer mit dazwischen liegender Datumsgrenze], am ersten Tag zu den Totgeburten gezählt werden könnten, macht die Kategorisierung nicht plausibler [Weichheit der Daten].

Darüberhinaus ergeben sich Zuordnungsfragen von Todesursachen bei unterschiedlichen Auswertestellen von Todesbescheinigungen, nicht nur bzgl. der Totgeburten, sondern auch beim gesamten Diagnosenspektrum, so werden z.B. in der Landesstatistik bei den Unfällen bestimmte Formen von Unfällen von Jahr zu Jahr z.T. unterschiedlich aus- und zugewiesen (vgl. z. B. S. 17).

Weiterhin werden dem örtlichen Gesundheitsamt[1] nur die Toten per Totenschein gemeldet, die in seinem Stadt- oder Kreisgebiet verstorben oder verunglückt sind. Auf Landesebene werden dann die Todesbescheinigungen geordnet und die jeweiligen Todesbescheinigungen den Städten und Kreisen je nach Wohnsitz der Toten zugeordnet (interner Abgleich).

Die zahlenmäßige Diskrepanz der in Münster gemeldeten toten Kinder und Jugendlichen [0 – <20 Jahre] zu der dem Land beim interkommunalen Abgleich bekannt gewordenen (im Zeitraum 1.1.1991 bis 31.12.1998) lag insgesamt bei 190 zu 163 Toten in Münster (vgl. auch Tab. 6 im Anhang, S. 18f.). Also knapp **14% der Todesfälle dieser Altersgruppe wurden dem örtlichen Gesundheitsamt Münster nicht gemeldet, da sie ausserhalb Münster's verstarben.** *Darunter sind drei Ertrinkungsfälle und zwei Suizide und eine Tote durch psychotrope Substanzen, die ausserhalb Münsters sich ereigneten, wogegen innerhalb Münsters während des Erhebungszeitraumes kein Kind ertrank und sich nur eine Selbsttötung ermitteln ließ.*

[?] Es waren 163 gemeldete tote Kinder/Jugendliche der Altersgruppe von 0-20 Jahren aus Münster gegenüber 190 Fällen nach der Landesstatistik (evt. 189, da 1 Toter durch psychotrope Substanzen starb und möglicherweise unter „Unfälle" eingeordnet wurde).

[1] Vgl. dazu generell z. B. auch: Gesundheitsamt der Stadt Münster (Hg.), 1993 und 2001.

Trotz der zuvor benannten Datenprobleme haben sich die Verfasser entschlossen, über die hier erfassten Todesfälle zu berichten, die dann doch immerhin 86% der Gesamttodesfälle der Münsteraner Kinder- und Jugendlichen [?=43% / ?=57%] zwischen1991 und 1998 ausmachten.

Einschub:
Die gerade diskutierten Datenprobleme verweisen auf die „Weichheit" der erhobenen Daten : Damit ist gemeint, dass bei den Aussagen zum hochsensiblen Bereich der Kinder-und Jugendsterblichkeit auf örtlicher Ebene eher auf eine qualitative Datenanalyse abzustellen ist denn auf eine stark quantitativ-statistische Argumentationsweise. Die in den Grafiken präsentierten Verteilungsmuster folgen zwar zwangsläufig dem quantitativen Kalkül – sie sind jedoch immer eher ein Hinweis auf „harte Daten" denn diese selbst.

1.3 Erhebungszeitraum, erfasste Variablen und Datenqualität

Für den **Zeitraum von Beginn des Jahres 1991 bis einschließlich Ende 1998 (vgl Tab.6 im Anhang, S. 18f.)** wurden **alle in Münster verstorbenen Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen Null-Tagen bis zum vollendeten 20.Lebensjahr** - mit Hilfe der entsprechenden Mitteilungen an das Gesundheitsamt der Stadt - **systematisch mit folgenden Variablen erfaßt** (für die wissenschaftliche Datenauswertung wurden alle hierzu genutzten Rohdaten selbstverständlich zuvor anonymisiert):

- Sterbedatum bzw. erreichtes Lebensalter
- Geschlecht
- Sterbeursache(n)
- Geburtsgewicht
- Alter der Mutter (in Jahren)
- Statistischer Wohnbezirk der Mutter

Allerdings waren nicht für sämtliche erfassten Fälle vollständige Datendokumentationen zu erhalten, so daß bei den Variablen „Geburtsgewicht" sowie „Alter der Mutter" Datenlücken auftraten. Insgesamt betrachtet, ist die so erhobene Datenqualität aber ausreichend gut geeignet, um Informationen im zuvor beschriebenen Sinne zu erhalten.

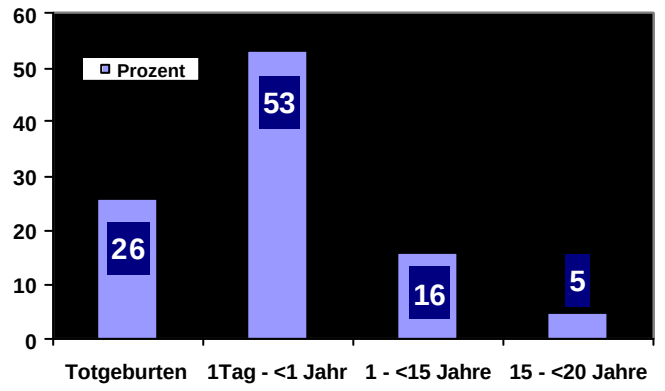
1.4 Grundlegende empirische Ergebnisse

1.4.1 Totgeburten und erreichtes Lebensalter (in Jahren)

Beginnen wir zunächst mit den **Werten zum erreichten Lebensalter** (in Jahren):

Grafik 1: Totgeburten und erreichtes Lebensalter in Jahren
Angaben in Prozentwerten

Erhebung Münster 1991 –1998 [n=219]



Zunächst ist offensichtlich: Die Mortalitätshäufigkeit ist für den Zeitraum des ersten Lebensjahres mit 53% (=116 Fällen) am dichtesten besetzt - für diesen generellen Befund hat sich auch der Begriff **Säuglingssterblichkeit** längst eingebürgert, er ist - wie z.B. der Begriff Lebenserwartung – gleichzeitig eine international genutzte Kennziffer zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage nationaler Bevölkerungen geworden (dazu im Folgenden weitere Ausführungen).[2]

1.4.2 Säuglingssterblichkeit

Da der Zeitraum des ersten Lebensjahres offensichtlich so gravierend für die Fragestellung ist, wurde die Säuglingssterblichkeit noch weiter begrifflich und zeitlich ausdifferenziert:

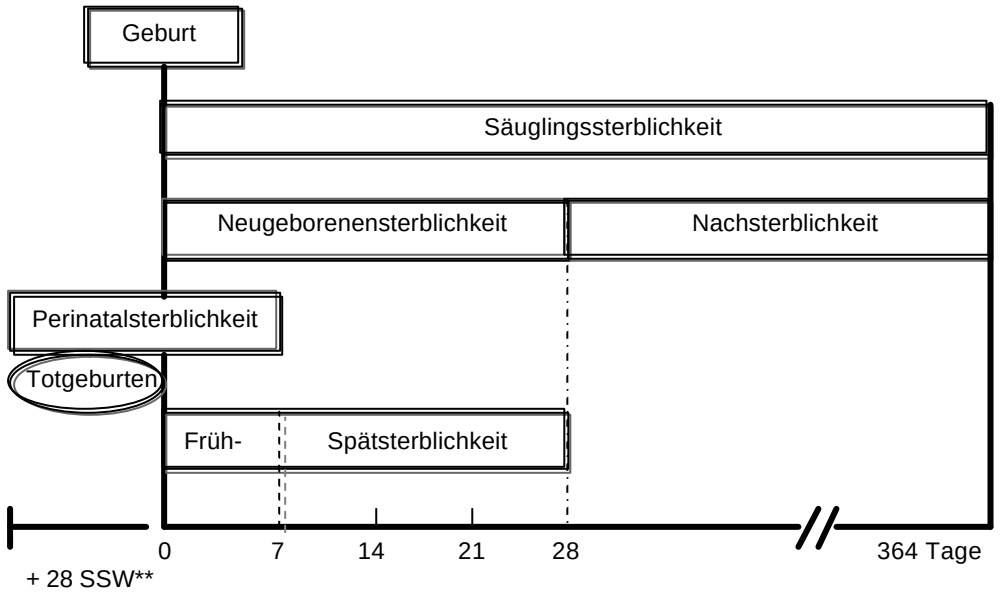
Übersicht 1:
Begriffliche Eingrenzung zur Säuglingssterblichkeit *

Unterteilt nach	Überlebenszeitraum in Tagen
Frühsterblichkeit	1 – 7
Spätsterblichkeit	8 - 28
Nachsterblichkeit	29 – 364

*Säuglingssterblichkeit selbst bezeichnet alle im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder

Übersicht 2:

Darstellung* der Sterblichkeit im ersten Lebensjahr einschließlich Totgeburten, definiert über das Alter (in Tagen)



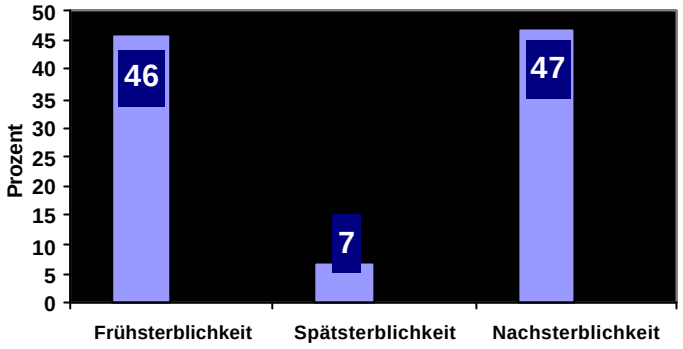
*nach: Bouvier-Colle, M.-H. et al.,1990:5
**SSW=Schwangerschaftswoche

In der Stadt Münster wurden für die Säuglingssterblichkeit im Zeitraum 1991 - 1998 folgende Werte gemeldet:

[2] Vgl. z.B. dazu: Statistisches Bundesamt (Hg.), 1998:54.

Grafik 2: Säuglingssterblichkeit unterteilt in: Früh-, Spät- und Nachsterblichkeit(in %)

Erhebung Münster 1991 –1998 (n=116)



Um hier zu Vergleichsaussagen zu kommen, wird üblicherweise die Säuglingssterblichkeit auf die Zahl der Lebendgeborenen bezogen (z.B. für ein Land, eine Region, eine Stadt), wobei eine Standardisierung auf z.B. 1000 Lebendgeborene erfolgt.

Die entsprechenden Werte für die einzelnen Stadtteile Münsters und die Gesamtstadt enthält die nachfolgende Tabelle (allerdings hier ohne die Altstadt, da in diesem Stadtteil nur noch sehr wenige Privathaushalte vorhanden sind):

Tabelle 2:

Durchschnittswerte zur Säuglingssterblichkeit auf 1000 Lebendgeborene nach Stadtbezirken (ohne Altstadt) [n=116]

Erhebung Münster 1991 – 1998

Stadtbezirk	Berechnung für je1000 Lebendgeborene
Mitte (ohne: Altstadt)	5.02
West	3.20
Nord	5.81
Ost	5.87
Südost	6.99
Hiltrup	6.02
Gesamtstadt	5.485

Auffällig ist der relativ hohe Wert für die Säuglingssterblichkeit im Stadtteil Münster-Südost mit durchschnittlich ca. 7 (6.99) Säuglingssterbefällen je 1000 Lebendgeburten pro Jahr und dagegen der deutlich niedrigere Wert von 3.20 für Münster-West.
Als Erklärungsansatz zu diesem relativ hohen Durchschnittswert in Münster-Südost bietet sich zur Zeit nur Vermutungswissen an, wenn wir ein eher zufälliges Zustandekommen für diesen Wert ausschließen wollen. Es wäre die Aufgabe z.B. einer vertiefenden wissenschaftlichen Arbeit, hier für Aufklärung zu sorgen.

Im Vergleich zum Landesdurchschnittwert für Nordrhein-Westfalen[3] aus dem Jahr 1993 mit 6,2‰ bzw. der Bundesrepublik Deutschland[4] (1995) mit 5,4‰ liegen die Werte für Münster insgesamt (1991-1998) mit 5.48‰ (nach Landesdatenstatistik 1995 mit 5.9‰) etwas unter dem NRW-Durchschnittsbereich.
Potenzial zur Verringerung der Säuglingssterblichkeit in Münster ist allerdings ***sicher noch vorhanden***: Nachhaltig wirkende und auch erfolgsversprechende gesundheitspolitische/-praktische Maßnahmen und Anregungen zu diesem Themenkomplex enthält z.B. der Bericht der Landesregierung NRW zur Gesundheit der Kinder, der in seinem Teil I über die Gesundheit der Kinder in Nordrhein-Westfalen geplante und bereits durchgeführte Landesprogramme zur Verringerung der Säuglingssterblichkeit detailliert beschreibt.[5]

Besonders der Zeitraum um die Geburt ist mit einem hohen Sterblichkeitsrisiko belastet. Dieser Zeitraum wird begrifflich als Perinatalsterblichkeit bezeichnet: Die **Perinatalsterblichkeit** umfaßt die Summe der Totgeburten von der 28. Schwangerschaftswoche an sowie die Sterbefälle in den ersten 7 Lebenstagen: Eine merkbare Absenkung der Sterblichkeit in diesem Zeitraum ist mittels besserer Vor- und Nachsorge der Schwangeren eher wahrscheinlich als in der anschließenden Säuglingszeit, in denen vermeidbare Todesfälle sich am ehesten auf Unfälle und den plötzlichen Kindstod beschränken.

1.4.3 Kinder- und Jugendsterblichkeit nach sozioökologischen Kategorien

(zur sozioökologischen Einteilung vgl. den nachfolgenden Einschub mit der Übersicht 3)

Neben individuellen medizinisch-biologischen Variablen, die zur Säuglings- bzw. Kinder- und Jugendsterblichkeit führen können, sind es auch außerindividuelle ("gesamtgesellschaftlich vermittelte") Variablen wie das soziale Lebensumfeld, die Schichtzugehörigkeit, der erreichte (formale) Bildungsgrad etc., die das (Gesundheits-)Verhalten und Handeln der Menschen bestimmen und die damit Lebens- und Überlebenschancen -hier: der Kinder und Jugendlichen, speziell der Säuglinge - erhöhen oder vermindern.
Bereits in den vom Gesundheitsamt zuvor veröffentlichten Gesundheitsberichten zur Kinder- und Jugendgesundheitspflege in Münster wurde für das gesamte Münsteraner Stadtgebiet eine sozioökologische Klassifikation vorgenommen, wobei drei Grobkategorien - einfache / mittlere / gehobene sozioökologische Stadtstruktur - entstanden:[6]

Einschub:
Sozioökologische Einteilung der Kindergärten:
*Um eventuelle Einflüsse sozialer Varaiblen auf den Entwicklungsstand der vier- /fünfjährigen Kindergartenkinder feststellen zu können, wurden die Kindergärten unter wissenschaftlicher Vorgabe vom Fachpersonal des Gesundheitsamtes der Stadt Münster grob in drei Kategorien eingeteilt, die Hinweise auf die soziale Lage der Kinder geben können. Es handelt sich um Mischkategorien, die nur wenige Aspekte enthalten können und die zudem auf die Einzugsbereiche der Kindergärten und **nicht** auf die einzelnen Kinder bezogen sind. Die Kategorien wurden wie folgt definiert:*

Übersicht 3: Kriterien für die sozioökologische Einteilung der Kindergärten:

1 : gehobene Struktur:	überwiegend keine Problemgruppen, sozial unauffällig Kinder; im Umfeld gute bis sehr gute Bausubstanz
2 : mittlere Struktur:	sozial teilweise manchmal auffällige Kinder; mittelstark belastete Umgebung (z.B. mit Straßenlärm), im Umfeld eher mittlere Bausubstanz
3 : einfache Struktur:	sozial häufig stark auffällige Kinder; stark belastete Umgebung (z.B. mit Straßenlärm), im Umfeld eher schlechte Bausubstanz

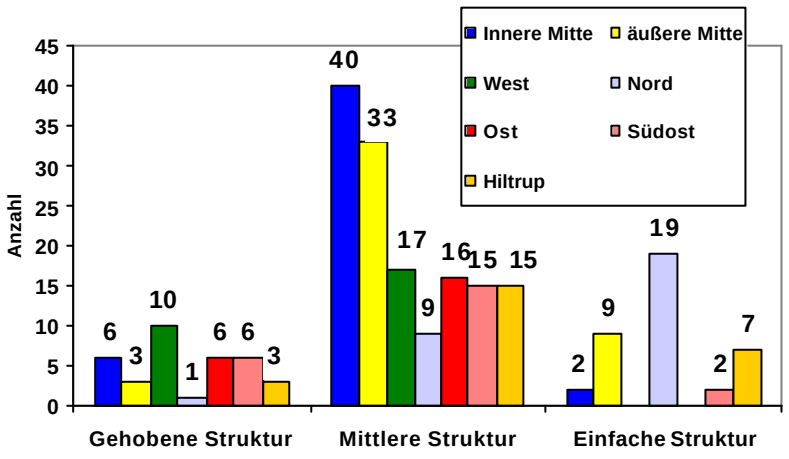
[3] Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen -MAGS-(Hg.). 1995:12.
[4] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hg.), a.a.O.,1998:54.
[5] Vgl. MAGS (Hg.), 1995:12 ff.
[6] Vgl. Guggenmos,J./Hellmeier,W./Matz,S. ,1997:3 ff.
*Zu den Fachbegriffen vgl. auch das Glossar, S. 20.

Ausgehend von diesem Strukturraster, konnte Grafik 3 (s.u) erstellt werden: Der statistische Zusammenhang zwischen der sozioökologischen Struktur und den einzelnen Münsteraner Stadtteilen für unsere Daten zur Kinder- und Jugendsterblichkeit läßt sich angemessen mit dem Assoziationskoeffizienten Cramer`s V[2] fassen: Mit einem Wert von 0.43 wird hier ein mittelstarker statistischer Zusammenhang zwischen den Variablen „Kinder-und Jugendsterblichkeit“ sowie „sozioökologische Struktur“bestimmt, der deutlich auch den schichtspezifischen Einfluß in den einzelnen Stadtquartieren auf die Kinder- und Jugendsterblichkeit ausweist.

Daraus kann abgeleitet werden, daß Verbesserungen auch in der medizinischen Informations- und Beratungskultur offensichtlich sinnvoll und zu empfehlen sind. Ansätze sind denkbar über die Schulen/die einschlägigen städtischen Ämter/die fachspezifischen Arztgruppen/die im familialen Erziehungsalltag/bei den ("neuen") Medien: Hier sollten gezielt in den einfachen und mittleren Stadtquartieren (innovative) Maßnahmen zum Themenbereich Schwangerschaft / Geburt / Kindheit / Jugend umgesetzt werden. Dabei sollten aber nicht nur die bereits bestehenden Einrichtungen, sondern auch und gerade engagierte Bürger und Bürgerinnen / Bürgerinitiativen (z.B. auch über das Münsteraner Gesundheitshaus) in den Bereich Gesundheit eingebunden werden.

Grafik 3: Kinder- und Jugendsterblichkeit einschließlich Totgeburten nach der sozioökologischen Struktur, aufgeteilt nach Stadtbezirken (in absoluten Werten)

Erhebung Münster 1991 – 1998 (n = 219)

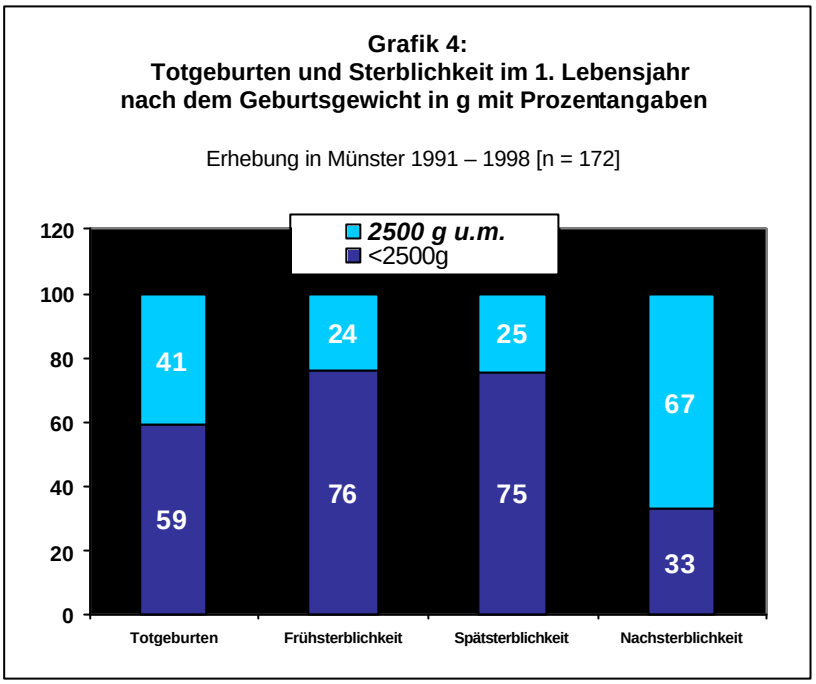


1.4.4 Geburtsgewicht und Todeshäufigkeit bei Geburt und im Säuglingsalter

Außer den bislang diskutierten Variablen ist das **Geburtsgewicht als Globalvariable** für die Überlebensfähigkeit im Säuglingsalter von zentraler Bedeutung, wobei erfahrungsgemäß die Chance zu überleben für Säuglinge bei einem Geburtsgewicht von mehr als 2500g deutlich

[2] Cramer’s V: Statistisches Assoziationsmaß ab nominalem Skalenniveau für größere als 2 x 2 Tabellen. Der Wert 0 bei Cramer’s V zeigt an, dass zwischen den in Rede stehenden Variablen kein statistischer Zusammenhang besteht; der Wert Cramer’s V = 1 weist auf einen perfekten statistischen Zusammenhang hin.
Allgemein gelten nachfolgende Intepretationen zu den möglichen Werten einer Assoziation/Korrelation:
0.00 bis < 0.20 = kein Zusammenhang
0.20 bis < 0.30 = schwacher Zusammenhang
0.30 bis < 0.50 = mittlerer Zusammenhang
0.50 bis < 1.00 = starker Zusammenhang

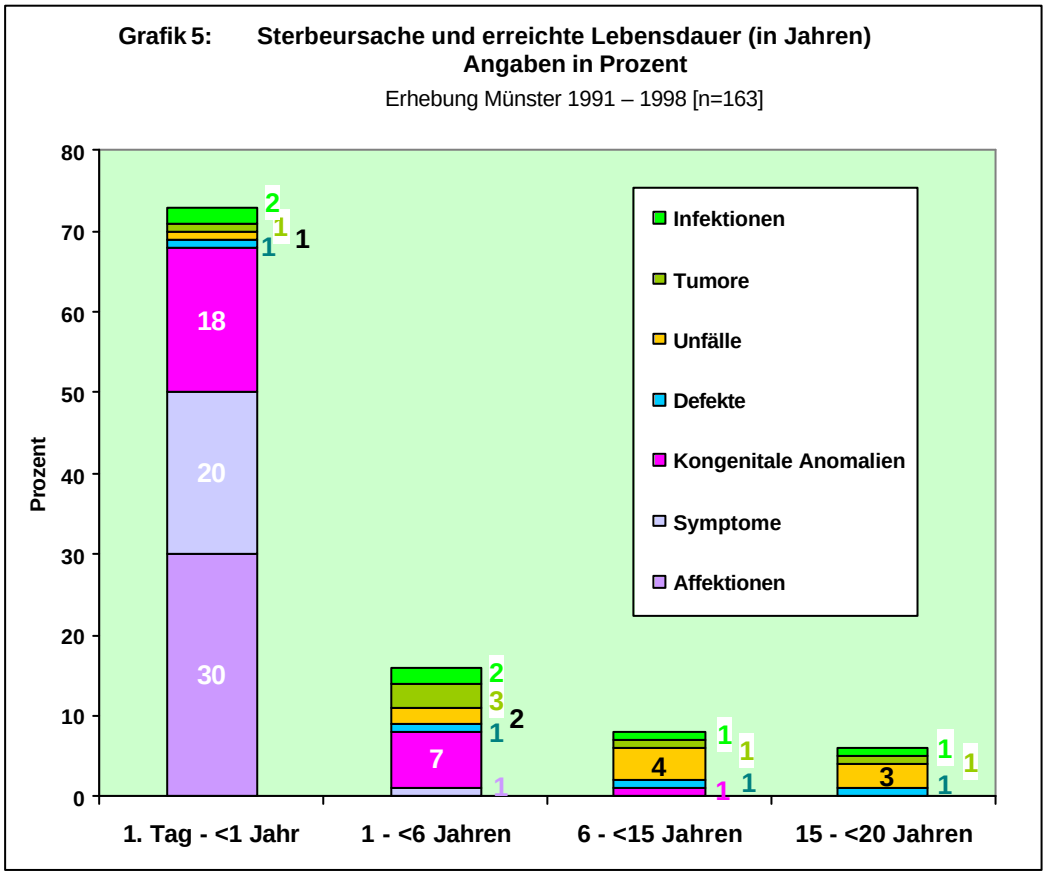
ansteigt. Der Zusammenhang zwischen dem Geburtsgewicht und der Sterblichkeit wird durch nachfolgende Grafik recht deutlich:



Unsere Daten ergaben aber auch, daß das Lebensalter der Mutter (bei der Geburt) sich (statistisch betrachtet) nicht auf das Geburtsgewicht bzw. die erreichte Lebensdauer des Kindes/des Jugendlichen auswirkte.

1.4.5 Sterbeursachen und erreichtes Lebensalter

Wenden wir uns den Sterbeursachen für die hier erfassten Kinder- und Jugendlichen zu, so zeigt bereits die einfache Häufigkeitsverteilung, daß sich ca. 58% (=95 Fälle) den drei am stärksten besetzten Kategorien: Affektionen, Symptome und kongenitale Anomalien zuordnen lassen.



Schlüsseln wir die Variable Sterbeursache nach der erreichten Lebensdauer (in Jahren) der Kinder und Jugendlichen auf, ergibt sich ein differenziertes Bild (vgl. Grafik 5 zuvor).

Aus Grafik 5 (S. 8) wird ersichtlich, daß die oben genannten drei Schwerpunktbereiche der Sterbeursachen vom ersten Lebenstag bis zum Ende des 1.Lebensjahres - Affektionen, Symptome und kongenitale Anomalien – mit insgesamt 93,9% ("Vergleichswert" NRW für die erste Hälfte der 90er Jahre: über 90.0%)[7] tatsächlich die entscheidenden Ursachen für die Säuglingssterblichkeit sind (Zum sozioökologischen Einfluß hierauf vgl. auch Grafik 9 im Anhang, S. 13).

1.4.6 Todesfälle durch äußere Gewalt, Selbsttötungen und andere Unfälle

Betrachten wir die dem Gesundheitsamt Münster zwischen 1991 und 1998 gemeldeten **16 tödlichen Unfälle bei Kindern und Jugendlichen** nach Todesjahr, Todesart, Lebensalter und Geschlecht detaillierter, so erhalten wir folgende Übersicht:

Übersicht 4:
Todesscheinstatistik des Gesundheitsamtes Münster für Unfälle bei Kindern u. Jugendlichen im Alter von 0 - <20 Jahren [A)] ????

Todesjahr	Todesart	Alter in Jahren	Geschlecht
1991	Brandleiche	2,5	ml.
1991	Verkehrsunfall	15,10	wbl.
1992	Rauchvergiftung	7,2	wbl.
1993	Verbrennung II - III°, 80%	4,5	ml.
1993	Strangulationstrauma	5,6	ml.
1993	Verkehrsunfall	0,8	ml.
1994	Verkehrsunfall	12,7	ml.
1994	Verkehrsunfall	15,1	wbl.
1994	Verkehrsunfall	17,0	wbl.
1995	Strangulation *	13,1	ml.
1995	Verkehrsunfall	8,4	wbl.
1996	Erhängen	12,9	ml.
1997	Ersticken **	2,11	wbl.
1998	Erhängen	17,0	wbl.
1998	Erhängen	16,0	ml.
1998	Verkehrsunfall	12,1	ml.

[7] Vgl. MAGS (Hg.), a.a.O., 1995:12 (Teil II: Gesundheitliche Lage)

[8] vgl. dazu auch die entsprechenden Abschnitte in Guggenmos.J. et al. 1994 und 1997 sowie: Gesundheitsamt der Stadt Münster(Hg.) ,1998

A) Zahlenmäßige Differenzen dieser Unfallstatistik zu der des Landes NRW ergeben sich vor allem aus unterschiedlichen Erfassungsmethoden bzw. – traditionen:

???? siehe auch S. 2: **6 Tödliche Unfälle der letzten 2 Jahre wurden nicht erfasst, nämlich 2 Suicide, 1 Drogentoter, 3 Ertrinkungsunfälle (sowie zusätzlich: 1 Säugling, Ein 1-15Jähriger, 1 Heranwachsender , dies alles Unfälle, die sich überörtlich ereigneten).**

* [mit Bademantelgürtel]

** [durch Fremdkörper: Olive]

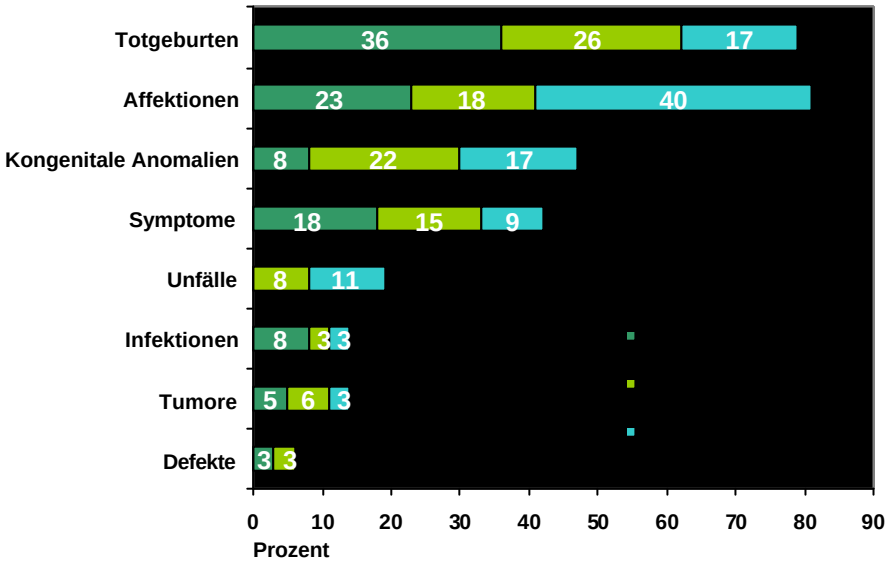
Recht gut ersichtlich wird aus der voranstehenden Übersicht: **Unfallprävention**[8] sollte schon in der Schwangerschaft durch Informationen über alterstypische Unfallgefahren beginnen, damit Erziehungsberechtigte durch vorausschauende Umsicht unfallbegünstigende Situationen im Säuglings- und Kleinstkindesalter rechtzeitig erkennen und situationsangepasst handeln lernen. Im Vorschulalter sollte die aktive Unfallprävention zu Unfällen in Haus und Freizeit weitergeführt und im Lebensalter zwischen 6 bis 20 Jahren zusätzlich zum Verkehrsverhalten bei den Kindern und Jugendlichen intensiviert werden.

Erwähnenswert und besorgniserregend ist der Anstieg der Selbsttötungen von Jugendlichen/jungen Volljährigen in den letzten Jahren in Münster wie auch im Land NRW.

1.4.7 Todesursachen und sozioökologische Grobstruktur

Interessante Einsichten vermittelt auch die Aufteilung der Sterbeursachen nach der sozioökologischen Grobstruktur Münsters:

Grafik 6:
Sterbeursache nach der sozioökologischen Struktur [in %]
Erhebung Münster 1991 – 1998 [n=219]



Weitere interessante Informationen enthält auch die grafische Umsetzung auf die drei (zu je 100% berechneten) soziookölogischen Strukturmerkmale. Die entsprechende Grafik 9 ist im Anhang (S. 13) aufgeführt.

Bei den bereits zuvor benannten drei Kernbereichen der Sterbeursachen zeigt sich eindeutig, daß für **alle** sozioökologischen Milieus zu diesem Thema gezielte und wiederholt angebotene Prävention und Information sinnvoll und notwendig wäre.

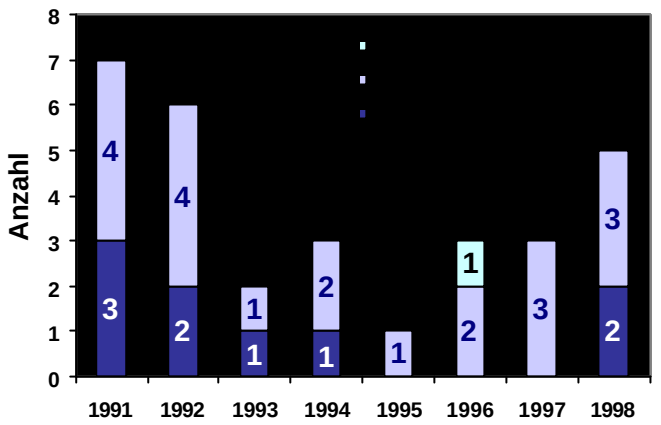
1.4.8 Plötzlicher Kindstod (SIDS)

Gerade in den beiden letzten Jahrzehnten ist das Phänomen des plötzlichen und unerwarteten Kindstodes auch in der Öffentlichkeit zu einem viel beachteten Thema geworden. Im medizinischen Bereich hat sich für diese Todesursache im Kindesalter der Fachbegriff SIDS = **S**udden **I**nfant **D**eath **S**yndrom durchgesetzt. Der Zeitraum der Erfassung für den plötzlichen Kindstod wird dabei von den einzelnen Forschergruppen unterschiedlich festgelegt: Die Erfassung beginnt am 7. oder 29. Lebenstag und endet am 365. bzw. 730. Lebenstag.

Bei dem hier erfaßten Zeitrahmen (7. – 730. Lebenstag) für die Jahre 1991 - 1998 lassen sich die Daten zum SIDS in Münster, gegliedert nach der sozioökologischen Struktur, der Grafik 7 entnehmen:

Grafik 7: Plötzlicher Kindstod (SIDS) im Zeitverlauf nach der sozioökologischen Struktur (absolute Werte)

Erhebung Münster 1991 – 1998 (n=30)

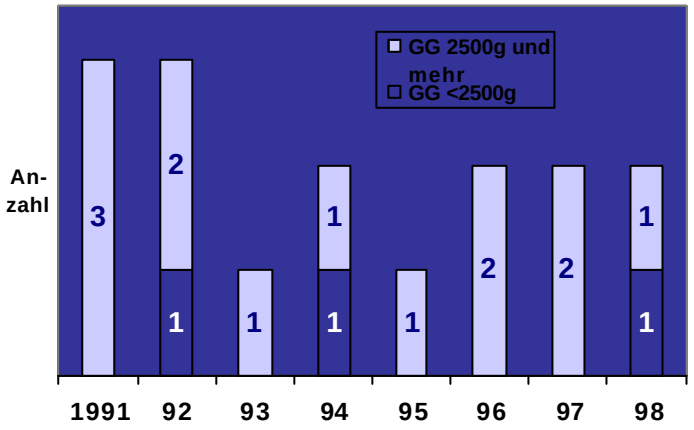


Bei der insgesamt geringen Fallzahl (n=30) können sinnvoll keine statistisch relevanten Kennwerte bestimmt werden, dennoch wird auch hier - wie für das Land NRW insgesamt - ein zeitlich leicht abfallender Entwicklungstrend deutlich.[9] Die Daten weisen aber darauf hin (bei aller empirisch-statistischen Unsicherheit der administrativen Erfassungsmodi), auch weiterhin - soziolökolgisch unabhängig! - für Aufklärung und Beratung über das Problemfeld SIDS Sorge zu tragen.

Auswirkungen des Geburtsgewichts (mit der überlebenswichtigen Obergrenze ab 2500g) auf den SIDS sind nach unseren Daten nicht feststellbar, wie folgende Grafik 8 zeigt - allerdings immer nur auf die hier doch sehr, sehr schmale Datenbasis (n=16) bezogen:

Grafik 8: Plötzlicher Kindstod (SIDS) im Zeitverlauf nach dem Geburtsgewicht(GG) in absoluten Werten

Erhebung Münster 1991 –1998 (n=16)



[9] Vgl. MAGS(Hg.), 1995: 13ff. (Teil II: Gesundheitliche Lage)

Nachfolgend sind die derzeitig „aktuellen“ EMPFEHLUNGEN[10] zum Thema ”Vermeibare Risikofaktoren für den plötzlichen Säuglingstod“ aufgelistet:

1. Säuglinge sollten im ersten Lebensjahr in Rückenlage schlafen.
2. Säuglinge sollten so ins Bett gelegt werden, dass ihr Kopf nicht durch Bettzeug bedeckt werden kann.
3. Säuglinge sollten im elterlichen Schlafzimmer, aber im eigenen Bett schlafen.
4. Säuglinge sollten sowohl vor als auch nach der Geburt in einer rauchfreien Umgebung aufwachsen.
5. Raumtemperatur und Bettdecke sollten so gewählt werden, dass es für das Kind angenehm, d.h. weder zu warm noch zu kalt ist.

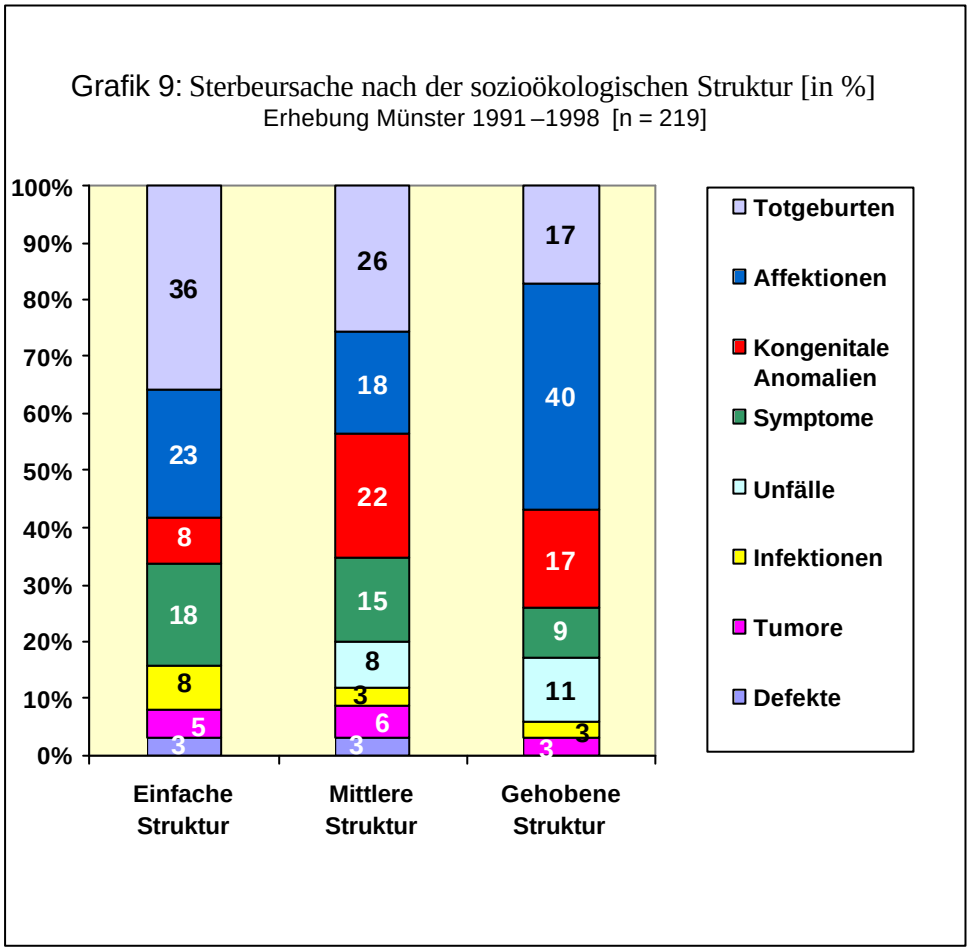
1.5 Ausblick:

Die **vorgestellten Daten und Dateninterpretationen zu den Todesfällen bei Kindern und Jugendlichen in Münster** für den Zeitraum von 1991 - 1998 **lassen** durchaus auch **Empfehlungen** mit dem Ziel einer zukünftigen Todesfallminimierung **zu**. Im vorstehenden Text sind hierzu eine Reihe von Hinweisen -zwangsläufig noch unspezifiziert - enthalten. Die **Umsetzung** und sicherlich auch: Modifikation und Erweiterung dieser Hinweise in die Alltagspraxis **erfordert** vom kommunalen Personal im Gesundheitsbereich, wie auch darüber hinaus von der kommunalen Öffentlichkeit sowie von der kommunalen (Gesundheits-)Politik insgesamt, weiterhin **deutliche gesundheitspolitische Anstrengungen**, die das zuvor beschriebene Ziel aber allemal lohnen.

Für den Kinder- und Jugendbereich ist im Vergleich zu den Todesfällen älterer (betagterer) Jahrgänge wegen der geringen Fallzahlen der Toten diesen Alters ein interkommunaler Abgleich auf Stadt- bzw. Kreisebene wieder vorzusehen, um z.B. unter anderem auf Unfallereignisse mit Todesfolge oder Suizide rasch präventiv aufmerksam zu machen und reagieren zu können (so stehen Pressemitteilungen über einen Ertrinkungstod Münsteraner Kinder nicht/kaum in der örtlichen Presse, wenn sie sich überörtlich ereignen). Dabei kann der Eindruck entstehen, dass diese Unfälle mit Todesfolge in Münster nicht mehr vorkommen, so dass Vorsichtsmassnahmen und Gefahreneinschätzungen nicht mehr genügend beachtet oder schlicht vergessen werden.

[10] nach: Poets, F.; Jorch, G., 2000:469-471.

Anhang


Grafik 9: Sterbeursache nach der sozioökologischen Struktur [in %]
Erhebung Münster 1991 –1998 [n = 219]
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
36
23
8
18
8
5
3
26
18
22
15
8
3
6
3
17
40
17
9
11
3
3
Einfache Struktur
Mittlere Struktur
Gehobene Struktur
Totgeburten
Affektionen
Kongenitale Anomalien
Symptome
Unfälle
Infektionen
Tumore
Defekte

Tab. 3: NRW 1950/Todesursachenstatistik Kinder von 0 – 15 Jahren

Lfd. Nr.	Todesursache	0 -< 1 Jahr		1 -< 5 Jahren		5 - < 15 Jahren		
		ml.	wbl.	ml.	wbl.	ml.	wbl.	
1	Typhus /Paratyphus	1	1	2	3	5	5	
2	Pest	-	-	-	-	-	-	
3	Scharlach	4	2	26	28	7	17	
4	Keuchhusten	67	88	23	37	-	-	
5	Diphtherie	18	9	108	82	41	52	
6	Tuberkulose der Atmungsorgane u. Miliar-Tbc	25	21	42	36	25	44	
7	Tuberkulose anderer Organe u. Miliar-Tbc	13	13	70	59	55	39	
8	Malaria	-	-	-	-	-	-	
9	Syphilis	45	31	-	1	1	1	
10	Grippe o. Influenza	78	48	16	10	3	-	
11	Pocken	-	-	-	-	-	-	
12	Masern	25	26	31	28	6	4	
13	Fleckfieber	-	-	-	-	-	-	
14	Andere übertragbare Krankheiten	13	13	23	21	37	24	
15	Krebs und andere bösartige Gewächse	-	1	24	27	28	25	
16	Sonstige Gewächse	-	-	4	4	8	9	
17	Chronischer Gelenkrheumatismus	-	-	-	-	-	1	
18	Zuckerkrankheit	-	-	1	1	13	8	
19	Akute und chronische Alkoholvergiftung	-	-	-	-	1	-	
20	Avitaminosen, andere Allgemeinerkrankungen d. Blutes u.chronische Vergiftungen	78	59	39	29	65	53	
21	Hirnhautentzündung u. Erkrkg. d. Rückenmarks	45	29	11	13	16	11	
22	Gehirnbltg. sonstige von Gefäßen ausg.. Hirnschäden	-	-	-	-	1	-	
23	Andere Krankheiten des Nervensyst. u. d. Sinnesorga.	204	152	60	53	61	39	
24	Krankheiten d. Herzens	-	-	21	22	55	58	
25	Andere Erkrankungen der Kreislauforgane	-	1	3	3	3	3	
26	Bronchitis	61	41	12	10	2	4	
27	Lungenentzündung	656	516	108	104	34	27	
28	Andere Krankheiten d. Atmungsorgane	24	18	10	9	8	6	
29	Darmkatarrh und Durchfall	753	491	38	37	5	2	
30	Blinddarmentzündung	1	-	27	12	46	34	
31	Erkrankungen d. Leber u. d. Gallenwege	1	-	1	1	8	6	
32	Andere Erkrankungen d. Verdauungskanals	45	22	24	20	20	19	
33	Nierenentzündung	1	2	11	8	16	26	**Alter**
34	Andere Krankheiten der Harn- u. Geschlechtsorgane	2	4	4	-	10	8	***15-<30***
35	Kindbettfieber bei Fehlgeburt und Entbindung	-	-	-	-	-	-	? 60
36	Andere Krankheiten d. SS, d. Entb. u. d. Wochenbetts	-	-	-	-	-		? 142
37	Krkh. d. Bewegungsorgane u. d. äußeren Bedeckung	23	9	10	10	13	4	
38	Angeborene Mißbildungen und besondere Krankheiten d. ersten Lebenszeit	4819	3709					
39	Altersschwäche	-	-	-	-	-	-	
40	Selbstmord	-	-	-	-	4	1	
41	Mord und Totschlag	16	14	3	3	10	8	
42	**Verunglückung mit u. durch Kraftfahrzeuge**	**1**	**-**	**44**	**28**	**153**	**57**	? **344**
43	**Andere Verunglückung ohne äußere Einwirkung**	**57**	**39**	**164**	**106**	**206**	**46**	
44	Plötzlicher Tod und nicht oder ungenau angegebene Ursachen	122	72	14	10	13	11	
	insgesamt	7198	5431	974	815	978	652	

Tab.4:NRW1980/Todesursachen-statistik Kinder von 0 – 15 Jahren		Gestorbene nach Anzahl, Alter und Geschlecht					
Pos.-Nr. Der ICD/9	**Todesursache**	**Gestorb, gesamt NRW**	**sex**	**Gestorb. Insgesamt NRW 0 – 20 J.**	**Unter <1 Jahr**	**1- <15**	**15 -<20**
O01-139	Infektiöse u. Parasitäre Krankheiten	754 562 1.316	M W Z	 193	75 46 121	34 24 58	7 7 14
010-018, 137	darunter Tuberkulose d. Atmungsorgane	310 99 409	M W Z	 1	1 1		
140-208	Bösartige Neubildungen	20.756 20.094 40.850	M W Z	 114	3 2 5	37 27 63	31 15 46
155	*Darunter* Bösartige Neubild. d. Leber		M W Z				
170-175	Bösartige Neubildungen d. Knochen, d. Haut u. d. Brustdrüse	26 3.589 3.615	M W Z	 1			 1 1
172, 173	Bösart. Neubild. d.Haut		M W Z				
200-208	Bösart. Neubildungen des Lymphatischen u. Haematopoetischen Gewebes	1.139 1.137 2.276	M W Z	 117		46 21 77	30 10 40
210-239	Gutart. Neubildungen des Lymphatischen u. Haematopoetischen Gewebes	914 1.056 1.970	M W Z	 44	1 1 2	22 10 32	6 4 10
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrkh., Stör. des Immunsystems	1.026 2.075 3.101	M W Z	 51	9 10 19	9 14 23	4 5 9
204-208	Leukämie	115 172 287	M W Z	 14	2 1 3	4 3 7	1 3 4
290-389	Seelische Störungen, Krankheiten des Nervensystems u. d. Sinnesorgane	1867 1315 3182	M W Z	 175	30 20 50	40 24 64	46 15 61
390-459	Krankheiten des Kreislaufsystems	45.925 54.318 100.243	M W Z	 64	 1 1	7 18 25	20 18 38
428	darunter Herzinsuffizienz, Rhythmusstörung	8.039 13.058 21.097	M W Z	 23		1 8 9	8 6 14
430-438	Krankheiten des Cerebrovaskulären Systems	10.600 16.516 27.116	M W Z	 16		4 3 7	3 6 9

Tab.4: NRW 1980/Todesursachen-statistik Kinder von 0 – 15 Jahren		**Gestorbene nach Anzahl, Alter und Geschlecht**					
Pos.-Nr. Der ICD/9	**Todesursache**	**Gestorb, gesamt NRW**	**sex**	**Gestorb. Insgesamt NRW 0 – 20 J.**	**Unter <1 Jahr**	**1- <15**	**15 -<20**
433,434	Verschluss u. Stenose d. praecerebralen u. cerebralen Arterien		M W Z				
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	7.314 4.100 11.414	M W Z	 196	77 38 115	34 22 56	13 12 25
480-486 490,491 466	darunter Pneumonie und Bronchitis	4.934 3.032 7.966	M W Z	 113	46 28 74	17 12 29	6 4 10
493	Asthma		M W Z				
520 - 579	Krankheiten der Verdauungsorgane	5.391 4.777 10.168	M W Z	 74	23 19 42	8 11 19	10 5 15
580-599	Krankheiten der Harnorgane	1.257 1.252 2.509	M W Z	 11	1 1	5 2 7	1 2 3
580-583 587	darunter Nephritis, Nephrotisches Syndrom u. Nephrose	75 105 180	M W Z	 3		2 2	 1 1
740-759	Kongenitale Anomalien	449 339 788	M W Z	399 301 700	325 241 566	65 56 121	9 4 13
745, 746	Darunter Angeborene Mißbildungen d. Herzens	200 130 330	M W Z	176 116 292	138 92 230	32 21 53	6 3 9
760-799	Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	647 430 1.077	M W Z	 1	 1 1		
780-799	Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	2.482 2.524 5.006	M W Z	 153	20 15 35	38 23 61	45 12 57
E800- E949	Unfälle	3.866 2.996 6.862	M W Z	 1107	65 49 114	277 178 455	415 123 538
E810- E825	Darunter KFZ-Unfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	1.855 799 2.654	M W Z	 701	4 4	163 107 270	326 101 427
E880- E888	Unfälle durch Sturz	859 1.681 2.540	M W Z	 29	1 1	11 8 19	6 3 9

Tab.4:NRW 1980/Todesursachenstatistik Kinder von 0 – 15 Jahren		Gestorbene nach Anzahl, Alter und Geschlecht					
Pos.-Nr. Der ICD/9	Todesursache	Gestorb, gesamt NRW	sex	Gestorb. Insgesamt NRW 0 – 20 J.	Unter <1 Jahr	1- <15	15 -<20
		35	M			3	4
E800-	Eisenbahnunfälle	8	W			1	
E807		43	Z	8		4	4
		18	M			1	2
E850-	Vergiftungen	16	W			3	4
E869		34	Z	10		4	6
		21	M			1	2
E911-	Explosion eines Druckgefäßes oder von	3	W				
E913	Explosionsstoffen	24	Z	3		1	2
		1.884	M			13	62
E950-	Selbstmord und Selbstbeschädigung	1.040	W				23
E959		2.924	Z	98		13	85
		99	M		7	12	1
E960-	Mord und Totschlag	74	W		4	6	5
E969		173	Z	35	11	18	6
		267	M		2	9	18
E970-	Sonstige Gewalteinwirkungen	141	W			4	5
E999		408	Z	38	2	13	23
E001-		96.311	M		1472	659	719
E999	Sterbefälle insgesamt für NRW 1980	98.894	W		1014	258	275
		195.205	Z	3980	2486	917	994

Statistik zur natürlichen Bevölkerungsbewegung
Amtliche Landesstatistik

Tab. 5: Ergebnisse der Statistik zur natürlichen Bevölkerungsbewegung

A. Münster 1991-1998

Lebendgeborene, Totgeborene und Gestorbene unter 1 Jahr alt

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Lebendgeborene	2991	2899	2959	2738	2801	2913	2840	2826
Totgeborene	10	12	14	8	15	11	9	18
Gestorbene in den ersten 7 Lebenstagen	2	4	2	8	9	1	8	13
Gestorbene in den ersten 28 Lebenstagen	4	6	4	13	11	1	9	13
Gestorbene im ersten Lebensjahr	15	12	12	17	14	7	16	21
Gestorbene < 1 Jahr alt	31	34	32	46	49	20	42	65

Tab. 5: Ergebnisse der Statistik zur natürlichen Bevölkerungsbewegung B. NRW 1991 –1998

Lebendgeborene, Totgeborene und Gestorbene unter 1 Jahr alt

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Lebendgeborene	198436	196899	194156	186079	182393	188493	190386	182287
Totgeborene	695	746	649	757	905	870	865	788
Gestorbene in den ersten 7 Lebenstagen	556	550	513	460	509	465	465	423
Gestorbene in den ersten 28 Lebenstagen	773	770	673	632	658	582	614	551
Gestorbene im ersten Lebensjahr	1497	1368	1207	1111	1056	974	1042	932
Gestorbene < 1 Jahr alt	3521	3434	3042	2960	3128	2891	2986	2694

Hinweis auf den gebotenen Datenabgleich zwischen Land und Kommune:
Während die eigene statistische Auszählung der dem Gesundheitsamt gemeldeten Totgeburten für Münster insgesamt 56 ausweist, zählt die amtliche Statistik hier 97 Totgeburten.

Tab.6: Todesursachen für in Münster von 1991 –1998 verstorbene Münsteraner Kinder und Jugendliche

Anzahl	Nr.	Kategorie	Todesursache
		0 T	**Totgeburt**
56	0	T	Totgeburten
		I R	**Folgen von Affektionen**
10	1	RS	Schwangerschaftsrisiken
27	2	RG	Geburtsrisiken
8	3	RA	Asphyxien
4	4	RL	Atemstörungen
		II S	**Symptome / schlecht bezeichnete Affektionen**
30	5	SD	SIDS (Plötzlicher Kindstod)
(1)	6	ST	Tumoren s.unter TUS
1	7	SG	Gehirn
2	8	SI	Infektionen
		III F	**Kongenitale Anomalien**
11	9	FG	Fehlbildung Gehirn
17	10	FH	Fehlbildung Herz
2	11	FL	Fehlbildung Lunge
11	12	FF	Mehrfachfehlbildungen
		IV D	**Defekte (Stoffwechsel / Endokrinologie / Enzymsysteme)**
2	13	DM	Muskuläre/neurogene Stoffwechseldefekte
1	14	DD	Diabetes mellitus
1	15	Marfan	Marfan-Syndrom
1	16	NG	Neurogener Defekt
		V U	**Unfälle**

6	17	UV	Verkehrsunfall
3	18	UF	Verbrennung (Feuer / Wasser)
1	19	UE	Ersticken
1	20	US	Strangulation
4	21	USS	Suicid / Selbsttötung

VI TU Tumoren

4	22	TUG	Hirntumoren
3	23	TUB	Tumoren des blutbildenden Systems
1	24	TUH	Lebertumoren
1	25	TUN	Nierentumoren
2	26	TUS	Sonstige Tumoren

VII I Infektionen / Interruptio

3	27	IG	Infektionen des Gehirns
2	28	IH	Infektionen der Leber
4	29	II	Interruptio aus eugenischer Indikation
163	Offizielle Todes-statistik=**190** Tote		***Insgesamt I –VII = 163: 86% der toten Kinder + Jugendlichen von 1991-98 wurden durch die eigene Erfassung auswertet.***

Hinweis auf den gebotenen Datenabgleich zwischen Land und Kommune:
Es waren 163 gemeldete tote Kinder/ Jugendliche der Altersgruppe von 0 – 20 Jahren aus Münster, gegenüber in der Landesstatistik 190 (evt. 189 = 1 Tote durch psychotrope Substanzen, die in Unfällen miteingeordnet wurde) ausgewiesenen Toten dieses Lebensalters.

Glossar

Affektionen	Befall eines Organs oder Körperteils durch eine Krankheit.
Allergen:	Allergie auslösendes Antigen (Nahrungsmittel, Medikament, Stäube usw.)
Allergie:	Die zu krankhafter Immunreaktion (Überempfindlichkeitsreaktion) führende Reaktionsänderung des Organismus auf Grund einer Sensibilisierung durch ein Allergen.
Allergologie:	Lehre von Herkunft, Vorkommen, Krankheitsverlauf, Diagnostik und Therapie der Allergien.
Anomalie, kongenitale	Angeborene körperliche Fehlentwicklung
Epidemiologie:	Teilgebiet der medizinisch empirischen Forschung, in dem Studien über den Zusammenhang von sozialen Einflüssen auf Entstehung und Verlauf von Krankheiten und Behandlungsformen angefertigt werden.
Exponierte Bevölkerungsgruppe:	Untersuchungskollektiv, das einer bestimmten Erkrankungsgefährdung (z.B. durch das Rauchen) ausgesetzt ist.
Inzidenz:	Zahl der Neuerkrankungen an einer Krankheit, bezogen auf die gesamte Bevölkerung, in der diese Erkrankungen auftraten.
MDP	Abkürzung (hier) für Magen-/Darm-/Galle-/Leber-/Bauchspeicheldrüsen-Probleme
Neurodermitis:	i.e.S. das endogene Ekzem; eine chronische oder chronisch-rezidivierende entzündliche Hauterkrankung mit starkem, sehr quälendem Juckreiz; v.a. an Ellenbeugen, Kniekehlen, Hals und Kopfhaut. Ursache ist wahrscheinlich das Zusammenwirken mehrer immunologischer und nichtimmunologischer Faktoren.
Perinatal:	Die Zeit um die Geburt herum (Perinatalperiode: 29. Schwagerschaftswoche bis zum 7. Lebenstag)
Postnatal:	Nach der Geburt (auf das Kind bezogen)
Postpartal:	Nach der Geburt (auf die Mutter bezogen)
Pränatal:	Vor der Geburt (auf das Kind bezogen)
Prävalenz:	Krankheitshäufigkeit, bezogen auf eine Grundgesamtheit der Bevölkerung.
Public Health	Eine beinahe schon "klassische" Definition: Die Wissenschaft und Praxis der Krankheitsverhütung, Lebensverlängerung und Gesundheitsförderung durch organisierte, gemeindebezogene Maßnahmen. Auch: Interdisziplinäres Gebiet, das sich mit Gesundheit und ihren Determinanten befasst
Resilienz:	Widerstandskraft einer Person gegenüber krankmachenden Einflüssen
Risikofaktoren, biopsychosozial:	Belastende Umstände, die ihre Ursachen im medizinischen, psychologischen Bereich und sozialem Umfeld haben.

Literaturverzeichnis

Bouvier-Colle, M.-H. et al. : Mortalité et causes de décès en France.
Paris : Editions Inserm, 1990

Gesundheitsamt der Stadt Münster (Hg.): Das Gesundheitswesen in Münster:
Gegenstand und Kooperationsfeld für Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichtserstattung.
Münster (Eigendruck), 1993

Gesundheitsamt der Stadt Münster (Hg.): Weniger Kinderunfälle in Haus und Freizeit .
Münster (Eigendruck), 1998

Gesundheitsamt der Stadt Münster (Hg.): Gesundheitsrahmenbericht für die Stadt Münster.
Münster (Eigendruck), 2001

Guggenmos, J.; Hellmeier, W. und Matz, S.: Gesundheitsbericht über 4-jährige Kindergartenkinder in Münster.
Münster (Eigendruck), 1994

Guggenmos, J.; Hellmeier, W. und Matz, S.: Gesundheitsbericht über 5-jährige Kindergartenkinder und Längsschnittsstudie (4- und 5-Jährige) sowie Einschulkinder.
Münster (Eigendruck), 1997

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW - MAGS – (Hg.):
Gesundheit der Kinder in Nordrhein-Westfalen.
Bericht der Landesregierung.
Düsseldorf (Eigendruck), 1995

Poets, F.; Jorch, G.: Plötzlicher Säuglingstod: Aktuelle Empfehlungen.
in: Kinderärztliche Praxis 7/2000: 469-471

Statistisches Bundesamt (Hg.): Gesundheitsbericht für Deutschland.
Stuttgart:Metzler-Poeschel, 1998

Teuteberg, H.J.: Materialien zur Bevölkerungsgeschichte Münsters 1816 – 1945.
in: Stadt Münster (Hg.).Statistische Hefte, 59/1995:46-72

No. 1/1988 Zum Anspruch einer evolutions-biologischen Fundierung der Moral.
Fritz Rudolph

No. 2/1988 Moralische Institutionen und die Ordnung des Handelns in der Gesellschaft. Die "utilitaristische" Theorietradition und die Durkheimsche Herausforderung.
Hans J. Hummell

No. 3/1988 Selbstreferentielle Technologiepolitik. Theoretische und thematische Grundlagen der Wirtschaftsbezogenen F & T - Politik.
Dieter Urban

No. 4/1988 Berufseinmündung, Berufssituation und soziale Lage Duisburger Diplom-Sozialwissenschaftler/innen. Erste Ergebnisse einer empirischen Erhebung.
Dieter W. Emmerling

No. 5/1988 Negative Dialektik - oder: Das "andere Genus des Denkens".
Helga Gripp-Hagelstange

No. 1/1989 Entscheidungsprozesse im Studium: Weiterstudieren oder Aufgeben?
Christoph Rülcker, Adelheid Berger, Dieter Emmerling

No. 2/1989 Lokale Handlungsebene und Jugendarbeitslosigkeit. Ein Forschungsbeitrag zur wohlfahrtsstaatlichen Dezentralisierungsdebatte. Ergebniszusammenfassung.
Jürgen Krüger, Manfred Pojana, Roland Richter

No. 3/1989 Binäre LOGIT-Analyse: ein statistisches Verfahren zur Bestimmung der Abhängigkeitsstruktur qualitativer Variablen.
Dieter Urban

No. 4/1989 Niklas Luhmann - oder: Was ist ein "differenztheoretischer" Ansatz?
Helga Gripp-Hagelstange

No. 5/1989 Die Rationalität irrationalen Handelns. Kollektive Formen politischer Partizipation als Ergebnis individueller Entscheidungsprozesse. Eine empirische Analyse.
Dieter Urban

No. 1/1990 Adorno und Derrida - oder: Der Versuch einer "Dekonstruktion" der Metaphysik.
Helga Gripp-Hagelstange

No. 2/1990 "Arbeit statt Sozialhilfe" - Empirische Evaluation eines Beschäftigungsprogramms für arbeitslose Sozialhilfeempfänger.
Thomas Bruns u. Irene Pawellek

No. 3/1990 Jugendarbeitslosigkeit und lokale Legitimationsprobleme.
Jürgen Krüger

No. 4/1990 Zu System und Problematik legal-bürokratischer Herrschaft in der klassischen Organisationstheorie.
Wolfgang Holler

No. 5/1990 Die kognitive Struktur von Umweltbewußtsein.
Ein kausalanalytischer Modelltest.
Dieter Urban

No. 1/1991 Zeitgemäßes Campaigning in der Bundesrepublik Deutschland: Empirische und evaluative Hinweise zum Swing-Index, einem neuen Instrument des "micro targeting".
Sigurd Matz

No. 2/1991 Stichworte zur Zukunft des Wohlfahrtsstaates.
Jürgen Krüger.

No. 3/1991 Kokain: Zur gesellschaftlichen Karriere einer Droge.
Thomas Schweer und Hermann Strasser.

No. 4/1991 Der >reale Sozialismus< und sein Niedergang basieren auf dem Marx'schen >Ausbeutungs<-Irrtum. Sozialstaatlicher Volkskapitalismus statt Abschaffung des Privateigentums an Produktionsmitteln.
Dieter Holtmann.

No. 5/1991 The Distribution of Income in Modern Japan: An Examination of the Structural Determinants of Relative Equality.
Harold R. Kerbo.

No. 1/1992 Diplomabschlüsse im integrierten Studiengang Sozialwissenschaften an der Universität-GH-Duisburg. Eine empirische Analyse der erfolgreich absolvierten Diplomprüfungen im Zeitraum 1977 - 1990.
Holger Meinken.

No. 2/1992 Narzißmus, soziale Einbindung und Suizid. Eine vergleichende Analyse des Suizidgeschehens in Kempten (Allgäu) und seines ländlichen Umfelds im Lichte soziologischer und psychologischer Theorie.
Heidi Hlawatschek.

No. 3/1992 Die parlamentarische Willensbildung in portugiesischen Gemeinden.
Wolfgang Holler, Marcelino Passos

No. 4/1992 Techniken der Attributdatenanalyse.
Uwe Engel

No. 5/1992 Karrieremuster in der Kommunalpolitik. Eine empirische Untersuchung am Beispiel von Dinslaken und Duisburg.
Andreas Humpert

No. 1/1993 Zur relativen Bedeutung eines Klassenkonzepts bei der Erklärung von Einkommens- und Bewußtseinsunterschieden in zehn entwickelten Industriegesellschaften.

Thomas Hagelstange, Brigitte Hamm, Dieter Holtmann

No. 2/1993 Die Selbstzuschreibung extra-funktionaler Fähigkeiten im Ingeneurstudium. Eine geschlechtervergleichende empirische Untersuchung.
Dorothee Laß

No. 3/1993 Prozesse der Entvertikalisierung in der japanischen Gesellschaft.
Brigitte Hamm

No. 4/1993 Sozialstrukturelle Modernisierung: Stabilisierung oder Destruierung des Wohlfahrtsstaates?
Jürgen Krüger

No. 5/1993 Organisation und Motivation (I).
Wolfgang Holler

No. 6/1993 Solidarität in Bewegung. Die französischen Krankenschwestern verändern ihre Perspektiven.
Ingo Bode

No. 7/1993 Japanese Corporations in Germany: Corporate Strucuture and Employee Relations (A Summary Report).
Harold R. Kerbo, Elke Wittenhagen, Keiko Nakao

No. 1/1994 Organisation und Motivation (II).
Wolfgang Holler

No. 2/1994 Kulturelle Nebensächlichkeiten und private Geselligkeit:
Zu institutionellen Formen einer beliebten Koalition Vorüberlegungen zu einem theoretischen Orientierungsrahmen für die Deskription und Analyse privater Öffentlichkeit.
Christoph Rülcker, Günter Winter, Mitarbeit: Gerd Bloch

No. 3/1994 Kollektives Handeln und Ambiguität. Die Regulierung atypischer Beschäftigungsverhältnisse in Frankreich und Deutschland.
Ingo Bode, Hanns-Georg Brose, Stephan Voswinkel

No. 4/1994 Einführung in Windows 3.1; Einführung in Word für Windows 2.0.
Thomas Bruns, Günter Winter
Sonderheft 1

No. 5/1994 Einführung in SPSS für Windows.
Peter Höllmer, Günter Winter
Sonderheft 2 (2. Auflage 1994)

No. 6/1994 Schnäppchenmärkte. Zu einer schattenwirtschaftlichen Besonderheit.
Christoph Rülcker; Günter Winter

No. 1/1995 Zur Distinguierung des sinnlichen Geschmacks:
Von der Lust zur Krise der Gourmets.
Andrea Dederichs

No. 2/1995 Studienfach als Differenzierungsmerkmal. Ein empirischer Beitrag zur Analyse studentischer Lebenswelten.
Josef Köster

No. 1/1996 Arbeitslosigkeit und Sucht: Eine qualitative Studie zu Suchtkarrieren von Arbeitslosen. Forschungsgruppe Langzeitarbeitslosigkeit:
Thomas Schweer (inhaltlich verantwortlich), Hermann Strasser, Gabriele Klein, Thomas Bongartz, Klaus Gröhnke

No. 2/1996 Soziale Netzwerke bei Langzeitarbeitslosen.
Forschungsgruppe Langzeitarbeitslosigkeit: Klaus Gröhnke (inhaltlich verantwortlich), Hermann Strasser, Thomas Bongartz, Gabriele Klein, Thomas Schweer

No. 3/1996 Lohnemanzipation in Europa: Synoptische Beurteilung der Gleichstellung abhängig beschäftigter Männer und Frauen nach ihren Durchschnittsverdiensten in der Europäischen Union.
Wolfgang Gerß

No. 4/1996 Am Fordismus vorbei: Bauwirtschaft und Gastgewerbe in Deutschland und Frankreich.
Stefan Lücking, Stephan Voswinkel

No. 5/1996 Generationensolidarität oder Altenmacht - Was trägt (künftig) den Generationenvertrag? Zur politischen Soziologie der staatlichen Alterssicherung.
Jürgen Krüger

No. 1/1997 "Pumps, leider zu klein...": Eine empirische Studie über den privaten Gebrauchtwarenhandel via Offertenblatt.
Birgit Kunde, Christoph Rülcker, Ansgar Schulz-Kleyenstüber, Uwe Zander

No. 2/1997 Leistungen und Leistungspotentiale älterer Menschen, Bilanz und Perspektiven des intergenerationalen Lastenausgleichs in Familie und sozialem Netz, Tagungsband.
Dieter Grunow, Sylvia Herkel, Hans J. Hummell (Hrsg.)

No. 3/1997 Merkmalsraumbildung und Differenzierung von mehrstelligen Variablen.
Günter Winter

No. 4/1997 Determinanten der Studiendauer: Differenzen zwischen Studierenden verschiedener Fachbereiche? Ein Zwei-Gruppen-Test.
Josef Köster, Uwe Matzat

No. 5/1997 Die Arbeitsplatzsuchstrategien von Arbeitslosen.
Forschungsprojekt Langzeitarbeitslosigkeit.
Klaus Gröhnke, Hermann Strasser

No. 1/1998 Arbeitszeitverkürzung, Entgelt und Beschäftigung.
Gerhard Bosch

No. 2/1998 “Marxloh”. Ansichten über einen Duisburger Stadtteil.
Thomas Rommelspacher, Christoph Rülcker, Ansgar Schulz-Kleyenstüber, Uwe Zander

No. 1/1999 Marktphilosophien in der Beschäftigungskrise . Zu den Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsannahmen im Ersten und Zweiten Arbeitsmarkt.
Achim Trube

(ab No. 1/1999 sind alle Beiträge unter http://soziologie.uni-duisburg.de/dbsf.htm abrufbar)

No. 2/1999 Der große Zapfenstreich. Eine soziologische Analyse eines umstrittenen Rituals.
Ulrich Steuten

No. 3/1999 Sozialwissenschaftliches Praktikum in der amtlichen Statistik. Fallbeispiel: Ergebnisse politischer Wahlen und Strukturmerkmale der nordrhein-westfälischen Gemeinden.
Wolfgang Gerß

No. 4/1999 Arbeiten für gute Zwecke. Organisation und Beschäftigung im Dritten Sektor.
Ingo Bode, Achim Graf

No. 5/1999 Bedingungen und Möglichkeiten kreativen und innovativen Handelns: Die wechselseitige Strukturierung von Subjekten und Organisationen. Ideenskizze und Bestandsaufnahme.
Ursula Holtgrewe

No. 1/2000 Rationalisierung im Dienstleistungssektor – Strategien und Probleme: Ein Literaturbericht.
Bernd Bienzeisler

No. 1/2002 Arbeitsmarkt und soziales Kapital: Eine komprimierte Darstellung theoretischer Grundlagen und empirischer Befunde.
Peter Runia

No. 2/2002 Kurzstudie zu einer Todesfallstatistik über Kinder und Jugendliche in Münster/Westf.: Eine Erhebung zu Todesfällen für den Zeitraum 1991-1998.
Jürgen Guggenmos, Sigurd Matz