Gesundheitsbericht

Schulneulinge

Ergebnisse der
Schuleingangsuntersuchung
von 1998 bis 2001



Gesundheitsamt
Landeshauptstadt Düsseldorf

Düsseldorf

Gesundheitsamt
Landeshauptstadt Düsseldorf

Gesundheitskonferenz Düsseldorf

Impressum

Landeshauptstadt Düsseldorf
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt

in Zusammenarbeit mit der

Düsseldorfer Gesundheitskonferenz
Arbeitsgruppe I „Gesundheitsberichterstattung Kinder und Jugendliche“
Moderation: Dr. med. B. Hemming, MPH

Datenanalyse und Bericht: R. Behrendt, 0211/89-96022
regina.behrendt@stadt.duesseldorf.de
Titelgestaltung: Klemens Lummer,
Druck: Stadt-Druckerei,
2003/800

Arbeitsgruppe I der „Düsseldorfer Gesundheitskonferenz“: Gesundheitsberichterstattung Kinder und Jugendliche

Ärztekammer Nordrhein
Kreisstelle Düsseldorf
Frau Dr. med. M. Meyer-Hammer, m.san.
Immermannstraße 11
40210 Düsseldorf
Tel: 0211/1640525

ADV
Gesundheitsamt
Herr M. Nesmeyan, Herr J. Käsgen
Kölner Straße 180
40227 Düsseldorf
Tel: 0211/89-92674 0211/89-96652

Amt für Statistik und Wahlen
Frau A. Schulz, Herr A. Kaiser
Brinkmannstraße 5
40225 Düsseldorf
Tel: 0211/89-93332 0211/89-93949

Beratungsstelle für körperlich Behinderte
Gesundheitsamt Düsseldorf
Frau Dr. G. Bayer
Kölner Straße 180
40227 Düsseldorf
Tel: 0211/89-92681

Dt. Familienverband LV NRW
Herr Kuczera
Posener Straße 82
40231 Düsseldorf
Tel: 0211/377774

Frauenbüro
Stellvertretende Leitung
Frau D. Wandt
Mühlenstraße 29
40213 Düsseldorf
Tel: 0211/89-93602

Gesundheitsberichterstattung
Gesundheitsamt
Frau R. Behrendt
Kölner Straße 180
40227 Düsseldorf
Tel: 0211/89-96022

Gesundheitshilfe und Rehabilitation
Gesundheitsamt
Herr W. Pöllen, Abteilungsleiter
Kölner Strasse 180
40227 Düsseldorf
Tel: 0211/89-95183

Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Düsseldorf
Heinrich-Heine-Universität
Herr Prof. Dr. med. M. Franz/Frau Dr. Kätsch-Erhardt
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
Tel: 0211/8118338 0211/8117354

Jugendhilfeplanung
Jugendamt
Herr Th. Klein
Willi-Becker-Allee 7
40200 Düsseldorf
Tel: 0211/89-96032

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Kreisstelle Düsseldorf
Herr Dr. med. A. Schumacher
Hügelstraße 16
40589 Düsseldorf
Tel: 0211/791881

Kinder-und Jugendärztlicher Dienst
Gesundheitsamt Düsseldorf
Herr Dr. med. H. Winkler
Frau S. Kaya
Türkische Sprechstunde
Kölner Straße 187
40227 Düsseldorf
Tel: 0211/89-93532 0211/89-92646

Logopädischer Dienst
Gesundheitsamt
Herr G. Heinrichs
Willi-Becker-Allee 10
40227 Düsseldorf
Tel: 0211/89-95328

Moderation der AG I
Herr Dr. med. B. Hemming, MPH
Niedergelassener Arzt
Hohestrasse 8
47051 Duisburg
Tel: 0203/299900

Niedergelassene Kinderärztin
Frau Dr. med. U. Heidelberg
Grafenberger Allee 401
40235 Düsseldorf
Tel: 0211/6987720

Projekt AIDS und Kinder
Landeskoordinatorin
Frau A. Schreeck
Ernst-Abbe-Weg 50
40589 Düsseldorf
Tel: 0211/9460022

Sozialpädiatrischer Dienst
Gesundheitsamt
Frau Dr. med. A. Newill
Kölner Straße 180
40227 Düsseldorf
Tel: 0211/89-92685

Zahnärztlicher Gesundheitsdienst
Gesundheitsamt Düsseldorf
Herr Dr. med. M. Schäfer
Kölner Straße 180
40227 Düsseldorf
Tel: 0211/89-94789

Vorwort

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes führt jedes Jahr die Schuleingangsuntersuchung durch. Die dabei gewonnenen Daten stellen eine wichtige Grundlage für die Bewertung der Gesundheit unserer Kinder dar. Da ein gesamter Jahrgang vollständig erhoben wird, können Art und Ausmaß von Gesundheitsschäden klar beziffert werden. Aus bevölkerungsmedizinischer Sicht ist es besonders wichtig, Erkenntnisse über die Zusammenhänge von dem Gesundheitszustand der Kinder und ihrem sozialen Umfeld zu gewinnen.

Die Düsseldorfer Gesundheitskonferenz beschäftigt sich als zentrales Steuerungs- und Koordinationsgremium mit Fragen und Problemen der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung in Düsseldorf. Ihre Aufgabe besteht u.a. darin, Gesundheitsdaten mit entsprechenden Kommentierungen an die politisch Verantwortlichen weiterzuleiten. Seit dem Bestehen der Gesundheitskonferenz wurden die Bereiche „Armut und Gesundheit“ sowie „Kinder und Jugendliche“ aus verschiedenen Blickwinkeln thematisiert. Auf der 2. Fachtagung „Armut und Gesundheit“ der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz 1999 wurde der Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Lage betont. Zu diesem Zeitpunkt fehlten aber noch kleinräumige Daten.

In diesem Gesundheitsbericht ist es gelungen, die Daten der Schuleingangsuntersuchung mit der sozialräumlichen Gliederung zu verknüpfen und daraus Aussagen über den Gesundheitszustand der Kinder in den einzelnen Sozialräumen abzuleiten. Die Arbeitsgruppe „Gesundheitsberichterstattung Kinder und Jugendliche“ der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz hat die Berichterstellung begleitet und Handlungsempfehlungen entwickelt. Dieser Bericht entstand in institutionsübergreifendem Engagement für dieses Thema. Die notwendigen sozialräumlichen Daten lieferte das Jugendamt, die medizinischen Daten der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes. Die Anbindung an den Studiengang „Gesundheitswissenschaften“ der Heinrich-Heine-Universität ermöglichte die wissenschaftliche Validierung dieser Vorgehensweise. An der inhaltlichen Debatte waren die Vertreter der Fachabteilungen der Ämter, der Wohlfahrtsverbände, der niedergelassenen Ärzte und nicht zuletzt des Projekts „Allein erziehend – allein gelassen“ der Heinrich-Heine-Universität beteiligt.

Eine Kommune kann nur dann in sinnvoller Weise aktiv werden, wenn die lokalen Gesundheitsgefährdungen, ihre Risikofaktoren, das Ausmaß und die räumliche Verteilung der Beeinträchtigungen bekannt sind. Zusätzlich zu diesen Daten benennen die Handlungsempfehlungen der Gesundheitskonferenz nicht nur Forderungen, die sich daraus ergeben, sondern auch die jeweiligen Akteure, die eine Umsetzung unterstützen können, damit alle Kinder unabhängig von ihrer sozialen Lage die gleichen Chancen auf Gesundheit haben. Die Düsseldorfer Gesundheitskonferenz wird weiterhin ihren Beitrag dazu leisten.

Werner Leonhardt
Gesundheitsdezernent
Moderator der Gesundheitskonferenz

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 1
   1.1. Funktionen der Schuleingangsuntersuchung 1
   1.2. Gesundheit und soziale Lage – ein Thema der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz 1
   1.3. Die sozialräumliche Gliederung 3
   1.4. Die Validierung der Vorgehensweise 4
   1.5. Die Anwendung der sozialräumlichen Gliederung 5
   1.6. Die Auswirkungen 5

2. Befunde der Schuleingangsuntersuchungen 6
   2.1. Die sozial relevanten Faktoren 6
   2.2. Die häufigsten Befunde 7
   2.3. Die selteneren Befunde 8
   2.4. Unterschiede in den Erkrankungshäufigkeiten nach Geschlecht 8
   2.5. Unterschiede in den Erkrankungshäufigkeiten nach sozialer Lage 9
   2.6. Exkurs: Motorik 11
   2.7. Übergewicht bei Schulneulingen 16
   2.8. Der Zusammenhang zwischen den Befunden 17

3. Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen bei Schulneulingen 18
   3.1. Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen im ungünstigsten Fall 20

4. Inanspruchnahme der Impfungen bei Schulneulingen 22
   4.1. Zweitimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln 25
   4.2. Inanspruchnahme der Impfungen im ungünstigsten Fall 26

5. Die Verteilung der Befunde im Stadtgebiet 30

6. Zahngesundheit der Düsseldorfer Kinder und Jugendlichen 41
   6.1. Verbreitung 41
   6.2. Ergebnisse der „Aktion Zahngesundheit“ in Düsseldorf 42

7. Fazit 45

8. Handlungsempfehlungen 45
   8.1. Ziel: Verbesserung der Motorik 46
   8.2. Maßnahmen zur Verbesserung der Motorik 46
   8.3. Ziel: Verbesserung der Sprache 47
   8.4. Maßnahmen zur Verbesserung der Sprache 47
   8.5. Ziel: Erhöhung der Inanspruchnahme präventiver Leistungen 48
   8.6. Maßnahmen zur Erhöhung der Inanspruchnahme präventiver Leistungen 48
   8.7. Ziel: Verbesserung der Versorgung in Diagnostik und Therapie 49
   8.8. Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung in Diagnostik und Therapie 49
   8.9. Ziel: Entlastung der allein Erziehenden 50

8.10. Maßnahmen zur Entlastung allein Erziehender 50
8.11. Ziel: Ausweitung der aufsuchenden Zahnprophylaxe 51
8.12. Maßnahmen zur Ausweitung der aufsuchenden Zahnprophylaxe 51

9. Literatur 53

10. Anhang 55

1. Einleitung

1.1. Funktionen der Schuleingangsuntersuchung

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes führt jährlich die Schuleingangsuntersuchung durch. Die Schuleingangsuntersuchung ist ein Screening-Verfahren um mögliche Beeinträchtigungen früh zu erkennen und durch fördernde und kompensatorische Maßnahmen auszugleichen.
Die Kinder werden anhand der aktuellen Befunde und der Krankheitsgeschichte individualmedizinisch untersucht. Eine wichtige Funktion ist dabei die Auffindung bisher nicht behandelter Erkrankungen. Daneben wird geprüft, ob die körperlichen Voraussetzungen für den Schulbesuch vorhanden sind oder Hinweise auf andere wesentliche Einschränkungen vorliegen, die dem Schulbesuch im Wege stehen.
In der Regel geht es aber nicht darum, ob ein Kind überhaupt die Schule besuchen kann, sondern ob Schwierigkeiten bekannt oder bezüglich der Schule zu erwarten sind. Hier nimmt die Schuleingangsuntersuchung eine arbeitsmedizinische Funktion wahr. Sie muss bei zu erwartenden Schwierigkeiten (Seh- oder Hörstörungen, Bewegungsdefizite) entsprechende Hilfen vermitteln und die Schule beraten. Bei chronischen Krankheiten wie Epilepsie und Diabetes mellitus muss zwischen den Möglichkeiten der Schule, den Wünschen und Ängsten der Eltern sowie den Bedürfnissen und der Gesundheit des Kindes abgewogen und der optimale Weg gefunden werden.
Daneben ist die sozialkompensatorische Aufgabe der Schuleingangsuntersuchung zu sehen. Da in dieser Untersuchung alle Kinder eines Jahrgangs erfasst werden, erreicht die untere Gesundheitsbehörde auch diejenigen, die aus der Regelversorgung ausscheiden. Meist sind aber gerade hier gesundheitliche Maßnahmen dringend erforderlich. Defizite können somit erkannt und durch die Vermittlung entsprechender kompensatorischer Maßnahmen ausgeglichen werden.
Zuletzt ist die Schuleingangsuntersuchung ein wichtiges Instrument der systematischen Erfassung und Beschreibung des Gesundheitszustandes der Schulneulinge, die über die Einschulung hinaus wichtige Hinweise auf die allgemeine Entwicklung von Krankheiten, die Identifizierung von Betroffenengruppen und mögliche Defizite in der Versorgung gibt. Sie stellt damit eine wichtige Datenbasis für die Gesundheitsberichterstattung dar. Die Ergebnisse müssen dann in die Feststellung von Handlungsbedarfen münden und in gesundheitspolitisches Handeln einfließen.

1.2. Gesundheit und soziale Lage – ein Thema der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz

Seit dem Ratsbeschluss von 1995, der eine kontinuierliche kommunale Armutsberichterstattung einleitete, hat sich auch die Düsseldorfer Gesundheitskonferenz und ihr Vorläufer, das Modellprojekt „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“, mit dem Thema „Armut und Gesundheit“ beschäftigt. 1997 erschien der Bericht „Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit der Düsseldorfer Bürger“. Zu diesem Zeitpunkt gab es keine routinemäßig abfragbaren Daten zum Zusammenhang von Armut und Gesundheit. Die Probleme waren den Praktikern vor Ort jedoch aus ihrer täglichen Arbeit bekannt. Der Bericht stellt deshalb die Erfahrungen der Mitarbeiter aus dem Gesundheitsamt in einer Situationsbeschreibung dar. Vereinzelt konnte der Zusammenhang von Armut und Gesundheit auch quantifiziert werden, so durch die Daten zur Säuglingssterblichkeit und die Ergebnisse der kinderärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen. In den sozial schlechter gestellten Stadtbezirken war die Säuglingssterblichkeit höher als in den besser gestellten. Der Vergleich

aller Schuleingangsdaten mit denen von Kindern aus sozialen Brennpunkten zeigte für letztere Gruppe eine schlechtere Inanspruchnahme sowohl der Vorsorgeruntersuchungen als auch der Impfungen. Bei der zahnärztlichen Reihenuntersuchung stellte sich heraus, dass Hauptschüler bis zu 6-mal häufiger als Gymnasiasten behandlungsbedürftige Zähne hatten. Im Dezember 1997 fand die erste Fachtagung „Armut und Gesundheit“ der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz statt. Vertreter aus Politik, Verwaltung, kirchlichen und freien Initiativen und Verbänden, Universität, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, berufsständischen Interessengruppen, Krankenkassen, ambulanter und stationärer Versorgung diskutierten über die Situation in Düsseldorf. Als Ergebnis wurden u.a. die verbesserte therapeutische Begleitung von Kindern aus Problemfamilien, die Steigerung der Erholungsmöglichkeiten für kinderreiche Familien und die Verbesserung der Situation allein Erziehender sowohl hinsichtlich der Betreuung als auch in Bezug auf Wohnraum und finanzielle Hilfen gefordert. Die Thematisierung von „Armut und Gesundheit“ hat seitdem einen festen Platz in der Armutsberichterstattung der Stadt (Armutsbericht, Armut und Reichtum in Düsseldorf, 1998; Armutsbericht, Armut und Reichtum , Lebenslagen und Lebenschancen von Kindern und Jugendlichen in Düsseldorf, 1999).

Parallel dazu hat das Gesundheitsamt die Kinder- und Jugendgesundheitsberichterstattung vorangetrieben. 1997 erschien der „Gesundheitsbericht Kinder und Jugendliche in Düsseldorf“, der eine umfassende Zusammenstellung der Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen, den zahnärztlichen Reihenuntersuchungen, den Untersuchungen der Entlass-Schüler sowie die Themen Kinderschutz und Unfallverhütung enthält. Der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit wird hier zwar problematisiert, allerdings fehlten zum Zeitpunkt der Berichterstellung geeignete Methoden, um die Daten nach sozialer Lage aufzuschlüsseln. So heißt es im Bericht (B.4) „Die Schuleingangsdaten nach Stadtteil und/oder der Nationalität zu differenzieren, ist eines der kurzfristigen Ziele, um erstmalig Verknüpfungen herzustellen.“ Die Notwendigkeit, hier zu geeigneten Daten zu gelangen, stand außer Frage: „Die für Düsseldorf spezifische Identifizierung von Gruppen mit erhöhtem Risiko ist für effektive Interventionen essentiell.“ Neben den Bemühungen um eine quantitative Berichterstattung hat der Arbeitskreis „Gesundheitsberichterstattung chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche“ der mittlerweile gesetzlich verankerten „Düsseldorfer Gesundheitskonferenz“ sein bewährtes Konzept der qualitativen Berichterstattung fortgesetzt. 1999 erschien der Gesundheitsbericht „Chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche in Düsseldorf“. In der Zwischenzeit hatte sich eine enge Kooperation des Projektes „Allein erziehend – allein gelassen“ der Heinrich-Heine-Universität unter Leitung von Prof. Dr. Matthias Franz mit dem Gesundheitsamt etabliert. Dabei wurden die allein erziehenden Mütter während der Schuleingangsuntersuchung gezielt angesprochen und zu einem Gruppengespräch eingeladen, um die Mütter zu stärken und chronische Überforderung zu vermeiden. Aus dem Projekt liegen wissenschaftlich gesicherte Ergebnisse zur psychosozialen Belastung allein erziehender Mütter vor (siehe dazu auch: Armut und Reichtum, Lebenslagen und Lebenschancen von Kindern und Jugendlichen in Düsseldorf, 1999). Für (leider nur) kurze Zeit konnte im Gesundheitsamt eine Anlaufstelle für allein erziehende Mütter eingerichtet werden, die aus finanziellen Gründen jedoch nicht fortgeführt werden konnte. Ergebnisse aus dem Projekt werden im Bericht „Familie und Gesundheit“ des Gesundheitsamtes vorgestellt (im Druck). Im Jahr 1999 fand die zweite Fachtagung zum Thema „Armut und Gesundheit“ der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz statt. Die Handlungsempfehlungen dieser Fachtagung zielen auf drei Kernbereiche ab, die Verbesserung der medizinischen Versorgung Obdachloser, die Verbesserung der Situation allein Erziehender sowie die differenzierte Analyse der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrer sozialen Lage.

1.3. Die sozialräumliche Gliederung

Die soziale Lage kann durch die drei Strukturmerkmale des klassischen sozialen Schichtmodells erfasst werden, das sind Einkommen, Beruf und Bildung der Eltern. Diese Möglichkeit scheidet jedoch in Nordrhein-Westfalen aus, da die Rechtslage eine Verknüpfung dieser individuellen sozialen Daten mit dem individuellen Gesundheitszustand nicht erlaubt. Eine Erhebung auf freiwilliger Basis hat den Nachteil, dass die so gewonnene Personenauswahl nicht repräsentativ wäre. Außerdem bestand das Ziel auch darin, eine möglichst kleinräumige Zuordnung von Bevölkerungsgruppen unterschiedlicher sozialer Lage zu erreichen. Es bot sich daher an, die sozialräumliche Gliederung zu verwenden, die in Düsseldorf schon seit einiger Zeit bestand. Diese Gliederung wurde vom Jugendamt in Zusammenarbeit mit dem Amt für Statistik und Wahlen entwickelt, um die Jugendhilfe- und Sozialplanung zu erleichtern. Die Gliederung hatte sich in diesen Bereichen bereits als sinnvolles Arbeitsinstrument bewährt. Bei der sozialräumlichen Gliederung werden Blöcke bis hin zu einzelnen Häusern von dem Bezirkssozialdienst in Sozialräume eingeteilt. D.h. es wird unterstellt, dass es sich bei einem umschriebenen Gebiet um ein relativ homogenes Umfeld handelt. Die Grundlage für diese Einteilung bildet die Strukturdatenbank für die Sozialarbeit. Den Sozialräumen (insgesamt 156 in Düsseldorf) werden auf der Grundlage von 5 sozioökonomisch relevanten Variablen (Wohnfläche je Einwohner, Anteil von Ausländern ausgewählter Nationen an den Einwohnern, die Sozialhilfequote der Kinder (bis 18) und der Erwachsenen (ab 18), Anteil der Personen in Haushalten mit Wohngeldantrag bezogen auf die Einwohner) sog. „Grade der sozialen Belastung“ zugeordnet.

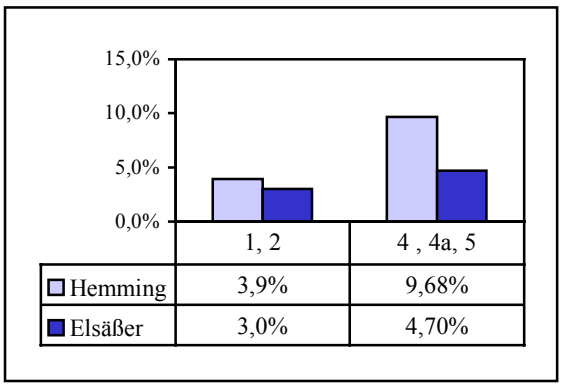
Tab.1: Durchschnittliche Ausprägung verschiedener sozioökonomisch relevanter Variablen in den Belastungsgruppen (Quelle: Sozialräumliche Gliederung der Stadt Düsseldorf, Stand 31.12.1999).

	sehr gering	gering	mittel	hoch	hoch (aus.)	sehr hoch
qm pro Person	52 qm	42 qm	37 qm	34,7 qm	29,5 qm	26,1 qm
Anteil Ausländer	13%	9,8%	17,7%	25,5%	45,7%	30,4%
Ausländer ausgewählter Nationen	1,7%	2%	6,8%	12%	30,7%	13,8%
Sozialhilfequote	1,5%	<2%	5,5%	8,6%	9,8%	25%
Personen in Haushalten mit Wohngeld-antrag	2,9%	3,8%	8,9%	12,6%	11,7%	28%

Mit der Zuordnung eines jeden Kindes zu einem Sozialraum und damit auch zu einem bestimmten Grad der sozialen Belastung war die Verknüpfung von Gesundheitsdaten und sozialer Lage möglich. Im Einzelfall kann es dabei Abweichungen des familiären Status von dem Durchschnitt des Umfelds geben. Das Umfeld bestimmt aber im Wesentlichen die Lebenswelt, in der ein Kind groß wird, und zwar durch die Spielgefährten, die Freizeit- und Bildungsangebote für ein Kind und die räumliche und bauliche Umwelt. Außerdem bietet die sozialräumliche Gliederung den Vorteil, dass mit ihr die Orte für mögliche Interventionen lokalisiert werden können. Als weitere Vorteile sind der Rückgriff auf bestehende Ressourcen und die Förderung der Kooperation der Ämter untereinander zu nennen.

1.4. Die Validierung der Vorgehensweise

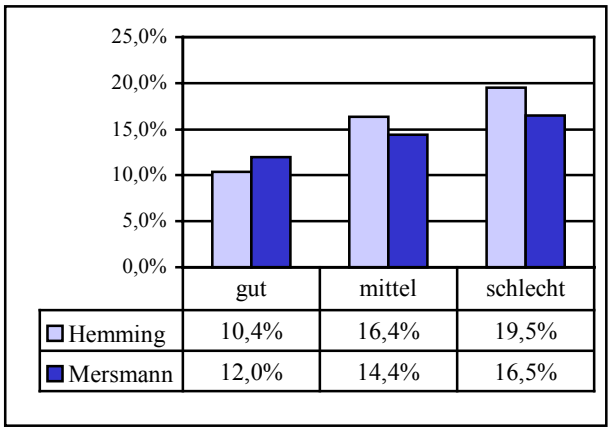
Um die Validität dieser Datenverknüpfung zu sichern, musste zunächst einmal nach wissenschaftlichen Kriterien überprüft werden, ob die sozialräumliche Gliederung die soziale Lage der Kinder und Jugendlichen angemessen beschreibt. Dies konnte durch eine begleitende Magisterarbeit von Dr. Hemming im Studiengang „Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin“ der Heinrich-Heine-Universität geleistet werden. Da für einige Gesundheitsparameter bekannt ist, dass sie einem Sozialgradienten folgen, kann durch die Verknüpfung eines solchen Gesundheitsparameters mit der sozialräumlichen Gliederung das gesamte Instrument validiert werden. Dafür wurde aus der Schulneulingsuntersuchung der Body-Mass-Index (Körpergewicht in der Relation zur Körpergröße) als Gesundheitsparameter ausgewählt. Dies hatte mehrere Gründe. Zum Einen wird dieser Gesundheitsparameter bei allen Kindern nach gleichen objektiven Kriterien gemessen. Dabei kann ein genau definierter Bereich des Gewichtes als Übergewicht abgegrenzt werden. Zum Anderen hat Übergewicht schwerwiegende gesundheitliche Folgen und ist durchaus schon im Kinder- und Jugendalter relevant und behandelbar. Der wichtigste Grund war aber, dass bereits umfangreiche Daten zur Abhängigkeit des Übergewichtes von der sozialen Lage existierten. Somit war es möglich, die Düsseldorfer Ergebnisse in die bestehende Literatur einzuordnen. Die eigentliche Durchführung erwies sich als erheblich schwieriger als zunächst vermutet, da die Daten der sozialräumlichen Gliederung auf dem Großrechner des Amtes für Statistik und Wahlen gespeichert waren und die der Schulneulingsuntersuchung im Gesundheitsamt mit dem Programm „OCTOWARE“ erhoben wurden. Die Daten mussten teilweise von Hand eingegeben werden, um die Verknüpfung der Datensätze zu ermöglichen. Die Ergebnisse zeigen einen deutlichen Zusammenhang von Übergewicht und sozialem Status. Die Kinder aus den belasteten Sozialräumen haben ein mehr als doppelt so hohes Risiko übergewichtig zu sein, als die Kinder aus den unbelasteten Sozialräumen. Zum Vergleich wurden zwei Studien herangezogen, die ebenfalls die Gesundheitsdaten der Schulneulinge im Zusammenhang mit ihrer sozialen Lage betrachten. Die Ergebnisse auf der Grundlage der sozialräumlichen Gliederung ergeben einen steileren Sozialgradienten als die Vergleichsuntersuchungen. In einer Studie in Brandenburg hatte Frau Elsäßer für die Schuleingangsuntersuchung die beiden Parameter Bildung und Beruf der Eltern mit erhoben.



1. Abb.: Vergleich der prozentualen Anteile adipöser Schulneulinge mit über- und unterdurchschnittlicher sozialer Lage in den Arbeiten von Elsäßer (Schuleingangsuntersuchung in Brandenburg) und Hemming (Schuleingangsuntersuchung in Düsseldorf).

Der Unterschied in der Häufigkeit adipöser Kinder in über- und unterdurchschnittlicher sozialer Lage ist größer, wenn die soziale Lage mit der mittleren Belastung des Umfelds gemessen wird als mit den individuellen Merkmalen Bildung und Beruf der Eltern.

Für die Stadt Köln hatte Herr Mersmann die soziale Lage über die Sozialhilfequote der 6 bis 13-Jährigen pro Stadtteil ermittelt. Er teilte die Stadtteile in solche mit hoher, mittlerer und niedriger sozialer Belastung ein.



	gut	mittel	schlecht
Hemming	10,4%	16,4%	19,5%
Mersmann	12,0%	14,4%	16,5%

2. Abb.: Vergleich der prozentualen Anteile übergewichtiger Schulneulinge mit gehobener, mittlerer und schlechter sozialer Lage in den Arbeiten von Mersmann (Schuleingangsuntersuchung Köln) und Hemming (Schuleingangsuntersuchung Düsseldorf).

Auch hier sind die Unterschiede zwischen Gruppen unterschiedlicher sozialer Lage größer, wenn die Zuordnung mit der sozialräumlichen Gliederung erfolgt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die sozialräumliche Gliederung ein geeignetes Instrument ist, um die Abhängigkeit der Gesundheit der Schulneulinge von ihrer sozialen Lage zu beschreiben.

1.5. Die Anwendung der sozialräumlichen Gliederung

Mit diesem Instrument konnten jetzt die gesamten Daten der Schulneulingsuntersuchungen der Jahre 2000 und 2001 untersucht werden. Nach Klärung des Datenschutzes war es innerhalb kurzer Zeit möglich, eine stabile, routinemäßig einsetzbare Aufarbeitung der Schulneulingsuntersuchungsdaten mit Zuordnung zur Adresse und damit zur sozialräumlichen Gliederung aufzubauen. Mit Hilfe des Amtes für Statistik und Wahlen gelang außerdem die Aufbereitung von Daten aus den Jahren 1998 und 1999, die auf Grund EDV-technischer Probleme schon nicht mehr auswertbar schienen. Neben der sozialräumlichen Gliederung wurden die Daten der Schuleingangsuntersuchung ab 2000 auch nach dem Faktor „allein erziehend“ differenziert. Damit wird die Situation „allein erziehend“, die bisher als Risikofaktor für Armut bekannt war, erstmals in Verbindung mit der Gesundheit der Kinder gesehen. Außerdem konnten die Schulneulinge nach ihrem Geburtsland unterschieden werden. Daraus wurde der Index „in Deutschland geboren“ und „im Ausland geboren“ gebildet. Das hohe Engagement aller Beteiligten ermöglichte schließlich den nachfolgenden Bericht zur Abhängigkeit der Gesundheit der Düsseldorfer Schulneulinge von ihrer sozialen Lage.

1.6. Die Auswirkungen

In diesem Bericht ist es möglich, auf Grund der Kenntnisse der sozialräumlichen Gliederung sehr konkrete handlungsorientierte Empfehlungen auszusprechen und erstmals das zu erwartende Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Abhängigkeit von der sozialen

Lage sowie deren räumlichen Verteilung anzugeben. Damit sind auch die Orte möglicher Interventionen bekannt. Nicht zuletzt als logische Konsequenz aus den vorhandenen Kenntnissen über den Zusammenhang von Armut und Gesundheit wird der Kinder- und Jugendärztliche Dienst umstrukturiert. Die Untersuchungs-Ressourcen werden zukünftig bereits im Kindergarten eingesetzt, um frühzeitig Gesundheitsstörungen erkennen und behandeln zu können. Die intensive Betreuung wird sich dabei besonders auf die Kinder mit schlechterer gesundheitlicher Lage konzentrieren.

2. Befunde der Schuleingangsuntersuchungen

2.1. Die sozial relevanten Faktoren

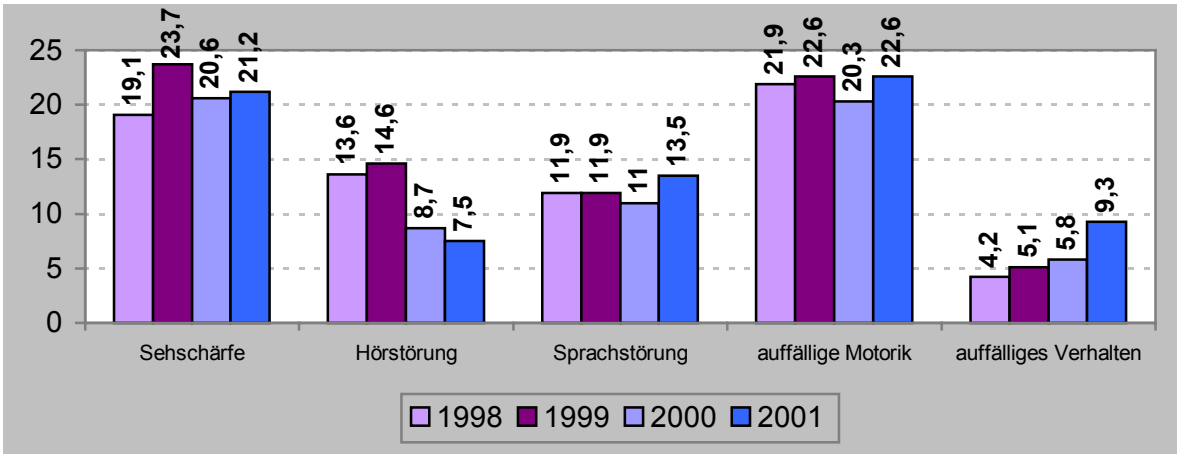
Die vorliegende Datenauswertung bezieht sich auf die Jahre 1998 bis 2001. Die gesundheitlichen Befunde und die erhaltenen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen gingen in die Datenauswertung ein. Als erstes wird die allgemeine Entwicklung dargestellt. Anschließend werden die Daten nach verschiedenen Gruppenvariablen getrennt. Für die vier Jahre liegen die Daten getrennt für Jungen und Mädchen vor. Die Daten von 2000 und 2001 werden auch nach „Geburtsland“ (in Deutschland geboren, im Ausland geboren), „Grad der sozialen Belastung“ (sehr geringe Belastung, geringe Belastung, mittlere Belastung, hohe Belastung - mit und ohne hohem Ausländeranteil - und sehr hohe Belastung) und „allein erziehenden Status“ (allein erziehend, nicht allein erziehend) ausgewertet. Die Analyse der Schuleingangsdaten nach „allein erziehend“ und „nicht allein erziehend“ ist nach dem Kenntnisstand der Arbeitsgruppe einmalig. Damit ist eine wichtige Risikogruppe für Gesundheitsprobleme identifiziert worden.
Die Variable „Geburtsland“ differenziert nicht weiter nach den in Deutschland geborenen Ausländern. Deshalb wird ab dem Jahr 2002 auch erfasst, ob die Kinder zweisprachig aufwachsen und welcher Nationalitätengruppe sie angehören. Die Variable „Grad der sozialen Belastung“ ergibt sich aus der Anwendung der sozialräumlichen Gliederung auf die Schuleingangsdaten.

Zunächst werden die sozialen Variablen und ihre Beziehung untereinander dargestellt.

Insgesamt sind in den Jahren 1998 bis 2001 5.014, 5.229, 4.970 und 4.692 Kinder in der Schuleingangsuntersuchung statistisch erfasst worden (vgl. Anhang Tabelle 1). Der Anteil der Jungen überwiegt dabei den der Mädchen (1998 und 1999 jeweils 51%, 2000 50,3% und 2001 52,6%).
Jeweils 21,7% (2000) und 20,8% (2001) der Schulneulinge sind im Ausland geboren, 78,3% und 79,2% in Deutschland. 12% und 11,6% sind Kinder allein erziehender Eltern. Die Aufteilung nach Sozialräumen ergibt, dass ungefähr 8-10% der Kinder aus sehr gering belasteten Gebieten kommen, 22% aus gering belasteten Gebieten, 41% aus mittel belasteten Gebieten, 21% aus hoch belasteten und 6% aus sehr hoch belasteten Gebieten. Aus Gebieten mit hoher Belastung und einem hohen Anteil ausgewählter Nationalitäten kommen pro Jahr nur ungefähr 1% der Schulneulinge. Damit sind die Ergebnisse aus Regionen mit geringer, mittlerer und hoher Belastung auch am aussagekräftigsten.
Die hier untersuchten Faktoren der sozialen Belastung sind nicht unabhängig voneinander (vgl. Anghang Tabelle 38-43). Bei den in Deutschland geborenen Kindern beträgt der Anteil derer mit allein erziehendem Elternteil 13,7% bzw. 13%, bei den im Ausland geborenen nur 5,7% bzw. 7%. In der deutschen Bevölkerung gibt es einen erheblich höheren Anteil allein Erziehender als in der ausländischen. Der Status allein erziehend ist auch nicht unabhängig von der sozialen Belastung des Umfeldes. In den sehr gering und gering belasteten Gebieten

beträgt der Anteil der Kinder mit allein erziehenden Eltern nur 6-8%, in mittleren bis sehr hoch belasteten Gebieten 13-15%.
Betrachtet man die Variable Geburtsland zusammen mit dem Grad der sozialen Belastung zeigt sich, dass rund 90% der Kinder aus sehr gering und gering belasteten Gebieten in Deutschland geboren worden sind. Demgegenüber ist in den Sozialräumen mit mittlerer sozialer Belastung der Anteil der in Deutschland geborenen Kinder durchschnittlich (78-79%) und in hoch belasteten Gebieten unterdurchschnittlich (57-68%). Analog dazu ist der Anteil der im Ausland geborenen Kinder in Sozialräumen mit sehr geringer und geringer Belastung unterdurchschnittlich und in Sozialräumen mit hoher und sehr hoher Belastung überdurchschnittlich. In den hoch belasteten Gebieten mit hohem Ausländeranteil haben rund 54% der Kinder ein ausländisches Geburtsland, 46% der Kinder sind in Deutschland geboren worden.
Die Auswertung der Daten nach dem Alter der Kinder ergab, dass die älteren Kinder in der Schuleingangsuntersuchung (ab 6 ½ Jahre) deutlich schlechtere gesundheitliche Befunde aufweisen, schlechter geimpft sind und seltener zur Vorsorge gehen als die jüngeren Schulneulinge. Die Gruppe der älteren Schulneulinge stellt größtenteils eine selektierte Stichprobe der Kinder dar, bei denen eine frühere Einschulung nicht geeignet erschien. Darum wird eine weitere Analyse der Daten nach dem Alter der Kinder nicht durchgeführt. Interessant ist aber die Kreuztabellierung mit den anderen unabhängigen Variablen. Während der Anteil der Kinder, die 6 ½ Jahre und älter sind, durchschnittlich zwischen 12 und 14% liegt, kommt ein vergleichsweise hoher Anteil von ihnen aus Sozialräumen mit hoher und sehr hoher Belastung (zwischen 15 und 25%). Der Anteil der älteren Kinder ist auch unter denen mit allein erziehenden Eltern (16 bis 17%) und denen mit ausländischem Geburtsland (17 bis 20%) erhöht. Damit weisen die älteren Kinder überdurchschnittlich häufig einen oder mehrere soziale Belastungsfaktoren auf.

2.2. Die häufigsten Befunde



3. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit verschiedenen Befunden, getrennt nach Untersuchungsjahr (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Bei der Untersuchung wird besonders auf die Seh- und Hörleistung, das Sprachvermögen und die Motorik geachtet (vgl. Anhang Tabelle 2+3).
Bei der Sehleistung werden Kinder mit einem auffälligen Ergebnis zu einem Augenarzt überwiesen, der den Verdacht klärt. Von den 20% der Kinder mit auffälligem Sehtest haben 7% eine ausreichenden Brillenversorgung. Ungefähr 14% werden zur Abklärung zum Augenarzt geschickt, sei es weil der Befund nicht den altersüblichen Vergleichswerten entspricht (sowohl

bei Kindern mit wie auch ohne Brille) oder weil die letzte augenärztliche Überprüfung mehr als ein Jahr zurückliegt. Die auffälligen Sehtestbefunde nehmen tendenziell zu.
Die Auffälligkeiten bei der Motorik und der Koordination liegen in den letzten Jahren auf hohem Niveau bei ungefähr 22%. Bei der Befundung wird u.a. geprüft, ob ein Kind dem Alter entsprechend lange auf einem Bein stehen und mit einem Bein hüpfen kann sowie die Feinmotorik der Hände.
Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen werden durchschnittlich bei ungefähr 12% der Kinder festgestellt.
Der prozentuale Anteil der Hörstörungen ist bis 1999 auf über 14% angestiegen und danach um nahezu die Hälfte gefallen. Ein auffälliger Hörtest entsteht u.a. bei einer akuten Entzündung. Die Anteile der Kinder mit Otitis media und Folgezuständen sind von 1994 bis 1999 von 5% auf 7,7% angestiegen und danach auf 0,4% (2000) und 1,2% (2001) gefallen. Es ist anzunehmen, dass die Schwankungen bei den Hörtests auf die unterschiedlichen Häufigkeiten der akuten Entzündungen zurückzuführen sind.
Bei den Verhaltensauffälligkeiten sind steigende Werte zu beobachten. Mitte bis Ende der 90er Jahre lag der Anteil der Kinder mit diesem Befund bei ungefähr 4%, im Jahr 2001 waren es 9,3%. In dieser Befundkategorie werden alle problematischen Verhaltensweisen, sowohl die von den Eltern berichteten als auch die von den Ärzten beobachteten, zusammengefasst. Die Ärzte des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes beobachten häufig eine leichte Ablenkbarkeit der Kinder.

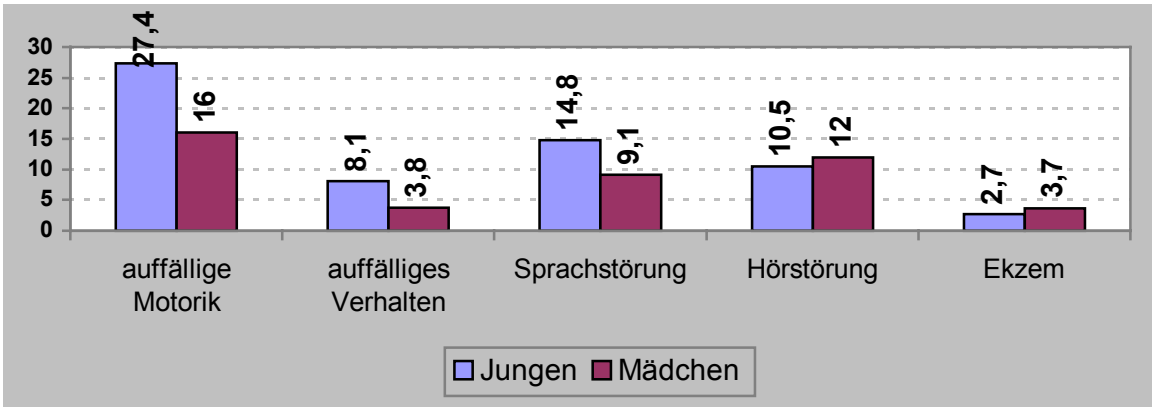
2.3. Die selteneren Befunde

Daneben werden Befunde diagnostiziert, die deutlich seltener vorkommen (vgl. Anhang Tabelle 4). Die bereits erwähnte Otitis media (Mittelohrentzündung) kommt seit dem Jahr 2000 deutlich seltener vor als noch Ende der 90er Jahre. Die Schwankungen können saisonal bedingt oder durch Witterungsverhältnisse beeinflusst sein. Ein relativ hoher Prozentsatz der Kinder (2,7%) neigt zu Ekzemen (juckende Hautausschläge vor allem an den Gelenkbeugen). Durchschnittlich 2% der Schulneulinge schielen. Das Bronchitische Syndrom wird seit dem Jahr 2000 seltener festgestellt, 1999 waren noch 2,8% der Kinder auffällig, im Jahr 2001 nur noch 1,3%. Demgegenüber wurde Asthma bronchiale im Jahr 2001 bei 2,2% der Kinder und damit ungewöhnlich häufig diagnostiziert (davor etwas über 1% der Schulneulinge). Ein deutlicher Anstieg ist auch bei der Diagnose „Haltungsschwäche“ zu verzeichnen, 1998 waren nur 0,7% der Kinder davon betroffen, im Jahr 2001 2,4%. Andere Hautkrankheiten als Ekzeme, hauptsächlich Allergien sowie Funktionsstörungen der Schilddrüse, Angiokardiopathien (Herzfehler), Skoliosen (Verkrümmung der Wirbelsäule) und Adenoide (Polypen) werden im Durchschnitt ebenfalls bei 1-2% der Kinder festgestellt.
Wegen der geringen Fallzahlen müssen Häufigkeitsschwankungen mit Vorsicht interpretiert werden. Es bleibt abzuwarten, ob sich die Mittelohrentzündungen auf niedrigem Niveau halten und ob Ekzeme und Haltungsschwächen tatsächlich zunehmen.

2.4. Unterschiede in den Erkrankungshäufigkeiten nach Geschlecht

Bei Jungen werden in allen Jahren deutlich häufiger Verhaltensauffälligkeiten, eine auffällige Motorik und Koordination sowie Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen diagnostiziert als bei Mädchen. Die Verhaltensauffälligkeiten sind bei den Jungen sogar doppelt so häufig wie bei den Mädchen (vgl. Anhang Tabelle 5).

Darüber hinaus kommen einige Erkrankungen tendenziell bei einem Geschlecht häufiger vor als bei dem anderen, so dass in einigen Jahren ein Unterschied festzustellen ist, in anderen nicht.

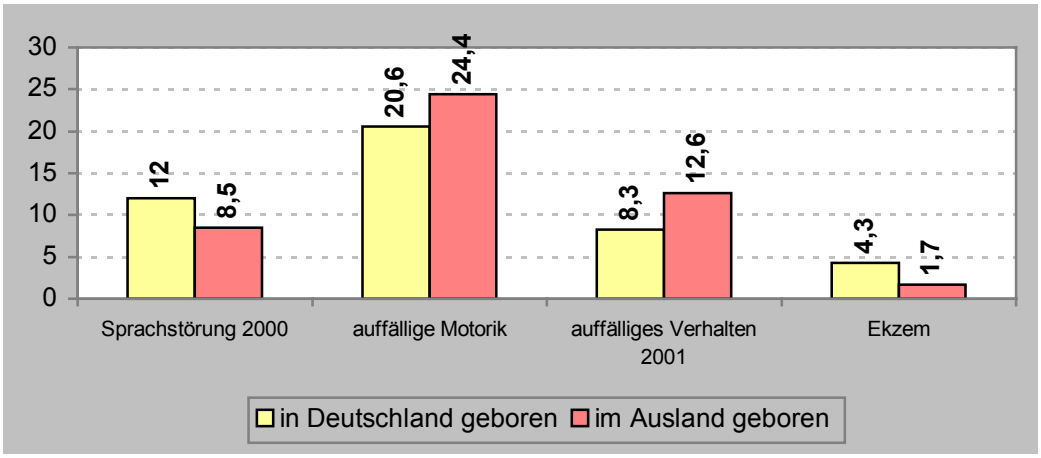


4. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit verschiedenen Befunden, getrennt nach Geschlecht, Daten von 1998 bis 2001 zusammengefasst (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Durchschnittlich 11% mehr Jungen als Mädchen haben eine auffällige Motorik, bei den Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen sind es 6%. Verhaltensauffälligkeiten werden bei 8% der Jungen und nur bei 4% der Mädchen festgestellt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Verhaltensauffälligkeiten bei Jungen häufiger als störend empfunden werden als bei Mädchen. Jungen neigen bei Problemen stärker zur Aggressivität oder Hyperaktivität, Mädchen eher zu ängstlichem oder gehemmten Verhalten. Es könnte daher auch sein, dass Verhaltensprobleme bei Mädchen seltener berichtet werden.
1 bis 2% mehr Mächen als Jungen sind im Hörtest auffällig. Ekzeme wurden im Jahr 2000 bei 1% mehr Mädchen festgestellt als bei Jungen, im Jahr 2001 waren doppelt so viele Mädchen wie Jungen betroffen (6 zu 3,5%). Hier muss weiterhin geprüft werden, ob dies den Beginn einer Entwicklung markiert.
Daneben werden bei den Jungen häufiger als bei den Mädchen Asthma bronchiale und Bronchitisches Syndrom festgestellt, bei den Mädchen häufiger Haltungsschwäche.

2.5. Unterschiede in den Erkrankungshäufigkeiten nach sozialer Lage

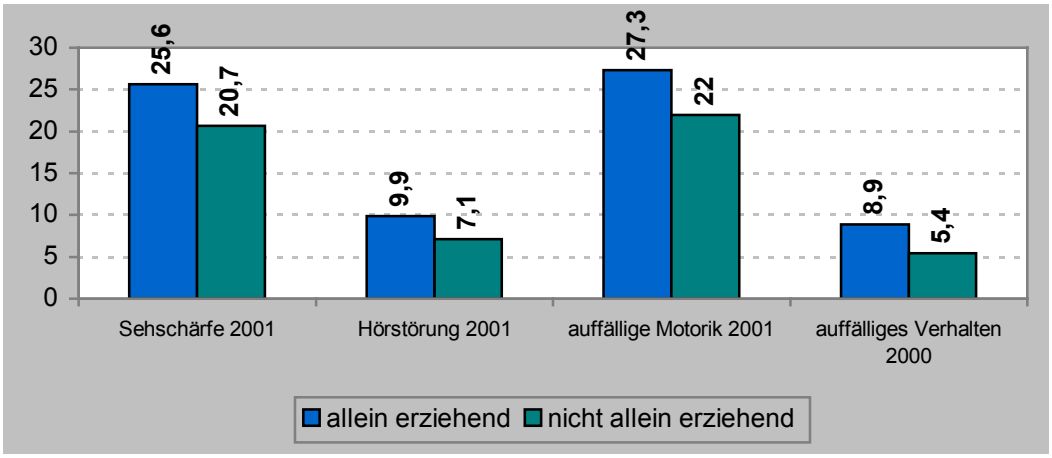
Im Ausland geborene Kinder haben im Vergleich zu in Deutschland geborenen relativ häufiger Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination (2000 und 2001) sowie Verhaltensauffälligkeiten (2001) (vgl. Anhang Tabelle 6). Demgegenüber ist bei den in Deutschland geborenen Kindern der Anteil der Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen größer (2000). Bei mangelnden Deutschkenntnissen ist die Diagnose einer Sprech-, Sprach- und Stimmstörung schwierig. Das Testmaterial ist auf deutschsprachige Kinder zugeschnitten. Darum wird vermutlich ein Teil der Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen bei im Ausland geborenen Kindern nicht erfasst.
Außerdem ist der Anteil der Kinder mit Ekzem bei in Deutschland geborenen größer als bei im Ausland geborenen. Dies kann einen tatsächlichen Unterschied in der Erkrankungshäufigkeit spiegeln oder auch daran liegen, dass ausländische Eltern die Erkrankung ihrer Kinder seltener berichten, sei es, weil sie diese gar nicht wahrnehmen oder weil sie Erkrankungen als „Makel“ empfinden.



5. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit verschiedenen Befunden, getrennt nach Geburtsland, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst, soweit nicht anders erwähnt (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Der Unterschied im Geburtsland ist am deutlichsten bei den Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination zu sehen. Durchschnittlich 4% mehr im Ausland als in Deutschland geborene Kinder werden als auffällig diagnostiziert. Verhaltensauffälligkeiten zeigen im Jahr 2001 8,3% der in Deutschland geborenen Kinder und 12,6% der im Ausland geborenen.
Bei den Sprachstörungen liegt die Quote der im Ausland geborenen Kinder nur im Jahr 2000 unter der deutscher Kinder. Im Jahr 2001 sind keine Unterschiede vorhanden.

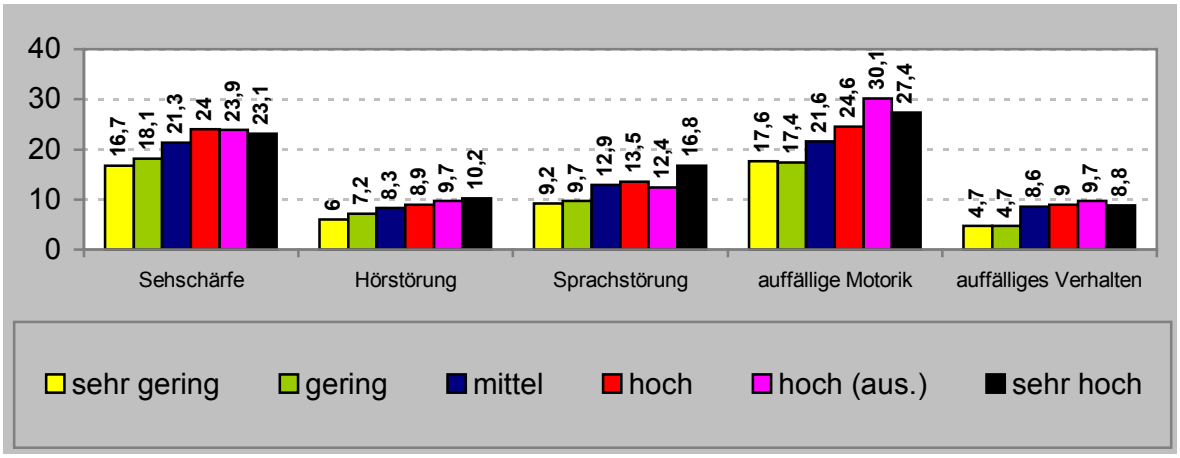
Zwischen den Kindern allein erziehender und nicht allein erziehender Eltern lassen sich in den Jahren 2000 und 2001 keine wiederholten Unterschiede feststellen. Damit kann nicht abschließend festgestellt werden, ob Unterschiede in der Häufigkeit einzelner Erkrankungen zwischen den beiden Gruppen bestehen (Tabelle 7). Allerdings fallen die gefundenen Unterschiede immer zu Lasten der Kinder allein Erziehender aus (im Jahr 2000 relativ häufiger Verhaltensauffälligkeiten, im Jahr 2001 relativ häufiger motorische Auffälligkeiten und Beeinträchtigung der Seh- und Hörleistung).



6. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit verschiedenen Befunden, getrennt nach allein erziehend (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Die Zuordnung der Kinder zu den Sozialräumen ergibt ein deutliches soziales Gefälle der Krankheitshäufigkeiten (vgl. Anhang Tabelle 8). Bei Seh-, Hör- und Sprachstörungen sowie bei Auffälligkeiten der Motorik und des Verhaltens zeigt sich in den gering bis sehr gering

belasteten Gebieten ein vergleichsweise geringer Anteil an Befunden und in den hoch und sehr hoch belasteten Gebieten ein hoher Anteil. Die Unterschiede bei den Hörstörungen sind nicht signifikant, zeigen aber in die gleiche Richtung.



7. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit verschiedenen Befunden, getrennt nach Grad der sozialen Belastung, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

2.6. Exkurs: Motorik

Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination stellen den häufigsten Befund in der Schuleingangsuntersuchung dar. Durchschnittlich 22% der in den letzten vier Jahren untersuchten Kinder fielen diesbezüglich auf. Diese Zahl richtet sich nach den Angaben des Bielefelder Modells, nach dem die Daten erhoben werden. Im Einzelnen wird dabei geprüft, wie lange ein Kind auf einem Bein stehen kann, ob es mit einem Bein hüpfen kann sowie die Grob- und Feinmotorik der Hände. Dazu zählen Drehbewegungen der Hände, Berührung der einzelnen Finger mit dem Daumen und das Zeichnen einer Linie.
Bei der Düsseldorfer Schuleingangsuntersuchung wird darüber hinaus eine erweiterte Überprüfung der Motorik durchgeführt. Es werden aber nicht immer alle Übungen konsequent durchgeführt. So fehlen für die Jahre 1998 und 1999 Angaben zum Kreuzgriff und zur Rumpfbeuge.
Die einzelnen Übungen und die Ergebnisse dazu werden näher betrachtet.

Kreuzgriff: Beim Kreuzgriff versucht das Kind, beide Hände hinter dem Rücken zusammenzuführen, wobei der eine Arm über die Schulter und der andere von unten nach oben greift. Nach Möglichkeit sollten sich die Hände berühren. Der Abstand der Hände zueinander (Minuswerte) bzw. die Überlappung (Pluswerte) wird in Zentimetern gemessen.

Rumpfvorbeuge: Das Kind steht auf einem kleinen Podest und beugt Kopf und Rumpf nach vorne und versucht, mit den Fingerspitzen die Zehen zu berühren. Der Abstand von Händen und Füßen wird in Zentimetern gemessen. Wenn es dem Kind nicht gelingt, die Fußspitzen zu berühren werden Minuswerte notiert, wenn das Kind sich tiefer als bis zu den Fußsohlen beugen kann, Pluswerte.

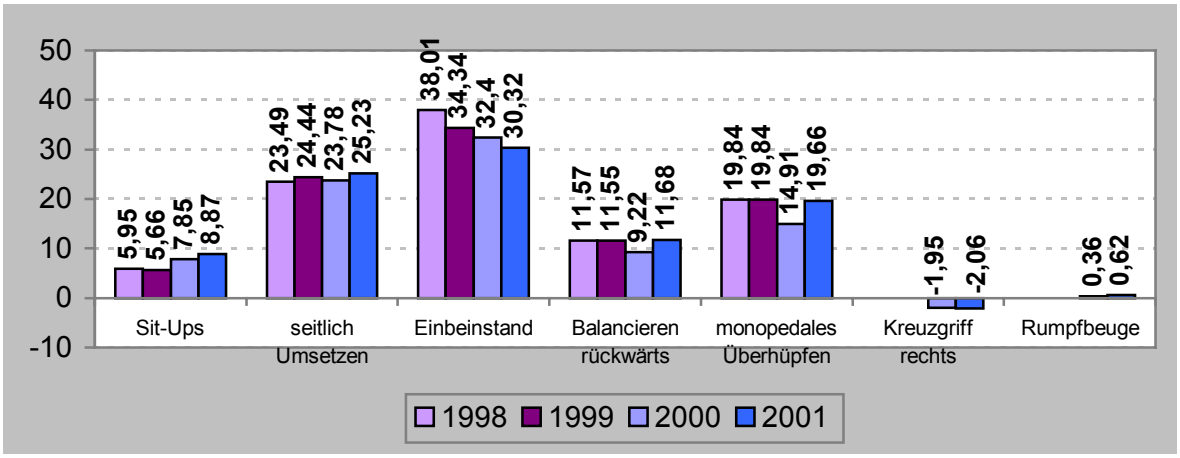
Sit-Ups: Das Kind liegt mit dem Rücken auf dem Boden und hat die Hände hinter dem Kopf verschränkt. Die Knie sind angewinkelt. Der Übungsleiter hält die Füße auf dem Boden fest. Gezählt wird, wie oft sich das Kind in 30 Sekunden aus dieser Position heraus mit dem Oberkörper aufrichten kann.

Balancieren rückwärts: Das Kind balanciert auf einem Balken rückwärts. In drei Versuchen wird gezählt, wie viele Schritte das Kind rückwärts balancieren kann, ohne den Boden zu berühren, allerdings maximal acht Schritte pro Versuch. Das Ergebnis der einzelnen Versuche wird aufaddiert.

monopedales Überhüpfen: Das Kind hüpft auf einem Bein über ein Hindernis aus Schaumstoffmatten (an denen es sich nicht verletzen kann). Je nach Anzahl der Versuche, die das Kind benötigt, um die Matte zu überspringen, werden Punkte vergeben. Mit jedem erfolgreichen Überhüpfen wird die Anzahl der Schaumstoffmatten erhöht, so dass das Hindernis immer höher wird. Das Hindernis ist 5 cm bis maximal 50 cm hoch. Die Übung wird nach festgelegten Regeln abgebrochen, wenn das Kind sie nicht schafft. Die Übung wird sowohl mit dem rechten als auch mit dem linken Bein durchgeführt und die Punkte addiert.

seitliches Umsetzen: Das Kind steht auf einem Brettchen, neben ihm liegt ein weiteres. Die Aufgabe besteht darin, das Brettchen auf die andere Seite zu legen (z.B. von rechts nach links) und darauf zu steigen, dann das freie Brettchen zu fassen und wieder auf die andere Seite zu legen, usw. Sowohl das erfolgreiche Umsetzen des Brettchens als auch das Umsteigen auf das andere Brett werden als ein Punkt berechnet. Gezählt wird, wie oft das Kind in 20 Sekunden umsetzen kann. Die Punktzahl aus zwei Durchgängen wird addiert.

Die folgende Grafik gibt die Mittelwerte der einzelnen Übungen aus den letzten Jahren wieder (vgl. Anhang Tabelle 69+70).

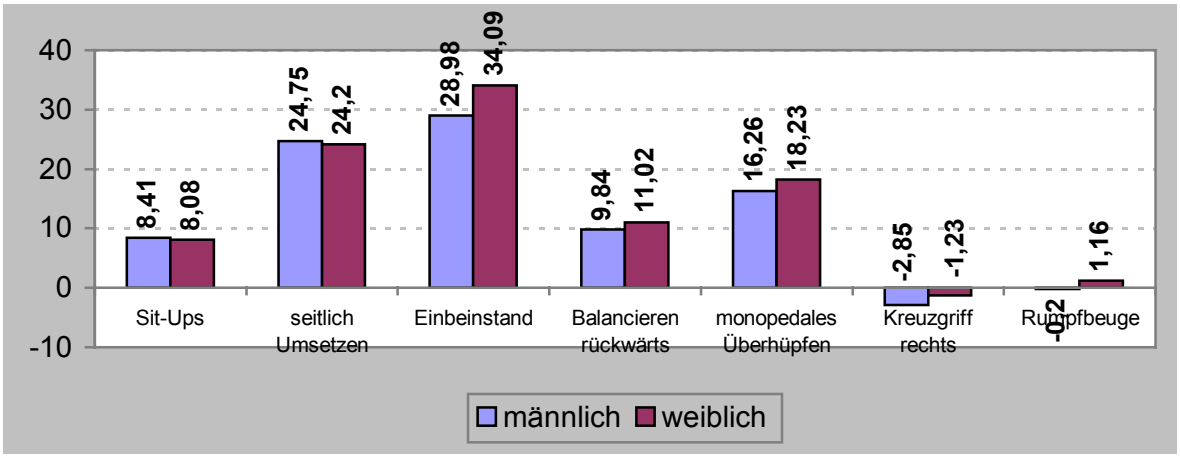


8. Abb.: Mittelwerte der Schulneulinge bei den motorischen Übungen getrennt nach Untersuchungsjahr (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Die Sit-Ups sind in den letzten Jahren mehr geworden. 1998 schaffte ein Kind noch durchschnittlich 6 Sit-Ups in einer halben Minute, 2001 waren es 9. Die Leistung beim seitlichen Umsetzen liegt bei rund 24, d.h. innerhalb von 40 Sekunden verlagert ein Kind 12-mal das Brettchen und 12-mal sich selbst. Zur Zeit schaffen es die Kinder durchschnittlich 15 Sekunden auf einem Bein zu stehen (Werte hier für beide Beine zusammengefasst). Bei dem Rückgang der Leistung über die Jahre handelt es sich vermutlich um eine Messungenauigkeit. Die Kinder schaffen durchschnittlich bei 3 Versuchen 12 Schritte rückwärts zu balancieren. Die Durchschnittliche Punktzahl beim Hindernishüpfen liegt bei 20 Punkten. Das entspricht in etwa einer durchschnittlichen Hindernishöhe von 15 cm. Der Kreuzgriff im Rücken gelingt

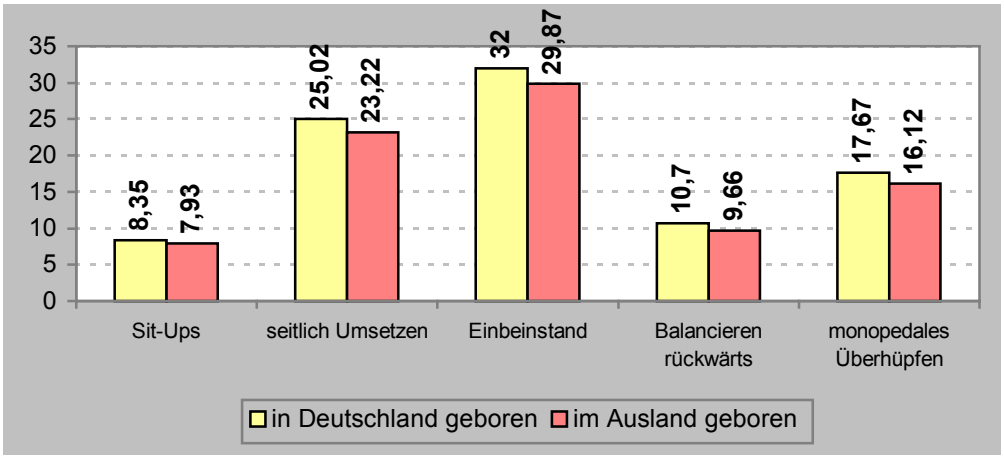
im Durchschnitt nicht, es fehlen 2 cm bis sich die Hände berühren. Bei der Rumpfbeuge kommen die Kinder bis an die Fußsohlen heran.

Jungen zeigen mehr motorische Auffälligkeiten als Mädchen. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in den Leistungen der einzelnen Übungen wider (vgl. Anhang Tabelle 71+72).



9. Abb.: Mittelwerte der Schulneulinge bei den motorischen Übungen getrennt nach Geschlecht, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Bis auf die Übungen „Sit-Ups“ und „seitlich Umsetzen“ sind die Mädchen bei den sportlichen Übungen besser als die Jungen. Diese Unterschiede sind fast durchgängig von 1998 bis 2001 signifikant. Ausnahmen bilden die Sit-Ups im Jahr 1998 und 2001 sowie die Übung seitlich Umsetzen im Jahr 2001. Daraus kann geschlossen werden, dass die Mädchen bei den Übungen insgesamt besser abschneiden als die Jungen.

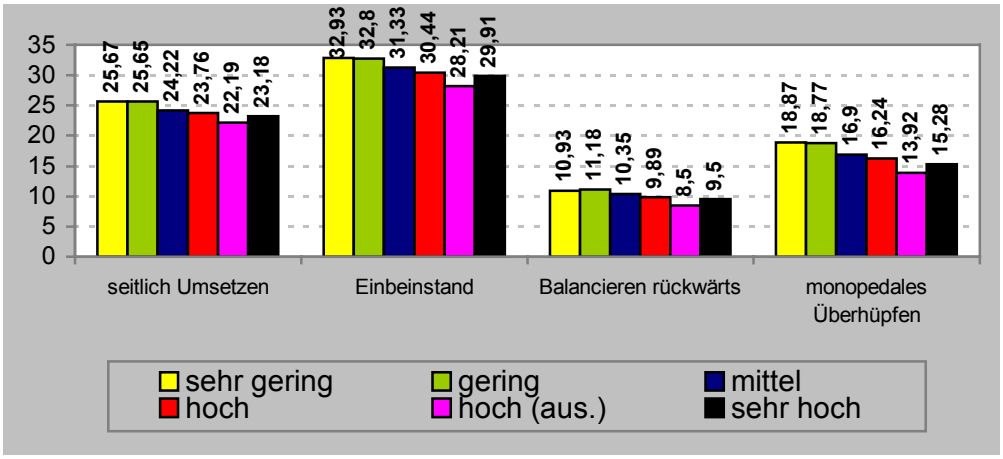


10. Abb.: Mittelwerte der Schulneulinge bei den motorischen Übungen getrennt nach Geburtsland, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Auch zwischen den in Deutschland geborenen und den im Ausland geborenen Kindern sind die Mittelwertsunterschiede zwar nicht sehr groß aber signifikant (außer bei den Sit-Ups im Jahr 2001) (vgl. Anhang Tabelle 73).

Bei den Kindern allein Erziehender sind nur vereinzelt schlechtere Leistungen im Vergleich zu den Kindern nicht allein Erziehender festzustellen (vgl. Anhang Tabelle 74). Im Jahr 2001

waren sie bei dem Balancieren rückwärts, beim monopedalen Überhüpfen und beim Kreuzgriff schlechter. Die Kinder allein Erziehender fielen im Jahr 2001 auch mit mehr Störungen der Motorik und der Koordination auf (vgl. Seite 6).

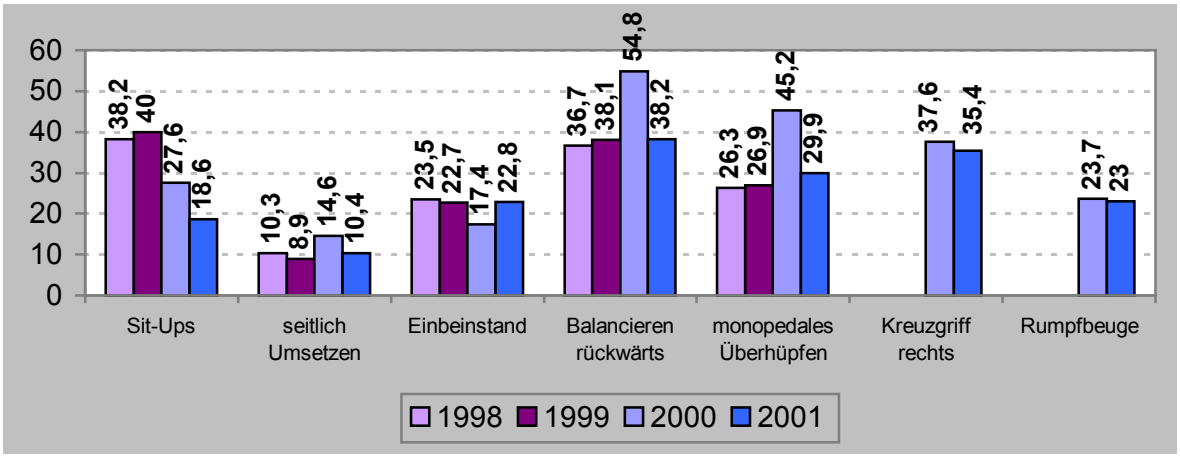


11. Abb.: Mittelwerte der Schulneulinge bei den motorischen Übungen getrennt nach Grad der sozialen Belastung, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Zwischen den Gruppen mit unterschiedlich belastetem Umfeld sind vier (siehe Grafik) der sieben Übungen signifikant verschieden (vgl. Anhang Tabelle 75).

Der Kinder- und Jugendärztlichen Dienst hat Erfahrungswerte gesammelt, ab welcher Punktzahl bei einer bestimmten Übung die Leistung als motorisch auffällig zu werten ist. Danach kann untersucht werden, ob sich die einzelnen Gruppen in der Häufigkeit auffälliger Kinder unterscheiden.

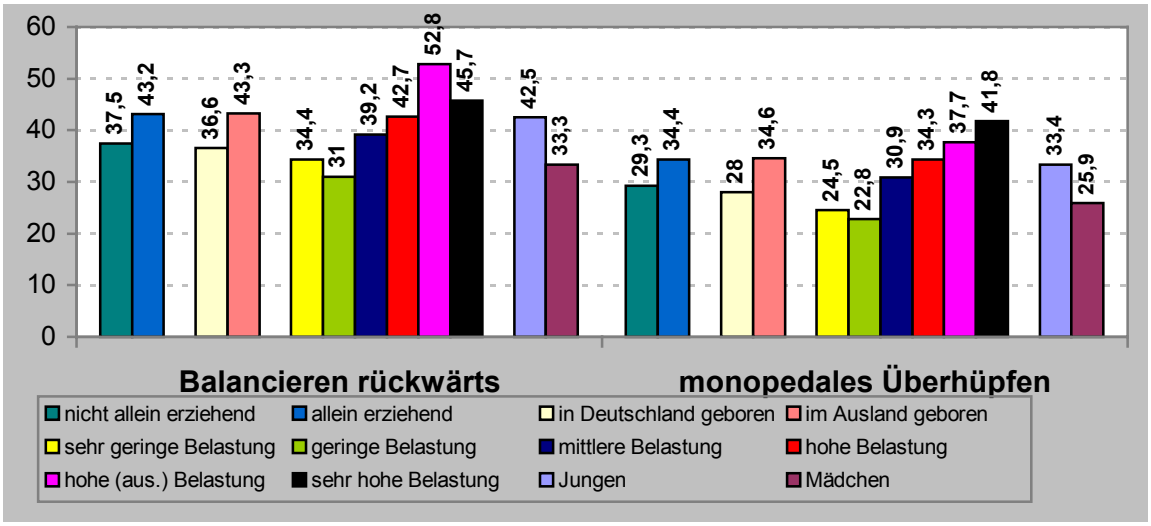
Bei den Sit-Ups gilt als motorisch auffällig, wenn sich ein Kind weniger als 6-mal in 30 Sekunden aufrichten kann. Beim seitlichen Umsetzen sollten 18 Punkte erreicht werden, beim monopedalen Überhüpfen mindestens 13. Beim Balancieren rückwärts gelten weniger als 10 Schritte als auffällig. Darüber hinaus sollte ein Kind im Einschulungsalter wenigstens 10 Sekunden auf einem Bein stehen können und sich mit dem Rumpf soweit nach vorne beugen können, dass die Fingerspitzen die Fußsohlen berühren. Beim Kreuzgriff im Rücken liegt der durchschnittliche Wert bei einer Annäherung der Hände auf 2 Zentimeter.



12. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit auffälligen Werten bei den motorischen Übungen getrennt nach Untersuchungsjahr (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Die Anzahl der Kinder, die einen definierten Mindestwert nicht erreichen, variiert sehr stark je nach Übung (vgl. Anhang Tabelle 68). Geht man davon aus, dass ungefähr 22% der Kinder motorisch auffällig sind, entspricht das in etwa den Ergebnissen, die aus der Rumpfbeuge resultieren. Der Einbeinstand wird bei dem Befund „Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination“ mitberücksichtigt und liegt deshalb in der gleichen Größenordnung. Die Übung mit dem seitlichen Umsetzen der Brettchen scheint vergleichsweise einfach (hier ist möglicherweise der Grenzwert zu niedrig angesetzt), während das Rückwärtsbalancieren und das Überhüpfen eines Hindernisses auf einem Bein besonders schwierig sind. Auch der Kreuzgriff hinter dem Rücken fällt über 35% der Kinder schwer. Bei den Sit-Ups ist die Zahl der Kinder, die weniger als 6 Übungen schaffen, in den letzten Jahren zurückgegangen.
Nach den sportlichen Übungen ist der Anteil der motorisch auffälligen Kinder höher, als nach der Einschätzung gemäß dem Bielefelder Modell zu erwarten ist. Die sportlichen Übungen verlangen aber auch mehr von den Kindern als dies für die Diagnose „Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination“ erforderlich ist.

Vergleicht man die Ergebnisse aus der Überprüfung der Mittelwerte mit denen, die man bei dem Vergleich auffälliger und nicht auffälliger Kinder erhält, ergibt sich für das Geschlecht ein ähnliches Bild. Es gibt mehr auffällige Jungen als auffällige Mädchen, bei den Sit-Ups und der Übung seitlich Umsetzen trifft das nicht zu.
Kinder mit ausländischen Geburtsland sind häufiger auffällig als die in Deutschland geborenen. Die Ergebnisse stimmen auch hier mit denen aus der Mittelwertsberechnung überein. Signifikante Unterschiede kommen mit zwei Ausnahmen in den Übungen Sit-Ups, seitliches Umsetzen, Einbeinstand, Balancieren rückwärts und monopedales Überhüpfen vor.
Bei den allein Erziehenden sind die Kinder im Jahr 2001 häufiger als in der Vergleichsgruppe motorisch auffällig. Auch das deckt sich mit den anderen Ergebnissen. Bei der sozialräumlichen Gliederung sind ebenfalls die Kinder aus den benachteiligten Sozialräumen bei den gleichen Variablen häufig auffällig, bei denen sie auch niedrigere Mittelwerte aufweisen. Zur Veranschaulichung zeigt die folgende Grafik den Anteil der Kinder nach sozialen Gruppen, die bei zwei der Übungen auffällig sind.



13. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit auffälligen Werten bei dem Balancieren rückwärts und dem monopedalen Überhüpfen getrennt nach allein erziehend, Geburtsland, Grad der sozialen Belastung und Geschlecht, Daten von 2001 (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

In diesem Fall sind nur die Daten von 2001 dargestellt, da im Jahr 2000 auffällig viele Kinder gerade bei diesen beiden Übungen schlecht abgeschnitten haben. Die Gründe dafür sind unklar, daher werden nur die Zahlen von 2001 zur Veranschaulichung herangezogen. Es zeigt sich ein erheblicher Anstieg des Anteils der Kinder mit motorischen Auffälligkeiten über die Ausprägungen der sozialen Belastung. Auch sind die Jungen deutlich häufiger auffällig als die Mädchen und die im Ausland geborenen häufiger als die in Deutschland geborenen. Zu beachten ist, dass nach den Befunden der Schuleingangsuntersuchung rund 24 bis 34% der Kinder, die unter günstigsten sozialen Bedingungen leben, die schwierigen Übungen nicht in gewünschtem Ausmaß beherrschen.

Die motorischen Befunde sind alle untereinander korreliert. Am stärksten ist der Zusammenhang zwischen „auffälliger Motorik“ und dem „Einbeinstand“. Das ist zu erwarten, da das Ergebnis des Einbeinstands in die Diagnose „auffällige Motorik“ mit einbezogen wird. Darüber hinaus korreliert „auffällige Motorik“ am stärksten mit „Balancieren rückwärts“ und „monopedalem Überhüpfen“. Die Übung „monopedales Überhüpfen“ hat die höchsten Zusammenhänge mit allen anderen Übungen, sie liegen zwischen .3 und .5. Das „Balancieren rückwärts“ ist in dieser Höhe auch mit dem „Einbeinstand“ und dem „seitlichen Umsetzen“ korreliert, der gemeinsame Anteil ist hier vermutlich das Gleichgewicht.

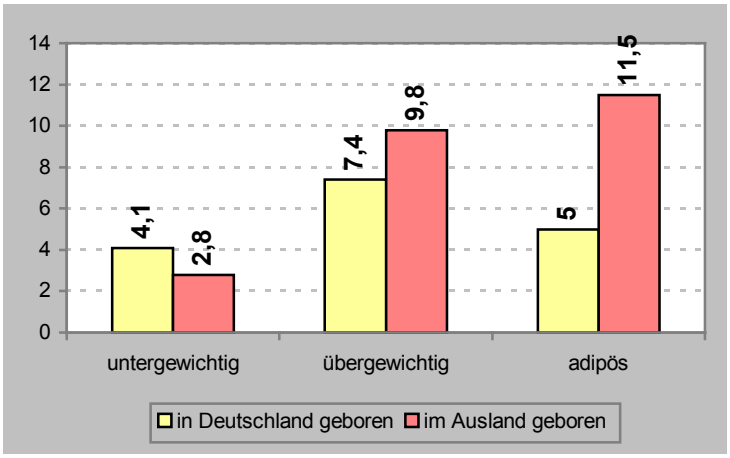
2.7. Übergewicht bei Schulneulingen

Für die Feststellung des Übergewichts werden bei den Kindern in der Schuleingangsuntersuchung Größe und Gewicht gemessen. Daraus errechnet sich der Body-Mass-Index. Die Zuordnung in die Kategorie Übergewicht wird nach den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ vorgenommen. Die Bezeichnung Übergewicht bezieht sich dabei auf die Kinder, bei denen der Body-Mass-Index im Bereich der oberen 10% der Werteverteilung liegt (genauer zwischen dem 90. und 97. Perzentil). Die Bezeichnung Adipositas, also extremes Übergewicht, wird den Werten im Bereich der oberen 3% der Werteverteilung zugeordnet. Analog dazu wird das Untergewicht am unteren Ende der Werteverteilung berechnet. Da diesen Daten eine genaue Messung zu Grunde liegt, sind die Ergebnisse zum Übergewicht im Vergleich zu den Elternaussagen „harte Daten“ und damit ein besonders verlässliches Maß.

In den Jahren 1998 bis 2001 waren 8,6, 8,1, 8,0 und 7,8 Prozent der Kinder übergewichtig und 6,1, 6,6, 6,4 und 6,3 Prozent der Kinder adipös. Damit sind rund 14% der Schulneulinge zu dick (vgl. Anhang Tabelle 9).

Jungen und Mädchen unterscheiden sich nicht in der Verteilung von Über- und Untergewicht. Lediglich im Jahr 2000 wichen die Häufigkeiten beim Übergewicht bei den Jungen nach unten und den Mädchen nach oben ab. Auch zwischen Kindern allein erziehender und nicht allein erziehender Eltern gibt es keine Unterschiede (vgl. Anhang Tabelle 10+12).

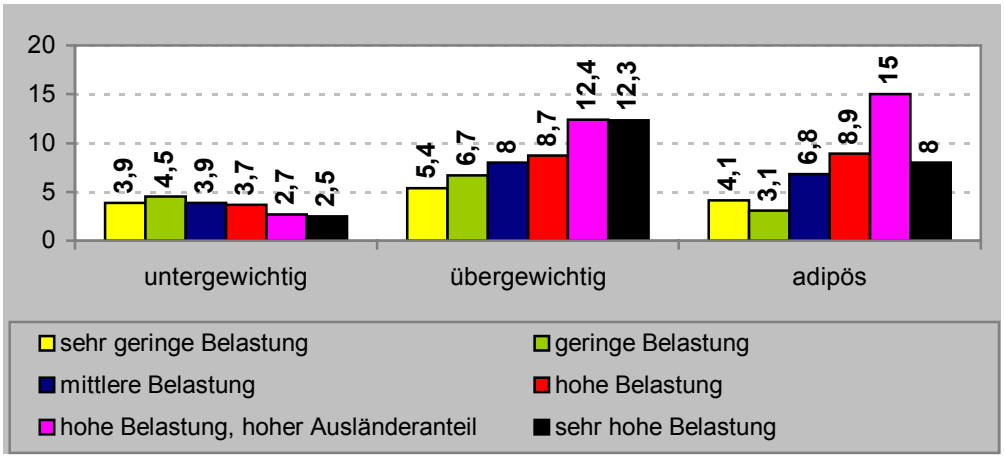
Groß sind die Unterschiede nach Geburtsland (vgl. Anhang Tabelle 11). Die im Ausland geborenen Kinder sind relativ häufiger übergewichtig und adipös als die in Deutschland geborenen Kinder. Besonders das sehr starke Übergewicht (Adipositas) kommt bei Kindern mit ausländischem Geburtsland gehäuft vor.



14. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit auffälligem Gewicht, getrennt nach Geburtsland, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Von den Kindern mit ausländischem Geburtsland sind relativ betrachtet mehr als doppelt so viele adipös als Kinder mit deutschem Geburtsland. Ungefähr 3% mehr sind übergewichtig. Untergewicht kommt eher selten und häufiger bei in Deutschland geborenen Kindern vor.

Die Kinder aus Sozialräumen mit hoher und sehr hoher sozialer Belastung sind häufiger übergewichtig und adipös als die Kinder aus gering und sehr gering belasteten Sozialräumen (vgl. Anhang Tabelle 13). Auch hier fällt in den Sozialräumen mit hoher Belastung und einem hohen Ausländeranteil der Anteil der adipösen Kinder besonders hoch aus. Neben der hohen sozialen Belastung scheint ein ausländischer Hintergrund ein zusätzlicher Risikofaktor für extremes Übergewicht zu sein. Untergewicht kommt vergleichsweise häufiger in Sozialräumen mit geringer Belastung vor als in den anderen.



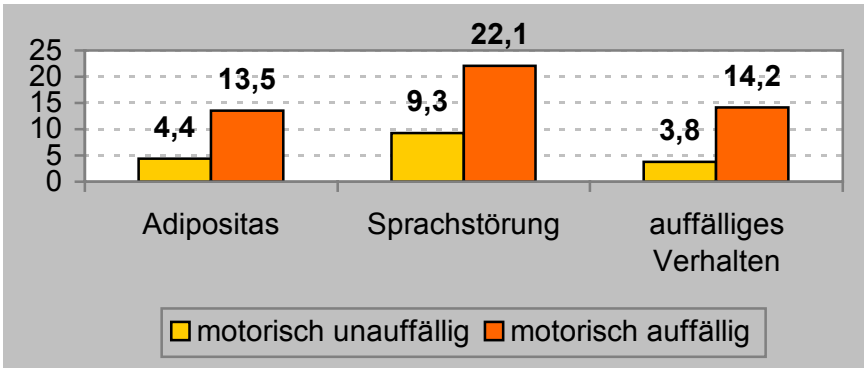
15. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit auffälligem Gewicht, getrennt nach Grad der sozialen Belastung, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

2.8. Der Zusammenhang zwischen den Befunden

Bei einigen Befunden der Schuleingangsuntersuchung ist ein Zusammenhang zu vermuten. Insbesondere zwischen Übergewicht und motorischen Auffälligkeiten ist das zu erwarten. Deshalb werden einige ausgesuchte Variablen hier genauer betrachtet, das sind Auffälligkeiten

der Motorik und der Koordination, Übergewicht, auffälliges Verhalten und Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen (vgl. Anhang Tabelle 44-67).
Dabei zeigt sich, dass die auffällige Motorik sowohl mit dem Gewicht, mit dem Verhalten und der Sprache korreliert ist. Kinder, die motorisch auffällig sind, sind besonders häufig übergewichtig und adipös und umgekehrt, während unter den motorisch nicht auffälligen Kindern deutlich weniger sehr dicke Kinder sind. Ebenfalls zeigt sich eine Häufung von Kindern, die sowohl motorisch als auch verhaltensauffällig sind. Die Zahl der Kinder mit nur einer dieser beiden Befunde liegt deutlich unter der Erwartung. Das gleiche Ergebnis findet sich auch bei Kindern mit motorischen Auffälligkeiten und Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen. Weniger stark ist die Abhängigkeit von Verhaltensauffälligkeiten und Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen. Aber auch hier gibt es eine Häufung von Kindern mit beiden Befunden. Unter der Bedingung einer Sprech-, Sprach- und Stimmstörung haben doppelt so viele Kinder eine Verhaltensauffälligkeit als unter der Bedingung keine Sprech-, Sprach- und Stimmstörung. Alle Korrelationen liegen jeweils unter .2 und sind damit sehr gering. Zusammenhänge zwischen dem Gewicht mit dem Verhalten und der Sprache gibt es keine.

Ein Kausalzusammenhang ist aus den Ergebnissen nicht ableitbar. Es kann sich sowohl die Fettleibigkeit auf die Motorik auswirken, als auch umgekehrt. Die Motorik ist aber am häufigsten mit anderen Störungsbildern korreliert und dient deshalb als Ausgangsbasis für die folgende Abbildung.



16. Abb.: Prozentuale Anteile von Kindern mit Adipositas, Sprachstörung und Verhaltensauffälligkeit jeweils unter der Bedingung „motorisch auffällig“ und „motorisch unauffällig“, Daten von 1998 bis 2001 zusammengefasst, bei Adipositas Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

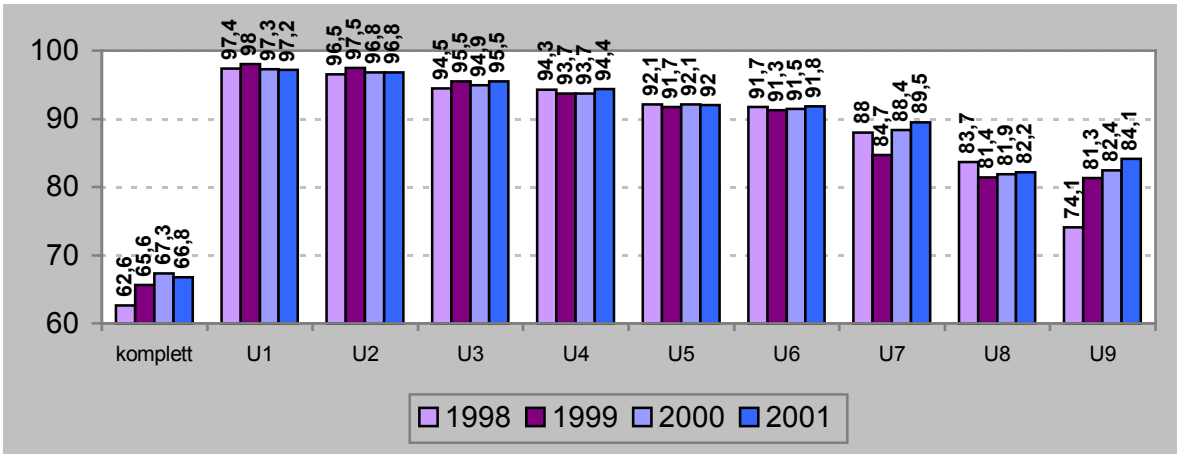
3. Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen bei Schulneulingen

Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 wird bei der Schuleingangsuntersuchung durch die Vorlage des Vorsorgeheftes dokumentiert (vgl. Anhang Tabelle 14). Bei der Auswertung der Inanspruchnahme können somit nur die Kinder berücksichtigt werden, die das Vorsorgeheft vorgelegt haben. In den letzten vier Jahren waren das 88,3%, 85,8%, 86,4% und 85,9% der Schulneulinge.

Die Vorsorgeuntersuchungen beginnen bei der Geburt, die U2 wird zwischen dem 3. und 10. Tag, die U3 zwischen der 4. und 6. Woche, die U4 zwischen dem 3. und 4. Monat, die U5 zwischen dem 6. und 7. Monat, die U6 zwischen dem 10. und 12. Monat und die U7 zwischen dem 22. und 24. Monat durchgeführt. Im dritten Lebensjahr findet keine Vorsorgeuntersu

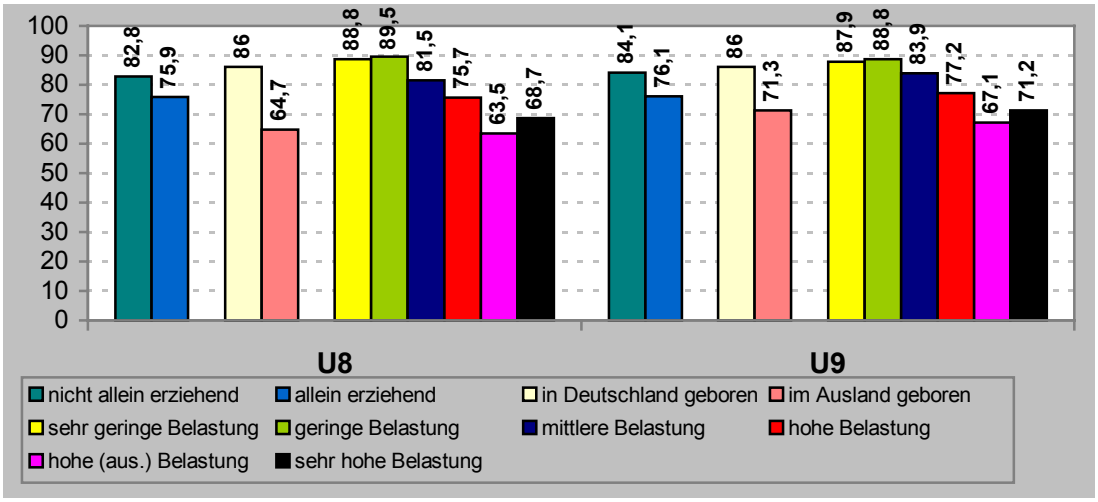
chung statt. Erst mit 42 bis 48 Monaten wird die U8 und mit 60 bis 64 Monaten die U9 durchgeführt. Dadurch nehmen an der U8 und U9 meistens weniger Kinder teil als davor.

Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9, beginnend bei der Geburt des Kindes bis zum 5. Lebensjahr, nimmt kontinuierlich ab. Ausgehend von 97% bei der U1, fällt die Beteiligungsquote jährlich um etwa 1% bis zur U6 ab, danach in größeren Schritten, bei der U7 liegt die Beteiligung bei ungefähr 88%. An der U8 und U9 nehmen dann nur noch 82% und weniger teil. Die Entwicklung ist über die Jahre relativ konstant, allerdings lässt sich bei den U6 bis U8, insbesondere aber der U9, in den Jahren 1999 bis 2001 ein Anstieg verzeichnen. Seit 1998 schreibt der Kinder- und Jugendärztlichen Dienst die Eltern vor der U9 an und erinnert an die Vorsorgeuntersuchung (vgl. Anhang Tabelle 19).



17. Abb.: Prozentuale Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen, getrennt nach Untersuchungsjahr (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

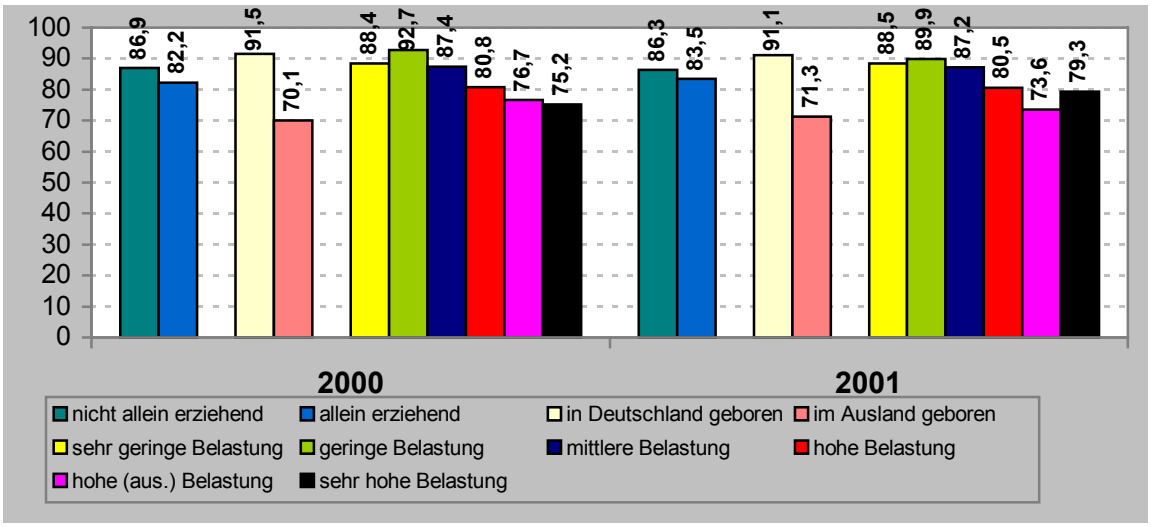
Jungen und Mädchen nutzen die Vorsorgeuntersuchungen gleich häufig (vgl. Anhang Tabelle 20). Die Teilnahme an der U8 und der U9 ist bei Kindern von allein Erziehenden, Kindern mit ausländischen Geburtsland und aus vergleichsweise belasteten Sozialräumen besonders niedrig (vgl. Anhang Tabelle 21-23). Die allein erziehenden Eltern nutzen nur die U8 und die U9 seltener als die zu zweit Erziehenden. Kinder mit ausländischem Geburtsland und einem sozial belasteten Umfeld nehmen darüber hinaus an allen Vorsorgeuntersuchungen seltener teil als ihre jeweiligen Vergleichsgruppen.



18. Abb.: Prozentuale Teilnahme der Kinder an der U8 und U9, getrennt nach allein erziehenden Status, Geburtsland und Grad der sozialen Belastung, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

3.1. Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen im ungünstigsten Fall

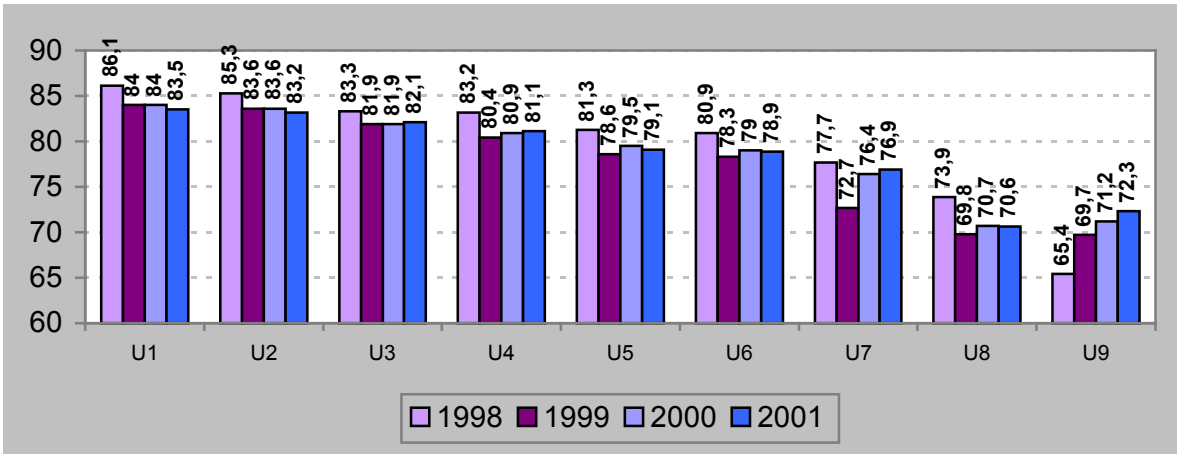
Es ist zu berücksichtigen, dass die Teilnahmequoten nur bei Vorlage des Vorsorgeheftes ermittelt werden können. Allerdings gibt es bereits Unterschiede in der Vorlage der Hefte (vgl. Anhang Tabelle 16-18).



19. Abb.: Prozentualer Anteil der Kinder, die das Vorsorgeheft vorgelegt haben, getrennt nach allein erziehenden Status, Geburtsland und Grad der sozialen Belastung (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

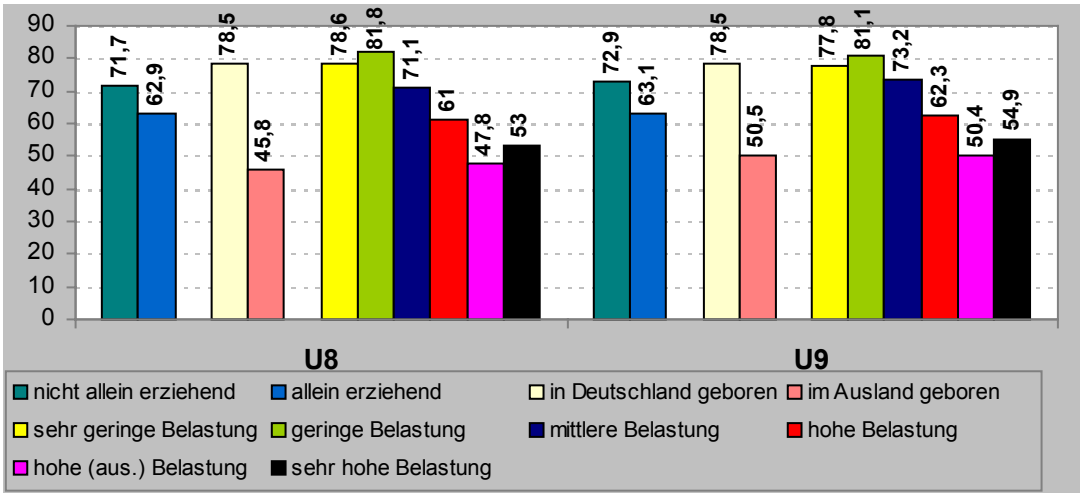
Bereits bei der Vorlage der Hefte zeigen sich Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen in erwarteter Richtung. Kinder allein erziehender Eltern, Kinder mit ausländischem Geburtsland und Kinder aus sozial benachteiligten Gebieten bringen das Vorsorgeheft seltener zur Schuleingangsuntersuchung mit.

Geht man davon aus, dass alle Kinder, die ihre Vorsorgeuntersuchungen nicht belegen können auch nicht teilgenommen haben (ungünstigster Fall), ergibt sich folgendes Bild:



20. Abb.: Prozentuale Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen, wenn auch die Kinder, die das Vorsorgeheft nicht vorgelegt haben berücksichtigt werden, getrennt nach Untersuchungsjahr (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Bezieht man die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen auf alle Kinder, die in der Schuleingangsuntersuchung erfasst wurden, ergibt sich ein ungünstigeres Bild. Nur durchschnittlich 84% aller Kinder nehmen die U1 und U2 war, 82% die U3. Die Teilnahmequoten sinken bis zur U6 auf 79%. 77% nehmen noch an der U7 und nur 71% an der U8 und U9 teil. Insgesamt liegen die Quoten damit im schlechtesten Fall 11% bis 13% unter denen, die im günstigsten Fall zu erwarten wären (vgl. Anhang Tabelle 24).

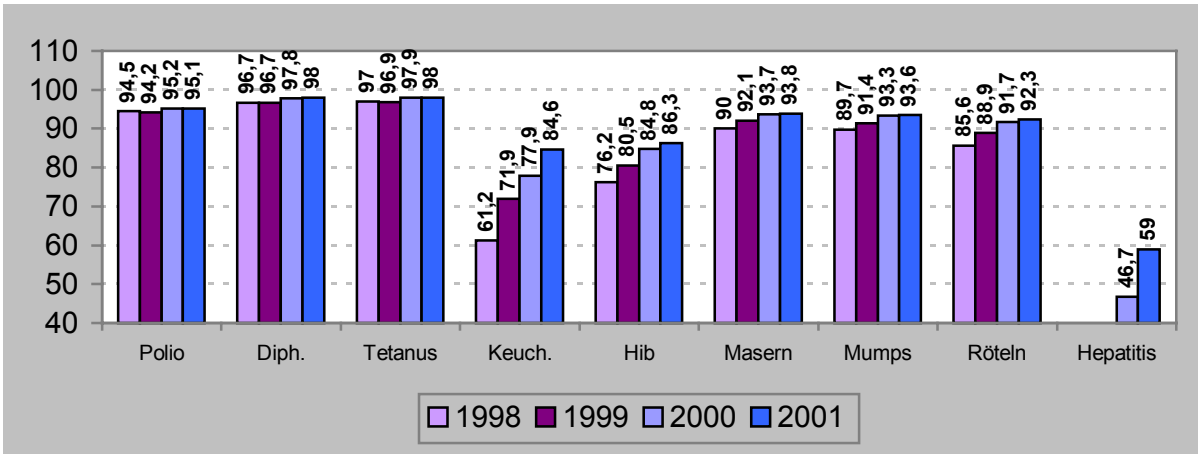


21. Abb.: Prozentuale Teilnahme aller Kinder, auch der die das Vorsorgeheft nicht vorgelegt haben, an der U8 und U9, getrennt nach allein erziehenden Status, Geburtsland und Grad der sozialen Belastung, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

Im ungünstigsten Fall vergrößern sich die Unterschiede zwischen den Teilnahmequoten der Kinder allein Erziehender und nicht allein Erziehender von 8% auf 10% gegenüber dem günstigsten Fall. Kinder mit deutschem und ausländischem Geburtsland unterscheiden sich nach der ersten Berechnung um 15% bis 20%, im schlechtesten Fall um 30%. Die Unterschiede der am niedrigsten und höchsten belasteten Sozialräume liegen bei 23% bis 25%, das sind 5-6% mehr als im günstigsten Fall zu erwarten wären.

4. Inanspruchnahme der Impfungen bei Schulneulingen

Ein ausreichender Impfschutz ist weniger gut ermittelbar als die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen. Zum Einen wechseln die Impfempfehlungen des Robert-Koch-Instituts je nach aktuellem Kenntnisstand, zum Anderen ist der Impfschutz je nach Alter bei der Impfung und der jeweiligen Kombination mit anderen Präparaten unterschiedlich. Die hier definierten Anzahlen sind als Mindestanforderungen zu verstehen (vgl. Anhang Tabelle 25). Zunächst werden hier die Daten der Kinder ausgewertet, die das Impfheft vorgelegt haben.

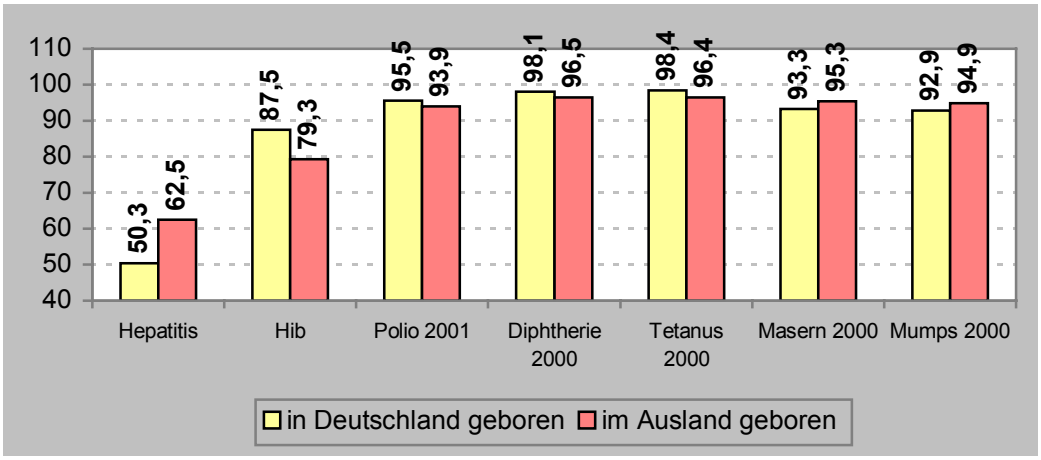


22. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit ausreichendem Impfschutz (Polio (3x), Diphtherie (3x), Tetanus (3x), Masern (1x), Mumps (1x), Röteln (1x), Keuchhusten (4x), Hämophilus influenzae Typ B (3x) und Hepatitis B (3x)), getrennt nach Untersuchungsjahr (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Der Anteil der gegen Diphtherie und Tetanus geimpften Kinder ist mit 98% sehr hoch, die Durchimpfungsrate von Polio liegt bei 95%. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren nahezu konstant. Die Durchimpfungsrate gegen Masern und Mumps liegt derzeit bei knapp 94%. Sie ist in den letzten vier Jahren um insgesamt 4% angestiegen. Der Impfschutz gegen Röteln liegt mit 92% niedriger, ist aber in den letzten vier Jahren um 7% angestiegen. Die Impfungen gegen Keuchhusten (Pertussis), Hib (Hämophilus influenzae Typ B) und Hepatitis B (Daten für 1998 und 1999 nicht verfügbar) setzen sich zunehmend durch. Der Anteil der mindestens 4-mal gegen Keuchhusten geimpften Kinder ist um über 20% auf 84,6% gestiegen, die 3-malige Impfung gegen Hämophilus influenzae Typ B ist von 76% auf 86% gestiegen (diese Erkrankung geht mit hohem Fieber einher und ist besonders in den ersten Lebensjahren gefährlich). Die Durchimpfung gegen Hepatitis B liegt derzeit bei 60%.

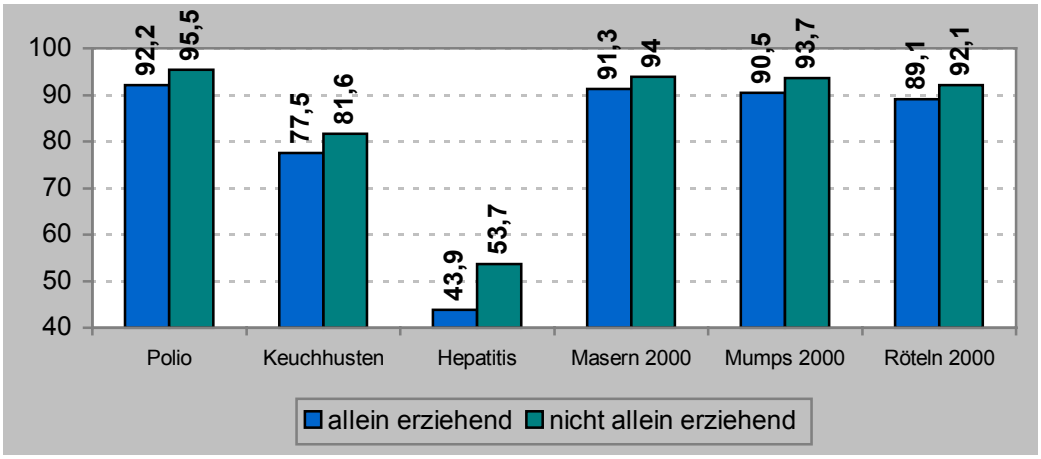
Die Impfungen bei Jungen und Mädchen unterscheiden sich kaum und werden deshalb hier nicht gesondert dargestellt (vgl. Anhang Tabelle 26). Im Jahr 2001 waren allerdings Mädchen bei einer Reihe von Impfungen etwas häufiger geimpft als Jungen.

Bei den anderen hier gesondert untersuchten Gruppen zeigen sich Unterschiede in den Impfquoten (vgl. Anhang Tabelle 27-29).



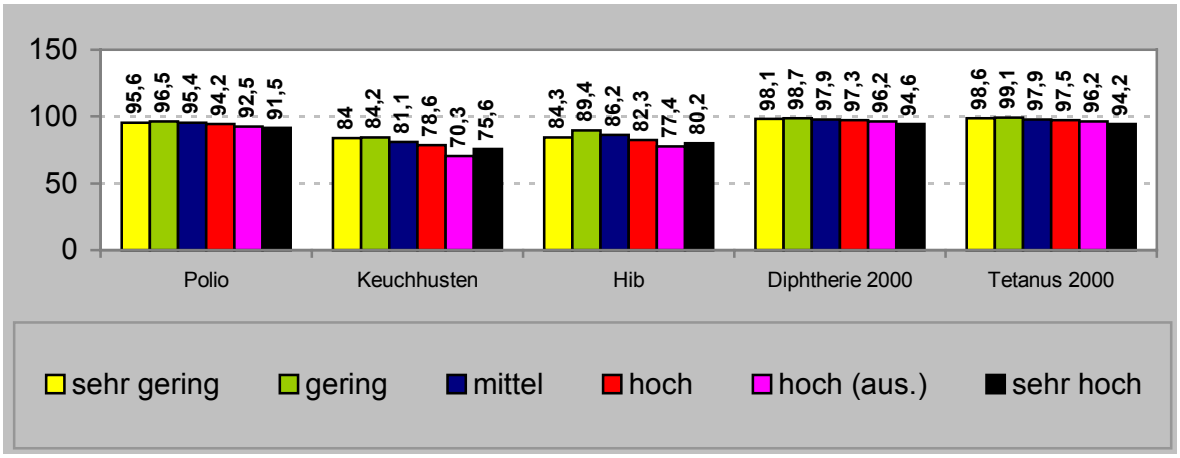
23. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit ausreichendem Impfschutz, getrennt nach Geburtsland, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst, soweit nicht anders erwähnt (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Die Unterschiede nach Geburtsland sind nicht so gravierend. Es zeigt sich allerdings, dass die im Ausland geborenen Kinder etwas schlechter bei den Impfungen im ersten Lebensjahr (besonders Hämophilus Influenzae Typ B, in einzelnen Jahren auch Diphtherie, Tetanus (2000) und Polio (2001)) abschneiden. Das ist nicht weiter verwunderlich, da sie zu dieser Zeit vermutlich noch im Ausland waren und dort andere Impfempfehlungen gelten als in Deutschland. Die im Ausland geborenen Kinder sind allerdings besser als die in Deutschland geborenen gegen Hepatitis B geimpft sowie im Jahr 2000 auch besser als erwartet gegen Masern und Mumps.



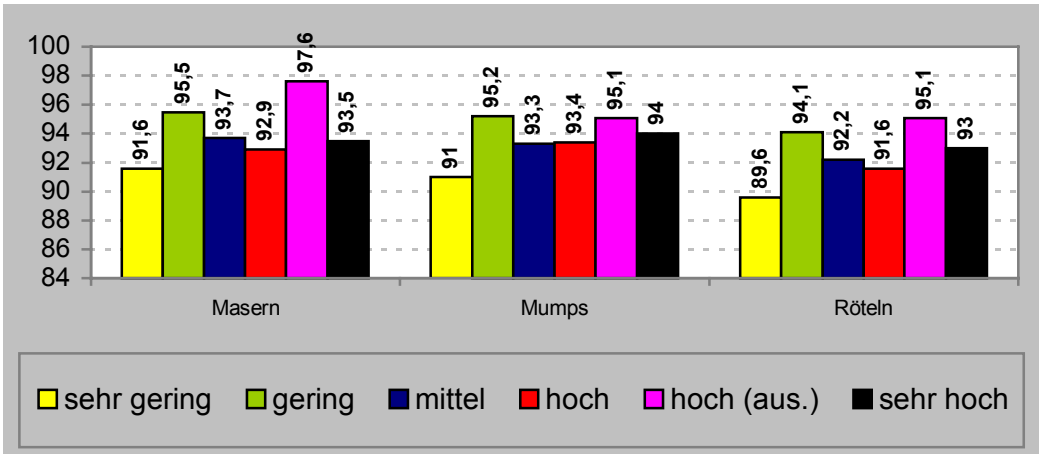
24. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit ausreichendem Impfschutz, getrennt nach allein erziehend, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst, soweit nicht anders erwähnt (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Die Kinder allein erziehender Eltern sind schlechter gegen Polio (3%), Keuchhusten (4%) und Hepatitis B (10%) geimpft als die nicht allein erziehender Eltern. Im Jahr 2000 fiel auch die MMR-Impfquote schlechter aus (3%).



25. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit ausreichendem Impfschutz, getrennt nach Grad der sozialen Belastung, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst, soweit nicht anders erwähnt (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Die Kinder, die Sozialräumen mit hoher und sehr hoher Belastung zugeordnet sind, sind schlechter als die aus besser gestellten Sozialräumen gegen Polio, Keuchhusten und Hämophilus Influenzae Typ B geimpft, für die Zahlen aus dem Jahr 2000 gilt das auch für Diphtherie und Tetanus. Die Unterschiede zwischen der am besten und der am schlechtesten geimpften Gruppe betragen 4%, bei der Keuchhustenimpfung sogar 8%.



26. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit ausreichendem Impfschutz, getrennt nach Grad der sozialen Belastung, Daten von 2001 (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

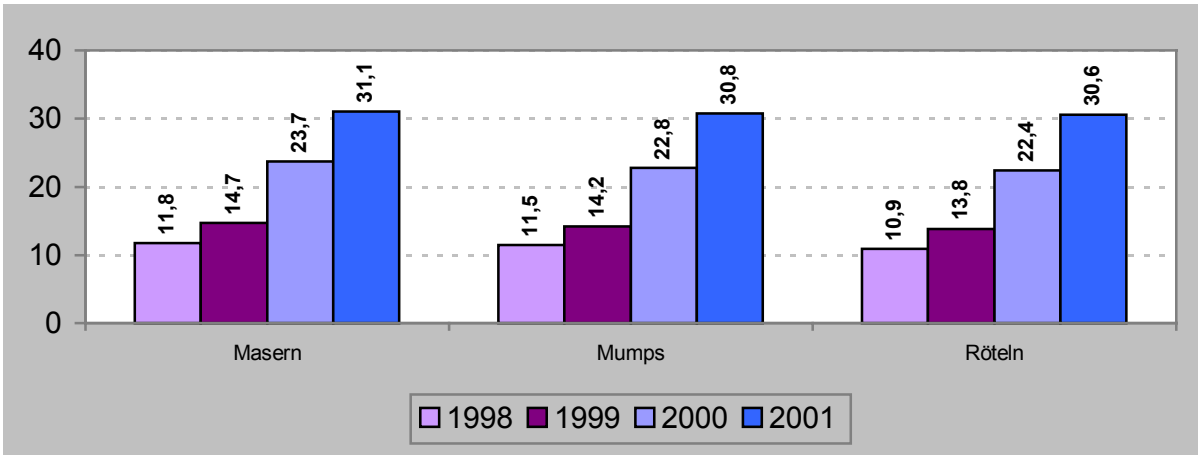
Eine Umkehrung des Sozialgradienten findet sich bei der Durchimpfungsquote gegen Masern, Mumps und Röteln. Im Jahr 2001 waren die Kinder aus sehr gering belasteten Gebieten schlechter als die aus gering belasteten Gebieten geimpft. Der Unterschied liegt bei ungefähr 4%. Hier ist eine nachlassende Impfbereitschaft besonders bei sehr gut gestellten Familien zu verzeichnen.
Auffällig ist die hohe Impfquote bei Kindern aus Gebieten mit hohem Ausländeranteil.

Besonders deutlich fallen die sozialen Unterschiede bei den Impfungen gegen Polio, Keuchhusten, Hepatitis B und Hämophilus Influenzae Typ B aus. Da diese Impfungen noch neu und nicht so etabliert sind, fallen Unterschiede im Impfverhalten hier besonders auf. Wer die empfohlene Impfung gegen Polio verpasst, wird vermutlich eher selten später im Leben dage

gen gimpft. Die Wahrscheinlichkeit irgendwann einmal gegen Tetanus (z.B. bei einer Verletzung) geimpft zu werden, ist demgegenüber größer.

4.1. Zweitimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln

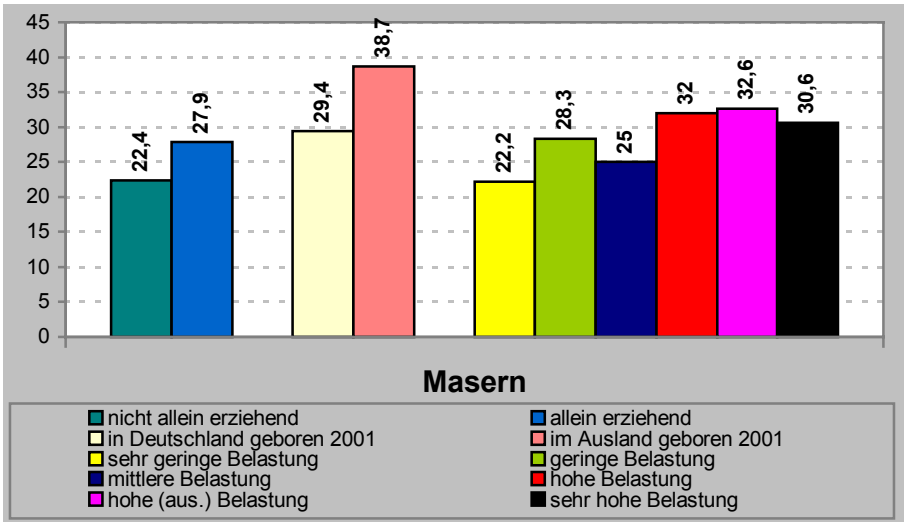
Die Eliminierung der Masern und der Poliomyelitis ist erklärtes Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik. Die Poliomyelitis konnte bereits europaweit bekämpft werden. Für Masern, Mumps und Röteln, die sog. MMR-Impfung, empfiehlt die STIKO seit 1991 eine zweite Impfung. Die erste Impfung erfolgt zwischen dem 11 und 14 Lebensmonat, die zweite zwischen dem 15 und dem 23 Lebensmonat. Die Zweitimpfung kann bereits vier Wochen nach der ersten erfolgen. Eine Altersbegrenzung besteht nicht, nach Möglichkeit sollten alle Kinder und Jugendliche die Zweitimpfung erhalten. Für einen ausreichenden Impfschutz ist eine 95%ige Durchimpfung der Kinder notwendig.



27. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit zweiter Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln, getrennt nach Untersuchungsjahr (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Die Zweitimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen (vgl. Anhang Tabelle 34). Waren im Jahr 1998 nur 11 bis 12% der Kinder ein zweites Mal geimpft, waren es im Jahr 2001 schon 31%. Trotzdem sind die Bemühungen auf diesem Gebiet weiter zu intensivieren, da ein 95%ige Durchimpfung noch nicht erreicht ist. Auch bei der Erstimpfung sind nur ungefähr 94% der Kinder gegen Masern und Mumps und 92% gegen Röteln geimpft. Gerade bei Kindern allein erziehender Eltern und aus sehr niedrig belasteten Sozialräumen sind die Impfquoten geringer.

Auch bei der Zweitimpfung sind die einzelnen Gruppen unterschiedlich vertreten (vgl. Anhang Tabelle 35-37).
Während das Geschlecht kaum einen Unterschied macht (im Jahr 1999 hatten 2% mehr Jungen als Mädchen eine MMR-Zweitimpfung), sind die Unterschiede nach Geburtsland, allein erziehenden Status und Sozialraum deutlich.



28. Abb.: Prozentualer Anteil der Kinder, die die Zweitimpfung gegen Masern erhalten haben, getrennt nach allein erziehenden Status, Geburtsland und Grad der sozialen Belastung, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst, soweit nicht anders erwähnt (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

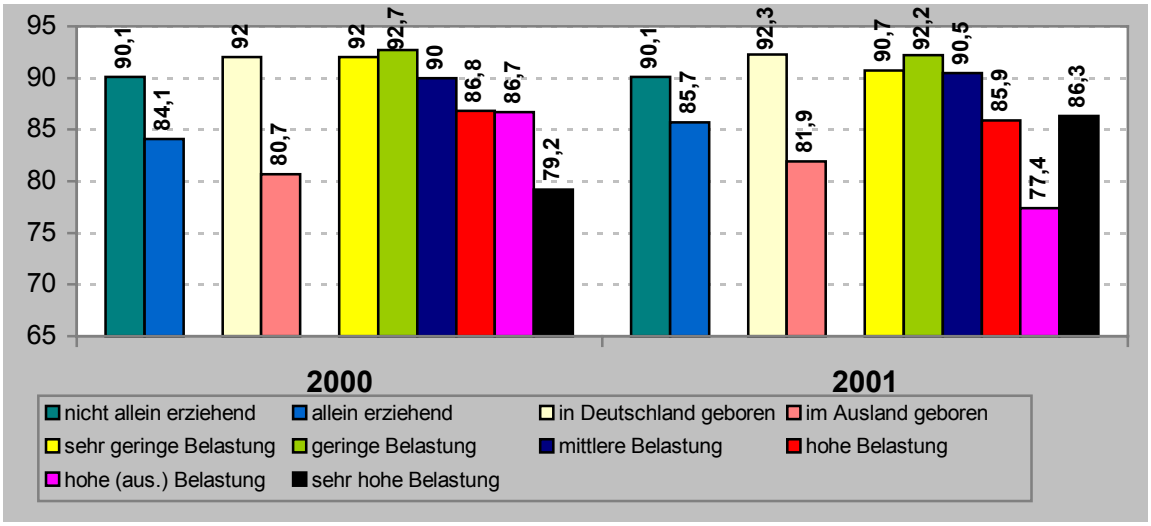
Im Jahr 2001 waren die im Ausland geborenen Kinder deutlich besser (bis zu 10% mehr) geimpft als die in Deutschland geborenen. Die Kinder allein Erziehender sind seltener als die Kinder nicht allein Erziehender ein zweites Mal geimpft (4 bis 6% Unterschied). Bei den Sozialräumen sind vor allem die Kinder aus sehr gering belasteten Gebieten seltener als die anderen Gruppen ein zweites Mal geimpft, dies trifft auch bei Kindern aus Sozialräumen mit mittlerer Belastung zu. Demgegenüber sind die Kinder aus hoch belasteten Gebieten häufiger geimpft.

Auf der Grundlage dieser Daten hat es den Anschein, dass besonders im Ausland geborene Kinder und solche, die in einem sozial belasteten Umfeld leben, wider Erwarten gut gegen Masern, Mumps und Röteln geimpft sind. Die Unterschiede in der Vorlage der Impfhefte spielen dabei eine Rolle, die im nächsten Kapitel genauer betrachtet werden.

Bis hier hin kann festgehalten werden, dass die Impfquote insgesamt noch verbessert werden muss, insbesondere für die Zweitimpfung. Allein Erziehende und sozial sehr gut gestellte Familien benötigen eine gezielte Ansprache.

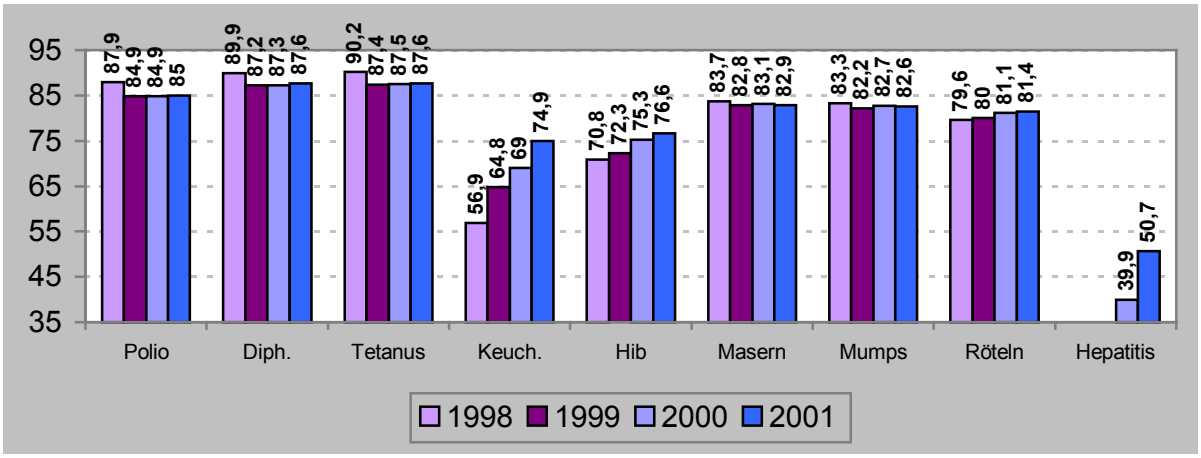
4.2. Inanspruchnahme der Impfungen im ungünstigsten Fall

Die durchschnittlichen Impfraten wurden bis jetzt nur für die Kinder berechnet, die das Impfheft vorgelegt haben. Für die restlichen Kinder ist nicht klar, ob sie eine ausreichende Impfung erhalten haben.



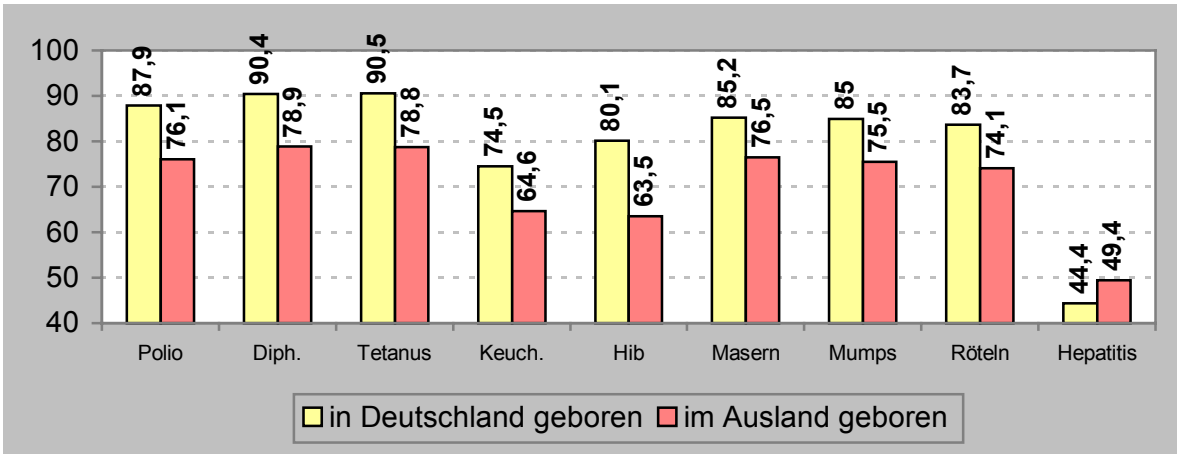
29. Abb.: Prozentualer Anteil der Kinder, die das Impfheft vorgelegt haben, getrennt nach allein erziehenden Status, Geburtsland und Grad der sozialen Belastung (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

Wie auch bei dem Vorsorgeheft bringen die Kinder mit ausländischem Geburtsland, allein erziehenden Eltern und aus sozial belasteten Gebieten das Impfheft seltener zur Schuleingangsuntersuchung mit als ihre Vergleichsgruppen (vgl. Anhang Tabelle 15-18).



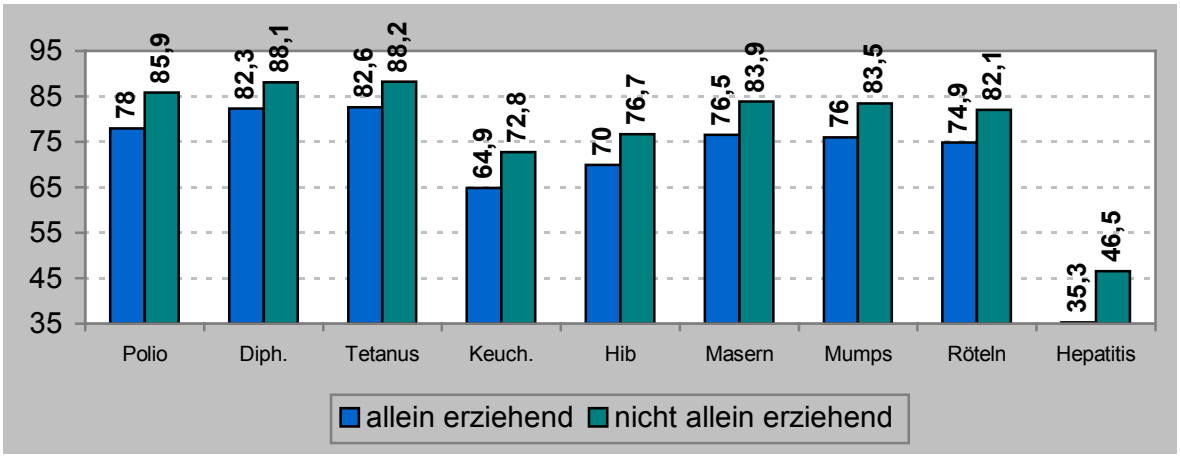
30. Abb.: Prozentualer Anteil der Kinder mit ausreichendem Impfschutz, wenn auch die, die das Impfheft nicht vorgelegt haben, berücksichtigt werden, getrennt nach Untersuchungsjahr (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Vorausgesetzt, dass alle Kinder, die das Impfheft nicht vorgelegt haben auch nicht geimpft sind, sinken die Impfquoten auf unter 90% (vgl. Anhang Tabelle 30). Demnach wären 85% aller Kinder gegen Polio geimpft, 87% gegen Diphtherie und Tetanus, 75 bis 77% gegen Keuchhusten und Hämophilus Influenzae Typ B, nur ungefähr 83% gegen Masern und Mumps, 81% gegen Röteln und 50% gegen Hepatitis B.
Insgesamt liegen die Impfquoten dann 10% unter denen im günstigsten Fall.



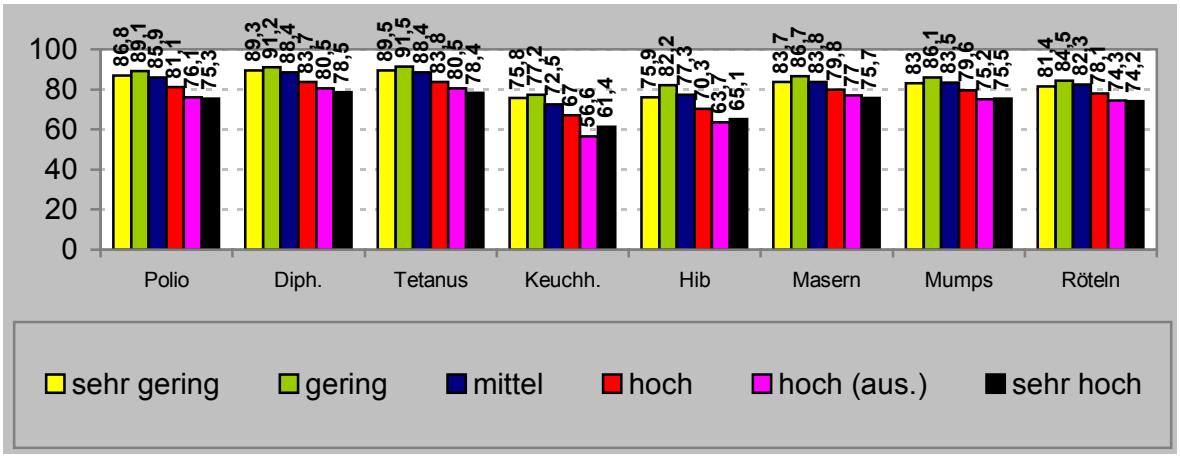
31. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit ausreichendem Impfschutz, wenn auch die, die das Impfheft nicht vorgelegt haben berücksichtigt werden, getrennt nach Geburtsland, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Bezieht man auch die Daten der Kinder, die kein Impfheft vorgelegt haben mit ein, verändern sich die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen teilweise erheblich (vgl. Anhang Tabelle 31-33). Weil viele Kinder mit ausländischem Geburtsland kein Impfheft vorlegen, sind unter Berücksichtigung aller Kinder, die mit ausländischem Geburtsland durchweg schlechter geimpft, als die in Deutschland geborenen. Einzige Ausnahme bildet die Hepatitis-B-Impfung. Im ungünstigsten Fall muss man davon ausgehen, dass zugewanderte Kinder nach ihrer Ankunft entweder gründlich geimpft werden (das ist der kleinere Teil) oder ganz aus der Krankheitsvorsorge herausfallen. Daher ist es wichtig, dass alle Kinder, die nicht von Geburt an in Deutschland leben, flächendeckend von dem Gesundheitssystem erfasst und geimpft werden.



32. Abb.: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit ausreichendem Impfschutz, wenn auch die, die das Impfheft nicht vorgelegt haben berücksichtigt werden, getrennt nach allein erziehend, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Auch die Kinder der allein Erziehenden sind im ungünstigsten Fall deutlich schlechter geimpft als die Kinder mit beiden Eltern. Die Unterschiede liegen zwischen 6 und 11%.

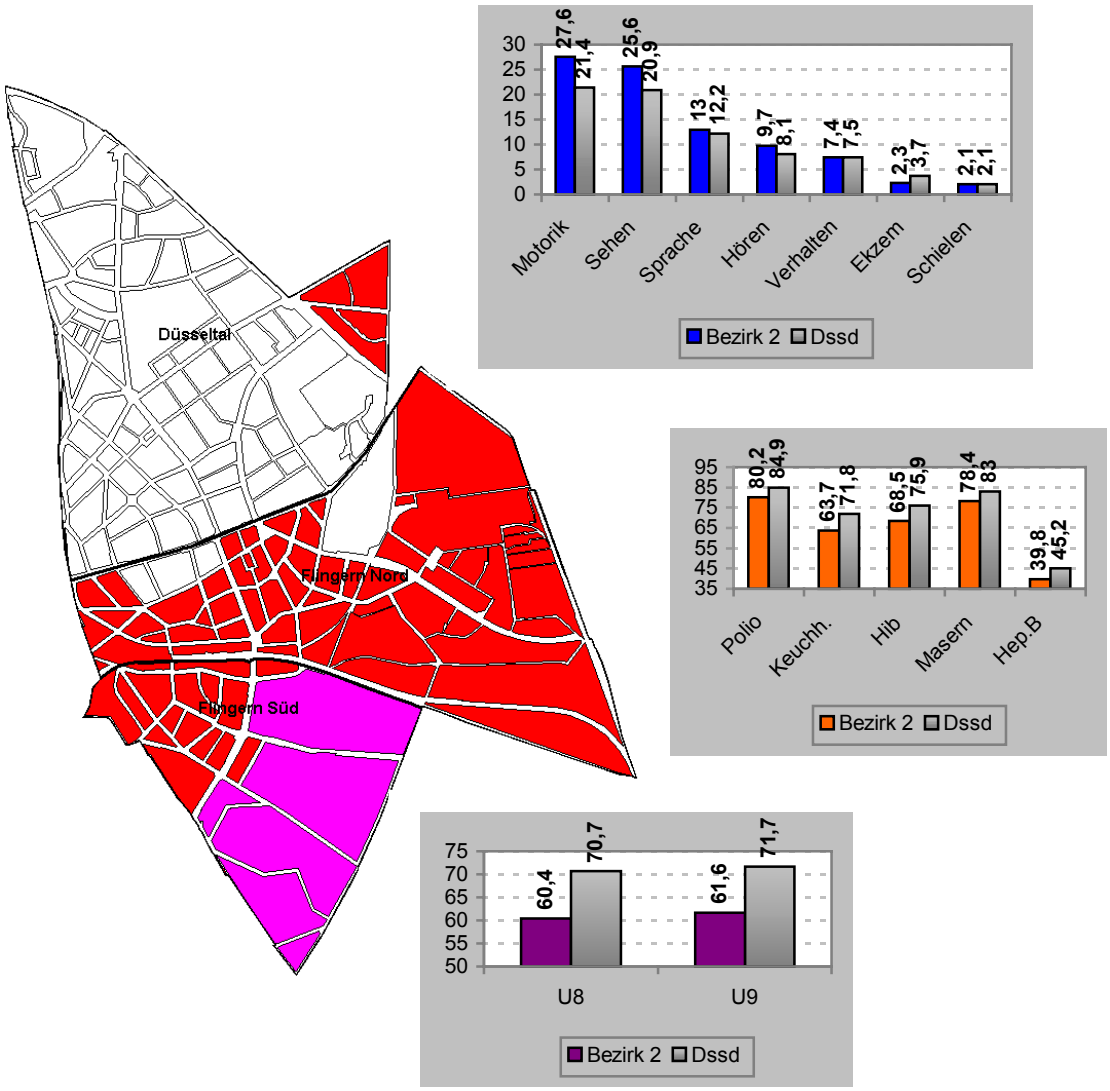


33. Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit ausreichendem Impfschutz, wenn auch die, die das Impfheft nicht vorgelegt haben berücksichtigt werden, getrennt nach Grad der sozialen Belastung, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Auch die Kinder aus sozial belastetem Umfeld sind schlechter geimpft als Kinder aus sehr gering belasteten Gebieten. Das gilt durchgängig für alle Impfungen, nicht nur einige ausgesuchte. Lediglich bei der Impfung gegen Hepatitis B gibt es keine Unterschiede in der Impfquote in Abhängigkeit von den Sozialräumen. Die Unterschiede in den MMR-Impfquoten zwischen sehr gering und gering belasteten Sozialräumen fallen nicht mehr ins Gewicht. Die schlechtere Präsenz der Impfhefte bei den sozial schwächeren Gruppen lassen auch die vermeintlich gute Durchimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln fraglich erscheinen. Die Unterschiede in den Impfquoten der Kinder aus den sehr gering belasteten Gebieten und den sehr hoch belasteten Gebieten betragen für Polio, Diphterie und Tetanus rund 11%, für Keuchhusten 15% und für Masern, Mumps und Röteln 8%.

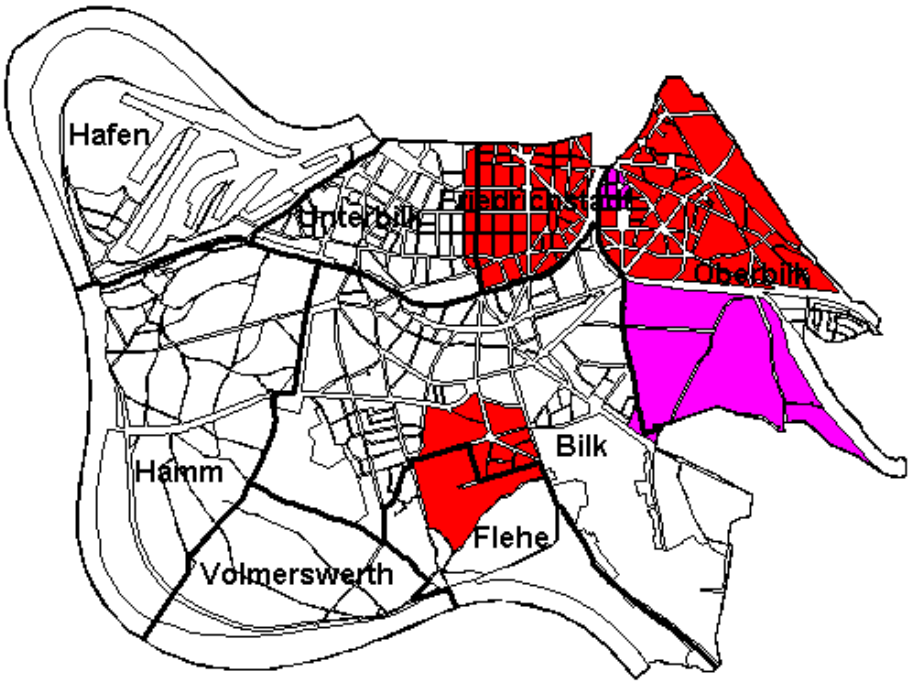
5. Die Verteilung der Befunde im Stadtgebiet

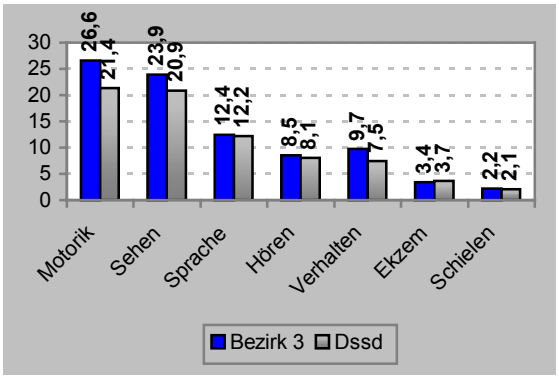
Bisher wurden auf der Grundlage der sozialräumlichen Gliederung die Unterschiede in der Befundhäufigkeit geprüft. Bei den häufigen Erkrankungen sowie bei der Vorsorge und den Impfungen zeigte sich, dass Kinder aus Sozialräumen mit überdurchschnittlicher Belastung häufiger auffällige Befunde und eine schlechtere Inanspruchnahme aufweisen. In den folgenden Analysen werden die einzelnen Stadtgebiete miteinander verglichen, in denen Sozialräume mit hoher und sehr hoher Belastung vorkommen (vgl. Anhang Tabelle 76-78). Als Analyseeinheiten dienen die Stadtbezirke. Prozentangaben zu Impfungen und Vorsorge gehen vom "ungünstigsten Fall“ aus.

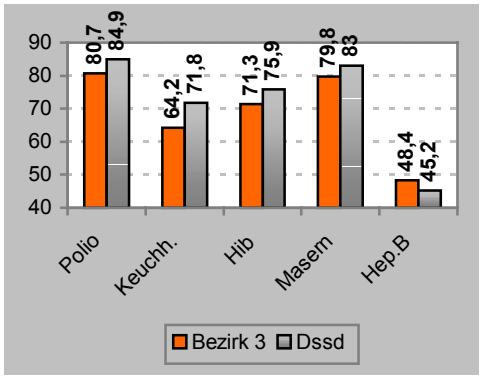


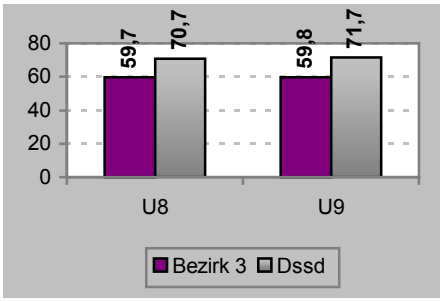
34. Abb.: Prozentuale Anteile der Kinder, die auffällige Befunde aufweisen, ausreichend geimpft sind und an der U8 und U9 teilgenommen haben für hoch belastete Sozialräume im Stadtbezirk 2, Daten der Schuleingangsuntersuchung von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Schuleingangsdaten: Gesundheitsamt, sozialräumliche Gliederung: Jugendamt, Amt für Statistik und Wahlen).

Im Stadtbezirk 2 fallen besonders die Befunde mit auffälliger Motorik und auffälligem Sehtest ins Gewicht. Die Durchimpfung ist besonders bei den neueren Impfungen bis zu 8% schlechter als im Durchschnitt der Stadt. Die Teilnahme an der U8 und der U9 liegt 10% unter dem Durchschnitt.



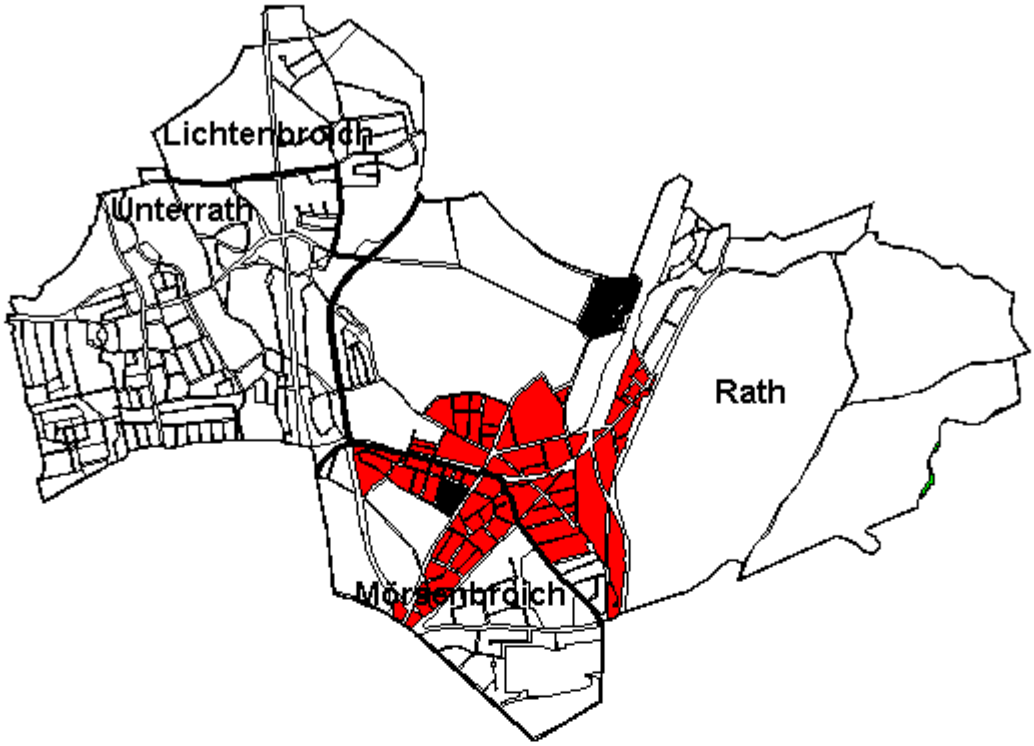


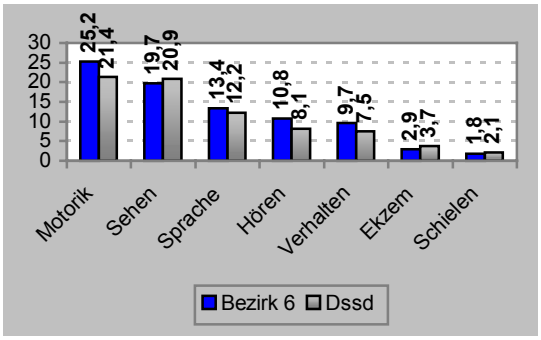


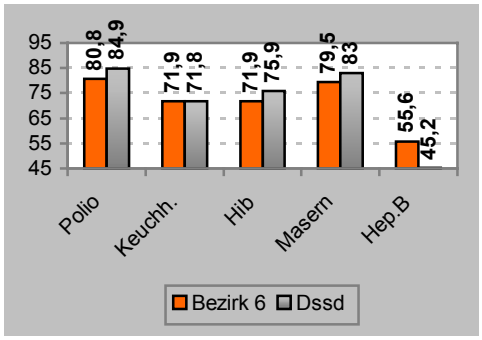


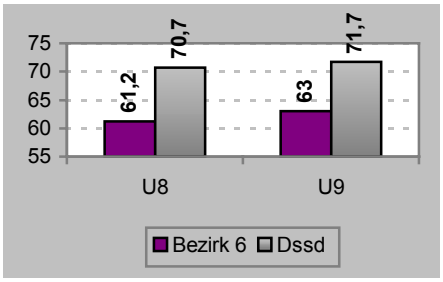
35. Abb.: Prozentuale Anteile der Kinder, die auffällige Befunde aufweisen, ausreichend geimpft sind und an der U8 und U9 teilgenommen haben für hoch belastete Sozialräume im Stadtbezirk 3, Daten der Schuleingangsuntersuchung von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Schuleingangsdaten: Gesundheitsamt, sozialräumliche Gliederung: Jugendamt, Amt für Statistik und Wahlen).

Die hoch belasteten Sozialräume im Stadtbezirk 3 sind hauptsächlich Oberbilk und Friedrichstadt. Hier sind die Quoten der motorischen Auffälligkeiten, der Beeinträchtigungen der Sehleistung und der Verhaltensauffälligkeiten besonders hoch. Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen liegt 10% und bei den Impfungen bis 5% unter dem Durchschnitt.



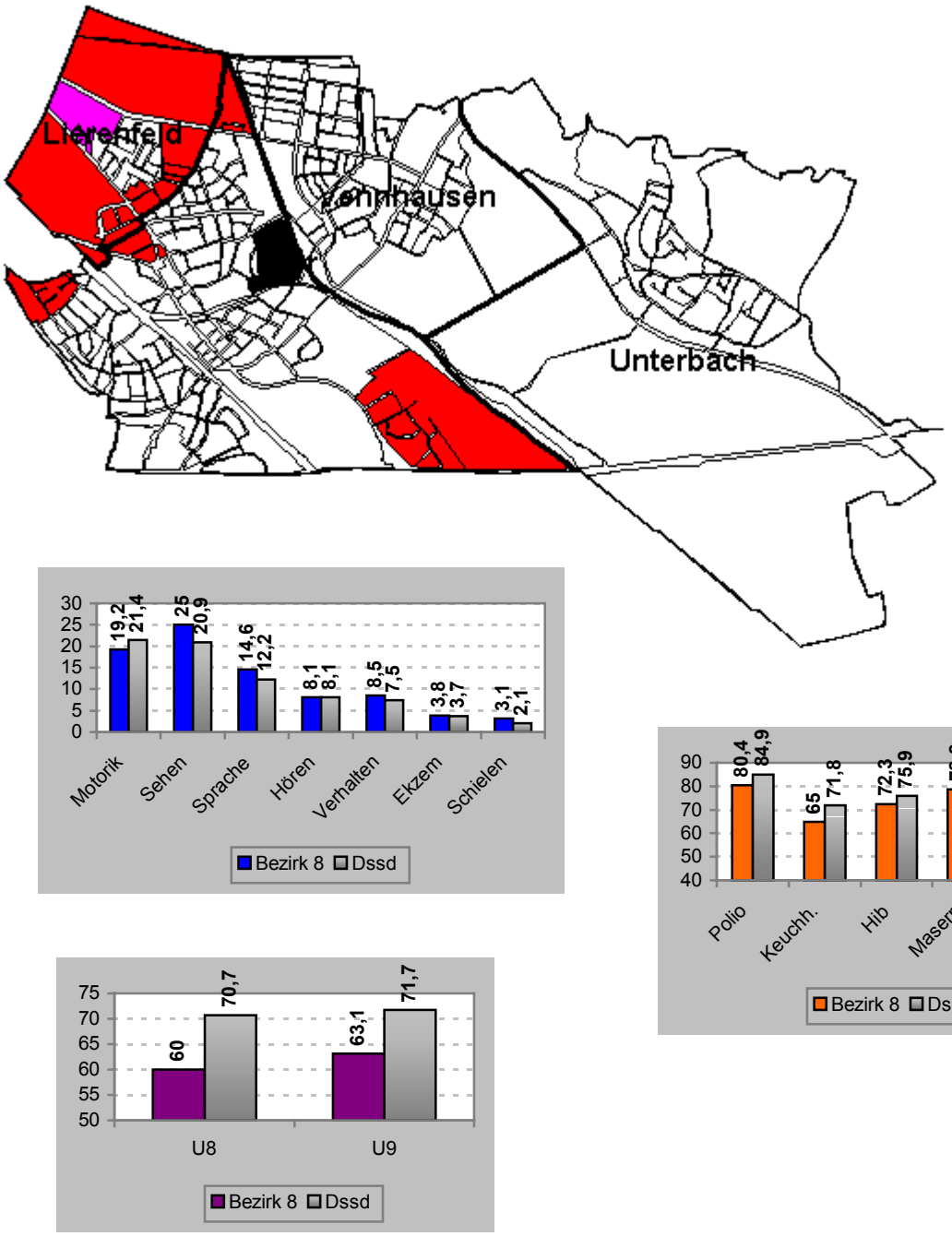






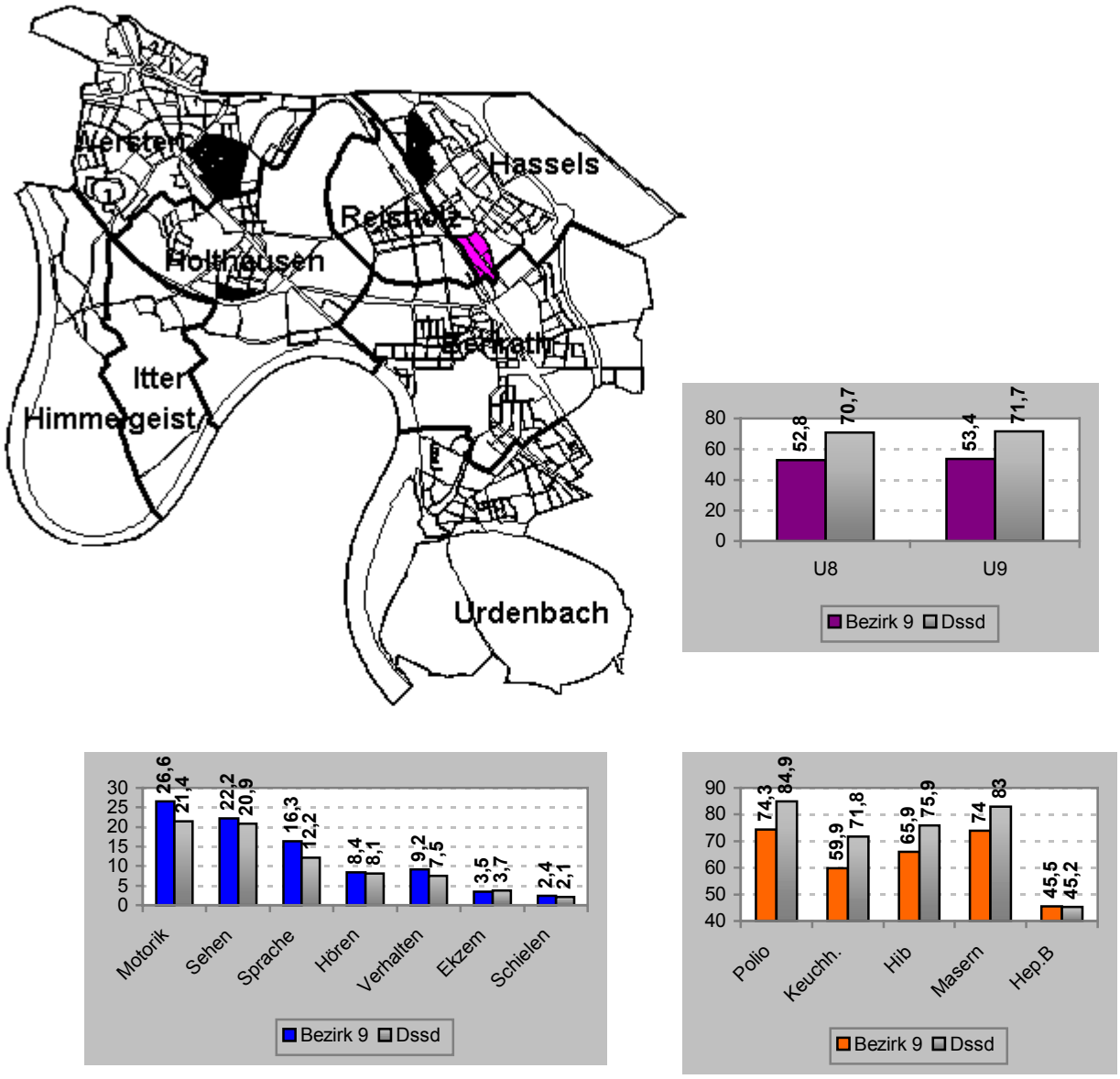
36. Abb.: Prozentuale Anteile der Kinder, die auffällige Befunde aufweisen, ausreichend geimpft sind und an der U8 und U9 teilgenommen haben für hoch belastete Sozialräume im Stadtbezirk 6, Daten der Schuleingangsuntersuchung von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Schuleingangsdaten: Gesundheitsamt, sozialräumliche Gliederung: Jugendamt, Amt für Statistik und Wahlen).

Im Stadtbezirk 6 sind ebenfalls die motorischen Auffälligkeiten häufiger, liegen aber etwas niedriger als in den Bezirken 2 und 3. Außerdem sind die Verhaltensauffälligkeiten und die Hörstörungen etwas häufiger. Einige Befunde sind seltener als im Stadtdurchschnitt. Die Impfquoten liegen bis ungefähr 4% und die Teilnahme an der Vorsorge bis 10% unter dem Durchschnitt.



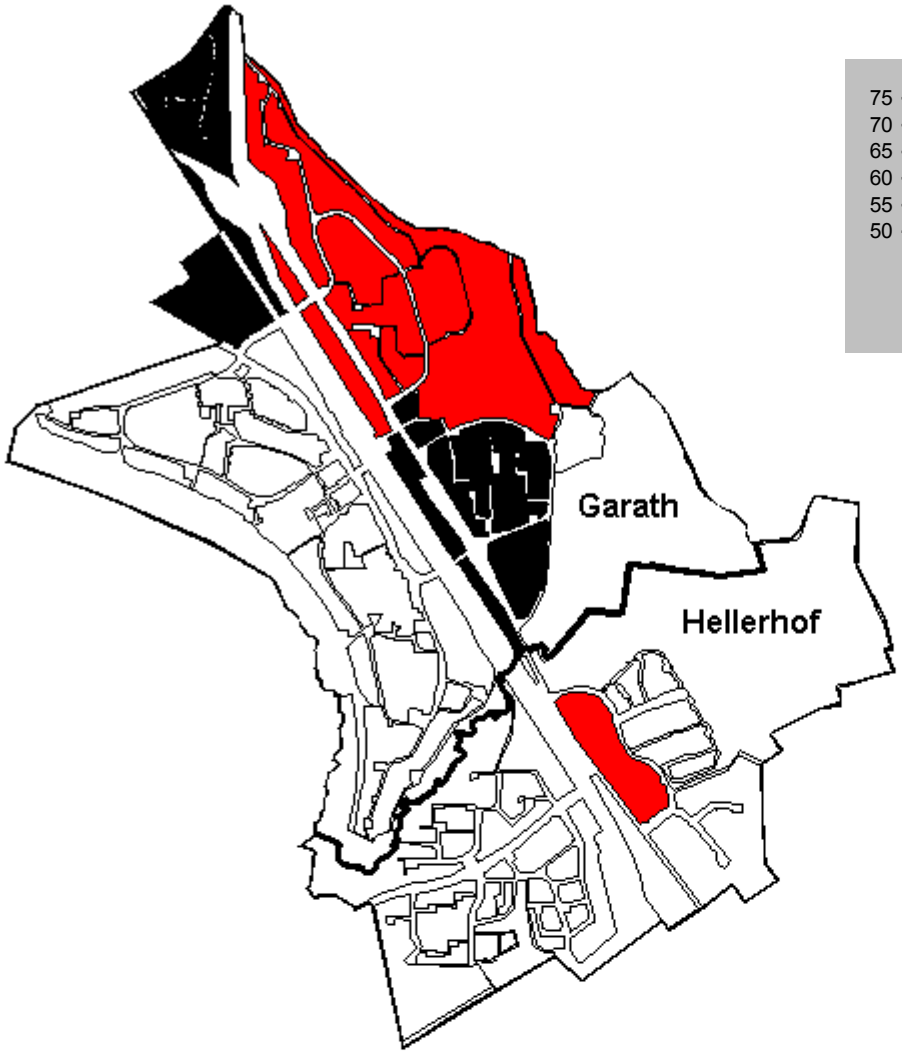
37.Abb.: Prozentuale Anteile der Kinder, die auffällige Befunde aufweisen, ausreichend geimpft sind und an der U8 und U9 teilgenommen haben für hoch belastete Sozialräume im Stadtbezirk 8, Daten der Schuleingangsuntersuchung von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Schuleingangsdaten: Gesundheitsamt, sozialräumliche Gliederung: Jugendamt, Amt für Statistik und Wahlen).

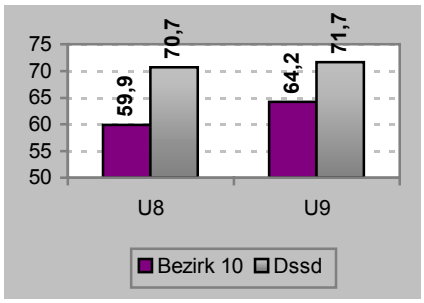
Im Stadtbezirk 8 sind besonders in Lierenfeld hoch belastete Sozialräume. Abweichungen in der Befundhäufigkeit vom Stadtdurchschnitt sind nicht so häufig, am ehesten bei den Sehtests und den Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen. Die Inanspruchnahme der Vorsorgeleistungen ist ähnlich wie in den anderen Sozialräumen mit hoher Belastung.

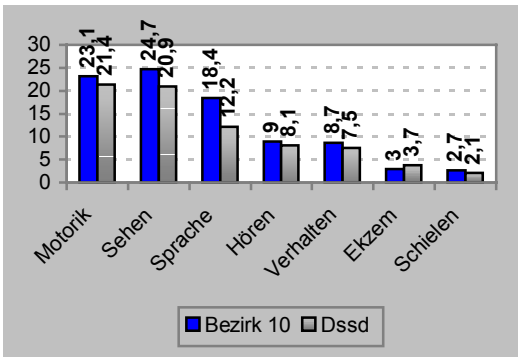


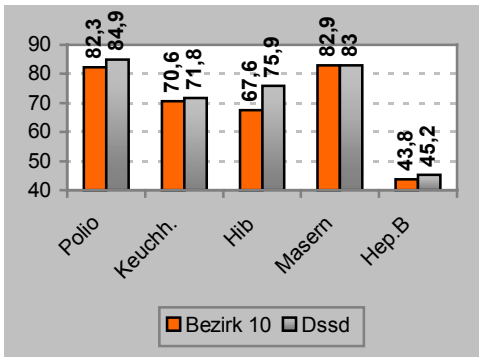
38.Abb.: Prozentuale Anteile der Kinder, die auffällige Befunde aufweisen, ausreichend geimpft sind und an der U8 und U9 teilgenommen haben für hoch belastete Sozialräume im Stadtbezirk 9, Daten der Schuleingangsuntersuchung von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Schuleingangsdaten: Gesundheitsamt, sozialräumliche Gliederung: Jugendamt, Amt für Statistik und Wahlen).

Der Stadtbezirk 9 ist sehr groß und umfasst zumeist Stadtteile mit vorwiegend durchschnittlichen sowie gehobenen Sozialräumen. In Wersten, Holthausen und Hassels gibt es aber auch ein paar Sozialräume mit sehr hoher Belastung. Obwohl hier keine große räumliche Ausdehnung besteht, sind die Gesundheitsdaten auch im Vergleich mit den anderen belasteten Sozialräumen im Stadtgebiet besonders schlecht. Besonders die motorischen Auffälligkeiten und die Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen fallen ins Gewicht. Auch die Verhaltensauffälligkeiten sind erhöht. Die Quote der ausreichend geimpften Kinder in diesen Gebieten liegt 10% unter dem Durchschnitt, die der Teilnahme an der U8 und U9 fast 20%.





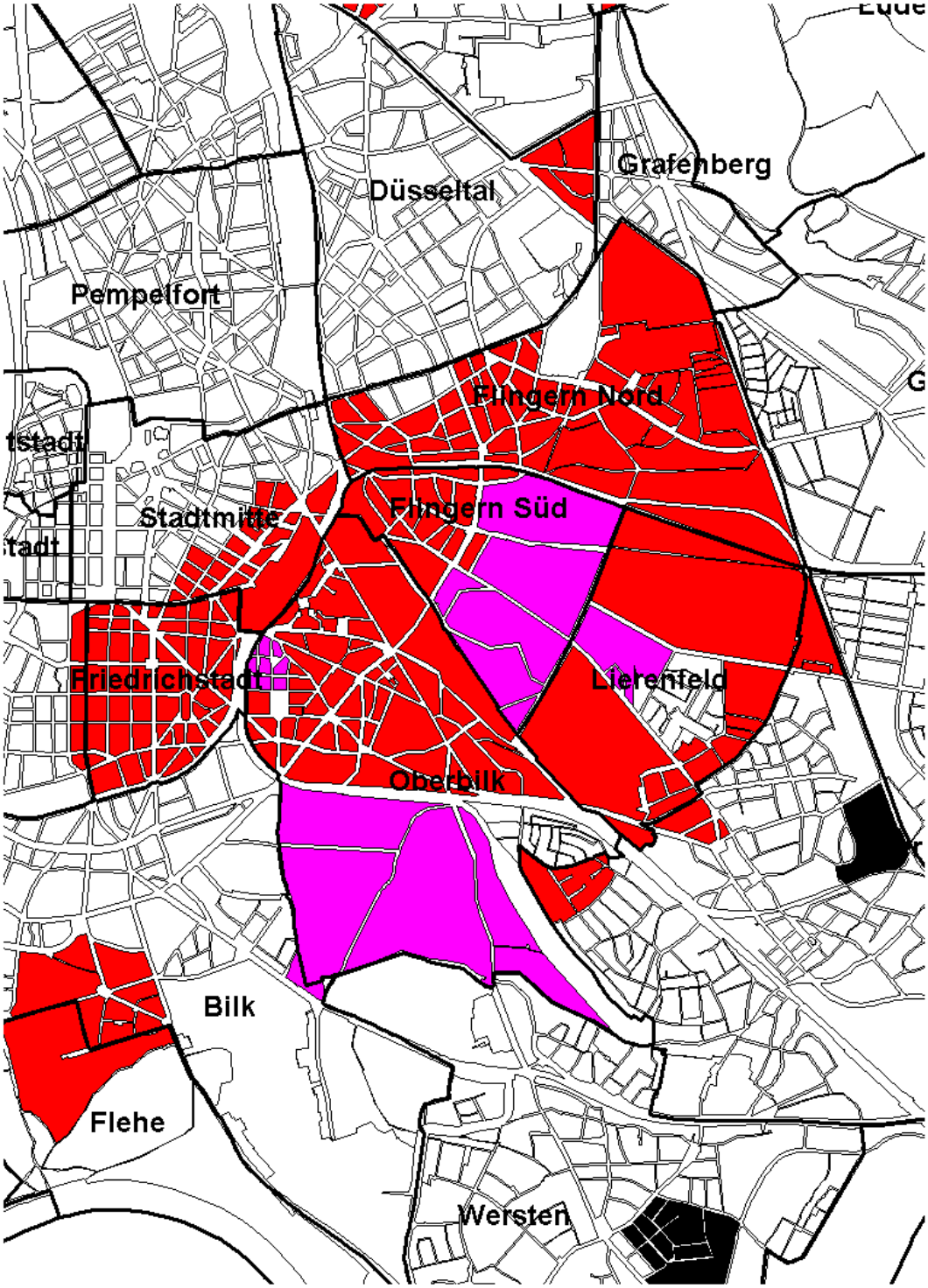




39.Abb.: Prozentuale Anteile der Kinder, die auffällige Befunde aufweisen, ausreichend geimpft sind und an der U8 und U9 teilgenommen haben für hoch belastete Sozialräume im Stadtbezirk 10, Daten der Schuleingangsuntersuchung von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Schuleingangsdaten: Gesundheitsamt, sozialräumliche Gliederung: Jugendamt, Amt für Statistik und Wahlen).

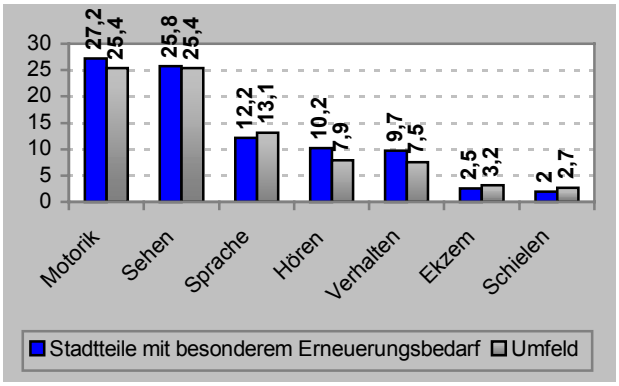
Im Süden der Stadt in Garath und Hellerhof ist in den hoch belasteten Sozialräumen ein hoher Anteil von Kindern mit Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen zu finden. Auch der Anteil der Kinder mit Beeinträchtigung der Sehleistung und der Motorik ist höher als im Durchschnitt. Die Impfquote von Polio und Hämophilus Influenzae Typ B ist unterdurchschnittlich. Die Teilnahme an der U8 und der U9 liegt 8-10% unter dem Durchschnitt.

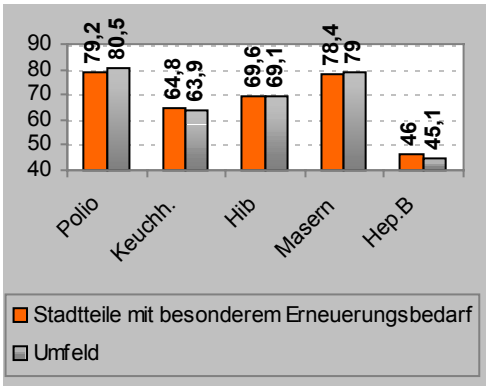
Die Aufteilung der Stadt in Stadtbezirke hat natürlich zur Folge, dass zusammenhängende Flächen getrennt betrachtet werden. Besonders der Innenstadtbereich besteht fast durchgängig aus sozial belasteten Gebieten. Die nächste Abbildung zeigt diesen Bereich (vgl. Anhang Tabelle 79-81).

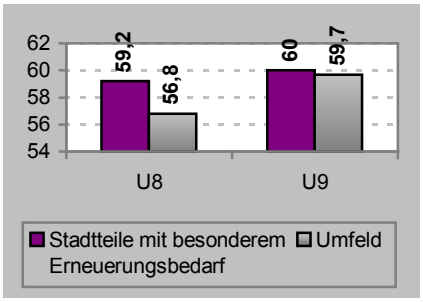


40.Abb: Sozialräume mit hoher sozialer Belastung im Düsseldorfer Stadtkern (Quelle: Jugendamt, Amt für Statistik und Wahlen).

Ein Teil dieses Gebiets wird im Rahmen des Programms „Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf“ gefördert. Dazu zählen der rotgefärbte Teil von Oberbilk, Flingern-Süd und die westlichen Gebiete von Flingern-Nord. Dieser Gebiet wird mit dem Umfeld verglichen.



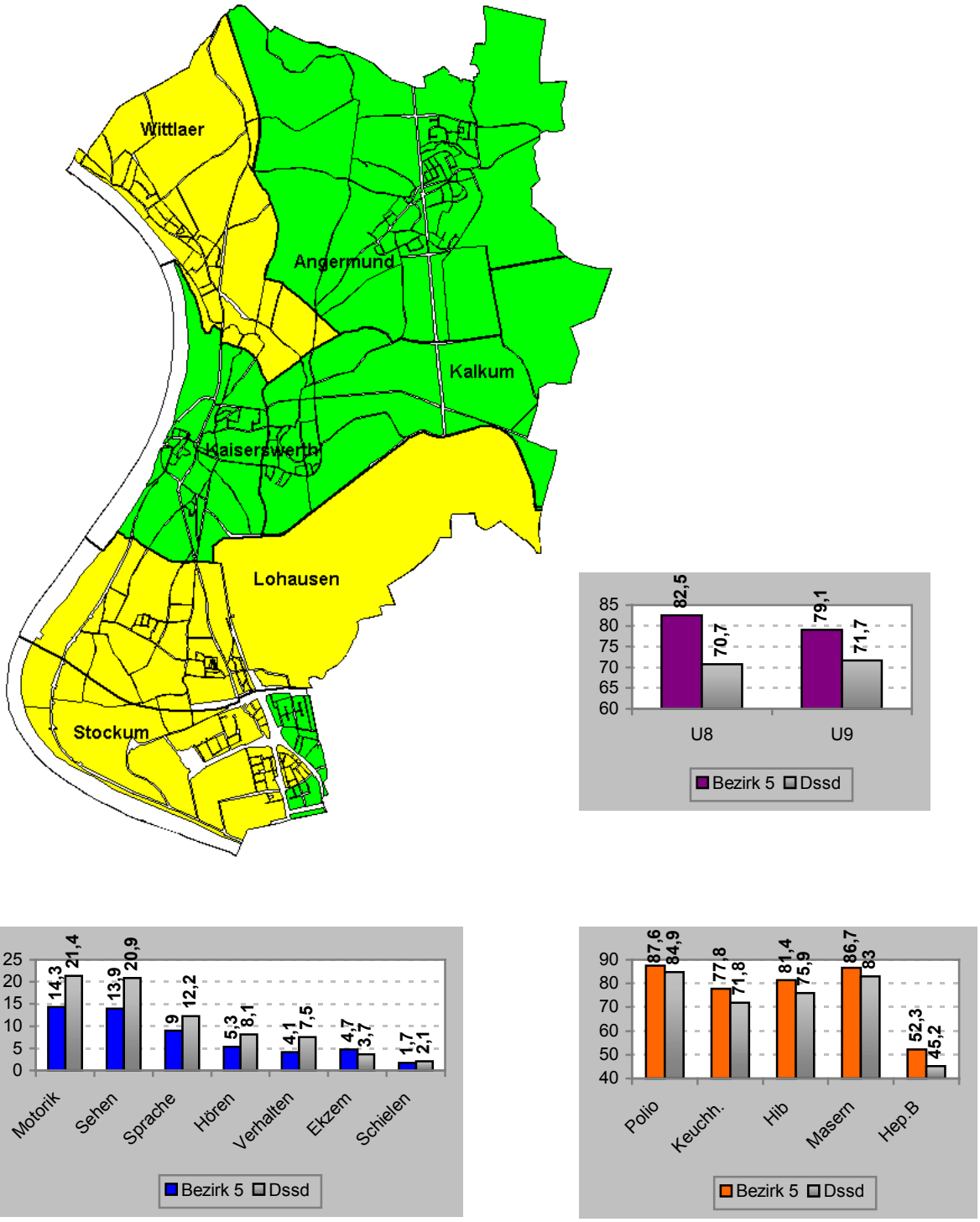




41.Abb.: Prozentuale Anteile der Kinder, die auffällige Befunde aufweisen, ausreichend geimpft sind und an der U8 und U9 teilgenommen haben für die Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf und die umliegenden hoch belasteten Sozialräume, Daten der Schuleingangsuntersuchung von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Schuleingangsdaten: Gesundheitsamt, sozialräumliche Gliederung: Jugendamt, Amt für Statistik und Wahlen).

Unter Umfeld sind die hoch belasteten Sozialräume zusammengefasst, die ohne Unterbrechung an die Stadtgebiete mit besonderem Erneuerungsbedarf anschließen. Das sind im Westen Friedrichstadt, ein Teil von Unterbilk und der Stadtmitte, im Süden der pink gefärbte Bereich aus Oberbilk, Lierenfeld und angrenzende Gebiete in Eller und im Osten Flingern-Nord (Düsseltal nicht mit einbezogen). Bei den Befunden liegen die Auffälligkeiten der Motorik und der Sehleistung 4% über dem Durchschnitt. 4-8% der Kinder in diesem Gebiet sind schlechter geimpft als der Durchschnitt und bis zu 14% weniger gehen zur Vorsorgeuntersuchung. In Bezug auf die Gesundheit der Schulneulinge besteht für den gesamten Innenstadtbereich Förderbedarf.

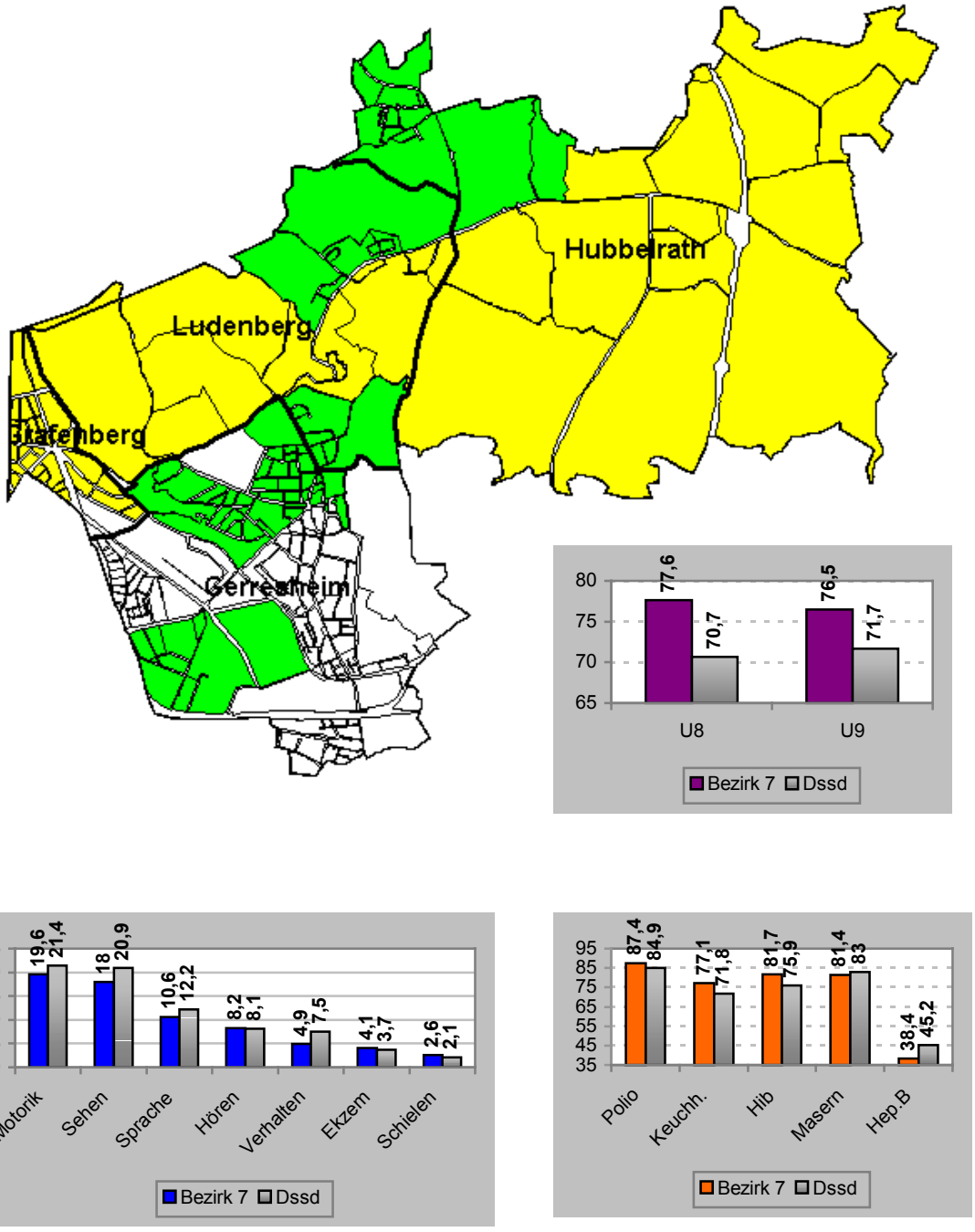
Wie sehen aber nun im Vergleich zu den hoch belasteten Sozialräumen die gering belasteten aus? In der Stadt gibt es zwei große, zusammenhängende Gebiete, die nur sehr geringe und geringe soziale Belastungen aufweisen. Das ist der Norden Düsseldorfs (Stadtbezirk 5) und der Osten (Stadtbezirk 7) (vgl. Anhang Tabelle 82-84).



42.Abb.: Prozentuale Anteile der Kinder, die auffällige Befunde aufweisen, ausreichend geimpft sind und an der U8 und U9 teilgenommen haben für die niedrig belasteten Sozialräume im Stadtbezirk 5, Daten der Schuleingangsuntersuchung von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Schuleingangsdaten: Gesundheitsamt, sozialräumliche Gliederung: Jugendamt, Amt für Statistik und Wahlen).

Im Norden der Stadt (Stockum, Lohausen, Kaiserswerth, Wittlaer, Angermund und Kalkum) liegen die Befundquoten teilweise weit unter dem Stadtdurchschnitt. 6% weniger Kinder aus diesen Stadtteilen weisen Auffälligkeiten der Motorik und der Sehleistung auf. Sprachauffälligkeiten, auffällige Hörtests und auffälliges Verhalten wird bei rund 3% weniger Kindern festgestellt. Die Impfquoten liegen über dem Durchschnitt, bei den Standardimpfungen 3-4%

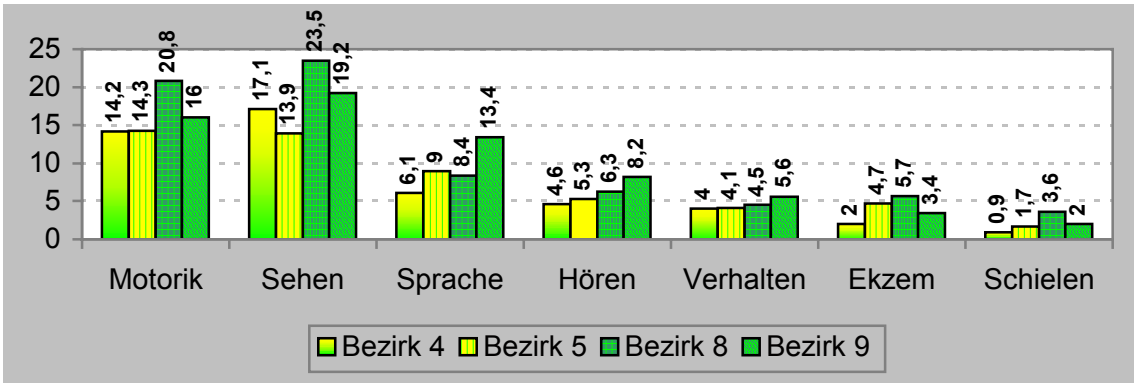
und bei den neueren Impfungen 5-7%. Die Teilnahmequote an der U8 und der U9 ist bis zu 10% besser als im Durchschnitt. Trotz günstigerer Befunde ist aber auch in den gut gestellten Stadtteilen mit bis zu 14% motorisch auffälligen Kindern zu rechnen, die Durchimpfung von Polio und Masern reicht (im ungünstigsten Fall) nicht an 90% heran und es bleiben 20% der Kinder, die nicht die U8 und die U9 wahrnehmen.



43.Abb.: Prozentuale Anteile der Kinder, die auffällige Befunde aufweisen, ausreichend geimpft sind und an der U8 und U9 teilgenommen haben für die niedrig belasteten Sozialräume im Stadtbezirk 7, Daten der Schuleingangsuntersuchung von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Schuleingangsdaten: Gesundheitsamt, sozialräumliche Gliederung: Jugendamt, Amt für Statistik und Wahlen).

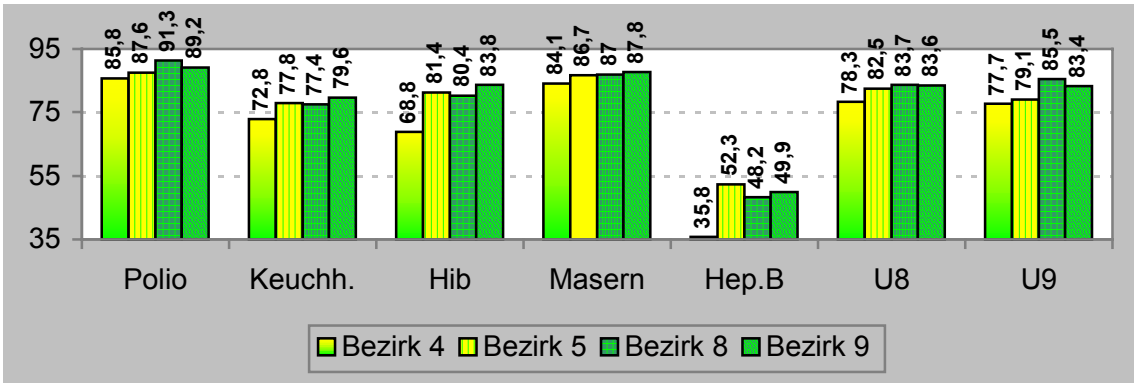
In den besser gestellten Sozialräumen im Osten der Stadt (Hubbelrath, Grafenberg, Ludenberg und Gerresheim) sind die Befundhäufigkeiten durchschnittlich. Nur bei ungefähr 1-2% weniger Kinder werden Beeinträchtigungen der Motorik, des Sehens, der Sprache und des Verhaltens festgestellt. Die Impfquoten sind teilweise und bis zu 6% besser als im Stadtdurchschnitt (Keuchhusten und Hämophilus Influenzae Typ B). Auch die Teilnahmequoten bei den Vorsorgeuntersuchungen sind 6% höher als im Durchschnitt.

Einige weitere Bezirke mit überdurchschnittlichen Werten sind der linksrheinische Bereich (Oberkassel, Niederkassel und Lörick), Teile der rechtsrheinischen innenstadtnahen Viertel wie Pempelfort und Golzheim sowie am Stadtrand gelegene Viertel (Hamm, Himmelgeist, Itter, Urdenbach, Unterbach und Vennhausen).



44.Abb.: Prozentuale Anteile der Kinder mit auffälligen Befunden für die niedrig belasteten Sozialräume in den Stadtbezirken 4,5,8 und 9, Daten der Schuleingangsuntersuchung von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Schuleingangsdaten: Gesundheitsamt, sozialräumliche Gliederung: Jugendamt, Amt für Statistik und Wahlen).

Die Prozentangaben für die Stadtbezirke 4 (Oberkassel, Niederkassel und Lörick) und 5 (Stockum, Angermund, Lohausen, Kaiserswerth, Wittlaer, Kalkum) beziehen sich auf die Sozialräume mit geringer und sehr geringer Belastung, die Angaben für die Stadtbezirke 8 (Vennhausen, Unterbach, Eller) und 9 (Benrath, Urdenbach, Himmelgeist, Itter, Holthausen) nur auf Sozialräume mit geringer Belastung (mit einer Ausnahme). Die Befundhäufigkeiten fallen in den Stadtbezirken, in denen auch Sozialräume mit „sehr geringer Belastung“ vorkommen, niedriger aus. In Vennhausen und Unterbach sind die Prozentangaben für auffällige Motorik und Sehleistung mit denen des Stadtdurchschnitts vergleichbar. Im Stadtbezirk 9 entsprechen die Befunde der Sprach- und Hörauffälligkeiten dem Durchschnitt.



45.Abb.: Prozentuale Anteile der Kinder mit ausreichendem Impfschutz und Teilnahme and der U8 und U9 in den niedrig belasteten Sozialräumen der Stadtbezirke 4,5,8 und 9, Daten der Schuleingangsuntersuchung von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Schuleingangsdaten: Gesundheitsamt, sozialräumliche Gliederung: Jugendamt, Amt für Statistik und Wahlen).

Dafür ist die Inanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitswesens in den Bezirken mit ausschließlich gering belasteten Sozialräumen besser als in denen mit geringer und sehr geringer Belastung. Die vergleichsweise niedrigere Inanspruchnahme der Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen bei den Familien aus sehr gut gestellten Gebieten mag durch den guten Gesundheitszustand der Kinder gerechtfertigt erscheinen. Allerdings ist hier auch die Gefahr einer nachlassenden Impfbereitschaft gegeben. So sind 3 bis 4% mehr Kinder aus Himmelgeist, Itter und Urdenbach gegen Polio und Masern geimpft als in Ober- und Niederkassel. Für eine Bevölkerungsimmunität müssen 95% aller Kinder geimpft sein. Die in der Grafik genannten Prozentangaben beruhen auf dem „ungünstigsten Fall“, nämlich dass kein vorgelegtes Impfheft auch keine Impfung bedeutet.

6. Zahngesundheit der Düsseldorfer Kinder und Jugendlichen

6.1. Verbreitung

Einer der weltweiten Vorreiter der zahnärztlichen Prävention, Prof. Dr. Marthaler, beschrieb die Situation zutreffend, “die Karies ist wie ein gefährlicher Tiger hinter Gittern. Man muss die Gitter pflegen, sonst werden sie rostig und brechen, sodass der Tiger ausbrechen kann und erneut sein Unwesen treiben wird”.

Die Zahngesundheit Düsseldorfer Kinder befindet sich, im nationalen wie internationalen Vergleich, auf beachtlichem Niveau.
Wie in anderen westlichen Industrieländern, geht auch in Deutschland seit einer Reihe von Jahren die Zahnkaries bei Kindern und Jugendlichen deutlich zurück.
Dennoch sind Kariesfrequenz und Kariesbefall - insbesondere auch bei sozial Benachteiligten - noch immer unnötig hoch.
Daher sind weiterhin verstärkte Bemühungen zur Verbesserung der allgemeinen Zahn- und Mundgesundheit notwendig.

Hintergrund

Die Weltgesundheitsorganisation WHO formulierte in ihrem Programm
“ Gesundheit für alle im Jahr 2000" u.a. für die Zahngesundheit folgende Ziele:

Ziel 1: 50% der 5 - 6-Jährigen sollen kariesfrei sein.
Ziel 2: Der “gobale” Durchschnitt soll bei den 12-Jährigen in Europa nicht höher als DMF/T = 2 sein (Summation kariöser, wegen Karies extrahierter und gefüllter Zähne, dient zur Messung der Karieshäufigkeit und ermöglicht internationalen Vergleich).

Nationaler und internationaler Vergleich

Das WHO - Ziel Nr. 1 (50% der 6-Jährigen sollen im Jahr 2000 kariesfrei sein) wurde im Schuljahr 2000/2001 mit 59,7% deutlich überschritten.

Bei den 12-Jährigen nimmt Düsseldorf eine Spitzenposition ein: Die Anzahl von kariösen, gefüllten oder verloren gegangenen Zähnen beträgt nach einer im Jahr 2000 erstellten bundesweiten Mundgesundheitsstudie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland 1,2 DMF/T, in Nordrhein 1,61 DMF/T und in Düsseldorf 1,02 DMF/T.

International liegt dieser Wert unter Einbeziehung von 128 Ländern bei 1,74 DMF/T (WHO, 2001).

In Düsseldorf ist die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen auf Grund der intensiven Bemühungen sehr gut.

6.2. Ergebnisse der „Aktion Zahngesundheit“ in Düsseldorf

Rechtliche Grundlagen

Präventive Maßnahmen der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe sind im Paragraph § 21 SGB V (Sozialgesetzbuch V - gesetzliche Krankenversicherung) geregelt. Danach sind die Krankenkassen verpflichtet, im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen, Maßnahmen der Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten unter zwölf Jahren durchzuführen.
Diese Maßnahmen sollen vorrangig in Kindergärten und Schulen stattfinden.
In Schulen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden sie bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt.
Nach den gesetzlichen Vorgaben beinhaltet die Prophylaxe die Untersuchung der Mundhöhle, die Erhebung des Zahnstatus, die Ernährungsberatung, die Unterweisung in Mundhygiene und die Zahnschmelzhärtung.

Situation in Düsseldorf

Im Jahr 1986 wurde die „Aktion Zahngesundheit“ in Düsseldorf gegründet. Ihr Ziel ist die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben. Sie ist ein Zusammenschluss der ortsansässigen Krankenkassen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsamt) und den niedergelassenen Ärzten. Seit Bestehen der „Aktion Zahngesundheit“ werden die gesetzlichen Vorgaben umgesetzt und schrittweise nach wissenschaftlichen Erkenntnissen ausgebaut.

Zahngesundheit der Düsseldorfer Kindergartenkinder

Im Schuljahr 2000/01 wurden insgesamt 9.792 Kinder in 279 Kindertagesstätten untersucht. Die Zahngesundheit entwickelte sich über die letzten 15 Jahre folgendermaßen:

Tab.2: Entwicklung der Zahngesundheit bei Kindergartenkindern von 1986 bis 2001 (Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf).

Befund	1986	1996	2001
naturgesund	42,0%	64,8%	71,6%
saniert	3,0%	5,8%	5,02%
behandlungsbedürftig	57,0%	29,4%	23,42%

Der Anteil von Kindern mit naturgesundem Gebiss hat sich seit Bestehen der „Aktion Zahngesundheit“ nahezu verdoppelt.

Tab.3: Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen von 1994/95 bis 2000/01, getrennt nach Alter (Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf).

Jahr	5. Lebensjahr	6. Lebensjahr	3. - 7. Lebensjahr
1994/95	57,1%	46,8%	59,4%
1996/97	60,8%	52,7%	65,6%
2000/01	66,6%	59,7%	70,3%

Von den 6-jährigen Kindern haben weniger ein naturgesundes Gebiss als von den 5-jährigen. In den letzten fünf Jahren konnte der Unterschied jedoch verringert werden.

Hinsichtlich der hohen Zahl von Kindern mit naturgesundem Gebiss tritt seit 3 Jahren eine relative Stagnation ein. Diese Feststellung korreliert mit der wissenschaftlich gesicherten Beobachtung, dass der Anteil von Kindern mit erhöhtem Risiko an Karies zu erkranken, bei 25 bis 30 % der Population liegt.

Zahngesundheit der Düsseldorfer Schulkinder

Im Jahr 2000/2001 wurden 18.147 Grundschüler, 2.112 Sonderschüler und 3.462 Hauptschüler, also insgesamt 20.601 Schüler untersucht.

In den Schulen wurde ebenfalls ein Anstieg des Anteils der Kinder und Jugendlichen mit naturgesundem Gebiss festgestellt. Allerdings beziehen sich die dargestellten Ergebnisse nur auf die bleibenden Zähne. Der Behandlungsbedarf der Milchzähne ist wie bei den Kindergartenkindern ausgesprochen hoch.

Tab.4: Entwicklung der Zahngesundheit bei Grundschülern von 1994/95 bis 2000/01 (Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf).

	1994/95	1997/98	2000/01
naturgesund	71,1%	80,0%	85,0%
saniert	16,0%	9,7%	8,6%
behandlungs-bedürftig	12,8%	10,3%	6,5%

Auch bei den Grundschülern konnte in den letzten Jahren eine Verbesserung der Zahngesundheit erreicht werden.

Tab.5: Entwicklung der Zahngesundheit bei Sonderschülern von 1998/99 und 2000/01 (Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf).

	1998/99	2000/01
naturgesund	55,1%	56,0%
saniert	19,4%	22,0%
behandlungsbedürftig	25,5%	22,0%

Bei den Sonderschülern liegt der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss mit 56% deutlich unter den Werten der Grundschüler mit 85%.

Tab.6: Zahngesundheit bei Hauptschülern im Jahr 2000/01 (Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf).

	2000/01
naturgesund	34,9%
saniert	39,1%
behandlungsbedürftig	26,1%

Besonders niedrig ist dieser Anteil bei den Hauptschülern, der aktuell bei 35% liegt.
Diese Ergebnisse signalisieren den deutlichen Interventionsbedarf im Sinne einer zugehenden Betreuung.

Tab.7: Anteil der Schulneulinge 2001 mit naturgesunden Zähnen, getrennt nach Nationalität (Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf).

Schulneulingsuntersuchung 2001	
	naturgesund
gesamt N= 667 6-Jährige	65,37%
deutsch N= 459 6-Jährige	72,98%
ausländisch N= 208 6-Jährige	48,56%

Gravierende Differenzen in der Zahngesundheit bestehen auch zwischen deutschen und ausländischen Schulneulingen. Nur rund 49% der ausländischen Kinder im Vergleich zu 73% der deutschen haben ein naturgesundes Gebiss.

Maßnahmen

Ein wichtiger Faktor zur Verminderung der Karies ist nach wie vor der Einsatz von Fluorid. So wird auch der Kariesrückgang in den westlichen Industrieländern vor allem auf die Anwendung und Verbreitung von Fluoridierungsmaßnahmen in diesen Ländern zurückgeführt. Das Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta stellt dabei für den größten Teil der Bevölkerung die wichtigste regelmäßige Quelle ihrer Fluoridzufuhr dar.

Auf der Basis dieser Erkenntnisse sowie der wissenschaftlichen Untermauerung, dass die Versorgung von Risikogruppen mit einem lokal wirksamen höheren Fluoridangebot in Form von Lacken oder Gelen zur Verbesserung der Zahngesundheit führt, wurde ein Kariesrisikoprogramm entwickelt.

Tab.8: Durchführung des Kariesrisikoprogramms 1997/98 und 2000/01 in Grund- und Sonderschulen (Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf).

Schuljahr	Grundschulen	Sonderschulen	Schüler insgesamt	erreicht
1997/98	7	1	1.385	1.034 (74%)
2000/01	15	5	3.613	2.720 (75%)
2001/02	15	8	5.329	3.563 (68%)

In den Schulen, in denen das Programm schon mehrere Jahre läuft, hat es sich als fester Betreuungsbaustein etabliert, d.h. es besteht eine hohe Akzeptanz bei den Kindern, Eltern und Lehrern.
Die Ausweitung des Betreuungsumfanges gelang nur über eine veränderte interne Organisation und eine neue Prioritätensetzung.

Im Schuljahr 2001/02 erfolgte eine weitere Ausdehnung des Intensivprogramms mittels der Fluoridlacktouchierung auf zunächst 4 Hauptschulen, die 2-mal jährlich stattfindet. Entscheidend für dieses Vorgehen waren die Basisuntersuchungen im vorangegangenen Schuljahr.

Eine erste Bewertung der Intensivbetreuung mittels zugehender Fluoridapplikation zeigt, dass unter den behandelten Schülern der Anteil mit naturgesunden Zähnen um 37% höher ist als in der Vergleichsgruppe.

Insgesamt ging die Zahl der Kavitäten („Löcher“) zurück, stattdessen herrschen kreidig-weiße Entkalkungen vor, die bei unzureichender Mundhygiene und Fluoridzufuhr zu den „Löchern“ werden können.

7. Fazit

Die Gesundheit und auch das Inanspruchnahmeverhalten von Leistungen der gesundheitlichen Versorgung sind bei Schulneulingen nicht gleichmäßig verteilt. Bestimmte Gruppen wie Kinder mit ausländischen Geburtsland, Kinder mit sozial benachteiligtem Umfeld und Kinder allein erziehender Eltern, fallen in der Schuleingangsuntersuchung durch häufigere auffällige Befunde und eine schlechtere Inanspruchnahme auf.
Dabei hat sich die Auswahl der hier untersuchten Variablen weitestgehend als sinnvoll erwiesen, nur die Unterscheidung nach Geburtsland ist unbefriedigend. Besonders die in Deutschland geborenen Kinder mit ausländischem Hintergrund müssen in der Zukunft von denen mit deutschen Hintergrund besser unterscheidbar sein. Die vorläufige Betrachtung des Geburtslandes erbrachte aber bereits gravierende Unterschiede, die eine genauere Analyse der Situation von Migrantenkindern in der Zukunft notwendig macht.

8. Handlungsempfehlungen

Die Arbeitsgruppe 1 „Gesundheitsberichterstattung Kinder und Jugendliche“ der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz hat die Datenauswertung verfolgt und die Ergebnisse diskutiert. Die Arbeitsgruppenmitglieder haben aus ihrer fachlichen Sicht heraus Handlungsempfehlungen formuliert, die in der folgenden Darstellung jeweils ihrem Themenschwerpunkt untergeordnet sind. Es haben sich insgesamt 6 übergeordnete Handlungsempfehlungen herauskristallisiert, die als besonders wichtig erachtet werden. Das sind die Verbesserung der Motorik und der Sprache, die Erhöhung der Teilnahme an präventiven Leistungen, eine frühest mögliche Diagnostik und verbesserte Versorgungsstruktur, die Entlastung der allein Erziehenden und die Ausweitung der aufsuchenden Zahnprophylaxe. Es wurde versucht, möglichst alle Anregungen und Handlungsempfehlungen aufzugreifen. Damit sich der Leser bei der Fülle der Empfehlungen leichter orientieren kann, sind die einzelnen Vorschläge mit einem lachenden, traurigen oder neutralen Gesicht versehen. Diese stellen keine Bewertung des Inhalts der Empfehlung dar, da die Arbeitsgruppe alle Empfehlungen für wichtig erachtet. Vielmehr geben sie eine Orientierung zum Stand der Umsetzungsbemühungen.

☺ Bedeutet, dass die Maßnahme bereits in Planung ist, entsprechende Gespräche schon stattfinden und die Finanzierung bereits geklärt ist.
😐 Bedeutet, dass die Maßnahme von den beteiligten Akteuren aufgegriffen werden muss und hauptsächlich organisatorische und inhaltliche Fragen im Vordergrund stehen. Zusätzliche Kosten müssen dabei nicht zwangsläufig entstehen.
☹ Bedeutet, dass die Umsetzung und ihre Finanzierung von den beteiligten Akteuren noch geklärt werden muss. Das heißt nicht, dass die Maßnahme schlechtere Aussichten auf Erfolg hat.

8.1. Ziel: Verbesserung der Motorik

Die Motorik der Kinder muss verbessert werden. Das gilt besonders für Kinder aus sozial schwachem Umfeld und /oder mit ausländischem Geburtsland.

8.2. Maßnahmen zur Verbesserung der Motorik

Den Kindern wird eine gezielte Bewegungsförderung angeboten, die so früh wie möglich einsetzt und mehrere Lebensbereiche umfasst.

Im Einzelnen

☹ Motorisch auffällige Kinder müssen bereits im Kindergarten gezielt gefördert werden. Für das gesamte Stadtgebiet müssen mindestens 3 Motopäden vorhanden sein, um bei gravierenden Defiziten im Einzelfall individuelle Hilfe anzubieten. Von der gezielten Förderung profitieren allerdings auch die anderen Kinder im Kindergarten. Eine Anbindung an die Gesundheitshilfe oder den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst im Gesundheitsamt wären denkbar.

☹ Zusätzlich ist die motopädische Betreuung auf alle Sondereinrichtungen (integrative Einrichtungen, Sprachheilkindergärten und –schulen, Sonderkindergärten und –schulen für Körperbehinderte, Sondereinrichtungen für Lernbehinderte etc.) auszuweiten.

☺ Eine flächendeckende Bewegungsförderung für alle Kinder im Kindergarten und in der Schule kann nur über die spezielle Ausbildung von Erzieherinnen und Erziehern und Lehrerinnen und Lehrern vor Ort erfolgen. Die Umsetzung der Multiplikatorenschulung muss durch Gespräche zwischen Vertretern des Schulamtes, Sportamtes, Jugendamtes, Gesundheitsamtes, den Rektoren und der Universität geklärt werden. Evt. ist eine solche Multiplikatorenschulung im Rahmen des „Düsseldorfer Modells der Bewegungs-, Sport- und Talentförderung“ realisierbar. Es ist darauf zu achten, dass bei der Fortbildung nicht die vorhandenen Personalkapazitäten in den Einrichtungen handlungsleitend sind, sondern die sozialräumliche Gliederung. Ziel ist die Ausweitung des Sportförderunterrichts in Kindergärten und Schulen.

😐 Zur Bewegungsförderung in der Freizeit sind vor allem die Sport- und Turnvereine als Anbieter von Gesundheitssport und Angeboten für ausländische Kinder gefragt. Die Angebote müssen sich an der sozialräumlichen Gliederung orientieren.

☹ Langfristig ist darauf zu achten, dass beim (Um-)Bau von Kindergärten und Schulen ausreichend Turnräume zur Verfügung stehen. In den letzten Jahren wurden Turnräume zu Gruppenräumen umgebaut. Dies sollte in Zukunft unterbleiben.

😐 Die schulische und universitäre Ausbildung von Erziehern/Erzieherinnen, Pädagogen/Pädagoginnen und Lehrern/Lehrerinnen sollte folgende Inhalte vermitteln: Die motorische und sprachliche Entwicklung des Kleinkindes, der Zusammenhang von Sprache und Motorik und die gesundheitliche Bedeutung ausreichender Bewegungs- und Sportförderung für die spätere geistige und soziale Entwicklung.

8.3. Ziel: Verbesserung der Sprache

Verbesserung der sprachlichen Kompetenz von Kindern aus Migrantenfamilien und / oder mit sozial schwachem Hintergrund.

8.4. Maßnahmen zur Verbesserung der Sprache

Kinder mit einem fremdsprachigem Hintergrund sind bereits im Kindergarten, später in der Schule gezielt sprachlich zu fördern. Die sprachliche Förderung muss durch integrative Angebote gestützt werden. Kinder aus sozial schwachen Familien brauchen zusätzliche aufsuchende Hilfen.

Im Einzelnen

😐 Ausländische Kinder müssen im Kindergarten von Anfang an in die Gruppe der deutschen Kinder integriert werden. Erzieherinnen und Erzieher werden verpflichtet, durch gezielte Angebote eine Segregation nach sprachlichem und kulturellem Hintergrund zu verhindern. Entsprechende pädagogische Konzepte müssen Bestandteil der Ausbildung von Erzieherinnen und Erziehern sein.

☺ Zur sprachlichen Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund stehen Landesmittel zur Verfügung. Die Umsetzung von sprachlichen Fördermaßnahmen wird durch Gespräche zwischen Vertretern der Kindertageseinrichtungen, der freien Träger und des Jugendamtes sowie des Gesundheitsamtes geplant.

☹ Der Logopädische Dienst des Gesundheitsamtes bietet in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt logopädisch orientierte Sprachförderung an. Diese ist in sozial stark belasteten Gebieten und solchen mit hohem Ausländeranteil bedarfsgerecht weiter auszubauen. Die Finanzierung von zusätzlichem Personalbedarf ist zu prüfen.

☺ Der Logopädische Dienst im Gesundheitsamt organisiert zusammen mit den zuständigen pädagogischen Fachberatungen logopädische Fortbildungen für Erzieherinnen und Erzieher im Kindertagesstättenbereich. Es gilt, Sprachauffälligkeiten, insbesondere bei Kindern mit Deutsch als Zweitsprache, so früh wie möglich zu erkennen.

😐 Die Erst- und Zweitsprache bei ausländischen Kindern wird in der Schule gezielt gefördert, indem die Inhalte des deutschen Unterrichts und des fremdsprachigen Förderunterrichts aufeinander abgestimmt werden. Themen aus dem deutschen Unterricht können im fremdsprachigen Förderunterricht wiederholt und vertieft werden.

😐 Bei der Einrichtung von Ganztagsschulen muss die Hausaufgabenbetreuung so konzipiert werden, dass Migrantenkinder speziell gefördert werden.

😐 In Kindergärten und Schulen mit hohem Ausländeranteil sind in der Zukunft Pädagogen/Pädagoginnen mit Migrationshintergrund bevorzugt einzustellen.

☹ Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen sind nicht nur in Haupt- und Gesamtschulen in einem sozialen Brennpunkt eine wichtige Unterstützung. Auch an Grundschulen ist ihr Einsatz sinnvoll.

☹ Ausländische Eltern brauchen gezielte Sprachförderprogramme. Als Anbieter kommen Verbände, freie und kirchliche Träger, VHS und ASG u.a. in Frage.

☹ In Sondereinrichtungen z.B. für Geistigbehinderte, Lernbehinderte oder Körperbehinderte müssen Logopäden/Logopädinnen dem Lehrerkollegium zur individuellen sprachlichen Förderung entsprechender Kinder zur Seite gestellt werden.

8.5. Ziel: Erhöhung der Inanspruchnahme präventiver Leistungen

Bei allen hier untersuchten Zielgruppen (allein Erziehende, Ausländer, sozial Schwache) ist die Inanspruchnahme von präventiven Leistungen wie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen zu erhöhen. Außerdem ist eine bessere Kenntnis über gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und die Angebote des Gesundheitswesens wünschenswert.

8.6. Maßnahmen zur Erhöhung der Inanspruchnahme präventiver Leistungen

Die einzelnen Gruppen müssen in für sie geeigneter Weise gezielt angesprochen und über Angebote der Prävention (Vorsorge/Impfungen) informiert werden. Die Angebote vor Ort müssen stärker vernetzt werden, professionell Tätige (z.B. niedergelassen Ärztinnen und Ärzten, Erzieherinnen und Erziehern, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen) und lokale Einflussführer können gemeinsam Strategien für eine verbesserte kleinräumige Versorgung erarbeiten.

Im Einzelnen

😐 Interessenvertreter und Treffpunkte der einzelnen Zielgruppen in einem Stadtgebiet (z.B. aktive Vereine), Wohlfahrtsverbände, Gemeinden, Bezirkssozialdienste, Kindergärten und Schulen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, sonstige Therapeutinnen und Therapeuten sollten untereinander Kontakt aufnehmen. Bestimmte Probleme vor Ort können so kleinräumig besser angegangen werden. Die vorhandenen Kontakte können genutzt werden, um Angebote der Gesundheitsprävention und der Gesundheitsförderung bekannt zu machen (z.B. Erziehungsangebote „Triple-P-Elterntraining“, Sprachförderung, etc.).

😐 Die Beratungsstellen brauchen verstärkt Angebote in der Muttersprache der Rat Suchenden. Der Austausch von geeigneten Dolmetschern ist über die Vernetzung der Einrichtungen zu verbessern.

😐 Erziehungs- und Gesundheitswissen sollte spätestens in der Schule an Jugendliche vermittelt werden. Wenn ein entsprechendes Schulfach nicht existiert, können die entsprechende Themen in anderen Fächern aufgegriffen werden. Auch die Hinzuziehung externer Referenten/Referentinnen sollte dabei erwogen werden.

8.7. Ziel: Verbesserung der Versorgung in Diagnostik und Therapie

Allgemeine Entwicklungsauffälligkeiten sowie konkrete Beeinträchtigungen (z.B. Auffälligkeiten der Motorik oder des Verhaltens, Sprachstörungen und Übergewicht) müssen so früh wie nur möglich erkannt und behandelt werden. Dabei ist es wichtig, dass alle Kinder die gleiche Chance auf eine geeignete Diagnostik und Therapie haben. Wartezeiten sind zu verkürzen, Zugangsbarrieren abzubauen.

8.8. Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung in Diagnostik und Therapie

Zur besseren Ausnutzung der vorhandenen Ressourcen ist eine Umorganisation einzelner Bereiche des Gesundheitsamtes und eine verbesserte Zusammenarbeit der Fachabteilungen sowie mit anderen Leistungsanbietern der Gesundheitsversorgung notwendig.

Im Einzelnen

☺ Statt der umfassenden Schuleingangsuntersuchung erfolgt ein Basis-Screening durch Kinderkrankenschwestern/-pfleger und Sozialmedizinische Assistenten/Assistentinnen vor Ort in den Kindergärten. Kinderärztliche Untersuchungen werden nur noch bei auffälligen Kindern durchgeführt. Damit können mehr Aufgaben durch Kinderärzte/-ärztinnen in Kindergärten und Schulen wahrgenommen werden, z.B. Beratung zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitsschutz in den Einrichtungen.

😐 Auffällige Kinder, bei denen der Bedarf einer aufsuchenden Betreuung zu erkennen ist, werden in einer Weise vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst an den Sozialpädiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes herangeführt, dass Vertrauen aufgebaut und Ängste reduziert werden. Der Sozialpädiatrische Dienst ermittelt dann den individuellen Förderbedarf unter Berücksichtigung des familiären Umfelds.

😐 Die Zusammenarbeit des Logopädischen Dienstes mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst wird intensiviert.

😐 Es sollten kleinräumig Qualitätszirkel mit den jeweils zuständigen Kinderärzten/-ärztinnen des Gesundheitsamtes, sozialpädiatrischen Fachkräften und niedergelassenen Kinderärzten/-ärztinnen vor Ort gegründet werden, um spezielle Probleme in der Versorgung zu erörtern und anzugehen. Ziel ist dabei auch, die Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen mit dem Sozialpädiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes und dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes zu verbessern. Gesundheitlich auffällige Kinder können dann direkt an den Sozialpädiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes vermittelt werden. Dabei wird die Einbeziehung niedergelassener Frauenärzte/-ärztinnen angestrebt, um schwangeren Frauen mit Hilfebedarf rechtzeitig geeignete Angebote machen zu können.

😐 Der Sozialpädiatrische Dienst des Gesundheitsamtes muss mit den bestehenden Angeboten (Sozialpädiatrische Zentren, Ambulanz für frühkindliche Regulationsstörungen des EVK, u.a.) noch besser vernetzt werden.

😐 Die Verzahnung psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungsanbieter ist voranzutreiben. Die derzeitigen Wartezeiten bei der Schulpsychologischen Beratungsstelle liegen zwischen 2 und 5 Wochen. Auch in Erziehungsberatungsstellen ist die Wartezeit zu lang. Die Kooperation von Kinder- und Jugendärztlichem Dienst, Schulpsychologischer Bertatungsstelle, anderen Erziehungsberatungsstellen und den niedergelassenen kinderpsychologischen/-psychiatrischen Praxen muss eine schnelle Vermittlung geeigneter Beratungs- und Therapieangebote gewährleisten.

☺ Im Gesundheitsamt wird eine Ernährungsberatungsstelle eingerichtet, die neben individueller Beratung auch Informationen in Kindergärten und Schulen zur gesunden Ernährung anbietet.

😐 Beim Übergang in einen anderen Kindergarten, in die Schule oder in eine Sondereinrichtung ist bei ausländischen Kindern die Verwendung von kultur- und sprachfreien standardisierten Tests notwendig, um ein möglichst differenziertes Förderprofil zu entwikkeln.

8.9. Ziel: Entlastung der allein Erziehenden

Allein Erziehende und ihre Kinder müssen gestärkt und sowohl psychische als auch ökonomische Belastungen reduziert werden.

8.10. Maßnahmen zur Entlastung allein Erziehender

Die bestehenden Hilfsangebote müssen für allein Erziehende transparenter gemacht und durch Einzel- und Gruppenangebote ergänzt werden. Die Arbeitschancen für allein Erziehende müssen verbessert werden.

Im Einzelnen:

😐 Eine zentrale Kontaktstelle für Allein Erziehende informiert über das bestehende Hilfesystem und vermittelt an entsprechende Stellen und Angebote. Im Gesundheitsamt leisten bereits zwei Einrichtungen Beratungen für allein Erziehende, das ist die Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte, Partnerprobleme und Lebenskrisen und der Sozialpädiatrische Dienst des Gesundheitsamtes. Es ist denkbar, ein entsprechendes Angebot hier anzusiedeln.

☹ Das Klinische Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität hat im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung ein wissenschaftlich evaluiertes Gruppenangebot für allein erziehende Mütter mit Kindern im Vor- und Einschulungsalter entwickelt. Das Angebot stärkt das Selbstbewusstsein der Mütter, trägt zur Stabilisierung der Mutter-Kind-Beziehung bei und vermittelt den lösungsorientierten Umgang mit typischen Belastungssituationen. Nach den bisherigen Erfahrungen besteht ein Interventionsbedarf von acht bis zehn Gruppen à 10 Teilnehmerinnen pro Jahr. Das Angebot sollte zukünftig niedrigschwellig und wohnortnah in bestehenden Einrichtungen vorgehalten werden (z.B. Erziehungs- und Familienberatungsstellen der Stadt, der kirchlichen und freien Träger/Verbände und der Vereine).

😐 Zusätzlich ist eine aufsuchende Einzelberatung und Unterstützung vor Ort zur Stabilisierung der Mutter-Kind-Beziehung wünschenswert. Diese kann durch qualifizierte, d.h.

geschulte ehrenamtliche Mitarbeiterinnen nach den Grundsätzen der Gesprächstherapie angeboten werden. Sinnvoll ist, das Angebot an bestehende Einrichtungen anzubinden.

😐 Kirchliche und freie Träger, Verbände und Vereine müssen prüfen, ob die wohnortnahen Treffpunkte für allein Erziehende ausreichend sind.

☹ Die Krankenkassen sollten ausreichende Erholungsmaßnahmen und Kuren für bedürftige Mütter und ihre Kinder gewährleisten. Bei der Organisation von Kuren für Mütter mit Kindern ist zu prüfen, ob die Kinder auch in ausreichendem Maße betreut werden und damit eine spürbare Entlastung für die Mütter erreicht wird.

☹ Arbeitgeber sollten das Angebot von Teilzeitarbeits- und ausbildungsplätzen ausweiten, um allein Erziehenden die Chance der Berufstätigkeit zu geben. Das Gleiche gilt für die Flexibilisierung der Arbeitszeit und die betriebliche Kinderbetreuung.

☹ Die Kommune muss verstärkt Hortplätze und Ganztagesschulen anbieten. Besonders für Kinder vor dem Kindergartenalter und ab der Einschulung sind die Betreuungsmöglichkeiten gering. In den Einrichtungen ist durch pädagogisch und entwicklungspsychologisch geschultes Personal eine qualifizierte Betreuung sicherzustellen. Es ist zu prüfen, ob diese Plätze auch tatsächlich an die bedürftigen Familien verteilt werden. Sozial schwache Eltern haben häufig Schwellenängste und es fällt ihnen schwer, bürokratische Hürden ohne Hilfe zu überwinden.

8.11. Ziel: Ausweitung der aufsuchenden Zahnprophylaxe

Die Mundgesundheit ist bei Säuglingen und Kleinkindern sowie bei Schulkindern ab 12 Jahren zu verbessern. Vor allem Kinder mit überproportionalem Kariesrisiko müssen erreicht werden.

8.12. Maßnahmen zur Ausweitung der aufsuchenden Zahnprophylaxe

Die aufsuchende Zahnprophylaxe wird in allen Altersgruppen ausgeweitet.

Im Einzelnen:

😐 Für Säuglinge und Kleinkinder vor Eintritt in den Kindergarten ist eine aufsuchende Betreuungsform nötig. Das Beratungsangebot für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern setzt nach Möglichkeit so früh ein, dass "Saugerflaschen-Karies" vermieden wird und die Folgen des übermäßigen und langen Gebrauchs des Schnullers reduziert werden. Erste Kontakte können über Mutter/Kind-Kurse (ggf. Wickelkurse, Krabbelkurse etc.) hergestellt werden.

😐 Die Verwendung von fluoridhaltigem Jodsalz stellt eine Basisprophylaxe für die ganze Familie dar. Deshalb sollte nach Zustimmung der Eltern in Kindertagesstätten und Schulen mit Übermittagsbetreuung fluoridiertes und jodiertes Speisesalz zum individuellen Nachwürzen flächendeckend bereit gestellt werden.

😐 Karies tritt am häufigsten auf der Kaufläche der Zähne auf. Neben dem regelmäßigen Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta schützt bei bleibenden Zähnen v. a. die

Fissurenversiegelung vor Karies. Hierzu wird die Kaufläche mit einer dünnen Schicht Kunststoff versiegelt (geschützt). Insbesondere bei Kindern, die trotz Kariesrisiko keine Zahnarztpraxis aufsuchen ist nach Einverständnis der Eltern eine aufsuchende Betreuung indiziert. Diese kann zunächst im Rahmen eines Modellversuchs getestet werden. Hierzu existieren zahlreiche Beispiele aus anderen Ländern.

😐 Das Angebot für die Pausenverpflegung in den “Schulbüdchen” der weiterführenden Schulen sollte mindestens das Angebot zahngesunder Süßigkeiten („Zahnmännchen“) umfassen, besser jedoch die Möglichkeit, eine gesunde Pausenverpflegung zu erhalten. Schülerinnen und Schüler werden damit auch zur gesunden Ernährung angeleitet.

9. Literatur

Elsäßer, G. (1998). Gesundheit von Schulneulingen: Auswirkung sozialer Benachteiligung am Beispiel der Brandenburger Schulneulingeuntersuchungen 1994 und 1995. Gesundheitswesen 60: 632-637.

Geschäftsstelle der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz (1997). Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit der Düsseldorfer Bürger.

Geschäftsstelle der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz (1997). Gesundheitsbericht Kinder und Jugendliche in Düsseldorf 1997.

Geschäftsstelle der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz (1999). Chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche in Düsseldorf.

Hemming, B. (2002). Sozialräumliche Determinanten der Kindergesundheit, Magisterarbeit an der Heinrich-Heine-Universität im Zusatzstudiengang „Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin".

Institut für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen (1989). Jugendärztliche Definitionen. Bielefeld: IDIS.

Kromeyer-Hauschild K., Wabitsch M., Geller F., Ziegler A., Geiß HC., Hesse V., v. Hippel, Jaeger U., Johnsen D., Kiess W., Korte W., Kunze D., Menner K., Müller M., Niemann-Pilatus A., Remer Th., Schaefer F., Wittchen HU., Zabransky S., Zellner K., Hebebrand J. (2001). Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatschrift Kinderheilkunde, 149, 807-818.

Landeshauptstadt Düsseldorf, der Oberbürgermeister, Jugendamt, Amt für Statistik und Wahlen (2000). Sozialräumliche Gliederung der Stadt Düsseldorf. Fortschreibung Datenstand 31.12.1999.

Landeshauptstadt Düsseldorf, der Oberbürgermeister, Jugendamt, Amt für Statistik und Wahlen, Initiativen und Verbände (1999). Lebenslagen und Lebenschancen von Kindern und Jugendlichen in Düsseldorf, Armutsbericht 1999.

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (2000). Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen. Bielefeld: Lögd.

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (2001). Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen. Bielefeld: Lögd.

Mersmann, H. (2000). Zur gesundheitlichen Lage der Kölner Schulneulinge. Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 1995 bis 1999. Gesundheitsamt Köln.

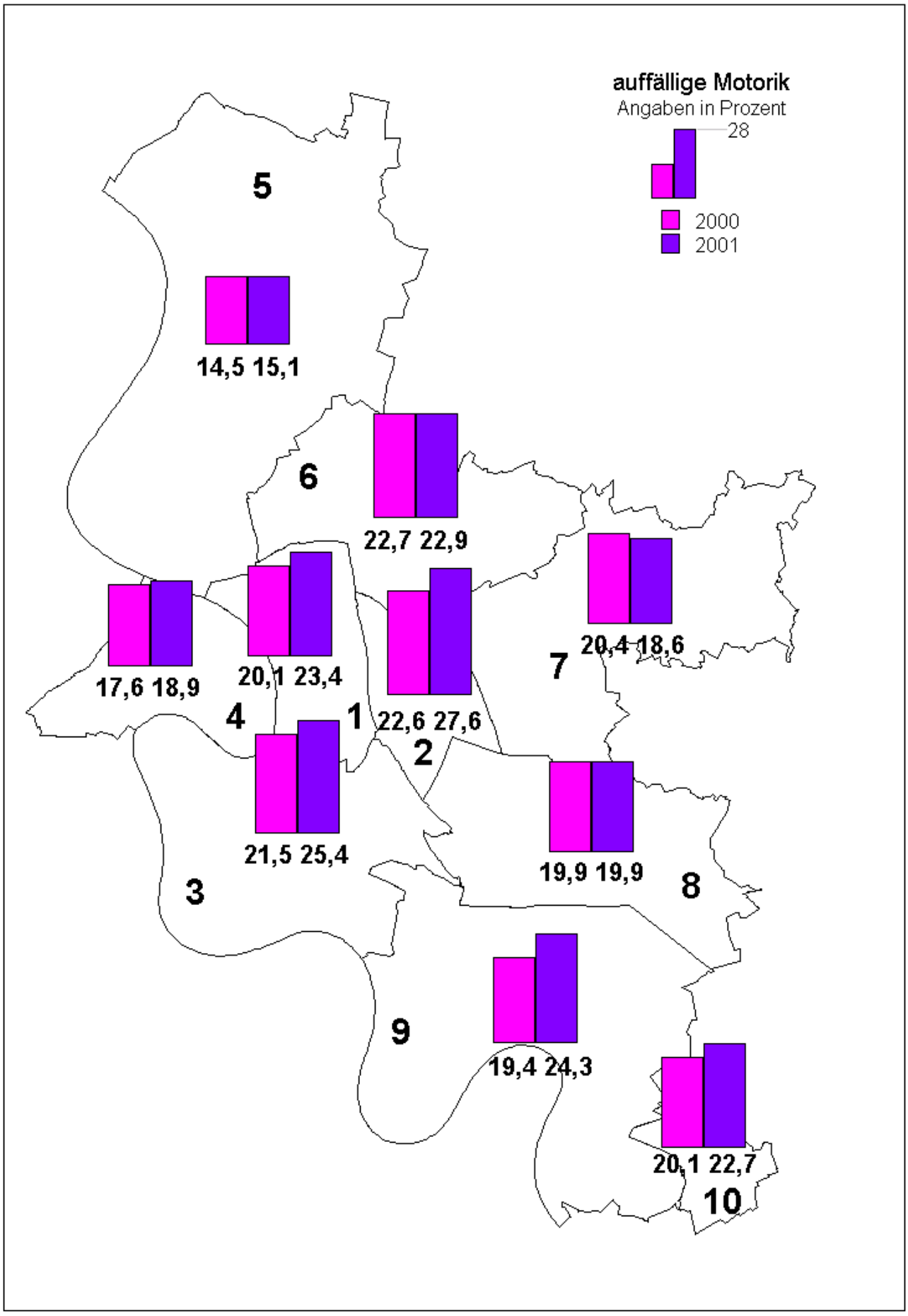
Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2002). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Bielefeld: LÖGD.

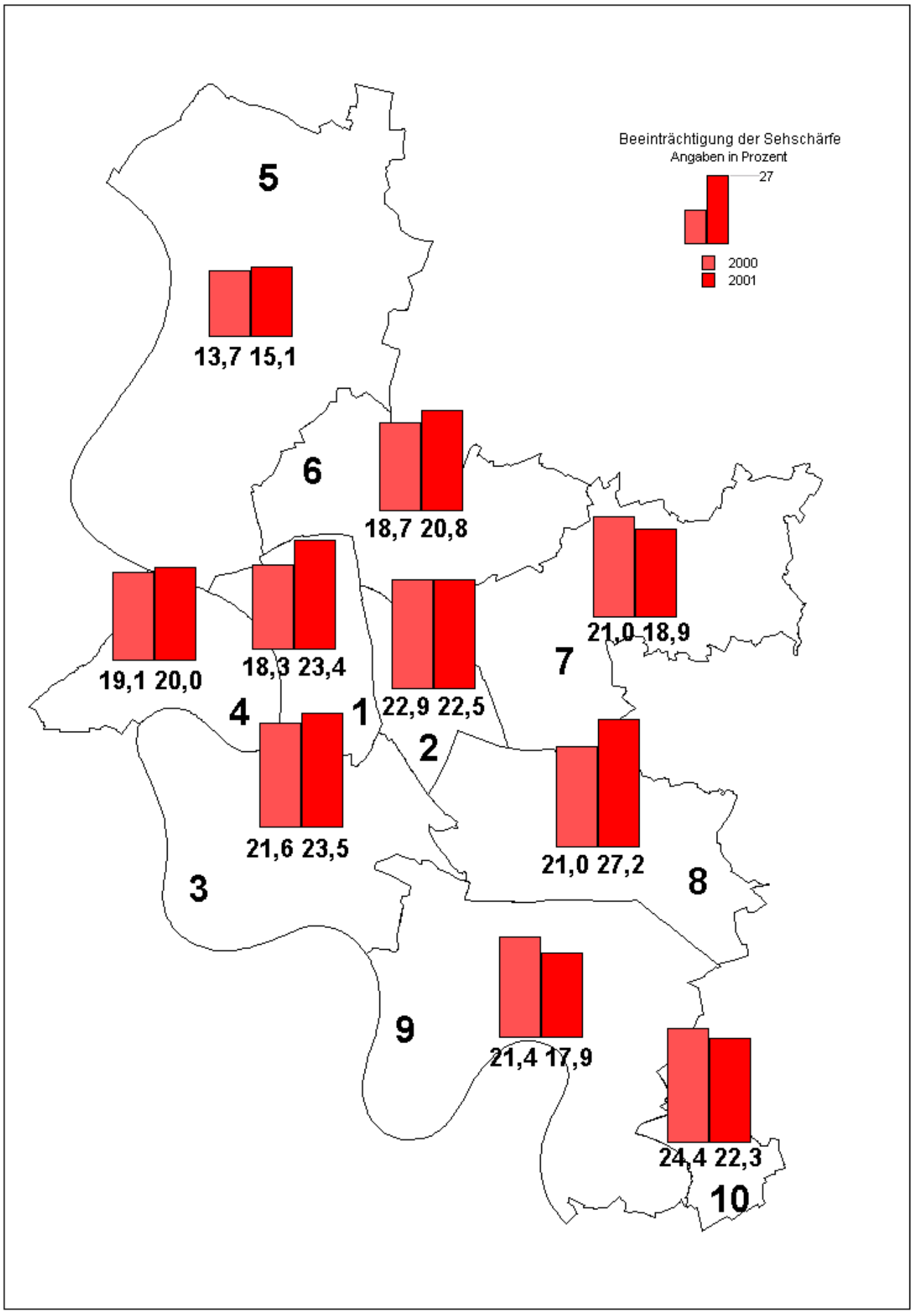
Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2002). Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut. IN Epidemiologisches Bulletin, 28. Berlin: Paul Fieck KG.

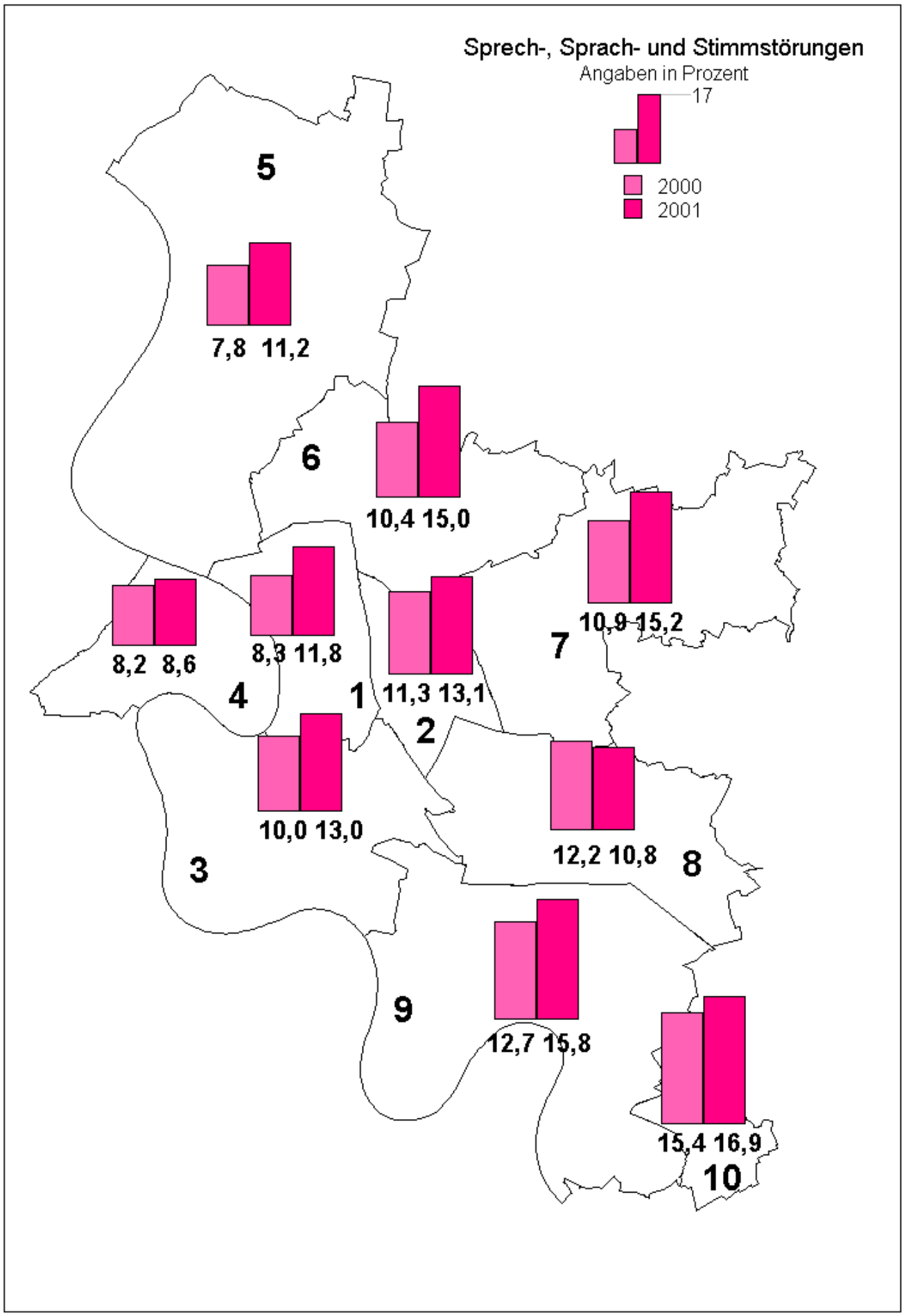
Wabitsch, M. & Kunze, D. (2001). Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA). www.a-g-a.de.

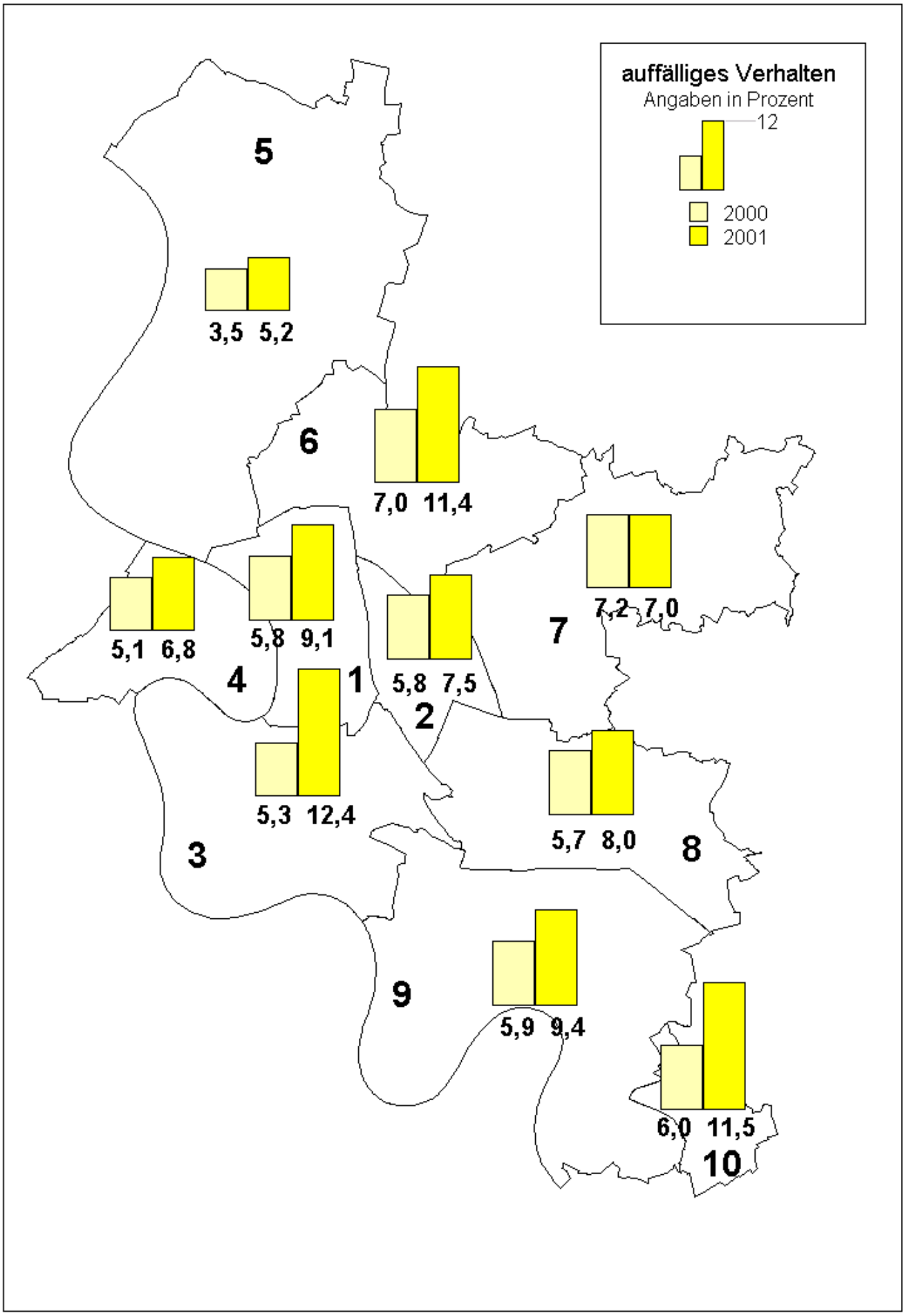
10. Anhang

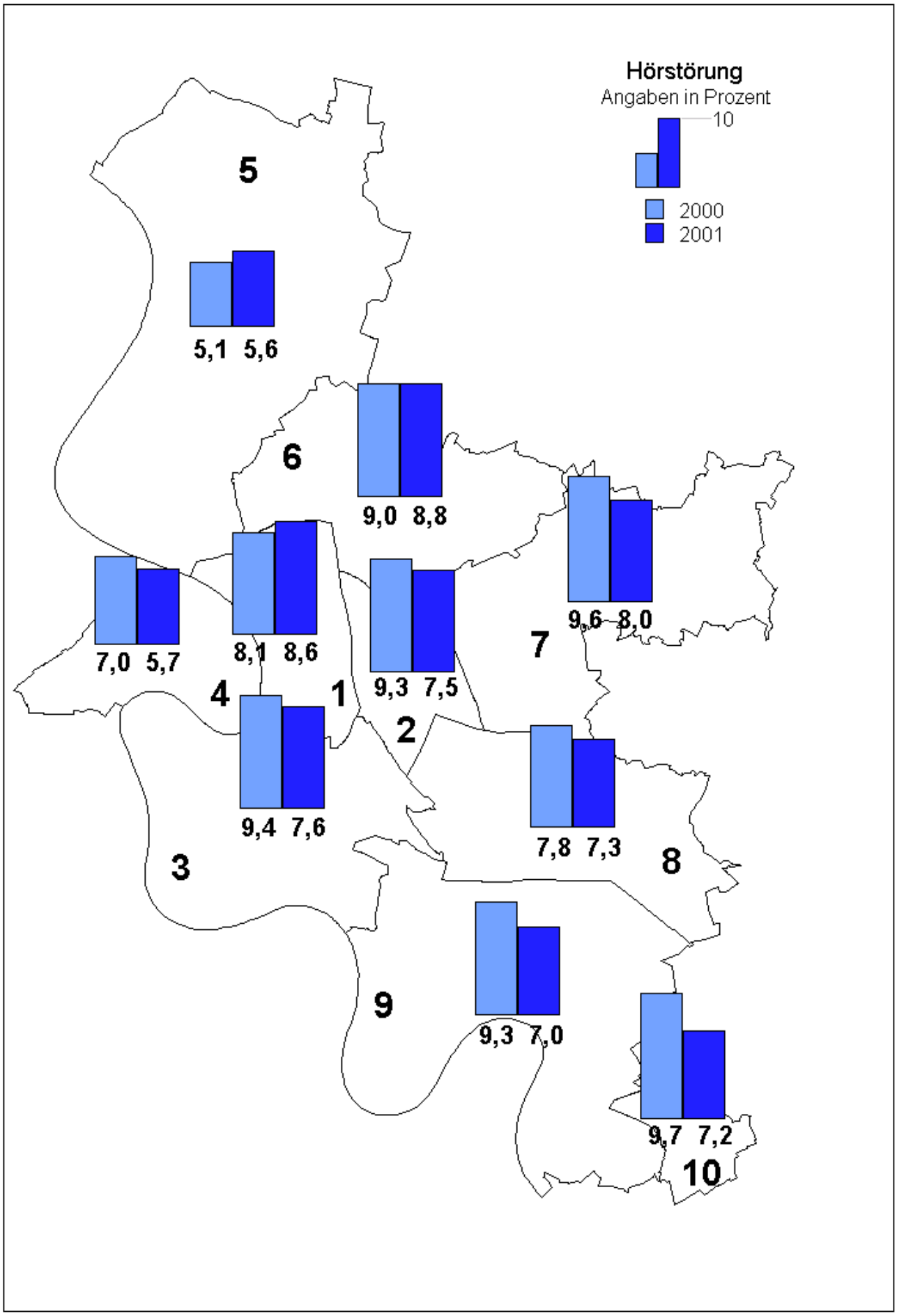
Grafiken: Die häufigsten Erkrankungen getrennt nach Stadtbezirken Seite 56 - 63
Tabellen:
Befundhäufigkeiten Seite 64 - 66
Gewicht Seite 67 - 68
Vorlage von Impf- und Vorsorgeheft Seite 68 - 69
Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen Seite 69 - 71
Teilnahme an den Impfungen Seite 71 - 76
Zusammenhang der sozialen Variablen Seite 77 - 79
Zusammenhang der Befunde Seite 80 - 86
Motorische Übungen Seite 87 - 90
Hoch und niedrig belastete Sozialräume nach Stadtbezirken Seite 91 - 96

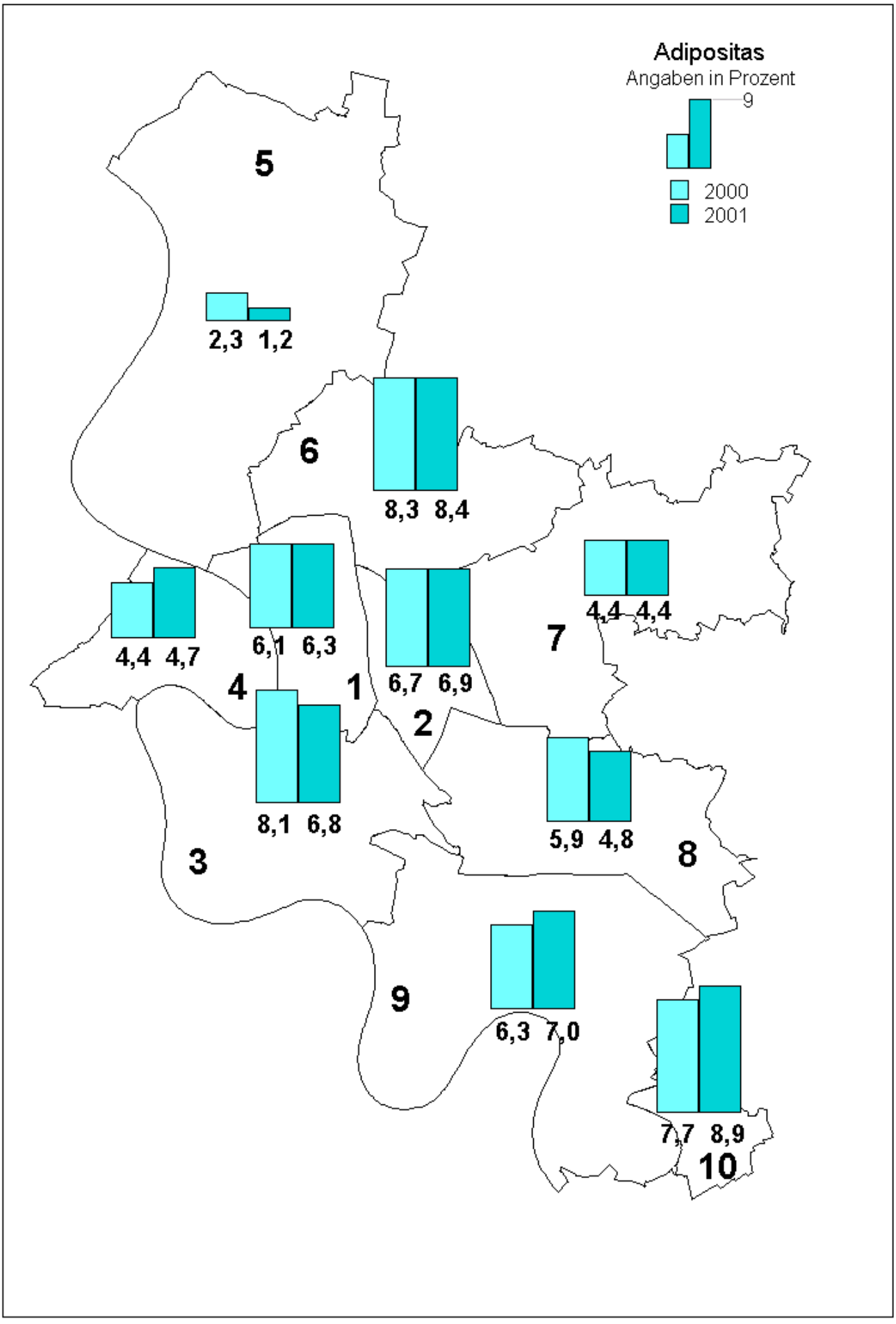

auffällige Motorik
Angaben in Prozent
28
2000
2001
5
14,5 15,1
6
22,7 22,9
17,6 18,9
20,1 23,4
22,6 27,6
7
20,4 18,6
4
1
2
21,5 25,4
19,9 19,9
3
8
9
19,4 24,3
20,1 22,7
10

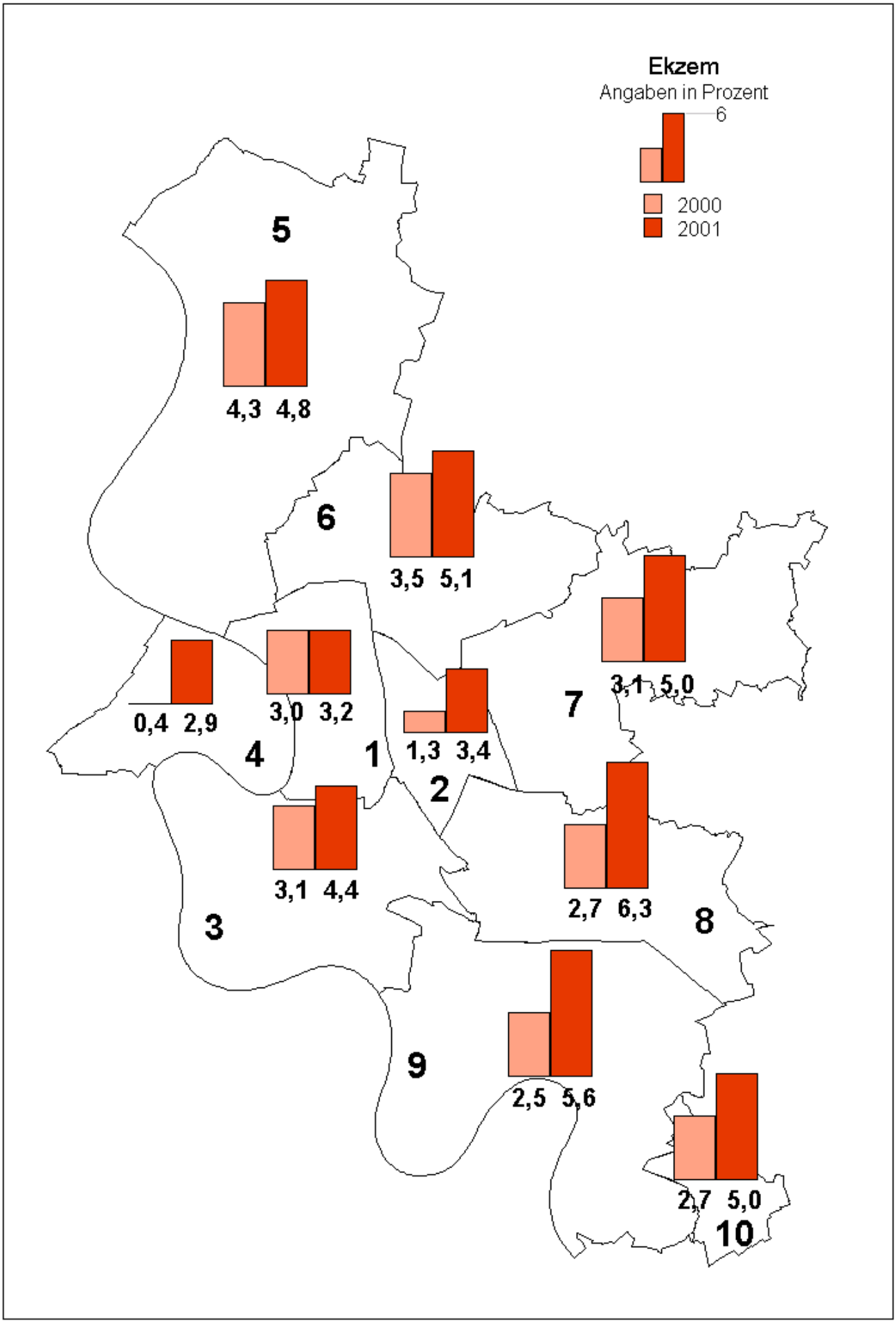

Beeinträchtigung der Sehschärfe
Angaben in Prozent
27
2000
2001
5
13,7 15,1
6
18,7 20,8
19,1 20,0
18,3 23,4
22,9 22,5
7
21,0 18,9
4
1
2
21,6 23,5
21,0 27,2
3
8
9
21,4 17,9
24,4 22,3
10

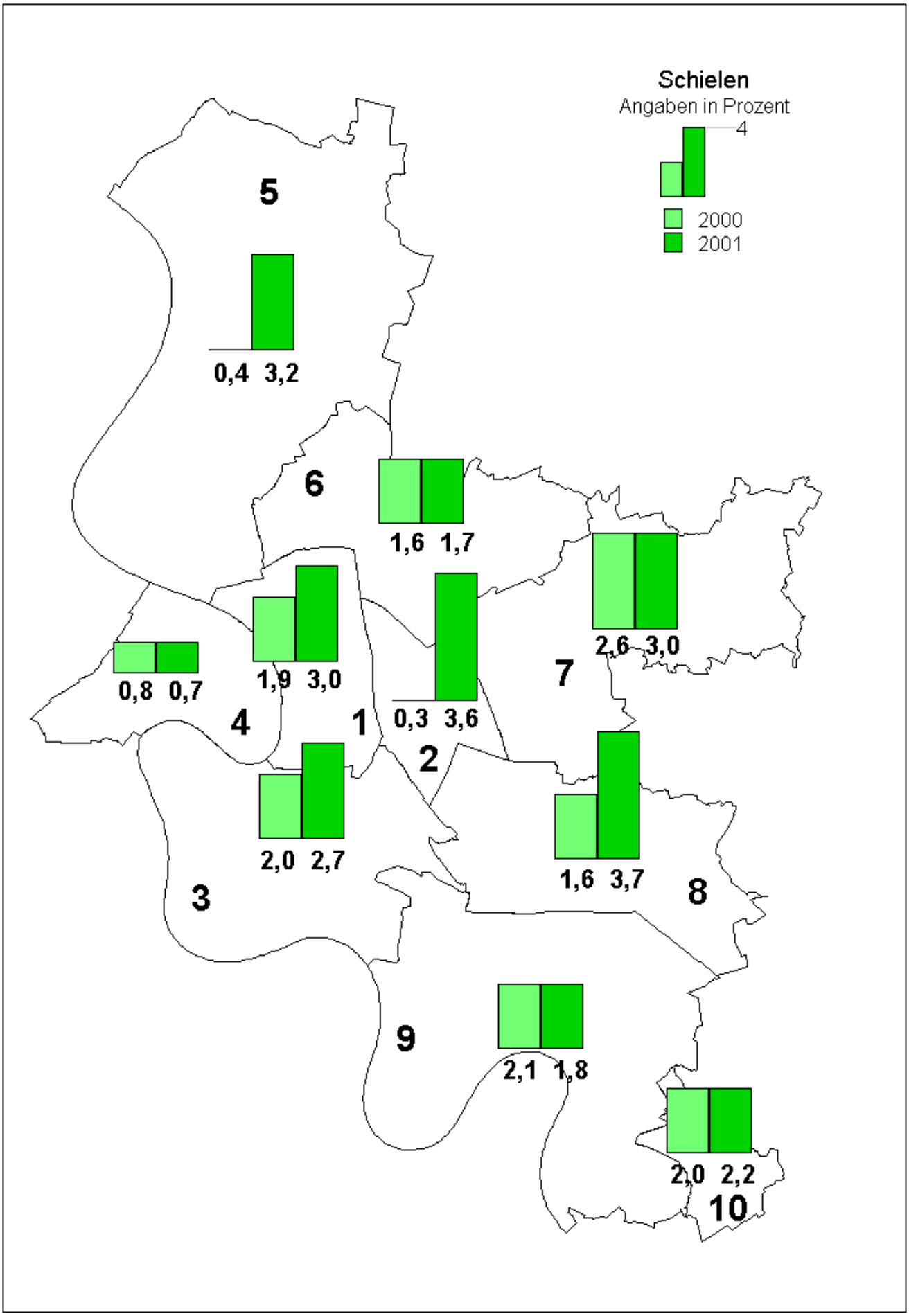

Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen
Angaben in Prozent
17
2000
2001
5
7,8 11,2
6
10,4 15,0
8,2 8,6
8,3 11,8
11,3 13,1
7
10,9 15,2
4
1
2
10,0 13,0
12,2 10,8
3
8
9
12,7 15,8
15,4 16,9
10


auffälliges Verhalten
Angaben in Prozent
12
2000
2001
5
3,5 5,2
6
7,0 11,4
5,1 6,8
5,8 9,1
4
1
5,3 12,4
5,8 7,5
2
7
7,2 7,0
3
5,7 8,0
8
9
5,9 9,4
6,0 11,5
10


Hörstörung
Angaben in Prozent
10
2000
2001
5
5,1 5,6
6
9,0 8,8
7,0 5,7
8,1 8,6
9,3 7,5
9,6 8,0
7
4
1
2
9,4 7,6
7,8 7,3
3
8
9
9,3 7,0
9,7 7,2
10


Adipositas
Angaben in Prozent
9
2000
2001
5
2,3 1,2
6
8,3 8,4
4,4 4,7
6,1 6,3
6,7 6,9
4,4 4,4
7
4
1
2
8,1 6,8
5,9 4,8
3
8
9
6,3 7,0
7,7 8,9
10


Ekzem
Angaben in Prozent
6
2000
2001
5
4,3 4,8
6
3,5 5,1
7
3,1 5,0
0,4 2,9
3,0 3,2
4
1
1,3 3,4
2
3,1 4,4
2,7 6,3
3
8
9
2,5 5,6
2,7 5,0
10


Schielen
Angaben in Prozent
4
2000
2001
5
0,4 3,2
6
1,6 1,7
1,9 3,0
0,8 0,7
4
1
0,3 3,6
2
7
2,6 3,0
2,0 2,7
3
1,6 3,7
8
9
2,1 1,8
2,0 2,2
10

1. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit in den einzelnen Gruppen der sozialen Faktoren getrennt nach Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1998 N*=(5014)		1999 N*=(5229)		2000 N*=(4970)		2001 N*=(4692)	
Jungen	2556	51,0%	2666	51,1%	2499	50,3%	2469	52,6%
Mädchen	2454	49,0%	2551	48,9%	2471	49,7%	2223	47,4%
in Deutschland geboren	-	-	-	-	3758	78,3%	3582	79,2%
im Ausland geboren	-	-	-	-	1041	21,7%	938	20,8%
allein erziehend	-	-	-	-	597	12,0%	546	11,6%
nicht allein erziehend	-	-	-	-	4373	88,0%	4146	88,4%
sehr geringe Belastung	-	-	-	-	398	8,0%	453	9,7%
geringe Belastung	-	-	-	-	1094	22,0%	1041	22,2%
mittlere Belastung	-	-	-	-	2058	41,4%	1893	40,3%
hohe Belastung	-	-	-	-	1057	21,3%	996	21,2%
hohe Belastung (aus.)	-	-	-	-	60	1,2%	53	1,1%
sehr hohe Belastung	-	-	-	-	303	6,1%	256	5,5%

N* kann je nach Kategorie kleiner sein

2. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der häufigsten Befunde (Herabsetzung der Sehschärfe, Hyperopie, Hörstörung, Sprech-, Sprach- und Stimmstörung, Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination, Verhaltensauffälligkeiten, Ekzem, Schielen, Störung des binokularen Sehens) getrennt nach Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1998 (N=5014)		1999 (N=5229)		2000 (N=4970)		2001 (N=4692)	
Sehschärfe	957	19,1%	1239	23,7%	1022	20,6%	997	21,2%
Hörstörung	684	13,6%	762	14,6%	434	8,7%	350	7,5%
Sprachstörung	598	11,9%	622	11,9%	546	11,0%	634	13,5%
Motorik	1097	21,9%	1182	22,6%	1007	20,3%	1062	22,6%
Verhalten	211	4,2%	267	5,1%	290	5,8%	435	9,3%

3. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung in den einzelnen Befundkategorien für die Jahre 1998 bis 2001 (Quelle: Daten der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Düsseldorf).

Jahr	Befund*	Sehen		Hören		Sprache		Motorik		Verhalten	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1998	A	627	12,5	635	12,7	22	0,4	18	0,4	22	0,4
	B	327	6,5	39	0,8	335	6,7	98	2,0	64	1,3
	D	3	0,1	4	0,1	0	0,0	1	0,0	0	0,0
	X	0	0,0	6	0,1	241	4,8	980	19,5	125	2,5
	ges.	957	19,1	684	13,7	598	11,9	1097	21,9	211	4,2
1999	A	890	17,0	719	13,8	12	0,2	20	0,4	12	0,2
	B	346	6,6	30	0,6	407	7,8	126	2,4	64	1,2
	D	3	0,1	12	0,2	1	0,0	0	0,0	1	0,0
	X	0	0,0	1	0,0	202	3,9	1036	19,8	190	3,6
	ges.	1.239	23,7	762	14,6	622	11,9	1.182	22,6	267	5,0
2000	A	676	13,6	389	7,8	28	0,6	8	0,2	19	0,4
	B	342	6,9	28	0,6	343	6,9	162	3,3	114	2,3
	D	3	0,1	14	0,3	0	0,0	4	0,1	0	0,0
	X	1	0,0	3	0,1	175	3,5	833	16,8	157	3,2
	ges.	1.022	20,6	434	8,8	546	11	1.007	20,4	290	5,9
2001	A	654	13,9	317	6,8	16	0,3	2	0,0	7	0,1
	B	340	7,2	22	0,5	362	7,7	193	4,1	72	1,5
	D	1	0,0	10	0,2	0	0,0	1	0,0	0	0,0
	X	2	0,0	1	0,0	256	5,5	866	18,5	356	7,6
	ges.	997	21,1	350	7,5	634	13,5	1.062	22,6	435	9,2

*A=Arztüberweisung, erstmals oder erneut, B=Behandlung bereits durchgeführt oder eingeleitet, D=erhebliche Leistungsbeeinträchtigung, X=nicht behandlungsbedürftig oder fähig, ges.=Gesamtzahl aller Befunde

4. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit seltenerer Befunde getrennt nach Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1998 (N=5014)		1999 (N=5229)		2000 (N=4970)		2001 (N=4692)	
Otitis media und Folgezustände	239	4,8%	405	7,7%	20	0,4%	54	1,2%
Ekzem	137	2,7%	136	2,6%	135	2,7%	221	4,7%
Schielen	82	1,6%	118	2,3%	85	1,7%	118	2,5%
Bronchitisches Syndrom	85	1,7%	144	2,8%	44	0,9%	62	1,3%
Haltungs-schwäche	33	0,7%	75	1,4%	128	2,6%	111	2,4%
Asthma bronchiale	51	1,0%	76	1,5%	61	1,2%	104	2,2%
Hautkrankheiten	64	1,3%	70	1,3%	49	1,0%	84	1,8%
Struma	25	0,5%	67	1,3%	60	1,2%	91	1,9%
Angiokardio-pathie	32	0,6%	85	1,6%	48	1,0%	60	1,3%
Skoliose	55	1,1%	79	1,5%	29	0,6%	56	1,2%
Adenoide	60	1,2%	53	1,0%	42	0,8%	43	0,9%

5. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der häufigsten Befunde (Herabsetzung der Sehschärfe, Hyperopie, Hörstörung, Sprech-, Sprach- und Stimmstörung, Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination, Verhaltensauffälligkeiten, Ekzem, Schielen, Störung des binokularen Sehens) getrennt nach Geschlecht und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1998		1999		2000		2001	
	Jungen (N=2556)	Mädchen (N=2454)	Jungen (N=2666)	Mädchen (N=2551)	Jungen (N=2499)	Mädchen (N=2471)	Jungen (N=2469)	Mädchen (N=2223)
Sehschärfe	477 18,7%	480 19,6%	637 23,9%	602 23,6%	492 19,7%	530 21,4%	494 20,0%	503 22,6%
Hörstörung	337 13,2%	347 14,1%	362 13,6%	400 15,7%	198 7,9%	236 9,6%	169 6,8%	181 8,1%
Sprache	370 14,5%	227 9,3%	405 15,2%	217 8,5%	332 13,3%	214 8,7%	405 16,4%	229 10,3%
Motorik	663 25,9%	433 17,6%	752 28,2%	430 16,9%	640 25,6%	367 14,9%	742 30,1%	320 14,4%
Verhalten	145 5,7%	66 2,7%	181 6,8%	86 3,4%	206 8,2%	84 3,4%	298 12,1%	137 6,2%
Ekzem	63 2,5%	74 3,0%	68 2,6%	68 2,7%	53 2,1%	82 3,3%	87 3,5%	134 6,0%
Schielen	48 1,9%	34 1,4%	70 2,6%	48 1,9%	45 1,8%	40 1,6%	74 3,0%	44 2,0%

6. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der häufigsten Befunde (Herabsetzung der Sehschärfe, Hyperopie, Hörstörung, Sprech-, Sprach- und Stimmstörung, Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination, Verhaltensauffälligkeiten, Ekzem, Schielen, Störung des binokularen Sehens) getrennt nach Geburtsland und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000				2001			
	Geburtsland Deutschland (N=3758)		Geburtsland Ausland (N=1041)		Geburtsland Deutschland (N=3582)		Geburtsland Ausland (N=938)	
Sehschärfe	772	20,5%	221	21,2%	754	21,0%	210	22,4%
Hörstörung	316	8,4%	102	9,8%	270	7,5%	69	7,4%

Sprachstörung	451	12,0%	89	8,5%	487	13,6%	124	13,2%
Motorik	739	19,7%	239	23,0%	771	21,5%	244	26,0%
Verhalten	230	6,1%	52	5,0%	297	8,3%	118	12,6%
Ekzem	121	3,2%	14	1,3%	194	5,4%	19	2,0%
Schielen	65	1,7%	18	1,7%	89	2,5%	24	2,6%

7. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der häufigsten Befunde (Herabsetzung der Sehschärfe, Hyperopie, Hörstörung, Sprech-, Sprach- und Stimmstörung, Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination, Verhaltensauffälligkeiten, Ekzem, Schielen, Störung des binokularen Sehens) getrennt nach allein erziehend und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000				2001			
	allein erziehend (N=597)		nicht allein erziehend (N=4373)		allein erziehend (N=546)		nicht allein erziehend (N=4146)	
Sehschärfe	118	19,8%	904	20,7%	140	25,6%	857	20,7%
Hörstörung	63	10,6%	371	8,5%	54	9,9%	296	7,1%
Sprachstörung	58	9,7%	488	11,2%	79	14,5%	555	13,4%
Motorik	126	21,1%	881	20,1%	149	27,3%	913	22,0%
Verhalten	53	8,9%	237	5,4%	60	11,0%	375	9,0%
Ekzem	20	3,4%	115	2,6%	29	5,3%	192	4,6%
Schielen	11	1,8%	74	1,7%	14	2,6%	104	2,5%

8. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der häufigsten Befunde (Herabsetzung der Sehschärfe, Hyperopie, Hörstörung, Sprech-, Sprach- und Stimmstörung, Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination, Verhaltensauffälligkeiten, Ekzem, Schielen, Störung des binokularen Sehens) getrennt nach Grad der sozialen Belastung und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000						2001					
	sehr gering (N= 398)	gering (N= 1094)	mittel (N= 2058)	hoch (N= 1057)	hoch (aus.) (N= 60)	sehr hoch (N= 303)	sehr gering (N= 453)	gering (N= 1041)	mittel (N= 1893)	hoch (N= 996)	hoch (aus.) (N= 53)	sehr hoch (N= 256)
Sehen	59 14,8%	193 17,6%	436 21,2%	251 23,7%	11 18,3%	72 23,8%	83 18,3%	193 18,5%	407 21,5%	241 24,2%	16 30,2%	57 22,3%
Hören	25 6,3%	86 7,9%	181 8,8%	105 9,9%	3 5,0%	34 11,2%	26 5,7%	67 6,4%	148 7,8%	78 7,8%	8 15,1%	23 9,0%
Sprache	31 7,8%	104 9,5%	238 11,6%	122 11,5%	7 11,7%	44 14,5%	47 10,4%	103 9,9%	271 14,3%	156 15,7%	7 13,2%	50 19,5%
Motorik	69 17,3%	186 17,0%	423 20,6%	237 22,4%	18 30,0%	74 24,4%	81 17,9%	186 17,9%	432 22,8%	268 26,9%	16 30,2%	79 30,9%
Verhalten	18 4,5%	42 3,8%	147 7,1%	61 5,8%	2 3,3%	20 6,6%	22 4,9%	59 5,7%	193 10,2%	123 12,3%	9 17,0%	29 11,3%
Ekzem	13 3,3%	33 3,0%	64 3,1%	19 1,8%	2 3,3%	4 1,3%	16 3,5%	51 4,9%	95 5,0%	45 4,5%	3 5,7%	11 4,3%
Schielen	2 0,5%	21 1,9%	35 1,7%	17 1,6%	1 1,7%	9 3,0%	7 1,5%	33 3,2%	43 2,3%	28 2,8%	1 1,9%	6 2,3%

9. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Gewichtskategorien getrennt nach Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1998 (N=4265)		1999 (N=4483)		2000 (N=4911)		2001 (N=4608)	
deutlich untergewichtig	7	0,2%	3	0,1%	66	1,3%	56	1,2%
untergewichtig	148	3,5%	156	3,5%	189	3,8%	181	3,9%
normalgewichtig	3483	81,7%	3668	81,8%	3948	80,4%	3723	80,8%
übergewichtig	367	8,6%	362	8,1%	394	8,0%	360	7,8%
adipös	260	6,1%	294	6,6%	314	6,4%	288	6,3%

10. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Gewichtskategorien getrennt nach Geschlecht und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1998		1999		2000		2001	
	Jungen N=(2175)	Mädchen N=(2090)	Jungen N=(2282)	Mädchen N=(2201)	Jungen N=(2460)	Mädchen N=(2451)	Jungen N=(2415)	Mädchen N=(2193)
deutlich untergewichtig	6 0,3%	1 0,0%	3 0,1%	0 0%	37 1,5%	29 1,2%	33 1,4%	23 1,0%
untergewichtig	77 3,5%	71 3,4%	84 3,7%	72 3,3%	98 4,0%	91 3,7%	84 3,5%	97 4,4%
normalgewichtig	1766 81,2%	1717 82,5%	1865 81,7%	1803 81,9%	1996 81,1%	1952 79,6%	1956 81,0%	1767 80,6%
übergewichtig	193 8,9%	174 8,3%	174 7,6%	188 8,5%	167 6,8%	227 9,3%	182 7,5%	178 8,1%
adipös	133 6,1%	127 6,1%	156 6,8%	138 6,3%	162 6,6%	152 6,2%	160 6,6%	128 5,8%

11. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Gewichtskategorien getrennt nach Geburtsland und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000				2001			
	Geburtsland Deutschland (N=3717)		Geburtsland Ausland (N=1028)		Geburtsland Deutschland (N=3522)		Geburtsland Ausland (N=920)	
deutlich untergewichtig	46	1,2%	18	1,8%	50	1,4%	4	0,4%
untergewichtig	155	4,2%	25	2,4%	145	4,1%	30	3,3%
normalgewichtig	3055	82,2%	762	74,1%	2893	82,1%	695	75,5%
übergewichtig	282	7,6%	100	9,7%	254	7,2%	90	9,8%
adipös	179	4,8%	123	12,0%	180	5,1%	101	11,0%

12. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Gewichtskategorien getrennt nach allein erziehend und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000				2001			
	allein erziehend (N=594)		nicht allein erziehend (N=4317)		allein erziehend (N=535)		nicht allein erziehend (N=4073)	
deutlich untergewichtig	7	1,2%	59	1,4%	5	0,9%	51	1,3%
untergewichtig	25	4,2%	164	3,8%	19	3,6%	162	4,0%
normalgewichtig	486	81,8%	3462	80,2%	442	82,6%	3281	80,6%

übergewichtig	43	7,2%	351	8,1%	35	6,5%	325	8,0%
adipös	33	5,6%	281	6,5%	34	6,4%	254	6,2%

13. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Gewichtskategorien getrennt nach Grad der sozialen Belastung und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000						2001					
	sehr gering (N= 394)	gering (N= 1083)	mittel (N= 2031)	hoch (N= 1042)	hoch (aus.) (N= 60)	sehr hoch (N= 301)	sehr gering (N= 445)	gering (N= 1029)	mittel (N= 1855)	hoch (N= 976)	hoch (aus.) (N= 53)	sehr hoch (N= 250)
deutlich untergewichtig	5 1,3%	14 1,3%	24 1,2%	15 1,4%	2 3,3%	6 2,0%	7 1,6%	11 1,1%	28 1,5%	9 0,9%	0 0,0%	1 0,4%
untergewichtig	17 4,3%	41 3,8%	85 4,2%	40 3,8%	0 0,0%	6 2,0%	16 3,6%	53 5,2%	66 3,6%	35 3,6%	3 5,7%	8 3,2%
normalgewichtig	329 83,5%	931 86,0%	1622 79,9%	797 76,5%	40 66,7%	229 76,1%	386 86,7%	855 83,1%	1488 80,2%	768 78,7%	37 69,8%	189 75,6%
übergewichtig	27 6,9%	63 5,8%	167 8,2%	93 8,9%	7 11,7%	37 12,3%	18 4,0%	79 7,7%	143 7,7%	82 8,4%	7 13,2%	31 12,4%
adipös	16 4,1%	34 3,1%	133 6,5%	97 9,3%	11 18,3%	23 7,6%	18 4,0%	31 3,0%	130 7,0%	82 8,4%	6 11,3%	21 8,4%

14. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Kinder, die das Vorsorgeheft und das Impfheft vorgelegt haben, getrennt nach Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1998 (N=5014)		1999 (N=5229)		2000 (N=4970)		2001 (N=4692)	
Vorsorgeheft	4427	88,3%	4487	85,8%	4292	86,4%	4032	85,9%
Impfheft	4646	92,7%	4695	89,8%	4441	89,4%	4202	89,6%

15. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Kinder, die das Vorsorgeheft und das Impfheft vorgelegt haben, getrennt nach Geschlecht und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1998		1999		2000		2001	
	Jungen N=(2556)	Mädchen N=(2454)	Jungen N=(2666)	Mädchen N=(2551)	Jungen N=(2499)	Mädchen N=(2471)	Jungen N=(2469)	Mädchen N=(2223)
Vorsorgeheft	2243 87,8%	2181 88,9%	2286 85,7%	2201 86,3%	2131 85,3%	2161 87,5%	2111 85,5%	1921 86,4%
Impfheft	2365 92,5%	2278 92,8%	2402 90,1%	2293 89,9%	2230 89,2%	2211 89,5%	2202 89,2%	2000 90,0%

16. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Kinder, die das Vorsorgeheft und das Impfheft vorgelegt haben, getrennt nach Geburtsland und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000				2001			
	Geburtsland Deutschland (N=3758)		Geburtsland Ausland (N=1041)		Geburtsland Deutschland (N=3582)		Geburtsland Ausland (N=938)	
Impfheft	3438	91,5	730	70,1	3262	91,1	669	71,3
Vorsorgeheft	3459	92,0	840	80,7	3307	92,3	768	81,9

17. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Kinder, die das Vorsorgeheft und das Impfheft vorgelegt haben, getrennt nach allein erziehend und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000				2001			
	allein erziehend (N=597)		nicht allein erziehend (N=4373)		allein erziehend (N=546)		nicht allein erziehend (N=4146)	
Vorsorgeheft	491	82,2%	3801	86,9%	456	83,5%	3576	86,3%
Impfheft	502	84,1%	3939	90,1%	468	85,7%	3734	90,1%

18. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Kinder, die das Vorsorgeheft und das Impfheft vorgelegt haben, getrennt nach Grad der sozialen Belastung und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000						2001					
	sehr gering (N= 398)	gering (N= 1094)	mittel (N= 2058)	hoch (N= 1057)	hoch (aus.) (N= 60)	sehr hoch (N= 303)	sehr gering (N= 453)	gering (N= 1041)	mittel (N= 1893)	hoch (N= 996)	hoch (aus.) (N= 53)	sehr hoch (N= 256)
Vorsorgeheft	352 88,4	1014 92,7	1798 87,4	854 80,8	46 76,7	228 75,2	401 88,5	936 89,9	1651 87,2	802 80,5	39 73,6	203 79,3
Impf heft	366 92,0	1014 92,7	1852 90,0	917 86,8	52 86,7	240 79,2	411 90,7	960 92,2	1713 90,5	856 85,9	41 77,4	221 86,3

19. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen für alle Kinder, die das Vorsorgeheft vorgelegt haben, getrennt nach Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1998 (N*=4424)		1999 (N*=4486)		2000 (N=4292)		2001 (N=4032)	
U1	4309	97,4%	4394	98,0%	4175	97,3%	3919	97,2%
U2	4270	96,5%	4371	97,5%	4155	96,8%	3904	96,8%
U3	4171	94,5%	4280	95,5%	4071	94,9%	3850	95,5%
U4	4166	94,3%	4204	93,7%	4020	93,7%	3806	94,4%
U5	4073	92,1%	4110	91,7%	3953	92,1%	3710	92,0%
U6	4051	91,7%	4094	91,3%	3928	91,5%	3703	91,8%
U7	3889	88,0%	3800	84,7%	3796	88,4%	3608	89,5%
U8	3699	83,7%	3650	81,4%	3514	81,9%	3314	82,2%
U9	3271	74,1%	3641	81,3%	3538	82,4%	3390	84,1%

*: N kann je nach U kleiner sein

20. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen für alle Kinder, die das Vorsorgeheft vorgelegt haben, getrennt nach Geschlecht und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1998		1999		2000		2001	
	Jungen N=(2243)	Mädchen N=(2181)	Jungen N=(2286)	Mädchen N=(2201)	Jungen N=(2131)	Mädchen N=(2161)	Jungen N=(2111)	Mädchen N=(1921)
U1	2188 97,5%	2118 97,1%	2236 97,8%	2158 98,0%	2072 97,2%	2103 97,3%	2055 97,3%	1864 97,0%
U2	2173 96,9%	2094 96,0%	2225 97,3%	2146 97,5%	2061 96,7%	2094 96,9%	2045 96,9%	1859 96,8%
U3	2134 95,1%	2034 93,3%	2180 95,4%	2100 95,4%	2018 94,7%	2053 95,0%	2029 96,1%	1821 94,8%

U4	2119 94,5%	2044 93,7%	2146 93,9%	2058 93,5%	1982 93,0%	2038 94,3%	1990 94,3%	1816 94,5%
U5	2068 92,2%	2002 91,8%	2074 90,7%	2036 92,5%	1953 91,6%	2000 92,5%	1946 92,2%	1764 91,8%
U6	2063 92,0%	1985 91,0%	2081 91,0%	2013 91,5%	1947 91,4%	1981 91,7%	1948 92,3%	1755 91,4%
U7	1967 87,7%	1919 88,0%	1942 85,0%	1858 84,4%	1875 88,0%	1921 88,9%	1890 89,5%	1718 89,4%
U8	1872 83,5%	1825 83,7%	1872 81,9%	1778 80,8%	1727 81,0%	1787 82,7%	1737 82,3%	1577 82,1%
U9	1660 74,0%	1610 73,8%	1845 80,7%	1796 81,6%	1762 82,7%	1776 82,2%	1764 83,6%	1626 84,6%

21. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen für alle Kinder, die das Vorsorgeheft vorgelegt haben, getrennt nach Geburtsland und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000				2001			
	Geburtsland Deutschland (N=3438)		Geburtsland Ausland (N=730)		Geburtsland Deutschland (N=3262)		Geburtsland Ausland (N=669)	
U1	3381	98,3%	682	93,4%	3208	98,3%	617	92,2%
U2	3366	97,9%	678	92,9%	3201	98,1%	611	91,3%
U3	3339	97,1%	625	85,6%	3166	97,1%	591	88,3%
U4	3313	96,4%	601	82,3%	3142	96,3%	571	85,4%
U5	3280	95,4%	578	79,2%	3091	94,8%	535	80,0%
U6	3273	95,2%	554	75,9%	3101	95,1%	520	77,7%
U7	3201	93,1%	499	68,4%	3034	93,0%	488	72,9%
U8	2967	86,3%	459	62,9%	2793	85,6%	446	66,7%
U9	2949	85,8%	500	68,5%	2816	86,3%	498	74,4%

22. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen für alle Kinder, die das Vorsorgeheft vorgelegt haben, getrennt nach allein erziehend und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000				2001			
	allein erziehend (N=491)		nicht allein erziehend (N=3801)		allein erziehend (N=456)		nicht allein erziehend (N=3576)	
U1	478	97,4%	3697	97,3%	445	97,6%	3474	97,1%
U2	476	96,9%	3679	96,8%	440	96,5%	3464	96,9%
U3	472	96,1%	3599	94,7%	435	95,4%	3415	95,5%
U4	460	93,7%	3560	93,7%	426	93,4%	3380	94,5%
U5	448	91,2%	3505	92,2%	424	93,0%	3286	91,9%
U6	449	91,4%	3479	91,5%	418	91,7%	3285	91,9%
U7	429	87,4%	3367	88,6%	407	89,3%	3201	89,5%
U8	377	76,8%	3137	82,5%	342	75,0%	2972	83,1%
U9	373	76,0%	3165	83,3%	348	76,3%	3042	85,1%

23. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen für alle Kinder, die das Vorsorgeheft vorgelegt haben, getrennt nach Grad der sozialen Belastung und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000						2001					
	sehr gering (N= 352)	gering (N= 1014)	mittel (N= 1798)	hoch (N= 854)	hoch (aus.) (N= 46)	sehr hoch (N= 228)	sehr gering (N= 401)	gering (N= 936)	mittel (N= 1651)	hoch (N= 802)	hoch (aus.) (N= 39)	sehr hoch (N= 203)
U1	343 97,4%	996 98,2%	1745 97,1%	825 96,6%	46 100%	220 96,5%	391 97,5%	921 98,4%	1617 97,9%	766 95,5%	37 94,9%	187 92,1%
U2	341 96,9%	993 97,9%	1738 96,7%	819 95,9%	46 100%	218 95,6%	389 97,0%	921 98,4%	1612 97,6%	759 94,6%	37 94,9%	186 91,6%
U3	343 97,4%	990 97,6%	1699 94,5%	794 93,0%	42 91,3%	203 89,0%	385 96,0%	913 97,5%	1586 96,1%	751 93,6%	37 94,9%	178 87,7%
U4	342 97,2%	984 97,0%	1650 93,4%	778 91,1%	41 89,1%	195 85,5%	382 95,3%	906 96,8%	1570 95,1%	744 92,8%	36 92,3%	168 82,8%
U5	344 97,7%	982 96,8%	1645 91,5%	758 88,8%	39 84,8%	185 81,1%	374 93,3%	897 95,8%	1517 91,9%	719 89,7%	33 84,6%	170 83,7%
U6	338 96,0%	979 96,5%	1632 90,8%	759 88,9%	38 82,6%	182 79,8%	984 95,8%	902 96,4%	1520 92,1%	697 86,9%	33 84,6%	167 82,3%
U7	329 93,5%	964 95,1%	1592 88,5%	709 83,0%	34 73,9%	168 73,7%	369 92,0%	892 95,3%	1483 89,8%	687 85,7%	28 71,8%	149 73,4%
U8	313 88,9%	902 89,0%	1457 81,0%	651 76,2%	32 69,6%	159 69,7%	356 88,8%	844 90,2%	1353 82,0%	602 75,1%	22 56,4%	137 67,5%
U9	310 88,1%	896 88,4%	1487 82,7%	650 76,1%	33 71,7%	162 71,1%	352 87,8%	836 89,3%	1405 85,1%	628 78,3%	24 61,5%	145 71,4%

24. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen für alle Kinder, auch die die das Vorsorgeheft nicht vorgelegt haben, getrennt nach Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1998 (N=5014)		1999 (N=5229)		2000 (N=4970)		2001 (N=4692)	
U1	4317	86,1%	4394	84,0%	4175	84,0%	3919	83,5%
U2	4276	85,3%	4371	83,6%	4155	83,6%	3904	83,2%
U3	4177	83,3%	4280	81,9%	4071	81,9%	3850	82,1%
U4	4173	83,2%	4204	80,4%	4020	80,9%	3806	81,1%
U5	4078	81,3%	4110	78,6%	3953	79,5%	3710	79,1%
U6	4058	80,9%	4094	78,3%	3928	79,0%	3703	78,9%
U7	3895	77,7%	3800	72,7%	3796	76,4%	3608	76,9%
U8	3706	73,9%	3650	69,8%	3515	70,7%	3314	70,6%
U9	3280	65,4%	3642	69,7%	3539	71,9%	3390	72,3%

25. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Impfungen gegen Polio (3x), Diphtherie (3x), Tetanus (3x), Masern (1x), Mumps (1x), Röteln (1x), Keuchhusten (4x), Hämophilus influenzae Typ B (3x) und Hepatitis B (3x) für alle Kinder mit vorgelegtem Impfheft getrennt nach Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1998 (N*=4646)		1999 (N*=4695)		2000 (N*=4441)		2001 (N*=4202)	
Polio	4390	94,5%	4416	94,2%	4219	95,2%	3988	95,1%
Diphtherie	4489	96,7%	4537	96,7%	4337	97,8%	4112	98,0%
Tetanus	4505	97,0%	4547	96,9%	4347	97,9%	4112	98,0%
Masern	4181	90,0%	4311	92,1%	4132	93,7%	3888	93,8%
Mumps	4165	89,7%	4282	91,4%	4111	93,3%	3874	93,6%

Röteln	3975	85,6%	4164	88,9%	4030	91,7%	3821	92,3%
Keuchhusten	2842	61,2%	3372	71,9%	3428	77,9%	3514	84,6%
Hib	3539	76,2%	3765	80,5%	3743	84,8%	3592	86,3%
Hepatitis B	-	-	-	-	1985	46,7%	2380	59,0%

*bezieht sich auf die Kinder mit vorgelegtem Impfheft, je nach Impfung kann das N auch kleiner sein.

26. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Impfungen gegen Polio (3x), Diphtherie (3x), Tetanus (3x), Masern (1x), Mumps (1x), Röteln (1x), Keuchhusten (4x), Hämophilus influenzae Typ B (3x) und Hepatitis B (3x) für alle Kinder mit vorgelegtem Impfheft getrennt nach Geschlecht und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1998		1999		2000		2001	
	Jungen N*=(2363)	Mädchen N*=(2278)	Jungen N*=(2400)	Mädchen N*=(2292)	Jungen N*=(2227)	Mädchen N*=(2211)	Jungen N*=(2198)	Mädchen N*=(1998)
Polio	2229 94,3%	2158 94,7%	2253 94,0%	2163 94,5%	2108 94,7%	2111 95,7%	2080 94,8%	1908 95,5%
Diphtherie	2289 96,9%	2197 96,4%	2318 96,6%	2219 96,9%	2178 97,8%	2159 97,7%	2139 97,4%	1973 98,7%
Tetanus	2297 97,2%	2205 96,8%	2327 97,0%	2220 96,9%	2182 98,0%	2165 97,9%	2139 97,3%	1973 98,7%
Masern	2135 90,4%	2043 89,7%	2205 92,0%	2106 92,2%	2070 93,6%	2062 93,8%	2021 93,1%	1867 94,5%
Mumps	2140 90,6%	2022 88,8%	2197 91,7%	2085 91,2%	2060 93,1%	2051 93,5%	2015 92,9%	1859 94,3%
Röteln	2020 85,5%	1952 85,7%	2125 88,6%	2039 89,1%	2018 91,5%	2012 92,0%	1977 91,2%	1844 93,5%
Keuchhusten	1459 61,7%	1381 60,6%	1705 71,1%	1667 72,8%	1712 77,6%	1716 78,2%	1811 83,5%	1703 85,8%
Hib	1793 75,9%	1743 76,5%	1920 80,3%	1845 80,7%	1864 84,2%	1879 85,4%	1879 86,4%	1713 86,3%
Hepatitis B	-	-	-	-	981 46,0%	1004 47,3%	1197 56,9%	1183 61,2%

*N kann bei einzelnen Impfungen niedriger liegen

27. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Impfungen gegen Polio (3x), Diphtherie (3x), Tetanus (3x), Masern (1x), Mumps (1x), Röteln (1x), Keuchhusten (4x), Hämophilus influenzae Typ B (3x) und Hepatitis B (3x) für alle Kinder mit vorgelegtem Impfheft getrennt nach Geburtsland und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000				2001			
	Geburtsland Deutschland (N*=3458)		Geburtsland Ausland (N*=838)		Geburtsland Deutschland (N*=3302)		Geburtsland Ausland (N*=768)	
Polio	3302	95,6%	786	94,1%	3152	95,5%	720	93,9%
Diphtherie	3391	98,1%	809	96,5%	3241	98,2%	753	98,0%
Tetanus	3401	98,4%	808	96,4%	3242	98,2%	752	97,9%
Masern	3210	93,3%	791	95,3%	3047	93,5%	723	94,6%
Mumps	3194	92,9%	786	94,9%	3047	93,6%	709	93,3%
Röteln	3134	91,4%	769	93,3%	3006	92,4%	698	91,6%
Keuchhusten	2703	78,7%	631	76,2%	2766	84,7%	648	85,2%
Hib	2994	86,8%	648	78,7%	2889	88,1%	608	79,9%
Hepatitis B	1458	44,1%	464	57,3%	1800	56,8%	513	68,2%

*N kann bei einzelnen Impfungen niedriger liegen

28. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit Impfungen gegen Polio (3x), Diphtherie (3x), Tetanus (3x), Masern (1x), Mumps (1x), Röteln (1x), Keuchhusten (4x), Hämophilus influenzae Typ B (3x) und Hepatitis B (3x) für alle Kinder mit vorgelegtem Impfheft getrennt nach allein erziehend und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000				2001			
	allein erziehend (N*=501)		nicht allein erziehend (N*=3937)		allein erziehend (N*=467)		nicht allein erziehend (N*=3729)	
Polio	462	92,4%	3757	95,5%	429	92,1%	3559	95,5%
Diphtherie	486	97,2%	3851	97,8%	455	97,4%	3657	98,1%
Tetanus	489	97,6%	3858	98,0%	455	97,4%	3657	98,1%
Masern	453	91,3%	3679	94,0%	421	92,1%	3467	94,0%
Mumps	449	90,5%	3662	93,7%	420	91,9%	3454	93,8%
Röteln	441	89,1%	3589	92,1%	415	90,8%	3406	92,5%
Keuchhusten	370	74,3%	3058	78,3%	372	80,9%	3142	85,1%
Hib	407	82,1%	3336	85,2%	393	85,1%	3199	86,5%
Hepatitis B	177	37,5%	1808	47,8%	227	50,6%	2153	60,0%

*N kann bei einzelnen Impfungen niedriger liegen

29. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Impfungen gegen Polio (3x), Diphtherie (3x), Tetanus (3x), Masern (1x), Mumps (1x), Röteln (1x), Keuchhusten (4x), Hämophilus influenzae Typ B (3x) und Hepatitis B (3x) für alle Kinder mit vorgelegtem Impfheft getrennt nach Grad der sozialen Belastung und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000						2001					
	sehr gering (N*= 366)	gering (N*= 1014)	mittel (N*= 1851)	hoch (N*= 915)	hoch (aus.) (N*= 52)	sehr hoch (N*= 240)	sehr gering (N*= 410)	gering (N*= 960)	mittel (N*= 1712)	hoch (N*= 853)	hoch (aus.) (N*= 41)	sehr hoch (N*= 220)
Polio	353 96,7%	976 96,3%	1761 95,3%	860 94,1%	48 92,3%	221 92,1%	386 94,6%	927 96,8%	1633 95,4%	804 94,3%	38 92,7%	200 90,9%
Diphtherie	359 98,1%	1001 98,7%	1811 97,9%	890 97,3%	50 96,2%	226 94,6%	401 97,8%	946 98,5%	1682 98,3%	892 97,2%	41 100%	213 96,8%
Tetanus	361 98,6%	1005 99,1%	1813 97,9%	892 97,5%	50 96,2%	226 94,2%	401 97,8%	948 98,8%	1681 98,2%	829 97,2%	41 100%	212 96,4%
Masern	342 94,7%	944 93,6%	1727 93,9%	851 93,4%	47 92,2%	221 92,9%	370 91,6%	906 95,5%	1583 93,7%	787 92,9%	40 97,6%	202 93,5%
Mumps	340 94,4%	937 93,0%	1723 93,7%	845 92,9%	46 90,2%	220 92,4%	366 91,0%	902 95,2%	1575 93,3%	790 93,4%	39 95,1%	202 94,0%
Röteln	332 92,5%	913 90,8%	1695 92,4%	830 91,7%	45 88,2%	215 90,3%	361 89,6%	891 94,1%	1556 92,2%	774 91,6%	39 95,1%	200 93,0%
Keuchhusten	301 82,7%	816 80,9%	1416 77,2%	688 76,1%	33 64,7%	174 73,1%	344 85,1%	833 87,8%	1450 85,4%	687 81,2%	31 77,5%	169 78,2%
Hib	308 84,6%	898 88,8%	1564 84,9%	743 81,8%	41 78,8%	189 80,1%	338 84,1%	856 89,9%	1492 87,6%	700 82,8%	31 75,6%	175 80,3%
Hepatitis B	169 48,4%	451 46,2%	780 44,1%	434 49,7%	23 46,9%	128 54,0%	215 55,3%	550 60,2%	955 58,0%	516 61,8%	25 62,5%	119 56,1%

*N kann bei einzelnen Impfungen niedriger liegen

30. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Impfungen gegen Polio (3x), Diphtherie (3x), Tetanus (3x), Masern (1x), Mumps (1x), Röteln (1x), Keuchhusten (4x), Hämophilus influenzae Typ B (3x) und Hepatitis B (3x) für alle Kinder, auch die die das Impfheft nicht vorgelegt haben, getrennt nach Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1998 (N=5014)		1999 (N=5229)		2000 (N=4970)		2001 (N=4692)	
Polio	4407	87,9%	4439	84,9%	4219	84,9%	3988	85,0%
Diphtherie	4506	89,9%	4559	87,2%	4337	87,3%	4112	87,6%
Tetanus	4522	90,2%	4569	87,4%	4347	87,5%	4112	87,6%
Masern	4197	83,7%	4330	82,8%	4132	83,1%	3888	82,9%
Mumps	4179	83,3%	4300	82,2%	4111	82,7%	3874	82,6%
Röteln	3989	79,6%	4182	80,0%	4030	81,1%	3821	81,4%
Keuchhusten	2853	56,9%	3387	64,8%	3428	69,0%	3514	74,9%
Hib	3548	70,8%	3781	72,3%	3743	75,3%	3592	76,6%
Hepatitis B	-	-	-	-	1985	39,9%	2380	50,7%

31. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Impfungen gegen Polio (3x), Diphtherie (3x), Tetanus (3x), Masern (1x), Mumps (1x), Röteln (1x), Keuchhusten (4x), Hämophilus influenzae Typ B (3x) und Hepatitis B (3x) für alle Kinder, auch die die das Impfheft nicht vorgelegt haben, getrennt nach Geburtsland und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000				2001			
	Geburtsland Deutschland (N=3758)		Geburtsland Ausland (N=1041)		Geburtsland Deutschland (N=3582)		Geburtsland Ausland (N=938)	
Polio	3302	87,9%	786	75,5%	3152	88,0%	720	76,8%
Diphtherie	3391	90,2%	809	77,7%	3241	90,5%	753	80,3%
Tetanus	3401	90,5%	808	77,6%	3242	90,5%	752	80,2%
Masern	3210	85,4%	791	76,0%	3047	85,1%	723	77,1%
Mumps	3194	85,0%	786	75,5%	3047	85,1%	709	75,6%
Röteln	3134	83,4%	769	73,9%	3006	83,9%	698	74,4%
Keuchhusten	2703	71,9%	631	60,6%	2766	77,2%	648	69,1%
Hib	2994	79,7%	648	62,2%	2889	80,7%	608	64,8%
Hepatitis B	1458	38,8%	464	44,6%	1800	50,3%	513	54,7%

32. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit Impfungen gegen Polio (3x), Diphtherie (3x), Tetanus (3x), Masern (1x), Mumps (1x), Röteln (1x), Keuchhusten (4x), Hämophilus influenzae Typ B (3x) und Hepatitis B (3x) für alle Kinder, auch die die das Impfheft nicht vorgelegt haben, getrennt nach allein erziehend und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000				2001			
	allein erziehend (N=597)		nicht allein erziehend (N=4373)		allein erziehend (N=546)		nicht allein erziehend (N=4146)	
Polio	462	77,4%	3757	85,9%	429	78,6%	3559	85,8%
Diphtherie	486	81,4%	3851	88,1%	455	83,3%	3657	88,2%
Tetanus	489	81,9%	3858	88,2%	455	83,3%	3657	88,2%
Masern	453	75,9%	3679	84,1%	421	77,1%	3467	83,6%
Mumps	449	75,2%	3662	83,7%	420	76,9%	3454	83,3%
Röteln	441	73,9%	3589	82,1%	415	76,0%	3406	82,2%
Keuchhusten	370	62,0%	3058	69,9%	372	68,1%	3142	75,8%
Hib	407	68,2%	3336	76,3%	393	72,0%	3199	77,2%
Hepatitis B	177	29,6%	1808	41,3%	227	41,6%	2153	51,9%

33. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Impfungen gegen Polio (3x), Diphtherie (3x), Tetanus (3x), Masern (1x), Mumps (1x), Röteln (1x), Keuchhusten (4x), Hämophilus influenzae Typ B (3x) und Hepatitis B (3x) für alle Kinder, auch die die das Impfheft nicht vorgelegt haben, getrennt nach Grad der sozialen Belastung und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000						2001					
	sehr gering (N= 398)	gering (N= 1094)	mittel (N= 2058)	hoch (N= 1057)	hoch (aus.) (N= 60)	sehr hoch (N= 303)	sehr gering (N= 453)	gering (N= 1041)	mittel (N= 1893)	hoch (N= 996)	hoch (aus.) (N= 53)	sehr hoch (N= 256)
Polio	353 88,7%	976 89,2%	1761 85,6%	860 81,4%	48 80,0%	221 72,9%	386 85,2%	927 89,0%	1633 86,3%	804 80,7%	38 71,7%	200 78,1%
Diphtherie	359 90,2%	1001 91,5%	1811 88,0%	890 84,2%	50 83,3%	226 74,6%	401 88,5%	946 90,9%	1682 88,9%	829 83,2%	41 77,4%	213 83,2%
Tetanus	361 90,7%	1005 91,9%	1813 88,1%	892 84,4%	50 83,3%	226 74,6%	401 88,5%	948 91,1%	1681 88,8%	829 83,2%	41 77,4%	212 82,8%
Masern	342 85,9%	944 86,3%	1727 83,9%	851 80,5%	47 78,3%	221 72,9%	370 81,7%	906 87,0%	1583 83,6%	787 79,0%	40 75,5%	2002 78,9%
Mumps	340 85,4%	937 85,6%	1723 83,7%	845 79,9%	46 76,7%	220 72,6%	366 80,8%	902 86,6%	1575 83,2%	790 79,3%	39 73,6%	202 78,9%
Röteln	332 83,4%	913 83,5%	1695 82,4%	830 78,5%	45 75,0%	215 71,0%	361 79,7%	891 85,6%	1556 82,2%	774 77,7%	39 73,6%	200 78,1%
Keuchhusten	301 75,6%	815 74,6%	1416 68,8%	688 65,1%	33 55,0%	174 57,4%	344 75,9%	833 80,0%	1450 76,6%	687 69,0%	31 58,5%	169 66,0%
Hib	308 77,4%	898 82,1%	1564 76,0%	743 70,3%	41 68,3%	189 62,4%	338 74,6%	856 82,2%	1492 78,8%	700 70,3%	31 58,5%	175 68,4%
Hepatitis B	169 42,5%	451 41,2%	780 37,9%	434 41,1%	23 38,3%	128 42,2%	215 47,5%	550 52,8%	955 50,4%	516 51,8%	25 47,2%	119 46,5%

34. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Kinder mit vorgelegtem Impfheft, die die Zweitimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln erhalten haben, getrennt nach Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1998 (N*=4645)		1999 (N*=4687)		2000 (N*=4410)		2001 (N*=4147)	
Masern	547	11,8%	688	14,7%	1046	23,7%	1290	31,1%
Mumps	534	11,5%	666	14,2%	1006	22,8%	1276	30,8%
Röteln	505	10,9%	646	13,8%	986	22,4%	1265	30,6%

*=N kann je nach Impfung kleiner sein

35. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Kinder mit vorgelegtem Impfheft, die die Zweitimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln erhalten haben, getrennt nach Geburtsland und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000				2001			
	Geburtsland Deutschland (N*=3439)		Geburtsland Ausland (N*=830)		Geburtsland Deutschland (N*=3260)		Geburtsland Ausland (N*=764)	
Masern	801	23,3%	207	24,9%	960	29,4%	296	38,7%
Mumps	778	22,6%	194	23,4%	952	29,2%	291	38,3%
Röteln	763	22,3%	191	23,2%	947	29,1%	286	37,5%

*=N kann je nach Impfung kleiner sein

36. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Kinder mit vorgelegtem Impfheft, die die Zweitimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln erhalten haben, getrennt nach allein erziehend und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000				2001			
	allein erziehend (N*=496)		nicht allein erziehend (N*=3914)		allein erziehend (N*=457)		nicht allein erziehend (N*=3690)	
Masern	99	20,0%	947	24,2%	114	24,9%	1176	31,9%
Mumps	91	18,3%	915	23,4%	114	24,9%	1162	31,6%
Röteln	91	18,4%	895	23,0%	114	24,9%	1151	31,3%

*=N kann je nach Impfung kleiner sein

37. Tab.: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Kinder mit vorgelegtem Impfheft, die die Zweitimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln erhalten haben, getrennt nach Grad der sozialen Belastung und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000						2001					
	sehr gering (N= 361)	gering (N= 1009)	mittel (N= 1840)	hoch (N= 911)	hoch (aus.) (N= 51)	sehr hoch (N= 238)	sehr gering (N= 404)	gering (N= 949)	mittel (N= 1690)	hoch (N= 847)	hoch (aus.) (N= 41)	sehr hoch (N= 216)
Masern	68 18,8%	249 24,7%	404 22,0%	241 26,5%	14 27,5%	70 29,4%	102 25,2%	305 32,1%	477 28,2%	321 37,9%	16 39,0%	69 31,9%
Mumps	63 17,5%	245 24,3%	389 21,2%	228 25,1%	14 27,5%	67 28,2%	101 25,1%	302 31,9%	473 28,0%	319 37,7%	15 36,6%	66 30,7%
Röteln	62 17,3%	239 23,8%	380 20,7%	224 24,8%	14 27,5%	67 28,2%	101 25,1%	301 31,8%	470 27,8%	316 37,4%	15 36,6%	62 28,8%

*=N kann je nach Impfung kleiner sein

38. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen mit deutschem und ausländischen Geburtsland und aus unterschiedlich belasteten Sozialräumen getrennt nach allein erziehenden Status, Daten von 2000.

		Elternteil alleinerziehend				Gesamt	
		alleinerziehend		nicht alleinerziehend			
		Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%
Geburtsland dichotom	in Deutschland geboren	513	13,7%	3245	86,3%	3758	100,0%
	im Ausland geboren	59	5,7%	982	94,3%	1041	100,0%
Gesamt		572	11,9%	4227	88,1%	4799	100,0%
Grad der sozialen Belastung	sehr geringe Belastung	33	8,3%	365	91,7%	398	100,0%
	geringe Belastung	91	8,3%	1003	91,7%	1094	100,0%
	mittlere Belastung	275	13,4%	1783	86,6%	2058	100,0%
	hohe Belastung	154	14,6%	903	85,4%	1057	100,0%
	hohe Belastung (aus.)	9	15,0%	51	85,0%	60	100,0%
	sehr hohe Belastung	35	11,6%	268	88,4%	303	100,0%
Gesamt		597	12,0%	4373	88,0%	4970	100,0%

39. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen mit deutschem und ausländischen Geburtsland und aus unterschiedlich belasteten Sozialräumen getrennt nach allein erziehenden Status, Daten von 2001.

		Elternteil alleinerziehend				Gesamt	
		alleinerziehend		nicht alleinerziehend			
		Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%
Geburtsland dichotom	in Deutschland geboren	467	13,0%	3115	87,0%	3582	100,0%
	im Ausland geboren	66	7,0%	872	93,0%	938	100,0%
Gesamt		533	11,8%	3987	88,2%	4520	100,0%
Grad der sozialen Belastung	sehr geringe Belastung	29	6,4%	424	93,6%	453	100,0%
	geringe Belastung	80	7,7%	961	92,3%	1041	100,0%
	mittlere Belastung	262	13,8%	1631	86,2%	1893	100,0%
	hohe Belastung	135	13,6%	861	86,4%	996	100,0%
	hohe Belastung (aus.)	6	11,3%	47	88,7%	53	100,0%
	sehr hohe Belastung	34	13,3%	222	86,7%	256	100,0%
Gesamt		546	11,6%	4146	88,4%	4692	100,0%

40. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen aus unterschiedlich belasteten Sozialräumen getrennt nach Geburtsland, Daten von 2000.

		Geburtsland dichotom				Gesamt	
		in Deutschland geboren		im Ausland geboren			
		Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%
Grad der sozialen Belastung	sehr geringe Belastung	336	88,2%	45	11,8%	381	100,0%
	geringe Belastung	994	93,2%	72	6,8%	1066	100,0%
	mittlere Belastung	1568	78,1%	439	21,9%	2007	100,0%
	hohe Belastung	668	66,9%	331	33,1%	999	100,0%
	hohe Belastung (aus.)	26	46,4%	30	53,6%	56	100,0%
	sehr hohe Belastung	166	57,2%	124	42,8%	290	100,0%
Gesamt		3758	78,3%	1041	21,7%	4799	100,0%

41. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen aus unterschiedlich belasteten Sozialräumen getrennt nach Geburtsland, Daten von 2001.

		Geburtsland dichotom				Gesamt	
		in Deutschland geboren		im Ausland geboren			
		Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%
Grad der sozialen Belastung	sehr geringe Belastung	386	89,1%	47	10,9%	433	100,0%
	geringe Belastung	935	92,2%	79	7,8%	1014	100,0%
	mittlere Belastung	1453	79,2%	381	20,8%	1834	100,0%
	hohe Belastung	640	67,7%	305	32,3%	945	100,0%
	hohe Belastung (aus.)	23	46,0%	27	54,0%	50	100,0%
	sehr hohe Belastung	145	59,4%	99	40,6%	244	100,0%
Gesamt		3582	79,2%	938	20,8%	4520	100,0%

42. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen mit deutschem und ausländischem Geburtsland, allein erziehenden und nicht allein erziehenden Eltern und aus unterschiedlich belasteten Sozialräumen getrennt nach Alter, Daten von 2000.

		Alter dichotom				Gesamt	
		bis 6 1/2 Jahre		älter als 6 1/2 Jahre			
		Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%
Geburtsland dichotom	in Deutschland geboren	3339	88,9%	417	11,1%	3756	100,0%
	im Ausland geboren	831	79,8%	210	20,2%	1041	100,0%
Gesamt		4170	86,9%	627	13,1%	4797	100,0%
Elternteil alleinerziehend	alleinerziehend	493	82,6%	104	17,4%	597	100,0%
	nicht alleinerziehend	3804	87,0%	567	13,0%	4371	100,0%
Gesamt		4297	86,5%	671	13,5%	4968	100,0%
Grad der sozialen Belastung	sehr geringe Belastung	364	91,7%	33	8,3%	397	100,0%
	geringe Belastung	998	91,2%	96	8,8%	1094	100,0%
	mittlere Belastung	1760	85,6%	297	14,4%	2057	100,0%
	hohe Belastung	901	85,2%	156	14,8%	1057	100,0%
	hohe Belastung (aus.)	47	78,3%	13	21,7%	60	100,0%
	sehr hohe Belastung	227	74,9%	76	25,1%	303	100,0%
Gesamt		4297	86,5%	671	13,5%	4968	100,0%

43. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen mit deutschem und ausländischem Geburtsland, allein erziehenden und nicht allein erziehenden Eltern und aus unterschiedlich belasteten Sozialräumen getrennt nach Alter, Daten von 2001.

		Alter dichotom				Gesamt	
		bis 6 1/2 Jahre		älter als 6 1/2 Jahre			
		Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%
Geburtsland dichotom	in Deutschland geboren	3218	90,2%	349	9,8%	3567	100,0%
	im Ausland geboren	776	83,2%	157	16,8%	933	100,0%
Gesamt		3994	88,8%	506	11,2%	4500	100,0%
Elternteil alleinerziehend	alleinerziehend	455	83,9%	87	16,1%	542	100,0%
	nicht alleinerziehend	3677	89,0%	453	11,0%	4130	100,0%
Gesamt		4132	88,4%	540	11,6%	4672	100,0%
Grad der sozialen Belastung	sehr geringe Belastung	416	92,0%	36	8,0%	452	100,0%
	geringe Belastung	954	91,8%	85	8,2%	1039	100,0%
	mittlere Belastung	1671	88,8%	210	11,2%	1881	100,0%
	hohe Belastung	844	85,2%	147	14,8%	991	100,0%
	hohe Belastung (aus.)	44	83,0%	9	17,0%	53	100,0%
	sehr hohe Belastung	203	79,3%	53	20,7%	256	100,0%
Gesamt		4132	88,4%	540	11,6%	4672	100,0%

44. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen mit unterschiedlichem Gewicht, getrennt nach motorischem Befund, Daten von 1998.

		Auffälligkeit motorische						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Übergewicht	deutlich untergewichtig	2	28,6%	,1%	5	71,4%	,5%	7	100,0%	,2%
	untergewichtig	115	77,7%	3,5%	33	22,3%	3,5%	148	100,0%	3,5%
	normalgewichtig	2806	80,6%	84,3%	677	19,4%	72,3%	3483	100,0%	81,7%
	übergewichtig	256	69,8%	7,7%	111	30,2%	11,9%	367	100,0%	8,6%
	adipös	150	57,7%	4,5%	110	42,3%	11,8%	260	100,0%	6,1%
Gesamt		3329	78,1%	100,0%	936	21,9%	100,0%	4265	100,0%	100,0%

45. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen mit unterschiedlichem Gewicht, getrennt nach motorischem Befund, Daten von 1999.

		Auffälligkeit motorische						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Übergewicht	deutlich untergewichtig	3	100,0%	,1%				3	100,0%	,1%
	untergewichtig	111	71,2%	3,2%	45	28,8%	4,5%	156	100,0%	3,5%
	normalgewichtig	2965	80,8%	85,0%	703	19,2%	70,7%	3668	100,0%	81,8%
	übergewichtig	256	70,7%	7,3%	106	29,3%	10,7%	362	100,0%	8,1%
	adipös	153	52,0%	4,4%	141	48,0%	14,2%	294	100,0%	6,6%
Gesamt		3488	77,8%	100,0%	995	22,2%	100,0%	4483	100,0%	100,0%

46. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen mit unterschiedlichem Gewicht, getrennt nach motorischem Befund, Daten von 2000.

		Auffälligkeit motorische						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Übergewicht	deutlich untergewichtig	56	84,8%	1,4%	10	15,2%	1,0%	66	100,0%	1,3%
	untergewichtig	157	83,1%	4,0%	32	16,9%	3,3%	189	100,0%	3,8%
	normalgewichtig	3232	81,9%	82,2%	716	18,1%	73,1%	3948	100,0%	80,4%
	übergewichtig	307	77,9%	7,8%	87	22,1%	8,9%	394	100,0%	8,0%
	adipös	180	57,3%	4,6%	134	42,7%	13,7%	314	100,0%	6,4%
Gesamt		3932	80,1%	100,0%	979	19,9%	100,0%	4911	100,0%	100,0%

47. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen mit unterschiedlichem Gewicht, getrennt nach motorischem Befund, Daten von 2001.

		Auffälligkeit motorische						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Übergewicht	deutlich untergewichtig	41	73,2%	1,1%	15	26,8%	1,5%	56	100,0%	1,2%
	untergewichtig	153	84,5%	4,3%	28	15,5%	2,8%	181	100,0%	3,9%
	normalgewichtig	2993	80,4%	83,3%	730	19,6%	71,9%	3723	100,0%	80,8%
	übergewichtig	253	70,3%	7,0%	107	29,7%	10,5%	360	100,0%	7,8%
	adipös	152	52,8%	4,2%	136	47,2%	13,4%	288	100,0%	6,3%
Gesamt		3592	78,0%	100,0%	1016	22,0%	100,0%	4608	100,0%	100,0%

48. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen nach Auffälligkeiten im Verhalten und der Motorik, Daten von 1998.

		Auffälligkeit motorische						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Auffälligkeit Verhalten	auffällig	3820	79,5%	97,5%	983	20,5%	89,6%	4803	100,0%	95,8%
		97	46,0%	2,5%	114	54,0%	10,4%	211	100,0%	4,2%
Gesamt		3917	78,1%	100,0%				5014	100,0%	100,0%

49. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen nach Auffälligkeiten im Verhalten und der Motorik, Daten von 1999.

		Auffälligkeit motorische						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Auffälligkeit Verhalten	auffällig	3923	79,1%	97,0%	1038	20,9%	87,8%	4961	100,0%	94,9%
		123	46,1%	3,0%	144	53,9%	12,2%	267	100,0%	5,1%
Gesamt		4046	77,4%	100,0%				5228	100,0%	100,0%

50. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen nach Auffälligkeiten im Verhalten und der Motorik, Daten von 2000.

		Auffälligkeit motorische						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Auffälligkeit Verhalten	auffällig	3811	81,4%	96,2%	869	18,6%	86,3%	4680	100,0%	94,2%
		152	52,4%	3,8%	138	47,6%	13,7%	290	100,0%	5,8%
Gesamt		3963	79,7%	100,0%				4970	100,0%	100,0%

51. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen nach Auffälligkeiten im Verhalten und der Motorik, Daten von 2001.

		Auffälligkeit motorische						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Auffälligkeit Verhalten		3415	80,2%	94,1%	842	19,8%	79,3%	4257	100,0%	90,7%
	auffällig	215	49,4%	5,9%	220	50,6%	20,7%	435	100,0%	9,3%
Gesamt		3630	77,4%	100,0%				4692	100,0%	100,0%

52. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen nach Auffälligkeiten der Sprache und der Motorik, Daten von 1998.

		Auffälligkeit motorische						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Sprech-, Sprach- und Stimmstörung		3518	79,7%	89,8%	898	20,3%	81,9%	4416	100,0%	88,1%
	auffällig	399	66,7%	10,2%	199	33,3%	18,1%	598	100,0%	11,9%
Gesamt		3917	78,1%	100,0%				5014	100,0%	100,0%

53. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen nach Auffälligkeiten der Sprache und der Motorik, Daten von 1999.

		Auffälligkeit motorische						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Sprech-, Sprach- und Stimmstörung		3687	80,0%	91,1%	919	20,0%	77,7%	4606	100,0%	88,1%
	auffällig	359	57,7%	8,9%	263	42,3%	22,3%	622	100,0%	11,9%
Gesamt		4046	77,4%	100,0%				5228	100,0%	100,0%

54. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen nach Auffälligkeiten der Sprache und der Motorik, Daten von 2000.

		Auffälligkeit motorische						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Sprech-, Sprach- und Stimmstörung		3648	82,5%	92,1%	776	17,5%	77,1%	4424	100,0%	89,0%
	auffällig	315	57,7%	7,9%	231	42,3%	22,9%	546	100,0%	11,0%
Gesamt		3963	79,7%	100,0%				4970	100,0%	100,0%

55. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen nach Auffälligkeiten der Sprache und der Motorik, Daten von 2001.

		Auffälligkeit motorische						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Sprech-, Sprach- und Stimmstörung		3263	80,4%	89,9%	795	19,6%	74,9%	4058	100,0%	86,5%
	auffällig	367	57,9%	10,1%	267	42,1%	25,1%	634	100,0%	13,5%
Gesamt		3630	77,4%	100,0%				4692	100,0%	100,0%

56. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen nach Auffälligkeiten der Sprache und des Verhaltens, Daten von 1998.

		Auffälligkeit Verhalten						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Sprech-, Sprach- und Stimmstörung		4257	96,4%	88,6%	159	3,6%	75,4%	4416	100,0%	88,1%
	auffällig	546	91,3%	11,4%	52	8,7%	24,6%	598	100,0%	11,9%
Gesamt		4803	95,8%	100,0%				5014	100,0%	100,0%

57. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen nach Auffälligkeiten der Sprache und des Verhaltens, Daten von 1999.

		Auffälligkeit Verhalten						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Sprech-, Sprach- und Stimmstörung		4395	95,4%	88,6%	211	4,6%	79,0%	4606	100,0%	88,1%
	auffällig	566	91,0%	11,4%	56	9,0%	21,0%	622	100,0%	11,9%
Gesamt		4961	94,9%	100,0%				5228	100,0%	100,0%

58. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen nach Auffälligkeiten der Sprache und des Verhaltens, Daten von 2000.

		Auffälligkeit Verhalten						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Sprech-, Sprach- und Stimmstörung		4215	95,3%	90,1%	209	4,7%	72,1%	4424	100,0%	89,0%
	auffällig	465	85,2%	9,9%	81	14,8%	27,9%	546	100,0%	11,0%
Gesamt		4680	94,2%	100,0%				4970	100,0%	100,0%

59. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen nach Auffälligkeiten der Sprache und des Verhaltens, Daten von 2001.

		Auffälligkeit Verhalten						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Sprech-, Sprach- und Stimmstörung		3764	92,8%	88,4%	294	7,2%	67,6%	4058	100,0%	86,5%
	auffällig	493	77,8%	11,6%	141	22,2%	32,4%	634	100,0%	13,5%
Gesamt		4257	90,7%	100,0%				4692	100,0%	100,0%

60. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen mit unterschiedlichem Gewicht, getrennt nach Auffälligkeiten im Verhalten, 1998.

		Auffälligkeit Verhalten						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Übergewicht	deutlich untergewichtig	7	100,0%	,2%				7	100,0%	,2%
	untergewichtig	141	95,3%	3,4%	7	4,7%	4,2%	148	100,0%	3,5%
	normalgewichtig	3346	96,1%	81,6%	137	3,9%	82,5%	3483	100,0%	81,7%
	übergewichtig	353	96,2%	8,6%	14	3,8%	8,4%	367	100,0%	8,6%
	adipös	252	96,9%	6,1%	8	3,1%	4,8%	260	100,0%	6,1%
Gesamt		4099	96,1%	100,0%	166	3,9%	100,0%	4265	100,0%	100,0%

61. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen mit unterschiedlichem Gewicht, getrennt nach Auffälligkeiten im Verhalten, 1999.

		Auffälligkeit Verhalten						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Übergewicht	deutlich untergewichtig	3	100,0%	,1%				3	100,0%	,1%
	untergewichtig	153	98,1%	3,6%	3	1,9%	1,4%	156	100,0%	3,5%
	normalgewichtig	3483	95,0%	81,7%	185	5,0%	83,7%	3668	100,0%	81,8%
	übergewichtig	346	95,6%	8,1%	16	4,4%	7,2%	362	100,0%	8,1%
	adipös	277	94,2%	6,5%	17	5,8%	7,7%	294	100,0%	6,6%
Gesamt		4262	95,1%	100,0%	221	4,9%	100,0%	4483	100,0%	100,0%

62. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen mit unterschiedlichem Gewicht, getrennt nach Auffälligkeiten im Verhalten, 2000.

		Auffälligkeit Verhalten						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Übergewicht	deutlich untergewichtig	61	92,4%	1,3%	5	7,6%	1,8%	66	100,0%	1,3%
	untergewichtig	171	90,5%	3,7%	18	9,5%	6,5%	189	100,0%	3,8%
	normalgewichtig	3735	94,6%	80,6%	213	5,4%	77,2%	3948	100,0%	80,4%
	übergewichtig	373	94,7%	8,0%	21	5,3%	7,6%	394	100,0%	8,0%
	adipös	295	93,9%	6,4%	19	6,1%	6,9%	314	100,0%	6,4%
Gesamt		4635	94,4%	100,0%	276	5,6%	100,0%	4911	100,0%	100,0%

63. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen mit unterschiedlichem Gewicht, getrennt nach Auffälligkeiten im Verhalten, 2001.

		Auffälligkeit Verhalten						Gesamt		
					auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Übergewicht	deutlich untergewichtig	51	91,1%	1,2%	5	8,9%	1,2%	56	100,0%	1,2%
	untergewichtig	169	93,4%	4,0%	12	6,6%	2,9%	181	100,0%	3,9%
	normalgewichtig	3398	91,3%	81,0%	325	8,7%	78,5%	3723	100,0%	80,8%
	übergewichtig	321	89,2%	7,7%	39	10,8%	9,4%	360	100,0%	7,8%
	adipös	255	88,5%	6,1%	33	11,5%	8,0%	288	100,0%	6,3%
Gesamt		4194	91,0%	100,0%	414	9,0%	100,0%	4608	100,0%	100,0%

64. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen mit unterschiedlichem Gewicht, getrennt nach Auffälligkeiten in der Sprache, 1998.

		Sprech-, Sprach- und Stimmstörung						Gesamt		
		auffällig			nicht auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Übergewicht	deutlich untergewichtig				7	100,0%	,2%	7	100,0%	,2%
	untergewichtig	23	15,5%	4,6%	125	84,5%	3,3%	148	100,0%	3,5%
	normalgewichtig	402	11,5%	80,4%	3081	88,5%	81,8%	3483	100,0%	81,7%
	übergewichtig	42	11,4%	8,4%	325	88,6%	8,6%	367	100,0%	8,6%
	adipös	33	12,7%	6,6%	227	87,3%	6,0%	260	100,0%	6,1%
Gesamt		500	11,7%	100,0%	3765	88,3%	100,0%	4265	100,0%	100,0%

65. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen mit unterschiedlichem Gewicht, getrennt nach Auffälligkeiten in der Sprache, 1999.

		Sprech-, Sprach- und Stimmstörung						Gesamt		
		auffällig			nicht auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Übergewicht	deutlich untergewichtig				3	100,0%	,1%	3	100,0%	,1%
	untergewichtig	27	17,3%	5,2%	129	82,7%	3,3%	156	100,0%	3,5%
	normalgewichtig	413	11,3%	80,2%	3255	88,7%	82,0%	3668	100,0%	81,8%
	übergewichtig	39	10,8%	7,6%	323	89,2%	8,1%	362	100,0%	8,1%
	adipös	36	12,2%	7,0%	258	87,8%	6,5%	294	100,0%	6,6%
Gesamt		515	11,5%	100,0%	3968	88,5%	100,0%	4483	100,0%	100,0%

66. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen mit unterschiedlichem Gewicht, getrennt nach Auffälligkeiten in der Sprache, 2000.

		Sprech-, Sprach- und Stimmstörung						Gesamt		
		auffällig			nicht auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Übergewicht	deutlich untergewichtig	7	10,6%	1,3%	59	89,4%	1,3%	66	100,0%	1,3%
	untergewichtig	29	15,3%	5,5%	160	84,7%	3,7%	189	100,0%	3,8%
	normalgewichtig	419	10,6%	79,1%	3529	89,4%	80,6%	3948	100,0%	80,4%
	übergewichtig	35	8,9%	6,6%	359	91,1%	8,2%	394	100,0%	8,0%
	adipös	40	12,7%	7,5%	274	87,3%	6,3%	314	100,0%	6,4%
Gesamt		530	10,8%	100,0%	4381	89,2%	100,0%	4911	100,0%	100,0%

67. Tab.: Absolute und relative Häufigkeiten von Schulneulingen mit unterschiedlichem Gewicht, getrennt nach Auffälligkeiten in der Sprache, 2001.

		Sprech-, Sprach- und Stimmstörung						Gesamt		
		auffällig			nicht auffällig					
		Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%	Anzahl	Zeilen%	Spalten%
Übergewicht	deutlich untergewichtig	12	21,4%	2,0%	44	78,6%	1,1%	56	100,0%	1,2%
	untergewichtig	23	12,7%	3,8%	158	87,3%	4,0%	181	100,0%	3,9%
	normalgewichtig	488	13,1%	80,1%	3235	86,9%	80,9%	3723	100,0%	80,8%
	übergewichtig	49	13,6%	8,0%	311	86,4%	7,8%	360	100,0%	7,8%
	adipös	37	12,8%	6,1%	251	87,2%	6,3%	288	100,0%	6,3%
Gesamt		609	13,2%	100,0%	3999	86,8%	100,0%	4608	100,0%	100,0%

68. Tab.: Absolute und relative Häufigkeit der Schulneulinge mit auffälligen Testwerten bei den motorischen Übungen, getrennt nach Jahr.

		auffällig		unauffällig		Gesamt	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
2000	Kreuzgriff rechts	413	37,6%	686	62,4%	1099	100,0%
	Rumpfvorbeuge	1052	23,7%	3390	76,3%	4442	100,0%
	monoped. Überhüpfen	2244	45,2%	2726	54,8%	4970	100,0%
	Einbeinstand	776	17,4%	3675	82,6%	4451	100,0%
	Sit-Ups	1215	27,6%	3182	72,4%	4397	100,0%
	Balancieren rückwärts	2718	54,8%	2241	45,2%	4959	100,0%
	seitlich Umsetzen	728	14,6%	4242	85,4%	4970	100,0%
2001	Kreuzgriff rechts	689	35,4%	1255	64,6%	1944	100,0%
	Rumpfvorbeuge	653	23,0%	2190	77,0%	2843	100,0%
	monoped. Überhüpfen	1401	29,9%	3291	70,1%	4692	100,0%
	Einbeinstand	807	22,8%	2740	77,2%	3547	100,0%
	Sit-Ups	533	18,6%	2330	81,4%	2863	100,0%
	Balancieren rückwärts	1789	38,2%	2897	61,8%	4686	100,0%
	seitlich Umsetzen	490	10,4%	4202	89,6%	4692	100,0%

		Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N
Bew seitl Umsetzen - Summe	1998	23,49	5,53	N=4919
	1999	24,44	5,50	N=4920
	2000	23,78	9,93	N=4970
	2001	25,23	8,11	N=4692
Bew Sit-Ups (Anzahl)	1998	5,95	3,98	N=4916
	1999	5,66	4,08	N=4921
	2000	7,85	4,44	N=4397
	2001	8,87	4,20	N=2863
Korrektur Bewegung Einbeinstand Summe	1998	38,01	25,54	N=4802
	1999	34,34	20,95	N=4766
	2000	32,40	14,59	N=4451
	2001	30,32	13,33	N=3547
Korrektur Bewegung Balancieren rückwärts Summe	1998	11,57	5,47	N=4898
	1999	11,55	5,60	N=4881
	2000	9,22	6,75	N=4959
	2001	11,68	6,42	N=4686
Korrektur Monopedales Überhüpfen gesamt	1998	19,84	10,07	N=4909
	1999	19,84	10,19	N=4839
	2000	14,91	12,65	N=4970
	2001	19,66	11,77	N=4692

69. Tab.: Mittelwerte der Schulneulinge bei den motorischen Übungen, getrennt nach Jahr.

70. Tab.: Mittelwerte der Schulneulinge bei dem Kreuzgriff und der Rumpfvorbeuge, getrennt nach Jahr.

			Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N
Bew Kreuzgriff (cm/ rechts)	Untersuchungsjahr	2000	-1,95	4,97	N=1099
		2001	-2,06	5,40	N=1944
Bew Rumpfvorbeuge (cm)	Untersuchungsjahr	2000	,36	4,00	N=4442
		2001	,62	4,01	N=2842

71. Tab.: Mittelwerte der Jungen und Mädchen bei den motorischen Übungen, getrennt nach Jahr.

			männlich			weiblich		
			Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N
Bew seitl Umsetzen - Summe	Untersuchungsjahr	1998	23,95	5,68	N=2499	23,01	5,34	N=2417
		1999	24,63	5,69	N=2501	24,24	5,28	N=2419
		2000	24,29	9,98	N=2499	23,26	9,85	N=2471
		2001	25,22	8,73	N=2469	25,23	7,36	N=2223
Bew Sit-Ups (Anzahl)	Untersuchungsjahr	1998	5,98	4,11	N=2494	5,91	3,85	N=2419
		1999	5,80	4,16	N=2506	5,53	3,99	N=2404
		2000	8,01	4,55	N=2224	7,68	4,31	N=2173
		2001	9,01	4,32	N=1504	8,72	4,06	N=1359
Korrektur Bewegung Einbeinstand Summe	Untersuchungsjahr	1998	34,68	24,41	N=2427	41,44	26,23	N=2372
		1999	30,73	18,99	N=2407	37,91	22,11	N=2348
		2000	29,96	13,90	N=2207	34,80	14,85	N=2244
		2001	27,84	13,12	N=1886	33,13	13,01	N=1661
Korrektur Bewegung Balancieren rückwärts Summe	Untersuchungsjahr	1998	10,89	5,38	N=2483	12,28	5,47	N=2412
		1999	10,96	5,51	N=2485	12,16	5,64	N=2385
		2000	8,74	6,53	N=2498	9,72	6,93	N=2461
		2001	10,97	6,46	N=2466	12,46	6,27	N=2220
Korrektur Monopedales Überhüpfen gesamt	Untersuchungsjahr	1998	19,35	10,14	N=2496	20,34	9,98	N=2410
		1999	19,39	10,24	N=2442	20,25	10,03	N=2386
		2000	13,87	12,57	N=2499	15,96	12,65	N=2471
		2001	18,68	11,94	N=2469	20,75	11,48	N=2223

72. Tab.: Mittelwerte der Jungen und Mädchen bei dem Kreuzgriff und der Rumpfvorbeuge, getrennt nach Jahr.

			männlich			weiblich		
			Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N
Bew Kreuzgriff (cm/ rechts)	Untersuchungsjahr	2000	-2,80	5,11	N=509	-1,22	4,72	N=590
		2001	-2,88	5,98	N=969	-1,24	4,62	N=975
Bew Rumpfvorbeuge (cm)	Untersuchungsjahr	2000	-,29	3,98	N=2247	1,02	3,92	N=2195
		2001	-,07	3,96	N=1484	1,37	3,93	N=1358

73. Tab.: Mittelwerte der in Deutschland und im Ausland geborenen Schulneulinge bei den motorischen Übungen, getrennt nach Jahr.

			Geburtsland dichotom					
			in Deutschland geboren			im Ausland geboren		
			Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N
Bew Kreuzgriff (cm/ rechts)	Untersuchungsjahr	2000	-1,98	4,95	N=870	-1,84	5,10	N=217
		2001	-2,07	5,28	N=1485	-1,98	5,59	N=384
Bew Rumpfvorbeuge (cm)	Untersuchungsjahr	2000	,37	4,01	N=3403	,45	3,77	N=916
		2001	,58	4,03	N=2180	,68	3,87	N=566
Bew seitl Umsetzen - Summe	Untersuchungsjahr	2000	24,37	9,69	N=3758	22,55	9,98	N=1041
		2001	25,70	7,92	N=3582	23,97	8,21	N=938
Bew Sit-Ups (Anzahl)	Untersuchungsjahr	2000	7,95	4,37	N=3368	7,50	4,66	N=907
		2001	8,96	4,20	N=2201	8,61	4,24	N=565
Korrektur Bewegung Einbeinstand Summe	Untersuchungsjahr	2000	32,84	14,83	N=3374	30,86	13,59	N=941
		2001	30,96	13,24	N=2685	28,61	13,51	N=735
Korrektur Bewegung Balancieren rückwärts Summe	Untersuchungsjahr	2000	9,48	6,73	N=3749	8,62	6,71	N=1040
		2001	11,97	6,40	N=3576	10,81	6,32	N=938
Korrektur Monopedales Überhüpfen gesamt	Untersuchungsjahr	2000	15,29	12,79	N=3758	14,03	11,98	N=1041
		2001	20,17	11,76	N=3582	18,43	11,55	N=938

74. Tab.: Mittelwerte der Schulneulinge mit allein erziehenden und beiden Elternteilen bei den motorischen Übungen, getrennt nach Jahr.

			Elternteil alleinerziehend					
			alleinerziehend			nicht alleinerziehend		
			Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N	Mittelwert	Standardabweichung	Gültige N
Bew Kreuzgriff (cm/ rechts)	Untersuchungsjahr	2000	-2,57	5,08	N=155	-1,85	4,94	N=944
		2001	-2,87	5,57	N=236	-1,94	5,37	N=1708
Bew Rumpfvorbeuge (cm)	Untersuchungsjahr	2000	,37	4,31	N=535	,36	3,96	N=3907
		2001	,57	4,18	N=312	,62	3,99	N=2530
Bew seitl Umsetzen - Summe	Untersuchungsjahr	2000	23,42	9,73	N=597	23,83	9,95	N=4373
		2001	24,85	8,08	N=546	25,28	8,11	N=4146
Bew Sit-Ups (Anzahl)	Untersuchungsjahr	2000	7,89	4,36	N=533	7,84	4,45	N=3864
		2001	8,89	4,34	N=319	8,87	4,19	N=2544
Korrektur Bewegung Einbeinstand Summe	Untersuchungsjahr	2000	31,56	14,48	N=549	32,52	14,60	N=3902
		2001	29,49	14,35	N=481	30,45	13,16	N=3066
Korrektur Bewegung Balancieren rückwärts	Untersuchungsjahr	2000	8,99	6,61	N=594	9,25	6,77	N=4365
		2001	11,03	6,57	N=544	11,76	6,39	N=4142
Korrektur Monopedales Überhüpfen gesamt	Untersuchungsjahr	2000	14,88	12,21	N=597	14,91	12,72	N=4373
		2001	18,06	11,55	N=546	19,88	11,78	N=4146

75. Tab.: Mittelwerte der Schulneulinge aus unterschiedlich belasteten Sozialräumen bei den motorischen Übungen, getrennt nach Jahr.

		Grad der sozialen Belastung																	
		sehr geringe Belastung			geringe Belastung			mittlere Belastung			hohe Belastung			hohe Belastung (aus.)			sehr hohe Belastung		
		M	s	N	M	s	N	M	s	N	M	s	N	M	s	N	M	s	N
Kreuzgriff rechts	2000	-1,03	4,51	75	-1,85	5,22	242	-2,16	4,87	479	-1,91	5,09	219	-1,38	2,36	13	-2,06	5,15	71
	2001	-2,30	5,54	176	-2,10	5,45	430	-1,97	5,38	766	-2,08	5,30	435	-,43	3,49	21	-2,33	5,82	116
Rumpfvorbeuge	2000	,40	3,79	367	,51	3,87	996	,28	4,01	1828	,30	4,21	938	-,13	5,02	50	,57	3,72	263
	2001	,78	3,80	269	,79	3,88	649	,52	4,10	1157	,76	4,00	586	-,61	4,55	28	,00	4,18	153
seitl Umsetzen	2000	24,75	9,43	398	25,06	9,63	1094	23,59	10,10	2058	22,96	9,74	1057	19,42	10,35	60	22,85	10,30	303
	2001	26,47	7,95	453	26,26	7,41	1041	24,92	8,26	1893	24,60	8,40	996	25,34	5,12	53	23,56	8,60	256
Sit-Ups	2000	8,12	4,24	360	8,01	4,35	982	7,83	4,49	1815	7,71	4,40	931	6,35	5,04	49	7,77	4,63	260
	2001	8,82	4,10	269	9,12	4,21	657	8,83	4,20	1168	8,93	4,14	587	8,21	4,44	29	8,16	4,50	153
Einbeinstand	2000	33,85	15,45	361	33,57	14,50	973	32,35	14,79	1852	31,25	13,88	941	28,26	13,10	53	31,39	14,58	271
	2001	31,95	12,88	337	31,80	13,45	750	30,03	13,19	1445	29,45	13,36	775	28,14	12,35	42	27,89	14,00	198
Balancieren rückwärts	2000	9,45	6,49	398	9,87	6,83	1088	9,34	6,80	2056	8,49	6,63	1055	7,22	5,83	59	8,69	6,72	303
	2001	12,22	6,52	453	12,56	6,24	1038	11,44	6,34	1892	11,37	6,64	994	9,92	5,84	53	10,45	6,23	256
monopedales Überhüpfen	2000	16,56	12,74	398	16,18	13,02	1094	14,66	12,55	2058	14,12	12,44	1057	10,45	9,34	60	13,49	12,59	303
	2001	20,89	11,44	453	21,49	11,45	1041	19,34	11,80	1893	18,50	11,79	996	17,85	10,55	53	17,40	12,47	256

76. Tab.: absolute und relative Befundhäufigkeiten in hoch belasteten Sozialräumen, getrennt nach Stadtbezirken, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst.

				auffällig		Gesamt	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Stadtbezirk 2	Auffälligkeit motorische	373	72,4%	142	27,6%	515	100,0%
	Auffälligkeit Verhalten	477	92,6%	38	7,4%	515	100,0%
	Hörstörung	465	90,3%	50	9,7%	515	100,0%
	Sprech-, Sprach- und Stimmstörung	448	87,0%	67	13,0%	515	100,0%
	Sehschärfe, Hyperopie	383	74,4%	132	25,6%	515	100,0%
	Schielen, Störung des binokularen Sehens	504	97,9%	11	2,1%	515	100,0%
	Ekzem	503	97,7%	12	2,3%	515	100,0%
Stadtbezirk 3	Auffälligkeit motorische	537	73,4%	195	26,6%	732	100,0%
	Auffälligkeit Verhalten	661	90,3%	71	9,7%	732	100,0%
	Hörstörung	670	91,5%	62	8,5%	732	100,0%
	Sprech-, Sprach- und Stimmstörung	641	87,6%	91	12,4%	732	100,0%
	Sehschärfe, Hyperopie	557	76,1%	175	23,9%	732	100,0%
	Schielen, Störung des binokularen Sehens	716	97,8%	16	2,2%	732	100,0%
	Ekzem	707	96,6%	25	3,4%	732	100,0%
Stadtbezirk 6	Auffälligkeit motorische	285	74,8%	96	25,2%	381	100,0%
	Auffälligkeit Verhalten	344	90,3%	37	9,7%	381	100,0%
	Hörstörung	340	89,2%	41	10,8%	381	100,0%
	Sprech-, Sprach- und Stimmstörung	330	86,6%	51	13,4%	381	100,0%
	Sehschärfe, Hyperopie	306	80,3%	75	19,7%	381	100,0%
	Schielen, Störung des binokularen Sehens	374	98,2%	7	1,8%	381	100,0%
	Ekzem	370	97,1%	11	2,9%	381	100,0%
Stadtbezirk 8	Auffälligkeit motorische	210	80,8%	50	19,2%	260	100,0%
	Auffälligkeit Verhalten	238	91,5%	22	8,5%	260	100,0%
	Hörstörung	239	91,9%	21	8,1%	260	100,0%
	Sprech-, Sprach- und Stimmstörung	222	85,4%	38	14,6%	260	100,0%
	Sehschärfe, Hyperopie	195	75,0%	65	25,0%	260	100,0%
	Schielen, Störung des binokularen Sehens	252	96,9%	8	3,1%	260	100,0%
	Ekzem	250	96,2%	10	3,8%	260	100,0%
Stadtbezirk 9	Auffälligkeit motorische	271	73,4%	98	26,6%	369	100,0%
	Auffälligkeit Verhalten	335	90,8%	34	9,2%	369	100,0%
	Hörstörung	338	91,6%	31	8,4%	369	100,0%
	Sprech-, Sprach- und Stimmstörung	309	83,7%	60	16,3%	369	100,0%
	Sehschärfe, Hyperopie	287	77,8%	82	22,2%	369	100,0%
	Schielen, Störung des binokularen Sehens	360	97,6%	9	2,4%	369	100,0%
	Ekzem	356	96,5%	13	3,5%	369	100,0%
Stadtbezirk 10	Auffälligkeit motorische	230	76,9%	69	23,1%	299	100,0%
	Auffälligkeit Verhalten	273	91,3%	26	8,7%	299	100,0%
	Hörstörung	272	91,0%	27	9,0%	299	100,0%
	Sprech-, Sprach- und Stimmstörung	244	81,6%	55	18,4%	299	100,0%
	Sehschärfe, Hyperopie	225	75,3%	74	24,7%	299	100,0%
	Schielen, Störung des binokularen Sehens	291	97,3%	8	2,7%	299	100,0%
	Ekzem	290	97,0%	9	3,0%	299	100,0%

77. Tab.: absolute und relative Impfhäufigkeiten in hoch belasteten Sozialräumen, getrennt nach Stadtbezirken, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst.

		geimpft		nicht geimpft		Gesamt	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Stadtbezirk 2	Polio	413	80,2%	102	19,8%	515	100,0%
	Diphtherie	428	83,1%	87	16,9%	515	100,0%
	Tetanus	428	83,1%	87	16,9%	515	100,0%
	Keuchhusten	328	63,7%	187	36,3%	515	100,0%
	Hib	353	68,5%	162	31,5%	515	100,0%
	Masern	404	78,4%	111	21,6%	515	100,0%
	Mumps	402	78,1%	113	21,9%	515	100,0%
	Röteln	393	76,3%	122	23,7%	515	100,0%
	Hepatitis B	205	39,8%	310	60,2%	515	100,0%
Stadtbezirk 3	Polio	591	80,7%	141	19,3%	732	100,0%
	Diphtherie	607	82,9%	125	17,1%	732	100,0%
	Tetanus	608	83,1%	124	16,9%	732	100,0%
	Keuchhusten	470	64,2%	262	35,8%	732	100,0%
	Hib	522	71,3%	210	28,7%	732	100,0%
	Masern	584	79,8%	148	20,2%	732	100,0%
	Mumps	581	79,4%	151	20,6%	732	100,0%
	Röteln	572	78,1%	160	21,9%	732	100,0%
	Hepatitis B	354	48,4%	378	51,6%	732	100,0%
Stadtbezirk 6	Polio	308	80,8%	73	19,2%	381	100,0%
	Diphtherie	317	83,2%	64	16,8%	381	100,0%
	Tetanus	318	83,5%	63	16,5%	381	100,0%
	Keuchhusten	274	71,9%	107	28,1%	381	100,0%
	Hib	274	71,9%	107	28,1%	381	100,0%
	Masern	303	79,5%	78	20,5%	381	100,0%
	Mumps	303	79,5%	78	20,5%	381	100,0%
	Röteln	299	78,5%	82	21,5%	381	100,0%
	Hepatitis B	212	55,6%	169	44,4%	381	100,0%
Stadtbezirk 8	Polio	209	80,4%	51	19,6%	260	100,0%
	Diphtherie	221	85,0%	39	15,0%	260	100,0%
	Tetanus	222	85,4%	38	14,6%	260	100,0%
	Keuchhusten	169	65,0%	91	35,0%	260	100,0%
	Hib	188	72,3%	72	27,7%	260	100,0%
	Masern	205	78,8%	55	21,2%	260	100,0%
	Mumps	204	78,5%	56	21,5%	260	100,0%
	Röteln	200	76,9%	60	23,1%	260	100,0%
	Hepatitis B	115	44,2%	145	55,8%	260	100,0%
Stadtbezirk 9	Polio	274	74,3%	95	25,7%	369	100,0%
	Diphtherie	284	77,0%	85	23,0%	369	100,0%
	Tetanus	284	77,0%	85	23,0%	369	100,0%
	Keuchhusten	221	59,9%	148	40,1%	369	100,0%
	Hib	243	65,9%	126	34,1%	369	100,0%
	Masern	273	74,0%	96	26,0%	369	100,0%
	Mumps	272	73,7%	97	26,3%	369	100,0%
	Röteln	270	73,2%	99	26,8%	369	100,0%
	Hepatitis B	168	45,5%	201	54,5%	369	100,0%
Stadtbezirk 10	Polio	246	82,3%	53	17,7%	299	100,0%
	Diphtherie	257	86,0%	42	14,0%	299	100,0%
	Tetanus	255	85,3%	44	14,7%	299	100,0%
	Keuchhusten	211	70,6%	88	29,4%	299	100,0%
	Hib	202	67,6%	97	32,4%	299	100,0%
	Masern	248	82,9%	51	17,1%	299	100,0%
	Mumps	250	83,6%	49	16,4%	299	100,0%
	Röteln	238	79,6%	61	20,4%	299	100,0%
	Hepatitis B	131	43,8%	168	56,2%	299	100,0%

78. Tab.: absolute und relative Teilnahme an der Vorsorge in hoch belasteten Sozialräumen, getrennt nach Stadtbezirken, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst.

				teilgenommen		Gesamt	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Stadtbezirk 2	u8	204	39,6%	311	60,4%	515	100,0%
	u9	198	38,4%	317	61,6%	515	100,0%
Stadtbezirk 3	u8	295	40,3%	437	59,7%	732	100,0%
	u9	294	40,2%	438	59,8%	732	100,0%
Stadtbezirk 6	u8	148	38,8%	233	61,2%	381	100,0%
	u9	141	37,0%	240	63,0%	381	100,0%
Stadtbezirk 8	u8	104	40,0%	156	60,0%	260	100,0%
	u9	96	36,9%	164	63,1%	260	100,0%
Stadtbezirk 9	u8	174	47,2%	195	52,8%	369	100,0%
	u9	172	46,6%	197	53,4%	369	100,0%
Stadtbezirk 10	u8	120	40,1%	179	59,9%	299	100,0%
	u9	107	35,8%	192	64,2%	299	100,0%

79. Tab.: absolute und relative Befundhäufigkeiten in hoch belasteten Sozialräumen der Innenstadt, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst.

				auffällig		Gesamt	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Stadteile mit besonderem Erneuerungsbedarf	Auffälligkeit motorische	519	72,8%	194	27,2%	713	100,0%
	Auffälligkeit Verhalten	644	90,3%	69	9,7%	713	100,0%
	Hörstörung	640	89,8%	73	10,2%	713	100,0%
	Sprech-, Sprach- und Stimmstörung	626	87,8%	87	12,2%	713	100,0%
	Sehschärfe, Hyperopie	529	74,2%	184	25,8%	713	100,0%
	Schielen, Störung des binokularen Sehens	699	98,0%	14	2,0%	713	100,0%
	Ekzem	695	97,5%	18	2,5%	713	100,0%
Umfeld	Auffälligkeit motorische	490	74,6%	167	25,4%	657	100,0%
	Auffälligkeit Verhalten	608	92,5%	49	7,5%	657	100,0%
	Hörstörung	605	92,1%	52	7,9%	657	100,0%
	Sprech-, Sprach- und Stimmstörung	571	86,9%	86	13,1%	657	100,0%
	Sehschärfe, Hyperopie	490	74,6%	167	25,4%	657	100,0%
	Schielen, Störung des binokularen Sehens	639	97,3%	18	2,7%	657	100,0%
	Ekzem	636	96,8%	21	3,2%	657	100,0%

80. Tab.: absolute und relative Impfhäufigkeiten in hoch belasteten Sozialräumen der Innenstadt, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst.

		geimpft		nicht geimpft		Gesamt	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Stadteile mit besonderem Erneuerungsbedarf	Polio	565	79,2%	148	20,8%	713	100,0%
	Diphtherie	583	81,8%	130	18,2%	713	100,0%
	Tetanus	583	81,8%	130	18,2%	713	100,0%
	Keuchhusten	462	64,8%	251	35,2%	713	100,0%
	Hib	496	69,6%	217	30,4%	713	100,0%
	Masern	559	78,4%	154	21,6%	713	100,0%
	Mumps	558	78,3%	155	21,7%	713	100,0%
	Röteln	547	76,7%	166	23,3%	713	100,0%
	Hepatitis B	328	46,0%	385	54,0%	713	100,0%
Umfeld	Polio	529	80,5%	128	19,5%	657	100,0%
	Diphtherie	548	83,4%	109	16,6%	657	100,0%
	Tetanus	549	83,6%	108	16,4%	657	100,0%
	Keuchhusten	420	63,9%	237	36,1%	657	100,0%
	Hib	454	69,1%	203	30,9%	657	100,0%
	Masern	519	79,0%	138	21,0%	657	100,0%
	Mumps	515	78,4%	142	21,6%	657	100,0%
	Röteln	507	77,2%	150	22,8%	657	100,0%
	Hepatitis B	296	45,1%	361	54,9%	657	100,0%

81. Tab.: absolute und relative Teilnahme an der Vorsorge in hoch belasteten Sozialräumen der Innenstadt, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst.

				teilgenommen		Gesamt	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Stadteile mit besonderem Erneuerungsbedarf	u8	291	40,8%	422	59,2%	713	100,0%
	u9	285	40,0%	428	60,0%	713	100,0%
Umfeld	u8	284	43,2%	373	56,8%	657	100,0%
	u9	265	40,3%	392	59,7%	657	100,0%

82. Tab.: absolute und relative Befundhäufigkeiten in gering belasteten Sozialräumen, getrennt nach Stadtbezirk, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst.

				auffällig		Gesamt	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
4,00	Auffälligkeit motorische	297	85,8%	49	14,2%	346	100,0%
	Auffälligkeit Verhalten	332	96,0%	14	4,0%	346	100,0%
	Hörstörung	330	95,4%	16	4,6%	346	100,0%
	Sprech-, Sprach- und Stimmstörung	325	93,9%	21	6,1%	346	100,0%
	Sehschärfe, Hyperopie	287	82,9%	59	17,1%	346	100,0%
	Schielen, Störung des binokularen Sehens	343	99,1%	3	,9%	346	100,0%
	Ekzem	339	98,0%	7	2,0%	346	100,0%
5,00	Auffälligkeit motorische	456	85,7%	76	14,3%	532	100,0%
	Auffälligkeit Verhalten	510	95,9%	22	4,1%	532	100,0%
	Hörstörung	504	94,7%	28	5,3%	532	100,0%
	Sprech-, Sprach- und Stimmstörung	484	91,0%	48	9,0%	532	100,0%
	Sehschärfe, Hyperopie	458	86,1%	74	13,9%	532	100,0%
	Schielen, Störung des binokularen Sehens	523	98,3%	9	1,7%	532	100,0%
	Ekzem	507	95,3%	25	4,7%	532	100,0%
7,00	Auffälligkeit motorische	312	80,4%	76	19,6%	388	100,0%
	Auffälligkeit Verhalten	369	95,1%	19	4,9%	388	100,0%
	Hörstörung	356	91,8%	32	8,2%	388	100,0%
	Sprech-, Sprach- und Stimmstörung	347	89,4%	41	10,6%	388	100,0%
	Sehschärfe, Hyperopie	318	82,0%	70	18,0%	388	100,0%
	Schielen, Störung des binokularen Sehens	378	97,4%	10	2,6%	388	100,0%
	Ekzem	372	95,9%	16	4,1%	388	100,0%
8,00	Auffälligkeit motorische	263	79,2%	69	20,8%	332	100,0%
	Auffälligkeit Verhalten	317	95,5%	15	4,5%	332	100,0%
	Hörstörung	311	93,7%	21	6,3%	332	100,0%
	Sprech-, Sprach- und Stimmstörung	304	91,6%	28	8,4%	332	100,0%
	Sehschärfe, Hyperopie	254	76,5%	78	23,5%	332	100,0%
	Schielen, Störung des binokularen Sehens	320	96,4%	12	3,6%	332	100,0%
	Ekzem	313	94,3%	19	5,7%	332	100,0%
9,00	Auffälligkeit motorische	419	84,0%	80	16,0%	499	100,0%
	Auffälligkeit Verhalten	471	94,4%	28	5,6%	499	100,0%
	Hörstörung	458	91,8%	41	8,2%	499	100,0%
	Sprech-, Sprach- und Stimmstörung	432	86,6%	67	13,4%	499	100,0%
	Sehschärfe, Hyperopie	403	80,8%	96	19,2%	499	100,0%
	Schielen, Störung des binokularen Sehens	489	98,0%	10	2,0%	499	100,0%
	Ekzem	482	96,6%	17	3,4%	499	100,0%

83. Tab.: absolute und relative Impfhäufigkeiten in gering belasteten Sozialräumen, getrennt nach Stadtbezirk, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst.

		geimpft		nicht geimpft		Gesamt	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
4,00	Polio	297	85,8%	49	14,2%	346	100,0%
	Diphtherie	312	90,2%	34	9,8%	346	100,0%
	Tetanus	312	90,2%	34	9,8%	346	100,0%
	Keuchhusten	252	72,8%	94	27,2%	346	100,0%
	Hib	238	68,8%	108	31,2%	346	100,0%
	Masern	291	84,1%	55	15,9%	346	100,0%
	Mumps	290	83,8%	56	16,2%	346	100,0%
	Röteln	277	80,1%	69	19,9%	346	100,0%
	Hepatitis B	124	35,8%	222	64,2%	346	100,0%
5,00	Polio	466	87,6%	66	12,4%	532	100,0%
	Diphtherie	475	89,3%	57	10,7%	532	100,0%
	Tetanus	477	89,7%	55	10,3%	532	100,0%
	Keuchhusten	414	77,8%	118	22,2%	532	100,0%
	Hib	433	81,4%	99	18,6%	532	100,0%
	Masern	461	86,7%	71	13,3%	532	100,0%
	Mumps	456	85,7%	76	14,3%	532	100,0%
	Röteln	449	84,4%	83	15,6%	532	100,0%
	Hepatitis B	278	52,3%	254	47,7%	532	100,0%
7,00	Polio	339	87,4%	49	12,6%	388	100,0%
	Diphtherie	350	90,2%	38	9,8%	388	100,0%
	Tetanus	351	90,5%	37	9,5%	388	100,0%
	Keuchhusten	299	77,1%	89	22,9%	388	100,0%
	Hib	317	81,7%	71	18,3%	388	100,0%
	Masern	316	81,4%	72	18,6%	388	100,0%
	Mumps	314	80,9%	74	19,1%	388	100,0%
	Röteln	305	78,6%	83	21,4%	388	100,0%
	Hepatitis B	149	38,4%	239	61,6%	388	100,0%
8,00	Polio	303	91,3%	29	8,7%	332	100,0%
	Diphtherie	307	92,5%	25	7,5%	332	100,0%
	Tetanus	308	92,8%	24	7,2%	332	100,0%
	Keuchhusten	257	77,4%	75	22,6%	332	100,0%
	Hib	267	80,4%	65	19,6%	332	100,0%
	Masern	289	87,0%	43	13,0%	332	100,0%
	Mumps	288	86,7%	44	13,3%	332	100,0%
	Röteln	280	84,3%	52	15,7%	332	100,0%
	Hepatitis B	160	48,2%	172	51,8%	332	100,0%
9,00	Polio	445	89,2%	54	10,8%	499	100,0%
	Diphtherie	459	92,0%	40	8,0%	499	100,0%
	Tetanus	461	92,4%	38	7,6%	499	100,0%
	Keuchhusten	397	79,6%	102	20,4%	499	100,0%
	Hib	418	83,8%	81	16,2%	499	100,0%
	Masern	438	87,8%	61	12,2%	499	100,0%
	Mumps	437	87,6%	62	12,4%	499	100,0%
	Röteln	429	86,0%	70	14,0%	499	100,0%
	Hepatitis B	249	49,9%	250	50,1%	499	100,0%

84. Tab.: absolute und relative Teilnahme an der Vorsorge in gering belasteten Sozialräumen, getrennt nach Stadtbezirk, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst.

				teilgenommen		Gesamt	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
4,00	u8	75	21,7%	271	78,3%	346	100,0%
	u9	77	22,3%	269	77,7%	346	100,0%
5,00	u8	93	17,5%	439	82,5%	532	100,0%
	u9	111	20,9%	421	79,1%	532	100,0%
7,00	u8	87	22,4%	301	77,6%	388	100,0%
	u9	91	23,5%	297	76,5%	388	100,0%
8,00	u8	54	16,3%	278	83,7%	332	100,0%
	u9	48	14,5%	284	85,5%	332	100,0%
9,00	u8	82	16,4%	417	83,6%	499	100,0%
	u9	83	16,6%	416	83,4%	499	100,0%