

Kinder- gesundheit in Duisburg



Gesundheitsbericht
2007

Gesundheitsamt
Kommunale Gesundheitskonferenz

DUISBURG
am Rhein

Kindergesundheit in Duisburg

Kindergesundheitsbericht 2007

Damit Duisburg gesund bleibt ...



Impressum

Herausgegeben von:

Stadt Duisburg
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt
Geschäftsstelle der Kommunale Gesundheitskonferenz
Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung
Landfermannstraße 1,
47051 Duisburg
www.duisburg.de

Autorin:

Jutta Wagner
0203-283 4338

Unterstützung:

Fachliche Begleitung durch Dr. Roswitha Keller

Bezug:

Sie können den Bericht kostenlos im Internet herunterladen unter
www.gesundheitskonferenz-duisburg.de
oder telefonisch bestellen bei der Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz
unter 0203 – 283 4632

Titelbild: Eileen Hollweg, 9 Jahre

Auflage: 1000 Exemplare

© 2007, alle Rechte vorbehalten

Das Gesundheitsamt der Stadt Duisburg

Stand: Januar 2007



Vorwort

Der gesundheitliche Zustand von Kindern ist ein wesentlicher Bestandteil ihrer individuellen Entwicklung. Während früher die Kinder eher von Infektionskrankheiten bedroht waren, sind es heute Störungen des Immunsystems, des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens und der Belastungsbewältigung.

Gerade im Kindesalter werden weitreichende Weichenstellungen für das Gesundheitsverhalten und eine gesundheitliche Entwicklung gesetzt. Viele gesundheitlichen Probleme im Erwachsenenalter deuten sich bereits im Vorschul- und Grundschulalter an, zeitnahe Erkennen und Eingreifen (Früherkennung und Prävention) sind notwendig um so den Kindern zu helfen, sich positiv zu entwickeln. Dies erfordert rechtzeitiges und zielgerichtetes Handeln.

Mit dem vorliegenden Duisburger Kindergesundheitsbericht werden Daten und Erkenntnisse zur Gesundheit von Kindern dargestellt und ausgewertet. Ich möchte mit den in diesem Bericht gewonnenen Erkenntnissen wichtige Impulse für die gesundheitliche Entwicklung von Kindern in Duisburg setzen. Erste Schritte wurden bereits vollzogen; so hat Duisburg im vergangenen Jahr Impfaktionen gestartet, einen umfangreichen Wegweiser „Prävention für Kinder“ herausgegeben und in den Kindertageseinrichtungen laufen die unterschiedlichsten Programme zu gesunder Ernährung. Weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Vorsorge und der Verhütung von Krankheiten, insbesondere das Schließen von „Impflücken“, werden folgen. Der Kindergesundheitsbericht liefert dazu wichtige Ansatzpunkte.

Dr. Peter Greulich
Stadtdirektor und
Gesundheitsdezernent

Kindergesundheit in Duisburg

I	Einleitung	S. 05
	Datenlage Die Duisburger Bevölkerungsstruktur Bevölkerungsentwicklung Familienstrukturen Kindliche Entwicklung bis zur Einschulung	
II	Säuglingssterblichkeit in NRW und Duisburg	S. 12
	Häufigste Todesursachen im Säuglingsalter Säuglingssterbefälle Säuglingssterblichkeit in Duisburg	
III	Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Duisburg	S. 17
	Schuleingangsuntersuchung und S-ENS	
	Impfstatus bei der einzuschulenden Duisburger Kinder	S. 19
	Impfstatus nach Impfstoff MMR Impfungen nach Bezirken Impfstatus nach Nationalität Impfstatus im Landesvergleich NRW Grafische Darstellung der Masern-Impfungen, Schuleingangsuntersuchung 2005	
	Vorsorgeuntersuchungen der einzuschulenden Duisburger Kinder U1 bis U9	S. 29
	Vorsorgeuntersuchung nach Bezirken Vorsorgeuntersuchung nach Nationalität Vorsorgeuntersuchung im Landesvergleich Grafische Darstellung der Vorsorgeuntersuchung U1 bis U7 Schuleingangsuntersuchung 2005	
	Krankheitsbilder der einzuschulenden Duisburger Kinder	S. 37
	Übergewicht und Adipositas Sprachstörungen Koordinationsstörungen Haltungsschwäche Sehschärfe Hörstörung Atemwegserkrankungen / Befunde der oberen Luftwege	
IV	Gesundheitliche Versorgungslage in Duisburger	S. 74
V	Schlussbetrachtung	S. 77

I Einleitung

Der vorliegende Gesundheitsbericht soll erstmals einen Einblick über die gesundheitliche Lage von Kindern in Duisburg geben. Anliegen des Berichts ist neben der Darstellung demografischer Daten und der sozioökonomischen Rahmenbedingungen die Zusammenstellung von Daten zur gesundheitlichen Lage sowie zum Umfang der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen und zum Impfverhalten.

Es werden zeitliche Verläufe dargestellt und die Duisburger Bezirke beleuchtet. Wenn möglich wird bei den Befunden geschlechtsspezifisch sowie nach Migrationsbiografie unterteilt.

Der vorliegende Bericht stellt Informationen zur Verfügung, um Risiken zu erkennen und Präventionsmaßnahmen zu planen.

Die Abbildungen und Tabellen verdeutlichen den Stand und die Veränderungen der gesundheitlichen Lage.

Kapitel I gibt einen Überblick darüber, welche bevölkerungsstrukturellen Rahmenbedingungen in Duisburg vorhanden sind und in welcher Relation dies zum Thema Kindergesundheit steht.

In **Kapitel II** werden die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit, die häufigsten Todesursachen sowie die Säuglingssterblichkeit in Duisburg dargestellt.

In **Kapitel III** werden die Daten der Schuleingangsuntersuchung ausgewertet, nach Befunden, Geschlecht, Nationalität sowie im NRW-Landesvergleich dargestellt.

Kapitel IV stellt die medizinisch relevante Versorgungslage in Duisburg dar.

Kapitel V gibt eine abschließende Betrachtung wieder und zeigt Handlungsempfehlungen auf.

Zur Zahngesundheit von Kindern in Duisburg konnten leider keine Aussagen getroffen werden, weil hierzu kein aussagekräftiges Datenmaterial vorlag.

Die Situation von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten wird hier nicht behandelt, da hierzu ein Psychiatriebericht vorliegt.

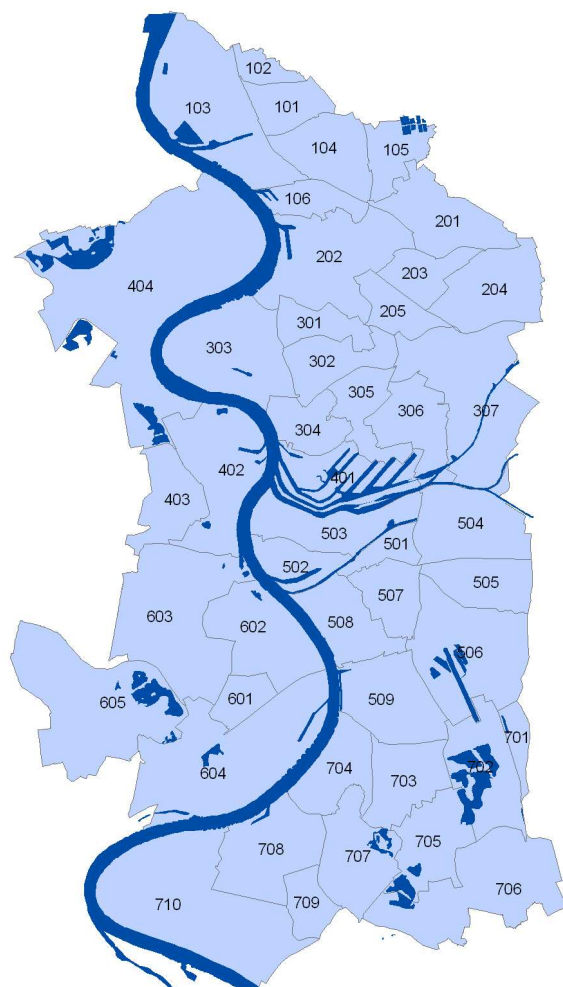
Datenlage

Im vorliegenden Bericht zur Kindergesundheit in Duisburg werden in erster Linie die Daten der Schuleingangsuntersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes der Stadt Duisburg ausgewertet.

Die ausgewerteten und dargestellten Daten zur Säuglingssterblichkeit stammen vom Landesinstitutes für den öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD).

Im vorliegenden Gesundheitsbericht werden die Daten in räumlicher Gliederung dargestellt auf der Grundlage des Kartenmaterials des Katasteramtes der Stadt Duisburg. Mit den kartographischen Darstellungen lassen sich die Unterschiede in Duisburg besonders anschaulich aufzeigen.

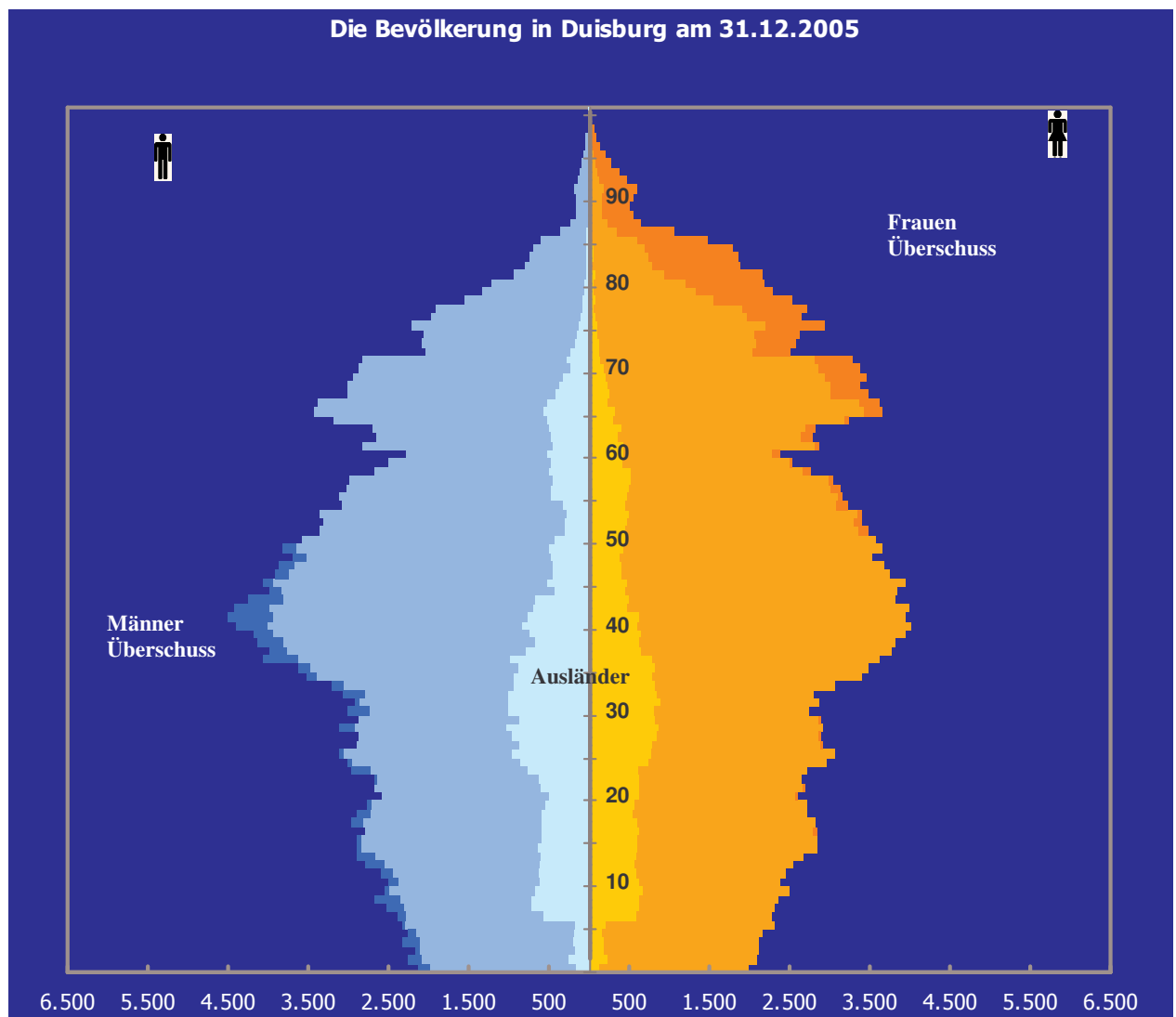
Den Schlüssel für die numerische Aufteilung nach Ortsteilen, stellt die nachfolgende Grafik dar.



Stadtbezirk	Ortsteilnr.	Ortsteil
Walsum	101	Vielinden
	102	Overbruch
	103	Alt-Walsum
	104	Altenrade
	105	Wehofen
	106	Fahn
Meiderich	201	Röttgersbach
	202	Marxloh
	203	Obermarxloh
	204	Neumühl
	205	Alt-Hamborn
Hamborn	301	Bruckhausen
	302	Beeck
	303	Beeckenwerth
	304	Laar
	305	Untermeiderich
	306	Mittelmeiderich
	307	Obermeiderich
Homborg - Ruhrort - Baerl	401	Ruhrort
	402	Alt-Homborg
	403	Hochheide
	404	Baerl
Mitte	501	Altstadt
	502	Neuenkamp
	503	Kasselerfeld
	504	Duissem
	505	Neudorf-Nord
	506	Neudorf-Süd
	507	Delviertel
	508	Hochfeld
	509	Wanheimerort
Rheinhausen	601	Rheinhausen-Mitte
	602	Hochemmerich
	603	Bergheim
	604	Friemersheim
	605	Rumeln-Kdh
Süd	701	Bissingheim
	702	Wedau
	703	Buchholz
	704	Wanheim-Angerh
	705	Großenbaum
	706	Rahm
	707	Huckingen
	708	Hüttenheim
	709	Ungelsheim
	710	Mündelheim

Die Duisburger Bevölkerungsstruktur

Die Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und deren Chancen für die Zukunft ergeben sich aus der Bevölkerungsstruktur, der sozialen und wirtschaftlichen Lage von Privathaushalten und Familien sowie den natürlichen Umweltbedingungen.



Bevölkerungsentwicklung

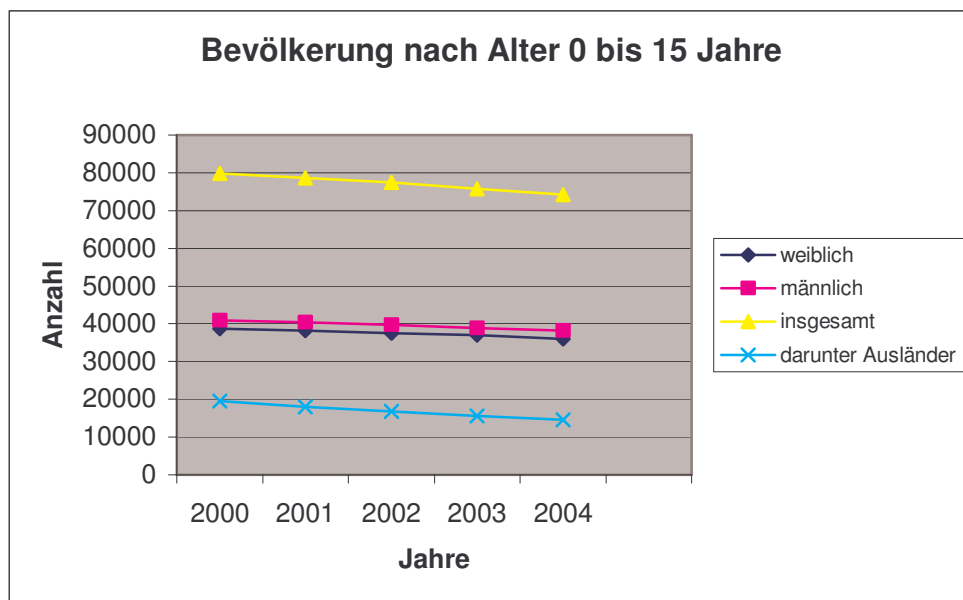
In Duisburg lebten Ende 2005 501.564 Einwohner/innen (1995 waren es noch 535.627 Einwohner/innen), davon waren 51,2% weiblich. Zum gleichen Zeitpunkt lebten 82.516 ausländische Bürger (16,5 %) in Duisburg.

Die Bevölkerung schrumpfte zwischen 2000 und 2005 um 2,5 %. Davon waren 1,8 % deutsche und 0,6 % ausländische Bürger.

Der Anteil an Kindern und Jugendlichen im Alter bis 18 Jahren liegt bei 77.960 (15,5 %). Demgegenüber lebten im gleichen Zeitraum 104.794 (20,9 %) Einwohner/innen und Einwohner über 65 Jahren. Das bedeutet einen

- **Jugendquotient 29 % (Prognose 2025: 26 %)**
(Anteil der 0 bis 17-Jährigen je 100 18- bis 64-Jährige)
- **Altenquotient 34 % (Prognose 2025: 38 %)**
(Anteil der über 64-Jährigen je 100 18- bis 64-Jährige)
- **Gesamtquotient 63 % (Prognose 2025: 64 %)**
(Summe aus Jugend- und Altenquotient)

Die junge Bevölkerung in Duisburg ist durch einen hohen Anteil von Migrantinnen und Migranten gekennzeichnet. Bis 2025 wird die Größe der jungen Bevölkerung geringfügiger abnehmen. Im Gegenzug dazu wird der Altenquotient um 4 Prozent steigen.



Ab 2000: Zuordnung "deutsch/nichtdeutsch" durch die Reform des Staatsangehörigkeitsrechts vom Juli 1999 beeinflusst

Am 31.12.2004 lebten in Duisburg 74.173 Kinder im Alter von 0 bis 15 Jahren, davon waren 14.614 Ausländer (19,7 %). Die Anzahl der ausländischen Kinder ist seit 31.12.2000 rückläufig. Dieser Rückgang ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass seit dem Jahr 2000 Kinder mit sogenanntem Migrationshintergrund einen deutschen Pass besitzen können.

Familienstrukturen

Die Einflüsse auf die Lebenswelt der Kinder haben sich in den letzten Jahren einer zunehmenden Wandlung unterzogen. Vor allem die Struktur der Familie als erster Bezugspunkt für die soziale Umwelt der Kinder und als Angelpunkt ihrer Sozialisation hat sich deutlich verändert.

Die Familie ist die erste Instanz in der gesundheitlichen Versorgung von Kindern. Dies umfasst die Bereiche Ernährung, Pflege und Zuwendung der Eltern bis hin zur Verantwortung für die körperliche, geistige und emotionale Entwicklung.

Angesichts der wachsenden Erwerbstätigkeit beider Elternteile sowie zunehmender Anforderungen an die berufliche Flexibilität verringert sich die gemeinsam verbrachte Zeit innerhalb der Familie und stellt hohe Anforderungen an die Organisation des Alltags.

Die Abnahme der durchschnittlichen Kinderzahl, eine hohe Scheidungsrate und eine Zunahme der nichtehelichen Partnerschaften kennzeichnen die heutigen Formen familienähnlichen Zusammenlebens. Gleichzeitig hat sich der Anteil an Kindern, die nur mit einem Elternteil leben, erhöht und die Anzahl der Geschwister verringert. Unter den Alleinerziehenden überwiegen nach wie vor die Mütter mit einem Anteil von 81%. (Statistisches Bundesamt 2000, 2b)

Haushalte

Am 31.12.2005 wurden in Duisburg 243.387 Haushalte gezählt. Davon waren 37,9 % Einpersonenhaushalte, 62,1 % Mehrpersonenhaushalte.

5,9 % der Haushalte wurden von Alleinerziehenden geführt und 23,8 % waren Haushalte mit Kindern. Leider liegen keine Daten aus früheren Jahren vor, so dass keine Tendenzen aufgezeigt werden können. Festzuhalten ist jedoch, dass sich die Haushalts- und Familienstrukturen in den letzten 25 Jahren stark verändert haben. Die Lebensformen in Duisburg haben überwiegend keine Kinder mehr. Zugleich hat die Zahl der Scheidungen und der alleinstehenden Elternteile zugenommen. Diese äußerlichen Entwicklungen können bei Kindern zu emotionalen Defiziten führen und sich auf die gesundheitliche Entwicklung auswirken.

Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt

Veränderungen zeigen sich auch in der sozialen Lage von Kindern, dies wird sichtbar im Anstieg der Zahl sozial bedürftiger Kinder (siehe hierzu Robert-Koch-Institut 2001a: Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkung auf die Gesundheit, GBE des Bundes, Heft 03/01). Viele Kinder wachsen in prekären Einkommensverhältnissen auf, wodurch sie kurzfristig eine beträchtliche Einschränkung ihrer Lebenssituation erfahren und langfristig vermutlich Hemmnisse in ihrer psychischen, kognitiven und sozialen Entwicklung erfahren werden.

Am 31.12.2004 lebten in Duisburg 74.173 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 14 Jahren, davon erhielten 9.181 Kinder laufende Hilfe zum Lebensunterhalt. Das sind 12,4 % der

Duisburger Kinder zwischen 0 und 14 Jahren, die staatliche Unterstützung zum Lebensunterhalt erhalten haben.

Diese Kinder sind einem erhöhtem Armutsrisiko ausgesetzt, welches wiederum Auswirkungen auf psychosoziale Befindlichkeiten der betroffenen Kinder haben kann. Meist geht dies einher mit einer schlechteren Ernährungslage, was wiederum die Gesundheit der Kinder beeinträchtigen kann.

Dies muss aber nicht zwangsläufig so sein,

„ Die Verschlechterung von Beziehungs- und Erziehungsklima in der Familie gegenüber den Kindern wird durch die Armutssituation meist nicht ursächlich ausgelöst, sondern es verstärken sich ohnehin schon angelegte Tendenzen. War die Qualität der Familienbeziehung vor dem Einstieg in Armut gut, dann lässt sich meist auch zumindest eine vorübergehende Armutssituation bewältigen.“ (Robert-Koch-Institut und Statistisches Bundesamt (2001): Armut bei Kindern und Jugendlichen, Heft 03/01, Berlin, S. 9)

In NRW lebten im Jahr 2004 rund 420.000 Alleinerziehende. Die Zahl der Alleinerziehenden wächst stetig. 1999 waren es noch 350.000, im Jahr 2001 bereits 370.000 (Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst, Indikator 2.19). Während eheliche und nichteheliche Lebensgemeinschaften mit minderjährigen Kindern eine vergleichsweise niedrige Sozialhilfequote aufweisen, beanspruchen alleinerziehende Eltern besonders häufig Hilfe zum Lebensunterhalt.

Im Jahr 2005 lebten in Duisburg 5,9% (14.446) Alleinerziehende. Die Bezirke Hamborn (7,1%), Meiderich-Beeck (6,7%) sowie der Stadtteil Neuenkamp (8,1%) liegen deutlich über dem Durchschnittswert (Quelle: Einwohnerstatistik der Stadt Duisburg).

Kindliche Entwicklung bis zur Einschulung

Die Weichen für ein gesundes Leben werden bereits in der Kindheit gestellt. Früh auftretende Entwicklungsdefizite und Gesundheitsstörungen können ein langfristiges Krankheitsgeschehen nach sich ziehen. Die ersten Lebensphasen zeichnen sich durch eine hohe organische und psychische Verletzbarkeit aus, die je nach Relevanz, alters - wie auch geschlechtsspezifischer Entwicklungsaufgaben und Gesundheitsgefährdungen unterschiedlich zum Tragen kommen.

Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen haben im Vergleich zu „durchschnittlich“ entwickelten Kindern:

- *signifikant schlechtere Schulleistungen, die ohne vorliegende Intelligenzminderung in den Bereich der Minderbegabten absinken;*
- *dreimal so häufig fehlende Ausbildung (16,5% vs. 6%) und ebenso häufig längere Arbeitslosigkeit (12% vs. 4%);*
- *dreimal so häufiges Auftreten kinderpsychiatrischer Störungsbilder (46% vs. 14%) mit zunehmender Tendenz zu späteren Störungen des Sozialverhaltens;*
- *viermal so häufige Straffälligkeit im Jugendalter (22% vs. 5,8%)*

(G. Esser, 1991)

Kindliche Entwicklung im Vorschulalter

Im Alter von zwei bis fünf Jahren (zwei bis drei Jahre: Kleinkindalter; vier bis fünf Jahre: Vorschulalter) treten im körperlichen Bereich sichtbare Entwicklungsfortschritte auf.

Die Nutzung von Präventionspotentialen bereits im Kindesalter und die Förderung eines gesunden Aufwachsens sind deshalb wesentliche Voraussetzungen für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit von Kindern. Das bedeutet, dass primäre Prävention bereits bei der Zielgruppe der Klein- und Kleinstkinder erfolgen sollte.

(Bergmann KE, Thefeld W., Kurth BM. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey – eine Grundlage der Prävention. Gesundheitswesen 2002, 64 Sonderheft 1, S. 53-58.

Lampert T. Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche.

Die Krankenversicherung 2004, 56, S.17-21)

Grundlage für die Entwicklung und Umsetzung erfolgreicher Präventionskonzepte ist eine genaue Kenntnis der gesundheitlichen Situation sowie der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Die gesundheitliche Situation erhält durch die Schuleingangsuntersuchung eine breite Widerspiegelung eines ganzen Jahrganges. Als wesentliche organmedizinische Rahmenbedingungen für ungestörtes kindliches Lernen gelten präzise periphere Hör- und Sehfähigkeiten sowie ausreichende körperliche Belastbarkeit. Bei über einem Viertel der Schulanfänger bestehen gesundheitliche Beeinträchtigungen, Behinderungen oder chronische Erkrankungen, wie z.B. Seh- und Hörminderung, Allergien, Asthma bronchiale, Infektibilität, orthopädische Auffälligkeiten oder Herzfehler (Berechnung des Landesinstitutes für öffentliches Gesundheitswesen: Dokumentation der schulärztlichen Untersuchung nach dem Bielefelder Modell. Aufnahmeverfahren Regelschule NRW 2002).

II Säuglingssterblichkeit in NRW und Duisburg

Säuglingssterblichkeit bezeichnet die Zahl der im ersten Lebensjahr Gestorbenen (in Promille = ‰), bezogen auf die Lebendgeborenen eines gleichlangen Zeitraums. Der Sterbeort der Säuglinge ist der Wohnort der Mutter.

Lebendgeborene sind Kinder, bei denen nach der Trennung vom Mutterleib entweder Herzschlag, Atmung oder das Pulsieren der Nabelschnur eingesetzt hat.

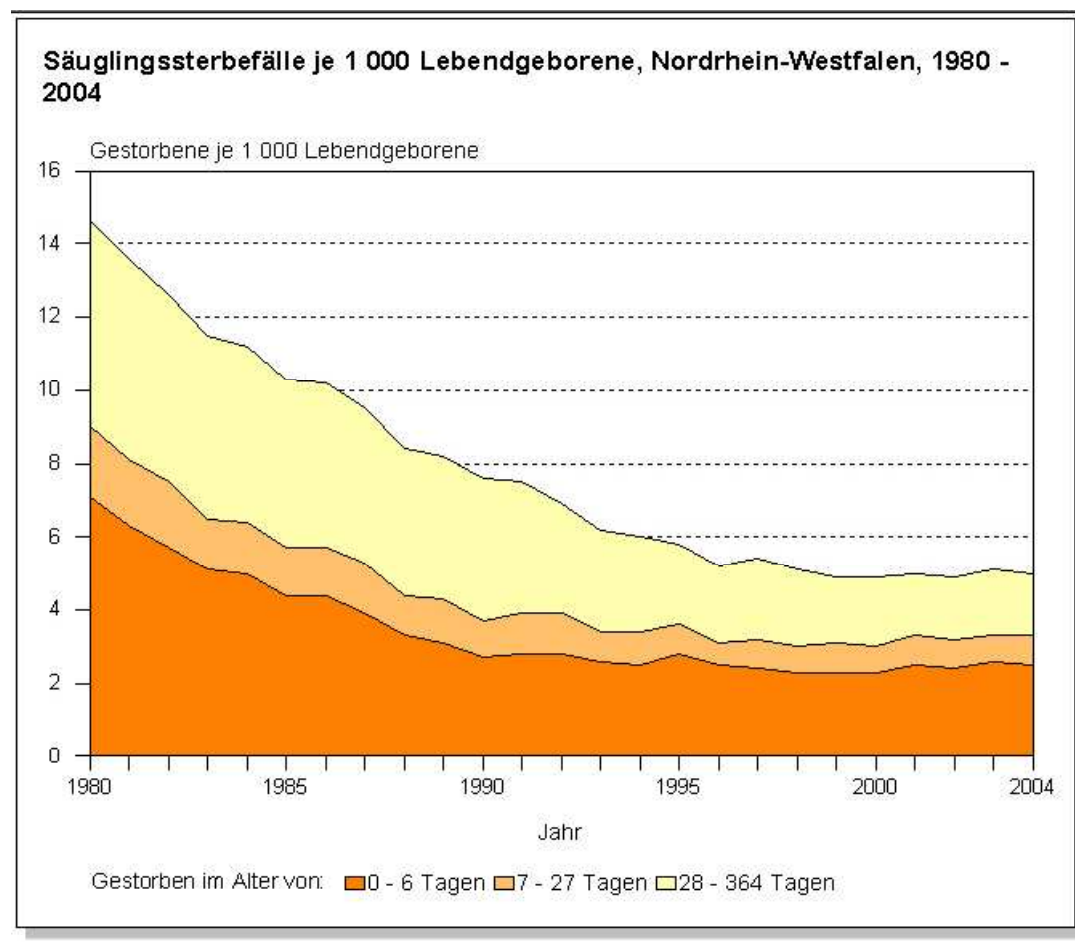
Die Säuglingssterblichkeit ist ein wichtiger Indikator für die Gesundheitsversorgung einer Bevölkerung, speziell der Mütter und Kinder.

Obwohl die Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen seit 1980 um 65% zurückgegangen ist (damals lag sie bei 14,6 gestorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborenen), liegt sie nicht nur über dem Bundesdurchschnitt, sondern ist mit fünf gestorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborenen im Jahr 2004 die höchste der deutschen Bundesländer. Je nach Alter des verstorbenen Säuglings wird unterschieden in:

frühe Neonatalsterblichkeit, (Todesfälle im Alter von 0 - 7 Tage),

späte Neonatalsterblichkeit, (Todesfälle im Alter von 8 - 28 Tage)

und der Spätsterblichkeit / Postneonatalsterblichkeit (Todesfälle im Alter von 29 - 365 Tage).



Häufigste Todesursachen im Säuglingsalter

Differenzierung des Mortalitätsprofils

Todesursachen und Geschlecht

Die Säuglingssterblichkeit der Mädchen lag im Jahr 2004 niedriger als die der Jungen. So waren 42% der verstorbenen Säuglinge weiblichen Geschlechts und 58% männlichen Geschlechts. Schwangerschafts- und geburtsbedingte Todesursachen sind bei beiden Geschlechtern dominierend, gefolgt von angeborenen Fehlbildungen und dem plötzlichen Kindstod. Perinatale Ursachen treten bei Jungen häufiger auf als bei Mädchen.

Es sind insbesondere niedriges Geburtsgewicht (181 Fälle im Jahr 2004) und bakterielle Blutvergiftung (14 Fälle). Unter den angeborenen Fehlbildungen sind es insbesondere Fehlbildungen der Lunge (20 Fälle) und der Aorten (12 Fälle). Haupttodesursache bei den Mädchen war ebenfalls ein niedriges Geburtsgewicht (108 Fälle) und Atemstillstand (12 Fälle). Die am häufigsten aufgetretene Fehlbildung war das Edwards-Syndrom (Trisomie 18) und Patau-Syndrom (Trisomie 13) (19 Fälle).

Nationalität

Die Änderung des Staatsangehörigkeitsgesetzes zum 1. Januar 2000 hat dazu geführt, dass seither der überwiegende Teil der Kinder ausländischer Eltern als Deutsche geboren werden. Durch Geburt im Inland wird ein Kind deutscher Staatsbürger, wenn mindestens ein Elternteil seit acht Jahren rechtmäßig seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat. Entsprechend ist die Zahl von Neugeborenen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in NRW von 28.378 im Jahre 1999 auf 9.805 im Jahre 2004 zurückgegangen.

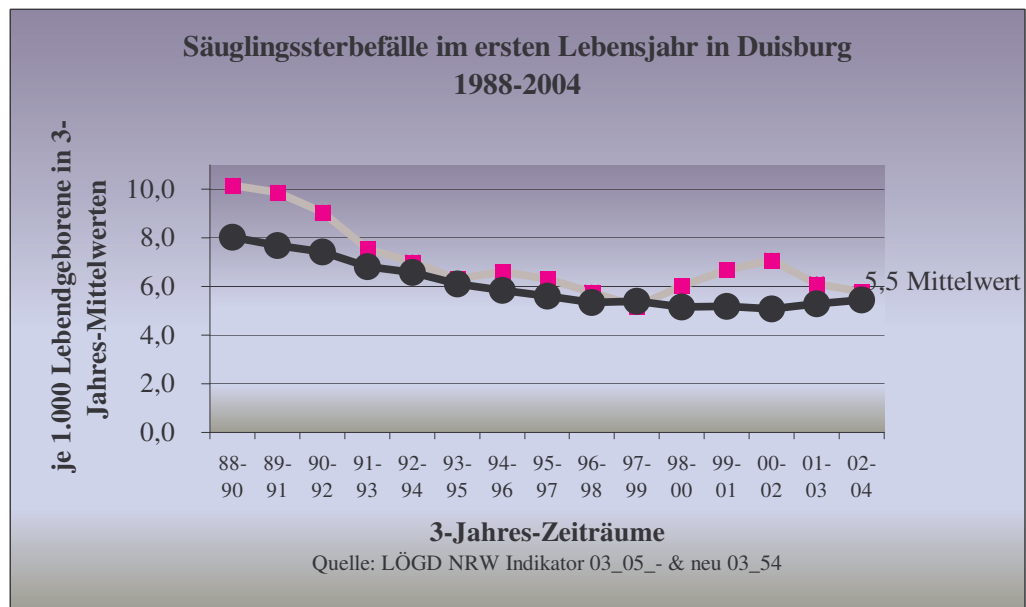
Die Abgrenzung zwischen deutsch und ausländisch ist von Interesse, da die Säuglingssterblichkeit in den beiden Bevölkerungsgruppen sehr stark differiert. Liegt die Säuglingssterblichkeit unter deutschen Neugeborenen bei 4,6‰, steigt sie bei ausländischen Neugeborenen auf 11,1‰. Das Verhältnis weiblichen zu männlichen Säuglingssterbefällen unter ausländischen Neugeborenen entspricht mit 48 : 52 dem der deutschen.

Plötzlicher Säuglingstod

Der plötzliche Kindstod, kurz SIDS (Sudden Infant Death Syndrom) genannt, ist in den Jahren 1998 bis 2004 zurückgegangen, wenn auch nicht kontinuierlich. Trat diese Todesursache 1998 in NRW unter den männlichen Säuglingen noch in 133 Fällen je 100.000 Säuglingen auf, waren es 2004 nur 94 Fälle je 100.000 Säuglinge. Allerdings zeigen die Daten, dass die Fallzahl 2002 bereits auf 82 gesunken war und seitdem wieder ansteigt. Auch für weibliche Säuglinge zeigt sich im Jahr 2000 ein Anstieg, nachdem zuvor ein deutlicher Rückgang zu erkennen war (104 Fälle je 100.000 Säuglinge im Jahr 1998). Zwischen 2001 und 2003 steigt die Zahl der Fälle leicht an und sank 2004 auf 66 Fälle je 100.000 Säuglinge. Im Jahr 2004 starben in NRW 51 Mädchen und 75 Jungen am plötzlichen Kindstod, dies sind jeweils 16% der Säuglingssterbefälle.

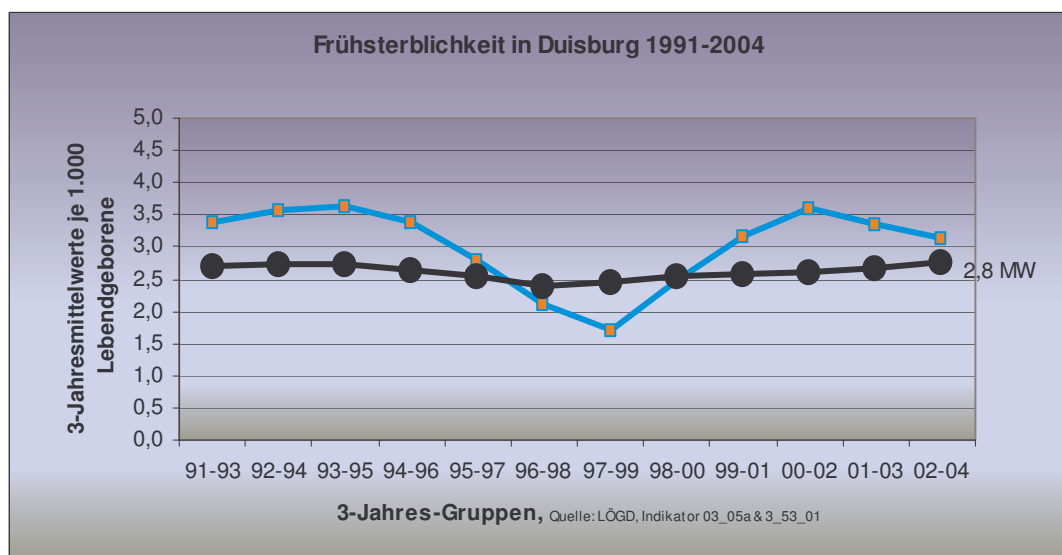
Säuglingssterblichkeit in Duisburg

Die Mittelwerte in den folgenden Grafiken beziehen sich auf die kreisfreien Städte in NRW.



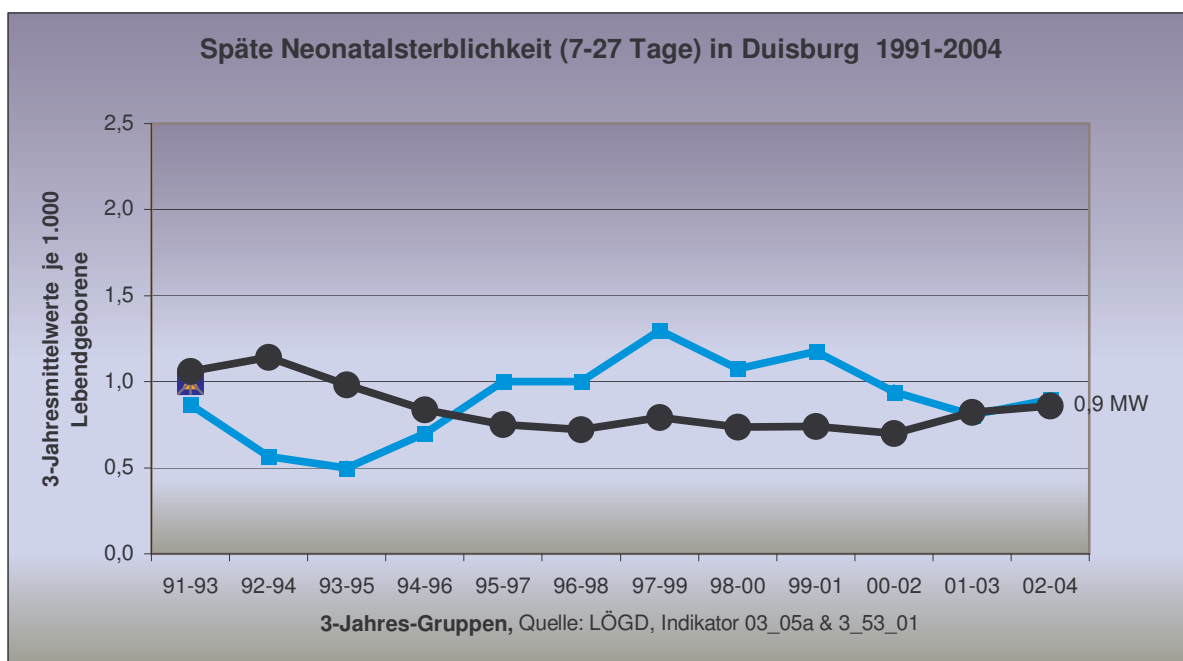
Die Säuglingssterbefälle sind in den letzten 30 Jahren stark zurückgegangen. In Duisburg liegt die Quote im Verlauf meist über dem Mittelwert der kreisfreien Städte in NRW. Betrachtet man den gesamten Zeitraum, verringert sich die Anzahl von 10,2 auf 5,8 Sterbefälle pro 1000 Lebendgeborenen. Allerdings ist ein Anstieg in den Jahren 1997 bis 2000 festzustellen, der dann zwischen den Jahren 2000 und 2004 wieder absinkt. Im Jahr 2004 lag der Mittelwert bei 5,5 Sterbefälle pro 1000 Lebendgeborene (Duisburg 5,8, Gelsenkirchen 8,5 und Solingen 3,6)

Frühe Neonatalsterblichkeit



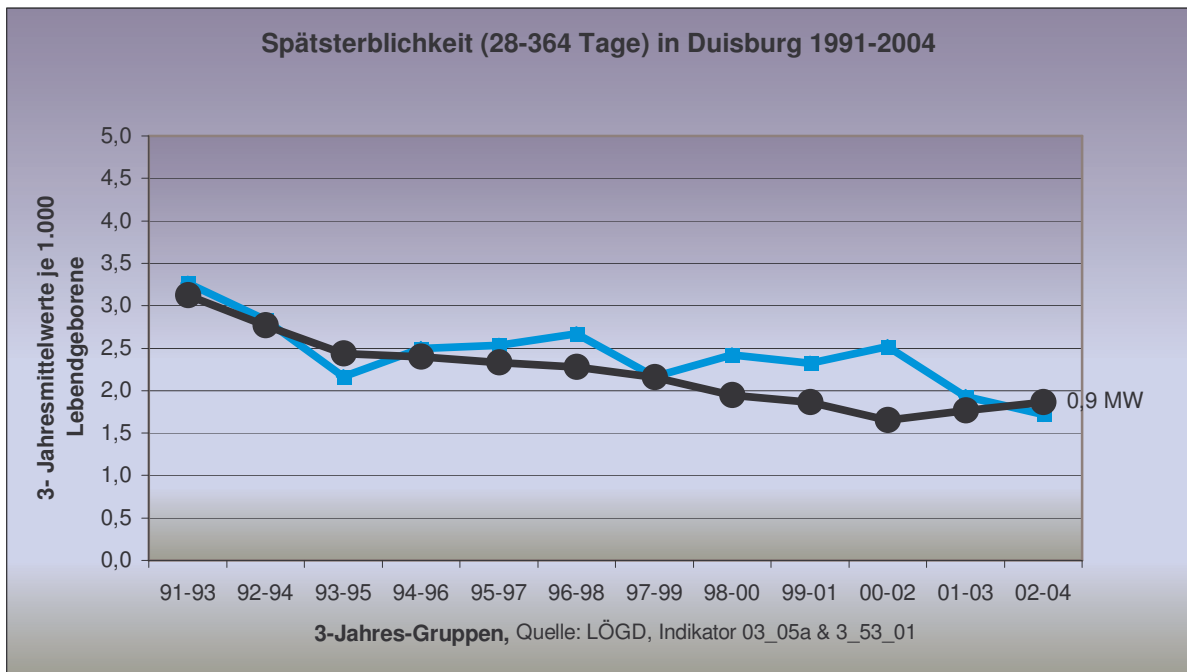
Die Frühsterblichkeit hat sich in den kreisfreien Städten in NRW im Zeitraum von 1991 bis 2004 um 0,1 Prozentpunkt und zwar von 2,7 auf 2,8 pro Lebendgeborenen erhöht. In Duisburg lagen die Werte von 1991 bis 1997 über dem Mittelwert der kreisfreien Städte, von 1996 bis 2000 konnte Duisburg seine Frühsterblichkeitsrate sogar bis auf 1,7 pro Lebendgeborenen senken, so dass die Quote (1996-1998) mit 0,7 Prozentpunkten unter dem NRW Mittelwert lag. Von 1998 an stieg der Wert wieder an, erreichte seinen Höhepunkt zwischen 2000 und 2002 mit 3,6 Lebendgeborenen (kreisfreie Städte NRW 2,6). Seit 2002 sinkt der Wert wieder und liegt im Jahr 2004 nur 0,3 Prozentpunkte unter dem Mittelwert der kreisfreien Städte in NRW. Damit hat Duisburg nach Gelsenkirchen (4,5), Leverkusen (3,9), Düsseldorf (3,5) und Krefeld (3,4) zusammen mit Oberhausen und Aachen die fünfthöchste Frühsterblichkeitsrate.

Späte Neonatalsterblichkeit



Die Spätsterblichkeit hat sich in den kreisfreien Städten in NRW im Gesamtzeitraum von 1,1 auf 0,9 Fälle pro 1000 Lebendgeborene unwesentlich verbessert. In Duisburg lagen die Werte von 1991 bis 1996 unter dem Mittelwert der kreisfreien Städte, von 1997 bis 2001 stieg der Wert in Duisburg dann wieder an, seit 2002 liegt die Spätsterblichkeitsquote auf dem selben Niveau wie der Mittelwert der kreisfreien Städte in NRW (0,9 pro 1000 Lebendgeborene).

Spätsterblichkeit



Die Spätsterblichkeit hat sich in den kreisfreien Städten in NRW im Zeitraum von 1991 bis 2004 um 2,0 Promille, und zwar von 3,1 auf 1,9 pro Lebendgeborenen verringert. In Duisburg lagen die Werte bis 1999 unwesentlich über oder unter dem Mittelwert der kreisfreien Städte in NRW. Ab 1999 steigt der Wert an und findet seinen Höhepunkt 2002 bei 2,5 pro Lebendgeborene, fällt dann wieder ab und liegt 2004 sogar 0,2 Prozentpunkte unter dem Mittelwert der kreisfreien Städte in NRW.

In Duisburg liegt die häufigste Säuglingssterblichkeit im Zeitraum der Frühsterblichkeit, also in den ersten sieben Lebenstagen. Die Ursachen für den Tod von Säuglingen sind vielschichtig. Angeborene Fehlbildungen sowie der plötzliche Kindstod sind die häufigsten Ursachen.

III Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Duisburg

Schuleingangsuntersuchung und S-ENS

(Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen)

Schuleingangsuntersuchung

Die Schuleingangsuntersuchung ist die einzige Volluntersuchung eines kompletten Jahrgangs in Duisburg.

Schulanfänger haben einen gesetzlichen Anspruch auf eine individualmedizinische ärztliche Untersuchung und Beratung unter dem speziellen Blickwinkel der Schulfähigkeit und eines eventuellen individuellen Förderbedarfs.

Nach der aktuellen Schulgesetzgebung umfasst die schulärztliche Untersuchung die Feststellung des körperlichen Entwicklungsstandes und die Beurteilung der allgemeinen, gesundheitlich bedingten Leistungsfähigkeit einschließlich der Sinnesorgane und hat zu klären, ob ein Kind die erforderlichen körperlichen und geistigen Voraussetzungen besitzt und im sozialen Verhalten ausreichend entwickelt ist um die Schule zu besuchen.

Die Schuleingangsuntersuchung umfasst auch die Dokumentation der Teilnahme an den Präventionsmaßnahmen (Impfungen und U-Untersuchungen).

Im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Stadt Duisburg wird die Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen nach dem „Bielefelder Modell“ durchgeführt.

Nach diesem Modell zu dokumentierende Befunde beziehen sich auf:

- Körpermaße
- Befunde des Kopfes
- Befunde der inneren Organe
- Befunde des Skeletts und der Haut
- Befunde der Konstitution
- Befunde des zentralen Nervensystems und des Verhaltens
- Befunde spezieller Behinderung

Liegt ein Befund vor, so wird festgehalten,

- ob es sich um einen Minimalbefund bzw. einen nicht mehr behandlungsbedürftigen oder – fähigen Befund handelt,
- ob sich das Kind bereits in ärztlicher Behandlung befindet,
- ob eine weitere Abklärung durch den niedergelassenen Arzt erforderlich ist,
- ob eine erhebliche Leistungsbeeinträchtigung vorliegt.

S-ENS

Das Screening des Entwicklungsstandes (S-ENS) ist ein Verfahren zur Erfassung von Entwicklungsstörungen und stellt einen Teil der gesamtmedizinischen, auch sozialpädiatrischen Diagnostik im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung dar. Zu den betreffenden sogenannten schulrelevanten Grundfähigkeiten gehören eine altersentsprechende motorische Koordination, altersentsprechende umfassende Wahrnehmungsfähigkeiten sowie eine altersentsprechende Sprach- und Sprechfähigkeit.

Die Screeningwerte werden zu Orientierungswerten mit den Ausprägungen „auffällig, grenzwertig und unauffällig“ zusammengefasst. Diese Orientierungswerte helfen dem/der Schularzt/ärztin, den Entwicklungsstand der untersuchten Kinder zu beurteilen. Das Screening ist so angelegt „...“, dass Kinder, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit aus schulärztlicher Sicht medizinisch relevante Entwicklungsauffälligkeiten haben, sicher erkannt werden können (grenzwertig bzw. auffälliger Orientierungswert). Diese Kinder werden dann vom Schularzt einer weiteren Diagnostik unterzogen. S-ENS differenziert dabei im unteren Drittel des Leistungsbereiches besonders gut, so dass falsch negative Screeningergebnisse möglichst vermieden werden. Der Schularzt/ärztin berücksichtigt bei der weiteren Diagnostik von Kindern mit einem grenzwertigen oder auffälligem Screeningergebnis auch Erkenntnisse aus der somatischen Untersuchung sowie weitere fachärztliche Aspekte.“ (Schulärztliche Untersuchung in NRW, S. 48, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW)

Impfen

Impfungen gehören zu den wichtigsten und effektivsten medizinischen Präventionsmaßnahmen. Viele Infektionskrankheiten sind daher selten geworden. Die Teilnahme an Schutzimpfungen ist in Deutschland freiwillig.

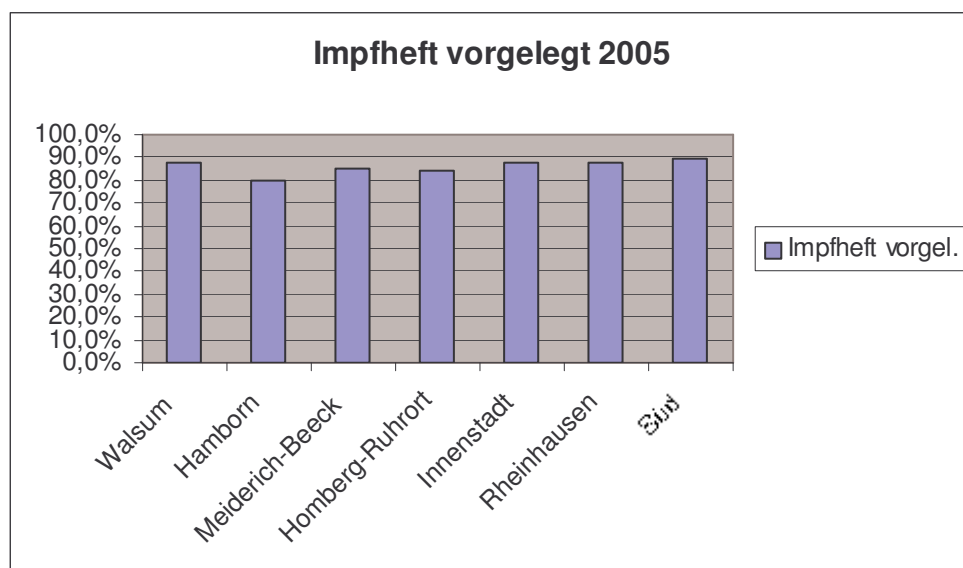
Für Kinder werden Impfungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen angeboten und zu 90 % von niedergelassenen Kinder- und Allgemeinärzten durchgeführt.

Die ständige Impfkommission (STIKO*) am Robert-Koch-Institut empfiehlt Impfungen gegen folgende Krankheiten für Kinder und Jugendliche: Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Hepatitis B, Polio, Hämophilus influenzae (Hib) sowie Masern, Mumps und Röteln. Die Kosten hierfür werden von den Krankenkassen übernommen. (Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Robert-Koch-Institut, 2004)

Um Infektionsketten zu durchbrechen und Epidemien vorzubeugen, ist eine mehr als 90%ige Durchimpfungsrate in der Bevölkerung anzustreben.

Abb.: Anteil der Schulanfänger/-innen 2005 in Duisburg, die bei der Schuleingangsuntersuchung ihren Impfausweis vorlegten nach Stadtbezirken

	Walsum	Hamborn	Meiderich-Beeck	Homborg-Ruhrort	Innenstadt	Rheinhausen	Süd
Impfheft vorgelegt	88,1%	79,6%	85,3%	84,4%	87,8%	87,5%	89,5%



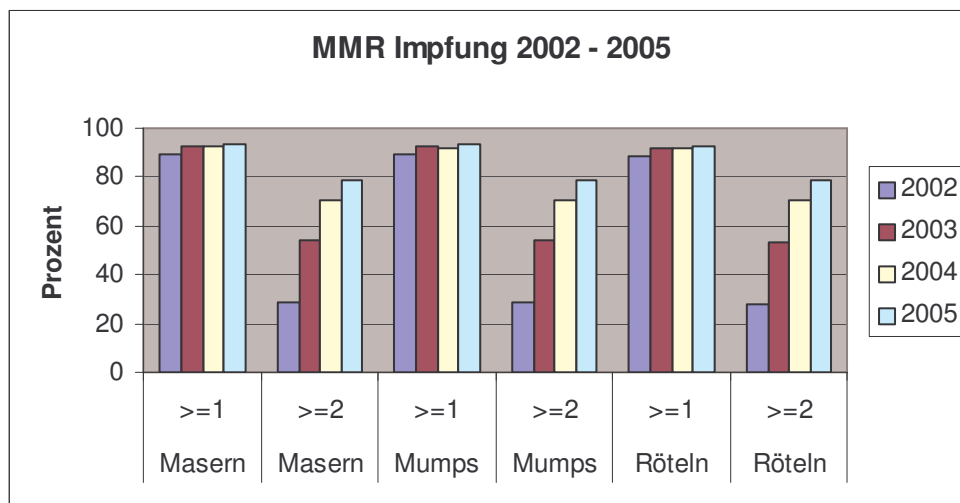
Die durchschnittliche Impfrate wurde bis jetzt nur für die Kinder berechnet, die das Impfheft vorgelegt haben. Für die restlichen Kinder ist nicht ersichtlich, ob sie eine ausreichende Impfung erhalten haben.

Dargestellt werden die Daten der sieben Duisburger Stadtbezirke. Auffällig hoch ist der Prozentsatz an fehlenden Impfheften im Stadtbezirk Hamborn mit 20,4 %. Insgesamt gesehen liegt Duisburg (85,9 %), die Zahl der vorgelegten Impfausweise betreffend, unter dem Prozentsatz des Regierungsbezirks Düsseldorf (89,4 %) und NRW (88,0 %). Allerdings ist von 2002 bis 2005 ein Aufwärtstrend deutlich zu erkennen.

Impfstatus nach Impfart

Abb.: Anteil der Schulanfänger/-innen 2005 in Duisburg, die bei der Schuleingangsuntersuchung gegen MMR geimpft waren

	Impfausweis Vorgelegt	Masern ≥1	Masern ≥2	Mumps ≥1	Mumps ≥2	Röteln ≥1	Röteln ≥2
2002	80,4 %	89,7 %	28,5 %	89,5 %	28,5 %	88,6 %	27,6 %
2003	82,8 %	92,4 %	53,8 %	92,3 %	53,7 %	92,0 %	53,3 %
2004	83,2 %	92,4 %	70,2 %	92,2 %	70,2 %	91,9 %	70,1 %
2005	85,9 %	93,5 %	78,9 %	93,3 %	78,6 %	93,0 %	78,4 %
Reg.- Bezirk D' dorf 2004	89,4%	94,3 %	67,4 %	94,0 %	67,0 %	93,0 %	66,0 %



Seit 1991 empfiehlt STIKO* eine zweimalige Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln. Zunächst gab es die Empfehlung, die 2. Impfung im 5. bis 6. Lebensjahr durchzuführen. Seit Juli 2001 wird die 2 MMR-Impfung bereits im 2. Lebensjahr empfohlen.

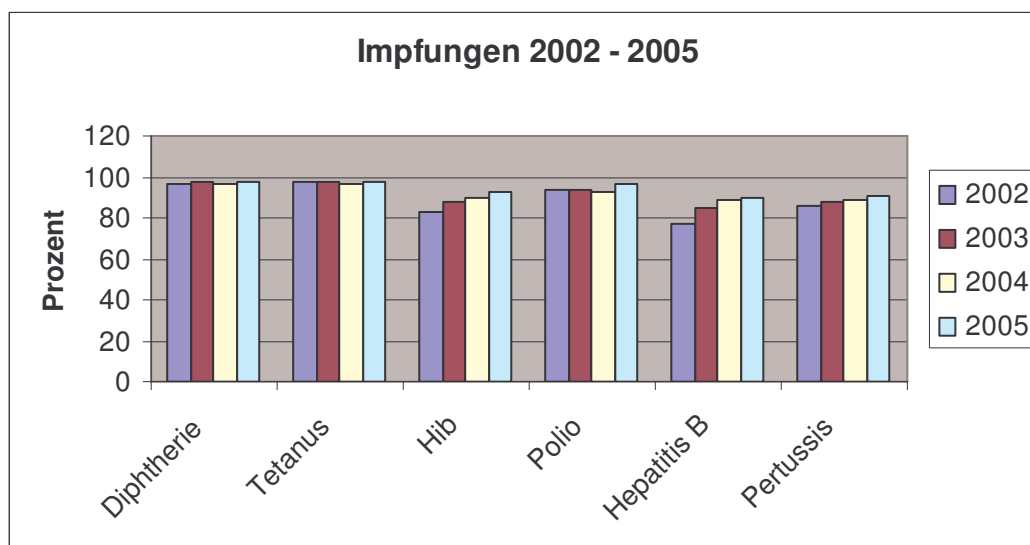
Wie die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung 2005 aus Duisburg zeigen, ist der Anteil der Kinder mit fehlendem bzw. unvollständigem Impfschutz im Vergleich zu den Vorjahren zwar deutlich gesunken, aber es besteht immer noch großer Nachholbedarf.

So hat die Durchimpfungsquote für die 2. Impfung von 78,9 % gegen Masern, 78,6 % gegen Mumps und 78,4 % gegen Röteln in Duisburg noch großen Handlungsbedarf.

Im Vergleich zu NRW liegt Duisburg jedoch deutlich über dem Landesdurchschnitt (Masern 66,2%, Mumps 65,9 %, Röteln 64,7 %).

Abb.: Schulanfänger/innen in Duisburg mit Angaben zum Impfschutz gegen die angegebenen Krankheiten (Angaben beziehen sich prozentuiert auf vorgelegte Impfausweise)

	Impfausweis vorgelegt	Diphtherie	Tetanus	Hib	Polio	Hepatitis B	Pertussis
2002	80,4 %	96,8 %	97,1 %	82,9 %	93,9 %	76,9 %	85,9 %
2003	82,8 %	97,5 %	97,6 %	87,8 %	93,3 %	85,0 %	87,8 %
2004	83,2 %	96,8 %	97,0 %	89,8 %	92,5 %	88,5 %	89,2 %
2005	85,9 %	97,7 %	98,0 %	93,1 %	96,1 %	89,6 %	90,9 %



Erfolgte Impfungen werden nicht zentral dokumentiert, sondern nur in persönlichen Impfausweisen festgehalten. Erst durch die Schuleingangsuntersuchung besteht die Möglichkeit, die Durchführung von Impfungen statistisch zu erfassen. (gesetzliche Grundlage: Infektionsschutzgesetz vom 01.01.2001 IfSG § 34 Abs. 10, 11)

2005 lagen folgende Impfquoten von Duisburger untersuchten Schulanfänger/innen vor, ein vollständiger Impfschutz mit 98 % bei Tetanus, 97,7 % bei Diphtherie, 94,7 % bei Polio, 93,1 % bei Hib, 90,9 % bei Pertussis (Keuchhusten) sowie 89,6 % bei Hepatitis B. Somit lagen nur Pertussis und Hepatitis B unter der 95-Prozent-Zielmarke des empfohlenen WHO-Wertes.

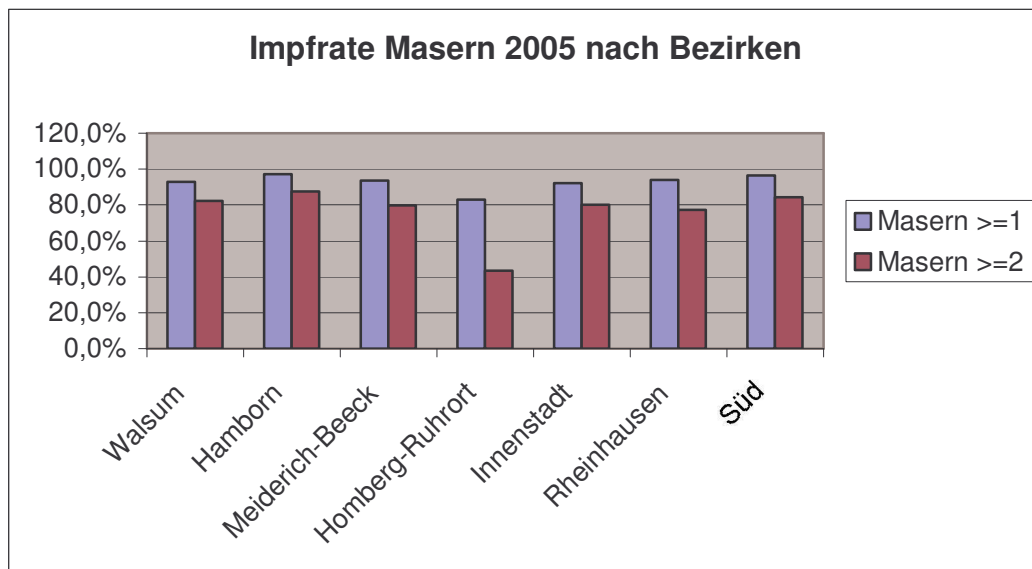
Geschlechtsspezifische Unterschiede sind kaum zu erkennen, deshalb sind sie hier nicht gesondert dargestellt.

MMR Impfungen nach Bezirken

Masern

Die Masern sind eine hoch ansteckende Krankheit, die durch das Masernvirus hervorgerufen wird. Weltweit kommen jährlich 30-40 Millionen Masernfälle vor, hauptsächlich in den sogenannten Entwicklungsländern. In einigen Ländern, z.B. in den USA, Finnland, Großbritannien und Südafrika, sind Masern heutzutage selten geworden. Im Jahr 2001 wurden in Deutschland laut Epidemiologischem Bulletin noch 5.780 Masernfälle gemeldet, die meisten davon in den Staaten Bayern und Nordrhein-Westfalen. Das Robert-Koch-Institut schätzt die wirkliche Anzahl der Masernerkrankungen in Deutschland jedoch wesentlich höher - zwischen 20.000 und 80.000 pro Jahr.

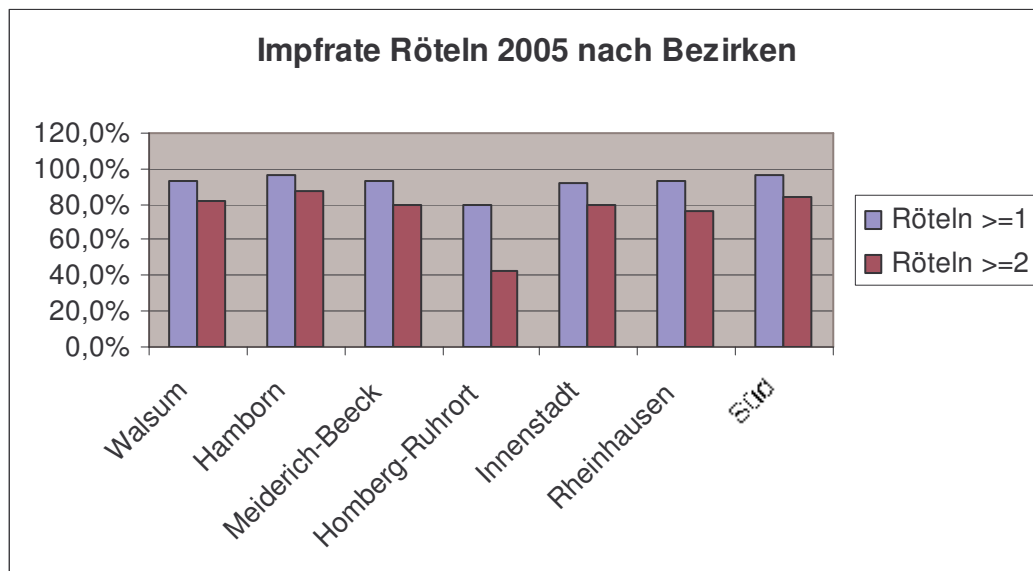
Jährlich sterben auf der Welt ca. 777.000 Menschen an Masern. Jeder dieser Todesfälle hätte durch die Masernschutzimpfung verhindert werden können. Daher ist das erklärte Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO), durch ein weltweites effektives Impfprogramm masernbedingte Todesfälle zu verhindern. Durch erhöhte Impfraten könnte sogar die Krankheit selbst, wie bereits die Pocken, endgültig beseitigt werden. Mit dem am 1.1.2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetz wurden auch in Deutschland die dafür erforderlichen Voraussetzungen geschaffen.



Röteln

Die Röteln sind eine ansteckende Erkrankung, die durch das Rötelnvirus hervorgerufen wird. Ihr klinisches Bild ähnelt einer milden Form der Masern; im Kindesalter sind sie relativ harmlos. Oftmals sind die betroffenen Personen zwar infiziert, wirken klinisch jedoch völlig gesund.

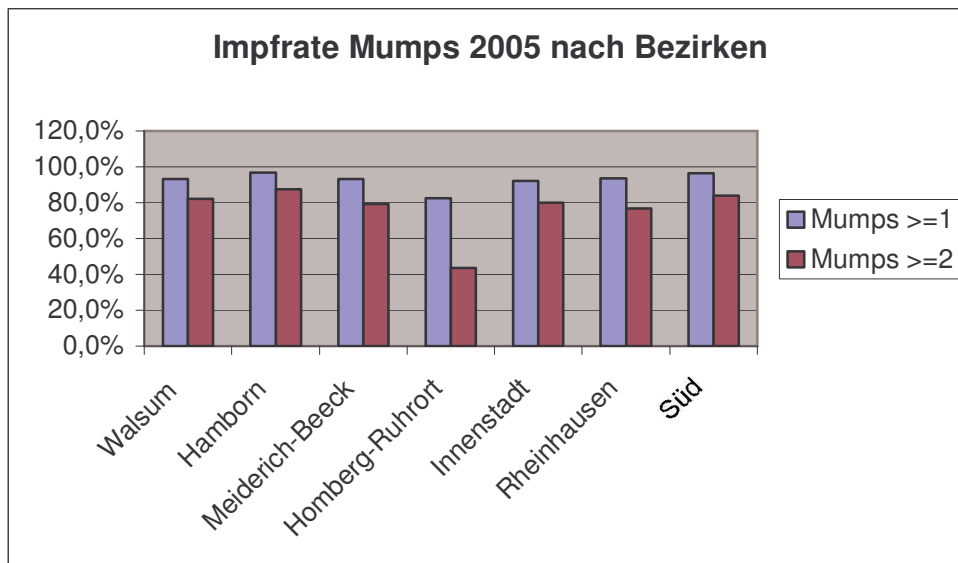
Bei Infektionen in der Frühschwangerschaft kann es zu Fehlgeburten oder schweren Missbildungen des Kindes kommen. Daher hat die WHO das Ziel formuliert, das kongenitale (angeborene) Röteln Syndrom (CRS) in Europa bis zum Jahre 2010 zu eliminieren. In Finnland und Schweden ist dieses Ziel fast erreicht. In Deutschland wurden im Jahr 2000 noch 7 Fälle gemeldet. Dies ist wahrscheinlich eine erhebliche Untererfassung. Aufgrund von Laborbefunden wird geschätzt, dass die Zahl der Erkrankungen eher bei 50 liegt.



Mumps

Mumps oder sogenannter Ziegenpeter ist eine ansteckende Krankheit, die durch das Mumpsvirus hervorgerufen wird und durch geschwollene Ohrspeicheldrüsen gekennzeichnet ist. Ziegenpeter ist weltweit verbreitet. In ungeimpften Bevölkerungsgruppen sind vor allem das Kindes- und das Jugendalter betroffen. Diese Infektion kommt während des ganzen Jahres, jedoch häufiger im Winter und Frühjahr vor.

Ohne Schutzimpfung ist alle 2 - 5 Jahre mit Ausbrüchen zu rechnen. Da Mumps eine relativ harmlose Krankheit ist, wird in vielen Entwicklungsländern aus Kostengründen nicht dagegen geimpft. In den alten Bundesländern wird die Schutzimpfung seit 1980 und in den neuen Bundesländern seit 1991 durchgeführt. Seitdem sind in Deutschland die Erkrankungen erheblich zurückgegangen. Im Jahr 1998 wurden weniger als zwei Erkrankungen pro 100.000 Einwohner gemeldet.



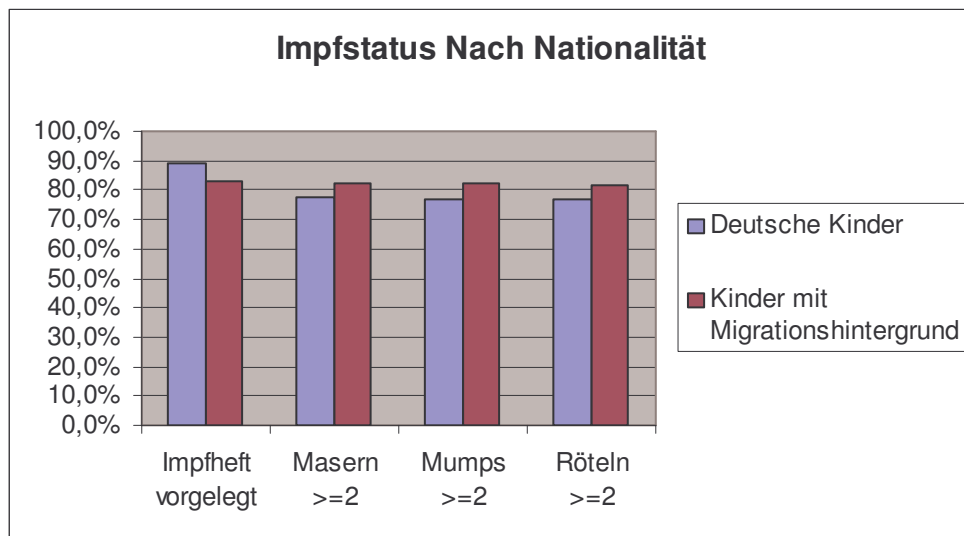
In den Duisburger Stadtbezirken fällt im direkten Vergleich auf, dass ein gravierender Unterschied zwischen dem Bezirk Homberg/Ruhrort (Masern/Mumps 43,4 %, Röteln 42,7 %) und dem Bezirk Hamborn (Masern 87,7 %, Mumps 87,4 %, Röteln 87,2 %) besteht. In den anderen Stadtbezirken ist jedoch eine Zunahme der Impfquoten zu erkennen.

Innerhalb der Bezirke sind in den Ortsteilen Hochheide 25,9 % und Alt-Homberg 44,0 % extrem niedrige Impfquoten zu verzeichnen.

Impfstatus nach Nationalität

Abb.: Anteil der Schulanfänger/innen 2005 in Duisburg, nach Nationalität und Impfstatus bei MMR-Impfungen.

	Impfheft vorgelegt	Masern ≥ 2	Mumps ≥ 2	Röteln ≥ 2
Deutsche Kinder	89,3%	77,4%	77,1%	76,9%
Kinder m. Migrationshintergrund	83,1%	82,5%	82,2%	81,9%



Betrachtet man die Impfraten, differenziert nach deutschen Kindern oder Kindern mit Migrationshintergrund, fällt auf, dass Kinder mit Migrationshintergrund eine geringere Quote bei der Vorlage der Impfpässe haben (83,1%) als deutsche Kinder (89,3%).

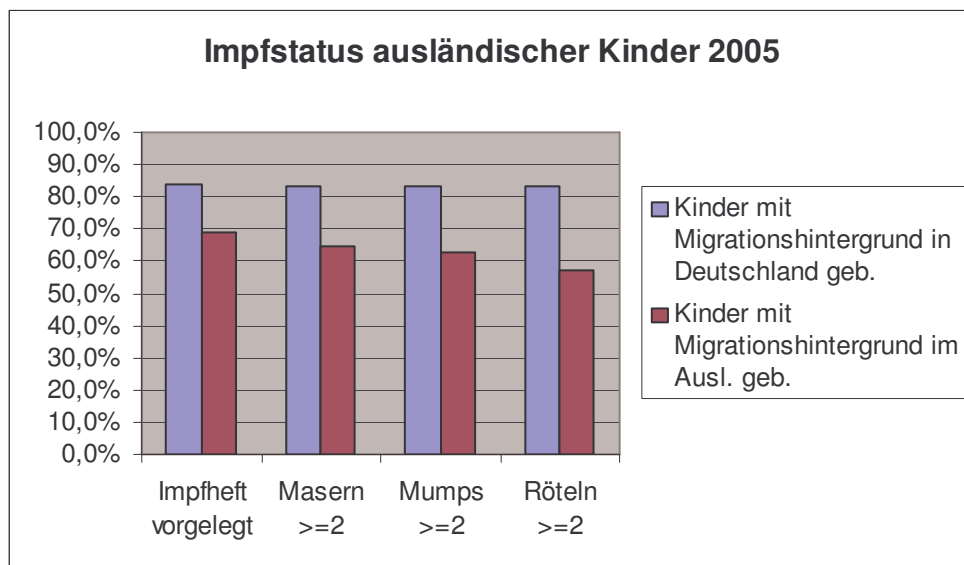
Betrachtet man hingegen die Impfquoten, liegt der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, die geimpft sind, höher als bei den deutschen Kindern.

Fazit: Im Gegensatz zu Kindern mit Migrationshintergrund legen deutsche Kinder häufiger einen Impfpass vor. Liegt der Impfpass vor, ist die Impfquote bei Kindern mit Migrationshintergrund jedoch deutlich höher.

Impfstatus ausländischer Kinder in Duisburg 2005

Abb.: Anteil der Schulanfänger/innen 2005 in Duisburg, nach Nationalität in Deutschland geboren/im Ausland geboren und Impfstatus bei MMR-Impfungen.

	Impfheft vorgelegt	Masern ≥ 2	Mumps ≥ 2	Röteln ≥ 2
Kinder mit Migrationshintergrund in Deutschland geb.	83,8%	83,3%	83,1%	83,0%
Kinder mit Migrationshintergrund im Ausland geboren	69,2%	64,8%	63,0%	57,4%



Werden die Daten von Kindern mit Migrationshintergrund noch einmal unterteilt in Kinder, die in Deutschland geboren sind und Kinder, die im Ausland geboren sind, so ist auffällig, dass Kinder mit Migrationshintergrund, die im Ausland geboren sind, nur zu 69,2 % ein Impfheft vorgelegt haben, Kinder mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren sind, hingegen zu 83,8 %.

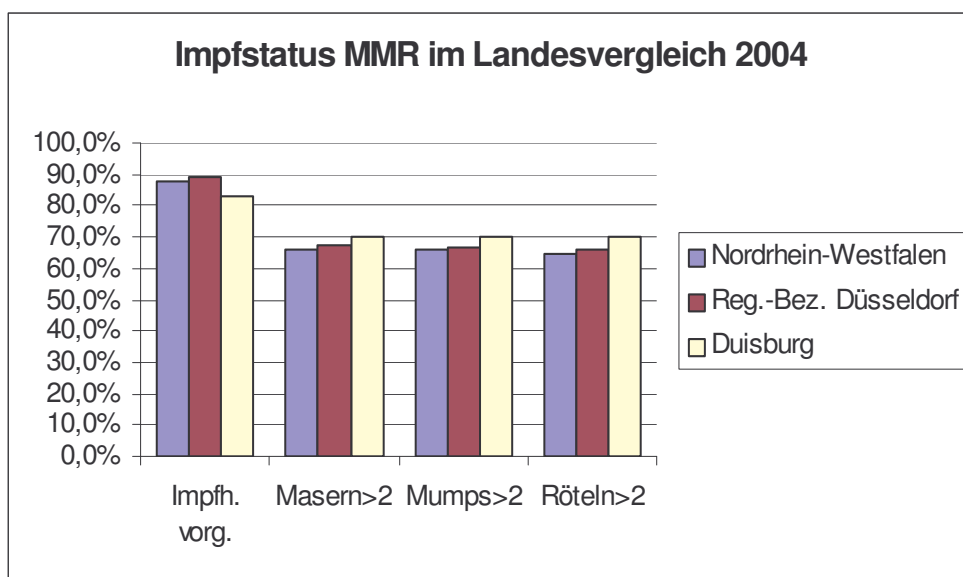
Die Differenz des Impfstatus bei Masern, Mumps und Röteln liegt noch höher.

Kinder mit Migrationshintergrund, die im Ausland geboren sind liegen bei Masern 18,5 % , Mumps 20,1 % und Röteln sogar 25,6 % unter den Werten der Kinder mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren sind.

Impfstatus im Landesvergleich NRW

Abb.: Anteil der Schulanfänger/innen 2004 in Duisburg im NRW Landesvergleich Impfstatus bei MMR-Impfungen.

	Impfheft. vorg.	Masern>2	Mumps>2	Röteln>2
Nordrhein-Westfalen	88,0%	66,2%	65,9%	64,7%
Reg.-Bez. Düsseldorf	89,4%	67,4%	67,0%	66,0%
Duisburg	83,2%	70,4%	70,1%	70,1%



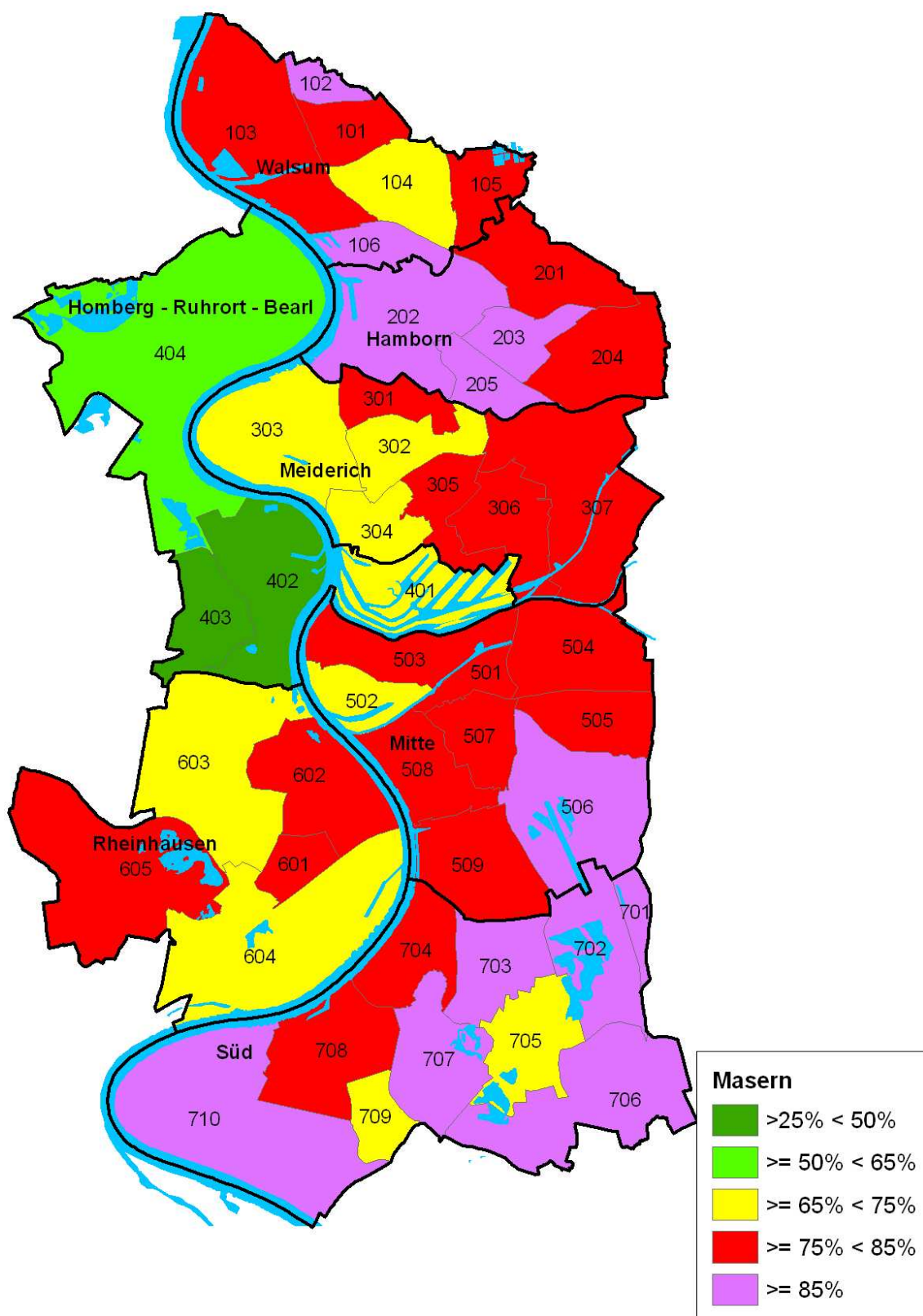
Im Vergleich zu NRW liegt der Impfstatus 2004 in Duisburg deutlich über dem Landesdurchschnitt (Masern 4,2%, Mumps 4,2%, Röteln 5,4%)

Im Vergleich zum Regierungsbezirk Düsseldorf liegt Duisburg 2004 ebenfalls über dem Durchschnitt (Masern 3%, Mumps 3,1%, Röteln 4,1%)

Handlungsempfehlungen

- Dauerhafte Informationskampagnen.
- Schwerpunktmäßig nichtdeutsche und eingesiedelte Eltern informieren.
- Gezielte Aktionen in Stadtteilen mit niedriger Impfrate.
- Impfpass bei der Einschuluntersuchung vorlegen lassen.
- Informationsmaterial (mehrsprachig) in Arztpraxen, Kindertagesstätten auslegen.
- Bei allen Vorsorgeuntersuchungen anbieten, die empfohlenen Impfungen durchzuführen
- Beratung der Eltern in Kindertagesstätten und Schulen durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst.

Grafische Darstellung der Masern-Impfungen, Schuleingangsuntersuchung 2005



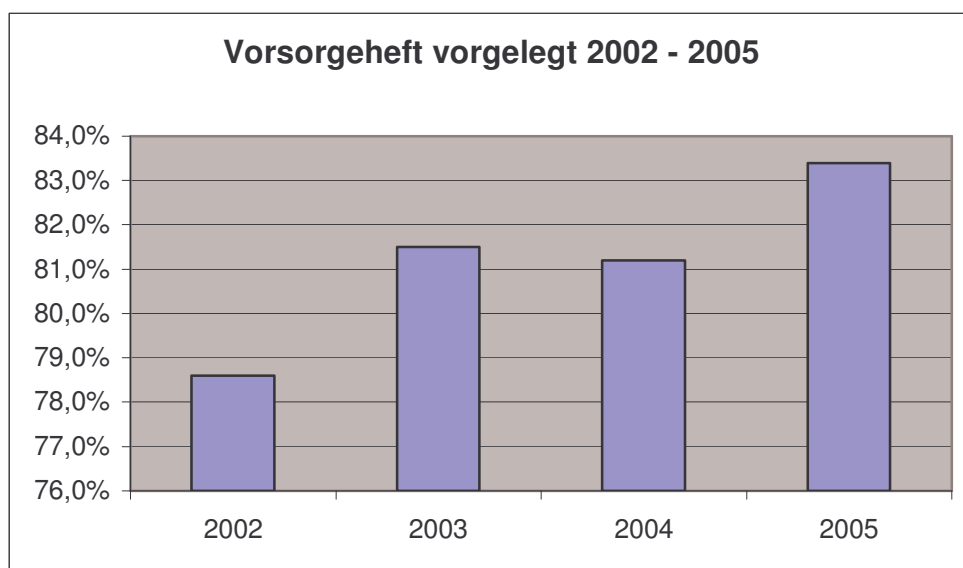
Vorsorgeuntersuchungen

Zur möglichst frühen Aufdeckung von Entwicklungsstörungen und Erkrankungen im Kindesalter wurde ein Programm gesetzlicher Früherkennungsuntersuchungen entwickelt. Das Programm umfasst insgesamt 10 Untersuchungen, wobei die 10. Untersuchung, die nach dem 12./13. Lebensjahr durchgeführt wird, hier nicht betrachtet werden kann, da diese Daten nicht bei der Schuleingangsuntersuchung erhoben werden.

Jede Früherkennungsuntersuchung hat einen altersspezifischen Schwerpunkt und wird in einem festgelegten Altersbereich durchgeführt, sechs davon (U1 bis U6) fallen in das 1. Lebensjahr. Die 7. Untersuchung (U7) findet am Ende des 2. Lebensjahres, die 8. (U8) am Ende des 4. Lebensjahres und die 9. (U9) im fünften Lebensjahr statt. (Gesundheitsbericht NRW, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in NRW, Landesgesundheitsbericht 2002)

Abb.: Vorsorgeheft vorgelegt 2002 - 2005, Duisburg insgesamt in Prozent

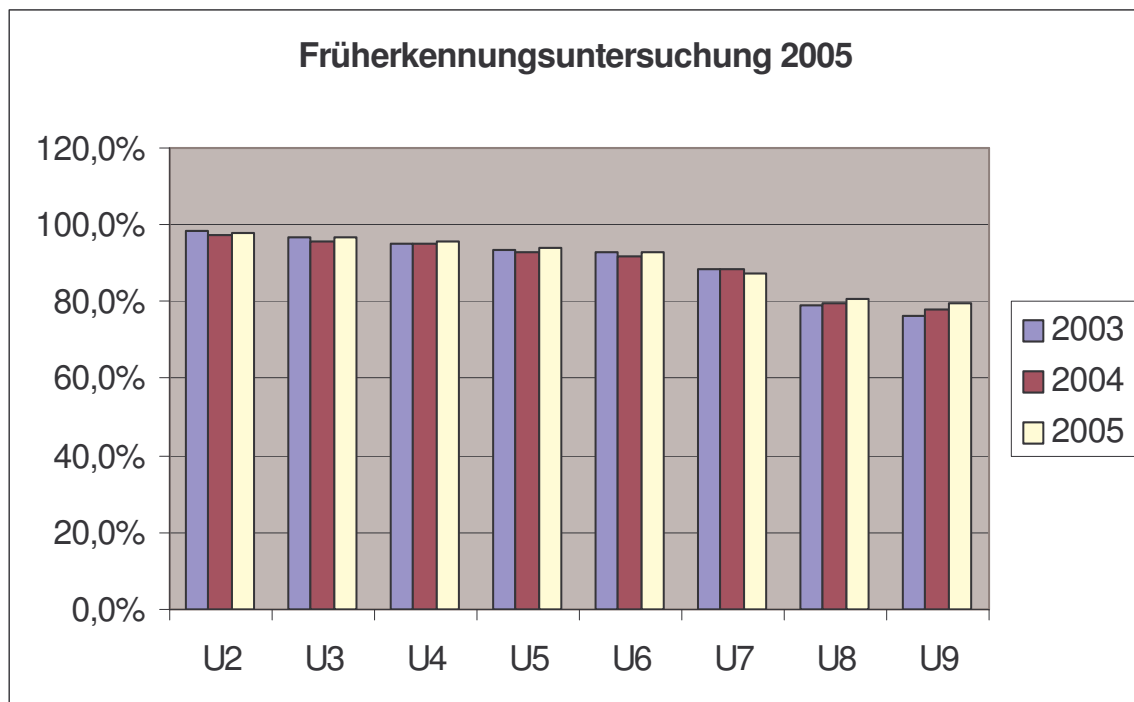
	2002	2003	2004	2005
Vorsorgeheft vorgegl.	78,6%	81,5%	81,2%	83,4%



Erfreulicherweise ist eine Steigerungsrate von 4,8 % bei der Vorlage der Vorsorgehefte zu erkennen (2002 : 78,6 %; 2005 : 83,4 %). Dennoch ist es unzureichend, da 2005 immer noch 16,6 % der einzuschulenden Kinder kein Vorsorgeheft vorgelegt haben.

Abb.: Teilnahmequoten Früherkennungsuntersuchung 2003 - 2005, Duisburg insgesamt in Prozent der vorgelegten Vorsorgehefte

	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9
2003	98,3	96,6	95,3	93,6	93,0	88,3	78,9	76,4
2004	97,3	95,8	95,2	92,7	91,6	88,5	79,6	77,9
2005	98,0	96,7	95,9	94,0	93,0	87,6	80,7	79,6



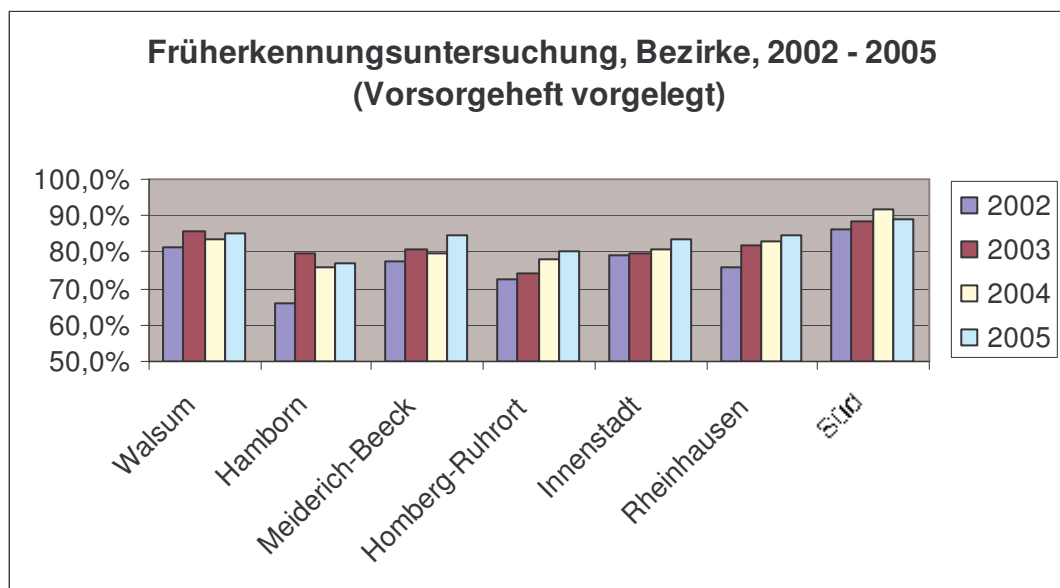
Während allgemein die Teilnahmequote an den ersten Früherkennungsuntersuchungen im Säuglingsalter sehr hoch ist, sinkt sie mit zunehmendem Alter des Kindes deutlich ab. Im Trend der letzten Jahre zeigt sich jedoch, dass vor allem bei den Untersuchungen U8 und U9 eine zunehmende Bereitschaft zur Teilnahme zu erkennen ist.

Da die Berechnung der Teilnahmequote sich nur auf die vorgelegten Vorsorgeuntersuchungshefte stützt, sind bei 11 % (Süd) bis 23 % (Hamborn) keine Aussagen über die tatsächlichen Quoten möglich. Anzunehmen ist aber, dass die Teilnahmequote der Kinder, deren Vorsorgeuntersuchungsheft bei der Einschulungsuntersuchung nicht vorgelegt wird, deutlich niedriger ist.

Vorsorgeuntersuchung nach Bezirken

Abb.: Früherkennungsuntersuchung (Vorsorgeheft vorgelegt) 2005, Bezirke

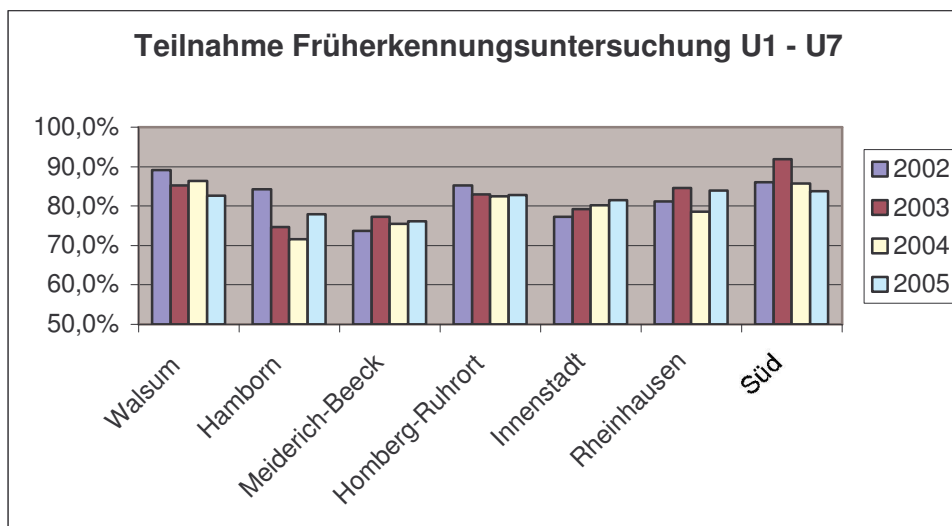
	Walsum	Hamborn	Meiderich-Beeck	Homborg-Ruhrort	Innenstadt	Rheinhausen	Süd
2002	81,2%	66,2%	77,4%	72,3%	78,9%	76,0%	86,0%
2003	85,7%	79,5%	80,8%	74,2%	79,6%	81,8%	88,3%
2004	83,6%	75,6%	79,6%	77,8%	80,7%	83,1%	91,9%
2005	85,4%	77,0%	84,7%	80,2%	83,7%	84,8%	89,0%



In den Duisburger Stadtbezirken fällt im direkten Vergleich auf, dass ein gravierender Unterschied zwischen dem Bezirk Süd (2002 : 86%; 2005 : 89%) und dem Bezirk Hamborn (2002 : 66,2%; 2005 : 77,0%) besteht. Allgemein ist jedoch auch hier der Trend einer Zunahme der Zahl der vorgelegten Vorsorgehefte zu erkennen.

Abb.: Früherkennungsuntersuchung U1 bis U7, Bezirke, 2002 bis 2005
(in Prozent der vorgelegten Vorsorgehefte)

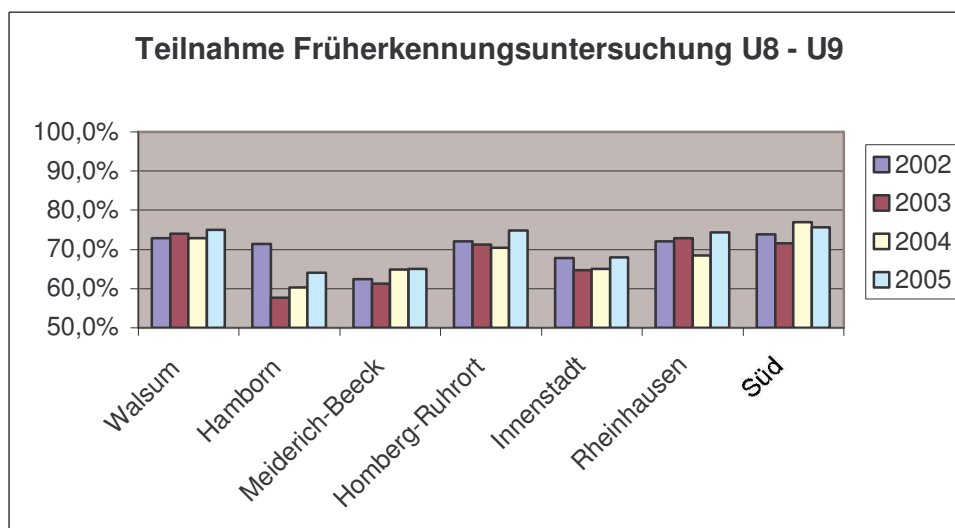
	Walsum	Hamborn	Meiderich-Beeck	Homborg-Ruhrort	Innenstadt	Rheinhausen	Süd
2002	89,2%	84,2%	73,7%	85,2%	77,3%	81,2%	86,0%
2003	85,3%	74,7%	77,3%	83,0%	79,3%	84,5%	91,9%
2004	86,3%	71,6%	75,5%	82,4%	80,2%	78,5%	85,7%
2005	82,6%	78,0%	76,1%	82,8%	81,5%	83,9%	83,8%



Bei den U1 bis U7 Untersuchungen treten innerhalb der Bezirke die Ortsteile Bruckhausen (68,9 %), Hochfeld (69,9 %), Obermarxloh (71,4 %) sowie Kasslerfeld (71,9 %) mit sehr niedrigen Untersuchungswerten hervor. Demgegenüber ist eine hohe Untersuchungsrate in den Ortsteilen Baerl (94,4 %), Buchholz (92,7 %), Mündelheim (92,3 %) sowie Röttgersbach (91,7%) festzustellen.

Abb.: Früherkennungsuntersuchung U8 und U9, Bezirke, 2002 bis 2005
(in Prozent der vorgelegten Vorsorgehefte)

	Walsum	Hamborn	Meiderich-Beeck	Homberg-Ruhrort	Innenstadt	Rheinhausen	Süd
2002	72,9%	71,4%	62,5%	72,0%	67,8%	72,0%	73,8%
2003	74,0%	57,7%	61,2%	71,3%	64,7%	72,8%	71,5%
2004	72,9%	60,3%	64,9%	70,5%	65,1%	68,4%	76,9%
2005	75,0%	64,0%	65,1%	74,9%	68,0%	74,3%	75,6%

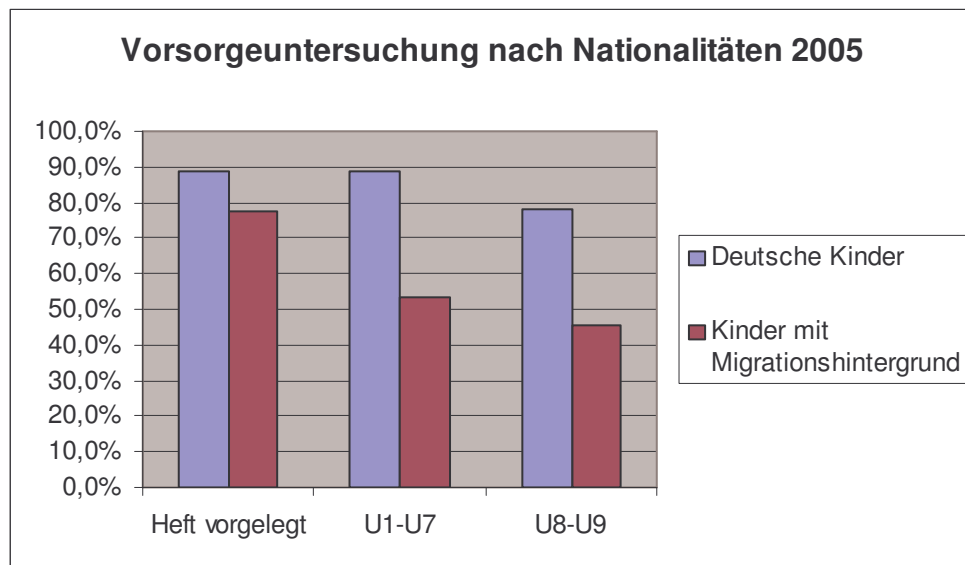


Bei den U8 und U9 Untersuchungen liegen die Werte innerhalb der Bezirke in den Ortsteilen Bruckhausen (55,4 %), Beeck (53,4 %) und Laar (52,4 %) erschreckend niedrig. Hingegen liegen die Werte in Alt-Walsum (93,1 %), Rahm (89,7 %) und Baerl (88,9 %) recht hoch, wobei auch hier die Werte verbesserungswürdig sind.

Vorsorgeuntersuchung nach Nationalität

Abb.: Früherkennungsuntersuchung im Vergleich der Nationalität
(in Prozent der vorgelegten Vorsorgehefte)

	Heft vorgelegt	U1 - U7	U8 - U9
Deutsche Kinder	88,7%	88,5%	78,1%
Kinder mit Migrationshintergrund	77,7%	53,6%	45,7%

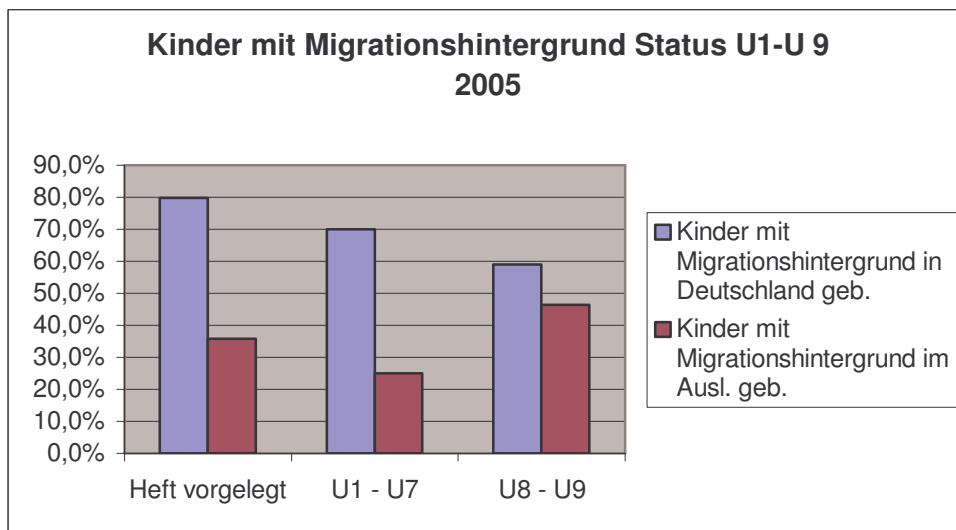


Bei Kindern mit Migrationshintergrund (77,7%) liegt die Quote der vorgelegten U-Hefte mit 11% deutlich niedriger als die deutscher Kinder (88,7%).

Besonders auffällig ist die geringe Quote der U1 - U7 Untersuchungen mit 53,6% versus 88,5% der deutschen Kinder sowie U8 - U9 45,7% versus 78,1%

Abb.: Früherkennungsuntersuchung im Vergleich innerhalb Nationalitäten
(in Prozent der vorgelegten Vorsorgehefte)

	Heft vorgelegt	U1-U7	U8-U9
Kinder mit Migrationshintergrund in Deutschland geboren	79,9%	70,0%	59,0%
Kinder mit Migrationshintergrund im Ausland geboren	35,9%	25,0%	46,4%

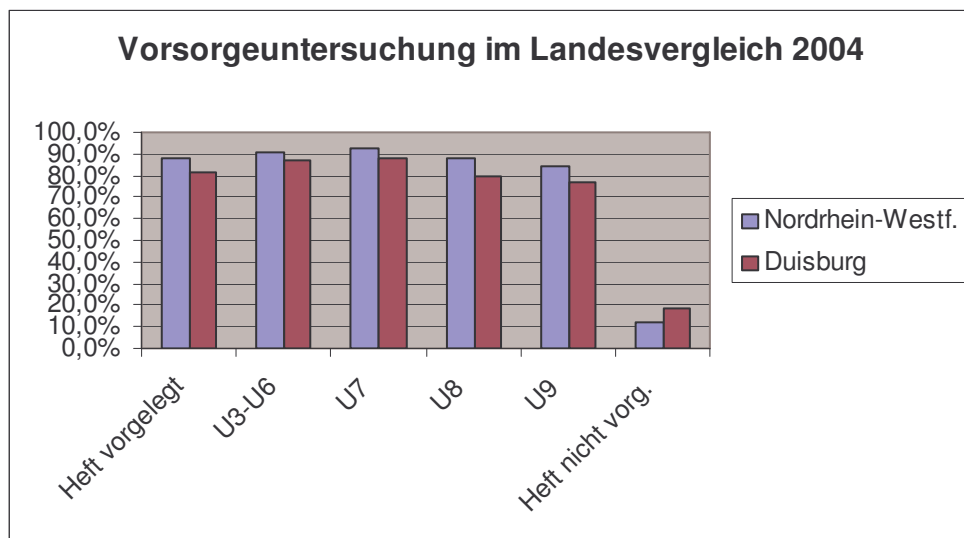


Vergleicht man die Werte von Kindern mit Migrationshintergrund, die im Ausland geboren sind, so liegen alle Werte weit hinter denen der Kinder mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren sind, zurück: Vorsorgeheft vorgelegt 34,0%; U1 - U7 25,0%; U8 - U9 44,0%.

Vorsorgeuntersuchung im Landesvergleich

Abb.: Früherkennungsuntersuchung U3 bis U9, im Landesvergleich 2004
(in Prozent der vorgelegten Vorsorgehefte)

	Vorsorgeheft vorgelegt	U3-U6	U7	U8	U9	Heft nicht vorgelegt
Nordrhein- Westf.	88,1%	90,6%	92,2%	88,1%	84,1%	11,9%
Duisburg	81,2%	86,6%	87,9%	79,9%	77,1%	18,8%



Duisburg liegt bei den U3 - U6 Untersuchungen 4% unter dem NRW Landesdurchschnitt. Bei den U8/U9 Untersuchungen sind es bereits 8% unter dem NRW Landesdurchschnitt. Zum Regierungsbezirk Düsseldorf lagen leider keine Daten vor.

Ziel der Früherkennungsuntersuchungen ist die sofortige Einleitung weiterführender Diagnostik, von Therapien oder Fördermaßnahmen für Kinder, die Auffälligkeiten zeigen.

Nach den Ergebnissen einzelner Studien weist die Teilnahmebereitschaft an den Früherkennungsuntersuchungen eine deutliche Schichtabhängigkeit auf. Insbesondere von Kindern aus Familien der unteren Sozialschicht und von ausländischen Kindern werden die Untersuchungen seltener genutzt (vgl.: Mersmann 1998, Robert-Koch-Institut 2001C).

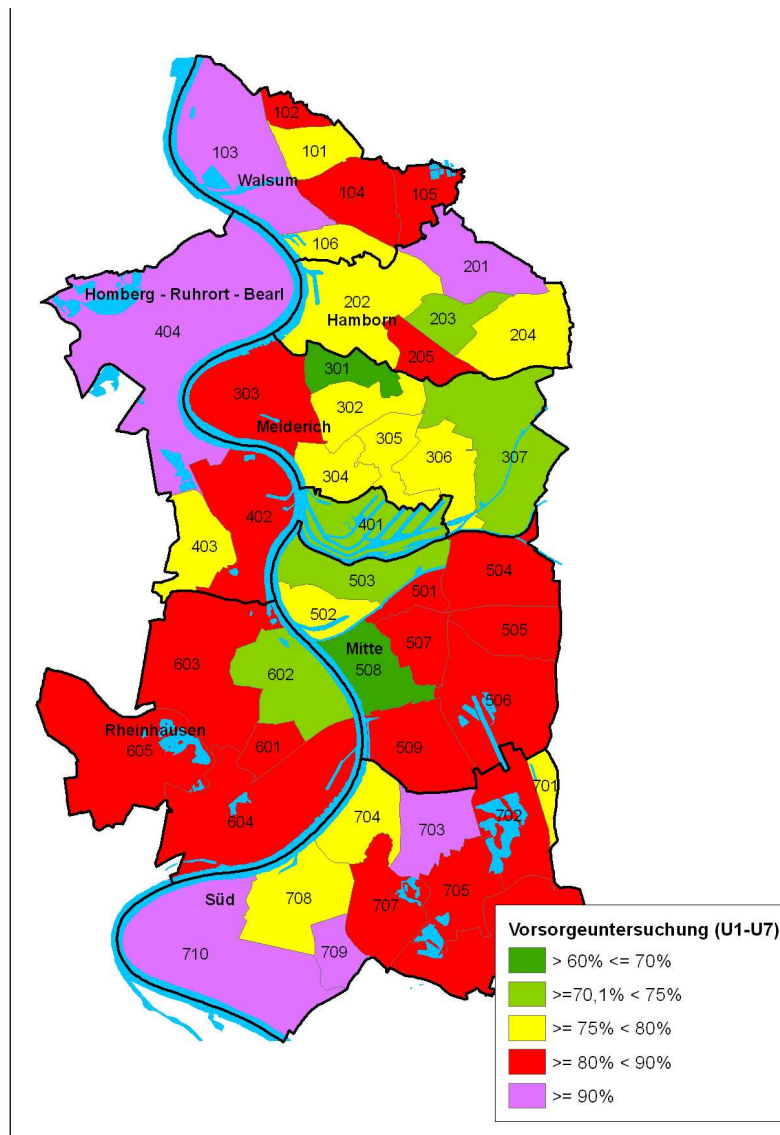
Für Duisburg liegen keine differenzierten Daten nach Schichtzugehörigkeit und Früherkennungsuntersuchungen vor. Da jedoch die Stadtbezirke Hamborn, Meiderich, Beeck eine wesentlich geringere Quote der Früherkennungsuntersuchung aufweisen als z.B. der Stadtbezirk Süd, ist auch hier naheliegend, dass der Bundestrend sich auch in den Duisburger Stadtbezirken widerspiegelt.

Ein erfolgreiches Projekt in Duisburger Kindertagesstätten „Ich geh zur U! Und Du? wird im Kapitel Elementarbereich näher erläutert.

Handlungsempfehlungen

- Aufklärung von Eltern, deren Kinder nicht in Deutschland geboren sind, möglichst in ihrer Muttersprache, Einsatz von interkulturellen Mediator/innen.
- Von den Kinderärzten, Kinderkliniken, Krankenkassen, Kindertagesstätten und dem Gesundheitsamt sollte vermehrt auf die U-Untersuchungen und deren Notwendigkeit hingewiesen werden.
- Verpflichtung zur Vorlage des Vorsorgeheftes bei der Schuleingangsuntersuchung.
- Mehrsprachiges Informationsmaterial in Arztpraxen und Kindertagesstätten.
- Beratung in Kindertagesstätten und Schulen durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, auch mit Hilfe von interkulturellen Schlüsselpersonen.

Grafische Darstellung der Vorsorgeuntersuchung U1 bis U7 Schuleingangsuntersuchung 2005



Krankheitsbilder der einzuschulenden Duisburger Kinder

Übergewicht und Adipositas

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet Übergewicht als eine „Epidemie“, die vor allem in den westlichen Industrieländern als besorgniserregend anzusehen ist.

Immer mehr Kinder sind nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie übergewichtig. Bereits bei der Einschulung bringt jeder 3. Junge und jedes 4. Mädchen zu viele Pfunde auf die Waage. Auch die Zahl der krankhaft übergewichtigen Kinder (Adipositas) ist drastisch angestiegen.

Übergewicht ist im Gegensatz zur Adipositas keine Krankheit, beides gilt aber als Auslöser für zahlreiche Folgekrankheiten. Zu den bekanntesten zählen Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus Typ 2 und Beschwerden in den Hüft- und Kniegelenken.

Zu den Folgekrankheiten zählen außerdem Fettstoffwechselstörungen, Schlafapnoe-Syndrom, Gicht und Gallenblasenerkrankungen. Das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden oder an Krebs zu erkranken, steigt ebenfalls.

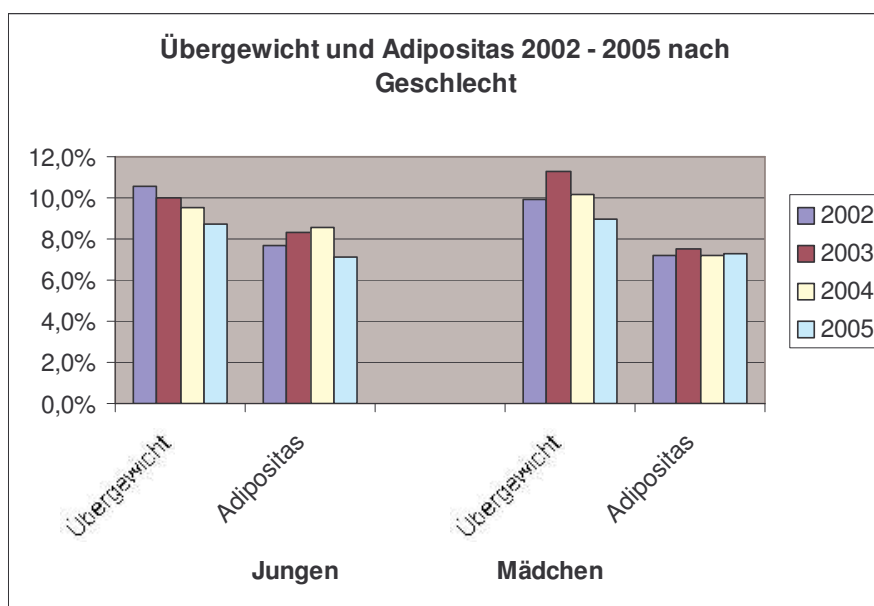
Die Deutsche Adipositas Gesellschaft definiert für Kinder und Jugendliche „Übergewicht“ mit einem BMI (Body-Mass-Index, diese Kenngröße ergibt sich aus dem Gewicht in kg, geteilt durch die Körperlänge zum Quadrat) oberhalb der 90. Perzentile, „Adipositas“ (Fettsucht) mit einem BMI oberhalb der 97. Perzentile. („Perzentilen“ beschreiben Verteilungshäufigkeiten. Die 50. Perzentile definiert z.B. den Wert, der von 50% der Probanden unter- und von 50% überschritten wird.)

Die BMI-Perzentilen sind bei Kindern alters- und entwicklungsabhängig.

Übergewicht nach Geschlecht

Abb.: Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht, 2002 bis 2005

	2002	2003	2004	2005
Übergewicht Jungen	10,6%	10,0%	9,5%	8,7%
Adipositas Jungen	7,7%	8,3%	8,6%	7,1%
Übergewicht Mädchen	9,9%	11,3%	10,2%	9,0%
Adipositas Mädchen	7,2%	7,5%	7,2%	7,3%



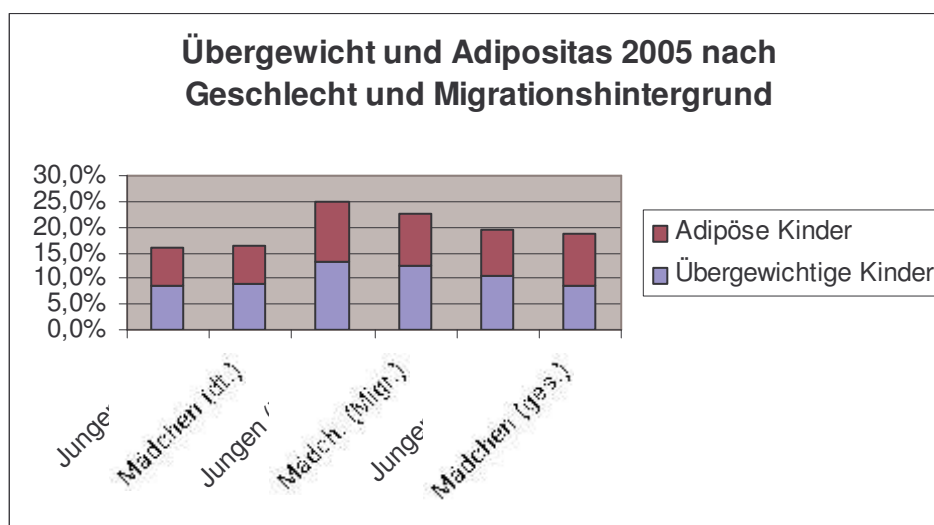
Im Jahr 2002 waren in Duisburg 18,3 % der Jungen und 17,1 % der Mädchen übergewichtig bzw. adipös. Im Jahr 2005 waren dies 15,8 % der Jungen und 16,3 % der Mädchen. Eine eindeutige Geschlechtsbezogenheit lässt sich somit auf den ersten Blick für Duisburg nicht feststellen.

Immer weniger Bewegung bei zunehmendem Konsum von Fernsehen und Computerspielen erzeugen einen geringeren Energieverbrauch. Der Verzicht auf gemeinsame selbst zubereitete Mahlzeiten und erzieherische Defizite (übermäßiges Verwöhnen, Vernachlässigung) können negative Verhaltensmuster schon in der frühen Kindheit prägen.

Übergewicht nach Nationalitäten

Abb.: Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht und Nationalität 2005

	Jungen (deutsch)	Mädchen (deutsch)	Jungen (Migr.)	Mädchen (Migr.)	Jungen (gesamt)	Mädchen (gesamt)
Übergewichtige Kinder	8,7%	9,0%	13,4%	12,4%	10,6%	8,4%
Adipöse Kinder	7,1%	7,3%	11,7%	10,2%	9,0%	10,3%



Betrachtet man die verschiedenen Gruppierungen innerhalb der einzuschulenden Kinder nach Geschlecht und Migrationshintergrund, wird eine weitere Problematik sehr deutlich.

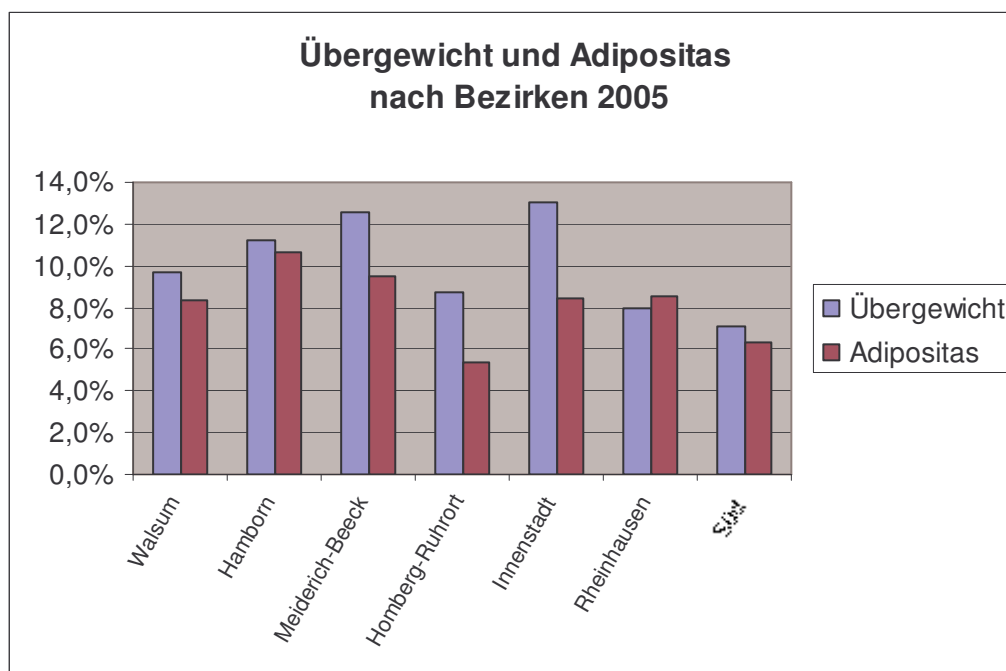
Kinder mit sogenanntem Migrationshintergrund sind deutlich häufiger übergewichtig bzw. adipös als deutsche Kinder. Der Anteil der übergewichtigen Jungen (25,1%) ist höher als der übergewichtiger Mädchen (22,6%). Bei deutschen Kindern sind die Mädchen (16,3%) etwas häufiger von Übergewicht betroffen als Jungen (15,8%).

Die Ergebnisse lassen erkennen, welche Zielgruppe für Prävention und Gesundheitsförderung in Betracht kommen: deutsche Mädchen sowie Kinder mit Migrationshintergrund und hier wiederum verstärkt die Jungen.

Verteilung von Übergewicht nach Bezirken

Abb.: Übergewicht und Adipositas nach Bezirken 2005

	Walsum	Hamborn	Meiderich-Beeck	Homborg-Ruhrort	Innenstadt	Rheinhausen	Süd
Übergewicht	9,7%	11,2%	12,6%	8,7%	13,0%	8,0%	7,1%
Adipositas	8,3%	10,6%	9,5%	5,4%	8,4%	8,5%	6,3%



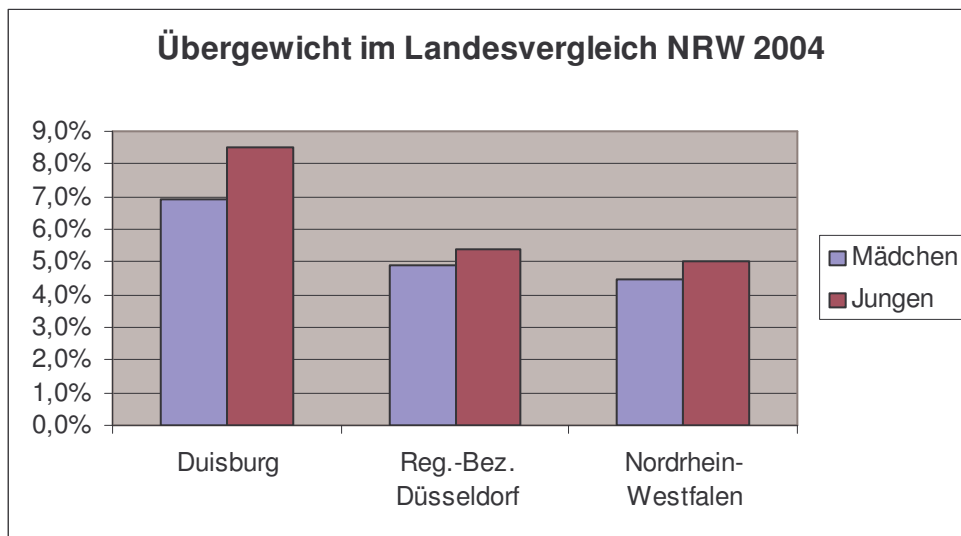
Die Bezirke und Ortsteile mit hohem Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund und eher sozial schwächeren Strukturen sind deutlich häufiger von übergewichtigen und adipösen Kindern bewohnt. Dies wird deutlich, wenn die Bezirke im Vergleich betrachtet werden. Zwischen den Bezirken Homborg-Ruhrort (14,1%), Süd (13,4%) und den Bezirken Hamborn (21,8%), Meiderich-Beeck (22,1%) sowie Innenstadt (21,4%) sind hohe Unterschiede festzustellen.

Innerhalb der einzelnen Bezirke sind auffällig hohe Werte für Adipositas in den Ortsteilen Hochfeld 15,4 %, Marxloh 13,6 % sowie Obermeiderich 12,0% festzustellen. Betrachtet man die Verteilung des Übergewichts insgesamt, dann liegen die Werte in den Ortsteilen Marxloh bei 23,6 %, Hochfeld bei 29,1 % und Obermeiderich bei 24,7 %.

Übergewicht im Landesvergleich

Abb.: Übergewicht nach Geschlecht im Landesvergleich 2004

	Mädchen	Jungen
Duisburg	6,9%	8,5%
Reg.-Bez. Düsseldorf	4,9%	5,4%
Nordrhein-Westfalen	4,5%	5,0%



Im Vergleich zu NRW liegt die Zahl übergewichtiger Kinder in Duisburg deutlich über dem Landesdurchschnitt mit einer Differenz von 3,5 % bei den Jungen und 2,4 % bei den Mädchen.

Im Vergleich zum Regierungsbezirk Düsseldorf liegt Duisburg ebenfalls deutlich über dem Durchschnitt mit einer Differenz von 3,1 % bei den Jungen und 2,0 % bei den Mädchen.

Auf der Basis bisheriger Daten kann für Deutschland eine sozial ungleiche Verteilung der Risiken abhängig vom Bildungsstand und Einkommen der Eltern angenommen werden, dieser Trend spiegelt sich auch in Duisburg wider.

Trotz der hohen und steigenden Anzahl übergewichtiger und adipöser Kinder ist Dicksein in der Gesellschaft nicht uneingeschränkt akzeptiert. Vor allem bei Kindern kommt es zu Ausgrenzungen und Sticheleien in der Schule, dies kann sich im Erwerbsleben fortsetzen. Werbeträger in den Medien sind vorzugsweise schlanke Personen. All dies kann zu psychosozialen Erkrankungen bei Kindern führen.

Handlungsempfehlung:

Die Sensibilisierung für Fragen des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens bei Duisburger Kindern muss zukünftig noch intensiver in den Vordergrund gestellt werden. Hierzu sollte die Aufklärung der Eltern schon im Kleinkindalter beginnen und in den Kindertageseinrichtungen und Schulen konsequent fortgeführt werden.

Die hohen Zahlen weisen für Duisburg erhöhten Handlungsbedarf auf, insbesondere bei Kindern mit sogenanntem Migrationshintergrund.

Für die Therapie adipöser Kinder ist eine Kombination von Modulen zu Ernährung, Bewegung, Verhaltensänderung und Elternarbeit unbedingt notwendig.

Das Projekt Klasse 2000, das an einigen Duisburger Grundschulen durchgeführt wird, beinhaltet Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung. Hier lernen Kinder ihren Körper kennen und eine positive Einstellung zur Gesundheit, darüber hinaus wird die Bedeutung von gesunder Ernährung und Bewegung in den Vordergrund gestellt, auch Elternarbeit ist ein wichtiger Baustein.

Das Projekt GUT DRAUF, das voraussichtlich noch im Jahr 2007 stadtweit in Duisburg starten wird, verbindet die Elemente Entspannung, Bewegung, gesunde Ernährung und Elternarbeit in einem ganzheitlichen Ansatz miteinander.

Geplant ist ein Projekt zur Prävention von Übergewicht bei Säuglingen, dies wird voraussichtlich Anfang 2007 starten.

Weitere Informationen

Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Übergewicht und Adipositas. Berlin 2005. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 16

Kromeyer-Hauschild, K. u.a.: Perzentile für den Body Mass Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde, Nr. 149, 2001, S. 807-818

Blättner B., Kohlenberg-Müller K., Grewe A., (2006), Adipositas-Programme für Kinder und Jugendliche, in: Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 2/2006

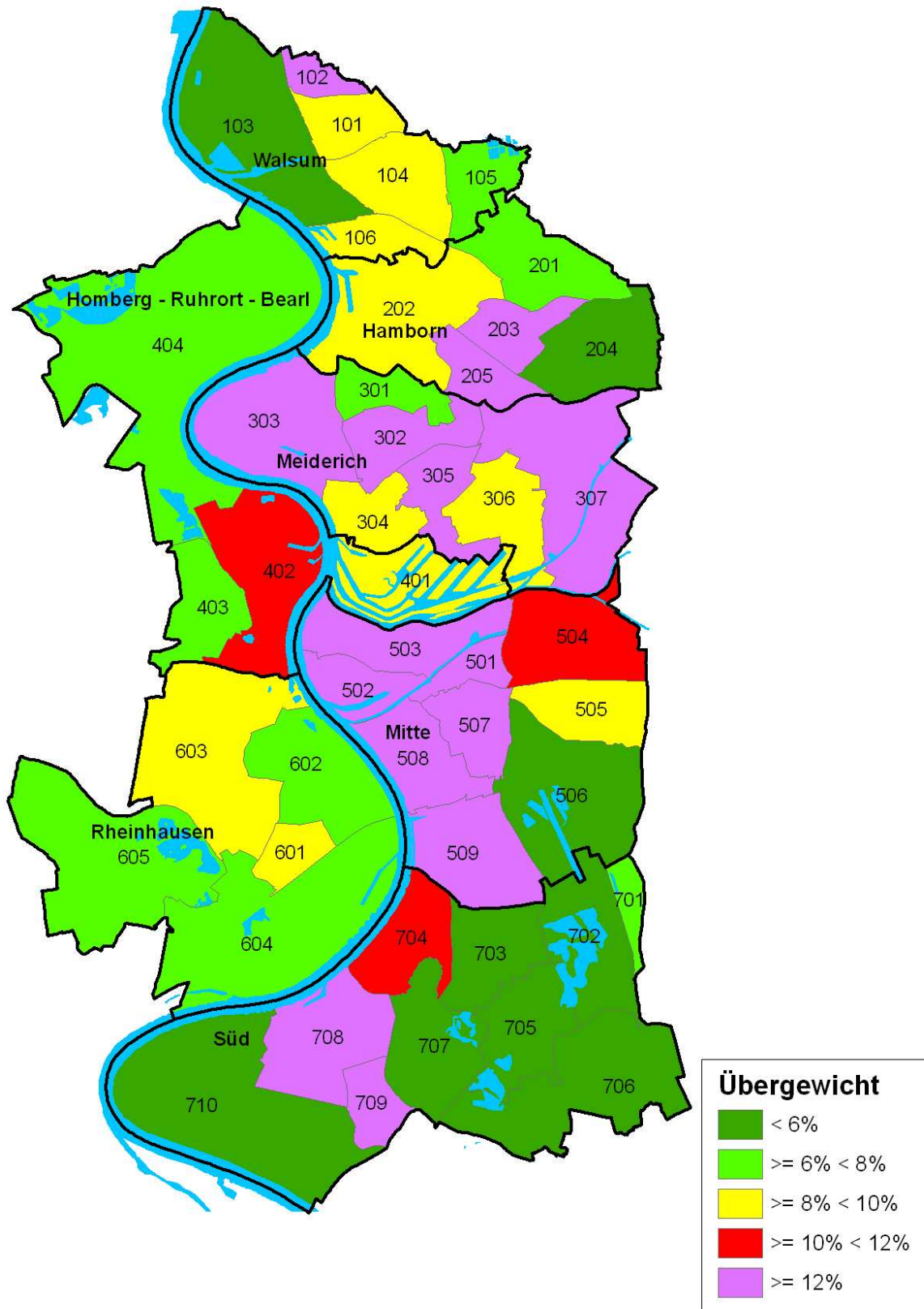
Deutsche Adipositas Gesellschaft: www.adipositas-gesellschaft.de

Deutsche Gesellschaft für Ernährung: www.dge.de

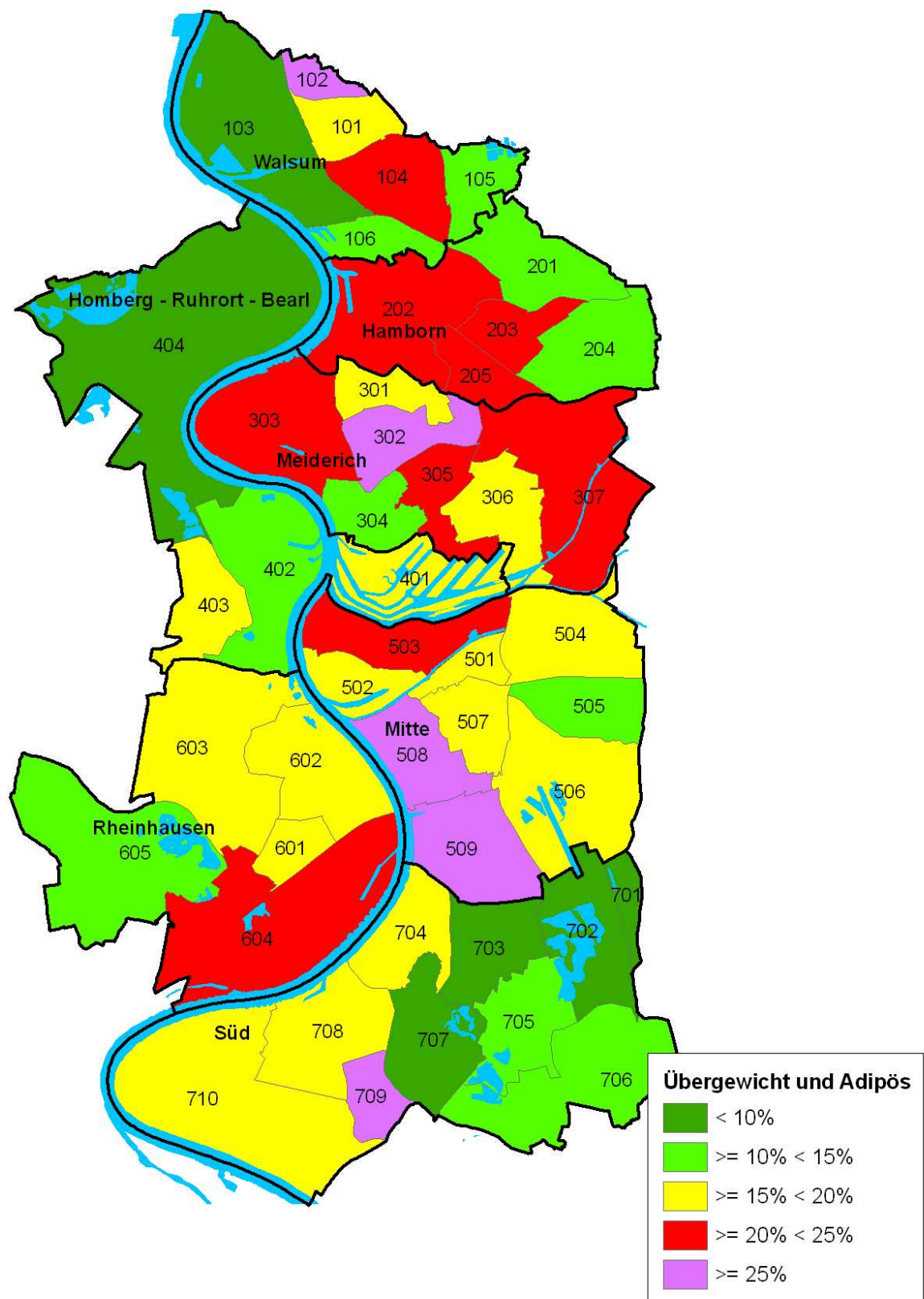
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: www.bzga.de

AGA – Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Grafische Darstellung von Übergewicht, Schuleingangsuntersuchung 2005



Grafische Darstellung von Übergewicht und Adipositas, Schuleingangsuntersuchung 2005



Sprachstörungen

Die kindliche Sprachentwicklung ist eine umfangreiche Entwicklungsleistung. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Sensomotorik sowie die auditive Informationsverarbeitung, zu deren Gelingen ausreichende emotionale und sozialfamiliäre Bedingungen notwendig sind.

Bevor die Kinder eingeschult werden, sollte der primäre Spracherwerb der muttersprachlichen Fähigkeiten bei gesunden Kindern abgeschlossen sein. Denn dies ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Teilnahme am Schulunterricht. Das heißt, das Kind sollte über Kenntnisse der Unterrichtssprache Deutsch in Wortschatz, Grammatik und Satzbau verfügen.

Eine Sprachstörung liegt dann vor, wenn bei dem zu untersuchenden Kind, mindestens eine der folgenden Störungen vorliegt:

- Redeflussstörung:
 Stottern (Balbuties)
 Poltern (Battarismus)
- Störung der expressiven Sprache:
 Dysgrammatismus
 Stammeln (Dyslalie) z.B. Sigmatismus Chitismus, Schetismus
- Störung der receptiven Sprache
 Verdacht auf akustische Wahrnehmungsstörung
 Störung der auditiven Merkfähigkeit und Informationsverarbeitung
- Stimmstörung (z.B. Rhinolalie, Heiserkeit)

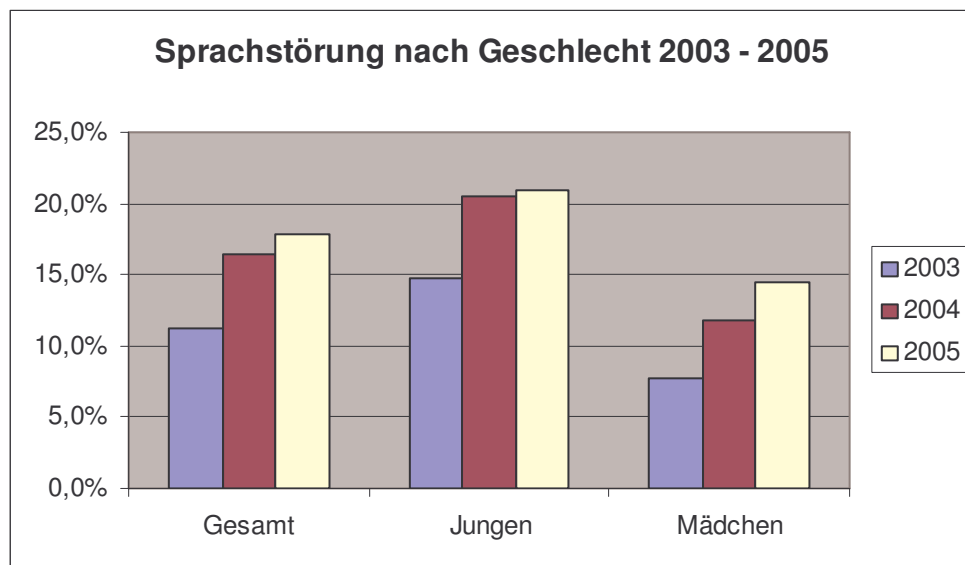
Bei allen Sprachstörungen ist eine Einschränkung des Hörvermögens auszuschließen.

Sprachliche Kompetenz und schulische Leistungen stehen in einem engen Zusammenhang und sind für die spätere berufliche Entwicklung von großer Bedeutung.

Sprachstörung nach Geschlecht und Jahren

Abb. Sprachstörungen nach Geschlecht und Jahren

	Gesamt	Jungen	Mädchen
2003	11,3%	14,7%	7,7%
2004	16,4%	20,5%	11,8%
2005	17,8%	20,9%	14,5%



Auch hier ist die deutliche Zunahme der Kinder mit dem Befund Sprachstörungen zu erklären durch die Ergänzung der Schuleingangsuntersuchung nach dem „Bielefelder Modell“ des LÖGD um das „S-ENS“-Modul (Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen) im Jahre 2003.

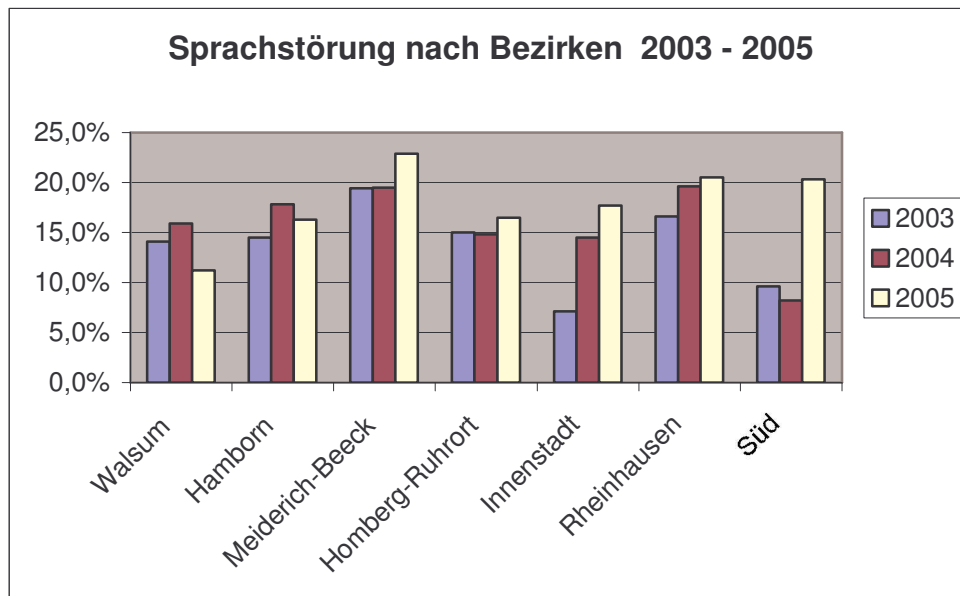
Mit dem neuen Modul werden verschiedene Aspekte der Sprachkompetenz und Informationsverarbeitung erstmals standardisiert untersucht und nach einem Punktesystem bewertet, diese wurden vorher allenfalls subjektiv in die Gesamtbeurteilung der Sprachkompetenz aufgenommen. So ist es jetzt auch erstmals möglich, bei Kindern, die gar kein oder nur sehr schlecht Deutsch sprechen, Aussagen über eine zentrale auditive Fähigkeit zu machen: Im Test „Pseudowörter nachsprechen“ wird die Fähigkeit gemessen, neue und zuvor noch nicht gehörte Lautmuster im phonologischen Gedächtnis zu repräsentieren. Dadurch werden der Wortschatzerwerb in der Muttersprache und in Fremdsprachen und der Erwerb formal-struktureller Regelmäßigkeiten entscheidend beeinflusst.

Dennoch zeigen sich bei der Sprachentwicklung geschlechtsspezifische Unterschiede. Behandlungsbedürftige Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter betreffen deutlich mehr Jungen als Mädchen. Im Jahr 2004 waren 20,5% der Jungen und 11,8% der Mädchen sprachauffällig. 2005 waren es 20,9% der Jungen und 14,5% der Mädchen.

Sprachstörungen nach Bezirken

Abb. Sprachstörungen nach Bezirken und Jahren

	2003	2004	2005
Walsum	14,1%	15,9%	11,2%
Hamborn	14,5%	17,8%	16,3%
Meiderich-Beeck	19,4%	19,5%	22,9%
Homborg-Ruhrort	15,0%	14,8%	16,5%
Innenstadt	7,1%	14,5%	17,7%
Rheinhausen	16,6%	19,6%	20,5%
Süd	9,6%	8,2%	20,3%



Die Daten weisen darauf hin, dass immer mehr Kindern in Duisburg Sprachstörungen attestiert werden. In einigen Kindertagesstätten in Duisburg wurde für 100 % der Kinder ein Bedarf an Sprachförderung festgestellt. Einen besonders hohen Anteil an Kindern mit Sprachstörung weisen die Stadtbezirke Meiderich-Beeck, Rheinhausen und Süd auf.

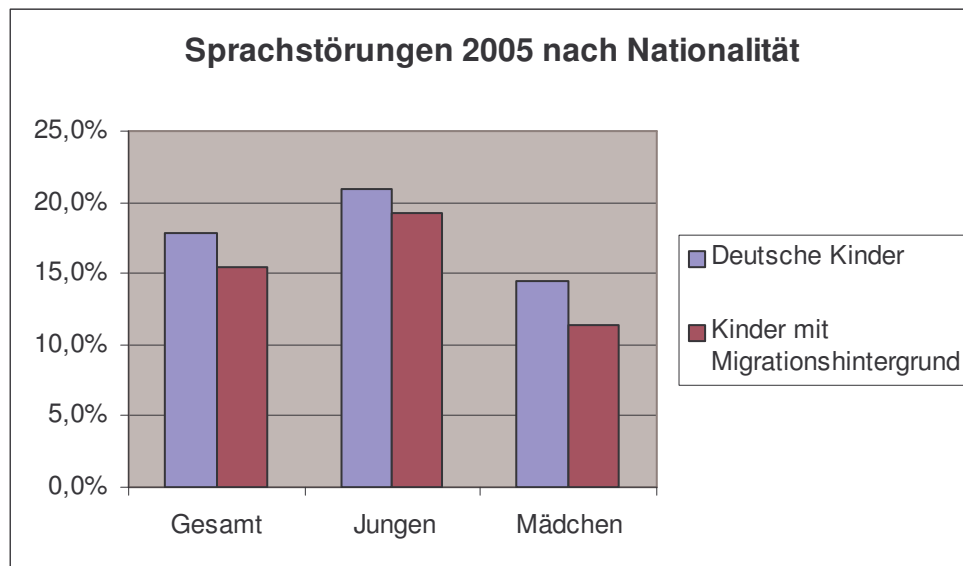
Hier ist mit großer Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und Befund zu erkennen

Innerhalb der Bezirke weisen die Ortsteile Laar (87,7 %), Bruckhausen (75,3 %) und Obermarxloh (65,4 %) extrem hohe Werte auf. In den Ortsteilen Wehofen (14,0 %), Bissingheim (22,2 %) und Alt-Walsum (22,6 %) wurden die wenigsten Sprachstörungen festgestellt, jedoch sind die Zahlen auch hier nicht zufriedenstellend.

Sprachstörungen nach Nationalität

Abb. Sprachstörungen nach Geschlecht 2005

	Gesamt	Jungen	Mädchen
Deutsche Kinder	17,8%	20,9%	14,5%
Kinder mit Migrationshintergrund	15,5%	19,3%	11,4%



Bei Kindern mit Migrationshintergrund ist zu beachten, dass entwicklungsbedingte Sprachauffälligkeiten von unzureichenden Sprachkompetenzen in der Zweitsprache Deutsch abgegrenzt werden müssen.

Ähnlich wie bei den deutschen Kindern ist auch hier festzustellen, dass die Mädchen mit Migrationshintergrund bedeutend weniger Sprachstörungen aufweisen (11,4 %) als die Jungen (19,3 %).

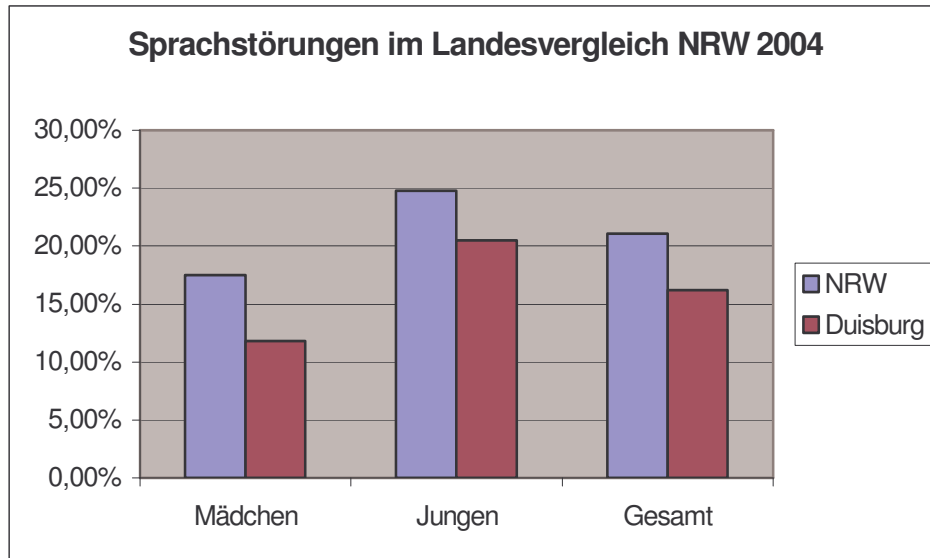
Bei Kindern mit Migrationshintergrund, ohne ausreichende Deutschkenntnisse, werden zur Artikulationsprüfung adäquate fremdsprachige Bildtafeln eingesetzt. Dennoch ist eine optimale Überprüfung des Befundes schwieriger festzustellen. Aus diesem Grund ist der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst eher zurückhaltend in seinen Empfehlungen, Kinder mit Migrationshintergrund in eine sprachtherapeutische Behandlung zu übergeben.

Daraus folgt, dass auch eher zu wenig als zu viele Kinder mit Migrationshintergrund als behandlungsbedürftig eingestuft werden.

Sprachstörungen im Landesvergleich NRW 2004

Abb. Sprachstörungen im Landesvergleich 2004

	Mädchen	Jungen	Gesamt
NRW	17,5%	24,8%	21,1%
Duisburg	11,8%	20,5%	16,2%



Betrachtet man den Befund Sprachstörungen im NRW-Landesvergleich, so fällt auf, dass Duisburg sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen deutlich unter dem Landesdurchschnitt liegt.

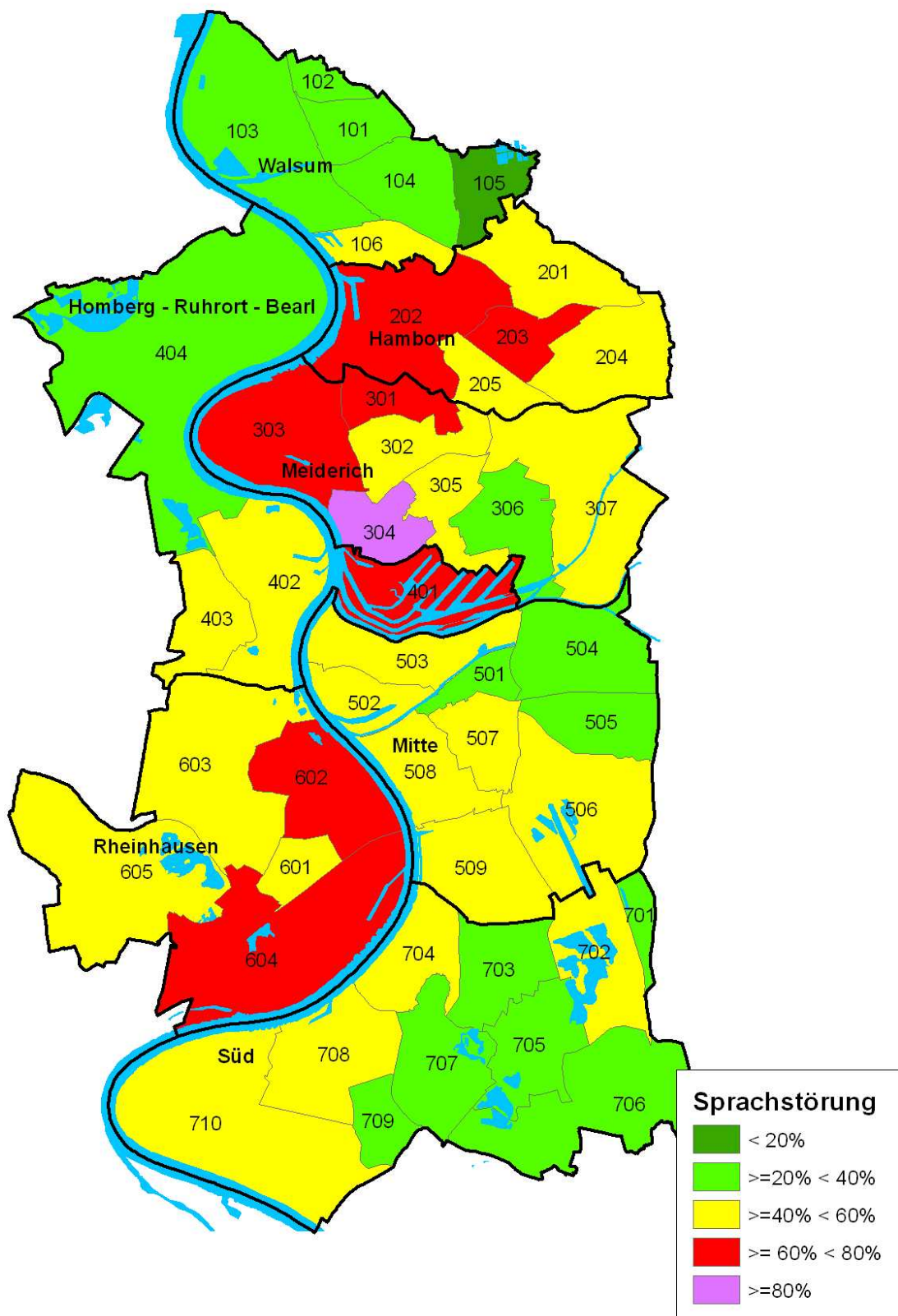
Im Jahr 2004 betrug die Rate für behandlungsbedürftige Sprachstörungen in Nordrhein-Westfalen 21,1 %, in Duisburg waren 16,2 % von dem Befund Sprachstörung betroffen.

Diese, auf den ersten Blick positive Situation spiegelt leider nicht die tatsächliche Situation wider. Bei vielen Kindern mit Migrationshintergrund, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, kann ein Befund aufgrund von mangelnden Nachweismöglichkeiten oft nicht erstellt werden.

Handlungsempfehlungen

- Fortbildung der Erzieherinnen.
- Systematische Verknüpfung von Kindertageseinrichtungen und Grundschulen.
- Fortführung und Ausbau der bereits etablierten Sprachförderprojekte im Stadtgebiet.
- Ab 1.1.2008 wird es verpflichtend für alle 4-Jährigen einen Sprachtest geben.
- Nutzung der Ergebnisse von Sprachstandsermittlungen durch Grundschulen im Rahmen der Schulanmeldung.
- Kleinräumige Deutschkursangebote für Eltern mit Migrationshintergrund in Zusammenarbeit mit Bildungseinrichtungen.

Grafische Darstellung von Sprachstörungen, Schuleingangsuntersuchung 2005



Koordinationsstörungen

Die Veränderung der motorischen und koordinativen Fähigkeiten der Kinder gehören zu den problematischen Entwicklungen der letzten Jahre. Aktionsräume von Kindern werden durch beengte Wohnumgebung, verkehrsreiche Straßen etc. eingeschränkt. Bewegung schult die sensomotorische Wahrnehmung und fördert damit die geistige Entwicklung. Erst vielfältige Bewegungserfahrungen ermöglichen einem Kind, sich und seinen Körper wahrzunehmen, seine Umwelt zu begreifen und damit auch zu beeinflussen.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird der Entwicklungsstand des Kindes in der Körperkoordination (Grob- und Feinmotorik) und Visuomotorik (Auge-Hand-Koordination) nach standardisierten Kriterien begutachtet. Neben einer Auswertung nach Punkt-Systemen fließt der Gesamteindruck der Motorik des Kindes in die ärztliche Bewertung der Körperkoordination mit ein.

Untersuchungsparameter für die grobmotorische Koordination sind:

- Seitliches Hin- und Herspringen: Das Kind hüpft auf einer Matte (0,50 x 1,00 m) 10 Sek. lang mit beiden Beinen gleichzeitig so schnell wie möglich seitlich von einer Hälfte der Matte zur anderen über den Mittelstreifen. Normalwert für ein sechsjähriges Kind ist >7; 7 Sprünge sind grenzwertig.
- Einbeinstand: ein sechsjähriges Kind soll mindestens 10 Sek. sicher auf einem Bein stehen können, rechts und links.
- Einbeinhüpfen: Ein sechsjähriges Kind soll 8 - 10 mal leicht federnd auf der Stelle bleibend rhythmisch hüpfen können, rechts und links.
- Weitere Parameter: Liniengang rückwärts, Fersengang rückwärts.

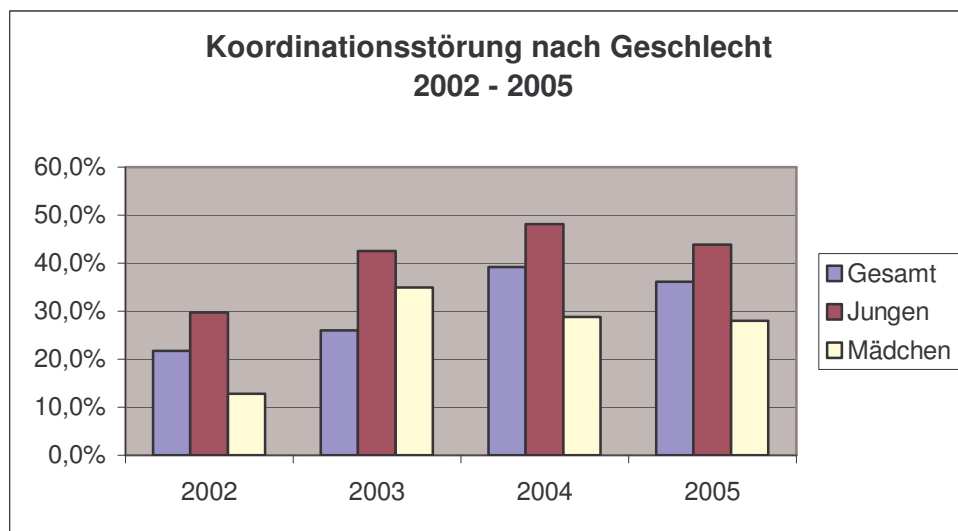
Untersuchungsparameter für die feinmotorische Koordination sind:

- Diadochokinese: Flüssige Drehung des Unterarmes bei 90 Grad gewinkeltem Ellenbogengelenk ohne assoziierte Synergismen der anderen Hand und ohne Strecktendenz im Ellenbogengelenk.
- Finger-Daumen-Opposition: Aus weit geöffneter Hand werden die Spitzen des 2. bis 5. Fingers sicher und flüssig je eine Sequenz hin und zurück zur Daumenkuppe geführt.
- Weitere Parameter: grafomotorische Fähigkeiten, Stifthaltung

Koordinationsstörung nach Geschlecht

Abb.: Koordinationsstörung nach Geschlecht

	2002	2003	2004	2005
Gesamt	21,7%	26,0%	39,2%	36,1%
Jungen	29,8%	42,5%	48,1%	43,9%
Mädchen	12,8%	34,9%	28,8%	28,0%



In Duisburg lässt sich der allgemeine Trend einer Zunahme von Koordinationsstörungen bestätigen, während 2002 noch 79,3 % über altersgerechte Koordinationsfähigkeiten verfügten, ist dies im Jahr 2005 nur noch bei 63,9 % der Fall. Die starke Zunahme der Koordinationsstörungen deutet darauf hin, dass dies weniger auf eine Zunahme von krankheitsbedingten oder anlagebedingten Koordinationsstörungen zurückzuführen ist. Für diese Entwicklung ist vielmehr eine rapide zunehmende Veränderung der Lebensbedingungen (z.B. weniger geeignete Lebensräume, mehr passiver Medienkonsum) verantwortlich.

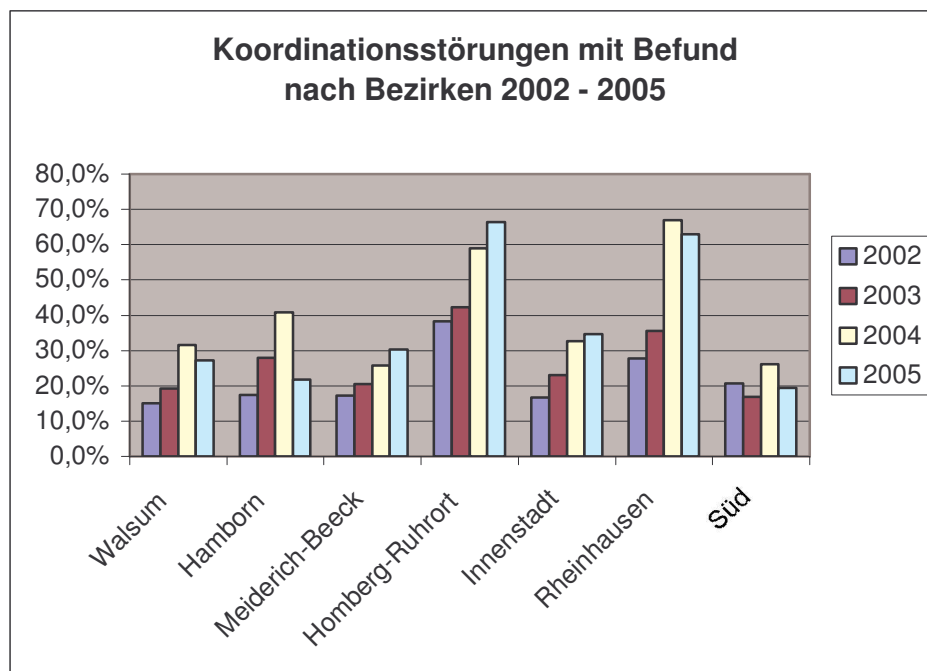
Eine Zunahme der diagnostizierten Koordinationsstörungen ist auch zu erklären durch die Ergänzung der Schuleingangsuntersuchung nach dem „Bielefelder Modell“ des LÖGD um das „SENS“-Modul (Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen) im Jahre 2003. Mit diesem Modul wird die standardisierte Untersuchung nach dem Bielefelder Modell ergänzt um Punktescores u.a. zur Erfassung der grafomotorischen und der grobmotorischen Fähigkeiten, so dass weniger Störungen unentdeckt bleiben und in einem höheren Prozentsatz Auffälligkeiten standardisiert dokumentiert werden.

Die Koordinationsstörung tritt im Zeitraum von 2002 bis 2005 signifikant häufiger bei Jungen auf. Die Ursachen für den ausgeprägten Geschlechterunterschied sind bis heute unklar. 2002 wurden bei 29,8 % der Jungen und 12,8 % der Mädchen Koordinationsstörungen festgestellt, im Jahr 2005 war dies bei 43,9 % der Jungen und 28,0 % der Mädchen der Fall.

Koordinationsstörungen nach Bezirken

Abb.: 2 Koordinationsstörung nach Bezirken

	Walsum	Hamborn	Meiderich-Beeck	Homberg-Ruhrort	Innenstadt	Rheinhausen	Süd
2002	15,1%	17,5%	17,3%	38,3%	16,6%	27,8%	20,6%
2003	19,3%	28,0%	20,5%	42,3%	23,0%	35,5%	16,9%
2004	31,6%	40,8%	25,8%	59,0%	32,6%	66,9%	26,2%
2005	27,2%	21,8%	30,3%	66,4%	34,7%	63,0%	19,5%



Auch hier ist, ebenso wie bei den geschlechterbezogenen Daten, der starke Anstieg ab 2003 mit dem SENS-Modul zu erklären.

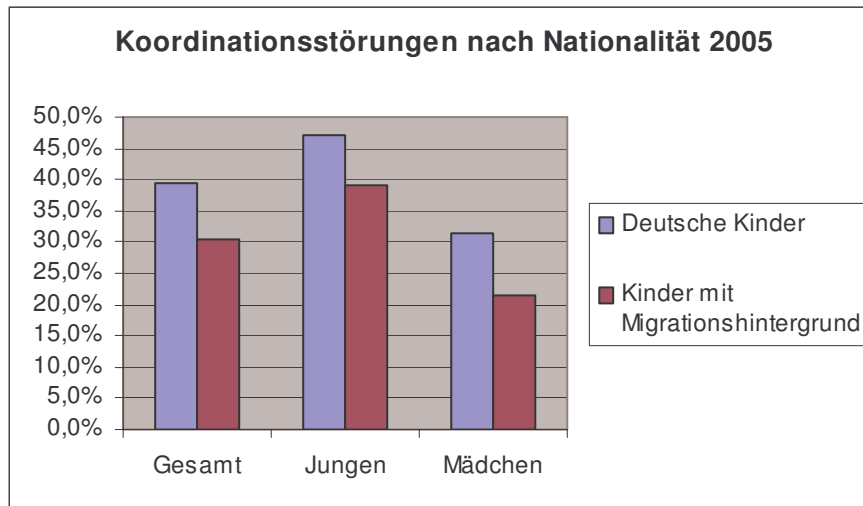
Dennoch weisen die Daten darauf hin, dass immer mehr Kindern in Duisburg Koordinationsstörungen attestiert werden. Einen besonders hohen Anteil an Kindern mit Koordinationsstörungen weisen die Stadtbezirke Homberg-Ruhrort (66,4 %) und Rheinhausen (63,0 %) auf.

Innerhalb der Bezirke weisen die Ortsteile Baerl (73,7 %), Rumeln (70,5 %) und Ruhrort (68,6 %) extrem hohe Werte auf. In den Ortsteilen Röttgersbach (14,3 %), Buchholz (15,6 %) und Wedau (16,7 %) wurden die wenigsten Koordinationsstörungen festgestellt, jedoch sind die Zahlen auch hier nicht zufriedenstellend.

Koordinationsstörungen nach Nationalität

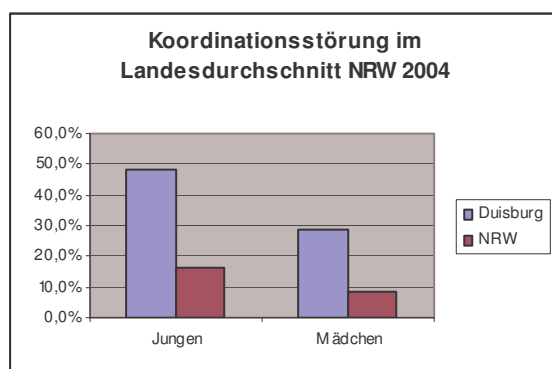
Abb.: Koordinationsstörung nach Nationalität

	Gesamt	Jungen	Mädchen
Deutsche Kinder	39,4%	47,1%	31,5%
Kinder mit Migrationshintergrund	30,5%	39,0%	21,6%



Ähnlich wie bei den deutschen Kindern ist auch hier festzustellen, dass die Mädchen mit Migrationshintergrund bedeutend weniger Koordinationsstörungen aufweisen (21,6 %), als die Jungen (39,0 %).

Koordinationsstörungen im Landesdurchschnitt NRW

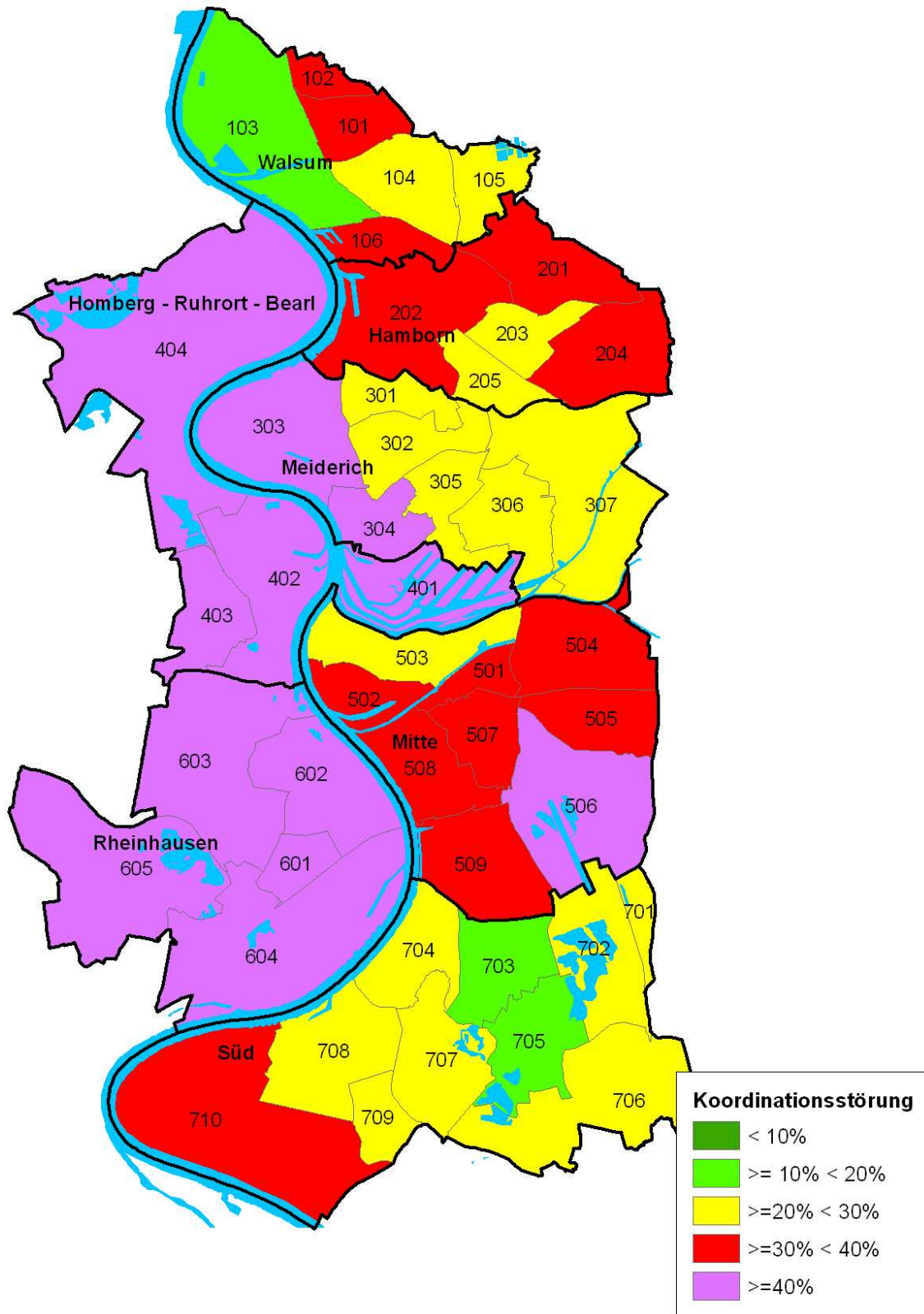


	Jungen	Mädchen
Duisburg	48,1%	28,8%
NRW	16,4%	8,3%

Betrachtet man den Befund Koordinationsstörung im NRW-Landesvergleich, so fällt auf, dass Duisburg sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen extrem über dem Landesdurchschnitt liegt.

Im Jahr 2004 betrug die Rate für behandlungsbedürftige Koordinationsstörungen der Jungen in Nordrhein-Westfalen 16,4 %, bei den Mädchen 8,3 %. In Duisburg waren 48,1 % der Jungen und 28,8 % der Mädchen von dem Befund Koordinationsstörung betroffen.

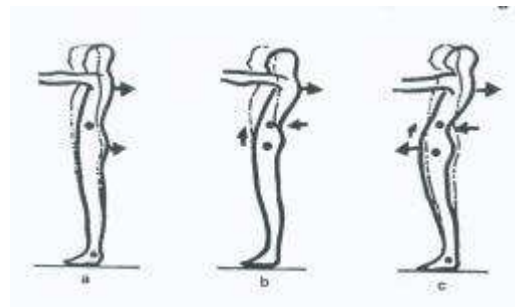
Koordinationsstörung, Schuleingangsuntersuchung 2005



Haltungsschwäche

Eine Haltungsschwäche liegt vor, wenn Kinder, bei denen nach der Aufforderung sich aufzurichten, beim Vorhalten der gestreckten Arme innerhalb von 30 Sekunden infolge Rückverlagerung des Oberkörpers (Abb. 1 b) und/oder Vorverlagerung des Beckens (Abb. 1 c) das Lot vom Scheitelpunkt der Kyphose (Krümmung der Wirbelsäule nach hinten) das Gesäß nicht tangiert.

Abbildung 1 Haltungstest



- Abb. 1: Mechanismen der Korrektur eines nach ventral verlagerten Schwerpunktes (Armvorhalte) (nach Rompe)
- a: haltungsgesundes Kind
- b. u. c.: haltungsschwaches Kind

Bei Kindern wachsen die Wirbelkörper noch und sind sehr empfindlich gegen einseitige Druckbelastung. Häufiger bildet sich bei einer langdauernden Fehlhaltung der Wirbelsäule jedoch ein Rundrücken. Bei Haltungsschwächen mit nach vorn hängenden Schultern werden vorwiegend die vorderen Abschnitte der Wirbelkörper belastet. Dadurch wird ihr Wachstum an dieser Stelle frühzeitig gestoppt, die hinteren Wirbelanteile wachsen jedoch weiter. Dadurch entwickelt sich zunehmend eine Rundrückenform.

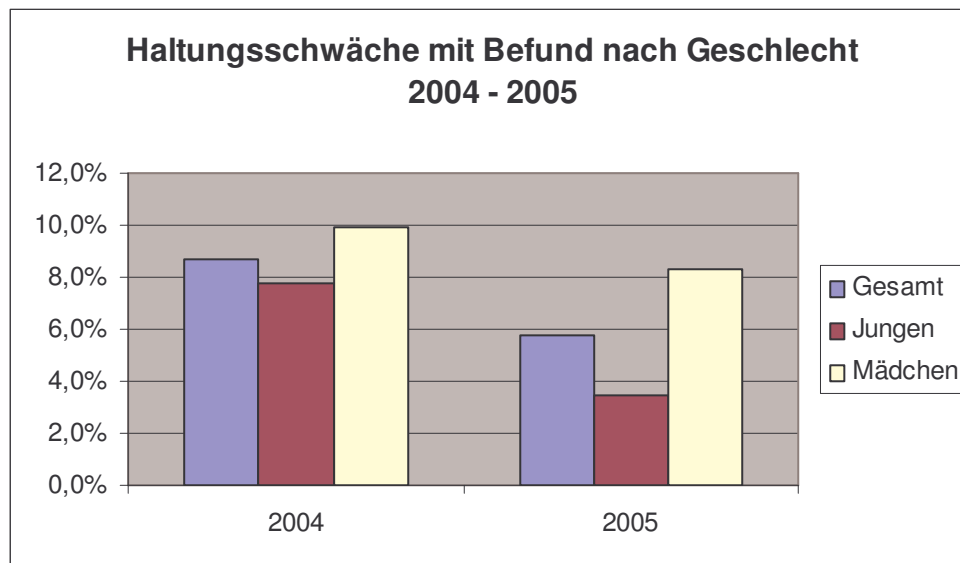
Ein kräftiger Muskelmantel ist imstande, auch eine ungünstige Statik der Wirbelsäule auszugleichen. Empfehlenswerte Sportarten sind Schwimmen und Reiten, bei kleineren Kindern tänzerische Gymnastik.

Für die Haltung verantwortlich sind Rückenmuskulatur, Gesäß- und Bauchmuskulatur, Muskeln des Schultergürtels und Brustmuskeln. Werden sie angespannt, richtet sich der Körper voll auf, erschlaffen sie, nimmt der Körper eine Ruuehaltung ein. An der Aufrichtung der Wirbelsäule sind viele Muskelgruppen beteiligt. Um den Körper gegen die Schwerkraft aufzurichten, verbrauchen die Muskeln Energie. Sie können daher ermüden. Eine schlaaffe Bauchdecke und eine verkürzte Brustmuskulatur, bei der die Schulter nach vorne sinkt und sich die Brustwirbelsäule verkrümmt, führen zu einer Verkleinerung des Brustkorbumfanges, was die Atemfunktion einschränkt. Die Sauerstoff-Versorgung wird schlechter, der Energie-Umsatz gemindert. Schlechte Haltung ist keineswegs nur ein belangloser kosmetischer Mangel, sondern führt zu anhaltender Leistungsminderung im Schul- und Berufsleben.

Haltungsschwäche nach Geschlecht

Abb. Haltungsschwäche Geschlecht und Jahren

	2004	2005
Gesamt	8,7%	5,8%
Jungen	7,8%	3,5%
Mädchen	9,9%	8,3%



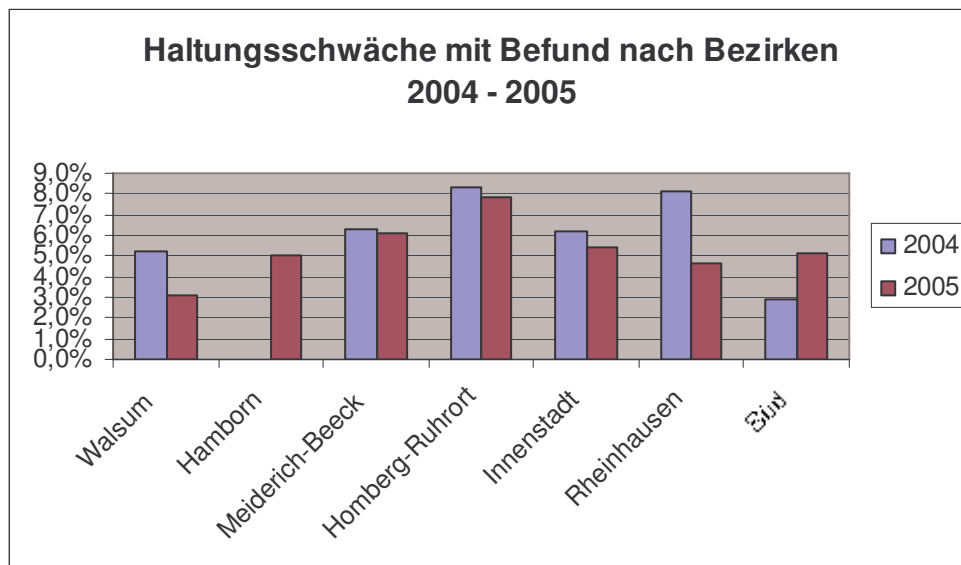
Die Häufigkeit des Befundes Haltungsschwäche ist tendenziell rückläufig.

Geschlechterspezifisch betrachtet sind Mädchen signifikant häufiger von dem Befund Haltungsschwäche betroffen. Im Gegensatz zu den meisten Mädchen ist das Freizeitverhalten von Jungen eher durch Kraftsportarten (Fußball, Wettkämpfe, ...) gekennzeichnet, dies stärkt die Muskulatur und damit die Haltung.

Haltungsschwäche mit Befund nach Bezirken

Abb. Haltungsschwäche nach Bezirken

	Walsum	Hamborn	Meiderich-Beeck	Homberg-Ruhrort	Innenstadt	Rheinhausen	Süd
2004	5,2%	unbek. Wert	6,3%	8,3%	6,2%	8,1%	2,9%
2005	3,1%	5,0%	6,1%	7,8%	5,4%	4,6%	5,1%



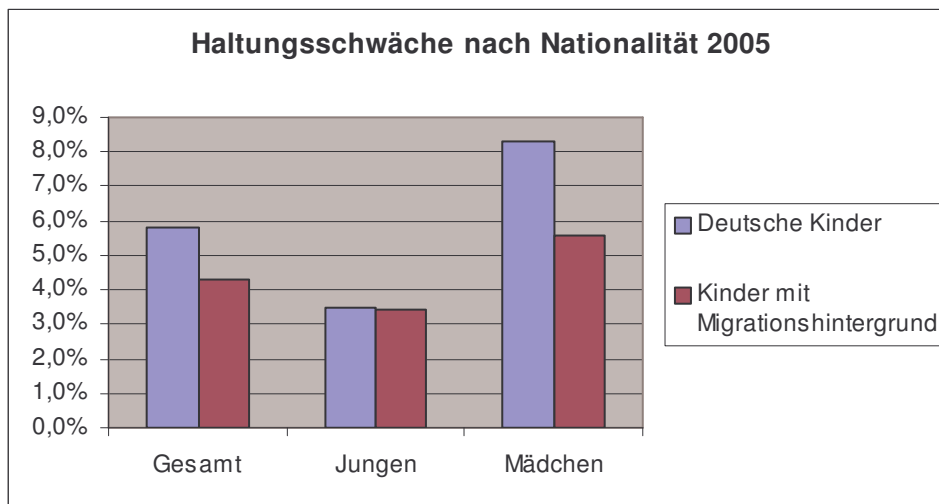
In den Duisburger Stadtbezirken fällt im direkten Vergleich auf, dass der Bezirk Homberg-Ruhrort (7,8 %) und Meiderich-Beeck (6,1 %) recht hohe Werte aufweisen. Der Bezirk Walsum konnte seine Werte um 2,1 % (von 2004 : 5,2 % auf 2005 : 3,1 %) senken. Der oben bereits erwähnte positive Trend spiegelt sich auch in den Bezirken wider, eine Ausnahme stellt der Bezirk Süd dar, hier ist der Befund Haltungsschwäche um 2,2 % (von 2004 : 2,9 % auf 2005 : 5,1 %)) gestiegen.

Innerhalb der Duisburger Stadtbezirke treten in den Ortsteilen Baerl (15,8 %), Neumühl (10,1 %), Duissern (9,2 %) sowie Röttgersbach (9,1 %) Befunde mit Haltungsschwäche am häufigsten auf. Die Annahme, dass Kinder aus sozial günstigeren Milieus häufiger von Haltungsschwäche betroffen sind (da sie eher überbehütet sind), würde auch auf Duisburg zutreffen.

Haltungsschwäche nach Nationalität

Abb. Haltungsschwäche Nationalität

	Gesamt	Jungen	Mädchen
Deutsche Kinder	5,8%	3,5%	8,3%
Kinder mit Migrationshintergrund	4,3%	3,4%	5,6%



Deutsche Kinder sind häufiger (5,8 %) von Haltungsschwächen betroffen als Kinder mit Migrationshintergrund (4,3 %). Besonders auffällig ist der Unterschied bei den Mädchen. Mädchen mit Migrationshintergrund sind deutlich weniger (5,6 %) von dem Befund Haltungsschwäche betroffen als deutsche Mädchen (8,3 %). Bei den Jungen mit Migrationshintergrund (3,4 %) und bei den deutschen Jungen (3,5 %) ist das Verhältnis ausgeglichen.

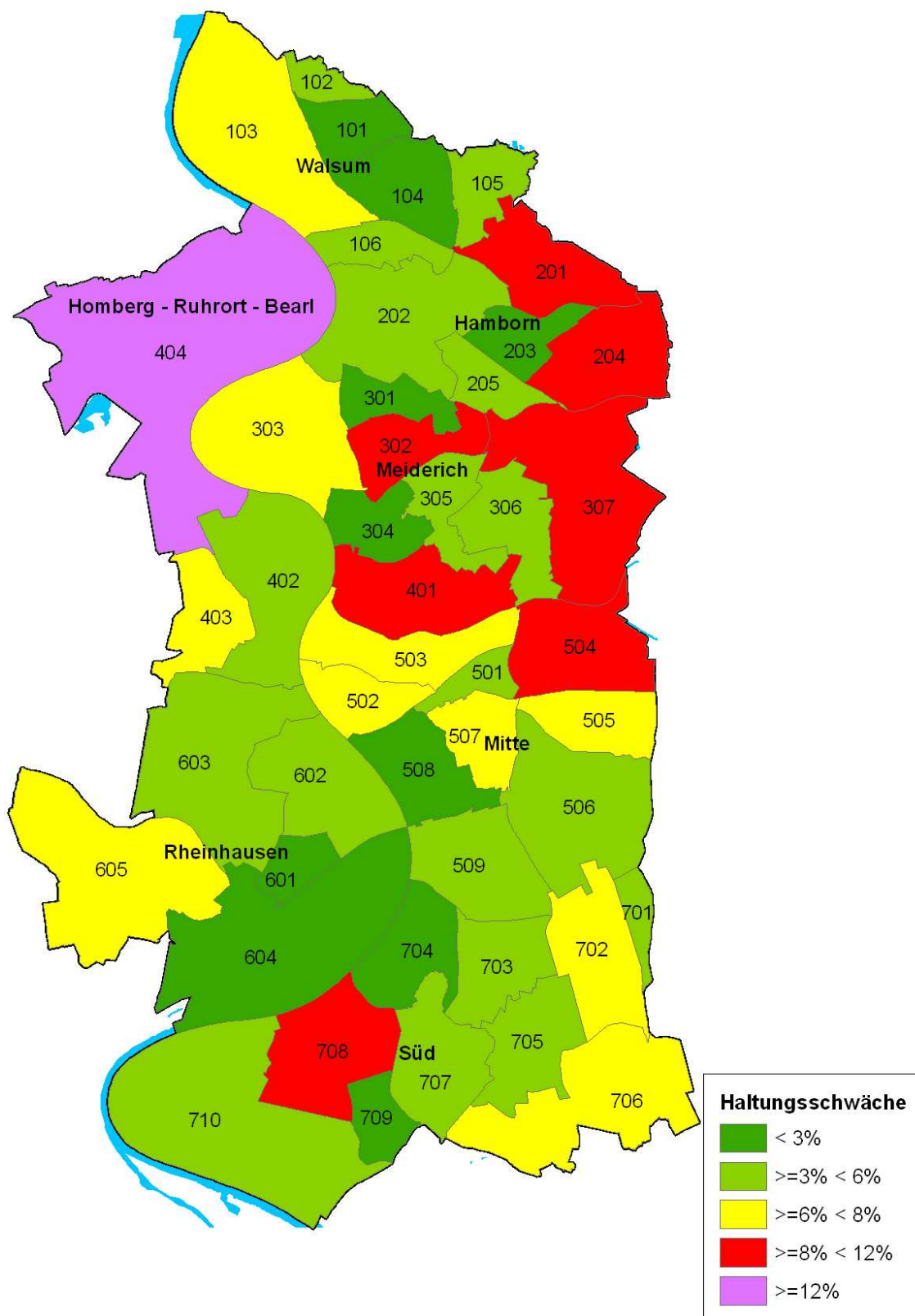
Die Gründe, weswegen auch bei den Kindern mit Migrationshintergrund die Mädchen eher betroffen sind als die Jungen, sind in etwa die selben, wie bei ihren deutschen Geschlechtsgenossinnen (siehe Haltungsschwäche nach Geschlecht).

Nicht jede auffällige Rückenform ist immer auch eine Haltungsschwäche. Häufig drücken sich unterschiedliche Gefühlszustände in einer der beschriebenen Haltungsformen aus.

Insbesondere Kinder äußern sehr unmittelbar ihre Stimmungen und das jeweilige Befinden auch in ihrer Haltung. Die innere Haltung wird zur äußeren Haltung.

Seelisches und Körperliches stehen miteinander in enger Wechselbeziehung. Innerseelische Gehalte wie Stimmungen, Gefühle und Affekte drängen nach außen und drücken sich in Haltung und Bewegung aus. Kinder hüpfen und tanzen häufig spontan wenn sie sich freuen. Angst, Nervosität, Unlust, Leistungsdruck dagegen wirken belastend auf die Haltung.

Haltungsschwäche Grafische Darstellung, Schuleingangsuntersuchung 2005



Sehschärfe

Entwicklung des Sehvermögens

Im Unterschied zu Augenerkrankungen des Erwachsenenalters können Augenerkrankungen im Kindesalter zu lebenslangen schwerwiegenden Sehstörungen führen.

Wie alle Sinnesorgane sind auch die Augen und der Sehnerv zum Zeitpunkt der Geburt zwar vollständig angelegt, aber noch nicht voll entwickelt. Die Nervenbahnen, die die Augen mit der Schaltzentrale Gehirn verbinden, sind noch nicht ausgereift. Diese Reifung findet in den ersten sieben Lebensjahren durch den ständigen Gebrauch der Augen beim normalen alltäglichen Sehen statt und führt zu einem vollwertigen Sehen beider Augen. Zu der Gesamtheit des Sehsinns gehören eine Reihe von Einzelleistungen, die zu unterschiedlichen Zeiten innerhalb der ersten sieben Jahre reifen.

Entwicklung der Sehschärfe	
Geburt	Sehhorizont reicht etwa 20 cm weit; die Augen können horizontal bewegt werden und die Pupillen reagieren bereits auf Licht.
mit 3 Monaten	Personen und Gegenstände werden angeschaut und fixiert.
mit 3 Monaten	Das Kontrastsehen entwickelt sich.
mit 4 Monaten	Die Akkommodation entwickelt sich. Dinge in Ferne und Nähe werden zunehmend scharf gesehen.
mit 6 Monaten	Das räumliche, dreidimensionale Sehen entwickelt sich.
in den ersten Jahren	Das Farbsehen entwickelt sich.
mit ca. 7 Jahren	Das Sehvermögen ist komplett ausgebildet.
mit 8 – 9 Jahren	Das Gesichtsfeld ist so weit entwickelt, dass zunehmend Verkehrstauglichkeit besteht.

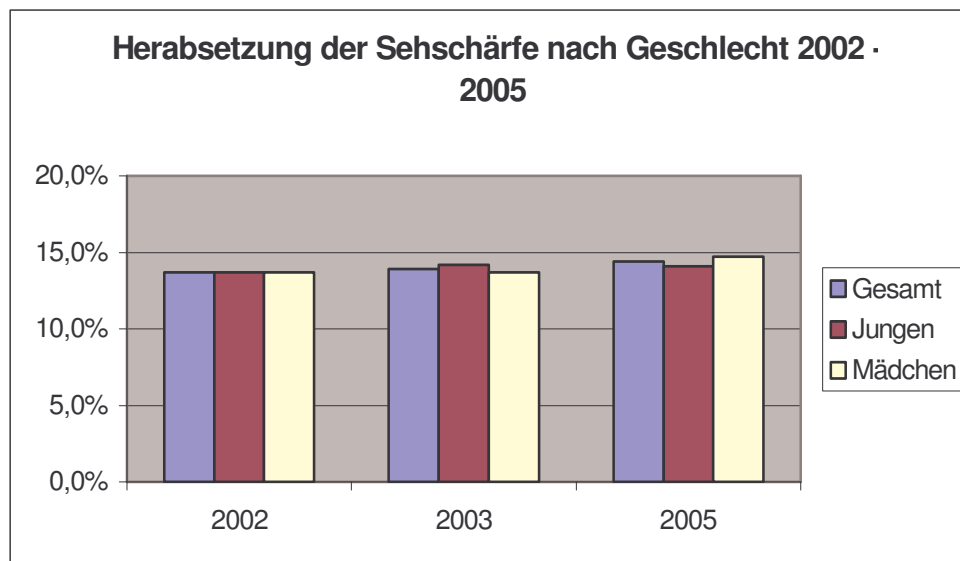
Herabsetzung der Sehschärfe

Eine unerkannte und nicht ausreichend behandelte Herabsetzung der Sehschärfe kann beim Kind zu Kopfschmerzen und Konzentrationsschwäche führen. Dies wiederum kann das Lernverhalten beeinträchtigen und zu einer falschen Beurteilung der schulischen Leistungsfähigkeit führen. Es ist daher unverzichtbar, die Kinder vor Schulbeginn im Hinblick auf eine ausreichende Sehschärfe zu untersuchen.

Der Indikator erfasst Kinder mit Kurz- und mit Weitsichtigkeit (Hyperopie). Die Überprüfung der Sehschärfe erfolgt durch den Fernvisustest mit einem Sehtestgerät und die Prüfung auf Hyperopie mit Vorschaltlinse. Schielfehler und Farbsinnstörungen sind in diesem Indikator nicht enthalten, diese werden gesondert erfasst.

Herabsetzung der Sehschärfe nach Geschlecht

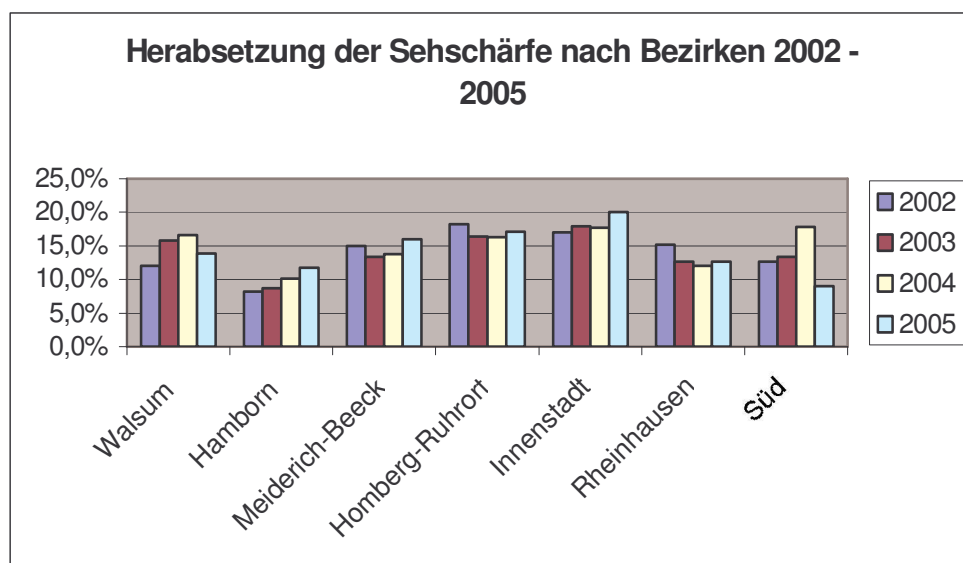
	2002	2003	2005
Gesamt	13,7%	13,9%	14,4%
Jungen	13,7%	14,2%	14,1%
Mädchen	13,7%	13,7%	14,7%



Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt keine auffälligen Veränderungen. Die Befunde liegen bei ca. 14 % der einzuschulenden Kinder. Der Geschlechtsunterschied weist keine Signifikanz auf.

Herabsetzung der Sehschärfe nach Bezirken

	Walsum	Hamborn	Meiderich-Beeck	Homborg-Ruhrort	Innenstadt	Rheinhausen	Süd
2002	12,0%	8,2%	15,0%	18,2%	17,0%	15,2%	12,7%
2003	15,8%	8,7%	13,4%	16,4%	17,9%	12,7%	13,4%
2004	16,6%	10,1%	13,8%	16,3%	17,7%	12,0%	17,8%
2005	13,9%	11,7%	16,0%	17,1%	20,0%	12,7%	9,0%



Anders als bei der Duisburger Gesamtbetrachtung sieht es 2005 in den Duisburger Bezirken aus. Der Befund „Herabsetzung der Sehschärfe“ tritt in den Bezirken Homborg-Ruhrort (17,1 %) sowie Innenstadt (20,0 %) deutlich häufiger auf. Die Bezirke Hamborn (11,7 %) und Süd (9,0 %) liegen unter dem stadtweiten Durchschnittswert.

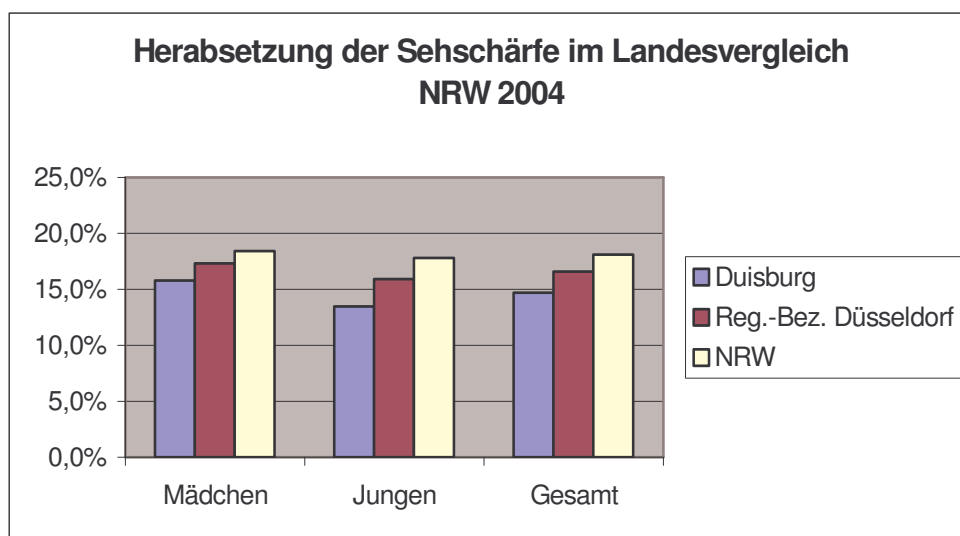
Herabsetzung der Sehschärfe nach Nationalitäten

Ein signifikanter Unterschied (2005) zwischen deutschen Kindern (85,6 % ohne Befund) und Kindern mit Migrationshintergrund (86,3 % ohne Befund) liegt nicht vor.

Herabsetzung der Sehschärfe im Landesvergleich NRW

Abb.: Herabsetzung der Sehschärfe im Landesvergleich NRW 2004

	Mädchen	Jungen	Gesamt
Duisburg	15,8%	13,5%	14,7%
Reg.-Bez. Düsseldorf	17,3%	15,9%	16,6%
NRW	18,4%	17,8%	18,1%



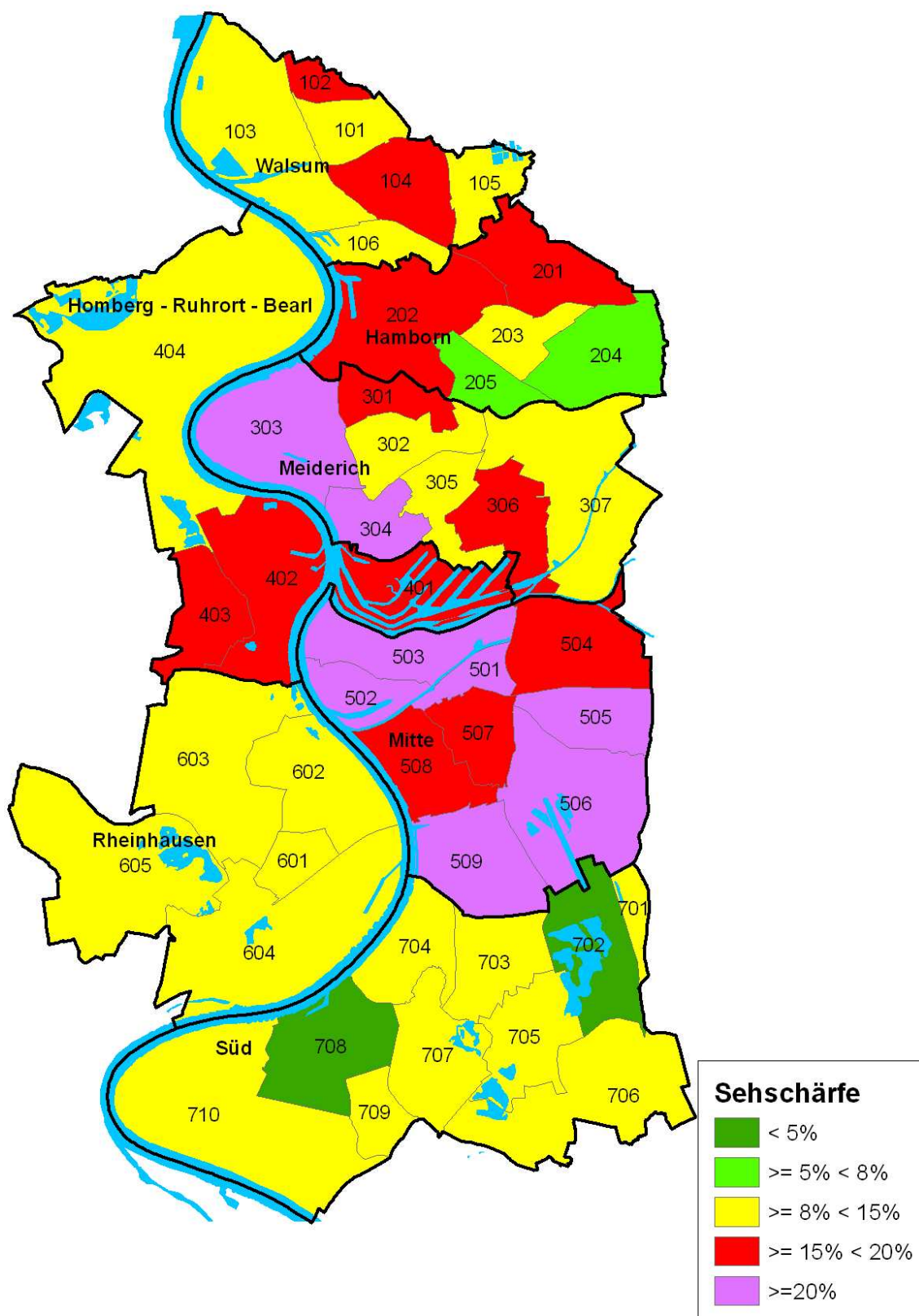
Bei der Herabsetzung der Sehschärfe im Vergleich zu NRW liegt Duisburg 2004 mit 3,4 % deutlich unter dem Landesdurchschnitt.

Im Vergleich zum Reg.-Bez. Düsseldorf liegt Duisburg 2004 mit 1,9 % ebenfalls unter dem Durchschnitt.

Handlungsempfehlung

Bei kindlicher Fehlsichtigkeit ist es wichtig, möglichst früh mit der Therapie zu beginnen, weil dann noch Chancen auf eine echte Besserung besteht. Deshalb wird die Durchführung eines Geräte-Sehtests anstatt der noch verwendeten Sehtafeln bereits bei den Vorsorgeuntersuchungen (ab der U 8) empfohlen.

Herabsetzung der Sehschärfe Schuleingangsuntersuchung 2005



Hörstörung

Ursachen für Hörprobleme

Viele Hörprobleme entwickeln sich erst nach der Geburt. Die häufigste Ursache von Schwerhörigkeit im Kindes- und Jugendalter sind chronische Mittelohrentzündungen. Darüber hinaus kann jede bakterielle Infektion des Mittelohrs auch auf das Innenohr übergreifen. Es kann dann zu einer akuten Labyrinthitis (Entzündung des Innenohres) führen. Dabei besteht die Gefahr, dass das betroffene Ohr ertaubt. Auch einige Kinderkrankheiten wie Masern, Keuchhusten und Mumps können eine Labyrinthitis mit nachfolgender Ertaubung verursachen. Einen bleibenden Schaden kann das Gehör auch durch Lärm und kurze, laute Knalle davontragen. Spielzeugpistolen oder Silvesterknaller, die in Ohrnähe abgefeuert werden, oder auch eine Ohrfeige aufs Ohr können diese lebenslangen Hörschäden bei Kindern verursachen.

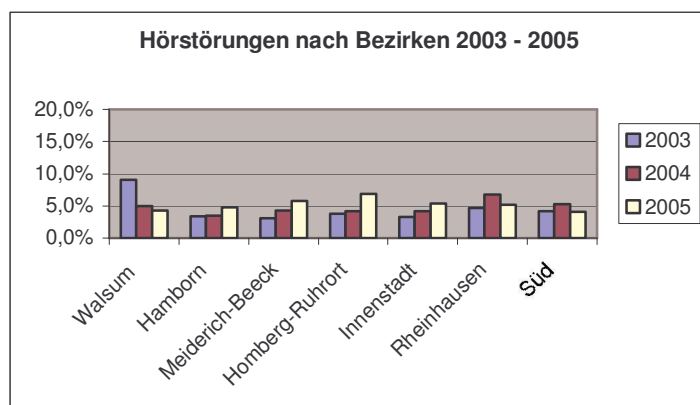
Häufiger kommt es zu Beeinträchtigungen des Gehörs, die vorübergehend sind. Die Ursache dafür ist in vielen Fällen ein Paukenerguss. Dabei kann das Hörvermögen um ein Drittel vermindert sein. Das entspricht etwa dem, was man hört, wenn man sich die Ohren mit den Fingern zuhält. Die Sprachentwicklung und - bei älteren Kindern - die schulischen Leistungen werden dadurch beeinträchtigt

Ein ausreichendes Hörvermögen ist die Grundlage für eine normale Sprachwahrnehmung und Sprachentwicklung. Laut Definition des IDIS (Institut für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen) wird unter Hörstörung verstanden, wenn ein Kind bei der Untersuchung mit einem Audiometer bei einer Lautstärke von 30 dB mindestens zwei Frequenzen (250), 500, 1000, 2000, 4000 und 6000 Hz auf einem Ohr oder beiden Ohren nicht wahrnimmt.

Hörstörungen nach Bezirken

Abb.: 1 Hörstörungen nach Bezirken

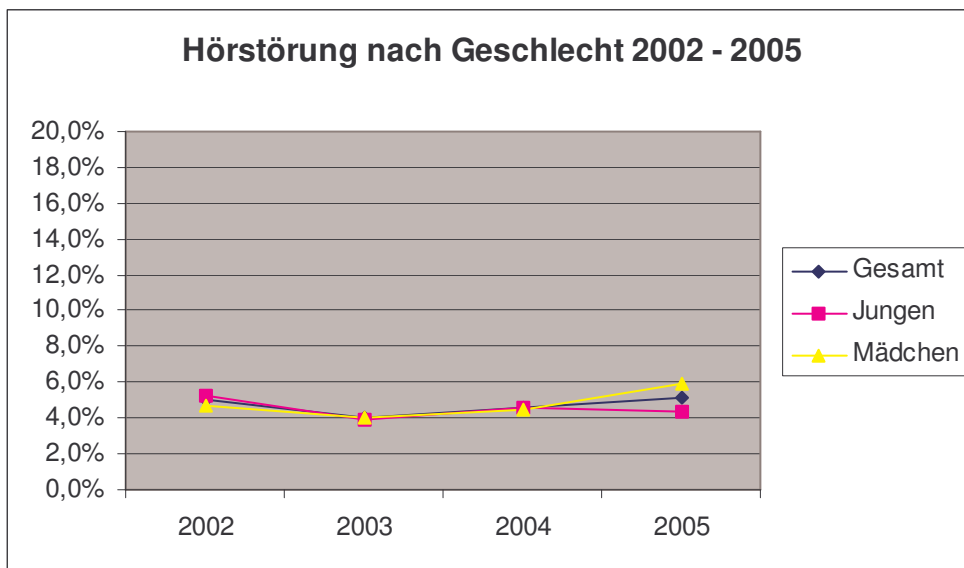
	Walsum	Hamborn	Meiderich-Beeck	Homborg-Ruhrort	Innenstadt	Rheinhausen	Süd
2003	9,1%	3,4%	3,1%	3,8%	3,3%	4,7%	4,2%
2004	5,0%	3,5%	4,3%	4,2%	4,2%	6,8%	5,3%
2005	4,3%	4,8%	5,8%	6,9%	5,4%	5,2%	4,1%



Hörstörungen nach Geschlecht

Abb.: Hörstörungen nach Geschlecht

	2002	2003	2004	2005
Gesamt	5,0%	4,0%	4,6%	5,1%
Jungen	5,3%	3,9%	4,6%	4,4%
Mädchen	4,7%	4,0%	4,5%	5,9%



Ein geschlechterspezifisch signifikanter Unterschied lässt sich nicht erkennen. 2004 lagen bei 4,6 % der Jungen und 4,5 % der Mädchen Befunde vor.

Die weiterführende Diagnostik wird bei Säuglingen und Kleinkindern mit Hörminderung meist beim Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder in einer Pädaudiologischen Abteilung durchgeführt. Pädaudiologische Kliniken, Abteilungen oder Praxen gibt es in Duisburg:

Duisburg, [Malteser-Krankenhaus St. Anna](#), Abt. Phoniatrie/Pädaudiologie und SPZ Duisburg:
Dr. Donald Becker, Albertus-Magnus-Str. 33, 47259 Duisburg

Hörstörungen nach Nationalitäten

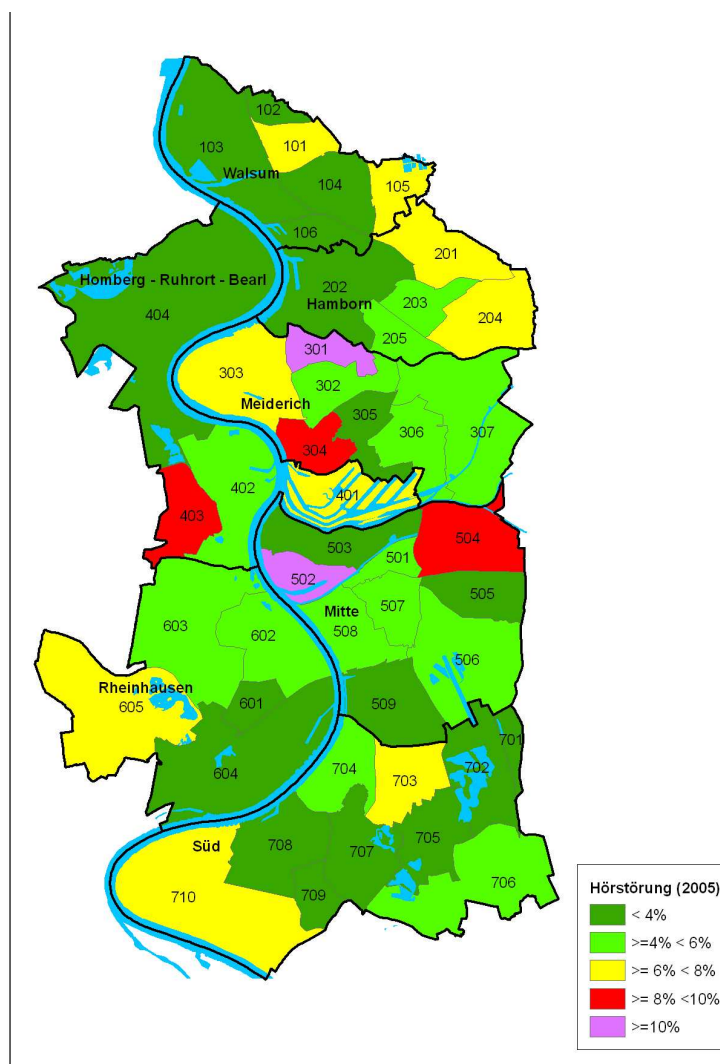
Ein signifikanter Unterschied (2005) zwischen deutschen Kindern (94,6 % ohne Befund) und Kindern mit Migrationshintergrund (95,0 % ohne Befund) liegt nicht vor.

Handlungsempfehlungen

Unerkannte Hörstörungen führen zu Sprach- und Entwicklungsverzögerungen, die meist im Elternhaus erkannt werden können. Denn fast immer sind es die Eltern, die zuerst den Verdacht haben, dass ihr Kind schlecht hört. Hier einige wichtige Anhaltspunkte für Eltern und Bezugspersonen:

- In der 4. bis 6. Lebenswoche sollten Säuglinge bei plötzlichen lauten Geräuschen erschrecken und sich bei Zuspruch der Eltern beruhigen.
- Ab dem 3. bis 4. Lebensmonat sollten Säuglinge stimmhaft lachen und "brabbeln". Sie sollten die Augen in Richtung einer Schallquelle bewegen, ohne durch optische Reize oder Luftzug auf sie aufmerksam geworden zu sein.
- Säuglinge ab dem 7. bis 8. Lebensmonat sollten auf Musik lauschen und unterschiedliche Stimmlagen und Laute ausprobieren. Im ersten Lebenshalbjahr "brabbeln" alle Kinder vor sich hin. Kinder, die nichts hören, verstummen danach.
- Ab 10 bis 12 Monaten sollten Säuglinge reagieren, wenn sie in normaler Lautstärke aus 1 m Entfernung angesprochen werden, und sie sollten Verbote ("Nein!") verstehen.
- Etwa zum 2. Geburtstag sollten Kinder Anweisungen befolgen können, die ihnen ins Ohr geflüstert werden. Sie sprechen Zweiwort-Sätze (z.B. "Ball haben").

Hörstörung, Schuleingangsuntersuchung 2005



Atemwegserkrankungen / Befunde der oberen Luftwege

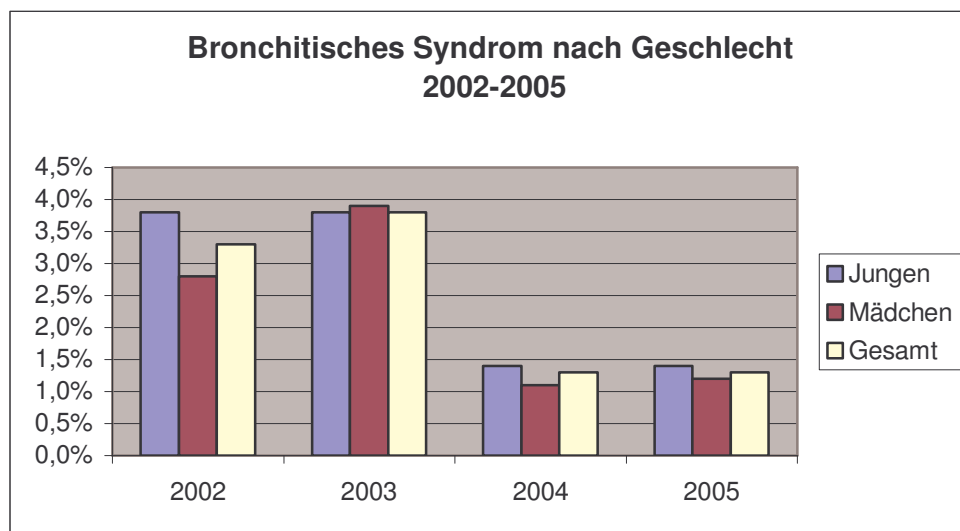
Bronchitisches Syndrom

In der Schuleingangsuntersuchung wird das Bronchitische Syndrom festgestellt, wenn das Kind in den letzten 12 Monaten mindestens dreimal für 14 Tage oder länger (akute Bronchitis) oder kontinuierlich über drei Monate (chronische Bronchitis) entsprechende Symptome hatte.

Bronchitisches Syndrom nach Geschlecht

Abb.: Bronchitisches Syndrom nach Geschlecht

	Jungen	Mädchen	Gesamt
2002	3,8%	2,8%	3,3%
2003	3,8%	3,9%	3,8%
2004	1,4%	1,1%	1,3%
2005	1,4%	1,2%	1,3%

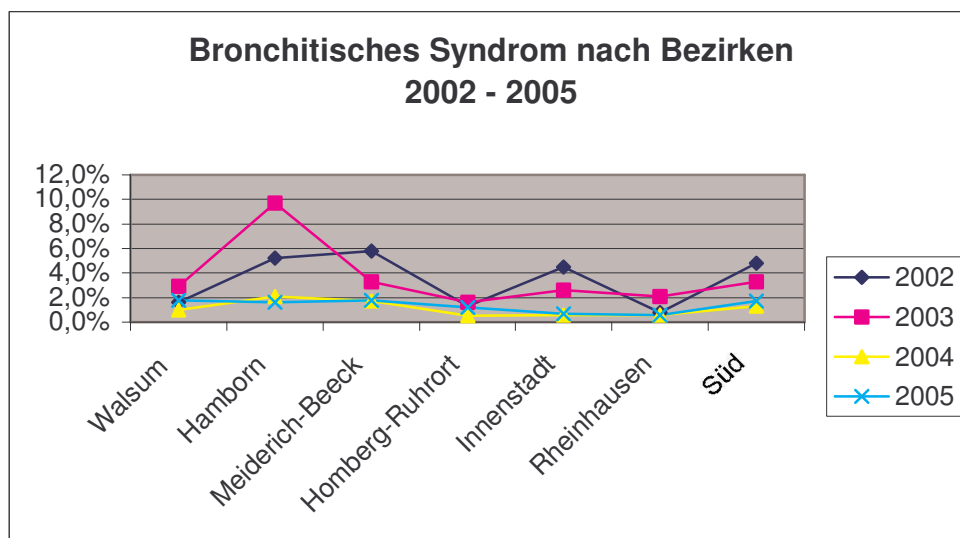


Geschlechterspezifisch sind Jungen (2005 : 1,4 %) leicht stärker vom bronchitischen Syndrom betroffen als Mädchen (2005 : 1,2 %). Die erhobenen Daten beruhen allerdings auf den anamnestischen Angaben der Eltern und werden nicht regelmäßig hinterfragt.

Bronchitisches Syndrom nach Bezirken

Abb.: Bronchitisches Syndrom nach Bezirken

	Walsum	Hamborn	Meiderich-Beeck	Homberg-Ruhrort	Innenstadt	Rheinhausen	Süd
2002	1,6%	5,2%	5,8%	1,3%	4,5%	0,8%	4,8%
2003	2,9%	9,7%	3,3%	1,6%	2,6%	2,1%	3,3%
2004	1,0%	2,1%	1,7%	0,5%	0,6%	0,6%	1,3%
2005	1,8%	1,6%	1,8%	1,2%	0,7%	0,6%	1,7%



Die chronische Bronchitis wird häufig als umweltbedingte Erkrankung angesehen, Umweltfaktoren wie Rauchen, d.h. Passivrauchen des Kindes, und Verkehrsdichte. Auffallend hohe Werte sind für 2005 in den Ortsteilen Baerl 5,9 %, Ruhrort 3,9 % und Hüttenheim 3,9 % zu erkennen.

Bronchitisches Syndrom nach Nationalität

Ein signifikanter Unterschied (2005) zwischen deutschen Kindern (1,5 % mit Befund) und Kindern mit Migrationshintergrund (1,1 % mit Befund) liegt nicht vor.

Asthma Bronchiale

Asthma bronchiale ist eine Erkrankung aus dem *allergischen Formenkreis*, d.h., dass Menschen, die an dieser Erkrankung leiden, überschießend (= *allergisch*) reagieren. Betroffen sind die Muskulatur und die Schleimhaut der Bronchien.

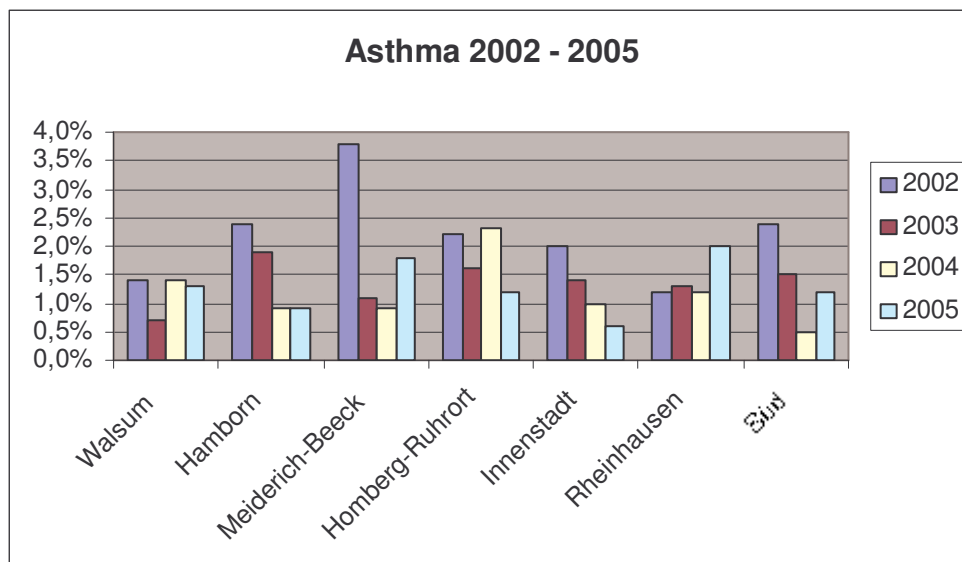
Die Entzündungsreaktion wird durch Botenstoffe, Überträgersubstanzen, das vegetative Nervensystem und körpereigene Zellen des Immunsystems vermittelt. Es resultieren lokal (= örtlich) Schleimhautschwellungen, vermehrte Schleimbildung (zum Teil mit zähflüssigerem Sekret als sonst üblich), Juckreiz und gegebenenfalls Erhöhungen der Spannung der die Bronchialschleimhaut umgebenden Muskelzellen. Daneben können auch Symptome auftreten, die das Allgemeinbefinden beeinträchtigen: Unwohlsein, Abgeschlagenheit, mangelnde Belastbarkeit.

Bei der Schuleingangsuntersuchung liegt der Befund Asthma bronchiale vor, wenn Kinder die in den letzten 12 Monaten mindestens einen Asthmaanfall hatten und bei denen schon früher die Diagnose „Asthma bronchiale“ gestellt wurde oder wenn Kinder in den letzten 12 Monaten mindestens einen Asthmaanfall hatten und bei denen mindestens zwei der folgenden Symptome vorliegen:

- Fassförmiger Thorax (Brustkorb)
- Pfeifen, Brummen, Giemen (Giemen ist das orchestrale Zusammenklingen von Atemluft, die behindert durch verengte kleinste Atemwege (Bronchiolen) in die großen Atemwege entweicht)
- erschwertes Exspirium (Ausatmen)

Abb.: Asthma Bronchiale nach Bezirken

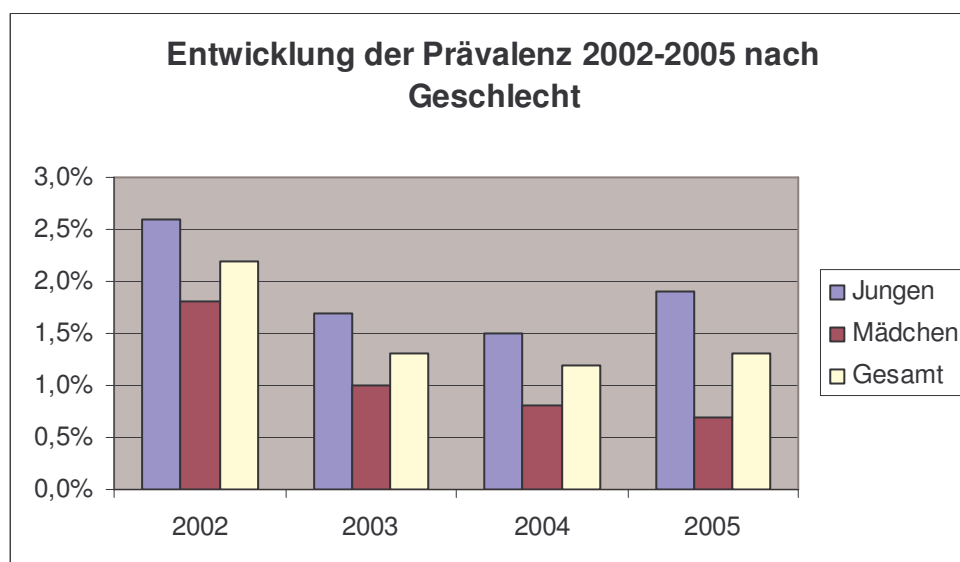
	Walsum	Hamborn	Meiderich-Beeck	Homberg-Ruhrort	Innenstadt	Rheinhausen	Süd
2002	1,4%	2,4%	3,8%	2,2%	2,0%	1,2%	2,4%
2003	0,7%	1,9%	1,1%	1,6%	1,4%	1,3%	1,5%
2004	1,4%	0,9%	0,9%	2,3%	1,0%	1,2%	0,5%
2005	1,3%	0,9%	1,8%	1,2%	0,6%	2,0%	1,2%



Die Prävalenz des Krankheitsbildes Asthma bronchiale ist tendenziell rückläufig, dies kann in Zusammenhang mit der Verbesserung der Luftqualität stehen. Auffallend hoch sind jedoch die Werte in Alt-Walsum (3,2 %), Untermeiderich (4,5 %) und Rheinhausen-Mitte (6,5 %).

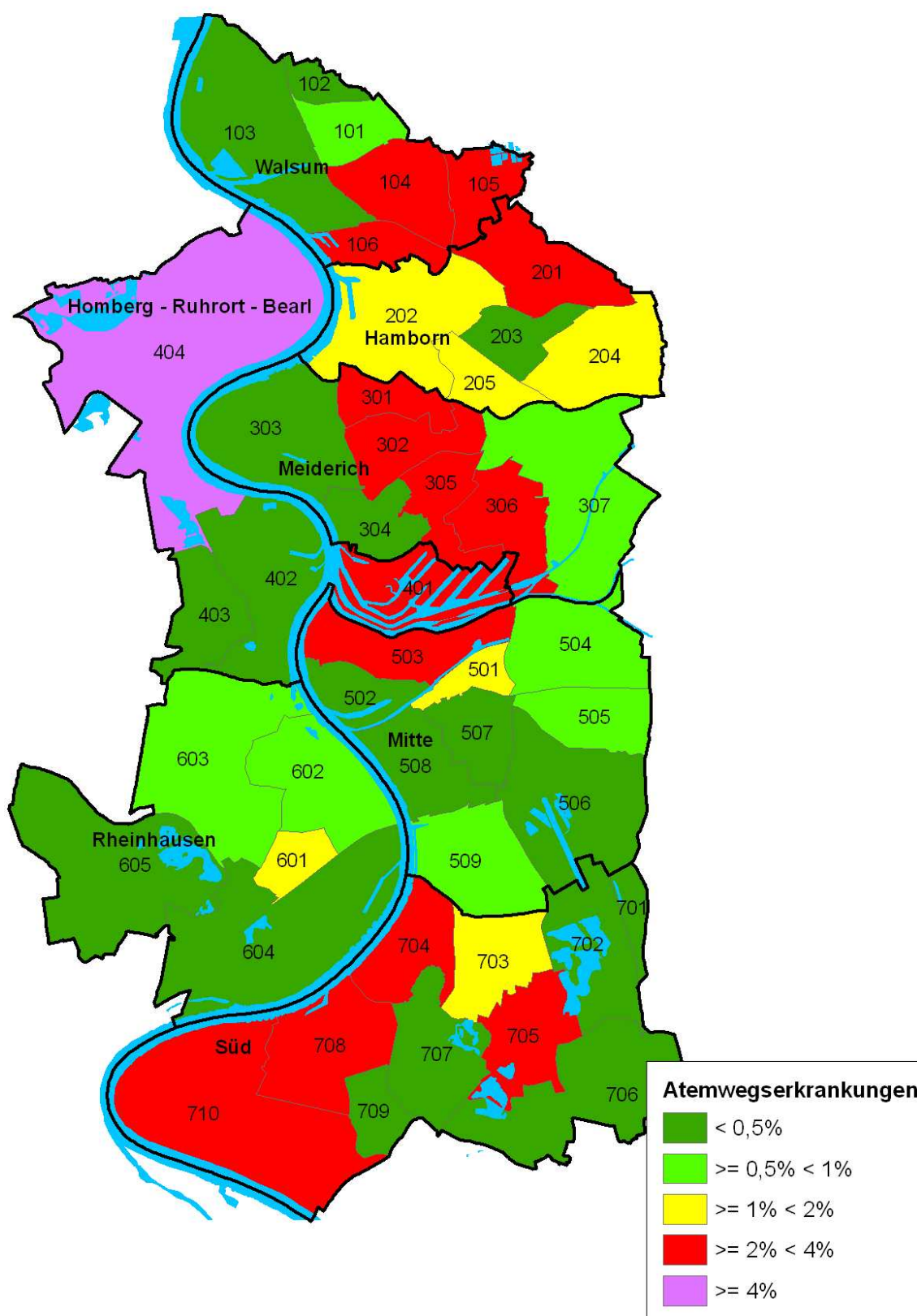
Abb.: Asthma Bronchiale nach Geschlecht

	Jungen	Mädchen	Gesamt
2002	2,6%	1,8%	2,2%
2003	1,7%	1,0%	1,3%
2004	1,5%	0,8%	1,2%
2005	1,9%	0,7%	1,3%



Allgemein ist bei Duisburger Einschulkindern ein abnehmender Trend des Krankheitsbildes Asthma bronchiale zu erkennen. Auffällig ist jedoch, dass der Anteil der Jungen (2002 : 2,6%, 2005 1,9%) signifikant höher ist als der von Mädchen (2002 1,8%, 2005 0,7%).

Atemwegserkrankungen Grafische Darstellung, Schuleingangsuntersuchung 2005



IV Versorgungslage zur kindlichen Gesundheit in Duisburg

Die gesundheitliche Versorgungslage von Kindern in Duisburg ist sehr unterschiedlich. Für gesamt Duisburg ist die Versorgungslage der Kinder gut abgedeckt. Werden jedoch die einzelnen Stadtteile betrachtet, ergibt sich eine Verteilungsschiefelage. Während der Duisburger Süden und Westen sowie Duisburg Stadtmitte gut versorgt sind, gibt es in Stadtteilen wie Beeck, Laar, Beeckerwerth Hochfeld, Ruhrort und Bruckhausen keine Kinderärzte.

Für Duisburg ist eine Verbesserung der kinderärztlichen Versorgungslage in den oben genannten Stadtteilen anzustreben.

Kinder- und Jugendmedizin

Name	PLZ	Ort
☐ Dr. med. Nouredine, Abdul-Karim	47167	Duisburg-Neumühl
☐ Dr.med. Philipps, Maria	47057	Duisburg-Neudorf-Nord
☐ Dr. medic (RO) Pohl, Liliana-Simona	47179	Duisburg-Aldenrade
☐ Dr. med. Rech, Frank	47055	Duisburg-Klinik Kalkweg
☐ Dr.med. Roschlau, Uwe	47259	Duisburg-Huckingen
☐ Dr. med. Schäfer, Markus	47226	Duisburg-Rheinhausen-Mitte
☐ Dr.med. Schwarz, Sabine	47166	Duisburg-Alt-Hamborn
☐ Dr. med. Seiffert, Peter	47166	Duisburg St. Johannes Hospital
☐ Dr.med. Sommers, Gudrun	47249	Duisburg-Buchholz
☐ Dr.med. Teuber, Hans	47179	Duisburg-Aldenrade
☐ Uferkamp, Ellen	47179	Duisburg-Aldenrade
☐ Dr. med. Weber, Gabriele	47055	Duisburg Klinik Kalkweg
☐ Witkowski, Oleg	47167	Duisburg-Neumühl
☐ Yekrangi, Bijan	47226	Duisburg-Hochemmerich
☐ Dr. med. (SU) Zafari, Sofija	47167	Duisburg-Neumühl
☐ Zunker, Wilhelm	47198	Duisburg-Hochheide

☐	<u>Dr.med. Amoah, Michael</u>	47166	Duisburg-Alt-Hamborn
☐	<u>Ayim, Frank</u>	47239	Duisburg-Rumeln-Kaldenhausen
☐	<u>Dr.-medic (rumän.) Binder-Popescu, Antoinetta-Olga</u>	47051	Duisburg-Altstadt
☐	<u>Böse, Wolfgang</u>	47249	Duisburg-Buchholz
☐	<u>Brockschmidt, Bettina</u>	47226	Duisburg-Hochemmerich
☐	<u>Bunka, Michael</u>	47051	Duisburg-Dellviertel
☐	<u>Dr. med. Classen, Carl</u>	47055	Duisburg Klinik Kalkweg
☐	<u>Dr.-medic (R). Cvasa, Elvira</u>	47198	Duisburg-Alt-Homberg
☐	<u>Dr. med. Eisenberger-Amoah, Anja</u>	47166	Duisburg-Alt-Hamborn
☐	<u>Emmig, Christiane</u>	47055	Duisburg-Wanheimerort
☐	<u>Dr. med. Fangmann, Christoph</u>	47169	Duisburg-Marxloh
☐	<u>Gamermann, Leo</u>	47137	Duisburg-Mittelmeiderich
☐	<u>Grzibek, Siegfried</u>	47226	Duisburg-Hochemmerich
☐	<u>Dr.med. Herbrand, Barbara</u>	47249	Duisburg-Buchholz
☐	<u>Janos, Helene</u>	47198	Duisburg-Hochheide
☐	<u>Dr.med. Kownatzki, Ralf</u>	47166	Duisburg-Alt-Hamborn
☐	<u>Kral, Harald</u>	47137	Duisburg-Mittelmeiderich
☐	<u>Priv. Doz. Dr. med. Krogmann, Otto</u>	47137	Duisburg Klinik KWK
☐	<u>Dr.-medic/IMF Klausenburg Laioun, Hana</u>	47058	Duisburg-Duissern
☐	<u>Dr.med. Niklas, Jens</u>	47169	Duisburg-Fahrn

Kinderkardiologie

Name	<u>PLZ</u>	<u>Ort</u>
☐ Priv. Doz. Dr. med. Krogmann, Otto	47137	Duisburg Klinik KWK
☐ Dr. med. Seiffert, Peter	47166	Duisburg Klinik Johannes Hospital

Kinderchirurgie

Name	<u>PLZ</u>	<u>Ort</u>
☐ Dr. med. Jansen, Peter	47269	Duisburg-Großenbaum

Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

Name	<u>PLZ</u>	<u>Ort</u>
☐ Bärwinkel-Lembke, Ursula	47249	Duisburg-Buchholz
☐ Dipl.-Sozialpädagoge Hoenig, Thomas	47179	Duisburg-Aldenrade
☐ Tsarapatsanis, Sofia	47178	Duisburg Walsum
☐ Dipl.-Päd. Kalberlah, Annegret	47051	Duisburg-Altstadt
☐ Dipl.-Soz.Arb. Sakar, Günay	47051	Duisburg-Dellviertel
☐ Dipl.-Soz.-Päd. Schmelz, Susanne	47179	Duisburg-Aldenrade
☐ Dipl.-Soz. Päd. Teders-Windler, Christa	47051	Duisburg-Dellviertel

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Name	<u>PLZ</u>	<u>Ort</u>
☐ Höffken, Rudolf	47249	Duisburg-Buchholz
☐ Kaufmann, Rudolf	47051	Duisburg-Dellviertel
☐ Dr.med. Philipps, Maria	47057	Duisburg-Neudorf-Nord

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Die weiterführende Diagnostik wird bei Säuglingen und Kleinkindern mit Hörminderung meist beim Facharzt für HNO oder in einer Pädaudiologischen Klinik oder Praxis durchgeführt. Pädaudiologische Kliniken, Abteilungen oder Praxen gibt es in Duisburg, [Malteser-Krankenhaus St. Anna](#), Abt. Phoniatrie/Pädaudiologie und SPZ Duisburg: Dr. Donald Becker, Albertus-Magnus-Str. 33, 47259 Duisburg.

V Schlussbetrachtung

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden sozialen Ungleichheit, die sich auch in den Gesundheitschancen und Gesundheitsrisiken niederschlägt, ist das Ziel innerhalb von Programmen und Maßnahmen stärker auf sozialbenachteiligte Kinder und Kinder mit Migrationshintergrund zu setzen.

Nur ein Langzeitansatz ermöglicht es den Zielgruppen, erworbenes Wissen in echte Einstellungsänderungen und nachfolgend in Verhaltensänderungen münden zu lassen, denn einmalige Aktionen und kurzfristige Maßnahmen besitzen keinen nachhaltigen Charakter. Durch Wiederholungseffekte bei langfristigen, aufeinander aufbauenden Konzepten wird die Veränderung bisheriger Verhaltensweisen erhöht.

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen in Duisburg zeigen, dass Körperkoordinationsstörungen, Sprachstörungen und Übergewicht in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen haben. Es stellt sich die Frage, ob die derzeitigen Kompensationsmöglichkeiten ausreichen und im erforderlichen Maße genutzt werden.

In den einzelnen Kapiteln sind Handlungsempfehlungen bereits aufgezeigt worden, zumindest dort, wo es möglich war, solche zu entwickeln. Insgesamt ist es jedoch wichtig, stadtweite Vernetzungen herzustellen. Um dieser Forderung gerecht zu werden ist geplant, Anfang 2007 eine Arbeitsgruppe ins Leben zu rufen, die sich zum einen um die Umsetzung der Handlungsempfehlungen kümmert und diese konkretisiert und zum anderen Datenmaterial, das zur Zeit nicht auswertbar ist, verwertbar zu gestalten.

Darüber hinaus werden für die aus diesem Bericht erkenntlich gewordenen Problembereiche wie Übergewicht und Adipositas (Ernährung), Koordinationsstörungen und Haltungsstörungen (Bewegung) verschiedene Projekte entwickelt oder bereits bestehende Projekte unterstützt. Geplant ist ein Projekt zu Übergewicht im Säuglingsalter, Duisburg beteiligt sich am Programm „Gut Drauf“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA). Duisburg wird „Gut Drauf - Stadt“ mit den Schwerpunkten : „bewegen, entspannen, essen - aber wie ?“.

Eines der größten Programme zur Gesundheitsförderung in Grundschulen ist das Projekt „Klasse2000“, das sich bereits an einigen Grundschulen in Duisburg engagiert. Dieses Projekt zu unterstützen und auszuweiten ist ein weiteres Ziel.

Wesentliche Kooperationspartner in der Gesundheitsförderung sind Kindergärten und Schulen, um so mehr, da durch den gesellschaftlichen Wandel die klassischen Familien schrumpfen. Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung gehört zum klassischen erzieherischen Auftrag dieser Einrichtungen. Im schulischen Bereich ist eine Vielzahl von gesundheitsfördernden Ansätzen zu erkennen, sei es als Unterrichtseinheit, als Schulprogramm, einer Beteiligung am Kooperationsprogramm der Ärztekammer Nordrhein und der AOK Rheinland „Gesund macht Schule“ oder einer Beteiligung am landesweiten OPUS-Netzwerk. Unklar bleibt, wie transparent ihre konzeptionelle Ausrichtung von außen erkennbar wird und in welcher Qualität sie umgesetzt wird.