

Kindergesundheit im Rhein-Kreis Neuss 2014



Fotos: Thinkstock



Ergebnisse der Schulneulingsuntersuchungen:

- Trendentwicklungen
- Erste Befunde zum Untergewicht
- Zahnärztliche Untersuchungsergebnisse
- Chancengleichheit für Schulneulinge Alleinerziehender

Inhaltsverzeichnis

1 Ergebnisse im Überblick.....	2
2 Früherkennungsuntersuchungen	3
3 Impfungen	7
4 Übergewicht und Adipositas.....	11
5 Untergewicht	15
6 Verhaltensauffälligkeiten	19
7 Sprachdefizite.....	23
8 Koordinationsstörungen	27
9 Medienkonsum	30
10 Zahngesundheit.....	32
11 Chancengleichheit für Schulneulinge Alleinerziehender?	34

1 Ergebnisse im Überblick

- Hohe Teilnahme der Kinder an Früherkennungsuntersuchungen U7 (97 %), U 8 (95,5 %)
- Durchimpfungsrate MMR weiterhin auf sehr hohem Niveau (97 %) - deutlich über dem NRW – Durchschnitt
- Geringgradig sinkender Anteil von weiterhin ausgeprägten Sprachdefiziten (27,7 %)
- Leicht gesunkener Anteil von Kindern mit Koordinationsstörungen (17,4 %)
- Jedes zehnte Kind verhaltensauffällig (10,5 %)
- Zahngesundheit der Kinder auf gutem gesunden Niveau
- Kinder Alleinerziehender mit höherem Anteil mit schlechterer medizinischer Versorgung, vielen Erkrankungen und vermehrten Entwicklungsauffälligkeiten

2 Früherkennungsuntersuchungen

Kurz gefasst

- Zunahme der Rate der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen
- Verbesserte Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen der Kinder mit Migrationshintergrund* und niedrigem Sozialstatus!

Die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 sowie J1 können ein wichtiger Baustein zur gesunden kindlichen Entwicklung sein. Gerade in den ersten Lebensjahren machen Kinder gewaltige Entwicklungsschritte. Es ist wichtig, dass bei den "U"-Untersuchungen der allgemeine Gesundheitszustand und die altersgemäße Entwicklung eines Kindes regelmäßig kinderärztlich überprüft werden. So können mögliche Probleme oder Auffälligkeiten frühzeitig erkannt und behandelt werden.

Die folgende Abbildung (Abb.1) zeigt das Teilnahmeverhalten im Hinblick auf alle Früherkennungsuntersuchungen bis zum Eintritt in die Schule.

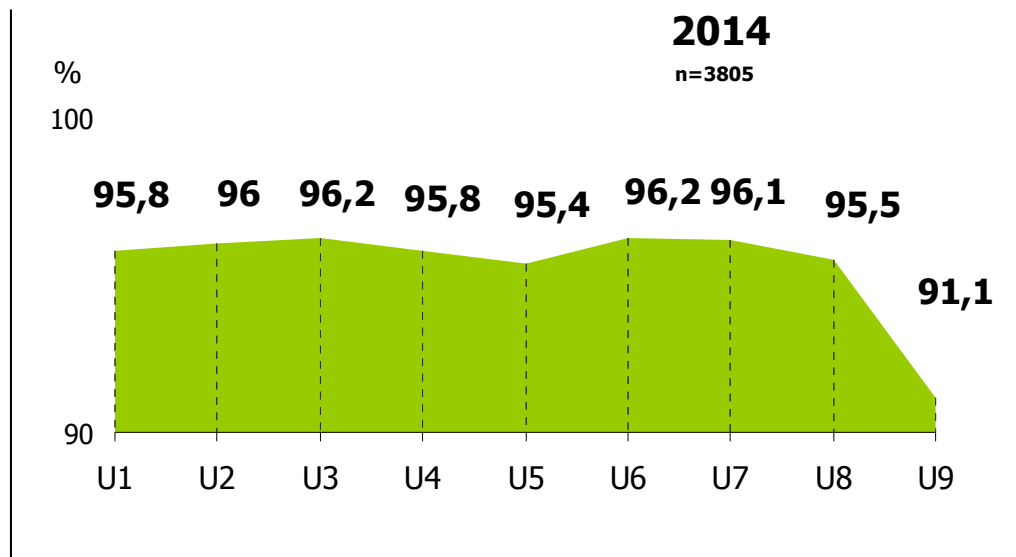
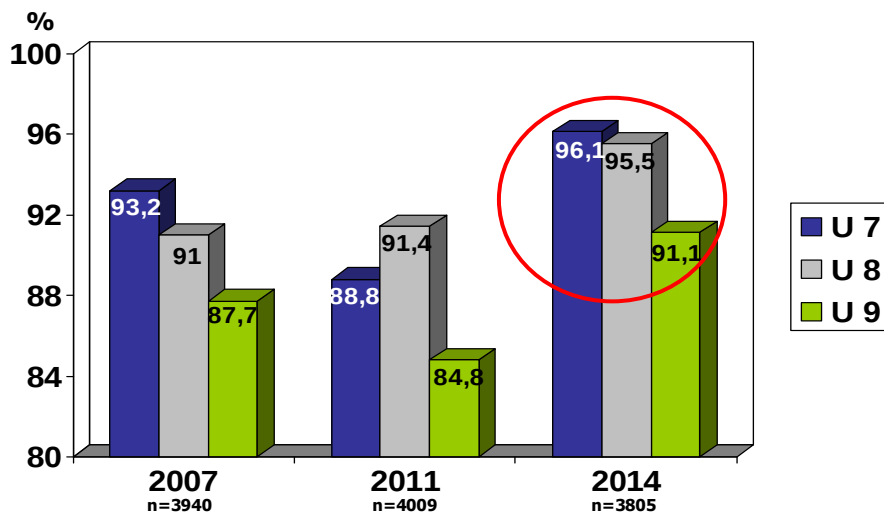


Abb.1 Teilnahme Früherkennungsuntersuchungen U1 – U9

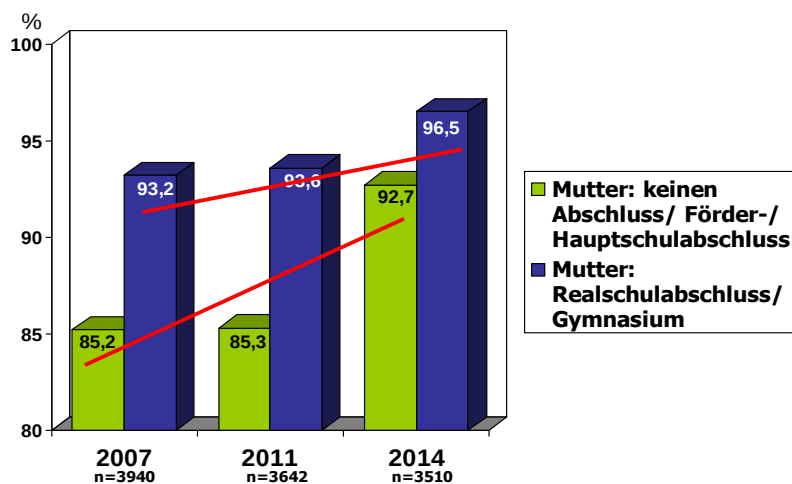
Der deutliche Abfall der Frequenz bei der U9 liegt wohl darin begründet, dass ca. 8 % der untersuchten Kinder das für die Vorsorgeuntersuchung U 9 empfohlene Alter (60. – 64. Lebensmonat) zum Zeitpunkt der Schulneulingsuntersuchung noch nicht erreicht hatten.

Abb.2 verdeutlicht, dass im Jahr 2014 das bislang höchste Niveau der Teilnahmeraten an der U7, U8, und U9 erreicht wurde.

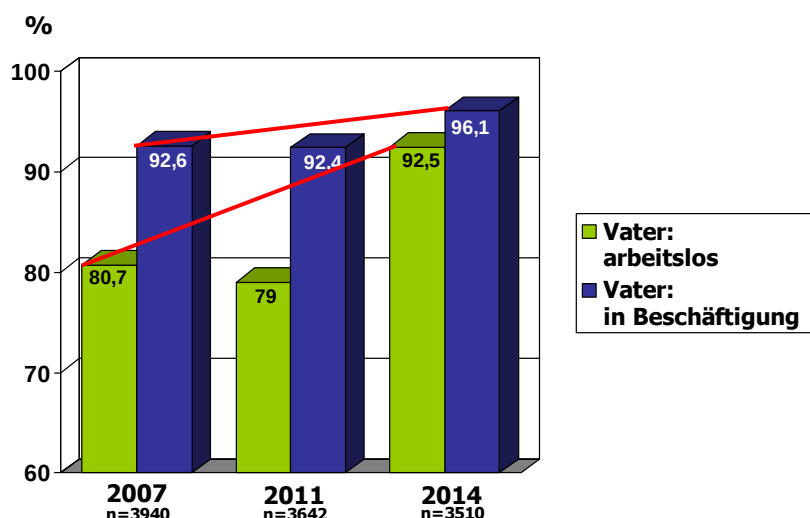


**Abb.2 Teilnahme Früherkennungsuntersuchungen
U7 - U8 - U9 - Zeitverlauf**

Die Abb. 3 bis 5 zeigen, dass die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung U8 kontinuierlich angestiegen und von verschiedenen Faktoren abhängig ist.



**Abb. 3 Teilnahme U8 nach Schulbildung der Mutter
Zeitverlauf**



**Abb.4 Teilnahme U8 nach Berufstätigkeit des Vaters
Zeitverlauf**

Bei der U8 2014 ist bei Kindern von Eltern mit hohem Bildungsniveau – hier dargestellt am Bildungsabschluss der Mutter – eine Teilnahme von 96,5 % erkennbar. Kinder von Müttern mit niedrigem Bildungsniveau nehmen diese Untersuchungen zu 92,7 % wahr. Kinder von arbeitslosen Vätern nehmen die U8 zu 92,5 % in Anspruch gegenüber 96,1 % der Kinder von Vätern, die einer Beschäftigung nachgegangen sind. In den letzten sieben Jahren haben erfreulicherweise die Teilnahmequoten für alle Familien deutlich zugenommen.

Auch Kinder mit Migrationshintergrund nehmen jetzt sehr viel häufiger als 2007 an der U8 teil. In den vergangenen sieben Jahren ist ein Anstieg von 16,9 % zu verzeichnen. Die Differenz der Teilnahme der Kinder an der U8 zu Kindern ohne Migrationshintergrund beträgt 2014 nur noch 4,1 Prozentpunkte.

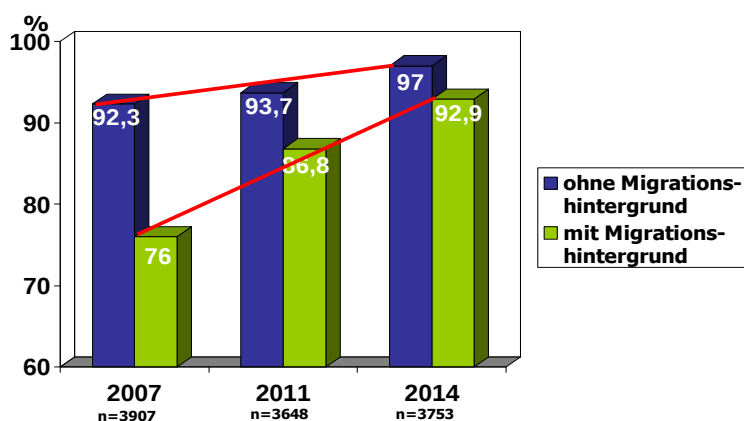


Abb.5 Teilnahme U8 nach Migrationshintergrund - Zeitverlauf

In den einzelnen Kommunen ist ein bedeutender Unterschied bei der Inanspruchnahme der kostenlosen Früherkennungsuntersuchungen festzustellen. In Dormagen und Rommerskirchen beträgt die Teilnahmequote an U 9 deutlich unter 90 %.

2014

**Rhein-Kreis Neuss: 9
n=3783**

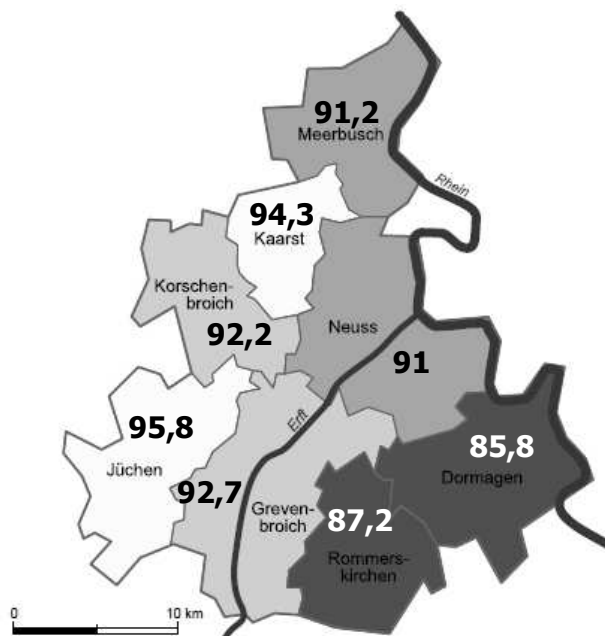


Abb.6 Teilnahme U9 nach Städten und Gemeinden

Empfehlungen

- Frühzeitige Information an Schwangere und werdende Väter über die wichtige Bedeutung und die Inhalte der Früherkennungsuntersuchungen
- Verbesserte zielgruppenspezifische Ansprache und Unterstützung für Bürgerinnen und Bürger mit geringem Sozialstatus und Migrationshintergrund
- Aufklärung der Eltern in Familienzentren, Kindertagesstätten und anderen an der medizinischen und sozialpädagogischen Versorgung von Kindern beteiligten Institutionen
- Verbesserte Netzwerkarbeit aller Fachkompetenzen für die Kindergesundheit im Rhein – Kreis Neuss

3 Impfungen

Kurz gefasst

- Impfstatus bei Kindern im Rhein-Kreis Neuss 2014 weiterhin auf erfreulich hohem Niveau!
- Masern-Mumps-Röteln Impfrate über der WHO - Empfehlung

In Deutschland gibt es keine Impfpflicht, alle Impfungen sind freiwillig. Schutzimpfungen erzeugen Immunität gegenüber Infektionskrankheiten. Sie zählen zu den wirksamsten und kostengünstigsten Präventionsmaßnahmen der modernen Medizin. In früheren Jahren stellten Infektionskrankheiten die häufigste Todesursache dar. Dass dies heute nicht mehr so ist, liegt vor allem an der Verbesserung der sozioökonomischen und hygienischen Lebensbedingungen in den Industrienationen, in geringerem Umfang aber auch an dem breitflächigen Einsatz von Schutzimpfungen und Antibiotika.

Im Zuge der jährlichen Schulneulingsuntersuchung erfolgt eine Überprüfung der vorgelegten Impfausweise der Kinder, so dass der aktuelle Impfstatus eines gesamten Schuljahrgangs festgestellt werden kann.

Das Robert-Koch-Institut hat kürzlich die Durchimpfungsraten für die Schulneulinge aus ganz Deutschland für das Jahr 2012 bekannt gegeben: Diese liegen bei 96,1 % Tetanus, 95,4 % für Pertussis, 94,9 % Polio, 86,9 % für Hepatitis B und 92,4 % für Masern. Somit lässt sich sagen, dass der Rhein-Kreis Neuss vergleichsweise gut abschneidet. Abb. 7 gibt einen Überblick über die Situation im Rhein-Kreis Neuss 2014

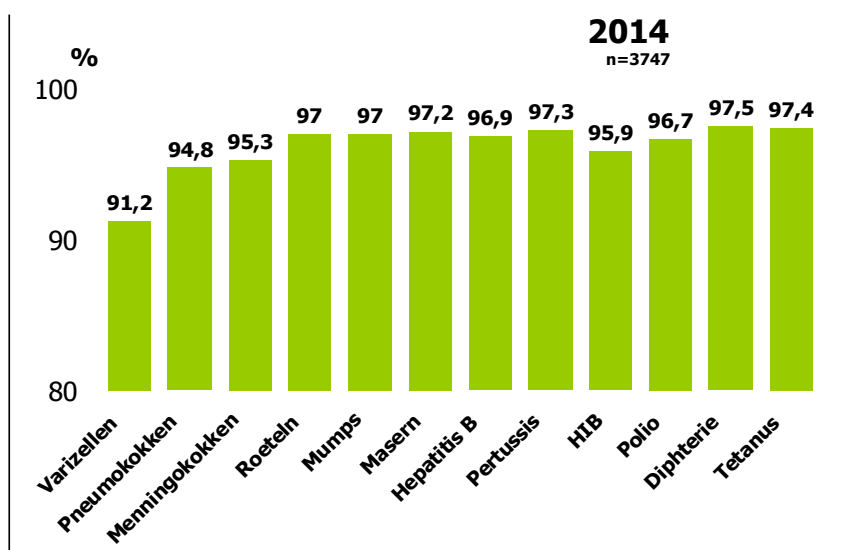


Abb.7 Kompletter Impfschutz bei Einzelimpfungen

Ein ausreichender Impfschutz bei Einzelimpfungen lag vor, wenn das Schulkind die ausreichende Anzahl an Impfungen erhalten hat. Die ständige Impfkommission des Robert-Koch-Instituts hat eindeutige Empfehlungen herausgegeben:

- Diphtherie, Tetanus, Pertussis: fünf Impfungen
- Polio, HIB, Hepatitis B: vier Impfungen
- Masern/Mumps/Röteln/Varizellen: je zwei Impfungen
- Meningokokken, Pneumokokken: eine Impfung

Aus der Inanspruchnahme der Einzelimpfungen wurde ein Index für alle Einzelimpfungen (außer Masern, Mumps, Röteln) gebildet. Ein kompletter Impfschutz ist gegeben, wenn das Kind alle empfohlenen Impfungen erhalten hat.

Erkranken wegen unseres hohen Lebensstandards und des starken Trends zur Ein-Kind-Familie immer weniger Kinder an Masern, Mumps oder Röteln, hat dies zur Folge, dass sich die Krankheiten immer mehr ins Jugendlichen- und Erwachsenenalter verschieben. Da keine der drei Virus-Krankheiten mit Medikamenten kausal behandelt werden kann, bietet nur die vorbeugende zweimalige Masern-Mumps-Röteln-Impfung (MMR-Impfung) Schutz vor den gefährlichen Komplikationen. Für Masern, Mumps und Röteln (MMR) wurde ein eigener Index gebildet.

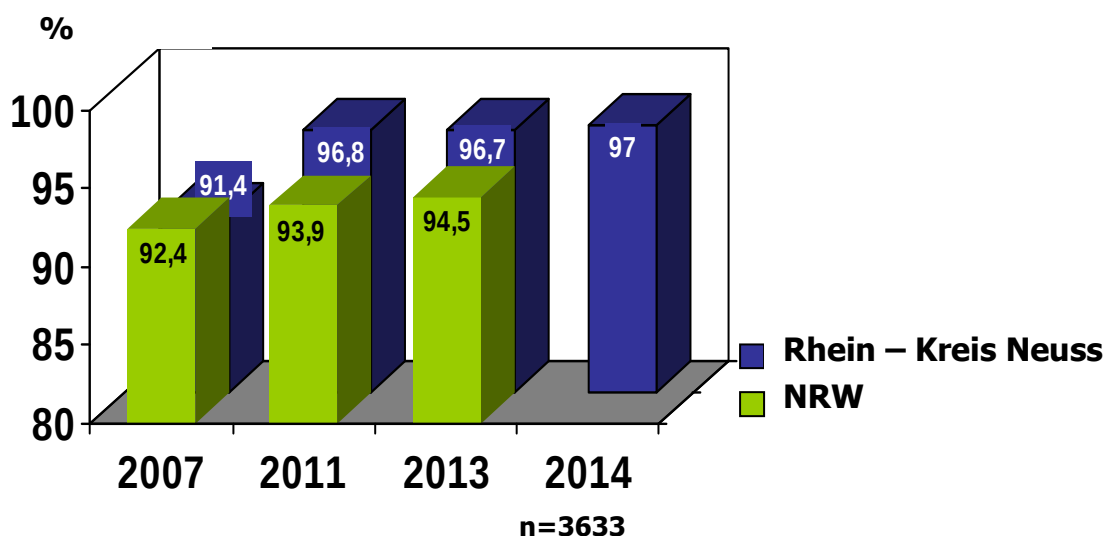


Abb.8 Kompletter MMR – Impfschutz Rhein – Kreis Neuss/ NRW

Die Auswertung in Abb. 8 zeigt, dass der Impfschutz für MMR seit Jahren im Rhein-Kreis Neuss kontinuierlich gestiegen ist. Im Jahr 2007 verfügten 91,4 % der untersuchten Kinder über einen ausreichenden MMR-Impfschutz, 2014 waren es bereits 97,0 % der Schulneulinge.

Der Rhein-Kreis Neuss hat das Ziel der Weltgesundheitsorganisation, bei Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln eine Populationsimmunität* von mindestens 95 % zu erzielen, seit einigen Jahren übererfüllt.

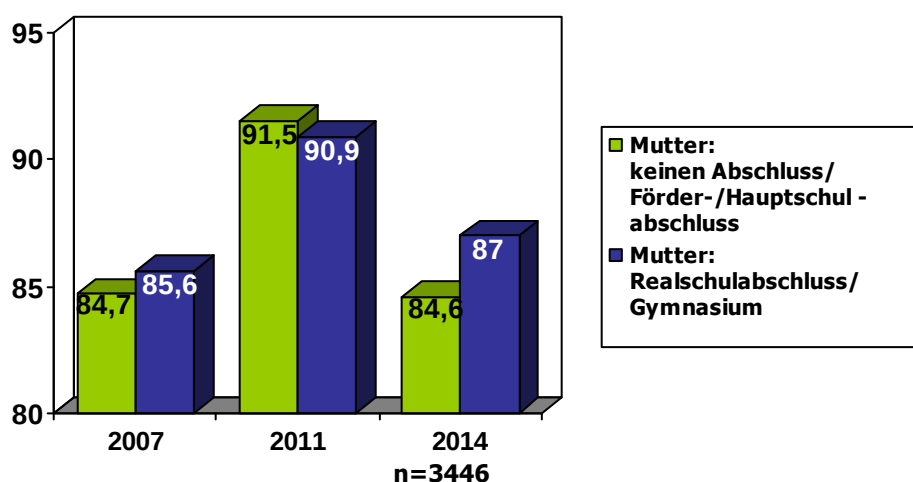


Abb.9 Kompletter Impfschutz nach Schulbildung der Mutter - Zeitverlauf

In Abb. 9 zeigt sich in diesem Jahr erstmals, dass Kinder von Müttern mit höherer Bildung eine höhere Impfrate aufweisen. Das war nicht immer so. Mütter mit höherer Bildung zeigen sich häufig impfskeptisch, teils aus Angst vor unbekannten Nebenwirkungen oder weil sie kein Vertrauen in die Sicherheit von Impfstoffen hatten. Jedoch werden neue Impfstoffe vor der Zulassung klinisch geprüft und danach ständig überwacht. Die Ergebnisse werden veröffentlicht, Ängste und Zweifel sind heutzutage in der Regel unbegründet.

Der Beschäftigungsstatus des Vaters hat keinen Einfluss auf den Impfstatus der Kinder.

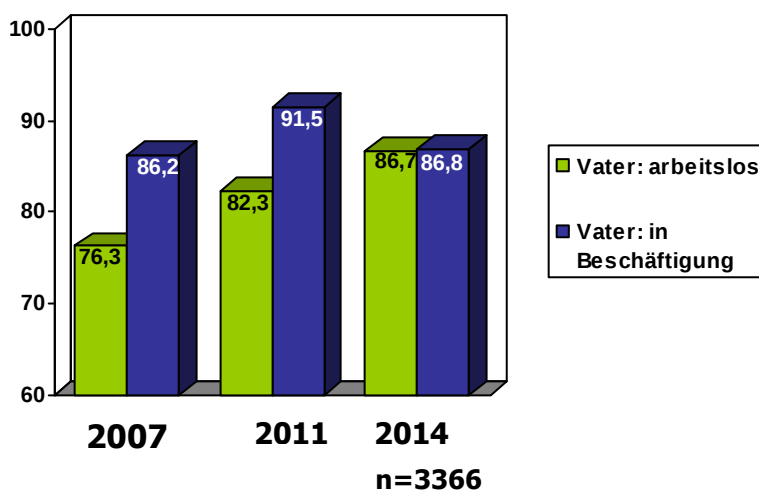


Abb. 10 Kompletter Impfschutz nach Beschäftigung des Vaters - Zeitverlauf

Bei regionaler Betrachtung des Kreisgebietes fällt auf, dass es größere Unterschiede innerhalb der Städten und Gemeinden gibt (Abb.11).

2014

**Rhein-Kreis Neuss: 8
n=3740**

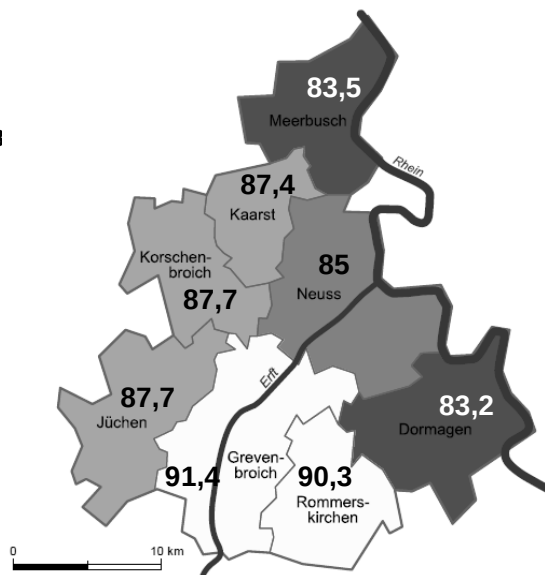


Abb. 11 Kompletter Impfschutz nach Städten und Gemeinden

Empfehlungen

Besonders vor dem Hintergrund, dass immer wieder solche hoch ansteckenden gefährlichen Infektionskrankheiten wie Masern oder Windpocken in Deutschland auftreten, muss die Öffentlichkeit weiterhin über die Wichtigkeit und den Nutzen von Schutzimpfungen informiert werden. Daher unterstützt das Kreisgesundheitsamt Initiativen, die zur Aufklärung dienen.

Eine wichtige und sinnvolle Ergänzung wäre die Verabschiedung des Präventionsgesetzes, welches eine verpflichtende Impfberatung für Eltern von Kindern vorsieht, bevor diese zum ersten Mal die Kita besuchen.

4 Übergewicht und Adipositas

Kurz gefasst

- Anteil der Schulneulinge mit Übergewicht/ Adipositas im Verlauf der letzten sieben Jahre annähernd gleich
- Differenzen zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund
- Erhebliche Unterschiede nach Sozialstatus und Stadtteilen
- Nahezu identische Werte für den Rhein-Kreis Neuss und NRW

Zur Definition von Übergewicht/Adipositas*/extremer Adipositas* im Kindes- und Jugendalter wird der sogenannte Body-Mass-Index* (BMI) herangezogen. Ein Forscherteam um K. Kromeyer-Hauschild, M. Wabitsch, D. Kunze et al. hat 2001 Untersuchungen veröffentlicht, bei denen eine große Anzahl an Jungen und Mädchen vermessen wurden. Aus den Daten haben die Experten Diagramme erstellt, die die Verteilung des Body-Mass-Index bezogen auf das Lebensalter bei Kindern darstellen. Man sieht bei den Diagrammen so genannte Perzentil-Kurven. Diese geben die Verteilung an. P50 bedeutet beispielsweise, dass 50 % der Kinder einen höheren und 50 % einen niedrigeren BMI haben. P3 bedeutet, dass 3 % der Kinder einen besonders niedrigeren BMI haben. Übergewicht ist definiert ab P90 (der 90. Perzentile), Adipositas ab der 97. Perzentile und extreme Adipositas ab der 99,5. Perzentile. Bei der Definition von Über-/ Unter- bzw. Normalgewicht (10. bis 90. Perzentile) handelt es sich also eher um eine statistische Zuordnung, als um eine medizinische Bewertung.

Trotzdem ermöglicht diese Einteilung von Kromeyer-Hauschild et al. eine Vergleichbarkeit von sozialen Gruppen oder Regionen.

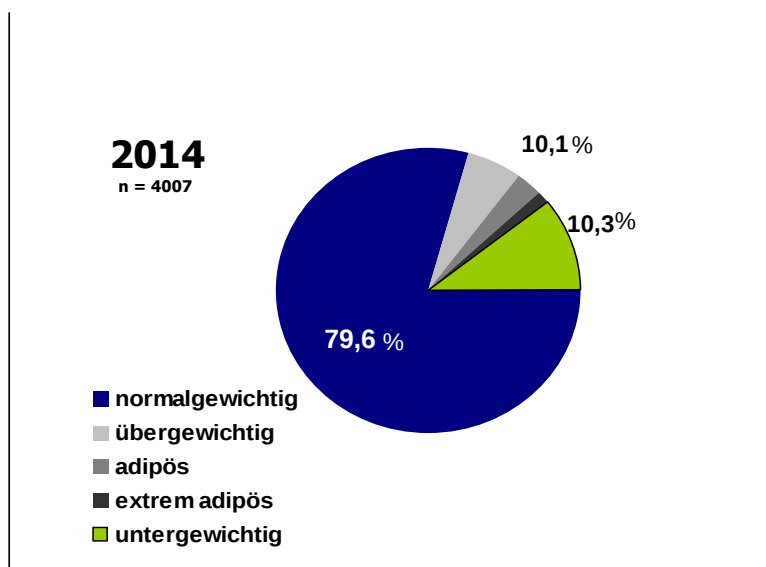


Abb.12 Gewichtsverteilung

Im Jahr 2014 gab es im Rhein-Kreis Neuss 10,1 % übergewichtige/adipöse, 79,6 % normalgewichtige und 10,3 % untergewichtige Kinder (Abb.12). Damit wich die Verteilung nicht wesentlich von denen in den Jahren 2007 und 2011 ab. Trendentwicklungen sind in der leichten Zunahme des Untergewichtes und der leichten Abnahme des Übergewichtes/der Adipositas zu sehen (Abb.13).

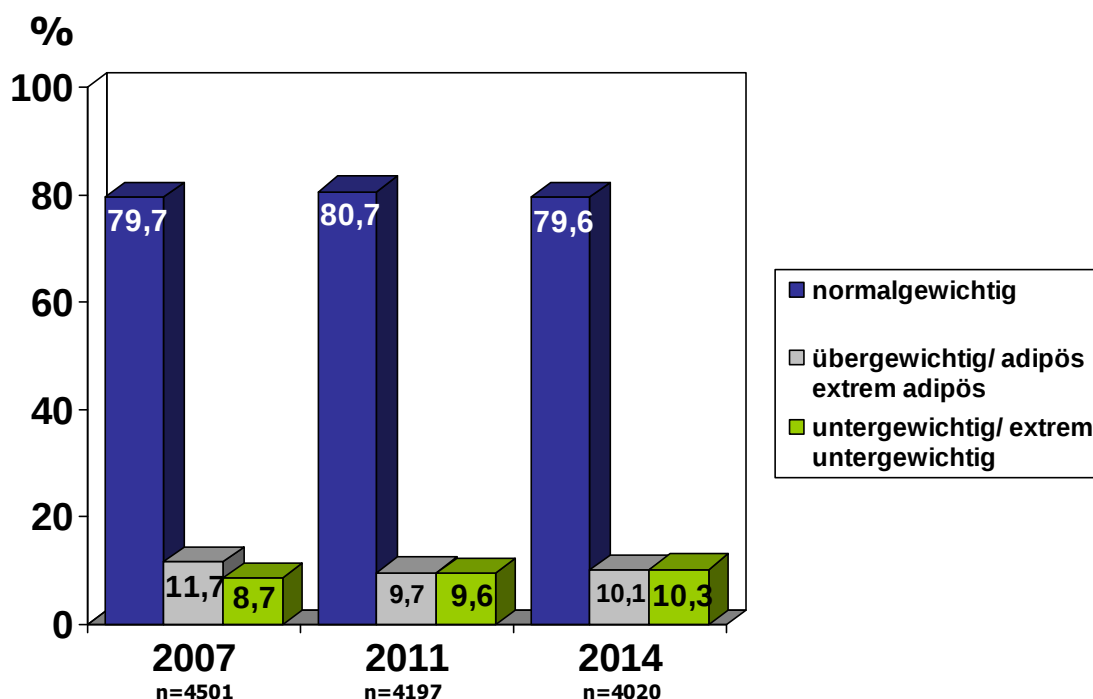


Abb. 13 Gewichtsverteilung – Zeitverlauf

Differenzierte Auswertungen zeigen, dass es zwischen sozioökonomischen Faktoren und Übergewicht einen Zusammenhang gibt. Kinder von Müttern mit hohem Bildungsniveau sind seltener übergewichtig/adipös als Kinder von Müttern mit niedrigem Abschluss (Abb.14). Gleiches gilt für Kinder von erwerbstätigen Vätern im Vergleich zu Kindern von arbeitslosen Vätern (Abb. 15).

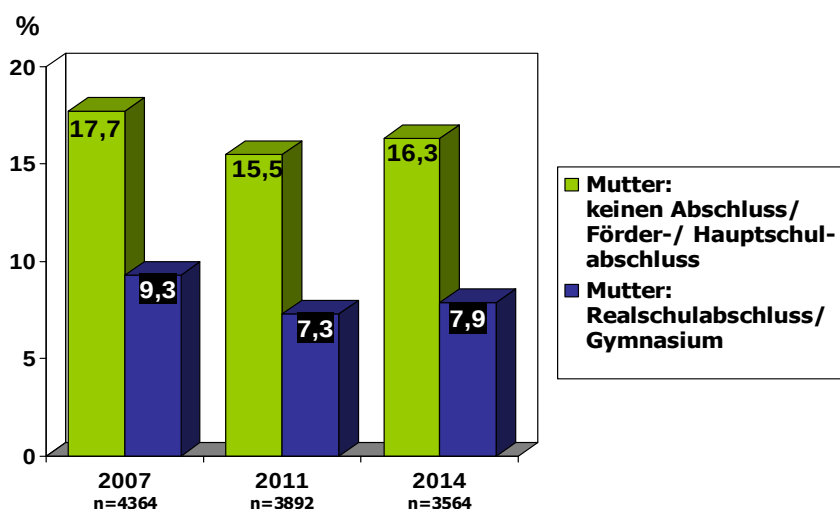


Abb. 14 Übergewicht/Adipositas/nach Schulbildung der Mutter - Zeitverlauf

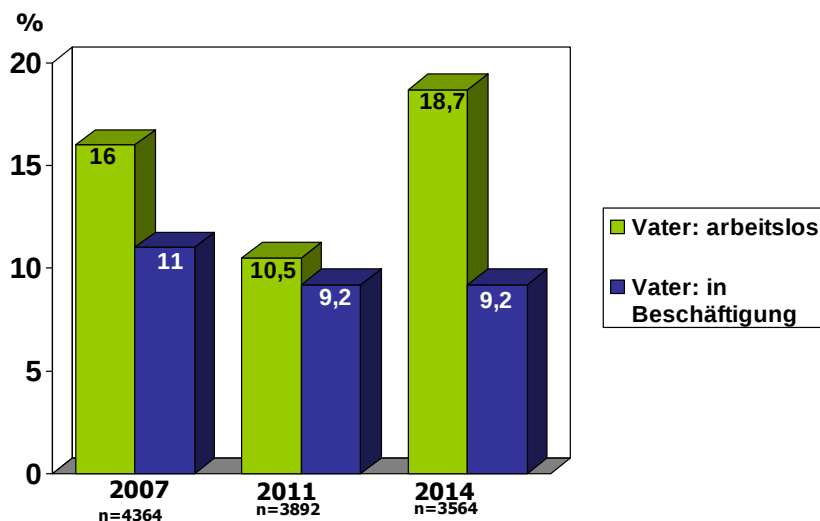


Abb. 15 Übergewicht/Adipositas/nach Beschäftigung des Vaters - Zeitverlauf

Abbildung 16 zeigt erfreulicherweise die Abnahme der übergewichtigen, adipösen, extrem adipösen Fünf- bis Sechsjährigen in den vergangenen sieben Jahren: stärker bei den Kindern mit Migrationshintergrund als ohne Migrationshintergrund.

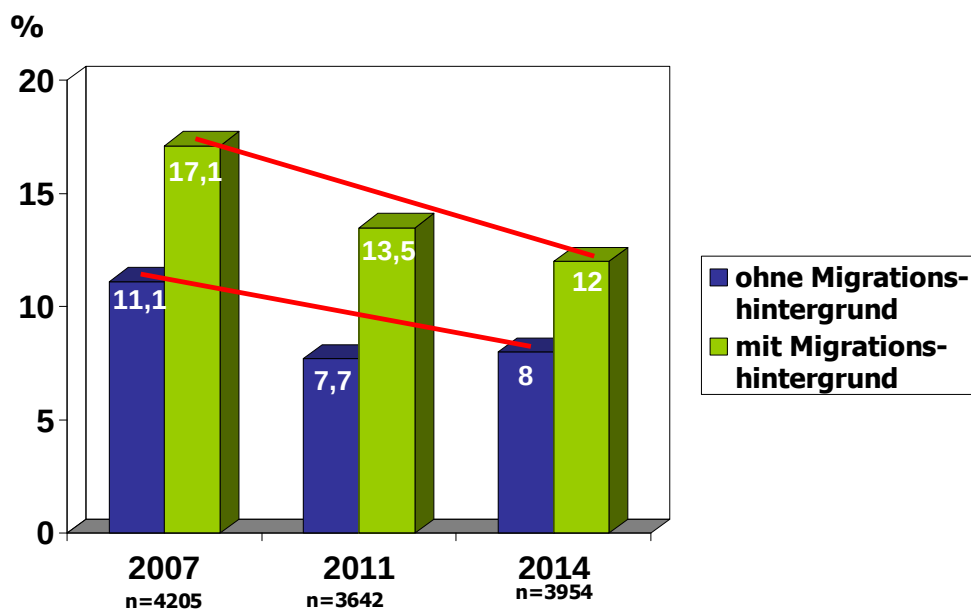


Abb.16 Übergewicht/Adipositas nach Migrationshintergrund - Zeitverlauf

Auf Stadt-/Gemeindeebene zeigen sich deutliche Unterschiede in Abb.17.

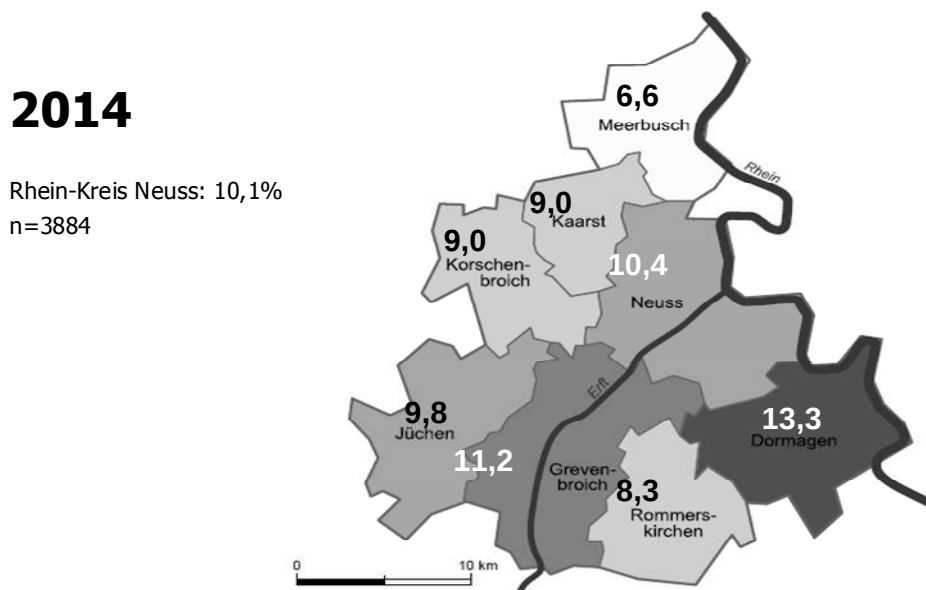


Abb. 17 Übergewicht/Adipositas/extreme Adipositas nach Städten und Gemeinden

Empfehlungen

- Weiterführung der präventiven Interventionsprogramme des Kreisgesundheitsamtes zum Thema Übergewicht/Adipositas wie z.B. „doppelt gesund in der Schwangerschaft“, zum Thema Bewegung im Rahmen der Fitnetz-Olympiade, Ausbau der lokalen Sportvereinangebote, Wahrnehmung der Schulangebote

5 Untergewicht

Kurz gefasst

- Etwa gleich viele untergewichtige Kinder wie übergewichtige/adipöse
- Untergewicht eher bei Kindern ohne Migrationshintergrund und bei Eltern mit höherem Bildungsniveau
- Eklatante regionale Unterschiede

In Deutschland gibt es unterernährte Kinder. Untergewicht darf jedoch nicht mit Unterernährung gleichgesetzt werden! Wenn ein Kind Untergewicht hat, heißt es zunächst erst einmal nur, dass das Kind zu den 10 % der Kinder gehört, die einen BMI haben, der unterhalb des BMI der übrigen 90 % der Kinder in Deutschland liegt.¹

Untergewicht weisen Kinder mit einem BMI ab der 10. Perzentile auf. Bis zur dritten Perzentile findet man Kinder mit starkem Untergewicht. Also gelten 3 % der Kinder mit dem niedrigsten BMI als extrem untergewichtig.

Leider gibt es zum Untergewicht von Kindern kaum evidenzbasierte Datenerhebungen.

Aufgrund dieser Tatsache hat 2014 eine Mitarbeiterin der Universität Düsseldorf im Anschluss an die Schulneulingsuntersuchung gemeinsam mit den Eltern standardisierte Fragebögen anonymisiert ausgefüllt oder die Eltern haben die Fragebögen später zugesandt. Einige Ergebnisse zum Untergewicht der Schulneulinge aus dem Rhein- Kreis Neuss sind im Folgenden aufgeführt:

- Der Anteil der untergewichtigen Kinder in der Stadt Neuss ist mit 12,2 % leicht erhöht.
- Der Anteil der untergewichtigen Kinder aus der Stadt Meerbusch ist stark erhöht. Er entspricht mit 17,2 % fast dem Doppelten dessen, was nach der üblichen Verteilung zu erwarten wäre. Wenn man den WHO Standard zu Grunde legt, haben wir in Meerbusch 4 % Kinder mit (extremem) Untergewicht (18 Kinder). Auch dieser Anteil ist doppelt so hoch wie erwartet.

In allen anderen Städten gilt der Anteil an untergewichtigen Kindern als unauffällig.

¹ (Quelle: http://www.t-online.de/eltern/gesundheit/id_66717540/untergewicht-wann-ein-kind-wirklich-zu-wenig-wiegt.html)

Die Ergebnisse der Schulneulingsuntersuchungen des Rhein-Kreises Neuss zeigen in Abb. 18, dass das Untergewicht nicht geschlechtsspezifisch vorkommt.

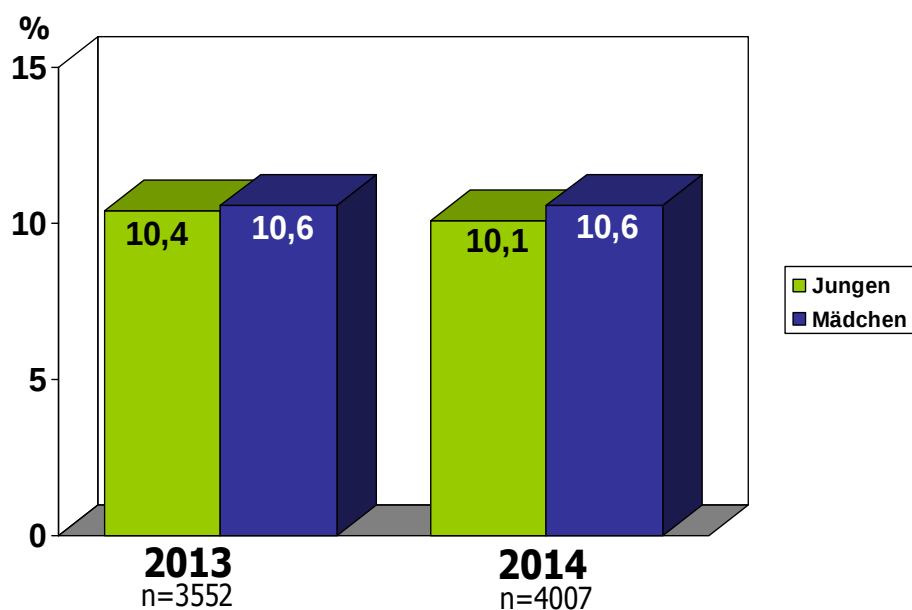


Abb.18 Untergewicht nach Geschlecht

Auch der Migrationshintergrund spielt keine Rolle (Abb. 19).

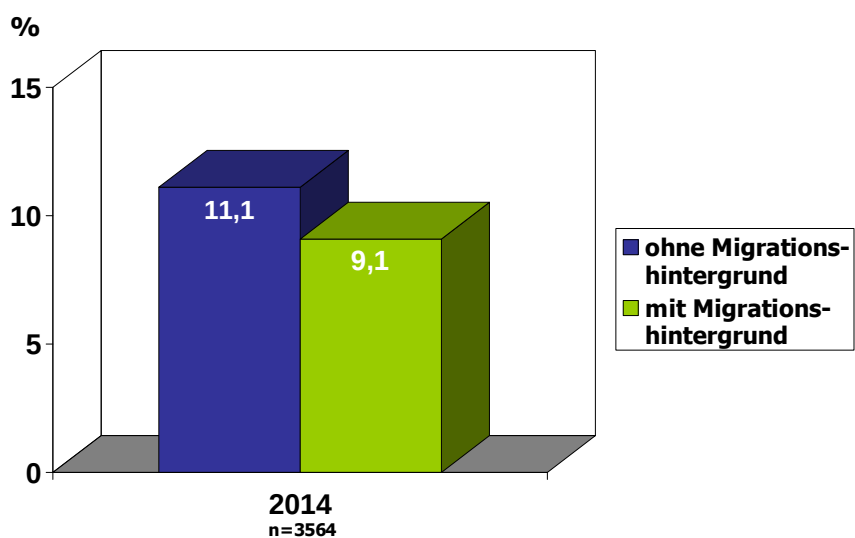


Abb. 19 Untergewicht nach Migrationshintergrund

Kinder mit Untergewicht wachsen häufiger bei Müttern mit höherem Schulabschluss bzw. berufstätigen Vätern auf. (Abb. 20 und Abb.21).

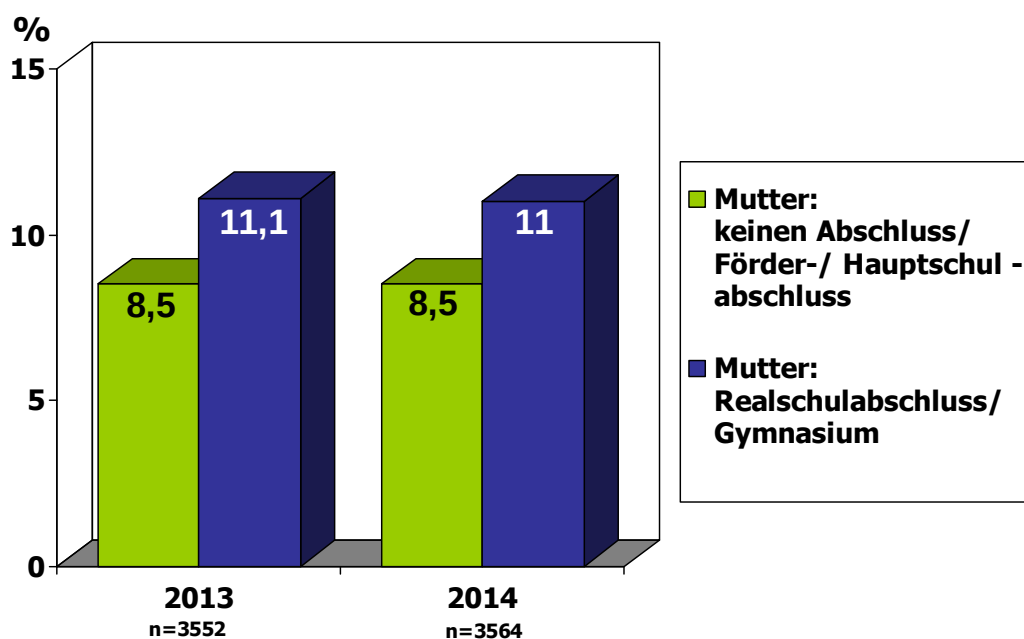


Abb. 20 Untergewicht nach Schulbildung der Mutter

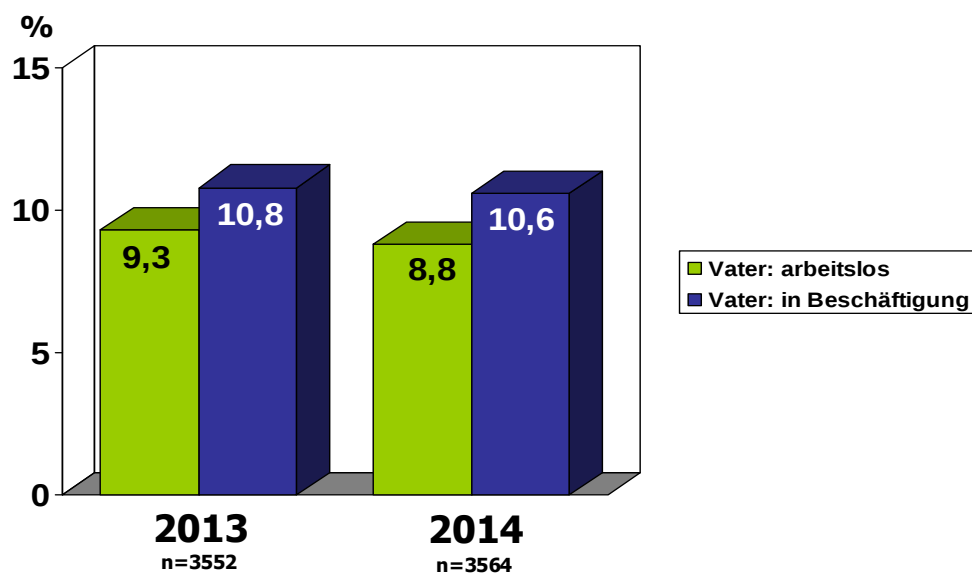


Abb. 21 Untergewicht nach Beschäftigung des Vaters

Extreme Unterschiede sind in Abb. 22 stadtteildifferenziert und auch auf der Stadt-/Gemeindeebene in Abb. 23 zu erkennen. Bei dem Merkmal Untergewicht lassen sich die zwischen den einzelnen Kommunen bestehenden Unterschiede statistisch verifizieren.

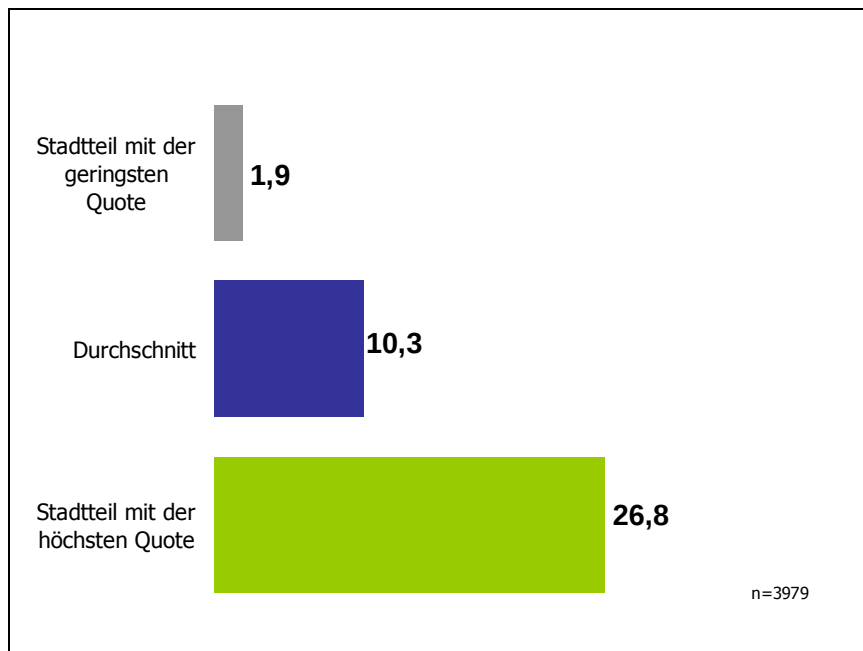


Abb. 22 Untergewicht nach Stadtteilen

2014

Rhein-Kreis Neuss: 10,3%
n=4007

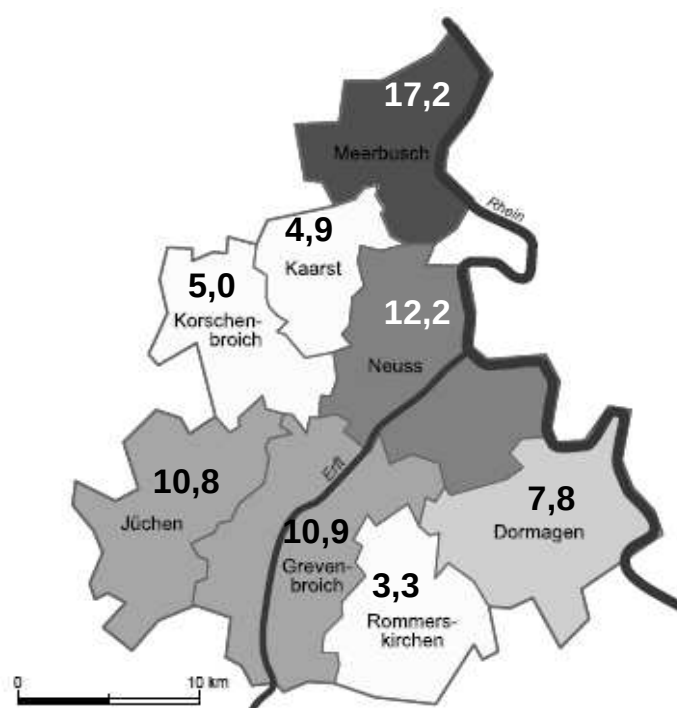


Abb. 23 Untergewicht nach Städten und Gemeinden

Empfehlungen

- Erarbeitung weiterer Ausschlusskriterien, Konsequenzen und Präventionsmaßnahmen für das Vorkommen des Untergewichtes in enger Zusammenarbeit mit der Heinrich – Heine - Universität Düsseldorf, der Stadt Meerbusch und dem Rhein – Kreis Neuss
- Weiterleitung des mangelernährten Kindes an den niedergelassenen Kinder-/Jugendarzt zur weiteren Diagnostik

6 Verhaltensauffälligkeiten

Kurz gefasst

- Stagnation des Anteils der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten
- große sozioökonomische und regionale Unterschiede

Die Verbreitung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen gewinnt in den letzten Jahren in der breiten Öffentlichkeit zunehmend an Aufmerksamkeit.

„Schwierige“ Kinder wurden und werden mit den vielfältigsten Bezeichnungen umschrieben. Allgemein kann festgestellt werden, dass Verhaltensauffälligkeiten in ihrer Intensität und Dauer so groß sind, dass das Kind daran gehindert wird, altersgerechte Entwicklungsaufgaben angemessen zu bewältigen.

Unter „Kindern mit Verhaltensauffälligkeit“ werden im Rahmen der Schulneulingsuntersuchung des Rhein-Kreises Neuss Kinder zusammengefasst, die z.B. durch Aggressivität, motorische Unruhe, Konzentrationsschwäche, Frustrationsintoleranz, extreme Ängstlichkeit oder eine emotionale Störung auffallen. Eine von den Kinderärzten des Gesundheitsamtes erfasste Verhaltensauffälligkeit ist jedoch keine nach ICD 10 diagnostizierte psychische Störung.

10,5 % der untersuchten Schulneulinge im Rhein-Kreis Neuss wiesen nach Beurteilung der untersuchenden Kinderärzte des Kreisgesundheitsamtes und nach Durchsicht von Befunden aus den Früherkennungsheften im Jahr 2014 eine Auffälligkeit im Verhalten auf (Abb. 24).

Von den Kindern mit auffälligem Verhalten hatten die meisten eine Konzentrationsstörung (262 Kinder) oder /und wiesen eine motorische Unruhe auf (172 Kinder).

Verhaltensauffälligkeiten

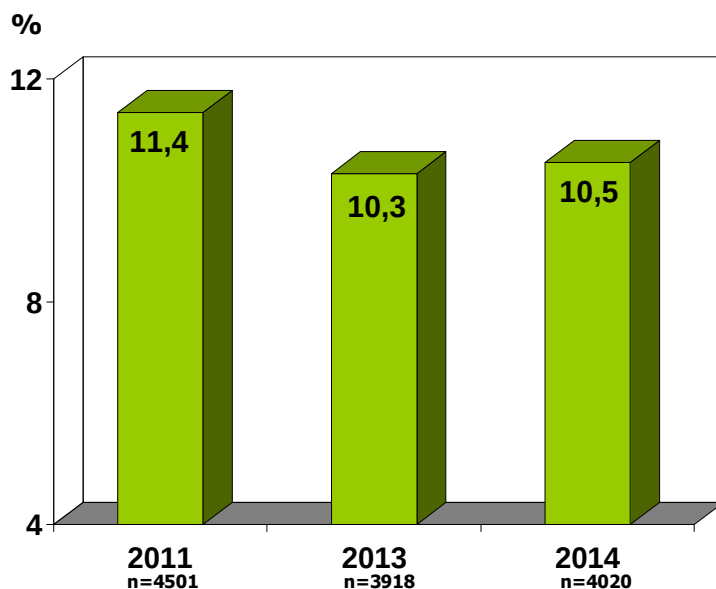


Abb.24 Verhaltensauffälligkeiten – Zeitverlauf

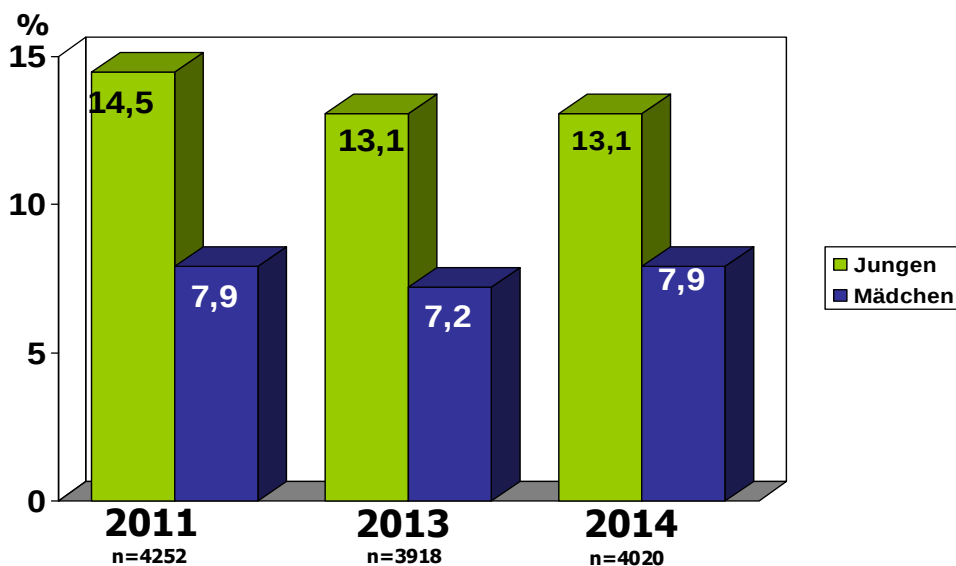


Abb. 25 Verhaltensauffälligkeiten nach Geschlecht - Zeitverlauf

Abb. 25 bestätigt, dass in den letzten Jahren sehr viel mehr Jungen mit Verhaltensauffälligkeiten in die Schule gehen als Mädchen.

Kinder mit Migrationshintergrund zeigen häufiger ein auffälliges Verhalten als Kinder ohne Migrationshintergrund (Abb. 26). Dieser Unterschied ist nicht ganz so groß wie der geschlechtsspezifische.

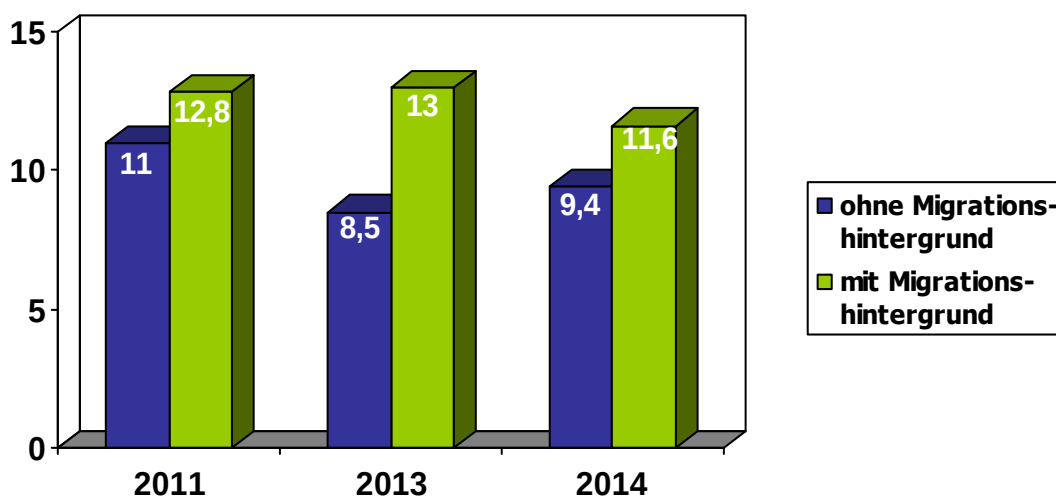


Abb.26 Verhaltensauffälligkeiten nach Migrationshintergrund - Zeitverlauf

Schaut man sich das soziale Umfeld der Kinder an, so fällt auf, dass die verhaltensauffälligen Kinder vor allem in den Familien zu finden sind, in denen die Mutter keinen Schulabschluss oder einen Förder-/bzw. Hauptschulabschluss hat (Abb. 27) bzw. der Vater arbeitslos ist (Abb. 28).

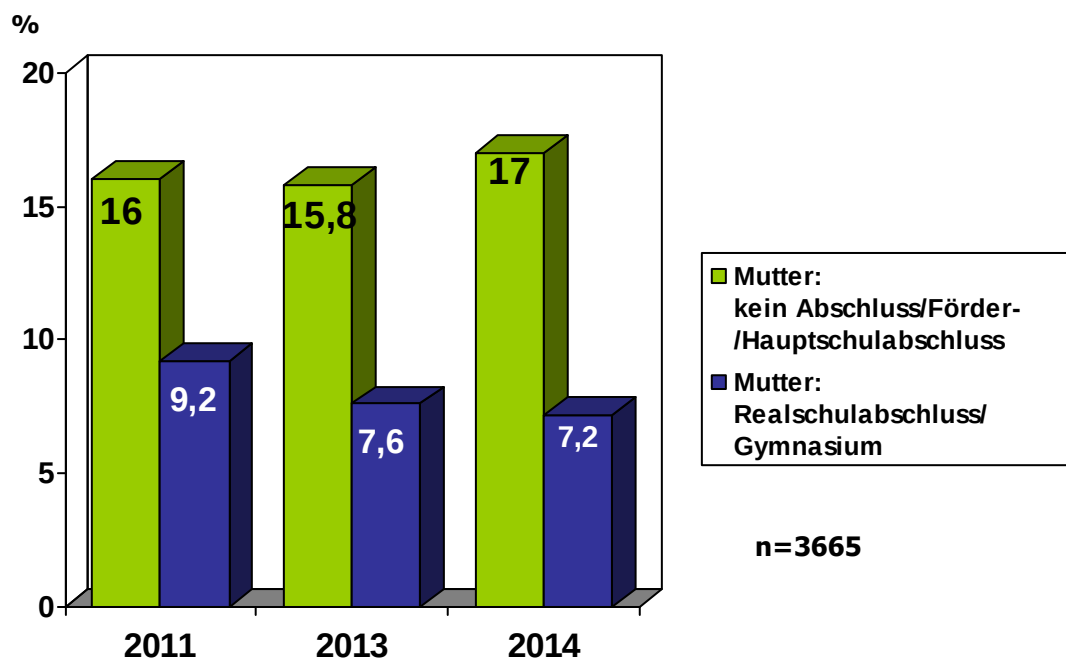


Abb. 27 Verhaltensauffälligkeiten nach Schulbildung der Mutter – Zeitverlauf

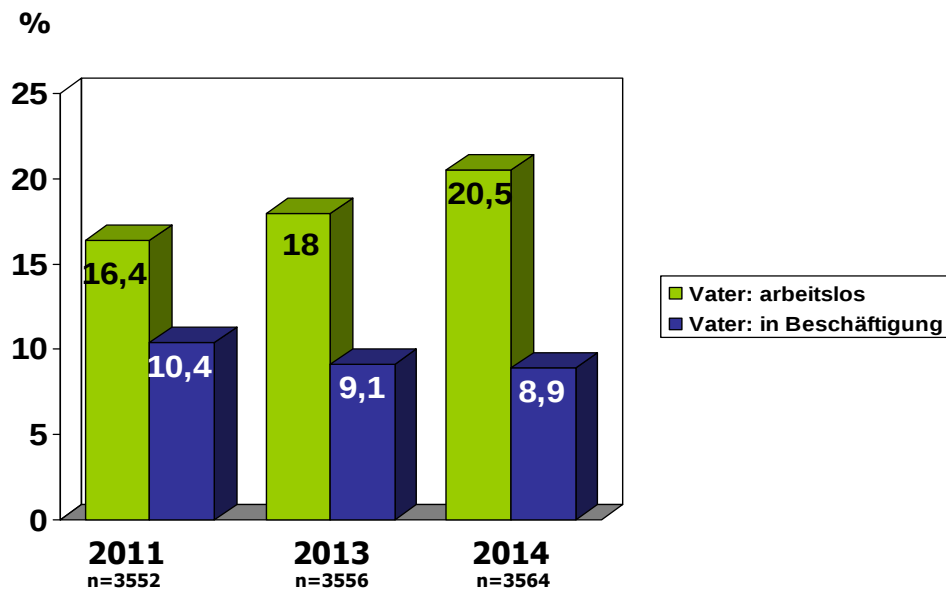


Abb.28 Verhaltensauffälligkeiten nach Beschäftigung des Vaters - Zeitverlauf

Unterschiede gibt es erwartungsgemäß in den einzelnen Städten und Gemeinden (Abb. 29). Bei letzteren sind die Differenzen sogar statistisch evident.

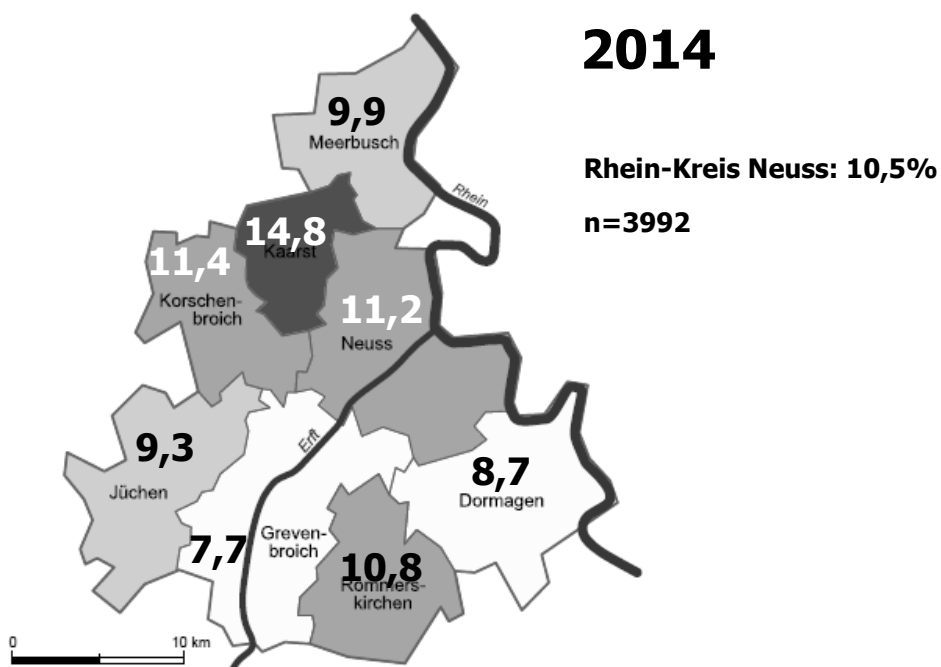


Abb.29 Verhaltensauffälligkeiten nach Städten und Gemeinden

Empfehlungen

- Sensibilisierung, Information und Aufklärung von Erzieherinnen, Eltern und den Interaktionspartnern der Kinder über Umgang und Therapie von auffälligem kindlichen Verhalten
- Information über die Beratungs- und Hilfsangebote für Eltern bei den Familien- und Erziehungsberatungsstellen sowie Jugendämtern (z.B. das Neusser Eltern-Fachkräftetraining ADHS (NEFTA))
- Elterliche Wahrnehmung von Bindungstraining (z.B. „wir2“), Elternernährungskompetenztraining (z.B. „Triple P“) etc.
- Ausbau der Netzwerkarbeit zwischen Gesundheitshilfe, Jugendhilfe, Sozialhilfe und Bildungseinrichtungen

7 Sprachdefizite

Kurz gefasst

- Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten im Rhein-Kreis Neuss leicht zurückgegangen, trotzdem immer noch auf hohem Niveau
- Sprachdefizite sowohl bei Kindern mit als auch ohne Migrationshintergrund
- größere sprachliche Defizite bei Kindern von arbeitslosen Vätern und von Müttern mit niedrigem Schulabschluss

Der Spracherwerb läuft bei jedem Kind individuell ab. Das Kind verfügt zuerst über das Sprachverständnis und produziert anschließend die aktive Sprache. Zu Schulbeginn ist die Sprache im Erlernen der Grundstruktur seit längerem abgeschlossen, eine kontinuierliche weitere Ausdifferenzierung erfolgt bis zur Pubertät.

Allgemeine Entwicklungsstörungen, Hör- und Hirnreifstörungen, familiäre „Sprachlosigkeit“ mit mangelnder Sprachförderung sowie körperliche/geistige Behinderungen können die Ursache für Sprachdefizite sein.

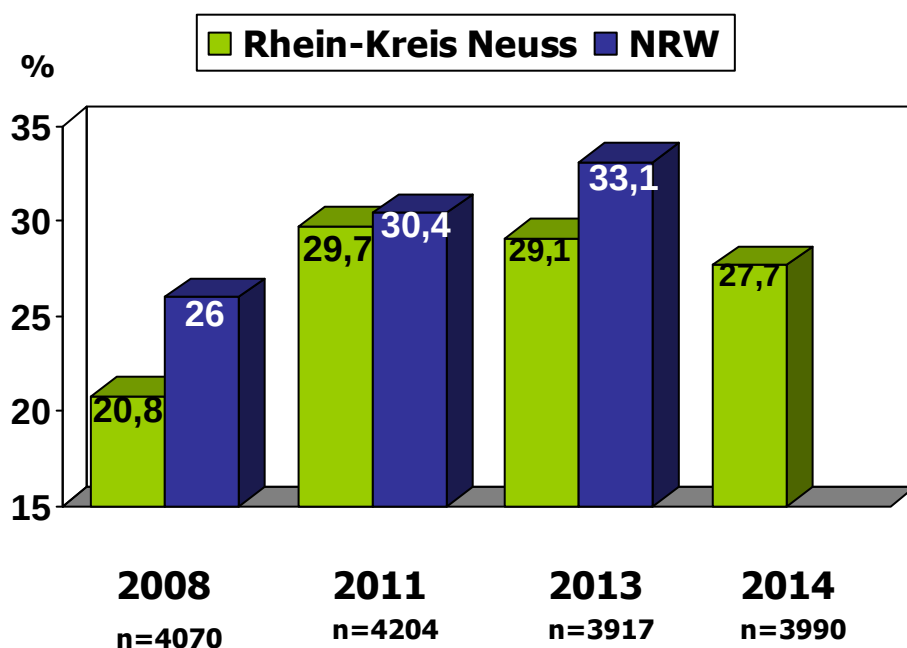


Abb.30 Sprachdefizite im Rhein – Kreis Neuss/NRW

Im Rhein-Kreis Neuss weisen im Jahr 2014 27,7 % der Schulneulinge Sprachdefizite auf (Abb. 30, vgl.: 29,7 % im Jahr 2011 und 29,1 % im Jahr 2013). Im Gegensatz zur Trendentwicklung in NRW ist im Rhein – Kreis Neuss ein leichter Rückgang festzuhalten.

Bei den Kindern mit Sprachdefiziten sind deutlich mehr Jungen defizitär als Mädchen. Fast jeder dritte Junge ist betroffen (Abb. 31).

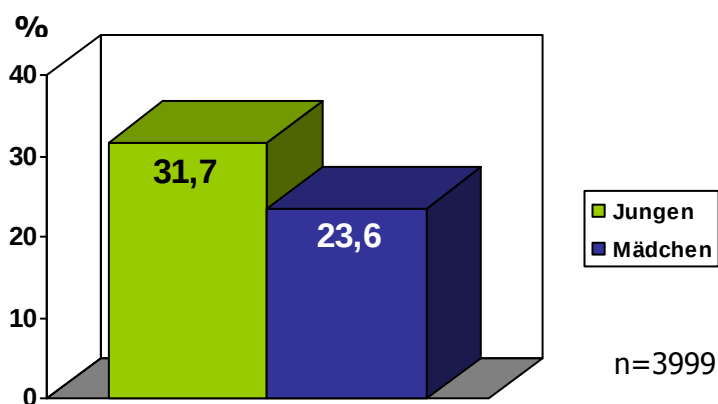


Abb.31 Sprachdefizite nach Geschlecht 2014

Kinder von Müttern mit niedrigem Bildungsabschluss bzw. von arbeitslosen Vätern haben fast zweimal so häufig Sprachdefizite wie Kinder aus einem bildungsnahen Haushalt (Abb.32/ 33).

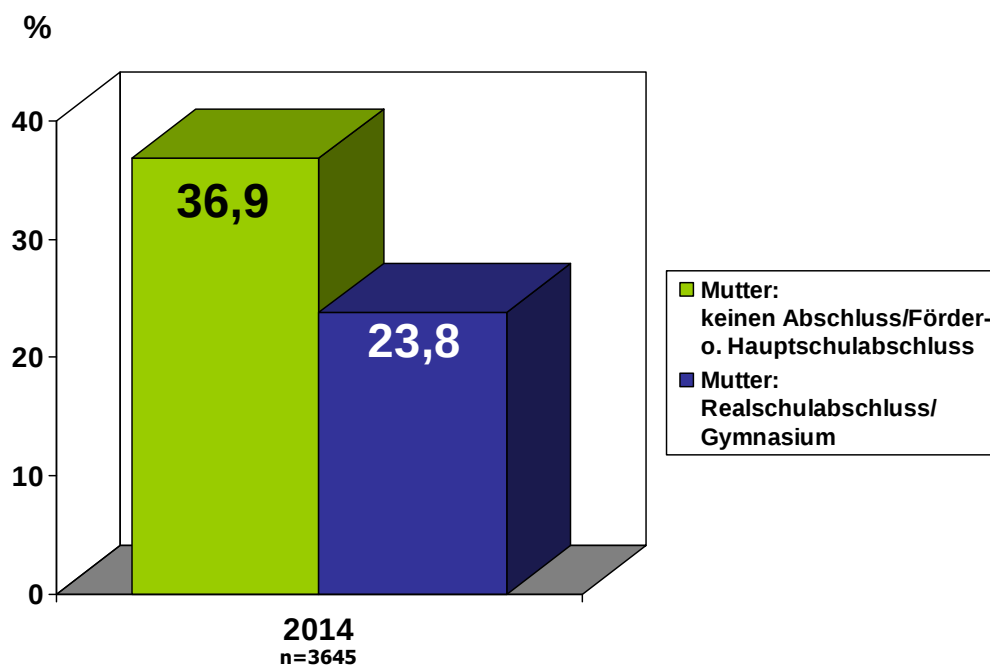


Abb.32 Sprachdefizite nach Schulbildung der Mutter

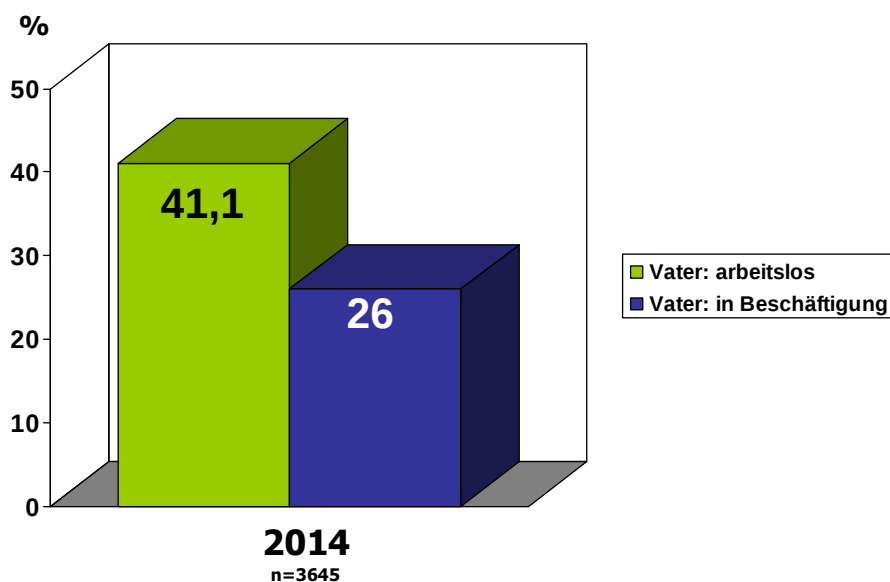


Abb.33 Sprachdefizite nach Beschäftigung des Vaters 2014

Die Ergebnisse der Sprachdefizite der Kinder mit und ohne Migrationshintergrund fallen leicht different aus: 30,1 % der Kinder mit und 26,2 % ohne Migrationshintergrund (Abb. 34). In beiden Gruppen hatten sich im Vergleich zu 2011 die Defizite etwas reduziert (2011: 32,3 % mit Migration, 28,6 % ohne Migrationshintergrund).

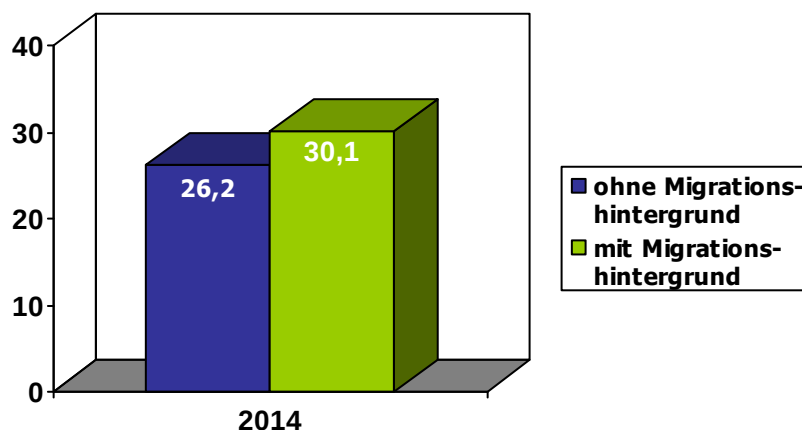


Abb. 34 Sprachdefizite nach Migrationshintergrund

Zwischen den Städten und Gemeinden gibt es große Unterschiede (Abb.38).

2014

Rhein-Kreis Neuss: 27,7%
n=3982

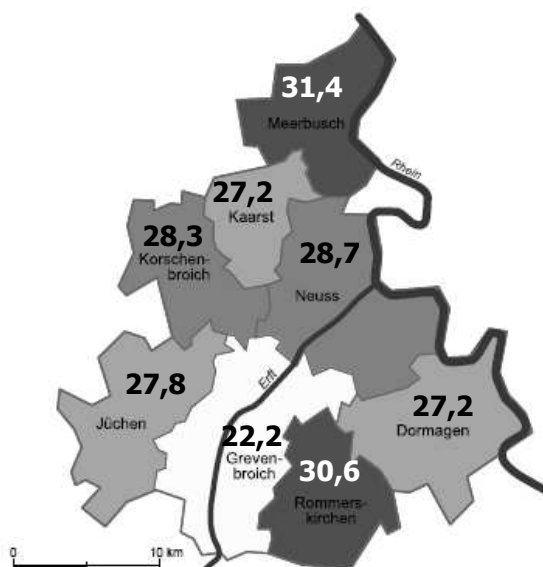


Abb.35 Sprachdefizite nach Städten und Gemeinden

Abb. 35 Sprachdefizite nach Städten und Gemeinden 2014

Empfehlungen

- Durch intensive Schwangeren-/Eltern-/Erzieherinnenschulungen Entwicklung von sehr gutem Wissen um eine optimale Sprachförderung - beginnend schon in der Schwangerschaft
- Ausbau der Weiterbildungen zur „Sprachförderung von Anfang an“ in Kindertagesstätten/Familienzentren – vor allem mit Hinsicht auf den steigenden Anteil der U3 - Kinder
- Qualifizierte Sprachberatungs- und Sprachtherapiestellen

8 Koordinationsstörungen

Kurz gefasst

- Auf hohem Niveau Stagnation der Anteil der Kinder
- Defizite bei Jungen deutlich größer
- Größere Defizite bei Kindern von arbeitslosen Vätern und Müttern mit niedrigem Schulabschluss

Im Rhein-Kreis Neuss weisen im Jahr 2014 17,5 % der Schulneulinge Koordinationsstörungen auf. Damit stagniert dieser Wert seit 2011 auf hohem Niveau (Abb. 36, vgl.: 17,6 % in 2013 und 18,7 % im Jahr 2011) und liegt fast im Landesdurchschnitt.

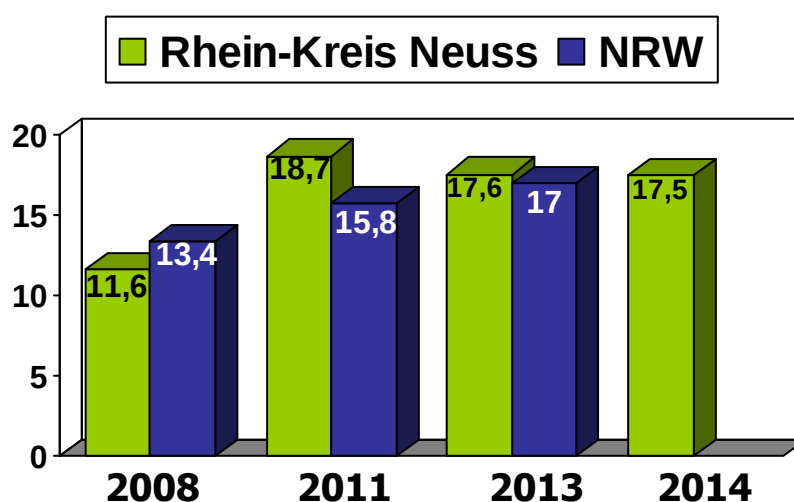


Abb.36 Koordinationsstörungen Rhein – Kreis Neuss/ NRW - Zeitverlauf

Die Mädchen zeigen deutlich weniger häufig Koordinationsstörungen und schneiden mit 12,7 % eindeutig besser ab als die Jungen (22,2 %) Abb. 37.

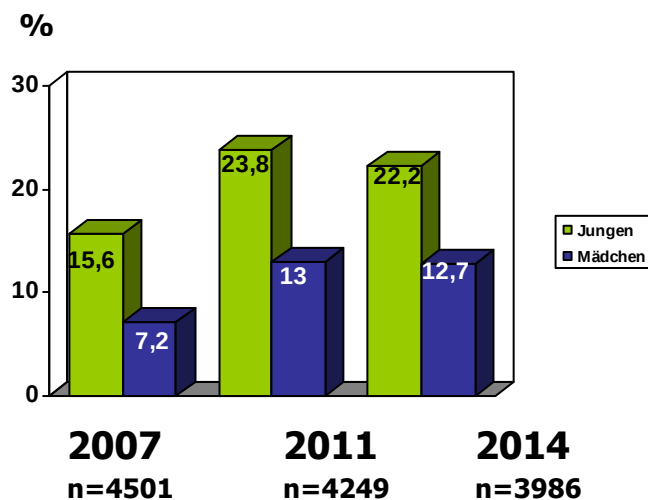


Abb.37 Koordinationsstörungen nach Geschlecht - Zeitverlauf

Wie man in den Abb. 38/39 erkennen kann, haben Kinder, deren Mütter einen niedrigen Schulabschluss haben bzw. deren Väter nicht berufstätig sind, häufiger Koordinationsstörungen.

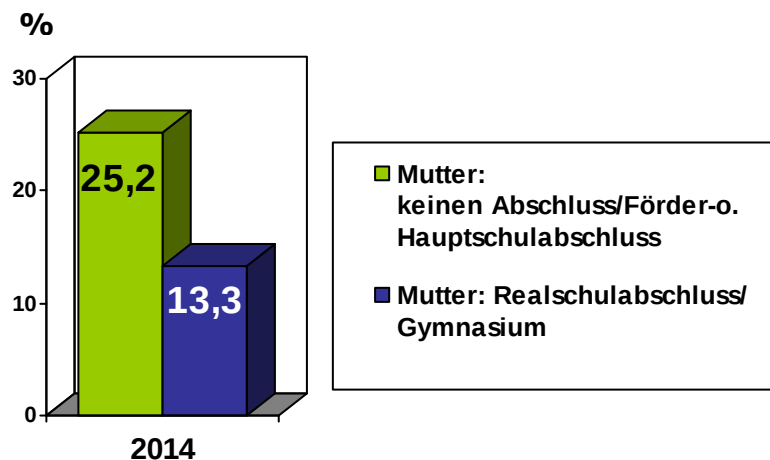
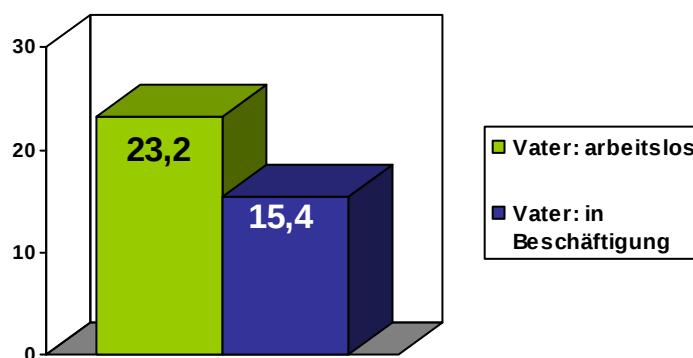


Abb.38 Koordinationsstörungen nach Schulbildung der Mutter



2014 n=3541

Abb.39 Koordinationsstörungen nach Beschäftigung des Vaters

Geringe Unterschiede zwischen den Kindern ohne und mit Migrationshintergrund liegen vor (Abb. 40).

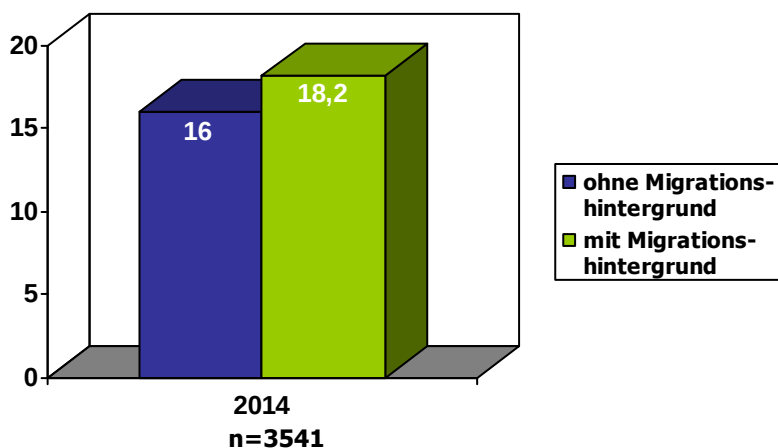


Abb. 40 Koordinationsstörungen nach Migrationshintergrund

In Abb. 41 ist der Unterschied in den einzelnen Städten und Gemeinden erkennbar.

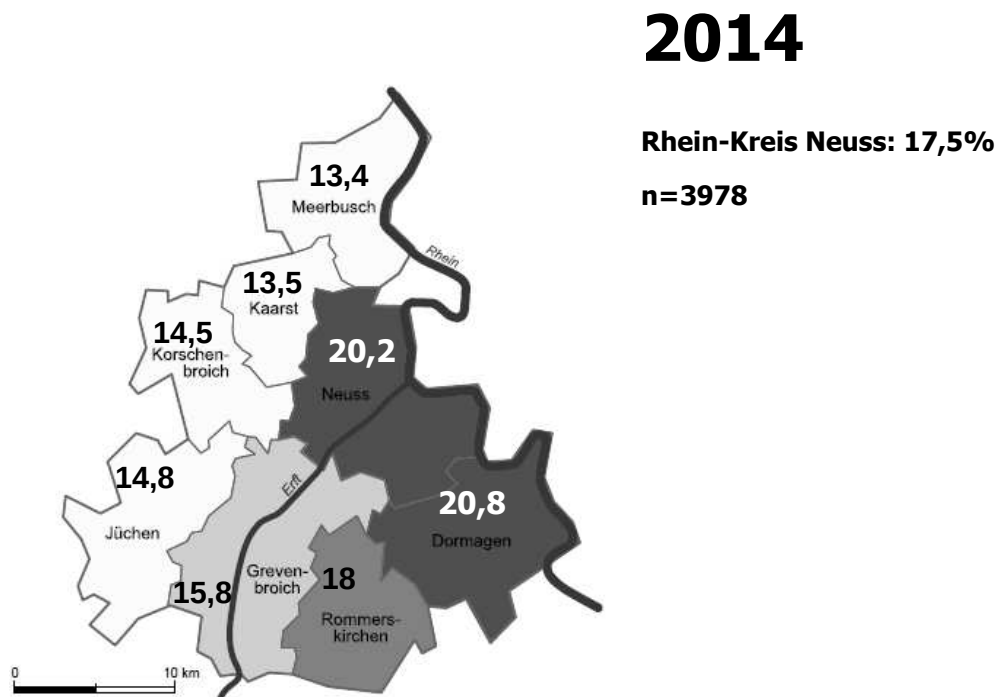


Abb.41 Koordinationsstörungen nach Städten und Gemeinden

Empfehlungen

- Motivation der Eltern zu mehr Bewegung und Sport, Aktivierung der Vorbildfunktion
- Bewegungsfortbildung der ErzieherInnen in Familienzentren vor allem für U3 – Kinder mit Eltern
- Gestaltung eines spiel- und bewegungsfreudigen Innen- und Außenbereiches in den Kindertagesstätten

9 Medienkonsum

Der richtige Umgang mit Medien ist in der heutigen Zeit kein Kinderspiel mehr. Mediennutzung kann den Alltag bereichern, aber Medien verbrauchen auch Zeit und Geld. Bei intensiver Mediennutzung können sich die Menschen in der Familie von einander entfernen und sie unterliegen den ständig neuen Reizen und Inhalten, die sogar angstauslösend sein können. Manche Kinder, Jugendliche und Erwachsene ziehen sich mehr und mehr aus der Wirklichkeit zurück.

Nach der Schulneulingsuntersuchung werden die Eltern nach der Mediennutzung ihrer Kinder gefragt. Im Rhein – Kreis Neuss nutzen schon 8,4 % der Schulneulinge täglich über zwei Stunden Medien (Abb.42).

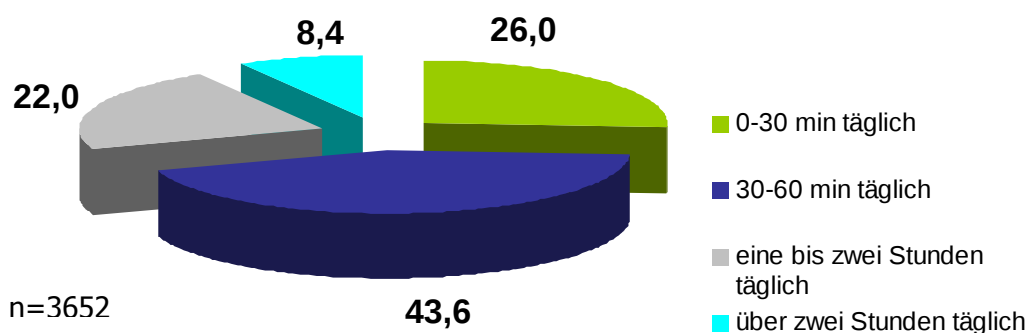


Abb.42 Medienkonsum

Wenn die Schulbildung der Mutter niedrig ist und der Vater keiner Beschäftigung nachgeht, ist der Medienkonsum der 5- bis 6-Jährigen mit mehr als zwei Stunden/Tag sehr hoch (Abb.43/44).

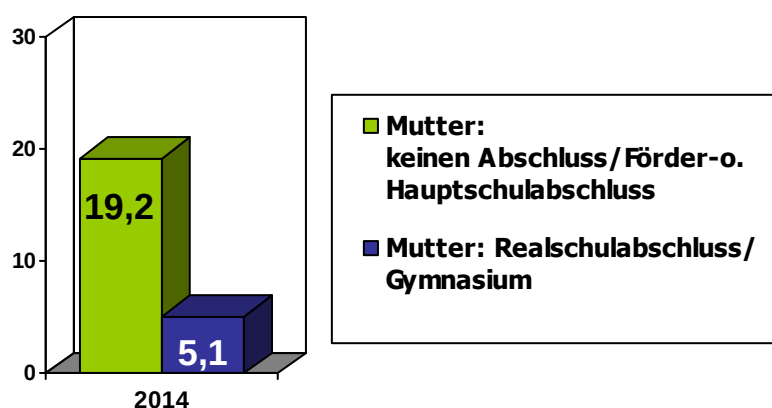


Abb.43 Medienkonsum nach Schulbildung der Mutter

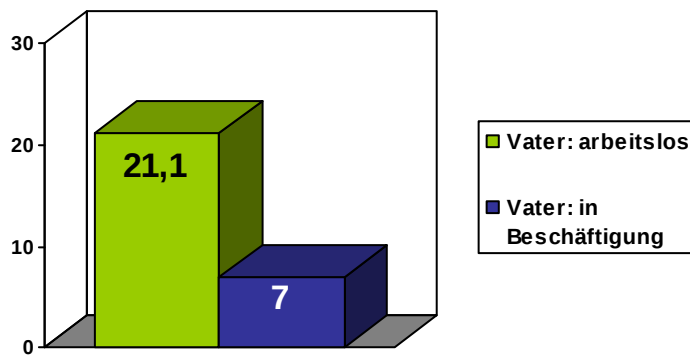


Abb.44 Medienkonsum nach Beschäftigung des Vaters 2014

Ein leicht höherer Anteil von Jungen als Mädchen beschäftigt sich schon im Alter von fünf bis sechs Jahren täglich über zwei Stunden mit den Medien(Abb48).

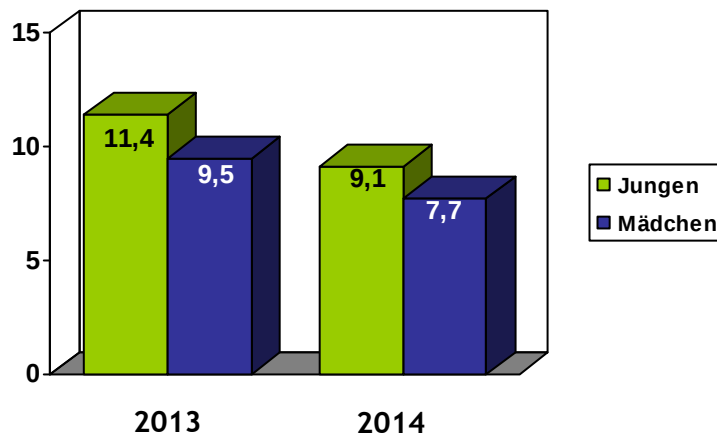


Abb.45 Medienkonsum über 2 Stunden/Tag nach Geschlecht

Empfehlungen:

- Aufklärung der Eltern über Mediennutzung in der Familie
- Medienkompetenzen der Eltern durch Veranstaltungen unterstützen
- Stärkung der Vorbildfunktion der Eltern

10 Zahngesundheit

Der Zahnärztliche Dienst führt im Rahmen des Arbeitskreises Zahngesundheit Rhein-Kreis Neuss die Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V in den Kindergärten, Schulen und Behinderteneinrichtungen durch. Mitglieder im Arbeitskreis sind neben dem Rhein-Kreis Neuss die gesetzlichen Krankenkassen, die Zahnärztekammer Nordrhein und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein. Grundlage hierfür ist die vertragliche Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe, nach der sich die Krankenkassen an den Gesamtkosten mit 40 % beteiligen.

Im Schuljahr 2013/14 hat der Zahnärztliche Dienst des Kreisgesundheitsamtes insgesamt 19.132 Schulkinder untersucht, hiervon 219 mehrfach. Dabei waren die Schulzahnärzte hauptsächlich an den Grundschulen und den 5. und 6. Klassen der Haupt-, Real- und Gesamtschulen unterwegs. In den Gymnasien wurde auf eine Untersuchung verzichtet, da hier erfahrungsgemäß die Zähne sehr gut sind und eine hohe Anzahl Schüler aufgrund kieferorthopädischer Behandlung in regelmäßiger Überwachung sind. Nur in besonderen Risikoeinrichtungen wurden auch ältere Schüler untersucht. Die Zahngesundheit zeigte sich wiederholt auf einem guten Stand:

Der Anteil der naturgesunden Schulneulinge (6-7-Jährige), also Kindern die noch nie ein Loch im Zahn hatten, hat sich weiter leicht verbessert und liegt nun bei 59,5 %. Die durchschnittliche Anzahl von Milchzähnen mit Karieserfahrung pro Kind (dmf-t) zeigte sich in dieser Altersgruppe mit einem Wert von 1,54 ebenfalls auf einem guten Niveau.

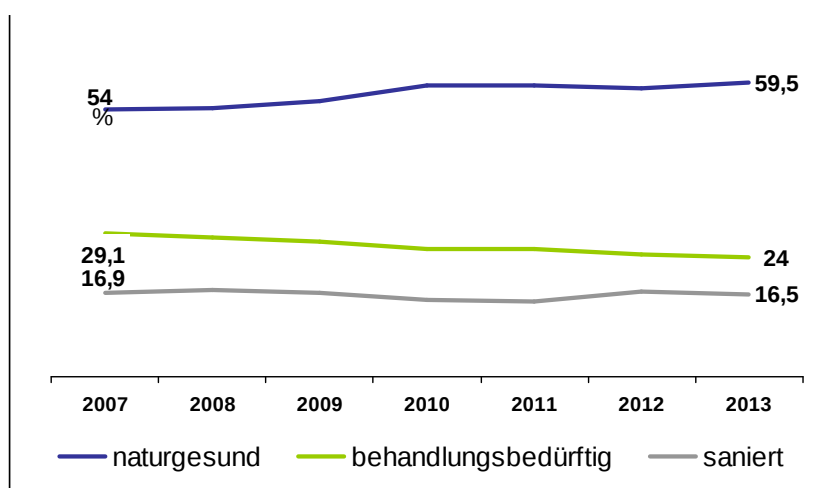


Abb.46 Zahngesundheit bei Schulneulingen - Zeitverlauf

Bei allen Mädchen und Jungen wurde der Zahnbefund elektronisch erfasst und ausgewertet.

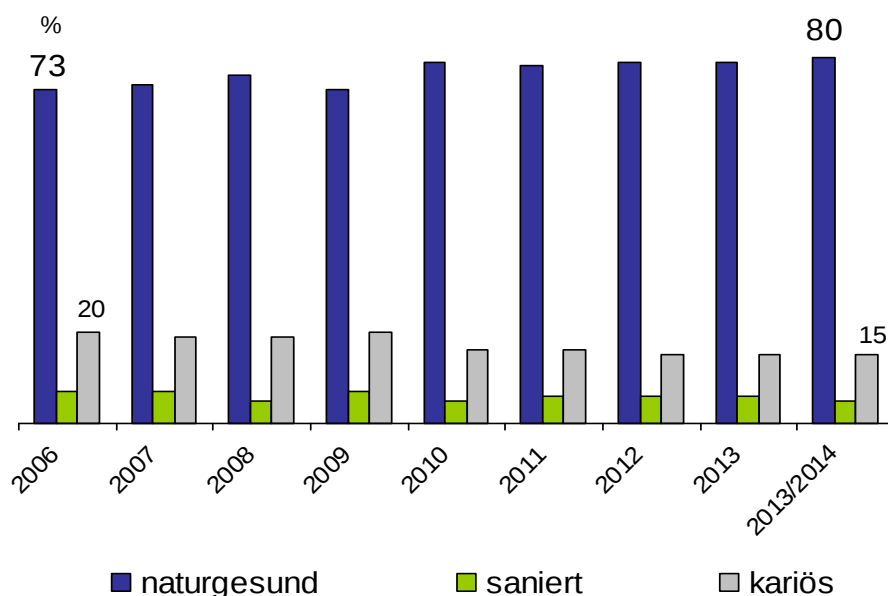


Abb.47 Zahngesundheit Kindergarten-Kinder - Zeitverlauf

Im Kindergartenjahr 2013/2014 haben die Zahnärzte des Kreisgesundheitsamtes 10563 Kindergartenkinder im Rhein-Kreis Neuss untersucht. Die Kinder waren im Schnitt zwischen einem Jahr und 7 Jahre alt. Durch den Ausbau der Betreuung für unter Dreijährige hat die Anzahl der Kleinsten in den Kindertagesstätten zugenommen.

Die Ergebnisse zeigen seit 2006 nur geringe Veränderungen. Die Entwicklung bis zum Kindergartenjahr 2013/2014 zeigt leichte Verbesserungen auf hohem Niveau. 80 % der Kindergartenkinder hatten ein gesundes Milchgebiss, 15 % der Kinder hatten behandlungsbedürftige Zähne und 5 % sanierte Zähne.

Der Sanierungsgrad (dieser bezeichnet das Verhältnis der gefüllten bzw. extrahierten Milchzähne zu kariösen Zähnen in einem Gebiss) liegt bei 43 %. Damit ist der Sanierungsstand der Milchzähne grundsätzlich als unzureichend einzuschätzen. Die durchschnittliche Anzahl von Milchzähnen mit Karieserfahrung (dmf-t) liegt bei 0,8. Die Kindergartenkinder in Korschenbroich und in Meerbusch haben die geringste Karieserfahrung; in Dormagen und Neuss ist der Wert am höchsten, gefolgt von Grevenbroich und Rommerskirchen.

11 Chancengleichheit für Schulneulinge Alleinerziehender?

Das folgende Kapitel behandelt die Datenlage von Schulneulingen unter dem Gesichtspunkt des Status alleinerziehender Personen. Es handelt sich um eine orientierende Betrachtungsweise, die den Leser auf entsprechende mögliche Zusammenhänge hinweisen soll. Inwieweit andere soziale Faktoren hierbei ebenfalls Einfluss genommen haben, muss aufwändigeren Auswertungen überlassen bleiben.

In Deutschland lebten 2012 rund 1,6 Millionen Alleinerziehende mit 2,2 Millionen Kindern. Jede fünfte Familie ist alleinerziehend, 90 % sind alleinerziehende Frauen. Offensichtlich ist dies die einzige Familienform mit Zuwachsraten. Trotz höherer Erwerbsbeteiligung ist das Armutsrisiko in den letzten Jahren für Alleinerziehende gestiegen. 70 % aller alleinerziehenden Frauen gehen einer Erwerbstätigkeit nach. Alleinerziehende arbeiten häufiger in Vollzeit (43 %) als Mütter aus Paarfamilien (30 %). Im internationalen Vergleich wird das Durchschnittseinkommen der Alleinerziehenden in Deutschland zusätzlich mit 18 %, in Frankreich mit 15 %, in den Niederlanden mit 2,4 % mit Steuern und Abgaben belastet, während Großbritannien um 0,2 %, Luxemburg um 9,3 % und Irland sogar um 39,1 % das Einkommen verbessert.²

Nach einer aktuellen Studie (Studie: Alleinerziehend in Wolfsburg, 2013) bestehen die größten Probleme der Alleinerziehenden im SGB II – Bezug in der Bewältigung der Finanzen, der eigenen Gesundheit, der Gesundheit des Kindes, der Alltagsüberforderung, des Alleinseins, der Arbeitslosigkeit/-suche und in dem Umgang mit Behörden und Ämtern. Ein Kind alleine groß zu ziehen, ist für viele Mütter eine große Belastung. Sie leiden häufiger an chronischen körperlichen und psychischen Erkrankungen. So ist auch das Risiko depressiv zu werden bei alleinerziehenden Müttern im Vergleich zu Müttern, die in einer Partnerschaft leben, bis zu dreimal höher. Die Depressivität der Mutter ist als hohes Risiko – als soziale Infektionskrankheit – für die Kinder zu sehen. Die seelische Verfassung und die vielfältigen Belastungen der alleinerziehenden Mütter wirken sich oft auch auf ihre Kinder aus: Kinder, die mit nur einem Elternteil aufwachsen, weisen im Mittel häufiger Gesundheitsprobleme im Bereich der „Neuen Morbidität“, d.h. in Bezug auf chronisch – somatische und vor allem psychische Gesundheitsstörungen auf. Sie zeigen vermehrt Verhaltensauffälligkeiten und haben mehr Probleme beim Lernen und in der Schule als Kinder, die mit Mutter und Vater aufwachsen. Gleichzeitig sind die psychosozialen Ressourcen und die gesundheitsbezogene Lebensqualität eingeschränkt.

Neben der finanziellen Unterstützung benötigen psychisch beeinträchtigte, alleinerziehende Mütter häufig auch psychosoziale Unterstützung, um ihr seelisches Wohlbefin-

² www.wir2-Fachtagung.de

den nachhaltig zu verbessern und die Mutter - Kind Beziehung zu stärken, damit sie den Bedürfnissen des Kindes gerecht werden können.

Wie sehen aktuell die medizinische Versorgung und die gesundheitliche Lage der Schulneulinge (SN) von Alleinerziehenden (AE) im Vergleich zu Nicht-Alleinerziehenden aus im Rhein – Kreis Neuss aus?

13,3 % der Schulneulinge 2014 (n=4020) wachsen mit nur einem Elternteil auf. Wie die Abbildungen 48-50 zeigen, nehmen Kinder von Alleinerziehenden signifikant weniger an den Früherkennungsuntersuchungen U7, U8 und U9 teil.

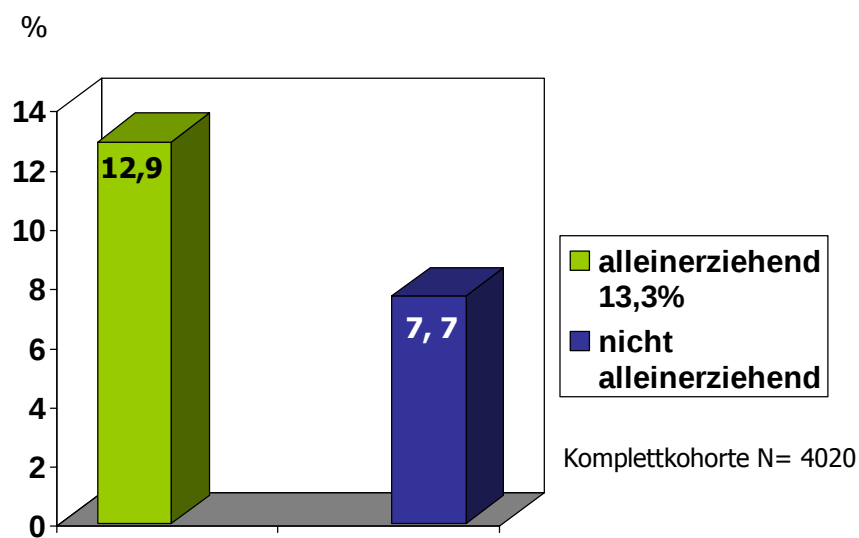


Abb.48 SN-AE/ Nicht-AE Keine Teilnahme U7 2014

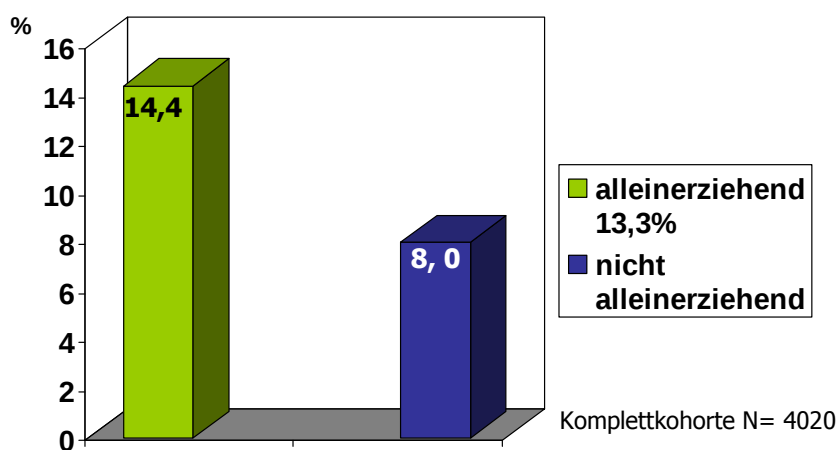


Abb.49 SN – AE/ Nicht-AE Keine Teilnahme U8 2014

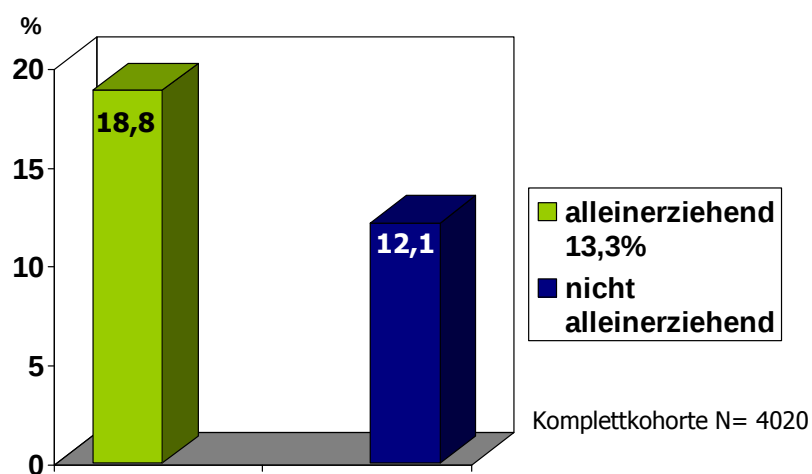


Abb.50 SN – AE/ Nicht AE Keine Teilnahme U9 2014

Das Impfheft wird deutlich weniger häufig zur Schulneulings-Untersuchung mitgebracht (Abb.51), der Impfstatus ist weitaus häufiger inkomplett (Abb.52).

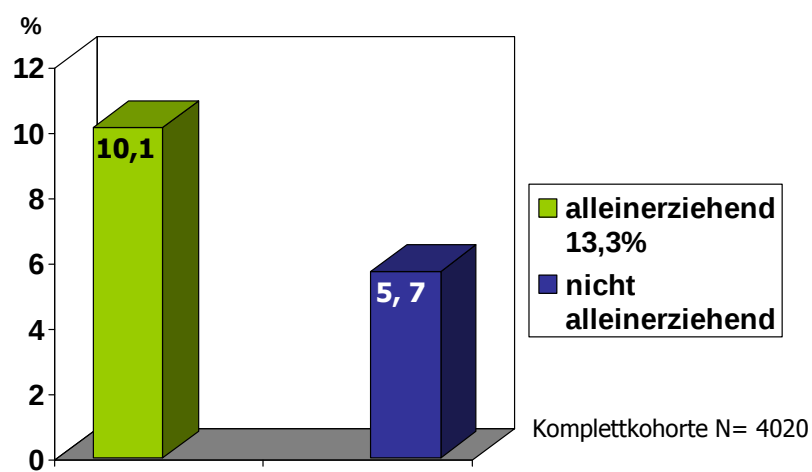


Abb.51 SN – AE/ Nicht-AE Keine Vorlage des Impfheftes 2014

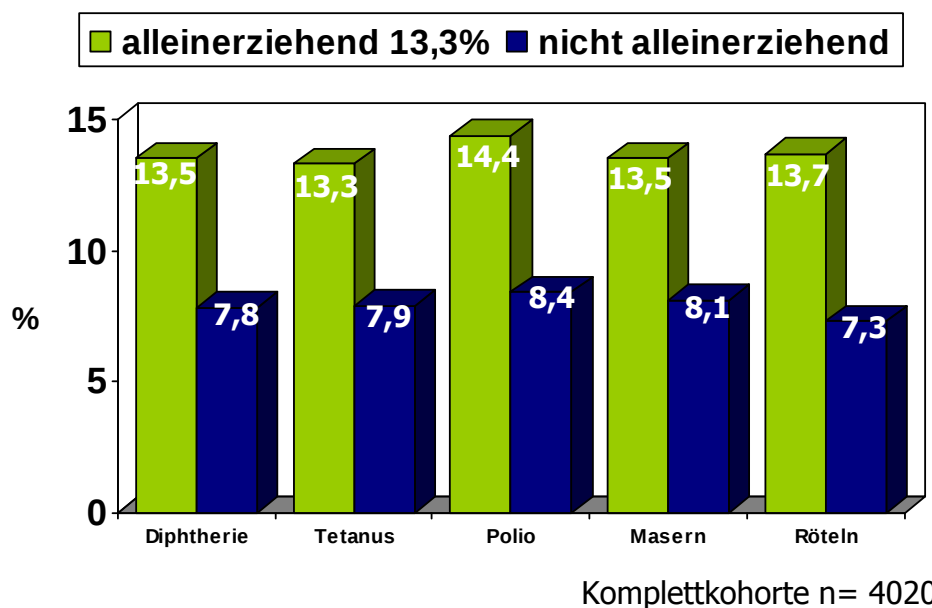


Abb.52 SN – AE/ Nicht-AE Kein kompletter Impfstatus

Auch die gesundheitliche Lage der Schulneulinge Alleinerziehender bereitet große Sorgen: Verhaltensauffälligkeiten (Abb. 53) treten zu 16,9 % im Vergleich zu 8,6 % der Schulneulinge aus Paarfamilien auf. Konzentrationsstörungen (Abb. 54) um 6,6 Prozentpunkte höher, emotionale Störungen (Abb. 55) um 3,7 Prozentpunkte, motorische Unruhe (Abb. 56) um 3,7 Prozentpunkte, Sprachauffälligkeiten (Abb. 57) um 6,2 Prozentpunkte. Das diagnostizierte Asthma bronchiale (Abb. 58) liegt bei den Fünf- bis Sechsjährigen um 3,7 Prozentpunkte höher.

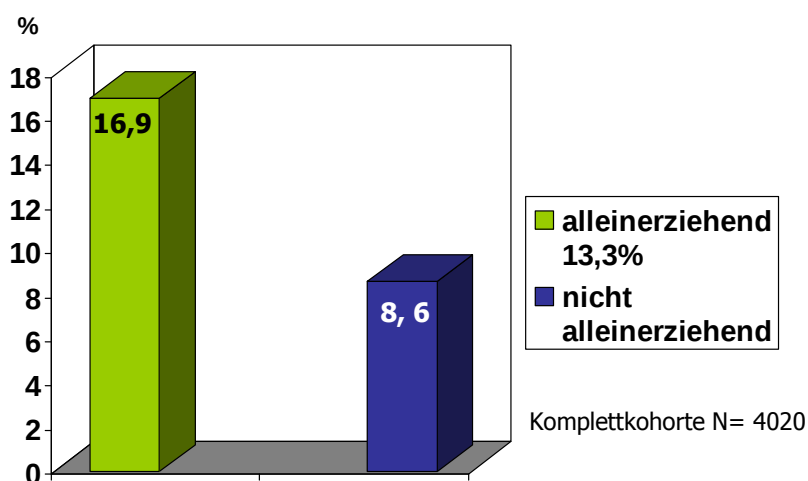


Abb.53 SN – AE/ Nicht-AE Verhaltensauffälligkeiten 2014

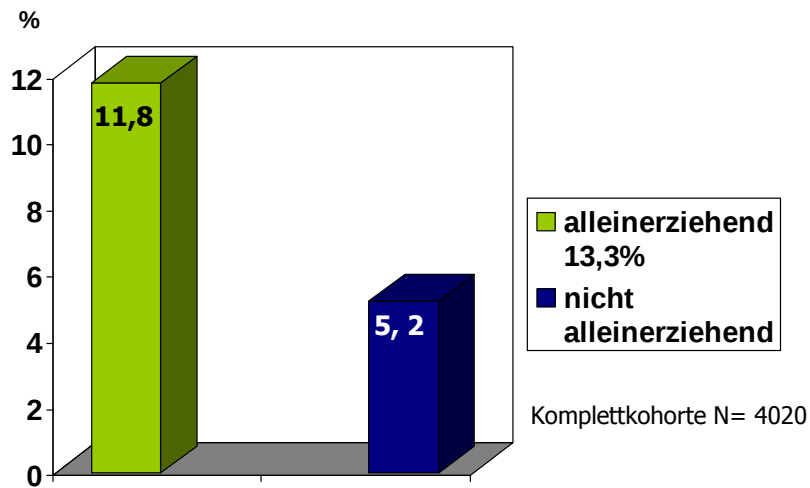


Abb.54 SN – AE/ Nicht-AE Konzentrationsstörungen 2014

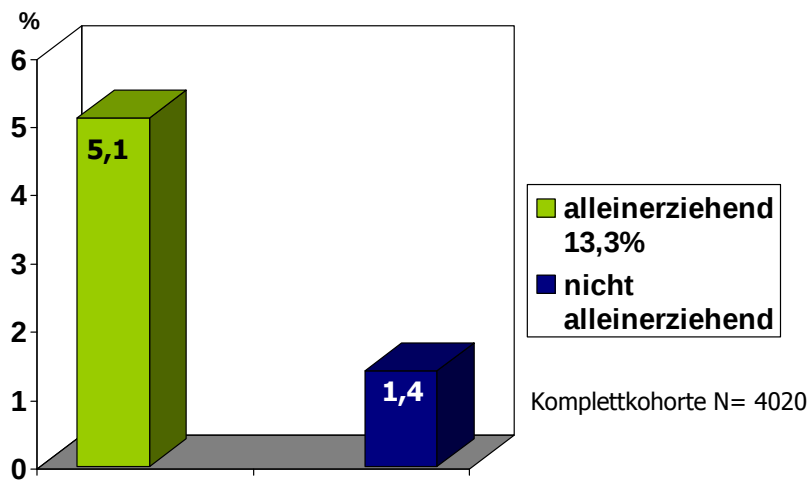


Abb.55 SN – AE/ Nicht-AE Emotionale Störungen 2014

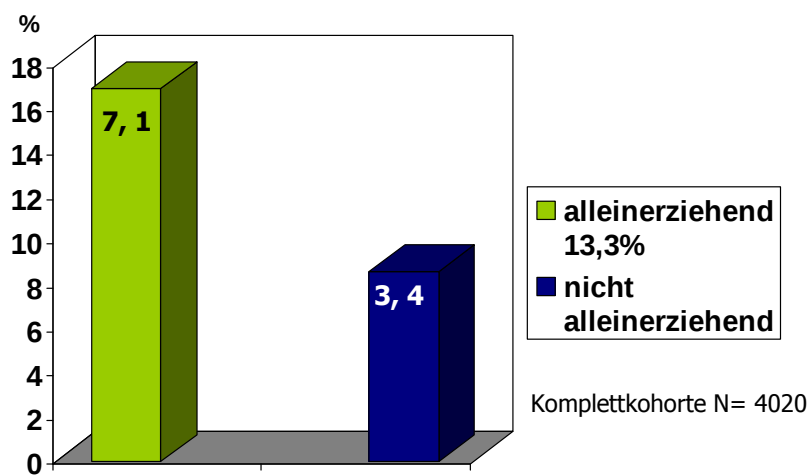


Abb.56 SN – AE/ Nicht-AE Motorische Unruhe 2014

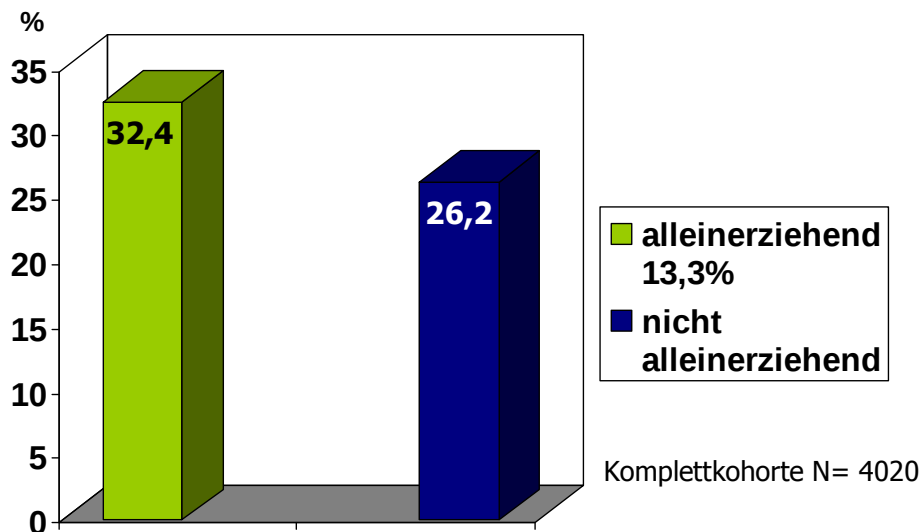


Abb.57 SN – AE/ Nicht-AE Sprachauffälligkeiten 2014

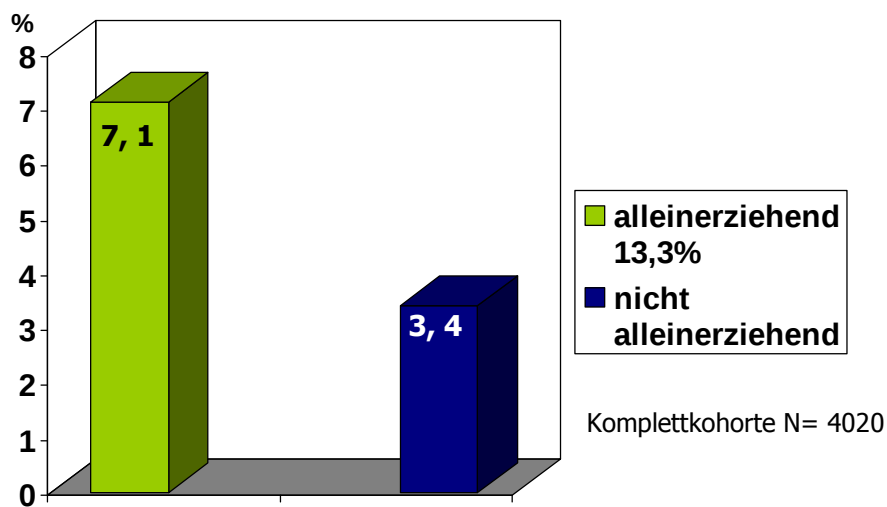


Abb.58 SN – AE/Nicht-AE Asthma bronchiale 2014

Nach Erhebung dieser eindeutig besorgniserregenden Ergebnisse der Schulneulinge Alleinerziehender im Rhein – Kreis Neuss ist folgendes Fazit zu ziehen:

- Wachsender Anteil alleinerziehender Mütter
- Psychosozial und gesundheitlich hochbelastete Gruppe
- Kindliches Problemverhalten
- Risikofaktoren: beeinträchtigte Elternkompetenzen

Unter diesen Aspekten ergibt sich die Notwendigkeit bindungsorientierter Präventionsangebote im kommunalen Kontext für Alleinerziehende und ihre Kinder (Bindungstrainings, Elternkompetenztrainings).

Im politischen Raum werden folgende Themen diskutiert:

- Regelangebote früher Familienhilfen
- Verbesserung der wirtschaftlichen und familiären Lage von Alleinerziehenden
- In Jobcentern spezifische Beratungs-/Betreuungsstelle für Alleinerziehende unter Berücksichtigung ihrer individuellen Lebensumstände (Entlastung/Empowerment, Vereinbarkeit Familie und Beruf)
- Verstärktes gesellschaftliches Bewusstsein um diese belastete Gruppe

Schulneulingsuntersuchung:

SOPESS ist ein sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schulneulingsuntersuchungen, das in den Gesundheitsämtern NRW seit 2008 wissenschaftlich begründet, standardisiert durchgeführt wird.

In der folgenden Tabelle sind die Bereiche und erfassten Kompetenzen der Kinder wiedergegeben:

BEREICHE	ERFASSTE KOMPETENZEN
Visuomotorik	Grafomotorik, visuelles Abscannen
Selektive Aufmerksamkeit	Fokussierung, Impulshemmung,
Zahlen- und Mengenvorwissen	Zahlenwissen, Eins – zu – Eins-Zuordnung, automatische Mengenerfassung
Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern	Erkennen von Zusammenhängen, Problemlösefähigkeit, Analyse visueller Reize
Sprache	Sprachentwicklung, Grammatik, Phonologisches Arbeitsgedächtnis
Motorik	Körperkoordination

Tab.1 SOPESS im Überblick

Es schließt sich eine körperliche Untersuchung an mit anschließender eingehender Besprechung/ Beratung der erhobenen Befunde mit Kind und Eltern. Das Schulärztliche Gutachten erhält die Schulleitung der zuständigen Grundschule.

Danksagung

Für die externe teststatistische Beratung und Expertise bedankt sich die Redaktion herzlich bei dem Geschäftsführenden Direktor des Institutes für medizinische Soziologie der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Herrn Professor Dr. Nico Dragano, und seinen wissenschaftlichen Mitarbeitern.

Für die unterstützende Evaluation der Psychosomatischen Medizin der Heinrich-Heine Universität – insbesondere Herrn Prof. Dr. Matthias Franz – und die hervorragende Zusammenarbeit sagen wir ebenfalls unseren herzlichen Dank.

Herausgeber

Rhein-Kreis Neuss – Der Landrat
Gesundheitsamt
Auf der Schanze 1
41515 Grevenbroich

Redaktion

Dr. Beate Klapdor-Volmar/Kinder- und Jugendärztlicher Gesundheitsdienst
Tel. 02131 9285378
Email: beate.klapdor-volmar@rhein-kreis-neuss.de
Dr. Ansgar Pöggeler/Zahnärztlicher Dienst
Tel. 02131 9285330
Email: ansgar.poeggeler@rhein-kreis-neuss.de

Statistische Auswertungen

Valeria Diwald/Abteilung für Gesundheitsplanung und –förderung
Tel. 02181 601 5333
Email: valeria.diwald@rhein-kreis-neuss.de

Weitere statistische Auswertungen

Prof. Dr. Matthias Franz
Institut Psychosomatische Medizin der Heinrich – Heine – Universität Düsseldorf und
sein wissenschaftlicher Mitarbeiter Dr. Ralf Schäfer

Statistische Beratung

Prof. Dr. Nico Dragano
Geschäftsführender Direktor des Institutes für Medizinische Soziologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
sowie die wissenschaftlichen Mitarbeiter
Dr. Simone Weyers und Dr. Morten Wahrendorf
6/2015
Internet: www.rhein-kreis-neuss.de/gesundheit

