

Kindergesundheit im Rhein-Kreis Neuss 2005
Aktuelle Ergebnisse der Schulneulingsuntersuchung



Impressum

Herausgeber

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

Redaktion und Projektleitung

Dr. Beate Klapdor-Volmar / Kinder- und Jugendärztlicher Gesundheitsdienst

Tel.: 02131 / 928 – 53 78

E-Mail: beate.klapdor-volmar@rhein-kreis-neuss.de

Carsten Rumpeltin / Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz

Tel.: 02181 / 601 – 53 87

E-Mail: carsten.rumpeltin@rhein-kreis-neuss.de

Statistische Auswertungen und Layout

Marcus Glöder

11/2005

www.rhein-kreis-neuss.de/gesundheitskonferenz ⇒ Gesundheitsberichterstattung

www.rhein-kreis-neuss.de/gesundheitsamt ⇒ Kinder/Jugend ⇒ Schulneulingsuntersuchung

Grußwort

Die jährlich flächendeckend im Rhein-Kreis Neuss durchgeführte Schulneulingsuntersuchung liefert neben den wichtigen Aussagen über die individuelle Gesundheitssituation unserer I-Dötzchen auch eine hervorragende Datenbasis für gesundheitspolitische Weichenstellungen. Wir wissen längst, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit gibt, dass die Gesundheitschancen regional unterschiedlich verteilt sind, dass es Unterschiede in der Gesundheit von Jungen und Mädchen gibt und vieles mehr.

Mit dem vorliegenden Bericht wissen wir aber auch, ob diese Probleme auch in unserem Kreisgebiet relevant sind und – wenn ja – wo wir gezielt mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen ansetzen können. Es ist mir ein persönliches Anliegen, Beiträge zur Gesundheitsförderung für unsere Kinder im Rhein-Kreis Neuss zu leisten. Nicht zuletzt haben wir unter dem Dach unserer Gesundheitskonferenz – bei der wir mit zahlreichen wichtigen Partnern im Kreisgebiet eng zusammenarbeiten – erfolgreiche Initiativen auf den Weg gebracht, die mittlerweile auch bundesweite Anerkennung finden, beispielsweise *Hüpfdötzchen – Kindergarten in Bewegung* (Preisträger im Wettbewerb *Gesundes Land NRW 2000*), *prokita* (Gewinner des Deutschen Präventionsprei-

ses 2004) oder unser *Netzwerk Gesunde Kindergärten und Schule im Rhein-Kreis Neuss*.

Mit diesen und weiteren – streng auf Nachhaltigkeit angelegten – Initiativen begegnet der Rhein-Kreis Neuss den aktuell sehr problematischen Entwicklungen im Kindesalter und leistet damit auch einen wichtigen Beitrag für die Bildungschancen unserer Kinder. Denn nur ein gesundes Kind in einer gesunden Schule kann optimal lernen.

Ich bin ein wenig stolz darauf, dass es uns mit großem Engagement gelungen ist, beispielsweise die Bewegungsauffälligkeiten auf ein recht niedriges Niveau zu bringen, während sie in anderen Regionen Deutschlands stark angestiegen sind.

Es gibt aber noch sehr viel für die Gesundheit unserer Kinder zu tun und dazu leistet dieser Bericht einen wichtigen Beitrag. Ich möchte an alle Verantwortlichen im Rhein-Kreis Neuss appellieren, die Berichtsergebnisse aufzugreifen und mitzuhelfen, dass sich die gesundheitliche Situation der Kinder in den kommenden Jahren noch weiter verbessert.

Ihr



Dieter Patt

Landrat des Rhein-Kreises Neuss

Vorwort der Projektleiter

Der vorliegende Bericht thematisiert ausgewählte Befunde der Schulneulingsuntersuchung im Rhein-Kreis Neuss. Aus epidemiologischer Perspektive stellt diese flächendeckende Erhebung von Gesundheitsdaten eines ganzen Jahrgangs der Fünf- bis Sechsjährigen eine äußerst wertvolle Datenbasis dar, die für die kommunale Gesundheitsplanung eingesetzt werden sollte.

Wir haben bewusst darauf verzichtet, eine vollständige Übersicht aller Befunde zu liefern. Dies hätte den Bericht überfrachtet und den Blick auf das Wesentliche erschwert. Stattdessen stellen wir Ergebnisse dar, die eine hohe Relevanz haben und bei denen ein Handlungsbedarf erkennbar ist. Zur genaueren Erklärung dieser Befunde wurden sie mit Bezugsgrößen wie Geschlecht, Schulbildung der Mutter*, Nationalität, Stadtteil sowie Stadt / Gemeinde in Verbindung gebracht, so dass sich die Handlungsbedarfe noch deutlicher herauskristallisieren.

Am Ende des Berichtes benennen wir erste Ideen für Interventionsmaßnahmen. Sie sollten in dafür geeigneten Foren (z.B. Ge-

sundheitskonferenz/politische Ausschüsse) diskutiert und weiterentwickelt werden.

Es liegt an den politisch Verantwortlichen sowie an weiteren Entscheidungsträgern im kommunalen Gesundheitswesen aus diesen Ergebnissen die notwendigen gesundheitsfördernden Konsequenzen zu ziehen. Sie sind aufgerufen, sich mit geeigneten Beiträgen zu engagieren bzw. an geeigneter Stelle die richtigen Weichenstellungen vorzunehmen.

Mit Ihren Ideen für Interventions- und Kooperationsvorschlägen setzen wir uns gerne auseinander.

Der Gesundheitsbericht wird regelmäßig fortgeschrieben, so dass wir die in dieser Fassung getroffenen Aussagen zeitlich weiterverfolgen können. Man wird daran auch ablesen können, ob sich Probleme verschärfen oder abschwächen und es wird auch möglich sein, den Erfolg von Interventionsmaßnahmen zumindest teilweise zu belegen bzw. zu widerlegen. Somit liegt mit dieser Publikation jetzt ein außerordentlich wichtiges Instrument für die kommunale Gesundheitsplanung für Kinder und Jugendliche vor.

Eine interessante Lektüre wünschen Ihnen



Dr. Beate Klapdor-Volmar

Leiterin des Kinder-/ Jugendärztlichen Gesundheitsdienstes



Carsten Rumpeltin

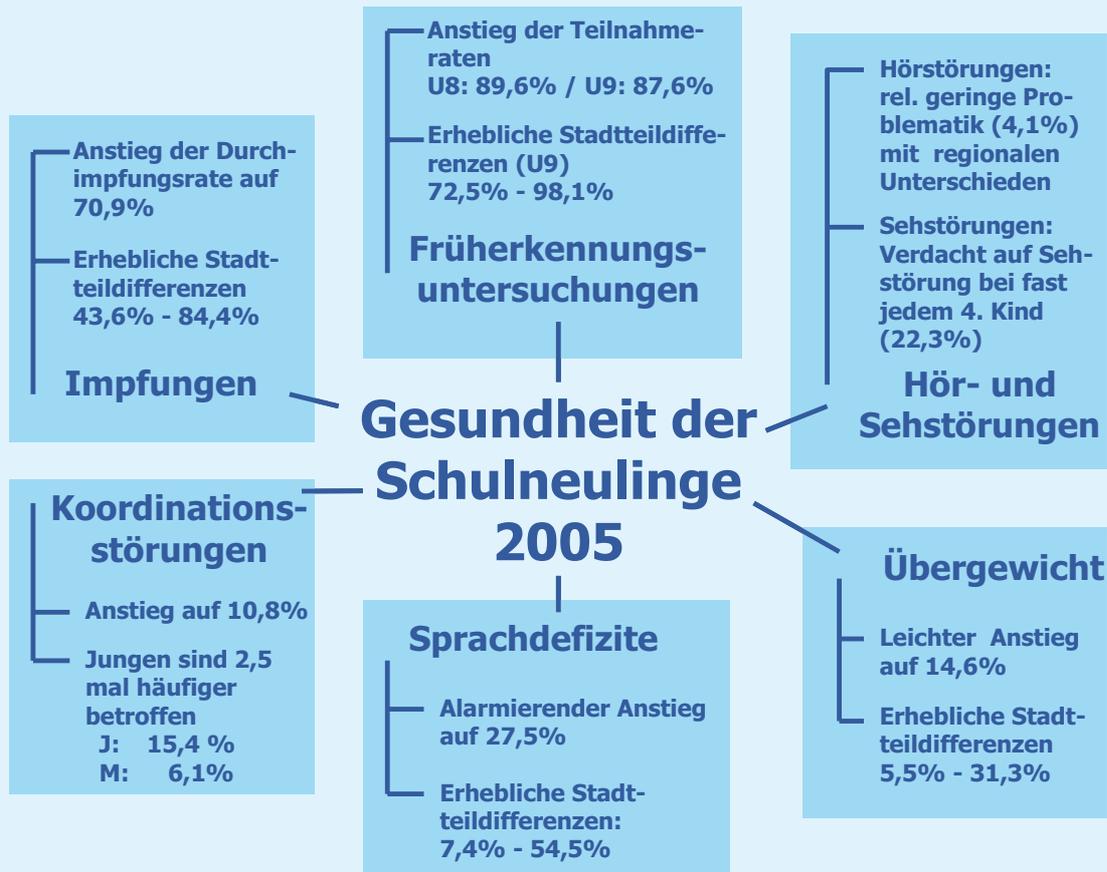
Geschäftsführer der Gesundheitskonferenz

* Die mit einem Stern gekennzeichneten Begriffe werden im Kapitel „Glossar und Erläuterungen“ erklärt.

Inhalt

Ergebnisse im Überblick.....	8
...und das könnte man tun!	9
Schulneulingsuntersuchungen – warum?.....	10
Früherkennungsuntersuchungen.....	11
Impfungen	14
Übergewicht.....	18
Hörstörungen	21
Sehstörungen.....	23
Sprachdefizite	25
Koordinationsstörungen	28
Glossar und Erläuterungen	31

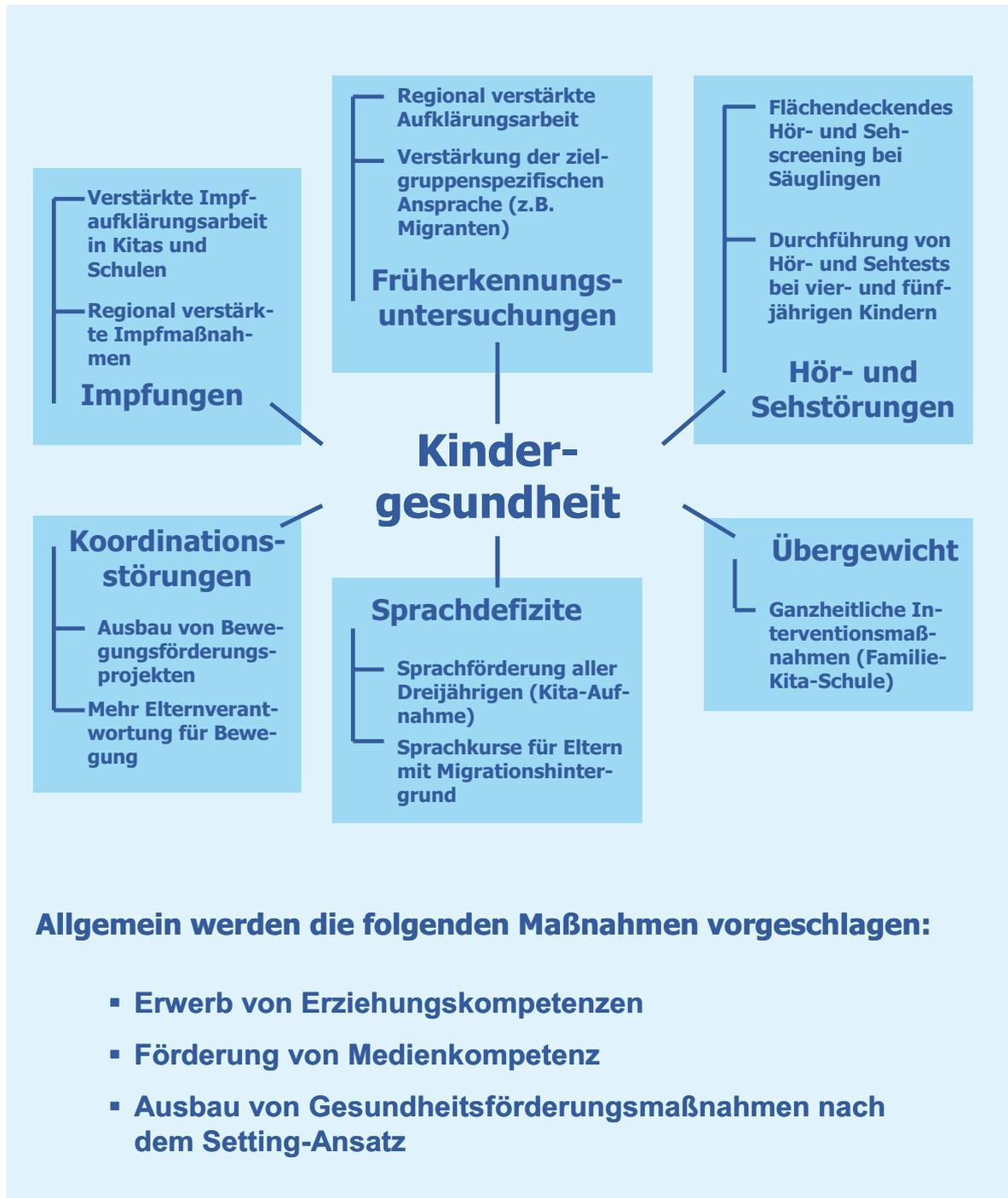
Ergebnisse im Überblick...



Bei den meisten Befunden zeigen sich zudem Unterschiede nach:

- Bildungsstatus
- Stadtteilen sowie Städten & Gemeinden
- Migrationshintergrund

...und das könnte man tun!



Schulneulingsuntersuchung – warum?

Um die Gesundheit unserer Kinder ist es nicht immer zum Besten bestellt. Zwar konnten die Infektionskrankheiten und andere Organerkrankungen in den vergangenen Jahren aufgrund besserer Lebensverhältnisse und medizinischen Fortschritts massiv zurückgedrängt werden, aber statt dessen sind heute Verhaltensstörungen, psychische Erkrankungen und weitere, in erster Linie lebensstilbedingte Erkrankungen auf dem Vormarsch.

Insbesondere haben wir uns mit den folgenden Problemen auseinander zu setzen:

- Übergewicht / Adipositas*
- Bewegungsmangel
- Sprachauffälligkeiten
- Seh- und Hörstörungen
- unzureichende medizinische Versorgung

Vor diesem Hintergrund kommt dem **Kinder- / Jugendärztlichen Gesundheitsdienst (KJGD)** des Gesundheitsamtes mit der von ihm alljährlich durchgeführten **Schulneulingsuntersuchung** eine besondere Bedeutung zu. Er untersucht die I-Dötzchen zum Schulstart aus medizinischer Perspektive sehr umfangreich auf schulrelevante Fähigkeiten. Eltern und Schule werden über notwendige pädagogische Fördermaßnahmen unterrichtet. Zudem werden weitere Förder- und/oder Therapiemaßnahmen eingeleitet.

Neben der im Vordergrund stehenden individuellen Beurteilung eines jeden Kindes im

Rahmen der Schulneulingsuntersuchung erfüllt der KJGD weitere wichtige Aufgaben:

- Er wird **sozialkompensatorisch*** für die Kinder tätig, die nicht an den kostenlosen Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9 / J1) teilnehmen.

In diesem Kontext führt er auch Projekte durch, die darauf abzielen, Kindern zum Schuleintritt ein größtmögliches Maß an Chancengleichheit zu ermöglichen (Kindertagesstättenpräventionsprojekt: **prokita**).

- Er erstellt **Gesundheitsberichte** und liefert somit den Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen wichtige Daten als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen.
- **Arbeitsmedizinische** Aspekte werden vorausschauend und begleitend für die gesundheitlichen Risiken am Arbeitsplatz Schule berücksichtigt. (z.B. individuelle Tisch- und Stuhlgröße / Schulbeleuchtung / ...).

Neben dem KJGD kümmern sich weitere Abteilungen des Gesundheitsamtes sehr engagiert um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (v.a. Abteilung für Gesundheitsförderung / Jugendzahnärztlicher Dienst / Umweltmedizinischer Dienst).

Früherkennungsuntersuchungen

kurz gefasst:

- Die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen ist in den letzten Jahren erfreulicherweise gestiegen.
- Es gibt aber noch Stadtteile im Kreisgebiet, in denen die Inanspruchnahmeraten stark verbesserungswürdig sind.
- Kinder mit Migrationshintergrund nehmen Früherkennungsuntersuchungen seltener wahr als deutsche Kinder.

genzminderung vorliegt – mit erheblichen Nachteilen in die Schule kommen. Ist das soziale Umfeld dann nicht in der Lage, diese Kinder optimal zu unterstützen, besteht die Gefahr, dass sie eine schulische Laufbahn unterhalb ihrer Fähigkeiten durchlaufen.

Abb. 1 zeigt das Inanspruchnahmeverhalten im Hinblick auf alle Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9).

Die kostenlosen Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter, gemeinhin bekannt als U1 bis U9 und J1, zielen darauf ab, Entwicklungsstörungen von Kindern frühzeitig zu erkennen, um bei Bedarf Förder- und/ oder Therapiemaßnahmen einleiten zu können. Werden diese Entwicklungsstörungen nicht oder zu spät erkannt, ist es möglich, dass Kinder – ohne dass eine Intelli-

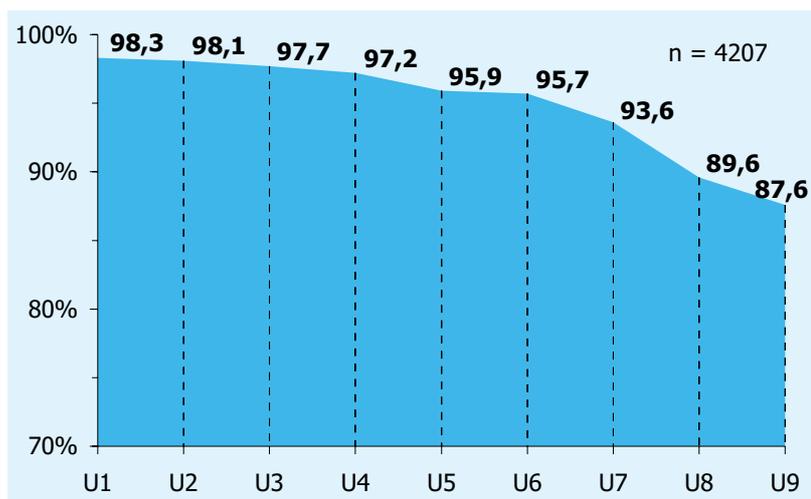


Abb. 1 Teilnahme U1 bis U9 (2005)¹

¹ Es wurden lediglich Daten derjenigen Kinder einbezogen, die bei der Schulneulingsuntersuchung ein Früherkennungsheft vorgelegt haben (88,8%).

In dieser Darstellung wird deutlich, dass gerade die letzten beiden Früherkennungsuntersuchungen – U8 (im Alter von dreieinhalb bis vier Jahren) und U9 (fünf bis fünfeneinhalb Jahre) – immer noch von zu wenigen Kindern wahrgenommen werden. Erfreulicherweise gibt es aber eine positive Gesamtentwicklung im Rhein-Kreis Neuss, die sich weitgehend parallel zur Entwicklung in Nordrhein-Westfalen vollzieht (Abb. 2).

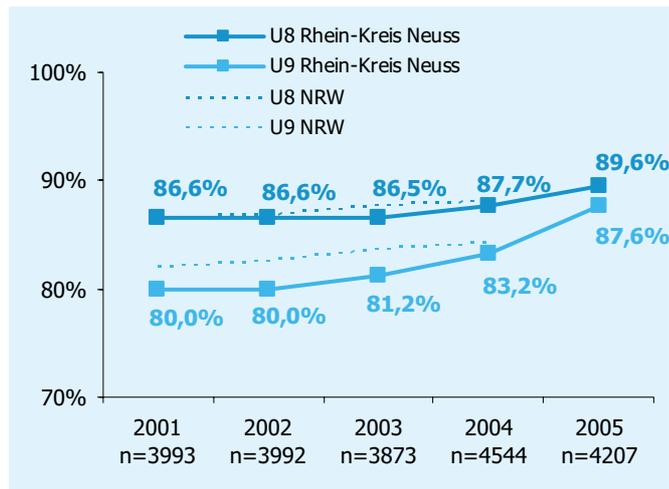


Abb. 2 Teilnahme an U8 und U9 (2001-2005)²

Die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen wird unter anderem durch das Bildungsniveau der Eltern, die Stadtteilzugehörigkeit und durch den ethnischen Hintergrund beeinflusst.

Sowohl bei der U8 als auch bei der U9 zeigt sich bei Eltern mit hohem Bildungsniveau – hier dargestellt am Bildungsabschluss der Mutter – eine Teilnahme von über 90%. Kinder von Müttern mit niedrigem Bildungsniveau nehmen diese Untersuchungen nur zu etwas mehr als 80% wahr (Abb. 3).

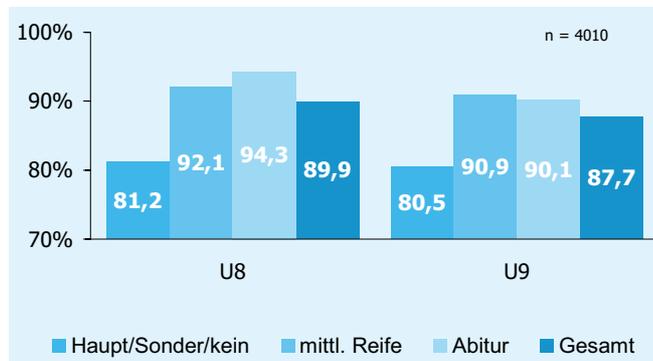


Abb. 3 Teilnahme an U8 und U9 nach Schulbildung* der Mutter (2005)

Ein verbesserungswürdiges Teilnahmeverhalten weisen Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund auf. Sie nehmen die U8 etwa zu gut 8 Prozentpunkten* weniger in Anspruch als ihre deutschen Mitschüler. Bei der U9 beträgt der Unterschied 6 Prozentpunkte* (Abb. 4).



Abb. 4 Teilnahme an U8 und U9 nach Nationalität (2005)

² Prozentangaben und Fallzahlen beziehen sich auf den Rhein-Kreis Neuss

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen sind nicht feststellbar.

Der Blick auf die Stadtteilzugehörigkeit der Kinder eröffnet weitere Erkenntnisse. Es gibt Stadtgebiete im Rhein-Kreis Neuss, die

exzellente Inanspruchnahmeraten aufweisen und solche, bei denen die Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen noch stark verbesserungswürdig ist (Abb. 5).

Der Unterschied zwischen diesen Stadtteilen beträgt 25,5 Prozentpunkte*! Sie werden hier in anonymisierter Form dargestellt. Die weiteren Stadt- und Gemeindegebiete im Rhein-Kreis Neuss befinden sich zwischen diesen beiden Extremwerten.

Die unterschiedliche Teilnahme in den Städten und Gemeinden im Rhein-Kreis Neuss geht abschließend aus Abb. 6 hervor.

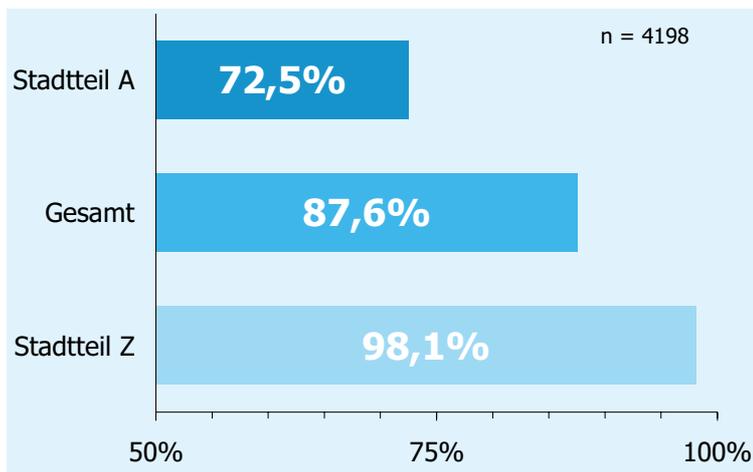


Abb. 5 Teilnahme an U9 nach Stadtteilen* (2005)³

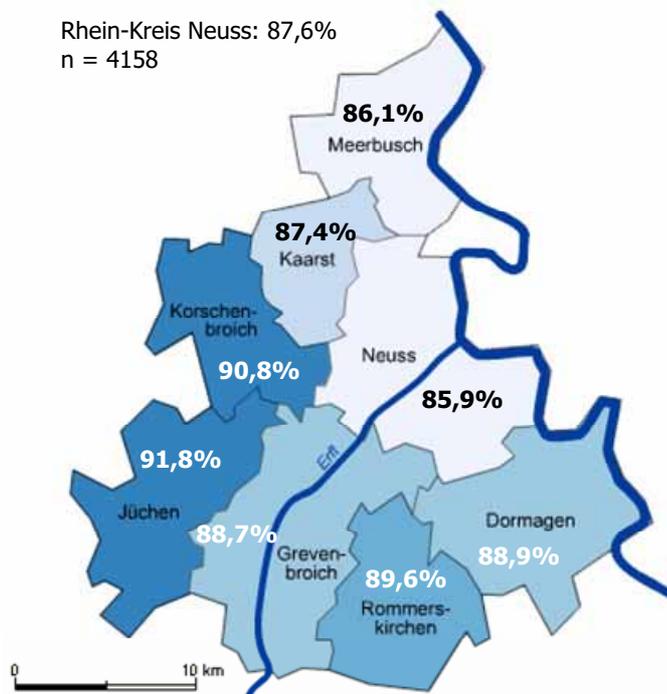


Abb. 6 Teilnahme an U9 nach Städten und Gemeinden im Rhein-Kreis Neuss (2005)

³ Wiedergegeben werden nur Stadtteile mit mehr als 50 untersuchten Kindern.

Impfungen

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 sozio-ökonomischen und der hygienischen Lebensbedingungen in den Industrienationen, aber auch an dem breitflächigen Einsatz von Schutzimpfungen und Antibiotika.

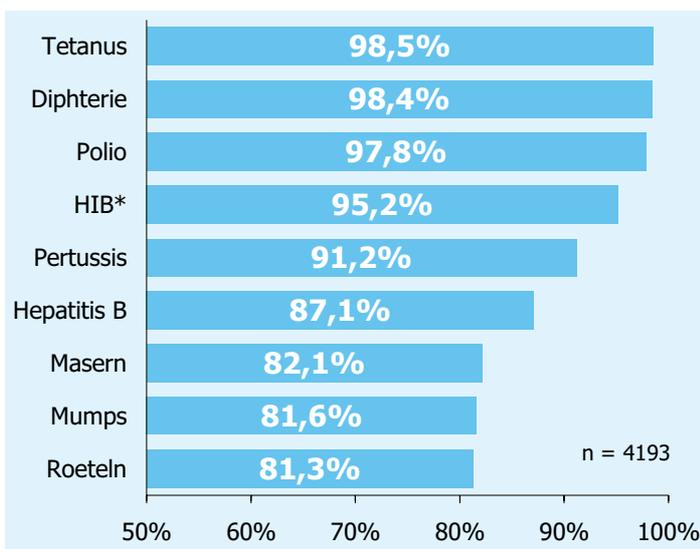
Auch wenn Infektionskrankheiten heute in der Sterblichkeitsstatistik nur noch eine untergeordnete Rolle spielen, stellen sie weiterhin eine latente Bedrohung dar, die jederzeit real werden kann. Mögliche Ursachen für eine (erneute) Ausbreitung von

kurz gefasst:

- Die Impfraten entwickeln sich im Rhein-Kreis Neuss insgesamt sehr positiv. Die bei anderen Befunden vorhandenen Unterschiede mit Hinblick auf soziale Lage oder Migrationshintergrund gibt es beim Impfverhalten erfreulicherweise nicht.
- Allerdings zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede.

Infektionskrankheiten können z.B. sein:

- Globale und regionale Umweltveränderungen,
- höhere Mobilität durch Reisen, Migration und Zunahme des weltweiten Handels,
- kriegerische Auseinandersetzungen und bioterroristische Anschläge (z.B. Pocken).



Im Zuge der Schulneulingsuntersuchung erfolgt eine Überprüfung der Impfhefte der Kinder, so dass ein aktueller Impfstatus festgestellt werden kann. Abb. 7 gibt einen Überblick über die Situation im Rhein-Kreis Neuss 2005.

Abb. 7 Ausreichender Impfschutz bei Einzelimpfungen (2005)⁴

⁴ Es wurden lediglich die Daten derjenigen Kinder einbezogen, für die das Impfheft vorgelegt wurde (88,7%).

Ein besonderes Augenmerk wird im Folgenden auf den Impfkomples Masern / Mumps / Röteln – MMR – gelegt. Die weiterhin hohe Gefährdung durch diese Erkrankungen wird folgendermaßen erklärt:

Masern

Bei masernkranken Kleinkindern tritt die Hirnentzündung (Enzephalitis) in der Größenordnung von 1 auf 10.000 Masern-Erkrankungen auf. Bei älteren Kindern und vor allem bei Jugendlichen sind Komplikationen wesentlich häufiger: Jeder 500. Masernkranke entwickelt eine Enzephalitis. Etwa ein Viertel der davon Betroffenen behält Dauerschäden zurück, zwischen 10 und 30 Prozent sterben.

Mumps

Mumps ist heutzutage die häufigste Ursache für Schwerhörigkeit bei Kindern. Bei Mumpserkrankungen erhöht sich zudem das Risiko für Hirnhaut- bzw. Gehirnentzündungen und Hörverlust.

Röteln

Während die Röteln im Normalfall meist leicht verlaufen, geht von ihnen eine besondere Gefahr aus, wenn eine schwangere Frau daran erkrankt: Die Infektion kann auf das Kind im Mutterleib übergehen und es besonders in den ersten drei Monaten schwer schädigen. Die Konsequenzen reichen von Fehlbildungen an Auge, Ohr und Herz bis hin zu Missbildungen des Gehirns. Außerdem können Röteln bei Jugendlichen das Nervensystem angreifen (in einer Häufigkeit von 1:5.000 bis 1:6.000).

MMR

Selbst sinkende Erkrankungszahlen bei Kindern geben keinen Anlass zur Entwarnung, ganz im Gegenteil:

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 Erwachsenenalter verschieben.

Da keine der drei Virus-Krankheiten mit Medikamenten behandelt werden kann, bietet nur die vorbeugende Masern-Mumps-Röteln-Impfung (MMR-Impfung) Schutz vor den gefährlichen Komplikationen.

Erfreulicherweise zeichnet sich in den letzten Jahren ein Aufwärtstrend bei den MMR-Impfungen im Rhein-Kreis Neuss ab (vgl. Abb. 8). Innerhalb von nur zwei Jahren stieg die Durchimpfungsrate von 59,3% (2003) auf 81,2% (2005). Somit dürfte sich die Skepsis gegenüber diesem Impfkomples erheblich reduziert haben.

Sollte sich die Entwicklung in ähnlicher Form weiter vollziehen, rückt das Ziel der Weltgesundheitsorganisation, einen Durchimpfungsgrad von 95% zu erzielen, im Rhein-Kreis Neuss in erreichbare Nähe.

Neben Masern/Mumps/Röteln sind andere Infektionserkrankungen nicht minder gefährlich. Aus den Einzelimpfungen gegen diese Krankheiten wurde – zur übersichtlicheren Darstellung – der Impfindex „vollständiger Impfschutz“ gebildet. Ein Kind hat dann einen vollständigen Impfschutz, wenn es gegen Masern, Mumps und Röteln mindestens zwei, gegen Diphtherie, Tetanus*, Polio*, Hepatitis B* und HIB* mindestens drei und gegen Pertussis* mindestens vier Impfungen erhalten hat.

Auch hinsichtlich dieses Index kann eine erfreuliche Entwicklung im Rhein-Kreis Neuss festgestellt werden (Abb. 8). Die Steigerungsrate beträgt innerhalb von nur zwei Jahren knapp 25 Prozentpunkte*.

Beim Impfstatus offenbaren sich keine bildungsspezifischen Unterschiede. Darüber hinaus wirken sich auch die Nationalität bzw. der Migrationshintergrund oder das Geschlecht nicht in nennenswerter Weise auf die Durchimpfungsrate aus.

Allerdings gibt es im Kreisgebiet weiterhin erhebliche regionale Unterschiede (Abb. 9 und 10).

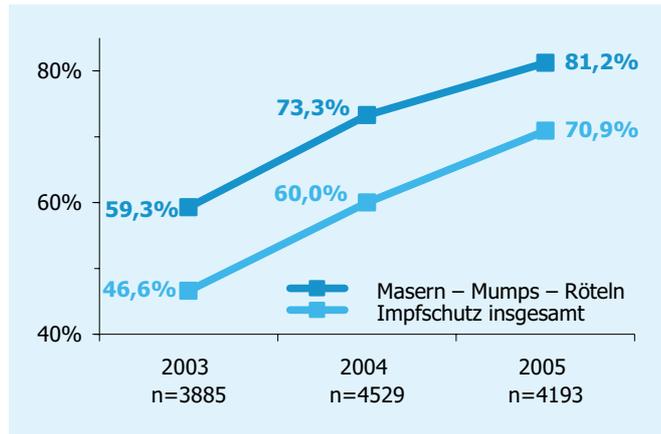


Abb. 8 Ausreichender Impfschutz insgesamt und bei Masern/Mumps/Röteln (2003 bis 2005)⁵

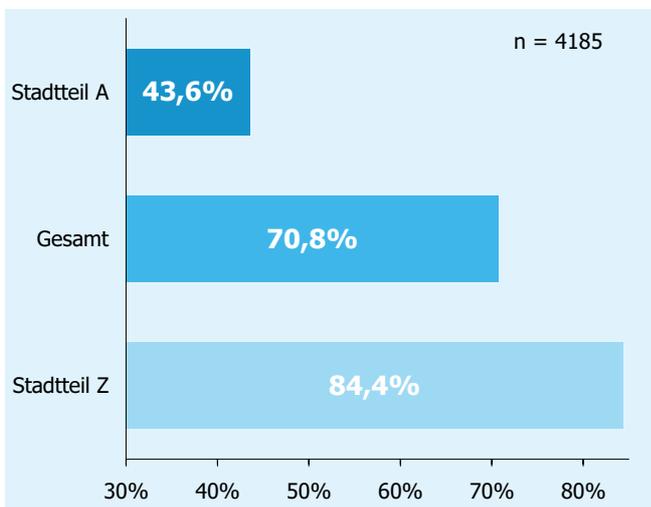


Abb. 9 Ausreichender Impfschutz insgesamt nach Stadtteilen* (2005)⁶

⁵ Im Gegensatz zu den Darstellungen in den anderen Kapiteln dieses Berichts wird hier nur die Zeitreihe 2003-2005 dargestellt. Seit 2003 gelten andere STIKO-Empfehlungen zur erforderlichen Häufigkeit bestimmter Impfungen, so dass sich die Werte für 2002 und 2003 aufgrund unterschiedlicher Definitionen maßgeblich unterscheiden.

⁶ Wiedergegeben werden nur Stadtteile mit mehr als 50 untersuchten Kindern.

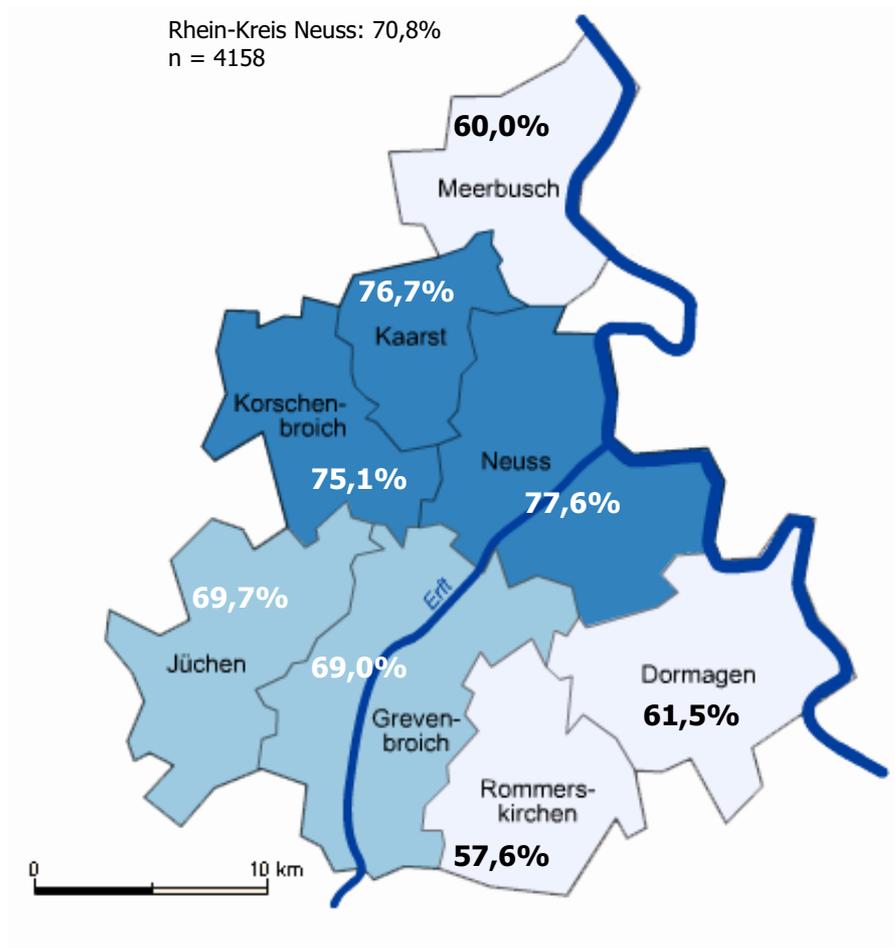


Abb. 10 Ausreichender Impfschutz nach Städten und Gemeinden (2005)

Übergewicht

Wer heutzutage Aussagen zu Übergewicht oder Adipositas* (Fettleibigkeit) von Kindern macht, ist als Überträger schlechter Nachrichten prädestiniert. Übergewicht und Adipositas* befinden sich im Aufwind: die Zahlen sind alarmierend, denn bei Kindern und Jugendlichen hat sich die Häufigkeit von Übergewicht in den letzten 20 Jahren verdoppelt.

Die Weltgesundheitsorganisation hat Adipositas* als eines der zehn bedrohlichsten Gesundheitsrisiken bewertet und als Epidemie eingestuft. Ein immer stärker wachsender Anteil von Kindern und Jugendlichen leidet unter Übergewicht und Adipositas*, die Krankheiten wie Bluthochdruck, Erhöhung des Insulinspiegels mit gestörter Zuckerverarbeitung, des Cholesterins und der Blutfettwerte nach sich ziehen. Weitere klinisch relevante Folgen sind orthopädische, psychosoziale und psychosomatische Erkrankungen.

kurz gefasst:

- Kindliches Übergewicht steigt kontinuierlich an – aber nicht explosionsartig.
- Im Vergleich zu NRW deutlich höhere Übergewichtsraten im Rhein-Kreis Neuss.
- Erhebliche Unterschiede nach Bildungsstatus/Stadtteilen und bei Kindern mit Migrationshintergrund.

Hauptursachen für die Adipositasentwicklung sind zum einen genetische und zum anderen Sozialisationsfaktoren wie zunehmende Inaktivität, ungesunde Ernährungsweise, Zeitmangel der Eltern und fehlende familiäre Strukturen. Die Ursachen sind komplex, so dass nur ganzheitliche Interventionen greifen können.

Zur Bestimmung von Über-, Unter- und Normalgewicht hat sich der Body Mass Index (BMI)* im Kindes- und Jugendalter durchgesetzt. Da bei ihnen der BMI stark von alters- und geschlechtsspezifischen physiologischen Veränderungen der Körpermasse beeinflusst wird, wurden mittels bevölkerungsbezogener Untersuchungen Referenzwerte für das Kindes- und Jugendalter ermittelt. Diese Werte

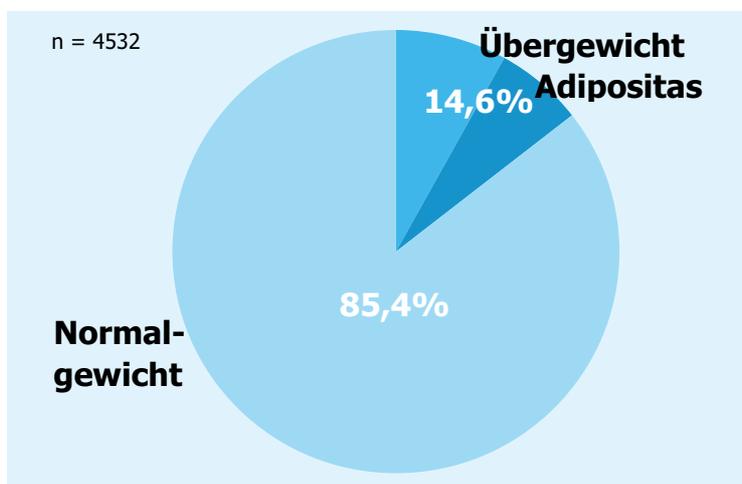


Abb. 11 Übergewicht und Adipositas (2005)

Übergewicht

erlauben durch alters- und geschlechtsspezifische Perzentile* eine Einstufung des in-

dividuellen BMI. Liegt der BMI über dem 90. Perzentil* spricht man von Übergewicht, über dem 97. Perzentil* von Adipositas* bzw. Fettleibigkeit (Perzentilkurven: siehe Seite 33).

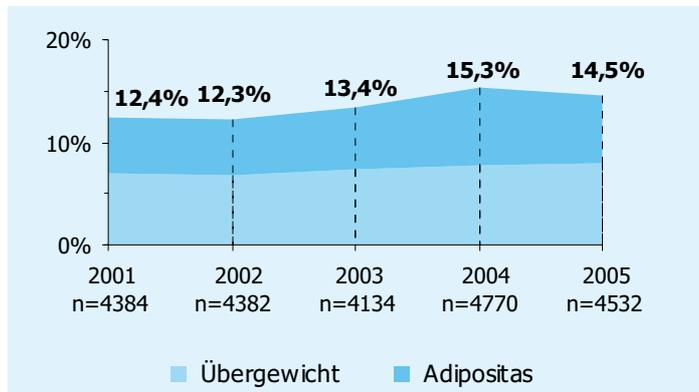


Abb. 12 Übergewicht und Adipositas* (2001 bis 2005)

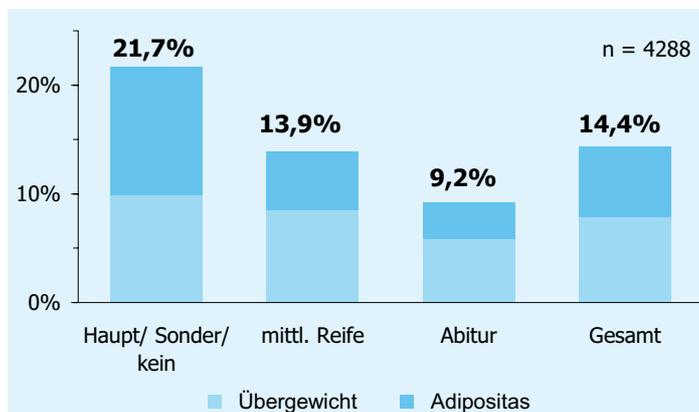


Abb. 13 Übergewicht und Adipositas nach Schulbildung* der Mutter (2005)

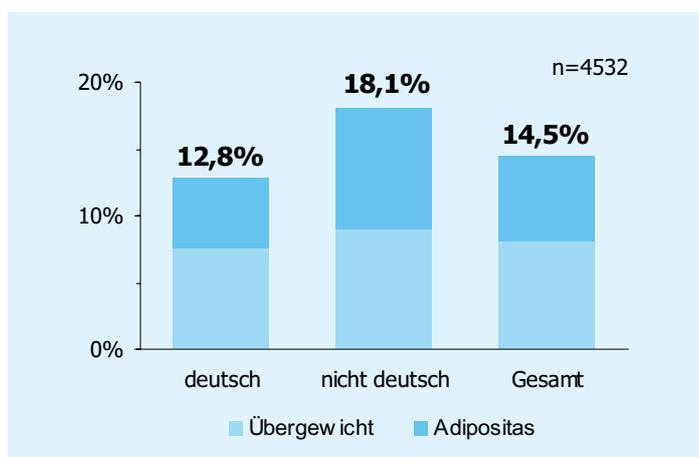


Abb. 14 Übergewicht und Adipositas nach Nationalität (2005)

Bei den Schulneulingsuntersuchungen werden in jedem Jahr die Übergewichtigen und Adipösen unter den ca. 4.800 Kindern identifiziert. Der Prozentsatz dieser Kinder beläuft sich bei den Jungen auf 14,9% und bei den Mädchen auf 14,3% d.h., dass sich 660 übergewichtige und adipöse Kinder in einem Jahrgang befinden (Abb. 11).

Die über Jahre langsam steigende Übergewichtsquote in den Jahren 2001 bis 2005 spiegelt sich in der Abb. 12 wieder. Allerdings gibt es keinen – wie oftmals zu lesen ist – explosionsartigen Anstieg von kindlichem Übergewicht.

Die meisten übergewichtigen oder adipösen Kinder haben Mütter mit niedriger Schulbildung* (Abb. 13).

Weiterhin ist festzustellen, dass der größte Anteil der übergewichtigen und adipösen Kindern in den nichtdeutschen Familien anzutreffen ist (Abb. 14).

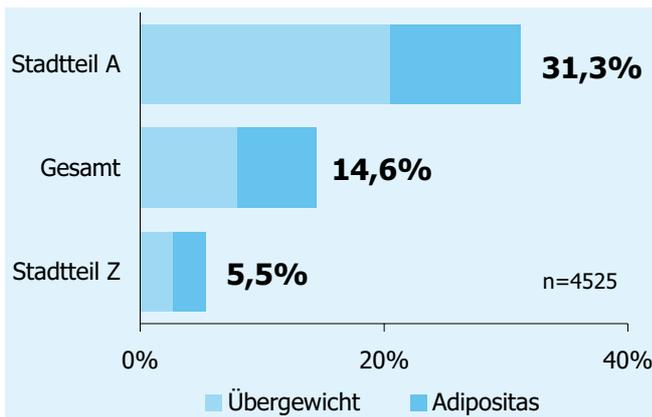


Abb. 15 Übergewicht und Adipositas* nach Stadtteilen* (2005)⁷

Erwartungsgemäß zeigen sich zudem erhebliche Unterschiede in der Häufigkeit kindlichen Übergewichts nach Stadtteilen sowie nach Städten und Gemeinden im Kreisgebiet (Abb. 15 und 16).

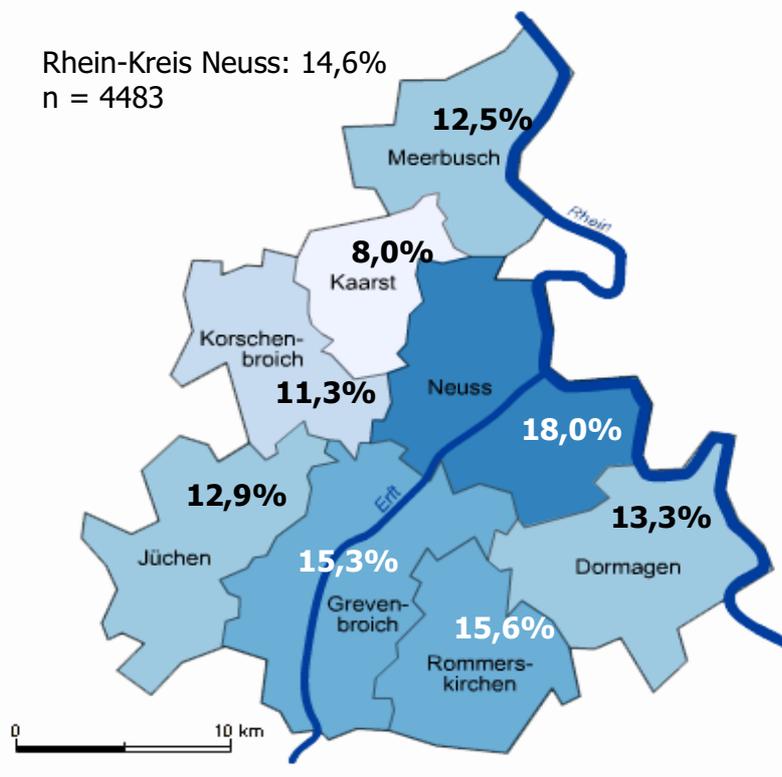


Abb. 16 Übergewicht und Adipositas

⁷ Wiedergegeben werden nur Stadtteile mit mehr als 50 untersuchten Kindern.

Hörstörungen

In der heutigen Zeit werden ungefähr zwei von tausend Neugeborenen mit Hördefekten geboren und im späteren Alter entwickeln viele Kinder durch Infektionskrankheiten wie Masern, Mumps und Mittelohrentzündungen Hörprobleme, die von leichten Hörstörungen bis zur Taubheit reichen. Nicht rechtzeitig erkannte und behandelte Flüssigkeitsansammlungen hinter dem Trommelfell (Paukenergüsse) führen durch Hörverluste häufig zu Sprachstörungen bei den Klein-, Vorschul- und Schulkindern. Um so wichtiger ist der Ausschluss einer ein- oder beidseitigen Hörstörung vor dem Schuleintritt, damit der erfolgreichen Schullaufbahn nichts im Wege steht.

Der Anteil der Kinder mit Hörproblemen beläuft sich derzeit im Rhein-Kreis Neuss auf 4,1% und liegt damit etwas unter dem prozentualen Anteil in Nordrhein-Westfalen.

kurz gefasst:

- Hörstörungen stellen ein relativ geringes, aber ernst zu nehmendes Problem dar.
- Sie sind nicht sozial bedingt, es gibt keine nennenswerten Unterschiede nach Bildung, Migrationshintergrund oder Geschlecht...
- Allerdings zeigen sich regionale Unterschiede.

Unterschiede nach Nationalität bzw. Migrationshintergrund, Familienstand, Schulbildung* der Mutter oder Geschlecht sind nicht erkennbar, wohl aber regionale Differenzen.

In Abb. 17 wird der weitgehend gleich bleibende Prozentsatz der Kinder mit Hörproblemen über die Jahre 2001 bis 2005 dargestellt.

Im Rhein-Kreis Neuss gibt es erhebliche regionale Unterschiede (2% bis 6%, vgl. Abb. 18).

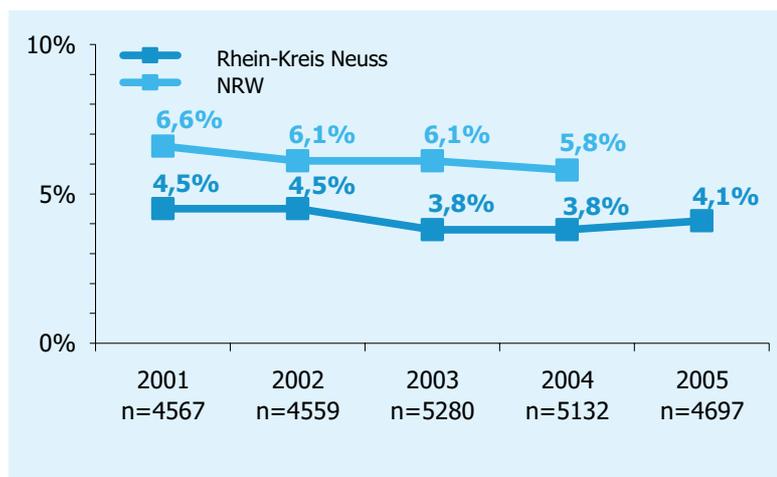


Abb. 17 Hörstörungen (2001 bis 2005)⁸

⁸ Die Fallzahlen beziehen sich auf den Rhein-Kreis Neuss

Rhein-Kreis Neuss: 4,2%
n = 4640

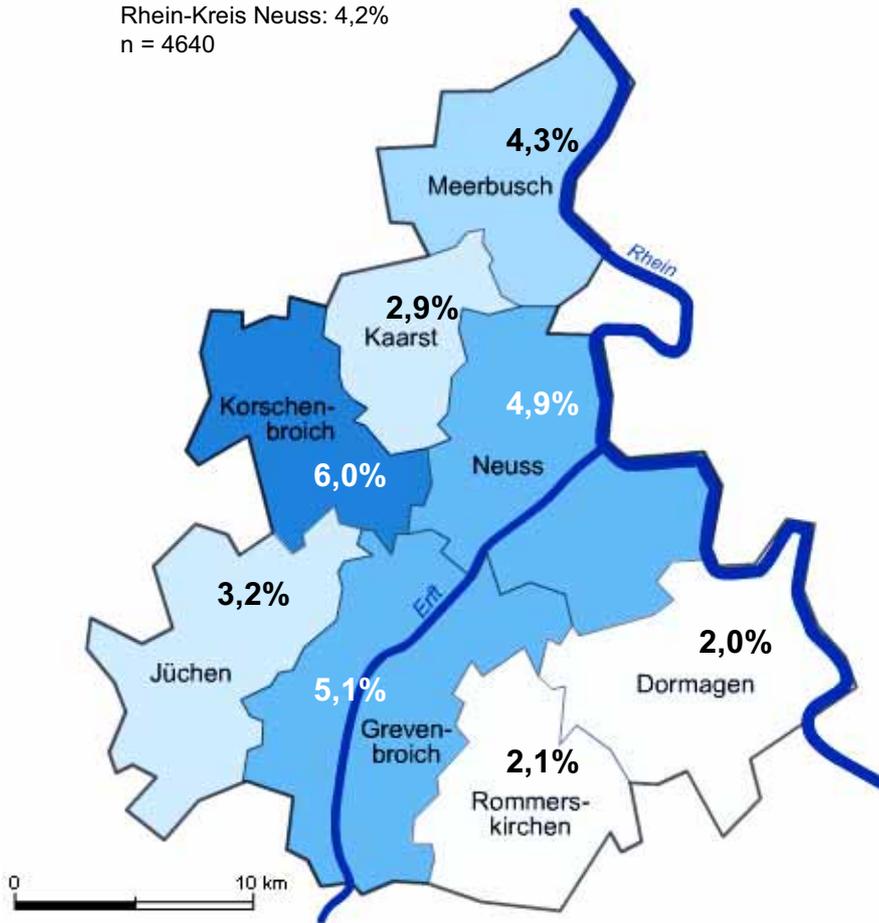


Abb. 18 Hörstörungen nach Städten und Gemeinden (2005)

Sehstörungen

kurz gefasst:

- Bei fast jedem vierten Kind wird die Verdachtsdiagnose „Sehstörung“ gestellt.
- Es gibt Unterschiede nach Bildung sowie regionale Differenzen.

des Gesichtsfelds, das Sehen mit beiden Augen und die Farbsinntestung) gesetzlich vorgeschrieben. Fast jedes vierte Kind zeigt dabei einen augenärztlich kontrollbedürftigen Befund oder ist schon in augenärztlicher Behandlung (Abb. 19).

Nach der aktuellen Datenlage kann davon ausgegangen werden, dass bei rund 5% aller Kinder eine so genannte Amblyopie, eine funktionelle Schwachsichtigkeit mit Herabsetzung der zentralen Sehschärfe, vorliegt. Eine frühzeitige augenärztliche Untersuchung kann Kinder vor lebenslänglicher Schwach- und Fehlsichtigkeit schützen.

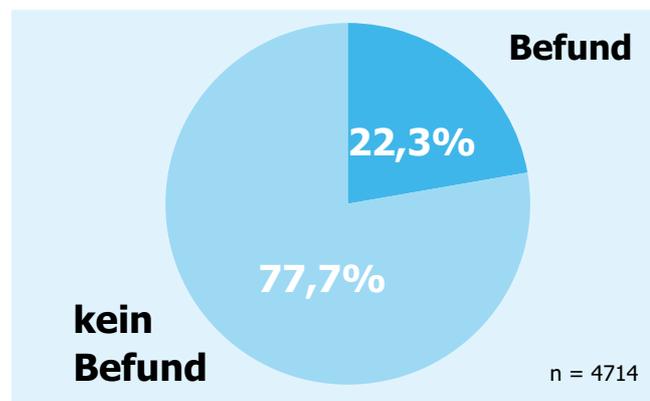


Abb. 19 Sehstörungen (2005)

Vor der Einschulung ist die Untersuchung der Augen (Überprüfung der Wahrnehmungsfähigkeit am Rand

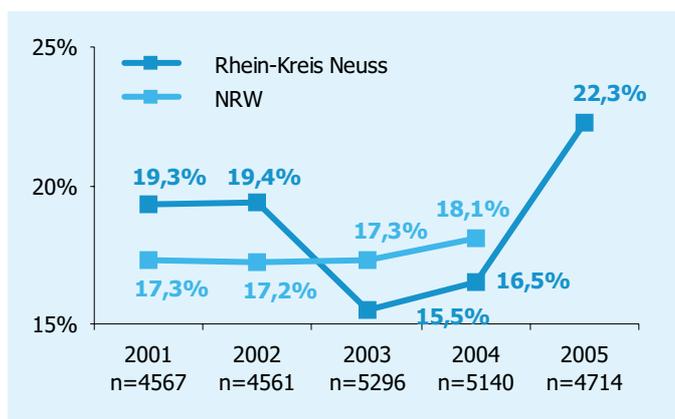


Abb. 20 Sehstörungen (2001 bis 2005)⁹

Die Entwicklung der Sehstörungen nimmt seit 2001 zunächst einen fallenden, dann jedoch ab 2004 einen deutlich ansteigenden Verlauf. Über diesen Zeitraum ist dagegen für Nordrhein-Westfalen eine kontinuierliche leichte Zunahme der Sehstörungen festzustellen (Abb. 20).

⁹ Die Fallzahlen beziehen sich auf den Rhein-Kreis Neuss

Die Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund (0,3 Prozentpunkte*) und zwischen Jungen und Mädchen (0,8 Prozentpunkte*) sind unbedeutend. Anders sieht es bei Kindern aus bildungsfernen Familien aus. Hier liegt der Anteil der Kinder mit Sehstörungen um fast sieben Prozentpunkte* höher als bei Kindern von Müttern mit Abitur (Abb. 21).



Abb. 21 Sehstörungen nach Schulbildung* der Mutter (2005)

Bemerkenswert sind auch die starken regionalen Unterschiede, sowohl zwischen Städten und Gemeinden als auch zwischen einzelnen Stadtteilen im Rhein-Kreis Neuss (Abb. 22 und 23).

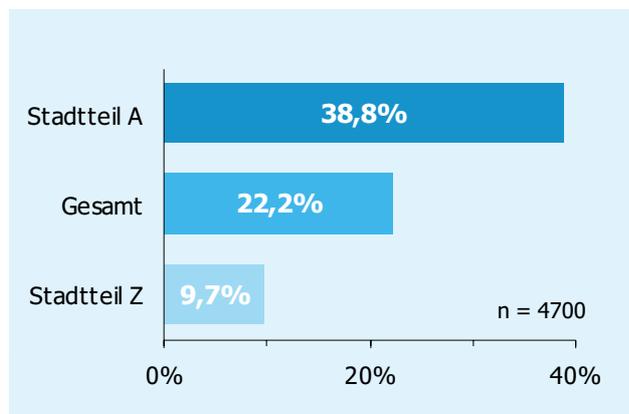


Abb. 22 Sehstörungen nach Stadtteilen* (2005)¹⁰

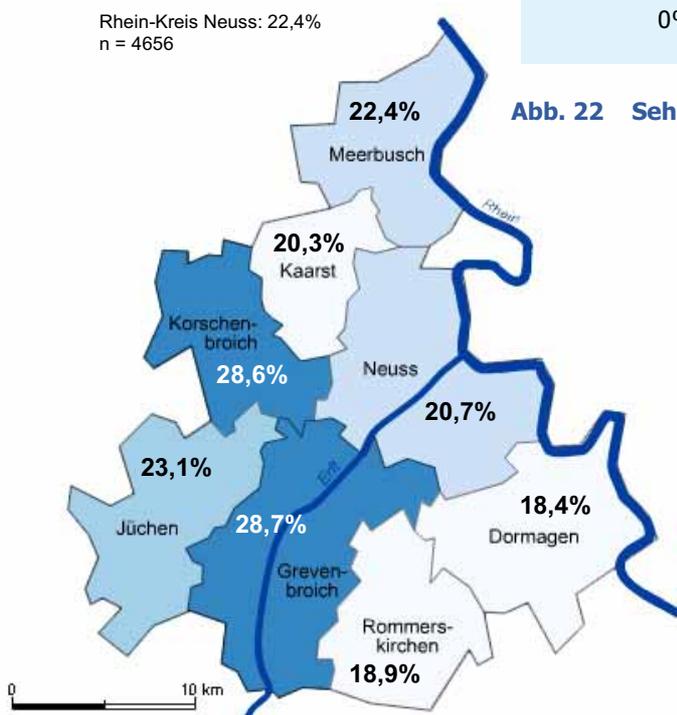


Abb. 23 Sehstörungen nach Städten und Gemeinden (2005)

¹⁰ Wiedergegeben werden nur Stadtteile mit mehr als 50 untersuchten Kindern.

Sprachdefizite

kurz gefasst:

- Es ist eine alarmierende Zunahme von Sprachdefiziten (Sprachstörungen / -auffälligkeiten) festzustellen.
- Große Unterschiede bestehen beim Bildungshintergrund, kleinere Differenzen sind dagegen bei Kindern mit Migrationshintergrund gegenüber deutschen Kindern festzustellen.
- Es gibt zudem erhebliche regionale Unterschiede.

Sprache ist in erster Linie ein Mittel für die Kommunikation, für die sozialen Interaktionen und für den Erwerb neuen Wissens. Sie ist die höchste Hirnleistung des Menschen. Die Sprache in ihrer hochdifferenzierten Form entstand vor etwa 60.000 bis 80.000 Jahren. Der Spracherwerb verläuft bei jedem Kind individuell, variant* und adaptiv*. Das spezifische kulturelle Umfeld eines Menschen bestimmt u.a. seine Sprachentwicklung. Schon vor der Geburt beginnt das Ungeborene einzelne sprachliche Leistungen in den sensiblen Entwicklungsphasen zu lernen. Nach der Geburt ist das gesunde Kind befähigt, jede Sprache zu erlernen. Somit ist die Sprachent-

wicklung gebunden an die Hirnfunktionsleistungen, die Wahrnehmungsfunktionen und die gesamte Motorik.

Das Kind entwickelt zuerst das *Sprachverständnis* und produziert dann die *aktive Sprache*. Entscheidend für die Kommunikation ist nun, dass Worte ihre Bedeutung erhalten und die richtigen Laute (Artikulation) mit der richtigen Struktur (Grammatik) im richtigen Sprechtempo gesprochen werden. Faszinierend ist es zu erleben, wie scheinbar mühelos bei manchen Kindern die Sprachentwicklung abläuft.

Zu Schulbeginn im Alter von fünf bis sechs Jahren ist die Sprache im Erlernen der Grundstrukturen abgeschlossen, eine kontinuierliche weitere Ausdifferenzierung erfolgt bis in die Pubertät.

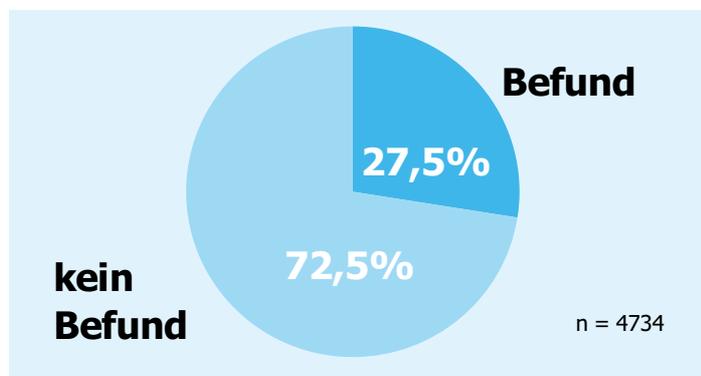


Abb. 24 Sprachdefizite (2005)

Alarmierend hoch ist jedoch die Anzahl der Kinder, die beim Eintritt in die Schule massive Sprachdefizite aufweisen. Mindestens jedes vierte Kind, das im Rhein-Kreis Neuss die erste Grundschulklasse besucht, zeigt diese Problematik (Abb. 24). In den letzten fünf Jahren nehmen die Sprachdefizite kontinuierlich zu – gewachsen in den Jahren 2001 bis 2005 von 15,3% auf 27,5%. Dieser Trend lässt sich auch bei allen Schulneulingen in NRW nachweisen (Abb. 25).

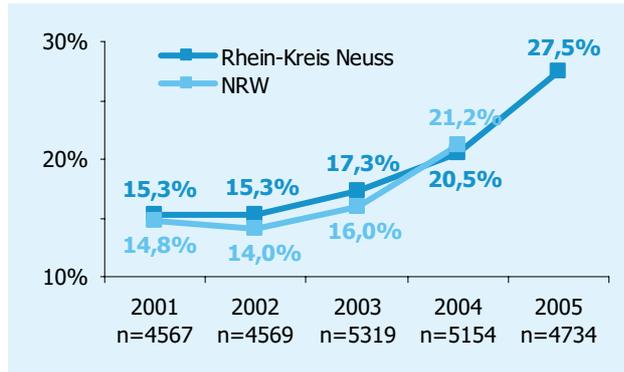


Abb. 25 Sprachdefizite (2001 bis 2005)¹¹

Sprachdefizite hängen in einem hohen Maß vom fördernden Umfeld des Kindes ab. So ist es nicht verwunderlich, dass die meisten sprachauffälligen und -gestörten Kinder in den Familien aufwachsen, in denen die Mütter entweder keinen Schulabschluss oder einen Sonder- oder Hauptschulabschluss vorweisen können (Abb. 26).

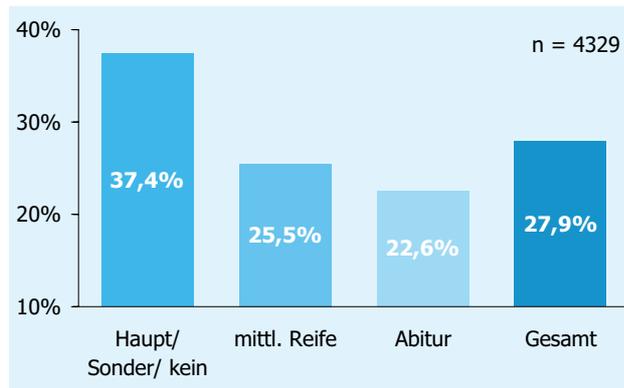


Abb. 26 Sprachdefizite nach Schulbildung* der Mutter (2005)

Der höchste Anteil der Kinder mit sprachlichen Defiziten stammt zu 30,7% aus nichtdeutschen Familien, während die deutschen Kinder zu 25,7% sprachauffällig oder -gestört sind (Abb. 27).

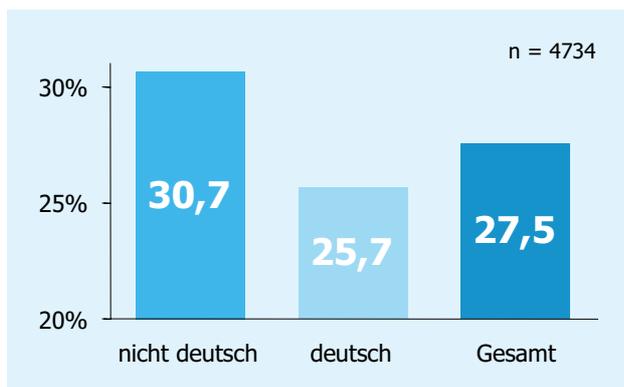


Abb. 27 Sprachdefizite nach Nationalität (2005)

¹¹ Die Fallzahlen beziehen sich auf den Rhein-Kreis Neuss

Sprachdefizite

Die Verteilung dieser Kinder im Rhein-Kreis Neuss stellt sich sehr unterschiedlich dar: es gibt Stadtteile mit 7,4% und 54,5% (Abb. 28). Die Gesamtverteilung der sprachdefizitären Kinder in allen Städten und Gemeinden des Kreises zeigt Abb. 29.

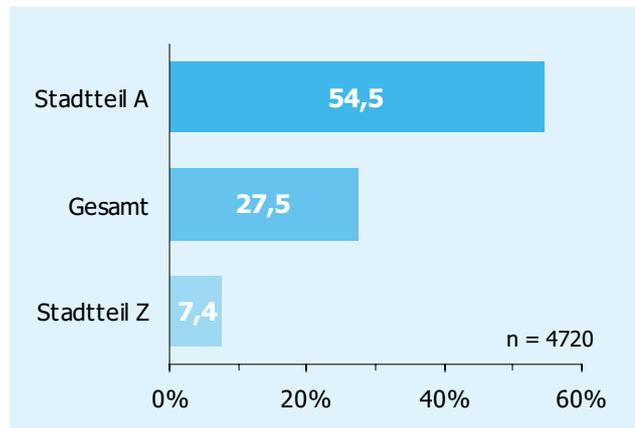


Abb. 28 Sprachdefizite nach Stadtteilen* (2005)¹²

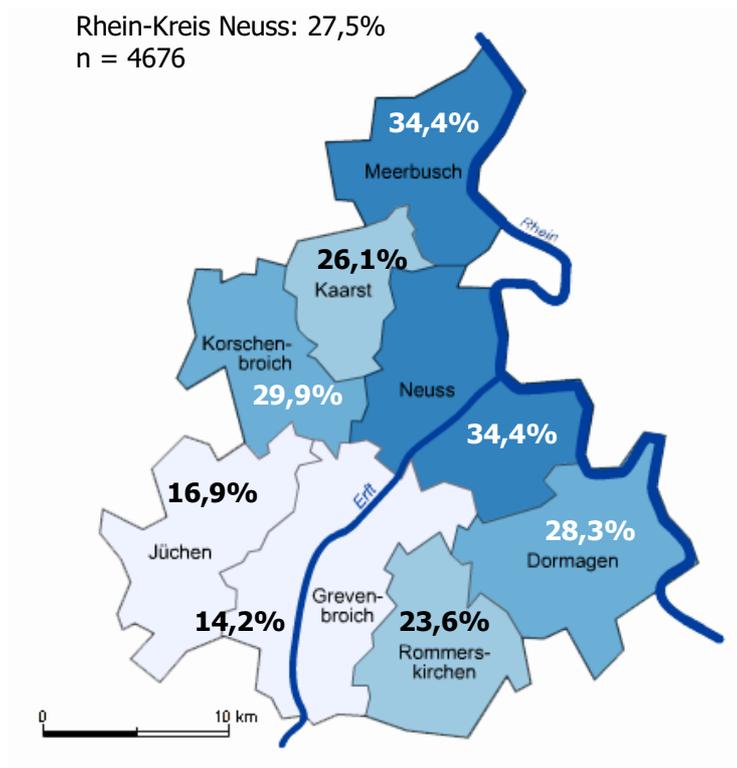


Abb. 29 Sprachdefizite nach Städten und Gemeinden (2005)

¹² Wiedergegeben werden nur Stadtteile mit mehr als 50 untersuchten Kindern.

Koordinationsstörungen

kurz gefasst:

- Nachdem die Koordinationsstörungen in den vergangenen Jahren kontinuierlich reduziert werden konnten, zeigt sich 2005 ein Anstieg auf 10,8%.
- Auch bei den Koordinationsstörungen sind erhebliche Unterschiede nach Bildungsniveau, nicht jedoch nach Migrationshintergrund erkennbar.
- Deutliche Differenzen gibt es bei geschlechtsspezifischer Auswertung: Jungen zeigen etwa 2,5 mal so häufig Bewegungsauffälligkeiten wie Mädchen.
- Darüber hinaus sind erhebliche regionale Unterschiede erkennbar.

In den westlichen Industriegesellschaften haben sich die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen grundlegend verändert. Freie Spiel- und Bewegungsräume

sind verloren gegangen, Bewegungs- und Spieltraditionen schwinden, die Sinne werden nur noch einseitig gefordert. Passives Konsumieren steht vor aktiver Bewegung. Der Körper als Medium unmittelbarer Sinneserfahrung wird zunehmend aus dem Lebensalltag verdrängt. Zwischen dem beschleunigten sozialen Wandel und einem zunehmenden Bewegungsmangel besteht ein enger Zusammenhang. Bewegungsmangel wiederum führt häufig zu Übergewicht und Haltungsschwächen. Viele Indizien sprechen zudem dafür, dass Bewegungsmangel mit Problemen der Persönlichkeitsentwicklung in Beziehung steht. Offenkundig sind zum einen Probleme der physischen Persönlichkeitsentwicklung wie zunehmende Koordinationsstörungen und die Abnahme motorischer Leistungsfähigkeit. Probleme ergeben sich aber nicht nur im physischen, sondern auch im psychosozialen Bereich. Verschiedene Anzeichen deuten auf einen Zusammenhang zwischen Bewegungsmangel und einer Erhöhung des Aggressionspotentials sowie einer Minderung von Sozial- und Lernfähigkeit hin.

Vor dem skizzierten Hintergrund kommt dem Indikator „*Koordinationsstörungen*“, der im Rahmen der Schulneulingsuntersuchung systematisch erfasst wird, eine große Bedeutung zu. Der Rhein-Kreis Neuss und viele Kooperationspartner haben in den vergangenen Jahren gemeinsam versucht, umfangreiche Maßnahmen zur Bewegungsförderung auf den Weg zu bringen und dies sowohl im Bereich der Kindertagesstätten (z.B. das Projekt „Hüpfdötchen – Kindergarten in Bewegung“) als auch im schulischen Kontext (z.B. Projekt: „Bewegte Schule“). Die Ergebnisse der Schulneulingsuntersuchung im Rhein-Kreis Neuss lagen in den vergangenen Jahren folgerichtig regelmäßig unterhalb der NRW-Daten (Abb. 30). Bedauerlicherweise ist es jedoch im Untersuchungsjahr 2005 zu einem erheblichen Anstieg der Koordinationsstörungen im Rhein-Kreis Neuss gekommen (+2,9 Prozentpunkte*).

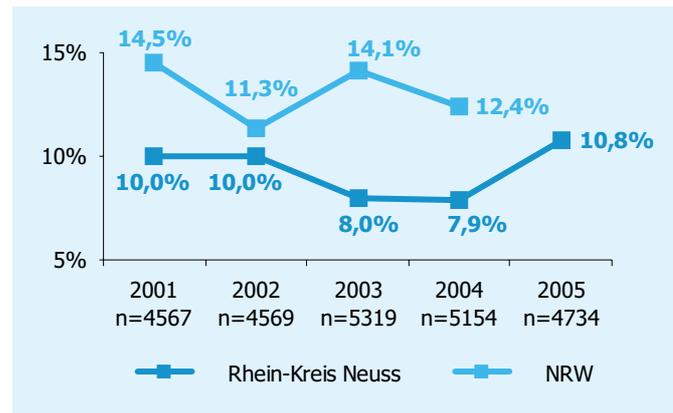


Abb. 30 Koordinationsstörungen (2001 bis 2005)¹²

Es wird abzuwarten sein, ob sich dieser Trend im kommenden Jahr fortsetzt oder ob es erneut zu einem Rückgang kommen wird. In Fachkreisen besteht jedoch Konsens, dass der Befund „*Koordinationsstörungen*“ insgesamt in den kommenden Jahren einen weiteren Anstieg verzeichnen wird. Institutionelle Bemühungen (Kita/Schule/Verein) reichen offenbar nicht aus, um den Bewegungsbedürfnissen von Kindern in ausreichender Form zu entsprechen. Vor allen anderen Instanzen ist die Familie gefragt und aufgefordert, tägliche Bewegungsroutinen ihrer Kinder sicher zu stellen. Diese Haltung ist jedoch vor allem in bildungsferneren Milieus weniger stark ausgeprägt. Studien belegen, dass die Zeit vor Fernseher und Computer bei diesen Kindern ansteigt. So kann es nicht verwundern, dass die Häufigkeit von Koordinationsstörungen bei Kindern aus unteren Bildungsschichten deutlich höher liegt (Abb. 31).

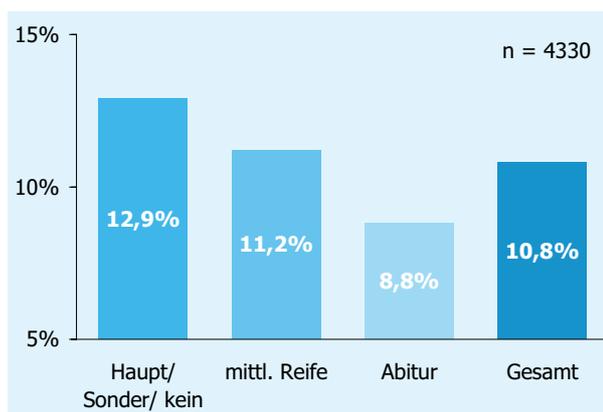


Abb. 31 Koordinationsstörungen nach Schulbildung der Mutter (2005)

¹² Die Fallzahlen beziehen sich auf den Rhein-Kreis Neuss

Zwischen Kindern mit Migrationshintergrund und deutschen Kindern zeigen sich keinerlei Differenzen, allerdings sind erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede erkennbar. Jungen weisen sehr viel häufiger als Mädchen Bewegungsdefizite auf (Abb. 32). Erhebliche Unterschiede zeigt auch eine Auswertung nach Stadtteilen im Kreisgebiet (Abb. 33).

Eine Darstellung nach Städten und Gemeinden ist nur eingeschränkt möglich. Die Daten für Dormagen und Korschenbroich sind für dieses Jahr nicht darstellbar. Die anderen Städte und Gemeinden im Kreisgebiet weisen eine Spannweite von etwa 5% aus (Abb. 34).

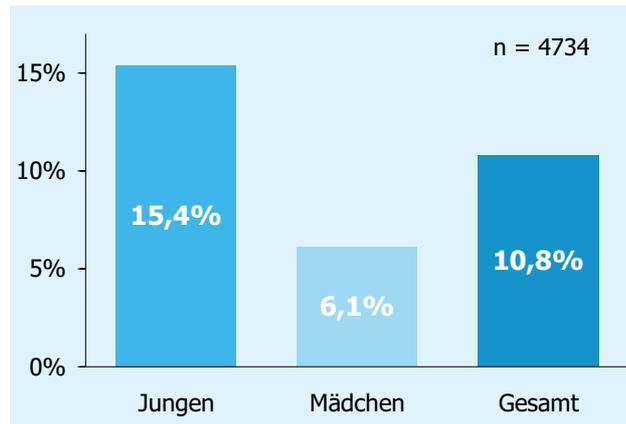


Abb. 32 Koordinationsstörungen nach Geschlecht (2005)

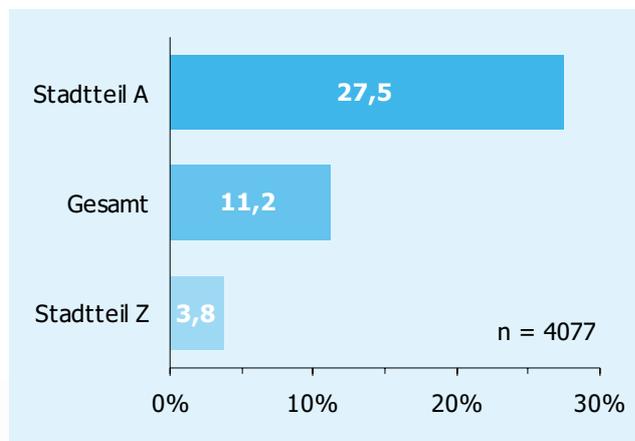


Abb. 33 Koordinationsstörungen nach Stadtteilen* (2005)¹³

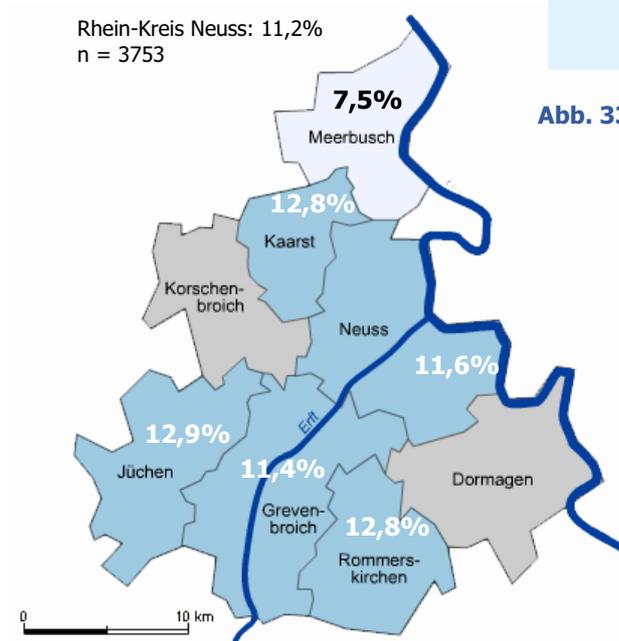


Abb. 34 Koordinationsstörungen nach Städten und Gemeinden (2005)¹⁴

¹³ Wiedergegeben werden nur Stadtteile mit mehr als 50 untersuchten Kindern.

¹⁴ Ohne Dormagen und Korschenbroich

Glossar und Erläuterungen

adaptiv

angleichend / angepasst

Adipositas

Fettleibigkeit. siehe BMI / Perzentil

Body Mass Index (BMI)

Zur Bestimmung von Über-, Unter- und Normalgewicht hat sich der Body Mass Index (BMI) im Kindes- und Jugendalter durchgesetzt. Da bei ihnen der BMI stark von alters- und geschlechtsspezifischen physiologischen Veränderungen der Körpermasse beeinflusst wird, wurden mittels bevölkerungsbezogener Untersuchungen Referenzwerte für das Kindes- und Jugendalter ermittelt. Diese Werte erlauben durch alters- und geschlechtsspezifische Perzentile* eine Einstufung des individuellen BMI. Liegt der BMI über dem 90. Perzentil* spricht man von Übergewicht, über dem 97. Perzentil* von Adipositas bzw. Fettleibigkeit.

$$\text{BMI-Berechnung: } \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{(\text{Körpergröße in m})^2}$$

Hepatitis B

Gelbsucht B

HIB

Hämophilus influenzae Typ b (HIB)

Impfschutz insgesamt

Aus insgesamt neun verschiedenen Einzelimpfungen – gegen Masern, Mumps, Röteln, Diphtherie, Tetanus, Polio, Hepatitis B, Hämophilus influenzae Typ b (HIB) und Pertussis – wurde ein Indexwert „Impfschutz insgesamt“ konstruiert, wobei der Impfschutz als ausreichend definiert ist, wenn alle Einzelimpfungen die Ausprägung „ausreichender Impfschutz“ aufweisen. Andernfalls wird dem Impfschutz insgesamt die Ausprägung „nicht ausreichend“ zugewiesen.

Bei den Einzelimpfungen gegen diese Krankheiten wurde ein Kind dann als „ausreichend geimpft“ angesehen, wenn es

- gegen Masern, Mumps und Röteln mindestens zwei,
- gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Hepatitis B und HIB mindestens drei
- und gegen Pertussis mindestens vier

Impfungen erhalten hat. Dies entspricht den STIKO*-Empfehlungen 2005.

Pertussis

Keuchhusten

Perzentile	<p>Beurteilungsweise:</p> <p>Bezeichnet man das gesamte Kollektiv der Einzelwerte als 100%, so kann der Mittelwert auch als 50%-Wert definiert werden, d.h. die Hälfte aller Messwerte des Kollektivs liegt darunter. Diese Betrachtungsweise ermöglicht eine einfache Einordnung in eine Perzent-Skala (sog. Perzentilwerte).</p>
Polio(myelitis)	Kinderlähmung
Prozentpunkte	<p>Der Unterschied zwischen zwei Prozentwerten kann in Prozentpunkten oder in Prozent ausgedrückt werden.</p> <p>Beispielsweise sind bei 15,4 Prozent aller Jungen, aber nur bei 6,1 Prozent aller Mädchen Koordinationsstörungen festgestellt worden. Damit liegt der Anteil der Jungen mit Koordinationsstörungen um 9,3 Prozentpunkte (15,4 minus 6,3) höher als der entsprechende Anteil bei den Mädchen.</p>
Schulbildung der Mutter	<p>Bildung ist einer von mehreren Indikatoren für Sozialstatus / soziale Ungleichheit. Die Bezugsgröße "Schulbildung der Mutter" wird hier benutzt, da sie von fast allen Müttern der Schulneulinge im Rhein-Kreis Neuss vorliegt während die Daten der Väter bedauerlicherweise nur unvollständig erfasst werden konnten.</p>
sozialkompensatorisch	soziale Benachteiligung ausgleichend
Stadtteile (Diagramme)	<p>Bei den Stadtteil-Diagrammen in diesem Gesundheitsbericht werden generell nur die beiden Stadtteile mit dem jeweils höchsten und niedrigsten Wert (Stadtteile A und Z) und der (dazwischen liegende) Wert für den Rhein-Kreis Neuss insgesamt angegeben. Dabei werden nur Stadtteile mit mehr als 50 untersuchten Kindern berücksichtigt. Um Stigmatisierung zu vermeiden, werden die Stadtteile in anonymisierter Form dargestellt.</p>
STIKO	<p>„Ständige Impfkommission des Berliner Robert-Koch-Institutes“. Die STIKO gibt Impfempfehlungen heraus. Die in diesem Gesundheitsbericht benutzten Grenzwerte für „ausreichenden“ Impfschutz bei den Einzelimpfungen entsprechen den STIKO-Empfehlungen (2005).</p>
Tetanus	Wundstarrkrampf
variant	leicht verändert

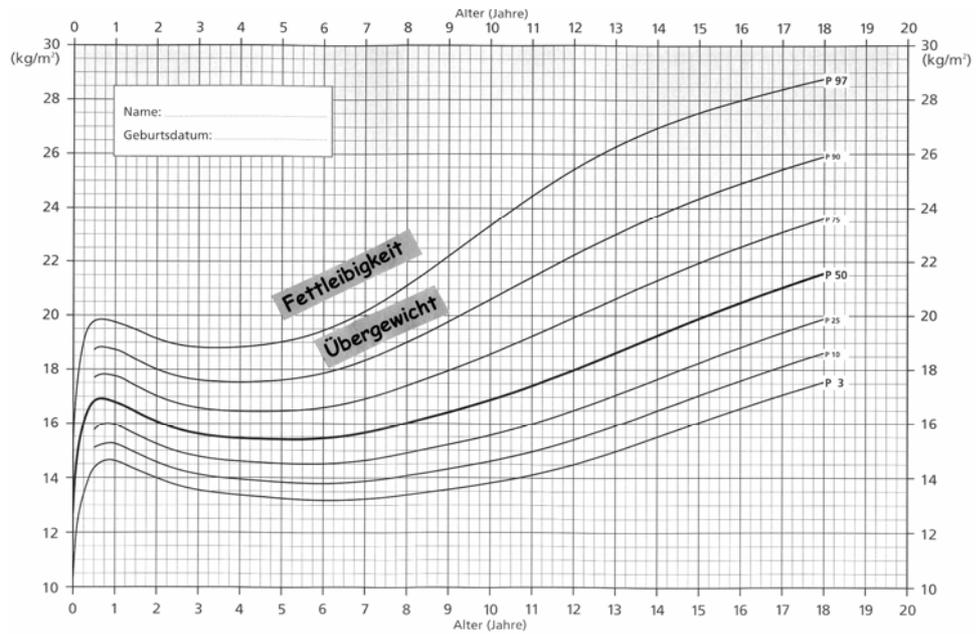


Abb. 35 Perzentil*-Kurven für den Body Mass Index* (kg/m²) – Jungen bis 18 Jahre - (nach Kromeyer-Hauschild - 2001)

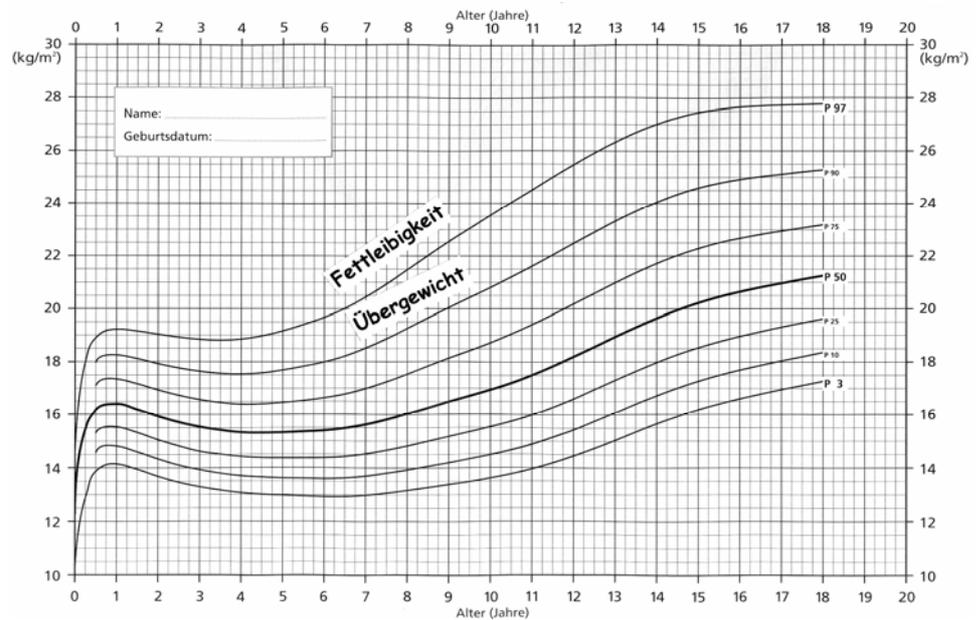


Abb. 36 Perzentil*-Kurven für den Body Mass Index* (kg/m²) – Mädchen bis 18 Jahre (nach Kromeyer-Hauschild - 2001)