

2018

Gesundheit

der Duisburger Einschulkinder



Auswertungen und Interpretationen zum Entwicklungsstand,
zum Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand
der Duisburger Einschulkinder

Inhalt

Vorwort	3
Einleitung	5
Schulärztliche Untersuchungen	6
Einschulkinder mit Migrationshintergrund	7
Deutschkenntnisse bei Einschulkindern mit Migrationshintergrund	10
Entwicklung der Einschulkinder	11
Empfehlungen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen	11
Nachgehende Fürsorge	12
Psychologische Fachberatung	13
Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf	13
Zurückstellung wegen Unreife	14
Zurückstellung aus erheblichen gesundheitlichen Gründen	14
Erhöhter Zeitaufwand bei den Untersuchungen	15
Häusliche Förderung	16
Koordinationsstörungen	17
Verhaltensauffälligkeiten	20
Zusammenfassung	22
Gesundheitsverhalten der Einschulkinder	24
Impfstatus	24
Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen)	29
Gesundheitszustand der Einschulkinder	35
Übergewicht und Adipositas	35
Seh- und Hörvermögen	39
Ergebnisse und Handlungsempfehlungen im Überblick	41
Schlussbetrachtung	44
Datenquellen, Glossar, Abbildungs- u. Tabellenverzeichnis, Impressum	46

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

Vorwort

Nachdem im Jahr 2007 der letzte Kindergesundheitsbericht für Duisburg erschienen ist, war es dringend geboten, den gesundheitlichen Zustand der Duisburger Einschulkinder erneut zu betrachten. Elf Jahre liegen zwischen dem letzten und dem aktuellen Bericht. Zwischenzeitlich ist das Thema der Kindergesundheit weiter in den Vordergrund getreten. Es wurden bundesweit die sogenannten „Frühen Hilfen“ eingerichtet; lokale Unterstützungssysteme mit Hilfsangeboten für Schwangere, Eltern und Kinder im Alter bis zu drei Jahren. Auf der anderen Seite haben sich aber andere gesellschaftliche Entwicklungen ungünstig auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ausgewirkt.



Ein zentrales Thema, das in diesem Zeitraum erheblich an Bedeutung gewonnen hat, stellt die hohe Zuwanderung von geflüchteten Menschen aus Kriegs- und Krisenregionen oder von EU-Neuzuwanderern, insbesondere aus Südosteuropa, nach Duisburg dar. Seit 2013 steigt die Anzahl von zugewanderten Menschen nach Duisburg kontinuierlich. Derzeit leben fast 20.000 Neuzuwanderer aus Rumänien und Bulgarien in Duisburg. Mit der Zuwanderung kamen bzw. kommen auch sehr viele Kinder und Jugendliche nach Duisburg.

Weiterhin müssen die Stadt Duisburg und andere Träger und Institutionen Rahmenbedingungen schaffen, um allen in Duisburg lebenden Kindern und Jugendlichen ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Vor allen Dingen benötigen Kinder die Unterstützung ihrer Eltern, die auf gesundheitsfördernde Lebensbedingungen für ihre Kinder hinwirken sollten.

Gerade im Kindesalter werden die Weichen für das Gesundheitsverhalten und eine gesundheitlich positive Entwicklung für das weitere Leben gestellt. Viele gesundheitliche Probleme im Erwachsenenalter können ihre Ursachen schon im Kindergarten- oder Grundschulalter haben. Durch Früherkennung und Prävention können Maßnahmen ergriffen werden, um gesundheitliche oder entwicklungsbedingte Probleme frühzeitig zu behandeln.

Der nachfolgende Kindergesundheitsbericht basiert auf den Daten der Einschulungsuntersuchungen der letzten Jahre. Da es sich hierbei um die Vollerhebung eines vollständigen Jahrganges von Kindern handelt, sind diese geeignet, um einen Überblick über den Gesundheits- und Entwicklungszustand der Duisburger Kinder vor ihrer Einschulung zu erhalten. Die Erkenntnisse, die aus diesem Bericht gezogen werden, stellen relativ gut den Gesundheitszustand von Duisburger Einschulkindern dar, der gesundheitliche und damit auch gesellschaftlich relevante Trends aufzeigt.

Beispielsweise wird festgestellt, dass in Ortsteilen mit einem überdurchschnittlichen Anteil von sozial belasteten Familien diese Kinder einem erhöhten gesundheitlichen Risiko ausgesetzt sind. Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass Kinder und ihre Familien, insbesondere südosteuropäische Zuwanderer, teilweise nicht krankenversichert sind und dadurch gesetzliche Vorsorgeuntersuchungen und dabei angebotene Impfungen nicht in Anspruch nehmen können. Dies ist eine der großen Herausforderungen für unsere Stadt, der wir konsequent begegnen müssen.

Es würde mich freuen, wenn dieser Bericht dazu beiträgt, Maßnahmen bei den für die Kindergesundheit verantwortlichen Akteuren und Institutionen sowie der Politik anzustoßen, die zur Verbesserung und Förderung der Kindergesundheit in Duisburg beitragen.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ralf Krumpholz'.

Dr. Ralf Krumpholz

Beigeordneter für Integration, Sport und Gesundheit, Verbraucherschutz und Feuerwehr

Einleitung

„Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten der Duisburger Einschulkinder treten in den letzten Jahren „gefühlter“ immer häufiger auf und auch die Deutschkenntnisse der Kinder werden immer schlechter.“

Das ist eine Aussage der untersuchenden Ärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) der Stadt Duisburg.

Verhaltensauffällige Kinder haben in der Regel auch in der Schule Schwierigkeiten und können sich nicht ihren Begabungen entsprechend voll entwickeln. Die Untersuchungen bei verhaltensauffälligen Kindern sind oft nicht im üblichen Zeitrahmen möglich. Oft benötigen sie eine intensivere Zuwendung und die Eltern haben einen höheren Beratungsbedarf.

Weitere Erschwernisse bei der täglichen Arbeit des KJGD sind schlechte oder fehlende Deutschkenntnisse, insbesondere bei zugewanderten Kindern. Auch ein anderes Verständnis von Gesundheit, gerade bei sozial schlechter gestellten Menschen oder Menschen mit Migrationshintergrund, führt zu Verständigungsproblemen.

Dieser Gesundheitsbericht hat das Ziel, mit den verfügbaren Daten der Einschulungsuntersuchungen den Entwicklungsstand, das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand anhand von ausgewählten Befunden der Duisburger Einschulkinder zu beschreiben, zu bewerten und gegebenenfalls den Handlungsbedarf aufzuzeigen.

Bei der Umsetzung der daraus abzuleitenden Handlungsempfehlungen durch die verantwortlichen Einrichtungen und Akteure sowie der Politik könnte eine Verbesserung der Kindergesundheit in Duisburg erreicht werden.

Schulärztliche Untersuchungen

Der vorliegende Bericht nutzt im Wesentlichen Dokumentationsdaten der Duisburger Schuleingangsuntersuchungen (SEU). Diese sind eine unverzichtbare Quelle für die Beschreibung der Kindergesundheit, da es sich um die jährliche Vollerhebung eines kompletten Jahrgangs handelt. Die SEU werden in Duisburg von Ärzten und Arzthelferinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) im Gesundheitsamt durchgeführt und dokumentiert, davon werden rund 230 Kinder jährlich im Institut für Jugendhilfe untersucht. Die SEU ist eine gesetzlich vorgeschriebene medizinisch-sozialpädiatrische Untersuchung, die aus ärztlicher Sicht ein Bild davon vermitteln soll, ob im Hinblick auf den Schulbesuch gesundheitliche Einschränkungen bei dem zu untersuchenden Kind bestehen und ggf. Fördermaßnahmen oder eine weitere Abklärung einzuleiten sind. Die Untersuchung wird üblicherweise im sechsten Lebensjahr des Kindes durchgeführt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl der Untersuchungen des KJGD im Zeitverlauf. Jährlich werden durchschnittlich 4.300 Einschulkinder untersucht. Hinzu kommen die sogenannten „Seiteneinsteiger“, Kinder und Jugendliche, die aus dem Ausland zuwandern und ihren Wohnsitz in Duisburg haben. Seit 2013 steigt die Zahl der Seiteneinsteiger kontinuierlich und gipfelte im Jahr 2016. Die meisten Seiteneinsteiger kommen aus Südosteuropa (Bulgarien und Rumänien) und aus Syrien*.

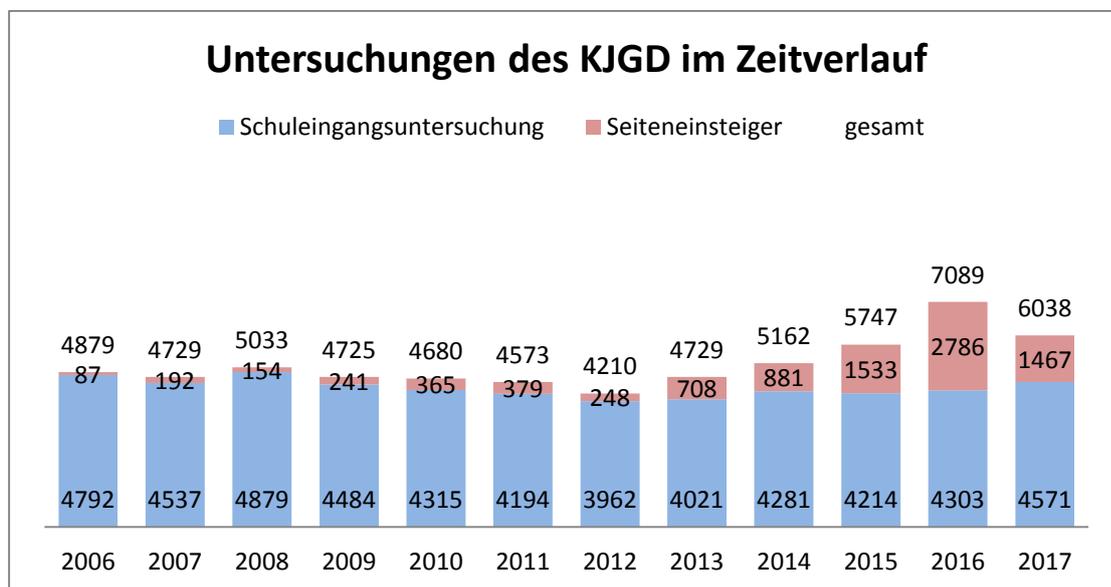


Abb. 1: Anzahl der Schuleingangs- und Seiteneinsteigeruntersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) von 2006 – 2017

*Zum Gesundheitszustand der Seiteneinsteiger wurde im Jahr 2017 vom Gesundheitsamt ein gesonderter Gesundheitsbericht veröffentlicht (DS 17-1190 v. 25.10.2017).

Einschulkinder mit Migrationshintergrund (nach Erstsprache)

Bei den schulärztlichen Untersuchungen nach dem „Bielefelder Modell“ (Definition s. Glossar) wird die Erfassung des Migrationshintergrundes (MH) durch die Erstsprache abgebildet. Sie erfolgt mit der Fragestellung, welche Sprache mit dem Kind in den ersten vier Lebensjahren überwiegend gesprochen wurde. Mit der Erstsprache werden Werte, Normen und Regeln vermittelt und sie ist daher Ausdruck des kulturellen Hintergrundes des Kindes. Ist dies eine andere Sprache als „Deutsch“, liegt laut „Bielefelder Modell“ ein Migrationshintergrund vor.

Welche Erstsprache sprechen Duisburger Einschulkinder in den Ortsteilen?

Im Jahr 2017 sprachen die Hälfte aller untersuchten Einschulkinder in den ersten vier Lebensjahren eine andere Sprache als Deutsch (50,1 %).

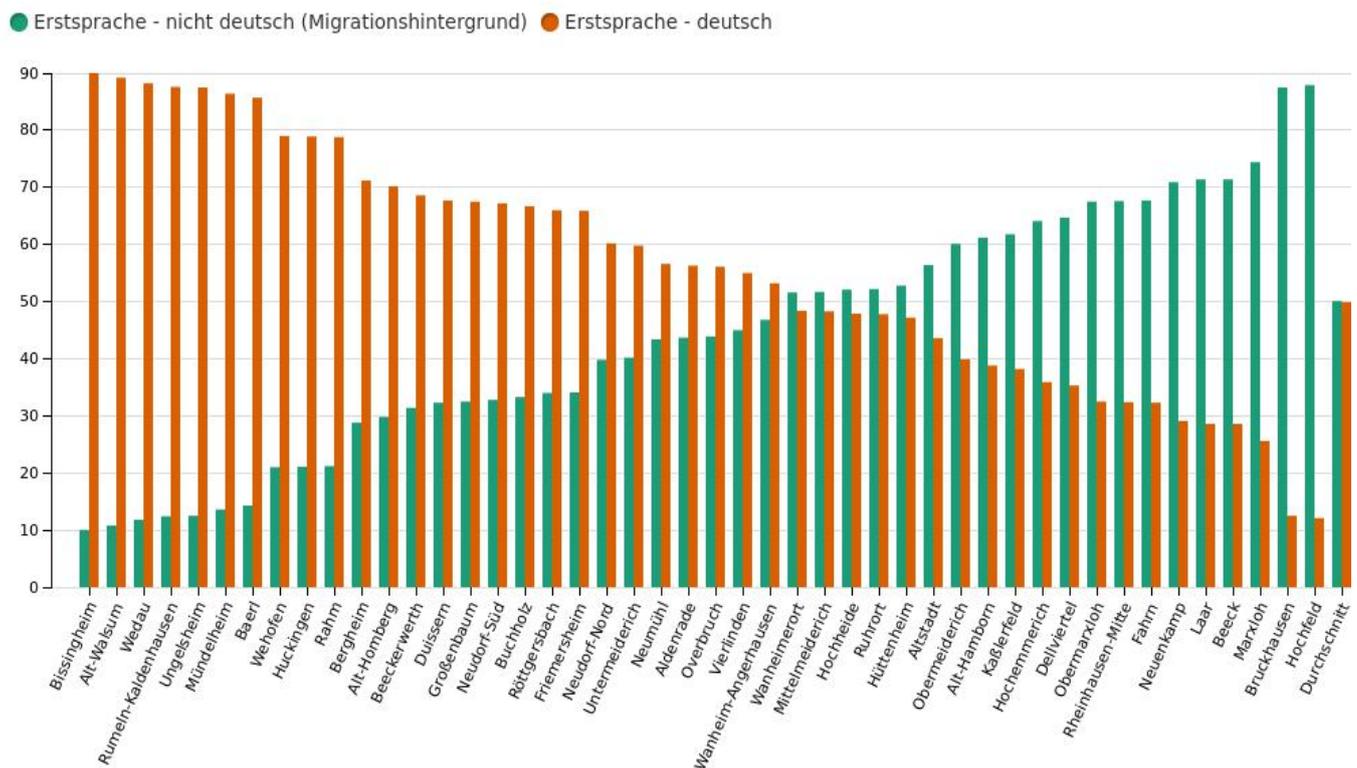


Abb. 2: Prozentualer Anteil der Einschulkinder mit deutscher und nicht deutscher Erstsprache in den Ortsteilen, Schuljahr 2017/2018, n = 4.433

In den Ortsteilen Hochfeld, Bruckhausen und Marxloh lebten die meisten Einschulkinder mit nicht deutscher Erstsprache (MH). In Bissingheim lebten die wenigsten Einschulkinder mit MH.

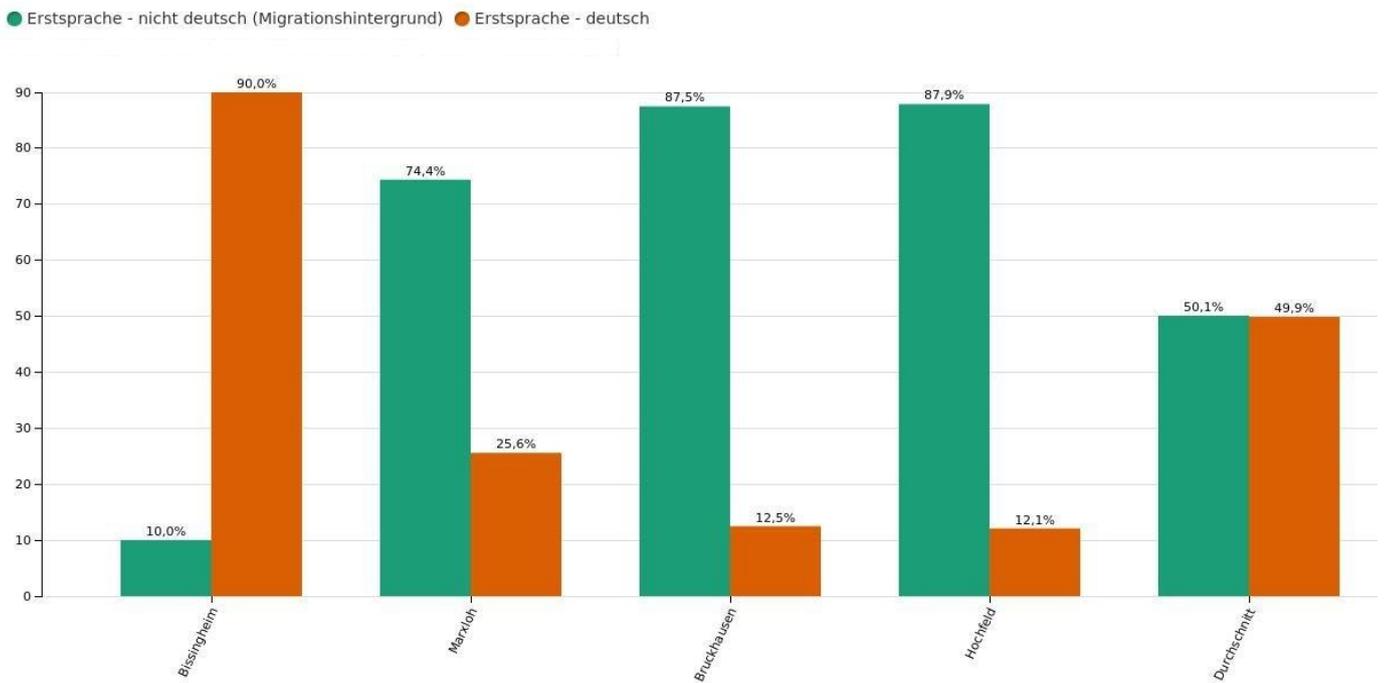


Abb. 3: Prozentualer Anteil der Einschulkinder mit deutscher und nicht deutscher Erstsprache in ausgewählten Ortsteilen, Schuljahr 2017/2018 (Bissingheim n = 30, Marxloh n = 262, Bruckhausen n = 56, Hochfeld n = 239, n = 4.433)

2017
Ø: 50,1%

Erstsprache – nicht deutsch (Migrationshintergrund)

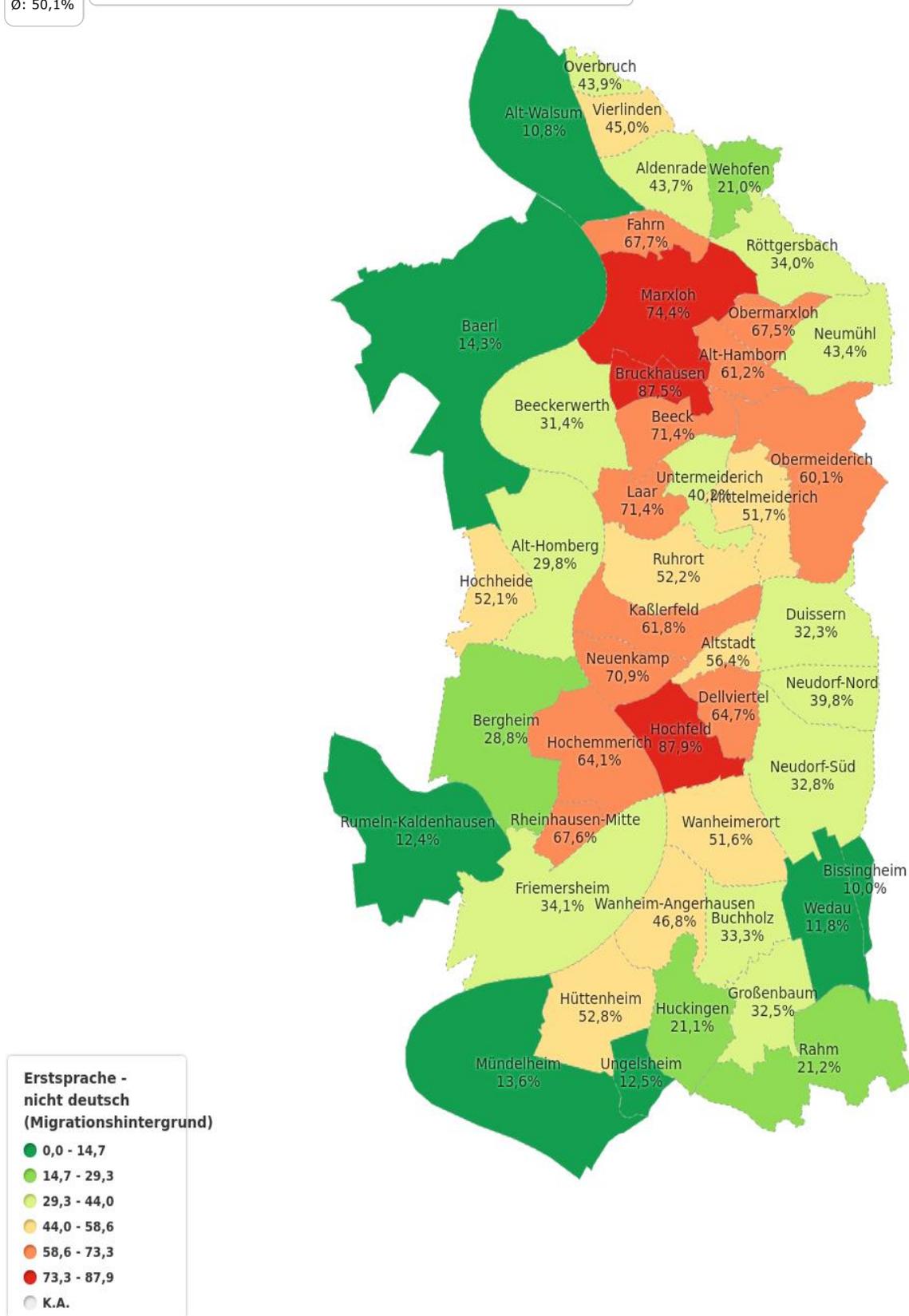


Abb. 4: Prozentualer Anteil der Einschulkinder mit nicht deutscher Erstsprache in den Duisburger Ortsteilen, Schuljahr 2017/2018, n = 4.433, Karte aus KECK-Atlas

Deutschkenntnisse bei Einschulkindern mit Migrationshintergrund

Die Beurteilung der Deutschkenntnisse bei Kindern, mit denen zu Hause in den ersten vier Lebensjahren überwiegend nicht deutsch gesprochen wurde, erfolgt nach dem „Bielefelder Modell“ in fünf Kategorien:

1. Das Kind spricht kein Deutsch

Das Kind kann sich mit der deutschen Sprache nicht verständlich machen.

2. Das Kind spricht nur radebrechend Deutsch

Das Kind verfügt über einen rudimentären Wortschatz. Es kann sich in Form von Zwei- oder Mehrwortsätzen, die grammatikalisch inkorrekt sind, eingeschränkt verständlich machen.

3. Das Kind spricht flüssig Deutsch, jedoch mit erheblichen Fehlern

Das Kind verfügt über einen ausreichenden Wortschatz und kann sich gut verständlich machen. Es werden aber noch viele und auch erhebliche grammatikalische Fehler gemacht.

4. Das Kind spricht flüssig Deutsch, jedoch mit leichten Fehlern

Das Kind verfügt über einen guten und ausreichenden Wortschatz und kann sich gut verständlich machen. In der Spontansprache unterlaufen dem Kind noch leichte grammatikalische Fehler.

5. Das Kind spricht fehlerfrei und flüssig Deutsch

In Wortschatz, Grammatik und Ausdruck unterscheidet sich das Kind nicht von einem Kind deutscher Muttersprache. Ein vorhandener Akzent wird nicht berücksichtigt.

● Deutschkenntnisse - keine ● Deutschkenntnisse - radebrechend ● Deutschkenntnisse (flüssig - mit erheblichen Fehlern)
 ● Deutschkenntnisse (flüssig - mit leichten Fehlern) ● Deutschkenntnisse - fehlerfrei

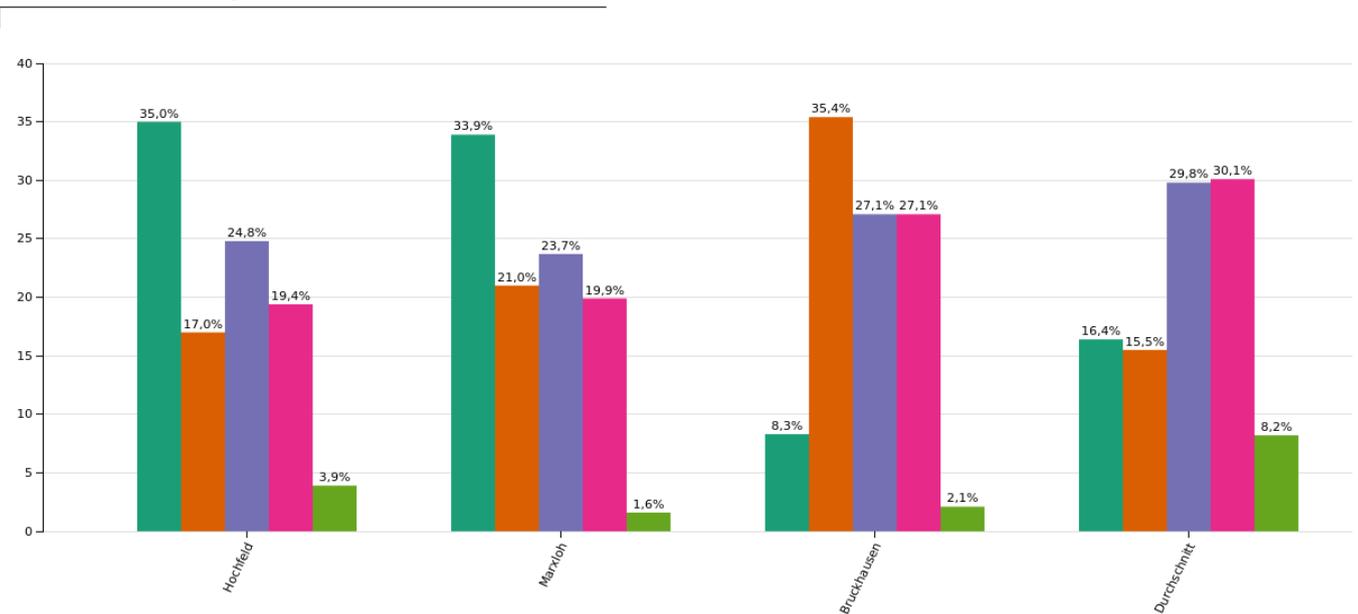


Abb. 5: Deutschkenntnisse in fünf Kategorien nach dem „Bielefelder Modell“ in ausgewählten Ortsteilen und im Duisburger Durchschnitt für das Schuljahr 2017/2018; Hochfeld n = 206, Marxloh n = 186, Bruckhausen n = 48, n = 2.104

Von den untersuchten Duisburger Einschulkindern mit MH im Jahr 2017 hatten durchschnittlich 16,4 % keine Deutschkenntnisse und nur 8,2 % sprachen fehlerfreies Deutsch. Betrachtet man die Ortsteile, in denen die meisten Kinder mit MH leben, sprachen in Hochfeld und Marxloh mehr als ein Drittel der Kinder kein Deutsch und nur wenige Kinder ein fehlerfreies Deutsch.

Entwicklung der Einschulkinder

Empfehlungen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen

Wird bei der schulärztlichen Untersuchung ein Förderbedarf des Kindes festgestellt, spricht der KJGD den Eltern bzw. der Schule eine Empfehlung aus. Diese wird im schulärztlichen Gutachten dokumentiert. Nachfolgend wird die Anzahl bzw. der Anteil der verschiedenen ausgesprochenen Empfehlungen für die Jahre 2013 bis 2017 dargestellt.

Empfehlungen für die Jahre 2013 - 2017									
2017/2018	Untersuchte			Jungen			Mädchen		
	ges	abs	%	ges	abs	%	ges	abs	%
59 nachgehende Fürsorge	4.571	284	6,2	2.365	168	7,1	2.206	116	5,3
65 psychologische Fachberatung	4.571	161	3,5	2.365	102	4,3	2.206	59	2,7
67 sonderpäd. Unterstützungsbedarf	4.571	256	5,6	2.365	173	7,3	2.206	83	3,8
68 Zurückstellung wegen Unreife	4.571			2.365			2.206		
69 Zurückstellung aus gesundh. Gründen	4.571	114	2,5	2.365	75	3,2	2.206	39	1,8
2016/2017	Untersuchte			Jungen			Mädchen		
	ges	abs	%	ges	abs	%	ges	abs	%
59 nachgehende Fürsorge	4.303	116	2,7	2.219	75	3,4	2.084	41	2,0
65 psychologische Fachberatung	4.303	168	3,9	2.219	99	4,5	2.084	69	3,3
67 sonderpäd. Unterstützungsbedarf	4.303	296	6,9	2.219	207	9,3	2.084	89	4,3
68 Zurückstellung wegen Unreife	4.303			2.219			2.084		
69 Zurückstellung aus gesundh. Gründen	4.303	110	2,6	2.219	78	3,5	2.084	32	1,5
2015/2016	Untersuchte			Jungen			Mädchen		
	ges	abs	%	ges	abs	%	ges	abs	%
59 nachgehende Fürsorge	4.214	95	2,3	2.192	53	2,4	2.022	42	2,1
65 psychologische Fachberatung	4.214	111	2,6	2.192	71	3,2	2.022	40	2,0
67 sonderpäd. Unterstützungsbedarf	4.214	292	6,9	2.192	194	8,9	2.022	98	4,8
68 Zurückstellung wegen Unreife	4.214			2.192			2.022		
69 Zurückstellung aus gesundh. Gründen	4.214	83	2,0	2.192	63	2,9	2.022	20	1,0
2014/2015	Untersuchte			Jungen			Mädchen		
	ges	abs	%	ges	abs	%	ges	abs	%
59 nachgehende Fürsorge	4.281	134	3,1	2.242	75	3,3	2.039	59	2,9
65 psychologische Fachberatung	4.281	93	2,2	2.242	63	2,8	2.039	30	1,5
67 sonderpäd. Unterstützungsbedarf	4.281	323	7,5	2.242	209	9,3	2.039	114	5,6
68 Zurückstellung wegen Unreife	4.281			2.242			2.039		
69 Zurückstellung aus gesundh. Gründen	4.281	81	1,9	2.242	52	2,3	2.039	29	1,4
2013/2014	Untersuchte			Jungen			Mädchen		
	ges	abs	%	ges	abs	%	ges	abs	%
59 nachgehende Fürsorge	4.021	61	1,5	2.005	36	1,8	2.016	25	1,2
65 psychologische Fachberatung	4.021	67	1,7	2.005	40	2	2.016	27	1,3
67 sonderpäd. Unterstützungsbedarf	4.021	216	5,4	2.005	157	7,8	2.016	59	2,9
68 Zurückstellung wegen Unreife	4.021			2.005			2.016		
69 Zurückstellung aus gesundh. Gründen	4.021	94	2,3	2.005	63	3,1	2.016	31	1,5

Tab.1: Empfehlungen des KJGD nach dem „Bielefelder Modell“ (s. Glossar) für die Schuljahre 2013 – 2017; Hinweis: Die Nummern 59, 65, 67 – 69 bezeichnen die vorgegebenen Befundfelder nach dem „Bielefelder Modell“ Nr. 68 weist zu geringe Fallzahlen auf und ist daher geheim zu halten

Vergleich NRW (Schuljahr 2016)

Schulärztliche Empfehlungen NRW gesamt	ja	nein	Untersuchte
	%	%	
59 Nachgehende Fürsorge	6,8	93,2	74.848
65 Psychologische Fachberatung	0,6	99,4	61.812
67 Sonderpäd. Unterstützungsbedarf	5,2	94,8	123.258
68 Zurückstellung wegen Unreife	0,4	99,6	101.701
69 Zurückstellung aus gesundheitl. Gründen	1,3	98,7	116.441

Tab. 2: Empfehlungen aller Einschulkinder in NRW für das Schuljahr 2016/2017; Quelle: LZG.NRW

Nachgehende Fürsorge

Die nachgehende Fürsorge ist wichtiger Bestandteil der sozialkompensatorischen Aufgabe des KJGD. Nachgehende Fürsorge ist immer dann notwendig, wenn die Abwendung eines gesundheitlichen Schadens oder eine adäquate Förderung des Kindes durch die Erziehungsberechtigten nicht sichergestellt werden kann. Gegebenenfalls kann das Jugendamt eingeschaltet werden.

Beispiele sind:

- Erneute Einbestellung in das Gesundheitsamt zur Verlaufskontrolle (Nachuntersuchungen)
- Erneute Einbestellung zur erweiterten Beratung des oder der Erziehungsberechtigten zur Schullaufbahn nach Rücksprache mit den beteiligten Institutionen
- Anmahnung ausstehender fachärztlicher Befunde
- Notwendige Telefonate mit Schule, Kindergarten, Ärzten und Therapeuten
- Erweiterte sozialmedizinische Beratung in der Schule oder vorschulischen Tageseinrichtung des Kindes

Ab dem Jahr 2013 stieg die Zahl der Empfehlungen der nachgehenden Fürsorge von 61 auf 284 im Jahr 2017. Auffällig ist, dass es allein im letzten Schuljahr einen Anstieg von 2,7 % (in 2016) auf 6,2 % gab. In den vergangenen Jahren war nachgehende Fürsorge häufiger bei Jungen als bei Mädchen notwendig.

Erklärung für den Anstieg der Zahlen könnte nach Einschätzung des KJGD sein, dass die gesundheitliche und soziale Situation der Duisburger Kinder grundsätzlich schlechter ist und so eine nachgehende Fürsorge notwendig machen würde. Eine weitere Erklärung für den Anstieg könnte sein, dass der KJGD die Defizite intensiver wahrnimmt und entsprechend dokumentierte.

In NRW lag der durchschnittliche Anteil bei 6,8 % von 78.848 untersuchten Kindern im Schuljahr 2016/2017 (vgl. Tab. 2).

Psychologische Fachberatung

Bei Kindern, die aufgrund einer vorwiegend psychischen Problematik, Krankheit, Verhaltensauffälligkeit oder zur Durchführung einer psychologischen Diagnostik aus schulärztlicher Sicht einer speziellen Fachberatung vorgestellt werden sollen, erfolgt die Empfehlung zur psychologischen Fachberatung.

Hierzu zählen z. B. folgende Einrichtungen:

- Schulpsychologischer Dienst
- Erziehungsberatungsstelle
- Psychologische oder Kinder- und jugendpsychiatrische Beratung

Der Anteil der Kinder, denen eine psychologische Fachberatung empfohlen wird, liegt in den Jahren 2013 bis 2017 prozentual bei durchschnittlich 2,8 %. Absolut betrachtet trifft dies von rund 4.300 untersuchten Kindern jährlich auf durchschnittlich 120 Kinder zu. Ein prozentualer Anstieg ist in den Jahren 2016 und 2017 festzustellen.

Geschlechterdifferenziert betrachtet sind Jungen häufiger betroffen als Mädchen.

Duisburg lag im Jahr 2016 mit 3,9 % weit über dem NRW Durchschnitt (0,6 %, vgl. Tab. 2).

Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf

Aufgabe des KJGD ist es, die Schule und die Eltern aus medizinischer Sicht im Hinblick auf die eventuell vorhandenen schulrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen zu beraten und ggf. bei gravierenden Beeinträchtigungen der Schule die Überprüfung des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs zu empfehlen. Es ist Aufgabe der Schulaufsichtsbehörde, auf der Grundlage des schulärztlichen Gutachtens über die Notwendigkeit einer sonderpädagogischen Unterstützung und den Förderort zu entscheiden. Der KJGD und das Institut für Jugendhilfe beraten die Schulaufsichtsbehörde und beschreiben die gesundheitlich notwendigen Bedingungen in Bezug auf die künftige Förderung des Schülers aus medizinischer Sicht. Insbesondere geht es hier um medizinisch notwendige Unterstützungsmaßnahmen, die in Zusammenarbeit von schulärztlichem Dienst, Schule, Eltern, behandelnden Ärzten und anderen Institutionen unter Einbeziehung der betroffenen Kinder erfolgen sollten, z. B.:

- Pflegebedarf, Toilettengang, An- u. Auskleiden, orthopädische Hilfsmittel, Mobiliar
- Bauliche und technische Hilfen: Seh- und Lese-Hilfe, Mikroport, Rollstuhlgerechtigkeit, Beförderung zur Schule, Wechsel von Klassen-/Funktionsräumen
- Sonstiges: Verkehrstüchtigkeit, Schule für Kranke, Hausunterricht
- Notwendigkeit des Hinzuziehens der Jugendhilfe oder weiterer Institutionen/ Hilfsangebote

Hinweise auf einen erhöhten Förderbedarf in der Schule können bestehen, wenn aus schulärztlicher Sicht die Prüfung eines sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs für die Schule als (noch) nicht notwendig erachtet wird, der KJGD aber dennoch darauf hinweisen möchte, dass das Kind in bestimmten Bereichen noch deutliche Entwicklungsverzögerungen aufweist, die einen erhöhten Bedarf an pädagogischer Zuwendung in der Schule erwarten lassen.

Der Anteil der Empfehlungen für sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf liegt in der Zeitspanne von 2013 bis 2017 zwischen 5,4 bis 7,5 % an allen untersuchten Kindern. Im letzten Schuljahr ist der Anteil auf 5,6 % gesunken. Dies entspricht 256 Kindern von insgesamt 4.571 Untersuchten. In den Jahren 2014 bis 2016 stieg der Anteil, wobei er im Jahr 2014 mit 7,5 % am höchsten lag. Auch hier ist wieder festzustellen, dass Jungen durchschnittlich 4,25 % häufiger betroffen sind als Mädchen.

Ein eindeutiger Trend bei den Empfehlungen eines sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs ergibt sich nach diesen Zahlen nicht.

Die Duisburger Zahlen liegen über dem NRW Durchschnitt. Bei 5,2 % der untersuchten Kinder in NRW wurde im Schuljahr 2016/2017 die Überprüfung des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs empfohlen (vgl. Tab. 2).

Zurückstellung wegen Unreife

Nach der neuen Schulgesetzgebung vom 15.02.2005 können schulpflichtige Kinder nur noch aus erheblichen gesundheitlichen Gründen zurückgestellt werden. Nur Kinder, die auf Antrag der Eltern vorzeitig eingeschult werden sollen, können aus Gründen mangelnder Entwicklung der körperlichen oder geistigen Voraussetzungen oder wegen ihres sozialen Verhaltens – also wegen Unreife – zurückgestellt werden.

Die Duisburger Zahlen entsprachen in etwa dem NRW Durchschnitt (vgl. Tab. 2).

Zurückstellung aus erheblichen gesundheitlichen Gründen

Die Zurückstellung eines schulpflichtigen Kindes kann erforderlich sein, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung erheblich ist und durch die derzeitige Einschulung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes erfolgen würde oder wenn deutliche Hinweise vorliegen, dass sich die Einschulung eindeutig negativ auf den Gesundheitszustand bzw. die Genesung auswirken würde. Wenn keine erheblichen gesundheitlichen Gründe vorliegen, darf keine schulärztliche Empfehlung auf Zurückstellung erfolgen.

Beispiele für eine Zurückstellung können sein:

- Kinder mit schweren Erkrankungen, die eine länger dauernde oder eingreifende Therapie hatten, haben oder haben werden (z. B. Herzoperationen, onkologische Erkrankungen, Folgen eines Unfalls).
- Extrem frühgeborene Kinder (< 32 Schwangerschaftswoche), die bei zeitgerechter Geburt noch nicht schulpflichtig wären und gravierende Entwicklungsrückstände oder Entwicklungsstörungen aufweisen.
- Kinder mit psychiatrischen Diagnosen oder schweren emotionalen Störungen
- Kinder mit schweren Traumatisierungen

Der Anteil von Kindern mit einer Zurückstellung aus erheblichen gesundheitlichen Gründen ist in Duisburg im betrachteten Zeitraum gestiegen. Besonders in den Schuljahren 2016 und 2017 lag der Anteil bei 2,6 bzw. 2,5%. Auch hier haben Duisburger Jungen fast doppelt so viele Zurückstellungen als die Duisburger Mädchen.

Duisburg befand sich über dem NRW Durchschnitt, der im Schuljahr 2016/2017 in NRW bei 1,3 % lag (vgl. Tab. 2).

Erhöhter Zeitaufwand bei den Untersuchungen

Seit dem Schuljahr 2015/2016 dokumentiert der KJGD einen erhöhten Zeitaufwand für Gespräche mit den Eltern der untersuchten Kinder. Hiermit ist gemeint, dass eine Untersuchung deutlich länger als die durch das LZG NRW (Landeszentrum Gesundheit NRW) vorgegebenen 60 Minuten (insgesamt für ärztliche und nichtärztliche Untersuchung) in Anspruch nimmt.

Grund für einen erhöhten Beratungs- und Gesprächsbedarf der Eltern bei medizinischen Problemen, Förderbedarf oder Verhaltensauffälligkeiten des Kindes sind oft unzureichende Deutschkenntnisse bei Eltern mit Migrationshintergrund. Sie führen dadurch häufig zu einer erschwerten Erhebung der Anamnese (Vorgeschichte einer Krankheit).

In den letzten drei Jahren zeigte sich ein deutlicher Anstieg des Zeitaufwandes bezüglich der Eltern. Während in 2015 in 3 Fällen ein erhöhter Gesprächsbedarf dokumentiert wurde, waren es in 2016 bereits 21 und in 2017 schon 100 Fälle. Eine Erklärung für diesen Anstieg könnte zum Teil durch eine konsequentere Dokumentation seitens des KJGD sein.

Aufgrund der zunehmenden Zahl von Eltern und Kindern ohne ausreichende Deutschkenntnisse muss mit einem weiteren Anstieg des Zeitaufwandes für Untersuchungen in den kommenden Jahren gerechnet werden.

Die untersuchenden Ärzte des KJGD stellten in diesem Zusammenhang fest, dass die Untersuchungen mit den Kindern immer mehr Zeit in Anspruch nehmen. Ursache dafür sind neben sprachlichen Verständigungsproblemen immer häufiger Leistungsverweigerung, mangelnde Konzentration und Motivation bei den Kindern. Dokumentierte Zahlen hierzu stehen erst ab dem Schuljahr 2017/2018 zur Verfügung.

Die Auswertung hinsichtlich des erhöhten Zeitaufwandes der Untersuchungen macht deutlich, dass bei anhaltender Zuwanderung die vom Landeszentrum Gesundheit NRW vorgegebene Untersuchungsdauer nicht mehr ausreicht und an die realistischen Bedingungen in Duisburg anzupassen ist.

Handlungsempfehlung

Daraus ergibt sich mittelbar eine bedarfsgerechte Personalausstattung im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst.

Häusliche Förderung

Sollten sich bei der schulärztlichen Untersuchung leichte Entwicklungsverzögerungen des Kindes z.B. hinsichtlich Motorik, Stifthaltung, Konzentration etc. zeigen, so wird den Eltern eine häusliche Förderung in Form von Anregungen und Tipps zu spielerischen Übungen empfohlen.

Sollten zusätzliche professionelle Fördermaßnahmen bzw. Therapien notwendig sein, werden die Eltern dabei unterstützt, eine entsprechende Förderung in Zusammenarbeit mit den betreuenden Kinderärzten in die Wege zu leiten.

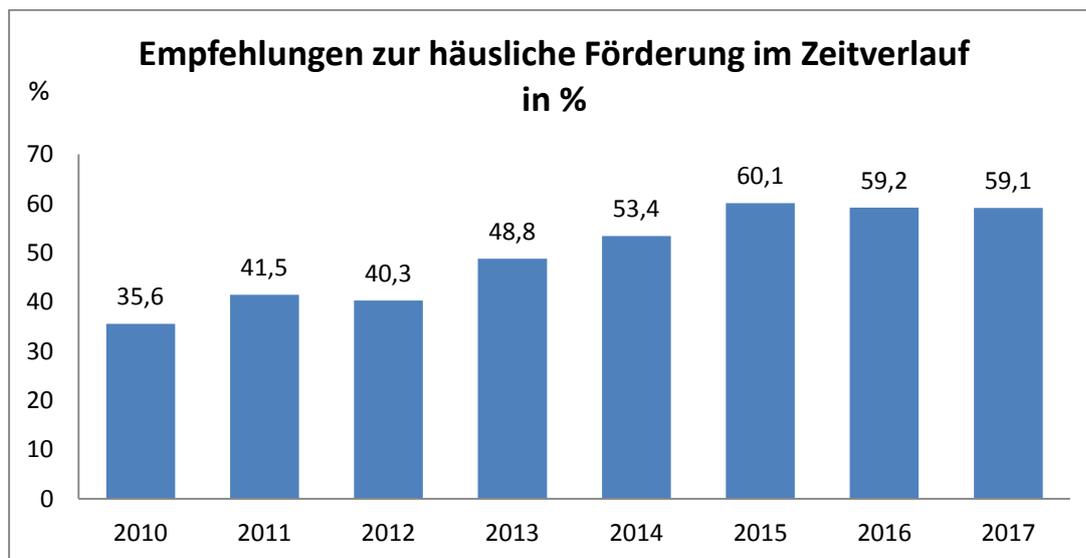


Abb. 6: Prozentualer Anteil aller Empfehlungen zur häuslichen Förderung; SEU 2010 – 2017 (n = vgl. Abb. 1, S. 6)

Betrachtet man den Zeitverlauf von 2010 bis 2017, sind die Empfehlungen zur häuslichen Förderung kontinuierlich gestiegen. Den Höchststand erreichten sie im Jahr 2015 mit mehr als 60% der untersuchten Kinder. Zwar gehen die Zahlen wieder leicht zurück, jedoch haben mehr als die Hälfte aller untersuchten Kinder eine Entwicklungsverzögerung, die eine Förderung notwendig macht.

Häusliche Förderung nach Erstsprache im Jahr 2017

Im Jahr 2017 erhielten insgesamt 68,9 % der Einschulkinder mit MH (nicht deutsche Erstsprache, n = 2.219) eine Empfehlung zur häuslichen Förderung. Der Anteil der Einschulkinder mit deutscher Erstsprache (n= 2.214) lag bei insgesamt 52,2 %.

Für Jungen wurde häufiger eine häusliche Förderung empfohlen als für Mädchen, unabhängig welche Erstsprache sie sprachen.

Koordinationsstörungen

Die motorischen und koordinativen Fähigkeiten von Kindern haben sich in den letzten Jahren sehr ungünstig entwickelt. 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.

Untersuchungsparameter für die Grobmotorik und Körperkoordination sind:

Geschlossener Seitwärtssprung, Einbeinstand, Einbeinhüpfen, Seiltänzerengang, Zehenspitzen- und Hackengang, Diadochokinese* (sh. Glossar)

Untersuchungsparameter für die feinmotorische Koordination sind:

Finger-Daumen-Opposition*, grafomotorische Fähigkeiten (Schreibbewegung), Stifthaltung

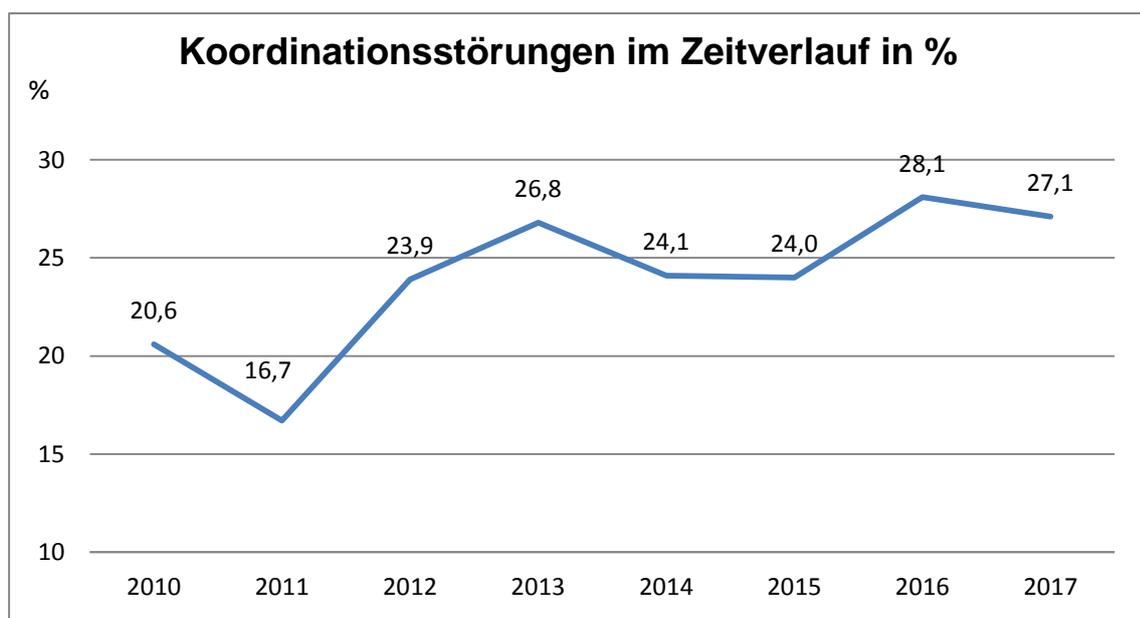


Abb. 7: Prozentualer Anteil aller Befunde Koordinationsstörungen; SEU 2010 – 2017 (n = vgl. Abb. 1, S. 6)

Der Anteil an Kindern mit Koordinationsstörungen hat im Zeitverlauf zugenommen. Während die Zahl im Jahr 2011 um 3,9 % gegenüber dem Jahr 2010 sank, nahm sie ab dem Jahr 2012 zu. Die Zahlen haben sich gegenüber dem letzten Kindergesundheitsbericht aus dem Jahr 2007 verbessert. Dort hatten im Jahr 2005 noch insgesamt 36,1 % aller Einschulkinder eine Koordinationsstörung. Allerdings können diese Zahlen nur bedingt für einen Vergleich herangezogen werden, da seit 2009 durch die Einführung von SOPESS (Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen) durch das LZG NRW veränderte Untersuchungsmethoden zum Einsatz kommen.

Kinder mit Migrationshintergrund (nach Erstsprache) sind weniger von Koordinationsstörungen betroffen als deutsche Kinder. Dieser Trend hat sich seit dem letzten Kindergesundheitsbericht nicht geändert.

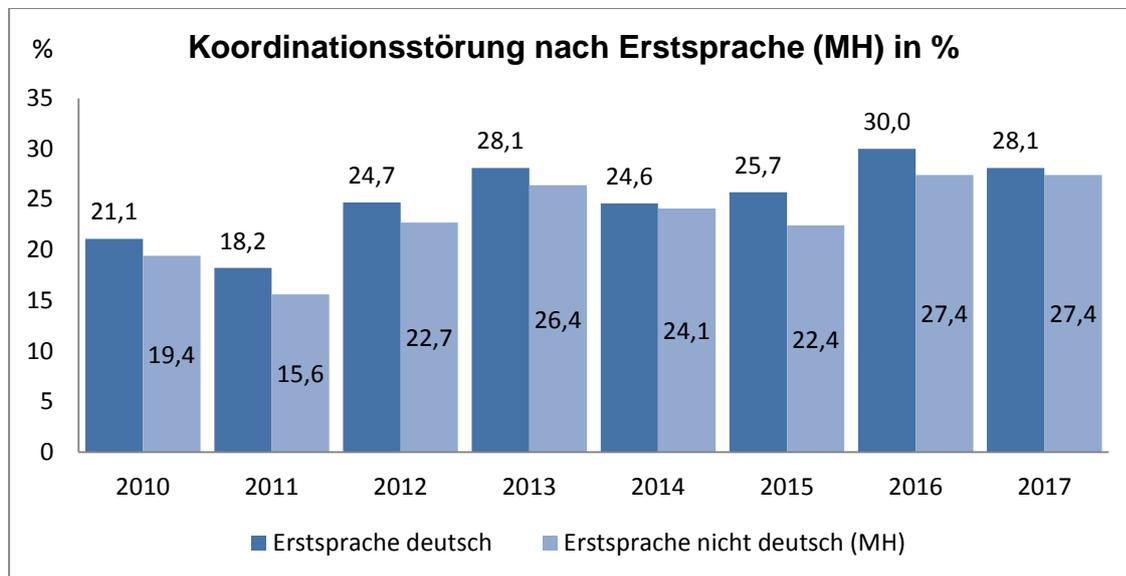


Abb. 8: Prozentualer Anteil von Koordinationsstörungen nach Erstsprache (MH); SEU 2010 - 2017

Jungen sind signifikant häufiger von Koordinationsstörungen betroffen als Mädchen. Auch dieser Trend hat sich seit dem letzten Kindergesundheitsbericht nicht geändert.

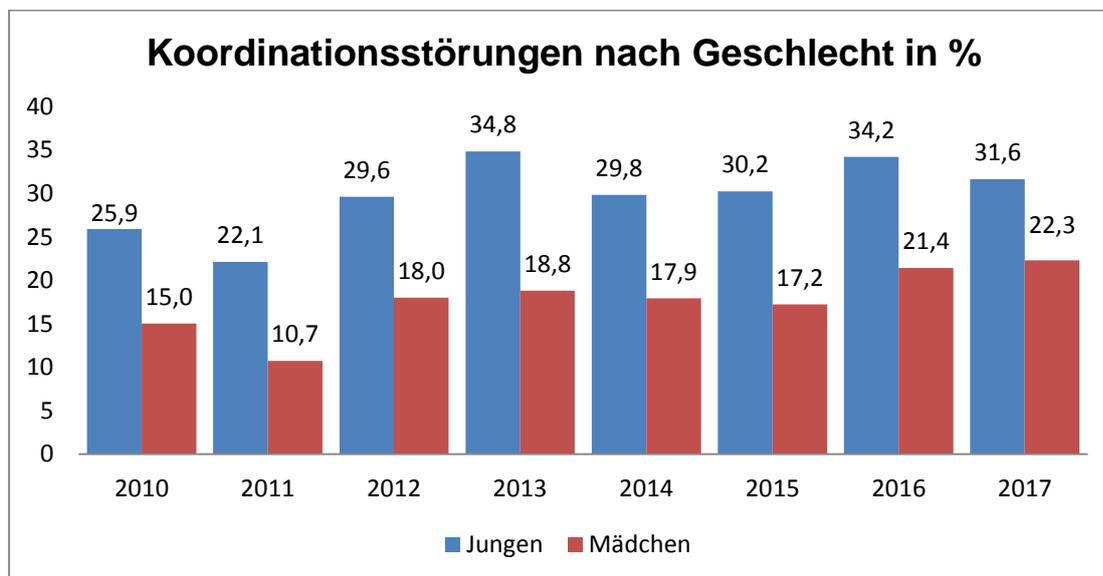


Abb. 9: Prozentualer Anteil von Koordinationsstörungen nach Geschlecht; SEU 2010 - 2017

Im Schuljahr 2016/2017 hatten durchschnittlich 16,9 % aller untersuchten Einschulkinder in NRW eine Koordinationsstörung. Somit lag Duisburg im Jahr 2016 mit 28 % weit über dem NRW-Durchschnitt.

Die Untersuchungskriterien für die Beurteilung von Koordinationsstörungen sind in Duisburg allerdings erweitert und entsprechen nicht den standardisierten Untersuchungskriterien des „Bielefelder Modells“. Daher ist der Vergleich zu NRW nur bedingt aussagekräftig.

Handlungsempfehlungen

Koordinationsstörungen von Duisburger Einschulkindern liegen in einem derart hohen Bereich, dass Bewegungsangebote für Kinder im vorschulischen und schulischen Bereich ausgebaut werden sollten. Die Duisburger „Bewegungskindergärten“ und „Bewegte Schulen“ in Kooperation mit dem Stadtsporthund leisten in diesem Bereich schon sehr gute Arbeit.

Weiterhin sollten außerschulische Angebote der Bewegungsförderung initiiert werden. Ein in diesem Jahr für Duisburger Grundschulkindern gestartetes Projekt zielt genau darauf ab. Mit dem „SPORTGUTSCHEIN“ möchten der Stadtsporthund Duisburg und die Stadt Duisburg den Duisburger Erstklässlern einen vereinfachten Zugang zu Bewegung, Spiel und Spaß in den Duisburger Vereinen ermöglichen. Unterstützt durch unterschiedliche Sponsoren ist es möglich, jedem Kind zur Ersteinschulung in Duisburg eine Jahresmitgliedschaft in einem teilnehmenden Duisburger Sportverein anzubieten. Ziel sollte es sein, dieses Projekt dauerhaft anzubieten. Ebenfalls könnte geprüft werden, ob durch finanzielle Unterstützung, z. B. aus BuT-Mitteln (Bildungs- und Teilhabepaket) Kindern aus sozial benachteiligten Familien auch nach dem einjährigen Gutscheine die Mitgliedschaft in einem Sportverein ermöglicht werden kann.

Letztendlich sind es jedoch die Eltern, die bereits frühzeitig im privaten Umfeld, nicht erst in der Kita oder Schule, für die Wichtigkeit von Sport und Bewegung für ihre Kinder sensibilisiert werden müssen. Seitens der Schulen etwa müssten Eltern verstärkt darüber informiert werden, dass entsprechende Kurse über BuT-Mittel finanziert werden können. Hier können Hilfestellungen bei der Antragsstellung nötig sein. Dieses kann man z. B. im Pavillon der Frühen Hilfen erhalten.

Projekte und Kurse sowie Bewegungsangebote, insbesondere auch für Kleinkinder und deren Eltern, werden in großer Vielzahl durch städtische und andere Träger und Kooperationspartner in Duisburg angeboten und durchgeführt. Dennoch sind bestimmte Personengruppen schwer zu erreichen und zu motivieren. Ziel muss es sein, diese Eltern und Kinder niederschwellig durch persönliche Ansprache zu motivieren und ihnen die Freude an Sport und Bewegung zu vermitteln. Vielfältige Angebote sind durch städtische Familienzentren etabliert. Hierfür bedarf es personeller und finanzieller Ressourcen.

Verhaltensauffälligkeiten

Die psychische Gesundheit von Kindern sowie Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter haben in den letzten Jahren in der Öffentlichkeit an Aufmerksamkeit gewonnen. Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten haben in der Schule oft Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion und können sich demzufolge nicht nach ihren Begabungen voll entwickeln.

Während der Schuleingangsuntersuchung zu beobachtende Verhaltensauffälligkeiten umfassen grenzaustestendes oder oppositionelles Verhalten, Leistungsverweigerung, eingeschränkte Frustrationstoleranz, Distanzlosigkeit, ausgeprägte Schüchternheit, eingeschränktes Selbstvertrauen, Trennungs- oder Versagensängste, starke motorische Unruhe, Aggressivität oder eingeschränkte Motivation.

Eine strukturierte Verhaltensbeobachtung soll dem Kinderarzt Gelegenheit geben, psychische und sozio-emotionale Kompetenzen neben kognitiven und physischen Fähigkeiten der Kinder besser einschätzen zu können.

Entsteht dabei ein Verdacht auf das Vorliegen von schulrelevanten Verhaltensauffälligkeiten, erhalten die Eltern eine Empfehlung zur Beratung in der Erziehungsberatungsstelle am Institut für Jugendhilfe oder ggf. zur Beratung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder in der schulpsychologischen Beratung.

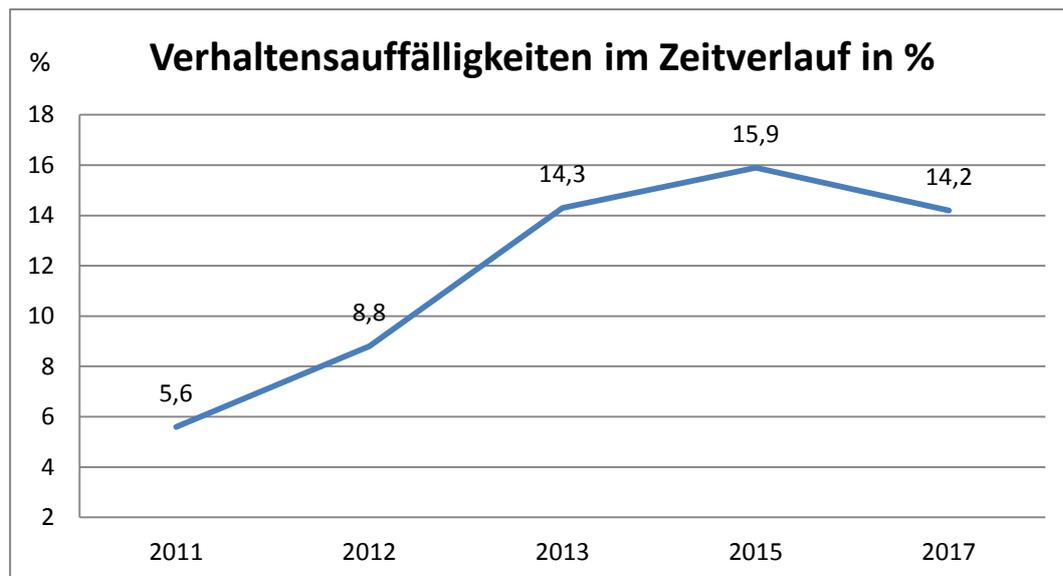


Abb. 10: Prozentualer Anteil der Verhaltensauffälligkeiten; SEU 2011 – 2017, n = vgl. Abb. 1, S. 6

Der Anteil an Einschulkindern mit Verhaltensauffälligkeiten ist im Zeitverlauf gestiegen. Im Jahr 2015 erreichte er seinen höchsten Wert mit 15,9 %, sank dann leicht ab auf 14,2 % im Jahr 2017.

Von diesem Befund sind Jungen häufiger betroffen als Mädchen (s. Abb. 11).

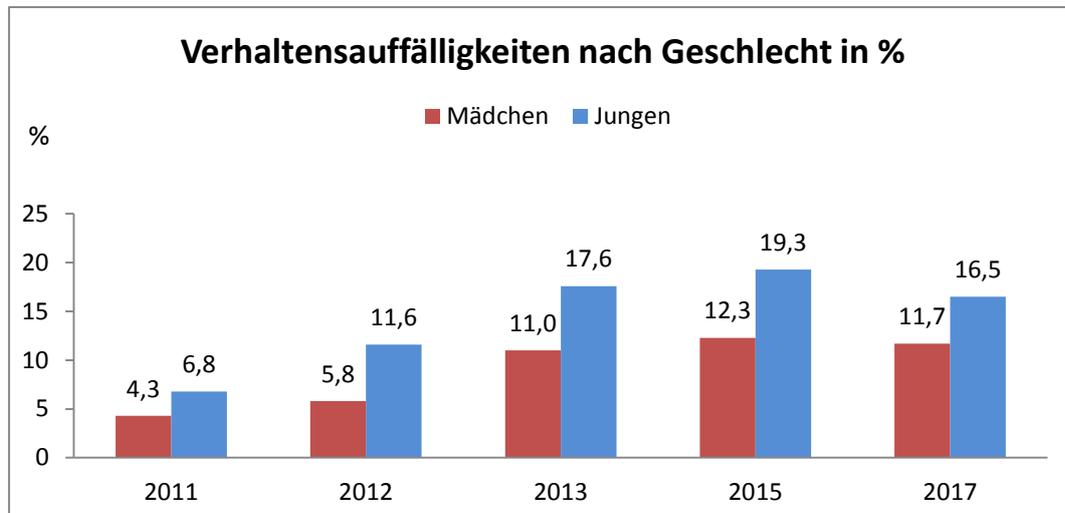


Abb. 11: Prozentualer Anteil der Verhaltensauffälligkeiten nach Geschlecht im Zeitverlauf

Einschulkinder mit Erstsprache Deutsch haben häufiger Verhaltensauffälligkeiten als Einschulkinder mit MH (nicht deutsche Erstsprache), s. Abb.12.

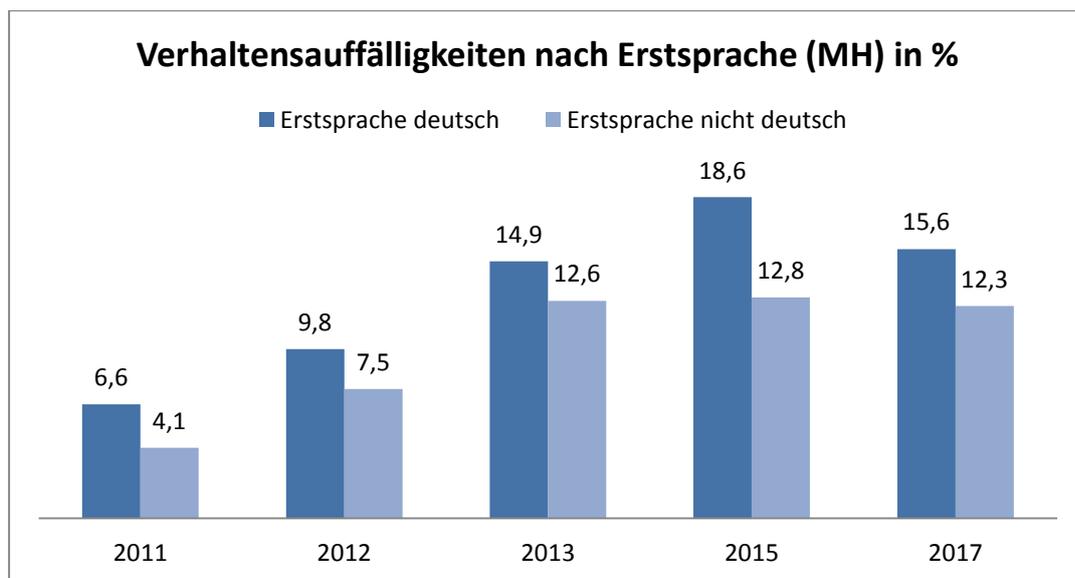


Abb 12: Prozentualer Anteil der Verhaltensauffälligkeiten nach Erstsprache im Zeitverlauf

Vergleich zu NRW

Duisburg liegt mit 15,9 % (2015) deutlich über dem NRW Durchschnitt von insgesamt 8,9 % im Jahr 2015. Auch NRW-weit sind häufiger Jungen als Mädchen verhaltensauffällig (Jungen 11,2 %, Mädchen 6,6%). Quelle: LZG, Befunde bei Einschulungsuntersuchungen; Stand 2015
Die Zahl der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten in Duisburg ist in den letzten Jahren tendenziell gestiegen. Dabei stehen offensichtlich weniger die Kinder mit MH und Mädchen im Vordergrund.

Zusammenfassung zum Entwicklungsstand der Einschulkinder

Nach Einschätzung des KJGD kommen immer häufiger Kinder mit einem eingeschränkten häuslichen Förderhintergrund zur Einschulungsuntersuchung. Dieser Trend wird auch durch die insgesamt steigende Zahl der Kinder mit MH beeinflusst. Für diese Kinder besteht in der Regel ein noch höherer Förderbedarf, nicht nur aufgrund von Sprachschwierigkeiten, sondern häufig auch wegen mangelnder Grunderfahrungen, wie z. B. im Umgang mit Schere, Stift oder Besteck. Insbesondere bei den Jungen bestehen offensichtlich erhebliche Defizite in Entwicklung und Erziehung. In den Kitas werden die Eltern in den Entwicklungsgesprächen auf mögliche Hilfs- und Förderangebote für ihre Kinder aufmerksam gemacht. Da es nach dem geänderten Schulgesetz eine Zurückstellung von der Schule wegen Unreife nicht mehr geben darf, werden Kinder beschult, obwohl sie teilweise nicht die nötigen sprachlichen und motorischen Kompetenzen aufweisen. Dies führt im Schulalltag nicht nur bei den Kindern zu Problemen, sondern stellt Lehrer, Schulleitungen und Schulverwaltung vor veränderte Anforderungen.

Durch eine orientierende Untersuchung in der Kita durch den KJGD könnten Förderbedarfe frühzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden. Diese Screenings wurden seit 2010 reduziert und seit 2016 durch den KJGD ausgesetzt.

Die Planung des KJGD sah in 2010 noch 121 Kitas mit ca. 8.700 zu untersuchenden Kindern vor. Tatsächlich untersucht wurden in dem Jahr etwas mehr als 1.700 Kinder. In den nachfolgenden Jahren sank die Zahl der Untersuchungen auf rund 1.200 und seit 2016 wurden aufgrund der fehlenden Personalkapazität die Untersuchungen ausgesetzt. Ein weiterer Grund ist die hohe Zuwanderung der vergangenen Jahre und dadurch bedingt der Anstieg der Seiteneinsteigeruntersuchungen (vgl. Abb. 1, S. 6 und s. DS 17-1190 v. 25.10.2017 Gesundheitsbericht zum Gesundheitszustand der Seiteneinsteiger).

Die Stadt Duisburg verfügte im Kindergartenjahr 2016/2017 über rund 200 Kitas mit knapp 15.000 Betreuungsplätzen. Die gesamtstädtische Betreuungsquote liegt bei ca. 96 %. Der Anteil von Kita Kindern, die in der Familie vorrangig eine nicht deutsche Sprache sprechen, liegt bei ca. 43 %. In den Ortsteilen Marxloh und Hochfeld ist die Betreuungsquote deutlich niedriger, d. h. dort besuchen deutlich weniger Kinder eine Kita als im übrigen Duisburg. Da in diesen Ortsteilen die meisten Kinder mit MH leben, kann man davon ausgehen, dass auch diese Kinder seltener oder kürzer eine Kita besuchen. Nach einer aktuellen Auswertung des Einschuljahrganges 2017/2018 wurde bei knapp einem Viertel aller Einschulkinder eine Kita Besuchsdauer von unter 2 Jahren oder keine Kita Besuchsdauer dokumentiert. Bei knapp 78 % Kinder mit nicht deutscher Erstsprache (MH) wurde eine Kita Besuchsdauer von unter 2 Jahren angegeben, der Anteil bei Kindern mit deutscher Erstsprache lag bei etwa 23 %. Die Beantwortung der soziodemographischen Daten ist freiwillig und anonym. Daher kommt es zu fehlenden Werten, die die Interpretation der Zahlen zur Kita Besuchsdauer nur eingeschränkt möglich machen.

Handlungsempfehlungen

Die notwendigen Screenings in den Kitas müssen wieder kontinuierlich durchgeführt werden, um Förderbedarfe frühzeitig zu erkennen. Der KJGD sollte personell aufgestockt werden.

Trotz vielfältiger Angebote zur Familienförderung und Elternarbeit in und außerhalb der Kitas ist die Elternkompetenz zur Förderung und Erziehung ihrer Kinder, sowohl mit als auch ohne MH, in den letzten Jahren zurückgegangen. Ziel muss es sein, diese zu unterstützen und zu stärken.

Erfahrungsgemäß kommt eine entsprechende Förderung in der Schule zu spät. Ein frühzeitiger Kitabesuch wäre notwendig, um Kinder, die sprachliche Schwierigkeiten haben und ggf. Defizite bei den weiteren Grundkenntnissen aufweisen, besser auf die Schule vorzubereiten. Daher sollte versucht werden, die Akzeptanz für den Besuch einer Kita bei Eltern mit MH zu erhöhen. Es muss auch über Anreize nachgedacht werden, die diese Entscheidung erleichtern, z. B. Versorgung wie Frühstück und Mittagessen in der Kita.

Vielfältige Angebote im frühkindlichen Bereich der präventiven Familienförderung, Erziehungsberatung und Elternarbeit, gerade auch in Ortsteilen mit besonderen sozialen Problemlagen, sind durch städtische und andere Träger etabliert – etwa im Rahmen des Projektes „Familienhilfe sofort vor Ort“, das das Jugendamt in Zusammenarbeit mit den Duisburger Wohlfahrtsverbänden durchführt.

Kindern aus bildungsfernen und sozial benachteiligten Familien sollte der Zugang und die Teilhabe am offenen Ganzttag ermöglicht werden. Um diesen Zugang zu erleichtern, wäre eine Beitragsfreiheit für untere Einkommensgruppen anzustreben. Zielgruppen sollten sein:

- Kinder, die eine häusliche Förderung empfohlen bekommen, sollten im offenen Ganzttag angemeldet werden, um dort zusätzliche Förderung zu erhalten.
- Kinder mit geringen Kenntnissen der deutschen Sprache sollten ebenfalls die Möglichkeit erhalten, im Ganzttag alltagsintegriert, bis in den Nachmittag hinein, sprachlich gefördert zu werden.
- Kinder, die keine Kita besucht haben und auch keinen Platz vor der Einschulung bekommen können, sollten zwischen der Schulanmeldung und der Einschulung eine zusätzliche Förderung erhalten. Ein entsprechendes Konzept ist in der Erprobung.
- Gleichzeitig sollte Elternberatung und Begleitung während der Grundschulzeit, in Kooperation mit Bildungsträgern, angestrebt werden.

Konzepte im frühkindlichen sowie schulischen Bereich sollten weiter entwickelt und mit personellen und finanziellen Ressourcen unterstützt werden, um zu einer nachhaltigen Familien- und Gesundheitsförderung beizutragen.

Gesundheitsverhalten der Einschulkinder

Impfstatus

Schutzimpfungen sind wichtig, damit Kinder und Jugendliche frühzeitig einen ausreichenden Schutz gegen schwere Infektionen aufbauen können. Sie zählen zu den wichtigsten und wirksamsten medizinischen Vorsorgemaßnahmen und haben weltweit gefährliche Infektionskrankheiten wie z.B. Polio (Kinderlähmung) maßgeblich zurückgedrängt.

In Deutschland werden die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfohlenen Standardimpfungen kostenfrei im Rahmen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung angeboten. Es gibt keine Impfpflicht in Deutschland, alle Impfungen sind freiwillig.

Die gute Akzeptanz von Schutzimpfungen zeigt sich an den bundesweit hohen Impfquoten bei Kindern. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) zeigen allerdings, dass beispielsweise nach der Geburt zugewanderte Kinder und Jugendliche Impflücken aufweisen. Zudem kann es bei bestimmten Gruppen, z.B. bei zugewanderten Personen ohne Versicherungsschutz oder Personen mit Fluchterfahrung, zu deutlichen Defiziten bei der Durchimpfung kommen (Quelle: RKI).

Impfschutz in Duisburg

Auch die Duisburger Einschulkinder weisen hohe Durchimpfungsraten in den unterschiedlichen Impfungen vor (die Auswertungen beruhen auf Basis der vorgelegten Impfhefte, s. Abb.14).

Die nachfolgende Tabelle zeigt den vollständigen Impfschutz der wichtigsten, von der STIKO empfohlenen Impfungen, im Kleinkindalter. Dabei reicht teilweise eine Impfung nicht aus, sondern es muss zwei- bzw. vierfach geimpft werden, um die vollständige Immunisierung herbeizuführen.

Es lässt sich ein seit 2016 abnehmender Impfschutz bei den Einschulkindern erkennen. Eine Erklärung könnte sein, dass neu zugewanderte, nicht in Deutschland geborene Kinder, in der Regel einen deutlich geringeren Impfschutz haben.

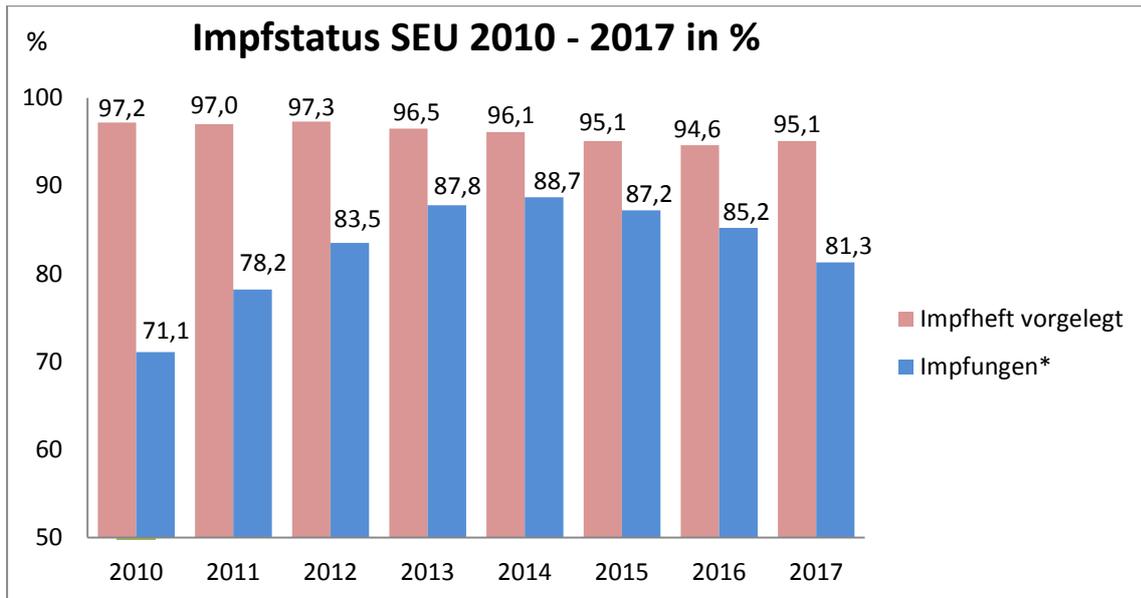


Abb. 13: Prozentualer Anteil der Impfquote bei den SEU 2010 – 2017

* Impfungen vollständig gegen: Diphtherie, Tetanus, Hib, Hepatitis B, Polio mindestens vier Dosen (mind. drei Dosen bei Verwendung von Impfstoffen ohne Pertussiskomponente), Pertussis mind. vier Dosen. Masern, Mumps, Röteln mind. zwei Dosen

Impfschutz gegen Masern – Vergleich NRW und Duisburg

Insbesondere Masern sind in den vergangenen Jahren gerade in NRW immer wieder zum Problem geworden. Bei hohen Durchimpfungsraten – für Masern ist das WHO*-Ziel 95 % – werden Krankheitserreger regional eliminiert und damit Ausbrüchen vorgebeugt. Zur Immunisierung gegen Masern ist eine zweimalige Impfung notwendig.

Das Beispiel der Quote der vollständigen Masernimpfung (Abb. 14) zeigt, dass die Duisburger Einschulkinder (mit vorgelegtem Impfausweis) sogar leicht über dem NRW-Durchschnitt lagen.

Jedoch zeigt sich auch hier in Duisburg der Trend zu sinkenden Impfquoten.

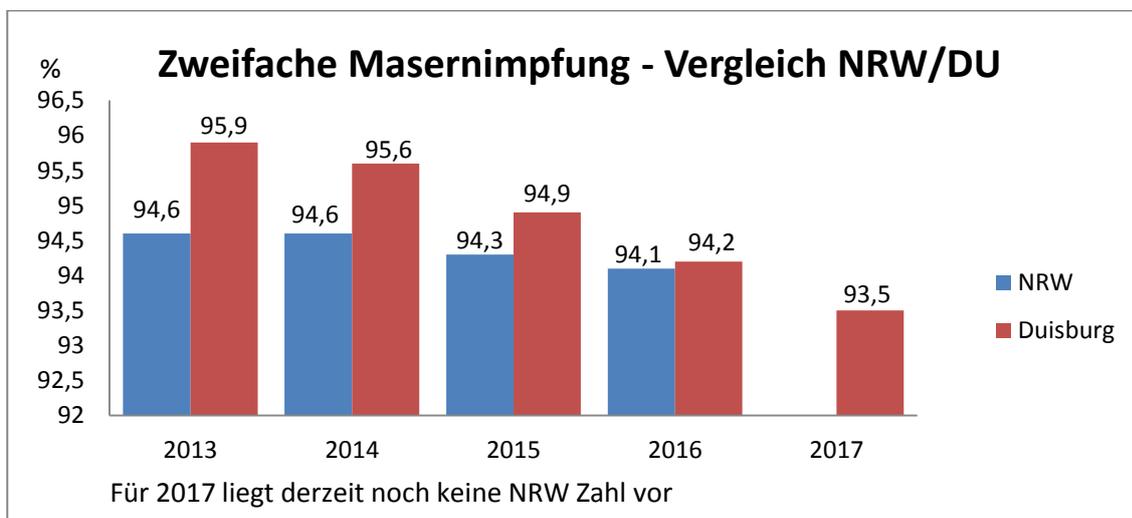


Abb. 14: Impfquote zweifache Masernimpfung; Vergleich NRW – Duisburg

Niedrige Masernimpfquote in Ortsteilen mit besonderen sozialen Problemlagen

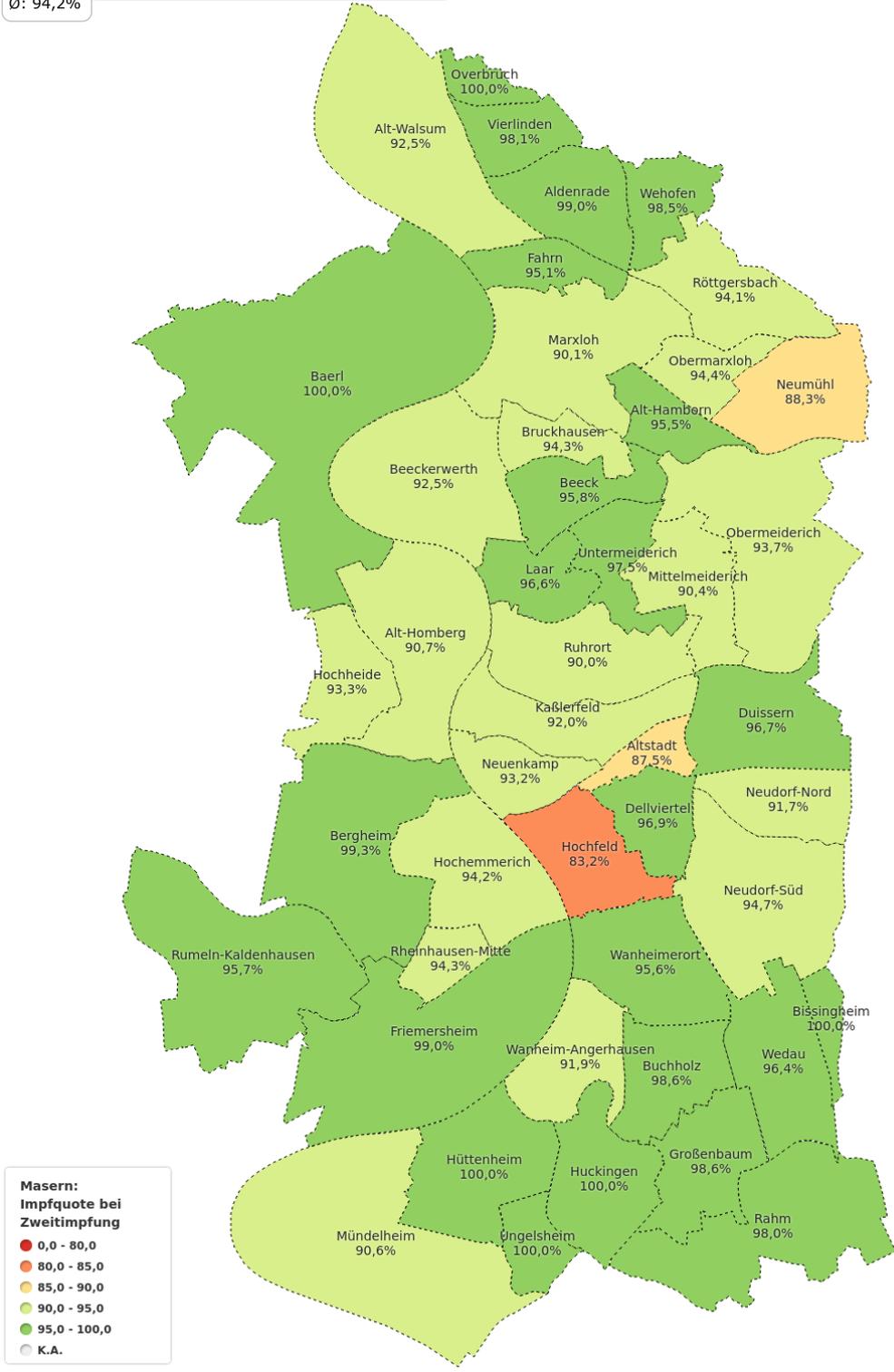
In sozial schlechter gestellten Ortsteilen, in denen ein hoher Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund lebt (z. B. Hochfeld oder Marxloh), sind die Impfquoten deutlich niedriger als im übrigen Duisburg (Ø 94,2 %).

Im Jahr 2016 hatten etwa 83 % der in Hochfeld lebenden Kinder einen zweifachen Masernimpfschutz (s. Abb.15). Dieser Ortsteil wies damit im Vergleich zu den anderen Ortsteilen die niedrigste Impfquote in Duisburg auf. Der Anteil der >6 Jährigen mit Migrationshintergrund lag in Hochfeld bei 94 %.

Eine Erklärung für den Masernausbruch im Jahr 2017 in Duisburg, bei dem es zu rund 330 Masernerkrankungen kam, von denen viele Säuglinge und Kinder, vorwiegend aus Rumänien und Bulgarien, betroffen waren, könnte eine niedrige Impfquote von zugewanderten Kindern sein.

Hinweis: Anteilswerte für Ortsteile mit nur geringen Fallzahlen untersuchter Kinder sind statistisch nur begrenzt aussagekräftig (z. B. Mündelheim).

2016
Ø: 94,2%



Leaflet | null

Abb. 15: Impfquote zweifache Masernimpfung, Duisburger Ortsteile, Schuljahr 2016/2017, n = 3.836, Karte KECK-Atlas

Duisburger Einschulkinder weisen relativ hohe Impfquoten vor. Jedoch entwickelt sich ein Trend zu sinkender Impfbereitschaft.

Gerade zugewanderte Kinder, insbesondere aus südosteuropäischen Ländern, verfügen offensichtlich nicht über einen ausreichenden Impfschutz. Als Konsequenz daraus war im Jahr 2017 in dieser Personengruppe ein Ausbruch von Masernerkrankungen aufgetreten. Impfangebote können den Eltern dieser Gruppe häufig nicht gemacht werden, da der Krankenversicherungsschutz der Kinder fehlt bzw. unklar ist und diese Kinder dadurch nicht an den regulären, von den Krankenkassen finanzierten, Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen können.

Handlungsempfehlungen

Um den Impfstatus der zugewanderten Kinder nachhaltig zu verbessern, müssen die Probleme mit einem fehlenden bzw. unklaren Krankenversicherungsschutz nachhaltig durch die Weiterführung der Clearingstelle der AWO-Integration bearbeitet werden.

Weiterhin sind die Möglichkeiten eines flächendeckenden Impfangebotes für diese Kinder durch Ärzte des Gesundheitsamtes und niedergelassene Ärzte auszubauen und durch die Krankenkassen zu finanzieren.

Auch kostenlose Impfaktionen durch die Arbeit der Malteser Migranten Medizin und durch ehrenamtliche Ärzte müssen weitergeführt und unterstützt werden (vgl. Gesundheitsbericht zum Gesundheitszustand von neu zugewanderten Kindern und Jugendlichen in Duisburg im Jahr 2016, DS 17-1190).

Für alle Duisburger Kinder gilt es, die Aufrechterhaltung bzw. Steigerung der Impfbereitschaft durch Aufklärungskampagnen (s. auch die bundesweite Kampagne „Deutschland sucht den Impfpass“) zum Impfschutz zu gewährleisten, z. B. durch (mehrsprachige) Flyer und Plakate in Kindergärten, Schulen, Krankenhäusern, Arztpraxen, Familienzentren in den Ortsteilen, Beratungsstellen u. a. und durch die persönliche Ansprache in diesen Einrichtungen.

Die Erfahrung hat jedoch auch gezeigt, dass gerade zugewanderte Menschen über Informationsmaterial schwer zu erreichen sind. Regelmäßige persönliche Kontakte zu dieser Personengruppe sind notwendig, um Vertrauen aufzubauen und dann über diese Themenfelder aufzuklären.

Hier könnten beispielsweise muttersprachliche „Gesundheitslotsen“ in Ortsteilen mit besonderen sozialen Problemlagen diese Personengruppe niederschwellig erreichen und nachhaltig begleiten. Vergleichbare Projekte anderer Kommunen müssen auf Durchführbarkeit für Duisburg geprüft und ausgewertet werden.

Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen)

Kindervorsorgeuntersuchungen sind ein wichtiger Baustein für eine gesunde Entwicklung von Geburt bis zur Pubertät (J1/J2). Gesundheitliche Probleme und/oder Entwicklungsauffälligkeiten bzw. -störungen können frühzeitig erkannt und behandelt werden.

Die Vorsorgeuntersuchungen (U1 – U9) für Kinder in den ersten sechs Lebensjahren sind ein bundesweit einheitliches Früherkennungsprogramm. Das Programm gewährt jedem Kind einen gesetzlichen Anspruch auf zehn kostenlose Früherkennungsuntersuchungen, so dass Kinder unabhängig vom Einkommen der Eltern diese Vorsorgeleistung erhalten können.

Untersuchungen U1 bis U9	
U1	Nach der Geburt
U2	3. bis 10. Lebenstag
U3	4. bis 5. Lebenswoche
U4	3. bis 4. Lebensmonat
U5	6. bis 7. Lebensmonat
U6	10. bis 12. Lebensmonat
U7	21. bis 24. Lebensmonat
U7a	34. bis 36. Lebensmonat
U8	46. bis 48. Lebensmonat
U9	60. bis 64. Lebensmonat

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig, d. h. es liegt im Ermessen der Eltern, ob sie ihre Kinder untersuchen lassen. Studien belegen, dass die ersten Früherkennungsuntersuchungen relativ regelmäßig erfolgen, während die Teilnahme an den späteren Untersuchungen (U8 und U9) nicht mehr so hoch ist.

Zu den Schuleingangsuntersuchungen muss von den Eltern das gelbe Untersuchungsheft mitgebracht werden. Hieraus lassen sich Erkenntnisse zur Inanspruchnahme der einzelnen U-Untersuchungen gewinnen.

Teilnahmequote in Duisburg

Die Quote von allen vorgelegten Früherkennungsheften bei den Einschulkindern in Duisburg lag im Jahr 2017 bei fast 90 %. Allerdings variieren die Teilnahmequoten an den jeweiligen U-Untersuchungen: (U 1 – U 7 komplett, 84,4 %, U 3 bis U6 komplett, 86,8 %, U 8 bis U 9 komplett, 81,5 %).

Der Zeitverlauf (Abb.16) zeigt, dass die Teilnahmequote der Duisburger Einschulkinder (nach vorgelegten Heften) für U 1 – U 7 gestiegen ist und im Jahr 2016 mit 88,2 % am höchsten war. Im Jahr 2017 ist sie um 3,8 % auf 84,4 % gesunken.

Bei U 8 und U 9 wurde im Jahr 2013 eine besonders hohe Teilnahmequote von 90,6 % erreicht, die jedoch in den letzten Jahren gesunken ist (Abb. 17).

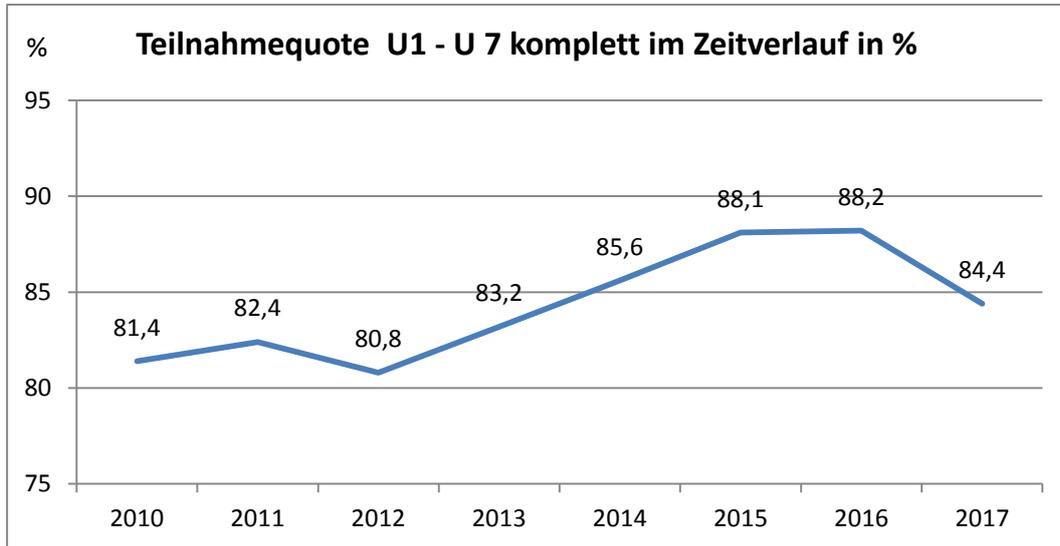


Abb. 16: Prozentualer Anteil aller Einschulkinder an Vorsorgeuntersuchungen nach vorgelegten Heften (U1- U 7 komplett); SEU 2010 bis 2017

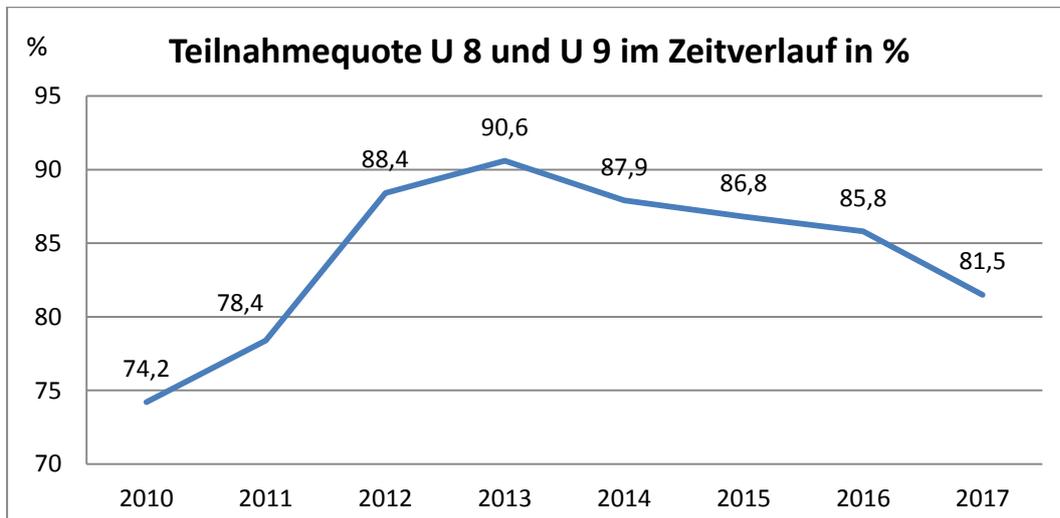


Abb. 17: Prozentualer Anteil aller Einschulkinder an Vorsorgeuntersuchungen nach vorgelegten Heften (U8 und U 9); SEU 2010 bis 2017

Unterschiede nach Erstsprache (Migrationshintergrund)

Kinder mit MH (andere Erstsprache als Deutsch) nehmen an Vorsorgeuntersuchungen seltener teil. Gründe für eine geringere Teilnahmebereitschaft können mangelnde Aufklärung, Sprachbarrieren oder ein anderes Verständnis von Gesundheit der Eltern sein.

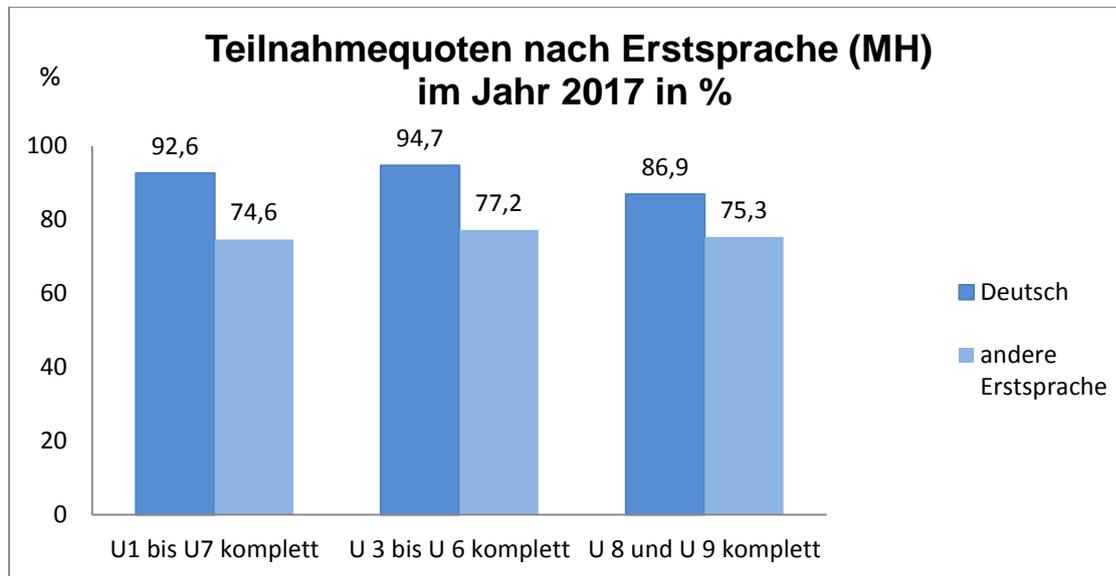


Abb.18: Prozentualer Anteil aller Einschulkinder an U-Untersuchungen nach vorgelegten Heften nach Erstsprache (MH), Schuljahr 2017/2018, U1-U7 n= 3469, U3-U6 n = 3567, U8-U9 n = 3321

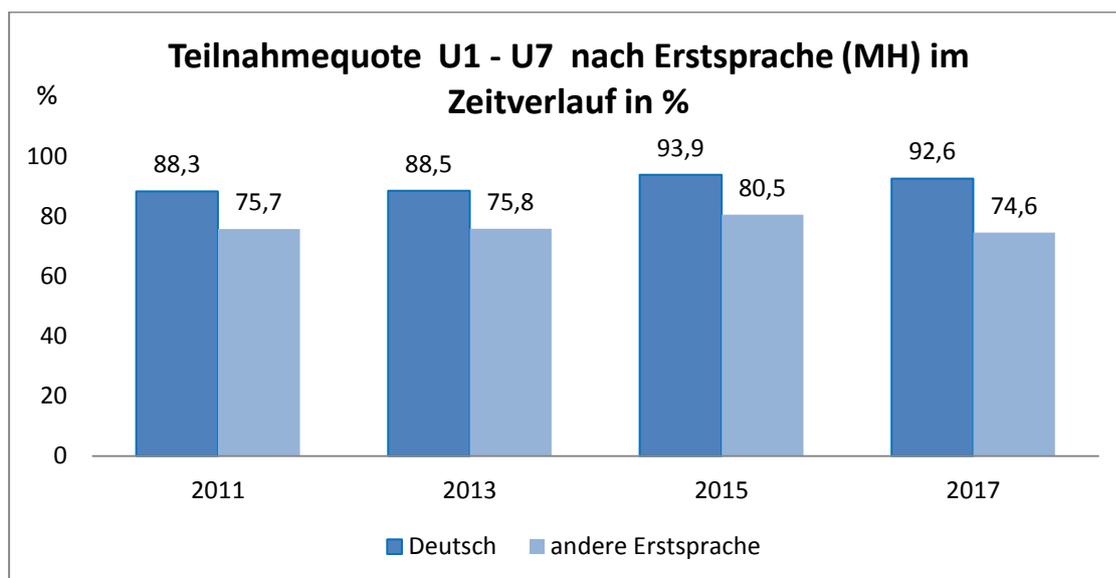


Abb. 19: Prozentualer Anteil aller Einschulkinder an U1-U7 komplett nach vorgelegten Heften nach Erstsprache (MH) im Zeitverlauf

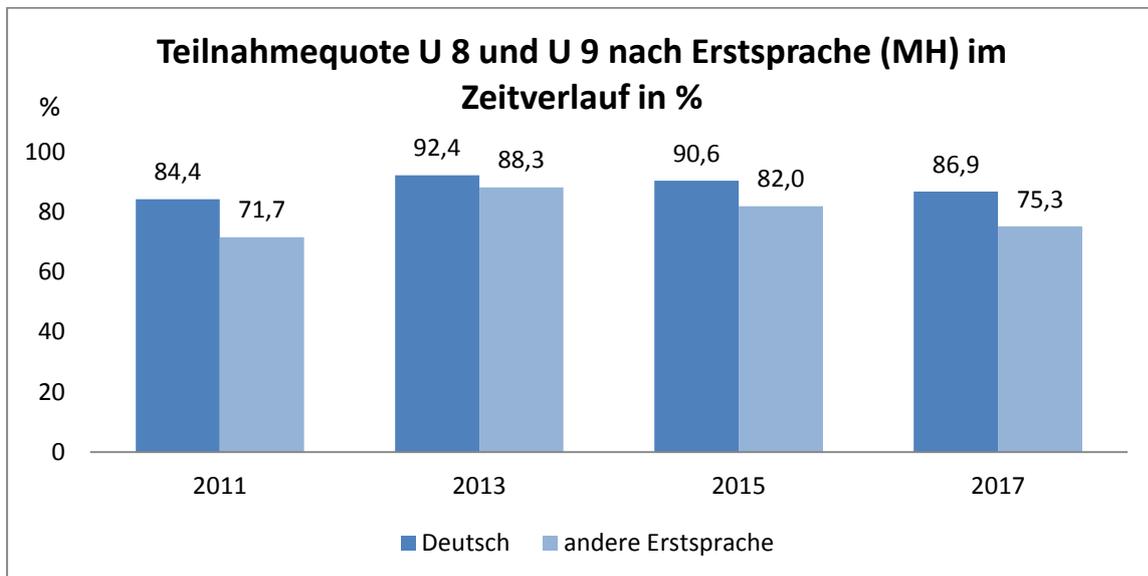


Abb. 20: Prozentualer Anteil aller Einschulkinder an U 8 und U 9 nach vorgelegten Heften nach Erstsprache (MH) im Zeitverlauf

Teilnahmequote in den Duisburger Ortsteilen

Auch die kleinräumige Betrachtung (Abb.21) zeigt, dass in Ortsteilen mit besonderen sozialen Problemlagen die Vorsorgeuntersuchungen U 8 und U 9 weniger häufig wahrgenommen werden.

2017
Ø: 81,5%

U8 und U9 Früherkennungsuntersuchung: Teilnahmequoten

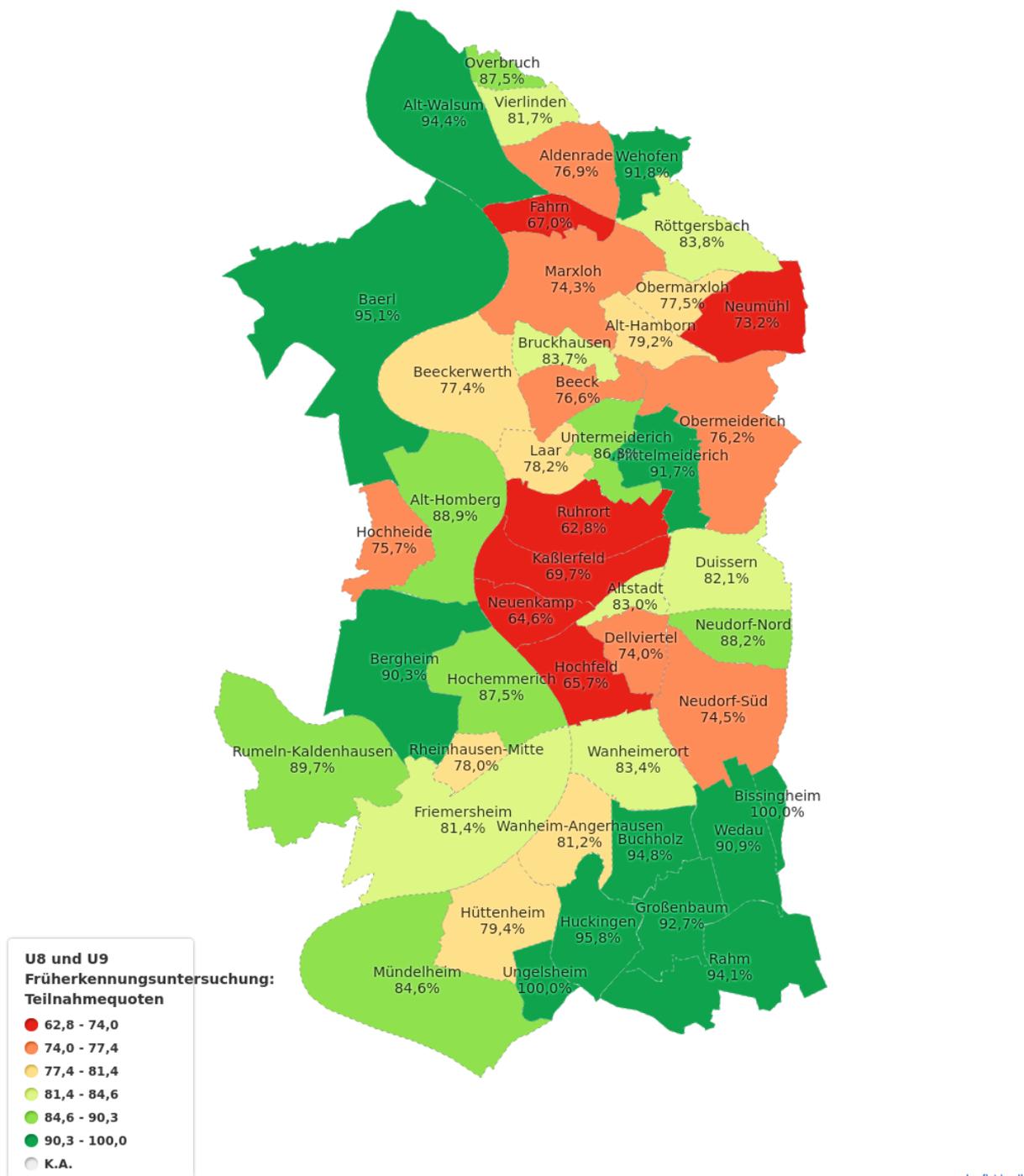


Abb. 21: Teilnahmequote U 8 und U 9, Duisburger Ortsteile, Schuljahr 2017/2018, n = 3.321, Karte KECK-Atlas

Vergleich zu NRW

Der landesweite Vergleich aus dem Jahr 2016 zeigt, dass in Duisburg die Bereitschaft zur Teilnahme deutlich geringer ist. In 2016 nahmen in NRW durchschnittlich 95,2 % der untersuchten Kinder an Vorsorgeuntersuchungen U1 - U7 (ohne U7a) teil, in Duisburg 88,2 %. Bei U 8 und U 9 waren es in NRW 94,9 %, in Duisburg 85,8 % (2016).

Die Differenz von etwa 9 % unter dem NRW Landesdurchschnitt bei den U8 und U9 Untersuchungen wurde bereits im Kindergesundheitsbericht 2007 festgestellt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Anteil an Kindern, die an einer Vorsorgeuntersuchung teilnehmen, in den letzten Jahren zurückgegangen ist. Von diesem Rückgang sind Kinder mit MH stärker betroffen. Weiterhin zeigt die kleinräumige Aufarbeitung der Daten eine soziale Komponente. Stadtteile mit besonderen sozialen Problemlagen haben in der Regel auch einen höheren Anteil von Kindern mit MH. Eine Erklärung dafür könnte eine insgesamt schlechtere Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen in sozial schlechter gestellten Ortsteilen von zugewanderten Familien, insbesondere aus Südosteuropa, sein. Bei dieser Personengruppe ist der Krankenversicherungsschutz häufig ungeklärt, so dass diese Kinder nicht an den Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen können. Auch ein anderes Verständnis von Gesundheit (oft wird erst ärztliche Hilfe bei akuten gesundheitlichen Problemen in Anspruch genommen) und mangelnde Informationen über das deutsche Gesundheitssystem könnten eine weitere Erklärung sein. Allerdings kann auch das Fehlen von niedergelassenen Kinderärzten in bestimmten Duisburger Stadtteilen, wie z. B. in Hochfeld ein Grund sein. Auf dieses Defizit wurde bereits im „Bericht zur Lage von Familien mit Kleinkindern in Hochfeld“ aus dem Jahr 2015 hingewiesen.

Viele Probleme der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern könnten durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchung frühzeitig erkannt und behandelt werden. Duisburger Kinder nehmen aber trotz dieser Notwendigkeit weniger an den Vorsorgen teil als im landesweiten NRW Durchschnitt.

Wie bereits im Fazit zum Entwicklungsstand der Einschulkinder erläutert (s. S. 22) wurden bis zum Jahr 2016 noch Screenings des KJGD regelmäßig in den Kitas durchgeführt. Somit konnte die unzureichende Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen dieser Kinder noch teilweise kompensiert werden.

Handlungsempfehlungen

Eine sehr wirksame Maßnahme wäre es, die entsprechenden Voraussetzungen für ein medizinisches Vorsorgeangebot durch den personellen Ausbau des KJGD zu schaffen, damit dieser Vorsorgeuntersuchungen in den Kitas durchführen kann.

Ziel muss es sein, Eltern schon frühzeitig über die Notwendigkeit von Früherkennungsuntersuchungen aufzuklären und zu sensibilisieren. Dies wird im Rahmen der Beratungen durch die Frühen Hilfen, insbesondere bei den Willkommensbesuchen, bereits versucht.

Breite und niederschwellige Aufklärungskampagnen (mehrsprachige Flyer, Plakate in Entbindungskliniken, den Frühen Hilfen, Hebammen, Arztpraxen, Familienzentren, Beratungsstellen u.a. müssen weiter entwickelt und durch Mediatoren verteilt werden.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass Menschen mit MH vor allen Dingen über persönliche Ansprache und Begleitung zu erreichen sind. Vielfältige (Gesundheits-)angebote für Zuwanderer und Flüchtlinge werden bereits niederschwellig in vielen Ortsteilen von verschiedenen Trägern angeboten. Wichtig ist es, diese Angebote auszubauen und nachhaltig zu fördern und zu etablieren.

Weitergehende Projekte im Rahmen des Präventionsgesetzes, z. B. durch muttersprachliche Gesundheitslotsen vor Ort, könnten durch diese Träger zur Verbesserung der Angebote beantragt werden.

Gesundheitszustand der Einschulkinder

Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) gehören zu den größten Risikofaktoren für die gesundheitliche Entwicklung in jungen Jahren. Ein zu hohes Körpergewicht beeinträchtigt nicht nur die aktuelle Gesundheit und Lebensqualität, sondern gilt auch als Risikofaktor für chronische Krankheiten im Erwachsenenalter wie z. B. Typ 2 Diabetes mellitus oder Bluthochdruck.

Mit Angaben der Körpergröße und des Körpergewichts wird der sogenannte Body-Mass-Index (BMI) nach Kromeyer-Hauschild berechnet. Dieser ist bei Kindern alters- und geschlechtsabhängig. Bei Kindern und Jugendlichen spricht man von Übergewicht, wenn der BMI über der 90. alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Perzentile liegt, von Adipositas, wenn er über der 97. BMI-Perzentile liegt.

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

Der zuletzt veröffentlichte Kindergesundheitsbericht für Duisburg zeigte für das Jahr 2005 einen Anteil von übergewichtigen Einschulkindern in Höhe von 9,0 % (Mädchen) bzw. 8,7 % (Jungen) auf. Der Anteil von adipösen Einschulkindern lag damals bei 7,3 % bei den Mädchen und 7,1 % bei den Jungen.

Betrachtet man den Zeitverlauf der letzten zehn Jahre, so lässt sich folgende Tendenz feststellen:

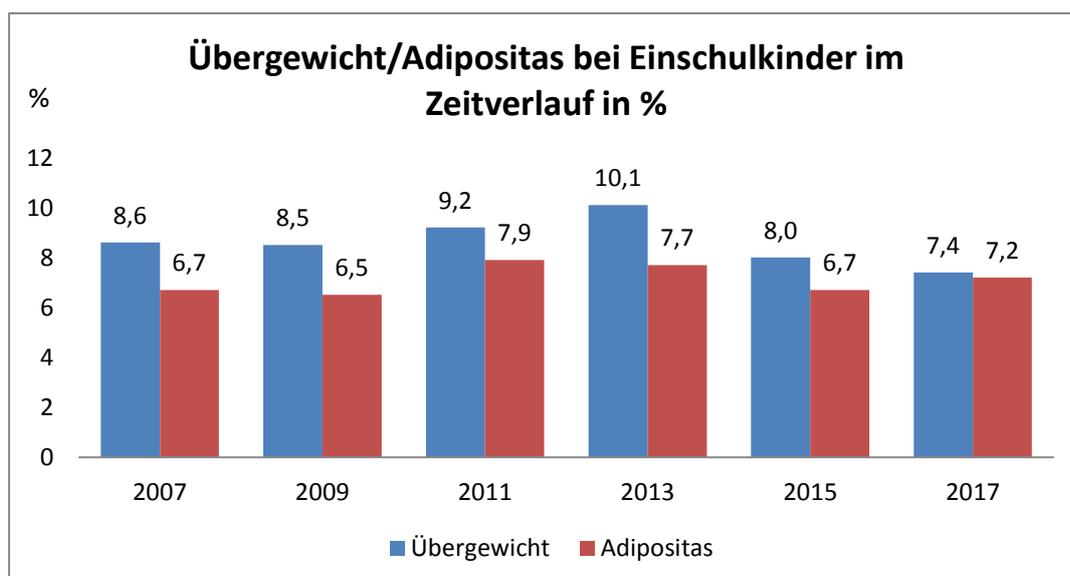


Abb. 22: Prozentualer Anteil aller Einschulkinder mit Übergewicht/Adipositas im Zeitverlauf; SEU 2007 - 2017

Zwischen 2007 und 2013 ist der Anteil übergewichtiger Einschulkinder deutlich gestiegen, nahm jedoch in den letzten Jahren wieder leicht ab. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Interventions- und Präventionskampagnen zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Kitas und Schulen Erfolge verzeichnen (s. auch DS 16-0020 v. 29.01.2016). Allerdings findet die Ernährungsberatung, die beim KJGD angegliedert war, wegen fehlender personeller Kapazitäten nicht mehr statt.

Beim Anteil der adipösen Einschulkinder lässt sich keine eindeutige Tendenz erkennen, liegt mit über 7 % im Jahr 2017 jedoch auf einem sehr hohen Niveau.

Unterschiede nach Erstsprache

Von allen untersuchten Einschulkindern im Jahr 2017 waren 12,8 % der Kinder mit Deutsch als Erstsprache übergewichtig bzw. adipös. Bei Kindern mit anderer Erstsprache (MH) lag der Anteil bei 16 %. Duisburger Einschulkinder mit MH waren auch in den vergangenen Jahren bei den schulärztlichen Untersuchungen stärker von Übergewicht und Adipositas betroffen.

Unterschiede nach Bildungsindex

Die Beantwortung von Fragen zur Soziodemografie der Eltern erfolgt in Duisburg anhand eines Fragebogens. Diese Angaben sind freiwillig und werden anonym ausgewertet. Die nachfolgende Tabelle zeigt, dass Einschulkinder aus sozial niedriger gestellten Elternhäusern einen höheren Anteil von Übergewicht und Adipositas haben. Dies traf auch in den vorherigen Jahren zu.

Gewichtskategorien nach Bildungsindex bei Duisburger Einschulkindern 2017		
	übergewichtig	adipös
	%	%
Soziodemografie nicht erhoben (n =1061)	8,1	8,5
niedrige Bildung (1-3 Punkte), n= 944	9,3	10,6
mittlere Bildung (4-6 Punkte), n = 1638	7,4	6,6
hohe Bildung (7-8 Punkte), n = 767	3,9	2,6
Gesamt	7,4	7,2

Tab. 3: Gewichtskategorien nach Bildungsindex NRW* (Erklärung sh. Glossar) bei Duisburger Einschulkindern; Schuljahr 2017/2018, n =4410

Unterschiede nach Duisburger Ortsteilen

Der Anteil der Einschulkinder mit Übergewicht oder Adipositas ist in den einzelnen Duisburger Ortsteilen sehr unterschiedlich, die Spanne oft sehr breit. In Ortsteilen, mit hoher bis sehr hoher sozialer Belastung, leben auch mehr übergewichtige und/oder adipöse Kinder (s. Abb. 23).

2017
Ø: 14,6%

Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder an allen untersuchten Kindern, 3 Jahres-Mittelwert (2015 bis 2017)

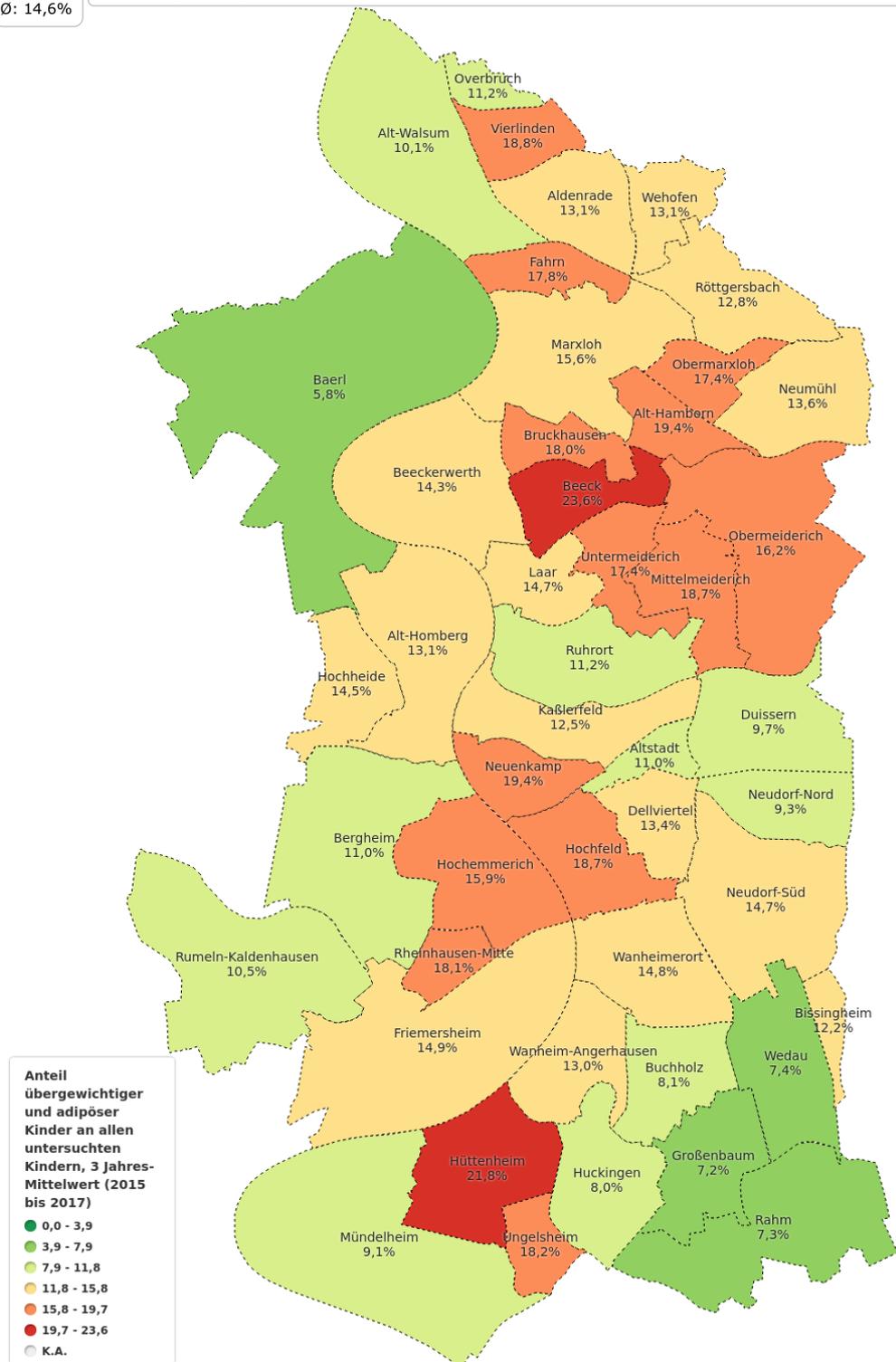


Abb. 23: Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder, 3-Jahres-Mittelwert, SEU 2015 bis 2017, Duisburger Ortsteile, Karte KECK-Atlas

Hinweis:

Die Anteilswerte für Ortsteile mit nur geringen Fallzahlen von untersuchten Kindern sind statistisch nur begrenzt aussagekräftig. Hier kann schon eine geringe Fallzahl bei einer kleinen Gesamtmenge zu einer verzerrten Darstellung führen, s. Ungelsheim.

Duisburger Zahlen im landes- und bundesweiten Vergleich

Im kommunalen Vergleich gehört Duisburg mit zu den Kommunen, die bei Adipositas die höchsten Werte aufweisen. NRW-weit waren im Jahr 2015 6,3 % aller Einschulkinder übergewichtig (in Duisburg 8,0 %) und 4,6 % adipös (in Duisburg 6,7 %) (Quelle: LZG NRW).

Dem Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) zufolge sind 15,4 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland im Alter von 3 bis 17 Jahren übergewichtig, davon 5,9 % adipös. Es gibt keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen.

Das Auftreten von Übergewicht und Adipositas ist dabei aber nicht gleich verteilt, es steigt mit zunehmendem Alter an. Außerdem zeigt sich, je niedriger der soziale Status, desto höher ist der Anteil von Übergewicht und Adipositas.

In Deutschland wird bei immer mehr Schuleingangsuntersuchungen eine stärkere Betroffenheit von Übergewicht und Adipositas bei Kindern mit Migrationshintergrund festgestellt. (Quelle: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS, Welle 2, 2014 – 2017), Journal of Health Monitoring 2018, Robert-Koch-Institut)

Handlungsempfehlungen

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen nimmt nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern der Welt zu. Ein vermehrtes Angebot zuckerhaltiger und hochkalorischer Lebensmittel durch die Lebensmittelindustrie hat inzwischen global das Körpergewicht der Menschen stark ansteigen lassen. Die Deutsche Adipositas-Gesellschaft fordert beispielsweise von den Anbietern nachweislich übergewichtfördernder Lebensmittel und Getränke, ihre Werbung insbesondere in den sozialen Netzwerken einzuschränken. Der stärkste Einflussfaktor in der Umwelt des Menschen auf den Kalorienverzehr ist nach einem aktuellen Report von Cancer Research UK (Britische gemeinnützige Organisation) die Werbung.

In einem offenen Brief im Mai 2018 fordert u. a. der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVJK) die Bundesregierung auf, wirksame Maßnahmen gegen Fehlernährung zu ergreifen, wie z. B. die Einführung einer Zuckersteuer. Bei einer spürbaren Preiserhöhung werde dies die Nachfrage nach ungesunden Lebensmitteln dämpfen. Neben einer Zuckersteuer sei es erforderlich, Werbung stärker zu regulieren und mit einer einfachen Nahrungsmittelkennzeichnung mehr Transparenz zu schaffen.

(Quelle: https://www.bvjk.de/fileadmin/pdf/presse/Pressemappe_Druck_2.pdf; zuletzt geprüft am 22.10.2018).

Lokale Maßnahmen in Duisburg sind demgegenüber nur beschränkt wirksam. Bereits im Jahr 2007 wurden von der Kommunalen Gesundheitskonferenz Handlungsempfehlungen (HE) gegen Kinderübergewicht und Adipositas verabschiedet. Anlass waren die alarmierenden Ergebnisse des Kindergesundheitsberichtes 2007. Die in der DS 16-0020 v. 29.01.2016 des Gesundheitsamtes beschriebenen HE beinhalten ein breites zielgruppenorientiertes Maßnahmenpaket zur Förderung der Kindergesundheit durch die Vermittlung eines gesundheitsförderlichen Ernährungsverhaltens und Bewegungsförderung. Aus personellen und finanziellen Gründen konnten diese Maßnahmen bisher nur ansatzweise und/oder temporär durchgeführt werden.

In den offenen Ganztagschulen, insbesondere in Ortsteilen mit besonderen sozialen Problemlagen, sollte für alle Schüler die Teilnahme am warmen Mittagessen mit einer ausgewogenen Mahlzeit mit zuckerfreiem Getränk sichergestellt werden. So kann eine einseitige Ernährung mit zuckerhaltigen Snacks zumindest während der Betreuungszeit eingegrenzt und den Kindern ein gesünderes Ernährungsverhalten näher gebracht werden.

Seh- und Hörvermögen

Gutes Sehen ist nicht nur für das Lernen in der Schule eine Grundvoraussetzung. Eine unerkannte und nicht ausreichend behandelte Herabsetzung der Sehschärfe kann bei Kindern zu Kopfschmerzen und zur Konzentrationsschwäche führen und das Lernverhalten beeinträchtigen.

Die Überprüfung der Sehschärfe erfolgt durch den Fernvisustest mit einem Sehtestgerät und die Prüfung auf Hyperopie (Weitsichtigkeit) mit Vorschaltlinse. Schielfehler und Farbsinnstörung sind in diesen Daten nicht enthalten, sondern werden gesondert erfasst.

Der prozentuale Anteil von Kindern, bei denen eine herabgesetzte Sehschärfe festgestellt wurde, die eine augenärztliche Kontrolle oder das Tragen einer Brille notwendig machen, hält sich in den letzten Jahren relativ konstant bei durchschnittlich 19 %. Es gibt hierbei keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Duisburg liegt leicht unter dem NRW Durchschnitt, Mädchen 19,8 %, Jungen 19,3 % (Quelle: LZG NRW, Report 2016).

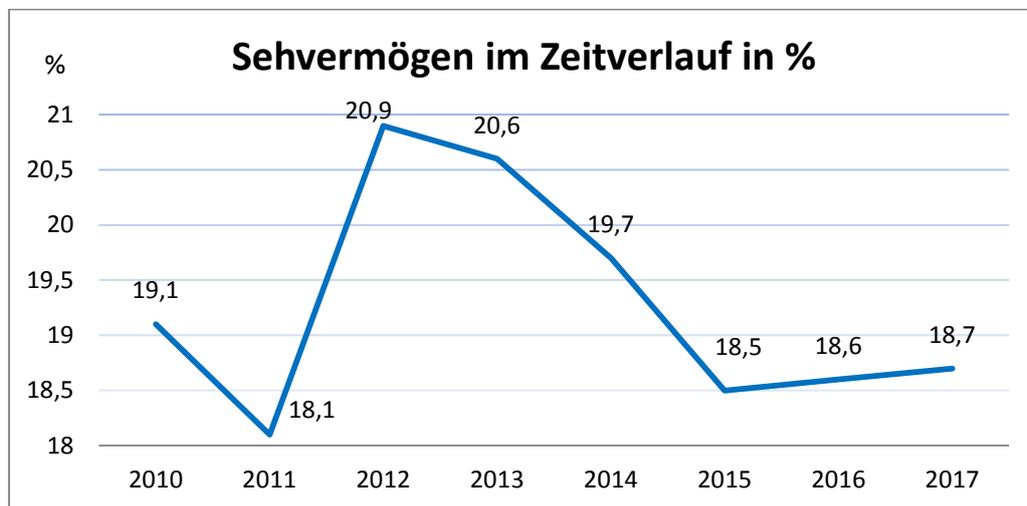


Abb. 24: Prozentualer Anteil aller Einschulkinder mit herabgesetzter Sehschärfe, SEU 2010 - 2017

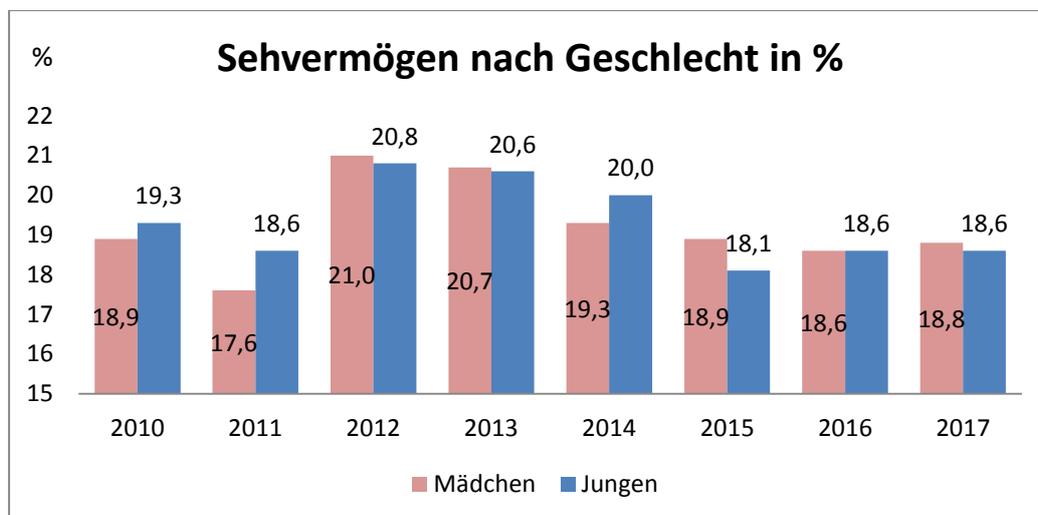


Abb. 25: Prozentualer Anteil aller Einschulkinder mit herabgesetzter Sehschärfe nach Geschlecht, SEU 2010 - 2017

Gutes Hören ist ebenfalls eine Grundvoraussetzung für problemloses Lernen in der Schule und für eine normale Sprachentwicklung. Nicht erkannte Hörstörungen können die Entwicklung eines Kindes verzögern. Die frühzeitige Diagnose und Therapie von Hörstörungen ist ein wichtiges Ziel in der Gesundheitsversorgung.

Das Hörscreening bei den Einschulungsuntersuchungen wird mit Hilfe eines Audiometers, ein Kopfhörer mit Schallschutzkappen, durchgeführt.

Im Zeitverlauf zwischen 2010 und 2017 wurde bei durchschnittlich 5,3 % aller in dem gesamten Zeitraum untersuchten Einschulkinder eine Hörminderung im Screening festgestellt, die eine ärztliche Abklärung erforderte oder behandelt werden sollte. Es lassen sich keine statistisch signifikanten Geschlechterunterschiede erkennen.

Im kommunalen Vergleich liegt Duisburg damit unter dem NRW Landesdurchschnitt von 6,5 % (Quelle: LZG NRW, Report 2016).

Ergebnisse und Handlungsempfehlungen im Überblick

In dem vorliegenden Bericht werden Ergebnisse vorgestellt, die in einer ersten vorsichtigen Einschätzung auch positive Aspekte aufweisen. Hier ist zum Beispiel auch unter Berücksichtigung einer Trendumkehr im letzten Jahr die relativ hohe Teilnahmequote an den Vorsorgeuntersuchungen U1 - U7 zu nennen. Bei anderen Parametern der Einschulungsuntersuchung wird aber ein Trend zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation der Kinder erkennbar. Daher werden die folgenden Ergebnisse und Handlungsempfehlungen noch einmal zusammenfassend aufgeführt.

Entwicklungsstand der Einschulkinder

Erhöhter Zeitaufwand bei den Untersuchungen, S. 15

Die Untersuchungsdauer durch den Kinder- und jugendärztlichen Dienst muss bei anhaltender Zuwanderung an die realistischen Bedingungen in Duisburg angepasst werden.

➔ Daraus ergibt sich mittelbar eine bedarfsgerechtere Personalausstattung im KJGD.

Koordinationsstörungen, S. 17

Bei dem hohen Anteil von Koordinationsstörungen müssen außerschulische Angebote der Bewegungsförderung verstärkt werden.

- ➔ Ziel sollte sein, das Projekt „SPORTGUTSCHEIN“ dauerhaft anzubieten.
- ➔ Es muss weiterhin konsequent an die Elternverantwortung appelliert werden, ihre Kinder für Sport und Bewegung zu motivieren, auch mit Unterstützung aus BuT-Mitteln.

Verhaltensauffälligkeiten, S. 20

Um den Trend steigender Verhaltensauffälligkeiten umzukehren, sind weitergehende Förderangebote zur Stärkung der Erziehungskompetenz in und außerhalb der Kitas erforderlich. Der Fachbereich Erziehungsberatung des Instituts für Jugendhilfe verfügt bereits über vielfältige niedrigschwellige Angebote. Eine personelle Erweiterung zur Stärkung der sozialraumorientierten Arbeit wäre sehr sinnvoll.

Durch zusätzliche Untersuchungen und Screenings in den Kitas durch den KJGD könnten Förderbedarfe frühzeitig erkannt und Kinder mit einem entsprechenden Bedarf in und außerhalb der Kita gefördert werden. In einem gemeinsamem Positionspapier u. a. des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands e.V. (BVKJ) werden die Länder und Kommunen aufgefordert, die gesundheitlichen Chancen für Kinder und Jugendliche in Deutschland zu verbessern. Hier heißt es u. a.nehmen die kinder- und jugendärztlichen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) eine wichtige Rolle ein

„Seine schleichende Auszehrung durch anhaltenden Personalabbau und Unterfinanzierung führt zunehmend dazu, dass grundlegende Aufgaben nicht mehr abgedeckt werden können. Hierzu zählen u.a. Untersuchungen bei der Einschulung, aufsuchende Gesundheitsfürsorge, gesundheitliche Beratung und Betreuung von Kindertageseinrichtungen und Schulen“. Daher gilt es auch durch verbindliche Vorgaben durch Bund und Länder zur Verbesserung der personellen Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes beizutragen. Der ÖGD ist eine besonders für „sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche unverzichtbare Säule des Gesundheitssystems“ und daher „nachhaltig zu stärken“ (https://www.bvkJ.de/fileadmin/pdf/presse/Forderungen_des_BVKJ_Schuleingangsuntersuchungen_3.pdf, zuletzt geprüft am 22.10.2018).

- ➔ Der KJGD sollte personell aufgestockt werden, damit die notwendigen Screenings in den Kitas wieder kontinuierlich durchgeführt werden können.
- ➔ Konzepte zur Stärkung der Elternkompetenz zur Förderung und Erziehung ihrer Kinder sollten weiter entwickelt und mit personellen und finanziellen Ressourcen unterstützt werden, um zu einer nachhaltigen Familien- und Gesundheitsförderung beizutragen, insbesondere durch eine personelle Aufstockung beim Fachbereich Erziehungsberatung im Institut für Jugendhilfe.

Gesundheitsverhalten der Einschulkinder

Impfstatus, S. 24

Es zeigt sich ein Trend zu niedrigeren Impfquoten bei Duisburger Einschulkindern. Impfungen können regulär nur mit einem vorhandenen Krankenversicherungsschutz durchgeführt werden. Der häufig ungeklärte bzw. fehlende Krankenversicherungsschutz, insbesondere bei zugewanderten Menschen aus Südosteuropa, ist daher für die Verschlechterung der Situation mitverantwortlich.

- ➔ Die Weiterführung der Clearingstelle der AWO-Integration für Menschen mit einem ungeklärten bzw. fehlenden Krankenversicherungsschutz ist dringend erforderlich.
- ➔ Weiterhin sind die Möglichkeiten eines flächendeckenden Impfangebots für Familien ohne Krankenversicherungsschutz durch Ärzte des Gesundheitsamtes und niedergelassene Ärzte auszubauen und durch die Krankenkassen zu finanzieren.

Früherkennungsuntersuchungen, S. 29

- ➔ Auch bei der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist ein Rückgang festzustellen, insbesondere bei Kindern mit Migrationshintergrund. Kinder ohne Krankenversicherungsschutz können nicht an den regulären Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen.

- ➔ Ohne eine Weiterführung der Clearingstelle der AWO-Integration für Menschen mit einem ungeklärten bzw. fehlenden Krankenversicherungsschutz können auch diese Probleme nicht nachhaltig angegangen werden.
- ➔ Es sind die entsprechenden Voraussetzungen für ein medizinisches Vorsorgeangebot durch den personellen Ausbau des KJGD zu schaffen, damit dieser ersatzweise die Vorsorgeuntersuchungen in den Kitas vornehmen kann.
- ➔ Die Frühen Hilfen als erste niederschwellige Anlaufstellen haben sich sehr bewährt und sind bereits punktuell in den Einrichtungen vor Ort präsent (etwa in Familienzentren, Familienhilfe sofort vor Ort). Es wäre wünschenswert, die Beratungsangebote / Anlaufstellen auch zu regionalisieren und in die Stadtbezirke zu transportieren. Dieses ist im Rahmen der gegebenen Finanzförderung durch die Bundesstiftung Frühe Hilfen aber nicht möglich.
- ➔ Vielfältige (Gesundheits)angebote für Zuwanderer und Flüchtlinge werden bereits niederschwellig in vielen Ortsteilen durch verschiedene Träger angeboten. Wichtig ist es, diese Angebote auszubauen und nachhaltig zu fördern und zu etablieren.
- ➔ Weitergehende Projekte im Rahmen des Präventionsgesetzes, z. B. durch muttersprachliche Gesundheitslotsen vor Ort, könnten durch diese Träger zur Verbesserung der Angebote beantragt werden.
- ➔ Weiterhin müssen breite Aufklärungskampagnen in mehrsprachiger Version unter Einbeziehung der Kinderärzte und Krankenhäuser in den Kitas und vergleichbaren Einrichtungen initiiert werden, damit Eltern über die Notwendigkeit von Früherkennungsuntersuchungen aufgeklärt und sensibilisiert werden.

Gesundheitszustand der Einschulkinder

Übergewicht und Adipositas, S. 35

Um den Anteil der Kinder mit Übergewicht und Adipositas, insbesondere bei den besonders betroffenen Kindern mit Migrationshintergrund, zu senken, sind neben den sicherlich wirksameren bundesweiten Möglichkeiten von Werbebeschränkungen für bestimmte Lebensmittel, lokale Maßnahmen nur relativ begrenzt wirksam.

- ➔ Vor Ort sind insbesondere Familien mit Migrationshintergrund stärker über die Frühen Hilfen, die Kitas und den KJGD im Gesundheitsamt über die richtige Ernährung zu informieren. Möglich wäre auch eine Ernährungsberatung, angegliedert beim KJGD, um den niederschweligen Zugang zu erreichen. Mehrsprachige Informationsmaterialien sollten dafür als Unterstützung zur Verfügung stehen.
- ➔ Das bereits empfohlene Maßnahmenpaket (DS 16-0020 v. 29.01.2016) zum gesundheitsförderlichen Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Kitas und Schulen sollte wieder aufgegriffen werden.

- ➔ Die Teilnahme am warmen Mittagessen mit einer ausgewogenen Mahlzeit mit zuckerfreiem Getränk in den offenen Ganztagschulen, insbesondere für Schüler aus sozial benachteiligten Familien, sollte sichergestellt werden. Seit geraumer Zeit wird durch eine Duisburger Firma das Mittagessen an zwei Grundschulen in Marxloh gesponsert. Die Ausweitung eines kostenlosen Mittagessens in Duisburger Ganztagschulen in sozial benachteiligten Ortsteilen wäre zielführend für ein gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten.

Schlussbetrachtung

Die Auswertung der Daten aus den Duisburger Einschulungsuntersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes bestätigen die schon aus anderen Untersuchungen bekannten Erkenntnisse. Eine aktuelle Untersuchung der Bertelsmann-Stiftung und der Ruhruniversität Bochum beschreibt eine zunehmend schwierigere soziale Situation vieler Kinder, insbesondere im Ruhrgebiet. Eine anhaltende Zuwanderung mit gesundheitlich schlecht versorgten Kindern wirkt sich auf deren Zukunftschancen insgesamt aus. Erschwerend ist die Situation für Kinder mit fehlendem oder ungeklärtem Krankenversicherungsschutz. Der im August 2018 veröffentlichte DAK Kinder- und Jugendreport kommt zu dem Ergebnis, dass die Bildung der Eltern einen starken Einfluss auf die Gesundheit ihrer Kinder hat. Ebenfalls zu erwähnen ist an dieser Stelle der kürzlich erschienene „Bericht zur Lage von Familien mit Kindern in Marxloh 2018“, der die besonders problembehaftete Situation der in diesem Stadtteil lebenden Menschen analysiert und u. a. dem Thema Gesundheit einen besonderen Stellenwert eingeräumt hat.

Die Hälfte aller untersuchten Duisburger Einschulkinder sprach in den ersten vier Lebensjahren eine andere Sprache als Deutsch. In einigen Stadtteilen lag dieser Anteil bei fast 90 %. Kinder mit Migrationshintergrund sprachen nur zu einem geringen Anteil fehlerfreies Deutsch (s. Definition nach „Bielefelder Modell“, S. 9), ein Großteil verfügt über keine Deutschkenntnisse, insbesondere auch in Ortsteilen mit besonderen sozialen Problemlagen. Die erfolgreiche Teilnahme am Unterricht der Kinder in diesen Ortsteilen ist daher absehbar schwierig. Eine frühere Sprachförderung der Kinder außerhalb und in der Kita durch weitergehende Förderprogramme ist daher unumgänglich.

Ein frühzeitiger Kitabesuch ist notwendig, um Kinder, die sprachliche Schwierigkeiten haben und ggf. Defizite bei den weiteren Grundkenntnissen aufweisen, besser vorzubereiten. Daher sollte versucht werden, die Akzeptanz für den Besuch einer Kita bei Eltern mit MH zu erhöhen. Es müssten Anreize geschaffen werden, damit diese Kinder frühzeitig eine Kita besuchen bzw. an vorschulischen Förderprogrammen teilnehmen.

Kindern aus bildungsfernen und sozial benachteiligten Familien sollte der Zugang und die Teilhabe am offenen Ganztage ermöglicht werden. Um diesen Zugang zu erleichtern, wäre eine Beitragsfreiheit für untere Einkommensgruppen anzustreben.

Die Elternbildung und Elternkompetenz hinsichtlich gesundheits- und entwicklungsförderlichen Verhaltens sowie Erziehung für ihre Kinder muss gestärkt werden. Gerade in Ortsteilen mit besonderen Problemlagen wird eine Präventionsstrategie überlegt und etabliert. Es gibt schon viele Projekte in Duisburg, die viel Gutes intendieren. Die Elternbildungsmaßnahmen werden in enger Kooperation zwischen Jugendamt, Kommunales Integrationszentrum (KI) Duisburg und dem DRK-Familienbildungswerk in den Kitas durchgeführt. Die Elternbildungsprogramme wie z.B. „Griffbereit“, „Rucksack“, „Bärenstark und Bärenschlau“ sowie Elternangebote, individuelle und interkulturelle Beratungen in städtischen Familienzentren unterstützen die Eltern eigene Kompetenzen in den Bereichen sprachliche Bildung, Erziehung, Ernährung, Bewegung und Entspannung zu stärken.

Insbesondere neu zugewanderte Menschen müssen konsequent mit niederschweligen Angeboten in ihrem Gesundheitsverhalten, insbesondere für ihre Kinder aufgeklärt und zu diesen herangeführt werden. Muttersprachliche „Gesundheitslotsen“ könnten diese Aufgabe übernehmen und als Multiplikatoren auf nachhaltige gesundheitsgerechtere Lebensbedingungen hinwirken. Gesundheitsförderliche Maßnahmen im Rahmen des Präventionsgesetzes müssen auf Durchführbarkeit für Duisburg geprüft und ausgewertet werden.

Regelmäßige, persönliche Ansprache ggf. in Muttersprache sorgt für den vertrauensvollen Beziehungsaufbau und für eine positive Willkommenskultur, um die Eltern aufzuklären, zu sensibilisieren und an die Institutionen heranzuführen.

Ziel muss es sein, mehr Transparenz und Koordination über die Vielzahl von Angeboten und Förderprojekten in Duisburg zu schaffen, um den systematischeren Zugang zu ermöglichen.

Datenquellen

Äskulab Software, Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen des Kinder- und jugendärztlichen Dienstes (KJGD) der Jahre 2006 – 2018, Gesundheitsamt der Stadt Duisburg.

Hinweis: Soweit es ging wurden die aktuellen Daten aus dem Einschulungsjahr 2017/2018 ausgewertet. Aus zum Teil technischen Gründen war dies nicht bei allen Auswertungen möglich und es musste auf ältere Daten zurückgegriffen werden.

Bericht und Bewertung der Kommunalen Aktivitäten im Rahmen des Nationalen Aktionsplanes INFORM basierend auf den Handlungsempfehlungen zur Prävention von Übergewicht bei Duisburger Kindern, DS 16-0020 v. 29.01.2016, Gesundheitsamt der Stadt Duisburg, <https://sessionnet.krz.de/duisburg/bi/getfile.asp?id=1550432&type=do&>, zuletzt geprüft am 08.11.2018.

Bericht zur Lage von Familien mit Kleinkindern in Hochfeld, 2015, Stadt Duisburg, Steuerungsgruppe „Kein Kind zurücklassen!“ (KeKiz), https://www.duisburg.de/microsites/bildungsregion_duisburg/projekte/kekiz.php, zuletzt geprüft am 08.11.2018.

Bericht zur Lage von Familien mit Kindern in Marxloh, 2018, Stadt Duisburg, Steuerungsgruppe „Kommunale Präventionsketten NRW“, https://www.duisburg.de/microsites/bildungsregion_duisburg/projekte/kekiz.php, zuletzt geprüft am 08.11.2018.

BVKJ (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.), Forderungen und Stellungnahmen <https://www.bvkj.de/presse/forderungen-und-stellungnahmen/>
https://www.bvkj.de/fileadmin/pdf/presse/Forderungen_des_BVKJ_Schuleingangsuntersuchungen_3.pdf
https://www.bvkj.de/fileadmin/pdf/presse/Pressemappe_Druck_2.pdf,
zuletzt geprüft am 22.10.2018.

DAK Kinder- und Jugendreport 2018, Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Schwerpunkt: Familiengesundheit.

Epidemiologisches Bulletin, 16. August 2018/Nr. 33, Aktuelle Epidemiologie der Masern in Deutschland, Robert Koch-Institut.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), Robert Koch-Institut.

Gesundheitszustand von neu zugewanderten Kinder und Jugendlichen in Duisburg im Jahr 2016, DS 17-1190 v. 25.10.2017, Gesundheitsamt der Stadt Duisburg.

Kindergesundheit in Duisburg, Gesundheitsbericht 2007 der Kommunalen Gesundheitskonferenz, Gesundheitsamt der Stadt Duisburg.

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG NRW); Landesgesundheitsbericht 2015; Gesundheitsindikatoren NRW; Stand: 07/2018; Datenauswertungstool Schulärztliche Untersuchungen nach dem Bielefelder Modell für die Schuljahre 2009/2010 bis 2017/2018, Report 2016 Untersuchung des gesamten Einschuljahrgangs NRW.

Glossar

Bildungsindex NRW

In Verbindung mit Schulabschluss und Berufsausbildung von Mutter oder Vater wird ein 8-stufiger Bildungsindex für NRW durch das LZG generiert.

Vgl.: LIGA.NRW (Hrsg.): Jahresbericht 2006 Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen, S. 45 ff.

Bielefelder Modell

Das "Bielefelder Modell" ist ein in NRW eingesetztes Verfahren zur Durchführung und Dokumentation von schulärztlichen Untersuchungen in den Gesundheitsämtern. Es bietet Unterstützung bei der Erhebung schulärztlicher Daten sowie bei der Erfassung und Auswertung der festgestellten individuellen Daten, Diagnosen, Beurteilungen und Maßnahmen an. Die Vorgaben des Bielefelder Modells ermöglichen eine landesweit einheitliche, standardisierte in ganz NRW. Nähere Informationen erhalten Sie unter www.lzg.nrw.

BuT

Seit dem 1. Januar 2011 gibt es das Bildungs- und Teilhabepaket (Bildungspaket). Damit können Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Familien zusätzliche Leistungen für Bildung, Sport, Kultur und Freizeit erhalten.

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.

Gewichtskategorien

Referenzwerte nach Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2001), Übergewicht: größer 90. bis 97. Perzentil, Adipositas: größer 97. Perzentil

Impfungen

Genauere Erklärung zu den einzelnen Impfungen s. Internet auf den Seiten des Robert Koch-Instituts, www.rki.de.

KECK-Atlas

KECK steht für Kommunale Entwicklung – Chancen für Kinder. KECK ist ein Online-Atlas der Bertelsmann-Stiftung, mit dem Kommunen soziodemographische Entwicklungen in den Sozialräumen darstellen und veröffentlichen können.

KiGGS

KiGGS ist die Abkürzung für die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Dabei handelt es sich um eine Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen. Die Daten werden durch Befragungen, medizinischen Untersuchungen, Tests und Laboranalysen erhoben.

KITA

Kindertageseinrichtung

LZG NRW

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen

Menschen mit Migrationshintergrund (MH)

Dieser Begriff umfasst eine größere Bevölkerungsgruppe als Begriffe wie Ausländerin/Ausländer (Personen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit) oder Zugewanderte (Menschen mit eigener Migrationserfahrung). Basierend auf der Definition des Zensus (Volkszählung) 2011, die im Rahmen der Bevölkerungsstatistik verwendet wurde, sind Menschen mit Migrationsgeschichte alle zugewanderten und nicht zugewanderten Ausländerinnen und Ausländer sowie alle nach 1955 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugewanderten Deutschen und alle Deutschen mit zumindest einem nach 1955 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugewanderten Elternteil.

Mikroport

Kleines drahtloses Mikrofon, das am Oberkörper oder Kopf befestigt wird und die Stimme des Sprechenden verstärkt

RKI

Das Robert Koch-Institut (RKI) ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Kernaufgaben des RKI sind die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere der Infektionskrankheiten.

STIKO

Ständige Impfkommission, Impfeempfehlungen des Robert Koch-Instituts

WHO

World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1:	Anzahl der Schuleingangs- und Seiteneinsteigeruntersuchungen des KJGD; 2006 – 2017	6
Abb. 2:	Prozentualer Anteil der Einschulkinder mit deutscher und nicht deutscher Erstsprache in den Ortsteilen, Schuljahr 2017/2018	7
Abb. 3:	Prozentualer Anteil der Einschulkinder mit deutscher und nicht deutscher Erstsprache in ausgewählten Ortsteilen, Schuljahr 2017/2018	8
Abb. 4:	Prozentualer Anteil der Einschulkinder mit nicht deutscher Erstsprache in den Duisburger Ortsteilen, Schuljahr 2017/2018, Karte aus KECK-Atlas	9
Abb. 5:	Deutschkenntnisse in fünf Kategorien nach dem „Bielefelder Modell“ in ausgewählten Ortsteilen und im Duisburger Durchschnitt, Schuljahr 2017/2018	10
Tab. 1:	Empfehlungen des KJGD nach dem „Bielefelder Modell“ für die Schuljahre 2013 – 2017	11
Tab. 2:	Empfehlungen aller Einschulkinder in NRW für das Schuljahr 2016/2017	12
Abb. 6:	Prozentualer Anteil aller Empfehlungen zur häuslichen Förderung im Zeitverlauf	16
Abb. 7:	Prozentualer Anteil aller Befunde Koordinationsstörungen im Zeitverlauf, SEU 2010 – 2017	17
Abb. 8:	Prozentualer Anteil von Koordinationsstörungen nach Erstsprache (MH), SEU 2010 – 2017	18
Abb. 9:	Prozentualer Anteil von Koordinationsstörungen nach Geschlecht, SEU 2010 – 2017	18
Abb. 10:	Prozentualer Anteil der Verhaltensauffälligkeiten aller Einschulkinder im Zeitverlauf	20
Abb. 11:	Prozentualer Anteil der Verhaltensauffälligkeiten nach Geschlecht im Zeitverlauf	21
Abb. 12:	Prozentualer Anteil der Verhaltensauffälligkeiten nach Erstsprache (MH) im Zeitverlauf	21
Abb. 13:	Prozentualer Anteil der Impfquote bei den SEU 2010 – 2017	25
Abb. 14:	Impfquote zweifache Masernimpfung, Vergleich NRW – Duisburg	25
Abb. 15:	Karte KECK-Atlas, Impfquote zweifache Masernimpfung, Duisburger Ortsteile, 2016	27
Abb. 16:	Prozentualer Anteil aller Einschulkinder an Vorsorgeuntersuchungen nach vorgelegten Heften (U1- U 7 komplett); Schuljahre 2010 bis 2017	30
Abb. 17:	Prozentualer Anteil aller Einschulkinder an Vorsorgeuntersuchungen nach vorgelegten Heften (U8 und U 9); Schuljahre 2010 bis 2017	30
Abb. 18:	Prozentualer Anteil aller Einschulkinder an U-Untersuchungen nach vorgelegten Heften nach Erstsprache (MH); Schuljahr 2017/2018	31
Abb. 19:	Prozentualer Anteil aller Einschulkinder an U 1 – U 7 komplett nach vorgelegten Heften nach Erstsprache (MH) im Zeitverlauf	31
Abb. 20:	Prozentualer Anteil aller Einschulkinder an U 8 und U 9 nach vorgelegten Heften nach Erstsprache (MH) im Zeitverlauf	32
Abb. 21:	Teilnahmequote an U 8 und U 9, Duisburger Ortsteile, 2017, Karte KECK-Atlas	33
Abb. 22:	Prozentualer Anteil aller Einschulkinder mit Übergewicht/Adipositas im Zeitverlauf von 2007 bis 2017	35
Tab. 3:	Gewichtskategorien nach Bildungsindex NRW bei Duisburger Einschulkindern; Schuljahr 2017/2018	36
Abb. 23:	Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder, 3-Jahres-Mittelwert, Schuljahre 2015 bis 2017, Duisburger Ortsteile, Karte KECK-Atlas	37
Abb. 24:	Prozentualer Anteil aller Einschulkinder mit herabgesetzter Sehschärfe, SEU 2010 – 2017	39
Abb. 25:	Prozentualer Anteil aller Einschulkinder mit herabgesetzter Sehschärfe nach Geschlecht, SEU 2010 – 2017	39

Impressum

Herausgeber

Stadt Duisburg
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt
Ruhrorter Str. 195
47119 Duisburg
Telefon: 0203 - 94 000
Internet: www.duisburg.de

Redaktion

Stefanie Ufermann, Gesundheitsberichterstattung
Stabsstelle für Gesundheitsförderung und -planung, Gesundheitsamt Duisburg
E-Mail: s.ufermann@stadt-duisburg.de

Fachliche Begleitung und Unterstützung durch

Dr. med. Dieter Weber, Amtsleiter, Gesundheitsamt Duisburg
Dr. med. Sandra Kurreck, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Gesundheitsamt Duisburg

Titelfoto

Website: www.pixabay.com

Foto S. 3

Stadt Duisburg

Internet

Sie erhalten den Bericht kostenlos unter www.duisburg.de.

Druck

Stadt Duisburg, Hauptamt

© Stadt Duisburg, Dezember 2018