

Kindergesundheit im Vorschulalter

Gesundheitsbericht 2009

Kontakt

Bezugsadresse:
Gesundheitsamt, Abt.535
Neumarkt 15-21
50667 Köln

Redaktion: Elisabeth Ostermann
Datenauswertung: Elisabeth Ostermann, Dr. Martin Zimmermann

bei Rückfragen: 0221/ 221-2 47 57
Mail: elisabeth.ostermann@stadt-koeln.de

Impressum



Der Oberbürgermeister

Dezernat V, Soziales, Integration und Umwelt
Gesundheitsamt
Amt für Presse -und Öffentlichkeitsarbeit

www.stadt-koeln.de

Kindergesundheit im Vorschulalter Gesundheitsbericht 2009

Analyse der Schuleingangsuntersuchungen 2004 – 2007

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	2
1. Einleitung.....	4
2. Zusammenfassung.....	6
3. Ergebnisse der Datenanalyse	12
3.1. Thematik, Datengrundlage und methodisches Vorgehen.....	12
3.2. Die Situation der Vorschulkinder in Köln	13
3.3. Impfschutz	20
3.4. Krankheitsfrüherkennung.....	29
3.5. Gewicht.....	35
3.6. Entwicklungsstand.....	45
3.7. Sozialraumanalyse	63
4. Handlungsbedarf	77
4.1. Gesundheitliche Schwerpunkte	78
4.2. Kinder mit erhöhtem gesundheitlichem Bedarf.....	90
4.3. Sozialräume mit erhöhtem gesundheitlichem Bedarf	94
4.4. Ansätze zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur	97
5. Schlusswort und Ausblick	111
6. Anhang.....	113
6.1. Ausgewählter Indikatorensatz der Datenanalyse	113
6.2. Stadtteildaten zur Sozialraumbezogenen Analyse	119
6.3. Literaturverzeichnis.....	127
Abbildungsverzeichnis	131
Tabellenverzeichnis	135

Hinweise zu den Auswertungsquellen: Die Vergleiche Köln /NRW basieren auf den Auswertungen des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (LÖGD). Die übrigen Auswertungen wurden, wenn nicht anders erwähnt, durch das Gesundheitsamt der Stadt Köln durchgeführt. Bei dieser Datenanalyse wurden grundsätzlich alle verwertbaren Datensätze berücksichtigt. Da bei unterschiedlichen Fragestellungen die Grundgesamtheit (Gesamtheit aller zugrunde liegenden Datensätze) variiert, kann dies zu geringfügigen Abweichungen (im Promillebereich) bei den Auswertungsergebnissen untereinander führen. Aufgrund unterschiedlicher statistischer Auswertungsverfahren können ebenso geringfügige Abweichungen zwischen den Ergebnissen des Gesundheitsamtes der Stadt Köln und des LÖGD's auftreten.



Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser!

Vor Ihnen liegt der aktuelle Bericht über die Kindergesundheit im Vorschulalter. Zu Recht erfreut sich dieses Thema derzeit einer hohen Popularität. Gesundheit ist die Grundlage aller Entfaltungsmöglichkeiten. Gesunde Kinder haben die günstigste Startposition für den weiteren Lebens- und Berufsweg. Für jedes Kind sollten gesundheitsfördernde und -erhaltende Bedingungen sowie eine zielgerichtete Versorgung garantiert sein.

Grundlegende Weichen werden bereits in frühester Kindheit gestellt. Nicht alle Kinder erhalten eine ausreichende Förderung, um sich ihren individuellen Möglichkeiten entsprechend entwickeln zu können.

Darüber hinaus können Entwicklungsstörungen im Bereich der Motorik, der Sprache und der Wahrnehmung auftreten. Auch das Sozialverhalten kann auffällig werden, z.B. durch Aggressivität. Die Ursachen dieser Störungen sind häufig im unmittelbaren sozialen Umfeld des Kindes zu finden. Vor dem Hintergrund, dass gesundheitliche Entwicklungsstörungen zunehmend in Erscheinung treten und als „neue Kinderkrankheiten“ bezeichnet werden, ist dies von besonderer Brisanz. Dabei lassen sich Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit feststellen. Kinder aus sozial benachteiligten Familien haben die geringsten Gesundheitschancen. Bei der Kombination von gesundheitlicher Beeinträchtigung und sozialer Benachteiligung besteht ein erhöhtes Risiko der Chronifizierung und der sozialen Folgebeeinträchtigungen wie Schulversagen, Abbrüche von Berufsausbildungen, Arbeitslosigkeit und sozialer Ausgrenzung.

Die Kommunale Gesundheitspolitik steht daher vor der Aufgabe, Kinder und Eltern, bei denen ein Hilfebedarf vorliegt, frühzeitig zu unterstützen. Dies ist nur möglich, wenn Klarheit über die aktuelle Bedarfssituation besteht. Dieser Bericht gibt auf Basis einer Datenanalyse der Schuleingangsuntersuchungen, die durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamts durchgeführt wurden, ein fundiertes Bild über den Gesundheitszustand der Kinder in Köln. Dabei wünsche ich mir, dass auf dieser Grundlage die Umsetzung einer gezielten und frühzeitig ansetzenden Gesundheitsplanung vorangetrieben wird und damit die gesundheitliche Situation der Kinder in Köln nachhaltig verbessert werden kann.

Ihre
Marlis Bredehorst
Beigeordnete für Soziales, Integration und Umwelt

***„Jedes Kind ist gewissermaßen ein Genie und
jedes Genie gewissermaßen ein Kind“***

(Arthur Schopenhauer)

Und Genialität braucht gesunden Boden, um sich entfalten zu können ...

1. Einleitung

Die Gesundheit unserer Kinder ist eine wesentliche Grundlage für die Zukunft unserer Gesellschaft. Ein guter Gesundheitszustand bietet die Voraussetzung für alle weiteren Entwicklungsprozesse und ermöglicht Bildung, Arbeit, Lebensqualität und Teilhabe an der Gesellschaft. Je frühzeitiger gesundheitliche Prävention einsetzt oder Beeinträchtigungen erkannt und behandelt werden, desto größer ist die Chance, dass persönliches Leid und gesundheitliche Schäden vermieden werden.

Zahlreiche Studien weisen dabei auf einen engen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen und der sozioökonomischen Situation der Herkunftsfamilie hin.¹ Das übereinstimmende Fazit lautet: „Kinder in Armut tragen ein erhöhtes Risiko einer ungünstigen Gesundheitsbiografie.“² (Lampert, 2005b) Angesichts der zunehmenden sozialen Ungleichheit (Disparität) in unserer Gesellschaft bedeutet dies, dass sich auch die Situation der ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken weiterhin verschärfen wird.

Daraus ergibt sich die Verantwortung des Staates aber auch der Gesellschaft, kompensatorisch und ergänzend zur elterlichen Sorge tätig zu werden. Dies gilt insbesondere für die Kinder, deren Eltern nicht in der Lage sind, ihrer Fürsorgepflicht nachzukommen. Elterliches Unvermögen trifft Kinder in doppeltem Maße, da diese Kinder nicht eigenständig in der Lage sind, für ihre Gesundheit zu sorgen und zudem gesundheitsgefährdende Verhaltensmuster modellhaft vorgelebt bekommen.

Für den kommunalen Gesundheitsdienst stellt sich daher die dringliche Aufgabe, die gesundheitliche Situation von Kindern in Köln differenziert zu analysieren, um Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken benennen und die sich daraus ergebenden Anforderungen formulieren und umzusetzen zu können.

Ziel ist es, auf ein Gesundheitssystem hinzuwirken, das gesundheitsfördernde Entwicklungschancen und eine gesundheitliche Versorgung aller Kölner Kinder gewährleistet. Dabei muss das Augenmerk vor allem den Kindern gelten, die nicht ausreichend versorgt sind. Zugleich sollten Eltern in ihrer Kompetenz gestärkt werden, so dass sie in die Lage versetzt werden, ihre Sorge für ihre Kinder wahrzunehmen.

Die grundlegende Bedeutung von Gesundheit

Armut und Gesundheit

Gesellschaftliche Verantwortung für Kindergesundheit

Ziel: Gesundheitsfördernde Entwicklungschancen und ausreichende Versorgung aller Kinder

¹ Eine Übersicht findet sich bei der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Lampert u.a., Berlin 2005a, vgl. auch Gerhardt u.a., Sozialbericht NRW 2007, im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2007, S. 232 - 244

² Lampert u.a., 2005b, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 4, Armut bei Kindern und Jugendlichen, Berlin, S. 7

Schwerpunktsetzung und Fragestellung des Berichts

Dieser Bericht befasst sich mit der gesundheitlichen Situation der Vorschulkinder in Köln.

Der Fokus des Berichts liegt auf den vier wichtigen Gesundheitsthemen **Krankheitsfrüherkennung, Impfschutz, Körpergewicht und Entwicklungsstand**.

Dabei wird folgenden Fragen nachgegangen:

Aufbau des Berichts

- Wie stellt sich die gesundheitliche Situation Kölner Vorschulkinder bezogen auf die oben genannten Schwerpunkte dar?
- Gibt es Kinder, bei denen ein erhöhtes gesundheitliches Risiko vorliegt und wenn ja, welcher konkreter Bedarf wird dabei ersichtlich?
- Gibt es in Köln sozialraumbezogene Unterschiede hinsichtlich der Häufung gesundheitlicher Risiko- und Schutzfaktoren?
- Welche Ziele ergeben sich daraus für unser Gesundheitssystem, um die Gesundheitschancen der Vorschulkinder zu steigern und das Gefährdungspotenzial zu senken? Welcher Handlungsbedarf lässt sich daraus ableiten?

Der Bericht ist folgendermaßen aufgebaut:

Unter Punkt 2 wird zunächst eine Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse des Gesamtberichts gegeben.

Mit der zugrundeliegenden Datenanalyse der Schuleingangsuntersuchungen befasst sich Punkt 3. Dabei wird zunächst auf das methodische Vorgehen und die Datengrundlage eingegangen. Anschließend werden die Analyseergebnisse detailliert dargestellt und kommentiert.

Unter Punkt 4 wird ausgeführt, welcher Handlungsbedarf sich auf Basis der Auswertungsergebnisse ergibt.

Mit einem Schlusswort und Ausblick schließt der Bericht.

2. Zusammenfassung

Zu den wesentlichen Aufgaben des kommunalen Gesundheitsdienstes gehört es, auf ein Gesundheitssystem hinzuwirken, das gesundheitsfördernde Entwicklungschancen und die gesundheitliche Versorgung aller Kölner Kinder gewährleistet.

Gesundheitliche Situation der Vorschulkinder im Fokus

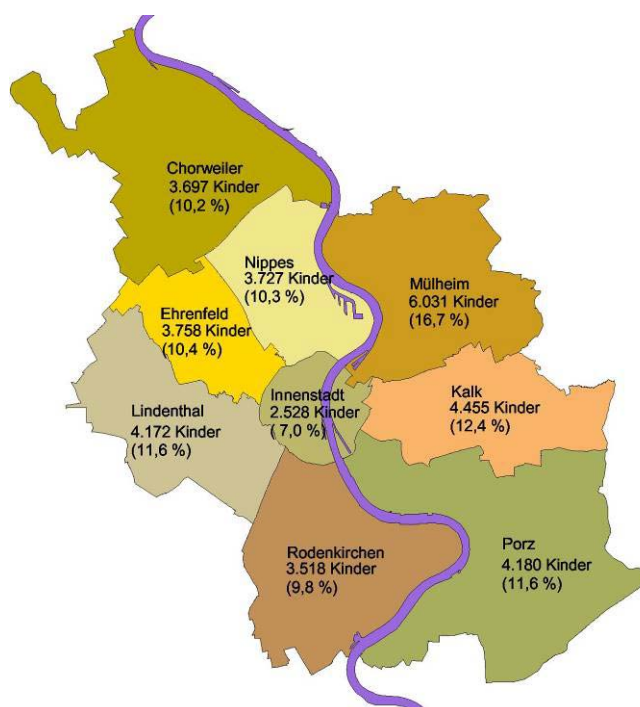
In diesem Bericht liegt der Fokus auf der gesundheitlichen Situation der Vorschulkinder in Köln. Anliegen ist es dabei, Wege aufzuzeigen, wie die **Gesundheit der Vorschulkinder nachhaltig gefördert und damit eine stabile Basis für weitere Entwicklungsprozesse geschaffen werden kann.**

Auf Grundlage umfassender Erhebungen im Bereich der **Schuleingangsuntersuchungen aus den Jahren 2004 bis 2007** wurden Analysen für die Gesundheitsthemen Krankheitsfrüherkennung, Impfschutz, Körpergewicht und Entwicklungsstand vorgenommen.

Schuleingangsuntersuchungen 2004 bis 2007 als Datengrundlage

Insgesamt wurden im Berichtszeitraum **36.331 Kinder aus dem Stadtgebiet Köln** dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Stadt Köln vorgestellt. Davon lagen bei einer Grundgesamtheit von 36.048 Kindern eine eindeutige Angabe über den Stadtbezirk des Wohnorts vor. Dabei ergibt sich folgende Aufteilung:

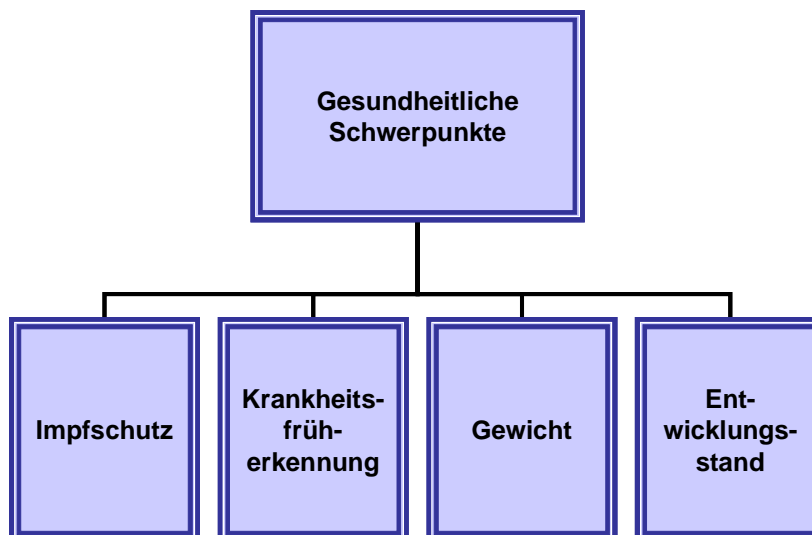
Abbildung 1: Übersicht Bezirke des Kölner Stadtgebiets mit Anteil vorgestellter Kinder in den Schuleingangsuntersuchungen 2004 bis 2007.



Nachfolgend wird eine Übersicht über die ausgewählten Gesundheitsthemen gegeben.

Gesundheitliche Schwerpunktthemen

Abbildung 2: Gewählte gesundheitliche Schwerpunkte



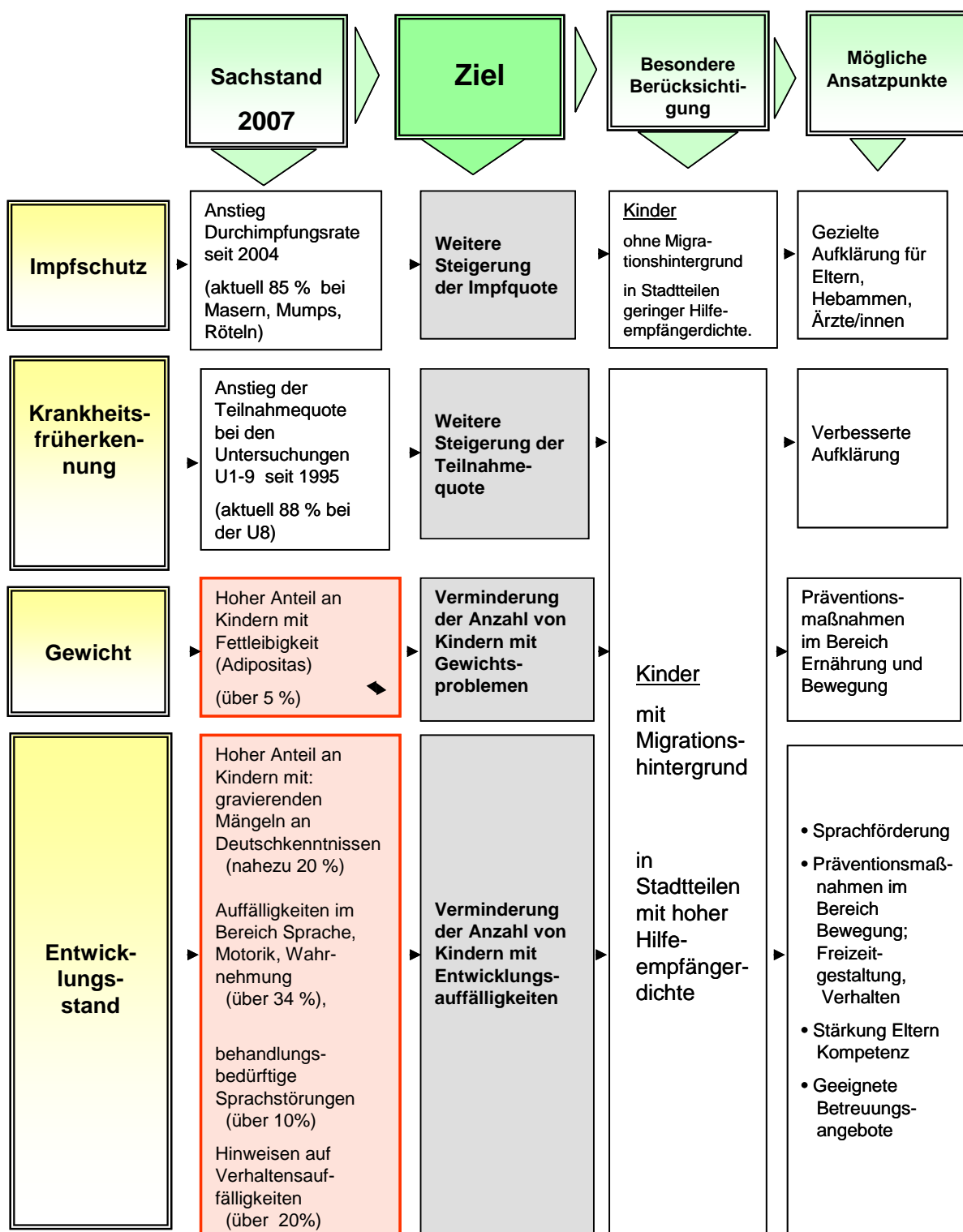
Die Auswertungen zu dem Schwerpunkt „**Impfschutz**“ basieren auf den Impfempfehlungen der STIKO (ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut), aufgrund der Masernepidemien in den vergangenen Jahren wurde das Augenmerk insbesondere auf die Impfquote bei Masern, Mumps und Röteln gelegt. Bei dem Thema „**Krankheitsfrüherkennung**“ wurde die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 analysiert. Das „**Körpergewicht**“ wurde anhand eines gängigen Modells, des „BMI“ (Body-Mass-Index) bewertet. Auf dieser Grundlage wurde der Anteil unter- und übergewichtiger Kinder berechnet. Bei dem Thema „**Entwicklungsstand**“ wurde analysiert, inwieweit bei den untersuchten Kindern Hinweise auf Entwicklungsauffälligkeiten hinsichtlich der Wahrnehmung, der Sprache, der Motorik und des Verhaltens festgestellt werden konnten.

Unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich des sozialen Hintergrunds

Bei der **Auswertung** zeigte sich **eine Zweiteilung hinsichtlich des sozialen Hintergrunds**. So konnte die höchste Durchimpfungsrate bei Kindern aus Stadtteilen mit hoher Hilfeempfängerdichte sowie bei Kindern mit Migrationshintergrund festgestellt werden. Bei den drei Gesundheitsthemen Krankheitsfrüherkennung, Gewicht und Entwicklungsstand wiesen die Kinder aus Stadtteilen mit niedriger und mittlerer Hilfeempfängerdichte sowie Kinder ohne Migrationshintergrund im Durchschnitt eine bessere gesundheitliche Verfassung auf.

Die nachfolgende Grafik gibt einen Überblick über den erhobenen Sachstand, die Ziele einer zukünftigen Gesundheitspolitik sowie über mögliche Ansatzpunkte zur Umsetzung:

Abbildung 3: Schaubild Gesundheit der Vorschulkinder in Köln³



³ Anmerkung: Impfquote ist prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe, Quote Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen ist prozentuiert auf vorgelegte Untersuchungshefte.

Die Stadtteile wurden eingeteilt nach geringer, mittlerer und hoher Sozialhilfeempfängerdichte, (Bezugsjahr 2005), diese Kategorisierung orientiert sich an der Quote der Hilfeempfänger/innen des Stadtteils (siehe 6.1.).

**Verhaltens- und
verhältnisbezogene Gründe
für gesundheitliche Probleme**

Mögliche Gründe für diese oben erwähnte Zweiteilung mögen darin liegen, dass fehlender **Impfschutz** in den überwiegenden Fällen auf eine kritische Grundeinstellung der Eltern bezüglich des Themas Impfen zurückzuführen ist. Diese Haltung findet sich vorrangig bei Eltern mit gehobenem sozialen Status.

Bei den übrigen gesundheitlichen **Themen Krankheitsfrüherkennung, Gewicht und Entwicklungsstand**, fließen neben genetischen Faktoren unterschiedliche verhaltensbezogene Aspekte wie gesundheitsrelevantes Wissen, generelles Präventionsverhalten, kurz- oder langfristig orientierte Lebensplanung und gesundheitliches Bewusstsein ein. Hierbei mögen ein tendenziell niedriger Bildungsstand sowie eine eher kurzfristig angelegte Lebensplanung bei Familien in sozial benachteiligten Lebenslagen eine entscheidende Rolle für den unterdurchschnittlichen Gesundheitszustand spielen. Bei Familien mit Migrationshintergrund können sich zusätzlich Informationsdefizite aufgrund von Sprachbarrieren negativ auswirken.

Ebenso können verhältnisbezogene Aspekte wie die örtliche Erreichbarkeit notwendiger Hilfsangebote von entscheidender Bedeutung sein. Die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen sind in sozial benachteiligten Stadtteilen weniger gut ausgestattet als in anderen Stadtteilen und dadurch wird eine Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems für die Menschen, die dort leben, erschwert.

**Stadtteile mit erhöhter
gesundheitlicher Problematik**

Anhand einer **sozialraumbezogenen Analyse** Kölns wurden in diesem Bericht Mülheim und Kalk als Stadtbezirke mit einer überdurchschnittlichen gesundheitlichen Belastung identifiziert. Auf Stadtteilebene konnten bei Berücksichtigung der Bereiche Gewicht, Entwicklungsstand und Früherkennung die sieben Stadtteile Kalk, Meschenich, Buchforst, Flittard, Lindweiler, Mülheim und Gremberghoven als Stadtteile mit erhöhtem gesundheitlichem Handlungsbedarf erster Priorität benannt werden. Erhöhter Handlungsbedarf zweiter Priorität ergibt sich bei den zwölf Stadtteilen Raderberg, Bickendorf, Bocklemünd-Mengenich, Chorweiler, Höhenberg, Seeberg, Buchheim, Holweide, Humboldt-Gremberg, Vingst, Ostheim und Porz. Die genannten Stadtteile weisen zum überwiegenden Anteil eine überproportionale Quote an Haushalten in sozial benachteiligten Lebenslagen und eine hohe Dichte an Personen mit Migrationshintergrund auf.

Fazit für den Handlungsbedarf:

**Problemfelder
Adipositas, Sprach- und
Verhaltensauffälligkeiten,
Sprachdefizite**

Bei allen untersuchten Gesundheitsschwerpunkten können Ziele formuliert werden, die zur Verbesserung der Gesundheit von Kölner Vorschulkindern beitragen.

Dringender Handlungsbedarf besteht für Kinder mit deutlichem Übergewicht (Fettleibigkeit oder Adipositas) sowie für Kinder mit Sprachdefiziten und Entwicklungsauffälligkeiten, insbesondere Sprach- und Verhaltensauffälligkeiten.

Kinder aus Familien in sozial benachteiligten Lebenslagen und Kinder mit Migrationshintergrund sind hiervon überproportional häufig betroffen.

Zielgruppen mit erhöhter gesundheitlicher Problematik

Das vorhandene Hilfesystem verfügt bereits über gute Grundlagen, es bedarf jedoch eines Um- oder Ausbaus, um dem ermittelten Bedarf von Kölner Vorschulkindern entsprechen zu können.

Das vorhandene Präventionssystem ist zu betrachten und gegebenenfalls zu verändern:

- Je frühzeitiger und bedarfsgerechter Prävention einsetzt, desto wirkungsvoller und kostengünstiger ist das Ergebnis, das erzielt werden kann. Von **vorrangiger Bedeutung sind daher pädagogische Angebote**, die die Elternkompetenz stärken oder eine sozialkompensatorische Ergänzung bieten, weil dadurch die Verhinderung von Krankheiten im Vorfeld begünstigt werden kann.
- Sicherzustellen ist eine tatsächliche Erreichbarkeit der Kinder, deren gesundheitlicher Bedarf nicht ausreichend gedeckt ist, sowie die **Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Angebote**. Momentan ist trotz einer vielfältigen Angebotspalette an Präventionsprojekten weiterhin ein hoher gesundheitlicher Bedarf erkennbar.

Gesundheitsförderung durch pädagogische Angebote

Evaluation der Angebote

Eine genaue Analyse der Bedarfssituation auf der einen Seite und vorhandener Präventionsangebote in den Bereichen Stärkung der Elternkompetenz, Ernährung, Freizeitgestaltung, Bewegung, Verhalten, Konfliktbewältigung, Kommunikation und Sprache auf der anderen Seite ermöglicht eine Steuerung und den ökonomischen und nachhaltigen Einsatz vorhandener Ressourcen.

Steuerung des Präventionsangebots

Mögliche Ansatzpunkte für einen Um- oder Ausbau könnten daher sein:

Sozialraumorientierte Steuerung der gesundheitlichen Präventionsangebote:

Vorrang von Stadtteilen mit erhöhter gesundheitlicher Problematik

- Prioritätensetzungen bei Gesundheitsförderung nach sozialräumlichem Bedarf, Wohngebiete mit erhöhtem Bedarf haben Vorrang;
- Erstellen eines „Anforderungsprofils“ auf der Basis einer kleinräumigen Analyse des gesundheitlichen Bedarfs auf Bezirks- und Stadtteil(viertel)ebene; der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst sollte dabei aufgrund seiner Fachlichkeit und differenzierter örtlicher Kenntnisse in beratender Funktion eingebunden sein;

Kindertagesstätten als Dreh- und Angelpunkt für die Anbindung von Hilfen

- Bereitstellung ausreichender und geeigneter Kinderbetreuungsmöglichkeiten (sozialkompensatorischer Effekt, Anbindung weiterer Präventionsangebote gut möglich, natürliche Sprachförderung bei „durchmischten“ Gruppen);
- verstärkte Einbindung von Präventionsangeboten im Sozialraum (Settingansatz). Von besonderer Bedeutung sind hierbei die Kindertagesstätten, insbesondere Familienzentren, da sie ein geeignetes Setting für die Anbindung weiterer Hilfen bei Familien mit Vorschulkindern bieten
- Steuerung, Evaluierung und Gesamtkoordination der vorhandenen Präventionsangebote, um einen ökonomischen und gezielten Einsatz der vorhandenen Ressourcen gewährleisten und mögliche qualitative und quantitative Lücken (oder eine partielle Überversorgung) erkennen zu können;
- diese Steuerung sollte sowohl auf Sozialraumebene als auch auf gesamtstädtischer Ebene erfolgen.

Gewährleistung eines flächendeckenden Hilfesystems:

Intensivierung des flächendeckenden Hilfsangebots erforderlich

- Evaluation des im Aufbau befindlichen Projektes „Gesunde Zukunft für Kinder in Köln“, Frühwarnsystem der Stadt Köln, um eine optimale Entwicklung dieses Hilfsangebots sicherzustellen.
- Durch eine wirkungsvolle Gestaltung dieses frühzeitigen Angebotes kann das Entstehen von erhöhtem Hilfebedarf bei Kindern im Vorfeld verhindert werden. Ebenso können dabei Probleme erfasst werden, die in eine Planung weitergehender Präventionsangebote einfließen sollten.
- Gezielte Weiterentwicklung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, um eine flächendeckende Hilfe und intensive Begleitung für Kinder sicherstellen zu können, die einen erhöhten Hilfebedarf haben und über andere Angebote (noch) nicht erreicht werden können.
- Schaffung von Rahmenbedingungen, die den Auf- und Ausbau dieser beiden Angebote unterstützen (z.B. durch entsprechende materielle und personelle Ausstattung, Qualifizierung).

3. Ergebnisse der Datenanalyse

3.1. Thematik, Datengrundlage und methodisches Vorgehen

Die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen ist in den letzten Jahrzehnten durch einen tiefgreifenden Wandel gekennzeichnet.⁴ So führten die verbesserten Lebensbedingungen und die allgemeine gute medizinische Versorgung zu sichtbaren Erfolgen. Die Säuglings- und Kindersterblichkeit wurden gesenkt und das Auftreten „klassischer“ Krankheiten konnte eingedämmt werden: Infektionskrankheiten befinden sich auf dem Rückzug und Krankheiten sowie gesundheitliche Fehlentwicklungen werden heute schneller erkannt und behandelt.

***Wandel des
Krankheitsspektrums bei
Kindern***

Es hat jedoch eine Verschiebung des Krankheitsspektrums stattgefunden und andere Krankheiten und Entwicklungsstörungen sind in den Vordergrund getreten. Diese Veränderung lässt sich kurz gefasst wie folgt charakterisieren:

- Verschiebung von den akuten zu den chronischen Erkrankungen;
- Verschiebung von den körperlichen zu den seelischen Störungen.

Die chronischen Krankheiten sind vielfach die Folge von allergischen Erkrankungen, falschen Ernährungsgewohnheiten und Bewegungsmangel. Bei den eigentlichen „neuen Kinderkrankheiten“ handelt es sich jedoch um die vielfältigen Erscheinungen von Verhaltens- und Entwicklungsstörungen: Störungen der emotionalen und psychischen Entwicklung, Störungen des Sozialverhaltens, Störungen im Bereich der motorischen sowie der kognitiven und sprachlichen Entwicklung. Diesen Störungen liegen zum Teil organische, genetische oder andere körperliche Ursachen zu Grunde. Oftmals sind ihre Ursachen jedoch in den Interaktionen des sozialen Umfelds, insbesondere der Familie, mit dem Kind zu finden.

***„Neue Kinderkrankheiten“:
Chronische Krankheiten,
Verhaltens- und
Entwicklungsstörungen***

In nachfolgender Analyse wird nun die Situation der Vorschulkinder in Köln beschrieben. Als Grundlage der Auswertungen dienen ausschließlich die Routinedaten der Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 2004 bis 2007. Dabei wurden gezielt aussagekräftige Indikatoren ausgewählt, die gesundheitliche Risiken und Ressourcen der Vorschulkinder abbilden. Die Beschreibung der ausgewählten Indikatoren findet sich im Anhang unter Punkt 6.1.

⁴ Vgl. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Schwerpunktbericht Erstattung des Robert-Koch-Instituts, 2004, S. 34ff.

**Schuleingangsuntersuchung
als Vollerhebung
solide Datengrundlage**

Bei der Schuleingangsuntersuchung werden die Kinder eines Einschulungsjahrgangs vorgestellt, so dass es sich um eine Vollerhebung mit einem hohen Erreichungsgrad von 98 %⁵ handelt. Diese bietet eine solide Grundlage für die Auswertung gesundheitlicher Daten von Kölner Vorschulkindern. In dem Zeitraum von 2004 bis 2007 wurden insgesamt 36.331 Kinder untersucht.

Auswertungsschwerpunkte

In diesem Bericht wird die Situation der Kinder mit Migrationshintergrund separat ausgewiesen, um zu beleuchten, wie sich die gesundheitliche Situation im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund darstellt. Ebenso wurden alle Auswertungen nach Mädchen und Jungen getrennt durchgeführt. Wenn sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigten, werden diese berichtet.

Die Stadtgebiete Kölns unterscheiden sich hinsichtlich der Zusammensetzung ihrer Bewohnerschaft in Bezug auf die Altersstruktur, Einkommensstruktur, Bildungsstand, Anteil an Personen mit Migrationshintergrund⁶ und Arbeitslosenanteil erheblich. Um Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und gesundheitlicher Situation erschließen zu können, wurden die Datensätze vor ihrer Auswertung stadtteilbezogen je nach Hilfeempfangerdichte für die 6 bis 13jährigen Kinder in drei Kategorien (niedrige, mittlere, hohe Hilfeempfangerdichte) gegliedert (siehe 6.1.)⁷.

**Deskriptive Darstellung der
Datenanalyse**

Anhand einer deskriptiven Darstellung werden die relevanten Ergebnisse der Analyse unter Punkt 3.2. bis 3.7. vorgestellt.

3.2. Die Situation der Vorschulkinder in Köln

3.2.1. Demographische Daten zur Situation in Köln

Das soziale Umfeld des Wohnstandorts bietet die Rahmenbedingungen, unter denen Kölner Kinder aufwachsen. Daher folgt zunächst ein Überblick über die soziodemographische Situation Kölns.

⁵ Ein geringer Anteil von Kindern, die eine Behinderung aufweisen, wird bereits vor der Schuleingangsuntersuchung durch gesonderte Verfahren begutachtet (unter 2% aller Kinder eines Jahrganges).

⁶ Menschen mit Migrationshintergrund gehören in Deutschland zu einem überwiegenden Teil den Bevölkerungsschichten in sozial benachteiligten Lebenslagen und bildungsfernen Schichten an, daher ergeben sich hier hohe Überschneidungen mit den Einwohner/innen der Stadtteile mit hoher Hilfeempfangerdichte. Die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund ist jedoch sehr heterogen, ebenso finden sich dort Menschen mit mittleren und hohen sozialen Status, anteilmäßig jedoch wenig häufig vertreten (siehe Punkt 4.2.1. und 4.2.2.).

⁷ Dieses Verfahren wurde von Mersmann, 2000, S. 14 übernommen, zugrunde gelegt wurden in dieser Auswertung die Daten vom 31.12.2005, da der Untersuchungszeitraum sich von Herbst 2003 bis Frühjahr 2007 erstreckt und dieses Datum eine ungefähre zeitliche Mitte darstellt.

Zum 31.12.2007 leben in Köln - laut amtlicher Statistik⁸ - insgesamt 1.025.094 Menschen, davon ist ein Anteil von 15,5 % minderjährig (unter 18 Jahre alt).

Anzahl Einwohner/innen Kölns

Etwa ein Drittel (32,1 %) aller Einwohner/innen, verfügen über einen Migrationshintergrund⁹. Bei den unter 18jährigen liegt der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund nahezu bei der Hälfte (47,8 %) aller Einwohner/innen. Nach der Definition des Amtes für Stadtentwicklung und Statistik handelt es sich bei den Menschen mit Migrationshintergrund um Nichtdeutsche, d. h. Menschen, die nicht in Deutschland geboren sind, sowie um Menschen, die in Deutschland geboren sind und bei denen ein Eltern- oder Großelternanteil in einem anderen Land als Deutschland geboren ist.

Einwohner/innen mit Migrationshintergrund

⁸ www.stadt-koeln.de/Zahlen und Statistik, das Amt für Statistik und Stadtentwicklung, vom 26.03.09

⁹ www.stadt-koeln.de/zahlen/bevoelkerung/artikel/08955/index.html, das Amt für Statistik und Stadtentwicklung, vom 23.10.08,

in Köln verwendet das Amt für Stadtentwicklung und Statistik den folgenden Migrationsbegriff: Die Zahl der Einwohner/innen mit Migrationshintergrund setzt sich zusammen aus:

Nichtdeutsche(Ausländer/-innen der ersten Generation, Geburtsort ist im Ausland; Ausländer/-innen überwiegend zweite und dritte Generation; Geburtsort Deutschland).

Deutsche(Aussiedler; Deutsche mit Herkunft aus ehemaligen Ostgebieten. Die Herkunft wird ermittelt anhand der 2. Nationalität oder des Geburtsortes (Geburtsdatum nach 08.05.1945) oder der Zuzugsherkunft (Zuzug nach 1968)).

Eingebürgerte

Geburtsort Ausland oder Einbürgerungsurkunde.

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Option auf Einbürgerung (Optionspflichtige)

Unter 23 Jahre mit weiterer Staatsangehörigkeit. Gem. §§ 4 (3), 40b, 29 (6) StAG.

Für die folgende Auswertung der Daten der Schuleingangsuntersuchungen wird ein Begriff von Migrationshintergrund verwendet, der neben dem Geburtsland (der Mutter) auch die Muttersprache des Kindes einbezieht. Dabei werden nur die Kinder berücksichtigt, die in erster oder zweiter Generation hier leben. Dadurch erklären sich die niedrigeren Zahlen der Kinder mit Migrationshintergrund in den Auswertungen der Schuleingangsuntersuchung (siehe 3.2.2.2.).

Daten zur sozialen Situation Kölns

Die Arbeitslosenquote liegt in Köln zum 30.06.2007 bei 13,1 %. Der Anteil der Bedarfsgemeinschaften, die Grundsicherung für Arbeitssuchende (nach SGB II) erhalten, beträgt bezogen auf alle Haushalte in Köln 11,7 % (Stichtag 31.12.07). Etwa ein Viertel aller Kinder (24,1%) unter 15 Jahren beziehen als Angehörige von ALG II-Empfängern und –innen, Sozialgeld. Bei Zugrundelegen eines materiellen Armutsbegriffs sind diese Kinder als arm zu bezeichnen. Kinder von Eltern, deren Einkommen etwa den ALG II-Leistungen entspricht, sind hierbei nicht erfasst. Daher liegt die faktische Anzahl der in materieller Armut lebenden Kinder wesentlich höher¹⁰.

Infolge wird nun die Gesamtheit der in der Schuleingangsuntersuchung vorgestellten Kinder genauer betrachtet.

3.2.2. Situation der untersuchten Kinder

Zunächst wird ein Überblick gegeben über Anzahl und Geschlecht der Kinder, die in der Schuleingangsuntersuchung vorgestellt wurden. Des weiteren wird der Anteil an Kindern mit und ohne Migrationshintergrund, differenziert nach Herkunft und Muttersprache, erörtert. Im Anschluss werden die Ergebnisse der Überprüfung vorhandener Deutschkenntnisse bei allen untersuchten Kindern vorgestellt.

¹⁰ Zu „sozial benachteiligten Lebenslagen“, eines umfassenderen Verständnis von Armut, siehe 4.2.1.

3.2.2.1. Anzahl und Geschlecht der untersuchten Kinder

In dem Zeitraum von 2004 bis 2007 wurden insgesamt 36.331 Kinder untersucht. Vom Jahre 2004 bis 2006 sank die Anzahl der untersuchten Kinder um 6 % von 9.439 auf 8.873 Kinder. 2007 stieg die Anzahl der untersuchten Kinder erneut auf 8.992 an.

Anzahl untersuchter Kinder leicht gesunken

Tabelle 1: Untersuchte Kinder nach Untersuchungsjahr

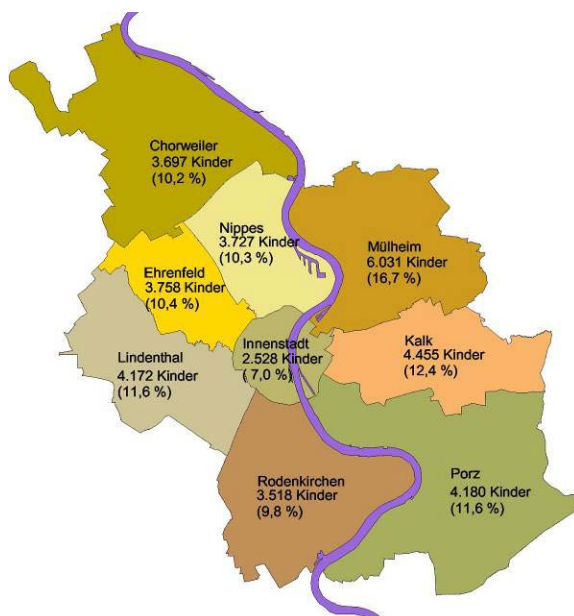
Anzahl der Kinder	Jahrgang der Einschulung				Gesamt
	2004	2005	2006	2007	
	9.439	9.027	8.873	8.992	36.331

In jedem Jahr wurden mehr Jungen als Mädchen vorgestellt, der Unterschied betrug im Durchschnitt 2 %.

Insgesamt lag bei denen im Berichtszeitraum untersuchten Kindern bei einer Grundgesamtheit von 36.048 Kindern eine eindeutige Angabe über den Stadtbezirk des Wohnorts vor. Die unten dargestellte Abbildung wurde bereits in der Zusammenfassung dargestellt. Zu Gunsten einer besseren Lesbarkeit wird sie hier wiederholt:

Anteil untersuchter Kinder in den Bezirken

Abbildung 4: Übersicht Bezirke des Kölner Stadtgebiets mit Anteil vorgestellter Kinder in den Schuleingangsuntersuchungen 2004 bis 2007.

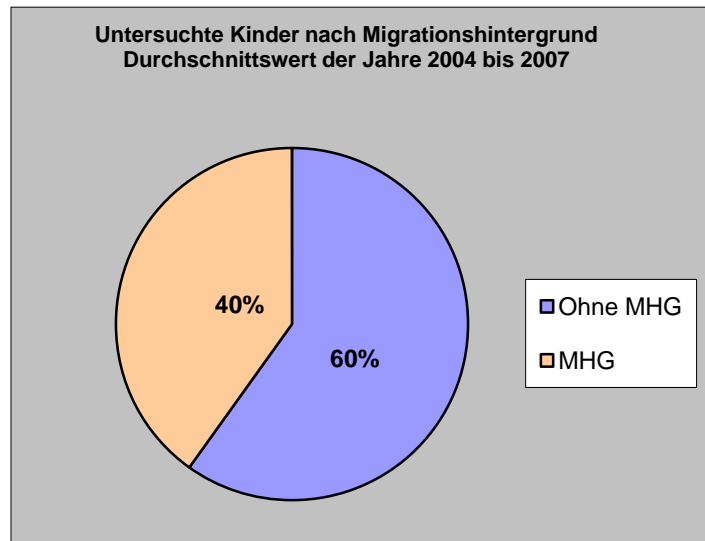


Begriffsbestimmung Migrationshintergrund

3.2.2.2. Kinder mit Migrationshintergrund

Der hier verwendete Begriff von Migrationshintergrund umfasst alle Kinder, bei denen die Mutter nicht in Deutschland geboren und/oder die Muttersprache nicht die deutsche Sprache ist.

Abbildung 5: Untersuchte Kinder nach Migrationshintergrund (Herkunftsland der Mutter nicht Deutschland und/oder Muttersprache nicht die deutsche Sprache)



Migrationshintergrund bei 40 % aller untersuchten Kinder

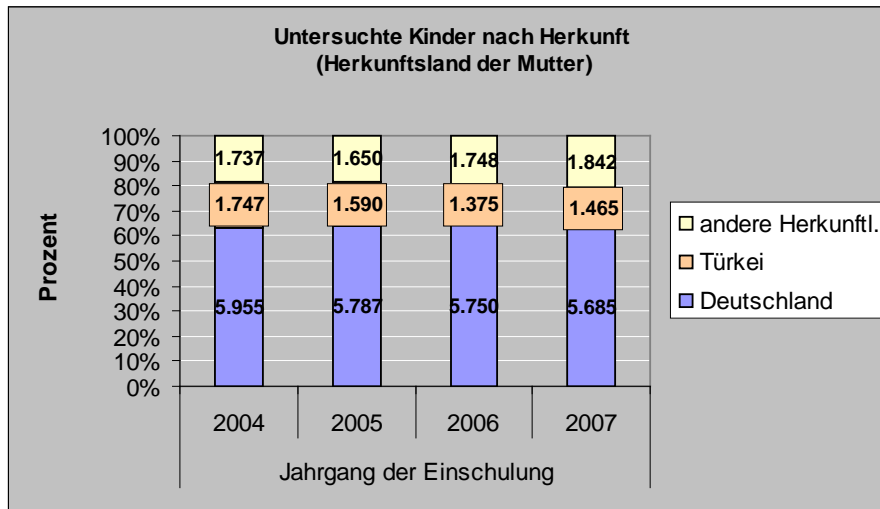
Der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund an allen Kindern, die untersucht wurden, betrug im Durchschnitt 40 %.

Von 2004 bis 2007 stieg der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund von 39,2 % auf 40,1 % der untersuchten Kinder.

In einem zweiten Schritt wurden die untersuchten Kinder getrennt nach dem Herkunftsland der Mutter (Deutschland, Türkei, andere Länder) und nach Muttersprache (deutsch, nicht deutsch) analysiert.

Die Analyse der untersuchten Kinder nach Herkunft der Mutter ergibt folgendes Bild:

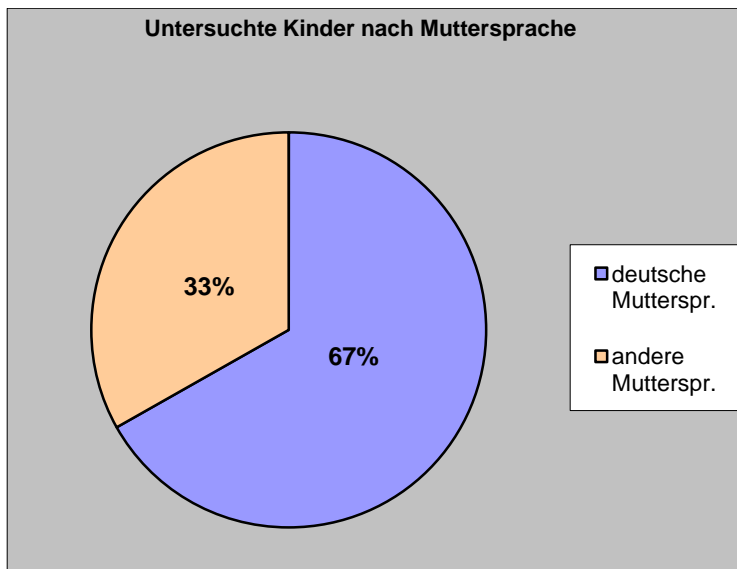
Abbildung 6: Untersuchte Kinder nach Herkunft (Herkunftsland der Mutter)



Mehr als ein Drittel der untersuchten Kinder ausländischer Herkunft

Bei 36,2 % aller untersuchten Kinder ist die Mutter nicht in Deutschland geboren. Bei nahezu der Hälfte dieser Kinder ist das Herkunftsland der Mutter die Türkei. Kinder türkischer Herkunft stellen die größte Gruppe aller Kinder mit Migrationshintergrund dar. Die übrigen Kinder mit Migrationshintergrund kommen aus über 100 Herkunftsländern, die vorwiegend der EU, Asien, Amerika oder Afrika angehören.

Abbildung 7: Untersuchte Kinder nach Muttersprache



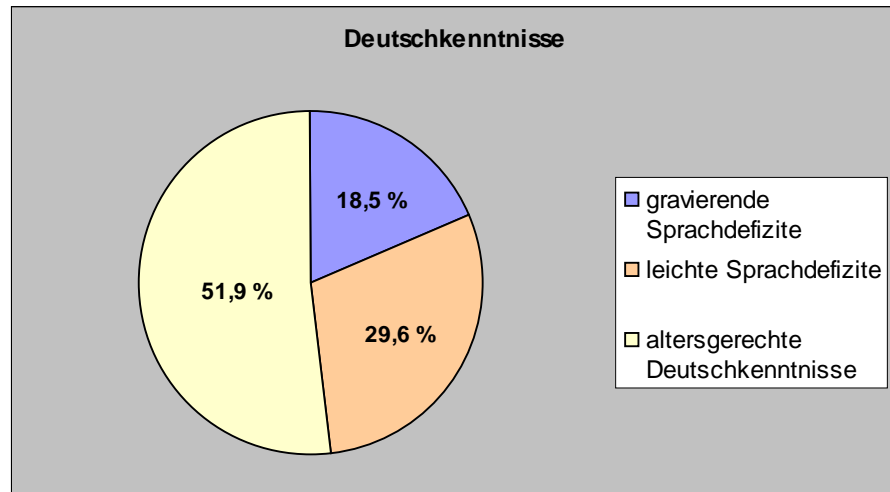
Deutsch nicht als Muttersprache bei etwa einem Drittel aller Kinder

Etwa ein Drittel aller untersuchten Kinder haben die deutsche Sprache nicht als Muttersprache. Dabei stieg dieser Anteil von 31,7 % in 2004 auf 35,6 % in 2007. Der Anteil der Kinder mit türkischem Migrationshintergrund und Deutsch als Muttersprache sank dabei überproportional von 16,4 % in 2004 auf 7,9 % in 2007.

3.2.2.3. Deutschkenntnisse

Die Analyse vorhandener Deutschkenntnisse bei den untersuchten Kindern ergab folgendes Bild:

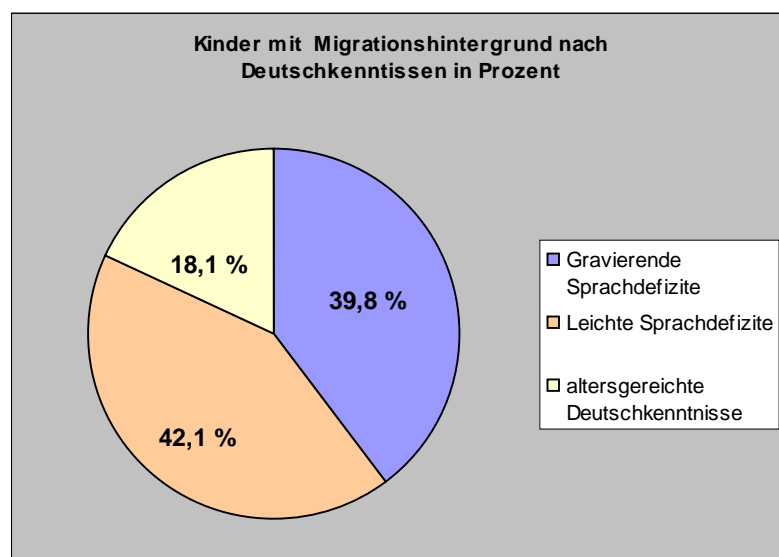
Abbildung 8: Deutschkenntnisse



Gravierende Deutschdefizite bei nahezu einem Fünftel aller Kinder

51,9 % aller untersuchten Kinder sprachen bei der Schuleingangsuntersuchung in 2007 altersgerecht und fehlerfrei deutsch. Bei einem Anteil von 29,6 % ließen sich leichte Sprachdefizite und bei einem Anteil von 18,5% gravierende Sprachdefizite feststellen. Bei gesonderter Betrachtung der Kinder mit Migrationshintergrund (Geburtsland der Mutter nicht Deutschland oder Muttersprache nicht die deutsche Sprache) zeigte sich folgendes Ergebnis:

Abbildung 9: Deutschkenntnisse bei Kindern mit Migrationshintergrund



3.3. Impfschutz

3.3.1. Impfschutz als gesundheitliches Schwerpunktthema

Die Bedeutung von Impfschutz

Den wirksamsten Schutz vor Infektionserkrankungen bieten Impfungen. Neben der Effektivität stellen sie zumeist eine der kostengünstigsten präventiven Maßnahmen in der Medizin überhaupt dar.

Impfungen schützen vor schweren Infektionskrankheiten, bei denen es keine oder nur begrenzte Therapiemöglichkeiten gegen den Krankheitserreger gibt (z. B. Hepatitis B, Poliomyelitis, Tollwut, Diphtherie, Tetanus; Hepatitis A bei Erwachsenen). Durch Impfungen können darüber hinaus mögliche schwere Komplikationen bei Infektionskrankheiten (z. B. Gehirnentzündung durch Masern mit einer Sterblichkeit von 20 bis 30 %) verhindert werden. Ebenso wird Infektionskrankheiten, die während der Schwangerschaft (z. B. Röteln) oder der Geburt (z. B. Windpocken) zu schweren Schäden beim Kind führen können, vorgebeugt.

Vielen Impfungen schützen nicht nur das geimpfte Individuum, sondern bei einer hohen Durchimpfungsrate durch die sogenannte „Herdenimmunität“ auch die Allgemeinheit. Dann lebt die ungeimpfte Minderheit im Schutz der geimpften Mehrheit. Bestimmte Krankheiten können ganz ausgerottet oder regional zurückgedrängt (Masern, Pocken) werden.

Impfungen verhindern nicht nur Erkrankungen und Leid der Kinder und ihrer Familien, sie ersparen dem Gesundheitswesen erhebliche Kosten. In der Bevölkerung hat dank der guten Wirksamkeit der Impfungen die Kenntnis der Bedeutung und Schwere der durch die Impfungen verhüteten Erkrankungen und insbesondere der Folgeschäden erheblich abgenommen. Die Infektionskrankheiten haben im öffentlichen Bewusstsein weitgehend ihre Schrecken verloren - mit der Folge, dass die Notwendigkeit der Impfungen nicht mehr so deutlich gesehen wird. Eine abnehmende Impfbereitschaft führt jedoch zu Impflücken in der Gesellschaft und besiegt geglaubte Infektionen können sich wieder ausbreiten. Dies haben u. a. die verschiedenen Masernausbrüche in den letzten Jahren in Deutschland, auch in Nordrhein-Westfalen, gezeigt.

Wirksamer und kostengünstiger Schutz vor schweren Infektionskrankheiten

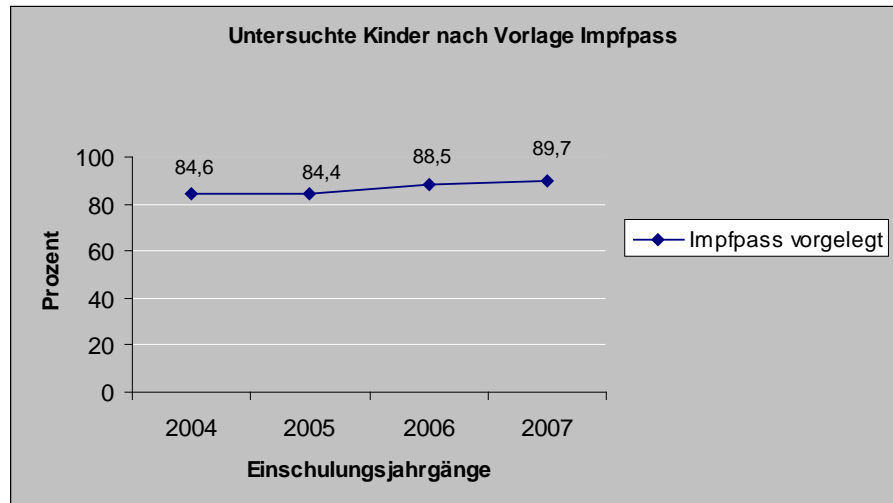
„Herdenimmunität“ bei hoher Durchimpfungsrate

Gefahr von Epidemien durch „Impflücken“

3.3.2. Vorlage Impfpass

Im Folgenden wurde zunächst die Vorlage des Impfpasses analysiert, da nur bei diesen Kindern der aktuelle Impfstatus dokumentiert werden konnte.

Abbildung 10: Untersuchte Kinder nach Vorlage Impfpass

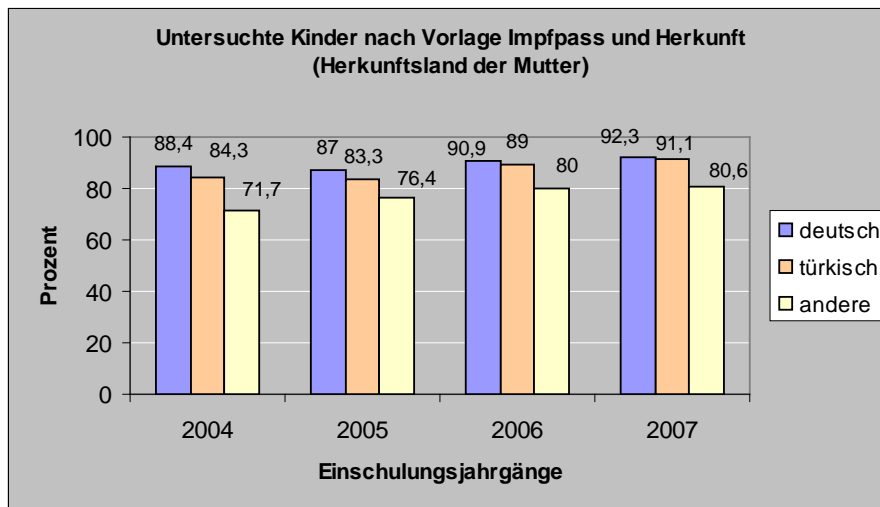


Anstieg Vorlagequote des Impfpasses

Insgesamt stieg der Anteil der Kinder, die einen Impfpass vorlegten, von 84,6 % im Jahr 2004 auf 89,7 % im Jahr 2007.

Der Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund, die den Impfpass vorlegten, lag in 2004 bei 88,8 %. Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, die den Impfpass vorlegten, erwies sich in 2004 mit 78,1 % um – 10 Prozentpunkte niedriger. Er stieg zwischen 2004 und 2007 um 6,8 Prozentpunkte und damit etwas stärker als in der Gruppe der Kinder ohne Migrationshintergrund, die einen Anstieg von 4,4 Prozentpunkten verzeichnete.

Abbildung 11: Untersuchte Kinder nach Vorlage Impfpass und Herkunft



Aktuelle Vorlagequote des Impfpasses bei Kindern deutscher und türkischer Herkunft etwa gleich

Die Differenz zwischen Kindern deutscher und türkischer Herkunft bei der Vorlagequote des Impfpasses betrug in 2004 über 4,1 Prozentpunkte und reduzierte sich fortlaufend. In 2007 hatten die Kinder türkischer Herkunft mit 91,1 % nahezu das Niveau der deutschen Kinder (92,3 %) erreicht.

Insgesamt bleibt bei etwa jedem zehnten untersuchten Kind offen, welche Impfungen durchgeführt wurden (10,3 %), da kein Impfpass vorlag. Dies ist bei Bewertung der im Folgenden dargestellten Daten zu berücksichtigen.

Keine Vorlage des Impfpasses bei einem Zehntel aller Kinder

Wie der Impfschutz bei den Kindern ist, die keinen Impfpass vorgelegt haben, kann nur vermutet werden. Die pessimistische Annahme (Worst-Case-Szenario) geht davon aus, dass diejenigen, die keinen Impfpass vorlegen, auch keinen oder nur lückenhaften Impfschutz aufweisen. Die optimistische Variante geht von der Annahme aus, dass der Impfschutz bei diesen Kindern prozentual demjenigen entspricht, den die Kinder mit vorgelegten Impfpässen haben. Die reale Impfquote dürfte sich zwischen diesen beiden Polen bewegen.

3.3.3. Impfschutz Masern, Mumps und Röteln

Neben der Vorlage des Impfpasses sind die tatsächlich durchgeführten Impfungen von großer Bedeutung. Dazu wurden zunächst die Impfungen gegen Mumps/Masern/Röteln (Kombinationsimpfung) herangezogen. Zugrunde gelegt wurde die Zweifachimpfung, da nur bei zwei Dosen von einem sicheren Schutz ausgegangen werden kann.

Abbildung 12: Anteil untersuchter Kinder mit zweifacher Masern-, Mumps- und Rötelnimpfung nach Einschulungsjahrgängen an allen vorlegten Impfpässen

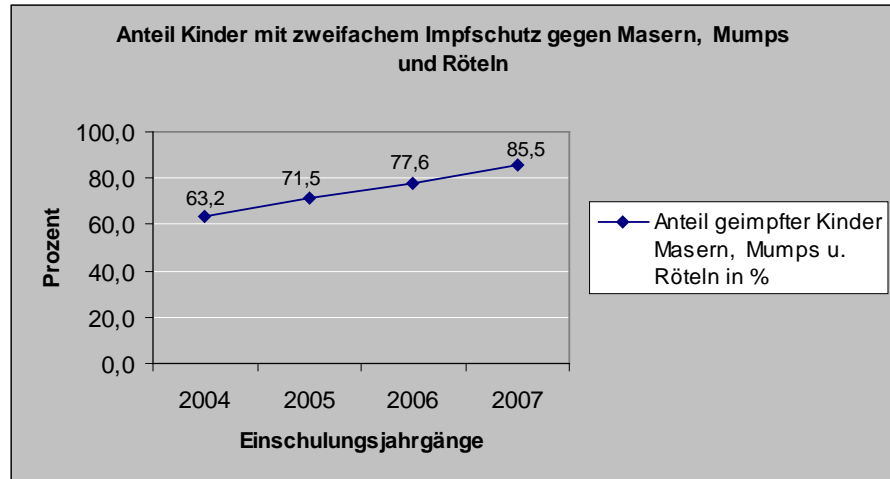


Tabelle 2: Untersuchte Kinder mit zweifacher Masern-, Mumps-, Rötelnimpfung nach Einschulungsjahrgängen, absolute Anzahl und prozentualer Anteil an allen vorlegten Impfpässen

	2004	2005	2006	2007
Geimpfte Kinder MMR absolut	5.042	5.447	6.095	6.903
Geimpfte Kinder MMR in %	63,2%	71,5%	77,6%	85,5%

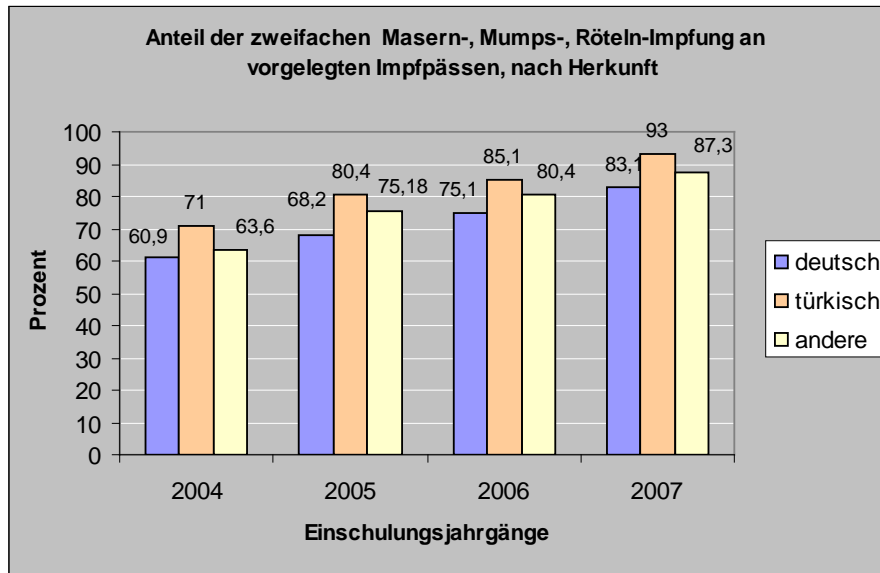
Erheblicher Anstieg der Durchimpfungsrate bei Masern, Mumps und Röteln

Der Anteil der Kinder, die vollständigen Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln aufwiesen, stieg zwischen 2004 und 2007 von 63,2 % auf 85,5 % an, unabhängig vom Migrationshintergrund. Hier kann bei der Erhöhung um 22,3 Prozentpunkte von einer erheblichen Verbesserung des Impfschutzes gesprochen werden.

Dies kann unter anderem auf die Impfaufklärung der Eltern, insbesondere durch die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte/innen, zurückgeführt werden.

Bei Betrachtung der Durchimpfungsrate nach Herkunft zeigt sich folgendes Bild:

Abbildung 13: Untersuchte Kinder mit zweifacher Mumps-, Masern- und Rötelnimpfung nach Herkunft (Herkunftsland der Mutter)



Durchimpfungsrate Masern, Mumps, Röteln bei Kindern türkischer Herkunft am höchsten und bei Kindern deutscher Herkunft am niedrigsten

Bei den Kindern mit türkischer Herkunft zeigt sich durchgängig die höchste Impfquote und bei den Kindern mit deutscher Herkunft die niedrigste Impfquote. So betrug in 2007 der Anteil geimpfter Kinder mit türkischem Migrationshintergrund 93,0 %, bei den deutschen Kindern 83,1 %.

Die höhere Impfquote bei Kindern mit Migrationshintergrund lässt darauf schließen, dass nicht fehlende Erreichbarkeit oder Sprachbarrieren ausschlaggebend für die Impfquote sind, sondern die Grundeinstellung der Eltern.

Um die sog. Herdenimmunität¹¹ zu erreichen, sind bei Mumps ca. 90 % Durchimpfungsrate und bei den Masern sogar 92 % - 95 % Durchimpfungsrate notwendig. Ein Kollektivschutz ist bei den Kölner Vorschulkindern noch nicht vorhanden.

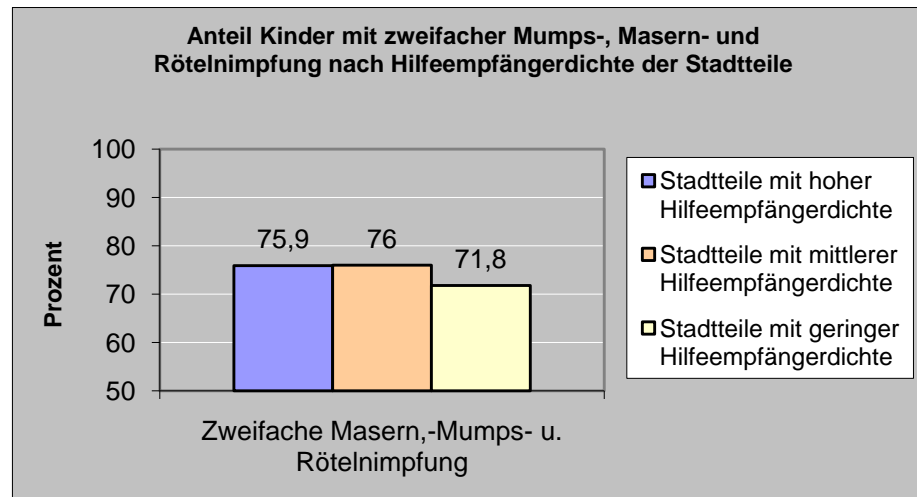
Keine „Herdenimmunität“ bei Masern

¹¹ Unter „Herdenimmunität“ ist hier der Kollektivschutz der Bevölkerung zu verstehen, der gewährleistet ist, wenn der Anteil der geimpften Personen sich als ausreichend hoch erweist. Die erforderliche Durchimpfungsrate ist je Infektionskrankheit unterschiedlich hoch. (vgl. Poethko-Müller u.a., 2007, S.851)

Die Analyse des Impfschutzes bezogen auf die Hilfeempfangerdichte der Stadtteile, zeigt folgendes Ergebnis:

Abbildung 14: Kinder mit zweifacher Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln in dem Untersuchungszeitraum 2004 bis 2007 nach Hilfeempfangerdichte der Stadtteile

Impfquote „MMR“ in Stadtteilen niedriger Hilfeempfangerdichte am geringsten



Die Stadtteile mit niedriger Hilfeempfangerdichte weisen die geringste Impfquote auf. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass bei Personen mit überdurchschnittlichem Sozialstatus und Bildungsniveau, die bevorzugt in diesen Stadtteilen anzutreffen sind, die Zahl der Impfskeptiker/innen deutlich höher liegt.

Die impfkritische Haltung kann durch die Tätigkeit impfskeptischer niedergelassener Ärzte/innen noch verstärkt werden.

Zusammenhang sozialer Status und Impfquote

Ähnliche Ergebnisse zeigten sich in der bundesweiten Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit „KIGGS“¹². Dort konnte belegt werden, dass Kinder aus Familien mit hohem sozialen Status häufiger keine Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln erhalten als Kinder aus Familien mit mittlerem und niedrigem sozialen Status.

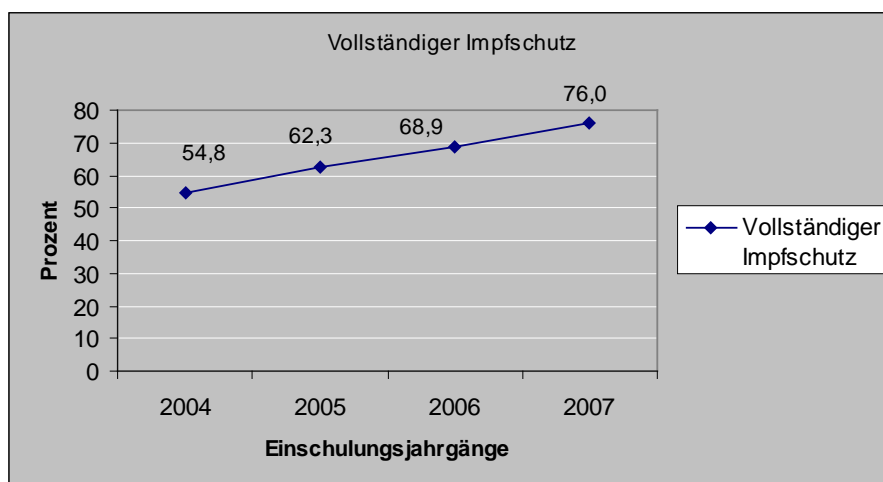
Die sozialraumorientierte Analyse unter Punkt 3.7. belegt, dass auch einige Stadtteile mit hoher Hilfeempfangerdichte wie Meschenich und Kalk in Köln unterdurchschnittliche Impfquoten aufweisen. Gründe könnten u.a. darin liegen, dass das Versorgungsnetz an Kinder- und Jugendärzten/innen im Stadtgebiet unterschiedlich dicht ist.

¹² Vgl. Poethko-Müller u.a., 2007, S.856

3.3.4. Vollständiger Impfschutz

Um nach den Impfungen auch tatsächlich gegen die Infektionskrankheiten geschützt zu sein, ist die vollständige Durchführung der Impfungen von großer Bedeutung. Dazu wurden die Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, HiB¹³ Hepatitis B, Keuchhusten (Pertussis), Polio, Masern, Mumps und Röteln analysiert. Infolgedessen wird dargestellt, inwieweit die von der STIKO empfohlenen Impfungen gegen die neun Infektionskrankheiten vollständig¹⁴ durchgeführt wurden.

Abbildung 15: Untersuchte Kinder mit vollständigem Impfschutz



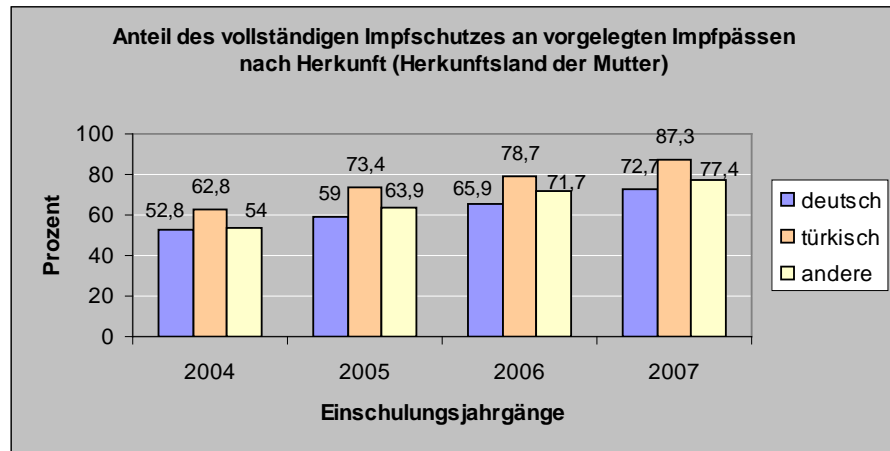
Erheblicher Anstieg des vollständigen Impfschutzes

Die Impfquote stieg im Untersuchungszeitraum von 54,8 % auf 76 %. Kinder mit Migrationshintergrund weisen auch hier eine höhere Impfquote als Kinder ohne Migrationshintergrund auf. Die Analyse nach Herkunft zeigt dabei folgende Ergebnisse:

¹³ Haemophilus influenzae Typ b, gefährlicher Erreger, kann Meningitis (Hirnhautentzündung) auslösen.

¹⁴ Dieser Impfschutz umfasst je drei Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, HiB, Hepatitis B, 4 Impfungen gegen Keuchhusten (Pertussis), je nach Wahl des Impfstoffs 2 oder 3 Impfungen gegen Polio je zwei Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln.

Abbildung 16: Anteil Kinder mit vollständigem Impfschutz nach Herkunft (Herkunftsland der Mutter)



Vollständiger Impfschutz bei Kindern türkischer Herkunft am höchsten und bei Kindern deutscher Herkunft am niedrigsten

Bei dem Vergleich der untersuchten Kinder nach Herkunft zeigen sich auch hier durchgängig der höchste Durchimpfungsrate bei den Kindern mit türkischem Migrationshintergrund. Den niedrigsten Impfanteil weisen Kinder mit deutscher Herkunft auf. 2007 betrug der Anteil vollständig geimpfter Kinder türkischer Herkunft 87,3 %, bei den deutschen Kindern waren es 72,7 %.

3.3.5. Vergleich Impfquote Köln und NRW

In 2006¹⁵ lag Köln mit einem Anteil von 88,5 % an vorgelegten Impfpässen genau im Landesdurchschnitt.

Tabelle 3: Anteil Impfschutz Masern, Mumps, Röteln (zweifache Impfung) an vorgelegten Impfpässen, in Köln und NRW

Impfraten in Köln überwiegend geringfügig unter Landesdurchschnitt

	Masern in %	Mumps in %	Röteln in %
Köln	79,0	78,5	77,8
NRW	81,6	81,3	80,9

Quelle: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA)

Bei der Impfquote von Masern, Mumps und Röteln lag Köln in 2006 ca. 2 - 3 Prozentpunkte unter dem Landesdurchschnitt.

¹⁵ Quelle:

http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/kommunale_gesundheitsindikatoren/frameset.html

vom 08.07,08, Durchschnittswerte für 2007 lagen zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch nicht bei dem Landesinstitut LIGA vor

Bei der Impfquote von Tetanus, Polio, Diphtherie, Hib und Keuchhusten lag Köln in 2006 etwa im Landesdurchschnitt, bei Hepatitis B zu 4,9 Prozentpunkte unter dem Landesdurchschnitt.

Tabelle 3: Anteil Impfschutz Polio, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Hib und Keuchhusten an vorgelegten Impfpässen, Grundimmunisierung in Köln und NRW

	Polio in %	Tetanus in %	Diphtherie in %	HepatitisB in %	Hib in %	Keuchhusten in %
Köln	96,2	98,7	98,3	84,4	92,7	92,3
NRW	97,2	98,5	98,1	89,3	93,4	91,6

3.4. Krankheitsfrüherkennung

3.4.1. Krankheitsfrüherkennung als gesundheitliches Schwerpunktthema

Prävention durch frühzeitiges Erkennen von Störungen und Krankheiten

Die Bedeutung von Krankheitsfrüherkennung

Ziel der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche ist die Früherkennung von kindlichen Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen und bei Bedarf die sofortige Einleitung von angemessenen Behandlungen und/oder Fördermaßnahmen. Dadurch können bleibende gesundheitliche Beeinträchtigungen vermieden werden.

In Deutschland sind diese Früherkennungsuntersuchungen seit 1971 im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten und daher kostenlos. Insgesamt waren bis 2007 neun Untersuchungen für Vorschulkinder vorgesehen¹⁶, für den Zeitraum direkt nach der Geburt bis zum 5. Lebensjahr (siehe Übersicht):

Übersicht Früherkennungsuntersuchungen:

Alter	Untersuchung	Zeitpunkt
1. Lebensjahr	U1	Sofort nach der Geburt
1. Lebensjahr	U2	3. - 10. Lebenstag
1. Lebensjahr	U3	4. - 6. Lebenstag
1. Lebensjahr	U4	3. - 4. Lebensmonat
1. Lebensjahr	U5	6. - 7. Lebensmonat
1. Lebensjahr	U6	10. - 12. Lebensmonat
2. Lebensjahr	U7	21. - 24. Lebensmonat
4. Lebensjahr	U8	43. - 48. Lebensmonat
5. Lebensjahr	U9	60. - 64. Lebensmonat

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen gibt Aufschluss darüber, inwieweit die Chance genutzt wurde, frühzeitig gesundheitliche Risiken und Beeinträchtigungen zu erkennen und gezielte kompensatorische Maßnahmen in die Wege zu leiten.

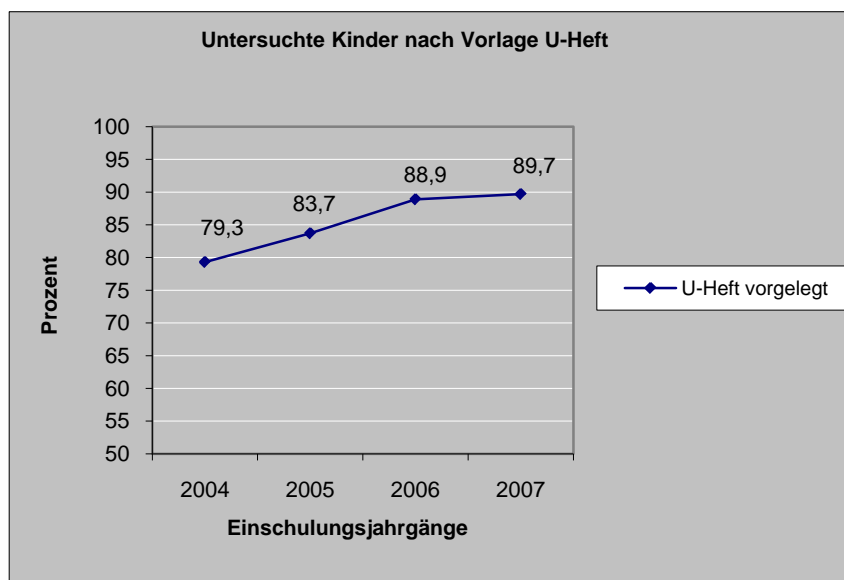
Zeitplan Früherkennungsuntersuchungen

¹⁶ Seit 01.07.2008 gibt es zusätzlich die U7a, Eltern können ihre dreijährigen Kinder auf Kassenkosten untersuchen lassen.

3.4.2. Vorlage Untersuchungsheft

Einen wichtigen Hinweis auf die Gesundheit der Kinder können die durchgeführten Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen geben. Im ersten Schritt wurde geprüft, wie viele Kinder ein Untersuchungsheft (U-Heft) vorgelegt haben.

Abbildung 17: Untersuchte Kinder nach Vorlage U-Heft



Der Anteil der Kinder, die ein U-Heft vorgelegt haben, stieg von 2004 bis 2007 um mehr als 10 Prozentpunkte von 79,3 % auf 89,7 %.

Anstieg der Vorlagequote des Untersuchungsheftes

Bei den Kindern ohne Migrationshintergrund lag die Vorlagequote durchgehend um 10 Prozentpunkte höher als bei den Kindern mit Migrationshintergrund. In 2007 betrug der Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund mit vorgelegtem U-Heft 89,4 %, der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund 79,2 %.

Nach dem Herkunftsland der Mutter betrachtet, zeigten sich 2007 zwischen den Kindern deutscher Herkunft und den Kindern türkischer Herkunft nur geringfügige Unterschiede, so wies die Vorlagequote des U-Hefts bei den Kindern deutscher Herkunft 93,1 % und bei den Kindern türkischer Herkunft 91,2 % auf, bei Kindern anderer Herkunft hingegen betrug der Anteil 81,1 %.

3.4.3. Teilnahme an der Untersuchung U8

Bei den Kindern, die ein U-Heft vorlegten, konnten die Anzahl und die Vollständigkeit der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen einen Hinweis auf die in Anspruch genommene Gesundheitsversorgung geben.

Zunächst werden die Auswertungen der letzten Untersuchung vor der Schuleingangsuntersuchung, der U8¹⁷, dargestellt:

Tabelle 4: Anteil der durchgeführten U8 an allen vorgelegten U-Heften nach Einschulungsjahrgängen

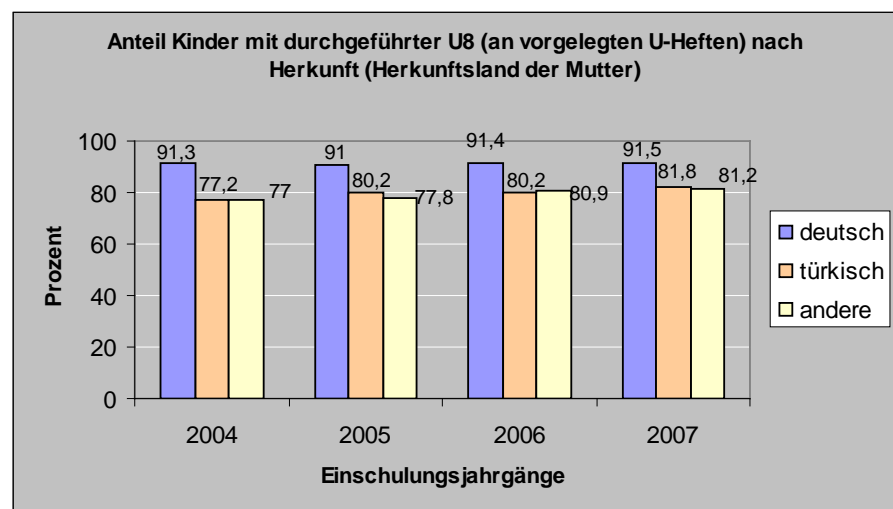
	2004 in %	2005 in %	2006 in %	2007 in %
Teilnahme U8	86,5	87	87,9	88,1

Anstieg der U8-Teilnahmequote

Der Anteil der Kinder, die an der U8 teilgenommen haben, stieg in den Jahren 2004 bis 2007 von 86,5 % auf 88,1 %. Damit setzt sich der positive Trend aus den Jahren 1995 bis 1999 fort. In diesem Zeitraum konnte ein Anstieg der Teilnahmequote an der U8 von 77,9 % auf 80,5 % verzeichnet werden¹⁸.

In dem Berichtszeitraum 2004 bis 2007 nahmen 91,6 % der Kinder ohne Migrationshintergrund und 80,3 % der Kinder mit Migrationshintergrund an der U8 teil. Bei der Differenzierung nach Herkunft ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 18: Anteil Teilnahme U8 an vorgelegten U-Heften nach Herkunft (Herkunftsland der Mutter)



¹⁷ Aufgrund der zeitlichen Bindung der Früherkennungsuntersuchungen an das Alter der Kinder wurde nicht auf die Zahlen zur U9 zurückgegriffen, da diese auch nach der Schuleingangsuntersuchung liegen kann.

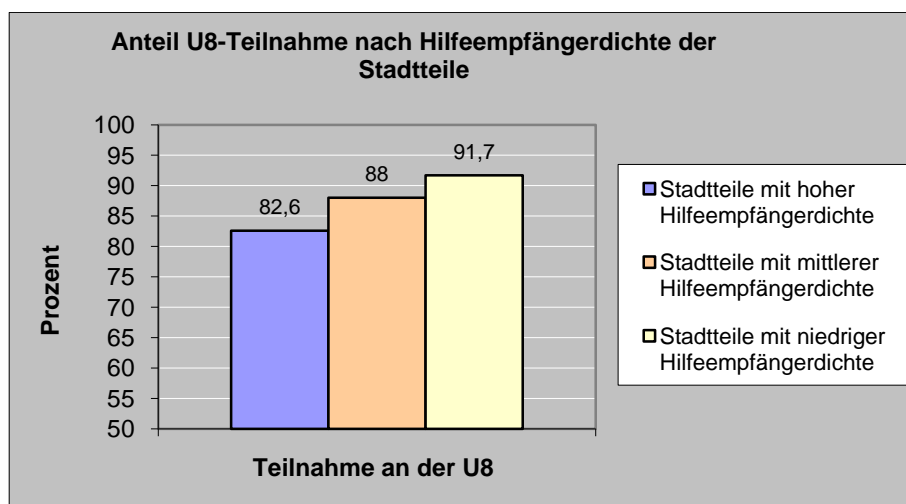
¹⁸ Vgl. Mersmann, 2000, S.15

Es zeigt sich ein deutliches Gefälle zwischen den Teilnahmequoten bei den Kindern deutscher und türkischer Herkunft. Der Anteil der Kinder deutscher Herkunft an der U8 stagniert in dem Zeitraum von 2004 bis 2007 um 91 %, während die Teilnahmequote der Kinder türkischer Herkunft von 72,2 % auf 81,8 % ansteigt. Bei den Kindern türkischer Herkunft ist daher ein positiver Trend zu beobachten, die Teilnahmequote liegt in 2007 jedoch immer fast noch - 10 Prozentpunkte unter der Teilnahmequote der Kinder deutscher Herkunft.

Teilnahmequote U8 bei Kindern türkischer Herkunft erheblich niedriger als bei Kindern deutscher Herkunft

Die Analyse der U8 - Quote nach der Hilfeempfangerdichte in den Stadtteilen zeigt folgendes Ergebnis:

Abbildung 19: Teilnahme an der U8 nach Hilfeempfangerdichte der Stadtteile



Die U8 - Teilnahmequote liegt in Stadtteilen mit geringer Hilfeempfangerdichte am höchsten und in Stadtteilen mit hoher Hilfeempfangerdichte am niedrigsten.

Niedrigste U8-Teilnahmequote in Stadtteilen mit hoher Hilfeempfangerdichte

3.4.4. Teilnahme der Untersuchungen U1 bis U9

In einem weiteren Schritt wurde bei dem Einschulungsjahrgang 2007 die Teilnahmequote an den einzelnen Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen geprüft, um ein differenziertes Bild der Teilnahmecontinuität zu erhalten.

Die Teilnahmequote an der U1 bis U9 von den Kindern aus dem Untersuchungsjahr 2007 sank von 97,8 % bei der U1 auf 84,9 % bei der U9¹⁹.)

¹⁹ Bei der U9 ist zu beachten, dass der Untersuchungstermin bei einem Teil der Kinder erst nach der Schuleingangsuntersuchung liegen kann.

Abbildung 20: Kinder mit durchgeführter U (an vorgelegten U-Heften im Einschulungsjahrgang 2007

Gefälle der Teilnahmequote von U1 bis U9

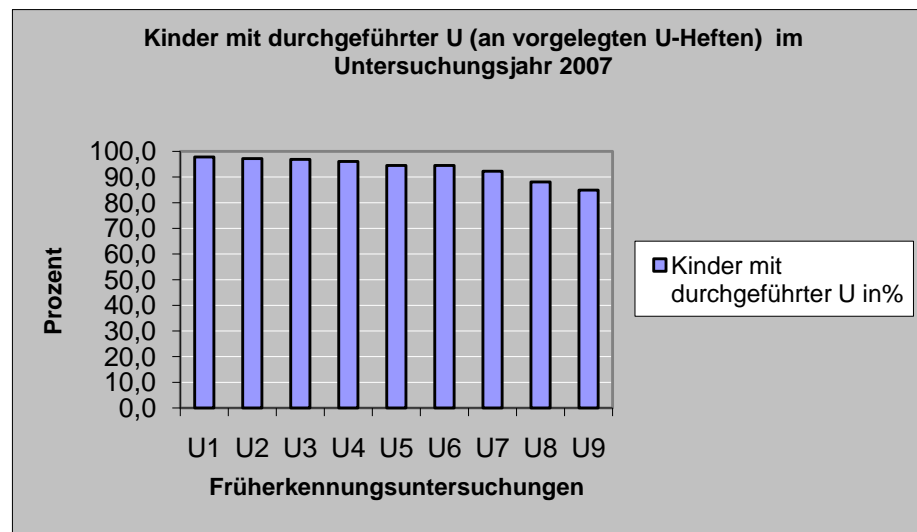


Tabelle 5: Vergleich Teilnahmequote der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 bei den Kindern der Schuleingangsuntersuchung 2007

	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9
Kinder mit durchgeführter U in%	97,8	97,2	96,9	96,1	94,5	94,5	92,3	88,1	84,9

Eine abnehmende Teilnahmequote von der U1 bis zu der U9 ist nicht nur in Köln zu beobachten. Der Vergleich der Teilnahmequoten der U7 bis U9 mit den Durchschnittswerten auf Landesebene aus dem Untersuchungsjahr 2006 ergibt folgendes Bild²⁰:

²⁰ Quelle vom 17.07.08: http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/kommunale_gesundheitsindikatoren/frameset.html

3.4.5. Vergleich Köln und NRW

Tabelle 6: Anteil durchgeführter Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen U7 bis U9 an vorgelegten U-Heften im Untersuchungsjahr 2006 in Köln und NRW

	U7 in %	U8 in %	U9 in %
Köln	91,0	89,6	86,1
NRW	92,8	89,0	85,8

*Teilnahmequote U7 bis U9 im
Landesdurchschnitt*

Die Teilnahmequote an den Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen U7 bis U9 in Köln entspricht etwa dem Landesdurchschnitt.

3.5. Gewicht

3.5.1. Gewicht als gesundheitliches Schwerpunktthema

Übergewicht und Adipositas als generelle Problematik

Übergewicht als Risikofaktor für schwerwiegende Krankheiten

Untergewicht als möglicher Hinweis auf Mangelernährung

Die Bedeutung von Gewicht

Die Zunahme von Übergewicht und deutlichem Übergewicht (Adipositas) bei Kindern und Jugendlichen ist zu einer bedeutenden gesundheitspolitischen Herausforderung geworden.

Als Messgröße für das Gewicht wird der in der Schuleingangsuntersuchung berechnete BodyMassIndex (BMI²¹) herangezogen. Unter Übergewicht ist ein im Vergleich zur Norm erhöhtes Körpergewicht zu verstehen, das durch einen vermehrten Körperfettanteil bedingt ist. Übergewicht stellt einen Risikofaktor für schwerwiegende Krankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck, Störungen des Fettstoffwechsels und Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems dar. Oftmals verstärken sich Gewichtsprobleme im Jugend- und Erwachsenenalter. Deutliches Übergewicht stellt eine ausgeprägte Form des Übergewichts dar und wird als Krankheit (Adipositas) definiert. Das Risiko der Folgeerkrankungen ist bei adipösen Personen verstärkt ausgeprägt.

Unter Untergewicht und deutlichem Untergewicht ist entsprechend ein im Vergleich zur Norm geringeres Körpergewicht zu verstehen. Dies kann ein Hinweis auf mögliche Erkrankungen sowie Mangel- oder Fehlernährung sein.

Oftmals verstärken sich Gewichtsprobleme im Jugend- und Erwachsenenalter. Neben genetischen Faktoren spielt das eigene Verhalten (Ernährung, Bewegung) und das Verhalten des familiären Umfeldes eine wichtige Rolle beim Entstehen von Übergewicht (Belege finden sich in aktuellen Studien des Landes und des Bundes, z.B. der KiGGS-Studie).²²

²¹ Der BodyMassIndex (BMI) wird berechnet, indem das Körpergewicht (kg) durch die quadrierte Körperlänge (m²) geteilt wird. Da bei Kindern das Körpergewicht stark vom Alter abhängt, wird zusätzlich das Alter und Geschlecht des jeweiligen Kindes berücksichtigt. Auf Basis der Durchschnittsnormkurven wurde ein Modell entwickelt, das in 100 Gewichtszonen, „Perzentilen“, unterteilt ist. Als normalgewichtig gilt ein Kind, dessen errechneter Wert zwischen der 10ten und der 90ten Perzentile liegt. Kinder mit Wert über der 90ten Perzentile werden als übergewichtig oder (ab der 97ten Perzentile) als deutlich übergewichtig eingeordnet. Kinder, deren Wert unterhalb der 10ten Perzentile liegt, gelten als untergewichtig oder (unterhalb der 3ten Perzentile) als erheblich untergewichtig. Das Perzentilen-Modell wurde von Kromeyer-Hausschild u.a. (2001) 49, S. 807-818 auf der Grundlage einer empirischen Erhebung entwickelt.

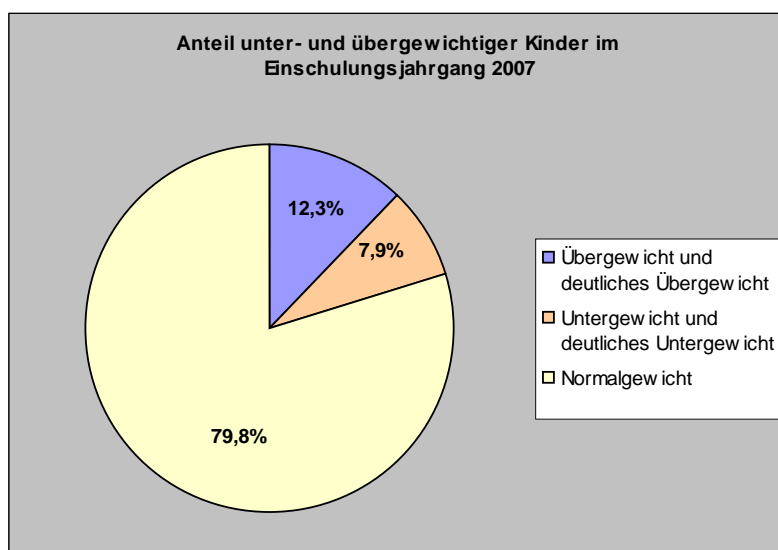
²² Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) ist eine Studie des Robert Koch-Instituts zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 - 17 Jahren. Ziel der Studie ist es, umfassende Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu erheben, zu analysieren und die Ergebnisse an die Politik, die Fachwelt und die allgemeine Öffentlichkeit weiter zu geben. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, den Wissensstand über den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zu verbessern. Sie sollen helfen, Problemfelder und Risikogruppen zu identifizieren, Gesundheitsziele zu definieren und Ansätze für Hilfsmaßnahmen (Interventionen) und Vorbeugung (Prävention) zu entwickeln und umzusetzen. <http://www.kiggs.de>

3.5.2. Überblick

Als Indikator für das Gewicht wurde der in der Schuleingangsuntersuchung berechnete BodyMassIndex (BMI) herangezogen (siehe 3.5.1). Unter der Bezeichnung „übergewichtige Kinder“ ist hier die Gesamtheit der Kinder mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht und unter der Bezeichnung „untergewichtige Kinder“ die Gesamtheit aller Kinder mit Untergewicht und deutlichem Untergewicht zu verstehen.

Dabei ergibt sich für den Untersuchungsjahrgang 2007 in Köln folgendes Bild²³:

Abbildung 21: Anteil unter- und übergewichtiger Kinder im Einschulungsjahrgang 2007



***Etwa ein Drittel mehr
übergewichtige als
untergewichtige Kinder***

Tabelle 7: Gewicht im Untersuchungsjahrgang 2007 nach untergewichtigen und übergewichtigen Kindern

	Absolute Anzahl	Prozent
deutliches Untergewicht	234	2,7
Untergewicht	445	5,2
Normalgewicht	6.831	79,8
Übergewicht	601	7
deutliches Übergewicht	458	5,3
gesamt	8.569	100

²³ Als Grundgesamtheit wurden alle Kinder berücksichtigt, bei denen ein auswertbares Ergebnis vorliegt, dabei handelt es sich um 95,3 % aller vorgestellten Kinder.

Im Anschluss wird das Thema differenziert nach Übergewicht und Unter-
gewicht für den gesamten Untersuchungszeitraum beleuchtet.

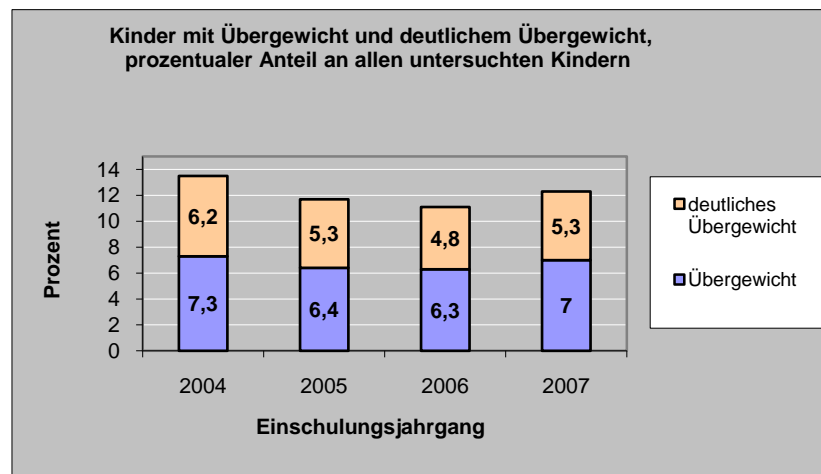
3.5.3. Übergewicht

3.5.3.1. Verlauf

Das Thema Übergewicht (> 90te bis 97te Perz.) und deutliches Übergewicht, (Adipositas; > 97te Perz.) ist bereits bei Kindern und Jugendlichen zu einem bedeutenden gesundheitlichen Risikofaktor für die Gesundheit geworden.

Zunächst wird hier ein Überblick über die Entwicklung bei den Kölner Ein-
schulungsjahrgängen 2004 bis 2007 gegeben:

Abbildung 22: : Kinder mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht, prozentualer Anteil an allen untersuchten Kindern nach Einschulungsjahrgang



Kein eindeutiger Trend der Ab- oder Zunahme bei übergewichtigen Kindern

Im gesamten Berichtszeitraum 2004 bis 2007 lag der Anteil der Kinder mit Übergewicht und Adipositas bei 12,3 %. In 2004 betrug diese Quote 13,5 %. Sie sank in den folgenden beiden Jahren um 2,4 Prozentpunkte, stieg in 2007 wieder auf 12,3 % an. Ein eindeutiger Trend ist über den gesamten Untersuchungszeitraum nicht erkennbar.

Grundlage des hier verwendeten Modells von Kromeyer-Hausschild (et al, 2001) ist eine Erhebung bei Kindern in Deutschland, die in den Jahren 1985 bis 1999 untersucht wurden. Dabei wurden 7 % der Untersuchten als Kinder mit Übergewicht und 3 % der Untersuchten als Kinder mit deutlichem Übergewicht (Adipositas) eingestuft.

Hoher Anteil adipöser Kinder

Bei der Kölner Schuleingangsuntersuchung liegt der Anteil der Kinder mit Übergewicht in 2007 bei 7 % und entspricht damit dem Referenzwert von 7 % der Erhebung aus den Jahren 1985 bis 1999. Die Quote der in Köln untersuchten Kinder mit deutlichem Übergewicht in 2007 beträgt 5,3 % und liegt damit etwa 80 % über dem Referenzwert von 3 % der genannten Erhe-

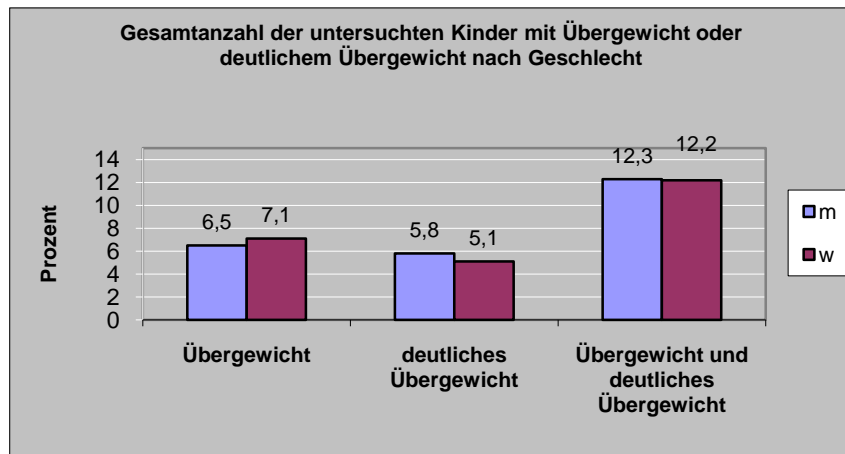
bung. Dies belegt, dass in Köln ein gravierendes Problem adipöser Kinder vorliegt.

3.5.3.2. Auftreten

In Folge wird nun die Situation übergewichtiger Kindern in Hinblick auf Geschlecht, Migrationshintergrund und Hilfeempfängerdichte der Stadtteile beleuchtet.

Beim Übergewicht zeigten sich erwähnenswerte Ergebnisse im Hinblick auf das Geschlecht:

Abbildung 23: Gesamtanzahl untersuchter Kinder mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht nach Geschlecht



Jungen neigen eher zu deutlichem Übergewicht

Der Anteil an übergewichtigen Jungen (12,3 %) und Mädchen (12,2 %) ist etwa gleich. Hinsichtlich der Ausprägung des Übergewichtes zeigen sich Unterschiede: Übergewicht tritt bei Mädchen (7,1 %) häufiger als bei Jungen (6,5%) auf. Deutliches Übergewicht gibt es dem gegenüber häufiger bei Jungen (5,8%) als bei Mädchen (5,1 %).

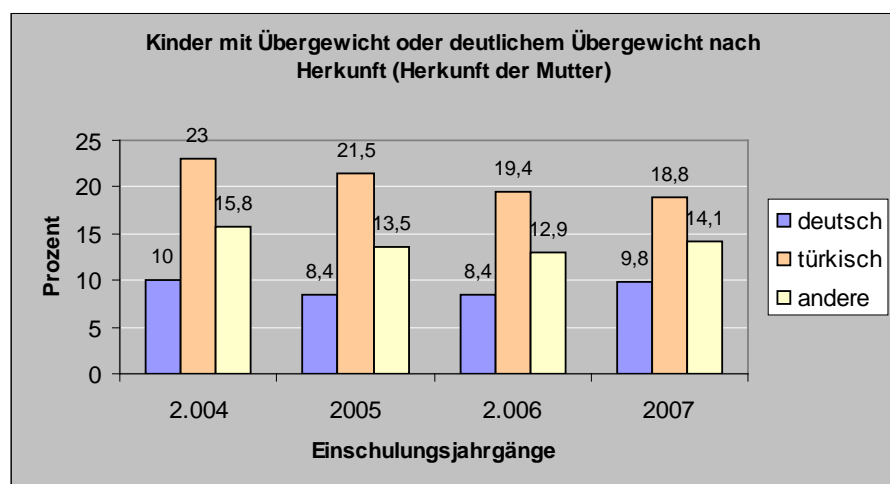
Bei Migrationshintergrund Anteil übergewichtiger Kinder nahezu doppelt hoch

Im gesamten Berichtszeitraum war der Anteil der Kinder mit Übergewicht oder deutlichem Übergewicht in der Gruppe mit Migrationshintergrund mit 17,5 % fast doppelt so hoch wie in der Gruppe der Kinder ohne Migrationshintergrund mit 8,7 %.

Diese Erkenntnisse werden durch die KIGGS-Studie bestätigt. Auch dort wurde überproportionaler Anteil an übergewichtigen Kindern mit Migrationshintergrund festgestellt²⁴.

Differenziert nach der Herkunft, zeigen sich die folgenden Ergebnisse:

Abbildung 24: Kinder mit deutlichem Übergewicht nach Herkunft (Herkunftsland der Mutter)



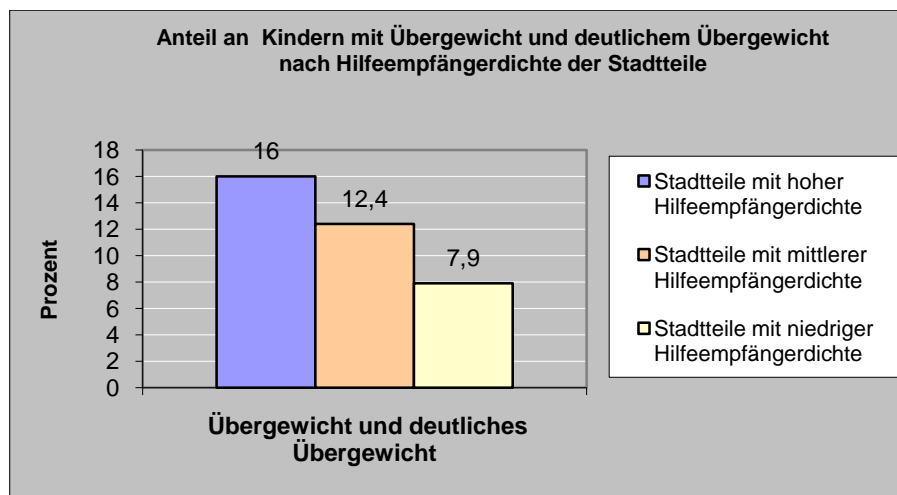
Anteil übergewichtiger Kinder türkischer Herkunft etwa doppelt so hoch wie Anteil Kinder deutscher Herkunft

Bei Kindern türkischer Herkunft tritt Übergewicht oder deutliches Übergewicht mehr als doppelt so häufig auf als bei Kindern deutscher Herkunft. Allerdings zeichnen sich bei der Kölner Schuleingangsuntersuchung auch Trends zu sinkenden Anteilen bei den Kindern türkischer Herkunft, ab. So sank die Quote der übergewichtigen Kinder türkischer Herkunft von 23 % in 2004 auf 18,8 % im Jahr 2007. Bei den Kindern deutscher Herkunft schwankt die Quote um 9,1 %, ohne dass ein eindeutiger Trend ersichtlich war. In 2007 liegt der Anteil übergewichtiger Kinder deutscher Herkunft bei 9,8%.

²⁴ Stolzenberg, H., Kahl, H., Bergmann, K.E., Körpermaße bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007 50: S. 659-669

Nach Hilfeempfangerdichte betrachtet, ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 25: Kinder mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht im Untersuchungszeitraum 2004 bis 2007 nach Hilfeempfangerdichte der Stadtteile



Die Quote der übergewichtigen Kinder erweist sich in Stadtteilen hoher Hilfeempfangerdichte mehr als doppelt so hoch wie in Stadtteilen niedriger Hilfeempfangerdichte. Ähnliche Ergebnisse ließen sich bei der bundesweiten Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit „KIGGS“ feststellen²⁵. Dort konnte ein höheres Risiko für Übergewicht und Fettleibigkeit bei Familien mit niedrigem Sozialstatus belegt werden.

***Höchste Quote
übergewichtiger Kinder in
Stadtteilen mit hoher
Hilfeempfangerdichte***

²⁵ Vgl.: Kurth, B.-M., Schaffrath Rosario, A., Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007 50: 736 – 743

3.5.3.3. Vergleich Köln und NRW

Der Vergleich der Ergebnisse von Schuleingangsuntersuchungen 2006 und 2005 in Köln und in NRW ergibt folgendes Bild:

Tabelle 8: Anteil Übergewicht und deutliches Übergewicht

	Übergewicht in % 2006 (2005)	deutliches Übergewicht in % 2006 (2005)	gesamt in %% 2006 (2005)
Köln	6,3 (6,4)	4,8 (5,3)	11,1 (11,7)
NRW	6,3 (6,5)	4,6 (4,8)	10,9 (11,3)

Anteil der Kinder mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht in Köln etwa im Landesdurchschnitt

Bei der Quote der Kinder mit Übergewicht lag Köln 2006 genau im Landesdurchschnitt und 2005 geringfügig darunter. Bei der Quote der Kinder mit Adipositas hingegen lag Köln 2006 geringfügig und 2005 deutlich über der Landesquote²⁶. Für 2007 liegen zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch keine Zahlen auf NRW-Ebene vor.

3.5.4. Zusammenhänge zwischen Übergewicht, Fernsehkonsum und körperlicher Betätigung

Aktuelle Studien weisen auf Zusammenhänge zwischen fehlender körperlicher Betätigung, hohem Fernsehkonsum und dem Risikofaktor Übergewicht bzw. deutliches Übergewicht hin (siehe auch 3.6.5):

Risikofaktoren für Übergewicht

So wurden bei der bundesweiten Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit „KIGGS“ Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren hinsichtlich der Verbreitung Übergewicht und Adipositas untersucht²⁷. Als Risikofaktoren werden elterliches Übergewicht, hohes Geburtsgewicht, wenig Schlaf, wenig körperliche Aktivität, lange Zeiten vor Computer oder Fernseher, Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft, zu kalorienreiche Ernährung und psychische Faktoren genannt. Ein erhöhtes Adipositasrisiko bei Kindern übergewichtiger Mütter lässt sich zum einen durch genetische Faktoren erklären, zum anderen durch gesundheitsrelevante Verhaltensmuster wie Essgewohnheiten und die Art der Freizeitbetätigung, die im familiären Umfeld vorgelebt und übernommen werden.

²⁶ In der deutschlandweiten KiGGS-Studie aus dem Untersuchungszeitraum 2003 bis 2006 lag der Anteil der übergewichtigen Kinder zwischen 3 und 6 Jahren bei 9 %. Dabei ist zu beachten, dass möglicherweise eine etwas andere Altersstruktur zugrunde liegt als bei den Schuleingangsuntersuchungen. vgl.: Kurth, B.-M., Schaffrath Rosario, A., Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007 50: 736 – 743

²⁷ Vgl: Kurth, B.-M., Schaffrath Rosario, A., Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007 50: 736 – 743

Bei der „KIGGS“-Studie wurde ebenfalls die Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter erfasst²⁸. Dabei ließ sich bei der Altersgruppe der 11 bis 17-Jährigen feststellen, dass die starken Nutzer elektronischer Medien vermehrt von Fettleibigkeit betroffen waren. Ein Zusammenhang ließ sich auch zwischen körperlich-sportlicher Aktivität und der Häufigkeit des Video- und Fernsehens feststellen. Der Anteil an körperlich inaktiven Kindern und Jugendlichen liegt bei den Kindern, die täglich über einer Stunde Fernsehen oder Video gucken höher als bei den anderen untersuchten Kindern.

Nutzung elektronischer Medien und Übergewicht

In einer Dissertation „Kindergesundheit 2004 in Köln“²⁹ wurden die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung aus dem Jahre 2004 vertieft analysiert. Dabei konnte auch für Kölner Vorschulkinder ein positiver Zusammenhang zwischen Bewegung und Normalgewicht belegt werden: Kinder, die jeden Tag im Freien spielen, erwiesen sich häufiger als normalgewichtig als Kinder, die seltener oder gar nicht draußen spielen. Bei Kindern, die in ihrer Freizeit sportlich nicht aktiv waren, trat häufiger Übergewicht oder deutliches Übergewicht auf als bei sportlich aktiven Kindern. Ebenso wurde ein positiver Zusammenhang zwischen hohem Fernsehkonsum und Übergewicht bzw. deutliches Übergewicht festgestellt.

Bewegung und Übergewicht

²⁸ Vgl.: T. Lampert u.a., Die Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter: In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007 50: S. 643 – 652

²⁹ Krause, 2007, S. 63

3.5.5. Untergewicht

3.5.5.1. Verlauf

Neben der Analyse übergewichtiger Kinder wird nun auch die Verteilung der Kinder mit Untergewicht (< 10te Perz. bis 3te Perz.) und deutlichem Untergewicht (< 3te Perz.) differenziert dargestellt.

Kein eindeutiger Trend der Ab- oder Zunahme bei untergewichtigen Kindern

Während des Untersuchungszeitraums schwankte der Anteil an Kindern mit Untergewicht und deutlichem Untergewicht um 8,8 %, ohne dass ein eindeutiger Trend ersichtlich war. Damit liegt er unter dem Wert von 10 % des Referenzmodells von Kromeyer-Hausschild, das auf eine Erhebung bei Kindern in Deutschland in den Jahren 1985 bis 1999 basiert (siehe 3.5.1.). Im Gegensatz zum Übergewicht ist hier keine generelle Problematik ersichtlich.

**Untergewicht
einzelfallbezogen von
Bedeutung**

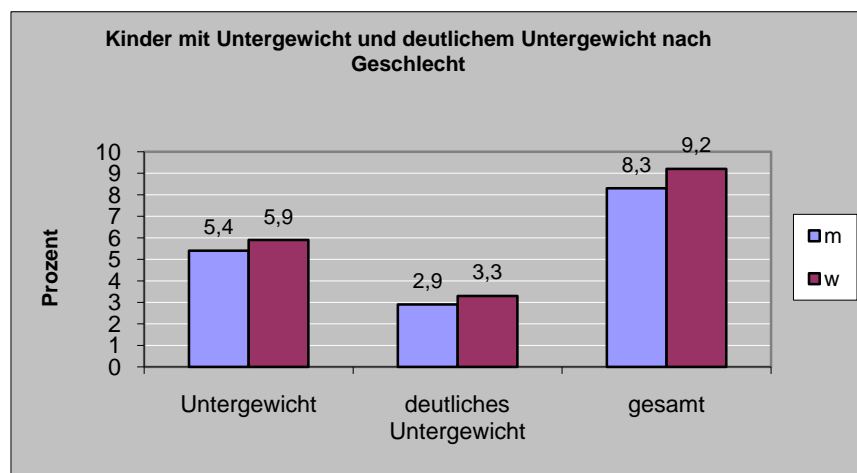
Dem Thema Untergewicht ist dennoch eine hohe Bedeutung beizumessen, da ein geringes Gewicht den entscheidenden Hinweis auf eine Mangelversorgung oder ein zugrundeliegendes Krankheitsbild geben kann.

3.5.5.2. Auftreten

Im Folgenden wird auch die Situation untergewichtiger Kinder im Hinblick auf Geschlecht, Migrationshintergrund und Hilfeempfängerdichte der Stadtteile analysiert.

Ebenso wie bei den übergewichtigen Kindern zeigen sich auch bei den untergewichtigen Kindern erwähnenswerte geschlechtsspezifische Ausprägungen:

Abbildung 26: Kinder mit Untergewicht oder deutlichem Untergewicht nach Geschlecht



Insgesamt ist die Quote der untergewichtigen Mädchen mit 9,2 % um etwa einen Prozentpunkt höher als bei den Jungen mit 8,3 %. Diese Tendenz zeigt sich beim Untergewicht, das bei den Mädchen 5,9 % und bei den Jungen 5,4 % beträgt, ebenso wie beim deutlichen Untergewicht. Hier beträgt die Quote der Mädchen 3,3 % und die der Jungen 2,9 %.

Mädchen häufiger untergewichtig als Jungen

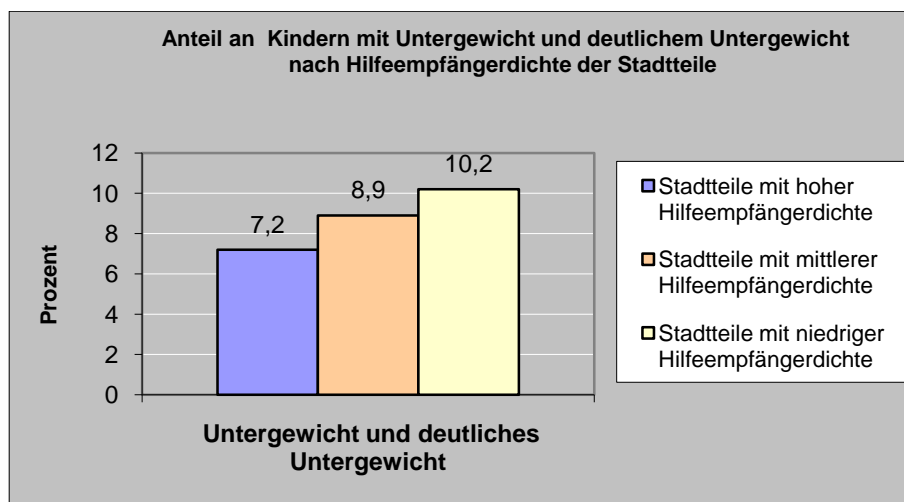
Untergewicht und erhebliches Untergewicht tritt häufiger bei Kindern ohne Migrationshintergrund als bei Kindern mit Migrationshintergrund auf.

Die Quote der untergewichtigen Kinder ohne Migrationshintergrund liegt im gesamten Untersuchungszeitraum bei 9,6 %. Sie ist damit um mehr als

2 Prozentpunkte höher als der Anteil der untergewichtigen Kinder mit Migrationshintergrund, der sich auf 7,4 % beläuft.

Bezogen auf die Hilfeempfangerdichte der Stadtteile zeigt sich im Vergleich mit der Situation übergewichtiger Kinder ein entgegengesetztes Bild:

Abbildung 27: Untergewichtige Kinder in dem Untersuchungszeitraum 2004 bis 2007 nach Hilfeempfangerdichte der Stadtteile



Höchste Quote untergewichtiger Kinder in Stadtteilen mit niedriger Hilfeempfangerdichte

Je niedriger sich die Hilfeempfangerdichte eines Stadtteils darstellt, desto höher liegt der Anteil untergewichtiger Kinder.

3.6. Entwicklungsstand

3.6.1. Entwicklungsstand als gesundheitliches Schwerpunktthema

Entwicklungsauffälligkeiten als „Hemmschuh“ für den weiteren Lebensweg

Die Bedeutung von Entwicklungsauffälligkeiten der Sprache, Wahrnehmung, Motorik

In den ersten Lebensjahren durchlaufen die Kinder unterschiedliche Entwicklungsphasen. Wichtig ist es, Auffälligkeiten in der Entwicklung oder Hinweise auf Entwicklungsstörungen frühzeitig festzustellen zu können, um gezielt Fördermaßnahmen einleiten zu können. Unter Entwicklungsstörungen sind gemäß dem „ICD-10“; dem internationalen Klassifikationssystem von Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation „Entwicklungseinschränkungen oder Verzögerungen von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind“³⁰ zu verstehen. Sie treten häufig mit anderen psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter auf und können eine erhebliche Beeinträchtigung für den weiteren schulischen und beruflichen Lebensweg darstellen.³¹

Allgemeine Entwicklungsauffälligkeiten

Entwicklungsauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen können organische Ursachen haben oder auf einer mangelnden Entfaltung der Grundfertigkeiten, zum Beispiel durch fehlende Anregung basieren. Dabei wird zwischen „allgemeinen Entwicklungsstörungen“ und umschriebenen Entwicklungsstörungen unterschieden. Die allgemeine Entwicklungsstörung tritt auch bei Kindern mit Intelligenzminderung auf.

Umschriebene Entwicklungsauffälligkeiten

Die „umschriebene Entwicklungsstörung“, teilweise synonym verwendet mit „Teilleistungsstörungen“, beinhaltet hingegen eine isolierte und einzugrenzende Funktionsstörung im Laufe der kindlichen Entwicklung, die nicht mit einer allgemeinen Intelligenzminderung oder einer neurologischen Erkrankung des Kindes einhergeht. Als Beispiele einer umschriebenen Entwicklungsstörung sind die Lese-Rechtschreibschwäche oder eine Sprachstörung zu nennen.

Teilleistungsstörungen

Umschriebene Entwicklungsstörungen sind von hoher Brisanz. Sie führen zu Leistungseinbußen, und damit verbundene Frustrationserlebnisse können Folgeerkrankungen im seelischen Bereich auslösen oder begünstigen. Oft werden umschriebene Entwicklungsauffälligkeiten erst bei der Einschulung oder während der Schullaufbahn erkannt.

³⁰ ICD 10, Kap V

³¹ Vgl. Landesinstitut für öffentlichen Gesundheitsdienst, S-ENS Manual I, 2003

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung werden differenzierte Entwicklungstests³² durchgeführt, um Entwicklungsauffälligkeiten und mögliche Entwicklungsstörungen bei dem Kind aufzeigen zu können. Dabei werden die Grundfähigkeiten der Sprache, der Wahrnehmung und der Motorik überprüft.

Die Bedeutung von Verhaltensauffälligkeiten

Psychische Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter haben in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung gewonnen.

Seelische Probleme bedeuten für die Betroffenen eine gravierende Beeinträchtigung des individuellen Wohlbefindens und der sozialen Funktionsfähigkeit. Dadurch ergeben sich Folgebeeinträchtigungen für den weiteren Schul- und Lebensweg. Oftmals ist das soziale Umfeld zusätzlich durch das Krankheitsbild belastet. Die Krankheitsverläufe können sich als langwierig erweisen und bis in das Erwachsenenalter andauern. Dabei sind die notwendigen Behandlungen häufig mit hohen Kosten verbunden. Als Ursache von psychischen Auffälligkeiten im Kindesalter wird ein Beziehungsgeflecht von genetischen, physiologischen, individuellen und psychosozialen Faktoren und Umwelteinflüssen angenommen.

Verhaltensauffälligkeiten weisen vielfältige Erscheinungsbilder auf. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Problemen mit sich selbst (internalisiert) und Problemen im Umgang und Zusammenleben mit anderen (externalisiert). Externalisierte Verhaltensauffälligkeiten äußern sich in Konzentrationsstörungen, Hyperaktivität, aggressivem und dissozialem Verhalten. Zu den internalisierten Auffälligkeiten gehören emotionale Probleme wie Ängste und Depressivität.

***Verhaltensauffälligkeiten als
Problematik von
zunehmender Bedeutung***

***Starke Beeinträchtigung für
die Betroffenen und hohe
Belastung für das Umfeld***

Erscheinungsformen

³² Detaillierte Erläuterungen zu dem Testverfahren des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes der Stadt Köln sind bei Mersmann, 2000, zu finden.

3.6.2. Entwicklungsauffälligkeiten der Sprache, Wahrnehmung, Motorik

3.6.2.1. Hören und Sehen als körperliche Voraussetzung

Hören und Sehen als Basisfunktionen

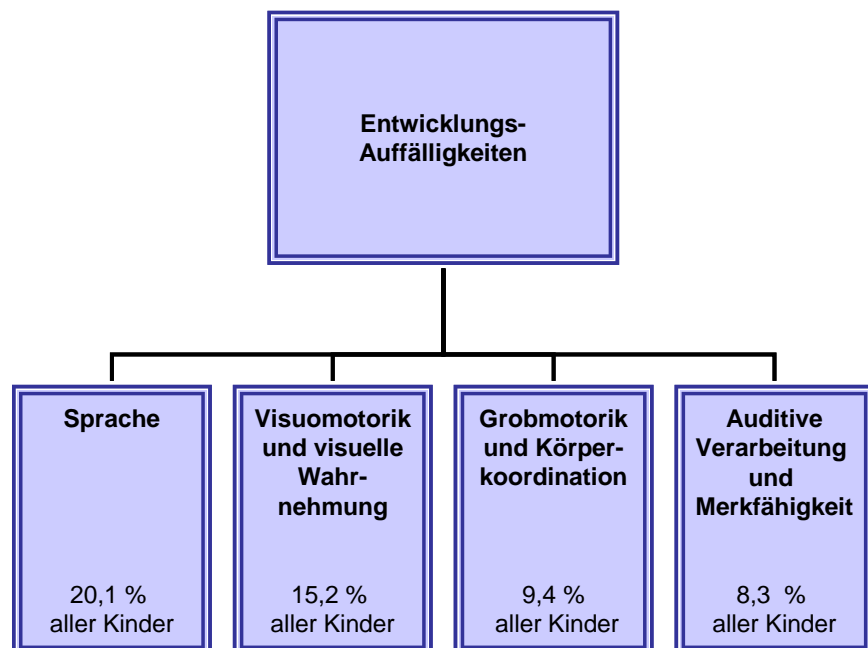
Ein gutes Hör- und Sehvermögen sind eine wichtige Voraussetzung, um die Umwelt erforschen, Informationen aufnehmen und alle Entwicklungsphasen gut durchlaufen zu können. Daher werden bei der Schuleingangsuntersuchung zunächst grundlegende Tests zum Hören und Sehen durchgeführt. Im gesamten Berichtszeitraum wurde bei 10,5 % aller Kinder ein auffälliger Befund beim Sehen und bei 6,8 % aller Kinder ein auffälliger Befund im Bereich des Hörens festgestellt. Wenn die betroffenen Kinder noch nicht in Behandlung waren, wurden sie an die entsprechenden Fachärzte überwiesen. Von hoher Bedeutung für die weitere Entwicklung und für die Bewältigung schulischer Anforderungen ist es, dass eine entsprechende Behandlung eingeleitet und durchgeführt wird.

3.6.2.2. Verlauf

Übersicht Entwicklungsauffälligkeiten

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über das Auftreten von Entwicklungsauffälligkeiten der Sprache, Wahrnehmung oder Motorik in den Einschulungsjahrgängen 2004 bis 2007 gegeben, differenziert nach Geschlecht, Migrationshintergrund und Hilfeempfängerdichte der Stadtteile. Dabei werden die folgenden vier Kategorien von Entwicklungsauffälligkeiten betrachtet:

Abbildung 28: Arten von Entwicklungsauffälligkeiten und Quote der betroffenen Kinder in den Einschulungsjahrgängen 2004 bis 2007



Bei 34,6 % aller Kinder traten Entwicklungsauffälligkeiten auf. Mit einem Anteil von 20,1 % wurden Auffälligkeiten der Sprach- und Sprechfähigkeiten am häufigsten festgestellt (fehlende Deutschkenntnisse durch mangelnde Erwerbspraxis sind nicht berücksichtigt, siehe hierzu 3.2.2.3. Fehlende Deutschkenntnisse). Dabei schwanken die Ergebnisse der einzelnen Jahre um den Durchschnittswert, der Wert in 2007 beträgt 18,1 % und liegt damit um mehr als 4 Prozentpunkte unter dem Wert von 22,4 % in 2004. Ob es sich um einen echten Trend oder zufallsbedingten Schwankungen handelt, kann aus methodischen Gründen nicht beurteilt werden, da das Testverfahren geändert wurde.

***Entwicklungsauffälligkeiten
bei einem Drittel aller Kinder***

***Sprachauffälligkeiten bei
jedem fünften Kind***

Im Bereich Visuomotorik und visuelle Wahrnehmung wurde bei einem Anteil von 15,2 % der untersuchten Kinder eine Entwicklungsauffälligkeit festgestellt. Auch hier liegt der Wert in 2007 mit 13,4 % etwas unter dem Durchschnitt.

***Auffälligkeiten der
Visuomotorik bei jedem
siebten Kind***

Im Bereich Grobmotorik und Körperkoordination sank der Anteil der Kinder, bei denen eine Entwicklungsauffälligkeit festgestellt wurde von 10,6 % auf 7,5 %. Im Folgenden wird der Durchschnittswert von 9,4 % als Grundlage für weitere Auswertungen herangezogen.

***Ein Zehntel der Kinder mit
Auffälligkeiten der
Grobmotorik***

Die Ergebnisse in den beiden zuletzt genannten Bereichen ist auf eine etwas geänderte Bewertungspraxis zurückzuführen. Aktuell werden schulerfolgsrelevante Entwicklungsbereiche bei der Schuleingangsuntersuchung stärker in den Vordergrund gestellt. Dadurch ist der Beurteilungsmaßstab spezifischer auf schulrelevante Auffälligkeiten ausgerichtet geworden. Die unterdurchschnittlichen Ergebnisse in 2007 können daher nicht als Trend gewertet werden.

Der Anteil an Kindern mit Auffälligkeiten der auditiven Verarbeitung und Merkfähigkeit erwies sich über den gesamten Untersuchungszeitraum stabil und betrug durchschnittlich 8,3 %.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass teilweise Schwankungen auftreten, die jedoch auf eine geringfügige Änderung des Bewertungsmaßstabs zurückzuführen sind. Darüber hinaus ist bei keiner der untersuchten Entwicklungsauffälligkeiten ein eindeutiger Trend zu verzeichnen.

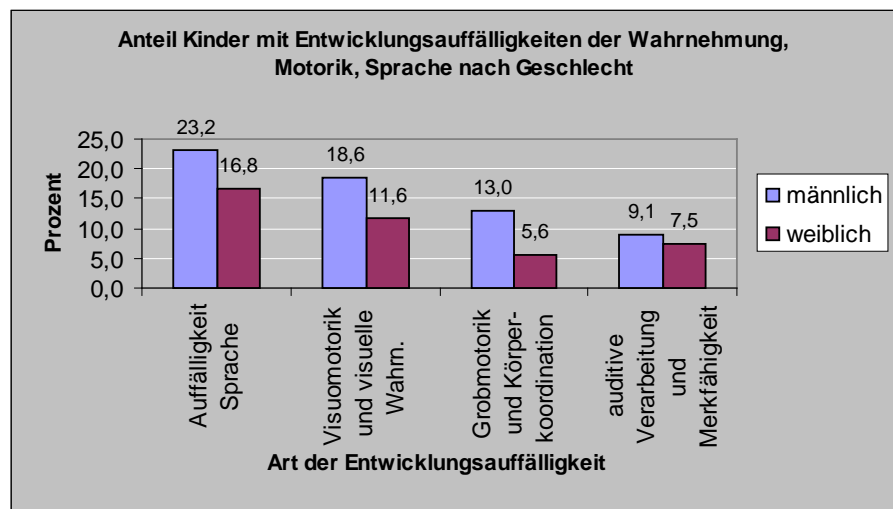
***Kein eindeutiger Aufwärts-
oder Abwärtstrend erkennbar***

3.6.2.3. Auftreten

Nachfolgend wird nun die Häufigkeit von Entwicklungsauffälligkeiten in Bezug auf Geschlecht und Migrationshintergrund dargestellt.

Bei der Analyse zeigten sich erwähnenswerte geschlechtsspezifische Unterschiede:

Abbildung 29: Anteil Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten nach Geschlecht

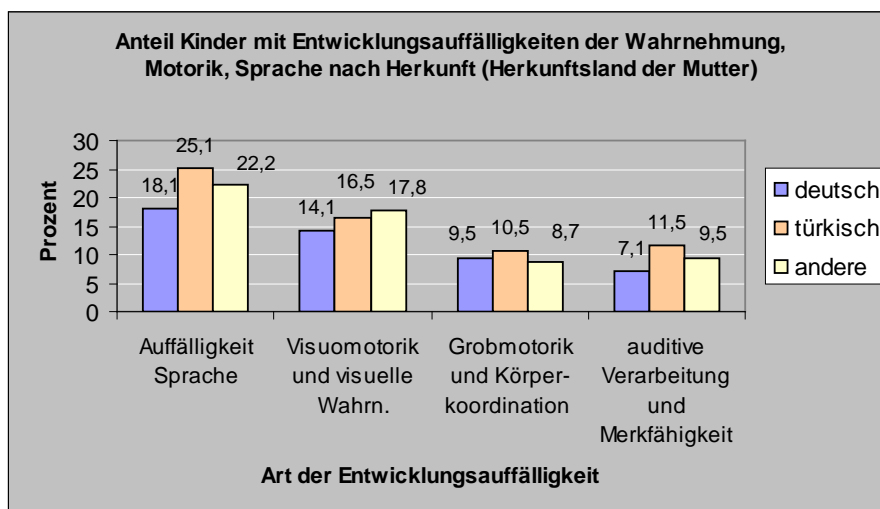


***Jungen häufiger von
Entwicklungsauffälligkeiten
betroffen***

Der Anteil an Jungen mit Entwicklungsauffälligkeiten liegt in allen dargestellten Bereichen höher, bei der Grobmotorik und Körperkoordination ist er mehr als doppelt so hoch wie der Anteil der Mädchen. Das Ergebnis ist als eine Entwicklungsverzögerung bei Jungen zu werten und diese kann als ein Ausdruck geschlechtsspezifischer Entwicklungsgeschwindigkeit gedeutet werden.

Kinder mit Migrationshintergrund sind häufiger von Entwicklungsauffälligkeiten betroffen. Eine Analyse nach Herkunft (Herkunftsland der Mutter) ergibt dabei folgendes Bild:

Abbildung 30: Anteil Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten nach Herkunft (Herkunftsland der Mutter)



Entwicklungsauffälligkeiten treten in allen Bereichen häufiger bei Kindern türkischer Herkunft als bei Kindern deutscher Herkunft auf. In den Bereichen Sprache, Grobmotorik und auditive Verarbeitung liegt der Anteil an Auffälligkeiten bei Kindern türkischer Herkunft am höchsten von allen untersuchten Gruppen. Von Auffälligkeiten der Sprach- und Sprechfähigkeiten sind ein Viertel aller Kinder türkischer Herkunft betroffen.

Entwicklungsauffälligkeiten häufiger bei Kindern türkischer Herkunft als bei Kindern deutscher Herkunft

Ein weiterer Hinweis auf das Ausmaß von Entwicklungsauffälligkeiten ist der Anteil an Kindern mit Auffälligkeiten, die therapiebedürftig sind. Im folgenden wird dargestellt, inwieweit Bedarf an Sprach- und Ergotherapie bei der Schuleingangsuntersuchung festgestellt werden konnte.

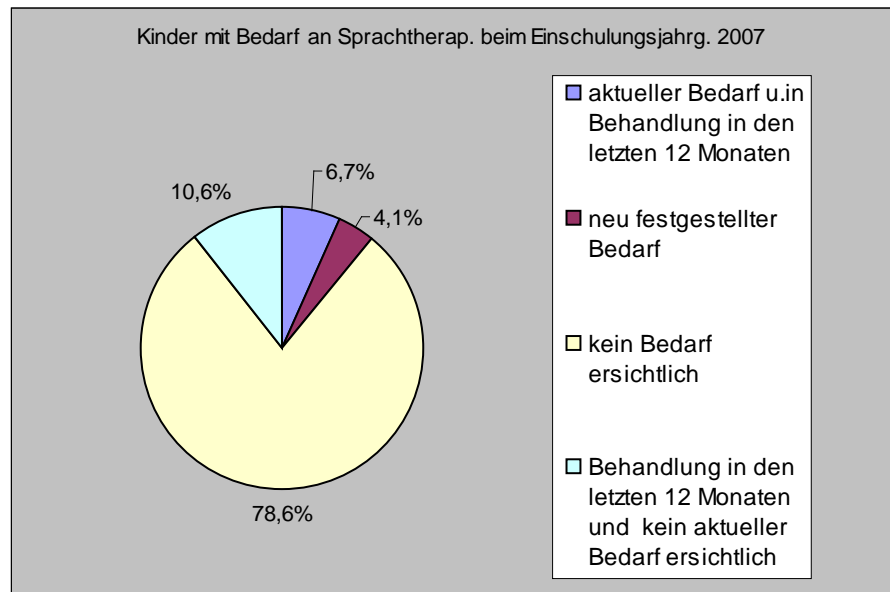
Da Sprache eine wesentliche Rolle für die weitere Entwicklung spielt und Sprachauffälligkeiten die häufigste Entwicklungsstörung darstellt, wird auf therapiebedürftige Sprachauffälligkeiten am ausführlichsten eingegangen.

3.6.2.4. Bedarf an Sprach- und Ergotherapie

Ersichtlicher Gesamtbedarf an Sprachtherapie bei über 20% aller Kinder

Bei dem Einschulungsjahrgang 2007 lag der Anteil aller Kinder, die eine **Sprachtherapie** in den letzten zwölf Monaten abgeschlossen hatten, aktuell in Behandlung waren oder bei der Schuleingangsuntersuchung eine Therapie empfohlen bekamen, **bei 21,4 %** und teilt sich folgendermaßen auf:

Abbildung 31: Gesamtbedarf an Sprachtherapie (die letzten 12 Monate und/oder aktueller Bedarf) bei dem Einschulungsjahrgang 2007



Aktueller Bedarf an Sprachtherapie bei jedem zehnten Kind

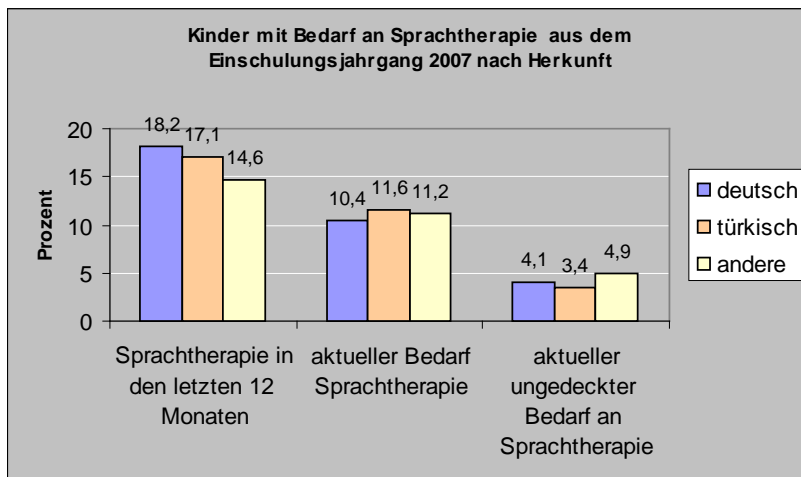
Bei dem Untersuchungsjahrgang 2007 konnte bei einem Anteil von 956 Kindern³³ (10,6 %) eine behandlungsbedürftige Sprachauffälligkeit festgestellt werden: Bei 4,1 % aller untersuchten Kinder wurde eine therapiebedürftige Sprachstörung festgestellt, ohne dass bereits eine Therapie eingeleitet worden war. Bei diesen Kindern wurde eine Sprachtherapie empfohlen. 6,7 % aller Kinder wiesen einen Befund auf und befanden sich bereits in Behandlung.

Das bedeutet, dass etwa jedes fünfte Kind im vergangenen Jahr eine sprachtherapeutische Behandlung begonnen hatte oder aktuell eine Sprachtherapie empfohlen bekam.

³³ Als Grundgesamtheit werden 8.892 Kinder zugrunde gelegt, für diese Kinder lagen im Einschulungsjahrgang 2007 auswertbare Angaben vor.

Nach Herkunft der Kinder betrachtet, ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 32: Kinder mit Bedarf an Sprachtherapie aus dem Einschulungsjahrgang 2007 (nach Herkunftsland der Mutter)



Der aktuelle Bedarf an Sprachtherapie liegt bei Kindern türkischer Herkunft geringfügig höher als bei Kindern deutscher Herkunft. Demgegenüber ist der Anteil derer, die im vergangenen Jahr in sprachtherapeutischer Behandlung waren, bei den Kindern deutscher Herkunft höher als bei den Kindern türkischer Herkunft. Möglicherweise konnte der durchschnittliche aktuelle Bedarf Kinder deutscher Herkunft durch den höheren Anteil bereits erfolgreich abgeschlossener Sprachtherapien gesenkt werden.

Aktueller Bedarf an Sprachtherapie bei Kindern deutscher Herkunft am geringsten

Der Anteil an Kindern, die sich bereits in sprachtherapeutischer Behandlung befinden oder befanden, liegt bei den Kindern deutscher Herkunft mit 18,2 % am höchsten. Dies kann dadurch begründet sein, dass deutsche Eltern Sprachauffälligkeiten eher als gravierend einschätzen als Eltern türkischer Herkunft und daher im Vorfeld bereits initiativ eine Sprachtherapie eingefordert haben. Gestützt wird diese Annahme durch die Auswertungsergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen aus Köln von 1995 bis 1999, bei denen festgestellt werden konnte, dass deutsche Eltern eher dazu neigen, ihre Kinder als sprachauffällig einzustufen als türkische Eltern³⁴.

Sprachtherapie im vergangenen Jahr bei Kindern deutscher Herkunft am häufigsten

Des weiteren mag der hohe Anteil an deutschen Kindern mit Sprachauffälligkeiten darin begründet sein, dass die zugrunde liegenden diagnostischen Tests grundsätzlich unabhängig von Deutschkenntnissen durchgeführt werden, die exakteste Beurteilung (beispielsweise der Intonation) jedoch durch eine/n Muttersprachler vorgenommen werden kann. Daher kann eine Sprach- und Sprechstörung gegebenenfalls bei deutschsprechenden Kindern durch deutschsprechende Ärzte/-innen früher festgestellt werden.

³⁴ Vgl. Mersmann, 2000, Seite 37

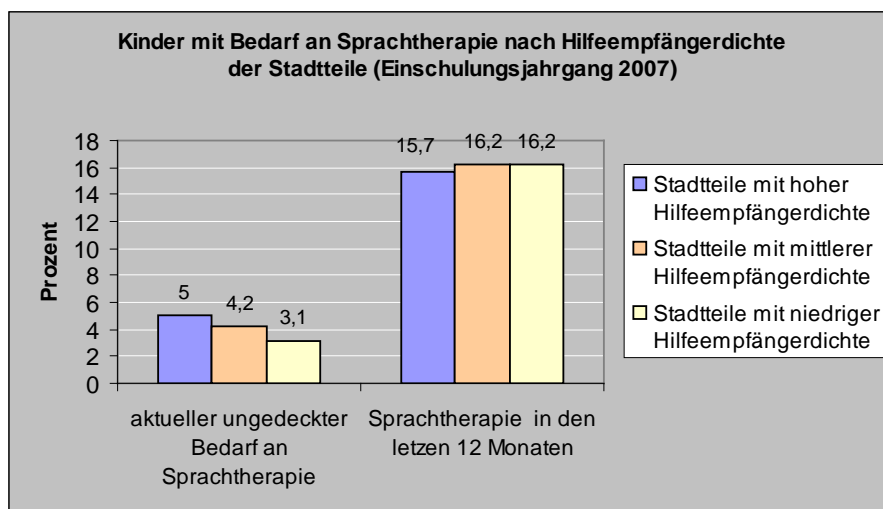
***Ungedeckter Bedarf an
Sprachtherapie bei Kindern
deutscher Herkunft am
höchsten***

Ebenso lässt sich feststellen, dass der Anteil an Kindern deutscher Herkunft mit ungedecktem Bedarf an Sprachtherapie höher als bei Kindern türkischer Herkunft ist. Das lässt darauf schließen, dass bei deutschen Eltern häufiger eine behandlungsbedürftige Sprachstörung nicht erkannt wurde oder eine Behandlung nicht in die Wege geleitet wurde.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass geringfügige Unterschiede zwischen dem Bedarf der Kinder deutscher und der Kinder türkischer Herkunft zu verzeichnen sind. Bei den Untersuchungsteilnehmenden deutscher Herkunft ist sowohl der Anteil der Kinder die mit Sprachtherapie „unterversorgt“ sind, als auch der Anteil der Kinder, bei denen im Vorfeld eine Sprachtherapie eingeleitet wurde, am höchsten.

Bezogen auf die Hilfeempfängerdichte in den Stadtteilen gibt es ebenfalls erwähnenswerte Ergebnisse, die in Folge dargestellt werden.

Abbildung 33: Kinder mit Bedarf an Sprachtherapie nach Hilfeempfangerdichte der Stadtteile (Einschulungsjahrgang 2007)



Bei Kindern aus Stadtteilen mit hoher Hilfeempfangerdichte konnte eine „Unterversorgung“ an Sprachtherapie am häufigsten festgestellt werden. Hingegen war der Anteil der Kinder die sich in Sprachtherapie befanden oder eine Sprachtherapie bereits abgeschlossen hatten, in diesen Stadtteilen am niedrigsten. Dieser Trend wurde bereits in dem Untersuchungszeitraum von 1995 bis 1999 in Köln festgestellt.³⁵

Dies kann zum einen dadurch begründet sein, dass Eltern mit höherem sozialem Status das gesundheitliche Versorgungssystem eher nutzten. Zum anderen mag es daran liegen, dass die Versorgungsstrukturen in Stadtteilen mittlerer und geringer Hilfeempfangerdichte besser ausgestattet sind und daher eine Inanspruchnahme erleichtern.

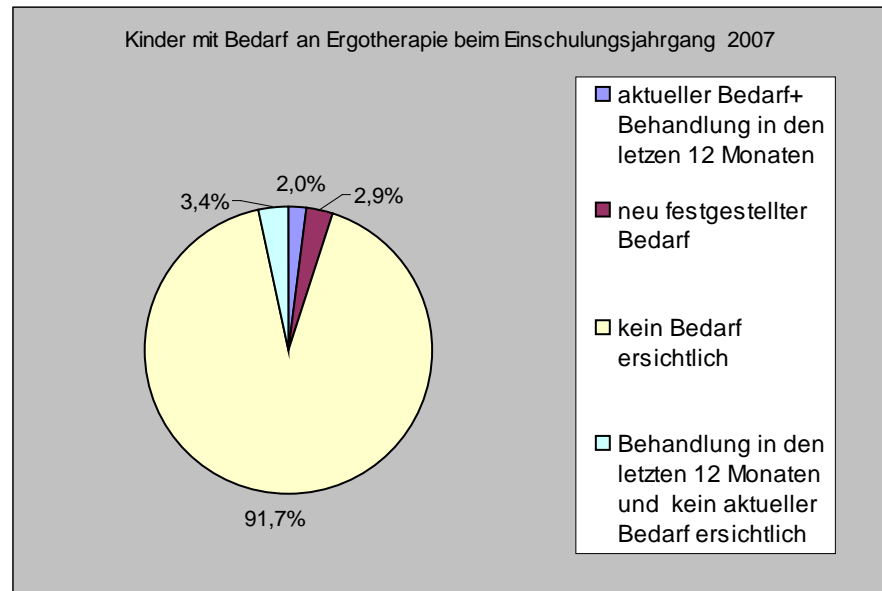
In Stadtteilen mit hoher Hilfeempfangerdichte ungedeckter Bedarf an Sprachtherapie am höchsten und Anteil bereits wahrgenommener Sprachtherapien am geringsten

³⁵ Vgl. Mersmann, 2000, Seite 37

**Ersichtlicher Gesamtbedarf
an Ergotherapie bei etwa 8 %
aller Kinder**

Der **Gesamtbedarf an Ergotherapie**, der im Einschulungsjahrgang 2007 ersichtlich wurde, liegt bei **8,3 %** und teilt sich folgendermaßen auf:

Abbildung 34: Gesamtbedarf an Ergotherapie (Einschulungsjahrgang 2007)



Zusätzlich wurde bei 4,7 % aller Kinder des Einschulungsjahrgangs 2007 festgestellt, dass sie in den letzten 12 Monaten **eine integrierte Frühförderung** erhalten hatten.

3.6.3. Verhalten

3.6.3.1. Verlauf

Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen haben in den letzten Jahren in Deutschland erheblich an Bedeutung gewonnen.³⁶ Auffälligkeiten des Erlebens und Verhaltens gehen für die Betroffenen mit einer hohen Beeinträchtigung der Lebensqualität einher und mindern die Chancen auf soziale Teilhabe und berufliche Integration.

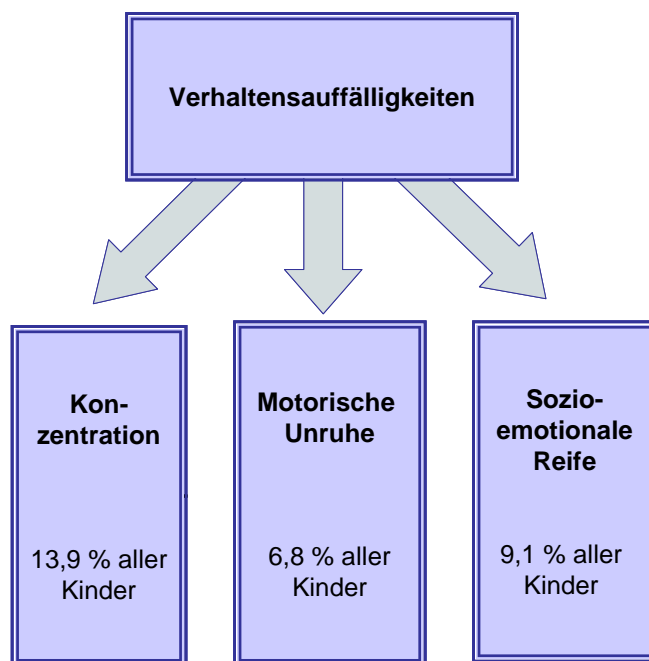
Im Folgenden wird nun ein Überblick über das Auftreten von Hinweisen auf Verhaltensauffälligkeiten bei der Schuleingangsuntersuchung gegeben. Dabei wird der gesamte Berichtszeitraum zugrunde gelegt und differenziert nach Geschlecht, Migrationshintergrund und Hilfeempfängerdichte der Stadtteile. Die Diagnose „Hinweis auf Verhaltensauffälligkeiten“ ist bei der Schuleingangsuntersuchung nicht standardisiert, da die hierfür erforderlichen Tests den zeitlichen und organisatorischen Rahmen sprengen würden. Daher beruhen die Befunde zu Verhaltensauffälligkeiten auf Beobachtungen während der Untersuchung und auf der Befragung der Eltern.

³⁶ Vgl. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, U. Ravens-Sieberer u.a., 2007, Seite 871

Aufgrund begrenzter diagnostischer Möglichkeiten können nur die Kinder erfasst werden, bei denen Verhaltensauffälligkeiten massiv und offensichtlich zu Tage treten. Der tatsächliche Anteil an Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten dürfte daher höher sein.

Bei der Schuleingangsuntersuchung werden die folgenden Verhaltenskategorien dokumentiert:

Abbildung 35: Arten von Verhaltensauffälligkeiten und Quote der betroffenen Kinder in den Einschulungsjahrgängen 2004 bis 2007



Häufigkeit des Auftretens von Hinweisen auf Verhaltensauffälligkeiten

In die Beurteilung fließen Beobachtungen während der Untersuchung sowie Befragungen der Eltern zu der bisherigen seelischen Entwicklung ein.

Bei **einem Anteil von 20,6 %** aller Kinder wurden bei der Schuleingangsuntersuchung **eine oder mehrere Verhaltensauffälligkeiten** festgestellt³⁷. Davon weisen nahezu 14 % aller Kinder Konzentrationsstörungen auf.

Bei jedem fünften Kind Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten

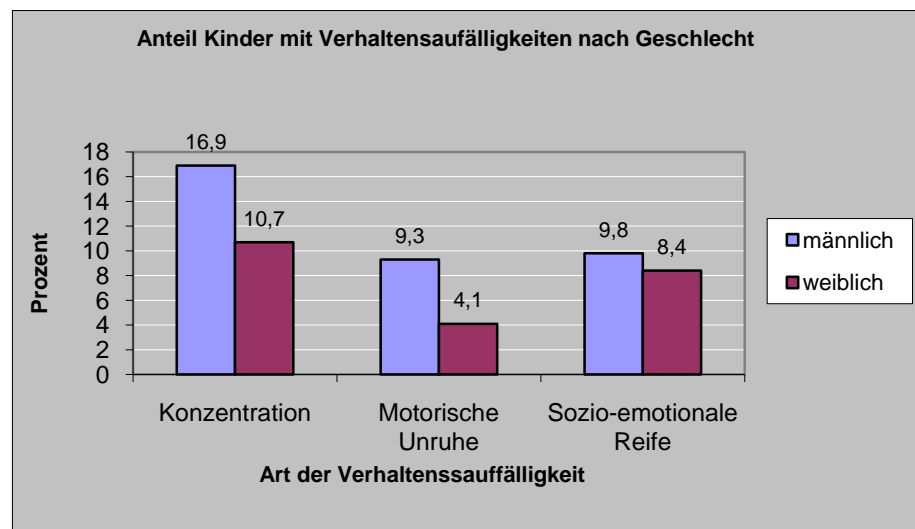
Etwa 7 % aller Kinder zeigten motorische Unruhe und bei etwa 9 % aller Kinder konnte eine Beeinträchtigung der sozio-emotionalen Reife festgestellt werden. Diese Werte erwiesen sich in dem Untersuchungszeitraum von 2004 bis 2007 als relativ stabil. So wurde 2007 bei einem Anteil von 13,1 % der Kinder Konzentrationsauffälligkeiten, bei einem Anteil von 6,4 % motorische Unruhe und bei 8,8 % Auffälligkeiten bei der sozio-emotionalen Reife festgestellt.

³⁷ Hier zeigen sich Parallelen zu der BELLA-Studie im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys, vgl. Ravens-Sieberer u.a., (2007, S. 871 - 878); in dieser Studie zeigten sich bei 21,9 % aller Kindern im Alter von 7 bis 17 Jahren, die an der Studie teilnahmen, Hinweise auf psychische Auffälligkeiten.

3.6.3.2. Auftreten

Bei der Differenzierung nach Geschlecht, Migrationshintergrund und Hilfeempfängerdichte der Stadtteile zeigen sich folgende Ergebnisse:

Abbildung 36: Anteil Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten nach Geschlecht in den Untersuchungsjahrgängen 2004 bis 2007



Jungen häufiger von Verhaltensauffälligkeiten betroffen als Mädchen

In allen drei Verhaltenbereichen weisen Jungen einen höheren Anteil an Auffälligkeiten auf als Mädchen. Die Unterschiede äußern sich am gravierendsten im Bereich der motorischen Unruhe, hier liegt der Anteil der betroffenen Jungen mehr als doppelt so hoch wie der Anteil der Mädchen.

Auch in der bundesweiten Kinder- und Jugendstudie „KIGGS“ konnte eine höhere Häufigkeit von psychischen Verhaltensauffälligkeiten bei Jungen als bei Mädchen festgestellt werden, darüber hinaus zeigte sich dort ein leichter Anstieg des Auftretens mit zunehmendem Alter.³⁸

Da anzunehmen ist, dass sich die Ergebnisse der KIGGS-Studie auf die Kölner Situation übertragen lassen, bedeutet dies, dass auch hier der Anteil an Personen mit seelischen Auffälligkeiten mit fortschreitendem Alter zunehmen wird.

³⁸ vgl. BELLA-Studie im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys, Ravens-Sieberer u.a., 2007, S. 871 - 878; Hölling, u.a., 2007, S.784-793. Auch in der Pubertät zeigen sich laut KIGGS bei Verhaltensauffälligkeiten systematische Unterschiede zwischen den Geschlechtern, so neigen Mädchen eher zu nach innen gerichteten Verarbeitungsmustern wie Ängsten und Depressionen, während Jungen eher nach außen gerichtete Verarbeitungsmuster aufweisen wie Aggressionen, Hyperaktivität, aggressives Verhalten.

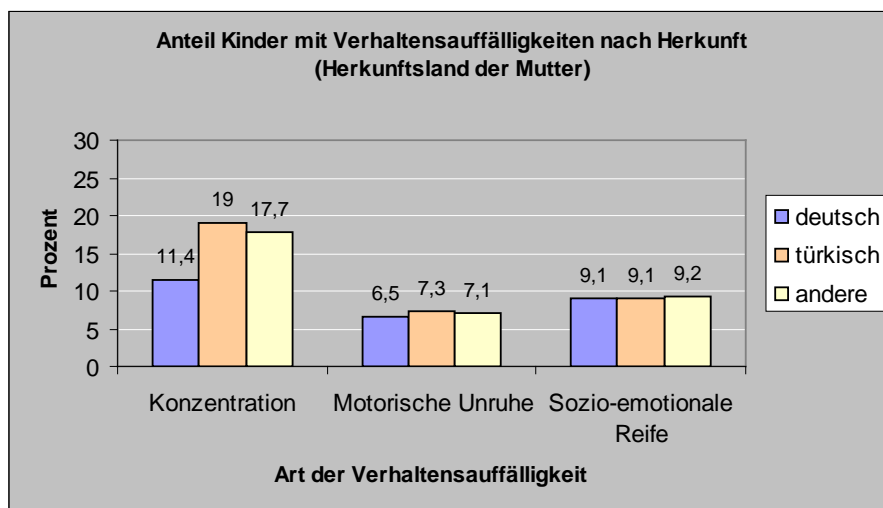
Verhaltensauffälligkeiten und Migrationshintergrund

Bei Kindern mit Migrationshintergrund treten in den genannten drei Bereichen durchgehend häufiger Verhaltensauffälligkeiten auf als bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Diese Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen konnten durch die bundesweite Kinder- und Jugendstudie „KIGGS“ bestätigt werden. Auch dort wurden psychische Verhaltensauffälligkeiten häufiger bei Vorschulkindern mit Migrationshintergrund festgestellt.³⁹

Verhaltensauffälligkeiten häufiger bei Kindern mit Migrationshintergrund

Differenziert nach der Herkunft (Herkunftsland der Mutter) zeigen sich bei der Kölner Schuleingangsuntersuchung folgende Ergebnisse:

Abbildung 37: Anteil Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten nach Herkunft (Herkunftsland der Mutter)



Nahezu 20 % aller Kinder türkischer Herkunft weisen eine Auffälligkeit im Konzentrationsvermögen auf, der Anteil der betroffenen Kinder mit deutscher Herkunft liegt mit etwa 11 % erheblich niedriger.

Auffälligkeit des Konzentrationsvermögens bei jedem fünften Kind türkischer Herkunft

Als besonders problematisch erweist sich hier der hohe Anteil an Jungen türkischer Herkunft (nicht in obenstehender Abbildung ersichtlich), die Auffälligkeiten im Bereich Konzentration aufweisen. So beträgt der Anteil an Konzentrationsauffälligkeiten bei dieser Personengruppe 22,7 %, während er bei Jungen deutscher Herkunft und Mädchen türkischer Herkunft bei etwa 15 % und bei Mädchen deutscher Herkunft unter 9 % liegt (ebenfalls nicht in obenstehender Abbildung ersichtlich).

³⁹ vgl. BELLA-Studie im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys, Ravens-Sieberger u.a., 2007, S. 871-878; Hölling, u.a., 2007, S.784-793.

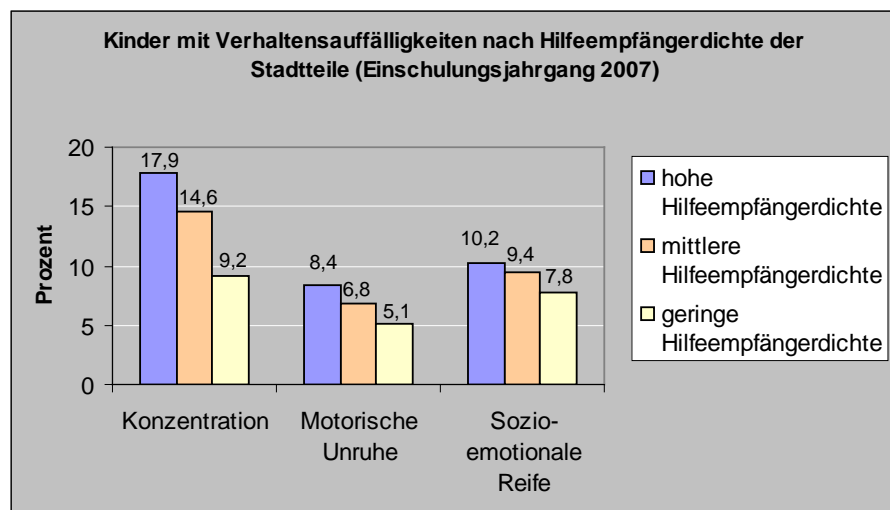
Motorische Unruhe wird geringfügig häufiger bei Kindern türkischer Herkunft als bei Kindern deutscher Herkunft festgestellt, der Unterschied beträgt weniger als 1%.

Die Untersuchungsergebnisse zur sozio-emotionalen Reife weisen bei allen Gruppen gleiche Ergebnisse auf.

Verhaltensauffälligkeiten und Hilfeempfangerdichte in den Stadtteilen

Bezogen auf die Hilfeempfangerdichte in den Stadtteilen zeigen sich ebenfalls erwähnenswerte Unterschiede, die im Folgenden dargestellt werden:

Abbildung 38: Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten nach Hilfeempfangerdichte der Stadtteile



Verhaltensauffälligkeiten in Stadtteilen hoher Hilfeempfangerdichte überproportional vertreten

Verhaltensauffälligkeiten treten deutlich häufiger in Stadtteilen hoher Hilfeempfangerdichte auf.

Hier lassen sich Parallelen zur bundesweiten Kinder- und Jugendstudie „KiGGS“ aufweisen. Dort konnte belegt werden, dass Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status deutlich häufiger von Verhaltensauffälligkeiten betroffen sind⁴⁰.

⁴⁰ vgl. BELLA-Studie im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys, Ravens-Sieberer u.a., 2007, S. 871-878

3.6.4. Kinder mit Förderbedarf in mehreren Teilbereichen

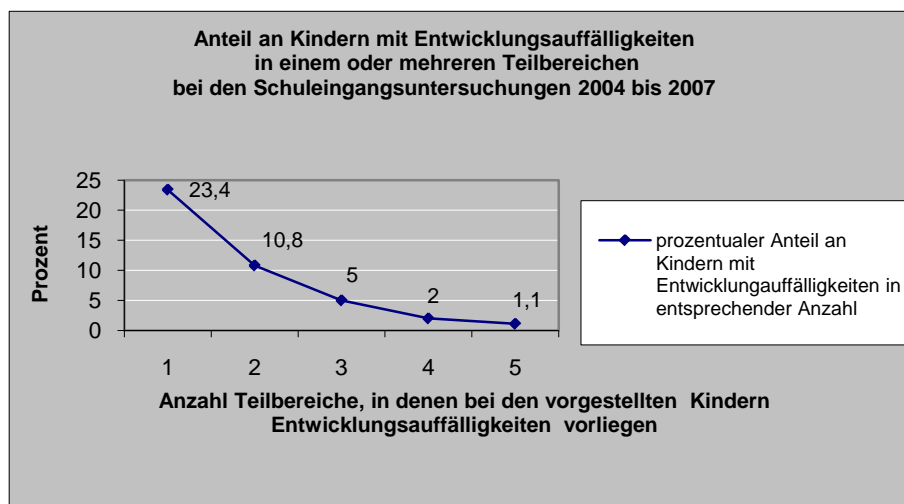
Ob ein Kind Entwicklungsauffälligkeiten in einem oder mehreren Teilbereichen aufweist, ist für die Auswahl einer geeigneten Intervention sowie für die weiteren Erfolgchancen von wesentlicher Bedeutung. Daher wird zunächst ein Überblick gegeben über den Anteil an Kindern mit einer oder mehreren Auffälligkeiten in den fünf Bereichen:

- Sprache
- Visuomotorik und visuelle Wahrnehmung
- Grobmotorik und Körperkoordination
- Auditive Verarbeitung und Merkfähigkeit
- Verhalten.

Bei der Kategorie Verhalten wurden die Auffälligkeiten im Bereich der Konzentration, der sozio-emotionalen Reife und der motorischen Unruhe zusammengefasst.

Erhöhte Belastung bei Auffälligkeiten in mehreren Teilbereichen

Abbildung 39: Anteil an Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten in einem oder mehreren Teilbereichen in den Einschulungsjahrgängen 2004 bis 2007



Bei nahezu 60 % aller Kinder werden keine Entwicklungsauffälligkeiten in den genannten Teilbereichen festgestellt. Bei dem verbleibenden Anteil von 42,4% aller Kinder weist die Hälfte Förderbedarf in einem Teilbereich, ein gutes Viertel Förderbedarf in zwei Teilbereichen und ein knappes Viertel Förderbedarf in drei und mehr Teilbereichen auf.

Förderbedarf in mindestens zwei Teilbereichen bei jedem fünften Kind

Je mehr Teilbereiche bei einem Kind betroffen sind, desto ungünstiger sind die Kompensationschancen durch Stärken in anderen Bereichen und desto höher ist der Bedarf an integrativen Versorgungsangeboten.

3.6.5. Zusammenhänge zwischen Entwicklungsauffälligkeiten, körperlicher Betätigung und Fernsehkonsum

Bewegung als bedeutsamer Faktor für die Entwicklung

Bewegung gilt neben gesunder Ernährung als ein wesentlicher Bestandteil einer gesunden Entwicklung im Kindes- und Jugendalter (siehe auch 3.5.5). So wird bei der Gesundheitsberichterstattung des Robert-Koch-Instituts in 2004 hierzu ausgeführt: „Bewegungsaktivitäten setzen im Kindes- und Jugendalter Entwicklungsreize für ein normales Wachstum,beeinflussen die geistige Entwicklung und das Befinden. Sie schulen die sensomotorische Wahrnehmung, ermöglichen soziale Erfahrung und fördern über ein positives Körperbewusstsein eine Stärkung der Ich-Identität, Selbstverantwortung und Selbstkompetenz“⁴¹.

Erhöhter Fernsehkonsum als gesundheitlicher Risikofaktor

Langes Fernsehen und Computerspielen gilt hingegen als Risikofaktor für eine gesunde Entwicklung. Als zusätzliche Gefahren sind dabei Bewegungsmangel und die Folgebeeinträchtigungen eingeschränkter Kommunikation zu nennen.

⁴¹ Schwerpunkt Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Robert-Koch-Institut, 2004, S. 73

Bei einer Dissertation „Kindergesundheit 2004 in Köln“⁴² konnte für Kölner Vorschulkinder ein positiver Zusammenhang zwischen Bewegung und einer altersgemäßen Entwicklung belegt werden: Kinder, die häufig im Freien spielen und Kinder, die in und außerhalb eines Vereins Sport treiben, wiesen weniger Auffälligkeiten im Bereich Koordination und Visuomotorik auf, als Kinder, die sich vermehrt drinnen aufhielten oder sportlich nicht aktiv waren. Der Anteil motorisch unruhiger Kinder sank, je mehr Bewegungsmöglichkeiten zur Verfügung standen.

Ebenso konnte bei Kindern mit häufiger Fernseh- und PC-Nutzung ein erhöhter Anteil an Auffälligkeiten in den Bereichen Ausdauer, Koordination, Visuomotorik, Sprache und motorischer Unruhe festgestellt werden.

Ein positiver Zusammenhang ließ sich hingegen zwischen der Dauer des Kindergartenbesuchs und Ergebnissen zur Ausdauer, Visuomotorik und Sprachfähigkeiten feststellen.

***Zusammenhang zwischen
Bewegung und gesunder
Entwicklung auch in Köln
nachweisbar***

***Positive Effekte des
Kindergartenbesuchs
feststellbar***

⁴² Krause, 2007, S. 44 ff.

3.7. Sozialraumanalyse

3.7.1. Risikofaktor Übergewicht und deutliches Übergewicht

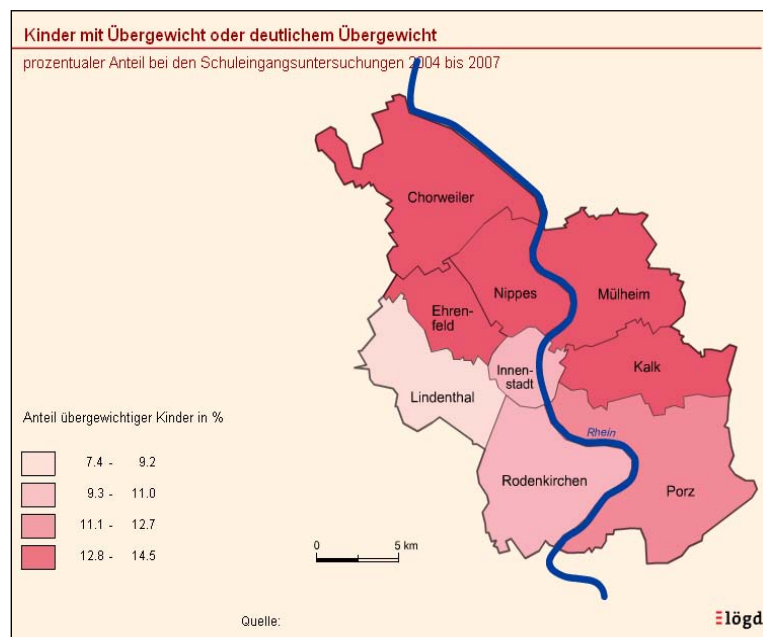
Sozialräumliche Betrachtung der gesundheitlichen Situation

Bei der Grobanalyse der Stadtteile Köln nach geringer, mittlerer und hoher Hilfeempfängerdichte sind bereits Unterschiede hinsichtlich der gesundheitlichen Risiko- und Ressourcensituation deutlich geworden. Eine nachfolgende sozialräumliche Betrachtung der Bezirke und Stadtteile Kölns⁴³ kann nun differenziert Aufschluss darüber geben, inwieweit bezirks- und stadtteilbezogen Häufungen von gesundheitlichen Risiko- und (fehlenden) Schutzfaktoren vorliegen.

Auswertung Risikofaktor Übergewicht und deutliches Übergewicht

Für die Analyse des Risikofaktors „Übergewicht und deutliches Übergewicht“ wurden die Ergebnisse des gesamten Untersuchungszeitraumes herangezogen, um zufallsbedingte Schwankungen auszugleichen. Dabei ergibt sich auf Bezirksebene folgendes Bild:

Abbildung 40: Bezirke des Kölner Stadtgebiets nach der Quote der Kinder mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht



Die Quote an Kindern mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht betrug im gesamten Berichtszeitraum 2004 bis 2007 im Kölner Stadtgebiet durchschnittlich 12,2 %.

⁴³ Bei der kartographischen Darstellung wurden auf Bezirksebenen bei der Einteilung der Werte 4 Kategorien, auf Stadtteilebene der Übersichtlichkeit wegen 3 Kategorien gebildet.

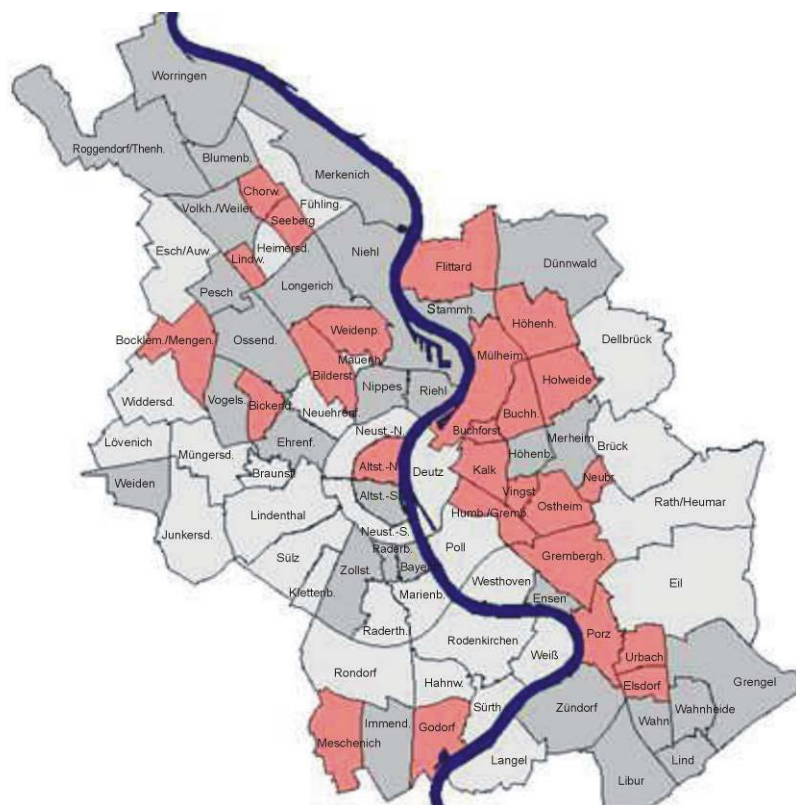
Auf das Stadtgebiet, zeigt sich eine verstärkte Problematik übergewichtiger Kinder im Kölner Norden, in den Bezirken Mülheim (14,5 %), Kalk (14,3 %), Chorweiler (13,7 %), Nippes (13,2 %) und Ehrenfeld (13 %).

**Höchster Anteil
übergewichtiger Kinder im
Kölner Norden**

In den südlichen Stadtbezirken wird ein Ost-Westgefälle ersichtlich. Dabei erweist sich die Situation am günstigsten im linksrheinischen Köln. In Lindenthal liegt die Quote übergewichtiger Kinder mit 7,4 % am niedrigsten. Sie steigt in den Bezirken Innenstadt (9,6 %) und Rodenkirchen (9,8 %) an und ist am höchsten im rechtsrheinischen Porz (12,1 %).

Auf Stadtteilebene zeigt sich folgendes Bild:

Abbildung 41: Stadtteile des Kölner Stadtgebiets nach der Quote übergewichtiger Kinder



Legende:

Anteil an Kindern mit Übergewicht
und deutlichem Übergewicht

	3 % - 9 %
	9,01 % - 14 %
	über 14 %

Die Farbe Rot in der Abbildung oben signalisiert vorrangigen Handlungsbedarf.

Durch eine geringe Anzahl an untersuchten Kindern in den kleinen Stadtteilen, insbesondere in Elsdorf (40 Kinder), Libur (50 Kinder), Fühlingen (80 Kinder), Immendorf (81 Kinder) und Godorf (85 Kinder) wird der Vergleich mit anderen Stadtteilen und die Feststellung eines Trends insbesondere bei dem Risikofaktor Übergewicht und deutliches Übergewicht erschwert. Für eine differenzierte Bewertung wird daher die Beobachtung über einen längeren Zeitraum als notwendig erachtet. Die oben genannten Stadtteile werden daher bei den weiteren Ausführungen und Abbildungen nicht berücksichtigt.

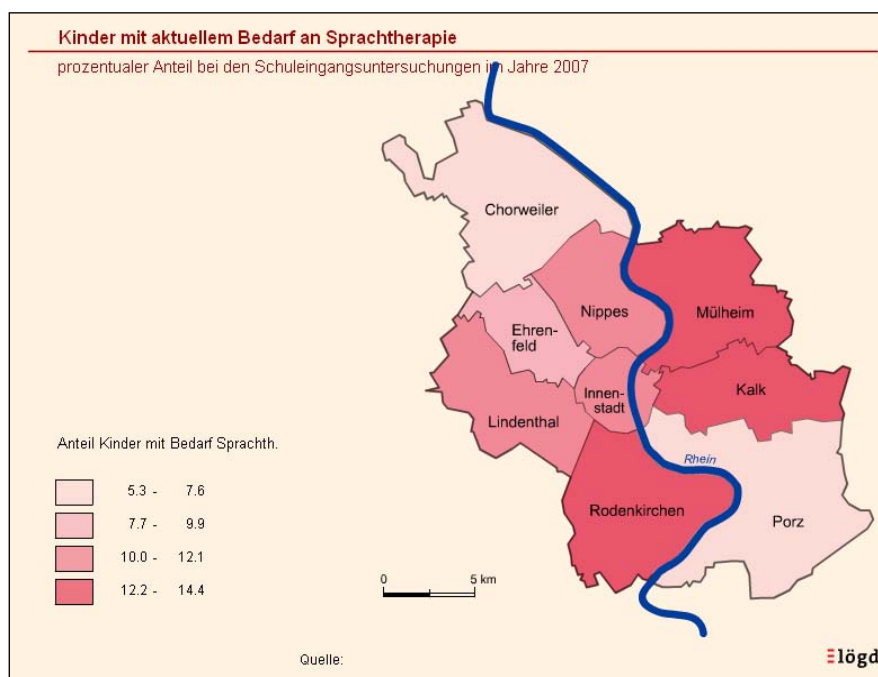
Der Anteil übergewichtiger Kinder variiert in den unterschiedlichen Stadtteilen von 20,7 % bis 3,7 %. Eine differenzierte Analyse auf Stadtteilebene im Vergleich mit dem Stadtgebiet Köln ist im Anhang dargestellt.

3.7.2. Risikofaktor Bedarf Sprachtherapie

Auswertung Risikofaktor „Aktueller Bedarf Sprachtherapie“

Für die Analyse des Risikofaktors „Aktueller Bedarf an Sprachtherapie“ wurden die Ergebnisse des Einschulungsjahrgangs 2007 ausgewertet, um ein Bild der aktuellen Situation zu erhalten. Dabei ergibt sich auf Bezirksebene folgendes Bild:

Abbildung 42: Bezirke des Kölner Stadtgebiets nach der Quote der Kinder mit aktuellem Bedarf an Sprachtherapie bei der Einschulungsuntersuchung 2007



Die Quote an Kindern mit aktuellem Bedarf an Sprachtherapie betrug beim Einschulungsjahrgang 2007 im Kölner Stadtgebiet durchschnittlich 10,8 %.

Ein erhöhter Bedarf an Sprachtherapie zeigt sich im Nordosten des Stadtgebiets, in Mülheim (14,4 %) und Kalk (12,6 %) sowie im Südwesten des Stadtgebiets, in Rodenkirchen (13,1 %).

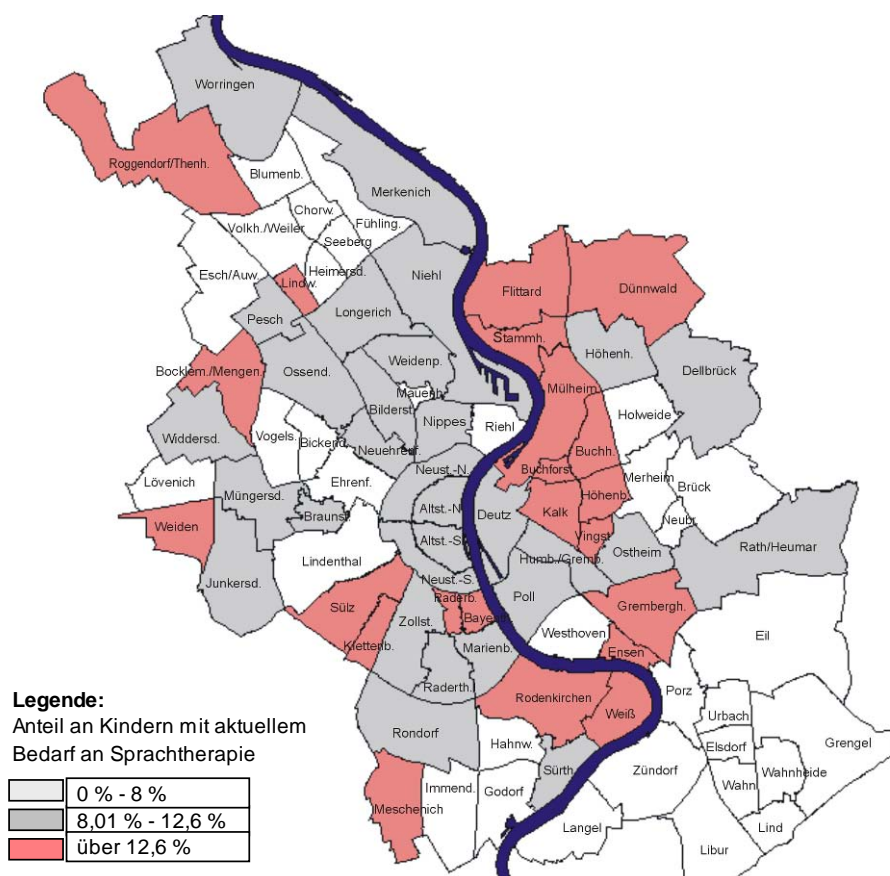
In den Bezirken Mülheim, Kalk und Rodenkirchen höchster Bedarf an Sprachtherapie

In den in der Mitte gelegenen Stadtbezirken Innenstadt (10 %), Lindenthal (11,6 %), Ehrenfeld (9,7 %) und Nippes (10,7 %) im linksrheinischen bewegt sich der Förderbedarf an Sprachtherapie um den gesamtstädtischen Durchschnittswert.

In den Stadtbezirken Chorweiler (7,5 %) und Porz (5,3 %) erweist sich die Situation am günstigsten.

Auf Stadtteilebene präsentiert sich folgendes Bild:

Abbildung 43: Stadtteile des Kölner Stadtgebiets nach der Quote Kinder mit aktuellem Bedarf an Sprachtherapie bei der Schuleingangsuntersuchung 2007



Die Farbe Rot in der Abbildung oben signalisiert vorrangigen Handlungsbedarf.

In den kleinen Stadtteilen Eldorf, Fühlingen, Godorf, Hahnwald, Immendorf, Libur und Roggendorf wurden weniger als 30 Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen vorgestellt. Bei geringen Teilnahmezahlen können die Ergebnisse zufallsbedingten Schwankungen unterliegen. Die oben genannten Stadtteile werden daher bei den weiteren Ausführungen und Abbildungen nicht berücksichtigt

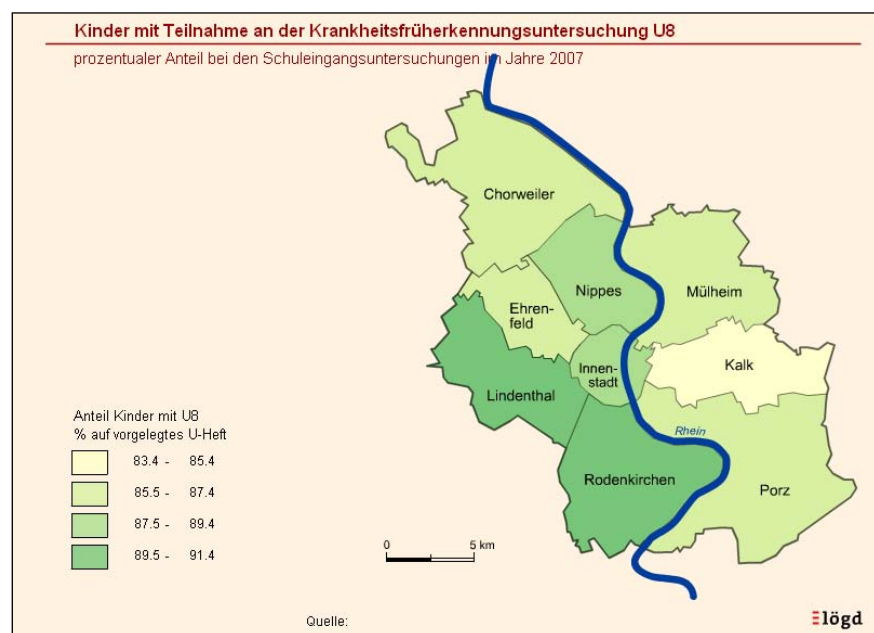
Der Anteil an Kindern, die Bedarf an Sprachtherapie aufweisen, variierte stadtteilbezogen von 0 % bis 26,8 %. Eine differenzierte Analyse auf Stadtteilebene im Vergleich mit dem Stadtgebiet Köln ist im Anhang dargestellt.

3.7.3. Schutzfaktor Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen

Auswertung Schutzfaktor Teilnahme U8

Um eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation zu erhalten, wurden die Ergebnisse des Jahres 2007 ausgewertet. Auf Bezirksebene zeigt die Analyse der Teilnahmequoten an der Früherkennungsuntersuchung U8 im Einschulungsjahrgang 2007 folgendes Ergebnis:

Abbildung 44: Bezirke des Kölner Stadtgebiets nach der Quote an Kindern mit U8-Teilnahme (prozentuiert auf vorgelegte U-Hefte)



Die Quote an Kindern, die an der U8 teilgenommen haben, liegt im Untersuchungsjahrgang 2007 im Kölner Stadtgebiet durchschnittlich bei 87,4 %.

Dabei wurde das Angebot der Früherkennungsuntersuchung im linksrheinischen häufiger wahrgenommen als im rechtsrheinischen Köln.

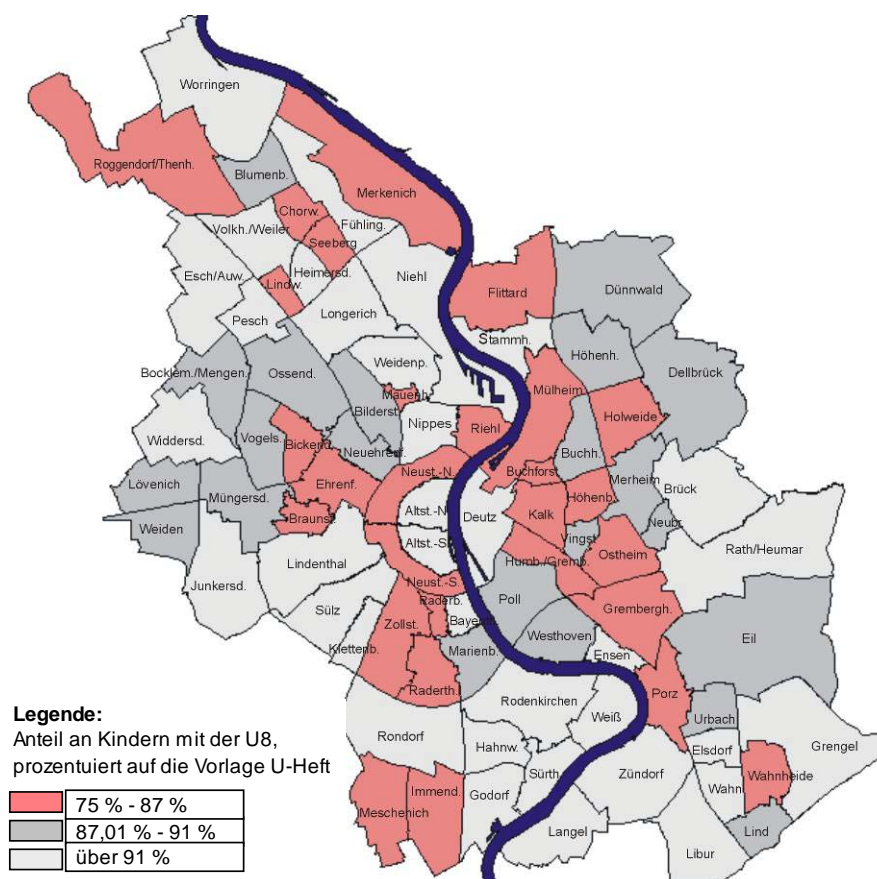
Im linksrheinischen Süden, in den Bezirken Lindenthal mit 91,4 % und in Rodenkirchen mit 90,3 % zeigen sich die höchsten U8-Teilnahmequoten. Nippes (88,7 %) und Innenstadt (88,4 %) weisen eine leicht überdurchschnittliche Quote, Chorweiler (86,7 %) und Ehrenfeld (86,5 %) eine geringfügig unterdurchschnittliche Quote, bezogen auf den städtischen Durchschnitt, auf.

Geringste Teilnahmequote an der U8 im Bezirk Kalk

Im Rechtsrheinischen ist eine geringfügig unterdurchschnittliche Teilnahmequote in Mülheim mit 86,1 %, in Porz mit 87 % und eine unterdurchschnittliche Teilnahmequote in dem Bezirk Kalk mit 83,4 % ersichtlich.

Auf Stadteilebene präsentiert sich folgendes Bild:

Abbildung 45: Stadteile des Kölner Stadtgebiets nach der Quote an Kindern mit U8-Teilnahme (prozentuiert auf vorgelegte U-Hefte), Einschulungsjahrgang 2007



Die Farbe Rot in der Abbildung oben signalisiert vorrangigen Handlungsbedarf.

In den kleinen Stadtteilen Elsdorf, Fühlingen, Godorf, Hahnwald, Immendorf, Libur und Roggendorf wurden weniger als 30 Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen vorgestellt. Bei geringen Teilnahmezahlen können die Ergebnisse zufallsbedingten Schwankungen unterliegen. Die oben genannten Stadtteile werden daher bei den weiteren Ausführungen und Abbildungen nicht berücksichtigt.

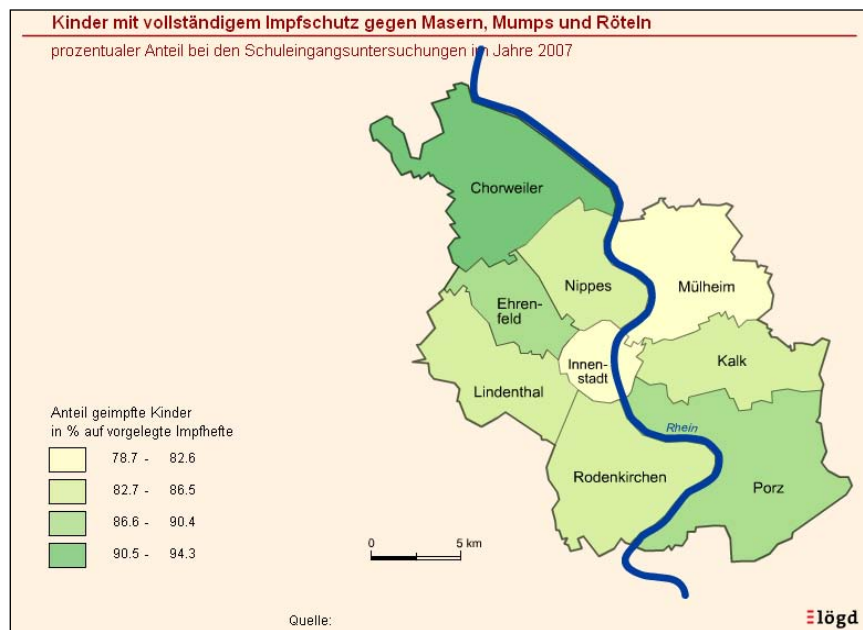
Der Anteil an Kindern, die an der U8 teilgenommen haben, variierte stadtteilbezogen von 97,6 % bis 75,5 %. Eine differenzierte Analyse auf Stadtteilbene im Vergleich mit dem Stadtgebiet Köln ist im Anhang dargestellt.

3.7.4. Schutzfaktor Impfschutz

Auswertung Schutzfaktor vollständiger Impfschutz Masern, Mumps und Röteln

Die Betrachtung des Kinderanteils mit einem vollständigen Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln (zweifache Impfung) im Einschulungsjahr, differenziert nach Kölner Stadtbezirken, ergibt folgendes Bild:

Abbildung 46: Bezirke des Kölner Stadtgebiets nach der Quote an Kindern mit Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln (prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe)



Im Untersuchungsjahrgang 2007 lag die Impfquote gegen Masern, Mumps und Röteln im Kölner Stadtgebiet durchschnittlich bei 85,6 %.

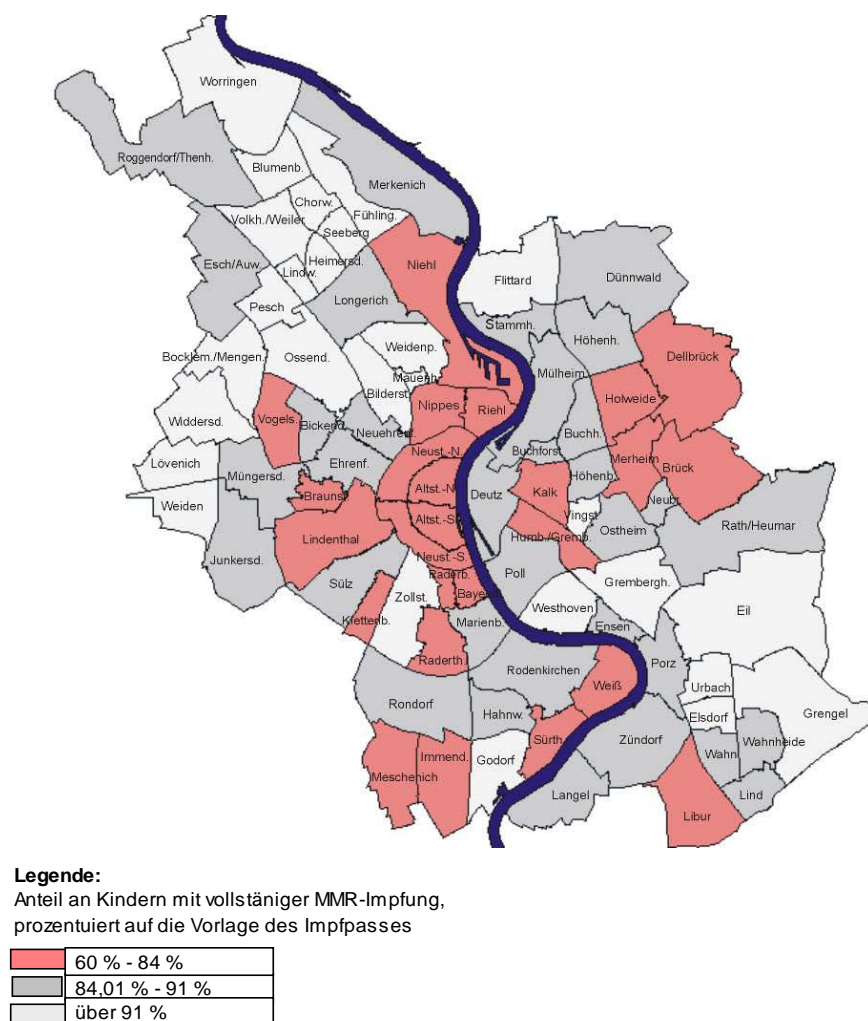
Die höchsten Impfquoten wurden im nordöstlichen Chorweiler mit 94,3 %, in Ehrenfeld mit 86,6 % und im südwestlichen Porz mit 90 % erfasst.

Die Bezirke Rodenkirchen mit 85 %, Lindenthal mit 85,1 %, Nippes mit 83,5 % und Kalk mit 85,3 % wiesen eine leicht unterdurchschnittliche Quote auf. Die niedrigsten Impfquoten wurden in der Innenstadt mit 78,7 % und in Mülheim mit 82 % festgestellt.

***Geringste Durchimpfungsrate
in den Bezirken Mülheim und
Innenstadt***

Auf Stadteilebene präsentiert sich folgende Ergebnis:

Abbildung 47: Stadteile des Kölner Stadtgebiets mit der Quote an Kindern mit vollständigem Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln im Einschulungsjahrgang 2007 (prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe):



Die Farbe Rot in der Abbildung oben signalisiert vorrangigen Handlungsbedarf.

Da in den kleinen Stadtteilen Elsdorf, Fühlingen, Godorf, Hahnwald, Immen-
dorf, Libur und Roggendorf weniger als 30 Kinder an Einschulungsunters-
suchungen teilgenommen haben, können auf Grund der geringen Teilnehme-
zahlen die Ergebnisse zufallsbedingten Schwankungen unterliegen. Die
oben genannten Stadtteile werden daher bei den weiteren Ausführungen
und Abbildungen nicht berücksichtigt.

Die Impfquote variierte stadtteilbezogen von 98,7 % bis 62,8 %. Eine diffe-
renzierte Analyse auf Stadtteilebene im Vergleich mit dem Stadtgebiet Köln
ist im Anhang dargestellt.

3.7.5. Häufung von Risikofaktoren und fehlenden Schutzfaktoren

Für jeden der gesundheitlichen Schwerpunkte Gewicht, Entwicklungsstand, Krankheitsfrüherkennung und Impfschutz wurde zunächst separat dargestellt, in welchem Stadtbezirk bzw. Stadtteil erhöhter Bedarf besteht.

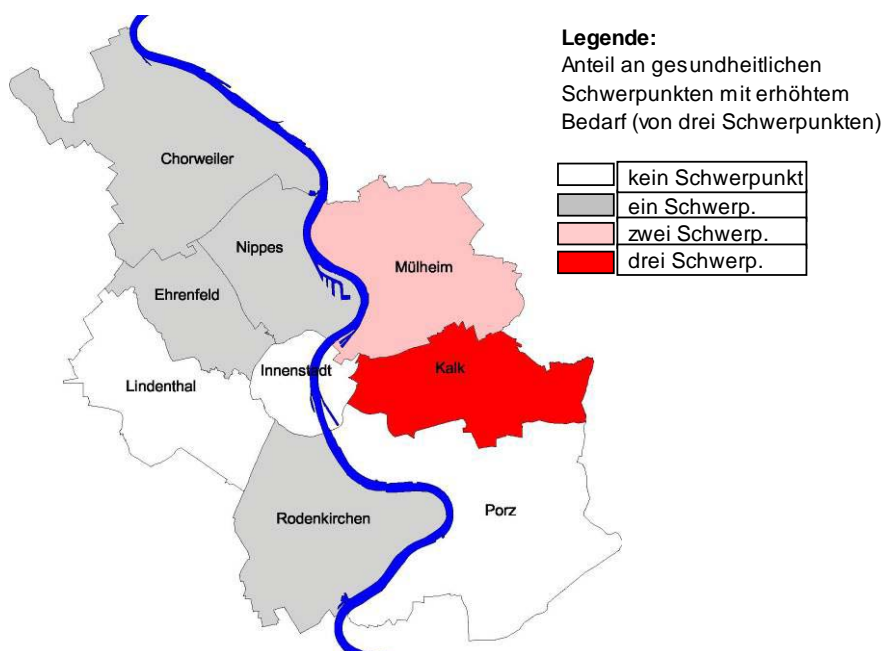
Im Anschluss wird nun überprüft, inwieweit es auf der Bezirks- und Stadtteil-ebene Überschneidungen bei der Häufung gesundheitlicher Risikofaktoren gibt, da dies auf eine hohe Handlungspriorität schließen lässt. Dabei werden ausschließlich die Bereiche Gewicht, Entwicklungsstand und Krankheitsfrüherkennung berücksichtigt.⁴⁴

***Ballung von Risikofaktoren
als Ausdruck hoher
Handlungspriorität***

Bezirksebene

Für jeden Stadtbezirk wird ausgewertet, in wie vielen der drei ausgewählten gesundheitlichen Bereiche ein erhöhter gesundheitlicher Bedarf⁴⁵ ersichtlich wird. Dabei ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 48: Kölner Stadtbezirke nach Anzahl gesundheitlicher Schwerpunktgebiete mit erhöhtem Bedarf



⁴⁴ Das Thema Impfschutz ist separat zu betrachten, da ein unzureichender Impfstatus oftmals nicht auf nachlässiges Präventionsverhalten sondern auf eine Impfskepsis zurückzuführen ist. Hier sind überproportional häufig andere Personengruppen anzutreffen als bei den oben genannten drei Schwerpunkten (siehe 3.3.3). Diese Problematik erfordert daher ein anderes Vorgehen bei der Interventionsplanung.

⁴⁵ Ein erhöhter gesundheitlicher Bedarf bedeutet, dass bei dem ausgewählten Indikator der Bezirk im Viertel mit der höchsten Belastung liegt, gemessen an der Bandbreite der vorhandenen Werte des gesamten Stadtgebiets.

Höchste gesundheitliche Belastung im Bezirk Kalk

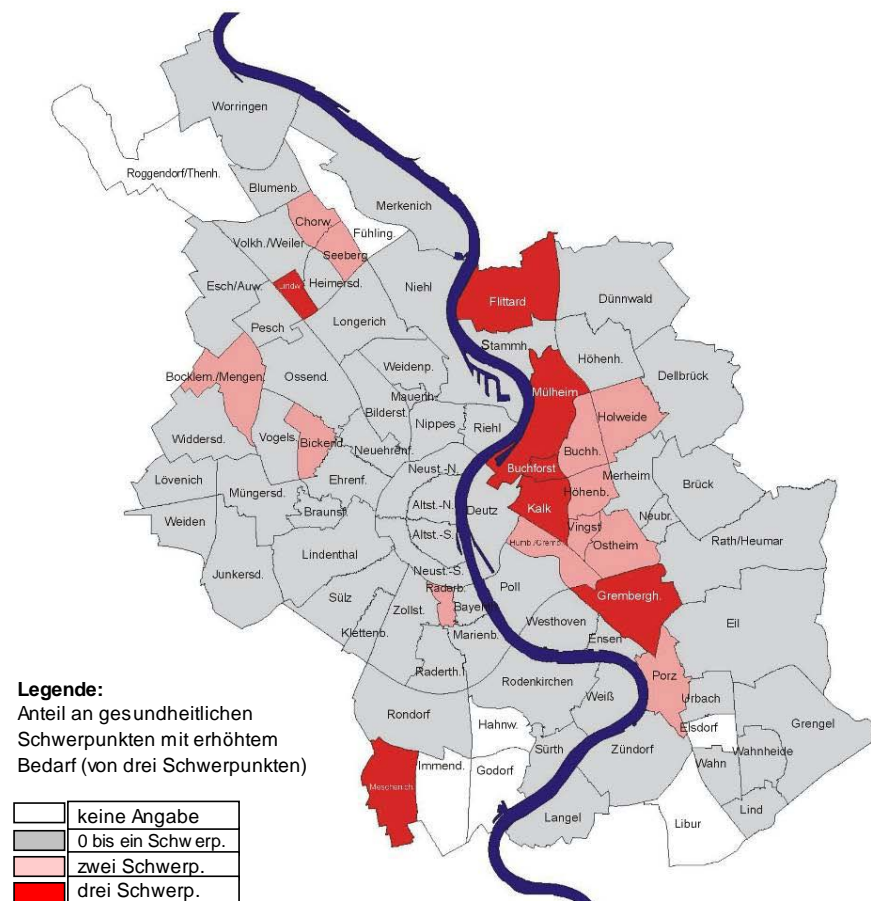
Der Bezirk Kalk mit einem erhöhten gesundheitlichem Bedarf in allen drei Bereichen und der Bezirk Mülheim mit einem erhöhten Bedarf in zwei Bereichen weisen die höchste Belastung auf. Am günstigsten ist die Situation in den Bezirken Porz, Innenstadt und Lindenthal zu bewerten, da diese in keinem gesundheitlichen Bereich mit erhöhtem Bedarf vertreten sind.

Handlungspriorität auf Stadtteilebene

Um feststellen zu können, bei welchen Stadtteilen Handlungspriorität besteht, wurde auch hier ausgewertet, inwieweit eine Überschneidung an gesundheitlichen Bereichen mit erhöhtem Bedarf⁴⁶ bei den drei Gesundheitsschwerpunkten Gewicht, Entwicklungsstand und Früherkennung vorliegt.

Bei der Auswertung auf Stadtteilebene ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 49: Kölner Stadtteile nach Anzahl gesundheitlicher Schwerpunktgebiete mit erhöhtem Bedarf



⁴⁶ Bei dem Drittel der Stadtteile, das die höchste Belastung aufweist, wird von einem erhöhten Bedarf ausgegangen.

**Abbildung 50: Kölner Stadtteile nach Anzahl und Art gesundheitlicher
Schwerpunktbereiche mit erhöhtem Bedarf**

Handlungs- prioritäten	Anzahl Gesund- heitliche Schwerpunkte mit erhöhtem Bedarf (ohne Impfschutz)	Stadtteil	Art der Gesundheitlichen Schwerpunkte
1. Priorität	3 Bereiche	Gremberghv. Kalk Meschenich Buchforst Flittard Lindweiler Mülheim	Gewicht, Früherken., Entwickl. Gewicht, Früherken., Entwickl. Gewicht, Früherken., Entwickl. Gewicht, Früherken., Entwickl. Gewicht, Früherken., Entwickl. Gewicht, Früherken., Entwickl.
2. Priorität	2 Bereiche	Bickendorf Bocklem.-M. Chorweiler Raderberg Seeberg Holweide Buchheim Höhenberg Humb.-Grem. Vingst Ostheim Porz	Gewicht, Früherken. Gewicht, Entwickl., Gewicht, Früherken. Früherken., Entwickl. Gewicht, Früherken. Gewicht, Früherken. Gewicht, Entwickl. Früherken., Entwickl. Gewicht, Früherken. Gewicht, Entwickl. Gewicht, Früherken. Gewicht, Früherken.

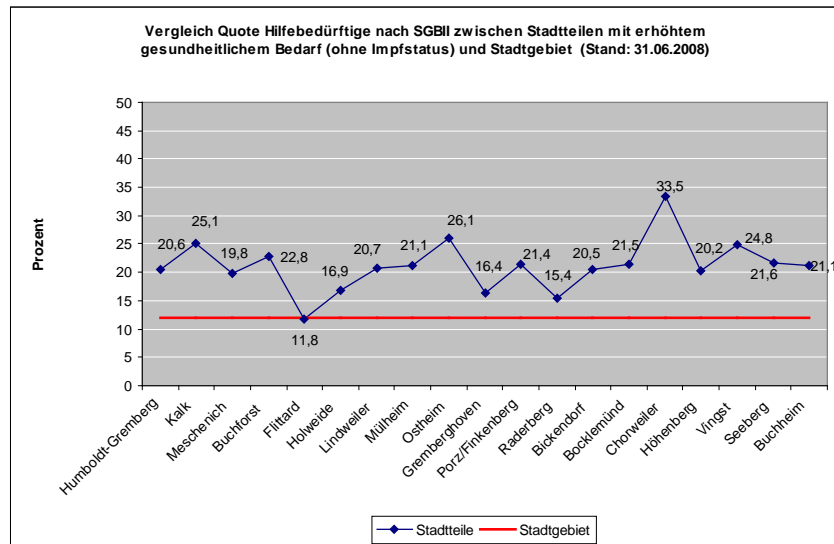
**Handlungsbedarf mit erster
Priorität in sieben Stadtteilen
und zweiter Priorität in zwölf
Stadtteilen**

Als Stadtteile mit höchster Handlungspriorität können die sieben Stadtteile Kalk, Meschenich, Buchforst, Flittard, Lindweiler, Mülheim und Gremberghoven benannt werden. Handlungsbedarf zweiter Priorität weisen die zwölf Stadtteile Raderberg, Bickendorf, Bocklemünd-Mengenich, Chorweiler, Höhenberg, Seeberg, Buchheim, Holweide, Humboldt-Gremberg, Vingst, Ostheim und Porz auf.

Eine weitere Analyse zu der sozialen Lage der oben genannten Stadtteile im Vergleich zum Stadtgebiet Köln zeigt folgendes Ergebnis:

Abbildung 51: Vergleich Quote Hilfebedürftiger nach SGB II zwischen Stadtteilen mit erhöhtem gesundheitlichem Bedarf und dem Stadtgebiet

Hoher Anteil Hilfebedürftiger nach SGB II in Stadtteilen mit hohem Handlungsbedarf



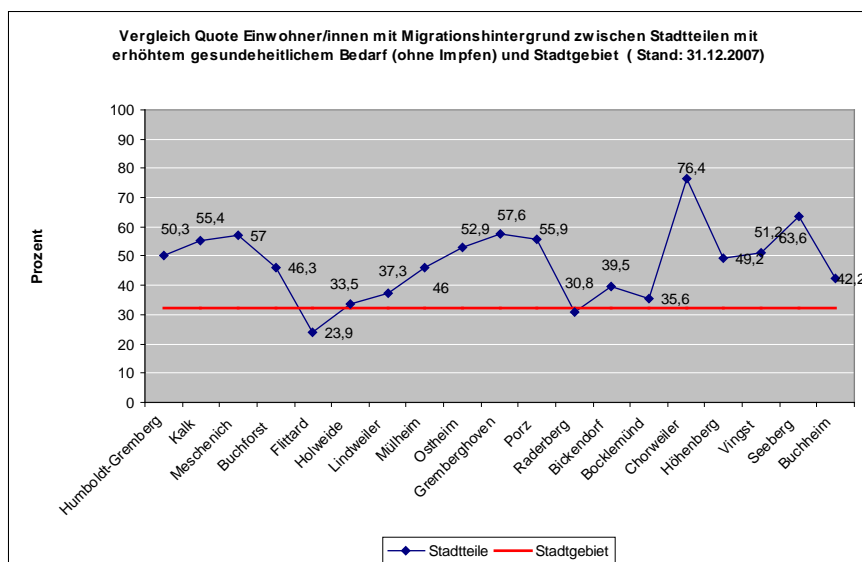
Die aktuelle Quote der SGB II-Bedarfsgemeinschaften an allen Haushalten (Stand 30.06.2008)⁴⁷ als ein Indikator für Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen liegt bei den oben erwähnten Stadtteilen mit Ausnahme von Flittard (11,8 %) erheblich über dem Durchschnitt des Kölner Stadtgebiets (11,9 %).

⁴⁷ Quelle ArGe und Amt für Stadtentwicklung und Statistik, www.stadt-koeln.de, Zahlen und Statistik/Gesundheit und Soziales, Stand: 18.12.08, bei der nachfolgenden Darstellung wurden der Stadtteil Porz und Finkenber zusammengefasst, da bei Vergleichsdaten älteren Datums Finkenber als Stadtviertel in den Stadtteil Porz integriert war.

Bei dem Vergleich der Quote an Personen mit Migrationshintergrund⁴⁸ in den oben erwähnten Stadtteilen mit dem Stadtgebiet Köln zeigt sich folgendes Bild:

Hoher Anteil an Personen mit Migrationshintergrund in Stadtteilen mit hohem Handlungsbedarf

Abbildung 52: Vergleich Quote Personen mit Migrationshintergrund zwischen Stadtteilen mit erhöhtem gesundheitlichem Bedarf und dem Stadtgebiet



Der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund liegt in Köln bei 32,1 %. In den oben genannten Stadtteilen zeigt sich folgendes Bild: Flittard mit 23,9 % weist eine unterdurchschnittliche Quote auf, Holweide liegt mit 33,5 % etwa im städtischen Durchschnitt. Bei den übrigen Stadtteilen ist der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich hoch (35,6 % bis 76,4 %).

Diese Analyse belegt, dass in dem überwiegenden Anteil der Stadtteile mit einer Häufung der oben aufgeführten gesundheitlichen Risikofaktoren ein überproportional hoher Anteil an Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen und an Personen mit Migrationshintergrund wohnt.

⁴⁸ Quelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik, www.stadt-koeln.de, Zahlen und Statistik, Stand: 18.12.08, bei der nachfolgenden Darstellung wurden der Stadtteil Porz und Finkenbergr zusammengefasst, da bei Vergleichsdaten älteren Datums Finkenbergr als Stadtviertel in den Stadtteil Porz integriert war. Bei Migrationshintergrund wird Definition des Amtes für Stadtentwicklung und Statistik zugrunde gelegt, siehe 3.2.2.

4. Handlungsbedarf

Vorschulkinder im Fokus des Berichts

Anliegen dieses Berichtes ist es, auf Grundlage der Auswertungen von Schuleingangsuntersuchungen die gesundheitliche Situation der Kölner Vorschulkinder zu beschreiben und den Handlungsbedarf für diese Altersgruppe aufzuzeigen.

Zunächst wird erörtert, welcher Handlungsbedarf ersichtlich wird anhand der Analyse von Schuleingangsuntersuchungen der Untersuchungsjahrgänge 2004 bis 2007. Dabei werden gesondert folgende Themen betrachtet:

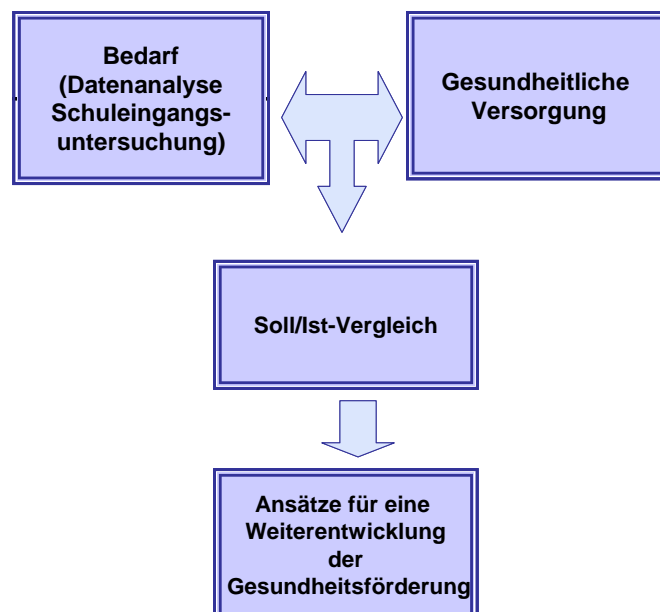
Untersuchte Schwerpunkte der Datenanalyse

- Gesundheitliche Schwerpunkte;
- die Kinder, bei denen ein erhöhter gesundheitlicher Bedarf ersichtlich wird;
- die Sozialräume Kölns.

Soll/Istanalyse des gesundheitlichen Präventions- und Versorgungsangebots

Dem ermittelten Bedarf wird das gesundheitliche Versorgungssystem gegenübergestellt und hinsichtlich seiner Möglichkeiten und Grenzen beleuchtet. Dabei ergeben sich Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung des gesundheitlichen Versorgungssystems (siehe Abbildung unten).

Abbildung 53: Handlungsbedarf bei Vorschulkindern



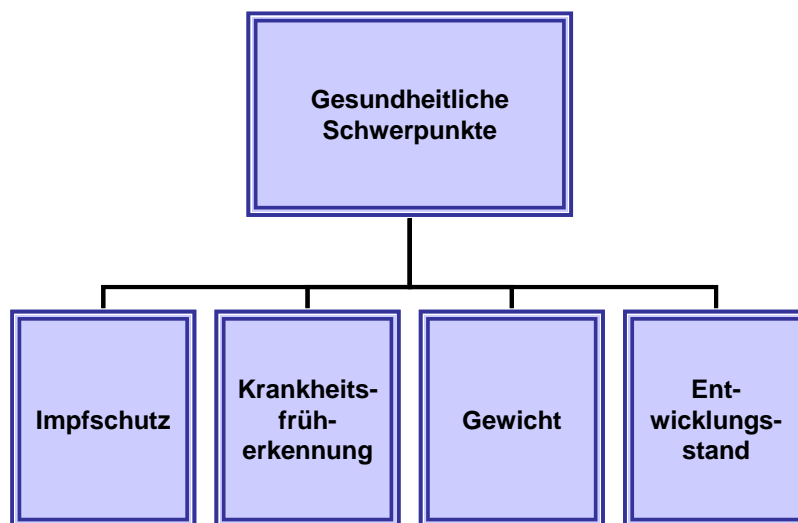
4.1. Gesundheitliche Schwerpunkte

Zunächst wird folgenden Fragen nachgegangen:

- Wie stellt sich die Situation Kölner Vorschulkinder bezogen auf die genannten gesundheitlichen Schwerpunkte dar (siehe Abbildung unten)?
- Welche Ziele ergeben sich daraus und welcher Handlungsbedarf wird ersichtlich?

Gesundheitliche Schwerpunktthemen

Abbildung 54: Gesundheitliche Schwerpunkte



4.1.1. Impfschutz

Auswertungsergebnisse:

Im Untersuchungszeitraum vom Einschulungsjahr 2004 bis 2007 zeigten sich folgende Entwicklungen:

- Eine Erhöhung der Vorlagequote der Impfpässe von etwa 85 % auf 90 %; (nur bei den vorgelegten Impfpässen kann der Impfstatus dokumentiert werden);
- eine Erhöhung der Durchimpfungsrate bei Masern, Mumps und Röteln (zweifache Impfung) von etwa 63 % auf über 85 % (prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe);
- eine Erhöhung des vollständigen Impfschutzes gegen Diphtherie, Tetanus, HiB⁴⁹, Hepatitis B, Keuchhusten (Pertussis), Polio, Masern, Mumps und Röteln von etwa 55 % auf 76 % aller Kinder mit vorgelegten Impfpässen.

Anstieg Vorlage Impfpass und Erhöhung Durchimpfungsrate

⁴⁹ Haemophilus influenzae Typ b, gefährlicher Erreger, kann Meningitis (Hirnhautentzündung) auslösen.

Die höchste Impfquote bei der zweifachen Masern-, Mumps- und Rötelnimpfung konnte in Stadtteilen mit hoher Hilfeempfangerdichte festgestellt werden.

Kinder mit türkischem Migrationshintergrund weisen eine höhere Durchimpfungsrate auf als Kinder ohne Migrationshintergrund (sowohl beim vollständigen Impfschutz der neun Infektionskrankheiten als auch bei der separaten Betrachtung des zweifachen Impfschutzes bei Masern, Mumps und Röteln).

Bewertung der Ergebnisse und sich daraus ergebende Ziele:

Die Ergebnisse können als eine erhebliche Verbesserung des Impfschutzes gewertet werden. Die Impfquote reicht jedoch nicht aus, um einen kollektiven Schutz aller Vorschulkinder gegen die oben genannten Krankheiten sicherzustellen. Zur Ausrottung der Masern ist z.B. eine Durchimpfungsrate von 92 % - 95 % erforderlich.

***Ziel: Positiven Trend
fortführen***

Ziel ist es daher, den positiven Trend fortzuführen, damit ein umfassender Infektionsschutz der Bevölkerung aufgebaut werden kann und

- auf eine weitere Steigerung der Vorlagequote von Impfpässen hinzuwirken, um eine genaue Dokumentation des Impfstatus sicherstellen zu können;
dabei sind insbesondere Kinder mit Migrationshintergrund nichttürkischer Herkunft zu berücksichtigen, da diese untersuchte Gruppe die geringste Vorlagequote aufweist;
- auf eine Steigerung der Impfquoten hinzuwirken;
hierbei sollten insbesondere Kinder ohne Migrationshintergrund einbezogen werden. Bei Kindern dieser Gruppen war die Durchimpfungsrate mit Abstand am niedrigsten.

***Impfskepsis und
Nachlässigkeit als Gründe für
fehlenden Impfschutz***

Die hohe Durchimpfungsrate von Kindern türkischer Herkunft lässt darauf schließen, dass häufig nicht fehlende Erreichbarkeit oder Sprachbarrieren für die Impfquote ausschlaggebend ist, sondern die Grundeinstellung der Eltern. Ein unzureichender Impfschutz kann in einer impfskeptischen Haltung der Eltern, häufig anzutreffen in Wohngebieten gehobener sozialer Lage, aber auch in einem nachlässigen Gesundheitsverhalten der Eltern begründet sein.

Eine impfkritische Haltung kann durch die Tätigkeit impfskeptischer niedergelassener Ärzte/innen noch verstärkt werden.

Handlungsansätze:

Mögliche Ansatzpunkte könnten beispielsweise sein:

- Erweiterung der bisherigen Ansprache an die Eltern, den Impfpass bei der Schuleingangsuntersuchung mitzubringen, und wirkungsvollere Gestaltung, z.B. durch Übersetzung in die jeweilige Muttersprache, mündlicher Hinweis bei der Schulanmeldung in der Schule;
- Analyse der Beweggründe für eine Impfverweigerung, und eine gezielte Aufklärungspolitik, die (auch) auf eine Zielgruppe mit gehobenem sozialen Status und Stadtteile gehobener Wohnlage ausgerichtet ist;
- sachlich, argumentativ (und wissenschaftlich-) fundierte, (pharma-) unabhängige Aufklärungsbroschüre für Menschen mit impfskeptischer Haltung;
- Verbesserung der Impfaufklärung der Eltern über die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt/innen, Hausärzt/innen (soweit noch möglich);
- gezielte Ansprache an Hebammen und niedergelassenen Ärzt/innen mit impfskeptischer Haltung;
- Verbesserung der Impfaufklärung in den Kindertageseinrichtungen durch Verteilen von Info-Broschüren zum Thema Impfen (ggf. in der Muttersprache der Kinder).
- Bescheinigung über den Impfstatus bei Aufnahme eines Kindes in eine Kindertages-/Gemeinschaftseinrichtung (gute Erfahrungen mit dieser Vorgehensweise gibt es im Bundesland Hessen);

Verbesserte Information und Aufklärung

Einfordern von Impfnachweisen

4.1.2. Krankheitsfrüherkennung

Auswertungsergebnisse:

Im Berichtszeitraum zeigt sich folgender Verlauf:

- Eine Erhöhung der Vorlagequote der Untersuchungshefte von etwa 80 % auf 90 % (nur bei vorgelegten Untersuchungsheften kann die Teilnahme dokumentiert werden);

Anstieg Inanspruchnahme Früherkennungsuntersuchungen

- eine Erhöhung der Teilnahmequote an der Früherkennungsuntersuchung U8⁵⁰ (prozentuiert auf vorgelegte Untersuchungshefte) von etwa 86 % in 2004 auf 88 % in 2007;
- ein sinkender Trend der Inanspruchnahme im Verlauf von der U1 bis zu der U9, dies konnte bei allen untersuchten Einschulungsjahrgängen festgestellt werden. Im Untersuchungsjahrgang 2007 betrug das Gefälle zwischen der U1 (98 %) und der U9 (85 %) -13 Prozentpunkte.

Kinder ohne Migrationshintergrund weisen durchgängig eine höhere Teilnahmequote auf als Kinder mit Migrationshintergrund. In Wohngebieten mit hoher Hilfeempfängerdichte liegt die Teilnahmequote am niedrigsten.

Bewertung der Ergebnisse und sich daraus ergebende Ziele:

Diese Ergebnisse können trotz des Gefälles zwischen U1 und U9 als eine Verbesserung der Krankheitsfrüherkennung gewertet werden.

Ziel:
Positiven Trend fortsetzen

Ziel ist es auch hier, diesen positiven Trend fortzuführen, damit alle Kinder von diesem Präventionsangebot profitieren können und

- auf eine weitere Steigerung der Vorlagequote von Untersuchungsheften hinzuwirken, um eine genaue Dokumentation des Krankheitsfrüherkennungsstatus sicherstellen zu können; dabei sind insbesondere Kinder mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen;
- auf eine Steigerung der Teilnahmequoten, insbesondere der U4 bis U9, hinzuwirken; hierbei sollten insbesondere Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder aus sozial benachteiligten Stadtteilen angesprochen werden.

Handlungsansätze:

**Verbesserte Information und
Aufklärung**

Hierbei können ähnliche Ansatzpunkte wie bei der Vorlage der Impfpässe und der Erhöhung der Impfquote zum Tragen kommen.

**Einrichtung
Erinnerungssystem**

Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, dass Informationskampagnen niedrigschwellig und auf Eltern und Kinder in sozial benachteiligten Lebenslagen ausgerichtet sein sollten. Ein möglicher Ansatz wäre ein zusätzliches Erinnerungssystem an die Früherkennungsuntersuchungen in den Kindertagesstätten und sonstigen Einrichtungen für Eltern und Kinder (z.B. Stadthäusern) in Stadtteilen mit niedriger Teilnahmequote.

⁵⁰ Die U8 gibt stellvertretend über die vollständige Teilnahme eines Kindes an den Früherkennungsuntersuchungen Auskunft, Aufgrund der zeitlichen Bildung dieser Untersuchungen wurde nicht auf die Zahlen der U9 zurückgegriffen, da diese auch nach der Schuleingangsuntersuchung liegen kann (siehe 3.4.1.).

Weitere Handlungsansätze lassen sich möglicherweise in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe auf Grundlage des neu eingerichteten Meldesystems entwickeln (siehe unten).

Ausblick: Änderungen bei der Krankheitsfrüherkennung

Meldeverfahren Teilnahme U5 bis U9

Zukünftig ist vom Gesetzgeber verpflichtend vorgeschrieben, dass die niedergelassenen Ärzte/innen Datenmeldung über eine Teilnahme an der U5 bis U9 (Name und Adresse des vorgestellten Kindes) an das Land übermitteln. Das Land informiert den Träger der öffentlichen Jugendhilfe nach Datenabgleich mit den Meldeadressen, welche Kinder nicht an den Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben. Der Träger der öffentlichen Jugendhilfe entscheidet bei diesen Kindern über die Einleitung weiterer Maßnahmen. (Rechtsgrundlage: §32a des Heilberufsgesetzes, Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen vom 10.09.2008).

Inwieweit sich die Teilnahmequote durch dieses Verfahren steigern lässt, bleibt abzuwarten, da ein Teil der Meldeadressen (Schätzwert: 10 %) nicht stimmen, der durch das Verfahren benötigte Zeitaufwand länger ist als die Zeitfenster für die Früherkennungsuntersuchungen und die Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung auch durch dieses Verfahren nicht unmittelbar zu erzwingen ist.

Zusätzliche Früherkennungsuntersuchung U7a

Durch die Einführung einer zusätzlichen Früherkennungsuntersuchung U7a (Ende des 3. Lebensjahres) seit dem 01.08.2007 konnte eine zeitliche Lücke zwischen der U7(Ende des 2. Lebensjahrs) und der U8 (Ende des 4. Lebensjahres) überbrückt werden. Durch die U7a sind positive Effekte zu erwarten, da eine kontinuierliche ärztliche Betreuung erleichtert und die Wahrscheinlichkeit erhöht wird, dass die Früherkennungsuntersuchungen nach der U7 nicht in Vergessenheit geraten, sondern weiterhin in Anspruch genommen werden.

***Datenabgleich und Nachricht
an die Jugendhilfe über
Kinder mit fehlender U5 bis
U9***

***Mehr Kontinuität durch
zusätzliche U7a***

4.1.3. Gewicht

Auswertungsergebnisse:

Im Untersuchungszeitraum konnte folgendes festgestellt werden:

Hoher Anteil an Kindern mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht

Die Schuleingangsuntersuchung in Köln weist einen Anteil von insgesamt 12,3 % an übergewichtigen Kindern⁵¹ aus. Dieser Anteil setzt sich im Einschulungsjahrgang 2007 aus 601 Kindern mit Übergewicht (7 % aller untersuchten Kinder) und 458 Kindern mit deutlichem Übergewicht oder Adipositas (5,3 % aller untersuchten Kinder) zusammen. Überproportional häufig sind Kinder mit türkischem Migrationshintergrund sowie Kinder aus Stadtteilen mit hoher Hilfeempfangerdichte von der Übergewichtsproblematik betroffen.

Der Anteil untergewichtiger Kinder liegt bei etwa 7 %.

Ein deutlicher Trend der Zu- oder Abnahme zeichnet sich im Berichtszeitraum weder bei dem Anteil untergewichtiger noch bei dem Anteil übergewichtiger Kinder ab.

Bewertung der Ergebnisse und sich daraus ergebende Ziele:

Ziel: Verminderung der Anzahl über- und untergewichtiger Kinder

Als besonders gravierend erweist sich die hohe Quote an adipösen Kindern. Da Übergewicht und deutliches Übergewicht langfristig ein hohes gesundheitliches Risiko darstellen, besteht hier dringender Handlungsbedarf. Eine Verschärfung der Problematik ist zu erwarten, da der Anteil übergewichtiger Kinder mit zunehmendem Lebensalter ansteigt⁵².

Daher sind folgende Ziele zu nennen:

Vorrangiger Handlungsbedarf bei Adipositas

- Vorrangig auf eine Verminderung der Anzahl von Kindern mit Übergewicht und mit deutlichem Übergewicht hinzuwirken; als Zielgruppe sind dabei insbesondere Kinder mit türkischem Migrationshintergrund und Kinder aus Stadtteilen hoher Hilfeempfangerdichte zu nennen;
- die Anzahl der untergewichtigen Kinder zu senken, bei denen dem Untergewicht eine Mangel-/Fehlernährung oder eine Krankheit zugrunde liegt oder das Gewicht eine gesundheitliche Gefährdung darstellt.

⁵¹ Unter „übergewichtigen Kindern“ werden hier Kinder mit Überwicht und deutlichem Übergewicht (Adipositas) verstanden.

⁵² Es konnte durch die bundesweite KIGGS-Studie belegt werden, dass der Anteil übergewichtiger Kinder mit zunehmendem Alter ansteigt, vgl. Kurth, B.-M, Schaffrath Rosario, A. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007 50: 736 – 743.

Zu den Risikofaktoren des Übergewichts gehören gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, wie wenig körperliche Aktivität, zu lange Zeiten vor dem Fernsehen und dem Computer und zu unausgewogene (kalorienreiche) Ernährung. Die beschriebene Problematik verdeutlicht die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen, die frühzeitig die Eltern einbeziehen und auf eine Verhaltensänderung im Bereich Ernährung und Freizeitgestaltung abzielen.

***Gesundheitsrelevante
Verhaltensweisen als
Risikofaktoren***

Gruppen, die von der Problematik verstärkt betroffen sind, z.B. Kinder mit (türkischem) Migrationshintergrund, und Familien aus sozial benachteiligten Wohngebieten sind dabei gesondert zu berücksichtigen.

Die Untergewichtsproblematik erweist sich quantitativ als weniger gravierend. Sie sollte dennoch nicht vernachlässigt werden, da sich hier im Einzelfall Hinweise auf eine Mangelversorgung oder eine andere zugrundeliegende Problematik zeigen können.

Bei Über- wie Untergewicht können die Einstellung zum eigenen Körper und Fehlernährung eine wesentliche Rolle spielen.

Handlungsansätze:

Präventionsangebote in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Freizeitgestaltung

Mögliche Ansatzpunkte für eine präventive Gesundheitsförderung finden sich daher in den Bereichen:

- Ernährung, gesunde Einstellung zur Ernährung und zum eigenen Körper, z.B. durch Ernährungsberatung, gemeinsames Kochen als Gruppenaktivität, bei der Grundlagenkenntnisse vermittelt werden;
- kulturelle Unterschiede und Gemeinsamkeiten bei den Essgewohnheiten sind bei Angeboten für Personen mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen.
- Bewegung (z.B. Bewegungsangebote, für auch „Unsportliche“, Aktivierung, in den Sportverein zu gehen);
- Freizeitgestaltung, die eine Alternative zur Mediennutzung darstellt und Aktivität einschließt, z.B. kreatives Gestalten, Spiele und Aktivitäten im Freien, Ausflüge.

Die Präventionsmaßnahmen sollten Eltern, Kinder und Multiplikatoren/innen (z.B. Erzieher/innen in den Kindertagesstätten) ansprechen und einbinden.

Voraussetzung für das Gelingen einer Maßnahme ist es, dass diese niedrigschwellig und zielgruppenspezifisch ausgerichtet ist, damit die Betroffenen tatsächlich erreicht werden.⁵³ In Kindertagesstätten ist auf eine bewegungsfördernde Ausstattung, häufige und anregende Angebote im Freien und ein qualitativ ausgewogenes Mahlzeitenangebot zu achten.

⁵³ Kurth, Ellen belegen im Rahmen der KIGGS-Studie, dass es einen hohen Anteil an Jugendlichen mit Adipositas gibt, die kein Problembewusstsein aufweisen und daher für eine Intervention schwer zugänglich sind. Dies weist auf die Notwendigkeit hin, frühst möglich auf eine ausgewogene Ernährung und auf eine realistische Selbstwahrnehmung hinzuwirken (vgl. Kurth, Ellert; 2008).

4.1.4. Entwicklungsauffälligkeiten

Auswertungsergebnisse:

Im Berichtszeitraum zeigten sich folgende Ergebnisse:

- Bei einem Drittel aller untersuchten Kinder in Köln wurden Entwicklungsauffälligkeiten im Bereich der Sprache, Motorik und/oder Sinneswahrnehmung festgestellt. Am häufigsten traten Sprach- und Sprechauffälligkeit auf. So zeigte sich bei jedem zehnten Kind in der Schuleingangsuntersuchung 2007 der Bedarf einer Sprachtherapie.
- Unabhängig davon verfügte nur etwa die Hälfte aller Kinder über gute Deutschkenntnisse und nahezu 20 % aller untersuchten Kinder wiesen gravierende Sprachdefizite in der deutschen Sprache auf.
- Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten ließen sich bei einem Fünftel aller untersuchten Kinder feststellen.
- Etwa die Hälfte aller Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten wies einen Befund in mindestens zwei der Bereiche Sprache, Motorik, Sinneswahrnehmung oder Verhalten auf. Kombinierte Auffälligkeiten stellen aufgrund fehlender bzw. eingeschränkter Kompensationsmöglichkeiten ein erhöhtes gesundheitliches Risiko dar.

**Hoher Anteil an
Entwicklungsauffälligkeiten
und Sprachdefiziten**

**Häufiges Auftreten
kombinierter Auffälligkeiten**

Jungen waren häufiger von Entwicklungsauffälligkeiten betroffen als Mädchen. Kinder mit Migrationshintergrund wiesen erheblich mehr Entwicklungsauffälligkeiten auf als Kinder deutscher Herkunft.

In Wohngebieten hoher Hilfeempfängerdichte zeigt sich ein überproportionaler Anteil an Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten und ungedecktem Bedarf an Sprachtherapie.

Ein eindeutiger Trend der Zu- oder Abnahme ließ sich bei Entwicklungsauffälligkeiten nicht feststellen. Um hierzu eine differenzierte Bewertung abgeben zu können, wird die Beobachtung über einen längeren Zeitraum als notwendig erachtet.

Bewertung der Ergebnisse und sich daraus ergebende Ziele:

Hier zeigt sich **dringender Handlungsbedarf**:

Ziel: Verminderung der Anzahl an Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten und Sprachdefiziten

Dabei sind folgende Ziele zu nennen:

- Die Anzahl der Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten der Sprache, Motorik und/oder Sinneswahrnehmung zu senken; hier sind insbesondere Sprachauffälligkeiten zu nennen. Ebenso sollten die Sprachdefizite vermindert werden.
- Die Anzahl der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten zu senken.

Insbesondere sind dabei Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder in Stadtteilen mit hoher Hilfeempfängerdichte zu berücksichtigen.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen als Risikofaktor

Mangelnde Kommunikation und einseitige Freizeitbetätigung, z.B. fehlende Bewegung und übermäßiger Fernsehkonsum, können das Entstehen von Entwicklungsauffälligkeiten der Motorik, Sprache und Sinneswahrnehmung hervorrufen oder verstärken. Ebenso können Einflüsse des unmittelbaren sozialen Umfeldes wie Reizüberflutung, mangelnde sprachliche und soziale Kompetenz und fehlende Konfliktlösungsstrategien Verhaltensauffälligkeiten begünstigen.

Herausragende Bedeutung von Sprache

Der hohe Anteil an fehlenden Sprachkenntnissen und an Sprachstörungen erweist sich als besonders gravierend, da Sprache als wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Schul- und Berufslaufbahn betrachtet werden kann. Mangelnder Spracherwerb, bedingt durch fehlende Kommunikation im familiären Umfeld, kann das Entstehen von Sprachentwicklungsstörungen begünstigen. Je weniger mit einem Kind gesprochen wird, desto geringer ist die Chance einer gesunden Sprach- und Sprechentwicklung. Diese Problematik gewinnt zunehmend an Bedeutung.

Daher werden zusätzliche Angebote benötigt, die frühzeitig den Spracherwerb und die Sprachentwicklung fördern. Es ist davon auszugehen, dass dadurch im Vorfeld Sprachstörungen verhindert und die hohe Anzahl benötigter Sprachtherapien gesenkt werden können.⁵⁴ Dem dringenden Handlungsbedarf kann nur durch ein **gemeinsames Vorgehen von Gesundheitsprävention und Jugendhilfeplanung** begegnet werden.

Dabei verwiesen die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum einen auf die **Notwendigkeit von Gesundheitsförderung und vorbeugender Hilfen (Primärprävention) im Vorschulalter**, zum andern auf die Notwendigkeit eines Ausbaus und einer **Optimierung gezielter Fördermaßnahmen im Grundschulbereich**, um vorhandenen Auffälligkeiten bestmöglich begegnen zu können (Sekundärprävention). Dabei sind die Gesundheitsförderung und die vorbeugenden Hilfen

⁵⁴ Vgl. Fegeler, U, Jäger-Roman, E. (2008)

(Primärprävention) als das wirkungs-vollere und kostengünstigere Angebot zu bewerten, weil sie (zumindest teil-weise) gesundheitlichen Auffälligkeiten und Störungen im Vorfeld vermeiden.

Handlungsansätze:

Als Ansatzpunkte der **Gesundheitsförderung und Primärprävention** können Maßnahmen mit folgenden Schwerpunkten betrachtet werden:

- Frühzeitige Sprachförderung, die idealerweise ein Präventionsprogramm gegen Sprachentwicklungsstörungen und gegen Defizite im vorschulischen Deutscherwerb (für Kinder mit Migrationshintergrund) miteinander kombiniert⁵⁵;
- Erweiterung der Angebotspalette für Vorschulkinder um ein sprachheilpädagogisches Angebot, das den Spracherwerb fördert; durch gezielten Ressourcenaufbau kann dabei präventiv dem Entstehen von Sprachentwicklungsstörungen entgegengewirkt (und langfristig der Bedarf an Sprachtherapie gesenkt) werden;
- Stärkung der Eltern in ihrer Erziehungskompetenz;
- Bewegungsangebote (Abbau von Spannung, Aggressionen, Stress, Bewegungsdrang, Aufbau Selbstbewusstsein, Körperbewusstsein, Schulung der Grobmotorik);
- Förderung sozialer Kompetenz, z.B. faires Austragen von Konflikten (Mediation im Elementarbereich);
- Freizeitgestaltung, die eine Alternative zur Mediennutzung darstellt und Produktivität einschließt, z.B. kreatives Gestalten, Handwerken, Spiele und Aktivitäten im Freien, Ausflüge

Förderung von Spracherwerb und Sprachentwicklung

Präventionsangebote in den Bereichen Elternkompetenz, Bewegung, Freizeitgestaltung

(Förderung Selbstausdruck, Selbstbewusstsein, Phantasie, Geschicklichkeit, Kommunikation, Abbau von Stress und Aggressionen).

⁵⁵ Als Beispiel sei hier das Programm „KonLab“ zu nennen: KonLab ist ein crossmediales, sprachrhythmus- und grammatikorientiertes, regelbasiertes Sprachanbahnungsprogramm, welches auf neurobiolog. Erkenntnissen aufbaut und unter anderem versucht, den (immer häufiger) versäumten frühen (0-3 J.) Sprachregelerwerb nachzuahmen und damit eben gerade die oft fehlende Grundlage für eine ganzheitliche, kommunikativ ausgerichtete Sprachförderung der Risikokinder aufzubauen - möglichst bevor es zur Ausbildung erst relativ spät erkannter, definitiver und schwer therapierbarer Sprachentwicklungsstörungen im medizinischen Sinne kommt. KonLab ist es ein klassisches Programm zur Primärprävention, also für alle Kinder (jedoch mit konzeptionell besonderer Ausrichtung auf die Risikokinder), welches im Kindergartenalltag durch die Erzieherinnen im Alter von 3 Jahren durchgeführt werden kann. Dies belegen auch die vielfältigen Erfahrungen und Evaluationen aus anderen Kommunen und Bundesländern.

**Qualifizierte
Betreuungsmöglichkeiten**

Ergänzend können **geeignete Betreuungsangebote**, beispielsweise im institutionalisierten Rahmen einer Kindertagesstätte mit der Konzeption eines Familienzentrums, zur Kompensation pädagogischer Defizite des familiären Umfelds beitragen. Mögliche Ansatzpunkte im Bereich Kinder und Jugend könnten daher sein:

- Ausbau der Krippenplätze und qualifizierter Betreuungsangebote;
- Ausbau der Kindertagesstätten (KiTas) in Form von Familienzentren mit Angeboten für Eltern;
- Schulung der Multiplikatoren/innen (Personal der KiTas, Schulen);
- ausgewogene Verteilung der Kinder mit deutschen Sprachkenntnissen in Kindertagesstätten und Schulen;
- Anbindung von bedarfsorientierten und niedrighschwelligen Zielgruppenangeboten zu den oben genannten Themen an vorhandene Institutionen (insbesondere KiTas und Schulen) im Sozialraum.

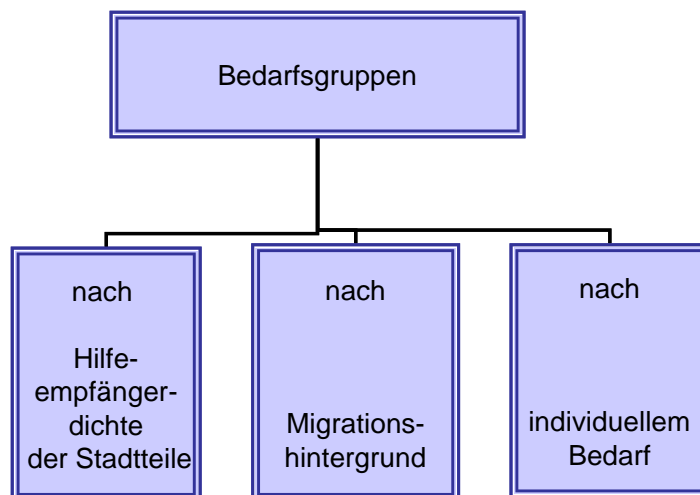
4.2. Kinder mit erhöhtem gesundheitlichem Bedarf

In einem weiteren Schritt wird folgende Frage erörtert:

Gibt es Kinder, bei denen ein erhöhtes gesundheitliches Risiko vorliegt und wenn ja, welcher konkreter Bedarf wird dabei ersichtlich?

Dabei wird differenziert nach folgenden Bedarfsgruppen:

Abbildung 55: Bedarfsgruppen



Übersicht Bedarfsgruppen

Der soziale Status und die familiäre Situation, z.B. bei Alleinerziehenden, wurden nicht erfasst und konnte daher nicht ausgewertet werden. Folglich wird zu diesen Gruppen keine Aussage gemacht.

Die unter der Abbildung oben erwähnten Bedarfsgruppen sind bereits bei den Handlungsansätzen unter 4.1. berücksichtigt, daher werden hier keine weiteren Handlungsansätze genannt.

4.2.1. Sozial benachteiligte Lebenslagen

Auswertungsergebnisse:

Erhöhte Krankheitsrisiken bei Kindern in sozial benachteiligten Lebenslagen

Bei Kindern aus Stadtteilen mit hoher Hilfeempfangerdichte lässt sich die niedrigste Quote an Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen, die höchste Quote an übergewichtigen Kindern, der höchste Anteil an Kindern mit Hinweis auf Verhaltensauffälligkeiten und der höchste Anteil an Kindern mit einem ungedeckten Versorgungsbedarf an Sprachtherapie feststellen.

Bewertung und sich daraus ergebende Ziele

In Stadtteilen mit hoher Hilfeempfangerdichte ist ein überproportionaler Anteil an Kindern in sozial benachteiligten Lebenslagen anzutreffen. Sozial benachteiligte Lebenslagen äußern sich neben dem niedrigen, fehlenden oder unzureichenden Einkommen durch schlechten Zugang zur Bildung, mangelhafte Wohnsituation oder Arbeitslosigkeit. Sozial benachteiligten Menschen fehlt es an Möglichkeiten, Belastungen zu bewältigen und ihre Gesundheit zu fördern. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sind weniger eingeübt und ärztliche Versorgung wird weniger effektiv genutzt.⁵⁶ Häufig ist die Lebenseinstellung durch eine Haltung der Perspektivlosigkeit, der Resignation und der fehlenden Zuversicht, durch eigenes Handeln etwas bewirken zu können, geprägt.

Kinder in sozial benachteiligten Lebenslagen sind dem erhöhten Risiko einer „soziogenen“ Verhaltens- oder Entwicklungsstörung, einer durch soziale Interaktion bedingte Störung (z.B. durch wenig oder einseitige Anregung, Überforderung der Eltern, Suchtproblematik der Eltern) ausgesetzt. Kinder mit einer soziogenen Verhaltens- oder Entwicklungsstörung haben verminderte Erfolgschancen in der Schule und im Beruf, dadurch zementiert sich die soziale Benachteiligung auf dem weiteren Lebensweg, und es besteht das Risiko, dass diese Problematik auch in die nächste Generation weitergetragen wird.⁵⁷

⁵⁶ Vgl. RKI, Gesundheit in Deutschland, 2006, S. 83ff., S. 123 ff, Meurer, Siegrist, 2005, S.14-15)

⁵⁷ Vgl. U.Fegeler, E. Jäger-Roman, Kinder- und Jugendarzt Nr. 1 200; Ravens-Sieber u.a., 2007, S.871-878 zu den Ergebnisse der BELLA-Studie

Daher lassen sich folgende Ziele formulieren:

- Die gesundheitlichen Entwicklungschancen von Kindern in sozial benachteiligten Lebenslagen zu stärken und ihre Gesundheit nachhaltig verbessern;
- einen niedrigschwelligen Zugang für diese Kinder zu den Angeboten des Gesundheitssystems und zu Präventivangeboten zu gewährleisten.

Ziel:
Gesundheitschancen der Kinder in sozial benachteiligten Lebenslagen erhöhen

4.2.2. Migrationshintergrund

Auswertungsergebnis:

In nahezu allen Bereichen zeigt sich ein erhöhter gesundheitlicher Bedarf bei Kindern mit Migrationshintergrund. Lediglich bei der Impfquote wies diese Gruppe ein überdurchschnittliches Ergebnis auf (siehe 3.3.).

Erhöhtes Krankheitsrisiko bei Kindern mit Migrationshintergrund

Bewertung und sich daraus ergebende Ziele:

Bei Menschen mit Migrationshintergrund handelt es sich um eine heterogene Gruppe von Menschen, die sich nach Herkunft, Migrationsmotiven, sozioökonomischer Situation und Bildungsstatus unterscheiden.

Dabei gehören Menschen mit Migrationshintergrund mit einem überproportionalen Anteil den Bevölkerungsschichten in sozial benachteiligten Lebenslagen an⁵⁸. Für diese Gruppe gilt entsprechendes wie unter 4.2.1. ausgeführt wurde.

Für Menschen mit Migrationshintergrund können darüber hinaus Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede und unzureichende Kenntnisse des deutschen Gesundheitswesens den Zugang zu den Leistungsangeboten des Gesundheitssystems zusätzlich erschweren.

Weitere Herausforderungen für Kinder mit Migrationshintergrund ergeben sich, wenn beispielsweise die Zuwanderung mit der Übernahme von Erwachsenenfunktionen einhergeht.

Häufig finden sich die Kinder zwischen unterschiedlichen kulturellen Welten wieder und sind gefordert, zusätzlich zu den altersentsprechenden Entwicklungsprozessen diese Gegensätzlichkeiten zu bewältigen.⁵⁹

⁵⁸ Vgl. RKI, Migration und Gesundheit, 2008, S.129

⁵⁹ Vgl. RKI, Migration und Gesundheit, 2008, S.69

Folgende Ziele sind zu nennen:

Ziel:
Gesundheitschancen der
Kinder mit
Migrationshintergrund
erhöhen

- Die gesundheitliche Situation von Kindern mit Migrationshintergrund zu verbessern;
- einen niedrigschwelligen Zugang für Kinder mit Migrationshintergrund zu den Angeboten des Gesundheitssystems und zu Präventionsangeboten zu gewährleisten.

Von Bedarf sind dabei insbesondere frühest mögliche Sprachförderungsangebote und niedrigschwellige Präventionsangebote, bei denen kulturelle Unterschiede und Gemeinsamkeiten einbezogen werden.

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass für Kinder mit Migrationshintergrund eine höhere statistische Wahrscheinlichkeit besteht, zu der Bevölkerungsschicht in sozial benachteiligten Lebenslagen zu gehören bzw. einen erhöhten gesundheitlichen Bedarf aufzuweisen. Es gibt jedoch ebenso Kinder mit Migrationshintergrund, die in gehobenen sozialen Schichten leben, die über eine überdurchschnittlich gute gesundheitliche Verfassung aufweisen und über eine ausreichende gesundheitliche Versorgung verfügen.

Daher ist eine differenzierte Betrachtung dieses Personenkreises geboten. Hier sei auf das „Kommunale Gesundheitskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund“ verwiesen, das sich detailliert mit dieser Problematik beschäftigt.

4.2.3. Individueller Bedarf

Auswertungsergebnisse:

Kinder mit erhöhtem gesundheitlichem Bedarf finden sich statistisch gehäuft bei den oben beschriebenen Bedarfsgruppen und in bestimmten Kölner Wohngebieten (siehe 3.7.5. bzw. 4.3.). Sie sind jedoch auch unter den übrigen untersuchten Kindern und in allen anderen Wohngebieten Kölns anzutreffen⁶⁰.

Kinder mit erhöhtem Bedarf im gesamten Stadtgebiet

Bewertung und sich daraus ergebende Ziele:

Es sollte auch für die Kinder ein Versorgungsangebot geben, die nicht zu den beschriebenen Bedarfsgruppen gehören, die nicht in sozial benachteiligten Wohngebieten wohnen und deren gesundheitlicher Bedarf nicht ausreichend gedeckt ist.

***Ziel:
Erreichen aller Kinder durch ein flächendeckendes Angebot***

Ziel ist es daher:

- ein flächendeckendes Präventivsystem sicherzustellen, das die Kinder erreicht, deren Eltern nicht in der Lage oder gewillt sind, den Bedarf ihres Kindes zu erkennen und die erforderlichen Maßnahmen einzuleiten.

4.3. Sozialräume mit erhöhtem gesundheitlichem Bedarf

Abschließend wird Köln sozialraumbezogen betrachtet. Dabei wird folgender Frage nachgegangen:

Gibt es in Köln sozialraumbezogene Unterschiede hinsichtlich der Häufung gesundheitlicher Risikofaktoren?

Auswertungsergebnisse:

Bei der sozialraumbezogenen Analyse auf Bezirks- und Stadtteilebene wurden je ein aussagekräftiger Indikator für die vier gesundheitlichen Schwerpunkte Impfschutz („Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln“), Krankheitsfrüherkennung („Teilnahme U8“), Gewicht („Quote Übergewicht und deutliches Übergewicht“) und Entwicklungsstand („Quote Kinder mit aktuellem Bedarf an Sprachtherapie“) ausgewertet. Dabei wurde ein starkes Gefälle hinsichtlich der Häufung gesundheitlicher Risiken ersichtlich.

Stadtteilbezogene Unterschiede hinsichtlich der Häufung gesundheitlicher Risiken

Bei dem gesundheitlichen Schwerpunkt „Gewicht“ lag beispielsweise die Quote der Kinder mit Übergewicht oder deutlichem Übergewicht in Mülheim und Kalk mit über 14 % nahezu doppelt so hoch wie im Bezirk Lindenthal mit 7,4 %. Auf Stadtteilebene zeigt sich eine noch größere Bandbreite an Ergebnissen. Hier variiert die Quote an übergewichtigen Kindern von über 20 % in Chorweiler bis 3,7 % in Junkersdorf.

⁶⁰ Siehe hierzu auch Wegner, 2005, S. 1107

Ballung gesundheitlicher Risiken vorrangig in sozial benachteiligten Stadtteilen

Desweiteren wurde überprüft, inwieweit es sozialraumbezogene Überschneidungen bei der Häufung von Risikofaktoren in den Bereichen Gewicht, Entwicklungsstand und Krankheitsfrüherkennung gab:

- Dabei wiesen die Bezirke Mülheim und Kalk die höchste gesundheitliche Belastung.
- Auf der Stadtteilebene zeigte sich eine erhöhte Belastung bei allen drei gesundheitlichen Schwerpunkten und damit ein gesundheitlicher **Handlungsbedarf erster Priorität** in den sieben Stadtteilen Kalk, Meschenich, Buchforst, Flittard, Lindweiler, Mülheim und Gremberghoven.

Ein erhöhter gesundheitlicher **Handlungsbedarf zweiter Priorität** ergab sich entsprechend in den zwölf Stadtteilen Raderberg, Bickendorf, Bocklemünd-Mengenich, Chorweiler, Höhenberg, Seeberg, Buchheim, Holweide, Humboldt-Gremberg, Vingst, Ostheim und Porz, weil diese Stadtteile in zwei der drei oben erwähnten Gesundheitsbereiche eine erhöhte Belastung aufwiesen.

In dem überwiegenden Teil der erwähnten Stadtteile lebt ein überproportionaler Anteil an Familien in sozial benachteiligten Lebenslagen und Menschen mit Migrationshintergrund (siehe 4.2.1., 4.2.2).

Bewertung der Ergebnisse und sich daraus ergebende Ziele:

Ziel:
Gesundheitschancen der Kinder in Stadtteilen mit erhöhtem Bedarf verbessern

Hier bestätigt sich der bereits bekannte Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Gesundheit (siehe Punkt 1, Punkt 4.2.1.). In Wohngebieten mit einer hohen Dichte an Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen treten daher Gesundheitsrisiken und gesundheitliche Probleme in massiver Häufung auf. Dadurch ergibt sich ein erhöhter Bedarf an sozialkompensatorischen Angeboten sowie Präventions-, Förder- und Therapieangeboten.

Das Ergebnis dieser Auswertung weist auf unterschiedliche Bedarfslagen der einzelnen Stadtteile hin und fordert eine differenzierte Vorgehensweise bei dem Planen und Umsetzen von Präventionsangeboten.

Als vorrangiges Ziel lässt sich formulieren:

- Stadtteile mit erhöhtem gesundheitlichem Bedarf sozialraumorientiert zu stärken, um die Entwicklungschancen der dort lebenden Kinder zu verbessern.

Handlungsansätze:

Mögliche Handlungsansätze können sein:

Sozialräumlich ausgerichtetes Präventionsangebot

- Eine örtliche Bedarfsanalyse, um Handlungsprioritäten und zielgruppenspezifische Bedürfnisse im Sozialraum (z.B. Migrationshintergrund, sozial benachteiligte Lebenslagen) berücksichtigen zu können;
- sozialräumliche Handlungskonzepte für ein abgestimmtes und in vorhandene Lebensräume (z.B. Kindertagesstätte) eingebundenes Angebot an Kinder und Eltern;
- sozialraumbezogene interdisziplinäre Arbeitskreise mit dem Schwerpunkt „Gesundheitsförderung“, die einen trägerübergreifenden Austausch, Einbindung der Kenntnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes der Stadt Köln und Verbesserung der Kommunikation zwischen Kindertagesstätten und niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten/innen zum Ziel haben.


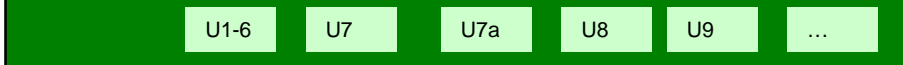







Maßnahmen, die eine soziale Durchmischung begünstigen, z.B. die Steuerung der Belegung von Kindertageseinrichtungen und Schulen mit Ziel einer sozial ausgewogenen Belegung, sind ebenfalls als geeignete Mittel zu betrachten, um die Problematik zu entschärfen.

4.4. Ansätze zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur

4.4.1. Überblick Versorgungssystem

In Folge wird ein Überblick über das gesundheitliche Versorgungssystem in Köln gegeben. Dabei werden zunächst nur die Angebote von der Geburt bis zum Schuleintritt betrachtet⁶¹:

Abbildung 56: Überblick gesundheitliches Versorgungssystem von Geburt bis zum Schuleintritt

Lebensalter des Kindes		bis Geburt	ab Geburt bis 1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	Schul-eintritt					
Ärztl. Hilfe durch: <ul style="list-style-type: none">• Niedergelassene Ärzte/innen• (teil-)stationäre Versorgung• Sozialpädiatrische Zentren• Kinder- und Jugendpsychiater/innen													
													
Ärztl. veranlasste Hilfen <ul style="list-style-type: none">• Logopädisch• ErotherapeutischKrankengymnastikHilfen & Frühförderung													
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Stadt Köln													
Angebote des kommunalen Gesundheitsdienstes mit der Freien Wohlfahrts-pflege	Schwangerschafts-konfliktberatung/ Familienhebamme												
	Frühwarnsystem	KiWi (bis 3 Mon)											
		Clearingstelle "Gesunde Zukunft für Kinder in Köln"											
		Familien-zentren											
Gesundheitsförderungsprojekte u.a. in Kitas/Familienzentren im Bereich:													
<ul style="list-style-type: none">• Bewegung• Sprachförderung• Ernährung• Stärkung Elternkompetenz													
Lebensalter des Kindes		bis Geburt	ab Geburt bis 1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	Schul-eintritt					

⁶¹ Zur neu eingeführten U7a siehe 4.1.2.

Als Ergänzung zu dem Schaubild sei erwähnt, dass ein geringer prozentualer Anteil der Kinder vor dem vierten Lebensjahr bei besonderer gesundheitlicher Problematik dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Stadt Köln vorgestellt werden. Ebenso können „Krippenkinder“ und ihre Eltern Präventionsangebote der Kindertagesstätten vor Beginn des Kindergartens (regulär ab dem Alter von drei Jahren) in Anspruch nehmen.

Eine umfassende und differenzierte Beschreibung des gesundheitlichen Versorgungssystems befindet sich im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht des Gesundheitsamtes 2002, S. 24 ff. Daher werden hier nur einige wesentliche Änderungen aufgeführt:

Neu konzipiert wurde seitdem das Projekt **„Gesunde Zukunft für Kinder in Köln“, ein Frühwarnsystem der Stadt Köln**. Mit dem im Aufbau befindlichen Frühwarnsystem wird das Ziel verfolgt, werdende Mütter, Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder und deren Familien, bei denen erhöhte gesundheitliche Risikokonstellationen ersichtlich werden, individuell zu betreuen und zu fördern. Dadurch sollen drohende Gefahren für das Kindeswohl abgewendet und Langzeitdefizite kompensiert werden. Das Frühwarnsystem umfasst drei Bereiche:

Unterstützung für junge Familien in Köln durch erweitertes Frühwarnsystem

- Spezifische Qualifizierung des pädagogischen Personals in Familienzentren;
- Willkommensbesuche bei allen Familien mit Neugeborenen bis zum dritten Lebensmonat des Kindes (KIWI);
- Einrichtung einer Clearingstelle im Gesundheitsamt zur Vermittlung und Koordination notwendiger Hilfen in Kooperation mit dem Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung und komplementärer Hilfeleister der Kommune und freier Träger.

Die Clearingstelle wird frühest möglich eingeschaltet durch Frauenärzte/innen, Beratungsstellen, Entbindungsklinken, Hebammen, Geburtspfleger/innen, Kinderärzte/-innen in freier Praxis und weiteren Institutionen die mit (werdenden) Eltern und Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern befasst sind, sobald die professionellen Helfer/innen ein erhöhtes Risiko wahrnehmen. Ebenso gibt es zahlreiche gesundheits- und sozialpädagogische Projekte, die schwangeren Frauen Unterstützung anbieten, z.B. „Jusch – jung und schwanger“.

***Gesundheitscheck für
Vierjährige durch den Kinder-
und Jugend-
gesundheitsdienst***

Eine weitere Änderung wurde durch den Ratsbeschluss vom 15.05.2007 umgesetzt. Zusätzlich zu den Schuleingangsuntersuchungen wird ein „Gesundheits-Check“ durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes für die vierjährigen Kinder in Kindertagesstätten eingerichtet. Ziel ist es, dadurch frühzeitig Entwicklungsauffälligkeiten zu entdecken, die Eltern zu beraten und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Kurzfristig ist zunächst mit einem höheren Bedarf an frühen Förderangeboten zu rechnen, da Auffälligkeiten voraussichtlich frühzeitiger entdeckt werden. Langfristig sollten sich die Erfolge früher Interventionen in einem sinkenden Bedarf an Förderangeboten für ältere Kinder niederschlagen. Dies kann nur unter der Voraussetzung gelingen, dass geeignete niedrigschwellige und zielgruppenorientierte Angebote vorhanden sind und vermittelt werden können.

4.4.2. Bewertung der Versorgungssituation durch niedergelassene Ärzte/innen und weitergehende Behandlungs-Angebote

***Ärztliche und nichtärztliche
Gesundheitsversorgung
bezogen auf das Stadtgebiet
ausreichend***

In Köln gibt es laut Ärztekammer NRW 100 niedergelassene Kinder- und Jugendärzte/innen⁶². Die Anzahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte/innen und Kinderkrankenhausplätze im Kölner Stadtgebiet kann als ausreichend bezeichnet werden.⁶³ Darüber hinaus besteht ein vielfältiges Angebot an weitergehend ärztlichen Hilfen, z.B. sozialpädiatrischen Zentren, und weiterer Hilfen, die bei ärztlicher Verordnung in Anspruch genommen werden können, z.B. logopädische, ergotherapeutische und krankengymnastische Praxen, Zentren für Frühförderung.

⁶² Quelle: Amt für Stadtentwicklung+Statistik, Informationsservice v. 23.10.08

⁶³ Vgl. Kinder- und Jugendbericht 2002, S. 26

Das Prinzip der Niederlassungsfreiheit ist durch das Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahre 1993 stark eingeschränkt worden. Demnach ist die Berufsausübung als Vertragsarzt oder -psychotherapeut in freier Praxis nur noch in solchen Gebieten möglich, die nicht wegen Überversorgung gesperrt sind. Gemäß Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein-Westfalen (www.kvno.de vom 14.10.2008) ist Köln derzeit "gesperrt" für Ärzte/innen der Kinder- und Jugendmedizin

Dabei entspricht die flächenmäßige Versorgung nicht immer dem Bedarf. Die Wohngebiete gehobener Wohnlage sind in der Regel besser ausgestattet als die sozial benachteiligten Wohngebiete⁶⁴. So gibt es im Stadtteil Mieschenich keine Kinderärzte/innen. Die Tagespresse berichtet aktuell über den Mangel an Kinderärzten/innen in den Stadtteilen Seeberg und Chorweiler, so in dem Artikel „Der Letzte Arzt von Chorweiler“ vom 31.10.08.⁶⁵ Diese Situation erweist sich als besonders problematisch vor dem Hintergrund, dass bei der sozialraumbezogenen Analyse unter 3.7. die Stadtteile Mieschenich, Chorweiler und Seeberg einen erhöhten gesundheitlichen Bedarf aufweisen. Die stadtteilbezogene Verteilung der ärztlichen und ärztlich verordneten Hilfsangebote entzieht sich jedoch weitgehend einer kommunalen Steuerungsmöglichkeit.

Die Inanspruchnahme des ambulanten und stationären ärztlichen und des nicht ärztlichen Versorgungssystems, z.B. niedergelassener Ärzte/-innen Krankenhäuser, Logopädische Praxen, ist in erster Linie der Eigeninitiative der Eltern überlassen (eine sogenannte „Komm-Struktur“). Kinder, deren Eltern diese Versorgungsressourcen nicht nutzen (können)⁶⁶, haben keinen ausreichenden Zugang zu dem „regulären Versorgungssystem“. So konnte für Köln belegt werden, dass in Stadtteilen mit einer hohen Hilfeempfänger-dichte eine unterdurchschnittliche Teilnahmequote an Früherkennungsuntersuchungen besteht (siehe 3.4.2.).

Für Kinder aus sozial benachteiligten Familien ergibt sich daher in doppelter Hinsicht ein erhöhtes Risiko der Unterversorgung, zum einen durch eine mittelschichtorientierte „Kommstruktur“ des Versorgungssystems, zum anderen durch eine schlechtere Erreichbarkeit der Versorgungsangebote. So konnte auch für Köln anhand des Beispiels der Sprachtherapie belegt werden, dass der aktuelle Bedarf von Kindern aus Stadtteilen mit einer hohen Hilfeempfänger-dichte bei der Schuleingangsuntersuchung überproportional hoch und die Inanspruchnahme bisheriger sprachtherapeutischer Behandlung überproportional niedrig ist.

Für die Gesundheitsförderung stellt sich daher die Aufgabe, niedrigschwellige und zielgruppenorientierte Präventionsangebote bereitzustellen, die die Kinder und Familien mit erhöhtem Bedarf tatsächlich erreichen. Zum anderen sollten diese Angebote die Funktion eines „Lotsen“ zu weiteren Gesundheitsleistungen einschließen, damit die Versorgungslücken bisher unterversorgter Kinder geschlossen werden können.

⁶⁴ Kinder- und Jugendgesundheitsbericht Köln, 2002, S. 26 bezüglich Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

⁶⁵ Kölner Stadtanzeiger (KSTA) vom 31.10.08 und 12.11.08

⁶⁶ Meurer und Siegrist (2005, S. 14) führen als Gründe für die mangelnde Teilnahme an deren Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen bei Eltern aus unteren sozialen Schichten an: Distanz zu Vertretern der Medizin, die eher der Oberschicht entstammen, tendenziell niedriger Wissensstand über Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustandes, tendenziell geringe Problemsensitivität und mangelndes Vertrauen in die eignen Handlungskompetenzen, tendenziell eher kurzfristig orientierte Lebensplanung. Wegner (2005) weist darauf hin, dass Eltern Arzt /in häufig wechseln, wenn ein Entwicklungsrückstand diagnostiziert wird. Dies erschwert die Verlaufskontrolle sowie das Einleiten erforderlicher Maßnahmen.

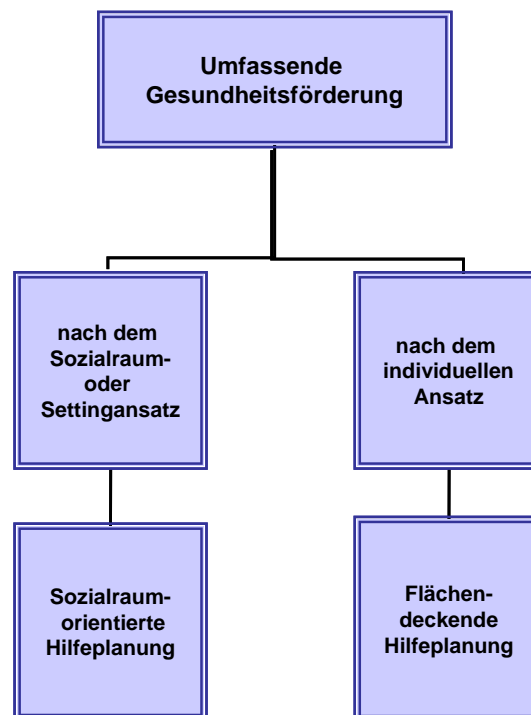
4.4.3. Gesundheitsförderung durch Präventionsangebote

Präventionsangebote in Köln

In Köln gibt es eine hohe Vielfalt an gesundheitsfördernden Angeboten für Kinder und Jugendliche. Hier werden zunächst die Angebote von der Geburt bis zum Schuleintritt betrachtet.

Als Grundlage einer **umfassenden Gesundheitsförderung** bietet sich eine systematische Betrachtungsweise an, die den **sozialraumbezogenen als auch den individuellen Bedarf** berücksichtigt.

Abbildung 57: Umfassende Gesundheitsförderung



Fokus des Sozialraum- oder Settingansatz auf die Stärkung des Lebensraums

Der „**Sozialraum- oder Settingansatz**“ orientiert sich primär an Lebensräumen und zielt darauf ab, durch Strukturbildung Gesundheit im sozialen Gefüge zu fördern. Unter Lebensräumen sind soziale Systeme wie Stadtteile oder Wohngebiete, aber auch Institutionen wie Kindertagesstätten und Schulen zu verstehen.

Der Settingansatz bietet den Vorteil, dass gesundheitsfördernde Strukturen geschaffen und sozialraumbezogene Ressourcen aufgebaut werden können. Da ein gesundheitliches Präventionsangebot im gesamten Setting angeboten wird, kann eine Stigmatisierung des Individuums oder einer bestimmten Gruppe vermieden werden. Niedrigschwelliger Zugang und Nachhaltigkeit sind beim Settingansatz am wahrscheinlichsten, da auf vorhandene Beziehungsstrukturen aufgebaut werden kann, z.B. Nachbarschaft, Beziehung Erzieherin und Mutter in der Kindertagesstätte.

Ein Nachteil des Settingansatzes kann darin bestehen, dass Sozialräume, bei denen erhöhter Bedarf ersichtlich wird, eine Stigmatisierung erfahren können. Ein sensibler Umgang mit kleinräumigen Daten ist daher geboten.

Der „**Individuelle Ansatz**“ beinhaltet Interventionen, die auf den einzelnen Menschen ausgerichtet sind und seine individuellen Potenziale zu einer gesundheitsfördernden Lebensweise aktivieren sollen. Dabei besteht der Vorteil, dass maßgeschneiderte Lösungen entwickelt werden können. Allerdings setzt der individuelle Ansatz ein flächendeckendes Programm voraus.

Fokus des individuellen Ansatz auf Stärkung des Individuums

Die nachfolgend beschriebenen Ansätze unter 4.4.4. und 4.4.5. umfassen die „Sozialraumorientierte Hilfeplanung“, (Settingansatz), sowie die „Flächendeckende Hilfeplanung“ (individueller Ansatz).

4.4.4. Sozialraumorientierte Hilfeplanung (Settingansatz)

Überblick und Bewertung der Situation

Die „Integrierte Jugendhilfe und Schulentwicklung“ (IV/2) erstellte auf Initiative des Dezernats IV für Bildung, Jugend und Sport und des Dezernats V für Soziales, Integration und Umwelt in 2007 eine Übersicht der gesundheitsfördernden Angebote im Handlungsfeld Kindertagesstätten und Familie in Köln. Dabei wurde die Vielfältigkeit der vorhandenen Angebotslandschaft deutlich.

Vielfalt an gesundheitsfördernden Angeboten in Köln

Ebenso haben sich unterschiedliche Netzwerke und Gremien gegründet, die sich mit dieser Thematik befassen, z.B.:

Das Gesunde Städte Netzwerk auf Landesebene,
Arbeitskreis der Kommunalen Gesundheitskonferenz,
der Arbeitskreis Sozialraum Sport,
Lösungsraum Gesundheit,
Kölner Netzwerke Gesundheitsfördernder Kindergärten,
Kölner Netzwerk Gesundheitsbildung,
das Netzwerk Bezirk Mülheim
und das Netzwerk Gesundheitsorientierte Jugendarbeit.

Netzwerke und Gremien

Aufgrund des Umfangs wird hier auf eine detaillierte Darstellung der gesamten Angebotspalette verzichtet. Zur Veranschaulichung werden drei erwähnenswerte Projekte exemplarisch vorgestellt:

So wird von den oben genannten Netzwerken das „**Kölner-Netzwerk gesundheitsfördernder Kindergärten**“ näher erläutert:

Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten

Das „Kölner Netzwerk Gesundheitsfördernder Kindergärten“ wurde am 05.12.2005 von dem Gesundheitsamt der Stadt Köln, in Abstimmung mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz Köln, ins Leben gerufen und ist seit dem Mitglied im Landesprogramm NRW Bildung und Gesundheit.

**Kölner Netzwerk
„Gesundheitsfördernder
Kindergarten“**

Dieses Landesprogramm, originär in dem Bereich der schulischen Bildung tätig, hat seit einigen Jahren seinen Auftrag erweitert und seine konzeptionellen Netzwerkstrukturen zur Gesundheitsförderung auf die Kindergärten übertragen. Es möchte als „Netzwerk für Bildung und Gesundheit“ die vertikale Anschlussfähigkeit der Bildungsbereiche vom Elementar- bis hin zum Sekundarbereich unter dem Leitmotiv der Gesundheitsförderung unterstützen. In diesem Sinne wird die Kooperation zwischen Kindertagesstätte (KiTa) und Grundschule gefördert.

**Gesundheitsamt als
Koordinator des Netzwerkes**

Träger und Koordinator des Kölner Netzwerks Gesundheitsfördernder Kindergärten ist das Gesundheitsamt der Stadt Köln. Die Kommunale Gesundheitskonferenz Köln begleitet und unterstützt die gesundheitsfördernde Arbeit des Netzwerks mit einer Arbeitsgruppe, in der alle namhaften Akteure des Kölner Gesundheitswesens vertreten sind.

Vernetzung

Das Netzwerk bietet eine Plattform, die den Austausch von Erfahrungen und Informationen zum Schwerpunkt Kindergärten und Gesundheit ermöglicht. Es arbeitet auf der Grundlage des Settingansatzes, um Gesundheitsförderung in den Arbeits-, Lern- und Erlebnisraum von Kindergärten zu integrieren und das Lebens- und Arbeitsfeld gesundheitsförderlich zu gestalten. Dabei sollen die KiTas den gesundheitsfördernden Ansatz für ihren Standort selbst entwickeln, ihre Ziele selbst definieren und sich „von ihrer (jeweiligen) Ausgangslage auf den gesundheitsförderlichen Weg machen“.

**Beratung
Förderung
Qualifizierung**

Ziel des Landesprogramms NRW Bildung und Gesundheit ist es dabei, die KiTas auf diesem Weg zu unterstützen, sowie vorhandene Ansätze zu stärken und Aktivitäten anzuregen.

Dies geschieht unter anderem durch:

- Konzeptionelle Beratung in Fragen der Gesundheitsförderung;
- Vermittlung von Institutionen und Referenten;
- Durchführung regelmäßiger Netzwerktreffen;
- Fachtagungen;
- Vorbereitung, Begleitung und Auswertung von Evaluationsarbeiten;
- Finanzielle Mittel über das Netzwerk;
- Kooperation zwischen KiTa und Grundschule.

Alle regionalen Kindergärten in städtischer und nichtstädtischer Trägerschaft können Mitglied im Kölner Netzwerk werden. Das Kölner Netzwerk umfasst derzeit 47 Einrichtungen, und zwar 23 Einrichtungen in städtischer und 24 Einrichtungen in freier Trägerschaft.

Die Schwerpunkte der gesundheitsfördernden Netzwerkaktivitäten beziehen sich insbesondere auf folgende Handlungsfelder:

- **Gesunde Ernährung**
(Teambesprechung und -beratung, Multiplikatorenschulung, Elternabend, Elternworkshop, Offene Sprechstunden, Eltern- und Teamtraining, praktische Umsetzung);
- **Bewegungsförderung**
Ausbildung zum „Zertifizierten Bewegungskindergarten“, Bewegungsprojekt für Kinder mit mangelnden Bewegungserfahrungen im Vor- und Grundschulalter,
(das Angebot richtet sich insbesondere an Kinder mit Auffälligkeiten in den Bereichen Koordination, Wahrnehmung, Konzentration und Aufmerksamkeit);
- **Sucht und Gewaltprävention;**
- **Durchführung von Netzwerktreffen.**

***Gesundheitliche
Schwerpunkte des Kölner
Netzwerkes
gesundheitsfördernder
Kindergärten***

Desweiteren wurde aktuell ein **umfassendes und übergreifendes Netzwerk, das „Kölner Bündnis für Gesunde Lebenswelten“** gegründet, ein Kooperationsprojekt der Stadt Köln mit der Lernenden Region Netzwerk Köln e.V., der Deutschen Sporthochschule Köln, dem StadtsportBund Köln und vielen weiteren Partner/innen und Projekten.

***„Kölner Bündnis für Gesunde
Lebenswelten“ als Netzwerk
der Netzwerke***

Ziel des Kölner Bündnisses ist es, Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche bedarfsgerecht weiterzuentwickeln und insbesondere in sozial benachteiligten Stadtgebieten zu etablieren.

**Ressourcenorientierter
Ansatz**

Das „Kölner Bündnis Gesunde Lebenswelten“ versteht sich dabei als ein infrastrukturelles „Netzwerk der Netzwerke“ und verfolgt das Anliegen, bei den Kindern und Jugendlichen, die Bewegungsaktivitäten, das gesunde Ernährungsverhalten und die Stressregulation zu steigern und damit zu einem gesunden Lebensstil beizutragen. Dabei werden eine Vernetzung, eine Transparenz und Nachhaltigkeit der Angebote, sowie eine enge Zusammenarbeit mit den relevanten Akteuren vor Ort angestrebt⁶⁷.

**„Sozialraumorientierte
Hilfsangebote in Köln“**

In diesem Zusammenhang sei auch das Rahmenkonzept **„Sozialraumorientierte Hilfsangebote in Köln“** erwähnt, das am 15.12.2005 vom Rat der Stadt Köln beschlossen wurde, und als eine weitere übergreifende sozialraumbezogene Maßnahme betrachtet werden kann. Das Rahmenkonzept wurde von der Stadtverwaltung und der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege gemeinsam erarbeitet und zielt darauf ab, (zunächst) in zehn ausgewählten „Sozialraumgebieten“ vorrangig in den Handlungsfeldern Jugend, Soziales, Bildung, Gesundheit, Sport und Kultur, die Vernetzung und Kooperation maßgeblicher Institutionen und Träger zu intensivieren, vorhandene Hilfsangebote zu effektiveren und Prävention in den Vordergrund zu rücken.

**Sozialraumorientierte
Steuerung der Hilfen in zehn
ausgewählten Gebieten**

Die ausgewählten Sozialraumgebiete sind (Stand: 31.12.2008):

- Sozialraumgebiet 1: Bickendorf/Westend/Ossendorf
- Sozialraumgebiet 2: Chorweiler/Blumenberg/Seeberg
- Sozialraumgebiet 3: Höhenberg/Vingst
- Sozialraumgebiet 4: Ostheim/Neubrück
- Sozialraumgebiet 5: Mülheim-Nord
- Sozialraumgebiet 6: Buchheim/Buchforst
- Sozialraumgebiet 7: Porz-Ost/Finkenberg/Gremberghoven/Eil
- Sozialraumgebiet 8: Meschenich/Rondorf
- Sozialraumgebiet 9: Bilderstöckchen
- Sozialraumgebiet 10: Bocklemünd/Mengenich.

⁶⁷ Leitbild „Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten 2010“, Entwurf

Es zeigen sich eine Überschneidung der ausgewählten Sozialräume Bickendorf, Chorweiler, Seeberg, Höhenberg, Ostheim, Mülheim-Nord, Buchforst, Buchheim, Porz-Ost, Finkenberg, Gremberghoven, Meschenich und Bocklemünd/Mengenich dieses Projektes und den Stadtteilen, bei denen die Analyse unter 3.7. einen erhöhten gesundheitlichen Bedarf aufweist.

Durch die genannten Gremien und Projekte konnte die Grundlage für eine übergreifende Koordination der Gesundheitsförderung in Köln geschaffen werden.

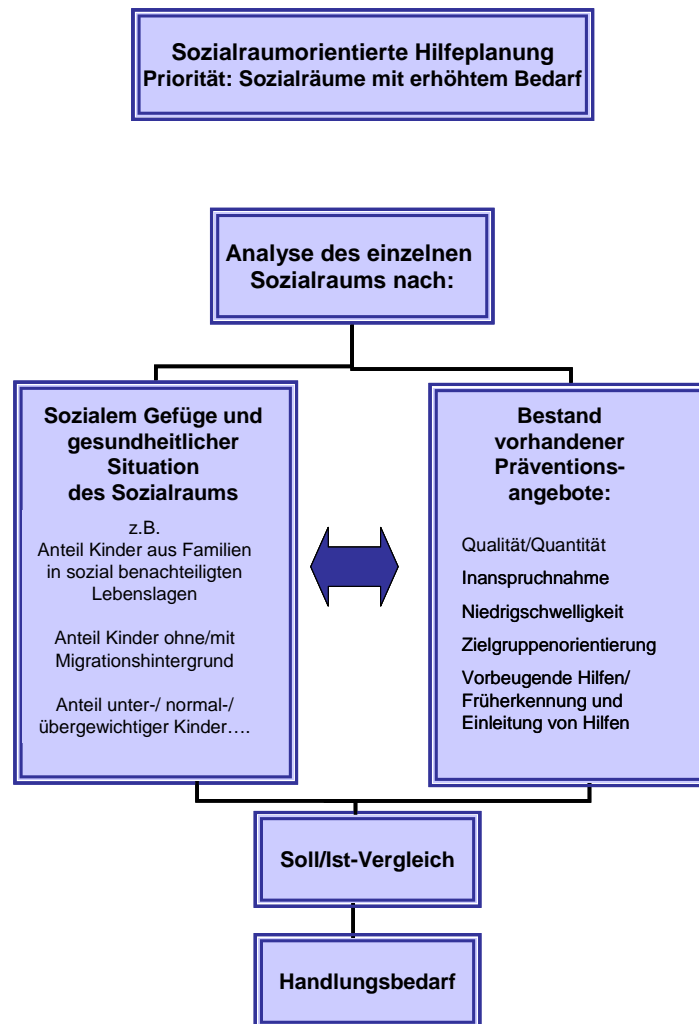
Ansätze für eine Weiterentwicklung der sozialraumorientierten Gesundheitsförderung

Die Gegenüberstellung des Bedarfs und der bereits vorhandenen Angebotsstruktur in den einzelnen Sozialräumen ermöglicht den Blick auf eine eventuelle Über-, Unter-, Fehl- oder Parallelversorgung (siehe Abbildung unten).

Durch eine gesamtstädtische Steuerung der Angebote kann eine gezielte und übergreifende Kanalisierung der Ressourcen erfolgen.

Soll-/Istanalyse des Präventionsangebots

Abbildung 58: Sozialraumorientierte Hilfeplanung



Gewachsene Sozialräume als Basis einer Bedarfsplanung

Die sozialraumbezogenen Analysen sollten sich möglichst kleinräumig an den gewachsenen Sozialraumgrenzen orientieren. Dabei ist zu berücksichtigen dass diese häufig mit Stadtteilgrenzen nicht deckungsgleich sind.

Die höchste Priorität haben die Förderung gesunder Lebensbedingungen und –verhaltensweisen, sowie das Verhindern von Erkrankungen im Vorfeld (Primärprävention). Zweite Priorität hat die Früherkennung von Krankheiten und das Einleiten gezielter Maßnahmen der Gesundheitsförderung (Sekundärprävention). Schwerpunkte liegen hier im gesundheitspädagogischen Bereich, sowie in der „Lotsenfunktion“ zu medizinischen Angeboten, z.B. Früherkennungsuntersuchungen, notwendige Anschlussbehandlungen.

Um feststellen zu können, ob die vorhandenen Maßnahmen geeignet sind und ausreichend ihren Zweck erfüllen, kann sich eine Analyse und Evaluation der vorhandenen Maßnahmen hinsichtlich folgender Aspekte als hilfreich erweisen:

Evaluation von Präventionsangeboten

- Gesundheitlicher Schwerpunkt und Zielsetzung
- Konzept
- Zielgruppe
- Anbindung im Sozialraum
- Kapazität (Unter- oder Überversorgung) im Sozialraum
- Inanspruchnahme
- Wirksamkeit
- Nachhaltigkeit.

4.4.5. Flächendeckende Hilfeplanung (individueller Ansatz)

Überblick und Bewertung der Situation

Kinder mit erhöhtem Bedarf, die nicht über das ambulante oder stationäre Gesundheitsversorgungssystem erreicht oder durch Präventionsangebote angemessen unterstützt werden, sollten über ein flächendeckendes Angebot identifiziert und unterstützt werden.

Priorität haben hier Maßnahmen der Gesundheitsprävention, die einen **hohen Erreichungsgrad** haben und **frühzeitig** einsetzen.

Die einzige flächendeckende Maßnahme ist zurzeit die Schuleingangsuntersuchung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) des Gesundheitsamtes, da dort ca. 98 % aller Kinder vorgestellt werden. Eine weitere vorgeschaltete Untersuchung aller vierjährigen Kinder in den Kindertagesstätten ist momentan im Aufbau begriffen. Durch diesen „Gesundheitscheck“ sollen alle vierjährigen Kinder erreicht werden, die in Kindertagesstätten betreut werden (über 97 % aller vierjährigen Kinder).

Schuleingangsuntersuchung als einziges flächendeckendes Angebot

Rolle des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst verfügt als einzige Instanz über die Kompetenz

- von sich aus festzustellen, ob Maßnahmen erforderlich sind;
- bei Bedarf, Maßnahmen initiativ einzuleiten bzw. sicherzustellen, dass notwendige Maßnahmen eingeleitet werden.

Gesundheitscheck für Vierjährige im Aufbau

Aus Kapazitätsgründen können bisher die Untersuchungen für vierjährige Kinder noch nicht flächendeckend durchgeführt werden. Ebenso konnte bisher die weitere Begleitung bei individuellem Bedarf nur sporadisch durchgeführt und eine kontinuierliche Begleitung bis zum Schulende nicht gewährleistet werden.

In der Ratssitzung vom 25.09.2008 wurde eine weitere Stelle für eine/n Fachärzt/in für Kinder- Jugendpsychiatrie bei dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst bewilligt. Durch diese geplante Erweiterung kann die fachliche Kompetenz des Teams erweitert und dem hohen Anteil an Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten Rechnung getragen werden.

Projekt „Gesunde Zukunft für Kinder in Köln“ mit Aussicht auf hohen Erreichbarkeitsgrad

Vorbeugende und frühzeitige Hilfen wurden bisher durch ein vielseitiges Angebot der Schwangerschaftskonfliktberatung⁶⁸, Projekte für werdende und junge Mütter bzw. Eltern, sowie durch die Familienhebamme des Gesundheitsamtes bereitgestellt. Derzeit wird die Angebotspalette durch das Programm „Gesunde Zukunft für Kinder in Köln“ umfassend erweitert.

Das im Aufbau begriffene Frühwarnsystem der Stadt Köln „Gesunde Zukunft für Kinder in Köln“ (siehe 4.4.1.) wird voraussichtlich über einen hohen Erreichungsgrad verfügen, da zu jeder jungen Mutter Kontakt aufgenommen wird und die Clearingstelle bei Beratungsbedarf frühzeitig eingeschaltet werden kann.

Ansätze für eine Weiterentwicklung der flächendeckenden Hilfeplanung

Ausbau, Weiterentwicklung und Optimierung bestehender Hilfesysteme

Dabei sind folgende Ziele zu nennen:

- Zu gewährleisten, dass der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst über ausreichende personelle und materielle Kapazitäten verfügt, um sich gezielt weiterentwickeln zu können;
- das gleiche für das im Aufbau befindlichen Frühwarnsystem zu gewährleisten;
- Ergebnisse des im Aufbau befindlichen Frühwarnsystem auszuwerten, um das Angebot zu optimieren und gegebenenfalls Erkenntnisse bei der

⁶⁸ Eine detaillierte Darstellung findet sich in den Gesundheitsberichten über die Beratungsstellen für Schwangerschaft, Familienplanung und Sexualität in Köln, Teil 1 aus 2005 und Teil 2 aus 2006

Planung weitergehender gesundheitsfördernder Angebote einbeziehen zu können.

4.4.6. Gesundheitsförderung für Schulkinder und Jugendliche

Diese umfassende Gesundheitsförderung sollte bei Schulkindern und Jugendlichen systematisch fortgesetzt werden (siehe 4.1.4).

Bei dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes reichen die derzeitigen Kapazitäten nicht aus, um für diese Zielgruppe der Schulkinder flächendeckende Untersuchungen oder bei Bedarf individuelle Begleitung anbieten zu können. Durch eine gezielte Weiterentwicklung könnte auch hier eine weitere Lücke in der gesundheitlichen Versorgung geschlossen werden. Ob und inwieweit Bedarf an dem Um- und Ausbau weiterer Präventionsprogramme besteht, könnte anhand einer entsprechenden Analyse, wie oben für Vorschulkinder beschrieben, festgestellt werden.

Bei den Stadtteilen, die einen erhöhten Bedarf an gesundheitlicher Prävention im Vorschulalter aufweisen, ist ebenfalls davon auszugehen, dass der Bedarf von Schulkindern und Jugendlichen in den genannten gesundheitlichen Bereichen erhöht ist.

***Ziel: Kontinuierliche
Fortführung der
Gesundheitsförderung bis in
das Erwachsenenalter***

5. Schlusswort und Ausblick

Aktuelle gesundheitliche Problematik bei Vorschulkindern in Köln

Die gesundheitliche Situation von Kindern ist im Wandel begriffen. Dabei stellen die „neuen Kinderkrankheiten“ die Kölner Gesundheits-, Jugend- und Sozialpolitik vor ernstzunehmende Herausforderungen. So erweisen sich Auffälligkeiten in der **Entwicklung, insbesondere der Sprachentwicklung** sowie **Verhaltensauffälligkeiten** als gesundheitliche Problemfelder von hoher Brisanz. Ferner lässt sich eine auffallend hohe Zahl an Kindern mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht (Adipositas) feststellen. Überproportional häufig betroffen sind **Kinder aus Familien in sozial benachteiligten Lebenslagen und Kinder mit Migrationshintergrund**. Dabei konnte bei einer sozialraumorientierten Analyse eine **Häufung gesundheitlicher Risiken in sozial benachteiligten Stadtteilen** festgestellt werden. Selbst bei rückläufigen Kinderzahlen ist daher von einer Bedarfssteigerung auszugehen. Ein zunehmender Anteil an Kindern mit gravierenden gesundheitlichen Störungen wird einer Diagnostik, Beratung und Vermittlung in intensivere und kontinuierliche Maßnahmen bedürfen.

Flächendeckendes Hilfesystem als Ziel

Daher ist der Ausbau eines flächendeckenden Hilfesystems von hoher Bedeutung. Dem kommunalen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst kommt dabei eine wichtige Rolle zu, da er im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen nahezu eine ganze Jahrgangskohorte untersucht. In seiner sozialkompensatorischen Funktion kann er ein Wächteramt wahrnehmen und sicherstellen, dass diejenigen Kinder notwendige Hilfen erhalten, die ansonsten durch das Netz des regulären Versorgungsnetzes gefallen wären.

Rolle des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

Die Ergebnisse des Berichts belegen, dass trotz der Verbesserung des Präventionsangebots in diesem Bereich weiterhin ein hoher Bedarf besteht. Örtlich gesehen kann eine hohe Übereinstimmung festgestellt werden zwischen den Sozialraumgebieten des Rahmenkonzepts „Sozialraumorientierte Hilfsangebote in Köln“, das am 15.12. 2005 vom Rat der Stadt Köln beschlossen wurde, und den Stadtteilen, bei denen in diesem Bericht ein erhöhter gesundheitlicher Bedarf ersichtlich wurde.

Effektive und sozialräumlich ausgerichtete Gesundheitsförderung als Ziel

Wie in den meisten Großstädten Deutschlands können auch in Köln Tendenzen der Zunahme einer sozialen Entmischung (Segregation) und die Verschärfung einer Polarisierung in arme und wohlhabende Wohngebiete beobachtet werden⁶⁹. Vor diesem Hintergrund erweist sich eine sozialräumlich ausgerichtete Gesundheitsförderung, die kompensatorisch auf die Ungleichverteilung von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken einwirkt, als angezeigt und zielführend. Die vorhandenen Hilfsangebote der gesundheitlichen Prävention, insbesondere in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Verhalten, Sprache und Stärkung der Elternkompetenz, sollten effektiviert, sozialraumbezogen eingebunden und bei Bedarf ausgebaut werden. Kinder aus Familien in sozial benachteiligten Lebenslagen und Kinder mit Migrationshintergrund sind mit niedrigschwelligen und frühzeitig einsetzenden Angeboten besonders zu berücksichtigen.

⁶⁹ Vgl. Friedrichs, Triemer, 2008, S 37

„Notwendig für eine gesunde Entwicklung ist eine die gesamte Kindheit begleitende Anregung. Kein noch so gutes Spiel- und Entwicklungsprogramm kann bereits gestörte Kinder zu geistig lebhaften, kreativen, phantasievollen und wissbegierigen Kindern umbiegen. Wir müssen daher schon im vorschulischen Altersbereich wieder zurückfinden zur Pädagogik“ (Fegeler, 2004). Offensichtlich steigt die Zahl der Eltern, die nicht in der Lage sind, ihren Erziehungsauftrag wahrzunehmen und ihre Kinder ausreichend zu fördern. Neben einer gezielten Stärkung der Elternkompetenz sollten ergänzende Betreuungsangebote zur Verfügung stehen, damit die Defizite so weit wie möglich ausglich werden. Dies kann beispielsweise durch Tagesmütter, Kindergärten und Kindertagesstätten geleistet werden.

Wie andernorts bestätigt wurde, trägt eine lange Verweildauer in der Kindertagesstätte zu der Förderung der gesamten Entwicklung des Kindes bei. Daher sollte die Möglichkeit eines frühzeitigen Kindertagesstättenbesuchs flächendeckend als Maßnahme der vorbeugenden Hilfe genutzt werden. Es bedarf dafür jedoch entsprechender Ressourcen und vor allem einer gesellschaftlichen Würdigung dieser wichtigen pädagogischen Tätigkeit.

Bei qualifizierter Betreuung, ausreichender Ausstattung, begleitenden Angeboten im Rahmen eines Familienzentrums und durchmischten Gruppen bestehen gute Chancen, die hohe Zahl behandlungsbedürftiger Kinder zu reduzieren. Wenn die Gesamtkoordination für die Platzvergabe in integrativen Kindertagesstätten bei dem Jugendamt eingerichtet werden könnte, bestände die Möglichkeit, dass entwicklungsauffällige Kinder bei Bedarf gezielt in entsprechende Einrichtungen vermittelt werden. Das ist besonders wichtig für diejenigen Kinder, deren Eltern nicht in der Lage sind, initiativ einen Platz für ihr Kind zu besorgen.

Die unterschiedlichen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung können nur durch ein systematisches, ressortübergreifendes Vorgehen, sowie durch ein kreatives Zusammenspiel von Gesundheits- und Kinder- und Jugendhilfeplanung umgesetzt werden.

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen bieten sich dabei als eine wertvolle Informationsquelle an, die zum einen den Bedarf an Gesundheitsförderung im Vorschulalter aufgezeigt und zum anderen einen Ausblick auf den individuellen Förderbedarf bei Schulkindern gibt. Im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages gemäß § 21 ÖGDG wird die Gesundheitsberichterstattung die Präsentation dieser Ergebnisse in Form eines Monitorings fortführen und damit eine Basis für die weitere Bedarfsplanung bieten.

Bedeutung der Kindertagesstätten

Ressortübergreifendes Vorgehen erforderlich

Fortlaufende Gesundheitsberichterstattung

6. Anhang

6.1. Ausgewählter Indikatorensatz der Datenanalyse

6.1.1. Allgemeine Indikatoren

Als allgemeine Indikatoren wurden die Variablen „Kinder ohne/mit Migrationshintergrund“ und „Hilfeempfängerdichte der Stadtteile“ ausgewählt.

Bei der Variable „**Kinder ohne/mit Migrationshintergrund**“ wurde folgende Differenzierung vorgenommen in:

Migrationshintergrund

- Kinder ohne Migrationshintergrund: Die Mutter des Kindes ist in Deutschland geboren und das Kind hat Deutsch als Muttersprache;
- Kinder mit Migrationshintergrund: Die Mutter des Kindes ist nicht in Deutschland geboren und/oder das Kind hat eine andere als die deutsche Sprache als Muttersprache.

Die Staatszugehörigkeit ist für den Migrationshintergrund kein aussagekräftiges Kriterium mehr, da Kinder ausländischer Eltern nach der am 01.01.2000 in Kraft getretenen Neuregelung des Staatsbürgerschaftsrechts mit der Geburt die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten können, sofern ein Elternteil wenigstens acht Jahre regelmäßig in Deutschland lebt.

Daher wird in den folgenden Auswertungen für die Bestimmung des Migrationshintergrunds der Geburtsort der Mutter herangezogen. Ein weiterer Hinweis auf einen Migrationshintergrund liegt vor, wenn eine andere als die deutsche Sprache die Muttersprache ist. Diese beiden Kriterien stellen Hilfskonstruktionen dar, die einen möglichen Migrationshintergrund sensibler erfassen können, als dies über die Variable Staatsangehörigkeit möglich ist. Beide Hilfsvariablen wurden zur Bildung der Variablen „Migrationshintergrund“ kombiniert.

In einem weiteren Schritt erfolgten Analysen nach dem Geburtsland der Mutter, differenziert hinsichtlich Deutschland, der Türkei und anderer Ländern. Diese Kategorisierung wurde gewählt, da die Personengruppe türkischer Herkunft den größten Anteil der Personen mit Migrationshintergrund darstellt⁷⁰.

⁷⁰ Bei der Variable „Herkunftsland der Mutter“ ist zu beachten, dass die Kinder, deren Mütter in Deutschland geboren sind und deren Muttersprache nicht deutsch ist, in der Gruppe „deutsch“ zugeordnet werden.

Bei der Variable „**Hilfeempfängerdichte**“ wurde folgende Kategorisierung gewählt:

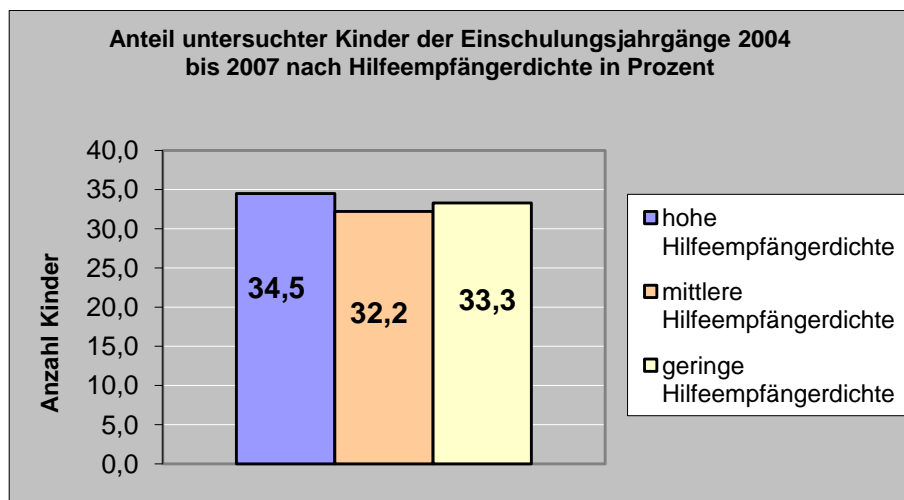
Hilfeempfängerdichte der Stadtteile

Um Zusammenhänge zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Situation erschließen zu können, wurden die Datensätze vor ihrer Auswertung stadtteilbezogen (85 Stadtteile) je nach Sozialhilfeempfängerdichte für die 6- bis 13-jährigen Kinder in drei „Wohnlagen“ gegliedert⁷¹. Dabei ergeben sich folgende Kategorien:

- Stadtteile mit hoher Hilfeempfängerdichte
(17 % bis 40 % Hilfeempfänger/innenanteil);
- Stadtteile mit mittlerer Hilfeempfängerdichte
(von 9 % bis kleiner 17 % Hilfeempfänger/innenanteil);
- Stadtteile mit geringer Hilfeempfängerdichte
(0 % bis kleiner 9 % Hilfeempfänger/innenanteil).

Die Kategorien wurden so gewählt, dass sich anteilmäßig etwa eine gleiche Verteilung ergibt:

Abbildung 59: Anteil Gesamtzahl untersuchter Kinder nach Hilfeempfängerdichte



Des Weiteren wird eine sozialraumorientierte Analyse auf Stadtteilebene anhand ausgewählter Indikatoren durchgeführt. Diese gibt Aufschluss darüber, inwieweit es bei der Häufung von Risikofaktoren stadtteilbezogene Unterschiede gibt, die auf einen verstärkten Hilfebedarf hinweisen. Als besonders aussagekräftig erweisen sich für kleinräumige Analysen die Indikatoren „Teilnahme U 8“, „Übergewicht und deutliches Übergewicht“, „Aktueller Bedarf Sprachtherapie“, „Zweifacher Impfschutz gegen Masern, Mumps und

Sozialraumanalyse

⁷¹ Dieses Verfahren wurde von Mersmann, 2000, S. 14 übernommen, zugrunde gelegt wurden in dieser Auswertung die Daten vom 31.12.2005, da der Untersuchungszeitraum von Herbst 2003 bis Frühjahr 2007 umfasst und dieses Datum eine ungefähre zeitliche Mitte darstellt.

Röteln“⁷². Daher wurden diese Indikatoren für die Sozialraumanalyse ausgewählt und auf der Ebene der neun Stadtbezirke Innenstadt, Rodenkirchen, Lindenthal, Ehrenfeld, Nippes, Chorweiler, Mülheim, Kalk und Porz sowie der 85 Stadtteile analysiert.

6.1.2. Themenbezogene Indikatoren

Impfschutz

Aus dem gesamten Datensatz der Schuleingangsuntersuchungen wurden folgende Variablen ausgewählt:

- „Der Impfpass wurde bei der Impfung vorgelegt“
Erfasst wird, welche Kinder den Impfpass bei der Schuleingangsuntersuchung vorlegen. Nur bei diesen Kindern kann der Impfstatus überprüft werden.
- „Zwei vollständige Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln“
Aufgrund der Masernepidemien in den vergangenen Jahren wurde die Dringlichkeit eines vollständigen Masernimpfschutzes in einem besonderen Maße deutlich. Da in der Regel die Masern-, Mumps-, Rötelnimpfung als Kombinationsimpfung durchgeführt wird, wird hier der Impfschutz gegen die drei Infektionen gemeinsam betrachtet.
- „Vollständiger Impfschutz“, entsprechend der Empfehlungen der STIKO (Ständige Impfkommision beim Robert Koch-Institut); diese empfiehlt Schutzimpfungen gegen neun Infektionskrankheiten⁷³.

Bei diesen Variablen wurde ermittelt, inwieweit ein vollständiger Impfschutz vorliegt.

⁷² Vgl. Strohmeier u.a., 2007, S. 124 ff

⁷³ Dieser Impfschutz umfasst je drei Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, HiB, Hepatitis B, 4 Impfungen gegen Keuchhusten (Pertussis), je nach Wahl des Impfstoffs 2 oder 3 Impfungen gegen Polio, je zwei Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln.

HiB, Haemophilus influenzae Typ b, ist ein gefährlicher Erreger, der Meningitis (Hirnhautentzündung) auslösen kann.

Krankheitsfrüherkennung

Folgende Variablen der Schuleingangsuntersuchung wurden ausgewertet:

- „Untersuchungsheft (U-Heft) vorgelegt“
Erfasst wird, welche Kinder das Untersuchungsheft bei der Schuleingangsuntersuchung vorgelegt haben. In das U-Heft werden alle Früherkennungsuntersuchungen eingetragen. Daher konnte nur bei diesen Kindern überprüft werden, inwieweit sie die Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen haben.

- „Inanspruchnahme Früherkennungsuntersuchung 1 bis 9 (U1-U9)“

Diese Auswertung kann differenziert Auskunft über das Gesamtbild der Inanspruchnahme geben.

- „Früherkennungsuntersuchung 8 (U8) durchgeführt“

Die Auswertung der letzten beiden Untersuchungen, U8 und U9, kann stellvertretend über die Teilnahmekontinuität Auskunft geben. Aufgrund der zeitlichen Bindung der Vorsorgeuntersuchungen an das Alter der Kinder wurde nicht auf Zahlen der U9 zurückgegriffen, da diese auch nach der Schuleingangsuntersuchung liegen kann.

Gewicht

Folgende Variablen der Schuleingangsuntersuchung wurden ausgewertet:

- „Übergewicht und deutliches Übergewicht⁷⁴“
Der Anteil von Kindern mit Übergewicht (> 90te Perzentile bis 97te Perzentile) und deutlichem Übergewicht, Adipositas (>97te Perzentile) sagt etwas über ein erhöhtes Erkrankungsrisiko und das Gesundheitsverhalten der Eltern/Erziehungsberechtigten aus.
- „Untergewicht und deutliches Untergewicht“
Unter Untergewicht (< 10te Perzentile bis 3te Perzentile) und deutlichem Untergewicht (> 3te Perzentile) ist entsprechend ein im Vergleich zur Norm geringeres Körpergewicht zu verstehen. Dies kann ein Hinweis auf mögliche Erkrankungen sowie Mangel- oder Fehlernährung sein⁷⁵.

⁷⁴ Grundlage BMI, bedeutet nach Auswertungsmodell Kromeyer-Hausschild aus 2001 höher als die 90. Perzentile

⁷⁵ Grundlage BMI, bedeutet nach Auswertungsmodell Kromeyer-Hausschild aus 2001 niedriger als die 10. Perzentile

Entwicklungsstand

Entwicklungsauffälligkeiten der Sprache, Wahrnehmung, Motorik

Aus dem gesamten Datensatz der Schuleingangsuntersuchungen werden als Indikatoren die Gesamtbefunde zu den vier untersuchten Bereichen ausgewählt:

- „Bereich Visuomotorik und visuelle Wahrnehmung“
Dieser Bereich beinhaltet u.a. die Fähigkeiten, optische Signale genau zu erkennen, die genaue Reproduktion einfacher Formen, die visuelle Wahrnehmungsfähigkeit, eine ausreichende Auge-Hand-Koordination und logisch schlussfolgerndes Denken.
- „Bereich Grobmotorik und Körperkoordination“
Hierbei werden grundlegende motorische Fähigkeiten, z.B. Hüpfen auf einem Bein, überprüft.
- „Bereich Auditive Verarbeitung und Merkfähigkeit“
Dieser Bereich umfasst u.a. die Überprüfung der Fähigkeit zur Lautunterscheidung, des phonologischen Kurzzeitspeichers, das Reproduzieren von Lauten und der auditiven Fähigkeiten.
- „Bereich Sprache“
Hierbei werden die Sprachfähigkeit und die Sprachmotorik überprüft. Sprache nimmt eine zentrale Rolle in der kindlichen Entwicklung ein. Sie ist von grundlegender Bedeutung für die schulische Laufbahn und dient als wichtiges Kommunikationsmittel im Austausch mit der Umwelt.

Wenn sich der Bedarf einer logopädischen Behandlung abzeichnet, erhält das Kind bei der Schuleingangsuntersuchung eine Überweisung, um den Bedarf genauer überprüfen zu lassen.

Ebenso wird erfragt, ob in den vergangenen zwölf Monaten eine Sprachtherapie stattgefunden hat. Diese Daten geben Auskunft über behandlungsbedürftige Sprachstörungen und über die Inanspruchnahme therapeutischer Maßnahmen im Vorfeld. Daher werden zusätzlich folgende Indikatoren zur Sprachtherapie aus der Schuleingangsuntersuchung ausgewertet:

- „Aktueller Bedarf Sprachtherapie“
Bei der Schuleingangsuntersuchung äußert sich ein begründeter Verdacht, dass eine logopädische Behandlung erforderlich ist.
- „Sprachtherapie empfohlen“
Bei der Schuleingangsuntersuchung äußert sich ein begründeter Verdacht, dass eine logopädische Behandlung erforderlich ist und das Kind ist nicht in sprachtherapeutischer Behandlung.

- „Sprachtherapie in den letzten 12 Monaten“
In den letzten 12 Monaten wurde eine Sprachtherapie in Anspruch genommen. Kind ist noch in Behandlung oder die Therapie ist bereits abgeschlossen.

Entsprechend wurde der Bedarf an Ergotherapie ausgewertet und folgende Indikatoren aus der Schuleingangsuntersuchung ausgewählt:

- „Aktueller Bedarf Ergotherapie“
- „Ergotherapie empfohlen“
- „Ergotherapie in den letzten 12 Monaten“.

Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten

Als Indikatoren wurden die Befunde zu den drei Bereichen

- „Konzentration“,
- „Motorische Unruhe“ (Hyperaktivität) und
- „Emotionale Reife und soziales Verhalten“ ausgewählt.

Erfasst werden nur Verhaltensauffälligkeiten, die zu spürbaren Beeinträchtigungen für das Kind oder seine unmittelbare soziale Umgebung führen.

6.2. Stadtteildaten zur Sozialraumbezogenen Analyse

Abbildung 60: Der Anteil an übergewichtigen Kindern in Kölner Stadtteilen im Untersuchungszeitraum 2004 bis 2007, Teil 1

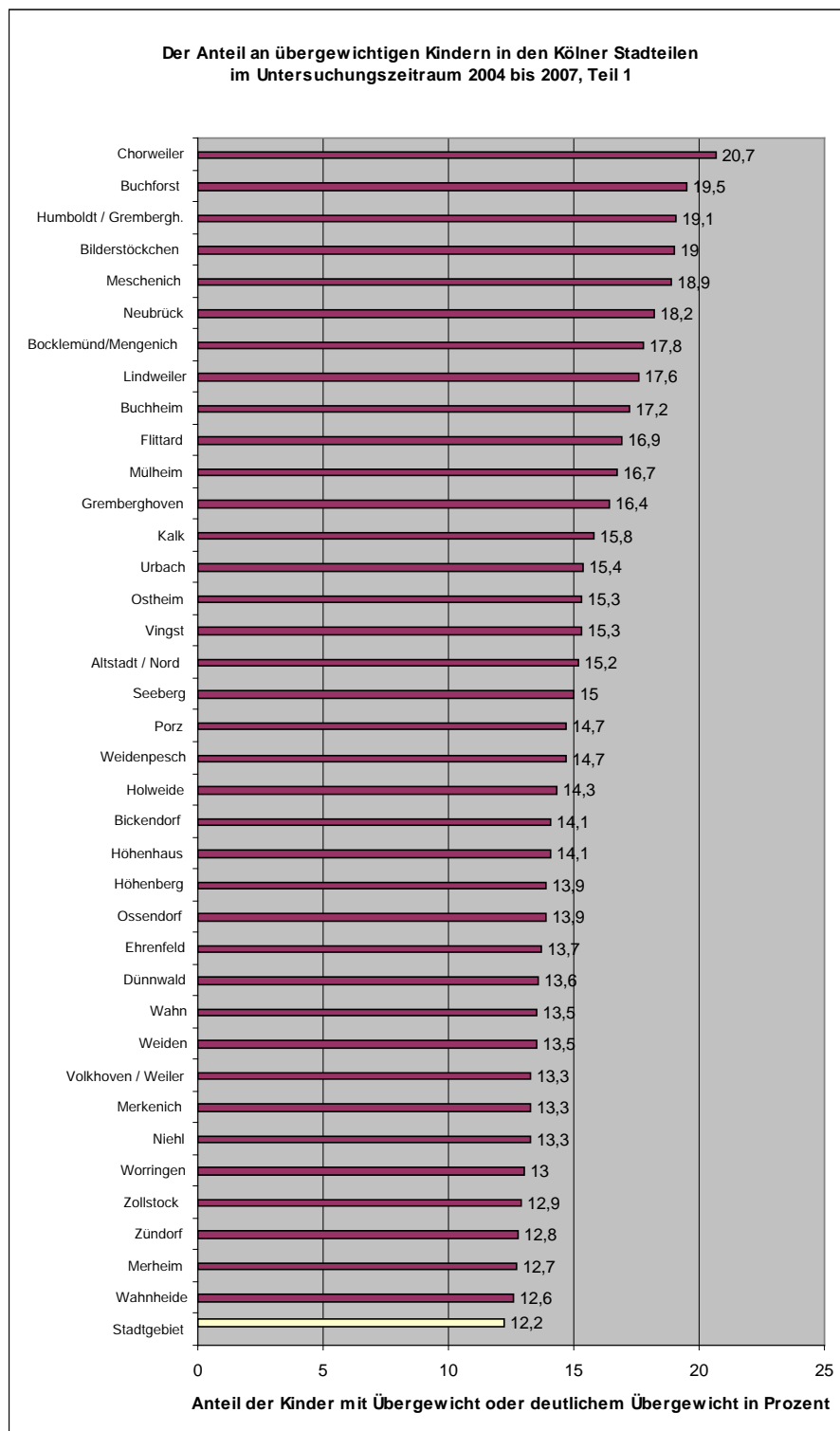


Abbildung 61: Der Anteil an übergewichtigen Kindern in Kölner Stadtteilen im Untersuchungszeitraum 2004 bis 2007, Teil 2

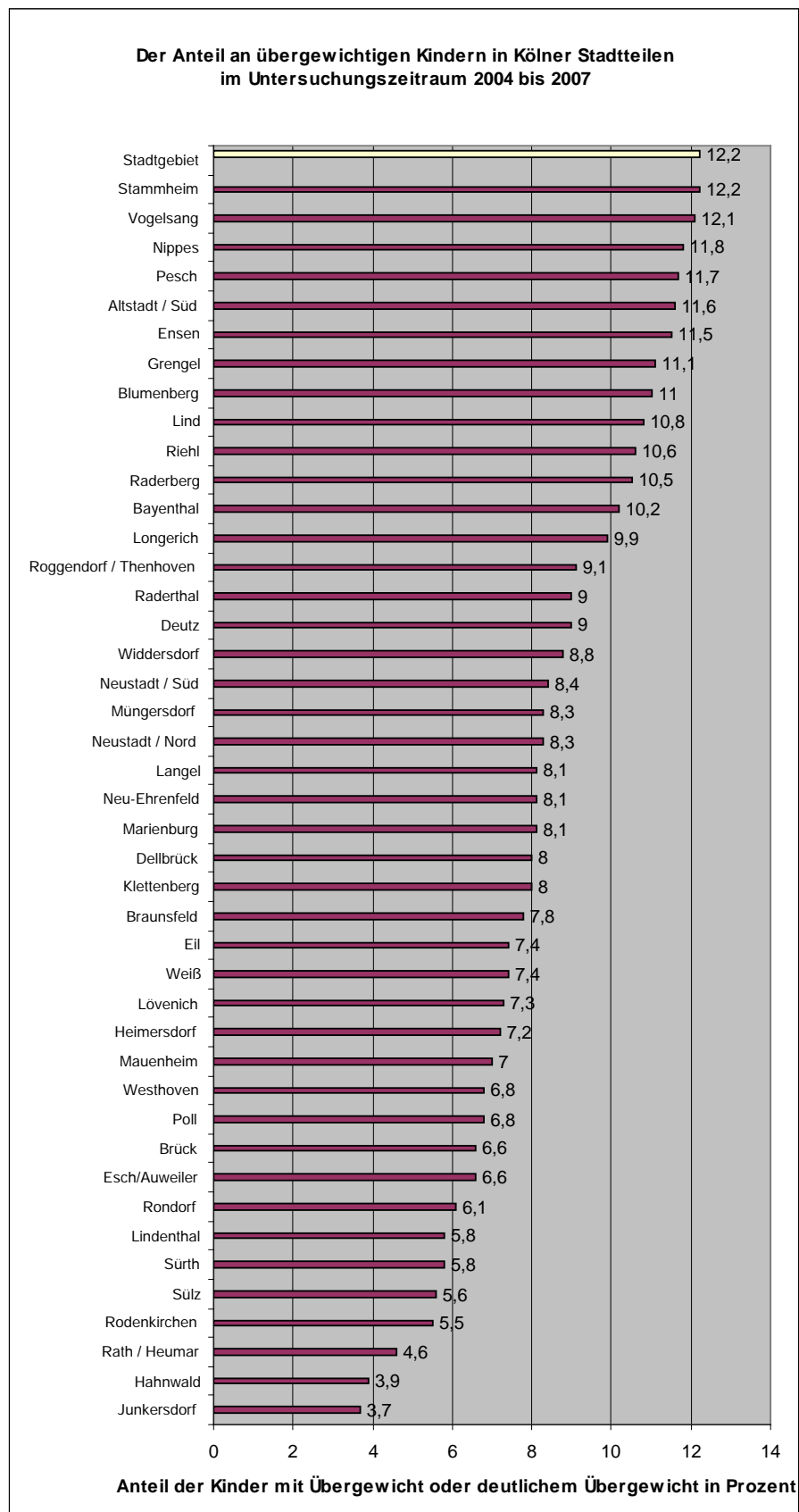


Abbildung 62: Der Anteil an Kindern mit aktuellem Bedarf an Sprachtherapie im Einschulungsjahrgang 2007, Teil 1

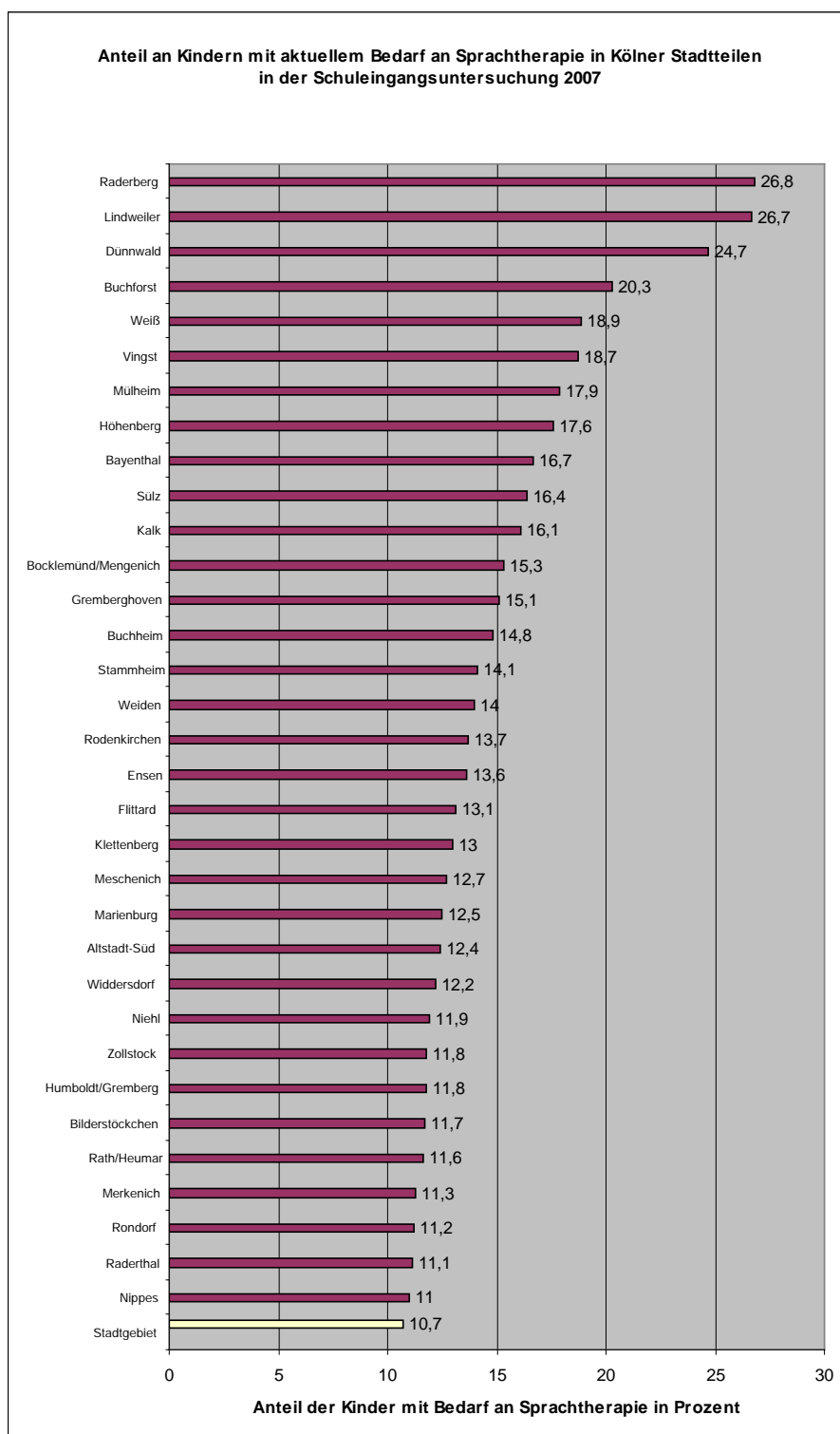


Abbildung 63: Der Anteil an Kindern mit aktuellem Bedarf an Sprachtherapie im Untersuchungszeitraum 2007, Teil 2

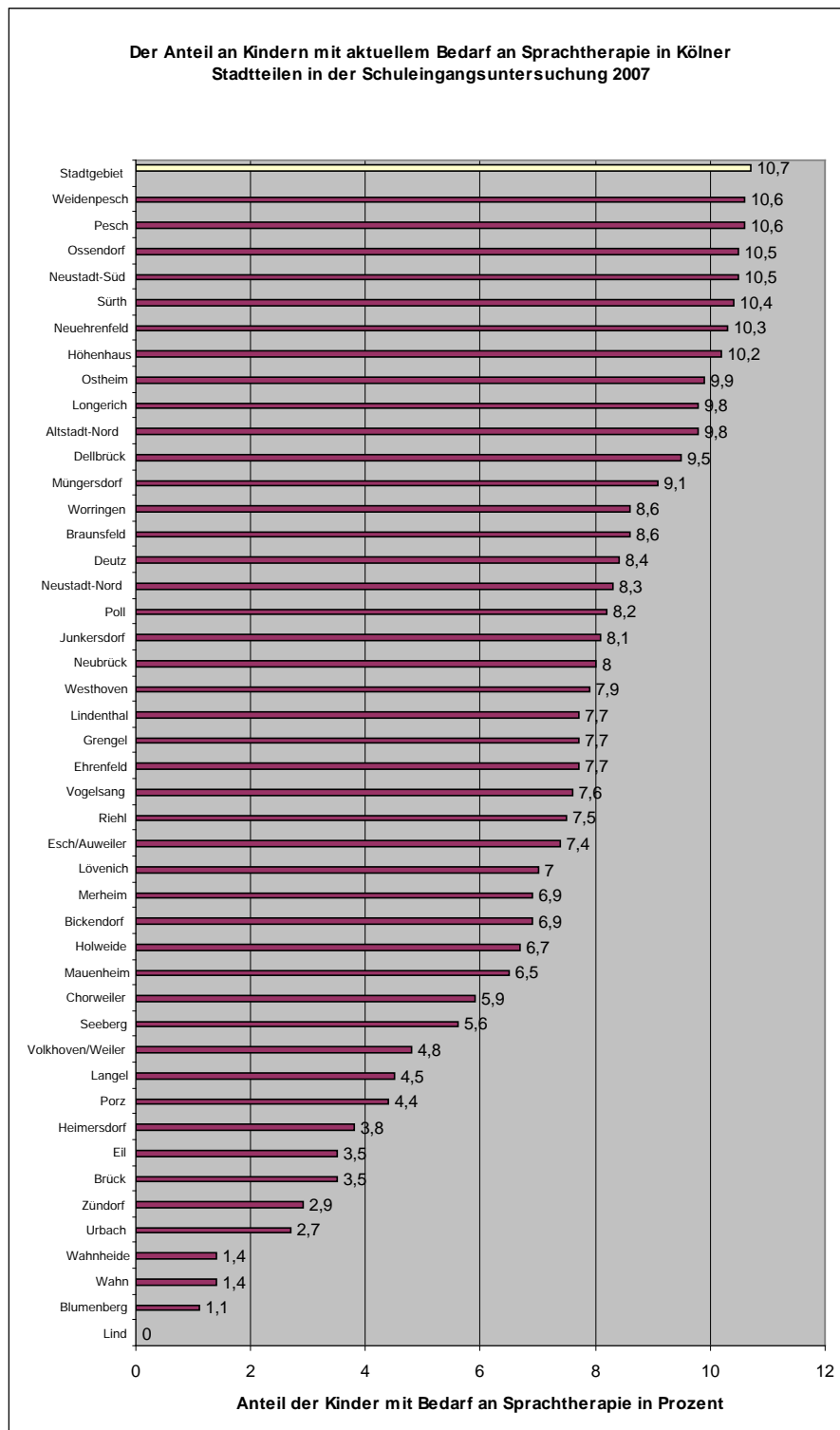


Abbildung 64: Anteil an Kindern, die an der U8 teilgenommen haben (prozentuiert auf vorgelegte U-Hefte) in Kölner Stadtteilen im Untersuchungsjahrgang 2007, Teil 1

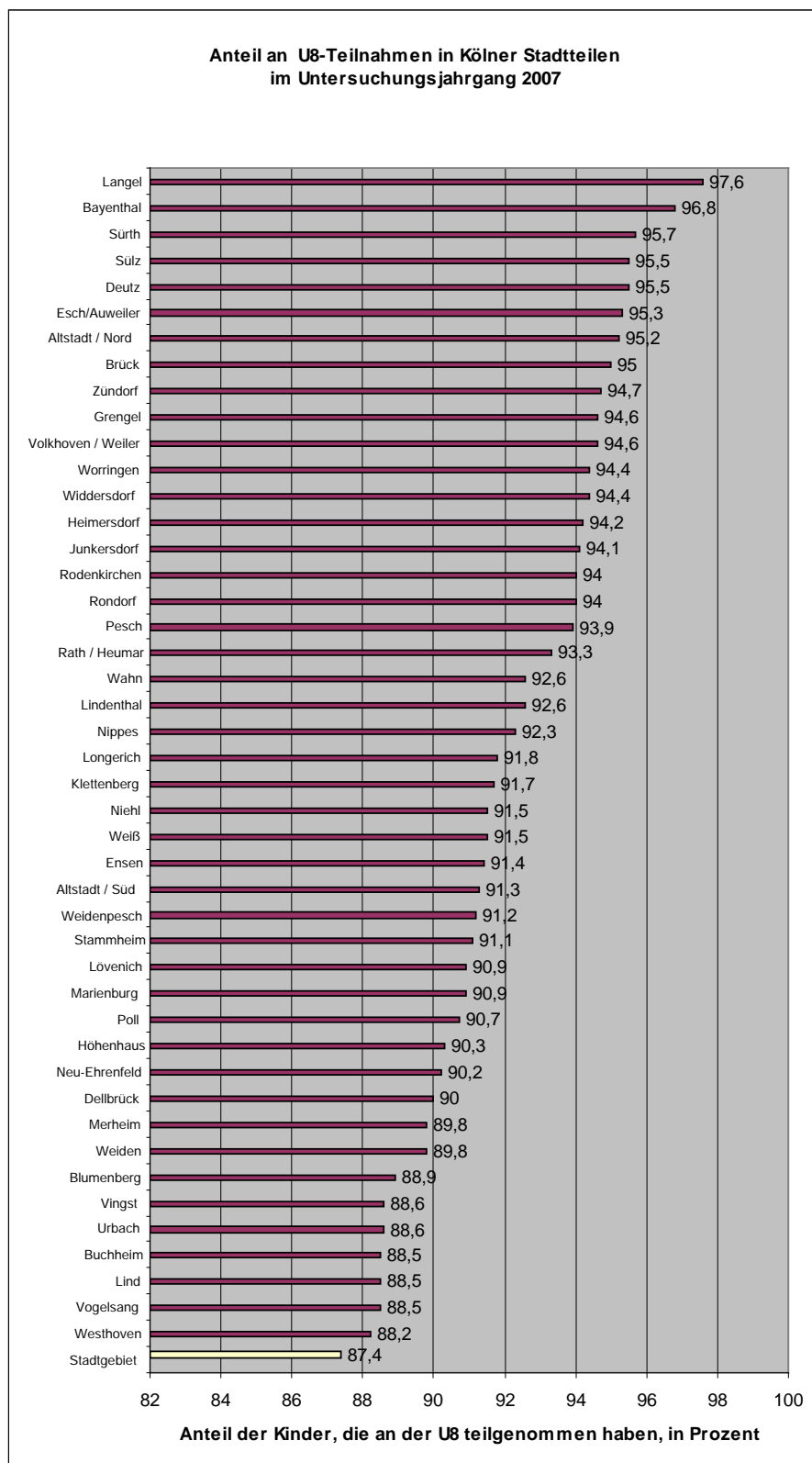


Abbildung 65: Anteil an Kindern, die an der U8 teilgenommen haben (prozentuiert auf vorgelegte U-Hefte) in Kölner Stadtteilen im Untersuchungsjahrgang 2007, Teil 2

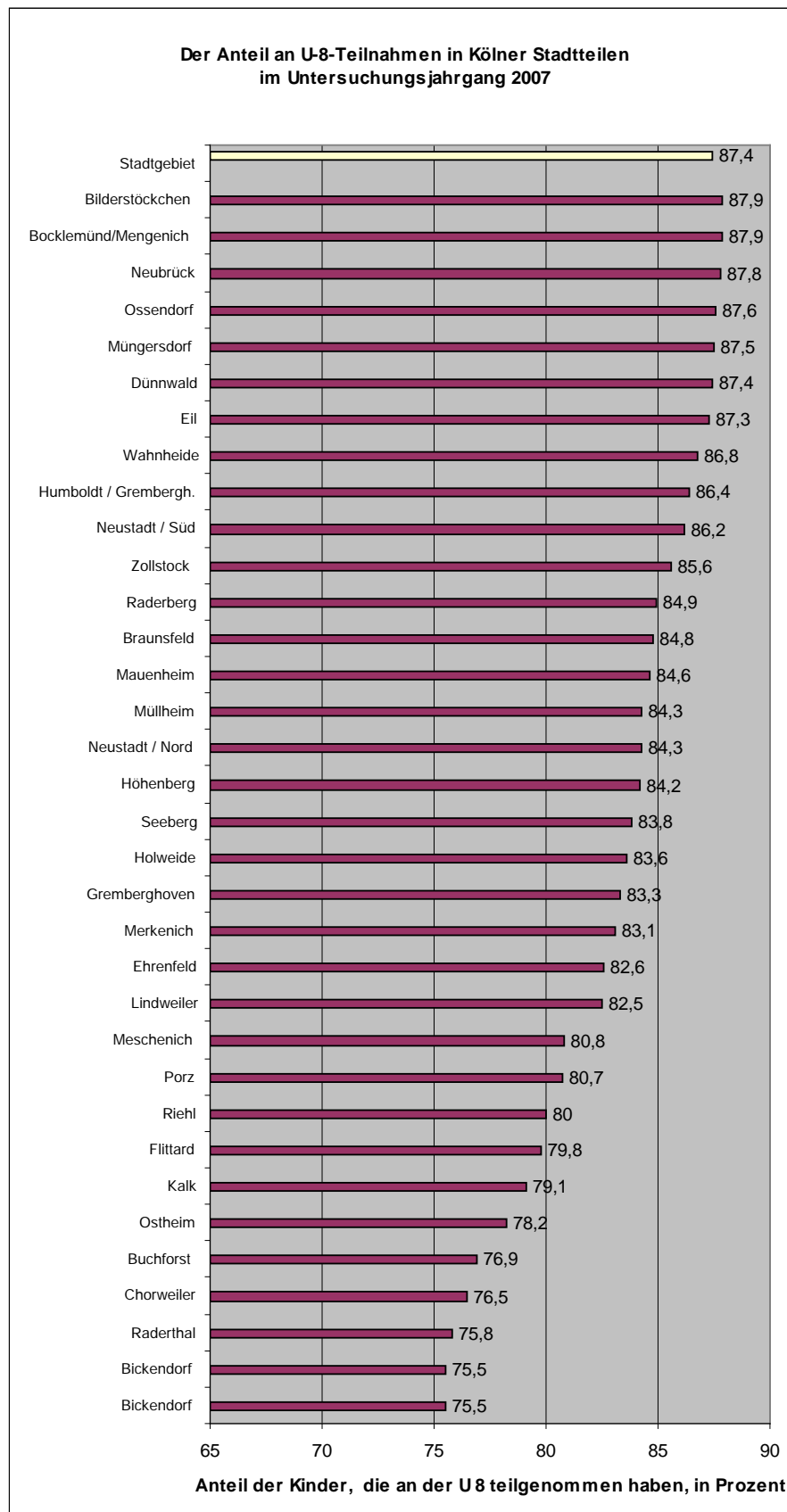


Abbildung 66: Anteil an Kindern mit vollständigem Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln (prozentuiert auf vorgelegten Impfpass) in Kölner Stadtteilen im Untersuchungsjahrgang 2007, Teil 1

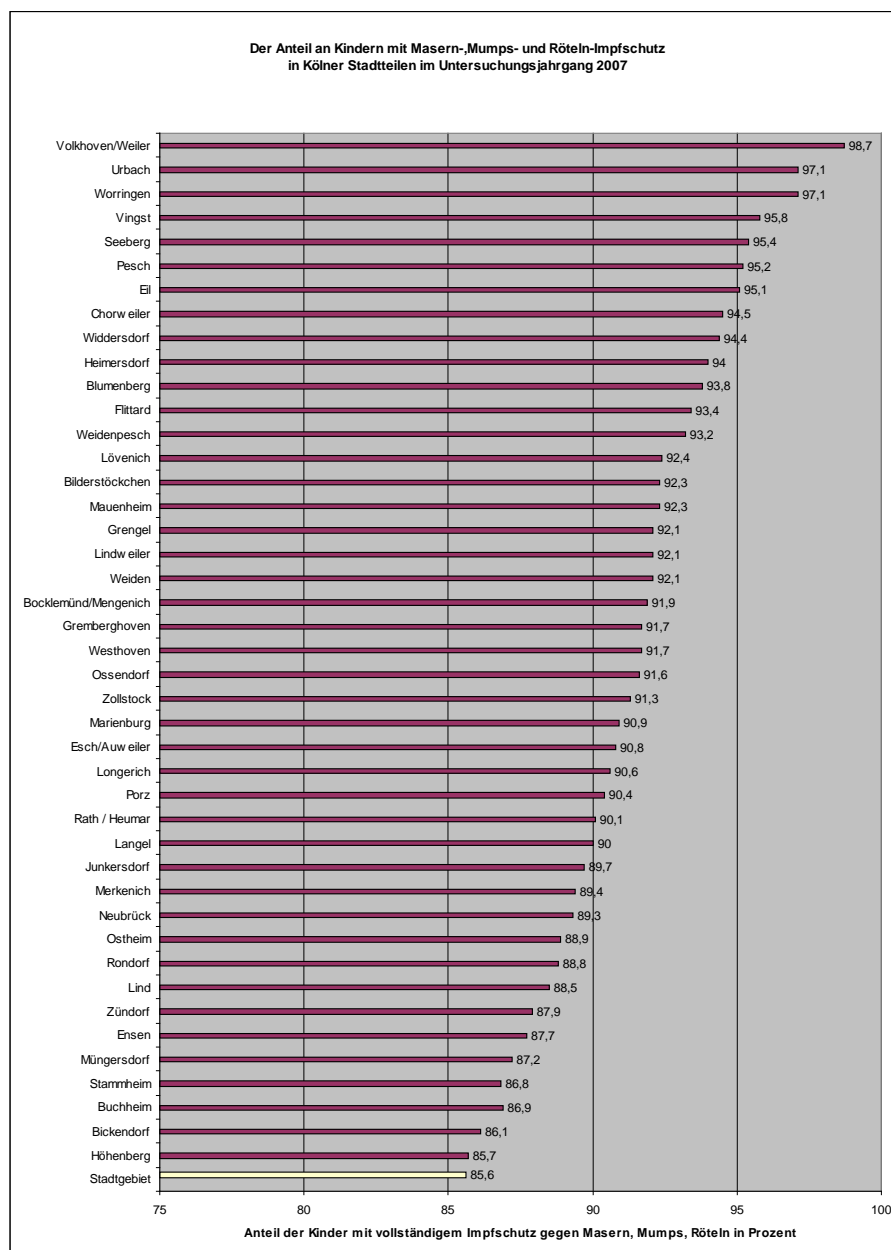
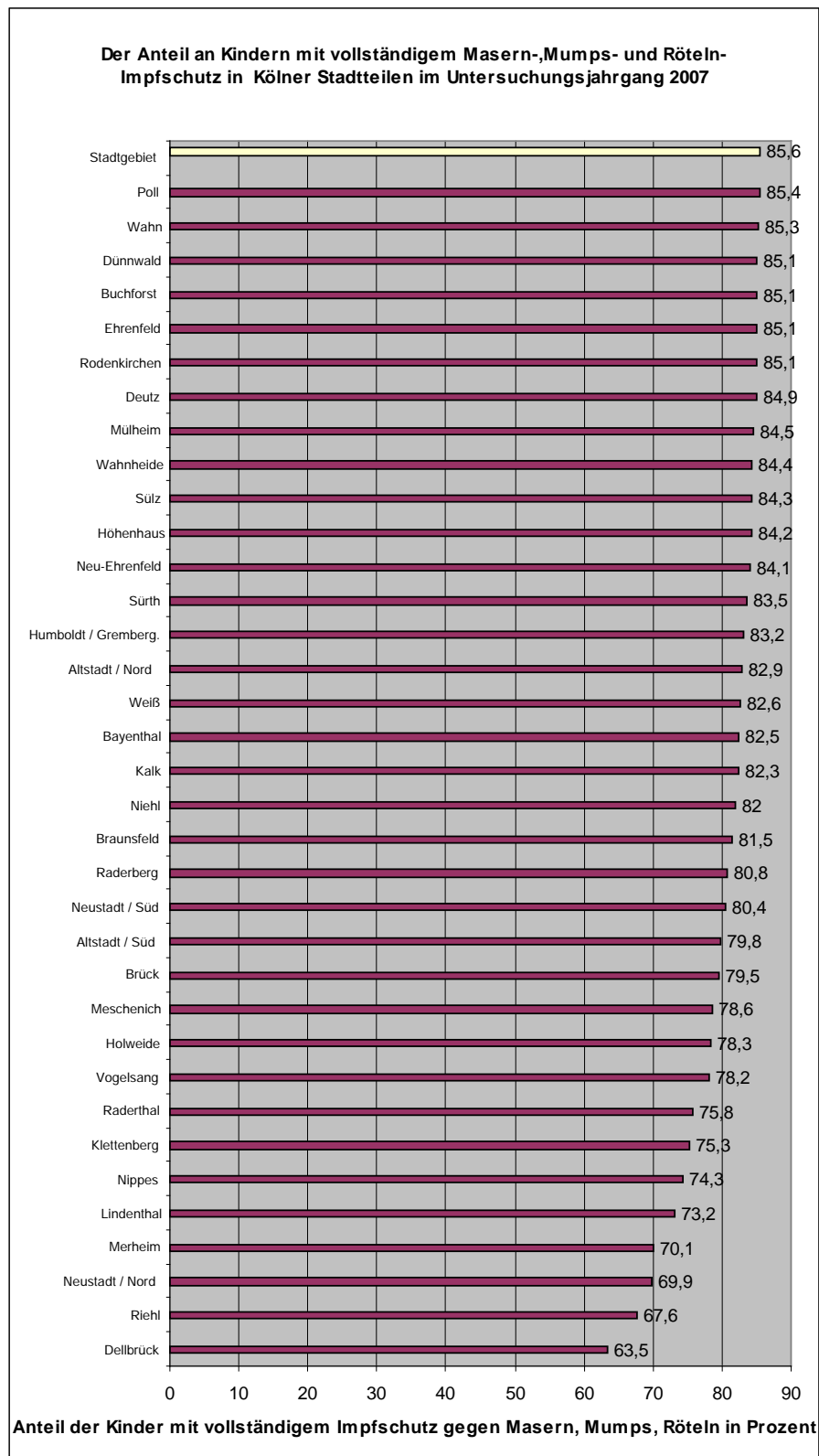


Abbildung 67: Der Anteil an Kindern mit vollständigem Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln (prozentuiert auf vorgelegten Impfpass) im Untersuchungsjahrgang 2007, Teil 2



6.3. Literaturverzeichnis

Erhart M, Hölling H, Bettge S, Ravens-Sieberger U, Schlack, R. Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS), Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2007) 50: 800 – 809

Fegeler, U, Jäger-Roman, E. Sprachförderung in Berliner KiTas - ermutigende Ergebnisse einer Breitenförderung in sozialen Brennpunkten, Kinder- und Jugendarzt 39 (2008) Nr.1

Fegeler, U. Der Doktor wird's schon richten, Allgemeine Frankfurter Sonntagszeitung vom 21. 03.2004

Friedrichs, J, Trimer, S. Gespaltene Städte, Soziale und ethnische Segregation in Großstädten Deutschlands, Wiesbaden (2008)

Gerhardt A, Hullmann A, Korbmacher, T, Munz E, Schräpler J, Seifert W. Sozialbericht NRW 2007 im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2007)

Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberger U, Schlack, R. Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS) Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2007) 50: 784 – 793

Krause CN. Kindergesundheit 2004 in Köln, Entwurf Dissertation (2008)

Kromeyer-Hausschild K, Wabitch M et al. Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde (2001) 149: 807-818

Kurth BM, Schaffrath Rosario A. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendliche in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS) Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2007) 50: 736-743

Kurth BM, Ellert U. Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr? Deutsches Ärzteblatt (2008) 105(23): 406-12

Lampert T, Mensink GBM, Romahn, N, Woll A. Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS) Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2007) 50: 643-652

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (LÖGD).
Kinder- und Jugendärztliche Definitionen für das Bielefelder Modell, Bielefeld (2007)

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (LÖGD).
Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen; Jahresbericht 2005, Bielefeld (2006)

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (LÖGD).
Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen; Jahresbericht 2004, Bielefeld (2005)

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (LÖGD).
SENS MANUAL 1, Bielefeld (2003)

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA), Dietmar I, Simon K. Jahresbericht 2006; Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf (2008)

Mersmann H. Stadt Köln, Gesundheitsamt. Zur gesundheitlichen Lage der Kölner Schulanfänger. Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsstudien 1995 bis 1999 (2000)

Meurer A, Siegrist J. Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche. Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen. Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Köln (2005)

Poethko-Müller C, Kuhnert R, Schlaud M. Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsstudys (KIGGS) Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2007) 50: 851 - 862

Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsstudys (KIGGS) Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2007) 50: 871 - 879

Robert Koch Institut (RKI). Gesundheit in Deutschland, Berlin (2006)

Robert-Koch-Institut (RKI). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Lampert T et al, Berlin (2005)

Robert-Koch-Institut (RKI). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Kinder und Jugendgesundheitsstudie (KIGGS) 2003 – 2006. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Schenk L et al, Berlin (2008)

Robert-Koch-Institut (RKI). Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes.. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin (2005a)

Robert-Koch-Institut (RKI). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 4. Armut bei Kindern und Jugendlichen. Lampert T, Klocke A, Berlin (2005b).

Robert-Koch-Institut (RKI). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schubert I et al, Berlin (2004)

Robert-Koch-Institut (RKI). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Razum et al, Berlin (2008)

Schlanstedt G, Oliva H, Ostermann E, Klier W. Abschlussbericht. Gesundheitssituation und –versorgung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Köln (2008) In: Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (Hrsg).

Stadt Köln, Gesundheitsamt, Gesundheitsbericht 2005. Beratungsstellen für Schwangerschaft, Familienplanung und Sexualität in Köln. Untersuchungszeitraum 2002 bis 2004. Teil1: Gesetzlicher Auftrag und Umsetzung - Angebot und Nachfrage

Stadt Köln, Gesundheitsamt, Gesundheitsbericht 2006. Beratungsstellen für Schwangerschaft, Familienplanung und Sexualität in Köln. Untersuchungszeitraum 2002 bis 2004. Teil 2: Gesetzlicher Auftrag und Umsetzung - Themen und Motive der Beratenen

Stadt Köln, Gesundheitsamt. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Köln. Zentrale Probleme – Erforderliche Maßnahmen zur nachhaltigen Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung (2002)

Stadt Köln. Kölner Statistische Nachrichten – 5/2007. Statistisches Jahrbuch Köln 2006

Stolzenberg, H, Kahl, H., Bergmann, K E. Körpermaße bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS) Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2007) 50 659 – 66

Strohmeier KP, Kersting V, Amonn J. Schritte zu einer kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen, Entwurf Endbericht (2007)

Wegner RE. Aufgaben des ÖGD im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheit. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2005) 48: 1103-1110

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Übersicht Bezirke des Kölner Stadtgebiets mit Anteil vorgestellter Kinder in den Schuleingangsuntersuchungen 2004 bis 2007.	6
Abbildung 2: Gewählte gesundheitliche Schwerpunkte	7
Abbildung 3: Schaubild Gesundheit der Vorschulkinder in Köln	8
Abbildung 4: Übersicht Bezirke des Kölner Stadtgebiets mit Anteil vorgestellter Kinder in den Schuleingangsuntersuchungen 2004 bis 2007.	16
Abbildung 5: Untersuchte Kinder nach Migrationshintergrund (Her-kunftsland der Mutter nicht Deutschland und/oder Muttersprache nicht die deutsche Sprache)	17
Abbildung 6: Untersuchte Kinder nach Herkunft (Herkunftsland der Mutter	18
Abbildung 7: Untersuchte Kinder nach Muttersprache.....	18
Abbildung 8: Deutschkenntnisse.....	19
Abbildung 9: Deutschkenntnisse bei Kindern mit Migrationshintergrund	19
Abbildung 10: Untersuchte Kinder nach Vorlage Impfpass.....	21
Abbildung 11: Untersuchte Kinder nach Vorlage Impfpass und Herkunft	22
Abbildung 12: Anteil untersuchter Kinder mit zweifacher Masern-, Mumps- und Rötelnimpfung nach Einschulungsjahrgängen an allen vorlegten Impfpässen	23
Abbildung 13: Untersuchte Kinder mit zweifacher Mumps-, Masern- und Rötelnimpfung nach Herkunft (Herkunftsland der Mutter).....	24
Abbildung 14: Kinder mit zweifacher Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln in dem Untersuchungszeitraum 2004 bis 2007 nach Hilfe-empfängerdichte der Stadtteile.....	25
Abbildung 15: Untersuchte Kinder mit vollständigem Impfschutz	26
Abbildung 16: Anteil Kinder mit vollständigem Impfschutz nach Her-kunft (Herkunftsland der Mutter)	27
Abbildung 17: Untersuchte Kinder nach Vorlage U-Heft.....	30
Abbildung 18: Anteil Teilnahme U8 an vorgelegten U-Heften nach Herkunft (Herkunftsland der Mutter)	31
Abbildung 19: Teilnahme an der U8 nach Hilfeempfängerdichte der Stadtteile	32
Abbildung 20: Kinder mit durchgeführter U (an vorgelegten U-Heften im Einschulungsjahrgang 2007.....	33
Abbildung 21: Anteil unter- und übergewichtiger Kinder im Einschulungsjahrgang 2007	36
Abbildung 22: : Kinder mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht, prozentualer Anteil an allen untersuchten Kindern nach Einschulungs-jahrgang	37

Abbildung 23: Gesamtanzahl untersuchter Kinder mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht nach Geschlecht.....	38
Abbildung 24: Kinder mit deutlichem Übergewicht nach Herkunft (Herkunftsland der Mutter).....	39
Abbildung 25: Kinder mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht im Untersuchungszeitraum 2004 bis 2007 nach Hilfeempfangerdichte der Stadtteile....	40
Abbildung 26: Kinder mit Untergewicht oder deutlichem Untergewicht nach Geschlecht	43
Abbildung 27: Untergewichtige Kinder in dem Untersuchungszeitraum 2004 bis 2007 nach Hilfeempfangerdichte der Stadtteile.....	44
Abbildung 28: Arten von Entwicklungsauffälligkeiten und Quote der betroffenen Kinder in den Einschulungsjahrgängen 2004 bis 2007.....	47
Abbildung 29: Anteil Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten nach Geschlecht	49
Abbildung 30: Anteil Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten nach Herkunft (Herkunftsland der Mutter).....	50
Abbildung 31: Gesamtbedarf an Sprachtherapie (die letzten 12 Monate und/oder aktueller Bedarf) bei dem Einschulungsjahrgang 2007	51
Abbildung 32: Kinder mit Bedarf an Sprachtherapie aus dem Einschulungsjahrgang 2007 (nach Herkunftsland der Mutter).....	52
Abbildung 33: Kinder mit Bedarf an Sprachtherapie nach Hilfeempfangerdichte der Stadtteile (Einschulungsjahrgang 2007)	54
Abbildung 34: Gesamtbedarf an Ergotherapie (Einschulungsjahrgang 2007)	55
Abbildung 35: Arten von Verhaltensauffälligkeiten und Quote der betroffenen Kinder in den Einschulungsjahrgängen 2004 bis 2007	56
Abbildung 36: Anteil Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten nach Geschlecht in den Untersuchungsjahrgängen 2004 bis 2007	57
Abbildung 37: Anteil Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten nach Herkunft (Herkunftsland der Mutter).....	58
Abbildung 38: Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten nach Hilfeempfangerdichte der Stadtteile	59
Abbildung 39: Anteil an Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten in einem oder mehreren Teilbereichen in den Einschulungsjahrgängen 2004 bis 2007	60
Abbildung 40: Bezirke des Kölner Stadtgebiets nach der Quote der Kinder mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht	63
Abbildung 41: Stadtteile des Kölner Stadtgebiets nach der Quote übergewichtiger Kinder	64
Abbildung 42: Bezirke des Kölner Stadtgebiets nach der Quote der Kinder mit aktuellem Bedarf an Sprachtherapie bei der Einschulungsuntersuchung 2007	65

Abbildung 43: Stadtteile des Kölner Stadtgebiets nach der Quote Kin-der mit aktuellem Bedarf an Sprachtherapie bei der Schuleingangsun-tersuchung 2007.....	66
Abbildung 44: Bezirke des Kölner Stadtgebiets nach der Quote an Kin-dern mit U8- Teilnahme (prozentuiert auf vorgelegte U-Hefte).....	67
Abbildung 45: Stadtteile des Kölner Stadtgebiets nach der Quote an Kindern mit U8- Teilnahme (prozentuiert auf vorgelegte U-Hefte), Ein-schulungsjahrgang 2007.....	68
Abbildung 46: Bezirke des Kölner Stadtgebiets nach der Quote an Kin-dern mit Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln (prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe).....	69
Abbildung 47: Stadtteile des Kölner Stadtgebiets mit der Quote an Kin-dern mit vollständigem Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln im Einschulungsjahrgang 2007 (prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe):	70
Abbildung 48: Kölner Stadtbezirke nach Anzahl gesundheitlicher Schwerpunktbereiche mit erhöhtem Bedarf	72
Abbildung 49: Kölner Stadtteile nach Anzahl gesundheitlicher Schwer-punktbereiche mit erhöhtem Bedarf	73
Abbildung 50: Kölner Stadtteile nach Anzahl und Art gesundheitlicher Schwerpunktbereiche mit erhöhtem Bedarf	74
Abbildung 51: Vergleich Quote Hilfebedürftiger nach SGB II zwischen Stadtteilen mit erhöhtem gesundheitlichem Bedarf und dem Stadtgebiet	75
Abbildung 52: Vergleich Quote Personen mit Migrationshintergrund zwischen Stadtteilen mit erhöhtem gesundheitlichem Bedarf und dem Stadtgebiet.....	76
Abbildung 53: Handlungsbedarf bei Vorschulkindern	77
Abbildung 54: Gesundheitliche Schwerpunkte.....	78
Abbildung 55: Bedarfsgruppen	90
Abbildung 56: Überblick gesundheitliches Versorgungssystem von Geburt bis zum Schuleintritt.....	97
Abbildung 57: Umfassende Gesundheitsförderung	101
Abbildung 58: Sozialraumorientierte Hilfeplanung	107
Abbildung 59: Anteil Gesamtzahl untersuchter Kinder nach Hilfeemp-fängerdichte	114
Abbildung 60: Der Anteil an übergewichtigen Kindern in Kölner Stadt-teilen im Untersuchungszeitraum 2004 bis 2007, Teil 1.....	119
Abbildung 61: Der Anteil an übergewichtigen Kindern in Kölner Stadt-teilen im Untersuchungszeitraum 2004 bis 2007, Teil 2.....	120
Abbildung 62: Der Anteil an Kindern mit aktuellem Bedarf an Sprach-therapie im Einschulungsjahrgang 2007, Teil 1	121
Abbildung 63: Der Anteil an Kindern mit aktuellem Bedarf an Sprach-therapie im Untersuchungszeitraum 2007, Teil 2	122

Abbildung 64: Anteil an Kindern, die an der U8 teilgenommen haben (prozentuiert auf vorgelegte U-Hefte) in Kölner Stadtteilen im Untersuchungsjahrgang 2007, Teil 1 123

Abbildung 65: Anteil an Kindern, die an der U8 teilgenommen haben (prozentuiert auf vorgelegte U-Hefte) in Kölner Stadtteilen im Untersuchungsjahrgang 2007, Teil 2 124

Abbildung 66: Anteil an Kindern mit vollständigem Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln (prozentuiert auf vorgelegten Impfpass) in Kölner Stadtteilen im Untersuchungsjahrgang 2007, Teil 1..... 125

Abbildung 67: Der Anteil an Kindern mit vollständigem Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln (prozentuiert auf vorgelegten Impfpass) im Untersuchungsjahrgang 2007, Teil 2..... 126

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Untersuchte Kinder nach Untersuchungsjahr.....	16
Tabelle 2: Untersuchte Kinder mit zweifacher Masern-, Mumps-, Röteln-impfung nach Einschulungsjahrgängen, absolute Anzahl und prozentualer Anteil an allen vorgelegten Impfpässen	23
Tabelle 3: Anteil Impfschutz Masern, Mumps, Röteln (zweifache Impfung) an vorgelegten Impfpässen, in Köln und NRW	27
Tabelle 4: Anteil der durchgeführten U8 an allen vorgelegten U-Heften nach Einschulungsjahrgängen	31
Tabelle 5: Vergleich Teilnahmequote der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 bei den Kindern der Schuleingangsuntersuchung 2007.....	33
Tabelle 6: Anteil durchgeführter Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen U7 bis U9 an vorgelegten U-Heften im Untersuchungsjahr 2006 in Köln und NRW.....	34
Tabelle 7: Gewicht im Untersuchungsjahrgang 2007 nach untergewichtigen und übergewichtigen Kindern	36
Tabelle 8: Anteil Übergewicht und deutliches Übergewicht	41