



Landeshauptstadt
Düsseldorf

Gesundheit und Familie

Familienbericht Düsseldorf

Gesundheitsamt

Impressum:

Herausgegeben von der Landeshauptstadt Düsseldorf
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt

Beiträge von Regina Behrendt, Gesundheitsberichterstattung
Dr. Michael Gaus, Beratungsstelle für körperlich Behinderte
Martina Hecht, Ortsnahe Koordinierung und Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte,
Partnerprobleme und Lebenskrisen
Gregor Heinrichs, Logopädischer Dienst
Sevinc Kaya, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Türkische Beratungsstelle
Dr. Anneli Newill, Sozialpädiatrischer Dienst
Wilhelm Pöllen, Leiter der Gesundheitshilfe und Rehabilitation
Dr. Michael Schäfer MPH, Zahnärztlicher Dienst
Dr. Horst Winkler, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Redaktion: Regina Behrendt, Gesundheitsamt

Gestaltung: Josef Jülich, Amt für Personalservice und zentrale Dienste

Druck: Stadt-Druckerei, Amt für Personalservice und zentrale Dienste

April 2003

Vorwort

Die Familie nimmt eine zentrale Funktion in der gesundheitlichen Versorgung wahr. Über die gesamte Lebensspanne ist sie für die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit besonders wichtig. Bei akuten Erkrankungen, z. B. Infektionskrankheiten bei kleinen Kindern, der Nachsorge bei operativen Eingriffen und bei anderen kurativen Leistungen ist dies unmittelbar einsichtig. Eine mindestens ebenso wichtige aber oftmals unterschätzte Rolle übernimmt die Familie bei der Gesundheitsvorsorge. Die Erziehung zu gesundheitsbewusstem Verhalten mit gesunder Ernährung, ausreichender sportlicher Betätigung, Verzicht auf Alkohol und Nikotin und sonstige Maßnahmen der Krankheitsvorbeugung wird im Wesentlichen von der Familie geleistet. Auch für die Früherkennung von Krankheiten sind die engsten Familienangehörigen unerlässlich. Ob die Sprachentwicklung in normalen Bahnen verläuft, das Gewicht eine kritische Grenze nicht über- oder unterschreitet, die Zähne gesund bleiben oder die Wahrnehmung und Aufmerksamkeit altersgemäß sind, entscheiden als erstes Glied in der Versorgungskette die Eltern. Je früher eine gesundheitliche Beeinträchtigung bei Kindern festgestellt wird, umso besser sind die Behandlungsmöglichkeiten. Deshalb ist es wichtig, die Familien in der Ausübung ihrer gesundheitsfördernden Aufgaben zu stärken

und ihnen die Hilfen zur Verfügung zu stellen, die sie dazu benötigen.

Das Gesundheitsamt hat den Bericht „Gesundheit und Familie“ in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe „Kinder und Jugendliche“ der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz erstellt. Dieser Bericht ist ein Teil des „Familienberichtes“ der Landeshauptstadt Düsseldorf. Ziel dieser umfangreichen Berichterstattung ist es, die Situation der Familien zu beschreiben und Lösungen für eine verbesserte Versorgung zu erarbeiten.

Neben einer kleinräumigen Analyse der Gesundheitsdaten der Schulanfänger wird in diesem Bericht besonderes Gewicht auf die Problemfelder in der gesundheitlichen Versorgung der Familien gelegt und die darauf abgestimmten Leistungen des Gesundheitsamtes dargestellt. Die Analyse und Bewertung des bestehenden Hilfesystems wird durch die Konkretisierung von Maßnahmen abgeschlossen. Bei der Formulierung der Umsetzungsvorschläge wurde besonders auf präventive Maßnahmen und auf eine frühest mögliche Förderung benachteiligter Kinder Wert gelegt.

Damit ist dieser Bericht eine wichtige Orientierungshilfe für alle, die die Gesundheit der Familien in dieser Stadt verbessern können und wollen.



Werner Leonhardt
Gesundheitsdezernent

Inhalt

1 Einleitung	Seite 5	4 Familien mit allein erziehenden Eltern und Gesundheit	Seite 16	6 Sprachstörungen	Seite 29
2 Die Schuleingangsuntersuchung	Seite 6	4.1 Demographie	Seite 16	6.1 Verbreitung	Seite 29
2.1 Funktionen der Schuleingangsuntersuchung	Seite 6	4.2 Sozioökonomische Aspekte	Seite 16	6.2 Gesundheit	Seite 29
2.2 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen	Seite 6	4.3 Gesundheit	Seite 17	6.3 Der Logopädische Dienst des Gesundheitsamtes Düsseldorf	Seite 29
2.2.1 Die häufigsten Befunde	Seite 6	4.4 Kontaktstelle für Allein Erziehende des Gesundheitsamtes Düsseldorf	Seite 17	6.4 Ziele	Seite 29
2.2.2 Die soziale Lage und Gesundheit der Schulanfänger	Seite 7	4.5 Ziele	Seite 21	6.5 Handlungsempfehlungen	Seite 29
2.2.3 Übergewicht bei Schulanfängern	Seite 9	5 Familien mit sozialer Benachteiligung und Gesundheit	Seite 22	7 Zahngesundheit der Düsseldorfer Kinder und Jugendlichen	Seite 30
2.2.4 Vorsorge und Impfungen der Schulanfänger	Seite 9	5.1 Demographie und sozioökonomische Aspekte	Seite 22	7.1 Verbreitung	Seite 30
2.3 Fazit	Seite 11	5.2 Gesundheit	Seite 25	7.2 Ergebnisse der „Aktion Zahngesundheit“ in Düsseldorf	Seite 30
3 Migrantenfamilien und Gesundheit	Seite 12	5.3 Der Sozialpädiatrische Dienst des Gesundheitsamtes Düsseldorf	Seite 26	7.3 Ziele	Seite 32
3.1 Demographie	Seite 12	5.4 Ziele	Seite 27	8 Literatur	Seite 33
3.2 Sozioökonomische Aspekte	Seite 12	5.5 Handlungsempfehlungen	Seite 27	9 Adressen	Seite 34
3.3 Gesundheit	Seite 12	5.6 Beratungsstelle für körperlich Behinderte und Personen in gesundheitlichen Notlagen des Gesundheitsamtes Düsseldorf	Seite 28		
3.4 Die Türkische Beratungsstelle des Gesundheitsamtes Düsseldorf	Seite 14	5.7 Ziele	Seite 28		
3.5 Ziele	Seite 15	5.8 Handlungsempfehlungen	Seite 28		
3.6 Handlungsempfehlungen	Seite 15				

1 Einleitung

Die Familie stellt für jeden Menschen die erste Instanz in der gesundheitlichen Versorgung dar. Das Neugeborene ist auf die Ernährung, Zuwendung und Pflege seiner Eltern angewiesen. Die geistige, körperliche und emotionale Entwicklung der ersten Lebensjahre liegt fast ausschließlich in der Verantwortung der Eltern. Wenn auch Ärzte, Kindergarten, Schule und Gleichaltrige mehr oder weniger direkt auf die Gesundheit der Heranwachsenden Einfluss nehmen, bleibt doch die Familie der Hintergrund, auf dem diese Erfahrungen verarbeitet und bewertet werden. Darüber hinaus regelt die Familie Art und Umfang des Zugangs zu weiteren Sozialisationsinstanzen. Auch im Erwachsenenalter werden die Einschätzung der eigenen Gesundheit und die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen von dem Verhalten der Familienangehörigen oder des Partners beeinflusst. Besonders im Krankheitsfall ist jeder auf die Hilfe der nächststehenden Personen angewiesen. Bei schwerwiegenden Erkrankungen, chronischen Verläufen und bei Pflegebedürftigkeit im Alter übernimmt die Familie den größten Teil der fürsorgenden Leistungen. Damit wird deutlich, dass die Bedeutung der Familie für die Gesundheit des Einzelnen nicht größer sein könnte.

Die Belastungen, denen Familien heute ausgesetzt sind, steigen in einer zunehmend pluralistischen Gesellschaft an. Die Vielfalt familiärer Lebensgemeinschaften steigt, die traditionelle Kleinfamilie wird durch nichtverheiratete Partnerschaften, allein Erziehende, gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften, Migrantenfamilien u. a. ergänzt. Das Rollenverständnis von Frauen und damit die Einstellung zur Familie hat sich geändert. Junge Frauen wollen nicht „nur“ Mütter sein, sondern einen Beruf erlernen, selbstständig sein und finanziell unabhängig. Längere Ausbildungszeiten verschieben die Familienpla-

nung in spätere Lebensabschnitte. Partnerschaftliche Lebensgemeinschaften sind nicht auf die Gründung einer Familie und die Erziehung der Kinder ausgerichtet, sondern auf die persönliche Erfüllung in einer Liebesbeziehung.

Trotz der eingetretenen Veränderungen zeigt sich das traditionelle Familienverständnis bzw. der Wunsch danach als außerordentlich veränderungsresistent. Die klassische Familie wird weiterhin als der geeignete Ort für Kinder und deren Erziehung gesehen und auch politisch propagiert. Der Spagat zwischen familiärem Idealbild und tatsächlichen Anforderungen führt zu vielfältigen Belastungen der Familien.

Zum einen sind Familien finanziell benachteiligt. Kinder und speziell viele Kinder stellen einen Risikofaktor für Armut dar. Ausländische Familien haben neben finanziellen Problemen eine Vielzahl zusätzlich zu meisternder Schwierigkeiten, angefangen von der Eingewöhnung in einen fremden Kulturkreis, Verlust des gewohnten sozialen Umfelds bis hin zu Sprachproblemen und Arbeitslosigkeit. Allein Erziehende haben weniger Ressourcen zur Verfügung als Familien mit zwei Elternteilen, hier mangelt es häufig nicht nur an Geld, sondern insbesondere auch an Erholungszeiten und an entlastenden sozialen Netzen. Gerade junge Schwangere müssen entscheiden, ob sie trotz nicht abgeschlossener Berufsausbildung, schlechter finanzieller Lage und unsicherer Partnerbeziehung ein Kind bekommen wollen.

Zum anderen belasten die oft widersprüchlichen Anforderungen und Werthaltungen, sei es im Hinblick auf das Rollenverständnis von Männern und Frauen oder in Bezug auf die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe, mit denen sich junge Migranten auseinander setzen müssen.

Alle genannten Faktoren stellen eine ernsthafte Bedrohung für die Gesundheit der Erziehenden und im

Falle ihrer Überforderung auch für die Kinder dar. Der öffentliche Gesundheitsdienst hat explizit die Aufgabe, die Gesundheit von Schwangeren und Müttern und von Kindern und Jugendlichen zu schützen bzw. auch wieder herzustellen, insbesondere dort, wo sich die Betroffenen in gesundheitlichen und sozialen Problemlagen befinden. So heißt es im § 4 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst, ÖGDG, zu den allgemeinen Grundsätzen der Leistungserbringung:

„Soweit und solange die medizinisch-soziale Versorgung erforderlich, jedoch nicht oder nicht rechtzeitig gewährleistet ist, kann sie die untere Gesundheitsbehörde im Benehmen mit primär zuständigen Handlungsträgern im Rahmen eigener Dienste und Einrichtungen einbringen. Dies gilt insbesondere, wenn Personen wegen ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes oder aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge bedürfen und diesem Bedarf nicht im Rahmen der üblichen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung entsprochen wird.“

Zu den Aufgaben im Kinder- und Jugendbereich gehören neben der betriebsmedizinischen Aufgabe in Kindergärten und Schulen und der Durchführung von Reihenuntersuchungen die Zusammenarbeit mit allen anderen im Gesundheitswesen beteiligten Behörden, Trägern und Einrichtungen sowie die Beratung und Aufklärung von Sorgeberechtigten, Erziehern und Lehrern und im konkreten Fall die Vermittlung von notwendigen Behandlungs- und Betreuungsangeboten. Die untere Gesundheitsbehörde kann auch selbst Gesundheitsförderprogramme durchführen.

Somit kommt der unteren Gesundheitsbehörde die zentrale Aufgabe der Förderung der Gesundheit, insbesondere der von Familien und des Ausgleichs vorhandener Benachteiligungen, zu.

2 Die Schuleingangsuntersuchung

2.1 Funktionen der Schuleingangsuntersuchung

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst führt jährlich die Schuleingangsuntersuchung durch. Die Schuleingangsuntersuchung ist ein Screening-Verfahren um mögliche Beeinträchtigungen früh zu erkennen und durch entsprechende kompensatorische Maßnahmen auszugleichen. Dabei nimmt die Schuleingangsuntersuchung verschiedene Aufgaben wahr.

Die Kinder werden anhand der aktuellen Befunde und der Krankheitsgeschichte individualmedizinisch untersucht. Eine wichtige Funktion ist dabei die Auffindung bisher nicht behandelter Erkrankungen. Daneben wird geprüft, ob die körperlichen Voraussetzungen für den Schulbesuch vorhanden sind oder Hinweise auf andere wesentliche Einschränkungen vorliegen, die dem Schulbesuch im Wege stehen.

In der Regel geht es aber nicht darum, ob ein Kind überhaupt die Schule besuchen kann, sondern ob Schwierigkeiten bekannt oder bezüglich der Schule zu erwarten sind. Hier nimmt die Schuleingangsuntersuchung eine arbeitsmedizinische Funktion wahr. Sie muss bei zu erwartenden Schwierigkeiten (Seh- oder Hörstörungen, Bewegungsdefizite) entsprechende Hilfen vermitteln und die Schule beraten. Bei chronischen Krankheiten wie Epilepsie und Diabetes mellitus muss zwischen den Möglichkeiten der Schule, den Wünschen und Ängsten der Eltern sowie den Bedürfnissen und der Gesundheit des Kindes abgewogen und der optimale Weg gefunden werden.

Daneben ist die sozialkompensatorische Aufgabe der Schuleingangsuntersuchung zu sehen. Da in dieser Untersuchung alle Kinder eines Jahrgangs erfasst werden, erreicht die untere Gesundheitsbehörde

auch diejenigen, die aus der Regelversorgung ausscheiden. Meist sind aber gerade hier gesundheitliche Maßnahmen dringend erforderlich. Defizite können somit erkannt und durch die Vermittlung entsprechender kompensatorischer Maßnahmen ausgeglichen werden.

Zuletzt ist die Schuleingangsuntersuchung ein wichtiges Instrument der systematischen Erfassung und Beschreibung des Gesundheitszustandes der Schulanfänger, die über die Einschulung hinaus wichtige Hinweise auf die allgemeine Entwicklung von Krankheiten, die Identifizierung von Betroffenen und mögliche Defizite in der Versorgung gibt. Sie müssen dann in die Feststellung von Handlungsbedarfen münden und in gesundheitspolitisches Handeln einfließen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung kurz dargestellt und im Anschluss auf einige sich abzeichnende Problemfelder näher eingegangen.

2.2 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

2.2.1 Die häufigsten Befunde

In Düsseldorf sind insgesamt in den letzten vier Jahren 5.014, 5.229, 4.970 und 4.692 Kinder in der Schuleingangsuntersuchung statistisch erfasst worden. Bei der Untersuchung wird besonders auf die Seh- und Hörleistung, das Sprachvermögen und die Motorik geachtet.

Bei der Sehleistung werden Kinder mit einem auffälligen Ergebnis zu einem Augenarzt überwiesen, der den Verdacht klärt. Von den 20% der Kinder mit auffälligem Sehtest haben 7% eine ausreichende Brillenversorgung. Ungefähr 14% werden zur Abklärung zum Augenarzt geschickt, sei es weil der Befund nicht den altersüblichen Vergleichswerten entspricht (sowohl bei Kindern mit wie auch ohne Brille) oder weil die letzte augenärztliche Überprüfung mehr als ein Jahr zurückliegt. Die auffälligen Sehtestbefunde nehmen tendenziell zu.

Die Auffälligkeiten bei der Motorik und der Koordination liegen in den letzten Jahren auf hohem Niveau bei ungefähr 22%. Bei der Befundung wird u.a. geprüft, ob ein Kind dem Alter entsprechend lange auf einem Bein stehen und mit einem Bein hüpfen kann sowie die Feinmotorik der Hände.

Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen werden durchschnittlich bei ungefähr 12% der Kinder festgestellt.

Der prozentuale Anteil der Hörstörungen ist bis 1999 auf über 14% angestiegen und danach um nahezu die Hälfte gefallen. Ein auffälliger Hörtest entsteht u.a. bei einer akuten Entzündung. Die Anteile der Kinder mit Otitis media und Folgezuständen sind von 1994 bis 1999 von 5% auf 7,7% angestiegen und danach auf 0,4% (2000) und 1,2% (2001) gefallen. Es ist anzunehmen, dass die Schwankungen bei den

Hörtests auf die unterschiedlichen Häufigkeiten der akuten Entzündungen zurückzuführen sind.

Bei den Verhaltensauffälligkeiten sind steigende Werte zu beobachten. Mitte bis Ende der 90er Jahre lag der Anteil der Kinder mit diesem Befund bei ungefähr 4%, im Jahr 2001 waren es 9,3%. In dieser Befundkategorie werden alle problematischen Verhaltensweisen, sowohl die von den Eltern berichteten als auch die von den Ärzten beobachteten Verhaltensweisen, zusammengefasst. Die Ärzte des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes beobachten häufig eine leichte Ablenkbarkeit der Kinder.

2.2.2 Die soziale Lage und Gesundheit der Schulanfänger

Die berichteten Erkrankungshäufigkeiten verteilen sich nicht gleichmäßig in der Bevölkerung. Vielmehr ist seit langem bekannt, dass soziale Belastungsfaktoren die Gesundheit negativ beeinflussen. Wenngleich dieser Umstand von den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes täglich beobachtet werden kann, war man bisher auf die Beschreibung der Situation ohne deren zahlenmäßige Erfassung angewiesen.

Die Arbeitsgruppe „Gesundheitsberichterstattung Kinder- und Jugendliche“ der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz hat es sich deshalb zur Aufgabe gemacht, die Daten der Schuleingangsuntersuchung auch nach Faktoren der sozialen Belastung auszuwerten. Daher liegen für die Jahre 2000 und 2001 die Ergebnisse auch getrennt nach „Geburtsland“ (in Deutschland geboren, im Ausland geboren), nach „Grad der sozialen Belastung“ (sehr geringe Belastung, geringe Belastung, mittlere Belastung, hohe Belastung - mit und ohne hohem Ausländeranteil - und sehr hohe Belastung) und nach dem „allein erziehenden Status“ (allein erziehend, nicht allein erziehend) vor.

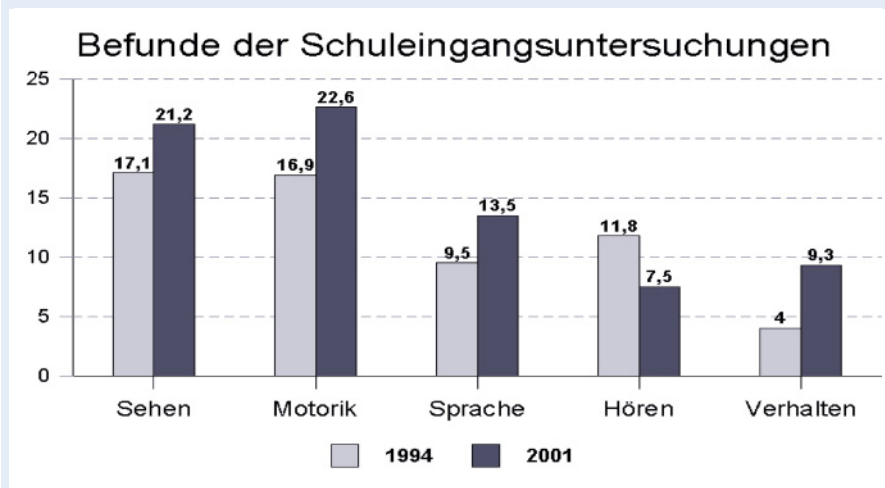
Die Variable „Geburtsland“ differenziert nicht weiter nach den in Deutschland geborenen Ausländern, deshalb wird ab dem Jahr 2002 auch erfasst, ob die Kinder zweisprachig aufwachsen und wenn ja, wird nach Nationalitätengruppen weiter differenziert. Die Variable „Grad der sozialen Belastung“ ergibt sich aus der Anwendung der sozialräumlichen Gliederung auf die Schuleingangsdaten. Die sozialräumliche Gliederung wurde vom Jugendamt in Zusammenarbeit mit dem Amt für Statistik und Wahlen entwickelt. Ausgehend von der Strukturdatenbank für die Sozialarbeit wurden den Sozialräumen auf der Grundlage von 5 sozioökonomisch relevanten Variablen (Wohnfläche je Einwohner, Anteil von Ausländern ausgewählter Nationen an den Einwohnern, die Sozialhilfequote der Kinder (bis 18) und der Erwachsenen (über 18), Anteil der Personen in Haushalten mit Wohngeldantrag bezogen auf die Einwohner) sog. „Grade der sozialen Belastung“ zugeordnet. Damit liegt die Möglichkeit einer kleinräumigen Analyse der Gesundheitsdaten vor.

Kinder, die im Ausland geboren wurden, haben im Vergleich zu Kindern, die in Deutschland geboren wurden, relativ häufiger Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination (2000 und 2001) sowie Verhaltensauffälligkeiten (2001). Demgegenüber ist bei den in Deutschland geborenen Kindern der Anteil der Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen größer (2000). Bei mangelnden Deutschkenntnissen ist die Diagnose einer Sprech-, Sprach- und Stimmstörung schwierig. Das Testmaterial ist auf deutschsprachige Kinder zugeschnitten. Darum wird vermutlich ein Teil der Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen bei ausländischen Kindern nicht erfasst.

Anhand der Daten der Jahre 2000 und 2001 lassen sich keine durchgängigen Befunde feststellen, die bei den Kindern allein Erziehender häufiger vorkommen als bei Kindern nicht allein Erziehender. Allerdings zeigen sich in den Daten bei

Abbildung 1:

Vergleich der häufigsten Befunde in den Schuleingangsuntersuchungen von 1994 und 2001, Angaben in Prozent
(Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).



verschiedenen Auffälligkeiten vergleichsweise höhere Anteile bei den Kindern allein erziehender Eltern (im Jahr 2000 relativ häufiger Verhaltensauffälligkeiten, im Jahr 2001 relativ häufiger motorische Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen der Seh- und Hörleistung).

Die Zuordnung der Kinder zu den Sozialräumen ergibt ein deutliches soziales Gefälle der Krankheitshäufigkeiten. Außer bei den Hörstörungen zeigt sich bei den anderen hier genannten Befunden in den gering bis sehr gering belasteten Gebieten ein vergleichsweise geringer Anteil an Befunden und in den hoch und sehr hoch belasteten Gebieten ein hoher Anteil.

Tabelle 1:

Absolute und prozentuale Häufigkeit der Kinder mit Auffälligkeiten der Motorik und Koordination, Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen und Verhaltensauffälligkeiten getrennt nach Geburtsland und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000		2001	
	Geburtsland Deutschland (N = 3758)	Geburtsland Ausland (N = 1041)	Geburtsland Deutschland (N = 3582)	Geburtsland Ausland (N = 938)
Motorik	739 = 19,7%	239 = 23,0%	771 = 21,5%	244 = 26,0%
Sprache	451 = 12,0%	89 = 8,5%	487 = 13,6%	124 = 13,2%
Verhalten	230 = 6,1%	52 = 5,0%	297 = 8,3%	118 = 12,6%

Tabelle 2:

Absolute und prozentuale Häufigkeit der Kinder mit Auffälligkeiten der Motorik und Koordination, Herabsetzung der Sehschärfe, Verhaltensauffälligkeiten und Hörstörung getrennt nach allein erziehenden Status und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000		2001	
	allein erziehend (N = 597)	nicht allein erziehend (N = 4373)	allein erziehend (N = 546)	nicht allein erziehend (N = 4146)
Motorik	126 = 21,1%	881 = 20,1%	149 = 27,3%	913 = 22,0%
Sehen	118 = 19,8%	904 = 20,7%	140 = 25,6%	857 = 20,7%
Verhalten	53 = 8,9%	237 = 5,4%	60 = 11,0%	375 = 9,0%
Hören	63 = 10,6%	371 = 8,5%	54 = 9,9%	296 = 7,1%

Tabelle 3:

Absolute und prozentuale Häufigkeit der Kinder mit Herabsetzung der Sehschärfe, Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination, Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen und Verhaltensauffälligkeiten getrennt nach Grad der sozialen Belastung und Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	2000					2001						
	sehr gering (N = 398)	gering (N = 1094)	mittel (N = 2058)	hoch (N = 1057)	hoch (aus.) (N = 60)	sehr hoch (N = 303)	sehr gering (N = 453)	gering (N = 1041)	mittel (N = 1893)	hoch (N = 996)	hoch (aus.) (N = 53)	sehr hoch (N = 256)
Sehen	59 14,8%	193 17,6%	436 21,2%	251 23,7%	11 18,3%	72 23,8%	83 18,3%	193 18,5%	407 21,5%	241 24,2%	16 30,2%	57 22,3%
Motorik	69 17,3%	186 17,0%	423 20,6%	237 22,4%	18 30,0%	74 24,4%	81 17,9%	186 17,9%	432 22,8%	268 26,9%	16 30,2%	79 30,9%
Sprache	31 7,8%	104 9,5%	238 11,6%	122 11,5%	7 11,7%	44 14,5%	47 10,4%	103 9,9%	271 14,3%	156 15,7%	7 13,2%	50 19,5%
Verhalten	18 4,5%	42 3,8%	147 7,1%	61 5,8%	2 3,3%	20 6,6%	22 4,9%	59 5,7%	193 10,2%	123 12,3%	9 17,0%	29 11,3%

2.2.3 Übergewicht bei Schulanfängern

Für die Feststellung des Übergewichts werden bei den Kindern in der Schuleingangsuntersuchung Größe und Gewicht gemessen. Daraus errechnet sich der Body-Mass-Index. Die Zuordnung in die Kategorie Übergewicht wird nach den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ vorgenommen. Die Bezeichnung Übergewicht bezieht sich dabei auf die Kinder, bei denen der Body-Mass-Index im Bereich der oberen 10% der Werteverteilung liegt. Die Bezeichnung Adipositas, also extremes Übergewicht, wird den Werten im Bereich der oberen 3% der Werteverteilung zugeordnet. Da diesen Daten eine genaue Messung zu Grunde liegt, sind die Ergebnisse zum Übergewicht im Vergleich zu den Elternaussagen „harte Daten“ und damit ein besonders verlässliches Maß.

In den Jahren 1998 bis 2001 waren 8,6, 8,1, 8,0 und 7,8 Prozent der Kinder übergewichtig und 6,1, 6,6, 6,4 und 6,3 Prozent der Kinder adipös. Damit sind rund 14% der Schulanfänger zu dick.

Auch bei dem Übergewicht gibt es eine unterschiedliche Verteilung je nach sozialer Lage und Herkunft. Unterschiede zwischen Kindern allein erziehender und nicht allein

erziehender Eltern gibt es nicht. Die im Ausland geborenen Kinder sind relativ häufiger übergewichtig und adipös als die in Deutschland geborenen Kinder. Besonders das sehr starke Übergewicht kommt bei Kindern mit ausländischem Geburtsland gehäuft vor. Die Kinder aus Sozialräumen mit sehr geringer und geringer sozialer Belastung sind seltener übergewichtig und adipös als die Kinder aus hoch und sehr hoch belasteten Sozialräumen. Auch hier fällt in den Sozialräumen mit hoher Belastung und einem hohen Ausländeranteil der Anteil der adipösen Kinder besonders groß aus. Neben der hohen sozialen Belastung scheint ein ausländischer Hintergrund ein zusätzlicher Risikofaktor für extremes Übergewicht zu sein.

2.2.4 Vorsorge und Impfungen der Schulanfänger

Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 wird bei der Schuleingangsuntersuchung durch die Vorlage des Vorsorgeheftes dokumentiert. Das Gleiche gilt für die erhaltenen Impfungen. Bei der Auswertung der Inanspruchnahme können somit nur die Kinder berücksichtigt werden, die das Vorsorge- bzw. Impfheft vorgelegt haben. In den letzten vier Jahren haben 88,3%, 85,8%, 86,4% und 85,9% der Schulanfänger das Heft der Vorsorgeuntersuchungen vorgelegt und 92,7%, 89,8%, 89,4% und 89,6% das Impfheft.

Die Teilnahme an den Früherkennungs-Untersuchungen U1 bis U9, beginnend bei der Geburt des Kindes bis zum 5. Lebensjahr, nimmt kontinuierlich ab. Ausgehend von 97% bei der U1, fällt die Beteiligungsquote jährlich um etwa 1% bis zur U6 ab, danach in größeren Schritten, bei der U7 liegt die Beteiligung bei ungefähr 88%. An der U8 und U9 nehmen dann nur noch 82% und weniger teil.

Hier wird exemplarisch die Teilnahme an der U8 und der U9 untersucht. Während die U7 bei den Zweijährigen durchgeführt wird, findet die U8 im Alter von vier Jahren statt. Aufgrund der zeitlichen Lücke ist die Teilnahmequote

Abbildung 2:

Prozentualer Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder getrennt nach Grad der sozialen Belastung und Geburtsland, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst
(Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

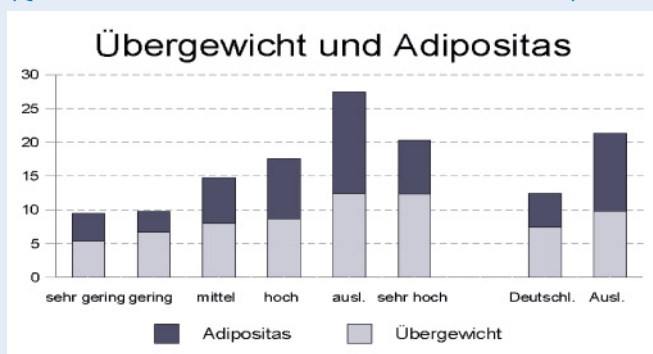


Abbildung 3:

Prozentuale Teilnahme der Kinder an der U8 und U9 getrennt nach Jahr
(Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

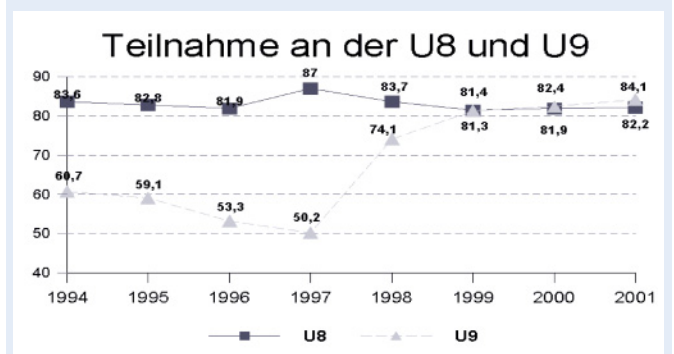
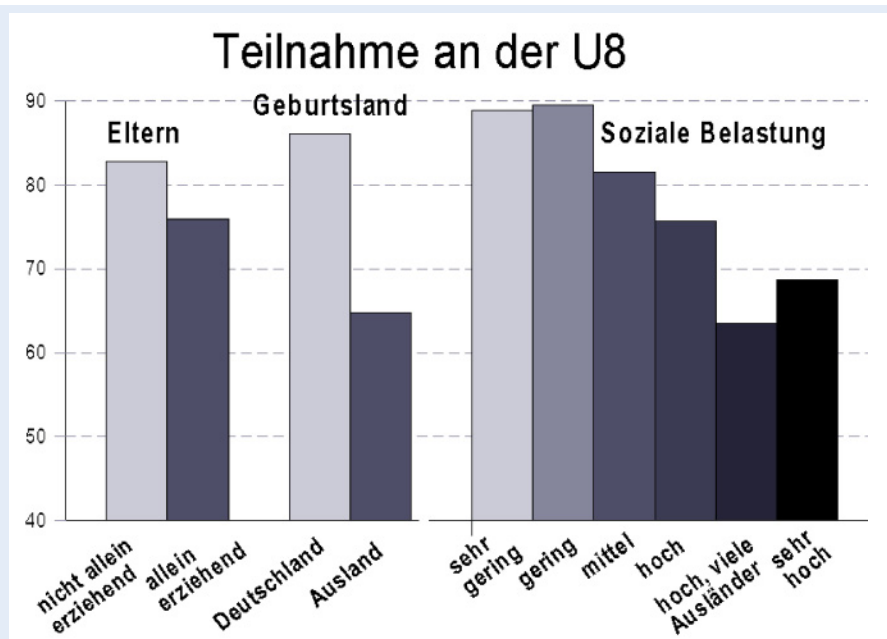


Abbildung 4:

Prozentuale Teilnahme der Kinder an der U8 getrennt nach allein erziehenden Status, Geburtsland und Grad der sozialen Belastung, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).



hier geringer und fällt bis zur U9 noch weiter ab. Durch ein gezieltes Anschreiben des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes konnte in Düsseldorf die Teilnahmequote an der U9 deutlich verbessert werden.

Die Teilnahme an der U8 und der U9 ist bei Kindern von allein Erziehenden, Kindern mit ausländischem Geburtsland und aus vergleichsweise belasteten Sozialräumen besonders niedrig. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass die Teilnahmequoten nur bei Vorlage des Vorsorgeheftes ermittelt werden können. Allerdings gibt es bereits Unterschiede in der Vorlage der Hefte zwischen den Gruppen, so dass die tatsächlichen Unterschiede wahrscheinlich noch größer sind.

Die allein erziehenden Eltern nutzen nur die U8 und die U9 seltener als die zu zweit Erziehenden. Kinder mit ausländischem Geburtsland und einem sozial belasteten Umfeld nehmen darüber hinaus an allen Vorsorgeuntersuchungen seltener teil als ihre jeweiligen Vergleichsgruppen.

Die durchschnittlichen Impfraten wurden auch hier nur für die Kinder berechnet, die das Impfheft vorgelegt haben. Für die restlichen Kinder ist nicht klar, ob sie eine ausreichende Impfung erhalten haben. Die

Tabelle 4:

Absolute und prozentuale Häufigkeit der Impfungen gegen Polio (3x), Diphtherie (3x), Tetanus (3x), Masern (1x), Mumps (1x), Röteln (1x), Keuchhusten (4x), *Hämophilus influenzae* Typ B (3x) und Hepatitis B (3x) getrennt nach Jahr (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).

	1998 (N* = 4646)	1999 (N* = 4695)	2000 (N* = 4441)	2001 (N* = 4202)
Polio	4390 = 94,5%	4416 = 94,2%	4219 = 95,2%	3988 = 95,1%
Diphtherie	4489 = 96,7%	4537 = 96,7%	4337 = 97,8%	4112 = 98,0%
Tetanus	4505 = 97,0%	4547 = 96,9%	4347 = 97,9%	4112 = 98,0%
Masern	4181 = 90,0%	4311 = 92,1%	4132 = 93,7%	3888 = 93,8%
Mumps	4165 = 89,7%	4282 = 91,4%	4111 = 93,3%	3874 = 93,6%
Röteln	3975 = 85,6%	4164 = 88,9%	4030 = 91,7%	3821 = 92,3%
Keuchhusten	2842 = 61,2%	3372 = 71,9%	3428 = 77,9%	3514 = 84,6%
Hib	3539 = 76,2%	3765 = 80,5%	3743 = 84,8%	3592 = 86,3%
Hepatitis B	–	–	1985 = 46,7%	2380 = 59,0%

* Bezieht sich auf die Kinder mit vorgelegtem Impfheft.
Je nach Impfung kann das „N“ auch kleiner sein.

Durchimpfungsquote liegt für Tetanus und Diphtherie bei durchschnittlich 98%, für Polio bei 95%, für Masern und Mumps bei 94%, Röteln 92%, Keuchhusten 85%, *Hämophilus Influenzae* Typ B 86% und Hepatitis B 60%. Über die Jahre ist für alle Impfungen eine Zunahme zu verzeichnen, wenn auch noch nicht alle Soll-Werte erreicht sind. Das gilt für die 95%ige Durchimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln und für die seit 1991 empfohlene Zweitimpfung.

Auch bei den Impfungen zeigen sich

Unterschiede zwischen den hier gesondert untersuchten Gruppen.

Die Unterschiede nach Geburtsland sind nicht so gravierend. Es zeigt sich allerdings, dass die im Ausland geborenen Kinder schlechter bei den Impfungen im ersten Lebensjahr (besonders *Hämophilus Influenzae* Typ B, in einzelnen Jahren auch Diphtherie, Tetanus und Polio) abschneiden. Das ist nicht weiter verwunderlich, da sie zu dieser Zeit vermutlich noch im Ausland waren und dort andere Impfempfehlungen gelten als in Deutschland. Die im

Ausland geborenen Kinder sind allerdings besser als die in Deutschland geborenen gegen Hepatitis B geimpft.

Die Kinder allein erziehender Eltern sind schlechter gegen Polio, Keuchhusten und Hepatitis B geimpft als die nicht allein erziehender Eltern. Im Jahr 2000 fiel auch die MMR-Impfquote schlechter aus.

Die Kinder, die Sozialräumen mit hoher und sehr hoher Belastung zugeordnet sind, sind schlechter als die aus besser gestellten Sozialräumen gegen Polio, Keuchhusten und Hämophilus Influenzae Typ B geimpft, für die Zahlen aus dem Jahr 2000 gilt das auch für Diphtherie und Tetanus. Eine Umkehrung des Sozialgradienten findet sich bei der Durchimpfungsquote gegen Masern, Mumps und Röteln. Im Jahr 2001 waren die Kinder aus sehr gering belasteten Gebieten schlechter als die aus gering belasteten Gebieten geimpft. Die sozial sehr gut gestellten Familien halten die Impfung wahrscheinlich für nicht notwendig.

Besonders deutlich fallen die sozialen Unterschiede bei den Impfungen gegen Polio, Keuchhusten und Hämophilus Influenzae Typ B aus (beispielhaft an Hämophilus Influenzae Typ B dargestellt). Diese Impfungen sind für die Auffindung von Unterschieden im Impfverhalten der sozialen Gruppen besonders sensibel, da sie entweder noch neu und deshalb nicht so etabliert sind oder, wie im Fall von Polio, meistens nur im ersten Lebensjahr gegeben werden. Die Wahrscheinlichkeit irgendwann einmal gegen Tetanus (z. B. bei einer Verletzung) geimpft zu werden, ist demgegenüber größer.

2.3 Fazit

Die Gesundheit und auch das Inanspruchnahmeverhalten von Leistungen der gesundheitlichen Versorgung sind bei Schulanfängern nicht gleichmäßig verteilt. Bestimmte Gruppen wie Kinder mit ausländischen Geburtsland, Kinder mit sozial benachteiligtem Umfeld und Kin-

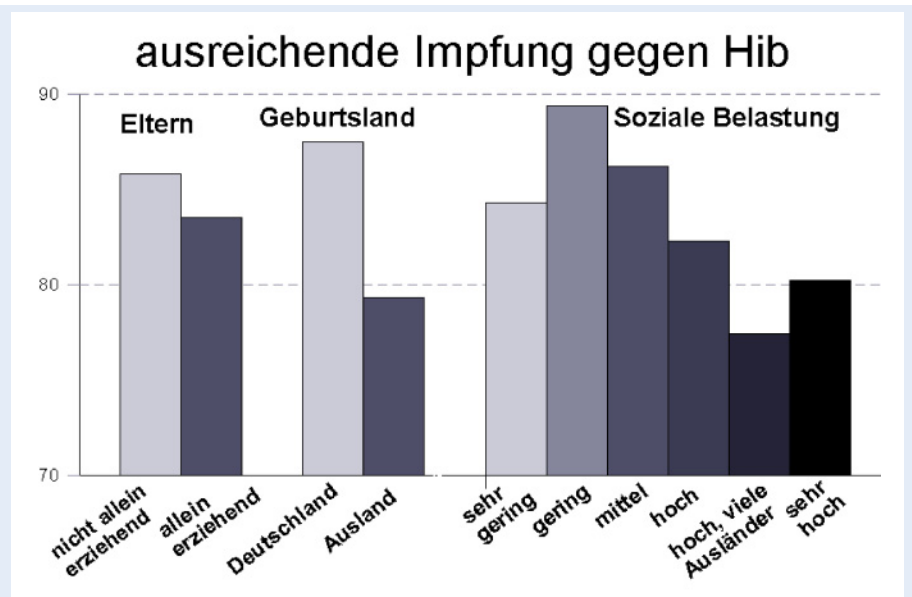
der allein erziehender Eltern, fallen in der Schuleingangsuntersuchung durch häufigere auffällige Befunde und eine schlechtere Inanspruchnahme auf.

Dabei hat sich die Auswahl der hier untersuchten Variablen weitestgehend als sinnvoll erwiesen, nur die Unterscheidung nach Geburtsland ist unbefriedigend. Besonders die in Deutschland geborenen Kinder mit ausländischem Hintergrund müssen in der Zukunft von denen mit deutschen Hintergrund besser unterscheidbar sein. Die vorläufige Betrachtung des Geburtslandes erbrachte aber bereits gravierende Unterschiede, die eine genauere Analyse der Situation von Migrantenkindern in der Zukunft notwendig macht.

In den folgenden Abschnitten wird auf die angesprochenen Problemfelder genauer eingegangen und daraus Handlungsempfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation benachteiligter Familien entwickelt.

Abbildung 5:

Prozentuale Anteile der Kinder, die die Mindestanzahl der Impfungen gegen Hämophilus Influenzae Typ B erhalten haben getrennt nach allein erziehenden Status, Geburtsland und Grad der sozialen Belastung, Daten von 2000 und 2001 zusammengefasst (Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf).



3 Migrantenfamilien und Gesundheit

3.1 Demographie

In der Bundesrepublik Deutschland leben rund 7,3 Millionen Zuwanderer, das entspricht einem Ausländeranteil von 8,9% (Stand 31.12.2000, Stat. Bundesamt, www.destatis.de). Nordrhein-Westfalen ist das Bundesland mit den meisten Zuwanderern. Hier leben 2 Millionen Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit, das entspricht 27,5% aller in Deutschland ansässigen Zuwanderer. Der Ausländeranteil an der Bevölkerung liegt in NRW bei 11,1%.

In Düsseldorf sind 103.331 Ausländer mit Hauptwohnsitz gemeldet (Amt für Statistik und Wahlen, Statistisches Jahrbuch 2001), davon bilden die Türken mit 16.147 die größte Gruppe. Weiterhin sind 11.211 Griechen, 7.256 Italiener, 6.822 Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien und 5.585 Marokkaner gemeldet. Bei einer Gesamtbevölkerung von 580.484 errechnet sich ein Ausländeranteil von 17,8%.

Von den 18.906 ausländischen Kindern unter 18 Jahren sind 24% türkischer, 10,1% griechischer, 8,8% marokkanischer, 7,4% jugoslawischer und 6,6% italienischer Herkunft.

Die meisten ausländischen Familien leben in Oberbilk (1032), Eller (914), Hassels (741) und Bilk (733).

3.2 Sozioökonomische Aspekte

(Ergebnisse aus: Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen, Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e. V., Sonderbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen, im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW, 2000).

Zuwanderer verfügen über eine geringere Wohnfläche als Deutsche. 1994 standen einem Zuwanderer in Nordrhein-Westfalen durchschnittlich 31,7 qm zur Verfügung, einem Deutschen hingegen 43,6 qm. Die durchschnittliche Wohnfläche bei Zwei-Personen-Haushalten betrug für Zuwanderer 64,7 qm und für Deutsche 80,4 qm, bei Drei-Personen-Haushalten waren es 74,7 qm bzw. 91,9 qm.

Ausländische Erwerbstätige haben oft eine schlechtere Stellung im Beruf als deutsche Erwerbstätige. 1996 waren zwei Drittel der erwerbstätigen Zuwanderer in Nordrhein-Westfalen Arbeiter und ein Viertel Angestellte. Unter den deutschen Erwerbstätigen befanden sich 60% Angestellte und ein Drittel Arbeiter.

Von den Zugewanderten waren 19% ungelernte und 40% angelernte Arbeiter, bei den Deutschen waren es nur 3% ungelernte und 7% angelernte Arbeiter.

Die Arbeitslosenquote lag im gleichen Jahr bei Zuwanderern doppelt so hoch wie bei der Gesamtbevölkerung des Landes (21,8% zu 11,4%). Am 31.12.2000 waren 7.434 Ausländer in Düsseldorf arbeitslos gemeldet, insgesamt waren 26.996 Düsseldorfer ohne Arbeit (Statistisches Jahrbuch 2001).

3.3 Gesundheit

(Ergebnisse aus: Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen, Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V., Sonderbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen, im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW, 2000).

Die Säuglingssterblichkeit ist bei Zuwanderern höher als bei Deutschen. Obwohl die Säuglingssterblichkeit insgesamt abnimmt, bleiben Niveauunterschiede zwischen Deutschen und Ausländern erhalten. 1993 lag bundesweit die Sterblichkeit der ausländischen Säuglinge mit 7,1 Sterbefällen je 1.000 Lebendgeborenen über der der deutschen mit 5,6. 1999 betrug die Säuglingssterblichkeit der ausländischen Säuglinge in Düsseldorf 6,1 im Vergleich zu 4,3 bei den deutschen (Statistisches Jahrbuch 2000).

Die Perinatalerhebung der Ärztekammer Nordrhein und Westfalen-Lippe (1997) hat gezeigt, dass besonders bei Zuwanderinnen aus dem Mittleren Osten, den Mittelmeerländern und Osteuropa sehr frühe Schwangerschaften häufig sind, die einen Risikofaktor für die Säuglingssterblichkeit darstellen.

Dabei fällt besonders die Frühsterblichkeit der türkischen Säuglinge auf, die zwischen 1990 und 1997 im Gegensatz zu den anderen ausländischen Staaten auch keine fallende Tendenz aufweist (1997: Türkei 3,5 je 1.000, Mittelmeerländer 2,8 je 1.000, Deutschland 2,4 je 1.000).

Zuwanderinnen nehmen auch die Schwangerschaftsvorsorge weniger in Anspruch, was sich in einer höheren Perinatalsterblichkeit niederschlägt. Der Zeitpunkt der ersten Schwangerschaftsuntersuchung lag bei 92% der deutschen Schwangeren vor der 13. Schwangerschaftswoche, bei Frauen aus den Mittelmeerländern waren es nur 80% und bei Frauen aus Osteuropa nur 70%.

Auch die Anzahl der beanspruchten Vorsorgeuntersuchungen ist bei Zuwanderinnen niedriger (11-15 Untersuchungen: Deutsche 54%, Frauen aus Mittelmeerländern und Osteuropa 41% bzw. 39%).

In der DSU (Dokumentation der schulärztlichen Untersuchung) des Landesinstitutes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) in Bielefeld 1998 wurde die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen und die Anzahl der Schutzimpfungen erfasst.

Auffällig ist hier, dass die in Deutschland geborenen Zuwanderer über alle Impfungen hinweg teilweise deutlich niedrigere Impfquoten aufweisen als die deutschen Schulanfänger, obwohl für beide Gruppen von Geburt an dasselbe Angebot zum Impfschutz besteht. Dies deutet auf ein abweichendes Inanspruchnahmeverhalten von Zuwanderern hin. Für die im Ausland geborenen Kinder liegen die Impfquoten jeweils noch niedriger.

Bei den deutschen Schulanfängern wurde festgestellt, dass die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U7 von jeweils mehr als 95% in Anspruch genommen werden. Auch bei den in Deutschland geborenen Zuwanderern liegt der Anteil bis zur Untersuchung U3 bei über 90%, nimmt jedoch bis zur U7 auf ca. 70% ab. Die U9 wird noch von 82% der deutschen, aber nur 56% der in Deutschland geborenen ausländischen Kinder wahrgenommen. Die Quoten der im Heimatland geborenen Ausländer liegen darunter, die Unterschiede verringern sich aber erwartungsgemäß bei den späteren Untersuchungen.

Vergleicht man die U1-U7 insgesamt, so zeigte sich, dass diese nur von gut der Hälfte der in Deutschland geborenen Zuwanderer komplett in Anspruch genommen wird (56%), während deutsche Kinder eine Quote von 92% aufweisen.

Wenn man die U8 und die U9 zusammenfasst, ist auch hier die

Inanspruchnahmequote bei Kindern deutscher Nationalität mit 78% am höchsten, bei in Deutschland geborenen Zuwanderern liegt sie dagegen bei nur 45%. Die im Heimatland geborenen Zuwanderer nehmen nur zu 32% komplett an der U1-U7 und zu 36% an der U8-U9 teil.

Die Behindertenstatistik weist einen deutlich geringeren Anteil an behinderten Zuwanderern als an behinderten Deutschen aus. In NRW waren zum Jahresende 1997 118 Männer und 102 Frauen je 1.000 deutsche Einwohner Inhaber eines gültigen Schwerbehindertenausweises, bei den Zuwanderern waren es 40 Männer und 19 Frauen. In Düsseldorf waren im Jahr 1999 79 Männer und 82 Frauen je 1.000 Deutsche und 24 Männer und 15 Frauen je 1.000 Zuwanderer im Besitz eines Ausweises. Das liegt zum einen an der unterschiedlichen Altersverteilung bei Deutschen und Zuwanderern, zum anderen auch an dem Inanspruchnahmeverhalten. Der niedrige Wert bei den ausländischen Frauen ist auf einen geringen Anteil sozialversicherungspflichtig beschäftigter Frauen zurückzuführen. Leichte Behinderungen, wie sie in der jüngeren Bevölkerung häufiger vorkommen, werden seit 1985 nicht mehr erfasst. Einige Studien haben bei ausländischen Kindern eine tendenziell spätere Diagnosestellung bzw. eine seltener erfolgte Frühdiagnostik im Vergleich zu deutschen Kindern festgestellt. Die Kinder erhalten häufig keine angemessene Behandlung, weil sich die Eltern schämen. Ein besonderes Problem stellt die bei Zuwanderern häufiger anzutreffende Heirat unter Verwandten dar, die durch die Gesetzgebung noch verschärft wird. Dabei ist die Heirat eines nahen Verwandten die einzige Möglichkeit, im Heimatland verbliebene Angehörige nach Deutschland zu holen. Dementsprechend ist auch mit einem höheren Anteil behinderter Kinder in der ausländischen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung zu rechnen.

Zuwanderer sind im Migrationspro-

zess nachweislich einer Vielzahl von Stressoren ausgesetzt, die zu psychischen Belastungen führen können. Dazu zählen die Unüberschaubarkeit und Unplanbarkeit der Zukunft, Verlusterlebnisse, Sprachprobleme, andere kulturelle Hintergründe auch im Hinblick auf die Entstehung und Äußerung von Krankheiten, andere Arbeitsbedingungen und schlechtere Wohnsituation als im Heimatland, veränderte Lebensperspektiven, Normen- und Rollenkonflikte sowie der Wegfall des familiären Zusammenhaltes, der besonders für die gesundheitlich-soziale Versorgung von hoher Bedeutung ist.

Hinzu kommt eine erschwerte Diagnosestellung bei psychischen Problemen. Einerseits neigen ausländische Patienten zu einer somatisierten Symptomwahrnehmung und -äußerung bei psychischen Problemen, andererseits gibt es in der Arzt-Patient-Kommunikation sprachliche und kulturelle Barrieren, die eine richtige Symptominterpretation erschweren. Die Dauer des Aufenthaltes im Gastland erhöht die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer stationär behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung.

Die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer psychiatrischer und psychosozialer Angebote ist bei Zuwanderern geringer als bei Deutschen. Bei vielen Migranten werden psychische und psychiatrische Probleme familienintern behandelt, die Hinzuziehung externer Hilfen wird dabei als Versagen des familieninternen Schutzsystems angesehen. Weitere Zugangsprobleme sind die Unkenntnis der Versorgungsangebote, die Angst vor aufenthalts- oder arbeitsrechtlichen Folgen und Sprachbarrieren. Letztere stellen für viele Versorgungseinrichtungen nach wie vor ein Problem dar, da Dolmetscher fehlen. Nicht selten müssen für die Fragestellung ungeeignete Personen, z.B. Reinigungskräfte oder die eigenen Kinder, die Gespräche zwischen Patient und Behandler vermitteln. Ein muttersprachliches Angebot stellt dabei

nicht nur die Überwindung von Verständigungsproblemen dar, sondern signalisiert Vertrautheit, Akzeptanz und Sicherheit.

Besonders die Kinder der 2. und 3. Generation werden täglich mit den zwischen den Kulturen bestehenden Unterschieden konfrontiert.

Die Zweisprachigkeit kann unter ungünstigen Bedingungen zu einer doppelten Halbsprachigkeit werden, das bedeutet, dass beide Sprachen nur unzureichend beherrscht werden. Eine ungünstige Sprachentwicklung beeinflusst auch die kognitive Entwicklung und damit auch den späteren Schulerfolg. Die Kinder fallen negativ auf, ihr Selbstwertgefühl sinkt und weitere Komplikationen wie Verhaltensauffälligkeiten können die Folge sein.

3.4 Die Türkische Beratungsstelle des Gesundheitsamtes Düsseldorf

Im Jahr 2000 konnte ein spezielles Beratungsangebot für türkische Mitbürgerinnen und Mitbürger eingerichtet werden. Eine Kinderärztin mit türkischer Herkunft bietet regelmäßig Sprechstunden für diese Bevölkerungsgruppe an. Die Aufklärung über das Gesundheitswesen in Deutschland und die Wichtigkeit von präventiven Maßnahmen (z. B. Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen) stehen dabei im Vordergrund. Dazu gehört auch die muttersprachliche Beratung als Vermittlung zwischen den ausländischen Eltern einerseits und den deutschen Ärzten andererseits.

Es zeigt sich, wie erwartet, dass die muttersprachliche Beratung nicht nur bei ausländischen Familien mit unzureichenden Deutschkenntnissen eine bedeutende Rolle spielt, sondern auch bei solchen, die in der Heimatsprache zu denken, fühlen und träumen gewohnt sind. Die Sprache dient dazu, die Kooperationsbereitschaft und die Vertrautheit herzustellen. Diese sind Voraussetzungen für die oft erforderlichen Kontakte zu Fachärzten, Kliniken, Schulen und Sozialberatungsstellen.

Häufiger Grund für die Konsultation der Sprechstunde sind Sprachstörungen bei Kindern. Sie werden oft auf mangelnde Deutschkenntnisse zurückgeführt, so dass die notwendige frühzeitige Sprachtherapie nicht stattfindet. Diese Behandlung ist wichtig, um sekundäre Verhaltensstörungen und Schulschwierigkeiten zu vermeiden. Nur die muttersprachliche Testung und Beratung gewährleistet die rechtzeitige Vorstellung beim Logopädischen Dienst des Gesundheitsamtes. Durch diese enge Vernetzung kann auch bei mangelnden Deutschkenntnissen eine adäquate Therapie herbeigeführt werden.

Neben der Sprachauffälligkeit geht es häufig auch um die Feststellung einer Entwicklungsverzögerung

oder Lernstörung. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass auch sprachfreie Tests nicht frei von Kulturbezügen sind. Entwicklungsstörungen der Kinder sind mit Standardtests nicht zuverlässig ermittelbar. Verständnisprobleme der Kinder sind nicht automatisch mit einer Lernstörung gleichzusetzen. Das muttersprachliche Angebot ist eine entscheidende Hilfe, um bei vielen Weichenstellungen die erforderlichen Entscheidungen zu erleichtern. Leider findet die Beratung häufig zu spät statt, so dass nur noch die Umschulung auf die Sonderschule begleitet werden kann.

Einige Mütter signalisierten ihre Überforderung und eigene Hilfsbedürftigkeit bis hin zu ernststen psychischen Problemen, so dass auch erfolgreich sozialpsychiatrische Hilfen des Gesundheitsamtes vermittelt werden konnten.

In den Familien, die große Probleme mit der alltäglichen Versorgung ihrer Kinder haben, werden Kinderkrankenschwestern/ Sozialmedizinische Assistentinnen der Sozialpädiatrischen Beratungsstelle in Form der nachgehenden Fürsorge eingesetzt. Dies wird vor allem dann erforderlich, wenn chronische Krankheiten oder Behinderungen dazu kommen. Ein Untersuchungsbus des Gesundheitsamtes fährt regelmäßig Kindertagesstätten in sozialen Brennpunkten und Migrantenunterkünften an. Dabei werden u. a. Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen durchgeführt.

Die Türkische Beratungsstelle vermittelt auch bei Fragen der Erziehung. Die Erziehungseinstellung der Zuwanderer führt im Außenverhältnis oft zu Unstimmigkeiten. Die zärtliche Behütung verbunden mit autoritärer Kontrolle der türkischen Eltern steht im Kontrast zur in deutschen Familien üblichen Permissivität und Selbstständigkeitserziehung. Die türkischen Kinder verhalten sich in Kindergarten und Schule anders als erwartet. Einerseits wird die Erwartungshaltung der Einrichtungen an die Eltern von diesen

nicht verstanden, andererseits kennt die Einrichtung die tradierte Erziehungshaltung der Eltern zu wenig, um einen sinnvollen Weg zu finden. Die Ärztin der Beratungsstelle bietet selber keine Erziehungsberatung an, sondern erfasst die Problematik beider Seiten und vermittelt im Bedarfsfall an eine Erziehungsberatungsstelle.

Ähnliche Vermittlungsdienste werden für die Akzeptanz von anderen Institutionen wie Fachambulanzen, Fachärzten, sozialen Diensten und Förderungszentren geleistet. Einen besonderen Stellenwert nimmt die Kontaktaufnahme zur humangenetischen Beratung beim Vorliegen einer Behinderung in der Familie ein. In türkischen Familien gibt es nicht selten Verwandtschaftsehen.

In manchen Fällen werden auch Hausbesuche mit Vertretern anderer Institutionen durchgeführt, um Schwellenängste erfolgreich abzubauen.

Das Hilfespektrum wird durch Aufklärungsarbeit und Kontakte zu Elternvereinen, Stadtteilläden und freien Trägern abgerundet.

3.5 Ziele

- Erhöhung der sprachlichen Kompetenz der Migrantenkinder und ihrer Eltern. Vermeidung der doppelten Halbsprachigkeit. Die Eltern müssen ihre Kinder beim Erlernen der Zweitsprache unterstützen können.
- Erhöhung der Inanspruchnahme der – insbesondere präventiven – Leistungen des Gesundheitswesens von Migranten. Besonders bei der gesundheitlichen Versorgung der Kinder sind die Eltern als kompetente Ansprechpartner für die Gesundheitserziehung miteinzubeziehen. Der unterschiedliche kulturelle Hintergrund muss dabei berücksichtigt werden.
- Kinder mit bereits aufgetretenen Störungsbildern wie Sprachauffälligkeiten, motorischen Störungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsverzögerungen, Lernstörungen oder -behinderungen sind so früh wie möglich nach dem Stand des Wissens therapeutisch zu fördern.

3.6 Handlungsempfehlungen

- Im Kindergarten setzt die sprachliche Förderung durch gezielte Trainingsprogramme geschulter Erzieher ein. Deutsche und ausländische Kinder werden zu gemeinsamen Spielaktivitäten angeregt. Durch eine koordinierte schulische Förderung der Erst- und Zweitsprache wird der doppelten Halbsprachigkeit entgegengewirkt. Unterrichtsthemen werden im deutschen Schulunterricht und im fremdsprachigen Förderunterricht parallel behandelt. Erzieher und Lehrer mit Migrationshintergrund werden in Einrichtungen mit hohem Ausländeranteil bevorzugt eingestellt. Die Nachmittags- und Hausaufgabenbetreuung richtet ihr Angebot speziell auf ausländische Kinder aus. Die Eltern werden begleitend durch sprachliche Förderung unterstützt.

- Vereinsgründungen mit Grundschullehrern/Erziehern und Eltern zur besseren Förderung von Migrantenkindern und Vermittlung wichtiger gesundheitsrelevanter Informationen sind ein erster Schritt. Darüber hinaus können Informationsabende zu gesundheitlich relevanten Themen sowohl bei Migrantenfamilien als auch bei Multiplikatoren Gesundheitsförderung leisten. Diese umfassen auch Aufklärung zu Vorsorge- und Impfangeboten für Eltern und Kinder. Der Ausbau der muttersprachlichen Angebote in der psychosozialen Beratung, Schwangeren- und Familienberatung, Erziehungsberatung, Sprachtherapie und Beratung psychisch Kranker ist bedarfsgerecht zu gewährleisten. Der Erziehungsberatung geht die gegenseitige Aufklärung über die unterschiedlichen Erziehungsauffassungen voraus.
- Eine gezielte schulische Förderung ist der erste Schritt zur Vermeidung von Fehlentwicklungen. Für bereits auffällig gewordene Kinder ist die Diagnostik zu verbessern. Dies gilt sowohl für die Feststellung von Sprachauffälligkeiten in der Schuleingangsuntersuchung als auch für die Feststellung von Lern- und Leistungsbeeinträchtigungen. Geeignete Entscheidungen können nur unter Hinzuziehung kulturfreier Tests und muttersprachlicher Diagnostik zweifelsfrei getroffen werden.

4 Familien mit allein erziehenden Eltern und Gesundheit

4.1 Demographie

In Nordrhein-Westfalen leben rund 370.000 allein Erziehende (LÖGD, Indikator 02_11_2001). Die Zahl der allein Erziehenden wächst stetig. 1999 waren es noch 350.000, im Jahr 2000 waren es 358.000 und 2001 bereits 370.000.

In Düsseldorf waren zum Jahresende 2000 15.182 allein Erziehende registriert, im Vorjahr waren es 14.061 (Statistisches Jahrbuch 2001). Etwa 82% der allein Erziehenden sind Frauen.

Der Anteil der Ein-Eltern-Familien an allen Düsseldorfer Familien beträgt insgesamt 26,7%, bereits ein Prozentpunkt mehr als im Vorjahr. Über 21.000 Kinder wachsen in Düsseldorf in Ein-Eltern-Familien auf.

Die meisten allein Erziehenden in Düsseldorf wohnen in Eller, Bilk und Gerresheim, gefolgt von Oberbilk, Wersten und Garath. Bezieht man die Zahl der allein Erziehenden auf die Familien im Stadtteil, haben besonders die Innenstadtviertel einen hohen Anteil allein Erziehender (Unterbilk, Altstadt, Oberbilk, Flingern Süd, Derendorf, Pempelfort, Karlstadt, Flingern Nord und Friedrichstadt).

4.2 Sozioökonomische Aspekte

Die Erwerbstätigenquote der Mütter mit Kindern unter 18 Jahren zeigt noch immer einen hohen Anteil der allein Erziehenden (66%) im Bundesgebiet. Dies verdeutlicht den hohen Stellenwert der Arbeit für die allein Erziehenden.

Für viele Teilzeitbeschäftigte sieht die Lage jedoch trotz Berufstätigkeit nicht so günstig aus, denn Ein-Eltern-Familien sind am stärksten von Armut betroffen. Über 60% von ihnen verdienen so wenig, dass ihre Einnahmen nicht steuerpflichtig sind. Demzufolge können keine Steuerfreibeträge im Rahmen des Familienlastenausgleichs genutzt werden (VAMV, Bundesverband e.V.).

Auf dem Arbeitsmarkt haben allein erziehende Frauen mit Kindern unter 18 Jahren besondere Beschäftigungsprobleme. Vor allem Frauen mit geringer Qualifikation und betreuungsbedürftigen Kindern sind von überdurchschnittlicher Erwerbslosigkeit betroffen. Rund 9% der allein Erziehenden in Nordrhein-Westfalen sind erwerbslos (LÖGD, Indikator 02_11_2001).

Die eigene Erwerbstätigkeit ist für die Mehrzahl der Frauen die wichtigste Einkommensquelle (IAB Kurzbericht, Nr. 2/16.2.2001, Bundesanstalt für Arbeit). An zweiter Stelle stehen in Westdeutschland die Sozialleistungen, hier besonders die Sozialhilfe. In Düsseldorf bezogen zum Jahresende 2000 3.528 Ein-Eltern-Familien Sozialhilfe. Der Sozialhilfequote bei allein Erziehenden mit 1 oder 2 Kindern beträgt 22% und bei 3 und mehr Kindern 42% (Statistisches Jahrbuch 2001). Unterhaltszahlungen spielen beim Einkommen der allein Erziehenden nur eine untergeordnete Rolle. Nach einer Scheidung sinkt das Pro-Kopf-Einkommen von Müttern um bis zu 37 Prozent.

Allein erziehende Frauen arbeiten häufig in befristeten- und/oder Teilzeit-Arbeitsverhältnissen, häufiger

an Wochenenden und in Schicht und oft mehr als 40 Stunden pro Woche.

Festzuhalten bleibt, dass die Berufstätigkeit einen überwiegend positiven Einfluss auf die Gesundheit von Frauen hat. Die Art und Qualität der beruflichen Tätigkeit muss jedoch berücksichtigt werden. Die gesundheitlichen Ressourcen der Frauen sind eng mit ihren sozialen Kontexten verknüpft (Gesundheitsbericht NRW 2000). Nicht erwerbstätige allein Erziehende sind eher von sozialer Isolation betroffen und haben häufig stärkere gesundheitliche Belastungen aufgrund fehlender unterstützender Netzwerke.

Wie oben bereits erwähnt ist die Ausübung einer Berufstätigkeit bei gleichzeitiger alleiniger Sorge und Betreuung der Kinder ein wesentlicher Stolperstein im Leben allein erziehender Frauen. Dies gilt insbesondere auch für junge Mütter, die noch keine abgeschlossene Berufsausbildung haben. Die Ausbildung junger Menschen ist aber eine notwendige Grundlage für eine eigenverantwortliche Lebensführung. (Positiv anzumerken ist hier das Ende 2001 angelaufene Modellprojekt zur Berufsausbildung junger Mütter der AWO in Düsseldorf).

Nicht selten führt die fehlende Kinderbetreuungsmöglichkeit für allein Erziehende in den sozialen Abstieg. Gerade allein erziehende Frauen bilden eine große Gruppe der Familien in Düsseldorf, die auf Sozialhilfeleistungen angewiesen sind. Den 3.528 Ein-Eltern-Familien stehen „nur“ 1.877 Zwei-Eltern-Familien mit Sozialhilfe gegenüber.

Die Kinderbetreuungssituation in Düsseldorf muss differenziert nach bestimmten Altersgruppen betrachtet werden. Der Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz ist keine Garantie für eine kontinuierliche Erwerbstätigkeit, da die Betreuungssituation der unter 3-jährigen und der schulpflichtigen Kinder noch nicht hinreichend für die Bedürfnisse der allein Erziehenden ist.

Allein erziehende Mütter und Väter brauchen eine flexible und verlässliche Betreuungssituation für ihre Kinder, die in den genannten Altersgruppen meistens schwer zu realisieren ist. Allgemein lässt sich sagen, dass noch immer ein hoher Bedarf an Betreuungsmöglichkeiten besteht, vor allem bei Kindern ab 6 Jahren aufwärts.

Wie Rainer Strätz, vom Sozialpädagogischen Institut NRW, in seinem Referat „Betreuungsangebote für Kinder in Nordrhein-Westfalen“ betont, sind geeignete Plätze für Schulkinder noch nicht ausreichend vorhanden. Um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu sichern, müssen Angebote im Vorschulbereich und für Schulkinder ausgebaut werden. Auch aktuelle Zeitungsberichte (WZ, 16.1.02) bestätigen die Hortplatznot in Düsseldorf.

Die Lebensgestaltung der allein erziehenden Frauen und Männer ist sehr unterschiedlich. Gemeinsam ist vielen allein Erziehenden jedoch die unsichere Zukunftsplanung, beruflich wie auch privat, solange die Kinder noch Betreuungsbedarf haben.

4.3 Gesundheit

Die im Landesgesundheitsbericht 2000 für NRW gesammelten Erkenntnisse über die Lebensbedingungen allein Erziehender lassen sich auch auf die Verhältnisse in Düsseldorf übertragen. Die Lebenslage von Ein-Eltern-Familien ist in hohem Maße von Belastungsfaktoren geprägt, die mit erhöhten gesundheitlichen Risiken für die allein Erziehenden und ihre Kinder verbunden sind. Die Folgen der schwierigen sozioökonomischen Lage, der fehlenden Entlastungspotenziale durch den anderen Elternteil sowie die eingeschränkten Möglichkeiten der kulturellen und sozialen Teilnahme am öffentlichen Leben, werden in der besonderen somatischen und psychischen Belastung deutlich (vgl. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2001).

Die gesundheitliche Situation allein Erziehender wird im Landesgesundheitsbericht 2000 wie folgt beschrieben. Im Vergleich zu verheirateten Müttern mit Partnern haben allein erziehende Mütter häufiger Beschwerden wie Schlaflosigkeit, Herz- und Rückenleiden. Allein erziehende Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand doppelt so häufig wie verheiratete Frauen als negativ ein. Sie haben stärkere gesundheitliche Belastungen und verhalten sich gesundheitsriskanter. Rauchen, psychotrope Arzneimittel (Schmerz-, Anregungs-, Schlaf- und Beruhigungsmittel) begleiten die Bewältigungsversuche zur Kompensation des Alltagsstresses und der belastenden Lebenssituation.

4.4 Kontaktstelle für Allein Erziehende des Gesundheitsamtes Düsseldorf

Ausgehend von dem Forschungsprojekt „allein erziehend – allein gelassen“ (Prof. Dr. Matthias Franz, HHU Düsseldorf) und den Handlungsempfehlungen der Arbeitsgruppe 1 „Kinder und Jugendliche“ der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz, hat das Gesundheitsamt im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 2001 ein Informations- und Vermittlungsangebot für allein Erziehende vorgehalten. Ziel der „Kontaktstelle für Allein Erziehende“ war die Verbesserung der psychosozialen Versorgung allein Erziehender und ihrer Kinder, mit dem Schwerpunkt der präventiven Gesundheitsvorsorge. Die Projektphase dauerte ein Jahr (April 2001 bis März 2002). Danach konnte die Kontaktstelle wegen fehlender Finanzierungsmöglichkeiten nicht weitergeführt werden.

Düsseldorf bietet eine Vielzahl an Unterstützungs- und Kontaktmöglichkeiten für allein erziehende Eltern. Der Informationsstand und die Inanspruchnahme dieser Hilfsangebote, gerade bei jüngeren allein Erziehenden, muss jedoch verbessert werden. Die Kontaktstelle bietet Informationen über Unterstützungsangebote, sei es hinsichtlich finanzieller Hilfen, als auch alltagsrelevante Entlastungsmöglichkeiten auf der Grundlage ressourcenschonender Netzwerkarbeit. Individuelle, stadtteilorientierte Vermittlung von Beratungsangeboten und Kontaktadressen, kann für viele allein Erziehende ein Beginn aktiver Selbsthilfe sein.

Die Schuleingangsuntersuchung erstreckte sich von Januar bis Juli 2001. Der folgende Bericht bezieht sich auf die von Mai bis Juni 2001 beratenen Frauen. Aufgrund des Projektcharakters konnte die „Kontaktstelle für Allein Erziehende“ nur in dieser Zeit von den Rat Suchenden konsultiert werden. Trotz des kurzen Zeitraums geben die Ergebnisse einen wichtigen Einblick in die Bedarfslage der allein Erziehenden.

Tabelle 5:

Steckbrief des Projektes „Kontaktstelle für Allein Erziehende“

Projektansatz	Verbesserung der sozialmedizinischen und psychosozialen Versorgung allein erziehender Mütter und Väter gemäß §2 ÖGDG Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (zielgruppenwirksame Gesundheitsinformationen)
Kooperationspartner	Verschiedene Ämter der Stadt Düsseldorf, Familienberatungsstellen der Freien Wohlfahrtspflege und kirchlicher Träger, Selbsthilfeorganisationen, Krankenversicherungen, Forschungsprojekt „allein Erziehende“ der HHU, Kindertagesstätten, Anbieter von berufsbezogenen Hilfen, u. a.
Zielgruppe	allein Erziehende mit Kindern im Einschulungsalter
Projektelemente	● Information über Kontaktmöglichkeiten und Hilfsangebote in Düsseldorf im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung ● netzwerkorientierte Beratung/Krisenintervention ● sozialtherapeutisches Gruppenangebot mit Kinderbetreuung zur integrativen Gesundheitsförderung
Laufzeit	1 Jahr, April 2001 bis März 2002 (Schuleingangsuntersuchung Januar bis Juni 2001)
Finanzierung	Gesundheitsamt (Sachmittel, personelle Unterstützung) Jugendamt (1 Sozialpädagogin im Anerkennungsjahr)

Kontaktvermittlung

Insgesamt haben im Berichtszeitraum 21 Frauen das Informations- und Beratungsangebot genutzt, 2 davon ausschließlich telefonisch. 18 Rat Suchende nahmen kurz nach der Schuleingangsuntersuchung den Kontakt auf, die anderen 3 kamen nach vier Wochen. Vereinzelt wurden die Frauen auch über die Familienberatungsstelle des Gesundheitsamtes, über die Zentralstelle für Beschäftigungsförderung und durch Mundpropaganda vermittelt. Die Mehrzahl der Kontakte war einmalig, einige nutzten wiederholte Kontakte. Auch telefonische Auskünfte wurden ergänzend genutzt.

Tabelle 6:

Anzahl der Kontakte der Rat suchenden Frauen mit der Beratungsstelle des Gesundheitsamtes.

Kontakt 1-mal	12 Frauen
Kontakt 2- bis 8-mal	7 Frauen
ausschl. Telefonkontakt	2 Frauen

Die Rat Suchenden kamen aus 13 verschiedenen Stadtteilen. 3 Frauen hatten einen nicht deutschen kulturellen Hintergrund. Verständigungsschwierigkeiten gab es jedoch nicht.

Tabelle 7:

Alter der Rat suchenden Frauen.

20 bis 30 Jahre	4 Frauen
31 bis 40 Jahre	11 Frauen
41 bis 45 Jahre	3 Frauen
ohne Angabe	3 Frauen

Familienstand und Sorgerecht

Von den Rat Suchenden waren 2 verheiratet und getrennt lebend, 9 geschieden und 4 ledig. 3 Frauen hatten das gemeinsame Sorgerecht.

Kinder

Die 21 Rat Suchenden hatten insgesamt 39 Kinder (alle im Alter unter 11 Jahren) die in ihrem Haushalt lebten. Davon waren 13 Mädchen und 26 Jungen. 19 Kinder waren zwischen 6 und 7 Jahren alt. Mehr als die Hälfte der Frauen hatte ein Kind.

Tabelle 8:

Anzahl der Kinder der Rat suchenden Frauen.

Mütter mit einem Kind	11
Mütter mit zwei Kindern	5
Mütter mit drei Kindern und mehr	5

Bis auf eine Ausnahme nutzten ausschließlich Mütter von Jungen, die eingeschult werden sollten, das Beratungsangebot, unabhängig davon, ob der Beratungsanlass im Zusammenhang mit den Söhnen gesehen wurde.

Betreuungssituation

Von den 19 Kindern, denen eine Einschulung bevorstand, hatten 3 einen Hortplatz. Ein Kind wurde zusammen mit dem jüngeren Geschwisterkind durch eine Tagesmutter betreut. Demnach hatten von 19 zukünftigen Grundschulern nur 4 eine Betreuung, mit der möglichen Konsequenz, dass 15 Mütter nicht erwerbstätig sein können. Gerade im ersten Schuljahr ist das Unterrichtsende in der Regel zu unterschiedlichen Zeiten. Die Maßnahme „Betreute Grundschule“ wird zum einen noch nicht überall angeboten und ist zum anderen noch nicht für alle Kinder zugänglich. Hier werden noch dringend weitere Plätze benötigt.

Bei Müttern mit 3 Kindern und mehr waren die Kinder teilweise in unterschiedlichen Institutionen untergebracht (Kindergarten, Schule), die sich zudem noch in verschiedenen Stadtteilen befanden. Dadurch entstehen in der Regel lange Fahrtzeiten. Andere Frauen wiederum betreuten ihre Kinder selbst, hatten jedoch den dringenden Wunsch, die Kinderbetreuungssituation zu verändern. Gründe waren die Entlastung der anstrengenden Lebenssituation („mal Zeit für mich haben, in der ich nicht arbeiten muss...“), die Möglichkeit der Kinder mit Gleichaltrigen in einem sozialen Gefüge aufzuwachsen („der soll auch mit anderen spielen ...“), Berufsrückkehr und Neuorientierung.

Ausbildung

Tabelle 9:

Schulabschluss der Rat suchenden Frauen.

Schulabschluss	11 Frauen
abgeschlossenes Hochschulstudium	3 Frauen
abgeschlossene Berufsausbildung	14 Frauen
ohne Berufsausbildung	3 Frauen
zurzeit in Ausbildung, Schulabschluss	1 Frau

Unter den Rat Suchenden waren Frauen mit abgeschlossenem Hochschulstudium wie auch Frauen mit niedrigem Schulabschluss. Die Mehrheit der Frauen hatte eine abgeschlossene Berufsausbildung, 6 von ihnen im kaufmännischen Bereich. Eine Frau befand sich in einer Maßnahme zum Schulabschluss. 2 Rat Suchende strebten eine berufliche Wiedereingliederungsmaßnahme an.

Einkommenssituation

7 Frauen waren Vollzeit erwerbstätig und verfügten so über ein ausreichendes eigenes Einkommen, 3

waren teilzeitbeschäftigt (mit ergänzender Sozialhilfe), 5 gaben Sozialhilfe als einziges Einkommen an und 2 erhielten Arbeitslosenhilfe und ergänzend Sozialhilfe. Eine Frau erhielt (unregelmäßig) Unterhalt für sich und ihre Kinder (3 ohne Angaben).

Viele Frauen waren in Bezug auf ihnen zustehende Unterhaltszahlungen schlecht informiert. Dementsprechend konnten 4 Frauen nach der Beratung einen Unterhaltsvorschuss für ihre Kinder beantragen und werden diesen voraussichtlich auch erhalten.

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Mehr als die Hälfte der Frauen hatte die Berufstätigkeit aufgrund der Kindererziehung unterbrochen. Ein Wiedereinstieg in den Beruf wurde u. a. durch Schwierigkeiten bei der Organisation von Kinderbetreuung erheblich behindert. Ebenfalls wurden Bedenken geäußert, wie denn die zeitliche Belastung bei einer Vollzeitbeschäftigung aussehen würde und ob da noch Freiräume für Erholungsphasen möglich wären. 4 Frauen verknüpften die bevorstehende Einschulung des Kindes mit einer Neuorientierung hinsichtlich ihrer beruflichen Zukunft.

Festzuhalten bleibt, dass die Vermittlung in eine Erwerbstätigkeit nur in Verbindung mit geeigneten Kinderbetreuungsmöglichkeiten langfristig erfolgreich sein kann.

Wohnverhältnisse

Mehr als ein Drittel der Rat Suchenden lebte in räumlich beengten Wohnungen, in denen die Mutter kein eigenes Schlafzimmer hatte, also auch keine Rückzugsmöglichkeit. Gemeinsame Kinderzimmer waren für die Geschwisterkinder die Regel, unabhängig von deren Geschlecht und Alter. Hohe Mietzahlungen wurden teilweise mit der Absicht in Kauf genommen, im

Stadtteil wohnhaft zu bleiben. Eine Frau begründete ihren Wunsch, in jeden Fall im Stadtteil wohnen zu bleiben damit, dass sie und ihr Kind hier Kontakte zu anderen allein Erziehenden aufgebaut hatten. Die gegenseitige Unterstützung im Alltag ist für sie absolut notwendig, um ihrer Berufstätigkeit nachgehen zu können. Ein-Eltern-Familien mit angemessenen Wohnverhältnissen hatten vereinzelt Schwierigkeiten die Miete aufzubringen. Ein Umzug in eine kostengünstigere Wohnung ist nicht nur erstmal mit weiteren Kosten, sondern auch mit einem Verlust von sozialen Kontakten und Betreuungsmöglichkeiten verbunden. In der Folge muss Frau ihre ohnehin schon knappen Energiereserven dazu aufwenden neue, lebenserhaltende Strukturen zu schaffen.

Soziale Kontakte und Freizeitverhalten

Ein Großteil der Sozialkontakte der Rat Suchenden bestand aus notwendigen Absprachen im Lebensalltag. Berufstätige Frauen berichteten über chronischen Zeitmangel um Beziehungen zu pflegen. Die Frauen, die Unterstützung durch ihre Herkunftsfamilie oder andere Bezugspersonen erfuhren, schätzten ihr Gesamtbefinden positiv ein. Sie berichteten jedoch auch, dass in Krisensituationen (z.B. die ungesicherte Betreuungssituation im Krankheitsfall der Mutter oder des Kindes) schnell deutlich wird, wie nahe sie sich täglich an der Belastungsgrenze bewegen. Unvorhersehbare Situationen erfordern von den allein Erziehenden ein hohes Maß an Organisationsfähigkeit, sozialer Kompetenz und Belastbarkeit, sowohl emotional als auch körperlich. Allein Erziehende müssen oft schnell entscheiden und Prioritäten setzen. Für ein ausgleichendes Privatleben bleibt da nicht genügend Zeit. Wenn keine andere Betreuungsperson verfügbar ist, gelingt es den meisten Frauen nicht, eine den eigenen Bedürfnissen entsprechende Freizeit zu gestalten. Wenn doch

mal freie Zeit übrig ist, müssen allein Erziehende in der Lage sein, diese sofort in sinnvoller Weise zu nutzen.

Der Sinn der Frage nach dem Freizeitverhalten bestand darin, auf vorhandene Ressourcen und deren Nutzung hinzuweisen und so Ansatzpunkte für eine positivere Lebensgestaltung zu finden. Dabei wurden bewusst gut funktionierende Aspekte der Lebensgestaltung fokussiert, um die Frauen in ihrer Position zu stärken.

Beratungsanlass

Viele Frauen kamen mit unspezifischen Beratungsanliegen in die Kontaktstelle. Im Laufe des Erstgesprächs wurde dann der Informationsbedarf geklärt und unter Umständen das passende Hilfsangebot herausgesucht. Handlungsleitende Kriterien waren hier insbesondere Wohnortnähe unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände sowie uneingeschränkt, das Wohl der Kinder. Auf Wunsch erhielten die Frauen Infobroschüren und Kontaktadressen von anderen Rat Suchenden sowie Anbietern von Hilfsangeboten für allein Erziehende.

Konkrete Anliegen waren:

- Die allgemeine Information zum Themenbereich „allein Erziehende“. Im Laufe der Beratung zeigte sich, dass gerade Frauen, die nicht mit einer konkreten Fragestellung kamen, Informationen und Hilfen im Bereich der Kindererziehung und der Alltagsbewältigung wünschten.
- Rechtliche Fragestellungen zu den Themenbereichen „gemeinsames Sorgerecht“, „Kindesunterhalt“ und „Steuern und Finanzierung der Kinderbetreuung“, konnten geklärt werden.
- 5 Rat Suchende hatten Fragen hinsichtlich der beruflichen/schulischen Neuorientierung.

- 8 Frauen waren auf der Suche nach einer geeigneten Wohnung in dem Stadtteil der von ihnen gewünschten Grundschule.
- Durchgehend hatten alle Frauen, unabhängig vom Alter der Kinder, Schwierigkeiten mit der Betreuung. Insbesondere die berufstätigen Mütter hatten zum Teil lange Fahrtzeiten zu den Betreuungsstätten und waren auf das Auto angewiesen, damit sie ihre Berufstätigkeit ausüben konnten.

Vereinzelte äußerten sich Überforderung durch die Kindererziehung und nicht ausreichende Sorge für die eigene Gesundheit in körperlichen Erschöpfungszuständen und unspezifischen Beschwerden. Die Frauen konnten in entsprechende Behandlung vermittelt werden.

Gesundheitliche und psychosoziale Aspekte

13 Rat Suchende berichteten über gesundheitliche Beschwerden (u. a. Rückenschmerzen, Nervosität, Migräne, Magenschmerzen). 5 Frauen berichteten über Schlafstörungen in Verbindung mit ständiger Anspannung. Hier wurde die Erschöpfung in psychosomatischen Symptomen sichtbar. Eine Rat Suchende konnte in eine Mutter-Kind-Kur vermittelt werden. Auffallend war, dass einige Frauen trotz körperlicher Beschwerden keine Ärztin oder Arzt aufsuchten. Auf Nachfragen begründeten sie ihr Verhalten mit der fehlenden Zeit und der Befürchtung, dass eine langfristige Behandlung auf sie zu kommen könnte. In den Beratungsgesprächen wurde deutlich, wie sich fehlenden Erholungszeiten auf das Allgemeinbefinden der Frauen auswirkten. Gereiztheit, Ungeduld sowie auch Müdigkeit und Kraftlosigkeit wurden benannt bei gleichzeitigem Wunsch nach Entspannung und Entlastung in der Kindererziehung und bei den alltäglichen Routineaufgaben.

Ein wichtiger Aspekt der Gesundheitspflege ist das Angebot und die Finanzierung von Familienerholungsmaßnahmen. Denn gerade für allein erziehende Mütter und Väter haben die Erholungsphasen einen hohen präventiven Wert. Eine gutes Beziehungsklima zwischen Mutter und Kind ist die Grundlage für ein gesundes Familienleben und das Heranwachsen emotional und körperlich gesunder Kinder.

5 Mütter erkundigten sich nach Sportangeboten für ihre Kinder. 3 Frauen thematisierten das Einnässen der Kinder und ihren Wunsch nach Hilfestellung bei diesem Problem.

Ein Drittel der Frauen hatte bereits Hilfeeindrungen unterschiedlicher Art. Überwiegend handelte es sich um Kontakte mit den in Düsseldorf anerkannten Beratungsstellen. Vereinzelte gab es Erfahrungen mit Psychotherapie, Schuldnerberatung, Rechtsberatung und die Unterstützung durch eine allein Erziehenden Gruppe waren Hilfestellungen, die von den Rat Suchenden genutzt wurden und auch als hilfreich zur Verbesserung der Lebenssituation gesehen wurden.

Unterstützungsangebote

Den Rat Suchenden konnte durch die Kontaktherstellung zu Institutionen, wohnortnahen Unterstützungsangeboten und zu anderen allein Erziehenden geholfen werden. Im Einzelnen wurden Kontakte zu verschiedenen sozialen Diensten der Wohlfahrtsverbände und der städtischen Hilfsangebote (u. a. Jugendamt/ Tagesmutterpflegedienst, Sozialpädiatrie des Gesundheitsamtes, Hauswirtschaftlicher Beratungsdienst, Erziehungsberatungsstellen), dem Verband allein erziehender Mütter und Väter, den Familienbildungsstätten und Initiativen, Psychotherapeuten, Krankenkassen (Mutter+Kind Kur/Familienpflegerin) und K.I.N.D. hergestellt. Außerdem wurde mehrfach die Vermittlung an Sozialämter und an Anbie-

ter von Berufsförderungsmaßnahmen gewünscht.

Ergänzend wurde Informationsmaterial zu unterschiedlichen Angeboten in Düsseldorf verteilt. Als Basisliteratur wurde die Broschüre „allein erziehend, Tipps und Informationen“ vom VAMV Bundesverband e. V. an interessierte Frauen weitergegeben. Der „Verein allein erziehender Mütter und Väter“ hat in der Zeit der Projektphase besonders intensiv mit der Kontaktstelle zusammengearbeitet.

4.5 Ziele

- Unterstützung beim Aufbau tragfähiger Beziehungsnetze.
- Gewährung eines ausreichenden pädagogisch qualifizierten und zeitlich flexiblen Kinderbetreuungsangebotes für Kinder, auch im Krankheitsfall.
- Anpassung der Arbeitswelt an die Bedürfnisse allein Erziehender.
- Gewährung ausreichender Erholungsmaßnahmen und Freizeitausgleiche für allein Erziehende.
- Frühzeitige Information der allein Erziehenden hinsichtlich der Hilfsangebote und Kontaktmöglichkeiten in Düsseldorf.

4.6 Handlungsempfehlungen

- Freie Träger/Vereine oder organisierte Treffpunkte in Kindergärten und Schulen bieten wohnortnahe Kontakt- und Austauschmöglichkeiten für allein Erziehende an. Hier können sich Eltern informell kennen lernen und Kontakte knüpfen.
- Hortplätze in Düsseldorf mit qualifiziertem Personal werden ausgebaut und Ganztags(grund-)schulen vermehrt etabliert.
- Flexible Arbeitszeiten und betriebliche Kinderbetreuung werden weiter ausgebaut, Teilzeitausbildungsplätze eingerichtet und die soziale Absicherung bei Kurz- und Minderbeschäftigungsverhältnissen verbessert.
- Wohnortnahe Treffs mit Kinderbetreuungsmöglichkeiten und Freizeitprogramme für Kinder werden angeboten, Erholungsmaßnahmen für Ein-Eltern-Familien finanziert.
- Die Beratung für allein Erziehende im Gesundheitsamt Düsseldorf wird weiterhin gewährleistet. Der Sozialpädiatrische Dienst und die Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte, Partnerprobleme und Lebenskrisen verstärken ihr Angebot.

5 Familien mit sozialer Benachteiligung und Gesundheit

5.1 Demographie und sozioökonomische Aspekte

In diesem Kapitel sind die beiden Punkte Demographie und sozioökonomische Aspekte nicht zu trennen, da diese die soziale Benachteiligung ausmachen. Soziale Benachteiligung und gesundheitliche Probleme hängen eng zusammen. Was aber ist eine soziale Benachteiligung? Hier werden einige Punkte benannt und dann auf eine mögliche Operationalisierung, die sozialräumliche Gliederung, näher eingegangen.

Die beiden vorangehenden Themenschwerpunkte „Migranten“ und „allein Erziehende“ stellen bereits zwei Faktoren möglicher sozialer Benachteiligung für Familien dar. Dieser Begriff soll nun erweitert werden, so dass die soziale Lage für die beiden vorherigen einen Oberbegriff bildet.

Die soziale Lage ist eine Situation, die an den Extrempunkten durch Reichtum und Armut gekennzeichnet ist. Dabei sind weder die Art noch die Menge der zur Bestimmung heranzuziehenden Parameter eindeutig feststellbar. Meistens werden individuelle Größen, wie Einkommen, Bildung und berufliche Position eines Individuums zur Festlegung der sozialen Lage verwendet. Es ist aber auch möglich, die soziale Lage anhand von Gruppenparametern zu bestimmen, wie weiter unten noch ausgeführt wird. Im Folgenden werden zunächst Faktoren dargelegt, die eine soziale Benachteiligung bedeuten können. Im Anschluss wird die sozialräumliche Gliederung für Düsseldorf kurz dargestellt, weil danach die Befunde der Schuleingangsuntersuchung ausgewertet wurden. Anschließend werden die Leistungen der Sozialpädiatrie des Gesundheitsamtes Düsseldorf und den aus diesen Erfahrungen abgeleiteten Handlungsempfehlungen für die Stadt dargestellt.

Im Jahr 1998 lebten bundesweit 46 Millionen Menschen in Familien, dass sind 56% der Bevölkerung (Lebenslagen in Deutschland, Erster Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Mai 2001). In Düsseldorf waren zum Jahresende 2000 190.177 Personen, darunter 91.467 Kinder (Statistisches Jahrbuch Düsseldorf 2001) als in Familien lebend gemeldet. Der Anteil der Bevölkerung, der in Familien lebt, ist damit in Düsseldorf mit rund 33% niedrig, denn gerade die (bessergestellten) Familien ziehen ins Umland.

Das verfügbare Pro-Kopf-Einkommen ist in Düsseldorf mit rund 37.000 DM das höchste in NRW (LÖGD, Indikator 02_19_1998), die Arbeitslosenquote liegt bei 9,9% nahe dem Landesmittel mit 9,4% (LÖGD, Indikator 02_09_2001). Die Arbeitslosigkeit in Düsseldorf ist höher als im ländlicheren Umland aber niedriger als in anderen Städten. Düsseldorf ist damit eine wirtschaftlich gut gestellte Stadt, was aber nicht über strukturelle Probleme hinweg täuschen darf.

Welche Faktoren üben einen Einfluss auf die soziale Lage der Familien aus? Betrachtet man die Hilfen zum Lebensunterhalt, wird der größte Teil der Sozialhilfe an Arbeitslose und Personen mit geringem Einkommen gezahlt. Viele Familien haben eine fehlende oder eingeschränkte Erwerbstätigkeit durch die zu verrichtenden Familienaufgaben. Liegt die Sozialhilfequote bundesweit bei 3,5%, so sind doppelt so viele Kinder und Jugendliche (6,8%) von Sozialhilfe betroffen wie in der Gesamtbevölkerung. 28% der Haushalte mit allein erziehenden Frauen beziehen Sozialhilfe (insgesamt 4% der Haushalte; Lebenslagen in Deutschland, erster Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2001). In Düsseldorf ist die Sozialhilfequote mit 5,2% relativ hoch (Statistisches Jahrbuch 2001) und wird von hauptsächlich strukturschwächeren Städten übertroffen, z.B. Duisburg, Essen, Mönchengladbach, Wuppertal, Köln und Gelsen-

kirchen (LÖGD, Indikator 02_08_2000). Auch in Düsseldorf sind Kinder und Jugendliche doppelt so häufig von Sozialhilfe betroffen wie die Gesamtbevölkerung (10,4%) und der Anteil der allein erziehenden Frauen mit Sozialhilfe beträgt 27,4%. Das größte Problem ist der Mangel an Kinderbetreuungsmöglichkeiten, der für allein Erziehende die Aufgabe der Erwerbstätigkeit bedeutet. Die Kinderbetreuungsmöglichkeiten für berufstätige Mütter müssen erweiterte Öffnungszeiten, flexible Abholzeiten und eine Mittagsbetreuung anbieten. Es besteht zwar ein Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz, die Betreuungsmöglichkeiten sind aber für Kinder bis zu 3 Jahren und ab der Einschulung problematisch. In Deutschland besuchten in den alten Ländern 1998 2,8% der Kinder unter 3 Jahren eine Kindertageseinrichtung (neue Länder: 36,3%, Dänemark: 48%, Schweden: 33%). Eine geeignete Kinderbetreuung ist aber nicht nur für allein Erziehende, sondern auch für Frauen mit Partner für die Aufrechterhaltung der Erwerbstätigkeit und den Wiedereinstieg in das Berufsleben Voraussetzung. Trotz steigender (Teilzeit-)beschäftigung bei Frauen – in Düsseldorf waren im März 2000 93.929 Frauen sozialversicherungspflichtig beschäftigt, bezogen auf Frauen im erwerbsfähigen Alter errechnet sich eine Quote von 48,7% – ist die Teilhabe der Frauen am Erwerbsleben und der Männer am Familienleben erschwert. Ist eine gleichberechtigte Arbeitsteilung nicht möglich, muss einer der Partner auf die Erwerbstätigkeit verzichten, meistens ist das die Frau. Dadurch müssen mehrere Personen von nur noch einem Gehalt leben. Gerade in der Zeit der Familiengründung stehen die geringeren Einnahmen bei gleichzeitig ebenfalls geringen finanziellen Rücklagen einem erhöhten Bedarf an langlebigen Konsumgütern, höheren Lebenshaltungskosten und höheren Mieten gegenüber. Diese Diskrepanz steigt bei jedem weiteren Kind. So ist auch die Kinderzahl ein Risikofaktor für Armut. Durchschnittlich 9,5% der Familien mit

Kindern in Düsseldorf beziehen laufende Hilfen zum Lebensunterhalt, bei den Familien mit 3 und mehr Kindern sind es 12,7% (Statistisches Jahrbuch 2001). Auch in Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen werden gerade von jungen Müttern häufig schlechte wirtschaftliche Verhältnisse als ein Problem benannt.

Neben der Familiengründung stellt auch das Ende eines bestehenden Familiengefüges, sei es durch Scheidung, Trennung oder Tod des Partners, ein Armutsrisiko dar.

Weitere – generelle – Armutsrisiken sind ein niedriger Bildungsabschluss und keine Berufsausbildung. In Deutschland beträgt der Anteil der Sozialhilfeempfänger mit Fachhochschul- oder Hochschulreife 8,5% im Vergleich zu 22% in der Allgemeinbevölkerung. Demgegenüber haben 13,3% der Hilfeempfänger keinen Schulabschluss bei einem entsprechenden Anteil von nur 2,6% in der Allgemeinbevölkerung. Bei der beruflichen Bildung sieht es nicht anders aus, haben 37,2% der Sozialhilfeempfänger eine abgeschlossene Lehre, so sind es in der Allgemeinbevölkerung 56%, keine abgeschlossene Berufsausbildung haben mehr als die Hälfte der Leistungsbezieher gegenüber nur 20% in der Vergleichsgruppe (Lebenslagen in Deutschland, erster Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2001).

Außerdem haben Ausländer im Vergleich zur deutschen Bevölkerung eine dreimal so hohe Sozialhilfeempfängerquote (9,1% zu 3,0%). In Düsseldorf liegt die Sozialhilfequote der Ausländer bei 10,4%, bei den Deutschen bei 4,2% (Statistisches Jahrbuch 2001). Allerdings handelt es sich bei den deutschen und den ausländischen Sozialhilfeempfängern nicht um vergleichbare Gruppen. Ein Teil der ausländischen Bevölkerung bezieht Sozialhilfe, da aufgrund eines laufenden Asylbewerberverfahrens keine Arbeitserlaubnis besteht. Ausländische Mitbürger versuchen vermutlich eher als deutsche die Sozialhilfe zu

umgehen, da sie aufenthaltsrechtliche Konsequenzen befürchten.

Niedrige Bildung und/oder mangelnde Kenntnis der Kulturtechniken können weitere Risikofaktoren der Armut begünstigen. Gerade bei knappen Mitteln müssen Familien in schlechter wirtschaftlicher Situation sicher planen können. Häufig mangelt es jedoch an ausreichenden Fähigkeiten zu planen und zu wirtschaften, die eigenen Konsumbedürfnisse zu kontrollieren, Angebote realistisch einzuschätzen und mit Krediten umzugehen. Dies führt häufig zur Verschuldung.

Als Risikofaktoren müssen auch Suchtprobleme der Eltern und Gewalt in der Familie benannt werden. Frauen, die mit ihren Kindern vor einem misshandelnden Partner fliehen, verlieren dadurch meistens die wirtschaftliche Basis. Ein besonderes Problem stellen obdachlose Familien und Kinder dar. Bundesweit leben schätzungsweise 7.000 Kinder auf der Straße.

Es wird deutlich, dass die Risikofaktoren nicht unabhängig voneinander sind, sondern häufig korrelieren. Besonders bei kumulierten Risikofaktoren sind die Folgen der Armut oft langfristig und schwerwiegend. Trotzdem hat sich das Bild der Armutslagen in der Bevölkerung gewandelt. Armut ist nicht mehr nur auf Randgruppen beschränkt. Sie kann je nach Lebensphase als einmalige Krisensituation oder auch wiederkehrend auftreten.

In der Regel wird der soziale Status mit individuellen Variablen bestimmt, die prominentesten Vertreter sind Einkommen, Bildung, Erwerbstätigkeit und Wohnverhältnisse. In der Auswertung der Schuleingangsdaten wurden die Kinder aufgrund der Sozialräume, in denen sie leben, einem „Grad der sozialen Belastung“ zugeordnet. Diese Einteilung beruht auf der Auswertung bestimmter, für die soziale Situation als relevant erachteter, Kriterien. Im Einzelnen sind dies der Wohnflächenstandard, der Anteil von Aus-

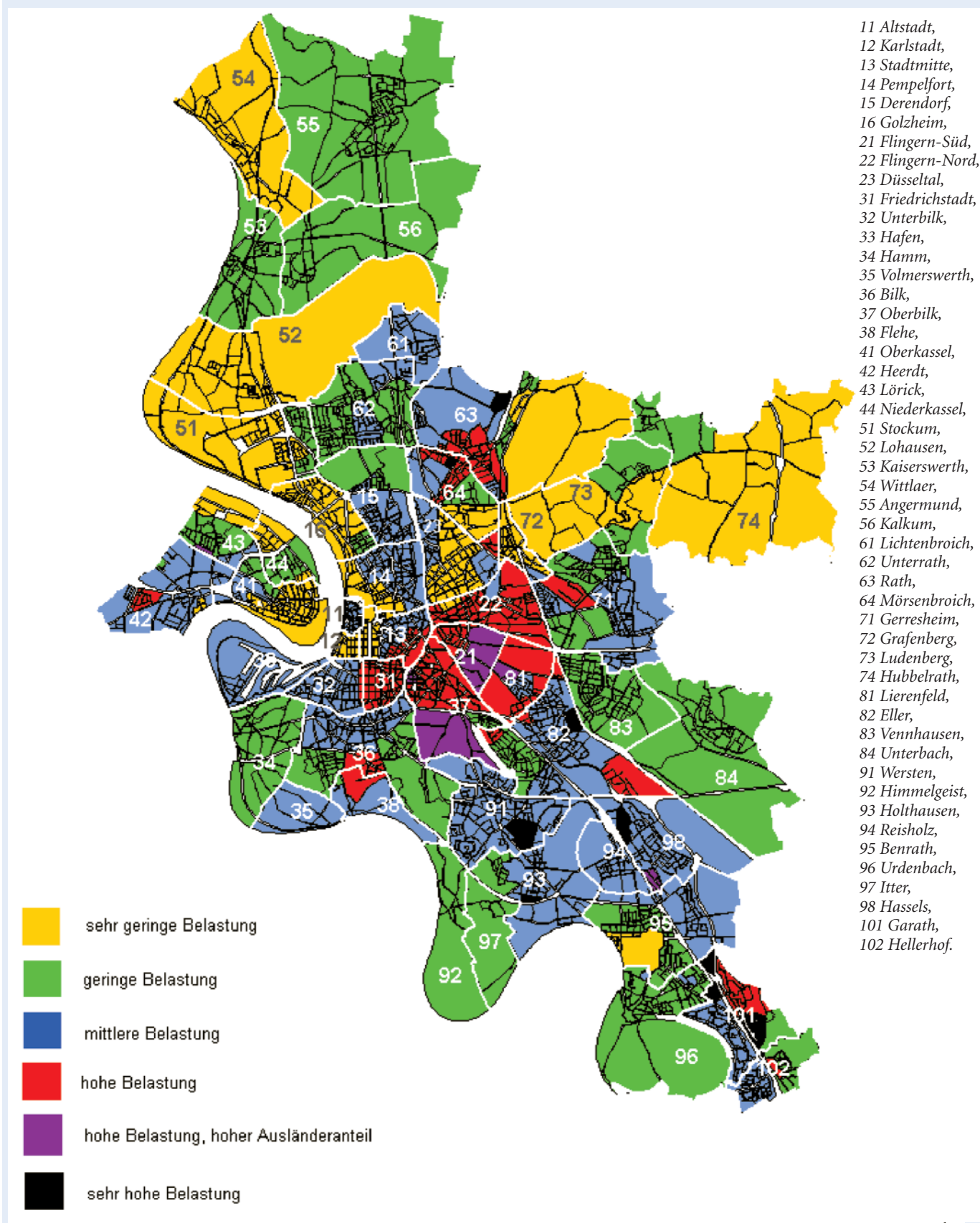
ländern ausgewählter Nationen an den Einwohnern insgesamt, die Sozialhilfequote der Kinder und der Erwachsenen und der Anteil der Personen in Haushalten mit Wohngeldantrag. Hier wurden also hauptsächlich die wichtigsten Unterstützungsleistungen und die Wohnsituation zur Kategorisierung herangezogen, weniger die berufliche Stellung.

Das Besondere daran ist, dass hier nicht eine einzelne Person einer sozialen Schicht zugeordnet wird, sondern die Umgebung, in der das Kind lebt. Über die soziale Situation des einzelnen Kindes wird durch diese Zuteilung nichts ausgesagt. Es handelt sich hier um die durchschnittliche Situation der unmittelbaren Umgebung und nicht um Individualdaten, wie das Einkommen oder die Bildung der Eltern. Diese Vorgehensweise wird der Aufgabe des Gesundheitsamtes gerecht, bevölkerungsspezifische Angebote für benachteiligte Gruppen anzubieten. Die vorliegende Datenauswertung gibt nicht nur Hinweise darauf, dass soziale Benachteiligung und Gesundheit korreliert sind, sondern auch wie hoch die Belastung ist und wo Interventionsmaßnahmen gezielt eingesetzt werden müssen.

Die folgende Karte zeigt, wie sich die Belastungsstufen über das Stadtgebiet verteilen.

Abbildung 6:

Zuordnung der Sozialräume zu Graden der sozialen Belastung (Stand Jahresende 1999).



Die Bezeichnungen „sehr geringe Belastung“ bis „sehr hohe Belastung“ wurden bewusst einheitlich definiert. Inhaltlich bedeutet sehr geringe und geringe Belastung eher eine überdurchschnittlich gut gestellte Wohngegend, mittlere Belastung eine durchschnittliche.

Die einzelnen Belastungsgrade sind durch folgende sozioökonomische Merkmale gekennzeichnet:

Tabelle 10:

Durchschnittliche Ausprägung verschiedener sozioökonomisch relevanter Variablen in den Belastungsgruppen (Quelle: Sozialräumliche Gliederung der Stadt Düsseldorf, Stand 31.12.1999).

	sehr gering	gering	mittel	hoch	hoch (aus.)	sehr hoch
qm pro Person	52 qm	42 qm	37 qm	34,7 qm	29,5 qm	26,1 qm
Anteil Ausländer	13,0%	9,8%	17,7%	25,5%	45,7%	30,4%
Ausländer ausgewählter Nationen	1,7%	2,0%	6,8%	12,0%	30,7%	13,8%
Sozialhilfequote	1,5%	< 2,0 %	5,5%	8,6%	9,8%	25,0%
Personen in Haushalten mit Wohngeldantrag	2,9%	3,8%	8,9%	12,6%	11,7%	28,0%

5.2 Gesundheit

Die gesundheitlichen Folgen der schlechten sozialen Lage sind vielfältig. So ist die Sterblichkeit in unteren Einkommensschichten höher als in oberen. Auch die objektive und subjektive Gesundheit ist in unteren Einkommensgruppen schlechter. Die Krankheitshäufigkeit ist in der unteren Einkommenschicht doppelt so hoch wie in der oberen (Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998). Nach dem Bundesgesundheitsurvey 1998 (Lebenslagen in Deutschland, erster Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2001) kommen in unteren Schichten nicht behandelte Zuckerkrankheit, chronische Entzündungen der Bronchien sowie Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre häufiger vor. Heuschnupfen und Allergien generell sind in der Oberschicht häufiger anzutreffen. In Bezug auf die individuellen gesundheitsriskanten Verhaltensweisen haben sozial Benachteiligte erhöhten Tabakkonsum, häufiger Übergewicht, schlechtere Ernährung und Bewegungsmangel. Bei der schlechten Ernährung spielen sowohl ein begrenztes Einkommen und geringe Mobilität als auch schlechtes Ernährungswissen und mangelnde Fertigkeiten der Nahrungszubereitung eine Rolle.

Bei der Inanspruchnahme fällt auf, dass einkommensschwache Personen häufiger Allgemeinärzte und praktische Ärzte aufsuchen und seltener spezielle Fachärzte als der

Bevölkerungsdurchschnitt (Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998). In der Oberschicht (Bundesgesundheitsurvey 1998) werden häufiger Gesundheitskurse und Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen wahrgenommen als in der Unterschicht. Letztere nutzen dagegen häufiger den Gesundheits-Check-Up. In welchem Ausmaß einkommensschwache Patienten auf Leistungen, die einen Eigenanteil beinhalten, verzichten müssen, ist unbekannt. Es gibt zwar sog. Härtefall-Regelungen, es ist jedoch unklar, inwieweit sie bekannt sind und genutzt werden.

Neben den körperlichen sind die psychischen Folgen der Armut gravierend (Lebenslagen in Deutschland, erster Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2001). Kinder aus armen Verhältnissen erleben nicht nur den Mangel, sondern auch die Unfähigkeit der eigenen Eltern, mit der Problemsituation fertig zu werden. Darüber hinaus führt Armut auch zur Ausgrenzung von Bildungs-, Kultur-, Freizeit- und Konsumangeboten und damit auch von Gleichaltrigen. Die fehlende Unterstützung der eigenen Wünsche und Interessen als zentrales Erleben in der eigenen Entwicklung kann zu mangelndem Selbstwertgefühl, Depressivität, Einsamkeit, Misstrauen, Nervosität, Konzentrationsschwäche und Resignation führen.

In Großstädten führen hohe Mieten nicht selten zur Abdrängung sozial Schwacher in besonders benachteiligte Stadtgebiete. Diese zeichnen sich durch geringeren Wohnraum und eine schlechtere Infrastruktur wie z. B. fehlende Bildungs-, Förder- und Freizeitangebote aus. Wenn der häusliche Wohnraum nicht genügend Möglichkeiten bietet, weichen Kinder und Jugendliche auf öffentliche Plätze aus. Selten finden sich dort ausreichend Spiel- und Sportplätze. Stattdessen kanalisiert sich der Missstand bei den Heranwachsenden in zunehmender Gewaltbereitschaft.

5.3 Der Sozialpädiatrische Dienst des Gesundheitsamtes Düsseldorf

Im Gesundheitsamt ist eine Kinderärztin der Sozialpädiatrie und 3 Sozialmedizinische Assistentinnen in der zugehenden Fürsorge sozial schwacher Kinder mit speziellem Betreuungsbedarf tätig. Es handelt sich vorwiegend um Säuglinge und Kleinkinder. Die Kinder werden an die Sozialpädiatrie vermittelt, wenn sie dem Jugendamt, dem Gesundheitsamt oder Geburts- bzw. Kinderkliniken auffallen (z. B. wenn notwendige Untersuchungstermine nicht eingehalten werden). Selten werden die Kinder über niedergelassene Kinderärzte vermittelt. In der Regel findet die Betreuung durch Hausbesuche statt.

Die soziale Lage der Familien stellt sich wie folgt dar. Im Jahr 2001 wurden insgesamt 216 Kinder betreut. Davon lebten 75% in Familien mit Sozialhilfebezug, 65% hatten einen allein erziehenden Elternteil. Bei 20% der Kinder waren die Eltern von psychischen Krankheiten, Suchtproblemen oder einer körperlichen Behinderung betroffen. Ungefähr 80% hatten Eltern deutscher, 20% ausländischer Herkunft, unabhängig vom Pass.

Gründe für die Betreuung der Kinder waren in 80% der Fälle ein schwieriges soziales Umfeld, ebenfalls bestand bei 80% Unsicherheit bei den Eltern in Bezug auf die Pflege und Erziehung der Kinder, 16% der Betreuungen wurden aufgrund des fachlichen Hilfebedarfs bei chronisch kranken Kindern durchgeführt und bei 14% waren Frühgeborene zu versorgen. Gerade in diesen Fällen überlappen sich Krankheit oder Frühgeburt und die Unsicherheit der Eltern, oft kommt noch das schwierige soziale Umfeld dazu.

130 Kinder befanden sich in Therapien, teilweise wurden von einem Kind auch mehrere Therapieangebote in Anspruch genommen. Das sind 60% des Klientels. Am häufig-

sten kam die Sprachtherapie mit 20% vor, gefolgt von Ergo- und Mototherapie, Frühförderung und Heilpädagogik. Bei 15% der Kinder wurde eine kinderpsychologische Beratung durchgeführt und Förder-vorschläge entwickelt. Oft sind diese Maßnahmen erforderlich, weil die Kinder in ihrem häuslichen Umfeld nicht genügend Anregung erfahren und nicht etwa, weil sie krank sind. Zahlreiche Kleinkinder aus sozial schwachen Familien wachsen mit dauernder Fernsehberieselung und/oder ständig rauchenden Erwachsenen auf. Die üblichen altersgemäßen Anregungen durch gemeinsames Spiel, Vorlesen und zärtliche Zuwendung bleiben meistens aus. Die Entwicklung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit, der Freude am Spiel, der Lernfähigkeit und der sozialen Kompetenz sind neben einer gesunden körperlichen Entwicklung wichtige Voraussetzungen für einen gesunden Menschen. Die Grundlagen dafür werden bereits in den ersten Lebensjahren gelegt. Die Sozialmedizinischen Assistentinnen sind häufig die Ersten, die eine Entwicklungsverzögerung feststellen und Fördermaßnahmen in Zusammenarbeit mit Kinderärzten und Therapeuten initiieren. Durch frühzeitige Interventionen kann Entwicklungsdefiziten entgegenge-wirkt und gesundheitliche Schäden abgewendet werden. Denn je früher eine auffällige Entwicklung bemerkt wird, umso größer sind die Behandlungschancen.

Die Eltern werden in Fragen der gesunden Ernährung, der Pflege, teilweise auch der Kinderkranken-pflege – bei chronisch kranken Kindern – beraten. Es wird darauf geachtet, dass Vorsorgeuntersuchungen und empfohlenen Impfungen eingehalten werden und notwendige ärztliche Untersuchungen und Therapie-maßnahmen stattfinden.

Die Hausbesuche bieten die Gelegenheit, das Verhalten und die Entwicklung des Kindes in seinem engeren Lebensumfeld zu beobachten und die Eltern entsprechend konkret anzuleiten.

Im Bedarfsfall werden Spezialuntersuchungen in der Universitätskinderklinik, in sozialpädiatrischen Zentren oder anderen Einrichtungen begleitet. Die Ergebnisse der Untersuchungen werden anschließend mit den Eltern besprochen, damit auch ein ausreichendes Verständnis und die Compliance sichergestellt sind.

Daneben werden von den Sozialmedizinischen Assistentinnen auch Kontakttreffen mit dem Jugendamt, z. B. für Hilfeplangespräche, durchgeführt sowie Kindergarten- oder heilpädagogische Therapieplätze organisiert.

5.4 Ziele

- Sicherstellung einer bedarfsge- rechten, flächendeckenden aufsu- chenden Gesundheitshilfe durch die Sozialpädiatrie, da derzeit im bestehenden aufsuchenden Hilfe- system vom Gesundheitsamt in Kooperation mit dem Jugend- und Sozialamt nur rund 200 von geschätzten 1000 Kindern betreut werden können. Frühest mögliche Versorgung und Verkürzung der Wartezeiten für Kinder mit drin- gendem Betreuungs- und Förder- bedarf in sozialpädiatrischen Zen- tren. Sicherstellung der Teilnahme an entsprechenden Angeboten.
- Verbesserung der Zusammenar- beit von niedergelassenen Ärzten, besonders der Kinderärzte und Gynäkologen, mit der Sozialpädi- atrie des Gesundheitsamtes.
- Frühest mögliche Diagnostik von Entwicklungsauffälligkeiten, wie z. B. Sprachstörungen, motori- sche Auffälligkeiten, Übergewicht und Verhaltensauffälligkeiten.
- Verbesserung des Angebots von Bewegungs- und Sprachförde- rung, besonders für Kinder aus benachteiligten Familien.
- Erhöhung der Teilnahmequoten sozial schwacher Familien an Maßnahmen der Gesundheits- vorsorge.
- Vorbereitung der Jugend auf die Elternschaft, Steigerung der elter- lichen Erziehungs- und Gesund- heitsförderungskompetenz, Ver- änderung der gesundheitsrelevan- ten Verhaltensweisen in Bezug auf das Rauchen, die Ernährung und die Reizüberflutung der Kinder.
- Vermeidung ungünstiger Bezie- hungsmuster zwischen Eltern und Kindern bereits im Säug- lingsalter, die zu Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten, wie z. B. mentalem Entwicklungs- rückstand, hypermotorischem und oppositionellem Verhalten, führen können. Entsprechend gilt es, späteren Kindesmisshandlungen durch Überforderung der Eltern vorzubeugen.

5.5 Handlungsempfehlungen

- Die aufsuchende Sozialpädiatrie wird durch den Ausbau der Kapazitäten intensiviert. Es ist zu prüfen, ob eine Förderung durch die Krankenkassen möglich ist. Darüber hinaus wird die Zu- sammenarbeit mit den Sozialpä- diatrischen Zentren erweitert. Im Falle zu langer Wartezeiten werden aufsuchende Hilfen von dem Sozialpädiatrischen Dienst durchgeführt.
- Das Gesundheitsamt und die niedergelassenen Ärzte tauschen verstärkt Informationen aus. Der Sozialpädiatrische Dienst informiert über seine Aufgaben, die niedergelassenen Ärzte verbes- sern die Meldung gesundheitlich auffälliger Familien/Kinder an das Gesundheitsamt.
- Neben einer verbesserten Zusam- menarbeit mit niedergelassenen Ärzten ist es sinnvoll, dass die Ärzte des Kinder- und Jugend- ärztlichen Dienstes nicht nur die arbeitsmedizinischen Begehun- gen durchführen, sondern auch für definierte Stadtgebiete als Kindergarten- und Schularzt be- reit stehen. Erzieher und Lehrer haben dann einen festen An- sprechpartner.
- Kindergärten stellen qualifizierte Bewegungs- und Sprachförde- rung durch geschultes Fachperso- nal bereit. Der Schulsport wird verbessert und ausgeweitet. Er muss im ausgewogenen Maße Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit und Koordination fördern und trainieren. Darüber hinaus bieten Vereine stadtteilnah bewegungs- fördernde Freizeitangebote an.
- Broschüren über Vorsorgeunter- suchungen und Impfungen in Arzt- und Notfallpraxen sowie Kindergärten informieren die Eltern. Sie werden auch über die Erzieher gezielt angesprochen.
- Ein entsprechendes Schulfach („Familienkunde“) oder die Inte-

gration entsprechender Inhalte in andere Fächer (z. B. Biologie oder Erziehungswissenschaften) ver- mittelt Erziehungs- und Gesund- heitswissen den Jugendlichen. Freie Träger bieten stadtteilnahe Angebote von Elternschulungen an, z. B. das „Triple-P“-Eltern- training (Positive-Parenting-Pro- gram).

- Der Sozialpädiatrische Dienst des Gesundheitsamtes und die beste- henden und/oder im Aufbau befindlichen „Schreiambulanzen“ kooperieren miteinander. Auffäl- lige Kinder können somit recht- zeitig diagnostiziert und behan- delt werden.

5.6 Die Beratungsstelle für körperlich Behinderte und Personen in gesundheitlichen Notlagen des Gesundheitsamtes Düsseldorf

Die vielfältigen Ursachen und Erscheinungsformen der Behinderung bei Kindern und Jugendlichen erfordern ebenso vielfältige Wege und Maßnahmen der Wiedereingliederung (Rehabilitation).

Die Beeinträchtigung der körperlichen Unabhängigkeit, d. h. der Umstand, dass ein behindertes Kind sein Leben nur noch mit Hilfsmitteln, Hilfsvorrichtungen, Anpassungen der Umgebung an seine Behinderung sowie Hilfen durch andere meistern kann, stellt eine große Belastung für sie oder ihn und seine Familienangehörigen dar.

Kinder- und Jugendbereich der Beratungsstelle

Die Beratung von Familien mit behinderten Kindern erfolgt überwiegend in den Räumlichkeiten der Rheinischen Schule für Körperbehinderte, da es gemäß eines Runderlasses des Kultusministeriums (SchVG – BASS) Pflichtaufgabe ist, einen Schularzt zu bestellen.

Vorteil dieser Beratung vor Ort in der Schule ist, dass hier ein Großteil der behinderten Kinder erreicht wird, ohne dass Hausbesuche durchgeführt werden müssen. Die Beratungsstelle für den Kinder- und Jugendbereich besteht aus einem multiprofessionellem Beratungsteam. Entsprechend werden die angebotenen Hilfen in einem interdisziplinären Team organisiert.

Medizinische Beratung, Begutachtung und Betreuung des Facharztes für Orthopädie ist ein Schwerpunkt. Die psychosozialen Hilfen der Sozialarbeiter/-Innen und der Fachkrankenschwester stellen den anderen Schwerpunkt der Arbeit dar.

Aufgaben der Beratungsstelle für behinderte Kinder und Jugendliche:

- fachbezogene schulärztliche Begutachtungen
- Beratung bei allen medizinischen und sozialen Fragen
- Auskunft und Beratung in Fragen der Rehabilitation
- Vermittlung des richtigen Ansprechpartners bei Antragsstellungen
- Beratung über die zustehenden Leistungen der Rehaträger
- soziale Beratung bzgl. finanzieller Hilfen und Vergünstigungen
- im Einzelfall Gesamtplanerstellung nach § 46 BSHG

Die Hilfsmaßnahmen werden durch das Beratungsteam direkt oder in Kooperation und Koordination mit anderen Leistungserbringern eingeleitet. Diese sind im Einzelnen: Ärzte, Kliniken, Rehabilitationszentren und andere Rehabilitationsträger (Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Arbeitsamt, Berufsgenossenschaft, örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger, Versorgungsamt, Kureinrichtungen, kommunale Ämter, wie z. B. Allgemeiner Sozialdienst, Wohnungsamt u. a.).

5.7 Ziele

- Frühest mögliche Einleitung von Fördermaßnahmen und Rehabilitationsberatung, damit Familien nicht zu lange mit den Problemen allein gelassen werden.
- Bei den Untersuchungen von mehrfach behinderten Kindern in der Körperbehindertenschule und in Sonderkindergärten für körperbehinderte Kinder fällt auf, dass Sinnesbehinderungen auch fast immer mit Beeinträchtigungen der Motorik einhergehen. Meistens kommen noch Gleichgewichts-, Koordinations- und Wahrnehmungsprobleme hinzu. Deshalb müssen körperbehinderte Kinder auch gezielt motorisch gefördert werden.

5.8 Handlungsempfehlungen

- Die Kommunikation zwischen niedergelassenen Ärzten, ambulanten Therapieangeboten, psychosozialen Hilfeeinrichtungen und der Beratungsstelle des Gesundheitsamtes wird verbessert, damit Beratung, Diagnostik und Therapie so früh wie möglich einsetzen können.
- In körperbehinderten Sonderschulen und -kindergärten müssen Motopäden/Bewegungstherapeuten angestellt werden. Auch Rhythmus- und Musiktherapie eignen sich zur Behandlung. Hierbei ist zu prüfen, ob der Landschaftsverband Rheinland eine Kostenbeteiligung übernimmt.

6 Sprachstörungen

6.1 Verbreitung

Der Prozentsatz der Kinder, bei denen vom Logopädischen Dienst des Gesundheitsamtes Sprachauffälligkeiten festgestellt wurden, steigt. 1995 hatten 25% der Kindergartenkinder eine Sprech-, Sprach- oder Stimmstörung, im Jahr 2000 waren es 29%. Bei diesen Kindern war eine logopädische Intervention (Beratungserfordernis, ambulante Therapie oder Besuch eines integrativen Sprachheilkindergartens) erforderlich. In Kindertagesstätten mit einem hohen Anteil an Kindern aus sozial benachteiligten Familien war der Prozentsatz sprachauffälliger Kinder sogar wesentlich höher.

6.2 Gesundheit

Gesprochene Sprache hat nicht nur innerhalb der Familie, sondern auch im täglichen Miteinander einen bedeutenden Stellenwert:

1. Ein Kind, das sich nicht richtig verständlich machen kann, erleidet zumeist auch eine Einschränkung des Selbstwertgefühls und eine Erschwernis in seiner Persönlichkeitsentwicklung.
2. Wenn ein Kind bei der Einschulung noch nicht wie Gleichaltrige sprechen kann, ist auch die schulische Laufbahn gefährdet. Zumindest hat es deutlich mehr Schwierigkeiten beim Erwerb der Schriftsprache, d. h. beim Lesen- und Schreibenlernen.
3. Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit geringer sprachlicher Kompetenz neigen bei Auseinandersetzungen eher zur Gewaltbereitschaft.

6.3 Der Logopädische Dienst des Gesundheitsamtes Düsseldorf

Das Gesundheitsamt ist bestrebt, die Kinder frühzeitig zu erfassen (etwa durch Erstuntersuchungen in Kindertagesstätten bzw. Schuleingangsuntersuchungen), damit Sprachauffälligkeiten und Sprachstörungen sich nicht zu hartnäckigen sprachlichen Behinderungen verfestigen. Somit werden Eltern und Erzieherinnen frühzeitig informiert, damit altersangemessen therapeutische Maßnahmen ergriffen werden können.

Wenn eine sprachliche Behinderung festgestellt wird, bietet der Logopädische Dienst des Gesundheitsamtes folgende rehabilitative Hilfen an:

- Additive sprachrehabilitative Hilfen mit logopädisch orientierter Sprachförderung für Kinder aus sozial benachteiligten Familien – in enger Kooperation mit dem Jugendamt – in Kindertagesstätten mit sozialem Brennpunktcharakter.
- Vermittlung sprachgestörter Kinder in die Behandlung bei niedergelassenen Therapeuten.
- Sprachtherapie in eigener Trägerschaft, insbesondere wenn die Kinder Krankenhilfe über das Sozialamt erhalten und keiner Krankenkasse angehören.
- Für Kinder mit ausgeprägtem sprachlichen Störungsbild wird in die integrativen Sprachheilkindertagesstätten (Carl-Friedrich-Goerdeler-Str. 2/Hans-Böckler-Str. 34/Leopoldstr. 30) verwiesen.

Außerdem bietet der Logopädische Dienst Informationen für Eltern und gezielte Fortbildungsveranstaltungen für Erzieherinnen im Rahmen seiner Öffentlichkeitsarbeit an.

6.4 Ziele

- Etablierung von sprachlichen Förderangeboten für Kinder aus sozial schwachen sowie zusätzlich obdachlosen Familien. Diese Familien können weder regelmäßig Termine der Sprachheilbehandlung wahrnehmen noch die häuslichen Übungen überwachen.
- Kinder mit einer Sprech-, Sprach- und Stimmstörung, die eine Sonderschule besuchen, müssen logopädisch gezielt gefördert werden. Denn eine entsprechende Förderung findet im regulären Unterricht oft nicht statt, und die Kassen zahlen eine Sprachtherapie als Ersatz nicht.

6.5 Handlungsempfehlungen

- Das Gesundheitsamt organisiert im Rahmen des Landesgesundheitsgesetzes in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt logopädisch orientierte Sprachförderung. Diese Hilfe ist in Kindertagesstätten der sozialräumlichen Belastungsstufe 5 über die Betriebskosten der betreffenden Kindertagesstätte weiterhin zu sichern und bedarfsentsprechend vorsichtig auszubauen.
- Zur individuellen sprachlichen Förderung der entsprechenden Kinder müssten logopädische Teilzeitkräfte an Sonderschulen eingestellt werden. Die Kostenübernahme kann über die individuelle Eingliederungshilfe nach § 40 BSHG beim überörtlichen Sozialhilfeträger beantragt werden, so dass eine Refinanzierung der Stellen ermöglicht werden kann.

7 Zahngesundheit der Düsseldorfer Kinder und Jugendlichen

7.1 Verbreitung

Einer der weltweiten Vorreiter der zahnärztlichen Prävention, Prof. Dr. Marthaler, beschrieb die Situation zutreffend, „*die Karies ist wie ein gefährlicher Tiger hinter Gittern. Man muss die Gitter pflegen, sonst werden sie rostig und brechen, sodass der Tiger ausbrechen kann und erneut sein Unwesen treiben wird*“.

Die Zahngesundheit Düsseldorfer Kinder befindet sich, im nationalen wie internationalen Vergleich, auf beachtlichem Niveau.

Wie in anderen westlichen Industrieländern, geht auch in Deutschland seit einer Reihe von Jahren die Zahnkaries bei Kindern und Jugendlichen deutlich zurück.

Dennoch sind Kariesfrequenz und Kariesbefall – insbesondere auch bei sozial Benachteiligten – noch immer unnötig hoch.

Daher sind weiterhin verstärkte Bemühungen zur Verbesserung der allgemeinen Zahn- und Mundgesundheit notwendig.

Hintergrund

Die Weltgesundheitsorganisation WHO formulierte in ihrem Programm „Gesundheit für alle im Jahr 2000“ u. a. für die Zahngesundheit folgende Ziele:

Ziel 1: 50% der 5 bis 6-Jährigen sollen kariesfrei sein.

Ziel 2: Der „globale“ Durchschnitt soll bei den 12-Jährigen in Europa nicht höher als DMF/T = 2¹⁾ sein.

¹⁾ DMF/T = Summation kariöser, wegen Karies extrahierter und gefüllter Zähne. Dient zur Messung der Karieshäufigkeit und ermöglicht internationalen Vergleich.

Nationaler und internationaler Vergleich

Das WHO-Ziel Nr. 1 (50% der 6-Jährigen sollen im Jahr 2000 kariesfrei sein) wurde im Schuljahr 2000/2001 mit 59,7% deutlich überschritten.

Bei den 12-Jährigen nimmt Düsseldorf eine Spitzenposition ein: Die Anzahl von kariösen, gefüllten oder verloren gegangenen Zähnen beträgt nach einer im Jahr 2000 erstellten bundesweiten Mundgesundheitsstudie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland 1,2 DMF/T, in Nordrhein 1,61 DMF/T und in Düsseldorf 1,02 DMF/T.

International liegt dieser Wert unter Einbeziehung von 128 Ländern bei 1,74 DMF/T (WHO, 2001).

In Düsseldorf ist die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen aufgrund der intensiven Bemühungen sehr gut.

7.2 Ergebnisse der „Aktion Zahngesundheit“ in Düsseldorf

Rechtliche Grundlagen

Präventive Maßnahmen der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe sind im Paragraph § 21 SGB V (Sozialgesetzbuch V – gesetzliche Krankenversicherung) geregelt. Danach sind die Krankenkassen verpflichtet, im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen, Maßnahmen der Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten unter zwölf Jahren durchzuführen.

Diese Maßnahmen sollen vorrangig in Kindergärten und Schulen stattfinden.

In Schulen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden sie bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt.

Nach den gesetzlichen Vorgaben beinhaltet die Prophylaxe die Untersuchung der Mundhöhle, die Erhebung des Zahnstatus, die Ernährungsberatung, die Unterweisung in Mundhygiene und die Zahnschmelzhärtung.

Situation in Düsseldorf

Im Jahr 1986 wurde die „Aktion Zahngesundheit“ in Düsseldorf gegründet. Ihr Ziel ist die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben. Sie ist ein Zusammenschluss der ortsansässigen Krankenkassen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsamt) und den niedergelassenen Ärzten. Seit Bestehen der „Aktion Zahngesundheit“ werden die gesetzlichen Vorgaben umgesetzt und schrittweise nach wissenschaftlichen Erkenntnissen ausgebaut.

Zahngesundheit der Düsseldorfer Kindergartenkinder

Im Schuljahr 2000/01 wurden insgesamt 9.792 Kinder in 279 Kindertagesstätten untersucht.

Die Zahngesundheit entwickelte sich über die letzten 15 Jahre folgendermaßen:

Tabelle 11:

Entwicklung der Zahngesundheit bei Kindergartenkindern von 1986 bis 2001
(Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf).

Befund	1986	1996	2001
naturgesund	42,0%	64,8%	71,60%
saniert	3,0%	5,8%	5,02%
behandlungsbedürftig	57,0%	29,4%	23,42%

Der Anteil von Kindern mit naturgesundem Gebiss hat sich seit Bestehen der „Aktion Zahngesundheit“ nahezu verdoppelt.

Tabelle 12:

Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen von 1994/95 bis 2000/01, getrennt nach Alter
(Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf).

Jahr	5. Lebensjahr	6. Lebensjahr	3.-7. Lebensjahr
1994/95	57,1%	46,8%	59,4%
1996/97	60,8%	52,7%	65,6%
2000/01	66,6%	59,7%	70,3%

Von den 6-jährigen Kindern haben weniger ein naturgesundes Gebiss als von den 5-jährigen. In den letzten fünf Jahren konnte der Unterschied jedoch verringert werden.

Hinsichtlich der hohen Zahl von Kindern mit naturgesundem Gebiss tritt seit 3 Jahren eine relative Stagnation ein. Diese Feststellung korreliert mit der wissenschaftlich gesicherten Beobachtung, dass der Anteil von Kindern mit erhöhtem Risiko an Karies zu erkranken, bei 25 bis 30 % der Population liegt.

Zahngesundheit der Düsseldorfer Schulkinder

Im Jahr 2000/2001 wurden 18.147 Grundschüler, 2.112 Sonderschüler und 3.462 Hauptschüler, also insgesamt 20.601 Schüler untersucht.

In den Schulen wurde ebenfalls ein Anstieg des Anteils der Kinder und Jugendlichen mit naturgesundem Gebiss festgestellt. Allerdings beziehen sich die dargestellten Ergebnisse nur auf die bleibenden Zähne. Der Behandlungsbedarf der Milchzähne ist wie bei den Kindergartenkindern ausgesprochen hoch.

Tabelle 13:

Entwicklung der Zahngesundheit bei Grundschulern von 1994/95 bis 2000/01
(Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf).

	1994/95	1997/98	2000/01
naturgesund	71,1%	80,0%	85,0%
saniert	16,0%	9,7%	8,6%
behandlungsbedürftig	12,8%	10,3%	6,5%

Auch bei den Grundschulern konnte in den letzten Jahren eine Verbesserung der Zahngesundheit erreicht werden.

Tabelle 14:

Entwicklung der Zahngesundheit bei Sonderschülern von 1998/99 und 2000/01
(Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf).

	1998/99	2000/01
naturgesund	55,1%	56,0%
saniert	19,4%	22,0%
behandlungsbedürftig	25,5%	22,0%

Bei den Sonderschülern liegt der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss mit 56% deutlich unter den Werten der Grundschüler mit 85%.

Tabelle 15:

Zahngesundheit bei Hauptschülern im Jahr 2000/01
(Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf).

	2000/01
naturgesund	34,9%
saniert	39,1%
behandlungsbedürftig	26,1%

Besonders niedrig ist dieser Anteil bei den Hauptschülern, der aktuell bei 35% liegt. Diese Ergebnisse signalisieren den deutlichen Interventionsbedarf im Sinne einer zugehenden Betreuung.

Tabelle 16:

Anteil der Schulneulinge 2001 mit naturgesunden Zähnen, getrennt nach Nationalität
(Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf).

Schulneulingsuntersuchung 2001	naturgesund
gesamt N = 667 6-Jährige	65,37%
deutsch N = 459 6-Jährige	72,98%
ausländisch N = 208 6-Jährige	48,56%

Gravierende Differenzen in der Zahngesundheit bestehen auch zwischen deutschen und ausländischen Schulneulingen. Nur rund 49% der ausländischen Kinder im Vergleich zu 73% der deutschen haben ein naturgesundes Gebiss.

Maßnahmen

Ein wichtiger Faktor zur Verminderung der Karies ist nach wie vor der Einsatz von Fluorid. So wird auch der Kariesrückgang in den westlichen Industrieländern vor allem auf die Anwendung und Verbreitung von Fluoridierungsmaßnahmen in

diesen Ländern zurückgeführt. Das Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta stellt dabei für den größten Teil der Bevölkerung die wichtigste regelmäßige Quelle ihrer Fluoridzufuhr dar.

Auf der Basis dieser Erkenntnisse sowie der wissenschaftlichen Untermauerung, dass die Versorgung von Risikogruppen mit einem lokal wirksamen höheren Fluoridangebot in Form von Lacken oder Gelen zur Verbesserung der Zahngesundheit führt, wurde ein Kariesrisikoprogramm entwickelt.

In den Schulen, in denen das Programm schon mehrere Jahre läuft, hat es sich als fester Betreuungsbaustein etabliert, d. h. es besteht eine hohe Akzeptanz bei den Kindern, Eltern und Lehrern. Die Ausweitung des Betreuungsumfanges gelang nur über eine veränderte interne Organisation und eine neue Prioritätensetzung.

Im Schuljahr 2001/02 erfolgte eine weitere Ausdehnung des Intensivprogramms mittels der Lacktuschierung in Hauptschulen, die 2-mal jährlich stattfand.

Eine erste Bewertung der Intensivbetreuung mittels zugehender Fluoridapplikation zeigt, dass unter den behandelten Schülern der Anteil mit naturgesunden Zähnen um 37% höher ist als in der Vergleichsgruppe.

Insgesamt ging die Zahl der Kavitäten („Löcher“) zurück, stattdessen herrschen kreidig-weiße Entkalkungen vor, die bei unzureichender Mundhygiene und Fluoridzufuhr zu den „Löchern“ werden können.

7.3 Ziele

- Weiterer Ausbau der Intensivbetreuung an Kindergärten und Schulen.
- Einbeziehung der 12 bis 16-Jährigen in Schulen mit überproportionalem Kariesrisiko.
- Verbesserung der Mundgesundheit bei ausländischen Kindern.

Tabelle 17:

Durchführung des Kariesrisikoprogramms 1997/98 und 2000/01 in Grund- und Sonderschulen
(Quelle: Gesundheitsamt Düsseldorf).

Schuljahr	Grundschulen	Sonderschulen	Schüler insges.	erreicht
1997/98	7	1	1.385	1.034 (74%)
2000/01	15	5	3.613	2.720 (75%)

8 Literatur

Bundesregierung (2001).
Lebenslagen in Deutschland –
Der erste Armuts- und Reichtums-
bericht der Bundesregierung.
Bonn: Bundesanzeiger Verlags-
gesellschaft mbh.

Geschäftsstelle der Düsseldorfer
Gesundheitskonferenz (1997).
Gesundheitsbericht Kinder und
Jugendliche in Düsseldorf 1997.

Geschäftsstelle der Düsseldorfer
Gesundheitskonferenz (1997).
Auswirkungen von Armut auf
die Gesundheit der Düsseldorfer
Bürger.
Ein Beitrag zur kommunalen
Gesundheitsberichterstattung der
Stadt Düsseldorf. Bericht der
Arbeitsgruppe „Armut und
Gesundheit“.

Geschäftsstelle der Düsseldorfer
Gesundheitskonferenz (1999).
Chronisch kranke und behinderte
Kinder und Jugendliche in Düssel-
dorf.

Hemming, B. (2002).
Sozialräumliche Determinanten der
Kindergesundheit, Magisterarbeit
an der Heinrich-Heine-Universität
im Zusatzstudiengang „Gesund-
heitswissenschaften und Sozialme-
dizin“.

Institut für Dokumentation und
Information, Sozialmedizin und
öffentliches Gesundheitswesen
(1989).
Jugendärztliche Definitionen.
Bielefeld: IDIS.

Kromeyer-Hauschild K., Wabitsch
M., Geller F., Ziegler A., Geiß HC.,
Hesse V., v. Hippel, Jaeger U.,
Johnsen D., Kiess W., Korte W.,
Kunze D., Menner K., Müller M.,
Niemann-Pilatus A., Remer Th.,
Schaefer F., Wittchen HU.,
Zabransky S., Zellner K.,
Hebebrand J. (2001).
Perzentile für den Body Mass Index
für das Kindes- und Jugendalter
unter Heranziehung verschiedener
deutscher Stichproben.
Monatschrift Kinderheilkunde, 149,
807–818.

Landeshauptstadt Düsseldorf,
der Oberbürgermeister,
Amt für Statistik und Wahlen
(2001).
Statistisches Jahrbuch der Landes-
hauptstadt Düsseldorf 2001.

Landeshauptstadt Düsseldorf,
der Oberbürgermeister,
Amt für Statistik und Wahlen,
Jugendamt (2001).
Familienbericht, Bericht über die
Lage der Familien in Düsseldorf,
Erster Teil: Soziodemographische
Daten.

Landeshauptstadt Düsseldorf,
der Oberbürgermeister,
Jugendamt,
Amt für Statistik und Wahlen
(2000).
Sozialräumliche Gliederung der
Stadt Düsseldorf. Fortschreibung
Datenstand 31. 12. 1999.

Landeshauptstadt Düsseldorf,
der Oberbürgermeister,
Jugendamt,
Amt für Statistik und Wahlen,
Initiativen und Verbände (1999).
Lebenslagen und Lebenschancen
von Kindern und Jugendlichen in
Düsseldorf, Armutsbericht 1999.

Landesinstitut für den
Öffentlichen Gesundheitsdienst
NRW (2000).
Dokumentation der schulärztlichen
Untersuchungen.
Bielefeld: LÖGD.

Landesinstitut für den Öffentlichen
Gesundheitsdienst NRW
(2001).

Dokumentation der schulärztlichen
Untersuchungen. Bielefeld: LÖGD.

Landesinstitut für den Öffentlichen
Gesundheitsdienst NRW.
Indikatorensatz des Landes.
www.loegd.nrw.de

Ministerium für Frauen, Jugend,
Familie und Gesundheit des
Landes Nordrhein-Westfalen
(MFJFG) (Hrsg.) (2000).
Gesundheitsberichte NRW,
Gesundheit von Frauen und
Männern. Bielefeld: LÖGD.

Ministerium für Frauen, Jugend,
Familie und Gesundheit des
Landes Nordrhein-Westfalen
(MFJFG) (Hrsg.) (2000).
Gesundheitsberichte NRW,
Gesundheit von Zuwanderern in
Nordrhein-Westfalen. Wissen-
schaftliches Institut der Ärzte
Deutschlands gem. e. V. Sonderbe-
richt im Rahmen der Gesundheits-
berichterstattung Nordrhein-West-
falen.

Ministerium für Frauen, Jugend,
Familie und Gesundheit des
Landes Nordrhein-Westfalen
(Hrsg.) (2002).
Gesundheit von Kindern und
Jugendlichen in Nordrhein-West-
falen. Bielefeld: LÖGD.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2002).
Empfehlungen der Ständigen Impf-
kommission (STIKO) am Robert-
Koch-Institut. IN Epidemiologi-
sches Bulletin, 28.
Berlin: Paul Fieck KG.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.)
(1998).
Gesundheitsbericht für Deutsch-
land. Gesundheitsberichterstattung
des Bundes.
Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Statistisches Bundesamt.
www.destatis.de.

9 Adressen

Beratungsstelle für körperlich Behinderte

Gesundheitsamt Düsseldorf

Frau Dr. G. Bayer
Kölner Straße 180
40227 Düsseldorf
Telefon 0211.89-9 26 81

Beratungsstelle für Schwanger- schaftskonflikte, Partnerprobleme und Lebenskrisen

Gesundheitsamt Düsseldorf

Frau U. Rauhut
Willi-Becker-Allee 10
40227 Düsseldorf
Telefon 0211.89-9 26 64

Geschäftsstelle der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz

Gesundheitsamt Düsseldorf

Frau R. Hoop
Kölner Straße 180
40227 Düsseldorf
Telefon 0211.89-9 69 50

Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsamt Düsseldorf

Frau R. Behrendt
Kölner Straße 180
40227 Düsseldorf
Telefon 0211.89-9 60 22

Gesundheitshilfe und Rehabilitation

Gesundheitsamt Düsseldorf

Herr W. Pöllen, Abteilungsleiter
Kölner Strasse 180
40227 Düsseldorf
Telefon 0211.89-9 51 83

Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Gesundheitsamt Düsseldorf

Herr Dr. H. Winkler
Kölner Straße 187
40227 Düsseldorf
Telefon 0211.89-9 35 32

Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Gesundheitsamt Düsseldorf

Türkische Sprechstunde
Frau S. Kaya
Weberstraße 3
40215 Düsseldorf
Telefon 0211.89-9 26 46

Logopädischer Dienst Gesundheitsamt Düsseldorf

Herr G. Heinrichs
Willi-Becker-Allee 10
40227 Düsseldorf
Telefon 0211.89-9 53 28

Sozialpädiatrischer Dienst Gesundheitsamt Düsseldorf

N. N.
Kölner Straße 180
40227 Düsseldorf
Telefon 0211.89-9 26 85

Zahnärztlicher Dienst Gesundheitsamt Düsseldorf

Herr Dr. M. Schäfer
Kölner Straße 180
40227 Düsseldorf
Telefon 0211.89-9 47 89