

bottrop

● **Gesundheitsamt** | Band 5

BOTTROPER
GESUNDHEITSBERICHTE
2006/2007

● **Kindergesundheit**
Schwerpunktthema

● Telefonumfrage zum Thema "Demenz"

Bottroper Gesundheitsberichte

*Band 5
2006/2007*

Schwerpunkt:

Kindergesundheit

*Stadt Bottrop
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt*

Bottrop 2007

Herausgeber:

Stadt Bottrop
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt
Postfach 10 15 54
46215 Bottrop
Tel.: 02041/70-3525
E-Mail: amt.53@bottrop.de

Redaktion:

Sigurd Schlüter

Autorenbeiträge:

Dr. Astrid Danneberg
Uwe Holtkamp
Dr. Anita Sählbrandt
Bernd Trautmann

Titelseite:

Stephanie Klein

In Zusammenarbeit mit dem
Fachbereich Bürger und Rat, Öffentlichkeitsarbeit
und dem Umweltamt

Bildquellen:

www.photocase.com
www.pixelquelle.de
Stadt Bottrop/Gesundheitsamt

Druck:

Druckerei Peter Pomp GmbH, Bottrop
1. Auflage/800
Bottrop 2007

Download: www.bottrop.de
Weitere Exemplare sind beim Herausgeber kostenlos zu beziehen.

Vorwort

Die Gesundheit der Kinder, Jugendlichen und Familien ist seit jeher Anliegen der Stadt und ihrer Gremien sowie in Sonderheit des Gesundheitsamtes. Dabei umfasst der Terminus Gesundheit auch das soziale Umfeld und dessen Bedingungen und wird somit ganzheitlich betrachtet. Dies ist noch nicht überall angekommen und soll in der weiteren Bearbeitung im Bündnis Kindergesundheit, dem ein Arbeitskreis Kindergesundheit zur kommunalen Gesundheitskonferenz assoziiert ist, fortgeschrieben werden.

In jüngster Zeit ist über vereinzelte extreme Kinderschicksale berichtet worden. Dies hat den Entwicklungs- und Bildungschancen der Kinder, auch der zugezogenen, und deren Gesundheit einen Impuls verliehen, der in enger und naturgemäßer Relation zur demografischen Entwicklung auch in unserer städtischen Bürgergesellschaft zu sehen ist.

Das Schwerpunktthema Kindergesundheit des vorliegenden fünften Bottroper Gesundheitsberichtes umfasst wesentliche Gesundheitsindikatoren, von der Säuglingssterblichkeit bis hin zur Zahngesundheit, wobei dem Übergewicht bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund besondere Aufmerksamkeit zuteil wird.

Die Themen werden unter Berücksichtigung von Bildungs- und Sozialindex der Familien und Alleinerziehenden fortgeschrieben und richten sich in ihrer Bedeutung zum gesellschaftspolitischen Kontext nicht nur an Mandatsträger und die sie tragenden politischen Parteien, sondern an alle, die für unsere Kinder Verantwortung tragen.

Kein Kind darf in dieser Stadt verloren gehen.

Das weitere Thema der Gesundheitsberichterstattung widmet sich in seiner Auswertung der Telefonumfrage zur Demenz. Ein Themenbereich, der gleichfalls auf Dauer fortgeschrieben wird. Welche Bedeutung die Zunahme der Demenz durch Älterwerden für die gesundheitliche Versorgung und die spezielle Pflege dieser Menschen hat und haben wird, ist mittlerweile in der Gesellschaft angekommen und findet ihren Niederschlag in der beabsichtigten Reform des Pflegegesetzes unter Einbeziehung Demenzerkrankter und deren pflegerischer und psychosozialer Versorgung unter fortschrittlichen Gesichtspunkten durch den Deutschen Bundestag.

Den Gastautoren in diesem Bericht wird an dieser Stelle herzlich gedankt.

Allen Bürgerinnen und Bürgern und denjenigen, die mittelbar und unmittelbar am Gesundheitswesen teilhaben, gestaltend oder beobachtend, wird dieser Gesundheitsbericht „ans Herz“ gelegt. Insofern wünschen wir uns eine gute Aufnahme und erwarten förderliche Anregungen.

Paul Ketzer
Beigeordneter

Dr. K. D. Erkrath
Leiter des Gesundheitsamtes

*Für Kinder ist das Beste
gerade gut genug.*

Johann Wolfgang von Goethe (1749 - 1832)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1 Einleitung	6
2 Ausgewählte Indikatoren zur Kindergesundheit	7
2.1 Säuglingssterblichkeit	8
2.2 Geburtsgewicht	10
2.3 Übergewicht bei Vorschulkindern	13
2.4 Krankenhausbehandlungen	20
2.5 Unfälle	22
2.6 Zahngesundheit	27
3 Impfungen im Kindesalter	33
3.1 Ziel von Schutzimpfungen	33
3.2 Schulärztliche Untersuchungen	34
3.3 Impfschutz in Bottrop	35
3.4 Eine „Kinderkrankheit“ am Beispiel Masern	36
3.5 Hepatitis B-Impfung	39
3.6 Akzeptanz der Schutzimpfungen	40
3.7 Fazit und Konsequenzen	41
4 Impfung oder Krankheit	47
5 Entwicklung von Kindern mit Migrationshintergrund	51
5.1 Untersuchungsmöglichkeiten	51
5.2 Entwicklungsauffälligkeiten	53
5.3 Fazit und Konsequenzen	56
6 Dicke Luft im Klassenzimmer	57
7 Thema "Demenz" in Bottrop -Bericht zur Telefonumfrage-	60
7.1 Zielvorstellung	60
7.2 Lokale Basisdaten und gesetzliche Vorgaben	61
7.3 Ausgewählte Ergebnisse	62
7.4 Vorbeugende Maßnahmen	69
7.5 Risikofaktoren	74
7.6 Fazit und Konsequenzen	79
8 Verzeichnis der Abbildungen	85
Quellen/Literatur	87

Einleitung

Mit Einführung des neuen Landesgesetzes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist die Erstellung von Gesundheitsberichten durch die Stadt verpflichtend. Nunmehr kann Band 5 vorgestellt werden, der sich schwerpunktmäßig mit der Kindergesundheit beschäftigt und in Fortsetzung des vierten Bandes ausgewählte Ergebnisse einer Bürgerbefragung zum Thema „Demenz“ vorstellt.

Zielgerichtete Intervention

Aus einer Vielzahl von Daten des Landes wurden insbesondere bei den Ausführungen zur Gesundheit der Kinder diejenigen ausgewählt, welche für die gesamtstädtische Ebene aufbereitet und zudem durch präventive Maßnahmen beeinflussbar sind. Eine zielgerichtete Intervention erfordert jedoch die kleinräumige Analyse nach Stadtteilen: Dazu standen aussagekräftige Daten der Schuleingangsuntersuchungen zur Verfügung. Weiterhin bot sich die Möglichkeit, aus Umfragen bei Bottroper Bürgerinnen und Bürgern, Erhebungen anlässlich von Projekten und der Tätigkeit des Schulzahnarztes entsprechende Ergebnisse zu erhalten.

Danksagung

Besonderer Dank gilt dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) in Bielefeld für die ständige Unterstützung, welche diesen Bericht in der vorliegenden Form erst möglich gemacht hat.

Anstoß

Selbstverständlich würde es den Rahmen dieser Schrift sprengen, den Anspruch einer alles umfassenden Darstellung des jeweiligen Gesundheitsthemas zu erheben. Dies ist auch nicht beabsichtigt. Vielmehr soll der Blickwinkel auf bestimmte, lokale Gegebenheiten gelenkt werden, damit Diskussionen, zielgerichtete Einzelprojekte oder persönliche Verhaltensänderungen in Gang kommen. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass dieser Prozess durch die Gesundheitsberichte wesentlich unterstützt werden kann.



2 Ausgewählte Indikatoren zur Kindergesundheit

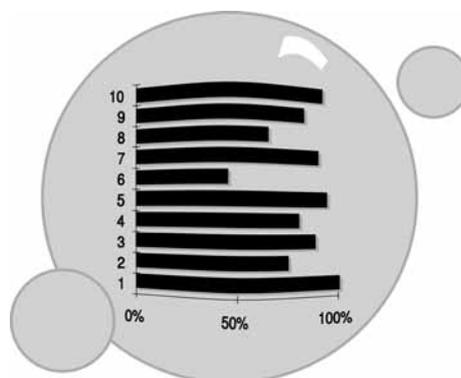
Die bisher erschienenen Bände 1 bis 4 der Bottroper Gesundheitsberichte enthielten verschiedene Module mit Indikatoren zur gesundheitlichen Situation der Bottroper Bevölkerung. Aneinander gereiht ergab sich somit ein Basisbericht zu unterschiedlichsten Themenbereichen.

Aus der Vielzahl verfügbarer Zahlen präsentieren sich zukünftig ausgewählte Indikatorensätze, welche kontinuierlich beschrieben und miteinander vergleichend als Zeitreihe aufgearbeitet werden. Als Auswahlkriterien gelten Verfügbarkeit, Relevanz für das Öffentliche Gesundheitswesen mit Möglichkeit der Intervention, Aktualität des Datenpools sowie Möglichkeit einer kleinräumigen Darstellung. Für diese „Routine-Berichterstattung“ eignen sich zahlreiche Indikatoren des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, „hauseigene“ Daten des Gesundheitsamtes aus Schuleingangsuntersuchungen sowie Erhebungen des Schulzahnarztes. Während die Amtliche Landesstatistik allenfalls auf Stadtebene vorliegt, können mit Hilfe eigener Untersuchungen auch die Verhältnisse in den einzelnen Stadtteilen Bottrops abgebildet werden. Im Hinblick auf eine zielgenaue Gesundheitsplanung dürfte dies von besonderem Wert sein.

Die nachfolgend ausgewählten Indikatorensätze bilden die erste Lebensphase des Menschen ab. Darüber soll auch in Zukunft in Kurzform berichtet werden. Passend zur Schwerpunktthematik erfolgt in diesem Band eine zum Teil ausführlichere Darstellung.

Auswahlkriterien

Datenhalter



Zusammenhänge

2.1 Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeitsrate ist ein international gebräuchlicher Indikator zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage und gilt im Vergleich als Maß für die Qualität der medizinischen Betreuung von Schwangeren, Neugeborenen und Säuglingen sowie ihrer Lebensverhältnisse. Sie steht im Zusammenhang mit dem Alter der Mutter, ihrem gesundheitlichen Risikoverhalten und der sozialen Zugehörigkeit.

Die Statistik zählt im ersten Lebensjahr gestorbene Kinder je 1000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres. Totgeborene sind nicht erfasst. Wegen der relativ geringen Fallzahlen und der damit verbundenen starken Schwankungen ist jeweils der Mittelwert über drei Jahre errechnet. Unabhängig vom Aufenthalt bei der Geburt beziehen sich alle Angaben auf den jeweiligen Wohnort.

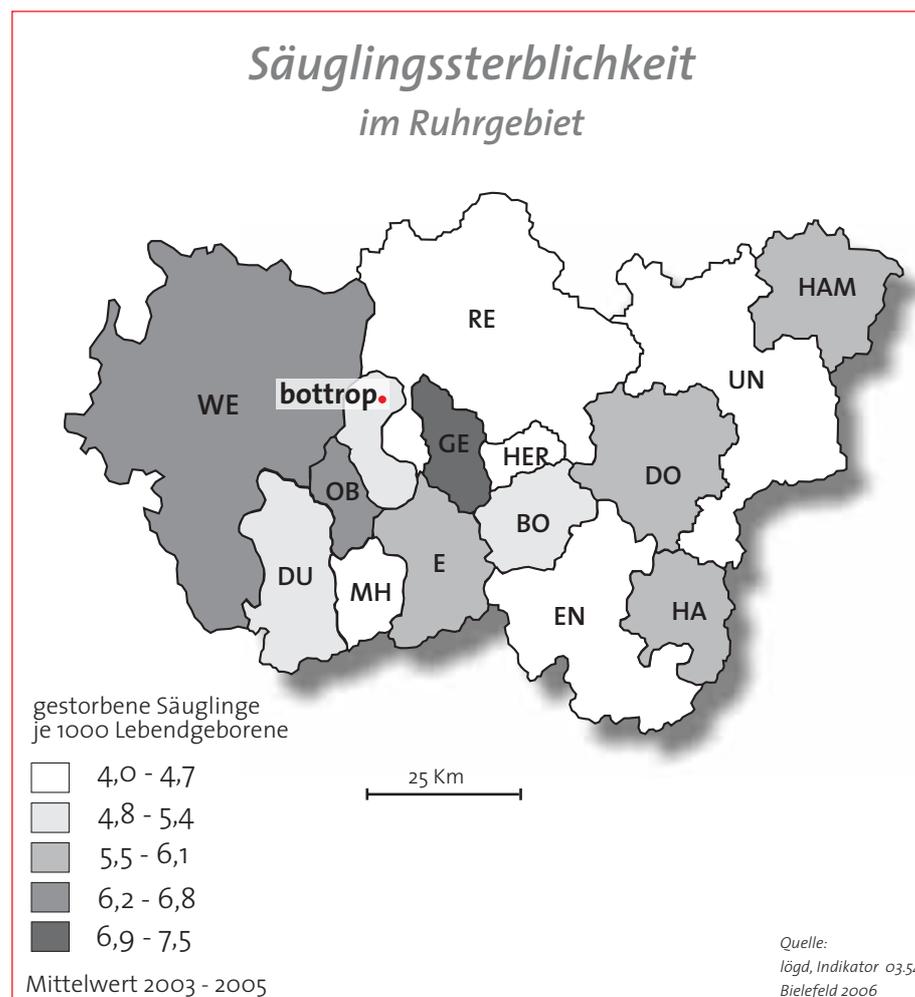


Abb. 2.1.1

Die Karte 2.1.1 zeigt die Säuglingssterblichkeit für Bottrop sowie alle angrenzenden Städte und Kreise des Ruhrgebietes im Durchschnitt der Jahre 2003 bis 2005. Mit dem Wert 5,2 steht Bottrop in der zweiten von 5 gebildeten Klassen und ist somit bei diesem Vergleich insgesamt unauffällig. Innerhalb der dargestellten Regionen liegen die niedrigste und höchste Ausprägung der Sterblichkeitsraten bei 4,0 und 7,5.

Ausprägung
im Ruhrgebiet

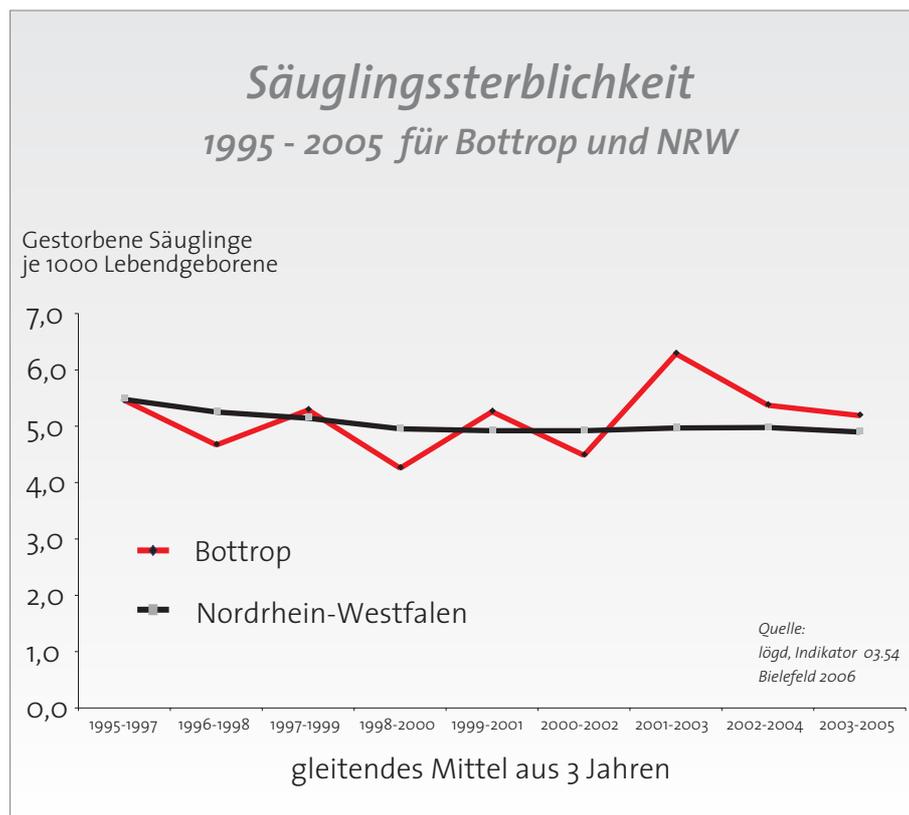


Abb. 2.1.2

In der Zeitreihe von 1995 bis 2005 werden gleitende Mittelwerte aus jeweils 3 Jahren für Bottrop im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen gebildet. Die Werte für Bottrop zeigen lange Zeit eine Orientierung an denjenigen Nordrhein-Westfalens und liegen erst in den letzten drei Zeitabschnitten, welche die Jahre 2001 bis 2005 beschreiben, leicht darüber.

Mit 4,6 im Jahr 2005 gehört Nordrhein-Westfalen allerdings zu den Bundesländern mit der höchsten Säuglingssterblichkeit. Die niedrigste Rate weist Sachsen-Anhalt mit 3,1 auf, gefolgt von Baden-Württemberg mit 3,2.¹⁾

Handlungsmöglichkeit

Soziale Lage

2.2 Geburtsgewicht

Ebenso wie die Säuglingssterblichkeit ist auch das Geburtsgewicht der Kinder ein international anerkannter Indikator für den Gesundheitszustand und Ausdruck der medizinischen Versorgung während der Schwangerschaft. In der Regel weisen Unterschiede zwischen Kreisen und Städten einen deutlichen Zusammenhang zur sozialen Lage mit entsprechendem Gesundheitsverhalten auf. Es wird allgemein differenziert zwischen untergewichtigen Lebendgeborenen mit einem Gewicht bis 2499 g und Kindern mit sehr niedrigem Geburtsgewicht bis 1499 g. Neben dem plötzlichen Kindstod ergeben Komplikationen im Zusammenhang mit einer kurzen Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht das größte Sterbe- oder Erkrankungsrisiko für Säuglinge.

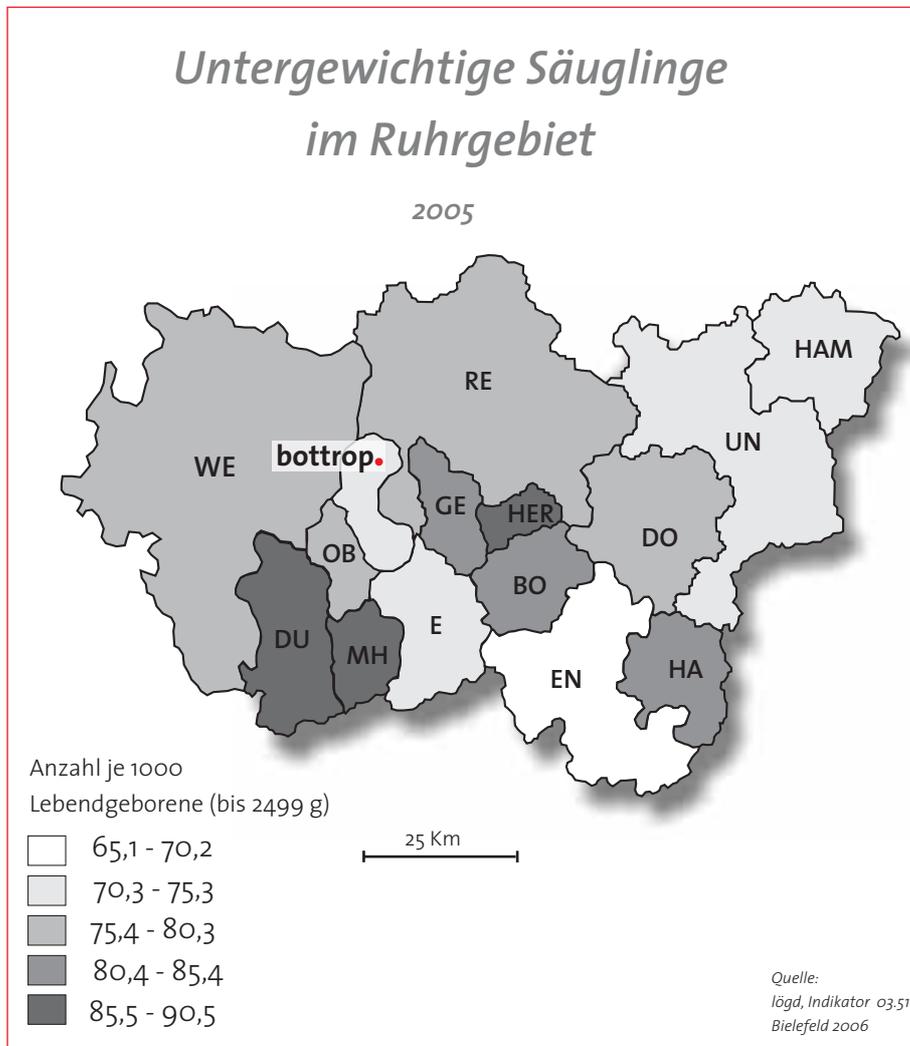


Abb. 2.1.3

Im Jahr 2005 wurden insgesamt 903 Geburten für Bottrop verzeichnet. Die Karte 2.1.3 verdeutlicht, dass die Stadt im Vergleich zum übrigen Ruhrgebiet mit 73,1 untergewichtigen Säuglingen je 1000 Lebendgeborenen eine Stellung in der zweiten von fünf gebildeten Klassen einnimmt. Es ergibt sich eine Streuung zwischen 65,1 für die niedrigste und 90,5 für die höchste Anzahl innerhalb der dargestellten Regionen.

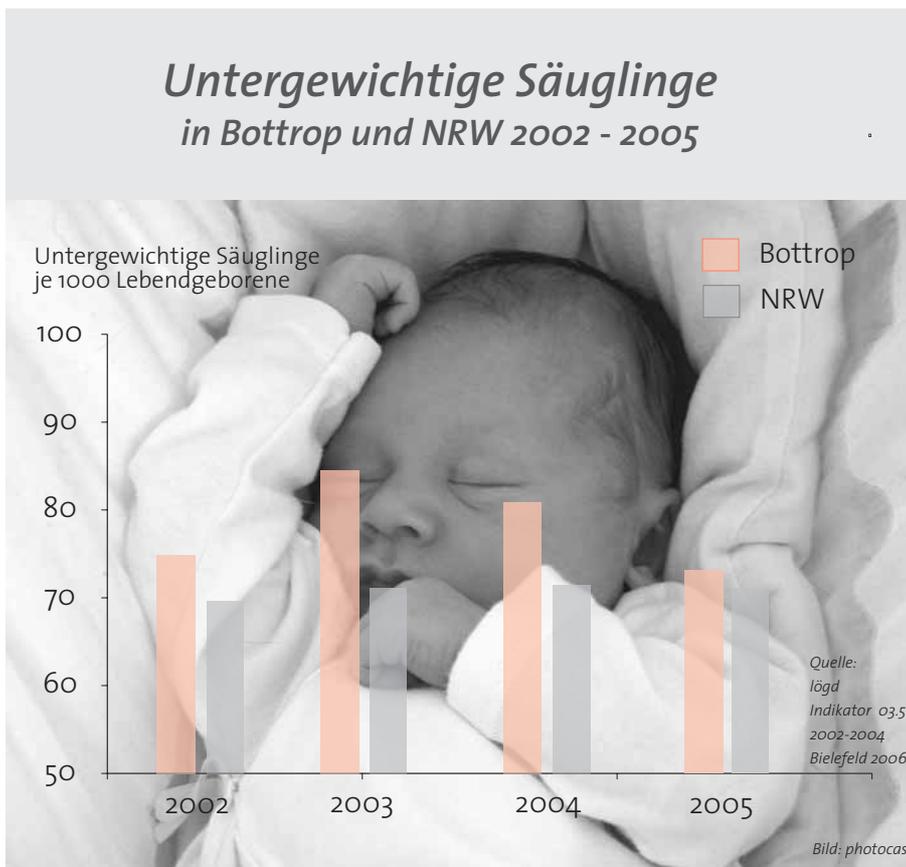
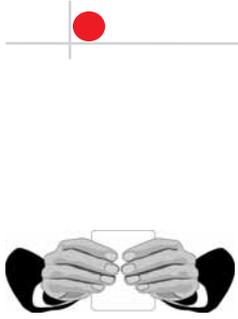


Abb. 2.1.4

Aufgrund umfassender Änderungen im statistischen Erfassungssystem ist der Indikator nur bedingt mit den Erhebungen vor 2002 vergleichbar, so dass sich die Zeitreihe auf die Jahre 2002 bis 2005 beschränkt. Mit dem Wert 73,1 im Jahr 2005 liegt Bottrop zuletzt nur noch wenig über dem Vergleichswert von Nordrhein-Westfalen (71,0).

*Eingeschränkte
Vergleichbarkeit*



Handlungsempfehlungen

Nordrhein-Westfalen schreibt das Landesprogramm „Gesundheit von Mutter und Kind“ fort, das bereits Ende der achtziger bis Anfang der neunziger Jahre erfolgreich durchgeführt wurde. Die dabei initiierten Maßnahmen sollen zur besseren Nutzung und zum Ausbau bestehender Präventionspotentiale auf kommunaler und Landesebene beitragen. Besondere Aufmerksamkeit gilt den sozial benachteiligten Familien sowie Schwangeren und Kindern mit Migrationshintergrund. Wegen der Vielzahl von Akteuren innerhalb dieses komplexen Themenbereiches ist die Planung und Umsetzung durch die Kommunale Gesundheitskonferenz sinnvoll.

Mögliche Handlungsschwerpunkte

- Kampagne „Zigaretten und Alkohol – Nicht mit uns!“ zur Prävention von Nikotin- und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft
- Förderung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft, vor allem bei sozial benachteiligten Frauen
- Kampagne zur Prävention des Plötzlichen Kindstodes
- Soziales Frühwarnsystem für Bottrop

Das Gesundheitsamt und das Jugendamt der Stadt Bottrop arbeiten zur Zeit am Aufbau eines sozialen Frühwarnsystems. Dabei sollen Risikofaktoren für Fehlentwicklungen frühzeitig identifiziert und Hilfestellungen geleistet werden. Angedacht ist ein niederschwelliges, aufsuchendes Angebot, z. B. durch Familienhebammen oder Familiengesundheitsschwestern. Nach dem Gesetzentwurf vom Februar 2007 soll außerdem jedes Kind aufgesucht werden, das nicht regelmäßig zu den Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt vorgestellt wird.

2.3 Übergewicht bei Vorschulkindern

Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) im Kindesalter sind ein stetig zunehmendes Problem, welches mit erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden ist. So erhöhen sich bei übergewichtigen Kindern die Risikofaktoren für Herz-, Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen deutlich: Neben Bluthochdruck werden bereits in diesem Alter erhöhte Blutfettwerte und Insulinspiegel sowie eine gestörte Zuckerverarbeitung diagnostiziert.²⁾ Damit ist, in Abhängigkeit von Beginn und Dauer des Übergewichts, die Ausbildung einer ernährungsbedingten Krankheit wahrscheinlich. Neben Schädigungen des Skelettsystems sind zudem die psychischen Folgen - zum Beispiel durch Hänseleien - mitunter schwerwiegend. Dies führt nicht selten zu einer insgesamt gestörten sozialen Entwicklung der Kinder mit all ihren negativen Folgen in Schule und Gesellschaft. Im Übrigen werden in Deutschland bereits ca. 70 Millionen Euro für die Therapie ernährungsbedingter Krankheiten ausgegeben.³⁾

Der Risikofaktor „Übergewicht“ ist in der Regel vom Verhalten abhängig und somit beeinflussbar. In einer Zeit, wo „Fastfood“ und industriell gefertigte Nahrungsmittel zum „guten Lebensstil“ gehören und massiv beworben werden, ist eine ausgewogene Ernährung der Kinder für viele Eltern zunehmend schwieriger geworden. Wie man aus ungehaltenen, Pommes und Pudding konsumierenden „Kids“ in kurzer Zeit zufriedene Kinder macht, die abends im trauten Familienidyll ihren Salat selber zubereiten, zeigen uns regelmäßig die „Super Nanny“ oder der „Gesundheitscoach“ im Abendfernsehen. Zweifel über einen dauerhaften Erfolg der dargestellten Maßnahmen dürfen allerdings erlaubt sein.

Der elterliche Erziehungsauftrag - dazu gehört auch die Vermittlung eines gesunden Ernährungsverhaltens - wird häufig nicht mehr ausreichend wahrgenommen und Lehrern oder Erziehern übertragen. Diese fühlen sich mitunter zu Recht überfordert, denn grundlegende Erziehungsdefizite können beispielsweise im Schulsystem nicht vollständig kompensiert werden. Zudem sind die oft vorbildlichen Bemühungen schulischer Gesundheitsförderung in Bottrop häufig auf das Engagement Einzelner zurückzuführen und lokal begrenzt. Somit wird nicht jeder erreicht, der unserer Unterstützung bedarf. Umso wichtiger erscheint die dauerhafte Etablierung eines breit gefächerten Gesundheitsförderungsprogramms unter Einbeziehung aller Beteiligten. Dazu wurde 2006 der Arbeitskreis „Kindergesundheit“ in Bottrop eingerichtet.

*Krank durch
Übergewicht*

*Gestörte soziale
Entwicklung*

„Fastfood-Gesellschaft“

Erziehungsdefizite

BMI

Der Body Mass Index (BMI) hat sich allgemein zur Beurteilung und Bewertung des Körpergewichts durchgesetzt. Zu seiner Berechnung teilt man das Gewicht in Kilogramm durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat :

$$\text{BMI} = \frac{\text{Gewicht (kg)}}{\text{Größe (m}^2\text{)}}$$

Erwachsene gelten bei einem BMI von 25,0 bis 29,9 als übergewichtig und ab 30,0 als stark übergewichtig (adipös). Aufgrund der unterschiedlichen körperlichen Entwicklung muss diese Einteilung bei Kindern durch Referenzwerte, die Alter und Geschlecht berücksichtigen, verändert werden. Eine entsprechende Empfehlung der „Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ ist Grundlage der nachfolgenden Berechnungen.

Datenlage

Die vorgestellten Ergebnisse basieren auf Erhebungen der gesetzlich vorgeschriebenen Schuleingangsuntersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes im Gesundheitsamt. Dabei werden die Einschüler eines Jahrgangs komplett erfasst und Untersuchungsdaten entsprechend eines genormten Verfahrens (Bielefelder Modell) anonym dokumentiert. Seit 2004 ist erstmals auch eine kleinräumige Auswertung nach Statistischen Bezirken möglich.

*Einschüler Louis
beim Messen
und Wiegen*



Bild: GA Bottrop

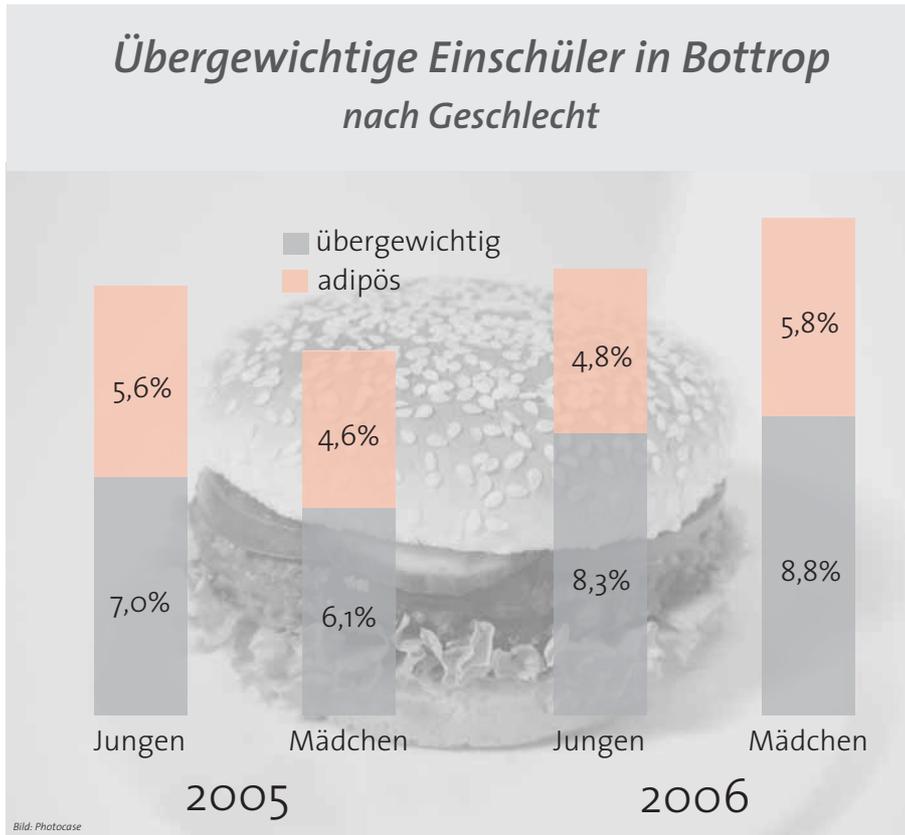


Abb. 2.3.1

Quelle: Stadt Bottrop, Gesundheitsamt
Schuleingangsuntersuchungen 2005 - 2006
2005: N=1096, 2006: N=1041

Die Grafik verdeutlicht den hohen Anteil übergewichtiger oder adipöser Bottroper Schulkinder nach Geschlecht. Während im Jahr 2005 noch 7,0% der Jungen übergewichtig waren, sind es im Folgejahr bereits 8,3%. Bei den Mädchen steigerte sich der Anteil sogar noch deutlicher von 6,1 auf 8,8%.

Die Adipositas (Fettleibigkeit) ist bei den Jungen leicht rückläufig. Dagegen verzeichnen die Mädchen im Zweijahresvergleich erneut eine deutliche Steigerung von 4,6 auf 5,8%.

Handlungsmöglichkeit

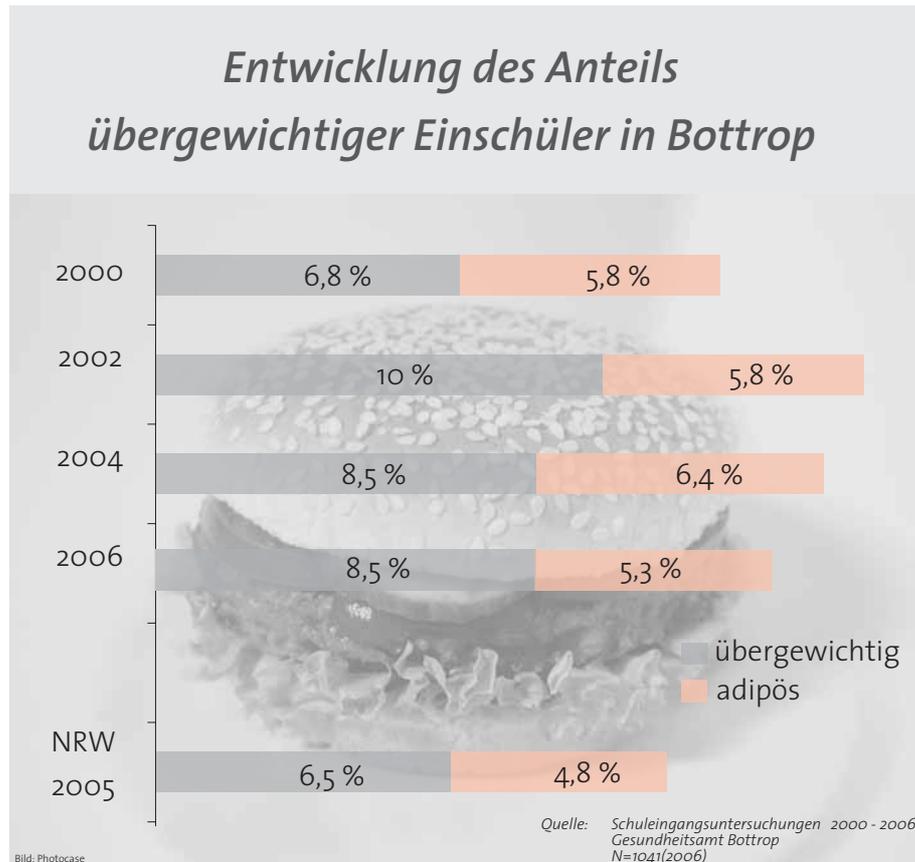
Überhöhte
Werte

Abb. 2.3.2

Handlungsmöglichkeit

Die Gesamtschau über mehrere Jahre macht das Problem noch deutlicher: Während im Jahr 2000 noch insgesamt 12,6% der Einschüler übergewichtig oder adipös waren, stieg ihr Anteil später deutlich an und pendelte sich auf hohem Niveau ein. Zumindest für die Adipositas läßt sich ein leicht rückläufiger Trend erkennen.

Im Vergleich mit Kindern aus ganz Nordrhein-Westfalen liegt Bottrop weit über dem Landesdurchschnitt. Es ergibt sich somit dringender Handlungsbedarf.

Innerstädtische Unterschiede

Im Jahr 2005 konnte die Datenerfassung für die Schuleingangsuntersuchungen auf die Ebene der Statistischen Bezirke nach Wohnadresse umgestellt werden. Das Verfahren löste die bisher übliche Aufbereitung nach Schulstandorten ab, welche Grenzüberschreitungen innerhalb der Bezirke nicht erfasste.

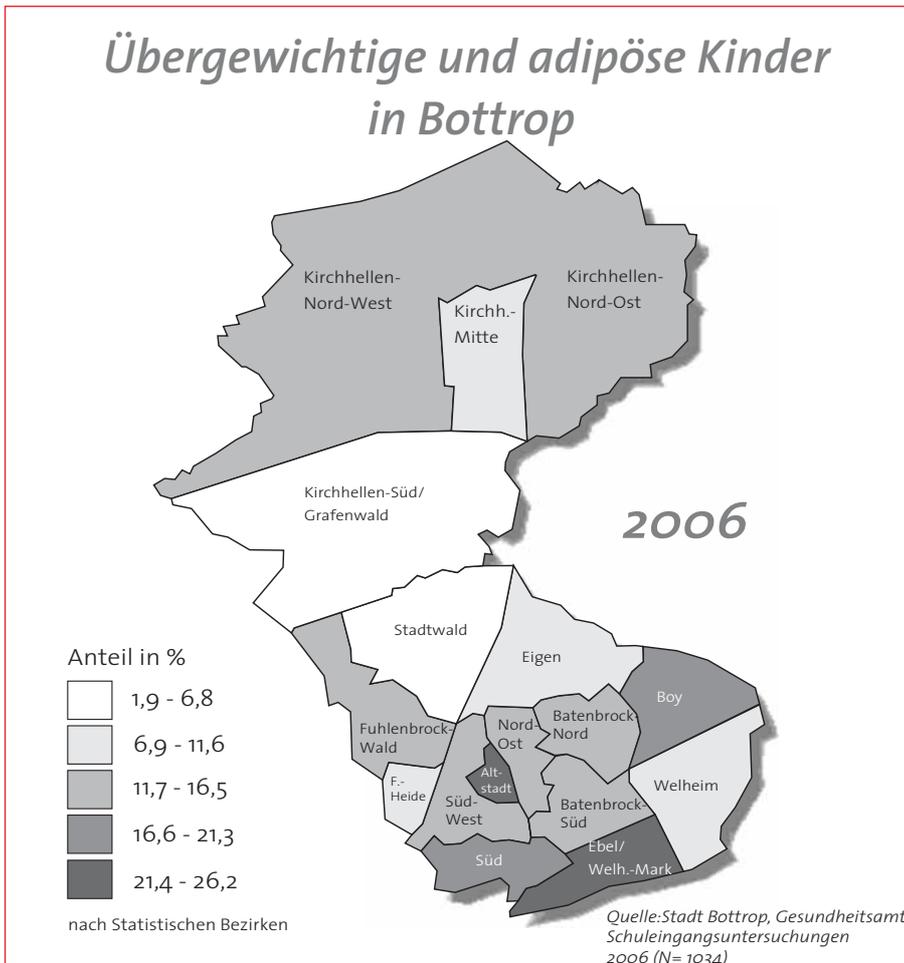


Abb. 2.3.3

Wegen der kleinen Zahl untersuchter Kinder wurden die Ergebnisse der Bezirke „Kirchhellen Nord-West“ und „-Nord-Ost“ zusammengefasst. Bei differenzierter Betrachtung fällt der Süden Bottrops durch einen besonders hohen Anteil übergewichtiger Kinder auf. Betroffen sind die Bereiche „Ebel/Welheimer Mark, Altstadt“ sowie „Boy“ und „Süd“. Der im Vergleich zu den Vorjahren relativ geringe Anteil übergewichtiger Kinder in Welheim dürfte auf „Zahlensprünge“ zurückzuführen sein, die bei Einjahresbetrachtungen einer kleinen Gruppe auftreten können.

Nach Analysen in den Jahren 2004 und 2006 sind Migrantenkinder besonders betroffen. Hier empfiehlt sich eine Konzentration der Präventionsarbeit (Projekt „ERNA“, S. 19).

Handlungsmöglichkeit

**Problemverschärfung
bei Jugendlichen**

Das Problem „Übergewicht“ beschränkt sich nicht nur auf Einschüler sondern verschärft sich mit zunehmendem Alter: Ein Indiz dafür sind die weiter steigenden Anteile von übergewichtigen und adipösen Entlassschülern der 9. Jahrgangsstufe. Allerdings muss angemerkt werden, dass diese Untersuchungen nur in Haupt- und Sonderschulen durchgeführt wurden und insofern nicht repräsentativ für alle sind.

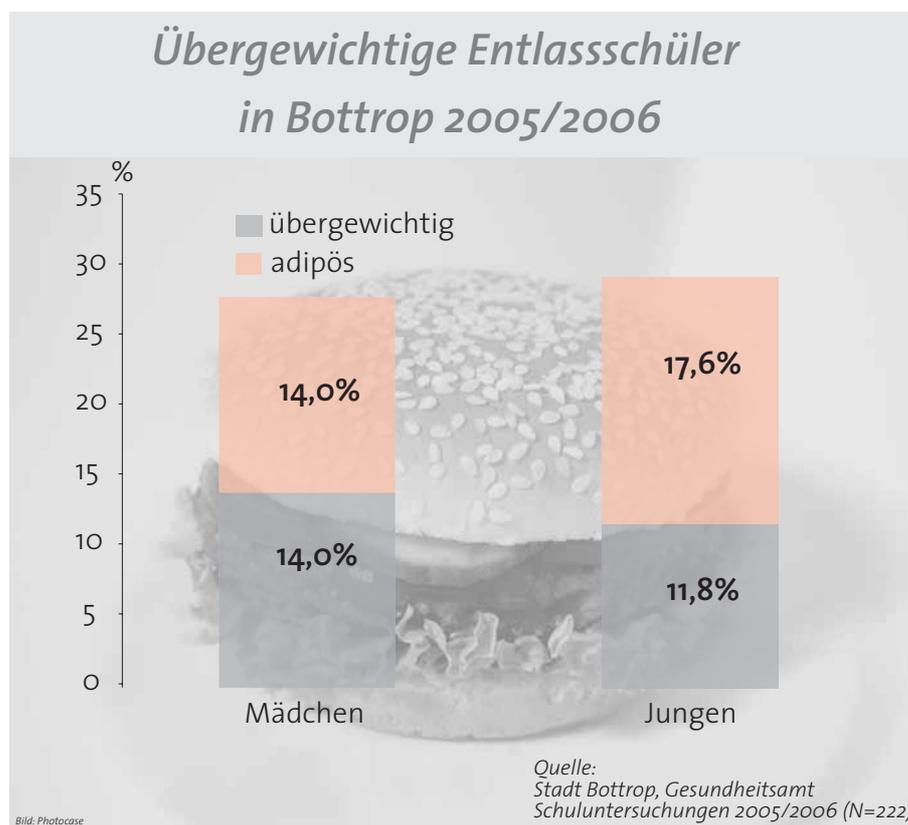


Abb. 2.3.4

Die Ergebnisse der Entlassuntersuchungen sind alarmierend. Bedenkt man zudem, dass bei Adipösen ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes) besteht, bedeutet dies, dass fast jeder siebte untersuchte Jugendliche in Haupt- und Sonderschulen bereits ein erhöhtes Risiko für diese Erkrankungen in sich trägt.



Handlungsempfehlungen

Im Kindergarten

- Ausreichende Bewegungsmöglichkeiten anbieten
- Gesunde Ernährung zum Lerninhalt machen und im Kindergarten umsetzen

In der Schule

- Sportunterricht sicherstellen und abwechslungsreich gestalten; Kinder mit Übergewicht im Sportunterricht nicht stigmatisieren, sondern motivieren
- Bildungsort Schule zur Gesundheits- und Ernährungserziehung nutzen
- Gesundes Schulesse anbieten

In der Familie

- Verantwortlichkeit für die Gesundheit der Kinder wahrnehmen
- Hilfe von Institutionen in Anspruch nehmen
- Ausgewogene Ernährung und ausreichende Bewegung als Basis für die gesundheitliche Entwicklung der Kinder sicherstellen
- Sich als Eltern der Vorbildfunktion bewusst sein

In der Kommune, im Lebensraum

- Verhältnisprävention betreiben: Lebensraum der Kinder so gestalten, dass Bewegungsanreize und -möglichkeiten bestehen
- Sportvereine unterstützen³⁾

Konkrete Projekte in Bottrop

- Schulungs- und Sportprogramm für übergewichtige 10-16-Jährige in Kooperation mit dem Stadtsportbund („Aktion für starke Kinder“)
- Arbeitskreis „Kindergesundheit“ der Kommunalen Gesundheitskonferenz: Aufbau und Vernetzung individueller und gruppenbezogener Präventionsangebote
- Zielgruppenorientierte Informationsveranstaltungen in Schulen und Kindergärten
- Projekt „Ich geh zur U! Und Du?“ zur Erhöhung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U_g und J₁
- Präventionsprogramm im Bottroper Süden für Kinder mit Migrationshintergrund („B-ERNA“): Ernährungsberatung (ERNA) durch Migrantinnen in Kindertagesstätten in Kombination mit einem Bewegungsprogramm (B)

Zur Zeit läuft die von der RAA-Bottrop initiierte und begleitete Ausbildung von zehn Migrantinnen zu Ernährungsberaterinnen. Parallel wird in einer Arbeitsgruppe des Arbeitskreises „Kindergesundheit“ (RAA, Gesundheitsamt, Jugendamt, Stadtsportbund, Vertreter der Kindertagesstätten) am Bewegungs- und Fortbildungsprojekt gearbeitet.



Behandlungshäufigkeit

2.4 Krankenhausbehandlungen

Exemplarisch wurden insgesamt 1542 stationäre Krankenhausbehandlungen eines Jahres bei Bottroper Kindern im Alter zwischen 1 bis 14 Jahren ausgewertet. Die vorliegenden Daten beziehen sich auf den Wohnort der Patienten und bilden die Behandlungshäufigkeit - auch außerhalb der Stadt - ab. Kinder, die mehrfach im Laufe eines Jahres eingewiesen wurden, sind somit wiederholt erfasst. Berücksichtigt ist die jeweils am Entlassungstag bekannte Hauptdiagnose. Sogenannte „Stundenfälle“ mit Entlassung am Tag der Aufnahme gehen nicht in die Statistik ein.

Diagnosen nach Krankenhausbehandlung bei Bottroper Kindern

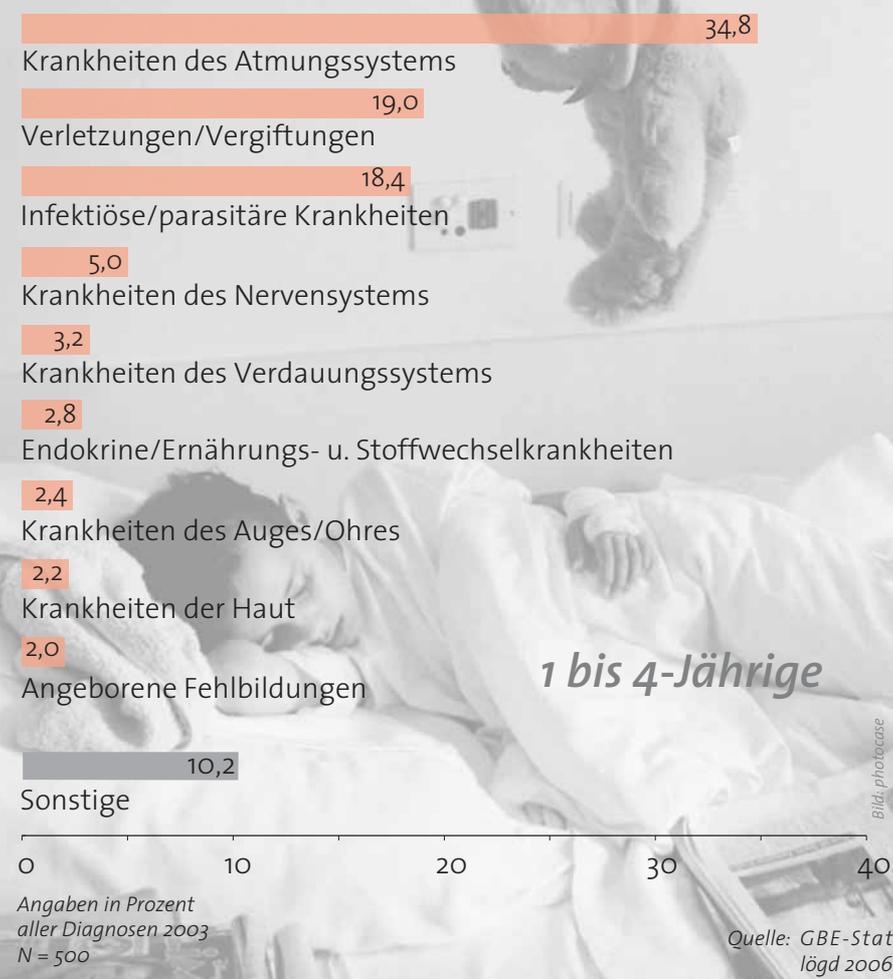


Abb. 2.4.1

Insgesamt zählt die Statistik im Jahr 2003 bei den 1 bis 4-jährigen Kindern 500 und bei den 5- bis 14-Jährigen 1042 Krankenhausbehandlungsfälle. Davon wird in der jüngeren Altersgruppe bei mehr als einem Drittel

eine stationäre Therapie wegen Erkrankungen der Atmungsorgane notwendig. Diese gehören allgemein zu den häufigsten Erkrankungen im Kleinkindalter, da unter anderem die Abwehrkraft gegen auslösende Viren und Bakterien erst erworben werden muss. Weitere häufige Gründe für die Krankenhausbehandlung sind Verletzungen und Vergiftungen sowie infektiöse oder parasitäre Krankheiten.

Innerhalb der Gruppe der 5 bis 14-Jährigen ist ein deutlicher Rückgang bei Behandlungen wegen Krankheiten des Atmungssystems zu beobachten, während die Einweisungen aufgrund von Problemen im Verdauungssystem zunehmen. Der Anteil von Behandlungen nach Verletzungen oder Vergiftungen sinkt nur unwesentlich.

Erkrankungen des Atmungssystems

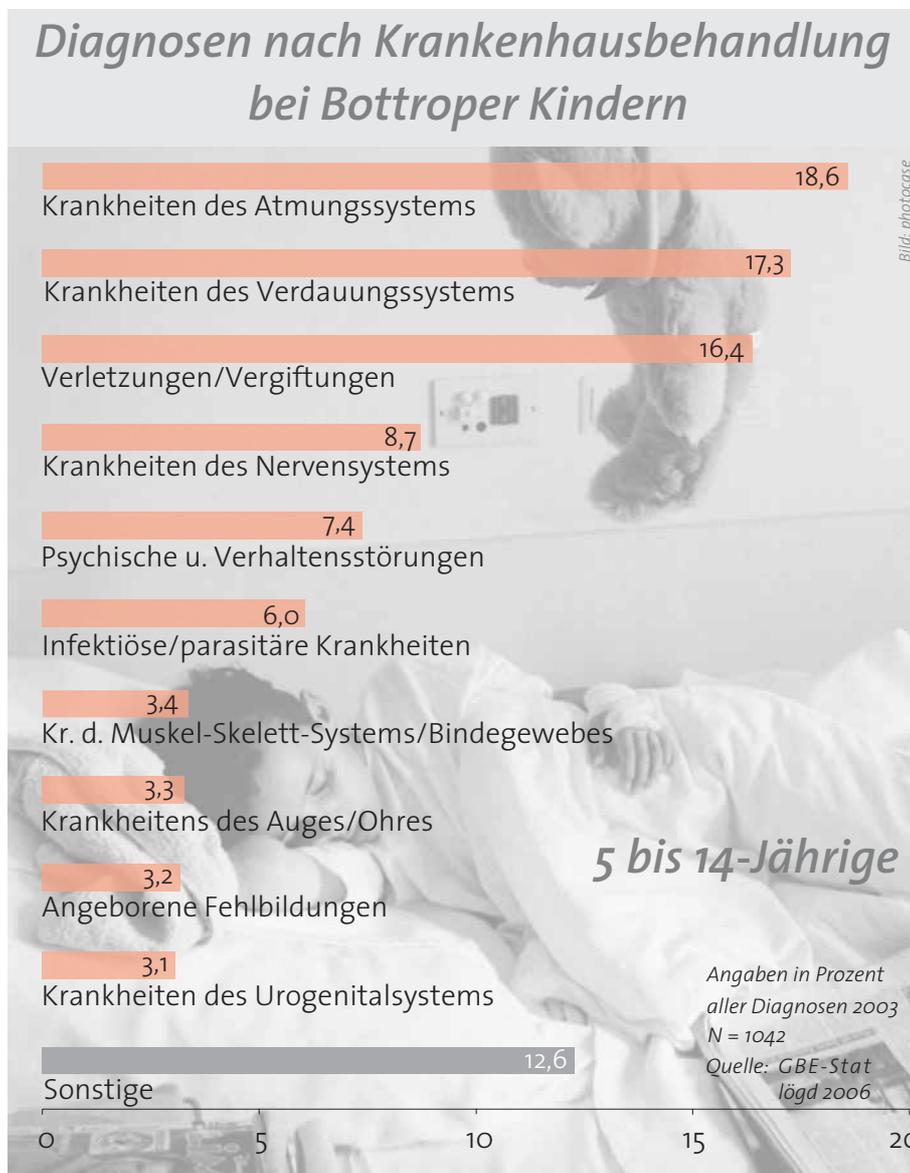


Abb. 2.4.2


Häufige Todesursache

2.5 Unfälle

Unfälle gehören zu den häufigsten Todesursachen bei Kindern in Deutschland und Europa. Im Vergleich zu den relativ niedrigen Zahlen in Schweden könnten nach Studien von UNICEF europaweit 12.000 Todesfälle vermieden werden. Somit ergibt sich aufgrund der weitreichenden individuellen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen eine vorrangige Problematik innerhalb der Bevölkerung.⁵⁾

*Eingeschränkte
Datenlage*

In Deutschland existiert keine kontinuierliche Erfassung aller verletzten Kinder. Stationäre Behandlungsfälle nach schweren Verletzungen werden in der Krankenhausdiagnosestatistik dokumentiert. Zudem liegen Teilinformationen aus den polizeilichen Berichten über Straßenverkehrsunfälle (vergl. Gesundheitsberichte, Band 3), nicht repräsentative Angaben von Bildungseinrichtungen und dem Heim- oder Freizeitbereich vor. Das Unfallmonitoring der Stadt Delmenhorst und die Brandenburger Einschulungsuntersuchungen sind die einzigen bevölkerungsbezogenen Erfassungssysteme, welche das Unfallgeschehen bei Kindern komplett abbilden.⁵⁾

Schwere Verletzungen

Diese seit Jahren stabilen Untersuchungsergebnisse zeigen, dass pro Jahr rund 13 bis 14% aller Kinder Verletzungen durch Unfälle erleiden und nicht selten im Krankenhaus behandelt werden müssen. Von den geschätzten rund 1,8 Millionen jährlich verunfallten Kindern in Deutschland⁵⁾ sind allein im Jahre 2004 nach der amtlichen Statistik 379 verstorben.⁶⁾

Auf Bottrop bezogen ist somit schätzungsweise von ungefähr 2500 verletzten Kindern jährlich auszugehen.

In den folgenden drei Abbildungen wird deutlich, dass die meisten Unfälle zu Hause passieren. Mit zunehmendem Aktionsradius heranwachsender Kinder steigt die Zahl der Verletzungen auf Spielplätzen. Im Schulalter dominieren - neben häuslichen Unfällen - öffentliche (z.B. Schulen) und Sporteinrichtungen sowie Verkehrswege als Unfallort.

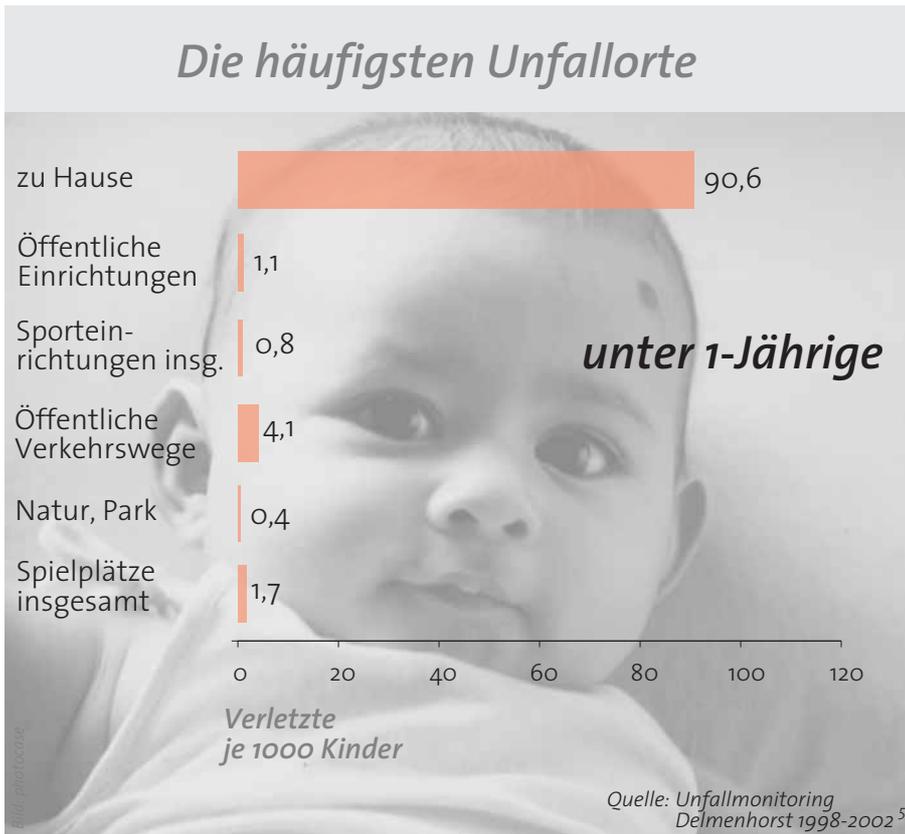


Abb. 2.5.1



Abb. 2.5.2

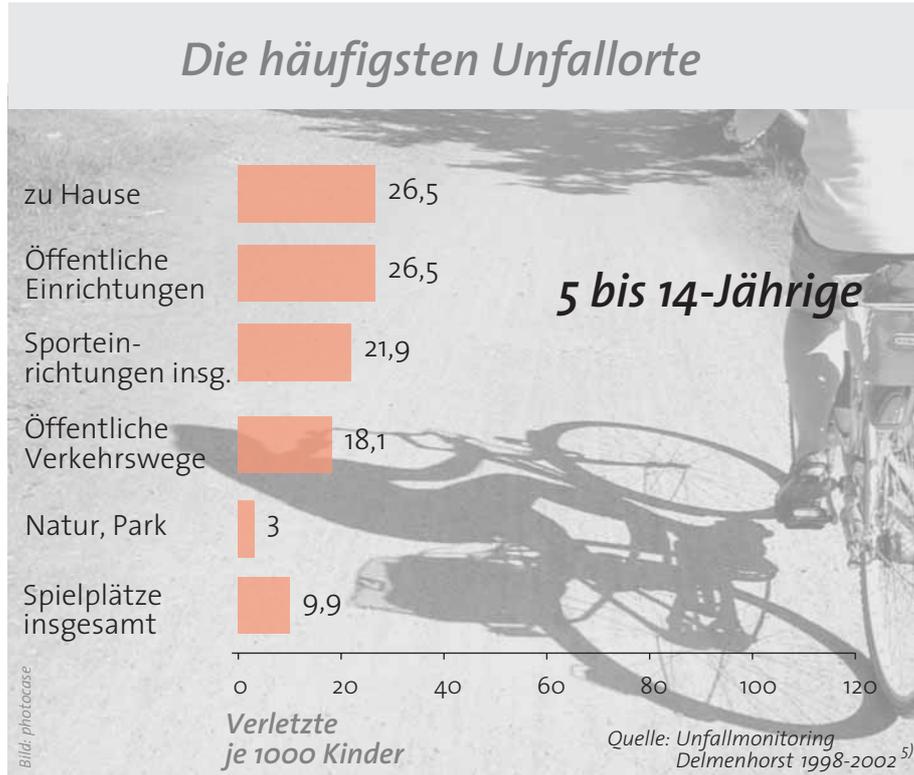


Abb. 2.5.3

Auch die Art der schweren Verletzungen, welche einen Krankenhausaufenthalt notwendig machen, ist Ausdruck altersspezifischer Unfallmechanismen. Während Vergiftungen und Verbrennungen typische Unfallfolgen im Kleinkindalter sind, dominieren bei Schülern Knochenbrüche nach Sturz (vergl. Seiten 20/21).⁷⁾

Handlungsmöglichkeit

Bei Betrachtung der verunfallten Kinder insgesamt sind nach der Delmenhorster Untersuchung die Stürze häufigste Unfallart in allen Altersgruppen. Auch hier ist ein altersspezifisches Profil erkennbar: Bei Säuglingen sind Stürze vom Wickeltisch am zahlreichsten vertreten, gefolgt von Treppe, Tisch und Bett. Im Kleinkindalter ereignen sich zunehmend Stürze von Spielplatzgeräten und im Schulalter überwiegen Unfälle mit dem Fahrrad.⁵⁾ Insofern ist es besonders wichtig, bewährte und vorbildliche Einrichtungen wie die „Jugendverkehrsschule Bottrop“ dauerhaft zu erhalten.

Verbrennungen und Vergiftungen

Ein spezieller Indikator, welcher die gesundheitliche Situation der unter 15-jährigen Bevölkerung reflektiert, ist die Krankenhausbehandlungsrate nach Verbrennungen oder Verätzungen der Körperoberfläche sowie Vergiftungen durch Medikamente, Betäubungsmittel, Chemikalien, Rauch oder Nahrungsmittel. Diese Hauptdiagnosen kodieren die behandelnden Ärzte bei der stationären Entlassung aus dem Krankenhaus. Erfasst sind alle behandelten Kinder mit dem Wohnort Bottrop - unabhängig vom Standort der aufgesuchten Klinik. Die Daten sind zudem als Landesindikator verfügbar und ermöglichen somit einen Vergleich zu anderen Städten und Kreisen von Nordrhein-Westfalen.

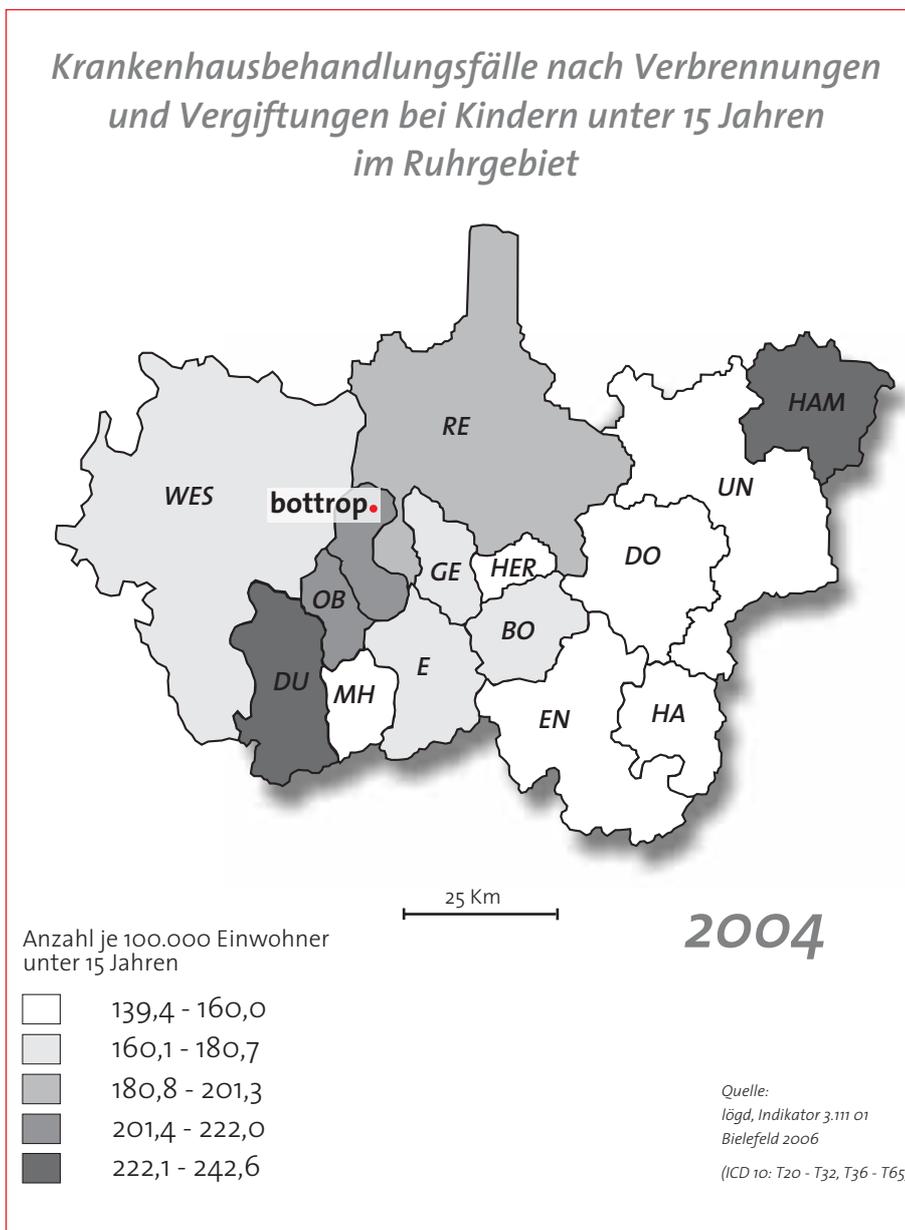


Abb. 2.5.4

Handlungsmöglichkeit

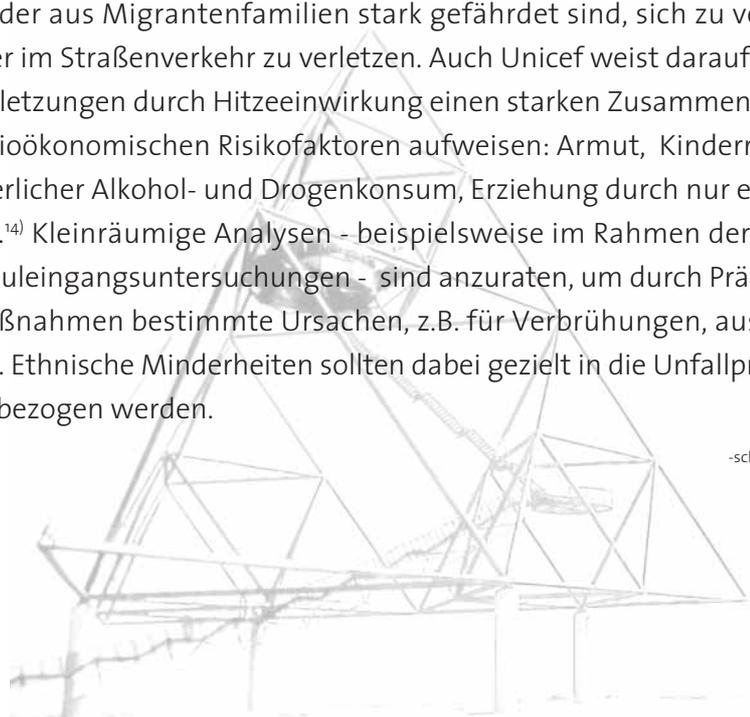
Beim Vergleich innerhalb des Ruhrgebietes fällt auf, dass sich die Stadt Bottrop mit 212,1 Fällen pro 100.000 Einwohner unter 15 Jahren in der vorletzten von fünf gebildeten Klassen befindet. Dies entspricht 38 Krankenhausbehandlungen im Jahr 2004. Der Durchschnittswert für Nordrhein-Westfalen je 100.000 der unter 15-Jährigen liegt bei 146,1.

Im weiteren Vergleich mit allen Städten und Kreisen des Landes NRW ergibt sich für Bottrop eine Einstufung in die fünfte Klasse mit den höchsten Werten. Dies zeigt sich ebenso im Zeitraum 2001 bis 2003; Fälle vor 2001 wurden nicht recherchiert. Somit kann von einer über mehrere Jahre erhöhten Rate von Krankenhausbehandlungsfällen wegen Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern in Bottrop ausgegangen werden.

Diese Zahlen sagen zunächst nichts über die Gründe der vermehrten Behandlungen im Krankenhaus aus. Es ist zudem anzunehmen, dass das Krankheitsgeschehen in diesem Bereich noch wesentlich höher ist, da leichte Fälle ambulant behandelt werden.

Zusammenhänge

Im Allgemeinen treten schwere Verbrennungen und Vergiftungen jedoch bei sozial ungünstigen Verhältnissen häufiger auf und könnten somit durch präventive Maßnahmen verringert werden. Die Analysen der Delmenhorster Unfalldaten sowie der Einschulungsuntersuchungen in Brandenburg und Schleswig-Holstein konnten nachweisen, dass gerade Kinder aus Migrantenfamilien stark gefährdet sind, sich zu verbrühen oder im Straßenverkehr zu verletzen. Auch Unicef weist darauf hin, dass Verletzungen durch Hitze einwirkung einen starken Zusammenhang mit sozioökonomischen Risikofaktoren aufweisen: Armut, Kinderreichtum, elterlicher Alkohol- und Drogenkonsum, Erziehung durch nur ein Elternteil.¹⁴⁾ Kleinräumige Analysen - beispielsweise im Rahmen der hiesigen Schuleingangsuntersuchungen - sind anzuraten, um durch Präventionsmaßnahmen bestimmte Ursachen, z.B. für Verbrühungen, auszuschalten. Ethnische Minderheiten sollten dabei gezielt in die Unfallprävention einbezogen werden.



-sch-

2.6 Zahngesundheit

Von Uwe Holtkamp

Grundlage für die folgenden Ausführungen sind die Ergebnisse der Untersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes der Stadt Bottrop, welche kontinuierlich über viele Jahre die Zahngesundheit aller Kinder in Kindergärten und Schulen abbilden. In der statistischen Analyse wird in der Regel die Anzahl von Zähnen ermittelt, die bis zum Zeitpunkt der Untersuchung jemals von Karies betroffen waren oder sind. Somit werden auch gefüllte oder wegen Karies gezogene Zähne berücksichtigt. Dies spiegelt der Begriff „kariesgeschädigte“ Zähne insgesamt wider. Die Kariesverbreitung steht in engem Zusammenhang mit dem Alter der Kinder, wobei entsprechende Erhebungen durch den Zahnwechsel erschwert werden, weil oft nicht zu klären ist, ob fehlende Milchzähne krank waren und gezogen werden mussten oder einfach herausgefallen sind. Daher hat es sich bewährt, überwiegend Altersgruppen vor, zu Beginn oder nach dem Zahnwechsel heranzuziehen. Im Vorschulalter und bei Erstklässlern werden ausschließlich Milchzähne, bei Viert- und Sechstklässlern bleibende Zähne betrachtet.

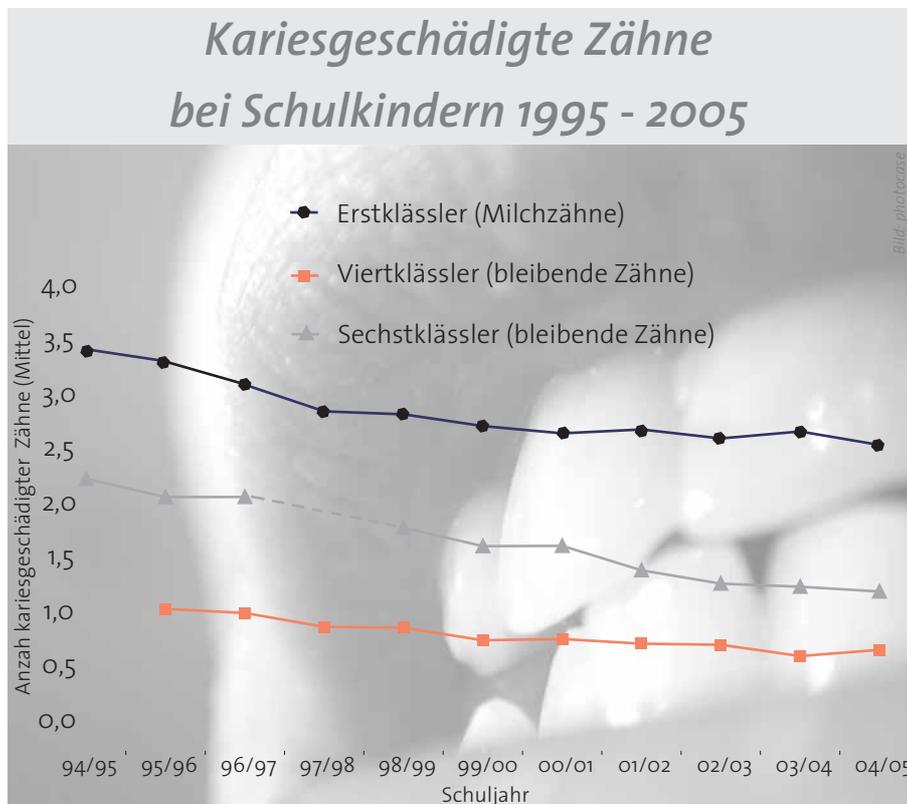


Abb. 2.6.1

Während des zehnjährigen Beobachtungszeitraums nahm die durchschnittliche Zahl kariesgeschädigter Zähne pro Kind im Schulalter (Abb. 2.6.1) stetig ab. Dies betrifft sowohl das Milchgebiss als auch die bleibenden Zähne.

Kariesgeschädigte Milchzähne bei Vorschulkindern 1998 - 2005

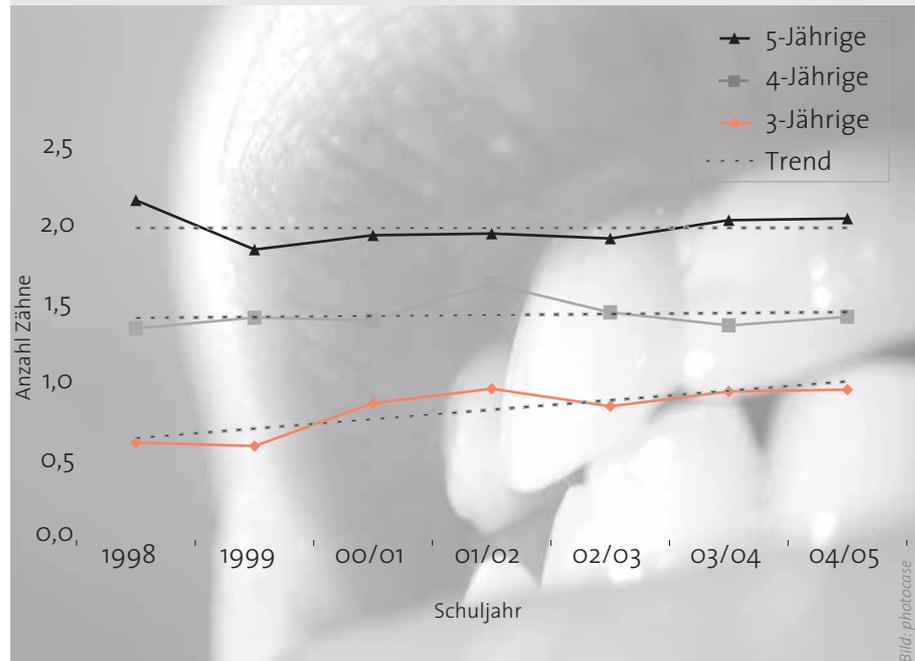


Abb. 2.6.2

Im Vorschulalter stellt sich die Situation ungünstiger dar: Während in der Gruppe der 4- und 5-Jährigen über die Jahre kaum Veränderungen eingetreten sind, ist bei den 3-Jährigen eine leichte, aber kontinuierliche Zunahme des Kariesbefalls zu beobachten. Die gesetzlichen Präventionsprogramme der „Gruppen- und Individualprophylaxe“ erreichen Kinder im Wesentlichen erst im Alter von 3 Jahren. Vor dem Hintergrund der Karieszunahme in dieser Altersgruppe starten die präventiven Bemühungen in Bottrop gewissermaßen auf einem immer schlechteren Ausgangsniveau. Es gelingt aber offenbar, mit einsetzender Prävention zumindest bei älteren Vorschulkindern den Stand der Vorjahre beizubehalten. Bei Schulkindern mit ihrer altersbedingt längeren Teilnahme an Prophylaxemaßnahmen zeigt sich dann ein stabiler und erfreulicher Kariesrückgang, der die kontinuierliche Präventionsarbeit des Zahnärztlichen Dienstes und der Bottroper Zahnärzteschaft widerspiegelt.

*Vermeehrt Karies
bei 3-Jährigen*

*Rückgang bei
Schulkindern*

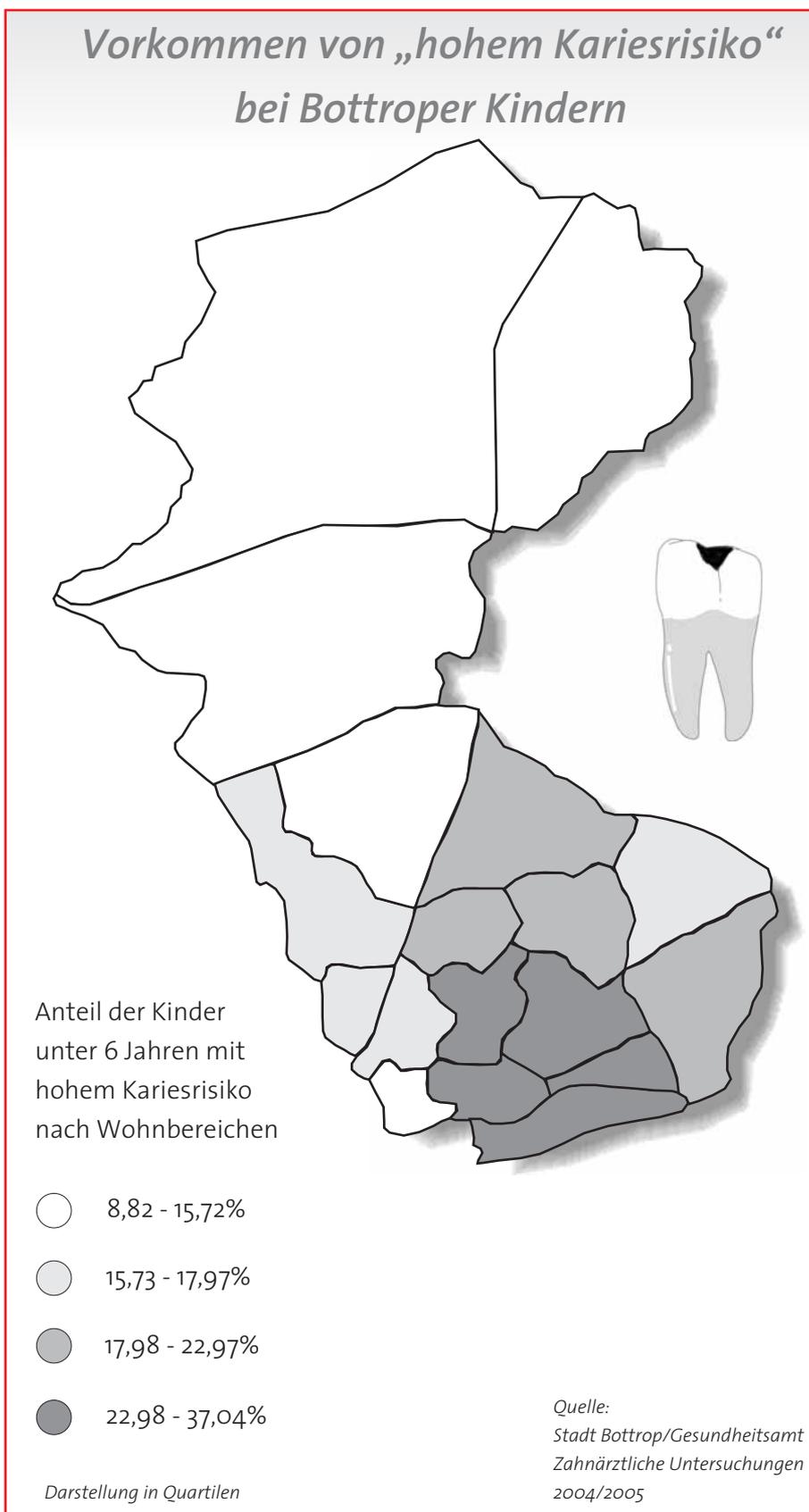


Abb. 2.6.3

Um Aussagen über die verschiedenen Stadtteile Bottrops machen zu können, erfolgt eine Aufbereitung des Datenmaterials aus dem Schuljahr 2004/2005 nach Wohnbereichen. Beispielhaft wird hier der Anteil von Vorschulkindern mit hohem Kariesrisiko nach den Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege (DAJ) präsentiert. Da mit einiger Verlässlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass Kinder eines Kindergartens überwiegend in der näheren Umgebung der Einrichtung wohnen, erfolgt die Zuweisung zum entsprechenden Bereich über diese Standorte. Die Wohnbereiche werden je nach Kariesrisiko der Kinder in vier Gruppen mit jeweils 25 % der ermittelten Werte (Quartile) eingeteilt.

Die Stadtkarte (Abb. 2.6.3) zeigt eindrucksvoll die Zunahme des Kariesrisikos der Vorschulkinder in Nord-Süd-Richtung. Die südlichen Wohnbereiche „Mitte-Süd, Batenbrock-Süd, Süd, Welheimer Mark und Ebel“ stellen sich in der letzten Gruppe dar, dicht gefolgt vom Bereich „Welheim“.

In den Grundschulen dieser Regionen werden die Zähne der Kinder deshalb seit geraumer Zeit vom Bottroper „Arbeitskreis Zahngesundheit“ in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt mit Fluoridlack versorgt. Diese weltweit anerkannte Methode führt nach Studien zu einer durchschnittlichen Kariesreduktion von 38% bei zweimal jährlicher Anwendung. Angesichts von Teilnahmequoten um 85% ist die Akzeptanz des Programms erfreulicherweise sehr hoch, so dass in Zukunft deutliche Verbesserungen der Zahngesundheit zu erwarten sind.

Fluoridlack beugt vor

„Er hat überhaupt nicht gebohrt!“



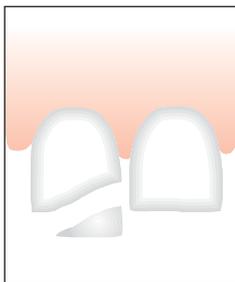
Bild: photocase

Zahnunfälle

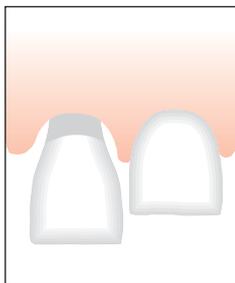
Unfallbedingte Schäden der Zähne bei Kindern sind häufig. Dabei zeigt sich eine besondere Gefährdung der Schneidezähne durch Verletzungen im Gesicht. So erleiden rund 40% der Zwei- bis Vierjährigen Verletzungen der Milchsneidezähne und ca. 30% der Acht- bis Zwölfjährigen Schäden am bleibenden Gebiss. Lebenslange Folgen aufgrund eines Zahnverlustes können jedoch häufig durch einfache Maßnahmen vermieden werden.⁸⁾

Erste Hilfe-Maßnahmen

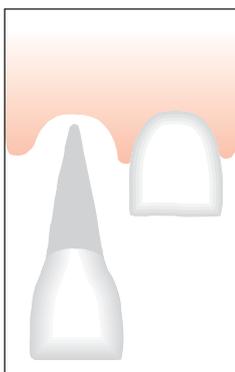
Bei starker Blutung auf sauberes Tuch oder Gaze beißen, äußerlich mit Eiswürfeln kühlen.



Ein eventuell abgebrochenes Stück des Zahnes in Wasser oder (H-)Milch legen.



Gelockerte oder verschobene Zähne in ihrem Zustand belassen, nicht am Zahn manipulieren, sondern nur vorsichtig zusammenbeißen.



Einen ausgeschlagenen Zahn niemals an der Wurzel, sondern an der Krone berühren. Auch bei Verschmutzung den Zahn unter keinen Umständen reinigen, sondern in einer speziellen Notfallbox (Dentosafe), steriler Kochsalzlösung (Apotheke, Arzt) oder kalter (H-)Milch lagern.

Sofort mit dem ausgeschlagenen oder abgebrochenen Zahn einen Zahnarzt aufsuchen. Je schneller die Behandlung erfolgt, desto besser sind die Chancen für eine Wiederherstellung.⁹⁾

Die schulzahnärztlichen Untersuchungen erfassen neben den Kariesdefekten auch sichtbare Folgen in der Regel unfallbedingter Zahnverletzungen: Hierzu gehören insbesondere abgebrochene oder fehlende Zähne sowie spezielle Füllungen. Die Befunderhebung erfolgt ausschließlich am bleibenden Gebiss bei Schülern der Klassen 4 bis 6 und wird durch eine kurze Befragung abgesichert.

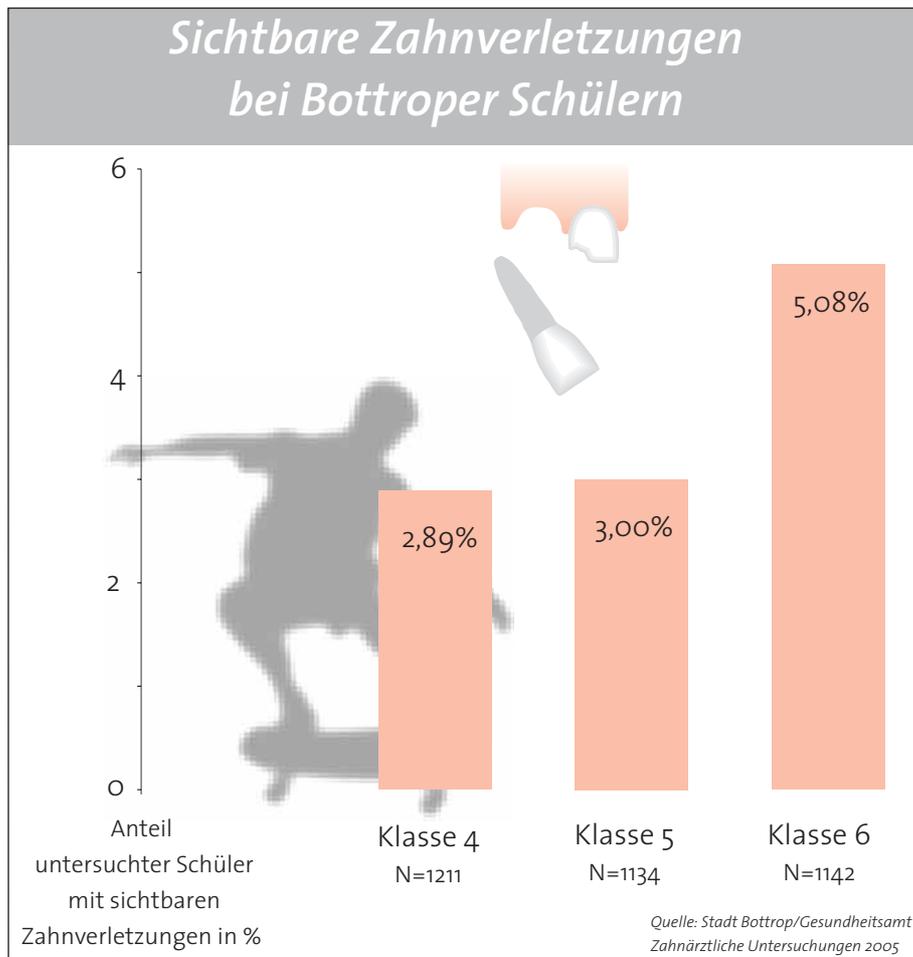


Abb. 2.6.4

Der beschriebene Teilaspekt innerhalb der Palette unterschiedlichster Zahnverletzungen erfasst insgesamt 3487 untersuchte Schülerinnen und Schülern im Alter von 9 bis 13 Jahren. Davon weisen 3,64% sichtbare Folgeschäden nach Unfall auf. Differenziert betrachtet sind ältere Schüler der Klassen 6 mit rund 5% deutlich stärker betroffen als ihre jüngeren Schulkollegen.

Handlungsempfehlung

Da viele Zahnverletzungen in diesem Alter beim Sport geschehen, sollte bei unfallträchtigen Sportarten ein individueller, beim Zahnarzt hergestellter Zahnschutz getragen werden.



3 Impfungen im Kindesalter

Von Dr. Anita Sählbrandt

Impfungen gehören zu den wichtigsten und effektivsten medizinischen Präventionsmaßnahmen. Viele Infektionskrankheiten sind daher selten geworden. Damit dies so bleibt, ist es notwendig, dass alle Kinder die empfohlenen Schutzimpfungen erhalten. Gegen Diphtherie, Tetanus und Polio sind in Bottrop mehr als 95 Prozent der Schulanfänger geimpft, für Masern, Mumps und Röteln aber auch Hepatitis B liegen die Raten wesentlich niedriger. Hier sind weitere Anstrengungen für einen besseren Impfschutz notwendig.

3.1 Ziel von Schutzimpfungen

Durch Impfungen können viele Infektionskrankheiten verhindert werden. Es sind zumeist durch Viren übertragene Krankheiten wie Masern, Mumps, Röteln, Polio und Hepatitis B, aber auch bakterielle Infektionen wie Tetanus und Diphtherie. Impfungen schützen zum einen die geimpfte Person vor Ansteckung. Zum anderen besteht bei bestimmten Krankheiten z.B. Masern ein Kollektivschutz, d.h. auch nicht geimpfte Personen sind geschützt und Epidemien werden verhindert: Voraussetzung sind allerdings hohe Durchimpfungsraten in der Bevölkerung. Durch hohe Durchimpfungsraten wird die Ausbreitung der entsprechenden Infektionskrankheit verhindert, diese kann auf Dauer sogar weltweit ausgerottet werden, wie es in der Vergangenheit mit den Pocken geschehen ist. Die Weltgesundheitsorganisation strebt deshalb für Masern eine Steigerung der Durchimpfungsrate auf über 95% bis zum Jahr 2007 an.

In Deutschland besteht keine Impfpflicht. Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut gibt jedoch regelmäßig Empfehlungen, welche Schutzimpfungen im Kindesalter wann durchgeführt werden sollen. Die jeweils aktuellen Impfeempfehlungen der STIKO gelten in NRW als offiziell empfohlen. Die Kosten für diese Impfungen werden von den meisten gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Der aktuelle Impfkalender umfasst Impfungen zum Schutz vor Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten (Pertussis), Haemophilus influenzae Typ b (Hib), Hepatitis B, Kinderlähmung (Polio), Windpocken (Varicellen), Masern, Mumps und Röteln (MMR) sowie - seit Sommer 2006 - Pneumokokken und Meningokokken, die bestimmte Formen von Lungen- oder Hirnhautentzündung auslösen können.

*Schutz des Einzelnen und
der Gemeinschaft*

STIKO-Empfehlung

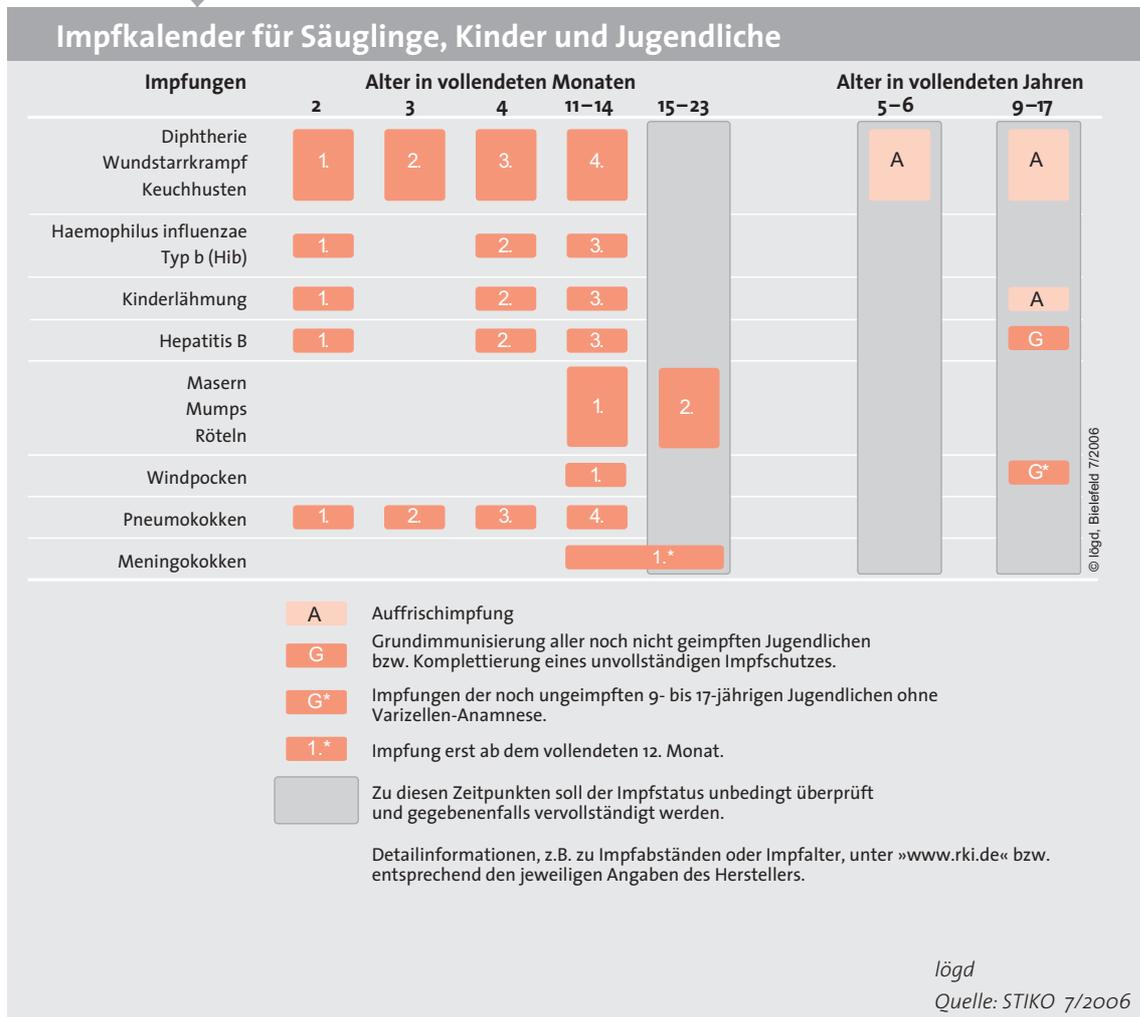


Abb. 3.1.1

3.2 Schulärztliche Untersuchungen

Grundlage für diesen Bericht sind die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen aller Einschüler sowie die Entlassuntersuchungen in den neunten Klassen der Bottroper Hauptschulen und der „Förderschule Lernen“ durch den Kinder- und Jugendmedizinischen Dienst des Gesundheitsamtes. Diese Untersuchungen stellen eine wichtige Datenquelle für das Monitoring der Kindergesundheit dar. Als gesetzlich verankerte Untersuchung erfasst die Schuleingangsuntersuchung die Kinder eines kompletten Jahrgangs, denn jeder Schulanfänger hat einen Anspruch auf eine individualmedizinische ärztliche Untersuchung und Beratung. Die körperlichen Ausgangsvoraussetzungen und die Entwicklungsvorausset-

zungen werden erfasst und bewertet. Durch die Schuleingangsuntersuchung werden die Kinder individuell berücksichtigt und Daten für die Gesundheitspolitik erhoben.

3.3 Impfschutz in Bottrop

Da die Durchführung von Impfungen nur in einem persönlichen Impfausweis, nicht aber zentral dokumentiert wird, gibt erst die Schuleingangsuntersuchung die Möglichkeit, die Verbreitung von Impfungen statistisch zu erfassen.

In Bottrop legten im Jahr 2006 gut 94% der untersuchten Schulanfänger ihren Impfausweis vor. Von diesen Kindern verfügen rund 99% über einen vollständigen Impfschutz (nach STIKO) gegen Tetanus und Diphtherie. Nur etwa 66% der untersuchten Entlassschüler brachten einen Impfausweis zur Untersuchung mit. Bei den Jugendlichen fielen gravierende Impflücken bezüglich der Auffrischimpfung gegen Tetanus und Diphtherie, sowie der Grundimmunisierung gegen Masern, Mumps, Röteln und Hepatitis B auf.

Auch wenn sich in Bottrop der Durchimpfungsgrad in den letzten Jahren verbessert hat, liegt der Impfschutz gegen Hepatitis B unter dem Landesdurchschnitt und ist somit nicht zufriedenstellend (vgl. Abb. 3.3.1). Als nach wie vor defizitär kann die Impfsituation für Masern, Mumps und Röteln bezeichnet werden (vgl. Abb. 3.4.1).

Gravierende Impflücken bei Jugendlichen

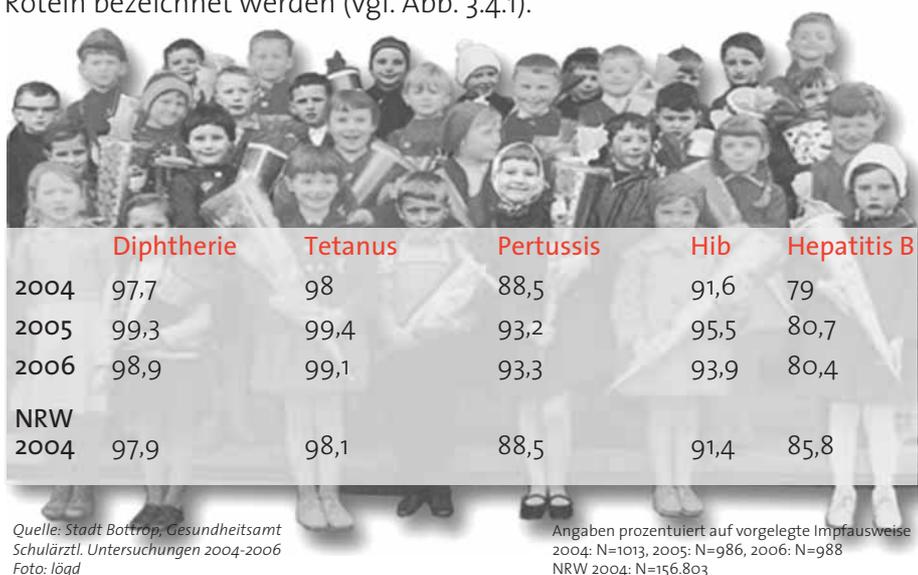


Abb. 3.3.1: Einschüler in Bottrop mit ausreichendem Impfschutz gegen ausgewählte Krankheiten

*Folgeschwere
Komplikationen*

3.4 Eine „Kinderkrankheit“ am Beispiel Masern

Masern gelten als hochansteckende Viruserkrankung, die durch Fieber, Entzündung der oberen Atemwege und einen typischen Ausschlag gekennzeichnet ist. Die oft als harmlos betrachtete Kinderkrankheit stellt bei schweren Verläufen mit Folgekrankheiten wie Lungen- und Gehirnentzündung eine große Bedrohung für die betroffenen Kinder dar. Noch im Jahr 2001 starben weltweit 745.000 Menschen an Masern. Nur Impfungen bieten einen guten Schutz, jedoch wird in Deutschland noch zu wenig und zu spät geimpft.

Auf nationaler Ebene hat die Gesundheitskonferenz der Länder ein Aktionsprogramm zur Verhütung von Masern, Mumps und Röteln beschlossen, in NRW hat die 10. Landesgesundheitskonferenz 2001 ein entsprechendes Programm verabschiedet: Ziel ist die zweimalige Impfung aller Kinder bis zum zweiten Lebensjahr gegen Masern, Mumps und Röteln. Für 2007 wird die Steigerung der Durchimpfungsrate auf 95% angestrebt. Ziel ist ein kompletter frühzeitiger Impfschutz!

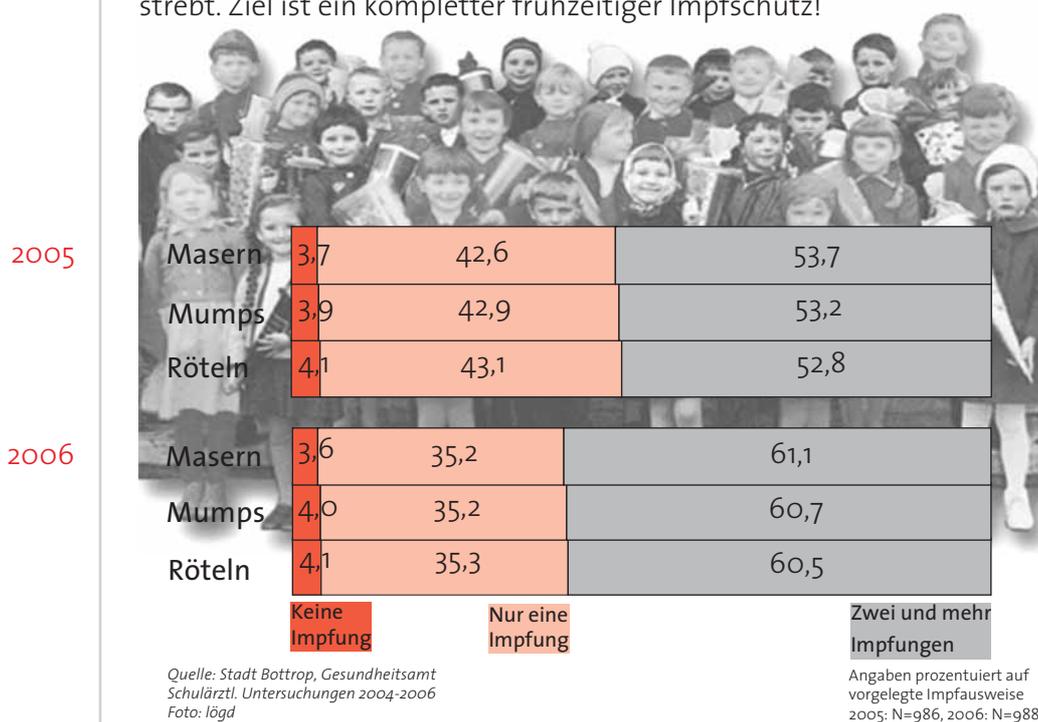


Abb. 3.4.1: Einschüler in Bottrop mit ausreichendem Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln

Dargestellt ist der dokumentierte Status für die MMR-Impfung für „keine Impfung“ und „nur einer Impfung“ – für beide besteht Nachholbedarf. Kindern mit „zwei und mehr Impfungen“ verfügen über einen ausreichenden Impfschutz, der sich 2006 deutlich verbessert hat.

Zum Zeitpunkt der Einschulung 2006 haben über 95% der Kinder in Bottrop, die einen Impfausweis vorlegten, eine Impfung gegen Masern erhalten. Der komplette Impfschutz, entsprechend den aktuellen STIKO-Empfehlungen (zwei oder mehr Impfungen), hat sich von fast 54% im Jahr 2005 auf rund 61% gesteigert. Trotz erheblicher Verbesserung der Durchimpfungsraten im Vergleich zu den Vorjahren besteht für Bottrop weiterhin dringender Handlungsbedarf.

Handlungsmöglichkeit

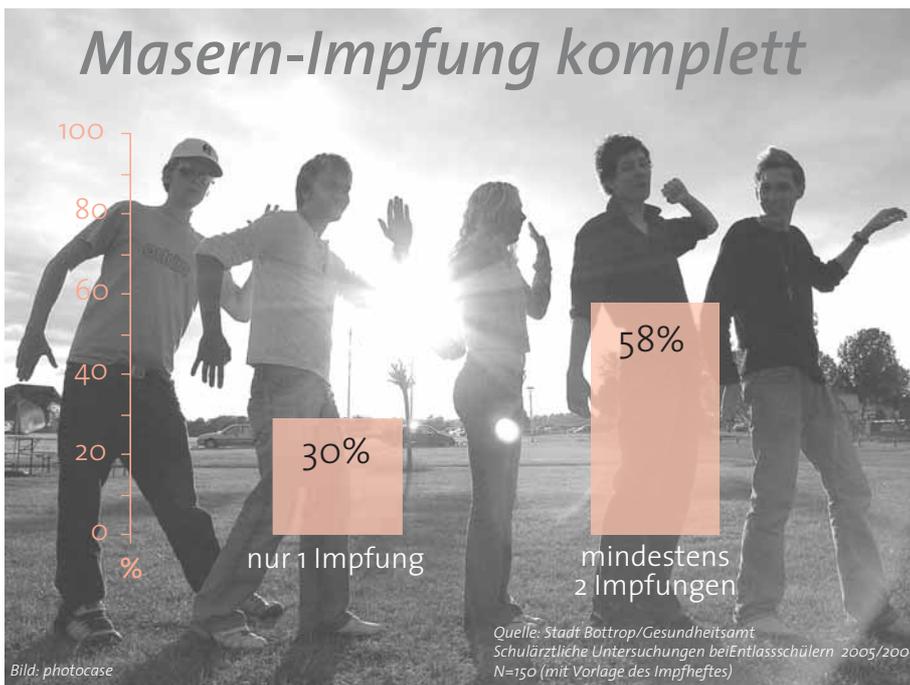


Abb. 3.4.2

Bei den Entlassschülern gibt es noch größeren Handlungsbedarf: Nur 58% der Neuntklässler haben die beiden vorgesehenen Impfungen gegen Masern erhalten, 30% der Schüler wiesen nur eine Impfung auf und 12% der Neuntklässler bekamen gar keine dokumentierte Impfung gegen Masern. Mangelnde Teilnahme an der Jugendvorsorgeuntersuchung J1 kommt als Ursache für diesen Missstand in Betracht.

Zweite Masernimpfung und Vorsorge

Vergleicht man die Durchimpfungsrate in den einzelnen Stadtteilen miteinander, so fällt auf, dass in Kirchhellen die Kinder mit 35,5% besonders selten komplett (nach STIKO) durchgeimpft sind. Dies ist umso erstaunlicher, weil die niedrige Impfquote im Gegensatz zur überdurchschnittlich hohen Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen (86%, U8-U9) steht. Eine komplette Ablehnung der Impfung durch die Eltern erscheint als Ur-

sache für diese Diskrepanz unwahrscheinlich, da fast 99% der Kinder eine erste Masern-Impfung erhielten. Betrachtet man nun die Durchimpfungsraten in Bottrop im Zusammenhang mit der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, so kommt man zu einem überraschenden Ergebnis: Nur 55% der Kinder, die an der Vorsorgeuntersuchung U9 (mit fünf Jahren) teilgenommen haben, sind zweimalig gegen Masern geimpft, also komplett geschützt. Die zweite Masernimpfung wurde in Bottrop offensichtlich noch häufig entsprechend älteren Impfpfehlungen kurz vor der Einschulung und nicht im zweiten Lebensjahr verabreicht. Die Vorsorgeuntersuchungen sollten für die Nachimpfung der nicht zweimalig geimpften Kinder konsequent genutzt werden.

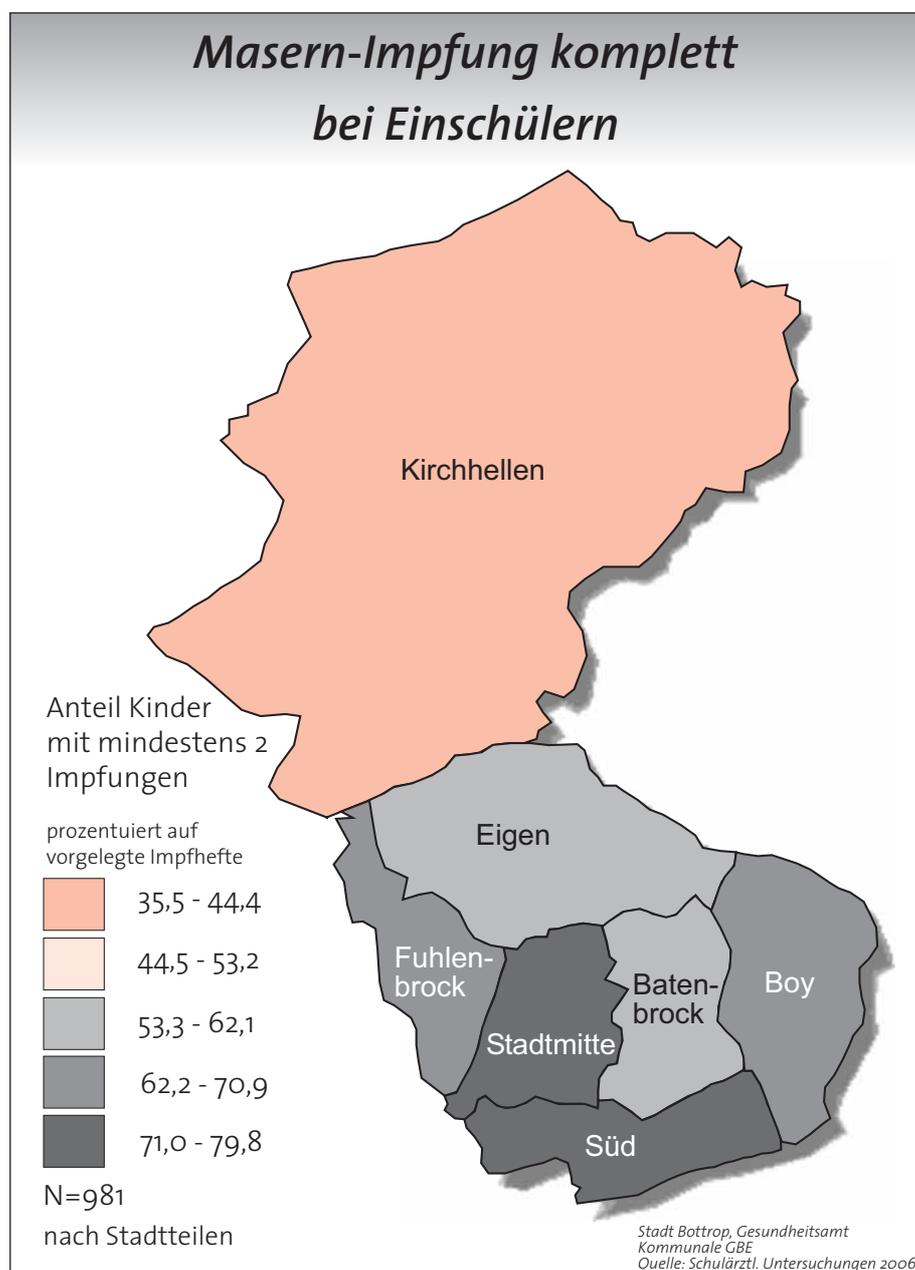


Abb. 3.4.3

3.5 Hepatitis B-Impfung

Die typische akute Hepatitis B heilt in der Mehrzahl der Fälle problemlos aus, doch kann in ca. einem Prozent der Fälle die akute Hepatitis tödlich enden. Fünf bis zehn Prozent der Erkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter verlaufen chronisch und können zu schweren und bleibenden Lebererkrankungen führen. Bei infizierten Säuglingen verläuft die Krankheit in 90 Prozent der Fälle chronisch und bei Fünfjährigen immerhin noch in 40 Prozent der Fälle.

Nur die Impfung gegen Hepatitis B bietet zuverlässigen Schutz und verhindert die schweren Folgeerkrankungen. Seit 1995 beinhalten die Impfempfehlungen der STIKO eine Hepatitis B-Grundimmunisierung für Säuglinge und Kleinkinder. Zudem sollte im Alter zwischen vollendetem 9. und 17. Lebensjahr der Impfschutz unbedingt überprüft werden. Bei allen bis dahin nicht oder unvollständig Geimpften müssen die Impfungen nachgeholt werden.

Bleibende Leberschäden

Zuverlässiger Schutz

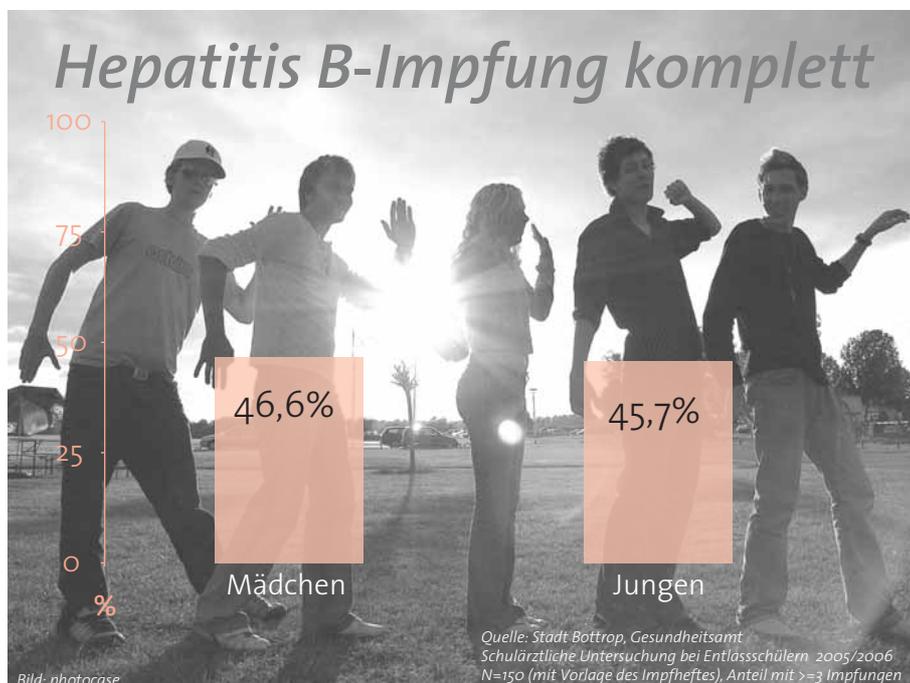


Abb. 3.5.1


Handlungsmöglichkeit

In Bottrop waren im Jahr 2006 nur rund 80% der Schulanfänger mit vorgelegtem Impfpass vollständig gegen Hepatitis B geimpft (vgl. Abb. 3.3.1). Von den Jugendlichen, die im Rahmen der Schulentlassuntersuchung 2006 untersucht wurden, legten nur 75% einen Impfausweis vor. Einen vollständigen Impfschutz gegen Hepatitis B konnten nur ungefähr 46% der Entlassschüler vorweisen (vgl. Abb. 3.5.1). Der Impfschutz gegen Hepatitis B als sexuell übertragbare Krankheit ist für Jugendliche von besonderem Stellenwert.

3.6 Akzeptanz der Schutzimpfungen

Da in Deutschland keine Impfpflicht besteht, kann die Impfrate nur steigen, wenn die Bevölkerung von der Notwendigkeit der einzelnen Schutzimpfung überzeugt ist. Der Anteil der absoluten Impfgegner, die alle Impfungen ablehnen, ist verschwindend gering; er wird für Deutschland auf weniger als zwei Prozent geschätzt.

Impfskeptische Eltern, also Eltern, die einzelne Impfungen ablehnen, machen ungefähr zehn Prozent aus. Die Mehrheit der Allgemeinbevölkerung ist weder ablehnend noch skeptisch gegenüber Impfungen eingestellt, sondern eher unerfahren oder sorglos gegenüber Infektionskrankheiten.

Viele Bürgerinnen und Bürger, aber auch einige Ärzte, haben ein unzureichendes Wissen über Schutzimpfungen. Bei einigen Eltern überwiegt die Angst vor Impfreaktionen und Spätfolgen und führt dazu, dass verschiedene Impfungen nicht durchgeführt werden. Dieser Entschluss wird häufig unter dem falschen Eindruck eher harmloser Verläufe der entsprechenden Krankheit getroffen. Wenig berücksichtigt wird, dass moderne Impfstoffe in der Regel gut verträglich sind, und nur in äußerst seltenen Fällen treten schwerere Nebenwirkungen auf. Wichtig ist deshalb eine dauerhaft angelegte Informationskampagne, die auch auf Ängste der Eltern eingeht.

Angst vor Impfungen

3.7 Fazit und Konsequenzen

- Die Bottroper Einschüler haben einen guten Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Hib und Keuchhusten.
- Große Defizite bestehen beim Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR): nur rund 60% der Einschüler und 58% der Entlassschüler sind gegen MMR sicher geschützt.
- Der Schutz gegen Hepatitis B ist bei den Sechsjährigen unter dem NRW-Landesschnitt und bei den Jugendlichen mit rund 46% besonders defizitär.
- Von den Bottroper Entlassschülern legen nur zwei Drittel einen Impfausweis vor. Die Durchimpfungsraten sind dabei erheblich schlechter als bei der Einschulung.

Projekte zur Verbesserung des Impfschutzes sollten die Jugendlichen in den Blick nehmen, die weitaus schlechter als die Sechsjährigen versorgt sind. Bis diese besser gegen Hepatitis B geimpften Jahrgänge heranwachsen, sollte verstärkt auf die Nachimpfung der Jugendlichen geachtet werden. Um Masernausbrüche wie im Frühjahr 2006 in NRW zu verhindern, sollte die zweite MMR-Impfung konsequent durchgeführt werden.

Das Gesundheitsamt hat im November 2006 in Zusammenarbeit mit dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW eine großangelegte Aktion mit dem „Impfmobil“ in Bottrop durchgeführt. Dabei wurde der Impfschutz gegen Masern, Mumps, Röteln sowie Hepatitis B bei Jugendlichen der Haupt- und Sonderschulen vervollständigt.

Impfaktion





In das Impfmobil des Landes NRW . . .



*... stiegen Schülerinnen und Schüler
aller Bottroper Hauptschulen und der „Förderschule Lernen“.*



Von 1124 angesprochenen Schülern brachten lediglich 422 (37,5%) ihren Impfpass zur Kontrolle mit.

Nur 88 (20,8%) wiesen einen vollständigen Impfschutz auf.

Mit Einverständnis der Eltern konnten weitere 59 auch ohne Vorlage dieses Dokuments geimpft werden.



Dr. Sählbrandt (l.) und Ihr Team ...



... verabreichten einschließlich der Mehrfachimpfungen insgesamt 535 Impfdosen. Geimpft wurde gegen Masern-Mumps-Röteln (153-mal), Hepatitis B (193-mal), Diphtherie-Tetanus-Keuchusten und Kinderlähmung (in unterschiedlichen Kombinationen 188-mal).

Handlungsempfehlungen

Regelmäßige Leistungen des Gesundheitsamts:

- Überprüfung der Impfpässe und Impfeempfehlungen in Kindertageseinrichtungen
- Kontrolle der Impfpässe bei den Einschulungsuntersuchungen und bei Impflücken Elternberatung
- Erhebung des Impfstatus bei den Schulentlassuntersuchungen (9. Klassen) mit Elterninformation
- Regelmäßige Impfkaktionen, besonders im sozialen Brennpunkt
- Aktionen zur Erhöhung der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen
- Pressearbeit zu Impfungen
- Datenerfassung, -auswertung und -analyse

Was Sie tun können oder bereits getan haben:

Arztpraxen

- Informationsmaterial über Schutzimpfungen auslegen
- Eltern über die Notwendigkeit der Schutzimpfungen, v.a. über die empfohlene zweite Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln im zweiten Lebensjahr informieren
- Eltern mit Migrationshintergrund oder aus bildungsfernen Schichten gezielt ansprechen
- Vorsorgeuntersuchungen für Impfungen nutzen





Kindertageseinrichtungen

- Bei der Aufnahme eines Kindes und jeder weiteren Gelegenheit die Wichtigkeit der Schutzimpfungen betonen
- Aktionen seitens des Gesundheitsamtes unterstützen
- Eltern mit Migrationshintergrund oder aus bildungsfernen Schichten gezielt ansprechen

Eltern

- Informieren Sie sich über notwendige Schutzimpfungen
- Lassen Sie Ihr Kind im empfohlenen Alter impfen

Informationen in Ihrem Gesundheitsamt unter Tel.: 02041/70 35 05

Ansprechpartner im Gesundheitsamt Bottrop:

Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
Dr. Anita Sählbrandt
Telefon 02041/70 35 05
E-Mail: kindergesundheit@bottrop.de

Weitere Informationen:

Robert Koch-Institut, Berlin
www.rki.de

Deutsches Grünes Kreuz
www.dgk.de/web/dgk_content/de

„Impfungen im Kindesalter“ entstand in enger Zusammenarbeit mit dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) NRW, Bielefeld.

Hintergrundinformationen basieren überwiegend auf Veröffentlichungen des RKI (www.rki.de).

4 Impfung oder Krankheit

Von Bernd Trautmann

Nach Einführung der Pockenschutzimpfung 1796 durch Edward Jenner konnte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1980 erklären, dass die Welt nunmehr frei von Pocken sei. Für die Poliomyelitis (Kinderlähmung) konnte dies für Europa 2002 erreicht werden, nachdem Impfstoffe seit 1959 zur Verfügung standen. Impfungen sind somit ein wesentlicher Grund für den Rückgang bestimmter Infektionskrankheiten. Sie zählen weltweit zu den kostengünstigsten Präventionsmaßnahmen in der Medizin. Sie schützen auch vor Erkrankungen, bei denen Behandlungen nur begrenzt zur Verfügung stehen, wie bei Tetanus oder Tollwut, die nach dem Krankheitsausbruch sehr oft tödlich verlaufen.



Bild: Pixelquelle

Bei der Entscheidung zu einer Impfung ist eine Reihe von Grundrechten berührt. So wird das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit im Grundgesetz geschützt, Pflege und Erziehung der Kinder zudem als natürliches (und vorrangiges) Recht der Eltern verankert. Andererseits ist die Bevölkerung vor der Ausbreitung von Erkrankungen zu bewahren, notfalls auch mit den im Infektionsschutzgesetz vorgesehenen Zwangsmaßnahmen. Angesichts der bestehenden Impflücken wird nach den Masernausbrüchen in NRW 2006 die Einführung einer Impfpflicht wieder diskutiert. Diese war in der DDR Teil der staatlich durchgeführten Gesundheitsvorsorge, die mit hohen Durchimpfungsraten und geringeren

*Medizinischer
Wendepunkt*

*Berührung von
Grundrechten*

*Sorgfältige
Aufklärung*

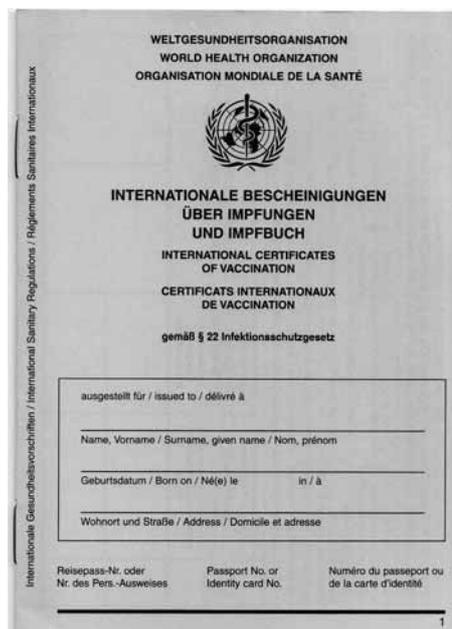
*Sehr wenig
Impfkomplikationen*

Erkrankungszahlen einherging. Eine solche Zwangsmaßnahme ist in unserem Rechtsempfinden aber nur in konkreten Ausnahmesituationen zulässig, da der freien Entscheidung grundsätzlich ein höherer Wert zugemessen wird.

Auch bei einer beabsichtigten positiven Wirkung einer medizinischen Vorsorge sind unerwünschte Nebenwirkungen grundsätzlich möglich, so dass vor jeder Impfung eine sorgfältige Aufklärung mit Abwägung von Nutzen und Risiko zu erfolgen hat. Trotzdem sind wir auch bei anderen Präventionsmaßnahmen bereit, akzeptable Risiken in Kauf zu nehmen, um unsere Gesundheit langfristig zu erhalten.

Vorübergehende Beschwerden, wie allgemeines Krankheitsgefühl und leichtes Fieber als Reaktion des Immunsystems, sind bei einer Impfung häufig. Die Wahrscheinlichkeit einer Impfkomplication ist unter anderem abhängig vom Impfstoff und mit etwa zwei auf 100.000 Impfungen sehr gering, die eines bleibenden Schadens unter 1:1 Million. Diese Zahlen sind auf Grundlage der gemeldeten Verdachtsfälle von Impfnebenwirkungen beim Paul-Ehrlich-Institut (PEI) in Relation zu den verkauften Impfdosen in Deutschland von 2004 bis 2005 gesetzt.

Das Wissen über wichtige Infektionskrankheiten und deren Verhütung hat in der Bevölkerung abgenommen. Einzelfälle einer BSE-Erkrankung führten zu anhaltenden Veränderungen im Fleischkonsum. Jährlich sind aber weiterhin hunderttausende von Durchfallerkrankungen allein durch mangelnde Hygiene im Umgang mit Lebensmitteln bedingt.



In der Vogelgrippe wurde zeitweise eine größere Gesundheitsgefahr für Menschen vermutet, als in der jährlich auftretenden saisonalen Influenza (Virusgrippe). Nach Angaben des Robert Koch Institutes (RKI) verursachen gewöhnliche Grippewellen in Deutschland pro Jahr zwischen 2 und 5 Millionen zusätzliche Arztkonsultationen, etwa 10–20.000 zusätzliche Hospitalisierungen und durchschnittlich 10.000 zusätzliche Todesfälle.



Bild: Pixelquelle

Weltweit wären jährlich etwa 2 Millionen Tote zu verhindern, wenn die entsprechenden Schutzimpfungen erfolgen würden. Auch nach einer Infektion können Riegelungsimpfungen bei bestimmten Krankheiten die weitere Ausbreitung verhindern. Im Kampf gegen antibiotikaresistente Erreger ist eine frühzeitige Immunisierung hochwirksam.

Neu entwickelte Impfstoffe sind sogar in der Lage bestimmte Krebserkrankungen zu verhindern: Eine Hepatitis B-Impfung vermeidet die chronische Leberentzündung, die zu Leberkrebs führen kann. Die humanen Papillomaviren (HPV) sind eine wesentliche Ursache in der Entstehung des Gebärmutterhalskrebses. Seit Oktober 2006 steht nun in Deutschland ein HPV-Impfstoff zur Verfügung, der eine Senkung dieser Krebsart um 70 % bewirken kann.

Ab einer spezifischen Durchimpfungsrate ist die Bevölkerung immun, d.h. der Erreger ist dann kaum in der Lage, einen Ausbruch zu bewirken; es besteht ein Kollektivschutz, auch für Ungeimpfte. Dies ist beispielsweise bei Masern aber erst bei einer Impfrate von mehr als 90 % zu erwarten. Impfprogramme der WHO erzielten so bis 2004 eine Halbierung der masernbedingten Todesfälle von ursprünglich 871.000 in 1999. Masern gelten als eine der Hauptursachen für Kindersterblichkeit in Entwicklungsländern.

Durch die erfolgreiche Ankopplung der Impfungen an die Vorsorgeun-

*Viele Todesfälle
durch Virusgrippe*

*Schutz vor
bestimmten
Krebsarten*

*Immunität der
Bevölkerung*


*Gesundheit
im Urlaub**STIKO:
Konsens der Experten*

tersuchungen der Kinder verlagern sich Krankheitsausbrüche bei uns auf ungeimpfte und damit ungeschützte Jugendliche und Erwachsene, die nicht selten einen schweren Verlauf bei den klassischen „Kinderkrankheiten“ erleben. Hier ist die Schutzimpfung bei häufigem Kontakt zu Kindern und Jugendlichen, wie auch bei Kinderwunsch empfehlenswert.

Erst im Rahmen eines Auslandsaufenthaltes wird im Erwachsenenalter häufiger die Frage nach Impfungen gestellt. Nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (02/2001) fliegen etwa 70% der Fernreisenden nach einer vorherigen reisemedizinischen Beratung, ähnlich viele berichten auch über gesundheitliche Probleme in warmen Ländern nach der Rückkehr. Nur 1/3 der Reisenden sind aber z. B. gegen Hepatitis A, einem klassischen „Urlaubsmitbringsel“, ausreichend geschützt. Auch bereits bei Reisen innerhalb Deutschlands sind jedoch Impfungen, wie z.B. gegen FSME - eine besondere Form der Hirnhautenzündung (Früh-sommermeningoenzephalitis) - zu empfehlen.

Die jährlich neu herausgegebenen Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) stellen dabei den aktuellen Stand des Wissens dar, der unter Experten Konsens gefunden hat. Sie entbindet jedoch nicht von dem aktiven Entscheidungsprozess vor einer Impfung. Passives Verhalten bedeutet hier die Möglichkeit einer Erkrankung hin zu nehmen, die eventuell erhebliche Schäden nicht nur für den Einzelnen bedeuten kann. Oder wie Prof. Ulrich Heininger vom Universitäts-Kinderspital in Basel es in der ZEIT vom 21.9.2006 formuliert: „If you don't like vaccine, try the disease.“

Auf der Suche nach effektiver Prävention sind Impfungen eine der erfolgreichsten Maßnahmen, die die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig verbessern können. Sie bedeuten aktive Gesundheitsvorsorge, die weltweiten Schutz darstellt und kein zusätzliches Gepäck erforderlich macht.

Bild: Pixelquelle

5 Entwicklung von Kindern mit Migrationshintergrund

Von Dr. Anita Sählbrandt

5.1 Untersuchungsmöglichkeiten

Die Vorsorgeuntersuchungen beim niedergelassenen Kinderarzt, die sogenannten U-Untersuchungen (U1 –U9), sind geeignet zur Erkennung von organischen Krankheiten, körperlichen und geistigen Entwicklungsauffälligkeiten. Leider ist die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen nur unzureichend. Es findet sich in der Stadt Bottrop ein deutliches Nord-Süd-Gefälle mit niedriger Teilnahme in den südlichen Stadtteilen. Dies wird am Beispiel der U9, welche in einem Alter von fünf Jahren durchgeführt werden sollte, dargestellt.

Vorsorgeuntersuchungen

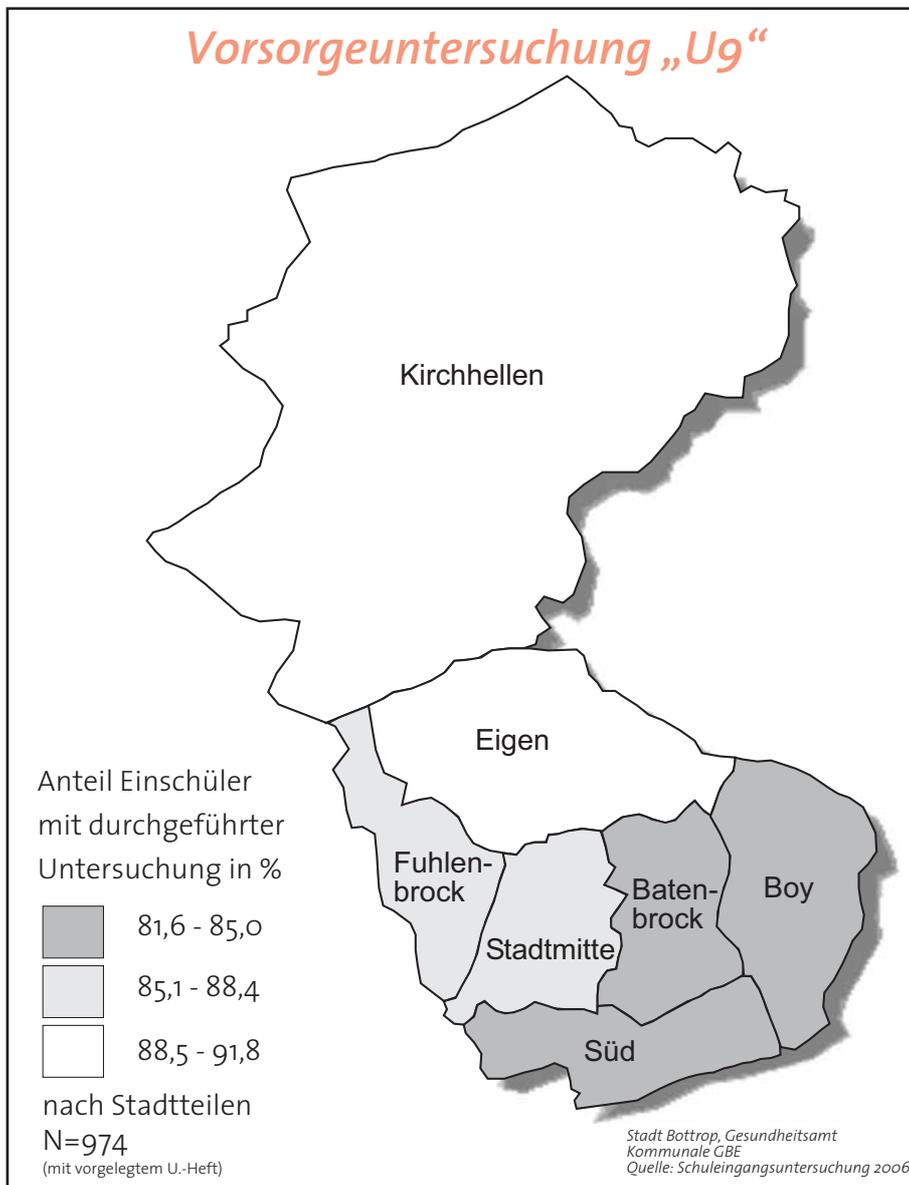
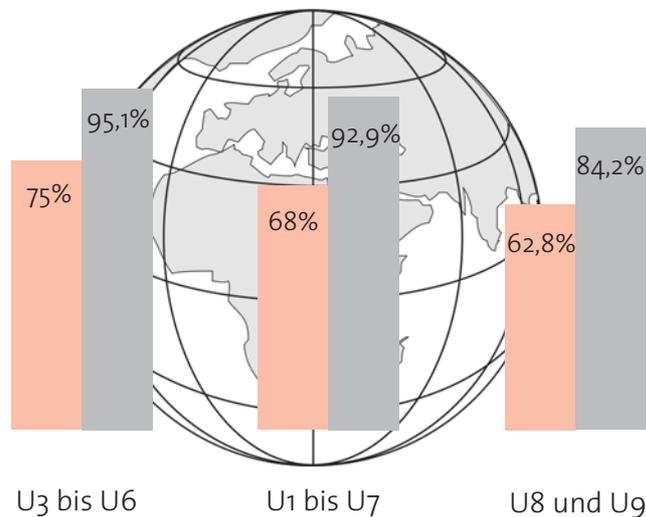


Abb. 5.1.1

Vorsorgeuntersuchungen komplett

bei Bottroper Kindern
mit  ohne 
Migrationshintergrund



N=981
(mit Vorlage des U.-Heftes)

Quelle: Stadt Bottrop, Gesundheitsamt
Schulärztliche Untersuchungen 2006

Abb. 5.1.2

Vergleicht man die Teilnahme an Vorsorgen von Kindern mit Migrationshintergrund mit den Kindern ohne Migrationshintergrund, so zeigt sich eine gravierend geringere Teilnahme an den Vorsorgen bei Migrantenkindern: Nur 68% der Kinder mit Migrationshintergrund waren bei allen sieben Vorsorgen in den beiden ersten Lebensjahren (93% der Kinder ohne Migrationshintergrund). Nur 63% stellten ihre Kinder mit vier und fünf Jahren zur Vorsorge vor. Dies sind vergebene Früherkennungschancen für Entwicklungsauffälligkeiten!

Die Kindergartensprechstunde des Gesundheitsamtes ist eine freiwillige Untersuchung im Kindergarten auf Entwicklungsauffälligkeiten und Teilleistungsstörungen. Hier können die Kinder in bekannter Umgebung untersucht und die Beobachtungen der Erzieherinnen mit einbezogen werden. Frühzeitige Spiel- und Förderempfehlungen werden an die Eltern weitergegeben und gegebenenfalls eine Vermittlung in frühzeitige Therapie ermöglicht.

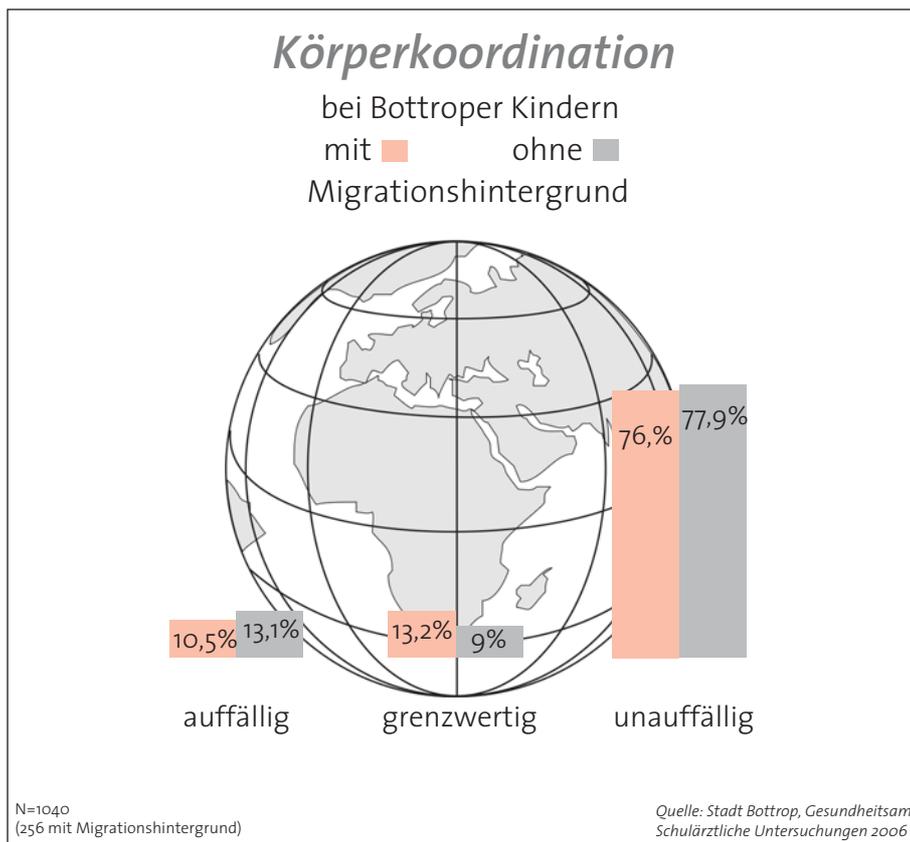
Leider können hier nicht alle Kinder erreicht werden, da die Untersu-

chung freiwillig ist und aus personellen Gründen seitens des Gesundheitsamtes nicht immer angeboten werden kann. 2005 konnten bei Fehlen zweier Stellen im Kinder- und Jugendmedizinischen Dienst nur ca. 350 Kinder untersucht werden. Die Untersuchungen wurden schwerpunktmäßig im Bottroper Süden durchgeführt.

Die Einschulungsuntersuchung als gesetzlich verankerte Untersuchung erfasst die Kinder eines kompletten Jahrgangs, denn jeder Schulanfänger hat Anspruch auf eine individualmedizinische ärztliche Untersuchung und Beratung. Bei der Einschulungsuntersuchung wird neben der Untersuchung der körperlichen Gesundheit ein Screening des Entwicklungsstandes (SENS) durchgeführt. Förderempfehlungen können danach an die Eltern, die Schule und die behandelnden Therapeuten gegeben werden.

Einschulungsuntersuchung

5.2 Entwicklungsauffälligkeiten

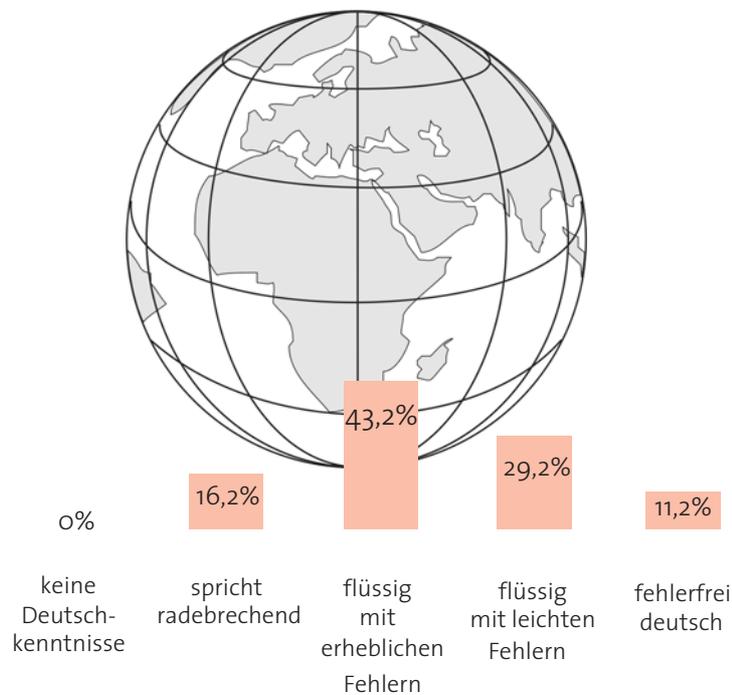


Körperkoordination

Abb. 5.2.1

10% der Migrantenkinder zeigten auffällige Ergebnisse und 13,2% grenzwertige Ergebnisse. Entsprechend schlechte Ergebnisse finden sich auch bei Kindern ohne Migrationshintergrund.

Deutschkenntnisse bei Bottroper Kindern mit Migrationshintergrund



N=222
(Erstsprache nicht Deutsch)

Quelle: Stadt Bottrop, Gesundheitsamt
Schulärztliche Untersuchungen 2006

Abb. 5.2.2

54% der Einschüler mit Migrationshintergrund haben unzureichende Deutschkenntnisse.

Die Migrantenkinder mit ausreichenden Deutschkenntnissen haben gravierende Defizite in der auditiven Sprachverarbeitung (nach SENS bis zu 60%). Diese umfasst die Fähigkeit, Laute zu erkennen und zu unterscheiden, die Merkfähigkeit für Sätze und sinnfreie Wörter und die Worterkennung. Hier fehlen wichtige Grundlagen für das Lesen und Schreiben.

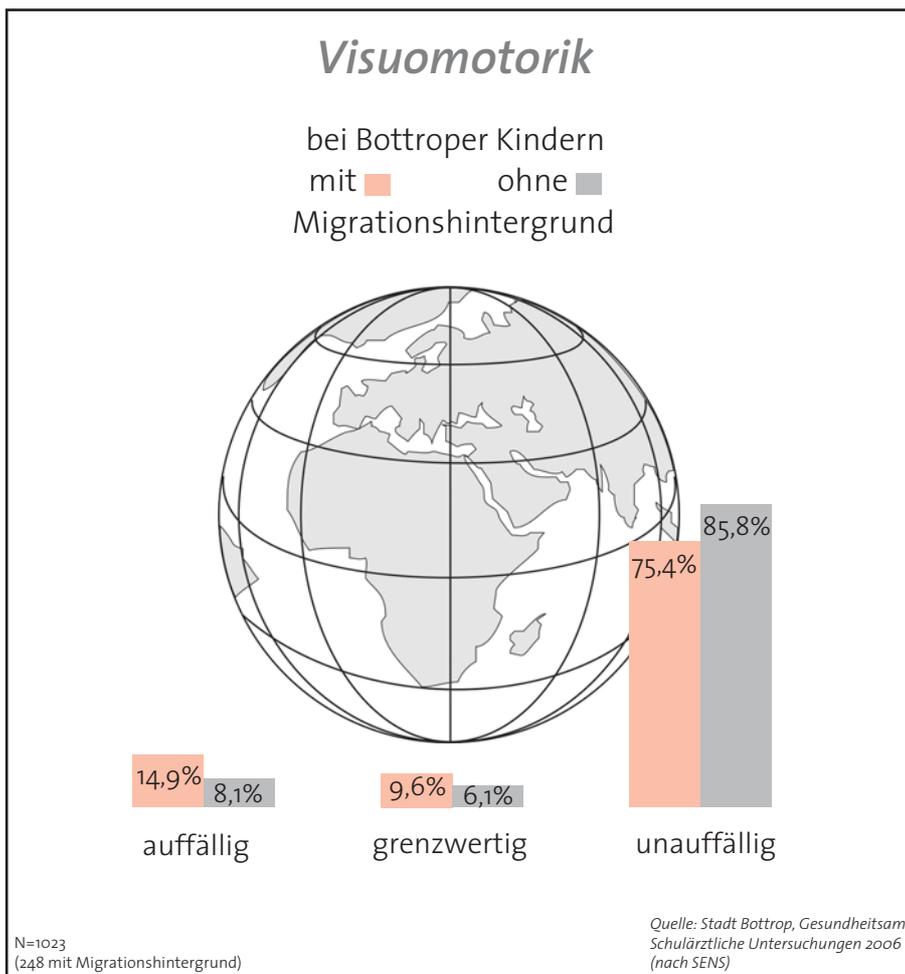


Abb. 5.2.3

Visuomotorik und visuelle Wahrnehmung beschreiben die Fähigkeit, Figuren korrekt nachzuzeichnen, zu rekonstruieren und zu erkennen. Dies sind weitere wichtige Voraussetzungen für das Erlernen von Schreiben und Lesen.

Die Untersuchungen nach SENS zeigen deutlich schlechtere Ergebnisse bei Kindern mit Migrationshintergrund: Nur 63% der Migrantenkinder zeigen unauffällige Werte nach Testung der visuellen Wahrnehmung und 75% normale Ergebnisse bei der Visuomotorik. Die Resultate der Kinder ohne Migrationshintergrund sind deutlich besser.

Auge-Hand-Koordination

5.3 Fazit und Konsequenzen

Es finden sich erhebliche Entwicklungsdefizite bei Kindern mit Migrationshintergrund im Vorschulalter. Neben Defiziten in der Sprache und Sprachverarbeitung fallen Defizite in der visuellen Verarbeitung und Visuomotorik auf. Eine frühzeitige Förderung ist notwendig.

Eine Zurückstellung vom Schulbesuch ist nach dem neuen Schulgesetz nur bei schwerwiegenden Erkrankungen in Einzelfällen aus medizinischen Gründen möglich und erfolgte im Jahr 2006 bei vier Kindern.

Handlungsempfehlungen

zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Migrantenkindern in Bottrop



- Schaffung von Bewusstsein für die Notwendigkeit vorschulischer Förderung der Kinder und Beschäftigung mit den Kindern. Dies ist durch Erwachsenenbildung, die sich an Migranten richtet, möglich (z.B. „Rucksackprogramm“ der RAA und in Familienzentren).
- Erhöhung der Teilnahmequoten an den Vorsorgen durch das Projekt „Ich geh zur U! Und Du?“; die Kampagne läuft seit Ende 2005 in Bottroper Kindergärten und dient der frühzeitigen Erkennung von Auffälligkeiten.
- Dauerhafte Etablierung der Kindergartensprechstunde, da durch dieses niederschwellige Angebot viele Kinder frühzeitig erreicht werden können.

6 Dicke Luft im Klassenzimmer

Bis zu 90 % seiner Zeit verbringt der moderne Mensch in Innenräumen. Die Qualität der Innenraumluft (Luftgüte) ist daher von besonderer Bedeutung. Von den vielen Belastungen der Raumluft ist das gasförmige Kohlendioxid (CO₂) die bedeutsamste Komponente; gleichzeitig ist dies dem Raumnutzer jedoch am wenigsten bewusst.



Der Mensch selbst ist Quelle dieser Verunreinigung. Durch Atmung produziert er pro Stunde bei leichter Aktivität 20 bis 40 Liter CO₂. Halten sich viele Personen in einem Raum auf, führt dies zu einer raschen Anreicherung des Gases. Das Problem ist besonders ausgeprägt, wenn durch den Einbau von Iso-Fenstern der natürliche Luftaustausch wesentlich beschränkt ist.

Darum geht es!

Während ein Kubikmeter Außenluft (1.000 Liter) im Durchschnitt 350 ml CO₂ (350 ppm) enthält, werden in ungelüfteten Klassenräumen bis zu 5.000 ml/m³ (5.000 ppm) erreicht.

Konzentrationen von 1.500 ppm führen zu einer verstärkten Geruchswahrnehmung. Ab 2.000 ppm löst CO₂ Müdigkeit, Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen und Augenbrennen aus. Die Leistungsfähigkeit ist dann bereits deutlich eingeschränkt. Für Innenräume wird deshalb ein hygienischer Richtwert von 1.500 ppm empfohlen.



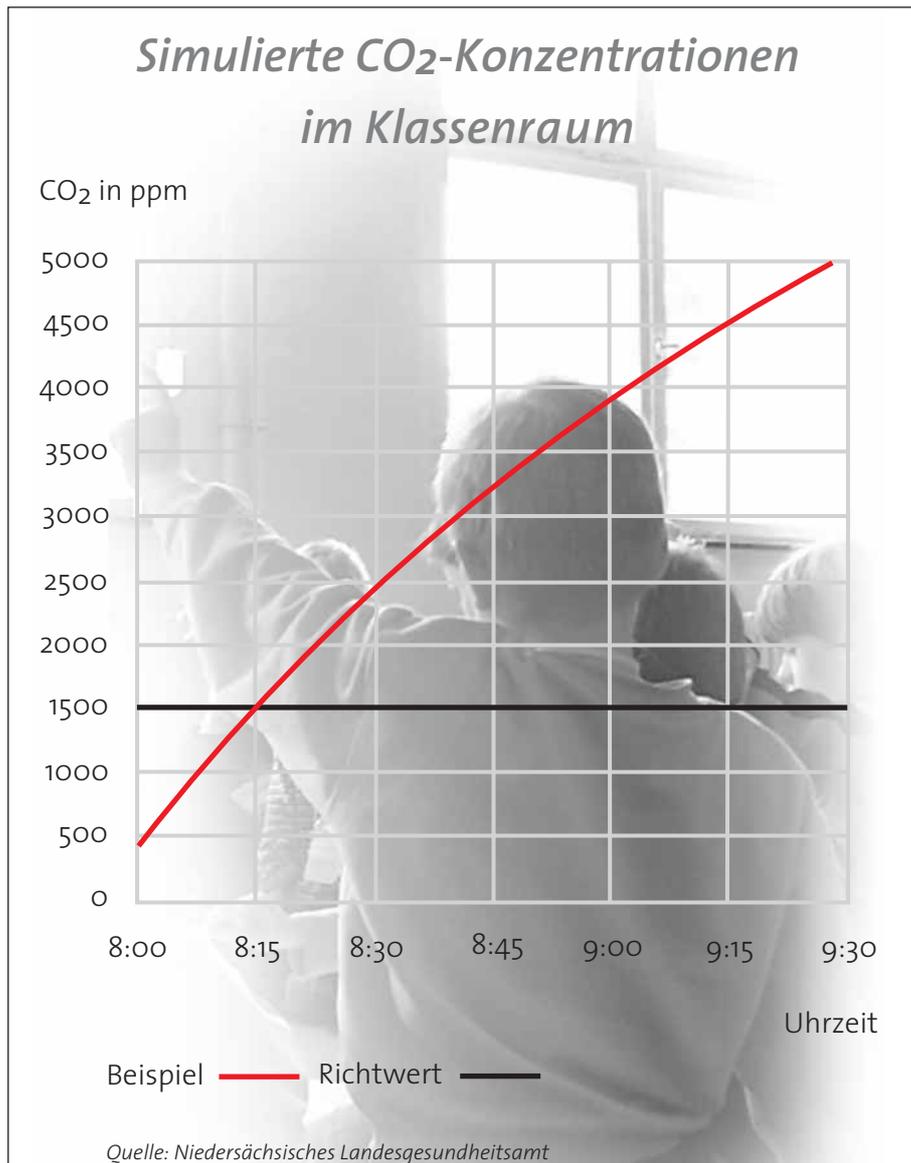


Abb. 6.1

Wie die Grafik verdeutlicht, kann dieser Richtwert in einem durchschnittlich genutzten Klassenraum, der nicht gelüftet wird, bereits nach 15 Minuten erreicht sein.

Die einzige Schlussfolgerung für den Erhalt der Leistungsfähigkeit und des Wohlbefindens ist deshalb das rechtzeitige und richtige, intensive Lüften. Bei Erreichen der Richtkonzentration ist es erforderlich, die Fenster eines Raumes für drei bis fünf Minuten weit zu öffnen und anschließend wieder zu schließen. Dauerkippstellung führt zu hohen Energieverlusten und Zuglufterscheinungen und sollte deshalb vermieden werden!



Die Luftgüteampel

Eine gute Möglichkeit zur Bestimmung des richtigen Lüftungszeitpunktes bietet die Luftgüteampel. Sie ermöglicht auf einfache Art und Weise, das eigene Lüftungsverhalten zu überprüfen.

Das netzabhängige CO₂-Messgerät zeigt durch grünes Licht an, dass die Luft unverbraucht ist. Wird die Richtkonzentration von 1.500 ppm erreicht, schaltet die Ampel auf gelb und ein akustisches Signal ertönt. Dann sollte gelüftet werden. Steigt die CO₂-Konzentration auf 2.500 ppm, leuchtet die rote LED und das Gerät piept zweimal. Bei Werten über 3.000 ppm blinkt die rote LED und der Signalton ertönt mehrfach; ein Lüften ist unbedingt erforderlich.

Stadt Bottrop · Umweltamt

Abteilung Umweltplanung und -vorsorge

Ernst-Wilczok-Platz 2 · 46236 Bottrop

Ansprechpartner und Verleih:

Sabine Voll · Zimmer 17 · Telefon: 0 20 41 | 70 37 30

E-Mail: sabine.voll@bottrop.de

Wolfgang Bäck · Zimmer 5 · Telefon: 0 20 41 | 70 37 35

E-Mail: wolfgang.baeck@bottrop.de

Die Luftgüteampel kann für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen ausgeliehen werden. Je nach Verfügbarkeit können auch mehrere Ampeln pro Schule abgegeben werden.

Weitere Informationen zum Thema Umwelt- und Gesundheitsschutz:

Stadt Bottrop · Gesundheitsamt

Gladbecker Straße 66 · 46236 Bottrop

Christof Träger · Zimmer 221 · Telefon: 0 20 41 | 70 35 38

E-Mail: christof.traeger@bottrop.de

„Die Luftgüteampel“ ist ein Gemeinschaftsprojekt.



*Stadtteilorientierte
Unterstützung*

7 Thema „Demenz“ in Bottrop

- Bericht zur Telefonumfrage -

Von Dr. Astrid Danneberg

Von November 2005 bis Mai 2006 wurden mehr als 500 Bottroper Bürgerinnen und Bürger über 65 Jahre zufällig ausgewählt und telefonisch zum Thema befragt. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch die Universität Essen-Duisburg (SUZ) und das Landesamt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Bielefeld (lögD). Bei den Befragungen wurde das Projekt von einer gemeinnützigen Gesellschaft des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (DPWV) in Bottrop unterstützt. Allen Institutionen sei an dieser Stelle nochmals herzlich gedankt.

7.1 Zielsetzung

Mit den Ergebnissen der repräsentativen Telefonbefragung sollen bedarfsgerecht der Aufbau, die Stabilisierung und die Förderung stadtteilorientierter Unterstützungs- und Vernetzungsstrukturen gestärkt oder geschaffen werden, damit ältere Menschen möglichst lange gesund und selbständig bleiben. Bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist ein längerer Verbleib in der eigenen Wohnung oder langjährigen Wohnumgebung anzustreben. Der Arbeitskreis „Gerontopsychiatrie“ hatte dazu im Vorfeld bereits überlegt, eine sachgerechte medizinische und soziale Leistung im ambulanten Bereich zu sichern durch Aufklärung der Bevölkerung, Klärung der Versorgung Betroffener und Versorgender, Schaffung von stadtteilorientierten Beratungsstellen und Förderung ambulanter Versorgungssysteme.

Ein großer Teil der Ergebnisse der Telefonbefragung, die hier nicht zur Darstellung kommen, bezieht sich gezielt auf Konsequenzen für ärztliches Handeln in der Vorsorge, Diagnostik und Therapie von Bottroper Bürgerinnen und Bürgern über 65 Jahre, die an einer anderen Stelle vorgetragen werden. Grundlegend für den vorliegenden Bericht ist die Fragestellung, welches Wissen und welchen Informationsstand die Bevölkerung über Erkrankungen im Alter, Risikofaktoren, Vorsorgemaßnahmen und Versorgungsmöglichkeiten hat:

Wie viele Personen sind informiert?

Wie viele sind an Aufklärung interessiert?

Wie werden vorgehaltene Angebote von der Zielgruppe angenommen?

Ausgewählte Ergebnisse

7.2 Lokale Basisdaten und gesetzliche Vorgaben

Die Zahl der offiziellen Krankenhausbehandlungsfälle mit der Diagnose Demenz schwankt nach einer Spitze im Jahr 2000 für den nachfolgenden Erfassungszeitraum bis 2004 zwischen 68 und 80 Fällen. Aufgrund der Altersstruktur ist in den nächsten Jahren mit einer Steigerung zu rechnen.

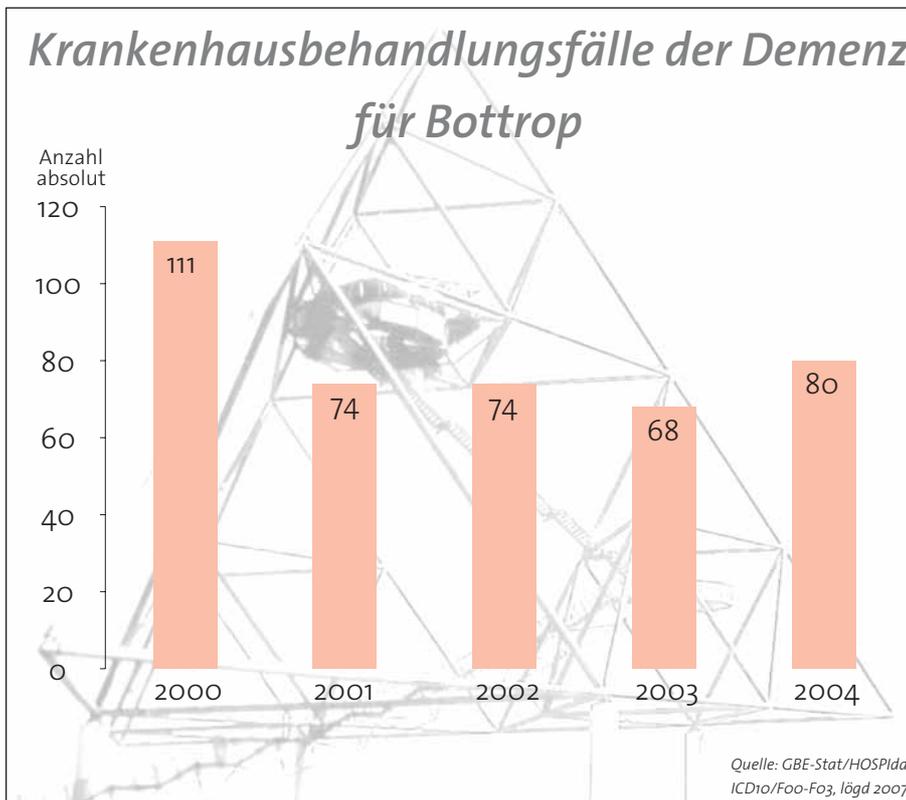


Abb. 7.2.1

Unter den Besuchern der Kontaktstelle im Gesundheitsamt sind zunehmend auch Patienten mit altersbedingten psychiatrischen Erkrankungen, die gezielt zu speziellen Versorgungsangeboten weitergeleitet werden, wie vom DPWV, dem DRK und zwei privaten Pflegediensten vorgehalten.

Der § 3 des grundlegenden Gesetzeswerkes für diesen Bereich (Psych-KG) gibt uns vor, Menschen zu befähigen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmendes Leben in der Gesellschaft zu führen, das Strafgesetzbuch V in § 2 - im Sinne der primären und sekundären Prävention - Gesundheitsrisiken zu vermeiden, der Entstehung einer Krankheit entgegenzuwirken und auch die Eigenverantwortung und Souveränität der Bürger zu stärken. Das Landesgesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) enthält die Vorgabe der Gesundheitshilfen.

7.3 Ausgewählte Ergebnisse

Bei der Frage „Kennen Sie den Begriff Demenz?“ können insgesamt rund 80% der Befragten mit „Ja“ antworten.

Auf die Stadt Bottrop verteilt ist der Begriff nicht in jedem Stadtteil gleich bekannt; es zeigt sich ein Nord-Süd-Gefälle.

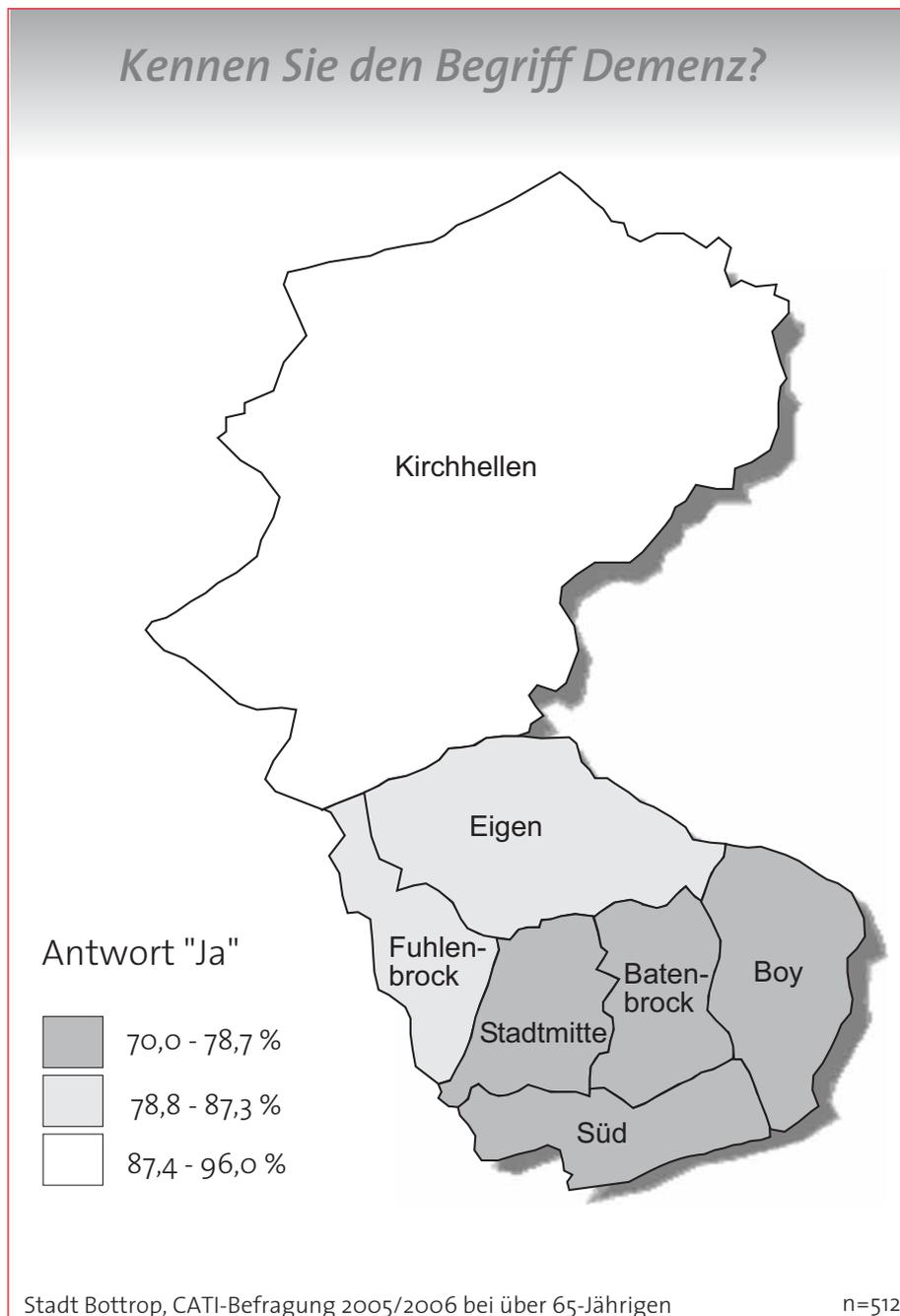


Abb. 7.3.1

Nur die Hälfte der Befragten, die den Begriff kannten, definierten die Erkrankung „Demenz“ richtig als "krankhafter Hirnabbau", was direkte Handlungskonsequenzen für die Inanspruchnahme von vorgehaltenen Diensten der Stadt sowie Diagnostik und Therapiemöglichkeiten hat.

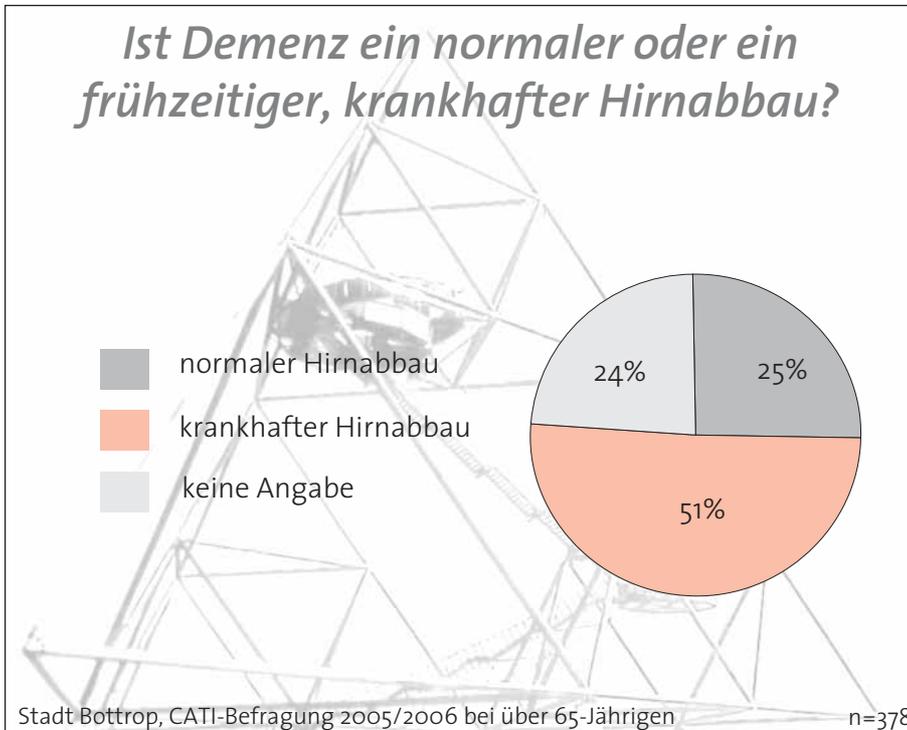


Abb. 7.3.2

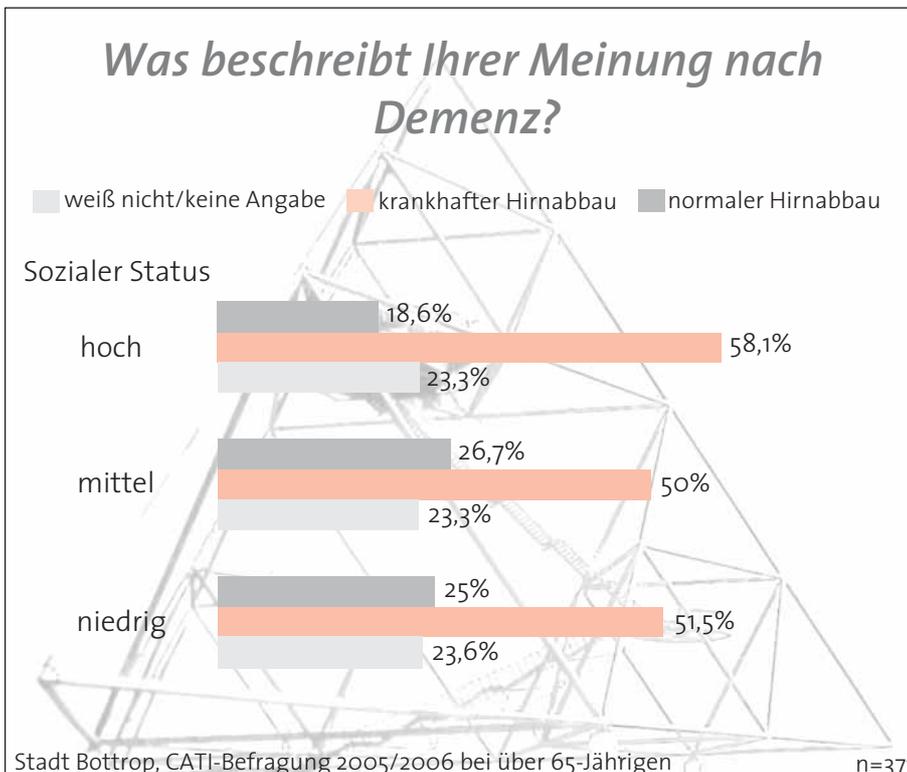
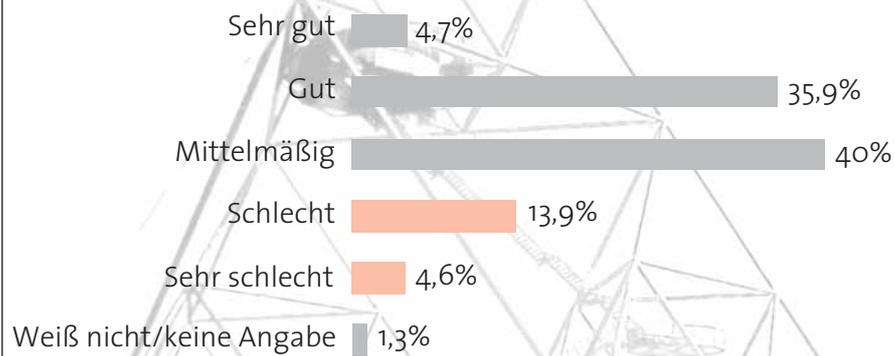


Abb. 7.3.3

Bei der Frage „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?“ können 18,5 % nur einen schlechten bis sehr schlechten Gesundheitszustand angeben.

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?



Stadt Bottrop, CATI-Befragung 2005/2006 bei über 65-Jährigen

n=468

Abb. 7.3.4

Aktuelle Probleme mit der Gesundheit liegen nach eigenen Angaben bei mindestens 60% der Befragten vor.

Gab es in letzter Zeit Probleme mit Ihrer Gesundheit?



Stadt Bottrop, CATI-Befragung 2005/2006 bei über 65-Jährigen

n=468

Abb. 7.3.5

Grundsätzlich kann man einen zunehmenden Hilfebedarf mit steigendem Alter feststellen, welcher nachweislich im ambulanten Bereich liegt. Bei Unwissenheit über bestehende Versorgungsmöglichkeiten werden diese aber nicht genutzt.

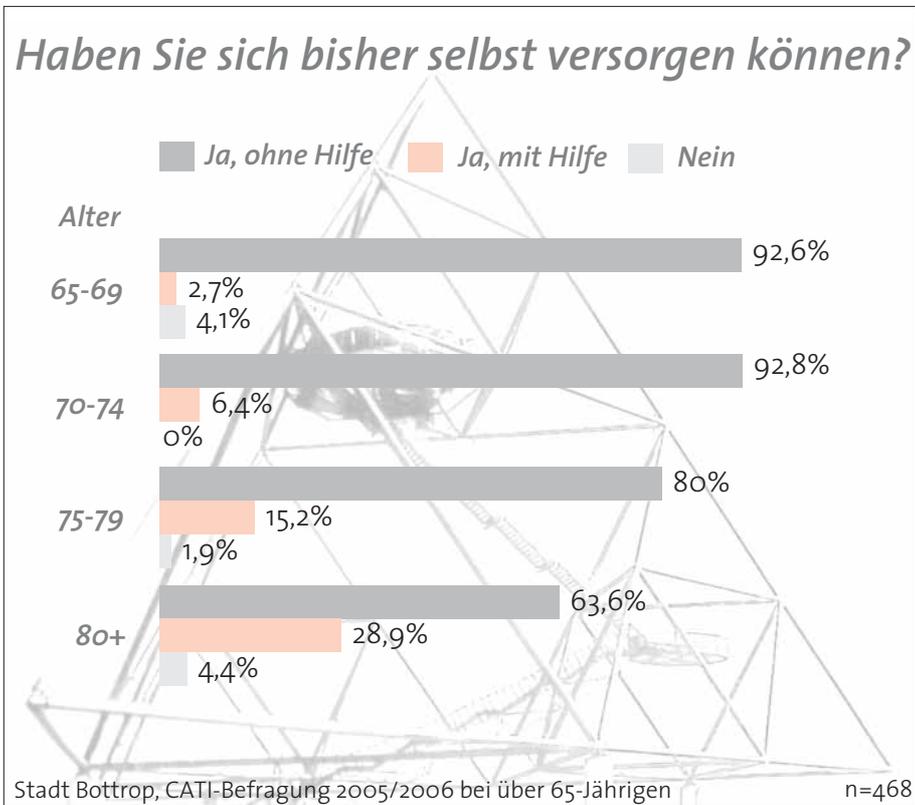


Abb. 7.3.6

Bei 74,1% der Befragten erfolgt die Unterstützung durch Angehörige, bei 16,7% durch einen Pflegedienst.

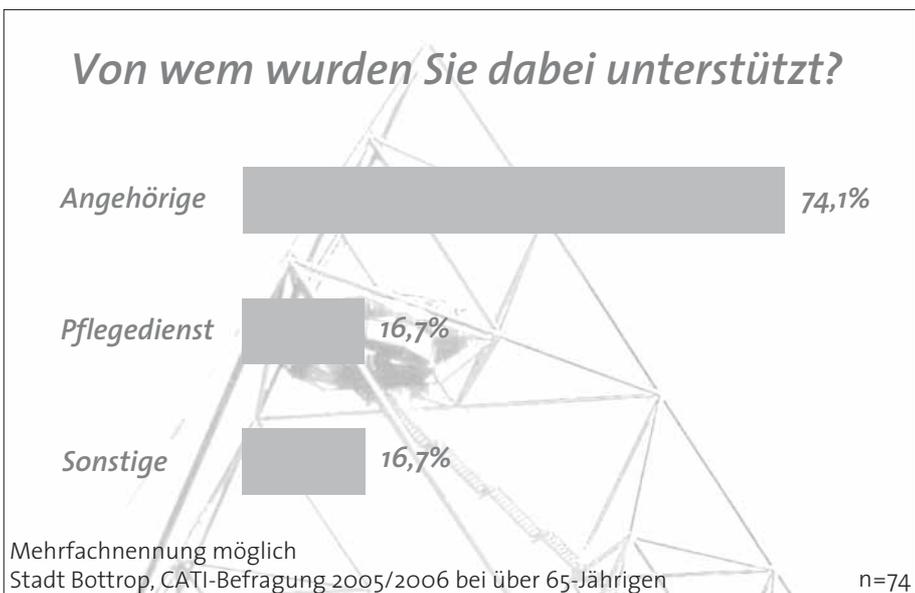
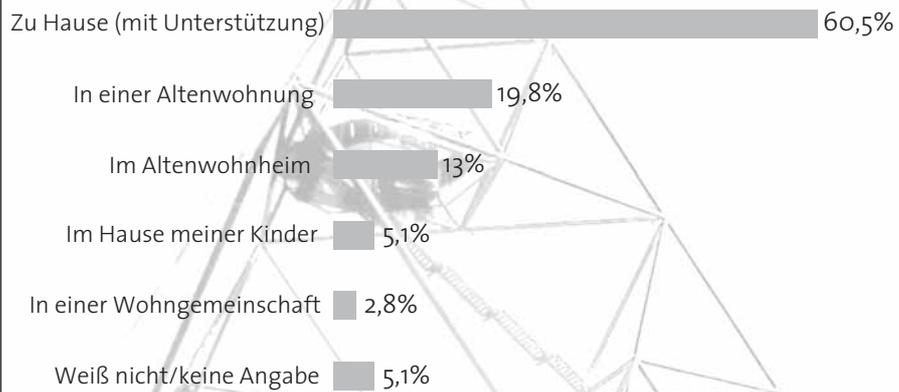


Abb. 7.3.7

Gefragt nach den Versorgungswünschen, geben über 80% die Versorgung in eigener Räumlichkeit an, 13% im Altenwohnheim und 2,8% in einer jetzt neu überlegten Form von Wohngemeinschaften.

Welche Versorgung würden Sie sich bei Pflegebedürftigkeit wünschen oder vorstellen?

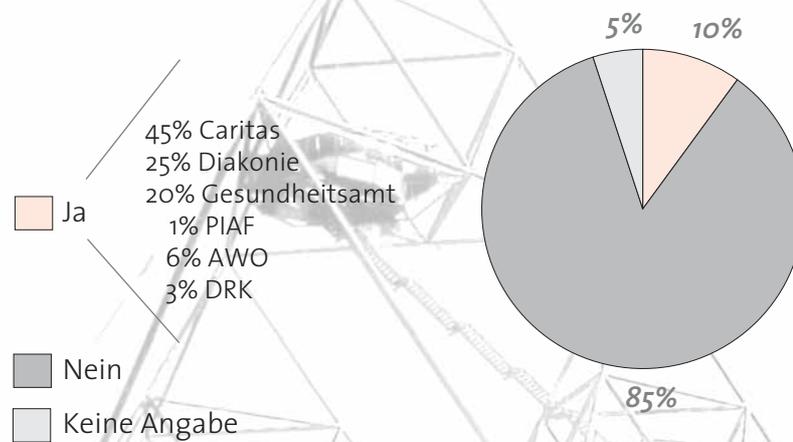


Mehrfachnennung möglich
 Stadt Bottrop, CATI-Befragung 2005/2006 bei über 65-Jährigen n=177

Abb. 7.3.8

Bei der Frage „Welche Kenntnisse haben Sie bei dem vorgenannten Hilfebedarf über Beratungsstellen?“ können lediglich 10 % der Befragten eine entsprechende Stelle angeben.

Kennen Sie Beratungsstellen in Bottrop?



Stadt Bottrop, CATI-Befragung 2005/2006 bei über 65-Jährigen n=523

Abb. 7.3.9

In Bezug auf weitere Informationen über das Krankheitsbild Demenz und die Versorgung zeigt sich bei stadtteilbezogener Betrachtung, dass die befragte Bevölkerung vor allem im „Eigen“ und Ortsteil „Süd“ etwas weniger interessiert ist.

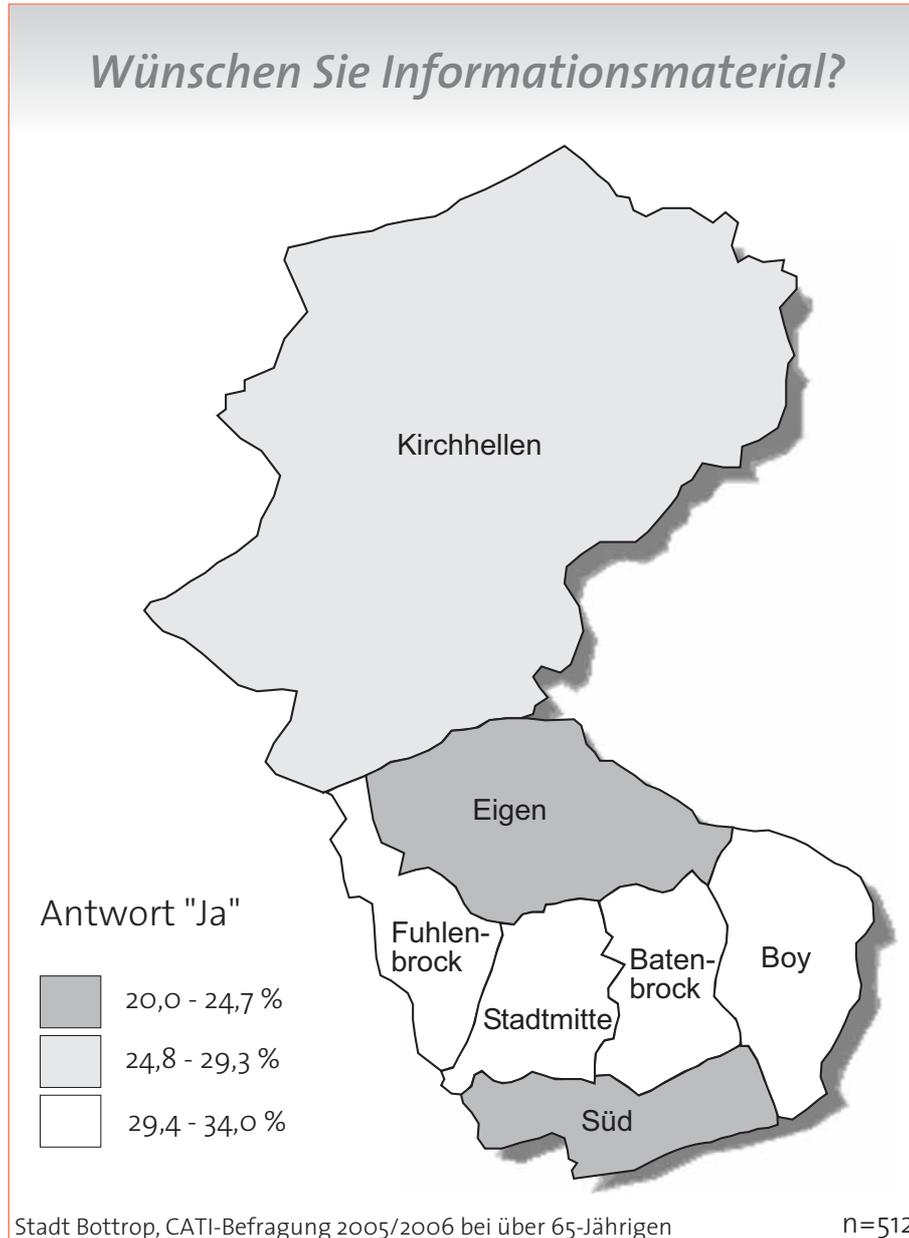


Abb. 7.3.10

In der Region „Süd“, als Stadtteil mit besonderem Förderungsbedarf, wo Aufklärung offensichtlich notwendig ist, werden von den Befragten Informationen wenig eingefordert. Dort müssen und werden wir unsere Bemühungen im Rahmen des Projektes „Gemeinsam gut alt werden in Ebel“ in Kooperation mit den Hausärztinnen und -ärzten vor Ort und den Pflegediensten durch speziellere Angebote im Bürgerladen verstärken.

Mehr als ein Drittel der Menschen machen sich Sorgen um Erkrankung und Versorgung. Frauen bejahen die Frage fast doppelt so häufig wie Männer.

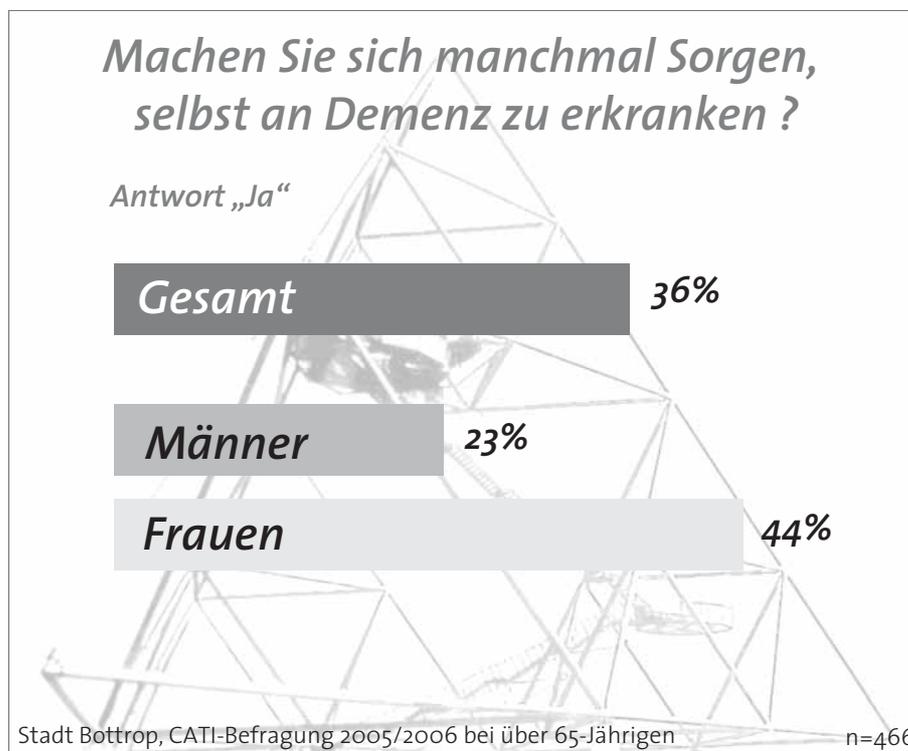


Abb. 7.3.11

Beobachtungen aus der bisher durchgeführten stadtteilorientierten Gedächtnissprechstunde, die leider aufgrund sehr eingeschränkter Zeit- und Personalressourcen - es besteht eine Warteliste von über 250 Personen - nur eine geringe Zahl von Kontakten aufweist, zeigen eine unzureichende Diagnostik, Beratung und Behandlung der über 65-Jährigen. Immerhin benötigten 8% eine Behandlung, was gleichbedeutend ist mit „durch Unwissenheit versäumter Lebensqualität“ und frühzeitig erforderliche Pflege.

Gedächtnissprechstunde



7.4 Vorbeugende Maßnahmen

Die Diagnose Alzheimer löst bei Betroffenen und Angehörigen gleichermaßen Erschrecken aus. Eine verständliche Reaktion, denn die Krankheit berührt den Menschen in seinem tiefsten Innern, in seiner Persönlichkeit. Sie lässt die Vergangenheit verlöschen, zerstört die Orientierung in der Gegenwart und nimmt die Zukunft. Kein Wunder, dass die Alzheimer-Krankheit zu den gefürchtetsten Diagnosen überhaupt gehört. Aber Angst, Unwissenheit und Panik sind keine guten Ratgeber – auch nicht bei einer so schlimmen Erkrankung. Stattdessen sollte jeder, der mit ihr zu tun hat, möglichst viel darüber wissen. Denn es gibt bis heute zwar keine Heilung, aber mit moderner Medizin und qualifizierter und liebevoller Betreuung lässt sich das Fortschreiten der Erkrankung deutlich aufhalten und die Lebensqualität der Betroffenen verbessern.

Die demographische Entwicklung in Deutschland zeichnet sich durch einen prozentualen Anstieg alter Menschen in der Gesamtbevölkerung aus. Studien haben gezeigt, dass insgesamt 24% aller älteren Menschen psychiatrisch erkranken. Für Bottrop umgerechnet sind das rund 6.000 Personen, die dringend behandlungs- und betreuungsbedürftig sind. Ausgewählte Untersuchungen belegen, dass vorbeugende Maßnahmen bezüglich der Altersdemenz auf verschiedenen Ebenen möglich sind.

Bei der Demenzprävention sind zum Teil ähnliche Strategien wirksam wie bei Arteriosklerose mit ihren gefährlichen Ablagerungen in den Gefäßen, Bluthochdruck oder den Fettstoffwechselstörungen. Neben der differenzierten medikamentösen Therapie spielen regelmäßige körperliche Bewegung, eine kontinuierliche geistige Aktivierung sowie ausreichende und zufrieden erlebte Sozialkontakte eine wichtige Rolle.

Es ist für den Praxisalltag empfehlenswert, gemeinsam mit den Patienten ein mehrgliedriges Behandlungskonzept zu erarbeiten und umzusetzen. Die genannten Maßnahmen sollten frühzeitig initiiert und langfristig durchgeführt werden, weil sich die zu einer Demenz führenden Veränderungen des Gehirns bereits viele Jahre bis Jahrzehnte vor den tatsächlichen Beschwerden ausbilden können.

Die Chance zur Senkung der Zahl von Menschen mit einer Demenzerkrankung beziehungsweise zur Verschiebung des Krankheitsbeginns ist groß. Diese Annahme wird dadurch gestützt, dass sich wichtige Risiko-

Erschreckende Diagnose

Mögliche Vorbeugung

4 Punkte

Frühzeitiger Beginn

Fehlender Königsweg

faktoren für die Entstehung von Demenzerkrankungen, wie arterieller Bluthochdruck und Fettleibigkeit, durch Vorsorge effektiv beeinflussen lassen.

Die Datenlage ist noch recht uneinheitlich, auch gibt es derzeit keinen Königsweg zur Demenzprävention. Die Thematik gewinnt jedoch an Bedeutung und hat vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung auch gesellschaftlich und volkswirtschaftlich nicht abschätzbare Auswirkungen.

Die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen nimmt mit fortschreitendem Alter kontinuierlich zu. In der Gruppe von der 30- bis 59-Jährigen beträgt sie etwa 0,1%, im Alter von 55 bis 64 Jahren liegt sie bei 0,4% und steigt von etwa 1,5% in der Gruppe der 65- bis 69-Jährigen auf etwa 20% bei den 85- bis 89-Jährigen an, das sind für Bottrop 297 Bürgerinnen und Bürger.

Nach einer anderen Berechnung von A.O. Beske und Kern verläuft die altersabhängige Häufigkeit der Demenzpatienten in Deutschland bis zum Jahr 2030 derartig, dass ab dem 80. Lebensjahr jeder Vierte, ab dem 90. Lebensjahr sogar jeder Zweite betroffen sein wird.

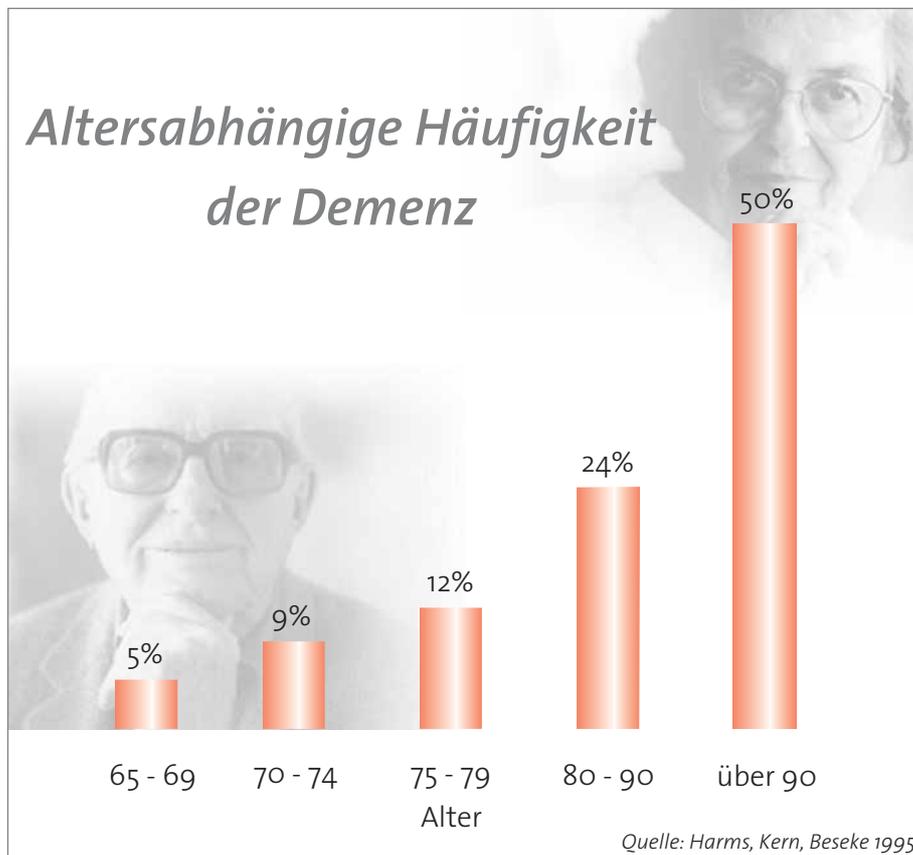


Abb. 7.4.1

Kontinuierliche Zunahme von Betroffenen

Allein in Deutschland leben derzeit mehr als 1 Millionen Menschen mit einer Demenz. In den westlichen Industrieländern bildet die Alzheimerkrankheit (DAT) mit mehr als 50% die häufigste Ursache einer Demenz, gefolgt von der vaskulären (gefäßbedingten) Demenz (VD) und Mischformen beider Krankheitsbilder, die zusammen etwa 90% der Demenzen ausmachen. Es gibt bei beiden Krankheitsbildern trotz primär unterschiedlicher Krankheitsformen ein gemeinsames Risikoprofil.

Angesichts der hohen Kosten und dennoch begrenzten Möglichkeiten in der Behandlung chronischer Krankheiten, wie der Demenzerkrankung, sollte künftig ein besonderes Augenmerk auf präventive Maßnahmen mit entsprechender Aufklärung der Patienten liegen. Die primäre Prävention fokussiert auf die Verhinderung von Erkrankung. Die Sekundärprävention soll die frühzeitige Diagnose und Behandlung von Beschwerden im Alter unterstützen.

Medikamente

Vorbeugende Maßnahmen sind durch Arzneimittel möglich. Studien belegen, dass moderne Medikamente nicht nur bei der Demenz vom Alzheimer Typ (DAT) sondern auch bei der vaskulären Demenz (VD) die Krankheitsentwicklung verlangsamen. Nach Untersuchungen zeigte beispielsweise Donepezil (Remergil) in den ersten beiden Behandlungsjahren in den Bereichen geistige Fähigkeiten und Alltagsbewältigung deutliche Überlegenheit gegenüber einem Placebo (Scheinmedikament).

Auch bei Langzeiteinsatz von Cholesterinsenker oder Mitteln gegen Bluthochdruck fand man Hinweise auf ein vermindertes DAT-Risiko.

Der schwedische Mediziner Skoog und seine Mitarbeiter fanden heraus, dass Alzheimerpatienten im Alter von 79 bis 85 Jahren 10 bis 15 Jahre vor Krankheitsbeginn erhöhte Blutdruckwerte aufwiesen. Ein bis zwei Jahre vor Manifestation der DAT kam es zu rückläufigen Blutdruckwerten mit Erreichen normalen oder erniedrigten Blutdrucks im Vergleich zu einer nicht dementen Gruppe. Hieraus wurde gefolgert, dass erhöhte Blutdruckwerte in der Vorgeschichte mit einem erhöhten Demenzrisiko verbunden sind und der Blutdruckabfall unmittelbar vor Ausbruch der Demenzerkrankung am ehesten als Folgeerscheinung der bereits eingetretenen Gehirnveränderung zu interpretieren ist. Die Hypothese, dass die Entwicklung einer vaskulären Demenz, aber auch einer DAT durch eine Blutdruck senkende Therapie verzögert werden kann, wurde durch

Mögliche Vorbeugung

Studienergebnisse

weitere Untersuchungen bestätigt.

Der vorbeugende Effekt der Blutdrucksenker könnte auf einer Verminderung von krankhaft veränderten Blutgefäßen - unter anderem in der weißen Substanz des Gehirns - beruhen. Diese werden sowohl bei der vaskulären Demenz als auch bei der DAT in unterschiedlichem Ausmaß festgestellt .

Nicht medikamentöse Maßnahmen

Regelmäßige, mehrmals wöchentlich erfolgende körperliche Aktivitäten wie Spazierengehen, Walking, Jogging, Schwimmen oder Fahrrad fahren, sind ein wichtiger Lebensstilfaktor für ein gesundes Altern . Dadurch lässt sich das Risiko von chronischen Erkrankungen und Stürzen vermindern. Dies gilt auch für das Demenzrisiko, insbesondere bezüglich einer DAT. Der schützende Effekt ist besonders bei Frauen offensichtlich, nimmt mit dem Grad der körperlichen Aktivität zu und könnte unter anderem auf einer Abnahme des Blutdrucks und der Blutfette sowie auf der Möglichkeit zum Stressabbau beruhen. Zusätzlich dient körperliche Aktivität der körperlichen Prävention von Adipositas, einem weiteren Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz, insbesondere der DAT .

Der Mediziner Gustafson wies in einer 18 Jahre dauernden Untersuchung nach, dass Übergewicht bei Frauen im fortgeschrittenen Alter ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz, insbesondere der DAT, darstellt. Dabei erhöht sich das Risiko im Alter von 70 Jahren um 36 Prozent pro Zunahme um eine Einheit des Bodymaßindex (BMI). Die Relevanz einer frühzeitigen Reduktion bzw. Prävention von Übergewicht wird auch daran deutlich, dass heutzutage bereits etwa jedes vierte bis fünfte Kind in Deutschland als übergewichtig einzustufen ist.

Programme zur Verbesserung der Gedächtnisleistungen älterer Menschen stehen seit vielen Jahren im Mittelpunkt der psychologischen Forschung und können als erfolgreich bezeichnet werden . Erste Hinweise für einen Effekt durch vorbeugende Förderung geistiger Fähigkeiten findet man in der 1991 begründenden SIMA-Studie . 375 selbständig lebende Männer und Frauen (Durchschnittsalter bei Studienbeginn zwischen 75 und 93 Jahren) nahmen ein Jahr lang entweder an einer von fünf Therapiegruppen mit Training von Gedächtnis, emotionaler Ausdrucksweise (Psychomotorik) und Kompetenz, einer Kombination der Therapiemodule oder einer Kontrollgruppe ohne Training teil. Vor und nach den Trainings-

Körperliche Aktivität

*Reduktion von
Übergewicht*

*Trainingsprogramme
für Gehirn und Geist*

abschnitten bzw. im Abstand von 12 Monaten wurden die Teilnehmer ausführlich untersucht. In den Gruppen mit Gedächtnistraining und der Kombination von Gedächtnis- und Psychomotoriktraining verbesserte sich die Leistung signifikant in verschiedenen Funktionsbereichen. Am besten schnitt die Kombinationsgruppe ab. Bis 1998 erkrankten 46 Teilnehmer an einer Demenz, das relative Demenzrisiko war in der untrainierten Kontrollgruppe im Vergleich zur erfolgreichen Gedächtnis-Psychomotorik-Gruppe um das 2,5fache erhöht. Die geistige Leistung am Anfang der Untersuchung hatte den stärksten Einfluss auf die Entwicklung einer Demenz, gefolgt von der Befindlichkeit, dem Aktivitätsniveau, dem Gesundheitszustand und der Fremdeinschätzung von Frühsymptomen. Die Autoren werten das Ergebnis als Nachweis dafür, dass eine Kombination aus Gedächtnis-/Psychomotoriktraining kurz- und langfristig am besten geeignet sei, einer Demenz entgegenzuwirken.

Auch ein funktionierendes soziales Netzwerk übt einen vorbeugenden Effekt in Bezug auf einer Demenzentwicklung aus. Bei fehlenden oder als unbefriedigend erlebten sozialen Kontakten zu Verwandten, Freunden, Bekannten und Sozialbediensteten zeigt sich ein um 60 % erhöhtes Demenzrisiko. Dabei wächst das Risiko graduell mit abnehmenden sozialen Kontakten. Für die Angaben „alleinstehend“ und „alleine leben“ ergab sich ein nahezu doppelt so hohes Demenzrisiko. Der Nutzen sozialer Kontakte könnte auf emotionaler und intellektueller Stimulierung sowie auf praktischer Unterstützung beruhen, die zu einer Verlangsamung oder Kompensierung geistiger Defizite führen könnten.

*Positive
Ergebnisse bei
Vorsorge*

Soziale Kontakte

7.5 Risikofaktoren

Die Angaben zu den Risikofaktoren für das Krankheitsbild Demenz bei Menschen ab dem 65. Lebensjahr wurden im Rahmen der Telefonumfrage von November 2005 bis Mai 2006 in Bottrop erhoben.

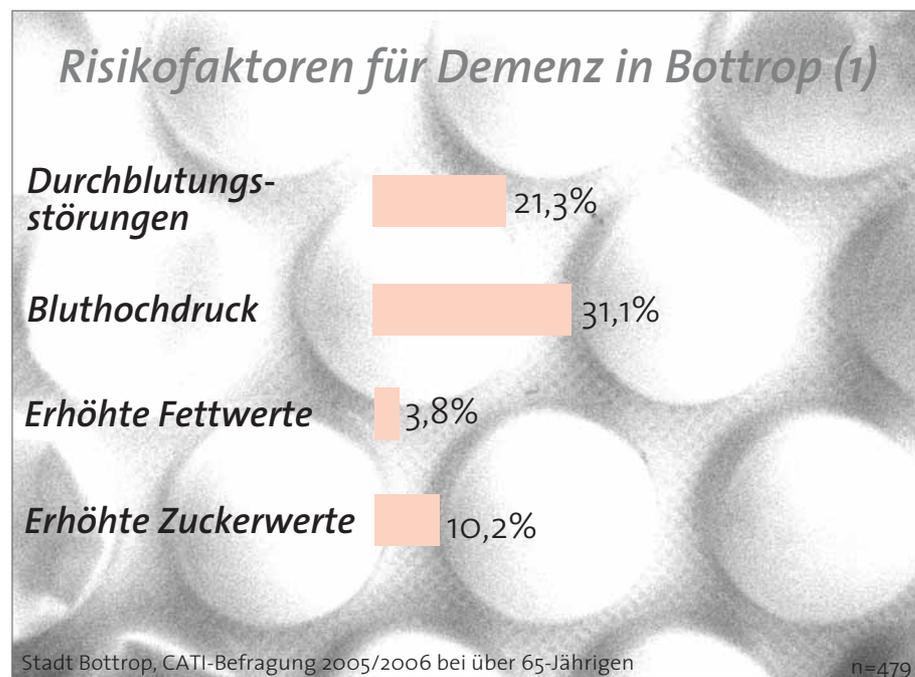


Abb. 7.5.1

Es zeigte sich bezüglich der Vorerkrankung und der medikamentösen Versorgung, dass unter den das Herz-Kreislaufsystem betreffenden Risikofaktoren der Bluthochdruck in Bottrop bei 31,1 % der Bürgerinnen und Bürger vorliegt und medikamentös behandelt wird. Vergleichswerte aus einer altersunabhängigen Gesundheitserhebung des Bundes geben 26,9% bei Frauen und 30% bei Männern an.

Erhöhte Fettwerte (Cholesterin und Triglyceride) fanden sich bei 3,8%, erhöhte Zuckerwerte bei 10,2 %, Durchblutungsstörungen bei 21,3 % der Befragten.

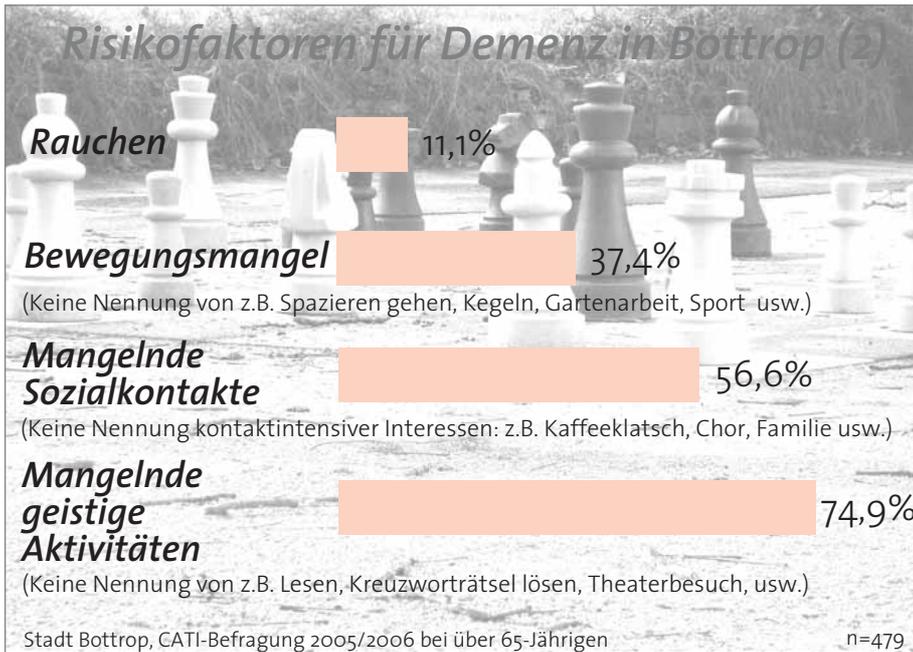


Abb. 7.5.2

Foto: pixelquelle

Da neben den medikamentösen Maßnahmen regelmäßige körperliche Aktivitäten, eine kontinuierliche geistige Aktivierung sowie als ausreichend und zufriedenstellend erlebte soziale Kontakte eine wichtige Rolle bei der Demenzprävention spielen, wurden auch soziale, geistige und körperliche Aktivitäten differenziert erfragt. Wichtige Risikofaktoren wie Bewegungsmangel, der zu 37,4 % bei der Bottroper Bevölkerung vorliegt, sowie mangelnde soziale Kontakte mit 56,6 % und mangelnde geistige Aktivität von 74,9 % sollten alarmierend sein.

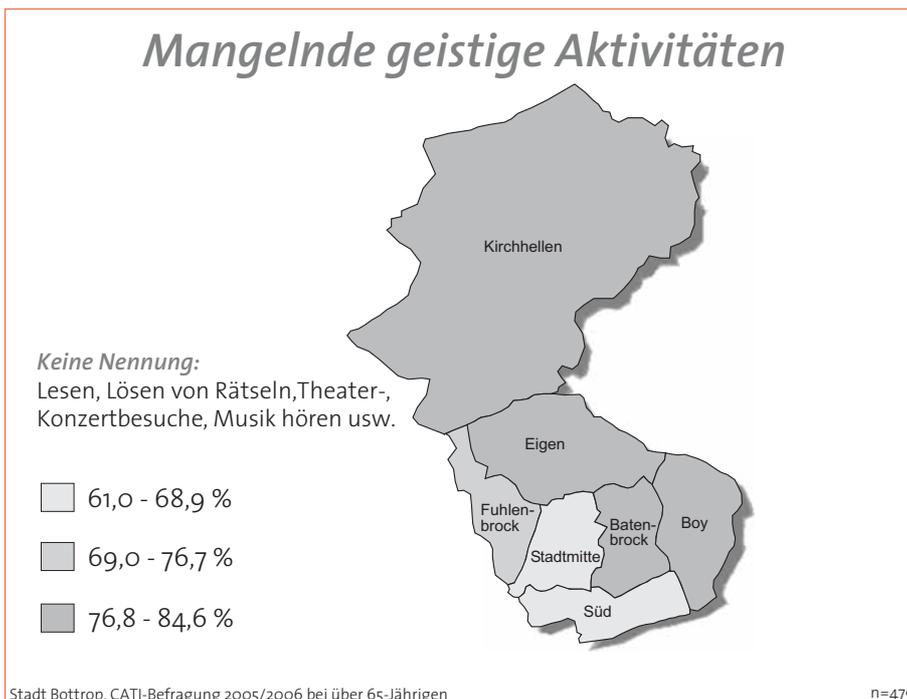


Abb. 7.5.3

Bewegungsmangel

Keine Nennung:
Spazieren gehen, Wandern,
Fahrrad fahren, Kegeln, Sport,
Gartenarbeit usw.

-  22,4 - 32,9 %
-  33,0 - 43,3 %
-  43,4 - 53,8 %



Stadt Bottrop, CATI-Befragung 2005/2006 bei über 65-Jährigen

n=479

Abb. 7.5.4

Mangelnde Sozialkontakte

**Keine Nennung
kontaktintensiver Interessen:**
Familie, Chor, Kaffeeklatsch,
Besuche von Freunden,
Gesellschaftsspiele usw.

-  36,8 - 52,2 %
-  52,3 - 67,6 %
-  67,7 - 83,0 %



Stadt Bottrop, CATI-Befragung 2005/2006 bei über 65-Jährigen

n=479

Abb. 7.5.5

Bei differenzierter Betrachtung der Werte für einzelne Stadtteile Botrops ergeben sich deutliche Unterschiede in allen angesprochenen Bereichen. Teilweise sind die Zahlen für einen Mangel an geistiger Aktivität, Bewegung und sozialen Kontakten innerhalb der befragten Altersgruppe erschreckend hoch.

Alarmierende
Zahlen

Erfreulich ist, dass nur 11% der Befragten häufig oder gelegentlich rauchen. Tabakkonsum gilt als wesentlicher Faktor für die Entstehung von Herz-Kreislauferkrankungen, die wiederum eine Entwicklung der Demenz begünstigen können.



Abb. 7.5.6

Foto: photocase

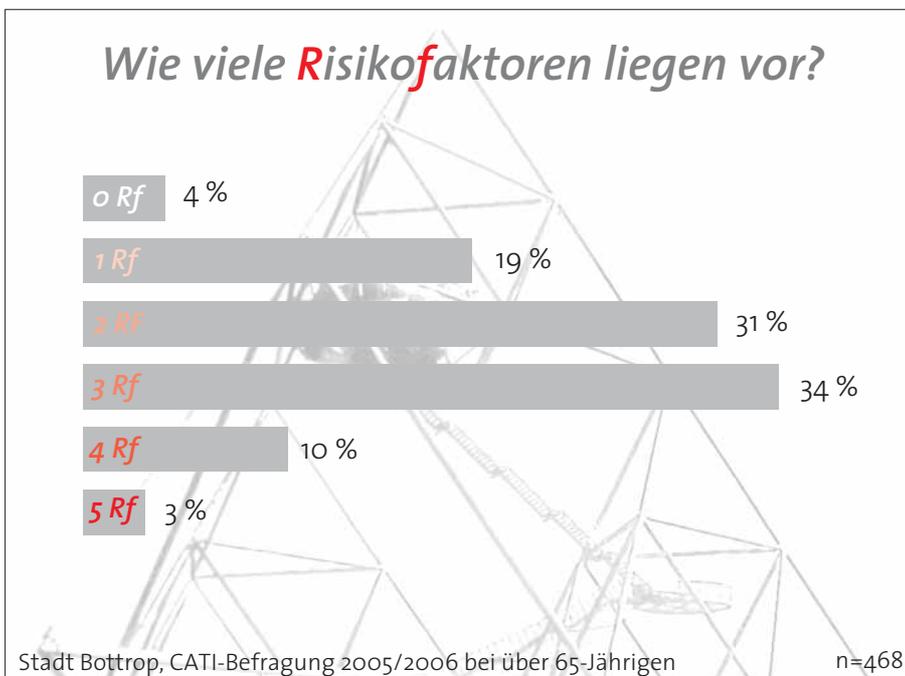


Abb. 7.5.7

Bei 31% der Befragten in Bottrop lagen gleichzeitig zwei und immerhin bei 34% drei Risikofaktoren gleichzeitig vor.

In den letzten Jahren hat sich das Gesundheitsbewusstsein in der Gesellschaft, insbesondere im Wellness- und Fitnessbereich, bereits deutlich verbessert. Aber nicht nur Bluthochdruck und Übergewicht lassen sich durch vorbeugende Maßnahmen effektiv beeinflussen. Modellprojekte (z.B. SOFA-Projekt in Nürtingen 1989) gewährleisteten nachweislich die Versorgung der Senioren durch eine patientenbezogene Unterstützung - überwiegend in Form von Hausbesuchen durch fünf Professionelle aus den Bereichen Altenpflege, Beschäftigungstherapie, Medizin, Krankenpflege und Sozialpädagogik - und eröffnen somit eine verbesserte Lebensqualität in eigener Räumlichkeit. Diese erfolgreiche Arbeit sollte auch bei uns in die Regelversorgung übernommen werden.

2/3 der Langzeitbetreuten konnten in diesem Projekt in der Obhut der Angehörigen und/oder der lokalen Hilfsdienste verbleiben. Die Hospitalisierung wurde verkürzt und vermieden. Zunehmende Verwahrlosung konnte Einhalt geboten werden.



7.6 Fazit und Konsequenzen:

- 6000 Bürgerinnen und Bürger über 65 Jahre erkranken in Bottrop an einer schweren bis mittelschweren psychiatrischen Erkrankung.
- Es gibt keine gesetzlichen Vorgaben, die zu einer Unterstützung seitens der Krankenkassen oder der Stadt verpflichten
- Aus zahlreichen Risikofaktoren (neben den kardiovaskulären Risiken Bluthochdruck, Zucker- und Fettstoffwechselstörungen) vor allem im Bereich körperlicher, geistiger und sozialer Kontakte ergibt sich ein erheblicher Handlungsbedarf.
- Spezielle Leistungen wie z.B. Gedächtnistraining und sportliche Aktivitäten in der Boy, in Ebel und Kirchhellen vom DRK, in Batenbrock und Ebel durch den „Pflegedienst Heute“ werden unzureichend angeboten, aber an vorgehaltener Stelle auch unzureichend von Betroffenen genutzt - möglicherweise aufgrund fehlender Informationen .
- Donepezil (Aricept) zeigt in den ersten beiden Behandlungsjahren in den Bereichen der geistigen Fähigkeiten und Alltagsbewältigung bei Demenz signifikante Überlegenheit gegenüber einem Plazebo und findet mit 0,3 % in Bottrop zu wenig Anwendung.
- 20% aller älteren Menschen, bei denen Demenz diagnostiziert wird, leiden in Wirklichkeit an einer Depression (Max Planck-Institut für Psychiatrie).
- Weltweit leidet 1/5 der Bevölkerung im Laufe des Lebens mindestens einmal an einer klinisch relevanten Depression. 2020 wird es nach der WHO die zweithäufigste Volkskrankheit nach der ischämischen Herzerkrankung sein. In Deutschland erkranken 10% aller Frauen und 25% aller Männer an einer ernsthaften Episode einer Depression. 70% bleiben unbehandelt, obwohl heutige Therapien dieses Leiden in 80-90% der Fälle innerhalb weniger Wochen lindern können (Max Planck-Institut für Psychiatrie).
- Depressionen sind mit 0,3% in Bottrop zu wenig diagnostiziert und behandelt.

Lassen Sie uns alle dazu beitragen, dass unsere älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger einen verdienten und unbeschwerteren Lebensabend verbringen können.

In diesem Sinne definiert die europäische, ministerielle WHO-Konferenz „Psychische Gesundheit“ als Aufgabe,

- das Bewusstsein von der Bedeutung des psychischen Wohlbefindens zu fördern,
- gemeinsam gegen Stigma, Diskriminierung und Ungleichheit anzugehen,
- effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zu entwerfen, welche Prävention, Behandlung und Rehabilitation, Pflege und Genesung vorsehen,
- dem Bedürfnis nach kompetenten Mitarbeitern zu entsprechen,
- das Wissen der Betroffenen und Betreuenden als wichtige Grundlage für die Planung und Entwicklung von psychosozialen Diensten anzuerkennen.

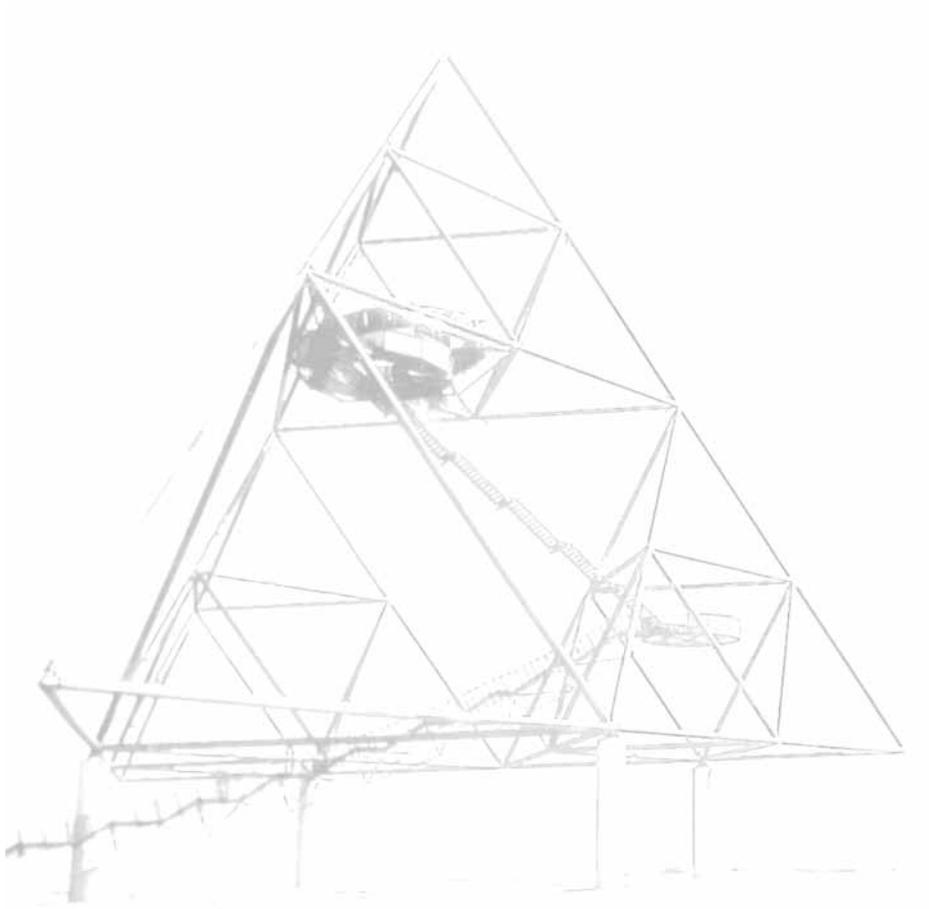
Verantwortliche Institutionen des Gesundheitswesens und Wissenschaftler schlagen sechs Aktionsfelder vor, in denen Verbesserungspotentiale mobilisiert werden können:

1. Aufklärung

Aufgrund mangelnden Wissens über die Erkrankung und ihre Erscheinungsformen erkennen viele Betroffene selbst nicht, dass sie unter einer psychischen Erkrankung leiden oder trauen sich aus Scham und Angst vor Stigmatisierung nicht, Hilfeangebote wahrzunehmen. Oft ist unklar, an wen sie sich wenden sollen.

Eine unabdingbare Voraussetzung zur Initiierung angemessener Hilfsprozesse besteht in der Verbesserung des Wissens in allen Bevölkerungsschichten und verschiedenen Berufsgruppen. Die Medien (Print, TV, Hörfunk, Internet) können als Patienteninformationssysteme zur Wissensverbesserung beitragen und Verweise auf konkrete und lokal verfügbare Hilfsangebote beinhalten.

2. Prävention
Die Krankheitslast wird durch frühzeitiges Erkennen und Einleiten von Behandlungsmaßnahmen reduziert. Dabei sind Kenntnisse über Risikofaktoren und Schutzmaßnahmen sowie Ressourcenförderung von großer Bedeutung (WHO 2004).
3. Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie
4. Stärkung der Patienten und Betroffenen
5. Rehabilitation
6. Schaffung von Versorgungsstrukturen
Hausärztinnen und -ärzte sind nach mehreren Erhebungen die primären Ansprechpartner. Diesen muss dann ein entsprechendes Netz nicht-ärztlicher Spezialisten zur Verfügung stehen, um dem Behandlungsbedarf des Einzelnen genügen zu können. Dazu sind Versorgungsstrukturen zu optimieren.





Handlungsempfehlungen für Bottrop

Aufgabenschwerpunkte sollten - neben der Beratung von älteren Menschen, Angehörigen und ehrenamtlichen Mitarbeitern - niederschwellige Kontaktstellenangebote und Hausbesuche in einem interdisziplinären Team mit niedergelassenen praktischen Ärztinnen und Ärzten sowie den für Sozialarbeit, Pflegedienst und Physiotherapie zuständigen Berufsgruppen zur patientenbezogenen Koordination und Weichenstellung sein.

Für die älteren Menschen in Bottrop ab 65 Jahre (20.000 Bürgerinnen und Bürger) sollte durch einen gerontopsychiatrischen Verbund ein Herauslösen psychisch kranker alter Menschen aus der vertrauten Umgebung vermieden werden. Hierzu sollten vorhandene und auszubauende Elemente der Versorgung wie Hausarztpraxen, Sozialstationen, soziale Dienste, Tagespflege und noch zu schaffende Einrichtungen wie Tageskliniken eng zusammenarbeiten. Gefordert ist zudem eine langfristige Betreuung besonders schwer psychiatrisch erkrankter alter Menschen, die einer solch intensiven multidisziplinären Behandlung bedürfen, wie sie von den Sozialstationen nicht geleistet werden kann.

Im Einzelnen werden vorgeschlagen

- die Steuerung des Gesamtprozesses im „AK Gerontopsychiatrie“,
- zielgruppenorientierte Informationsveranstaltungen über den Seniorenbeirat, das Gesundheitsamt und die Freie Wohlfahrt,
- eine Schaffung von stadtteilorientierten niederschweligen Kontaktstellen mit individuellen und gruppenbezogenen Präventionsangeboten (Kaffeetreff, Gedächtnistraining, Hockergymnastik etc.) mit Unterstützung der Stadt, der Kranken- und Pflegekassen, der Pflegedienste und des Sportbundes,
- die Unterstützung von Sportvereinen, um seniorengeeignete Sportangebote - z.B. über den Sportbund - zu ermöglichen,
- die Organisation von Fahrdiensten zu den vorgehaltenen Angeboten in der Stadt.

Quellen: 10, 11, 12, 13

Ansprechpartnerin für weitere Informationen:

Dr. med Astrid Danneberg
Stadt Bottrop
Gesundheitsamt
Gladbecker Str. 66
46236 Bottrop
Tel.: 02041/70-3773

Informationsmaterial:

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz
Friedrichstr. 236
10969 Berlin
Tel.: 030/2593795-0
Fax: 030/2593795-29
www.deutsche-alzheimer-gesellschaft.de



8 Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 2.1.1	Säuglingssterblichkeit im Ruhrgebiet	8
Abb. 2.1.2	Säuglingssterblichkeit 1995 - 2005 für Bottrop und NRW	9
Abb. 2.1.3	Untergewichtige Säuglinge im Ruhrgebiet	10
Abb. 2.1.4	Untergewichtige Säuglinge in Bottrop und NRW 2002 - 2005	11
Abb. 2.3.1	Übergewichtige Einschüler in Bottrop nach Geschlecht	15
Abb. 2.3.2	Entwicklung des Anteils übergewichtiger Einschüler in Bottrop	16
Abb. 2.3.3	Übergewichtige und adipöse Kinder in Bottrop	17
Abb. 2.3.4	Übergewichtige Entlassschüler in Bottrop 2005/2006	18
Abb. 2.4.1	Diagnosen nach Krankenhausbehandlung bei Bottroper Kindern	20
Abb. 2.4.2	Diagnosen nach Krankenhausbehandlung bei Bottroper Kindern	21
Abb. 2.5.1	Die häufigsten Unfallorte unter 1-Jährige	23
Abb. 2.5.2	Die häufigsten Unfallorte 1 bis 4-Jährige	23
Abb. 2.5.3	Die häufigsten Unfallorte 5 bis 14-Jährige	24
Abb. 2.5.4	Krankenhausbehandlungsfälle nach Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahren im Ruhrgebiet	25

Abb. 2.6.1	Kariesgeschädigte Zähne bei Schulkindern 1995 - 2005	27
Abb. 2.6.2	Kariesgeschädigte Milchzähne bei Vorschulkindern 1998 - 2005	28
Abb. 2.6.3	Vorkommen von „hohem Kariesrisiko“ bei Bottroper Kindern	29
Abb. 2.6.4	Zahnverletzungen bei Bottroper Schülern	32
Abb. 3.1.1	Impfkalender für Säuglinge, Kinder und Jugendliche	34
Abb. 3.3.1	Einschüler in Bottrop mit ausreichendem Impfschutz gegen ausgewählte Krankheiten	35
Abb. 3.4.1	Einschüler in Bottrop mit ausreichendem Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln	36
Abb. 3.4.2	Masern-Impfung komplett -Entlassschüler-	37
Abb. 3.4.3	Masern-Impfung komplett bei Einschülern -nach Stadtteilen-	38
Abb. 3.5.1	Hepatitis B-Impfung komplett -Entlassschüler-	39
Abb. 5.1.1	Vorsorgeuntersuchung „U9“ -nach Stadtteilen-	51
Abb. 5.1.2	Vorsorgeuntersuchungen komplett bei Bottroper Kindern mit/ohne Migrationshintergrund	52
Abb. 5.2.1	Körperkoordination bei Bottroper Kindern mit/ohne Migrationshintergrund	53
Abb. 5.2.2	Deutschkenntnisse bei Bottroper Kindern mit Migrationshintergrund	54
Abb. 5.2.3	Visuomotorik bei Bottroper Kindern mit/ohne Migrationshintergrund	55
Abb. 6.1	Simulierte CO ₂ -Konzentrationen im Klassenraum	58



Abb. 7.2.1	Krankenhausbehandlungsfälle der Demenz für Bottrop	61
Abb. 7.3.1	Kennen Sie den Begriff Demenz?	62
Abb. 7.3.2	Ist Demenz ein normaler oder ein frühzeitiger, krankhafter Hirnabbau?	63
Abb. 7.3.3	Was beschreibt Ihrer Meinung nach Demenz?	63
Abb. 7.3.4	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?	64
Abb. 7.3.5	Gab es in letzter Zeit Probleme mit Ihrer Gesundheit?	64
Abb. 7.3.6	Haben Sie sich bisher selbst versorgen können?	65
Abb. 7.3.7	Von wem wurden Sie dabei unterstützt?	65
Abb. 7.3.8	Welche Versorgung würden Sie sich bei Pflegebedürftigkeit wünschen oder vorstellen?	66
Abb. 7.3.9	Kennen Sie Beratungsstellen in Bottrop?	66
Abb. 7.3.10	Wünschen Sie Informationsmaterial?	67
Abb. 7.3.11	Machen Sie sich manchmal Sorgen, selbst an Demenz zu erkranken ?	68
Abb. 7.4.1	Altersabhängige Häufigkeit der Demenz	70
Abb. 7.5.1	Risikofaktoren für Demenz in Bottrop (1)	74
Abb. 7.5.2	Risikofaktoren für Demenz in Bottrop (2)	75
Abb. 7.5.3	Mangelnde geistige Aktivitäten	75
Abb. 7.5.4	Bewegungsmangel	76
Abb. 7.5.5	Mangelnde Sozialkontakte	76
Abb. 7.5.6	Rauchen Sie?	77
Abb. 7.5.7	Wie viele Risikofaktoren liegen vor?	77

Quellen/Literatur:

- 1 Statistisches Bundesamt: Säuglingssterblichkeit 2005 nach Ländern, Bonn 2006
- 2 G. Csabi et al.: *European journal of pediatrics* 159, 91 - 94, 2000
- 3 Stadt Bottrop (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit dem Iögd, Bielefeld: Übergewicht bei Kindern, Bottrop 2005
- 4 Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen*, Bielefeld 2002
- 5 Ellsäßer, Gabriele: *Expertise für die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) „Mehr Sicherheit für Kinder“ e.V.*, Berlin 2004
- 6 Statistisches Bundesamt 2006
- 7 Ellsäßer, G., Diepgen, T. L.: *Epidemiologische Analyse von Sturzunfällen im Kindesalter (< 15 Jahre), Konsequenzen für die Prävention*, Bundesgesundheitsbl.- Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 3/45, 2002
- 8 A. Herforth: *Unfallbedingte Frontzahnsschäden bei Kindern und Jugendlichen, Patienteninfo der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) 2002*
- 9 T. von Arx, A. Filippi (Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern und Zentrum für Zahnmedizin der Universität Basel), D. Buser (Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie): *Plakat „Zahnunfall: Was können und müssen Sie tun?“*
- 10 Wittchen, Hans-Ulrich: *Das große Handbuch der seelischen Gesundheit*, Weinheim, Berlin 1996
- 11 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): *Gesundheitsziele*, Berlin 2006
- 12 Laske, Christoph; Morawetz, Carmen; Buchkremer, Gerhard; Wormstall, Henning: *Präventive Maßnahmen bei demenziellen Erkrankungen*, Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 20 vom 20.05.2005
- 13 Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (www.deutsche-alzheimer.de): *Interview mit Prof. Füsgen, Universität Witten-Herdecke*, 2006
- 14 Ellsäßer, Gabriele: *Epidemiologische Analyse von Unfällen bei Kindern unter 15 Jahren in Deutschland - Ausgangspunkt für Unfallprävention*, in: *Gesundheitswesen* 2006, 68, 421-428