
Kinder- und Jugend- Gesundheitsbericht

2024



BEREICH GESUNDHEIT



stadt
oberhausen

VORWORT

Lieber Oberhausenerinnen,
liebe Oberhausener,

nachdem der Basisgesundheitsbericht 2023 einen Gesamtüberblick zur gesundheitlichen Lage der Bürger:innen umrissen hat, widmet sich dieser Spezialbericht nun der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Oberhausen.

In einer Zeit, in der die Gesundheit unserer Kinder mehr denn je im Fokus steht, bietet dieser Bericht wertvolle Einblicke in die gesundheitliche Situation der jungen Generation in unserer Stadt.

Die Gesundheit von Kindern ist ein zentrales Anliegen, das uns alle betrifft. Sie bildet die Grundlage für ein glückliches und erfülltes Leben. In dieser dynamischen Entwicklungsphase des Lebens wird das Gesundheitsverhalten maßgeblich beeinflusst und die Grundsteine für die Gesundheit im Erwachsenenalter gelegt. In Oberhausen setzen wir uns dafür ein, dass jedes Kind die bestmöglichen Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung erhält.

Dieser Bericht skizziert auf objektiver Datengrundlage die gesundheitliche Situation der Heranwachsenden in Oberhausen. Die analysierten stadtinternen Daten sowie Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zu den häufigsten Krankheiten im Kindes- und Jugendalter geben uns Anhaltspunkte, die uns helfen, die Bedürfnisse und Herausforderungen der jungen Generation besser zu verstehen.

Die zusammengetragenen Daten und Erkenntnisse sollen nicht nur die Kindergesundheit in Oberhausen beschreiben, sondern auch Handlungsoptionen formulieren. Unser Ziel ist es, gemeinsam mit Eltern, Schulen, Gesundheitsdiensten und der Stadtverwaltung an Lösungen zu arbeiten, die das Wohl unserer Kinder und Jugendlichen fördern.

Lassen Sie uns gemeinsam dafür sorgen, dass unsere Kinder und Jugendlichen in einer gesunden und unterstützenden Umgebung aufwachsen können.

Glück auf!



Frank Motschull

Beigeordneter für Soziales, Gesundheit, Wohnen und Recht

Vorwort	03
Zusammenfassung	08
Vorbemerkungen	11
1. Schuleingangsuntersuchungen	15
1.1 Impfquote	15
1.2 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen	17
1.3 Körpergewicht	18
2. Exkurs: Beispiel einer Maßnahme zur Implementierung gesünderer Ernährungsgewohnheiten	22
3. Zahngesundheit	24
4. Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr	30
5. Häufige Erkrankungen im Kindesalter	32
5.1 Chronische Erkrankungen	33
5.1.1 Diabetes Typ 1	34
5.1.2 Neurodermitis	36
5.1.3 Heuschnupfen	39
5.1.4 Asthma bronchiale	42
5.2 Psychische Erkrankungen	45
5.2.1 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	45
5.2.2 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	48
5.2.3 Emotionale Störungen des Kindesalters	50
Anhang	54
Literaturverzeichnis	58
Wichtige Fachbegriffe und Abkürzungen	64
Abbildungsverzeichnis	66
Tabellenverzeichnis	67
Verwendete Indikatoren und Kennzahlen	67

ZUSAMMENFASSUNG

Kapitel 1

Schuleingangsuntersuchungen

Insgesamt wurden 2.228 Einschüler:innen des Jahrgangs 2023/2024 durch die Kolleg:innen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes der Stadt Oberhausen (KJGD) untersucht. Informationen zur Stichprobe wurden im vorliegenden Bericht anhand der Impfquote, der Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen und des Körpergewichts näher beschrieben.

Impfquote

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wurde der Impfausweis auf Vollständigkeit kontrolliert. Die Impfquote für Masern, Mumps, Röteln, Diphtherie, Pertussis, Tetanus sowie Poliomyelitis lag bei den untersuchten Kindern des Einschulungsjahrganges 2023/2024 bei über 95 %. Dies entspricht dem angestrebten Prozentsatz für die sogenannte Herdenimmunität bei Masern. Sie ist analog für die weiteren Impfungen anzunehmen. Lediglich für die Impfungen gegen Pneumokokken (83,7 %) und das Rotavirus (54,3 %) konnte eine vergleichsweise geringere Impfquote festgestellt werden.

Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen

Für 90 % der Einschüler:innen konnte das Untersuchungsheft-Heft (U-Heft) geprüft werden. Bei über 93 % dieser Kinder konnte eine Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U8 festgestellt werden. Die U9-Untersuchung wurde lediglich bei knapp 88 % der Kinder durchgeführt.

Körpergewicht

Rund 75 % der untersuchten Kinder waren normalgewichtig. Bei knapp 9 % wurde Untergewicht, bei ca. 5 % starkes Untergewicht festgestellt. Übergewichtig waren

4,9 % und adipös 4,8 % der untersuchten Kinder. Die sozialräumliche Betrachtung zeigt einen hohen Anteil an Kindern mit Untergewicht in Oberhausen-Ost und Oberhausen-Mitte/Styrum. Übergewichtige Kinder konnten vorwiegend in den Sozialräumen Alstaden/Lirich und Osterfeld identifiziert werden.

Kapitel 2

Exkurs: Beispiel einer Maßnahme zur Implementierung gesünderer Ernährungsgewohnheiten

Insgesamt 151 Schüler:innen des Käthe-Kollwitz-Berufskolleg in Oberhausen nahmen im Jahr 2023 an der Online-Befragung für Bürger:innen zu gesundheitlichen Lebensverhältnissen in Oberhausen teil. Die schulische Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung nutzte die Ergebnisse, um einen Gesundheitstag für Schüler:innen zu veranstalten. Dort konnten Schüler:innen aktiv ihre Vorschläge für gesunde Pausensnacks im Schülercafé einbringen.

Kapitel 3

Zahngesundheit

Im Untersuchungsjahrgang 2022/2023 konnten die Kolleg:innen des Zahnärztlichen Dienstes (ZÄD) den Gebisszustand von insgesamt 12.329 Kindern und Jugendlichen erfassen. Im Rahmen der zahnmedizinischen Untersuchungen wurden Kindertageseinrichtungen, Grund- und Förderschulen als auch weiterführende Schulen besucht. Für 78 % der untersuchten Kinder in Kindertageseinrichtungen konnte ein primärgesundes Gebiss festgestellt werden. Grundschulkinder wiesen zu 50 % primärgesunde Gebisse auf. 68 % der Schüler:innen an weiterführenden Schulen hatten zum Untersuchungszeitpunkt ein primärgesundes Gebiss. Förderschulkinder konnten zu 50 % ein primärgesundes Gebiss vorweisen.

Kapitel 4

Säuglingssterblichkeit

Der Indikator der Säuglingssterblichkeit ist im Hinblick auf die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen wichtig. Der Wert lag in Oberhausen im Bezugszeitraum 2020 bis 2022 bei knapp 3,5 im ersten Lebensjahr gestorbenen Säuglingen je 1.000 Lebendgeborene. Damit liegt Oberhausen nur knapp über dem NRW-Wert von 3,4.

Kapitel 5

Häufige Erkrankungen im Kindesalter

Diabetes Typ 1

Im Jahr 2022 waren 0,3 % aller Oberhausener Kinder aufgrund von Diabetes Typ 1 in ambulanter Behandlung. Die Behandlungsprävalenz betrug bei Oberhausener Jungen 0,4 % und lag damit um 0,2 Prozentpunkte höher als bei den Mädchen und geringfügig (0,1 Prozentpunkte) höher als im NRW-Vergleich. Zusätzlich ist ein Anstieg der Behandlungsprävalenz der Jungen in Oberhausen ab 2015 zu verzeichnen. Jungen im Alter von 10 bis 14 sowie 15 bis 19 Jahren waren am häufigsten aufgrund von Diabetes Typ 1 in ärztlicher Behandlung.

Neurodermitis

Im Jahr 2022 waren 6 % aller Oberhausener Kinder aufgrund von Neurodermitis in ambulanter Behandlung. Die Behandlungsprävalenz der Oberhausener Kinder (Mädchen 6,4 %, Jungen 6,2 %) lag unterhalb der NRW-Rate. Sie war weitgehend stabil. Im Zeitverlauf waren insgesamt mehr Oberhausener Jungen aufgrund von Neurodermitis in ärztlicher Behandlung als Mädchen. Bei beiden Geschlechtern war die Altersgruppe der 0- bis 4-jährigen Kinder am häufigsten in ärztlicher Behandlung.

Heuschnupfen

Im Jahr 2022 waren 7 % aller Oberhausener Kinder aufgrund von Heuschnupfen in ambulanter Behandlung. In Oberhausen betrug die Behandlungsprävalenz in diesem Jahr bei Mädchen 5,8 % und bei Jungen 8,7 %. Im Vergleich zu NRW verlief die Entwicklung der Behandlungsprävalenz in Oberhausen bei Mädchen und Jungen ähnlich stabil. Jungen waren häufiger aufgrund von Heuschnupfen in ärztlicher Behandlung als Mädchen. Besonders Oberhausener Kinder im Alter von 10 bis 19 Jahren waren von Heuschnupfen betroffen. Dies galt für beide Geschlechter.

Asthma bronchiale

Im Jahr 2022 waren 4 % aller Oberhausener Kinder aufgrund von Asthma bronchiale in ambulanter Behandlung. In Oberhausen betrug die Behandlungsprävalenz in diesem Jahr bei Mädchen 3,2 % und bei Jungen 5 %. Sowohl in Oberhausen als auch in NRW waren im Berichtszeitraum mehr Jungen als Mädchen aufgrund von Asthma bronchiale in ärztlicher Behandlung. Die Tendenz war insgesamt sinkend. Die Betrachtung nach Altersgruppen für Oberhausen zeigt, dass Jungen im Alter von 10 bis 14 Jahren und Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren am häufigsten in ärztlicher Behandlung waren.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Im Jahr 2022 waren 4 % aller Oberhausener Kinder aufgrund von ADHS in ambulanter Behandlung. In Oberhausen betrug die Behandlungsprävalenz in diesem Jahr bei Mädchen 2 % und bei Jungen 5,5 %. Verglichen mit NRW verlief die Entwicklung der Behandlungsprävalenz in Oberhausen bei Mädchen und Jungen ähnlich stabil: Jungen waren häufiger in ärztlicher Behandlung als Mädchen. Die höchsten Behandlungsprävalenzen lagen bei Oberhausener

Jungen in der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen vor. Gleiches traf für die Oberhausener Mädchen zu, wobei sie weit unter den Angaben der Jungen lagen.

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

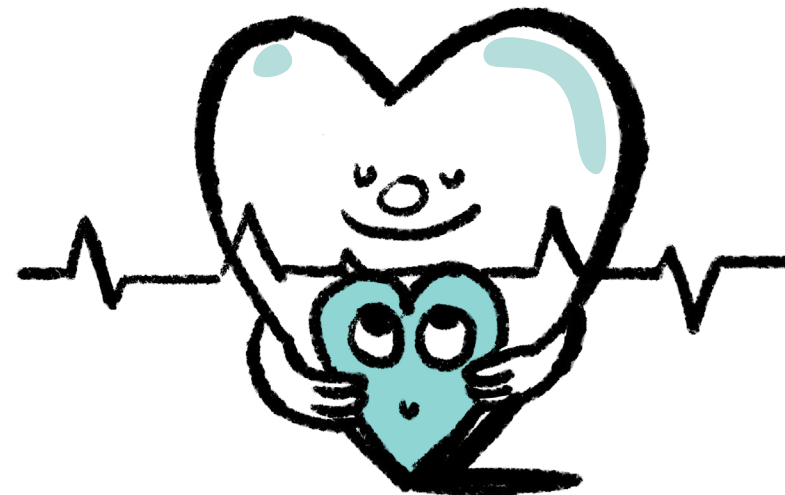
Im Jahr 2022 waren 1,8 % aller Oberhausener Kinder aufgrund von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen in ambulanter Behandlung. In Oberhausen betrug die Behandlungsprävalenz in diesem Jahr bei Mädchen 2,3 % und bei Jungen 1,4 %.

Die Behandlungsprävalenz der Oberhausener Kinder lag unterhalb der NRW-Rate. Insgesamt waren geringfügig mehr Mädchen als Jungen aufgrund von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen in ärztlicher Behandlung. In Oberhausen waren bei beiden Geschlechtern Jugendliche der Altersgruppe 15 bis 19 Jahre am häufigsten in ärztlicher Behandlung.

Emotionale Störungen des Kindesalters

Im Jahr 2022 waren 4,3 % aller Oberhausener Kinder aufgrund von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen in ambulanter Behandlung. In Oberhausen betrug die Behandlungsprävalenz in diesem Jahr bei Mädchen 4,2 % und bei Jungen 4,6 %.

Die Behandlungsprävalenz von Oberhausener Mädchen und Jungen lag über der von NRW (2022: Mädchen 2,7 %, Jungen 2,8 %). Die Tendenz war über die betrachteten Jahre langsam steigend. In Oberhausen waren Jungen häufiger aufgrund dieser Erkrankung in ärztlicher Behandlung. Bei beiden Geschlechtern waren die Altersgruppen der 5 bis 9- und 10 bis 14-jährigen Kinder am häufigsten betroffen.



VORBEMERKUNGEN

Der Basisgesundheitsbericht aus dem Jahr 2023 hat einen allgemeinen Überblick über die gesundheitliche Lage der Oberhausener Bevölkerung gegeben. Ein Teilkapitel widmete sich darin bereits der Kinder- und Jugendgesundheit. Es beschrieb ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zum Körpergewicht in den Einschulungsjahrgängen 2021/2022 und 2022/2023. Als weitere Kennzahl der Kindergesundheit wurde die Rate der lebendgeborenen Säuglinge in Oberhausen aufgezeigt.

Aufgrund des besonderen Interesses aus Politik und fachlich involvierten Akteur:innen wurde das Thema der Kindergesundheit in den Fokus der Berichterstattung gerückt. Daher erfolgte die Entscheidung, auf Grundlage vorhandener Daten einen Basisbericht zur Kindergesundheit zu erstellen. Er adressiert gleichermaßen interessierte Kolleg:innen aus anderen Fachplanungen und (Fach-)Bereichen als auch lokale (Gesundheits-)Akteur:innen, die thematische Schnittmengen bei der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen haben. Ebenso wie der Basisgesundheitsbericht soll der vorliegende Bericht eine Entscheidungsgrundlage für die kommunale Gesundheitsplanung bieten und zielgruppenspezifische als auch konkrete Maßnahmenplanung der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sektorenübergreifend anstoßen. Zugleich dient er der Information der Bürger:innen, politisch Entscheidungstragenden als auch der interessierten Öffentlichkeit.

Gesundheit in der Kommune

Gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) umfasst Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen, sondern ist vielmehr ein „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO, 1946). Diese weitreichende Perspektive geht über die rein körperliche Integrität und die geistige Gesundheit hinaus und berücksichtigt auch die sozialen Aspekte. Aus dieser Definition ergibt sich, dass der Ansatz zur Förde-

rung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mehrdimensional sein muss, da er die gesamte Lebenswelt einbezieht (Franzkowiak und Hurrelmann, 2022).

Die vorgeschlagenen Handlungsoptionen im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit sollten daher nicht nur auf die Wiederherstellung und Verbesserung der körperlichen Gesundheit abzielen.

Die Versorgung der körperlichen Gesundheit der Kinder ist durch Krankenhäuser mit entsprechenden Spezialabteilungen, niedergelassene Kinderärzt:innen als auch psychiatrische Versorgung gewährleistet. In Oberhausen gibt es zwei Kliniken, die eigene Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche haben. Die Kindermedizin am Evangelischen Krankenhaus Oberhausen (kurz EKO) umfasst die Klinik für Kinder und Jugendliche, das Sozialpädiatrische Zentrum Oberhausen (kurz SPZ) sowie das Zentrum für Neuropädiatrie und Frührehabilitation. Durch die Zusammenarbeit dieser Bereiche wird eine fachübergreifende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen medizinischen Bedarfen ermöglicht (EKO, 2025). Weiterhin verfügt das AMEOS Klinikum St. Clemens Oberhausen über eine Klinik für Kinder- und Jugendmedizin mit den Schwerpunkten Pulmologie und Kinderneurologie. Ein weiterer Fokus liegt auf der Versorgung von Neugeborenen, insbesondere in der intensivmedizinischen und neonatologischen Betreuung (AMEOS Klinikum St. Clemens, EKO; Stand April 2025).

In Ergänzung dazu wird die vertragsärztliche Versorgung von Kinder- und Jugendärzt:innen im Planungsbereich Oberhausen derzeit durch 13,75 Vollzeit-äquivalente sichergestellt. Dies entspricht einem Versorgungsgrad von 108,8 %. Im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in der Raumordnungsregion Duisburg/Essen, zu der auch Oberhausen gehört, sind 28 (Vollzeitäquivalente) Kinder- und Jugendpsychiater:innen tätig. Dies entspricht einem Versorgungsgrad von 109,4 % in der Region (KVNO, 2025).

Der Ansatz der Stadt ist, begründet durch die Multidimensionalität von Gesundheit entsprechend, jedoch breiter. Er umfasst neben der ärztlichen Anbindung, etwa durch Angebote wie die Frühen Hilfen, ambulant betreutes Wohnen oder

den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi), auch soziale und familiäre Integrationsmaßnahmen. In Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteur:innen wird eine multifaktorielle Unterstützung aufgebaut, die über die reine medizinische Gesundheitsversorgung hinausgeht (Richter-Kornweitz et al., 2023). Dies geschieht einerseits durch die Gesundheitsplanung, die innerhalb der kommunalen Strukturen als auch mit lokalen Gesundheitsakteur:innen eine Vernetzung und mögliche Kooperationen vorantreibt. Andererseits tragen auch die kommunalen Präventionsketten aus dem Bereich Chancengleichheit zu einer integrierten Gesamtstrategie der lebensphasenorientierten Prävention.

Im vorliegenden Bericht kann, aufgrund der oben beschriebenen Multidimensionalität, die zahlreiche Aspekte umfasst, nicht jedes bestehende Hilfsangebot dargestellt werden. Vielmehr werden ausgewählte Beispiele genannt, um einen Überblick über wichtige bestehende Versorgungsangebote zu geben. Im Rahmen dieses Gesundheitsberichts werden, wo erforderlich, Ansätze zur weiteren Förderung und Entwicklung skizziert. Die Handlungsoptionen beschränken sich auf zentrale Handlungsfelder und leiten sich aus der Analyse der aktuellen Situation ab, ohne dabei vertiefend ausgearbeitet zu sein.

Verwendete Daten und Methoden

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Oberhausen wurden stadtinterne Daten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (nachfolgend KJGD) und des zahnärztlichen Dienstes (nachfolgend ZÄD) der Stadt Oberhausen genutzt. Kennzahlen des Landesentrums für Gesundheit Nordrhein-Westfalen (nachfolgend LZG.NRW) sowie Daten zur Behandlungshäufigkeit von häufigen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in NRW ergänzen die Kapitel. Letztere basieren auf den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein (nachfolgend KVNO). Dabei werden mehrfache Behandlungen aufgrund einer Diagnose, die innerhalb eines Jahres erfolgten, zu einem „Fall“ zusammengefasst. Zur Wahrung des Datenschutzes

werden Fallzahlen von null bis vier mit den dazugehörigen Raten nicht angegeben (LZG.NRW, 2024).

Aus der amtlichen Bevölkerungsstatistik des Statistischen Landesamtes Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) gehen folgende Angaben zur Anzahl der Kinder je Geschlecht und Altersgruppe für Oberhausen zum aktuellsten Berichtsjahr 2022 der KVNO-Daten hervor:

Oberhausen			
Mädchen		Jungen	
Altersgruppe	Anzahl	Altersgruppe	Anzahl
0–4	4.943	0–4	5.095
5–9	5.067	5–9	5.342
10–14	4.655	10–14	4.925
15–19	4.781	15–19	4.913
Insgesamt	19.446	Insgesamt	20.275

Tabelle 1 Anzahl Kinder nach Altersgruppen und Geschlecht in Oberhausen zum Stichtag 31.12.2022
Quelle: IT.NRW

Nordrhein-Westfalen			
Mädchen		Jungen	
Altersgruppe	Anzahl	Altersgruppe	Anzahl
0–4	427.239	0–4	451.621
5–9	429.529	5–9	456.325
10–14	408.922	10–14	433.784
15–19	420.349	15–19	452.142
Insgesamt	1.686.039	Insgesamt	1.793.872

Tabelle 2 Anzahl Kinder nach Altersgruppen und Geschlecht in Nordrhein-Westfalen zum Stichtag 31.12.2022
Quelle: IT.NRW

Stärken und Limitationen

Im vorliegenden Bericht wurden erstmals Daten aus dem Zahnärztlichen Dienst der Stadt Oberhausen verarbeitet. Darüber hinaus ergänzen externe Daten der kassenärztlichen Vereinigung den Bericht um Informationen zu häufigen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter für Oberhausen. Bei diesen Daten ist zu beachten, dass privatversicherte Kinder nicht erfasst wurden. Zudem ist anzunehmen, dass nicht jede Erkrankung oder Beschwerde zu einem Arztbesuch führt, weshalb die Verbreitung einzelner Erkrankungen hierbei möglicherweise unterschätzt wird. Weiterhin besteht auch die Möglichkeit einer sogenannten Überkodierung, d.h. es werden fälschlicherweise mehr Fälle als nötig codiert (LZG.NRW, 2024).

Weiterhin ist zu beachten, dass Untergruppen von Erkrankungen unter der übergeordneten Bezeichnung zusammengefasst werden. Beispielsweise werden unter der Erkrankung „Asthma bronchiale“ die verschiedenen Untergruppen wie allergisches und nicht allergisches Asthma zusammengefasst. Diese Zusammenfassung der Diagnosen kann insbesondere bei den psychischen Erkrankungen die Einordnung und Interpretation der Ergebnisse erschweren. Die vorgeschlagenen Handlungsoptionen sind daher eher allgemein gehalten.

Im vorliegenden Bericht wurden Daten genutzt, die zum Zeitpunkt der Recherche verfügbar waren bzw. durch das LZG.NRW zur Verfügung gestellt werden konnten. Dies gilt ebenfalls für mögliche bundesweite und interkommunale Vergleiche.

1

SCHULEINGANGS- UNTERSUCHUNGEN

Die Schuleingangsuntersuchung (SEU) wird durch den KJGD des Bereichs Gesundheit der Stadt Oberhausen durchgeführt. Die gesetzliche Grundlage für die Untersuchung sind die §§ 35 und 54 des Schulgesetzes (SchulG) des Landes NRW. Im Rahmen der Untersuchung werden Impfstatus, die Anzahl der erfolgten Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9), das Hör- und Sehvermögen, der körperliche Gesundheitszustand und der allgemeine Entwicklungsstand der Kinder erfasst. Schulpflichtig sind alle Kinder, die zwischen dem 01.10. des Vorjahres und dem 30.09. des Einschulungsjahres das sechste Lebensjahr vollendet haben.

Ziel der Untersuchung ist die ärztliche Beurteilung der Entwicklung der Kinder und die anschließende Beratung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten und der Schulen vor allem zur Frage

- des Zeitpunkts der Einschulung (vorzeitige Einschulung/zeitgerechte Einschulung/Zurückstellung der Schulpflicht für ein Jahr),
- der Förderbedarfe und Unterstützungsmöglichkeiten im schulischen und ggf. vorschulischen Kontext,
- der Auswahl der geeigneten Schulform mit den bestmöglichen Fördermöglichkeiten.

Auf diese Weise soll für jedes Kind eine, im Hinblick auf die persönliche gesundheitliche Situation und den individuellen Entwicklungsstand, optimale För-

derung gewährleistet werden.

Dazu wird bei jedem Kind eine standardisierte Untersuchung durchgeführt, zu der auch die Sichtung des Vorsorgeheftes des behandelnden Kinderarztes /der behandelnden Kinderärztin, der Impfausweis, ein Hör- und Sehtest und eine körperliche Untersuchung gehören. Im betrachteten Einschulungsjahrgang 2023/2024 wurden 2.228 Kinder durch den KJGD der Stadt Oberhausen untersucht. Die vorigen Einschulungsjahrgänge 2021/2022 und 2022/2023 konnten aufgrund der Beschränkungen der Coronapandemie nicht regulär durchgeführt werden, weshalb sie nicht mit den Ergebnissen des Jahrgangs 2023/2024 verglichen werden können. Auf eine Gegenüberstellung wird daher an dieser Stelle verzichtet. Zum Zeitpunkt der Berichterstattung lagen keine Vergleichswerte von NRW und anderen Kommunen vor. Daher ist eine Einordnung der Oberhausener Ergebnisse nicht möglich. Grundsätzlich werden die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen aller Kommunen in NRW durch das LZG.NRW aufbereitet und veröffentlicht.

1.1 Impfquote

Impfungen bieten Kindern einen zuverlässigen Schutz vor ansteckenden Krankheiten sowie vor selten auftretenden Folgeerscheinungen der jeweiligen Erkrankung. Darüber hinaus ermöglichen die Impfungen einen sogenannten Gemeinschaftsschutz,

auch „Herdenimmunität“ genannt, der Personengruppen schützt, die sich nicht impfen lassen können. Sie sind auf diesen Gemeinschaftsschutz angewiesen. Besonders Säuglinge sind für einige Impfungen noch zu jung, andere Personen können aufgrund von chronischen Erkrankungen oder Allergien manche Impfungen nicht erhalten. Ein vollständiger Impfschutz nützt demnach sowohl der geimpften Person als auch der Gemeinschaft (vgl. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, 2021).

Bei der SEU wird der Impfausweis auf das Vorliegen aller, von der ständigen Impfkommission (nachfolgend STIKO) des Robert Koch-Instituts (nachfolgend RKI) empfohlenen, Impfungen überprüft, welche bis zum 5. Lebensjahr empfohlen werden. Im aktuellen Impfkalendar der STIKO aus 2025 (siehe Anhang) wurden Impfungen gegen Respiratorische Synzitial Viren (kurz RSV) sowie Meningokokken B erstmalig in die Empfehlungen aufgenommen. Demnach konnten diese Impfungen in den durchgeführten Untersuchungen aus dem Jahr 2023/2024 noch nicht überprüft werden.

Zum Zeitpunkt der SEU im Jahrgang 2023/2024 wurden dreizehn Impfungen kontrolliert (siehe Abb. 1). Von insgesamt 2.228 untersuchten Schulanfänger:innen legten knapp 94 % (2.085) den Impfausweis zur Kontrolle vor.

Abbildung 1 zeigt die Impfquoten der Oberhausener Kinder, die zum Zeitpunkt der Untersuchung einen vollständigen Impfschutz – die sogenannte Grundimmunisierung – vorweisen konnten. Ein vollständiger Impfschutz lag bei über 97 % der Kinder für die Impfungen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten (Pertussis), Masern, Mumps und Röteln vor. Auch gegen Kinderlähmung (Poliomyelitis) konnten knapp 97 % der untersuchten Kinder in Oberhausen einen vollständigen Impfschutz nachweisen. Über 93 % wiesen einen vollständigen Impfschutz gegen Windpocken (Varizellen), Meningokokken C, Hepatitis B und Hib (Haemophilus influenzae b) vor.

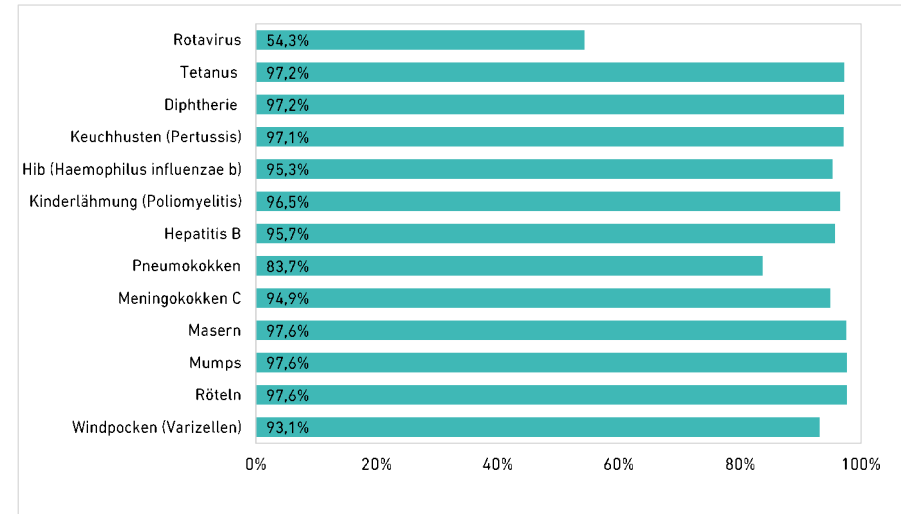


Abbildung 1 Impfquote in % bei abgeschlossener Grundimmunisierung der Schulanfänger:innen¹ im Untersuchungsjahrgang 2023/2024

¹ Kinder, die den Impfausweis vorgelegt haben (n=2.085)

Quelle: Stadt Oberhausen, Schuleingangsuntersuchung 2023/2024; Bearbeitung: Fachbereich 4-5-10

Mögliche Ursachen und Handlungsbedarfe

In Deutschland gilt seit 2020 das sogenannte „Masernschutzgesetz“ (§ 20 Infektionsschutzgesetz). Hierbei ist ein vollständiger Masernimpfschutz Voraussetzung u. a. für die Aufnahme von Kindern in Kindertageseinrichtungen (nachfolgend KTE) und Schulen. Diese Vorgaben zielen darauf ab, bestehende Impflücken der Masernimpfung in Deutschland sukzessive zu schließen. Damit werden auch in Deutschland die Zielvorgaben der „Europäischen Impfbagenda 2030“ der Weltgesundheitsorganisation zur Erhöhung der Durchimpfungsraten konsequent verfolgt (Bundesministerium für Gesundheit, 2025). Damit der Gemeinschaftsschutz aufgebaut und die Verbreitung des Masernvirus verhindert werden kann, ist es notwendig eine Impfquote von mindestens 95 % der Bevölkerung zu erreichen (RKI, 2025).

Die Masern-Impfquote der Oberhausener Einschüler:innen des Untersuchungs-

jahrgangs 2023/2024 lag mit 97 % über dem empfohlenen Wert.

Typischerweise werden gegen die Erreger der Erkrankungen Diphtherie, Pertussis, Tetanus als auch Masern, Mumps, Röteln sogenannte Kombinationsimpfstoffe genutzt. Diese Impfstoffe gibt es in verschiedenen Impfstoffkombinationen (z.B. als Drei-, Vier- oder Sechsfachimpfstoff) (Paul-Ehrlich-Institut, 2025). Daher sind die Impfquoten für diese Erkrankungen nahezu identisch.

Bei anderen Impfungen (Pneumokokken und Rotavirus) werden teilweise Einzelimpfungen durchgeführt, welche als Grund für die stark unterschiedlichen Impfquoten hindeuten können. Die im Vergleich geringere Impfquote beim Rotavirus kann darauf zurückzuführen sein, dass die Impfempfehlung für diesen Erreger erst im Jahr 2013 ausgesprochen wurde (RKI, 2025). Nach einer solchen Einführung dauert es zunächst einige Jahre, bis sich die Impfquote der neu eingeführten Impfempfehlung den übrigen angleicht. Die im Einschulungsjahrgang 2023/2024 untersuchten Kinder wurden in den Jahren 2015 bis 2017 geboren, sodass ihre Geburtsjahrgänge in die Anfangszeit der Empfehlung zur Rotavirusimpfung fallen.

Bezüglich der Impfungen gegen *Haemophilus influenzae b* (Hib), Hepatitis B, Pneumokokken, Varizellen, Meningokokken C und das Rotavirus besteht noch Verbesserungspotenzial. Informationskampagnen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bereichs Gesundheit können zur Sensibilisierung für das Thema Impfen beitragen. Auf der individuellen Ebene kann auch ein persönliches Gespräch mit ärztlichem Fachpersonal im Rahmen der SEU die Motivation für das Impfen erhöhen. Die Ärztinnen und Ärzte des KJGD erfragen in einem ärztlichen Beratungsgespräch nach den Untersuchungen die Gründe für einen unvollständigen Impfschutz. In der Regel wurden die jeweiligen Kinder aufgrund eines Infekts zum Zeitpunkt des Impftermins nicht geimpft und der Termin verschoben. Grundsätzlich ist eine vollständige Immunisierung der Kinder anzustreben, da hierdurch ein persönlicher Schutz vor Erkrankungen und deren schweren, wenn auch seltenen Folgen, erreicht werden kann. Grundsätzlich kann nach Bedarf jede Impfung auch zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden.

1.2 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen

Das Angebot der kostenlosen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder besteht in Deutschland seit vielen Jahren. Von der Geburt bis zum Schulalter haben Kinder einen gesetzlichen Anspruch auf zehn kostenlose Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9), die in den ersten sechs Lebensjahren durchgeführt werden.

Die Früherkennungsuntersuchungen ermöglichen, dass eventuelle Gesundheitsstörungen oder Auffälligkeiten in der Entwicklung frühzeitig erkannt und behandelt werden können. Falls erforderlich, kann so gezielte Unterstützung und Förderung in Anspruch genommen werden (vgl. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, 2024).

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung werden die Ergebnisse und die Vollständigkeit der bis dahin durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen der Kinder (U1 bis U9) überprüft, die im gelben Kinderuntersuchungsheft dokumentiert sind (siehe STIKO-Impfkalender im Anhang).

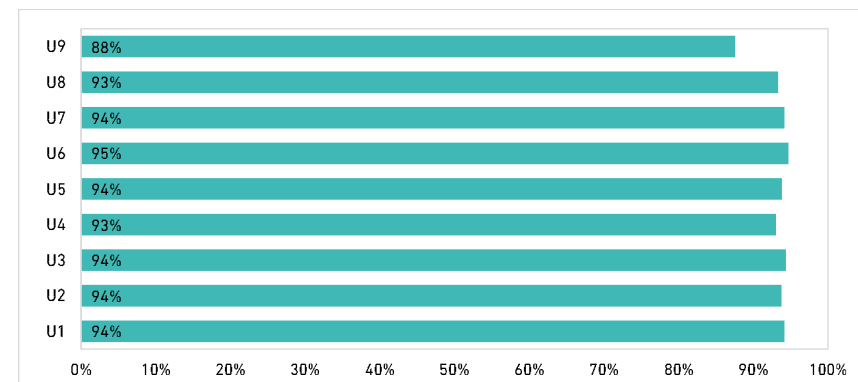


Abbildung 2 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 in Prozent

Quelle: Stadt Oberhausen, Schuleingangsuntersuchung 2023/2024; Bearbeitung: Fachbereich 4-5-10

Im Einschulungsjahrgang 2023/2024 wurden insgesamt 2.228 Kinder untersucht, von denen knapp 90 % (2.022) das Untersuchungsheft vorweisen konnten. Abbildung 2 zeigt die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen. Bis auf die Untersuchung U9 haben die Einschüler:innen bei den übrigen Untersuchungen mit über 93 % eine hohe Teilnahmequote.

Mögliche Ursachen und Handlungsbedarfe

Eine ähnliche Beobachtung konnte anhand der KiGGS-Studie (abgekürzt für „Kohorten in der Gesundheitsforschung – Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“) des RKI aus dem Jahr 2018 gezeigt werden: tendenziell waren die Teilnahmequoten für die U8 und U9 geringer als bei den übrigen Früherkennungsuntersuchungen (vgl. Schmidtke et al., 2018).

Die Gründe für die geringere Teilnahmequote der Oberhausener Einschüler:innen bei der U9 lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht beschreiben und daher schwer einordnen.

Um die Eltern zur Inanspruchnahme der kostenlosen Vorsorgeuntersuchung zu motivieren, verteilt der Bereich Gesundheit der Stadt Oberhausen in Kooperation mit den KTE sogenannte „Gesundheitsmappen“. Sie enthalten Informationsmaterialien mit vielen hilfreichen Tipps rund um die Kindergesundheit. Eltern erhalten diese Informationsmappe bei Aufnahme des Kindes in die KTE.

1.3 Körpergewicht

Körpergröße und -gewicht sind wichtige Faktoren zur Beurteilung des Entwicklungs- und Gesundheitszustandes von Kindern- und Jugendlichen. Anhand von Studien wurden Normwerte der altersentsprechenden Größen- und Gewichtsentwicklung festgelegt, die zur Beurteilung z. B. im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung standardmäßig verwendet werden. Diese Normwerte ermöglichen eine Einteilung des Körpergewichts, bezogen auf das Alter der Kinder, anhand sogenannter Perzentile in unter-, normal-, übergewichtige und adipöse

(fettleibige) Kinder (vgl. Kromeyer-Hauschild, 2001).

Im Einschulungsjahrgang 2023/2024 wurden insgesamt 2.228 Kinder untersucht. Auf dieser Grundlage ergab sich folgende, in Tabelle 3 dargestellte Zuordnung nach Gewichtskategorien.

Der überwiegende Teil der Kinder (74,6 % (1.661)) war normalgewichtig. Übergewichtig bzw. adipös waren 4,9 % bzw. 4,8 % der Einschüler:innen. Der Anteil der Kinder mit Untergewicht oder sogar starkem Untergewicht lag bei 8,6 % bzw. 4,9 %.

Gewichtskategorien nach Perzentilen	Anzahl	Anteil in %
Normalgewicht	1.661	74,6
starkes Untergewicht (< 3. Perzentil)	110	4,9
Untergewicht (< 10. Perzentil)	191	8,6
Übergewicht (> 90. Perzentil)	110	4,9
Adipositas (> 97. Perzentil)	108	4,8
keine Angabe	48	2,2
Gesamt	2.228	100,0

Tabelle 3 Gewichtskategorien nach Perzentilen

Quelle: Stadt Oberhausen, Schuleingangsuntersuchung 2023/2024; Bearbeitung: Fachbereich 4-5-10

In Abbildung 3 werden die Gewichtskategorien nach Oberhausener Sozialräumen dargestellt. Zusätzlich wurden die Kategorien „starkes Untergewicht“ und „Untergewicht“ zu „Kinder mit Untergewicht“ zusammengefasst. Ebenso wurden die Kategorien „Übergewicht“ und „Adipositas“ zu „Kinder mit Übergewicht“ gruppiert.

Die sozialräumliche Betrachtung zeigt, dass die Sozialräume Oberhausen-Ost mit 15,5 % und Oberhausen Mitte/Styrum mit 14,2 % die höchsten Anteile an Kindern mit Untergewicht aufweisen. Oberhausen-Osterfeld hat im direkten Vergleich den geringsten Anteil an Kindern mit Untergewicht (12,5 %). Den größten Anteil an Kindern mit Übergewicht hat der Sozialraum Alstaden/Lirich mit 12,6 %. Darauf folgen die Sozialräume Osterfeld (11 %) und Mitte/ Styrum (10,5 %).

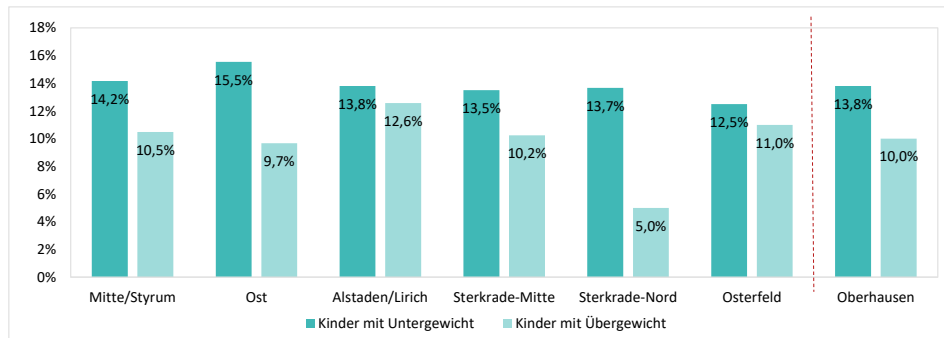


Abbildung 3 Anteile der Einschüler:innen in Oberhausen mit Unter- und Übergewicht nach Sozialraum (n= 2.179)²

Quelle: Stadt Oberhausen, Schuleingangsuntersuchung 2023/2024; Bearbeitung: Fachbereich 4-5-10

² basierend auf allen Datensätzen, die eine Zuordnung zum Gewicht und Sozialraum zuließen

Mögliche Ursachen und Handlungsbedarfe

Die Einschüler:innen des untersuchten Jahrgangs waren ebenso wie die vorherigen Jahrgänge 2021/2022 und 2022/2023 (siehe Basisgesundheitsbericht 2023) von den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie betroffen. Die mit dem Infektionsschutz einhergehenden Eindämmungsmaßnahmen wirkten sich auf das Bewegungs-, Ernährungs- und Sozialverhalten der Kinder aus. Laut einer Elternbefragung des Meinungsforschungsinstitutes Forsa im Jahr 2022 (n= 1.004) haben in Deutschland viele Kinder und Jugendliche während der Pandemie an Gewicht zugenommen. Diese Beobachtung zeigte sich besonders häufig bei Kindern und Jugendlichen aus einkommensschwachen Familien. Zugleich wurde eine reduzierte körperlich-sportliche Fitness der Kinder festgestellt (vgl. DAG, EKfZ, 2022). Kinder und Jugendliche waren durch den Ausfall des Vereinssports und die Schulschließungen besonders von Bewegungsmangel betroffen (Ludwig-Walz et al., 2024). Während der Pandemie ging die Zahl der Neueintritte in Sportvereine bei Kindern und Jugendlichen zurück, während gleichzeitig mehr Austritte verzeichnet wurden. Dies könnte darauf hindeuten, dass viele Kinder

und Jugendliche weniger Zugang zu regelmäßiger Bewegung hatten und dadurch potenziell seltener körperlich aktiv waren (Breuer et al., 2021). Weiterhin belegen Studien, dass Armut die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas fördern kann (vgl. Wu et al., 2015; vgl. Barriuso et al., 2015). Einerseits stellen geringe finanzielle Ressourcen eine Hürde für den Zugang zu gesunden Lebensmitteln und einer körperlich aktiven Freizeitbeschäftigung dar (vgl. Hesketh et al., 2017). Andererseits wird finanzielle Armut meist von weiteren Formen sozialer Benachteiligung begleitet, welche die Entwicklung von Adipositas fördern kann (vgl. Lovasi et al., 2009).

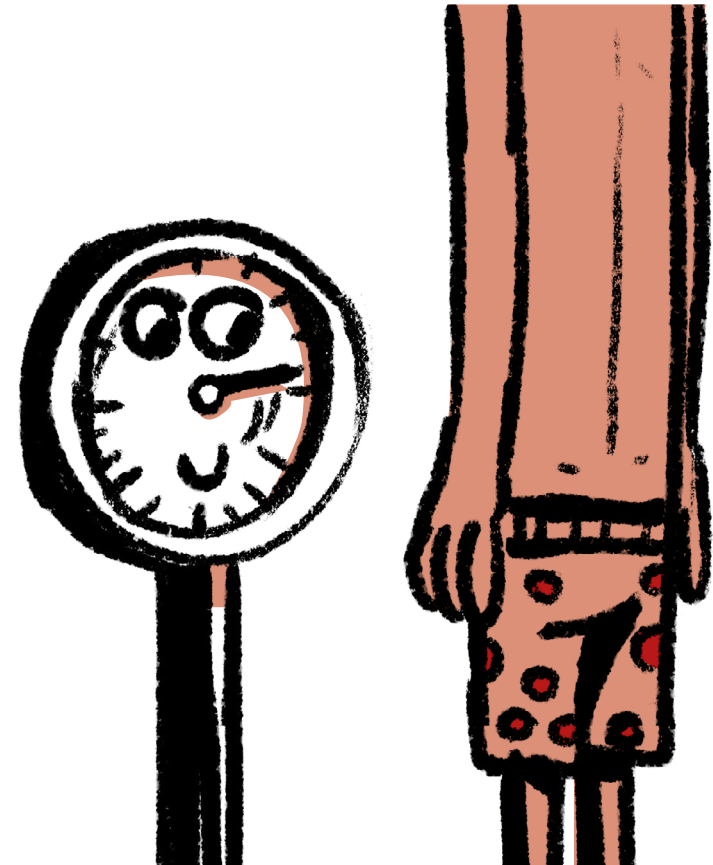
Letztlich kann auch ein erhöhter Medienkonsum zu mangelnder Bewegung führen und somit Übergewicht begünstigen. Die Zunahme der Digitalisierung in den vergangenen Jahren führt dazu, dass viele Bedürfnisse digital erfüllt werden und analoge Freizeitangebote an Attraktivität verlieren. Die Alltags- und Freizeitgestaltung der Kinder und Jugendlichen ist wesentlich bewegungsärmer geworden (Bindel, 2021). Um dem entgegenzuwirken, braucht es attraktive Bewegungsangebote, Medienbildung und ansprechende Freizeitmöglichkeiten (Koletzko et al., 2023).

Rund 75 % der untersuchten Kinder sind normalgewichtig.

In Deutschland deutet Untergewicht bei Kindern in der Regel nicht zwingend auf eine Unter- oder Mangelernährung hin. Die Einteilung des Gewichts zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung kann eine Momentaufnahme sein, welche eine möglicherweise vorübergehende Erscheinung während einer Wachstumsphase abbildet (vgl. Schienkiewitz et al., 2019). Dennoch führt der Deutsche Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V. auf, dass sich körperliche Symptome von Vernachlässigung auch in Form von Untergewicht zeigen können (vgl. Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V., 2024). Inwieweit diese

Beobachtungen auch für die Oberhausener Kinder gelten, kann anhand der vorliegenden Daten nicht belegt werden. Grundsätzlich sind die Mitarbeitenden im KJGD darin geschult Merkmale von Vernachlässigung zu erkennen. Bei potenzieller Vernachlässigung besteht ein enger Austausch zu den Verantwortlichen in Schulen, KTE, dem Jugendamt (Bereich Kinder, Jugend und Familie) und auch niedergelassenen Kinderärzt:innen, die daraufhin gezielte Interventionsmaßnahmen einleiten.

Ausgehend von den Beobachtungen der sozialräumlichen Verteilung von Unter- und Übergewicht (Abbildung 3) ist eine genauere Analyse notwendig, um mögliche Bedarfe der Gesundheitsförderung aufzudecken. Die Sozialräume mit den höchsten Anteilen an Kindern mit Unter- bzw. Übergewicht sollten vorrangig betrachtet werden: in Oberhausen-Ost (15,5 %) und Mitte/Styrum (14,2 %) leben anteilig die meisten Kinder mit Untergewicht, in Alstaden/Lirich (12,6 %) und Osterfeld (11 %) die meisten Kinder mit Übergewicht. Die Platzierung dieser Ergebnisse hat bereits in der bereichsübergreifenden Projektgruppe der Kommunalen Präventionskette (Federführung durch den Bereich Chancengleichheit) als auch in einem Austauschtreffen des Projektes „Wir im Revier“ stattgefunden (Federführung durch den Bereich Kinder, Jugend und Familie). Weitere Angebote könnten durch dezernatsübergreifende Zusammenarbeit der Bereiche Chancengleichheit, Soziales (Sozialplanung), Gesundheit sowie Kinder, Jugend und Familie entstehen. Dabei sollten auch Krankenkassen einbezogen werden.



2

EXKURS: BEISPIEL EINER MASSNAHME ZUR IMPLEMENTIERUNG GESÜNDERER ERNÄH- RUNGSGEWOHNHEITEN

Im Rahmen des Projektes „gesund.leben in Oberhausen“ wurde im Jahr 2023 eine Online-Befragung für Bürger:innen zu gesundheitlichen Lebensverhältnissen in Oberhausen durchgeführt. Wissenschaftlich begleitet wurde das Projekt durch die Professur für Sozialraum und Gesundheit im Fachbereich Gesundheitswissenschaften an der Hochschule Bochum. Das Projekt machte sich mit der Befragung die Methode der sogenannten digitalen partizipativen Sozialraumanalyse (kurz DiPS) zu Nutze, die es Menschen ermöglichen soll, ihre Sicht- und Handlungsweisen in ihrem Lebensumfeld aufzuzeigen. Über diesen partizipativen Ansatz kann die objektive, auf Zahlen basierende Gesundheitsberichterstattung um subjektive Erkenntnisse von Bürger:innen erweitert werden. Als positives Beispiel für eine settingspezifische Nutzung dieser Methode kann die Befragung am Käthe-Kollwitz-Berufskolleg (KKBK) benannt werden.

Im Jahr 2023 nahmen Schüler:innen des Käthe-Kollwitz-Berufskollegs (nachfolgend KKBK) in Oberhausen an der DiPS-Befragung teil. Mit Unterstützung von Studierenden der Hochschule Bochum und der kommunalen Projektkoordinatorin wurden die Lehrkräfte dazu befähigt, die freiwillige und anonyme Umfrage mit Schüler:innen durchzuführen.

Inhaltlicher Schwerpunkt der Teilbefragung Ernährung war das Ernährungsverhalten. Darunter waren beispielsweise Fragen, die sich mit dem subjektiven Verständnis von gesunder Ernährung befassten.

Andere zielten auf die Ernährungsgewohnheiten der Schüler:innen ab und fragten, wie oft Fast Food und wie viele Portionen bestimmter Lebensmittel konsumiert werden. Insgesamt nahmen 151 Personen an der Umfrage teil. Die Ergebnisse sind als nicht repräsentativ zu bewerten. Die Auswertungen zeigten, dass viele Schüler:innen gesunde Ernährung mit einem hohen Anteil an Obst und Gemüse, Ausgewogenheit und geringem Zuckerkonsum verknüpfen.

Das KKBK bietet verschiedene Bildungsgänge mit den Schwerpunkten Ernährung und Hauswirtschaft, Gesundheit, Körperpflege, Medientechnik und Sozialwesen an. Darüber hinaus hat die Bildungseinrichtung im aktuellen Schulprogramm unter dem Leitspruch „gut und gesund!“ den Fokus auf die Gesundheitsförderung für alle am Schulleben Beteiligten gelegt. Es werden verschiedene Angebote zur Gesundheitsförderung für Schüler:innen sowie für das Kollegium bereitgestellt, darunter Entspannungseinheiten, bewegte Pausen und Ruheinseln. Im Unterricht wird das Thema Gesundheitskompetenz behandelt. Zudem finden gesundheitsfördernde Maßnahmen und Projekte in einzelnen Klassen und Bildungsgängen statt, wie beispielsweise der Gesundheitstag zum Thema Ernährung, der auf der Schülerumfrage basiert. Dies erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Bereich Gesundheit der Stadt Oberhausen. Die schulinterne Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung ist für die Evaluation und Weiterentwicklung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen verantwortlich.

Die Befragungsergebnisse flossen in die Ausgestaltung des schulischen Gesundheitstages ein.

3

ZAHNGESUNDHEIT

Der Zahnärztliche Dienst (nachfolgend ZÄD) des Bereichs Gesundheit übernimmt in Zusammenarbeit mit dem „Arbeitskreis Zahnmedizinische Prophylaxe Oberhausen“ die zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung in KTE und Schulen und berät zu Fragen der Zahngesundheit, Mundhygiene und gesunder Ernährung. Dadurch soll die Zahngesundheit von Oberhausener Kindern und Jugendlichen verbessert werden.

Nachfolgend werden Ergebnisse zum Gebisszustand der Oberhausener Kinder des Untersuchungsjahrgang 2022/2023 beschrieben. Dabei wurden Kinder in KTE und an Grundschulen, Förderschulen als auch weiterführenden Schulen untersucht. Es lassen sich anhand der Ergebnisse Rückschlüsse auf den Zustand der Kindergebisse, nicht aber auf die weitere Entwicklung des Gebisszustands der Kinder ziehen, da keine Folgeuntersuchungen vorliegen.

Insgesamt konnte der Zustand des Gebisses für 12.329 Kinder und Jugendliche erfasst werden. Untersucht wurden Kinder in KTE (3.898), Grundschulen (6.500), weiterführenden Schulen (1.552) und Förderschulen (379).



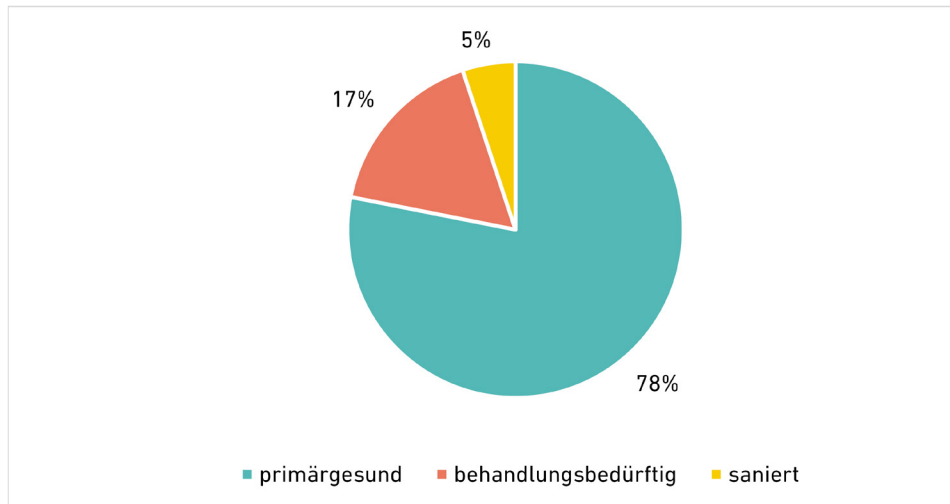


Abbildung 4 Gebisszustand der Oberhausener Kinder in Kindertageseinrichtungen 2022/2023 (n= 3.898)
Quelle: Stadt Oberhausen, Bereich Gesundheit, Zahnärztlicher Dienst

Im Untersuchungsjahrgang 2022/2023 konnte für knapp 3.900 Kinder in KTE eine Einschätzung zum Gebisszustand gegeben werden. Damit wurden ca. 50 % der in allen Einrichtungen gemeldeten Kinder von der Untersuchung erfasst (N= 7.776).

Der Großteil (78 %) der untersuchten Kinder hat ein primärgesundes Gebiss, d.h. es ist naturgesund. Das bedeutet karies- und füllungsfrei. Rund 17 % der Kinder wiesen behandlungsbedürftige Zähne mit unbehandelten, kariösen Zähnen auf. Ein saniertes, also bereits wegen Karies behandlungsbedürftiges Gebiss, wurde bei 5 % der untersuchten Kinder festgestellt.

Gebisszustand

Primärgesund: Gebiss ist karies- und füllungsfrei

Behandlungsbedürftig: Gebiss hat unbehandelte, kariöse Zähne

Saniert: alle kariösen Zähne und Folgezustände sind zahnmedizinisch versorgt (Füllungen oder Extraktionen, d. h. Zahnentfernung)

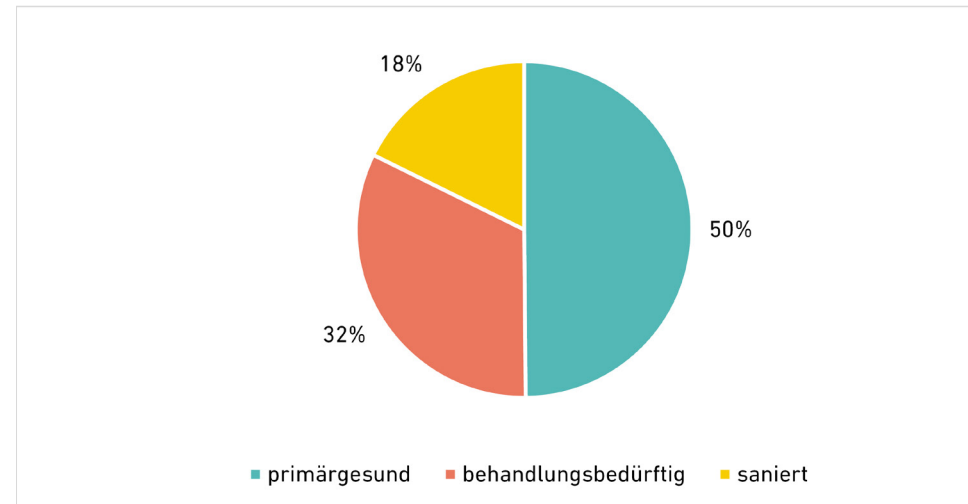


Abbildung 5 Gebisszustand der Oberhausener Kinder an Grundschulen 2022/2023 (n= 6.500)
Quelle: Stadt Oberhausen, Bereich Gesundheit, Zahnärztlicher Dienst

Rund 82 % der Grundschul Kinder (N= 7.899) erhielten die Untersuchung durch die Mitarbeitenden des ZÄD der Stadt Oberhausen. Von 6.500 untersuchten Oberhausener Grundschulkindern wurde bei der Hälfte ein gesundes Gebiss dokumentiert.

Knapp ein Drittel (32 %) hatte zum Zeitpunkt der zahnmedizinischen Untersuchung behandlungsbedürftige Zähne. Weitere 18 % der Grundschul Kinder wiesen ein saniertes Gebiss auf.

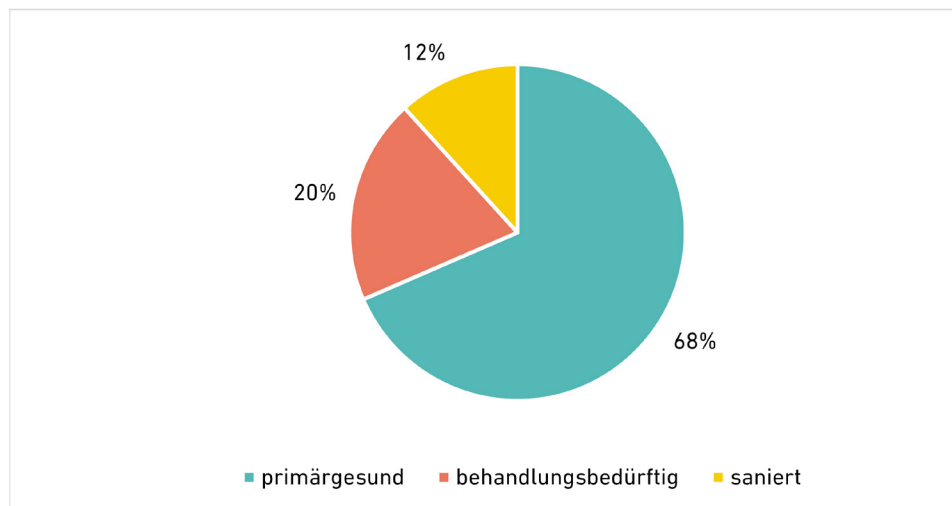


Abbildung 6 Gebisszustand der Oberhausener Kinder an weiterführenden Schulen 2022/2023 (n= 1.552)
Quelle: Stadt Oberhausen, Bereich Gesundheit, Zahnärztlicher Dienst

Im Untersuchungsjahrgang 2022/2023 wurden Schüler:innen der weiterführenden Schulen zahnmedizinisch untersucht und der Gebisszustand von insgesamt 1.552 Kindern dokumentiert. Dazu zählen Kinder der Klassenstufen 5 bis 10, die im genannten Jahrgang insgesamt 9.639 Schüler:innen umfassten. Es wurden dementsprechend knapp 16 % der Kinder an weiterführenden Schulen durch die zahnmedizinische Untersuchung erfasst.

Weit über die Hälfte (68 %) der untersuchten Kinder wiesen ein primärgesundes Gebiss auf. Bei 20 % konnte ein Behandlungsbedarf kariöser Zähne festgestellt werden. Der Anteil an Kindern mit einem sanierten Gebiss lag bei 12 %.

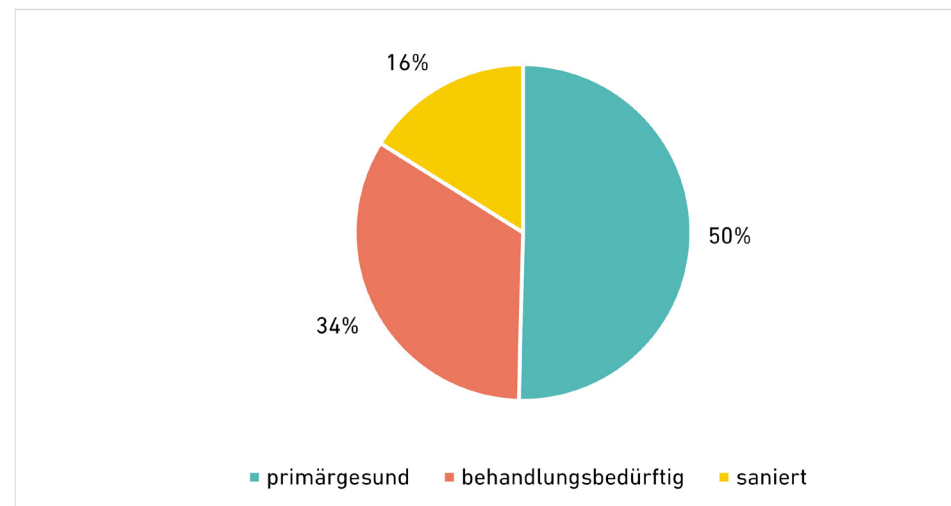


Abbildung 7 Gebisszustand der Oberhausener Kinder an Förderschulen 2022/2023 (n= 379)
Quelle: Stadt Oberhausen, Bereich Gesundheit, Zahnärztlicher Dienst

Für 379 Oberhausener Förderschulkinder konnte im Untersuchungsjahrgang 2022/2023 ein Gebisszustand erfasst werden. Dies entspricht rund 46 % der Förderschulkinder (N=820).

Die Hälfte dieser Kinder wies ein primärgesundes Gebiss auf. Über ein Drittel (34 %) hatte ein behandlungsbedürftiges Gebiss. Bei 16 % der Kinder konnten bereits abgeschlossene zahnmedizinische Sanierungsmaßnahmen wie Füllungen oder sogenannte Extraktionen, d.h. Zahnentfernungen, festgestellt werden.

Mögliche Ursachen und Handlungsoptionen

Im Gegensatz zu anderen Indikatoren und Daten der kommunalen Gesundheitsberichterstattung liegen für Daten der Zahngesundheit, welche durch den ZÄD der kommunalen Gesundheitsämter erhoben werden, weder aktuelle Vergleichswerte auf Stadt- bzw. Kreisebene noch auf (NRW-)Landesebene vor (vgl. DAJ, 2018). Daher ist eine Einordnung der vorliegenden Ergebnisse zum Gebisszustand im interkommunalen Vergleich nicht möglich.

Je nach Alter haben die untersuchten Kinder ein Milch-, Wechselgebiss oder ein bleibendes Gebiss. Auch wenn die Milchzähne im höheren Kindesalter ausfallen, ist es wichtig die Kinder für ihre Mundhygiene und eine Zahnputzroutine zu sensibilisieren. So kann im frühen Alter bereits ein Grundstein für die Zahngesundheit gelegt werden. Denn Milchzahnkaries kann für die betroffenen Kinder massive Folgen haben. Dazu zählen starke Schmerzen und Entzündungen oder Abszesse, die auch zu einer Schädigung der nachfolgenden Zähne beitragen. Weiterhin können kariöse Milchzähne zu einer Störung der Kieferentwicklung führen: durch fehlende Zähne oder auch kariös zerstörte Zähne kommt es zu sogenannten Aufwanderungen von anderen Zähnen und dadurch zu mangelndem Platz für die nachfolgenden, bleibenden Zähne und/oder zu einer gehemmten Entwicklung des Kiefers. Dies wird in der Regel aufwendig kieferorthopädisch behandelt. Neben direkten Folgen für die Zähne kann auch die Sprachentwicklung betroffen sein. Aufgrund fehlender Frontzähne wird das Erlernen der Aussprache erschwert. Weiterhin können sich auch Fehlfunktionen der Zunge entwickeln wie ein falsches Schluckmuster, das wiederum zu massiven Stellungsfehlern der bleibenden Zähne führen kann. Letztlich kann aus Milchzahnkaries ebenfalls eine emotionale Folge wie Zahnbehandlungsangst resultieren (vgl. Heinrich-Weltzien und Kühnisch, 2019).

Milchzahnkaries ist ein unterschätztes Gesundheitsproblem.

Durch die durchgeführten Untersuchungen werden viele unterschiedliche Behandlungsangebote erhoben und Beratungs- und Informationsangebote gemacht: Zahnversiegelung, Abgewöhnung des Schnullers sowie zahnärztliche, kieferorthopädische oder logopädische Behandlungen. Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigen die örtlichen Bedarfe in den Einrichtungen auf, sodass die Häufigkeit der Prophylaxeuntersuchungen darauf abgestimmt wird.

Mit den zahnmedizinischen Untersuchungen und den Prophylaxeveranstaltungen des ZÄD werden praxisnahe Impulse zur Zahngesundheit an Oberhausener Kinder und deren Eltern herangetragen und umgesetzt. Die aufsuchende Arbeitsweise ermöglicht dabei, dass alle Kinder in Oberhausener Einrichtungen erreicht werden können. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko bietet der Fachbereich eine Intensivprophylaxe-Sprechstunde in den Räumlichkeiten des ZÄD an. Das Angebot wird abgerundet durch Beratung zu den wichtigsten Aspekten zahnmedizinischer Vorsorge und Therapie im Kindesalter und niedrigschwellige Informationsbesuche des Mundhygienezentrums des ZÄD. Damit wird ein großer Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit der Kinder geleistet.

Ergänzend zur Arbeit des ZÄD können auch Gesundheitsförderungsmaßnahmen zum Thema gesunde Ernährung, die in KTE durchgeführt werden können, einen Beitrag zu einer zahngesunden Ernährung der Kinder leisten. In Oberhausen geschieht dies bereits in einigen KTE. Häufig erfolgt die Umsetzung auch in Zusammenarbeit mit Krankenkassen oder anderen lokalen Gesundheitsakteur:innen.

4

SÄUGLINGS- STERBLICHKEIT IM ERSTEN LEBENSJAHR

Zur Beurteilung der allgemeinen Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen wird in der Gesundheitsberichterstattung der Indikator Säuglingssterblichkeit herangezogen (vgl. RKI, 2011). Die Säuglingssterblichkeit wird nach „im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1.000 Lebendgeborene“ angegeben. Da es sich erfreulicherweise um ein recht seltenes Ereignis handelt, liegen die Werte im Dreijahresmittel vor. Die Anzahl der gestorbenen Säuglinge betrug im Zeitraum von 2020 bis 2022 in Oberhausen insgesamt sieben. In dieser Zeit waren es insgesamt 3,5 im ersten Lebensjahr gestorbene Säuglinge (weiblich und männlich) je 1.000 Lebendgeborene. Damit liegt Oberhausen nur knapp über dem NRW-Wert von 3,4 (vgl. LZG.NRW, 2024).

In Oberhausen bestehen Unterstützungsangebote für Schwangere und Familien mit Neugeborenen wie die Frühen Hilfen und die gesundheitsorientierte Familienbegleitung. Der sogenannte „Baby-Begrüßungsdienst“ der Stadt Oberhausen ergänzt die medizinische Versorgung vor Ort. Die genannten Angebote liegen in der Verantwortung des Bereichs Kinder, Jugend und Familie der Stadt Oberhausen.



5

HÄUFIGE ERKRANKUNGEN IM KINDESALTER

Einige chronische Erkrankungen treten bereits im Kindes- und Jugendalter auf. Daher ist eine frühzeitige Diagnose wichtig, um den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen oder eine Chronifizierung abzuwenden. Dies gilt auch für psychische Erkrankungen.

Nachfolgend wird die gesundheitliche Lage mithilfe der ambulanten Behandlungsprävalenz dargestellt. Sie bezieht sich auf den Anteil der Bevölkerung, der innerhalb eines bestimmten Zeitraums ambulant behandelt wurde. Es wird außerdem ein Geschlechtervergleich der Behandlungsprävalenzen für Oberhausen und Nordrhein-Westfalen herangezogen. Ein interkommunaler Vergleich ist anhand der aktuell verfügbaren Datenlage nicht möglich. Des Weiteren werden je nach Geschlecht unterschiedliche Altersgruppen der Oberhausener Kinder und Jugendlichen abgebildet. Nähere Erläuterungen dazu finden sich im Anhang. Die Auswahl der Diagnosen beruht auf den Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Studien und Recherchen zu häufigen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Koletzko, 2023; Kiess, 2007; Busching, 2000).

Im vorliegenden Bericht kann nur auf ausgewählte Diagnosen eingegangen werden, die sich anhand der limitierten Datenverfügbarkeit darstellen ließen. Dazu zählen in Kapitel 5.1: Diabetes Typ 1, Neurodermitis, Heuschnupfen und Asthma bronchiale. Das Kapitel 5.2 umfasst ausgewählte psychische Erkrankungen: Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperakti-

vitätssyndrom, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen sowie emotionale Störungen des Kindesalters.

5.1 Chronische Erkrankungen

Viele Menschen leiden bereits im Kindesalter unter einer Erkrankung, die sie das gesamte spätere Leben hindurch begleitet. Eine chronische Erkrankung ist dadurch gekennzeichnet, dass sie lange andauert, sich schleichend entwickelt und dauerhaft fortbesteht. Häufig gibt es keinen klar bestimmten Ausgangspunkt wie bei akuten Erkrankungen (vgl. Nicolay et al., 2024). Chronische Krankheiten zählen zu den häufigsten und gesundheitsökonomisch bedeutsamsten Gesundheitsproblemen (vgl. RKI, 2024). Treten chronische Erkrankungen bereits in jungen Jahren auf, ist zu erwarten, dass sie langfristig – meist bis ins Erwachsenenalter – behandelt werden müssen. Oftmals ist eine vollständige Heilung ausgeschlossen und es lassen sich lediglich Symptome abmildern. Chronische Krankheiten wirken sich zudem negativ auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität aus. Ergebnisse aus der Studie KiGGS Welle (RKI, 2018) zeigen, dass betroffene Kinder und Jugendliche die untersuchten Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität schlechter bewerten als gesunde Kinder. Dazu zählen beispielsweise körperliches und psychisches Wohlbefinden (vgl. Baumgarten et al., 2019).

Für betroffene Kinder und Jugendliche ist es daher entscheidend, Zugang zu hochwertiger medizinischer Versorgung mit enger ärztlicher Betreuung zu bekommen. In diesem Zusammenhang erhalten die Vorsorgeuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter eine besonders hohe Bedeutung im Rahmen der Früherkennung solcher Erkrankungen.

Der Grundstein für die spätere Gesundheit im Lebensverlauf wird bereits während der Schwangerschaft und dann im Verlauf des Kindes- und Jugendalters gelegt. Deshalb kommt der Prävention und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen eine zentrale Bedeutung zu (vgl. Kuntz et al., 2018).

Grundsteine für die gesundheitliche Entwicklung sollten im Kindes- und Jugendalter gelegt werden.

5.1.1 Diabetes Typ 1

Diabetes mellitus ist eine nichtübertragbare Stoffwechselerkrankung, die sich durch einen erhöhten Blutzuckerspiegel auszeichnet. Der Diabetes mellitus Typ I (nachfolgend Diabetes Typ 1) ist eine Form der Erkrankung, die besonders häufig im Kindesalter auftritt (Nationale Diabetes-Surveillance, 2019). Sie zählt zu den häufigsten chronischen Stoffwechselerkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Gregory et al., 2021).

In Oberhausen gab es im Jahr 2022 insgesamt 122 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 19 Jahren, die aufgrund eines Typ-1-Diabetes in ärztlicher Behandlung waren. Das entspricht knapp 0,3 % aller Oberhausener Kinder. Davon waren 79 Jungen und 43 Mädchen. Demnach waren 2022 ca. 0,4 % der Oberhausener Jungen und rund 0,2 % der Oberhausener Mädchen aufgrund von Diabetes Typ 1 in ärztlicher Behandlung.

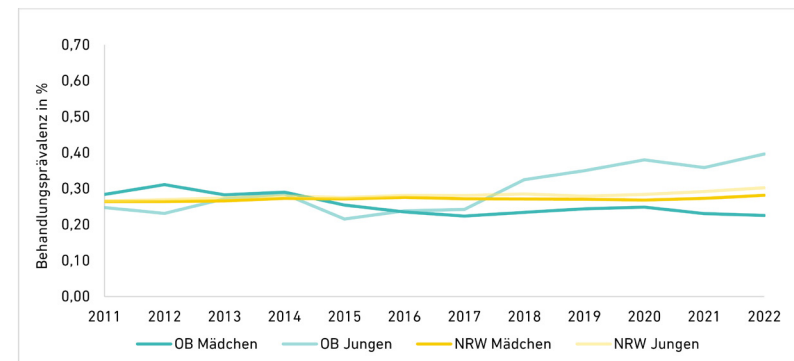


Abbildung 8 Diabetes Typ 1 (ICD-10 E10), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen und Jungen, Oberhausen und NRW, 2011 – 2022

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Seit 2018 ist die Behandlungshäufigkeit bei Oberhausener Jungen höher als die der Mädchen. Zuletzt lag sie 2022 ca. 0,2 % höher. Zugleich liegt sie seit 2018 ebenfalls auch knapp oberhalb der NRW-Rate. Die Behandlungsprävalenz wegen Diabetes Typ 1 bei Oberhausener Mädchen lag seit 2015 unterhalb der NRW-Rate.

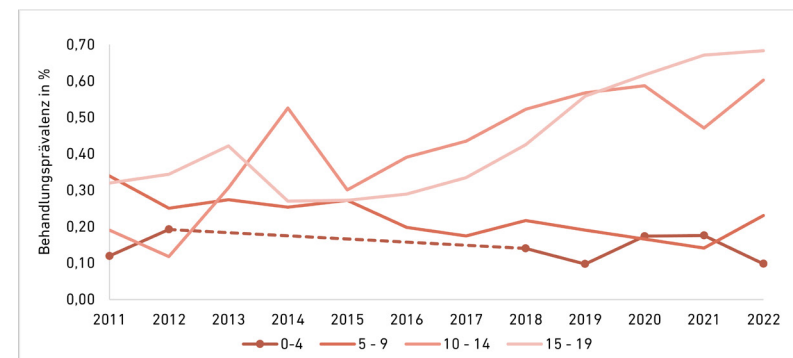


Abbildung 9 Diabetes Typ 1 (ICD-10 E10), Ambulante Behandlungsprävalenz, Jungen, Oberhausen, 2011 – 2022

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Aus Abbildung 9 geht hervor, dass die Behandlungshäufigkeit von Diabetes Typ 1 in der Altersgruppe der 10- bis 14- und 15- bis 19-jährigen Jungen im Zeitraum ab 2015 ansteigt. Die Altersgruppe der Säuglinge und Kleinkinder im Alter von 0 bis 4 Jahren war am seltensten aufgrund von Diabetes Typ 1 in ärztlicher Behandlung. Für die Jahre 2013 bis 2017 liegen aus Datenschutzgründen keine Behandlungsprävalenzen für diese Altersgruppe vor, da die Fallzahl bzw. Rate zu gering ist.

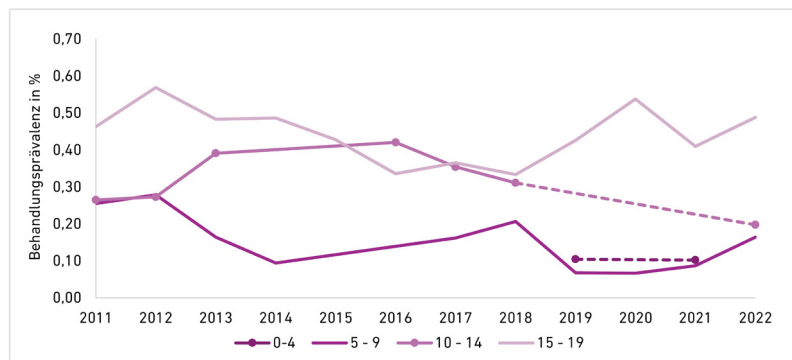


Abbildung 10 Diabetes Typ 1 (ICD-10 E10), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen, Oberhausen, 2011 – 2022

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Abbildung 10 zeigt, dass im Berichtszeitraum in Bezug auf die Mädchen nicht für alle Altersgruppen Daten zur Behandlungsprävalenz des Diabetes Typ 1 vorliegen. Ab 2018 kann ein Anstieg der Behandlungsprävalenz des Diabetes Typ 1 bei den 15- bis 19-jährigen Mädchen beobachtet werden.

Im Geschlechtervergleich wird deutlich, dass die Behandlungsprävalenz im Berichtszeitraum bei Jungen insgesamt höher war als bei Mädchen. Es lässt sich eine steigende Tendenz der Behandlungsprävalenz bei Jungen erkennen, wohingegen die Entwicklung bei Mädchen eher schwankt und der Anstieg nicht so deutlich ausgeprägt ist. Bei beiden Geschlechtern war die Behandlungsprävalenz

bei den 15- bis 19-Jährigen am höchsten. Im Gegensatz zu den Mädchen waren 10- bis 15-jährige Jungen als zweithäufigste Altersgruppe aufgrund von Diabetes Typ 1 in ärztlicher Behandlung.

Mögliche Ursachen und Handlungsoptionen

In Deutschland waren in den vergangenen Jahren mehr Jungen als Mädchen von Diabetes Typ 1 betroffen, wobei der Unterschied geringfügig war. Die Beobachtungen zeigen ebenfalls, dass die Häufigkeit der Erkrankung von Diabetes Typ 1 im Kindesalter mit zunehmendem Alter ansteigt. Die Altersgruppe der Teenager (14 bis 17 Jahre) war davon am häufigsten betroffen (RKI, 2024). Die Betrachtung der Oberhausener Daten zur Behandlungsprävalenz von Kindern mit Diabetes Typ 1 zeigt Parallelen dazu auf: die Gruppe der 15- bis 19-Jährigen war unabhängig vom Geschlecht am häufigsten mit dieser Diagnose in ärztlicher Behandlung. Zusätzlich wiesen die Oberhausener Jungen eine geringfügig höhere Behandlungsprävalenz auf als NRW.

Die Ursachen für die Entstehung von Diabetes Typ 1 sind komplex und gehen auf das Zusammenwirken von genetischen Faktoren und Umweltfaktoren zurück. Das Erkrankungsrisiko kann durch Virusinfektionen zunehmen (vgl. Dietrich et al., 2024). Hierbei ist es denkbar, dass auch eine Infektion mit COVID-19 eine Rolle spielt, sodass eine Zunahme der Behandlungsprävalenz im Zeitraum der COVID-19-Pandemie damit assoziiert werden könnte. Erste Studien beschäftigen sich mit der Entwicklung der Neuerkrankungsrate von Diabetes Typ 1 während der COVID-19-Pandemie (Kamrath et al., 2023).

Eine weitere mögliche Ursache für die Zunahme der Behandlungsprävalenz könnte die verzögerte Früherkennung während der Pandemie sein. Insbesondere in der ersten Phase des Lockdowns kam es zu Einschränkungen im Gesundheitswesen, wodurch viele Arztbesuche und Routineuntersuchungen ausfielen. Dies führte dazu, dass die Erstdiagnose von Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen in zahlreichen Fällen verzögert erfolgte, sodass ein größerer Anteil der Betroffenen bereits bei der Diagnose schwere Blutzuckerentgleisungen aufwies (Deutsche Dia-

betes-Gesellschaft, 2021). Anhand der vorliegenden Daten lassen sich keine abschließenden Erklärungen für die Entwicklung der Rate der Oberhausener Jungen beschreiben.

Infolge der Erkrankung Diabetes Typ 1 kann es zu Schäden an Blutgefäßen und letztlich zur Schädigung an lebenswichtigen Organen kommen. Darüber hinaus ist das Risiko erhöht, dass im Krankheitsverlauf und Erwachsenenalter weitere Erkrankungen auftreten, welche das Herz-Kreislauf-System, Augen und Nieren betreffen können. Langfristig ist es daher besonders wichtig, dass Betroffene bereits im Kindes- und Jugendalter eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung erhalten, um von einer guten Stoffwechseleinstellung im weiteren Lebensverlauf profitieren zu können (vgl. Buchmann et al., 2023; vgl. Rosenbauer et al., 2019; vgl. James et al., 2014). Aus diesem Grund kommt der Früherkennung eine große Rolle zu, die im Rahmen der regulären Vorsorge erfolgen kann. Weiterhin ist die Basistherapie anhand von Schulungen im Rahmen sogenannter Disease-Management-Programme (DMP) sogar schon für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren verfügbar (vgl. IQWiG, 2023). Neben der medizinischen Versorgung ist es essentiell, dass Belastungen in Zusammenhang mit dem Diabetesmanagement des Kindes von Eltern, Familien und auch dem Personal in Betreuungseinrichtungen reduziert werden. Dies kann gelingen, indem die involvierten Personen geschult werden. Für Patient:innen ist dies über die Krankenkasse möglich. Schulungen für Kinder binden in der Regel auch die Eltern mit ein. Auch Mitarbeitende in Kitas und Schulen können sich u. a. beim LZG.NRW zu Schulungen informieren (LZG.NRW, 2025). Der Bereich Gesundheit der Stadt Oberhausen kann zudem mithilfe von Aufklärungsveranstaltungen und Infomaterialien für Bürger:innen zum Thema Diabetes im Kindes- und Jugendalter zur Sensibilisierung beitragen. Des Weiteren ist eine ämterübergreifende Zusammenarbeit sinnvoll, um beispielsweise Unterstützung bei der Beantragung einer Integrationshilfskraft für die Kita- oder Schulzeit leisten zu können. Für die Suche nach einem geeigneten Kinderarzt bzw. -ärztin bietet sich die Übersicht im Gesundheitspartnerverzeichnis des Bereichs Gesundheit an.

5.1.2 Neurodermitis

Neurodermitis ist eine chronische, nicht ansteckende Hauterkrankung. Betroffene haben stark juckende Hautausschläge, die meist in Schüben auftreten. Infolgedessen ist die natürliche Hautbarriere durch Entzündungsreaktionen in der Haut geschädigt. Häufig tritt die Erkrankung erstmals im Kindesalter, besonders in den ersten beiden Lebensjahren auf und bessert sich meist im Lebenslauf. Neurodermitis heilt im Säuglings- oder frühen Kindesalter oft spontan, kann jedoch bei etwa 30% der Betroffenen im Laufe des Lebens wieder auftreten. Mit den derzeit verfügbaren Therapieoptionen kann die Erkrankung nicht geheilt werden, aber spontane Heilungen sind in jedem Lebensalter möglich (Werfel et al., 2006).

Die allergische Form der Neurodermitis wird auch als atopische Dermatitis oder auch atopisches Ekzem bezeichnet. Diese Form geht auf die allergische Sensibilisierung des Immunsystems auf Allergene zurück, die zur Bildung von spezifischen Antikörpern führt (vgl. BMG, IQWiG, 2021). Die Ursachen für die Entstehung von Neurodermitis sind vielfältig. Einerseits kann eine veränderte Hautflora die Entstehung begünstigen, andererseits zählen auch bestimmte Umweltfaktoren wie starke Hitze oder Kälte und nicht-allergene Stoffe wie raue Textilien aus grober Wolle oder Zigarettenrauch zu Ursachen für eine gereizte Haut. Darüber hinaus spielt die familiäre Veranlagung eine zentrale Rolle im Zusammenspiel von Risikofaktoren, die zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko für Neurodermitis führt (vgl. ebenda).

In Oberhausen waren im Jahr 2022 insgesamt 2.448 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 19 Jahren aufgrund von Neurodermitis in ärztlicher Behandlung. Das entspricht knapp 6% aller Oberhausener Kinder. Die Fallzahlen nach Geschlecht weichen nur geringfügig voneinander ab: 1.234 Jungen und 1.214 Mädchen. Demnach waren 2022 rund 6% der Oberhausener Jungen und 6,2% der Oberhausener Mädchen aufgrund von Neurodermitis in ärztlicher Behandlung.

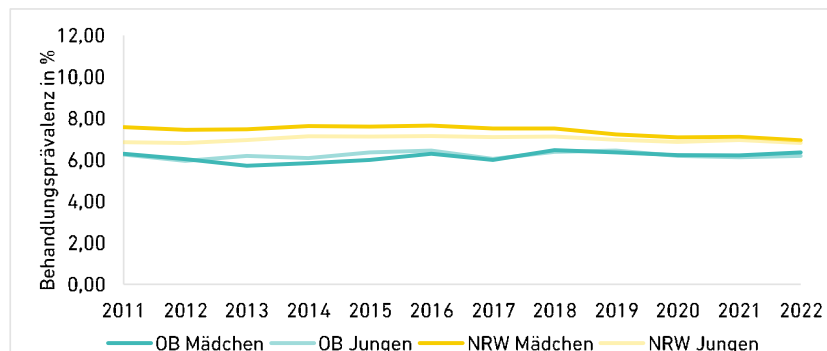


Abbildung 11 Neurodermitis (ICD-10 L20), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen und Jungen, Oberhausen und NRW, 2011 – 2022

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Im NRW-Vergleich war die Behandlungshäufigkeit von Neurodermitis bei Mädchen am höchsten. Sie lag oberhalb der Behandlungsrate der Jungen und derer von Oberhausener Kindern. Die Entwicklung im Jahresverlauf war weitgehend stabil und zeigte kaum Schwankungen. Dies galt sowohl für Oberhausen als auch für NRW.

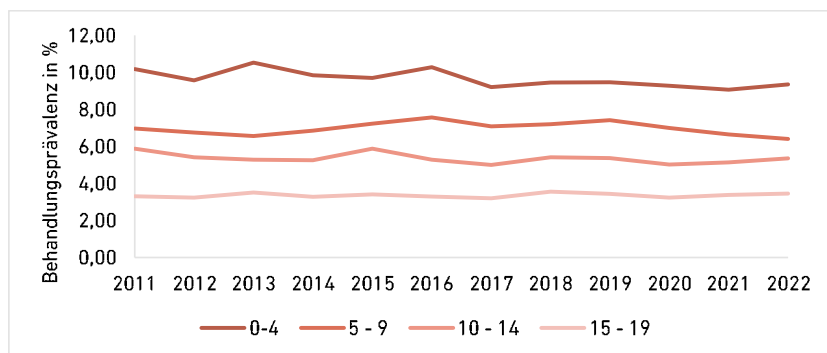


Abbildung 12 Neurodermitis (ICD-10 L20), Ambulante Behandlungsprävalenz, Jungen, Oberhausen, 2011 – 2022

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Zwischen 2011 und 2022 waren vor allem 0- bis 4-jährige Jungen von Neurodermitis betroffen, gefolgt von 5- bis 9-Jährigen. Insgesamt bleiben die Behandlungsprävalenzraten innerhalb der Altersgruppen stabil, mit leichten Schwankungen im Zeitverlauf.

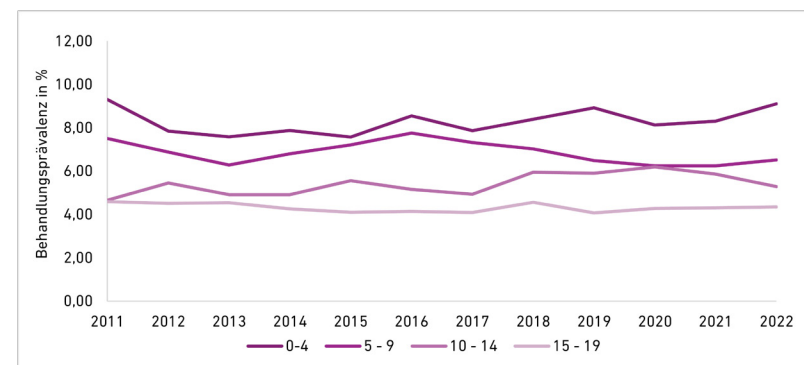


Abbildung 13 Neurodermitis (ICD-10 L20), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen, Oberhausen, 2011 – 2022

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Abbildung 13 zeigt, dass von 2011 bis 2022 vor allem Mädchen im Alter von 0 bis 4 Jahren wegen Neurodermitis behandelt wurden. Insgesamt gab es in allen Altersgruppen leichte Schwankungen.

Im Geschlechtervergleich lässt sich erkennen, dass die Behandlungsprävalenz für Neurodermitis bei Jungen höher war als bei Mädchen. Insgesamt wird deutlich, dass im Berichtszeitraum von 2011 bis 2022 die Behandlungshäufigkeit mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern sinkt.

Mögliche Ursachen und Handlungsoptionen

Ergebnisse der Studie KiGGS Welle 2 des RKI (2018) ergaben, dass die Lebenszeitprävalenz für Neurodermitis, d. h. die Krankheitshäufigkeit auf die gesamte Lebenszeit bezogen, bei Kindern und Jugendlichen bei 12,8% liegt. Demnach bekommen 12,8 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland im Laufe ihres Lebens die Diagnose Neurodermitis. Diese wird am häufigsten im Alter von 0 bis 2 Jahren erstmals festgestellt. Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeigte eine Häufung der weiblichen Neurodermitiserkrankten im Kindes- und Jugendalter (vgl. Thamm et al., 2018). Für die Behandlungsprävalenz der jugendlichen Mädchen aus Oberhausen im Alter von 15 bis 19 Jahren ist die Beobachtung ähnlich: mehr Mädchen waren in dieser Altersgruppe von Neurodermitis betroffen. Gegensätzlich dazu war die Behandlungsprävalenz für Neurodermitis im Berichtszeitraum bei Oberhausener Jungen höher als bei Mädchen. Dies galt besonders für die Altersgruppe der 0- bis 2-Jährigen.

Besonders Säuglinge und Kleinkinder sind von Neurodermitis betroffen.

Die Entstehung von Neurodermitis ist multifaktoriell, wobei die erbliche Veranlagung eine große Rolle spielt. Ist die Erkrankung bei der Eltern oder Geschwistern bereits vorhanden, trägt ein Säugling ein erhöhtes Risiko, ebenfalls an Neurodermitis zu erkranken. Aus diesem Grund ist es wichtig, besonders diese Kinder vor den zuvor genannten Risikofaktoren zu schützen. Auch wenn es keine familiäre Neigung zu Neurodermitis gibt, können bestimmte Maßnahmen helfen, das Erkrankungsrisiko zu senken. Diese zielen vorrangig auf das Gesundheitsverhalten ab. Beispielsweise kann Stillen als Schutzfaktor betrachtet werden, um der Entwicklung der Krankheit entgegenzuwirken. Zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen, dass es als besonders gesundheitsförderlich für das

Kind gilt, wenn die Mutter in den ersten vier bis sechs Monaten nach der Geburt ausschließlich stillt und dies mit der Einführung der Beikost beibehalten wird. Weiterhin sollte aktives und passives Rauchen vermieden werden. So sinkt das Neurodermitisrisiko für das Kind erheblich. Das gilt besonders für Frauen während der Schwangerschaft und der Stillzeit. Ein rauchfreies Umfeld des Kindes sollte auch nach der Geburt fortbestehen (vgl. Kopp et al., 2022). Inwieweit die betroffenen Kinder Tabakrauch ausgesetzt sind oder waren, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht bestimmen.

Der Bereich Gesundheit der Stadt Oberhausen kann mithilfe von öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen über die Gesundheitsgefahren von Tabakrauch aufklären und zur Sensibilisierung der Bürger:innen für dieses Thema beitragen. Darüber hinaus kommt insbesondere der Prävention eine große Bedeutung zu, da ein Risikofaktor für die Entstehung von Neurodermitis bei Kindern das Rauchen der Eltern bzw. während der Schwangerschaft ist. In der aufsuchenden Arbeit der Suchtberatung des Bereichs Gesundheit steht schulische Aufklärung im Hinblick auf die Gesundheitsgefahren durch Rauchen (und andere stoff(un)gebundene Süchte) im Fokus. Das niedrigschwellige Angebot informiert die Kinder und Jugendlichen vor Ort an Schulen und Berufskollegs. Erwachsene Bürger:innen können sich im Kompetenzzentrum Suchtberatung informieren und beraten lassen.

Auch die Frühen Hilfen mit der gesundheitsorientierten Familienbegleitung aus dem Bereich Kinder, Jugend und Familie leisten einen Beitrag, Schwangere und junge Familien für eine gesundheitsförderliche Lebensweise zu sensibilisieren. Darüber hinaus können Umwelteinflüsse eine auslösende und verschlimmernde Wirkung auf Neurodermitis haben. Dazu zählen auch Veränderungen der Umwelt – wie sie durch den Klimawandel entstehen – mit einhergehenden verlängerten Hitzeperioden, Häufung von Tropennächten und höheren Durchschnittstemperaturen. Grundsätzlich ist der Schutz von Kindern vor UV-Strahlung sowie Hitze essentiell und nimmt für Betroffene von Neurodermitis einen noch höheren

Stellenwert ein (vgl. Bergmann et al., 2023). Auf der Internetseite des Bereichs Gesundheit der Stadt Oberhausen findet sich unter der Kategorie Hitzeportal eine Zusammenstellung an Praxistipps im Umgang mit Hitzeperioden und Sonnenschutz.



5.1.3 Heuschnupfen

Heuschnupfen, auch allergischer Schnupfen genannt, ist gekennzeichnet durch eine allergische Reaktion der oberen Atemwege auf Pflanzepollen in der Luft. Zu Symptomen zählen Husten, Schnupfen, Niesen und in manchen Fällen auch Atemprobleme sowie tränende und juckende Augen (vgl. BMG, IQWiG, 2020). In Oberhausen waren im Jahr 2022 insgesamt 2.847 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 19 Jahren aufgrund von Heuschnupfen in ärztlicher Behandlung. Das entspricht knapp 7 % aller Oberhausener Kinder. Davon waren es weitaus mehr Jungen als Mädchen, nämlich 1.738 bzw. 1.109. Demnach waren 2022 ca. 8,6 % der Oberhausener Jungen und 5,7 % der Oberhausener Mädchen aufgrund von Heuschnupfen in ärztlicher Behandlung.

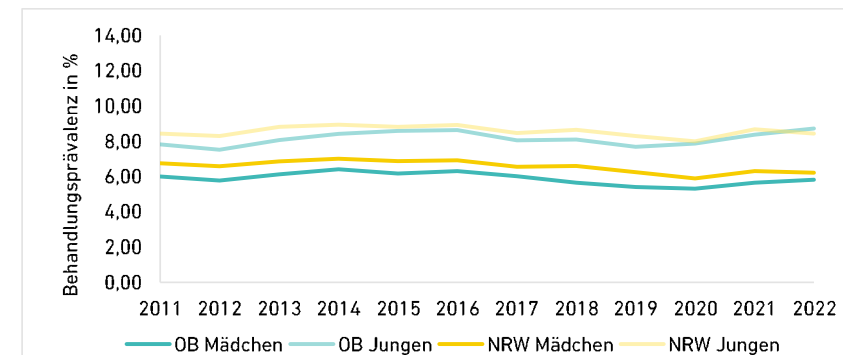


Abbildung 14 Heuschnupfen (ICD-10 J30), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen und Jungen, Oberhausen und NRW, 2011 – 2022

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Im Vergleich waren im Berichtszeitraum sowohl in Oberhausen als auch in Nordrhein-Westfalen mehr Jungen mit Heuschnupfen in ärztlicher Behandlung als Mädchen. Dabei war die Behandlungshäufigkeit bei Oberhausener Kindern geringer als im NRW-Vergleich. Insgesamt waren die Behandlungshäufigkeiten im genannten Zeitraum in Oberhausen und NRW weitgehend konstant und unterlagen nur leichten Schwankungen.

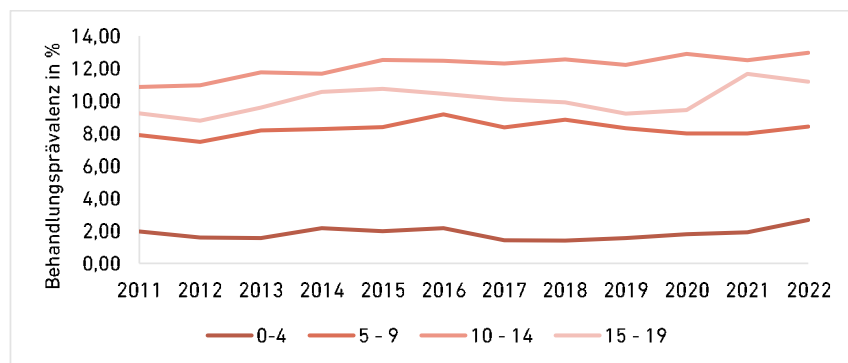


Abbildung 15 Heuschnupfen (ICD-10 J30), Ambulante Behandlungsprävalenz, Jungen, Oberhausen, 2011 – 2022

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bei der Betrachtung der Behandlungshäufigkeit von Jungen mit Heuschnupfen wird deutlich, dass im Berichtszeitraum von 2011 bis 2022 insbesondere die Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen betroffen war, Säuglinge und Kleinkinder dagegen vergleichsweise selten. Im Zeitverlauf sind leichte Schwankungen bei allen Altersgruppen erkennbar, dennoch lag die Behandlungsprävalenz bei den 10 bis 14 Jahre alten Jungen seit 2015 über 12 %. Im Jahr 2021 ist ein sprunghafter Anstieg bei den 15- bis 19-Jährigen zu erkennen, der mit knapp 11,7 % die höchste Rate im Zeitverlauf markiert.

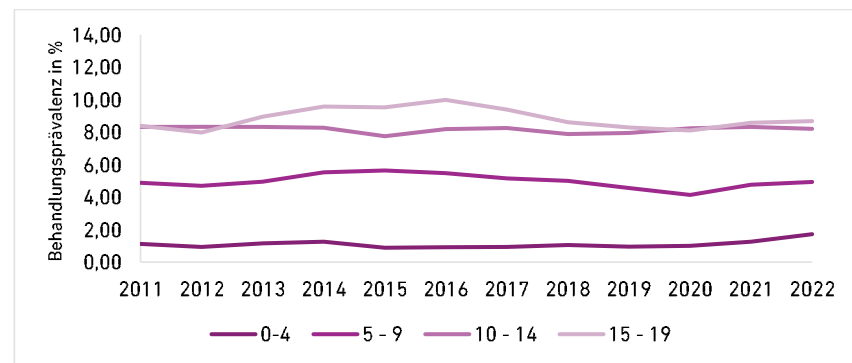


Abbildung 16 Heuschnupfen (ICD-10 J30), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen, Oberhausen, 2011 – 2022

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Aus Abbildung 16 geht hervor, dass die Behandlungshäufigkeit von Mädchen mit Heuschnupfen im Berichtszeitraum von 2011 bis 2022 bei den Altersgruppen der 10- bis 14-Jährigen und der 15- bis 19-Jährigen am höchsten waren. Säuglinge und Kleinkinder waren dagegen vergleichsweise selten mit dieser Diagnose in Behandlung. Im Zeitverlauf von 2011 bis 2022 sind leichte Schwankungen bei allen Altersgruppen erkennbar, dennoch lag die Behandlungsprävalenz bei den 15 bis 19 Jahre alten Mädchen seit 2011 über 8 %.

Im Geschlechtervergleich lässt sich erkennen, dass die Behandlungsprävalenz für Heuschnupfen bei Jungen insgesamt höher war als bei Mädchen. Die Betrachtung der Altersgruppen zeigt jedoch, dass die Häufigkeit bei Jungen im Alter von 10 bis 14 Jahren und bei Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren am größten war.

Mögliche Ursachen und Handlungsbedarfe

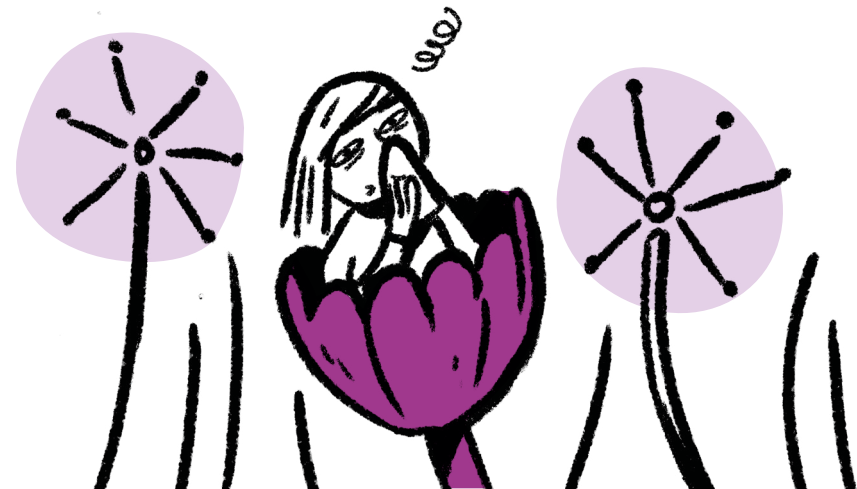
Ebenso wie bei den Oberhausener Kindern ist Heuschnupfen auch im deutschlandweiten Vergleich häufiger bei Jungen als bei Mädchen vertreten. Die Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) nimmt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zu (vgl. Poethko-Müller et al., 2018). Im Erwachsenenalter sind jedoch Frauen häufiger betroffen als Männer (vgl. RKI, 2024). Ähnliches ist anhand der Daten zur Behandlungsprävalenz von Heuschnupfen bei Oberhausener Kindern zu beobachten. Inwieweit die Betroffenen in Oberhausen von den nachfolgenden Risikofaktoren betroffen sind, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht beurteilen.

Risikofaktoren für die Entstehung von Heuschnupfen im Kindesalter sind die genetische Veranlagung der Eltern für Heuschnupfen oder Allergien in Kombination mit schädlichen Umwelteinflüssen. Leiden beide Elternteile an einer Allergie, ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass auch das Kind daran erkrankt. Eine Reihe von Umwelteinflüssen hat negative Auswirkungen im Hinblick auf die Entstehung von Heuschnupfen. Dazu gehören das aktive und passive Rauchen, die ebenfalls mit der Entstehung allergischen Asthmas in Verbindung gebracht werden. Dies wird als sogenannter Etagenwechsel bezeichnet (vgl. Helmholtz Zentrum München, 2019).

Im Hinblick auf die Exposition gegenüber Tabakrauch kann der Bereich Gesundheit der Stadt Oberhausen mithilfe von öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen auf die Gesundheitsgefahren aufmerksam machen und so zur Sensibilisierung für dieses Thema bei Bürger:innen beitragen. Zusätzlich bietet das Kompetenzzentrum Suchtberatung der Stadt Angebote und Beratungsmöglichkeiten u. a. zur Rauchentwöhnung für Erwachsene an. Kinder und Jugendliche erreicht das Team mithilfe von schulischer Aufklärung in den Einrichtungen und klärt über die Gesundheitsgefahren durch Rauchen (und weitere Süchte) auf.

Darüber hinaus hat der Klimawandel direkte und indirekte Effekte auf allergische Erkrankungen. Infolge veränderter Parameter für Temperatur, Niederschlagsmengen, Verdunstung und Bodenfeuchte ist zu beobachten, dass sich die sogenannten phänologischen Jahreszeiten, d. h. die Eintrittsdaten verschiedener

Entwicklungsstadien einer Pflanze (von Blüte bis Blattfall) verschieben. Dies wirkt sich gleichermaßen auf die Pollensaison aus. Forschende gehen davon aus, dass der fortschreitende Klimawandel eine weitere Verfrühung der Pollensaison zur Folge hat (vgl. Deutscher Wetterdienst, 2022). Aufgrund wärmerer Temperaturen ist mit einem zeitlich verlängerten Pollenflug einiger Pflanzenarten zu rechnen (vgl. Fernandez Rodriguez et al., 2012). Darüber hinaus beeinflussen hohe CO₂-Konzentrationen in der Luft die Pflanzenproduktivität, was zu einer Zunahme der Pollenmenge führt. Experimente an verschiedenen Pflanzen wie Ambrosia haben dies bereits belegt (vgl. Wayne et al., 2002; vgl. Ziska und Caulfield, 2000).



Infolgedessen kann es zu Veränderungen der Pollenkonzentration in der Luft kommen. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass sich im Zuge des Klimawandels Änderungen im Spektrum allergener Pollen ergeben werden. Das bedeutet einerseits, dass es in Zukunft neue Pollenallergene geben wird. Andererseits kann sich die allergologische Bedeutung von Pollen heimischer Pflanzenarten ändern und die der freiwachsenden, nicht heimischen Pflanzenarten zunehmen (vgl. Bergmann et al., 2023). Zusätzlich legen Studien nahe, dass

auch Luftschadstoffe aus dem Straßenverkehr wie Stickoxide und Feinstaub das Allergiegesehen beeinflussen können, indem sie die Schleimhäute durchlässiger machen und Allergene so leichter in den Körper gelangen können. Ferner bewirken sie durch chemische Veränderung der Pollen, dass sich die Allergenität verändert und meist sogar verstärkt (vgl. Bergmann et al., 2023; vgl. Helmholtz Zentrum München, 2019). Vor diesem Hintergrund sind Kinder und Jugendliche im besonderen Maße vor Luftverschmutzung zu schützen, da sich ihr Körper, die Organe und das Immunsystem noch in der Entwicklung befinden. Veränderungen städtebaulicher Art können zu einer Reduzierung der Luftschadstoffe durch Kraftfahrzeuge beitragen. Konkrete Umsetzungsbeispiele sind die Ausweitung des Rad- und Fußverkehrs im Stadtgebiet sowie die Errichtung von mehr Grünflächen und Bepflanzungen. Bei der Planung des Stadtgrüns ist das allergene Potenzial der Pflanzen zu berücksichtigen (vgl. European Environment Agency, 2023). Insbesondere in Ballungsräumen wie im Ruhrgebiet, folglich auch in Oberhausen, sind diese Faktoren zu beachten. Es ist davon auszugehen, dass die genannten Effekte des Klimawandels im Laufe der Jahre bestehen bleiben bzw. sich verstärken werden. Daher ist es wichtig, die Risikofaktoren für die Entstehung von Heuschnupfen soweit wie möglich zu reduzieren (vgl. Bergmann et al., 2023).

Der Klimawandel hat direkte und indirekte Effekte auf allergische Erkrankungen.

5.1.4 Asthma bronchiale

Bei der chronischen Erkrankung Asthma bronchiale handelt es sich um eine chronisch entzündliche Erkrankung. Das Bronchialsystem von Asthmatiker:innen reagiert übermäßig empfindlich auf unterschiedliche Reize, was eine anfallsweise Verengung der Atemwege bewirken kann. Folglich reagiert der

Körper zeitweise mit typischen Asthmasymptomen wie pfeifender Atmung (Giemen), Kurzatmigkeit und Atemnot, trockenem Reizhusten und Engegefühl in der Brust. Im Falle eines sogenannten allergischen Asthmas können Tierhaare, Hausstaub, Pollen und/oder Nahrungsmittel Auslöser der Beschwerden sein. Zusätzlich können auch Einflüsse der unmittelbaren Umwelt wie kalte Luft oder irritierende Reize wie Zigarettenrauch oder Parfüm Beschwerden auslösen. Zu weiteren Ursachen zählen körperliche Anstrengung, psychische Faktoren (z. B. Stress, Aufregung), Infekte der Atemwege oder Medikamentenwirkstoffe (vgl. Buhl et al., 2023).

In Oberhausen waren im Jahr 2022 insgesamt 1.621 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 19 Jahren aufgrund von Asthma bronchiale in ärztlicher Behandlung. Das entspricht knapp 4 % aller Oberhausener Kinder. Davon waren ca. 62 % Jungen (1.002) und knapp 38 % Mädchen (619). Demnach waren 2022 rund 5 % der Oberhausener Jungen und ca. 3,2 % der Oberhausener Mädchen aufgrund von Asthma bronchiale in ärztlicher Behandlung.

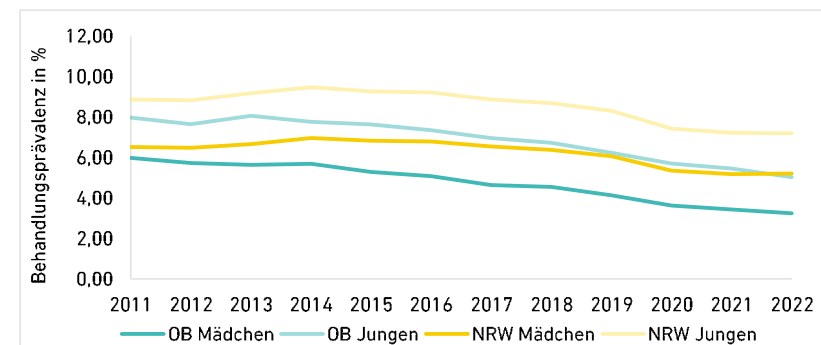


Abbildung 17 Asthma bronchiale (ICD-10 J45), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen und Jungen, Oberhausen und NRW, 2011 – 2022

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Im Berichtszeitraum waren sowohl in Oberhausen als auch in Nordrhein-Westfalen mehr Jungen mit Asthma bronchiale in ärztlicher Behandlung als Mädchen. Dabei ist die Behandlungshäufigkeit für Asthma bronchiale von Kindern in Oberhausen geringer als im NRW-Vergleich. Insgesamt sinken die Behandlungshäufigkeiten im genannten Zeitraum in Oberhausen und NRW leicht.

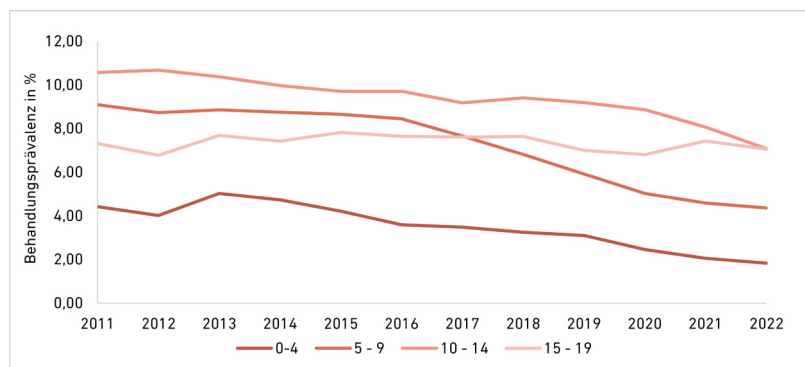


Abbildung 18 Asthma bronchiale (ICD-10 J45), Ambulante Behandlungsprävalenz, Jungen, Oberhausen, 2011 – 2022

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

In Abbildung 18 wird deutlich, dass im Berichtszeitraum von 2011 bis 2022 insbesondere die Altersgruppe der 10- bis 14-jährigen Jungen aufgrund von Asthma bronchiale in ärztlicher Behandlung war.

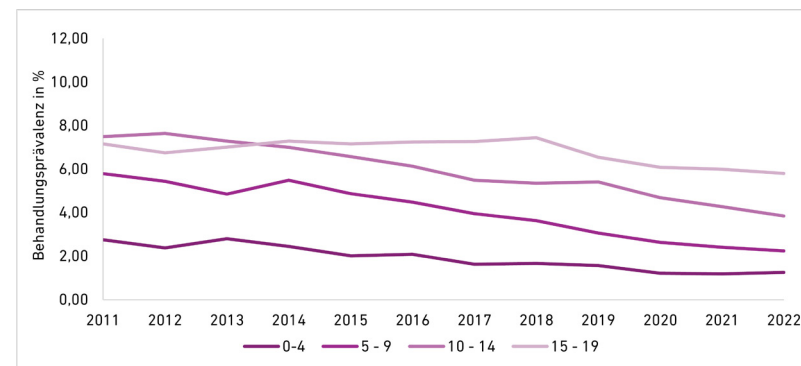


Abbildung 19 Asthma bronchiale (ICD-10 J45), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen, Oberhausen, 2011 – 2022

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bei der Betrachtung der Behandlungshäufigkeit von Mädchen mit Asthma bronchiale ist erkennbar, dass die Altersgruppen der 15- bis 19-Jährigen seit 2014 am häufigsten von allen Altersgruppen betroffen waren.

Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass die Behandlungsprävalenz für Asthma bronchiale bei Jungen insgesamt höher war als bei Mädchen. Ebenso unterschied sich die Rate bei Mädchen und Jungen nach jeweiliger Altersgruppe: bei Jungen war die Behandlungsprävalenz im Alter von 10 bis 14 Jahren und bei Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren am größten.

Mögliche Ursachen und Handlungsbedarfe

Die geschlechtsspezifische Beobachtung für die Oberhausener Kinder ist ähnlich zur Entwicklung in Deutschland: demnach tritt Asthma bronchiale häufiger bei Jungen als bei Mädchen auf. Das wird insbesondere bei den Jungen im Schulalter deutlich. Dies zeigen die Querschnittsergebnisse der KiGGS Welle 2 aus dem Jahr 2018, einer Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland des Robert Koch-Institutes (vgl. Poethko-Müller et al., 2018). Die leichte Abnahme der Behandlungshäufigkeit bei Oberhausener Kindern und

Jugendlichen aufgrund von Asthma bronchiale lässt sich hier nicht abschließend erklären. Es bleibt ebenso offen, inwieweit die nachfolgenden Risikofaktoren auf die betroffenen Kinder und Jugendlichen in Oberhausen zutreffen.

Die Behandlungsprävalenz entwickelte sich bei beiden Geschlechtern stabil: Tendenz sinkend.

In der Regel wird die Erstdiagnose in der Kindheit oder im Jugendalter gestellt. Risikofaktoren, die die Entstehung der Krankheit begünstigen, sind einerseits genetisch bedingt, können jedoch andererseits auch auf Umwelteinflüsse wie Aktiv- und Passivrauchen und Luftschadstoffe zurückgehen. Gleichmaßen beeinflussen der Lebensstil und das Gesundheitsverhalten des Kindes die Krankheitsentstehung: Übergewicht, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel können damit einhergehen (vgl. Buhl et al., 2023). Kindliches Asthma kann sich im Verlauf des Heranwachsens verändern. Bei etwa 30 bis 50 % der betroffenen Kinder nehmen die Beschwerden im Jugendalter ab oder treten nicht mehr auf. Ob sich Asthma im Laufe der Entwicklung zurückbildet, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Dazu zählen insbesondere das Alter beim Auftreten der Erkrankung, der Schweregrad der Symptome und die Kontrolle der Erkrankung durch eine optimale Therapie (Helmholtz Zentrum München, 2014). Kinder mit schwerem Asthma haben eine geringere Wahrscheinlichkeit, im Jugendalter beschwerdefrei zu sein. Asthma bleibt dennoch eine chronische Erkrankung, die auch nach längeren symptomfreien Phasen im Erwachsenenalter erneut aktiv werden kann (Global Initiative for Asthma, 2019).

Präventive Maßnahmen, welche das Risiko der Entstehung senken können, sind demnach Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Passivrauch und bestenfalls eine Rauchentwöhnung der Eltern bzw. Personen im nahen sozialen Umfeld

der jungen Menschen. Schulische Aufklärung im Hinblick auf die Gesundheitsgefahren von Rauchen für Kinder und Jugendliche sollte schon früh beginnen. Die Suchtberatung des Bereichs Gesundheit der Stadt Oberhausen betreibt im Rahmen der Suchtprävention niedrigschwellige Aufklärung in Schulen und an Berufskollegs im Stadtgebiet. Für Erwachsene gibt es ebenfalls ein umfangreiches Beratungsangebot.

Neben der zuvor beschriebenen Verhaltensprävention sind auch Veränderungen der Verhältnisse denkbar, die sich auf die Reduzierung von Luftschadstoffen im Stadtgebiet beziehen können. Kinder und Jugendliche sind besonders vor Luftverschmutzung zu schützen, da sich ihr Körper, die Organe und das Immunsystem noch in der Entwicklung befinden. Veränderungen städtebaulicher Art können eine Reduzierung der Luftschadstoffe durch Kraftfahrzeuge und somit eine Verbesserung der Luftqualität bewirken. In der konkreten Umsetzung zählen dazu die Errichtung von mehr Grünflächen und Bepflanzungen (mit geringem allergenen Potenzial) sowie die Ausweitung des Rad- und Fußverkehrs im Stadtgebiet. Die European Environment Agency empfiehlt die Luftqualität vorrangig in Bereichen wie Schulen und Kindergärten zu überprüfen und zu verbessern, bis die Luftverschmutzung insgesamt reduziert wird (vgl. European Environment Agency, 2023).

Für betroffene Kinder und Jugendliche ist eine gute medizinische Versorgung essentiell, damit in regelmäßigen Abständen die Asthma-Kontrolle durch die behandelnden Ärzt:innen durchgeführt werden kann. So kann die Medikamentengabe bei Beschwerden kontrolliert und dem Bedarf angepasst werden. Dies ist erforderlich, damit eine wirkungsvolle Therapie bereits früh beginnen kann. In Ergänzung dazu ist auch die Teilnahme der Betroffenen an sogenannten Disease-Management-Programmen (DMP) sinnvoll, die regelmäßige Verlaufskontrollen sowie die Beratung und Schulung von Betroffenen im Umgang mit der Krankheit ermöglichen (vgl. IQWiG, 2023). Für die Suche nach einem geeigneten Kinderarzt bzw. -ärztin bietet sich die Übersicht im Gesundheitspartnerverzeich-

nis des Bereichs Gesundheit an.

Weiterhin empfiehlt es sich für Kinder und Jugendliche, an einer Asthma-Schulung teilzunehmen, um den Umgang mit der Krankheit und notwendigen Medikamenten zu erlernen. Die Schulung richtet sich auch an Eltern betroffener Kinder, die ebenfalls für die Erkrankung sensibilisiert werden sollten (vgl. Lommatzsch et al., 2020). Darüber hinaus ist es genauso wichtig, dass auch das Personal betreuender Einrichtungen wie KTE oder Schule über die Erkrankung eines betroffenen Kindes informiert und für Symptome von Asthma bronchiale sensibilisiert sind. So können die Teilhabechancen im Alltag des Kindes erhöht werden.

Allergischer Heuschnupfen, allergisches Asthma und Neurodermitis zählen zu den sogenannten atopischen Erkrankungen. Mit dem Begriff ‚Atopie‘ (atopia, griech. = Ortlosigkeit) ist gemeint, dass der Körper zu einer verstärkten allergischen Reaktion auf normalerweise harmlose Substanzen oder Reize aus der Umwelt (Allergene) neigt. Diese Reaktion geht auf eine immunologische Überempfindlichkeit von Haut und Schleimhäuten gegen Allergene zurück (vgl. IQWiG, 2024; Bergmann et al., 2023).

5.2 Psychische Erkrankungen

Neben häufigen körperlichen Beschwerden ist es ebenso wichtig, die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fokussieren. Viele empirische Untersuchungen belegen, dass ein Erkrankungsbeginn im frühen Kindesalter negative Auswirkungen auf die sozioemotionale Kompetenzentwicklung (z. B. Umgang mit Emotionen, Konflikt-, Kontakt-, Beziehungsfähigkeit) hat. Teilweise werden die Kinder bis ins junge oder spätere Erwachsenenalter von psychischen Erkrankungen beeinträchtigt. (vgl. Egger und Angold, 2006; vgl. Briggs-Gowan et al., 2001; vgl. Schlenz-Schuster und von Klitzing, 2023).

Der Mensch durchlebt hinsichtlich der Entwicklungsgeschwindigkeit im Säuglings- und Kleinkindalter seine dynamischste und zugleich vulnerabelste Phase, die mit schnellen Veränderungen in kognitiven, psychischen, physischen Aspekten und sozialen Verhaltensweisen einhergeht (vgl. Klitzing et al., 2015). Eine frühe Feststellung von psychischen Erkrankungen im Kindesalter ermöglicht die

Basis, damit Langzeitriskien mithilfe von frühen Interventionen gesenkt und die Lebensqualität von Kindern und Familien verbessert werden kann (Schlenz-Schuster und von Klitzing, 2023). Dies unterstützt die Bedeutung von multidisziplinären Unterstützungen, damit die Kinder eine gute Aussicht auf ein gesundes Erwachsenenleben haben.

Psychische Störungen im frühen Kindesalter haben negative Auswirkungen auf die sozioemotionale Kompetenz.

5.2.1 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder auch hyperkinetische Störung genannt (HKS) ist eine psychische Erkrankung, welche sich durch Symptome wie gestörte Konzentrationsfähigkeit (Unaufmerksamkeit), motorische Unruhe (Hyperaktivität) und unüberlegtes Handeln (Impulsivität) kennzeichnet (vgl. BMG, 2024). Diese Merkmale können in individuell und in verschiedenen Lebensbereichen unterschiedlich stark ausgeprägt sein, sind nicht dem Entwicklungsstand der betroffenen Person entsprechend und führen zu einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe) und Integration. Die Symptome treten in alltagstypischen Situationen auf, in denen von Kindern oder Jugendlichen eine längere Aufmerksamkeitsspanne und Ausdauer erwartet wird, wie im Schulunterricht, beim Essen oder bei den Hausaufgaben (Döpfner und Banaschewski, 2020). Meist beginnt die Störung im Kindes- und Jugendalter und kann auch später diagnostiziert werden und bis ins Erwachsenenalter fortbestehen (vgl. BMG, 2024). Teilweise geht ADHS mit weiteren psychischen Erkrankungen einher. Dabei handelt es sich beispielsweise um Depressionen, Angst- und Lernstörungen oder Störungen des Sozialverhaltens (vgl. Döpfner et al., 2013; vgl. Larson et al., 2011).

In Oberhausen waren im Jahr 2022 insgesamt 1.477 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 19 Jahren aufgrund von ADHS in ärztlicher Behandlung. Das entspricht knapp 4 % aller Oberhausener Kinder. Davon waren es weitaus mehr Jungen als Mädchen, nämlich knapp 1.092 bzw. 385. Demnach waren 2022 ca. 5 % der Oberhausener Jungen und rund 2 % der Oberhausener Mädchen aufgrund von ADHS in ärztlicher Behandlung.

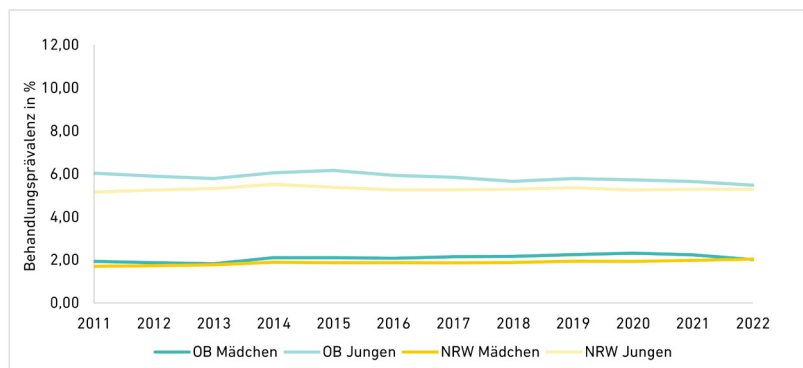


Abbildung 20 Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (ICD-10 F90), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen und Jungen, Oberhausen und NRW, 2011 – 2022
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Im Berichtszeitraum waren grundsätzlich mehr Jungen als Mädchen betroffen. Im NRW-Vergleich zeigte sich die Behandlungsprävalenz der Oberhausener Kinder bei beiden Geschlechtern geringfügig höher. Insgesamt war sie über den Zeitraum stabil.

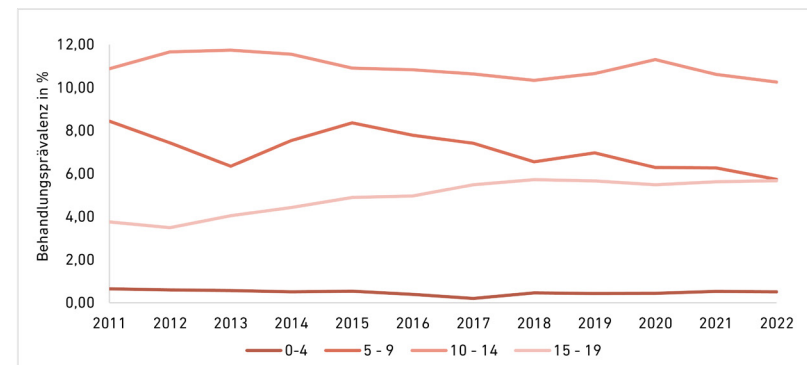


Abbildung 21 Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (ICD-10 F90), Ambulante Behandlungsprävalenz, Jungen, Oberhausen, 2011 – 2022
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Die höchste Behandlungsprävalenz zeigte sich in der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen, gefolgt von der Gruppe der 5- bis 9-jährigen Jungen. Die Behandlungsprävalenz der 15- bis 19-Jährigen Jungen lag unterhalb der jüngeren Altersgruppen und zeigte über die betrachteten Jahre einen leichten Anstieg.

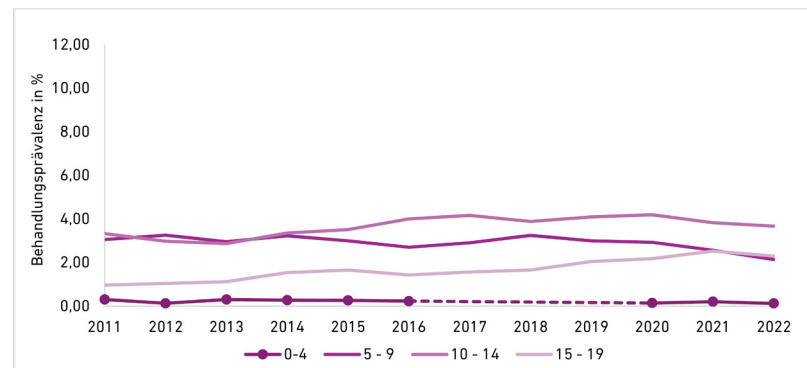


Abbildung 22 Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (ICD-10 F90), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen, Oberhausen, 2011 – 2022
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Die Behandlungsprävalenz war bei den Mädchen der Altersgruppe 10 bis 14 am höchsten, gefolgt von den 5- bis 9-Jährigen. Säuglinge und Kleinkinder im Alter von 0 bis 4 Jahren waren am seltensten aufgrund von ADHS in ärztlicher Behandlung. Dies zeigt sich über den gesamten Berichtszeitraum, wobei im Zeitraum 2017 bis 2019 aufgrund zu geringer Datenmengen keine Prävalenzen vorlagen. Insgesamt waren die Behandlungsprävalenzen bei Mädchen aufgrund von ADHS stabil. Ein leichter Anstieg ist bei der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen zu verzeichnen.

Der Geschlechtervergleich zeigt, dass weitaus mehr Jungen als Mädchen aufgrund von ADHS in ärztlicher Behandlung waren. Dieser Unterschied wird besonders deutlich zwischen den Altersgruppen der 10- bis 14-jährigen Kinder: die Behandlungsprävalenz lag 2022 bei Jungen bei knapp 10,3 %, beinahe drei Mal so hoch wie bei den Mädchen (ca. 3,7 %).

Am häufigsten waren Kinder in der Altersgruppe 10 bis 14 Jahre aufgrund von ADHS in ambulanter Behandlung.

Mögliche Ursachen und Handlungsoptionen

Gemäß der KiGGS-Studie des RKI (2018) zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wird ADHS häufiger bei Jungen als bei Mädchen diagnostiziert. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass leicht zu beobachtende Symptome wie übermäßige Bewegungen im motorischen Bereich wie Zappeligkeit, Ungeschicklichkeit in Grob- und Feinmotorik bei Jungen oft stärker ausgeprägt sind. Bei Mädchen zeigt sich die Krankheit eher in der Ausprägungsform des unaufmerksamen Subtypus, welcher sich durch Konzentrationsschwierigkeiten, leichte Ablenkbarkeit und Vergesslichkeit auszeichnet (vgl. Göbel et al., 2018). Insgesamt ist die Prävalenz von ADHS in Deutschland in den vergangenen

Jahrzehnten stabil geblieben (vgl. Banaschewski et al., 2017). Bei Oberhausener Kindern wird eine ähnliche Tendenz beobachtet: die Behandlungsprävalenz blieb im Berichtszeitraum ebenfalls weitgehend stabil.

Die Risikofaktoren für die Entstehung von ADHS sind unzureichend geklärt (vgl. Banaschewski et al., 2017). Bislang wird vermutet, dass die Entstehung der Erkrankung multifaktoriell ist. Dabei spielen viele verschiedene Faktoren und Einflüsse eine Rolle wie genetische Faktoren und psychosoziale Bedingungen. Es ist unwahrscheinlich, dass es sich auf einen einzelnen Faktor bei der Entstehung beschränkt (vgl. Döpfner und Banaschewski, 2020).

Da es sich um eine komplexe Krankheitsentstehung handelt, müssen die entsprechenden Unterstützungsangebote ebenfalls multifaktoriell sein. Aufgrund der häufig auftretenden Begleiterkrankungen von ADHS wie psychische Störungen und der geringer eingeschätzten gesundheitsbezogenen Lebensqualität von betroffenen Heranwachsenden, nehmen Prävention und Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert ein (vgl. RKI, 2021; vgl. Baumgarten et al., 2019).

Es ist sinnvoll, settingbasierte Maßnahmen zu etablieren, die die betroffenen Kinder und Jugendlichen in ihrem Alltag unterstützen können. Die Familie stellt in diesem Zusammenhang einen wichtigen Ansatzpunkt für die Prävention von ADHS dar. Eine Verbesserung des familiären Zusammenhaltes kann bestenfalls eine bestehende Symptomatik positiv beeinflussen. Ein Beispiel dafür kann die aufsuchende Familienhilfe sein, welche Unterstützung bei Erziehungsaufgaben, Lösungen von Alltagsproblemen und gesundheitlichen Fragestellungen bieten kann. Diese kann sich insbesondere an Risikogruppen wie Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status richten (vgl. RKI, 2021). Neben der Familie kommt auch KTE und Schulen als zentrale Lebenswelten von Heranwachsenden eine große Bedeutung in der Prävention und Gesundheitsförderung zu. Fachpersonal in beiden Settings sollte daher für Auffälligkeiten und ADHS-Symptome bei Kindern sensibilisiert werden. Einerseits können sie so lernen, angemessen darauf zu reagieren und andererseits unter Beteiligung der Eltern Unterstützungsangebote zu initiieren. Darüber hinaus empfiehlt es sich die Bewegungs-

förderung für Kinder in der Schule voranzutreiben. Erhöhte körperliche Aktivität wie beispielsweise auch durch bewegte Pausen im Unterricht stehen in Zusammenhang mit einer verbesserten Aufmerksamkeit, was besonders Kindern mit ADHS zugutekommt (vgl. Pontifex et al., 2014). Aus kommunaler Sicht können fachbereichs- oder sektorenübergreifende Strukturen Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern Unterstützung bieten. Ein Beispiel dafür ist die kommunale Präventionskette, welche versucht anhand der Lebensbiografie von Heranwachsenden ein multiprofessionelles Netzwerk aufzubauen. Darüber hinaus kann auch die psychologische Beratungsstelle (Bereich Kinder, Jugend und Familie) der Stadt Oberhausen eine erste Anlaufstelle für betroffene Familien sein, um Erziehungs- und Familienberatung in Anspruch zu nehmen.

5.2.2 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Infolge belastender bzw. traumatisierender Ereignisse können psychische Veränderungen auftreten. Zu unterscheiden sind kürzer anhaltenden psychische Veränderungen (Anpassungsstörung/akute Belastungsreaktion) von langfristigen Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit (posttraumatische Belastungsstörung, kurz PTBS) (Habel und Schneider, 2016). Nachfolgend werden sämtliche Ausprägungen zusammengefasst unter der Diagnose ‚Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen‘ betrachtet.

In Oberhausen gab es im Jahr 2022 insgesamt 725 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 19 Jahren, die aufgrund von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen in ärztlicher Behandlung waren. Das entspricht ca. 1,8 % aller Oberhausener Kinder. Davon waren 288 männlichen und 437 weiblichen Geschlechts. Demnach waren 2022 ca. 1,4 % der Oberhausener Jungen und rund 2 % der Oberhausener Mädchen aufgrund von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen in ärztlicher Behandlung.

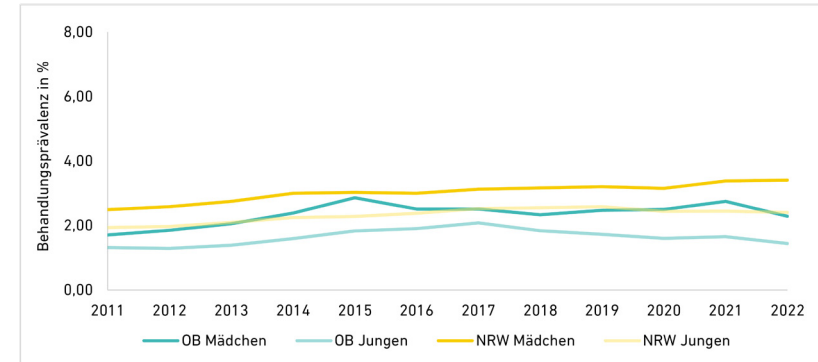


Abbildung 23 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen und Jungen, Oberhausen und NRW, 2011 – 2022
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Sowohl in Oberhausen als auch in NRW waren Mädchen häufiger aufgrund von Belastungs- und Anpassungsstörungen in ärztlicher Behandlung als Jungen. Insgesamt lag die Behandlungsprävalenzrate der Oberhausener Kinder unterhalb der NRW-Rate. Entgegen des leichten Anstiegs in NRW sank die Rate bei Oberhausener Kindern seit 2021.

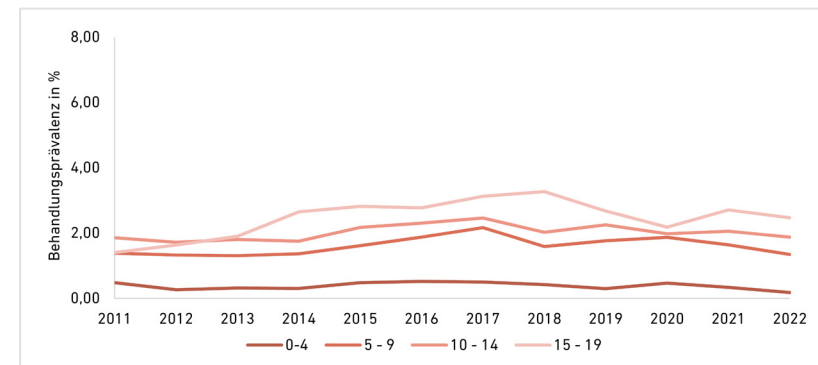


Abbildung 24 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43), Ambulante Behandlungsprävalenz, Jungen, Oberhausen, 2011 – 2022
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Zwischen 2011 und 2022 waren vor allem Jungen im Alter von 15 bis 19 Jahren wegen Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen in Behandlung, gefolgt von den 10- bis 14-Jährigen. Säuglinge und Kleinkinder waren seltener betroffen.

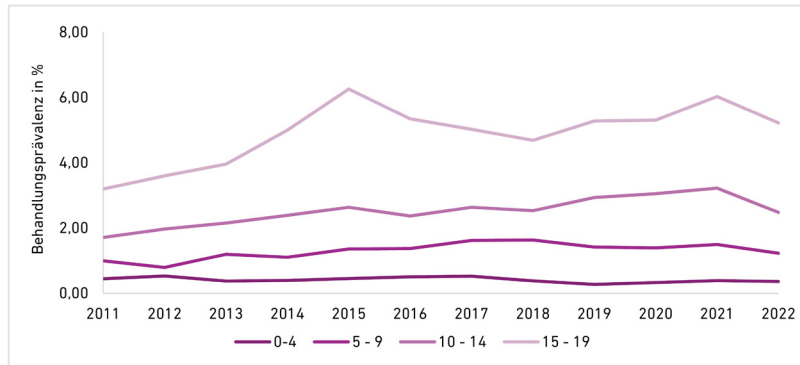


Abbildung 25 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen, Oberhausen, 2011 – 2022
Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Im Berichtszeitraum waren vor allem Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren wegen Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen in Behandlung. In 2015 und 2021 gab es punktuelle Anstiege, die im Folgejahr wieder sanken. Es war ein leichter Anstieg der Behandlungsprävalenz bei den Mädchen der Altersgruppen 15 bis 19 sowie 10 bis 14 Jahre zu beobachten, während jüngere Mädchen seltener betroffen waren.

Bei der Betrachtung der weiblichen Kinder liegen die Behandlungsprävalenzen höher als bei den männlichen Kindern (siehe Abb. 23). Genau wie in der Gruppe der Jungen liegt die Behandlungsprävalenz der älteren Kinder höher als die der jüngeren weiblichen Kinder. Die sinkende Behandlungsprävalenz vom Jahr 2021 zum Jahr 2022 findet sich hier jedoch, im Gegensatz zur männlichen Vergleichsgruppe, bei den älteren Mädchen.

Bei jugendlichen Mädchen aus Oberhausen stieg die Behandlungsprävalenz an.

Im Geschlechtervergleich lässt sich erkennen, dass die Behandlungsprävalenz für Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen bei Mädchen insgesamt um ca. 3,5 % höher war als bei Jungen. Die Betrachtung der Altersgruppen zeigt, dass die Häufigkeit bei Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren am höchsten ist.

Mögliche Ursachen und Handlungsoptionen

Eine Untersuchung von bundesweiten, vertragsärztlichen Abrechnungsdaten im Rahmen der Mental Health Surveillance des RKI (2024) zeigte die Entwicklung der Diagnoseprävalenz von psychischen Erkrankungen im Zeitraum von 2012 bis 2022 auf (Thom et al., 2024). Daraus ging hervor, dass im Jahr 2022 circa 4 % aller dokumentierten Diagnosen psychischer Störungen (N= 16.183.084) bei Kindern und Jugendlichen (< 18 Jahre) auf die Diagnose ‚Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen‘ zurückgingen. Damit zählte sie zu den zehn häufigsten Diagnosegruppen psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (ebenda). Bundesweit ist bei dieser Personengruppe ein allgemeiner Anstieg emotionaler Störungen zu verzeichnen. Grundsätzlich ist die Adoleszenz eine besonders empfindliche Lebensphase in Bezug auf die Entwicklung psychischer Erkrankungen. Dabei spielen die Gehirnentwicklung, genetische Veranlagung und soziale Einflüsse eine wichtige Rolle (Koletzko, 2023).

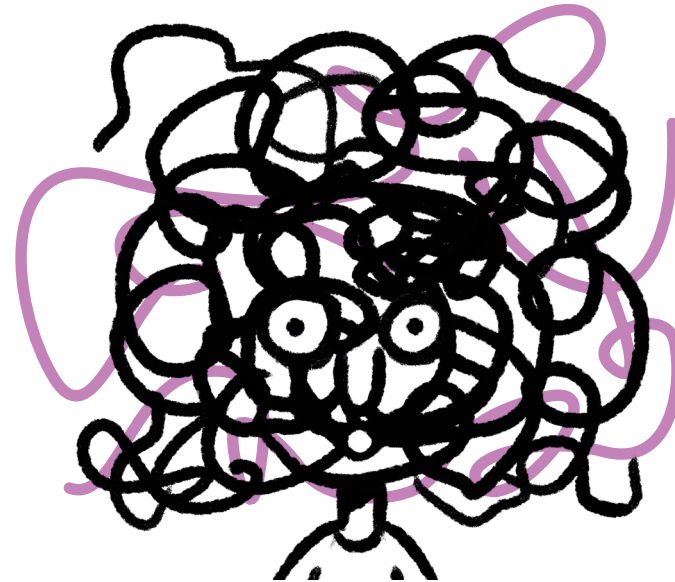
Bei den Oberhausener Ergebnissen fallen in den Abbildungen 22 und 25 besonders die erhöhten Behandlungsprävalenzen der Oberhausener Mädchen in den Jahren 2015 und 2021 auf. Die altersspezifische Betrachtung zeigt diese Entwicklung vor allem bei Mädchen im Teenageralter von 15 bis 19 Jahren.

Unter Einbeziehung historischer Ereignisse in den jeweiligen Jahren kann im Jahr 2015 die Fluchtmigration aufgrund von politischen Unruhen nach Deutschland benannt werden. Auch Oberhausen nahm schutzsuchende Personen aus dem Ausland auf. Es ist anzunehmen, dass der Anstieg der Behandlungsprävalenz von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen bei Mädchen besonders in diesem Jahr auf Personen mit Kriegs- und Fluchterfahrungen zurückzuführen ist. Die erhöhte Behandlungsprävalenz im Jahr 2021 könnte mit der globalen COVID-19-Pandemie zusammenhängen. Ergebnisse repräsentativer Studien zeigen ein hohes Ausmaß an pandemiebezogenen Belastungen, Zunahmen psychischer Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Schlack et al., 2023). Der Anstieg der Behandlungsprävalenz bei Mädchen im Jahr 2021 kann auf das vermehrte Auftreten von Reaktionen auf schwere Belastungen – in diesem Fall ausgelöst durch die Umstände der Pandemie – zurückzuführen sein. Ein weiterer möglicher Grund kann die erhöhte Inanspruchnahme der ärztlichen Behandlung als Nachholeffekt aufgrund der pandemiebedingten Eindämmungsmaßnahmen sein (vgl. ebenda).

Weitere Ursachen für die betrachtete Erkrankung sind Krisen mit lebensverändernden Umständen oder belastenden Lebensereignissen (vgl. Plener, 2024). Beispiele hierfür sind Verlusterlebnisse wie Trennung/Scheidung, Tod, Emigration oder Umzug, die Geburt eines Geschwisterkindes, neue Bezugspersonen, schulische Probleme oder Veränderungen, eigene körperliche Erkrankungen oder Erkrankungen der Bezugspersonen (In-Albon und Resch, 2022).

Als Zielgruppe von möglichen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt psychische Gesundheit lassen sich 15- bis 19-jährige Jugendliche identifizieren. Im Rahmen der Ursachenfindung der Oberhausener Beobachtungen ist eine Diskussion dieser Entwicklung auf kommunaler Ebene unter Einbeziehung der Bereiche Chancengleichheit, Gesundheit sowie Kinder, Jugend und Familie denkbar. Ebenso sollte das Kommunale Integrations-

zentrum eingebunden werden, da es sich möglicherweise auch um Kinder mit Fluchterfahrungen handelt, die mit einer posttraumatischen Belastungsstörung leben. Weiterhin könnten sowohl im Hinblick auf die jugendlichen Mädchen die



Frauenberatungsstelle als auch der Opferschutz der Polizei in Oberhausen das Netzwerk für eine übergreifende Arbeit erweitern. Die Ausarbeitung von Handlungsoptionen erscheint unter Einbeziehung der Expert:innen der (Fach-)Bereiche besonders erfolgversprechend, da sich so passgenaue Angebote entwickeln lassen.

5.2.3 Emotionale Störungen des Kindesalters

Zu emotionalen Störungen des Kindesalters zählen Trennungsängste, auf das Kindesalter beschränkte Angststörungen, soziale Ängstlichkeit als auch Geschwisterrivalität (vgl. Romanos et al., 2016).

In Oberhausen waren im Jahr 2022 insgesamt 1.708 Kinder und Jugendliche im

Alter von 0 bis 19 Jahren aufgrund von emotionalen Störungen des Kindesalters in ärztlicher Behandlung. Das entspricht knapp 4,3 % aller Oberhausener Kinder. Davon waren 909 männlichen und 799 weiblichen Geschlechts. Demnach waren 2022 rund 4,6 % der Oberhausener Jungen und rund 4,2 % der Oberhausener Mädchen aufgrund von emotionalen Störungen des Kindesalters in ärztlicher Behandlung.

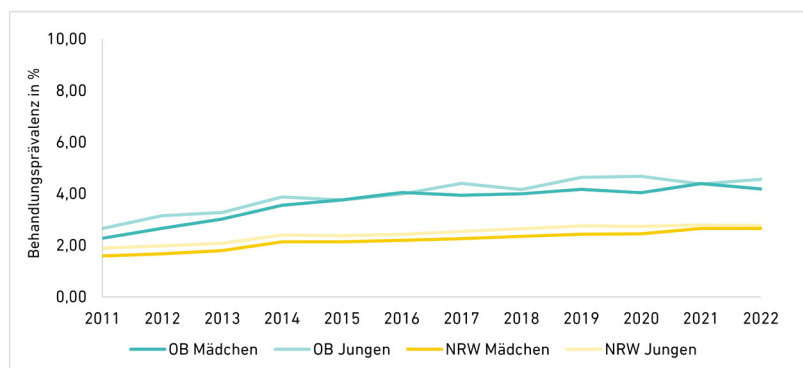


Abbildung 26 Emotionale Störungen des Kindesalters (ICD-10 F93), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen und Jungen, Oberhausen und NRW, 2011 – 2022

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Im Vergleich war die Behandlungsprävalenz bei Kindern in Oberhausen höher als im NRW-Durchschnitt (je nach Geschlecht um ca. 2 %). Mit Ausnahme der Jahre 2015, 2016 und 2021 waren Jungen häufiger aufgrund emotionaler Störungen in ärztlicher Behandlung als Mädchen. Sowohl in Oberhausen als auch in Nordrhein-Westfalen zeigt sich eine steigende Behandlungshäufigkeit bei der Diagnose emotionale Störungen im Kindesalter.

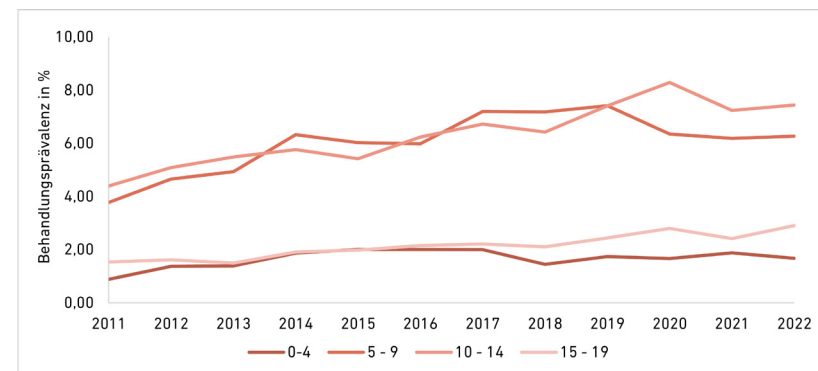


Abbildung 27 Emotionale Störungen des Kindesalters (ICD-10 F93), Ambulante Behandlungsprävalenz, Jungen, Oberhausen, 2011 – 2022

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bei der Betrachtung der Behandlungshäufigkeit von Jungen mit emotionalen Störungen wird deutlich, dass im Berichtszeitraum von 2011 bis 2022 insbesondere die Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen betroffen war. Am zweithäufigsten waren Jungen im Alter von 5 bis 9 Jahren aufgrund emotionaler Störungen des Kindesalters in ärztlicher Behandlung. In diesen beiden Altersgruppen sind in den Jahren 2014 und 2017 erhöhte Prävalenzen erkennbar. Diese Beobachtung wird ebenso im Jahr 2019 für die Jungen von 5 bis 9 Jahren und bei den 10- bis 14-Jährigen im Jahr 2020 deutlich. Säuglinge und Kleinkinder sowie Teenager im Alter von 15 bis 19 Jahren waren dagegen vergleichsweise seltener mit dieser Diagnose in Behandlung.

Insgesamt betrachtet wird ein Anstieg deutlich, der besonders auf die Altersgruppe von 10 bis 14 Jahren zutrifft: im Berichtszeitraum stieg die Behandlungsprävalenz von ca. 4,4 % auf 7,4 %.

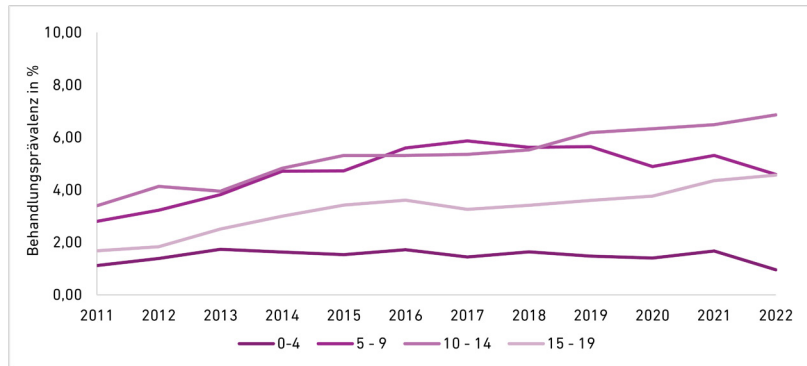


Abbildung 28 Emotionale Störungen des Kindesalters (ICD-10 F93), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen, Oberhausen, 2011 – 2022

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bei der Betrachtung der Behandlungshäufigkeit von Mädchen mit emotionalen Störungen des Kindesalters wird deutlich, dass im Berichtszeitraum von 2011 bis 2022 insbesondere die Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen betroffen war. Am zweithäufigsten waren Mädchen im Alter von 5 bis 9 Jahren aufgrund dieser Diagnose in ärztlicher Behandlung. Insgesamt betrachtet wird ein Anstieg deutlich, der besonders die Altersgruppe der Teenager von 10 bis 19 Jahre betraf: im Berichtszeitraum verdoppelte sich die Behandlungshäufigkeit bei 10- bis 14-Jährigen von ca. 3,4 % auf 6,9 % und bei 15 bis 19 Jahre alten Mädchen von knapp 1,7 % auf ca. 4,6 %.

Die Entwicklung der Behandlungsprävalenz von Säuglingen und Kleinkindern (0 bis 4 Jahre) verläuft recht stabil mit leichten Steigerungen in den Jahren 2013 und 2021. Bei den 5- bis 9-jährigen Mädchen stellte 2017 das Jahr mit der höchsten Prävalenz von 5,9 % dar. Seitdem sank sie mit einigen Schwankungen wie beispielsweise im Jahr 2021.

Im Geschlechtervergleich lässt sich erkennen, dass die Behandlungsprävalenz für emotionale Störungen des Kindesalters bei Mädchen und Jungen im Berichtszeitraum um jeweils ca. 2 % angestiegen ist. Dennoch war diese Rate bei Jungen insgesamt höher als bei Mädchen.

Die Behandlungsprävalenz Oberhausener Kinder lag über der NRW-Rate: Tendenz steigend.

Mögliche Ursachen und Handlungsoptionen

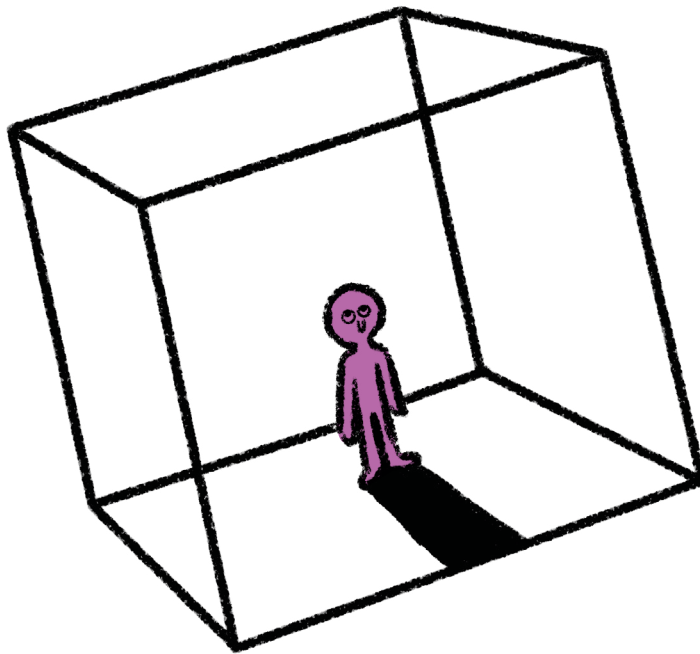
Eine bundesweite Untersuchung der Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung des RKI (2024) zeigte, dass 2022 knapp 6 % der psychischen Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen (< 18 Jahre) 'Emotionale Störungen des Kindesalters' betrafen. Diese gehörte zu den zehn häufigsten Diagnosegruppen psychischer Erkrankungen bei dieser Altersgruppe (Thom et al., 2024). Konkrete Vergleichsdaten dazu liegen derzeit nicht vor.

Die Studienlage deutet darauf hin, dass in der Gruppe der männlichen Jugendlichen im Alter von 10 bis 14 Jahren häufiger psychiatrische Diagnosen in der ambulanten Versorgung gestellt werden als bei gleichaltrigen Mädchen (Koletzko, 2023). Dies kann ein Hinweis zur Erklärung der beobachteten Behandlungshäufigkeiten insbesondere bei Jungen sein.

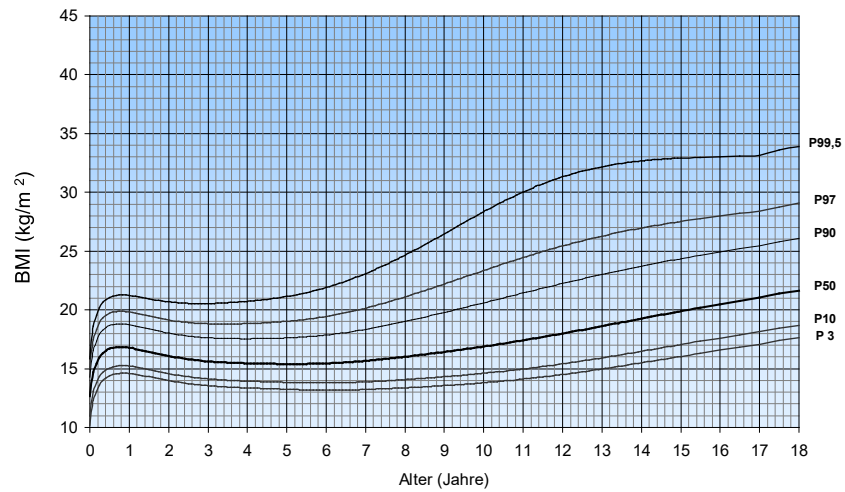
Dennoch sind die Ursachen für die Entstehung emotionaler Störungen im Kindesalter vielfältig und nicht eindeutig isoliert zu benennen. In der kinder- und jugendpsychiatrischen Literatur werden die Einflussfaktoren Lern- und Bindungserfahrungen, Erziehung, Informationsverarbeitung im Sinne der kognitiven Fähigkeiten sowie biologische Faktoren diskutiert (Domschke, 2014). Inwieweit diese Faktoren auch bei den Oberhausener Kindern zur Entstehung der emotionalen Störungen beigetragen haben, lässt sich nicht benennen.

Die Komplexität der psychischen Erkrankung und vor allem deren Ursachen erfordern die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen, um Handlungsoptionen für betroffene Kinder und Jugendliche ableiten zu können. Dies gilt besonders

für Aufklärung und Prävention. Auf kommunaler Ebene können in fachbereichsübergreifender Zusammenarbeit der Bereiche Soziales, Gesundheit und Schule Maßnahmen entwickelt werden. Eine integrierte Planung der verschiedenen Disziplinen ermöglicht eine optimale Ansprache der Zielgruppe, bestenfalls direkt in den Settings KTE und Schule.

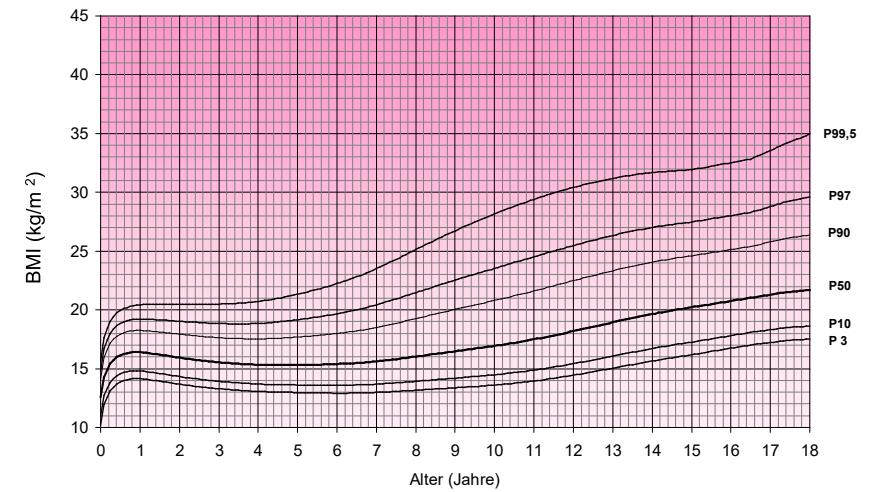


Perzentilkurven für den Body Mass Index (Jungen 0 - 18 Jahre)



Quelle: K. Kromeyer-Hauschild, M. Wabitsch, D. Kunze et al.: Monatsschr. Kinderheilk. (2001) 149:807-818
 K. Kromeyer-Hauschild, A. Moss, M. Wabitsch: Adipositas (2015) 9: 123-127 (Interpolation mit den Daten des BGS98 im Altersbereich von 15 – 18 Jahren)

Perzentilkurven für den Body Mass Index (Mädchen 0 - 18 Jahre)



Quelle: K. Kromeyer-Hauschild, M. Wabitsch, D. Kunze et al.: Monatsschr. Kinderheilk. (2001) 149:807-818
 K. Kromeyer-Hauschild, A. Moss, M. Wabitsch: Adipositas (2015) 9: 123-127 (Interpolation mit den Daten des BGS98 im Altersbereich von 15 – 18 Jahren)

Impfkalender 2025

Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), Stand Januar 2025

	Säuglinge und Kleinkinder (2–23 Monate)														Kinder und Jugendliche (2–17 Jahre)										Erwachsene		
Passive Immunisierung ^a	U2 0 Wochen	6 Wochen	U4 2	U4 3	4	U5 5–7	8–10	U6 11*	U6 12	13–14	15	U7 16–23	U7a/U8 2–4	U9 5–6	U10 7–8	U11/J1 9–14	15–16	J2 17	18–59	60–74	ab 75						
RSV (Respiratorisches Synzytial-Virus)	Prophylaxe ^b																										
Impfungen																											
Rotaviren	G1 ^c		G2		(G3)																						
Tetanus	6-fach-Impfung		N		G2		6-fach-Impfung		N		G3 ^e		N		A1		N		A2		N		A alle 10 Jahre				
N													A1		N		A2		N		A alle 10 Jahre						
N													A1		N		A2		N		A3 ^f N						
N																											
N																											
Diphtherie	6-fach-Impfung		N		G2		6-fach-Impfung		N		G3 ^e		N		A1		N		A2		N		A alle 10 Jahre				
N													A1		N		A2		N		A alle 10 Jahre						
N													A1		N		A2		N		A3 ^f N						
N																											
N																											
Keuchhusten (Pertussis)	6-fach-Impfung		N		G2		6-fach-Impfung		N		G3 ^e		N		A1		N		A2		N		A3 ^f N				
N													A1		N		A2		N		A3 ^f N						
N													A1		N		A2		N		A3 ^f N						
N																											
N																											
Hib (Haemophilus influenzae Typ b)	6-fach-Impfung		N		G2		6-fach-Impfung		N		G3 ^e		N		A1		N		A2		N		A3 ^f N				
N													A1		N		A2		N		A3 ^f N						
N													A1		N		A2		N		A3 ^f N						
N																											
N																											
Kinderlähmung (Poliomyelitis)	6-fach-Impfung		N		G2		6-fach-Impfung		N		G3 ^e		N		A1		N		A2		N		A3 ^f N				
N													A1		N		A2		N		A3 ^f N						
N													A1		N		A2		N		A3 ^f N						
N																											
N																											
Hepatitis B	6-fach-Impfung		N		G2		6-fach-Impfung		N		G3 ^e		N		A1		N		A2		N		A3 ^f N				
N													A1		N		A2		N		A3 ^f N						
N													A1		N		A2		N		A3 ^f N						
N																											
N																											
Pneumokokken ^g	G1 ^d		N		G2		N		G3 ^e		N		A1		N		A2		N		A3 ^f N						
Meningokokken B ^g	G1		N		G2		N		G3 ^e		N		A1		N		A2		N		A3 ^f N						
Meningokokken C									G1		N		A1		N		A2		N		A3 ^f N						
Masern									G1		N		A1		N		A2		N		A3 ^f N						
Mumps									G1		N		A1		N		A2		N		A3 ^f N						
Röteln									G1		N		A1		N		A2		N		A3 ^f N						
Windpocken (Varizellen)									G1		N		A1		N		A2		N		A3 ^f N						
HPV (Humane Papillomviren)															G1 ^h +G2 ^h		N		A3 ^f N								
Gürtelrose (Herpes Zoster)																					G1 ^h +G2 ^h N						
Grippe (Influenza)																					S jährlich ^m						
COVID-19																					A jährlich ^m						
RSV (Respiratorisches Synzytial-Virus)																					I ⁿ S ⁿ						

- U** Impftermin bei Früherkennungsuntersuchung Kinder
J Impftermin bei Früherkennungsuntersuchung Jugendliche
N Nachholimpfung (bei unvollständigem Impfschutz)
A Auffrischungsimpfung
G Grundimmunisierung (bis zu vier Teilimpfungen G1–G4)
S Standardimpfung
I Impfung bei bestimmten Vorerkrankungen

- a** Die passive Immunisierung bietet einen schnellen, kurzfristigen Schutz durch die Verabreichung von Antikörpern. Die Antikörper werden innerhalb weniger Wochen bis Monaten wieder abgebaut.
b RSV-Vorbeugung: Für Kinder, die zwischen Oktober und März geboren sind, sollte die passive Immunisierung mit Nirsevimab möglichst rasch nach der Geburt erfolgen, am besten bei der Entlassung aus der Geburtseinrichtung bzw. bei der U2. Für Kinder, die zwischen April und September geboren sind, sollte sie zwischen September und November im selben Jahr erfolgen.
c Die 1. Impfung sollte möglichst ab dem Alter von 6 Wochen erfolgen; je nach Impfstoff 2 bzw. 3 Schluckimpfungen (G2/G3) mit einem Mindestabstand von 4 Wochen.

- d** Frühgeborene erhalten eine zusätzliche Impfung im Alter von 3 Monaten (insgesamt 4 Impfungen).
e Mindestabstand zur vorangegangenen Impfung: 6 Monate
f Säuglinge werden mit PCV13 oder PCV15 geimpft. Erwachsene werden mit PCV20 geimpft.
g 3 Impfungen für Kinder zwischen 2 und 23 Monaten; bei Impfbeginn ab 24 Monaten 2 Impfungen
h 2 Impfungen (im Abstand von mindestens 5 Monaten) für Mädchen und Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren; bei Nachholen der Impfung beginnend im Alter ≥ 15 Jahre oder bei einem Abstand von < 5 Monaten zwischen den beiden Impfungen ist eine dritte Impfung erforderlich.

- i** einmalige Auffrischung; möglichst mit der nächsten Impfung gegen Tetanus/Diphtherie/ggf. Poliomyelitis
j einmalige Impfung für alle nach 1970 geborenen Erwachsenen mit unklarem Impfschutz, ohne Impfung oder nur einer Impfung in der Kindheit
k zweimalige Impfung mit dem Totimpfstoff im Abstand von mindestens 2 und maximal 6 Monaten
l Für die Basisimmunität sind ≥ 3 Antigenkontakte erforderlich, davon mindestens 1 durch Impfung; Impfabstände entsprechend Fachinformation beachten.
m jährliche Auffrischungsimpfung vorzugsweise im Herbst
n einmalige Impfung im Spätsommer oder Herbst



- Afifi, T. O., Mota, N. P., Dasiewicz, P., MacMillan, H. L., Sareen, J. (2012): Physical Punishment and Mental Disorders: results from a nationally representative US Sample. *Pediatrics* 130:184–192.
- AMEOS Klinikum St. Clemens Oberhausen. (o. D.). Zuletzt aufgerufen am 17. April 2025 über <https://www.ameos.de/klinikum-st-clemens-oberhausen/>
- autismus Deutschland e.V. (2016): Elternratgeber. Autismus-Spektrum-Störungen. Zuletzt aufgerufen am 27.05.2024 unter https://www.autismus.de/fileadmin/user_upload/Elternratgeber_final.pdf
- autismus Deutschland e.V. (2023): Was ist Autismus? Zuletzt aufgerufen am 27.05.2024 unter https://www.autismus.de/fileadmin/SERVICE_UND_MATERIALIEN/Folder_Was_ist_Autismus_Neufassung_2023.pdf
- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., Romanos, M. (2017): Attention-deficit/hyperactivity disorder—a current overview. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 149–59.
- Barriuso, L., Miqueleiz, E., Albaladejo, R. et al., (2015): Socioeconomic position and childhood-adolescent weight status in rich countries: a systematic review, 1990–2013. *BMC Pediatrics* 15:129.
- Baumgarten, F., Cohrdes, C., Schienkiewitz, A., Thamm, R., Meyrose, A.-K., Ravens-Sieberger, U. (2019): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zusammenhänge mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. *Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. Bundesgesundheitsbl* 2019 · 62:1205–1214.
- Beck, J. E. (2008): A developmental perspective on functional somatic symptoms. *J Pediatr Psychol* 33(5):547–562.
- Bergmann, K. C., Brehler, R., Endler, C., Höflich, C., Kespohl, S. et al. (2023): Auswirkungen des Klimawandels auf allergische Erkrankungen in Deutschland. *J Health Monit* 8(S4): 82–110.
- Bindel T. (2021) Sport on demand. Flexible und digitale Jugend. In: Körper, Sport und Digitalität – Bewegungserleben von Kindern und Jugendlichen. Münster, Deutschland, 2020: 16–17
- Bonvanie, I. J., Janssens, K. A., Rosmalen, J. G., Oldehinkel, A. J. (2017): Life events and functional somatic symptoms: a population study in older adolescents. *Br J Psychol* 108(2):318–333.
- Buchmann, M., Tuncer, O., Auzanneau, M., Eckert, A. J., Rosenbauer, J. et al. (2023): Inzidenz, Prävalenz und Versorgung von Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Zeittrends und sozialräumliche Lage. *J Health Monit* 8(2): 59–81.
- Buhl, R. et al. (2023): S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Asthma 2023. Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. Zuletzt aufgerufen am 27.05.2024 unter https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-009_S2k_Facharztliche-Diagnostik-Therapie-von-Asthma_2023-03.pdf
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2023): ICD-10-GM Version 2019. Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48). Zuletzt aufgerufen am 02.06.2024 unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f40-f48.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024): Generalisierte Angststörung. Definition. Zuletzt aufgerufen am 21.06.2024 unter: <https://gesund.bund.de/generalisierte-angststoerung#definition>
- Bundesministerium für Gesundheit, IQWiG (2020): Heuschnupfen. Zuletzt aufgerufen am 28.05.2024 unter <https://gesund.bund.de/heuschnupfen>
- Bundesministerium für Gesundheit, IQWiG (2021): Neurodermitis. Zuletzt aufgerufen am 28.05.2024 unter <https://gesund.bund.de/neurodermitis>
- Bundesministerium für Gesundheit, IQWiG (2024): Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom. Zuletzt aufgerufen am 27.05.2024 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindergesundheit/aufmerksamkeitsdefizitsyndrom/>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2024): Die Untersuchungen U1 bis U9. Zuletzt aufgerufen am 29.07.2024 unter <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/frueherkennung-u1-u9-und-j1/untersuchungen-u1-bis-u9/die-untersuchungen-u1-bis-u9/>
- Busching U. (2000): Der Jugendliche als Patient. *Kinder Jugendarzt*. 2000; 31: 121–130.
- Cerutti, R., Spensieri, V., Valastro, C., Presaghi, F., Canitano, R., Guidetti, V. (2017): A comprehensive approach to understand somatic symptoms and their impact on emotional and psychosocial functioning in children. *PLoS One* 12(2)
- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., Costello, E. J. (2014): Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 53:21–33.
- Dalsgaard, S., Ostergaard, S. D., Leckman, J. F., Mortensen, P. B., Pedersen, M. G. (2015): Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet* 385:2190–2196.
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG), Else Kröner Fresenius Zentrum für Ernährungsmedizin der TUM (EKfZ) (2022): Folgen der Pandemie: Wie Corona das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen verändert hat. Zuletzt aufgerufen am 25.04.2025 unter https://adipositas-gesellschaft.de/wp-content/uploads/2022/05/2022-05-31_DAG-EKFZ_forsa-Umfrage_Ergebnispraesentation_final.pdf

- Deutsche Angst-Hilfe e. V. (2024): Agoraphobie – Die Angst vor der Außenwelt. Zuletzt aufgerufen am 21.06.2024 unter <https://www.angstselbsthilfe.de/wissen/arten-von-angststoerungen/agoraphobie/>
- Deutsche Angst-Hilfe e. V. (2024): Welche Angststörungen gibt es und wie verbreitet sind sie? Zuletzt aufgerufen am 21.06.2024 unter <https://www.angstselbsthilfe.de/wissen/arten-von-angststoerungen/>
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) (2018): Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016. 2. korrigierte Auflage Bonn 2018
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (2023): Qualitätspapier für die Nutzung einheitlicher Perzentilen in Deutschland. Zuletzt aufgerufen am 25.04.2025 unter Qualitätspapier für die Nutzung einheitlicher Perzentilen in Deutschland
- Deutscher Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V. (2024): Folgen von Kindeswohlbeeinträchtigungen. Zuletzt aufgerufen am 13.09.2024 unter <https://www.kinderschutz-in-nrw.de/fachinformationen/kindewohl-und-kindewohlgefaehrung/folgen-von-kindewohlbeeintraechtigungen/>
- Deutscher Wetterdienst (2022): Nationaler Klimareport; 6. überarbeitete Auflage. Deutscher Wetterdienst, Deutschland.
- Dietrich, J. W., et al. (2024): Diabetes mellitus Typ 1. Zuletzt aufgerufen am 25.07.2024 unter https://flexikon.doccheck.com/de/Diabetes_mellitus_Typ_1#:~:text=Als%20Ursache%20des%20Typ-1-Diabetes%20gilt%20heute%20das%20Zusammenwirken,Coxsackie-Viren.%20Sie%20resultieren%20in%20einer%20Fehlsteuerung%20des%20Immunsystems.
- Domschke, K. (2014): Prädiktive Faktoren bei Angststörungen. *Nervenarzt* 10:1263–1268.
- Donovan, C., Spence, S. (2000): Prevention of childhood anxiety disorders. *Clin Psychol Rev* 20:509–531.
- Döpfner, M., Breuer, D., Wille, N., Erhart, M., Ravens-Sieberger, U., BELLA Study Group (2008): How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of Attention Deficit-/Hyperactivity Disorder and Hyperkinetic Disorder? Parent based prevalence rates in a national sample – results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17(Suppl 1):59–70.
- Döpfner, M., Frölich, J., Lehmkuhl, G. (2013): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Hogrefe Verlag, Göttingen
- Eminson, D. M. (2007): Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 27(7):855–871.
- European Environment Agency (2023): Air pollution and children's health.
- Evangelisches Krankenhaus Oberhausen. (o. D.). Zuletzt aufgerufen am 17. April 2025 über <https://eko.de/>
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., et al. (2005): Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 57:1313–1323.
- Fernandez Rodriguez, S., Adams-Groom, B., Tormo Molina, R. et al., (2012): Temporal and spatial distribution of Poaceae pollen in areas of southern United Kingdom, Spain and Portugal. The 5th European Symposium on Aerobiology. Krakow, Poland 3–7 September 2012. *Alergologia Immunologia* 9(2–3):153.
- Franzkowiak, P. & Hurrelmann, K. (2022): Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.
- Geoffrion, S., Goncalves, J., Robichaud, I., Sader, J., Giguère, C.-É., Fortin, M., Lamothe, J., Bernard, P., Guay, S. (2022): Systematic Review and Meta-Analysis on Acute Stress Disorder: Rates Following Different Types of Traumatic Events. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(1), 213–223.
- Global Initiative for Asthma - GINA. (2019, 16. April). FAQs - Global Initiative for Asthma - GINA. Zuletzt aufgerufen am 17. April 2025 über <https://ginasthma.org/about-us/faqs>
- Göbel, K., Baumgarten, F., Kuntz, B., Hölling, H., Schlack, R. (2018): ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(3):46–53.
- Gregory, G. A., Robinson, T. I. G., Linklater, S. E. et al. (2022): Global incidence, prevalence, and mortality of type 1 diabetes in 2021 with projection to 2040: a modelling study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, Volume 10, Issue 10, 741 – 760.
- Gründer, G., Benkert, O. (Hrsg.) (2012): Handbuch der psychiatrischen Pharmakotherapie. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.
- Habel, U., Schneider, F. (2016): Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). In: Schneider, F. (eds) *Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Heimann, P., Herpertz-Dahlmann, B., Buning, J., Wagner, N., Stollbrink-Peschgens, C., Dempfle, A., von Polier, G. G. (2018): Somatic symptom and related disorders in children and adolescents: evaluation of a naturalistic inpatient multidisciplinary treatment. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 12:34.
- Heinrich-Weltzien, R., Kühnisch, J. (2019): Frühkindliche Karies - Folgen der Nichtbehandlung. In: *Kinderzahnmedizin*: 516–524.

- Helmholtz Zentrum München (20): Risikofaktoren für Heuschnupfen. Zuletzt aufgerufen am 25.07.2024 unter <https://www.allergieinformationsdienst.de/krankheitsbilder/heuschnupfen/risikofaktoren>
- Helmholtz Zentrum München (2023): Asthma – Das Wichtigste in Kürze. Zuletzt aufgerufen am 12.11.2024 unter https://www.lungeninformationsdienst.de/fileadmin/user_upload/Lungeninformationsdienst/Downloads/Asthma_Factsheet_Lungeninformationsdienst.pdf
- Helmholtz Zentrum München. (2014, 17. Oktober). Kann sich Asthma „verwachsen“? Lungeninfodienst. Zuletzt aufgerufen am 17. April 2025 über <https://www.lungeninformationsdienst.de/aktuelles/news/artikel/kann-sich-asthma-verwachsen>
- Hesketh, K., Lakshman, R., Sluijs, E. (2017): Barriers and facilitators to young children's physical activity and sedentary behaviour: a systematic review and synthesis of qualitative literature. *Obesity Reviews* 18(9):987-1017.
- Ibeziako, P., Choi, C., Randall, E., Bujoreanu, S. (2016): Bullying victimization in medically hospitalized patients with somatic symptom and related disorders: prevalence and associated factors. *Hosp Pediatr* 6(5):290–296.
- In-Albon, T. und Resch, F. (2022): Anpassungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In: *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2024): Allergien. Zuletzt aufgerufen am 26.06.2024 unter <https://www.gesundheitsinformation.de/allergien.html>
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2024): Atopie. Zuletzt aufgerufen am 26.06.2024 unter <https://www.gesundheitsinformation.de/glossar/atopie.html>
- IQWiG (2023): Was sind Disease-Management-Programme (DMP)? Zuletzt aufgerufen am 12.08.2024 unter <https://www.gesundheitsinformation.de/was-sind-disease-management-programme-dmp.html>
- IQWiG: posttraumatische Belastungsstörung zuletzt aufgerufen am 26.07.2024 unter <https://www.gesundheitsinformation.de/post-traumatische-belastungsstoerung.html>
- James, S., Gallagher, R., Dunbabin, J. et al., (2014): Prevalence of vascular complications and factors predictive of their development in young adults with type 1 diabetes: systematic literature review. *BMC Res Notes* 7(1):593.
- Kamp-Becker, I., Stroth, S., Stehr, T. (2020): CME.Zertifizierte Fortbildung, Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes- und Erwachsenenalter: Diagnose und Differentialdiagnosen, in: *Nervenarzt* (2020) 91:457-470.
- Kamrath, C., Eckert, A. J., Holl, R. W., Rosenbauer, J. (2023): Impact of the COVID-19 Pandemic on Children and Adolescents with New-Onset Type 1 Diabetes, *Pediatric Diabetes*, 2023, 7660985, 14 pages, 2023.
- Kiess W. (2007): Jugendmedizin. In: Lentze M.J., Schulte F.J., Schaub J., Spranger J. (eds) *Padiatrie*. Berlin, Heidelberg, Deutschland. Springer, 2007.
- Kingma, E. M., Janssens, K. A., Venema, M., Ormel, J., de Jonge, P., Rosmalen, J. G. (2011): Adolescents with low intelligence are at risk of functional somatic symptoms: the TRAILS study. *J Adolesc Health* 49(6):621–626.
- Klitzing, K. von, Döhnert, M., Kroll, M., Grube, M. (2015): Mental disorders in early childhood. *Deutsches Ärzteblatt Int* 112(21–22):375–386.
- Koletzko, B. (2023): *Kindergesundheitsbericht 2023, Fokus Jugendliche in Deutschland*, Stiftung Kindergesundheit 2023
- Kopp, M. V., Muche-Borowski, C., Abou-Dakn, M., Ahrens, B., Beyer, K., Blümchen, K., Bubel, P., Chaker, A., Cremer, M., Ensenauer, R., Gerstlauer, M., Gieler, U., Hübner, I. M., Horak, F., Klimek, L., Koletzko, B. V., Koletzko, S., Lau, S., Lob-Corzilius, T., Nemat, K., Peters, E. M. J., Pizzulli, A., Reese, I., Rolinck-Werninghaus, C., Rouw, E., Schaub, B., Schmidt, S., Steiß, J. O., Striegel, A. K., Szépfalusi, Z., Schlembach, D., Spindler, T., Taube, C., Trendelenburg, V., Treudler, R., Umpfenbach, U., Vogelberg, C., Wagenmann, M., Weibenborn, A., Werfel, T., Worm, M., Sitter, H., Hamelmann, E. (2022): S3-Leitlinie Allergieprävention. AWMF-Registernr. 061-016. Zuletzt aufgerufen am 05.07.2024 unter https://register.awmf.org/assets/guidelines/061-016_S3_Allergiepraevention_2022-11.pdf
- Kuntz, B., Rattay, P., Poethko-Müller, C., Thamm, R., Hölling, H. et al. (2018): Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 3(3):19–36.
- Kuntz, B., Zeiher, J., Starker, A., Prütz, F., Lampert, T. (2018): Rauchen in der Schwangerschaft – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(1):47–54.
- KVNO (2025): Vertragsärztliche Versorgung Kartenübersicht (Interaktive Karte) | KV Nordrhein. Zuletzt Aufgerufen am 17. April 2025 über <https://www.kvno.de/praxis/niederlassung-kooperation/bedarfsplanung/vertragsaerztliche-versorgung-kartenuebersicht>
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2025): Lotsenstelle Diabetes in Kita und Schule. Zuletzt aufgerufen am 28.04.2025 unter https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/kindergesundheit/diabetes/lotsenstelle/index.html
- Larson K, Russ SA, Kahn RS et al. (2011) Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics* 127(3):462-470.

- Lommatzsch, M., Buhl, R., Korn, S. (2020): Therapie von leichtem und mittelschwerem Asthma bei Erwachsenen. In: Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 434-43.
- Lovasi, G. S., Hutson, M. A., Guerra, M. et al., (2009): Built environments and obesity in disadvantaged populations. *Epidemiologic Reviews* 31(1):7-20.
- Marcel Romanos, M., Tobias Banaschewski, T., Karin Egberts, K., Alexander von Gontard, A., Tobias Renner, T., Veit Roessner, V., Siebke Melfsen, S., Susanne Walitza, S., Christoph Wewetzer, C., Warnke, A. (2016): Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. In: *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Zuletzt aufgerufen am 12.11.2024 unter https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/verhaltens-und-emotionale-stoerungen-mit-beginn-in-der-kindheit-und-jugend?epediaDoi=10.1007%2F978-3-642-45028-0_84
- Moffitt, T. E., Harrington, H., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A. M., Poulton, R. (2007): Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Arch Gen Psychiatry* 64:651-660.
- Muris, P., Merckelbach, H., Collaris, R. (1997): Common childhood fears and their origins. *Behav Res Ther* 35:929-937.
- Nationale Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut (2019): Diabetes in Deutschland – Bericht der Nationalen Diabetes-Surveillance 2019. Robert Koch-Institut, Berlin
- Nicolay, N., Antwerpes, F., Stange, P., Ekert, D., Mathies, L. (2024): Chronisch. Zuletzt aufgerufen am 12.08.2024 unter <https://flexikon.doccheck.com/de/Chronisch>
- Otowa, T., Hek, L., Lee, M., Byrne, E. M., Mirza, S. S., Nivard, M. G., Bigdeli, T., Aggen, S. H., Adkins, D., Wollen, A., Fanous, A., Keller, M. C., Castelao, E., Kutalik, Z., der Auwera, S. V., Homuth, G., Nauck, M., Teumer, A., Milanese, Y., Hottenga, J. J., Direk, N., Hofman, A., Uitterlinden, A., Mulder, C. L., Henders, A. K., Medland, S. E., Gordon, S., Heath, A. C., Madden, P. A., Pergadia, M. L., van der Most, P. J., Nolte, I. M., van Oort, F. V., Hartman, C. A., Oldehinkel, A. J., Preisig, M., Grabe, H. J., Middeldorp, C. M., Penninx, B. W., Boomsma, D., Martin, N. G., Montgomery, G., Maher, B. S., van den Oord, E. J., Wray, N. R., Tiemeier, H., Hettema, J. M. (2016): Meta-analysis of genome-wide association studies of anxiety disorders. *Mol Psychiatry* 21:1391-1399.
- Paul-Ehrlich-Institut (2025): Kombinations-Impfstoffe. Zuletzt aufgerufen am 25.04.2025 unter <https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/kombinationsimpfstoffe/kombinationsimpfstoffe-node.html#:~:text=%EE%80%80Kombinationsimpfstoffe%EE%80%81>
- Poethko-Müller, C., Thamm, M., Thamm, R. (2018): Heuschnupfen und Asthma bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(1): 55-59.
- Pontifex, M. B., Fine, J. G., da Cruz, K. et al. (2014): The role of physical activity in reducing barriers to learning in children with developmental disorders. *Monogr Soc Res Child Dev* 79 (4):93-118.
- Rahmati, M., Keshvari, M., Mirnasuri, S. et al., (2022): The global impact of COVID-19 pandemic on the incidence of pediatric new-onset type 1 diabetes and ketoacidosis: A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol* 94(11):5112-5127.
- Randall, E. T., Smith, K. R., Kronman, C. A., Conroy, C., Smith, A. M., Simons, L. E. (2018): Feeling the pressure to be perfect: effect on pain-related distress and dysfunction in youth with chronic pain. *J Pain* 19(4):418-429.
- Richter-Kornweitz, A., Holz, G. & Kilian, A. (2023): Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*.
- Robert Koch-Institut (2024): Diabetes Surveillance. Diabetes in Deutschland – Kinder und Jugendliche. Prävalenz Typ-1-Diabetes. Zuletzt aufgerufen am 25.06.2024 unter https://diabsurv.rki.de/Webs/Diabsurv/DE/diabetes-in-deutschland/kinderjugendliche/2-11_Praevalenz_Typ_1_Diabetes.html
- Robert Koch-Institut (2024): Themenschwerpunkt: Allergien und atopische Erkrankungen. Zuletzt aufgerufen am 26.07.2024 unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/Allergien/Allergien_node.html
- Robert Koch-Institut (2025): Kurz und knapp: Faktenblätter zum Impfen. Zuletzt aufgerufen am 25.04.2025 unter https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Informationsmaterialien/Faktenblaetter-zum-Impfen/Masern.pdf?__blob=publicationFile&v=8
- Robert Koch-Institut (2025): RKI-Ratgeber: Rotaviren-Gastroenteritis. Zuletzt aufgerufen am 25.04.2025 unter https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/RKI-Ratgeber/Ratgeber/Ratgeber_Rotaviren.html
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2021): Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen - Bewerten - Handeln. Schwerpunktbericht Teil 2 - Kindes- und Jugendalter. Fokus: Psychische Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). RKI, Berlin.
- Rosenbauer, J., Kamrath, C., Neu, A. et al., (2021): COVID-19-Pandemie: Auswirkungen auf die Inzidenz des Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. In: *Diabetes-Hilfe DDGDudD* (Hrsg.) *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2022 – Die Bestandsaufnahme*. Kirchheim + Co GmbH, Mainz, S. 62-70.

- Rosenbauer, J., Kamrath, C., Neu, A. et al., (2023): COVID-19 Pandemie: Inzidenz und Ketoazidose bei Manifestation des Typ-1-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. In: Diabetes-Hilfe DDGDudD (Hrsg.) Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2023 – Die Bestandsaufnahme. Kirchheim + Co GmbH, Mainz, S. 50–60.
- Rosenbauer, J., Neu, A., Rothe, U. et al., (2019): Diabetestypen sind nicht auf Altersgruppen beschränkt: Typ-1-Diabetes bei Erwachsenen und Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. J Health Monitoring 4(2):31–53.
- Sartory, G. (2022): Phobische Störungen. In: Wirtz, M. A. (Hrsg.): Dorsch. Lexikon der Psychologie.
- Sauer, N., Eich, W. (2009): Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. In: DEUTSCHES ÄRZTEBLATT CME KOMPAKT 2009; 1(1)
- Schienkiewitz, A., Damerow, S., Schaffrath Rosario, A., Kurth, B.-M. (2019): Body-Mass-Index von Kindern und Jugendlichen: Prävalenzen und Verteilung unter Berücksichtigung von Untergewicht und extremer Adipositas. Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. in: Bundesgesundheitsblatt 2019. 62:1225-1234.
- Schlack, R., Neuperdt, L., Junker, S., Eicher, S., Hölling, H., et al., (2022): Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse eines Rapid Reviews. J Health Monit 8(S1): 2 – 74.
- Schlenz-Schuster, F., von Klitzing, K. (2023): Psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.
- Schmidtke, C., Kuntz, B., Starker, A., Lampert, T. (2018): Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(4):68–77.
- Skinner, M. K. et al., (2010): Epigenetic Transgenerational Actions of Environmental Factors in Disease Etiology. In: Trends in Endocrinology and Metabolism 21, S. 214 – 222.
- Thamm, R., Poethko-Müller, C., Hüther, A., Thamm, M. (2018): Allergische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(3):03–18.
- Thom, J., Jonas, B., Reitzle, L., Mauz, E., Hölling, H., Schulz, M. (2024): Trends in the diagnostic prevalence of mental disorders, 2012–2022 using nationwide outpatient claims data for mental health surveillance. Dtsch Arztebl Int 2024; 121:355–62.
- Thulin, U., Svirs-ky, L., Serlachius, E., Andersson, G., Öst, L. G. (2014): The effect of parent involvement in the treatment of anxiety disorders in children: a meta-analysis. Cogn Behav Ther 43:185–200.
- Von Polier, G. G., Simons, M. (2020): Somatoforme Störungen bei Kindern und Jugendlichen, in: Fegert, J., Resch, F., Plener, P., Kaess, M., Döpfner, M., Konrad, K., Legenbauer, T. (2020): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Zuletzt aufgerufen am 19.07.2024 unter https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/psychiatrie-und-psychotherapie-des-kindes-und-jugendalters/somatoforme-stoerungen-bei-kindern-und-jugendlichen?epediaDoi=10.1007%2F978-3-662-49289-5_112#CR60
- Walker, L. S., Beck, J. E., Garber, J., Lambert, W. (2008): Children's somatization inventory: psychometric properties of the revised form (CSI-24). J Pediatr Psychol 34(4):430–440.
- Werfel, T., Claes, C., Kulp, W., Greiner, W. & Graf von der Schulenburg, J. M. (2006). Therapie der Neurodermitis. In Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- World Health Organization (WHO). (1946): Constitution of the World Health Organization.
- Wu, S., Ding, Y., Wu, F. et al., (2015): Socio-economic position as an intervention against overweight and obesity in children: a systematic review and meta-analysis. Scientific Reports 5:11354.

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
behandlungsbedürftig	Gebiss hat unbehandelte, kariöse Zähne
Behandlungsprävalenz	Behandlungshäufigkeit, entspricht der Prävalenz, die aufgrund von ambulanten Arztkontakten ermittelt wird
BIÖG	Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (ehemals BZgA)
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Chronifizierung	Übergang einer akuten Erkrankung in einen chronischen Zustand
DAG	Deutsche Adipositas-Gesellschaft e. V.
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.
DiPS	Digitale partizipative Sozialraumanalyse
DMP	Disease-Management-Programm
EKFZ	Else Kröner-Fresenius-Zentrum für Ernährungsmedizin an der Technischen Universität München
EKO	Evangelisches Krankenhaus Oberhausen
Hib	Haemophilus influenzae b
HKS	Hyperkinetische Störung
ICD	International Statistical Classification of Diseases
ICD-Codes	Verschlüsselung von medizinischen Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung. Sie gehen auf das weltweit anerkannte Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation zurück. ICD entspricht der englischen Abkürzung für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ und kann als „Internationale Klassifikation der Krankheiten“ übersetzt werden. Die in Kapitel fünf verwendeten Diagnosen sind anhand der aktuell gültigen Fassung – der ICD-10 – klassifiziert.
IQWiG	Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KiGGS	Kohorten in der Gesundheitsforschung – Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Studie des RKI)
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KKBK	Käthe-Kollwitz-Berufskolleg
KTE	Kindertageseinrichtung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVNO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
LZG.NRW	Landeszentrum für Gesundheit Nordrhein-Westfalen

M1Q-Kriterium	Es werden die gesicherten ambulanten Behandlungsdiagnosen innerhalb eines Jahres berücksichtigt. Hierbei werden Personen berücksichtigt, bei denen eine gesicherte Diagnose in mindestens einem Quartal eines Berichtsjahres codiert wurde.
N, n	Allgemein steht der Großbuchstabe N für die Gesamtanzahl der Grundgesamtheit und der Kleinbuchstabe n für die Größe der Stichprobe bzw. wird das großgeschriebene N jedoch auch für die Gesamtstichprobe verwendet und das kleingeschriebene n für Teilstichproben.
NRW	Nordrhein-Westfalen
Partizipation	Teilhabe
Pertussis	Keuchhusten
Perzentil	Ein Perzentil entspricht dem Anteil einer Verteilung, es gibt Auskunft darüber, welcher Anteil der Verteilung über und unter dem Messwert liegt (vgl. Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V., 2023)
Poliomyelitis	Kinderlähmung
Prävalenz	Anteil der Erkrankten in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem Zeitraum (vgl. Kuhn und Wildner, 2019)
Prävalenz	Anteil der Erkrankten in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem Zeitraum (vgl. Kuhn und Wildner, 2019)
primärgesund	Gebiss ist karies- und füllungsfrei
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RKI	Robert Koch-Institut
rohe Rate	Ist geeignet, um die reale Größe eines Gesundheitsproblems in einer Bevölkerung zu beschreiben. Sie ist nicht standardisiert.
RSV	Respiratorische Synzitial Virus
saniert	Alle kariösen Zähne und Folgezustände sind zahnmedizinisch versorgt (Füllungen oder Extraktionen, d. h. Zahnentfernung).
SchulG NRW	Schulgesetz des Landes NRW
SEU	Schuleingangsuntersuchung
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum Oberhausen
STIKO	Ständige Impfkommission
Varizellen	Windpocken
WHO	World Health Organization
ZÄD	Zahnärztlicher Dienst

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Impfquote in % bei abgeschlossener Grundimmunisierung der Schulanfänger:innen im Untersuchungsjahrgang 2023/2024	16
Abbildung 2 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 in Prozent	17
Abbildung 3 Anteile der Einschüler:innen in Oberhausen mit Unter- und Übergewicht nach Sozialraum in %	19
Abbildung 4 Gebisszustand der Oberhausener Kinder in Kindertageseinrichtungen 2022/2023	26
Abbildung 5 Gebisszustand der Oberhausener Kinder an Grundschulen 2022/2023	26
Abbildung 6 Gebisszustand der Oberhausener Kinder an weiterführenden Schulen	27
Abbildung 7 Gebisszustand der Oberhausener Kinder an Förderschulen 2022/2023	27
Abbildung 8 Diabetes Typ 1 (ICD-10 E10), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen und Jungen, Oberhausen und NRW Oberhausen, 2011 – 2022	34
Abbildung 9 Diabetes Typ 1 (ICD-10 E10), Ambulante Behandlungsprävalenz, Jungen, Oberhausen, 2011 – 2022	34
Abbildung 10 Diabetes Typ 1 (ICD-10 E10), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen, Oberhausen, 2011 – 2022	35
Abbildung 11 Neurodermitis (ICD-10 L20), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen und Jungen, Oberhausen und NRW, 2011 – 2022	37
Abbildung 12 Neurodermitis (ICD-10 L20), Ambulante Behandlungsprävalenz, Jungen, Oberhausen, 2011 – 2022	37
Abbildung 13 Neurodermitis (ICD-10 L20), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen, Oberhausen, 2011 – 2022	37
Abbildung 14 Heuschnupfen (ICD-10 J30), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen und Jungen, Oberhausen und NRW, 2011 – 2022	39
Abbildung 15 Heuschnupfen (ICD-10 J30), Ambulante Behandlungsprävalenz, Jungen, Oberhausen, 2011 – 2022	40
Abbildung 16 Heuschnupfen (ICD-10 J30), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen, Oberhausen, 2011 – 2022	40
Abbildung 17 Asthma bronchiale (ICD-10 J45), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen und Jungen, Oberhausen und NRW, 2011 – 2022	42
Abbildung 18 Asthma bronchiale (ICD-10 J45), Ambulante Behandlungsprävalenz, Jungen, Oberhausen, 2011 – 2022	43
Abbildung 19 Asthma bronchiale (ICD-10 J45), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen, Oberhausen, 2011 – 2022	43
Abbildung 20 Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (ICD-10 F90), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen und Jungen, Oberhausen und NRW, 2011 – 2022	46
Abbildung 21 Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (ICD-10 F90), Ambulante Behandlungsprävalenz, Jungen, Oberhausen, 2011 – 2022	46
Abbildung 22 Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (ICD-10 F90), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen, Oberhausen, 2011 – 2022	46
Abbildung 23 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen und Jungen, Oberhausen und NRW, 2011 – 2022	48
Abbildung 24 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43), Ambulante Behandlungsprävalenz, Jungen, Oberhausen, 2011 – 2022	48
Abbildung 25 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen, Oberhausen, 2011 – 2022	49
Abbildung 26 Emotionale Störungen des Kindesalters (ICD-10 F93), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen und Jungen, Oberhausen und NRW, 2011 – 2022	51
Abbildung 27 Emotionale Störungen des Kindesalters (ICD-10 F93), Ambulante Behandlungsprävalenz, Jungen, Oberhausen, 2011 – 2022	51
Abbildung 28 Emotionale Störungen des Kindesalters (ICD-10 F93), Ambulante Behandlungsprävalenz, Mädchen, Oberhausen, 2011 – 2022	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Anzahl Kinder nach Altersgruppen und Geschlecht in Oberhausen zum Stichtag 31.12.2022	12
Tabelle 2 Anzahl Kinder nach Altersgruppen und Geschlecht in Nordrhein-Westfalen zum Stichtag 31.12.2022	12
Tabelle 3 Gewichtskategorien nach Perzentilen	18

Verwendete Indikatoren und Kennzahlen

Indikator/Kennzahl	Datenquelle/ Datenhalter
Ambulante Behandlungsprävalenzen für ausgewählte Diagnosen, nach Geschlecht, Oberhausen und NRW	Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein Bereitgestellt durch: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Schuleingangsuntersuchung (Impfquote, Inanspruchnahme Früherkennungsuntersuchungen, Körpergewicht)	Stadt Oberhausen Bereich 3-4/Gesundheit Aufbereitet durch: Fachbereich 4-5-10/ Statistik
Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Mittelwert 2021 – 2023 Indikator (L) 3.54_01	Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) Bereitgestellt durch: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)

Impressum

Herausgeberin

Stadt Oberhausen

Der Oberbürgermeister

Bereich 3-4 Gesundheit

Bearbeitung und Redaktion

Catharina Knauer

Gesundheitsberichterstattung

Stabsstelle 3-4-00-100

Prävention und strategische Gesundheitsplanung

catharina.knauer@oberhausen.de

Dr: Charlotte Weber

Bereichsleitung 3-4

charlotte.weber@oberhausen.de

Stabsstelle 3-4-00-100 Prävention und strategische Gesundheitsplanung

Lisann Riemenschneider

Fachbereich 3-4-30 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Katja Schrickel-Ischebeck

Katharina Burdzik

Fachbereich 3-4-60 Zahnärztlicher Dienst

Khac-An Lam

Lea Speer

Fachbereich 4-5-10 Statistik

Patricia Scherdin

Danke an alle beteiligten Fachbereiche und Personen, die zur Erstellung
des Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes beigetragen haben.

Layout und Druck

Oliver Hinzmann

Stand

05/2025

