

Für die Zukunft gesattelt.

Bericht über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Kreis Warendorf



Vorwort



Sehr geehrte Leserinnen und Leser!

Die Gesundheit unserer Kinder ist ein unverzichtbares Gut!

Gerade im Kindes- und Jugendalter werden die Weichen für die gesundheitlichen Entwicklungen und für das Gesundheitsverhalten gestellt. Hierzu ist ein genauer Überblick über die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen im Kreis Warendorf erforderlich.

Ich freue mich, Ihnen den vorliegenden Bericht zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Kreis Warendorf vorstellen zu dürfen. Er fasst insbesondere Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung aus dem Jahr 2012 zusammen. Darüber hinaus geben weitere ausgewählte Daten einen Überblick über die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen im Kreisgebiet. Mit diesem Bericht leistet der Kreis Warendorf einen wichtigen Beitrag zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung.

Die Ergebnisse sind für die kommunale Gesundheitsförderung von besonderem Interesse. Je früher die gesundheitsfördernden und präventiven Angebote einsetzen, desto eher können Ressourcen bei Kindern und ihren Familien gestärkt und Risiken minimiert werden. Viele Gesundheitsprogramme zur Kindergesundheit werden im Kreis Warendorf bereits seit vielen Jahren von zahlreichen Akteuren angeboten.

Ich wünsche mir, dass dieser Bericht zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu Diskussionen anregt und zur weiteren Förderung der Kindergesundheit im Kreis Warendorf beiträgt. Denn nur gemeinsam können wir das große Ziel erreichen, dass unsere Kinder gesund aufwachsen können.

Warendorf, im November 2013

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Olaf Gericke'. The signature is written in a cursive style.

Dr. Olaf Gericke
Landrat

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	7
2. Ergebnisse im Überblick	9
2.1 Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung Jahr 2012	9
2.2 Weitere zusammengefasste Ergebnisse zur Kindergesundheit	11
3. Erläuterungen zur Einschulungsuntersuchung	12
4. Allgemeine Daten zu den Schulanfängerinnen und Schulanfängern	13
5. Gesundheitsvorsorge im Kindesalter	16
5.1 Früherkennungsuntersuchungen	16
5.1.1 Vorlage des Untersuchungsheftes.....	18
5.1.2 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9	19
5.1.3 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 im Vergleich bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund	22
5.2 Schutzimpfungen	23
5.2.1 Inanspruchnahme von Impfungen	25
5.2.2 Impfraten bei Kindern mit Migrationshintergrund	26
5.2.3 Masernraten im Kreis Warendorf	27
6. Ausgewählte Untersuchungsergebnisse zur Gesundheit und Entwicklung der Schulanfängerinnen und Schulanfänger	29
6.1 Hören	30
6.2 Sehen	31
6.3 Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern	32
6.4 Visuomotorik.....	33
6.5 Motorik und Koordination	34
6.6 Sprache.....	35
6.6.1 Erstsprache und Deutschkenntnisse	35
6.6.2 Sprachentwicklungsstörungen	37
6.7 Körpergewicht.....	39
6.7.1 Schulanfängerinnen und Schulanfänger mit Gewichtsproblemen	41
6.7.2 Kinder mit Gewichtsproblemen in Städten und Gemeinden des Kreises Warendorf	42
6.7.3 Gewichtsprobleme bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund.....	43
6.8 Atopische Erkrankungen	44
7. Zahngesundheit im Kindesalter	45
8. Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahren	50
9. Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen	52
10. Säuglingssterblichkeit	54
11. Projekte / Maßnahmen und Handlungsempfehlungen	55

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Anzahl der untersuchten Schulanfängerinnen und Schulanfänger im Kreis Warendorf nach Städten und Gemeinden im Jahr 2012	15
Abb. 2: Vorgelegte U-Hefte zur Einschulungsuntersuchung nach Städten und Gemeinden im Vergleich 2010 bis 2012.....	18
Abb. 3: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 im Vergleich 2008* und 2012*	20
Abb. 4: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U9 in den Jahren 2008* bis 2012*.....	21
Abb. 5: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung U8 und U9 (komplett) von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund im Vergleich 2008* und 2012*	22
Abb. 6: Impfkalender der STIKO für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene	24
Abb. 7: Vollständige* Impfungen gegen verschiedene Erkrankungen im Jahr 2012	25
Abb. 8: Vollständige* Impfungen nach Bevölkerungsgruppen im Jahr 2012.....	26
Abb. 9: Inanspruchnahme der Masernimpfungen (2-mal) in den Jahren 2007* bis 2012*	27
Abb. 10: Hörvermögen bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern im Jahr 2012	30
Abb. 11: Sehschärfe bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern im Jahr 2012.....	31
Abb. 12: Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern im Jahr 2012	32
Abb. 13: Visuomotorik bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern im Jahr 2012	33
Abb. 14: Motorik und Körperkoordination bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern im Jahr 2012.....	34
Abb. 15: Erstsprache der Schulanfängerinnen und Schulanfänger im Jahr 2012	35
Abb. 16: Sprachentwicklungsstörungen bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern im Jahr 2012.....	37
Abb. 17: Sprachtherapie zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen im Vergleich zu NRW	38
Abb. 18: Perzentilendiagramm zur Beurteilung des Körpergewichtes für den Altersbereich bis 18 Jahren	40
Abb. 19: Schulanfängerinnen und Schulanfänger mit Gewichtsproblemen im Kreis Warendorf im Jahresvergleich von 2000 bis 2012 zu NRW.....	41
Abb. 20: Prozentualer Anteil von Schulanfängerinnen und Schulanfänger mit Gewichtsproblemen im Kreis Warendorf (3-Jahresmittelwert, Jahr 2010, 2011, 2012)	42
Abb. 21: Schulanfängerinnen und Schulanfänger mit und ohne Migrationshintergrund mit Gewichtsproblemen in den Jahren 2006 bis 2012.....	43
Abb. 22: Allergische Erkrankungen bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern in den Jahren 2010 bis 2012	44
Abb. 23: Zahngesundheit der Kindergartenkinder im Kreis Warendorf im Vergleich 2011 und 2012.....	47
Abb. 24: Zahngesundheit der zweiten Klassen im Kreis Warendorf im Vergleich 2011 und 2012	48
Abb. 25: Zahngesundheit der vierten Klassen im Kreis Warendorf im Vergleich 2011 und 2012.....	49
Abb. 26: Krankenhausbehandlungen wegen Verbrennungen (T20-T32) und Vergiftungen (T36-T65) bei Kindern unter 15 Jahren im Vergleich, Kreis Warendorf, Regierungsbezirk Münster und NRW (2008 – 2011)	51
Abb. 27: Krankenhausfälle wegen Alkoholintoxikation bei Kindern nach Alter im Jahr 2011 und 2012	52

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Untersuchte Kinder nach Untersuchungsjahr.....	13
Tab. 2: Übersicht der Zeiträume von Früherkennungsuntersuchungen	17
Tab. 3: Masern-Impfquote bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern im Kreis Warendorf im Vergleich zum Reg.-Bez. Münster und NRW im Jahr 2011.....	27
Tab. 4: Fälle von Masern-Erkrankungen im Reg.-Bez. Münster und NRW*	28
Tab. 5: Erläuterungen zu den folgenden Diagrammkategorien	29
Tab. 6: Deutschkenntnisse bei Schulanfängern im Jahr 2012, die überwiegend eine andere Sprache als Deutsch in den ersten vier Lebensjahren sprachen	36
Tab. 7: Prozentualer Anteil von Schulanfängerinnen und Schulanfänger mit Gewichtsproblemen in den Städten und Gemeinden des Kreises Warendorf (3-Jahresmittelwert, Jahr 2010, 2011, 2012).....	42
Tab. 8: Krankenhausfälle wegen Alkoholintoxikation bei Kindern nach Alter und Geschlecht im Jahr 2011.....	53
Tab. 9: Krankenhausfälle wegen Alkoholintoxikation bei Kindern nach Alter und Geschlecht im Jahr 2012.....	53
Tab. 10: Säuglingssterblichkeit als 3-Jahres-Mittelwerte im Vergleich Reg.-Bez. Münster und NRW.....	54

1. Einleitung

Die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen hat sich in den letzten Jahrzehnten tiefgreifend gewandelt. Verbesserte Lebensbedingungen und die allgemeine gute medizinische Versorgung haben dazu geführt, dass zum Beispiel die Säuglings- und Kindersterblichkeit gesenkt werden konnte und sich die Infektionskrankheiten auf dem Rückzug befinden. Heute beeinflussen zunehmend Übergewicht, allergische Probleme, chronische Erkrankungen sowie emotionale, sprachliche und motorische Entwicklungsstörungen die gesunde Entwicklung der Kinder und wirken sich auf ihre schulische und soziale Integration aus¹.

Studien belegen, dass die soziale Herkunft sowie das Bildungsniveau der Eltern einen prägenden Einfluss auf die frühkindliche Entwicklung und auf die Faktoren, die die gesundheitliche Entwicklung der Kinder beeinflussen, haben². Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen werden bereits im Kindes- und Jugendalter geprägt. Bildung hat in Bezug auf das Gesundheitsverhalten einen übergeordneten Stellenwert. Über die Bildung werden gesundheitsbezogene Einstellungen und Werthaltungen vermittelt, die bei der Ausprägung und Stabilisierung gesundheitsrelevanter Verhaltensmuster besonders wichtig sind³.

„Die untere Gesundheitsbehörde hat die Aufgabe, Kinder und Jugendliche vor Gesundheitsgefahren zu schützen und ihre Gesundheit zu fördern“ (§12 Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NRW)). Hierfür ist unter anderem eine genaue Kenntnis der gesundheitlichen Situation und des Gesundheitsverhaltens der Kinder und Jugendlichen erforderlich. Der vorliegende Bericht möchte dazu einen Beitrag leisten!

Um die gesundheitliche Situation der Kinder im Kreis Warendorf zu beschreiben wurden Routinedaten der Schuleingangsuntersuchung 2012 und weitere Gesundheitsindikatoren für diesen Bericht ausgewählt. Soweit Vergleichsdaten des Regierungsbezirks Münster und des Landes Nordrhein-Westfalen vorlagen, wurden diese den örtlichen Ergebnissen gegenübergestellt.

Die Schulanfängeruntersuchung ist eine der umfangreichsten Reihenuntersuchungen der Bevölkerung. Sie ist derzeit die einzige umfassende und repräsentative Datenquelle zur Gesundheit jüngerer Kinder und umfasst den gesamten Jahrgang. Aus diesem Grunde werden zunächst allgemeine Erläuterungen zur jährlichen Schuleingangsuntersuchung im Kreis Warendorf gegeben.

¹ Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Robert-Koch- Institut, 2004

² Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG NRW) – Schuleingangsuntersuchungen 2010. Stand: 1. März 2012

³ Lampert, Thomas u.a. (2005): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Robert-Koch-Institut (Hrsg.). Berlin

Anschließend folgt in den Kapiteln vier bis zehn die detaillierte Darstellung der einzelnen ausgewählten Gesundheitsindikatoren.

Zum Schluss werden die gesundheitsförderlichen Projekte und Maßnahmen, die durch das Gesundheitsamt initiiert oder in Kooperation mit anderen Ämtern und Institutionen aktuell bzw. zukünftig durchgeführt oder begleitet werden, kurz erläutert. Zu jedem Projekt wurden, wenn es sinnvoll erschien, mögliche Handlungsempfehlungen gegeben. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass darüber hinaus sowohl von den anderen Ämtern der Kreisverwaltung als auch von anderen Institutionen, Vereinen etc. im Kreis Warendorf eine Vielzahl weiterer Projekte im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit angeboten werden.

2. Ergebnisse im Überblick

2.1 Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2012

Insgesamt wurden 2660 Kinder von den Ärztinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes im Kreis Warendorf zur Einschulung 2012 untersucht. Für die statistische Auswertung standen die Daten von 2656 Kindern zur Verfügung, davon waren 52% Jungen und 48% Mädchen. Ein Viertel der Schulanfängerinnen und Schulanfänger hatte einen Migrationshintergrund (Kap. 4).

Früherkennungsuntersuchungen

Die Teilnahmerate ist in den letzten Jahren bei allen U-Untersuchungen angestiegen, besonders deutlich jedoch bei der U8 und bei der U9-Untersuchung. Auch bei Kindern mit Migrationshintergrund zeigt sich dieser positive Trend. Diese Bevölkerungsgruppe nimmt die Früherkennungsuntersuchungen insgesamt jedoch weniger in Anspruch. Die deutliche Zunahme der Inanspruchnahme ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das neu eingeführte Meldeverfahren zurückzuführen (Kap. 5.1).

Schutzimpfungen

Die Impfraten für die im Kindesalter empfohlenen Standardimpfungen lagen zwischen 94,1% und 97,2% und somit auf hohem Niveau. Es zeigten sich kaum Unterschiede bei den Impfraten zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Kinder mit Migrationshintergrund waren teilweise sogar etwas häufiger gegen bestimmte Erkrankungen geimpft als Kinder ohne Migrationshintergrund (Kap. 5.2).

Die Masernimpfrate ist in den Jahren 2007 bis 2012 um circa 5% auf 96,4% angestiegen (Kap. 5.2.3).

Hören

Die meisten (circa 95%) der Schulanfängerinnen und Schulanfänger hatten unauffällige Hörbefunde. Kinder mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund waren prozentual nahezu gleichermaßen von einer Hörbeeinträchtigung betroffen (Kap. 6.1).

Sehen

Mehr als 96% der Kinder zeigten bei der Einschulungsuntersuchung eine normale oder mit Brille ausreichend korrigierte Sehschärfe. Kinder mit Migrationshintergrund erhielten prozentual häufiger eine Empfehlung zur fachärztlichen Kontrolluntersuchung als Kinder ohne Migrationshintergrund (Kap. 6.2).

Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern

Kinder mit Migrationshintergrund hatten prozentual etwas häufiger Probleme in diesem Bereich als Kinder ohne Migrationshintergrund (Kap. 6.3).

Visuomotorik

Circa jedes 5. Kind zeigte Unsicherheiten beim Zeichentest. Zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund gab es keine wesentlichen prozentualen Unterschiede (Kap. 6.4).

Körperkoordination

Nahezu jedes 5. Kind zeigte unterschiedlich ausgeprägte Symptome einer Körperkoordinationsschwäche, darunter mehr Jungen als Mädchen. Kinder mit Migrationshintergrund hatten in diesem Bereich weniger Probleme als Kinder ohne Migrationshintergrund (Kap. 6.5).

Sprache

Circa 19% aller befragten Eltern haben in den ersten vier Lebensjahren mit ihren Kindern eine andere Erstsprache als Deutsch gesprochen. Aus dieser Gruppe hatte nach Einschätzung der Ärztinnen jedes 3. bis 4. Kind zu Schulbeginn noch geringe oder stark fehlerhafte Deutschkenntnisse (Kap. 6.6.1).

Jedes 6. bis 7. Kind erhielt zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung wegen einer medizinisch relevanten Sprachentwicklungsstörung eine Sprachtherapie. In den letzten drei Jahren hat der prozentuale Anteil von Kindern, die zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung eine Sprachtherapie erhielten, zugenommen (Kap. 6.6.2).

Körpergewicht

Jedes 12. bis 13. Kind hatte ein gesundheitsriskantes Gewichtsproblem (übergewichtig und adipös). In dieser Gruppe waren etwas mehr Mädchen als Jungen. Im Kreis Warendorf gab es in den vergangenen Jahren weniger übergewichtige und adipöse Schulanfängerinnen und Schulanfänger als im Landesdurchschnitt NRW (Kap. 6.7.1).

Kinder mit Migrationshintergrund hatten doppelt so häufig ein Gewichtsproblem als Kinder ohne Migrationshintergrund (Kap. 6.7.3).

Atopische Erkrankungen

Nahezu 6% der 2012 untersuchten Einschulungskinder hatten eine Neurodermitis oder es bestand der Verdacht auf das Vorliegen dieser chronischen Erkrankung (Kap. 6.8).

2.2 Weitere zusammengefasste Ergebnisse zur Kindergesundheit

Zahngesundheit

Im Schuljahr 2012/13 wurde bei circa 19% der Kindergartenkinder, 32% der Schulkinder im zweiten Schuljahr und 27% der Schulkinder im vierten Schuljahr ein behandlungsbedürftiger Zahnbefund erhoben. Bei den Schülerinnen und Schülern der 2. Klassen war ein leichter Anstieg der naturgesunden Zähne zu verzeichnen (Kap. 7).

Verbrennungen und Vergiftungen

Im Kreis Warendorf wurden in den Jahren 2010 und 2011 häufiger Kinder unter 15 Jahren aufgrund von Verbrennungen und Vergiftungen stationär behandelt als im Vergleich zum Regierungsbezirk Münster und NRW (Kap. 8).

Alkoholvergiftungen

Die Anzahl von 14 bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen mit Wohnsitz im Kreis Warendorf, die aufgrund einer Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus eingeliefert wurden, hat im Jahr 2012 leicht zugenommen (Kap. 9).

Säuglingssterblichkeit

Der Kreis Warendorf hat im Vergleich zum Regierungsbezirk Münster und zu Nordrhein-Westfalen eine geringe Säuglingssterblichkeit (Kap. 10).

3. Erläuterungen zur Einschulungsuntersuchung

Die schulärztliche Untersuchung zur Einschulung ist in NRW ein gesetzlich vorgeschriebener Bestandteil des Schulaufnahmeverfahrens (§35 Schulgesetz NRW, §1 der Verordnung über den Bildungsgang in der Grundschule AOGS) und ist zudem im Öffentlichen Gesundheitsdienstgesetz §12 Abs.2 (ÖGDG NRW) verankert.

Sie entspricht einer betriebsärztlichen Eingangsuntersuchung für den „Arbeitsplatz“ Schule. Die Untersuchung umfasst die folgenden Bereiche:

- Erhebung der gesundheitlichen Vorgeschichte einschließlich Vorsorgeteilnahme und Impfstatus,
- Überprüfung des Seh- und Hörvermögens,
- Erfassung der somatischen Entwicklung (Körperlänge, Gewicht, kurze körperliche Untersuchung mit schulrelevanten Schwerpunkten),
- Verhaltensbeobachtung und Einschätzung,
- Erfassung des allgemeinen Entwicklungsstandes mit Kurztests zur Motorik, Feinmotorik, Wahrnehmung, Sprache, Aufmerksamkeit,
- abschließende schulärztliche Beratung der Eltern, bei Bedarf Empfehlung geeigneter Fördermaßnahmen oder weitergehender ärztlicher Diagnostik,
- Erstellung des schulärztlichen Gutachtens zur Einschulung.

Die Durchführung der wichtigsten Bestandteile der Schulanfängeruntersuchung wird den Schülärztinnen und Schülärzten in NRW durch landesweit einheitliche standardisierte Richtlinien, das sogenannte „Bielefelder Modell (BiMo)“, vorgeschrieben. Mehrere andere Bundesländer haben das Bielefelder Modell für ihre Einschulungsuntersuchungen übernommen.

Die Anwendung eines landesweit einheitlichen Verfahrens sichert einen gleichmäßigen Qualitätsstandard bei der Durchführung der einzelnen Untersuchungsschritte und bei der Erfassung und Dokumentation der Untersuchungsergebnisse. Nur so ist es möglich Untersuchungsergebnisse auch interkommunal zu vergleichen und z. B. festzustellen, wie sich die Gesundheit der Kinder im Kreis Warendorf im Vergleich mit NRW darstellt.

Die Richtlinien des Bielefelder Modells umfassen alle wichtigen Aspekte der Schulanfängeruntersuchung: von körperlichen Gesundheitsmerkmalen wie Größe, Gewicht, Seh- und Hörfähigkeit über schulrelevante chronische Erkrankungen bis hin zu allgemeinen Entwicklungsmerkmalen wie Motorik, Wahrnehmung und Sprache.

Zur einheitlichen Beobachtung und Dokumentation des allgemeinen Entwicklungsstandes ist seit 2010 das sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen "SOPESS" fester Be-

standteil des Bielefelder Modells. Es wurde im Auftrag des Landeszentrums Gesundheit NRW (LZG) von der Universität Bremen unter Beteiligung nordrheinwestfälischer Jugendärztinnen und Jugendärzte entwickelt. Die Festlegung der Normalwerte (= Normierung) und Überprüfung der Testverlässlichkeit (= Validierung) erfolgte an etwa 13.000 nordrheinwestfälischen Schulanfängerinnen und Schulanfängern, darunter auch circa 500 Kindern aus dem Kreis Warendorf.

Die fünf Kinder- und Jugendärztlichen Teams des Kreisgesundheitsamtes untersuchten die Schulanfängerinnen und Schulanfänger zum Schuljahr 2012/2013 im Zeitraum November 2011 bis Juli 2012 in den Grundschulen und in den Dienststellen Ahlen, Beckum und Warendorf.

4. Allgemeine Daten zu den Schulanfängerinnen und Schulanfängern

Im Zeitraum von 2009 bis 2012 wurden insgesamt 11.623 Kinder untersucht. Im Kreis Warendorf nahm die Gesamtzahl der Kinder, die zur Schulanfängeruntersuchung vorgestellt wurden, kontinuierlich ab (Tab.1).

Tab. 1: Untersuchte Kinder nach Untersuchungsjahr

	Jahrgang der Einschulung				Gesamt
	2009	2010	2011	2012	
Anzahl der untersuchten Einschulungskinder Kreis Warendorf	3109	2957	2897	2660	11.623

Quelle: Schulanfängeruntersuchungen Kreis Warendorf

Zur Einschulung 2012 wurden im Kreis Warendorf insgesamt 2660 Kinder untersucht. Von 2656 Kindern standen die Daten für eine statistische Auswertung zur Verfügung. Davon waren 52% männlich und 48% weiblich.

Die Abb.1 zeigt die Anzahl der untersuchten Schulanfängerinnen und Schulanfänger in den Städten und Gemeinden. In der Stadt Ahlen wurden die meisten (N=534) Kinder zu Schulbeginn untersucht. Die wenigsten wurden in der Gemeinde Beelen (N=61) im Jahr 2012 eingeschult.

Neben den gesundheitlichen und den entwicklungsrelevanten Untersuchungsdaten werden auch soziale Merkmale in der Einschulungsuntersuchung erfasst. Die Kinder werden darüber hinaus den beiden folgenden Gruppen zugeordnet:

„Kinder ohne Migrationshintergrund“

- Kinder, die in Familien deutscher Herkunft aufwachsen

„Kinder mit Migrationshintergrund“

- Kinder, die in Familien ausländischer Herkunft aufwachsen, in Deutschland oder im Ausland geboren sind.

Nach dieser Definition hatte ein Viertel der Schulanfängerinnen und Schulanfänger (N=672) im Jahr 2012 im Kreis Warendorf einen Migrationshintergrund.

Abb. 1: Anzahl der untersuchten Schulanfängerinnen und Schulanfänger im Kreis Warendorf nach Städten und Gemeinden im Jahr 2012



Grafik: Kreis Warendorf, Vermessungs- und Katasteramt

5. Gesundheitsvorsorge im Kindesalter

Die Gesundheitsvorsorge spielt insbesondere im Kindesalter eine herausragende Rolle. Im Kindesalter nicht erkannte bzw. behandelte Krankheiten sowie körperliche und psychische Auffälligkeiten können die gesamte kindliche Entwicklung beeinflussen. Für den weiteren Lebensverlauf entstehen möglicherweise nachhaltige Beeinträchtigungen.

Zur Gesundheitsvorsorge im Kindesalter gehören daher zwei wichtige Präventionsangebote: Früherkennungsuntersuchungen, um Krankheiten frühzeitig erkennen und dementsprechend frühzeitig behandeln zu können und Schutzimpfungen, um vermeidbaren Krankheiten vorzubeugen.

5.1 Früherkennungsuntersuchungen

Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern (U1 bis U9 im Vorschulalter und die J1 für 12 bis 14-jährige) dienen der frühzeitigen Erkennung von Krankheiten, die die Entwicklung des Kindes beziehungsweise des Jugendlichen in körperlicher oder psychischer Hinsicht gefährden. Bei Bedarf können angemessene Behandlungen und/oder Fördermaßnahmen sofort eingeleitet werden, um bleibende gesundheitliche Beeinträchtigungen zu vermeiden. Aufgrund der Besonderheiten der kindlichen Entwicklung haben die Untersuchungen zu bestimmten Zeitpunkten verschiedene Schwerpunkte (Tab.2). Seit dem 1. Juli 1971 gehört das Früherkennungsprogramm für Kinder zu den kassenärztlichen Leistungen. Im Juli 2008 wurde die zusätzliche U7a eingeführt. Sie findet zwischen dem 34. und 36. Lebensmonat statt und schließt die Lücke zwischen U7 (kurz vor dem zweiten Geburtstag) und U8 (im Alter von vier Jahren). Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte empfiehlt drei weitere Gesundheitschecks (U10, U11, J2 im Alter von 7 bis 17 Jahren), diese erstatten jedoch noch nicht alle Krankenkassen.

Tab. 2: Übersicht der Zeiträume von Früherkennungsuntersuchungen

	Zeitpunkt	Untersuchungsschwerpunkte
U1	Geburt	Beurteilung von Vitalität, Reifezeichen und Fehlbildungen, Neugeborenen-Hörscreening
U2	3. – 10. Lebensstag	Stoffwechsel-Screening, Fehlbildungen, Ernährungsberatung, Information zu anstehenden Impfungen
U3	4. – 6. Woche	Gedeihen, altersgerechte Entwicklung, Vorbeugung des plötzlichen Säuglingstodes, Unfallverhütung
U4	3. – 4. Lebensmonat	Altersgerechte Entwicklung, Ernährung und Verdauung, evtl. Erfassung von Seh- oder Hörstörungen, Impfungen
U5	6. – 7. Lebensmonat	Altersgerechte Entwicklung, Seh- oder Hörstörungen, Ernährung, Zahnpflege
U6	10. – 12. Lebensmonat	Sprachentwicklung, Kontrolle der Beweglichkeit, Körperbeherrschung und Geschicklichkeit, Seh- und Hörvermögen, Ernährung, Zahnpflege, Impfungen
U7	21. – 24. Lebensmonat	Altersgerechte Entwicklung, Seh- und Hörvermögen, Sprachentwicklung, Kontrolle der Beweglichkeit und Körperbeherrschung, mögliche Verhaltensprobleme, Impfstatus
U7a	34. – 36. Lebensmonat	Altersgerechte Entwicklung, Seh- und Hörvermögen, Sprachentwicklung, Kontrolle der Beweglichkeit und Körperbeherrschung, mögliche Verhaltensprobleme, Impfstatus
U8	42. – 48. Lebensmonat	Altersgerechte Entwicklung, Seh- und Hörvermögen, mögliche Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung, mögliche Verhaltensprobleme, Zähne und Kiefer, Impfstatus
U9	60. – 64. Lebensmonat	Körperliche und geistige Entwicklung, Seh- und Hörvermögen, mögliche Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung, Beweglichkeit und Geschicklichkeit
J1	13. – 14. Lebensjahr	Körperliche Untersuchung, Verlauf der Pubertät, eventuelle Hautprobleme, Gewichtsprobleme, Essstörungen, Impfung

Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Verordnung zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen

Seit dem Jahr 2009 ist in NRW das gesetzlich verpflichtende Meldeverfahren ("Landesverordnung zur Datenmeldung zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen") eingeführt worden. Ärztinnen und Ärzte melden der „Zentralen Stelle Gesunde Kindheit“ im Landeszentrum Gesundheit (LZG.NRW) alle Kinder, die an den Früherkennungsuntersuchungen U5 - U9 (für Kinder zwischen 6 Monaten und 5 1/2 Jahren) teilgenommen haben.

Das LZG NRW ermittelt die Kinder, für die noch keine Teilnahmebestätigungen an den Früherkennungsuntersuchungen vorliegen. Wenn auch nach erneuter Erinnerung durch das LZG NRW keine Mitteilung über die Teilnahme eingegangen ist, informiert die Zentrale Stelle die jeweiligen Jugendämter im Kreis Warendorf. Die Jugendämter entscheiden dann in eigener Zuständigkeit über die weiteren geeigneten Maßnahmen, ob sie z.B. noch einmal schriftlich erinnern oder Kontakt mit den Eltern/Sorgeberechtigten aufnehmen.

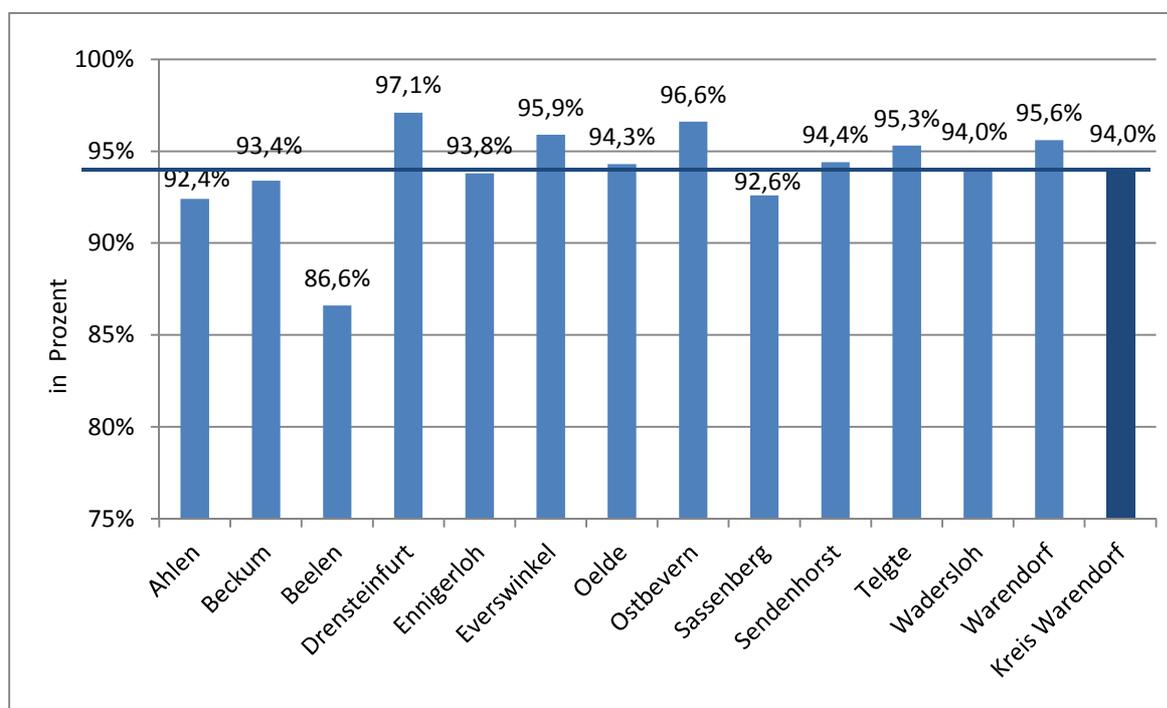
Im Jahr 2012 sind insgesamt 1198 Meldungen von der „Zentralen Stelle Gesunde Kindheit“ in allen vier Jugendämtern im Kreis Warendorf eingegangen. In einer Vielzahl der Fälle stellte sich heraus, dass die Untersuchungen bereits durchgeführt wurden, aber die Meldungen seitens der Kinderärzte nicht oder nicht rechtzeitig an die Zentrale Stelle erfolgt waren. In 131 Fällen wurde der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) eingeschaltet. Es gab in keinem Fall Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung.

5.1.1 Vorlage des Untersuchungsheftes

Bei der Schuleingangsuntersuchung werden bei den Kindern, die ein U-Heft vorlegten, die Anzahl und die Vollständigkeit der Früherkennungsuntersuchungen erfasst. Nur für diese Kinder kann die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 ermittelt werden.

Die durchschnittliche Vorlage der Untersuchungshefte lag in den Jahren 2010 bis 2012 kreisweit bei 94%. In den einzelnen Städten und Gemeinden variierte die durchschnittliche Anzahl der vorgelegten Untersuchungshefte zwischen 86,6% bis 97,1% (Abb.2).

Abb. 2: Vorgelegte U-Hefte zur Einschulungsuntersuchung nach Städten und Gemeinden im Vergleich 2010 bis 2012



Quelle: Schulanfängeruntersuchungen Kreis Warendorf, N=7976

5.1.2 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9

Die folgende Abb. 3 zeigt das Inanspruchnahmeverhalten der Früherkennungsuntersuchungen von Eltern im Jahr 2008 und 2012 im Vergleich. Die U7a wird bei der folgenden Auswertung nicht berücksichtigt, da die in die Auswertung einbezogenen Kinder aufgrund ihres Alters nicht alle an der U7a teilnehmen konnten (siehe Seite 16).

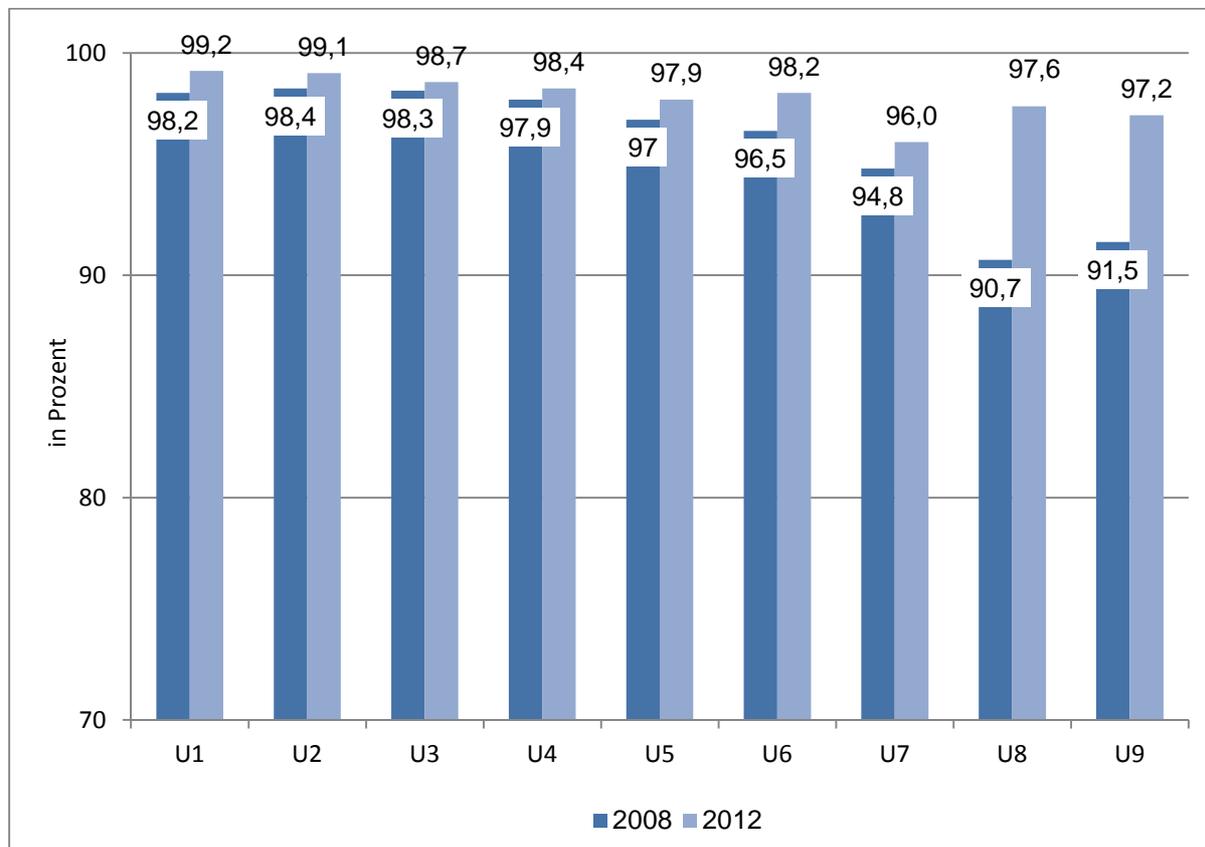
Die U1 und U2 haben in der Regel alle Kinder erhalten. Sie werden kurz nach der Geburt und meist noch im Krankenhaus durchgeführt. Wenige Ausnahmen bilden diejenigen, die nicht in Deutschland geboren wurden.

Alle anderen Untersuchungen (U3-U9) werden beim Kinderarzt angeboten. Im Jahr 2008 zeigt sich, dass die nachfolgenden Untersuchungen (U3 – U6) noch gut akzeptiert wurden, während die Teilnahme der Kinder an der U7 bis U9 sehr stark sank (Abb.3). Dieser Trend zeigte sich auch landesweit. In NRW lag die Teilnehmerquote im Jahr 2008 bei der U7 bei 93,3%, bei der U8 bei 89,1% und bei der U9-Untersuchung bei 87%.

Dieser Verlauf war im Jahr 2012 nicht mehr gegeben. Bei allen Früherkennungsuntersuchungen ist ein Anstieg der Inanspruchnahme zu verzeichnen gewesen. Ein besonders starker Anstieg war bei der U8 und bei der U9-Untersuchung festzustellen. Diese deutliche Zunahme der Inanspruchnahme ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das neu eingeführte Meldeverfahren zurückzuführen. Erste vorläufige Analysen des Landeszentrums für Gesundheit NRW bestätigen ebenfalls einen Anstieg der Teilnehmeraten⁴.

⁴ Landesgesundheitsbericht 2011. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW

Abb. 3: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 im Vergleich 2008* und 2012*

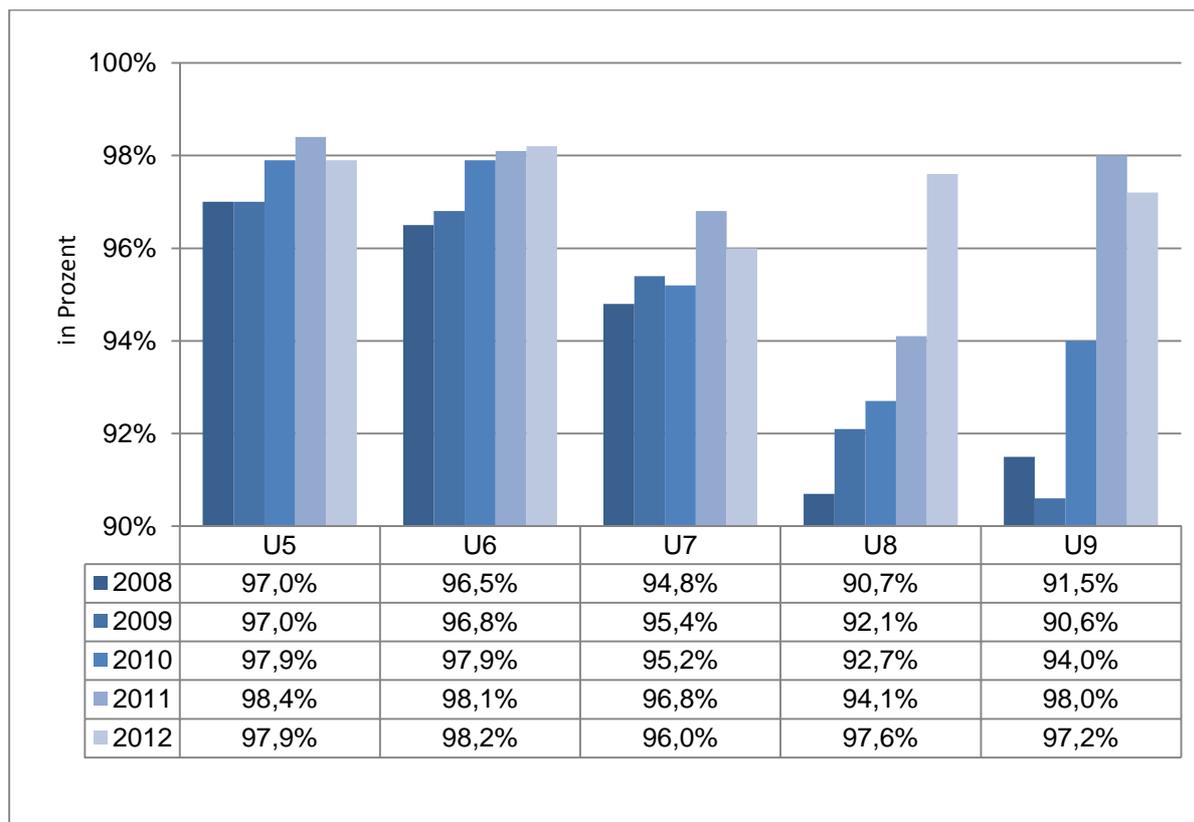


Quelle: Schulanfängeruntersuchungen Kreis Warendorf

* vorgelegte U-Hefte: Jahr 2008 N=2808; Jahr 2012 N=2499

In der folgenden Abb. 4 wird noch einmal differenziert dargestellt, wie sich seit der Einführung der „Zentralen Stelle Gesunde Kindheit“ beim LZG.NRW der Anstieg der Inanspruchnahme in den Jahren 2008 bis 2012 für die U5 bis U9 entwickelt hat.

Abb. 4: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U9 in den Jahren 2008* bis 2012*



Quelle: Schulanfängeruntersuchungen Kreis Warendorf

* vorgelegte U-Hefte: Jahr 2012 N=2499; Jahr 2011 N=2727; Jahr 2010 N=2750; Jahr 2009 N=2887; Jahr 2008 N=2808

5.1.3 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 im Vergleich bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund

Im Alter von vier und fünf Jahren können Entwicklungsstörungen z.B. von Sprache oder Motorik rechtzeitig in den Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 erkannt und noch vor Schulbeginn behandelt werden. Nehmen Eltern diese Untersuchungen für ihre Kinder nicht in Anspruch, können diese Kinder bereits bei Schuleintritt benachteiligt sein.

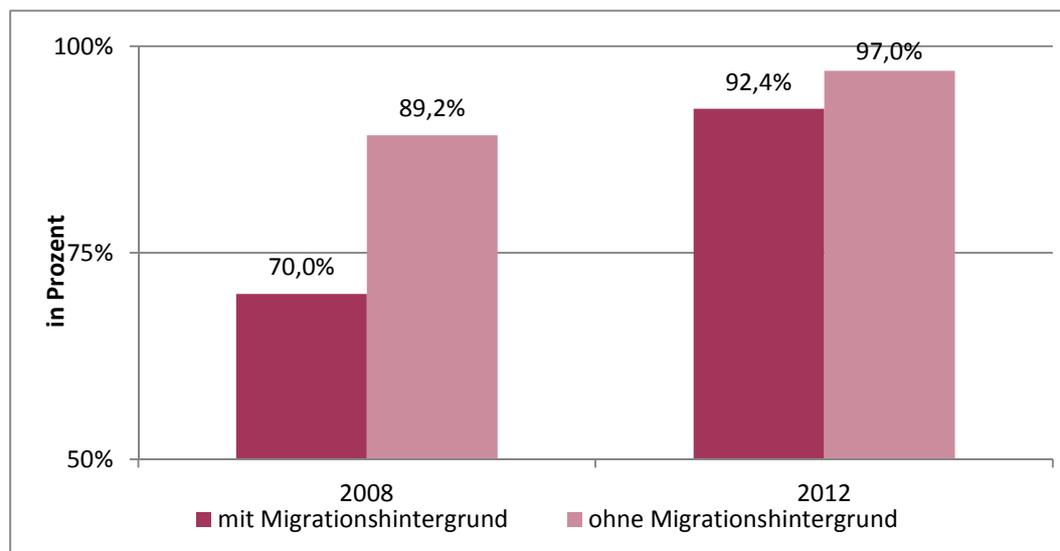
Neben der sozialen und beruflichen Situation ist die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen auch vom Migrationshintergrund der Eltern abhängig⁵. Im Folgenden wird daher die komplette Inanspruchnahme der beiden Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund in dem Jahr 2008 und 2012 vergleichend betrachtet.

Kinder, die keinen Migrationshintergrund besitzen nahmen deutlich häufiger die U8 und die U9 in Anspruch. So stieg der Anteil dieser Kinder von 89,2% im Jahr 2008 auf 97% im Jahr 2012 (Abb.5).

Aber auch bei Kindern mit Migrationshintergrund war ein deutlicher Anstieg der Inanspruchnahme der U8 und der U9 von 2008 auf 2012 festzustellen. Im Jahr 2008 nahmen nur 70% der Kinder mit Migrationshintergrund die beiden Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch. Dagegen stieg die Inanspruchnahme der U8 und U9 im Jahr 2012 auf 92,4% (Abb.5).

Vermutlich ist auch dieser deutliche Anstieg bei Kindern mit Migrationshintergrund auf das neu eingeführte Meldeverfahren zurückzuführen.

Abb. 5: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung U8 und U9 (komplett) von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund im Vergleich 2008* und 2012*



Quelle: Schulanfängeruntersuchungen Kreis Warendorf, * vorgelegte U-Hefte: Jahr 2012 N=2436; Jahr 2008 N=2790

⁵ Quelle: 13. Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2009. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend.

5.2 Schutzimpfungen

Impfungen gehören zu den wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Sie bieten den wirksamsten Schutz vor Infektionserkrankungen. Ziel der Impfung ist, den Geimpften vor einer Krankheit zu schützen⁶. Die Impfempfehlungen werden von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut ausgesprochen. Die empfohlenen Impfungen richten sich nur gegen solche Krankheiten, die schwer und manchmal sogar lebensbedrohlich verlaufen können. Die Kosten für die empfohlenen Impfungen werden von der Krankenkasse übernommen. Die Teilnahme an den Impfungen ist freiwillig.

Bei Impfungen geht es nicht nur um den individuellen Schutz vor einer Infektion, sondern auch um den Schutz der Nicht-Geimpften! Kinder können z.B. erst ab dem 11. Lebensmonat die Masernimpfung erhalten. Sie sind daher der Gefahr ausgesetzt an dieser Infektionskrankheit zu erkranken.

Die Abb. 6 zeigt die empfohlenen Impfungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche. Bei Kindern ist in den ersten zwei Lebensjahren eine Grundimmunisierung gegen die häufigsten Infektionskrankheiten vorgesehen.

Bei einer hohen Durchimpfungsrate ist es möglich, bestimmte Infektionskrankheiten vollständig auszurotten oder regional zurückzudrängen. Hierfür sind nach den WHO-Empfehlungen Durchimpfungsraten von mindestens 95% aller Kinder anzustreben. So konnten Masern durch Impfungen z.B. in Skandinavien, in USA und in vielen Ländern in Osteuropa ausgerottet werden⁷.

In Deutschland ist eine vollständige Ausrottung von Masern bislang nicht gelungen. Mit etwa 1.200 Erkrankungen⁸ in diesem Jahr breiten sich die Masern in Deutschland wieder deutlich aus. Die meisten Masernfälle werden seit mehreren Monaten aus Berlin und Bayern gemeldet⁹. Aber auch in NRW gab es aktuell einen größeren Masernausbruch in einer Schule¹⁰.

Durch eine rechtzeitige Impfung der Kinder könnten solche Ausbrüche verhindert werden. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt eine zweimalige Impfung gegen Masern im Alter zwischen dem vollendeten 11. und 14. sowie 15. und 23. Lebensmonat. Doch viele Kinder in Deutschland werden nicht zeitgerecht entsprechend diesen Empfehlungen geimpft. Oft fehlt im Alter von 2 Jahren vor allem die notwendige Zweitimpfung.

⁶ Quelle: Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW)

⁷ Quelle: www.kindergesundheit-info.de (22.07.2013)

⁸ Stand: Juli 2013

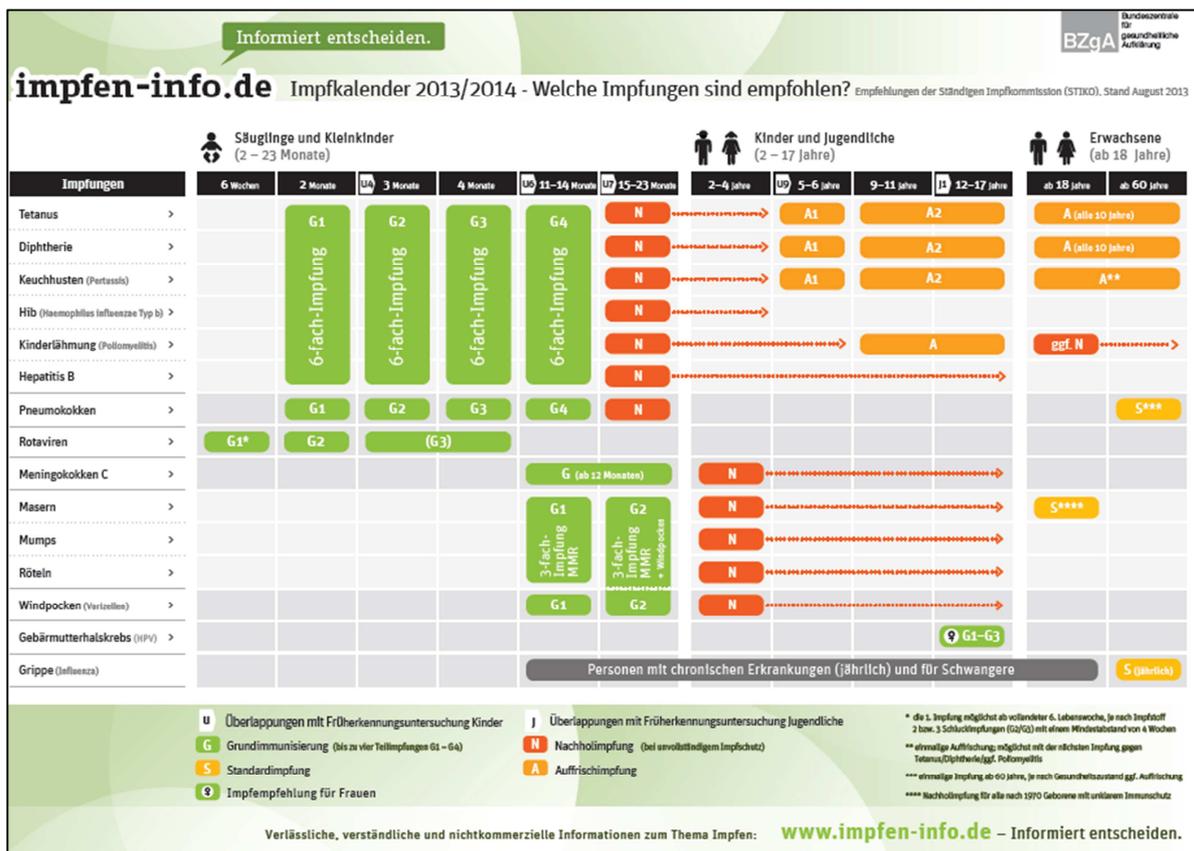
⁹ Quelle: Protokoll der epidemiologischen Bund-Länder-Lagekonferenz vom 23.07.2013

¹⁰ Quelle: www.lzg.gc.nrw.de

Aus Angst vor möglichen Nebenwirkungen oder mangelndem Wissen über die Krankheit und deren möglichen Auswirkungen, lassen Eltern ihre Kinder nicht gegen Masern impfen. Dabei handelt es sich um eine ernstzunehmende, hochansteckende Erkrankung, die mit erheblichen Komplikationen und Spätfolgen einhergehen kann.

Gerade in Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindertageseinrichtungen, Schulen oder auch in Ferienlagern und anderen Ferienfreizeiten können sich Masern bei fehlendem Impfschutz schnell ausbreiten. Ab dem 01. August 2013 besteht ein rechtlicher Anspruch auf einen Betreuungsplatz für Ein- bis Dreijährige. Damit wird sich die Anzahl von Kindern in Kindertageseinrichtungen erhöhen. Aus diesem Grunde sollten mögliche Impflücken schnellstens geschlossen werden.

Abb. 6: Impfkalender der STIKO für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene



Quelle: <http://www.impfen-info.de/service/impfkalender/>

5.2.1 Inanspruchnahme von Impfungen

Die Abb.7 zeigt die Inanspruchnahme von Impfungen bei Einschülerinnen und Einschülern im Jahr 2012. Die Daten werden jährlich den bei der Schuleingangsuntersuchung vorgelegten Impfausweisen entnommen. Die Ärztinnen prüfen, ob die von der STIKO jeweils aktuell empfohlenen Impfungen für Säuglinge und Kleinkinder durchgeführt wurden. Insgesamt konnten die Impfhefte von 92,7% der untersuchten Kinder ausgewertet werden.

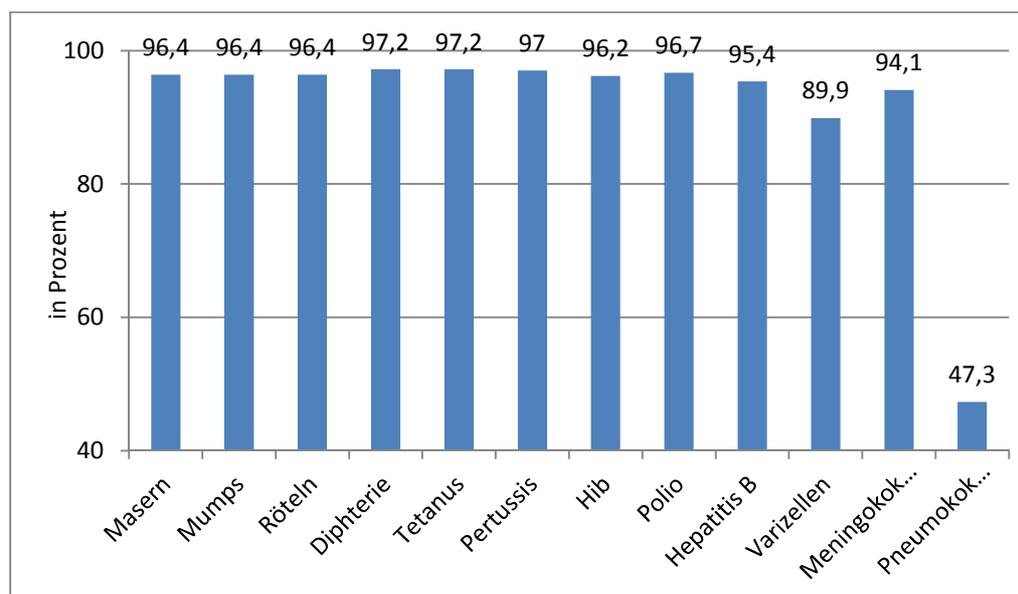
Der Anteil der vollständig (2-mal) gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) geimpften Schulanfängerinnen und Schulanfänger lag im Jahr 2012 auf hohem Niveau. Die Impfraten in Bezug auf Polio (Kinderlähmung) Pertussis (Keuchhusten), Tetanus (Wundstarrkrampf) und Diphtherie fielen etwas höher aus.

Niedriger als bei den MMR-Impfungen sind die Impfraten bei Hib (Hämophilus-Influenzae B), Hepatitis B und Meningokokken (ansteckende Form der Hirnhautentzündung).

Die relativ niedrige Impfrate von 89,9% in Bezug auf Varizellen (Windpocken) ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass erst vor kurzer Zeit (August 2009) die STIKO eine zweite Varizellenimpfung im Alter von 15 bis 23 Lebensmonaten in den Impfkalender aufgenommen hat.

Auch die Impfung gegen Pneumokokken wurde erst im Jahr 2006 von der STIKO empfohlen, so dass sich auch hier noch eine niedrige Impfquote von 47,3% bei den Schulanfängerinnen und Schulanfängern zeigt.

Abb. 7: Vollständige* Impfungen gegen verschiedene Erkrankungen im Jahr 2012



Quelle: Schulanfängeruntersuchungen Kreis Warendorf; Jahr 2012, N=2461

* gemäß STIKO-Empfehlung (Abb.6, Seite 16)

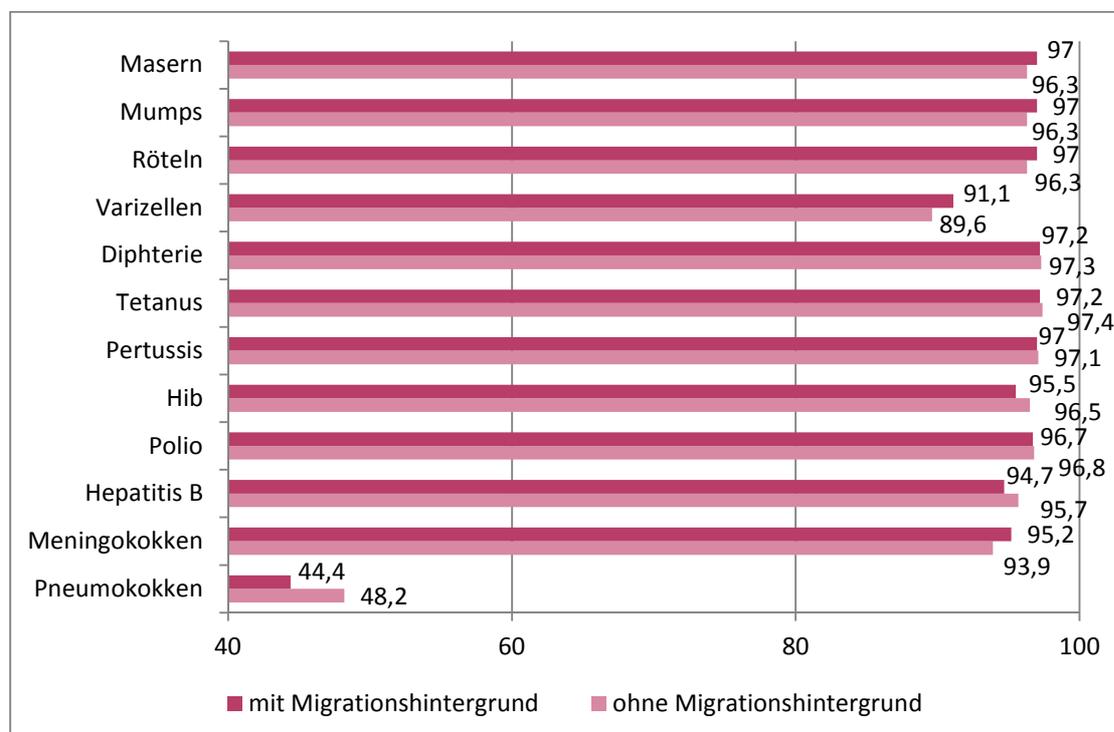
Das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten von Impfungen im Kindesalter wurde in einer Elternbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 2011 analysiert. Es zeigte sich in der Risikobewertung von Infektionskrankheiten, dass insbesondere Masern, Mumps und Röteln seltener von den Eltern als risikoreich eingeschätzt werden. Demgegenüber werden Tetanus, Diphtherie und Polio von den Eltern als Krankheiten mit einem höheren Risiko eingeschätzt. Die hohe Risikobewertung geht einher mit höheren Impfquoten bei Tetanus, Polio und Diphtherie.

5.2.2 Impfraten bei Kindern mit Migrationshintergrund

Wird das Inanspruchnahmeverhalten von empfohlenen Impfungen bei Einschülerinnen und Einschülern mit und ohne Migrationshintergrund im Vergleich betrachtet, so zeigt sich, dass sich die Impfraten bei beiden Bevölkerungsgruppen kaum unterscheiden.

Kinder mit Migrationshintergrund waren etwas häufiger gegen Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und Meningokokken vollständig geimpft. Dagegen wurden Kinder ohne Migrationshintergrund öfter gegen Hib, Hepatitis B und Pneumokokken vollständig geimpft (Abb.8).

Abb. 8: Vollständige* Impfungen nach Bevölkerungsgruppen im Jahr 2012



Quelle: Schulanfängeruntersuchungen Kreis Warendorf, Jahr 2012 N=2461

* gemäß STIKO-Empfehlung (Abb.6, Seite 17)

5.2.3 Masernimpfraten im Kreis Warendorf

Wegen der besonderen Bedeutung der Masernerkrankungen werden in der Tab.3 die Impfraten bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern aus dem Jahr 2011 mit den vorliegenden Daten aus NRW und dem Regierungsbezirk Münster im Vergleich vorgestellt. Die Impfraten für das Jahr 2012 liegen für das Land NRW zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor.

Demnach ist die Impfquote bei Masern von 96,2% im Kreis Warendorf im Vergleich zum Regierungsbezirk Münster und auch im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen überdurchschnittlich.

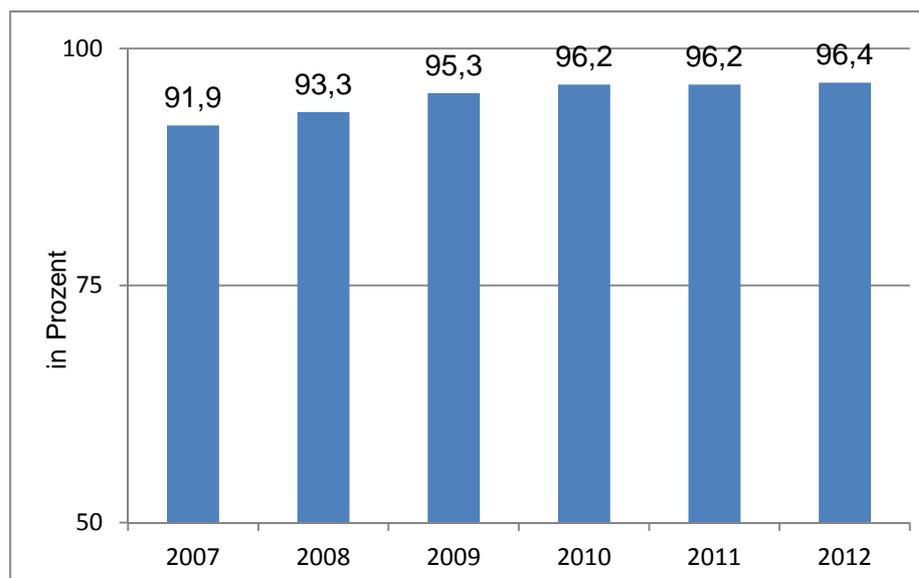
Tab. 3: Masern-Impfquote bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern im Kreis Warendorf im Vergleich zum Reg.-Bez. Münster und NRW im Jahr 2011

Verwaltungsbezirk	Untersuchte Schulanfänger insg.	Vorgelegte Impfhäfte (abs.)	Impfquote in % Masernimpfung (2-mal)
Kreis Warendorf	2895	2669	96,2
Reg.-Bez. Münster	24.925	23.221	94,4
NRW	158.536	146.136	94,1

Quelle: Schulanfängeruntersuchungen, LZG.NRW

Die folgende Abb.9 zeigt den kontinuierlichen Anstieg der Durchimpfungsrate bei Masern im Kreis Warendorf von 91,9% im Jahr 2007 auf 96,4% im Jahr 2012.

Abb. 9: Inanspruchnahme der Masernimpfungen (2-mal) in den Jahren 2007* bis 2012*



Quelle: Schulanfängeruntersuchungen, LZG.NRW,

* vorgelegte Impfhäfte: 2007 N=3012; 2008 N=2810; 2009 N=2872; 2010 N=2709; 2011 N=2669; 2012 N=2461

Im Kreis Warendorf wurden in den Jahren 2011 bis 2013 keine Masernerkrankungen gemeldet. Die letzten drei Masernfälle sind dem Gesundheitsamt im Jahr 2010 mitgeteilt worden (Tab.4).

Tab. 4: Fälle von Masern-Erkrankungen im Reg.-Bez. Münster und NRW*

Reg.-Bez. Münster	2009	2010	2011	2012	2013 bis 32.KW
Bottrop	0	0	0	0	0
Gelsenkirchen	10	2	1	0	5
Münster	0	1	3	0	1
Kreis Borken	0	2	0	1	5
Kreis Coesfeld	0	0	5	0	0
Kreis Recklinghausen	2	0	1	0	0
Kreis Steinfurt	0	0	4	0	1
Kreis Warendorf	0	3	0	0	0
Gesamt Nordrhein-Westfalen	76	185	102	18	108

*Datenstand 16.08.2013, 10:00 Uhr

Quelle: Bericht des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen am 11.09.2013

6. Ausgewählte Untersuchungsergebnisse zur Gesundheit und Entwicklung der Schulanfängerinnen und Schulanfänger

In diesem Kapitel werden ausgewählte Untersuchungsergebnisse zur Gesundheit und Entwicklung der Schulanfänger aus dem Jahr 2012 vorgestellt. Als erstes werden die Ergebnisse zum Hör- und Sehvermögen der Einschulungskinder aufgezeigt. Danach werden die Befunde bezüglich des visuellen Wahrnehmens und Schlussfolgerns, der Visuomotorik, der Motorik und Körperkoordination sowie der Sprache und des Sprechens betrachtet. Beim Körpergewicht stehen das Übergewicht und die Adipositas (Fettleibigkeit) im Mittelpunkt. Zum Schluss dieses Kapitels werden die Befunde hinsichtlich der atopischen Erkrankungen Asthma, Heuschnupfen und Neurodermitis vorgestellt.

Falls Auffälligkeiten bei der schulärztlichen Befundbewertung bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund vorhanden sind, werden diese benannt.

In der Tab.5 sind folgende Bezeichnungen für die schulärztliche Befundbewertung aufgeführt:

Tab. 5: Erläuterungen zu den folgenden Diagrammkategorien

Kategorie	Definition
unauffällig	Es liegt kein Befund vor.
beobachtungsbedürftig	Ein Befund der bisher unbehandelt ist und derzeit keine weitere Abklärung durch einen Arzt erfordert oder ein Befund, der entsprechend einer bereits durchgeführten ärztlichen Diagnostik nicht behandlungsbedürftig ist. Es folgt eine schulärztliche Beratung von Eltern und ggf. der Schule in Bezug auf diesen Befund.
in Behandlung	Ein Befund, dessen Behandlung ausreichend durchgeführt wird oder bereits eingeleitet ist.
Arztempfehlung	Ein Befund, der eine weitere Abklärung durch eine niedergelassene Ärztin, Arzt erfordert und dessen Abklärung durch die Ärztin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes veranlasst wird.
erhebliche Beeinträchtigung	Ein Befund, der eine erhebliche und nicht nur vorübergehende Leistungsbeeinträchtigung (Behinderung) für das Kind im Sinne des §2 Absatz (1) Satz 1 SGB IX bedeutet.

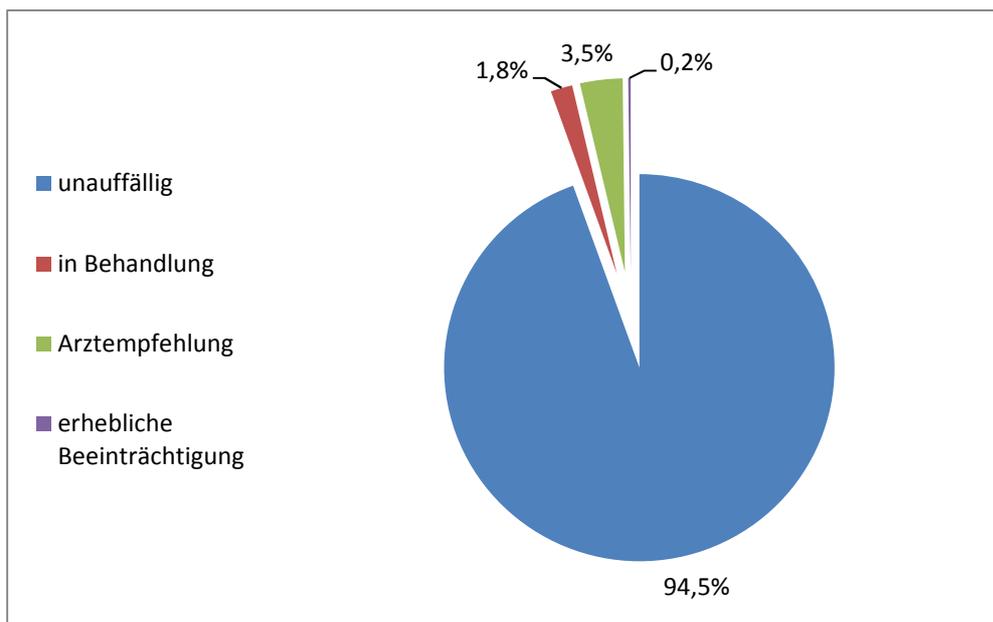
6.1 Hören

Die Hörfähigkeit der Schulanfängerinnen und Schulanfänger wird mit einem Tonaudiometer getestet. Der Befund Hörstörung ist ein wichtiger Gesundheitsindikator, da ein ausreichendes Hörvermögen die Grundlage für eine normale Sprachwahrnehmung und – entwicklung bildet. Entsprechend werden Kinder mit unerkannten Hörstörungen vielfach zuerst durch Sprach- und Entwicklungsverzögerungen auffällig.

Im Jahr 2012 hatten circa 95% der Schulanfängerinnen und Schulanfänger unauffällige Hörbefunde. Die Ärztinnen empfahlen 3,5% Kindern eine Vorstellung beim niedergelassenen Facharzt (Abb.10).

Kinder mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund waren hinsichtlich einer festgestellten Hörbeeinträchtigung prozentual nahezu gleichermaßen betroffen (5,9% v. 5,3%).

Abb. 10: Hörvermögen bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern im Jahr 2012



Quelle: Schulanfängeruntersuchungen Kreis Warendorf; Jahr 2012 N=2656

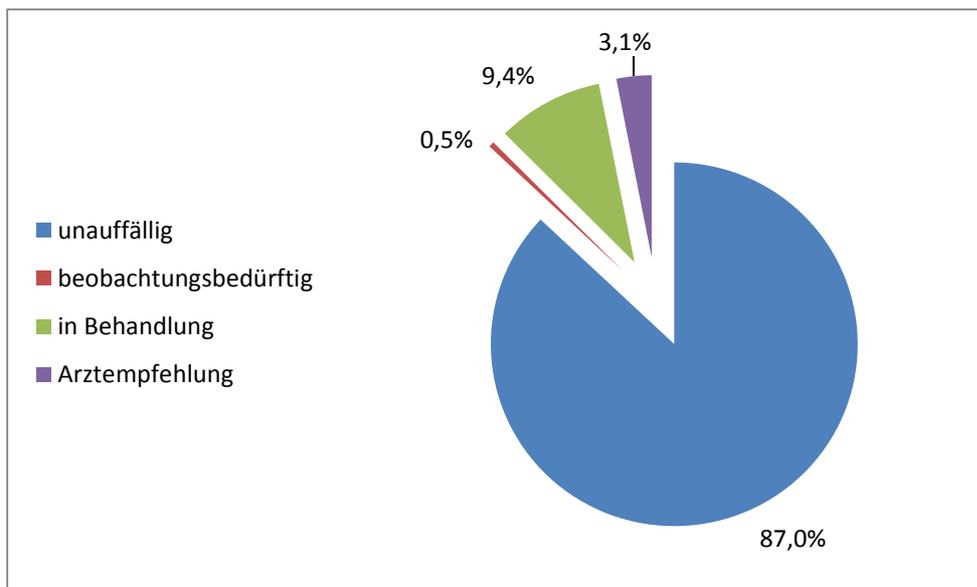
6.2 Sehen

Bei der Schuleingangsuntersuchung werden die Sehschärfe, das räumliche Sehen und der Farbsinn standardisiert überprüft. Unerkannte Sehstörungen können die Ausbildung von Wahrnehmung und Koordination erheblich beeinflussen. So kann zum Beispiel eine unerkannte oder nicht ausreichend behandelte Herabsetzung der Sehschärfe das Lernverhalten beeinträchtigen und zu einer falschen Beurteilung der Leistungsfähigkeit führen.

Im Jahr 2012 hatten zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung insgesamt 87% Schulanfängerinnen und Schulanfänger unauffällige Testergebnisse bezüglich der Sehschärfe. 9,4% der Kinder waren bereits in augenärztlicher Behandlung und mit einer Brille versorgt (Abb.11).

Kinder mit Migrationshintergrund erhielten aufgrund einer Beeinträchtigung der Sehschärfe prozentual (4,3%) häufiger eine Empfehlung zur Vorstellung beim niedergelassenen Facharzt als Kinder ohne Migrationshintergrund (2,7%).

Abb. 11: Sehschärfe bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern im Jahr 2012



Quelle: Schulanfängeruntersuchungen Kreis Warendorf; Jahr 2012 N=2656

6.3 Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern

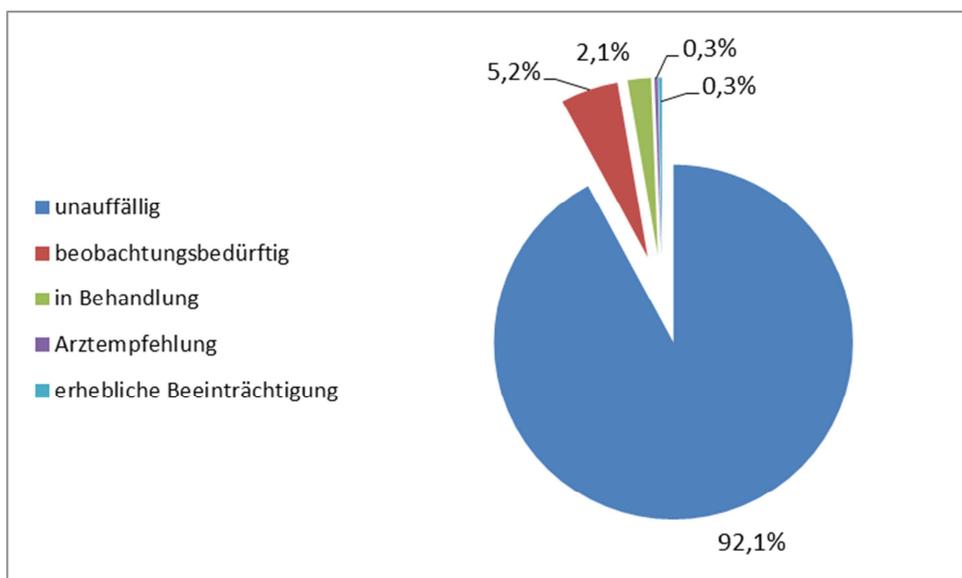
Das visuelle Wahrnehmen und Schlussfolgern wird mit 15 Bildtafeln geprüft. Dem Kind werden dazu Aufgaben aus den drei Bereichen "Gleiches und Ungleiches erkennen", "Klassifikationen" und "Analogien bilden" gestellt. Die Fähigkeit visuelle Reize aufzunehmen, zu analysieren und zu verarbeiten ist eine basale Grundlage für den Erwerb der Kulturtechniken Lesen, Schreiben und Rechnen.

Im Jahr 2012 hatten circa 92% der untersuchten Schulanfängerinnen und Schulanfänger einen unauffälligen Befund hinsichtlich des visuellen Wahrnehmens und des Schlussfolgerns.

Bei circa 5% der Mädchen und Jungen ergaben sich beobachtungsbedürftige Befunde, die keine weitergehende ärztliche Diagnostik erforderten. Die Eltern dieser Kinder wurden schulärztlich darüber beraten, wie sie selbst die visuellen Wahrnehmungsfähigkeiten ihres Kindes fördern können (Abb.12).

Kinder mit Migrationshintergrund hatten prozentual (11,6%) häufiger Probleme mit der visuellen Wahrnehmung und dem Schlussfolgern als Kinder ohne Migrationshintergrund (6,8%).

Abb. 12: Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern im Jahr 2012



Quelle: Schuleingangsuntersuchungen Kreis Warendorf; Jahr 2012 N=2634

6.4 Visuomotorik

Mit einem Zeichentest (Figuren ergänzen und abzeichnen) wird überprüft, wie weit das Zusammenspiel von visueller Wahrnehmung und feinmotorischer Koordination entwickelt ist. Die Visuomotorik ist als eine der Vorläuferfähigkeiten für das Erlernen des Schreibens zu verstehen. Störungen in diesem Bereich führen bei den Kindern zu einem vermehrten Verbrauch von Ressourcen beim Erlernen des Schreibens. Schnelle Ermüdung und rasche Demotivation können die Folge sein.

Nahezu 80% der Schulanfängerinnen und Schulanfänger zeigten bei der Schulanfängeruntersuchung 2012 einen unauffälligen Zeichentest (Abb.13).

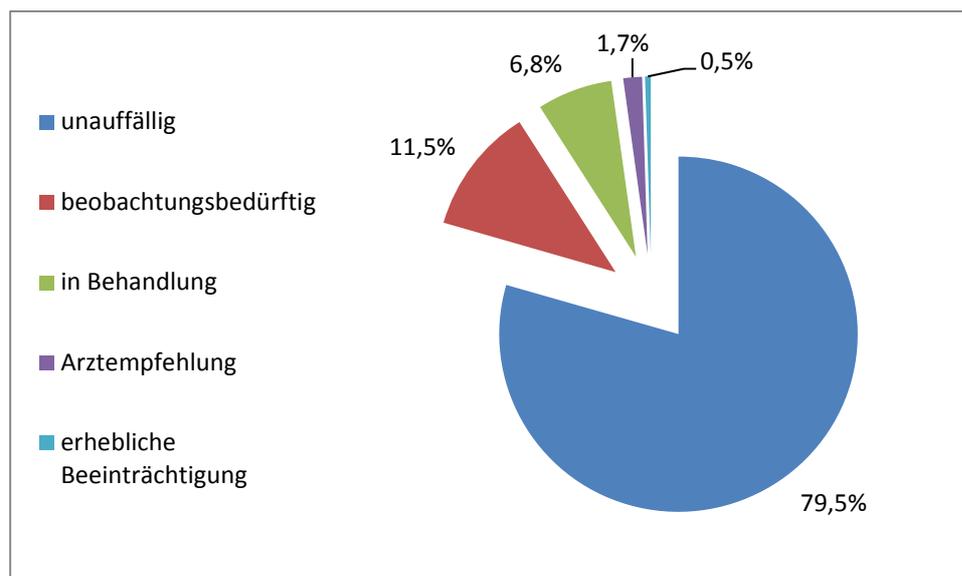
Etwa jedes 5. Kind zeigte bei der Überprüfung der visuomotorischen Fähigkeiten auffällige Testergebnisse.

Circa 7% der untersuchten Kinder befanden sich zum Zeitpunkt der Schulanfängeruntersuchung wegen einer visuomotorischen Störung in Behandlung (z.B. Ergotherapie).

Die Eltern von den Kindern mit einem beobachtungsbedürftigen Befund erhielten eine schulärztliche Beratung, wie sie bei ihren Kindern die visuomotorischen Fähigkeiten fördern können.

Zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund lagen keine wesentlichen prozentualen Unterschiede in der Visuomotorik vor (21% vs. 20,4%).

Abb. 13: Visuomotorik bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern im Jahr 2012



Quelle: Schulanfängeruntersuchungen Kreis Warendorf; Jahr 2012 N=2646

6.5 Motorik und Körperkoordination

Die motorischen Fähigkeiten werden mit kleinen Bewegungsaufgaben (seitliches Hin- und Herspringen, Einbeinstand, Hüpfen auf einem Bein, Balancieren) getestet. Bewegung und motorische Leistungsfähigkeit beeinflussen die Gesundheit lebenslang. Ausreichende Bewegung stellt einen Schutzfaktor z. B. gegen Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Gelenk- und Haltungsschäden dar. Gerade im Kindesalter besteht die Gefahr, dass sich Probleme bei der Motorik und Körperkoordination auf die psychosoziale Entwicklung und die allgemeine Lernfähigkeit auswirken.

Im Jahr 2012 hatten circa 81% untersuchte Schulanfängerinnen und Schulanfänger unauffällige Bewegungsbefunde (Abb.14).

Nahezu jedes 5. Kind zeigte unterschiedlich ausgeprägte Symptome einer Körperkoordinationsschwäche.

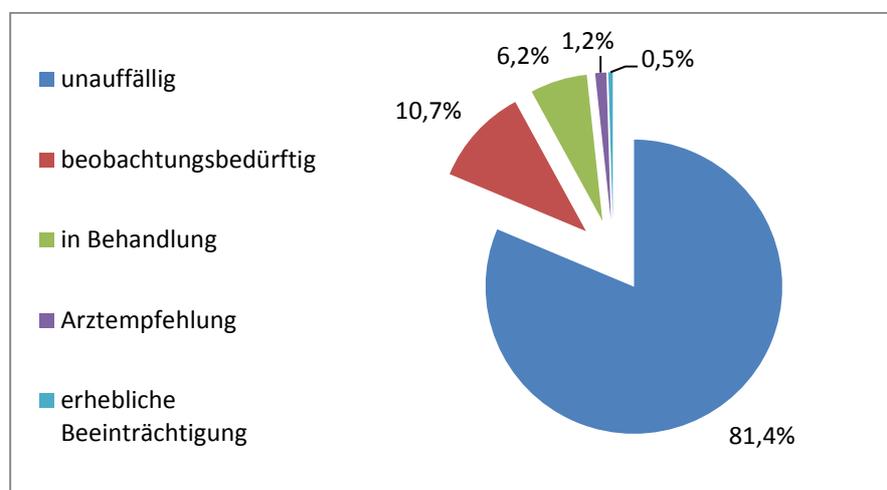
Circa 6% der Kinder waren zum Zeitpunkt der Schulanfängeruntersuchung wegen einer motorischen Störung in Behandlung (z.B. Ergo-, Physio- oder Mototherapie).

Die Eltern der Kinder mit einem beobachtungsbedürftigen Befund wurden zu geeigneten eigenen Fördermöglichkeiten oder zu Sportangeboten beraten.

Es hatten prozentual mehr Jungen (26,4%) als Mädchen (10,1%) einen auffälligen Befund der Motorik und Koordination.

Kinder mit Migrationshintergrund (16,9%) zeigten prozentual weniger Probleme in der Motorik und Körperkoordination als Kinder ohne Migrationshintergrund (19,3%).

Abb. 14: Motorik und Körperkoordination bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern im Jahr 2012



Quelle: Schulanfängeruntersuchungen Kreis Warendorf; Jahr 2012 N=2593

6.6 Sprache

Eine altersentsprechende Sprachentwicklung ist eine wesentliche Grundvoraussetzung für erfolgreiches Lernen und die soziale Integration in der Schule. Die meisten Lerninhalte in der Schule werden über Sprache vermittelt, so dass die angemessene Beherrschung der Landessprache eine wichtige Voraussetzung für den schulischen Lernerfolg darstellt.

In Nordrhein-Westfalen wird deshalb gemäß §36 Abs.2 Schulgesetz (SchulG) der Sprachstand aller Kinder bereits zwei Jahre vor der Einschulung in Verantwortung der staatlichen Schulämter festgestellt. Dazu wird in ganz Nordrhein-Westfalen der pädagogische Sprachtest „Delfin 4“ eingesetzt¹¹.

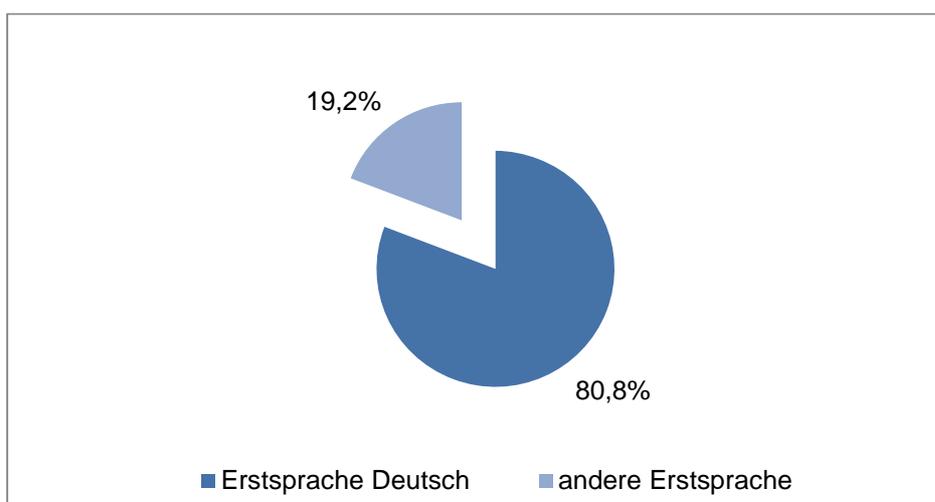
Im Gegensatz zur dieser pädagogischen Überprüfung der Sprache wird bei der schulärztlichen Einganguntersuchung auf Hinweise für eine medizinisch relevante Sprachentwicklungsstörung geachtet. Aus diesem Grunde lassen sich die Ergebnisse der Delfinsprachtestung und der schulärztlichen Sprachuntersuchung nicht miteinander vergleichen.

6.6.1 Erstsprache und Deutschkenntnisse

Bevor die Kinder sprachliche Aufgaben in der Schuleingangsuntersuchung erhalten, werden die Eltern danach gefragt, in welcher Sprache sie mit ihren Kindern in den ersten vier Lebensjahren hauptsächlich gesprochen haben.

Diese Befragung ergab im Jahr 2012, dass circa 81% der Eltern mit ihren Kindern hauptsächlich Deutsch in den ersten vier Lebensjahren gesprochen haben (Abb.15).

Abb. 15: Erstsprache der Schulanfängerinnen und Schulanfänger im Jahr 2012



Quelle: Schulanfängeruntersuchungen Kreis Warendorf, Jahr 2012 N=2632

¹¹ Quelle: Schulministerium NRW

Für die Beurteilung der Deutschkenntnisse bei den Kindern, die in den ersten vier Lebensjahren überwiegend eine andere Sprache als Deutsch gesprochen haben, wurde die Sprachfähigkeit mit folgenden Kategorien subjektiv von den Ärztinnen eingeschätzt (Tab. 6):

Tab. 6: Deutschkenntnisse bei Schulanfängern im Jahr 2012, die überwiegend eine andere Sprache als Deutsch in den ersten vier Lebensjahren sprachen

Kategorie	Anzahl der Kinder (abs.)	in Prozent
1. keine Deutschkenntnisse	10	2,1%
2. radebrechend Deutsch	10	2,1%
3. Deutsch, jedoch mit erheblichen Fehlern	116	24,6%
4. flüssig Deutsch, jedoch mit leichten Fehlern	283	60,0%
5. fehlerfrei und flüssig Deutsch	53	11,2%
Gesamt	472	100%

Quelle: Schulanfängeruntersuchungen Kreis Warendorf; Jahr: 2012, N=2656

Demnach hatte nach subjektiver Einschätzung der Ärztinnen jedes 3. bis 4. Kind aus dieser Gruppe zu Schulbeginn noch geringe oder stark fehlerhafte Deutschkenntnisse (Kategorie 1 bis 3).

6.6.2 Sprachentwicklungsstörungen

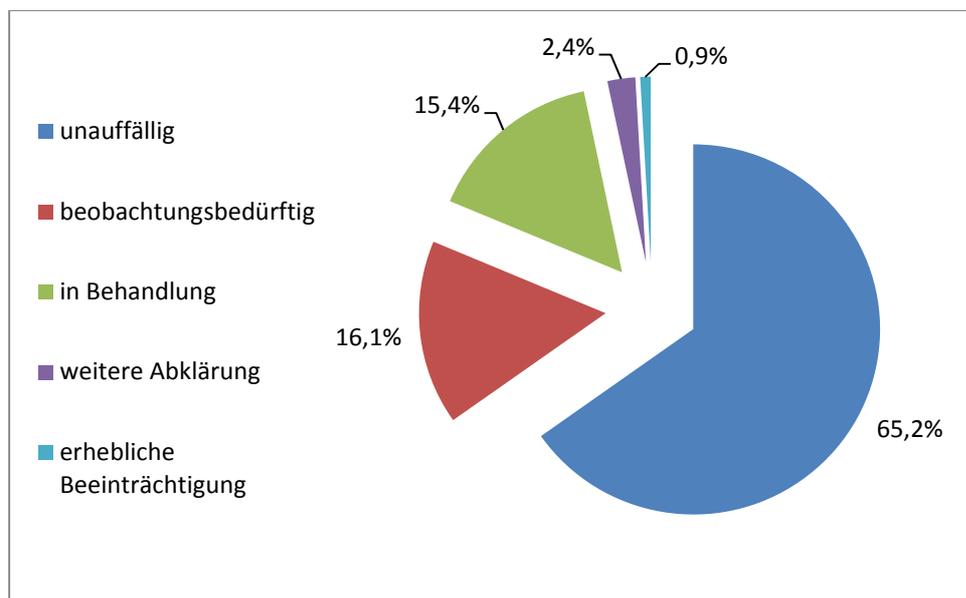
Bei der Einschulungsuntersuchung werden für die Feststellung einer Sprachentwicklungsstörung vier Merkmale getestet: Präpositionen, Pluralbildung, Pseudowörter nachsprechen und Artikulation. In die schulärztliche Gesamtbewertung fließen pathologische Befunde der Spontansprache (Satzbildung, Wortschatz, Grammatik, Redefluss) mit ein.

Im Jahr 2012 hatten circa 65% der Schulanfängerinnen und Schulanfänger im Kreis Warendorf keine Befunde einer medizinisch relevanten Sprachentwicklungsstörung.

Bei circa 16% der Kinder wurden sehr leichte Auffälligkeiten (z.B. Lispeln) festgestellt, die sich i.d.R. nicht auf das schulische Lernen auswirken.

Jedes 6. bis 7. Kind befand sich zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung in einer sprachtherapeutischen Behandlung (Abb.16).

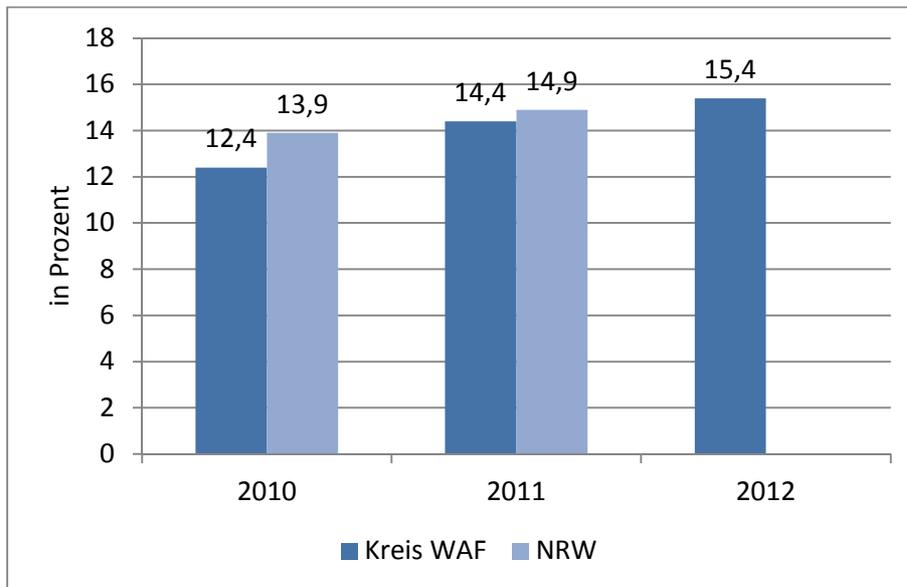
Abb. 16: Sprachentwicklungsstörungen bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern im Jahr 2012



Quelle: Schulanfängeruntersuchungen Kreis Warendorf; Jahr 2012 N=2648

Der prozentuale Anteil von Kindern, die zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung eine Sprachtherapie erhalten, hat in den letzten drei Jahren im Kreis Warendorf zugenommen (Abb.17). Für das Jahr 2012 liegen die Daten auf NRW-Ebene noch nicht vor.

Abb. 17: Sprachtherapie zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen im Vergleich zu NRW



Quelle: Schulanfängeruntersuchungen Kreis Warendorf; Jahr 2012 N=2648

Bei Kindern, die zwei- oder mehrsprachig aufwachsen, lässt sich im Rahmen der schulärztlichen Testbeobachtung nicht sicher differenzieren, ob eine medizinisch relevante Sprachentwicklungsstörung vorliegt oder ob es sich um erwerbsbedingte Sprachschwierigkeiten – im Sinne des Erlernens einer (Fremd-) Sprache – handelt. Aus diesem Grunde wird eine Differenzierung der Sprachentwicklungsstörung nach Migrationshintergrund nicht dargestellt.

6.7 Körpergewicht

Gesundheitsriskante Gewichtsprobleme (Übergewicht, Adipositas) bei Kindern resultieren überwiegend aus einem Zusammenspiel vieler verschiedener Risikofaktoren. Neben einer genetischen Prädisposition (übergewichtige Eltern), dem Migrationshintergrund sowie einem niedrigen sozialen Status (gemessen an Einkommen und Schulbildung der Eltern) spielen veränderte Lebensbedingungen (übermäßige Zufuhr von Kalorien- und fettreicher Nahrung und zu wenig Bewegung) eine wichtige Rolle¹¹.

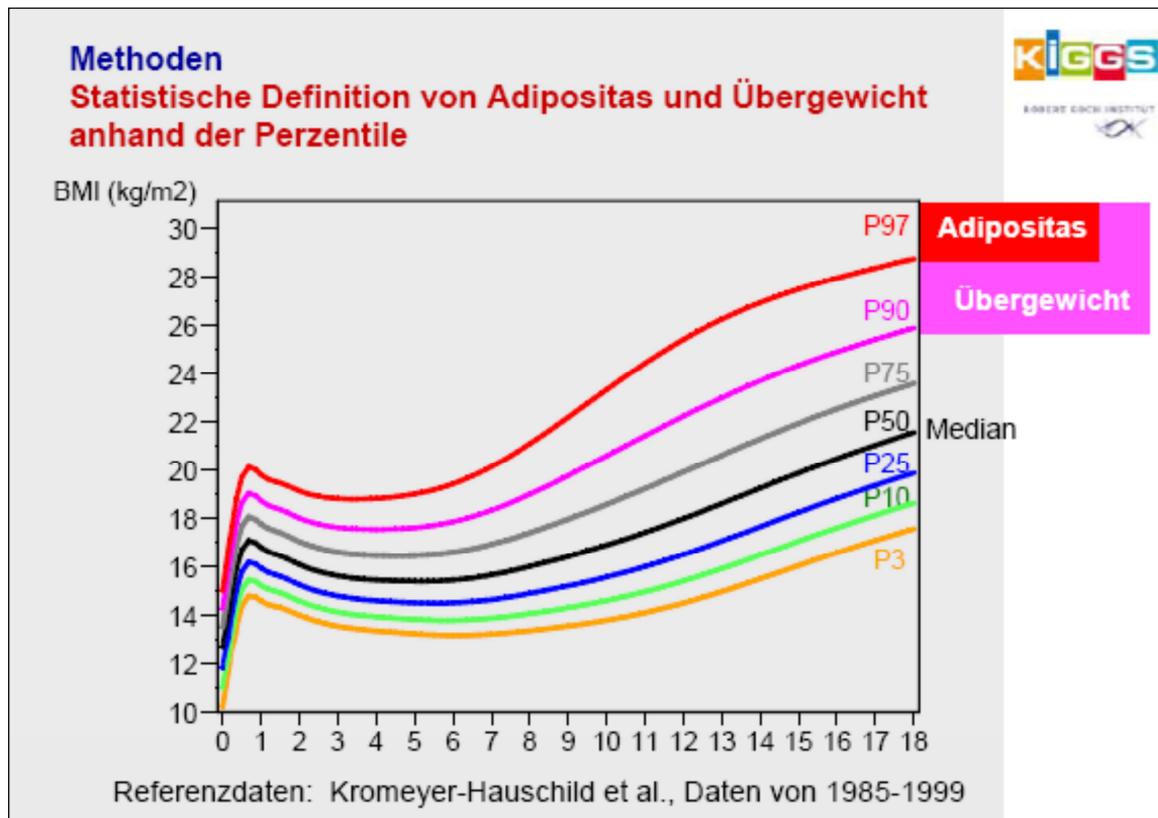
Mittlerweile ist in den westlichen Industrienationen Übergewicht und insbesondere Adipositas (Fettleibigkeit) zu einem bedeutenden Gesundheitsproblem geworden. Studien, wie die KIGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, problematisierten insbesondere den Anstieg des Körpergewichts bei Kindern. Bereits bei Kindern und auch bei Jugendlichen können Übergewicht und Adipositas zu Typ 2 Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, orthopädischen und zu psychischen Erkrankungen führen. Damit haben schon Kinder mit einem erhöhten Körpergewicht ein ernstzunehmendes Gesundheitsrisiko.

Bei der Einschulungsuntersuchung werden die Körperlänge und das Gewicht des Kindes gemessen und daraus der Body Mass Index nach der Formel $BMI = \text{Gewicht [kg]} / \text{Körpergröße [m]}^2$ berechnet. Der BMI ermöglicht eine Einschätzung darüber, ob das Kind normalgewichtig beziehungsweise über- oder untergewichtig ist.

Für Kinder und Jugendliche wurden in wissenschaftlichen Studien die alters- und geschlechtsbezogenen BMI – Normalwerte ermittelt. Sie werden in sogenannten Perzentilkurven dargestellt. Perzentilen sind Prozentangaben und ermöglichen eine vergleichende Bewertung mit gleichaltrigen Mädchen oder Jungen. Allgemein gilt, dass Kinder und Jugendliche, deren BMI nach dem gewählten Referenzsystem oberhalb des 90. Perzentils der Normstichprobe liegt, als übergewichtig bezeichnet werden, bei einem BMI oberhalb des 97. Perzentils als adipös. Auf der anderen Seite werden Kinder mit einem BMI unterhalb des 10. Perzentils als untergewichtig, unterhalb des 3. Perzentils als deutlich untergewichtig bezeichnet. Die Grenzwerte wurden in Altersabstufungen von sechs Monaten, getrennt für Jungen und Mädchen, ermittelt¹² (Abb.18).

¹² Literatur: Landesinstitut für Gesundheit NRW (LZG.NRW)

Abb. 18: Perzentilendiagramm zur Beurteilung des Körpergewichtes für den Altersbereich bis 18 Jahren



Quelle: Übergewicht und Adipositas in Deutschland, Präsentation, Dr. Gert Mensink, RKI

Im Folgenden werden ausschließlich die Daten zum Übergewicht und Adipositas bei den Schulanfängerinnen und Schulanfängern betrachtet, da es sich dabei um ein gesundheitsriskantes Gewichtsproblem handelt.

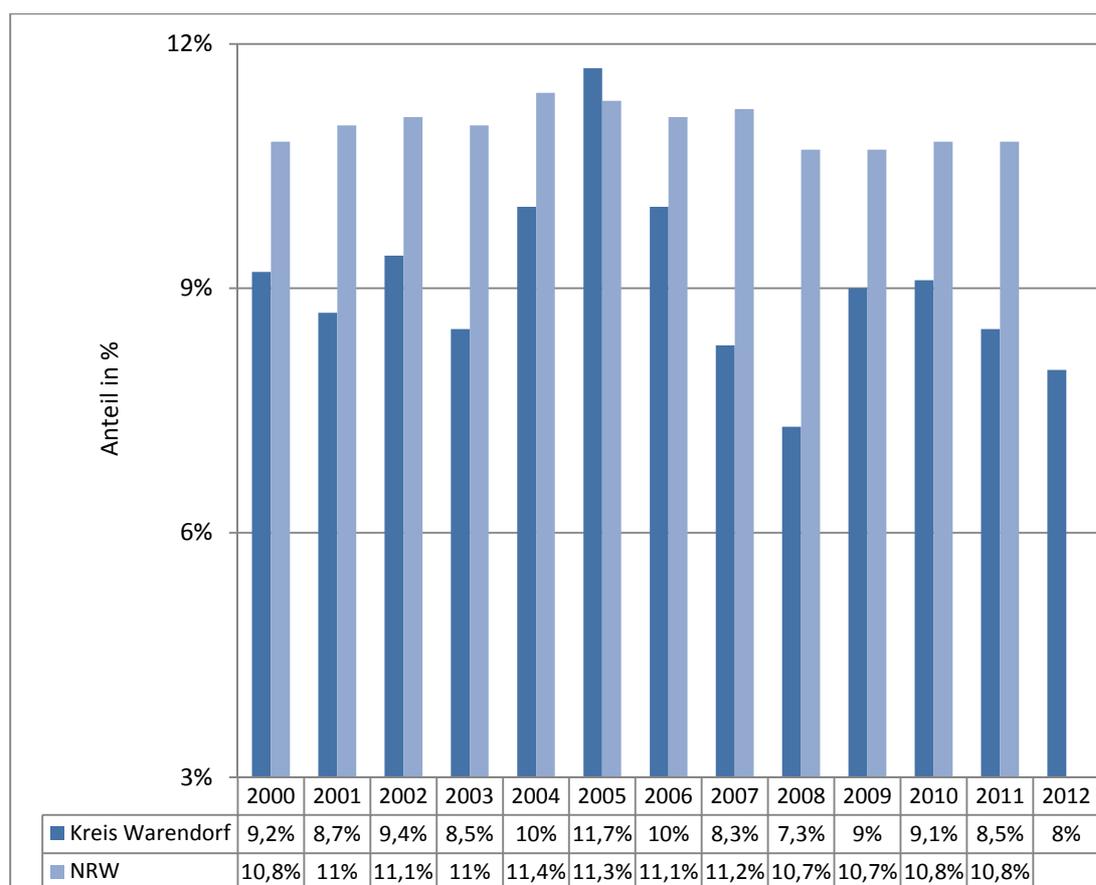
6.7.1 Schulanfängerinnen und Schulanfänger mit Gewichtsproblemen

Im Jahr 2012 hatten 80,4% der untersuchten Einschulungskinder ein normales Gewicht. 7,2% der Kinder waren untergewichtig und 4,5% hatten ein starkes Untergewicht.

Jedes 12. bis 13. Kind (8%) hatte zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung 2012 ein gesundheitsriskantes Gewichtsproblem (übergewichtig und adipös). In dieser Gruppe waren etwas mehr Mädchen (8,2%) als Jungen (7,7%).

Im Vergleich zum Land Nordrhein-Westfalen lag der prozentuale Anteil der Schulanfängerinnen und Schulanfänger mit Gewichtsproblemen (übergewichtige und adipöse Kinder) in den vergangenen Jahren im Kreis Warendorf, mit einer Ausnahme im Jahr 2005, immer unter dem Landesdurchschnitt (Abb.19). Für das Jahr 2012 stehen die Daten auf Landesebene bislang nicht zur Verfügung.

Abb. 19 Schulanfängerinnen und Schulanfänger mit Gewichtsproblemen im Kreis Warendorf im Jahresvergleich von 2000 bis 2012 zu NRW



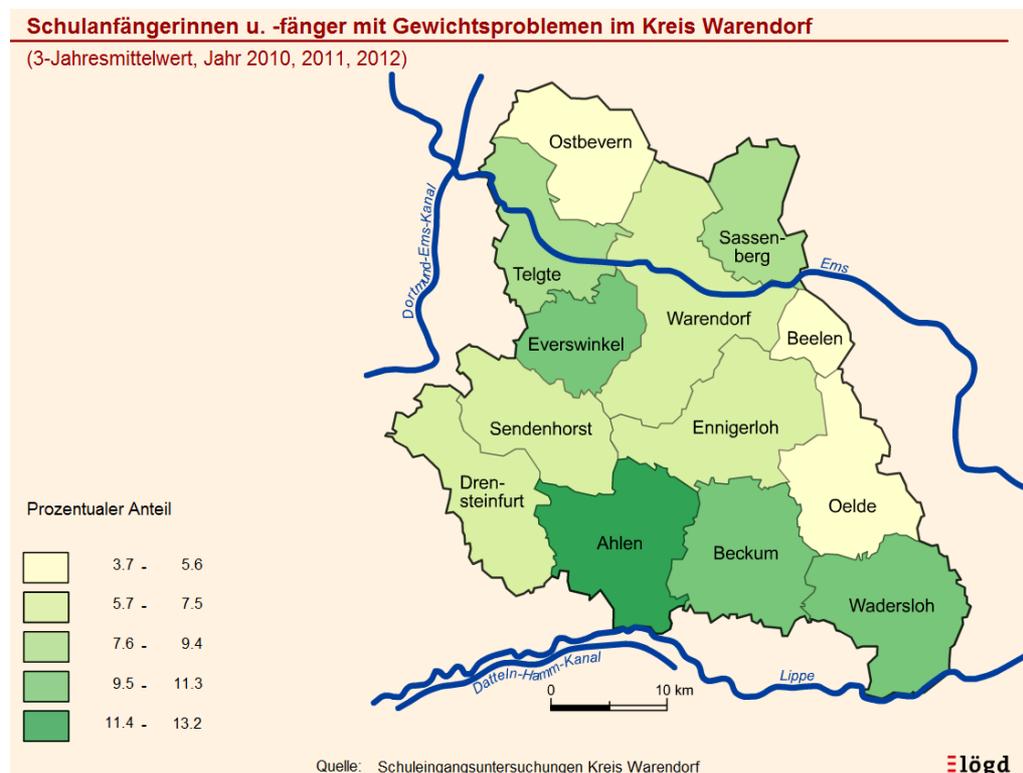
Quelle: Schulanfängeruntersuchungen 2000 bis 2012

6.7.2 Kinder mit Gewichtsproblemen in Städten und Gemeinden des Kreises Warendorf

Die folgende Abb.20 zeigt den prozentualen Anteil als Mittelwert von Schulanfängerinnen und Schulanfängern mit Gewichtsproblemen (übergewichtige und adipöse Kinder) in den Städten und Gemeinden des Kreises Warendorf. Hierzu wurden Drei-Jahres-Mittelwerte mit dem arithmetischen Mittel berechnet, um übermäßige Schwankungen zwischen Einzeljahrgängen, die bei einer geringen Anzahl von untersuchten Kindern in einigen Gemeinden vorkommen, über die Zeit auszugleichen.

Die Kinder mit Gewichtsproblem sind in den Städten und Gemeinden des Kreises Warendorf unterschiedlich verteilt. Am häufigsten hatten Kinder in der Stadt Ahlen ein Gewichtsproblem, während in der Gemeinde Ostbevern durchschnittlich die wenigsten Kinder mit erhöhtem Körpergewicht eingeschult wurden (Tab.7).

Abb. 20: Prozentualer Anteil von Schulanfängerinnen und Schulanfänger mit Gewichtsproblemen im Kreis Warendorf (3-Jahresmittelwert, Jahr 2010, 2011, 2012)



Quelle: Schulanfängeruntersuchungen Kreis Warendorf 2012, Untersuchte: Jahr 2010 N=2915; Jahr 2011 N=2882; Jahr 2012 N=2640

Tab. 7: Prozentualer Anteil von Schulanfängerinnen und Schulanfänger mit Gewichtsproblemen in den Städten und Gemeinden des Kreises Warendorf (3-Jahresmittelwert, Jahr 2010, 2011, 2012)

Ahlen	Beckum	Beelen	Drensteinfurt	Ennigerloh	Everswinkel	Oelde	Ostbevern	Sassenberg	Sendenhorst	Telgte	Wadersloh	Warendorf	Kreis
13,2	9,9	5,1	7,0	5,8	11,2	5,1	3,7	7,7	7,1	7,7	10,1	7,5	8,5

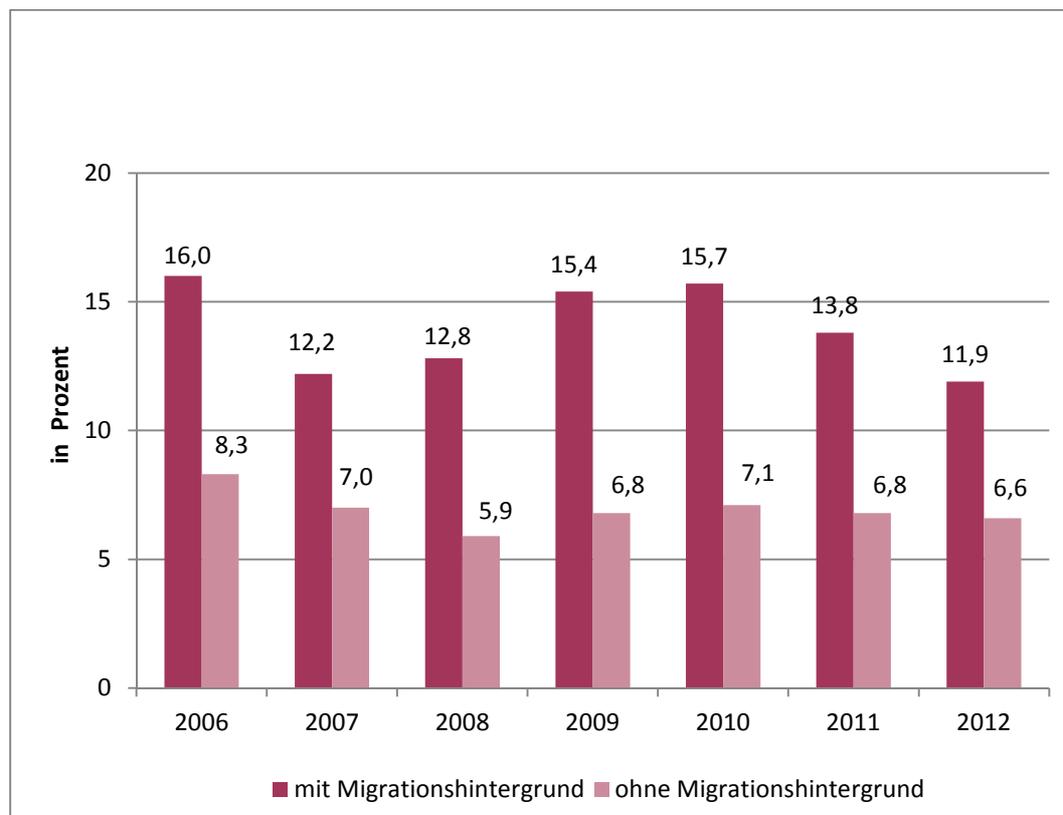
6.7.3 Gewichtsprobleme bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund

Werden die Gewichtsdaten der Einschulungskinder im zeitlichen Verlauf von 2006 bis 2012 nach dem Migrationsstatus differenziert, so zeigt sich, dass Kinder mit Migrationshintergrund nahezu doppelt so häufig ein Gewichtsproblem hatten. So lag der prozentuale Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund und einem zu hohen Körpergewicht in den vergangenen Jahren zwischen 11,9% und 16% hingegen lag der prozentuale Anteil von Kindern ohne Migrationshintergrund in dem gleichen Zeitraum zwischen 5,9% und 8,3%.

Ab dem Jahr 2010 ist ein Rückgang der übergewichtigen und adipösen Kinder mit Migrationshintergrund von circa 4% zu verzeichnen (Abb.21).

Hatten im Jahr 2011 noch mehr Mädchen als Jungen mit Migrationshintergrund ein Gewichtsproblem (15,1% vs. 12,8%), so war im Jahr 2012 kein prozentualer Unterschied zwischen beiden Geschlechtern vorhanden (11,9% vs. 11,9%).

Abb. 21 Schulanfängerinnen und Schulanfänger mit und ohne Migrationshintergrund mit Gewichtsproblemen in den Jahren 2006 bis 2012



Quelle: Schulanfängeruntersuchungen Kreis Warendorf; Jahr 2006 N= 3203; Jahr 2007 N= 3222; Jahr 2008 N= 2951; Jahr 2009 N= 3053; Jahr 2010 N= 2915; Jahr 2011 N= 2882; Jahr 2012 N= 2640

6.8 Atopische Erkrankungen

Unter „Atopie“ versteht man eine erblich bedingte Bereitschaft zu Überempfindlichkeitsreaktionen und Allergien. Bei Kindern und Jugendlichen gehören die drei atopischen Erkrankungen Heuschnupfen („allergische Rhinitis“), Asthma und Neurodermitis („atopisches Ekzem“) zu den häufigsten chronischen Gesundheitsproblemen¹³. Sie können bei den betroffenen Kindern das subjektive Wohlbefinden, die körperliche Leistungsfähigkeit und die Konzentrationsleistungen stark beeinträchtigen und müssen daher auch im Schulalltag besonders berücksichtigt werden.

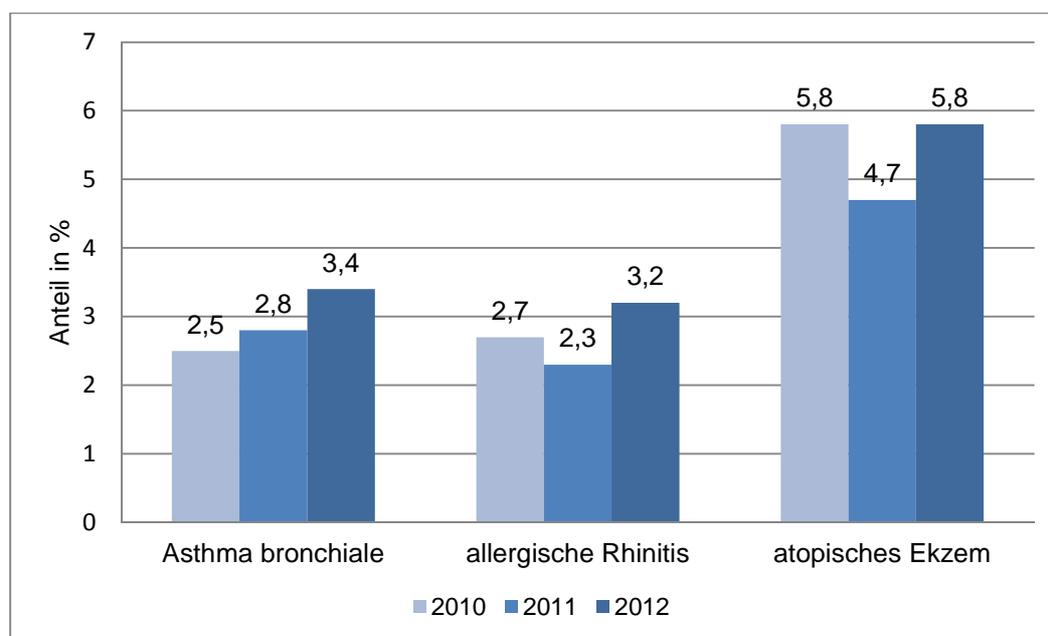
Bei der Einschulungsuntersuchung werden die atopischen Erkrankungen mit standardisierten Fragen und der körperlichen Untersuchung erfasst.

In der folgenden Abb. 22 wird dargestellt, wie viele Kinder in den Jahren 2010 bis 2012 entsprechend den schulärztlichen Beurteilungsrichtlinien von einer atopischen Erkrankung betroffen waren oder bei denen der Verdacht auf eine dieser Erkrankungen bestand.

Nahezu 6% der 2012 untersuchten Einschulungskinder hatten eine Neurodermitis oder es bestand der Verdacht auf das Vorliegen dieser chronischen Erkrankung.

Der prozentuale Anteil der Kinder mit einem bekannten Asthma bronchiale oder dem Verdacht auf das Vorliegen dieser Erkrankung ist von 2010 bis 2012 um circa 1% angestiegen.

Abb. 22: Atopische Erkrankungen bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern in den Jahren 2010 bis 2012



Quelle: Schulanfängeruntersuchungen Kreis Warendorf 2012; Jahr 2010 N=2932, Jahr 2011 N=2895, Jahr 2012 N=2565

¹³ Quelle: Kinder- und Jugendärzteärzte im Netz, KiGGS

7. Zahngesundheit im Kindesalter

Die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen hat sich in den letzten Jahren in Deutschland deutlich verbessert. Die Ergebnisse der DAJ-Studie¹⁴ zeigten, dass sich vor allem die Zahngesundheit bei den bleibenden Zähnen der neun- und zwölfjährigen positiv entwickelt hat.

Ein Grund dafür ist das gestiegene Gesundheitsbewußtsein in weiten Teilen der Bevölkerung. Milchzähne werden z.B. nicht mehr unter dem Gesichtspunkt "...die fallen ja eh raus..." gesehen. In vielen Fällen gehört mittlerweile die Fissurenversiegelung der Milchbackenzähne zu den Prophylaxemaßnahmen im Kindesalter.

Trotz dieser erfreulichen Entwicklung erreicht die Aufklärung nicht alle Teile der Bevölkerung. Gerade hier ergibt sich einer der Hauptansatzpunkte für die Arbeit des kinder- und jugendzahnärztlichen Dienstes. Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen (§21 SGB V, §54 SchulG) sucht er die Kinder und Jugendlichen direkt vor Ort in ihren Schulen und Kindergärten auf und führt dort in ihrer gewohnten Umgebung zahnärztliche Reihenuntersuchungen durch.

Seit Beginn des Schuljahres 2011/12 besucht der kinder- und jugendzahnärztliche Dienst des Kreises Warendorf neben den Kindergärten auch wieder flächendeckend die Grund- und Förderschulen des Kreises. In den Kindergärten erhalten alle Kinder die Möglichkeit, ihre Zähne untersuchen zu lassen. In den Grundschulen werden Schülerinnen und Schüler der zweiten und der vierten Klasse einmal pro Schuljahr untersucht. In den Förderschulen des Kreises nehmen alle Kinder der Primarstufe an der zahnärztlichen Reihenuntersuchung teil.

Wird bei der zahnärztlichen Reihenuntersuchung ein Zahnschaden oder eine Fehlstellung diagnostiziert, erhalten die Eltern eine schriftliche Befundmitteilung. Gleichzeitig wird in diesem Schreiben eine Therapie bei einem niedergelassenen Zahnarzt empfohlen. Seit Januar 2013 befindet sich in diesen Elternbriefen ein zusätzliches Schreiben ("gelber Zettel") für einen niedergelassenen Zahnarzt. Dieser Zettel soll, nach Vorstellung des Kindes, von dem behandelnden Zahnarzt ausgefüllt an das Gesundheitsamt zurückgeschickt werden. Ziel ist in Erfahrung zu bringen, ob Eltern die Empfehlung zur Vorstellung bei einem niedergelassenen Zahnarzt für ihre Kinder tatsächlich nutzen.

Im Schuljahr 2011/12 wurden insgesamt 5.781 Schulkinder und 5.152 Kindergartenkinder untersucht. Im darauffolgenden Schuljahr 2012/13 konnte die Anzahl der Untersuchungen auf 5.873 Schulkinder und 6.125 Kindergartenkinder gesteigert werden. Für den Kreis Warendorf liegt mit einer Gesamtzahl von jeweils über 10.000 untersuchten Kindergarten- und Schulkindern für die zahnärztliche Auswertung eine gute Datenlage vor. Diese Daten liefern wichtige Hinweise für die Koordinierung von Prophy-

¹⁴ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.
(http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/Studie_Korrektur.pdf)

Maßnahmen, die der kinder- und jugendzahnärztliche Dienst in enger Zusammenarbeit mit dem "Arbeitskreis für Zahngesundheit" durchführt.

Der Arbeitskreis für Zahngesundheit ist ein Zusammenschluss von niedergelassenen Zahnärzten, Vertretern der Krankenkassen und Vertretern des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Er trägt unter anderem dafür Sorge, jedem Kindergarten und jeder Schule einen sogenannten "Betreuungszahnarzt" zuzuweisen. Diese niedergelassenen Zahnärzte, oftmals aus der näheren Umgebung der Einrichtung, sollen über das Thema Zahngesundheit informieren. Im Rahmen von unterrichtsbegleitenden Aktivitäten werden altersentsprechendes Wissen über die Zähne und ihre Pflege den Kindern vermittelt. Hierfür stellt der Arbeitskreis Zahngesundheit kostenlose Informationen und Materialien zur Verfügung.

Der Zustand der Mundgesundheit wird nach drei Kriterien beurteilt:

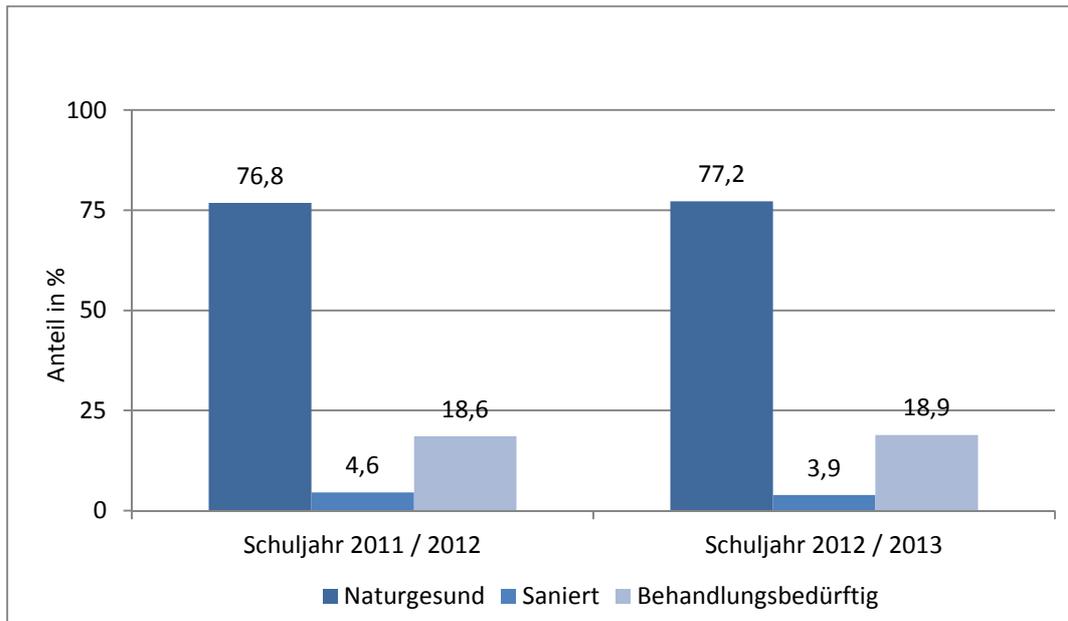
- Naturgesund:** es liegen keine Erkrankungen vor und bisher hat bei dem Kind keine zahnmedizinische Behandlung stattgefunden
- Saniert:** es lag in der Vergangenheit eine Erkrankung vor, diese wurde behandelt, aktuell liegt keine Behandlungsnotwendigkeit vor
- Behandlungsbedürftig:** es liegt eine Zahnerkrankung (z.B. Karies) vor, die möglichst zeitnah behandelt werden sollte

Die Bundeszahnärztekammer hat für die Mundgesundheit verschiedene Ziele bis zum Jahr 2020 festgelegt. Ein Ziel ist es, dass der Anteil kariesfreier Milchgebisse bei den 6-jährigen Kindern mindestens 80% betragen soll¹⁵.

¹⁵ <http://www.kzbv.de/mundgesundheit-der-deutschen-bevoelkerung.8.de.html>

Der Anteil der naturgesunden Zähne war bei den Kindergartenkindern in beiden Schuljahren (2011/12 und 2012/13) bereits sehr hoch (Abb.23). Bei den beiden dargestellten Untersuchungsjahrgängen liegt ein großer Altersquerschnitt von zwei bis sechs Jahren zugrunde.

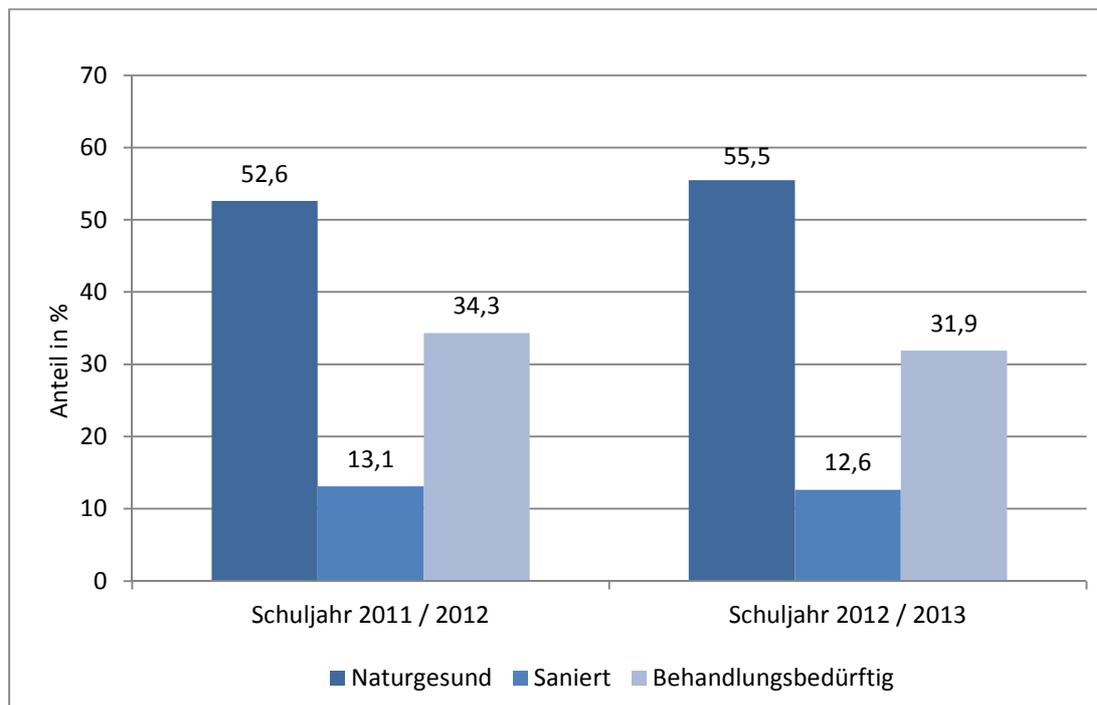
Abb. 23: Zahngesundheit der Kindergartenkinder im Kreis Warendorf im Vergleich 2011/12 und 2012/13



Quelle: Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst Kreis Warendorf; Jahr 2011: N=5152; Jahr 2012 N=6125

Bei den Schulkindern der zweiten Klassen zeigte sich im Schuljahr 2012/13 ein leichter Anstieg der naturgesunden Zähne (Abb.24). In direktem Zusammenhang damit stand eine Verringerung der behandlungsbedürftigen Zähne.

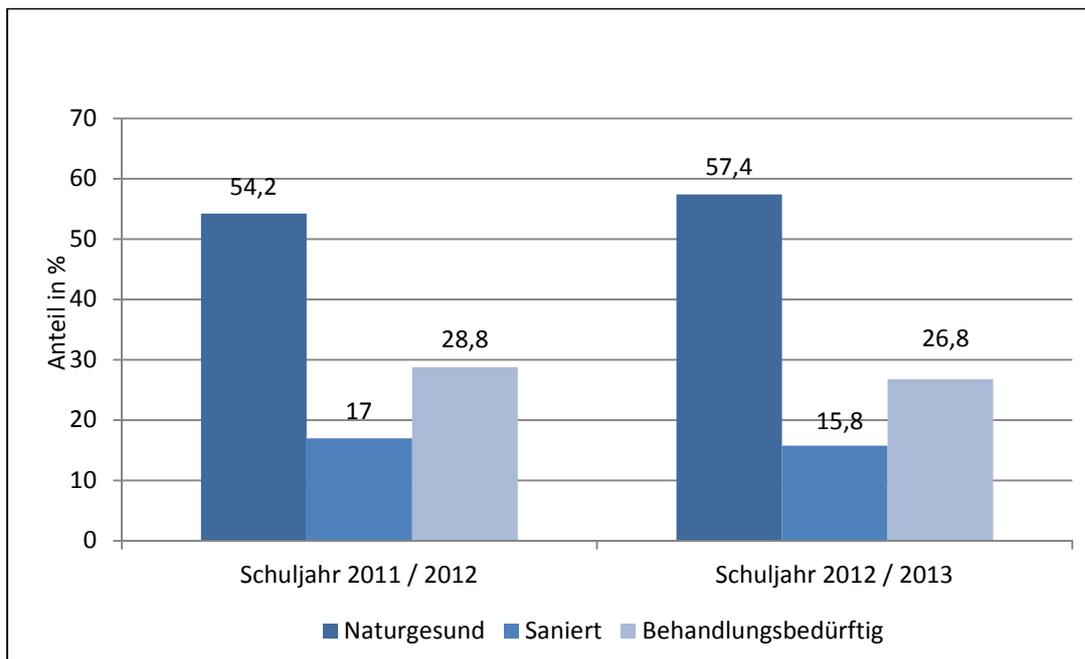
Abb. 24: Zahngesundheit der zweiten Klassen im Kreis Warendorf im Vergleich 2011/12 und 2012/13



Quelle: Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst Kreis Warendorf; Jahr 2011 N=2894; Jahr 2012 N=2928

Bei den Viertklässlern lag der Anteil der naturgesunden Zähne über den Werten der Kinder aus der zweiten Klasse (Abb.25). Dementsprechend verringerte sich der Anteil der sanierten und der behandlungsbedürftigen Zähne. Die Erhöhung der naturgesunden Zähne lässt sich mit dem physiologischen Zahndurchbruch der Prämolaren (Vormahlzähne) erklären. Sie verdrängen die oftmals gefüllten oder kariösen Milchbackenzähne und sorgen damit für einen Anstieg der naturgesunden Zähne im Mund.

Abb. 25: Zahngesundheit der vierten Klassen im Kreis Warendorf im Vergleich 2011/12 und 2012/13



Quelle: Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst Kreis Warendorf; Jahr 2011 N=2887; Jahr 2012 N=2945

8. Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahren

Vergiftungen, Verbrennungen und besonders Verbrühungen gehören zu den häufigsten Unfällen im Kindesalter. Insbesondere sind Kinder im Alter zwischen zwei und vier Jahren gefährdet, wenn sie ihre Umwelt entdecken lernen. Eltern und Erzieher haben hier eine hohe Verantwortung, nicht nur Gefahrenquellen vor dem Kind aus dem Weg zu räumen, sondern ihr Kind auch in der Einschätzung von Gefahrensituationen altersgerecht zu unterweisen¹⁶.

Für die folgende Darstellung wurden die Daten der amtlichen Krankenhausdiagnosestatistik des Landesbetriebes Informatik und Technik (IT.NRW) verwendet. Die Auswertung bezieht sich auf die erfassten Behandlungsfälle von Kindern unter 15 Jahren mit Wohnsitz im Kreis Warendorf.

Leichte Verbrennungen und Vergiftungen werden ambulant behandelt. Diese Fälle werden in der Krankenhausstatistik nicht berücksichtigt. Die Gesamtzahl von Verbrennungen und Verletzungen wird daher insgesamt wesentlich höher liegen.

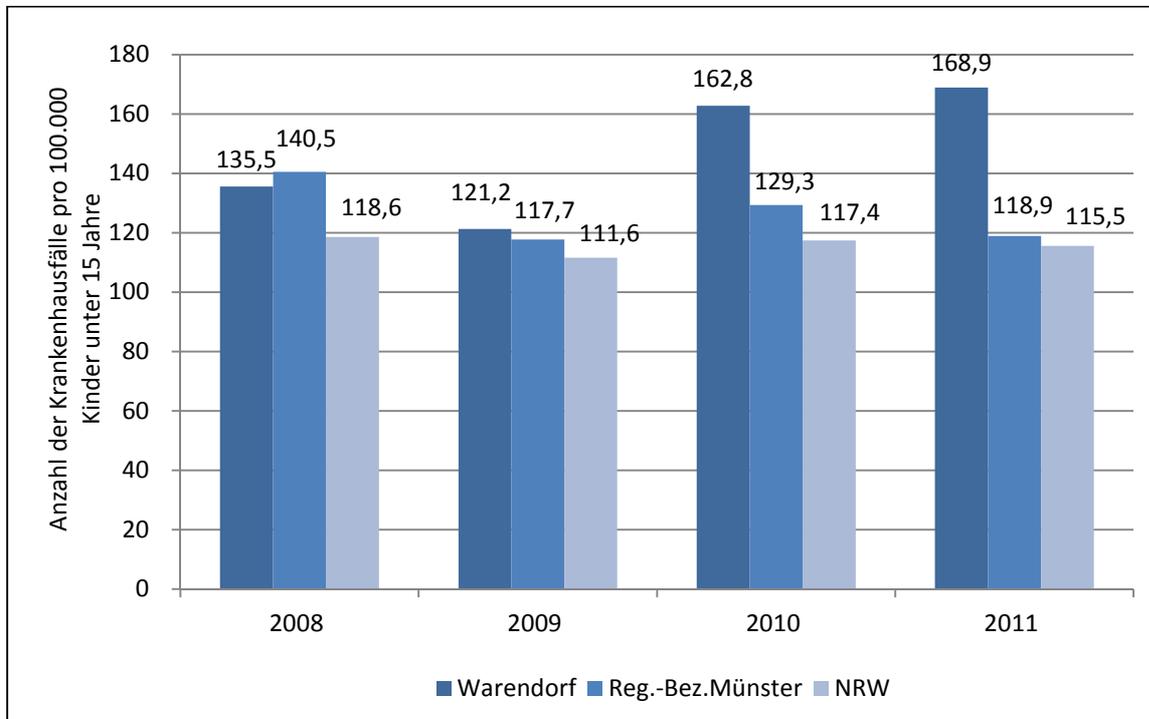
Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr mit der genannten Diagnose entlassen wurden. Die Hauptdiagnose wird von den behandelnden Ärzten bei der stationären Entlassung kodiert. Nach der geltenden ICD-10 Klassifikation der Krankheiten zählen zu Verbrennungen unterschiedlich stark ausgeprägte Verletzungen der Körperoberfläche. Vergiftungen können durch Medikamente, Betäubungsmittel, Chemikalien, Rauchvergiftungen und Nahrungsmittel hervorgerufen werden.

In den Jahren 2008 bis 2011 wurden durchschnittlich 65 Kinder pro Jahr unter 15 Jahren wegen Verbrennungen und Vergiftungen stationär behandelt. Werden die Krankenhausbehandlungen in den Jahren 2010 und 2011 mit Vergleichswerten für den Regierungsbezirk Münster und NRW betrachtet, dann liegt der Kreis Warendorf deutlich darüber (Abb. 26).

Der Kreis Warendorf wird ab Herbst 2013 Projektstandortpartner in NRW zum Thema "Kindersicherheit" sein. Bei der Projektumsetzung werden unter anderem Verletzungen im Kindesalter und beeinflussende präventive Maßnahmen thematisiert werden. Weitere Erläuterungen zu diesem Präventionsprojekt sind im Kapitel elf aufgeführt.

¹⁶ www.kinderaerzte-im-netz.de (Zugriff 27.07.2013)

Abb. 26: Krankenhausbehandlungen wegen Verbrennungen (T20-T32) und Vergiftungen (T36-T65) bei Kindern unter 15 Jahren im Vergleich, Kreis Warendorf, Regierungsbezirk Münster und NRW (2008 – 2011)



Quelle: LZG.NRW; Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

9. Alkoholvergiftungen bei Kindern und Jugendlichen

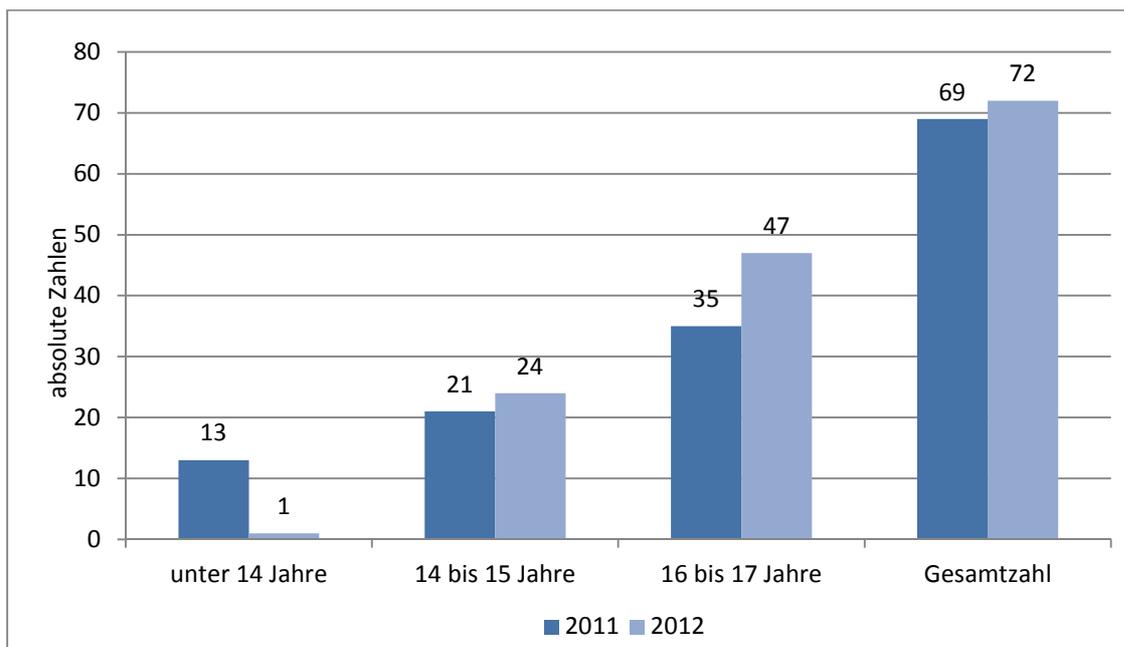
Der Arbeitskreis Jugend- und Drogenberatung im Kreis Warendorf e.V. ermittelt jährlich aus den vier Akutkliniken des Kreises Warendorf und dem kreisnahen St. Franziskushospital in Münster die Gesamtzahl der Kinder und Jugendlichen, die wegen einer "Alkoholintoxikation" (Alkoholvergiftung) eingeliefert worden sind.

Für die Auswertung liegen Daten vor, die sowohl die Haupt- als auch die Nebendiagnose „Alkoholvergiftung“ bei Kindern erfassen. Grundsätzlich wird die Alkoholintoxikation in den Kliniken nach dem Diagnoseschlüssel ICD-10 F10 (akuter Rausch bei Alkoholabhängigkeit) kodiert. Alkoholvergiftungen werden dann als Nebendiagnose erfasst, wenn zum Beispiel ein Jugendlicher mit einem Beinbruch eingeliefert wird und gleichzeitig eine Alkoholvergiftung hat. Die Daten beziehen sich auf Kinder, die ihren Wohnort im Kreis Warendorf haben.

Die Gesamtzahl der alkoholbedingten Einlieferungen in ein Krankenhaus ist im Jahr 2011 von 69 Kindern und Jugendlichen im Alter von 13 bis 17 Jahren auf insgesamt 72 Fälle im Jahr 2012 angestiegen. In der Altersgruppe der unter 14-Jährigen ist im Jahr 2012 ein Kind mit einer Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus eingeliefert worden. Im Jahr 2011 waren es noch 13 Fälle in dieser Altersgruppe.

Im Jahr 2012 ist in beiden Altersgruppen 14 bis 15-Jährige und 16 bis 17-Jährige die Anzahl von Einlieferungen wegen Alkoholkonsum in ein Krankenhaus angestiegen (Abb.27).

Abb. 27: Krankenhausfälle wegen Alkoholintoxikation bei Kindern nach Alter im Jahr 2011 und 2012



Quelle: Arbeitskreis Jugend- und Drogenberatung im Kreis Warendorf e.V., eigene Darstellung

Werden die Daten geschlechtsspezifisch betrachtet, so ist festzustellen, dass insgesamt sowohl im Jahr 2011 als auch im Jahr 2012 mehr Jungen als Mädchen wegen einer Alkoholvergiftung im Krankenhaus behandelt worden sind (Tab. 8 und Tab. 9)

Tab. 8: Krankenhausfälle wegen Alkoholintoxikation bei Kindern nach Alter und Geschlecht im Jahr 2011

Jahr 2011			
Alter	Mädchen	Jungen	gesamt
unter 14 Jahre	8	5	13
14 bis 15 Jahre	8	12	21 (1 keine Angabe)
16 bis 17 Jahre	8	11	35 (9 keine Angabe)
Gesamtzahl	24	28	69

Quelle: Arbeitskreis Jugend- und Drogenberatung im Kreis Warendorf e.V.

Tab. 9: Krankenhausfälle wegen Alkoholintoxikation bei Kindern nach Alter und Geschlecht im Jahr 2012

Jahr 2012			
Alter	Mädchen	Jungen	gesamt
unter 14 Jahre	1	0	1
14 bis 15 Jahre	13	11	24
16 bis 17 Jahre	17	30	47
Gesamtzahl	31	41	72

Quelle: Arbeitskreis Jugend- und Drogenberatung im Kreis Warendorf e.V.

10. Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit im zeitlichen und internationalen Vergleich ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung. Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1.000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres. Sie beinhaltet lebend geborene Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind. Totgeborene Kinder sind darin nicht eingeschlossen. Aufgrund der geringen Fallzahl der Säuglingssterblichkeit werden für regionale Angaben gleitende Mittelwerte über drei Jahreswerte gebildet. Der gleitende Mittelwert über drei Jahre wird durch den arithmetischen Mittelwert aus den zwei Vorjahreswerten und dem Berichtsjahr gebildet. Die Angaben der verstorbenen Säuglinge sind auf den Wohnort bezogen.

Im Jahr 1980 verstarben in Nordrhein-Westfalen von 169.828 Lebendgeborenen noch 2.486 Kinder im ersten Lebensjahr (14,6 Kinder je 1.000 Lebendgeborene). Im Jahr 2012 waren es nur noch 4,2 Kinder je 1.000 Lebendgeborene.

Im Kreis Warendorf ist ebenfalls eine geringe Säuglingssterblichkeit¹⁷ zu verzeichnen. Im Zeitraum 2010 bis 2012 starben 3,3 von 1000 Lebendgeborenen vor Vollendung des 1. Lebensjahres. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum 2009 - 2011 ist ein weiterer Rückgang erkennbar (Tab.10).

Tab. 10: Säuglingssterblichkeit als 3-Jahres-Mittelwerte im Vergleich Reg.-Bez. Münster und NRW

	2000 - 2002	2001 - 2003	2002 - 2004	2003 - 2005	2004 - 2006	2005 - 2007	2006 - 2008	2007 - 2009	2008 - 2010	2009 - 2011	2010 - 2012
Kreis Warendorf	3,5	3,9	4,0	4,7	4,0	4,1	3,3	4,1	3,7	3,6	3,3
Reg.-Bez. Münster	4,4	4,9	5,1	5,1	5,0	4,9	5,1	4,9	4,6	4,2	4,1
NRW	4,9	5,0	5,0	4,9	4,7	4,7	4,6	4,4	4,2	4,1	4,1

Quelle: IT.NRW

Als mögliche Ursachen für Säuglingssterblichkeit sind Störungen im Zusammenhang mit einem niedrigen Geburtsgewicht und kurzer Schwangerschaftsdauer, angeborene Fehlbildungen sowie der plötzliche Kindstod diagnostiziert worden. Als mögliche Einflussfaktoren für eine erhöhte Säuglingssterblichkeit wurden die soziale Lage und Familien mit Migrationshintergrund identifiziert.

¹⁷ Die Säuglingssterblichkeit ist als Zahl der Todesfälle bei Kindern unter einem Lebensjahr in einem bestimmten Jahr je 1.000 Lebendgeburten definiert. (LZG.NRW)

11. Projekte / Maßnahmen und Handlungsempfehlungen

Das Gesundheitsamt des Kreises Warendorf initiiert gesundheitsförderliche und präventive Projekte und Maßnahmen, um die Gesundheit von Kindern im Kreis Warendorf zu erhalten bzw. zu fördern. Darüber hinaus wirkt das Gesundheitsamt als Kooperationspartner an unterschiedlichen Gesundheitsprojekten mit. Diese und auch die in Planung befindlichen Projekte und Maßnahmen werden im Folgenden mit kurzen Erläuterungen vorgestellt.

- **Kinder- und Jugendärztlicher Dienst des Kreises Warendorf**

Neben den jährlichen Einschulungsuntersuchungen bieten die Teams des kinder- und jugendärztlichen Dienstes regelmäßige Sprechstunden in den vorschulischen Kindertageseinrichtungen und Schulen des Kreises an.

Die "Herbstsprechstunden" in Kindertageseinrichtungen und Familienzentren finden zwischen den Sommer- und Herbstferien statt und richten sich an Kinder mit gesundheitlichen Risiken oder Entwicklungsauffälligkeiten, bei denen die Eltern oder die Erzieherinnen und Erzieher Fragen zu Fördermöglichkeiten, zur gesundheitlichen Betreuung oder zu Zusammenhängen von Gesundheitsproblemen mit dem späteren Schulbesuch haben.

Schulärztliche Sprechstunden werden in den Förderschulen und in den Gesamt-, Haupt-, Sekundar- und Gemeinschaftsschulen des Kreises angeboten. Für Schülerinnen und Schüler der 9. Klassen besteht die Möglichkeit, an einem berufswahlbezogenen Gesundheitscheck teilzunehmen. Einige Schulen nutzen dieses Angebot jährlich im Rahmen von Berufsorientierungsprojekten.

Bei allen Tätigkeiten informieren die Ärztinnen ihre Gesprächspartner - Eltern, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer - auch zu allgemeinen gesundheitsrelevanten Aspekten, wie z.B. Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, gesundes Alltagsverhalten. Auf Anfrage halten sie Vorträge in Kindertageseinrichtungen, Familienzentren und Schulen, beispielsweise zum Thema „Fit für die Schule“. Sie unterstützen gesundheitsfördernde Projekte und wirken daran mit. So begleiten sie auch das unten beschriebene Projekt des Kreises „Kindergarten in Bewegung“, indem sie u.a. zu Beginn und am Ende mit den teilnehmenden Kindern Fitnesstests durchführen und die Ergebnisse auswerten.

Empfehlung: Um bei der Einschulungsuntersuchung die Rate der vorgelegten Untersuchungshefte und Impfausweise zu steigern, sollen die Einladungen zukünftig um entsprechende Piktogramme ergänzt werden.

• **Aufsuchende Elternberatung**

Die "Aufsuchende Elternberatung" des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes ist eine Weiterentwicklung der traditionellen sogenannten Mütterberatungen. Seit November 2006 stehen zwei Kinderkrankenschwestern mit einer sozialmedizinischen Zusatzqualifikation (Sozialmedizinische Assistentinnen) Eltern zur Beratung und Hilfe bei Problemen der Pflege, Ernährung und Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern kostenlos und vertraulich zur Verfügung. Von Ahlen und Warendorf aus besuchen sie Familien im gesamten Kreisgebiet zu Hause. Ziel der Beratung ist es, Eltern dabei zu unterstützen, für eine gesunde Entwicklung ihrer Kinder zu sorgen.

Empfehlung: Auf das Angebot der Aufsuchenden Elternberatung sollte weiter regelmäßig in Netzwerktreffen, Arbeitskreisen etc. hingewiesen werden.

• **Präventionsangebote zur Zahngesundheit**

Die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Kreises Warendorf und die Präventionsmaßnahmen durch den Arbeitskreis Zahngesundheit zielen darauf ab, möglichst frühzeitig Zahnschäden bei Kindern zu erkennen und darüber hinaus die Bevölkerung für das Thema Zahngesundheit zu sensibilisieren. Hierfür findet einmal jährlich der "Tag der Zahngesundheit" im September deutschlandweit statt. An diesem Tag steht die Prävention der Mundgesundheit im Vordergrund.

Empfehlung: Die prophylaktische Betreuung der Grund- und Förderschulen sollte fortgeführt werden.

• **Kindergarten in Bewegung**

Es handelt sich hierbei um ein Kooperationsprojekt zwischen dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Kreises Warendorf, dem Kreissportbund Warendorf e.V. und den beteiligten Kindergärten im Kreis Warendorf. Seit 2007 wird das gesundheitsförderliche Projekt in ausgewählten Kindergärten im Kreis Warendorf durchgeführt.

Zu den Zielen des Angebotes gehören: Heranführung der Kinder zu sportlicher Bewegung, Vermittlung von Spaß am Sport, Verbesserung motorischer Grundfertigkeiten sowie die Förderung der Balancier-, Rhythmus- und Koordinationsfähigkeiten. Darüber hinaus werden die Erzieherinnen und Erzieher der jeweiligen Kinderbetreuungseinrichtung für die Problematik Bewegungsarmut und Übergewicht sensibilisiert.

Das Projekt richtet sich an Kinder im Alter von 4 bis max. 5 ½ Jahren, die in ihrem Lebensumfeld kaum Bewegungsmöglichkeiten erhalten und bislang keinen Zugang zu Bewegungsangeboten hatten.

Über einen Zeitraum von circa 1 Jahr erhalten insbesondere bewegungsauffällige Kinder die Möglichkeit, an einem einstündigen Bewegungsangebot in der jeweiligen Einrichtung teilzunehmen. Dieses findet unter Anleitung einer Übungsleiterin des Kreissportbundes, die über eine Zusatzqualifikation im Bereich Bewegungserziehung verfügt, und einer Erzieherin, einem Erzieher der Einrichtung statt.

Zum Ende des Projektes erhalten die Kinder einen "Schnuppergutschein", der bei einem lokalen Sportverein eingelöst werden kann. Der Kreis Warendorf übernimmt für 6 Monate den Mitgliedsbeitrag für die Projektkinder.

Empfehlung: Das Projekt "Kindergarten in Bewegung" sollte weiter in den Kindergärten des Kreises angeboten werden.

• **Mehrsprachiges Informationsmaterial zur Kindergesundheit**

Das Gesundheitsamt wählte mehrsprachige Informationsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu den Themen Schutzimpfungen, kindliche Entwicklung sowie Hygieneverhalten aus. Diese Materialien wurden den Qualitätszirkeln und Netzwerken der Haus- und Kinderärzte zur Verfügung gestellt.

Unterschiedliche mehrsprachige Informationsmaterialien zum Thema Kindergesundheit werden im Gesundheitsamt Warendorf und auch in den Nebenstellen des Gesundheitsamtes vorgehalten.

• **Präventionsprojekt "Klar werden"**

Der Kreis Warendorf hat in Kooperation mit den Sucht- und Drogenberatungen caritativer Verbände im Kreis Warendorf (QUADRO) sowie dem Arbeitskreis Jugend- und Drogenberatung im Kreis Warendorf e.V. (DROBS) ein Präventionsangebot für Kinder und Jugendliche entwickelt, die mit einer Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus eingeliefert werden.

Seit dem Jahr 2010 erhalten die Eltern von diesen Kindern von den Ärzten und Ärztinnen in einem persönlichen Gespräch einen Flyer mit dem Titel "Klar werden". Der Flyer wird dazu genutzt, den Kindern und Jugendlichen ein verbindliches Beratungsangebot einer Sucht- und Drogenberatungsstelle zu unterbreiten. Dieser Flyer enthält Informationen für die Eltern und eine Einverständniserklärung zur Weitergabe der Kontaktdaten des Kindes/ des Jugendlichen an eine Sucht- und Drogenberatungsstelle im Kreisgebiet. Innerhalb von drei Werktagen wird dem Betroffenen und den Erziehungsberechtigten ein Termin für ein Beratungsgespräch angeboten. Somit wird eine kurzfristige Hilfestellung und Unterstützung aufgrund einer akuten Alkoholvergiftung ermöglicht.

Empfehlung: Die gemeinsame Kooperation mit den Sucht- und Drogenberatungen und den Kliniken im Kreis Warendorf hinsichtlich des Themas Alkoholvergiftung bei Kindern und Jugendlichen fortführen.

• Ernährung in Schulen und Kindertageseinrichtungen

Kindertageseinrichtungen und Schulen haben einen Erziehungs- und Bildungsauftrag. In den Kindertageseinrichtungen ist unter anderem die gesundheitliche Entwicklung der Kinder zu fördern und Schulen sind zudem zur Mitwirkung in der Gesundheitsbildung verpflichtet.

Vor diesem Hintergrund wird das Gesundheitsamt in Kooperation mit den verantwortlichen Akteuren zukünftig Maßnahmen planen, die darauf abzielen, die Verpflegungsorganisation sowie das Verpflegungsangebot in Schulen und Kindertageseinrichtungen nachhaltig und qualitätsgesichert zu verbessern.

Empfehlung: Die beteiligten Akteure sowie Eltern und Kinder über das Thema gesunde Ernährung informieren und ggf. schulen.

• Projekt - "Kinderärzte empfehlen: Besser essen. Mehr bewegen"

Das Gesundheitsamt beabsichtigt das Projekt "Kinderärzte empfehlen: Besser essen. Mehr bewegen" im Kreis Warendorf in Kooperation mit den niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten zu etablieren.

Zukünftig sollen die Kinderärzte gemeinsam und einheitlich das gesunde Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Familien mit Kindern im Alter bis zu 5,5 Jahren mit Hilfe von Beratungsleitfäden im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen (U2-U9) fördern. Diese Leitfäden sind gleichzeitig Merkblätter für Eltern. Das Ziel ist, alle Eltern gezielt und verständlich über gesunde Ernährung und Bewegung zu informieren und sie zum gesundheitsförderlichen Umgang beraten, um dessen optimale gesundheitliche Entwicklung zu fördern.

Empfehlung: Ärzte sollten insbesondere Mütter mit Migrationshintergrund über die Themen Ernährung und Bewegung informieren.

• Projektstandort Kindersicherheit

Der Kreis Warendorf wird ab Herbst 2013 einer von sechs ausgewählten Standorten in NRW sein, an dem regionale Seminarangebote zur Förderung der Kindersicherheit durchgeführt werden. Die Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder e.V.“ (BAG) bietet in Kooperation mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW das Projekt „Qualifizierung von Schlüsselpersonen in NRW zur Verhütung von Kinderunfällen in Familien mit kleinen Kindern“ an.

In einem Tagesseminar sollen u.a. Fachwissen zur Verletzungsprävention vermittelt, Gefahren im häuslichen Bereich identifiziert und Möglichkeiten zur Beseitigung aufgezeigt werden. Neben den Fachinhalten geht es in den Seminaren um die praktische Anwendbarkeit der thematisierten Inhalte.

Die Teilnehmenden sollen vor Ort Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für das Thema Kinderunfallprävention sein und dazu befähigt werden, in eigener Verantwortung Maßnahmen anzustoßen.

- **Netzwerke Frühe Hilfen und Schutz**

Das Amt für Kinder, Jugendliche und Familien des Kreises Warendorf baut auf Beschluss des Jugendhilfeausschusses seit 2009 lokale Netzwerke Frühe Hilfen und Schutz im Zuständigkeitsbereich der zehn Städte und Gemeinden auf. Ziel der örtlichen Netzwerke ist es, Angebote für Kinder und Familien zu entwickeln. Ärztinnen und Mitarbeiterinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes wirken aktiv in Netzwerktreffen und in Arbeitskreisen mit. Sie bringen ihr Expertenwissen bei der Bedarfsanalyse und Angebotsentwicklung insbesondere zu Gesundheitsthemen mit ein, wodurch die Gesundheit von Kindern gefördert werden kann.

Empfehlung: Über den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Kreis Warendorf sollten weiterhin aktiv gesundheitliche Themen (z.B. Zahngesundheit bei Kindern) eingebracht werden.

- **Projekt Café Kinderwagen**

Aus dieser Netzwerkarbeit sind unter Federführung des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien des Kreises Warendorf an 14 Standorten im Kreis Warendorf "Café Kinderwagen, Wiegestübchen und Elterncafés mit Hebammenbeteiligung entstanden. In einer ungezwungenen Atmosphäre erhalten Eltern auf ihre Fragen rund um die Bedürfnisse des Kindes Antworten oder können sich mit anderen Eltern austauschen.

Die Café Kinderwagen werden von sozialräumlichen Arbeitsgruppen begleitet. Die Mitarbeiterinnen der Aufsuchenden Elternberatung des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes werden zukünftig an den Qualitätszirkeln der Leitungen der Café Kinderwagen teilnehmen und ihre Arbeit vorstellen. Ebenso stehen sie bei Bedarf als Ansprechpartnerinnen in den Café Kinderwagen zur Verfügung.

Empfehlung: Im Café Kinderwagen sollten Angebote zu den Themen Ernährung und Bewegung weiter ausgebaut werden.

- **Schulung von Hebammen zum Einsatz von Familien mit besonderem Bedarf**

Das Kreisjugendamt hat unter anderem in Kooperation mit dem Gesundheitsamt aktuell ein Weiterbildungskonzept für Hebammen im Sinne der Bundesinitiative "Frühe Hilfen" entwickelt.

Zukünftig steht für Hebammen im Kreis Warendorf die auf Basis der Empfehlungen zum Kompetenzprofil Familienhebamme entwickelte Schulung "Hebammen in der Jugendhilfe" zur Verfügung. Die Hebammen sollen unter anderem zusätzliche Kompetenzen erlangen in der frühzeitigen Förderung der Kindesentwicklung, der Förderung der elterlichen Interaktionsfähigkeit mit ihrem Säugling, in der zielgerichteten Vernetzung mit Akteuren der Frühen Hilfen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie

der Prävention von Kindeswohlgefährdung. Ab Herbst 2013 wird durch das Haus der Familie das umfangreiche Fortbildungsangebot für Hebammen angeboten.

In den vergangenen Jahren hatte bislang das Gesundheitsamt Fortbildungen für Hebammen aus dem Kreis Warendorf organisiert und durchgeführt. Die Hebammen wurden gezielt zum Beispiel zu den Themen "Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett im kulturellen Vergleich", "interkulturelle Aspekte in der Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe" sowie "Konzepte von Gesundheit und Krankheit im kulturellen Vergleich – Schwerpunkt Schwangerschaft und Geburt" geschult.

Empfehlung: Begleitung und Weiterentwicklung des ersten Schulungsdurchgangs hinsichtlich aktueller und zukünftiger Anforderungen aus medizinischer und rechtlicher Sicht an das Hebammenwesen.

• **Regionales Informationsportal zur Kindergesundheit mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung im Kindesalter**

Im Kreis Warendorf sind bereits verschiedene Angebote, Maßnahmen, Projekte zur Gesundheitsförderung im Kindesalter vorhanden, aber vielen Akteuren und Eltern nicht bekannt. Ein regionales Informationsportal könnte zur Transparenz und Bündelung der vorhandenen Angebote beitragen. Auch können sich insbesondere Mütter und Väter von Kindern im Vor- und Grundschulalter, sowie Lehrer/Lehrerinnen, Erzieher/Erzieherinnen und andere Multiplikatoren, die Einfluss auf die Gesundheit von Kindern haben, über die Angebote Ernährung und Bewegung im Kreis Warendorf informieren. Dadurch kann das Interesse und der Austausch über die Themen gefördert und die Vernetzung der Akteure im Kreis Warendorf ermöglicht werden.

Empfehlung: Entwicklung eines regionalen Informationsportals zur Kindergesundheit mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung im Kindesalter

Impressum

Herausgeber

Kreis Warendorf
Der Landrat

Autoren

Petra Lummer
(Gesundheitsplanerin, Gesundheitsberichterstatlerin)
Dr. Gabriele Fleissner-Busse
(Leiterin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes)
Karsten Stewing
(Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst)

Ansprechpartner

Petra.Lummer@kreis-warendorf.de
Gabriele.Fleissner-Busse@kreis-warendorf.de
Karsten.Stewing@kreis-warendorf.de

Waldenburger Str. 2
48231 Warendorf
Telefon (02581) 53 53 02
Fax (02581) 53 53 99

Internet: www.kreis-warendorf.de

Titelblatt: Ines Burkowy
Druck: Kreis Warendorf, November 2013, 1. Auflage



Herausgeber

Kreis Warendorf
Der Landrat
Gesundheitsamt
Waldenburger Str. 2
48231 Warendorf

November 2013

www.kreis-warendorf.de