Kinder- und Jugendgesundheit in Köln

Bericht 2013

Gesundheitsamt

Inhalt

Vorwort 4

1. Einleitung 5

2. Schuleingangsuntersuchungen 7
   2.1 Vorschulkinder in Köln 7
   2.2 Impfschutz 10
   2.3 Früherkennungsuntersuchungen 14
   2.4 Gewicht 18
   2.5 Fernseh- und Computerkonsum 21
   2.6 Entwicklungsstand 22

3. Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst 28

4. Kinderzahngesundheit 35

5. Frühe Hilfen im Gesundheitsamt 40

6. Zusammenfassung und Diskussion 43

Anlagen 49

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Leserinnen und Leser,

ich freue mich, Ihnen den neuen Bericht 2013 zur Kinder- und Jugendgesundheit vorlegen zu können. Über 160.000 Kinder und Jugendliche leben in Köln. Jedes Jahr werden rund 10.000 Kinder geboren. Von Anfang an bildet Gesundheit die Basis für das körperliche, seelische und geistige Wohlbefinden, für die Bildungs- und Berufschancen und letztendlich für den gesamten Lebensweg der heranwachsenden Menschen.

Bereits im Kindesalter wird gesundheitsbewusstes Verhalten geprägt. In jungen Jahren können Gesundheitsressourcen aufgebaut werden. Gesundheitsstörungen werden hingegen häufig zu Risikofaktoren für schwerwiegende Erkrankungen im späteren Leben. Vor allem Kinder aus sozial benachteiligten Familien unterliegen erhöhten Krankheitsrisiken, die auf den Verhaltensweisen und den Lebensumständen der Familien beruhen können. Sie sind häufiger von Krankheiten wie beispielsweise erhebliches Übergewicht, Zahnschäden und psychische Auffälligkeiten betroffen.

Das Gesundheitsamt in Köln erfasst und wertet die Daten zur Kindergesundheit regelmäßig aus. Es arbeitet auf ein gezieltes Angebot sozialkompensatorischer Maßnahmen hin, damit alle Kinder in Köln ausreichende Entwicklungschancen erhalten und die gesundheitliche Situation der Kinder mit erhöhten Krankheitsrisiken verbessert wird. Ein solches Angebot muss auch entsprechend der Kölner Situation ständig weiterentwickelt werden.

Vor Ihnen liegt nun der aktuelle Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit mit ausgewählten Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen, des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes, der Zahngesundheit und der Frühen Hilfen im Gesundheitsamt. Erstmals so umfassend bildet er damit eine fundierte Grundlage für die zukünftige Gesundheitsplanung.

Ich hoffe, dass dies ein weiterer Impuls sein wird, alle Entscheidungsträger und Akteure, die im Sinne der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen tätig sind, auf ihrem gemeinsamen Weg zu unterstützen und damit die Situation von Kindern und Jugendlichen in Köln nachhaltig zu verbessern.

Henriette Reker

Henriette Reker
Beigeordnete für Soziales, Integration und Umwelt

1. Einleitung

Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf kommunaler Ebene sind vielfältig und werden in der Stadt Köln vom Gesundheitsamt wahrgenommen. Zu den Arbeitsschwerpunkten gehört gemäß §12 ÖGDG[1] NRW die Kinder- und Jugendgesundheit. Dabei geht es insbesondere darum, darauf hinzuwirken, dass Kinder und Jugendliche vor Gesundheitsgefahren geschützt und in ihrer Gesundheit gefördert werden. Um diesem Auftrag nachkommen zu können, werden aussagekräftige Grundlagen benötigt. Von der Gesundheitsberichterstattung werden daher Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen erfasst und ausgewertet, um Versorgungsbedarfe zu ermitteln und eine gezielte Steuerung der Ressourcen zu ermöglichen.

Auch wenn in Köln ein differenziertes Angebot an medizinischer Versorgung und psychosozialen Hilfen zur Verfügung steht, haben nicht alle Kinder den Zugang zur Regelversorgung, wenn sie diese benötigen. Ebenso erhalten nicht alle Kinder in ihrem Umfeld Entwicklungsbedingungen, die sie brauchen, um gesund heranwachsen zu können. Dies trifft vor allem auf Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien zu. Neben der Erhebung des Gesundheits- und Zahngesundheitsstatus hat das Gesundheitsamt daher Maßnahmen und Programme (mit-) entwickelt- und auch eingerichtet, um die gesundheitliche Situation von betroffenen Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Anhand von gezielten Angeboten wird darauf hingewirkt, dass insbesondere diejenigen erreicht werden, die einem erhöhten gesundheitlichen Risiko unterliegen.

Die Abteilung Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes in Köln umfasst die Sachgebiete Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst und Frühe Hilfen.

– **Kinder- und Jugendärztlicher Dienst**
  Zu den Aufgaben des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes gehören die Schuleingangsuntersuchungen. Diese Untersuchungen sind ein gesetzlich vorgeschriebener Bestandteil des Schulaufnahmeverfahrens gemäß § 54 des Schulgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen in Zusammenhang mit § 12 ÖGDG. Die Schuleingangsuntersuchung hat das Ziel, festzustellen, ob Gesundheit und Entwicklungsstand des Kindes den Anforderungen in der Grundschule entsprechen oder ob eine gesundheitliche Fördermaßnahme einzuleiten ist. In Einzelfällen kann auch aus gesundheitlichen Gründen eine Rückstellung von der Schulpflicht empfohlen werden. Bei Kindern mit Behinderungen dient die Schuleingangsuntersuchung dazu, festzustellen, welche gesundheitlichen Gesichtspunkte bei der Entscheidung über eine eventuelle sonderpädagogische Förderung zu berücksichtigen sind.

  Ausgewählte Ergebnisse, die bei den Reihenuntersuchungen zum Impfschutz, zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen, zum Körpergewicht sowie zum Entwicklungsstand erfasst und ausgewertet wurden, sind hier dargestellt. Mit Hilfe von Vergleichen mit Ergebnissen der Vorjahre lassen sich Trends und Entwicklungen innerhalb Kölns aufzeigen. Darüber hinaus wird die aktuelle Situation in Köln mit Landes- und Bundesdurchschnittswerten verglichen.

– **Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst**
  Zunehmend werden seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen wahrgenommen. Insbesondere Kinder und Jugendliche psychosozial belasteter Familien finden jedoch häufig keinen Zugang zu entsprechenden Beratungs- und Therapieangeboten. Daher wurde der „Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst“ als niedrigschwelliges Angebot für Familien mit psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen sowie als Beratungsangebot für pädagogische Fachkräfte verschiedener Institutionen eingerichtet. Ziel ist es, den Bedarf der betroffenen Kinder und Jugendlichen festzustellen und sie je nach individuellem Bedarf in das etablierte Beratungs- und Versorgungssystem zu vermitteln oder in verschiedenen Institutionen durch kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz passgenauere Hilfestellungen zu ermöglichen.

– **Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst**
  Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst führt im Auftrag des Arbeitskreises Zahngesundheit[2] auf Grundlage des § 13 ÖGDG NRW in Verbindung mit

1 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen

2 An dem „Kölner Arbeitskreis Zahngesundheit“ nehmen das Gesundheitsamt, Krankenkassen sowie niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte teil und stimmen auf Grundlage eines gemeinsamen Vertrages Zielsetzungen, Vorgehensweisen und Aktionen im Stadtgebiet Köln ab.

§ 21 SGB V[3] Reihenuntersuchungen und gruppenprophylaktische Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen und Schulen durch. Bei den Reihenuntersuchungen werden Daten zur Zahngesundheit erfasst. Die Auswertungen dieser Ergebnisse geben Hinweis darauf, wie sich die Kinderzahngesundheit insgesamt entwickelt hat und in welchen Einrichtungen sich besonderer Handlungsbedarf äußert. Auf der Grundlage der gewonnenen Ergebnisse zur Zahngesundheit werden die gruppenprophylaktischen Präventionsmaßnahmen dort fokussiert, wo es die meisten Kinder mit erhöhtem Kariesaufkommen gibt.

– **Frühe Hilfen**[4]
Das Angebot für werdende Eltern sowie Eltern mit Kindern von 0 bis 3 Jahren in besonders belasteter Situation bietet niedrigschwellige Hilfe an. Die gesetzliche Grundlage bildet neben dem ÖGDG NRW § 11 das Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchG) in Verbindung mit der Verwaltungsvereinbarung zu der „Bundesinitiative Frühe Hilfen“ auf Bundes- und Landesebene[5]. Das frühzeitige Unterstützungsangebot „Frühe Hilfen“ im Gesundheitsamt hilft, Familien bei Bedarf in geeignete Unterstützungsangebote der Jugendhilfe und des Gesundheitssystems zu vermitteln und dient damit auch präventiv dem Kinderschutz.

Anliegen des Gesundheitsamtes ist es, anhand der oben dargestellten Angebote zu einem möglichst frühen Zeitpunkt flächendeckend Risiken sowie Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zu erkennen und Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Entwicklung einzuleiten. Dadurch kann abgewendet werden, dass Fehlentwicklungen fortschreiten und sich chronifizieren. Durch rechtzeitige Interventionen können kostenintensive Maßnahmen zu einem späteren Zeitpunkt, wie zum Beispiel Jugendhilfemaßnahmen, psychosoziale Auffälligkeiten im Laufe der Entwicklung, Probleme in der Schule und Schullaufbahn sowie im Extremfall das Scheitern der Teilnahme in der Gesellschaft vermieden oder abgemildert werden.

In den folgenden Kapiteln werden die detaillierten Datenauswertungen zu den einzelnen Arbeitsbereichen dargestellt.

Bei zukünftigen kommunalpolitischen Entscheidungen zu Angeboten, die Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern beinhalten oder einbeziehen, können vorliegende Auswertungen als Grundlage dienen.

3 Soziales Gesetzbuch, fünftes Buch
4 hier: Frühe Hilfen im Gesundheitsamt
5 Verwaltungsvereinbarung Bundesinitiative Netzwerk Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012 bis 2015 (gem. §3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz)

2. Schuleingangsuntersuchungen

2.1 Vorschulkinder in Köln

Grundlagen der Datenerhebung

Schuleingangsuntersuchung – Screening zum Entwicklungsstand und Beratung der Eltern vor Schulbeginn

Der Übergang in die Schule ist für Kinder ein wichtiger Meilenstein, der in unterschiedlichen Bereichen Fähigkeiten voraussetzt und Anforderungen stellt. Die Schuleingangsuntersuchung zielt darauf ab, vor Schuleintritt den Entwicklungsstand festzustellen und mögliche gesundheitliche Beeinträchtigungen sowie Entwicklungsrisiken aufzudecken. In der Regel wird daher jedes Kind vor der Einschulung dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst vorgestellt. Die Schuleingangsuntersuchungen dienen in erster Linie der Diagnostik, Beratung und Vermittlung. Sie bilden dadurch aber auch die Grundlage für eine Vollerhebung gesundheitlicher Daten zum Entwicklungsstand aller Kinder eines Einschulungsjahrganges[6].

Seit dem Einschulungsjahrgang 2012 wird auch in Köln das von der Universität Bremen im Auftrag des Landes NRW entwickelte SOPESS-Verfahren – Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen[7] – eingesetzt und hier erstmals differenziert ausgewertet. Dieses Verfahren wird vom Landeszentrum NRW als Standard empfohlen und kommt bisher bei 51 der 53 Kommunen in Nordrhein-Westfalen zur Anwendung. Das Landeszentrum NRW wertet die Ergebnisse aller beteiligten Kommunen zentral aus, so dass die Werte auf Kölner Ebene mit den Landeswerten des gleichen Jahrgangs[8] verglichen werden können.

Die gesundheitliche Situation der Kölner Vorschulkinder wurde bereits im Gesundheitsbericht 2009 anhand der Schuleingangsuntersuchungen 2004 bis 2007 analysiert. Auf dieser Datengrundlage wurden Auswertungen für die Themen Impfschutz, Krankheitsfrüherkennung, Körpergewicht und Entwicklungsstand vorgenommen. Um mögliche Trends feststellen zu können, werden die aktuellen Ergebnisse, ausgenommen des Entwicklungsstandes und der Deutschkenntnisse, mit den entsprechenden Ergebnissen der vorigen Jahrgänge verglichen. Bei dem Entwicklungsstand und den Deutschkenntnissen ist keine unmittelbare Vergleichbarkeit der Vorjahre gegeben, da das in Köln neu eingeführte SOPESS-Verfahren von dem Verfahren der Vorjahre abweicht.

Daten zur Situation der Vorschulkinder

In Köln wurden 8.694 Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen des Jahrgangs 2012 vorgestellt. Davon betrug der Anteil an Mädchen 48,6 Prozent und der Anteil an Jungen 51,4 Prozent. Alle Auswertungen wurden nach Mädchen und Jungen getrennt durchgeführt. Wenn sich relevante Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigten, werden diese erwähnt.

Bei den Einzelauswertungen des vorliegenden Berichts wird die Grundgesamtheit der auswertbaren Datensätze jeweils separat angeben. Wenn nicht anders erwähnt, wurden die hier verwendeten Daten vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst erfasst und vom Landeszentrum Gesundheit NRW ausgewertet. Erstmalig wurde bei den Eltern der untersuchten Kinder der Sozialstatus[9] erhoben. Dadurch lassen sich Zusammenhänge zwischen der gesundheitlichen Situation und der sozialen Lage darstellen[10].

Ebenso wurde erfasst, bei welchen Sorgeberechtigten die Kinder wohnen und mit welcher Anzahl an Geschwistern sie zusammenleben. Die Ergebnisse sind hier im Überblick dargestellt:

6 Ein geringer Anteil von Kindern, die eine Behinderung aufweisen, wird bereits vor den Schuleingangsuntersuchungen durch gesondertes Verfahren begutachtet (weniger als 2 Prozent aller Kinder eines Jahrgangs).

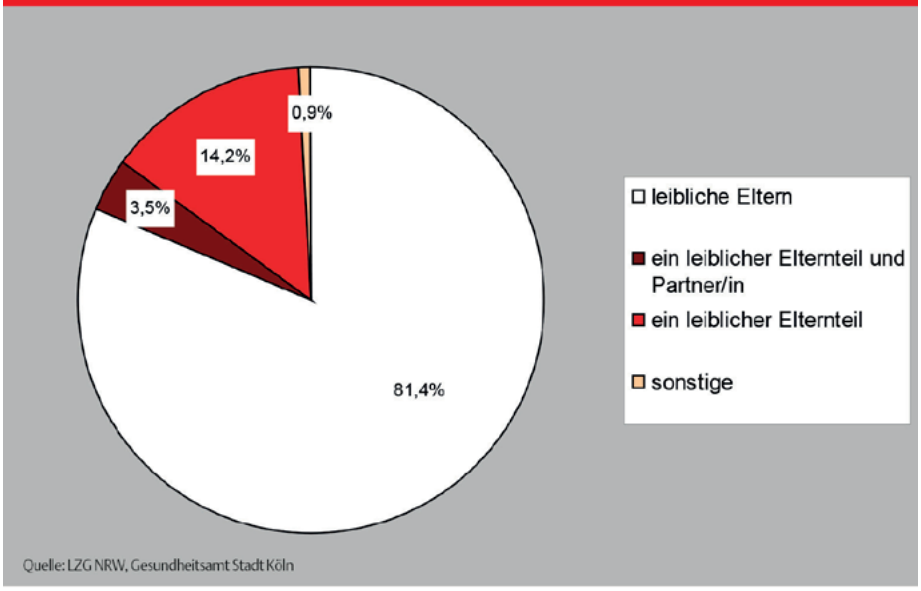
7 Screening ist eine Untersuchung, die Angaben zur Wahrscheinlichkeit des Vorliegens von bestimmten Krankheiten oder Risikofaktoren ermöglichen soll. Wenn auffällige Werte vorliegen, werden zur genaueren Überprüfung nachfolgend diagnostische Untersuchungen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten eingeleitet.

8 Die Anzahl der ausgewerteten Datensätze vorgestellter Kinder betrug beim Einschulungsjahrgang 2012 NRW 141.631, Quelle LZG NRW

9 Sozialstatus nach Bildungsstand, Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung werden die Eltern zu ihrer beruflichen und schulischen Bildung befragt. Aus den Antworten dieser Fragen wird vom LZG NRW ein Bildungsindex berechnet und den Kommunen für die Gesundheitsberichterstattung für ihre Ergebnisse zur Verfügung gestellt. Die Berechnung des Indexes erfolgt auf Grundlage der Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Epidemiologische Methoden“, der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. (DGSMP), der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS). Der Bildungsindex wird zunächst getrennt für jedes Elternteil ermittelt. Der jeweils höhere Index-Score wird dann dem Haushalt zugeordnet, in dem das Kind lebt.
Quelle und genaue Darstellung des Berechnungsschemas: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, „Jahresbericht 2006 zur Schulärztlichen Untersuchung in NRW“: 45, unter Landeszentrum Gesundheit NRW, www.lzg.gc.de

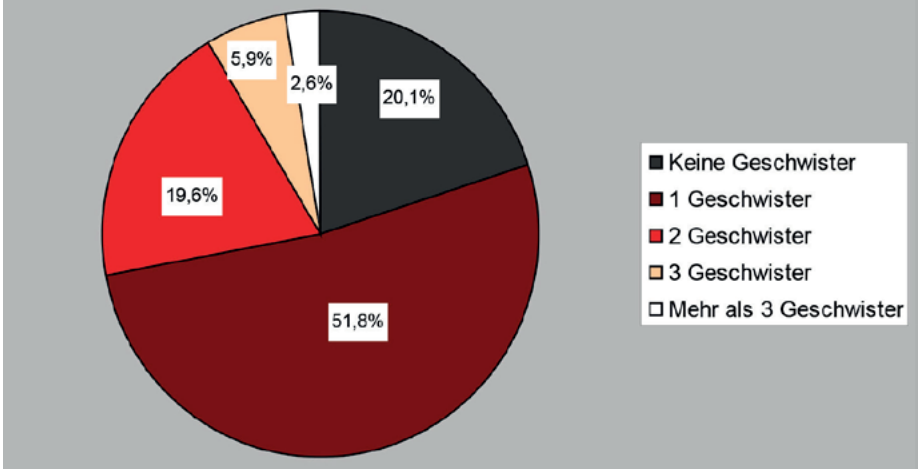
10 Im Gesundheitsbericht 2009 wurde auf diesen Zusammenhang indirekt geschlossen, indem die Werte von Stadtteilen hoher Hilfeempfängerdichte, mittlerer Hilfeempfängerdichte und geringer Hilfeempfängerdichte verglichen wurden: 114

Abbildung 1: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, wo lebt das Kind? (n = 6.431)



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 2: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Anzahl der im Haushalt lebenden Geschwister, (n=7.509)



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Bei der Schuleingangsuntersuchung wird darüber hinaus festgehalten, ob das Kind mit der deutschen oder einer anderen Erstsprache aufgewachsen ist. Eine andere Erstsprache als die deutsche Sprache weist auf Migrationshintergrund hin, häufig könnte dies auch ein Zeichen enger Verbundenheit der Familie mit dem jeweiligen Herkunftsland sein. Die Quote an Kindern mit anderer Erstsprache lag 2004 bei 31,7 Prozent[11] und hat sich seitdem kontinuierlich erhöht. So betrug dieser Anteil beim Einschulungsjahrgang 2012 etwa 40 Prozent. Er liegt in Köln damit deutlich über dem Durchschnittswert auf Landesebene[12], der sich auf etwa 28 Prozent belief.

Ein weiterer Hinweis auf den Migrationshintergrund ist das Geburtsland der Mutter. Bei nahezu zwei Dritteln der untersuchten Kinder gibt es Angaben zum Herkunftsland der Mutter[13]. Davon sind 46 Prozent in Deutschland, 20 Prozent in der Türkei, 4 Prozent in den GUS-Staaten[14] und 30 Prozent in einem anderen Land als den vorgenannten geboren. Die Mütter dieser Kinder kommen aus weit über 100 unterschiedlichen Herkunftsländern, vorwiegend aus der EU, Asien, Amerika oder Afrika. Die Anzahl an Herkunftsländern lässt neben weiteren möglichen Unterschieden wie in Bildungsstand, Religion und sozialer Lebenslage[15] erahnen, dass sich die Gruppe der Vorschulkinder in Köln sehr heterogen zusammensetzt.

Deutschkenntnisse

In den vergangenen Jahren wurde landesweit festgestellt, dass bei der Einschulung ein hoher Anteil an Kindern die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrscht. Dies kann den Schulerfolg erheblich beeinträchtigen. Unterrichtsinhalte werden nicht ausreichend vermittelt, und das Kind kann sich nicht aktiv am Unterricht beteiligen.

11 Siehe „Kindergesundheit im Vorschulalter“, Gesundheitsbericht 2009, Stadt Köln: 24

12 Einschulungsjahrgang 2012 in NRW, verwertbare Angaben von 135.879 Kindern, davon Anteil mit anderer Erstsprache 28,3 Prozent, mit deutscher Erstsprache 71,7 Prozent, Quelle LZG NRW

13 Quelle: Eigene Erhebungen des Gesundheitsamts Köln

14 GUS: Gemeinschaft Unabhängiger Staaten, ehemaliger Zusammenschluss verschiedener Nachfolgestaaten der Sowjetunion seit 1991, unter anderem Armenien, Aserbaidschan, Weißrussland, Kasachstan, Kirgisistan, Moldawien, Russland, Tadschikistan, Ukraine, Usbekistan. Diese Gruppe an Kindern verfügt über einen gemeinsamen sprachlichen und kulturellen Hintergrund und wird in der Auswertung neben den Kindern deutscher und türkischer Herkunft separat ausgewiesen.

15 Amt für Stadtentwicklung und Statistik: Kölner Statistische Nachrichten – 6/2012, Statistisches Jahrbuch 2012: 19,70: Anteil der Kinder unter 15 Jahren in Bedarfsgemeinschaften der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach Sozialgesetzbuch II, Dezember 2011 liegt bei 22,6 Prozent.

Daher wurde von dem Ministerium für Schule und Weiterbildung und dem Ministerium für Generationen, Familie und Integration des Landes NRW ein spezifisches Förderprogramm eingeführt. Bis dahin stattfindende punktuelle Förderungen wurden durch dieses systematisch angelegte Programm ergänzt. Damit wurde das Ziel verfolgt, dass alle Kinder vom ersten Schultag an die Unterrichtssprache Deutsch altersgemäß beherrschen. Seit 2007 wurden bei allen vierjährigen Kindern Sprachstandserhebungen anhand des Sprachtests „Delfin 4" durchgeführt. Kinder, bei denen Förderbedarf festgestellt wurde, sollen eine zusätzliche Sprachförderung in ihrer Kindertageseinrichtung erhalten. Bei dem Einschulungsjahrgang 2009 kam dieses Programm erstmalig zum Tragen. Laut Auskunft der Landesregierung vom 17.12.2013 wird Delfin 4 für Kita-Kinder 2014 zum letzten Mal stattfinden. Nur für Kinder, die keine Kindertageseinrichtung besuchen, bleibe es bei dem bisherigen Verfahren. In den Kindertageseinrichtungen hingegen soll der Sprachtest durch eine kontinuierliche Beobachtung und Dokumentation der Sprachentwicklung anhand der Fachkräfte ersetzt werden[16].

In der Schuleingangsuntersuchung wurden die Deutschkenntnisse überprüft. Bei den Kindern, die eine andere als die deutsche Erstsprache aufwiesen, wurden die Ergebnisse ausgewertet. Dabei betrug der Anteil mit ausreichenden Deutschkenntnissen[17] im Einschulungsjahrgang 2012 etwa 65 Prozent. Die Zielvorgabe des Landes scheint damit bei Weitem nicht erreicht zu sein. Es sind jedoch positive Tendenzen erkennbar. Im Einschulungsjahrgang 2006 wurden nur bei etwa der Hälfte der Kinder ausreichende Deutschkenntnisse festgestellt. Der deutliche Anstieg der Kinder mit ausreichenden Deutschkenntnissen dürfte zum einem Großteil auf eine verstärkte Förderung in den Kindertageseinrichtungen zurückzuführen sein.

Im Jahrgang Köln 2012 betrug der Anteil mit ausreichenden Deutschkenntnissen bei den Jungen 63 Prozent, bei den Mädchen 66 Prozent. Damit lag diese Quote bei den Jungen geringfügig unter der der Mädchen.

Die Quote an Kindern, die unzureichende Deutschkenntnisse aufwiesen, lag im Jahrgang Köln 2012 entsprechend bei etwa 35 Prozent und setzte sich folgendermaßen zusammen: 26 Prozent der Kinder sprach flüssig, aber mit erheblichen Fehlern deutsch, 9 Prozent sprach radebrechend deutsch oder verfügte über keine Deutschkenntnisse.

Im Vergleich mit Landeswerten verfügte Köln über einen um 6 Prozentpunkte höheren Anteil an Kindern mit ausreichenden Deutschkenntnissen[18].

In Köln sowie landesweit wurde feststellt, dass etwa jedes zehnte Kind mit einer anderen Erstsprache als der deutschen Sprache bei der Schuleingangsuntersuchung diese Sprache radebrechend spricht oder über gar keine Sprachkenntnisse verfügt. Dies weist nach wie vor auf einen dringenden Förderbedarf hin.

Situation der Vorschulkinder bei den Schuleingangsuntersuchungen

Ergebnisse:

- Der Anteil an Kindern mit anderer Erstsprache als der deutschen Sprache hat sich seit 2004 deutlich erhöht.
- Bei den Kindern mit anderer Erstsprache ist der Anteil an Kindern mit ausreichenden Deutschkenntnissen tendenziell gestiegen.
- Allerdings wies nahezu jedes zehnte Kind mit anderer Erstsprache radebrechende oder keine Deutschkenntnisse auf.

Weiterhin sollte das Ziel angestrebt werden, dass alle Kinder bei der Einschulung über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, um ihre Bildungschancen wahrnehmen zu können. Dabei zeigt sich nach wie vor ein hoher Sprachförderbedarf.

16 Landesregierung NRW, www.nrw.de/landesregierung/land-stellt-weitere-100-millionen-euro-fuer-die-revision-des-kinderbildungsgesetzes-bereit-15255/, Stand 18.12.13

17 In der Kategorie „unzureichende Deutschkenntnisse" wurden alle untersuchten Kinder erfasst, die bei der Schuleingangsuntersuchung keine Deutschkenntnisse aufweisen oder radebrechend deutsch sprechen sowie die Kinder, die flüssig sprechen, jedoch erhebliche Fehler aufweisen. Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen benötigen in der Regel eine individuelle Sprachförderung. In der Kategorie „ausreichende Deutschkenntnisse" wurden alle untersuchten Kinder erfasst, die bei der Schuleingangsuntersuchung gut mit leichten Fehlern oder fehlerfrei die deutsche Sprache beherrschten.

18 NRW Einschulungsjahrgang 2012, Quote an Kindern mit unzureichenden Deutschkenntnissen an allen Kindern mit nicht deutscher Erstsprache (n=38.429) lag bei 41 Prozent: 30,7 Prozent sprachen flüssig aber mit erheblichen Fehlern deutsch und 10,3 Prozent wiesen keine Deutschkenntnisse auf oder sprachen radebrechend deutsch (Auswertung LGZ NRW).

2.2 Impfschutz

Nach wie vor bieten Impfungen den besten Schutz vor gängigen Infektionskrankheiten und vermeiden schwerwiegende Komplikationen. Sie haben einen dreifachen Nutzen. Zum einen schützen sie vor Erkrankungen, für die es keine oder nur beschränkte Behandlungsmöglichkeiten gibt. Des Weiteren schützen sie ungeborenes Leben, wenn die werdende Mutter geimpft ist. Darüber hinaus bieten sie einen kollektiven Schutz der Menschen, die zusammen leben, wenn ein ausreichender Anteil von ihnen geimpft ist.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die „Ständige Impfkommission" (STIKO) als Gremium von Expertinnen und Experten für Impfempfehlungen berufen. Diese sieht für Kinder und Jugendliche Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis (Keuchhusten), Hepatitis B, Polio (Kinderlähmung), Hib (Haemophilus influenza Typ b), Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (Windpocken), Meningokokken und Pneumokokken vor. Für Mädchen im Alter von zwölf bis siebzehn Jahren werden darüber hinaus Impfungen gegen Humane Papillomaviren (HPV) empfohlen.

Eine gesetzliche Impfpflicht existiert in Deutschland nicht. Vor dem Hintergrund, dass dem Robert Koch-Institut im ersten Halbjahr 2013 bundesweit mehr als 900 Masernerkrankungen gemeldet wurden, entstand 2013 eine erneute Diskussion, ob bei Masern eine Impfpflicht eingeführt werden sollte[19]. Im Jahre 2013 wurden dem Robert Koch-Institut insgesamt 1.771 Masernfälle übermittelt[20].

Vorlage Impfpass
Bei der Einladung zur Schuleingangsuntersuchung wird darauf hingewiesen, dass der Impfpass bei dem Untersuchungstermin vorzulegen ist. Nur bei Kindern mit Impfpass kann der Impfstatus festgestellt und ausgewertet werden.

Beim Einschulungsjahrgang 2012 legten 7.881 Kinder und damit ein Anteil von 90,6 Prozent den Impfpass vor. Dies bedeutet eine geringfügige Erhöhung der Vorlagequote gegenüber den Vorjahren 2009 mit 90,2 Prozent und 2007 mit 89,7 Prozent.

Gegenüber NRW, Einschulungsjahr 2012 mit 92,7 Prozent und Gesamtdeutschland, Einschulungsjahrgang 2011 mit 92,5 Prozent war der Anteil an vorgelegten Impfpässen in Köln leicht unterdurchschnittlich[21].
Alle nachfolgenden Auswertungen zur Durchimpfungsrate beziehen sich ausschließlich auf die vorgelegten Impfpässe. Genaue Werte der Impfquoten sind in der Anlage in tabellarischer Form aufgeführt.

Impfschutz gegen Masern, Mumps, Röteln
Die typischen „Kinderkrankheiten" sind in Deutschland aufgrund der zunehmenden Durchimpfung rückläufig. Dennoch sind gefährliche Krankheiten wie die Masern noch nicht ausgerottet, und gerade im Laufe des Jahres 2013 kam es – wie oben bereits erwähnt – vermehrt zu kleinräumigen Ausbrüchen, die insbesondere in Berlin und Süddeutschland, aber auch in der näheren Umgebung Kölns auftraten.

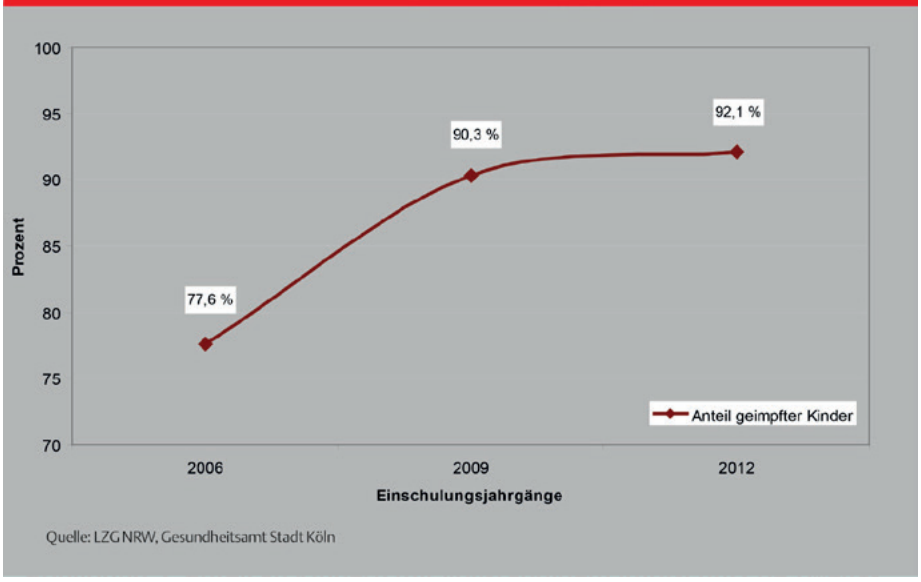
Konkretes Ziel der Weltgesundheitsorganisation ist es, die Infektionskrankheiten endemische Masern und Röteln vollständig zu eliminieren[22]. Dafür soll die Durchimpfungsrate bei Masern mit zweifacher Impfung und bei Röteln mit einmaliger Impfung 95 Prozent betragen, damit bei der Gesamtbevölkerung ein Kollektivschutz gewährleistet werden kann. Dieses Ziel konnte in Deutschland bisher noch nicht verwirklicht werden, wie G. Pfaff im Bundesgesundheitsblatt 2013 ausführt: „Die Entwicklung bis 2012 reicht noch nicht für eine Eliminierung der Masern und Röteln in Deutschland. Ein breites Aufflammen der Masern in der ersten Jahreshälfte 2013 unterstreicht das. Bis Mitte Juni 2013 wurden insgesamt 905 Masernfälle an das RKI übermittelt – ein Mehrfaches der Vorjahresmeldungen (n = 166)"[23] (Seite 1223).

Vollständiger Impfschutz ist laut der Ständigen Impfkommission bei je zwei Impfungen Masern, Mumps und Röteln gegeben. Im Kölner Einschulungsjahrgang 2012 verfügten etwa 92 Prozent[24] der Kinder mit vorgelegtem Impfpass über einen vollständigen Impfschutz (siehe Abbildung 3). Damit hat sich die Durchimpfungsrate der Vorschulkinder bei Masern, Mumps und Röteln gegenüber dem Jahrgang 2006 (78 Prozent) um mehr als zehn

19 Beispiele: „Zahl der Masernfälle steigt: Daniel Bahr droht mit Impf-Pflicht für Kinder", FOCUS Online vom 04.07.13, „Das letzte Mittel: Bahr erwägt Impfpflicht gegen Masern", www.faz.net vom 01.07.13
20 Quelle Robert-Koch-Institut, www.rki.de , Stand 04.03.2014
21 Robert Koch-Institut (Hrsg), „Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2011", im Epidemiologischen Bulletin Nr. 16, Berlin 2013a: 131
22 Quelle: Website WHO, www.euro.who.int/Document/E87772G.pdf?language=German, Stand 22.02.10.
23 G. Pfaff, „Die Eliminierung von Masern und Röteln aus Deutschland" Bundesgesundheitsblatt 2013, 56:1222–1224, Online publiziert: 29. August 2013, Berlin Heidelberg 2013, www.rki.de
24 Genaue Quoten pro Erkrankung sind in der Anlage aufgeführt. Eine fast identische Quote bei Masern, Mumps und Röteln ist darauf zurückzuführen, dass nahezu ausschließlich Kombinationsimpfstoffe für diese drei Impfungen verwendet werden.

Prozentpunkte erhöht. Dies bedeutet eine Fortsetzung des positiven Trends seit Einschulungsjahrgang 2004 (63 Prozent bei Masern, Mumps und Röteln, 64,8 Prozent bei ausschließlich Masern). Allerdings konnte auch in Köln die von der WHO angestrebte Durchimpfungsrate von 95 Prozent bei Masern noch nicht erreicht werden. Der Anteil der Kinder mit einer Impfung gegen Röteln betrug im Kölner Einschulungsjahrgang 2012 bereits 96,6 Prozent, der Anteil an Kindern mit einer Impfung gegen Masern 96,8 Prozent. So wurde in Köln bezogen auf Röteln und die einmalige Masernimpfung den Zielvorgaben der WHO entsprochen – zumindest bei den Kindern, die ihren Impfpass vorgelegt haben. Es ist allerdings zu vermuten, dass die Durchimpfung bei den Kindern, die ihren Impfpass nicht vorgelegt haben, geringer ausfällt. Diese Annahme wird durch Erhebungen des Robert Koch-Instituts bestätigt[25].

Abbildung 3: Anteil an Kindern mit vollständigem Impfschutz (je zweifache Impfungen) Masern, Mumps, Röteln bei vorgelegten Impfpässen in Köln nach Einschulungsjahrgängen



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Der Anteil an Kindern mit vollständigem Impfschutz bezogen auf Masern, Mumps und Röteln lag in Köln geringfügig unter dem Landesdurchschnitt und geringfügig über dem Bundesdurchschnitt des Vorjahres[26].

Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Hib, Polio, Hepatitis B

Der Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Hib und Polio befand sich bereits in den Vorjahren auf einem hohen Niveau[27], und dies kann weiterhin auch für den Kölner Jahrgang 2012 bestätigt werden (siehe Abbildung 4). Bezogen auf Hepatitis B hingegen wurde im Jahrgang 2012 eine Durchimpfungsrate unter 75 Prozent festgestellt. Eine Erhöhung dieser Quote wäre wünschenswert (genaue Werte der Durchimpfungsraten in Köln, bezogen auf Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Hib, Polio, Hepatitis B siehe Anlage).

Es sind zwar leichte Rückgänge bei dem vollständigen Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie, Hib, Polio und Hepatitis B gegenüber 2009 zu verzeichnen (siehe Abbildung 4, Seite 12). Diese sind jedoch in erster Linie auf eine Aktualisierung der Empfehlungen durch die STIKO[28] zurückzuführen. So werden ab 2009 beispielsweise vier Impfungen gegen Diphtherie und Tetanus für eine abgeschlossene Grundimmunisierung vorausgesetzt, während zuvor nur je drei Dosen als ausreichend galten.

Abbildung 5 (Seite 12) verdeutlicht, dass im Einschulungsjahrgang 2012 die Quote der Kinder mit vollständigem Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Hib, Polio, Hepatitis B gegenüber 2007 bei „alter" Definition der STIKO[29] sogar weiter angestiegen wäre[30].

Die Durchimpfungsraten gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis liegen in Köln beim Jahrgang 2012 geringfügig über den Landeswerten und in etwa im Bundesdurchschnitt. Bei Hib, Polio und Hepatitis B zeigen sich in Köln hingegen niedrigere Impfraten als beim Bundes- und Landesdurchschnitt[31].

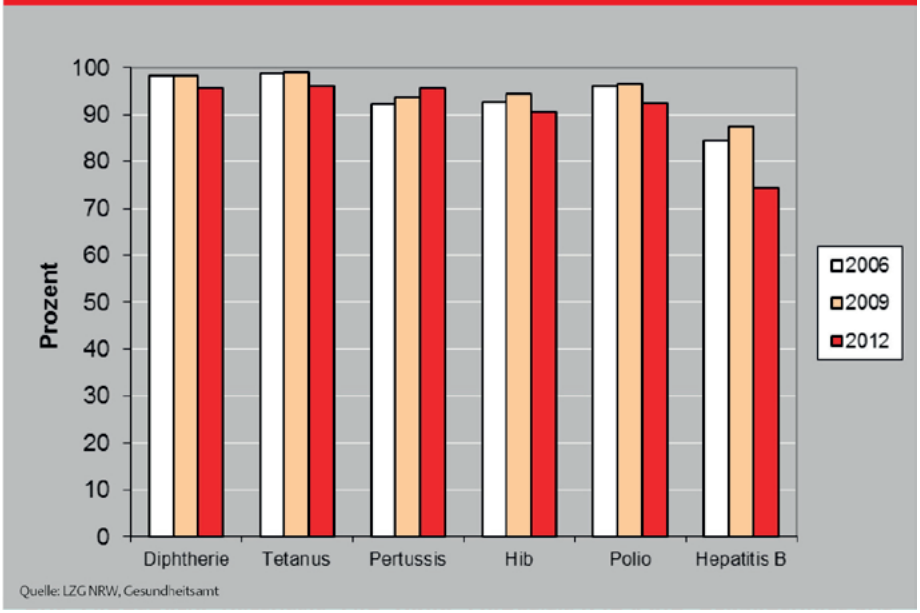
Impfschutz gegen Varizellen, Meningokokken und Pneumokokken

Die Durchimpfungsrate beim Einschulungsjahrgang Köln 2012 hinsichtlich Varizellen[32] (Windpocken) betrug

25 Robert Koch-Institut (Hrsg), „Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2011", im Epidemiologischen Bulletin Nr. 16, Berlin 2013a: 131
26 Siehe auch Anlagen, Tabelle 1, Quelle Bundesdaten Schuleingangsuntersuchung 2011: Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin 2013a: 130
27 Siehe „Kindergesundheit im Vorschulalter", Gesundheitsbericht 2009, Stadt Köln: 28
28 „Ständige Impfkommission" (STIKO), Expertengremium für Impfempfehlungen beim Robert Koch-Institut
29 „Ständige Impfkommission" (STIKO), Expertengremium für Impfempfehlungen beim RKI
30 Eine entsprechende Analyse für 2006 liegt nicht vor.
31 Siehe Anlagen, Tabelle1
32 hier: vollständiger Impfschutz Varizellen (nach neuer STIKO)mit mindestens 2 Dosen, 84 Prozent der Kinder hatten einen vollständigen Impfschutz gegen Varizellen nach alter STIKO: Monoimpfstoff mindestens 1 Dosis oder Kombiimpfstoff MMRV mindestenes 2 Dosen

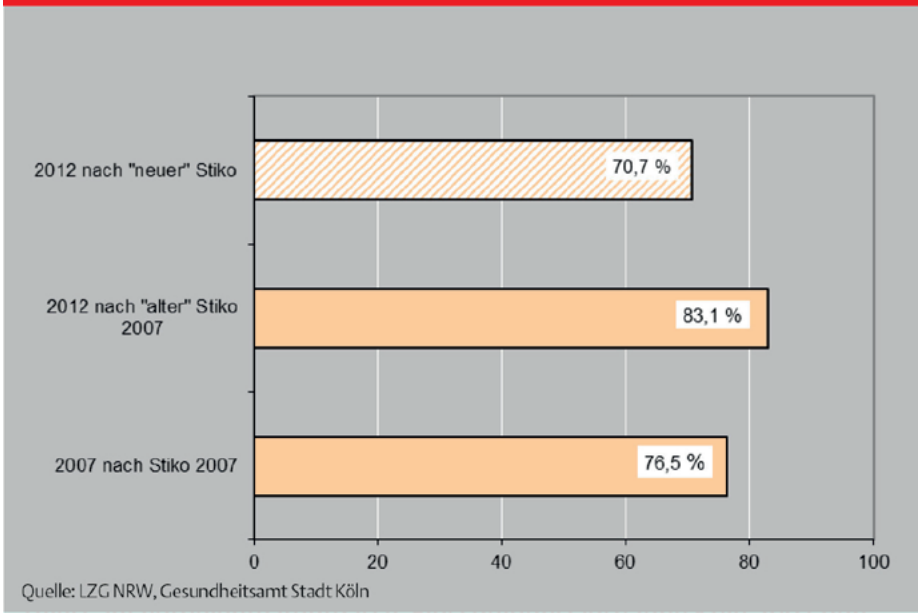
66,5 Prozent. Etwa 87 Prozent der Kinder verfügten hinsichtlich Meningokokken[33], etwa 67 Prozent der Kinder hinsichtlich Pneumokokken[34] über einen vollständigen Impfschutz.

Abbildung 4: Anteil an Kindern mit vollständigem Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Hib, Polio, Hepatitis B in Köln, prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe, nach den Jahrgängen 2006, 2009, 2012



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt

Abbildung 5: Anteil an Kindern mit vollständigem Impfschutz, prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe, Einschulungsjahrgänge Köln 2007 und 2012 nach „alter“ und „neuer“ STIKO-Empfehlung



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Impfschutz und Erstsprache

Bei Kindern mit einer anderen Erstsprache zeigt sich ein höherer Durchimpfungsgrad als bei Kindern mit deutscher Erstsprache. So wiesen beispielsweise 1,4 Prozent der Kinder des Kölner Jahrgangs 2012 mit anderer Erstsprache und 4,3 Prozent der Kinder mit deutscher Erstsprache keine Masernimpfung auf.

Impfschutz und Sozialstatus

Ein Zusammenhang zwischen Impfschutz und Sozialstatus lässt sich klar erkennen. Der Impfschutz in Köln ist bezogen auf Masern, Mumps, Röteln, Diphterie, Pertussis, Hib und Hepatitis bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus am geringsten ausgeprägt[35]. So liegt beispielsweise der Anteil an Kindern ohne Masernimpfung bei Kindern von Eltern mit geringem und mittlerem Sozialstatus unter 2 Prozent, bei Kindern von Eltern mit hohem Sozialstatus hingegen bei 4,7 Prozent.

Stadtteilbezogene Auswertung

Bereits im Gesundheitsbericht 2009 zeigten sich stadtteilbezogene Unterschiede bei der Durchimpfungsquote in Köln[36]. Bei den aktuell vorliegenden Ergebnissen des Jahrgangs 2012 wurde vor dem Hintergrund der aktuellen Masernausbrüche der vollständige Impfschutz gegen Masern exemplarisch auf Stadtteilebene ausgewertet. Die stadtteilbezogene Durchimpfungsrate variierte von 76,1 bis 100 Prozent.

Bei der vorliegenden Auswertung ist jedoch zu berücksichtigen, dass in den „kleinen“ Stadtteilen Marienburg,

33 Meningokokken vollständige Impfung: mindestens 1mal, bei erster Dosis nach Vollendung des 1. Lebensjahres oder mindestens 3mal, bei erster Dosis vor Vollendung des 1. Lebensjahres

34 Pneumokokken vollständige Impfung: mindestens 2mal

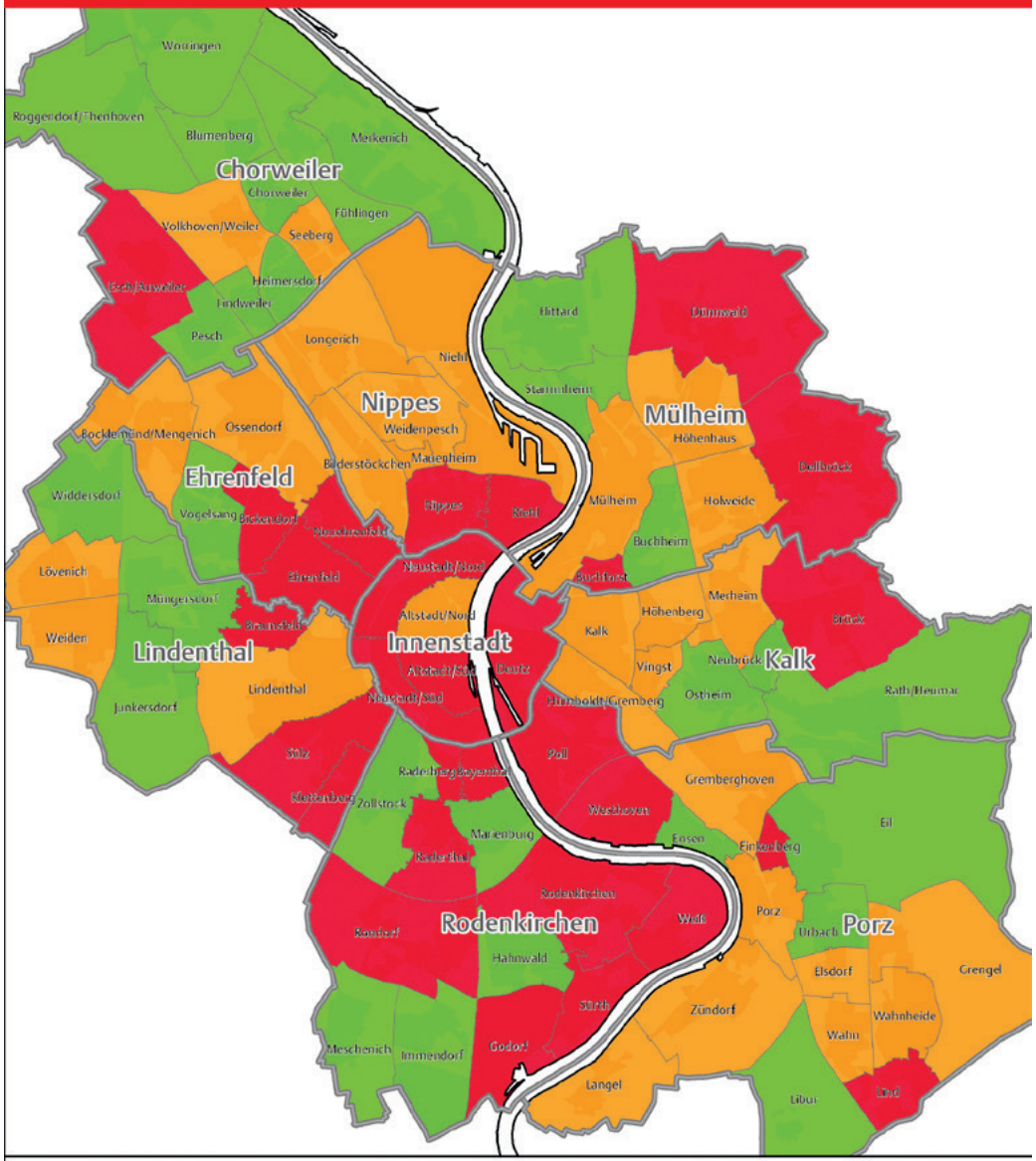
35 Bei Tetanus liegt die Durchimpfungsrate bezogen auf Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus im Durchschnitt, bei Polio (Kinderlähmung) geringfügig unterm Durchschnitt.

36 Siehe „Kindergesundheit im Vorschulalter“, Gesundheitsbericht 2009, Stadt Köln: 69 ff.

Raderthal, Hahnwald, Rodenkirchen, Godorf, Immendorf, Fühlingen, Lindweiler, Pesch, Westhoven, Ensen, Gremberghoven, Eil, Elsdorf, Grengel, Wahnheide, Wahn, Lind, Libur, Langel, Finkenberg und Weiß die Grundgesamtheit der hier untersuchten Kinder unter 30 lag. Aufgrund der geringen Anzahl sind in diesen Stadtteilen zufallsbedingte Schwankungen nicht auszuschließen.

In den Anlagen, Tabelle 3, sind die Impfquoten pro Stadtbezirk aufgeführt.

Abbildung 6: Einschulungsjahrgang Köln 2012, Durchimpfungsrate Masern in den Stadtteilen



Impfschutz bei den Schuleingangsuntersuchungen
(bezogen auf vorgelegte Impfpässe)

Ergebnisse:
- Bei Masern, Mumps, Röteln hat sich die Durchimpfungsrate seit Einschulungsuntersuchung 2006 fortlaufend erhöht und lag im Einschulungsjahrgang 2012 über 92 Prozent.
- Bei Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Hib und Polio ist sie mit über 90 Prozent auf vergleichbarem Niveau mit den Vorjahren geblieben.
- Bezogen auf Hepatitis B, Varizellen, Meningokokken und Pneumokokken besteht weiterer Aufklärungsbedarf zur Verbesserung des Durchimpfungsgrades.
- Bei Kindern mit anderer Erstsprache als Deutsch lag eine höhere Durchimpfungsrate vor als bei Kindern mit deutscher Erstsprache.
- Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus wiesen durchschnittlich den niedrigsten Impfschutz auf.

In der Literatur werden Impflücken unter anderem auf Informationsdefizite, auf einen unzureichenden Zugang zu gesundheitlicher Versorgung sowie auf philosophische und religiöse Gründe zurückgeführt.

Impfaufklärung und gegebenenfalls bedarfsgerechte Impfangebote (beispielsweise im Setting Berufsschule) sollten weiterverfolgt werden, um den Impfschutz gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission zu verbessern.

37 Pfaff, G. „Die Eliminierung von Masern und Röteln aus Deutschland“ Bundesgesundheitsblatt 2013, 56:1222–1224, Online publiziert: 29. August 2013, Berlin Heidelberg 2013
38 „Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen“ Gesundheitsbericht 2011, „Kindergesundheit im Vorschulalter“, Gesundheitsbericht 2009, Stadt Köln

2.3 Früherkennungsuntersuchungen

Die Früherkennungsuntersuchungen bei der Kinder- und Jugendärztin oder dem Kinder- und Jugendarzt dienen dazu, mögliche gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Kindern frühzeitig zu erkennen und die erforderlichen Behandlungen einzuleiten. Seit 1971 sind sie im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten und bedeuten für die Eltern daher keine zusätzlichen Kosten. Alle Kinder sollten möglichst lückenlos bei den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U 9 und später auch der J1 vorgestellt werden, damit sie bei Bedarf entsprechende Förderung und Versorgung erhalten können[39]. Um die Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchungen zu erhöhen, ist seit 2008 verbindlich vorgeschrieben, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte die Daten der Kinder, die bei der U5 bis U9 vorgestellt werden, an das Statistische Landesamt NRW übermitteln. Dort erfolgt ein Datenabgleich über die Kinder, die nicht bei den Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben, und diese Kinder werden den Jugendämtern gemeldet. Als Rechtsgrundlage dient die Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen vom 10.09.2008 in Verbindung mit §32a des Heilberufsgesetzes. Die Jugendhilfe ist verpflichtet, bei Gefährdung geeignete Maßnahmen einzuleiten.

Bei der Schuleingangsuntersuchung kann nur bei den Kindern mit vorgelegtem Untersuchungsheft festgestellt werden, inwieweit diese an Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben. Bei der Einladung zur Schuleingangsuntersuchung wird daher ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Untersuchungsheft bei dem Termin vorzulegen ist. Dennoch kommen nicht alle Sorgeberechtigten dieser Aufforderung nach.

Die Quote der vorgelegten Untersuchungshefte betrug im Einschulungsjahrgang Köln 2012 91,4 Prozent und hat sich damit gegenüber 2007 mit 89,7 Prozent leicht erhöht. Sie unterschreitet um etwa 2 Prozentpunkte den Landesdurchschnitt[40]. Die nachfolgenden Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf die untersuchten Kinder mit vorgelegten Untersuchungsheften.

Während beim Jahrgang 2007 eine abnehmende Teilnahmequote im Verlauf von der U5 bis zu der U9 zu

39 Hintergrundinformationen zu Früherkennungsuntersuchungen siehe Anlage
40 Land NRW, Einschulungsjahrgang 2012 (93,3 Prozent vorgelegte Untersuchungshefte bei n=141.631)

Abbildung 7: Vergleich Teilnahmequote der U5 bis U9 bei den Kindern mit vorgelegten Untersuchungsheften in Köln bei der Schuleingangsuntersuchung 2012: n= 7.947, 2007: n= 9001

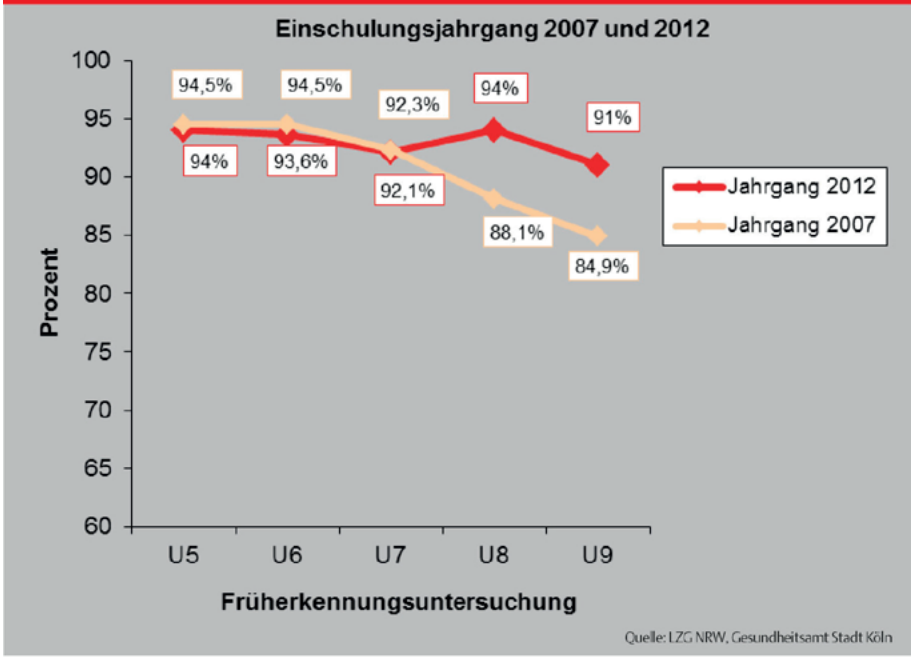
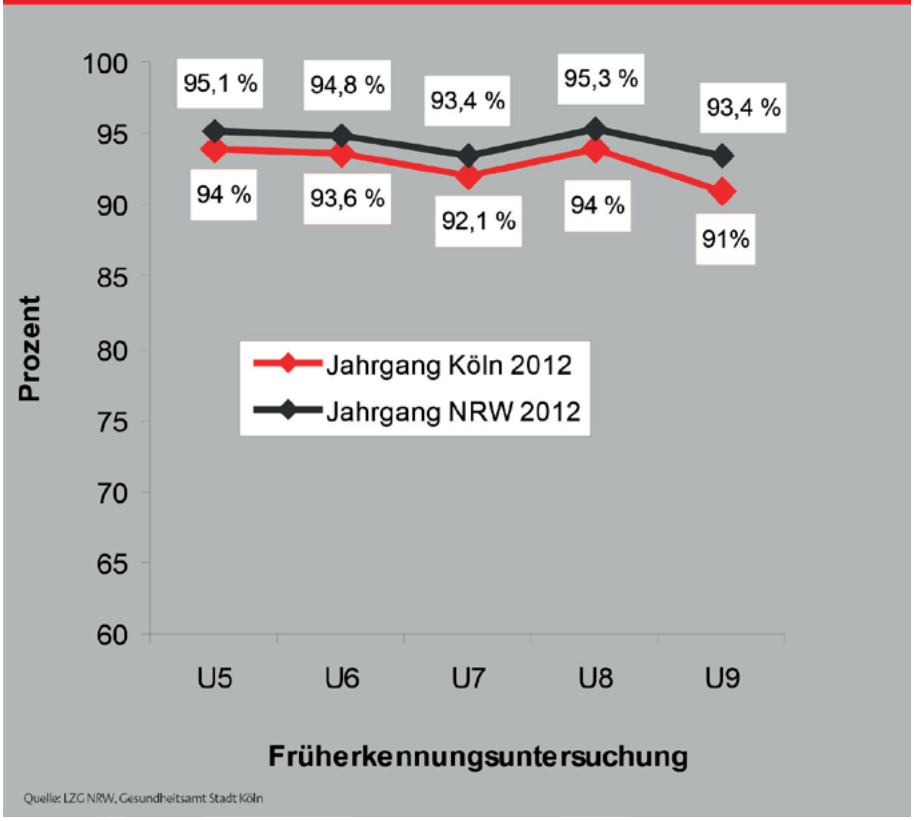


Abbildung 8: Vergleich Teilnahmequote der U5 bis U9 bei den Kindern mit vorgelegten Untersuchungsheften in Köln und NRW – Schuleingangsuntersuchung Köln 2012: n= 7.947, NRW 2012: n=132.175



verzeichnen war, zeigt sich im Jahrgang 2012 eine etwa gleichbleibende Teilnahmequote bei den genannten Untersuchungen (siehe Abbildung 7).

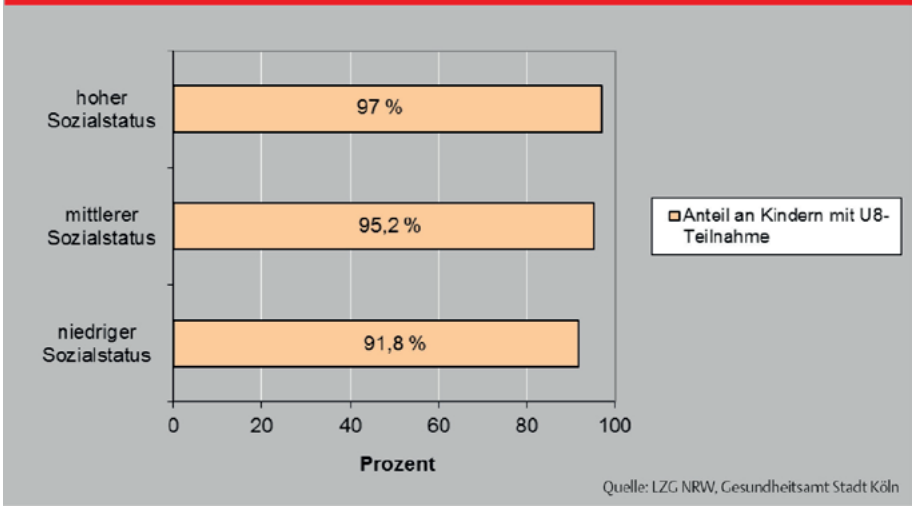
Im Jahrgang Köln 2012 betrug die Teilnahmequote an der U8 94 Prozent, an der U9 91 Prozent. Damit haben sich beide Quoten im Vergleich zum Jahrgang 2007 um etwa 6 Prozentpunkte erhöht (siehe Abbildung 7). Dieser Anstieg könnte unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass die eingangs erwähnte Änderung des Verfahrens zu mehr Verbindlichkeit bei den Eltern geführt hat und Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie die Krankenkassen noch gezielter als bisher auf diese Untersuchungen hinweisen.

Die U7a, die um den dritten Geburtstag des Kindes stattfindet, wurde zusätzlich am 01.07.2008 eingeführt. Im Einschulungsjahrgang 2012 nahmen 64,8 Prozent der Kinder mit vorgelegtem Untersuchungsheft daran teil. Damit wurde diese Untersuchung noch weit unterdurchschnittlich in Anspruch genommen.

Die Teilnahmequoten der U5, der U6, U7 U8 und U9 in Köln lagen etwa 1 bis 2 Prozentpunkte unter den Landeswerten (siehe Abbildung 8).

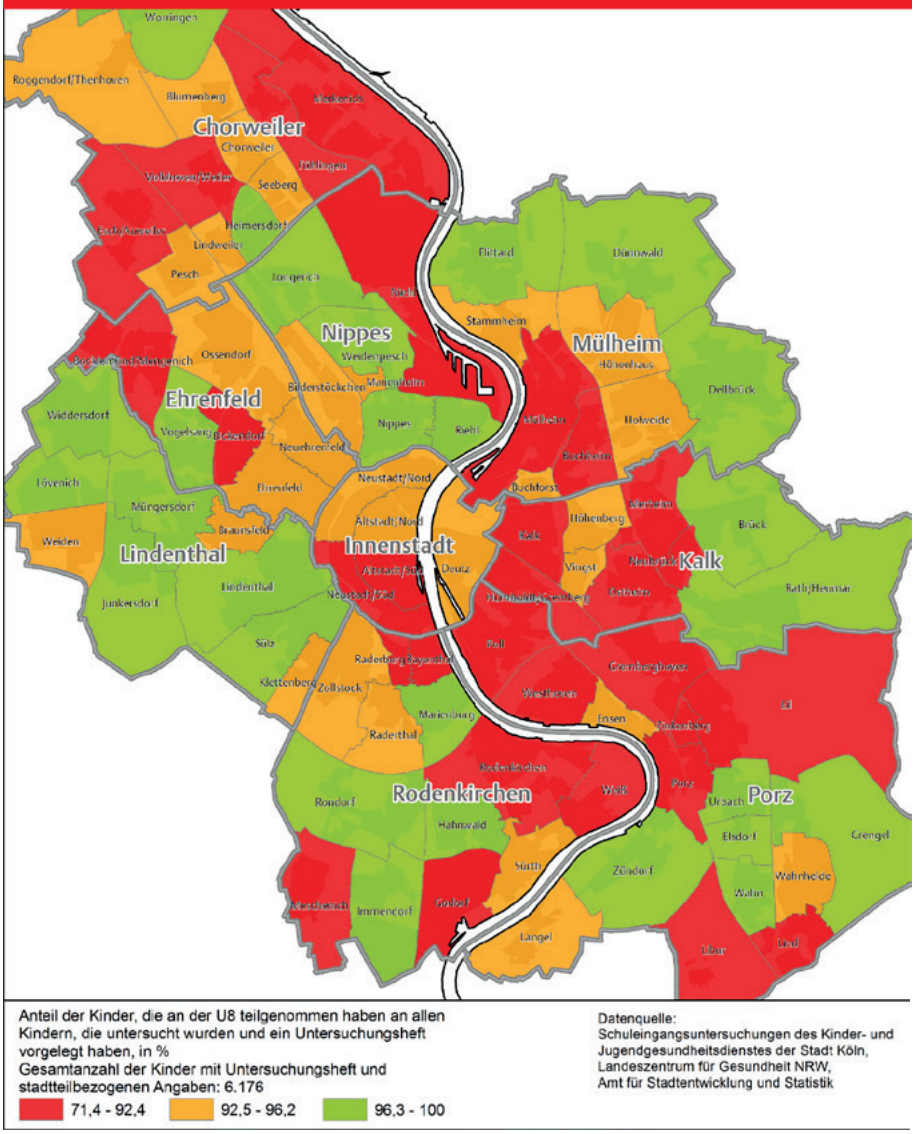
Die U8 wird für die folgenden Auswertungen exemplarisch ausgewählt, da sie um den vierten Geburtstag und damit in der Regel vor der Schuleingangsuntersuchung stattfindet.

Abbildung 9: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Anteil an Kindern mit U8-Teilnahme, prozentuiert auf die Untersuchungshefte nach Sozialstatus



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 10: Einschulungsjahrgang Köln 2012, Stadtteilbezogene Quote U8-Teilnahme



U8-Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung und Erstsprache

Im Kölner Einschulungsjahrgang 2012 nahmen 96,2 Prozent aller Kinder mit deutscher Erstsprache und 90,5 aller Kinder mit anderer Erstsprache an der U8 teil. Gegenüber dem Jahrgang 2007 hat sich dieser Wert bei den Kindern mit deutscher Erstsprache um 5,7 Prozentpunkte erhöht. Bei Kindern mit nicht deutscher Erstsprache hat er sich mehr als 10 Prozentpunkte verbessert und sich damit dem Wert der Kinder mit deutscher Erstsprache angenähert[41].

U8-Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung und Sozialstatus

Wie bereits in den Vorjahren[42] lässt sich im Jahrgang 2012 zwischen Teilnahme an der Früherkennung und sozialer Lage ein Zusammenhang erkennen. Kinder von Eltern mit hohem Sozialstatus nehmen am häufigsten, Kinder von Eltern mit niedrigem Sozialstatus am wenigsten häufig an der U8 teil. Siehe Abbildung 9.

Stadtteilbezogene Auswertung

Stadtteilbezogen zeigte sich beim Einschulungsjahrgang 2012 in Köln wie den Vorjahren[43] ein deutliches Gefälle bei der U8-Teilnahmequote, sie variierte von 71,4 Prozent bis 100 Prozent. Bei der vorliegenden Auswertung ist jedoch zu berücksichtigen, dass in den

„kleinen“ Stadtteilen Marienburg, Hahnwald, Rodenkirchen, Godorf, Immendorf, Fühlingen, Lindweiler, Pesch, Westhoven, Gremberghoven, Eil, Elsdorf, Grengel, Wahnheide, Lind, Libur, Langel und Finkenberg die Grundgesamtheit der hier untersuchten Kinder unter 30 lag. Aufgrund der geringen Anzahl sind in diesen Stadtteilen zufallsbedingte Schwankungen nicht auszuschließen. Siehe Abbildung 10, Seite 16.

In der Anlage sind die U8-Teilnahme-Quoten pro Stadtbezirk aufgeführt.

Eine vollständige Teilnahme an allen Früherkennungsuntersuchungen wird weiterhin angestrebt. Die Maßnahmen zur Information und Aufklärung über die Bedeutung der Früherkennung haben zwar den überwiegenden Teil der Familien bereits erreicht. Sie sollten jedoch intensiviert und könnten gegebenenfalls durch ein zusätzliches Erinnerungssystem unterstützt werden, damit alle Sorgeberechtigten ihre Kinder bei den Früherkennungsuntersuchungen zeitgerecht vorstellen.

Bei Kindern mit anderer Erstsprache ist die Teilnahmequote zwar überproportional gestiegen. Sie liegt jedoch immer noch 6 Prozentpunkte unter der Quote bei Kindern mit deutscher Erstsprache. Dies weist darauf hin, wie wichtig es ist, Migrantinnen und Migranten mit Hilfe von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die selbst Migrationshintergrund und entsprechende Sprachkenntnisse aufweisen, wie beispielsweise durch die Stadtteilmütter[44] „Mimi[45]“ oder das „Rucksackprojekt“[46], über dieses Angebot zu informieren.

Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen bei den Schuleinganguntersuchungen (bezogen auf die vorgelegten Untersuchungshefte):

Ergebnisse:

- Die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 haben sich gegenüber dem Einschulungsjahrgang 2007 deutlich verbessert.
- Bei Kindern mit deutscher Erstsprache liegt die Teilnahmequote an der U8 höher als bei Kindern mit anderer Erstsprache. Sie ist jedoch bei Kindern mit anderer Erstsprache in den vergangenen Jahren überproportional gestiegen.
- Die U8-Teilnahmequote ist bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus am geringsten.

Weiterhin sollte darauf hingewirkt werden, dass alle Kinder bei der Früherkennungsuntersuchung vorgestellt werden, beispielsweise anhand von gezielten Erinnerungs- und Informationsmaßnahmen.

44 Im Rahmen des Strukturförderprogramms MÜLHEIM 2020 unterstützen Stadtteilmütter mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund in den Kölner Stadtteilen Buchforst, Buchheim und Mülheim kostenlos Familien mit Migrationshintergrund bei Fragen zu Sprachförderung, Gesundheit, Entwicklung und Erziehung der Kinder, Freizeitverhalten, Umgang mit Geld und Medien. Die Stadtteilmütter erhalten vor ihrem Einsatz eine Qualifizierung. Träger dieses Projekts in Buchforst, Buchheim und Mülheim ist die Christliche Sozialhilfe e.V. Quelle: www.netzwerkmuelheim.de

45 MiMi NRW steht für „Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Nordrhein-Westfalen“. Das Schwerpunktthema von MiMi-NRW ist „Gesundheit von Eltern und Kindern in Nordrhein-Westfalen“. Das Gesundheitsprojekt MiMi-NRW wurde durch das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. (EMZ) in Nordrhein-Westfalen durchgeführt und vom Januar 2008 bis Dezember 2011 gefördert. Quelle: MiMi NRW: www.bkk-bv-gesundheit.de/bkk-promig/118.0.html, Stand: 31.03.2014

46 Das Rucksack-Projekt wurde initiiert von der Regionalen Arbeitsstelle zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien, mit dem Ziel, dass Eltern mit Migrationshintergrund eine Fortbildung erhalten und diese dann andere Eltern mit Migrationshintergrund unterstützen, informieren und begleiten. Die Regionalen Arbeitsstelle zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Zuwandererfamilien, wurde weiterentwickelt zu „Kommunlae Intergationszentren“, Quelle: www.kommunale-integrationszentren-nrw.de

2.4 Gewicht

Ein ausgewogenes Gewicht bildet die Grundlage für einen guten Gesundheitszustand und bietet damit die Voraussetzungen für die erfolgreiche altersgemäße Entwicklung. Bei der Schuleingangsuntersuchung wird das Gewicht anhand des gängigen Modells nach Kromeyer-Hausschild[47] bewertet. Danach wird zwischen Normalgewicht, Untergewicht/ deutlichem Untergewicht und Übergewicht/ deutlichem Übergewicht unterschieden. Ein besonderes Problem stellt in den Industrieländern das Ausmaß an Übergewicht und deutlichem Übergewicht in der Bevölkerung dar. So sind laut Robert Koch-Institut[48] zwei Drittel aller erwachsenen Männer und über die Hälfte aller erwachsenen Frauen übergewichtig. Unter Übergewicht ist ein im Vergleich zur Norm erhöhtes Körpergewicht zu verstehen, das durch einen vermehrten Körperfettanteil bedingt ist. Deutliches Übergewicht, Adipositas, stellt eine ausgeprägte Form des Übergewichts dar und gilt als chronische Krankheit. Durch Adipositas wird das Risiko für zahlreiche Krankheiten, beispielsweise Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Störungen des Fettstoffwechsels, Diabetes Typ 2 und Erkrankungen des Bewegungsapparats[49] erhöht. Übergewicht und Adipositas sind bei Kindern und Jugendlichen zu einem wachsenden Problem geworden wie die bundesweite „KIGGS-Studie[50]“ und die Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen in NRW[51] bestätigen. Oftmals verstärken sich die Gewichtsprobleme im Jugend- und Erwachsenenalter.

Bei der Schuleingangsuntersuchung 2012 in Köln mit einer auswertbaren Grundgesamtheit von 8.314 Kindern wies der überwiegende Anteil aller Kinder, über 81 Prozent, ein normales Gewicht auf.

7,3 Prozent der untersuchten Kinder waren untergewichtig oder deutlich untergewichtig. Damit ist dieser Anteil gegenüber dem Einschulungsjahrgang 2007 (7,9 Prozent) geringfügig gesunken. Der aktuelle Wert unterschreitet den Richtwert des zugrunde liegenden Referenzmodells von 10 Prozent[52] um etwa 2 Prozentpunkte und liegt unter dem Landeswert von 9,1 Prozent (Einschulungsjahrgang 2011). Das Ergebnis deutet darauf hin, dass Untergewicht kein verbreitetes Problem in Köln darstellt. Eine Mangelernährung einzelner Kinder lässt sich allerdings über diesen Wert nicht abbilden. Ebenso lässt sich dadurch nicht ausschließen, dass im Einzelfall Kinder in Köln unterernährt sind.

Anders stellt sich hingegen die generelle Situation übergewichtiger Kinder dar. Der Anteil an Kindern mit Übergewicht und Adipositas betrug bei der Schuleingangsuntersuchung 2012 in Köln 12 Prozent. Nach dem Referenzmodell[53] übersteigt dieser Wert den erwarteten Richtwert von 10 Prozent deutlich. Der Anteil an übergewichtigen und adipösen Kindern ist in Köln gegenüber den Vorjahren etwa gleich geblieben. Seit dem Jahrgang 2004 schwankte die Quote um 12 Prozent ohne dass sich ein Trend in die eine oder andere Richtung abzeichnet[54]. Bei den Jungen ist mit 12,5 Prozent im Jahrgang 2012 eine etwas höhere Quote als bei den Mädchen mit 11,6 Prozent zu verzeichnen.

Differenziert nach Übergewicht und Adipositas, zeigt sich in der Abbildung 12, Seite 19, dass – wie in den Vorjahren – ausschließlich die Quote der Kinder mit Adipositas über dem Richtwert liegt.

Übergewicht und Erstsprache

Im Gesundheitsbericht 2009[55] wurde festgestellt, dass Kinder mit Migrationshintergrund überproportional häufig von Übergewicht und Adipositas betroffen sind. Dies bestätigten auch die Ergebnisse aus dem Einschulungsjahrgang 2012. Während bei den Kindern

47 Referenzwerte nach Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2001): Als Messgröße für das Gewicht wird der in der Schuleingangsuntersuchung berechnete BodyMassIndex herangezogen. Der BodyMaßIndex (BMI) wird berechnet, indem das Körpergewicht (kg) durch die quadrierte Körperlänge (m^2) geteilt wird. Da bei Kindern das Körpergewicht stark vom Alter abhängt, wird zusätzlich das Alter und Geschlecht des jeweiligen Kindes berücksichtigt. Auf Basis der Durchschnittsnormkurven wurde ein Modell entwickelt, das in 100 Gewichtszonen, „Perzentilen“, unterteilt ist. Als normalgewichtig gilt ein Kind, dessen errechneter Wert zwischen der 10ten und der 90ten Perzentile liegt. Kinder mit Wert über der 90ten Perzentile werden als übergewichtig oder (ab der 97ten Perzentile) als deutlich übergewichtig (oder adipös) eingeordnet. Kinder, deren Wert unterhalb der 10ten Perzentile liegt, gelten als untergewichtig oder (unterhalb der 3ten Perzentile) als deutlich untergewichtig. Das Perzentilen-Modell wurde von Kromeyer-Hausschild und andere auf der Grundlage einer empirischen Erhebung entwickelt. Quelle: Kromeyer-Hausschild K, Wabitch M et al. Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde (2001) 149: 807-818

48 Quelle Robert-Koch-Institut, www.rki.de

49 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) „Landesgesundheitsbericht 2009“, Düsseldorf 2009: 71, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA), „Landesgesundheitsbericht 2011“, Düsseldorf 2012: 71

50 Kurth B-M, Schaffrath R „Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys“ (KIGGS): Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007 50: 736-743, auch Lampert Th, in „KIGGS Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ 2013, Robert Koch-Institut: 14

51 Landeszentrum Gesundheit NRW, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen, www.lzg.gc.nrw.de

52 Referenzwerte nach Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2001), Grundlage des hier verwendeten Modells von Kromeyer-Hausschild (und andere, 2001) ist eine Erhebung bei Kindern in Deutschland, die in den Jahren 1985 bis 1999 untersucht wurden. Dabei wurden 7 % der Untersuchten als Kinder mit Untergewicht und 3 % der Untersuchten als Kinder mit deutlichem Untergewicht eingestuft.

53 Referenzwerte nach Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2001), auf Grundlage des hier verwendeten Modells von Kromeyer-Hausschild (und andere, 2001) ist eine Erhebung bei Kindern in Deutschland, die in den Jahren 1985 bis 1999 untersucht wurden. Dabei wurden 7 % der Untersuchten als Kinder mit Übergewicht und 3 % der Untersuchten als Kinder mit deutlichem Übergewicht (Adipositas) eingestuft.

54 Siehe „Kindergesundheit im Vorschulalter“, Gesundheitsbericht 2009, Stadt Köln: 36ff.

55 Siehe „Kindergesundheit im Vorschulalter“, Gesundheitsbericht 2009, Stadt Köln: 36ff

Abbildung 11: Körpergewicht, Anteil über- und untergewichtiger Kinder, Einschulungsjahrgang Köln 2012

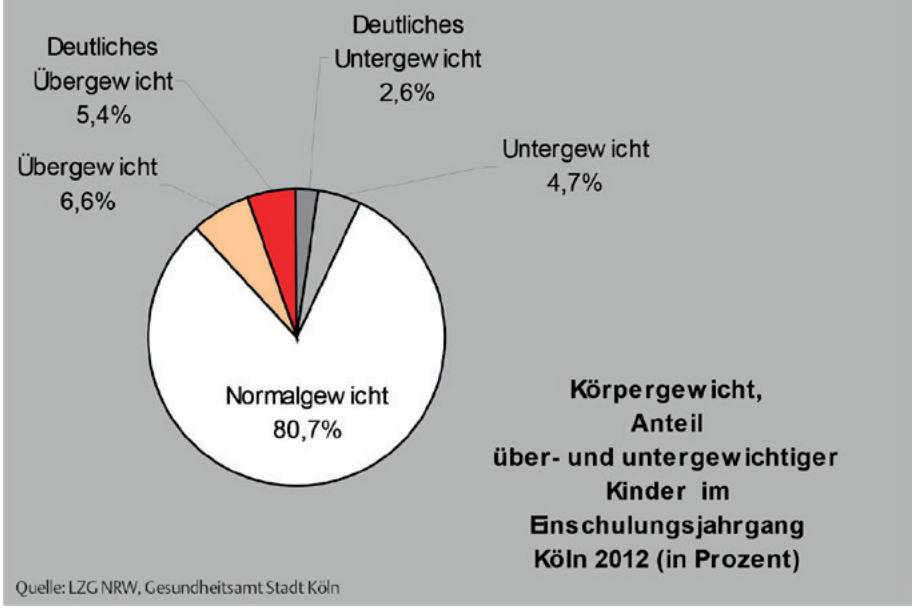
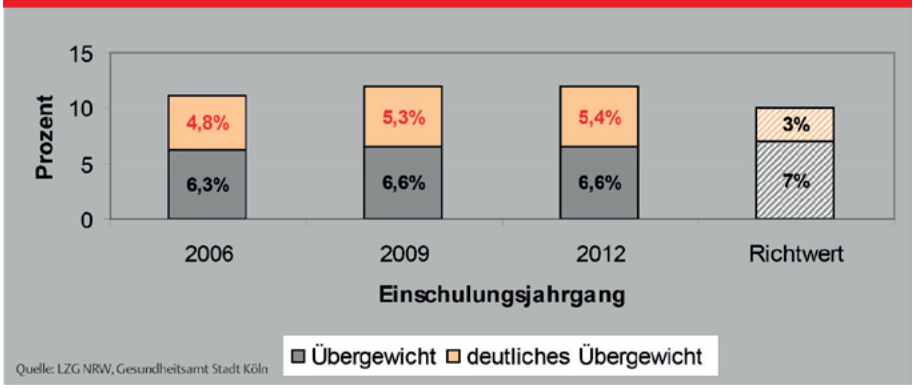


Abbildung 12: Anteil übergewichtiger Kinder in der Schuleingangsuntersuchung Köln im Vergleich mit dem Richtwert nach Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2001)

Anmerkung: Die Werte, die den Richtwert übersteigen, sind in roter Schrift gekennzeichnet.



mit deutscher Erstsprache der Anteil an Kindern mit Gewichtsproblemen mit 8,3 Prozent den Referenzwert von 10 Prozent sogar unterschritt, liegt bei Kindern mit einer anderen Erstsprache der Wert mit 17,8 Prozent weit über dem Richtwert.

Die Quote an Kindern mit Übergewicht und Adipositas bei dem Einschulungsjahrgang Köln 2012 übertraf den Landeswert[56] (11,1 Prozent) um etwa 1 Prozentpunkt. Die Differenz zwischen Köln und NRW lässt sich unter anderem auch darauf zurückführen, dass der Anteil an Kindern mit nicht deutscher Erstsprache in Köln höher ist als in NRW (siehe 2.1) und diese Gruppe – sowohl in Köln als auch landesweit – durchschnittlich eine höhere Quote an übergewichtigen Kindern aufweist.

Übergewicht und Sozialstatus

In der bundesweiten „KIGGS"-Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus dem Untersuchungszeitraum 2003 bis 2006 ließen sich Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und erhöhtem Gewicht feststellen[57]. Dies kann beim Jahrgang 2012 auch für Köln belegt werden. So betrug der Anteil an übergewichtigen Kindern aus Familien mit niedrigen Sozialstatus 18 Prozent, mit mittlerem Sozialstatus 13 Prozent und mit hohem Sozialstatus 7 Prozent. Die Tendenz zeigt sich ebenfalls, wenn der Anteil adipöser Kinder gesondert betrachtet wird, wie in der Abbildung 13 dargestellt.

Stadteilbezogene Auswertung

Wie in den Vorjahren variierte im Einschulungsjahrgang 2012 der stadtteilbezogene Anteil an Kindern mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht deutlich[58]. Er betrug zwischen 29,5 und 0 Prozent. Bei vorliegender Auswertung ist jedoch zu berücksichtigen, dass in den „kleinen" Stadtteilen Marienburg, Hahnwald, Godorf, Immendorf, Fühlingen, Lindweiler, Pesch, Westhoven, Grembergho-ven, Elsdorf, Grengel, Wahnheide, Lind, Libur, Langel und Finkenberg die Grundgesamtheit der hier untersuchten Kinder unter 30 lag. Siehe Abbildung 14. Aufgrund der geringen Anzahl sind insbesondere in diesen Stadtteilen zufallsbedingte Schwankungen nicht auszuschließen.

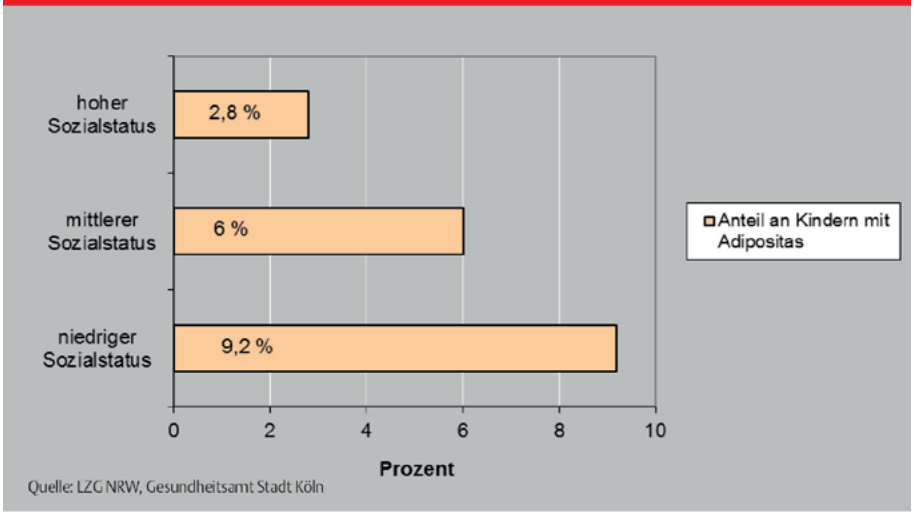
In der Anlage sind die Quoten übergewichtiger Kinder pro Stadtbezirk aufgeführt.

56 Einschulungsjahrgang NRW 2012 mit Grundgesamtheit von 141.631 Kindern mit gültigen Angaben zum Gewicht

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

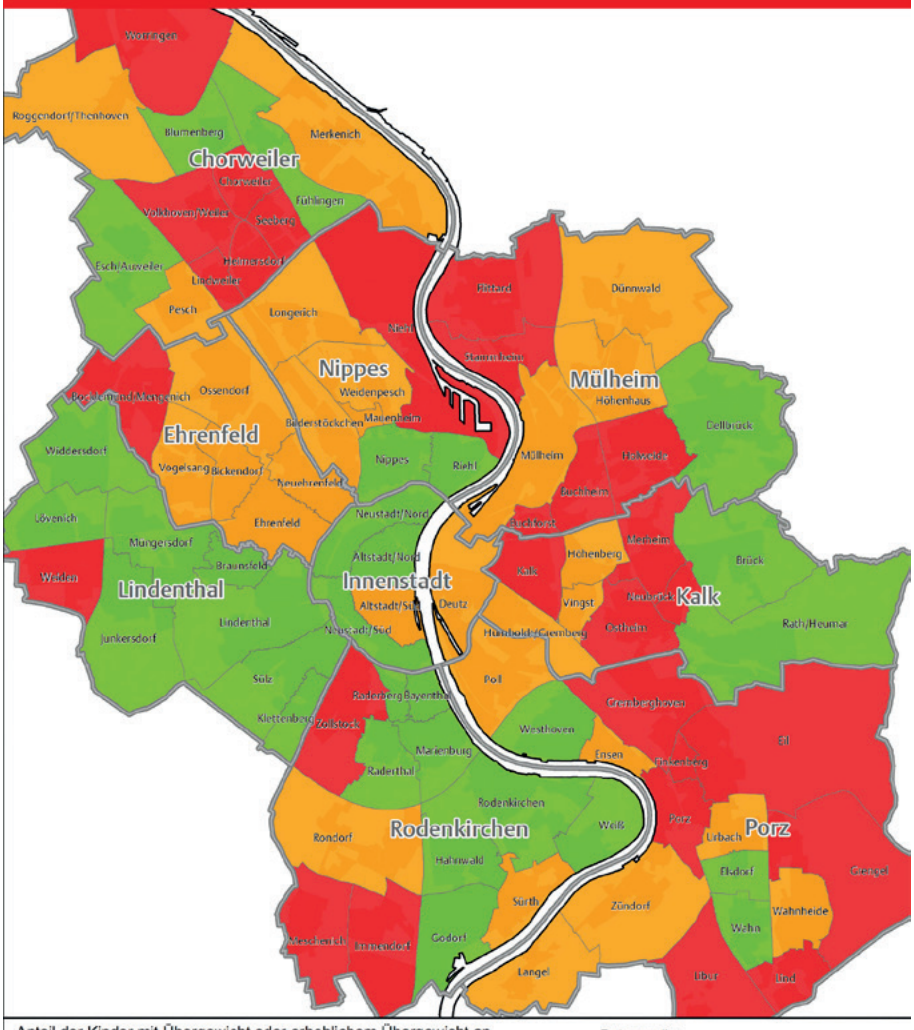
58 Siehe „Kindergesundheit im Vorschulalter", Gesundheitsbericht 2009, Stadt Köln: 63 ff

Abbildung 13: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Anteil an Kindern mit Adipositas in Prozent an allen untersuchten Kindern, nach Sozialstatus



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 14: Einschulungsjahrgang Köln 2012, Quote Übergewicht in den Stadtteilen



Anteil der Kinder mit Übergewicht oder erheblichem Übergewicht an allen Kindern, die untersucht wurden, in % (Definition Übergewicht nach Modell Kromeyer-Hausschild auf Basis BodyMassIndex, Wert über der 90sten Perzentile)
Gesamtanzahl der Kinder mit stadtteilbezogenen Angaben : 6.454
bis 8,3 | 8,4 - 14,6 | 14,7 - 29,5

Datenquelle:
Schuleingangsuntersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes der Stadt Köln, Landeszentrum für Gesundheit NRW, Amt für Stadtentwicklung und Statistik

In Köln hat sich die Problematik übergewichtiger und adipöser Kinder gegenüber den vergangenen Jahren nicht erhöht[59], es besteht jedoch weiterhin erheblicher Handlungsbedarf. Wie bereits im Gesundheitsbericht 2009 ausgeführt, ergeben sich Ansatzpunkte insbesondere durch präventive Maßnahmen, die frühzeitig Eltern einbeziehen und auf eine Verhaltensänderung im Bereich Ernährung und Freizeitgestaltung abzielen[60]. Dies wurde im Rahmen eines umfassenden, setting- und sozialraumbezogenen Angebots zur Gesundheitsförderung in Köln, das in den vergangenen Jahren ständig weiterentwickelt wurde, aufgegriffen. Das Aktionsbündnis „Kölner Bündnis für Gesunde Lebenswelten“, an dem das Gesundheitsamt aktiv beteiligt ist, wurde im Zeitraum 2008 bis 2011 vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Nationalen Aktionsplanes zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten gefördert. Das Aktions- bündnis hatte sich zum Ziel gesetzt, Gesundheitsförderungsprojekte stadtweit zu vernetzen, abzustimmen sowie gezielt in Sozialräumen mit besonderem Handlungsbedarf durchzuführen und die Maßnahmen zu evaluieren. Ein Schwerpunkt stellt dabei die settingbezogene Arbeit in Hauptschulen dar. So wurden „Gesundheitsteams“ in Schulen eingerichtet, an denen sich insbesondere Lehrkräfte, Schülerinnen und Schülern und die Schulsozialarbeit beteiligten. Die Gesund-

59 Siehe „Kindergesundheit im Vorschulalter“, Gesundheitsbericht 2009, Stadt Köln: 38
60 Siehe „Kindergesundheit im Vorschulalter“, Gesundheitsbericht 2009, Stadt Köln: 61ff.,84

heitsteams wurden darin unterstützt, Gesundheitsziele für ihre Schule zu formulieren, entsprechende gesundheitsfördernde Maßnahmen zu planen und mit Hilfe des Aktionsbündnisses umzusetzen.

Da der Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund in Köln weiter steigen wird und die Gruppe der Kinder mit einer anderen Erstsprache als deutsch ein überproportionales Übergewichtsrisiko aufweist, sollte hier ein besonderer Schwerpunkt liegen. Daher sollten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit entsprechendem Migrationshintergrund und Sprachkenntnissen in die Gesundheitsförderung einbezogen werden (siehe 2.3).

Gewicht bei den Schuleingangsuntersuchungen

Ergebnisse:
Wie in den Vorjahren zeichnet sich in Köln die Problematik übergewichtiger und adipöser Kinder ab. Die Situation in Köln hat sich insgesamt gesehen nicht verbessert, aber auch nicht verschärft. Bisher scheint es trotz vielfältiger, leider oft zeitlich befristeter Programme noch keinen „Königsweg“ zu geben, um dieser Entwicklung umfassend begegnen zu können.

Übergewicht/deutliches Übergewicht tritt häufiger auf:
- bei Kindern mit einer anderen Erstsprache als deutsch,
- bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus.

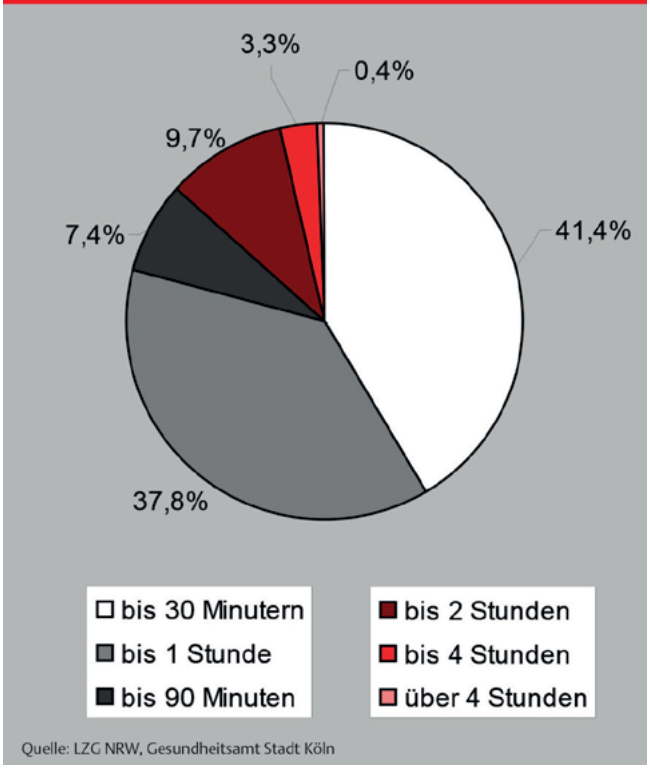
Ansatzpunkte für eine Problemlösung ergeben sich durch präventive Maßnahmen, die frühzeitig Eltern einbeziehen und auf eine Verhaltensänderung im Bereich Ernährung und Bewegung abzielen.

2.5 Fernseh- und Computerkonsum

Elektronische Medien sind Bestandteil des Alltagslebens geworden. Eine übermäßige Nutzung kann jedoch langfristig zu einem Gesundheitsrisiko werden. Wie bereits im Gesundheitsbericht 2009 ausgeführt, werden beispielsweise Gewichtsprobleme durch Fehlernährung aber auch durch zu wenig Bewegung in Verbindung mit übermäßigem Fernseh- und Computerkonsum mitbedingt[61].

Bei der Elternbefragung zum Fernsehkonsum sowie zum Konsum bezogen auf Computer und elektronische Medien im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 2012 zeigte sich, dass bereits bei mehr als der Hälfte der Kinder die für Vorschulkinder empfohlene Zeit von durchschnittlich einer halben Stunde pro Tag überschritten wurde. Möglicherweise liegen die Werte noch höher, da Eltern die Zeiten gegebenenfalls nach unten „korrigieren“, wenn sie Fernseh- und Computerkonsum zulassen, aber dennoch negativ bewerten oder eine negative Bewertung von außen befürchten.

Abbildung 15: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Durchschnittlicher Fernseh- und Computerkonsum pro Tag (n=7.178)



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

61 Siehe „Kindergesundheit im Vorschulalter“, Gesundheitsbericht 2009, Stadt Köln: 61ff

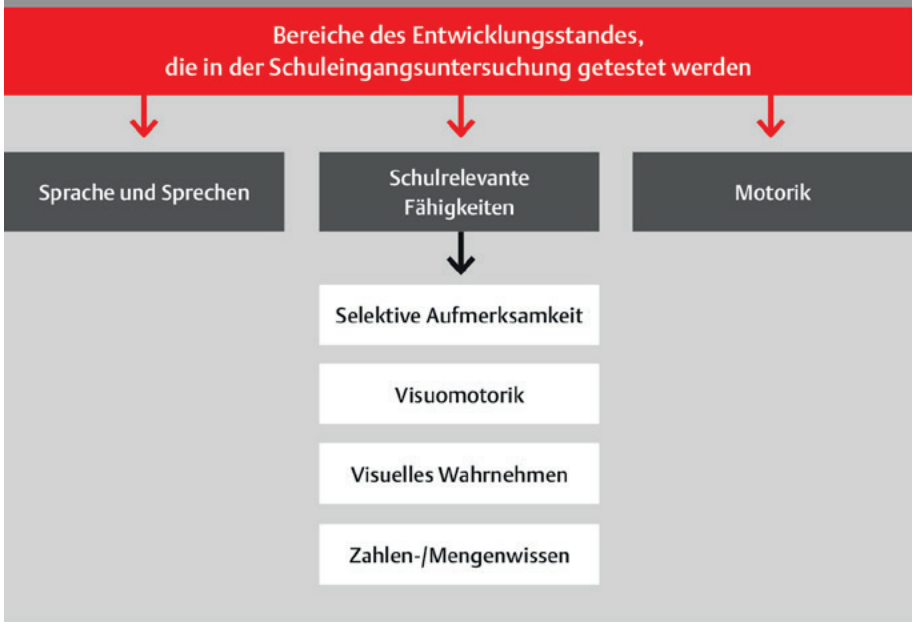
Fernseh- und Computerkonsum der Kinder bei den Schuleingangsuntersuchungen

Ergebnisse:
Der Fernseh- und Computerkonsum liegt beim überwiegenden Teil der Kinder über der im Vorschulalter empfohlenen Zeit von durchschnittlich einer halben Stunde täglich. Dies zeigt die Bedeutung von Aufklärung über einen angemessenen Medienumgang, um Kinder in ihrer Entwicklung zu fördern.

2.6 Entwicklungsstand

Bei der Schuleingangsuntersuchung wird der kognitive und sozio-emotionale Entwicklungsstand erhoben, um festzustellen, ob bei dem Kind gesundheits- und schulrelevante Beeinträchtigungen und Risiken vorliegen. Auffälligkeiten oder Störungen in der Entwicklung der Sprache, Wahrnehmung, Motorik und im Verhalten haben in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Häufig treten sie in Kombination miteinander auf. Sie stellen eine erhebliche Beeinträchtigung für den weiteren schulischen und beruflichen Lebensweg dar.

Abbildung 16: Systematik der Bereiche des Entwicklungsstandes, die in der Schuleingangsuntersuchung getestet werden



Auch in Köln zeigte sich in den vergangenen Jahren ein hoher Anteil an Kindern, die zumindest in Teilbereichen Auffälligkeiten aufwiesen[62]. Wie eingangs erwähnt, werden die mit SOPESS „Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen“ erfassten Ergebnisse bei dem Jahrgang 2012 erstmalig differenziert ausgewertet. Dadurch ist eine Vergleichbarkeit mit Werten auf Landesebene gegeben, mit den Kölner Daten der Vorjahre ist dies hingegen nicht möglich. Die Erhebung des Entwicklungsstandes basiert auf den Kriterien der Systematik von Entwicklungsstörungen nach „ICD 10[63]“, der gängigen Klassifikation von Krankheiten in Deutschland. Dabei werden Entwicklungsstörungen in den Teilbereichen Sprechen und Sprache, schulrelevante Fähigkeiten und motorische Fähigkeiten besonders berücksichtigt (siehe Abbildung 16). Wenn die Tests im Screening auf einen behandlungsbedürftigen Befund hinweisen, bildet dies neben sonstigen Untersuchungsergebnissen die Grundlage für den Gesamtbefund des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes. Die Schulärztin oder Schularzt entscheidet auf dieser Basis, ob für das betroffene Kind – soweit noch nicht in Behandlung – eine weitere differenzialdiagnostische Abklärung durch niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten empfohlen wird. Insbesondere für diese Kinder kann die Schuleingangsuntersuchung zu einer entscheidenden Gesundheitschance werden. Denn dadurch kann eine bisher nicht behandelte Entwicklungsauffälligkeit abgeklärt und noch vor Einschulung die Therapie in die Wege geleitet werden. Die Einzeltestergebnisse weisen auch darauf hin, in welchen Bereichen zusätzlicher Förderbedarf bei Einschulung notwendig sein wird, wenn es nicht gelingen sollte, die bestehenden Defizite in der Zeit bis zur Einschulung erfolgreich zu beheben.

In Folge werden die Teilbereiche, in denen das Screening durchgeführt wird, sowie die Ergebnisse kurz dargestellt.

Sprache und Sprechen

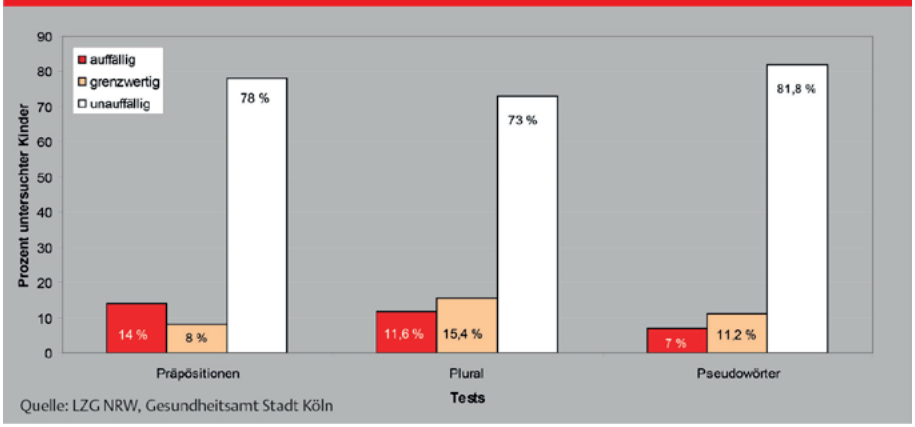
Bei 70 Prozent aller untersuchten Kinder im Einschulungsjahrgang Köln 2012 zeigte sich bezogen auf die Sprach- oder Sprechentwicklung eine altersgemäße Entwicklung ohne Auffälligkeit. 10 Prozent wiesen einen

62 Siehe „Kindergesundheit im Vorschulalter“, Gesundheitsbericht 2009, Stadt Köln: 47ff, 86: Bei etwa einem Drittel der untersuchten Kinder wurde in der Schuleingangsuntersuchung im Zeitraum von 2004 bis 2007 im Bereich der Sprache, Motorik und/oder Sinneswahrnehmung eine Auffälligkeit festgestellt.

63 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems”, Internationale Klassifikation der Krankheiten, seit 1998 ist die 10. Revision in Kraft.

nicht behandlungsbedürftigen Befund und 20 Prozent einen auffälligen Befund auf. Insgesamt 435 Kinder mit einem auffälligen Befund waren noch nicht in Behandlung. Sie erhielten eine Empfehlung zur weiteren ärztlichen Abklärung.

Abbildung 17: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Ergebnisse Einzeltests Sprache und Sprechen
Test Präpositionen und Plural: n=8.138, Test Pseudowörter: n=8.424



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Der Anteil an auffälligen Befunden bezogen auf die Sprach- oder Sprechentwicklung lag im Landesdurchschnitt.

Beim Entwicklungsstand der Sprache[64] wird unterschieden zwischen der Beeinträchtigung beim Verstehen der gesprochenen Sprache (Rezeptive Sprachstörung), dem aktiven sprachlichen Ausdrucksvermögen (Expressive Sprachstörung) sowie der Aussprache (Artikulation), zum Beispiel Stottern und Stammeln. Altersentsprechendes Sprach- und Sprechvermögen bildet die Grundlage für die aktive Teilnahme am Unterricht, für die Vermittlung von Lerninhalten und erleichtert den Erwerb der Schriftsprache. Getestet werden zum Beispiel grammatikalische Kenntnisse und Fähigkeiten zur Wortbildung anhand vom Einzeltests zur „Pluralbildung“ und zu der Anwendung von „Präpositionen“. Ebenso wird das phonologische Arbeitsgedächtnis überprüft anhand eines Einzeltests, indem das Kind „Pseudowörter“ nachspricht. Pseudowörter sind Kunstwörter, denen sprachlich keine Bedeutung zugeordnet werden kann. Bei den Einzeltests „Plural“ und „Präpositionen“ wurden nur die Ergebnisse berücksichtigt von Kindern mit deutscher Erstsprache und von Kindern mit nicht deutscher Erstsprache, die die deutsche Sprache fehlerfrei oder flüssig mit erheblichen sowie leichten Fehlern beherrschen. Die Grundgesamtheit dieser Gruppe betrug 8.138 Kinder. Die Ergebnisse dieser Tests sind in Abbildung 17 aufgeführt.

Der Anteil an auffälligen Befunden lag bei Jungen bezogen auf die oben dargestellten Tests um etwa ein bis zwei Prozentpunkte höher als bei Mädchen.

Bei allen drei Tests war ein Zusammenhang zwischen Sozialstatus und dem Anteil auffälliger Befunde ersichtlich. So betrug beispielsweise bei dem Test „Präpositionen“ der Anteil an Kindern mit auffälligen Befunden bei niedrigem Sozialstatus der Familie 30 Prozent, bei mittlerem Sozialstatus 14 Prozent, bei hohem Sozialstatus 6 Prozent.

Schulrelevante Fähigkeiten[65]

Zu den schulrelevanten Fähigkeiten in den Bereichen Selektive Aufmerksamkeit, Visuomotorik, Visuelles Wahrnehmen, Zahlen- und Mengenwissen werden Einzeltests durchgeführt.

- **Selektive Aufmerksamkeit** beinhaltet die Fähigkeit, sich konzentrieren und kurzfristig die Aufmerksamkeit fokussieren zu können. Sie stellt eine Grundvoraussetzung dar, um schulische Lernprozesse und kognitive Anforderungen bewältigen zu können. Bei 71 Kindern wurde ein auffälliger Befund festgestellt ohne dass sie sich in Behandlung befanden. Entsprechend erhielten sie eine Empfehlung zur weiteren ärztlichen Abklärung.
- Bei **Visuomotorik** handelt es sich um das Zusammenspiel vom visuellen Wahrnehmungskomponenten und motorischer Leistung. Dabei werden unter anderem eine ausreichende Auge-Hand-Koordination, die graphomotorische Leistung sowie die feinmotorische Bewegungskoordination erfasst. Diese sind erforderlich, um Buchstaben sowie Zahlen erkennen und schreiben zu können. 247 Kinder des Jahrgangs 2012, die einen auffälligen Befund aufwiesen und noch nicht in Behandlung waren, erhielten eine Empfehlung zur weiteren ärztlichen Abklärung.
- **Visuelles Wahrnehmen** und logisches Schlussfolgern bedeuten Erkennen und Einordnen von optischen Sig-

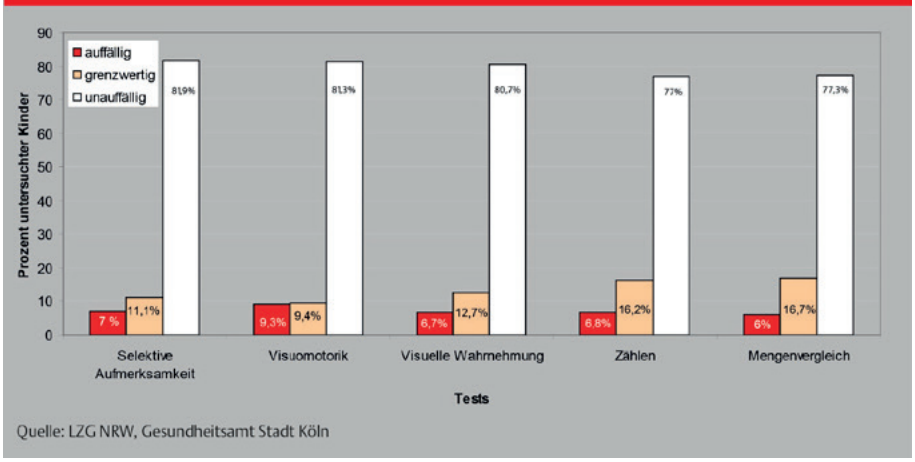
64 Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, „Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS, Theoretische und statistische Grundlagen zur Testkonstruktion, Normierung und Validierung“ Düsseldorf 2009: 21, 25. Es kann kein Bezug hergestellt werden zwischen diesem Screening und dem unter 2.1. erwähnten Delfin 4-Test, da der Delfin 4-Test die „Sprachkompetenz“ bereits bei 4-jährigen auf der Grundlage anderer Tests bewertet.

65 Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, „Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS, Theoretische und statistische Grundlagen zur Testkonstruktion, Normierung und Validierung“ Düsseldorf 2009: 21-26

nalen, logisch schlussfolgerndes Denken sowie Erkennen von Zusammenhängen und Regeln. Eine Empfehlung zur weiteren ärztlichen Abklärung aufgrund eines auffälligen Befundes, ohne in Behandlung zu sein, erhielten 122 Kinder.

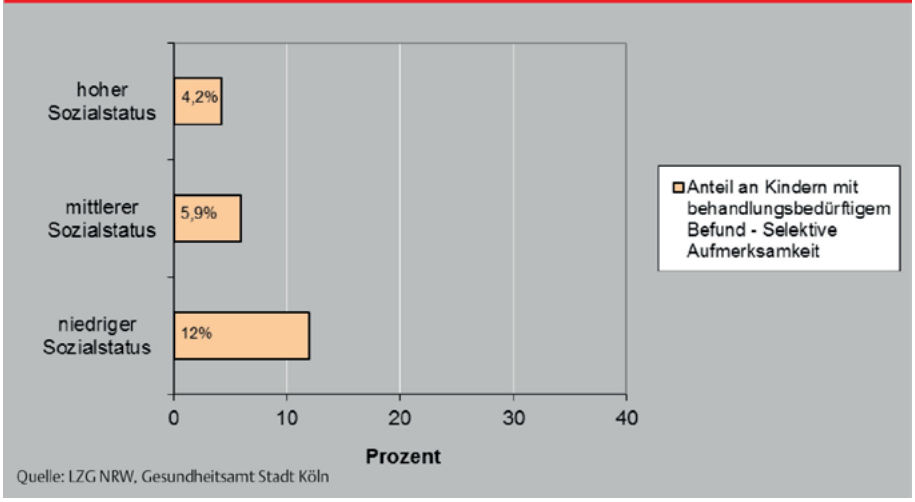
– **Zahlen- und Mengenwissen** umfasst Zahlenwissen, automatische Mengenerfassung und schneller Mengenvergleich und bildet die Basis für den Rechenerwerb. Hier erhielten 77 Kinder aufgrund eines auffälligen Befunds ohne bisherige Behandlung eine Empfehlung zur weiteren ärztlichen Abklärung.

Abbildung 18: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Ergebnisse Einzeltests Schulrelevante Fähigkeiten
Test Selektive Aufmerksamkeit: n=8.515, Test Visuomotorik: n=8.510, Test Visuelles Wahrnehmen: n=8.694, Test Zählen/Mengenvergleich: n=8.561



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 19: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Anteil an Kindern mit behandlungsbedürftigem Befund, Selektive Aufmerksamkeit, nach Sozialstatus



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Die Auswertungen zu den Einzeltests sind in Abbildung 18 dargestellt.

Bei allen Tests mit Ausnahme „Zählen“ lag der Anteil an Jungen mit auffälligen Befunden um mehr als die Hälfte über dem Anteil der Mädchen. Bei „Zählen“ betrug die Differenz etwa 10 Prozentpunkte (bezogen auf den Anteil der Mädchen =100 Prozent).

Auch bei diesen Tests zeigte sich durchgängig ein Zusammenhang zwischen Sozialstatus und dem Anteil auffälliger Befunde. Der Anteil an Kindern mit auffälligen Befunden variierte je nach Test bei niedrigem Sozialstatus der Familie zwischen 11,5 und 13 Prozent, bei mittlerem Sozialstatus zwischen 4,5 und 7 Prozent, bei hohem Sozialstatus lag er unter 4,5 Prozent. Anhand des Befunds zur „Selektiven Aufmerksamkeit“ wird dieser Zusammenhang beispielhaft in der Abbildung 19 dargestellt.

Des Weiteren wird das generelle Verhalten des Kindes während der Untersuchung beobachtet und bewertet. 154 Kinder erhielten eine Empfehlung zur weiteren ärztlichen Abklärung, da sich bei ihnen Hinweise auf eine Verhaltensauffälligkeit zeigten. Diese Kinder befanden sich aktuell nicht in Behandlung.

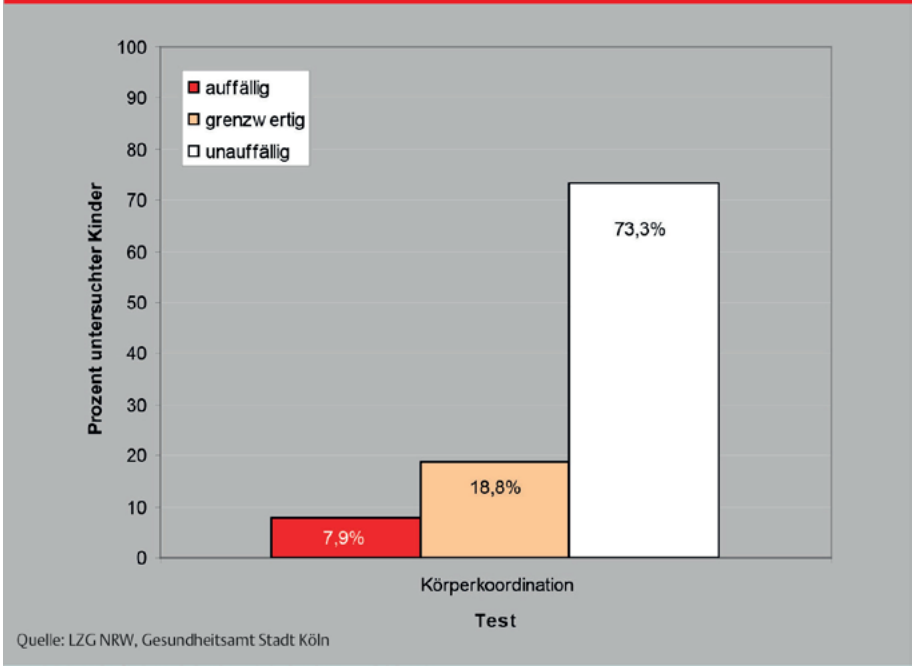
Körperkoordination

Zu der Körperkoordination[66] gehören die Grobmotorik und der Gleichgewichtssinn. Ergebnisse unterschiedlicher Studien weisen auf Zusammenhänge zwischen Körperkoordination und anderen Entwicklungsbereichen hin. Motorisch geschickte Kinder genießen häufig ein hohes soziales Ansehen bei Gleichaltrigen. Möglicherweise gibt es auch einen Zusammenhang zwischen kognitiven und guten motorischen Leistungen im Vorschulalter, dies zeigte sich anhand von Ergebnissen diverser Studien.

66 Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, „Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS, Theoretische und statistische Grundlagen zur Testkonstruktion, Normierung und Validierung“ Düsseldorf 2009: 21, 28

Motorische Leistungsfähigkeit und Bewegung dienen darüber hinaus der Prävention – beispielsweise von Herz-Kreislauferkrankungen und Adipositas – sowie der generellen Gesundheitsförderung.

Abbildung 20: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Ergebnisse Test Körperkoordination
Test Körperkoordination: n = 8.319

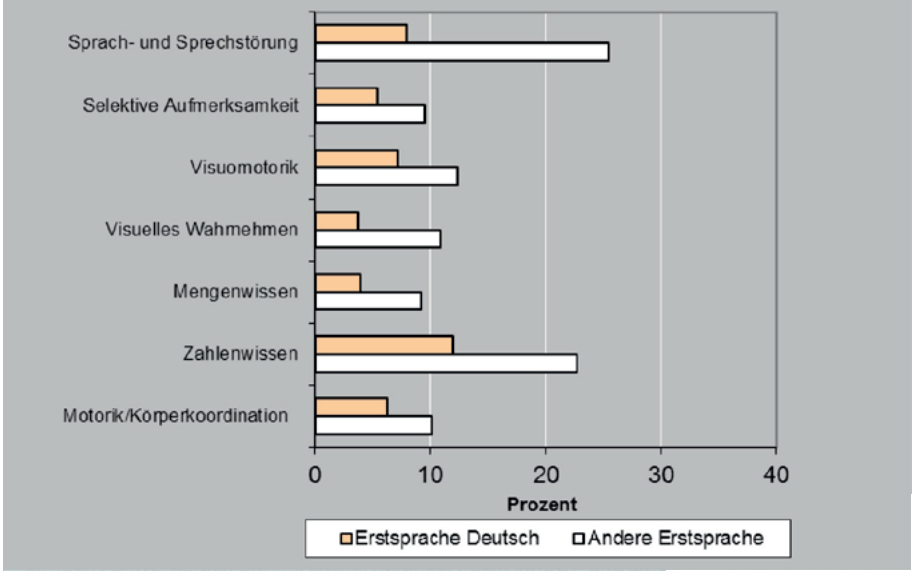


Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 21: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Anteil an Kindern mit Auffälligkeiten des Entwicklungsstandes, nach deutscher Erstsprache oder anderer Erstsprache

Anmerkung zur Abbildung: Zu Sprach- und Sprechstörung wurde der ärztliche Befund, bei den übrigen Auswertungen die Einzeltests herangezogen. Sprach- und Sprechstörungen: n=8.509, Selektive Aufmerksamkeit: n=8.428, Visuomotorik: n=8.437, Visuelle Wahrnehmung: n=8.446, Mengenwissen: n=8.369, Zahlenwissen: n=8.475, Motorik/Körperkoordination: n=8.248

Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln



Die Auswertungen zu dem Test sind in Abbildung 20 dargestellt. 131 Kinder, die sich nicht Behandlung befanden, jedoch einen behandlungsbedürftigen Befund im Bereich der Körperkoordination aufwiesen, erhielten eine Empfehlung zur weiteren ärztlichen Abklärung.

Bei den auffälligen Befunden von insgesamt 7,9 Prozent lag der Anteil an Jungen mit Befunden etwa 2 Prozentpunkte über dem der Mädchen. Der Anteil an Kindern mit auffälligen Befunden betrug bei niedrigem Sozialstatus der Familie 11,8 Prozent, bei mittlerem Sozialstatus 6,7 Prozent, bei hohem Sozialstatus 5,9 Prozent.

Entwicklungsstand und Geschlecht

Bei den Jungen ist in allen dargestellten Bereichen ein überproportionaler Anteil an Entwicklungsauffälligkeiten zu verzeichnen. Diese Tendenz zeigte sich bereits im Gesundheitsbericht 2009[67]. Das Ergebnis ist als eine Entwicklungsverzögerung bei Jungen zu werten und diese kann als ein Ausdruck geschlechtsspezifischer Entwicklungsgeschwindigkeit gedeutet werden.

Entwicklungsstand und Erstsprache

Bei Kindern mit einer anderen Erstsprache als der deutschen Sprache ist der Anteil an Kindern mit auffälligem Befund überproportional hoch (siehe Abbildung 21). Dies entspricht den Trends auf Landesebene[68].

67 Siehe „Kindergesundheit im Vorschulalter", Gesundheitsbericht 2009, Stadt Köln: 49
68 Auswertung LGZ NRW, Schuleingangsuntersuchungen NRW 2012

Entwicklungsstand und Sozialstatus
Bei den hier aufgeführten Testergebnissen wiesen Kinder mit niedrigem Sozialstatus einen überproportionalen Anteil an auffälligen Befunden auf. Dies entspricht Ergebnissen auf der Bundesebene, wie Th. Lampert in „KIGGS – die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – 2013“, Seite 15, ausführt: „Tatsächlich beobachten wir, dass Jungen und Mädchen aus benachteiligten Familien deutlich anfälliger für Entwicklungsstörungen und psychische Probleme sind“. Es lässt darauf schließen, dass diese Kinder nicht immer die Bedingungen in ihrem familiären Umfeld vorfinden, die sie für eine gesunde Entwicklung benötigen. Wie bereits unter 2.4 erwähnt, gibt es settingbezogene Angebote der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Schulen, die insbesondere diese Kinder sozialkompensatorisch unterstützen können. In Kindertagesstätten wird die Entwicklung der einzelnen Kinder aus pädagogischer Sicht dokumentiert. Bei Auffälligkeiten werden die Eltern informiert, damit sie entsprechende psychosoziale Angebote in Anspruch nehmen oder den Gesundheitszustand ärztlich abklären lassen können. Vor diesem Hintergrund ist der Ausbau der Plätze für unter Dreijährige in Kindertageseinrichtungen als eine zusätzliche Chance sozialkompensatorischer Förderung zu betrachten.

Entwicklungsstand im Vergleich mit Landeswerten
– Einzeltests zu Sprache und Sprechen
Die in der Schuleingangsuntersuchung vorgesehenen Tests „Präpositionen“ und „Pluralbildung“ zu Sprache und Sprechen werden durchgeführt, wenn das vorgestellte Kind flüssiges Deutsch spricht – auch bei erheblichen Fehlern. Nur bei Kindern mit nicht deutscher Erstsprache, die radebrechend oder gar nicht Deutsch sprechen, kommen die Tests nicht zur Anwendung. Im Vergleich mit den Landeswerten zeigte sich bei den oben aufgeführten Einzeltests „Präpositionen“ und „Pluralbildung“ im Bereich Sprache und Sprechen beim Jahrgang Köln 2012 ein höherer Anteil an Kindern mit auffälligem Befund (siehe Anlagen, Tabelle 6). Dieses Ergebnis ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass der Anteil an Kindern mit einer anderen als der deutschen Erstsprache in Köln weit über dem Landesdurchschnitt liegt. (Siehe 2.1).

– Einzeltests zu schulrelevanten Fähigkeiten und Körperkoordination
Bezogen auf die schulrelevanten Fähigkeiten und Körperkoordination unterschritten die Quoten auffälliger Befunde in Köln den Landesdurchschnitt (siehe Anlagen, Tabelle 6).

Es wird als positives Ergebnis bewertet, dass in Köln als einer Millionenstadt mit vielfältigen Bevölkerungsgruppen in unterschiedlichsten Lebenslagen[69,] der Entwicklungsstand der Vorschulkinder in den oben erwähnten Bereichen nicht hinter den Landeswerten zurückbliebt, sondern teilweise sogar bessere Ergebnisse aufweist.

Bei der Schuleingangsuntersuchung zeigt sich nach wie vor, dass eine nicht unerhebliche Anzahl von Kindern mit abklärungsbedürftigem Befund sich (noch) nicht in Behandlung befindet. Dadurch wird die Bedeutung der Schuleingangsuntersuchung nochmals belegt: Sie überprüft, ob Kinder mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bis dahin durch das Netz ärztlicher Versorgung gefallen sind.

Zusätzlich zu den Schuleingangsuntersuchungen wurde gemäß Ratsbeschluss vom 15.05.2007 ein „Gesundheits-Check“ durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes für die vierjährigen Kinder in Kindertagesstätten eingerichtet. Ziel ist es, bereits frühzeitig Entwicklungsauffälligkeiten festzustellen, die Eltern zu beraten und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Hier hat sich ebenso gezeigt, dass abklärungsbedürftige Befunde festgestellt wurden und bei betroffenen Kindern dadurch frühzeitig Fördermaßnahmen eingeleitet werden konnten.

69 Amt für Stadtentwicklung und Statistik: Kölner Statistische Nachrichten – 6/2012, Statistisches Jahrbuch 2012: 19,70: Anteil der Kinder unter 15 Jahren in Bedarfsgemeinschaften der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach Sozialgesetzbuch II, Dezember 2011 liegt bei 22,6 Prozent, Anteil der Personen mit Migrationshintergrund an der Kölner Bevölkerung 34 Prozent

Entwicklungsstand bei den Schuleingangsuntersuchungen

Ergebnisse:
Ein auffälliger Befund in den getesteten Bereichen des Entwicklungsstandes trat häufiger auf:
- bei Jungen (das Ergebnis kann als Ausdruck geschlechtsspezifischer Entwicklungsgeschwindigkeit gewertet werden),
- bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus,
- bei Kindern mit anderer Erstsprache als die deutsche Erstsprache.

Dies weist auf die Bedeutung eines frühzeitigen und niedrigschwelligen sozialkompensatorischen Angebotes zur Entwicklungsförderung, beispielsweise in Kindertageseinrichtungen, hin.

Eine nicht unerhebliche Anzahl der Kinder, die einen abklärungsbedürftigen Befund aufwiesen, befand sich (noch) nicht in Behandlung. Sie erhielten eine entsprechende Empfehlung zur weiteren ärztlichen Abklärung und bekamen dadurch die Chance einer gezielten Förderung – noch vor Schulbeginn. Dies zeigte sich ebenso bei der zusätzlichen Untersuchung des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes „Gesundheitscheck für 4-Jährige“. Auch konnte auf Basis des 4-Jährigen-Screenings bei betroffenen Kindern frühzeitig eine Abklärung des Befundes und eine Förderung eingeleitet werden.

3. Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

Seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten in allen Industrieländern deutlich verändert. Besonders auffällig ist eine Verlagerung von somatischen zu psychischen Störungen. Dieses Phänomen wird als „neue Morbidität" bezeichnet und äußert sich zu einem großen Teil in Störungen der Emotionalität und des Sozialverhaltens. Dazu gehören vor allem aggressive Verhaltensauffälligkeiten, Angststörungen, Depressionen sowie Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Nach den Ergebnissen der BELLA-Studie[70] des Robert Koch-Instituts (RKI) aus dem Jahr 2006 zeigten sich bei etwa einem Fünftel der Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Übertragen auf die Stadt Köln entspricht das in der Altersgruppe von 7 bis 17 einer Anzahl von etwa 17.400 Betroffenen (Basisjahr 2011, insgesamt 86.837 Kinder). Laut der oben erwähnten BELLA-Studie[71] zeigt sich bei Jungen eine höhere Quote an Verhaltensauffälligkeiten, an Störungen des Sozialverhaltens und an ADHS als bei Mädchen. In der Pubertät setzen sich systematische Unterschiede bei den Geschlechtern fort. Mit Beginn dieser Lebensphase nimmt auch bei Mädchen der Anteil an psychischen Störungen zu. Jungen neigen jedoch eher zu nach außen gerichteten Verhaltensmustern wie Aggressivität und Hyperaktivität, Mädchen eher zu nach innen gerichteten Verhaltensmustern wie Ängste und Depressionen.

Häufig reichen die Folgen psychischer Störungen bis ins Erwachsenenalter hinein und führen zu dauerhaften psychischen Beeinträchtigungen. Dies wirkt sich nachteilig auf die Entwicklungschancen, den gesamten persönlichen wie beruflichen Lebensweg und gegebenenfalls auf die nächste Generation aus[72].

Situation in Köln

Auch in Köln ist zu beobachten, dass Entwicklungs-, Verhaltens- und emotionale Störungen zunehmend an Bedeutung gewinnen. Laut der Krankenhausdiagnosestatistik[73] von 2000 bis 2011 hat sich die Anzahl der stationären Behandlungen aufgrund von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen bei der Altersgruppe der 5 bis 19-Jährigen mehr als verdoppelt. Der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Depressionen hat sich in diesem Zeitraum mehr als verzehnfacht[74].

Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung in Köln

In Köln hielt bis 2005 die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Uniklinik das einzige stationäre Angebot für Kinder und Jugendliche vor. Seit Juni 1984 gibt es eine tagesklinische und ambulante Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit seelischen Problemen in der Tagesklinik Pionierstraße, Klinik und Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Bereits in den 90er Jahren zeichnete sich jedoch ab, dass mit dem bestehenden Angebot der Bedarf an stationären Behandlungsplätzen bei weitem nicht mehr gedeckt werden konnte. Um dieser Unterversorgung zu begegnen, wurde die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Krankenhaus Köln-Holweide eingerichtet. Sie nahm im Jahre 2005 ihre Arbeit auf und stellte weitere stationäre, tagesklinische und ambulante Behandlungsplätze zur Verfügung. Dadurch konnte die gravierende Unterversorgung zunächst behoben werden, und es trat eine vorübergehende Entspannung ein. Inzwischen ist der Bedarf an stationären Behandlungsplätzen jedoch weiterhin gestiegen, so dass die Kliniken im stationären Bereich erneut an ihre Aufnahmekapazitäten stoßen. Für geplante stationäre Maßnahmen – außer Notfallbehandlungen – müssen derzeit Wartezeiten in Kauf genommen werden.

Seit der Jahrtausendwende erhöhte sich auch die Zahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiate-

70 Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S., Erhart M, „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey" (KIGGS): Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007 50: 871 – 879

71 vgl. BELLA-Studie im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys, Ravens-Sieberer u.a., 2007, S. 871 – 878; Hölling, u.a., 2007: 784-793

72 Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW, Landesinitiative zu „Erhalt und Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in NRW" – Handlungskonzept -: 4-6, www.praeventionskonzept.nrw.de/_media/pdf/Startseite_neu-Handlungskonzept_Landesinitiative_psychische_Gesundheit_Kinder2.pdf

73 Quelle Krankenhausdiagnosestatistik 2013, Landeszentrum Gesundheit NRW, Psychische und Verhaltensstörungen (ICD 10: F00-F19), Altergruppe 5 bis 19, im Jahre 2000: 574 Krankenhausfälle, im Jahre 2011 1.312 Krankenhausfälle, davon 630 Jungen und 682 Mädchen

74 Quelle Krankenhausdiagnosestatistik 2013, Landeszentrum Gesundheit NRW, (ICD 10: F31-F33), im Jahre 2011 185 Krankenhausfälle, davon 58 Jungen und 127 Mädchen

rinnen und -psychiater sowie die Zahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in Köln, so dass auch im ambulanten Bereich die Versorgungssituation verbessert werden konnte. Inzwischen arbeiten in Köln etwa 20 fachärztliche Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxen zum Teil mit mehreren Fachärztinnen und Fachärzten. Etwa 90 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sind niedergelassen.

Eingeschränkte Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien

Wie bereits eingangs erwähnt, finden Kinder und Jugendliche aus belasteten Familien und Sozialräumen oft nicht den Zugang zu der medizinischen Regelversorgung oder zu den Angeboten des Beratungs- und Jugendhilfesystems, auch wenn Bedarf besteht. Dies trifft auch in einem erheblichen Umfang auf Kinder und Jugendliche mit seelischen Problemen zu. Dabei sind Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund häufig von psychischer Belastung betroffen. Nach Erfahrungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes ist hier jedoch nicht der Migrationsstatus selbst entscheidend, sondern die durchschnittlich höhere psychosoziale Belastung von Migrantinnen und Migranten sowie von Kindern mit Migrationshintergrund.

Laut der oben erwähnten BELLA-Studie[75] befinden sich bundesweit nur 48 Prozent der behandlungsbedürftigen Kinder in Therapie. Dies erweist sich als besonders gravierend vor dem Hintergrund, dass gerade ein frühes Erkennen psychischer Krankheiten eine wirksamere Behandlung ermöglicht und hilft, Folgeerkrankungen sowie weitere negative Folgen zu vermeiden. Durch die fehlende Behandlung wird das akute Krankheitsrisiko erhöht und eine langfristige Gesundheitsgefährdung begünstigt.

Die untere Gesundheitsbehörde hat die Aufgabe, Kinder und Jugendliche vor Gesundheitsgefahren zu schützen (ÖGDG NRW) und muss tätig werden, wenn Anhaltspunkte vorliegen, dass Hilfebedürftige nicht in der Lage sind, Hilfen zu beantragen.“ (§ 4 (2) PsychKG). Für das Gesundheitsamt als untere Gesundheitsbehörde ergab sich daher der Auftrag zum Handeln.

Der Beitrag des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes zur frühzeitigen und nachhaltigen Vermittlung passgenauer Hilfen

Vor diesem Hintergrund erwies es sich als notwendig und konsequent, dass die Stadt Köln im Gesundheitsamt 2009 auf der Basis eines Ratsbeschlusses vom September 2008 eine „Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle“ einrichtete. Zum Team des dort eingesetzten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes gehören eine Kinder- und Jugendpsychiaterin/Psychotherapeutin, zwei systemisch weitergebildete sozialpädagogische Fachkräfte und inzwischen auch ein Diplom-Psychologe mit der Qualifikation psychologischer Psychotherapeut.

Für Kinder und Jugendliche, die unter seelischen Problemen leiden und bisher nicht erreicht wurden, sowie für deren Familien bietet dieser Beratungsdienst frühzeitig und niedrigschwellig Unterstützung an. Die Betroffenen erhalten eine diagnostische Ersteinschätzung sowie eine kinder- und jugendpsychiatrisch ausgerichtete Beratung.

Faltblatt Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

Bei Bedarf wird eine sozialpsychiatrische Unterstützung angeboten mit dem Ziel, die Kinder und Jugendlichen in

75 Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S., Erhart M, „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Ergebnissse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey“ (KIGGS): Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007 50: 871 – 879

ein passgenaues Angebot der fachmedizinischen Versorgung oder der Beratungs- und Jugendhilfe zu vermitteln. In diesen Fällen werden die Kinder, Jugendlichen und ihre Familien kleinschrittig bei dem Übergang in das geeignete Hilfsangebot begleitet, um eine nachhaltige Unterstützung sicherzustellen. Dabei werden auch Hausbesuche oder Gespräche im Sozialraum der Familien durchgeführt.

Des Weiteren steht der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst als Fachberatung für Schulen, die Jugendhilfe und professionell Helfende zur Verfügung. Einen Arbeitsschwerpunkt des Fachdienstes bildet dabei die aufsuchende Beratung in Förderschulen für emotionale und soziale Entwicklung und für Lernen. Die Schülerinnen und Schüler mit ihren Familien sowie die Fachkräfte können die Beratung des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in regelmäßigen vor Ort stattfindenden Sprechstunden in Anspruch nehmen. Das Beratungsangebot des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes ist jedoch nicht nur auf Förderschulen beschränkt, da sich psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche natürlich in allen Bildungseinrichtungen befinden.

Die Vernetzung des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes im Hilfesystem der Stadt erleichtert psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen den Zugang zur Beratung. Darüber hinaus werden auch professionell Helfende und Bildungsinstitutionen erreicht und können gezielt mit Fachberatungen unterstützt werden. Neben Fortbildungen und gemeinsamen Fallbesprechungen werden auch anonyme (Telefon-) Beratungen durchgeführt. Innerhalb des Gesundheitsamtes besteht eine enge Kooperation insbesondere mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst sowie mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst.

Aktuell befinden sich etwa 40 Kinder und Jugendliche und ihre Familien in einem laufenden Beratungsprozess. Von August 2009 bis Juli 2013 wurde bei 1.320 Kindern und Jugendlichen eine Beratung übernommen und abgeschlossen.

Erfahrungen der Praxis belegen übereinstimmend, dass Jungen in fast allen Beratungs- und Diagnosezentren hinsichtlich der Anmeldezahlen überrepräsentiert sind. Die Zahlen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes bestätigten dieses Bild. Ein Drittel der Klientel war weiblich, zwei Drittel waren männlich[76]. Dies lässt sich zum einen dadurch erklären, dass Jungen, wie bereits oben erwähnt, eher zu expansiven Verhaltensauffälligkeiten wie beispielsweise Aggressivität und Hyperaktivität neigen. Gleichzeitig fehlen vielen Jungen männliche Rollenvorbilder in ihrer direkten Umgebung. Des Weiteren ist bereits eine Vorauswahl durch den Tätigkeitsschwerpunkt des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in den Förderschulen mit einem überdurchschnittlichen Jungenanteil gegeben. Der größere Anteil der Jungen dort ist bereits ein Hinweis darauf, dass besonders Jungen und männliche Jugendliche Sozialisationsprobleme aufweisen.

Über 40 Prozent[77] der Klientel des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes wies einen Migrationshintergrund auf. Davon hat sich der Anteil an Kindern mit Ausländerstatus (ohne deutschen Pass) seit Start des Beratungsdienstes im Jahre 2009 stetig erhöht und lag im letzten Jahr der Auswertung bei etwa einem Drittel aller Beratungsfälle. Zu dieser letztgenannten Gruppe gehören auch Kinder mit Flüchtlingshintergrund. Insbesondere unbegleitete minderjährige Flüchtlinge sind häufig mit extremen Belastungen wie traumatisierenden Erfahrungen im Herkunftsland und bei der Flucht, kultureller Entwurzelung sowie dem Verlust von vertrauten Bezugspersonen und Familie konfrontiert worden. Ohne Behandlungsangebote sind hier hohe Risiken durch weiterbestehende Störungen, Erkrankungen oder Behinderungen zu erwarten.

Der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen, die den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst aufsuchten, wurde über die Schule oder ihre Eltern an das Beratungsangebot verwiesen (siehe Abbildung 22). Meldet die Schule im konkreten Fall eines Kindes Beratungsbedarf, so wird die Beratung mit Einverständnis der Eltern und teilweise gemeinsam mit den Eltern und der Schule durchgeführt.

Wie bereits oben erwähnt, bildete die Beratung in den Förderschulen einen Schwerpunkt. Daher ist es nicht verwunderlich, dass über die Hälfte der Klientel die Förderschule besuchte (siehe Abbildung 23).

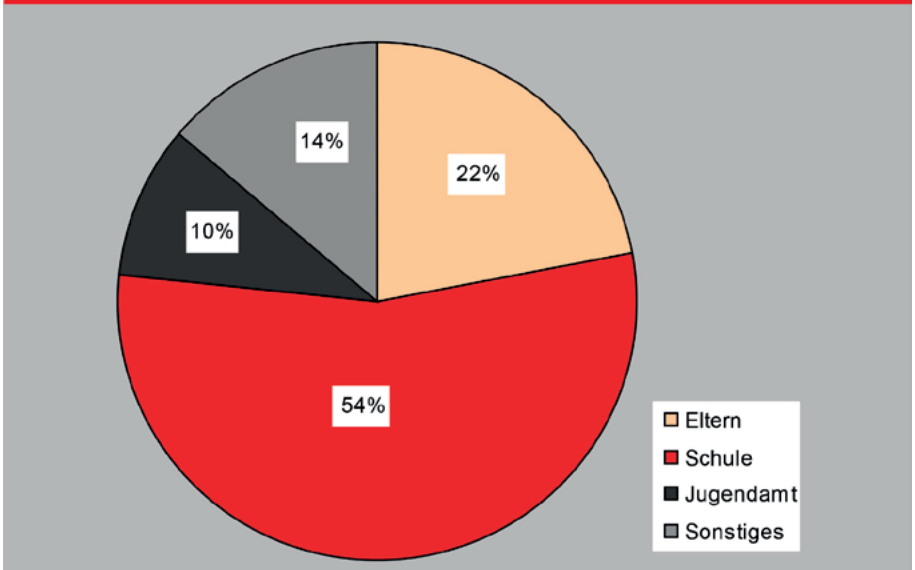
Die Wohnorte der Kinder und Jugendlichen, die durch den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst erreicht wurden, verteilen sich über das gesamte Stadtgebiet (siehe Abbildung 24).

76 n =1.320, davon waren 446 Mädchen und 874 Jungen

77 Um die Vertrauensbasis nicht zu gefährden, wird in der Regel nicht differenziert die Herkunft erfragt. In vielen Fällen lässt jedoch der Beratungsinhalt erkennen, dass ein Migrationshintergrund vorliegt. Auf dieser Basis wurde der ungefähre Wert von mindestens 40 Prozent ermittelt. Es ist davon auszugehen, dass Anteil höher liegt, da in über 15 Prozent aller Beratungsgespräche keine Informationen zur Herkunft vorhanden sind.

Abbildung 22: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Köln, Anmeldung Personen/Institutionen, Stand Juli 2013: n = 1.320

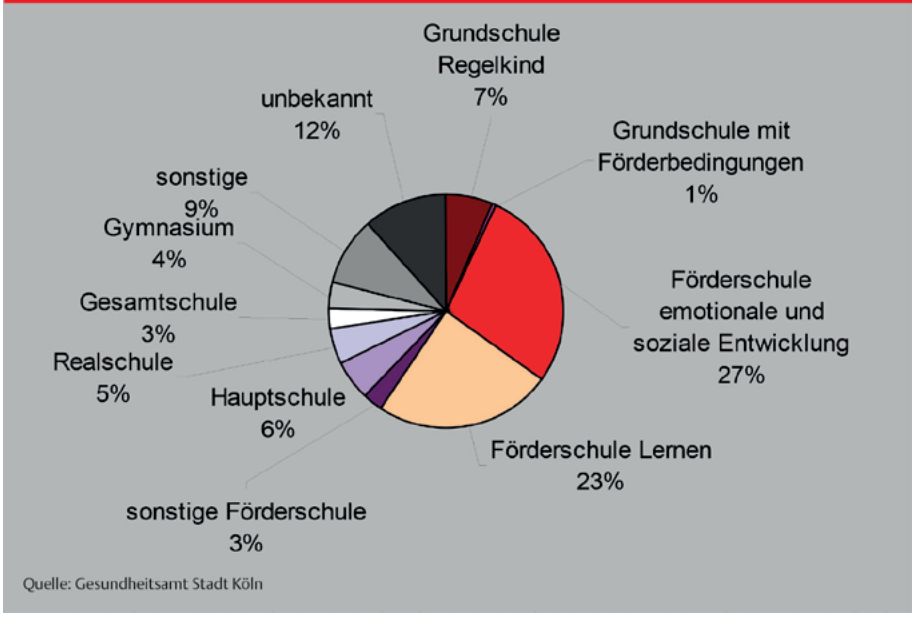
Anmerkung zur Abbildung: Zu Sonstiges gehören beispielsweise die schulärztlichen Teams des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes, Jugendhilfeanbieter und Beratungsstellen.



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 23: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln – besuchte Schulform, Zeitraum August 2009 bis Juli 2013, n = 1.320

Anmerkung zur Abbildung: Zu Sonstiges gehören beispielsweise Kindertageseinrichtungen, Berufskollegs, Abendschulen. Der hohe Anteil anonymer Beratungen erklärt den relativ hohen Prozentsatz der fehlenden Angaben.



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Der Schwerpunkt der Beratung lag auf Schulkindern im Alter von 7 bis 17 Jahren. Im Einzelfall wurden auch junge Erwachsene beraten (siehe Abbildung 25).

Verlauf und Ergebnisse der Beratung

Die Inanspruchnahme des Beratungsangebotes ist freiwillig, und die Beratung erfolgt ergebnisoffen.

Bei etwa 36 Prozent der Klientel war keine kinder- und jugendpsychiatrische oder psychotherapeutische Vorbehandlung bekannt, etwa 31 Prozent waren bereits ambulant und etwa 12 Prozent stationär oder teilstationär behandelt worden. In den übrigen Fällen lagen keine Angaben über Behandlungen vor.

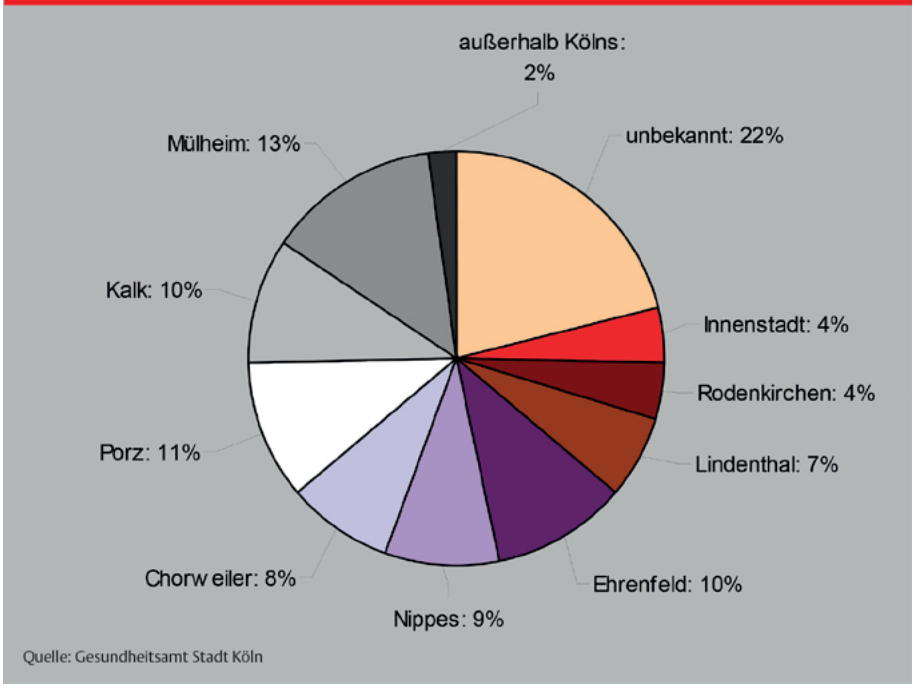
In 45 Prozent der Beratungsfälle kam es zu einem Kontakt, bei 47 Prozent zu zwei bis sechs Kontakten und bei 8 Prozent zu mehr als sechs Kontakten. In etwa der Hälfte der Fälle[78] erfolgte mindestens ein aufsuchender Kontakt.

Soweit die Familien es zulassen, wird eine Vernetzung mit den bereits in der Familie tätigen professionellen Helfern, beispielsweise behandelnden Ärztinnen und Ärzten, therapeutischen und pädagogischen Fachkräften gesucht. Hier ist besonders die Kooperation mit den kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Praxen, -Ambulanzen und -Fachkliniken von großer Bedeutung. Bei komplex belasteten Familien reichen häufig pädagogische Maßnahmen der Schulen allein nicht aus, und es kommen weitere Hilfen zum Einsatz. Insbesondere in diesen Fällen profitieren auch die Fachkräfte der Jugendämter, die die Verantwortung bei der Hilfeplanung tragen, von einem fachlichen Austausch.

78 Aufsuchende Kontakte waren bei 648 von 1.320 Fällen und damit in 49 Prozent der Fälle erforderlich. In 30 Fällen davon wurden mehr als drei aufsuchende Kontakte durchgeführt.

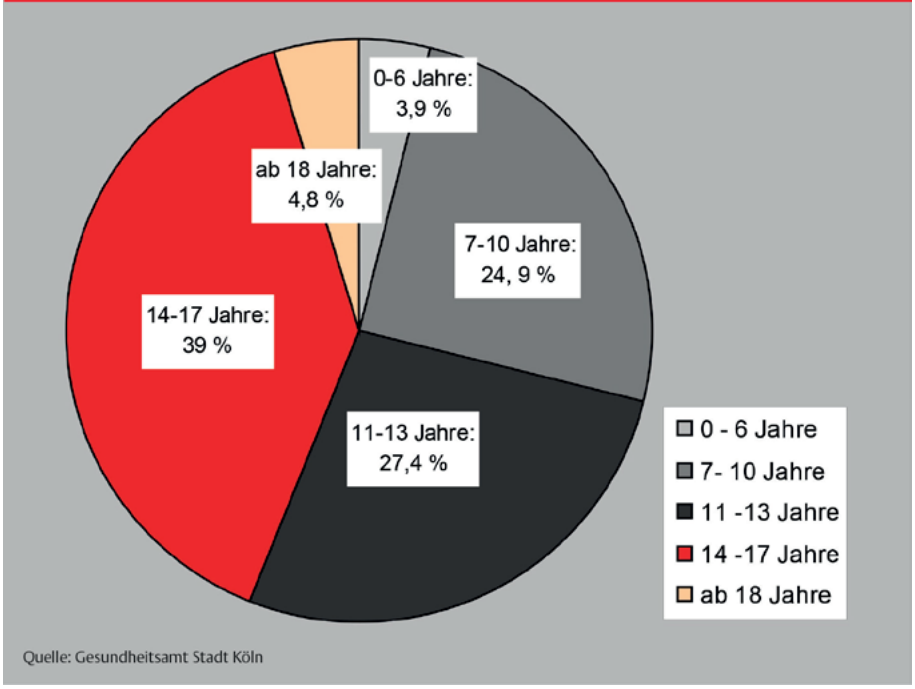
Abbildung 24: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln – Darstellung der Verteilung der Beratungsfälle nach Wohnort im Stadtbezirk, Zeitraum August 2009 bis Juli 2013: n = 1.320

Anmerkung zur Abbildung: Der Anteil unbekannter Zuordnung ist mit 22 Prozent relativ hoch, erklärt sich aber weitgehend aus den anonymen Beratungsfällen, bei denen genaueres Fragen z. B. nach dem Wohnort nicht möglich ist.



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 25: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln – Altersstruktur nach prozentualem Anteil von Altersgruppen, Zeitraum August 2009 bis Juli 2013: n = 1.300, 20 Kinder ohne Altersangabe sind nicht berücksichtigt



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Im Beratungsprozess wird zunächst der individuelle Bedarf des Kindes oder Jugendlichen und der Familie fachlich eingeschätzt. Die Familie erhält darauf hin – wenn erforderlich – ein Vermittlungsangebot, teilweise auch die Begleitung ins fachmedizinische System oder in die Jugendhilfe. Bei etwa einem Zehntel der Beratungsfälle wurde eine teilstationäre oder stationäre Behandlung und bei nahezu der Hälfte eine ambulante Therapie empfohlen (siehe Abbildung 26).

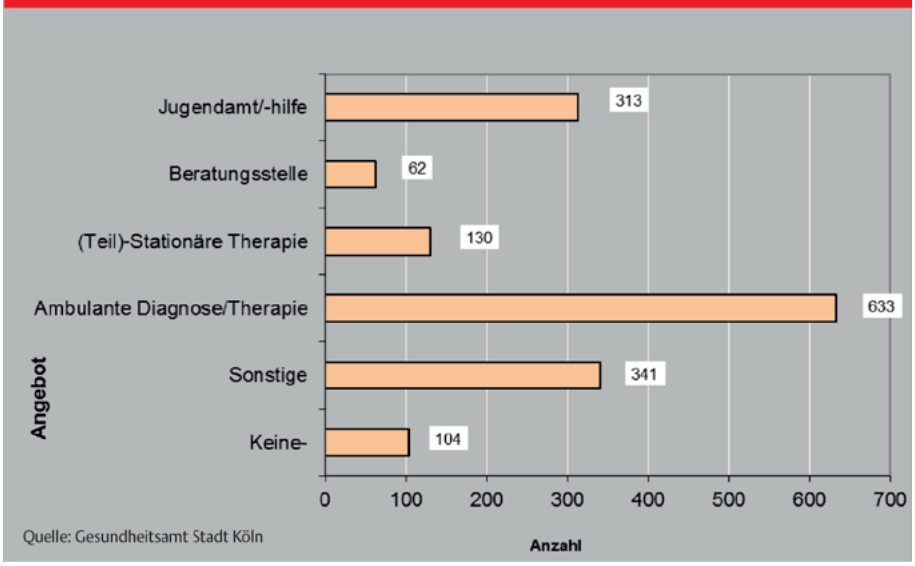
Der Beratungsbedarf war je nach Ausgangssituation der Betroffenen sehr unterschiedlich.

In 300 Fällen, etwa 23 Prozent aller Fälle, zeichnete sich ein hoher Betreuungsbedarf ab und es gelang, die Familien zu einer engen Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst zu motivieren. In diesen Fällen wurden nicht nur Termine mit den Familien gemeinsam vereinbart, sondern auch der Übergang in die weiterführenden Maßnahmen durch die Fachkräfte des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes aktiv begleitet. Die Begleitung wurde erst danach „ausschleichend“ beendet und nach einiger Zeit zumeist durch telefonische Kontaktaufnahme der Erfolg der Maßnahme nochmals überprüft.

Nicht in jedem Beratungsfall ist eine solch intensive Unterstützung notwendig. In Fällen mit hoher Problembelastung ist eine enge Begleitung der sozialpädagogischen Fachkräfte jedoch häufig die einzige Möglichkeit, um für die Betroffenen den Zugang zu den erforderlichen Hilfen zu ermöglichen. Nur aufgrund der „aktiven Vermittlung“ wird in diesen Fällen eine geeignete Unterstützung in

Anspruch genommen. Dadurch kann die Gefahr abgewendet werden, dass die Problem- oder Krankheitskonstellationen sich weiter zuspitzen, unter Umständen verfestigen und dadurch spätere Maßnahmen wirkungslos bleiben.

Abbildung 26: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln – Empfehlung zur Weiterbetreuung, Zeitraum August 2009 bis Juli 2013: n = 1.320, Mehrfachnennungen möglich



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Nicht immer – zumindest nicht immer beim ersten Anlauf – gelingt die Vermittlung eines geeigneten Angebots. In einigen Fällen, in denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weiteren Beratungs-oder Behandlungsbedarf sehen, wird dies von der Familie nicht gewünscht. Da das Angebot auf Freiwilligkeit beruht, kann es immer wieder zu Beratungsabbrüchen von Seiten der Betroffenen kommen. Eine Familie kann sich jederzeit wieder an den Beratungsdienst wenden und eine Beratung, die sie abgebrochen hat, erneut aufnehmen. Zum Teil sind daher die Familien dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst bereits längere Zeit bekannt, bevor sich eine geeignete Lösung finden und verwirklichen lässt. Dadurch kann sich letztlich die Begleitung einer Familie durch den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst über mehrere Jahre erstrecken.

Das Angebot des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst besteht nun seit mehr als vier Jahren. Es bietet – bei Bedarf in Kombination – psychiatrische Beratung mit der Möglichkeit zu aufsuchender Arbeit sowie eine aktive Begleitung durch sozialpädagogische Fachkräfte. Die bisherige Arbeit zeigt, dass die Zielgruppe erreicht und nachhaltig unterstützt werden kann. Durch frühzeitige Klärung und Vermittlung in das differenzierte medizinische Versorgungssystem und in die Angebote der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe gelingt es häufig, größere persönliche Belastungen und Erkrankungen bei den Kindern und Jugendlichen zu verhindern oder abzumildern. Die weiteren Chancen der Betroffenen auf ihrem persönlichen und beruflichen Lebensweg können dadurch erheblich verbessert werden. Neben der menschlichen Seite wirkt sich dies auch auf wirtschaftlicher Ebene aus. Es ist davon auszugehen, dass zukünftige Krankheitskosten bei möglichst frühzeitiger Intervention in erheblichem Umfang verringert werden und für die Betroffenen unter anderem die Integration in den Arbeitsmarkt erleichtert wird.

Der tatsächliche Kölner Bedarf an aufsuchender sozialpsychiatrischer Beratung und Begleitung kann jedoch mit den vorhandenen personellen Ressourcen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes bei weitem nicht gedeckt werden. Die begrenzten Ressourcen des Beratungsdienstes erfordern daher eine Schwerpunktsetzung in der Arbeit. Derzeit ist nur eine Konzentration der Sprechstunden auf die Förderschulen, die Kooperation mit dem Jugendamt in Einzelfällen und die sozialräumliche Einbindung punktuell ohne systematische Vernetzung möglich.

Perspektive

Daher wird der Beratungsdienst im Rahmen der Landesinitiative zur Stärkung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit dem Projekt „Optimierung von Früherkennung und Versorgung von Kindern und jungen Menschen mit Zeichen einer psychischen Störung“ ausgebaut. Die Laufzeit des Projekts ist bis 2017 befristet.

Das bisherige Angebot wird auf der Grundlage bisheriger Erfahrungen in ein systematisch vernetztes und flächendeckendes System umgewandelt. Dazu gehören beispielsweise

- die Erweiterung durch zwei zusätzliche Teams, die räumlich bei zwei Bezirksjugendämtern angesiedelt werden (siehe unten),
- eine enge Kooperation mit den Bezirksämtern für Kinder, Jugend und Familie zur Unterstützung des Allgemei-

nen Sozialen Dienstes (ASD) und des Gefährdungsmeldungs-Sofort-Dienstes (GSD) bei der Einschätzung des aktuellen Hilfebedarfes,
- die systematische und umfassende Vernetzung mit den Kölner Schulen,
- das Angebot von Fortbildungen zu kinder- und jugendpsychiatrischen Inhalten zum Beispiel für den Gefährdungsmeldungs-Sofort-Dienst und den Allgemeinen Sozialen Dienst, für die Schulsozialarbeit und für Träger im Offenen Ganztag,
- eine enge Zusammenarbeit mit anderen Fachämtern und Institutionen der medizinischen Versorgung und der Jugend- und Sozialhilfe zur fachkompetenten Beratung in Fällen, in denen junge Klientinnen und Klienten mit psychischen Problemen betroffen sind,
- eine Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Akteuren im medizinischen Bereich, um den Zugang und gegebenenfalls die Überleitung zwischen den verschiedenen Angeboten zu verbessern.

Gemeinsam mit den anderen Akteuren im medizinischen Bereich kann ein regionales Angebot mit Aktivitäten zur Gesundheitsförderung an Schulen auch für den Bereich der seelischen Gesundheit erarbeitet werden.

Eine von mindestens drei Standorten ausgehende Beratungstätigkeit bietet in der Millionenstadt Köln die Voraussetzung für eine nachhaltige, niedrigschwellige und ortsnahe Vernetzung mit bereits bestehenden Hilfsangeboten im Sozialraum. So kann die Klientel durch Beratungsräume im Sozialraum, beispielsweise in den Bezirksämtern, besser erreicht werden. Die örtliche Anbindung ermöglicht einen intensiven Austausch mit den Fachämtern sowie mit den Akteuren des Sozialraums.

Unter Berücksichtigung der Sozialraumkriterien in den einzelnen Bezirken ist daher vorgesehen, in den Stadtbezirken mit dem höchsten Bedarf, Mülheim und Kalk, jeweils eine zusätzliche Fachstelle mit örtlicher Anbindung an das jeweilige Bezirksjugendamt einzurichten. Die Fachstelle Mülheim wird darüber hinaus in den Stadtbezirken Chorweiler und Nippes, die Fachstelle Kalk in dem Stadtbezirk Porz tätig sein. Die Zentrale des Beratungsdienstes im Gesundheitsamt wird die Innenstadt sowie die Stadtbezirke Ehrenfeld, Lindenthal und Rodenkirchen übernehmen.

Die statistische Erfassung und Auswertung der Kontakte wird entsprechend angepasst und erweitert, um Ergebnisse sowie mögliche Veränderungsprozesse, die mit der Erweiterung des Angebots einhergehen, erfassen zu können.

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

Ergebnisse:
Seit 2009 arbeitet der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst als niedrigschwelliges Angebot für Kinder und Jugendliche, ihre Eltern sowie als Beratungsangebot für sozialpädagogische und pädagogische Fachkräfte mit dem Schwerpunkt in Förderschulen.

Beim überwiegenden Anteil der beratenen Kinder und Jugendlichen handelt es sich um Jungen und junge Männer bis 18 Jahre. Das liegt unter anderem daran, dass Jungen eher zu expansiven Verhaltensauffälligkeiten wie beispielsweise Aggressionen neigen. Diese Auffälligkeiten treten auch in der Schule in Erscheinung.

Bei Mädchen zeigen sich hingegen häufiger nach innen gerichtete seelische Problematiken wie beispielsweise Depressionen oder Ängste.

Kinder und Jugendliche mit seelischen Problemen und ihre Familien konnten vom Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst erreicht und an das Hilfesystem nachhaltig angebunden werden:
- Häufig eröffnete dieses Beratungsangebot für die Betroffenen erstmals die Möglichkeit, Zugang zu solch einem Angebot zu erhalten. Bei über einem Drittel der Betroffenen gab es keine psychiatrische oder psychologische Vorbehandlung.
- Teilweise zeichnete sich ein hoher Interventionsbedarf ab, dem durch ambulante Angebote allein nicht entsprochen werden konnte. So empfahl der Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsdienst bei etwa einem Zehntel der Klientel eine (teil-) stationäre Unterbringung.
- Dass der Übergang in das Hilfesystem gelang und die Betroffenen dort „ankamen“, konnte bei einem Fünftel der Kinder- und Jugendlichen nur durch eine aktive Begleitung des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in die weiterführende Maßnahme sichergestellt werden. Hierzu leistete die aufsuchende Arbeit einen unverzichtbaren Beitrag.

Die Stadt Köln wird im Rahmen einer Projektförderung durch das Land NRW den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst über drei Jahre in ein flächendeckendes sowie stadtweit vernetztes Angebot ausbauen, um dort, wo viele betroffene Kinder und Jugendliche leben, im Sozialraum präsent sein zu können.

4. Kinderzahngesundheit

Eine gute Mundgesundheit ist die Voraussetzung, um sich wohlfühlen, deutlich sprechen und beschwerdefrei essen zu können. Ein krankes Zahngebiss hingegen verursacht Schmerzen und kann weitere Beschwerden sowie Folgeerkrankungen nach sich ziehen.

Anhand des Gesundheitsberichts 2012[79] wurde über die Entwicklung der Zahngesundheit in Köln ausführlich berichtet. Diese hat sich im letzten Jahrzehnt bei den Kindern in Kindertageseinrichtungen sowie bei den Schulkindern deutlich und nachhaltig verbessert. Handlungsbedarf zeigt sich jedoch bei einer relativ kleinen Risikogruppe mit erhöhtem Kariesaufkommen. Überproportional häufig betroffen sind Kinder aus sozial benachteiligten Familien. In den weiterführenden Schulen sind es am häufigsten Kinder, die Förder- und Hauptschulen besuchen. Die Ergebnisse entsprechen den Trends auf Landes- und Bundesebene.

Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst des Gesundheitsamtes führt im Auftrag des Arbeitskreises Zahngesundheit[80] kariesprophylaktische Maßnahmen nach § 13 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NRW) zur Kinder- und Jugendzahngesundheit in Verbindung mit § 21 SGB V in Kindertageseinrichtungen und Grundschulen, aber auch in weiterführenden Schulen mit Schwerpunkt Haupt- und Förderschulen durch. Dazu gehören Reihenuntersuchungen, gegebenenfalls mit Hinweis auf notwendige Behandlungsmaßnahmen, die Unterweisung in Mund- und Zahnhygiene, Ernährungsberatung und die Fluoridierung der Zähne. Ziel der Kariesgruppenprophylaxe ist es, die Mund- und Zahngesundheit der Kinder zu verbessern. Seit Beginn des Schuljahres 2012/2013 wird dieses Angebot intensiviert bei „Risikoeinrichtungen“ durchgeführt, die Kinder mit erhöhtem Kariesaufkommen aufweisen[81].

Folgendes Programm wird bei der Gruppenprophylaxe zugrunde gelegt:

Kindertageseinrichtung/Kindergarten

Ab Schuljahr 2012/2013

Einrichtungen mit erhöhtem Betreuungsbedarf (10 % aller Einrichtungen) jährlich:
1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
2 x Prophylaxe (Anleitungen zur Zahnpflege mit praktischen Übungen, Ernährungsberatung u.a.)
Einrichtungen mit besten Werten der Zahngesundheit (10 % aller Einrichtungen) jährlich:
1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
Ggf. 1 x Prophylaxe (jedes 2. Jahr)
Alle übrigen Einrichtungen (80 %) jährlich:
1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
1 x Prophylaxe

Grundschulen

Ab Schuljahr 2012/2013

Einrichtungen mit erhöhtem Betreuungsbedarf (10 % aller Einrichtungen) jährlich:
1 bis 2 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
2 x Fluoridierungen
2 x Prophylaxe
Einrichtungen mit besten Werten der Zahngesundheit (10 % aller Einrichtungen) jährlich:
1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
im 1. und 3. Schuljahr
1 x Fluoridierungen
Prophylaxe nach Absprache
Alle übrigen Einrichtungen (80 %) jährlich:
1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
im 1. und 3. Schuljahr,
1 x Fluoridierungen
1 x Prophylaxe

79 Stadt Köln, Gesundheitsamt (Hrsg) „Zahngesundheit bei Kindern in Köln“, Gesundheitsbericht 2012, Köln 2012: 4, 10 ff, www.stadt-koeln.de .
80 An dem „Kölner Arbeitskreis Zahngesundheit“ nehmen das Gesundheitsamt, Krankenkassen sowie niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte teil und stimmen auf Grundlage eines gemeinsamen Vertrages Zielsetzungen, Vorgehensweisen und Aktionen im Stadtgebiet Köln ab.
81 Stadt Köln, Gesundheitsamt (Hrsg) „Zahngesundheit bei Kindern in Köln“, Gesundheitsbericht 2012, Köln 2012: 6, 18ff, www.stadt-koeln.de

Förderschulen

Ab Schuljahr 2012/13

Differenzierung nach Förderschulform und kariesepidemiologischen Werten:

Bei Schulen mit Durchschnittswerten der Zahngesundheit unter denen der Hauptschulen: jährlich:
Klasse 1 bis 6
1 bis 2 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
1 bis 2 x Fluoridierung
1 x Prophylaxe
Klasse 7 bis 10
1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
1x Fluoridierung

Ansonsten Programm wie bei Hauptschulen (siehe unten)

Hauptschulen

Ab Schuljahr 2012/13

jährlich:
1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
Klasse 5 bis 10
1x Fluoridierung
Möglichkeit zur Beratung durch Zahnärztin/Zahnarzt

Gesamtschulen

Ab Schuljahr 2012/13

jährlich:
1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
Klasse 6
Ggf.1 x Fluoridierung

Realschulen

Ab Schuljahr 2012/13

jährlich:
1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
Klasse 6

Gymnasien

Ab Schuljahr 2012/13

Ggf. 1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt Klasse 6 (bedarfsorientiert)

Grundlagen der Datenerhebung

Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst erhebt bei den Reihenuntersuchungen laufend Daten zur Kinderzahngesundheit.

- In den Schulen wird der Zustand der Zähne von jedem Kind erfasst und dokumentiert[82]. Ein „naturgesundes Gebiss“ liegt vor, wenn das Gebiss komplett gesunde Zähne aufweist und bisher kein Zahn kariös war.
- Bei den Reihenuntersuchungen der Kinder aus Kindertageseinrichtungen wird unterschieden zwischen einem naturgesunden, behandlungsbedürftigem und sanierten Gebiss, und es wird festgestellt, ob im Einzelfall der Bedarf einer kieferorthopädischen Frühbehandlung besteht.

82 Der Zustand der Zähne wird mit Hilfe des „DMF-T“ bzw. des „dmf-t“ erfasst und dokumentiert. Dieser Wert dient der Beurteilung der Zahngesundheit und basiert auf der Grundlage des international gebräuchlichsten Messinstrumentes zur Beurteilung der Zahngesundheit, dem „DMF-T-Index.“ für bleibende Zähne, und dem „dmf-t-Index“ für das Milchgebiss. Der „DMF-T-Index“ für bleibende Zähne, und dem „dmf-t-Index“ für das Milchgebiss gibt die Zahl der kariösen, fehlenden und gefüllten Zähne wieder. Dabei bedeutet:
D (d) = decayed (kariös), M (m) = missing (fehlend), F (f) = filled (gefüllt), T (t) = teeth (Zähne).

Einzelne Kinder mit erhöhter Kariesgefährdung werden durch den Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst gesondert erfasst. Bisher wurden dabei ausschließlich die bleibenden Zähne berücksichtigt. Um ein noch differenzierteres Bild über die weitere Entwicklung der Kariesrisikokinder zu erhalten, werden seit dem Schuljahr 2012/2013 neben den bleibenden Zähnen auch die Milchzähne einbezogen. Ein erhöhtes Kariesrisiko liegt gemäß der Definition der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (DAJ)[83] vor, wenn bei einem Kind:

- im Alter bis 3 Jahren die Zähne nicht kariesfrei sind,
- im Alter bis 4 Jahre mehr als zwei Milchzähne gefüllt, kariös oder fehlend sind,
- im Alter bis 5 Jahre mehr als vier Milchzähne gefüllt, kariös oder fehlend sind,
- im Alter von 6 bis 7 Jahren Karies an mindestens einem bleibenden Zahn vorliegt oder insgesamt mehr als fünf Zähnen gefüllt, kariös oder fehlend sind,
- im Alter von 8 bis 9 Jahren an mindestens zwei bleibenden Zähnen Karies vorliegt oder wenn insgesamt mehr als sieben Zähne gefüllt, kariös oder fehlend sind.

Gruppenprophylaxe des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes: Reihenuntersuchungen, Fluoridierung, Motivation und Anleitung zur Mundhygiene

In Kindertageseinrichtungen wurden 20.616 Kinder im Jahr 2013 untersucht. Der Anteil an Kindern, die kariöse Zähne aufwiesen, lag bei 13,9 Prozent und entsprach damit in etwa den Werten der Vorjahre (2011: 13,8 Prozent, 2012: 13,3 Prozent).

Wie oben erwähnt, wurde seit 2012 auch bei Kindern mit Milchzahngebiss erhoben, ob ein erhöhtes Kariesrisiko vorliegt. Eine Auswertung der Ergebnisse bei den 3-Jährigen im Jahr 2013 ergab einen Anteil an Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko von 12,5 Prozent. Eine Vergleichbarkeit der Quote ist mit Werten aus Berlin, Schuljahr 2011/2012 möglich, da dort die gleiche Definition von erhöhtem Kariesrisiko zugrunde gelegt wurde. In Berlin betrug der Anteil an 3-Jährigen mit erhöhtem Kariesrisiko sogar 18 Prozent[84].

In den Kölner Grundschulen wurden 16.870 Kinder im Schuljahr 2012/2013 untersucht. Davon wiesen 54 Prozent – ebenso wie den vergangenen beiden Schuljahren – ein naturgesundes Gebiss auf. Ein erhöhtes Kariesrisiko, bezogen auf die bleibenden Zähne, lag ebenfalls unverändert bei 2 Prozent vor. Die seit diesem Schuljahr neu erhobene Quote untersuchter Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko an Milchzähnen **und** bleibenden Zähnen betrug 7 Prozent.

Seit dem Schuljahr 2012/2013 werden die „Risikoeinrichtungen“ nach dem bedarfsorientierten Ansatz intensiviert betreut. Auf Grundlage der Werte im Schuljahr 2011/12 wurde zunächst der Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen ausgewertet, differenziert nach Risikoeinrichtungen, nach Grundschulen mit den besten Werten und nach Schulen im „Mittelfeld“. Dabei ergaben sich folgende Unterschiede:

Der Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen betrug

- 34 Prozent in den Grundschulen mit dem geringsten Anteil an naturgesunden Gebissen, „Risikoeinrichtungen“, (10 Prozent aller Einrichtungen)
- 74,5 Prozent in den Grundschulen mit dem höchsten Anteil an naturgesunden Gebissen (10 Prozent aller Einrichtungen)
- 54 Prozent in den übrigen Grundschulen mit Werten „im Mittelfeld“ (80 Prozent aller Einrichtungen).

83 Kariesrisikodiagnostik gemäß der DAJ-Kriterien entsprechend der Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen „Gruppenprophylaxe 2000, Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 SGB V“ (Weiterentwicklungskonzept Gruppenprophylaxe) vom 20. November 2000, S. 46

84 Quelle: Daten Zahngesundheit Berlin : Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, www.gsi-berlin.info/index.asp

Eine erneute Auswertung mit den Ergebnissen des Schuljahrs 2012/2013 zeigte, dass sich in den Risikoeinrichtungen der Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen auf 35,5 Prozent erhöht und damit geringfügig verbessert hatte. Die Werte bei den Grundschulen mit dem höchsten Anteil an naturgesunden Gebissen liegen nahezu unverändert bei 74 Prozent und die Werte in den übrigen Grundschulen mit Werten „im Mittelfeld" mit einer geringfügigen Veränderung nach unten bei 53 Prozent.

Des Weiteren wurde im Schuljahr 2012/2013 der Anteil an untersuchten Schulkindern mit naturgesunden Gebissen ausschließlich in der ersten Klasse erhoben. Er belief sich bei 57 Prozent und lag damit über dem entsprechenden Wert in Berlin mit 51 Prozent[85].

An den weiterführenden Schulen wurde anhand einer Stichprobenauswertung der Anteil an Kindern mit naturgesunden bleibenden Zähnen ermittelt.

Die Quote betrug:
bei den Hauptschulkindern (n= 3.120) 57 Prozent,
bei den Gesamtschulkindern (n=1.223) 79 Prozent,
bei den Realschulkindern (n= 1.094) 81 Prozent und
bei den 2.715 Förderschulkindern (n= 2.715) 69 Prozent.

Hier zeigen sich wie bereits im Zahngesundheitsbericht 2012[86] schultypabhängig unterschiedliche Ergebnisse.

Bei einer ansonsten positiven Entwicklung der Kinderzahngesundheit in den letzten Jahren gibt es jedoch bereits im Vorschulalter einen Anteil an Kariesrisikokindern von über 10 Prozent. Dies bestätigt die Notwendigkeit des neuen bedarfsorientierten Ansatzes vom Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst, der erstmals im Schuljahr 2012/2013 umgesetzt wurde. Dieser Ansatz sieht bereits ab Vorschulalter eine intensivierte Gruppenprophylaxe der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko vor.

Eine nachhaltige Verbesserung der Zahngesundheit ist jedoch nur dann möglich, wenn auch die Eltern mitwirken und bei ihren Kindern auf die häusliche Zahnpflege achten. Sie sollten ebenso dafür Sorge tragen, dass die Kinder regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen sowie bei Bedarf die Zahnärztin oder den Zahnarzt aufsuchen.

Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst nimmt daher – insbesondere in den „Risikoeinrichtungen" – an Veranstaltungen wie „Elterncafe" am Vormittag, Elternabend oder „Tag der offenen Tür" teil, um die Eltern für Zahngesundheit zu sensibilisieren und über Zahnpflege zu informieren und zu beraten. In Stadtteilen, die einen hohen Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund aufweisen, wird – teilweise mit Hilfe von Eltern – muttersprachliche Aufklärungsarbeit und Beratung durchgeführt.

Wenn bei der Reihenuntersuchung ein auffälliger Zahnbefund festgestellt wird, erhalten die Eltern die Aufforderung, mit ihrem Kind eine zahnärztliche Behandlung aufzusuchen. Häufig stellt der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst jedoch gerade bei Kindern in schwierigen Lebenslagen fest, dass dieser Aufforderung nicht nachgekommen wird. In solchen Fällen kann den Kindern zumeist nur dann geholfen werden, wenn es gelingt, die Eltern zu erreichen und zur Mitarbeit zu motivieren. Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst hat die Zusammenarbeit mit den Fachkräften vor allem in den „Risikoeinrichtungen" ausgebaut. Die intensivierte Vernetzung vor Ort, insbesondere mit den Schulsozialarbeiterinnen und den Schulsozialarbeitern erweist sich dabei als besonders hilfreich. Vielfach bestehen dort bereits Kontakte mit den Eltern, und dies erleichtert den Zugang zu den Betroffenen.

Die aktuellen Auswertungen bei Grundschulkindern zeigen, dass die Zahngesundheit gegenüber dem Schuljahr 2011/2012 in etwa gleich geblieben ist. Inwieweit sich durch das bedarfsorientierte Vorgehen und die gezielte Aufklärungsarbeit des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes gerade bei Kariesrisikogruppen eine nachhaltige Veränderung ergeben wird, werden erst die laufenden Beobachtungen der weiteren Jahre zeigen.

85 Quelle: Daten Zahngesundheit Berlin : Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, www.gsi-berlin.info/index.asp
86 Stadt Köln, Gesundheitsamt, (Hrsg) „Zahngesundheit bei Kindern in Köln", Gesundheitsbericht 2012, Köln 2012: 12

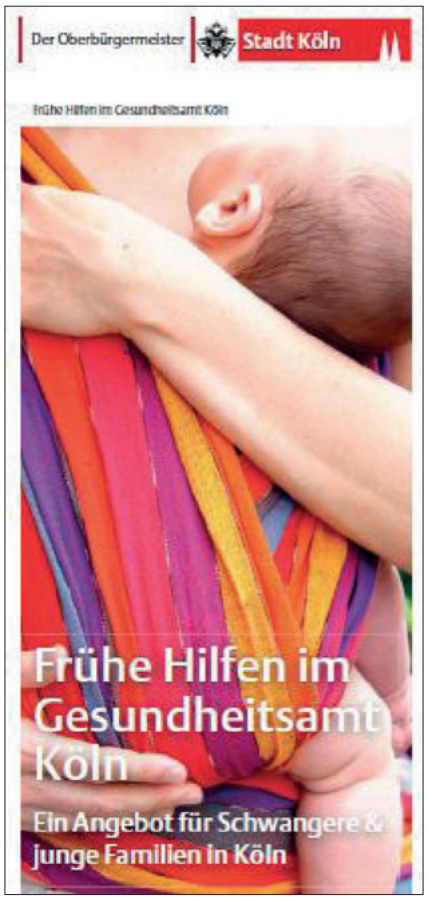
Kinderzahngesundheit

Ergebnisse:
- Die Zahngesundheit bei Kindern ist insgesamt gesehen in Köln im Vergleich zum Vorjahr in etwa gleich geblieben.
- In den Grundschulen wiesen – ebenso wie den vergangenen beiden Schuljahren über die Hälfte der untersuchten Kinder ein naturgesundes Gebiss auf.
- Nach wie vor gibt es jedoch einen relativ kleinen Anteil an Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko. Häufig handelt es sich dabei um Kinder aus sozial benachteiligten Familien.

Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst, der gruppenprophylaktische Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen und Schulen durchführt, setzt daher seit dem Schuljahr 2012/2013 bedarfsorientiert den Fokus auf die Betreuung der „Risikoeinrichtungen“ (Einrichtungen mit überproportionalem Anteil an Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko).

5. Frühe Hilfen im Gesundheitsamt

Die zunehmende Bedeutung des Themas „Frühe Hilfen“ hat in den letzten Jahren auch in Köln zu sichtbaren Veränderungen geführt. Ämterübergreifend vernetzen sich in diesem Bereich Jugend- und Gesundheitshilfe mit den freien Trägern und Akteuren im medizinischen und sozialen Versorgungssystem.



Faltblatt Frühe Hilfen

Die „Frühen Hilfen“ richten sich an werdende Eltern sowie Eltern mit Kindern von 0 bis 3 Jahren in besonders belasteter Situation. Das offene, kostenlose und für die Familien freiwillige Angebot des Gesundheitsamtes in enger Kooperation mit dem Amt für Kinder, Jugend und Familie dient dazu, die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern frühzeitig zu erkennen und nachhaltig zu verbessern. Die Gesundheitsberufe wie beispielsweise Kinderkrankenschwestern und Hebammen bilden eine wichtige Grundlage für die „Frühe Hilfen“. Familien, die Unterstützung benötigen, können darüber leicht erreicht werden. Insbesondere durch aufsuchende Arbeit, zu Hause oder bereits in der Geburtsklinik, gelingt es nahezu immer, einen guten Kontakt zu den jungen Familien herzustellen.

Wie bereits im Gesundheitsbericht 2012[87] ausgeführt, stellen Frühe Hilfen in wirtschaftlicher Hinsicht einen ökonomischen Ressourceneinsatz dar. Anfallende Kosten sind bei „unterlassenen“ Frühen Hilfen zu einem späteren Zeitpunkt unverhältnismäßig höher. Dies wurde übereinstimmend anhand diverser Kosten-Nutzen-Studien auf internationaler wie nationaler Ebene belegt.

Das Sachgebiet „Frühe Hilfen im Gesundheitsamt“ ist 2012 durch die Zusammenführung der folgenden dort angesiedelten Präventionsbausteine entstanden:

- Clearingstelle – Klärung des Bedarfs und Vermittlung in geeignete Angebote
- jusch – jung und schwanger, Angebot für junge und minderjährige Mütter/Eltern
- Familienhebammen.

Seit Anfang 2013 arbeitet das Team mit einer kinderärztlichen Leitung. Durch eine einheitliche Telefonnummer des gesamten Arbeitsbereichs mit festen Sprechstundenzeiten konnte die Erreichbarkeit noch bürgerinnen- und bürgerfreundlicher gestaltet werden.

Clearingstelle

In der Clearingstelle – „erste Anlaufstation“ für junge Eltern mit Unterstützungsbedarf – sind seit 2008 bis einschließlich 2012 bisher insgesamt 602 Familien mit 1040 Kindern beraten worden. Im Jahr 2012 wurden 121 Familien neu in das Programm aufgenommen. Wie in den Vorjahren wurde auch 2012 der überwiegende Teil der Anmeldungen über die Geburts- und Kinderkliniken initiiert. Des Weiteren wurde ein großer Teil der Familien über niedergelassene Hebammen angebunden. Weitere Zugangswege waren Schwangerschaftsberatungsstellen, sozialpädiatrische Zentren und kinderärztliche sowie gynäkologische Praxen. Zum Teil meldeten sich die Familien auch aus eigener Initiative.

Eine Viertel der Anmeldungen wurde bereits während der Schwangerschaft vorgenommen. Insgesamt

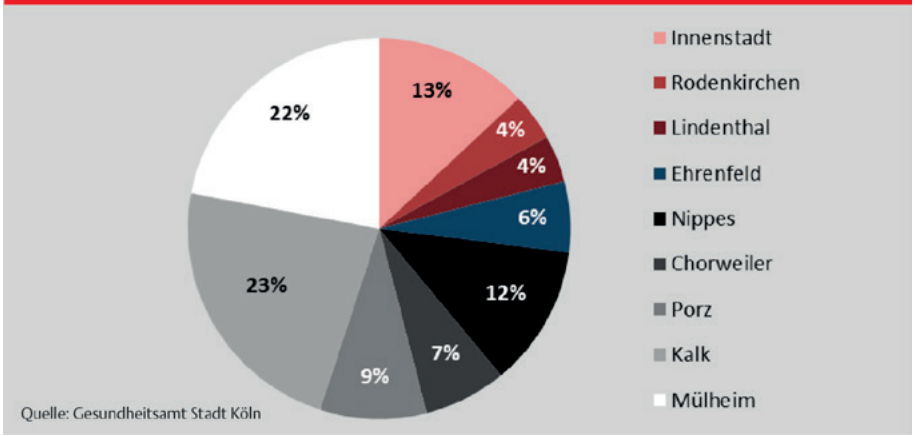
87 Gesundheitsamt „Frühe Hilfen im Gesundheitsamt“, Bericht 2012, Köln 2012: 8, www.stadt.koeln.de

gelang der Clearingstelle damit ein frühestmöglicher Zugang zur Zielgruppe. Bei 28 Prozent der Familien mit Geschwisterkindern über 3 Jahren wiesen diese bereits Entwicklungsverzögerungen auf. Die Notwendigkeit des frühzeitigen Tätigwerdens in der Familie wird hierdurch zusätzlich deutlich.

Es zeigte sich nach wie vor eine breite Streuung der Probleme. Am häufigsten traten wirtschaftliche Probleme, Wohnungsprobleme und Überforderung gefolgt von sozialen Risikofaktoren wie etwa Alleinerziehende, psychische Erkrankung von Eltern oder junge Elternschaft auf.

Die Familien wurden durch die Clearingstelle in passgenaue Unterstützungsangebote vermittelt. Teilweise erhielten sie verschiedene, sich ergänzende Hilfen. Dabei konnte es sich sowohl um sozial ausgerichtete, sozialmedizinische als auch um medizinische Unterstützung handeln. Durchschnittlich wurde jede Familie an zwei Angebote angebunden.

Abbildung 27: Clearingstelle, Anmeldung Familien nach Stadtbezirken, in denen sie wohnen, Anteil in Prozent der Gesamtanzahl angemeldeter Familien, Jahr 2012



So erfolgten die Weitervermittlungen beispielsweise an sozial ausgerichtete Angebote wie den ASD, Beratungsstellen, Schwangerschaftsberatungsstellen, Betreuungsangebote, Entwicklungsfördernde Maßnahmen, Ehrenamtshilfe und Anbieter von Ausstattung. Zu den medizinischen Angeboten gehörten Nachsorgehebammen, Ärztinnen und Ärzte, Frühförderung und gesundheitsfördernde Maßnahmen. Darüber hinaus erfolgten Vermittlungen an Familienhebammen, Selbsthilfegruppen und ambulante Pflegedienste. 10 Prozent der Hilfen wurden aufgrund der Dringlichkeit in Form einer ausführlichen Hilfestellung durch die Mitarbeiterinnen der Clearingstelle selbst durchgeführt.

Das Angebot der Familienhebammen, bis Mitte 2013 mit einer Stelle für das gesamte Stadtgebiet (ohne Chorweiler und Meschenich mit eigenem Angebot) wurde insgesamt von 13 Prozent aller Familien in Anspruch genommen und war hierdurch voll ausgelastet. Darüber hinaus gab es stets weitere Familien mit dem Bedarf an Begleitung durch eine Familienhebamme, der nicht gedeckt werden konnte.

Etwa jede zehnte Familie wurde an den Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamtes vermittelt: Vier Familien nahmen die Möglichkeit der Beratung zur Ausübung der Personensorge nach § 18 des SGB VIII wahr, vier Familien erhielten eine Hilfe zur Erziehung nach § 27 des SGB VIII und zwei Familien erhielten eine Haushaltshilfe zur Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen nach § 20 des SGB VIII. Bei drei der 121 Familien wurde zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung eine Inobhutnahme der Kinder erforderlich.

Darüber hinaus wurden 2012 über 90 Anruferinnen und Anrufer telefonisch durch die Clearingstelle beraten und/oder an geeignete Hilfen weitergeleitet. Hierbei handelte es sich sowohl um Familien als auch um medizinisches und sozialpädagogisches Fachpersonal.

2012 wurden Familien aus allen Stadtbezirken in der Clearingstelle beraten, überproportional häufig aus den Bezirken Kalk und Mülheim (siehe Abbildung 27). Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Kalk und Mülheim sowohl zu den Bezirken mit einem überdurchschnittlichen Anteil an Personen in sozial benachteiligter Lage als auch zu den Stadtbezirken mit den meisten Geburten gehören[88].

Jusch – jung und schwanger

Bei dem Angebot jusch führte die Sozialarbeiterin insgesamt 540 Beratungen bei 199 Frauen durch. Ein Teil davon fand im häuslichen Umfeld der Frauen statt. Ein Viertel der Frauen war minderjährig. Etwa die Hälfte

88 Personen in sozial benachteiligter Lage nach Bezug SGB II-Leistungen, Quelle: Amt für Statistik und Stadtentwicklung, Kölner Stadtteilinformationen Zahlen 2012

der Klientel wies Migrationshintergrund auf. Durch die jusch-Familienhebammen wurden 46 junge Mütter mit insgesamt 274 Hausbesuchen betreut. Gemeinsame Gruppenangebote der Sozialarbeiterin und der Hebamme fanden wöchentlich zum einen für Schwangere, zum anderen für junge Mütter/Eltern mit ihren Kindern statt.

Familienhebammen

Im Jahre 2012 wurden 42 Familien mit 369 Hausbesuchen betreut. Gegenüber den Vorjahren ist eine zunehmende Zahl von Frauen mit psychischen Erkrankungen zu beobachten – etwa jede zweite der betreuten Frauen war davon betroffen. Auch der Anteil an Frauen mit Drogenproblematik hat sich gegenüber 2011 deutlich erhöht.

Ausbau des Netzwerks Frühe Hilfen

Es zeichnete sich seit Langem ab, dass der Bedarf – insbesondere an Familienhebammen – im gesamten Stadtgebiet mit den bis 2013 im Gesundheitsamt vorhandenen Ressourcen nicht gedeckt werden konnte. Das seit 01.01.2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz bildet die gesetzliche Basis für den weiteren Ausbau der Frühen Hilfen. Durch den eigenständigen Arbeitsbereich „Frühe Hilfen im Gesundheitsamt“ wurden Grundstrukturen für diese Weiterentwicklung bereits 2011 geschaffen.

Das bisherige Frühwarnsystem mit dem Schwerpunkt „Kinderschutz“ wird 2013 zu einem Netzwerk der „Frühen Hilfen“ (Köln für Kinder) unter Federführung des Amtes für Kinder, Jugend und Familie erweitert. Die im Juli 2012 gestartete „Bundesinitiative Frühe Hilfen“, ein bundesweites Förderprogramm, dient als Grundlage dafür und beinhaltet als Schwerpunkte den Ausbau von Netzwerken unter Einbindung des Gesundheitswesens, Einsatz und Anbindung von Familienhebammen sowie ehrenamtliches Engagement[89].

Auf dieser Basis wurde in Köln 2013 ein bedarfsorientiertes niedrigschwelliges Versorgungsangebot durch Familienhebammen in den Stadtbezirken installiert. Eine Familienhebammenstelle wurde gemäß Ratsbeschluss vom 18.06.2013 beim Gesundheitsamt eingerichtet. Die Gewichtung des Bedarfs in den Bezirken wurde auf der Grundlage von Sozialkriterien in Abstimmung von Gesundheitsverwaltung und Jugendhilfe vorgenommen.

In jedem Stadtbezirk werden Netzwerke „Frühe Hilfen“ aufgebaut, an denen das Gesundheitsamt, unter anderem in seiner Funktion als Vermittler zum Gesundheitswesen, beispielsweise Krankenhäuser, Arztpraxen, freiberufliche Hebammen, Teilnahme an bezirklichen Netzwerken, aktiv mitwirkt.

Frühe Hilfen im Gesundheitsamt

Ergebnisse:

- Durch die **Clearingstelle**, erste Anlaufstation für Familien mit Unterstützungsbedarf, konnten die meisten Eltern bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt erreicht werden:
  - so wurde ein Viertel der Anmeldungen bereits während der Schwangerschaft vorgenommen und
  - der überwiegende Anteil der neuen Anmeldungen erfolgte über die Geburts- und Kinderkliniken. Die Familien kamen aus allen Stadtbezirken, überproportional aus den beiden Stadtbezirken Kalk und Mülheim, die eine hohe Anzahl an Geburten und eine überdurchschnittlicher Dichte an Hilfeempfängerinnen und Hilfeempfängern aufweisen.

- Auch durch **Jusch – jung und schwanger,** Unterstützungsangebot durch Sozialarbeiterin und Jusch-Familienhebamme sowie Gruppenangebote für junge (werdende) Mütter, konnte die Klientel bereits häufig während der Schwangerschaft erreicht werden.
  Dieses Angebot wird vorrangig durch junge Frauen im Alter von 18 bis 23 Jahren in Anspruch genommen.

- Bei den **Familienhebammen** steht der zunehmende Anteil an Frauen mit psychischer Erkrankung im Vordergrund der Arbeit. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass aufgrund begrenzter personeller Kapazitäten bis 2013 der Bedarf an Unterstützung durch Familienhebammen nicht vollständig gedeckt werden konnte und daher der Fokus des Angebots zunächst auf Frauen in besonders problematischen Situationen lag.

Durch den Ausbau des stadtweiten Netzwerkes Frühe Hilfen/Köln für Kinder seit 2013 wird sich eine deutliche Veränderung des Angebots und der Nutzung zeigen.

89 Verwaltungsvereinbarung Bundesinitiative Netzwerk Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012 bis 2015 (gem. § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz)

6. Zusammenfassung und Diskussion

Gesamtsituation

Der überwiegende Anteil der Kinder weist bei den hier vorgestellten Untersuchungen eine gesunde und altersentsprechende Entwicklung auf.

Darüber hinaus haben sich laut Schuleingangsuntersuchungen des Jahrgangs 2012 die Durchimpfungsrate und die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen gegenüber den Vorjahren weiter verbessert. Ebenso hat die Zahngesundheit gemäß der Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes in den vergangenen Jahren im Durchschnitt zugenommen und bleibt momentan auf hohem Niveau. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass unter anderem die gezielten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung messbare Erfolge zeigen.

Eine vergleichbare positive Entwicklung gibt es in Bezug auf übergewichtige Kinder nicht. Nach wie vor tritt in Köln ein hoher Anteil an Kindern mit deutlichem Übergewicht – Adipositas – auf[90]. Dieser Trend ist landes- und bundesweit ebenso wie in den übrigen Industrieländern zu beobachten. Er entsteht durch ein vielfältiges Bedingungsgeflecht und wird durch die Rahmenbedingungen unserer Medien- und Konsumgesellschaft begünstigt. Auch in Köln konnte die Situation bisher nicht nachweisbar verbessert werden – trotz zahlreicher Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind von Gesundheitsrisiken besonders betroffen. Dies wird unter anderem durch die Reihenuntersuchungen zur Zahngesundheit belegt. Zu der kleinen Gruppe von Kindern in Köln, die nach wie vor ein erhöhtes Kariesaufkommen aufweisen, gehören überwiegend Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Bei Auswertungen der aktuellen Kölner Schuleingangsuntersuchungen bestätigt sich ebenfalls erneut der Zusammenhang zwischen der gesundheitlichen Situation und der sozialen Lage. Nur bezogen auf den Impfschutz zeigt sich bei den Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus die geringste Durchimpfungsrate. In allen anderen untersuchten Bereichen wie zum Übergewicht, zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und zum Entwicklungsstand weisen Kinder mit niedrigem Sozialstatus ein erhöhtes Krankheitsrisiko auf. Auch dies entspricht den Trends auf Bundesebene[91]. Der 2013 erschienene Unicef-Bericht führt dazu aus: „Nachlassende motorische Fähigkeiten, ungünstige Erziehungsstile und übermäßiger Medienkonsum charakterisieren einen Großteil der jungen Generation. Kommen familiale Defizite hinzu, können diese Tendenzen kaum kompensiert werden[92].“ ….„Kinder aus benachteiligten oder sozial schwachen Familien treiben weniger Sport, schauen mehr fern und rauchen häufiger. Alltagsroutinen in der Familie wie Essgewohnheiten, Bewegungsverhalten oder Rauchen haben häufig einen lebenslangen Effekt auf Gesundheit und Risikoverhalten[93]“.

Bei der Schuleingangsuntersuchung zeigt sich nach wie vor, dass eine nicht unerhebliche Anzahl von Kindern mit abklärungsbedürftigem Befund sich (noch) nicht in Behandlung befindet. Neben der eigentlichen Zielsetzung dieser Untersuchung, der Feststellung der schulrelevanten Fähigkeiten aus medizinischer Sicht, kann somit der Weg in das gesundheitliche Versorgungssystem gebahnt werden. Auch bei dem zusätzlichen Angebot des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes „Gesundheitscheck für 4-Jährige“ zeigt sich, dass es vor allem in sozial benachteiligten Wohngebieten Kinder gibt, die abklärungsbedürftige Befunde aufweisen. Bei diesen Kindern kann auf Basis des frühen Screenings sogar noch eher eine Abklärung und Förderung eingeleitet werden.

In Köln gibt es ein umfangreiches Angebot der Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche, beispielsweise in den Bereichen Ernährung, Zahngesundheit oder Bewegung. Die Projekte werden sozialkompensatorisch vor allem dort angeboten, wo der höchste Bedarf besteht und vielfach niedrigschwellig im Setting Kindertagesstätte/Schule angebunden.[94]

90 Referenzwerte auf Grundlage des Modells von Kromeyer-Hausschild nach Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter

91 Siehe Lampert Th, in „KIGGS Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ 2013, Robert Koch-Institut: 15

92 Unicef-Bericht zur Situation von Kindern in Deutschland, 2013, Informationen, Reiche kluge glückliche Kinder? unter Kapitel 4. Klocke A, „Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Kontext“, www.unicef.de, Stand 04.11.2013

93 Unicef-Bericht zur Situation von Kindern in Deutschland, 2013, Informationen, Reiche kluge glückliche Kinder? Zusammenfassung, Stand 04.11.2013

94 Beispiele Angebote Gesundheitsförderung in Köln siehe unter: Bündnis gesunde Lebenswelten, www.bildung.koeln.de/gesundheitsbuendnis, Netzwerk Gesundheitsbildung, www.netzwerk-gesundheitsbildung.de, Sporthochschule, chilt Programm, www.dshs-koeln.de, Krankenkassen, AOK, Jolinchen Kids, www.aok.de/rheinland-hamburg,DAK, Safari Kids, www.dak.de/dak/leistungen/Ernährung, Familienbildungsstätte, u.a. Achtsam essen und trinken, www.fbs-koeln.org, Familienforum Köln, www.familienbildung-koeln.de, Klinik Amsterdamer Str, Jahresprogramm mit vier Säulen, www.kliniken-koeln.de/Kinder_undJugendmedizin Team.

Das Gesundheitsamt begleitet und unterstützt seit Jahren kontinuierlich die Weiterentwicklung sowie die Abstimmung und Evaluation der Gesundheitsförderprojekte in Köln, unter anderem im Rahmen der kommunalen Gesundheitskonferenz sowie in ressortübergreifender Zusammenarbeit, zum Beispiel mit dem Amt für Schulentwicklung und dem Amt für Kinder, Jugend und Familie. Für die Zahngesundheit wird „Gruppenprophylaxe“ in Kindertageseinrichtungen und Schulen vom Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes im Auftrag des „Kölner Arbeitskreis Zahngesundheit[95]“ durchgeführt.

Darüber hinaus richtet das Gesundheitsamt, dort wo an Nahtstellen zum Versorgungssystem Lücken auftreten, selbst sozialkompensatorische Angebote ein – wie die Frühen Hilfen[96] und den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst. Diese sind niedrigschwellig konzipiert. Sie erreichen dadurch gezielt Kinder aus sozial benachteiligten Familien und vermitteln die Betroffenen in geeignete Unterstützungsangebote des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe.

Seelische Probleme gewinnen an Bedeutung – eine allgemeine gesellschaftliche Entwicklung, wie beispielsweise ein hoher Anteil an Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern im Rahmen des bundesweiten Kinder- und Jugendsurveys „KIGGS[97]“ zeigte. In Köln äußert sich dies unter anderem im Gesundheitsamt anhand des erheblichen Bedarfs an sozialpsychiatrischer Beratung und Begleitung bei dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst. Aber auch bei Müttern, die bei den Frühen Hilfen durch Familienhebammen Unterstützung erhalten, werden mit steigender Tendenz psychische Störungen beobachtet.

Durch die Angebote der Frühen Hilfen[98] und des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes können die Belastungen für die betroffenen Kinder oder Jugendlichen sowie deren Familien gemindert und die Lebenschancen dieser Kinder und Jugendlichen damit verbessert werden. Wie bereits für die Frühen Hilfen anhand diverser Kosten-Nutzen-Studien auf internationaler wie nationaler Ebene belegt[99] wurde, bedeuten diese niedrigschwelligen Angebote in wirtschaftlicher Hinsicht einen ökonomischen Ressourceneinsatz. Zu einem späteren Zeitpunkt wären die anfallenden Kosten nicht nur unverhältnismäßig höher. Es könnte bei weitem nicht mehr die gleiche Wirkung erzielt werden. Der positive Effekt dieser Angebote kann neben der individuellen Unterstützung und Stärkung der Betroffenen auch als volkswirtschaftlicher Benefit gesehen werden, da so zukünftige Kosten – beispielweise im Gesundheitswesen und in der Jugendhilfe – eingespart werden.

Die Frühen Hilfen wie der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst erweisen sich damit als dringend erforderliche Bausteine einer Gesamtversorgung, die darauf abzielt, flächendeckend Risiken und Fehlentwicklungen bei Kindern und Jugendlichen zu erkennen und so weit wie möglich durch Einleitung von Maßnahmen zu beheben.

Bei den Frühen Hilfen wurde der dringende Bedarf auf Bundesebene aufgegriffen. Auf der Basis entsprechender gesetzlicher Grundlagen und Förderprogramme konnten daher der Ausbau sozialräumlicher Präsenz und die Vernetzung von Angeboten in Köln erfolgen.

Im Rahmen des Landesprojektes „Optimierung von Früherkennung und Versorgung von Kindern und jungen Menschen mit Zeichen einer psychischen Störung“ wird auch der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst zu einem flächendeckendem und stadtweit vernetztem Angebot ausgebaut. Das bisherige Angebot wird um zwei bezirksbezogene Angebote in Regionen mit besonderem Bedarf (im Bezirk Kalk und Mülheim) erweitert.

Die einzelnen Arbeitsbereiche

Schuleingangsuntersuchungen Jahrgang 2012

Bei der Schuleingangsuntersuchung des Jahrgangs 2012 in Köln sind 8.694 Kinder dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes vorgestellt worden. Die Daten wurden vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst erfasst und vom Landeszentrum Gesundheit NRW ausgewertet (siehe Abbildung 28).

95 An dem „Kölner Arbeitskreis Zahngesundheit“ nehmen das Gesundheitsamt, Krankenkassen sowie niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte teil und stimmen auf Grundlage eines gemeinsamen Vertrages Zielsetzungen, Vorgehensweisen und Aktionen im Stadtgebiet Köln ab.

96 Quellen: Hölling, H. u.a., KIGGS Study Group, Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungspunkten (2003-2006 und 2009-2012), In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2014, 57: 807-809, die „BELLA-Studie“ im Rahmen des bundesweiten Kinder- und Jugendsurveys „KIGGS“, Robert Koch-Institut 2006, keine signifikanten Unterschiede in der ersten Folgebefragung gegenüber der Erstbefragung

97 Quelle: die „BELLA-Studie“ im Rahmen des bundesweiten Kinder- und Jugendsurvey „KIGGS“, Robert Koch-Institut 2006

98 Hier: Frühe Hilfen im Gesundheitsamt: Clearingstelle, Jusch- Jung und schwanger, Familienhebammen

99 Gesundheitsamt „Frühe Hilfen im Gesundheitsamt“, Bericht 2012, Köln 2012: 8, www.stadt.koeln.de

Der Anteil an Kindern mit einer anderen als der deutschen Erstsprache hat sich seit 2004 ständig erhöht. Er betrug beim Einschulungsjahr 2012 etwa 40 Prozent und lag damit erheblich über den Landeswerten.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die gesundheitliche Prävention gegenüber den Vorjahren bei der Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung U8 sowie beim Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln erheblich verbessert hat. Der Impfschutz bei Tetanus, Diphtherie und Pertussis (Keuchhusten) ist mit etwa 96 Prozent, bei Hib (Haemophilus influenza Typ b) und Polio (Kinderlähmung) mit über 90 Prozent aller vorgelegten Impfpässe weiterhin auf hohem Niveau geblieben. Bezogen auf Hepatitis B, Varizellen (Windpocken), Meningokokken und Pneumokokken wurden allerdings noch deutliche Impflücken verzeichnet, dies entspricht den Ergebnissen auf Landesebene. Die Quote des vollständigen Impfschutzes gegen Masern, Mumps und Röteln übertraf den Durchschnittswert auf Bundesebene und die Quote des vollständigen Impfschutzes gegen Tetanus und Pertussis auf Landes- und Bundesebene geringfügig. Bei Varizellen (Windpocken), Meningokokken und Pneumokokken liegt diese Quote – zum überwiegenden Teil geringfügig – unter dem Landesdurchschnitt.

Bezogen auf das Körpergewicht wurden bei über 81 Prozent aller untersuchten Kinder in Köln keine Auffälligkeiten festgestellt. Der Anteil an Kindern mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht ist seit 2004 bei leichten Schwankungen in etwa gleich geblieben. Der Anteil an deutlich übergewichtigen, „adipösen“ Kindern lag im Jahrgang 2012 – ebenfalls nahezu unverändert – bei 5,4 Prozent (Jahrgang 2009: 5,3 Prozent). Nach dem zugrundeliegenden Referenzmodell[100] übersteigt dieses Ergebnis den erwarteten Richtwert von 3 Prozent. Der Anteil an Kindern mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht lag in Köln geringfügig über den Landeswerten.

Bei der Überprüfung des Entwicklungsstands wurde das vom Land NRW empfohlene „SOPESS“-Verfahren[101] eingesetzt und erstmals differenziert ausgewertet. Daher ist eine Vergleichbarkeit mit den Kölner Einschulungsuntersuchungen der Vorjahre nicht gegeben, ein Vergleich mit Werten auf Landesebene ist hingegen möglich. Eine nicht unerhebliche Anzahl von Kindern wies einen abklärungsbedürftigen Befund auf und befand sich dennoch nicht in Behandlung. Diese Kinder erhielten eine entsprechende Empfehlung zur weiteren ärztlichen Abklärung. Bei den Einzeltests zum Entwicklungsstand im Bereich schulrelevante Fähigkeiten und Körperkoordination wurde in Köln ein Anteil an Kindern mit auffälligen Befunden von etwa 7 und 9 Prozent festgestellt. Diese Ergebnisse lagen unter den landesweiten Durchschnittswerten. Bei dem Gesamtbefund im Bereich Sprache und Sprechen befanden sie sich in etwa im Landesdurchschnitt.

Erhoben werden in der Schuleingangsuntersuchung auch die Deutschkenntnisse bei Kindern mit nicht deutscher Erstsprache. Der Anteil an Kindern mit ausreichenden Deutschkenntnissen übertraf mit etwa 65 Prozent die Landesdurchschnittswerte um 6 Prozentpunkte.

Durchgängig bestätigte sich ein Zusammenhang zwischen den Ergebnissen und dem Sozialstatus[102]. Bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus wurde ein unterdurchschnittlicher Impfschutz festgestellt. In allen anderen Bereichen wiesen die Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus ein höheres Gesundheitsrisiko auf als Kinder aus Familien mit mittlerem sowie hohem Sozialstatus. Diese Tendenz entspricht den Landes- und Bundeswerten, beispielsweise den Daten des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys KIGGS und den Auswertungen des Landeszentrums Gesundheit NRW.

Eine Auswahl der Einzelergebnisse in Köln ist in Abbildung 28 im Überblick dargestellt.

100 Referenzwerte nach Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2001), auf Grundlage des Modells von Kromeyer-Hausschild (und andere, 2001)

101 SOPESS: Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen, von der Universität Bremen im Auftrag des Landes NRW entwickeltes Verfahren

102 Sozialstatus nach Bildungsstand (Bildung, Haushalt, siehe auch 2.1) gemäß Empfehlung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie, GMDS, DGSMP, Quelle und genaue Darstellung des Berechnungsschemas: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, „Jahresbericht 2006 zur Schulärztlichen Untersuchungn in NRW“: 45, unter Landeszentrum Gesundheit NRW, www.lzg.gc.de

Abbildung 28: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Überblick Ergebnisse (Auswahl), (n=8.694)

Schwerpunkt		Köln, Jahrgang 2012	Köln,Vorjahre (Jahrgänge 2006 – 2009)	Tendenz gegenüber Vorjahren
Impfschutz	Vorlage Impfpass	90,6 Prozent	89,7 Prozent (2007))	Verbesserung: Leichte Zunahme
	Vollständiger Impfschutz Masern, Mumps, Röteln	92,1 Prozent	77,6 Prozent (2006)	Verbesserung: Deutliche Zunahme
Früherkennung	Vorlage Untersuchungsheft	91,4 Prozent	89,7 Prozent (2007)	Verbesserung: Leichte Zunahme
	Teilnahme U8	94 Prozent	88,1 Prozent (2007)	Verbesserung Deutliche Zunahme
Übergewicht und deutliches Übergewicht	Anteil Kinder mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht (insgesamt)	12 Prozent	11,9 Prozent (2009),	Etwa gleichbleibend mit Schwankungen (seit 2004)
	Anteil Kinder mit deutlichem Übergewicht (Adipositas)	5,4 Prozent	5,3 Prozent (2009),	
Entwicklungsstand/ auffälliger Befund	Sprache	20 Prozent	Keine Vergleichswerte	
	Visuomotorik	9,3 Prozent		
	Visuelle Wahrnehmung	6,7 Prozent		
	Selektive Aufmerksamkeit	7 Prozent		
	Körperkoordination	7,9 Prozent		

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

Seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen wie zum Beispiel aggressive Verhaltensauffälligkeiten, Angststörungen, Depressionen, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) gewinnen zunehmend an Bedeutung. Teilweise finden Kinder und Jugendliche jedoch nicht den Zugang zu entsprechenden Beratungs- und Therapieangeboten. Dies gilt auch hier insbesondere für Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligen Familien. Daher wurde im Jahre 2009 für diese Zielgruppe der „Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst“ als niedrigschwelliges Angebot eingerichtet. Zu den Aufgaben des multiprofessionellen Teams des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes gehören die diagnostische Ersteinschätzung und die sozialpsychiatrische Begleitung der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Bei Bedarf wird die Klientel in das etablierte Beratungs- und Versorgungssystem vermittelt. Es wird auch aufsuchend gearbeitet, beispielsweise werden Hausbesuche bei den betroffenen Familien durchgeführt. Sprechstunden des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes werden vor allem in den Förderschulen angeboten.

Im Zeitraum von August 2009 bis Juli 2013 wurden etwa 1.300 Kinder und Jugendliche und ihre Familien beraten. Über 40 Prozent von ihnen wiesen einen Migrationshintergrund auf. Zwei Drittel der Klientel waren männlich, ein Drittel weiblich. Die Wohnorte der Kinder und Jugendlichen, die die Beratung in Anspruch nahmen, verteilen sich über das gesamte Stadtgebiet.

Bei über einem Drittel der Betroffenen gab es keine Vorbehandlung durch Kinder- und Jugendpsychiaterin/ -psychiater oder Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten.

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst empfahl bei etwa einem Zehntel der Klientel eine (teil-) stationäre Unterbringung.

Über ein Fünftel wurde durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes aktiv in die weiterführenden Maßnahmen begleitet, um eine nachhaltige Unterstützung sicherstellen zu können.

Die bisherige Arbeit zeigt, dass die Zielgruppe erreicht und nachhaltig unterstützt wird. Im medizinischen Versorgungssystem Kölns gab es bisher kein entsprechendes aufsuchendes Angebot. Häufig erhalten Kinder und Jugendliche aus hochbelasteten Familien beispielsweise in Schulsprechstunden oder durch Hausbesuche erstmals die Möglichkeit, diese Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Es wird jedoch auch ersichtlich, dass der gesamtstädtische Bedarf mit den vorhandenen personellen Ressourcen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes noch nicht gedeckt werden kann. Die Schulsprechstunden des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes vor Ort sind bisher auf die Förderschulen für Lernen und für emotionale und soziale Entwicklung konzentriert, sozialräumliche Einbindungen und Kooperationen mit dem Jugendamt sind nur punktuell möglich.

Daher soll das Beratungsangebot in ein flächendeckendes und stadtweit vernetztes Angebot ausgebaut werden.

Das Gesundheitsamt Köln baut im Rahmen der Landesinitiative zur Stärkung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen das durch das Land geförderte Projekt „Optimierung von Früherkennung und Versorgung von Kindern und jungen Menschen mit Zeichen einer psychischen Störung“ mit Laufzeit bis 2017 aktuell auf. Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst soll um zwei zusätzliche Teams erweitert werden, die in Bezirksjugendämtern des Stadtgebiets vor Ort eingesetzt werden. Die Zusammenarbeit mit Akteuren im Sozialraum sowie die Fallberatungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bezirksjugendämter können dadurch intensiviert werden. Durch die sozialräumliche Einbindung können spezifische Bedarfe früher erkannt und passgenauere Hilfen eingeleitet werden. Ebenso soll die Vernetzung mit den Schulen verbessert werden. Dies erweist sich insbesondere vor dem Hintergrund zunehmender inklusiver Beschulung als dringend erforderlich.

Kinderzahngesundheit

Anhand der vom Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst erfassten Daten auf Grundlage durchgeführter Reihenuntersuchungen in Kindertageseinrichtungen und Schulen hat sich gezeigt, dass sich in den letzten Jahren die Zahngesundheit bei Kindern in Köln deutlich verbessert hat. Handlungsbedarf zeichnet sich jedoch nach wie vor bei einer kleinen Gruppe von Kindern mit erhöhtem Kariesaufkommen ab. Zum überwiegenden Anteil betroffen sind dabei Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Dieser Trend entspricht Landes- und Bundeswerten. Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst führt gruppenprophylaktische Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen und Schulen durch und setzt seit dem Schuljahr 2012/2013 bedarfsorientiert den Fokus auf „Risikoeinrichtungen“. Dies sind Einrichtungen mit Kindern, bei denen ein erhöhtes Kariesaufkommen festgestellt wurde. Differenzierte Ausführungen zu der Kinderzahngesundheit in Köln sowie zu dem neuen Handlungskonzept finden sich im Gesundheitsbericht 2012 „Zahngesundheit bei Kindern in Köln“.

Auswertungen bei Grundschulkindern des Schuljahrs 2012/2013 deuten darauf hin, dass die Zahngesundheit insgesamt gesehen in Köln in etwa gleich geblieben ist. Inwieweit durch das bedarfsorientierte Vorgehen und

gezielte Aufklärungsarbeit des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes eine nachhaltige Veränderung der Situation von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko möglich sein wird, können erst die laufenden Beobachtungen der nächsten Jahre zeigen.

Frühe Hilfen im Gesundheitsamt

Das Angebot der „Frühen Hilfen“ im Gesundheitsamt wird in enger Kooperation mit dem Amt für Kinder, Jugend und Familie durchgeführt und richtet sich an werdende Eltern sowie Eltern mit Kindern von 0 bis 3 Jahren in besonders belasteter Situation. Dieses niedrigschwellige Angebot dient präventiv dem Kinderschutz. Familien werden bei Bedarf in geeignete Unterstützungsangebote der Jugendhilfe und des Gesundheitssystems vermittelt. Die Frühen Hilfen im Gesundheitsamt wurden bereits detailliert im Bericht 2012 dargestellt[103].

Der Arbeitsbereich „Frühe Hilfen“ im Gesundheitsamt ist seit 2012 ein eigenständiges Sachgebiet und umfasst die Präventionsbausteine:
- Clearingstelle – Klärung des Bedarfs und Vermittlung in geeignete Angebote
- jusch – jung und schwanger, Angebot für junge und minderjährige Mütter/Eltern
- Familienhebammen.

Durch die aufsuchende Arbeit ist ein niedrigschwelliger Zugang zu der Klientel möglich. So werden Besuche in der Geburtsklinik oder zu Hause durchgeführt. Dabei zeigt sich nach wie vor, dass über die Fachkräfte medizinischer Berufe wie beispielsweise Kinderkrankenschwestern und Hebammen, die betroffenen Familien nahezu immer erreicht werden und das Angebot angenommen wird.

Wie in den Vorjahren wurden eine breite Streuung der Probleme und ein hoher Vermittlungsbedarf ersichtlich.

Seit einigen Jahren wird dabei das Angebot der Familienhebammen des Gesundheitsamtes zunehmend von Frauen/Familien mit psychischen Problemen in Anspruch genommen.

Aktuell wird das bisherige Frühwarnsystem mit dem Schwerpunkt „Kinderschutz“ auf Grundlage der „Bundesinitiative Frühe Hilfen“ zu einem Netzwerk der „Frühen Hilfen“ (Köln für Kinder) unter Federführung des Amtes für Kinder, Jugend und Familie erweitert. 2013 wurde ein niedrigschwelliges Versorgungsangebot durch Familienhebammen in den Stadtbezirken installiert. Eine dieser Familienhebammenstellen wurde beim Gesundheitsamt eingerichtet. In jedem Stadtbezirk wurden Netzwerke „Frühe Hilfen“ aufgebaut, an denen das Gesundheitsamt aktiv mitwirkt.

Gesundheitsförderung und Prävention werden auch zukünftig bei der Arbeit des Gesundheitsamtes einen hohen Stellenwert einnehmen. Weiterhin wird – auch vor dem Hintergrund des geplanten Präventionsgesetzes – das Anliegen verfolgt, die Angebote vor allem auf die Kinder und Jugendlichen zu fokussieren, die diese Unterstützung besonders benötigen. Anhand von Datenauswertungen der Gesundheitsberichterstattung wird weiterhin die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen fortlaufend beobachtet, um die vorhandenen Ressourcen entsprechend gezielt einsetzen zu können.

103 Gesundheitsamt „Frühe Hilfen im Gesundheitsamt“, Bericht 2012, Köln 2012 www.stadt.koeln.de

Anlagen

Literaturverzeichnis

Hölling, H., Schlack R., Petermann F., Ravens-Sieberer U., Mauz E., KIGGS Study Group, Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungspunkten (2003-2006 und 2009-2012), In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2014, 57: 807-809

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

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, „Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS, Theoretische und statistische Grundlagen zur Testkonstruktion, Normierung und Validierung“ Düsseldorf 2009

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW, Landesinitiative zu „Erhalt und Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in NRW“ – Handlungskonzept -: 4-6, www.praeventionskonzept.nrw.de/_media/pdf/Startseite_neu-Handlungskonzept_Landesinitiative_psychische_Gesundheit_Kinder2.pdf

Pfaff G., „Die Eliminierung von Masern und Röteln aus Deutschland“ Bundesgesundheitsblatt 2013, 56:1222–1224, Online publiziert: 29. August 2013, Berlin Heidelberg 2013 unter www.rki.de

Ravens-Sieberer U., Wille N., Bettge S., Erhart M., „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey“ (KIGGS): Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007 50: 871 – 879

Robert Koch-Institut (Hrsg.), „KIGGS Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ Berlin 2013

Robert Koch-Institut (Hrsg.), „Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2011“, im Epidemiologischen Bulletin Nr. 16, Berlin 2013a

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

Stadt Köln, Amt für Stadtentwicklung und Statistik: Kölner Statistische Nachrichten – 6/2012, Statistisches Jahrbuch 2012

Stadt Köln, Gesundheitsamt (Hrsg.), „Frühe Hilfen im Gesundheitsamt“, Bericht 2012, Köln 2012 www.stadt.koeln.de

Stadt Köln, Gesundheitsamt (Hrsg.), „Zahngesundheit bei Kindern in Köln“, Gesundheitsbericht 2012, Köln 2012, www.stadt.koeln.de

Stadt Köln, Gesundheitsamt (Hrsg.), „Impfschutz bei Kindern und Jugendlichen“, Gesundheitsbericht 2011, Köln 2011, www.stadt.koeln.de

Stadt Köln, Gesundheitsamt (Hrsg.), „Kindergesundheit im Vorschulalter“, Gesundheitsbericht 2009, Köln 2009, www.stadt.koeln.de

Unicef, Unicef-Bericht zur Situation von Kindern in Deutschland, 2013, Informationen, „Reiche kluge glückliche Kinder?“, www.unicef.de, Stand 04.11.2013

Abbildungsverzeichnis

Abbildung	Seite
Abbildung 1: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, wo lebt das Kind?	8
Abbildung 2: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Anzahl der im Haushalt lebenden Geschwister	8
Abbildung 3: Anteil an Kindern mit vollständigem Impfschutz (je zweifache Impfungen) Masern, Mumps, Röteln bei vorgelegten Impfpässen in Köln nach Einschulungsjahrgängen	11
Abbildung 4: Anteil an Kindern mit vollständigem Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Hib, Polio, Hepatitis B in Köln,	12
Abbildung 5: Anteil an Kindern mit vollständigem Impfschutz, prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe, Einschulungsjahrgänge Köln 2007 und 2012 nach „alter“ und „neuer“ STIKO-Empfehlung	12
Abbildung 6: Einschulungsjahrgang Köln 2012, Durchimpfungsrate Masern in den Stadtteilen	13
Abbildung 7: Vergleich Teilnahmequote der U5 bis U9 bei den Kindern mit vorgelegten Untersuchungsheften in Köln	15
Abbildung 8: Vergleich Teilnahmequote der U5 bis U9	15
Abbildung 9: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Anteil an Kindern mit U8-Teilnahme, prozentuiert auf die Untersuchungshefte nach Sozialstatus	16
Abbildung 10: Einschulungsjahrgang Köln 2012, Stadtteilbezogene Quote U8-Teilnahme	16
Abbildung 11: Körpergewicht, Anteil über- und untergewichtiger Kinder, Einschulungsjahrgang Köln 2012	19
Abbildung 12: Anteil übergewichtiger Kinder in der Schuleingangsuntersuchung Köln im Vergleich mit dem Richtwert nach Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2001)	19
Abbildung 13: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Anteil an Kindern mit Adipositas in Prozent an allen untersuchten Kindern, nach Sozialstatus	20
Abbildung 14: Einschulungsjahrgang Köln 2012, Quote Übergewicht in den Stadtteilen	20
Abbildung 15: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Durchschnittlicher Fernseh- und Computerkonsum pro Tag (n=7.178)	21
Abbildung 16: Systematik der Bereiche des Entwicklungsstandes, die in der Schuleingangsuntersuchung getestet werden	22
Abbildung 17: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Ergebnisse Einzeltests Sprache und Sprechen	23
Abbildung 18: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Ergebnisse Einzeltests Schulrelevante Fähigkeiten	24

Abbildung 19: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Anteil an Kindern mit behandlungsbedürftigem Befund, Selektive Aufmerksamkeit, nach Sozialstatus 24

Abbildung 20: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Ergebnisse Test Körperkoordination 25

Abbildung 21: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Anteil an Kindern mit Auffälligkeiten des Entwicklungsstandes, nach deutscher Erstsprache oder anderer Erstsprache 25

Abbildung 22: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Köln- Anmeldung, Stand Juli 2013 31

Abbildung 23: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln – besuchte Schulform, Zeitraum August 2009 bis Juli 2013 31

Abbildung 24: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln – Darstellung der Verteilung der Beratungsfälle nach Wohnort im Stadtbezirk, Zeitraum August 2009 bis Juli 2013, n = 1.320 32

Abbildung 25: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln – Altersstruktur nach prozentualem Anteil von Altersgruppen, Zeitraum August 2009 bis Juli 2013 32

Abbildung 26: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln – Empfehlung zur Weiterbetreuung, Zeitraum August 2009 bis Juli 2013 33

Abbildung 27: Clearingstelle, Anmeldung Familien nach Stadtbezirken, in denen sie wohnen, Anteil in Prozent der Gesamtanzahl angemeldeter Familien, Jahr 2012 41

Abbildung 28: Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Überblick Ergebnisse (Auswahl) 46

Tabellenverzeichnis

Tabelle **Seite**

Tabelle 1: Vollständiger Impfschutz gemäß aktuellen Empfehlungen der STIKO, prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe, im Vergleich Köln, NRW, Deutschland 53

Tabelle 2: Impfempfehlungen STIKO (Ständige Impfkommission am RKI): 53

Tabelle 3: Einschulungsuntersuchung Köln 2012 (n=6.111) Anteil Kinder mit vollständigem Impfschutz gegen Masern (min. zwei Dosen), prozentuiert auf alle untersuchten Kinder, die stadtteilbezogene Angaben und vorgelegte Impfpässen haben, Stadtgebiet Köln: 92,3 Prozent 54

Tabelle 4: Einschulungsuntersuchung Köln 2012 (n=6.176), Anteil Kinder, die an der U8 teilgenommen haben, prozentuiert auf alle untersuchten Kinder, die stadtteilbezogene Angaben und vorgelegte Untersuchungshefte haben, Stadtgebiet Köln: 94 Prozent 54

Tabelle 5: Einschulungsuntersuchung Köln 2012 (n=6.452) Anteil Kinder mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht an allen untersuchten Kindern mit stadtteilbezogenen Angaben, Stadtgebiet Köln: 12 Prozent 55

Tabelle 6: Entwicklungsstand, Vergleich Anteil auffälliger Befunde, bei den Kindern im Einschulungsjahrgang Köln 2012, im Einschulungsjahrgang NRW 2011 55

Tabellen

Tabelle 1: Vollständiger Impfschutz gemäß aktuellen Empfehlungen der STIKO, prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe, im Vergleich Köln, NRW, Deutschland

Erkrankungen	Köln Jahrgang 2012 (2011)	NRW Jahrgang 2012	Deutschland Jahrgang 2011
Masern	92,3 (92,1)	94,3	92,1
Mumps	92,2 (92,0)	94,1	91,9
Röteln	92,1 (91,9)	94,1	91,8
Diphtherie	95,7 (95,8)	95,3	95,7
Tetanus	96,2 (96,4)	95,4	96,1
Pertussis	95,7 (94,8)	95,0	95,1
Hib	90,6 (91,5)	92,5	93,7
Polio	92,4 (92,7)	93,6	94,7
Hepatitis B	74,3 (71,3)	83,2	86,2

Quellen: Köln und NRW, Erhebungen kommunale Gesundheitsämter, Auswertung LGZ NRW, Deutschland: Robert Koch-Institut, 2013a: 130

Tabelle 2: Impfempfehlungen STIKO (Ständige Impfkommission am RKI):

Vollständiger Impfschutz		
Erkrankungen	**Dosen nach aktualisierter Stiko-Empfehlung**	**Dosen nach „alter“ Stiko-Empfehlung**
Diphtherie	4x	3x
Tetanus	4x	3x
Pertussis	4x	4x
Hib	4x (3x bei Verwendung von Impfstoffen ohne Pertussiskomponente)	3x
Polio	4x (3x bei Verwendung von Impfstoffen ohne Pertussiskomponente)	>= 3mal/ IPV >= 2mal
Hepatitis B	4x (3x bei Verwendung von Impfstoffen ohne Pertussiskomponente)	3x
Masern	2x	2x
Mumps	2x	2x
Röteln	2x	2x
Varizellen	2x	1x
Pneumokokken	2x	1x
Meningokokken	>= 1mal, bei erster Dosis nach Vollendung des 1. Lebensjahres oder >=3mal, bei erster Dosis vor Vollendung des 1. Lebensjahres	>= 1mal, bei erster Dosis nach Vollendung des 1. Lebensjahres oder >=3mal, bei erster Dosis vor Vollendung des 1. Lebensjahres

Tabelle 3: Einschulungsuntersuchung Köln 2012 (n=6.111) Anteil Kinder mit vollständigem Impfschutz gegen Masern (min. zwei Dosen), prozentuiert auf alle untersuchten Kinder, die stadtteilbezogene Angaben und vorgelegte Impfpässen haben, Stadtgebiet Köln: 92,3 Prozent

Kölner Stadtbezirke	Anzahl untersuchter Kinder mit vorgelegtem Impfpass	Quote an Kindern mit vollständigem Impfschutz Masern (zweifache Impfung) in Prozent
1 / Innenstadt	452	86,3
2 / Rodenkirchen	535	91,6
3 / Lindenthal	819	93,3
4 / Ehrenfeld	585	92,8
5 / Nippes	667	91,9
6 / Chorweiler	648	95,7
7 / Porz	480	94,0
8 / Kalk	872	93,8
9 / Mülheim	1.053	91,0

Tabelle 4: Einschulungsuntersuchung Köln 2012 (n=6.176), Anteil Kinder, die an der U8 teilgenommen haben, prozentuiert auf alle untersuchten Kinder, die stadtteilbezogene Angaben und vorgelegte Untersuchungshefte haben, Stadtgebiet Köln: 94 Prozent

Kölner Stadtbezirke	Anzahl untersuchter Kinder mit vorgelegtem Untersuchungsheft	Quote an Kindern mit Teilnahme an der U8 in Prozent
1 / Innenstadt	445	93,7
2 / Rodenkirchen	537	93,3
3 / Lindenthal	824	97,5
4 / Ehrenfeld	588	93,0
5 / Nippes	672	95,8
6 / Chorweiler	662	94,0
7 / Porz	482	92,3
8 / Kalk	887	90,3
9 / Mülheim	1.079	94,5

Tabelle 5: Einschulungsuntersuchung Köln 2012 (n=6.452) Anteil Kinder mit Übergewicht und deutlichem Übergewicht an allen untersuchten Kindern mit stadtteilbezogenen Angaben, Stadtgebiet Köln: 12 Prozent

Kölner Stadtbezirke	Anzahl untersuchter Kinder	Quote an Kindern mit Übergewicht und Adipositas in Prozent
1 / Innenstadt	497	7,7
2 / Rodenkirchen	563	10,8
3 / Lindenthal	875	4,9
4 / Ehrenfeld	650	12,5
5 / Nippes	713	10,1
6 / Chorweiler	703	18,8
7 / Porz	511	13,1
8 / Kalk	968	15,1
9 / Mülheim	974	13,8

Tabelle 6: Entwicklungsstand, Vergleich Anteil auffälliger Befunde, bei den Kindern im Einschulungsjahrgang Köln und NRW 2012

Tests	Anteil auffällige Befunde in % Köln Jahrgang 2012	Anteil auffällige Befunde in % NRW Jahrgang 2011
Präpositionen	14,0	12,1
Pluralbildung	11,6	10,4
Pseudowörter	7,0	9,5
Selektive Aufmerksamkeit	7,0	8,4
Visuomotorik	9,3	10,5
Visuelles Wahrnehmen	6,7	7,2
Zählen	6,8	7,7
Mengenvergleich	6,0	7,1
Körperkoordination	7,9	9,6

Hintergrundinformationen zu den Früherkennungsuntersuchungen

In Deutschland sind Früherkennungsuntersuchungen für Kinder seit 1971 im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten und daher kostenlos. Insgesamt sind neun Untersuchungen für Vorschulkinder vorgesehen für den Zeitraum direkt nach der Geburt bis zum 5. Lebensjahr[104] (siehe Übersicht):

Übersicht Früherkennungsuntersuchungen:

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

104 Seit 01.07.2008 gibt es zusätzlich die U7a.

Kontakt

Elisabeth Ostermann
Telefon: 0221/221-2 47 57
E-Mail: elisabeth.ostermann@stadt-koeln.de

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

Impressum

Stadt Köln

Der Oberbürgermeister

Gesundheitsamt
Amt für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Fotos:
Gesundheitsamt

Satz:
con-dere, grafik, design, beratung

Druck:
DFS Druck Brecher GmbH, Köln

www.stadt-koeln.de

13-Si/53/600/08.2014