

Gesundheit und Entwicklung von Kindern im Einschulungsalter im **Kreis Lippe**



Ergebnisse der Schuleingangs-
untersuchungen für die Ein-
schulungsjahrgänge 2010/2011
bis 2017/2018

Band I (Gesundheitsbericht)



Lippegesundheit

Impressum

Herausgeber

Kreis Lippe
Der Landrat
Fachgebiet Gesundheit
Rintelner Straße 83
32657 Lemgo

Hauptautorinnen und Hauptautor (in alphabetischer Reihenfolge)

Udo Hötger, Diplom Sozialwissenschaftler, Statistikstelle des Kreises Lippe

Anastasia Rempel, Master of Science in Public Health, Stabstelle für Gesundheitsplanung und Qualitätsmanagement, Kreis Lippe/Fachgebiet Gesundheit

Martina Schlüpmann, Ärztin im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst und ärztliche Psychotherapeutin, Kreis Lippe/Fachgebiet Gesundheit

Janine Tölle, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und Teamleiterin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes, Kreis Lippe/Fachgebiet Gesundheit

externe Beteiligung durch Maria Dyck, Master of Science in Public Health
unter Mitwirkung vieler Akteurinnen/Akteure des Kreises Lippe

Der Gesundheitsbericht sowie weitere Tabellen dazu sind online abrufbar unter

Gesundheitsbericht: www.lippe.de/new/verwaltung/statistiken/Gesundheitsbericht_2018.pdf

Tabellenband: www.lippe.de/new/verwaltung/statistiken/Gesundheitsbericht_2018_Tabellen.pdf

Autorenerklärung

Die Autorinnen und der Autor erklären, dass kein wirtschaftlicher oder persönlicher Interessenkonflikt vorliegt.

Layout/Satz

Fricke Druck GmbH

Druck

Bösmann Medien und Druck GmbH & Co. KG

Lemgo, im August 2018

Vorwort des Landrates

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Leserinnen und Leser,

ich freue mich sehr, Ihnen den Gesundheitsbericht 2018 über die Gesundheit und Entwicklung von Kindern im Einschulungsalter im Kreis Lippe vorlegen zu können. In der Kindheit werden die Weichen für ein gesundes Aufwachsen gestellt. Gesundheitsstörungen oder Entwicklungsrückstände können zu schwerwiegenden Erkrankungen im späteren Leben führen. Es liegt in unserer Verantwortung, dem entgegenzuwirken. Daher ist es von großer Bedeutung, unsere Kinder zu fördern und ihnen möglichst hohe Chancen einzuräumen, damit sich ihre Begabungen und Fähigkeiten optimal entfalten können. Das ist mir ein großes Anliegen.



Die Aufrechterhaltung und Förderung der Gesundheit der gesamten lippischen Bevölkerung stellt ein wichtiges Thema im Rahmen unseres aktuellen Zukunftskonzeptes Lippe 2025 dar. „Lippe erweitert und sichert seine Gesundheitsversorgung“ ist darin als eines der Leitziele definiert, zu dem das Handlungsfeld „Krankheit vermeiden: Präventionsmaßnahmen ausbauen“ gehört. Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen bilden hierbei für uns eine wichtige Grundlage zur Planung und Durchführung von präventiven Maßnahmen und sind für die kommunale Gesundheitsförderung von besonderem Interesse.

Der Bericht 2018 über die Gesundheit und Entwicklung von Kindern im Einschulungsalter zeigt bereits bestehende positive Entwicklungen. So liegt die Impfquote für die vollständige Masernimpfung bei Kindern bis zum Schulalter im Kreis Lippe bereits über 95%. Allerdings verdeutlichen die Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen auch Handlungsbedarfe, auf die wir zukünftig mit angemessenen Präventiv- und Fördermaßnahmen reagieren müssen. In vielen Vorläuferfähigkeiten für die Schule wie Visuomotorik oder visuelles Wahrnehmen zeigen knapp 15–20% der Kinder Unterstützungsbedarfe. Im Bereich der Sprach- und Sprechentwicklung benötigt etwa etwas mehr als ein Fünftel der Kinder Hilfe in Form von Beratungs-, Förderungs- oder auch Behandlungsangeboten. Zur gezielten Projektentwicklung auf diesem Gebiet hat sich aus dem Fachausschuss Sprache bereits eine Arbeitsgruppe gebildet.

Bei allen Beteiligten, besonders den Hauptautorinnen und dem Hauptautor, möchte ich mich ganz herzlich für ihren Einsatz bedanken und wünsche mir, dass dieser Bericht über die Gesundheit und Entwicklung von Kindern im Einschulungsalter zur gemeinsamen Diskussion anregt und einen wichtigen Beitrag zur weiteren Förderung der Kindergesundheit leistet.

Ihr

Dr. Axel Lehmann
Landrat

Vorwort der Fachgebietsleiterin

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Leserinnen und Leser,

in Lippe leben 62.206 Kinder und Jugendliche, dies sind 17,8% der Gesamtbevölkerung der lippischen Bürger (Stand 31. 12. 2016).

Gerade Kinder legen in kurzer Zeit große Entwicklungsschritte zurück. Im Kindesalter wird gesundheitsbezogenes Verhalten geprägt und Gesundheitsressourcen können aufgebaut werden. Die kindliche Gesundheit wird u. a. beeinflusst durch Lebenskompetenz, Bewegung und Ernährung, dies wirkt sich ggf. auch langfristig im Erwachsenenleben aus.

In diesen frühen Jahren der Kindheit werden Grundsteine u.a. zur sozialen Kompetenz, Kommunikations- und Konzentrationsfähigkeit, zur visuellen Wahrnehmung sowie zu motorischen Fähigkeiten gelegt. Dies sind Eigenschaften, die für die schulische Bildungsphase von Beginn der Einschulung an den individuellen Möglichkeiten der Kinder entsprechend optimal ausgeprägt sein sollten.

Daher ist das Bestreben, ein gesundes Aufwachsen und somit eine gesunde Entwicklung der Kinder zu fördern, Erkrankungen und Entwicklungsstörungen zu verhindern bzw. diese durch medizinische Vorsorge möglichst frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, unser vordringlichstes Ziel.

Die Ergebnisse des Ihnen hier vorliegenden Gesundheitsberichtes auf der Grundlage der durch das Gesundheitsamt des Kreises Lippe durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen der Jahre 2010/2011 bis 2017/2018 sind Ausgangspunkte von Initiativen zur Förderung der Kindergesundheit und zur Verbesserung von Versorgungs- bzw. Präventionsmaßnahmen. Die Gesundheit und Entwicklung der heranwachsenden Generationen zu sichern und zu fördern, ist essentieller Bestandteil einer vorausschauenden Zukunftsplanung und sicherlich in unser aller Interesse.

Mein besonderer Dank gilt allen an der Erstellung dieses Gesundheitsberichtes Beteiligten, besonders den Hauptautorinnen und dem Hauptautor für ihre hohe Einsatzbereitschaft, eine qualitative Grundlage für eine zielorientierte Diskussion zur Förderung der Kindergesundheit zu schaffen.

Ihre

Dr. med. Kerstin Ahaus
Leiterin des Gesundheitsamtes Kreis Lippe



Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Impressum | II |
| Vorwort des Landrates | III |
| Vorwort der Fachgebietsleiterin | IV |
| Abbildungsverzeichnis | VI |
| Tabellenverzeichnis | X |
| Abkürzungsverzeichnis | XI |
| Zusammenfassung | XII |
| 1 Einleitung | 1 |
| 2 Rahmenbedingungen und geografische Einordnung des Kreises Lippe | 2 |
| 3 Gesundheitsvorsorge im Kindesalter | 4 |
| 3.1 Relevanz und Aufbau der Schuleingangsuntersuchung in NRW. | 4 |
| 3.2 Früherkennungsuntersuchungen | 7 |
| 3.3 Schutzimpfungen | 8 |
| 4 Daten und Methoden | 11 |
| 4.1 Beschreibung der Stichprobe | 11 |
| 4.2 Durchführung der Schuleingangsuntersuchung | 11 |
| 4.3 Eingabe, Aufbereitung und Auswertung der Daten | 13 |
| 5 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen | 16 |
| 5.1 Früherkennungsuntersuchungen | 16 |
| 5.1.1 Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes | 16 |
| 5.1.2 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 | 17 |
| 5.1.3 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U7 bis U9 | 18 |
| 5.2 Schutzimpfungen | 20 |
| 5.2.1 Vorlage des Impfausweises | 21 |
| 5.2.2 Impfraten ausgewählter Schutzimpfungen | 22 |
| 5.3 Körperliche Gesundheit und kognitive Entwicklung | 28 |
| 5.3.1 Hören und Sehen | 28 |
| 5.3.2 SOPESS-Kategorien | 32 |
| 5.3.3 Körpergewicht | 41 |
| 6 Diskussion der Ergebnisse | 44 |
| 6.1 Früherkennungsuntersuchungen | 44 |
| 6.2 Schutzimpfungen | 45 |
| 6.3 Körperliche Gesundheit und kognitive Entwicklung | 47 |
| 7 Fazit, Handlungsempfehlungen und Ausblick | 51 |
| Literaturverzeichnis | 54 |
| Anhang | 60 |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|--------------|---|----|
| Abbildung 1 | Kreis Lippe in Nordrhein-Westfalen. | 2 |
| Abbildung 2 | Anteil der Kinder im Alter von fünf bis sechs Jahren an der Gesamtbevölkerung am 31.12.2016 im Kreis Lippe, nach Kommunen, in Prozent | 3 |
| Abbildung 3 | Kommunen im Kreis Lippe und farbliche Darstellung der Untersuchungsbezirke des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Kreises Lippe | 3 |
| Abbildung 4 | SOPESS-Kategorien | 5 |
| Abbildung 5 | Verlauf der BMI-Referenzkurven (nach Kromeyer-Hauschild et al. 2001) | 7 |
| Abbildung 6 | Public Health Action Cycle | 11 |
| Abbildung 7 | Anzahl der untersuchten Kinder im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut | 12 |
| Abbildung 8 | Anzahl der durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 12 |
| Abbildung 9 | Durchschnitt und Anzahl der durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, nach Geschlecht, in Prozent | 12 |
| Abbildung 10 | Anzahl der vorgelegten/nicht vorgelegten Kinderuntersuchungshefte (K.) und Trend der vorgelegten K. im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent | 16 |
| Abbildung 11 | Anzahl der vorgelegten/nicht vorgelegten Kinderuntersuchungshefte (K.) und Durchschnitt der vorgelegten K. im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 17 |
| Abbildung 12 | Durchschnitt der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent. | 17 |
| Abbildung 13 | Durchschnitt der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 18 |
| Abbildung 14 | Inanspruchnahme der U7-Früherkennungsuntersuchungen und Trend der erfolgten U7-Früherkennungsuntersuchungen im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent. | 18 |
| Abbildung 15 | Inanspruchnahme der U7-Früherkennungsuntersuchungen und Durchschnitt der erfolgten Inanspruchnahme im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent. | 19 |
| Abbildung 16 | Inanspruchnahme der U7a-Früherkennungsuntersuchung und Trend der erfolgten Inanspruchnahme im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2011/2012 bis 2017/2018, in Prozent | 19 |
| Abbildung 17 | Inanspruchnahme der U7a-Früherkennungsuntersuchung und Durchschnitt der erfolgten Inanspruchnahme im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge 2011/2012 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 19 |
| Abbildung 18 | Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent. | 20 |
| Abbildung 19 | Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 der und Durchschnitt der erfolgten Inanspruchnahmen im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 20 |
| Abbildung 20 | Anzahl der vorgelegten/nicht vorgelegten Impfausweise (I.) und Trend der vorgelegten I. im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent | 21 |

| | | |
|--------------|--|----|
| Abbildung 21 | Anzahl der vorgelegten/nicht vorgelegten Impfausweise (I.) und Durchschnitt der vorgelegten I. im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 21 |
| Abbildung 22 | Inanspruchnahme der Polio-Impfung und Trend der vollständigen Polio-Immunsierung im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent | 22 |
| Abbildung 23 | Inanspruchnahme der Polio-Impfung und Durchschnitt der vollständigen Polio-Immunsierung im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 22 |
| Abbildung 24 | Inanspruchnahme der Hib-Impfung und Trend der vollständigen Hib-Immunsierung im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent | 23 |
| Abbildung 25 | Inanspruchnahme der Hib-Impfung und Durchschnitt der vollständigen Hib-Immunsierung im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 23 |
| Abbildung 26 | Inanspruchnahme der Hep B-Impfung und Trend der vollständigen Hep B-Immunsierung im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent | 23 |
| Abbildung 27 | Inanspruchnahme der Hep B-Impfung und Durchschnitt der vollständigen Hep B-Immunsierung im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 24 |
| Abbildung 28 | Inanspruchnahme der Varizellen-Impfung und Trend der vollständigen Varizellen-Immunsierung im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent | 24 |
| Abbildung 29 | Inanspruchnahme der Varizellen-Impfung und Durchschnitt der vollständigen Varizellen-Immunsierung im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen in Prozent | 24 |
| Abbildung 30 | Inanspruchnahme der Pneumokokken-Impfung und Trend der vollständigen Pneumokokken-Immunsierung im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent | 25 |
| Abbildung 31 | Inanspruchnahme der Pneumokokken-Impfung und Durchschnitt der vollständigen Pneumokokken-Immunsierung im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 25 |
| Abbildung 32 | Inanspruchnahme der Meningokokken C-Impfung und Trend der erhaltenen Impfung im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent | 25 |
| Abbildung 33 | Inanspruchnahme der Meningokokken C-Impfung und Durchschnitt der erhaltenen Impfung im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 26 |
| Abbildung 34 | Inanspruchnahme der Masern-Impfung und Trend der vollständigen Masern-Immunsierung im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent | 26 |
| Abbildung 35 | Inanspruchnahme der Masern-Impfung und Durchschnitt der vollständigen Masern-Immunsierung im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 26 |
| Abbildung 36 | Inanspruchnahme der Masern-Impfung in der Kommune Barntrop des Kreises Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent | 27 |
| Abbildung 37 | Inanspruchnahme der Masern-Impfung in der Kommune Extertal des Kreises Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent | 27 |
| Abbildung 38 | Hörvermögen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018, nach Geschlecht | 28 |

| | | |
|--------------|---|----|
| Abbildung 39 | Hörvermögen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent | 29 |
| Abbildung 40 | Hörvermögen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 29 |
| Abbildung 41 | Sehvermögen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Geschlecht, in Prozent | 30 |
| Abbildung 42 | Sehvermögen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018,, in Prozent | 31 |
| Abbildung 43 | Sehvermögen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 31 |
| Abbildung 44 | Visuomotorik bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018, nach Geschlecht, in Prozent | 32 |
| Abbildung 45 | Visuomotorik bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent. | 33 |
| Abbildung 46 | Visuomotorik bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 33 |
| Abbildung 47 | Selektive Aufmerksamkeit bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018, nach Geschlecht, in Prozent | 34 |
| Abbildung 48 | Zahlen und Mengenvorwissen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Geschlecht, in Prozent | 34 |
| Abbildung 49 | Visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken bei Schulanfängerinnen/ Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Geschlecht, in Prozent | 35 |
| Abbildung 50 | Visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken bei Schulanfängerinnen/ Schulanfängern im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent | 35 |
| Abbildung 51 | Visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken bei Schulanfängerinnen/ Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 36 |
| Abbildung 52 | Deutschkenntnisse bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern des Kreises Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent. | 37 |
| Abbildung 53 | Erstsprache bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern des Kreises Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 38 |
| Abbildung 54 | Deutschkenntnisse bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern des Kreises Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 38 |
| Abbildung 55 | Sprach- und Sprechstörungen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Geschlecht, in Prozent | 39 |
| Abbildung 56 | Sprach- und Sprechstörungen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent. | 39 |
| Abbildung 57 | Sprach- und Sprechstörungen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 39 |
| Abbildung 58 | Körperkoordination bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Geschlecht, in Prozent | 40 |
| Abbildung 59 | Körperkoordination bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent. | 40 |

| | |
|--|----|
| Abbildung 60 Körperkoordination bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 41 |
| Abbildung 61 BMI bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Geschlecht, in Prozent | 41 |
| Abbildung 62 BMI bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent | 42 |
| Abbildung 63 BMI bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent | 42 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|-------------|---|----|
| Tabelle 1 | Untersuchungsschwerpunkte der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (allgemeine Übersicht) | 8 |
| Tabelle 2 | Impfkalender für die Kinder im Vorschulalter, Empfehlungen der STIKO zur Grundimmunisierung im Kleinkindalter | 9 |
| Tabelle 3 | Befundbewertungskriterien der Schuleingangsuntersuchung (Bielefelder Modell) | 13 |
| Tabelle 4 | Anzahl der vorgelegten/nicht vorgelegten Kinderuntersuchungshefte im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent. | 17 |
| Tabelle 5 | Anzahl der vorgelegten/nicht vorgelegten Impfausweise im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent | 21 |
| Tabelle 6 | Hörvermögen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent | 29 |
| Tabelle 7 | Sehvermögen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent | 30 |
| Tabelle 8 | Visuomotorik bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent | 32 |
| Tabelle 9 | Selektive Aufmerksamkeit bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent | 33 |
| Tabelle 10 | Zahlen- und Mengenvorwissen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent | 34 |
| Tabelle 11 | Visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent | 35 |
| Tabelle 12 | Erstsprache und Deutschkenntnisse bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern des Kreises Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent | 37 |
| Tabelle 13 | Erstsprache bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern des Kreises Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent. | 37 |
| Tabelle 14 | Sprach- und Sprechstörungen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern des Kreises Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent | 38 |
| Tabelle 15 | Körperkoordination bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern des Kreises Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent | 40 |
| Tabelle 16 | Bewertung des BMI bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent | 43 |
| Tabelle 17a | Übersicht der Kernaussagen aus der Datenanalyse | 60 |
| Tabelle 17b | Übersicht der themenspezifischen Ziele | 61 |
| Tabelle 17c | Übersicht der themenspezifischen Handlungsempfehlungen. | 62 |
| Tabelle 17d | Übersicht der themenübergreifenden Handlungsempfehlungen | 63 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------|---|
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit |
| BAMF | Bundesamt für Migration und Flüchtlinge |
| BMI | Body Mass Index |
| BZgA | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung |
| DEGS1 | Gesundheit Erwachsener in Deutschland |
| DIW | Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung |
| ebd. | Ebenda |
| EDV | elektronische Datenverarbeitung |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| GEDA | Gesundheit in Deutschland aktuell |
| GKV | gesetzliche Krankenversicherung |
| GU | Gemeinsamer Unterricht |
| Hep B | Hepatitis B |
| Hib | Hämophilus influenzae Typ b |
| ICD-10 | International Classification of Diseases |
| IfSG | Infektionsschutzgesetz |
| IBM | International Business Machines Corporation |
| IT.NRW | Information und Technik Nordrhein-Westfalen |
| Kita | Kindertagesstätte |
| LIGA NRW | Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen |
| LZG.NRW | Landeszentrum für Gesundheit Nordrhein-Westfalen |
| MGEPA | Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter |
| n.bb. | nicht behandlungsbedürftig |
| NRW | Nordrhein-Westfalen |
| o.B. | ohne Befund |
| ÖGD NRW | öffentlicher Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen |
| ÖGDG NRW | Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen |
| Polio | Poliomyelitis |
| RKI | Robert Koch-Institut |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SOPES | Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen |
| SPSS | Software Statistical Package for Social Sciences |
| WHO | World Health Organization Weltgesundheitsorganisation |

Zusammenfassung

Einleitung und Hintergrund

Der *Übergang in die Schule* stellt für Kinder einen vulnerablen Lebensabschnitt dar, in dem ein frühzeitiges Erkennen von gesundheitsbezogenen Risiken von großer Bedeutung ist. Länger andauernde Entwicklungsstörungen bergen ein höheres Risiko für gesundheitliche Belastungen sowie für Lernstörungen. Sie wirken sich auf den Schulalltag und auf das familiäre Zusammenleben aus und können sowohl mit psychischen Belastungen als auch mit einer Beeinträchtigung der Lebensqualität und der Zufriedenheit der Kinder einhergehen. In diesem Zusammenhang bilden die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen eine wichtige Grundlage zur Planung und Durchführung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen.

Zielsetzung und Methoden

Das Ziel des vorliegenden Berichtes ist die Analyse und Diskussion der gesundheitlichen Situation, des Entwicklungsstandes sowie der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen von Kindern im Schuleingangsalter im Kreis Lippe. Damit werden allen Verantwortlichen und Interessierten der Gesundheitsregion Kreis Lippe grundlegende Informationen zu diesen Themen zur Verfügung gestellt. Die Grundlage für die Analyse bildeten Daten der Schuleingangsuntersuchungen. Es wurden Daten von insgesamt 25.926 Schulanfängerinnen/Schulanfängern aus acht Einschulungsjahrgängen (2010/2011 bis 2017/2018) ausgewertet (51,5% Jungen, 48,5% Mädchen). Methoden der statistischen Analyse waren sowohl univariate Verfahren (Häufigkeitsauswertungen, Zeitreihen, Trends) als auch bivariate Verfahren (Zusammenhänge). Abbildungen und Tabellen zu den Ergebnissen der Datenanalyse wurden in SPSS und Microsoft Excel erstellt. Die Auswertungsergebnisse wurden mit landesweiten Daten aus NRW verglichen.

Ergebnisse

Bei Betrachtung der Ergebnisse kann festgestellt werden, dass die Früherkennungsuntersuchungen U1–U9 mit einem Anteil von mehr als 90% eine hohe Akzeptanz besitzen. Einzig die U7a bildet eine Ausnahme, vermutlich aufgrund der späteren Einführung. Bei den Schutzimpfungen werden bereits positive Ergebnisse in der Inanspruchnahme mit i. d. R. weit mehr als 90% erreicht. Für einen Teil der Impfungen liegt die Inanspruchnahme sogar bei 95% oder mehr. Dies entspricht der WHO-Empfehlung. In den Befundkategorien des SOPESS zeigen in fast allen Bereichen etwa 15–20% der Schulanfängerinnen/Schulanfänger Unterstützungsbedarf. Insbesondere in der Kategorie „Sprache und Sprechstörungen“ liegt dieser Anteil deutlich über 20%.

Handlungsempfehlungen und Ausblick

Die Ergebnisse dieses Gesundheitsberichtes zeigen, dass die Steigerung des Anteils der Kinder mit einem unauffälligen Befund, z. B. durch gezielte Fördermaßnahmen für Kinder und Ihre Familien, ein wichtiges Ziel für die Zukunft sein muss. Weiterhin gilt es bestehende Strukturen und Netzwerke aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln. So greift eine Arbeitsgruppe zur gezielten Projektentwicklung aus dem Fachausschuss Sprache Handlungsbedarfe in diesem Bereich bereits auf. Zur Nachhaltung und Weiterentwicklung der am Ende dieses Berichtes ausgesprochenen Handlungsempfehlungen müssen sowohl die hier analysierten Daten als auch weiterführende Aspekte bezüglich der Gesundheit und Entwicklung von Kindern im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Kreises Lippe zukünftig Berücksichtigung finden.

1 Einleitung

Die gesundheitliche Entwicklung von Kindern wird durch ihre soziale Lage und die Lebensumstände beeinflusst. Benachteiligungen durch soziale Ungleichheiten können negativ auf die gesunde Entwicklung von Kindern einwirken. Es ist nachgewiesen, dass z. B. Früherkennungsuntersuchungen wie die U9 von sozial schwachen Familien mehr als 10% weniger in Anspruch genommen werden als von Familien mit einem hohen sozialen Status. Hierbei ist das Geschlecht unerheblich. Ebenso fallen deutliche Unterschiede in Bezug auf eine gesunde und regelmäßige Ernährung auf. Im Vergleich liegen dazu Ergebnisse vor, die einen Unterschied von mehr als 20% aufweisen. Auch hier finden sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Deutliche Geschlechtsunterschiede hingegen finden sich im Hinblick auf die regelmäßige körperliche Betätigung. Die Jungen üben nach Studien deutlich häufiger Vereinssport aus. Insbesondere die Ernährung sowie die regelmäßige körperliche Bewegung haben Einfluss auf die Gewichtsentwicklung (Lampert, Kuntz & Group, 2015; Laucht, Schmidt & Esser, 2002; Lauth & Mackowiak, 2006).

Besonders in vulnerablen Lebensabschnitten wie dem „Übergang in die Schule“ (Daseking & Petermann 2008, S. 687) kann die Entwicklung stark beeinflusst werden. Dies sind Lebensphasen, in denen die Kinder spezifische (kognitive, motorische und sprachliche) Entwicklungsaufgaben zu bewältigen haben. Kommen zusätzliche Belastungen (körperlich, geistig, seelisch) hinzu, kann dies zu Entwicklungseinschränkungen führen. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen können Entwicklungsrisiken erkannt und Förder- und Präventionsmaßnahmen eingeleitet werden (Laucht, Schmidt & Esser, 2002; Lauth & Mackowiak, 2006).

Die untere Gesundheitsbehörde¹ des Kreises Lippe hat gemäß dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) nach § 12 die Pflicht, die Kinder- und Jugendgesundheit zu fördern und Kinder sowie Jugendliche vor Gefahren

für die Gesundheit zu bewahren. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 6 ÖGDG NRW gehört auch die Veröffentlichung eines Gesundheitsberichtes. Dadurch schafft der öffentliche Gesundheitsdienst des Kreises Lippe die Möglichkeiten, innerhalb der Städte und Gemeinden das nationale Gesundheitsziel *Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung* zu fördern und die Kindergesundheit zu verbessern (Bundesministerium [BMG], 2010).

Im vorliegenden Gesundheitsbericht soll der Frage nachgegangen werden, wie sich der Gesundheits- und Entwicklungsstand von Kindern im Schuleingangsalter über die Zeitreihe der Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018 im Kreis entwickelt hat und wo Handlungsbedarfe bestehen. Hierfür erfolgt die Analyse und Interpretation der Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen. Es wurden dazu Daten zur Überprüfung notwendiger Vorläuferfähigkeiten für die Schule, der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen bis zum Schuleintritt, eine körperliche Untersuchung einschließlich der Ermittlung des Körpergewichtes und einer Testung des Hör- und Sehvermögens berücksichtigt. Im Hinblick darauf wird in diesem Bericht zunächst die Relevanz der Gesundheitsvorsorge im Kindesalter verdeutlicht (Kapitel 3), indem Hintergrundinformationen zu Früherkennungsuntersuchungen und Schutzimpfungen gegeben und die Bedeutung sowie der Aufbau der Schuleingangsuntersuchungen verdeutlicht werden. Daraufhin erfolgt in Kapitel 4 eine Beschreibung der Stichprobe und des Datensatzes. Zudem wird auf die methodische Vorgehensweise bei der Dateneingabe, -aufbereitung und -auswertung eingegangen. Im darauffolgenden Ergebnisteil werden die gewonnenen Erkenntnisse zu den Schuleingangsuntersuchungen dezidiert dargestellt (Kapitel 5). Anschließend werden nach einer inhaltlichen Diskussion der Ergebnisse Handlungsempfehlungen für die Praxis abgeleitet und zum Schluss ein Fazit formuliert und ein Ausblick gegeben (Kapitel 7).

¹ entspricht dem Gesundheitsamt

2 Rahmenbedingungen und geografische Einordnung des Kreises Lippe

Der Kreis Lippe liegt im östlichen Ostwestfalen an der Grenze zu Niedersachsen zwischen Weserbergland und Teutoburger Wald (Abbildung 1). Das Kreisgebiet ist fast deckungsgleich mit dem ehemaligen Fürstentum Lippe. Mit 1.246 km² ist der Kreis Lippe neben dem Kreis Paderborn der größte Kreis im Regierungsbezirk Detmold. Zudem ist er mit 349.007 Einwohnerinnen/Einwohnern (Stand 30.06.2017) nach dem Kreis Gütersloh der einwohnerstärkste Kreis in Ostwestfalen-Lippe. Der Kreis Lippe besteht aus 10 kreisangehörigen Städten und 6 Gemeinden. Detmold als große kreisangehörige Stadt und die mittleren kreisangehörigen Städte Lemgo, Lage und Bad Salzuflen liegen zentral bzw. im westlichen Lipperland (Abbildung 3). Diese und die Städte Oerlinghausen sowie Leopoldshöhe sind mit mehr als 400 Einwohnern je km² die am dichtesten besiedelten. Detmold, Bad Salzuflen, Lage und Lemgo stellen Siedlungsschwerpunkte dar, in denen sich mehr als die Hälfte der Bevölkerung (58,5%) konzentriert. Die westlichen Städte und Gemeinden sind zudem die zentralen Arbeitsplatzschwerpunkte der Region. Im Osten sind die kreisangehörigen Kommunen hingegen weniger stark besiedelt und eher ländlich geprägt.

Nach außen ist die lippische Region vor allem durch die mittelständische, oft dynamische und innovative Industrie repräsentiert. Die Landschaft in Lippe zeichnet sich durch eine vielfältige und in großen Teilen intakte Kulturlandschaft aus. Die landschaftliche Schönheit und touristische Attraktivität, verbunden mit den wirtschaftlichen Standortfaktoren, stellen besondere Reize des Kreises Lippe dar.

Bei genauerer Betrachtung des prozentualen Anteils der Kinder im Alter von 5 bis 6 Jahren (zukünftige Schulanfängerinnen/Schulanfänger) an der Gesamtbevölkerung am 31.12.2016 (Abbildung 2) war der Kreis Lippe im Durchschnitt auf gleicher Höhe mit dem Regierungsbezirk Detmold (0,90%), lag aber etwas höher als der Gesamtdurchschnitt in Nordrhein-Westfalen (0,86%). In den nördlichen und östlichen Regionen des Kreisgebietes fand sich ein eher niedriger prozentualer Anteil, in Augustdorf, Detmold, Lage und Schlangen dagegen ein eher höherer. Dies steht im Gegensatz zu der generellen Entwicklung, dass mit zunehmender Größe der Kommune der Anteil an Kindern geringfügig abnimmt.²

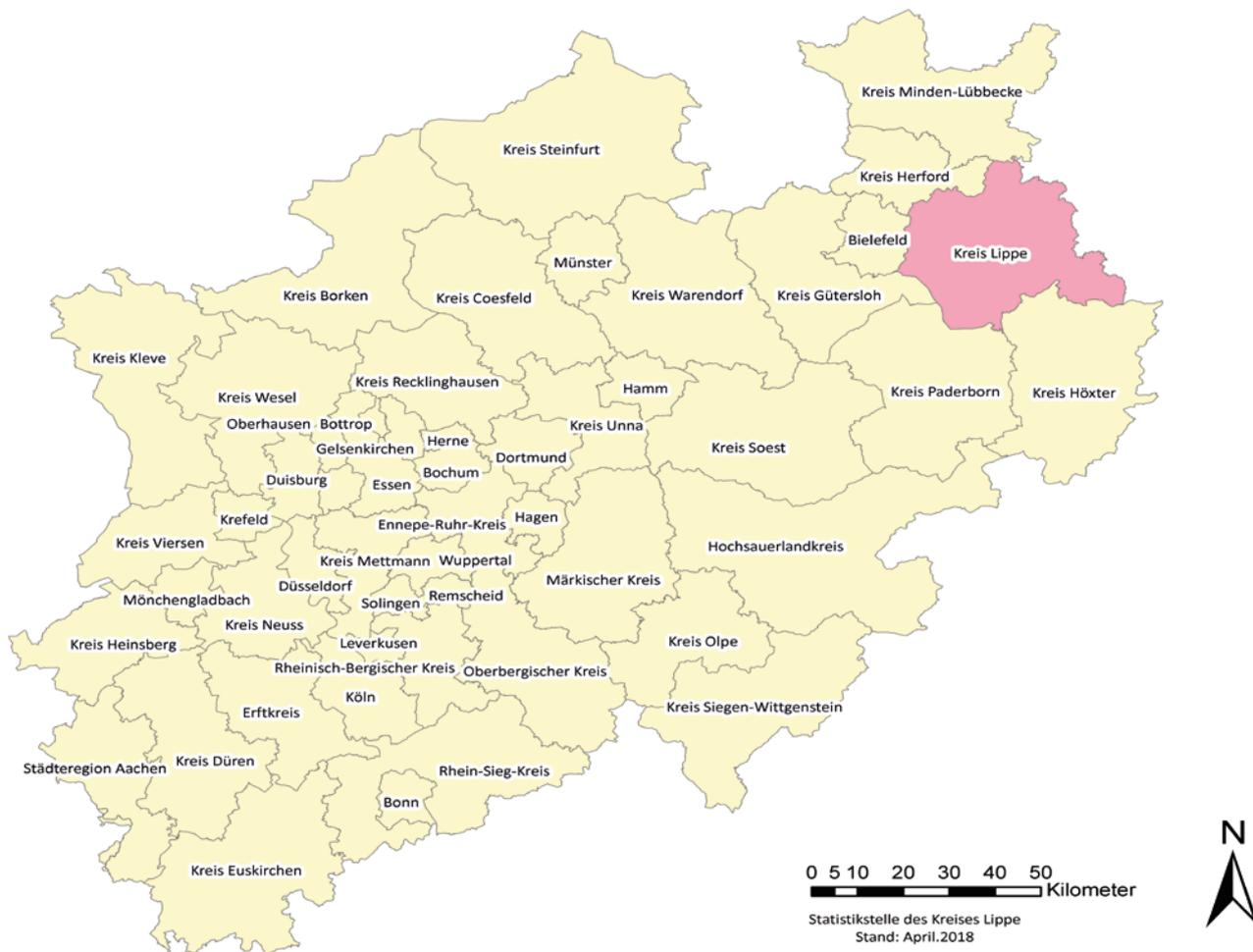


Abbildung 1 Kreis Lippe in Nordrhein-Westfalen

Quelle: Statistikstelle des Kreises Lippe (eigene Darstellung)

² Quelle: Statistikstelle des Kreises Lippe (eigene Berechnung nach IT.NRW)

Zudem ist davon auszugehen, dass die Zahl der Lebendgeburten im Kreis Lippe steigen wird und bereits über dem Landesdurchschnitt liegt. Die Anzahl der Geburten je Frau im Alter von 15 bis 49 Jahren lag im Jahr 2016 für den Kreis Lippe bei 1,83 (Information und Technik Nordrhein-Westfalen [IT.NRW], 2018a), während die Geburtenzahl in NRW 1,5 betrug (IT.NRW, 2018b). Daraus resultiert entgegen jeglicher Prognose, dass auch die Zahlen für die Einschulungsuntersuchungen mit dementsprechend zunehmendem Ressourcenbedarf ansteigen werden.

Für die Arbeit des Gesundheitsamtes bzw. hier im speziellen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes stellt dieser Flächenkreis eine besondere Herausforderung dar. Im Kreis Lippe finden die Schuleingangsuntersuchungen in der Regel in den Schulen statt. Die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes fahren in Zweiertteams (eine/ein Ärztin/Arzt und eine Medizinische Fachangestellte) in die jeweiligen Schulen. Die farbliche Abgrenzung in Abbildung 3 kennzeichnet die momentane Aufteilung der Städte und Gemeinden unter den Teams. Dabei wird sichtbar, dass insbesondere im Osten und Südosten des Kreises Lippe mehrere Städte und Gemeinden von einem Untersuchungsteam angefahren werden. Aufgrund der Bevölkerungsdichte der Städte Detmold, Lemgo und Bad Salzuflen wird von dem jeweils zuständigen Team keine weitere Stadt oder Gemeinde versorgt.

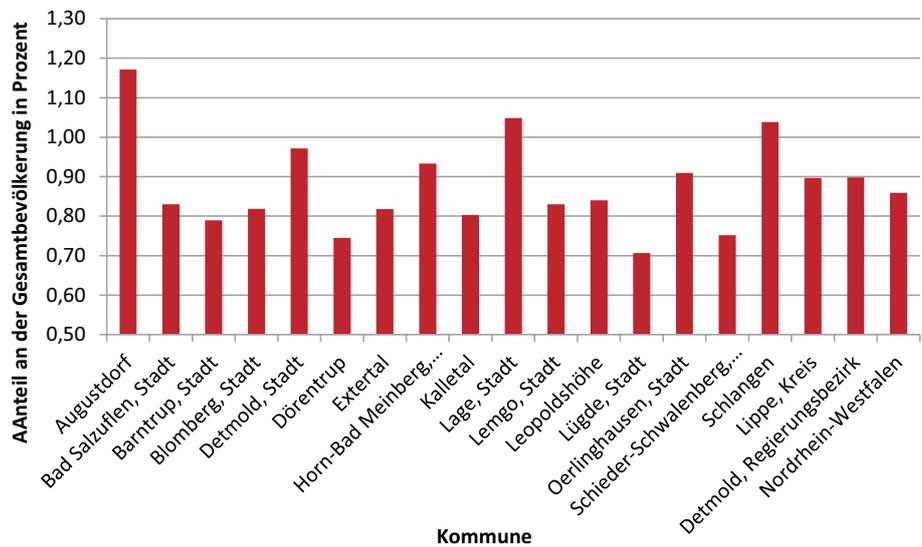


Abbildung 2 Anteil der Kinder im Alter von fünf bis sechs Jahren an der Gesamtbevölkerung am 31.12.2016 im Kreis Lippe, nach Kommunen, in Prozent

Quelle: Statistikstelle des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung nach IT.NRW)

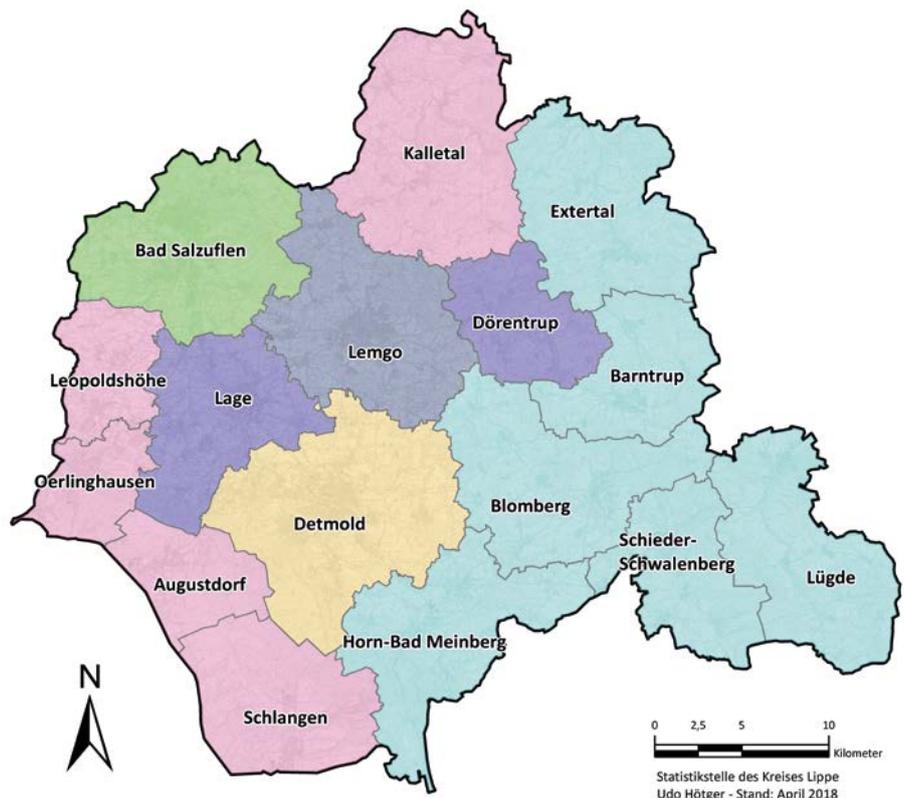


Abbildung 3 Kommunen im Kreis Lippe und farbliche Darstellung der Untersuchungsbezirke des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Kreises Lippe

Quelle: Statistikstelle des Kreises Lippe (eigene Darstellung)

3 Gesundheitsvorsorge im Kindesalter

Gesundheitsvorsorge spielt für die Früherkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen im Kindesalter eine wichtige Rolle. Bei Kindern können so mögliche Schäden für die Gesundheit vermieden oder verringert werden. Zu den wichtigsten präventiven Maßnahmen für die Gesundheitsvorsorge im Kindesalter gehören die Früherkennungsuntersuchungen und Schutzimpfungen (BMG, 2016; Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen [MGEPa], 2016). Insbesondere im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen besteht die einzigartige Möglichkeit, einen gesamten Einschulungsjahrgang flächendeckend in Bezug auf den Gesundheitsstatus zu untersuchen. Vor allem im Hinblick auf die Überprüfung des Impfstatus ergibt sich im weiteren Verlauf des Aufwachsens der Kinder keine nochmalige Gelegenheit, offiziell einen kompletten Jahrgang zu erfassen. Die Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen geben damit wichtige Impulse zur Entwicklung von Präventivmaßnahmen.

Im vorliegenden Kapitel wird zunächst die Bedeutung und der Aufbau der Schuleingangsuntersuchungen in NRW (Kapitel 3.1) erläutert. Des Weiteren werden Hintergrundinformationen zu Früherkennungsuntersuchungen (Kapitel 3.2) und Schutzimpfungen (Kapitel 3.3), die bis zur Schuleingangsuntersuchung durchgeführt werden, gegeben.

3.1 Relevanz und Aufbau der Schuleingangsuntersuchung in NRW

Der „Übergang in die Schule“ (Daseking & Petermann, 2008, S. 687) wird als ein vulnerabler Abschnitt des Lebens angesehen. Zu diesem Zeitpunkt können gesundheitliche Risiken erkannt und Entwicklungsstörungen sowie mögliche Erkrankungsgeschehen frühzeitig entdeckt und entsprechend behandelt oder gar verhindert werden (Daseking & Petermann, 2008). Deshalb nimmt die Untersuchung der Gesundheit im Schuleingangsalter einen wichtigen Stellenwert in der Gesundheitsvorsorge ein.

Eine länger andauernde Störung der Entwicklung birgt ein höheres Risiko für gesundheitliche Belastungen sowie für Lernstörungen (Daseking & Petermann, 2008; Laucht, Schmidt & Esser, 2002; Lauth & Mackowiak, 2006). Lauth & Mackowiak (2006, S. 200) beschreiben Lernstörungen als Minderleistungen, wenn die wichtigen schulischen Fertigkeiten (Lesen, Schreiben und Rechnen) nicht in angemessener Zeit und Qualität erlernt werden können. Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten werden auch in der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems–10, F.81-81.9

(ICD-10-GM-2017) benannt (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, 2016).

Entwicklungsstörungen wirken sich auf den Schulalltag und auf das familiäre Zusammenleben aus. Wenn das Kind aus seinem alltäglichen Umfeld und der Schule erfährt, dass es in der Schule nicht genügend Erfolg aufweisen kann, können psychische Belastungen entstehen. Dadurch werden auch die Lebensqualität und die Zufriedenheit der Kinder beeinträchtigt. Die Folgen dieser Belastungen können weitere Komorbiditäten verursachen, z. B. Verhaltens- und Konzentrationsstörungen (Laucht et al., 2002; Schlack, 2009). Petermann, Oldenhage und Simon (2009, S. 13) unterstreichen, dass durch die Früherkennung von (gesundheitlichen) Beeinträchtigungen in der Entwicklung des Kindes negative Erfahrungen im Schulalltag verhindert und weitere gesundheitliche sowie psychische Belastungen im Verlauf des Lebens vermieden werden können.

Ein wichtiges Ziel ist somit die Gewährleistung eines guten Starts in die Schullaufbahn der Kinder. In der Schule erlernte Fertigkeiten sind nicht nur von Relevanz für die Schullaufbahn des Kindes, sondern stellen eine wichtige Voraussetzung für das alltägliche Leben sowie den Erfolg im späteren Berufsleben dar. Diese Fertigkeiten bilden eine wichtige Grundlage zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und sind eine Basis für gesundheitsförderliches Verhalten und die Persönlichkeitsentwicklung (GKV-Spitzenverband, 2014; Petermann et al., 2009). Die Untersuchung der Fähigkeiten, die für das Erlernen von schulischen Fertigkeiten notwendig sind, ist Gegenstand der Schuleingangsuntersuchung.

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst ist in NRW zur Durchführung von Schuleingangsuntersuchungen verpflichtet. Diese sind gesetzlich vorgeschrieben im § 54 des Schulgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen und Teil des Schulaufnahmeverfahrens. Die Schuleingangsuntersuchungen stehen in NRW zusätzlich in Verbindung mit dem § 12 ÖGD NRW. In allen Gesundheitsämtern in NRW wird die Schuleingangsuntersuchung nach dem Bielefelder Modell, unter anderem mit Hilfe des standardisierten Verfahrens *Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen* (SOPESS), durchgeführt (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit für Nordrhein-Westfalen [LIGA NRW], 2008; Daseking, Petermann et al., 2009a).

Ziel der Schuleingangsuntersuchung ist es, die Schulfähigkeit aller Schulanfängerinnen/Schulanfänger festzustellen. Es wird geprüft, ob die Kinder in der Lage sind, mit

den Anforderungen des neuen schulischen Umfeldes umgehen zu können (Daseking & Petermann, 2008, Daseking, Petermann et al., 2009a; Oldenhage, Daseking & Petermann, 2009). Dies geschieht anhand der Untersuchung von sogenannten „Vorläuferfähigkeiten“ (Daseking & Petermann, 2008, S.686), die die Basis für das Erlernen von Fertigkeiten wie Lesen, Schreiben und Rechnen bilden. Diese werden bereits im Kleinkindalter entwickelt und im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung durch das SOPESS überprüft (Daseking, Petermann et al., 2009a; Petermann et al., 2009; LZG.NRW, o.J.).



Abbildung 4 SOPESS-Kategorien

Quelle: eigene Darstellung nach Petermann et al.(2009)

Die Schuleingangsuntersuchung setzt sich aus mehreren Untersuchungsteilen zusammen. Neben den SOPESS-Kategorien in Abbildung 4 (Visuomotorik, selektive Aufmerksamkeit, Zahlen- und Mengenvorwissen, visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken, Sprache und Sprechen, Körperkoordination) wird auch ein Hör- und Sehtest durchgeführt. Abschließend erfolgt eine körperliche Untersuchung mit einer Kontrolle des Körpergewichtes und der Körpergröße. Es erfolgen keine invasiven Maßnahmen (z. B. Blutentnahme, Impfung). Während des gesamten Untersuchungszeitraums wird die psycho-emotionale Entwicklung des Kindes beobachtet und später eingeschätzt. Wichtig ist außerdem, inwiefern sich das Kind auf die einzelnen Aufgaben einlässt und konzentriert bleibt. Im Folgenden wird auf die Bedeutung der einzelnen Untersuchungsparameter dezidiert eingegangen:

Hören

Für eine erfolgreiche Bewältigung des Schulalltags ist das Hörvermögen eine wichtige Basis. Dem Kind ist es bei einem entsprechenden Defizit nicht möglich, dem Unterricht zu folgen. Es kann nicht vollständig am Unterricht teilnehmen und seine Schulfertigkeiten, wie z.B. das Lesen entwickeln (Oldenhage et al., 2009). Bestehen Defizite im Hörvermögen, wird eine weiterführende Diagnostik und ggf. Behandlung durch einen Facharzt empfohlen (ebd.). Das Hörvermögen der Schulanfängerinnen/Schulanfänger wird mithilfe eines Audiometers geprüft (LIGA NRW, o.J.).

Sehen

Das Sehvermögen ist für die Entwicklung von Fertigkeiten wie Lesen, Schreiben und Rechnen von Bedeutung. Defizite beim Sehvermögen erschweren durch eine zusätzliche gesundheitliche Belastung, z. B. Überanstrengung der Augen und Kopfschmerzen, die Bewältigung des Schulalltags (LIGA NRW, o.J.; Oldenhage et al., 2009).

Eine Beeinträchtigung der Sehleistung kann in der Regel mit einer Sehhilfe korrigiert werden. Es kann auch eine weitere medizinische Behandlung erforderlich sein (Daseking & Petermann, 2008). Die Sehschärfe wird mittels eines Sehtestgerätes ermittelt. Bei Kindern mit einer Sehhilfe (Brille) wird der Sehtest mit dieser auch durchgeführt (LIGA NRW, o.J.). Im Rahmen der Testung wird neben der Sehschärfe die Fähigkeit der Rot-Grün-Unterscheidung mittels Ishara-Tafel geprüft.

Visuomotorik

Die Visuomotorik stellt eine grundlegende Voraussetzung für schulische Fähigkeiten und Fertigkeiten wie das Schreiben dar. Dabei geht es um das Zusammenspiel von visueller Wahrnehmung und zielgerichteten körperlichen Bewegungen (Auge-Hand-Koordination). Dies bildet die Basis, um dem Unterricht an der Tafel zu folgen und gleichzeitig abzuschreiben (Daseking, Petermann et al., 2009a, S. 650). Diese Kompetenz ist auch für zukünftige Fertigkeiten relevant, z. B. den Alltag zu bewältigen oder sicher am Straßenverkehr teilzunehmen. Zusätzlich wird währenddessen die Stifthaltung und -führung überprüft. Ein langsames Schreibtempo fordert viel Kraft und Konzentrationsfähigkeit und behindert das Kind, Lerninhalten gleichzeitig folgen zu können. Der Test zur Visuomotorik ist in zwei Aufgabenteile, der Ergänzung von Formen und dem Zeichnen nach einer Vorlage, unterteilt (Petermann et al., 2009).

Selektive Aufmerksamkeit

Grundsätzlich können Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern zu Beeinträchtigungen und Schwierigkeiten führen, z. B. im Alltag und in der Schule (Falkensteiner et al. 2006). Wird in der Schuleingangsuntersuchung eine medizinisch relevante Beeinträchtigung im Bereich der Aufmerksamkeit (z. B. das Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Defizit-Syndrom) vermutet, wird eine weitere medizinische Abklärung empfohlen (Michaelis & Niemann, 2010; Petermann et al., 2009). Während der Schuleingangsuntersuchung wird die selektive Aufmerksamkeit getestet. Diese bildet die Grundlage für die Anforderung, sich im Unterricht konzentrieren zu können sowie die eigene Aufmerksamkeit auf ein bestimmtes Unterrichtsmaterial zu lenken. Das ist von Bedeutung für den Erwerb neuen Wissens und neuer Fertigkeiten in der Schule (Daseking et al., 2009a, Oldenhage et al., 2009;

Petermann et al., 2009). Die Aufgabe zur selektiven Aufmerksamkeit während der Schuleingangsuntersuchung beinhaltet eine sogenannte „Durchstreichaufgabe“ (Petermann et al., 2009, S. 22).

Zahlen- und Mengenvorwissen

Auch das Erkennen von Zahlenfolgen sowie das Erfassen und Vergleichen von Mengen ist eine Kompetenz, die als Voraussetzung für den Erwerb der Rechenfertigkeit gilt. Sie bildet die Grundlage für den Mathematikunterricht (Daseking, Petermann et al., 2009a; Petermann et al., 2009). Zur Überprüfung des Zahlen- und Mengenvorwissens werden während der Schuleingangsuntersuchung drei Übungen von den Kindern gelöst: Abzählen, Erfassen und Vergleichen von Mengen (Petermann et al., 2009).

Visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken

Das visuelle Wahrnehmen und schlussfolgernde Denken ist laut Daseking, Petermann et al. (2009a) und Petermann et al. (2009) von großer Relevanz für das Erlernen neuer Fertigkeiten in der Schule. Es bildet z. B. die Basis für das logische Denken sowie das Erfassen und Lösen von Problemen. Innerhalb des Testes für „visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken“ wird geprüft, inwiefern das Kind in der Lage ist, logische Zusammenhänge zu erkennen, Probleme zu lösen, Kategorien zu bilden sowie zwischen Ursachen und Wirkungen zu unterscheiden (Daseking, Petermann et al., 2009a; Daseking et al., 2011; Petermann et al., 2009). Defizite in der Wahrnehmung können bei Kindern zur Überforderung führen und sich auf die psychische Gesundheit, z. B. in Form von Verhaltens- und Konzentrationsproblemen, auswirken (Schlack, 2009).

Sprache und Sprechen

Eine altersentsprechende Sprachentwicklung ist für das erfolgreiche Erwerben von Wissen in der Schule von Bedeutung. Ebenso bilden Kenntnisse der deutschen Sprache eine wichtige Grundvoraussetzung für die Teilnahme am Schulalltag sowie das Erlernen der deutschen Schriftsprache (Daseking, Petermann et al., 2009a; Daseking, Oldenhage, Petermann & Waldmann, 2009b; Oldenhage et al., 2009).

Erstsprache und Deutschkenntnisse

Zusätzlich zur Erfassung der altersgerechten Sprachentwicklung der Schulanfängerinnen/Schulanfänger während der Schuleingangsuntersuchungen werden die Bezugspersonen gefragt, mit welcher Sprache die Kinder hauptsächlich in den ersten vier Jahren ihres Lebens aufgewachsen sind (Daseking, Oldenhage, Petermann & Waldmann, 2009b; LIGA NRW, o.J., Petermann et al., 2009). Bei mehrsprachig aufgewachsenen Kindern ist es schwierig zu differenzieren, ob eine tatsächliche Beein-

trächtigung in der Sprachentwicklung vorliegt oder die Sprachentwicklung im Rahmen der Mehrsprachigkeit noch altersentsprechend verläuft (Daseking, Oldenhage et al., 2009b; Petermann et al., 2009; Suchodoletz, 2003). Die Schulanfängerinnen/Schulanfänger beurteilen die Deutschkenntnisse bei Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch. Folgende fünf Kategorien werden verwendet: „keine Deutschkenntnisse; spricht radebrechend Deutsch; spricht flüssig Deutsch, aber mit erheblichen Fehlern; spricht flüssig Deutsch, aber mit leichten Fehlern; spricht fehlerfrei Deutsch“ (Petermann et al., 2009, S.27).

Sprach- und Sprechstörungen

Sprache ist neben dem Wissenserwerb wichtig für die Kommunikation zwischen Menschen und daher relevant für die soziale Interaktion sowie die Integration. Daher wirken sich Beeinträchtigungen in der Sprachentwicklung auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern besonders stark aus (Daseking et al., 2009b; Petermann, 2009). Oftmals bleiben diese Beeinträchtigungen unerkannt und werden nicht behandelt, was zu weiteren Komorbiditäten (z. B. Verhaltensstörungen) führen kann (Suchodoletz, 2003).

Die sprachliche Entwicklung wird in den Schuleingangsuntersuchungen anhand von Übungen zur Pluralbildung, Verwendung von Präpositionen und Pseudowörtern sowie über eine korrekte Aussprache geprüft (LIGA NRW, o.J.; Petermann et al., 2009).

Körperkoordination

Die Körperkoordination zeigt, wie gut das Kind seine Bewegungen koordinieren und das Gleichgewicht halten kann. Diese Fähigkeit ist in vielen Bereichen wichtig, z. B. zur Entwicklung der Feinmotorik oder zur Entwicklung von visuell-räumlichen Leistungen. Eine gute Körperkoordination kann indirekt auch positive Einflüsse auf die psychosoziale/-emotionale Entwicklung haben. Der Test zur Körperkoordination macht Störungen im Bewegungsablauf deutlich, die die Gesundheit des Kindes zukünftig negativ beeinflussen könnten (Daseking, Petermann et al., 2009a). Unzureichende Bewegung kann langfristig zu einem erhöhten Risiko für Krankheiten (z. B. Osteoporose als skelettale Erkrankung) oder körperlichen Beschwerden führen (RKI, 2012). Die Aufgabe zur Körperkoordination enthält das „seitliche Hin-und Herspringen“ (Petermann et al., 2009, S. 28).

Körpergewicht

Abweichungen vom Normalgewicht, sowohl nach unten als auch nach oben, können ein Risiko für die Gesundheit darstellen. Insbesondere Übergewicht und Adipositas können einen Risikofaktor für chronische Erkrankungen, z. B. Diabetes oder auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bedeuten. Beide wirken sich bereits im Kindes- und Ju-

gendalter auf die körperliche Gesundheit sowie auf die psychoemotionale/-soziale Entwicklung aus (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007). Relevante Risikofaktoren für Übergewicht und Adipositas stellen u. a. die genetische Disposition, die Ernährungsweise und eine geringe körperliche Bewegung dar (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007). Einflussnehmend sind auch ein geringer Sozialstatus (z. B. niedriger Bildungsstand) und der Migrationshintergrund (MGEPA, 2016).³

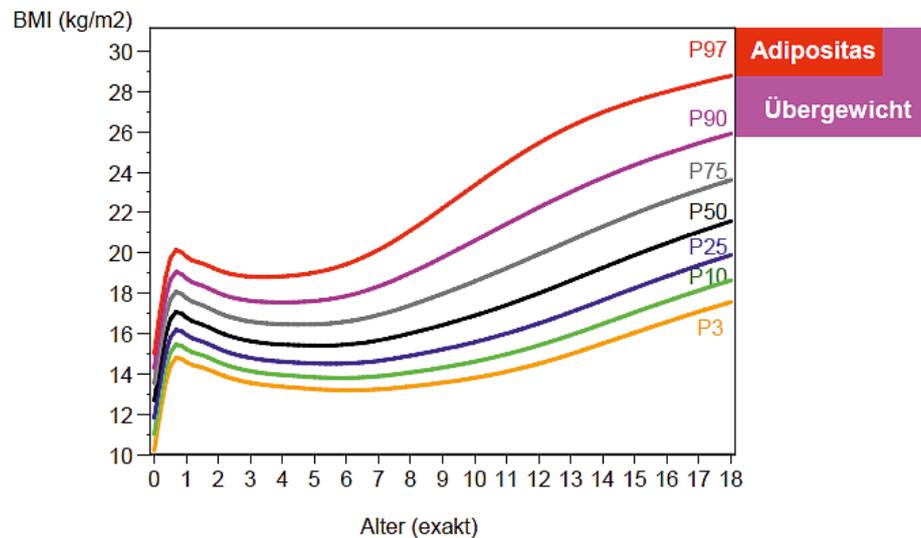


Abbildung 5 Verlauf der BMI-Referenzkurven (nach Kromeyer-Hauschild et al. 2001)
Quelle: Schaffrath Rosario & Dortschy (2009, S.9)

Das Gewicht wird bei den Schulinganguntersuchungen über den Body Mass Index (BMI) (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, 2011) berechnet nach der folgenden Formel:

$$\text{BMI} = \text{Gewicht [kg]} / \text{Körpergröße [m]}^2$$

Die Einordnung der BMI-Werte der Schulanfängerinnen/Schulanfänger erfolgt unter Berücksichtigung des Alters nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001). Die wissenschaftlich ermittelten Normwerte werden für Kinder und Jugendliche in Referenzkurven dargestellt. Dadurch wird eine Beurteilung zu „normalgewichtig, unter- oder übergewichtig bzw. deutlich untergewichtig oder adipös“ möglich und zwar sowohl im alters- als auch im geschlechtsspezifischen Vergleich.

Entsprechend der Definition sind Kinder mit einem BMI oberhalb der 90er Perzentile (P.) übergewichtig, oberhalb der 97er P. spricht man von Adipositas (Abbildung 5). Kinder mit einem BMI unterhalb der 10er P. gelten als untergewichtig, unterhalb der 3er P. sind sie deutlich untergewichtig (Abbildung 5).⁴

Die zuvor beschriebenen *Vorläuferfähigkeiten* stellen als „sozial-emotionale Kompetenzen, motorische Fertigkeiten und kognitive Fähigkeiten“ (Oldenhage et al., 2009, S. 644) wichtige Kriterien für die Schulfähigkeit dar. Auffälligkeiten innerhalb dieser Kriterien geben Hinweise für Unterrichts- und Fördermöglichkeiten in der Schule und geben Anlass zur Beratung des persönlichen Umfeldes des Kindes hinsichtlich möglicher Förderungen. Schulen sind aufgefordert, Kinder mit unterschiedlichen Potentialen individuell zu fördern. Das Kind wird auch bei Fest-

stellung eines Förderbedarfes eingeschult (Daseking & Petermann, 2008; Daseking, Petermann et al., 2009a). Ermöglicht wird dies durch eine flexible Schuleingangsphase sowie die Möglichkeit des *Gemeinsamen Unterrichts* (GU). Die flexible Eingangsphase kann in ein bis drei Schuljahren durchlaufen werden. In dieser Zeit sollen alle Schülerinnen/Schüler tragfähige Grundlagen für das weitere Lernen in den Klassen drei und vier erwerben (Daseking & Petermann, 2008; Petermann et al., 2009).

3.2 Früherkennungsuntersuchungen

Seit dem 1. Juli 1971 gehört das Früherkennungsprogramm für Kinder zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Im Rahmen dieses Programmes haben Kinder und Jugendliche bis zum Ende des 18. Lebensjahres das Recht, Früherkennungsuntersuchungen wahrzunehmen (Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA], 2016a). Diese dienen der Überprüfung des Entwicklungsstandes des Kindes sowie dem frühzeitigen Erkennen gesundheitlicher Beeinträchtigungen (MGEPA, 2016). Durch die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen kann die gesunde Entwicklung eines Säuglings bis weit über die Einschulung hinaus regelmäßig ärztlich überprüft werden, sodass mögliche Auffälligkeiten erkannt und behandelt werden bzw. die Kinder eine notwendige Förderung erhalten werden können (BMG, 2016). Sollten sich dabei Hinweise auf eine Vernachlässigung oder sogar eine Kindeswohlgefährdung ergeben, so soll die/der verantwortliche Ärztin/Arzt die notwendigen Schritte zum Wohl und Schutz des Kindes veranlassen (BMG, 2016; MGEPA, 2016).

³ Aufgrund der erheblichen gesundheitlichen Risiken wird das Augenmerk der Ergebnisauswertung im Folgenden auf die Befunde *Übergewicht* und *Adipositas* gelegt.

⁴ In dem vorliegenden Gesundheitsbericht erfolgte die Einteilung der Daten in Bezug auf das Körpergewicht an der hier beschriebenen BMI-Referenzkurve nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001). Die Definitionen dieser Kurve entsprechen den Vorgaben des Bielefelder Modells.

Die Früherkennungsuntersuchungen beinhalten insgesamt elf Untersuchungen im Rahmen der kassenärztlichen Leistungen. Davon werden zehn Untersuchungen (U1–U9) bis zum Schuleingangsalter durchgeführt. Die zusätzliche Untersuchung U7a wurde erst im Juli 2008 eingeführt. Gleichzeitig erfolgte eine Veränderung der Untersuchungszeiträume der U3 und der U8. Die letzte von allen Krankenkassen übernommene Untersuchung (J1) erfolgt zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr (Lampert et al., 2015; G-BA, 2016a). Weitere Früherkennungsuntersuchungen (U10, U11 und J2) werden nur vereinzelt durch die Krankenkassen finanziert.

Die für die Früherkennungsuntersuchungen ausgewählten Zeiträume orientieren sich an den Entwicklungszielen, die alle Kinder in einem gewissen Alter erreicht haben sollten. Michaelis und Niemann (2010, S. 123) bezeichnen diese Ziele als „Grenzsteine“ in der kindlichen Entwicklung. Die jeweils genau zu prüfenden gesundheitlichen Aspekte und Schwerpunkte in den Früherkennungsuntersuchungen werden vom G-BA⁵ in der Kinder-Richtlinie festgelegt (Tabelle 1).

Wie Tabelle 1 zeigt, werden die Früherkennungsuntersuchungen U1 und U2 nach der Geburt zumeist noch in der Geburtsklinik durchgeführt. Alle weiteren Früherkennungsuntersuchungen (U3-U9) werden von der/dem verantwortlichen Kinder- und Jugendärztin/-arzt oder Hau-

särztin/-arzt ausgeführt (LZG.NRW, 2016).⁶ Die Befunde der Früherkennungsuntersuchungen werden im Kinderuntersuchungsheft erfasst, das der Mutter nach der Geburt in der Geburtsklinik übergeben wird (G-BA, 2016a).

Die *Zentrale Stelle Gesunde Kindheit* im LZG.NRW dokumentiert die Anzahl der wahrgenommenen Früherkennungsuntersuchungen (U5-U9) und prüft damit, ob alle Kinder in NRW an der Früherkennungsuntersuchung teilgenommen haben. Für die Erfüllung dieser Aufgabe sind alle Ärztinnen/Ärzte seit 2009 laut des gesetzlichen Meldeverfahrens *Landesverordnung zur Datenmeldung zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen* dazu verpflichtet, alle durchgeführten Untersuchungen bei der Zentralen Stelle zu bestätigen. Bei nicht nachgewiesener Inanspruchnahme werden die Erziehungsberechtigten an die Untersuchungen erinnert. Sofern nach einer zweiten Erinnerung durch das LZG.NRW keine Mitteilung über die Teilnahme eingeht, informiert die Zentrale Stelle die entsprechende Kommune eines Kreises (LZG.NRW, 2016). Die zuständige Jugendhilfe ist daraufhin verpflichtet, jedem Einzelfall nachzugehen.

3.3 Schutzimpfungen

Infektionskrankheiten sind trotz des Wandels der Erkrankungen bedeutend für die Kindergesundheit. Infektionen und ihre Krankheitsfolgen verringern die Lebensqualität

Tabelle 1 Untersuchungsschwerpunkte der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (allgemeine Übersicht)

| Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres | | |
|---|-----------------------------|--|
| | Zeitpunkt | Untersuchungsschwerpunkte |
| U1 | Unmittelbar nach der Geburt | Kontrolle von Hautfarbe, Atmung, Muskeltätigkeit, Herzschlag und Reflexen, Screening auf kritische angeborene Herzfehler, Screening zur Früherkennung angeborener Stoffwechseldefekte und endokriner Störungen sowie Mukoviszidose, Hörscreening zur Erkennung beidseitiger Hörstörungen ab einem Hörverlust von 35 dB |
| U2 | 3. – 10. Lebenstag | Untersuchung von Organen, Sinnesorganen und Reflexen |
| U3 | 4. – 5. Lebenswoche | Prüfung der altersgemäßen Entwicklung der Reflexe, der Motorik, des Gewichts und der Reaktionen, Untersuchung der Organe und der Hüften, Abfrage des Trinkverhaltens |
| U4 | 3. – 4. Lebensmonat | Untersuchung der Organe, Sinnesorgane, Geschlechtsorgane und der Haut, von Wachstum, Motorik und Nervensystem |
| U5 | 6. – 7. Lebensmonat | Untersuchung der Organe, Sinnesorgane, Geschlechtsorgane und der Haut, von Wachstum, Motorik und Nervensystem |
| U6 | 10. – 12. Lebensmonat | Kontrolle der geistigen Entwicklung, der Sinnesorgane und der Bewegungsfähigkeit |
| U7 | 21. – 24. Lebensmonat | Test der sprachlichen Entwicklung, Feinmotorik und Körperbeherrschung |
| U7a | 34. – 36. Lebensmonat | Frühzeitige Erkennung von Sehstörungen und sonstigen Auffälligkeiten |
| U8 | 46. – 48. Lebensmonat | Intensive Prüfung der Entwicklung von Sprache, Aussprache und Verhalten, um eventuelle Krankheiten und Fehlentwicklungen im Vorschulalter gezielt behandeln zu können. |
| U9 | 60. – 64. Lebensmonat | Prüfung der Motorik und Sprachentwicklung, um eventuelle Krankheiten und Fehlentwicklungen vor dem Schuleintritt zu erkennen und zu heilen. |

Quelle: G-BA (2016a)

⁵ Der G-BA stellt das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte/Ärztinnen, Zahnärzte/Zahnärztinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland dar (G-BA, 2016b).

⁶ Im Kreis Lippe wird nicht durchgehend erfasst, ob die Früherkennungsuntersuchungen von der/vom niedergelassenen Kinderärztin/-arzt oder Hausärztin/-arzt durchgeführt werden, daher findet dieser Aspekt keine weitere Beachtung in diesem Bericht.

und beeinflussen die zukünftige Gesundheit des Kindes. Impfungen sind eine präventive Maßnahme gegen Infektionserkrankungen (Lampert et al., 2015; MGEPA, 2016; Ständige Impfkommission [STIKO], 2016b). Ein vollständiger Impfschutz im Erwachsenenalter kann erreicht werden, wenn eine Grundimmunisierung durch die empfohlenen Impfstoffe bereits im Kindes- und Jugendalter erfolgt ist (MGEPA, 2016, STIKO, 2016 a & b).

Zum Schutz der gesamten Bevölkerung vor Infektionskrankheiten ist nach den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation eine Impfquote von mindestens 95% notwendig (World Health Organization [WHO], 1999). So tritt die Herdenimmunität in Kraft, die den Ausbruch und die Verbreitung von Infektionskrankheiten verringert. Allgemein gilt, dass die Ansteckungsgefahr vermindert wird, je mehr Menschen gegen Infektionskrankheiten geimpft sind. Daher sollte bei der Impfaufklärung und -beratung die Wirksamkeit des Impfschutzes mit möglichen gesundheitlichen Risiken (z. B. eine Infektion) für die Gesundheit des Kindes abgewogen werden. (Lampert et al., 2015; MGEPA, 2016; STIKO, 2016a & b).

In Deutschland gibt es keine gesetzliche Impfpflicht. Allerdings spricht die Ständige Impfkommission (STIKO), ein vom Bundesministerium einberufenes Expertengremium am Robert Koch-Institut, regelmäßig Impfeempfehlungen aus (BMG, 2016). So ist gemäß der Empfehlungen der STIKO bei Kindern in den ersten zwei Lebensjahren eine Grundimmunisierung gegen die häufigsten Infektionskrankheiten vorgesehen, da sie im frühen Kindesalter als eine besonders vulnerable Gruppe angesehen werden (STIKO, 2016a & 2016b). Tabelle 2 stellt entsprechend dem Impfkalender der STIKO eine Übersicht über die Impfungen zur Grundimmunisierung je nach Impfstoff dar (2016b). Demnach werden für eine Grundimmunisierung der Kinder hauptsächlich kombinierte Impfstoffe verwendet (STIKO, 2016a). Im Laufe der Zeit haben sich relevante Veränderungen in Bezug auf die Impfeempfehlungen ergeben. Seit 2004 wird die Varizellenimpfung (zunächst mit einer Impfung) empfohlen, seit 2009 gelten auch hier zwei Impfungen als vollständige Immunisierung. Die Impfung gegen Pneumokokken (seit 2006 empfohlen) soll bis zum zweiten Lebensjahr durchgeführt werden. Eine Grundimmunisierung war bis 2015 mit vier Impfungen abgeschlossen, seitdem sind nur noch drei Impfungen erforderlich. Nur eine Impfdosis wird bei dem Erreger Meningokokken C (seit 2006 empfohlen) verwendet. Die Impfung gegen Rotaviren erfolgt je nach Impfstoff in zwei oder drei Impfdosen. Der Rotaviren-Impfstoff⁷ wird seitens der STIKO erst seit 2013 empfohlen. Auffrischimpfungen sind im Vorschulalter insbesondere

für Tetanus, Diphtherie und Pertussis vorgesehen (STIKO, 2016a).

Die Grundimmunisierung eines Kindes innerhalb des vorgesehenen Zeitraumes durchzuführen, ist eine wichtige Aufgabe der/des betreuenden Ärztin/Arztes. Auch die Auffrischimpfungen und die gesetzliche Pflicht zur Impfberatung sowie -aufklärung sind Aufgaben der/des behandelnden Ärztin/Arztes nach § 20 Absatz 1 und § 3 IfSG (STIKO, 2016a & 2016b). Da Schutzimpfungen für Kinder zum Leistungskatalog der Krankenkassen gehören, werden die Kosten für die im Impfkalender (Tabelle 2) genannten Infektionskrankheiten übernommen oder erstattet (STIKO, 2016b).

Tabelle 2 Impfkalender für die Kinder im Vorschulalter, Empfehlungen der STIKO zur Grundimmunisierung im Kleinkindalter

| Impfung | Alter in Monaten | | | | | |
|-----------------------------------|------------------|----------|----------|----------|--------------|--------------|
| | 6 Wochen | 2 Monate | 3 Monate | 4 Monate | 11–14 Monate | 15–23 Monate |
| Rotaviren | G1 | G2 | (G3) | | | |
| Tetanus | | G1 | G2 | G3 | G4 | N |
| Diphtherie | | G1 | G2 | G3 | G4 | N |
| Pertussis | | G1 | G2 | G3 | G4 | N |
| Hämophilus influenzae Typ b (Hib) | | G1 | G2 | G3 | G4 | N |
| Poliomyelitis (Polio) | | G1 | G2 | G3 | G4 | N |
| Hepatitis B (Hep B) | | G1 | G2 | G3 | G4 | N |
| Pneumokokken | | G1 | | G2 | G3 | N |
| Meningokokken C | | | | | G1 | G1 |
| Masern | | | | | G1 | G2 |
| Mumps, Röteln | | | | | G1 | G2 |
| Varizellen | | | | | G1 | G2 |

G = Grundimmunisierung in bis zu vier Teilimpfungen (G1 bis zu G4)

N = Nachimpfung (Grundimmunisierung aller noch nicht geimpften bzw.

Vervollständigung einer noch nicht beendeten Impfserie

Quelle: eigene Darstellung nach STIKO, 2016b, S.8–9

Des Weiteren empfiehlt die STIKO (2016a, S. 302) „vor Eintritt in eine Gemeinschaftseinrichtung“ (z. B. Kindertagesstätte (Kita) oder Schule) den Impfstatus zu prüfen und vorhandene Impflücken zu schließen. Insbesondere aufgrund des seit 2013 bestehenden rechtlichen Anspruchs auf einen Betreuungsplatz für Ein- bis Dreijährige (§ 24, Abs. 2, SGB VIII) ist die Schließung vorhandener Impflücken vor Eintritt in die Gemeinschaftseinrichtung zur Eingrenzung und/oder Verhinderung einer Ausbreitung von Infektionskrankheiten von großer Bedeutung (STIKO, 2016a & 2016b). Seit 2016 besteht eine Verpflichtung zur Vorlage einer Bescheinigung über eine zeitnah vor der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung erfolgte, den Empfehlungen der STIKO entsprechende

⁷ Der Rotaviren-Impfstoff findet in diesem Gesundheitsbericht keine Berücksichtigung, da die ersten in Frage kommenden Kinder erst in 2019 schulpflichtig werden.

ärztliche Impfberatung (§ 34 Abs. 10a IfSG). Bei einem fehlenden Nachweis wird das Gesundheitsamt darüber informiert und kann zu einer Impfberatung laden. Kinder ohne ausreichenden Impfschutz können zur Infektionsverhütung und weiteren Infektionsvermeidung bei Auftritt eines Krankheitsfalles befristet vom Besuch der Grundschule/Kita ausgeschlossen werden (§ 28 Absatz 5 Infektionsschutzgesetz (IfSG)). Je nach Fall können auch gemäß § 20 Abs. 6 und 7 IfSG Schutzimpfungen durch eine Rechtsverordnung angeordnet werden.

Die erfolgreiche Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes im Ausbruchsgeschehen erfolgte im Kreis Lippe beispielsweise im Jahre 2015. In dem Jahr kam es zunächst in Extertal und im Abstand von wenigen Monaten auch in Barntrop jeweils zu einem Masernausbruch. „Die Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen“ (BMG, 2015, S. 8). Besonders gefährlich macht diese Virusinfektion, dass sie zu lebensbedrohlichen Komplikationen, u. a. mit schweren Hirnschädigungen, führen und tödlich sein kann (BMG, 2015). Aufgrund der hohen Ansteckungsgefahr und der möglichen schwerwiegenden bis tödlichen Folgen dieser Erkrankung musste im Fall des Masernausbruchs in Barntrop u. a. der Impfstatus von 2.400 möglichen Kontaktpersonen (Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, Mitschülerinnen/Mitschülern, etc.) überprüft werden. Bis keine Ansteckungsgefahr mehr bestand, durften nicht geimpfte Personen und nur unzureichend Geimpfte (nur eine Impfung erhalten) aus dem Umfeld der Erkrankten nicht zur Arbeit oder in eine Gemeinschaftseinrichtung gehen. Nur durch die konsequente Anwendung des Infektionsschutzgesetzes (Isolierung der Kranken, labor-chemischer Nachweis des Masernvirus, Sammeln von Informationen aus der Um-

gebung sowie Zusammenarbeit des Gesundheitsamtes mit den Ärztinnen/Ärzten, Kitas, Schulen und Eltern) war es möglich, die Krankheit einzudämmen (Kreis Lippe aktuell, 2015).

Aus diesem Grund benennt der Kreis Lippe die Bekämpfung der Masern als ein wichtiges Handlungsfeld der Prävention. Ziel ist es, im Kreis Lippe eine vollständige Immunisierung aller Kinder mit zwei Impfungen zu erreichen (Kreis Lippe, 2017). Auch die WHO hat alle 53 Mitgliedsstaaten dazu aufgerufen, am Ziel „Elimination der Masern und Röteln“ mitzuwirken (WHO, 1999). Zur Erreichung dieser Zielvorgabe hat die Bundesregierung im Jahr 2015 den „Nationalen Aktionsplan gegen Masern und Röteln“ vorgelegt (BMG, 2015). In Deutschland ist für die erste Masern-Impfung im Jahr 2015 eine Impfquote von 96,8% erreicht worden (RKI, 2017). Für die vollständige Immunisierung (sprich 2 Impfungen) lag die Impfquote im Jahr 2015 bundesweit bei 92,8%. Die Impfquote für die erste Masern-Impfung lag in NRW für das Jahr 2015 bei 97,6%. Bei der vollständigen Immunisierung waren es in NRW 94,3% im Jahr 2015 (RKI, 2017).

Zum Impfstatus von Schulanfängerinnen/Schulanfängern liefern die nach § 34 Abs.11 IfSG erhobenen Daten im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wichtige Erkenntnisse. Die erfassten Daten werden in aggregierter und anonymisierter Form den verantwortlichen Landesgesundheitsämtern gemeldet und von dort aus an das RKI übermittelt. Mithilfe dieser Daten werden durch das seit 2012 bundesweit einheitlich angewandte Erhebungsverfahren regionale Vergleiche und Zeitreihenanalysen ermöglicht (RKI, 2017).

4 Daten und Methoden

Wird der Public Health Action Cycle (Abbildung 6) betrachtet, so lässt sich dieser Gesundheitsbericht dem Aspekt der Problemanalyse zuordnen. In dieser ersten Phase findet die Auswertung der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen innerhalb dieses Gesundheitsberichtes statt. Diese Auswertungsergebnisse bilden die Basis zur Strategieformulierung und für die zum Schluss abgeleiteten Handlungsempfehlungen sowie spätere gesundheitspolitische und bedarfsgerechte Maßnahmen und Präventionsangebote.



Abbildung 6 Public Health Action Cycle
Quelle: in Anlehnung an Ruckstuhl, Twisselmann, Brenner und Somaini (1997)

Das vorliegende Kapitel unterteilt sich in drei Abschnitte. Zu Beginn wird die Stichprobe für die durchgeführte Datenanalyse beschrieben (Kapitel 4.1), gefolgt von einer dezidierten Darstellung der Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen (Kapitel 4.2). Im letzten Kapitelteil wird auf die Eingabe, Aufbereitung und Auswertung der Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen näher eingegangen (Kapitel 4.3).

4.1 Beschreibung der Stichprobe

Während der Schuleingangsuntersuchungen im Kreis Lippe von 2010/2011 bis 2017/2018 wurden acht Einschulungsjahrgänge vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst untersucht. Es wurden die Ergebnisse von 25.926 Kindern ausgewertet, die sich mit jeweils ca. 3.200 Untersuchungen relativ gleichmäßig auf die Einschulungsjahrgänge verteilen (Abbildung 7). Abbildung 8 stellt die Verteilung aller Schuleingangsuntersuchungen für die Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018 in den 16 lippischen Kommunen (zehn Städte und sechs Gemeinden) dar. Deutlich wird, dass der prozentuale Anteil der durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen in den Städten im Vergleich zu den Gemeinden höher lag. Die meisten

Untersuchungen fanden demnach in Detmold als größten Einzugsbezirk, gefolgt von Bad Salzuflen, Lage und Lemgo statt. Der durchschnittliche Anteil von Jungen und Mädchen lag bei 51,5% und 48,5% (Abbildung 9).

4.2 Durchführung der Schuleingangsuntersuchung

Die Schuleingangsuntersuchung wird in allen Gesundheitsämtern in NRW nach dem Bielefelder Modell unter anderem mit Hilfe des SOPESS durchgeführt und ausgewertet (vgl. Kapitel 3.1). Durch dieses Verfahren erfolgt eine standardisierte Messung der physischen und kognitiven Entwicklung des Kindes (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit für Nordrhein-Westfalen [LIGA NRW], 2008; Daseking, Petermann et al., 2009a). Im Kreis Lippe werden die Eltern der Schulanfängerinnen/Schulanfänger im letzten Jahr vor der Einschulung zur Schuleingangsuntersuchung per Anschreiben durch die Schulen eingeladen.

In NRW und im Kreis Lippe werden neben den soziodemografischen Angaben die Entwicklung des Kindes (z. B. die Sprach- und Sprechentwicklung etc.) abgefragt. Hinzu kommt die Erhebung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen (U1–U9) über das Kinderuntersuchungsheft, die Feststellung des Impfstatus mittels des Impfausweises sowie ggf. die Prüfung anderer Entwicklungsdokumentationen von Ärzten oder Kindertagesstätten (Kita), wenn sie vorliegen (Oldenhage et al., 2009, S. 641). Die erhobenen Befunde werden dokumentiert. Anschließend werden die für den Schulbesuch relevanten Informationen in Form eines standardisierten schulärztlichen Gutachtens aufbereitet und an die aufnehmende Schule weitergeleitet.

Des Weiteren wird eine körperliche Untersuchung durchgeführt sowie die Hör- und Sehleistung erfasst. Bedeutsame Erkrankungen (u. a. chronische Krankheiten, Allergien oder weitere körperliche Beeinträchtigungen), die die Schulfähigkeit einschränken können, werden ebenfalls dokumentiert. Alle Befunde orientieren sich an den Diagnosen der ICD-10 (LZG.NRW, o.J.; 2016a; Oldenhage et al., 2009). Zudem beobachten die Schulärztinnen/Schulärzte in ganz NRW während der Schuleingangsuntersuchung die sozialen Interaktionen des Kindes zu seiner Bezugsperson und zur untersuchenden Person. Schlussendlich werden die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung mit der Bezugsperson des Kindes besprochen (Daseking, Petermann et al., 2009a; LZG.NRW, 2016; Oldenhage et al., 2009). Die Schulärztinnen/Schulärzte in NRW bewerten und dokumentieren die Befunde der Schuleingangsuntersuchung anhand der in Tabelle 3 eingehend beschriebenen Befundbewertungskriterien.

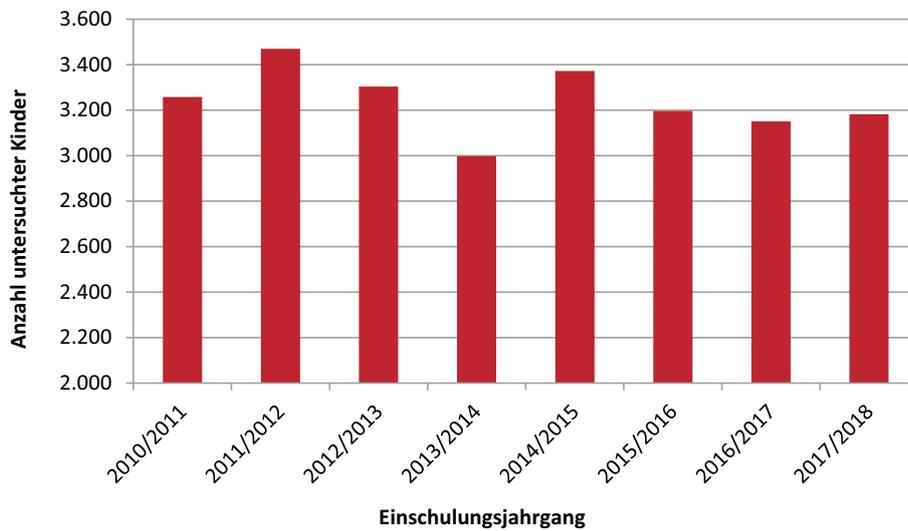


Abbildung 7 Anzahl der untersuchten Kinder im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

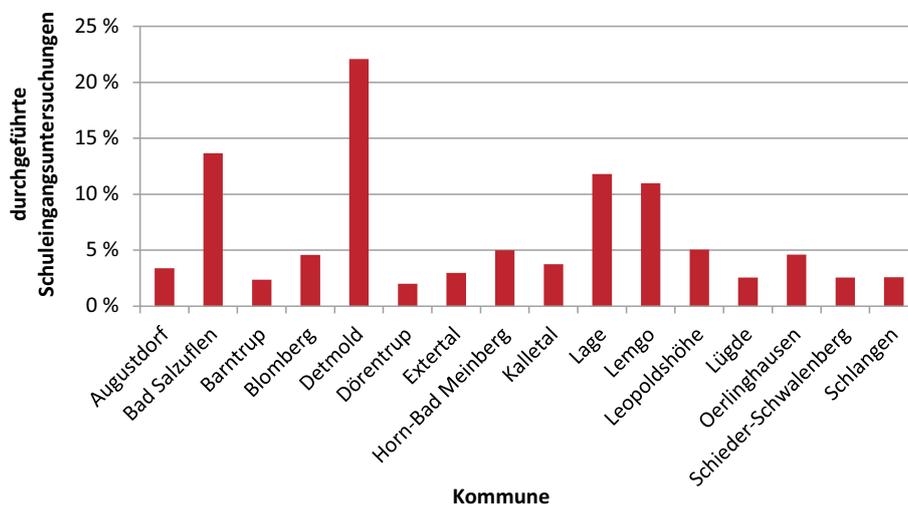


Abbildung 8 Anzahl der durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

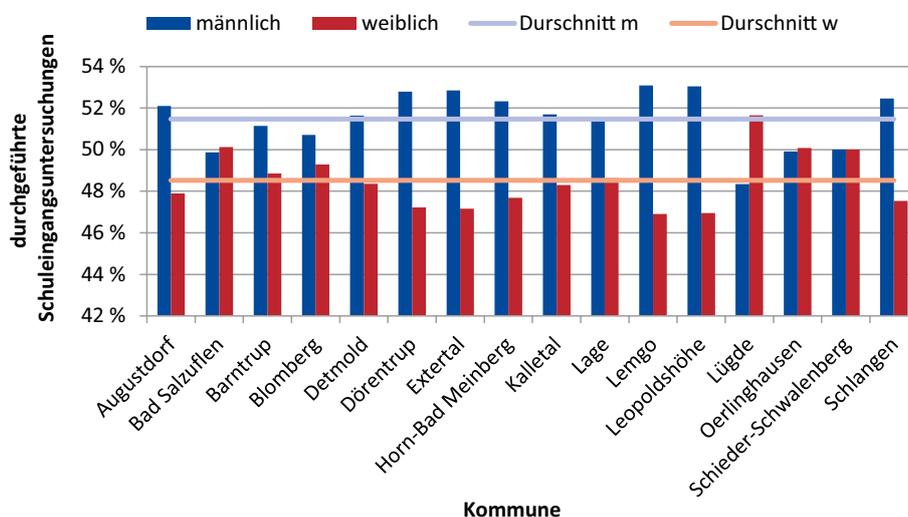


Abbildung 9 Durchschnitt und Anzahl der durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, nach Geschlecht, in Prozent

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Die Schulärztinnen/Schulärzte können bei einem bestehenden Förderbedarf Empfehlungen (z.B. weitere ärztliche Abklärung und/oder präventive Förderung) aussprechen (LIGA NRW, 2008; Oldenhage et al. 2009). Nach einem ausführlichen erklärenden Gespräch mit den Erziehungsberechtigten werden die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung im Rahmen eines formalen, schulärztlichen Gutachtens mit dem Einverständnis der Eltern an die das Kind aufnehmende Grundschule weitergegeben (Petermann et al., 2009; Oldenhage et al. 2009). Da die Schuleingangsuntersuchung in einem begrenzten Zeitrahmen und an verschiedenen Orten stattfindet, sind die Testaufgaben so ausgewählt, dass sie ökonomisch ausgeführt und analysiert werden können (Petermann et al., 2009, S. 29). Dabei ist es wichtig, dass die Kinder die Aufgaben und Materialien nicht kennen, denn nur so kann der Entwicklungsstand der Kinder korrekt festgestellt und ggf. ein Förderbedarf erkannt werden (Daseking, Petermann et al., 2009a; Oldenhage et al. 2009). Das Instrument der sozialpädiatrischen Untersuchung wurde in den Jahren 2008–2009 an einer Stichprobe von 13.000 Kindern validiert. Teilgenommen hatten 23 Gesundheitsämter und Untersuchungsteams aus Städten und Kreisen, u. a. auch der Kreis Lippe (Daseking, Petermann et al., 2009a; Petermann et al., 2009). Die Durchführung des sozialpädiatrischen Screenings für Schuleingangsuntersuchungen in dieser Form erfolgt im Kreis Lippe seit dem Jahr 2009 bis heute.

Bei der Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen gibt es durchaus Einschränkungen. Es ist z.B. möglich, dass die Anwesenheit der Bezugsperson und/oder der/des Untersuchenden das

Tabelle 3 Befundbewertungskriterien der Schuleingangsuntersuchung (Bielefelder Modell)

| Items | Definition |
|--|--|
| Untersuchung nicht durchgeführt | Die Untersuchung konnte nicht oder nicht wie vorgesehen nach dem Standard des Bielefelder Modells durchgeführt werden. |
| Arztüberweisung | Ein Befund, der eine weitere Abklärung durch eine niedergelassene Ärztin/ Arzt erfordert. Die Schulärztin/ der Schularzt veranlasst eine weitere Abklärung des Befundes durch eine(n) niedergelassene Ärztin/ niedergelassenen Arzt. |
| in Behandlung | Ein Befund, dessen Behandlung bereits eingeleitet ist oder ausreichend durchgeführt wird. |
| Leistungsbeeinträchtigung | Ein Befund, der eine erhebliche und nicht nur vorübergehende Leistungsbeeinträchtigung (nach SGB IX, §2 Absatz (1) Satz 1) aufweist. |
| Ohne Befund (o.B.) | Es liegt keine gesundheitliche Beeinträchtigung vor. |
| Befund (nicht behandlungsbedürftig (n.bb.)) | Ein Befund, der bisher unbehandelt ist und derzeit keine weitere Abklärung durch eine(n) Ärztin/Arzt erfordert oder ein Befund, der entsprechend einer bereits durchgeführten ärztlichen Diagnostik nicht behandlungsbedürftig ist. Es folgt eine schulärztliche Beratung der Eltern und ggf. der Schule in Bezug auf diesen Befund. |

Quelle: in Anlehnung an Daseking, Petermann & Simon (2011, S. 661) und Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit für Nordrhein-Westfalen (2008, S. 14)

Kind in seinem Verhalten beeinflusst (Heisenbergsche Unschärferelation). Auch die ungewohnte Situation der Schuleingangsuntersuchung kann Auswirkungen auf die Antworten des Kindes haben (Daseking et al. 2009a; Petermann et al., 2009). Zusätzliche standardisierte Messungen zur psychischen Gesundheit des Kindes erfolgen bislang nicht während der Schuleingangsuntersuchung. Das heißt, diese Beurteilung basiert bisher ausschließlich auf Beobachtungen (vgl. Kapitel 3.1).

Die Erfassung von Entwicklungsrisiken gelingt über das Instrument der sozialpädiatrischen Untersuchung sehr genau. Die Sensitivität der Untersuchung ist sehr hoch, d.h. Kinder, die tatsächlich eine Entwicklungsstörung haben, werden dadurch erkannt. Die Gefahr, dass die Kinder irrtümlicherweise als in ihrer Entwicklung gefährdete Kinder erkannt werden, steigt in diesem Fall. Andererseits wird vermieden, dass entwicklungsauffällige Kinder unerkannt bleiben. Somit wird eine differenzierte, möglicherweise unnötige Diagnostik in Kauf genommen, um jedem Kind die benötigten Fördermaßnahmen zukommen zu lassen (Petermann et al., 2009, S. 29).

Schließlich ist auch anzumerken, dass für die Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018 im Kreis Lippe keine Sozialindikatoren in den Schuleingangsuntersuchungen erhoben worden sind. Faktoren wie der Bildungsstand und der Migrationsstatus der Eltern werden erst in den kommenden Schuleingangsuntersuchungen abgefragt. Daher können Zusammenhänge in diesem Gesundheitsbericht nur vermutet oder aus anderen Veröffentlichungen abgeleitet werden.

4.3 Eingabe, Aufbereitung und Auswertung der Daten

Die Schuleingangsuntersuchungen im Kreis Lippe finden hauptsächlich in den Grundschulen und im Gesundheitsamt statt. Die Untersuchungen werden durch eine/einen Schulärztin/Schularzt und eine medizinische Fachangestellte ausgeführt. Zunächst werden die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung auf Papierdokumenten erfasst. Anschließend werden die Daten mittels der Software GUcheckup, zum Teil bereits vor Ort in der Schule, digitalisiert (software.house informationstechnik AG, 2012). Am Ende des Untersuchungstages findet ein Datenabgleich im Gesundheitsamt statt. Das Programm bietet die Möglichkeit, Auszählungen durchzuführen und zu filtern. Ebenfalls kann eine IDIS-Exportdatei erstellt werden. Zudem können in diesem Programm freie Felder mit eigenen Erhebungsmerkmalen gefüllt werden. Diese EDV-Software ermöglicht es, die umfangreichen Daten der Schulanfängerinnen/Schulanfänger zu verwalten und auszuzählen. Plausibilitätsprüfungen werden vom Programm nicht durchgeführt.

Die Schuleingangsuntersuchung ist eine gesetzlich vorgeschriebene Untersuchung. Bei dieser Untersuchung werden alle Kinder vor der Aufnahme in die Schule betrachtet. Die Untersuchungsergebnisse werden von allen Kommunen in NRW jährlich dem Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) übermittelt. Dadurch stehen für diesen Bericht qualitativ sehr hochwertige Routinedaten zur Verfügung. Basierend auf diesen Daten können interaktive Tabellen zur Kindergesundheit gebündelt aufbereitet werden. Daraus wird jährlich ein Report erstellt und die Ergebnisse wieder den Kommunen zur Verfügung gestellt. Durch die landesweit standardisierte Erhebung können die einheitlichen Daten ausgewertet und analysiert werden. Somit ist ein Ver-

gleich zwischen den Städten und Kreisen in NRW möglich (Daseking, Petermann et al., 2009a).

Dem Bericht liegt eine Zeitreihe von acht Einschulungsjahrgängen zugrunde (2010/2011 bis 2017/2018). Es war notwendig, dass Daten aus zwei unterschiedlichen Datenbanken zusammengeführt werden. Die Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2012/2013 wurden dem jeweiligen Jahresreport des LZG.NRW entnommen. Für diesen Zeitraum konnten keine hinreichend validen Zahlen aus der Erfassungssoftware GUcheckup gewonnen werden. Die folgenden Daten/Einschulungsjahrgänge sind aus der im Gesundheitsamt angewandten Software GUcheckup exportiert worden. Beide Datensätze sind zur weiteren Bearbeitung in das Statistikprogramm *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) von der International Business Machines Corporation (IBM) importiert und dort zusammengeführt worden. Da alle ausgewerteten Merkmale aus der gleichen Datenquelle stammen, ist die Zusammenführung der Datensätze zulässig.

Dennoch gibt es Unterschiede in der Aufbereitung und Auswertung der Daten zwischen dem Kreis Lippe und dem LZG.NRW. Wird die Schuleingangsuntersuchung nicht vor dem ersten Schultag durchgeführt, sondern erst im laufenden Schuljahr, so nimmt der Kreis Lippe die Daten des Kindes auf und fügt sie dem entsprechenden Datensatz des Einschulungsjahrgangs hinzu. In den LZG.NRW-Berichten erscheinen diese Werte erst im folgenden Einschulungsjahrgang. Ein weiterer wesentlicher Unterschied besteht in der Plausibilisierung der Daten. Während das LZG.NRW die Daten anhand von zwei Variablen prüft, konnten beim Kreis Lippe in einem mehrstufigen, sehr aufwändigen Verfahren viele unterschiedliche Kontrollen durchgeführt werden. Zunächst wurden alle Eingaben nach sogenannten *wild codes* durchsucht. Das sind Werte, die eine Variable nicht annehmen kann.

In einem zweiten Schritt wurden alle *missing values* betrachtet. Fehlten Werte, so musste mit allen Beteiligten geklärt werden, ob diese auf einen *systematischen Fehler* zurückzuführen sind oder ob eine unterlassene Eingabe vorlag. So kam es z. B. vor, dass der Eintrag *o. B.* fehlte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung vorlag. Andere fehlende Einträge konnten weitestgehend durch *Merkmalskombinationen* erschlossen und nachgetragen werden. Teilweise mussten Einträge von den beteiligten medizinischen Fachangestellten manuell nachgetragen werden. In einem weiteren Schritt wurde nach weniger offensichtlichen Unrichtigkeiten gesucht. Mit sogenannten *Plausibilitätstests* konnten weitere Einträge korrigiert werden. Offensichtlich fehlerhafte Datensätze, die am Ende vereinzelt auftraten, wurden nicht in die Auswertung aufgenommen. Zur Sicherstellung der Datenqualität finden auch in Zukunft kontinuierliche Schulungen zur

standardisierten Dateneingabe im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst statt. Die Eingabequalität wird sich damit stetig erhöhen.

Insgesamt standen Informationen von 25.926 Kindern zur Auswertung bereit. Allerdings wurden nicht alle Datensätze in alle Auswertungen einbezogen. Dies geschah aus unterschiedlichen Gründen. Zum einen sind nicht alle fehlenden Werte in den Tabellen dargestellt, da beispielsweise für vier Kinder keine Informationen zum Geschlecht vorlagen. Deshalb werden in den entsprechenden Auswertungen nur 25.922 Kinder ausgewiesen. In anderen Tabellen wurden Daten aus methodischen Gründen nicht einbezogen. Zum Beispiel wurden nicht alle Kinderuntersuchungshefte und/oder Impfausweise zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung vorgelegt. Die fehlende Vorlage ist an dieser Stelle nicht gleichzusetzen mit einer nicht durchgeführten Früherkennungsuntersuchung und/oder fehlenden Impfung. Diese Ausprägung ist in die Berechnung der Quoten eingeflossen, indem die Kinder ohne Vorlage des Untersuchungsdokumentes nicht bei den entsprechenden Auswertungen der Ergebnisse berücksichtigt wurden. Zu den Themen Früherkennungsuntersuchungen und Schutzimpfungen lag somit ein Datensatz von insgesamt 23.667 bzw. 23.562 Kindern vor. Des Weiteren wurden die Fälle, bei denen keine Untersuchungsergebnisse für eine oder mehrere Kategorie/n vorlagen, jeweils nicht in die Auswertungen der Daten zur körperlichen Gesundheit und kognitiven Entwicklung der Kinder einbezogen. Hinweise hierzu finden sich im Text an den jeweiligen Stellen.

Um die gesundheitliche Lage und die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei allen Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe zu beschreiben, wurden zunächst für alle Variablen Häufigkeitstabellen und Diagramme erstellt. Für den analytischen Teil wurden Zusammenhänge in Kreuztabellen mit dem Programm SPSS ausgewertet. Einige Merkmale wurden aggregiert, z. B. wurden die Daten zu den Impfungen kategorisiert (Impfung nicht erhalten, Impfungen unvollständig, vollständige Immunisierung). Weiterhin wurden Trends und andere Maßzahlen berechnet. Abbildungen und Tabellen wurden in SPSS und Microsoft Excel erstellt.

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen wurden in diesem Bericht, soweit Daten aus NRW (vom LZG.NRW) und Deutschland (Daten zu Impfquoten des RKI) vorhanden waren, verglichen und erörtert. Auch geschlechtsspezifische und kommunale Vergleiche sowie relevante Unterschiede zwischen den Einschulungsjahrgängen wurden ausgewertet. Es wurden alle Befunde der Schuleingangsuntersuchungen für die Auswertung verwendet. Dazu gehören die Vorläuferfähigkeiten zum Erlernen von Lesen, Schreiben und Rechnen sowie andere

Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Kinder (u. a. das Körpergewicht). Die Tabellen und Abbildungen, die für die Ergebnisauswertung nicht von äußerster Bedeutung waren, wurden zur Gewährleistung der Übersichtlichkeit im Tabellenband⁸ dargestellt.

Zur Erstellung des theoriebasierten Teiles dieses Gesundheitsberichtes wurde neben der statistischen Analyse eine Literaturrecherche durchgeführt. Diese diente zur Unterstützung des Verständnisses der Befunde der Schuleingangsuntersuchungen, außerdem zum Vergleich der Inanspruchnahme von Impfungen und von Früherkennungsuntersuchungen mit NRW sowie auf Bundesebene. Die notwendige Fachliteratur wurde hauptsächlich über die Webseiten der Akteure der deutschen und nordrhein-westfälischen Gesundheitsberichterstattung (gbe-bund.de, rki.de, lzg.nrw.de) recherchiert. Weitere Artikel wurden der Datenbank „Livivo“ entnommen. Ferner dienten auch „Google scholar“ sowie die Website der Weltgesundheitsorganisation als Recherchegebiet. Zusätzliche Quellen wurden über das Schneeballsystem erschlossen.

⁸ Der Tabellenband ist online unter folgendem Link abrufbar: www.lippe.de/new/verwaltung/statistiken/Gesundheitsbericht_2018_Tabellen.pdf.

5 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen für die Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018. Die Auswertungen werden im Zeitvergleich betrachtet und auf regionale Unterschiede zwischen den Städten und Gemeinden des Kreises Lippe (kleinräumiger Vergleich) untersucht. Im ersten Unterkapitel (Kapitel 5.1) geht es dabei um die Früherkennungsuntersuchungen, die bis zum Schuleintritt seitens der Kinder in Anspruch genommen werden können. Das zweite Unterkapitel (Kapitel 5.2) bezieht sich auf die Schutzimpfungen, die die Kinder bis zur Schuleingangsuntersuchung erhalten haben. Im abschließenden Kapitelteil (Kapitel 5.3) stehen die Auswertungsergebnisse der einzelnen Kategorien des SOPESS im Fokus. Aufgrund von teilweise sehr kleinen Prozentwerten ist die Skalierung der y-Achse der Abbildungen zur besseren Lesbarkeit und damit zur Verdeutlichung von Unterschieden individuell angepasst und beginnt nicht immer bei null.⁹

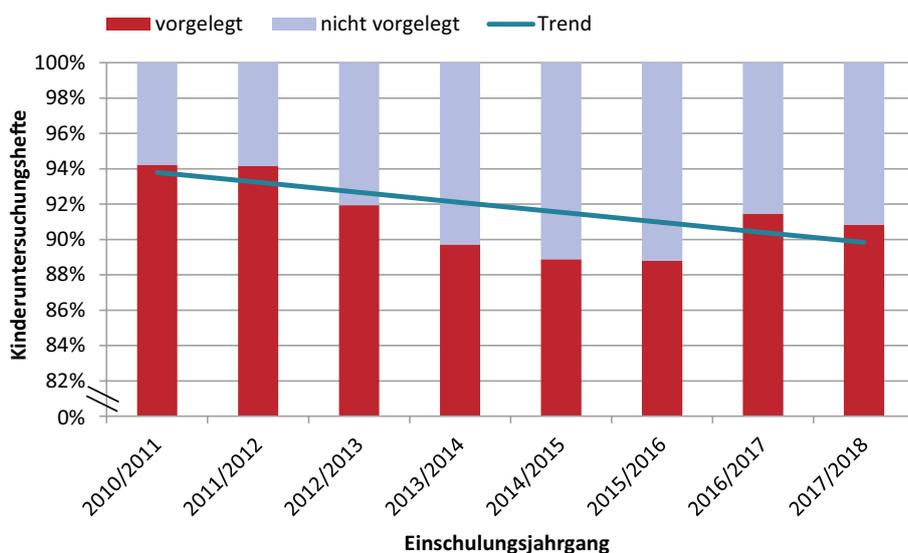


Abbildung 10 Anzahl der vorgelegten/nicht vorgelegten Kinderuntersuchungshefte (K.) und Trend der vorgelegten K. im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

5.1 Früherkennungsuntersuchungen

Die Früherkennungsuntersuchungen erfolgen idealerweise in festgelegten Abständen durch eine/n Kinderärztin/Kinderarzt zur Überprüfung des Entwicklungsstandes des Kindes sowie dem frühzeitigen Erkennen gesundheitlicher Beeinträchtigungen (MGPEA, 2016). Durch die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen kann die gesunde Entwicklung eines Säuglings bis weit über die Einschulung hinaus regelmäßig überprüft werden, sodass mögliche Auffälligkeiten erkannt und behandelt werden bzw. die Kinder eine notwendige Förderung erhalten (BMG, 2016).

Zunächst wird in der Auswertung der Früherkennungsuntersuchungen dargestellt, wie häufig das Kinderuntersuchungsheft durch die Eltern vorgelegt wurde. Nur die vorgelegten Hefte wurden im Anschluss bewertet. Weiterführend erfolgt die Betrachtung der gesamten Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9. Anschließend werden die U5 bis U9 einzeln betrachtet, wobei die U8 und U9 im direkten Vergleich dargestellt wird. Dabei werden immer zuerst die Ergebnisse über alle acht Einschulungsjahrgänge dargestellt. Am Ende schließt sich die kleinräumige Betrachtung der Ergebnisse an.

5.1.1 Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes

Die Eltern der Schulanfängerinnen/Schulanfänger werden mit der Einladung zu den Schuleingangsuntersuchungen gebeten, das Kinderuntersuchungsheft mitzubringen. Im Kinderuntersuchungsheft werden die Anzahl und die Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchungen erfasst. Mit Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes bei der Schuleingangsuntersuchung kann die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1–U9 festgestellt werden (vgl. Kapitel 3.2).

Tabelle 4 zeigt, dass die Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes über alle Einschulungsjahrgänge für mehr als 90% der Schulanfängerinnen/Schulanfänger erfolgte. In Abbildung 10 zeigt sich allerdings ein Abwärtstrend bei der

Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes über die acht Einschulungsjahrgänge. Ein Rückgang der prozentualen Anteile bei der Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes war ab dem Einschulungsjahrgang 2012/2013 zu verzeichnen. Die niedrigsten Werte fanden sich dabei in 2014/2015 und 2015/2016. Ab 2016/2017 war wieder ein leichter Anstieg der Prozentwerte sichtbar. Bei der Betrachtung der Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes für die Schulanfängerinnen/Schulanfänger im kleinräumigen Vergleich über alle Einschulungsjahrgänge schwankten alle lippischen Kommunen um den Durchschnitt von 91,3%, mit einer maximalen Abweichung von ca. 3,5%. Horn-Bad Meinberg und Lage lagen dabei deut-

⁹ Die Autorinnen und der Autor dieses Gesundheitsberichtes erklären ausdrücklich, dass es hierbei nicht um eine manipulative Darstellung der Ergebnisse geht.

lich unter dem Durchschnitt, während sich Leopoldshöhe und Extertal sichtbar oberhalb des Durchschnitts bewegen (Abbildung 11).

5.1.2 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9

Im Kreis Lippe hatten 98,2% der in der Schuleingangsuntersuchung erfassten Kinder, für die das Kinderuntersuchungsheft vorlag, an der U1- und 98,1% an der U2-Früherkennungsuntersuchung teilgenommen (Abbildung 12). An der U3-Früherkennungsuntersuchung nahmen 97,9% der Schulanfängerinnen/Schulanfänger teil. Die Inanspruchnahme der U4-Früherkennungsuntersuchung wurde für 97,4% der Kinder erfasst. Für die U5-Früherkennungsuntersuchung wurde eine Quote von 96,9% dokumentiert. Während sich an der U6-Früherkennungsuntersuchung 97% der Kinder beteiligten, nahmen die U7-Untersuchung 96,1% in Anspruch. Auffallend ist, dass die Inanspruchnahme der U7a im Vergleich zu allen anderen Früherkennungsuntersuchungen mit 65,3% deutlich geringer ausfiel. Diese Besonderheit wird im Kontext zu den anderen Früherkennungsuntersuchungen (U7 bis U9) im nachfolgenden Unterkapitel betrachtet. An der U8-Früherkennungsuntersuchung haben 95% der Schulanfängerinnen/Schulanfänger teilgenommen. Bei der U9 (letzte Früherkennungsuntersuchung vor der Schuleingangsuntersuchung) sank die Beteiligungsquote weiter bis auf 93,1% im Kreis Lippe (Abbildung 12). Bezogen auf den Geschlechtervergleich bestehen im Kreis Lippe nur geringfügige Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen.¹⁰

Tabelle 4 Anzahl der vorgelegten/nicht vorgelegten Kinderuntersuchungshefte im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent

| Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes | absolute Häufigkeit | Prozent |
|--|---------------------|---------|
| Kinderuntersuchungsheft nicht vorgelegt (fehlende Werte) | 2.259 | 8,7 |
| Kinderuntersuchungsheft vorgelegt | 23.667 | 91,3 |
| Gesamt ¹¹ | 25.926 | 100,0 |

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

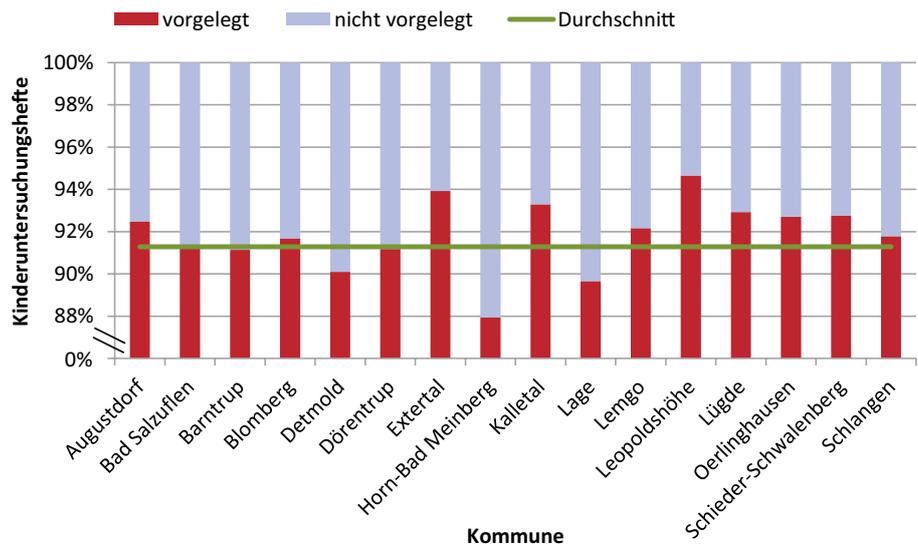


Abbildung 11 Anzahl der vorgelegten/nicht vorgelegten Kinderuntersuchungshefte (K.) und Durchschnitt der vorgelegten K. im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

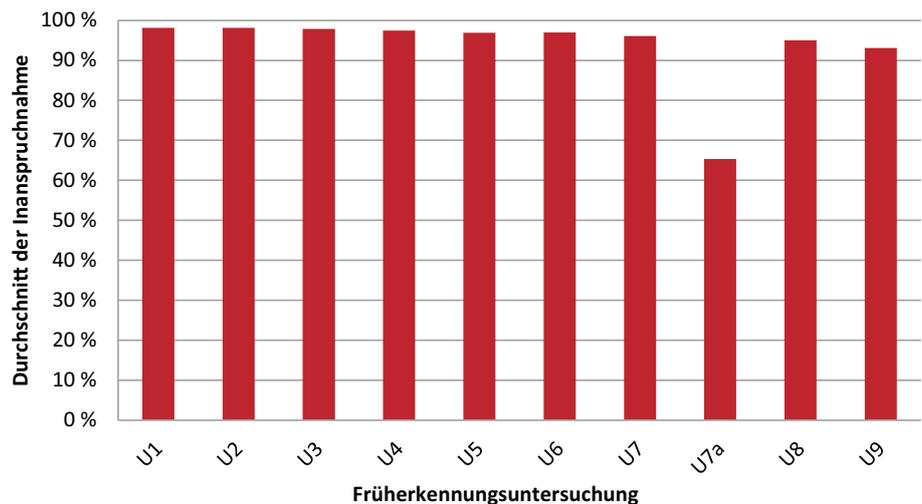


Abbildung 12 Durchschnitt der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

¹⁰ Die genauen Werte hierzu sind in Band II (Tabellenband) hinterlegt.

¹¹ Im Weiteren werden die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zu Früherkennungsuntersuchungen so dargestellt, dass die Kinder ohne Vorlage des Untersuchungsdokumentes nicht bei der Auswertung der Ergebnisse zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen berücksichtigt werden (N: 23.667 = 100%).

In der kleinräumigen Betrachtung fällt auf, dass der prozentuale Anteil der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen in Barntrop mit 92,6% am geringsten war, gefolgt von Blomberg, Dörentrup und Schieder-Schwalenberg mit einem Anteil von ebenfalls unter 93%. Die prozentual höchsten Inanspruchnahmen waren in Leopoldshöhe und Oerlinghausen mit über 95% zu verzeichnen (Abbildung 13).

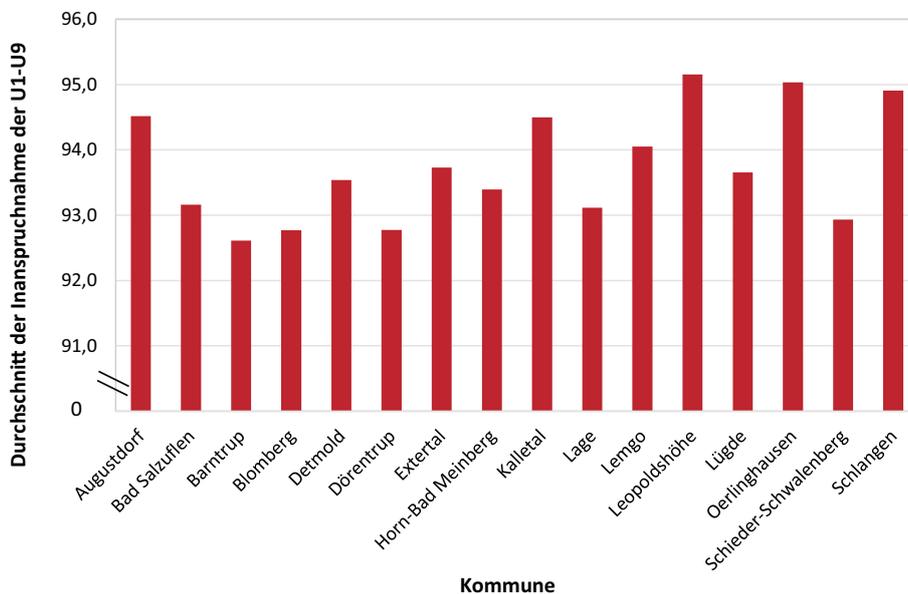


Abbildung 13 Durchschnitt der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

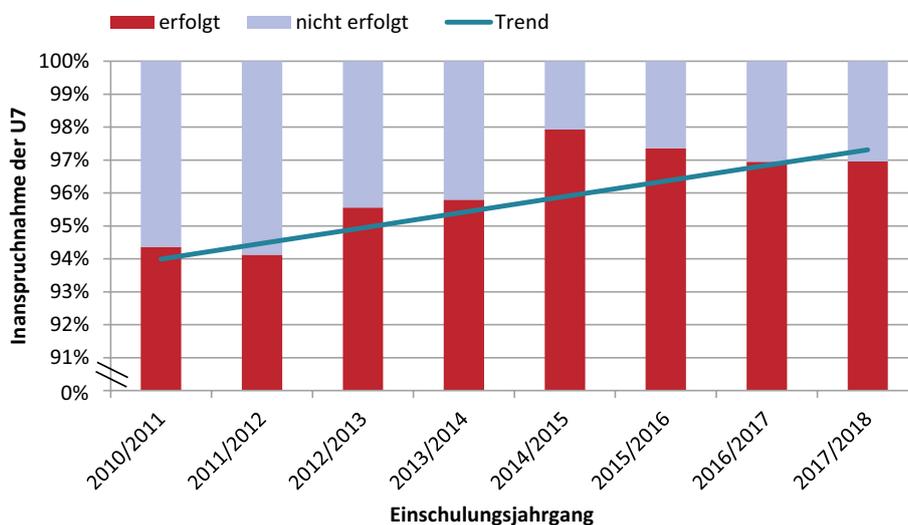


Abbildung 14 Inanspruchnahme der U7-Früherkennungsuntersuchungen und Trend der erfolgten U7-Früherkennungsuntersuchungen im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

5.1.3 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U7 bis U9

Die ersten sechs Früherkennungsuntersuchungen finden im ersten Lebensjahr des Kindes statt und werden ab der U3 häufig mit den von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen durchgeführt (G-BA, 2016a; STIKO, 2016b). Im

Gegensatz dazu werden die weiteren Untersuchungen (U7 bis U9) jeweils im Abstand von etwa einem Jahr durchgeführt. Die U7, U8 und U9 weisen vergleichsweise zu den ersten sechs Früherkennungsuntersuchungen etwas geringere Teilnahmequoten auf. Einen Ausreißer nach unten stellt die Früherkennungsuntersuchung U7a dar. Im Folgenden wird deshalb auf die vier genannten Früherkennungsuntersuchungen näher eingegangen.¹²

U7-Früherkennungsuntersuchung

Die U7-Früherkennungsuntersuchung zeigte bis zum Einschulungsjahrgang 2014/2015 eine steigende Inanspruchnahme mit einem anschließend leichtem Rückgang. Über alle Einschulungsjahrgänge war ein deutlicher Aufwärtstrend sichtbar (Abbildung 14). In der Abbildung 15 ist die Inanspruchnahme der U7-Früherkennungsuntersuchung in einem kleinräumigen Vergleich dargestellt. Die durchschnittliche Inanspruchnahme über alle Einschulungsjahrgänge lag in allen lippischen Kommunen prozentual auf einem hohen Niveau. Die niedrigsten Teilnehmerquoten bezüglich dieser Früherkennungsuntersuchung fanden sich in den Gemeinden Augustdorf und Barntrop mit unter 95%. Der maximale prozentuale Anteil lag in Leopoldshöhe bei über 98% (Abbildung 15).

U7a-Früherkennungsuntersuchung

Die U7a wurde erst im Juli 2008 eingeführt und stellt somit einen Sonderfall unter den Früherkennungsuntersuchungen dar. Aufzeichnungen zu den ersten Schulanfängerinnen/Schulanfängern, die die U7a in Anspruch genommen haben, sind ab Einschulungsjahrgang 2011/2012 verfügbar. Seitdem war bis zum Einschulungsjahrgang 2017/2018 ein deutlich ansteigender Trend bei der Inanspruchnahme der U7a nachweisbar (Abbildung 16).

In der Betrachtung der einzelnen lippischen Städte und Gemeinden (Abbildung 17) zeigt sich über alle Einschulungsjahrgänge

¹² Weitere Auswertungen der Untersuchungen U1–U6 können in Band II (Tabellenband) nachgelesen werden.

lungsjahrgänge ein Gesamtdurchschnitt für die Inanspruchnahme der U7a von 65,3%. Schieder-Schwalenberg, Blomberg, Dörentrup und Barntrop wichen hierbei um mehr als vier Prozentpunkte nach unten vom Gesamtdurchschnitt ab. Eine zum Teil deutlich über dem gesamten Durchschnitt liegende Teilnahmequote (bis zu mehr als zwölf Prozent) für die U7a fand sich in Augustdorf, Oerlinghausen und Leopoldshöhe (Abbildung 17).

U8- und U9-Früherkennungsuntersuchung

Die Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 werden im Alter von vier bzw. fünf Jahren vorgenommen (G-BA, 2016a). Gesundheitliche Beeinträchtigungen in der Entwicklung können so kurz vor der Einschulung erkannt werden. Das ermöglicht den Kindern, wenn notwendig, vor dem Schuleintritt eine medizinische Behandlung und/oder Fördermaßnahmen in Anspruch zu nehmen (BMG, 2016; MGEPA, 2016).

In Abbildung 18 wird die Inanspruchnahme der U8- und U9-Früherkennungsuntersuchung im direkten Vergleich je Einschulungsjahrgang (2010/2011 bis 2017/2018) des Kreises Lippe dargestellt. Für beide Früherkennungsuntersuchungen war zunächst ein sichtbarer Anstieg bis zum Einschulungsjahrgang 2015/2016 zu verzeichnen. Eine Ausnahme bildet hier allerdings die Teilnahmequote für die U8 im Einschulungsjahrgang 2011/2012. In den letzten zwei Einschulungsjahrgängen zeichnete sich ein Rückgang der Inanspruchnahme sowohl für die U8 als auch für die U9 ab. Abgesehen vom Einschulungsjahrgang 2011/2012 wurde die U8 im Vergleich zur U9 durchgehend besser angenommen.

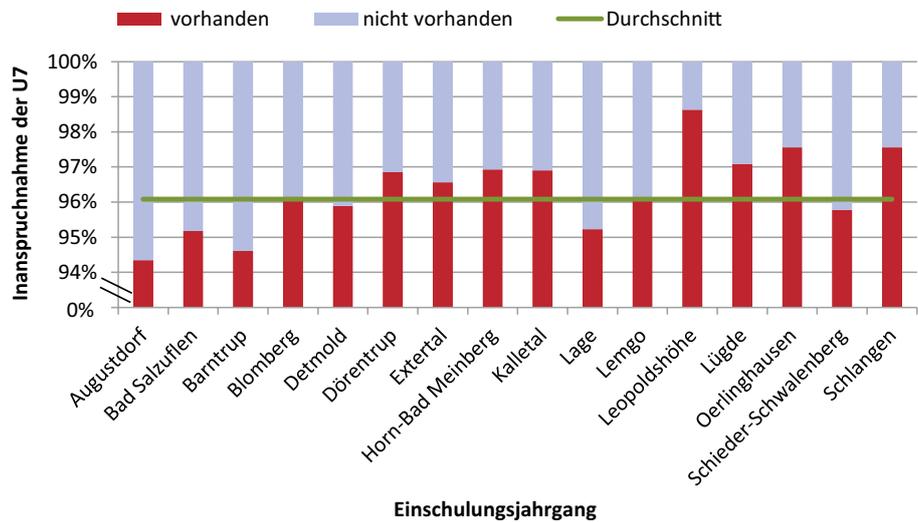


Abbildung 15 Inanspruchnahme der U7-Früherkennungsuntersuchungen und Durchschnitt der erfolgten Inanspruchnahme im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

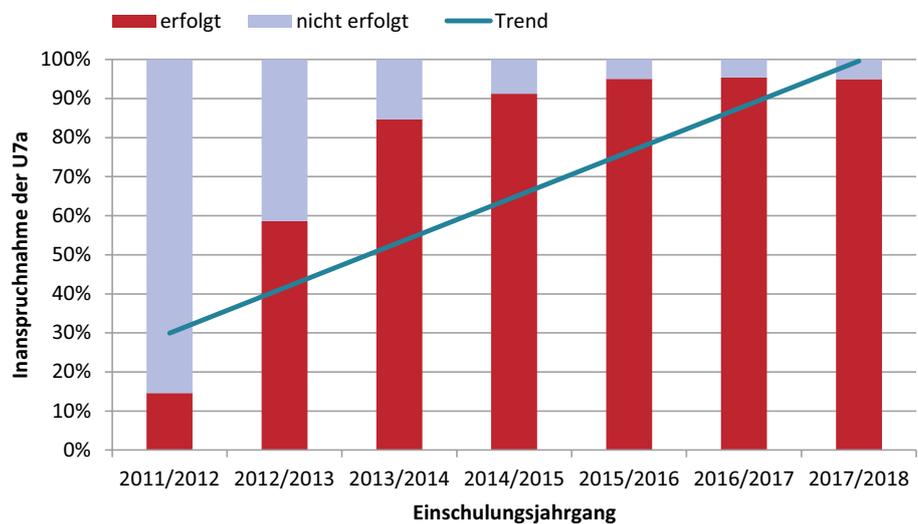


Abbildung 16 Inanspruchnahme der U7a-Früherkennungsuntersuchung und Trend der erfolgten Inanspruchnahme im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2011/2012 bis 2017/2018, in Prozent

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

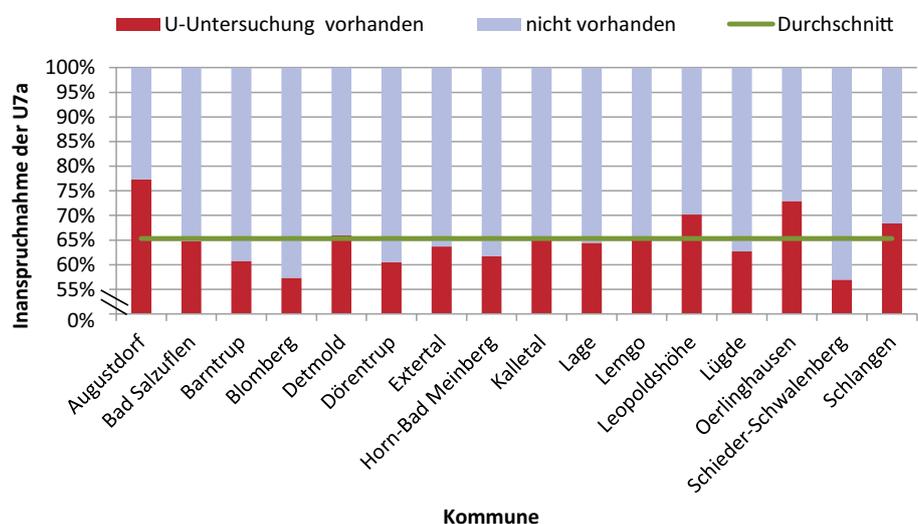


Abbildung 17 Inanspruchnahme der U7a-Früherkennungsuntersuchung und Durchschnitt der erfolgten Inanspruchnahme im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge 2011/2012 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

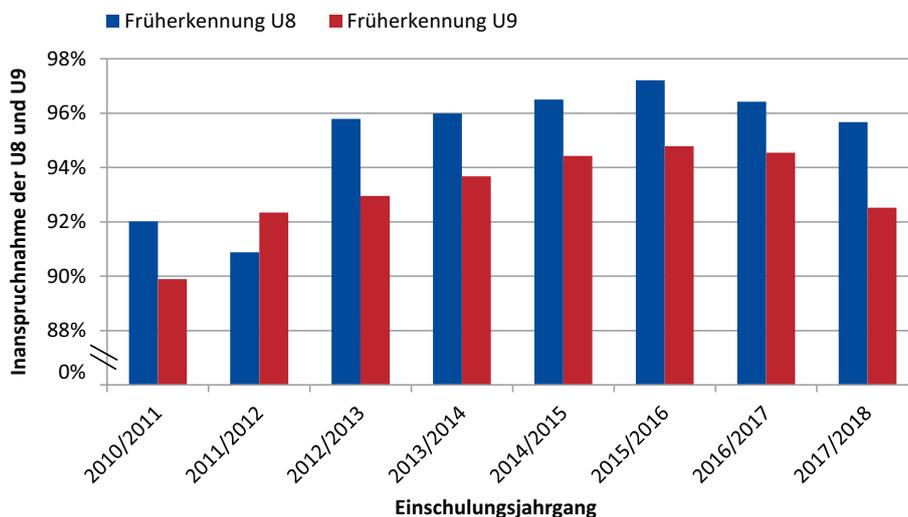


Abbildung 18 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

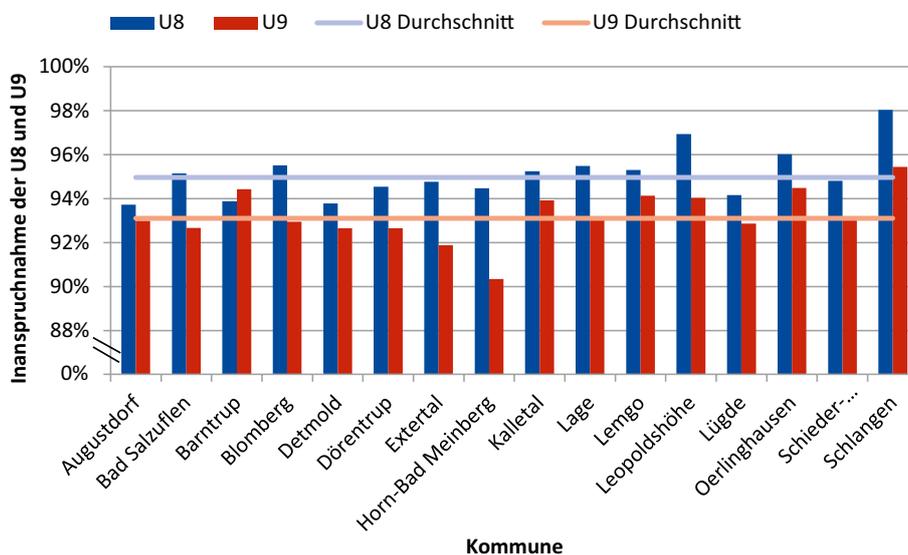


Abbildung 19 Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 der und Durchschnitt der erfolgten Inanspruchnahmen im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Im kleinräumigen Vergleich (Abbildung 19) wurde die U8 (Durchschnitt: 95%) in allen Städten und Gemeinden des Kreises Lippe über alle Einschulungsjahrgänge besser als die U9 (Durchschnitt: 93,1%) in Anspruch genommen, die einzige Ausnahme bildete Barntrop. Die niedrigsten Werte für die Inanspruchnahme lagen für die U8 in Augustdorf, Detmold und Barntrop (unter 94%). Für die U9 fanden sich diese hingegen in Horn-Bad Meinberg und Extertal (unter 92%). Hohe Inanspruchnahmen für die U8 waren in Leopoldshöhe und Schlangen mit über 96% und für die U9 in Barntrop, Lemgo, Oerlinghausen und Schlangen mit über 94% zu verzeichnen (Abbildung 19).

5.2 Schutzimpfungen

Zum Impfstatus von Schulanfängerinnen/Schulanfängern liefern die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erhobenen Daten wichtige Erkenntnisse. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt im Folgenden immer erst über die Zeitreihe aller acht Einschulungsjahrgänge mit einer anschließenden kleinräumigen Betrachtung. Zur Auswertung der durchgeführten Impfungen wird zunächst herausgestellt, wie häufig die Eltern den Impfausweis vorgelegten. Nur die vorgezeigten Dokumentationen wurden im Anschluss bewertet (Kapitel 5.2.1). Anschließend erfolgt die Betrachtung der Impfungen gegen Polio, Hib, Hep B, Varizellen, Pneumokokken, Meningokokken C (Kapitel 5.2.2). Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden in diesem Kapitel jene relevanten Impfungen für das Schuleingangsalter erläutert, die in der Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen (2010/2011 bis 2017/2018) keine Impfquote von 95%¹³ für eine abgeschlossene und vollständige Grundimmunisierung erreichen konnten. Zudem erfolgt in diesem Kapitelteil eine Darstellung zu der Inanspruchnahme der Masernimpfung, obwohl im Kreis Lippe hier bereits Impfquoten von 95% und mehr erreicht werden. Dies erfolgt vor dem Hintergrund, dass Deutschland sich dem Ziel der WHO angeschlossen hat, das Masernvirus zu eliminieren (BMG, 2015). Zudem werden aufgrund der Masernausbrüche in Barntrop und Extertal in 2015 diese Kommunen detaillierter betrachtet.

Die Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Mumps und Röteln erreichten ebenso eine Quote von 95%¹⁴ (vollständige Immunisierung) und mehr. Auf eine Darstellung dieser Ergebnisse wird in diesem Gesundheitsbericht verzichtet. Aufgrund fehlender relevanter

¹³ Betrifft die Impfungen, deren Durchschnittswert der vollständigen Immunisierung über alle Einschulungsjahrgänge nicht bei mindestens 95,0% liegt bzw. sich *nicht* auf 95% aufrunden lässt.

¹⁴ Betrifft die Impfungen, deren Durchschnittswert der vollständigen Immunisierung über alle Einschulungsjahrgänge bei mindestens 95,0% liegt bzw. sich auf 95% aufrunden lässt.

geschlechtsspezifischer Unterschiede wird auch auf diese Darstellung verzichtet.¹⁵

5.2.1 Vorlage des Impfausweises

Bei den Schuleingangsuntersuchungen wird der Impfstatus gemäß § 34 IfSG aller Kinder eines Einschulungsjahrganges über die vorgelegten Impfausweise geprüft und dokumentiert¹⁶. Hierbei ist zu beachten, dass nicht alle Eltern den Impfausweis des Kindes bei der Schuleingangsuntersuchung vorlegten. Wie schon erwähnt, wurden diese Fälle in der Auswertung daher nicht berücksichtigt. Für den Kreis Lippe waren dies 9,1% der Kinder in den Einschulungsjahrgängen 2010/2011 bis 2017/2018, die keinen Impfausweis vorwiesen. In die Datenanalyse bezüglich der Schutzimpfungen eingeflossen sind dementsprechend 90,9% der untersuchten Kinder (Tabelle 5).

Beim Vergleich über die acht Einschulungsjahrgänge ist ein leichter Abwärtstrend bei der Vorlage des Impfausweises festzustellen. Ab dem Einschulungsjahrgang 2010/2011 ist ein Rückgang der prozentualen Anteile sichtbar.

Der Tiefpunkt wurde 2014/2015 erreicht. Anschließend stieg der Prozentwert an, fiel jedoch im bislang letzten Einschulungsjahrgang wieder auf 89,5% ab (Abbildung 20).

Bei der Betrachtung der Vorlage des Impfausweises im kleinräumigen Vergleich lagen Barntrup, Detmold, Horn-Bad Meinberg, Lügde und Schieder-Schwalenberg ein bis drei Prozentpunkte unterhalb des Gesamtdurchschnittes von 90,9%, wohingegen in Dörentrup und Leopoldshöhe über 93% der Impfausweise vorlagen (Abbildung 21).

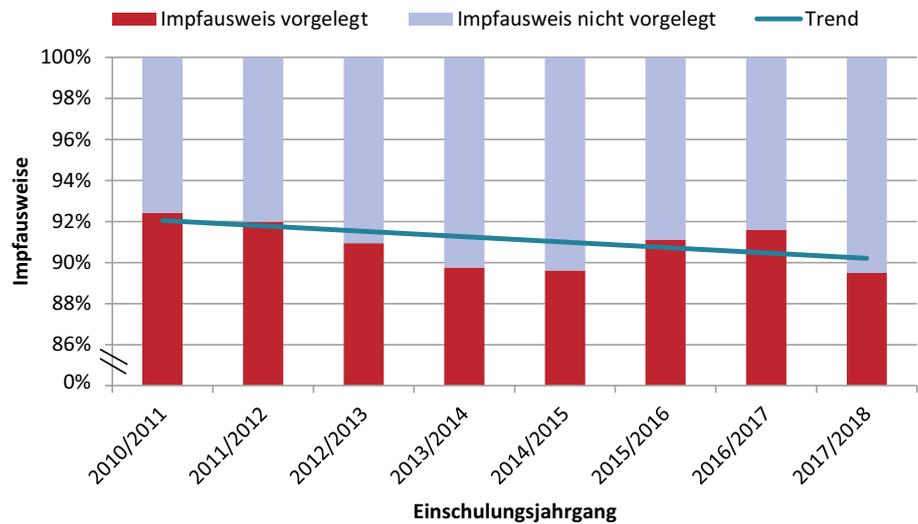


Abbildung 20 Anzahl der vorgelegten/nicht vorgelegten Impfausweise (I.) und Trend der vorgelegten I. im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

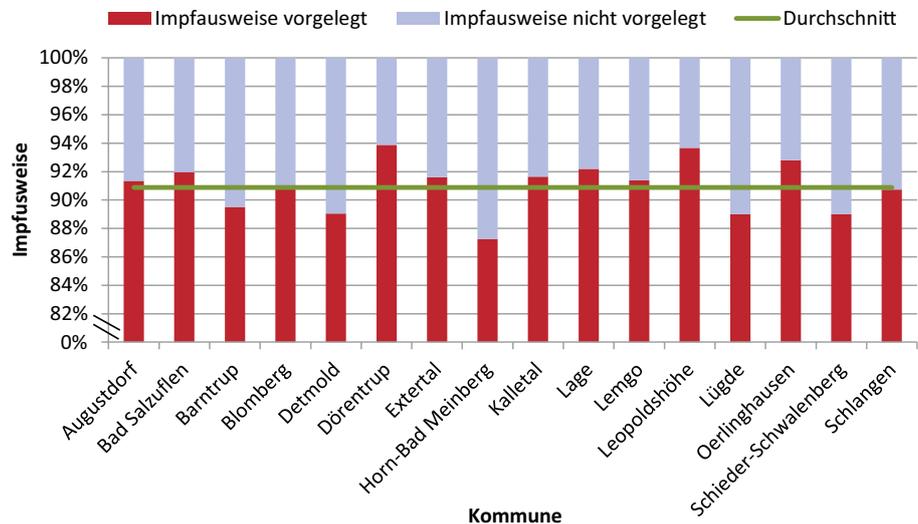


Abbildung 21 Anzahl der vorgelegten/nicht vorgelegten Impfausweise (I.) und Durchschnitt der vorgelegten I. im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Tabelle 5 Anzahl der vorgelegten/nicht vorgelegten Impfausweise im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent

| Vorlage des Impfausweises | absolute Häufigkeit | Prozent |
|--|---------------------|---------|
| Impfausweis nicht vorgelegt (fehlende Werte) | 2.364 | 9,1 |
| Impfausweis vorgelegt | 23.562 | 90,9 |
| Gesamt ¹⁷ | 25.926 | 100,0 |

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

¹⁵ Die genauen Werte zu den unberücksichtigten Impfungen sowie den geschlechtsspezifischen Betrachtungen sind in Band II (Tabellenband) hinterlegt.

¹⁶ Aufgrund der Tatsache, dass die STIKO erst ab 2013 die Immunisierung gegen Rotaviren empfiehlt, gibt es noch keinen kompletten Einschulungsjahrgang, der eine vollständige Immunisierung nachweisen könnte.

¹⁷ Im Weiteren werden die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zu Schutzimpfungen so dargestellt, dass die Kinder ohne Vorlage des Impfausweises nicht bei der Auswertung der Ergebnisse zu Schutzimpfungen berücksichtigt werden (N: 23.562 = 100%).

5.2.2 Impfraten ausgewählter Schutzimpfungen

Nachfolgend werden die Ergebnisse zu den relevanten Impfungen zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung vorgestellt, die in der Auswertung über die Zeitreihe (2010/2011 bis 2017/2018) keine Impfquote von 95% für eine abgeschlossene und vollständige Grundimmunisierung erreichten. Dazu gehören die Impfungen gegen Polio, Hib, Hep B, Varizellen, Pneumokokken, Meningokokken C (vgl. Kapitel 5.2).

Polio-Impfung

In Abbildung 22 ist zu erkennen, dass die prozentualen Anteile für eine vollständige Immunisierung bei der Polio-Impfung in den Einschulungsjahrgängen 2011/2012 bis 2017/2018 relativ stabil blieben (zwischen 92,4% und 94,4%). Einzig der erste betrachtete Einschulungsjahr-

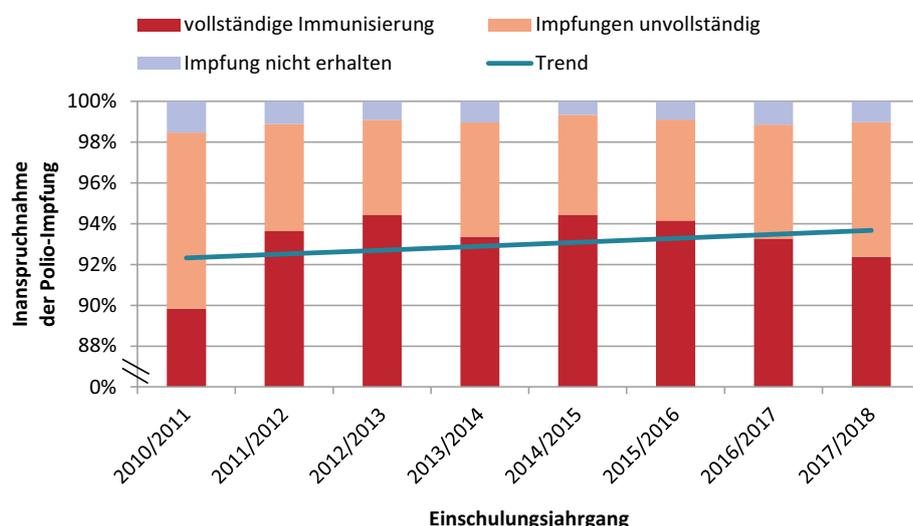


Abbildung 22 Inanspruchnahme der Polio-Impfung und Trend der vollständigen Polio-Immunsierung im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

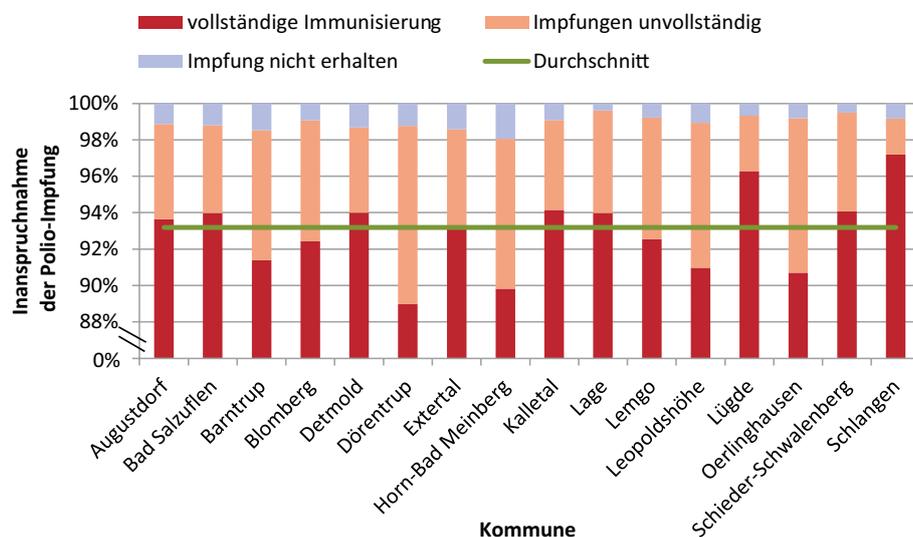


Abbildung 23 Inanspruchnahme der Polio-Impfung und Durchschnitt der vollständigen Polio-Immunsierung im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

gang blieb unter 90%. Daraus resultiert ein leichter Aufwärtstrend, der sich über alle Einschulungsjahrgänge abzeichnet. Auch der Anteil der unvollständigen Impfungen blieb bis auf 2010/2011 (8,6%) über die Zeitreihe weitgehend konstant (4,7%–6,6%). Der Prozentwert der nicht geimpften Kinder lag durchgehend unter zwei Prozent.

In der kleinräumigen Betrachtung (Abbildung 23) lag die durchschnittliche Durchimpfungsrate bei 93,2%. Dieser Wert wurde von Dörentrup, Horn-Bad Meinberg und Oerlinghausen um mehr als zwei Prozent unterschritten, wohingegen Schlangen und Lügde diesen Durchschnittswert um drei Prozent und mehr überschritten. Auch im kleinräumigen Vergleich zeigte sich bei den nicht geimpften Kindern ein konstanter prozentualer Anteil von weniger als zwei Prozent. Entsprechend waren die höchsten Werte einer unvollständigen Immunisierung in Dörentrup (9,8%), Oerlinghausen (8,5%) und Horn-Bad Meinberg (8,2%) sowie die niedrigsten in Schlangen (2,0%) und Lügde (3,0%) zu finden.

Hib-Impfung

Für die Hib-Impfung lag die Durchimpfungsrate in den Einschulungsjahrgängen 2011/2012 bis 2017/2018 relativ konstant zwischen 91,8% und 93,9% (Abbildung 24). Lediglich der erste betrachtete Einschulungsjahrgang blieb unter 89%. Dadurch entsteht ein leichter Aufwärtstrend, der sich über alle Einschulungsjahrgänge zeigt. Auch der Anteil der unvollständigen Impfungen war bis auf 2010/2011 (8,2%) über die Zeitreihe weitgehend stabil (4,2%–5,4%). Der Prozentwert der nicht geimpften Kinder bewegte sich zwischen 1,7% und 3,4%.

Kleinräumig betrachtet (Abbildung 25) lag die durchschnittliche Inanspruchnahme der Hib-Impfung bei 92,4%. Dieser Durchschnittswert wurde in Dörentrup, Horn-Bad Meinberg und Oerlinghausen um mehr als zwei Prozent unterschritten, wohingegen Schlangen und Lügde diesen um drei Prozent und mehr überschritten. Damit zeichnete sich hierbei eine fast identische Verteilung wie bei der Polio-Impfung

ab. Auch bei den Prozentwerten einer nicht vollständigen Hib-Impfung waren Dörentrup (9,8%) und Oerlinghausen (7,5%) mit den höchsten Werten vertreten, allerdings gefolgt von Leopoldshöhe (7,1%) anstatt von Horn-Bad Meinberg (6,3%). In Lügde (1,7%) und Schlangen (2,3%) waren wieder die niedrigsten Impfquoten zu finden. Die höchste Impfquote der ungeimpften Kinder gegen Hib lag mit fast fünf Prozent (4,8%) in Horn-Bad Meinberg vor. Alle anderen Kommunen wiesen Werte unter vier Prozent (3,8% – 1,2%) auf.

Hepatitis B-Impfung

In Abbildung 26 ist ersichtlich, dass die Durchimpfungsrate ab dem Einschulungsjahrgang 2011/2012 bis 2017/2018 bei 86% und mehr lag, darunter befand sich der Einschulungsjahrgang 2010/2011 mit 81,7%. Der Gesamttrend über die beobachtete Zeitreihe war deutlich ansteigend (von 84,1% auf 88,3%). Im Vergleich zu den ersten drei Einschulungsjahrgängen (14,1%, 9,8%, 11,4%) stabilisierte sich die Impfquote der unvollständigen Impfungen auf Werte zwischen 6,8% und 7,7%. In Bezug auf nicht geimpfte Kinder war von 2010/2011 (4,2%) bis 2012/2013 (2,7%) ein leichter Rückgang ersichtlich. Ab 2013/2014 nahm der prozentuale Anteil der Nichtgeimpften wieder leicht zu und erreichte seinen Höchstwert zum letzten Einschulungsjahrgang (5,8%).

Der Vergleich der Städte und Gemeinden zeigte bei einer durchschnittlichen Durchimpfungsrate von 86,8%, dass diese in Extertal und Dörentrup weit unterschritten wurde (Abweichung um 20,5% bzw. 13,9%). Hingegen wiesen Schlangen (94,4%) und Lügde (93,7%) auch für die Inanspruchnahme der Hep B-Impfung etwa um sieben Prozent über dem

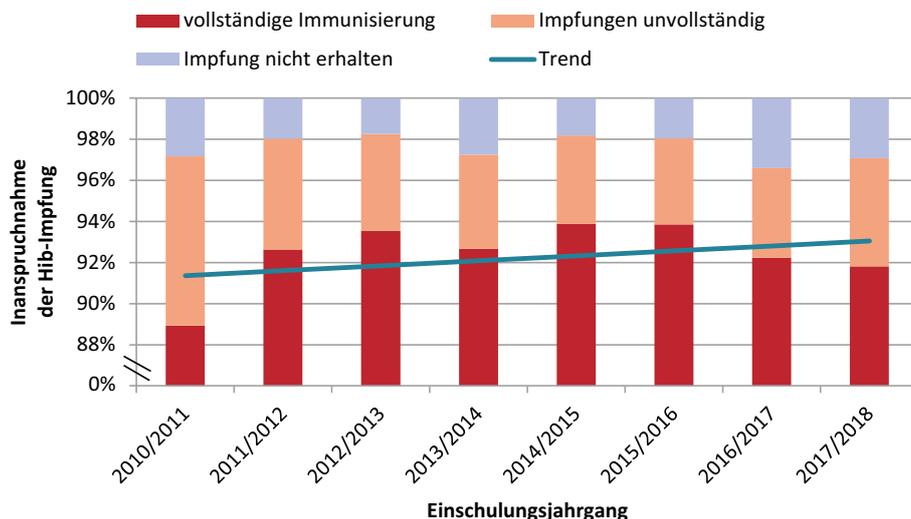


Abbildung 24 Inanspruchnahme der Hib-Impfung und Trend der vollständigen Hib-Immunsierung im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

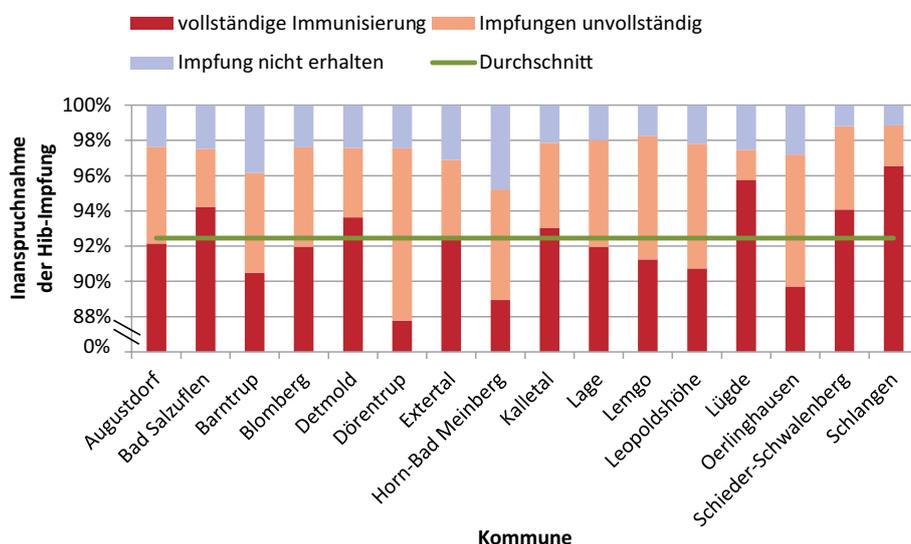


Abbildung 25 Inanspruchnahme der Hib-Impfung und Durchschnitt der vollständigen Hib-Immunsierung im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

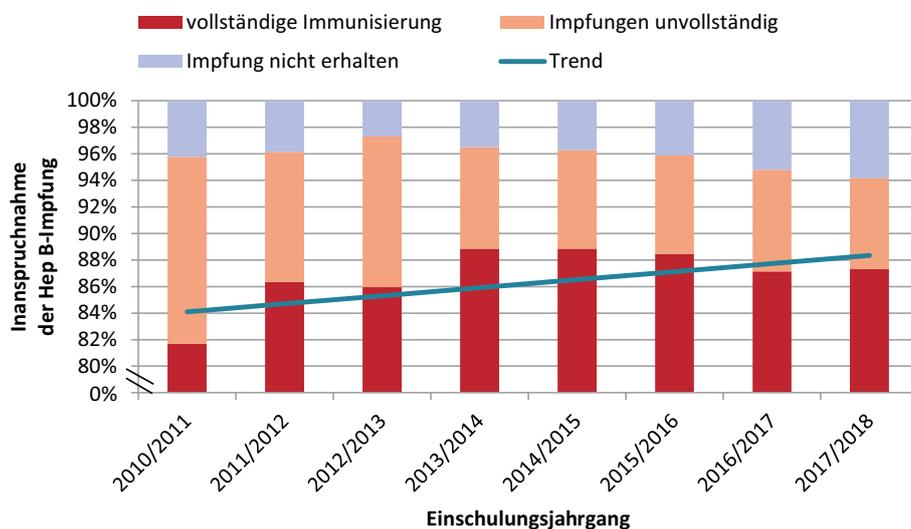


Abbildung 26 Inanspruchnahme der Hep B-Impfung und Trend der vollständigen Hep B-Immunsierung im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

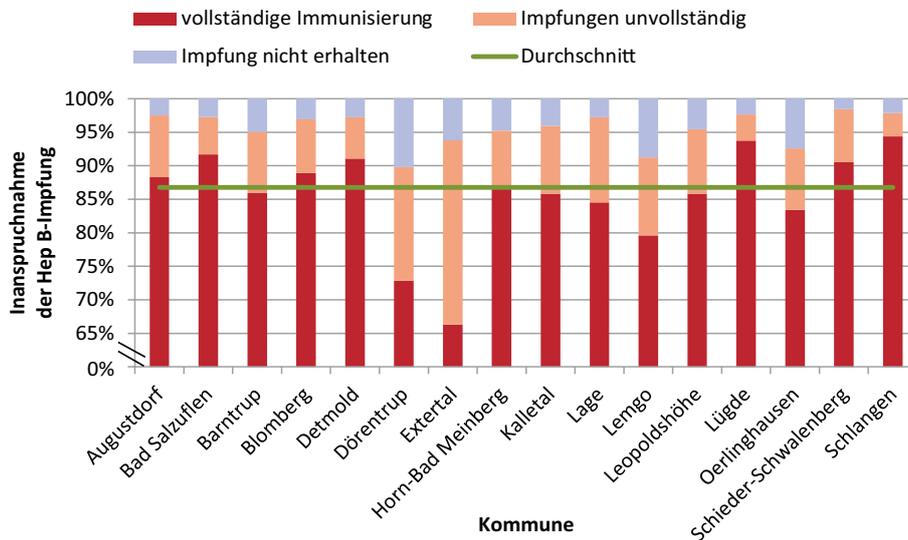


Abbildung 27 Inanspruchnahme der Hep B-Impfung und Durchschnitt der vollständigen Hep B-Immunisierung im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

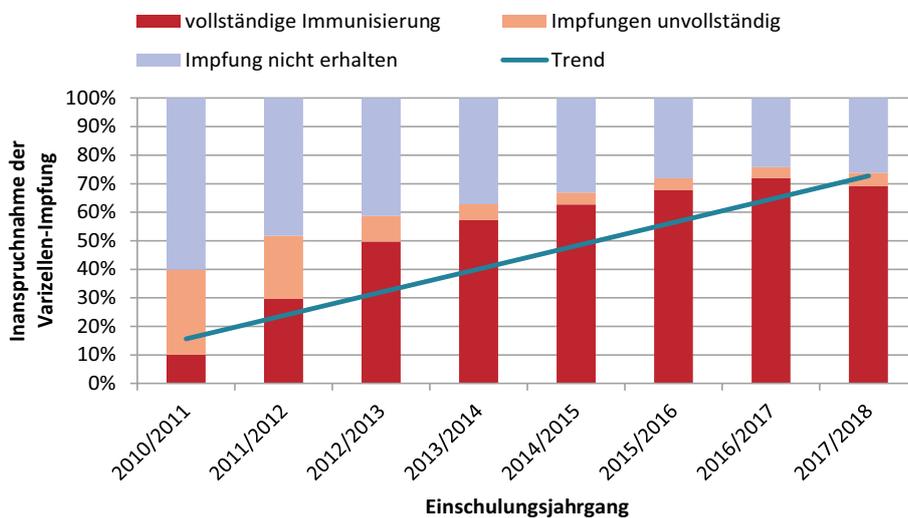


Abbildung 28 Inanspruchnahme der Varizellen-Impfung und Trend der vollständigen Varizellen-Immunisierung im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

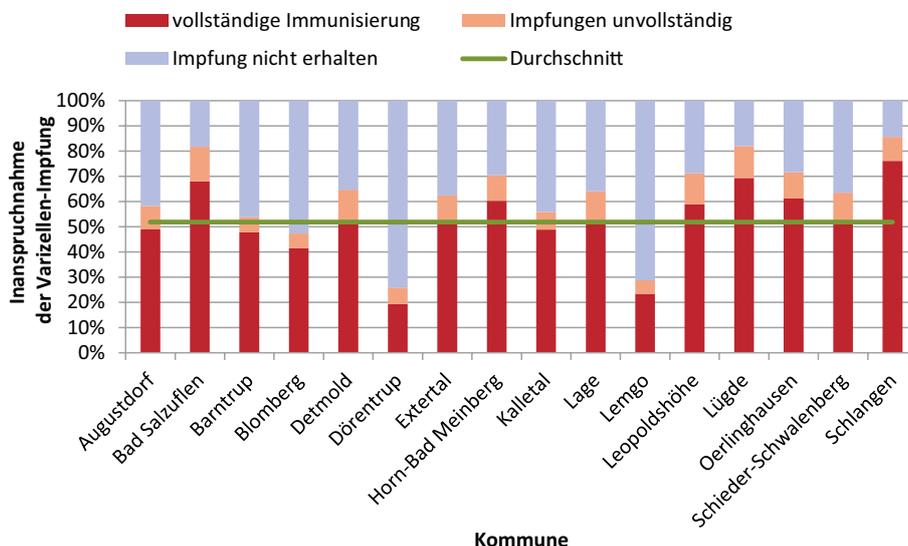


Abbildung 29 Inanspruchnahme der Varizellen-Impfung und Durchschnitt der vollständigen Varizellen-Immunisierung im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Durchschnitt liegende Prozentsätze auf. Auch bei der Betrachtung der unvollständigen Impfungen gegen Hep B fielen Extertal (27,5%) und Dörentrup (16,9%) auf, allerdings dieses Mal mit den höchsten Werten. Lügde (3,9%) und Schlangen (3,5%) zeigten hier erneut die niedrigsten prozentualen Anteile. Auch bei den nicht geimpften Kindern lagen diese beiden Gemeinden nach Schieder-Schwalenberg (1,5%) prozentual am niedrigsten. Dörentrup (10,2%), Lemgo (8,8%) und Oerlinghausen (7,4%) wiesen in diesem Bereich die höchsten Werte auf.

Varizellen-Impfung

Die Durchimpfungsrate gegen Varizellen wies durchgehend einen deutlichen Aufwärtstrend auf und stieg ab dem Einschulungsjahrgang 2010/2011 von 10,1% auf etwa 70% an (Abbildung 28). Spiegelbildlich dazu zeigten die prozentualen Anteile der unvollständigen (von ca. 30% auf unter fünf Prozent) und der nicht erhaltenen Impfungen (von mehr als 60% auf ca. 25%) einen abnehmenden Verlauf über die betrachtete Zeitreihe.

Im kleinräumigen Vergleich (Abbildung 29) wurde die durchschnittliche Durchimpfungsrate von 51,8% in Dörentrup und Lemgo um 25% und mehr unterschritten, wohingegen in Schlangen, Lügde und Bad Salzuflen dieser Durchschnittswert um mehr als 15% überschritten wurde. Die unvollständigen Impfquoten zeigten in allen Kommunen ähnliche Prozentzahlen zwischen 5,5% und 13,8%. Besonders auffallend waren hingegen die prozentualen Anteile der nicht geimpften Kinder. Hier stachen Dörentrup und Lemgo mit über 70% deutlich hervor. Dagegen lagen diese Prozentsätze in Schlangen, Lügde und Bad Salzuflen unter 20%.

Pneumokokken-Impfung

Die Inanspruchnahme der Pneumokokken-Impfung (Abbildung 30) stieg ab dem Einschulungsjahrgang 2011/2012 (6,7%) auf mehr als 80% (ab 2015/2016). Sichtbar ist ein deutlicher Aufwärtstrend. Die Quote der unvollständigen Impfungen verzeichnete dementsprechend einen deutlichen Rückgang von 33,4% (2011/2012) auf 3,4% (2017/2018). Ein ähnlicher Verlauf war auch bei den nicht geimpften Kindern sichtbar. Hier sank der prozentuale Anteil von 59,9% (2011/2012) auf unter 13% (2017/2018).

In der kleinräumigen Betrachtung (Abbildung 31) wurde die durchschnittliche Durchimpfungsrate von 62,2% in Dörentrup und Extertal um mehr als 20% unterschritten. Hingegen lagen in Lügde, Schlangen und Leopoldshöhe die Durchschnittswerte um 8% und mehr darüber. Bei den unvollständigen Impfungen befanden sich die Prozentwerte in den Kommunen zwischen 4,2% und 15,9%. Auffallend waren die hohen Prozentsätze der nicht geimpften Kinder in Extertal (57,5%) und Dörentrup (53,1%). Im Gegensatz dazu standen die niedrigen prozentualen Anteile in Lügde (14,8%) und Kalletal (16,4%).

Meningokokken C-Impfung

Im Vergleich zu allen anderen, hier diskutierten Impfungen wurde die vollständige Immunisierung gegen Meningokokken C mit nur einer Impfung erreicht. Seit der Dokumentation der Meningokokken C-Impfung zeichnete sich, wie in Abbildung 32 erkennbar, ein Aufwärtstrend ab. In dem Einschulungsjahrgang 2011/2012 lag die Durchimpfungsrate bei 79% und stieg über die Zeitreihe bis auf fast 90%. Dementsprechend entwickelte sich der Prozentsatz der nicht

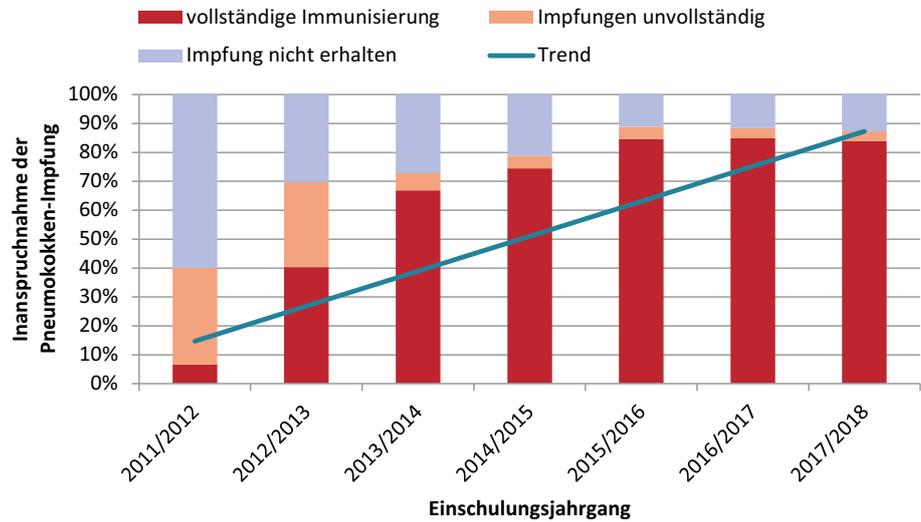


Abbildung 30 Inanspruchnahme der Pneumokokken-Impfung und Trend der vollständigen Pneumokokken-Immunisierung im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

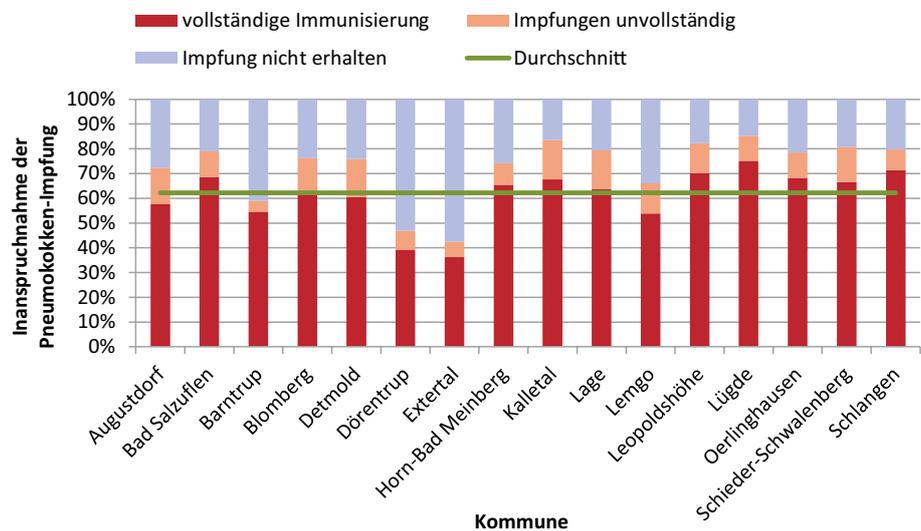


Abbildung 31 Inanspruchnahme der Pneumokokken-Impfung und Durchschnitt der vollständigen Pneumokokken-Immunisierung im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

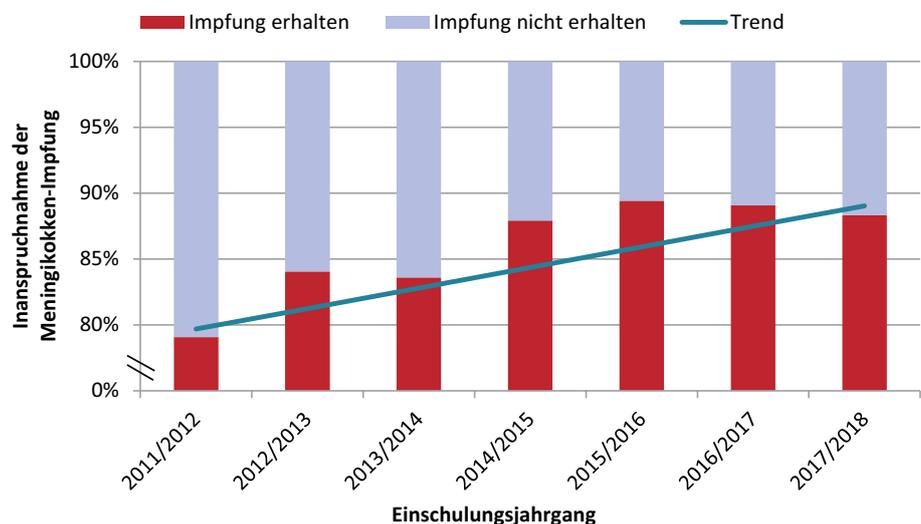


Abbildung 32 Inanspruchnahme der Meningokokken C-Impfung und Trend der erhaltenen Impfung im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

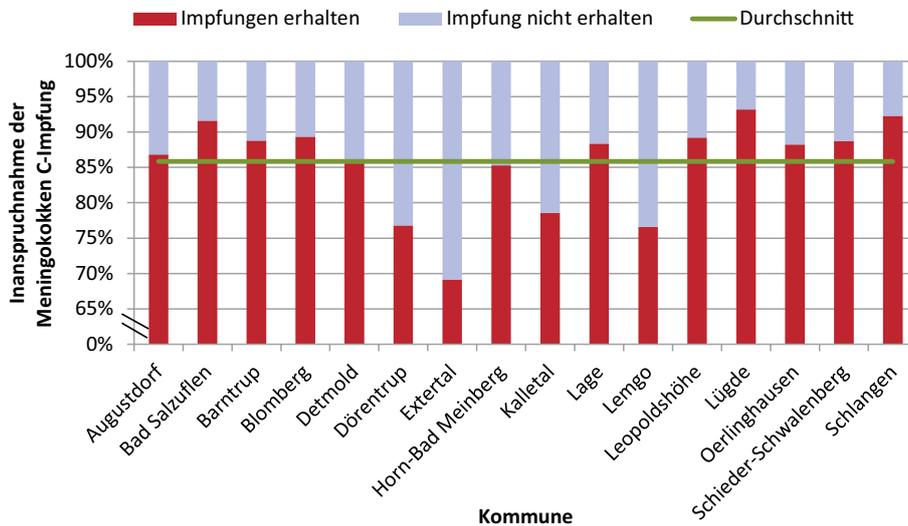


Abbildung 33 Inanspruchnahme der Meningokokken C-Impfung und Durchschnitt der erhaltenen Impfung im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

geimpften Personen spiegelbildlich und sank auf etwas über zehn Prozent.

Kleinräumig betrachtet (Abbildung 33), lagen die Gemeinden Extertal, Lemgo und Dörentrup um 9% und mehr unterhalb der durchschnittlichen Durchimpfungsrate von 85,9%. In Lügde und Schlangen wurde dieser Durchschnittswert hingegen um mehr als 6% überschritten. Somit fanden sich in Extertal (30,8%), Lemgo (23,4%) und Dörentrup (23,2%) die höchsten Quoten für Nichtgeimpfte, während sich die niedrigsten Prozentsätze in Lügde (6,8%) und Schlangen (7,7%) zeigten.

Masern-Impfung

Wie in Abbildung 34 zu erkennen ist, schwankte die Masern-Durchimpfungsrate über alle Einschulungsjahrgänge um etwa einen Prozentpunkt zwischen 94,7% und 95,6%. Die Gesamttrendlinie zeigte keinen eindeutigen Auf- oder Abwärtstrend (Abbildung 34). Der prozentuale Anteil der unvollständigen Impfungen schwankte über die Einschulungsjahrgänge um etwas mehr als einen Prozentpunkt und bewegte sich zwischen 2,6% und 3,8%. Bei den Nichtgeimpften betragen die Prozentsätze 1,4% bis 2,6%. Auch hier zeigte sich nur eine geringfügige Schwankungsbreite.

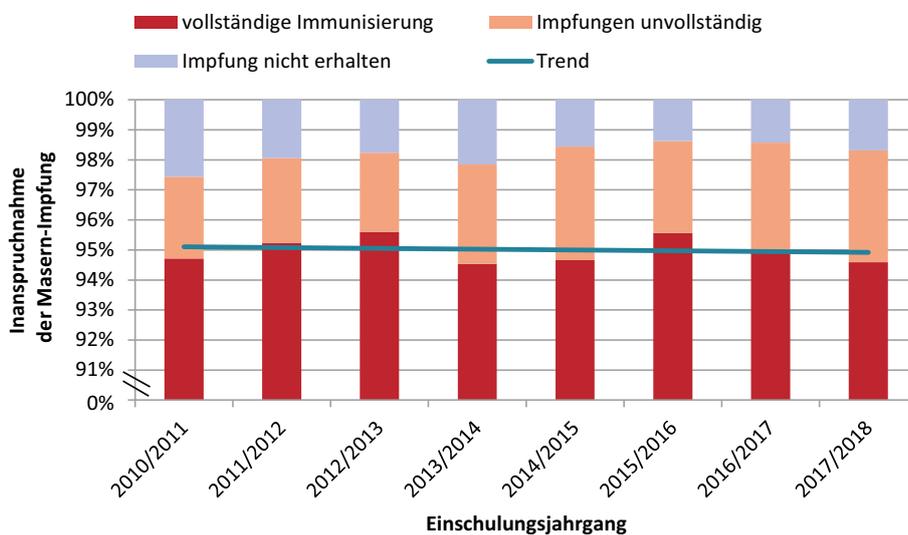


Abbildung 34 Inanspruchnahme der Masern-Impfung und Trend der vollständigen Masern-Immunisierung im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchung des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

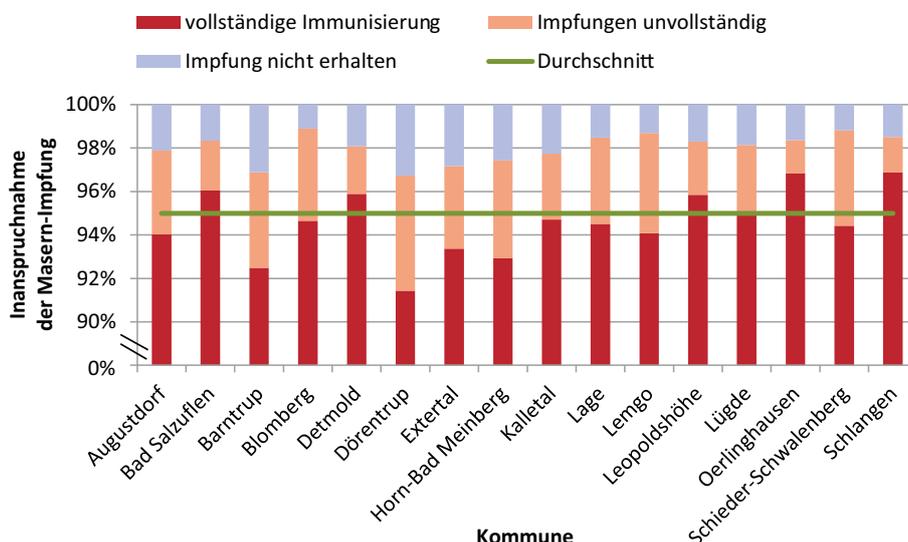


Abbildung 35 Inanspruchnahme der Masern-Impfung und Durchschnitt der vollständigen Masern-Immunisierung im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Bei der Einzelbetrachtung der Kommunen (Abbildung 35) lässt sich feststellen, dass von Dörentrup, Barntrop und Horn-Bad Meinberg die durchschnittliche Durchimpfungsrate von 95% um mehr als zwei Prozent unterschritten wurde, wohingegen Schlangen und Oerlinghausen mehr als anderthalb Prozentpunkte darüber lagen. Dörentrup (5,3%), Lemgo (4,6%) und Horn-Bad Meinberg (4,5%) wiesen die höchsten Werte bei den unvoll-

ständig Geimpften auf. Hier zeigten sich in Oerlinghausen (1,5%) und Schlangen (1,6%) die Tiefstwerte. Dörentrup (3,3%) und Barntrup (3,1%) wiesen die höchsten Prozentsätze für Nichtgeimpfte auf. Die niedrigsten Werte dafür wurden in Blomberg (1,1%) und Schieder-Schwalenberg (1,2%) erreicht.

In der detaillierten Darstellung zur Masernimpfung in der Kommune Barntrup (Abbildung 36) haben sich deutliche Schwankungen in Bezug auf eine vollständige Immunisierung über die Zeitreihe von über sechs Prozent mit einem Minimum in 2011/2012 mit 89,2% bis zu einem Maximum in 2016/2017 mit 96,9% gezeigt. So war ab dem Einschulungsjahrgang 2014/2015 (89,2%) zunächst eine Zunahme der vollständigen Immunisierungen über die Zeitreihe bis zum Einschulungsjahrgang 2016/2017 (96,9%) sichtbar, jedoch fiel der Prozentwert in 2017/2018 auf 94,1% zurück. Die Schwankungsbreite für die unvollständigen Impfungen lag mit 3,8% etwas niedriger. Hierbei ist zu erwähnen, dass für den Einschulungsjahrgang 2017/2018 keine unvollständigen Impfungen festgestellt wurden. Für den Bereich der nicht Geimpften war dasselbe für den Einschulungsjahrgang 2016/2017 zu verzeichnen. Im Einschulungsjahrgang 2017/2018 war zudem der prozentuale Anteil der nicht geimpften Kinder mit 5,9% am größten. Das Minimum lag mit 1,6% im Einschulungsjahrgang 2012/2013. Es ließ sich kein eindeutiger Trend über die untersuchte Zeitreihe feststellen.

Bei der Betrachtung der Inanspruchnahme der Masernimpfung waren in Extertal (Abbildung 37) über die dargestellte Zeitreihe sowohl für die vollständige Immunisierung als auch für die unvollständigen und die nicht erhaltenen Impfungen deutliche Schwankungen sichtbar ohne einen eindeutigen Auf- bzw. Abwärtstrend. Die Schwankungsbreite für die vollständige Immunisierung lag hier über acht Prozent mit einem minimalen Wert von 89,3% (2011/2012) und einem Maximalwert von 97,7% (2015/2016). Im folgenden Einschulungsjahrgang sank die Impfquote der vollständigen Immunisierung jedoch

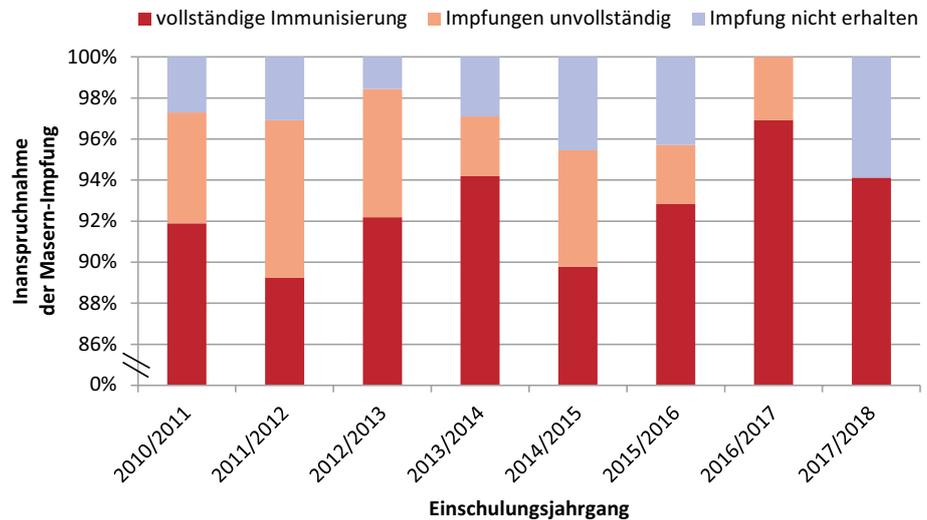


Abbildung 36 Inanspruchnahme der Masern-Impfung in der Kommune Barntrup des Kreises Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

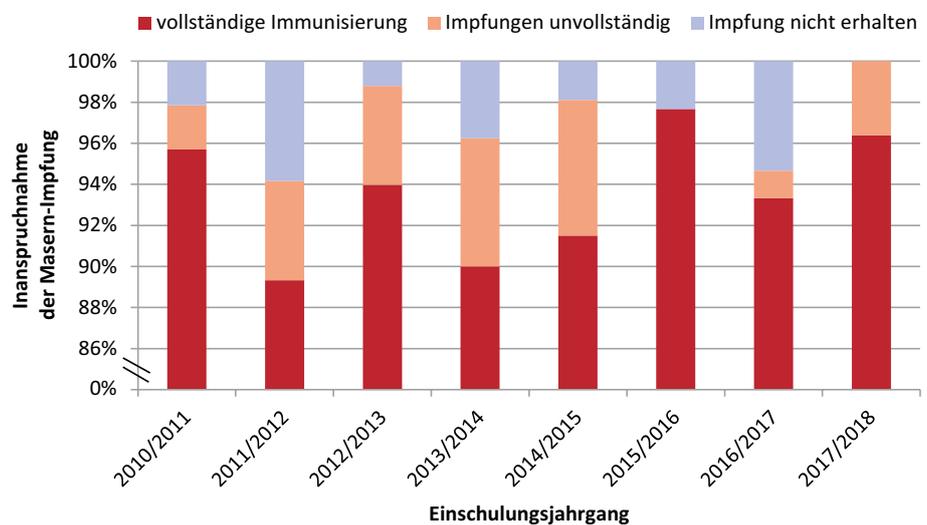


Abbildung 37 Inanspruchnahme der Masern-Impfung in der Kommune Extertal des Kreises Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

wieder auf 93,3% und stieg in 2017/2018 wieder auf 96,4% an. Für die unvollständigen Impfungen differierten die Prozentwerte um über fünf Prozentpunkte mit dem niedrigsten prozentualen Anteil im Einschulungsjahrgang 2016/2017 und dem höchsten Anteil in 2014/2015. Zu bemerken ist, dass für den Einschulungsjahrgang 2015/2016 keine unvollständigen Impfungen festzustellen waren. Für den Bereich der nicht Geimpften war dasselbe für den Einschulungsjahrgang 2017/2018 zu verzeichnen. Im Einschulungsjahrgang 2017/2018 war zudem der prozentuale Anteil der nicht geimpften Kinder am größten mit 5,9%. Das Minimum betrug hier 1,6% im Einschulungsjahrgang 2012/2013.

5.3 Körperliche Gesundheit und kognitive Entwicklung

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse, die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen von 2010/2011 bis 2017/2018 im Kreis Lippe gewonnen wurden, vorgestellt. Zunächst wird auf die Ergebnisse zum Hör- und Sehvermögen der Kinder eingegangen (Kapitel 5.3.1). Anschließend werden in Kapitel 5.3.2 die Befunde der SOPESS-Kategorien (Visuomotorik, selektive Aufmerksamkeit, Zahlen- und Mengenvorwissen, visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken, Sprache, Körperkoordination) betrachtet. Besondere Beachtung im Rahmen der Untersuchung erfährt zum Schluss (Kapitel 5.3.3) das Körpergewicht. Die verschiedenen Befundungsmöglichkeiten, im Weiteren Items genannt, sind: *Arztüberweisung, in Behandlung, Leistungsbeeinträchtigung, ohne Befund, Befund (nicht behandlungsbedürftig)*. In den einzelnen Unterkapiteln werden jeweils zu Beginn die prozentuale Verteilung der verschiedenen Befunde sowie die Geschlechterverteilung aller acht Einschulungsjahrgänge dargestellt. Im Weiteren werden die Unterschiede in den Befunden der einzelnen Einschulungsjahrgänge und die Unterschiede zwischen den lippischen Städten und Gemeinden herausgearbeitet. Die Fälle, bei denen keine Untersuchungsergebnisse für eine oder mehrere Kategorie/n vorlagen, wurden nicht in die Auswertungen der Daten zur körperlichen Gesundheit und kognitiven Entwicklung der Kinder einbezogen. Da die absoluten Zahlen für das Item *Leistungsbeeinträchtigung* über die betrachtete Zeitreihe von acht Einschulungsjahrgängen sehr gering ausfielen (z.T. $N < 30$), werden die daraus resultierenden prozentualen Anteile in den folgenden Unterkapiteln vollständigshalber dar-

gestellt, aber nur bei der Betrachtung der Geschlechterverteilung beschrieben. Der Schwerpunkt in der Analyse des Geschlechtervergleiches, des Zeitvergleiches sowie des kommunalen Vergleiches liegt somit auf den Items *ohne Befunde, Befund (nicht behandlungsbedürftig), in Behandlung* und *Arztüberweisung*.

5.3.1 Hören und Sehen

Hören

Im Kreis Lippe wurde für die Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018 bei dem größten Teil der untersuchten Kinder (91%) kein Befund für eine Hörstörung festgestellt. Die übrigen neun Prozent lagen dementsprechend im auffälligen Bereich und verteilten sich wie folgt: Eine Empfehlung zur weiteren medizinischen Abklärung aufgrund eines auffälligen Befundes wurde für knapp drei Prozent der Schulanfängerinnen/Schulanfänger ausgesprochen. Bereits in Behandlung befanden sich 2,5% der Kinder. Bei 0,2% aller Schulanfängerinnen/Schulanfänger lag eine Leistungsbeeinträchtigung¹⁸ des Hörvermögens vor. Eine nicht behandlungsbedürftige Hörstörung wurde bei 3,1% der Kinder nachgewiesen. Insgesamt konnte bei 0,2% der Kinder keine Untersuchung durchgeführt werden (Tabelle 6).

Bei dem Geschlechtervergleich (Abbildung 38) in Bezug auf das Hörvermögen zeigten sich in den einzelnen Items zur Befundbewertung überwiegend nur kleine Unterschiede. Bei *Arztüberweisung* (48,6% männlich, 51,4% weiblich) und *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* (47,0% männlich, 53,0% weiblich) waren mehr Mädchen als Jungen betroffen. Für die Items *in Behandlung* und *ohne Befund* waren es hingegen mehr

Jungen (jeweils 51,7% Jungen, 48,3% Mädchen). Im Bereich der *Leistungsbeeinträchtigung* zeigte sich mit einer Geschlechterverteilung von 41,7% Jungen und 58,3% Mädchen ein deutlicherer Unterschied.

Wie bereits beim Gesamtdurchschnitt über die acht Einschulungsjahrgänge stellt das Item *ohne Befund* auch in der Betrachtung der einzelnen Einschulungsjahrgänge mit Abstand den Höchstwert dar. In Abbildung 39 ist zudem zu erkennen, dass der prozentuale Anteil für dieses Item

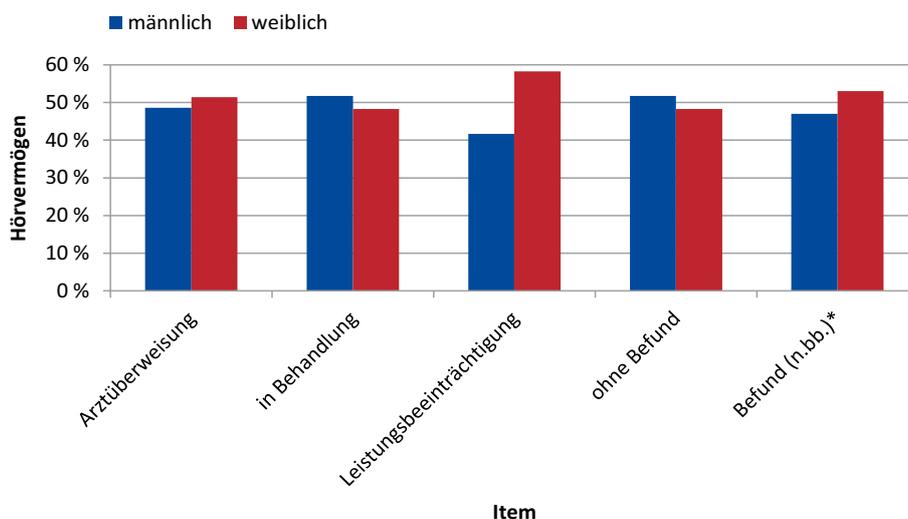


Abbildung 38 Hörvermögen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018, nach Geschlecht, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

¹⁸ Das heißt: Eine durch eine/n Ärztin/Arzt diagnostizierte Leistungsbeeinträchtigung lag bereits zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung vor (LIGA NRW, o.J.). Dies ist für alle festgestellten Leistungsbeeinträchtigungen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen der Fall und wird daher bei der Darstellung der Befunde in diesem Kapitel nicht erneut beschrieben.

über die Zeitreihe betrachtet angestiegen ist (von 89,6% in 2010/2011 auf 92,8% in 2017/2018). Damit war innerhalb eines Einschulungsjahrgangs das Hörvermögen bei neun von zehn Kindern unauffällig. Bei den übrigen Items bezüglich des Hörvermögens waren über die Zeitreihe der acht Einschulungsjahrgänge Schwankungsbreiten von maximal zwei bis drei Prozent festzustellen. Der prozentuale Anteil der Empfehlungen für eine weitere medizinische Abklärung schwankte über alle Einschulungsjahrgänge zwischen knapp zwei (2014/2015) und über vier Prozent (2012/2013). Die Schwankungsbreite des Anteiles der Kinder, die bereits aufgrund einer Beeinträchtigung des Hörvermögens in Behandlung waren, fällt etwas geringer (zwischen 2,1% in 2015/2016 und 3,1% in 2016/2017) aus. Beim Item *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* schwankten die Prozentwerte zwischen zwei Prozent (2017/2018) und 4,3% (2015/2016).

Im kleinräumigen Vergleich (Abbildung 40) zeigten sich für das Item *ohne Befund* in Extertal (93,5%), in Detmold (92,8%) und Lage (91,9%) die höchsten Prozentwerte, während in Blomberg (88,0%), Lügde (88,1%) und Schieder-Schwalenberg (88,4%) die niedrigsten zu finden waren. Für das Item *Arztüberweisung* lagen in Lage (5,6%), Dörentrup (3,6%) und Detmold (3,6%) die prozentualen Anteile am höchsten, während in Schlangen (0,6%), Extertal (1,4%) und Barntrop (1,5%) die niedrigsten Werte festzustellen waren. Damit zeichnen sich hier deutliche kommunale Unterschiede von teilweise bis zu fünf Prozent ab. Den höchsten prozentualen Anteil bei dem Item *in Behandlung* wies Lügde mit 4,7% auf, gefolgt von Barntrop (3,9%) und Schieder-Schwalenberg (3,8%). In Lage (1,7%), Dörentrup (ebenfalls 1,7%) und Detmold (1,8%) fanden sich die niedrigsten Werte dazu. Das bedeutet, dass in einigen Kommunen die Werte fast dreimal so hoch waren als in anderen. Ein *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* trat am häufigsten in Oerlinghausen (6,0%) auf, darauf folgten Blomberg und Schlangen (jeweils 5,8%). Der niedrigste prozentuale Anteil bei diesem

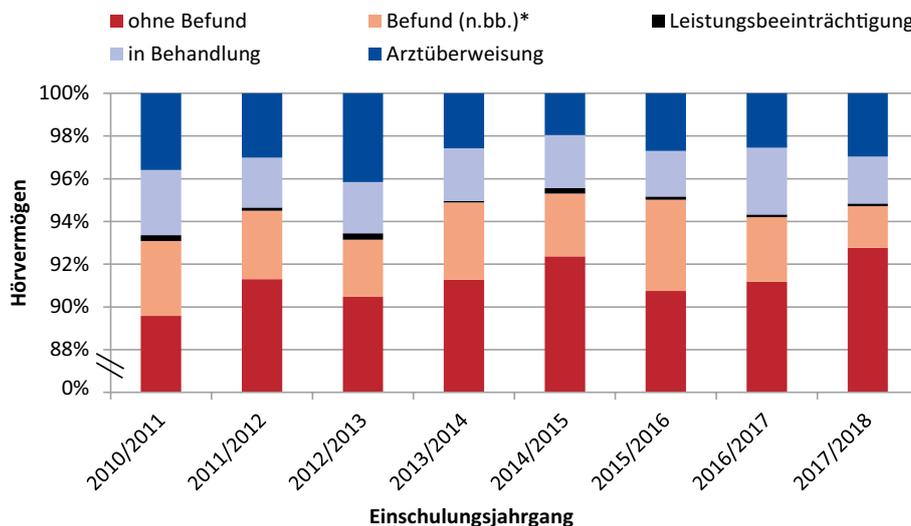


Abbildung 39 Hörvermögen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

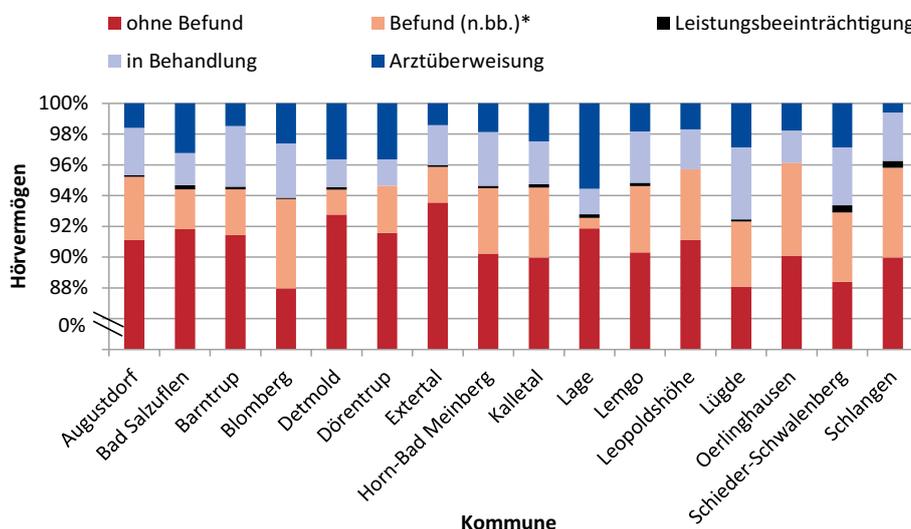


Abbildung 40 Hörvermögen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Item wurde in Lage (0,7%), Detmold (1,6%) und Extertal (2,3%) festgestellt. Auch hier differierten die Prozentsätze stark (mehr als fünf Prozent).

Tabelle 6 Hörvermögen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent

| | Häufigkeit | Gültige Prozente | Prozente |
|---------------------------|------------|------------------|----------|
| Arztüberweisung | 761 | 2,9 | 2,9 |
| in Behandlung | 652 | 2,5 | 2,5 |
| Leistungsbeeinträchtigung | 48 | 0,2 | 0,2 |
| ohne Befund | 23.601 | 91,2 | 91,0 |
| Befund (n.bb.*) | 813 | 3,1 | 3,1 |
| keine Untersuchung | 51 | – | 0,2 |
| Gesamt | 25.926 | 100,0 | 100,0 |

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Sehen

Insgesamt ließ sich im Kreis Lippe bei über 80% der Kinder kein auffälliger Befund für die Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018 feststellen (Tabelle 7). Bei mehr als 7% der Kinder wurde eine medizinische Abklärung durch einen Facharzt empfohlen. *In Behandlung* befanden sich bereits über 8% der Kinder. Bei 0,1% der Kinder ist eine erhebliche und nicht vorübergehende *Leistungsbeeinträchtigung* festgestellt worden. Ein *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* lag bei 0,2% der Kinder vor. Zu keiner Untersuchung kam es bei einem prozentualen Anteil von 0,2%.

Tabelle 7 Sehvermögen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent

| | Häufigkeit | Gültige Prozente | Prozente |
|---------------------------|------------|------------------|----------|
| Arztüberweisung | 1.910 | 7,4 | 7,4 |
| in Behandlung | 2.271 | 8,8 | 8,8 |
| Leistungsbeeinträchtigung | 30 | 0,1 | 0,1 |
| ohne Befund | 21.623 | 83,6 | 83,4 |
| Befund (n.bb.*) | 44 | 0,2 | 0,2 |
| keine Untersuchung | 48 | – | 0,2 |
| Gesamt | 25.926 | 100,0 | 100,0 |

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Ebenso wie beim Hören zeigten sich beim Sehen keine gravierenden Unterschiede in der Geschlechterverteilung (Abbildung 41). In den Items *Arztüberweisung* (50,3% männlich, 49,7% weiblich), *in Behandlung* (51,5% männlich, 48,5% weiblich), *Leistungsbeeinträchtigung* (53,3% männlich, 46,7% weiblich) und *ohne Befund* (51,6% männlich, 48,4% weiblich) waren prozentual gesehen mehr Jungen betroffen, während das Item *Befund*

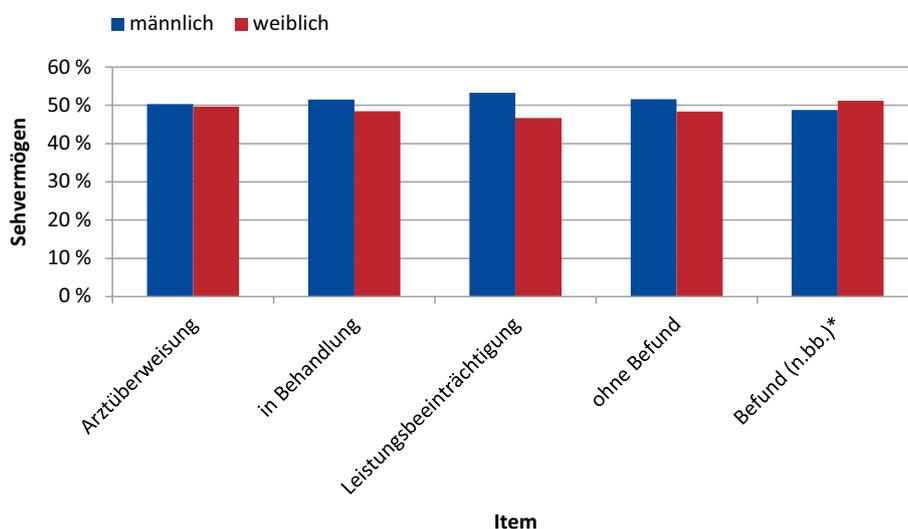


Abbildung 41 Sehvermögen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Geschlecht, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

(*nicht behandlungsbedürftig*) (48,8% männlich, 51,2% weiblich) prozentual mehr bei Mädchen als bei den Jungen festgestellt wurde.

Die prozentualen Anteile aller Items (*Arztüberweisung, in Behandlung, Befund (nicht behandlungsbedürftig)* und *ohne Befund*) in dem Bereich „Herabsetzung der Sehschärfe“ (Abbildung 42) wiesen unterschiedliche Schwankungsbreiten auf. Die Schwankungsbreite lag für das Item *ohne Befund* bei knapp fünf Prozentpunkten. Dabei war der höchste Prozentwert in 2016/2017 (85,2%) zu finden, der niedrigste in 2013/2014 (80,7%). Für das Item *Arztüberweisung* lagen diese zwischen 6,1% (2015/2016) und knapp 10% (2013/2014), bei dem Item *in Behandlung* schwankten die Prozentsätze um 1,2% (8,2% in 2016/2017 und 9,4% in 2014/2015). Für das Item *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* wurde als maximaler Wert 0,3% in den Einschulungsjahrgängen 2013/2014 und 2017/2018 erreicht. Die Prozentsätze für die übrigen Einschulungsjahrgänge waren hierfür aufgrund von äußerst niedrigen Werten in der Darstellung kaum bis gar nicht abbildbar.

In der Betrachtung des kleinräumigen Vergleiches (Abbildung 43) fanden sich bei dem Item *ohne Befund* die höchsten Prozentsätze in Augustdorf (85,8%) und Horn-Bad Meinberg (85,8%), die niedrigsten hingegen in Kalletal (79,8%) und in Bad Salzuflen (80,4%). Dieses Item mit den höchsten Werten wies somit eine Schwankungsbreite von 6% auf. Die prozentualen Anteile in dem Item *Arztüberweisung* waren in Bad Salzuflen (10,7%), Kalletal (9,3%) und Extetal (7,9) am höchsten. Die niedrigsten Prozentsätze fanden sich hierfür in Barntrop (3,9%), Lügde (4,5%) und Blomberg (5,0%). Dies entspricht einer Differenz von fast sieben Prozent zwischen den Kommunen. Etwas geringere Unterschiede von 4,6% zeigten sich bei dem Item *in Behandlung*. Die höchsten Prozentquoten lagen in Lügde (11,8%), Blomberg (11,6%) und Schlangen (11,2), während in Detmold (7,1%), Augustdorf (7,3%) und Lage (7,7%) die niedrigsten Werte nachzuweisen waren. Für das Item *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* waren die Prozentanteile aller Kommunen unter einem halben Prozentpunkt mit den Höchstwerten in Detmold und Schlangen (jeweils 0,4%) zu finden.

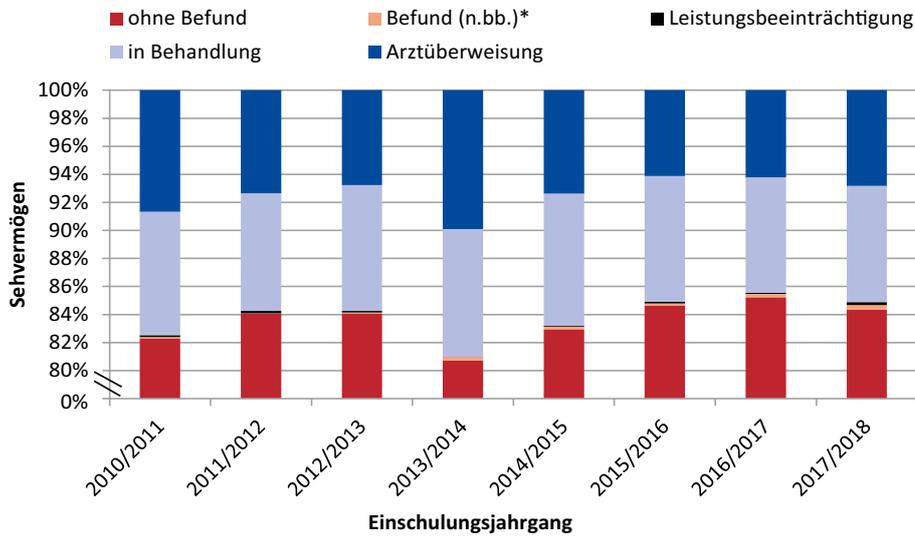


Abbildung 42 Sehvermögen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

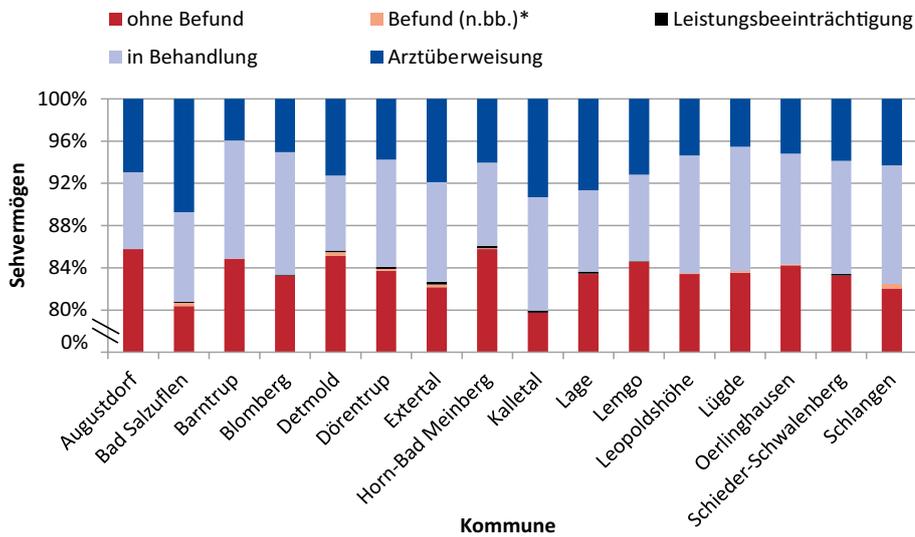


Abbildung 43 Sehvermögen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

5.3.2 SOPESS-Kategorien

Visuomotorik

Über 80% der Kinder lösten die Aufgaben in der Kategorie „Visuomotorik“ ohne einen auffälligen Befund (Item: *ohne Befund*). Unter das Item *Arztüberweisung* fielen 2,4% der Kinder. Ein prozentualer Anteil von 3,2% aller Schulanfängerinnen/Schulanfänger über alle Einschulungsjahrgänge wurde dem Item *in Behandlung* zugeordnet im Rahmen ihrer visuomotorischen Störung. Eine erhebliche und nicht vorübergehende Leistungsbeeinträchtigung war bei einem Prozentwert von 0,1% der Kinder erkennbar. Mehr als 13% der untersuchten Kinder waren in das Item *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* einzuordnen. Nicht untersucht in dieser Kategorie wurden 0,9% aller Schulanfängerinnen/Schulanfänger (Tabelle 8).

Tabelle 8 Visuomotorik bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent

| | Häufigkeit | Gültige Prozente | Prozente |
|---------------------------|------------|------------------|----------|
| Arztüberweisung | 611 | 2,4 | 2,4 |
| in Behandlung | 830 | 3,2 | 3,2 |
| Leistungsbeeinträchtigung | 26 | 0,1 | 0,1 |
| ohne Befund | 20.759 | 80,8 | 80,1 |
| Befund (n.bb.*) | 3.473 | 13,5 | 13,4 |
| keine Untersuchung | 227 | – | 0,9 |
| Gesamt | 25.926 | 100,0 | 100,0 |

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Für drei Items lagen die Prozentsätze bei den Jungen deutlich höher als bei den Mädchen (Abbildung 44): *Arztüberweisung* 69,2% männlich, 30,8% weiblich – *in Be-*

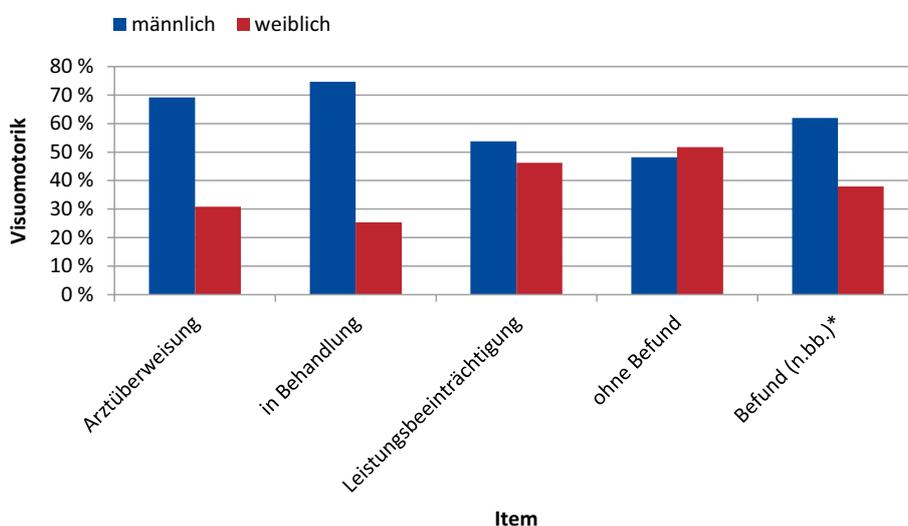


Abbildung 44 Visuomotorik bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018, nach Geschlecht, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

handlung (74,6% männlich, 25,4% weiblich), *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* (62,0% männlich, 38,0% weiblich). Für das Item *Leistungsbeeinträchtigung* war der Unterschied mit 53,8% für Jungen und 46,2% für Mädchen deutlich geringer. Lediglich für das Item *ohne Befund* war die Geschlechterverteilung umgekehrt (48,2% männlich, 51,7% weiblich).

In Abbildung 45 ist über die Zeitreihe aller acht Einschulungsjahrgänge eine leichte Zunahme für die prozentualen Anteile des Items *ohne Befund* sichtbar. Ausgehend von einem prozentualen Anteil von 76,8% (2010/2011) stabilisierten sich die Prozentsätze auf Werte um 80% (höchster Wert in 2013/2014 mit 83,2%, in 2017/2018 als aktuellster Einschulungsjahrgang 79,9%). Die Werte für eine weitere ärztliche Abklärung schwankten über die Zeitreihe zwischen 1,5% (2013/2014) und drei Prozent (2010/2011). Geringe Schwankungen um einen Prozentpunkt zeigten sich auch für das Item *in Behandlung* mit dem niedrigsten prozentualen Anteil in 2012/2013 (2,7%) und dem höchsten Wert in 2015/2016 (3,7%). Für das Item *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* ist weder ein Auf- noch ein Abwärtstrend zu erkennen ist. Die Prozentwerte schwankten zwischen 17% in 2010/2011 und 10,9% in 2014/2015. Für den letzten Einschulungsjahrgang der Zeitreihe lag dieser bei 13,9%.

Bei der Vergleichsbetrachtung der Kommunen (Abbildung 46) sind wieder deutliche Unterschiede zwischen diesen festzustellen. Die Prozentwerte für das Item *ohne Befund* lagen am höchsten in Augustdorf und Oerlinghausen mit 87,9%, gefolgt von Leopoldshöhe (86,1%), am niedrigsten in Horn Bad-Meinberg (75,4%) und Detmold (76%). Die Differenz liegt hier somit bei über zehn Prozentpunkten. In Horn-Bad Meinberg (6,9%) und Bad Salzuflen (6,3%) fanden sich die höchsten prozentualen

Anteile für das Item *Arztüberweisung*, hingegen in Oerlinghausen (0,2%), Leopoldshöhe und Kalletal (jeweils 0,4%) die Niedrigsten. Bezüglich des Items *in Behandlung* waren die höchsten Prozentsätze für Lügde (11,2%) und Horn-Bad Meinberg (9,1%) festzustellen. In Detmold (0,4%) sowie Oerlinghausen und Augustdorf (jeweils 0,8%) waren für dieses Item die niedrigsten Prozentwerte erkennbar. Die Prozentzahlen für das Item *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* lagen in Detmold (22,6%), danach Schlangen (14,8%) und Dörentrup (14,6%), am höchsten, während in Schieder-Schwalenberg (5,9%),

Lügde (7,1%) und Blomberg (7,6%) die niedrigsten prozentualen Anteile zu finden waren.

Selektive Aufmerksamkeit

Im Kreis Lippe fand sich bei etwas mehr als 85% aller Schulanfängerinnen/Schulanfänger kein Befund beim Test zur „selektiven Aufmerksamkeit“. Die Empfehlung *Arztüberweisung* war bei 0,2% der untersuchten Kinder erforderlich. Das Item *in Behandlung* wurde 1,8% der Schulanfängerinnen/Schulanfänger zugeordnet. Bei 0,1% lag eine erhebliche und nicht vorübergehende Leistungsbeeinträchtigung vor. Knapp 12% der Kinder wiesen einen *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* auf, so dass lediglich eine Beratung der Eltern stattfand. Da die Zahlen für die auffälligen Befunde in der Auswertung der selektiven Aufmerksamkeit sehr gering waren (Tabelle 9), wird in diesem Kapitel kein Vergleich nach Einschulungsjahrgängen und Städten und Gemeinden des Kreises Lippe durchgeführt.¹⁹

Wie bei der „Visuomotorik“ zeigte sich in der Kategorie „selektive Aufmerksamkeit“, dass in vier Itembereichen mehr Jungen als Mädchen betroffen waren (Abbildung 47): *Arztüberweisung* (60,4% männlich, 39,6% weiblich), *in Behandlung* (74,0% Jungen, 26,0% Mädchen), *Leistungsbeeinträchtigung* (60% Jungen, 40% Mädchen), *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* (61,5% männlich, 38,5% weiblich). Geringfügig mehr Mädchen (50,4%) konnten dem Item *ohne Befund* zugeordnet werden (49,6% Jungen).

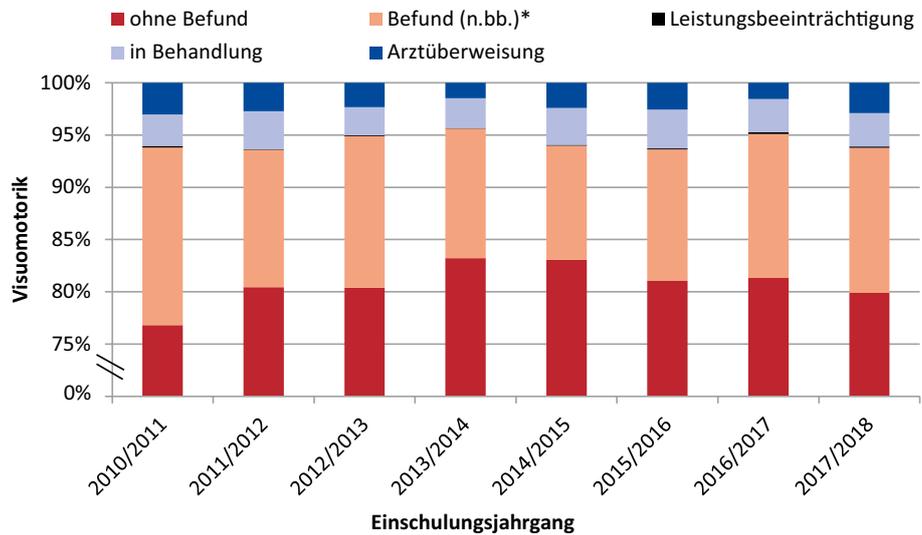


Abbildung 45 Visuomotorik bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

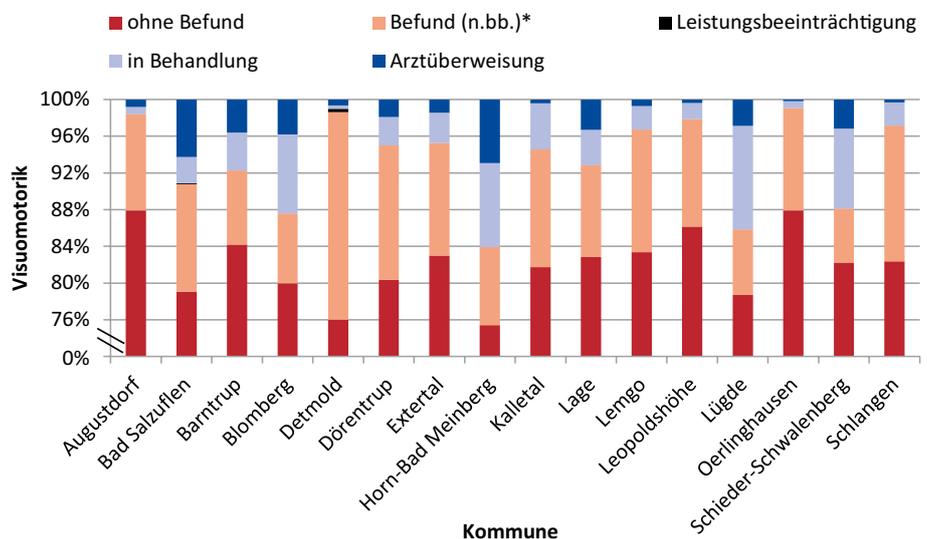


Abbildung 46 Visuomotorik bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Tabelle 9 Selektive Aufmerksamkeit Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent

| | Häufigkeit | Gültige Prozente | Prozente |
|---------------------------|------------|------------------|----------|
| Arztüberweisung | 48 | 0,2 | 0,2 |
| in Behandlung | 457 | 1,8 | 1,8 |
| Leistungsbeeinträchtigung | 15 | 0,1 | 0,1 |
| ohne Befund | 22.140 | 86,0 | 85,4 |
| Befund (n.bb.*) | 3.070 | 11,9 | 11,8 |
| keine Untersuchung | 196 | – | 0,7 |
| Gesamt | 25.926 | 100,0 | 100,0 |

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

¹⁹ Die genauen Werte hierzu sind in Band II (Tabellenband) hinterlegt.

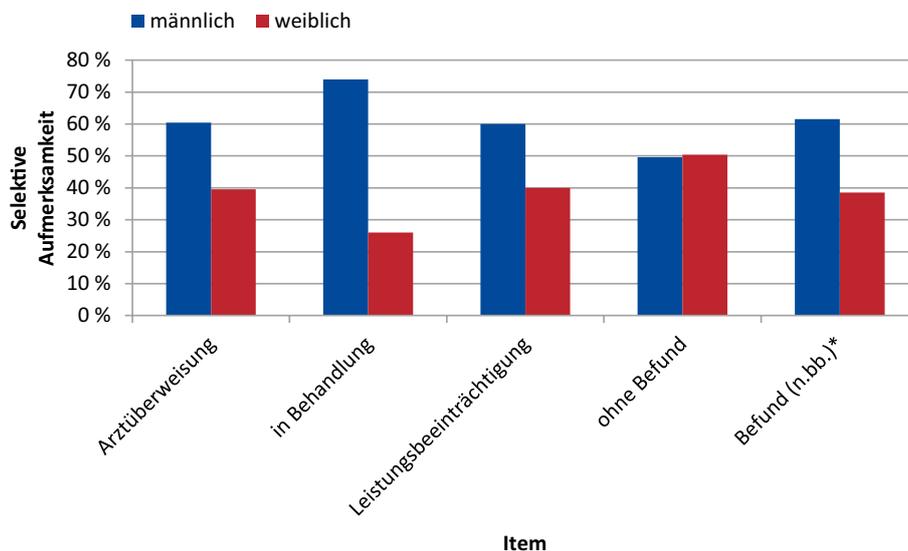


Abbildung 47 Selektive Aufmerksamkeit bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018, nach Geschlecht, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Tabelle 10 Zahlen- und Mengenvorwissen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent

| | Häufigkeit | Gültige Prozente | Prozente |
|---------------------------|------------|------------------|----------|
| Arztüberweisung | 39 | 0,2 | 0,2 |
| in Behandlung | 357 | 1,4 | 1,4 |
| Leistungsbeeinträchtigung | 15 | 0,1 | 0,1 |
| ohne Befund | 22.707 | 88,4 | 87,6 |
| Befund (n.bb.*) | 2.567 | 10,0 | 9,9 |
| keine Untersuchung | 241 | – | 0,9 |
| Gesamt | 25.926 | 100,0 | 100,0 |

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

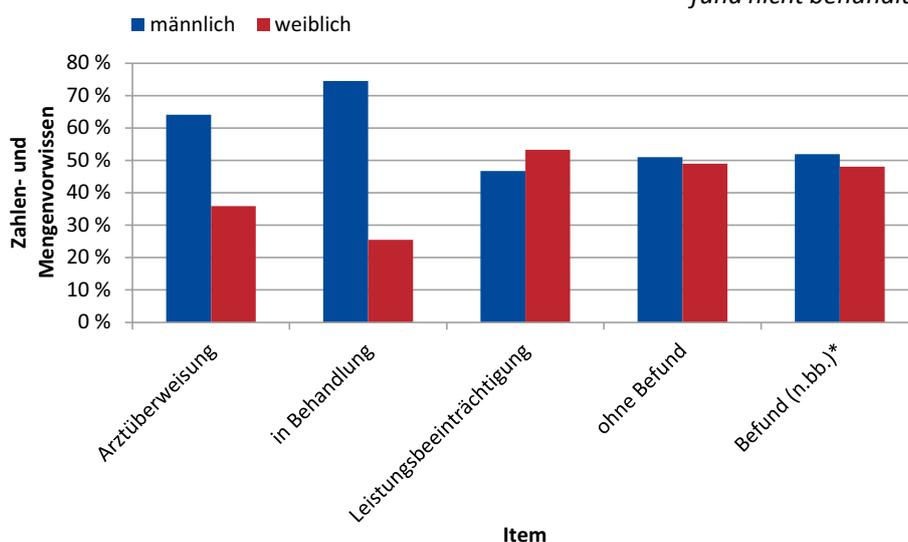


Abbildung 48 Zahlen und Mengenvorwissen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Geschlecht, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Zahlen- und Mengenvorwissen

Für mehr als 87% der Schulanfängerinnen/Schulanfänger waren die Ergebnisse im Test zum „Zahlen- und Mengenvorwissen“ *ohne Befund*. Eine weitere ärztliche Abklärung wurde 0,2% der Schulanfängerinnen/Schulanfänger empfohlen. 1,4% der Kinder waren bereits aufgrund eines Befundes zur Vorläuferfähigkeit des Rechnens in ärztlicher Behandlung. Eine erhebliche und nicht vorübergehende Leistungsbeeinträchtigung in diesem Bereich war bei fünfzehn Kindern (0,1%) nachweisbar. Bei knapp 10% der Kinder wurde ein nicht behand-

lungsbedürftiger Befund festgestellt. Hier erfolgte eine anschließende Beratung der Erziehungsberechtigten (Tabelle 10). Da die Zahlen für die auffälligen Befunde in der Auswertung des Zahlen- und Mengenvorwissens sehr gering waren, wird in diesem Kapitel kein Vergleich nach Einschulungsjahrgängen oder Städten und Gemeinden des Kreises Lippe durchgeführt.²⁰

Ebenso wie bei der „Visuomotorik“ und der „selektiven Aufmerksamkeit“ waren auch hier die prozentualen Anteile bei vier Items bei den Jungen höher als bei den Mädchen (Abbildung 48). Dazu gehören wiederum die *Arztüberweisung* (64,1% männlich; 35,9 % weiblich) – *in Behandlung* (74,5% Jungen, 25,5% Mädchen) und *Befund nicht behandlungsbedürftig* (51,9% männlich, 48,1%

weiblich) sowie dieses Mal das Item *ohne Befund* (51% Jungen, 49% Mädchen). Eine umgekehrte Geschlechterverteilung fand sich bei dem Item *Leistungsbeeinträchtigung* mit 46,7% Jungen und 53,3% Mädchen.

Visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken

Bei mehr als 82% der Schulanfängerinnen/Schulanfänger im Kreis Lippe wurde kein Befund für Beeinträchtigungen des visuellen Wahrnehmens und schlussfolgernden Denkens festgestellt. Weniger als einem Prozent der

²⁰ Die genauen Werte hierzu sind in Band II (Tabellenband) hinterlegt.

Kinder wurde zu einer weiteren ärztlichen Abklärung geraten. Zwei Prozent befanden sich in Behandlung aufgrund einer Störung der Wahrnehmungsfähigkeit. Die Prozentzahl der Kinder mit erheblicher und nicht nur vorübergehender Leistungsbeeinträchtigung ist so gering, dass sie kaum in Prozentzahlen auszudrücken ist. Bei knapp 14% der Kinder lag ein nicht behandlungsbedürftiger Befund vor. Bei 0,9% konnte keine Untersuchung in dieser Kategorie erfolgen (Tabelle 11).

Wie auch in den drei vorherigen Kategorien waren in den drei Itembereichen *Arztüberweisung* (66,4% männlich, 33,6% weiblich), *in Behandlung* (73,6% männlich, 26,4% weiblich), *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* (59,4% männlich, 40,6% weiblich) mehr Jungen als Mädchen betroffen (Abbildung 49). Eine umgekehrte Geschlechterverteilung fand sich bei dem Item *Leistungsbeeinträchtigung* mit 20% Jungen und 80% Mädchen, wobei zu berücksichtigen ist, dass hier die Gesamtzahl mit 10 Schülerinnen/Schülern sehr gering war. Für das Item ohne Befund zeigte sich, wie bereits bei den Kategorien „Zahlen- und Mengenvorwissen“ und „selektive Aufmerksamkeit“, ein fast ausgeglichenes Verhältnis (49,4% Jungen, 50,6% Mädchen).

In Abbildung 50 ist sichtbar, dass der prozentuale Anteil der Kinder *ohne Befund* über alle Einschulungsjahrgänge von 80,1% (2010/2011) auf maximal 85,1% (2016/2017) anstieg. Lediglich geringe Schwankungen von unter einem Prozent zeigten sich für das Item *Arztüberweisung* von 1,3% (2010/2011 und 2017/2018) bis 0,5% (2013/2014). Mit einer Schwankungsbreite von etwas über einem Prozent zeigten sich auch für das Item *in Behandlung* kaum Unterschiede (Minimum: 1,3% in 2012/2013, Maximum: 2,5% in 2011/2012). Die Prozentwerte des Items *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* schwankten zwischen 16,7% (2010/2011) und 12,0% (2016/2017), im aktuellen Einschulungsjahrgang 2017/2018 lag er bei 13,5%.

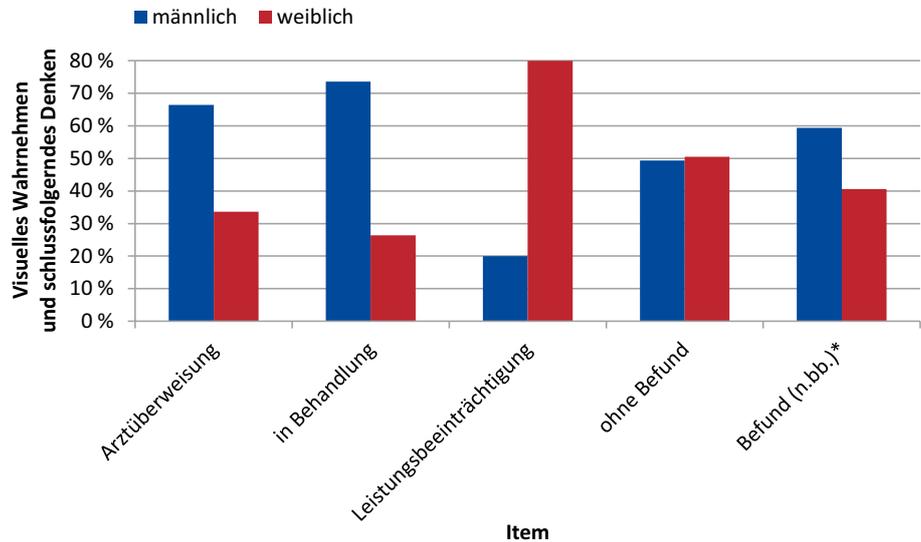


Abbildung 49 Visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Geschlecht, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

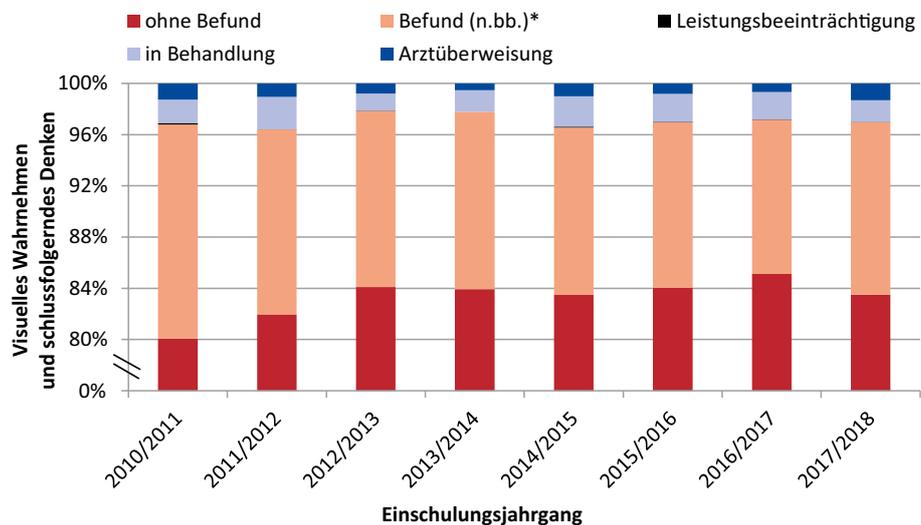


Abbildung 50 Visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Tabelle 11 Visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent

| | Häufigkeit | Gültige Prozente | Prozente |
|---------------------------|------------|------------------|----------|
| Arztüberweisung | 240 | 0,9 | 0,9 |
| in Behandlung | 507 | 2,0 | 2,0 |
| Leistungsbeeinträchtigung | 10 | 0,0 | 0,0 |
| ohne Befund | 21.383 | 83,3 | 82,5 |
| Befund (n.bb.*) | 3.542 | 13,8 | 13,7 |
| keine Untersuchung | 244 | - | 0,9 |
| Gesamt | 25.926 | 100,0 | 100,0 |

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

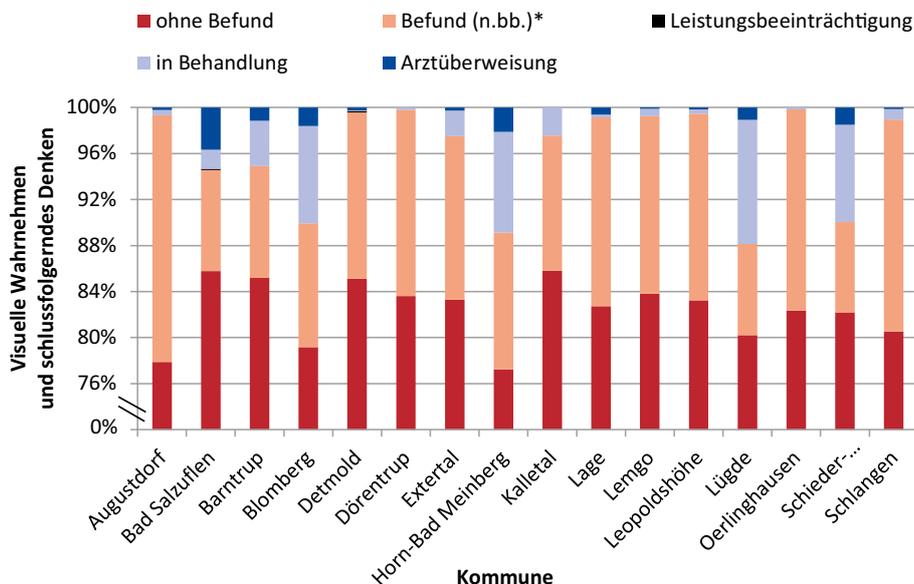


Abbildung 51 Visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Kleinräumig betrachtet (Abbildung 51) fielen auch in dieser Kategorie deutliche Unterschiede auf. Für das Item *ohne Befund* zeigte sich eine Differenz von mehr als acht Prozentpunkten zwischen dem höchsten Wert in Bad Salzuflen und Kalletal von 85,8% und dem niedrigsten in Horn Bad-Meinberg mit 77,2%, gefolgt von Augustdorf (77,9%). Der prozentuale Anteil der Schulanfängerinnen/Schulanfänger für das Item *Arztüberweisung* in „visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken“ lag in Bad Salzuflen bei 3,7%, gefolgt von Horn Bad-Meinberg (2,1%) und Blomberg (1,6%). In Dörentrup, Kalletal und Oerlinghausen gab es keine Empfehlungen zur weiteren ärztlichen Abklärung. Bereits in Behandlung waren 10,8% der Kinder in Lügde und 8,8% in Horn Bad-Meinberg. In Detmold waren es hingegen nur 0,1%, gefolgt von Dörentrup, Lage und Oerlinghausen mit jeweils 0,2%. Die Prozentwerte zum Item *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* lagen in Augustdorf (21,4%), Schlangen mit 18,4% und Oerlinghausen (17,5%) am höchsten. In Schieder-Schwalenberg (7,8%), Lügde (7,9%) und Bad Salzuflen (8,8%) hingegen waren die niedrigsten prozentualen Anteile zu verzeichnen.

Sprache und Sprechen

Erstsprache und Deutschkenntnisse

Die Beurteilung des Migrationshintergrundes erfolgt anhand der Erfassung der Erstsprache (Tabelle 12). Als Erstsprache gilt diejenige, die in den ersten vier Lebensjahren überwiegend mit dem Kind gesprochen wurde. In dem hier betrachteten Zeitraum von acht Einschulungsjahrgängen war für 83,8% der Kinder Deutsch die Erstsprache. Zur Einschätzung der Sprachfähigkeit der Kinder, die in den ersten vier Lebensjahren überwiegend eine andere Sprache als Deutsch gesprochen haben, werden die

Deutschkenntnisse gemäß entsprechender Definitionen in eine von fünf Kategorien eingestuft. Bei dem Teil der Kinder, die in den ersten 4 Lebensjahren überwiegend eine andere Sprache als Deutsch gesprochen haben, waren bei 7,2% der Kinder keine Deutschkenntnisse nachweisbar. Ein prozentualer Anteil von 9,9% sprach radebrechend Deutsch und 25,2% der Schulanfängerinnen/Schulanfänger sprachen flüssig Deutsch mit erheblichen Fehlern. Leichte Fehler in der deutschen Sprache wurden bei einem Prozentwert von 36,6% der Kinder festgestellt und 21,0% der Kinder sprachen fehlerfrei Deutsch (Tabelle 12).

Bei der Betrachtung der Zeitreihe über alle Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018 ist zu erkennen, dass der Anteil der Kinder mit *Deutsch als Erstsprache* von 2010/2011 (86,4%) bis zum Einschulungsjahrgang 2017/2018 (81,0%) rückläufig war (Tabelle 13). In Abbildung 52 lagen die Prozentwerte für *keine Deutschkenntnisse* der zu betrachtenden Zeitreihe in den ersten vier Einschulungsjahrgängen zwischen 2,6% (2011/2012) und 4,1% (2012/2013), während sie ab 2014/2015 (8,7%) auf 13,5% in 2016/2017 sichtbar anstiegen. Im letzten zu betrachtenden Einschulungsjahrgang 2017/2018 fand sich ein prozentualer Anteil von 9,8%. In der Kategorie *spricht radebrechend* schwankten die Prozentwerte über die Zeitreihe zwischen 8,1% (2014/2015) und 11,8% (2017/2018). Die Anzahl der Kinder, die der Kategorie *spricht flüssig Deutsch, aber mit erheblichen Fehlern* zuzuordnen waren, lag in 2010/2011 (29,9%) am höchsten und in 2016/2017 (21,6%) am niedrigsten. In 2017/2018 war ein Anstieg auf 26,3% zu verzeichnen. Bei der Betrachtung der Kategorie *spricht flüssig Deutsch, aber mit leichten Fehlern* war festzustellen, dass nach einem leichten Anstieg von 37,6% in 2010/2011 auf 42,4% in 2013/2014 die Prozentwerte rückläufig waren bis auf 27,8% in 2017/2018. Die Prozentzahlen des Bereiches *spricht fehlerfrei Deutsch* variierten über die Zeitreihe zwischen 18,6% (2010/2011 und 2014/2015) und 24,3% (2017/2018).

Im kleinräumigen Vergleich (Abbildung 53) fanden sich prozentual die meisten Kinder mit *Deutsch als Erstsprache* in Schieder-Schwalenberg und Dörentrup (beide 95,8%). Der geringste prozentuale Anteil mit *Deutsch als Erstsprache* lag in Detmold (72,1%) vor, gefolgt von Bad Salzuflen (75,6%).

Tabelle 12 Erstsprache und Deutschkenntnisse bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern des Kreises Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent

| Schulanfänger 2010/2011–2017/2018 | Häufigkeit | Gültige Prozente |
|---|------------|------------------|
| Davon Deutsch als Erstsprache | 21.732 | 83,8 |
| Davon Deutsch nicht als Erstsprache | 4.194 | 16,2 |
| Gesamt | 25.962 | 100,0 |
| Kategorien bei Deutsch nicht als Erstsprache | Häufigkeit | Gültige Prozente |
| spricht nicht Deutsch | 305 | 7,3 |
| spricht radebrechend Deutsch | 414 | 9,9 |
| spricht flüssig Deutsch, aber mit erheblichen Fehlern | 1.057 | 25,2 |
| spricht flüssig Deutsch, aber mit leichten Fehlern | 1.536 | 36,6 |
| spricht fehlerfrei Deutsch | 882 | 21,0 |
| Gesamt | 4.194 | 100,0 |

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Tabelle 13 Erstsprache bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern des Kreises Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent

| | 2010/ 2011 | 2011/ 2012 | 2012/ 2013 | 2013/ 2014 | 2014/ 2015 | 2015/ 2016 | 2016/ 2017 | 2017/ 2018 | Gesamt |
|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------|
| Deutsch als Erstsprache | 86,4 | 84,2 | 84,5 | 85,8 | 84,7 | 81,9 | 81,9 | 81,0 | 83,8 |
| Deutsch nicht als Erstsprache | 13,6 | 15,8 | 15,5 | 14,2 | 15,3 | 18,1 | 18,1 | 19,0 | 16,2 |
| Gesamt | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Bei der weiteren kleinräumigen Betrachtung (Abbildung 54) zeigten sich in allen Kategorien deutliche Schwankungsbreiten. In der Kategorie *spricht nicht Deutsch* bewegten sich die Prozentwerte zwischen dem höchsten Wert in Dörentrup mit 22,7%, gefolgt von Barntrup (22,2%) und Lügde (19,1%) und dem niedrigsten in Detmold mit 3,8%, gefolgt von Lemgo und Oerlinghausen (jeweils 6,3%). Ähnlich große Unterschiede ließen sich für die Kategorie *spricht radebrechend Deutsch* feststellen. Etwa ein Fünftel der Kinder sprachen radebrechend Deutsch in den Kommunen Kalletal (20,3%), Lemgo (18,1%) und Schieder-Schwalenberg (17,9%). Mit 5,6% lag der Wert in Barntrup am niedrigsten, gefolgt von Detmold (7,2%) und Augustdorf (8,2%). Der höchste Anteil der Kinder, die Deutsch flüssig, aber mit erheblichen Fehlern, sprachen, lag bei etwa zwei Fünftel in Lage (43%), gefolgt von Schlangen (39,7%) und Dörentrup (36,4%). Die niedrigsten Prozentwerte für diese Kategorie fanden sich in Schieder-Schwalenberg (10,7%), Barntrup (11,1%) und Lügde (11,8%). In der Kategorie *spricht flüssig Deutsch, aber mit leichten Fehlern* konnte dies in den Kommunen Bad Salzflöten (43%), Horn Bad-Meinberg (38,8) und Detmold

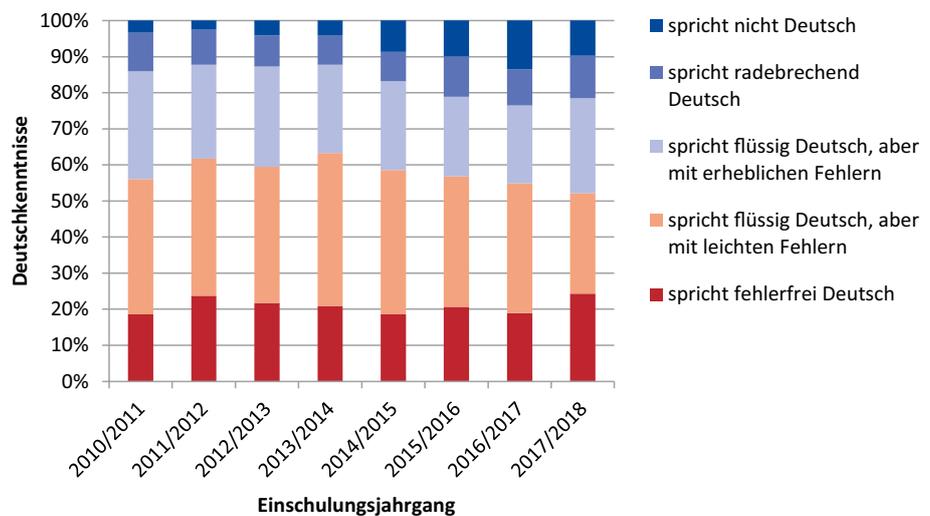


Abbildung 52 Deutschkenntnisse bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern des Kreises Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

(38%) ebenfalls bei etwa zwei Fünftel der Schulanfängerinnen/Schulanfängern festgestellt werden. Die niedrigsten prozentualen Anteile zeigten sich hier in Schieder-Schwalenberg (14,3%), Kalletal (23,7%) und Lage (28,4%). In Schieder-Schwalenberg ließ sich mit 42,9% der höchste Prozentwert für die Kinder feststellen, die fehlerfrei Deutsch sprachen. Daraufhin folgten Detmold (28,5%), Barntrup und Blomberg (jeweils 27,8%). In Dörentrup hingegen sprach kein Kind fehlerfrei, das Deutsch nicht als Erstsprache gelernt hat. Ebenfalls niedrige Werte ließen sich in Schlangen (1,6%) feststellen, gefolgt von Lage (7,4%).

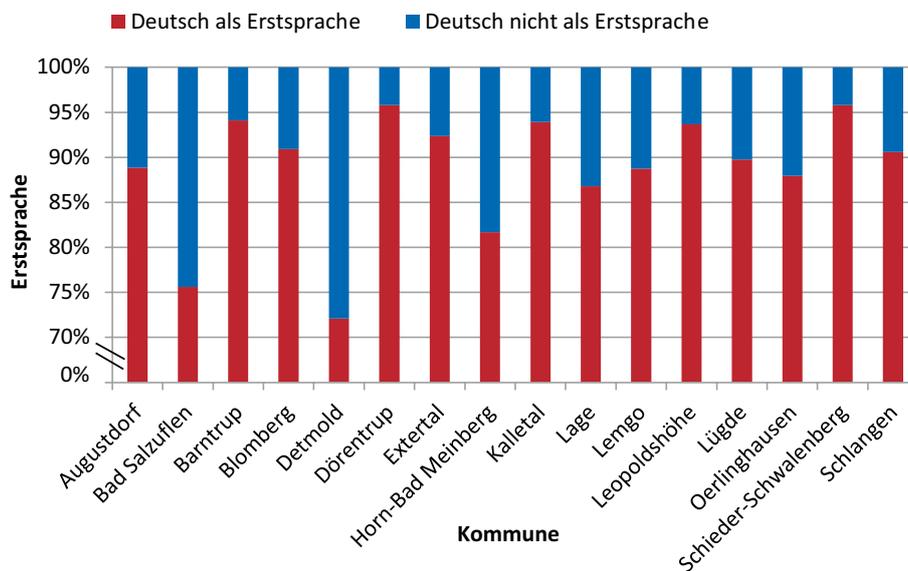


Abbildung 53 Erstsprache bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern des Kreises Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

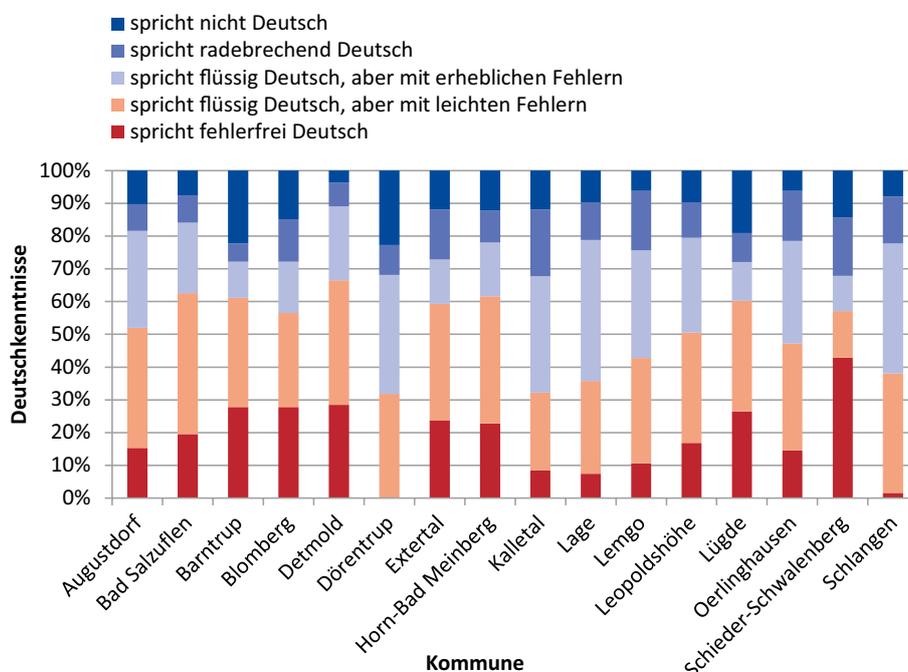


Abbildung 54 Deutschkenntnisse bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern des Kreises Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Tabelle 14 Sprach- und Sprechstörungen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern des Kreises Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent

| | Häufigkeit | Gültige Prozente | Prozente |
|---------------------------|------------|------------------|----------|
| Arztüberweisung | 547 | 2,1 | 2,1 |
| in Behandlung | 3.129 | 12,2 | 12,1 |
| Leistungsbeeinträchtigung | 122 | 0,5 | 0,5 |
| ohne Befund | 20.111 | 78,6 | 77,6 |
| Befund (n.bb.*) | 1.667 | 6,5 | 6,4 |
| keine Untersuchung | 350 | – | 1,3 |
| Gesamt | 25.926 | 100,0 | 100,0 |

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Sprach- und Sprechstörungen

Im Kreis Lippe waren 78,6% der Schulanfängerinnen/Schulanfänger der Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018 *ohne Befund* für Sprachstörungen. 2,1% der Kinder erhielten eine Empfehlung für eine weitere ärztliche Abklärung und 12,2% der Kinder waren bereits aufgrund einer Beeinträchtigung in der sprachlichen Entwicklung in Behandlung. Eine erhebliche und nicht vorübergehende Leistungsbeeinträchtigung in der Sprachentwicklung wurde bei 0,5% der Schulanfängerinnen/Schulanfänger im Kreis Lippe festgestellt. Ein *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* war bei etwas mehr als sechs Prozent der Kinder nachweisbar. Bei 1,3% erfolgte keine Untersuchung (Tabelle 14).

Genauso wie in den oben beschriebenen Kategorien waren im Bereich der Sprach- und Sprechstörungen bei drei Items mehr Jungen als Mädchen betroffen (Abbildung 55): *Arztüberweisung* (57,6% männlich, 42,4% weiblich), *in Behandlung* (62,4% Jungen, 37,6% Mädchen) und *Befund (nichtbehandlungsbedürftig)* (55,4% männlich, 44,6% weiblich). Erneut zeigte sich auch ein fast ausgeglichenes Geschlechterverhältnis für das Item *ohne Befund* (49,2% männlich, 50,8% weiblich). In diesem Fall fiel für die *Leistungsbeeinträchtigung* der männliche Anteil (62%) wesentlich größer aus als der weibliche (38%).

In Abbildung 56 ist zu erkennen, dass für das Item ohne Befund zunächst eine geringe Steigerung des Prozentwertes erfolgte (2010/2011: 78,5% bis 2012/2013: 79,8%). Anschließend sanken die Werte bis 2017/2018 auf 77,1% ab. Die prozentualen Anteile bei dem Item *Arztüberweisung* schwankten über die Jahre zwischen 1,7% und 2,9%. Auch für das Item *in Behandlung* sind schwankende Prozentwerte zu erkennen mit einem höchsten Wert in 2015/2016 (14,0%) und einem tiefsten Wert in 2017/2018 mit 10,9%. Für das Item *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* war über die Zeitreihe eine Zu-

nahme des Prozentwertes sichtbar (2010/2011: 5,8%, 2017/2018: 8,7%).

Im Vergleich der Kommunen (Abbildung 57) ist zu erkennen, dass es große Schwankungen zwischen den einzelnen Städten und Gemeinden gab. Für das Item *ohne Befund* fanden sich die höchsten Werte in Barntrup (85,7%), Dörentrup (82,8%) und Leopoldshöhe (81,2%), die niedrigsten in Lügde (70%), Horn Bad-Meinberg (74,4%) und Blomberg (74,9%). Eine weitere medizinische Abklärung wurde am häufigsten in Lage (5,3%) empfohlen, darauf folgte Bad Salzuflen (3,7%). Für Kalletal wurde mit 0,4% der Tiefstwert für das Item *Arztüberweisung* festgestellt. Ähnlich niedrige Werte fanden sich in Leopoldshöhe und Schlangen (je 0,6%). Die prozentualen Anteile für das Item *in Behandlung* lagen in Lügde (23,8%) und Blomberg (18,1%) am höchsten. Die niedrigsten Prozentwerte dafür waren in Barntrup (9,0%) und Detmold (9,4%) festzustellen. In Detmold (9,9%), Horn-Bad Meinberg und Bad Salzuflen (6,8%) waren prozentual die häufigsten nicht behandlungsbedürftigen Sprach- und Sprechstörungen zu finden. Die niedrigsten Prozentwerte im Item *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* lagen in Schlangen (3,6%) und Schieder-Schwalenberg (4,0%) vor.

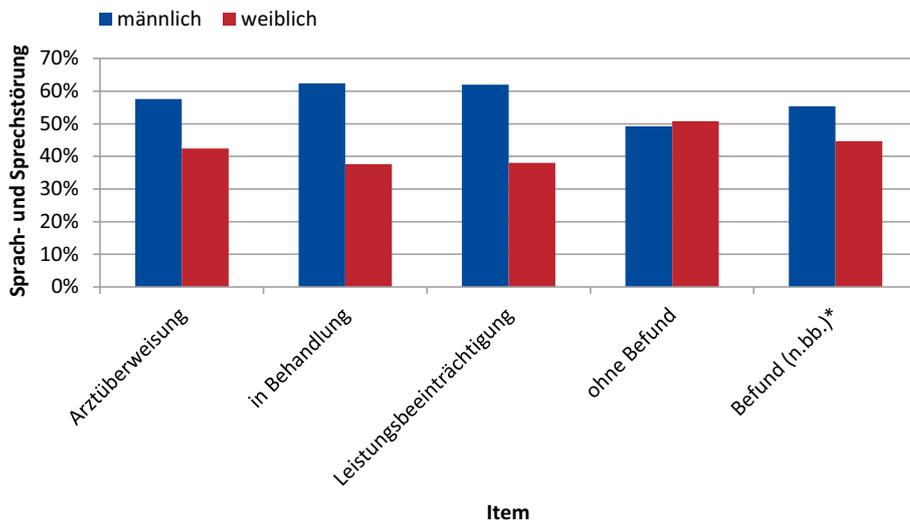


Abbildung 55 Sprach- und Sprechstörungen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Geschlecht, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

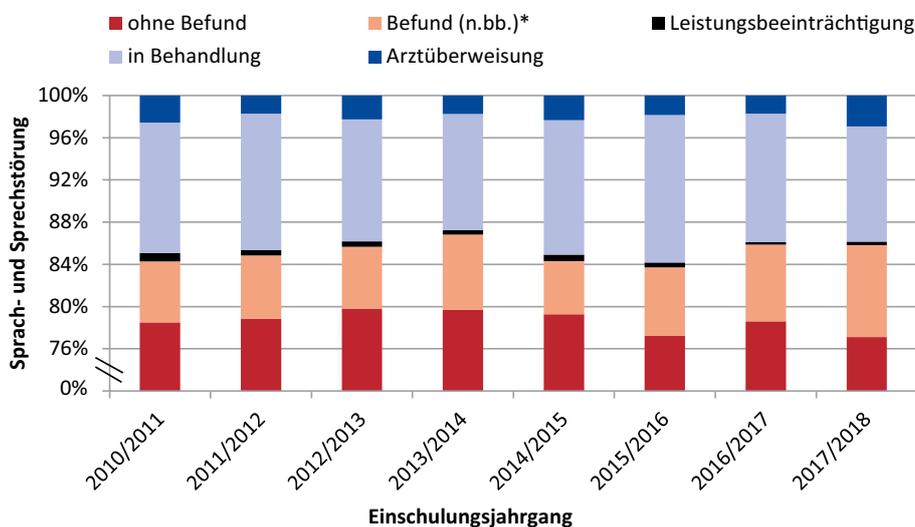


Abbildung 56 Sprach- und Sprechstörungen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

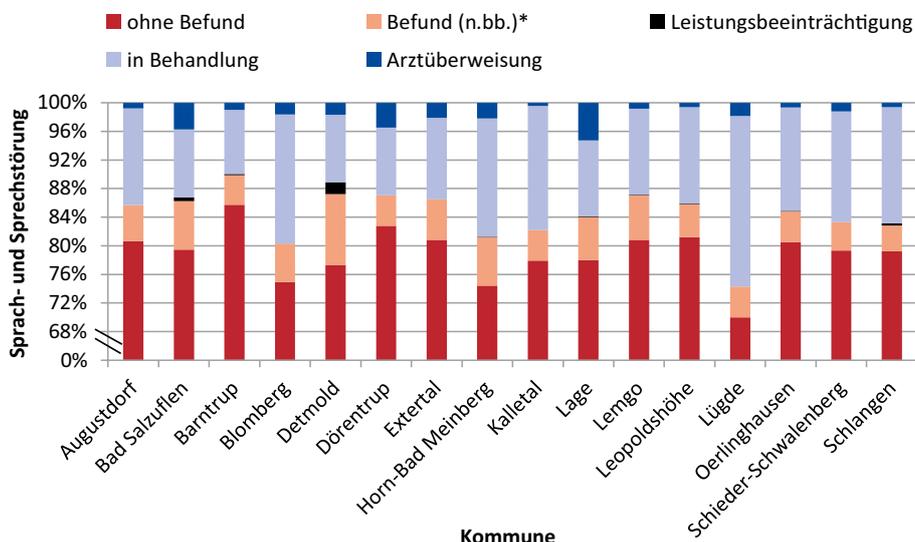


Abbildung 57 Sprach- und Sprechstörungen bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

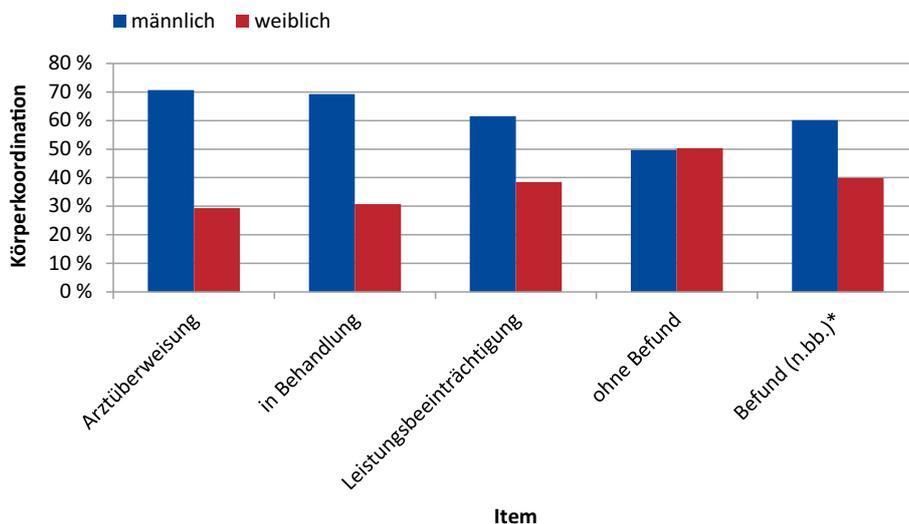


Abbildung 58 Körperkoordination bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Geschlecht, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

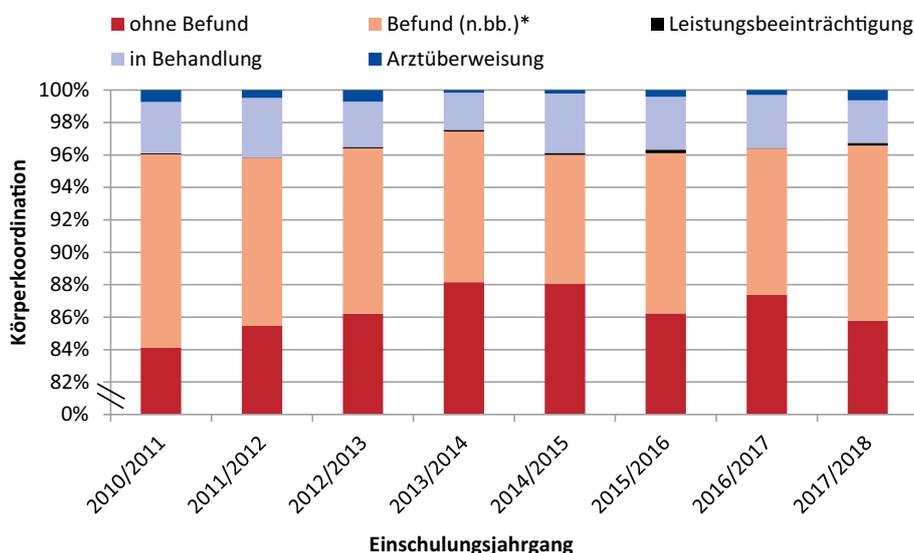


Abbildung 59 Körperkoordination bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Tabelle 15 Körperkoordination bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern des Kreises Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent

| | Häufigkeit | Gültige Prozente | Prozente |
|---------------------------|------------|------------------|----------|
| Arztüberweisung | 116 | 0,5 | 0,4 |
| in Behandlung | 795 | 3,1 | 3,1 |
| Leistungsbeeinträchtigung | 26 | 0,1 | 0,1 |
| ohne Befund | 22.126 | 86,4 | 85,3 |
| Befund (n.bb.*) | 2.540 | 9,9 | 9,8 |
| keine Untersuchung | 323 | – | 1,2 |
| Gesamt | 25.926 | 100,0 | 100,0 |

* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Körperkoordination

Für die Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018 wurde bei über 86% der Schulanfängerinnen/Schulanfänger im Kreis Lippe kein Befund festgestellt. Eine ärztliche Abklärung wurde bei 0,5% der Kinder durch die Schulärztinnen/Schulärzte empfohlen. Drei Prozent der Kinder waren aufgrund einer Beeinträchtigung der motorischen Fähigkeiten bereits in Behandlung. Bei 0,1% der Kinder lag eine erhebliche und nicht vorübergehende Leistungsbeeinträchtigung vor. Ein nicht behandlungsbedürftiger Befund in der Körperkoordination wurde bei etwa 10% der Kinder erfasst. Bei 1,2% aller Schulanfängerinnen/Schulanfänger erfolgte keine Untersuchung in dieser Kategorie (Tabelle 15).

Wie in allen bisherigen Kategorien lagen für drei Items die Prozentwerte für die Jungen höher als für die Mädchen (Abbildung 58): *Arztüberweisung* (70,7% männlich, 29,3% weiblich), *in Behandlung* (69,3% Jungen, 30,7% Mädchen) und *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* (60,1% männlich, 39,9% weiblich). Ebenso bestand wiederum ein nahezu ausgeglichenes Verhältnis für das Item *ohne Befund* (49,7% männlich, 50,3% weiblich). Vergleich-

bar zu der vorherigen Kategorie „Sprach- und Sprechstörungen“ überwog bei der *Leistungsbeeinträchtigung* deutlich der prozentuale Anteil der Jungen (61,5%) gegenüber den Mädchen (38,5%).

Für das Item *ohne Befund* ist in Abbildung 59 ein Anstieg über die Zeitreihe erkennbar, auch wenn nach einer Spitze (2013/2014: 88,2%, 2014/2015: 88,1%) die prozentualen Anteile wieder sanken. Zu Beginn in 2010/2011 lagen die Prozentwerte bei 84,1%, am Ende der Zeitreihe in 2017/2018 bei 85,8%. Für eine weitere medizinische Abklärung wurden im Bereich der Körperkoordination über alle Einschulungsjahrgänge Empfehlungen für weniger als ein Prozent aller Kinder ausgestellt. Bei dem Item *in Behandlung* schwankten die prozentualen Anteile zwischen 2,3% in 2013/2014 und 3,7% (2012/2013

und 2014/2015). Auch die Ergebnisse zum Item *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* unterlagen Schwankungen zwischen 7,9% in 2014/2015 und 11,9%, mit einem Höchstwert in 2010/2011.

Im Vergleich der Kommunen (Abbildung 60) ist zu erkennen, dass für das Item *ohne Befund* sich die höchsten Werte in Extertal (89,1%) und Barntrup (89,0%), die niedrigsten in Lügde (80,8%) und Horn Bad-Meinberg (81,5%) fanden. Erkennbar ist weiterhin, dass prozentual gesehen die meisten ärztlichen Empfehlungen für eine weitere medizinische Abklärung in Bad Salzuflen (1,5%) ausgestellt wurden, darauf folgte Lügde mit 0,9%. Keine ärztliche Empfehlung für weitere medizinische Abklärung wurde in Kalletal ausgesprochen, gefolgt von Lemgo und Oerlinghausen mit jeweils 0,1%. In Lügde waren prozentual gesehen die meisten Kinder wegen Störungen in der Körperkoordination *in Behandlung* (13,0%), gefolgt von Blomberg (9,4%). Die niedrigsten Werte lagen diesbezüglich in Detmold (0,4%) und Dörentrup (1,0%) vor. Der größte prozentuale Anteil mit einem nicht behandlungsbedürftigen Befund wurde in Schlangen (13,5%) und Leopoldshöhe (12,3%) festgestellt. Der Tiefstwert bei dem Item *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* ließ sich in Lügde (5,2%) nachweisen, dicht darauf folgten Barntrup und Blomberg (6,1%).

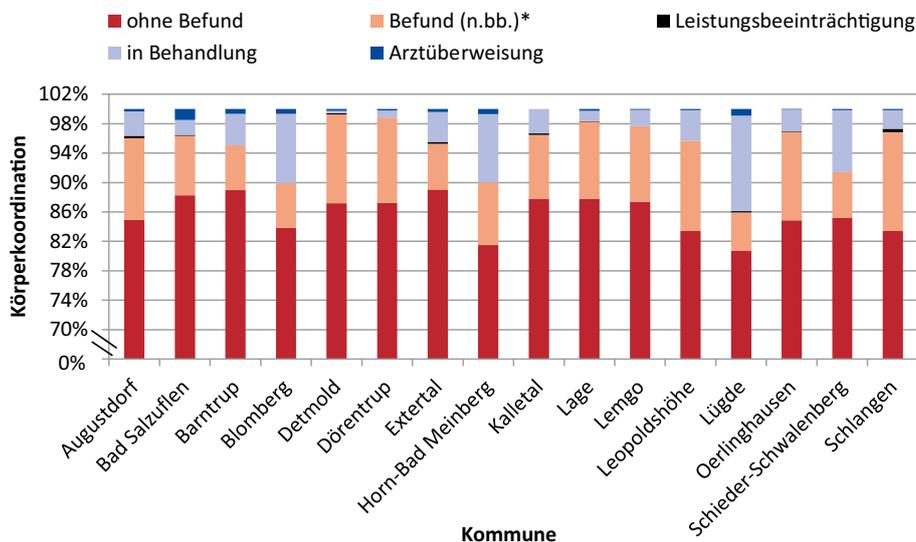


Abbildung 60 Körperkoordination bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent
* Befund (n.bb.) = Befund (nicht behandlungsbedürftig)
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

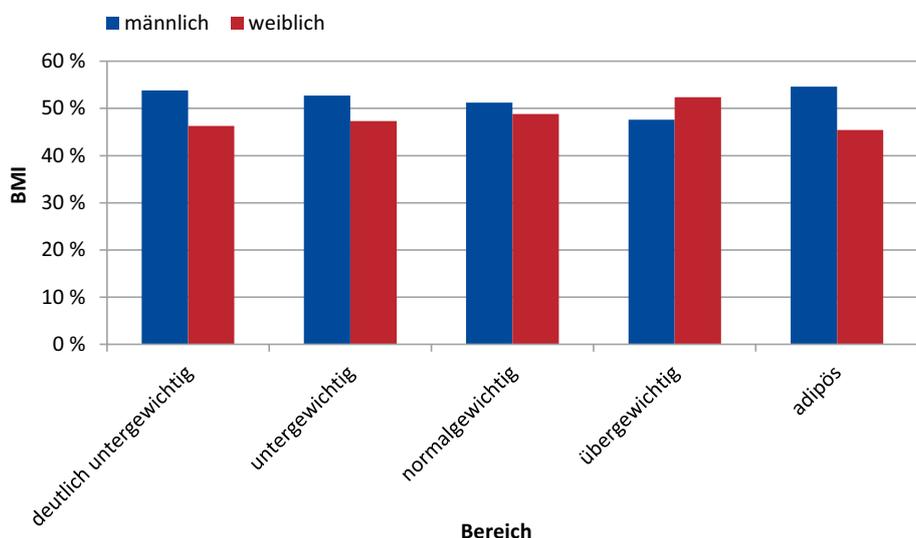


Abbildung 61 BMI bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Geschlecht, in Prozent
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

Schuleingangsuntersuchung übergewichtig, 3,8% waren adipös. Damit wichen nach oben vom Normgewicht etwas weniger Kinder (neun Prozent) ab und lagen oberhalb der 90er Perzentile.

5.3.3 Körpergewicht

Im Kreis Lippe wurde bei den meisten Schulanfängerinnen/Schulanfängern (78,9%) der Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018 das Normalgewicht ermittelt (Tabelle 16). 7,6% der Kinder waren untergewichtig und 4,4% wiesen ein deutliches Untergewicht auf. Das heißt, zwölf Prozent der Kinder wichen nach unten vom Normgewicht ab und waren unterhalb der 10er Perzentile²¹ einzuordnen. 5,2% der Kinder waren zum Zeitpunkt der

In der Geschlechterverteilung ist in Abbildung 61 erkennbar, dass in den beiden Randbereichen (*deutlich untergewichtig* und *adipös*) die Jungen deutlich stärker vertreten waren als Mädchen (53,8% männlich, 46,3% weiblich; 54,6% männlich, 45,4% weiblich). Zwischen den beiden Bereichen *untergewichtig* und *übergewichtig* verhielten sich die Geschlechterverteilungen umgekehrt proportional (52,7% männlich, 47,3% weiblich; 47,6% männlich, 52,4% weiblich). Bei der Betrachtung der normalgewich-

²¹ Entsprechend der Definition sind Kinder mit einem BMI oberhalb der 90er Perzentile (P.) übergewichtig, oberhalb der 97er P. spricht man von Adipositas. Kinder mit einem BMI unterhalb der 10er P. gelten als untergewichtig, unterhalb der 3er P. sind sie deutlich untergewichtig (vgl. Kapitel 3.1).

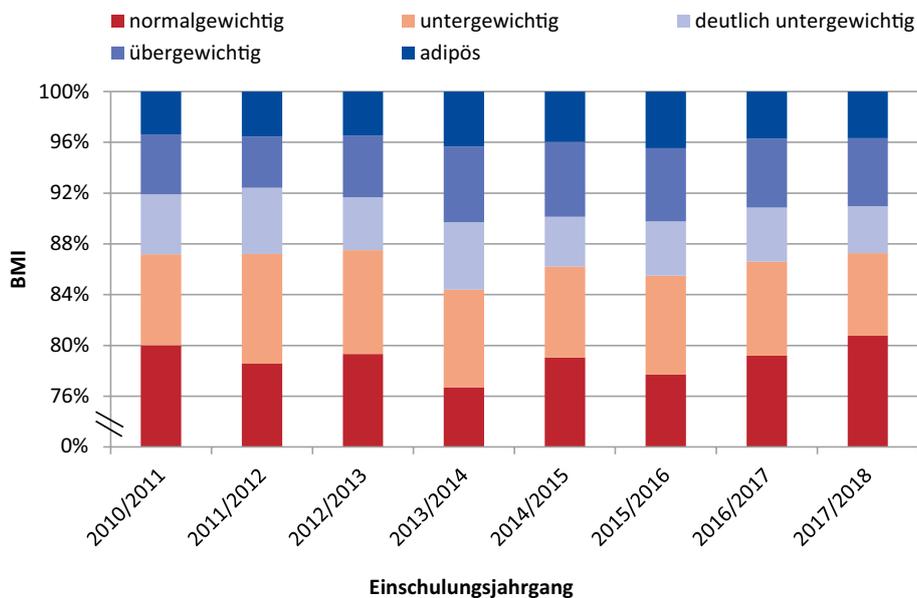


Abbildung 62 BMI bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, nach Einschulungsjahrgängen von 2010/2011 bis 2017/2018, in Prozent

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

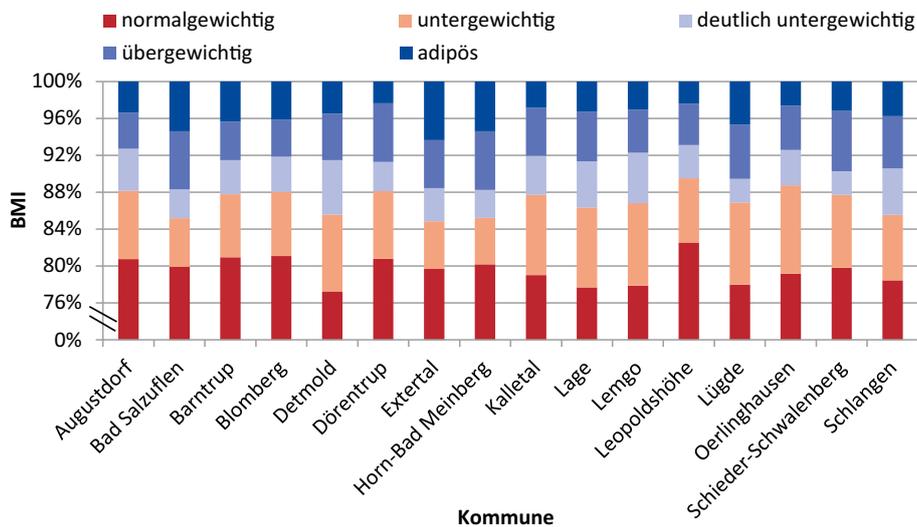


Abbildung 63 BMI bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, nach Kommunen, in Prozent

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)

tigen Kinder zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Allerdings lagen hier die Prozentsätze für die Jungen (51,2%) im Vergleich zu den Mädchen (48,8%) leicht höher. Damit ist zusammenfassend festzuhalten, dass sich in drei (*deutlich untergewichtig*, *untergewichtig*, und *adipös*) der vier normabweichenden Bereiche höhere prozentuale Anteile für Jungen als für Mädchen fanden.

In Abbildung 62 ist ersichtlich, dass die Prozentsätze in allen fünf Gewichtsbereichen über alle acht Einschulungsjahrgänge stabil blieben (Minimum: 76,7% in 2013/2014, Maximum: 80,8% in 2017/2018). Im Bereich *untergewichtig* lag eine Differenz von maximal 2,2% vor, wobei sich der niedrigste Wert im letzten untersuchten Einschulungsjahrgang (6,5%) und der höchste in 2011/2012 (8,7%) befand. Für den deutlich untergewich-

tigen Bereich betragen die prozentualen Anteile 3,7% (Tiefstwert in 2017/2018) und 5,2% (Höchstwert in 2011/2012). Im Bereich *adipös* gab es Schwankungen von maximal 1,2% (Höchstwert: 4,5% in 2015/2016, Tiefstwert: 3,3% in 2010/2011). Ähnliche Schwankungen zeigten sich im Bereich *übergewichtig*, allerdings in einer Breite von zwei Prozent (Höchstwert: 6,0% in 2013/2014, Tiefstwert: 4,0% in 2011/2012).

Der Vergleich unter den lippischen Kommunen (Abbildung 63) zeigte, dass Leopoldshöhe prozentual die meisten normalgewichtigen Kinder aufwies (82,5%), gefolgt von Blomberg (81,1%). Die niedrigsten Prozentsätze fanden sich in Detmold mit 77,3% und Lage mit 77,7%. Oerlinghausen (9,6%), Lügde und Lemgo (je 8,9%) hatten die höchsten Prozentanteile an untergewichtigen Schulanfängerinnen/Schulanfängern und Horn-Bad Meinberg (5,0%) und Extertal (5,2%) die wenigsten. Hier lagen deutliche Differenzen mit teilweise doppelt so hohen Werten zwischen einzelnen Kommunen vor. Für den deutlich untergewichtigen Bereich waren in Detmold (5,9%) und Lemgo (5,5%) die maximalen Prozentwerte festzustellen, hin-

gegen in Lügde und Schieder-Schwalenberg (je 2,6%) die Minimalwerte. Auch hier lagen auffällige Unterschiede mit zum Teil mehr als doppelt so hohen Prozentquoten vor. Im Bereich *übergewichtig* fanden sich die höchsten prozentualen Anteile in Schieder-Schwalenberg (6,5%), gefolgt von Dörentrup, Horn-Bad Meinberg und Bad Salzuflen (jeweils 6,3%). In Augustdorf (3,9%) und Blomberg (4,0%) war der Anteil am niedrigsten. Das bedeutete eine Spannweite von 2,6%. In Extertal (6,4%), Horn-Bad Meinberg und Bad Salzuflen (je 5,4%) lagen die prozentualen Anteile der adipösen Kinder am höchsten. Die geringsten Werte waren in Leopoldshöhe und Dörentrup (2,4%) sowie Oerlinghausen (2,6%) zu finden. Damit zeigten sich auch hier sehr deutliche Unterschiede von teilweise fast dreifach so hohen Quoten. Zusammenfassend lagen die Prozentwerte für den Bereich *untergewichtig* intrakommunal in 13 von 16 Kommunen über den Werten des

Bereiches *übergewichtig*. Dies gilt für die Randbereiche *deutlich untergewichtig* und *adipös* in neun von 16 Kommunen. Unterteilt man die vier vom Normalgewicht abweichenden Bereiche in die zwei Bereiche *Untergewicht (untergewichtig/deutlich untergewichtig)* und *Übergewicht (übergewichtig/adipös)*, fällt auf, dass für den untergewichtigen Bereich 13 von 16 Kommunen prozentuale Anteile im zweistelligen Bereich aufweisen. Dahingegen waren im Bereich *Übergewicht* lediglich die vier Kommunen *Bad Salzuflen, Extertal, Horn-Bad Meinberg* und *Lügde* im zweistelligen Prozentbereich zu finden. *Bad Salzuflen, Extertal* und *Horn-Bad Meinberg* wiesen zudem im Bereich *Untergewicht* als einzige Kommunen einen einstelligen Prozentsatz auf.

Tabelle 16 Bewertung des BMI bei Schulanfängerinnen/Schulanfängern im Kreis Lippe, Einschulungsjahrgänge von 2010/2011 bis 2017/2018, absolut und in Prozent

| Bewertung des BMI | absolute Häufigkeit | Gültige Prozente | Prozente |
|-------------------------|---------------------|------------------|----------|
| deutlich untergewichtig | 1.120 | 4,4 | 4,3 |
| untergewichtig | 1.917 | 7,6 | 7,4 |
| normalgewichtig | 19.955 | 78,9 | 77,0 |
| übergewichtig | 1.324 | 5,2 | 5,1 |
| adipös | 961 | 3,8 | 3,7 |
| Gesamt ²² | 25.277 | 100,0 | 97,5 |
| fehlende Werte | 649 | | 2,5 |
| Gesamt | 25.926 | | 100,0 |

Quelle: Schuleingangsuntersuchungen des Kreises Lippe (eigene Berechnung und Darstellung)²³

²² Im Weiteren werden die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zum Körpergewicht so dargestellt, dass die Kinder ohne ermittelte Werte nicht bei der Auswertung der Ergebnisse zum Körpergewicht berücksichtigt werden (N: 25.277 = 100 %). Die nicht gültigen Prozente (inkl. der fehlenden Werte) sind in der Tabelle grau hinterlegt.

²³ In dem vorliegenden Gesundheitsbericht erfolgte die Einteilung der Daten in Bezug auf das Körpergewicht an der hier beschriebenen BMI-Referenzkurve nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001). Die Definitionen dieser Kurve entsprechen den Vorgaben des Bielefelder Modells (vgl. Kapitel 3.1).

6 Diskussion der Ergebnisse

Die im vorangegangenen Kapitel vorgestellten Resultate aus den Schuleingangsuntersuchungen für die Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018 sollen an dieser Stelle nunmehr interpretiert und vor dem theoretischen Hintergrund diskutiert werden. Zunächst wird im ersten Unterkapitel (Kapitel 6.1) auf die Früherkennungsuntersuchungen, die bis zum Schuleintritt seitens der Kinder in Anspruch genommen wurden, eingegangen. Im darauffolgenden Kapitel 6.2 werden die Ergebnisse zu den Schutzimpfungen, die die Kinder bis zur Schuleingangsuntersuchung erhalten haben, diskutiert. Abschließend stehen die Auswertungsergebnisse der einzelnen Kategorien des SOPESS im Vordergrund (Kapitel 6.3).

In den einzelnen Kapiteln werden Überlegungen zu möglichen Erklärungen der Ergebnisse geäußert. In diesem Gesundheitsbericht sind Daten aus acht Einschulungsjahrgängen in die Analyse eingeflossen, während für NRW die entsprechenden Daten lediglich in separaten Jahresreporten und nicht in gebündelter Form über mehrere Jahrgänge zur Verfügung stehen. Ein genereller Landesvergleich der vorliegenden Auswertungsergebnisse ist somit nicht möglich.

6.1 Früherkennungsuntersuchungen

Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes

Im Rahmen der Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen im Kreis Lippe wurde für den Bereich Früherkennungsuntersuchungen die Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes und die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen bis zum Einschulungsalter betrachtet. Zur Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes kann zunächst festgehalten werden, dass der größte Anteil der untersuchten Kinder über alle Einschulungsjahrgänge dieses zum Untersuchungstermin vorzeigten. Wenn das Kinderuntersuchungsheft am Tag der Schuleingangsuntersuchung nicht gesichtet wurde, galt dies in den vorgestellten Daten als *nicht vorgelegt* erfasst. Keine Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes ist jedoch nicht gleichbedeutend mit keiner Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Somit konnte trotz Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes für die Schulanfängerinnen/Schulanfänger in diesem Bericht keine Aussage über die Vollständigkeit der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 getroffen werden.

Bei der Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes ist weiterhin anzumerken, dass sich im kleinräumigen Vergleich

nur geringfügige Schwankungen zwischen den einzelnen Kommunen feststellen ließen. Hervorzuheben ist dagegen der Abwärtstrend, der sich bei der Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes über die betrachtete Zeitreihe von acht Einschulungsjahrgängen zeigte. Dabei waren Unterschiede zwischen den einzelnen Einschulungsjahrgängen festzustellen. So lassen sich die niedrigsten Prozentwerte in 2014/2015 und 2015/2016 möglicherweise auf den hohen Flüchtlingszuzug zurückführen. In 2015 und 2016 sind über eine Million Flüchtlinge, darunter viele Familien, junge Menschen und Kinder, nach Deutschland eingereist und haben einen Antrag auf Asyl gestellt (Correll, Kassner & Lepperhoff, 2017). Es ist zu vermuten, dass in den verschiedenen Herkunftsländern möglicherweise keine vergleichbare Untersuchung zu den Früherkennungsuntersuchungen mit einem entsprechenden Dokument existiert. Weitere Gründe an dieser Stelle könnten auch der Verlust, z. B. durch Umzug oder Flucht, sowie das Nichtauffinden oder Vergessen des Kinderuntersuchungsheftes zum Untersuchungstermin sein, zumal bereits ab dem Einschulungsjahrgang 2012/2013 ein sinkender prozentualer Anteil bezüglich der Vorlage bestand.

Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen

In der Regel erfolgen die Früherkennungsuntersuchungen **U1 und U2** nach der Geburt noch in den Kliniken und werden somit bei einem hohen Prozentsatz der Kinder durchgeführt und dokumentiert. Alle weiteren Untersuchungen erfolgen bei Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin oder bei hausärztlich tätigen Kolleginnen/Kollegen (GBA, 2016a; Kamtsiuris, Bergmann, Rattay & Schlaud, 2007; Rattay et al., 2014). Auch im Kreis Lippe erreichten die Teilnahmequoten der Früherkennungsuntersuchungen U1 (98,2%) und U2 (98,1%) nahezu 100%. Es ist davon auszugehen, dass die Kinder, die trotz Kinderuntersuchungsheft keine U1-/U2-Untersuchung darin dokumentiert haben, höchstwahrscheinlich nicht in Deutschland geboren wurden. Möglich ist auch, dass das Kinderuntersuchungsheft nach der U1 oder U2 verloren ging und ein neues Heft angelegt wurde. Sofern eine solche Dokumentationslücke bestand, konnte keine weitere Aussage über die tatsächliche Inanspruchnahme getroffen werden (vgl. oben).

Die im Säuglingsalter (erstes Lebensjahr) durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen **U3 bis U6** erreichten hohe Prozentwerte von ca. 97% und schwankten über die acht Einschulungsjahrgänge lediglich um ein bis zwei Prozentpunkte um diesen Wert²⁴. Ein Erklärungsansatz für

²⁴ Die genauen Werte hierzu sind in Band II (Tabellenband) hinterlegt.

diese hohen Teilnahmequoten liegt darin, dass beginnend ab der U3 bis zur U6 die von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen zeitgleich oder in ziemlich kurzen Abständen zu den Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt werden (G-BA, 2016a; STIKO, 2016b). Durch den häufigen Kontakt zu den Kinderärztinnen/Kinderärzten ist möglicherweise die Compliance²⁵ der Eltern bezüglich der Terminwahrnehmung erhöht worden.

Im Gegensatz zu den ersten sechs Früherkennungsuntersuchungen werden die weiteren Untersuchungen **U7 bis U9** im Kleinkind-/Kindesalter jeweils im Abstand von etwa einem Jahr durchgeführt. Wegen des langen Zeitraums zwischen den Früherkennungsuntersuchungen ab der U7 geraten die Termine für die Untersuchungen möglicherweise in Vergessenheit und stellen einen Grund für die vergleichsweise etwas geringeren Teilnahmequoten bei der U7 bis U9 dar. Denkbar ist auch, dass der präventive Gedanke, wie die Notwendigkeit der Früherkennungsuntersuchungen, nicht von allen erkannt wird. In den Einschulungsjahrgängen 2010/2011 bis 2014/2015 ist zunächst ein Anstieg der Inanspruchnahme der U7, U8 und U9 und anschließend ein Abwärtstrend zu verzeichnen. Zu bemerken ist hierbei die höhere Inanspruchnahme der U8 im Vergleich zur U9. Eine Ausnahme bildet der Einschulungsjahrgang 2011/2012, bei dem es sich umgekehrt verhält. Eine Erklärung dafür ließ sich nicht eruieren.

Die **U7a** stellt aufgrund einer späteren Einführung als Zusatzuntersuchung einen Sonderfall dar (Lampert et al., 2015; G-BA, 2016a). Unter Berücksichtigung einer gewissen Anlaufphase durch die Neueinführung sticht diese Früherkennungsuntersuchung mit wesentlich geringeren prozentualen Anteilen von durchschnittlich 65,3% noch negativ hervor. Beginnend mit der ersten Dokumentation zur U7a in 2011/2012 zeichnete sich eine sehr positive Entwicklung ab, sodass im Einschulungsjahrgang 2017/2018 bereits ein Wert von 95% erreicht wurde.

Insgesamt war für den Kreis Lippe eine Abnahme der Inanspruchnahme bei den Früherkennungsuntersuchungen von der U1 bis zur U9 festzustellen. Kamtsiuris et al. (2007) und Rattay et al. (2014) kamen bei der Analyse der KiGGS-Daten zu dem ähnlichen Ergebnis, dass die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen von U3-U9 kontinuierlich abnimmt. Ebenso wird in der KiGGS-Studie das Geschlecht des Kindes nicht als Einflussfaktor für die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen angesehen (Kamtsiuris et al., 2007; Rattay et

al., 2014). Dies bestätigt sich auch für das Land NRW (LZG.NRW, 2017) und für den Kreis Lippe in diesem Gesundheitsbericht.

Bei der Betrachtung der einzelnen lippischen Kommunen fällt auf, dass Barntrop bei der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U7, U7a und U8 häufig deutlich unterhalb des Durchschnitts lag, Leopoldshöhe hingegen oft deutlich oberhalb. Im kleinräumigen Vergleich der Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 wurde in allen Kommunen die U8 mehr in Anspruch genommen. Die einzige Ausnahme stellte Barntrop dar, hier sind die Zahlen für die U9 höher. Die Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 werden von Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzten oder Hausärztinnen/-ärzten ausgeführt (LZG.NRW, 2016). In der Gemeinde Barntrop wie auch in den Gemeinden Kalletal, Extertal, Dörentrup, Lügde, Schieder-Schwalenberg, Schlangen, Augustdorf und Leopoldshöhe ist keine Praxis für Kinder- und Jugendmedizin niedergelassen. Möglicherweise spielt für die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen die Erreichbarkeit einer nächstgelegenen kinder- und jugendärztlichen oder hausärztlichen Praxis eine Rolle. Vor dem Hintergrund der möglichen schwereren Erreichbarkeit einer entsprechenden Praxis zur Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen ist denkbar, dass andere Hausärztinnen/-ärzte die U9 eher als die vorherigen Untersuchungen übernehmen.

6.2 Schutzimpfungen

Vorlage des Impfausweises

In der Schuleingangsuntersuchung werden von jeder/m Schulanfängerin/Schulanfänger der Impfausweis gesichtet, um den aktuellen Impfstatus des Kindes festzuhalten. Ziel ist es, gegebenenfalls auf noch nicht durchgeführte von der STIKO empfohlene Impfungen hinzuweisen. Zur Vorlage des Impfausweises lässt sich zunächst einmal feststellen, dass erfreulicherweise etwa 9 von 10 Kindern diesen bei der Schuleingangsuntersuchung vorzeigten (Kapitel 5.2.1). Ebenso wie für die Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes ist hier anzumerken, dass keine Vorlage des Impfausweises am Tag der Schuleingangsuntersuchung in den hier analysierten Daten als *nicht vorgelegt* erfasst wird. Ein fehlender Impfausweis ist nicht gleichzusetzen mit einer nicht erhaltenen Impfung. Außerdem ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass keine Aussage darüber getroffen werden kann, inwieweit der Impfstatus der Kinder später möglicherweise vervollständigt wird (MGEPA, 2016).

²⁵ Der Begriff Compliance bezeichnet das Ausmaß, inwiefern das Verhalten der Patientinnen/Patienten hinsichtlich präventiver oder therapeutischer Maßnahmen mit der ärztlichen Empfehlung übereinstimmt und nimmt unter anderem Einfluss darauf, ob die Inanspruchnahme einer Gesundheitsleistung „über die erforderliche Zeitspanne in erforderlichem Umfang oder auf geringerem Niveau fortgesetzt oder gar abgebrochen wird“ (Häussler und Gothe, 2012, S. 992).

Bei der Vorlage des Impfausweises sind im kleinräumigen Vergleich lediglich Schwankungen um maximal drei Prozentpunkte über und unter dem Durchschnitt zwischen den Kommunen zu verzeichnen. Im Gegensatz dazu zeigte sich über die betrachtete Zeitreihe trotz bestehender Schwankungen zwischen den Einschulungsjahrgängen ein leichter Abwärtstrend. Beides war bei der Vorlage des Impfausweises, wie schon bei der Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes, festzustellen. An dieser Stelle lassen sich dementsprechend ähnliche Gründe wie bei der Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes anführen (Kapitel 6.1).

Inanspruchnahme der Schutzimpfungen

Zum Schutz der gesamten Bevölkerung vor Infektionskrankheiten ist eine Herdenimmunität erforderlich, die nach den Empfehlungen der WHO (1999) ab einer Impfquote von mindestens 95% besteht. Daher sollte das Erreichen dieser Herdenimmunität für alle Impfungen ein oberstes Ziel sein. In Voralysen, die in diesem Bericht nicht dargestellt wurden, konnte für die Impfungen Diphtherie, Tetanus, Masern, Mumps, Röteln und Pertussis ein Erreichen der Herdenimmunität für alle acht Einschulungsjahrgänge konstatiert werden (Kapitel 5.2.2). Dies gilt es positiv festzuhalten.

Trotz der Herdenimmunität ist allerdings die **Masern**-Impfung insbesondere unter Berücksichtigung der zwei Ausbruchsgeschehen im Kreis Lippe (in Barntrup und Extertal) durchgehend im Blick zu behalten. Festzustellen ist, dass in der kleinräumigen Analyse über alle acht Einschulungsjahrgänge Barntrup und Extertal weiterhin unterhalb der durchschnittlichen Durchimpfungsrate (92,5% und 93,4%) lagen. Über die dargestellte Zeitreihe waren in den beiden Kommunen sowohl für die vollständige Immunisierung als auch für die unvollständigen und die nicht erhaltenen Impfungen teilweise deutliche Schwankungen ohne einen eindeutigen Auf- oder Abwärtstrend sichtbar. Es bildeten sich jedoch deutliche Veränderungen im Anschluss an die Ausbrüche in 2015 ab. Dabei ließ sich in den zwei Gemeinden ein deutlicher Anstieg der Impfquoten verzeichnen, der jedoch nach einem Jahr bzw. zwei Jahren bereits wieder abnahm (Kapitel 5.2.2). Durch die Aufklärungsarbeit der Gesundheitsaufsicht des Gesundheitsamtes des Kreises Lippe sowie die Medienberichterstattung zu den beiden Ausbrüchen ist das Thema Impfen in den Fokus der lippischen Bürgerinnen/Bürger gerückt und hat das Impfverhalten Einzelner wahrscheinlich kurzzeitig positiv beeinflusst.

Die Impfungen Polio, Hib, Hep B, Varizellen, Pneumokokken sowie Meningokokken C wiesen keine Herdenimmunität auf. Zunächst kann festgestellt, dass für diese Impfungen ein steigender Gesamttrend in der Inanspruchnahme dieser Schutzimpfungen bestand. Die

Polio- und **Hib**-Impfung zeigten im Kreis Lippe sowohl für die vollständige Immunisierung (Impfquoten um ca. 93%) als auch für die unvollständige Immunisierung (Impfquoten um ca. 5%) über die Zeitreihe von acht Einschulungsjahrgängen jeweils etwa gleich große Prozentwerte mit mit einer ähnlichen Schwankungsbreite. Der Prozentwert der nicht geimpften Kinder war bei der Polio-Impfung mit unter zwei Prozent etwas niedriger als die Werte für die Hib-Impfung. Dies könnte darin begründet liegen, dass in Deutschland diese beiden Impfungen häufig als Teile von Kombinationsimpfstoffen verwendet werden und der Polio-Impfstoff in mehr Kombinationen enthalten ist als der Hib-Impfstoff (STIKO, 2016a).

Die Quote für eine vollständige Immunisierung lag bei der **Hepatitis B**-Impfung mit ca. 86% einige Prozentpunkte niedriger als bei den eben diskutierten Impfungen. Hier fällt zudem ein relativ hoher Anteil unvollständiger Immunisierungen auf, der im Einschulungsjahrgang 2010/2011 bei 14% lag, im Zeitverlauf jedoch auf 6,8% sank. Der Prozentwert der nichtgeimpften Kinder lag insgesamt höher als für die Polio- und Hib-Impfung. Trotz der STIKO-Empfehlung, gegen Hep B bereits im Säuglingalter zu immunisieren, entscheiden sich einige Eltern, diese Impfung erst zu Beginn der Pubertät durchführen zu lassen. Dies steht im Zusammenhang mit dem Argument der Eltern, dass das Risiko einer Infektion fast ausschließlich bei sexuellem Kontakt besteht. Gemäß RKI (2016) handelt es sich hierbei zwar um den Hauptübertragungsweg, aber nicht um den einzigen. Neben einer möglichen Übertragung durch eine Bluttransfusion stellt auch das unhygienische Vorgehen, z. B. beim Ohrlochstechen, eine mögliche Infektionsquelle dar. Möglicherweise spielt auch hier die Tatsache eine Rolle, dass der Hep B-Impfstoff erst bei der Sechsfach-Kombination mit enthalten ist. Dies ist die größte aller Kombinationsimpfstoffe.

Der **Varizellen**-Impfung, **Pneumokokken**-Impfung und **Meningokokken C**-Impfung ist gemeinsam, dass sie später eingeführt wurden. Seitens der STIKO wurde ab 2009 die Anzahl der erforderlichen **Varizellen**-Impfungen für eine vollständige Immunisierung von einer auf zwei erhöht (Siedler, Hecht, Rieck, Tolksdorf & Hengel, 2013). Dies hatte vermutlich Einfluss auf den Verlauf der Inanspruchnahme über alle Einschulungsjahrgänge. Diese Annahme wird gestützt durch die Tatsache, dass der prozentuale Anteil der unvollständigen Impfungen von 2010/2011 bis 2017/2018, ebenso wie der Anteil der nicht geimpften Kinder, deutlich geringer wurde. Zudem ist bei der Betrachtung dieser Impfung zu berücksichtigen, dass es möglicherweise bereits eine hohe Anzahl von Kindern gab, die an Varizellen im Säuglings- oder Kleinkindalter erkrankt waren und somit keine Impfung mehr erhielten. Diese Kinder werden in diesem Bericht dadurch als nicht geimpft erfasst.

Für die **Pneumokokken**-Impfung kann eine verzögerte Inanspruchnahme beschrieben werden (2011/2012: 6,7%; 2017/2018: 83,9%). Dies lässt sich dadurch erklären, dass die Empfehlung zur Pneumokokken-Impfung durch die STIKO (2016a) erst im Jahr 2006 in Kraft getreten ist. Der Auswertungszeitraum begann erst im Einschulungsjahrgang 2011/2012, da in diesem erstmalig eine vollständige Immunisierung möglich war. Die gute Annahme dieser Impfung zeigte sich in der Abnahme der Quoten für unvollständige bzw. keine Impfungen.

Die ebenfalls erst seit 2006 empfohlene **Meningokokken C**-Impfung wies im Vergleich zur Pneumokokken-Impfung bereits in 2011/2012 eine Inanspruchnahme von 79,7% auf und stieg weiter an bis auf 89,0% in 2017/2018. Dies erklärt sich dadurch, dass hier im Gegensatz zu der Varizellen-Impfung (zwei Impfungen) und der Pneumokokken-Impfung (drei Impfungen) für eine vollständige Immunisierung nur eine Impfung notwendig ist. Dementsprechend sank der Anteil der nicht Meningokokken C-geimpften Personen über den betrachteten Zeitraum direkt spiegelbildlich.

Kleinräumige Unterschiede im Kreis Lippe sind bei der Auswertung der Impfquoten der Schulanfängerinnen/Schulanfänger zu erkennen. Vorrangig Dörentrup und Extertal, aber auch Barntrup, fallen bei vielen Impfungen mit niedrigen Anteilen vollständiger Grundimmunisierungen sowie hohen Anteile unvollständiger Immunisierungen auf. Im Gegensatz dazu liegen die Quoten für vollständige Grundimmunisierungen in Schlangen und Lügde häufig sehr hoch bzw. für unvollständige Immunisierungen niedrig (Kapitel 5.2.2). Insbesondere bei der Meningokokken C-Impfung zeigte sich zum Beispiel, dass fast ein Drittel in Extertal und jeweils knapp ein Viertel in Lemgo und Dörentrup (Extertal (30,8%), Lemgo (23,4%) und Dörentrup (23,2%) nicht geimpft waren, während in Lügde (6,8%) und Schlangen (7,7%) die Quoten der Nicht-Geimpften am niedrigsten lagen. Bei der Hepatitis B- und der Varizellen-Impfung fiel zudem Lemgo mit niedrigen Anteilen an vollständigen bzw. hohen Anteilen an unvollständigen Impfungen im Vergleich zu den anderen Kommunen heraus.

Zusammenfassend betrachtet fallen im Kreis Lippe gehäuft einige ländlich geprägte Gemeinden mit niedrigen Werten für die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen auf. Eine Erklärung könnte die erschwerte Erreichbarkeit eines Kinder- und Jugendarztes sein. Des Weiteren sind aber auch die allgemeinen Gründe für die fehlende Inanspruchnahme von Schutzimpfungen zu berücksichtigen. Eine Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] und der Gesellschaft für Sozialforschung und Statistische Analysen [Forsa] (2011) besagt, dass viele Eltern von Nebenwirkungen und körperlichen Be-

lastungen durch Schutzimpfungen ausgehen. Auch werden Vorbehalte aufgrund einer kritischen Einstellung gegenüber Impfungen genannt. Die Beratung von Gesundheitsprofessionellen (pro/contra) beeinflusst das Verhalten der Eltern ebenfalls. Wenn sich diese z. B. gegen eine Impfung aussprechen, so lehnen die Eltern die Schutzimpfung ebenfalls ab (ebd.).

Eine weitere Erklärung für eine verringerte Inanspruchnahme von Impfungen ist die Befürchtung, dass es zu Impfkomplicationen kommen könnte (ebd.). Trotz anderslautender Literatur halten sich diese Ängste in der Bevölkerung. In der Literatur wird auf die Seltenheit solcher Komplikationen hingewiesen (Poethko-Müller, Atzpodien, Schmitz & Schlaud, 2011). Die KiGGS-Ergebnisse zeigten, dass es zwischen der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Impfungen und den Befürchtungen des Auftretens möglicher Impfnebenwirkungen einen Zusammenhang geben könnte (Poethko-Müller, Atzpodien, Schmitz & Schlaud, 2011). Ein weiterer Grund für eine unterschiedliche Akzeptanz von Impfungen ist der Sozialstatus. Laut den Ergebnissen der KiGGS-Studie Welle 1 (2009–2012) sind die Kinder im Alter von 2 bis 17 Jahren mit einem mittleren Sozialstatus häufiger geimpft als die Kinder mit höherem Status (Lampert et al., 2015). Im Kreis Lippe wurden für die Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018 keine Sozialindikatoren in den Schuleingangsuntersuchungen erhoben. Faktoren wie der Bildungsstand und der Migrationsstatus der Eltern werden erst in den kommenden Schuleingangsuntersuchungen abgefragt. Daher können diesbezügliche Zusammenhänge in diesem Gesundheitsbericht nur vermutet werden. Zum Schluss muss im Rahmen der Inanspruchnahme der Schutzimpfungen die besondere Bevölkerungsgruppe der Asylsuchenden betrachtet werden. Viele der Herkunftsländer besitzen möglicherweise keine flächendeckende medizinische Grundversorgung und/oder keinen Zugang zu Impfungen. Zudem fehlt oftmals der Impfausweis, sodass der Impfstatus des Asylsuchenden unklar bleibt.

6.3 Körperliche Gesundheit und kognitive Entwicklung

Hören und Sehen

Im Kreis Lippe lag der Anteil der Schulanfängerinnen/Schulanfänger ohne Befund im Bereich des **Hörvermögens** bei mehr als 90%. Zu beachten ist außerdem, dass ein weiterer Anteil der Kinder einen nicht behandlungsbedürftigen Befund aufwies bzw. sich bereits in Behandlung befand. Somit war der Prozentwert der Kinder, die eine Empfehlung zu einer weiteren medizinischen Abklärung erhielten, mit etwa drei Prozent sehr gering (Kapitel 5.3.1). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Schulein-

gangsuntersuchungen zum großen Teil in die kältere Jahreszeit bzw. typische Infektzeit fallen. In der Regel beginnen die Untersuchungen im November und dauern bis zu den Sommerferien an. Daher sind sehr wahrscheinlich einige der auffälligen Befunde in Bezug auf Hörstörungen im Rahmen von Infekten der oberen Luftwege zurückzuführen. Positiv zu bemerken ist, dass der prozentuale Anteil der Kinder ohne Befund, über die gesamte Zeitreihe betrachtet, anstieg. Im Bereich der Hörstörungen scheint somit bereits eine gute und frühzeitige Diagnostik/Therapie stattzufinden. Eindeutige geschlechtsspezifische Unterschiede waren in der hier durchgeführten Analyse nicht nachweisbar.

In Bezug auf die **Sehschärfe** zeigten 83% aller Kinder des Kreises Lippe keinen auffälligen Befund (Kapitel 5.3.1). Der prozentuale Anteil der Kinder, die sich bereits in Behandlung befanden, lag im Vergleich zum Bereich des Hörvermögens etwa drei Mal höher. Zu vermuten ist hierbei der Einfluss eines veränderten Lebensstils der Kinder. Es ist anzunehmen, dass sie sich zunehmend weniger im Freien aufhalten und ihren Blick verstärkt auf Medien richten. Dies begünstigt möglicherweise die Entstehung einer Fehlsichtigkeit (meist Kurzsichtigkeit). Weiter ist zu bemerken, dass die Prozentwerte der Kinder, die eine Arztüberweisung erhielten, mehr als doppelt so hoch lagen als bei der Überprüfung des Hörvermögens. Eine Fehlsichtigkeit im Kindesalter fällt nicht immer auf. Dies ist möglicherweise dadurch zu begründen, dass Kinder über eine sehr starke Anpassungsfähigkeit des Sehnerves verfügen. Ein weiterer Aspekt ist, dass die Augen nicht gleichmäßig wachsen. Daraus resultiert ein sich ständig änderndes Sehvermögen. Ein zusätzlicher Erklärungsansatz für die deutlich höheren Überweisungsquoten liegt darin, dass bei einer Minderung der Sehschärfe immer eine augenärztliche Überweisung mit eventuellen diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen folgt. Im Gegensatz dazu kann eine Hörminderung infektbedingt sein, sodass eine einmalige Nachkontrolle zumeist ausreicht. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die bei der Schuleingangsuntersuchung durchgeführte Testung des Sehvermögens als Screening dient und nicht mit einer augenärztlichen Untersuchung gleichzusetzen ist. Bei dem Screening erfolgt die Unterscheidung der Sehschärfe in „unauffällig“ (*ohne Befund*) oder „überweisungsbedürftig“ (*Arztüberweisung*). Nicht behandlungsbedürftige Befunde treten bei der Überprüfung des Sehvermögens somit kaum auf. In der Regel handelt es sich dabei um Fälle mit einer meist schon bekannten Rot-Grün-Schwäche. Ebenso wie beim Hörvermögen zeigten sich in dieser Analyse im Geschlechtervergleich keine gravierenden Unterschiede.

Mit Blick auf den kommunalen Vergleich im Kreis Lippe lassen die Ergebnisse sowohl für das Hör- als auch für das

Sehvermögen keine Rückschlüsse auf spezifische Ursachen zu. Beim Hörvermögen fällt auf, dass im Südosten die Prozentwerte für das Item *ohne Befund* häufig niedriger lagen. Bei den übrigen Items zeigte sich eine homogene Verteilung mit nur geringen Schwankungen zwischen den Städten und Gemeinden (Kapitel 5.3.1). Bei der Betrachtung der Resultate zum Sehvermögen sticht Bad Salzuflen mit dem höchsten Prozentwert für eine ärztliche Empfehlung heraus. Außerdem findet sich hier der zweitniedrigste Anteil der Kinder, die keinen Befund aufwiesen. Das Item *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* ließ sich prozentual über alle Kommunen für den Bereich Herabsetzung der Sehschärfe kaum erfassen (Kapitel 5.3.1). Für die Ergebnisse im kleinräumigen Vergleich sind vielschichtige Gründe vorstellbar: So kann das Hör- und/oder Sehvermögen durch genetische oder umweltbedingte Faktoren, veränderte Lebensbedingungen und -gewohnheiten (z. B. verfrühter/erhöhter Medienkonsum, weniger Bewegung im Freien, Lärmbelastung, Verfügbarkeit von Fachärztinnen/Fachärzten) sowie weitere Faktoren beeinflusst werden.

SOPESS

Visuomotorik, Visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken, Selektive Aufmerksamkeit, Zahlen- und Mengenvorwissen, Körperkoordination

Die Vorläuferfähigkeiten des SOPESS-Programms ermöglichen eine Beurteilung der schulrelevanten Basisfertigkeiten. Für die o.g. Kategorien zeigt sich über die betrachtete Zeitreihe, dass etwa 80% aller Schulanfängerinnen/Schulanfänger unauffällig waren. Ebenso bleiben die Quoten für das Item *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* über alle Einschulungsjahrgänge annähernd gleich bei etwa zehn Prozent. Daraus lässt sich schließen, dass trotz vermehrter Angebote im vorschulischen Bereich, z. B. zunehmend Bewegungs-Kitas oder gezielte Vorschulprogramme, keine Änderungen über die Zeitreihe erfolgten. Etwa zehn Prozent aller Kinder blieben weiter auffällig. Dementsprechend müssen im vorschulischen Bereich offensichtlich die Maßnahmen intensiviert werden bzw. andere Förderansätze mit berücksichtigt werden. Bei der Betrachtung der Geschlechterverteilung fällt auf, dass in den Items *Arztüberweisung, in Behandlung* und *Befund (nicht behandlungsbedürftig)* prozentual immer mehr Jungen als Mädchen betroffen waren. Dies schlechtere Abschneiden der Jungen bei Vorläuferfähigkeiten ist in anderen Studien auch schon beschrieben (Tröster & Reineke, 2006, S. 22f) Anzumerken ist, dass bei dem Item *ohne Befund* diese eindeutigen Geschlechtsunterschiede nicht festzustellen waren. Es stellt sich die Frage, ob Jungen generell einen höheren Förderbedarf haben in Bezug auf die Vorläuferfähigkeiten oder ob es dem physiologischen Entwicklungsverlauf entspricht. Das würde bedeuten, dass entweder entsprechende angepasste Unter-

stützungsangebote installiert werden müssen oder über den Zeitpunkt der Einschulung (ggf. spätere Einschulung) nachgedacht werden muss. Die kleinräumige Analyse der SOPESS-Kategorien Visuomotorik, visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken, hat gezeigt, dass in Horn-Bad Meinberg in allen fünf Kategorien immer der prozentuale Anteil für das Item ohne Befund am niedrigsten war. Diese Kommune würde sich für mögliche Pilotprojekte zur spezifischen Förderung gut eignen.

Sprache und Sprechen (Deutschkenntnisse, Sprach- und Sprechstörungen)

Die Analyse dieses Gesundheitsberichtes hat ergeben, dass knapp 84% der Schulanfängerinnen/Schulanfänger des Kreises Lippe Deutsch als Erstsprache sprachen. Beim Blick auf die Kinder, die Deutsch nicht als Erstsprache gelernt haben, lässt sich festhalten, dass lediglich ein kleiner Teil nicht Deutsch oder radebrechend Deutsch sprechen konnte. Bereits ein Viertel dieser Kinder sprach flüssig Deutsch, wenn auch mit erheblichen Fehlern, mehr als ein Drittel sprach flüssig Deutsch mit leichten Fehlern und ein Fünftel sprach sogar fehlerfrei Deutsch. Im zeitlichen Vergleich ist zu erkennen, dass trotz der sinkenden Prozentzahlen für *Deutsch als Erstsprache* der prozentuale Anteil der Kinder, die fehlerfrei Deutsch sprachen, anstieg (Kapitel 5.3.2). Dazu sind zwei verschiedene Erklärungsansätze vorstellbar. Einerseits wird inzwischen eher favorisiert, dass die Familien zuhause ihre Muttersprache pflegen und in der Einrichtung mit dem Kind ausschließlich Deutsch gesprochen wird. Damit wird verhindert, dass im häuslichen Bereich möglicherweise unzureichende Deutschkenntnisse von Erwachsenen weitergegeben werden. Ein anderer Ansatz kann sein, dass in den Einrichtungen inzwischen sprachunterstützende Angebote, bei denen die Familien teilweise mit eingebunden werden, verstärkt zum Einsatz kommen. Hier ist zum Beispiel das Projekt „Rucksack-Kita“ zu benennen, das in der Verantwortung des Kommunalen Integrationszentrums des Kreises Lippe liegt. Im kommunalen Vergleich fielen Schieder-Schwalenberg und Dörentrup mit dem höchsten prozentualen Anteil in dem Bereich *Deutsch als Erstsprache* auf. Im Vergleich dazu lag der prozentuale Anteil in Detmold und Bad Salzuflen deutlich unter 80%. Bei der weiteren Betrachtung fielen in Dörentrup zwei weitere Besonderheiten auf. Der Prozentwert der Kinder, die gar kein Deutsch sprachen, lag am höchsten. Gleichzeitig gab es kein Kind mit fehlerfreiem Deutsch unter denen, die Deutsch nicht als Muttersprache hatten. In Schieder-Schwalenberg fand sich dagegen der höchste Prozentwert an Kindern, die fehlerfrei Deutsch sprachen. Auffallend ist zudem, dass in Detmold der Prozentsatz der Kategorie *spricht nicht Deutsch* am niedrigsten lag, obwohl hier der Prozentsatz der Kinder mit *Deutsch nicht als Erstsprache* am größten war. Möglicherweise zeigt sich bei diesen Ergebnissen, dass die

Installation des Projektes „Rucksack-Kita“ bereits erste positive Entwicklungen zu verzeichnen hat. In Detmold nehmen bereits mehrere Kitas daran teil, während in Dörentrup dieses Projekt bislang nicht in Anspruch genommen wird. In Schieder-Schwalenberg ist zwar ebenfalls keine Kita an dieses Projekt beteiligt, allerdings ist dort der „runde Teppich“, eine andere Maßnahme seitens des Kommunalen Integrationszentrums, fest installiert. Im Bereich der Sprach- und Sprechstörungen wurde bei knapp 79% der untersuchten Kinder kein Befund festgestellt. Im Vergleich zu den anderen SOPESS-Kategorien ist hier mit 12,2% mit Abstand der höchste Prozentsatz für das Item *in Behandlung* festzustellen. Da die altersgerechte Sprachentwicklung während der Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 untersucht wird (G-BA, 2016a), kann eine mögliche Erklärung sein, dass bei der letzten Früherkennungsuntersuchung vor der Schule Sprach- oder Sprechstörungen festgestellt werden, die zwar bei der U8 als Auffälligkeit bestanden, aber erst zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung behandlungsbedürftig wurden. Beim Vergleich der Einschulungsjahrgänge ist zu bemerken, dass die Prozentwerte aller Items nahezu unverändert blieben. Dies lässt vermuten, dass die bereits initiierten Maßnahmen nicht greifen. Vorstellbar ist, dass die angebotene Förderung nicht in alle Lebensbereiche des Kindes übertragen wird. Hier ist dann möglicherweise eine engere Einbindung des Umfeldes erforderlich. Im Geschlechtervergleich waren auch in dieser Kategorie die Jungen in den bekannten Items auffälliger als die Mädchen. Kommunal zeigten sich für die Items zwar teilweise deutliche Unterschiede zwischen den Städten und Gemeinden, die aber nicht mit dort vorliegenden, individuellen Besonderheiten in Zusammenhang gebracht werden können. In den meisten Städten und Gemeinden lag der Anteil der Kinder, die eine Empfehlung für eine weitere ärztliche Abklärung erhielten, unter 2,2%. Ausnahmen bildeten Lage (5,3%), Bad Salzuflen (3,6%) und Dörentrup (3,4%). Da in Detmold dieser Anteil deutlich geringer ausfiel, scheint es keine Rolle zu spielen, ob die Region städtisch oder ländlich geprägt ist.

Körpergewicht

Im Kreis Lippe zeigten 78,9% der Schulanfängerinnen/Schulanfänger ein normales Gewicht. Neun Prozent der Kinder sind, der durchgeführten Datenauswertung zufolge, durch ein zu hohes (übergewichtiges oder adipöses) Körpergewicht gefährdet. Der prozentuale Anteil der untergewichtigen und deutlich untergewichtigen Kinder lag mit zwölf Prozent sogar höher. Im Geschlechtervergleich waren die Prozentwerte vor allem in den beiden Randbereichen *deutlich untergewichtig* und *adipös* für die Jungen höher als für die Mädchen. Zu berücksichtigen ist dabei aber, dass Kinder alters- und entwicklungsbedingt vorübergehend über- oder untergewichtig sein können,

zum Beispiel vor oder nach einem Wachstumsschub. So zeigen Jungen im Kleinkindalter im Vergleich zu Mädchen eine höhere Wachstumsgeschwindigkeit (Universitätsklinikum Essen, o.J.a; o.J.b). Eine weitere Erklärung für das verstärkte Auftauchen der Jungen in den beiden Randbereichen könnte das möglicherweise noch bestehende Rollenbild, insbesondere das weibliche, sein. Demnach helfen Mädchen schon früh in der Küche mit und erlernen damit den Umgang mit Lebensmitteln vor den Jungen. Auch das Spiel in der Puppenküche (einkaufen, kochen, etc.) verstärkt die Nachhaltigkeit des Erlernten.

In den vier vom Normalgewicht abweichenden Gewichtsbereichen blieben die Prozentsätze über die Zeitreihe stabil. Das kann bedeuten, dass bestehende Bewegungs- und/oder Ernährungsprojekte nicht ausreichend verbreitet und/oder möglicherweise nicht nachhaltig sind, um sichtbaren Einfluss auf die Gewichtsentwicklung der Kinder zu nehmen. In einer durch das Gesundheitsamt in 2017 erfolgten Abfrage²⁶ aller Kindergärten im Kreis Lippe zu bestehenden Präventionsangeboten haben sich von den damals 192 Einrichtungen 42 zurückgemeldet. Damit lag die Rücklaufquote lediglich bei knapp 22%. Von diesen 42 Kitas hatten 27 ein präventives Angebot im Bereich Bewegung und/oder Ernährung, wobei das Thema Bewegung häufiger umgesetzt wurde. Zu den präventiven Angeboten/Maßnahmen der Kitas gehörten unter anderem das Gütesiegel „Anerkannter Bewegungskindergarten“. Im Kreis Lippe haben aktuell²⁷ von insgesamt 193 Kitas 23 das Zertifikat „Anerkannter Bewegungskindergarten“ erworben (Buchwald-Röser & Lehmann, 2016), von denen 6 zusätzlich den Pluspunkt Ernährung für das erweiterte Zertifikat „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ erfüllt haben (Buchwald-Röser & Drösser, 2011). Die Möglichkeit, das Angebot seitens der Landesregierung, des Landessportbundes und der gesetzlichen Krankenkassen zur Zertifizierung „Anerkannter Bewegungskindergarten (mit dem Pluspunkt Ernährung)“ zu nutzen, besteht im Land NRW für alle Kitas.

Ebenso wie bei der Betrachtung über die Zeitreihe zeigte sich auch im kleinräumigen Vergleich, dass deutlich mehr Kommunen (13 von 16) einen zweistelligen Prozentanteil in der Kumulation der Bereiche *untergewichtig/deutlich untergewichtig* aufwiesen. Im Gegensatz dazu lagen im Kumulativbereich *übergewichtig/adipös* nur vier von 16 Kommunen im zweistelligen Prozentsatz. Damit ist festzustellen, dass gemäß der erfolgten Analyse der Kumulativbereich *untergewichtig/deutlich untergewichtig* mindestens genauso auffällig war wie der Kumulativbereich *übergewichtig/adipös*. Sowohl im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung als auch z.B. in der

großen KiGGS-Studie liegt der Schwerpunkt auf Übergewicht/Adipositas als Risikofaktoren für chronische Folgeerkrankungen (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007; MGEPA NRW, 2016). Vor diesem Hintergrund sind die Ergebnisse dieses Gesundheitsberichtes für die Gewichtsbereiche *untergewichtig/deutlich untergewichtig* schwer einzuordnen und zu diskutieren, wobei der große Anteil an untergewichtigen/deutlich untergewichtigen Kindern eventuell mit dem Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung in Zusammenhang steht. Kinder, die unmittelbar nach einem Wachstumsschub untersucht werden, sind eher untergewichtig/deutlich untergewichtig als Kinder vor einem Wachstumsschub.

Im Kumulativbereich *übergewichtig/adipös* fielen Bad Salzuflen, Horn-Bad Meinberg, Extertal und Lügde mit Prozentsätzen im zweistelligen Bereich auf. Somit sind zwei Siedlungsschwerpunkte (verdichtete Quartiere) und zwei weniger stark besiedelte Kommunen betroffen. Das bedeutet ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Städten und Gemeinden. Die Feststellung aus dem Landesgesundheitsbericht 2015 (MGEPA NRW, 2016, S.65), dass „verdichtete(n) Quartiere und Stadtviertel zumeist eine erhöhte Rate von Adipositas und Übergewicht bei den Einschulungskindern“ aufzeigen, kann damit für den Kreis Lippe nicht bestätigt werden. Viel eher sind an dieser Stelle allgemeine Gründe für Übergewicht und Adipositas anzuführen (MGEPA NRW, 2016). So spielen eine belastete Lebenssituation der Kinder und/oder der Bildungsstand der Eltern häufig eine entscheidende Rolle. Beispielsweise sinkt der prozentuale Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder mit steigendem Bildungsstand der Eltern. Dies gilt auch für Kinder mit familiärem Migrationshintergrund.

²⁶ Quelle: Statistikstelle des Kreises Lippe (eigene Berechnung)

²⁷ Stand vom 17.05.2018 (Statistikstelle Kreis Lippe)

7 Fazit, Handlungsempfehlungen und Ausblick

Der vorliegende Gesundheitsbericht beschäftigte sich mit der Frage, wie sich die körperliche Gesundheit und kognitive Entwicklung von Kindern im Schuleingangsalter über die Zeitreihe der Einschulungsjahrgänge 2010/2011 bis 2017/2018 im Kreis Lippe entwickelt hat und wo Handlungsbedarfe bestehen. Vor dem Hintergrund der gesichteten Literatur und durchgeführten Datenanalyse sowie der Diskussion der Ergebnisse muss für alle drei untersuchten Themengebiete zunächst festgehalten werden, dass jedes dieser Bereiche sehr umfassend ist. Aufgrund ihrer Komplexität erfolgt in diesem Kapitel eine Einzelbetrachtung der Themen hinsichtlich relevanter Kernaussagen und daraus abzuleitenden spezifischen Zielen sowie Handlungsmaßnahmen. Daran anschließend werden am Kapitelende themenübergreifende Handlungsempfehlungen formuliert und ein Ausblick gegeben.²⁸

Die Inanspruchnahme aller **Früherkennungsuntersuchungen** (ausgenommen U7a) lag durchschnittlich über alle acht Einschulungsjahrgänge und in allen Kommunen bei über 90%. Dabei erreichten die U1 bis U7 kommunal und über die Zeitreihe gesehen durchschnittlich eine Inanspruchnahme von über 95%. Dies belegt eine sehr hohe Akzeptanz. Die Inanspruchnahme der U7a unterlag über alle acht Einschulungsjahrgänge einem steigenden Trend und erreichte in 2017/2018 bereits einen Wert von 95%. Die U8 und U9 wiesen kommunal und über die Zeitreihe gesehen durchschnittlich eine Inanspruchnahme von über 90% auf. Dies belegt eine hohe Akzeptanz.

Vor diesem Hintergrund sollte darauf abgezielt werden, eine mindestens 95%ige Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes zu erreichen. Darüber hinaus ist eine sehr hohe Akzeptanz der Inanspruchnahme der U8 und U9 ($\geq 95\%$) sowie eine Inanspruchnahme aller Früherkennungsuntersuchungen von mindestens 98% in allen Kommunen anzustreben. Zur Erreichung der formulierten Ziele steht die stärkere Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema Früherkennungsuntersuchungen sowohl im Sinne einer allgemeinen Aufklärung als auch zur Vermittlung des präventiven Effektes im Vordergrund. In Anbetracht der zunehmenden Untersuchungsabstände zwischen den Früherkennungsuntersuchungen geraten diese möglicherweise in Vergessenheit. Denkbar ist daher auch, dass der präventive Nutzen und damit die Notwendigkeit der Früherkennungsuntersuchungen nicht von allen erkannt wird. Deshalb sollte maßgeblich durch Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit auf dieses Thema aufmerksam gemacht werden. In diesem Zusammenhang besteht die Möglichkeit die Aufklärungskampagne der BZgA „Ich geh' zur U! Und du?“ (2004–2010) im Kon-

text von Kita und Grundschule zu reaktivieren. Um die Anzahl der vorgelegten Kinderuntersuchungshefte zu erhöhen, kann im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung eine systematische Erinnerung dazu eingeführt werden. Dies würde ein frühzeitiges Erinnern an den Untersuchungstermin der Schuleingangsuntersuchung mit der erneuten Bitte, die erforderlichen Unterlagen (Kinderuntersuchungsheft) mitzubringen, beinhalten.

Die Inanspruchnahme aller betrachteten **Schutzimpfungen** lag durchschnittlich über alle acht Einschulungsjahrgänge und in allen Kommunen für zwei Drittel bei über 90%, für ein Drittel bei unter 90%. Von diesem Drittel waren drei Viertel bei unter 85% (Varizellen $\leq 70\%$). Die Schutzimpfungen Diphtherie, Tetanus, Masern, Mumps, Röteln und Pertussis erreichten kommunal und über die Zeitreihe gesehen durchschnittlich eine Inanspruchnahme von über 95%. Dies belegt eine sehr hohe Akzeptanz. Die Schutzimpfungen Poliomyelitis und Hämophilus influenzae b erreichen kommunal und über die Zeitreihe gesehen durchschnittlich immerhin eine Inanspruchnahme von über 90%. Dies belegt eine hohe Akzeptanz. Bei der Inanspruchnahme der Schutzimpfungen waren in den einzelnen Kommunen z.T. (sehr) deutliche Unterschiede erkennbar: Bei den Schutzimpfungen Tetanus, Poliomyelitis, Diphtherie, Pertussis, Masern, Mumps, Röteln und Hämophilus influenzae b zeigten sich kommunale Schwankungen zwischen fünf bis acht Prozent, während für die Schutzimpfungen Hepatitis B, Pneumokokken und Meningokokken C sehr viel deutlichere Unterschiede zwischen den Kommunen feststellbar waren (von 20 bis $\geq 35\%$). Äußerst auffällig war die unterschiedliche Inanspruchnahme der Varizellen-Impfung in den Kommunen mit einem Minimum von 19,4% und einem Maximum von 76,1%.

Vor diesem Hintergrund sollte darauf abgezielt werden, eine mindestens 95-prozentige Vorlage des Impfausweises zu erreichen. Darüber hinaus ist eine sehr hohe Akzeptanz der Inanspruchnahme aller Schutzimpfungen in allen Kommunen ($\geq 95\%$) anzustreben. Weiterhin muss im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung eine Verifizierung der Varizellen-Impfquote durch eine Differenzierung aller als „nicht geimpft“ erfassten Kinder in „tatsächlich nicht geimpft“ und „Varizellen durchgemacht“ in der Abfragemaske der Datenerfassungs-Software erfolgen. Anschließend ist eine Erhöhung der Inanspruchnahme der Varizellen-Impfung auf zunächst $\geq 80\%$ als Ziel zu benennen. Zur Erreichung der formulierten Ziele steht die stärkere Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema Schutzimpfungen als Präventionsmaßnahme und weitere vorbeugende Maßnahmen zur Infektionsver-

²⁸ Eine tabellarische Übersicht zu den dargelegten Inhalten dieses Kapitels findet sich im Anhang.

hütung (z. B. Hygienemaßnahmen, Meldewesen nach Infektionsschutzgesetz) durch Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit im Vordergrund. Ebenso hilfreich ist eine stärkere Sensibilisierung der Schulen für das Thema Impfen und die Steigerung der Compliance der Lehrerinnen/Lehrer und Eltern sowie die Wiederaufnahme der Impfbuchkontrolle der 8. und 9. Klasse. In diesem Zusammenhang besteht die Möglichkeit, erneut das Impfmobil des Landes NRW anzumieten und einzusetzen. Wie man an den vergangenen Masernausbrüchen in Lippe deutlich gesehen hat, kann durch angemessene Maßnahmen ein positiver Effekt erzielt werden. Zur Erreichung einer nachhaltigen Wirkung, sind diese regelmäßig durchzuführen, um die Relevanz des Themas und deren Bedeutung für das Kind und die Bevölkerung präsent zu halten. Um die Anzahl der vorgelegten Impfausweise zu erhöhen, kann im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung eine systematische Erinnerung dazu eingeführt werden. Dies würde, ebenso wie bei den Früherkennungsuntersuchungen, ein frühzeitiges Erinnern an den Untersuchungstermin der Schuleingangsuntersuchung mit der erneuten Bitte, die erforderlichen Unterlagen (Impfausweis) mitzubringen, beinhalten.

Im Bereich der **kognitiven Entwicklung** blieben alle Items (Arztüberweisung, in Behandlung, Leistungsbeeinträchtigung, Befund (nicht behandlungsbedürftig), ohne Befund) über alle acht Einschulungsjahrgänge in allen **SOPESS-Kategorien** (Visuomotorik, selektive Aufmerksamkeit, Zahlen- und Mengenvorwissen, visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken, Sprache und Sprechen, Körperkoordination) im Durchschnitt fast unverändert. Über alle acht Einschulungsjahrgänge zeigten sich durchschnittlich bei ca. 20% aller untersuchten Kinder Auffälligkeiten in den Vorläuferfähigkeiten (geprüft durch SOPESS-Kategorien). Die Prozentzahlen der Auffälligkeiten für Visuomotorik, visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken ($\geq 15\%$) sowie Sprache und Sprechen ($> 20\%$) waren z.T. deutlich höher als die Werte der selektiven Aufmerksamkeit, des Zahlen- und Mengenvorwissens sowie der Körperkoordination ($\leq 15\%$). Unter diesen etwa 20% fanden sich mehr Jungen als Mädchen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede waren teilweise sehr ausgeprägt. In den Kommunen waren (sehr) deutliche Unterschiede bzgl. der Vorläuferfähigkeiten erkennbar (9%–16%). So lagen z. B. in Horn-Bad Meinberg und Lügde die Prozentwerte in den SOPESS-Kategorien Visuomotorik, visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken, Sprache und Sprechen sowie Körperkoordination immer im unteren Bereich der unauffälligen Befunde.

Vor diesem Hintergrund ist ein Anstieg der Anzahl der unauffälligen Kinder für die o.g. Kategorien unter 85% auf mindestens $\geq 85\%$ anzustreben. In diesem Zusammenhang ist als weiteres Ziel ein schrittweiser Anstieg der Prozentzahlen (z. B. um fünf Prozentpunkte) für unauffällige

Kinder in den Kategorien Visuomotorik, visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken, Sprache und Sprechen sowie Körperkoordination auf mindestens $\geq 85\%$ in allen Kommunen zu benennen. Außerdem muss eine Verifizierung der kommunalen Verteilung der Sprach- und Sprechstörungen durch eine Differenzierung aller Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen in „Kinder mit Migrationshintergrund“ und „Kinder ohne Migrationshintergrund“ in den einzelnen Kommunen erfolgen. Ein weiteres Ziel ist der Ausgleich der geschlechtsspezifischen Unterschiede mit ggf. vorgeschalteter Recherche möglicher Ursachen. Zur Erreichung der formulierten Ziele ist auch hier die stärkere Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema Vorläuferfähigkeiten durch Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit vorrangig. Ebenso hilfreich ist eine kontinuierliche Sensibilisierung der Kindertagesstätten für das Thema Vorläuferfähigkeiten. In diesem Zusammenhang sollen bestehende Angebote erneut überdacht werden. Rigides Lernen und eine starre Wissensvermittlung sind dabei zugunsten eines spielerischen Lernansatzes zu vermeiden, um die Selbstbestimmung der Kinder zu fördern, ihre Motivation zu steigern, mögliche Ängste abzubauen und ihnen die Gelegenheit zu geben, Grenzen ausloten. Dabei können beispielsweise altbekannte Spiele wie „Schule spielen“ reaktiviert werden und auch in die gesamte Lebenswelt der Kinder Einzug halten. Ein weiteres Ziel ist die detaillierte Analyse der kommunalen Bevölkerungsstruktur hinsichtlich der Verteilung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund, unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Klassenzusammensetzung. Dies ist auch für die gezielte Ausweitung der bestehenden Projekte „Rucksack-Kita“ und „Runder Teppich“ seitens des Kommunalen Integrationszentrums des Kreises Lippe notwendig.

Im Bereich der **körperlichen Entwicklung** blieb das Körpergewicht über alle acht Einschulungsjahrgänge in allen Gewichtsbereichen (deutlich untergewichtig, untergewichtig, normalgewichtig, übergewichtig, adipös) im Durchschnitt fast unverändert. Bei ca. 20% aller untersuchten Kinder waren durchschnittlich über alle acht Einschulungsjahrgänge Abweichungen vom Normalgewicht (in beide Richtungen) festzustellen. Unter diesen 20% fanden sich in drei von den vier abweichenden Bereichen mehr Jungen als Mädchen. Laut dem Landesgesundheitsbericht 2015 (MGEPA NRW, 2016) besteht in verdichteten Quartieren und Stadtvierteln häufig eine erhöhte Rate von Adipositas und Übergewicht bei den Einschulungskindern. Im lippischen Kommunalvergleich zeigte sich ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Städten und Gemeinden: Insgesamt waren zwei Siedlungsschwerpunkte (verdichtete Quartiere) und zwei weniger stark besiedelte Kommunen betroffen. Im Bereich des Hörvermögens (90%) und der Sehschärfe (83%) wies der größte Anteil der Schulanfängerinnen/Schulanfänger einen unauffälligen Befund auf. Eine Arztüberweisung erhielten für den Bereich Sehschär-

fe mehr als doppelt so viele Kinder im Vergleich zum Hörvermögen.

Vor diesem Hintergrund ist für den Bereich Körpergewicht ein Anstieg der Prozentzahl der normalgewichtigen Kinder auf $\geq 80\%$ in allen Kommunen anzustreben. In diesem Zusammenhang ist außerdem ein schrittweiser Anstieg der Prozentzahlen (z. B. um fünf Prozentpunkte) der normalgewichtigen Kinder in allen Kommunen als ein wichtiges Ziel zu benennen. Zudem gilt es auch hier, einen Ausgleich der geschlechtsspezifischen Unterschiede mit ggf. vorgeschalteter Recherche möglicher Ursachen zu erreichen. Im Bezug auf die hohen Prozentwerte der Arztüberweisungen im Bereich der Sehschärfe ist eine Reduktion durch gezielte Präventionsmaßnahmen anzustreben.

Wie schon in den vorgenannten Themenbereichen steht auch hier zur Erreichung der formulierten Ziele die stärkere Sensibilisierung der Bevölkerung, vor allem für das Thema Bewegung und Ernährung, durch Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit im Vordergrund. Ebenso hilfreich ist eine kontinuierliche Sensibilisierung der Kindertagesstätten für das Thema Bewegung und Ernährung. In diesem Zusammenhang ist eine Analyse bestehender Projekte zu diesem Thema sinnvoll mit dem Ziel, ein flächendeckendes Angebot entsprechender Projekte installieren zu können. Im Bereich Hörstörungen ist es notwendig zwischen tatsächlicher Hörstörung und vorübergehender infektbedingter Hörstörung zu differenzieren. Dafür muss eine Verifizierung der Diagnose Hörminderung durch Erhöhung der Rückmeldung zur nachfolgend fachärztlichen Befundung und anschließender systematischer Auswertung der Daten im Gesundheitsamt erfolgen. Auch eine Verifizierung des möglichen Zusammenhangs zwischen einer Minderung der Sehschärfe und einem erhöhten Medienkonsum und/oder einer abnehmenden Aufenthaltsdauer der Kinder im Freien ist absolut erforderlich, um anschließend entsprechende Aufklärungskampagnen starten zu können.

Außer den beschriebenen themenspezifischen Handlungsmaßnahmen gilt es darüber hinaus, **themenübergreifende Handlungsmaßnahmen** einzuleiten. In allen Bereichen muss durch Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit eine kreisweite intensivere Sensibilisierung für die bestehenden Gesundheitsprobleme erlangt werden. Ein weiteres Ziel dabei ist, dass der präventive Gedanke mehr in den Fokus rückt. Dies gelingt u. a., indem die Aufklärungsarbeit der Gesundheitsaufsicht und des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes fortgeführt und weiter ausgebaut wird. Weitere Möglichkeiten der Aufklärungsarbeit sind z. B. verstärkte Medienberichterstattung und -präsenz, zur Verfügung stellen von Informationsmaterial, Intensivierung des Angebots an Vorträgen (z.B. Hygieneschulungen, Elternabende in Kindergärten zu Gesundheitsthemen, etc.) und Workshops usw. In diesem Kontext ist auch die Präsentati-

on der Ergebnisse des vorliegenden Gesundheitsberichtes als Arbeitsgrundlage zur Neuorientierung und Entwicklung innovativer Handlungsansätze zu sehen. Dieser Gesundheitsbericht bildet eine sehr gute Grundlage für die weitere kontinuierliche Datenerfassung/-überprüfung mit zukünftig regelmäßiger Datenanalyse und -berichterstattung. Dazu würden eine erweiterte Ergebnisauswertung (z.B. ortsspezifische Auswertungen) oder Schwerpunktberichte (z.B. zur psychoemotionalen Entwicklung der lippischen Kinder) gehören. Auch ein Basisbericht mit einer detaillierten Betrachtung der Bevölkerungsstruktur in den lippischen Kommunen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist vorstellbar, damit weitere Projektplanung auf der Basis eines solchen Berichtes geschehen kann. In diesem Zusammenhang sind Kooperationen mit allen Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialwesen erforderlich, wobei bestehende gepflegt und neue ggf. abgeschlossen werden müssen. Zusätzlich ist die fachübergreifende Zusammenarbeit innerhalb der Kreisverwaltung noch mehr zu stärken, z. B. zwischen dem Gesundheitsamt und dem kommunalen Integrationszentrum, dem Kreissportbund, dem Bildungsbüro, der Umweltbehörde und vielen anderen mehr. Des Weiteren muss ein aktueller Überblick über die kreisweiten Bedarfe erstellt sowie alle kreisweit angebotenen und in Anspruch genommenen Präventionsmaßnahmen in einer digitalen Datenbank erfasst werden. Um lebensweltenübergreifende Projekte gezielt installieren zu können, müssen diese geplant – in der Durchführung begleitet und anschließend evaluiert werden. Für diese Arbeit ist eine zentrale Koordinierungsstelle für Prävention und Gesundheitsförderung zu etablieren. Diese muss aus einem multiprofessionellen Kernteam bestehen. Idealerweise ist das Gesundheitsamt federführend zu beteiligen, da insbesondere die Koordinierung der Planung und Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung eine der wichtigsten Kernaufgaben des ÖGD darstellt.

Für den **Ausblick** ist festzuhalten, dass bei immerhin etwa 20% aller Kinder im Einschulungsalter noch auffällige Befunde nachweisbar sind bzw. Förderbedarf besteht. Sowohl in dem *Zukunftskonzept 2025* des Kreises Lippe (Leitziel 6 – Gesundheit, darunter *Krankheit vermeiden: Präventionsmaßnahmen ausbauen*), das am 27. März 2017 verabschiedet wurde (Kreis Lippe Der Landrat (2017)), als auch im Rahmen des nationalen Gesundheitszieles *Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung* (BMG, 2010) geht es um eine Fokussierung und damit um die Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die in diesem Bericht angeregten Handlungsempfehlungen sind unter Berücksichtigung dieses Kontextes formuliert, mit dem Ziel die gesundheitliche Lage aller Kinder im Kreis Lippe zu verbessern.

Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter. (2011). Für Fachleute.

Über Adipositas. Definition. Definition der Adipositas. Zugriff am 01.09.2017.

Verfügbar unter <http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=8>.

Buchwald-Röser, A. & Drösser, V. (2011). „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ in NRW. Zugriff am 17.05.2018.

Verfügbar unter http://www.bewegungskindergarten-nrw.de/wp-content/uploads/2012/11/ABmPE_Leitfaden.pdf.

Buchwald-Röser, A. & Lehmann, B. (2016). NRW bewegt seine KINDER! GÜTESIEGEL: Anerkannter Bewegungskindergarten des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen e.V. Leitfaden für die pädagogische Schwerpunktsetzung „Bewegungsförderung“ in Kindertageseinrichtungen. Zugriff am 17.05.2018.

Verfügbar unter https://www.kita.nrw.de/sites/default/files/public/4116_leitfaden_anerkannter_bewegungskiga_final_web.pdf.

Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend. (2014).

Übereinkommen über die Rechte des Kindes. UN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien;

am 26. Januar 1990 von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet (Zustimmung von Bundestag und Bundesrat durch Gesetz vom 17. Februar 1992 – BGBl. II S. 121); am 6. März 1992 Hinterlegung der Ratifikationsurkunde beim Generalsekretär der Vereinten Nationen; am 5. April 1992 für Deutschland in Kraft getreten (Bekanntmachung vom 10. Juli 1992 – BGBl. II S. 990); am 15. Juli 2010 Rücknahme der Vorbehalte zum Übereinkommen (Beschluss Bundesrat vom 26. März 2010; Kabinettsbeschluss vom 3. Mai 2010; formale Übergabe des Rücknahmeschreibens an die Vereinten Nationen am 15. Juli 2010) (Stand: November 2014, 5. Aufl.).

Berlin: Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend.

Bundesministerium für Gesundheit [BMG]. (2010). Nationales Gesundheitsziel. Gesund aufwachsen:

Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. gesundheitsziele.de Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses (Bundesministerium für Gesundheit (Hsg.), Hrsg.). Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit [BMG]. (2015). Nationaler Aktionsplan 2015–2020 zur Elimination der

Masern und Röteln in Deutschland. Hintergründe, Ziele und Strategien (Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg.).

Bundesministerium für Gesundheit [BMG]. (2016). Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung

(10., aktualisierte Auflage: Stand Oktober 2016) (Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg.). Berlin.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] & Gesellschaft für Sozialforschung und

Statistische Analysen [Forsa]. (2011). Elternbefragung zum Thema „Impfen im Kindesalter“

Ergebnisbericht (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.).

Correll, L., Kassner, K. & Lepperhoff, J. (2017). Integration von geflüchteten Familien.

Handlungsleitfaden für Elternbegleiterinnen und Elternbegleiter.

Berlin: Kompetenzteam „Frühe Bildung in der Familie“ an der Evangelischen Hochschule Berlin.

Daseking, M. & Petermann, F. (2008). Diagnostik kognitiver Leistungen im Vorschulalter.

Monatsschrift Kinderheilkunde, 156 (7), 685–694.

Daseking, M., Petermann, F., Röske, D., Trost-Brinkhues, G., Simon, K. & Oldenhage, M. (2009a).

Entwicklung und Normierung des Einschulungsscreenings SOPESS. Gesundheitswesen

(Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)), 71 (10), 648–655.

Daseking, M., Oldenhage, M., Petermann, F. & Waldmann, H.-C. (2009b). Die Validität der Sprachskala

des SOPESS unter Berücksichtigung der Erstsprache. Das Gesundheitswesen, 71 (10), 663–668.

Daseking, M., Petermann, F. & Simon, K. (2011). Zusammenhang zwischen SOPESS-Ergebnissen und ärztlicher Befundbewertung. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 73 (10), 660–667.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. (2016). ICD-10-GM Version 2016. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Entwicklungsstörungen (F80-F89), F80-. Zugriff am 28.08.17. Verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/block-f80-f89.htm>

Falkensteiner, G., Heger-Binder, G. A., Kartusch, B., Marold, A., & Swoboda, G. (2006). Aufmerksamkeitsstörungen. In J. Lehrner, G. Pusswald, E. Fertl, I. Kryspin-Exner, & W. Strubreither (Hrsg.), *Klinische Neuropsychologie: Grundlagen – Diagnostik – Rehabilitation* (S. 419–430). Vienna: Springer Vienna.

Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA]. (2016a). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinie). Gemeinsamer Bundesausschuss. Zugriff am 2.08.2017. Verfügbar unter <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/ueberblick/>.

Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA]. (2016b). Institution. Struktur, Mitglieder, Patientenbeteiligung. Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt sich vor. Zugriff am 15.09.2017. Verfügbar unter <https://www.g-ba.de/institution/struktur/>.

GKV-Spitzenverband. (2014). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014, 110.

Gold, C. & Lehmann, F. (Hrsg.). (2012). *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*; www.gesundheitliche-chancengleichheit.de (Gesundheitsförderung konkret, Bd. 17). Köln: BZgA.

Häussler, B. & Gothe, H. (2012). Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (5., vollständig überarbeitete Auflage, S. 985–1006). Weinheim: Beltz Juventa.

Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) – Pressestelle – (2018a). Lebendgeborene in Nordrhein-Westfalen 1990 bis 2016. Zugriff am 24.02.2018. Verfügbar unter https://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2018/pdf/56_18.pdf.

Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) – Pressestelle – (2018b). Durchschnittliche Kinderzahl je Frau in NRW auch 2016 weiter angestiegen. Zugriff am 07.03.2018. Verfügbar unter https://www.it.nrw.de/presse/pressemitteilungen/2018/pres_056_18.html.

Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P., & Schlaud, M. (2007). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 836–850.

Kohn, J., Wyschkon, A. & Esser, G. (2013). Psychische Auffälligkeiten bei Umschriebenen Entwicklungsstörungen. Gibt es Unterschiede zwischen Lese-Rechtschreib- und Rechenstörungen? *Lernen und Lernstörungen*, 2 (1).

Kreis Lippe aktuell (2015). Kreis Lippe. Aktuell. Pressemitteilungen. Masern. 20.1.2015–05.06.2015. Lippe Service. Zugriff am 08.08.2017. Verfügbar unter <http://www.kreis-lippe.de>.

Kreis Lippe Der Landrat (2017). Zukunftskonzept Lippe 2025. Zugriff am 31.07.2017. Verfügbar unter https://www.zukunftskonzept-lippe.de/wp-content/uploads/2017/07/Brosch%C3%BCre-ZK2025_20.06.17_web.pdf.

- Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., Geller, F., Geiß, H. C., Hesse, V., et al. (2001). Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149(8), 807–818.
- Kurth, B.-M. & Schaffrath Rosario, A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50 (5–6), 736–743.
- Lampert, T., Kuntz, B. & Group, K. S. (2015). Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? *GBE kompakt* 6(1), 1–22.
- Lampert, T., Hagen, C. & Heizmann, B. (2010). *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit für Nordrhein-Westfalen [LIGA NRW]. (o.J.). *Jugendärztliche Definitionen. Eine Loseblattsammlung für die schulärztlichen Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen, Untersuchungsjahr 1989–2012. Auszug (LIGA NRW, Hrsg.)*. Düsseldorf: LIGA NRW.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit für Nordrhein-Westfalen [LIGA NRW]. (2008). *Jahresbericht 2006. Schulärztliche Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen. (LIGA NRW, Hrsg.)*. Düsseldorf: LIGA NRW.
- Landeszentrum für Gesundheit NRW [LZG.NRW]. (2016). *Gesundheitsförderung – Kinder und Jugendgesundheit – Zentrale Stelle Gesunde Kindheit*. Zugriff am 16.07.2017. Verfügbar unter www.lzg.nrw.de/9139902.
- Landeszentrum für Gesundheit NRW [LZG.NRW]. (2017). *Report 2015. Untersuchung des gesamten Einschulungsjahrgangs*. Zugriff am 15.12.2017. Verfügbar unter https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/monit_kinderges/reports/Report_2015/index.html.
- Laucht, M., Schmidt, M. H. & Esser, G. (2002). Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen. Späte Folgen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30 (1), 5–19.
- Lauth, G. W. & Mackowiak, K. (2006). Lernstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 15 (4), 199–207.
- Lehrner, J., Pusswald, G., Fertl, E., Kryspin-Exner, I., & Strubreither, W. (Eds.) (2006). *Klinische Neuropsychologie: Grundlagen – Diagnostik – Rehabilitation*. Vienna: Springer Vienna.
- Michaelis, R. & Niemann, G. (2010). *Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie. Grundlagen und diagnostische Strategien (4., vollst. überarb. und erw. Aufl.)*. Stuttgart: Thieme.
- Mielck, A. & Helmert, U. (2012). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften (5., vollständig überarbeitete Auflage, S. 493–515)*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen [MGEPA NRW]. (2016). *Landesgesundheitsbericht 2015. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW, Hrsg.)*. Düsseldorf.
- Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen. (2013). *Verordnung über den Bildungsgang in der Grundschule (Ausbildungsordnung Grundschule – AO-GS). Bereinigte amtliche Sammlung der Schulvorschriften NRW (BASS), 2006 (1), 3–6*.
- Oldenhage, M., Daseking, M. & Petermann, F. (2009). Erhebung des Entwicklungsstandes im Rahmen der ärztlichen Schuleingangsuntersuchung. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 71 (10), 638–647.

Petermann, F. (2009). Sprachdiagnostik und Sprachtherapie (Kindheit und Entwicklung, Bd. 18,4). Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F., Oldenhage, M. & Simon, K. (2009). Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS. Bielefeld: LIGA. NRW.

Poethko-Müller, C., Atzpodien, K., Schmitz, R., & Schlaud, M. (2011). Impfnebenwirkungen bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 54(3), 357-364.

Rattay, P., Starker, A., Domanska, O., Butschalowsky, H., Gutsche, J. & Kamtsiuris, P. (2014). Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Ein Vergleich von Basiserhebung und erster Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 57 (7), 878–891.

Ring, J., Bachert, C., Bauer, C.-P. & Czech, W. (2010). Weißbuch Allergie in Deutschland: Springer Medizin.

Robert-Koch-Institut [RKI]. (2012). Faktenblatt zu KiGGS Welle 1. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012 Körperliche Aktivität. Robert Koch Institut, 2012 (Mpfs 2013), 1–4.

Robert Koch-Institut [RKI]. (2015a). Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009–2012. Berlin: RKI. Zugriff am (Stand: 09.11.2015).

Robert Koch-Institut [RKI]. (2015b). Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin (41), 439–448.

Robert Koch-Institut [RKI]. (2016). Hepatitis B und D. RKI-Ratgeber. Zugriff am 17.04.2018. Verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HepatitisB.html#doc2390050bodyText5.

Robert Koch-Institut [RKI]. (2017). Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2015. Epidemiologisches Bulletin (16), 137–142.

Robert Koch-Institut [RKI] & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] (2008). Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin.

Ruckstuhl, B., Twisselmann, W., Brenner, D. & Somaini, B. (1997). Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument [2. Aufl.]. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin; Bundesamt für Gesundheit; Vertrieb; RADIX-Gesundheitsförderung.

Schaffrath Rosario, A., & Dortschy (2009, 25.–27. März). KiGGS: Neue Referenzwerte bei Kindern und Jugendlichen. Fortbildungsveranstaltung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Berlin.

Schlack, H. (Hrsg.). (2009). Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag; mit 56 Tabellen (1. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Siedler, A., Hecht, J., Rieck, T., Tolksdorf, K., & Hengel, H. (2013). Die Varizellenimpfung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 56(9), 1313–1320.

Software.house informationstechnik AG, 2012. GUcheckup. Funktionen in GUcheckup. Zugriff am 22.08.2017. Verfügbar unter <http://www.software-house.de/index.php/de/gumax/funktionen-in-gucheckup/79-funktionsuebersicht-gucheckup>.

Ständige Impfkommission (STIKO) (2016a). Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am RKI Stand. August 2016. Epidemiologisches Bulletin (34).

STIKO. (2016b). STIKO Impfeempfehlungen. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (Stand: August 2016) [Grünwald]: Börm Bruckmeier Verlag.

Suchodoletz, W. von. (2003). Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen. Monatsschrift Kinderheilkunde, 151 (1), 31–37.

Thyen, U. (2009). Vom biomedizinischen zum biopsychosozialen Verständnis von Krankheit und Gesundheit. In H. Schlack (Hrsg.), Sozialpädiatrie. Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag; mit 56 Tabellen (1. Aufl., S. 12–23). Heidelberg: Springer.

Universitätsklinikum Essen (o.J.a). Kurven für Wachstumsgeschwindigkeit in Perzentilen (Jungen 0–18 Jahre). Zugriff am 18.05.2018. Verfügbar unter https://www.uk-essen.de/fileadmin/Kinderklinik/Downloads/Perzentilenkurve_Jungen.pdf.

Universitätsklinikum Essen (o.J.b). Kurven für Wachstumsgeschwindigkeit in Perzentilen (Mädchen 0–18 Jahre). Zugriff am 18.05.2018. Verfügbar unter https://www.uk-essen.de/fileadmin/Kinderklinik/Downloads/Perzentilenkurve_Maedchen.pdf.

World Health Organization [WHO]. (1999). Gesundheit21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6, [Ausführl. Fassung]. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa.

Anhang

Tabelle 17a Übersicht der Kernaussagen aus der Datenanalyse

| Kernaussagen aus der Datenanalyse | Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen | Inanspruchnahme der Schutzimpfungen | kognitive Entwicklung (SOPESS) | körperliche Gesundheit |
|--|---|---|--|------------------------|
| <p>Inanspruchnahme aller (ausgenommen U7a) Früherkennungsuntersuchungen (durchschnittlich über die Zeitreihe und in allen Kommunen): > 90%</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ U1 bis U7 (kommunal und über die Zeitreihe): <ul style="list-style-type: none"> → durchschnittliche Inanspruchnahme > 95% → sehr hohe Akzeptanz ■ Inanspruchnahme der U7a (über die Zeitreihe): <ul style="list-style-type: none"> → steigender Trend (2017/2018 bereits 95%) ■ U8 und U9 (kommunal und über die Zeitreihe): <ul style="list-style-type: none"> → durchschnittliche Inanspruchnahme > 90% → hohe Akzeptanz | <p>Inanspruchnahme aller Schutzimpfungen (durchschnittlich über die Zeitreihe und in allen Kommunen): 2/3 bei > 90%, 1/3 < 90% (darunter 3/4 < 85%, Varizellen ≤ 70%)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Schutzimpfungen: Diphtherie, Tetanus, Masern, Mumps, Röteln und Pertussis (kommunal und über die Zeitreihe gesehen): <ul style="list-style-type: none"> → durchschnittliche Inanspruchnahme: > 95% → sehr hohe Akzeptanz ■ Schutzimpfungen: Poliomyelitis und Hämphilus influenzae b (kommunal und über die Zeitreihe gesehen) <ul style="list-style-type: none"> → durchschnittliche Inanspruchnahme > 90% → hohe Akzeptanz ■ z. T. (sehr) deutliche Unterschiede in der Inanspruchnahme in den Kommunen: <ul style="list-style-type: none"> ■ Schutzimpfungen: Tetanus, Poliomyelitis, Diphtherie, Pertussis, Masern, Mumps, Röteln und Hämphilusinfluenzae b: <ul style="list-style-type: none"> → Schwankungen von 5 bis 8%. ■ Schutzimpfungen: Hepatitis B, Pneumokokken und Meningokokken C: <ul style="list-style-type: none"> → deutliche Schwankungen von 20 bis ≥ 35% ■ Große Unterschiede in der Inanspruchnahme der Varizellenimpfung in den Kommunen: <ul style="list-style-type: none"> → Minimum: 19,4% und Maximum: 76,1%. | <p>In allen Items (Arztüberweisung, in Behandlung, Leistungsbeeinträchtigung, Befund (nicht behandlungsbedürftig), ohne Befund) im Durchschnitt kaum Änderungen über die Zeitreihe in allen SOPESS-Kategorien (Visuomotorik, selektive Aufmerksamkeit, Zahlen- und Mengenvorwissen, visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken, Sprache und Sprechen, Körperkoordination)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Vorläuferfähigkeiten (geprüft durch SOPESS-Kategorien): <ul style="list-style-type: none"> → Auffälligkeiten bei durchschnittlich ca. 20% aller untersuchten Kinder. ■ Visuomotorik, visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken sowie Sprache u. Sprechen: <ul style="list-style-type: none"> → z. T. deutlich ≥ 15% ■ selektive Aufmerksamkeit, Zahlen- und Mengenvorwissen sowie Körperkoordination: <ul style="list-style-type: none"> → ≤ 15% ■ Unter diesen etwa 20%: <ul style="list-style-type: none"> → z. T. sehr ausgeprägte Geschlechterunterschiede (Jungen > Mädchen) ■ Kommunal z. T. (sehr) deutliche Unterschiede bzgl. der Vorläuferfähigkeiten: <ul style="list-style-type: none"> → Schwankungen von 9%–16% ■ in SOPESS-Kategorien Visuomotorik, visuelles Wahrnehmen und schlussfolgerndes Denken, Sprache und Sprechen sowie Körperkoordination Horn-Bad Meinberg und Lügde immer im unteren Bereich der unauffälligen Befunde | <p>in allen Gewichtsbereichen (deutlich untergewichtig, untergewichtig, normalgewichtig, Übergewichtig, adipös) im Durchschnitt über die Zeitreihe kaum Änderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Abweichungen vom Normalgewicht (in beide Richtungen): <ul style="list-style-type: none"> → durchschnittlich ca. 20% aller untersuchten Kinder ■ Unter diesen 20%: <ul style="list-style-type: none"> → in 3 von den 4 abweichenden Bereichen mehr Jungen > Mädchen. ■ Adipositas und Übergewicht: ausgeglichenes Verhältnis zwischen dicht und weniger dicht besiedelten Kommunen: <ul style="list-style-type: none"> → zwei Siedlungsschwerpunkte (verdichtete Quartiere) und zwei weniger stark besiedelte Kommunen ■ Größter Anteil der Schulanfängerinnen/Schulanfänger unauffälligen Befund im Bereich Hörvermögen (90%), Sehschärfe (83%). <ul style="list-style-type: none"> ■ Prozentwerte der Kinder mit Arztüberweisung im Bereich Sehschärfe mehr als doppelt so hoch als beim Hörvermögen | |

Tabelle 17b Übersicht der themenspezifischen Ziele

| Themenspezifische Ziele | Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen | Inanspruchnahme der Schutzimpfungen | kognitive Entwicklung (SOPESS) | körperliche Gesundheit |
|---|---|---|---|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Anzustreben ist eine mindestens 95%ige Vorlage des Kinderuntersuchungsheftes. ■ Anzustreben ist eine sehr hohe Akzeptanz der Inanspruchnahme der U8 und U9 (≥ 95%) in allen Kommunen. ■ Anzustreben ist eine Inanspruchnahme aller Früherkennungsuntersuchungen von mindestens 98% in allen Kommunen. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Anzustreben ist eine mindestens 95%ige Vorlage des Impfausweises. ■ Verifizierung der Varizellen-Impfquote durch eine Differenzierung aller als „nicht geimpft“ erfassten Kinder in „tatsächlich nicht geimpft“ und „Varizellen durchgemacht“ in der Abfragemaske der Datenerfassungssoftware. ■ Anzustreben ist eine Erhöhung der Inanspruchnahme der Varizellenimpfung auf zunächst ≥ 80%. ■ Anzustreben ist eine Impfquote von ≥ 90% aller Schutzimpfungen in allen Kommunen. ■ Anzustreben ist eine Impfquote von ≥ 95% für alle Schutzimpfungen in allen Kommunen. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Anzustreben ist ein Anstieg der Anzahl der unauffälligen Kinder für die Kategorien unter 85% auf mindestens ≥ 85%. ■ Anzustreben ist ein Ausgleich der geschlechtsspezifischen Unterschiede mit ggf. vorgeschalteter Recherche möglicher Ursachen. ■ Anzustreben ist ein schrittweiser Anstieg der Prozentzahl (z. B. 5 Prozentpunkte) der normalgewichtigen Kinder in allen Kommunen. ■ Anzustreben ist eine Reduktion der Notwendigkeit einer Arztüberweisung zur Überprüfung des Sehvermögens durch gezielte Präventionsmaßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> ■ Anzustreben ist ein Anstieg der Anzahl der unauffälligen Kinder für die Kategorien unter 85% auf mindestens ≥ 85%. ■ Anzustreben ist ein Ausgleich der geschlechtsspezifischen Unterschiede mit ggf. vorgeschalteter Recherche möglicher Ursachen. ■ Anzustreben ist ein schrittweiser Anstieg der Prozentzahl (z. B. 5 Prozentpunkte) der normalgewichtigen Kinder in allen Kommunen. ■ Anzustreben ist eine Reduktion der Notwendigkeit einer Arztüberweisung zur Überprüfung des Sehvermögens durch gezielte Präventionsmaßnahmen | |

Quelle: Gesundheitsamt des Kreises Lippe

Tabelle 17c Übersicht der themenspezifischen Handlungsempfehlungen

| Themenspezifische Handlungsempfehlungen | Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen | Inanspruchnahme der Schutzimpfungen | kognitive Entwicklung (SOPESS) | körperliche Gesundheit |
|---|---|---|---|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Reaktivierung des Projektes 'Ich geh' zur UI Und Du? von der BZgA (in Kita & Grundschule) ■ stärkere Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema Früherkennungsuntersuchungen (als Präventionsmaßnahme) durch Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit ■ frühzeitiges Erinnern an den Untersuchungstermin der Schuleingangsuntersuchung mit der erneuten Bitte, die erforderlichen Unterlagen (Kinderuntersuchungsheft) mitzubringen | <ul style="list-style-type: none"> ■ Wiedereinsatz eines Impfmobils ■ stärkere Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema Schutzimpfungen (als Präventionsmaßnahme) und weitere vorbeugende Maßnahmen zur Infektionsverhütung (z. B. Hygienemaßnahmen, Meldewesen nach Infektionsschutzgesetz) durch Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit ■ stärkere Sensibilisierung der Schule für das Thema Impfen und Steigerung der Compliance der Lehrer und Eltern sowie Wiederaufnahme der Impfbuchkontrolle der 8. (13/14 Jahre) und 9. Klasse ■ frühzeitiges Erinnern an den Untersuchungstermin der Schuleingangsuntersuchung mit der erneuten Bitte, die erforderlichen Unterlagen (Impfausweis) mitzubringen | <ul style="list-style-type: none"> ■ „Schule spielen“ fördern ■ Ausweitung des Projektes Rucksack-Kita des Kommunalen Integrationszentrums des Kreises Lippe ■ Ausweitung des Projektes Runder Teppich des Kommunalen Integrationszentrums des Kreises Lippe ■ detaillierte Analyse der kommunalen Bevölkerungsstruktur hinsichtlich der Verteilung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund, unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Klassenzusammensetzung ■ stärkere Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema Voriüferfähigkeiten durch Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit | <ul style="list-style-type: none"> ■ stärkere Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema Bewegung und Ernährung durch Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit ■ Verifizierung der Diagnose Hörminderung durch Erhöhung der Rückmeldung zur nachfolgend fachärztlichen Befundung und anschließender systematischer Auswertung der Daten im Gesundheitsamt ■ Verifizierung des möglichen Zusammenhangs zwischen einer Minderung der Sehschärfe und einem erhöhten Medienkonsum und/oder einer abnehmenden Aufenthaltsdauer der Kinder im Freien | |

Quelle: Gesundheitsamt des Kreises Lippe

Tabelle 17d Übersicht der themenübergreifenden Handlungsempfehlungen

| Themenübergreifende Handlungsempfehlungen |
|--|
| <p>a) Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit bzgl. Früherkennungsuntersuchungen, Schutzimpfungen, Vorläuferfähigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ kreisweit intensivere Sensibilisierung für <ul style="list-style-type: none"> – Gesundheitsprobleme – präventiven Gedanken ■ Medienberichterstattung, Informationsmaterial, Vorträge, etc. <p>b) zentrale Koordinierungsstelle für Prävention und Gesundheitsförderung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ multiprofessionelles Team mit dem Gesundheitsamt als Teil des Kernteams <ul style="list-style-type: none"> – fachlichen Austausch zw. notwendigen Akteuren (Vernetzung) sicherstellen – Aktueller Überblick über: <ul style="list-style-type: none"> – kreisweite Bedarfe – alle kreisweit angebotenen und in Anspruch genommenen Präventionsmaßnahmen – Projektplanung, -durchführung, -evaluation – Projekte lebensweltenübergreifend etablieren <p>c) kontinuierliche Datenerfassung/-überprüfung mit regelmäßiger Datenanalyse/-berichterstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ergebnisauswertung ausweiten (z. B. ortsspezifische Auswertungen) ■ Schwerpunktbericht ■ Basisbericht <p>d) Aufrechterhaltung bestehender und Aufbau tragfähiger Kooperationen mit allen beteiligten Akteurinnen/Akteure aus Gesundheits- und Sozialwesen sowie dem Gesundheitsamt</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Präsentation der Ergebnisse des vorliegenden Gesundheitsberichtes als Arbeitsgrundlage zur Neuorientierung und Entwicklung innovativer Handlungsansätze ■ fachübergreifende Zusammenarbeit innerhalb der Kreisverwaltung fördern ■ Netzwerkarbeit |

Quelle: Gesundheitsamt des Kreises Lippe

Kreis Lippe
Der Landrat
Fachgebiet Gesundheit
Rintelner Straße 83
32657 Lemgo
www.gesundheitsamt-lippe.de