

Gesundheitsbericht Band 19

Bericht über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2010 und 2011

Impressum

Herausgeberin:

Stadt Münster

Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Text:

Dr. Rebekka Busch, Dr. Axel Iseke

Grafik:

Dr. Axel Iseke

Redaktion:

Brigitte Kempe

Mai 2012

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Impressum | 2 |
| 1 Vorbemerkung | 4 |
| 2 Lebensbedingungen und Sozialressourcen | 6 |
| 2.1 Zuwanderung und Migration | 6 |
| 2.2 Familiäre Lebensformen | 6 |
| 2.3 Soziale Lebensbedingungen und kindliche Entwicklung – Der Münsteraner Sozialressourcenscore | 7 |
| 3 Gesundheitliche Lebensbedingungen in der Familie..... | 8 |
| 3.1 Früherkennungsuntersuchungen | 8 |
| 3.2 Impfungen | 12 |
| 4 Körperliche Erkrankungen und Gewicht..... | 17 |
| 4.1 Therapeutische Versorgung der Kinder im Vorschulalter..... | 18 |
| 4.2 Übergewicht und Fettleibigkeit | 19 |
| 4.3 Förderung außerhalb von Kindergarten und Schule | 20 |
| 4.4 Sozialpädiatrisches Screening für Schuleingangsuntersuchungen..... | 22 |
| 4.5 Sprache..... | 24 |
| 5 Zusammenfassung..... | 26 |
| 6 Anhang..... | 28 |
| 6.1 Der Münsteraner Sozialressourcenscore | 28 |

1 Vorbemerkung

Mit der Einschulung beginnt für das Kind ein neuer Lebensabschnitt. Das Kind tritt mit der Schulpflicht in den Verantwortungsbereich des Schulwesens ein. Um in der Schule ein gesundheitliches Wohlergehen sowie ein dem Entwicklungsstand angepasstes Lernen zu ermöglichen, sind die Sorgeberechtigten verpflichtet, ihr Kind zu einer Schuleingangsuntersuchung vorzustellen.

Der Gesetzgeber hat die Gesundheitsämter¹ beauftragt, die schulärztliche Untersuchung durchzuführen. Die Untersuchung erstreckt sich dabei auf den Entwicklungsstand und die allgemeine, gesundheitlich bedingte Leistungsfähigkeit einschließlich der Sinnesorgane des Kindes. Sie stellt durch Ihren Charakter, als Untersuchung und Beratung am Übergang vom Kindergarten zur Schule und an der Schnittstelle zwischen Gesundheit, Entwicklung und Lebensbedingungen, eine klassische sozialpädiatrische Untersuchung² dar und erfüllt damit u. a. den Zweck einer ersten betriebsmedizinischen Untersuchung³ für das Kind am "Arbeitsplatz Schule".

Als sozialpädiatrische Untersuchung beziehen Untersuchung und Beratung daher -soweit möglich- alle drei Dimensionen des WHO-Gesundheitsbegriffs, die körperliche, geistig-seelische und soziale Gesundheit mit ein. Die ärztliche Befragung zur Vorgeschichte, die Untersuchung und Beratung beziehen sich daher auf die bisherige gesundheitliche, die zukünftig schulische und die allgemeine familiäre Dimension. Auch weil die inklusive Beschulung in Regelschulen in den nächsten Jahren zunehmend zum Standard werden wird, ist eine enge Vernetzung aller Beteiligten bereits vor Schulanfang sinnvoll.

Für jede Untersuchung erfolgt eine standardisierte Befunderhebung. Diese ist Grundlage für das "schulärztliche Zeugnis" an die zuständige Schule. Im Falle eines besonderen pädagogischen Förderbedarfs erfolgt ein ausführlicheres Gutachten. Die schulärztliche Untersuchung wird zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages und nach den Standards ärztlicher Dokumentation für jedes einzelne Kind dokumentiert. Dabei folgt die Bewertung von schulrelevanten Vorläuferfähigkeiten seit dem Schuljahr 2010/2011 standardisiert mit dem Instrumentarium des landesweit eingeführten SOPESS⁴.

Die anonymisierten Daten sind eine wesentliche Quelle für die kommunale Gesundheitsberichterstattung zur Gesundheit und Entwicklung von heranwachsenden Kindern und ihren Familien. Ein anonymisierter Teildatensatz wird u. a. zur zentralen Erfassung und Analyse an das Landeszentrum Gesundheit NRW⁵ weitergegeben. Die aggregierten Impfdaten werden an das Robert-Koch-Institut weitergeleitet.

¹ § 54 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 Schulgesetz NRW; § 12 Abs. 2 Satz 3 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG).

² Die Sozialpädiatrie ist eine Querschnittswissenschaft in der Kinderheilkunde und Jugendmedizin (Pädiatrie). Sie befasst sich allgemein mit den Bedingungen für Gesundheit und Entwicklung sowie mit deren Störungen und Auswirkungen, die in Zusammenhang mit der sozialen, insbesondere familiären sowie der natürlichen Umwelt stehen. Sie beteiligt sich an der gesundheitlichen Gestaltung der kindlichen Lebensräume. Ein wesentlicher Bereich der Sozialpädiatrie ist der öffentliche Gesundheitsdienst.

³ § 12 Abs. 2 Satz 1 ÖGDG „Die untere Gesundheitsbehörde nimmt für Gemeinschaftseinrichtungen, insbesondere in Tageseinrichtungen für Kinder und Schulen, betriebsmedizinische Aufgaben wahr. [...]“

⁴ Sozialpädiatrisches Screening für Schuleingangsuntersuchungen
Petermann, F., Daseking, M., Oldenhage, M & Simon, K. (2009). Düsseldorf: LIGA.NRW.

⁵ Das Landeszentrum Gesundheit NRW besteht seit dem 01. Januar 2012 und setzt sich zusammen aus dem Teil "Öffentliches Gesundheitswesen" des früheren Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (LI-GA.NRW) und dem früheren Strategiezentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen.

Im Folgenden werden exemplarisch ausgewählte Themenkomplexe der aktuellen Schulingangsuntersuchung dargestellt.

2 Lebensbedingungen und Sozialressourcen

2.1 Zuwanderung und Migration

Untersucht wurden zum letzten Einschuljahrgang für das Schuljahr 2010/2011 2.391 und für das Schuljahr 2011/2012 2.405 Kinder (Jungen 51,9%, Mädchen 48,1%). 4.588 (96,8%) der Lernanfänger/innen waren in Deutschland geboren. Dennoch stammen bei Zugrundelegung des Geburtslandes der Mutter 28,9 % der Kinder aus zugewanderten Familien. Berücksichtigt man zusätzlich auch die Herkunft des Vaters, so sind sogar knapp 37 % der münsterschen Schulanfänger/innen Kinder kürzlich zugewanderter Familien.

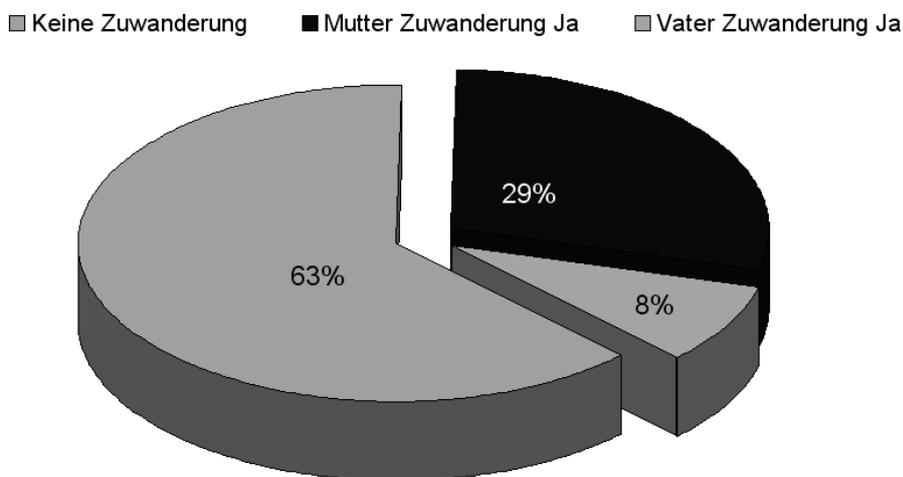


ABB. 1: Anteil Kinder aus Zuwanderungsfamilien

2.2 Familiäre Lebensformen

Aus zahlreichen gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Untersuchungen und Studien ist bekannt, dass neben einer möglichen Zuwanderungsgeschichte auch die allgemeinen sozialen Lebensbedingungen des Kindes und seiner Familie, die Familienkonstellation sowie die strukturellen Bedingungen des unmittelbaren Lebensumfeldes (Wohnquartier) einen starken Einfluss auf die frühkindliche und gesundheitliche Entwicklung ausüben. Die tägliche schulärztliche Erfahrung sowie Berichte der Eltern zeigen auch in Münster: Die modernen familiären Lebensbedingungen sind bunt. Dabei reicht die Spanne der Lebensgemeinschaften zum Zeitpunkt der Einschulung von der Ein-Eltern-Ein-Kind-Familie über die Zwei-Eltern-Großfamilie mit mehr als drei Kindern, bis zur Ein-Eltern-Sieben-Kinder-Familie. Der überwiegende Anteil der Kinder (87 %) wächst zum Zeitpunkt der Untersuchung mit (mind.) zwei Erwachsenen im Haushalt auf. Davon allein 45 % in einer Zwei-Eltern-Zwei-Kind Konstellation. 13 % der Kinder dagegen wachsen in einem Haushalt mit nur einem Erwachsenen auf. Letzteres stellt für die Familie besonders dann eine besondere Herausforderung dar, wenn dieser eine Erwachsene drei oder mehr Kinder alleine zu betreuen / erziehen hat. Diese Situation betrifft etwa 3 % der Kinder.

2.3 Soziale Lebensbedingungen und kindliche Entwicklung – Der Münsteraner Sozialressourcenscore

Die möglichst umfassende Kenntnis der allgemeinen und sozialen Lebens- und Gesundheitsbedingungen im Quartier ist eine wesentliche Voraussetzung für eine vernetzte, effiziente und nachhaltige Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfe. Der Entwicklungsstand eines Kindes wird immer durch die vielfältigen Lebensbedingungen und Einzelfaktoren beeinflusst. Letztere können sich auf die kindliche Gesundheit und Entwicklung grundsätzlich fördernd aber auch hemmend auswirken. Auch können sich einzelne Faktoren gegenseitig verstärken oder schwächen. So können auch hemmende Faktoren in ihrer Wirkung durch fördernde Faktoren ausgeglichen werden. Aus diesem Grunde greift die Betrachtung und Berücksichtigung einzelner Bedingungs-Faktoren wie "Migration" oder "Familienkonstellation" für die Beschreibung der Lebensbedingungen eines Kindes in der Regel zu kurz. Es wird daher - soweit möglich - eine mehrdimensionale Betrachtungsweise gewählt.

Für die Schuleingangsuntersuchungen in Münster wurde hierfür der "Münsteraner Sozialressourcenscore"⁶ entwickelt. Dieser Indikator vereinigt mögliche vorschulische Ressourcen und Risikofaktoren und eignet sich daher bei der gruppierten Betrachtungsweise als Suchindikator für die vorschulischen Lebensbedingungen der Kinder in Münster. Der theoretische Hintergrund des Indikators legt nahe, dass ein geringer Wert an vorschulischen Sozialressourcen eher für einen allgemeinen Förder- und Unterstützungsbedarf spricht. Die Verteilung der sozialen Ressourcen auf die münsterschen Bezirke spricht für diese Vermutung.

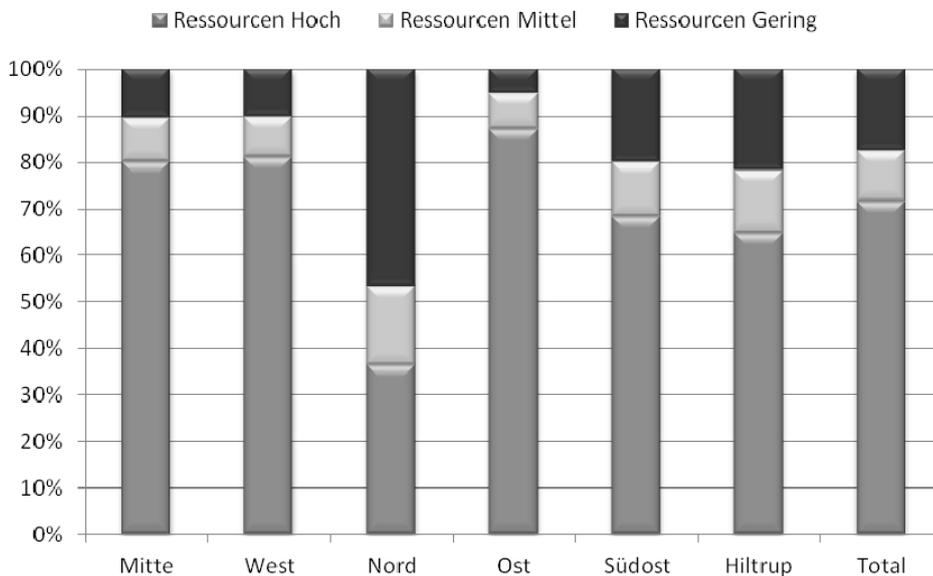


ABB. 2: Verteilung der Sozialressourcen nach Bezirk

⁶ Siehe Anhang.

3 Gesundheitliche Lebensbedingungen in der Familie - Früherkennung und Impfung

Durch die allgemein guten Lebens- und Hygienebedingungen sowie das gut ausgebaute medizinische Versorgungssystem sind die Kinder zu Schulanfang überwiegend "gesund". Auffallend ist jedoch, dass nicht von allen Familien die Angebote des Vorsorgesystems umfänglich genutzt werden. Dabei machen eingehende Analysen deutlich, dass es den Familien offenbar ausgehend von ihren allgemeinen sozialen Lebensbedingungen unterschiedlich gut gelingt, die gesundheitlichen Angebote aber auch Angebote zur allgemeinen sozialen Integration für sich und ihre Kinder zu nutzen. Dies betrifft jedoch nicht nur und nicht in erster Linie zugewanderte Familien. Auch in Familien ohne Zuwanderungsgeschichte zeigen sich bisweilen deutliche Hinweise auf Einschränkungen in gesundheitlicher Vorsorge und sozialer Vernetzung / Integration. Diese Bedingungen führen auch zu unterschiedlichen Gesundheitsbedingungen bei den einzelnen Kindern.

3.1 Früherkennungsuntersuchungen

Die Teilnahme an den ärztlich angebotenen "Vorsorge"-Untersuchungen vom Säuglings- bis zum Einschulalter ist grundsätzlich freiwillig. Ausnahme: „Bei der Aufnahme in die Tageseinrichtung ist der Nachweis über eine Alters entsprechend durchgeführte Gesundheitsvorsorgeuntersuchung des Kindes durch Vorlage des Vorsorgeuntersuchungsheftes für Kinder oder einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung zu erbringen⁷“. "Vorsorge"-Untersuchungen ermöglichen bei jedem Kind die Früherkennung von relevanten Erkrankungen und Entwicklungsauffälligkeiten. Wenn auch Entwicklungsdiagnostik, Prävention und Gesundheitsberatung nicht zum klassischen Auftrag dieser Untersuchungen gehören, ermöglicht die Regelmäßigkeit der mittlerweile 10 etablierten „U's“ eine Betreuung und Begleitung der Familien auch über die reine Krankheitsfrüherkennung und Versorgung mit Impfungen hinaus.

Die ersten beiden Untersuchungen erfolgen unmittelbar nach der Geburt bzw. in den ersten Lebenstagen. Sie erfolgen zumeist in der Geburtsklinik und werden daher in annähernd 100% durch die Eltern wahrgenommen. Die Teilnahme an den Untersuchungen ist in den ersten Lebensjahren sehr hoch. Im gleichen Maße, wie die betreuende Sicherheit der Eltern steigt, kommt es aber etwa ab dem 3. Lebensjahr zu einem zwar geringen aber doch merklichen Rückgang der Teilnahmequoten an den altersgemäßen Untersuchungen⁸. Lücken im Katalog der Früherkennungsteilnahme weisen also nicht automatisch auf familiäre Defizite oder Versorgungslücken beim Kind hin. In Einzelfällen kann eine Nicht-Teilnahme aber auf belastete familiäre Lebensbedingungen, eine mangelnde elterliche Fürsorge oder gar eine Kindeswohlgefährdung hinweisen. Dies gilt umso mehr, wenn mehrere Vorsorgeangebote versäumt werden. Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass auch ein vollständiger gesundheitlicher Vorsorgestatus kein Garant für gesunde, das Kindeswohl fördernde Lebensbedingungen ist.

Höchstmögliche Früherkennungsquoten sowie eine Sensibilisierung und Vernetzung der Akteure in der Gesundheits-, Familien- und Jugendhilfe sind ein erklärtes Ziel der Ge-

⁷ Kinderbildungsgesetz § 10 Absatz 1 Gesundheitsvorsorge

⁸ Die Inanspruchnahme einzelner Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9) bleibt bis zur U7 über der 90 %-Grenze und geht bei der U8 auf 89,0 % zurück, um dann bei der U9 auf 86,4 % zu fallen“ (Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KIGGS - Zusammenfassung von Beiträgen im Bundesgesundheitsblatt Mai/Juni 2007).

sundheitspolitik in Bund und NRW. Seit 2009 werden daher die Eltern zentral an ausstehende Untersuchungen erinnert, sofern einer der Termine im üblichen Zeitfenster ver­ säumt wurde. Hier handelt das Amt für Kinder, Jugendliche und Familien in Münster mit einem Erinnerungsschreiben.

Die Früherkennungsquoten lassen sich nur dann sicher bestimmen, wenn die Eltern das entsprechende originale "gelbe Heft" bei der Schuleingangsuntersuchung vorlegen. Erfreulicher Weise kamen in den letzten beiden Einschuljahrgängen 93,8% der Eltern der Bitte um Vorlage des Heftes nach⁹. Der schulärztliche Einblick in das Heft erleichtert die Einschätzung der bisherigen Entwicklung des Kindes und erlaubt im Einzelfall gezielte Beratungen bei vorliegenden Besonderheiten. Für eine statistisch exakte Bewertung der Früherkennungsquoten ist es zudem sinnvoll, nur Kinder zu berücksichtigen, die in Deutschland geboren wurden. Nur in diesen Fällen ist sichergestellt, dass die Familien von Geburt an in das Vorsorgeangebot eingebunden sind. Nur in diesem Fall lassen sich fehlende Untersuchungen auch als "tatsächliche Lücken" werten. Zum dritten erfolgt die letzte vorschulische Früherkennungsuntersuchung um den fünften Geburtstag. Bedingt durch das in den letzten Jahren vorgezogene Einschulungsalter und die schulärztliche Schuleingangsuntersuchung bereits im letzten Kindergartenjahr haben einige Kinder das "U9-Alter" zum Zeitpunkt der schulärztlichen Untersuchung noch nicht abgeschlossen. Bei diesen Kindern kann zum Zeitpunkt der Untersuchung also noch keine "Früherkennungsbilanz" gezogen werden. In den statistischen Analysen der Früherkennungsquoten der Schulanfänger/innen in Münster werden die Daten aus den genannten Gründen standardisiert, d. h. um die genannten möglichen Fehlerquellen bereinigt. Nur dies ermöglicht einen exakten Vergleich auch über die Jahre.

Aus den Analysen wird deutlich: die münsterschen Eltern nehmen die Früherkennungsuntersuchungen sehr ernst. Bund, Land und Kommune sowie das medizinische Versorgungssystem unterstützen Maßnahmen um die Früherkennungsquoten insbesondere nach dem ersten Geburtstag weiter zu steigern. Die bereits traditionell hohen Früherkennungsraten in den ersten Lebensjahren machen jedoch deutlich, dass wesentliche Steigerungen der Teilnahme durch Erinnerungssysteme und aufsuchende Angebote der Jugend- und Gesundheitshilfe kaum zu erwarten sind. Ein Ziel aller Maßnahmen ist es daher, unter den "säumigen" Familien diejenigen zu identifizieren, bei denen Lücken im Früherkennungsstatus auf einen erhöhten Hilfebedarf hinweisen könnten. Das Schließen von "Vorsorgelücken" soll in diesen Fällen also mit einer Verbesserung der Integration der Familie ins Versorgungs- und Hilfesystem einhergehen.

| U 1 | U2 | U3 | U4 | U5 | U6 | U7 | U8 | U9 |
|--------|------------|--------------|----------|----------|-----------|---------|---------|---------|
| Geburt | 3.-10. Tag | 4.- 6. Woche | 3 Monate | 6 Monate | 12 Monate | 2 Jahre | 4 Jahre | 5 Jahre |
| 99,2% | 99,0 % | 98,6% | 97,7 % | 96,5 % | 96,9 % | 94,8 % | 92,3 % | 93,4 % |

Tabelle 1: Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen, SEU 2010 - 2011

Mögliche Erfolge der genannten "Erinnerungsmaßnahmen" bei säumigen Früherkennungsuntersuchungen können sich bisher in den Daten der Schuleingangsuntersuchungen kaum niederschlagen, da Kinder, die unter die Neuregelung fallen, erst allmählich zur Einschulung anstehen. Es bleibt daher abzuwarten, ob der "Steigerungstrend" bei der U9

⁹ Anders als § 10 Abs. 1 KiBiz schreibt das SchulG die Vorlage nicht vor.

als Folge des Erinnerungssystems betrachtet werden kann und ob sich vergleichbare Steigerungen auch bei den übrigen Untersuchungen einstellen werden.

Wenn auch die Früherkennungsuntersuchungen allgemein gut etabliert sind, so ist es doch bemerkenswert, dass neu eingeführte Untersuchungen - wie etwa die 2008 neueingeführte U7a - nur zögerlich in den Untersuchungskanon einfließen. Während von den Kindern 2010 nur rund 7%, diese Untersuchung nachweisen konnten, betrug die Quote 2011 auch "nur" 22 % obwohl das Untersuchungsangebot mittlerweile für alle Kinder bestanden hat. Ähnliche Beobachtungen mit einer verzögerten Umsetzung neuer Präventionsleistungen können mit neu eingeführten Impfungen gemacht werden (Siehe Abschnitt Impfungen).

Neben der individuellen Untersuchung und Beratung der Eltern bei jedem Einschulkind stellt die Schuleingangsuntersuchung daher immer auch eine Art "Bilanz" bisheriger Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen dar. Die entsprechenden Beratungen können also dazu führen, dass bestehende Impflücken ausgeglichen und aktuell noch ausstehende Früherkennungsuntersuchungen nachgeholt werden.

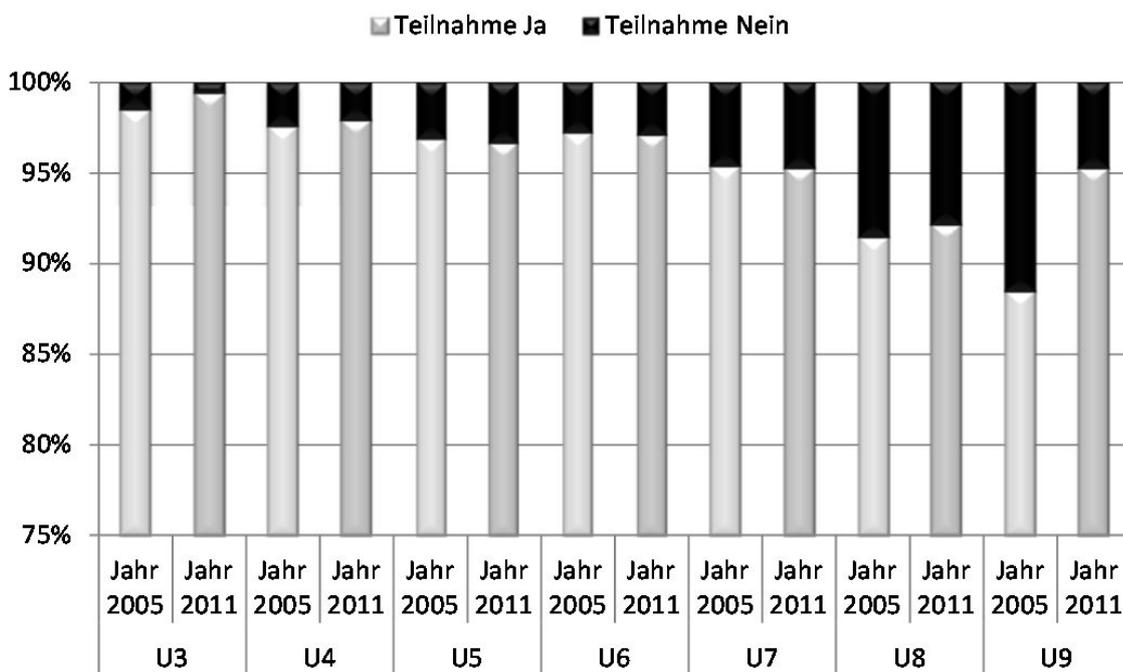


ABB. 3: Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen im Vergleich SEU 2005 und 2011¹⁰

Erkenntnisse aus Versorgungsstudien sowie auch die allgemeine ärztliche und schulärztliche Erfahrung zeigen deutlich, dass insbesondere größere Lücken im Früherkennungskalender in einem engen Zusammenhang mit den sozialen Lebensbedingungen der Familien stehen. Es bietet sich also an, bei jedem Kind eine "Gesamtbilanz Früherkennung" zu ziehen: Legt man den Vorsorgekanon mit 9 Untersuchungen (ohne die "neue" U7a) bis zum 5. Geburtstag zugrunde, so haben in Münster 91,4% der Schulanfänger an wenigstens 8 von 9 Untersuchungen teilgenommen. Dagegen weisen 8,6% der Kinder zu Schulanfang zwei oder mehr fehlende Vorsorgen auf¹¹. Jedes Jahr fallen in Münster je etwa 100 Mäd-

¹⁰ Daten standardisiert: Nur Kinder berücksichtigt mit im Vorsorgeheft dokumentierter Geburt sowie zum Untersuchungszeitpunkt älter als 64 Monate (Zeitpunkt der 'U9').

¹¹ Vergleichbare Auswertungen aus den Landesdaten zur Schuleingangsuntersuchung liegen leider nicht vor.

chen und 100 Jungen in diese Gruppe. Weitere Analysen zeigen deutlich, dass sich in der Gruppe mit größeren Vorsorgelücken deutlich mehr Kinder aus zugewanderten Familien finden. Ebenso findet sich dieser Befund deutlich häufiger bei Kindern aus Familien mit allgemein geringeren sozialen Ressourcen.

Exemplarisch sei dies an bedingenden Faktoren für die Teilnahme an der U8 (4 Jahre) aufgeführt.¹²

Inanspruchnahme der U8 in Münster(43. bis 48. Lebensmonat):

| Gesamt | 92,0 % |
|-------------------------------------|---------------|
| Jungen | 92,1 % |
| Mädchen | 91,7 % |
| Niedrige Sozialressourcen | 83,0 % |
| Hohe Sozialressourcen | 94,5 % |
| Kinder mit Migrationsvorgeschichte | 86,3 % |
| Kinder ohne Migrationsvorgeschichte | 94,0 % |

Textbox 1: Teilnahme U 8; Geschlecht; Sozialressourcen; Migrationsvorgeschichte; SEU 2011-2012

Bei einer Betrachtung auf der Ebene der Stadtteile zeigt sich noch deutlicher, dass die Früherkennungsangebote, trotz des für alle geltenden Angebotes, nach wie vor in unterschiedlichem Umfang angenommen werden. Der Anteil von Kindern, die mit größeren Vorsorgelücken aufwachsen (an weniger als 8 von 9 möglichen Untersuchungen teilgenommen) ist zwischen den Stadtteilen über die Jahre unterschiedlich. In der folgenden Abbildung ist jeweils die Quote von Kindern pro Stadtteil abgebildet, die weniger als 8 Vorsorgen nachweisen können:

¹² Gemäß den Auswertungen des LIGA NRW (jetzt: Landeszentrum Gesundheit NRW) nahmen zum Einschuljahr 2009/2010 89,4% der Kinder in NRW an der U8 teil.

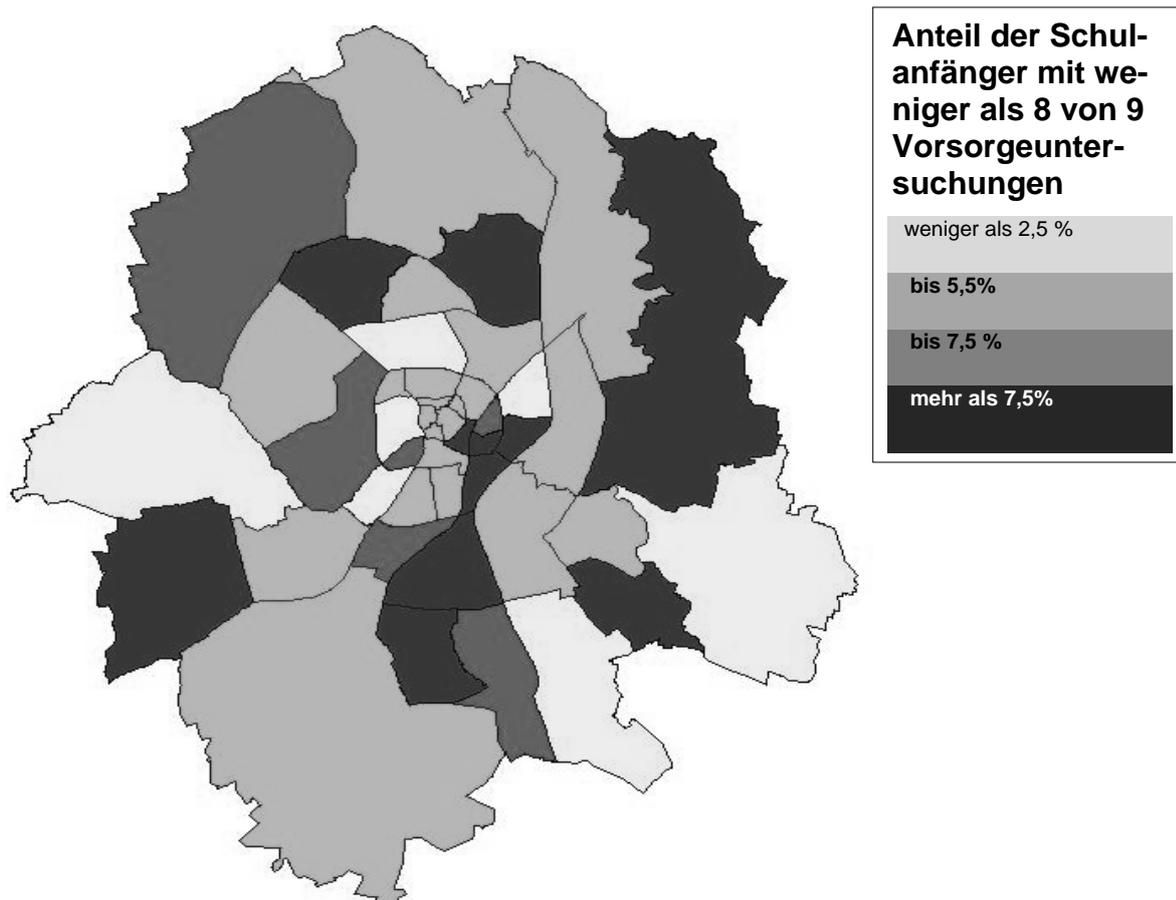


ABBILDUNG 4: Teilnahmequote Früherkennungsuntersuchungen nach Stadtteilen

3.2 Impfungen

Für die Bevölkerungsgesundheit wichtige Daten liefert die jährliche Schuleingangsuntersuchung auch für den Infektionsschutz. Die vorgelegten Impfbücher stellen die einzig verfügbare Quelle als Beleg für die Qualität des Impfschutzes der Bevölkerung dar. Erfreulicherweise liegen in den letzten Jahren stets bei rund 97% der Schulanfängeruntersuchungen die Impfdokumente vor, so dass hier eine nahezu vollständige Informationslage vorliegt. Alle im Impfkalendar empfohlenen Impfungen führen zur Verhinderung der entsprechenden Krankheiten beim geimpften Kind. Ausreichend hohe Impfquoten führen zudem zu einem Bevölkerungsschutz, da sich ansteckende Krankheiten nicht mehr bzw. nicht mehr ungehindert ausbreiten können. Damit entsteht auch ein umfassender Schutz für besonders infektionsgefährdete Personen sowie Kinder / Erwachsene, die aus bestimmten Gründen nicht geimpft werden können oder sollen.

3.2.1 Vollständigkeit des Impfschutzes

Auch nach Zurückdrängung schwerer Infektionskrankheiten (z. B. Kinderlähmung, Diphtherie, Masern) muss die hohe Impfquote jedoch gehalten werden, da ein Rückgang der Impfbereitschaft rasch zu einer Wiederkehr verdrängter "Kinderkrankheiten" führen kann. Erfreulicherweise ist die Akzeptanz für Impfungen bei den münsterschen Eltern traditionell grundsätzlich hoch und in den letzten Jahren stetig gestiegen. Auch durch die meisten betreuenden Ärztinnen und Ärzte in Münster wird heute für einen möglichst umfassenden Impfschutz geworben. Dies zeigt überzeugend die Betrachtung des 9fach-Impfkaltenders mit Schutz gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, HiB, Polio, Hep. B, Masern, Mumps, Röteln. Mittlerweile verfügen 88 % aller Kinder zu Schulanfang über einen kompletten, um-

fangreichen Schutz. Erfreulich ist, dass dieser Schutz auch weitgehend unabhängig von den sozialen Lebensbedingungen für alle Kinder gilt. Insbesondere konnten in den letzten Jahren auch bei zugewanderten Kindern Impflücken geschlossen werden. Eine erhebliche Rolle spielten hierbei aufsuchende Impfangebote durch das Gesundheitsamt - vor allem bei Flüchtlingskindern aus dem ehemaligen Jugoslawien (siehe Abbildung 6). Auch die Erstellung mehrsprachiger Impfaufklärungsunterlagen hat zu einer Zunahme des Impfgeschehens in den Impfpraxen geführt. In der Folge sind Kinder mit Zuwanderungsgeschichte heute sogar tendenziell besser geimpft als Kinder deutscher Herkunft.

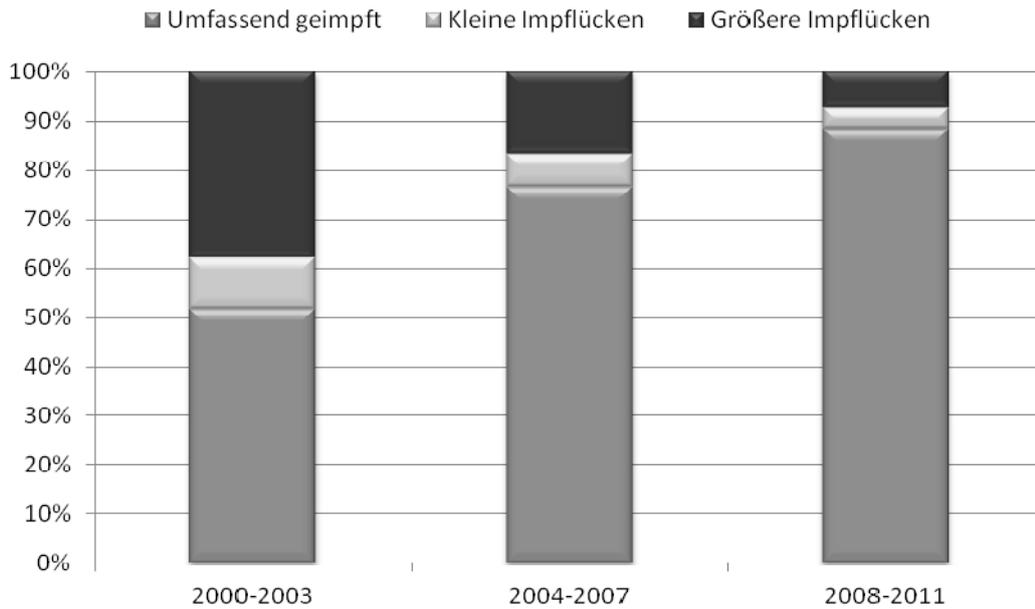


ABB. 5: Impfschutz der Kinder zu Schulanfang nach Art der Impflücken

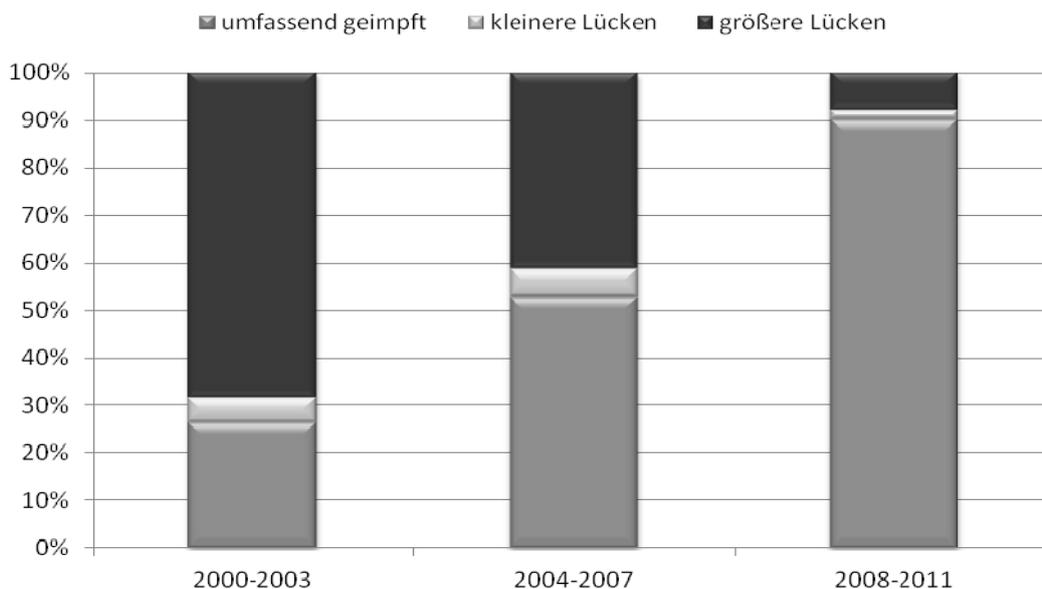


ABB. 6: Impfschutz zugewanderter Kinder zu Schulanfang, Herkunft aus dem ehem. Jugoslawien

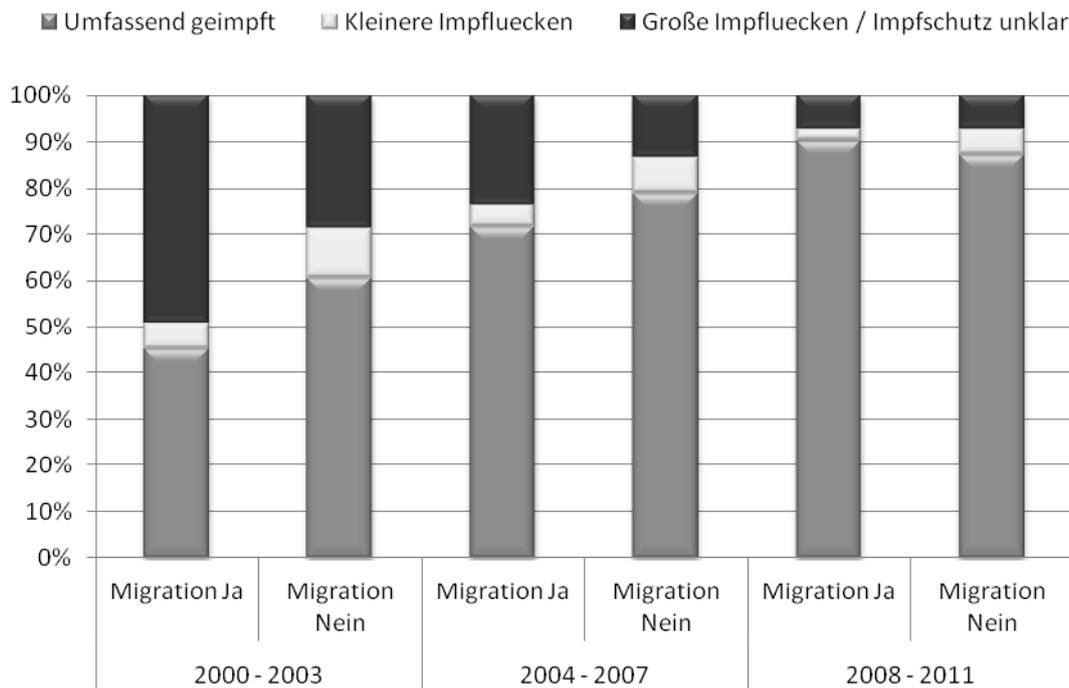


ABB. 7: Impfschutz der Kinder zu Schulanfang. Kinder mit und ohne Zuwanderungsgeschichte

**Vollständige Impfungen
geimpft für Tetanus, Diphtherie, Pertussis, HiB, Polio, Hep. B, Masern, Röteln**

| | |
|-------------------------------------|---------------|
| Gesamt | 88,2 % |
| Jungen | 88,2 % |
| Mädchen | 88,2 % |
| Niedrige Sozialressourcen | 91,9 % |
| Hohe Sozialressourcen | 87,3 % |
| Kinder mit Migrationsvorgeschichte | 91,6 % |
| Kinder ohne Migrationsvorgeschichte | 85,9 % |

TEXTBOX 2: Impfungen, Geschlecht; Sozialressourcen; Migration; SEU 2010/11 und 2011/12

Diese Impfquoten führen dazu, dass klassische meldepflichtige "Kinder"-Krankheiten in Münster in den letzten Jahren nicht mehr oder kaum noch auftreten. Die Einführung der Windpockenimpfung vor rund 10 Jahren hat zu einem drastischen Rückgang entsprechender Erkrankungsfälle vor allem in den Kindergärten geführt. Auch wenn dieser erfreuliche Trend nicht unwesentlich zu einer Verbesserung der Gesundheit der münsterschen Bürger führt, so darf nicht übersehen werden, dass es noch umschriebene Verbesserungsbedarfe gibt.

3.2.2 Masern

Durch Änderungen der Impfempfehlungen sind die Impffzahlen für Masern in den letzten Jahren in Münster erheblich angestiegen. 89,6% der Kinder weisen mittlerweile einen vollständigen (= zweimaligen) Masernschutz auf, weitere 5,8% sind einmalig gegen Masern

geimpft. Damit liegt die Quote der gegen Masern Ungeschützten in den letzten Jahren relativ konstant bei etwa 5%. Damit liegen in Münster Masernimpfraten vor, die erneute größere Ausbrüche der Erkrankung unwahrscheinlich machen. Dies wird auch dadurch deutlich, dass sich in den letzten fünf Jahren kein Kind und Jugendlicher mehr in Münster mit den Masern angesteckt hat. Vereinzelt Fälle 'importierter' Masern und Masernfälle bei jungen Erwachsenen haben sich im gleichen Zeitraum nicht mehr in der Bevölkerung ausgebreitet. Dennoch werden bis auf Weiteres beim Auftreten von Masernfällen in Münster erhebliche Anstrengungen des Gesundheitsamtes erforderlich sein, bis die hohen Impfraten auch ältere Jugendliche und junge Erwachsene betreffen. Ein erneutes "Aufflackern" der Masern ist insbesondere auch dann denkbar, wenn Masernerkrankungen innerhalb von Teilbevölkerungen mit geringeren Impfquoten auftreten. So haben in den vergangenen Jahren in Deutschland mehrere größere Masernausbrüche im Umfeld von Waldorfschulen und/oder anthroposophisch ausgerichteten Arztpraxen stattgefunden.

3.2.3 Hepatitis B

Eine etwas größere Impfszurückhaltung zeigt sich bei der infektiösen Gelbsucht Typ B. Diese Impfung ist aus gutem Grund Teil des frühkindlichen Impfkalenders. Zwar wird die Infektion vor allem durch intensiven Körperkontakt übertragen, wie er ab dem jugendlichen und jungen Erwachsenenalter üblich ist. Dennoch ist die Gefahr einer chronischen und letztendlich schweren Lebererkrankung besonders hoch, wenn eine Infektion bereits im Kindesalter erfolgt.

Zuletzt weisen zu Schulanfang rund 10% der Kinder keinen Hepatitis-B-Schutz auf. Der Ansatz vieler Eltern, gegen Gelbsucht erst zu impfen wenn das "Risikoalter" bevorsteht, bedingt eine andauernde Gefährdung im frühen Kindesalter und macht ein aktives Nachimpfen in einem Alter erforderlich, in dem ein regelmäßiges Vorsorgesystem nicht etabliert ist. Das letztendlich ungewollte Überdauern von Impflücken auch bis ins Erwachsenenalter ist daher nicht unwahrscheinlich.

| SEU | Impfheft vorgelegt | Keine Masernimpfung | Keine Hepatitis-B-Impfung |
|---------|--------------------|---------------------|---------------------------|
| 2011/12 | 97,8 % | 4,9 % | 9,8 % |
| 2010/11 | 96,6 % | 4,2 % | 7,0 % |

TABELLE 2: Fehlende Impfungen; SEU 2010 - 2011

3.2.4 Windpocken

Interessante Aspekte zeigen sich in diesem Zusammenhang bei den Windpocken. Diese Impfung ist seit August 2004 für alle Kinder ab dem 2. Lebensjahr empfohlen. Die zögerliche Umsetzung dieser Empfehlung hat bei dieser hoch ansteckenden Erkrankung dazu geführt, dass die Zahl von Erkrankungsfällen in den Kindergärten nur zögerlich aber dennoch stetig zurückgegangen ist. Der zwischenzeitige Rückgang der Erkrankungsrate bei insgesamt noch niedrigen Impfraten hat zwischenzeitlich sogar dazu geführt, dass tendenziell mehr Kinder mit fehlendem Windpockenschutz eingeschult wurden als in der Vorimpfära. Um dabei Komplikationen im späteren Alter zu vermeiden, besteht neben der elterlichen Beratung ein regelmäßiger Informationsfluss des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes zu den Kinderärzten über die Analyse der Impfmuster, um sinnvolle Nachholimpfungen beispielsweise für Windpocken aber auch für die Meningokokkenimpfung (STIKO Empfehlung seit Juli 2006) zu initiieren.

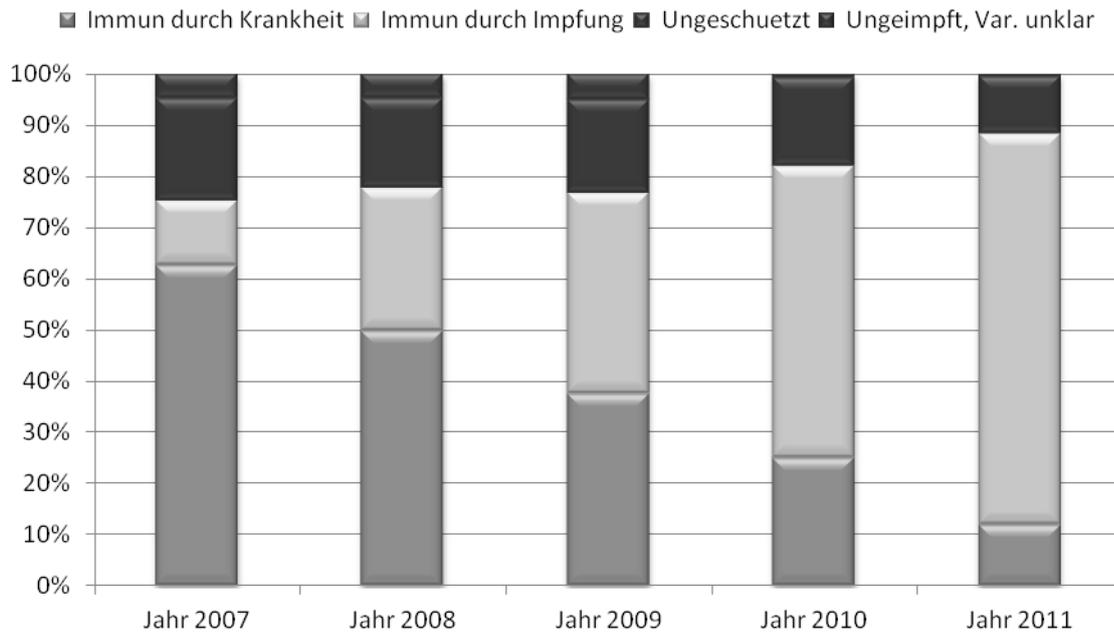


ABB. 8: Windpockenschutz der Kinder zu Schulanfang von SEU 2007 - 2011

3.2.5 Meningokokken („Hirnhautentzündung“)

Wie bereits bei der Neueinführung von Früherkennungsuntersuchungen zeigt sich bei der Umsetzung der Impfempfehlung gegen Meningokokken (seit Juli 2006 für alle Kinder ab dem Beginn des 2. Lebensjahres empfohlen) ein deutlicher Verzögerungseffekt: Während etablierte Impfungen / Untersuchungen in hohem Maße umgesetzt werden, benötigt das Regelversorgungssystem mehrere Jahre, neu angebotene Impfungen umfassend zu etablieren. Hier entstehen also vermeidbare Lücken zwischen dem grundsätzlich möglichen und dem tatsächlich erreichten Individual- und Bevölkerungsschutz.

Fehlende Impfungen im allgemeinen Impfkalender sind den Eltern häufig nicht bewusst. Impflücken stellen daher eine der häufigsten Gründe dar, dass ein Kind nach der Schulinganguntersuchung noch einmal im gesundheitlichen Regelversorgungssystem vorgestellt wird.

| SEU | Meningokokkenimpfung erfolgt |
|---------|------------------------------|
| 2011/12 | 80,1 % |
| 2010/11 | 72,2 % |

TABELLE 3: Meningokokkenimpfung, SEU 2010 - 2011

4 Körperliche Erkrankungen und Gewicht

Neben der Beratung zu Impfvorsorge und Prävention dient die Schuleingangsuntersuchung dazu, durch Befragung, Testung und Untersuchung relevante Erkrankungen festzustellen und diese im Hinblick auf Schulrelevanz zu bewerten. Auch nutzen viele Eltern die Schuleingangsuntersuchung für eine ärztliche Einschätzung und Beratung im Hinblick auf Vorerkrankungen oder bestehende gesundheitliche Risikofaktoren.

Münster verfügt über ein gut ausgebautes ambulantes und klinisches Netz an Fachärzten für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen. Es stellt daher eher die Ausnahme dar, dass bedeutsame Befunde oder Erkrankungen im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung erstmalig diagnostiziert und dann dem Regelversorgungssystem zugeführt werden. Häufiger finden sich medizinische oder gesundheitliche Befunde wegen derer - vor allem auch in Bezug auf die bevorstehende Schulpflicht - erweiterte Beratung, weitere Untersuchungen oder Behandlungsoptionen zu empfehlen sind. Auch aus diesem Grund stellt die Schuleingangsuntersuchung eine wichtige ärztliche Untersuchung zu Beginn der Schulpflicht dar. Letztendlich kann im Rahmen der Untersuchung gemeinsam mit den Eltern gesundheitlich "Bilanz gezogen werden". Anschließend können den Eltern gezielte Empfehlungen in Richtung Schule, medizinischer Grundversorgung oder für die häusliche bzw. familiäre Lebenssituation gegeben werden.

Am häufigsten werden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung auffällige Befunde im Bereich der Sinnesorgane (Augen / Ohren) erhoben. Ein besonderes Augenmerk gilt der frühkindlichen Weitsichtigkeit (Hyperopie). Diese macht im Alltag in der Regel keine Beschwerden und fällt daher ohne Untersuchung kaum auf. Zugleich geht eine unentdeckte Hyperopie jedoch mit dem Risiko des Verlustes der Sehfähigkeit eines Auges einher. Jährlich werden bei rund 14% der Kinder entsprechend kontrollbedürftige Befunde (Hyperopie/Stereosehen/Schielen/Farbsinnschwäche) erhoben. Eine Behandlungsnotwendigkeit kann erst eine anschließende augenärztliche Überprüfung ergeben. Etwa jedes zweite dieser Kinder erhält nach der Schuleingangsuntersuchung eine Brille verordnet.

Hörstörungen im Kindesalter sind dagegen in den seltensten Fällen dauerhaft. Es überwiegen passagere oder wiederkehrende ein- oder beidseitige Hörstörungen durch Mittelohrergüsse oder -entzündungen. Im schulischen Alltag können Hörstörungen jedoch auch wenn sie nicht dauerhaft sind, zu nicht unwesentlichen Lernstörungen führen. So finden sich jährlich vorschulisch bei rund 4 - 5 % der Kinder relevante Befunde im Bereich des Hörens und es wird eine Vorstellung / Kontrolluntersuchung beim betreuenden Arzt oder HNO-Arzt empfohlen.

Rund 21 % der Kinder weisen zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung eine chronische oder relevante akute Erkrankung auf oder sie haben in der Vergangenheit eine Erkrankung durchgemacht, die möglicherweise schulrelevant ist.

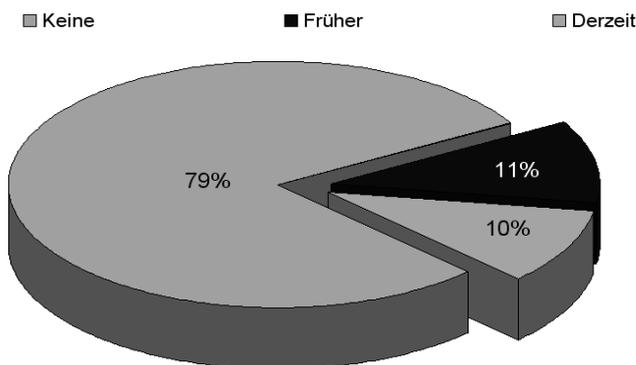


ABB. 9: Bedeutsame oder chronische Erkrankungen der Kinder

So liegt bei etwa 7 % der Kinder eine relevante Erkrankung der Atemwege (z. B. Asthma) vor. Bei jeweils insgesamt rund 6 % bestehen Erkrankungen im Bereich des zentralen Nervensystems (z. B. Krampfleiden), der Herz-Kreislauforgane oder der Haut. Darüber hinaus weisen rund 10 % der Kinder Hinweise für eine relevante Allergie auf. Diese Erkrankungen machen meist eine spezifische schulbezogene Beratung der Eltern und der zuständigen Grundschule erforderlich. In Einzelfällen, insbesondere bei Kindern mit relevanten Behinderungen wird infolge der vorliegenden Erkrankungen eine regelmäßige schulärztliche Betreuung für die Schulzeit angeboten bzw. eingerichtet.

Gravierende Entwicklungsstörungen oder Behinderungen finden sich bei ca. 4-5 % der Kinder eines Jahrgangs, zumindest deutliche Beeinträchtigungen bei zusätzlich ca. 6 % der Kinder.

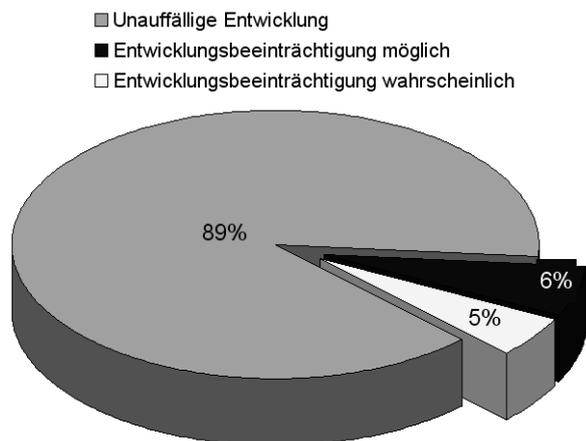


ABB. 10: Entwicklungsbeeinträchtigungen/Behinderungen der Kinder

4.1 Therapeutische Versorgung der Kinder im Vorschulalter

Trotz der allgemein guten gesundheitlichen Situation wurde bei rund 40 % aller Kinder bis zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung bereits wenigstens einmal ein Heilmittel (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) verordnet. Rund 6 % der Eltern geben an, dass ihr Kind im Kindergarten integrativ gefördert wird bzw. dass eine solche Förderung in Kürze beginnen soll.

Während bei den meisten der Kinder die Heilmittelverordnung spätestens bis zum Schulanfang abgeschlossen ist, stellt sich bei den Kindern mit vorschulischer Integration die Frage nach dem Fortbestand dieser zusätzlichen Förderung auch nach der Einschulung. In diesen Fällen erfolgt eine umfassende schulärztliche Beratung. Etwa bei jedem 10. Kind erfolgt die schulärztliche Empfehlung an die Eltern, einen aktuellen Heilmittelbedarf über den behandelnden Kinderarzt abklären zu lassen.

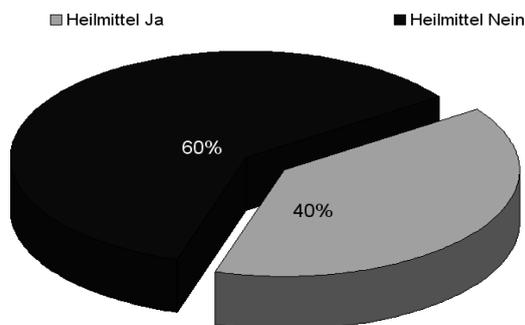


ABB. 11: Anteil der Kinder, die im Vorschulalter bereits mindestens eine Heilmittel-Versorgung erhalten haben (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie)

4.2 Übergewicht und Fettleibigkeit

Einen körperlichen Befund von besonderer Relevanz stellen die kindlichen Körpermaße bzw. ein Übergewicht oder gar eine Fettleibigkeit dar. Zur Beurteilung des Körpergewichtes wird bei Kindern und Erwachsenen das Verhältnis von Körpergewicht zur Körpergröße, der so genannte Body-Maß-Index (BMI) herangezogen. Im Kindesalter wird der errechnete Wert in Abhängigkeit vom Lebensalter und Geschlecht mit Normwerten (Percentilen) verglichen. Dabei gilt ein BMI oberhalb der 90. Percentile der Altersnorm als Übergewicht, ein Wert oberhalb der 97. Percentile als Fettleibigkeit (Adipositas).

Rund 6 % der Kinder im Stadtgebiet sind zu Schulanfang übergewichtig und ca. 4 % adipös. Wie auch in vergleichbaren Längsschnittsuntersuchungen zeigte sich in Münster in der langjährigen Sichtweise die Tendenz einer Zunahme von Übergewicht und Fettleibigkeit. Die Betrachtung der letzten drei Jahrgänge zeigt weitgehend konstante Zahlen. Die Ergebnisse entsprechen in etwa dem Landesdurchschnitt¹³.

Kindliches Übergewicht und Fettleibigkeit gehen mit hohen Gesundheitsrisiken für die gesamte weitere Lebensspanne einher. Besorgnis erregend sind auch bei diesem gesundheitsrelevanten Befund deutlich höhere Quoten bei Kindern aus Familien mit eher geringen sozialen Ressourcen. Dabei sind die Ursachen für die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen komplex. Das Ernährungsverhalten ist offensichtlich auch deutlich sozioökonomisch geprägt. Bei der Betrachtung der Adipositas unter dem Blickwinkel der Zuwanderung zeigt sich ein uneinheitliches Bild. Hier scheinen sich auch heterogene „Ideale“ der Ethnien widerzuspiegeln. Tatsache ist jedoch auch in

¹³ Gemäß dem LIGA (jetzt: Landeszentrum Gesundheit NRW) waren in NRW zum Einschuljahr 2009/2010 durchschnittlich 6,2 % der Kinder übergewichtig und 4,5 % adipös.

Münster: Ein mit entscheidender Faktor für kindliches Übergewicht ist Übergewicht der Eltern. Hier können also Maßnahmen für Kinder alleine schlecht greifen.

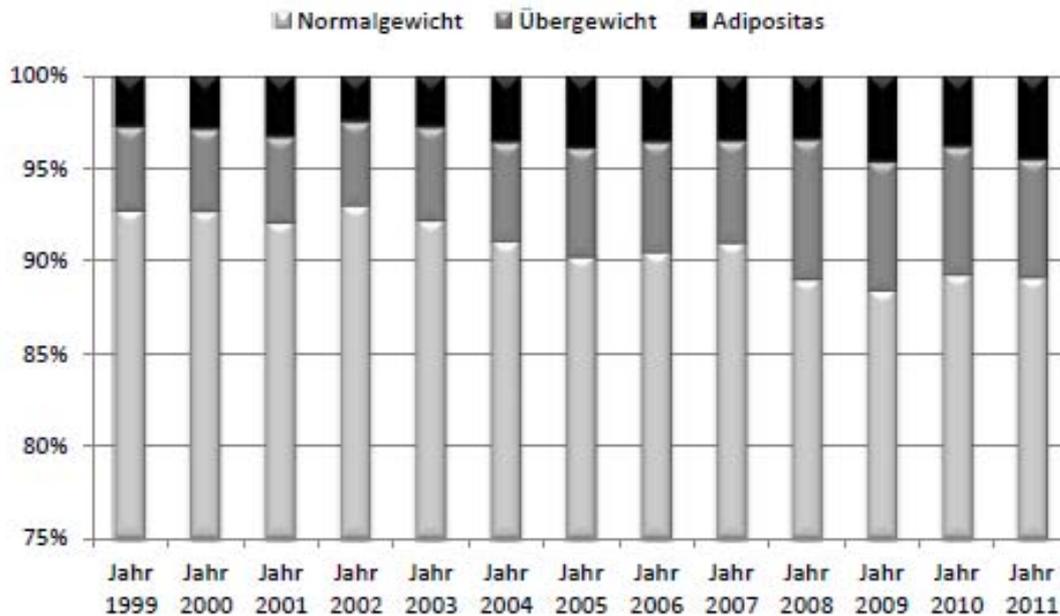


ABB. 12: Fettleibigkeit (Adipositas) und Übergewicht der Kinder

| | Übergewicht | Adipositas |
|-------------------------------------|-------------|------------|
| Gesamt | 6,3 % | 4,1 % |
| Jungen | 6,4 % | 4,6 % |
| Mädchen | 6,3 % | 3,7 % |
| Niedrige Sozialressourcen | 9,3 % | 8,2 % |
| Hohe Sozialressourcen | 5,2 % | 2,4 % |
| Kinder mit Migrationsvorgeschichte | 8,5 % | 6,8 % |
| Kinder ohne Migrationsvorgeschichte | 5,3 % | 3,0 % |

TEXTBOX 3: Übergewicht und Adipositas, Geschlecht; Sozialressourcen; Migrationsvorgeschichte; SEU 2010 - 2011

4.3 Förderung außerhalb von Kindergarten und Schule

Zahlreiche Erfahrungen und wissenschaftliche Erkenntnisse belegen, wie wichtig für eine gesunde körperliche, seelische und soziale Gesundheit eine altersgerechte Anregung durch Bewegung, Sport und Spiel ist. Körperliche Bewegung ist dabei nicht nur eine notwendige Voraussetzung für die organische und motorische Entwicklung, sie spielt auch bei der Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben und der Ausbildung sozialer Kompetenzen eine Rolle. Nicht nur Kinderärzte werden zunehmend mit Bewegungsmangel und daraus resultierenden Entwicklungsfolgen von Krankheitswert konfrontiert. Diese sogenannten "neuen Morbiditäten" stellen neben dem System der Gesundheitsversorgung und Krankenbehandlung nicht zuletzt auch das Bildungs- und Erziehungssystem vor große Herausforderungen.

Erfreulicher Weise erhalten rund 60% der Kinder vorschulisch eine regelmäßige sportliche Förderung oder haben eine solche Anregung früher einmal regelmäßig erhalten. Zugleich haben etwa 50 % bereits einen Schwimmkurs absolviert und teilweise schon ein Schwimmabzeichen erworben. Allerdings haben auch knapp ¼ keine derartigen Angebote erhalten.

Auch hier zeigt sich eine erhebliche Ungleichverteilung: Kinder ohne vorschulische regelmäßige sportliche Förderung leben besonders häufig in sozial schwierigeren Verhältnissen bzw. in Stadtbezirken mit allgemein bekannt erhöhten Problemlagen. Auch Kinder aus zugewanderten Familien sind seltener bei entsprechenden sportlichen Anregungen zu finden. Hier besteht also ein Zeitfenster, in dem zahlreiche Gruppen von Kindern angesprochen und angeregt werden können. Das Potential von Sport und körperlicher Bewegung für die gesellschaftliche Integration sollte intensiver genutzt werden. Anzunehmen ist, dass nicht nur fehlende finanzielle Mittel, sondern auch ein mangelnd ausgeprägtes Bewusstsein für die Wichtigkeit solcher Angebote ausschlaggebend sind.

| | Sport | Nichtschwimmer = 44,2 % | Schwimmer = 33,7 % |
|-------------------------------------|--------|-------------------------|---|
| | | | Schwimmkurs aber kein Seepferdchen = 22,1 % |
| Gesamt | 59,2 % | | |
| Jungen | 55,6 % | | |
| Mädchen | 63,0 % | | |
| Kinder mit Migrationsvorgeschichte | 35,1 % | 73,0 % | 14,6 % |
| Kinder ohne Migrationsvorgeschichte | 69,9 % | 31,5 % | 42,2 % |

TEXTBOX 4: Sport und Schwimmen; SEU 2010 - 2011

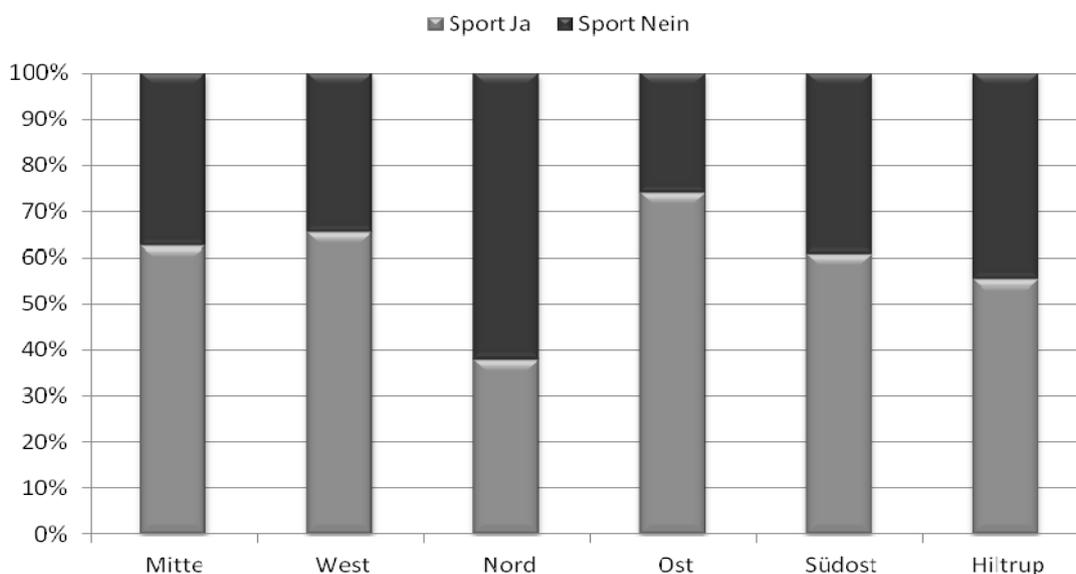


ABB.13: Vorschulische Förderung durch Sport nach Bezirk

4.4 Sozialpädiatrisches Screening für Schuleingangsuntersuchungen

Schulisches Lernen baut wesentlich auf vorschulisch erworbenen Grundfähigkeiten auf. So weisen zahlreiche Untersuchungen der vergangenen Jahre darauf hin, dass verschiedene, teilweise relativ eng umschriebene Vorläuferfähigkeiten entscheidend für das spätere Erlernen von Lesen, Schreiben und Rechnen sind. Die seit Jahren etablierten Screeningverfahren (Bielefelder Screening, DELFIN-Verfahren etc.) sowie Förderansätze, wie das flächendeckende bedarfsgesteuerte Sprachförderprogramm im Kindergartenalter, bauen auf diesen Erkenntnissen auf.

Das neu entwickelte und landesweit eingesetzte schulärztliche "Sozialpädiatrische Screening für Schuleingangsuntersuchungen" (SOPESS) ist in Verbindung mit der schulärztlichen Beurteilung der Ergebnisse ein wichtiger Baustein in dieser Übergangsphase. Der Schularzt kann mit SOPESS auch in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit der Schuleingangsuntersuchung einen Eindruck über den Entwicklungsstand eines Kindes gewinnen. Die Wertigkeit der Vorhersagen aus diesem Verfahren konnte jüngst in einer Verlaufsstudie des Landesinstitutes für Gesundheit und Arbeit (LIGA) untermauert werden. Kinder, die bei dieser Untersuchung keine Auffälligkeiten aufweisen, werden in der Schuleingangsphase aller Voraussicht nach keinen besonderen Förderbedarf oder Entwicklungsprobleme in den schulischen Fertigkeiten zeigen.

Andererseits wird nicht jedes Kind, welches im schulärztlich bewerteten Screening Auffälligkeiten zeigt, später Schwierigkeiten bei den schulischen Fertigkeiten entwickeln. Hier ist es Aufgabe des Schularztes, der Schulärztin, die Befunde in eigener Kenntnis des Kindes sowie nach einem Beratungsgespräch mit den Eltern zu bewerten. Die Ergebnisse dieser Bewertung fließen in das "Schulärztliche Zeugnis" ein, welches auf Grundlage des Schulgesetzes unter Beachtung des Datenschutzes der Schulleitung der zuständigen Grundschule zugeleitet wird. In einigen Fällen ergibt sich aus der schulärztlichen Gesamtschau auch die Empfehlung, das Kind noch einmal im gesundheitlichen Regelversorgungssystem vorzustellen, um ggfs. Befunde mit möglichem Krankheitsbefund bzw. einen Heilmittelbedarf abklären zu lassen. Bei elterlichem Einverständnis kann außerdem eine Beratung der für das Kind zuständigen Erzieherin im Kindergarten erfolgen, so dass diese bestimmte Auffälligkeiten weiter beobachten oder die vorschulische Förderung in besonderer Weise auf die Screeningergebnisse ausrichten kann. Auch aus dieser Perspektive heraus hat es sich bewährt, dass die Schulärztinnen / Schulärzte insbesondere in Kindertagesstätten, bei denen bereits in der Vergangenheit häufiger Kinder mit besonderem Förder- und Beratungsbedarf aufgefallen waren, die Schuluntersuchungen frühzeitig im letzten Kindergartenjahr im Beisein eines Elternteils in den Einrichtungen durchführen. Dies unterstützt die oft schon laufenden Förder- und Integrationsbemühungen der Einrichtungen in besonderer Weise. Die Ergebnisse des Screenings werden in der nachfolgenden Abbildung dargestellt. Vergleichszahlen (Landesdurchschnitt) des Landeszentrums Gesundheit NRW sind noch nicht publiziert. In Einzelfällen war über die Rückmeldung an Eltern, Kita und Schule hinaus eine Zuweisung zum Kinderarzt erforderlich, zwecks Einleitung von Diagnostik und ggf. Therapie vor Aufnahme in die Schule.

unauffällig
 schulärztl. Beratung
 in Behandlung
 Empfehlung, Beratung/Diagnostik durch den Kinderarzt

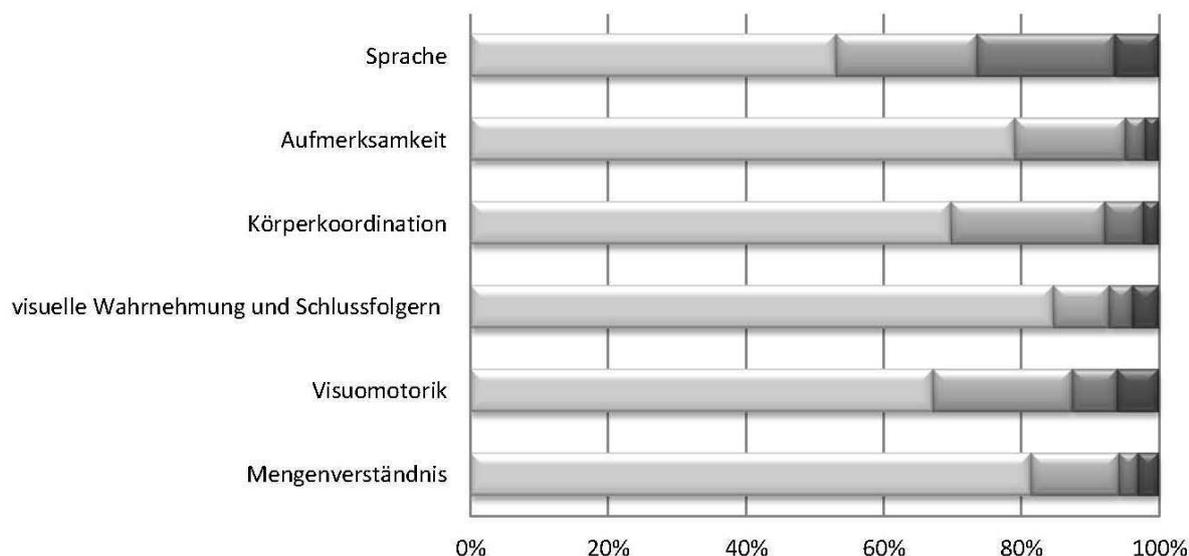


ABB. 14: Schulärztliche Bewertung der Screeningbefunde SOPESS, SEU 2010 - 2011

Wie bei anderen Befunden der Schulanfänger (Vorsorgehäufigkeit, Übergewicht, vorschulische Förderung etc.) zeigen sich auch bei den SOPESS-Ergebnissen erhebliche Unterschiede zwischen verschiedenen Teilgruppen der Schulanfänger. Der aktuellen Sozial- und Gesundheitsforschung folgend kann davon ausgegangen werden, dass auch diese Unterschiede nicht, oder nicht ausschließlich, in anlagebedingten Ursachen der Kinder zu suchen sind, sondern wesentlich durch die sozialen Lebensbedingungen der Kinder mitgeprägt sind.

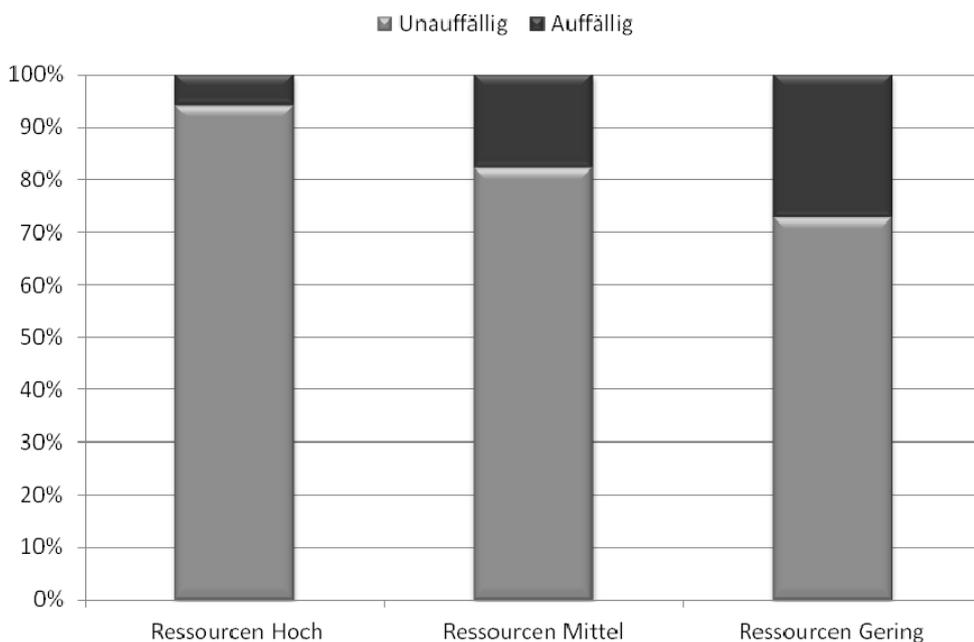


ABB. 15: Schulärztliche Bewertung der Screeningergebnisse nach Sozialressourcen

4.5 Sprache

Sprach- und Sprechfähigkeit sind eine wesentliche Voraussetzung für eine altersgerechte Teilnahme am schulischen Unterricht. Die Einschätzung von Sprach- und Sprechfähigkeit ist damit ein wesentlicher Teil des schulärztlichen Untersuchungsauftrages. Trotz der Anstrengungen bei vorschulischen Diagnostik- und Förderprogrammen, wird weiterhin zum Schulanfang bei vielen Kindern ein Sprachförderbedarf gesehen. Dabei fällt auf, dass dieser Förderbedarf nicht nur für Kinder mit einer anderen Familiensprache als Deutsch, sondern auch für Kinder aus rein Deutsch sprechenden Elternhäusern besteht. Die flächendeckenden Sprachtests aller Vierjährigen sowie ggfs. verpflichtende Sprachkurse in NRW sind seit einigen Jahren Standard. Während diese Entwicklung zunächst der Zunahme von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte in den Kommunen geschuldet war, zeigte sich rasch, dass flächendeckende Sprachtestungen und -förderungen auch für die Kinder deutschsprachiger Eltern erforderlich sind. Derzeit stammen je nach Definition ca. 30-38% der Kinder von zugewanderten Eltern ab. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren jährlich um 1-2% gestiegen. Etwa 30 % dieser Kinder zeigten nach Einschätzung des Schularztes noch deutliche Sprachdefizite, die mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Sprachförderbedarf auch nach Einschulung bedingen. Alleine durch die anteilmäßige Zunahme von Kindern mit Zuwanderungsvorgeschichte ist ein Rückgang an Sprachförderbedarf bei Schulbeginn bisher nicht zu verzeichnen. Hier besteht ein unverändert hoher Handlungsbedarf.

Jedes Kind mit Sprachauffälligkeiten kann ohne großen Zeitaufschub und ohne unzumutbare Wege heute Anschluss an die entsprechenden etablierten Systeme erhalten. Angebote für Sprachdiagnostik, Logopädie und Sprachförderung auf dem Gebiet der Stadt Münster sind ausreichend und grundsätzlich für Jedermann offen. Familien, die oft aus sozial bedingten Gründen nicht in der Lage sind, diesem Bedarf nachzugehen, werden durch die beschriebenen Systeme offenbar nicht im erforderlichen Umfang erreicht. Andauernde Sprachauffälligkeiten in Zeiten allgemein etablierter Sprachdiagnostik, -förderung und -therapie ist immer ein Warnsymptom für eine übermäßige soziale Belastung der Familie. Dies legte nahe, die bisherigen Mittel für die Sprachheilambulanz in der Fachstelle Frühe Hilfen am Gesundheitsamt aufgehen zu lassen. Die Erfahrungen mit der früheren Sprachheilambulanz zeigen, dass eine isolierte Förderung im Sprachbereich bei vielen Kindern nicht ausreicht oder offensichtlich nicht zielführend ist. Die Anbindung einer Logopädin an die Beratungsstelle Frühe Hilfen soll helfen, Versorgungslücken zu schließen. In enger Kooperation mit den Kindertageseinrichtungen ist geplant, sprachauffällige Kinder in der Beratungsstelle Frühe Hilfen zu untersuchen, den tatsächlichen Förderbedarf zu klären und die Familien bei der Umsetzung dieser Förderung im Regelsystem zu unterstützen.

Neben der sog. Sprachheilambulanz, die nun in die Beratungsstelle Frühe Hilfen integriert wurde, führt das Gesundheitsamt seit 2007 mit Unterstützung des Vereins für Mototherapie und psychomotorische Entwicklungsförderung e.V. (VMPE) in sechs nach Datenlage des Gesundheitsamtes ausgesuchten Kindertagesstätten das "Pfiff-Projekt" (Psychomotoriknetzwerk für integrierte Frühprävention und Förderung) durch. Die beteiligten Kitas (Tagesstätten 1x in Coerde, 1x Kinderhaus, 2x Berg Fidel, 1x Angelmodde und 1x Gievenbeck) betreuen traditionell zahlreiche Kinder aus Familien in den verschiedensten Problemlagen. Diese Kinder weisen im Kindergartenalter oft „diffuse“ Auffälligkeiten auf, die jedoch nicht einen Förderbedarf im Sinne einer Heilmittelverordnung oder einer Eingliederungshilfe begründen: Ein wesentliches Ziel des Pfiff-Projektes ist es, die Erzieherinnen der Einrichtungen zu befähigen, Gesundheitszustand und allgemeine Entwicklung der Kinder differenzierter in den Blick zu nehmen und zeitlich zu verfolgen. Durch Schulungen sollen Elternarbeit und -beratung zielgenauer erfolgen, damit die Eltern ihre Kinder ange-

messen fördern können. Im Bedarfsfalle sollen Kinder zielgenauer und gut begründet in Förder- oder Therapiesysteme eingebunden werden. Damit profitiert die Einrichtung als gesamte von dem Angebot. Bei einem Greifen dieses theoretischen Ansatzes sollte daher eine schrittweise Verbesserung des schulrelevanten Entwicklungsstandes der Gesamtheit aller Schulanfänger der Pfiff-Kitas erkennbar werden. Erfolge sollten vor allem dann sichtbar werden, wenn Kinder in die Grundschule entlassen werden, die vom Beginn ihrer Kitazeit an unter der Pfiff-Förderung stehen. Eine Evaluation des Projektes gestaltet sich grundsätzlich schwierig, da auch viele andere Einflussfaktoren den Entwicklungsstand der Kinder beeinflussen. Es wurde daher der Evaluationsansatz über eine Kontrollgruppe gewählt. Hierfür wurde eine Gruppe von Kontroll-Kitas ausgewählt, die bezüglich der betreuten Familien und ihrer strukturellen Bedingungen den Pfiff-Kitas vergleichbar sind, die jedoch keine Pfiff-Intervention erhalten haben.

Die schulärztliche Einschätzung der Kinder der Kontroll-Kitas wird bei diesem Ansatz als „Zielwert“ gesetzt, den die Pfiff-Kitas ohne Intervention etwa erreichen sollten. Eine zunehmende Annäherung an diesen Zielwert oder gar dessen Überschreitung spricht für eine überdurchschnittliche Verbesserung der Kinder in den Pfiff-Kitas und deutet damit auf eine Wirksamkeit dieser Gesundheitsförderung hin.

5 Zusammenfassung

Die SEU ermöglicht jährlich eine Querschnittsbeschreibung zum Gesundheits- und Entwicklungszustand der Kinder im Vorschulalter in Münster. Dadurch, dass alle schulpflichtig werdenden Kinder zur Untersuchung vorgestellt werden, ist eine differenzierte und vergleichende Betrachtung möglich.

Die ärztliche Schuleingangsuntersuchung eines jeden Kindes vor dem Eintritt in die Schule stellt sicher, dass wesentliche und schulrelevante gesundheitliche oder Entwicklungsbesonderheiten bei der Erfüllung der Schulpflicht Berücksichtigung finden können. Bei vielen Kindern und ihren Eltern besteht ein besonderer Untersuchungs- oder Beratungsbedarf in dieser Übergangssituation im Leben des Kindes. Zeigte sich bereits in den vergangenen Jahren durch die schulrechtlichen Änderungen, insbesondere aufgrund der früheren Einschulung, ein erhöhter Beratungsbedarf, so ist davon auszugehen, dass die Bedeutung dieser Untersuchung im Rahmen des gesamtgesellschaftlichen Auftrags der Inklusion nicht geringer werden wird. Die Integration chronisch kranker oder beeinträchtigter oder behinderter Kinder in den Schulalltag, die Vermeidung von Über- und Unterforderung bzw. ein Anpassen der Förderbedingungen, und die Weiterentwicklung zu einer tatsächlich inklusiven Schule stellen eine große Herausforderung dar. Es wird zukünftig - noch mehr als derzeit - darum gehen, Eltern und Schule in dem Bemühen zu unterstützen, angemessene schulische Rahmenbedingungen bei Schuleintritt für die Förderung zu schaffen.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst überprüft jährlich, welche Daten der Schuleingangsuntersuchungen sich unter Wahrung des Datenschutzes eignen, um relevante Fragestellungen zur Kinder- und Familiengesundheit in Münster klären zu helfen. Neben einem jährlichen Standarddatensatz zu Impfungen, Vorsorgen, Gewicht und Screening werden so Zusatzangaben erhoben und fachlich für die Gesundheitsberichterstattung aufbereitet. Dabei erlaubt die Untersuchung eines Jahrganges durch die Schuleingangsuntersuchungen relevante Darstellungen von "Ist-Zuständen"; damit ergeben sich auch ohne komplexe Stichprobenziehung oder umfangreiche statistische Rechenvorgänge wertvolle Planungsdaten.

Seit Jahren fließen Ergebnisse und Erkenntnisse dieser Untersuchungen nicht nur intensiv in die eigene Ressourcenplanung des Gesundheitsamtes ein, auch andere Verwaltungseinheiten nutzen kleinräumig vergleichende Daten für die Ressourcenplanung. Die Weiterentwicklung der Angebote früher Hilfen durch das Gesundheitsamt, die Unterstützung der Begrüßungsbesuche des Jugendamtes durch Hebammen und die Gesundheitsförderprojekte des Gesundheitsamtes (u. a. das Projekt "Gesund Aufwachsen") wurden wesentlich durch Schuleingangsdaten modelliert. Auch wenn sich Erfolge vieler Einzelprojekte und Ansätze im Detail kurzfristig oft nur schwer nachweisen lassen, eignen sich die Schuleingangsuntersuchungen doch dazu, Ansätze in ihrer Wirksamkeit abzubilden.

Die Neuausrichtung und Weiterentwicklung der Beratungsstelle für Entwicklungsfragen im Kindesalter in die "Beratungsstelle Frühe Hilfen im Gesundheitsamt" stellt eine umfassende Neuausrichtung der frühen Hilfen des Gesundheitsamtes dar. Hiermit und auch mit dem Pfiff-Projekt wird der Bogen vom Einschulalter zurück in die frühe Familienwerdung gespannt. Damit stellt sich das Gesundheitsamt wesentlich den neuen Herausforderungen, die das gesamtgesellschaftliche Ziel der bestmöglichen Inklusion aller Menschen in die Mitte der Gesellschaft auch für das öffentliche Gesundheitswesen mit sich bringt.

Neben einer Gesamtsicht auf die einzelnen Schuleingangsjahrgänge erlauben die Daten der Schuleingangsuntersuchungen auch einen spezifischen Blick auf einzelne Bevölke-

rungsgruppen. So zeigen sich teilweise erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Stadtteilen und Bezirken. Auch lassen sich spezifische Bedarfe bei Kindern aus kürzlich zugewanderten Familien darstellen. Deutlich wird, dass sich auch innerhalb der nicht zugewanderten Familien teilweise sehr unterschiedliche Bedarfslagen darstellen lassen, die alleine aus dem medizinischen Blickwinkel mit Gesundheits- oder Entwicklungsgeschichte nicht erklärbar oder „behandelbar“ sind. Hier zeigt sich in Münster wie letztendlich auch weltweit ein zunehmender Zusammenhang zwischen Gesundheit, Entwicklung und Bildungschancen. Die Stadt Münster hat mit ihrem Maßnahmenprogramm einer kindbezogenen Armutsprävention wichtige vernetzte Angebote der Jugend- und Gesundheitshilfe für insbesondere benachteiligte Kinder bereitgestellt und ausgebaut.

6 Anhang

6.1 Der Münsteraner Sozialressourcenscore

In der aktuellen Gesundheits- und Sozialforschung gilt unumstritten, dass die sozialen Lebensbedingungen einen wesentlichen Einfluss darauf haben, ob ein Mensch seine ihm angeborenen Fähigkeiten umfassend nutzen kann um gesund und gut gebildet aufwachsen zu können. Diese "sozialen Lebensbedingungen" entziehen sich jedoch der unmittelbaren Messbarkeit. Daher ist es für epidemiologische Untersuchungen¹⁴ erforderlich, bestimmte Faktoren zu bestimmen, mit deren Hilfe sich Aussagen zu diesen Lebensbedingungen machen lassen.

Für Erwachsene sind beispielsweise mit Schulabschluss, beruflichem Status und Einkommen solche Indikatoren beschrieben. Für Kinder sind solche Indikatoren in der Fachliteratur bisher nicht allgemeingültig beschrieben. Um die sozialen Lebensbedingungen von Kindern zu beschreiben, ist man daher als Hilfskonstruktion auf die Sozialfaktoren der Eltern angewiesen. Alternativ ist es möglich, Faktoren (Ressourcen und Risiken) beim Kind zu beschreiben, die sich nur mittelbar von den elterlichen Faktoren ableiten lassen. Der letztgenannte Weg bietet sich bei der Schuleingangsuntersuchung auch insofern besonders an, als dass das Erheben von Sozialdaten der Eltern allenfalls auf freiwilliger Basis möglich ist. Dagegen ergeben sich aus den für die Einschulung erforderlichen Angaben und Untersuchungsergebnisse zum Kind im Einzelnen Fakten, die geeignet sind, einzelne Facetten sozialer Lebensbedingungen abzubilden. Durch eine Kombination mehrerer solcher Facetten ist es möglich, ähnlich wie im Erwachsenenalter aus Ressourcen und Risiken einen Gesamtindikator zu gewinnen, der die sozialen Lebensbedingungen des Kindes orientierend abzubilden in der Lage ist.

Wie auch bei anderen Indikatorenmodellen ist stets zu beachten, dass ein solcher Indikator nur begrenzt dazu in der Lage ist, eine einzelne Person in ihren Fähigkeiten, Ressourcen und Risiken umfassend zu beschreiben. Die Stärke von Indikatoren liegt in der gruppierten und anonymisierten epidemiologischen Auswertung. Über Indikatoren lassen sich aus einer größeren Gruppe von Menschen Teilgruppen differenzieren, die dann bezüglich bestimmter Ergebnisse mit einander verglichen werden können.

Der "Münsteraner Sozialressourcen-Score" hat sich in den letzten Jahren für die Gesundheitsberichterstattung der Schuleingangsuntersuchung als sehr hilfreich und aussagekräftig herausgestellt. Er setzt sich aus vier Dimensionen zusammen und fasst Facetten aus verschiedenen relevanten Teilbereichen der Lebensbedingungen des Kindes zusammen:

- Elterliche vorschulische Förderung des Kindes (durch Sport, Schwimmen oder Musik)
- Familienkonstellation (Anzahl der im Haushalt lebenden Erwachsenen)
- Migrationsvorgeschichte und Deutschkenntnisse

¹⁴ Epidemiologie: Wissenschaftszweig der Gesundheits- und Sozialforschung. Sie untersucht die Verteilung bestimmter Faktoren in der Bevölkerung und die Auswirkung dieser Verteilungsmuster auf die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen.

- Sozialgefüge des Wohnbezirkes (gemessen an der Sozialhilfequote¹⁵ des Wohnbezirks).

Für jeden dieser Teilindikatoren wurden Definitionen erstellt und für verschiedene Ausprägungen der Teilindikatoren Punktwerte vergeben (Anhang Tabelle 1). Da der elterlichen vorschulischen Förderung für die allgemeine und soziale Kindesentwicklung ein besonderer Stellenwert zukommt, geht dieser Faktor mit einer höheren Gewichtung in die Gesamtsumme des Indikators ein. Die Punktschritte legen letztendlich fest, welcher der drei Gruppen sozialer Ressourcen das Kind zugerechnet werden kann.

Wie bereits oben erwähnt, kann aus einem epidemiologischen Sozialindikator für das einzelne Kind nicht unmittelbar eine Relevanz oder gar eine "Bewertung" abgeleitet werden. Für die Betrachtung der einzelnen Person ist immer eine individuelle Betrachtung der einzelnen Faktoren und Leistungen erforderlich. Der Münsteraner Sozialressourcenindikator hat demnach für die unmittelbare schulärztliche Aufgabe in der Schuleingangsuntersuchung keine Relevanz. Die Vorteile des Indikators ergeben sich erst aus der epidemiologischen Betrachtung. Die grobe Einteilung aller Kinder in eine der drei "Ressourcengruppen" erlaubt bei den Schulanfängern, die Relevanz sozialer Faktoren für Gesundheit, Entwicklung und schulrelevantem Fähigkeitenprofil abzuschätzen.

Der Münsteraner Sozialressourcenindikator hat sich in den vergangenen Jahren als hilfreiches Werkzeug erwiesen, besondere Problemlagen in der vorschulischen Gesundheit und Entwicklung kleinräumig abzubilden. Dabei erweist es sich als besondere Stärke, dass sich der Gesamtwert aus verschiedenen Ressourcen und Risiken zusammensetzt. Damit bildet der Indikator eine größere Lebensnähe ab, da auch im richtigen Leben niemals einzelne Faktoren wie "Zuwanderungsgeschichte", "Familienkonstellation" oder Wohnbezirk alleine für Gesundheits- und Entwicklungschancen verantwortlich sind.

| | 3 Punkte | 1 Punkt | 0 Punkte |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Elterliche Förderung | Schwimmen oder Sportverein oder Musik | - | kein Schwimmen, kein Sportverein oder Musik |
| Migration und Deutschkenntnisse | - | keine Migrationsvorgeschichte oder Migrationsvorgeschichte, gute Deutschkenntnisse | Migrationsvorgeschichte, Deutschförderung erforderlich |
| Anzahl Erwachsene im Haushalt | - | Zwei oder mehr Erwachsene | Ein Erwachsener |
| Sozialhilfeschlüssel des Wohnbezirks | - | Sozialhilfequote mittel bis niedrig | Sozialhilfequote hoch |

Tabelle 1: Münsteraner Sozialressourcenscore. Zusammensetzung und Wichtung der Einzelfaktoren Punktzahl und Ressourcenklasse:

0-2 Punkte = Gering

3-4 Punkte = Mittel

5-6 Punkte = Hoch

¹⁵ gemessen an der Sozialhilfequote bzw. Quote von Bedarfsgemeinschaften in Grundsicherung