

**Inhaltsverzeichnis:**  
**Wie gesund/ wie krank sind Einschulungskinder im Rhein-Erft-Kreis?**

Danksagung .....	1
Zusammenfassung:.....	3
Glossar .....	7
Abkürzungsverzeichnis .....	9
1. Vorbemerkung zur Gesundheitsberichterstattung: Auftrag der Gesundheitskonferenz unter knappen Personalressourcen = Modularer Aufbau des Berichtswesens über Kinder / Jugendliche 11	
2. Fragestellung, Datengrundlagen und Auswertungen .....	13
3. Bevölkerung im Rhein-Erft-Kreis - Quantitative Eingrenzung der Untersuchungseinheit und einige Sozialindikatoren des Rhein-Erft-Kreises .....	15
3.1 Bevölkerung im Rhein-Erft-Kreis.....	15
3.2 Teilmenge Einschulungskinder 2002 – 2007 .....	15
3.3 Sozialdaten – Beschäftigung.....	16
3.4 Sozialdaten – Sozialhilfebezug .....	17
3.5 Sozialdaten – Verfügbares Haushaltseinkommen .....	19
3.6 Sozialdaten – Wohnungsbestand .....	19
Zusammenfassung:.....	19
4. Einschulungsuntersuchung – Stellenwert, Verfahren und Möglichkeiten .....	21
4.1 Verfahren.....	21
4.2 Möglichkeiten eines Screenings bei Kindern .....	21
4.3 Stellenwert – Fördern statt Testen an den Übergängen im Kinder- und Jugendalter.....	22
4.3.1 Kindergarten und Schuleintritt .....	22
4.3.2 Schulentlassuntersuchungen.....	22
5. Der Jugendärztliche Dienst im öffentlichen Gesundheitswesen / Rhein-Erft-Kreis .....	23
5.1 Personalausstattung – Ärzte / Assistentinnen / Personalausstattung gesamt .....	23
5.1.1 Dauer der Beschäftigung im Jugendärztlichen Dienst .....	23
5.1.2 Personalqualifikationen.....	23
5.1.3 Fort- und Weiterbildung – statusspezifische Schwerpunkte .....	23
5.1.4 Hohes Interesse am Beruf – Spezialisierung und Interessen .....	24
5.2 Teamstruktur / Aufteilung nach Gebieten .....	24
5.2.1 Bergheim.....	25
5.2.2 Hürth .....	26
6. Darstellung der Datengrundlage zur Einschulungsuntersuchung.....	27
6.1 Struktur der erhobenen Daten bei der Einschulungsuntersuchung .....	27
6.1.1 Untersuchungssituationen in den Schulen .....	27
6.1.2 Erhebungsinstrumentarium.....	27
6.1.2.1 Beschreibung Untersuchungsdesign.....	27
6.1.2.2 Geplante Weiterentwicklung des Instrumentariums.....	28
6.1.2.3 Untersuchungskategorien .....	28
6.2 Zentrale Auswertung der Daten .....	29
7. Regionale Auswertung der Daten 2002: Häufigkeit nach Geschlecht .....	31
7.1 Interne Vermerke und persönliche Daten zum untersuchten Kind .....	31
7.1.1 Einschulungsuntersuchungen als Tätigkeitsschwerpunkt des Jugendärztlichen Dienstes im Rhein-Erft-Kreis .....	31
7.1.2 Rhein-Erft-Kreis – Deutsche und Ausländer.....	31
7.1.3 Problematische Ernährung .....	33

7.2	Auswertung der Daten von elf Organsystemen .....	34
7.2.1	Sehen.....	35
7.2.2	Hören .....	35
7.2.3	Hals- Nase, Herz, Bauch .....	36
7.2.4	Allergischer Symptomkomplex – Atemwege, Haut.....	36
7.2.5	Wirbelsäule .....	36
7.2.6	Gliedmaße .....	37
7.2.7	Endokrinologisches System.....	38
7.2.8	Zentrales Nervensystem und Verhalten .....	39
	Zusammenfassung der Ergebnisse zu Organsystemen .....	40
7.3	Motorik, Sprache, Wahrnehmung .....	40
7.4	Inanspruchnahme von Präventionsleistungen .....	41
7.4.1	Impfungen .....	41
	Zusammenfassung zu Impfungen: .....	43
7.4.2	Präventionsleistung Vorsorgeuntersuchungen .....	45
7.5	Maßnahmen und Beurteilungen.....	50
7.5.1	Erstbefunde.....	50
7.5.2	Beurteilungen – Zurückstellen vom Schulbesuch.....	51
7.5.3	Maßnahmen – Sport und Sprache.....	52
7.6	Das Rheinische Modell bei Einschulungsuntersuchungen – Koordination, Zeichnen und Sprache .....	52
8.	Zusammenführung von Sozial- und Gesundheitsdaten: Mögliche weiterführende Auswertungsschritte .....	55
8.1	Interne Vermerke und persönliche Daten zum untersuchten Kind zu sozialen und ökologischen Daten.....	55
8.2	Zusammenhänge zwischen Daten zu den elf Organsystemen und Maßnahmen, Beurteilungen und Prävention .....	55
8.3	Interne Qualitätskontrolle des Jugendärztlichen Dienstes .....	55
8.4	Kleinräumigere Analyse .....	56
9.	Zusammenfassende Analyse der Daten .....	57
9.1	Erhebungsinstrumentarium .....	57
9.2	Interne Vermerke und persönliche Daten zum untersuchten Kind .....	57
9.3	Elf Organsysteme.....	58
9.4	Motorik, Sprache, Wahrnehmung .....	58
9.4.1	ZNS und Verhalten .....	58
9.4.2	Rheinisches Modell – Leistungen zu Koordination, Zeichnen und Wahrnehmung .....	59
9.5	Inanspruchnahme von Präventionsleistungen – Vorsorge und Impfen bei Kinderärzten....	59
9.6	Maßnahmen und Beurteilungen.....	59
9.7	Schwerpunkte der Auffälligkeiten.....	59
10.	Maßnahmeempfehlungen .....	61
10.1	Strukturelle Empfehlungen .....	61
10.2	Maßnahmen bezogen auf einzelne Symptomatiken – Ansatzpunkte für begrenzte und langandauernde Aktivitäten von Kindern / Eltern .....	61
10.2.1	Lebensweltbezogene Aufklärung über gesundheitliche Probleme .....	61
10.2.2	Sehen , Hören, Impfen – kurzfristige Aktivitäten möglich.....	62
10.2.3	Verhaltensänderungen – längerfristige Aktivitäten nötig.....	62

## Inhaltsverzeichnis:

### Wie gesund/ wie krank sind Einschulungskinder im Rhein-Erft-Kreis?

10.3	Methodischere Zusammenarbeit innerhalb der Kreisverwaltung .....	63
10.4	Forschung: Gesund und munter – Kinder im Rhein-Erft-Kreis .....	63
10.5	Zusammenfassend: Ausrichtung der Arbeit .....	64
	Schlusswort zu diesem Modul des Gesundheitsberichtes.....	67
	Anhang 1: Darstellung einer Schuleingangsuntersuchung aus der Sicht einer Kinder- und Jugendärztin im Gesundheitsamt (Dr. Lubos) .....	69
	Die Schuleingangsuntersuchung .....	69
	Anhang 2: Fragebogen an die Eltern zur Einschulungsuntersuchung ihres Kindes .....	71
	Anhang 3: Erhebungsinstrumentarium für schulärztliche Untersuchungen .....	73
	Anhang 4: Mitteilung an die Schule über Befunde bei der schulärztlichen Untersuchung (aktuelle Fassung).....	75
	Anhang 5: Gesundheitsförderung im Setting Schule - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003, S. 71-73 .....	77
	Anhang 6: Beispiele aus der Untersuchung nach dem ‚Rheinischen Modell‘: Zeichnen und Malen 81	
	Anhang 7: Auszug aus der aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), 2003.....	83
	Anhang 8: Warum das Sehen so wichtig ist ... (Elvira Gaßen, Orthoptistin, [ehemalige] Mitarbeiterin im Jugendärztlichen Dienst) .....	87
	Anhang 9: Schule als institutioneller Ort für primäre gesundheitliche Versorgung – Begründung (Hurrelmann / Klocke 2003, S.19-22).....	93
	Abbildungsverzeichnis.....	95
	Literaturverzeichnis, zum Weiterlesen ... ..	97
	Ausgewählte Links .....	101
	Impfen .....	101
	Fitness, Ernährung .....	101
	Kinder-Jugendsurvey am RKI .....	101
	Vorsorgeuntersuchungen .....	101
	Armut und Gesundheit, Bildung .....	101



## Danksagung

Bei diesem Gesundheitsbericht haben mir durch ihre Diskussionsfreude und ihre tätige Mithilfe Unterstützung zukommen lassen:

Die Ärztinnen und medizinischen Assistentinnen des Jugendärztlichen Dienstes, ohne deren individuellen und ausdauernden Erläuterungen nichts gelaufen wäre. Die Gruppendiskussionen mit dem Jugendärztlichen Dienst waren anregend und haben uns – auch in Bezug auf die geplanten weiteren Module – ein gutes Stück weitergebracht.

Besonders bedanken möchte ich mich bei denjenigen, die Beiträge geschrieben haben: Frau Dr. Lubos über die Einschulungsuntersuchung und Frau Gassen über das Sehen. Frau Caspar, Frau Dr. Moos, Frau Dr. Stock und Frau Röhrli-Köppen haben die Hintergründe und Geheimnisse des Erhebungsinstrumentariums erhellt.

Die Amtsleitung, Dr. Bohm und Dr. Henzel haben die Ausarbeitung des Berichtes in der Mitte (Dr. Bohm) und am Ende (beide) durch ihre kritische Durchsicht sowie durch das nur durch langjährige Erfahrung erworbene Hintergrundwissen insbesondere bei der Interpretation der Daten begleitet. Frau Dr. Stock hat sowohl die vorletzte Fassung des Berichts akribisch durchgesehen, und damit nochmals zur Präzisierung beigetragen als auch eine Ausarbeitung über die unterschiedlichen Bedingungen in den Schulen bei den Einschulungsuntersuchungen gemacht.

Schliesslich hat Herr Gellhaus in bewährter souveräner Weise das Titelblatt gestaltet sowie Inhaltsverzeichnis und ‚Design-Korrekturlesen‘ gemacht. Die Unterstützung von TUIV bei letzten handwerklichen Arbeiten (Scannen) soll nicht unerwähnt gelassen werden.

Ihnen allen danke ich – und wünsche mir aufmerksame und kritische LeserInnen.

Für weiterführende Anmerkungen können Sie mich gerne ansprechen:

[susanne.soppart@rhein-erft-kreis.de](mailto:susanne.soppart@rhein-erft-kreis.de)

Zur zweiten Auflage des Berichtes April 2004:

Einige Präzisierungen und leichte Veränderungen insbesondere in den Tabellen konnten für die zweite Druckauflage eingearbeitet werden. Dazugekommen sind einige aktuelle Daten. Am grundsätzlichen Aufbau des Berichtes haben sich keine Änderungen ergeben.



**Zusammenfassung:**

Der Schwerpunktbericht: Einschulungsuntersuchungen Jahrgang 2002 im Rhein-Erft-Kreis beginnt mit der Beschreibung von Rahmenbedingungen: das Ziel der ‚Equity in Health‘ [Gleichheit/ Gleichbehandlung bei Gesundheit] (WHO) wird mit den Indikatoren Arbeitslosigkeit und Haushaltseinkommen beschrieben; erweitert wird Sozialhilfebezug sowie Wohnungsbestand in der Region aufgeführt. Danach ergeben sich in einem insgesamt prosperierendem Umfeld vermehrte Belastungen bei der Gruppe von reproduktionsfähigen MitbürgerInnen = Eltern und von Kindern unter sieben Jahre.

Die gesundheitliche Lage von Einschulungskindern wird anhand der Daten, die vom Jugendärztlichen Dienst nach dem ‚Bielefelder Modell‘ erhoben worden sind, deskriptiv dargestellt nach einem Modell, welches unterscheidet zwischen manifesten und latenten Gesundheitsstörungen, die zu medizinischen und sozialen Problemen führen können.

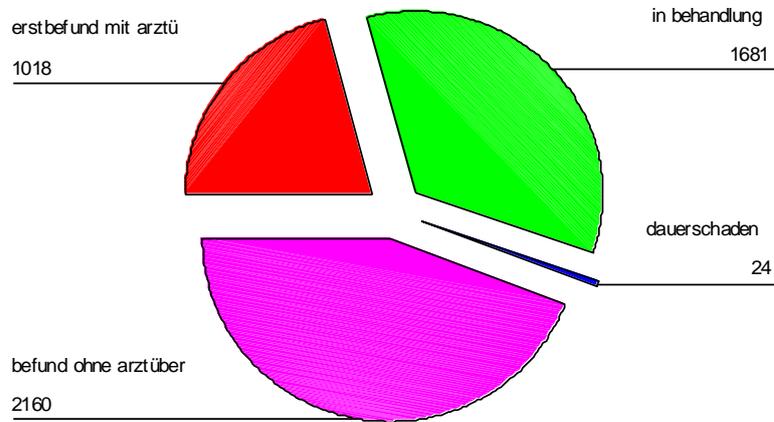
Es ergeben sich sechs Schwerpunkte (Verhalten, Ernährung, Bewegung, Sehen/Hören, Allergien/Asthma und Impfen), für die sowohl kurzfristige (Sehen / Hören, Impfen) als auch langfristige Aktivitäten (Verhalten, Ernährung, Bewegung, Allergien/Asthma) vorgeschlagen werden.

Ergänzend werden einige strukturelle Maßnahmen vorgeschlagen: verwaltungsseitig stärkere ressortübergreifende Zusammenarbeit; in Bezug auf Kinderärzte und Jugendärztlichem Dienst eine stetigere Kooperation in dem gemeinsame Themenfeld: Kinder- und Jugendgesundheit im Rhein-Erft-Kreis sowie die Beobachtung von und Kommunikation über Forschungs- und Projektaktivitäten. (‚Wissensmanagement‘ und koordinative Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes)

Die Betonung von Prävention legt es nahe, das jugendärztliche Screening schwerpunktmäßig auf den Kindergarten vorzuziehen. Dies könnte dazu beitragen, Fördermöglichkeiten bei gesundheitlichen / sozialen Problemen früher und damit nachhaltiger einsetzen zu lassen. Die Verantwortlichkeiten für das Erreichen von Leistungen zur gesundheitlichen Prävention sollten sowohl individuell bei der ‚Familie‘ = die Hauptverantwortlichen für Kinder als auch institutionell bei Kindergarten und vor allem Schule angesiedelt sein, um die nachwachsende Generation in die gesundheitliche Prävention und Kuration zu inkludieren und damit Prozesse der sozialen Ausgrenzung abzumildern.

## Befunde Einschulungskinder 2002

N= 5.087



Erstbefund mit Arzt-  
überweisung: 20%

In Behandlung:  
33 %

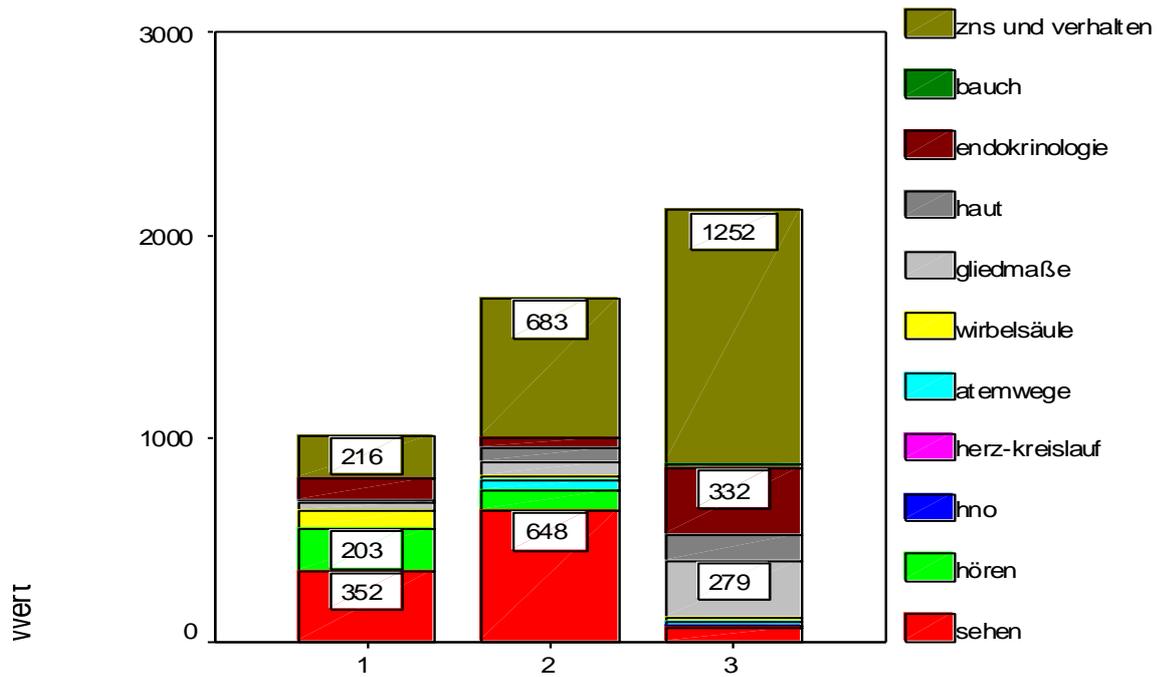
Dauerschaden:  
0,5 %

Befund ohne Arzt-  
überweisung:  
42,5 %

**Abbildung 1: Befunde Einschulungskinder 2002 im Rhein-Erft-Kreis**

Ein Erstbefund mit Überweisung ergibt sich in 20 % aller Fälle; 33 % der untersuchten Kinder sind in ärztlicher Behandlung. Bei 42,5 % ist eine leichtere gesundheitliche Störung festgestellt worden; 0,5 % der Kinder sind dauerhaft geschädigt.

Dies bedeutet, dass nach der ärztlichen Einschulungsuntersuchung über die Hälfte der Kinder (53,5%) eine manifeste Gesundheitsstörung aufweisen. In 42,5 % der Fälle liegt eine latente Gesundheitsstörung vor.



1= Befund mit AÜ/ 2= in Behandlung/ 3= Befund ohne Überweisung

**Abbildung 2: Befunde Einschulungskinder 2002 nach Organsystemen / Befunde mit Arztüberweisung / Befunde Kinder in Behandlung / Befunde ohne Arztüberweisung**

Bei den Befunden, die einer weiteren medizinischen Abklärung bedürfen, sind Sehen, Zentralnervensystem/Verhalten sowie Hören führend.

In Behandlung befinden sich die meisten Befunde bei Zentralnervensystem / Verhalten und Sehen.

Bei Befunden, die keine Arztüberweisung erfordern, ist Zentralnervensystem / Verhalten weit herausragend, gefolgt von Endokrinologie und Gliedmaße.



## Glossar

manifest	lat.: manifestus: handgreiflich, offenbar; dt.: klar, deutlich; medizinisch: offensichtliche, ausgebrochene Krankheit
latent	lat.: latens: verborgen; dt.: verborgen, vorhanden, aber nicht in Erscheinung tre- tend; med.: verborgene Krankheit, ohne typische Merkmale
Epidemiologie	Lehre von der Verteilung und Dynamik der Gesundheits- probleme und deren Einflussgrößen in einer definierten Bevölkerung
Ethnie ( siehe auch:Ethno, Ethnogra- phie)	griech.: Volk Völkerkunde
Migration	lat.: wandern dt.: Wanderungsbewegung
Diadochokinese	griech.: zweimal (dis); nachfolgend (diadochus); bewegen (kinein) med.: beidhändige, gleichlaufende Bewegung der Hände
Eudiadochokinese	griech.: gut (eu) med.: gute, beidhändige, gleichlaufende Bewegung der Hände
Endokrinologie	griech.: drinnen (endon); trennen, scheiden (krinein) med.: Lehre von der Funktion endokriner (= innerer, ins Blut absondernder) Drüsen
Pertussis	Keuchhusten
postpartal	lat.: nach, hinter (post); Geburt (part) med.: unmittelbar nach der Geburt
Bielefelder Modell	standardisierten Verfahren zur Durchführung und Doku- mentation von schulärztlichen Untersuchungen, u. a. in NRW.
Inklusion	Begriff aus der sozialwissenschaftlichen Systemtheorie: Einbeziehung einer größeren Anzahl von Einheiten (Per- sonen, sozialen Rollen, sozialen Mechanismen) in spezifi- sche Funktionskreise, wie sie im Prozess der funktionalen

Ausdifferenzierung sozialer Systeme erforderlich sind  
(nach Niklas Luhmann)

Exklusion

Gegensatz zu Inklusion(s.o.): Ausgrenzung

Geoinformationssystem

Computerprogramm(e) zur Zusammenführung und Analyse raumbezogener Daten, u.a. Darstellung von beispielsweise gesundheitlichen Daten in (geographischen) Karten

Setting

hier: methodischer Ansatz in den Sozialwissenschaften, bei dem Maßnahmen zur Veränderung sozialen Verhaltens innerhalb und mithilfe einer Institution (wie Schule) angesiedelt wird / erklärt wird.

## Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BMI	Body Mass Index
BRD	Bundesrepublik Deutschland
CHILT	Children's Health Interventional Trial, ein Präventionsprogramm für Kinder, das von mehreren Universitäten entwickelt worden ist. Seit 1999 wird es für adipöse Kinder und Jugendliche an der Sporthochschule Köln als 12-monatiges Schulungsprogramm durchgeführt
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
HNO	Hals–Nase–Ohren
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
HBSC	Health Behaviour of School Children
Hib	Haemophilus influenzae Typ b
IDIS	Institut für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen (Vorgängereinrichtung LÖGD)
LDS	Landesamt für Datensammlung und Statistik
LGK	Landesgesundheitskonferenz
LÖGD	Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst
MTA	Medizinisch–Technische Assistentin
NRW	Nordrhein–Westfalen
OPUS	Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit
PISA	Programme for International Student Assessment
RKI	Robert–Koch–Institut
SIS	Sozioökonomisches Informationssystem
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
STIKO	Ständige Impfkommission (am RKI)
U (1 –9)	Vorsorgeuntersuchung (1 –9 )
VHS	Volkshochschule
ZEFIR	Zentrum für interdisziplinäre Ruhrgebietsforschung – Sozialberichterstattung -
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Köln)
ZNS	Zentralnervensystem



**1. Vorbemerkung zur Gesundheitsberichterstattung:  
Auftrag der Gesundheitskonferenz unter knappen Personalressourcen = Modularer Aufbau  
des Berichtswesens über Kinder / Jugendliche**

Die Gesundheitskonferenz des Rhein-Erft-Kreises hat bereits bei ihrer Konstituierung beschlossen, dass nach dem Themenbereich: Älterwerden im Rhein-Erft-Kreis der nächste Themenbereich: Kinder und Jugendliche – gesund im Rhein-Erft-Kreis folgen soll. Es wurde ein Basisbericht gewünscht; dies würde eine ungefähr zweijährige Auslastung einer vollen Stelle Gesundheitsberichterstattung (Erfahrungswert u.a. Stadt Köln) bedeuten.

Da die Erweiterung der halben Stelle Gesundheitsberichterstattung nicht erfolgte, wurde nach alternativen Möglichkeiten der Berichterstellung über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gesucht. Als Ergebnis wird ein modularer Aufbau des Berichtswesens gewählt.

Mit dem hier vorgelegten ersten Modul über die Einschulungsuntersuchungen 2002 wird die Reihe eröffnet.

Das zweite Modul wird die Versorgungsstruktur für Kinder und Jugendliche (u.a. Kinderärzte) im Rhein-Erft-Kreis zum Thema machen.

Die Planungen für das dritte Modul lauten auf das Thema: Kinder mit besonderem Förderbedarf. Sprachstörungen sollen ausführlicher im vierten Modul aufgegriffen werden.

Die Themen von eventuell weiteren Module werden anschließend festgelegt werden.



## 2. Fragestellung, Datengrundlagen und Auswertungen

Die Datengrundlagen bestehen aus Dateien unterschiedlicher Datenhalter:

- Jugendärztlicher Dienst:  
Daten der Einschulungsuntersuchungsperiode 2002 durch den Jugendärztlichen Dienst des Rhein-Erft-Kreises
- Gesundheitsberichterstattung:  
Daten einer kleinen Erhebung der Gesundheitsberichterstattung bei den Jugendärztinnen und den medizinischen Assistentinnen (2002)
- Jugendamt:  
Daten einer kleinen Erhebung des Jugendamtes des Rhein-Erft-Kreises in Kindertagesstätten über Sprachförderung
- Externe Datenhalter:  
Daten des Landesamtes für Statistik, NRW sowie des LÖGD, Bielefeld – Indikatoren
- Daten des RKI

Bei diesem Modul der Gesundheitsberichterstattung über Einschulungskinder wird deskriptiv vorzugsweise über Häufigkeiten nach Geschlecht ausgewertet; einige Auswertungen berücksichtigen zusätzlich Unterschiede in der Herkunft (Ethnie).

Die zugrundeliegende Fragestellung lautet: Wie gesund / krank sind Einschulungskinder im Rhein-Erft-Kreis? Dem liegt folgendes Modell zugrunde:



Die medizinischen Auffälligkeiten, die bei der Einschulungsuntersuchung vom Jugendärztlichen Dienst festgestellt worden sind und zur weiteren Abklärung an die niedergelassenen KinderärztInnen überwiesen werden machen zusammen mit den Befunden bei den Kindern, die bereits in ärztlicher Behandlung sind, die gravierenderen Gesundheitsstörungen aus, die sich zu einem gesundheitlichen und / oder sozialen Problem entwickeln können. Bei den medizinischen Auffälligkeiten, die ohne Arzt-

überweisung auskommen, handelt es sich um Abweichungen von der Norm, die nicht unbedingt einen medizinischen Krankheitswert haben – gleichwohl aber unter ungünstigen Bedingungen sich zu einer Gesundheitsstörung mit den Folgen eines gesundheitlichen und sozialen Problems entwickeln können.

### 3. Bevölkerung im Rhein-Erft-Kreis - Quantitative Eingrenzung der Untersuchungseinheit und einige Sozialindikatoren des Rhein-Erft-Kreises

#### 3.1 Bevölkerung im Rhein-Erft-Kreis

Rhein-Erft-Kreis / Summe	460 894			
Bedburg, Stadt	24 712			
Bergheim, Stadt	63 728			
Brühl, Stadt	44 101			
Elsdorf	21 784	Regionaleinheit		
Erftstadt, Stadt	51 185	Name	Zeit	Bevölkerungsstand am 01.01. des Jahres
Frechen, Stadt	47 652	Rhein-Erft-Kreis	1998	447 810
Hürth, Stadt	54 471	Rhein-Erft-Kreis	1999	449 646
Kerpen, Stadt	63 992	Rhein-Erft-Kreis	2000	452 503
Pulheim, Stadt	53 692	Rhein-Erft-Kreis	2001	455 487
Wesseling, Stadt	35 577	Rhein-Erft-Kreis	2002	458 430

**Abbildung 3: Bevölkerung im Rhein-Erft-Kreis Gesamt und nach Gemeinden im Jahr 2002, Stichtag 31.12.2002 und Entwicklung der Bevölkerung von 1998 – 2002 im Rhein-Erft-Kreis, Stichtag: 1.1. d.J. (Quelle: Landesamt für Statistik, NRW, 2003, online vom 30.10.2003)**

Im Jahr 2002 ist also von Januar bis Dezember die Bevölkerung um 0,6 % angewachsen; absolut gesehen um 2.464 Personen.

#### 3.2 Teilmenge Einschulungskinder 2002 – 2007

Von dieser Gesamtbevölkerung ist nun die Teilmenge derer anzusehen, die aktuell zur Einschulung ansteht. Es sind dies im Regelfall die Altersgruppen 6-7 Jahre, in Einzelfällen auch die von 5 –6 Jahren.

Alter von ... bis unter ... ... Jahr(en)	Bevölkerung am 31.12.2001								
	insgesamt			Deutsche <sup>1)</sup>			Nichtdeutsche <sup>1)</sup>		
	insgesamt	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich
unter 1	4 035	2 024	2 011	3 678	1 831	1 847	357	193	164
1-2	4 409	2 231	2 178	4 042	2 046	1 996	367	185	182
2-3	4 609	2 378	2 231	3 937	2 044	1 893	672	334	338
3-4	4 606	2 345	2 261	3 925	1 984	1 941	681	361	320
4-5	5 017	2 554	2 463	4 244	2 170	2 074	773	384	389
zusammen	22 676	11 532	11 144	19 826	10 075	9 751	2 850	1 457	1 393
5-6	4 779	2 465	2 314	4 098	2 121	1 977	681	344	337
6-7	4 708	2 333	2 375	4 074	2 010	2 064	634	323	311

**Abbildung 4: Pänz für die Grundschule im Rhein-Erft-Kreis bis 2007 (Quelle: LDS, NRW online am 29.10.2003)**

Die Einschulungsuntersuchungen, die hier ausgewertet werden, fanden mehrheitlich im Jahr 2002 statt.

Ab Schuljahr 2004 werden sie immer im Vorjahr beginnen. An dieser Tabelle wird somit die Zahl der voraussichtlichen SchulanfängerInnen in den nächsten Jahren ablesbar. Sie steigert sich im Jahr 2003, bleibt bis zum Jahr 2005 ungefähr auf dem Stand von 2002, und sinkt dann ab 2006. Hiervon sind besonders die Nicht-Deutschen betroffen.

Im Jahr 2002 sind von Jugendärztlichen Dienst insgesamt 5.087 Kinder untersucht worden; im Vorjahr waren es 5.015. (siehe unten zur Aufschlüsselung nach Geschlecht / Herkunft).

### 3.3 Sozialdaten – Beschäftigung

Es folgen einige Daten zu den Eltern der Kinder:

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Wohnort zum 30.06. nach Geschlecht, Stellung im Beruf und Altersgruppen

		Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Wohnort zum 30.06. - Insgesamt -								
Zeit	insgesamt	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren								
		unter 20	20 - 25	25 - 30	30 - 40	40 - 50	50 - 55	55 - 60	60 - 65	65 und mehr
1998	144 791	3 760	12 358	17 894	45 435	36 629	13 803	11 784	2 774	354
1999	147 302	4 220	12 937	16 600	46 353	37 848	14 203	11 563	3 157	421
2000	150 204	4 237	13 642	15 997	46 907	38 929	15 178	11 333	3 470	511
2001	150 791	4 185	14 007	15 346	46 665	40 029	15 657	10 491	3 798	613
2002	151 373	3 910	14 151	14 974	45 690	41 627	15 998	10 365	3 980	678

Quelle: Auswertungen aus der Beschäftigtenstatistik der Bundesanstalt für Arbeit; vorläufige Ergebnisse

**Abbildung 5: Beschäftigte im Rhein-Erft-Kreis 1998 – 2002 (Quelle: LDS, NRW, online, 2003)**

Man kann grob davon ausgehen, dass die Eltern der Einschulungskinder größtenteils den Altersgruppen 20 – 40 Jahre angehören. Bei zwei Altersgruppen ist eine Abnahme der Beschäftigung im Zeitverlauf festzustellen: bei den 25 – 30 Jährigen, und bei der Altersgruppe unter 20 Jahren. Bei allen anderen ist eine Höherentwicklung der Beschäftigung zu verzeichnen in absoluten Zahlen.

Leider stehen beim LDS nur zwei gruppierten Daten zur Arbeitslosigkeit in den vorgenannten Altersgruppen zur Verfügung (nur solche < 25 Jahre und > 55 Jahre), so dass an dieser Stelle vorerst aus arbeitsökonomischen Gründen auf Daten zur Arbeitslosigkeit nach den vorgenannten Gruppierungen verzichtet werden soll. (Datenhalter Bundesanstalt für Arbeit)

Es ist aber auch bereits an diesen Zahlen ablesbar, dass die Gruppe der (potentiellen) jüngeren Eltern von Arbeitslosigkeit besonders betroffen ist.

**3.4 Sozialdaten – Sozialhilfebezug**

Daten zum Sozialhilfebezug liegen vor für den gesamten Rhein-Erft-Kreis:

Empfänger/-innen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt am 31.12.2002

Regionaleinheit		Zeit	Empfänger/-innen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt am 31.12. <sup>1)</sup>							
Schlüssel	Name		insgesamt	darunter außerhalb von Einrichtungen	davon (von "insgesamt") im Alter von ... Jahren					
					unter 7	7 bis unter 18	18 bis unter 25	25 bis unter 50	50 bis unter 65	65 und mehr
05362	Rhein-Erft-Kreis	1999	16 353	16 353	2 670	3 831	1 367	5 556	1 873	1 056
05362	Rhein-Erft-Kreis	2000	15 149	15 124	2 463	3 552	1 230	4 979	1 855	1 070
05362	Rhein-Erft-Kreis	2001	14 929	14 929	2 486	3 396	1 236	4 939	1 798	1 074
05362	Rhein-Erft-Kreis	2002	15 923	15 923	2 674	3 558	1 397	5 308	1 896	1 090

1) Empfänger/-innen des örtlichen und überörtlichen Trägers

**Abbildung 6: Doppelt soviel Kinder und Jugendliche wie Erwachsene über 50 beziehen im Jahr 2002 Sozialhilfe im Rhein-Erft-Kreis (Quelle: LDS, NRW online, 10/2003)**

Die Zusammenarbeit mit anderen Datenhaltern, welche regionalisiertere Daten beispielsweise über Sozialhilfebezug (Prosoz– Daten in den Gemeinden / beim Kreis) bereithalten, ist eingeleitet und wird in den folgenden Modulen zur Wirkung gelangen. Hier können beispielhaft die Daten von drei Gemeinden präsentiert werden:

Sozialhilfebezug/ Gemeinde/ Zeit	Anzahl Kinder 0 bis 7 Jahre	Anzahl Kinder / Jugendliche 7 –18 Jahre
Brühl / Stand: 2/2003	158	296
Frechen / Stand: 2/2003	194	440
Kerpen/ Stand: Jahr 1.12. – 31.12.2002	517	858

**Abbildung 7: Sozialhilfebezug von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Städten des Rhein-Erft-Kreises 2002 (Quelle: Statistische Ämter der jeweiligen Städte)**

Kinder und Elterngeneration sind nach diesen Zahlen im besonderen Maße belastet, gemessen an der im Unterschied zu der älteren Generation deutlich höheren Zahl von SozialhilfebezieherInnen.

### 3.5 Sozialdaten – Verfügbares Haushaltseinkommen

Daten zum Haushaltseinkommen sind wiederum verfügbar:

Regionaleinheit		Zeit	Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte <sup>1)</sup>	
Schlüssel	Name		Millionen EUR	EUR je Einwohner
05362	Rhein-Erft-Kreis	1998	7 043	15 698
05362	Rhein-Erft-Kreis	1999	7 278	16 139
05362	Rhein-Erft-Kreis	2000	7 564	16 667
05362	Rhein-Erft-Kreis	2001	7 851	17 182

**Abbildung 8: Steigende Haushaltseinkommen in absoluten Zahlen (Quelle: LDS, NRW NRW, online 10/2003)**

Diese Zahlen können nur einen Anhaltspunkt geben über absolut steigende Einkommen der privaten Haushalte im Rhein–Erftkreis insgesamt. Die vorstehenden Tabellen zur Arbeitslosigkeit und zum Sozialhilfebezug haben eine deutlich stärkere Belastung von Kindern und Elterngeneration ergeben; letztere wäre noch genauer zu differenzieren bezüglich der Ein–Eltern–Erziehenden. (vgl. RKI 2003 b)

### 3.6 Sozialdaten – Wohnungsbestand

Der Wohnungsbestand im Rhein-Erft-Kreis ist prosperierend:

Bestand an Wohngebäuden am 31.12. 2002 und darin befindliche Wohnungen nach Gebäudearten

Regionaleinheit		Zeit	Wohnungen in Wohngebäuden am 31.12.			
Schlüssel	Name		insgesamt	davon in Gebäuden mit ... Wohnung(en)		
				1	2	3 und mehr
05362000	Rhein-Erft-Kreis	1998	182 144	74 194	31 380	76 570
05362000	Rhein-Erft-Kreis	1999	184 407	75 103	31 630	77 674
05362000	Rhein-Erft-Kreis	2000	186 634	75 950	31 900	78 784
05362000	Rhein-Erft-Kreis	2001	188 340	76 556	32 090	79 694
05362000	Rhein-Erft-Kreis	2002	189 863	77 223	32 266	80 374

**Abbildung 9: Steigender Wohnungsbestand im Rhein-Erft-Kreis in den vergangenen fünf Jahren (Quelle: LDS, NRW NRW, online 10/2003)**

Die Steigerungsraten liegen bei den Einfamilienhäusern bei rund 4 %; Zweifamilienhäuser bei 2,75 % und beim Geschosswohnungsbau bei 4,7 %.

Zusammenfassung:

Die soziale Lage der Bevölkerung im Rhein-Erft-Kreis wird mit einigen Indikatoren grob umrissen.

Steigerungsrate/ 1998/99 – 2002	Bevölkerung	Haushaltseinkommen	Beschäftigte	Sozialhilfe	Wohnungen

In % / Stichtag: 31.12. d.J.	2,3 (1998 – 2002)	8,6 (1999 – 2002)	4,4 (1998 – 2002, Stichtag: 30.6. d.J.)	- 2,7 (1999 - 2002)	4,7 (1998 – 2002)
---------------------------------	-------------------------	----------------------	---	---------------------------	-------------------------

**Abbildung 10: Einige Daten zur Entwicklung der sozialen Lage in den vergangenen fünf Jahren im Rhein-Erft-Kreis (basierend auf Daten des LDS, NRW)**

Bei leicht zunehmender Bevölkerung ergeben sich Steigerungsraten beim Wohnungsbau. Die Entwicklung der Sozialhilfe ist abnehmend. Die prozentuale Steigerung des verfügbaren Haushaltseinkommens müsste mit den jährlichen Inflationsraten gegengerechnet werden.

Damit liegt der Rhein-Erft-Kreis im NRW-Trend: It. Gesundheitsbericht NRW 2002 hat die Sozialhilfequote von 2000–2001 um 7 % abgenommen, so dass landesweit 3,6 % der Bevölkerung Sozialhilfe bezogen. Damit dürfte sich der Rhein-Erft-Kreis im Vergleich von insgesamt 54 Kreisen / Gemeinden in NRW wiederum im oberen Mittelfeld befinden. (2002: Rang 29 bei deutscher und nicht-deutscher Bevölkerung mit durchschnittlich 3,6 % bzw. 8,1 %, jeweils %-Anteil an der jeweiligen Bevölkerung zum 31.12. d.J.) (Quelle: ZEFIR - SIS, 3/2004)

Trotz eines prosperierenden Umfeldes (Bevölkerung, Beschäftigte, Wohnungsbau) ist die absolute Zahl der Kinder unter sieben Jahren mit Sozialhilfebezug - nach einem leichten Rückgang in den Jahren 2000 und 2001- wieder auf die gleiche Höhe wie 1999 gestiegen. Die höhere Belastung von jüngeren reproduktionsfähigen Altersgruppen mit Arbeitslosigkeit und Sozialhilfebezug weist auch auf eine Gruppe von Menschen hin, die von Armut resp. prekären Lebensverhältnissen bedroht ist.

## 4. Einschulungsuntersuchung – Stellenwert, Verfahren und Möglichkeiten

### 4.1 Verfahren

Die jugendärztlichen Untersuchungen fanden in einem Zeitraum von 3–6 Monaten vor der Einschulung eines Kindes statt. Ab dem Schuljahr 2004 gelten andere Fristen: die Einschulungsuntersuchungen werden vorgezogen. Spätestens bis zum 15. November des Vorjahres der Einschulung muss die Anmeldung bei der aufnehmenden Schule vorliegen. Dadurch wird das ‚Zeitfenster‘ für eine eventuell durchzuführende Behandlung geringfügig erweitert.

Die Untersuchungen werden in der Schule durchgeführt, in welcher das Kind von den Eltern angemeldet worden ist.

Die Eltern erhalten hierzu eine Einladung über die Schule. (siehe Anhang 2) Sie werden gebeten, den Fragebogen sowie das Vorsorgeheft und den Impfausweis zu dem Termin mitzubringen.

Bei auffälligen Befunden erhalten die Eltern einen Befundbrief mit Rückschein für den behandelnden Arzt / Facharzt / Institution, welche dort abgegeben werden soll. Dies ist mit der Bitte verbunden, die Karte nach erfolgter Maßnahme an den jugendärztlichen Dienst zurückzusenden.

### 4.2 Möglichkeiten eines Screenings bei Kindern

Bei den jugendärztlichen Untersuchungen handelt es sich um ein gesetzlich festgelegtes Screening. Dies ist die einzige Untersuchung, in welcher alle Kinder eines Jahrganges medizinisch untersucht werden.

Damit sind mehrere Möglichkeiten verbunden: (vgl. Mersmann, 2000)

- individualmedizinische Komponente:  
es handelt sich um eine sozialpädiatrische Untersuchung des Kindes, bei welcher im Sinne der primären Prävention = Identifikation im Vorstadium, mögliche Schwächen (z.B. Entwicklungsverzögerungen) entdeckt werden können, die das Ausfüllen des Arbeitsplatzes Schule vonseiten des Kindes in gesundheitlicher Hinsicht mindern können. Mithilfe von frühzeitig einsetzenden Fördermaßnahmen, die als Mix aus primärer ärztlicher und sekundärer pädagogischer Prävention bestehen sollten, kann einer Manifestierung als Krankheit entgegengewirkt werden. (siehe Anhang 5 und 9)
- arbeitsmedizinische Komponente:  
das Ziel ist hierbei, den Arbeitsplatz Schule kindgemäß zu gestalten. Dies bedeutet, dass – insbesondere durch die große Streubreite des Entwicklungsstandes der Einschulungskinder – gesundheitliche Risiken und kindliche Belastbarkeiten dokumentiert werden und eventuelle Hilfen angeboten werden können. (Beispielsweise bei der Schulmöblierung, Gestaltung des Schulumfeldes, Unfallverhütung etc.)
- sozialkompensatorische Komponente:  
vielerorts wird darüber nachgedacht, die Schuleingangsuntersuchungen zu streichen / zu reduzieren mit dem Argument, dass die Vorsorgeuntersuchungen (U1 – U9) bei niedergelassenen KinderärztInnen ausreichend seien. Hierbei wird verkannt, dass bei der U9 die höchste Rate der nicht- vorgestellten Kinder zu verzeichnen ist. (im Rhein-Erft-Kreis beträgt sie 14,5 % im Jahre 2002, siehe weiter unten) Dabei belegten Daten (Köln / Stadt Aachen 1995/96), dass über die Hälfte der Kinder mit späteren Schulleistungsproblemen an dieser Untersuchung nicht teilnehmen (durften). Diese Kumulation von geringer Inanspruchnahme von Präventionsleistungen und späteren Problemen in der Schule machen ein Screening unabdingbar, will man nicht gesellschaftlich vermeidbares Leistungsversagen durch nicht berücksichtigte Teilleistungsschwächen sozial und ökonomisch tolerieren.

Eine Diagnostik anhand sozialer Kriterien verbietet sich, wenn man individuelle Diskriminierung nicht akzeptiert.

- epidemiologische Komponente:  
die Untersuchung einer kompletten Bevölkerungsgruppe (gemeinsames Merkmal: Schuleintritt) ermöglicht Aussagen über den Gesundheitszustand sowie – in Verbindung mit den vorgeschlagenen Fördermaßnahmen – im Falle ihrer Evaluierung das Nachprüfen ihrer Effektivität und Effizienz. Damit wird ein Beitrag zur Schaffung adäquater kindgemäßer Entwicklungsbedingungen in der Gesellschaft geleistet, welche sich enger als Beitrag zur ‚Familien‘- Förderung = Leben mit Kindern beschreiben lässt, hier insbesondere in gesundheitlicher Hinsicht.

#### 4.3 Stellenwert – Fördern statt Testen an den Übergängen im Kinder- und Jugendalter

##### 4.3.1 Kindergarten und Schuleintritt

Es wird diskutiert (nicht erst im Zusammenhang mit den jüngsten Beschlüssen der Landesregierung in NRW, s.o. Vorverlegung der Anmeldung zur Schule) dieses Screening in einem früheren Alter der Kinder laufen zu lassen. Dabei sind die auch im Rhein-Erft-Kreis erfolgenden Untersuchungen von Kindergartenkindern auf einige schwerpunktartige Untersuchungen zurückgefahren worden. Es ist die Frage, ob nicht generell eine möglichst frühzeitiges Screening im Sinn einer Untersuchung auf den Kindergartenentwicklungsstand und der damit verbundenen Möglichkeiten der frühzeitigen Förderung von Kindern sinnvoll ist. Damit verbunden ist die Chance, möglichst früh noch vor Schuleintritt Maßnahmen zu ergreifen, die gegen eine gestörte Entwicklung des Kindes wirken. Es ist also nicht eine Testung auf Schulfähigkeit / Kindergartenfähigkeit, welches mit diesem Screening erreicht wird, sondern die Feststellung des Förderbedarfes. Dieser Förderbedarf sollte möglichst frühzeitig einsetzen (das ist individuell humaner und sozial effektiver als Abwarten) und die Förderangebote selbst müssen im Sinne einer langfristigen und lebensweltbezogenen Strategie angelegt sein. (Dies als Seitenhieb auf kurzfristige Modellprojekte, die dann mangels Finanzierung eingestellt werden mit dem Effekt, dass weitere Jahrgänge von Kindern leer ausgehen.)

##### 4.3.2 Schulentlassuntersuchungen

Dies bezöge sich dann auch auf die dritte Screening-Maßnahme, der Entlassuntersuchungen am Ende der 9. resp. 10.1 – Klasse. Erst damit wäre ein kinder- und jugendärztliches Angebot bis zum 16. Lebensjahr gesichert.

Hierzu wird auch gehören, die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinderärzten zu intensivieren bezüglich der gegenseitigen Information und Rückmeldung

## 5. Der Jugendärztliche Dienst im öffentlichen Gesundheitswesen / Rhein-Erft-Kreis

### 5.1 Personalausstattung – Ärzte / Assistentinnen / Personalausstattung gesamt

ÄrztInnen und medizinische Assistentinnen bilden den Personalbestand.

Ich habe an alle Mitarbeiterinnen einen kleinen Fragebogen verteilt, in dem vier offene Fragen gestellt werden zu Ausbildung, Dauer der Beschäftigung, Fort- und Weiterbildung in den letzten fünf Jahren sowie Spezialisierung / Interessen.

Lt. Stellenplan sind im Jugendärztlichen Dienst 4,5 Stellen ausgewiesen sowie 8,5 Arzthelferinnen-Stellen. In beiden Bereichen sind derzeit jeweils eine Vollzeitstelle nicht besetzt.

Von den – zum Zeitpunkt der Befragung – insgesamt sieben halbtags beschäftigten Ärztinnen (Stand: 7/2003) sowie den 15, ebenfalls halbtags beschäftigten medizinischen Assistentinnen ergibt sich folgendes Bild:

#### 5.1.1 Dauer der Beschäftigung im Jugendärztlichen Dienst

Der Rhein-Erft-Kreis ist ein Flächenkreis. Dies bedingt eine Aufteilung der Einschulungsuntersuchungen auf Teams. Wenn die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen an die jeweiligen Bezirke / Schulen / LehrerInnen zum Zwecke der Umsetzung von Maßnahmen kommuniziert werden, so bedarf es einer gewissen personellen Einarbeitung und Konstanz sowohl bei den Ärzten als auch den Helfern.

Die Daten zur Dauer der Beschäftigung lassen erkennen, dass in beiden Berufsgruppen Personen beschäftigt sind, die bereits lange beim Rhein-Erft-Kreis beschäftigt sind.

#### 5.1.2 Personalqualifikationen

Die überwiegende Anzahl der Ärztinnen ist in Kinder- und Jugendmedizin ausgebildet (vier); eine hat eine Fortbildung in Innere / Neurologie, eine andere Ärztin führt die Zusatzbezeichnung Sportmedizin, Naturheilverfahren und Sozialmedizin.

Die Mehrzahl der medizinischen Assistentinnen gibt eine Ausbildung als Arzthelferin an. Drei haben eine andere medizinische Ausbildung (MTA, Krankenschwester, med.-kaufmännische Assistentin).

Wenn man sich einmal weitere Ausbildungen bei den medizinischen Assistentinnen anschaut, so ergibt sich, dass drei von ihnen die allgemeine Hochschulreife haben. Eine medizinische Assistentin mit einer fachspezifischen Arzthelferinausbildung (Augen) ist Orthoptistin. Eine medizinische Assistentin hat noch eine andere, zweite Berufsausbildung.

Damit haben sieben von insgesamt 14 medizinischen Assistentinnen eine weitergehende Qualifikation als ‚Arzthelferin‘. Eine Ärztin hat eine Ausbildung als Sozialarbeiterin vor dem Medizinstudium durchlaufen.

#### 5.1.3 Fort- und Weiterbildung – statusspezifische Schwerpunkte

Es sind hier (außer einmal) berufs- und tätigkeitsspezifische Nennungen erfolgt, die ich kategorisiert habe nach medizinischen und verwaltungsbezogenen Nennungen sowie EDV.

Bei insgesamt 18 Nennungen fällt auf, dass zwischen den Berufsgruppen deutliche Unterschiede bestehen bezüglich Verwaltungs- und EDV- Fortbildungen. Beide Gruppen bilden sich medizinisch fort; der Schwerpunkt der Fortbildungen differieren: bei den Ärztinnen liegt er mit der Hälfte der Nennungen bei medizinischen Themen, bei den medizinischen Assistentinnen zu 4/5 bei Verwaltungs- und EDV-Fortbildungen. Die Gründe für die Zurückhaltung von knapp einem Drittel der Beschäftigten insgesamt im jugendärztlichen Dienst bezüglich Fort- und Weiterbildung müssten genauer untersucht werden, wobei die finanzielle Ausstattung des Etats des Gesundheitsamtes für Fortbildungen eine nicht unerhebliche Rahmenbedingung darstellen dürfte.

#### 5.1.4 Hohes Interesse am Beruf – Spezialisierung und Interessen

Bei der Interessennennung und Spezialisierung fällt auf, dass bei denjenigen mit einer weitergehenden Qualifikation zwölf Nennungen erfolgen, ohne weitergehende Qualifikation erfolgen zehn Nennungen bei den medizinischen Assistentinnen insgesamt. Sie beziehen sich alle auf die Tätigkeit im Jugendärztlichen Dienst, so dass insgesamt die Interpretation einer hohen Interessensrate für den Beruf naheliegend ist.

#### 5.2 Teamstruktur / Aufteilung nach Gebieten

Entsprechend der Aufteilung des Gesundheitsamtes auf zwei Standorte, Bergheim und Hürth sind die Bezirke in Nord und Süd eingeteilt, von denen aus die Ärztinnen und medizinischen Assistentinnen die Schuluntersuchungen nach – bislang – relativ feststehenden Bezirken in den Schulen durchführen. Dies hat den Vorteil, dass es für die Eltern und Lehrer feste Ansprechpartnerinnen gibt. Es finden an den jeweiligen Standorten wöchentlich regelmässige Sprechstunden statt.

5.2.1 Bergheim

Bezirke	Ärztin	Medizinische Assistentinnen	Sprechstunde
Bedburg, Kirdorf, Kaster, Kirchherten, Elsdorf, Esch, Berrendorf, Angelsdorf	Dr. Röhl-Köppen anette.roehrl- koeppen@Rhein-Erft- Kreis.de	Meuser Sorich-Krebs	Montag
Bergheim, Thorr, Zieverich, Kenten, Ahe, Quadrath-Ichendorf, Fliesteden, Glessen, Glesch, Hüchelhoven	Dr. Moos karin.moos@Rhein-Erft- Kreis.de	Unrein Wosniak	Donnerstag
Kerpen-Mödrath, Blatzheim, Buir, Manheim, Horrem, Sindorf, Niederaußem, Oberaußem	Dr. Stock rotraut.stock@Rhein- Erft-Kreis.de	Gaßen Rumbler-Mohr	Dienstag
Pulheim, Sinnorsdorf, Stommeln, Stommelerbusch, Sinthern/Geyen, Brau- weiler, Dansweiler	Dr. Lubos cornelia.lubos@Rhein- Erft-Kreis.de	Bormann Hecker	Mittwoch

## 5.2.2 Hürth

Bezirke	Ärztin	Medizinische Assistentinnen	Sprechstunde
Erfstadt Lechenich, Liblar, Erp, Friesheim, Bliesheim, Ahrem, Blessem, Köttingen, Borr, Kierdorf, Gymnich, Kerpen-Mitte, Dirmerzheim, Herrig	Yasmin Güleryüz yasmin.guleryuz@Rhein-Erft-Kreis.de	Döge Roos	Dienstag
Wesseling Hürth	Dr. Münstermann gudrun.muenstermann@Rhein-Erft-Kreis.de	Casper N.N.	Montag
Frechen, Königsdorf, Buschbell, Grefrath, Habelrath, Bachem	N.N.	Breuer Consten	Mittwoch
Brühl – Innenstadt, Schwadorf, Badorf, Eckdorf, Pingsdorf, Vochem, Kierberg, Heide Kerpen-Innenstadt (kath. Grundschule) Kerpen-Türnich	Klatt dagmar.klatt@Rhein-Erft-Kreis.de	Büsdorf Steffens	Donnerstag

**Abbildung 11: Jugendarztliche Zuständigkeiten im Rhein-Erft-Kreis, Stand: 2002**

Derzeit sind bei den Ärztinnen eine Vollzeitstelle infolge Mutterschutz sowie eine halbe Stelle infolge Pensionierung nicht besetzt; bei den medizinischen Assistentinnen eine Vollzeitstelle infolge Verrentung. (Stand: 11/2003)

## 6. Darstellung der Datengrundlage zur Einschulungsuntersuchung

### 6.1 Struktur der erhobenen Daten bei der Einschulungsuntersuchung

#### 6.1.1 Untersuchungssituationen in den Schulen

Die Daten zur gesundheitlichen Situation bei Einschulungskindern werden durch das jugendärztliche Team in der aufnehmenden Schule selbst erhoben. Seit das sogenannte ‚Arztzimmer‘ in den Schulen abgeschafft worden ist, ist die Untersuchungssituation in den Schulen sehr unterschiedlich gut. Die Untersuchungsräumlichkeiten variieren stark: sie reichen vom Kartenraum bis zur Aula. Die Organisation ist ebenfalls sehr unterschiedlich: von sehr gut bis chaotisch reichen hier die Einschätzungen. Die bestehende Raumnot an den Schulen hat die Akzeptanz der Untersuchung an den Schulen eingeschränkt: von sehr gut bis ‚geduldet‘ lauten hier die Einschätzungen. (Quelle: Bericht eines jugendärztlichen Teams.)

#### 6.1.2 Erhebungsinstrumentarium

##### 6.1.2.1 Beschreibung Untersuchungsdesign

Die Einschulungsuntersuchungen laufen nach einem Untersuchungsdesign ab, welches bereits in den 60er-Jahren von IDIS entwickelt worden ist. Seit Beginn im Jahre 1967 ist dieses von Otto Nacke begründete Untersuchungsdesign bekannt und gültig. ‚Die grundlegende Reform der Schuleingangsuntersuchung [...] kann seitens des LÖGD zur Zeit nicht weiter vorangetrieben werden.‘ (Webseite des LÖGD: Zum Sachstand der Weiterentwicklung der Schuleingangsuntersuchung in NRW) Grundlegende Umarbeiten, die sich u.a. an der Kritik auf die Itemdichte, der Vermischung von Organsystemen und Maßnahmen sowie des Kodierungsschlüssels beziehen, (vgl. dazu auch 1997 Dortmund) haben sich auch nicht in der bislang vorliegenden PC-Fassung niedergeschlagen. Die Weiterentwicklung der ‚zu dokumentierenden Befunde‘ bezieht sich auf eine Überprüfung ‚unter dem Aspekt der Schulrelevanz mit dem Ziel einer Reduktion der Dokumentationsbefunde‘. (LÖGD)

Ursprünglich war damit eine Qualitätskontrolle des schulärztlichen Dienstes beabsichtigt. Dies spiegelt sich in den Auswertungen des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienstes – LÖGD – wider, welches die regionalen Auswertungen auf den Schularzt bezogen liefert. (Konkret: Häufigkeiten Untersuchungsergebnisse nach Arztnummer). Diese können auch dazu benutzt werden, regionale Auffälligkeiten auf Bezirksebene darzustellen, und so kleinräumige Interventionen durchführen zu können seitens des schulärztlichen Dienstes.

Zur Datenerfassung wird ein Instrumentarium benutzt, welches aus Durchschreibekarten besteht mit insgesamt 14 Feldern zu persönlichen Daten des untersuchten Kindes sowie internen Vermerken, 95 Feldern für die Befunderhebung – davon sind 25 Felder frei festlegbar und damit knapp  $\frac{3}{4}$  aller Befunderhebungen festgelegt – sowie 15 Felder für potentielle Erstbefunde; 19 Felder sind für spezielle Befunde der Sprache und Motorik reserviert; 15 Felder für Befunde bei der Hauptschuluntersuchung sowie weitere 15 freie Felder.

Bei der Einschulungsuntersuchung können damit potentiell 143 Items für jedes Kind erhoben werden. Tatsächlich werden bei der Einschulungsuntersuchung im Rhein-Erft-Kreis ausgefüllt:

- alle festgelegten Felder
- sechs Freifelder
- die 15 Felder zur Motorik und Sprache

- Erstbefundfelder (variabel nach Untersuchungsbefund)

Damit ergibt sich eine Itemdichte von insgesamt 62 % plus (variable) Erstbefunde bei der Einschulungsuntersuchung.

Diese rund 90 Felder haben in der Regel fünf Kodierungsmöglichkeiten. (A, B, D, X, O, entspricht: Befund mit Erstüberweisung, Befund mit ausreichender Behandlung, Dauerschaden, Befund ohne Arztüberweisung, keine Untersuchung durchgeführt / durchführbar.) Dieses Kodiersystem ist in einem 76-seitigem Manuskript dargestellt für jedes Item einzeln, weil spezifiziert in Bezug auf die Krankheitsausprägung nach Definition, Erläuterung, Markierung, weitere Maßnahmen.

### 6.1.2.2 Geplante Weiterentwicklung des Instrumentariums

Es ist geplant, die Markierungskarten umzustellen auf elektronische Datenerfassung. Zur Zeit gibt es allerdings technischen Unzulänglichkeiten der Software.

Zentral vom LÖGD aus ist eine vollständige Revision des gesamten Systems geplant, welches voraussichtlich für die Einschulungsuntersuchungen 2004 zur Verfügung stehen soll. (Stand der mündlichen Mitteilung: 5/2003) [vgl. 9.1]

### 6.1.2.3 Untersuchungskategorien

Die Items lassen sich wie folgt gliedern:

- Interne Vermerke:  
Kennnummer des Kindes, Bezirksnummer, Schulnummer, Untersuchungsart, Arztnummer, Untersuchungsdatum
- Persönliche Daten zum Kind:  
Geburtsdatum, Geschlecht, Ethnie, Größe, Gewicht, Blutdruckwerte, Freifeld
- Organsysteme:
  - Sehen
  - Hören
  - Hals / Nase
  - Herz
  - Atemwege
  - Wirbelsäule
  - Gliedmaße
  - Haut
  - Endokrinologisches System
  - Bauch
  - Zentrales Nervensystem und Verhalten
  - Maßnahmen und Beurteilungen
  - Erstbefunde
  - Motorik , Wahrnehmung, Sprache
  - Spezielle Präventionsleistungen
  - Impfen

- Früherkennungsuntersuchungen

## 6.2 Zentrale Auswertung der Daten

Die erhobenen Daten werden zum LÖGD nach Bielefeld geschickt, und dort ausgewertet:

- NRW–weit, vergleichend, größtenteils bezogen auf Organsysteme
- Regional, Papierversion bezogen auf Arztnummer sowie einige Infographiken auf CD (speziell zu: Übergewicht und Impfen)



## 7. Regionale Auswertung der Daten 2002: Häufigkeit nach Geschlecht

### 7.1 Interne Vermerke und persönliche Daten zum untersuchten Kind

Aus diesen Daten können Fragen beantwortet werden wie:

- wie viele Kinder sind bei der Einschulungsuntersuchung eines Jahrganges untersucht worden / pro Team / pro Gemeinde
- Altersverteilung der Einschulungskinder / Verteilung Ausländer: Deutsche
- Hinweise auf Fehlernährung durch Vergleich von Größe : Gewicht

#### 7.1.1 Einschulungsuntersuchungen als Tätigkeitsschwerpunkt des Jugendärztlichen Dienstes im Rhein-Erft-Kreis

Die Einschulungsuntersuchung ist eine gesetzlich festgelegte Aufgabe, so dass hier ein Tätigkeitsschwerpunkt des Jugendärztlichen Dienstes liegen muss.

Die Zahlen belegen, dass bei sonstigen Aufgaben deutlich geringere Fallzahlen erreicht werden (z. B. Hauptschuluntersuchung) resp. in 2002 der Kindergartenbereich bei der Mehrzahl der Teams fast völlig weggefallen ist, insbesondere aufgrund mangelnder Besetzung von Arztstellen.

In den Jahren 2001 und 2002 lag demnach ein Tätigkeitsschwerpunkt des Jugendärztlichen Dienstes auf den Einschulungsuntersuchungen. Mit insgesamt 5.015 Untersuchungen in 2001, und 5.087 Untersuchungen in 2002 werden alle Jungen und Mädchen des Rhein-Erft-Kreises bei dem Eintritt in die Grundschule untersucht.

Bei der weiteren Darstellung der Daten beziehe ich mich auf diese – die größte – Teilgruppe, welche zu 92 % aus nicht zurückgestellten Kindern besteht; d.h. 8 % der Kinder gehören zu der Gruppe der Kinder, die zurückgestellt worden sind und zum Einschulungstermin erneut auf Schulfähigkeit untersucht werden (Zusatzuntersuchung bei 389 Kindern, davon rund 60% männlich).

Es lässt sich feststellen, dass die insgesamt acht jugendärztlichen Teams in der Regel feste Gemeinden untersuchen, so dass für die Schulen jeweils in der Mehrzahl der Fälle eine gemeindebezogene ärztliche Ansprechpartnerin besteht. Dies gilt eingeschränkt für Bergheim, wo knapp ein Drittel und Hürth und Kerpen, wo jeweils rund ein Fünftel auch von mehreren Ärztinnen untersucht werden. (Für das Jahr 2003 ff. gilt dies eingeschränkter infolge der Nichtbesetzung von 1,5 Stellen im Jugendärztlichen Dienst.)

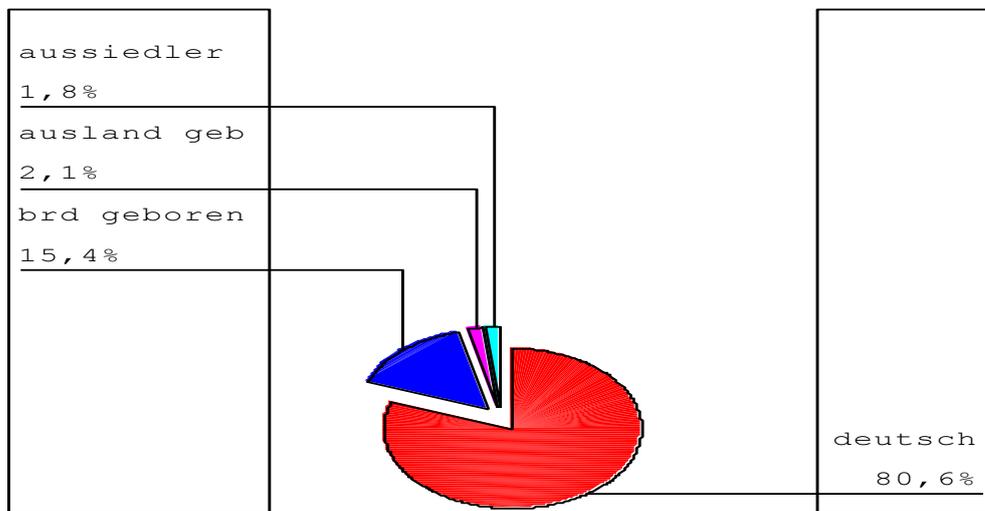
Die Fallzahlen pro Team bewegen sich von 9,7 % - 17,5 % (Ganztagsstelle) aller Einschulungsuntersuchungen, und liegen bei den Teilzeitstellen im Mittel bei über 600 Fällen allein bei den Einschulungsuntersuchungen.

#### 7.1.2 Rhein-Erft-Kreis – Deutsche und Ausländer

Auch im Rhein-Erft-Kreis spiegelt sich die Tatsache wider, dass Deutschland faktisch ein Einwanderungsland ist (vgl. Bade, Münz 2000) durch den – nach Gemeinden unterschiedlich hohen – Anteil von nicht

in Deutschland geborenen Kindern (=Aussiedler und im Ausland geborene Kinder) bzw. von Kindern mit nicht-deutschen Elternteilen (in der BRD geboren) gegenüber Deutschen.

# Ethnographische Verteilung Deutsche und Ausländer



**Abbildung 12: Jeder Fünfte ist ‚Ausländer‘:**  
Verteilung von ‚deutschen‘ Deutschen, ‚ausländischen‘ Deutschen und Ausländern (N= 5087) / Kinder bei Einschulungsuntersuchung 2002

Betrachtet man die Verteilung der Kinder nach Gemeinden und ‚Deutschen‘ und ‚Ausländern‘, so ergibt sich folgendes Bild:

## ausländische und Deutsche Einschulungskinder nach Gemeinden/ 2002

		0		1	
		Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%
		stadt	bedburg	255	85,0%
	bergheim	467	74,5%	160	25,5%
	brühl	364	76,6%	111	23,4%
	elsdorf	231	84,0%	44	16,0%
	erftstadt	504	92,8%	39	7,2%
	furth	374	77,3%	110	22,7%
	hürth	422	79,3%	110	20,7%
	kerpen	584	79,3%	152	20,7%
	pulheim	590	90,8%	60	9,2%
	wesseling	310	66,7%	155	33,3%
Gesamt		4101	80,6%	986	19,4%

0= deutsch; 1= migrationshintergründig

**Abbildung 13: Verteilung von deutschen und migrationshintergründigen EinschulungsschülerInnen auf die Gemeinden des Rhein-Erft-Kreises im Jahre 2002 (N= 5087)**  
migrations\* =: mit Migrationshintergrund, zusammengefasst: Eltern Ausländer – Kind in Deutschland geboren, Kind im Ausland geboren, Aussiedler

Die unterschiedliche Dichte der Ausländerverteilung von Einschulungskindern in den Gemeinden wird anhand dieser Tabelle deutlich, die Streuung geht von 7,2 % in Erftstadt bis zu 33,3 % in Wesseling. Bei der Gesamtbevölkerung im Rhein-Erft-Kreis beläuft sich die Ausländerquote in 2002 auf 11,5 %.

### 7.1.3 Problematische Ernährung

Ernährungsprobleme können zu Übergewicht, Untergewicht und Fehlernährung führen. Bei den Einschulungsuntersuchungen werden Quantitäten erfasst, so dass Aussagen über die Probleme des Dickseins und Dünnseins getroffen werden können. Damit ist vermutlich auch in der Tendenz eine Aussage über Fehlernährung verbunden.

## Werden sie dicker und dicker und ...?

Zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung 2002 sind 6,3 Prozent der Kinder im Erftkreis übergewichtig und bereits 4,8 Prozent gelten nach dem Body-mass-Index\* als adipös.

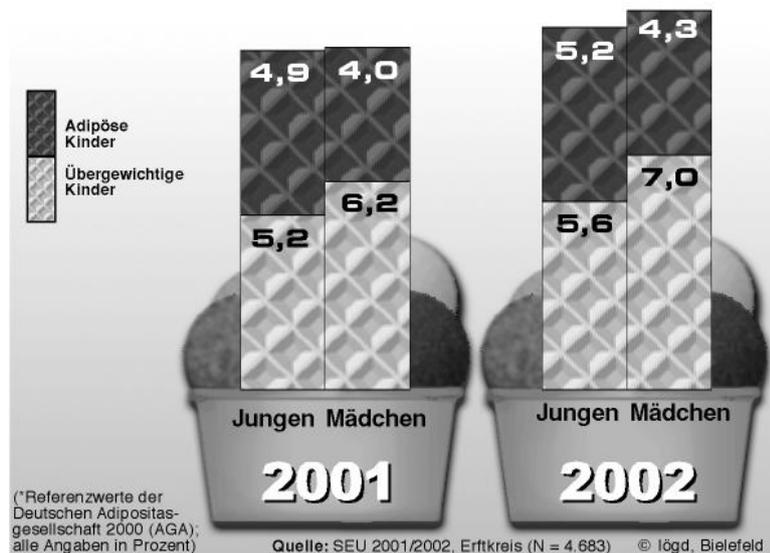


Abbildung 14: Werden sie immer dicker? – Vergleich von übergewichtigen Kindern bei der Einschulung 2001 und 2002 (N= 4.683), Darstellung vom lögd, Bielefeld

Adipositas und Übergewichtigkeit werden mit dem BMI = Body Mass Index erfasst. Der BMI errechnet sich nach der Formel: Gewicht geteilt durch (Größe in Metern) zum Quadrat. Für Kinder und Erwachsene gelten folgende Werte:

Alter in Jahren	BMI Übergewicht	BMI Adipositas
Bis 5	18	19
Bis 10	21	24
Bis 16	25	28
Erwachsene	25	30

Abbildung 15: BMI-Maße für Kinder und Erwachsene

[Eine Berechnung des BMI-Indexes ist möglich mithilfe von <http://www.a-g-a.de/modules.php?name=Bmi> ]

Lt. Ernährungsbericht der DGE = Deutsche Gesellschaft für Ernährung sind insgesamt 11% aller Kinder bis zu 16 Jahren übergewichtig, 9 % der Jungen und 7 % der Mädchen leiden unter Adipositas. ([www.bzga.de](http://www.bzga.de), Zahlen von 2000)

Im Vergleich dazu scheinen die Zahlen des Rhein-Erft-Kreises niedriger zu liegen bezüglich der Adipositas; nimmt man die vom LÖGD differenzierten Zahlen nach Adipositas und Übergewichtigkeit zusammen, kommt man allerdings auf etwa den gleichen Wert von 11% wie die DGE, wobei deren Zahlen nicht nur Einschulungskinder, sondern Kinder bis zu 16 Jahren umfassen.

## 7.2 Auswertung der Daten von elf Organsystemen

Ich werde im folgenden die Daten der Einschulungsuntersuchung nach Organsystemen und Geschlecht wiedergeben. Falls sich signifikante Unterschiede nach Ethnie ergeben, werden sie ebenfalls referiert.

Die folgenden Daten werden ausgewertet nach der Befunderhebung, wie sie oben in 6.1.2 beschrieben worden sind. Dies bedeutet, dass jeweils in der ersten Zeile zu dem Untersuchungsbefund die Anzahl der gültigen Fälle angegeben worden ist. Diese kann je nach Item unterschiedlich sein. Für die hier interessierende Fragestellung – wie gesund / krank sind Einschulungskinder – kommt es erst einmal auf die Häufigkeit von auffälligen Befunden an. Für diese Fragestellung ist das Erhebungsinstrument diskriminierend. Für validere Messungen sind Revisionen des Erhebungsinstrumentariums sowie Neuentwicklungen in Arbeit.

Ich interpretiere anschließend zusammengefasst die Daten gemäss der möglichen Markierungen. Danach wird unterschieden in:

(Erst-) Befunde, die so gravierend sind, dass sie eine Arztüberweisung notwendig machen = Neu entdeckte Befunde bzw. Kontrolle eines bekannten Befundes (beispielsweise: ein bekannter Befund soll wegen der Einschulung genauer abgeklärt werden)

Befunde, die vorliegen und bereits behandelt werden sowie Befunde, die eine dauerhafte Leistungsbeeinträchtigung bedeuten = manifeste Krankheiten. Hierunter fallen auch Beeinträchtigungen, die ein Zustand sind (fehlende Anlage, nach Amputation etc.)

Befund, der keiner ärztlichen Überweisung bedarf = latente Krankheit, d.h. ein (leichterer) Befund, der keine wesentliche Funktionseinschränkung bedeutet und nicht behandelt werden muss; später eventuell jedoch zur Gesundheitsstörung werden kann (vgl. oben, 2. Fragestellung)

### 7.2.1 Sehen

		geschlecht	
		M	W
sehschärfe	keine untersuchung	1	
	erstbef und mit üb	150	131
	in behandlung	231	258
	dauerschaden	1	2
	befund ohne üb	1	1
schielen	erstbef und mit üb	37	20
	in behandlung	75	78
	befund ohne üb	2	1
farbsinnstörung	erstbef und mit üb	13	1
	in behandlung	3	
	befund ohne üb	67	1

**Abbildung 16: Sehen – Befunde der Einschulungsuntersuchung 2002**

Aus diesen Daten kann entnommen werden, dass in Bezug auf das Sehen bei der Einschulungsuntersuchung eine Problematik bei insgesamt 1.073 Kindern besteht. Dies entspricht einem Anteil von 21,1 % aller Einschulungskinder.

Organsystem Sehen	neu entdeckt = Erstbefund mit Überweisung	manifeste Gesund- heitsstörung = in Behandlung ( + Dauerschaden)	latente Gesundheits- störung = Befund ohne Überweisung
Anzahl der Kinder	352	648	73

**Abbildung 17: Rund ein Fünftel der Kinder hat bei der Einschulungsuntersuchung ein Sehproblem**

### 7.2.2 Hören

Wie sieht es mit der weiteren Sinneswahrnehmung aus, dem Hören?

		geschlecht	
		M	W
hörstörung	erstbefund mit üb	91	112
	in behandlung	43	50
	dauerschaden	5	3
	befund ohne üb	3	

**Abbildung 18: Hören – Befunde der Einschulungsuntersuchung 2002**

Es bestehen bei insgesamt 307 Kinder manifeste oder latente Hörprobleme. Dies entspricht einer Rate von rund 6,03 %.

Organsystem Hören	neu entdeckt = Erstbefund mit Überweisung	manifeste Gesund- heitsstörung = in Behandlung ( + Dauerschaden)	latente Gesundheits- störung = Befund ohne Überweisung
Anzahl der Kinder	203	101	3

**Abbildung 19: Hören – knapp drei von hundert Kindern haben ein Hörproblem**

### 7.2.3 Hals- Nase, Herz, Bauch

Hier ergaben sich Befunde in einer Größenordnung < 20.

### 7.2.4 Allergischer Symptomkomplex – Atemwege, Haut

Asthma und Ekzem gehören in der Mehrzahl der Fälle zum allergischen Symptomkomplex und werden deshalb hier zusammengefasst behandelt.

		geschlecht	
		M	W
asthma	in behandlung	26	16
	befund ohne üb	12	6

**Abbildung 20: Eins von 100 Kindern leidet unter Erkrankungen der Atemwege - Bronchitis und akuter Infekt ohne Nennungen**

		geschlecht	
		M	W
ekzem	erstbef und mit üb	4	5
	in behandlung	28	40
	dauerschaden	1	2
	befund ohne üb	58	63

**Abbildung 21: Hautprobleme bei Einschulungskindern 2002 / Ekzem und sonstige Hautprobleme ohne Nennungen**

Allergischer Komplex: Organsystem Atemwege / Haut	neu entdeckt = Erstbefund mit Überweisung	manifeste Gesundheitsstörung = in Behandlung ( + Dauerschaden)	latente Gesundheitsstörung = Befund ohne Überweisung
Anzahl der Kinder	9	113	139

**Abbildung 22: Fünf von hundert Kindern im Einschulungsalter [!] leiden an einem allergischen Symptomkomplex**

### 7.2.5 Wirbelsäule

		geschlecht	
		M	W
skoliose	erstbef und mit üb	43	48
	in behandlung	15	14
	leichtere skoliose	8	17

**Abbildung 23: Erkrankungen der Wirbelsäule bei Einschulungskindern – Kyphose, Haltungsschwäche und Thorax ohne Nennungen**

Organsystem	neu entdeckt = Erstbefund mit Überweisung	manifeste Gesund- heitsstörung = in Behandlung ( + Dauerschaden)	latente Gesundheits- störung = Befund ohne Überweisung
Wirbelsäule			
Anzahl der Kinder	91	29	25

Abbildung 24: Etwa drei von hundert Kindern leiden an Skoliose bei Schuleintritt

### 7.2.6 Gliedmaße

		geschlecht	
		M	W
fußschäden	erstbefund mit üb	3	2
	in behandlung	26	18
	dauerschaden	1	2
minderwuchs	befund ohne üb	78	60
	erstbefund mit üb	1	2
	in behandlung	3	6
beinlängendiff	befund ohne üb	28	35
	erstbefund mit üb	15	14
	in behandlung	1	5
	befund ohne üb	39	39

Abbildung 25: Weitere orthopädische Probleme bei Einschulungskindern / Hüftschaden und Körperbehinderung ohne Nennungen

Fußschäden, Minderwuchs und Beinlängendifferenzen haben sich als Befunde bei der Einschulungsuntersuchung ergeben.

Organsystem	neu entdeckt = Erstbefund mit Überweisung	manifeste Gesund- heitsstörung = in Behandlung ( + Dauerschaden)	latente Gesundheits- störung = Befund ohne Überweisung
Gliedmaße			
Anzahl der Kinder	37	62	279

Abbildung 26: Gut sieben von 100 Kindern haben Auffälligkeiten an den Gliedmaßen

## 7.2.7 Endokrinologisches System

		geschlecht	
		M	W
übergewicht	erstbef und mit üb	54	55
	in behandlung	24	27
	befund ohne üb	167	165
diabetes	in behandlung	1	1
	dauerschaden	1	

**Abbildung 27: Endokrinologische Auffälligkeiten bei Einschulungskindern / Struma und Hodenhochstand ohne Nennungen**

Endokrinologische Probleme	neu entdeckt = Erstbefund mit Überweisung	manifeste Gesundheitsstörung = in Behandlung ( + Dauerschaden)	latente Gesundheitsstörung = Befund ohne Überweisung
Anzahl der Kinder	109	54	332

**Abbildung 28: Rund 10 von 100 Kindern leiden unter der Ernährungsstörung: Zu- Viel- Essen**

Hier fällt insbesondere der hohe Wert der Erstbefunde auf, die eine Arztüberweisung erforderlich machen aus der Sicht der Jugendärztinnen sowie der dreimal so hohe Wert des ebenfalls auffälligen Befundes ohne Arztüberweisung. Fast alle Befunde beziehen sich auf das Problem der Überernährung. (siehe Abbildung 16).

Das Problem der Unterernährung ist damit noch kaum in dieser Altersgruppe, sondern erst im Jugendalter angesiedelt. Es beträgt lt. DEG immerhin 8 % bei Jugendlichen.

7.2.8 Zentrales Nervensystem und Verhalten

		geschlecht	
		M	W
koordinierung	erstbef und mit üb	42	14
	in behandlung	187	41
	dauerschaden	1	
zerebrale störung	befund ohne üb	249	134
	erstbef und mit üb		1
	in behandlung	6	2
sprachstör	dauerschaden	3	1
	befund ohne üb		2
	erstbef und mit üb	75	49
wahrnehmung	in behandlung	255	135
	befund ohne üb	351	261
	erstbef und mit üb	20	15
zeranfall	in behandlung	37	10
	schwere wahrnehmungsstörung	1	
	leichtere wahrnehmungsstörung	160	94
zeranfall	in behandlung	5	3
	befund ohne üb	1	

**Abbildung 29: Modell Rheinland bei Einschulungsuntersuchungen – besonderes Augenmerk auf Koordination, Sprache und Wahrnehmung / Verhaltensauffälligkeiten, Lernbehinderung und Geistige Behinderung ohne Nennungen**

Zentrales Nervensystem und Verhalten	neu entdeckt = Erstbefund mit Überweisung	manifeste Gesundheitsstörung = in Behandlung ( + Dauerschaden)	latente Gesundheitsstörung = Befund ohne Überweisung
Anzahl der Kinder	216	687	1.252

**Abbildung 30: 2.155 Einschulungskinder (42,3 %) haben Probleme bei Sprache, Wahrnehmung und Koordination**

Mehr als vier von zehn Kindern zeigen Auffälligkeiten bei Koordination, Sprache und Wahrnehmung bei der Einschulungsuntersuchung. Dies ist ein deutlicher Hinweis auf ein epidemiologisch bedeutsames Problem. Es kann nicht erklärt werden mit dem sogenannten Rheinischen Modell bei der Schulinganguntersuchung, welches besonderes Gewicht auf Sprache, Koordination und Wahrnehmung legt, sondern verweist auf den überdurchschnittlich hohen Anteil von Problemen in diesem Bereich, der bereits - oder noch! – bei Einschulungskindern deutlich wird. (vgl. weiter unten, Maßnahmen).

## Zusammenfassung der Ergebnisse zu Organsystemen

Organsystem/ Anzahl der Kinder	neu entdeckt = Erstbefund mit Arztüberweisung	manifeste Gesundheitsstörung = in Behandlung ( + Dauer-schaden)	latente Gesundheitsstörung = Befund ohne Überweisung
Sehen	352	648	73
Hören	203	101	3
HNO		8	6 (Zustand nach OP)
Herz-Kreislauf	-	-	-
Atemwege		42	18
Wirbelsäule	91	29	25
Gliedmaße	37	59 (62)	279
Haut	9	71	121
Endokrinologie	109	51 (54)	332
Bauch	1	1	18 (Kleiner Bruch)
ZNS und Verhalten	216	687	1252
Summe = 4.884 Nennungen	1.018	1.705	2.160

**Abbildung 31: Kranke Einschulungskinder !?**  
**20 % Kinder – Befunde mit Arztüberweisung; 33 % Kinder– in Behandlung; 42,5 % Kinder– mit einer Gesundheitsstörung bei der Einschulungsuntersuchung (N= 5.087)**

### 7.3 Motorik, Sprache, Wahrnehmung

Die Befunde zur Motorik, Sprache und Wahrnehmung sind beim ‚IDIS-Modell‘ zusammengefasst unter; ZNS und Verhalten.

Die speziellen Befunde zu Koordinationsstörungen, Sprachstörungen und Wahrnehmungsstörungen sollten hier genauer betrachtet werden.

Geschlecht/ Störung Erstbefund / in Behandlung/ leichterer Befund	Koordinationsstörung			Sprachstörung			Wahrnehmungsstörung		
	männlich	42	188	249	75	255	351	20	38
weiblich	14	41	134	49	135	261	15	10	94

**Abbildung 32: Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Koordinations-, Sprach- und Wahrnehmungsstörungen – Einschulungskinder 2002, absolute Häufigkeiten**

Bei der Betrachtung der relativen Häufigkeiten wird deutlich, dass der Schwerpunkt der Störungen bei der Sprache liegt, gefolgt von Koordination und Wahrnehmung. Bei allen drei Bereichen haben männliche Kinder ‚die Nase vorne‘.

Störung/ nach Geschlecht vom Gesamt in %	Koordinationsstörungen	Sprachstörungen	Wahrnehmungsstörungen
männlich	18,1	25,7	8,3
weiblich	7,8	18,2	4,8

**Abbildung 33: Prozentuale Anteile nach Geschlecht von leichten bis schweren Befunden im Bereich Koordination, Sprache und Wahrnehmung**

## 7.4 Inanspruchnahme von Präventionsleistungen

### 7.4.1 Impfungen

Die wohl wichtigste Präventionsleistung, welche Gesundheitssysteme anzubieten haben, sind Impfungen. Die sogenannte Durchimpfungsrate eines Jahrgangs gibt Aufschlüsse darüber, wie diese Leistung angenommen wird. (vgl. Anhang 7, Aktuelle Empfehlung STIKO)

Die Daten zu Impfungen werden erhoben durch die Vorlage der Impfausweise bei den Einschulungsuntersuchungen. Diese werden in der Mehrzahl der Fälle vorgelegt (88,4 %), bei 11,6 % der Fälle aber nicht vorgelegt. Auch das RKI (2003) geht von rund 10 % nicht vorgelegter Impfausweise aus. Bei der Berechnung der sogenannten ‚Durchimpfungsrate‘ können nun die Zahlen auf der Basis der tatsächlich vorgelegten Impfhäfte berechnet werden. Bei der Interpretation der Daten wird dann unterstellt, dass die Fälle mit nicht vorgelegtem Impfhäfte sich ähnlich verteilen.

Die alternative Methode besteht darin, Impffzahlen auf der Basis aller untersuchten Kinder zu berechnen. Die Interpretation der Daten bei dieser Methode geht von dem Erfahrungswert aus, dass bei den Fällen von nicht vorgelegten Impfhäften die Rate der Nicht–Geimpften überwiegt, so dass insgesamt angenähert realistischere Prozentraten ermittelt werden. Der tatsächliche Wert dürfte in der Mitte liegen.

Ich stelle beide Varianten vor.

Impfung gegen ...	komplette Impfungen		unvollständige Impfungen		nicht Geimpfte	
	Basis: alle untersuchten Kinder (N= 5.087)	Basis: Impfheft vorgelegt (N=4.498)/ gültige Prozente	Basis: alle untersuchten Kinder	Basis: Impfheft vorgelegt	Basis: alle untersuchten Kinder	Basis: Impfheft vorgelegt
Tetanus	86,4	98,0	1,7	1,9	0,1	0,1
Diphtherie	86,3	97,8	1,7	1,9	0,3	0,3
Polio	84,9	96,1	3,1	3,6	0,4	0,4
Hib	76,3	85,7	16,0	9,0	4,4	5,0
Pertussis	75,9	86,0	9,7	11,0	2,6	2,9
Masern	28,2	32,0	53,7	60,8	6,4	7,2
Mumps	27,8	31,5	53,6	60,7	6,9	7,8
Röteln	27,0	30,6	49,1	55,6	12,1	13,7
Hep B	0,2	0,2	13,9	15,8	74,3	84,0

**Abbildung 34: Impfraten Einschulungskinder 2002 Rhein-Erft-Kreis auf Basis von allen untersuchten Kindern (N= 5.087) und auf der Basis von untersuchten Kindern mit vorgelegtem Impfheft (N= 4.498)**

Zusammenfassung zu Impfungen:

Impfung	Erläuterung
Tetanus	Tetanus und Diphtherie wird in der Regel als Kombinationsimpfung verabreicht. Wenn mindestens dreimal geimpft worden ist, kann von einem vollständigen Impfschutz gesprochen werden. Dieser ist bei 2% der Kinder nicht erreicht.
Diphtherie	Die Impfpflicht bei Diphtherie lautet auf mindestens drei Impfungen, so dass die insgesamt 2,2% der Kinder mit weniger als drei Impfungen nicht ausreichend geimpft sind.
Polio	Bei Polio sind 96 % der Einschulungskinder 2002 im Rhein-Erft-Kreis sind gegen diese Krankheit ausreichend geimpft, weil sie drei / viermal geimpft worden sind. Ziel sollte eine vollständige Durchimpfung sein, so dass die restlichen 4% auch noch den vollständigen Impfschutz haben.
Hib	Mit 15 % unvollständiger / nicht-geimpfter Kinder liegt die Rate bei den Hib-Impfungen recht hoch. Diese Impfung ist ab dem 5. Lebensjahr nicht mehr notwendig.
Pertussis	Wenn mindestens viermal geimpft worden ist, kann von einem vollständigen Impfschutz gesprochen werden. Bei der Pertussis-Impfung wird dieser Schutz von 13,9 % nicht erreicht.
Masern	Masern, Mumps und Röteln werden in der Regel als Kombinationsimpfung gegeben. Die Zahlen zeigen, dass von dieser Regel auch abgewichen wird. Vollständig geimpft sind bei Masern 32 %; einmal geimpft rund 61 % - jedoch überhaupt nicht gegen Masern geschützt sind 7,2 %.
Mumps	Masern, Mumps und Röteln werden in der Regel als Kombinationsimpfung gegeben. Die Zahlen zeigen, dass von dieser Regel auch abgewichen wird. Vollständig geimpft sind bei Mumps 33,15 %; einmal geimpft 60,7 % - überhaupt nicht gegen Mumps geschützt sind 7,8 %.
Röteln	Masern, Mumps und Röteln werden in der Regel als Kombinationsimpfung gegeben. Die Zahlen zeigen, dass von dieser Regel auch abgewichen wird. Vollständig geimpft sind bei Röteln 30,6 %; einmal geimpft rund 55,6 % - jedoch überhaupt nicht gegen Röteln geschützt sind 13,7 %.
Hepatitis B	Die Impfpflicht der STIKO lautet auf dreimalige Impfung, um einen vollständigen Impfschutz zu erreichen. Dies wird beim Einschulungsjahrgang 2002 lediglich von insgesamt neun Kindern erreicht (0,2 %). Eine Impfung haben lediglich 15,8 % der Kinder. Überhaupt nicht geimpft sind 84 % der Kinder. Damit bleibt die Impfquote bei Hepatitis B unbefriedigend.  Diese Zahlen sind jedoch sehr vorsichtig zu interpretieren, weil sich seit 1999 die Felder auf dem Erhebungsinstrumentarium für die Hepatitis B-Impfung mehrfach geändert haben (Feld 122, dann F 50, dann BCG-Impfung belegt mit Hepatitis B).  Nach dem Eindruck des Jugendärztlichen Dienstes ist die Impfung, die seit 1995 empfohlen wird seitens der STIKO gut angenommen worden. Die Zahl der durchgeimpften Kinder dürfte deshalb höher liegen als durch die Markierung ausgewiesen

**Abbildung 35: Erläuterung zu den Impfquoten 2002, Basis: vorgelegte Impfheften (N=4.498)**

Diese Befunde sollen nun mit absoluten Zahlen analysiert werden, wobei ich die Impfpflichtungen nach StIKO (= Ständige Impfkommission am RKI) als Referenz nehme und kontrastiere mit den gefundenen Häufigkeiten bei den Einschulungskindern 2002.

Impfungen/ Anzahl EinschülerInnen	komplett lt. STIKO	begonnen mindestens eine Impfung fehlt	ungeimpft keine Impfung
Masern	1.435	2.734	324
Mumps	1.415	2.226	352
Röteln	1.375	2.500	617
Diphtherie	4.391	84	14
Tetanus	4.397	85	7
Polio	4.317	160	18
Hepatitis B	10	708	3.780
Hib	3.880	812	226
Pertussis	3.861	494	133

**Abbildung 36: Absolute Zahlen – für eine Impfkampagne ... / Einschulungsjahrgang 2002 im Rhein-Erft-Kreis (N= 5.087)**

Wenn man sich die letzte Spalte mit den absoluten Zahlen ansieht, so enthält sie diejenigen Kinder, die überhaupt nicht geimpft worden sind. Damit ist die Gruppe bestimmt, an deren Eltern / Erziehungsberechtigte eine dringende Aufforderung zur Impfung resp. Aufklärung über Impfungen allgemein gesendet werden müsste. Hier wäre die relativ große Gruppe bei Röteln, Mumps und Masern anzusprechen, aber auch bei Pertussis.

In der Spalte davor wird diejenige Gruppe von Kindern deutlich, deren Impfungen dringend der Aktualisierungen bedürfen. Auch hier sind es Masern, Mumps und Röteln, gefolgt von Hepatitis B, wo (laut Markierung, s.o.) große Fallzahlen von unvollständig geimpften Kindern vorliegen. (für Hib siehe entsprechende Spalte in Abbildung 37). Bei einer Auswertung nach Geschlecht haben sich keine gravierenden Unterschiede ergeben. ( Beispiel Masern: von allen Erkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland verteilen sich 1/3 auf den Regierungsbezirk Köln. Im Rhein-Erft-Kreis sind im 2001 48, und im Jahre 2002 41 Fälle vom Gesundheitsamt erfasst worden.)

Aus der folgenden Tabelle wird ersichtlich, wie sich die Rate der Nicht-Geimpften auf die Gemeinden verteilen.

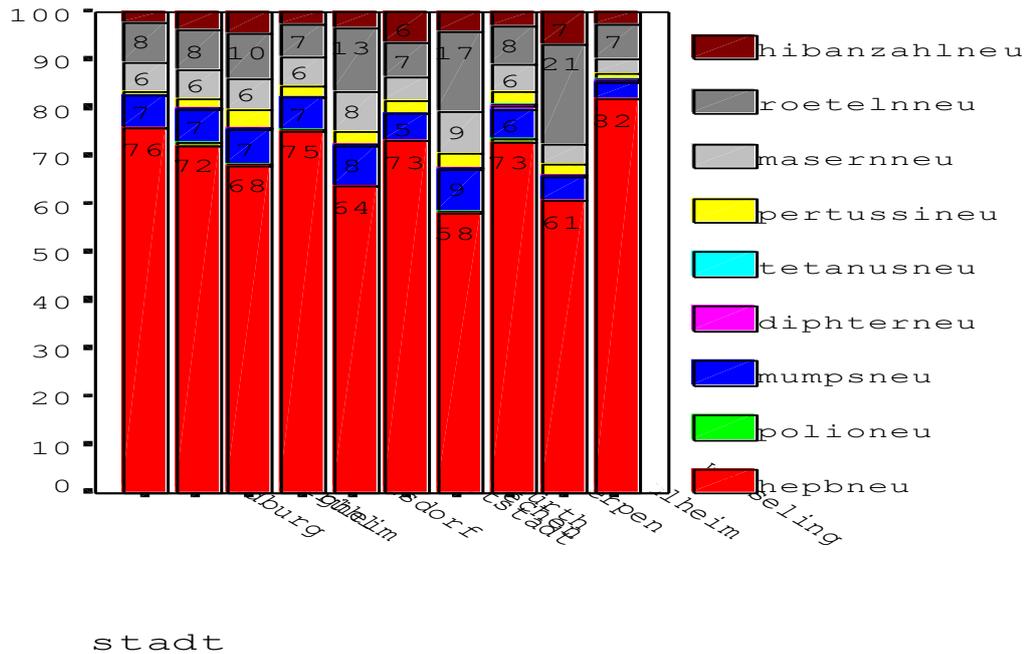


Abbildung 37: Mehr wäre besser – Nicht-Geimpften: Prozentualer Anteil bei neun Impffarten bei Einschulungskindern 2002 im Rhein-Erft-Kreis mit vorgelegten Impffarten nach Gemeinden (N= 4.498)

Insgesamt kann aus diesen Zahlen geschlossen werden, dass ein Schwerpunkt der Maßnahmen sich auf die Impfungen beziehen sollte. (s. weiter unten)

Diese Schlussfolgerung ergibt sich umso dringlicher, als die Zahlen sogar höher ausfallen, wenn man die Annahme verfolgt, dass sich unter den Kindern mit nicht vorgelegten Impffarten überproportional viele Nicht-Geimpfte verbergen.

#### 7.4.2 Präventionsleistung Vorsorgeuntersuchungen

Für Säuglinge bis hin zum Jugendalter werden Vorsorgeuntersuchungen angeboten, die von niedergelassenen Kinder- und JugendärztInnen durchgeführt werden.

Die Inanspruchnahme dieser Untersuchungen wird bei den Einschulungsuntersuchungen vom Jugendärztlichen Dienst erhoben. Dies geschieht nicht aus ‚Datensammelwut‘, sondern weil ein im Prinzip gutes System der kinderärztlichen Vorsorge durch niedergelassene KinderärztInnen Hinweise nicht nur auf individualpädiatrisch, sondern auch auf sozialpädiatrisch bedeutsame Befunde ergibt. Beim Einschulungsjahrgang 2002 wurden die Hefte in 14,1 % der Fälle nicht vorgelegt. Auch hier ist also das gleiche Problem wie bei den Impfungen, in welcher Weise die Raten der Inanspruchnahme der Präventionsleistung berechnet werden sollen.

In den Vorsorgeuntersuchungen der Kinderärzte wird der Schwerpunkt auf etwas anderes gelegt als bei den jugendärztlichen Untersuchungen.

Untersuchung	Untersuchungsbereiche Basis: Maße, Ernährung, Entwicklung, Organstatus	Spezielle Untersuchungsbe- reiche
U1 (postpartal)		Schwangerschafts- und Ge- burtsverlauf, Maße, Reife- zeichen, Fehlbildungen, Vitamin-K-Gabe (Credé- Prophylaxe)
U2 /3.-10 Tag		Fehlbildungen, Anpassung, Stoffwechsel-Screening, Beginn Vitamin-D- und Flu- orprophylaxe, Vitamin-K- Gabe
U3 /4. – 6. Woche)	Maße, Ernährung, Entwicklung, Organsta- tus	Ultraschall Hüfte, Vitamin-K- Gabe
U4 (3. – 4. Monat)	Maße, Ernährung, Entwicklung, Organsta- tus	besonders Hüfte, Beginn der Impfungen
U5 (6. – 7. Monat):	Maße, Ernährung, Entwicklung inkl. Sin- nesorgane, Organstatus	Sinnesorgane
U6 (10. – 12. Monat)	Maße, Ernährung, Entwicklung inkl. Sin- nesorgane, Organstatus	Sinnesorgane
U7 (21. – 24. Monat):	Maße, Entwicklung inkl. Sinnesorgane, Organstatus	Sprache, Verhalten
U8 (43. – 48. Mo.)	Maße, Entwicklung inkl. Sinnesorgane, Organstatus	Sinnesorgane, Sprache, Verhalten, Hör- und Sehtest
U9 (60. – 64. Mo.):	Maße, Entwicklung inkl. Verhalten und Sprache, Organstatus, Hör- und Sehtest	Verhalten, Sprache, Hör- und Sehtests

**Abbildung 38: Kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen bis zum 5. Lebensjahr**

Die Einschulungsuntersuchungen fanden bislang knapp ein Jahr nach der letzten Vorsorgeuntersuchung statt. Diese Spanne wird mit dem Schuljahr 2004 verkürzt werden auf ein knappes halbes Jahr mit der Maßgabe, dass noch frühzeitiger etwaige Fördermaßnahmen bezüglich einer ‚Schulfähigkeit‘ eingeleitet werden können. Aus diesem Grunde wäre es völlig den Intentionen widersprechend, wenn die Einschulungsuntersuchung gar nicht mehr stattfände. Ganz im Gegenteil kann sie ihre Wirkungsmächtigkeit besser entfalten – und dies wird seit Jahren auch von den Jugendärztlichen Diensten so gesehen und propagiert – als dass der spezifische sozialpädiatrische Ansatz noch besser verfolgt werden kann. (s.o. langfristig angelegte, lebensweltbezogene Fördermaßnahmen)

Wie steht es mit der Annahme der Präventionsleistungen durch die Eltern?

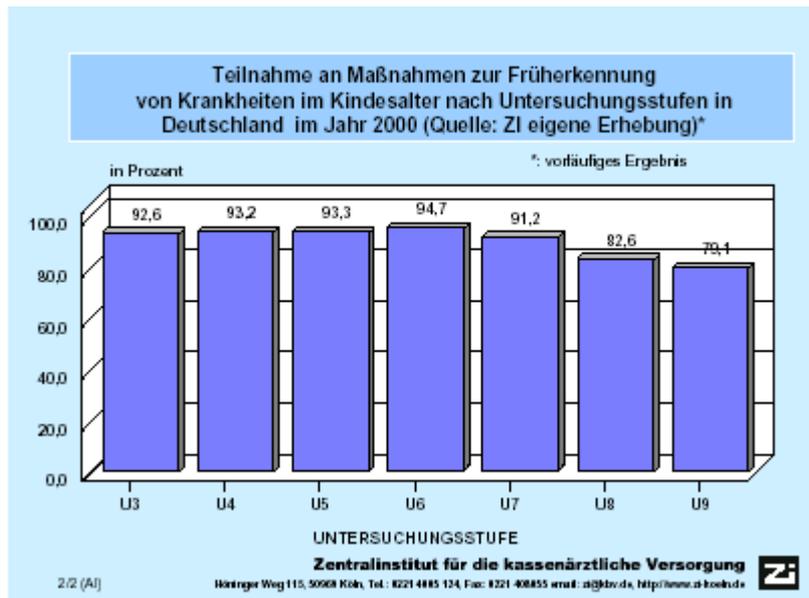
				durchgeführt	nicht durchgeführt
geschlecht	M	u1	%	98,9%	1,1%
		u2	%	98,4%	1,6%
		u3	%	96,9%	3,1%
		u4	%	96,5%	3,5%
		u5	%	94,8%	5,2%
		u6	%	94,3%	5,7%
		u7	%	91,3%	8,7%
		u8	%	85,0%	15,0%
		u9	%	82,1%	17,9%
	W	u1	%	98,5%	1,5%
		u2	%	98,3%	1,7%
		u3	%	97,6%	2,4%
		u4	%	97,2%	2,8%
		u5	%	95,8%	4,2%
		u6	%	95,2%	4,8%
		u7	%	92,1%	7,9%
		u8	%	86,4%	13,6%
		u9	%	82,2%	17,8%

**Abbildung 39: Dokumentierte Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen nach Geschlecht bei Einschulungskindern Rhein-Erft-Kreis 2002 (N= 5087, davon rund 15 % missings)**

Es wird deutlich, dass die Vorsorgeuntersuchungen in der Mehrzahl der Fälle wahrgenommen werden, allerdings geht mit steigendem Alter die Inanspruchnahme kontinuierlich um ein gutes Drittel zurück. Dabei ergeben sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede. Die Spalte ‚nicht durchgeführt‘ bedeutet hier, dass kein Nachweis über die Untersuchungen vorliegt. Bei der Interpretation der Daten kann von der Erfahrungsregel ausgegangen werden, dass nicht vorgelegte Hefte der Regel darauf hinweisen, dass die Vorsorgeuntersuchungen gar nicht oder nicht präzise durchgeführt worden sind.

Die letzten Daten für die bundesrepublikanische Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen liegen für das Jahr 2000 vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Köln vor. Seither sind sie nicht mehr statistisch ausgewertet worden. (Die Daten sind für die Folgejahre nicht fortgeschrieben worden / schriftliche Mitteilung vom ZI am 29.10.2003)

Danach wäre im Rhein-Erft-Kreis die Rate der Inanspruchnahme dieser Präventionsleistung ab der U3 – U9 im Jahr 2002 etwas höher als im Jahr 2000 in ganz Deutschland.

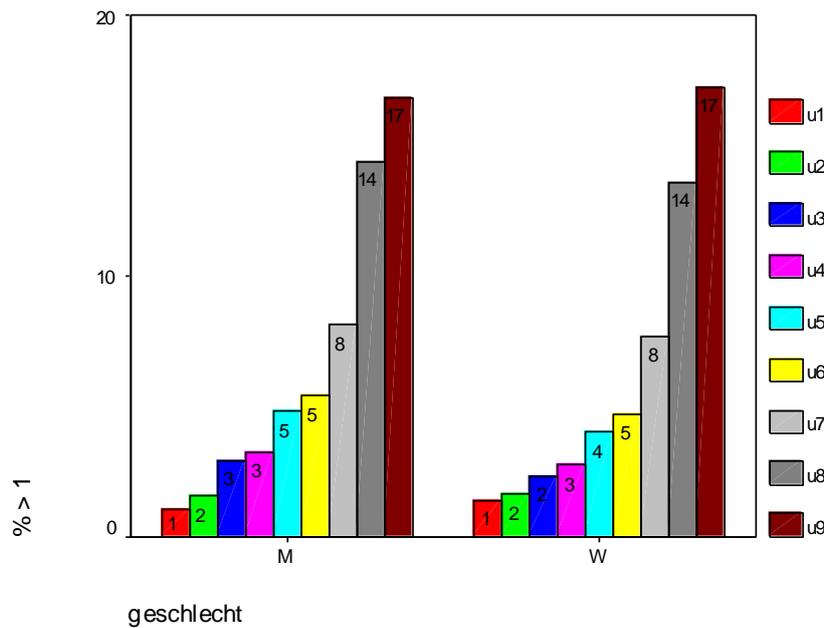


**Abbildung 40: Rate Inanspruchnahme von U3 – U9 in Deutschland / Stand: 2000 (Quelle: [http://www.zi-koeln.de/themen/praev/altenhofen-2/down/KFK\\_Teil2000a.PDF](http://www.zi-koeln.de/themen/praev/altenhofen-2/down/KFK_Teil2000a.PDF) vom 7.11.2003)**

Signifikante Unterschiede ergeben sich bei der Vorlage von Untersuchungsheften bei der Auswertung nach Deutschen und ‚Ausländern‘ (vgl. Abbildung 12 oben) Die Raten der nicht-vorgelegten Vorsorgehefte beträgt bei Deutschen rund 10%, bei in der BRD geborenen Kindern mit ausländischen Eltern rund 25 %, bei Aussiedlern rund 50 % und bei im Ausland geborenen Kindern rund 76 %. Es ist anzunehmen, dass sich mit hoher Wahrscheinlichkeit hinter der Nicht-Vorlage des Heftes auch eine hohe Rate der Nicht-Anspruchnahme der Leistung Vorsorgeuntersuchung verbirgt. Dabei sollte allerdings mitbedacht werden, dass bei den nicht in Deutschland geborenen Kindern nicht unbedingt davon ausgegangen werden kann, dass in anderen Ländern das ‚deutsche System‘ angewendet wird, so dass der Zeitpunkt der Einwanderung ausschlaggebend ist.

Die Ergebnisse bezüglich der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen sind demnach bei knapp einem Drittel der untersuchten Kinder sehr eingeschränkt interpretierbar.

Trotzdem veranschaulicht folgende Graphik, dass sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen die Anteile je Untersuchung von U1-U9 zurückgehen.



**Abbildung 41: Gleichzunehmende Anteile bei Jungen und Mädchen bei nicht vorgenommenen Vorsorgeuntersuchungen U1 – U9 (Basis: EinschülerInnen 2002 mit vorgelegten Untersuchungsheften, N= 4.498)**

Danach liegen die Zahlen der Inanspruchnahme der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen im Erftkreis 2002 höher als im Bundesdurchschnitt, gemessen in 2000. Insbesondere bei der U3 und U4 ist die Rate doppelt so hoch, bei der U5 – U7 ist sie leicht erhöht, und bei den beiden letzten U8 und U9 liegt sie um gut 3 Prozentpunkte höher.

Vergleicht man die Daten des Rhein–Erft–Kreises mit denen aus NRW, ergibt sich folgendes Bild:

Jahr / U in % /	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1999 / NRW	98,3	97,7	96,5	95,9	94,5	93,9	90,9	86,7	79,8
2001 / NRW	95,4	97,9	96,7	96,0	94,5	94,1	91,9	86,5	82,0
2002 / Rhein–Erft–Kreis	98,8	98,4	97,4	97,0	95,6	95,0	92,2	86,1	83,0

**Abbildung 42: Inanspruchnahme Vorsorgeuntersuchungen –Rhein–Erft–Kreis im Vergleich zu NRW (Basis: vorgelegte Vorsorgehefte im entsprechenden Jahr)**

Der Vergleich der NRW–Zahlen zwischen 1999 und 2001 erbringt keine große Differenzen. Beim Vergleich der NRW–Zahlen mit dem Rhein–Erft–Kreis ergibt sich eine leicht erhöhte Rate der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen im Rhein–Erft–Kreis (um rund 1%); der Trend ist sowohl in NRW als auch im Rhein–Erft–Kreis gleich, dass insbesondere bei den beiden letzten Untersuchungen ein starker Abfall der Inanspruchnahme (U7 zu U9 fast 10 %) eingetreten ist.

Bei beiden Berechnungsmethoden ist der Trend der stetig abnehmenden Raten mit steigendem Alter des Kindes eindeutig. Er erreicht mit 17 % bei der letzten Untersuchung im Alter von ca. fünf Jahren den Höhepunkt. Auch daraus kann geschlossen werden, dass das jugendärztliche Screening dringend erforderlich ist, wenn knapp ein Fünftel der Kinder von der Prävention nicht erfasst wird.

## 7.5 Maßnahmen und Beurteilungen

### 7.5.1 Erstbefunde

Die Fragestellung, wie gesund / krank Einschulungskinder sind, lässt sich u.a. abschätzen an der Zahl der Erstbefunde. Dies bedeutet, dass erstmalig bei der Einschulungsuntersuchung wesentliche krankhafte Befunde festgestellt worden sind. Ihre Rate gibt damit auch ein Maß an für die Legitimität von dieser Screening-Maßnahme bei Kindern. (vgl. weiter unten die Diskussion)

**erstbefunde**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 0	4414	86,8	86,8	86,8
1	549	10,8	10,8	97,6
2	109	2,1	2,1	99,7
3	14	,3	,3	100,0
4	1	,0	,0	100,0
Gesamt	5087	100,0	100,0	

**Abbildung 43: Häufigkeit von Erstbefunden bei der Einschulungsuntersuchung im Jahre 2002 im Rhein-Erft-Kreis (N= 5.087, n= 673 / valid cases)**

Es liegen bei 13,2 % aller untersuchten Kinder Krankheitsmerkmale vor, in der überwiegenden Zahl ein Merkmal (rund 11 %), bei immerhin 2,1 % zwei Merkmale, und bei insgesamt 15 Kindern drei und vier Merkmale.

Auf welche Bereiche beziehen sich die Erstbefunde?

Organsysteme/ Sprache/Wahrnehmung	absolute Zahlen/ Nennungen n= 813	% von Gesamt an Nennungen n= 813	% vom Gesamt aller Einschulungs- kinder N= 5.087
Sehen	296	36,4	5,8
Hören	147	18,1	2,9
Hals / Nase	7	0,8	0,1
Herz	49	6,0	1,0
Atemwege	5	0,6	0,1
Wirbelsäule	86	10,5	1,7
Gliedmaße	64	7,8	0,3
Haut	6	0,8	0,2
Endokrinologisches System	24	3,0	0,5
Bauch	6	0,7	0,1
Zentrales Nervensystem und Ver- halten	120	14,7	1,7
Sprache / Wahrnehmung	55	6,5	0,6

**Abbildung 44: Drei Schwerpunkte bei Erstbefunden: Sinneswahrnehmung, Orthopädische Probleme, ZNS und Verhalten / Einschulungsuntersuchung Rhein-Erft-Kreis 2002 (n= 813 / Antworten - bei 673 Fällen)**

Der absolute Schwerpunkt bei den Erstbefunden liegt bei den Sinneswahrnehmungen Sehen und Hören: hierauf entfallen insgesamt 443 Nennungen; d.h. über die Hälfte (54,5 %) aller Erstbefunde beziehen sich auf Sehen und Hören.

Orthopädische Nennungen (Wirbelsäule und Gliedmaße) folgen in der Rangskala mit insgesamt 150 Nennungen (=18,3 %).

Die Nennungen bei Zentralem Nervensystem und Verhalten belaufen sich auf 14,7 % (120 Nennungen absolut). Darunter sind vor allem Probleme bei der Motorik, Wahrnehmung und Verhalten zu verstehen.

### 7.5.2 Beurteilungen – Zurückstellen vom Schulbesuch

Hier werden medizinische Empfehlungen abgegeben, die sich auf die Aufnahme in eine Sonderschule, eine Zurückstellung aus medizinischer Indikation und der Freistellung vom Schulsport beziehen.

Bei 398 Kindern wird eine Empfehlung ausgesprochen, dass sie aus medizinisch begründeter Indikation zurückgestellt werden vom Schulbesuch, bei 84 Kindern wird eine Sonderschule empfohlen. Auch hier liegen männliche Kinder sowie Kinder mit Migrationshintergrund (außer Aussiedler) mit knapp jeweils 3 Prozentpunkten höher.

### 7.5.3 Maßnahmen – Sport und Sprache

Insgesamt sieben Maßnahmen stehen hier zur Verfügung, von denen drei: Überweisung in die jugendärztliche Sprechstunde, Fachberatung, wie beispielsweise Frühförderung, Fachberatungsstellen diverser Ausrichtung etc. sowie Kur nicht markiert worden sind. Es wird bei einem Befund in der Regel zum Kinderarzt überwiesen, der dann eine eventuell notwendige Überweisung vornehmen soll. (u.a. Filterwirkung für Inanspruchnahme von Maßnahmen.)

Führend bei den vorgeschlagenen Maßnahmen ist der kompensatorische Sport mit insgesamt 1.601, gefolgt von der Sprachbehandlung mit 460 Empfehlungen. Die Überweisung zu einem Psychologen wird 28 mal empfohlen, und zweimal wird an die Jugend – und Sozialfürsorge überwiesen.

Sieht man sich die Maßnahmen nach Geschlecht und Ethnographie genauer an, so liegen bei der Empfehlung zur Sprachbehandlung die männlichen leicht vor den weiblichen Kindern, und deutsche Kinder deutlich um knapp die Hälfte höher als im Ausland geborene und Aussiedlerkinder.

Beim kompensatorischem Sport liegen wiederum die Jungen etwas höher als die Mädchen, während die ausländischen Kinder etwas weniger davon empfohlen kriegen. Jedoch bewegen sich alle hier referierten Differenzzahlen zu Sport und Sprache im Bereich unter 5 Prozentpunkte.

### 7.6 Das Rheinische Modell bei Einschulungsuntersuchungen – Koordination, Zeichnen und Sprache

Hier werden bestimmte Tests durchgeführt, deren Ausführung mit Punkten ‚benotet‘ werden von 0 bis maximal 4 Punkten. Sie beziehen sich auf (siehe auch Anhang 6, in dem ein Beispiel abgebildet ist)

- Koordinationsleistungen – grob- und feinmotorische Koordination
  
- Hüpfen - Einbeinhüpfen
- Fersengang - rückwärts
- Diadochokinese
- Finger / Daumen – serielle Finger-Daumen-Opposition
  
- Visumotorik
  
- Drachen zeichnen – Figur ergänzen
- Ummalen – optische Differenzierung durch Ummalen von Figuren
- Tisch, Kreuz, Baum – Figurreproduktion
  
- Sprache und auditive Wahrnehmungsverarbeitung
  
- Sprachtafel – Aussprache anhand der ‚Ravensburger Sprachtafel‘
- Nachsprechen – Wiederholen sinnloser Silben
- Rhythmisches Klopfen – Rhythmisches Strukturieren

Dieses Instrumentarium ist bis 2002 eingesetzt worden. Ab dem Einschulungsjahrgang 2004 wird ein neues Instrument – SENS – eingesetzt.

**Koordinationsleistungen Einschulungskinder 2002/ Punkte in %**

	hüpfen	f ersengang	diadocho kinese	f ingerdaumen
	%	%	%	%
0	1,4%	8,7%	1,8%	1,5%
1	2,0%	27,3%	1,0%	1,6%
2	7,8%	64,0%	20,4%	17,2%
3	8,5%		10,3%	9,2%
4	80,3%		66,6%	70,6%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

0-4: erreichbare Punktwerte

Abbildung 45: Punkte bei der Koordination – Prozentuale Anteile bei den erreichbaren Punktwerten

Rund ein Drittel der Kinder haben ausgeprägte Koordinationsschwierigkeiten. (Punktwert < 4)

	zeichnen drachen	ummalen	tischkreuz baum
	%	%	%
0	2,3%		1,7%
1	1,8%	86,7%	2,3%
2	2,8%		4,0%
3	4,6%		7,1%
4	8,6%	13,3%	15,1%
5	16,6%		27,8%
6	37,1%		40,5%
7 <sup>a</sup>	26,1%		1,3%

0-6: Punktwerte

a. Markierungsfehler

Abbildung 46: Punktvergabe für Zeichnen – knapp die Hälfte der Kinder hat Probleme (Punktwert<6)

**Sprache**

	sprachtaf el	nachspre chen	rhy thm klopfen
	%	%	%
0	74,5%	1,1%	7,1%
1	21,5%	5,3%	14,9%
2	2,9%	16,0%	27,5%
3	1,1%	77,6%	50,5%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

Punktwerte in %

Abbildung 47: Punkte für Sprache – große Probleme beim Nachsprechen und häufige Probleme bei Rhythmik (Punkte <2)

Sieht man sich die Ergebnisse genauer an, so sind die kritischen Ergebnisse bei Koordination und Zeichnen bei weniger als drei Punkten zu sehen.

Ein Drittel bei der Koordination, fast die Hälfte beim Zeichnen sind auffällige Ergebnisse.

Die Zahlen zur Sprachtafel müssen in umgekehrter Reihenfolge gelesen werden: hier werden Negativpunkte vergeben. Sie kommen durch die drei Artikulationszonen zustande: vorne (Buchstaben wie ,s', ,p', ,m'); mitte (Buchstaben wie ,d', ,l', ,n') und hinten (,r', ,ch' wie in ,Rachen'). Wenn Störungen in einer Zone auftauchen, so gibt es einen Punkt. Danach haben dreiviertel der Kinder keine Artikulationsstörungen, 21,5,% im der vorderen, 2,9 % im der mittleren und 1,1 % in der hinteren Artikulationszone.

## 8. Zusammenführung von Sozial- und Gesundheitsdaten: Mögliche weiterführende Auswertungsschritte

Die vorliegenden Einschulungsdaten sind größtenteils nach Geschlecht sowie nach Ethnographie ausgewertet worden. Die Ergebnisse sind zu letzterem dann referiert worden, wenn sich daraus signifikante Unterschiede ablesen ließen.

Weiterführende Auswertungen und Analysen bedürften einer Zusammenführung von weiteren, regionalisierten sozialstrukturellen Daten mit den Daten zur Gesundheit / Krankheit hier von Einschulungskindern. Damit könnten Fragen beantwortet werden wie:

### 8.1 Interne Vermerke und persönliche Daten zum untersuchten Kind zu sozialen und ökologischen Daten

Grundsätzlich könnten alle Daten analysiert werden nach:

- Abhängigkeit des Gesundheitszustandes in Abhängigkeit von beispielsweise Erwerbsstatus von Eltern, Familiengröße, Ethnie etc. (Beispiel: Nationalität : Vorsorgeuntersuchungen)
- Abhängigkeit des Gesundheitszustandes von ökologischen Faktoren wie: Infrastruktur für gesundheitliche Versorgung, Freizeit, etc. (Beispiel: Gesundheitszustand : Stadtteilen)
- Auswertung der gesundheitlichen Daten nach Gemeinden bis hin zu tiefgegliederten Bezirksaufteilungen (Beispiel: Maßnahmen für einzelne Schulen)

Hierzu wären Sozialdaten beispielsweise der einzelnen Gemeinden erforderlich. Stichwort: Sozialberichterstattung. (vgl. u.a. Landesgesundheitskonferenz 1999)

### 8.2 Zusammenhänge zwischen Daten zu den elf Organsystemen und Maßnahmen, Beurteilungen und Prävention

Die Daten können aussagekräftiger werden, wenn Zusammenhänge zwischen ihnen analysiert und interpretiert werden, wie beispielsweise:

- Zusammenhänge zwischen Organsystem Sehen, Hören im Verhältnis zu Motorik, Sprache und Wahrnehmung
- Zusammenhänge zwischen Daten zu Organsystemen und zur Koordination, Zeichnen, und Sprache
- Zusammenhänge zwischen den Daten zu Organsystemen und den Maßnahmen und Beurteilungen
- Zusammenhänge zwischen den Daten zu Organsystemen und der Inanspruchnahme von Präventionsleistungen, wie beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen und Impfen
- Zusammenhänge zur Inanspruchnahme von Präventionsleistungen zu Motorik, Wahrnehmung, Hören / Sehen

### 8.3 Interne Qualitätskontrolle des Jugendärztlichen Dienstes

Die Daten der Einschulungsuntersuchung werden – gemäß ihrer ursprünglichen Intention – auch benutzt zur internen Qualitätskontrolle der jugendärztlichen Untersuchungen. Hier werden dann die Gesundheitsdaten der Kinder in Bezug auf einzelne Teams ausgewertet.

#### 8.4 Kleinräumigere Analyse

Die bestehenden Auswertungen könnten auf der Ebene der Gemeinden laufen. Noch kleinräumigere Analysen können aus datenschutzrechtlichen Gründen (sehr kleine Fallzahlen) nicht publiziert werden.

## 9. Zusammenfassende Analyse der Daten

### 9.1 Erhebungsinstrumentarium

Das Erhebungsinstrumentarium – ‚Bielefelder Modell‘ – ist ein ‚System im Umbruch‘, wie bereits in 6.1.2 näher ausgeführt.

Daraus ergeben sich für die Praxis der schulärztlichen Untersuchungen folgende Schwierigkeiten:

- **Revision der Items zur Schuluntersuchung**  
Hier müsste dann eine gezielte und rechtzeitige Schulung der UntersucherInnen stattfinden.
- **Umstellung auf EDV bei der Datenerhebung**  
Da im Rhein-Erft-Kreis und auch in anderen Kreisen die Software – ISGA – bisher nicht einwandfrei funktioniert, sollte überlegt werden, wo die Schwachstellen für das nicht einwandfreie Laufen der Software liegen.  
Eventuell müsste ein anderes System gewählt werden. Dies bedeutet aber die Schwierigkeit, dass in Zukunft die zahnärztlichen Untersuchungen mit ISGA laufen müssen, wenn der Rhein-Erft-Kreis nicht aus der Kalibrierung der Prophylaxe-Maßnahmen (Prof. Dr. Pieper, Universität Marburg) rausfallen will. Dies wiederum ist schwierig aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung zur Teilnahme.
- **Auswertung**  
Die Auswertungen sollten sowohl im LÖGD als auch in den Unteren Gesundheitsbehörden mit kompatibler Software laufen. Dabei wäre es durchaus möglich, dass bei entsprechend professionellen Auswertungsprogrammen – beispielsweise SPSS – zentral über die Syntax Auswertungsdateien erstellt würden. Dies hätte dann auch den Vorteil, dass die Daten verschiedener Kommunen / Kreise untereinander vergleichbarer dargestellt werden könnten. Ganz abgesehen davon, dass die riesigen und leicht unübersichtlichen Papierberge an Auswertungen nicht mehr verschickt werden müssten.

### 9.2 Interne Vermerke und persönliche Daten zum untersuchten Kind

Die Daten nach ethnographischer Zugehörigkeit ergeben eine starke Streuung der insgesamt knapp ein Fünftel ausmachender Kinder mit Migrationshintergrund nach einzelnen Gemeinden. Erftstadt und Pulheim haben einen Anteil von unter 10 % ‚migrationshintergründigen‘ Einschulungskindern, wohingegen in Wesseling ein Drittel, und in Bergheim ein Viertel ‚ausländische‘ Einschulungskinder leben; Brühl, Frechen, Hürth und Kerpen liegen um die 20%- Marke, Bedburg und Elsdorf bei rund 15 %. (siehe Abbildung

Bei der weiteren Analyse hat sich ergeben, dass Migrationshintergründe deutlich differenziert werden müssen:

Beispielsweise haben einige (interne) Auswertungen nur schwache Zusammenhänge zwischen Ethnographie und Gesundheit ergeben. Wesentlicheres Differenzkriterium ist das Geschlecht der Kinder. Insbesondere zwischen Deutschen und Aussiedlern gibt es kaum Unterschiede bei Gesundheit und Krankheit.

Dieser Befund bezieht sich auf Einschulungskinder und ist insoweit interessant, als dass in späteren Lebensabschnitten Zusammenhänge zwischen Ethnie und Gesundheit deutlich ausgeprägt sind.

Die Unterschiede bei im Ausland geborenen Kindern zu Deutschen und in Deutschland geborenen Ausländern müssten noch genauer untersucht werden, insbesondere bei der Inanspruchnahme von Präventionsleistungen in der frühen Kindheit.

### 9.3 Elf Organsysteme

Wenn man die gesamten Daten zu den Organsystemen (mit der durchschnittlich vierstufigen Kreuzmöglichkeit) vergleicht mit den gesondert ausgewiesenen Erstbefunden, ergibt sich folgendes Bild:

Organsystem/ Anzahl der Kinder	neu entdeckt = Befund mit Arztüberweisung	manifeste Gesund- heitsstörung = in Behandlung ( + Dauerschaden)	latente Gesund- heitsstörung = Befund ohne Überweisung	absolute Zahl Erstbefunde
Sehen	352	648	73	296
Hören	203	101	*	147
HNO	–	*	6 (Zustand nach OP)	7
Herz-Kreislauf	–	–	–	49
Atemwege	–	42	18	5
Wirbelsäule	91	29	25	86
Gliedmaße	37	59 (62)	279	64
Haut	9	71	121	6
Endokrinologie	109	51 (54)	332	24
Bauch	*	*	18 (Kleiner Bruch)	6
ZNS und Ver- halten	216	683	1.252	120
Summe = 5.178	1.018	1.705	2.160	810
* = Zahlen < 3, daher nicht ausgewiesen				

**Abbildung 48: Kranke Kinder bei der Einschulungsuntersuchung 2002 – Zusammenfassende Darstellung von Befunden mit Arztüberweisungen und Erstbefunden lt. Markierung**

Die Tabelle zeigt, dass in rund 20 % aller Fälle ein Befund vorliegt, der nach Ansicht der Jugendärztinnen eine Überweisung erfordert. Dass in rund 16 % der Fälle auch ein Erstbefund vorliegt zur weiteren Abklärung, ist darauf zurückzuführen, dass ca. 4 % der Kinder bereits im Kindergarten aufgefallen sind bzw. Befunde vom Kinderarzt festgestellt worden sind. Die Zahl der Erstbefunde ist deshalb niedriger, weil die Kinder teilweise bereits im Kindergarten untersucht worden sind.

### 9.4 Motorik, Sprache, Wahrnehmung

#### 9.4.1 ZNS und Verhalten

Gekreuzte Befunde zu Erstbefunden: hier beträgt die Differenz fast das Doppelte (216 : 120). Die Markierung von 1.252 Fällen als ‚latente Gesundheitsstörung‘ fällt hier auf, die sich vor allem auf Koordinationsstörungen, Sprachstörungen und Wahrnehmungsstörungen beziehen.

#### 9.4.2 Rheinisches Modell – Leistungen zu Koordination, Zeichnen und Wahrnehmung

Eine genauere Betrachtung der Daten ergibt Differenzen zu den Werten, die gekreuzt worden sind insbesondere bei ZNS und Verhalten zu denen, für die Punkte vergeben worden sind.

Dies ist auch nicht weiter verwunderlich, weil einmal die Untersuchungen von verschiedenen Personen gemacht werden, zum anderen eine Punktevergabe – wie auch bei Schulnoten – immer subjektive Momente hat.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Daten zu den Organsystemen keine objektiven Befunde widerspiegeln (können!), weil die meisten Befunde in diesem Bereich nicht standardisiert erhoben werden können. Sie geben allerdings wertvolle Hinweise auf ‚kritische Punkte‘ bei der Gesundheit von Einschulungskindern. (s.u.) Die dabei angewendete vierstufige Skala: Befund mit Überweisung zum Arzt zur weiteren Abklärung, Befund geringerer Ausprägung ohne Überweisung, Dauerschaden, Befund mit bereits eingeleiteter Behandlung diskriminieren nach ‚Eingriffsmöglichkeiten‘ = Maßnahmen.

#### 9.5 Inanspruchnahme von Präventionsleistungen – Vorsorge und Impfen bei Kinderärzten

Die Daten beziehen sich auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen speziell im Säuglingsalter bis hin zur Jugenduntersuchung mit 12 Jahren. Diese Daten sind mit den Vorsorgeheften dokumentiert. Die Auswertung auf der Basis der vorgelegten Impfhefte und Vorsorgehefte sowie auf der Basis der gesamten untersuchten Kinder hat natürlich unterschiedliche Zahlen erbracht. Beide Methoden beschreiben Trends in nur leicht voneinander abweichenden Ausprägungen.

Hier fällt auf, dass die Rate der Inanspruchnahme kontinuierlich abfällt mit steigendem Lebensalter: rund jeweils eine Verdoppelung alle zwei Untersuchungen, wobei sich die Rate der Verdoppelung von der U7 auf die U8 bereits ergibt, um dann bei der U9 bei rund 17 % zu liegen.

Bei den Impfungen lässt sich ein zufriedenstellender Impfschutz lediglich bei Tetanus, Polio und Diphtherie feststellen (> 90 %); bereits bei Hib und Pertussis gibt es Impflücken von über 10% der Kinder. Bei Masern, Mumps und Röteln sind nur knapp 1/3 der Einschulungskinder vollständig geimpft, bei Hepatitis B bewegt sich die Impfquote bei mageren 0,2 % vollständig Geimpfter resp. 16,2 % mit wenigstens einer (von drei nötigen!) Impfungen.

#### 9.6 Maßnahmen und Beurteilungen

Bei rund 8 % der untersuchten Kinder wird eine Zurückstellung vom Schulbesuch wegen medizinischer Unreife empfohlen; bei 1,7 % wird eine Sonderschulbedürftigkeit diagnostiziert.

Bei den Maßnahmen fällt auf, dass kompensatorischer Sport für fast ein Drittel der Kinder empfohlen wird, Sprachbehandlung immerhin bei 9 % der Kinder.

#### 9.7 Schwerpunkte der Auffälligkeiten

Sehen, Hören, ZNS und Verhalten, Sprache, Koordination und Wahrnehmung sind die ‚Organsysteme‘ mit den häufigsten Nennungen. Hier liegen Ansatzpunkte für Maßnahmen.

Nähere Aufschlüsse dazu kann der nächste Gesundheitsbericht geben, welcher als Versorgungsstrukturbericht für Kinder und Jugendliche im Rhein–Erft–Kreis konzipiert ist. In ihm werden u.a. dann auch die kinderärztliche Versorgungsstruktur dargestellt.



## 10. Maßnahmeempfehlungen

### 10.1 Strukturelle Empfehlungen

Der gemeinsame Bezug auf Kindergesundheit und –krankheit von jugendärztlichem Dienst und niedergelassenen KinderärztInnen im Rhein-Erft-Kreis legen eine verstärkte Kooperation zwischen beiden Gruppen nahe.

Der Austausch von Ergebnissen zwischen Jugendärztlichem Dienst und KinderärztInnen sollte stetiger organisiert werden.

Es wird vorgeschlagen, dass sich – analog zu dem Schwerpunkt: Älter werden im Rhein-Erft-Kreis – eine Unterkonferenz zur Gesundheitskonferenz bildet, welche sich mit Kinder- und Jugendgesundheit im Rhein-Erft-Kreis befasst.

Eine weitere Maßnahme könnte darin bestehen, dass die Rückmeldungen über die Verweisung an die niedergelassenen KinderärztInnen vermehrt wahrgenommen werden.

Im Einklang mit Bestrebungen der Landesregierung, die sprachliche Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund in den Kindergarten vorzuziehen sowie die Einschulung flexibel zu handhaben, wird vorgeschlagen, dass die Screening-Maßnahmen des jugendärztlichen Dienstes schwerpunktmäßig verlagert werden auf den Kindergarten. Ob zwei Screenings gemacht werden – Kindergarten und Einschulung – oder ob die Schwerpunkte der bisherigen Arbeit umgedreht werden: dies ist eine politische Entscheidung.

Es kann jedoch – zumindest in Westdeutschland – bisher nicht davon ausgegangen werden, dass alle Kinder im Kindergarten sind: die Zahlen liegen für das Jahr 2000 lt. SOEP (2003) bei 77 % ab drei Jahren bis Schuleintritt. Von daher kann die Kindergartenuntersuchung nicht anstelle der Schuleingangsuntersuchung konzipiert werden.

Schließlich sollte verstärkt darüber nachgedacht werden, dass Primärprävention in der Schule durchgeführt wird zur Vermeidung von Gesundheitsrisiken durch Armut. (vgl. Hurrelmann / Klocke et al., 2003 – siehe auch Anhang 9)

### 10.2 Maßnahmen bezogen auf einzelne Symptomatiken – Ansatzpunkte für begrenzte und langandauernde Aktivitäten von Kindern / Eltern

#### 10.2.1 Lebensweltbezogene Aufklärung über gesundheitliche Probleme

Die Verzahnung von sozialen und medizinischen Problemen geht eindeutig aus der Analyse der Daten hervor. Dies bedeutet in Bezug auf Maßnahmeempfehlungen, dass wünschenswerte medizinische Maßnahmen in Bezug auf soziale Lebenslagen propagiert werden müssen.

Es haben sich sechs Schwerpunkte herauskristallisiert:

- Verhalten
- Ernährung
- Bewegung
- Sehen / Hören
- Allergien / Asthma
- Impfen

### 10.2.2 Sehen , Hören, Impfen – kurzfristige Aktivitäten möglich

Sehen / Hören und Impfungen sind zwei Bereiche, in denen relativ einfach Maßnahmen ergriffen werden können. Die Durchführung von Seh- und Hörtests sowie eventuell die Versorgung mit entsprechenden Hilfsmitteln ist eine engumgrenzte Maßnahme, die auch keine langandauernde Aktivität voraussetzt. Dies gilt auch für das Impfen.

### 10.2.3 Verhaltensänderungen – längerfristige Aktivitäten nötig

Anders sieht es mit den Bereichen Verhalten, Ernährung und Bewegung aus. Hier wird nur eine längerdauernde Beschäftigung mit beispielsweise ausgewogener Ernährung, regelmäßiger Bewegung und Verhaltensänderungen Erfolg haben. Dies gilt auch für Allergien / Asthma.

Dabei sollte gerade bei Kindern eine psychologisch einfühlsame Vorgehensweise gewählt werden, die nicht nur auf Warnungen und sowohl gut gemeinten als auch medizinisch durchaus richtigen Empfehlungen beruht. Übervorsichtige Reaktionen und Angst auf Symptome sind ebenso schlechte Ratgeber wie Ignoranz / Verdrängen. Vielmehr ist eine positive und negative Wahrnehmung der Befindlichkeit(en) anzustreben, so dass angemessen reagiert werden kann.

Ein gutes Beispiel dafür bietet eine neuere Veröffentlichung zu Allergien, Asthma und Neurodermitis. Hier wird das angemessene Reagieren unterteilt in:

- Vermeidung von Stress und Angst
- rechtzeitige und regelmässige Medikamenteneinnahme
- Vermeidung von Ermahnungen in Form von Negationen: 'Kratz' Dich nicht!' zugunsten des Betonens von positiven Hauterfahrungen.

Dies ermöglicht es, das Kind nicht als Symptomkomplex, sondern als Person mit Stärken und Schwächen und so als normales Kind anzusehen.



**Abbildung 49: Beherrzter Umgang statt aussichtsloser Kampf – die Geschichte vom Elch Ville und dem Floh Egon (Bild zur Verfügung gestellt: Deutsche Gesellschaft für Psycho-Allergologie, 2003)**

### 10.3 Methodischere Zusammenarbeit innerhalb der Kreisverwaltung

Die gesundheitliche und soziale Lage sind dermaßen miteinander verzahnt, dass sich eine Zusammenarbeit über die Dezernatsgrenzen / Abteilungsgrenzen innerhalb der Kreisverwaltung anbietet, welches kontraproduktives Ressortdenken vermeidet.

Im schlechteren Fall bedeutete dies kurzfristige und punktuelle Projektarbeit. Im besseren Fall handelt es sich um methodisch und personell langfristig angelegte Zusammenarbeit mindestens mit Jugendamt, Sozialamt, Schulamt und Gesundheitsamt innerhalb der Kreisverwaltung und jeweils mit den entsprechenden Ämtern in den Gemeinden sowie speziellen Personen und Institutionen in den Gemeinden des Rhein-Erft-Kreises.

Die Sozialdaten und Gesundheitsdaten sollten in einer Form zusammengeführt und aufbereitet werden, wie es beispielsweise mit Geoinformationssystemen möglich ist.

Projekte wie das ‚Netzwerk Soziale Stadt‘ ( Bergheim hat dabei mitgemacht) sowie die auch dort angewendete Methode der offenen Koordination sollte angewendet werden.

Für die verstärkte Ansprache von LeistungsanbieterInnen für gesundheitliche Prävention verweisen wir auf das Modul 2 der Gesundheitsberichterstattung für Kinder und Jugendliche, in dem strukturelle Maßnahmen vorgeschlagen werden.

### 10.4 Forschung: Gesund und munter – Kinder im Rhein-Erft-Kreis

Es gibt eine unübersehbare Vielfalt von sozialen Projekten und Forschungsaktivitäten zur Kindergesundheit. Diesbezüglich zumindest in der Region einen Überblick zu erstellen, könnte direkt für die BürgerInnen des Rhein-Erft-Kreises Chancen bieten, dass sie Zugang zu Leistungsanbietern bekommen.

Darüber hinaus könnten überregionale Erfahrungen für den Rhein-Erft-Kreis genutzt werden, so dass auch hier das ‚Rad nicht neu erfunden‘ werden müsste.

Ein interessanter Ansatzpunkt ist beispielsweise der Erste Kinder- und Jugendsurvey, welcher unter Federführung des RKI läuft. Auch der Rhein-Erft-Kreis ist beteiligt: im Januar 2004 werden über 200

Kinder aus Bergheim in den Räumen des Gesundheitsamtes untersucht sowie ihre Eltern beraten werden. (vgl. die Webseite zu diesem bundesweiten Projekt: [www.kinder-jugend-gesundheit21.de](http://www.kinder-jugend-gesundheit21.de))

Ein weiteres Projekt ist das Chilt-Projekt unter Federführung der Deutschen Sporthochschule, Köln, zu dem ebenfalls Kooperationsbeziehungen bestehen.

Am OPUS-Projekt wird ebenfalls eine Reihe von Schulen im Rhein-Erft-Kreis beteiligt.

## 10.5 Zusammenfassend: Ausrichtung der Arbeit

Bereits im Gesundheitsbericht zur Gerontopsychiatrie ist ein soziologisches Modell zu Gesundheit / Krankheit vorgestellt worden, welches auf die Prozesse der Inklusion / Exklusion eingeht.

Inklusion wird verstanden als ‚Universalisierung des Zugangs der Gesellschaftsmitglieder zu den Leistungen der verschiedenen gesellschaftlichen Teilsysteme‘ (Schimank / Burzan, 2000). Einige gesellschaftlichen Teilsysteme in Bezug auf die hier behandelten Einschulungskinder sind:

- Familie sowie Kindergarten und Schule als herausragende Sozialisationsagenturen
- gesundheitliches Versorgungssystem – hier also speziell ein staatlich organisiertes wie der jugendärztliche Dienst (sowie die weiteren Leistungen des Gesundheitsamtes, wie jugendzahnärztlicher Dienst, Beratungsdienste, mittelbar Hygiene und Umweltmedizin etc.)
- Zu diesem gesundheitlichen Versorgungssystem gehören als ein Teilsystem dann das (kinder-) ärztliche Versorgungssystem
- psychologische und pädagogische Hilfeinstitutionen (wie Erziehungsberatung, Schulpsychologischer Dienst, Sozialpädiatrisches Zentrum etc.) sowie
- Personen, die spezifizierte Teilleistungen zum Sozialisationsprozess anbieten (wie Krankengymnastik, Musikunterricht, Sport etc.)

Die entscheidende Frage lautet also in Bezug auf gesellschaftliche Integration / Inklusion: sind diese teilsystemischen Leistungen tatsächlich ‚universell erreichbar‘ für Kinder / Familien – oder gibt es Mechanismen, die Exklusion, verstanden als Ausgrenzung von teilsystemischen Leistungen bewirken? Wenn man festhalten will an dem Postulat, dass Exklusionen so weit wie möglich verhindert werden sollen, so können Ausschließungen von teilsystemischen Leistungen beispielsweise nicht aufgrund von ökonomischen Mangellagen, geringen Bildungsgütern und mangelndem sozialen Kapital erfolgen. Oder andersherum ausgedrückt: wenn diese ‚sozialen Schieflagen‘ vorliegen, so ist von den Anbietern der teilsystemischen Leistungen dafür Sorge zu tragen, dass ihre Leistungen trotzdem ‚ankommen‘. (sozialkompensatorisches Arbeiten). Soziale Ungleichheiten – beschreibbar in Merkmalen wie Einkommen, Bildungsniveau, Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Familienstruktur etc. – sind Determinanten zur Realisierung von Inklusion in Systeme der gesundheitlichen Versorgung. Die Einschulungsuntersuchung ist unter dieser Perspektive – da sie als Screening angelegt ist, d.h. alle EinschulungsschülerInnen umfasst – eine herausragendes Beispiel für im Ansatz vollständige Inklusion.

Diesen Inklusionsansatz in der Diagnose von gesundheitlichen Problemen weiterzuführen, indem die notwendigen Maßnahmen aus den – hier speziell medizinischen – Diagnose ergriffen werden, ist das weitergehende Problem.

Bereits bei der Inanspruchnahme der beiden Präventionsleistungen – kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen und Impfen – hat sich herausgestellt, dass viele Kinder nicht oder unvollständig in diese beiden Leistungen inkludiert sind. Die Frage, welche Ansatzpunkte gewählt werden, um die faktische Exklusion zu verringern, werden für Kinder in Deutschland zunehmend beantwortet bezüglich der

gesundheitlichen Inklusion, dass neben der Familie (vgl. beispielhaft Hoz, 2003) der Kindergarten / die Schule Aufgaben der primären gesundheitlichen Prävention übernehmen sollten. (vgl. u.a. Hurrelmann et al 2003 sowie Brand / Boschek, 2000).

Bei der Umsetzung von Maßnahmen, die sich nach Ansicht von Professionellen klar fokussieren lassen auf bestimmte Bereiche, erscheint es sinnvoll, dass ein bewährtes Verfahren gewählt wird.

Am Beispiel des Impfens sei es erläutert:

- 1. Problembeschreibung:  
Impfrate gegen /beispielsweise Röteln) zu niedrig
- 2. Zielbeschreibung:  
Steigerung der jährlichen Impfrate bis hin zur vollständigen Durchimpfung eines Jahrganges
- 3. Operationalisierung des Ziels:  
Die Rate der Impfungen gegen Röteln soll sich gegenüber dem Einschulungsjahrgang des vergangenen Jahres um xx Prozent erhöhen .  
Diese prozentuale Erhöhung soll jährlich solange stattfinden, bis alle Einschulungskinder gegen Röteln geimpft sind.
- 4. Umsetzungsstrategie:  
  
Alle niedergelassenen Kinderärzte:  
überprüfen bei ihren Patienten Impfausweise.  
Bei nicht vollständiger Immunisierung wird Impfung empfohlen und durchgeführt.
- Apotheken:  
Werden in Aufklärung einbezogen. Beispielsweise Broschüren auslegen, Informationsgespräche etc–
- Gesundheitsamt:  
Jugendärztlicher Dienst überprüft Impfausweise bei Einschulungsuntersuchungen und legt StIKO–Empfehlungen aus  
sowie Adresslisten / Internetadresse von Kinderärzten im Rhein-Erft-Kreis.
- Hausärzte:  
Werden in Aktion einbezogen durch verschiedene Maßnahmen, beispielsweise Fortbildung zur Abrechnung von Impfungen
- Fachärzte:  
wie Hausärzte
- Beratungsstellen:  
Infomaterial auslegen
- Krankenkassen:  
Bonussystem anbieten (wie AOK, geplant)
- 5. Evaluation  
Einschulungsuntersuchungen
- 6. Falls Ergebnis erreicht / höhere Rate als vorgegeben:  
weitermachen
- 7. falls nicht:  
Impfungen vonseiten des Gesundheitsamtes (wieder) anbieten /  
Krankenkassenbonus erhöhen resp. streichen



### Schlusswort zu diesem Modul des Gesundheitsberichtes

Dieses Modul des Gesundheitsberichtes möge dazu beitragen, die Diskussion um Kindergesundheit im Rhein-Erft-Kreis zu beleben, indem der erste Schritt in Bezug auf das Verfahren der Maßnahmedurchsetzung (wie oben beim Impfen beispielhaft beschrieben) – nämlich die Problembeschreibung – vorgelegt wird. Sie beziehen sich in diesem Modul insbesondere auf den Zugang zu Präventionsleistungen sowie den strukturellen Bedingungen für die Schuleingangsuntersuchungen.

- Die Daten zeigen, dass es eine Reihe von Unzulänglichkeiten in der tatsächlichen Versorgung von Kindern mit Präventionsleistungen gibt. Ich denke, dass insbesondere beim Impfen gute Ansatzpunkte durch verstärkte Aufklärung und Anbieten von Impfungen ‚für die ganze Familie‘ gegeben sind.
- Der Zugang zu Präventionsleistungen ist chancengleich(er) zu gestalten: hier zeigen die Daten der schulärztlichen Untersuchung, dass beispielsweise Verbesserungen in der Sprachförderung nötig sind.
- Bei der Datenerhebung selbst sind sowohl beim zur Verfügung stehenden Instrumentarium, beim Zeitpunkt der Untersuchung sowie den Untersuchungsorten einige Unzulänglichkeiten zu beseitigen.

Es ist an den Mitgliedern der Gesundheitskonferenz, diese – und andere – Maßnahmen durch entsprechende Beschlüsse zu unterstützen.

Personell ausreichende Ausstattung des Jugendärztlichen Dienstes zur Umsetzung von Reformen in der Schule:

Beispiel ist die frühzeitige Sprachförderung von Kindern, die bereits vor Schuleintritt stattfinden soll. Wenn der Jugendärztliche Dienst aufgrund der Unterbesetzung die Einschulungsuntersuchungen in manchen Gemeinden erst kurz vor dem tatsächlichen Schulbeginn im Sommer durchführt, ist damit eine frühzeitige Förderung der Kinder nicht möglich. Die mit der Reform angestrebten Verbesserungen werden damit ad absurdum geführt.

Das gleiche gilt für die Kindergarten – Untersuchungen, die nur bei ausreichendem Personal stattfinden können in jedem Kindergarten aller Gemeinden. Nur so ist die Maxime des präventiven Arbeitens durchzuhalten, die gerade auch für diejenigen Eltern und deren Kinder wichtig ist, die angebotene Präventionsleistungen – wie Impfen und Vorsorgeuntersuchungen – nicht ausreichend in Anspruch nehmen.

Die Untersuchungen des Jugendärztlichen Dienstes würden volkswirtschaftlich gesehen Kosten sparen – wie auch für den Rhein-Erft-Kreis.

Beispiel Impfen:

In den Jahren 2000 – 2002 wurden in allen Gemeinden Impfberatungen und Impfkationen durchgeführt, die in 2003 aufgrund von Personalmangel sehr eingeschränkt (ein Team) angeboten worden sind. Gerade für das Impfen ist eine langfristige und kontinuierliche Arbeit notwendig.

In diesem Zusammenhang müsste auch die kinderärztliche Versorgung propagiert werden, weil sich herausgestellt hat, dass eine hausärztliche Versorgung von Kindern nicht immer ausreichend ist.



## Anhang 1: Darstellung einer Schuleingangsuntersuchung aus der Sicht einer Kinder- und Jugendärztin im Gesundheitsamt (Dr. Lubos)

### Die Schuleingangsuntersuchung

Bei der Einschulung werden viele Fähigkeiten des Kindes abgefragt, die wichtige Voraussetzungen zum Lernen in der Schule sind. Entscheidend für die Beurteilung der Schulfähigkeit ist der Gesamteindruck des Kindes. Es wird nicht allein anhand von einzelnen Defiziten geurteilt.

Die Einschulungsuntersuchung beginnt mit dem Messen und Wiegen (Minderwuchs? Untergewicht? Übergewicht). Dann werden ein Seh- (Sehfähigkeit, Stereosehen, Farbsinn) und Hörtest durchgeführt. Jedes Kind mit Auffälligkeiten hierbei wird zur genauen Abklärung zu den entsprechenden Fachärzten überwiesen, denn gutes Sehen und Hören sind wichtige Voraussetzungen zum Lernen. Die Impfbücher werden nachgesehen und die Eltern über fehlende Impfungen informiert und beraten.

Eine genaue Anamnese gibt Auskunft über Gesundheit und Entwicklung des Kindes. Welche Probleme die Eltern sehen, welche Therapien das Kind bereits gehabt hat. Dann beginnt die eigentliche Untersuchung des Kindes.

1. Zuerst lassen wir die Drachen vervollständigen und die Formen abmalen. Hierbei werden die visomotorischen Fähigkeiten bzw. die visuelle Wahrnehmung überprüft, was zum Erlernen der Schriftsprache und des Lesens wichtige Voraussetzungen sind.
2. Als nächstes fragen wir Farben (rot, gelb, grün, blau) und Formen (Dreieck, Kreis, Viereck) ab. Das sind einfache kognitive Grundkenntnisse.
3. Das Erfassen der Menge bis 4 mit den Augen sollte dem Einschüler möglich sein. Die Vorstellung einer Menge (Mengebegriff) ist eine wichtige Voraussetzungen um Rechnen zu erlernen.
4. Bei der Überprüfung der Sprache wird die Lautbildung kontrolliert. Hierzu benennen die Kinder die Bilder auf der Ravensburger Sprachtafel. Hier zeigt sich auch, ob der Wortschatz des Kindes ausreichend ist oder ob viele Bilder erst von der Ärztin benannt werden müssen. Anschließend lassen wir das Kind eine einfache Bildergeschichte erzählen. Das zeigt, ob das Kind grammatisch richtige Sätze bilden kann (Satzbau), ob es die Zusammenhänge der Bilder erkennt (Sinnerfassung). Durch Fragestellung kann man prüfen, ob das Kind in der Lage ist, eine Problemlösung zu finden (freies Erzählen).
5. Zur groben Überprüfung der auditiven Wahrnehmung lassen wir mehrere 4-silbige Folgen nachsprechen. Kann das Kind die Silbenfolgen erfassen? Reicht das Kurzzeitgedächtnis (Arbeitsgedächtnis) aus, sich vier Silben zu merken? Wichtig für's Lernen.
6. Das Erfassen von einfachen Rhythmen ist wichtig, zum Erlernen des Lesens. Kinder mit Legasthenie haben dabei oft große Probleme.
7. Die Grobmotorik wird mit Fersengang rückwärts und einbeinigem Hüpfen überprüft. Beim Fersengang wird beobachtet, ob das Kind den Vorfuß hochhalten kann und ob die Arme locker hängen oder verkrampft sind. Das Kind sollte locker federnd auf der Stelle hüpfen können, auf jedem Bein 6 Mal.  
Wer eine gut entwickelte Grobmotorik und Koordination hat, kann leichter lernen.
8. Die Feinmotorik beurteilen wir schon beim Malen (Stifthaltung, liegt der Arm auf, geht die Zunge mit etc.).

Getestet wird dann die Feinmotorik mit der Drehbewegung in der Hand (Diadochokinese) und der Fingerdaumentipp vorwärts und rückwärts. Wer feinmotorisch geschickt ist, kann leichter schreiben und lernen.

9. Zum Schluss wird noch der gesundheitliche Zustand des Kindes beurteilt. Wobei natürlich nach dauerhaften Beeinträchtigungen, die das Lernen erschweren, geschaut wird. Bei akuten Infekten werden die Eltern beraten.

Anhand der Untersuchung und deren Ergebnissen wird mit den Eltern gemeinsam überlegt,

- ist das Kind schulfähig
- ist das Kind für die Regelschule geeignet
- ist evtl. eine andere Schulform besser geeignet, das Kind zu fördern.

Falls das Kind nicht für die Regelschule geeignet ist, wird noch einmal von einem Sonderpädagogen eingehend geprüft, welche Fähigkeiten, welche Defizite das Kind hat, welche Schulform die am besten geeignete zur Förderung dieses Kindes ist.

Anhang 2: Fragebogen an die Eltern zur  
Einschulungsuntersuchung ihres Kindes

Angaben für den Schularzt

Vertraulich!

	Kind	Vater	Mutter
Name		Name	
Vorname		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Geburtsort		Wohnort	
Schule		Straße	
Kindergarten	von ..... bis .....		
Geschwister des Kindes mit Geburtsjahr		① 19.... 19.... 19.... 19.... 19.... 19.... 19.... 19....	
Krankenkasse des Kindes .....		Arzt des Kindes .....	Telefon der Eltern .....

Krankheiten bei Großeltern, Eltern oder Geschwistern	<input type="checkbox"/> Ekzem <input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> sonstige schwere Erkrankung	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
Schwangerschaft und Geburtsverlauf	<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> sonstige Besonderheiten		
Entwicklung des Kindes	<input type="checkbox"/> Normalgeburt <input type="checkbox"/> Saugglocke Geburtsgewicht ..... g		
Durchgemachte Erkrankungen des Kindes	frei laufen mit ..... Monaten tags und nachts sauber mit ..... Monaten kleine Sätze sprechen mit ..... Monaten <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Gehirnhautentzündung		
Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle	<input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Ruhr <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Typhus/Paratyphus		
	<input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Kinderlähmung <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Rachitis		

Gesundheitliche Besonderheiten (zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hatte Ihr Kind schon einmal Mittelohrentzündung?<br><input type="checkbox"/> Atmet Ihr Kind häufig mit geöffnetem Mund?<br><input type="checkbox"/> Schläft es fast immer mit geöffnetem Mund?<br><input type="checkbox"/> Neigt es zu häufigem oder langdauerndem Schnupfen?<br><input type="checkbox"/> Hatte Ihr Kind im letzten Jahr mehrmals eine Mandelentzündung mit hohem Fieber und starken Schluckbeschwerden?<br><input type="checkbox"/> Hatte Ihr Kind schon Herzbeschwerden?<br><input type="checkbox"/> Kommt es schon nach kurzem Laufen außer Atem?<br><input type="checkbox"/> Leidet Ihr Kind an morgendlicher Übelkeit?<br><input type="checkbox"/> Hat es zeitweilig Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle?<br><input type="checkbox"/> Hatte Ihr Kind im letzten Jahr mehr als einmal Bronchitis?<br><input type="checkbox"/> Wurde es im letzten Jahr wegen einer Asthmaerkrankung behandelt? | <input type="checkbox"/> Hatte Ihr Kind schon einmal eine Hüftgelenkerkrankung?<br><input type="checkbox"/> Hat es im letzten Jahr über Hüftgelenksschmerzen geklagt?<br><input type="checkbox"/> Ist Ihr Kind zuckerkrank?<br><input type="checkbox"/> Hatte Ihr Kind schon einmal im Gesicht oder an den Gelenken einen langdauernden juckenden Hautausschlag?<br><input type="checkbox"/> Hatte es schon einmal einen schweren Unfall mit Bewußtlosigkeit und/oder Erbrechen?<br><input type="checkbox"/> War die Geburt des Kindes schwierig, war es in Lebensgefahr?<br><input type="checkbox"/> Hatte es schon einmal Krämpfe?<br><input type="checkbox"/> Hat Ihr Kind Appetitstörungen?<br><input type="checkbox"/> Hat Ihr Kind Schlafstörungen?<br><input type="checkbox"/> War Ihr Kind in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? |
|--|--|

Sonstige Angaben für den Schularzt .....

.....

.....

.....

.....



Anhang 3: Erhebungsinstrumentarium für schulärztliche Untersuchungen

Ziffern und Buchstaben bitte so schreiben

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9    A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

Kenn-Nummer				U-Art		Schule		Arzt-Nr.		U-Datum	
10378495											
Geb.-Datum		M/W	Ethn. Gr.	Größe		Gewicht		Systole		Diastole	

Sehen	Hören	Hals/Nase	Herz	Atemw.	WS	Gliedm.	Haut	Endok.	Bauch	ZNS u. Verh.	Maßnahmen	Beurteilg.	Impfen	Früherkennung				
11	14	16	21	25	30	35	38	40	45	50	54	59	64	67				
Herabsetzung d. Sehschärfe	Hörstörung	Adenoide	Angiokardio.	Bronchitis	Thoraxverb.	Hüftschaden	Eikem	Übergewicht	Genital-Organ	Verh. aufz.	zer. Ant. leid	Einbestellung Sprechstunde	Fächer	Sonderschule	Impfheit vorgelegt	Pertussis Anzahl	Hekt vorgelegt	U 5
12	15	17	23	26	31	37	39	20	46	51	55	60	65	68				
Schelen	Otitis	LKG-Spalt	Hypertonie	Asthma	Kyphose	Fußschaden	sonst. Haut	Struma	Harn-Organ	Koord. strg.	Lernbehind.	Kur	Üb. Psych.	Zur. Unehrlte	Hep. B Anzahl	Masern Anzahl	U 1	U 6
13	102	18	24	27	32	56	113	42	47/48	52	57	61	66	69				
Farbsinnstörung		Path. Tonsillen	Kreislauf reg. strg.	Akute Infek.	Skoliose	Körperbeh.		Diabetes	Urinrest	zer. Bew. strg.	geist. Behind.	Komp. Sport	Soz./Jug.-Fürsorge	Zur. Med. Ind.	Polio Anzahl	Mumps Anzahl	U 2	U 7
100	103	19	106	108	33	111	114	29	28	53	119	63	122	62				
		All. Rhinitis			Haltungsschwäche			Ret. Testis	Bauchwandbruch	Sprachstrg.		Sprachbehandlung		Freist. Sport	Diphtherie Anzahl	Röteln Anzahl	U 3	U 8
101	104	105	107	109	110	112	115	116	117	118	120	121	123	124				
															Tetanus Anzahl	Hib. Anzahl	U 4	U 9

Erstmalig festgestellte Befunde (zugehörige Befund-Nummer eintragen)										freie Falder						
										F 1		F 5		F 10		F 15
F 16		F 20		F 25		F 30		F 35		F 40		F 45		F 50		

Nachdruck nur mit Genehmigung des Landesinstitutes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen

275969

GrosseDruck Göttingen (05 51) 608 0



Anhang 4: Mitteilung an die Schule über Befunde bei der schulärztlichen Untersuchung  
(aktuelle Fassung)



Rhein-Erft-Kreis • Der Landrat • 50124 Bergheim

**Der Landrat**  
Gesundheitsamt  
Jugendärztlicher Dienst  
53.3

**Hausadresse**  
Willy-Brandt-Platz 1  
50126 Bergheim  
Telefon 0 22 71/83-0  
**Internet:**  
www.rhein-erft-kreis.de  
info@rhein-erft-kreis.de  
**Postadresse**  
50124 Bergheim

Datum

Mitteilung für die Schule

Das Kind.....geb.....  
wurde heute von mir für die bevorstehende Einschulung untersucht.

**Aus schulärztlicher Sicht bestehen im Hinblick auf die Schulfähigkeit**

**keine Bedenken**

**Bedenken**

Das Kind benötigt Förderung bzw. Zeit zur weiteren Entwicklung im Bereich:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Grobmotorik/Körperkoordination | <input type="checkbox"/> Konzentration und Ausdauer |
| <input type="checkbox"/> Feinmotorik/Visuomotorik       | <input type="checkbox"/> psychosoziale Entwicklung  |
| <input type="checkbox"/> visuelle Wahrnehmung           | <input type="checkbox"/> körperliche Entwicklung    |
| <input type="checkbox"/> Sprache                        |   |
- .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Die Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs wird empfohlen.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Schulärztin

**Öffentliche Verkehrsmittel zum Kreishaus**  
Haltestelle Kreishaus (Buslinien 715, 923, 924, 961, 971, 975)  
Haltestelle Knöchelsdamm (Buslinien 715, 923, 939, 940, 961, 963, 971, 975)  
Bahnhof Zieverich (DB 35)

**Bankverbindungen:**  
Postbank Köln  
(BLZ 370 100 50) Konto 0 010 850 505  
Kreissparkasse Köln  
(BLZ 370 502 99) Konto 0 142.001 200



Anhang 5: Gesundheitsförderung im Setting Schule -  
Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003, S. 71-73

**122.** Gesundheitsförderung zielt auf gesundheitsdienliche Lebensweisen und Lebensbedingungen und auf die Vermehrung von Gesundheitsressourcen wie Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein, Gesundheitsbildung und gesundheitsdienliche Kompetenzen, individuelle Verhaltensspielräume und Unterstützung durch soziale Netze. Auch ein über gesundheitliche Belange im engeren Sinne hinausweisender Kompetenzerwerb und Bildungsgewinn sowie verbesserte Chancen der Einkommenserzielung und der Lebensgestaltung tragen zur Gesundheitsförderung bei. Damit stehen Gesundheitsförderung und Bildungschancen in einem engen Zusammenhang.

**123.** Kinder und Jugendliche sind eine zentrale Zielgruppe für Strategien zur Gesundheitsförderung und Primärprävention. Zahlreiche Krankheiten, die das Morbiditäts- und Mortalitätsspektrum prägen, werden durch individuelle Verhaltensdispositionen und Lebensweisen beeinflusst, deren Wurzeln bis in das Kindes- und Jugendalter zurückreichen. Umgekehrt können in dieser Lebensphase Einstellungen, Bewertungsmuster und Bewältigungsfähigkeiten erworben werden, die den Umgang mit erst in späteren Lebensabschnitten auftretenden Krisen und kritischen Lebensereignissen erleichtern.

**124.** Institutionen, die von einem Teil oder sogar der gesamten Zielgruppe dauerhaft und kontinuierlich aufgesucht werden - im Falle von Kindern und Jugendlichen vor allem Kindergärten und Schulen - bieten für Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Primärprävention geeignete Ansatzpunkte. Im Sinne des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung dienen Institutionen aber nicht nur als Zugangsweg für Information, Beratung und Unterstützung. Sie werden im Rahmen einer Organisationsentwicklung auch selbst Gegenstand von Gestaltungs- und Entwicklungsprozessen.

**125.** Gesundheitsförderung im Sinne einer Organisationsentwicklung bedarf der Partizipation der Organisationsmitglieder, im Setting Schule der Schülerinnen und Schüler, der Lehrkräfte und der Eltern. Prioritäten in diesem Setting sollten angesichts einer sehr heterogenen Schullandschaft und unterschiedlicher Problemlagen in Entsprechung zu der besonderen Situation und zu den Problemen einzelner Schulen von den genannten Bezugsgruppen festgelegt werden. Damit werden zugleich Schwerpunkte eines Qualitätsmanagements und einer Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung vorgezeichnet. Diese Schwerpunkte können zwischen Schulen variieren.

**126.** Praktische Erfahrungen mit Konzepten und Instrumenten der Gesundheitsförde-

rung im Rahmen anderer Settings können auch für die Gesundheitsförderung im Setting Schule genutzt werden. Krankenkassen bzw. die von ihnen beauftragten Institutionen können ihre Erfahrungen in der Durchführung und in der Evaluation von Interventionen in der betrieblichen Gesundheitsförderung nutzen. Sie verfügen über Kompetenzen in der aufsuchenden Projektakquisition, in der Koalitionsbildung im Setting, in flexibler Projektsteuerung, in der Moderation und in der Entwicklung und kontextspezifischen Anpassung von Modulen für Förderungsprogramme. Damit verfügen Krankenkassen über bessere Voraussetzungen als viele andere Akteure im Gesundheitssystem, um zur Etablierung von gesundheitsfördernden Schulen beizutragen.

**127.** Die Umsetzung der Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 1 SGB V verlief bisher zögerlich. Der Rat empfiehlt deshalb den Krankenkassen, ihre Aktivitäten im Setting Schule deutlich zu verstärken. Dabei sollten Projekte zur Gesundheitsförderung durch die Einbindung anderer Akteure auf eine breite Basis gestellt werden, so dass sich Interventionen auch ohne eine andauernde Unterstützung von Krankenkassen fortführen lassen.

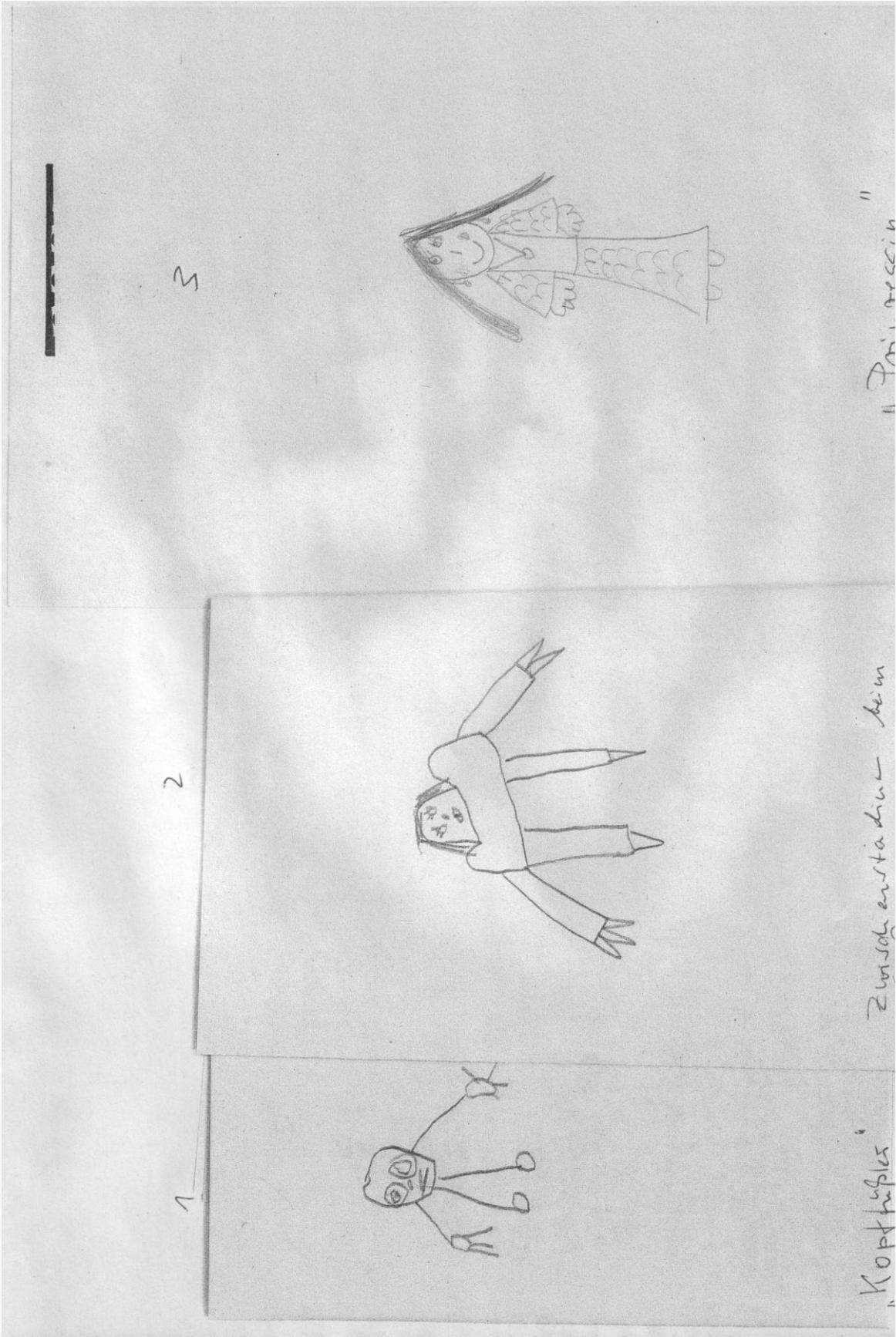
**128.** Die Risikofaktoren- und Krankheitsbelastung ist in weniger privilegierten Gesellschaftsschichten und -gruppen erhöht. Da Chancen des Kompetenzerwerbs, der individuellen Entfaltung und Lebensgestaltung gerade in weniger privilegierten Gesellschaftsschichten und -gruppen von Bedeutung sind, kann die Weiterentwicklung von Schulen zu gesundheitsfördernden Schulen einen Beitrag zu einer größeren Gleichheit von Gesundheitschancen leisten. Soweit der Kompetenzerwerb und die Wahrnehmung von Entwicklungschancen im Kindes- und Jugendalter zu einem Aufbau von Gesundheitsressourcen beitragen, handelt es sich bei der Gesundheitsförderung in der Schule auf mittlere und längere Sicht nicht nur um eine Investition in eine sozial ausbalancierte und produktive Gesellschaft, sondern auch um einen Beitrag zur zukünftigen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems.

**129.** Die durch Ergebnisse der PISA-Studie angestoßene bildungspolitische Debatte sollte aus dem Blickwinkel der Gesundheitsförderung nicht nur auf Aspekte der Entwicklung kognitiver Fähigkeiten von Schülerinnen und Schülern, deren Bedeutung damit nicht bestritten wird, reduziert werden. Sowohl Fachdiskussionen zur Gesundheitsförderung in Schulen als auch die bildungspolitische Diskussion über die Weiterentwicklung der Institution Schule deuten darauf hin, dass sich Ziele und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Schulen harmonisch mit bildungspolitischen Reformanliegen verbinden lassen. Aus gesundheitspolitischer Perspektive besteht aber die Gefahr, dass

die Gesundheitsförderung im Setting Schule nicht mit dem notwendigen Nachdruck vorangetrieben wird, wenn dieses Thema keinen Eingang in aktuelle bildungspolitische Vorhaben findet. Der Rat empfiehlt daher eine enge Koordination der politischen Aktivitäten an der Schnittstelle von Bildungs- und Gesundheitspolitik. Sie ist auch deshalb notwendig, weil für die Durchführung von Aktivitäten auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen. Der Rat empfiehlt weiterhin, im Rahmen des geplanten Programms zur Förderung von Ganztagschulen Ansatz und Kriterien der Gesundheitsförderung zu berücksichtigen und die Vergabe von Fördermitteln an einen Nachweis entsprechender Aktivitäten zu binden.



Anhang 6: Beispiele aus der Untersuchung nach dem ‚Rheinischen Modell‘:  
Zeichnen und Malen





Anhang 7: Auszug aus der aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), 2003

**Impfkalender für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene**

Der Impfkalender für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene (☛ **Tabelle 1**) umfasst Impfungen zum Schutz vor **Diphtherie (D/d), Pertussis (aP), Tetanus (T), Haemophilus influenzae Typ b (Hib), Hepatitis B (HB), Poliomyelitis (IPV) sowie gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) und für Erwachsene zusätzlich gegen Influenza und Pneumokokken.**

Die Standardimpfungen des Impfkalenders (S) sind von hohem Wert für den Gesundheitsschutz des Einzelnen und der Allgemeinheit und deshalb für alle Angehörigen der jeweils genannten Alters- oder Bevölkerungsgruppen empfohlen. In Tabelle 1 sind den empfohlenen Impfungen die Impftermine zugeordnet. Abweichungen vom empfohlenen Impftermin sind möglich und unter Umständen notwendig. Die angegebenen Impftermine berücksichtigen die für den Aufbau eines Impfschutzes notwendigen Zeitabstände zwischen den Impfungen. Die Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kinder, die Schuleingangsuntersuchung, Schuluntersuchungen, die Jugendgesundheitsuntersuchungen sowie die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz sollen für die Impfprophylaxe genutzt werden.

Ein vollständiger Impfschutz ist nur dann gewährleistet, wenn die vom Hersteller angegebene Zahl von Einzeldosen verabreicht wurde (Packungsbeilage/Fachinformationen beachten).

Die Erfahrung zeigt, dass Impfungen, die später als empfohlen begonnen oder für längere Zeit unterbrochen wurden, häufig nicht zeitgerecht fortgesetzt werden. Bis zur Feststellung und Schließung von Impflücken, z.B. bei der Schuleingangsuntersuchung, verfügen unzureichend geimpfte Kinder nur über einen mangelhaften Impfschutz. Wegen der besonderen Gefährdung in der frühen Kindheit muss es daher das Ziel sein, unter Beachtung der Mindestabstände zwischen den Impfungen **möglichst frühzeitig** die empfohlenen Impfungen durchzuführen und spätestens bis zum Alter von 14 Monaten die Grundimmunisierungen zu vollenden. Noch vor dem Eintritt in eine Gemeinschaftseinrichtung, spätestens aber vor dem Schuleintritt, ist für einen vollständigen Impfschutz Sorge zu tragen. Spätestens bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (d.h. bis zum Tag vor dem 18. Geburtstag) sind bei Jugendlichen versäumte Impfungen nachzuholen.

Unabhängig von den in Tabelle 1 genannten Terminen sollten, wann immer eine Arztkonsultation erfolgt, die Impfdokumentation überprüft und fehlende Impfungen nachgeholt werden.

**Tabelle 1:**  
**Impfkalender für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene**  
**Empfohlenes Impftermin und Mindestabstände zwischen Impfungen**

Impfstoff/ Antigen- Kombinationen	Geburt	Alter in vollendeten Monaten				Alter in vollendeten Jahren			
		2	3	4	11-14	15-23 s. a)	5-6 s. a)	9-17 s. a)	ab 18 ≥ 60
DTaP *		1.	2.	3.	4.				
DT/Td <sup>b)</sup>							A	A	A ***
aP								A	
Hib *		1.	s. c)	2.	3.				
IPV *		1.	s. c)	2.	3.			A	
HB *	s. d)	1.	s. c)	2.	3.			G	
MMR **					1.	2.			
Influenza ****									S
Pneumo- kokken *****									S

Um die Zahl der Injektionen möglichst gering zu halten, sollten vorzugsweise Kombinationsimpfstoffe verwendet werden. Impfstoffe mit unterschiedlichen Antigenkombinationen von D/d, T, aP,

HB, Hib, IPV sind bereits verfügbar. Bei Verwendung von Kombinationsimpfstoffen sind die Angaben des Herstellers zu den Impfabständen zu beachten.

- A** Auffrischimpfung: Diese sollte möglichst nicht früher als 5 Jahre nach der vorhergehenden letzten Dosis erfolgen.
- G** Grundimmunisierung aller noch nicht geimpften Jugendlichen bzw. Komplettierung eines unvollständigen Impfschutzes
- S** Standardimpfungen mit allgemeiner Anwendung = Regelimpfungen
- a)** Zu diesen Zeitpunkten soll der Impfstatus unbedingt überprüft und gegebenenfalls vervollständigt werden.
- b)** Ab einem Alter von 5 bzw. 6 Jahren wird zur Auffrischimpfung ein Impfstoff mit reduziertem Diphtherietoxoid-Gehalt (d) verwendet.
- c)** Antigenkombinationen, die eine Pertussiskomponente (aP) enthalten, werden nach dem für DTaP angegebenen Schema benutzt.
- d)** Siehe Anmerkungen ➔ [Postexpositionelle Hepatitis-B-Immunität bei Neugeborenen](#).
- \*** Abstände zwischen den Impfungen mindestens 4 Wochen; Abstand zwischen vorletzter und letzter Impfung mindestens 6 Monate
- \*\*** Mindestabstand zwischen den Impfungen 4 Wochen
- \*\*\*** jeweils 10 Jahre nach der letzten vorangegangenen Dosis
- \*\*\*\*** jährlich mit dem von der WHO empfohlenen aktuellen Impfstoff
- \*\*\*\*\*** Impfung mit Polysaccharid-Impfstoff; Wiederimpfung im Abstand von 6 Jahren

#### **Anmerkungen zu den im Impfkalender aufgeführten Impfungen**

**Diphtherie:** Ab einem Alter von 5 bzw. 6 Jahren (je nach Angaben des Herstellers) wird bei Auffrischimpfungen und zur Grundimmunisierung ein Impfstoff mit reduziertem Diphtherietoxoid-Gehalt (d) verwendet, in der Regel kombiniert mit Tetanustoxoid oder weiteren Antigenen.

**Haemophilus influenzae Typ b (Hib):** Nach dem 12. bzw. 15. Lebensmonat (Packungsbeilage beachten) ist eine einmalige Hib-Impfung ausreichend. Ab einem Alter von 5 Jahren ist eine Hib-Impfung nur in Ausnahmefällen indiziert (z.B. funktionelle oder anatomische Asplenie).

Für die einzelnen Impfungen der Grundimmunisierung sollte – wenn möglich – ein Impfstoff mit gleichem Trägerprotein verwendet werden. Wenn jedoch nicht bekannt ist, mit welchem Impfstoff zuvor geimpft worden ist, weil der Handelsname nicht – wie erforderlich – dokumentiert wurde, dann muss die Grundimmunisierung nicht erneut begonnen werden, sondern kann mit jedem Hib-Impfstoff fortgesetzt werden.

**Hepatitis B (HB):** Serologische Vor- bzw. Nachtestungen zur Kontrolle des Impferfolgs sind bei der Regelimpfung im Kindes- und Jugendalter nicht erforderlich.

**Postexpositionelle Hepatitis-B-Prophylaxe bei Neugeborenen von HBsAg-positiven Müttern bzw. von Müttern mit unbekanntem HBs-Ag-Status:** Entsprechend den Mutterschafts-Richtlinien ist bei allen Schwangeren nach der 32. Schwangerschaftswoche, möglichst nahe am Geburtstermin, das Serum auf HBsAg zu untersuchen. Ist das Ergebnis positiv, dann ist bei dem Neugeborenen unmittelbar post partum, d.h. innerhalb von 12 Stunden, mit der Immunisierung gegen Hepatitis B zu beginnen. Dabei werden simultan die erste Dosis HB-Impfstoff und HB-Immunglobulin verabreicht. Die begonnene HB-Grundimmunisierung wird einen Monat nach der 1. Impfung durch eine 2. und sechs Monate nach der 1. Impfung durch eine 3. Impfung vervollständigt.

Bei Neugeborenen inklusive Frühgeborenen von Müttern, deren HBsAg-Status nicht bekannt ist und bei denen noch vor bzw. sofort nach der Geburt die serologische Kontrolle nicht möglich ist, wird unabhängig vom Geburtsgewicht ebenfalls unmittelbar post partum die Grundimmunisierung mit HB-Impfstoff begonnen. Bei nachträglicher Feststellung einer HBsAg-Positivität der Mutter kann beim Neugeborenen innerhalb von 7 Tagen postnatal die passive Immunisierung nachgeholt werden.

Nach Abschluss der Grundimmunisierung von Neugeborenen ist eine serologische Kontrolle erforderlich (s. a. ➔ *Epid. Bull.* 10/2000 und 8/2001).

**Masern, Mumps, Röteln (MMR):** Die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln sollte mit einem Kombinationsimpfstoff (MMR-Impfstoff) durchgeführt werden, in der Regel im Alter von 11 bis 14 Monaten. Bis zum Ende des 2. Lebensjahres soll auch die zweite MMR-Impfung erfolgt sein, um den frühestmöglichen Impfschutz zu erreichen. Steht bei einem Kind die Aufnahme in eine Kinder-einrichtung an, kann die MMR-Impfung auch vor dem 12. Lebensmonat, jedoch nicht vor dem 9. Lebensmonat, erfolgen. Sofern die Erstimpfung vor dem 12. Lebensmonat erfolgte, muss die MMR-Impfung bereits zu Beginn des 2. Lebensjahres wiederholt werden, da persistierende maternale Antikörper im 1. Lebensjahr die Impfviren neutralisieren können.

Die Eliminierung der Masern ist ein erklärtes Ziel der deutschen Gesundheitspolitik. Masern können eliminiert werden, wenn die Durchimpfungsrate gegen Masern bei Kindern mehr als 95% erreicht. Diesem Ziel sind bisher die Länder nahe gekommen, die eine zweimalige Impfung im Kindesalter empfehlen und dabei hohe Durchimpfungsraten realisieren, wie die skandinavischen Länder, Großbritannien, die Niederlande und die USA. Die STIKO empfiehlt eine 2. MMR-Impfung seit 1991. Mit der 2. MMR-Impfung sollen Immunitätslücken geschlossen werden. Die 2. MMR-Impfung kann bereits 4 Wochen nach der 1. MMR-Impfung erfolgen. Bei Mädchen wird mit der zweimaligen MMR-Impfung auch der unverzichtbare Schutz vor einer Rötelnembryopathie weitgehend gesichert. Auch bei anamnestisch angegebener Masern-, Mumps- oder Rötelnkrankung sollte die 2. MMR-Impfung durchgeführt werden. Anamnestische Angaben über eine Masern- oder Rötelnkrankung sind ohne mikrobiologisch-serologische Dokumentation der Erkrankungen unzuverlässig und nicht verwertbar. Es gibt in der Fachliteratur keine Hinweise auf vermehrte Nebenwirkungen nach mehrmaligen Masern-, Mumps- oder Rötelnimpfungen. Eine Altersbegrenzung für die MMR-Impfung besteht nicht. Sie kann in jedem Alter erfolgen. Empfohlen wird die MMR-Impfung auch für alle ungeimpften bzw. empfänglichen Personen in Einrichtungen der Pädiatrie, in Gemeinschaftseinrichtungen für das Vorschulalter und in Kinderheimen (➔ s. Tabelle 2).

Eine zusätzliche monovalente Rötelnimpfung für Mädchen ist nicht erforderlich, wenn bereits zwei Impfungen mit MMR-Impfstoff dokumentiert sind. Wenn nur eine MMR-Impfung vorausgegangen ist, dann ist die 2. MMR-Impfung möglichst frühzeitig bei allen Kindern und Jugendlichen nachzuholen; bei der Jugendgesundheitsuntersuchung ist sicherzustellen, dass alle Jugendlichen zwei MMR-Impfungen erhalten haben.

**Pertussis:** In Anbetracht der Pertussis-Situation in Deutschland und der Schwere des klinischen Verlaufs einer Pertussis im Säuglingsalter ist es dringend geboten, die Grundimmunisierung der Säuglinge und Kleinkinder zum frühestmöglichen Zeitpunkt, d.h. unmittelbar nach Vollendung des 2. Lebensmonats, zu beginnen und zeitgerecht fortzuführen.

Empfohlen werden je eine Impfung mit einem Impfstoff, der Pertussis-Antigene (aP) enthält, im Alter von 2, 3 und 4 Monaten und eine weitere Impfung im Alter zwischen 11 und 14 Monaten. Das Nachholen oder die Vervollständigung der Pertussis-Immunsierung wird im Kindes- und Jugendalter mit einem azellulären Pertussis-Impfstoff empfohlen (Fachinformation beachten). Für bereits viermal gegen Pertussis geimpfte Kinder bzw. Jugendliche wird im Alter von 9 bis 17 Jahren eine weitere Dosis (aP) empfohlen (s. a. ➔ *Epid. Bull.* 17/2000).

**Poliomyelitis:** Der Polio-Lebendimpfstoff, orale Polio-Vakzine (OPV), wird wegen des – wenn auch sehr geringen – Risikos einer Vakzine-assoziierten paralytischen Poliomyelitis (VAPP) nicht mehr empfohlen. Zum Schutz vor der Poliomyelitis wird ein zu injizierender Impfstoff, inaktivierte Polio-Vakzine (IPV), mit gleicher Wirksamkeit empfohlen. Im Alter von 9 bis 17 Jahren wird für Jugendliche eine Auffrischimpfung mit einem Impfstoff, der IPV enthält, empfohlen. Eine mit OPV begonnene Grundimmunisierung wird mit IPV komplettiert.

### Indikations- und Auffrischimpfungen

Zur Erfüllung des Impfplanes für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene (➔ Tabelle 1) sollte der Impfstatus gegen bestimmte Infektionskrankheiten regelmäßig überprüft und ggf. aufgefrischt werden; jede Arztkonsultation sollte dafür genutzt werden. [ ... ]

(Quelle: [http://www.rki.de/GESUND/IMPFFEN/IMPFFEN.HTM?/GESUND/IMPFFEN/STI\\_NEU.HTM&1](http://www.rki.de/GESUND/IMPFFEN/IMPFFEN.HTM?/GESUND/IMPFFEN/STI_NEU.HTM&1))



Anhang 8: Warum das Sehen so wichtig ist ...  
(Elvira Gaßen, Orthoptistin, [ehemalige] Mitarbeiterin im Jugendärztlichen Dienst)

Sehen, was bedeutet das ?

Erläuterung über das mono- und binokulare Sehen, die visuelle Wahrnehmung und die verschiedenen Untersuchungsarten im Jugendärztlichen Dienst  
Sehschärfe und visuelle Wahrnehmung

Das Sehen, einer unserer fünf Sinne, ist für die Entwicklung des Menschen von größter Bedeutung. Dabei ist allerdings nicht nur das Sehen – die Sehschärfe, im Sinne von Augenfunktion- ein- und beidäugiges Sehen - , sondern auch die Verarbeitung des Gesehenen - die visuelle Wahrnehmung - gemeint. Zum Begriff –Sehen- im Sinne von Augenfunktion gehört, wie oben erwähnt , die Sehschärfe.  
Was ist Sehschärfe ?

Hierbei handelt es sich unter anderem um das zentrale Auflösungsvermögen.

Das bedeutet, dass zwei Punkte einer bestimmten Größe, die in einem sehr geringen Abstand nebeneinander liegen, noch als solche erkannt werden. D.h. je kleiner der Auflösungswinkel, desto höher die Sehschärfe. Die normale Sehschärfe für die Ferne beträgt pro Auge 1,0.

Gesehen wird mit der Stelle des schärfsten Sehens auf der Netzhaut, der Fovea, die in der Netzhautmitte liegt.

Die Sehschärfe entwickelt sich allmählich. Sie steigt stetig an und beträgt bei einem einjährigen Kind ca. 50% der Norm.

Bei einem vierjährigen Kind ist sie dann voll entwickelt, aber noch beeinflussbar bis zum 10. Lebensjahr. (Trotter, Das Auge)

Weiterhin gehört zum Sehen ein intaktes Gesichtsfeld (peripheres Sehen), die freie Augenbeweglichkeit ( Motorik ) und eine gute Zusammenarbeit beider Augen (Binokularsehen ).

Bei der Gesamtheit der geschilderten Sehfunktionen spricht man vom ein - und beidäugigen Sehen (mono- und binokulares Sehen).

Wie funktioniert der Sehvorgang ?

Vereinfacht dargestellt funktioniert das Auge wie eine Kamera.

Die Augenlinse, die zwischen der Regenbogenhaut und dem Glaskörper liegt, reguliert die Bildschärfe, indem sie für jedes Objekt, das wir uns ansehen, die genaue Entfernung einstellt.

Die Pupille sorgt bei hellem Licht durch Zusammenziehen und bei Dunkelheit durch Ausweitung dafür, dass die Belichtung stimmt.

Die Strahlen, die ins Auge fallen, treffen dann durch den Glaskörper auf die Netzhaut, in der sich Stäbchen und Zapfen ( spezielle Nervenzellen ) befinden. Sie sind für Helligkeits – und

Farbreize empfänglich. Durch elektrische und chemische Umwandlung geht der Sehreiz an den Sehnerv weiter und gelangt im Gehirn dann schließlich in die sog. Sehzentren. Dort werden die von den Augen empfangenen Einzelbilder zu einem einzigen Gesamtbild zusammengesetzt und verarbeitet bzw. eingeordnet. (siehe Wahrnehmung)

Was ist verminderte Sehschärfe oder Amblyopie ?

Die Entwicklung der Sehschärfe vollzieht sich dann normal, wenn die Netzhaut und die Sehzentren ausreichende und richtig verarbeitete Impulse bekommen.

Dies kann nicht der Fall sein, wenn z. B. die brechenden Medien des Auges (Hornhaut, Iris, Linse, Glaskörper) pathologisch sind wie beim grauen oder grünen Star.

Aber auch die Netzhaut und der Sehnerv können erkrankt sein.

Weiterhin kann eine Refraktionsanomalie (Weitsichtigkeit, Kurzsichtigkeit, Hornhaut-verkrümmung), aber auch eine Störung des beidäugigen Sehens (Schielen) die Sehschärfe beeinträchtigen.

Liegt eine der o.g. Krankheiten vor, so entsteht eine sogenannte funktionelle Amblyopie

(Schwachsichtigkeit).

Die Amblyopie ist nach dem 6. Lebensjahr nicht mehr oder nicht mehr ganz rückbildungsfähig.

Deshalb sind die vorbeugenden Maßnahmen im Kindesalter zur Verhinderung oder Beseitigung von Störungen optischer Funktionen so bedeutend in der Präventivmedizin!

D.h., selbst bei einer ganz strengen und konsequenten Amblyopiebehandlung durch Pflastertragen auf dem guten Auge ist die Sehschärfe nicht mehr auf 100% bzw. 1,0 zu bringen.

Das bedeutet u. U. Beeinträchtigung in Schule und später Beruf, Geschwindigkeits-einschränkung beim Führen eines PKW, eventuell ist sogar gar kein Führerscheinwerb möglich und somit massive Einschränkungen in allen Lebensbereichen.

Wie wird die Sehschärfe überprüft ?

Im Jugendärztlichen Dienst wird das Rodenstock R 21 zur Feststellung der Sehschärfe benutzt. Als Optotypen wird der E-Haken eingesetzt und die Sehschärfe von 0,15 bis 1,0 überprüft.

Untersucht werden die Kindergartenkinder im letzten Kindergartenjahr und die Einschulungskinder.

Das R 21 ist eine Weiterentwicklung des Gerätes, das von Prof. Cüppers und der Firma Rodenstock 1967 erbaut wurde.

Hervorzuheben ist bei diesem Gerät die gute Reproduzierbarkeit, die einfache Handhabung, die gleichen Prüfbedingungen.

Ermittelt werden sollen:

- die Sehschärfe re./li. Auge für die Ferne
- die Hyperopie durch die Vorschaltlinse
- die Amblyopie

Die Auswertung der Befunde ist nicht schwierig, da keine Diagnosen gestellt werden, sondern nur eine Ja/Nein Entscheidung getroffen werden soll. (Ja- der Befund ist in Ordnung; Nein- der Befund ist auffällig)

Wir vom Jugendärztlichen Dienst überweisen dann zum Augenarzt, wenn ein Unterschied in der Sehschärfe R/L besteht oder wenn ein schlechterer Visus als 0,7 angegeben wird.

Weiterhin wird überwiesen, wenn das Kind die Vorschaltlinse von + 1,5 dioptr. annimmt, bzw. wenn die Sehschärfe für die Ferne mit der + 1,5 dioptr. Linse besser oder gleich ist.

Falls dies der Fall sein sollte, besteht der Verdacht auf Weitsichtigkeit (Hyperopie)

Was ist Weitsichtigkeit ?

Die Weitsichtigkeit ist eine von drei Refraktionsanomalien.

Hierbei ist das Auge zu kurz gebaut und die einfallenden Strahlen treffen sich vor der Netzhaut, so dass eigentlich ein unscharfes Bild entsteht. Ein Kind jedoch kann durch vermehrte Akkommodation (Krümmung der Linse) die Weitsichtigkeit ausgleichen.

Ab einem bestimmten Wert ist das sehr anstrengend für die Kinder und zieht folgende Beschwerden nach sich: Kopfschmerzen, Augenbrennen, Augentränen, schnelle Ermüdbarkeit, später Leseunlust, Schwierigkeiten beim Schreiben usw.

Um die Weitsichtigkeit zu testen, müssen bestimmte diagnostische Augentropfen beim Augenarzt gegeben werden. Nach diesen Tropfen entspannt sich die innere Augenmuskulatur, die Pupille wird groß. In diesem entspannten Zustand kann die Weitsichtigkeit objektiv ausgemessen werden. Die Wirkung der Tropfen hält ca. 2-3 Std. an (bei Cyclopentolat).

Es wird dann bei einer gemessenen Weitsichtigkeit (Hyperopie) ab einem bestimmten Wert eine Brille verordnet. Damit kann das Kind entspannter und ohne Beschwerden sehen.

Die Weitsichtigkeit wächst sich in den allermeisten Fällen aus.

Mit anderen Worten, wenn wir ein Kind bei der Einschulungsuntersuchung oder Kindergartenuntersuchung mit dem Verdacht auf Hyperopie zum Augenarzt überweisen, sollte diese Tropfenuntersuchung unbedingt erfolgen.

Andere Refraktionsanomalien sind die Kurzsichtigkeit und die Hornhautverkrümmung (Myopie, Astigmatismus).

Bei beiden Anomalien ist die Sehschärfe auf jeden Fall im Gegensatz zur Weitsichtigkeit eingeschränkt.

Aber auch das binokulare Sehen, sprich beidäugiges Sehen ist Bestandteil unserer Untersuchung.

Was ist binokulares Sehen ?

Hierbei soll festgestellt werden, ob die Zusammenarbeit beider Augen funktioniert.

Das überprüft man zum einen mit sogenannten Stereotests.

Dies ist der Langtest, TNO-Test, Titmus-Test.

Zum anderen wird die Stellung der Augen zueinander und die Beweglichkeit der Augenmuskeln (Motilität) überprüft.

Weicht ein Auge von der Parallelstellung bei Blick in die Ferne ab, so spricht man von einem manifesten Schielen. Das Auge kann nach innen (Strabismus convergens), nach außen

(Strabismus divergens), nach unten oder oben (Strabismus sursumvergens) abweichen.

Das Führungsaug ist dann dasjenige, mit dem fixiert wird. Bei einem solchen manifesten Schielen fallen auch die Stereotests negativ aus, d.h. es wird nicht räumlich gesehen.

Entfernungen können bei Menschen ohne räumliches Sehen schwieriger abgeschätzt werden, bei bestimmten Berufen ist räumliches Sehen Voraussetzung.

Also auch hier wird zum Facharzt überwiesen mit der Bitte um Überprüfung auf Schielen (Strabismus).

Am besten aufgehoben sind solche Kinder in einer Facharztpraxis mit einer orthoptischen Einrichtung. Dort sind OrthoptistInnen tätig, die sich in einer speziellen Ausbildung an Universitätsaugenkliniken auf dem Gebiet der Motilitätsstörungen auskennen.

Genauso wie bei der Refraktionsanomalie hat der Schielwinkel u.U. erheblichen Einfluß auf die Sehschärfe. Fixiert immer nur dasselbe Auge, so wird der Seheindruck des schielenden Auges vom Gehirn unterdrückt, um keine Doppelbilder wahrzunehmen. Folglich kann die Sehschärfe sich auf dem schielenden Auge nicht entwickeln. Eine Amblyopie droht auch hier, wenn nicht früh therapiert wird.

Schielen ist somit auch kein Schönheitsfehler, sondern eine behandlungsbedürftige Erkrankung.

Bei der Einschulungsuntersuchung ist es für eine beginnende Schieltherapie schon relativ spät, aber man kann durch strenges Pflasterkleben (Occlusion) auf dem führenden Auge unter ständiger Kontrolle einer Orthoptistin die Sehschärfe des schielenden Auges eventuell noch verbessern.

Nach der Untersuchung der Sehschärfe und des beidäugigen Sehens wird noch ein sehr wichtiger Bestandteil des Sehens ansatzweise überprüft – die visuelle Wahrnehmung.

Was ist visuelle Wahrnehmung ?

Bei der visuellen Wahrnehmung sind zentrale Verarbeitungsschritte in Hirnarealen gemeint, die völlig automatisch ablaufen.

Das Auge empfängt lediglich rohe Lichtreize, aber kein anderer unserer 5 Sinne vermag dem Gehirn eine solche Fülle und Menge an Informationen über die Außenwelt zu vermitteln.

Wahrnehmung ist also ein Vorgang des Auffassens und Erkennens.

Einzelmerkmale (visueller Reiz) wie Form, Farbe, Bewegung usw. werden analytisch kategorisiert und mit Hilfe von sogenannten Wahrnehmungsorganisationsgesetzen zu einem neuen Ganzen zusammengestellt.

Eines dieser Wahrnehmungsorganisationsgesetze ist z. B. der Formkonstanzmechanismus.

D. h. die Form eines Gegenstandes wird als gleichbleibend erkannt, auch wenn sich der Blickwinkel oder die Größe eines Gegenstandes verändert..

Beispiele: wenn ein kleingeschriebenes „a“ und ein größer kleingeschriebenes „a“ nicht als der gleiche Buchstabe erkannt werden, so liegt wahrscheinlich eine Störung des Formkonstanzmechanismus vor. Oder wenn ein Becher, der den Henkel mal links, mal rechts, mal links unten oder rechts unten aufweist, nicht als immer der gleiche Becher erkannt wird, kann man von einer Störung ausgehen.

Man kann sich nun vorstellen, dass Kinder mit einer solchen Störung massive Probleme beim Erkennen und Wiedergeben von Buchstaben und deren Bedeutung haben.

Die Folgen visueller Wahrnehmungsstörungen:

Verzögerte und/oder gestörte Entwicklung

- der Emotionalität,
- der Motorik (Feinmotorik und Grobmotorik)

- der Kognition (Wissen u. Erkennen)
- der Sprache (Benennen)

Wie schon erwähnt, wird bei der Schuleingangsuntersuchung ansatzweise die visuelle Wahrnehmung durch den VSRT (Visuomotorischer Schulreifeftest) überprüft.

Bei Verdacht auf Störungen in diesem Bereich wird mit entsprechender Fragestellung zum Facharzt überwiesen, der dann weiter differenziertere und diagnostische Untersuchungen veranlasst.

Anhand der hier nur kurz angeführten Untersuchungsarten und der eventuell vorhandenen Störungen in Beziehung auf das Sehen wird aber jedem die enorme Wichtigkeit dieser Untersuchung durch speziell dafür ausgebildete Ärzte und Fachpersonal klar werden.

Quellennachweis:

- H.J. Küchle / H. Busse, Taschenbuch der Augenheilkunde
- Kinderaugen, Medizin heute 4/88
- Barbara Dollinger, Einblicke und Anregungen aus der Praxis einer Orthoptistin, Kinder-Jugendarzt 2000, S. 277
- Hilke Oberländer, Untersuchung der Augen bei Legasthenie, Aus Theorie und Praxis 3/99



## Anhang 9: Schule als institutioneller Ort für primäre gesundheitliche Versorgung – Begründung (Hurrelmann / Klocke 2003, S.19-22)

### Prävention an und Gesundheitsförderung in der Schule

Die Ergebnisse der Studie haben allerdings gezeigt, dass die Realität weit von diesem Ideal entfernt ist: Die Schule wird von Schülern eher als „krankmachende“ und weniger als gesundheitsförderliche Umwelt wahrgenommen. Insbesondere Unterrichtsqualität, Unterstützung durch die Schule und Partizipationsmöglichkeiten werden von den Schülerinnen und Schülern als defizitär bewertet. Insofern ist die Schule auch ein mitverursachender Faktor für das Auftreten gesundheitlicher Einschränkungen von Jugendlichen. Gesundheitsförderung in Schulen setzt daher auch die qualitative Verbesserung von Schule und Unterricht voraus.

Die Schule muss sich darum bemühen, verstärkt Arbeits- und Übungsräume mit verschiedenartigen Lernsituationen anzubieten, die von den Schülern als persönlich wichtig und sinnvoll empfunden werden. Fächergrenzen sollten überschritten werden, um einen Praxis- und Lebensweltbezug des Lernens herzustellen. Gesundheitsthemen sollten nicht nur in den traditionellen dafür vorgesehenen Fächern (Biologie, Sport) zur Sprache kommen, sondern in allen relevanten Fächern einschließlich Deutsch und Gesellschaftslehre. Gesundheitsförderung kann auch indirekt über Fächer wie Musik und Kunst stattfinden, denn hier können Körperbewusstsein und Sinnesfreude im Sinne einer umfassenden pädagogischen Konzeption der Gesundheitsförderung entwickelt werden. Zudem wäre Gesundheit als Unterrichtsfach in allen Jahrgangsstufen eine Möglichkeit, diesem Thema schon zu einem frühen Zeitpunkt im Leben der Schülerinnen und Schüler eine große Bedeutung beizumessen. Aber auch in den vorhandenen Strukturen ließe sich arbeiten: Gesundheitsförderprogramme sollten in das Curriculum der Schulen integriert werden, z.B. könnten einzelne Themen in Arbeitsgemeinschaften, Projekten oder Kursen bearbeitet werden. Hierbei sind vor allem integrative und partizipative Unterrichtsmethoden wie Projektlernen, Rollenspiele und Kleingruppenarbeit von größerer Effektivität als traditioneller Frontalunterricht. Die Schule darf sich allerdings nicht nur auf die Entwicklung neuer Curricula und Unterrichtsmethoden befassen, sondern muss sich auch stärker als bisher mit der außerschulischen Lebenswelt der Jugendlichen vernetzen. Aus diesem Grund sollte schulische Gesundheitsförderung die soziale, ökologische und kommunale Dimension miteinbeziehen.

Bei der Umsetzung von Gesundheitsförderprogrammen hat sich eine vorrangig auf Wissensvermittlung ausgerichtete Strategie als wenig effektiv erwiesen. Schulische Programme sollten auf die Ausbildung personaler sowie sozialer Kompetenzen zielen und folgende Inhalte umfassen: Die Förderung eines gesunden Lebensstils, die Förderung zur Ausbildung von körperlichen, sozialen und psychologischen Potentialen, die Stärkung von sozialen Kompetenzen, Problemlösefähigkeiten, Copingstrategien und Fähigkeiten zur Konfliktbewältigung sowie die Förderung von Verantwortungsbewusstsein für die eigene Person, die Familie und die Gemeinde.

Besonders dringliche thematische Schwerpunkte sind die Drogen- und Gewaltprävention, die Prävention von psychischen und psychosomatischen Krankheiten und die Vermeidung von Übergewicht und Essstörungen. Sie sollten auch in die Curricula der Schulen integriert und fächerübergreifend umgesetzt werden. Gezielte Programme zur Stärkung des Selbstkonzeptes der Schüler und von sozialen und personalen Kompetenzen („Lebenskompetenztrainings“) sowie Ernährungs- und Sportprojekte sind in diesem Zusammenhang als Beispiele zu nennen.

Zusammenfassend erscheint es als sehr dringlich, dass schulische Gesundheitsförderung einerseits Themen und Schwerpunkte anspricht und andererseits die Qualität von Schule und Unterricht verbessert. Hierbei sollte nicht nur die Verhaltensdimension, sondern auch soziale, ökologische und kommu-

nale Aspekte in Betracht gezogen werden, um Gesundheitsförderung für Jugendliche in einer umfassenden Art und Weise voranzutreiben.

#### Fazit

Die Debatte um die Funktionen und Aufgaben von Schule hat sich in den letzten Jahren in Deutschland auf die Fragen der Effizienz – und Leistungssteigerung verengt, müsste aber umfassender geführt werden (vgl. Melzer/Sandfuchs 2001). Denn es sind, wie die differenzierten Analysen der PISA-Studie (Deutsches PISA-Konsortium 2003) und die Ergebnisse des Jugendgesundheitsurvey zeigen dieselben Ursachen, die zu Fachleistungsproblemen bzw. zu Einschränkungen im Gesundheitsstatus der deutschen Schülerinnen und Schüler führen. Deutschland gehört nach der PISA-Studie zu einer Ländergruppe, deren kennzeichnendes Merkmal der Schulkultur der „Leistungsdruck“ ist, während die „Schüler-Lehrer-Beziehung“ und vor allem die „professionelle Unterstützung“, die bei den PISA-Gewinnern voll entfaltet ist, in unseren Sekundarschulen weniger ausgeprägt ist (Deutsches PISA-Konsortium 2003).

Hier stellt sich nicht die Frage nach einem „Entweder-Oder“ von Leistungsstatus auf der einen und Gesundheitsstatus auf der anderen Seite, sondern nach der psychischen, sozialen und gesundheitlichen Verträglichkeit der Leistungserbringung. Außerdem sind Gesundheit und Wohlbefinden keine nachrangigen, sondern wichtige Lebensziele und „Zukunftsgüter“, denen sich die gesamte Gesellschaft verpflichtet sehen muss. Unabhängig von diesen Argumenten führen Beeinträchtigungen der Gesundheit, die bereits im Kindes- und Jugendalter auftreten, nicht nur zu individuellen, sondern auch zu gesellschaftlichen und ökonomischen Problemen. Bei der jetzt schon angespannten finanziellen Lage, dürfte die sich für das Gesundheitswesen abzeichnende Kostenzunahme bei Fortschritt der Wissenschaft und der Medizintechnik nur schwer zu bewältigen sein. Ein generelles Umdenken und eine Umgestaltung der Bedingungen des Aufwachsens und auch des Lernens in der Lebenswelt Schule ist hier erforderlich. Insbesondere gesundheitserzieherische und gesundheitsförderliche Maßnahmen in der Schule eröffnen die Möglichkeit, Krankheiten zu vermeiden und Gesundheit zu fördern.

Die Ergebnisse des Jugendgesundheitsurvey sprechen für eine umfassende Sicht von Gesundheit und für ebenso umfassende Folgerungen für die Gesundheitsförderung. Alle Förderansätze sollten den sozialen, ökologischen, kulturellen und ökonomischen Lebenskontext miteinbeziehen und die psychischen und körperlichen Voraussetzungen eines Individuums berücksichtigen. Sie sollten auf die gesunde Entwicklung und das Wohlbefinden sowohl mit Hilfe struktureller und politischer Initiativen als auch durch die Unterstützung von Familien und Einzelpersonen zielen. Die Ottawa-Charta der WHO (1986) kann hierfür nach wie vor als Leitsatz dienen. Sie beschreibt Gesundheitsförderung als einen Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Autonomie und Verantwortung für ihre eigene Gesundheit ermöglicht. Das Ziel ist die Herstellung einer gesundheitsförderlichen sozialen und natürlichen Umwelt sowie die Entwicklung individueller Kompetenzen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Befunde Einschulungskinder 2002 im Rhein-Erft-Kreis .....	4
Abbildung 2: Befunde Einschulungskinder 2002 nach Organsystemen / Befunde mit Arztüberweisung / Befunde Kinder in Behandlung / Befunde ohne Arztüberweisung .....	5
Abbildung 3: Bevölkerung im Rhein-Erft-Kreis Gesamt und nach Gemeinden im Jahr 2002, Stichtag 31.12.2002 und Entwicklung der Bevölkerung von 1998 – 2002 im Rhein-Erft-Kreis , Stichtag: 1.1. d.J. (Quelle: Landesamt für Statistik, NRW, 2003, online vom 30.10.2003) .....	15
Abbildung 4: Pänz für die Grundschule im Rhein-Erft-Kreis bis 2007 (Quelle: LDS, NRW online am 29.10.2003).....	16
Abbildung 5: Beschäftigte im Rhein-Erft-Kreis 1998 – 2002 (Quelle: LDS, NRW, online, 2003).....	17
Abbildung 6: Doppelt soviel Kinder und Jugendliche wie Erwachsene über 50 beziehen im Jahr 2002 Sozialhilfe im Rhein-Erft-Kreis (Quelle: LDS, NRW online, 10/2003).....	18
Abbildung 7: Sozialhilfebezug von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Städten des Rhein–Erft–Kreises 2002 (Quelle: Statistische Ämter der jeweiligen Städte) .....	18
Abbildung 8: Steigende Haushaltseinkommen in absoluten Zahlen (Quelle: LDS, NRW NRW, online 10/2003).....	19
Abbildung 9: Steigender Wohnungsbestand im Rhein-Erft-Kreis in den vergangenen fünf Jahren (Quelle: LDS, NRW NRW, online 10/2003) .....	19
Abbildung 10: Einige Daten zur Entwicklung der sozialen Lage in den vergangenen fünf Jahren im Rhein-Erft-Kreis (basierend auf Daten des LDS, NRW).....	20
Abbildung 11: Jugendärztliche Zuständigkeiten im Rhein-Erft-Kreis, Stand: 2002.....	26
Abbildung 12: JedeR Fünfte ist ‚Ausländer‘: Verteilung von ‚deutschen‘ Deutschen, ‚ausländischen‘ Deutschen und Ausländern (N= 5087) / Kinder bei Einschulungsuntersuchung 2002 .....	32
Abbildung 13: Verteilung von deutschen und migrationshintergrundigen EinschulungsschülerInnen auf die Gemeinden des Rhein-Erft-Kreises im Jahre 2002 (N= 5087) migrations* =: mit Migrationshintergrund, zusammengefasst: Eltern Ausländer – Kind in Deutschland geboren, Kind im Ausland geboren, Aussiedler .....	32
Abbildung 14: Werden sie immer dicker? – Vergleich von übergewichtigen Kindern bei der Einschulung 2001 und 2002 (N= 4.683), Darstellung vom lögd, Bielefeld .....	33
Abbildung 15: BMI-Maße für Kinder und Erwachsene .....	33
Abbildung 16: Sehen – Befunde der Einschulungsuntersuchung 200 .Erste Zeile mit dem entsprechenden Organsystem gibt die Zahl der untersuchten Kinder ohne Befund an.....	35
Abbildung 17: 14,4 % der Kinder hat bei der Einschulungsuntersuchung ein Sehproblem.....	35
Abbildung 18: Hören – Befunde der Einschulungsuntersuchung 2002 / Erste Zeile mit dem entsprechenden Organsystem gibt die Zahl der untersuchten Kinder ohne Befund an.....	35
Abbildung 19: Hören – knapp drei von hundert Kindern haben ein Hörproblem .....	35
Abbildung 20: Eins von 100 Kindern leidet unter Erkrankungen der Atemwege / Erste Zeile mit dem entsprechenden Organsystem gibt die Zahl der untersuchten Kinder ohne Befund an.....	36
Abbildung 21: Hautprobleme bei Einschulungskindern.....	36
Abbildung 22: Fünf von hundert Kindern im Einschulungsalter [!] leiden an einem allergischen Symptomkomplex .....	36
Abbildung 23: Erkrankungen der Wirbelsäule bei Einschulungskindern / Erste Zeile mit dem entsprechenden Organsystem gibt die Zahl der untersuchten Kinder ohne Befund an.....	36
Abbildung 24: Etwa drei von hundert Kindern leiden an Skoliose bei Schuleintritt.....	37
Abbildung 25: Weitere orthopädische Probleme bei Einschulungskindern / Erste Zeile mit dem entsprechenden Organsystem gibt die Zahl der untersuchten Kinder ohne Befund an.....	37
Abbildung 26: Gut sieben von 100 Kindern haben Auffälligkeiten an den Gliedmaßen .....	37
Abbildung 27: Endokrinologische Auffälligkeiten bei Einschulungskindern / Erste Zeile mit dem entsprechenden Organsystem gibt die Zahl der untersuchten Kinder ohne Befund an.....	38
Abbildung 28: Rund 10 von 100 Kindern leiden unter der Ernährungsstörung: Zu- Viel- Essen.....	38
Abbildung 29: Modell Rheinland bei Einschulungsuntersuchungen – besonderes Augenmerk auf Koordination, Sprache und Wahrnehmung / Erste Zeile mit dem entsprechenden Organsystem gibt die Zahl der untersuchten Kinder ohne Befund an .....	39
Abbildung 30: 2.155 Einschulungskinder (42,3 %) haben Probleme bei Sprache, Wahrnehmung / Koordination.....	39
Abbildung 31: Kranke Einschulungskinder !? 20 % Kinder – Befunde mit Arztüberweisung; 33 % Kinder– in Behandlung; 42,5 % Kinder– mit einer Gesundheitsstörung bei der Einschulungsuntersuchung (N= 5.087) .....	40

Abbildung 32: Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Koordinations-, Sprach- und Wahrnehmungsstörungen – Einschulungskinder 2002, absolute Häufigkeiten .....	40
Abbildung 33: Prozentuale Anteile nach Geschlecht von leichten bis schweren Befunden im Bereich Koordination, Sprache und Wahrnehmung .....	41
Abbildung 34: Impfraten Einschulungskinder 2002 Rhein–Erft–Kreis auf Basis von allen untersuchten Kindern (N= 5.087) und auf der Basis von untersuchten Kindern mit vorgelegtem Impfheft (N= 4.498) .....	42
Abbildung 35: Erläuterung zu den Impfquoten 2002, Basis: vorgelegte Impfheften (N=4.498) .....	43
Abbildung 36: Absolute Zahlen – für eine Impfkampagne ... / Einschulungsjahrgang 2002 im Rhein-Erft-Kreis (N= 5.087) .....	44
Abbildung 37: Mehr wäre besser – Nicht-Geimpften: Prozentualer Anteil bei neun Impfarten bei Einschulungskindern 2002 im Rhein-Erft-Kreis mit vorgelegten Impfheften nach Gemeinden (N= 4.498) .....	45
Abbildung 38: Kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen bis zum 5. Lebensjahr .....	46
Abbildung 39: Dokumentierte Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen nach Geschlecht bei Einschulungskindern Rhein-Erft-Kreis 2002 (N= 5087, davon rund 15 % missings) .....	47
Abbildung 40: Rate Inanspruchnahme von U3 – U9 in Deutschland / Stand: 2000 (Quelle: <a href="http://www.zi-koeln.de/themen/praev/altenhofen-2/down/KFK_Teil2000a.PDF">http://www.zi-koeln.de/themen/praev/altenhofen-2/down/KFK_Teil2000a.PDF</a> vom 7.11.2003) .....	48
Abbildung 41: Gleichzunehmende Anteile bei Jungen und Mädchen bei nicht vorgenommenen Vorsorgeuntersuchungen U1 – U9 (Basis: EinschülerInnen 2002 mit vorgelegten Untersuchungsheften, N= 4.498) .....	49
Abbildung 42: Inanspruchnahme Vorsorgeuntersuchungen –Rhein–Erft–Kreis im Vergleich zu NRW (Basis: vorgelegte Vorsorgehefte im entsprechenden Jahr) .....	49
Abbildung 43: Häufigkeit von Erstbefunden bei der Einschulungsuntersuchung im Jahre 2002 im Rhein-Erft-Kreis (N= 5.087, n= 673 / valid cases) .....	50
Abbildung 44: Drei Schwerpunkte bei Erstbefunden: Sinneswahrnehmung, Orthopädische Probleme, ZNS und Verhalten / Einschulungsuntersuchung Rhein-Erft-Kreis 2002 (N= 813 / Antworten bei 673 Fällen) .....	51
Abbildung 45: Punkte bei der Koordination – Prozentuale Anteile bei den erreichbaren Punktwerten .....	53
Abbildung 46: Punktvergabe für Zeichnen – knapp die Hälfte der Kinder hat Probleme (Punktwert<6) .....	53
Abbildung 47: Punkte für Sprache – große Probleme beim Nachsprechen und häufige Probleme bei Rhythmik (Punkt e <2) .....	53
Abbildung 48: Kranke Kinder bei der Einschulungsuntersuchung 2002 – Zusammenfassende Darstellung von Befunden mit Arztüberweisungen und Erstbefunden lt. Markierung .....	58
Abbildung 49: Beherrzter Umgang statt aussichtsloser Kampf – die Geschichte vom Elch Ville und dem Floh Egon (Bild zur Verfügung gestellt: Deutsche Gesellschaft für Psycho-Allergologie, 2003) .	63

Literaturverzeichnis, zum Weiterlesen ...

Bade, Klaus J.; Münz, Rainer (Hrsg.): Migrationsreport 2000 Fakten - Analysen - Perspektiven Frankfurt am Main (Campus) 2000.

Becker, Ulrich: Armut und Gesundheit - macht Armut Kinder krank? Soziale Netzwerke als protektive Faktoren der Gesundheit im Jugendalter o.O. u. J.

Behrendt, Regina (Redaktion): Gesundheit und Familie. Familienbericht Düsseldorf, Düsseldorf 2003.

Behrendt, Regina: Schulneulinge. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung von 1998 bis 2001, Düsseldorf 2003.

Benecke, Andrea; Vogel, Heiner: Übergewicht und Adipositas, Berlin 2003.

Boschek, H.J.; Brand, Helmut: Der öffentliche Gesundheitsdienst in NRW Aus: LÖGD NRW (Hrsg.): Gesundheitsrahmenbericht 2000 Zur gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen, Teil 1 Expertenbericht zu den Themenfeldern 6-11 des GMK-Indikatorensatzes Bielefeld 2002. (=Gesundheitsberichterstattung Band 10/2000) S. 125 - 141.

Brand, Helmut: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen Bielefeld 2002.

Brocke, Hartmut: Was ist eigentlich 'die offene Methode der Koordinierung'? o.O. 2003.

Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (Hrsg.): Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt Berlin / Bonn 2000.

Currie, Candace; Hurrelmann, Klaus et al: Health and Health Behaviour Kopenhagen 2000.

Deutsches Institut für Urbanistik: Strategien für die Soziale Stadt Erfahrungen und Perspektiven - Umsetzung des Bund-Länder-Programms 'Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf - die soziale Stadt' . Bericht der Programmbegleitung (Hrsg.): Berlin 2003.

Dilli, Haydar: Interkulturelle Erziehung in der Praxis. Sprachförderungsprojekt der Universität Essen, Herten 2002.

Düsterhaus, Anette: Die Gesundheit der Schulanfängerinnen und Schulanfänger in Dortmund. Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen von 1985 - 1996 Stadt Dortmund (Hrsg.): Dortmund 1997.

Erziehungsberatungsstelle: Jahresbericht 2002 Kerpen 2002.

Gensicke, Thomas: Individualität und Sicherheit in neuer Synthese? Wertorientierungen und gesellschaftliche Aktivität. Aus: Hurrelmann, Klaus; Albert, Mathias (Hrsg.): Jugend 2002 Zwischen pragmatischem Idealismus und robustem Materialismus. Frankfurt am Main (Fischer) 4.2003. S. 139-220.

Gürtler, Christoph: Migrationsbezogene Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler Ebene am Beispiel der Stadt Nürnberg. Aus: Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (Hrsg.): Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt Berlin / Bonn 2000. S. 97-104.

Haffner, J. et al.: Lebenssituation und Verhalten von Kindern im zeitlichen Wandel. Ergebnisse einer epidemiologischen Verlaufsstudie zu Lebensbedingungen, Verhalten und Problemen von Kindern zu Beginn und Ende der Grundschulzeit, Heidelberg 2001.

Harwazinski, Assia: Kinderärztin in Kreuzberg. Interview mit Renate Schüssler In: Dr. Mabuse, 28. Jg. (2003), H. 145, S. 40-42.

Helfferich, Cornelia; Hendel-Kramer, Anneliese; Klindworth, Heike: Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. RKI / Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Berlin 2003.

Hoz, Paloma Fernández de la: Familienleben: Gesundheitsressourcen und -risiken aus der Perspektive der sozialen Inklusion, Vortrag Tutzing 2003.

Hurrelmann, Klaus et al (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, Weinheim / München 2003. (= Gesundheitsforschung)

Hurrelmann, Klaus; Albert, Mathias (Hrsg.): Jugend 2002 Zwischen pragmatischem Idealismus und robustem Materialismus , Frankfurt am Main 4.2003.

Hurrelmann, Klaus; Klocke, Andreas; Melzer, Wolfgang; Ravens-Sieberer, Ulrike (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, München 2003.

Hurrelmann, Klaus; Klocke, Andreas; Melzer, Wolfgang; Ravens-Sieberer, Ulrike: WHO-Jugendgesundheitsurvey - Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland o.O. u. J. [www.uni-dresden.de](http://www.uni-dresden.de) (23.9.2003).

Kickbusch, Ilona: Das Soziale ist die beste Medizin. Vortrag Berlin Kongress: Armut und Gesundheit, Berlin 2000.

Killius, Nelson; Kluge, Jürgen; Reisch, Linda (Hrsg.): Die Zukunft der Bildung, Frankfurt am Main 2002.

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg & Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW: Gesunde Kinder - gleiche Chancen für alle? Ein Leitfaden für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Förderung der gesundheitlichen Teilhabe, Bielefeld 2003.

Landesgesundheitskonferenz NRW: Gesundheit für Kinder und Jugendliche in NRW o.O. 1999.

Landesgesundheitskonferenz: Soziale Lage und Gesundheit o.O. 2000.

LÖGD NRW (Hrsg.): Gesundheitsrahmenbericht 2000. Zur gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen, Teil 1 Expertenbericht zu den Themenfeldern 6-11 des GMK-Indikatorensetzes, Bielefeld 2002. (= Gesundheitsberichterstattung Band 10/2000)

Mersmann, Heiner: Visionen für den Aufgabenbereich eines modernen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes. Aus: Stadt Köln, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (Hrsg.): 1901-2001 Hundert Jahre im Dienst der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Einführung und Weiterentwicklung des Schularztsystems in Köln, Köln 2001. S. 73-79.

Mersmann, Heiner: Zur gesundheitlichen Lage der Kölner Schulanfänger. Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 1995 bis 1999 Köln o. J.

Nacke, Otto: Jugendärztliche Definitionen. Erweiterte Neubearbeitung der 1967 begründeten, in den Jahren 1960 -1980 bearbeiteten Manuskripte, Bielefeld 1989.

Nassauer, Alfred: Rechtssicherheit beim Impfen In: Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz, Jg. 2003, H. Sonderheft 1, S. 541-542.

o.N.: Schutzimpfungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, info@impfen-aktuell.de o. O. u. J.

Rattay, Petra: Psychosoziale und medizinische Beratung in der Schule. Bedarf, Interesse und Gestaltungsmöglichkeiten In: Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Jg. 2002, H. 45, S. 430-437.

Riesberg, Annette; Weinbrenner, Susanne; Busse, Reinhard: Gesundheitspolitik im europäischen Vergleich Was kann Deutschland lernen? In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Jg. 2003, H. B 33-34, S. 29-38.

RKI: Impfpräventable Krankheiten 2002: Masern, Mumps, Röteln. Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland. In: Epidemiologisches Bulletin, Jg. 2003, H. 17, S. 336-40.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsförderung in der Schule. Symposium 'Jugend und Gesundheit' Berlin 2002.

Robert Bosch Stiftung: Gesundheitsförderung in der Schule. Förderprogramm 'Gesunde Schule' - Beispiele gelingender Praxis. Stuttgart 2000.

Robert Bosch Stiftung: Gesundheitsförderung in der Schule Förderprogramm 'Gesunde Schule' - Ergebnisse der Zwischenevaluation -, Stuttgart 2002.

Rosenbrock, Rolf; Geene, Raimund: Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen und Gesundheitspolitik, Berlin 2003.

Singer, Wolf: Was kann ein Mensch wann lernen? In: Killius, Nelson, Kluge, Jürgen und Reisch, Linda: Die Zukunft der Bildung, Frankfurt am Main, S. 79-99.

Stadt Köln, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (Hrsg.): 1901-2001 Hundert Jahre im Dienst der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Einführung und Weiterentwicklung des Schularztsystems in Köln, Köln 2001.

STIKO: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut o.O. 2003.

unbekannt: Soziale Stadt, Info 11 Schwerpunkt Gesundheitsförderung Berlin 2003.

Veil, Mechthild: Kinderbetreuungskulturen in Europa: Schweden, Frankreich, Deutschland In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, Jg. 2003, S. 12-22



## Ausgewählte Links

### Impfen

[www.rki.de/GESUND/IMPFFEN/FAQS.PDF](http://www.rki.de/GESUND/IMPFFEN/FAQS.PDF)

[www.nationale-impfwoche.de](http://www.nationale-impfwoche.de)

[http://www.rki.de/GESUND/IMPFFEN/IMPFFEN.HTM?/GESUND/IMPFFEN/STI\\_NEU.HTM&1](http://www.rki.de/GESUND/IMPFFEN/IMPFFEN.HTM?/GESUND/IMPFFEN/STI_NEU.HTM&1)

### Fitness, Ernährung

<http://www.uni-saarland.de/fak8/bi13wn/kidcheck/studie.htm>

[http://www.kinderwelt.org/themen\\_uebersicht.htm](http://www.kinderwelt.org/themen_uebersicht.htm)

<http://www.aerztezeitung.de/medizin/adipositas/>

<http://www.bzga.de/>

[http://www.richtigfit.de/media/downloads/wiad\\_2003\\_copy.pdf](http://www.richtigfit.de/media/downloads/wiad_2003_copy.pdf)

<http://www.a-g-a.de/> (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter)

<http://www.a-g-a.de/modules.php?name=Bmi> (BMI-Rechner)

<http://www.fitoc.de/links.htm> (Freiburg Intervention Trial for Obese Children)

<http://www.adipositas-gesellschaft.de>

<http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/interaktive-karten/adipositas-karte/mapnrw.swf>

### Kinder-Jugendsurvey am RKI

<http://www.rki.de/GESUND/KUJS/PDF/ECKDAT.PDF>

<http://www.kinder-jugend-gesundheit21.de/>

<http://www.kiggs.de/index.html>

### Vorsorgeuntersuchungen

[http://www.zi-koeln.de/themen/praev/altenhofen-2/down/KFK\\_Teil2000a.PDF](http://www.zi-koeln.de/themen/praev/altenhofen-2/down/KFK_Teil2000a.PDF)

### Armut und Gesundheit, Bildung

[www.datenbank-gesundheitsprojekte.de](http://www.datenbank-gesundheitsprojekte.de)

<http://www.armut-und-gesundheit.de/>

[www.sozialestadt.de](http://www.sozialestadt.de) (u.a. Bergheim Projektpartner)

<http://www.mpib-berlin.mpg.de/pisa/>

<http://www.sozialberichterstattung.de>

<http://www.sozialpolitik-aktuell.de>