

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rheinisch-Bergischen Kreis



Basisdaten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rheinisch-Bergischen Kreis

**Kommunale Gesundheitsberichterstattung
1. Fortschreibung
Juni 2012**

Impressum:

Herausgeber:

Rheinisch-Bergischer Kreis
Der Landrat
Amt für Gesundheitsdienste

Redaktion und Gestaltung:

Amt für Gesundheitsdienste
Am Rübezahlwald 7
51469 Bergisch Gladbach
Tel.: 02202 / 132208
Fax: 02202 / 13102208
Email: gesundheitsamt@rbk-online.de

Bild : S. Hofschlaeger / pixelio.de

Druck: Hausdruckerei

Vorbemerkungen

Die Gesundheit der Kinder im Rheinisch-Bergischen Kreis ist für die Gesundheitspolitik des Kreises seit Jahren ein wichtiges und zentrales Thema. Im Jahr 2008 wurde der 1. Bericht über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vorgestellt und gleichzeitig entschied sich der Kreistag dafür, das Projekt „Im Rheinisch-Bergischen Kreis wachsen Kinder gesund und sicher auf“ im Rahmen des Strategieprozesses RBK 2020 -Fit für die Zukunft- auf den Weg zu geben. Hierdurch wurde der Schutz der Gesundheit von Kindern im Rheinisch-Bergischen Kreis in den Mittelpunkt kommunaler Gesundheitsförderung gestellt.

Der nun vorliegende 2. Bericht über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen knüpft an die Erkenntnisse des 1. Berichtes an und stellt neben den Daten zur demografischen Entwicklung, Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung- und -versorgung, den Daten der Schuleingangsuntersuchungen, insbesondere die Daten des Projektes dar und zeigt somit die Entwicklung in diesem Bereich auf.

Im ersten Abschnitt des Berichts werden die Gesundheitsindikatoren des Landes zusammenfassend dargestellt, die eine Aussage zur Kindergesundheit treffen. Der Ursprung dieser Basisdaten liegt im Jahre 1991, in dem die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder einen Indikatorensatz (GMK-Indikatorensatz) für einen Gesundheitsrahmenbericht beschloss, der von der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten des Bundes (AGLMB) ausgearbeitet worden war. Dieser Indikatorensatz stellt seitdem die Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung in allen Bundesländern dar.

Im zweiten Abschnitt werden die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen des Schuljahres 2011/2012 zusammenfassend dargestellt und mit den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen für die Schuljahre 2008/2009, 2009/2010 und 2010/2011 verglichen. Zusätzlich werden die NRW-Gesamtergebnisse für die Jahre 2008/2009, 2009/2010 und 2010/2011 dargestellt, so dass ein Landesvergleich möglich ist. Diese Daten beruhen auf eigenen Erhebungen, die nach einem standardisierten Verfahren erfasst werden.

Im dritten Abschnitt wird über das Projekt "Im Rheinisch-Bergischen Kreis wachsen Kinder gesund und sicher auf" berichtet.

Im vierten Abschnitt werden Aussagen über Maßnahmen und Erkenntnisse des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes zur Mund und Zahngesundheit im Berichtszeitraum 2010/2011 getroffen.

Die Bewertung der Daten erfolgt nun in enger Zusammenarbeit mit den politischen Gremien, der Kommunalen Gesundheitskonferenz und den Träger- und Interessensverbänden im Rheinisch-Bergischen Kreis. Die hier gewonnenen Erkenntnisse und hieraus resultierenden Handlungsbedarfe fließen unmittelbar in die Maßnahmenplanung der kommunalen Gesundheitsförderung ein.

Die Wirksamkeit der Maßnahmen wird anhand einer fortlaufenden Berichterstattung kenntlich gemacht werden.

Bergisch Gladbach, im Juni 2012



Dr. Hermann-Josef Tebroke
Landrat



Cornelia Klien
Dezernentin



Gliederung

I.	Ausgewählte Daten der Kommunalen Gesundheitsindikatoren des Landes NRW	
1.	Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens	
1.1	Demographische Basistabelle 2010 (Indikator 02.3_01)	4
1.2	Altersstruktur der Bevölkerung, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2010 (Indikator 02.7)	6
1.3	Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung nach Alter, nach Verwaltungsbezirken, 2010 (Indikator 02.8)	8
2.	Gesundheitszustand der Bevölkerung	
2.1	Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren (Grad der Behinderung von 50 und mehr), Indikator 03.45_01	10
2.2	Lebendgeborene nach Geburtsgewicht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2010 (Indikator 03.51)	12
2.3	Säuglingssterbefälle nach Neonatal- und Postneonatalsterblichkeit, NRW, 2010 (Indikator 03.53_01)	14
2.4	Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr je 1 000 Lebendgeborene, 3-Jahres Mittelwert (Indikator 03.54)	16
2.5	Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr nach Geschlecht, 3-Jahres-Mittelwert (Indikator 03.54_01)	18
2.6	Perinatale Sterbefälle, Nordrhein-Westfalen, im Zeitvergleich (Indikator 03.55)	20
2.7	Häufigste Todesursachen von Säuglingen, darunter plötzlicher Kindstod, NRW 2010 (Indikator 03.56)	22
2.8	Neuerkrankungen an Masern der 0- bis 14-Jährigen nach Geschlecht, 2008-2010 (Indikator 03.59_01)	24
2.9	Krankenhausfälle (Verbrennungen u. Vergiftungen bei Kindern < 15 Jahren, 2010 (Indikator 03.111_01)	26
3.	Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung	
3.1	Impfquote bezügl. Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b und Pertussis bei Schulanfängern, NRW nach Verwaltungsbezirken, 2009 (Indikator 07.13)	28
3.2	Impfquote bezüglich Masern, Mumps und Röteln bei Schulanfängern, 2009 (Indikator 07.14)	30
3.3	Karies-Prophylaxe bei Kindern, Gebisszustand nach Altersgruppen, NRW 2009, (Indikator 07.07)	32
3.4	Anteil der durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichten Kinder nach Einrichtungstyp, NRW 2009 (07.10)	34
II.	Daten der Schuleingangsuntersuchung Rheinisch-Bergischer Kreis, Schuljahr 2011/2012	
4.	Erläuterungen zum Verfahren der Untersuchung	36
4.1	Ausgewählte Befunde der Schuleingangsuntersuchung	37
4.1.1	Sehen	38
4.1.2	Hören	39
4.1.3	Sprache	40
4.1.4	Gewicht	41
4.1.5	Körperkoordination	43
4.1.6	Selektive Aufmerksamkeit	44
4.1.7	Verhaltensauffälligkeiten	45
4.1.8	Früherkennungsuntersuchungen	46
4.1.9	Schutzimpfungen	49
4.2	Bewertung	51
III.	"Im Rheinisch-Bergischen Kreis wachsen Kinder gesund und sicher auf"	52
5.	Hilfen für werdende und junge Eltern und Familien	52
5.1	Die Familienhebamme	52



5.2	Die Familienkinderkrankenschwester	53
5.3	Ausgewählte Daten der betreuten Familien	53
5.4	Unterstützung der Jugendhilfeträger im Rahmen des Handlungskonzeptes der Landesregierung für einen besseren und wirksameren Kinderschutz in Nordrhein-Westfalen	56
5.5	Sprechstunden für Eltern und Erzieher in Kindertageseinrichtungen	58
5.6	Sprechstunden in Schulen	59
5.7	Ausblick	59
IV.	Mund- und Zahngesundheit	61
6.	Maßnahmen und Erkenntnisse des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes	61
6.1	Kariesprophylaxe	61
6.2	Reihenuntersuchung in Förderschulen und im Kinderheim	61
V	Fazit	63
	Literatur- und Quellenangaben	64
	Zeichenerklärung und Abkürzungsverzeichnis	64

Dem Landeszentrum Gesundheit NRW wird für die Bereitstellung und Aufbereitung der Daten gedankt.

Anmerkungen:

Die im Kapitel I. in **Blau** gekennzeichneten Zeilen oder Spalten sind die Vergleichszahlen bezogen auf den Rheinisch-Bergischen Kreis aus dem 1. Bericht zur Gesundheit von Kindern im Rheinisch-Bergischen Kreis vom Dezember 2008



I. Ausgewählte Daten der Kommunalen Gesundheitsindikatoren des Landes NRW

1. Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens

Indikator (L)
2.3_01

Demographische Basistabelle 2010
Kreisschlüssel: 5378000, Rheinisch-Bergischer Kreis

Definition

Die Struktur der Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht wird für die Berechnung regionaler alters- und geschlechtsspezifischer Raten, speziell zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, benötigt.

Als die gebräuchlichste Form der Darstellung hat sich die 5-Jahres-Altersgruppierung, gegliedert nach Geschlecht, durchgesetzt. Säuglinge werden gesondert betrachtet. Bis Ende des 20. Jahrhunderts war die Begrenzung bis auf die Bevölkerungsgruppe 85 Jahre und älter festgelegt. Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung werden die Bevölkerungsdaten bis zur Altersgruppe 90 und älter für die Kreise und kreisfreien Städte ausgewiesen.

Die Definition der Bevölkerung sowie der Berechnung der durchschnittlichen Bevölkerung ist in der Metadatenbeschreibung zum Indikator 2.1 enthalten. Der Indikator stellt eine regionale Untergliederung des Indikators 2.3 dar.

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Zur Qualitätsbewertung gibt es seitens der Statistischen Landesämter keine strukturierte und dokumentierte Information. Bevölkerungszahlen werden aus der Fortschreibung der Bevölkerung entnommen, deshalb sind kleinere Abweichungen zu einer Zensus-Population möglich.

Kommentar

Die Altersgruppen entsprechen denen der europäischen Standardbevölkerung, ergänzt um die Altersgruppen von 85 - 89 und 90 Jahre und älter. Gegenwärtig ist es nicht möglich, die Altersgruppen bis auf 95 Jahre und älter zu erhöhen.

Die demographische Basistabelle zur Altersstruktur der Bevölkerung wird pro Kreis/kreisfreie Stadt bei Bedarf als Länderindikator im Hintergrund (sog. Indikator der zweiten Reihe) geführt. Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

Vergleichbarkeit

Bedingt vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 0010 999999 Mid-year population, 0011 999999 Mid-year male population, 0012 999999 Mid-year female population, die nur auf Landesebene vorliegen. Die Länder liefern die Bevölkerungs- und Mortalitätsangaben in 5-Jahres-Altersgruppen bis zur obersten Altersgruppe von 85 Jahre und älter an die WHO. Die WHO berechnet daraus Mortalitätsziffern und die Lebenserwartung. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator Total population, der Altersgruppen bis 95 Jahre und älter enthält. Mit EU-Indikatoren zu Population by region, die auf Eurostat-Datenbeständen beruhen, vergleichbar. Der Indikator stellt eine regionale Aufgliederung zum bisherigen NRW-Indikator 2.1 dar.

Originalquellen

- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
Statistik zur Bevölkerungsfortschreibung 2003 ff.
- Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen 2001 ff. nach Alter und Geschlecht
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

Dokumentationsstand:

26.01.2005, Iögd/Senatsverwaltung f. Gesundheit, Soziales u. Verbraucherschutz Berlin



**Indikator (L)
2.3_01**

Demographische Basistabelle 2010
Kreisschlüssel: 5378000, Rheinisch-Bergischer Kreis

Alter von ... bis ... Jahren	Bevölkerung am 31.12.2010				Durchschnittliche Bevölkerung 2010		
	weiblich	männlich	insgesamt		weiblich	männlich	insgesamt
			2010	2006			
0 - 1	1.064	1.115	2.179	2.192	1.072	1.098	2.170
1 - 4	4.611	4.736	9.347	10.213	4.590	4.790	9.380
5 - 9	6.433	6.952	13.385	14.819	6.534	7.002	13.535
10 - 14	7.463	7.957	15.420	15.872	7.517	8.026	15.543
15 - 19	7.660	8.192	15.852	16.378	7.747	8.253	16.000
20 - 24	6.839	7.326	14.165	13.216	6.769	7.259	14.028
25 - 29	5.990	6.268	12.258	12.136	5.974	6.266	12.240
30 - 34	6.493	6.133	12.626	13.395	6.469	6.100	12.569
35 - 39	8.015	7.337	15.352	21.683	8.294	7.668	15.962
40 - 44	12.264	11.514	23.778	25.600	12.575	11.758	24.334
45 - 49	12.739	12.493	25.232	22.641	12.578	12.381	24.959
50 - 54	10.950	10.729	21.679	18.942	10.733	10.573	21.306
55 - 59	9.257	8.714	17.971	17.331	9.261	8.651	17.911
60 - 64	8.455	7.733	16.188	16.070	8.182	7.488	15.671
65 - 69	8.666	7.657	16.323	19.820	9.123	8.163	17.286
70 - 74	9.559	8.601	18.160	14.628	9.384	8.418	17.802
75 - 79	6.295	5.578	11.873	10.665	6.138	5.406	11.544
80 - 84	4.949	3.451	8.400	7.475	4.911	3.318	8.229
85 - 89	3.264	1.463	4.727	3.642	3.261	1.428	4.689
90 u.m.	1.457	555	2.012	1.940	1.369	522	1.891
Insgesamt	142 423	134 504	276 927	278.658	142 481	134 568	277 049

Datenquelle:
 Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)
 Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Anmerkungen:

Bevölkerung im Jahr 2006


**Indikator (L)
2.7**
**Altersstruktur der Bevölkerung, Nordrhein-Westfalen
nach Verwaltungsbezirken, Jahr 2010**
Definition

In dem vorliegenden Indikator werden im Rahmen der Altersstruktur der Bevölkerung die Phasen des Lebenszyklus an ihrem Bevölkerungsanteil dargestellt. Die Altersstruktur heute hat einen weitreichenden Einfluss auf die medizinische Versorgung in den nächsten Jahrzehnten. Eine übersichtliche Beschreibung der Altersstruktur der Bevölkerung orientiert sich an den Phasen des Lebenszyklus Kindheit und Jugend, Erwerbs- und Familienphase sowie Ruhestand. Die Abgrenzung zwischen diesen drei Gruppen wird unterschiedlich vorgenommen. Im vorliegenden Indikator wurden als Grenzen für die Kindheit 17 Jahre (unter 18 Jahre) gewählt, für die Erwerbsphase 18 - 64 Jahre und in Verbindung mit dem gesetzlichen Rentenalter die Ruhestandsphase ab 65 Jahre. Aus diesen drei Anteilen der Bevölkerung errechnen sich der Jugend- und der Altenquotient. Der Jugendquotient errechnet sich aus dem Quotient der Kinder und Jugendlichen dividiert durch die 18- bis 64-Jährigen, der Altenquotient aus dem Quotient der 65-Jährigen und Älteren dividiert durch die 18- bis 64-Jährigen in Prozent. Der Gesamtlastquotient beinhaltet die Relation von Jungen und Alten im Verhältnis zu der erwerbsfähigen Bevölkerung in Prozent. Der Gesamtlastquotient ist ein Maß für die Solidarpotenziale einer Gesellschaft und beeinflusst die Beitrags- und Steuerbelastung der Bevölkerung. Die Definition der Bevölkerung ist in der Metadatenbeschreibung zum Indikator 2.1 enthalten.

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

- Fortschreibung des Bevölkerungsstandes,
- Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Die zu Grunde liegenden Bevölkerungszahlen werden aus der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes entnommen, deshalb sind kleinere Abweichungen zu einer Zensus-Bevölkerung möglich.

Kommentar

Aufgrund der vorliegenden Bevölkerungszahlen sind auch andere Gruppierungen für die Bildungen von Lastenquotienten möglich, z. B. für die Altersgruppen 0 - 14 Jahre, 15 - 64 Jahre und 65 Jahre und älter. Derartige Tabellen sollten bei Bedarf zusätzlich geführt werden. Der Indikator 2.7 wurde in der vorliegenden Form von allen Ländern als Länderindikator vereinbart, da er auf der Ebene der Kreise/kreisfreien Städte/(Stadt-)Bezirke geführt wird. Es werden Stichtagszahlen vom 31.12. des Jahres verwendet.

Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

Vergleichbarkeit

Mit dem WHO-Indikator 0020 999901 % of population aged 0-14 years nicht vergleichbar, mit dem WHO-Indikator 0030 999902 % of population aged 65+ years besteht Vergleichbarkeit auf Landesebene. Diese Angaben sind ebenfalls im OECD-Indikator Dependency enthalten. Die Angaben sind möglicherweise im künftigen EU-Indikatorensetz enthalten. Der Indikator ist mit den bisherigen NRW-Indikatoren 2.3 und 2.4 voll vergleichbar in den Altersgruppen 65 und mehr Jahre und 80 und mehr Jahre.

Originalquellen

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
Statistik zur Bevölkerungsfortschreibung 2001 ff.

Dokumentationsstand

08.01.2004, Senatsverwaltung f. Gesundheit, Soziales u. Verbraucherschutz Berlin/Iögd


**Indikator (L)
2.7**
**Altersstruktur der Bevölkerung, Nordrhein-Westfalen
nach Verwaltungsbezirken, 2010**

Verwaltungsbezirk	Kinder und Jugendliche (0 - 17 Jahre)		Personen im erwerbsfähigen Alter (18 - 64 Jahre)		ältere Menschen (über 65)		Hochbetagte (80 und älter)	
	insgesamt	in %	insgesamt	in %	insgesamt	in %	insgesamt	in %
Rhein.-Berg. Kreis	49 847	18,0	165 585	59,8	61 495	22,2	15 139	5,5
Reg.-Bez. Köln	748 426	17,0	2 792 061	63,6	852 260	19,4	216 117	4,9
NRW	3 054 810	17,1	11 173 002	62,6	3 617 342	20,3	943 971	5,3
Vergleichsjahr 2006 RBK	53.509	19,1	167.393	60,1	58.170	20,9	13.057	4,7

Datenquelle/Copyright
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
Eigene Berechnung für NRW durch das LIGA

**Indikator (L)
2.8****Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung nach Alter,
Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr****Definition**

Die Generationensolidarität hängt davon ab, ob ausreichendes Potenzial (vor allem Frauen) in der mittleren Generation vorhanden ist, um die Kinder und die Betagten zu versorgen.

Absehbare Überlastungen der bislang gewissermaßen unauffällig funktionierenden Solidarpotenziale werden vor allem auf der kommunalen Ebene auftreten. Aus diesem Grunde ist die Beobachtung der Bevölkerungsanteile nach Geschlecht auf kommunaler Ebene erforderlich.

Der Mädchen- und Frauenanteil an der Bevölkerung in fünf Altersgruppen beschreibt die Geschlechtsverteilung bei Kindern (0 - 14 Jahre), jungen (15 - 44 Jahre, fertile Phase von Frauen) und älteren Frauen (45 - 64 Jahre) und den Frauenanteil in der Ruhestandsphase (65 – 79 Jahre) sowie der hochbetagten Frauen ab 80 Jahre. Aus der Differenz lässt sich für jede Altersgruppe der Männeranteil errechnen, der bei der jüngeren Bevölkerung über 50 %, bei der älteren Bevölkerung unter 50 % liegt.

Die Definition der Bevölkerung ist in der Metadatenbeschreibung zum Indikator 2.1 enthalten.

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

- Fortschreibung des Bevölkerungsstandes
- Eigene Berechnung für NRW durch das Iögd

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Die zugrunde liegenden Bevölkerungszahlen werden aus der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes entnommen, deshalb sind kleinere Abweichungen zu einer Zensus-Bevölkerung möglich.

Kommentar

Mit dem Alter nimmt der Anteil der Frauen in der Bevölkerung erheblich zu. Es werden Stichtagszahlen vom 31.12. des Jahres verwendet. Der Indikator zählt zu den demographischen Gesundheitsdeterminanten.

Vergleichbarkeit

Mit den WHO-Indikatoren 0021 und 0022 999901 % of population aged 0-14 years, male, female vergleichbar. Ebenfalls mit den WHO-Indikatoren 0031 und 0032 999902 % of population aged 65+ years, male, female bedingt vergleichbar. Die Quoten für Männer sind jeweils die zu bildende Differenz zu 100 % nach Altersgruppen. Es gibt keinen vergleichbaren OECD-Indikator. Angaben zum Geschlecht sind im Indikator Population by sex enthalten. Die Angaben sind möglicherweise im künftigen EU-Indikatorensetz enthalten. Der bisherige NRW-Indikator 2.4 beinhaltete eine etwas andere Altersstruktur und ist deshalb nur bedingt vergleichbar.

Originalquellen

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW Statistik zur Bevölkerungsfortschreibung 2001 ff.

Dokumentationsstand

05.01.2004, Senatsverwaltung f. Gesundheit, Soziales u. Verbraucherschutz Berlin/Iögd


**Indikator (L)
2.8**
**Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung nach Alter,
Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2010**

Verwaltungsbezirk	Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung					
	insgesamt	0 - 14 Jahre	15 - 44 J.	45 - 64 J.	65 - 79 J.	80 u. m. J.
	Anteil in %					
Rheinisch-Bergischer Kreis	51,4	48,5	50,3	51,1	52,9	63,9
Reg.-Bez. Köln	51,0	48,8	49,7	50,1	53,4	65,6
Nordrhein-Westfalen	51,2	48,7	49,5	50,2	54,1	66,7
Vergleichsjahr 2006	51,4	48,4	50,3	51,1	52,5	67,9

Datenquelle/Copyright:

Landesbetrieb Information und Technik(IT.NRW):

Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Eigene Berechnung für NRW durch das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW



2. Gesundheitszustand der Bevölkerung

Indikator (L)
3.45_1

Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht, NRW nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition

Schwerbehinderung führt zu einer Einschränkung der gesunden Lebenserwartung und der Lebensqualität der Betroffenen. Um das Ausmaß von Schwerbehinderung bei Kindern auf regionaler Ebene zu erkennen, wurde der vorliegende Indikator zusätzlich in den Indikatorenset aufgenommen. Schwerbehinderte Menschen im Sinne des Schwerbehindertengesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I. S. 1046, 1047) sind Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50. Als Behinderung gilt die Auswirkung einer über sechs Monate andauernden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Unter Behinderung im Sinn des Schwerbehindertengesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung zu verstehen, die auf einem nicht der Regel entsprechenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Darunter ist der Zustand zu verstehen, der von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Schwerbehinderung bei Kindern ist häufig durch angeborene Fehlbildungen bedingt.

Im vorliegenden Indikator wird die Zahl der schwerbehinderten Kinder (Bestandszahlen) angegeben, die zum 31.12. in den Kreisen und kreisfreien Städten in NRW registriert sind.

Datenhalter

Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW)

Datenquelle

Statistik über schwerbehinderte Menschen

Periodizität

Zweijährlich, 31.12.

Validität

Die für das Schwerbehindertenrecht zuständigen Kreise und kreisfreien Städte führen Übersichten über die schwerbehinderten Menschen nach deren Wohnort. Schwerbehinderte Kinder haben einen Behinderungsgrad von mindestens 50 und besitzen einen gültigen Ausweis. Die Anträge werden in der Regel von den Eltern gestellt.

Kommentar

Regionale Unterschiede sind insbesondere im Hinblick auf bereitzustellende Versorgungsstrukturen z. B. behindertengerechte und behinderungsspezifische Einrichtungen relevant. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren auf regionaler Ebene. Der Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 3.41 voll vergleichbar.

Originalquellen

- Schwerbehinderte in Nordrhein-Westfalen am 31. Dezember 2001
Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (Statistische Berichte LDS)
- Schwerbehinderte Menschen in Nordrhein-Westfalen am 31. Dezember 2003 ff.
Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (Statistische Berichte LDS)

Dokumentationsstand

19.07.2011, LIGA.NRW



Indikator (L)
3.45_01

Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2009

Verwaltungsbezirk	Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren					
	weiblich	je 100 000 der Mädchen Altersgruppe	männlich	je 100 000 der Jungen Altersgruppe	insgesamt	je 100 000 der Altersgruppe
Rheinisch-Bergischer Kreis	174	876,6	275	1 304,5	449	1 097,0
Reg.-Bez. Köln	2 951	982,8	4 393	1 390,5	7 344	1 191,8
Nordrhein-Westfalen	11 961	978,3	17 450	1 356,3	29 411	1 172,1
Vergleichsjahr 2005	168	791	285	1.261	453	1.033

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Statistik über schwerbehinderte Menschen



**Indikator (L)
3.51**

Lebendgeborene nach Geburtsgewicht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition

Das Geburtsgewicht der Lebendgeborenen ist ein wichtiger Indikator für den Gesundheitszustand und Ausdruck der pränatalen gesundheitlichen Versorgung und der sozialen Bedingungen. Das Geburtsgewicht stellt einen international üblichen Gesundheitsindikator dar, der vergleichsweise exakt bestimmt wird.

Als Lebendgeborene gelten Kinder, bei denen nach der Trennung vom Mutterleib Atmung eingesetzt hat oder irgend ein anderes Lebenszeichen wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung der willkürlichen Muskulatur beobachtet wurden. Das Geburtsgewicht ist das nach der Geburt des Neugeborenen zuerst festgestellte Gewicht. Untergewichtig Lebendgeborene (low-birthweight infants) haben ein Geburtsgewicht bis 2 499 g, Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht bis 1 499 g haben ein sehr niedriges Geburtsgewicht (very low birthweight). Normales Geburtsgewicht beträgt 2 500 g und mehr.

Die Darstellung der Lebendgeborenen nach Geburtsgewicht weist Unterschiede zwischen den kreisfreien Städten und Kreisen und einen deutlichen Zusammenhang zur sozialen Lage auf. Der Indikator eignet sich mit der für Nordrhein-Westfalen erarbeiteten Methode zur Bestimmung soziodemographischer Unterschiede zwischen den Regionen eines Landes (soziodemografische Clusteranalyse).

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Periodizität

Jährlich, 31.12. (ab 2002)

Validität

Im vorliegenden Indikator werden die in der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung erhobenen Lebendgeborenen nach dem Wohnort der Mutter erfasst. Die Angaben sind vollständig, nur für einige Lebendgeborene (ca. 2 %) fehlt das Geburtsgewicht. Im Indikator sind Kinder mit deutscher und ausländischer Staatsbürgerschaft enthalten.

Kommentar

Das Geburtsgewicht ist von der Reife eines Neugeborenen zu unterscheiden. Dennoch bedeutet ein erniedrigtes Geburtsgewicht häufig auch eine mangelnde Reife und eine stationäre Aufnahme in einer Kinderklinik, um das Neugeborene zu überwachen und mit entsprechender Unterstützung (Inkubator und andere medizinische Maßnahmen) sein weiteres Gedeihen sicherzustellen.

Die Ursachen für untergewichtig Neugeborene sind vielfältig und reichen von sozialen Faktoren (Status der Alleinerziehenden) über das Gesundheitsverhalten (Nikotinabusus, mangelhafte Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorge) bis zu gesundheitlichen Faktoren (Infektionen oder andere Erkrankungen der Mutter und des Kindes).

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- oder EU-Indikatoren zu untergewichtig Lebendgeborenen auf regionaler Ebene. Der Indikator ist mit dem bisherigen NRW-Indikator 3.39 bedingt vergleichbar.

Originalquellen

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung 2002 ff.

Dokumentationsstand

27.07.2005, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/lögd



**Indikator (L)
3.51**

**Lebendgeborene nach Geburtsgewicht, Nordrhein-Westfalen nach
Verwaltungsbezirken, 2010**

Verwaltungsbezirk	Lebendgeborene						
	insg.	mit Angaben z. Geburtsgew.	darunter mit einem Geburtsgewicht:				ohne Gewichts- angabe
			bis 2 499 g		bis 1 499 g		
			Anzahl	je 1 000 Lebendgeb.	Anzahl	je 1 000 Lebendgeb.	
Rheinisch-Bergischer Kreis	2 149	2 137	150	70,2	32	15,0	12
Reg.-Bez. Köln	38 097	37 942	2 610	68,8	489	12,9	155
Nordrhein-Westfalen	147 333	146 669	10 564	72,0	1 976	13,5	664
Vergleichsjahr 2007	2.198	2.196	139	63,3	26	11,8	2

Datenquelle/Copyright:

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung



**Indikator
(L)
3.53_01**

Säuglingssterbefälle nach Neonatal- und Postneonatalsterblichkeit, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition

Die Säuglingssterblichkeit wird meist zeitlich und international verglichen und ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen (insbesondere der geburtshilflichen) Betreuung.

Die Säuglingssterblichkeit beinhaltet lebend geborene Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind. Totgeborene Kinder sind darin nicht eingeschlossen.

Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1 000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres.

Die Frühsterblichkeit (auch frühe Neonatalsterblichkeit) bezeichnet Säuglinge, die zwischen dem Tag der Entbindung (Tag 0) bis zum 6. Lebenstag einschließlich verstorben sind, die späte Neonatalsterblichkeit bezieht sich auf verstorbene Säuglinge im Alter von 7 bis 27 Tagen einschließlich und die Nachsterblichkeit (auch Postneonatalsterblichkeit genannt) beinhaltet verstorbene Säuglinge im Alter von 28 bis 364 Tagen.

Im internationalen Vergleich ist der Begriff Neonatalsterblichkeit gebräuchlich, dieser beinhaltet verstorbene Säuglinge im Alter von 0 bis 27 Tagen.

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Alle Lebendgeborenen werden ins Geburtenregister eingetragen, so dass eine vollständige Erfassung und eine gute Datenqualität vorliegt. Für verstorbene Lebendgeborene wird eine Todesbescheinigung ausgestellt.

Kommentar

Die Säuglingssterblichkeit gilt auch im internationalen Vergleich als Indikator für die medizinische und geburtshilfliche Versorgung von Müttern und Säuglingen. Mit der Einführung von Maßnahmen, die die Versorgungsqualität vor und nach der Entbindung verbessert haben (z. B. Einführung des Apgar-Schemas bei Neugeborenen, Mutterschutzgesetz, Mutterschaftsrichtlinien, Mutterpass, neonatologische Versorgung), konnte die Säuglingssterblichkeit erheblich gesenkt werden.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 1110 070100 Infant mortality rate, per 1000 live births, 1120 070101 Neonatal mortality rate, per 1000 live births, 1150 070104 Postneonatal mortality, per 1000 live births. Vergleichbar mit dem OECD-Indikator zu Infant mortality und mit den EU-Indikatoren zu Infant-, Neonatal- and Postneonatal mortality.

Der Indikator 3.53 ist bis auf die Berechnung der unter einem Monat gestorbenen Säuglinge je 1 000 Lebendgeborene mit dem bisherigen NRW-Indikator 3.4 voll vergleichbar. Der Indikator 3.53_01 ist mit dem bisherigen NRW-Indikator 3.5a voll vergleichbar.

Originalquellen

- Eheschließungen, Geborene und Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 1980 ff. Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (Statistische Berichte LDS)
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW Späte Neonatalsterblichkeit, Postneonatalsterblichkeit, Neonatalsterblichkeit 1980 ff.

Dokumentationsstand

28.09.2005, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/lögd



Indikator (L)
3.53_01

**Säuglingssterbefälle nach Neonatal- und Postneonatalsterblichkeit,
Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2010**

Verwaltungsbezirk	Lebend geborene insgesamt	Gestorbene Säuglinge im Alter von ...									
		0* - 6 Tagen (frühe Neonatalsterb.)		7 - 27 Tagen (späte Neonatalsterb.)		28 - 364 Tagen (Postneonatal- sterblichkeit.)		unter 1 Monat (Neonatal- sterblichkeit)		unter 1 Jahr	
		insge- samt	je 1 000 Leb.geb.	insges.	je 1 000 Leb.geb.	insges.	je 1 000 Leb.geb.	insge- s.	je 1 000 Leb.geb.	insges.	je 1 000 Leb.geb.
Rheinisch.-Berg. Kreis	2 149	1	0,5	1	0,5	3	1,4	2	0,9	5	2,3
Reg.-Bez. Köln	38 097	71	1,9	25	0,7	50	1,2	96	2,5	146	3,8
NRW	147 333	323	2,2	89	0,6	204	1,4	412	2,8	616	4,2
Vergleichsjahr 2007	2.198	5	2,3	3	1,4	1	0,5	8	3,6	9	4,1

Datenquelle/Copyright:

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

*) am Tag der Geburt gestorben



**Indikator
(L)
3.54**

**Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr je 1 000
Lebend-geborene, NRW nach Verwaltungsbezirken,
3-Jahres-Mittelwerte**

Definition

Die Säuglingssterblichkeit im zeitlichen und internationalen Vergleich ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung.

Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1 000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres. Sie beinhaltet lebend geborene Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind. Totgeborene Kinder sind darin nicht eingeschlossen. Aufgrund der geringen Fallzahl der Säuglingssterblichkeit werden für regionale Angaben gleitende Mittelwerte über drei Jahreswerte gebildet. Der gleitende Mittelwert über drei Jahre wird durch den arithmetischen Mittelwert aus den zwei Vorjahreswerten und dem Berichtsjahr gebildet. Die Angaben der Lebendgeborenen und der verstorbenen Säuglinge sind auf den Wohnort bezogen.

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Die Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung ist auf den Wohnort der Mutter bezogen, nicht auf die entbindende Klinik. Dies ergibt sich über die Meldung des Kindes durch die Eltern beim zuständigen Standesamt gemäß Personenstandsgesetz. Insofern ist die regionale Zuordnung nicht von der Lokalisation der Entbindungsklinik abhängig. Die Angaben werden an das Statistische Landesamt weitergeleitet. Verstorbene Säuglinge werden durch eine Todesbescheinigung erfasst und von den Standesämtern beurkundet. Es ist davon auszugehen, dass die Angaben zu Lebendgeborenen und verstorbenen Säuglingen vollständig und valide sind.

Kommentar

In die Säuglingssterblichkeit gehen alle Todesfälle von lebendgeborenen Kindern ein, auch wenn ein sehr niedriges Geburtsgewicht vorgelegen hat. Zur Definition eines lebend Geborenen s. Kommentar zum Indikator 3.50. Um Fehlinterpretationen aufgrund von zeitlichen und regionalen Schwankungen der Zahlenwerte zu vermeiden, werden gleitende 3-Jahres-Mittelwerte gebildet (s. auch Anhang 1 *Statistische Methoden*). Die Säuglingssterblichkeit wird in Promille berechnet.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Vergleichbarkeit

Es besteht Vergleichbarkeit mit dem WHO-Indikator 1110 070100 Infant deaths per 1000 live births. Vergleichbar mit OECD- und EU-Indikatoren zu Infant mortality.

Der vorliegende Indikator ist mit dem bisherigen NRW-Indikator 3.5 voll vergleichbar.

Originalquellen

Eheschließungen, Geborene und Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 1990 ff.

Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
(Statistische Berichte LDS)

Dokumentationsstand

14.01.2004, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/lögd



**Indikator (L)
3.54**

Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr je 1 000 Lebendgeborene, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 1998 -2010 3-Jahres-Mittelwerte

Verwaltungsbezirk	Säuglingssterblichkeit in ‰, gleitendes Mittel										
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	– 2000	– 2001	– 2002	– 2003	– 2004	– 2005	– 2006	– 2007	– 2008	– 2009	– 2010
Rhein.-Berg. Kreis	4,2	5,6	5,5	5,3	3,8	4,6	4,3	4,5	3,9	3,5	2,9
Reg.-Bez. Köln	4,8	4,8	4,8	4,7	4,8	4,5	4,2	4,1	3,9	3,9	3,7
Nordrhein-Westfalen	5,0	4,9	4,9	5,0	5,0	4,9	4,7	4,7	4,6	4,4	4,2

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung



Indikator (L)
3.54_01

Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr nach Geschlecht, NRW nach Verwaltungsbezirken, 3-Jahres-Mittelwert 2008-2010

Definition

Die Säuglingssterblichkeit im zeitlichen und internationalen Vergleich ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung. Da sich die Säuglingssterblichkeit bei Mädchen und Knaben unterscheidet, wird in Ergänzung zum Indikator 3.54 die geschlechtsspezifische Säuglingssterblichkeit berechnet.

Die Säuglingssterblichkeit bezieht sich auf im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1 000 Lebendgeborene eines Kalenderjahres. Sie beinhaltet lebend geborene Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind. Totgeborene Kinder sind darin nicht eingeschlossen. Aufgrund der geringen Fallzahl der Säuglingssterblichkeit werden für regionale Angaben Mittelwerte über drei Jahreswerte gebildet. Der Mittelwert über drei Jahre wird durch den arithmetischen Mittelwert aus den zwei Vorjahreswerten und dem Berichtsjahr gebildet. Die Angaben der Lebendgeborenen und der verstorbenen Säuglinge sind auf den Wohnort bezogen.

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Die Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung ist auf den Wohnort der Mutter bezogen, nicht auf die entbindende Klinik. Dies ergibt sich über die Meldung des Kindes durch die Eltern beim zuständigen Standesamt gemäß Personenstandsgesetz. Insofern ist die regionale Zuordnung nicht von der Lokalisation der Entbindungsklinik abhängig. Die Angaben werden an das Statistische Landesamt weitergeleitet. Verstorbene Säuglinge werden durch eine Todesbescheinigung erfasst und von den Standesämtern beurkundet. Es ist davon auszugehen, dass die Angaben zu Lebendgeborenen und verstorbenen Säuglingen vollständig und valide sind.

Kommentar

In die Säuglingssterblichkeit gehen alle Todesfälle von lebendgeborenen Kindern ein, auch wenn ein sehr niedriges Geburtsgewicht vorgelegen hat. Zur Definition eines lebend Geborenen s. Kommentar zum Indikator 3.50. Um Fehlinterpretationen aufgrund von zeitlichen und regionalen Schwankungen der Zahlenwerte zu vermeiden, werden 3-Jahres-Mittelwerte gebildet (s. auch Anhang 1 *Statistische Methoden*). Die Säuglingssterblichkeit wird in Promille berechnet.

Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Vergleichbarkeit

Es besteht Vergleichbarkeit mit dem WHO-Indikator 1110 070100 Infant deaths per 1000 live births. Vergleichbar mit OECD- und EU-Indikatoren zu Infant mortality. Der vorliegende Indikator ist mit dem bisherigen NRW-Indikator 3.5 bedingt vergleichbar. Bisher wurde bei der Säuglingssterblichkeit keine Geschlechtsdifferenzierung vorgenommen.

Originalquellen

- Eheschließungen, Geborene und Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 1990 ff. Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (Statistische Berichte LDS)
- Gestorbene nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Altersgruppen 2000 ff. Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW Landesdatenbank. www.lids.nrw.de

Dokumentationsstand

09.06.2004, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/lögd



Indikator (L)
3.54_01

**Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr nach Geschlecht,
Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 3-Jahres-Mittelwert
2008 - 2010**

Verwaltungsbezirk	Im ersten Lebensjahr Gestorbene					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl*	je 1 000 Lebendgeb.	Anzahl*	je 1 000 Lebendgeb.	Anzahl*	je 1 000 Lebendgeb.
Rheinisch-Bergischer Kreis	3	2,8	5	4,2	8	3,5
Reg.-Bez. Köln	64	3,5	83	4,3	146	3,9
Nordrhein-Westfalen	283	3,9	366	4,8	649	4,4
Vergleichswert 2005-2007	3	2,8	7	6,1	10	4,5

Datenquelle/Copyright:

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

3-Jahres-*Mittelwert



Indikator (L)
3.55

Perinatale Sterbefälle, Nordrhein-Westfalen, im Zeitvergleich

Definition

Perinatale Sterbefälle zählen zu vermeidbaren Sterbefällen, deshalb ist eine Darstellung im Zeitverlauf als Kriterium für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse der Bevölkerung und den Stand der medizinischen Betreuung unerlässlich. Ursachen der perinatalen Sterblichkeit hängen mit der sozialen Lage der Mutter, gesundheitsriskantem Verhalten, aber auch mit den Möglichkeiten der gesundheitlichen Vorsorge und der medizinischen Betreuung zusammen.

Die perinatale Sterberate ergibt sich aus der Zahl der totgeborenen Feten mit einem Geburtsgewicht von 500 g und darüber oder, falls Angaben für das Geburtsgewicht fehlen, einer Schwangerschaftsdauer von 22 vollendeten Wochen oder einer Scheitel-Fersen-Länge von 25 cm und mehr plus der Zahl der frühneonatalen Sterbefälle (0 - 6 Tage) bezogen auf 1 000 Geborene (Summe der Lebend- und Totgeborenen).

Die Angaben der Lebendgeborenen und der perinatal verstorbenen Säuglinge sind auf den Wohnort der Mutter bezogen.

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Ab 1.4.1994 kommt es durch eine Änderung im Personenstandsgesetz zu einer neuen Abgrenzung zwischen Totgeburten und Fehlgeburten: Das Mindestgeburtsgewicht für eine Totgeburt beträgt seither 500 g (vorher 1 000 g). Totgeborene Kinder mit einem niedrigeren Geburtsgewicht gelten als Fehlgeburt.

Für die nationalen Perinatalstatistiken werden alle Feten und Totgeborenen mit einem Geburtsgewicht von mindestens 500 g (das entspricht einer Schwangerschaftsdauer von 22 Wochen oder 25 cm Körperlänge) einbezogen sowie die Verstorbenen bis zum 7. Lebenstag. In *Standard-Perinatalstatistiken* für internationale Vergleiche gehen nach Festlegung der WHO (ICD-10) nur Totgeborene sowie bis zum 7. Lebenstag verstorbene Säuglinge mit einem Geburtsgewicht ab 1 000 g ein.

Bei Vergleichen der perinatalen Mortalität ist die Definition bei den Angaben zu prüfen, da es weitere Definitionen gibt, die sich z. B. auf perinatale Sterbefälle von Lebendgeborenen plus der abgegangenen Feten (Spontanaborte, Totgeburten) nach der 28. Schwangerschaftswoche je 1 000 lebend und tot geborene Kinder beziehen.

Die Angaben zur perinatalen Mortalität in Deutschland gelten als valide.

Kommentar

Das Alter der verstorbenen Säuglinge wird in vollendeten Tagen dargestellt, d. h. für die perinatalen Sterbefälle von *0 bis 6 Tage*. Diese Schreibweise ist international üblich. In Deutschland wird bisher auch die Schreibweise von *0 bis unter 7 Tage* verwendet. Beide Begriffe sind identisch.

Vergleichbarkeit

Nicht vergleichbar mit dem WHO-Indikator 1170 070403 *Perinatal deaths per 1000 births*, in den Totgeborene und verstorbene Säuglinge mit einem Geburtsgewicht ab 1 000 g eingehen. Indikatoren zur Perinatalsterblichkeit sind in den OECD- und EU-Indikatorensätzen enthalten.

Die unterschiedlichen Definitionen sind zu beachten.

Der Indikator ist mit dem bisherigen NRW-Indikator 3.6 voll vergleichbar.

Originalquellen

- Eheschließungen, Geborene und Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 1980 ff. Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (Statistische Berichte LDS)
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung: Totgeborene mit einem Gewicht von 500 – 999 g 1995 ff.

Dokumentationsstand

14.01.2004, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/lögd


**Indikator (L)
3.55**
**Perinatale Sterbefälle, Nordrhein-Westfalen, 1980, 1985, 1990,
1995, 2000 - 2010**

Jahr	Lebend- geborene insges.	Totgeborene		Lebend- und Totgeborene insges.	Perinatale Sterbefälle	
		insges.	darunter: 500-999 g*		insges.	je 1 000 Geborene
1980	169 828	974	-	170 802	2 176	12,7
1985	159 713	682	-	160 395	1 377	8,6
1990	199 294	786	-	200 080	1 329	6,6
1995	182 393	905	234	183 298	1 414	7,7
2000	175 144	686	216	175 830	1 088	6,2
2001	167 752	647	182	168 399	1 058	6,3
2002	163 434	648	166	164 082	1 044	6,4
2003	159 883	597	174	160 480	1 011	6,3
2004	158 054	674	232	158 728	1 076	6,8
2005	153 372	593	178	153 965	960	6,2
2006	149 925	576	202	150 501	934	6,2
2007	151 168	581	174	151 749	969	6,4
2008	150 007	567	173	150 574	903	6,0
2009	145 029	507	169	145 536	837	5,8
2010	147 333	557	198	147 890	880	6,0

Datenquelle/Copyright:
Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW):
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

* ab 1994 zusätzliche Zählung von Totgeborenen
mit einem Geburtsgewicht von 500 - 999 g



**Indikator (L
3.56**

Häufigste Todesursachen von Säuglingen, darunter plötzlicher Kindstod, nach Geschlecht, NRW, Jahr

Definition

Die geschlechtsspezifische Darstellung erfolgt, weil die Säuglingssterblichkeit bei den Jungen höher ist als bei den Mädchen. Die männliche Benachteiligung ist besonders in den ersten vier Lebenswochen ausgeprägt. Geschlechtsunterschiede in der Säuglingssterblichkeit werden in erster Linie von biologischen Faktoren beeinflusst.

Der Begriff Todesursache umfasst alle Krankheiten, krankhaften Zustände oder Verletzungen, die direkt oder indirekt zum Tode geführt haben, sowie die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die solche Verletzungen hervorriefen. Erfasst werden die in der Altersgruppe von 0 - <1 Jahr häufigsten Todesursachen gemäß der Internationalen Klassifikation ICD-10.

Beim Syndrom des plötzlichen Kindstodes handelt es sich um den plötzlichen und unerwarteten Tod eines Säuglings, der in der Regel im Schlaf auftritt, ohne dass sich in der Vorgeschichte, in der Auffindesituation oder bei der Obduktion eine ausreichende todeserklärende Ursache finden lässt. Betroffen sind Kinder vorwiegend im ersten Lebensjahr, mit einem Gipfel vom 2. bis zum 4. Lebensmonat. Der pathophysiologische Mechanismus ist bislang ungeklärt. Trotz der geringen Fallzahlen wird auf die Bildung eines 3-Jahres-Mittelwertes verzichtet, um zeitnah aktuelle Auffälligkeiten nachweisen zu können.

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Todesursachenstatistik

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Datengrundlage der Todesursachen ist die gleichnamige Statistik, die jedem Sterbefall genau eine Todesursache - nämlich das Grundleiden - zuordnet. Die Zuverlässigkeit beruht vor allem auf der Genauigkeit der/des die Todesfeststellung und Leichenschau durchführenden Ärztin/Arztes und deren exakter Wiedergabe der Kausalkette bzw. der Angabe des Grundleidens. Die Angaben gelten als vollständig und ausreichend valide.

Kommentar

Von besonderer Bedeutung ist die Ausweisung des plötzlichen Kindstodes, dessen eigentlicher pathophysiologischer Mechanismus bislang nicht geklärt ist, für den aber prädisponierende Faktoren hinreichend belegt sind wie z. B. das Rauchverhalten der Mutter in und nach der Schwangerschaft, das Schlafen in Bauchlage, Wärmestau oder Atembehinderung beim Säugling. Diese Risikofaktoren können durch eine entsprechende Aufklärung und Verhaltensprävention minimiert werden. Der vorliegende Indikator ist ein Ergebnisindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren zu häufigen Todesursachen von Säuglingen. Mit dem bisherigen NRW-Indikator 3.11, der die häufigsten drei Todesursachen nach ICD-Hauptgruppen, sowie Altersgruppen, darunter auch Säuglinge, enthält, besteht keine Vergleichbarkeit.

Originalquellen

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
Todesursachenstatistik 2002 ff.

Dokumentationsstand

11.03.2004, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/lögd


**Indikator (L)
3.56**
Häufigste Todesursachen von Säuglingen, darunter plötzlicher Kindstod, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2010

Rang	Häufigste Todesursachen von Säuglingen				
	ICD-10 (dreistellig)	Diagnose	weiblich		
			Anzahl		Anteil in %*
			2010	2006	
1	P07	Störungen im Zus.hang mit kurzer Schwangerschaftsdauer u. niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	51	91	17,9
2	P02	Schädigung des Feten u. Neugeborenen durch Komplikationen von Plazenta, Nabelschnur u. Eihäuten	24	8.	8,4
3	R95	Plötzlicher Kindstod	13	33	4,6
4	P21	Asphyxie unter der Geburt	11	6	3,9
	P01	Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Schwangerschaftskomplikationen	11	k.A	3,9
5	Q33	Angeborene Fehlbildungen der Lunge	7	8	2,5
	P77	Enterocolitis necroticans beim Feten und Neugeborenen	7	k.A	2,5
	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	7	6	2,5
	P29	Kardiovaskuläre Krankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode	7	k.A	2,5
sonst.			147	128	51,6
insg.			285	316	100
Rang	ICD-10 (dreistellig)	Diagnose	männlich		
			Anzahl		Anteil in %*
			2010	2006	
1	P07	Störungen im Zus.hang mit kurzer Schwangerschaftsdauer u. niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	53	123	16,0
2	P02	Schädigung des Feten u. Neugeborenen durch Komplikationen von Plazenta, Nabelschnur u. Eihäuten	26	6	7,9
3	R95	Plötzlicher Kindstod	23	63	6,9
4	Q33	Angeborene Fehlbildungen der Lunge	16	6	4,8
5	P01	Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Schwangerschaftskomplikationen	11	k.A	3,3
6	P36	Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen	10	8	3,0
	P21	Asphyxie unter der Geburt	10	13	3,0
7	Q91	Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom	6	k.A	1,8
	P22	Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	6	k.A	1,8
	Q23	Angeborene Fehlbildungen der Aorten- und der Mitralklappe	6	k.A	1,8
sonst.			164	122	49,5
insg.			331	371	100
Datenquelle/Copyright: Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW): Todesursachenstatistik			*Anteil der Todesursache an allen Sterbefällen der Altersgruppe		



Indikator (L)
3.59_01

Neuerkrankungen an Masern der 0- bis 14-Jährigen nach Geschlecht, NRW nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition

Die Masernerkrankung gehört zu den hochkontagiösen systemischen Viruserkrankungen, die aerogen übertragen wird. Sie ist nicht durch kausale Therapie behandelbar. Es können Komplikationen wie Mittelohrentzündung, Lungenentzündung (Bronchopneumonie) und schlimmstenfalls Masernenzephalitis auftreten. Letztere tritt bei jedem 1000sten bis 5000sten Erkrankten auf, kann zu einer dauerhaften Schädigung des Gehirns führen und weist eine Letalitätsrate von 20 % bis 30 % auf. Eine seltene, tödlich verlaufende Spätfolge einer Masernerkrankung stellt die subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) dar. Diese wird in einem von 10.000-100.000 Fällen beobachtet. Die einzige Möglichkeit der Primärprävention ist die Schutzimpfung. Deutschland gehört noch immer zu den europäischen Ländern, in denen die Masern verbreitet und die Durchimpfungsraten trotz steigender Quoten zum Teil noch unzureichend sind. Seit Inkraft-Treten des Infektionsschutzgesetzes am 1.1.2001 besteht für Masern eine Meldepflicht. Die bundesweite Inzidenz lag im Jahr 2008 bei 1,1 Erkrankungen/100.000 Einwohnern.

Die Masern (ICD-10: B05.-, B05.0 - B05.4, B05.8 und B05.9) sind charakterisiert durch einen mehr als drei Tage anhaltenden, generalisierten Ausschlag (makulopapulös) und Fieber sowie zusätzlich mindestens durch Husten oder Katarrh oder Kopliksche Flecken oder Konjunktivitis. In den Indikator gehen Virusisolierungen und Nukleinsäurenachweise in Zellen des Nasen-Rachen-Raumes, Konjunktiven, Urin oder Blut sowie Antikörpernachweise ein. Masernerkrankungen bei Kindern sind Ausdruck fehlenden oder unzureichenden Impfschutzes. Im vorliegenden Indikator werden Masernerkrankungen bei 0- bis 14-jährigen Kindern erfasst.

Datenhalter

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Datenquelle

Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Die Meldecompliance unter Ärzten wird als sehr niedrig angesehen. Es wird davon ausgegangen, dass weniger als 10 % der Fälle erfasst werden. Bei einem Abgleich der Masern-Daten des IfSG-Meldesystems mit den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen einer RKI-Studie lag die Sensitivität des Systems nur bei 1 bis 2 Prozent.

Die Daten werden aus der Landesdatenbank für Infektionskrankheiten Nordrhein-Westfalen genommen, die identisch mit den Daten des Robert Koch-Instituts sind (s. Ind. 3.59).

Kommentar

Die Fallzählung erfolgt nach den vom Robert Koch-Institut festgelegten Referenzdefinitionen, die sowohl das klinische Bild, den labordiagnostischen Nachweis als auch die epidemiologische Bestätigung berücksichtigen. Daten liegen bis zur Kreisebene vor. Im vorliegenden Indikator werden Masernerkrankungen nach dem Wohnort des Kindes ausgewiesen. Als Nennerpopulation wird die durchschnittliche Zahl der Kinder und Jugendlichen der ausgewählten Altersgruppen des Berichtsjahres verwendet.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

Vergleichbarkeit

Bedingt vergleichbar mit dem WHO-Indikator 2080 050111 Measles per 100 000. Vergleichbar mit dem EU-Indikator (ECHI) Incidence of communicable diseases in vaccination schemes.

Nicht vergleichbar mit OECD-Indikatoren.

Den Indikator gab es in dem bisherigen NRW-Indikatorensatz nicht und wurde neu aufgenommen.

Originalquellen

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Abt. 5, Landesstelle IfSG Auswertungen 2002 ff.

Dokumentationsstand

18.06.2010, LIGA.NRW



**Indikator (L)
3.59_01**

**Neuerkrankungen an Masern der 0- bis 14-Jährigen
nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach
Verwaltungsbezirken, 2007 bis 2010**

2007 Verwaltungsbezirk	Neuerkrankungen an Masern der 0- bis 14-Jährigen					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000	Anzahl	je 100 000	Anzahl	je 100 000
Rhein.-Berg. Kreis	0	0	0	0	0	0
Reg.-Bez. Köln	1	0	6	2	7	1
Nordrhein-Westfalen	86	7	74	5	160	6

2008 Verwaltungsbezirk	Neuerkrankungen an Masern der 0- bis 14-Jährigen					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000	Anzahl	je 100 000	Anzahl	je 100 000
Rhein.-Berg. Kreis	-	-	-	-	-	-
Reg.-Bez. Köln	-	-	1	0,3	1	0,2
Nordrhein-Westfalen	17	1,4	11	0,8	28	1,1

2009 Verwaltungsbezirk	Neuerkrankungen an Masern der 0- bis 14-Jährigen					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000	Anzahl	je 100 000	Anzahl	je 100 000
Rhein.-Berg. Kreis	-	-	-	-	-	-
Reg.-Bez. Köln	1	0,3	1	0,3	2	0,3
Nordrhein-Westfalen	28	2,3	20	1,5	48	1,9

2010 Verwaltungsbezirk	Neuerkrankungen an Masern der 0- bis 14-Jährigen					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl	je 100 000	Anzahl	je 100 000	Anzahl	je 100 000
Rhein.-Berg. Kreis	-	-	-	-	-	-
Reg.-Bez. Köln	2	0,7	2	0,6	4	0,7
Nordrhein-Westfalen	70	5,8	71	5,6	141	5,7

Datenquelle/Copyright
Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit

Statistik der meldepflichtigen Krankheiten



Indikator (L)
3.111_01

Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahren nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition

Die alters- und geschlechtsspezifischen stationären Behandlungsraten infolge von Verbrennungen und Vergiftungen reflektieren die Morbiditätssituation der unter 15-jährigen Bevölkerung. Schwere Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern sollten kleinräumig analysiert werden, weil sie prinzipiell durch präventive Maßnahmen ausgeschlossen werden können, und weil sie bei sozial ungünstigen Verhältnissen häufiger auftreten. Nach der geltenden Klassifikation der Krankheiten zählen zu Verbrennungen und Verätzungen (T20 – T32) und Vergiftungen (T36 – T65) Verletzungen verschiedenen Grades und Umfangs der Körperoberfläche und Vergiftungen durch Medikamente, Betäubungsmittel, Chemikalien, Rauchvergiftungen und Nahrungsmittel. Bei stationären Behandlungen wird die Hauptdiagnose von den behandelnden Ärzten bei der stationären Entlassung kodiert.

Der Indikator weist die Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen insgesamt und nach Geschlecht mit Bezug auf die Wohnbevölkerung der Altersgruppe und des Berichtsjahres aus, leichtere ambulant behandelte Verletzungen sind somit in dem Indikator nicht enthalten. Stundenfälle sind nicht enthalten. Stundenfälle bezeichnen Patienten, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind.

Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr mit einer der erwähnten Diagnosen entlassen wurden. Als Bezugspopulation wird die durchschnittliche Bevölkerung verwendet.

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Validität

Rechtsgrundlage ist die Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser vom 10.4.1990. Alle Krankenhäuser sind berichtspflichtig, d. h. es liegt eine Totalerhebung vor. Nicht enthalten sind Krankenhäuser im Straf-/Maßregelvollzug sowie Polizei- und Bundeswehrkrankenhäuser (sofern sie nicht oder nur im eingeschränkten Umfang für die zivile Bevölkerung tätig sind).

Es wird von einer vollständigen Datenerfassung und einer ausreichenden Datenqualität ausgegangen (s. a. Kommentar zu Indikator 3.110).

Kommentar

Daten über die Inzidenz von Verbrennungen und Vergiftungen sind derzeit nicht verfügbar. Es werden hier stattdessen die Krankenhausfälle berichtet. Die Diagnosestatistik liegt nach Behandlungs- und Wohnort vor. Für den vorliegenden Indikator werden die stationären Behandlungsfälle nach Wohnort zu Grunde gelegt. Leichte Verbrennungen und Vergiftungen werden ambulant behandelt, so dass die Morbidität wesentlich höher ist.

Es handelt sich um einen Ergebnisindikator.

Vergleichbarkeit

Nicht vergleichbar mit den WHO-Indikatoren 2540 992928 Hospital discharges, injury & poisoning/100 000 population, 2541 992978 Hospital discharges, injury and poisoning und dem OECD-Indikator Health care utilisation, Discharge rates by diagnostic categories, Injury & poisoning, da keine Differenzierung nach Altersgruppen vorgenommen wird. Der Indikator ist nicht vergleichbar mit dem EU-Indikator Morbidity, disease-specific, Diseases/disorders of large impact, Road traffic injuries, der nur Straßenverkehrsunfälleenthält.. Der Indikator ist mit dem bisherigen NRW-Indikator 3.32 voll vergleichbar.

Originalquellen

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW
Krankenhausstatistik, Teil II – Diagnosen. 2001 ff.

Dokumentationsstand

05.01.2004, lögd/Landesamt f. Datenverarbeitung u. Statistik NRW



**Indikator (L)
3.111_01**

Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahren nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken¹, 2010

Verwaltungsbezirk	Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen (T20 - T32) und Vergiftungen (T36 - T65) bei Kindern unter 15 Jahren					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl*	je 100 000 Einw. <15 J.	Anzahl*	je 100 000 Einw. <15 J.	Anzahl*	je 100 000 Einw. <15 J.
Rhein.-Berg. Kreis	23	116,7	18	86,1	41	100,9
Reg.-Bez. Köln	344	115,1	355	112,9	699	114,0
Nordrhein-Westfalen	1 379	113,6	1 547	121,1	2 926	117,4
Vergleichszahlen 2006	15	71,2	22	98,1	37	85,1

Datenquelle/Copyright:

Landesbetrieb Information und Technik (IT.NRW)

Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

¹Wohnbevölkerung

*ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz bzw. Geschlecht



3. Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung

**Indikator (L)
7.13**

Impfquote bezüglich Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b und Pertussis bei Schulanfängern, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. Die Eliminierung der Masern und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik. In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können entsprechend § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) *öffentlich empfohlen* werden. Diese Empfehlungen werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder ausgesprochen. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Die Grundimmunisierung gilt dann als abgeschlossen, wenn gegen Poliomyelitis und Hepatitis B jeweils 3 Impfungen vorliegen, gegen Diphtherie, Tetanus und Haemophilus influenzae b jeweils mindestens 3 sowie gegen Pertussis 4 Impfungen durchgeführt wurden.

Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder ein vom ihm beauftragter Arzt bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln. Indikator 7.13 verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die Impfdokumente zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut. Übereinstimmung mit dem Indikator 7.11, der die Trendentwicklung darstellt, ist gegeben.

Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder ein vom ihm beauftragter Arzt bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln. Indikator 7.13 verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die Impfdokumente zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut. Übereinstimmung mit dem Indikator 7.11, der die Trendentwicklung darstellt, ist gegeben.

Datenhalter

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

Periodizität

Jährlich, bezogen auf den Einschulungsjahrgang

Validität

Der Indikator bezieht sich auf die Inanspruchnahme von Impfungen entsprechend dem Infektionsschutzgesetz. Es besteht Meldepflicht. Die Validität der Daten ist davon abhängig, ob alle Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfänger ist, die Impfdokumente vorgelegt haben. Darüber hinaus können Änderungen in den Impfempfehlungen und die Einführung neuer Impfstoffe die Validität beeinträchtigen. Im Indikator 7.6 liegen dagegen teilweise unvollständige oder keine Daten vor, da für die Inanspruchnahme der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen bei Schulanfängern keine Meldepflicht besteht.

Kommentar

Der Indikator informiert allgemein über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung sowie speziell über den Impfschutz aus individual- und bevölkerungsmedizinischer Sicht. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme der Kinder an den Schutzimpfungen als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Vergleichbar mit WHO-Indikatoren zu % of infants vaccinated against poliomyelitis, tetanus, diphtheria, haemophilus influ.type b, hepatitis B, pertussis aus dem Chapter 8 Maternal and child health. Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im OECD- und EU-Indikatorensatz. Im



EU-Indikatoren sind Indikatoren zu Communicable diseases in vaccination schemes, Integral children's health monitoring als Anteil der Kinder verschiedener Altersgruppen vorgesehen.

Indikator 7.13 entspricht dem bisherigen Indikator 4.8. Zusätzlich wurden Impfquoten bezüglich Hepatitis B und Haemophilus influenzae b aufgenommen. Wegen Änderungen in der Darstellung ist der Indikator nur bedingt vergleichbar.

Originalquellen

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen
Eigene Berechnungen des Iögd auf der Basis der Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen 2002 ff.

Dokumentationsstand

13.02.2003, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg/Iögd

**Indikator (L)
7.13**

Impfquote bezüglich Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b und Pertussis bei Schulanfängern, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2009¹

Verwaltungsbezirk	Untersuchte Schulanfänger insgesamt	Dokumentierte Impfungen			
		Kinder mit dokumentierten Impfungen*	Impfquote in % bei abgeschlossener Grundimmunisierung		
			Poliomyelitis	Tetanus	Diphtherie
Rheinisch-Berg. Kreis	2 805	2 665	96,9	98,1	97,3
Reg.-Bez. Köln	35 359	32 232	97,1	98,8	98,2
Nordrhein-Westfalen	163 745	150 343	97,6	98,7	98,2
Vergleichszahlen 2006	3.008	2.511	97,0	98,7	97,9

Datenquelle/Copyright:

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW: Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)-

Verwaltungsbezirk	Untersuchte Schulanfänger insgesamt	Dokumentierte Impfungen				Kinder ohne dokumentierte Impfungen**
		Kinder mit dokumentierten Impfungen*	Impfquote in % bei abgeschlossener Grundimmunisierung			
			Hepatitis B	Haemophilus influenzae b	Pertussis	
Rheinisch-Berg. Kreis	2 805	2 665	86,0	95,1	93,8	140
Reg.-Bez. Köln	35 359	32 232	90,4	95,2	93,6	3 127
Nordrhein-Westfalen	163 745	150 343	93,3	95,1	94,0	13 402
Vergleichszahlen 2006	3.008	2.511	85,9	93,2	91,5	497

Datenquelle/Copyright:

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW: Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)-


**Indikator (L)
7.14**
Impfquote bezüglich Masern, Mumps und Röteln bei Schulanfängern, NRW nach Verwaltungsbezirken, Jahr
Definition

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten. Die Eliminierung der Masern und der Poliomyelitis ist erklärtes und erreichbares Ziel nationaler und internationaler Gesundheitspolitik.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können entsprechend § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) *öffentlich empfohlen* werden. Diese Empfehlungen werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder ausgesprochen. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) sollte mit einem Kombinationsimpfstoff (MMR-Impfstoff) erfolgen. Um der Eliminierung der Masern nahe zu kommen, wird eine 2. MMR-Impfung spätestens mit Vollendung des 2. Lebensjahres empfohlen. Daher weist der Indikator getrennt den Anteil der Kinder mit mindestens 1 Impfung sowie als Teilmenge davon den Anteil der Kinder mit mindestens 2 Impfungen aus.

Die Windpocken- oder Varizellen-Impfung im Kindesalter wird seit 2004 empfohlen. Im August 2009 hat die STIKO auch die Empfehlung zu einer zweiten Varizellenimpfung im Alter von 15 bis 23 Lebensmonaten verabschiedet. Zuvor war nur auf eine mögliche zweite Impfung gemäß Herstellerangaben verwiesen worden. Die zweite Impfung ist wichtig, um Ausbrüche und Erkrankungen trotz Impfung (Durchbruchserkrankungen) zu verringern und die Übertragung des Virus auf empfängliche Personen weiter einzudämmen. Die erste Impfung gegen Varizellen erfolgt in der Regel im Alter von 11 bis 14 Monaten, entweder simultan mit der ersten MMR-Impfung oder frühestens 4 Wochen nach dieser. Alternativ steht ein MMR-Varizellen-Kombinationsimpfstoff zur Verfügung.

Gemäß § 34 (11) IfSG hat das Gesundheitsamt oder ein vom ihm beauftragter Arzt bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer allgemeinbildenden Schule den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert Koch-Institut zu übermitteln. Indikator 7.14 verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfänger. Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die Impfdokumente zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut. Ein Vergleich zum Indikator 7.13, der die Trendentwicklung darstellt, ist gegeben.

Datenhalter

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW)

Datenquelle

Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

Periodizität

Jährlich, bezogen auf den Einschulungsjahrgang

Validität

Der Indikator bezieht sich auf die Inanspruchnahme von Impfungen entsprechend dem Infektionsschutzgesetz. Es besteht Meldepflicht. Die Validität der Daten ist davon abhängig, ob alle Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfänger ist, die Impfdokumente vorgelegt haben. Darüber hinaus können Änderungen in den Impfeempfehlungen und die Einführung neuer Impfstoffe die Validität beeinträchtigen. Im Indikator 7.6 liegen dagegen teilweise unvollständige oder keine Daten vor, da für die Inanspruchnahme der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen bei Schulanfängern keine Meldepflicht besteht.

Die Variable „untersuchte Schulanfänger“ kann bei den Indikatoren, die auf der schulischen Eingangsuntersuchung als Datenquelle basieren, infolge von Datenübermittlungsfehlern schwanken.



Kommentar

Der Indikator informiert allgemein über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung sowie speziell über den Impfschutz aus individual- und bevölkerungsmedizinischer Sicht. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme der Kinder an den Schutzimpfungen als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden. Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Bedingt vergleichbar mit WHO-Indikatoren zu % of infants vaccinated against measles, mumps and rubella. Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im OECD-Indikatorensetz. Im EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu Communicable diseases in vaccination schemes, Integral children’s health monitoring als Anteil der Kinder verschiedener Altersgruppen vorgesehen, die diese Angebote wahrnehmen.

Indikator 7.14 entspricht dem bisherigen Indikator 4.7. Wegen Änderungen in der Darstellung ist der Indikator nur bedingt vergleichbar.

Originalquellen

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW)
Eigene Berechnungen des LIGA.NRW auf der Basis der *Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen 2008 ff.*

Dokumentationsstand

16.12.2009, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg/LIGA.NRW

**Indikator (L)
7.14**

Impfquote bezüglich Masern, Mumps und Röteln bei Schulanfängern, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2009¹

Verwaltungsbezirk	Unters. Schul- anfänger insgesamt	Kinder mit dokument. Impfung.*	Dokumentierte Impfungen					
			Impfquote in % bei der 1. und 2. Impfung					
			Masern		Mumps		Röteln	
			>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.
Rheinisch-Bergischer Kreis	2 805	2 665	95,5	87,4	95,2	87,2	95,2	87,2
Reg.-Bez. Köln	35 359	32 232	96,8	91,3	96,5	91,1	96,5	91,5
Nordrhein-Westfalen	163 745	150 343	97,3	92,6	97,0	92,4	97,0	92,4
Vergleichsjahr 2006	3.008	2.511	93,9	78,1	93,5	77,8	92,5	77,2

Datenquelle/Copyright: LIGA NRW: Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)


**Indikator (L)
7.7**
Karies-Prophylaxe bei Kindern, Gebisszustand der Kinder nach Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen
Definition

Unter dem Begriff *Kariesprophylaxe* werden Maßnahmen zur Verhinderung von Zahnerkrankungen (Karies) zusammengefasst. Sie werden unterschieden in Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe. Gesetzliche Grundlage sind für die Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, für die Individualprophylaxe § 22 SGB V.

Seit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes wird die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe durch den § 21 SGB V geregelt, der im Sinne einer Qualitätssicherung auch Maßnahmen der Dokumentation und Erfolgskontrolle vorschreibt. Die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam mit dem Bundesverband der Zahnärzte beschlossenen Rahmenempfehlungen sehen vor, dass die bundesweite Dokumentation und Auswertung gruppenprophylaktischer Maßnahmen durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. vorgenommen wird. Ob und in welchem Umfang die Gruppenprophylaxe Erfolg hat, lässt sich nur feststellen, wenn die beteiligten Kinder in regelmäßigen Abständen zahnmedizinisch untersucht werden. Im Rahmen jugendzahnärztlicher Untersuchungen führte die DAJ in Abständen von zunächst drei Jahren in allen Bundesländern repräsentative Untersuchungen an einer Stichprobe von 10 % der 6- bis 7-jährigen, 9-jährigen und 12-jährigen Schüler durch. Der Beginn wurde auf das Jahr 1994 datiert, weitere Studien wurden in den Jahren 1997, 2000 ausgeführt. Die nächste DAJ-Studie wurde im Jahr 2004, also 4 Jahre nach der vorherigen Erhebung, durchgeführt. Es wurde auf die Untersuchung der 9-Jährigen verzichtet und stattdessen wurden die 15-Jährigen in die epidemiologischen Begleituntersuchungen einbezogen, da kaum Daten darüber vorliegen, wie sich nach dem Auslaufen der Gruppenprophylaxe die Karieserfahrung in dieser Altersgruppe entwickelt. Bei Durchführung der DAJ-Studie 2009, die fünf Jahre nach der Vorgängerstudie stattfand, wurde das Gesamtkonzept beibehalten. Im vorliegenden Indikator wird auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Begleituntersuchungen der Gebisszustand von Kindern im Alter von 6, 12 und 15 Jahren im Trend ausgewiesen.

Datenhalter

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ)

Datenquelle

Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe

Periodizität

Drei-, bzw. vierjährlich, 1994, 1997, 2000, 2004

Validität

Die zahnmedizinische Erfolgskontrolle nach § 21 SGB V kann aus zeitlichen und ökonomischen Gründen nicht an der Gesamtheit aller Schüler der betreffenden Altersgruppen durchgeführt werden. Deshalb sehen die DAJ-Richtlinien vor, dass vor Beginn der Untersuchung für jedes Bundesland eine repräsentative Stichprobe gezogen werden soll. Nach den Vorgaben der DAJ soll die Stichprobe 10 % der relevanten Schulen umfassen. In den zur Stichprobe gehörenden Schulen wird in jeder der betreffenden Altersgruppen (6-7-, 12- und 15-Jährige) eine Stichprobe von 5 % der jeweiligen Grundgesamtheiten untersucht.

Kommentar

Der Indikator informiert über den Anteil an Schulkindern mit naturgesundem, saniertem bzw. behandlungsbedürftigem Gebiss. Er gibt damit Auskunft über die Erfolge der Kariesprophylaxe, den Behandlungsbedarf bzw. das Ausmaß der Sanierung. Für die 15-Jährigen liegen keine Vergleichszahlen aus früheren Jahren vor, da sie 2004 erstmalig an der Studie teilnahmen.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine WHO-, OECD- und EU-Indikatoren, die sich auf den Gebisszustand von 6-, 12- und 15-jährigen Kinder beziehen.

Der vorliegende Indikator ist für die Altersgruppen 6-7 Jahre und 12 Jahre mit dem früheren Indikator 7.9a vergleichbar.

Originalquellen

Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2000 ff.
Bonn: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ)

Dokumentationsstand 18.03.2011, LIGA.NRW


**Indikator (L)
7.7**
**Karies-Prophylaxe bei Kindern, Gebisszustand
nach Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen
2004,2009**

Alter	Vergleichsjahr 2004				2009			
	Nordrhein							
	Stich- proben- größe	Gebisszustand in % der Unter- suchten			Stich- proben- größe	Gebisszustand in % der Unter- suchten		
Jahre	größe	natur- gesund	saniert	behandlungs- bedürftig	größe	natur- gesund	saniert	behandlungs- bedürftig
6-7	4 348	52,9	11,3	35,7	4 526	56,6	14,9	28,5
12	4 563	56,8	24,9	18,3	5 806	62,4	22,9	14,6
15*	3 554	48,9	35,3	15,8	4 787	61,5	26,8	11,7

Alter	Westfalen-Lippe							
	Stich- proben- größe	Gebisszustand in % der Unter- suchten			Stich- proben- größe	Gebisszustand in % der Unter- suchten		
	Jahre	größe	natur- gesund	saniert	behandlungs- bedürftig	größe	natur- gesund	saniert
6-7	4 268	46,8	13,9	39,3	4 544	52,0	14,7	33,2
12	4 972	52,3	24,1	23,6	4 925	59,0	26,1	14,9
15*	3 776	41,5	33,7	24,8	4 467	53,8	33,2	13,0

Datenquelle/Copyright:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ):
Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe

* nahmen erstmalig 2004 an der Studie teil


**Indikator (L)
7.10**
Anteil der durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichten Kinder nach Einrichtungstyp, NRW nach Verwaltungsbezirken, Schuljahr
Definition

Unter dem Begriff *Kariesprophylaxe* werden Maßnahmen zur Verhinderung von Zahnerkrankungen (Karies) zusammengefasst. Sie werden unterschieden in Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe. Gesetzliche Grundlage sind für die Gruppenprophylaxe § 21 SGB V, für die Individualprophylaxe § 22 SGB V.

Gemäß § 21 SGB V haben die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten zur Durchführung zu beteiligen. Die Maßnahmen werden vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen durchgeführt und sollen sich insbesondere auf Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene erstrecken.

Indikator 7.10 stellt die Anzahl der durch ein- bis viermalige Prophylaxemaßnahmen bzw. -impulse tatsächlich erreichten Vorschul- und Schulkinder dar und weist den Anteil der durch wenigstens eine Karies-Prophylaxemaßnahme erreichten Kinder nach Einrichtungstyp im Regionalvergleich aus. Bezugszahl ist die Anzahl der in allen Einrichtungen gemeldeten Kinder und das Schuljahr.

Ein Vergleich zum Indikator 7.9, der eine Übersicht über das Land darstellt, ist gegeben.

Datenhalter

Landesarbeitsgemeinschaften zur Förderung der Jugendzahnpflege Nordrhein und Westfalen-Lippe

Datenquelle

Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe

Periodizität

Jährlich, nach Schuljahren

Validität

Da sich der Indikator ausschließlich auf die Durchführung von Prophylaxe-Maßnahmen bezieht, ist von einer ausreichenden Vollständigkeit und guten Validität auszugehen.

Kommentar

Der Indikator informiert über die Anzahl und den Anteil von Vorschul- und Schulkindern, die von Maßnahmen der Karies-Gruppenprophylaxe erreicht wurden. Mehrfachzählungen sind möglich, da bis zu 4 Prophylaxemaßnahmen/Schuljahr, in einzelnen Kreisen sogar bis zu 5 Prophylaxemaßnahmen/Schuljahr, durchgeführt werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Im bisherigen Indikatorensatz gab es keinen vergleichbaren Indikator.

Originalquellen

- Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Nordrhein im AOK-Landesverband
Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe nach Verwaltungsbezirken
Jahresauswertung Schuljahr 2003/2004 ff.
- Arbeitskreis Zahngesundheit Westfalen-Lippe
Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe nach Verwaltungsbezirken
Jahresauswertung Schuljahr 2003/2004 ff.

Dokumentationsstand

21.03.2006, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg/lögd



**Indikator (L)
7.10**

Anteil der durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichten Kinder nach Einrichtungstyp, NRW nach Verwaltungsbezirken, Schuljahr 2009/2010

Verwaltungsbezirk	Zahl der durch 1- bis 5-malige Prophylaxemaßnahmen bzw. -impulse erreichten Kinder in					
	Kindergärten			Grundschulen		
	gemeldete Kinder ³	ein Prophylaxe-impuls ⁴	zwei - fünf Prophylaxe - Impulse ⁵	gemeldete Kinder ³	ein Prophylaxe-impuls ⁴	zwei - fünf Prophylaxe - Impulse ⁵
Rhein.-Berg. Kreis	9 187	4 751	•	11 952	6 584	•
Reg.-Bez. Köln	115 218	96 847	69 951	150 977	135 831	118 079
Nordrhein-Westfalen	496 948	410 011	354 226	653 376	559 807	327 442
Ein Vergleich zum Schuljahr 2006/2007 ist nicht möglich, da zum diesem Zeitpunkt nur zwei - vier Prophylaxe - Impulse ⁵ durchgeführt wurden						

Verwaltungsbezirk	Zahl der durch 1- bis 4-malige Prophylaxemaßnahmen bzw. -impulse erreichten Kinder in					
	weiterführenden Schulen ²			Förderschulen		
	gemeldete Kinder ³	ein Prophylaxe-impuls ⁴	zwei - fünf Prophylaxe - Impulse ⁵	gemeldete Kinder ³	ein Prophylaxe-impuls ⁴	zwei - fünf Prophylaxe - Impulse ⁵
Rhein.-Berg. Kreis	838	148	•	1 451	1 082	•
Reg.-Bez. Köln	131 112	34 559	13 415	15 407	11 119	5 876
Nordrhein-Westfalen	878 537	162 832	31 276	88 275	49 689	23 261
Ein Vergleich zum Schuljahr 2006/2007 nicht möglich, da zum diesem Zeitpunkt nur zwei - vier Prophylaxe - Impulse ⁵ durchgeführt wurden						

2: es werden nur die Daten der Klassen 5 bis 10 abgerufen

3: in allen Einrichtungen gemeldete Kinder, Angaben nicht für alle Kreise (Nordrhein) vollständig

4: durch 1 Impuls tatsächlich erreichte Kinder

5: durch zwei- bis fünfmalige Prophylaxeimpulse tatsächlich erreichte Kinder insgesamt

Datenquelle/Copyright:

Landesarbeitsgemeinschaften zur Förderung d. Jugendzahnpflege

Nordrhein u. Westfalen-Lippe:

Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe



II. Daten der Schuleingangsuntersuchung Rheinisch-Bergischer Kreis Einschüler des Schuljahres 2011/2012 (Untersuchungszeitraum: Herbst 2010 - Frühjahr 2011)

4. Erläuterungen zum Verfahren

Schuleingangsuntersuchungen sind in den meisten Bundesländern eine Pflichtaufgabe der Unteren Gesundheitsbehörden. Alle Kinder eines Jahrganges werden vor Schuleintritt durch Ärzte des Gesundheitsamtes untersucht. Gesetzliche Grundlage für die Durchführung der schulärztlichen Untersuchungen ist § 12 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW.

Der Übergang in die Schule stellt für Kinder eine wichtige Entwicklungsstufe dar, die in verschiedenen Bereichen hohe Leistungsanforderungen stellt und Kompetenzen erfordert.

Die Schuleingangsuntersuchung umfasst die Dokumentation der Teilnahme an den Präventionsmaßnahmen (Impfungen und kinderärztliche Früherkennungs-Untersuchungen) sowie die körperliche Untersuchung und die standardisierte Erfassung des Entwicklungs- und Gesundheitszustands mit einem Schwerpunkt auf solche Untersuchungen, die für einen gelungenen Schulstart und eine erfolgreiche Schullaufbahn bedeutend sind, u.a. Sehen, Hören, Aufmerksamkeit, Verhalten, Koordination, Sprachentwicklung. Darüber hinaus werden auch chronische Erkrankungen sowie Größe und Gewicht erfasst.

Aufgrund der Veränderungen in den Schulrechtsnormen hat sich der Stichtag für die Schulpflicht weiter in den Herbst verschoben mit der Folge, dass die Einschülerinnen und Einschüler in den letzten Jahren jünger geworden sind. Das neue Untersuchungsverfahren SOPESS (sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen) berücksichtigt im Gegensatz zum Vorgängerverfahren SENS (Screening des Entwicklungsstandes) das jüngere Einschulungsalter der Kinder. SOPESS wurde vom Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen (Direktor: Prof. F.Petermann) im Auftrag des LIGA.NRW entwickelt. Erstmals können die Bereiche „selektive Aufmerksamkeit und Zahlen- und Mengenvorwissen“ standardisiert und qualitätsgesichert bei den schulärztlichen Untersuchungen im Rahmen des „Bielefelder Modells“ erhoben werden.

Sind bei einem Kind im Verlauf der Einschulungsuntersuchung Auffälligkeiten objektivierbar, erfolgt je nach Ausmaß der Befunde eine Beratung der Eltern mit Hinweisen zur Einleitung notwendiger Fördermöglichkeiten in Absprache mit den behandelnden Ärzten des Kindes. Ziel ist die Einleitung notwendiger Fördermaßnahmen noch vor der Einschulung. Es wird eine schriftliche Empfehlung über die Einschulung des Kindes ausgesprochen, die den Eltern und der Schule zugeht.

Die Untersuchungsergebnisse werden auf Belegbögen und ab dem Jahr 2012 elektronisch dokumentiert, vom Landeszentrum Gesundheit NRW (dem Nachfolgeinstitut des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit) erfasst und jährlich unter Berücksichtigung der jeweiligen kommunalspezifischen Fragestellungen ausgewertet. Das standardisierte Screening wird von fast allen (bis auf zwei) Unteren Gesundheitsbehörden in NRW genutzt und ermöglicht so einen Vergleich mit anderen Regionen und dem Land NRW.



Das Datenmaterial der Schuleingangsuntersuchungen im Rheinisch-Bergischen Kreis beinhaltet lediglich die "Pflichtdaten" des Bielefelder Modells. Es werden keine sozialökonomischen Daten erhoben, da die Eltern dies bisher in großer Zahl ablehnten.

4.1 Ausgewählte Befunde der Schuleingangsuntersuchung zum Screening des Entwicklungsstandes (SENS bzw. SOPESS)

In den folgenden Tabellen werden die Ergebnisse der Untersuchungen des **Schuljahres 2011/2012** dargestellt. Zudem werden die Untersuchungsergebnisse der vergangenen Jahre in aufbereiteten Graphiken kenntlich gemacht und zusätzlich, wenn vorhanden, mit Landeszahlen verglichen.

Tab.1: Untersuchte Kinder der Schuljahrgänge 2008–2011 Rheinisch-Bergischer Kreis

Schuljahr	2008 / 2009	2009 / 2010	2010 / 2011	2011 / 2012
Gesamt	2.730	2.805	2.598	2.687
Jungen	1.400	1.465	1.370	1.431
Mädchen	1.330	1.340	1.228	1.256

Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld

Graphik 1: Untersuchte Kinder der Schuljahrgänge 2008–2011 Rheinisch-Bergischer Kreis





4.1.1. Sehen

Spät erkannte Sehstörungen führen zu lebenslanger Beeinträchtigung der Sehleistung. Unerkannte Sehstörungen können die Ausbildung von Wahrnehmung und Koordination ganz erheblich beeinflussen. Bei der Schuleingangsuntersuchung wird eine Überprüfung des Sehens mittels eines standardisierten Sehtestgerätes durchgeführt. Farbsinnstörungen oder Defizite beim räumlichen Sehvermögen können ebenfalls festgestellt werden.

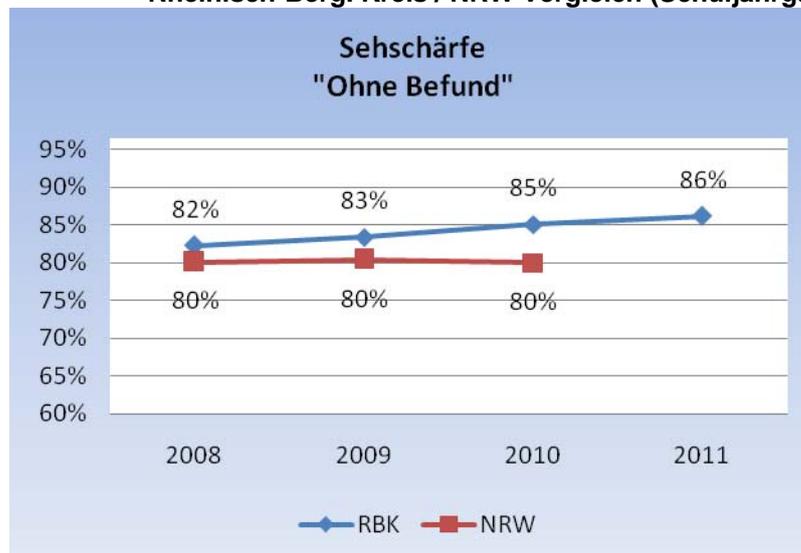
Tab. 2: Sehschärfe Rheinisch-Bergischer Kreis (Schuljahr 2011/2012)

Untersuchte	ohne Befund		in Behandlung		Arztüberweisung		sonstige	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1.431 Jungen	1.232	86,1	122	8,5	71	5,0	6	-
1.256 Mädchen	1.084	86,3	99	7,9	70	5,6	3	-
2.687 gesamt	2.316	86,2	221	8,2	141	5,2	9	-

Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld

221 Kinder (= 8,2 %) waren zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung bereits in augenärztlicher Behandlung. Bei 141 Kindern (= 5,2%) wurde erstmals wegen des Verdachts einer Sehminderung eine fachärztliche Kontrolle empfohlen. Bei auffälligen Befunden wurde den Eltern eine schriftliche Empfehlung für den behandelnden Arzt mitgegeben.

**Graphik 2: Sehschärfe: „Ohne Befund“
Rheinisch-Berg. Kreis / NRW Vergleich (Schuljahrgänge 2008–2011)**



Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld .
Die NRW-Daten für 2011 liegen noch nicht vor.



4.1.2 Hören

Eine weitere wichtige Untersuchung bei der Schuleingangsuntersuchung ist der Hörtest. Gerade für die Sprachentwicklung ist ein ausreichendes Hörvermögen unbedingt erforderlich. Der Hörtest wird mit einem standardisierten Hörtestgerät durchgeführt.

Tab.3: Hörstörung (Schuljahr 2011/2012)

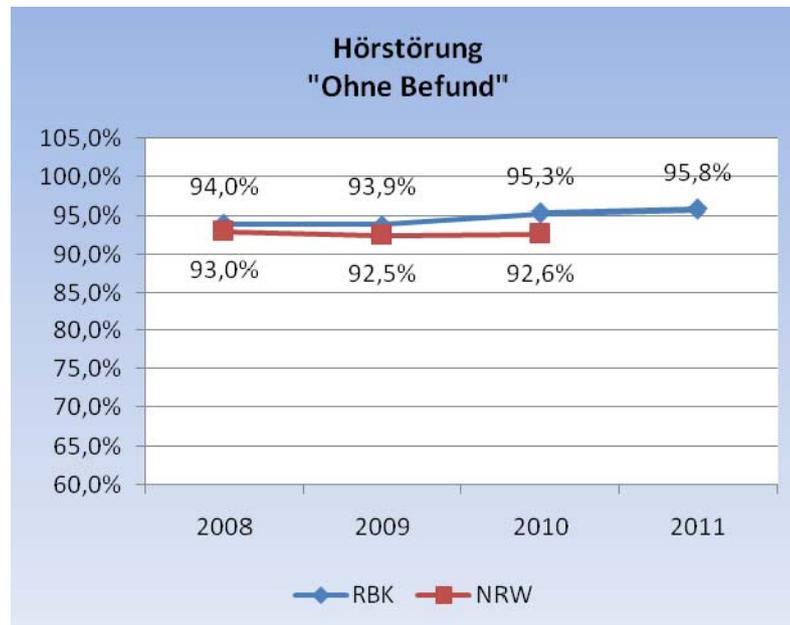
Untersuchte	ohne Befund		in Behandlung		Arztüberweisung		sonstige	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1.431 Jungen	1.371	95,8	35	2,4	11	0,8	14	-
1.256 Mädchen	1.202	95,7	21	1,7	19	1,5	14	-
2.687 gesamt	2.573	95,8	56	2,2	30	1,1	28	-

Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld

Bei der Überprüfung der Hörfähigkeit zeigten 95,8 % der Kinder unauffällige Testergebnisse. 30 Kinder (= 1,1 %) zeigten Schwächen und wurden zur Abklärung an einen Facharzt verwiesen.

56 Kinder (= 2,2 %) waren bereits in Behandlung. Bei auffälligen Befunden wurde den Eltern eine schriftliche Empfehlung für den behandelnden Arzt mitgegeben.

Graphik 3: Hörstörung „Ohne Befund“ Rheinisch-Bergischer Kreis / NRW Vergleich (Schuljahrgänge 2008 – 2011)



Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld
Die NRW-Daten für 2011 liegen noch nicht vor.



4.1.3 Sprache

Gute Sprachfähigkeiten sind wichtige Voraussetzungen für den Lernerfolg in der Schule. Sowohl kognitive als auch soziale Fähigkeiten stehen in enger Beziehung zur Sprache.

Die Sprachfähigkeit der Einschülerinnen und Einschüler wird mittels spezieller Screening-Tests ermittelt. Anhand dieser Tests wird die Fähigkeit der Kinder, Sprache zu hören, zu verstehen und auch Sprache zu produzieren, geprüft. Die Kinder müssen Pseudowörter nachsprechen, Wörter ergänzen und Sätze nachsprechen, außerdem wird die Artikulation überprüft. Die Tests werden bei Kindern mit guten bis sehr guten Deutschkenntnissen durchgeführt.

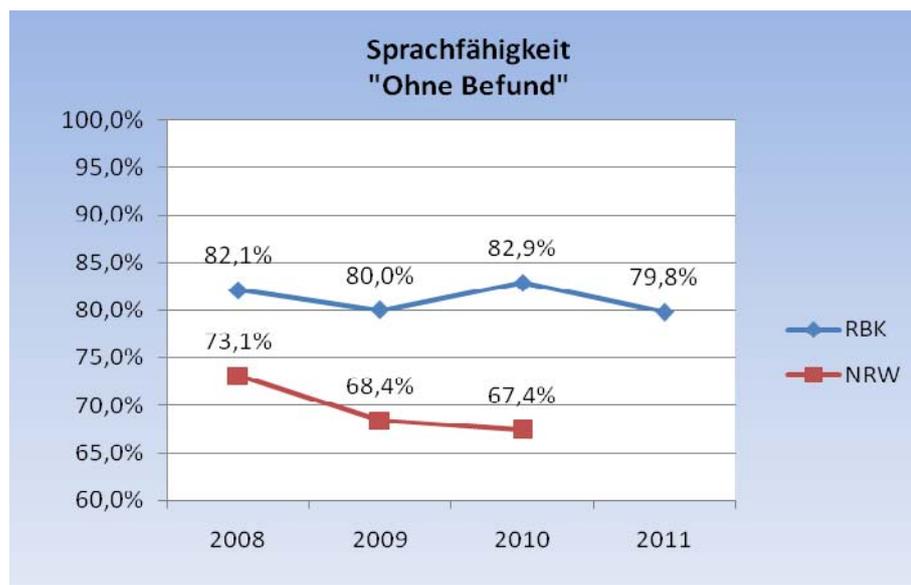
Tab. 4: Sprachfähigkeit (Schuljahr 2011/2012)

Untersuchte	ohne Befund		in Behandlung		Arztüberweisung		sonstige	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1.431 Jungen	1.084	75,8	263	18,4	41	2,9	41	-
1.256 Mädchen	1.059	84,3	139	11,1	35	2,8	23	-
2.687 gesamt	2.143	79,8	402	15,0	76	2,8	64	-

Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld

76 Kinder (= 2,8 %) wurden zur Behandlung einer festgestellten Sprach-/Sprech- oder Stimmstörung an einen Arzt verwiesen, 402 Kinder (= 15,0 %) waren bereits in Behandlung.

Graphik 4: Sprachfähigkeit „Ohne Befund“ Rheinisch-Bergischer Kreis / NRW Vergleich (Schuljahrgänge 2008 – 201)



Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld
Die NRW-Daten für 2011 liegen noch nicht vor.



Es ist festzustellen, dass die Anzahl der Kinder mit Sprachstörungen im RBK entsprechend der landesweiten Entwicklung zugenommen hat.

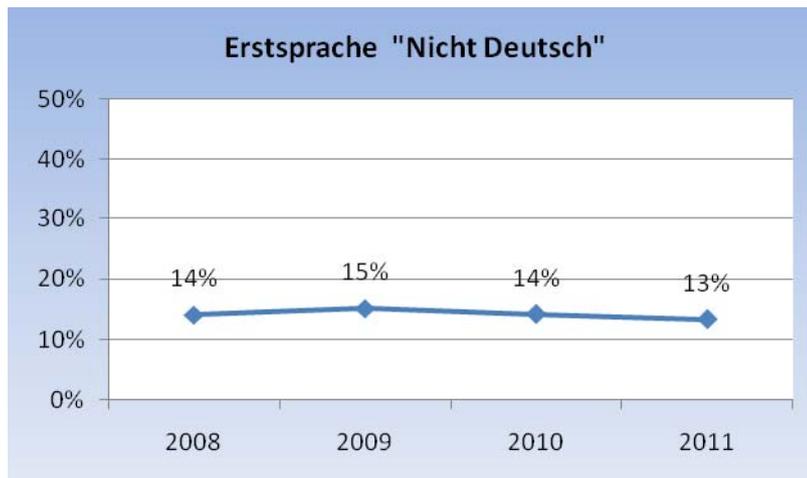
Tab. 5: Erstsprache (Schuljahr 2011/2012)

Untersuchte	davon mit gültigen Werten		deutsch		andere Sprache	
	abs	%	abs	%	abs	%
1.431 Jungen	1.418	99,1	1.222	86,2	196	13,8
1.256 Mädchen	1.246	99,2	1088	87,3	158	12,7
2.687 gesamt	2.664	99,1	2310	86,7	354	13,3

Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld

2.310 Kinder (= 86,7 %) hatten Deutsch als erste Sprache. Es erfolgt keine Einzelerfassung der anderen Sprachen.

**Graphik 5: Erstsprache „nicht Deutsch“
Rheinisch-Bergischer Kreis (Schuljahrgänge 2008 – 2011)**



Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld

4.1.4 Gewicht

Bei der Einschulungsuntersuchung werden Körpergröße und Gewicht der Kinder gemessen und daraus der Body Mass Index nach der Formel $BMI = \text{Gewicht [kg]} / \text{Körpergröße [m]}^2$ berechnet.

Für Kinder und Jugendliche wurden spezielle BMI-Normwertetabellen entwickelt. Der BMI wird hierbei mit Wachstumskurven für Jungen oder Mädchen verglichen. Fachleute sprechen dabei von sogenannten geschlechtsbezogenen BMI-Perzentilen. Perzentilen sind Prozentangaben. Wird das Körpergewicht eines Kindes in Perzentilen ausgedrückt, bedeutet dies, dass das Körpergewicht in Bezug auf das Körpergewicht der Altersgenossen angegeben wird. Allgemein gilt, dass Kinder und Jugendliche, deren BMI nach dem ge-



wählten Referenzsystem oberhalb des 90. Perzentil der Normstichprobe liegt, als übergewichtig bezeichnet werden, bei einem BMI oberhalb des 97. Perzentil als adipös. Auf der anderen Seite werden Kinder mit einem BMI unterhalb des 10. Perzentil als untergewichtig bezeichnet, unterhalb des 3. Perzentil als deutlich untergewichtig.

Für die Daten der Einschulungsuntersuchung werden im SOPESS, wie zuvor, die Normwertetabellen von Kromeyer-Hauschild (Arbeitsgemeinschaft Adipositas-Empfehlung) angewendet.

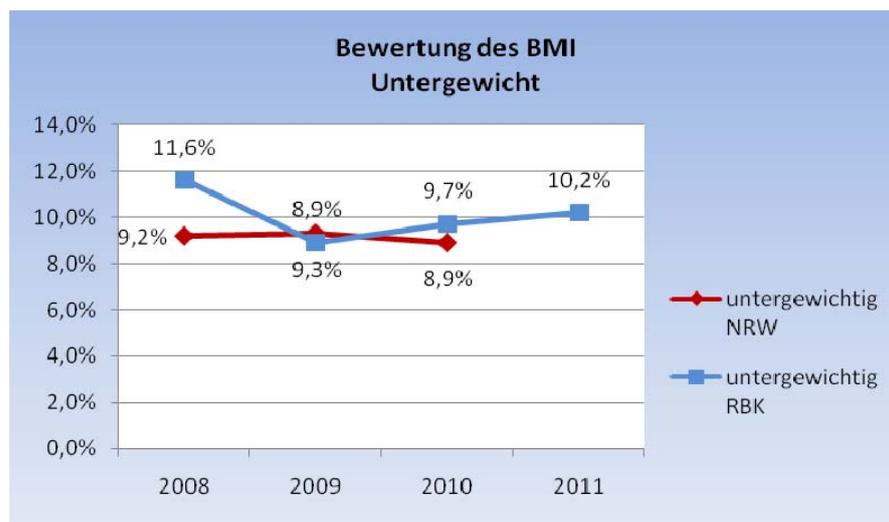
Tab. 6: Bewertung des BMI (Schuljahr 2011/2012)

Untersuchte	davon mit messbaren Werten		deutlich untergewichtig		untergewichtig		normalgewichtig		übergewichtig		adipös	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1.431 Jungen	1.417	99,0	46	3,2	89	6,3	1.168	82,4	76	5,4	38	2,7
1.256 Mädchen	1.240	98,7	40	3,2	98	7,9	1.011	81,5	53	4,3	38	3,1
2.687 gesamt	2.657	98,9	86	3,2	187	7,0	2.179	82,0	129	4,9	76	2,9

Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld

Insgesamt 2.179 Kindern (= 82,0%) waren zum Zeitpunkt der Untersuchung normalgewichtig. 205 Kinder (= 7,8 %) waren übergewichtig oder adipös. Festzustellen war aber auch, dass immerhin 10,2% der Kinder, dies sind insgesamt 273 Kinder zum Zeitpunkt der Untersuchung untergewichtig oder deutlich untergewichtig waren. Die Zeitreihe der vergangenen Jahre zeigt, dass im Rheinisch-Bergischen-Kreis regelmäßig zwischen 7 und 8% der Einschüler übergewichtig bzw. adipös waren.

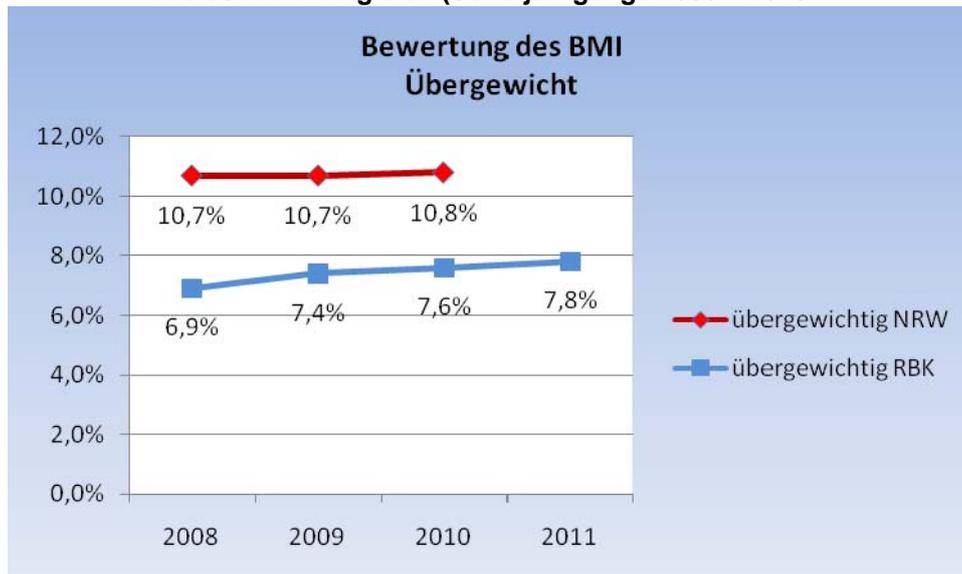
Graphik 6: Bewertung des BMI -Untergewichtige Kinder- Rheinisch-Bergischer Kreis / NRW Vergleich (Schuljahrgänge 2008 – 2011)



Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld
Die NRW-Daten für 2011 liegen noch nicht vor.



Graphik 7: Bewertung des BMI -übergewichtige Kinder- Rheinisch-Bergischer Kreis / NRW Vergleich (Schuljahrgänge 2008 – 2010)



Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld
Die NRW-Daten für 2011 liegen noch nicht vor.

4.1.5 Körperkoordination

Körperliche Aktivität und motorische Leistungsfähigkeit beeinflussen die Gesundheit ein Leben lang. Gerade im Kindesalter nimmt motorische Aktivität und Bewegung eine wichtige Stellung ein. Es gibt Zusammenhänge zwischen motorischer Leistungsfähigkeit und weiteren Bereichen, die Einfluss auf einen gesunden Start in die Schule haben. Ausreichende Bewegung stellt einen Schutzfaktor gegen z. B. Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Gelenk- und Haltungsschäden dar.

Körperkoordination und auch grobmotorische Funktion werden orientierend durch seitliches beidbeiniges Hin- und Herspringen über 10 Sekunden geprüft. Diese Aufgabe erfasst schnelle beidbeinige Sprungbewegungen und ganzkörperliche Bewegungsgeschwindigkeit als Hinweis auf die Qualität der Körperkoordination.

Tab. 8: Körperkoordination (Schuljahr2011/2012)

Untersuchte	ohne Befund		nicht beh. bedürftiger Befund		in Behandlung		Arzt-überweisung		sonstige	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1.431 Jungen	1.130	79,0	124	8,7	99	6,9	50	3,5	28	-
1.256 Mädchen	1.086	86,5	89	7,1	39	3,1	25	2,0	17	-
2.687 gesamt	2.216	82,5	213	7,9	138	5,1	75	2,8	45	-

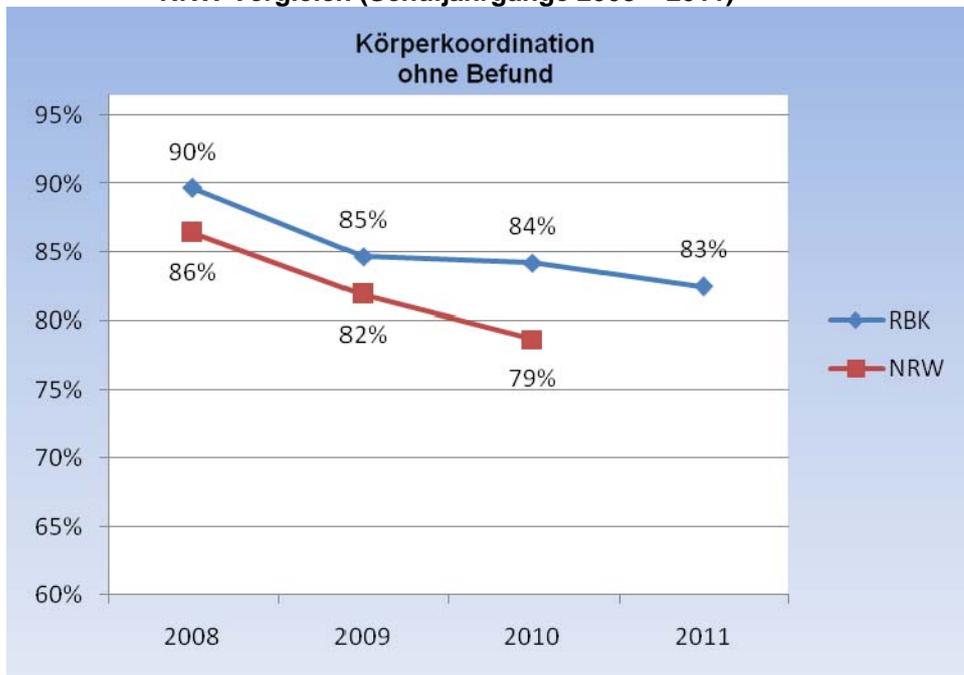
Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld

Im Vergleich zu den Vorjahren zeigen nur 2.216 Kinder (= 82,5%) hierbei keine Auffälligkeiten. In den letzten vier Jahren nehmen die auffälligen Befunde bei Kindern in sowohl in NRW als auch im RBK deutlich zu. Bei Auffäl-



ligkeiten erfolgt im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung eine weitergehende Untersuchung. Besteht der Verdacht einer höhergradigen oder neurologischen Störung, wird das Kind zum betreuenden Kinderarzt überwiesen (2,8%). Öfters handelt es sich eher um Körperkoordinationsstörungen (7,9%), die auf einen zunehmenden Bewegungsmangel hinweisen.

Graphik 8: Körperkoordination „Ohne Befund“ Rheinisch-Bergischer Kreis / NRW Vergleich (Schuljahrgänge 2008 – 2011)



Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld
Die NRW-Daten für 2011 liegen noch nicht vor.

4.1.6 Selektive Aufmerksamkeit

Im SOPESS wird erstmals die selektive Aufmerksamkeit getestet. Weitere Informationen zur Aufmerksamkeitsleistung ergeben sich aus der Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung.

Tab. 9: Selektive Aufmerksamkeit (Schuljahr 2011/2012)

Untersuchte	ohne Befund		nicht beh. bedürftiger Befund		in Behandlung		Arztüberweisung		sonstige	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1.431 Jungen	1.207	84,3	104	7,3	76	5,3	32	2,2	12	-
1.256 Mädchen	1.154	91,9	53	4,2	26	2,1	13	1,0	10	-
2.687 gesamt	2.361	87,9	157	5,8	102	3,8	45	1,7	22	-

Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld

(Die Darstellung in einer Zeitreihe ist nicht möglich, da dieser Punkt erstmals mit SOPESS ab 2010 erfasst wird)



Bei 5,5 % der Kinder zeigten sich erhebliche Auffälligkeiten der Aufmerksamkeit, von denen bereits 3,8% in Behandlung sind. Weitere 1,7% erhalten eine Empfehlung zur Arztvorstellung. 5,8 % der Kinder zeigten Hinweise auf leichtere Aufmerksamkeitsstörungen.

4.1.7 Verhaltensauffälligkeiten (Schuljahr 2011/2012)

Nach verschiedenen Untersuchungen werden heute zwischen 20 und 25% aller Kindergartenkinder als verhaltensauffällig oder psychisch gestört eingestuft; mindestens 5% sind behandlungsbedürftig. Die Symptome können im körperlichen (z.B. Nägelkauen), im psychischen (Ängstlichkeit, Depressivität, Konzentrationsstörungen usw.) oder im sozialen (Aggressivität, Schüchternheit) Bereich liegen. Generell wird zwischen externalisierenden und internalisierenden Formen von Verhaltensauffälligkeiten unterschieden. Zu den erstgenannten gehören hyperkinetische Verhaltensweisen (wie Zappeligkeit, hohe Ablenkbarkeit, Impulsivität) und aggressives Verhalten (wie Schlagen, Treten von Personen, Beschädigen von Gegenständen). Zu den internalisierenden Formen werden Trennungängste, Kontaktvermeidung, Überängstlichkeit und ängstlich-depressives Verhalten gerechnet.

Tab. 9: Verhalten (Schuljahr 2011/2012)

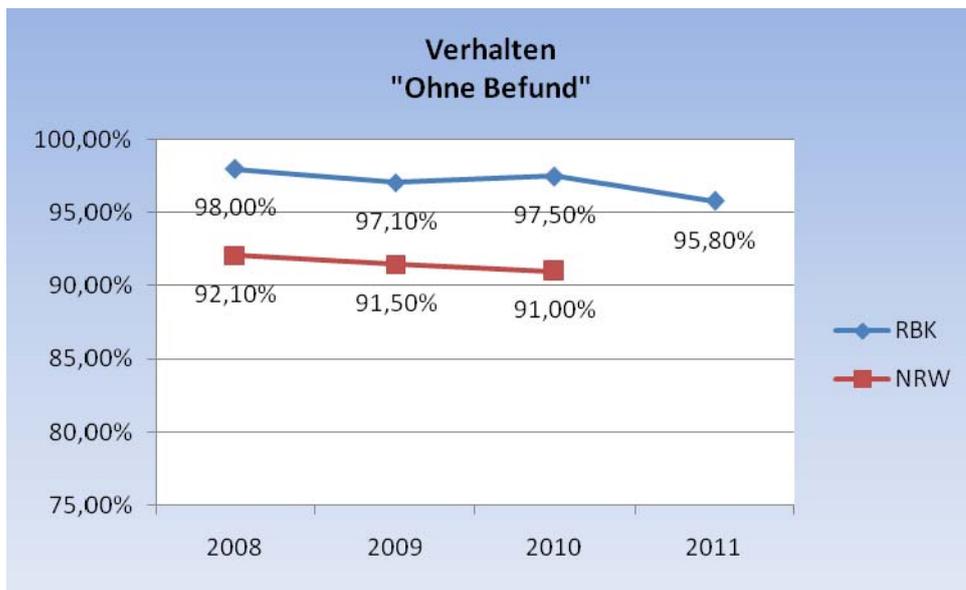
Untersuchte	ohne Befund		nicht beh. bedürftiger Befund		in Behandlung		Arztüberweisung		Leistungsbeeinträchtigung	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1.431 Jungen	1.354	94,6	33	2,3	38	2,7	2	0,1	4	0,3
1.256 Mädchen	1.221	97,2	19	1,5	14	1,1	1	0,1	1	0,1
2.687 gesamt	2.575	95,8	52	1,9	52	1,9	3	0,1	5	0,2

Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld

Bei 5,2 % der untersuchten Jungen und bei 2,8% der Mädchen liegen Verhaltensauffälligkeiten vor. Jungen sind daher fast doppelt so häufig betroffen wie Mädchen. In den Jahren 2008-2011 ist hier eine Zunahme der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten zu beobachten. Dies spiegelt sich in den Befunden des Landes wider.



Graphik 9: Verhalten „Ohne Befund“ Rheinisch-Bergischer Kreis / NRW Vergleich (Schuljahrgänge 2008 – 2011)



Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld
Die NRW-Daten für 2011 liegen noch nicht vor.

4.1.8 Früherkennungsuntersuchungen

Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre (sogenannte U-Untersuchungen/J-Untersuchungen) dienen dazu, den Entwicklungsstand zu überprüfen und etwaige Erkrankungen oder Auffälligkeiten zu entdecken. Bis zum Alter von 5 ½ Jahren sind insgesamt zehn Untersuchungen vorgesehen, U1 bis U6 fallen in die Neugeborenen-Zeit bzw. das Säuglingsalter; U7, U7a, U8 und U9 ins Kleinkindalter. Zusätzlich gibt es seit einigen Jahren die U10 (7.-8. Lebensjahr), U11 (9.-10. Lebensjahr), J1 (13.-15. Lebensjahr) und J2 (17.-18. Lebensjahr). Die U10, U11 und die J2 werden nicht von allen Kassen übernommen. Bei diesen Untersuchungen wird durch die Ärztinnen und Ärzte neben der altersgerechten Entwicklung beispielsweise geprüft, ob alle Organe im Körper funktionieren, wie es mit der körperlichen Beweglichkeit aussieht und sich die Sprache entwickelt. Regelmäßige Seh- und Hörtests gehören ebenso dazu wie die empfohlenen Schutzimpfungen.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird auch die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen erfasst. Erfreulicherweise ist festzustellen, dass die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen, vor allem der U9 auf 96%, angestiegen ist.

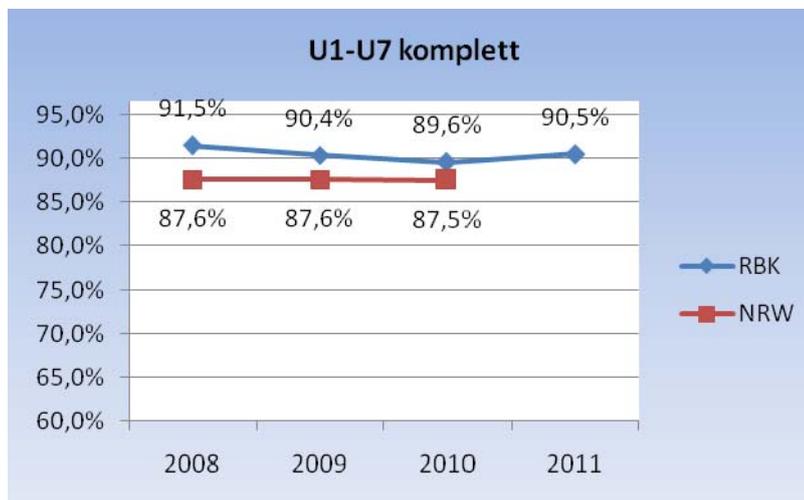


Tab. 10: U 1 - U 7 (Schuljahr 2011/2012)

Untersuchte	Heft vorgelegt		U 1 bis U 7 komplett	
	abs	%	abs	%
1.431 Jungen	1.380	96,4	1.237	89,6
1.256 Mädchen	1.192	94,9	1.090	91,4
2.687 gesamt	2.572	95,7	2.327	90,5

Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld

Graphik 9: U1 – U7 komplett Rheinisch-Bergischer Kreis / NRW Vergleich (Schuljahrgänge 2008 – 2011)



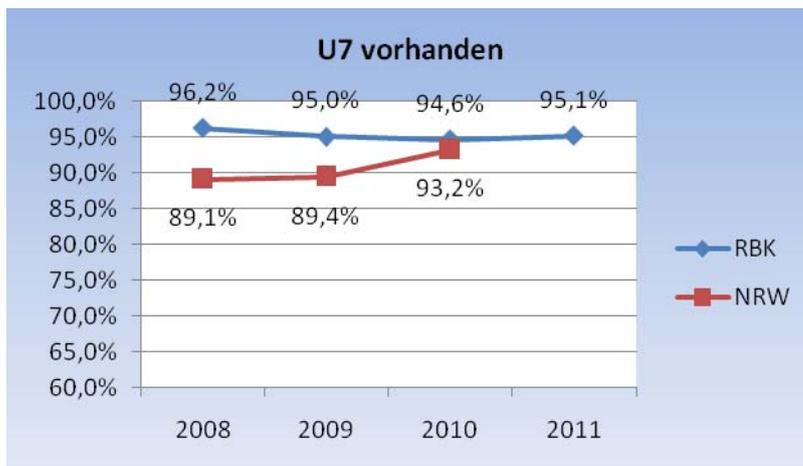
Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld
Die NRW-Daten für 2011 liegen noch nicht vor.

Tab. 11: U 7 (Schuljahr 2011/2012)

Untersuchte	Heft vorgelegt		U - 7 Untersuchung vorhanden	
	abs	%	abs	%
1.431 Jungen	1.380	96,4	1.304	94,5
1.256 Mädchen	1.192	94,9	1.141	95,7
2.687 gesamt	2.572	95,7	2.445	95,1



Graphik 11: U7 komplett -Rheinisch-Bergischer Kreis / NRW Vergleich (Schuljahrgänge 2008 – 2011)

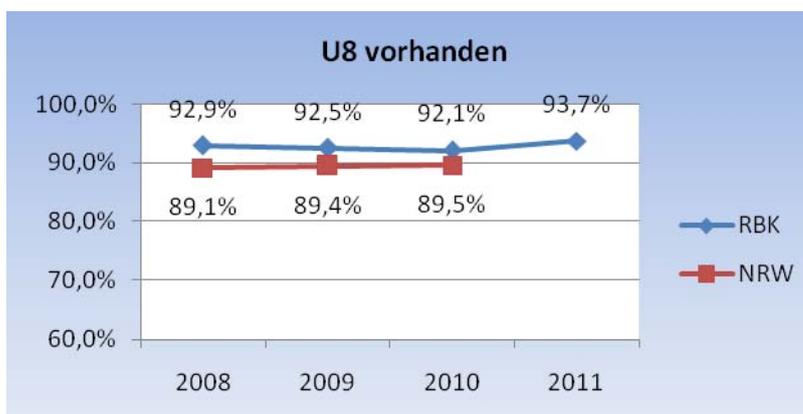


Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld

Tab. 12: U 8 (Schuljahr 2011/2012)

Untersuchte über 48 Monate	Heft vorgelegt von Kindern über 48 Monate		U - 8 Untersuchung vorhanden	
	abs	%	abs	%
1.431 Jungen	1.380	96,4	1.297	94,0
1.256 Mädchen	1.192	94,9	1.112	93,3
2.687 gesamt	2.572	95,7	2.409	93,7

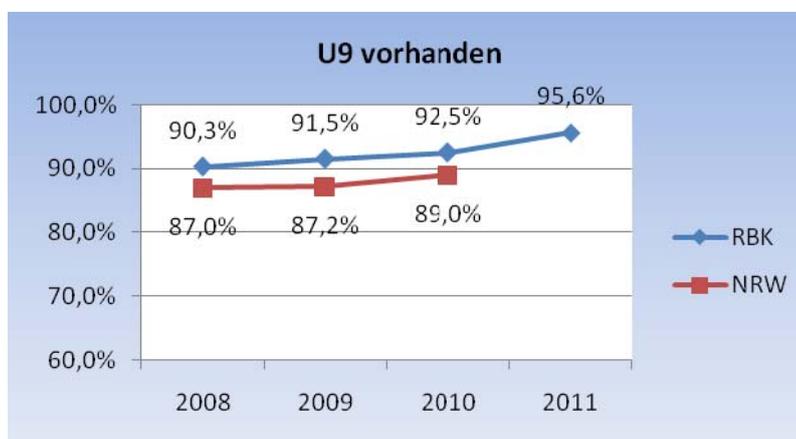
Graphik 12: U8 komplett -Rheinisch-Bergischer Kreis NRW Vergleich (Schuljahrgänge 2008 – 2011)



Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld

Tab. 13: U 9 (Schuljahr 2011/2012)

Untersuchte über 64 Monate	Heft vorgelegt von Kindern über 64 Monate		U - 9 Untersuchung vorhanden	
	abs	abs	%	abs
1.418 Jungen	1.367	96,4	1.316	96,3
1.237 Mädchen	1.174	94,9	1.113	94,8
2.665 gesamt	2.541	95,7	2.429	95,6

Graphik 11: U9 komplett-Rheinisch-Bergischer Kreis / NRW Vergleich (Schuljahrgänge 2008 – 2011)

Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld

4.1.9 Schutzimpfungen

Das Angebot diverser Schutzimpfungen für Kinder soll ihrem individuellen Schutz dienen, darüber hinaus aber auch den Ausbruch von Epidemien verhindern. Dazu sind nach den Empfehlungen der WHO Durchimpfungsraten von mindestens 95% aller Kinder anzustreben.

Der Impfstatus des Kindes wird anhand des Impfpasses bei der Schuleingangsuntersuchung standardisiert erfasst und geprüft. Das Ergebnis der individuellen Kontrolle wird mit den Eltern beraten und in Form einer Impfempfehlung ausgehändigt, die beim Kinderarzt vervollständigt werden kann. Hierdurch erhalten diese einen aktuellen Überblick über den vorhandenen Impfschutz und werden auf fehlende Impfungen hingewiesen.

Die Prüfung erstreckt sich auf die empfohlenen Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae b, Keuchhusten, Kinderlähmung, Hepatitis B, Meningokokken C, Masern, Mumps, Röteln und Windpocken.

Die nachfolgenden Tabellen befassen sich insbesondere mit den Impfquoten bei Masern, Mumps, Röteln (MMR), da diese immer noch unzureichend (<95%) sind. Erst nach zwei Impfungen gegen MMR kann von einem wirksamen Schutz ausgegangen werden. Für die Standardimpfungen Diphtherie,

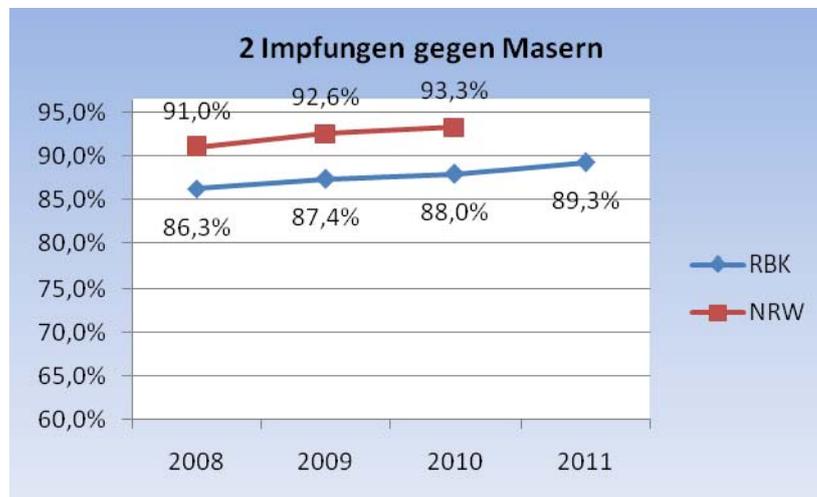


Pertussis (Keuchhusten) und Tetanus lagen die Durchimpfungsraten im RBK in der Regel bei über 94 Prozent (siehe Kapitel 3, Indikator 7.13). Eine Erklärung für die unterschiedlichen Ergebnisse liefert die Elternbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus dem Jahr 2011 zum Thema „Impfen im Kindesalter“. Diese hat für die Risikobewertung von Infektionskrankheiten gezeigt, dass insbesondere Masern, Mumps und Röteln seltener von den Eltern als risikoreich eingeschätzt werden. Demgegenüber werden Tetanus, Diphtherie und Polio (Kinderlähmung) von den Eltern als Krankheiten mit höherem Risiko eingeschätzt. Diese hohe Risikobewertung geht einher mit höheren Impfquoten bei Tetanus Polio und Diphtherie

Tab. 13: MMR zwei Impfungen (Schuljahr 2011/2012)

Untersuchte	Impfheft vorgelegt		Masern 2 Impfungen		Mumps 2 Impfungen		Röteln 2 Impfungen	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1.431 Jungen	1.359	95,0	1.211	89,1	1.209	89,0	1.210	89,0
1.256 Mädchen	1.179	93,9	1.056	89,6	1.056	89,6	1.056	89,6
2.687 gesamt	2.538	94,5	2.267	89,3	2.265	89,2	2.266	89,3

Graphik 13: Masern: zwei Impfungen Rheinisch-Bergischer Kreis / NRW Vergleich (Schuljahrgänge 2008 – 2011),



Quelle: Eigene Berechnungen / Landeszentrum Gesundheit Bielefeld

Es ist festzustellen, dass 94,5% (94,9% 2010) der Impfpässe vorgelegt wurden und erfreulicherweise weiterhin ein Anstieg der zweimaligen MMR Impfung auf jetzt 89% zu verzeichnen sind. Der Impfstatus der Kinder, die bei den Untersuchungen ihr Impfheft nicht vorlegen konnten, bleibt unberücksichtigt, wodurch eine Verzerrung der Daten möglich ist. Würde man die dokumentierten Impffzahlen auf alle Einschüler berechnen, ist es wahrscheinlich, dass die tatsächlichen Daten eher niedriger ausfallen



4.2. Bewertung

Auch bei der guten medizinischen Versorgung der Kinder im Rheinisch-Bergischen Kreis zeigen sich bei den Einschulungsuntersuchungen noch Auffälligkeiten, die für einen erfolgreichen Schulverlauf störend sein können. Allerdings werden diese Auffälligkeiten landesweit sichtbar. Bei der Schuleingangsunter-suchung liegt der Fokus der Untersuchung auf schulrelevante Funktionsstörungen und deren Beurteilung.

Eine Verschlechterung zu den Vorjahren wird auch bei der Befunderhebung zur Grobmotorik/Koordination sichtbar. Die Rate der Kinder ohne Auffälligkeiten hat sowohl im Rheinisch-Bergischen Kreis als auch landesweit abgenommen. Hierbei handelt es sich überwiegend um Körperkoordinationsstörungen, die auf einen Bewegungsmangel im weiteren Sinne hinweisen. Teilweise bieten die Grundschulen für diese Kinder zusätzliche Sportförderstunden an. Die Eltern werden über entsprechende Fördermöglichkeiten, zum Beispiel in einem Sportverein, informiert.

Im Rahmen des Projekts RBK 2020 „Im Rheinisch-Bergischen Kreis wachsen Kinder gesund und sicher auf“ betreuen die Ärztinnen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes die Kindergärten und Familienzentren. Hierdurch können die Eltern und Erzieherinnen frühzeitig zu den verschiedensten gesundheitlichen Fragestellungen der Kinder beraten werden.



III. "Im Rheinisch-Bergischen Kreis wachsen Kinder gesund und sicher auf"

Das Projekt "Im Rheinisch-Bergischen Kreis wachsen Kinder gesund und sicher auf" wurde im Rahmen des Strategieprozesses „RBK 2020 - Fit für die Zukunft“ von Politik und Verwaltung entwickelt und seit Sommer 2009 schrittweise umgesetzt.

Ziel des Projektes ist es, in enger Zusammenarbeit mit allen beteiligten Akteuren, Diensten und Einrichtungen, Ärzten und Beratungsstellen, eine gesunde und geborgene Gestaltung der ersten Lebensjahre der Kinder bis zur Schulentlassung zu ermöglichen.

5. Hilfen für werdende und junge Eltern und Familien

Die Familienhebamme und die Familienkinderkrankenschwester des Rheinisch-Bergischen Kreises begleiten werdende und junge Eltern sowie Familien, deren Lebenssituation durch soziale und gesundheitliche Belastungen geprägt ist. Durch Aufklärung, Vermittlung bzw. Begleitung zu unterstützenden Angeboten der Erziehungsberatungsstellen, Schwangerschaftsberatungsstellen, Ärzten, Psychologen und den Jugendämtern soll eine möglichst optimale Unterstützung der Familien erfolgen. Daher arbeiten die beiden Fachkräfte eng mit den genannten Stellen zusammen. Sie sind eingebunden in ein interdisziplinäres Netzwerk der „Frühen Hilfen“ und fungieren als Vermittlerinnen zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen.

5.1 Die Familienhebamme

Der Aufgabenschwerpunkt der Familienhebamme liegt in der psychosozialen, medizinischen Beratung und Betreuung von werdenden und jungen Eltern, deren Situation durch soziale und gesundheitliche Belastungen geprägt ist. Bei Bedarf kann die Familienhebamme werdende Eltern vom Beginn der Schwangerschaft bis zum 1. Geburtstag des Kindes begleiten. Sie führt Hausbesuche durch und gibt praktische Hilfen. Sie hat folgende Beratungsinhalte:

- Unterstützung, Beratung und Betreuung der Familien vor und nach der Geburt des Kindes,
- Hinführung zu den erforderlichen medizinischen und sozialen Versorgungsangeboten vor und nach der Geburt,
- Konfliktberatung in allen Lebenslagen rund um die Geburt des Kindes,
- Unterstützung, Beratung und Betreuung der Familien in der Alltagsbewältigung,
- Förderung und Beobachtung der Entwicklung der Mutter-Kind Beziehung.



5.2 Die Familienkinderkrankenschwester

Die Familienkinderkrankenschwester arbeitet in Familien mit Kindern im Alter von bis zu 3 Jahren. Ihr Tätigkeitsprofil ist überwiegend präventiv geprägt und sie unterstützt die Eltern in ihrem jeweiligen Bestreben, den Kindern ein gesundes Heranwachsen zu ermöglichen. Konkret gibt sie Anleitung und Unterstützung in folgenden Bereichen:

- gesunde Ernährung des Kindes,
- Hygiene und Körperpflege,
- motorische, sprachliche und psychische Entwicklung des Kindes (Hinweise auf die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen),
- Schaffung einer kindgerechten Umgebung (z.B. Hinweise auf die Vermeidung und Beseitigung von Unfallgefahren im Haushalt und Hinweise auf die Auswirkungen von Zigarettenkonsum der Eltern in Anwesenheit des Kindes),
- Beratung bei Kinderkrankheiten.

Die Familienkinderkrankenschwester hat die medizinische Versorgung der Kinder im Blick. Sie trägt insoweit dazu bei, die elterliche Kompetenz im Hinblick auf die gesundheitliche Entwicklung des Kindes zu stärken.

5.3 Ausgewählte Daten der betreuten Familien

Seit dem Projektstart zum 01.09.2009 sind insgesamt 104 Familien mit unterschiedlicher Intensität begleitet worden. Zum Stand 01.04.2012 werden 20 Familien betreut. Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über die Familienkonstellationen und Aufgabenstellungen:

Alter der Mutter

unter 18	10
18 - 21	19
22 - 26	28
27 - 34	27
35 - 39	14
über 40	4
Alter unbekannt	2

Wohnort

Bergisch Gladbach	33
Burscheid	10
Kürten	24
Leichlingen	4
Rösrath	8
Odenthal	5
Overath	10
Wermelskirchen	10



Anlass

kurze Schwangerschaftsabstände	13
Schwanger	23
Minderjährig	10
Alleinerziehend	27
Drogen / Psychische Erkrankung der Mutter	10
Behinderung/Erkrankung der Mutter	22
Behinderung/Erkrankung des Kindes/Geschw.kindes	27
Migrationshintergrund	19
Asylbewerberin	5
Gewalterfahrung der Mutter	17
sonstiges	5
mangelnde medizinische Vorsorge	6
unklare Ernährung	14
schlechte Entwicklung des Kindes	21
Überforderung der Mutter/des Vaters	53
schlechte Pflege /Hygiene des Kindes	14

(Mehrfachnennungen möglich)

Aufmerksam geworden durch

Selbstmeldung	9
Krankenhaus	8
Ärzte/Kinderarzt	11
Jugendamt	49
andere Beratungsstellen	11
Hebammen	10
Angehörige	0
Kindergarten	2
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst	4

Kontaktintensität

Kurzkontakt	19
3 x wöchentlich	1
2 x wöchentlich	6
1 x wöchentlich	30
2 wöchentlich	39
3 wöchentlich	8
4 wöchentlich	1

K Kontaktdauer

unter 1 Monat	18
1 - 3 Monate	23
4 - 6 Monate	21
7 - 9 Monate	9
10 - 12 Monate	6
über 1 Jahr	7
noch in Begleitung	20



Zusammenarbeit mit

Jugendamt	53
Sozialamt	0
Sozialpädiatrisches Zentrum	2
Krankenhaus / Uniklinik	11
Hebamme	25
Arzt / Kinderarzt	27
Therapeuten	5

Beratungsstellen	24
Angehörige	13
Sozialpädagogische Familienhilfe	27
Nothilfefond	11
Kindergarten / Tagesmutter	2
Frühförderstellen	6
Sonstige (andere Behörden)	5

Abstimmung mit

Arzt / Krankenhaus	17
Sozialen Diensten/Jugendamt	7
Therapeuten	9
Sozialpädiatrisches Zentrum	3
anderen Einrichtungen/Frühförderung	10
Teilnahme am Hilfeplangespräch	18
Kindergarten	3

Beratungsinhalte

medizinische und soziale Vorsorgeangebote	49
medizinische und soziale Nachsorgeangebote	65
Säuglingsernährung/Kleinkind/Stillen	54
Hygiene, Säuglingspflege, Handling und Förderung	87
Vorsorgeuntersuchungen / Impfungen	38
Unterstützungsangebote	52
Pflege	39
Info über Suchtverhalten	23
Info über Empfängnisverhütung	33
Info Mutter/Kind Kur	21
Unfallvermeidung im Haushalt	41
Nachhilfe	1



Vermittlung

von Säuglingsbedarf/Kleinkind/Spielsachen	21
zum Kinderarzt	5
zu einer freiberuflichen Hebamme	16
zum Arzt/Krankenhaus	13
zu einer Schwangerenberatungsstelle	11
zum Jugendamt	9
zu Sozialhilfeträgern/Krankenkasse	3
zum Frühförderzentrum	6
zu Beratungsstellen	17
Kindergarten/Tagesmutter/Spielgruppe	11
Mutter/Kind Kur	3
Therapie	2
Anwalt	1

Betreuungsende

Beendigung nach Hilfeplan	10
Weitervermittlung	17
Kontakt verweigert / abgebrochen	12
Fremdunterbringung des Kindes	4
Wegzug	3
reguläre Beendigung/keine Notwendigkeit	39

5.4 Unterstützung der Jugendhilfeträger im Rahmen des Handlungskonzeptes der Landesregierung für einen besseren und wirksameren Kinderschutz in Nordrhein-Westfalen

Im Jahre 2007 wurde in NRW das „Handlungskonzept der Landesregierung für einen besseren und wirksameren Kinderschutz in Nordrhein-Westfalen“ verabschiedet.

In der Folge entstand, wie in anderen Bundesländern auch, in ähnlicher Form die „Nordrhein-Westfälische Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U-Teilnahme DatVO)“. Im September 2008 trat diese Verordnung in Kraft.

Die U-Teilnahme DatVO regelt seit 2009 vor allem das Verfahren der Datenübermittlung zwischen den Meldebehörden, dem Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA), heute Landeszentrum Gesundheit (LZG NRW), den Kinderärztinnen und -ärzten und den örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe.



Das Verfahren sieht vor, dass die Kinderärztinnen und –ärzte verpflichtet sind, dem Landeszentrum Gesundheit (LZG NRW) Meldungen über durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen zu machen. Durch einen Abgleich der Einwohnerdaten werden vom LZG die Kinder identifiziert, bei denen keine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wurde. Das LZG schreibt die Eltern an, weist sie auf das Versäumnis hin und fordert sie auf, die Untersuchung nachzuholen und diese dem LZG nachzuweisen. Wird dieser Nachweis nicht erbracht, übermittelt das LZG dem zuständigen Jugendhilfeträger Name und Adresse des Kindes.

Nach der Verordnung über die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder entscheidet der Jugendhilfeträger darüber, ob gewichtige Gründe für eine Gefährdung des Kindeswohls vorliegen und welche Maßnahmen zu ergreifen sind. Ziel ist es, das Kind in die Regelversorgung zu integrieren und die ärztliche Betreuung durch einen niedergelassenen Kinderarzt sicherzustellen. Erst wenn die Regelversorgung auch nach Intervention der Jugendhilfe nicht sichergestellt ist, erfolgt eine Meldung an die Untere Gesundheitsbehörde. Es wird dann ein angemeldeter Hausbesuch durch die Familienkinderkrankenschwester durchgeführt, die hierbei über die Wichtigkeit der Früherkennungsuntersuchungen aufklärt.

Im Jahr 2011 wurden insgesamt 111 Meldungen an das Gesundheitsamt weitergeleitet. Nachdem den Eltern ein Beratungstermin mitgeteilt wurde, haben sich 54 Eltern oder Angehörige telefonisch oder schriftlich gemeldet und einen Nachweis über die durchgeführte U- Untersuchung erbracht. Nur in 57 Fällen wurde der angekündigte Hausbesuch durchgeführt.

In keinem Fall ergab sich ein Verdacht auf Kindeswohlgefährdung. Allerdings wurde bei 3 Familien ein zusätzlicher Hilfe- bzw. Beratungsbedarf sichtbar, über den das zuständige Jugendamt informiert wurde. In diesen Fällen wurden weitergehende Hilfen eingeleitet.

Meldungen der Kommunen an die untere Gesundheitsbehörde 2011

Meldungen der Kommunen	U5	U6	U7	U7a	U8	U9	gesamt	Hausbesuche
Burscheid		1	1	2		2	6	4
Kürten		5	1	2	1		9	7
Odenthal						2	2	1
Leichlingen	4	2		4			10	5
Wermelskirchen	4	8	6	2		1	21	10
Rösrath		2	3	2	2	1	10	3
Overath	2	2		3			7	5
Bergisch Gladbach	12	2	15	7	6	4	46	23
Summe	22	22	26	22	9	10	111	57

Bei diesem Verfahren werden nur die Familien angeschrieben, deren Kinder keinen Kindergarten oder Kindertageseinrichtung besuchen. Bei den Kindern, die in einer Einrichtung betreut werden, geht die Jugendhilfe davon aus, dass keine gewichtigen Gründe für eine Gefährdung des Kindeswohls vorliegen, da hier entsprechende Vereinbarungen zur Sicherstellung des



Schutzauftrages nach § 8a SGB VIII (Sozialgesetzbuch - Achtes Buch - Kinder- und Jugendhilfe) mit den Einrichtungen abgeschlossen wurden.

Um unabhängig hiervon die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen sicherzustellen, hat das Gesundheitsamt und der Kinder- und Jugendärztliche Dienst sich bereit erklärt, im Rahmen seines Sprechstundenangebotes (siehe Punkt 6.5) auf die erforderlichen U-Untersuchungen hinzuwirken und diese in Ausnahmefällen auch selber vorzunehmen. Erste Abstimmungsgespräche mit den kommunalen Jugendämtern haben stattgefunden.

Nach § 10 Kinderbildungsgesetz hat die Jugendhilfe dafür Sorge zu tragen, dass die ärztlichen und zahnärztlichen Voruntersuchungen durchgeführt werden. Diese können nur entfallen, wenn sichergestellt ist, dass die jährlichen Untersuchungen für jedes Kind anderweitig, zum Beispiel durch die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen erfolgt. Aus Datenschutzgründen haben sich die kreisangehörigen Jugendämter gegen das Angebot des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes ausgesprochen.

Insofern konnte eine Realisierung nicht erfolgen.

5.5 Sprechstunden für Eltern und Erzieher in Kindertageseinrichtungen

Seit Mai 2011 werden in insgesamt 18 Familienzentren in allen kreisangehörigen Kommunen regelmäßig ärztliche Sprechstunden durch die Ärztinnen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes angeboten. Die Einrichtungen wurden so ausgewählt, dass eine gute Erreichbarkeit innerhalb der Kommune gewährleistet wird und dadurch das Sprechstundenangebot von allen anderen Kindertageseinrichtungen der jeweiligen Kommune genutzt werden kann. Die Sprechstunden haben das Ziel, frühzeitig Entwicklungsauffälligkeiten zu erkennen, die zu diesem Zeitpunkt durch Beratung und Vermittlung in weitere Fördermaßnahmen noch positiv beeinflusst werden können.

In Bergisch Gladbach finden die Sprechstunden in 4 Familienzentren, in den übrigen kreisangehörigen Kommunen jeweils in 2 Familienzentren statt.

Insgesamt wurden im Jahr 2011 86 Sprechstundentermine angeboten. Diese Termine konnten grundsätzlich von allen Kindertageseinrichtungen in der Umgebung genutzt werden. Die Mitarbeiterinnen der Einrichtungen hatten die Möglichkeit, gesundheitsrelevante Fragen, die sich im Erziehungsalltag stellen, zu besprechen. Dies konnte gegebenenfalls auch zusammen mit den Eltern erfolgen.

Im Jahr 2011 wurden insgesamt 93 anonyme Fallbesprechungen durchgeführt. Die meisten Fragen gab es zu Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten, aber auch körperliche Auffälligkeiten, z.B. Hautprobleme, Bronchitiden, Adipositas, Unterernährung wurden thematisiert.

35 Kinder wurden im Beisein der Eltern untersucht, bei 15 Kindern lag die Fragestellung bzgl. Entwicklungsverzögerung, z.B. Sprache, Motorik, Wahrnehmungsstörung. 12 Kinder wurden zu Fragen bei somatischen Beschwerden, z.B. Adipositas, Bindehautentzündung, Verstopfung etc. vorgestellt. Bei 4 Kindern standen Verhaltensauffälligkeiten, z.B. Vorliegen ADHS im Raum. Bei 4 Kindern stellte sich die Frage einer Lern- beziehungsweise einer geistigen Behinderung oder eines übergeordneten genetischen Syndroms.

Konnten die Fragen vor Ort nicht ausreichend von den Ärztinnen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes geklärt werden, erfolgte die Empfehlung einer



Vorstellung beim Kinderarzt. Ein Empfehlungsschreiben mit Befunden/Förderbedarf wurde den Eltern mitgegeben. Die Kinderärzte im Kreis waren über das Sprechstundenangebot informiert und sehen dies Angebot als sinnvolle Ergänzung ihrer Tätigkeit.

In 52 Fällen wurden die Erzieherinnen über gesundheitliche Fragestellungen, z. B. Läuse, Durchfall, Fehlernährung, Verhaltensauffälligkeiten etc. beraten. Darüberhinaus wurden außerhalb der strukturierten Sprechstunden telefonische Beratungen durchgeführt. Entsprechend dem individuellen Bedarf des jeweiligen Familienzentrums wurden auch weitere Termine angeboten, sowie Sprechzeiten in den frühen Abendstunden für berufstätige Eltern.

Für das Erzieherinnenteam wurden bis jetzt vor Ort in den Familienzentren sechs Fortbildungen über gesundheitliche Themen, wie zum Beispiel Impfen, Notfälle im Kindesalter, Verabreichung von Medikamenten durchgeführt.

5.6 Sprechstunden in Schulen

Neben den Sprechstunden in den Kindertageseinrichtungen baut der Kinder- und Jugendärztliche Dienst derzeit sein Sprechstundenangebot insbesondere in den weiterführenden Schulen aus. Durch das Angebot sollen vor allem die Jugendlichen an den Hauptschulen, teils in Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitern vor Ort, angesprochen werden. Bislang erfolgen die Schulsprechstunden im monatlichen Abstand in sieben Hauptschulen, einer Realschule, zwei Körperbehindertenschulen und den Kompetenzzentren im Rheinisch-Bergischen Kreis.

Den Schülern wird hier Gelegenheit gegeben, ein niedrigschwelliges Beratungsangebot zu medizinischen Fragen, z.B. zur Pubertät Schulprobleme oder Sexualität diskret zu besprechen, auch ohne Wissen der Eltern.

Da sich dieses Angebot derzeit in der Aufbauphase befindet, können an dieser Stelle noch keine konkreten Zahlen bereit gestellt werden.

5.7 Ausblick

Die hohe Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen verdeutlicht die große Akzeptanz des Projektes "Im Rheinisch-Bergischen Kreis wachsen Kinder gesund und sicher auf" bei den Familien, den niedergelassenen Fachärzten, den Familienzentren und Schulen und anderen Trägern der Hilfen für Kinder. Die Angebote tragen hauptsächlich dazu bei, die Kompetenz der Eltern und die gesunde Entwicklung der Kinder zu fördern, frühzeitig gesundheitliche Fehlentwicklungen oder Beeinträchtigungen festzustellen und entsprechende passgenaue Fördermaßnahmen einzuleiten.

Durch die Einbindung des Projektes im Gesundheitsamt stellt der Rheinisch-Bergische Kreis ein multiprofessionelles Team für Kindergesundheit im Rheinisch-Bergischen Kreis bereit. Die Ärztinnen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes, die Familienhebamme und Familienkinderkrankenschwestern stehen nicht nur Kindern und Jugendlichen und deren Eltern beratend und unterstützend zur Seite, sondern allen Einrichtungen und Diensten der Kinder- und Jugendhilfe im Gesamtnetzwerk der Hilfen für Kinder im Rheinisch-Bergischen Kreis.

Die Evaluation des Projektes verdeutlicht, dass eine Versorgungslücke geschlossen und somit das Hauptziel des Projektes erreicht werden konnte.



Da der Begriff des „Projektes“ grundsätzlich mit einem klar definierten „Projekt-Start“ und einem „Projekt-Ende“ verbunden ist, ist nunmehr beabsichtigt, das Projekt "Im Rheinisch-Bergischen Kreis wachsen Kinder gesund und sicher auf" formal und offiziell abzuschließen und in das Regelangebot der unteren Gesundheitsbehörde nach § 11 ÖGDG „Schwangeren- und Mütterberatung“, § 12 ÖGDG „Kinder- und Jugendgesundheit“, nach dem Schulgesetz und dem Sozialgesetzbuch V zu überführen.

Unabhängig hiervon wird das Angebot auch künftig auf seine Wirksamkeit überprüft und bedarfsgerecht weiterentwickelt. Eine regelmäßige Berichterstattung hierüber erfolgt im Bericht über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rheinisch-Bergischen Kreis.



IV. Mund- und Zahngesundheit

6. Maßnahmen und Erkenntnisse des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes

6.1 Kariesprophylaxe

Die Karies ist eine der weitverbreiteten Krankheiten und hinterlässt ohne entsprechende Maßnahmen irreparable Schäden. Sie belastet nicht nur Gesundheit und Wohlbefinden, sondern sie verursacht auch enorme Kosten.

Die Schule und der Kindergarten sind neben der Familie eine der wichtigsten Sozialisierungsinstanzen. Hier ist der Zugang zu Kindern aus allen Lebenslagen und Bildungsschichten möglich. Es kann daher ein Kontakt zu Kindern gelingen, die im Rahmen der Individualprophylaxe nicht erreicht werden, die jedoch ein höheres Risikopotential in vielfältigen Gesundheitsbezügen tragen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst bildet neben den Bereichen der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung eine Säule des Gesundheitswesens. Er nimmt dabei die zentrale Stellung beim Schutz und bei der Förderung der Gesundheit ein und beobachtet und bewertet die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung.

Unter dem Begriff Kariesprophylaxe werden Maßnahmen des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes zur Verhinderung von Zahnerkrankungen (Karies) zusammengefasst. Gesetzliche Grundlagen für die Gruppenprophylaxe sind § 21 SGB V, §§ 12 und 13 ÖGDG sowie § 54 Schulgesetz.

Die Gruppenprophylaxe trägt dazu bei, eine adäquate Sozialhygiene im Kindergarten und Grundschulalter zu erlernen, einzuüben und zu festigen. Die richtige Kariesprophylaxe und Mundhygiene dient nicht nur zum Erhalt der Zähne sondern stellt auch wichtige Weichen zur Gesundheitserziehung.

Berichtsjahr 2010/2011:

Im Rahmen der Zahngesundheitserziehung fand das Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta in 147 von 152 Kindergärten (Flächendeckung bezogen auf Einrichtungen 97 %) für 6.882 von 9.083 Kindergarten-Kindern (Flächendeckung bezogen auf Kinder 76 % -es fehlen die kranken und die unter dreijährigen Kinder-) statt.

Die Aufklärung über gesunde Ernährung und die tägliche Zahnpflege spielte dabei eine wichtige Rolle. In den Grundschulen wird ein Konzept zur Verbesserung der Zahngesundheit durchgeführt, das auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert und moderne Unterrichtsprinzipien berücksichtigt. Die Thematik und die Lerninhalte sind je nach Jahrgangsstufe für das 1.-4. Schuljahr unterschiedlich und differenziert, jedoch greifen curriculare Aspekte ineinander.

Ein wesentliches Anliegen ist die Entwicklung von Gewohnheiten, die über Wissensvermittlung die entsprechenden Verhaltensweisen herausbildet und festigt. Es kann folglich nicht um die Anpassungserscheinungen der Kinder und Jugendlichen an vorgegebene Normen gehen, sondern vielmehr um eine gesundheitsfördernde Einstellung zum eigenen Körper und damit zum eigenen Leben. Dies gilt besonders für Kinder und Jugendliche aus sozial- und bildungsschwachen Schichten, die stark gegenwartsorientiert leben und die



Aneignung eines auf die Zukunft gerichteten Gesundheitsverhaltens nicht als nötig empfinden.

Es wird pro Klasse eine Doppelstunde pädagogischer Unterricht erteilt. Die Inhalte und Anforderungen sind den jeweiligen Altersstufen und der Lesekompetenz der Schüler angepasst.

Zu den Themen Ernährung, Gebissaufbau, Zahnaufbau, Kariesentstehung und Kariesvermeidung wird ein Lernen an Stationen durchgeführt, das in eine Einleitung und Reflexion zu der jeweiligen Materie eingebettet ist. Curricularer Aspekt ist die systematisch richtige Durchführung des Zähneputzens.

An 52 von 54 Grundschulen (Flächendeckung bezogen auf Einrichtungen 96 %) und 5 Förderschulen wurde das Gruppenprophylaxe-Konzept "Zahngesund im Mund" vorgestellt und durchgeführt. Dabei wurden 10.934 Grundschüler von 11.199 gemeldeten Grundschulern (Flächendeckung bezogen auf Schüler 98 %) und 257 Förderschüler erreicht.

Bei 22 Bewohnern eines Kinderheimes wurden lokale Fluoridanwendungen an den Zähnen durchgeführt.

6.2 Reihenuntersuchung in Förderschulen und im Kinderheim

Die Reihenuntersuchung dient der frühzeitigen Feststellung von Zahnerkrankungen mit der Einleitung geeigneter Maßnahmen. Die Untersuchungen erfolgen nur, wenn die Sorgeberechtigten ihr schriftliches Einverständnis gegeben haben. Falls eine weitergehende Untersuchung oder Behandlung des untersuchten Kindes für sinnvoll gehalten wird, wird dies den Eltern auf einem Infoblatt mitgeteilt, das dem Kind nach der Untersuchung mitgegeben wird. Die Behandlung kann dann durch eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt eigener Wahl erfolgen.

Insgesamt wurden 988 Schüler untersucht (10 Förderschulen und 1 Kinderheim). Von den 988 untersuchten Schülern der o.g. Einrichtungen hatten 501 (51 %) naturgesunde Zähne, 239 (24%) hatten behandlungsbedürftige Zähne, 248 (25%) Schüler hatten sanierte Zähne.

Untersuchte Kinder	naturgesunde Zähne		behandlungsbedürftige Zähne		bereits sanierte Zähne	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
988	501	51	239	24	248	25

224 Schulkindern, die Zahnfehlstellungen aufwiesen, die sich aber noch nicht in kieferorthopädischer Behandlung befanden, wurde eine kieferorthopädische Beratung empfohlen.

Der hohe Anteil der Behandlungsbedürftigen unterstreicht die Wichtigkeit der jährlichen Reihenuntersuchungen.



V. Fazit

Eine gesunde Kindheit prägt die Gesundheit im gesamten Leben und hat Auswirkungen auf die nächste Generation. In den ersten Lebensjahren wird die Grundlage dafür gelegt, ob ein Mensch sein gesundheitliches Potenzial ausschöpfen kann. Durch eine gesunde kindliche Entwicklung ist ein Mensch in seinem späteren Leben besonders in der Lage, mit Gesundheitsrisiken umzugehen. Entwicklungsprobleme in früher Kindheit sind in erheblichem Maße für chronische Krankheiten zum Beispiel Diabetes oder Gefäßerkrankungen im späteren Leben verantwortlich. Gesundheitsfördernde Maßnahmen in den ersten Lebensjahren entfalten daher die größte Wirkung.

Um diese zielgerichtet durchführen zu können, gewinnt die systematische, themen- und problemorientierte Gesundheitsberichterstattung zunehmend an Bedeutung. Diese bildet die Grundlage für die Entscheidung des besten Interventionsweges und des notwendigen Handlungsbedarfs.

Die, hier vorliegende 1. Fortschreibung des Berichtes ermöglicht einen Überblick über die Gesundheit der Kinder im Rheinisch-Bergischen Kreis insbesondere im Vergleich zu den Daten des Regierungsbezirks Köln und des Landes Nordrhein-Westfalen. Um darüber hinaus einen Vergleich mit den Daten des 1. Kindergesundheitsberichts von 2008 vornehmen zu können, wurden die Zahlen, bezogen auf den Rheinisch-Bergischen Kreis, mit aufgeführt.

Insgesamt betrachtet stellt sich die gesundheitliche Lage der Kinder im Rheinisch-Bergischen Kreis positiv dar. Vor allem dort, wo präventive Maßnahmen des Gesundheitsamtes bereits seit Jahren durchgeführt werden, wird eine kontinuierliche Verbesserung deutlich. So haben zum Beispiel das Präventionsprojekt „Ich geh zur U - und Du?“ zur Verbesserung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen, die regelmäßigen Impfberatungen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen und die jährlich stattfindenden Impflückeninterventionsprogramme an Schulen zur Verbesserung des Impfschutzes der Kinder im Rheinisch-Bergischen Kreis beigetragen. In Bezug auf die Ergebnisse der Schutzimpfungen bei den Einschulungsuntersuchungen muss allerdings festgestellt werden, dass der Rheinisch-Bergische Kreis bei vielen Impfungen schlechter dasteht als der Landesdurchschnitt. Bezogen auf die Entwicklung der letzten Jahre im Kreisgebiet ist jedoch bei den meisten Schutzimpfungen eine Verbesserung zu verzeichnen.

Der Gesundheitsbericht wird der Kommunalen Gesundheitskonferenz in der nächsten Sitzung zur Bewertung und Mitwirkung nach § 24 Abs. 3 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst vorgelegt. Nach einer Bewertung der Daten, die in enger Zusammenarbeit mit allen Beteiligten erfolgen soll, können die gewonnenen Erkenntnisse und Handlungsbedarfe unmittelbar in weitere Maßnahmenplanungen des Gesundheitsamtes einfließen.



Literatur- und Quellenverzeichnis

1. **Gesundheitsindikatoren NRW Stand 15.August 2011:** Verfügbare Gesundheitsindikatoren für Nordrhein-Westfalen www.lzg.gc.nrw.de
2. **Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen,** Westerfelderstr. 35/37, 33611 Bielefeld www.lzg.gc.nrw.de
3. **Bertelsmann Stiftung „Wegweiser Kommune“** Carl-Bertelsmann-Str. 256, 33311 Gütersloh www.bertelsmann-stiftung.de
4. **Agentur für Arbeit / Job-Center Rheinisch-Bergischer Kreis** Bensberger Str. 85, 51465 Bergisch Gladbach www.arbeitsagentur.de
5. **1. Bericht zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rheinisch-Bergischen Kreis Dezember 2008**
6. **Eigene Erhebungen**

Zeichenerklärung und Abkürzungen

.	Zahlenwert unbekannt
-	keine Angabe
>	größer als
<	kleiner als
§	Paragraph
%	Prozent
‰	Promille

abs	absolut
Abt.	Abteilung
AGLMB	Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten des Bundes
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BGBL	Bundesgesetzblatt
BMI	Body Mass Index
bzw.	beziehungsweise
Einw./ E	Einwohner
ff.	folgende
GMK	Gesundheits-Minister-Konferenz
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Revision
IfSG	Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen
IT.NRW	Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen
LDS	Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik
LZG NRW	Landeszentrum Gesundheit NRW
MMR	Masern/Mumps/Röteln
NRW	Nordrhein-Westfalen
ÖGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
SENS	Screening des Entwicklungsstandes
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB II	Sozialgesetzbuch II-Grundsicherung für Arbeitssuchende-
SGB XII	Sozialgesetzbuch XII-Sozialhilfe-
SOPESS	Sozialpädiatrisches Screening für Schuleingangsuntersuchungen
STIKO	Ständige Impfkommission am Robert Koch- Institut
„U-Teilnahme DatVO“	Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen / U-Untersuchungen
WHO	World Health Organization
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
z.B.	zum Beispiel
ZNS	Zentrales Nervensystem