







Kinder - und Jugendgesundheit in Köln

Bericht 2017/2018 Gesundheitsamt

Impressum

Stadt Köln

Die Oberbürgermeisterin

Gesundheitsamt
Amt für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Kontakt:
Elisabeth Ostermann
E-Mail: elisabeth.ostermann@stadt-koeln.de

Bezugsadresse:
Gesundheitsamt
Gesundheitsberichterstattung
Neumarkt 15-21
50667 Köln

Gesamtredaktion des Berichts:
Elisabeth Ostermann

Fachliche Beiträge:
Dr. Andrea Eulgem, Sven Feddern, Dr. Angelika Heinemann-Schopen, Patrick Heitkemper, Dr. Sabine Leger, Dr. Marcus Lorbacher, Margarete Quistorp-Prömper, Michaela Schulz, Barbara Treunert, Dr. Martin Zimmermann

Satz:
de haar grafikdesign, www.dehaar-grafikdesign.de

Fotos:
Dr. Martina Baggelmann, Uschi Hering/Fotolia, Hans-Dieter Hey/R-mediabase, lu-photo/Fotolia, R. Ostermann

Druck:
Pieper GbR, Köln

www.stadt.koeln

13-Si/53/500/08.2018

Inhalt

Vorwort 5

1 Schwerpunkte und Aufbau des Berichts 6

2 Start ins Leben und erste Lebensjahre – Angebot Frühe Hilfen im Gesundheitsamt 9
2.1 Aufgabe und Ziele 9
2.2 Aktueller Stand 10
2.3 Fallbeispiele 15
2.4 Fazit und Empfehlungen 17

3 Kinderzahngesundheit – Angebot Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst 18
3.1 Aufgabe und Ziele 18
3.2 Aktueller Stand 20
3.3 Fallbeispiel 26
3.4 Fazit und Empfehlungen 27

4 Gesundheit der Kinder vor Schuleintritt – Angebot Schuleingangsuntersuchung 28
4.1 Aufgabe und Ziele 28
4.2 Aktueller Stand 29
4.2.1 Impfschutz 30
4.2.2 Früherkennungsuntersuchungen 35
4.2.3 Gewicht 36
4.2.4 Entwicklungsstand 41
4.3 Fallbeispiele 48
4.4 Fazit und Empfehlungen 48

5 Gesundheit der zugewanderten Kinder bei Schuleintritt – Angebot Seiteneinsteigeruntersuchung 51
5.1 Aufgabe und Ziele 51
5.2 Aktueller Stand 51
5.3 Fallbeispiele 54
5.4 Fazit und Empfehlungen 55

6 Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten – Angebot Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst 56
6.1 Aufgabe und Ziele 56
6.2 Aktueller Stand 57
6.2.1 Landesprojekt Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln im Verbund: früh erkennen – nachhaltig helfen 57
6.2.2 Daten 60
6.2.3 Perspektiven 65
6.3 Fallbeispiel 66
6.4 Fazit und Empfehlungen 67

7 Stadtweite Projekte mit Gesundheitsbezug 68

8 Stadtteilbezogene Übersicht der Auswertungen zur Kindergesundheit 70

9 Zusammenfassung, Ausblick und Empfehlungen 77
9.1 Wichtigste Ergebnisse zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Überblick 77
9.2 Aktuelle Entwicklungen 78
9.3 Ausblick und Empfehlungen 81

10 Anhang 82
10.1 Abbildungsverzeichnis 82
10.2 Tabellen 85
10.3 Literaturverzeichnis 87

Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Leserinnen und Leser,

vor Ihnen liegt der aktuelle Kölner Bericht 2017/2018 zur Kinder- und Jugendgesundheit. Köln ist Wachstumsstadt und wird dies auch weiterhin bleiben. So hat auch die Zahl an Kindern und Jugendlichen, die in Köln leben, in den vergangenen Jahren zugenommen. 2016 wurde laut Amt für Stadtentwicklung und Statistik mit über 11.810 Geburten ein neuer Höchststand an Neugeborenen erreicht. Ähnliche Tendenzen zeichnen sich für das Jahr 2017 mit 11.784 Geburten ab. In den vergangenen Jahren wurde eine erhebliche Anzahl an Geflüchteten – darunter auch viele Kinder und Jugendliche – bei uns aufgenommen. Weiterhin werden Zuzüge von Kindern und jungen Menschen aus dem Ausland erwartet. Damit hat auch das wichtige Thema Kindergesundheit in Köln noch weiter an Bedeutung gewonnen.

Gesundheit bildet die Grundlage für das körperliche, seelische und geistige Wohlbefinden, die weiteren Entwicklungsprozesse sowie für Bildungs- und Berufschancen und den gesamten Lebensweg der heranwachsenden Menschen. Dem Gesundheitsamt Köln als untere Gesundheitsbehörde kommt dabei die gesetzliche Aufgabe zu, Kinder und Jugendliche in Köln vor Gesundheitsgefahren zu schützen und ihre Gesundheit zu fördern. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führt dazu aus: „Die meisten Jungen und Mädchen in Deutschland wachsen gesund auf. 15 bis 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen haben jedoch einen schlechteren Gesundheitszustand oder zumindest größere Risiken, krank zu werden…Diese Kinder und Jugendlichen leben besonders häufig unter schwierigen sozialen Bedingungen.“

Das Gesundheitsamt legt daher nach wie vor einen besonderen Schwerpunkt darauf, die Gesundheitschancen der Kinder und Jugendlichen in ungünstigen sozialen Lebenssituationen zu verbessern. Dementsprechend wird das Angebot – beispielsweise im Rahmen der Frühen Hilfen und des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes – laufend weiterentwickelt.

Dieser aktuelle Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit greift ausgewählte Ergebnisse der Frühen Hilfen im Gesundheitsamt, der Zahngesundheit, der Schuleingangs- und Seiteneinsteigeruntersuchungen sowie des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes auf. Diese datengestützte Bestandsaufnahme bildet die Basis für die weiteren Planungen der Gesundheitsförderung und Prävention.

Anliegen des Berichts ist es, die vorhandenen Ressourcen sowie auch Mittel, die zum Beispiel auf Grundlage des Präventionsgesetzes erschlossen werden, im Sinne einer gesundheitlichen Chancengleichheit zielgerichtet einzusetzen. Er soll dazu beitragen, dass diese Herausforderung von allen Entscheidungsträgerinnen und -trägern und den Beteiligten der Gesundheitsförderung und der Prävention bestmöglich bewältigt werden kann.



Dr. Harald Rau

Beigeordneter für Soziales, Integration und Umwelt

1 Schwerpunkte und Aufbau des Berichts



In dem vorliegenden Kinder- und Jugendgesundheitsbericht werden die aktuelle Datenlage und die Entwicklungen in den Aufgabenbereichen „Kinder- und Jugendärztlicher Dienst“, „Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst“, „Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst“ und „Frühe Hilfen im Gesundheitsamt“ der Stadt Köln dargestellt. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für eine gezielte und früheinsetzende Gesundheitsplanung, die das Ziel anstrebt, die Situation der Kinder und Jugendlichen in Köln nachhaltig zu verbessern.

Dieser Bericht knüpft im Rahmen einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung zur Kindergesundheit an den „Kinder- und Jugendgesundheitsbericht in Köln“ aus dem Jahre 2013 an und vergleicht die aktuellen Ergebnisse mit den dort aufgeführten Auswertungen. Wie im Bericht 2013 werden am Ende jeden Kapitels die Ergebnisse zusammengefasst. Der Kinder- und Jugendgesundheitsbericht schließt mit einer Zusammenfassung, einer Diskussion der wesentlichen Ergebnisse und einem Ausblick mit Empfehlungen.

Allgemeine Hintergrundinformationen, die im Bericht 2013 bereits ausführlich dargestellt wurden und die nach wie vor Gültigkeit haben, bilden die Basis für die aktuelle Situation und sind zur besseren Übersichtlichkeit und schnelleren Lesbarkeit des Textes grau unterlegt.

Überblick über die Aufgaben und Angebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Stadt Köln[1]

Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf kommunaler Ebene sind vielfältig und werden in der Stadt Köln vom Gesundheitsamt wahrgenommen. Zu den Arbeitsschwerpunkten gehört gemäß § 12 ÖGDG[2] NRW die Kinder- und Jugendgesundheit. Um diesem Auftrag nachkommen zu können, werden aussagekräftige Grundlagen benötigt. Von der Gesundheitsberichterstattung werden daher Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen folgender Arbeitsbereiche erfasst und ausgewertet:

Frühe Hilfen[3]

Das Angebot richtet sich an werdende Eltern sowie Eltern mit Kindern bis zum 3. Lebensjahr und bietet für diese in besonders belasteter Situation niedrigschwellige Hilfe an. Die gesetzliche Grundlage bildet neben § 11 ÖGDG NRW das Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchG) in Verbindung mit der Verwaltungsvereinbarung zu der „Bundesinitiative Frühe Hilfen“ auf Bundes- und Landesebene[4].
Das frühzeitige Unterstützungsangebot „Frühe Hilfen“ im Gesundheitsamt soll zum gesunden Aufwachsen von Kindern beitragen und die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern nachhaltig verbessern (www.fruehehilfen.de).

Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst

Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst führt im Auftrag des Arbeitskreises Zahngesundheit[5] auf Grundlage des § 13 ÖGDG NRW in Verbindung mit § 21 SGB V[6] Reihenuntersuchungen und gruppenprophylaktische Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen und Schulen durch. Bei den Reihenuntersuchungen werden Daten zur Zahngesundheit erfasst. Die Auswertungen dieser Ergebnisse geben Hinweis darauf, wie sich die Kinderzahngesundheit insgesamt entwickelt hat und in welchen Einrichtungen sich besonderer Handlungsbedarf äußert. Auf der Grundlage der gewonnenen Ergebnisse zur Zahngesundheit werden die gruppenprophylaktischen Präventionsmaßnahmen dort fokussiert, wo es die meisten Kinder mit erhöhtem Kariesaufkommen gibt.

Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Zu den Aufgaben des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes gehören die Schuleingangsuntersuchungen. Diese Untersuchungen sind ein gesetzlich vorgeschriebener Bestandteil des Schulaufnahmeverfahrens gemäß § 54 des Schulgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen in Zusammenhang mit § 12 ÖGDG NRW.

Die Schuleingangsuntersuchung hat das Ziel, festzustellen, ob Gesundheit und Entwicklungsstand des Kindes den Anforderungen in der Grundschule entsprechen oder ob eine gesundheitliche Fördermaßnahme einzuleiten ist. In Einzelfällen kann auch aus gesundheitlichen Gründen eine Rückstellung von der Schulpflicht empfohlen werden. Bei Kindern mit Behinderungen dient die Schuleingangsuntersuchung dazu, festzustellen, welche gesundheitlichen Gesichtspunkte bei der Entscheidung über eine eventuelle sonderpädagogische Förderung zu berücksichtigen sind.

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

Neu zuwandernde Kinder und Jugendliche werden als sogenannte „Seiteneinsteigende“ beschult. Wenn sie sich in dem Alter kurz vor Beginn der Schulpflicht befinden, erhalten sie die Schuleingangsuntersuchung. Für ältere Kinder und Jugendliche gibt es eine entsprechende „Seiteneinsteigeruntersuchung“, die in der Regel zeitnah zur Einschulung stattfindet.

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

Zunehmend werden seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen wahrgenommen. Insbesondere Kinder und Jugendliche psychosozial belasteter Familien finden jedoch häufig keinen Zugang zu entsprechenden Beratungs- und Therapieangeboten. Daher wurde der „Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst“ als niedrigschwelliges Angebot für Familien mit psy-

1 An dieser Stelle wird ein Überblick gegeben, in den nachfolgenden Kapiteln werden die Angebote mit dem aktuellem Stand differenziert dargestellt, im Rahmen dessen werden zur besseren Lesbarkeit und Handbarkeit Aufgaben und Ziele der Angebote nochmals aufgegriffen.
2 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen
3 hier: Frühe Hilfen im Gesundheitsamt
4 Verwaltungsvereinbarung Fonds Frühe Hilfen über die Bundesstiftung Frühe Hilfen 2017, Verwaltungsvereinbarung Bundesinitiative Netzwerk Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012 bis 2015, (gemäß § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz)
5 An dem „Kölner Arbeitskreis Zahngesundheit“ nehmen das Gesundheitsamt, Krankenkassen sowie niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte teil und stimmen auf Grundlage eines gemeinsamen Vertrages Zielsetzungen, Vorgehensweisen und Aktionen im Stadtgebiet Köln ab.
6 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch

chisch auffälligen Kindern und Jugendlichen sowie als Beratungsangebot für pädagogische Fachkräfte verschiedener Institutionen eingerichtet. Ziel ist es, zum einen den Bedarf der betroffenen Kinder und Jugendlichen festzustellen und sie dementsprechend in ein geeignetes Angebot des etablierten Beratungs- und Versorgungssystem zu vermitteln, zum anderen in verschiedenen Institutionen durch kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz passgenaue Hilfestellungen zu ermöglichen.

Anliegen des Gesundheitsamtes ist es, anhand der oben dargestellten Angebote zu einem möglichst frühen Zeitpunkt flächendeckend Risiken sowie Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zu erkennen und Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Entwicklung einzuleiten. Dadurch kann abgewendet werden, dass sich Fehlentwicklungen chronifizieren oder fortschreiten. Anhand rechtzeitiger Hilfen kann vermieden werden, dass psychosoziale Auffälligkeiten sich verstärken, im Laufe der Entwicklung Probleme in der Schule sowie in der Schullaufbahn entstehen und soziale und berufliche Teilhabe im weiteren Lebenslauf beeinträchtigt wird.

2 Start ins Leben und erste Lebensjahre – Angebot Frühe Hilfen im Gesundheitsamt

2.1 Aufgabe und Ziele



Die „Frühen Hilfen“ zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Das Angebot der Frühen Hilfen richtet sich an Familien ab der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr der Kinder.

Im Jahre 2007 wurde das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ gegründet, mit dem Ziel, den präventiven Kinderschutz und die Fachpraxis beim Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen zu stärken. Träger des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI). Das NZFH unterstützt Institutionen und Fachkräfte dabei, bedarfsgerechte Angebote insbesondere für Familien in belastenden Lebenslagen zu entwickeln. Die Vernetzung von Angeboten des Gesundheitswesens, der Kinder- und Jugendhilfe sowie anderen relevanten Akteurinnen und Akteuren in den Frühen Hilfen wie der Schwangerschaftsberatung und Frühförderung nimmt dabei einen hohen Stellenwert ein[7].

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen führt zu den Aufgaben und Zielen der Frühe Hilfen aus: „Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen … Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.[8]“

Die gesetzliche Grundlage bildet neben § 11 ÖGDG NRW das Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchG), das seit 2012 in Kraft getreten ist und Kinder vor Vernachlässigung, Verwahrlosung und Misshandlung schützen soll. Dazu soll das Angebot Frühe Hilfen laut BKiSchG in Verbindung mit der Verwaltungsvereinbarung zu der „Bundesstiftung Frühe Hilfen“ auf Bundes- und Landesebene beitragen[9].

Die zunehmende Bedeutung des Themas Frühe Hilfen hat in den letzten Jahren auch in Köln zu sichtbaren Veränderungen geführt. Ämterübergreifend vernetzten sich in diesem Bereich Jugend- und Gesundheitshilfe mit den freien Trägern sowie Akteurinnen und Akteuren im medizinischen und sozialen Versorgungssystem. So wurde 2013 das bereits bestehende Frühwarnsystem mit dem Schwerpunkt „Kinderschutz“ zu einem Netzwerk der Frühen Hilfen (Köln für Kinder) unter Federführung des Amtes für Kinder, Jugend und Familie ausgebaut[10]. Die Gesundheitsberufe wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger sowie Hebammen bilden eine wichtige Grundlage für die „Frühen Hilfen“. Familien, die Unterstützung benötigen, können darüber leicht erreicht werden.

Vor diesem Hintergrund bilden die „Frühe Hilfen im Gesundheitsamt“, ein multiprofessionelles Team aus Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens und

7 Nationales Zentrum Frühe Hilfen, https://www.fruehehilfen.de/wir-ueber-uns/ziele-und-aufgaben abgerufen am 26.06.2018

8 Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Auszug aus verabschiedeter Begriffsbestimmung des wissenschaftlichen Beirats des NZFH 2009, die den derzeitigen Stand der Diskussion über Frühe Hilfen widerspiegle, https://www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/, abgerufen am 25.06.2018, siehe auch Pott E, Fillinger U (BZgA), Paul M (Nationales Zentrum Frühe Hilfen), „Herausforderungen bei der Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter“ Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:1166–1172

9 Verwaltungsvereinbarung Fonds Frühe Hilfen über die Bundesstiftung Frühe Hilfen 2017, Verwaltungsvereinbarung Bundesinitiative Netzwerk Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012 bis 2015, (gemäß § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz)

10 Verwaltungsvereinbarung Fonds Frühe Hilfen über die Bundesstiftung Frühe Hilfen 2017, Verwaltungsvereinbarung Bundesinitiative Netzwerk Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012 bis 2015 (gem. § 3 Absatz 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz)

psychosozialen Fachkräften[11], einen wichtigen Baustein des Netzwerkes „Köln für Kinder“. Das offene, kostenlose und für die Familien freiwillige Angebot „Frühe Hilfen im Gesundheitsamt“ in enger Kooperation mit dem Amt für Kinder, Jugend und Familie dient dazu, entsprechend des oben genannten Auftrages die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und ihren Eltern in belastenden Situationen frühzeitig zu erkennen und nachhaltig zu verbessern. Es richtet sich an werdende Eltern und Eltern von Kindern bis zum 3. Lebensjahr. Insbesondere durch die aufsuchende Arbeit zu Hause oder bereits in der Geburtsklinik gelingt es nahezu immer, einen guten Kontakt zu den jungen Familien herzustellen.

Die Frühen Hilfen im Gesundheitsamt umfassen folgende Arbeitsschwerpunkte, auf die unter 2.2. detailliert eingegangen wird:

- „Clearingstelle“ als erste Anlaufstelle, die den Bedarf der Betroffenen abklärt und an geeignete Angebote vermittelt und überleitet, für (werdende) Eltern mit Unterstützungsbedarf und ihren Kindern (bis zum dritten Lebensjahr),
- das Angebot der Familienhebammen (maximal bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes),
- das Angebot „jusch – jung und schwanger“ für minderjährige und sehr junge (werdende) Mütter (bis 23 Jahre),
- Angebote für Geflüchtete,
  vor dem Hintergrund der hohen Anzahl an neuankommenden Geflüchteten in Köln wurde dieser Arbeitsschwerpunkt 2015 eingerichtet.

Zusätzlich bieten die Frühen Hilfen im Gesundheitsamt eine regelmäßige Sprechstunde im Heilig Geist-Krankenhaus in Köln-Longerich an, so dass Frauen, die dort entbinden, das Angebot frühzeitig kennenlernen und niedrigschwellig in Anspruch nehmen können.

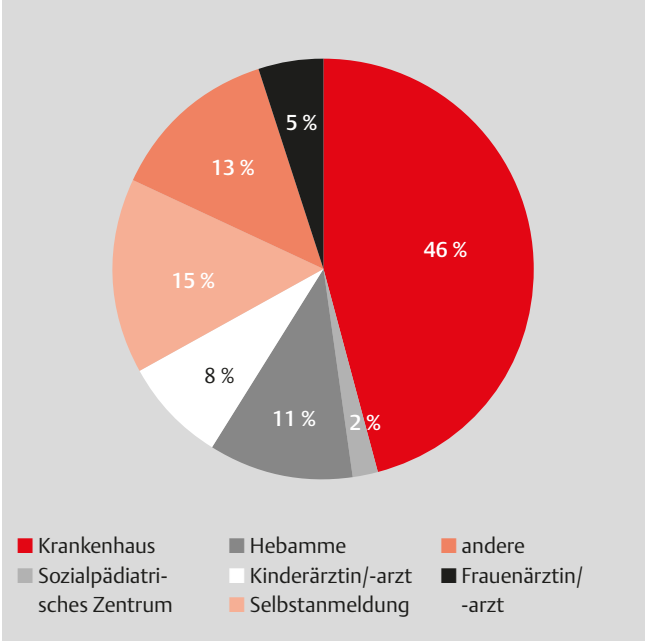
2.2 Aktueller Stand

2.2.1 Clearingstelle

Wie oben bereits erwähnt, dient die Clearingstelle als erste Anlaufstelle für werdende und „junge“ Eltern mit Unterstützungsbedarf. Der Bedarf wird geklärt und eine Vermittlung in geeignete und individuell passgenaue Angebote vorgenommen. Im Jahr 2015 wurden in der Clearingstelle 134 Familien mit 228 Kindern neu in das Angebot aufgenommen. Bei 21 Prozent der Frauen kam der Kontakt mit der Clearingstelle bereits in der Schwangerschaft und damit sehr frühzeitig zustande. Bei 55 Prozent der Frauen, die 2015 aufgenommen worden waren, war das (jüngste) Kind unter einem Jahr, bei 23 Prozent der Frauen ein Jahr und älter. Die Anzahl neuer Beratungsfälle entsprach in etwa dem Jahr 2012 (121 Familien).

Wie in den Vorjahren wurde auch 2015 der überwiegende Teil der Anmeldungen bereits über die Geburts- und Kinderkliniken initiiert. Des Weiteren kam etwa ein Zehntel der Familien über niedergelassene Hebammen zur Clearingstelle. Weitere Zugangswege waren sozialpädiatrische Zentren und kinderärztliche sowie gynäkologische Praxen. Etwa jede siebte Familie meldete sich aus eigener Initiative bei der Clearingstelle.

Frühe Hilfen im Gesundheitsamt, Köln, Clearingstelle, Anmeldung in 2015, Zugang über ...

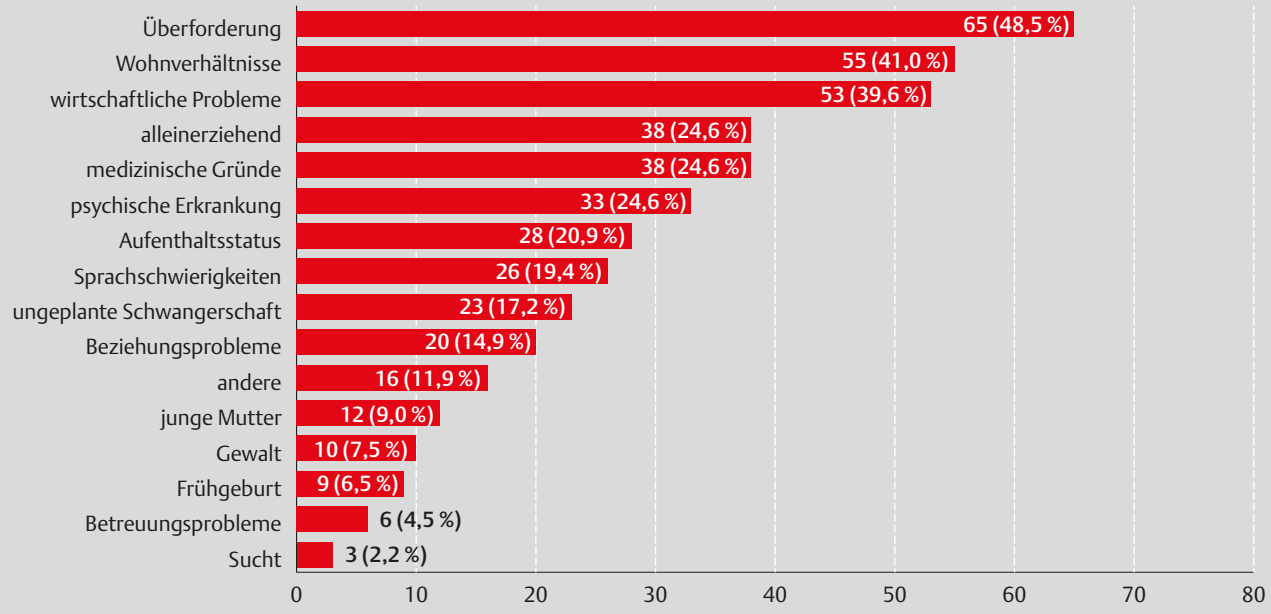


Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 1: Frühe Hilfen im Gesundheitsamt, Köln, Clearingstelle, Anmeldung in 2015, n=134

11 Das multiprofessionelle Team der Frühen Hilfen im Gesundheitsamt verfügt über Ärztinnen mit fachärztlicher Kompetenz der Kinderchirurgie und der Kinder- und Jugendmedizin, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger, Kinder-Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger, Familienhebammen, sozialarbeiterische Fachkräfte

Frühe Hilfen im Gesundheitsamt, Köln, Clearingstelle, vorkommende Probleme und Risikokonstellationen in 2015, Mehrfachbenennungen pro Beratungsfall möglich



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

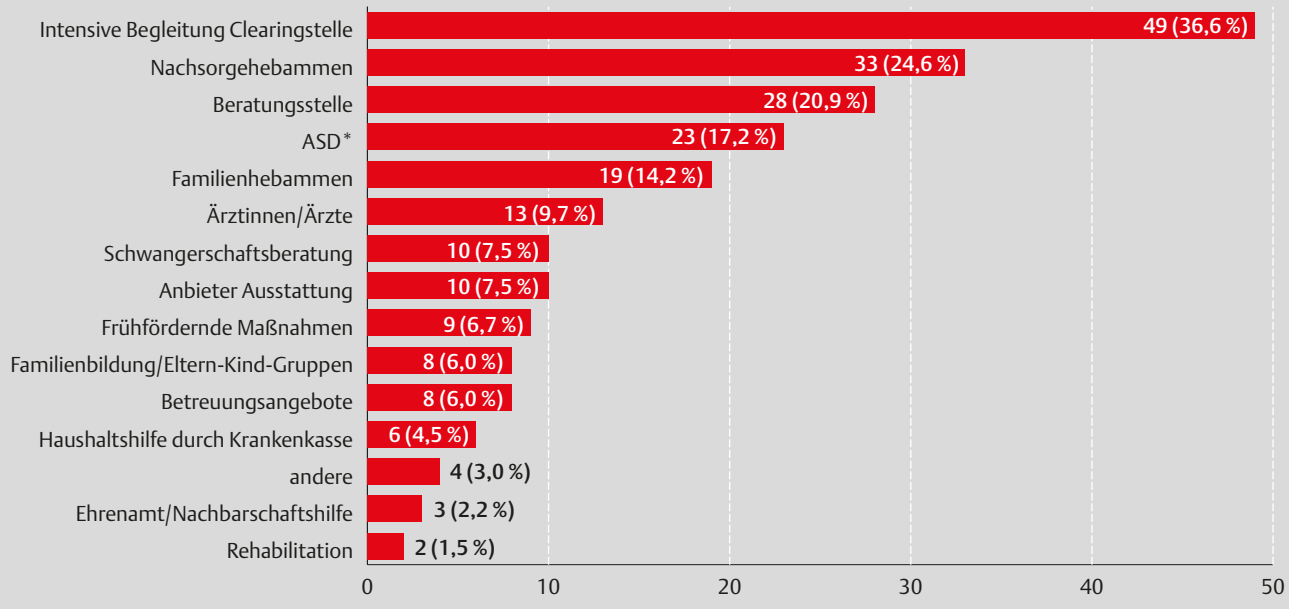
Abbildung 2: Frühe Hilfen im Gesundheitsamt, Köln, Clearingstelle, vorkommende Probleme und Risikokonstellationen 2015, n=134

Nach wie vor zeigte sich eine breite Streuung der Probleme. Am häufigsten traten Überforderung, Wohnungsprobleme und wirtschaftliche Probleme auf, gefolgt unter anderem von sozialen Risikofaktoren wie alleinerziehend, psychische Erkrankung oder junge Elternschaft.

Bei nahezu einem Viertel der beratenen Frauen lag bereits bei der Anmeldung eine diagnostizierte psychische Erkrankung vor. Darüber hinaus wandten sich zunehmend Frauen an die Clearingstelle, die eine psychische Problematik aufwiesen, jedoch (noch) keine Diagnose und keine Anbindung an eine Therapeutin/einen Therapeuten oder eine Ärztin/einen Arzt hatten.

Entsprechend gab es eine Vielzahl an Hilfen, die benötigt wurden, und je nach Bedarf wurden die Familien auch an mehrere Hilfeangebote vermittelt. Über ein Drittel der beratenen Eltern wurde auf Grund der komplexen Problematik zunächst durch die Clearingstelle selbst intensiv unterstützt – unter anderem auch durch aufsuchende Arbeit und Begleitung der Betroffenen zu Terminen. Dies war notwendig, um die Situation umfassend zu klären, eine passgenaue Lösung zu entwickeln und sicherzustellen, dass die Betroffenen bei dem geeigneten Angebot „ankommen“. Je nach Bedarf wurde dabei die interdisziplinäre Kompetenz innerhalb der „Frühen Hilfen im Gesundheitsamt“ genutzt sowie die anderen Fachdienste des Gesundheitsamts, zum Beispiel der Sozialpsychiatrische Dienst und der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst, beratend hinzugezogen (siehe Abbildung 3).

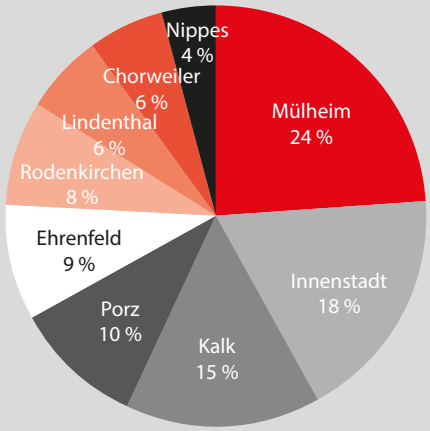
Frühe Hilfen im Gesundheitsamt, Köln, Clearingstelle, 2015, intensive Begleitungen durch die Clearingstelle selbst und Vermittlungen in andere Angebote, Mehrfachnennungen pro Beratungsfall möglich



*ASD: Allgemeiner Sozialer Dienst des Amts für Kinder, Jugend und Familie
Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 3: Frühe Hilfen im Gesundheitsamt, Köln, Clearingstelle, intensive Begleitungen/Hilfestellungen durch die Clearingstelle selbst und Vermittlungen zu anderen Angeboten, 2015, n=134

Frühe Hilfen im Gesundheitsamt, Köln, Clearingstelle, 2015, Anmeldungen nach Stadtbezirken



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 4: Frühe Hilfen im Gesundheitsamt, Köln, Clearingstelle, Anmeldungen nach Stadtbezirken 2015, n=134

2015 wurden wie in den Vorjahren Familien aus allen Stadtbezirken in der Clearingstelle beraten, überproportional häufig aus den Bezirken Mülheim, Innenstadt und Kalk.

2.2.2 Die Familienhebammen

Die Familienhebammen leisten durch regelmäßige Hausbesuche Unterstützung für Familien in Belastungs- und Überforderungssituationen. Die Mütter werden – je nach Bedarf – von der Schwangerschaft an bis maximal zum Ende des ersten Lebensjahres des Neugeborenen begleitet und beraten. Bei diesem Angebot kann das Gesundheitsamt auf langjährige Erfahrung zurückblicken. So wurde bereits 1998 die erste Familienhebamme eingesetzt, um Frauen in belastender Situation um die Geburtssituation herum zu unterstützen.

Seit dem im Jahre 2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetz konnte dieses Angebot im Rahmen der Frühe Hilfen im Gesundheitsamt um eine Stelle ausgebaut werden und umfasst derzeit insgesamt 2,5 Stellen. Die neu hinzugekommene Stelle ist eingebunden in ein stadtweites Versorgungskonzept, das den Einsatz von

insgesamt fünf Familienhebammen mit einer bezirklichen Zuordnung und Vernetzung vor Ort vorsieht. Dieses stadtweite Versorgungskonzept wurde 2013 vor dem Hintergrund der Bundesinitiative „Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“ in den Kölner Stadtbezirken für Familienhebammen flächendeckend installiert. Gemäß Ratsbeschluss vom 18.06.2013 wurde die dafür neu geschaffene Familienhebammenstelle beim Gesundheitsamt schwerpunktmäßig für die Stadtbezirke Innenstadt, Nippes und Lindenthal vorgesehen. Die übrigen vier Familienhebammenstellen im Rahmen des Versorgungskonzepts wurden bei vor Ort tätigen freien Trägern in den anderen Stadtbezirken eingerichtet. In jedem Stadtbezirk wurden Netzwerke „Frühe Hilfen“ aufgebaut, an dem das Gesundheitsamt, unter anderem in seiner Funktion als Vermittler zum Gesundheitswesen, beispielsweise zu Krankenhäusern, Arztpraxen, freiberuflichen Hebammen, aktiv mitwirkt. Dieser Bericht konzentriert sich ausschließlich auf die Frühen Hilfen im Gesundheitsamt, daher beziehen sich die weiteren Ausführungen auf die oben genannten Familienhebammen beim Gesundheitsamt.

Durch die Familienhebammen der Frühen Hilfen im Gesundheitsamt wurden im Jahr 2015 durchschnittlich monatlich 40 Familien betreut. Im Rahmen dieser Betreuungen gab es 2015 insgesamt über 850 aufsuchende Kontakte, in erster Linie Hausbesuche, aber auch Begleitungen, beispielsweise zu Arztterminen. Wie in der Clearingstelle war auch hier zu beobachten, dass bei den Frauen, die das Angebot in Anspruch nehmen, der Anteil an Frauen mit psychischer Problematik zugenommen hat. Das Angebot wurde von Frauen jeglichen Bildungsstands angefragt.

Die Betreuungen erforderten bei zunehmend komplexerer Problematik eine intensive Beziehungsarbeit, in der Regel längere Kontakte sowie eine insgesamt längere Betreuungsdauer der Mütter. Im Rahmen der interdisziplinären Kompetenz im Gesundheitsamt sind ein fundierter fachlicher Austausch und kurze Wege, beispielsweise bei psychiatrischen und medizinischen Fragestellungen, gewährleistet.

2.2.3 „jusch – jung und schwanger“

Minderjährige und sehr junge Mütter erhalten im Rahmen des Angebots „jusch – jung und schwanger“ aufgrund ihrer häufig noch ungefestigten psychosozialen Situation – je nach Bedarf – neben der Begleitung durch die Familienhebamme sozialarbeiterische Unterstützung. Darüber hinaus schaffen wöchentliche themenorientierte Gruppenangebote für diese Zielgruppe ein soziales Netzwerk.

Im Jahre 2015 erhielten 202 junge Mütter im Alter bis 23 Jahre sozialarbeiterische Beratungen im Rahmen von „jusch – jung und schwanger“. Es fanden insgesamt 492 Beratungskontakte statt. Etwa ein Drittel dieser Mütter war minderjährig. Zu den Themenschwerpunkten der Beratungen gehörten unter anderem Problematiken wie psychische Erkrankung, Drogenkonsum, HIV-Infektion, Obdachlosigkeit, Heimunterbringung und Gewalterfahrung. Die Anzahl der Beratungsfälle im Jahr 2015 entsprach in etwa der im Jahr 2012 (199 Mütter). Die Anzahl der Beratungskontakte war 2015 gegenüber 2012 (540 Kontakte) etwas gesunken. Dies ist – ebenso wie bei den anderen Angeboten der Frühen Hilfen im Gesundheitsamt – auf die komplexeren Problematiken der beratenen Frauen zurückzuführen, die in der Regel längere Beratungskontakte erfordern.

2.2.4 Angebote für Geflüchtete

Aufgrund der hohen Anzahl von Geflüchteten in den vergangenen Jahren hat die Stadt Köln kurzfristig zusätzlich Notunterkünfte für Geflüchtete eingerichtet. In dem Zeitraum von 2015 bis Juni 2017 mussten auch Turnhallen längerfristig zur Unterbringung von Geflüchteten genutzt werden. 29 Notaufnahmen für Geflüchtete waren in Höchstzeiten mit Familien belegt. Bei über der Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner von Familienunterkünften handelte es sich um Kinder und Jugendliche. Darüber hinaus lebten in jeder dieser Unterkünfte mehrere Schwangere.

Die Frühen Hilfen im Gesundheitsamt sind seit 2015 vor Ort in den Unterkünften für Geflüchtete tätig. Die Ärztinnen, Familienhebammen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger der Frühen Hilfen beraten die schwangeren Frauen sowie die jungen Familien und leiten die jungen Mütter in der Säuglingspflege an. Einen besonderen Schwerpunkt nehmen Fragen zum Schutz der Kinder und zur medizinischen Versorgung ein:

Versorgung von Neugeborenen

In Zusammenarbeit mit dem Amt für Wohnungswesen sollte vermieden werden, dass Neugeborene in Turnhallen untergebracht werden. Gemeinsam mit dem Deutschen Roten Kreuz wurde ein „Erstlingspaket“ für die geflüchteten Familien mit Grundausstattung an Kleidung und Hygieneartikeln für den Säugling und die Mutter zusammengestellt. Mütter mit Neugeborenen

erhalten dieses Paket kostenlos. Desweitern wurde initiiert, dass Babybetten für die Säuglinge zur Verfügung gestellt werden. Im Winter 2015/2016 konnten in Zusammenarbeit mit dem Amt für Kinder, Jugend und Familie über 200 Baby-Schlafsäcke in den Unterkünften (insbesondere in den Turnhallen) ausgegeben werden.

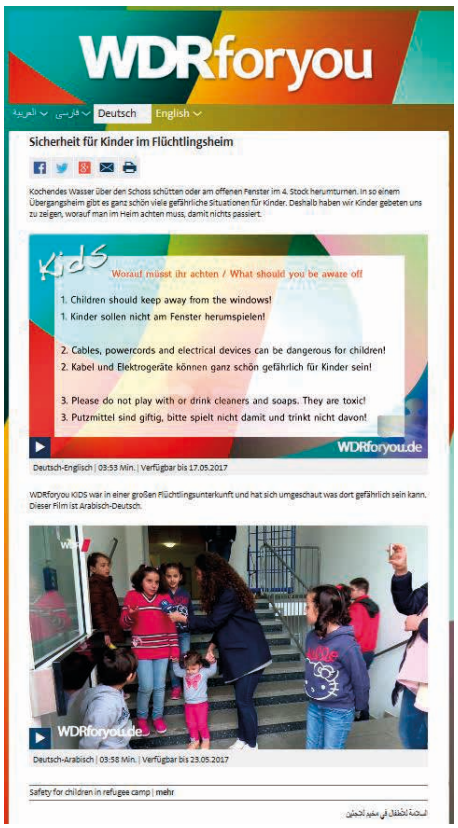
Kindersicherheit

Von den Frühen Hilfen im Gesundheitsamt wurde in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder“ ein Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung begleitet. Dabei ging es darum, in verständlicher Art und Weise auf Gefahren für Kinder innerhalb der Gemeinschaftsunterkünfte hinzuweisen. So konnte in Kölner Unterkünften für Geflüchtete durch die Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder“ gemeinsam mit den dort lebenden Kindern und Erwachsenen entsprechende Piktogramme entwickelt werden, die jetzt bundesweit im Einsatz sind.

Ebenso wurde die Aktion „WDR for you“, begleitet, bei der über potenzielle Unfallquellen und Sicherheitsregeln für Kinder in Wohnheimen für Geflüchtete berichtet wurde. Dieser Beitrag wurde in mehreren Sprachen ins Internet eingestellt. Er kann eingesetzt werden, um Eltern und Kinder auf mögliche Gefahren in Unterkünften für Geflüchtete hinzuweisen.

Fachärztliche und soziale Beratung in Gemeinschaftsunterkünften

In den Wohnheimen für Geflüchtete gibt es einen hohen Bedarf an Beratung und Vermittlung rund um die Bereiche Schwangerschaft und Geburt, Versorgung der Kinder, Erkrankungen, psychische Probleme, Traumata und Behinderungen. Es geht aber auch um Themen wie unterschiedliche Formen der Gewalt in Unterkünften, kulturelle Besonderheiten wie Mehrfrauen-Ehe, Minderjährigkeit der (Ehe-)Frauen. Die unterschiedlichen Problematiken erfordern ein breites Spektrum an Maßnahmen, wie Vermittlungen zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Weiterleitungen zu Spezial-Ambulanzen der Kliniken und die Organisation stationärer Aufnahmen ins Krankenhaus. Darüber hinaus sind interne Vermittlungen innerhalb des Gesundheitsamtes, Abstimmung weiterer Maßnahmen mit dem Amt für Wohnungswesen sowie sozialarbeiterische Beratungen und das Einbeziehen weiterer Unterstützungssysteme wie das Amt für Kinder, Jugend und Familie, Flüchtlingsberatung und Schwangerschaftsberatung erforderlich.



Ausschnitt aus WDR: www.Wdrforyou.de, Stand: 12/2016

Auf Grund zunehmender Beratungs- und Unterstützungsanfragen in den Unterkünften für Geflüchtete bei den Frühen Hilfen im Gesundheitsamt wurde gemeinsam mit dem Amt für Wohnungswesen die Entscheidung getroffen, zunächst vom 08.07.2016 bis 30.09.2016 ein Projekt „Fachärztliche Beratung in Flüchtlingsunterkünften“ durchzuführen. Dabei wurden in diesem Zeitraum 21 Notunterkünfte für Familien aufgesucht, es fanden über 160 Beratungen vor Ort statt. Auf der Grundlage des Beschlusses des Gesundheitsausschusses vom 13.09.2016 wurde ab November 2016 mit Personalzusetzung ein fachärztliches und sozialarbeiterisches Beratungsteam eingerichtet, das die Arbeit entsprechend fortführt und alle Flüchtlingsunterkünfte regelmäßig aufsucht. Durch die Präsenz in den Unterkünften werden auch Geflüchtete erreicht, die besondere Versorgungsbedarfe aufweisen, diese aber nicht artikulieren können.

In dem Zeitraum vom 01.09.2016 bis 30.06.2017 wurden 231 Kinder betreut. Darüber hinaus wurden 69 geflüchtete Familien mit gesundheitlichen und sozialen Unterstützungsbedarfen von der im Team tätigen Sozialarbeiterin in enger Abstimmung mit den Ärztinnen und Ärzten beraten und begleitet. Nahezu jedes siebte der betreuten Kinder wies schwerste Beeinträchtigungen

wie Cerebralparesen (Störung in Folge einer frühkindlichen Hirnschädigung), schwere Entwicklungsretardierungen (Verzögerung der körperlichen, geistigen oder seelischen Entwicklung), Muskelatrophien (Muskelschwund) oder verschiedene Formen von Autismus auf. Etwa ein Zehntel der 231 Kinder war von verschiedenen Formen der Kindeswohlgefährdung betroffen. Dieser hohe Anteil ist unter anderem auf zusätzliche Belastungen des familiären Systems zurückzuführen, zum Beispiel durch die räumliche Enge und fehlende Rückzugsmöglichkeiten, aber auch psychische Faktoren wie Traumatisierungen und Zukunftsangst.

Bei der Arbeit mit den Familien ist zudem aufgefallen, dass die Familien und Mütter häufig Probleme bei der Versorgung der Kinder haben, zum Beispiel bei Fragen der Ernährung, Hygiene und Gesundheit. Insbesondere junge Mütter, die durch die Flucht von ihren Herkunftsfamilien isoliert wurden, sind ohne Unterstützung und Wissen des familiären Umfelds in vielen Fällen völlig überfordert. Zusammen mit der Ernährungsberaterin des Gesundheitsamtes wurde für die Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter und Krankenpflegekräfte ein Fach- und Informationstag in der Kölner Innenstadt zum Thema „Ernährung von Neugeborenen, Säuglingen und Kindern bis zum ersten Lebensjahr in Gemeinschaftsunterkünften“ ausgerichtet, der auf hohe Resonanz stieß. Darüber hinaus stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Frühen Hilfen des Gesundheitsamtes auch als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für die in den Unterkünften tätigen Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen zur Verfügung.



Notaufnahme Flüchtlingsunterkunft für Familien in Köln

2.3 Fallbeispiele Frühe Hilfen im Gesundheitsamt Köln

Frau D[12]., bei Anmeldung schwanger mit Zwillingen, wohnhaft in einer Flüchtlingsunterkunft

Situation:
Die Anmeldung von Frau D. bei der Clearingstelle der Frühen Hilfen im Gesundheitsamt erfolgt im Jahr 2014 über die gynäkologische Praxis, bei der sie sich in Behandlung befindet. Beim ersten Kontakt ist Frau D. schwanger mit Zwillingen in der sechsten Woche. Frau D. ist aus ihrem Heimatland in Afrika geflüchtet, hat in Deutschland Asylantrag gestellt und lebt zum Zeitpunkt der Anmeldung bereits seit zweieinhalb Jahren in Köln in einer Unterkunft für Geflüchtete. Ende Juli 2015 werden die Zwillinge geboren und müssen noch circa sechs Wochen stationär in der Kinderklinik bleiben. Danach lebt Frau D. mit den Kindern zunächst wieder in der Unterkunft für Geflüchtete. Mittlerweile besuchen die Kinder eine Kindertageseinrichtung und Frau D. ist in eine eigene Wohnung mit genügend Platz für sich und ihre Kinder umgezogen.

Problematik und Intervention der Frühen Hilfen im Gesundheitsamt:
Neben Belastungen, die sich durch das enge Zusammenleben in der Unterkunft für Geflüchtete , eingeschränkte Deutschkenntnisse, den ungesicherten Rechtsstatus und die ungewissen Perspektiven ergeben, leidet Frau D. während der Schwangerschaft unter massiven Ängsten und Sorgen, sie könne ihre Kinder verlieren. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Frau D. vor einigen Jahren, damals noch im Heimatland, ihr erstes Kind im fünften Schwangerschaftsmonat verloren hatte.
Aufgrund von starker Übelkeit hat sie häufige Aufenthalte in der Klinik. Es kommt erschwerend hinzu, dass während eines Klinikaufenthalts ihre gesamten Unterlagen (unter anderem der Asylantrag, Zeugnisse, die eigene Geburtsurkunde), die in einer Unterkunft für Geflüchtete geblieben sind, versehentlich aufgrund eines Missverständnisses „entsorgt“ werden. Daher muss entsprechender Ersatz beschafft werden. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Angelegenheiten zu klären, bei denen sie sich überfordert fühlt und Hilfe benötigt, unter anderem weil sie sich im Gesundheits- und Hilfesystem Deutschlands noch nicht auskennt.

Die Clearingstelle unterstützt Frau D. und/oder vermittelt entsprechende Hilfeangebote:

12 Bei diesem wie auch nachfolgenden Beispielen wurde Namen und Daten geändert, damit kein Rückschluss auf die Person möglich ist.

Während der Schwangerschaft
- *Anbindung an eine Schwangerschaftsberatungsstelle*
- *Unterstützung bei den Behörden-/Ämtergängen*
- *Vermittlung an eine Geflüchteten-/Migrationsberatungsstelle, die ihr unter anderem bei (Wieder-)Beschaffung ihrer Unterlagen und Anträge behilflich ist*
- *Unterstützung bei der Organisation einer Erstausstattung für die Babys*
- *Vermittlung einer Nachsorgehebamme über das Hebammennetzwerk*
- *Ermutigung, in der Klinik die Frühgeborenen-Station anzusehen und den Kontakt zu den Ärztinnen/Ärzten zu suchen*
- *Begleitend aufsuchende Tätigkeit der Clearingstelle mit Gesprächen, vor allem in Zeiten, in denen es ihr gesundheitlich (physisch und psychisch) nicht gut geht*

nach der Geburt der Zwillinge:
- *Unterstützung bei Terminen im sozialpädiatrischen Zentrum nach der Entlassung der Kinder aus der Klinik*
- *Anbindung an eine Praxis für Physiotherapie, die auch Säuglinge behandelt*
- *Anbindung an einen Kinderarzt, der noch Kapazitäten für Zwillinge hat*
- *Unterstützung bei der Beantragung von Geldern für die Kinder*
- *Unterstützung bei der Vaterschaftsanerkennung*
- *Abwendung einer Vollstreckung, die dadurch droht, dass Frau D. keine Rundfunkbeiträge bezahlt und Zahlungsaufforderungen ignoriert hat*
- *Unterstützung bei der Anmeldung der Kinder in einer KiTa*
- *Vermittlung einer ehrenamtlich tätigen Frau über das Deutsche Rote Kreuz, damit Frau D. zumindest tagsüber entlastet werden kann*
- *Unterstützung im Umgang mit den neugeborenen Zwillingen, unter anderem auch um praktischen Herausforderungen des Alltags gewachsen zu sein, Beispiel: die Bewältigung des Bahnfahrens mit dem „Zwillingskinderwagen“, um kinderärztliche Termine wahrzunehmen*
- *Unterstützung bei Änderung der Wohnsituation.*

Kurzfristiger Effekt:
Frau D. fasst Vertrauen und wendet sich bei Hilfebedarf immer wieder an die Frühen Hilfen, so dass sie bei Bedarf unterstützt werden kann.

Frau D. erfährt durch die Unterstützung seelische Stabilisierung und Entlastung, die sie zur Bewältigung ihrer Situation der Zwillings-Schwangerschaft und -Mutterschaft dringend benötigt. Dies kommt den Kindern zugute.

Es gelingt die Überleitung an die Schwangerschaftsberatungsstelle im Gesundheitsamt und die Anbindung an die Migrationsberatung der Diakonie, die Frau D. bei allen Angelegenheiten rund um ihren Asylantrag, dem Aufenthalt der Kinder und sonstigem Reglungsbedarf mit Behörden unterstützt.

Die neugeborenen Zwillinge werden angemessen medizinisch und therapeutisch versorgt und gefördert.

Langfristiger Effekt[13]:
Die zweijährigen Kinder sind wohlauf. Die Gesundheits- und Teilhabechancen der jungen Familie sind trotz schwieriger Ausgangssituation durch Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen (Frühe Hilfen als Ansprechpartner, lebenspraktische Unterstützung, Anbindung an Hilfeangebote) deutlich verbessert.

Familie K. mit ihrem Sohn Oskar (8 Wochen alt)
Situation der Kindesmutter:
Frau K. meldet sich telefonisch selbst in der Telefonsprechstunde der Frühen Hilfen. Sie hat die Empfehlung in einer psychiatrischen Ambulanz erhalten. Ihr Sohn Oskar wurde als erstes Kind der Akademikereltern komplikationslos in einer Geburtsklinik geboren. Zum Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme mit den Frühen Hilfen im Gesundheitsamt ist der Junge acht Wochen alt.

Problematik und Intervention der Frühen Hilfen im Gesundheitsamt:
Frau K. war in der psychiatrischen Ambulanz vorstellig, da es ihr in den ersten Lebenswochen ihres Kindes zunehmend schlechter erging und zunächst Unsicherheit bestand, ob es sich um eine Wochenbettdepression handelt. Dies wurde jedoch ausgeschlossen.
Die Mutter beschreibt am Telefon, dass sie Stillprobleme habe und sehr unsicher sei, ob ihr Sohn satt werde. Sie müsse daher nach jedem Stillen Flaschennahrung zufüttern, um beruhigt zu sein. Das Kind schreie sehr viel. Sie könne mit ihm nicht allein rausgehen, denn sie habe immer Angst, das Kind nicht beruhigen zu können. Nichts sei so, wie sie es sich vorgestellt habe. Sie sei völlig überfordert, hilflos und genervt von dem ständigen Geschrei. Ihr Partner habe einen langen Arbeitstag und könne sie wenig unterstützen. Es käme dadurch häufig zu Streitigkeiten zwischen ihr und ihrem Partner. Die gesamte Situation löse starke Ängste in ihr aus. Die Mutter nimmt das Angebot einer Betreuung

13 Da Frau D. bei Hilfebedarf immer wieder Kontakt zu den Frühen Hilfen aufnimmt, ist es möglich, eine Rückmeldung über ihre Situation über zwei Jahre nach Start des Hilfeangebots zu erhalten.

durch eine Familienhebamme gerne an. Beim Hausbesuch dieser wird eine tief verunsicherte Stillbeziehung deutlich, nach Einschätzung der Mutter stellt dies die größte Belastung dar. Sie wirkt beim Stillen angespannt, der Säugling ist unruhig: Dies scheint regelmäßig eine stressige Stillsituation für Mutter und Kind auszulösen.
Im Gespräch mit der Familienhebamme während der Stillmahlzeit kann sich die Frau nach und nach entspannen, ihr Sohn kann ohne Schreien trinken. Die Mutter nimmt wahr, dass sie in der Lage ist, ihr Kind zu beruhigen und dass sie genug Milch hat. Zunächst vereinbart Frau K. zweimal wöchentlich Hausbesuche mit der Familienhebamme. Die Aussicht, dass sie die Begleitung bei Bedarf ein Jahr lang in Anspruch nehmen kann, beruhigt sie von Anfang an sehr. In den folgenden Besuchen werden der Alltag von Mutter und Kind reflektiert und Stillmahlzeiten beraterisch begleitet und praktisch unterstützt. Zudem kann die Mutter durch das gemeinsame Wiegen des Jungen Woche für Woche sehen, dass er altersentsprechend zunimmt. Es geling der Mutter, nach zwei Wochen auf das Zufüttern von Flaschennahrung zu verzichten, ohne beunruhigt zu sein. Die Hausbesuche der Familienhebamme erfolgen einmal wöchentlich und ab dem fünften. Lebensmonat des Sohnes auf Wunsch der Mutter alle 14 Tage. Die Themen erstrecken sich neben dem Stillen jetzt auch auf die Einführung der Beikost, die motorische Entwicklung des Kindes und sein Schlafverhalten. Eine Betreuung durch die Familienhebamme ist bis zum Abschluss des ersten Lebensjahrs geplant.

Kurzfristiger Effekt:
Die seelische Verfassung der Mutter stabilisiert sich. Die Eheleute teilen mit, dass sie nach etwa 4 Wochen den Alltag mit dem kleinen Kind nun häufiger genießen und dass sie sich als Eltern deutlich sicherer fühlen. Der Sohn macht einen zunehmend entspannten und offenen Eindruck.

Langfristiger Effekt:
Die Eltern haben mehr Sicherheit im Umgang mit ihrem Sohn gewonnen. Dies trägt positiv zur Bildung einer stabilen Eltern-Kind-Beziehung und einer entspannten Stimmung in der Familie bei.

2.4 Fazit und Empfehlungen

Frühe Hilfen im Gesundheitsamt Köln:
Die Frühen Hilfen im Gesundheitsamt mit den Arbeitsschwerpunkten Clearingstelle, Familienhebammen und „jusch – jung und schwanger“ wiesen 2015 ebenso wie in den Vorjahren eine hohe Inanspruchnahme auf. Insbesondere werdende und „junge“ Eltern in belastenden Lebenssituationen konnten durch dieses Angebot frühzeitig erreicht und in passgenaue Angebote vermittelt werden.

Dabei zeichnet sich ab, dass die Problematiken der betreuten Frauen und Familien komplexer werden. Immer häufiger wird beobachtet, dass psychische Beeinträchtigungen auftreten, teilweise liegen bereits diagnostizierte psychische Erkrankungen vor. Dieser Trend, der sich bereits 2012 zeigte[14], hat sich nochmals verstärkt. Dadurch werden intensivere und längere Begleitungen der betroffenen Frauen und Familien erforderlich. Die multiprofessionellen Kompetenzen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit des Teams der Frühe Hilfen im Gesundheitsamt sowie die enge Kooperation mit anderen Fachdiensten des Gesundheitsamtes, zum Beispiel dem Sozialpsychiatrischen Dienst, gewinnen zunehmend an Bedeutung.

Ein neuer Schwerpunkt der Frühen Hilfen im Gesundheitsamt liegt in der aufsuchenden Arbeit in Unterkünften für Geflüchtete:

Mit Unterstützung der Frühen Hilfen im Gesundheitsamt wurde die Grundversorgung von Neugeboren verbessert und die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen zur Kindersicherheit in Kölner Wohnheimen für Geflüchtete unterstützt.

Auf Grund des hohen Bedarfs an Beratung und Unterstützung, insbesondere in den Notunterkünften, wurde von Juli bis September 2016 ein Projekt zur fachärztlichen Beratung in Unterkünften für Geflüchtete eingerichtet und auf Grundlage des Beschlusses des Gesundheitsausschusses am 13.09.2016 mit entsprechender Personalzusetzung von einem fachärztlichen und sozialarbeiterischen Beratungsteam weitergeführt.

Es wird ersichtlich, dass es den Frühen Hilfen im Gesundheitsamt nicht nur gelingt, werdende Mütter und junge Familien in besonderen Belastungssituationen frühzeitig und niedrigschwellig zu erreichen und zu unterstützen, sondern auch in Situationen extremer Herausforderung, wie der Notunterbringung von Geflüchteten in Köln, Zugänge zu notwendigen Hilfen zu erschließen und sicherzustellen.

14 siehe Stadt Köln „Kinder- und Jugendgesundheit in Köln“, 2013: 40 ff.

3 Kinderzahngesundheit – Angebot Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst

3.1 Aufgabe und Ziele



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

Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst des Gesundheitsamts führt im Auftrag der Stadt Köln und des Arbeitskreises Zahngesundheit[15] kariesprophylaktische Maßnahmen nach § 13 ÖGDG NRW in Verbindung mit § 21 SGB V[16] in Kindertageseinrichtungen und Grundschulen, aber auch in weiterführenden Schulen mit Schwerpunkt Haupt- und Förderschulen durch. Dazu gehören Reihenuntersuchungen – gegebenenfalls mit Hinweis auf notwendige Behandlungsmaßnahmen und bei Bedarf eine Fluoridierung der Zähne, des Weiteren die Unterweisung in Mund- und Zahnhygiene sowie Ernährungsberatung. Ziel der Kariesgruppenprophylaxe ist es, die Mund- und Zahngesundheit der Kinder in Köln zu verbessern.

Grundlagen der Datenerhebung zur Kinderzahngesundheit

Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst erhebt bei den Reihenuntersuchungen laufend Daten zur Kinderzahngesundheit. In den Schulen wird der Zustand der Zähne der Kinder erfasst und dokumentiert[17]. Ein „naturgesundes Gebiss“ liegt vor, wenn das Gebiss komplett gesunde Zähne aufweist und kein Zahn kariös war. Bei den Reihenuntersuchungen in Kindertageseinrichtungen wird unterschieden zwischen einem naturgesunden, behandlungsbedürftigen oder sanierten Gebiss, und es wird festgestellt, ob im Einzelfall der Bedarf einer kieferorthopädischen Frühbehandlung besteht. Die Quote an „naturgesunden Gebissen“, unter anderem in Grundschulklassen, dient als Indikator für die Zahngesundheit.

Die kariesepidemiologischen Daten werden in Köln sowohl stadtteilbezogen[18] als auch einrichtungsbezogen ausgewertet. Für die konkrete einrichtungsbezogene Arbeit werden die einrichtungsbezogenen Ergebnisse herangezogen, da diese Ergebnisse kleinräumiger und genauer sind als die Mittelwerte auf Stadtteilebene, bei denen die Werte aller entsprechenden Institutionen des Stadtteils einbezogen werden.

Die Ergebnisse auf Stadtteilebene erweisen sich insbesondere für die einrichtungsübergreifende, sozialraumbezogene Arbeit als aufschlussreich und werden für die Stadtkarte (siehe Abbildung 6 unter 3.2) zugrunde gelegt.

Fokus des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes auf „Risikoeinrichtungen“

Mit den Gesundheitsberichten 2012 und 2013[19] wurde auf Basis der (erreichten) Zielvorgabe der WHO für 2000 (50 Prozent naturgesunde Gebisse bei Kindern im ersten Schuljahr) über die Zahngesundheit in Köln berichtet. Die Zahngesundheit in Köln hat sich im letzten Jahrzehnt bei den Kindern in Kindertageseinrichtungen sowie bei den Schulkindern deutlich und nachhaltig verbessert. Handlungsbedarf zeigt sich jedoch bei einer relativ kleinen Risikogruppe mit erhöhtem Kariesaufkommen. Überproportional häufig betroffen sind Kinder aus sozial benachteiligten Familien. In den weiterführenden Schulen sind dies überwiegend Kinder, die Förder- und Hauptschulen besuchen. Die Ergebnisse in Köln entsprechen den Trends auf Landes- und Bundesebene.

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

16 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

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

18 Für die stadtteilbezogene Auswertung werden die kariesepidemiologischen Daten der Kinder aller Einrichtungen im Stadtteil für den jeweils genannten Zeitraum ausgewertet.

19 Stadt Köln, Gesundheitsamt (Hrsg.) „Zahngesundheit bei Kindern in Köln“, Gesundheitsbericht 2012: 4, 10 ff, „Kinder- und Jugendgesundheit in Köln, Bericht 2013“: 35 ff., www.stadt-koeln.de



Gruppenprophylaktische Maßnahmen

Auf der Basis einer einrichtungsbezogen Auswertung der kariesepidemiologischen Screening-Daten aus dem Schuljahr 2011/2012 wurden im Stadtgebiet Köln bei den Kindertageseinrichtungen und bei den Grundschulen die „Risikoeinrichtungen" identifiziert. Das waren jeweils die 10 Prozent aller Einrichtungen, die die geringste Quote an Kindern mit naturgesunden Gebissen aufwiesen. Entsprechend wurde ausgewertet, in welchen Einrichtungen die Quote an naturgesunden Gebissen am höchsten lag (ebenfalls 10 Prozent aller Einrichtungen). Seit Beginn des Schuljahres 2012/2013 wird die Kariesgruppenprophylaxe intensiviert bei „Risikoeinrichtungen" durchgeführt[20], entsprechend wurden die Einrichtungen mit den höchsten Werten der Zahngesundheit weniger betreut. Ziel ist und bleibt es, weiterhin die Zahngesundheit der Kinder – insbesondere in den „Risikoeinrichtungen" – zu verbessern.

Folgendes Programm wird bei der Gruppenprophylaxe des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes durchgeführt:

Programm der Gruppenprophylaxe seit Schuljahr 2012/2013

Kindertageseinrichtungen seit Schuljahr 2012/2013

Einrichtungen mit erhöhtem Betreuungsbedarf (10 % aller Einrichtungen) jährlich:
1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
2 x Prophylaxe (Anleitungen zur Zahnpflege mit praktischen Übungen, Ernährungsberatung u.a.)

Einrichtungen mit besten Werten der Zahngesundheit (10 % aller Einrichtungen) jährlich:
1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
Ggf. 1 x Prophylaxe (jedes 2. Jahr)

Alle übrigen Einrichtungen (80 %) jährlich:
1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
1 x Prophylaxe

20 Stadt Köln, Gesundheitsamt (Hrsg.) „Zahngesundheit bei Kindern in Köln", Gesundheitsbericht 2012: 18 ff; „Kinder- und Jugendgesundheit in Köln, Bericht 2013": 35 ff., www.stadt-koeln.de

Grundschulen seit Schuljahr 2012/2013

Einrichtungen mit erhöhtem Betreuungsbedarf (10 % aller Einrichtungen) jährlich:
alle Klassen:
1 bis 2 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
2 x Fluoridierungen
2 x Prophylaxe

Einrichtungen mit besten Werten der Zahngesundheit (10 % aller Einrichtungen) jährlich:
1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt (im 1. und 3. Schuljahr)
1 x Fluoridierungen (alle Klassen)
Prophylaxe nach Absprache

Alle übrigen Einrichtungen (80 %) jährlich:
1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt im 1. und 3. Schuljahr
1 x Fluoridierungen (alle Klassen)
1 x Prophylaxe (im 2. und 4. Schuljahr)

Förderschulen seit Schuljahr 2012/2013

Differenzierung nach Förderschulform und kariesepidemiologischen Werten:

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

Klasse 7 bis 10:
1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt
1x Fluoridierung

Ansonsten Programm wie bei Hauptschulen (siehe unten)

Hauptschulen seit Schuljahr 2012/2013

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

Gesamtschulen seit Schuljahr 2012/2013

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

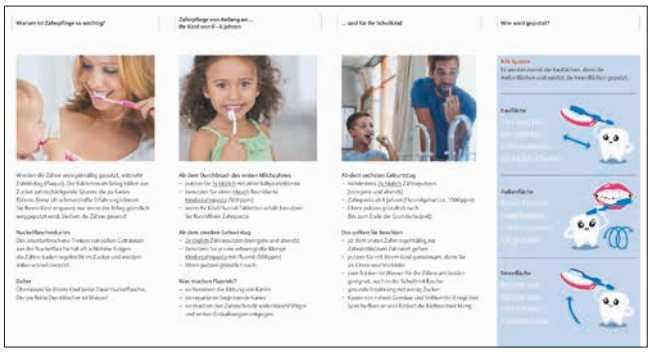
Realschulen seit Schuljahr 2012/2013

jährlich:
1 x Reihenuntersuchung Zahnärztin/Zahnarzt Klasse 6

Gymnasien seit Schuljahr 2012/2013

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





Flyer des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes

3.2 Aktueller Stand

In diesem Bericht werden exemplarisch die Reihenuntersuchungen der Kindertageseinrichtungen und Grundschulen in Köln ausgewertet,

- zum einen die Entwicklung der Kinderzahngesundheit in diesen Altersgruppen im Schuljahr 2016/2017 gegenüber Schuljahr 2011/2012
- zum anderen die Entwicklung in den jeweiligen „Risikoeinrichtungen“ der Kindertageseinrichtungen sowie der Grundschulen, in denen sich im Schuljahr 2010/2011 bei den Kindern ein erhöhtes Kariesaufkommen zeigte. Die Werte werden entsprechend den Mittelwerten aller Kindertageseinrichtungen bzw. aller Grundschulen in Köln gegenübergestellt.



Gruppenprophylaktische Maßnahmen

Kindertageseinrichtungen:

- **Ergebnisse der Kindertageseinrichtungen insgesamt**
  In Kindertageseinrichtungen sind im Zeitraum des Schuljahres 2016/2017 insgesamt 18.409 Kinder untersucht worden. Der Anteil der Kinder mit naturgesunden Gebissen an den untersuchten Kindern aller Einrichtungen liegt in diesem Schuljahr bei 81,7 Prozent und ist damit gegenüber Schuljahr 2011/2012 (81,9 Prozent) in etwa gleichgeblieben.

- **Ergebnisse der „Risikoeinrichtungen“**
  Da das Augenmerk insbesondere auf den intensiv betreuten „Risikoeinrichtungen“ liegt, werden deren Ergebnisse separat betrachtet und mit dem Mittelwert aller Kindertageseinrichtungen in Köln verglichen. Dabei wird ersichtlich, dass sich der Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen in den „Risikoeinrichtungen“ erhöht hat, und zwar von 58,4 Prozent im Schuljahr 2011/2012 auf 66,7 Prozent im Schuljahr 2016/2017. Damit liegt der Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen in diesen Einrichtungen immer noch weit unter dem Kölner Durchschnittswert (81,7 Prozent, s.o.). Er konnte jedoch in dem beobachteten Zeitraum um etwa 8 Prozentpunkte gesteigert und damit erheblich verbessert werden. Dies kann unter anderem auf die intensivierten gruppenprophylaktischen Maßnahmen während des KiTa-Aufenthalts zurückgeführt werden.

Grundschulen

- **Ergebnisse der Grundschulen insgesamt**
  Im Schuljahr 2016/2017 sind in den Kölner Grundschulen 18.469 Kinder untersucht worden. In den Klassen 1 bis 3 wurden die Reihenuntersuchungen flächendeckend bei 16.271 Kindern durchgeführt. Davon weisen 58,8 Prozent der Kinder ein naturgesundes Gebiss auf. Dies bedeutet eine leichte Verbesserung der Zahngesundheit gegenüber dem Schuljahr 2011/2012 (54 Prozent).

- **Ergebnisse der „Risikoeinrichtungen“**
  Auch hier wurde überprüft, inwieweit sich die Zahngesundheit in „Risikoeinrichtungen“ entwickelt hat. Bei den Schulen mit besonderen Risiken beträgt der Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen 2016/2017 37,1 Prozent und hat sich ebenfalls gegenüber 2011/2012 (34 Prozent) verbessert. Jedoch auch hier liegt der Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen in den Risikoeinrichtungen weit unter dem Kölner Durchschnittswert (58,8 Prozent, s.o.)
  Beim Vergleich des Mittelwerts der Zahngesundheit aller Grundschulen mit dem der „Risikoeinrichtungen für den Zeitraum der Schuljahre 2007/2008 bis 2016/2017 zeigt sich folgende Entwicklung: Im Zeitraum der Schuljahre von 2007/2008 bis 2011/2012 verbesserte sich die Zahngesundheit zwar insgesamt, in den „Risikoeinrichtungen“ jedoch nicht im gleichen Maße wie in den anderen Einrichtungen. Die Schere zwischen „Risikoeinrichtungen“ und den anderen Einrichtungen klaffte immer weiter auseinander. So erhöhte sich der Unterschied zwischen dem Durchschnittswert der Zahngesundheit in allen Einrichtungen und dem Wert der „Risikoeinrichtungen“ in diesem Zeitraum von 15 auf 20 Prozentpunkte[21]. Seit

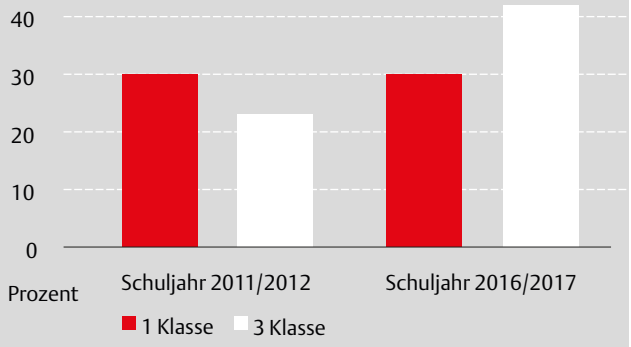
21 Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen und Schuljahre (Auswahl relevanter Schuljahre):
2007/08 alle Grundsch. 47 Prozent, „Risikoeinrichtungen“ 32 Prozent, Unterschied 15 Prozentpunkte,
2011/12 alle Grundsch. 54 Prozent, „Risikoeinrichtungen“ 34 Prozent, Unterschied 20 Prozentpunkte
2015/16 alle Grundsch. 56 Prozent, „Risikoeinrichtungen“ 37 Prozent, Unterschied 20 Prozentpunkte
2016/17 alle Grundsch. 58,8 Prozent, „Risikoeinrichtungen“ 37,1 Prozent, Unterschied 21,7 Prozentpunkte

2011/2012 werden die gruppenprophylaktischen Maßnahmen in den „Risikoeinrichtungen“ intensiviert durchgeführt. Seitdem konnte bis zum Schuljahr 2015/2016 ein weiteres Auseinanderdriften der Zahngesundheitswerte zwischen den „Risikoeinrichtungen“ und der allgemeinen Entwicklung vermieden werden.

Erst im Schuljahr 2016/2017 ist wieder eine Erhöhung der Differenz zwischen den beiden Werten auf 21,7 Prozentpunkte zu verzeichnen. Dies ist jedoch möglicherweise auf einen hohen Anteil an Kindern aus geflüchteten Familien in den „Risikoeinrichtungen“ zurückzuführen, bei denen die Kinder eine unterdurchschnittliche Zahngesundheit aufweisen (siehe unten: Zahngesundheit von Geflüchteten).

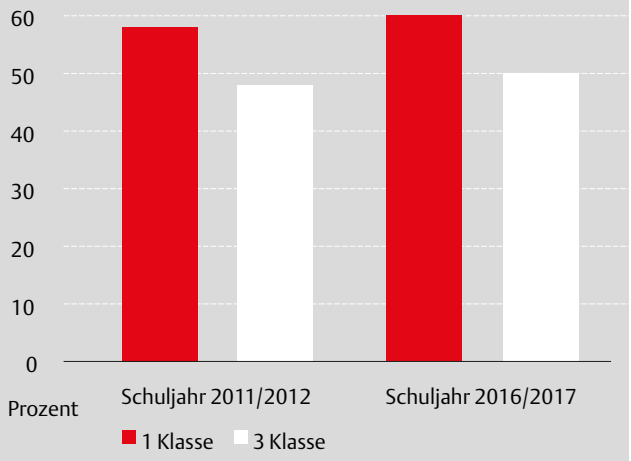
Beispiel Gemeinschaftsgrundschule Zehnthofstraße
Seit Start der Intensivprophylaxe in „Risikoeinrichtungen“ zeigen sich auch einrichtungsbezogen messbare Effekte der positiven Veränderung. Am Beispiel der Gemeinschaftsgrundschule Zehnthofstraße sei dies verdeutlicht. Die Zahngesundheitswerte liegen dort erheblich unter den Kölner Durchschnittswerten. Im Vergleich zum Schuljahr 2011/2012 (noch ohne Intensivprophylaxe) hat sich die Situation bei den Kindern im Schuljahr 2016/2017 jedoch erheblich verbessert. Darüber hinaus gab es weitere Effekte im Laufe der Schulzeit, die die Nachhaltigkeit der Intensivprophylaxe in der Gemeinschaftsgrundschule Zehnthofstraße bestätigen. Während im Kölner Durchschnitt der Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen im dritten Schuljahr gegenüber dem ersten Schuljahr abfällt, konnte in der Gemeinschaftsgrundschule Zehnthofstraße der Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen in der dritten Klasse im Vergleich zu dem Wert der ersten Klasse sogar gesteigert werden (siehe Abbildung 5).

Gemeinschaftsgrundschule Zehnthofstraße, Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen der 1. und 3. Klasse im Vergleich



Zur besseren Lesbarkeit wird nur der Abschnitt 0 bis 40 Prozent dargestellt.
Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Kölner Grundschulen, Durchschnittswert, Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen, 1. und 3. Klasse im Vergleich



Zur besseren Lesbarkeit wird nur der Abschnitt 0 bis 60 Prozent dargestellt.
Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 5: Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst Köln, Ergebnisse Reihenuntersuchungen, Quote an Grundschulkindern mit naturgesunden Gebissen in der Klasse 1 und 3, Vergleich Durchschnittswerte Köln und Werte der Gemeinschaftsgrundschule Zehnthofstr.

Vergleich der Kinderzahngesundheit der Stadt Köln mit Werten auf Bundesebene und mit Werten von Nordrhein[22]

Laut einer Erhebung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege[23] liegt im Jahr 2016 in der ersten Klasse der Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen in Nordrhein bei 61,1 Prozent (auf Basis einer Stichprobe, n=4.870) und auf Bundesebene bei 53,8 Prozent (n=151.555). Um für Köln einen vergleichbaren Wert zugrunde legen zu können, wurden die Ergebnisse der Kölner Reihenuntersuchungen von den Kindern der ersten Klasse des Schuljahrs 2016/2017ausgewertet. Bei diesen Kindern (n=8.039) betrug der Anteil mit naturgesunden Gebissen 60,6 Prozent.

Damit liegen die Zahngesundheitswerte der Stadt Köln über den Bundeswerten und geringfügig unter den Werten von Nordrhein. Die Ergebnisse auf Bundesebene, von Nordrhein und der Stadt Köln unterscheiden sich noch deutlich von der Zielvorgabe der Weltgesundheitsorganisation für 2020, die eine Quote von 80 Prozent an Kindern mit naturgesunden Gebissen bei der Altersgruppe der Schulkinder des ersten Schuljahres anstrebt.

Vernetzung und Teilnahme an Präventionsveranstaltungen

Wie bereits in den vergangenen Jahren nimmt der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst – insbesondere in den „Risikoeinrichtungen“ – an Veranstaltungen wie ein „Elterncafé“ am Vormittag, Elternabende oder „Tag der offenen Tür“ teil, um die Eltern für Zahngesundheit zu sensibilisieren, über Zahnpflege zu informieren und zu beraten. Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst hat die Zusammenarbeit mit den Fachkräften vor allem in den „Risikoeinrichtungen“ ausgebaut. Wenn bei der Reihenuntersuchung ein auffälliger Zahnbefund festgestellt wird, erhalten die Eltern ein Schreiben, mit der Bitte die notwendige zahnärztliche Behandlung durchführen zulassen. Häufig kann den Kindern nur dann geholfen werden, wenn es gelingt, die Eltern zu erreichen und zur Mitarbeit zu motivieren. Die Vernetzung vor Ort, insbesondere mit den Schulsozialarbeiterinnen und den Schulsozialarbeitern erweist sich nach wie vor als besonders hilfreich.



Gruppenprophylaktische Maßnahmen,

Vielfach bestehen dort bereits Kontakte mit den Eltern. Dies erleichtert den Zugang zu den Betroffenen.

Darüber hinaus hat der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst wie in den Vorjahren auch im Jahre 2017 im Rahmen der Veranstaltungen zum „Weltkindertag“ eine Aktion in der Kölner Innenstadt mit „Kariestunnel“ und „Putzbrunnen“ durchgeführt, um Kinder und Jugendliche zur Zahnpflege zu motivieren.

Zahngesundheit von Geflüchteten

Seit Mitte 2015 werden die Unterkünfte geflüchteter Familien in Köln vom Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst aufgesucht und die Kinder, die dort wohnen, werden gruppenprophylaktisch betreut. Laut den Ergebnissen der Reihenuntersuchungen betrug 2015 der Anteil an Kindern mit naturgesunden Gebissen 21 Prozent, im Jahr 2016 35,8 Prozent und in 2017 (bis 31.08.) liegt er bei 30,2 Prozent. Es wird deutlich, dass die Zahngesundheit der geflüchteten Kinder stark variiert, jedoch weit unter dem durchschnittlichen Wert der Kinderzahngesundheit in Kölner Grundschulen (Anteil naturgesunder Gebisse von 58,8 Prozent) liegt.

22 Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege weist Nordrhein und Westfalen unabhängig voneinander aus, daher ist ein Vergleich auf Landesebene nicht möglich.

23 Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. „Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016“ (die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V., DAJ, ist eine bundesweit tätige Organisation, die die Erhaltung und Förderung der Zahn- und Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen zur Aufgabe hat) www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/Epi_2016/Epi_final_BB1801_final.pdf, abgerufen am 18.06.2018



Gruppenprophylaktische Maßnahmen in Flüchtlingswohnheimen

Stadtteilbezogene Auswertung

Bereits im Gesundheitsbericht 2012 zeigten sich stadtteilbezogene Unterschiede bei der Zahngesundheit in Köln[24]. Auch für das Schuljahr 2016/2017 wird bei den flächendeckenden Reihenuntersuchungen der ersten und dritten Klasse die stadtteilbezogene Quote der Kinder mit naturgesunden Gebissen ermittelt. Dabei werden im Stadtteil nicht die Wohnorte der Kinder, sondern die Adressen der Grundschulen, die die Kinder besuchten, zu Grunde gelegt. Die stadtteilbezogene Quote an Grundschulkindern mit naturgesunden Gebissen variiert von 28,9 Prozent bis 82 Prozent. In den Stadtteilen Marienburg, Raderthal, Hahnwald, Fühlingen, Volkhoven/Weiler, Westhoven, Elsdorf, Lind und Libur gibt es keine Grundschulen, daher sind diese Stadtteile bei der Auswertung nicht berücksichtigt. Alle anderen Stadtteile wurden in die Auswertung einbezogen, die Zahl der untersuchten Kinder im Stadtteil liegt dabei in allen Stadtteilen über 50[25].

24 Siehe „Zahngesundheit bei Kindern in Köln", Gesundheitsbericht 2012, Stadt Köln: 14 ff.

25 Bezieht sich auf die absolute Zahl der vom Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst untersuchten Kinder der Klassen 1 und 3 aus Grundschulen des Stadtteils aus dem Schuljahr 2016/2017



Abbildung 6: Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst Köln, Reihenuntersuchung aus dem Schuljahr 2016/2017, stadtteilbezogene Auswertung zur Zahngesundheit, Quote an Grundschulkindern mit naturgesunden Gebissen in der Klasse 1 und 3 (n=16.271[26])
Quelle: Gesundheitsamt, Amt für Statistik und Stadtentwicklung, Stadt Köln

26 Anmerkung zur „Ampel"-Legende: Das Drittel der Stadtteile, in denen die Quoten an Kindern mit naturgesunden Gebissen am niedrigsten liegen, ist rot eingefärbt, das Drittel der Stadtteile, in denen die Quoten an Kindern mit naturgesunden Gebissen am höchsten liegen, grün, das „Mittelfeld" entsprechend gelb.



Gruppenprophylaktische Maßnahmen

3.3 Fallbeispiel Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst Köln

Tom, 5 Jahre alt

Situation:
Die Zahnärztin des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes lernt Tom als Vorschulkind im Rahmen einer zahnärztlichen Reihenuntersuchung in einer KiTa kennen.

Problematik und Intervention:
Das Kind weist umfangreiche Zahndefekte auf. Dies veranlasst die Zahnärztin, die Mutter über die Gruppenleitung zu kontaktieren und zu einem Gespräch in die Einrichtung einzuladen. Ziel ist es, die Ursachen für die Befunde zu ergründen und eventuell gezielt Hilfe anbieten zu können.

Die Mutter ist sich der Problematik bewusst ist: Tom hat Schmerzen, wird von den anderen Kindern gehänselt, und die Sprachentwicklung des Jungen ist deutlich beeinträchtigt ist. Bei Schmerzen gibt sie ihrem Kind Tabletten, dosiert nach Gefühl.

In der Vergangenheit gab es gelegentliche Anläufe, das Kind einer Behandlung zuzuführen. Dies scheiterte letztendlich jedoch an „Rückziehern" aus Angst vor der Behandlung, vergessenen Terminabsprachen sowie der Überlastung und dem deutlich reduzierten Gesundheitszustand der Mutter von insgesamt vier Kindern.

Die Zahnärztin des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes bietet an, einer Praxis, die auch unter Vollnarkose behandelt, den Besuch der Familie anzukündigen. Die Mutter erklärt sich mit Zögern bereit, das Angebot anzunehmen, und gibt der Zahnärztin des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes ihre Handy-Nummer, damit sie in Kontakt bleiben können. Des Weiteren wird vereinbart, mit Tom ein gemeinsames Gespräch zu führen, um ihn zur Behandlung zu motivieren. Dieses Gespräch findet statt, und Tom zeigt sich offen dafür, die Zahnarztpraxis aufzusuchen und seine Zähne behandeln zu lassen. Der erste Termin in der Praxis findet statt und der Zahnärztin gelingt es, das Vertrauen von Tom zu gewinnen. Zur weiteren Behandlung kommt es, da der Junge fest entschlossen ist, die angebotene Hilfe anzunehmen.

Die Zahnärztin des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes trifft Tom im ersten Schuljahr wieder. Er ist nach der Behandlung mit einer Zahnspange versorgt, die zum

einen als Platzhalter für die bleibenden Zähne, zum anderen durch Ersatz der fehlenden Zähne als Kinderprothese dient. In einem gemeinsamen Termin mit der Mutter und dem Schulsozialarbeiter wird besprochen, dass der Schulsozialarbeiter Tom unter anderem bei dem Thema Zahngesundheit unterstützt. Der Schulsozialarbeiter hilft in den folgenden Jahren dem Jungen beim Einhalten von Behandlungsterminen. Im Rahmen der Reihenuntersuchung das Kind im vierten Schuljahr stellt die Zahnärztin des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes fest, dass das Kind über eine deutliche Aussprache verfügt. Tom berichtet, er werde nicht mehr als „Opi" aufgezogen und er habe eine Realschul-Empfehlung erhalten. Der Schulsozialarbeiter bestätigt die Realschul-Empfehlung und erzählt, Tom habe schnell die gute Aussprache gelernt und sei jetzt gut in der Klassengemeinschaft integriert.

Kurzfristiger Effekt:
Tom erhält die notwendige Zahnbehandlung, wird schmerzfrei und kann besser sprechen.
Langfristiger Effekt:
Mit der Zahnbehandlung werden grundlegende Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Tom sich wohler fühlt und dass es ihm gelingt, deutlich sprechen zu lernen und sich dadurch sozial zu integrieren. Dies unterstützt ihn bei der Bewältigung der Anforderungen der Grundschule und trägt dazu bei, dass für Tom Voraussetzungen geschaffen/verbessert werden, eine Realschule als weiterführende Schule zu besuchen.

3.4 Fazit und Empfehlungen

Kinderzahngesundheit in Köln

Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst, der die gruppenprophylaktischen Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen und Schulen durchführt, setzt seit dem Schuljahr 2012/2013 bedarfsorientiert den Fokus auf die Betreuung der „Risikoeinrichtungen". Das sind Kindertagesstätten und Grundschulen mit überproportionalem Anteil an Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko. Häufig handelt es sich dabei um Kinder aus sozial benachteiligten Familien.
Die Ergebnisse der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in den Kindertageseinrichtungen und Schulen belegen, dass die intensivierten gruppenprophylaktischen Maßnahmen in den „Risikoeinrichtungen" nachweisbare Effekte zeigen:

- Bei den untersuchten Kindern in den Kindertagesstätten sind die Werte der Zahngesundheit in Köln im Schuljahr 2016/2017 im Vergleich zu dem Schuljahr 2011/2012 in etwa gleichgeblieben. Es zeigen sich jedoch positiven Entwicklungen bei den Werten der Kinder aus „Risikoeinrichtungen", dort hat sich die Zahngesundheit verbessert.

- Bei den Grundschulkindern in Köln haben sich im Schuljahr 2016/2017 im Vergleich zum Schuljahr 2011/2012 die Werte der Zahngesundheit sowohl in den „Risikoeinrichtungen" als auch in den anderen Einrichtungen erhöht. Dies entspricht dem Trend der vergangenen zehn Jahre, der Durchschnittswert der Zahngesundheit ist in diesem Zeitraum kontinuierlich angestiegen. In der Zeit bis zum Schuljahr 2011/2012 hatten sich allerdings die durchschnittlichen Zahngesundheitswerte in einem höheren Maße verbessert als in den „Risikoeinrichtungen". Für den Zeitraum vom Schuljahr 2012/2013 bis zum Schuljahr 2015/2016 konnte ein weiteres Auseinanderdriften der Werte der „Risikoeinrichtungen" und des Durchschnittswerts vermieden werden.

Aus fachlicher Sicht wird das bestehende Konzept der Gruppenprophylaxe als wirkungsvoll und eine Fortführung als sinnvoll erachtet.

Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst betreut darüber hinaus seit Mitte 2015 mit gruppenprophylaktischen Maßnahmen Kinder in Flüchtlingswohnheimen. Allein auf Grund der erheblich unterdurchschnittlichen Zahngesundheit dieser Kinder ist die Notwendigkeit einer Fortführung dieser frühzeitigen Betreuung gegeben.

4 Gesundheit der Kinder vor Schuleintritt – Angebot Schuleingangsuntersuchung

4.1 Aufgabe und Ziele



Der Übergang in die Schule stellt für Kinder einen wichtigen Meilenstein dar und setzt Fähigkeiten in unterschiedlichsten Bereichen voraus. Die Schuleingangsuntersuchung zielt darauf ab, vor Schuleintritt den Entwicklungsstand festzustellen und mögliche gesundheitliche Beeinträchtigungen sowie Entwicklungsrisiken aufzudecken. Diese Untersuchung ist ein gesetzlich vorgeschriebener Bestandteil des Schulaufnahmeverfahrens gemäß § 54 des Schulgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen in Zusammenhang mit § 12 ÖGDG NRW.

In der Regel wird daher jedes Kind vor der Einschulung dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst vorgestellt. Ein besonderer Fokus der Untersuchung liegt dabei auf der körperlichen Entwicklung und der allgemeinen gesundheitlich bedingten Leistungsfähigkeit. So werden beispielsweise Tests zum Hören und Sehen durchgeführt. Beim Einschulungsjahrgang 2017 gibt es dabei allein 977 Kinder (10,3 Prozent der vorgestellten Kinder), die einen Befund bei der Überprüfung der Sehschärfe aufweisen und sich noch nicht in Behandlung befinden. 435 Kindern (4,6 Prozent) haben einen Befund bei der Überprüfung, ob eine Hörstörung vorliegt, und sind ebenfalls noch nicht in Behandlung. Die Schuleingangsuntersuchungen dienen in erster Linie der Entwicklungsbeurteilung des Kindes, der Beratung der Eltern und gegebenenfalls der Empfehlung weiterer Maßnahmen, zum Beispiel der differenzialdiagnostischen Abklärung eines Befundes durch niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte. Sie bilden dadurch aber auch die Basis für eine Vollerhebung gesundheitlicher Daten zum Entwicklungsstand aller Kinder eines Einschulungsjahrganges.

Grundlagen der Datenerhebung

Seit Einschulungsjahrgang 2012 wird auch in Köln das von der Universität Bremen im Auftrag des Landes Nordrhein-Westfalen entwickelte „SOPESS-Verfahren – Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen[27]“ eingesetzt und differenziert ausgewertet. Dieses Verfahren wird vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG NRW) als Standard empfohlen und kommt bisher bei 52 der 53 Kreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen zur Anwendung. Das LZG NRW wertet die Ergebnisse aller beteiligten Kommunen zentral aus, so dass die Werte aus Köln mit den Landeswerten[28] verglichen werden können. Bei den Einzelauswertungen des vorliegenden Berichts wird die Grundgesamtheit der auswertbaren Datensätze jeweils separat angeben. Wenn nicht anders erwähnt, wurden die hier verwandten Daten vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst erfasst und vom LZG NRW ausgewertet.

Bei den Eltern der untersuchten Kinder wird zusätzlich der Sozialstatus erhoben. Hier handelt es sich um den Sozialstatus nach Bildungsstand. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung werden die Eltern zu ihrer beruflichen und schulischen Bildung befragt. Die Befragung ist für die Eltern freiwillig. Aus den Antworten dieser Fragen wird vom LZG NRW ein Bildungsindex berechnet und den Kommunen für die Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung gestellt. Die Berechnung des Indexes erfolgt auf Grundlage der Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Epidemiologische Methoden“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS). Der Bildungsindex wird zunächst getrennt für jedes Elternteil ermittelt. Der jeweils höhere Index-Score wird dann dem Haushalt zugeordnet, in dem das Kind lebt[29].

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

28 Da bei Berichterstellung die Ergebnisse des Einschulungsjahrgangs 2017 auf Landesebene noch nicht vorliegen, wurden die Jahrgänge 2015 in NRW und Köln bei dem Vergleich zugrunde gelegt. Die Anzahl der ausgewerteten Datensätze vorgestellter Kinder des Jahrgangs NRW betrug beim Einschulungsjahrgang 2015 NRW 143.122, Quelle LZG NRW.

29 Quelle und genaue Darstellung des Berechnungsschemas: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, „Jahresbericht 2006 zur Schulärztlichen Untersuchungen in NRW“: 45, unter Landeszentrum Gesundheit NRW, www.lzg.gc.de.
Beim Einschulungsjahrgang Köln 2017 wurde bei 69,9 Prozent der Eltern oder Sorgeberechtigten der vorgestellten Kinder (n=6.660) der Sozialstatus erhoben, davon wurden 1.033 einem niedrigen Sozialstatus, 2.304 einem mittleren Sozialstatus, 3.323 einem hohen Sozialstatus zugeordnet.



Schuleingangsuntersuchung

Dadurch lassen sich Hinweise auf Zusammenhänge zwischen der gesundheitlichen Situation, Bildung und der sozialen Lage darstellen.

4.2 Aktueller Stand

In Köln sind 9.530 Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen des Jahrgangs 2017[30] vorgestellt worden. Seit dem Einschulungsjahrgang 2012 mit 8.694 Kindern hat sich die Anzahl der vorgestellten Kinder deutlich erhöht. Dies ist auf eine steigende Zahl der Kinder dieser Altersgruppe in Köln[31] zurückzuführen.

Im Jahrgang 2017 beträgt der Anteil an Mädchen 49,1 Prozent und der Anteil an Jungen 50,9 Prozent. Alle Auswertungen werden nach Geschlecht getrennt durchgeführt. Wenn sich relevante Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen zeigen, werden diese erwähnt.

Bei der Schuleingangsuntersuchung wird darüber hinaus festgehalten, ob das Kind mit der deutschen oder einer anderen Erstsprache[32] aufgewachsen ist. Eine andere Erstsprache als Deutsch weist auf eine familiäre Migrationsgeschichte hin. In der Schuleingangsuntersuchung Köln 2017 beträgt der Anteil an Kindern mit einer anderen Erstsprache als der deutschen Sprache 38,3 Prozent (Jahrgang 2012: 39,9 Prozent). 886 der in der Schuleingangsuntersuchung Köln 2017 vorgestellten Kinder wurden nicht in Deutschland geboren.

Deutschkenntnisse

In der Schuleingangsuntersuchung werden die Deutschkenntnisse bei den Kindern, die eine andere als die deutschen Sprache als Erstsprache haben, qualitativ durch die Schulärztin oder den Schularzt anhand der Spontansprache des Kindes eingeschätzt. Die Vorgaben im Rahmen des von der Stadt Köln eingesetzten „Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen“ (SOPESS, siehe 4.1) umfassen fünf Kategorien:

- Das Kind spricht fehlerfrei und flüssig Deutsch.
- Das Kind spricht flüssig Deutsch, jedoch mit leichten Fehlern.
- Das Kind spricht flüssig Deutsch, jedoch mit erheblichen Fehlern.
- Das Kind spricht nur radebrechend Deutsch.
- Das Kind spricht kein Deutsch.

Diese Einschätzung führt im Anschluss zur Entscheidung über das weitere Vorgehen in der Untersuchung. Wenn keine entsprechenden Deutschkenntnissen vorliegen (das Kind spricht kein Deutsch oder rade-

30 Jahrgang 2017: Kinder, die im Sommer 2017 (für das Schuljahr 2017/2018) eingeschult werden

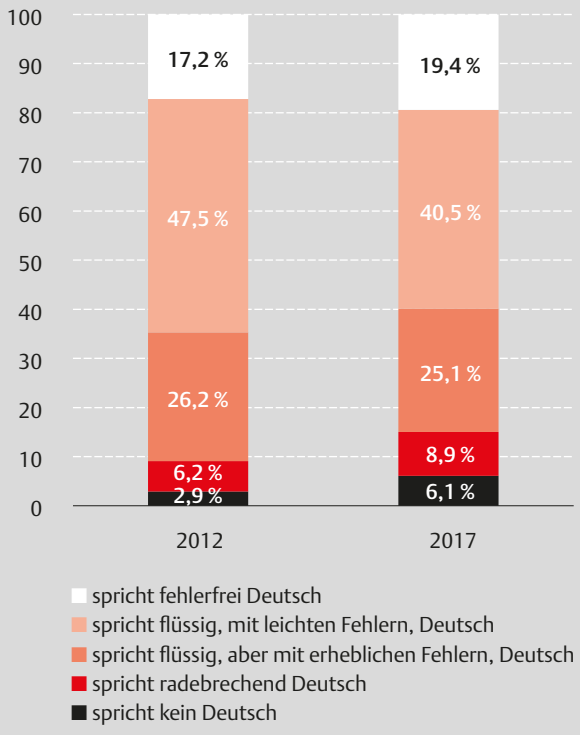
31 So lag die Anzahl der 5-Jährigen in Köln im Jahre 2012 (31.12) bei 9.229 Kindern, im Jahre 2017 (31.12) bei 9.804 Kindern, Quelle: Amt für Stadtentwicklung und Statistik, Stand 04/2018.

32 Die Erstsprache ist die Sprache, die das Kind in den ersten vier Lebensjahren überwiegend gesprochen hat.

brechend Deutsch), ist eine Durchführung der beiden Einzeltests zu „Präpositionen“ und „Pluralbildung“ im Rahmen des SOPESS in der Regel nicht sinnvoll (siehe hierzu unter 4.2.4 „Sprache und Sprechen“) und wird daher unterlassen.

Des Weiteren wird im Rahmen der Untersuchung bei Kindern mit unzureichenden Deutschkenntnissen je nach situativem Bedarf auf die Deutschkenntnisse der begleitenden Personen sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes zurückgegriffen oder es wird zur Übersetzung der Videodolmetscher eingesetzt.

Schuleingangsuntersuchungen Köln 2012 und 2017, Deutschkenntnisse der Kinder mit einer anderer Erstsprache als Deutsch in Prozent



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 7: Schuleingangsuntersuchung Köln, Jahrgänge 2012 (n= 3.224) und 2017 (n= 3.652), Deutschkenntnisse der Kinder mit anderer Erstsprache als Deutsch in den Schuleingangsuntersuchungen

Auf Basis dieser Einschätzung der Deutschkenntnisse liegt beim Einschulungsjahrgang Köln 2017 der Anteil an Kindern mit unzureichenden Deutschkenntnissen, das heißt, der Anteil der Kinder, die flüssig Deutsch jedoch mit erheblichen Fehlern sprechen, radebrechend Deutsch sprechen oder kein Deutsch sprechen, bei 40,1 Prozent (Jahrgang 2012 bei 35,3 Prozent).

223 Kinder des Einschulungsjahrgangs 2017 sprechen kein Deutsch. Der Anteil dieser Kinder an allen Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch beträgt 6,1 Prozent und hat sich damit gegenüber Einschulungsjahrgang 2012 (2,9 Prozent) mehr als verdoppelt[33]. Dies ist unter anderem auf die hohe Anzahl an neu zugewanderten geflüchteten Familien zurückzuführen, deren Kinder vor der Erstbeschulung noch nicht die Möglichkeit hatten, Deutschkenntnisse zu erwerben.

4.2.1 Impfschutz

Nach wie vor bieten Impfungen den besten Schutz vor gängigen Infektionskrankheiten und vermeiden schwerwiegende Komplikationen. Sie haben einen dreifachen Nutzen. Zum einen schützen sie vor Erkrankungen, für die es keine oder nur beschränkte Behandlungsmöglichkeiten gibt. Des Weiteren schützen sie ungeborenes Leben, wenn die werdende Mutter geimpft ist. Darüber hinaus bieten sie einen kollektiven Schutz der Menschen, die zusammen leben, wenn ein ausreichender Anteil von ihnen geimpft ist. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die „Ständige Impfkommission“ (STIKO) als Gremium von Expertinnen und Experten für Impfempfehlungen berufen. Diese sieht für Kinder und Jugendliche Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis (Keuchhusten), Hepatitis B, Polio (Kinderlähmung), Rotaviren[34], Hib (Haemophilus influenzae Typ b), Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (Windpocken), Meningokokken und Pneumokokken vor. Für Mädchen im Alter von zwölf bis siebzehn Jahren und für Jungen zwischen neun und vierzehn Jahren werden darüber hinaus Impfungen gegen Humane Papillomaviren (HPV) empfohlen.

Eine gesetzliche Impfpflicht existiert in Deutschland nicht.

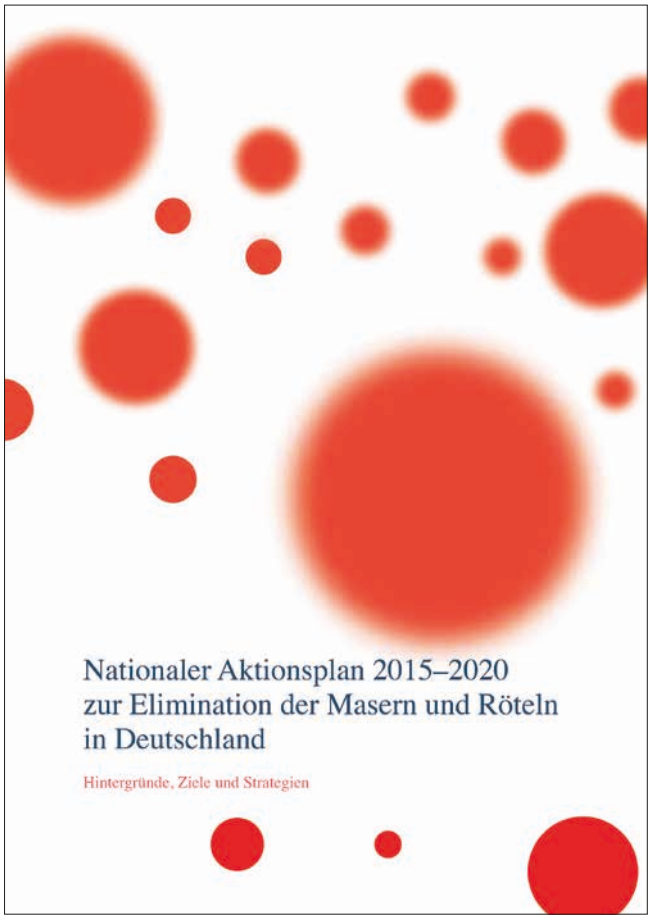
Deutschland bekennt sich zu den Zielen der WHO EURO und hatte bereits für das Jahr 2015 die Eliminierung der Masern und Röteln angestrebt. Dieses Ziel konnte noch nicht erreicht werden. So wurden im Jahr 2015 bundesweit allein 2.604 Masernfälle dem RKI gemeldet, im Jahr 2016 waren es 361 Masernfälle. Im Jahr 2017 gab es 1.037 Masernfälle, davon in Köln 17 Masernfälle. Im laufenden

33 Im Einschulungsjahrgang 2016 lag der Anteil der Kinder, die kein Deutsch sprechen, bei 306 und bei einem Anteil von 8,9 Prozent aller vorgestellten Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch, damit noch höher als im Einschulungsjahrgang 2017.

34 Für die Durchimpfungsrate gegen Rotaviren liegen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen keine Ergebnisse vor.

Jahr 2018 sind gemäß Meldung an das RKI bundesweit 381 Masernfälle gemeldet worden, in Köln sind 121 Masernfälle aufgetreten (Stand 20.06.18[35]).

Die Eliminierung der Masern und Röteln wird jedoch weiterhin angestrebt. Anhand des „Nationalen Aktionsplan 2015 – 2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ des Bundesministeriums für Gesundheit vom Juni 2016 werden dazu die strategischen und messbaren Ziele sowie zahlreiche Vorschläge für Maßnahmen zur Zielerreichung konkretisiert. Zu den vorgeschlagenen Strategien der WHO gehören das Erreichen und die Aufrechterhaltung von sehr hohen Impfquoten für die zweifache Masern- und mindestens einmalige Rötelnimpfung bei mindestens 95 Prozent der Bevölkerung. Laut dem nationalen Aktionsplan 2015 – 2020 sollte entsprechend bei Kindern in den Schuleingangsuntersuchungen eine 2-Dosen-Impfquote bei Masern, Mumps und Röteln von über 95 Prozent vorliegen.



Robert Koch-Institut, www.rki.de, Broschüre „Nationaler Aktionsplan“

35 Quelle zur Anzahl der bundesweiten Masernfälle: Robert Koch-Institut, www.rki.de, abgerufen am 20.06.2018, Quelle zur Anzahl der Masernfälle in Köln: Gesundheitsamt der Stadt Köln, Stand 20.06.18, Unterschied zu den in den Medien kommunizierten Fallzahlen können durch verzögerte Meldung im Ausbruchgeschehen bedingt sein.

Vorlage Impfpass

Bei der Einladung zur Schuleingangsuntersuchung wird darauf hingewiesen, dass die Eltern und Sorgeberechtigten den Impfpass zum Untersuchungstermin mitbringen sollen. Nur bei Kindern mit Impfpass kann der Impfstatus festgestellt und ausgewertet werden. Alle nachfolgenden Auswertungen zur Durchimpfungsrate beziehen sich ausschließlich auf die vorgelegten Impfpässe. Es ist allerdings zu vermuten, dass die Durchimpfung bei den Kindern, die ihren Impfpass nicht vorgelegt haben, geringer ausfällt. Diese Annahme wird durch Erhebungen des Robert Koch-Instituts bestätigt[36].

Beim Einschulungsjahrgang 2017 legen 8.560 Kinder und damit ein Anteil von 89,8 Prozent den Impfpass vor. Damit ist die Vorlagequote des Einschulungsjahrgangs 2017 gegenüber dem Jahrgang 2012 (90,6 Prozent) geringfügig gesunken und gegenüber dem Jahrgang 2016 (89,3 Prozent) etwa gleichgeblieben.

Bei Erstellung dieses Berichtes liegen Landeswerte bis Einschulungsjahrgang 2016 vor[37]. Daher werden für den Vergleich mit Landeswerten die Ergebnisse des Einschulungsjahrgangs Köln 2016 zugrunde gelegt. Gegenüber NRW 2016 (91,2 Prozent) ist der Anteil an vorgelegten Impfpässen in Köln mit 89,3 Prozent im Einschulungsjahr 2016 leicht unterdurchschnittlich[38].

Übersicht über die Impfquoten

Genaue Werte der Impfquoten der Schuleingangsuntersuchungen Köln 2015, 2016 und 2017 sind im Anhang unter 10.2, Tabelle 1, aufgeführt und werden dort den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen 2016 auf Landes- und Bundesebene gegenübergestellt. Die darauf folgende Tabelle 2 gibt Auskunft über die zugrunde liegenden Impfempfehlungen der STIKO **(St**ändige **I**mpfkommission am Robert **Ko**ch-Institut).

Impfschutz gegen Masern, Mumps Röteln

Vollständiger Impfschutz ist laut der Ständigen Impfkommission bei je zwei Impfungen Masern, Mumps und Röteln gegeben. Im Kölner Einschulungsjahrgang 2017 verfügen 94,3 Prozent der Kinder mit vorgelegtem Impfpass über vollständigen Impfschutz gegen Masern (siehe Abbildung 8). Damit hat sich die Durchimpfungsrate der

36 Gesundheitsberichterstattung des Bundes (RKI und DESTATIS), http://www.gbe-bund.de, abgerufen 02.02.2018

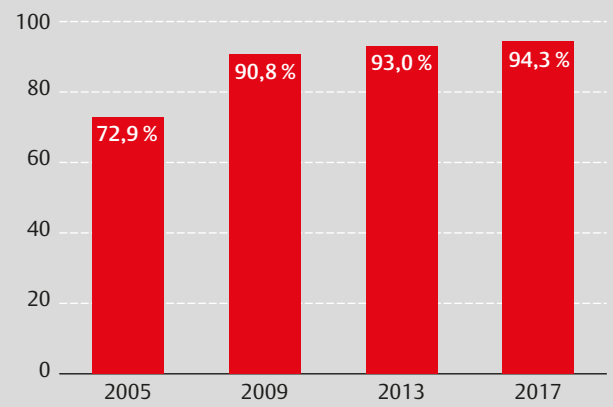
37 Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de, abgerufen am10.07.2018

38 Land NRW, Einschulungsjahrgang 2016: n=152.063 Kinder, vorgestellte Kinder mit Impfpass: n=138.682, Quote der vorgestellten Kinder mit Impfpass: 91,8 Prozent

Vorschulkinder bei Masern gegenüber dem Jahrgang 2012 (92,3 Prozent) und Jahrgang 2013 (93 Prozent, siehe Abbildung 8) nochmals leicht gesteigert. Der vollständige Impfschutz beträgt bei Mumps 94,2 Prozent, bei Röteln 94,1 Prozent und hat sich ebenfalls gegenüber dem Einschulungsjahrgang 2012 (Mumps: 92,2 Prozent, Röteln: 92,1 Prozent) erhöht[39].

Stadtbezirksbezogene Angaben zu den Impfquoten bei Masern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 2017 befinden sich im Anhang unter 10.2, Tabelle 3, eine stadtteilbezogene Auswertung zum Zeitraum der Schuleingangsuntersuchungen 2015 bis 2017 ist in Abbildung 10 dargestellt.

Schuleingangsuntersuchungen Köln 2005, 2009, 2013, 2017, Quote an Kindern mit vollständigem Impfschutz gegen Masern, prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 8: Schuleingangsuntersuchung Köln, Vergleich Jahrgänge 2005, 2009, 2013, 2017, Anteil an Kindern mit vollständigem Impfschutz (zweifache Impfungen) gegen Masern bei vorgelegten Impfpässen in Köln nach Einschulungsjahrgängen[40]

Im Kölner Einschulungsjahrgang 2017 beträgt der Anteil der Kinder mit einer Impfdosis gegen Röteln 97,5 Prozent, der Anteil an Kindern mit einer Impfdosis gegen Masern 97,8 Prozent. Verglichen mit dem Einschulungsjahrgang 2012 (eine Impfdosis gegen Röteln: 96,6 Prozent, eine Impfdosis gegen Masern: 96,8 Prozent) sind diese Werte angestiegen.

2,2 Prozent der Kinder mit vorgelegtem Impfpass des Kölner Jahrgangs 2017 haben keine Masernimpfung erhalten, im Jahrgang 2012 waren es 3,2 Prozent.

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

Vollständiger Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Hib und Polio lag beim Einschulungsjahrgang Köln 2012 zwischen 90,6 und 96,2 Prozent der Kinder mit Impfpass vor[41]. Auch für den Kölner Jahrgang 2017 können Durchimpfungsraten von über 90 Prozent bestätigt werden. Kontrollbedürftig ist allerdings der zu beobachtende Rückgang bei Diphtherie, Tetanus und Pertussis um über 3 Prozentpunkte im Einschulungsjahrgang 2017 gegenüber Einschulungsjahrgang 2012 (siehe Abbildung 9, genaue Werte siehe 10.2, Tabelle 1)[42]. Bezogen auf Hepatitis B kann beim Jahrgang 2017 im Vergleich mit Jahrgang 2012 (74,3 Prozent) eine Erhöhung der Durchimpfungsrate um über 8 Prozentpunkte auf 82,8 Prozent festgestellt werden.

Impfschutz gegen Varizellen, Meningokokken und Pneumokokken

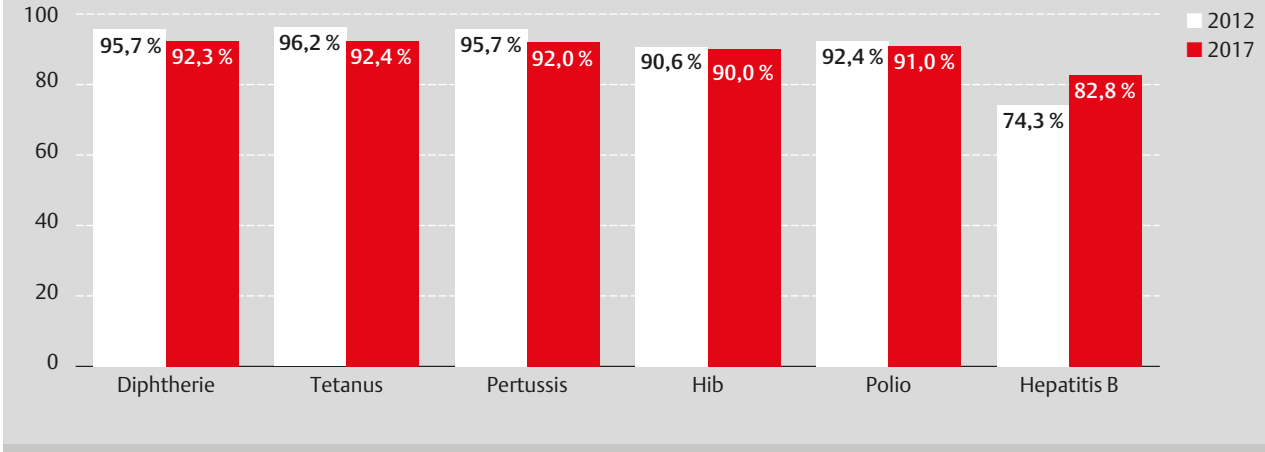
Der Anteil an Kindern mit vollständigem Impfschutz gegen Varizellen (Windpocken) beim Einschulungsjahrgang Köln 2017 beträgt mittlerweile 87,7 Prozent. Beim Einschulungsjahrgang Köln 2012 lag er noch bei 66,5 Prozent. Die aktuelle STIKO-Empfehlung für eine zweifache Impfung datiert vom Juli 2009[43].

Ebenso hat sich der vollständige Impfschutz gegen Pneumokokken[44] bei den vorgestellten Kindern von 67,2 Prozent im Jahrgang 2012 auf 73,9 Prozent im Jahrgang 2017 gesteigert.

Hinsichtlich Meningokokken[45] verfügen 89 Prozent der Kinder des Einschulungsjahrgangs Köln 2017 über einen vollständigen Impfschutz. Damit hat sich die Durchimpfungsrate gegenüber dem Jahrgang 2012 (86,8 Prozent) geringfügig erhöht.

39 Eine fast identische Quote bei Masern, Mumps und Röteln ist darauf zurückzuführen, dass nahezu ausschließlich Kombinationsimpfstoffe für diese drei Impfungen verwendet werden.
40 Einschulungsjahrgang 2012 (vollständiger Impfschutz gegen Masern bei den Kindern mit vorgelegten Impfpässen: 92,3 Prozent) wurde in diese Abbildung nicht aufgenommen, da hier die Entwicklung in 4-Jahres-Intervallen dargestellt ist.
41 Siehe „Kinder- und Jugendgesundheit in Köln", Gesundheitsbericht 2013, Stadt Köln: 12
42 Vollständiger Impfschutz liegt laut STIKO vor: Hib, Hepatitis B, Polio mindestens vier Dosen (mindestens 3 Dosen bei Verwendung von Impfstoffen ohne Pertussiskomponente), Diphtherie, Tetanus Pertussis mindestens vier Dosen.
43 Sie ergänzt die STIKO-Empfehlung einer allgemeinen Varizellenimpfung vom Jahre 2004.
44 Pneumokokken vollständige Impfung: mindestens 2-mal
45 Meningokokken vollständige Impfung: mindestens 1-mal, bei erster Dosis nach Vollendung des 1. Lebensjahres oder mindestens 3mal, bei erster Dosis vor Vollendung des 1. Lebensjahres

Schuleingangsuntersuchungen Köln 2012 und 2017, Quote an Kindern mit vollständigem Impfschutz Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hib, Polio, Hepatitis B, prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe, in Prozent



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 9: Schuleingangsuntersuchung Köln, Einschulungsjahrgänge 2012 (n=7.881) und 2017 (n=8.560), Anteil an Kindern mit vollständigem Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hib, Polio, Hepatitis B in Köln, prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe

Vergleich mit den Landeswerten

Die Kölner Durchimpfungsraten des Einschulungsjahrgangs 2016, bezogen auf die vorgelegten Impfpässe, liegen bei Masern, Mumps und Röteln etwa im Landesdurchschnitt (2016), sie unterschreiten die Landeswerte 2016 bei Hepatitis B um etwa 3 Prozentpunkte, bei den Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hib und Polio um etwa 1 Prozentpunkt.

Bei Varizellen liegen die Durchimpfungsraten Kölns des Einschulungsjahrgangs 2016 mehr als 1 Prozentpunkt über den Landeswerten (siehe Tabellen unter 10.2).

Impfschutz und Sozialstatus

Im Einschulungsjahrgang Köln 2017 beträgt der Anteil von Kindern, die einen kompletten Impfstatus aufweisen, bei Familien mit hohem Sozialstatus 78,7 Prozent, bei Familien mit mittlerem Sozialstatus 89,2 Prozent und bei Familien mit niedrigem Sozialstatus 86,9 Prozent[46].

Stadtteilbezogene Auswertung

Bereits in den Gesundheitsberichten 2009 und 2013 zeigten sich stadtteilbezogene Unterschiede bei den Durchimpfungsquoten in Köln[47]. Bei der aktuellen Auswertung, inwieweit vollständiger Impfschutz gegen Masern besteht (siehe Abbildung 10), werden die drei Einschulungsjahrgänge 2015 bis 2017 zusammengefasst, um insbesondere bei den „kleinen" Stadtteilen mit wenig untersuchten Kindern das Risiko zufallsbedingter Schwankungen zu reduzieren. Die stadtteilbezogene Durchimpfungsrate variiert von 84,4 bis 100 Prozent.

Bei der Zusammenfassung der drei obengenannten Jahrgänge liegt die Zahl der Kinder mit Impfpass im Stadtteil Libur unter 30, in den Stadtteilen Elsdorf, Fühlingen, Hahnwald und Immendorf zwischen 40 und 49, in allen anderen Stadtteilen über 50[48].

Im Anhang sind die Impfquoten der Schuleingangsuntersuchung 2017 pro Stadtbezirk aufgeführt (siehe 10.2, Tabelle 3).

46 Prozentuiert auf den vorgelegten Impfpass, Impfungen komplett: Diphtherie, Tetanus, Hib, Hepatitis B, Polio mindestens vier Dosen (mindestens 3 Dosen bei Verwendung von Impfstoffen ohne Pertussiskomponente), Pertussis mindestens vier Dosen, Masern, Mumps, Röteln mindestens zwei Dosen; zu Sozialstatus siehe 4.1

47 Siehe „Kindergesundheit im Vorschulalter", Gesundheitsbericht 2009, Stadt Köln: 69 ff., „Kinder- und Jugendgesundheit in Köln, Bericht 2013", Stadt Köln: 35 ff.

48 Bezieht sich auf die absolute Zahl der in den Schuleingangsuntersuchungen 2015 bis 2017 vorgestellten Kinder im Stadtteil mit Impfpass

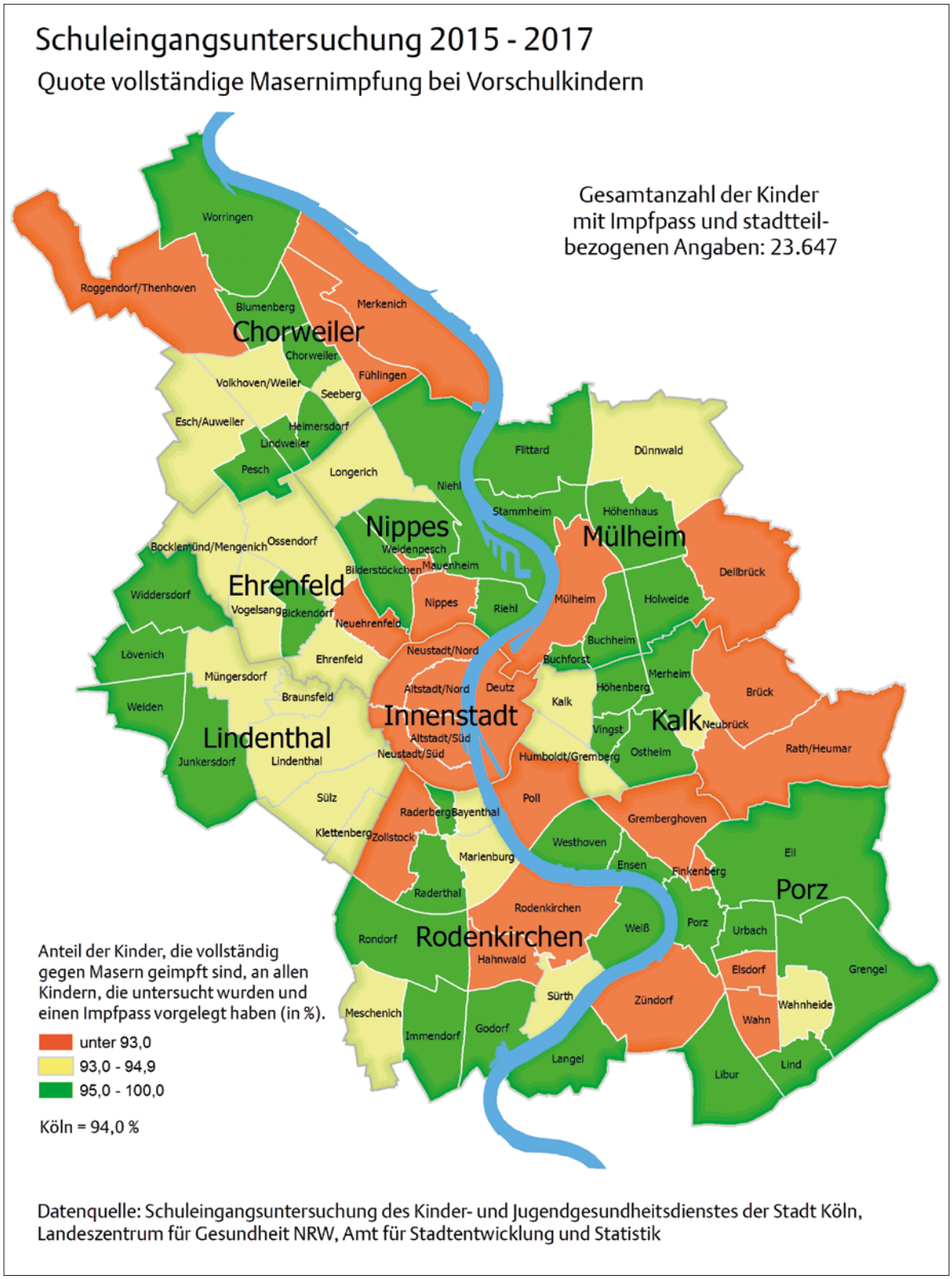
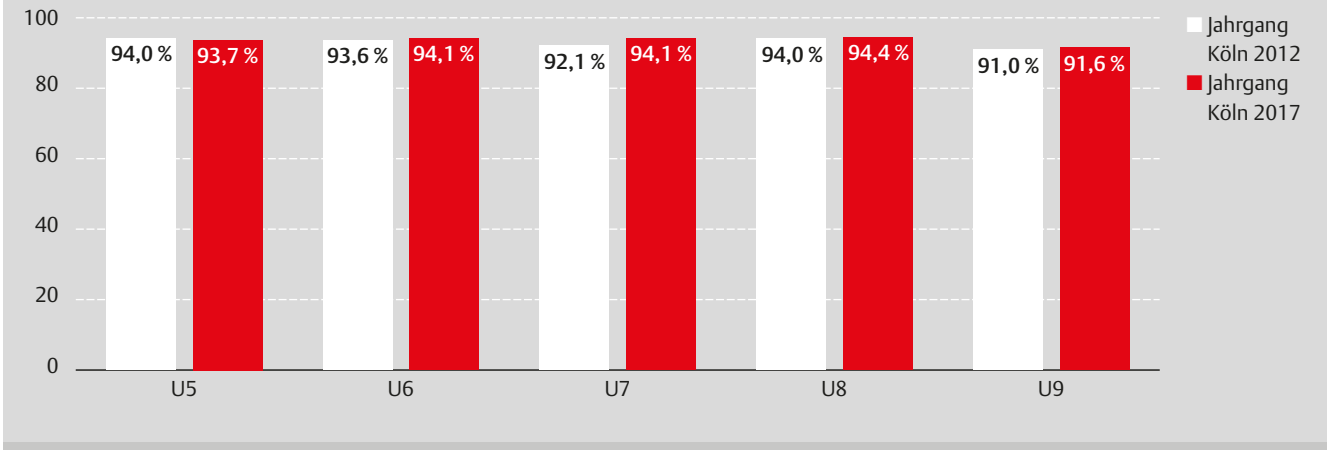


Abbildung 10: Schuleingangsuntersuchung Köln, Jahrgänge 2015 bis 2017, stadtteilbezogene Auswertung zum vollständigen Impfschutz gegen Masern[49]

49 Anmerkung zur „Ampel"-Legende:
Das Drittel der Stadtteile, in denen die Quoten an Kindern mit vollständigem Impfschutz gegen Masern am niedrigsten liegen, ist rot eingefärbt, das Drittel der Stadtteile, in denen die Quoten an Kindern mit vollständigem Impfschutz gegen Masern am höchsten liegen, grün, das „Mittelfeld" entsprechend gelb.

Schuleingangsuntersuchungen Köln 2012 und 2017
Teilnahmequote U5 bis U9 bei Kindern mit vorgelegtem Untersuchungsheft im Jahrgangsvergleich



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 11: Schuleingangsuntersuchung Köln, Jahrgänge 2012 (n=7.947) und 2017 (n= 8.525), Vergleich Teilnahmequote der U5 bis U9, bei den Kindern mit vorgelegten Untersuchungsheften

4.2.2 Früherkennungsuntersuchungen

Die Früherkennungsuntersuchungen bei der Kinder- und Jugendärztin oder dem Kinder- und Jugendarzt dienen dazu, mögliche gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Kindern frühzeitig zu erkennen und die erforderlichen Behandlungen einzuleiten. Seit 1971 sind sie im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten und bedeuten für die Eltern daher keine zusätzlichen Kosten. Alle Kinder sollten möglichst lückenlos bei den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 und später auch bei der J1 sowie der J2 vorgestellt werden, damit sie bei Bedarf entsprechende Förderung und Versorgung erhalten können. Um die Verbindlichkeit der Früherkennungsuntersuchungen zu erhöhen, ist seit 2008 verbindlich vorgeschrieben, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte die Daten der Kinder, die bei der U5 bis U9 vorgestellt werden, an das Statistische Landesamt Nordrhein-Westfalen übermitteln. Dort erfolgt ein Datenabgleich über die Kinder, die nicht an den Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben; diese Kinder werden den Jugendämtern gemeldet. Als Rechtsgrundlage dient die Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen vom 10.09.2008 in Verbindung mit § 32a des Heilberufsgesetzes. Die Jugendhilfe ist verpflichtet, bei Gefährdung geeignete Maßnahmen einzuleiten. (Die für die einzelnen Früherkennungsuntersuchungen vorgesehenen Altersspannen, in denen das Kind vorgestellt werden sollte, finden sich im Anhang).

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

Bei der Schuleingangsuntersuchung 2017 legten 8.525 Kinder ihr Untersuchungsheft vor. Die Quote der vorgelegten Untersuchungshefte beträgt damit in diesem Jahrgang 89,5 Prozent und ist gegenüber 2015 (91,5 Prozent) und 2012 (91,4 Prozent) leicht gesunken. Die nachfolgenden Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf die untersuchten Kinder mit vorgelegten Untersuchungsheften.

Die Teilnahmequote der Kinder mit vorgelegtem Untersuchungsheft an den Früherkennungsuntersuchungen 5 bis 9 betrug beim Einschulungsjahrgang Köln 2012 bereits über 90 Prozent. Bei den Früherkennungsuntersuchungen U6 bis U9 hat sie sich im Jahrgang 2017 nochmals verbessert, bei der U5 ist sie etwa gleich geblieben (siehe Abbildung 11).

Die U7a, die um den dritten Geburtstag des Kindes stattfindet, wurde zusätzlich am 01.07.2008 eingeführt. Seit 2010 ist sie in das Pflichtprogramm aller gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Im Einschulungsjahrgang Köln 2017 nehmen 92,1 Prozent der Kinder mit vorgelegtem Untersuchungsheft daran teil (2015: 89,6 Prozent), damit kann eine Steigerung von über 27 Prozentpunkten gegenüber dem Einschulungsjahrgang 2012 (64,8 Prozent) festgestellt werden.

Die Quote der vorgelegten Untersuchungshefte in Köln liegt etwa im Landesdurchschnitt. Die Teilnahmequoten der U5, U6, U7 U8 und U9 in Köln unterschreiten die Landeswerte geringfügig um etwa 1 bis 2 Prozentpunkte (Referenzwerte: Einschulungsjahrgang 2015, da auf Landesebene Werte zum Einschulungsjahrgang 2016 noch nicht vorliegen[50]).

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

U8-Teilnahme und Erstsprache

Im Kölner Einschulungsjahrgang 2017 nehmen 96,8 Prozent aller Kinder mit deutscher Erstsprache und 90,2 Prozent aller Kinder mit anderer Erstsprache an der U8 teil. Der Unterschied in der U8-Teilnahmequote ist mit 6,6 Prozentpunkten gegenüber dem Jahrgang 2012 (5,7 Prozentpunkten) etwa gestiegen.

U8-Teilnahme und Sozialstatus

Wie bereits in den Vorjahren[51] lässt sich im Jahrgang 2017 zwischen der Teilnahme an der Früherkennung und sozialer Lage ein Zusammenhang erkennen. Die Differenz zwischen der Teilnahmequote der Kinder von Eltern mit niedrigem Sozialstatus und dem Durchschnittswert hat sich jedoch gegenüber den Vorjahren reduziert. So liegt die Teilnahmequote von Kindern von Eltern mit niedrigem Sozialstatus (93,7 Prozent) um 0,7 Prozentpunkte unter dem Durchschnittswert von 94,4 Prozent. Beim Jahrgang 2012 betrug die Differenz noch über 2 Prozentpunkte.

Stadtteilbezogene Auswertung

Bereits in den Gesundheitsberichten 2009 und 2013 zeigten sich stadtteilbezogene Unterschiede bei der U8-Teilnahmequote der Kinder in der Schuleingangsuntersuchung[52]. Bei der aktuellen Auswertung (siehe Abbildung 12) werden die drei Einschulungsjahrgänge 2015 bis 2017 zusammengefasst, um insbesondere bei den „kleinen" Stadtteilen mit wenig untersuchten Kindern das Risiko zufallsbedingter Schwankungen zu reduzieren. Die stadtteilbezogene Quote der Kinder mit vorgelegten Untersuchungsheften, die an der U8 teilgenommen haben, variiert von 85 Prozent bis 98,6 Prozent. Bei der Zusammenfassung der drei obengenannten Jahrgänge liegt die Zahl der Kinder in dem Stadtteil Libur bei 25, in den Stadtteilen Elsdorf, Fühlingen, Godorf, Hahnwald, Immendorf und Lind zwischen 35 und 50, in allen anderen Stadtteilen bei über 50[53].

4.2.3 Gewicht

Ein ausgewogenes Körpergewicht bildet die Grundlage für einen guten Gesundheitszustand und bietet damit die Voraussetzungen für die erfolgreiche altersgemäße Entwicklung. Bei der Schuleingangsuntersuchung werden das Gewicht und die Körpergröße des Kindes festgestellt und anhand des gängigen Modells wird nach Kromeyer-Hausschild[54] bewertet, inwieweit ein ausgewogenes Gewicht vorliegt. Danach wird zwischen Normalgewicht, Untergewicht/erheblichem Untergewicht und Übergewicht/erheblichem Übergewicht unterschieden.

Unter Übergewicht ist ein im Vergleich zur Norm erhöhtes Körpergewicht zu verstehen, das durch einen vermehrten Körperfettanteil bedingt ist. Erhebliches Übergewicht oder „Adipositas", die ausgeprägte Form des Übergewichts, gilt als chronische Krankheit. Durch Adipositas wird das Risiko für zahlreiche Krankheiten, beispielsweise Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Störungen des Fettstoffwechsels, Diabetes Typ 2 und Erkrankungen des Bewegungsapparats erhöht.

50 Land NRW, Einschulungsjahrgang 2015, n=143.122, der Anteil der vorgestellten Kinder mit vorgelegten Untersuchungsheften betrug 91,2 Prozent (n mit vorgelegtem Heft=130.528), Teilnahmequoten U5: 95,5 Prozent, U6: 96,2 Prozent, U7: 96,1 Prozent, U8: 96,2 Prozent, U9: 93,4 Prozent. Köln, Einschulungsjahrgang 2015: n=9.115, der Anteil der vorgestellten Kinder mit vorgelegten Untersuchungsheften betrug 91,5 Prozent, n mit vorgelegtem Heft= 8.308), Teilnahmequoten U5: 94 Prozent, U6: 93,6 Prozent, U7: 92,1 Prozent, U8: 94 Prozent, U9: 91 Prozent.

51 Siehe „Kindergesundheit im Vorschulalter", Gesundheitsbericht 2009, Stadt Köln: 32; Kinder- und Jugendgesundheit in Köln, Bericht 2013, Stadt Köln: 16, zu Sozialstatus siehe 4.1

52 Siehe Stadt Köln „Kindergesundheit im Vorschulalter", Gesundheitsbericht 2009, „Kinder- und Jugendgesundheit in Köln", Bericht 2013: 20

53 Bezieht sich auf die absolute Zahl der in den Schuleingangsuntersuchungen 2015 bis 2017 vorgestellten Kinder mit Untersuchungsheft im Stadtteil

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



Abbildung 12: Schuleingangsuntersuchung Köln, Jahrgänge 2015 bis 2017, stadtteilbezogene Auswertung zur U8-Teilnahmequote, prozentuiert auf die vorgelegten Untersuchungshefte[55]

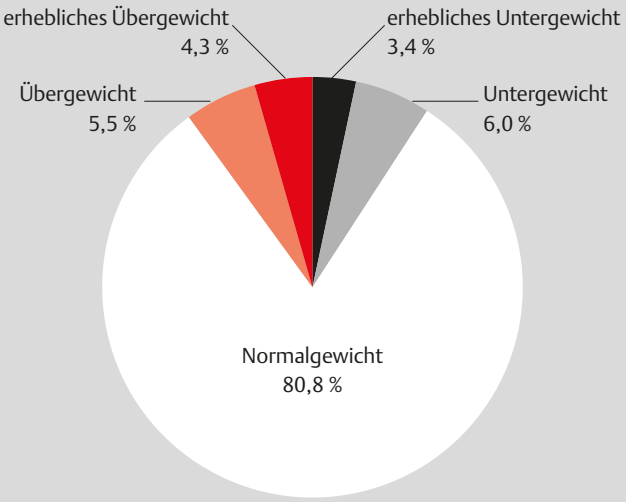
55 Anmerkung zur „Ampel"-Legende:
Das Drittel der Stadtteile, in denen die Quoten an Kindern mit U8-Teilnahme am niedrigsten liegen, ist rot eingefärbt,
das Drittel der Stadtteile, in denen die Quoten an Kindern mit U8-Teilnahme am höchsten liegen, grün, das „Mittelfeld" entsprechend gelb.

In den Industrieländern stellt das Ausmaß von erheblichem Übergewicht in der Bevölkerung ein besonderes Problem dar. Laut Robert Koch-Institut sind bundesweit nahezu ein Viertel aller erwachsenen Frauen und Männer von Adipositas betroffen[56]. Übergewicht und Adipositas sind bereits bei Kindern und Jugendlichen zu einem wachsenden Problem geworden, wie die bundesweite „KIGGS-Studie[57]“, aber auch die Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen[58] belegen. Oftmals verstärken sich die Gewichtsprobleme im Jugend- und Erwachsenenalter. Dies wird durch die aktuelle KIGGS-Längsschnittstudie bestätigt. Kinder, die bereits im Kindergarten- und Vorschulalter bei der Basiserhebung (2003 bis 2006) mitgewirkt hatten, wurden in der KIGGS-Studie Welle 2 (2014 bis 2017) erneut befragt und untersucht. Es zeigte sich, dass der Anteil an Kindern mit Übergewicht und Adipositas im Laufe des Schulalters bis zum Jugendalter deutlich anstieg. Mehr als die Hälfte derjenigen, die bereits als 2- bis 6-Jährige adipös oder übergewichtig waren, wiesen auch noch als Jugendliche ein entsprechend erhöhtes Gewicht auf[59].

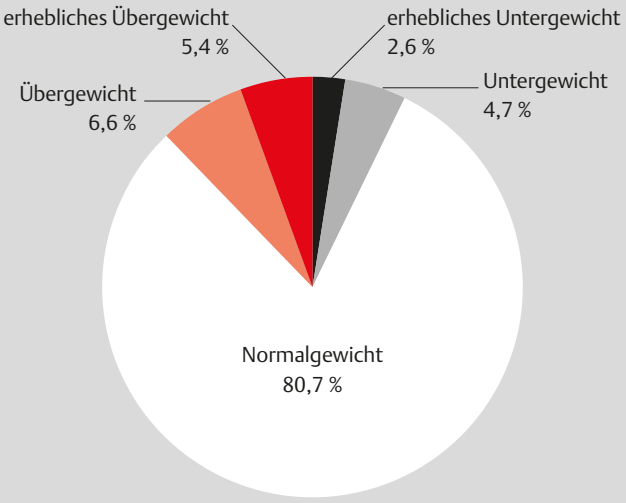
Bei Diabetes mellitus (kurz Diabetes) wird Typ 1 und Typ 2 unterschieden. An Diabetes Typ 2 erkranken überwiegend ältere Menschen. Der Typ 2 wird daher umgangssprachlich als „Altersdiabetes“ bezeichnet. Laut dem „Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2018“ tritt Diabetes Typ 2 in Deutschland jedoch zunehmend auch bei jüngeren Menschen auf. Dies wird unter anderem auf die hohe Verbreitung von Übergewicht, Fehlernährung und auf weniger Bewegung im Kinder- und Jugendalter zurückgeführt. Die Anzahl der Typ-2-Diabetes-Neuerkrankungen hat sich in den letzten 10 Jahren bei Jugendlichen verfünffacht. Es gibt bundesweit in dieser Altersgruppe etwa 90 Neuerkrankungen der Typ-2-Diabetes jährlich, die Tendenz ist steigend. Des Weiteren wird von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen[60].

Ein etwas anderer Sachverhalt liegt bei Untergewicht vor. Bei der aktuell verwendeten Grundlage, dem Modell nach Kromeyer-Hausschild (siehe oben), können dort als untergewichtig klassifizierte Kinder je nach Konstitution sehr wohl gesund sein. Unterwichtigkeit wird dann zu einem Problem, wenn sie auf Mangelernährung zurückzuführen ist. Dies bedeutet, dass das Kind nicht die für eine gesunde Entwicklung erforderliche Nahrung oder erforderlichen Nahrungsbestandteile im ausreichenden Maße erhält (oder verarbeiten kann).

Schuleingangsuntersuchung Köln 2017, Anteil über- und untergewichtiger Kinder



Schuleingangsuntersuchung Köln 2012, Anteil über- und untergewichtiger Kinder



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 13: Vergleich Schuleingangsuntersuchung Köln 2017 (n=8.492) und 2012 (n=8.694), Körpergewicht, Anteil über- und untergewichtiger Kinder (Modell nach Kromeyer-Hausschild)

56 Quelle Robert-Koch-Institut, www.rki.de, „Gesundheit in Deutschland“ Berlin 2015: 202

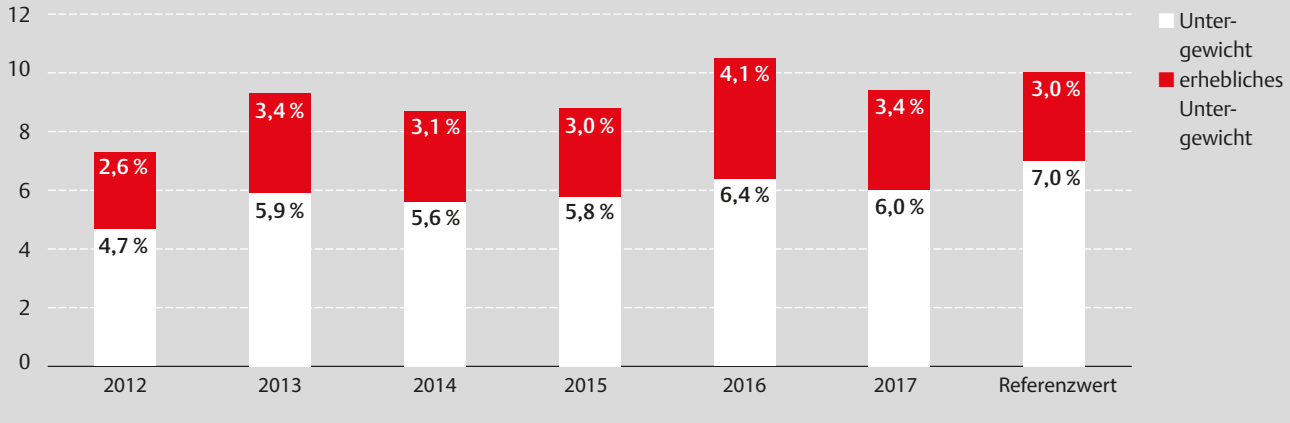
57 Kurth B-M, Schaffrath R „Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys“ (KIGGS): Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007 50: 736– 743, auch Lampert Th, in „KIGGS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

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

59 Quelle Schienkiewitz,A u.a., Hrsg. Robert-Koch-Institut, „Journal of Health Monitoring”·2018 3(1) DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-013, Berlin, https://www.kiggs-studie.de/ergebnisse/kiggs-welle-2/johm.html, abgerufen am 21.03.2018

60 Danne Th, Ziegler R, „Diabetes bei Kindern und Jugendlichen“ in „Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2018“, Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und Deutsche Diabetes-Hilfe (Diabetes DE) Mainz 2017

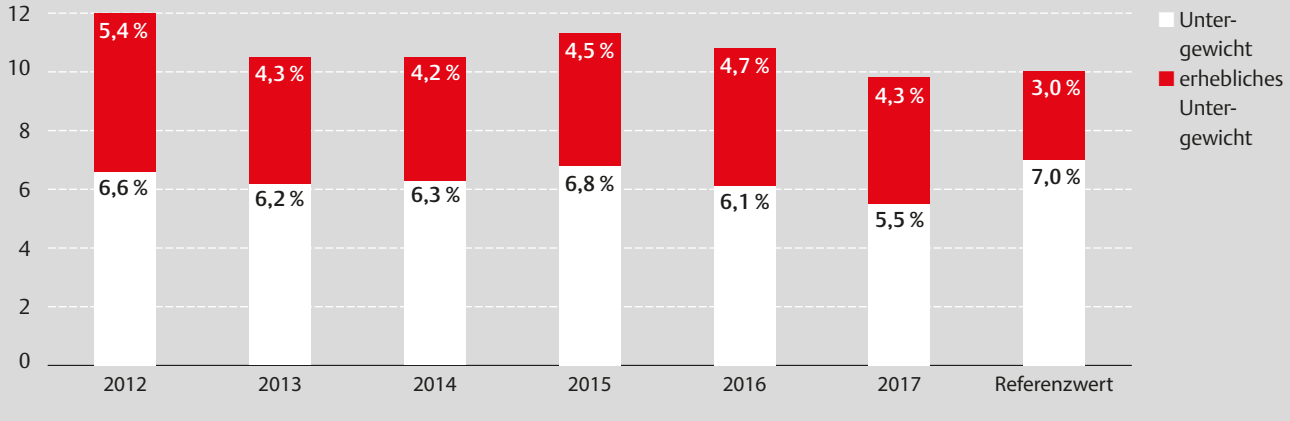
Schuleingangsuntersuchungen Köln 2012 und 2017 im Vergleich, Anteil Kinder mit Untergewicht/ erheblichem Untergewicht in Prozent



Zur besseren Lesbarkeit wird bei der Teilnahmequote nur der Ausschnitt 0 bis 12 Prozent dargestellt.
Zum Referenzwert siehe Fußnote 54
Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 14: Schuleingangsuntersuchung Köln, Überblick Jahrgänge 2012 bis 2017, Entwicklung des Anteils untergewichtiger Kinder (Modell nach Kromeyer-Hausschild)

Schuleingangsuntersuchungen Köln 2012 bis 2017 im Vergleich Anteil Kinder mit Übergewicht/erheblichem Übergewicht in Prozent



Zur besseren Lesbarkeit wird bei der Teilnahmequote nur der Ausschnitt 0 bis 12 Prozent dargestellt.
Zum Referenzwert siehe Fußnote 54
Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 15: Schuleingangsuntersuchungen Köln, Überblick Jahrgänge 2012 bis 2017 im Vergleich, Anteil übergewichtiger Kinder in Prozent (Modell nach Kromeyer-Hausschild)

Eine Mangelernährung kann auch bei normalgewichtigen oder übergewichtigen Kindern vorliegen und zum Problem werden, wenn diese Kinder zwar ausreichend Nahrung erhalten, aber fehlernährt sind. Dies kann ebenfalls an der Zusammensetzung der Nahrung liegen oder daran, dass notwendige Nahrungsbestandteile nicht verarbeitet werden.

Bei der Schuleingangsuntersuchung 2017 in Köln mit einer auswertbaren Grundgesamtheit von 8.492 Kindern weist der überwiegende Anteil aller Kinder, 80,8 Prozent, ein normales Gewicht auf.

Untergewichtige Kinder

Bei der Schuleingangsuntersuchung 2017 sind 9,4 Prozent der untersuchten Kinder untergewichtig oder erheblich untergewichtig. Damit liegt der aktuelle Wert unter dem Richtwert des zugrunde liegenden Referenzmodells von 10 Prozent[61]. Gegenüber dem Einschulungsjahrgang 2012 hat sich die Quote untergewichtiger Kinder an allen in der Schuleingangsuntersuchung vorgestellten Kindern von 7,3 Prozent auf 9,4 Prozent erhöht (siehe Abbildung 14).

Der Anteil an untergewichtigen Kindern ist bei Familien mit hohem Sozialstatus (11 Prozent) am höchsten, bei Familien mit niedrigem Sozialstatus (7,3 Prozent) am geringsten. Untergewichtigkeit kann durch viele Faktoren bedingt sein, unter anderem durch genetische Faktoren, Erkrankungen, Unterernährung.

Wie bereits oben ausgeführt, lässt sich über den Wert „untergewichtig oder erheblich untergewichtig“ allerdings nicht abbilden, ob eine Mangelernährung besteht.

Die Quote an untergewichtigen Kindern liegt beim Einschulungsjahrgang Köln 2015 mit 8,8 Prozent über dem Landesmittelwert 2015[62] (8,4 Prozent).

Übergewichtige Kinder

Der Anteil an übergewichtigen Kindern bei der Schuleingangsuntersuchung 2017 beträgt 9,8 Prozent und unterschreitet in dem Zeitraum seit Schuleingangsuntersuchung 2012 erstmals den Referenzwert von 10 Prozent[63], allerdings liegt dabei die Quote der Kinder mit erheblichem Übergewicht (4,3 Prozent) wie in den Vorjahren weit über dem Referenzwert von 3 Prozent[64].

Seit Einschulungsjahrgang 2012 mit einem Anteil von 12 Prozent übergewichtiger Kinder ist eine leicht rückläufige Tendenz festzustellen. So schwankt der jährliche Wert, liegt aber seit Einschulungsjahrgang 2013 konstant unter 11,4 Prozent (siehe Abbildung 15).

Der Anteil an übergewichtigen Kindern beträgt im Jahrgang 2017 bei Mädchen und bei Jungen gleichermaßen 9,8 Prozent. Allerdings sind die Jungen häufiger von erheblichem Übergewicht betroffen als die Mädchen (Quote bei den Mädchen: 4 Prozent, bei den Jungen: 4,6 Prozent). Die Quote an Kindern mit Übergewicht und Adipositas liegt beim Einschulungsjahrgang Köln 2015 mit 11,3 Prozent leicht über dem Landesmittelwert 2015[65] (10,9 Prozent).

Übergewicht und Erstsprache

Im Gesundheitsbericht 2009 und 2013 wurde bereits erwähnt, dass bei Kindern mit Migrationshintergrund Übergewicht und Adipositas überproportional häufig auftreten. Im Jahrgang 2017 zeigt sich die gleiche Tendenz wie in den Vorjahren. Während bei den Kindern mit deutscher Erstsprache der Anteil an Kindern mit Gewichtsproblemen mit 7 Prozent den Richtwert von 10 Prozent (siehe oben) sogar unterschreitet, liegt bei Kindern mit einer anderen Erstsprache der Wert mit 14 Prozent weit über dem Richtwert.

Übergewicht und Sozialstatus

Gemäß der „KIGGS“-Studie auf Bundesebene[66] sind Kinder mit niedrigem Sozialstatus überproportional häufig von erheblichem Übergewicht betroffen. Dies bestätigt sich für Köln – ebenso wie in den vergangenen Jahren – auch beim Einschulungsjahrgang 2017 (siehe Abbildung 16).

Stadtteilbezogene Auswertung

Beim Jahrgang Köln 2017 variiert die stadtteilbezogene Quote übergewichtiger Kinder von 2,1 Prozent bis 23,8 Prozent. Bereits in den Gesundheitsberichten 2009 und 2013 zeigten sich stadtteilbezogene Unterschiede bei der Quote übergewichtiger Kinder in der Schuleingangsuntersuchung[67]. Bei der aktuellen Auswertung (siehe Abbildung 17) werden die drei Einschulungsjahrgänge 2015 bis 2017 zusammengefasst, um insbesondere bei den „kleinen“ Stadtteilen mit wenig untersuchten Kindern das Risiko zufallsbedingter Schwankungen zu reduzieren.

61 Vgl. Stadt Köln, Kinder- und Jugendgesundheit in Köln, Bericht 2013: 18, Referenzwerte nach Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2001). Grundlage des hier verwendeten Modells von Kromeyer-Hausschild (und andere, 2001) ist eine Erhebung bei Kindern in Deutschland, die in den Jahren 1985 bis 1999 untersucht wurden. Dabei wurden 7 Prozent der Untersuchten als Kinder mit Untergewicht und 3 Prozent der Untersuchten als Kinder mit erheblichem Untergewicht eingestuft.

62 Vergleich der Einschulungsjahrgänge 2015, da auf Landesebene Werte zum Einschulungsjahrgang 2016 noch nicht vorliegen, Land NRW, Einschulungsjahrgang 2015, n=140.197

63 Vgl. Stadt Köln, Kinder- und Jugendgesundheit in Köln, Bericht 2013: 18, Referenzwerte nach Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2001), Grundlage des hier verwendeten Modells von Kromeyer-Hausschild (und andere, 2001) ist eine Erhebung bei Kindern in Deutschland, die in den Jahren 1985 bis 1999 untersucht wurden. Dabei wurden 7 Prozent der Untersuchten als Kinder mit Übergewicht und 3 Prozent der Untersuchten als Kinder mit erheblichem Übergewicht (Adipositas) eingestuft.

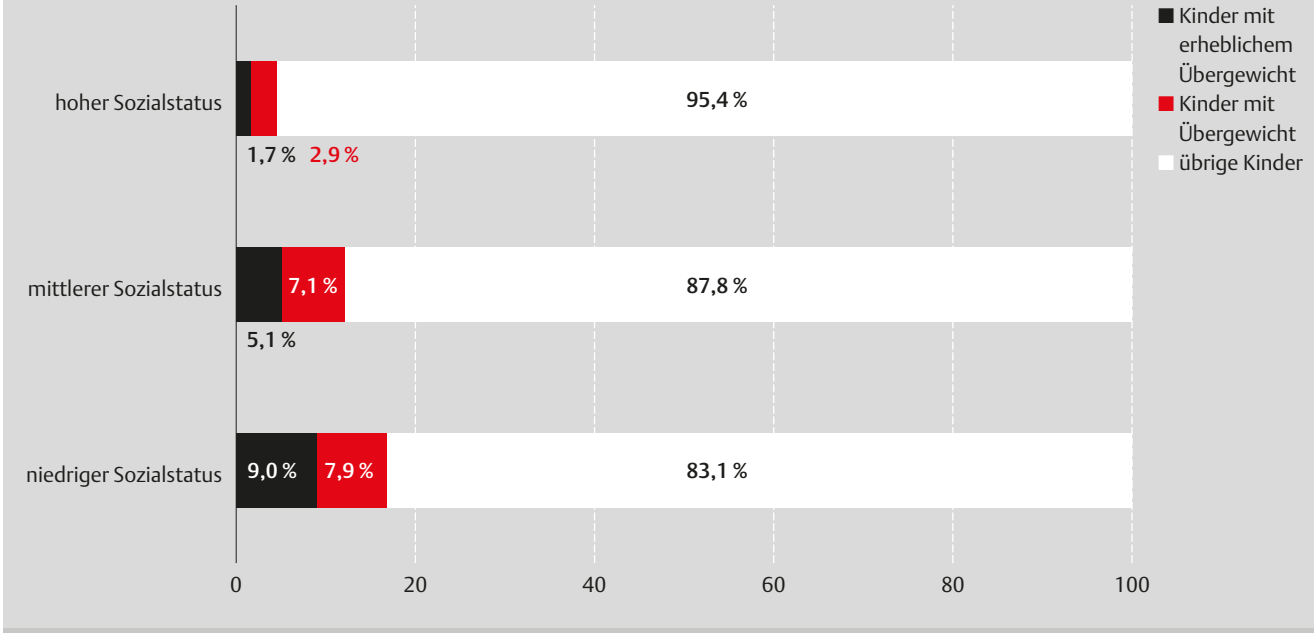
64 Siehe vorherige Fußnote

65 Land NRW, Einschulungsjahrgang 2015, n=140.197.

66 In der bundesweiten „KIGGS“-Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus dem Untersuchungszeitraum 2003 bis 2006 sowie in der KiGGS-Studie Welle 2 aus dem Untersuchungszeitraum 2014 bis 2017 ließen sich Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und erhöhtem Gewicht feststellen, Quellen: Kurth, B.-M., Schaffrath Rosario, A., Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007 50: 736 – 743; Schienkiewitz A, Brettschneider A-K, Damerow S, Schaffrath Rosario A, in Robert Koch-Institut (Hrsg) “KiGGS Welle 2: Ergebnisse im Journal of Health Monitoring”, Gesamtausgabe 1/2018, „Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends“: 18, https://www.kiggs-studie.de/ergebnisse/kiggs-welle-2/johm.html, abgerufen am 23.03.2018

67 Siehe Stadt Köln „Kindergesundheit im Vorschulalter“, Gesundheitsbericht 2009, „Kinder- und Jugendgesundheit in Köln, Bericht 2013“: 20

Schuleingangsuntersuchung Köln 2017
Anteil Kinder mit Übergewicht/erheblichem Übergewicht nach Sozialstatus



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 16: Schuleingangsuntersuchung Köln 2017, Anteil Kinder mit Übergewicht/erheblichem Übergewicht nach Sozialstatus[67]

Bei der Zusammenfassung der drei obengenannten Jahrgänge liegt die Zahl der Kinder in dem Stadtteil Libur bei 28, in den Stadtteilen Elsdorf, Fühlingen, Hahnwald und Immendorf zwischen 35 und 50, in allen anderen Stadtteilen über 50[68] (siehe Seite 42, Abbildung 17).

4.2.4 Entwicklungsstand

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

Auch in Köln zeigte sich in den vergangenen Jahren ein hoher Anteil an Kindern, die zumindest in Teilbereichen Auffälligkeiten aufwiesen[69]. Wie eingangs unter 4.1 erwähnt, wurden die mit SOPESS, „**S**ozial-**p**ädiatrisches **E**ntwicklungsscreening für **S**chuleingangsunter**s**uchungen“, erfassten Ergebnisse bei dem Jahrgang 2012 erstmalig differenziert ausgewertet. Die Erhebung des Entwicklungsstandes basiert auf den Kriterien der Systematik von Entwicklungsstörungen nach „ICD 10[70]“, der gängigen Klassifikation von Krankheiten in Deutschland. Dabei werden Entwicklungsstörungen in den Teilbereichen Sprechen und Sprache, schulrelevante Fähigkeiten und motorische Fähigkeiten besonders berücksichtigt (siehe Abbildung18). Wenn die Tests im Screening auf einen behandlungsbedürftigen Befund hinweisen, bildet dies neben sonstigen Untersuchungsergebnissen die Grundlage für den Gesamtbefund des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes. Die Schulärztin oder der Schularzt entscheidet auf dieser Basis, ob für das betroffene Kind – soweit noch nicht in Behandlung – eine weitere differenzialdiagnostische Abklärung

68 Bezieht sich auf die absolute Zahl der in den Schuleingangsuntersuchungen 2015 bis 2017 vorgestellten Kinder im Stadtteil

69 Siehe „Kindergesundheit im Vorschulalter“, Gesundheitsbericht 2009, Stadt Köln: 47ff, 86

70 „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems”, internationale Klassifikation der Krankheiten: „Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Seit dem 1. Januar 2018 ist die ICD-10-GM in der **Version 2018** anzuwenden“ (Quelle: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, www.dimdi.de/static/de/index.html, abgerufen 07/2018)



Abbildung 17: Schuleingangsuntersuchung Köln, Jahrgänge 2015 bis 2017, stadtteilbezogene Auswertung zur Quote übergewichtiger Kinder[71]

71 Anmerkung zur „Ampel"-Legende:
Das Drittel der Stadtteile, in denen die Quoten an übergewichtigen Kindern am höchsten liegen, ist rot eingefärbt, das Drittel der Stadtteile, in denen die Quoten an übergewichtigen Kindern am niedrigsten liegen, grün, das „Mittelfeld" entsprechend gelb.

durch niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten empfohlen wird. Insbesondere für diese Kinder kann die Schuleingangsuntersuchung zu einer entscheidenden Gesundheitschance werden. Denn dadurch kann eine bisher nicht behandelte Entwicklungsauffälligkeit abgeklärt und noch vor Einschulung die Therapie in die Wege geleitet werden. Die Einzeltestergebnisse weisen auch darauf hin, in welchen Bereichen zusätzlicher Förderbedarf bei der Einschulung notwendig sein wird, wenn es nicht gelingen sollte, die bestehenden Defizite in der Zeit bis zur Einschulung erfolgreich zu beheben.



Abbildung 18: Systematik der Bereiche des Entwicklungsstandes, die in der Schuleingangsuntersuchung getestet werden

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung Köln 2017 zum Entwicklungsstand werden kurz dargestellt. Da bei Fertigstellung dieses Berichts die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung NRW vom Landeszentrum Gesundheit NRW bis Jahrgang 2015 vorlagen, werden bei Vergleichen die jeweiligen Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2015 zu Grunde gelegt.

Sprache und Sprechen

Beim Entwicklungsstand der Sprache[72] wird unterschieden zwischen der Beeinträchtigung beim Verstehen der gesprochenen Sprache (Rezeptive Sprachstörung), dem aktiven sprachlichen Ausdrucksvermögen (Expressive Sprachstörung) sowie der Aussprache (Artikulation), zum Beispiel Stottern und Stammeln. Altersentsprechendes Sprach- und Sprechvermögen bildet die Grundlage für die aktive Teilnahme am Unterricht, für die Vermittlung von Lerninhalten und erleichtert den Erwerb der Schriftsprache. Getestet werden zum Beispiel grammatikalische Kenntnisse und Fähigkeiten zur Wortbildung anhand von Einzeltests zur „Pluralbildung“ und zur Anwendung von „Präpositionen“. Ebenso wird das phonologische Arbeitsgedächtnis anhand eines Einzeltests überprüft, indem das Kind „Pseudowörter“ nachspricht. Pseudowörter sind Kunstwörter, denen sprachlich keine Bedeutung zugeordnet werden kann. Die Einzeltests „Plural“ und „Präpositionen“ wurden nur bei den Kindern mit nicht deutscher Erstsprache durchgeführt, die entsprechende Kenntnisse der deutschen Sprache aufweisen[73].

Bei 58,2 Prozent aller untersuchten Kinder im Einschulungsjahrgang Köln 2017 zeigt sich bezogen auf die Sprach- oder Sprechentwicklung eine altersgemäße Entwicklung ohne Auffälligkeit. 16,9 Prozent der Kinder weisen einen nicht behandlungsbedürftigen Befund und 24,9 Prozent einen auffälligen Befund auf. Gegenüber Einschulungsjahrgang Köln 2012 mit einem Anteil an Kindern mit auffälligem Befund von 20 Prozent und einen nicht behandlungsbedürftigen Befund von 10 Prozent hat sich die Anzahl der Befunde erhöht.

Insgesamt 596 Kinder mit einem auffälligen Befund in der Einschulungsuntersuchung 2017 waren noch nicht in Behandlung. Sie erhielten eine Empfehlung zur weiteren ärztlichen Abklärung.

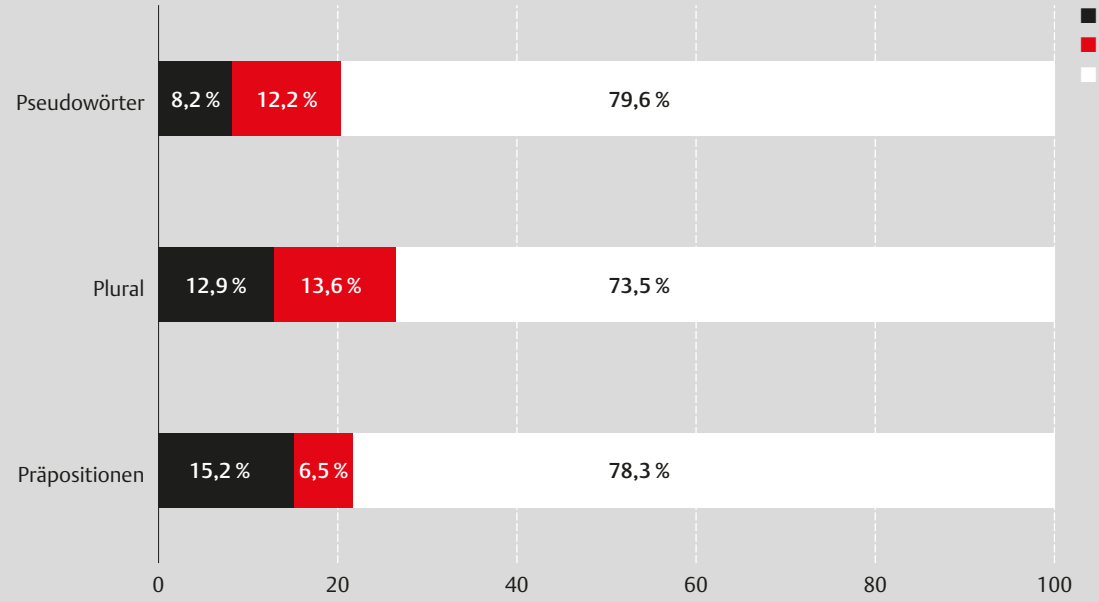
Der Anteil an auffälligen Befunden bezogen auf die Sprach- oder Sprechentwicklung liegt bei den Tests zu Präpositionen und Pluralbildung geringfügig über dem Landesdurchschnitt, bei dem Test mit Pseudowörtern geringfügig unter dem Landesdurchschnitt[74].

72 Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, „Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS, Theoretische und statistische Grundlagen zur Testkonstruktion, Normierung und Validierung“ Düsseldorf 2009: 21, 25

73 Siehe Deutschkenntnisse unter 4.2, bei Kindern mit nicht deutscher Erstsprache werden in der Regel die Einzeltests „Plural“ und „Präpositionen“ nicht durchgeführt, wenn die Kinder radebrechend Deutsch sprechen oder kein Deutsch sprechen.

74 Land NRW, Jahrgang 2015, Ergebnisse Einzeltests: Kinder mit auffälligem Befund bei Test Pseudowörter 9,7 Prozent, Test Pluralbildung 10,3 Prozent, Test Präpositionen 11,9 Prozent; Köln, Jahrgang 2015: Ergebnisse Einzeltests: Kinder mit auffälligem Befund bei Test Pseudowörter: 7,7 Prozent, Test Pluralbildung: 12,1 Prozent, bei Test Präpositionen: 13,3 Prozent

Schuleingangsuntersuchung Köln 2017
Sprache, Einzeltests, Anteil an Kindern mit Befunden



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 19: Schuleingangsuntersuchung Köln 2017, Sprache, Einzeltests, Anteil an Kindern mit Befunden, Test Pseudowörter n=9.220, Test Pluralbildung n=8.642, Test Präpositionen n=8.676

Bei den Einzeltests des Jahrgangs 2017 gab es gegenüber dem Jahrgang Köln 2012 einen geringfügigen Anstieg der auffälligen Befunde bei den Einzeltests zu „Präpositionen", „Pluralbildung" und „Pseudowörtern"[75].

Schulrelevante Fähigkeiten[76]

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

Selektive Aufmerksamkeit beinhaltet die Fähigkeit, sich konzentrieren und kurzfristig die Aufmerksamkeit fokussieren zu können. Sie stellt eine Grundvoraussetzung dar, um schulische Lernprozesse und kognitive Anforderungen bewältigen zu können.
Bei **Visuomotorik** handelt es sich um das Zusammenspiel von visuellen Wahrnehmungskomponenten und motorischer Leistung. Dabei werden unter anderem eine ausreichende Auge-Hand-Koordination, die graphomotorische Leistung sowie die feinmotorische Bewegungskoordination erfasst. Diese sind erforderlich, um Buchstaben sowie Zahlen erkennen und schreiben zu können.

Visuelles Wahrnehmen und logisches Schlussfolgern bedeuten Erkennen und Einordnen von optischen Signalen, logisch schlussfolgerndes Denken sowie Erkennen von Zusammenhängen und Regeln.

Zahlen- und Mengenwissen umfasst Zahlenwissen, automatische Mengenerfassung sowie schnellen Mengenvergleich und bildet die Basis für den Rechenerwerb.

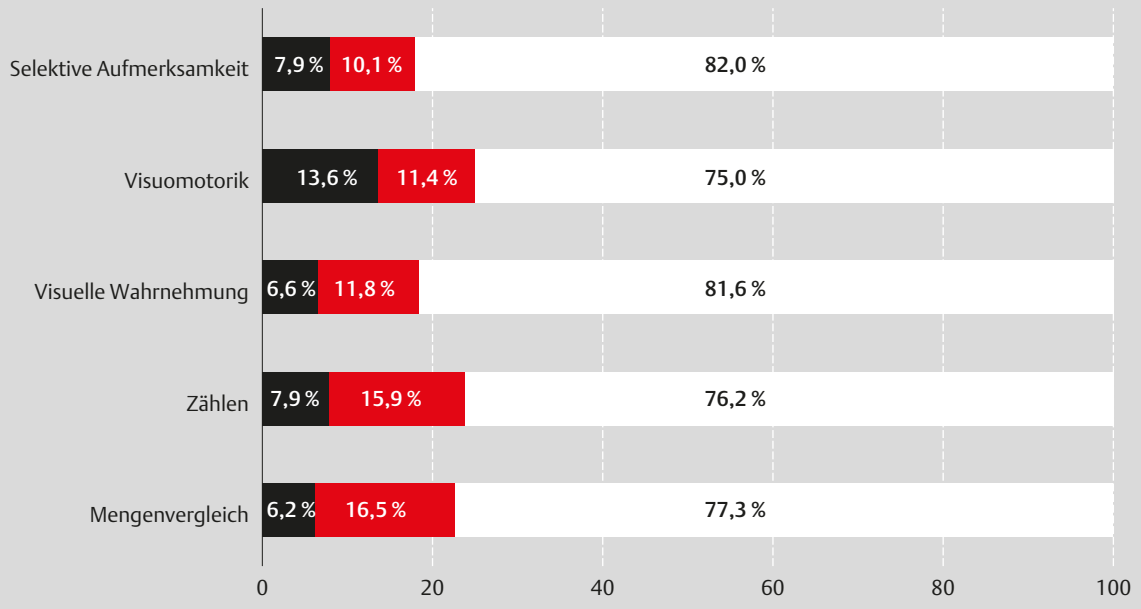
Bei den Ergebnissen der Einzeltests des Jahrgangs Köln 2017 zu „Selektiver Aufmerksamkeit", „Visuomotorik" und „Zählen" liegt der prozentuale Anteil der auffälligen Befunde höher als beim Jahrgang 2012[77].

75 Köln, Jahrgang Köln 2012, Ergebnisse Einzeltests: Kinder mit auffälligem Befund bei Test Pseudowörter: 7 Prozent, Test Pluralbildung: 11,6 Prozent, Test Präpositionen: 14 Prozent

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

77 Köln, Jahrgang 2012: Ergebnisse Einzeltests: Kinder mit auffälligem Befund bei Test Selektive Aufmerksamkeit: 7 Prozent, Test Visuomotorik 9,3, Prozent, Test visuelle Wahrnehmung 6,7 Prozent, Test Zählen 6,8 Prozent, Test Mengenvergleich 6 Prozent

Schuleingangsuntersuchung Köln 2017
schulrelevante Fähigkeiten, Einzeltests, Anteil an Kindern mit Befunden



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 20: Schuleingangsuntersuchung Köln 2017, schulrelevante Fähigkeiten, Einzeltests, Anteil an Kindern mit Befunden, Test Selektive Aufmerksamkeit n=9.401, Test Visuomotorik n=9.408, Test Visuelle Wahrnehmung=9.382, Test Zählen n=9.404, Test Mengenvergleich n=9.317

Kinder, bei denen im Rahmen des Screenings ein auffälliger Befund festgestellt wird und die sich (noch) nicht in Behandlung befinden, erhalten eine Empfehlung zur weiteren ärztlichen Abklärung. Das betrifft beim Einschulungsjahrgang Köln 2017 in Bezug auf „Selektive Aufmerksamkeit" 160 Kinder, in Bezug auf „Visuomotorik" 446 Kinder, in Bezug auf „Visuelles Wahrnehmen" 214 Kinder, in Bezug auf „Zahlen- und Mengenwissen" 138 Kinder.

Der Anteil an auffälligen Befunden bezogen auf die schulrelevanten Fähigkeiten liegt im Einschulungsjahrgang Köln 2015 in den Einzeltests mit Ausnahme des Tests „Visuomotorik" geringfügig unter dem Landesdurchschnitt[78].

Körperkoordination

Zu der Körperkoordination[79] gehören die Grobmotorik und der Gleichgewichtssinn. Ergebnisse unterschiedlicher Studien weisen auf Zusammenhänge zwischen der Körperkoordination und anderen Entwicklungsbereichen hin. Motorisch geschickte Kinder genießen häufig ein hohes soziales Ansehen bei Gleichaltrigen. Möglicherweise gibt es auch einen Zusammenhang zwischen kognitiven und guten motorischen Leistungen im Vorschulalter, dies zeigte sich anhand von Ergebnissen diverser Studien. Motorische Leistungsfähigkeit und Bewegung dienen darüber hinaus der Prävention – beispielsweise von Herz-Kreislauferkrankungen und Adipositas – sowie der generellen Gesundheitsförderung.

Der Anteil der auffälligen Befunde ist gegenüber dem Jahrgang Köln 2012 (7,9 Prozent) gleichgeblieben.

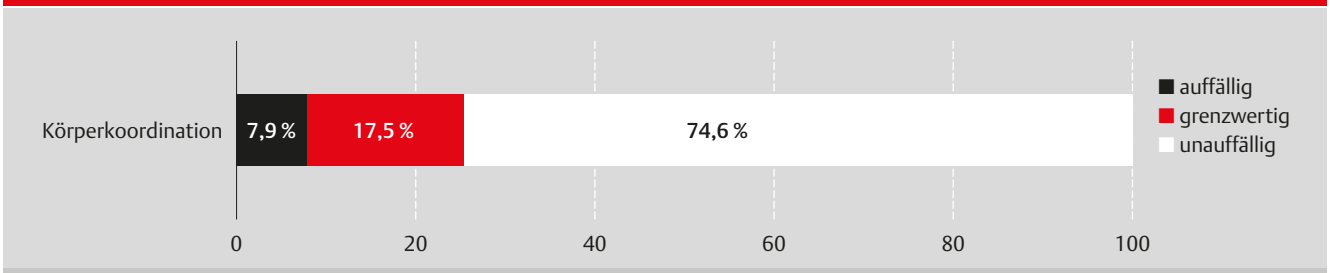
Insgesamt 158 Kinder mit einem auffälligen Befund waren noch nicht in Behandlung. Sie erhielten eine Empfehlung zur weiteren ärztlichen Abklärung.

Der Anteil an auffälligen Befunden des Kölner Einschulungsjahrgangs 2015 bezogen auf die „Körperkoordination" unterschreitet insgesamt gesehen mit 7,4 Prozent den Landesdurchschnitt (9,1 Prozent).

78 Land NRW, Jahrgang 2015, Ergebnisse Einzeltests, Kinder mit auffälligen Befunden: Test Selektive Aufmerksamkeit 7,9 Prozent, Test Visuomotorik 11,5 Prozent, Test Visuelle Wahrnehmung 7,9 Prozent, Test Zählen 8,3 Prozent, Test Mengenvergleich 7,8 Prozent; Köln, Jahrgang 2015, Einzeltests, Kinder mit auffälligen Befunden: Test Selektive Aufmerksamkeit 7 Prozent, Test Visuomotorik 10 Prozent, Test Visuelle Wahrnehmung 5,9 Prozent, Test Zählen 7,2 Prozent, Test Mengenvergleich 6,2 Prozent

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

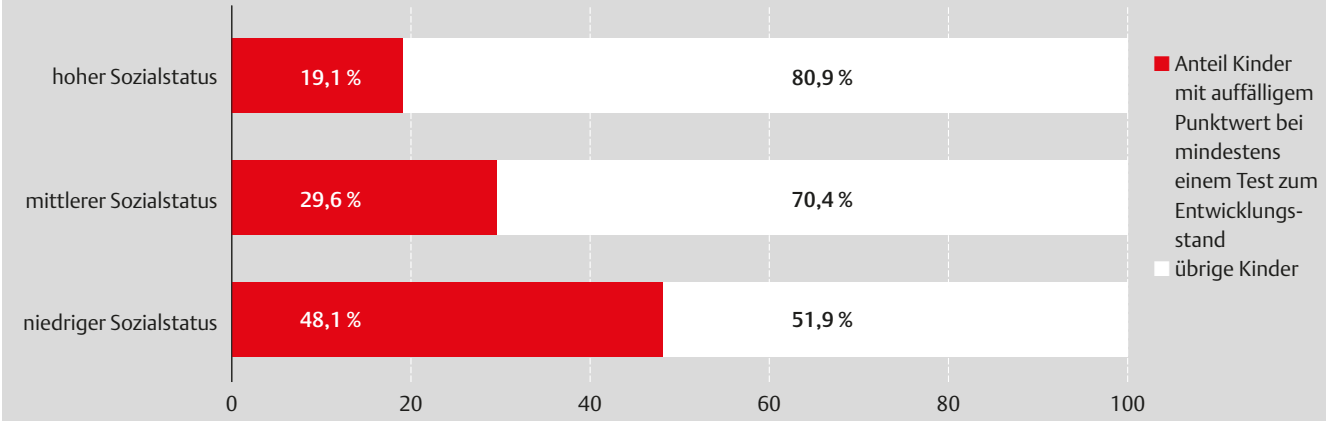
Schuleingangsuntersuchung Köln 2017 – Körperkoordination, Einzeltests, Anteil an Kindern mit Befunden



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 21: Schuleingangsuntersuchung Köln 2017, Körperkoordination, Einzeltest, Anteil an Kindern mit Befunden, n=9.198

Schuleingangsuntersuchung Köln 2017 – Angaben zum Entwicklungsstand, Anteil Kinder mit auffälligem Punktwert bei mindestens einem Test zum Entwicklungsstand, nach Sozialstatus



Quelle: LZG NRW, Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 22: Schuleingangsuntersuchung Köln 2017, Angaben zum Entwicklungsstand, Anteil an Kindern mit auffälligem Punktwert bei mindestens einem Test zum Entwicklungsstand nach Sozialstatus[83], n=6.110

Angaben zum Entwicklungsstand – Gesamtauswertung von Einzeltests

Bei der Gesamtauswertung „Angaben zum Entwicklungsstand" werden die Ergebnisse der Untertests „Selektive Aufmerksamkeit", „Zählen", „Zahlen- und Mengenwissen", „Visuomotorik", „Visuelles Wahrnehmen", „Pseudowörter nachsprechen", „Körperkoordination" einbezogen. Bezogen auf die Einschulungsuntersuchung 2017 haben 30,3 Prozent der Kinder einen auffälligen Punktwert bei mindestens einem der Untertests zum Entwicklungsstand, davon 26 Prozent der Mädchen und 34,5 Prozent der Jungen. Diese tendenziellen Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen stellen eine generelle Tendenz dar und zeigten sich bisher sowohl im Gesundheitsbericht 2009 und 2013[80] als auch beim Durchschnittswert auf Landesebene[81].

Der Anteil an Kindern der Kölner Einschulungsuntersuchung 2015 mit einem auffälligen Punktwert bei mindestens einem der Untertests zum Entwicklungsstand beträgt 27 Prozent und unterschreitet den Durchschnittswert auf Landesebene von 31,5 Prozent um 4,5 Prozentpunkte.

Angaben zum Entwicklungsstand und Sozialstatus

Wie bereits im Kölner Bericht „Kinder- und Jugendgesundheit 2013" und in der bundesweiten KIGGS-Studie bestätigt sich auch hier, dass Kinder mit niedrigem Sozialstatus einen überproportionalen Anteil an auffälligen Befunden zum Entwicklungsstand aufweisen[82].

80 Siehe Stadt Köln „Kindergesundheit im Vorschulalter", Gesundheitsbericht 2009: 49, Stadt Köln, „Kinder- und Jugendgesundheit in Köln, Bericht 2013": 22 ff.

81 Land NRW, Jahrgang 2015, Angaben zum Entwicklungsstand, Anteil an Kindern mit auffälligem Punktwert bei mindestens einem Wert zum Entwicklungsstand: Mädchen: 26,6 Prozent, Jungen: 36,1 Prozent

82 Vgl. Stadt Köln, „Kinder- und Jugendgesundheit in Köln, Bericht 2013": 26 Lampert Th, Hrsg. RKI, „KIGGS – die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – 2013": 15



Abbildung 23: Schuleingangsuntersuchung Köln, Jahrgänge 2015/2016/2017, stadtteilbezogene Auswertung zur Quote von Kindern mit einem auffälligen Punktwert bei den Tests zum Entwicklungsstand[83]

83 Anmerkung zur „Ampel"-Legende:
Das Drittel der Stadtteile, in denen die Quoten an Kindern mit einem auffälligen Punktwert bei den Tests zum Entwicklungsstand am höchsten liegen, ist rot eingefärbt, das Drittel der Stadtteile, in denen die Quoten an Kindern mit einem auffälligen Punktwert bei den Tests zum Entwicklungsstand am niedrigsten liegen, grün, das „Mittelfeld" entsprechend gelb

Stadtteilbezogene Auswertung zu Angaben zum Entwicklungsstand

Anhand der Stadtkarte wird deutlich, dass es bei den Angaben zum Entwicklungsstand stadtteilbezogene Unterschiede gibt. Bei der aktuellen Auswertung (siehe Abbildung 23) werden die Einschulungsjahrgänge 2015/2016/2017 zusammengefasst, um insbesondere bei den „kleinen" Stadtteilen mit wenig untersuchten Kindern das Risiko zufallsbedingter Schwankungen zu reduzieren. Die stadtteilbezogene Quote von Kindern mit einem auffälligen Punktwert bei den Tests zum Entwicklungsstand variiert von 9,2 Prozent bis 51,9 Prozent. Bei der Zusammenfassung der oben genannten Jahrgänge liegt die Anzahl der Kinder im Stadtteil Libur bei 27, in den Stadtteilen Elsdorf, Fühlingen, Godorf, Hahnwald und Immendorf zwischen 35 und 49, in allen anderen Stadtteilen über 50[84].

4.3 Fallbeispiele Schuleingangsuntersuchung beim Kinder- und Jugendärztlichen Dienst Köln

Amelie, 6 Jahre alt

Amelie wird in der Schuleingangsuntersuchung vorgestellt. Bei der Überprüfung des Hörvermögens äußert sich der Hinweis auf eine beidseitige Hörstörung. Eine Nachfrage bei den Eltern ergibt, dass das Mädchen bereits mehrfach an Mittelohrentzündungen erkrankt sei. Der Untersuchungsbefund bestätigt die Anamnese. Hinter beiden Trommelfellen ist ein Erguss zu sehen.

Folge:

Empfehlung zur zeitnahen Hals-Nasen-Ohren(HNO)-ärztlichen Vorstellung

Rückmeldung[85]:

Bestätigung der Diagnose: Paukenergüsse beidseits, Anlage von Paukenröhrchen zur Drainage der Ergüsse und Wiederherstellung des Hörvermögens. Kontrollen im Verlauf sind durch den HNO-Arzt vereinbart.

Kurzfristiger Effekt:

Notwendige Diagnostik/Behandlung des Hörvermögens bei HNO-Ärztin/Arzt wird erkannt und eingeleitet.

Langfristiger Effekt:

Wiederherstellung/Stabilisierung eines ausreichenden Hörvermögens und damit einhergehend verbesserte Chancen der Teilhabe, u.a. der Bewältigung der Lernanforderungen und des Kommunikationsvermögens.

Anna, 5 Jahre alt

Anna wird in der Schuleingangsuntersuchung vorgestellt. Ihr äußeres Erscheinungsbild lässt auf eine Übergewichtsproblematik schließen. Die grobmotorische Entwicklung ist auffällig. Die Eltern berichten, dass das Mädchen sich kaum körperlich betätige, einen sehr gesunden Appetit habe und gern Süßigkeiten zu sich nehme. Der Zahnstatus ist deutlich kariös und höchst sanierungsbedürftig.
Diagnose auf Basis der Untersuchungsergebnisse (Größe, Gewicht, Blutdruck):
Adipositas pemagna (starke Fettleibigkeit), Karies

Folge:

Kinder- und jugendärztliche Anbindung, Ernährungsberatung und Weiterleitung an andere Fachdisziplinen, zahnärztliche Behandlung

Rückmeldung[86]:

Feste Anbindung an eine kinder- und jugendärztliche Praxis mit Ernährungsberatung,
zahnärztliche Behandlung wird durchgeführt.

Kurzfristiger Effekt:

Notwendige Diagnostik/Behandlung wird eingeleitet.

Langfristiger Effekt:

Behandlung der Karies durch Zahnsanierung;
Behandlung der Adipositas: Verbesserte Ausgangssituation für eine ausgewogene Ernährung und eine gezielte Gewichtskontrolle, dadurch gegebenenfalls mehr Beweglichkeit, Stärkung der sozialen Akzeptanz bei Gleichaltrigen, Stärkung des Selbstwertgefühls, ein besserer allgemeiner Gesundheitszustand und die Prävention weiterer Erkrankungen.

4.4 Fazit und Empfehlungen

Schuleingangsuntersuchungen Köln 2017: Situation der Vorschulkinder, die in der Schuleingangsuntersuchung vorgestellt werden

- Der Anteil an Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch ist seit 2012 leicht zurückgegangen.
- Bei den Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch ist der Anteil an Kindern mit ausreichenden Deutschkenntnissen geringfügig gesunken.
- Von den Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch hat sich der Anteil der Kinder, die kein Deutsch sprechen, verdoppelt.

Kinder sollten bei der Einschulung über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, um ihre Bildungschancen

84 Bezieht sich auf die absolute Zahl der in den Schuleingangsuntersuchungen 2015 bis 2017 vorgestellten Kinder mit Untersuchungsheft im Stadtteil

85 In Einverständnis mit den Eltern telefonischen Austausch zwischen Kinder- und Jugendärztlichem Dienst und fachärztlicher Praxis

86 siehe vorherige Fußnote

wahrnehmen zu können. Auch vor dem Hintergrund, dass in den vergangenen Jahren viele Familien neu zugewandert sind, deren Kinder teilweise noch nicht ausreichende Deutschkenntnisse bis zur Einschulung(-suntersuchung) erwerben konnten, bestätigt sich ein steigender Sprachförderbedarf – sowohl in den Kindertageseinrichtungen als auch im Grundschulbereich.

Impfschutz (bezogen auf vorgelegte Impfpässe)
- Bei Masern, Mumps, Röteln konnte die Durchimpfungsrate seit Einschulungsjahrgang 2012 nochmals geringfügig um etwa zwei Prozentpunkte auf über 94 Prozent erhöht werden. Die Vorgaben im „Nationalen Aktionsplan 2015 – 2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ sind damit allerdings noch nicht erreicht.
- Die Durchimpfungsraten bei Hib und Polio sind mit geringen Schwankungen gegenüber Schuleingangsuntersuchung 2012 etwa gleichgeblieben, bei Tetanus, Diphtherie, Pertussis sind sie um mehr als drei Prozentpunkte gesunken.
- Bezogen auf Hepatitis B, Varizellen und Pneumokokken hat sich der Durchimpfungsgrad gegen über Jahrgang 2012 deutlich verbessert, bei Meningokokken ist er leicht gestiegen.

Es ist weiterhin anzustreben, den Durchimpfungsgrad gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission zu verbessern. Mit Impfaufklärung und gegebenenfalls bedarfsgerechten Impfangeboten, beispielsweise im Setting Berufsschule, aber auch in Wohnheimen für Geflüchtete vor Ort und bei den Untersuchungen der seiteneinsteigenden Kinder wird dieses Ziel weiterverfolgt. In städtischen Unterkünften für Geflüchtete werden bei Bedarf durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst – bis Herbst 2017 auch mit Unterstützung von niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten – eine Vielzahl regelmäßiger Impfsprechstunden angeboten. Bei Bedarf werden Riegelungsimpfungen[87] durchgeführt.

Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen
(bezogen auf die vorgelegten Untersuchungshefte)
- Die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U9 konnten auf hohem Niveau über 90 Prozent gehalten werden, die Teilnahmequoten der U6 bis U9 haben sich sogar gegenüber dem Einschulungsjahrgang 2012 verbessert.
- Die Teilnahmequote an der Früherkennungsuntersuchung U7a hat sich in den vergangenen Jahren erheblich auf über 90 Prozent erhöht.
- Bei Kindern mit deutscher Erstsprache liegt wie in den Vorjahren die Teilnahmequote an der U8 höher als bei Kindern mit anderer Erstsprache.
- Die U8-Teilnahmequote ist bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus leicht unterdurchschnittlich.

Weiterhin sollte darauf hingewirkt werden, dass alle Kinder bei der Früherkennungsuntersuchung vorgestellt werden, beispielsweise mit gezielten Erinnerungs- und Informationsmaßnahmen. Die frühzeitige Einbindung in den regelmäßigen Turnus der Untersuchungen stellt insbesondere bei den geflüchteten Familien eine besondere Herausforderung dar.

Gewicht
- Der Anteil untergewichtiger Kinder unterliegt jährlichen Schwankungen, er ist zwar tendenziell gegenüber Einschulungsjahrgang 2012 angestiegen, liegt beim Einschulungsjahrgang 2017 aber immer noch unter dem Referenzwert[88] von 10 Prozent. Am häufigsten tritt Untergewichtigkeit bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus auf.
- Wie auch in den Vorjahren zeigt sich im Einschulungsjahrgang 2017 das Problem übergewichtiger und adipöser Kinder. Die Situation in Köln hat sich in den letzten vier Jahren tendenziell verbessert, der Anteil an übergewichtigen Kindern ist leicht zurückgegangen. Dies kann jedoch nicht als Entschärfung der generellen Problematik betrachtet werden, zumal die Quote der Kinder mit erheblichem Übergewicht, Adipositas, wie in den vergangenen Jahren über dem Referenzwert liegt.
- Übergewicht/erhebliches Übergewicht tritt – nach wie vor – besonders häufig auf:
  - bei Kindern mit einer anderen Erstsprache als die deutsche Sprache,
  - bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus.

Mit dem Item „Körpergewicht“ wird nur ein Teilbereich unausgewogener Ernährung erfasst, viele weitere Formen der Fehl- und Mangelernährung werden dadurch nicht abgebildet. Daher kann der Anteil an Kindern, die Über (- oder Unter)gewicht aufweisen, nur als „Spitze des Eisberges“ betrachtet werden, hinter dem sich eine hohe Dunkelziffer von weiteren Kindern mit Ernährungsproblemen und mangelnder Bewegung vermuten lässt.

87 Riegelungsimpfungen werden örtlich begrenzt nach dem Ausbruch einer Erkrankung durchgeführt und dienen dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung (siehe Robert Koch Institut https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2001/Ausgabenlinks/29_01.pdf?__blob=publicationFile , abgerufen am 30.03.2018, und Infektionsschutzgesetz, IfSG)

88 Referenzwerte nach Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2001). Grundlage des hier verwendeten Modells von Kromeyer-Hausschild (und andere, 2001) ist eine Erhebung bei Kindern in Deutschland, die in den Jahren 1985 bis 1999 untersucht wurden.

Entwicklungsstand

Bei Untersuchungen zum Entwicklungsstand zeigen die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung Köln 2017 eine leichte Erhöhung der Befunde gegenüber der Schuleingangsuntersuchung Köln 2012 auf. Diese Abweichungen bewegen sich im Rahmen der jährlichen Schwankungen, sie sollten dennoch beobachtet werden, falls sich hier der Beginn eines Trend abzeichnen sollte.

- Wie in den vergangen Jahren treten auffällige Befunde in den getesteten Bereichen des Entwicklungsstandes häufiger auf:
  - bei Jungen, Entwicklungsrückstände in einzelnen Teilbereichen schulrelevanter Fähigkeiten können unter anderem auch Ausdruck einer oft nur vorübergehenden Reifeverzögerung zelebraler[89] Funktionen sein. Die Spanne der Entwicklung zwischen den Geschlechtern kann gerade im Einschulungsalter sehr differieren. Daher können sich bei Jungen häufiger durch Entwicklungsverzögerungen bedingte Befunde im Screening ergeben.
  - bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus.
- Wie auch bei der Schuleingangsuntersuchung Köln 2012 befindet sich beim Einschulungsjahrgang 2017 eine nicht unerhebliche Anzahl an Kindern, die einen abklärungsbedürftigen Befund aufweisen, (noch) nicht in Behandlung. Sie erhalten eine entsprechende Empfehlung zur weiteren ärztlichen Abklärung und bekommen dadurch die Chance einer gezielten Förderung – noch vor Schulbeginn. Auch im „Gesundheitscheck für Vierjährige“, einer weiteren Untersuchung des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes zeigt sich, dass eine nicht unerhebliche Anzahl an Kindern mit abklärungsbedürftigem Befund (noch) nicht in Behandlung ist. Auf Basis des Vierjährigen-Screenings wird bei betroffenen Kindern frühzeitig eine Abklärung des Befundes eingeleitet, und somit kann eine Förderung bereits vor der regulären Schuleingangsuntersuchung erfolgen.
- Der Anteil an Kindern der Kölner Einschulungsuntersuchung 2015 mit einem auffälligen Punktwert bei mindestens einem der Untertests zum Entwicklungsstand liegt unter dem Durchschnittswert auf Landesebene.

Ansatzpunkte bei Prävention bezogen auf Entwicklungsstand und Ernährung

Das Gesundheitsamt bietet Multiplikatorinnen/Multiplikatoren-Schulungen in Kindertagesstätten und Schulen zu ausgewogener und bedarfsgerechter Ernährung für Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche an. Ein hoher Unterstützungsbedarf zeigt sich darüber hinaus bei geflüchteten Familien in den Gemeinschaftsunterkünften. Dem wird durch Beratungen vor Ort und durch zusätzlichen Multiplikatorinnen/Multiplikatoren-Schulungen Rechnung getragen (siehe hierzu unter Kapitel 2, Frühe Hilfen im Gesundheitsamt).

Vor allem Kinder mit niedrigem sozialen Status finden nicht immer die Voraussetzungen in ihrem familiären Umfeld vor, die sie für eine gesunde Entwicklung benötigen. Die Ergebnisse weisen auf die Bedeutung von Setting-bezogenen Angeboten der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Schulen hin, die Kinder sozialkompensatorisch unterstützen können. Hier ergeben sich Ansätze für die Nutzung der Möglichkeiten des Präventionsgesetzes, unter anderem in Bezug auf umfassende und kontinuierliche Maßnahmen der Prävention im Bereich Ernährung, Bewegung und Freizeitgestaltung. Die Eltern sollten dabei frühzeitig einbezogen werden. Die Maßnahmen sollten dort intensiviert für Kinder und Jugendliche angeboten werden, wo sich der höchste Bedarf abzeichnet.

Eine wichtige Rolle spielt zunehmend das Thema „Digitale Medienkompetenz“. Ergebnisse der „BLIKK Studie 2017[90]“, die von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung am 29. Mai 2017 vorgestellt wurde, belegen, dass Risiken durch den massiven Konsum digitaler Medien auftreten können. Laut der oben erwähnten Studie benutzt der überwiegende Anteil der Kinder im Kita-Alter das Smartphone ihrer Eltern mehr als eine halbe Stunde täglich. Es wurde ein Zusammenhang zwischen einer intensiven Mediennutzung und der Entwicklungsstörungen der Kinder nachgewiesen. Bezogen auf die Altersgruppe der Kinder bis zum 6. Lebensjahr finden sich vermehrt Sprachentwicklungsstörungen sowie motorische Hyperaktivität bei denjenigen, die intensiv digitale Medien nutzen. Darüber hinaus nimmt die Anzahl an Jugendlichen, die kritischen und suchtartigen Internetkonsum aufweisen, zu. Dies zeigt, dass Kinder bei der Entwicklung eigener Medienkompetenz Unterstützung benötigen und Eltern entsprechend in die Lage versetzt werden sollten, ihre Kinder zu begleiten.

89 Zerebral: das Großhirn betreffend

90 Siehe Drogenbeauftragte der Bundesregierung, http://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressekontakt-und-mitteilungen/2017/2017-2-quartal/ergebnisse-der-blikk-studie-2017-vorgestellt.html, abgerufen am 21.06.2017

5 Gesundheit der zugewanderten Kinder bei Schuleintritt – Angebot Seiteneinsteigeruntersuchung

5.1 Aufgabe und Ziele

Für alle Kinder und Jugendlichen, die ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Nordrhein-Westfalen haben, besteht Schulpflicht. Neu zuwandernde Kinder und Jugendliche werden als sogenannte „Seiteneinsteigende“ beschult. Dazu gehören:

- Kinder und Jugendliche aus EU-Mitgliedstaaten und Nicht-EU-Mitgliedstaaten
- mit Familie eingereiste minderjährige Geflüchtete
- Unbegleitete minderjährige Geflüchtete.

Für Kinder von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern sowie für unbegleitete minderjährige Kinder und Jugendliche, die einen Asylantrag gestellt haben, gilt die Schulpflicht, sobald sie einer Gemeinde zugewiesen sind. Laut Erlass des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen vom 16. Mai 2013 ist die schulärztliche Untersuchung von „seiteneinsteigenden“ Kindern und Jugendlichen als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe im Rahmen des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst bei allen schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen, die aus dem Ausland nach Nordrhein-Westfalen einreisen, durchzuführen.

Die neu zugewanderten Kinder, die sich im Alter kurz vor der Schulpflicht befinden und eine Einschulung in die erste Klasse erhalten, durchlaufen die „reguläre“ Schuleingangsuntersuchung. Alle übrigen erhalten eine „Seiteneinsteigeruntersuchung“. Hier stehen ebenso wie bei der Schuleingangsuntersuchung schulärztliche Inhalte im Fokus. So werden bei allen „seiteneinsteigenden“ Kindern und Jugendlichen folgende Untersuchungen durchgeführt:

- Sehtest
- Hörtest
- Beurteilung von Größe, Gewicht und Allgemeinzustand, Messung des Blutdrucks
- orientierende körperliche Untersuchung der Lunge, der Haut, des Halteapparats und der Mundhöhle (ggf. Einbindung des zahnärztlichen Dienstes)
- Abklärung schulrelevanter chronischer Erkrankungen
- orientierende Einschätzung der Entwicklung
- orientierende Beurteilung der seelischen Gesundheit: Erfassung von Hinweisen auf psychische Belastungen und psychische Erkrankungen
- Prüfung des Impfstatus und Impfberatung.

So unterschiedlich die Motive der Zuwanderung sind, so unterschiedlich ist auch die gesundheitliche Lage der zuwandernden Kinder und Jugendlichen. Die konkrete Lebenssituation im Heimatland, der Weg nach Deutschland und die Lebenssituation in Deutschland sind bedeutsam für die Gesundheit von zugewanderten Kindern und Jugendlichen – ebenso der jeweilige soziokulturelle Hintergrund, da dieser sich auf das Gesundheitsbewusstsein sowie das Verständnis von Gesundheit und Krankheit auswirken kann.

Bei allen Kindern und Jugendlichen, die in schwierigen Lebenszusammenhängen aufwachsen, kommt den schulärztlichen Empfehlungen und Maßnahmen eine besondere Bedeutung zu. Ziel sollte es sein, dass „seiteneinsteigende“ Kinder und Jugendliche im Regelsystem ärztlich versorgt werden. Für Familien, die aus dem Ausland einreisen, kann es schwierig sein, sich im deutschen Gesundheits- und Hilfesystem zurechtzufinden. Hier kann der Kinder- und Jugendärztliche Dienst eine Lotsenfunktion übernehmen. Insbesondere bei Geflüchteten werden die Umstände der Einreise und etwaige Belastungen oder traumatisierende Erlebnisse durch Flucht oder Vertreibung berücksichtigt. Die Lebensumstände und die bisherige Beschulung im Heimatland werden nach Möglichkeit geklärt[91].

5.2 Aktueller Stand

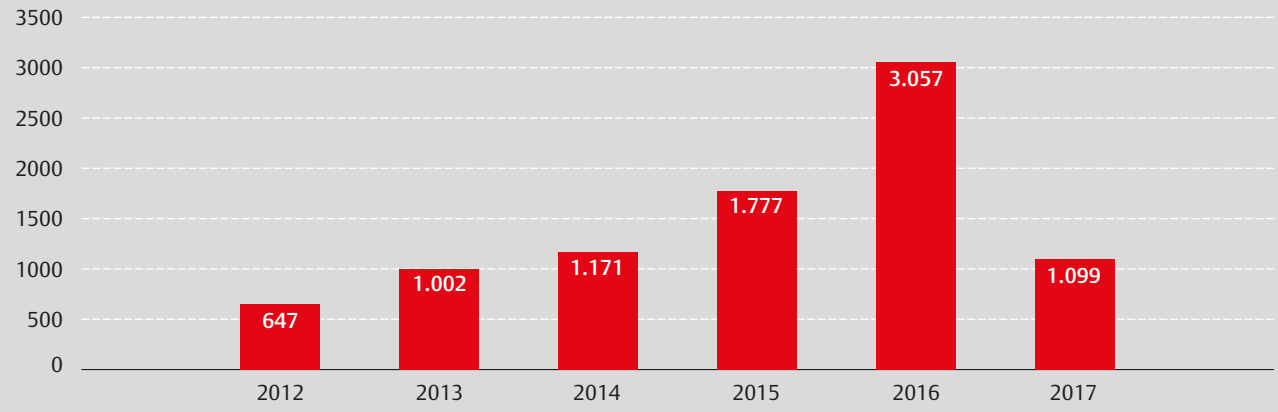
Bei der Seiteneinsteigeruntersuchung in Köln wurden von 2012 bis zum 2017 soziodemografische Daten erfasst und ausgewertet.

Aufgrund steigender Zuwanderung von Familien sowie von alleinreisenden Kindern und Jugendlichen hat sich von 2012 bis 2016 die jährliche Anzahl der Seiteneinsteigeruntersuchungen für allgemeinbildende Schulen in Köln stetig erhöht. Im Jahr 2017 gibt es wieder einen rückläufigen Trend (siehe Abbildung 24).

Des Weiteren werden ältere Schülerinnen und Schüler, die als Seiteneinsteigende Förderklassen am Berufskolleg besuchen, dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst vorgestellt. Bei Betrachtung des Zeitraums seit 2014 zeigt sich auch hier eine Zunahme der Anzahl untersuchter Schülerinnen und Schüler bis 2016. Da 2017 in den allgemeinbildenden Schulen ein Rückgang der Seiteneinsteigeruntersuchungen zu verzeichnen war, konnte die

91 Quelle: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen

Seiteneinsteigeruntersuchung Köln, Anzahl Untersuchungen von 2012 bis 2017



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

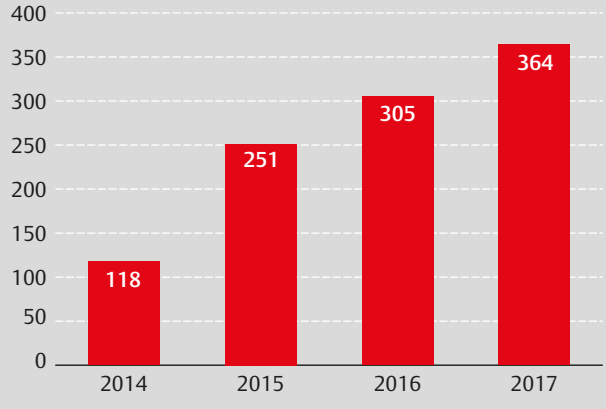
Abbildung 24: Seiteneinsteigeruntersuchung Köln, Anzahl untersuchter Kinder im Vergleich 2012 bis 2017, allgemeinbildende Schulen

Intensität der Untersuchungen an den Förderklassen Berufskolleg verstärkt und Schülerinnen und Schüler erreicht werden, denen 2016 aus unterschiedlichsten Gründen die Untersuchung nicht angeboten werden konnte. Daher ist bei der Anzahl der Seiteneinsteigeruntersuchungen dieser Klassen ein Anstieg zu beobachten (siehe Abbildung 25).

Geschlecht und Altersstruktur bei den Seiteneinsteigeruntersuchungen an allgemeinbildenden Schulen

Bei den Seiteneinsteigeruntersuchungen an allgemeinbildenden Schulen liegt im Zeitraum 2012 bis 2016 der Anteil an Jungen zwischen 53 Prozent (2012) und 57 Prozent (2016) und damit leicht über dem der Mädchen (siehe Abbildung 26).

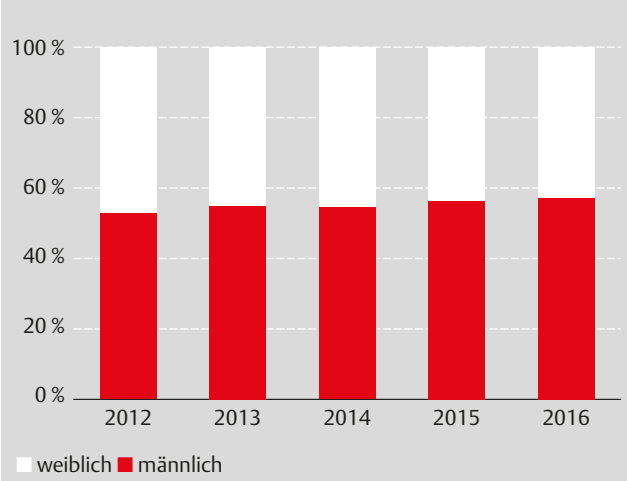
Seiteneinsteigeruntersuchungen in Förderklassen Berufskolleg Köln Anzahl Untersuchungen von 2014 bis 2017



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 25: Untersuchungen Förderklassen Berufskolleg Köln, Anzahl untersuchter Schülerinnen und Schüler im Vergleich 2014 bis 2017

Seiteneinsteigeruntersuchung Köln, Anteil an Mädchen und Jungen vom 2012 bis 2016



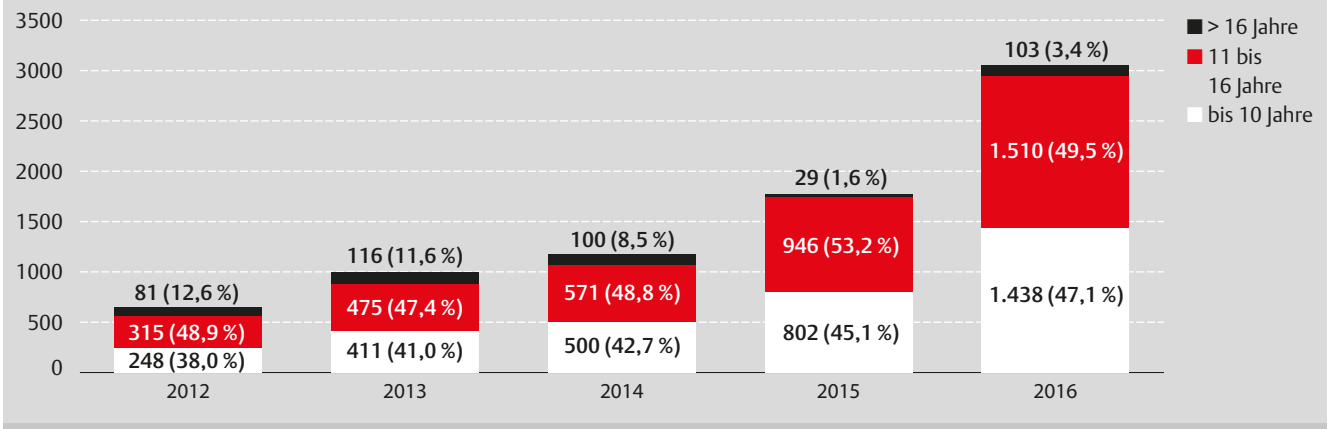
Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 26: Seiteneinsteigeruntersuchung Köln, Geschlecht untersuchter Kinder und Jugendlicher im Zeitraum 2012 bis 2016, allgemeinbildende Schulen (2012: n=643, 2013: n=999, 2014: n=1.171, 2015: n=1.777, 2016: n=3.052)

Etwa der Hälfte der untersuchten Kinder und Jugendlichen befindet sich in der Altersgruppe von 11 bis 16 Jahren. Der Anteil der Kinder unter 11 Jahren liegt bei etwa 45 Prozent. Der restliche Anteil entfällt auf die Schülerinnen und Schüler, die über 16 Jahre alt sind. (Hierbei sei erwähnt, dass ältere Schülerinnen und Schüler der Förderklassen des Berufskollegs in diese Altersstatistik nicht einbezogen sind.)

Der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Herkunft aus den westlichen Balkanstaaten Kroatien, Serbien, Bosnien und Herzegowina, Albanien, Mazedonien, Montenegro und Kosovo lag 2015 bei nahezu 30 Prozent und sank 2016 auf unter 10 Prozent. 2017 steigt er wieder auf 14 Prozent an.
80 bis 90 Prozent der untersuchten Kinder sprechen kein Deutsch.

Seiteneinsteigeruntersuchung Köln, Altersstruktur von 2012 bis 2016



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

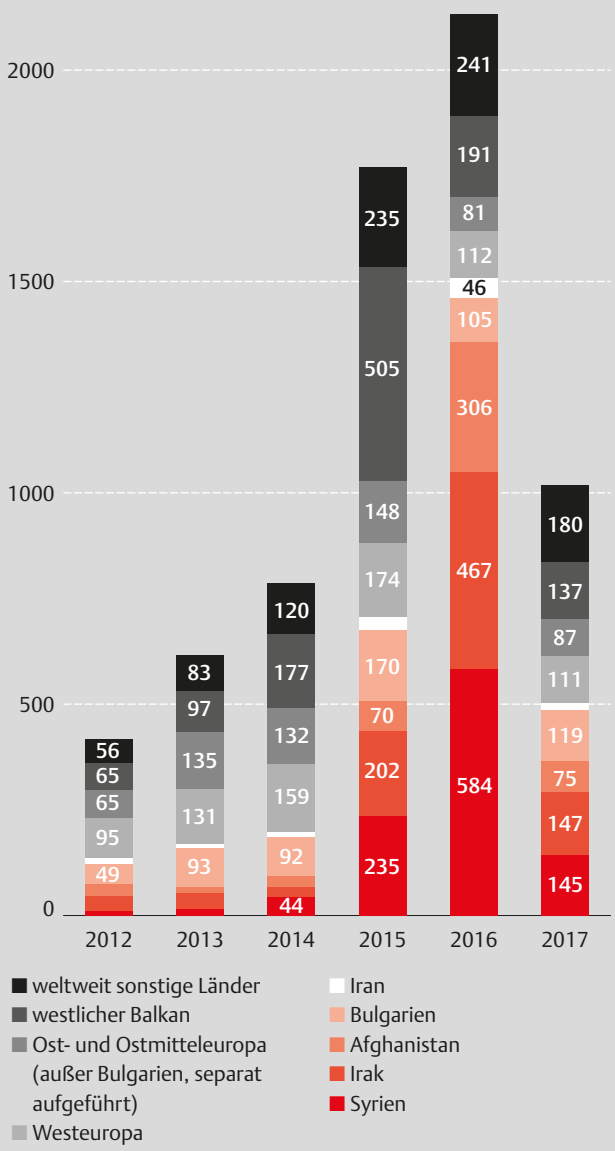
Abbildung 27: Seiteneinsteigeruntersuchung Köln, Altersstruktur untersuchter Kinder und Jugendlicher im Zeitraum 2012 bis 2016, allgemeinbildende Schulen (2012: n=644, 2013: n=1002, 2014: n=1.171, 2015: n=1.777, 2016: n=3.051)

Herkunftsländer bei den Seiteneinsteigeruntersuchungen an allgemeinbildenden Schulen

Die Auswertung der Herkunftsländer der Kinder und Jugendlichen, die bei der Seiteneinsteigeruntersuchung vorgestellt werden, liegt für den Zeitraum 2012 bis 2017 vor. Sie basiert 2012, 2013, 2014, 2016 und 2017 auf Angaben zur Staatsangehörigkeit, 2015 auf Nachfragen zum Herkunftsland. 2017 wurden zusätzlich Angaben von Jugendlichen aus den Förderklassen Berufskolleg einbezogen.

Syrien und Irak erweisen sich in den vergangenen drei Jahren als die häufigsten Herkunftsländer. Aus diesen Ländern stammt 2015 ein Viertel der untersuchten Kinder und Jugendlichen. Der Anteil steigt 2016 weiter auf etwa die Hälfte der untersuchten Kinder und Jugendlichen und fällt 2017 auf weniger als ein Drittel ab.
Darüber hinaus gehören zu den häufigsten Herkunftsländern 2015 Bulgarien, Albanien und Serbien, 2016 sind es Bulgarien, Afghanistan und Iran und 2017 Bulgarien, Afghanistan und Serbien.

Seiteneinsteigeruntersuchung Köln
Herkunft der Kinder/Jugendlichen von 2012 bis 2017



Anmerkung zu Abbildung 28: Aus den westlichen Balkanländern werden Kinder und Jugendliche mit der Herkunft Kroatien, Serbien, Bosnien und Herzegowina, Albanien, Mazedonien, Montenegro und Kosovo erfasst. Bei sonstigen Ländern Ost- und Ostmitteleuropas gibt es die Herkunftsländer Rumänien, Russland, Polen, Ukraine, Ungarn, Moldawien, Slowakische Republik, Tschechien. Zu den sonstigen Ländern Westeuropas, aus denen Kinder und Jugendliche kommen, gehören Portugal, Italien, Spanien, Griechenland, Slowenien, Schweden, Niederlande, Österreich, Irland, Großbritannien, Frankreich, Belgien, Schweiz. Darüber hinaus wurden Kinder und Jugendliche aus weiteren 75 Ländern weltweit in der Seiteneinsteigeruntersuchung vorgestellt. Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 28: Seiteneinsteigeruntersuchung, Staatsangehörigkeit/Herkunftsländer untersuchter Kinder im Vergleich 2012 bis 2017, bis 2016 allgemeinbildende Schulen ohne Förderklassen Berufskolleg, 2017 allgemeinbildende Schulen mit Förderklassen Berufskolleg (2012: n=418, 2013: n=616, 2014: n=787, 2015: n=1.769, 2016: n=2.133, 2017: n=1.018)

5.3 Fallbeispiele Seiteneinsteigeruntersuchung beim Kinder- und Jugendärztlichen Dienst Köln

Eason, ein 12-jähriger Junge aus dem Irak

Eason zeigt bei der Seiteinsteigeruntersuchung im routinemäßigen Sehtest einen auffälligen Befund. Anamnestisch zeigen sich ein nur kurzzeitiger Schulbesuch im Heimatland und fehlende Lese- und Rechtschreibfertigkeiten. Die Eltern berichten mit Hilfe eines Videodolmetschers über häufiges Stolpern des Sohnes. Darüber hinaus sei der Sohn sehr tollpatschig. Die Untersuchung des Jungen zeigt Hinweise auf das Vorliegen einer Fehlsichtigkeit.

Folge:

Empfehlung zur zeitnahen augenärztlichen Vorstellung Rückmeldung[92]:

Vorliegen einer Weitsichtigkeit und Amblyopie (funktionale Sehschwäche) des einen Auges > Versorgung des Jungen mit einer Sehhilfe und regelmäßigen Wiedervorstellungsterminen

Kurzfristiger Effekt:

Notwenige Diagnostik/Behandlung des Sehvermögens durch eine augenärztliche Praxis wird erkannt und eingeleitet.

Langfristiger Effekt:

Ausreichendes Sehvermögen durch Sehhilfe und damit einhergehend verbesserte Chancen der Teilhabe, u.a. bei Bewältigung der Lernanforderungen in der Schule und der Alltagsanforderungen.

Edouard, ein 10-jähriger Junge aus dem Kongo

Bei Edouard fallen während der Seiteinsteigeruntersuchung große Teilleistungsschwächen in den Bereichen der Kognition, der Sprache als auch der Motorik (vor allen Dingen der Graphomotorik) auf. Das Zählen bis 20 gelingt dem Jungen nicht. Trotz mehrfacher Wiederholungen und Hilfe mittels Übersetzung sind einfache Arbeitsanweisungen für das Kind nicht umsetzbar. Das Verhalten des Jungen entspricht dem eines deutlich jüngeren Kindes. Mit Hilfe eines Videodolmetschers kann mit den Eltern über den Verlauf der bisherigen Entwicklung gesprochen werden. Anamnestisch zeigt sich bei dem Jungen eine verzögerte Entwicklung im Vergleich zu den älteren als auch den jüngeren Geschwistern. Laut der Eltern ist bisher kein Schulbesuch erfolgt. Auch im Alltag benötigt der Junge zusätzliche Unterstützung.

92 In Einverständnis mit den Eltern telefonischen Austausch zwischen Kinder- und Jugendärztlichem Dienst und fachärztlicher Praxis

Im Rahmen einer kombinierten Entwicklungsverzögerung besteht hier der Verdacht des Vorliegens einer Intelligenzminderung.

Folge:
Kontaktaufnahme
- *zum Schulamt, um über den aktuellen Entwicklungsstand des Jungen zu informieren*
- *zu einem sozialpädiatrischen Zentrum zur entwicklungsneurologischen Mitbeurteilung und Einschätzung der intellektuellen Fertigkeiten mittels (sprachfreier) Leistungsdiagnostik*

Darüber hinaus werden entsprechende Fördermöglichkeiten mit den Eltern besprochen.

Rückmeldung sozialpädiatrisches Zentrum:
Vorliegen von einer Intelligenzminderung sowie von Entwicklungsverzögerungen in den vorgenannten Bereichen, Beginn einer ergotherapeutischen und logopädischen Förderung

Rückmeldung Schulamt:
Eröffnung eines Verfahrens zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs (AO-SF-Verfahren) durch die Eltern > Gutachtenerstellung durch das Schulamt und das Gesundheitsam > Beschulung an einer Schule mit besonderen Förderbedingungen

Kurzfristiger Effekt:
Einleitung einer differenzierten Diagnostik durch ein sozialpädiatrisches Zentrum und gezielter Hilfen, Information der Eltern sowie des Schulamtes

Langfristiger Effekt:
Gezielte und umfassende Förderung bei vorliegender Intelligenzminderung in Kombination mit Entwicklungsverzögerungen.

5.4 Fazit und Empfehlungen

Seiteneinsteigeruntersuchung Köln:
Bei den Kindern und Jugendlichen, die neu zugewandert sind und aufgrund ihres Alters nicht mehr die reguläre Schuleingangsuntersuchung durchlaufen, wird so schnell wie möglich oder in Einzelfällen zeitnah zu Beginn der Beschulung eine entsprechende „Seiteneinsteigeruntersuchung“ vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst durchgeführt. Dabei zeichnet sich folgende Entwicklung ab:

- Die Anzahl der Seiteneinsteigeruntersuchungen in allgemeinbildenden Schulen hat sich von 2012 bis 2016 stark erhöht, sie lag 2016 bei 3.057 und hat sich damit gegenüber 2012 mehr als vervierfacht. Darüber hinaus fanden 2016 zusätzlich 305 Untersuchungen für Schülerinnen und Schüler in Förderklassen am Berufskolleg statt.
  Bei den allgemeinbildenden Schulen ist 2017 ein Rückgang der Anzahl an Seiteneinsteigeruntersuchungen auf 1.099 untersuchte Kinder zu verzeichnen, zusätzlich fanden bei den Förderklassen am Berufskolleg 364 Untersuchungen statt.

- Häufige Herkunftsländer der neu zugewanderten Kinder und Jugendlichen in der Seiteneinsteigeruntersuchung Köln sind im Zeitraum 2015 bis 2017 Syrien und Irak, nachfolgend Afghanistan und Bulgarien.

- Der Anteil an Kindern und Jugendlichen aus den westlichen Balkanstaaten, davon insbesondere aus Serbien, Albanien und Kosovo, lag 2015 bei 30 Prozent, war 2016 jedoch rückläufig und ist 2017 wieder leicht auf 14 Prozent angestiegen.

- Mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen der Seiteneinsteigeruntersuchungen für die allgemeinbildenden Schulen im Zeitraum von 2015 bis 2016 war bereits über 11 Jahre alt.

- 80 bis 90 Prozent der Kinder und Jugendlichen, die 2015 bis 2017 in der Seiteneinsteigeruntersuchung Köln vorgestellt werden, verfügen über keine Deutschkenntnisse.

Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, die aus Krisenregionen geflüchtet sind, ist aufgrund möglicher gesundheitlicher und psychosozialer Belastungen und Traumatisierungen von einem erhöhten Gesundheitsrisiko auszugehen.

Je älter die vorgestellten Kinder und Jugendlichen sind, wenn sie im deutschen Schulsystem ankommen, desto weniger Zeit verbleibt zum Erlernen der Sprache bei paralleler Bewältigung des Lernstoffs bis zu einem möglichen Abschluss. Dadurch kann seelischer Druck entstehen, der das Gesundheitsrisiko dieser Kinder und Jugendlichen noch weiter verstärkt.

Bezogen auf psychosoziale und gesundheitliche Präventionsangebote ist entsprechend ein höherer Bedarf zu erwarten.

6 Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten – Angebot Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

6.1 Aufgabe und Ziele



Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst bietet als „Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle“ für Kinder und Jugendliche, die unter seelischen Problemen leiden und bisher nicht erreicht wurden, sowie für deren Familien niedrigschwellige Unterstützung an. Die Betroffenen erhalten eine diagnostische Ersteinschätzung und eine kinder- und jugendpsychiatrisch ausgerichtete Beratung.

Bei Bedarf wird eine sozialpsychiatrische Unterstützung angeboten mit dem Ziel, die Kinder und Jugendlichen in ein passgenaues Angebot der fachmedizinischen Versorgung oder der Beratungs- und Jugendhilfe zu vermitteln. In diesen Fällen werden die Kinder, die Jugendlichen und ihre Familien kleinschrittig bei dem Übergang in das geeignete Hilfeangebot begleitet, um eine nachhaltige Unterstützung sicherzustellen. Dabei werden auch Hausbesuche durchgeführt. Des Weiteren steht der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst als Fachberatung für Schulen und für die Jugendhilfe zur Verfügung. Die aufsuchende Beratung in Förderschulen bildet dabei einen Arbeitsschwerpunkt des Fachdienstes. Die Schülerinnen und Schüler mit ihren Familien sowie die Fachkräfte können die Beratung des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in regelmäßigen vor Ort stattfindenden Sprechstunden in Anspruch nehmen.

Darüber hinaus werden auch professionell Helfende und Bildungsinstitutionen gezielt mit Fachberatungen unterstützt. Neben einzelnen Fortbildungen und gemeinsamen Fallbesprechungen werden auch anonyme (Telefon-)Beratungen durchgeführt. Innerhalb des Gesundheitsamtes besteht eine enge Kooperation insbesondere mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst sowie mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst.

Seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen
Die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten in allen Industrieländern deutlich verändert. Besonders auffällig ist eine Verlagerung von somatischen zu psychischen Störungen. Dieses Phänomen wird als „neue Morbidität” bezeichnet und äußert sich zu einem großen Teil in Störungen der Emotionalität und des Sozialverhaltens. Dazu gehören vor allem aggressive Verhaltensauffälligkeiten, Angststörungen, Depressionen sowie Aufmerksamkeitsdefizite und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Nach den Ergebnissen der BELLA-Studie[93] im Rahmen der „KIGGS“-Studie[94] des Robert Koch-Instituts aus dem Erhebungszeitraum 2003 bis 2006 zeigten sich bei etwa einem Fünftel der Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. In der ersten Folgebefragung, KIGGS Welle 1 aus dem Erhebungszeitraum 2009 bis 2012, ließen sich insgesamt keine bedeutsamen Unterschiede zu diesen Ergebnissen der Basiserhebung[95] erkennen.

Häufig reichen die Folgen psychischer Störungen bis ins Erwachsenenalter hinein und führen zu dauerhaften psychischen Beeinträchtigungen. Dies wirkt sich nachteilig auf die Entwicklungschancen, den gesamten persönlichen wie beruflichen Lebensweg und gegebenenfalls auf die nächste Generation aus[96].

Eingeschränkte Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien
Kinder und Jugendliche aus belasteten Familien finden oft nicht den Zugang zu der medizinischen Regelver-

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

94 Die „KIGGS“-Studie des Robert Koch-Instituts ist eine bundesweite Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, die Basiserhebung fand in dem Zeitraum von 2003 bis 2006 statt. Anhand eines Monitorings (Folgeuntersuchung ist die KIGGS Welle 1) können Veränderungen festgestellt werden.

95 20,2 Prozent der Kinder in der Altersstufe von 3 bis 17 ließen sich in der Folgeuntersuchung „KIGGs Welle 1“ der Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten zuordnen, vgl. Hölling H u.a. „Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland, 2014: 807-819

96 Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW, Landesinitiative zu „Erhalt und Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in NRW“ - Handlungskonzept -: 4-6, https://www.praeventionskonzept.nrw.de/_media/pdf/Psyche_Kinder/Handlungskonzept_der_Landesinitiative.pdf, abgerufen am 20.03.2018

sorgung oder zu den Angeboten des Beratungs- und Jugendhilfesystems, auch wenn Bedarf besteht. Auf Kinder und Jugendliche mit seelischen Problemen trifft dies auch in einem erheblichen Umfang zu.

Laut der oben erwähnten BELLA-Studie[97] befinden sich bundesweit nur 48 Prozent der behandlungsbedürftigen Kinder in Therapie. Dies erweist sich als besonders gravierend vor dem Hintergrund, dass gerade ein frühes Erkennen psychischer Krankheiten eine wirksamere Behandlung ermöglicht und hilft, Folgeerkrankungen sowie weitere negative Folgen zu vermeiden. Durch die fehlende Behandlung wird das akute Krankheitsrisiko erhöht und eine langfristige Gesundheitsgefährdung begünstigt.

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst in Köln
Die untere Gesundheitsbehörde hat die Aufgabe, Kinder und Jugendliche vor Gesundheitsgefahren zu schützen (§ 12 Abs 1 ÖGDG NRW). Sie muss tätig werden, wenn Anhaltspunkte vorliegen, dass Hilfebedürftige nicht in der Lage sind, Hilfen zu beantragen (§ 4 Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten, PsychKG). Das Gesundheitsamt richtete im Jahre 2009 auf der Basis eines Ratsbeschlusses vom September 2008 einen „Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst“ ein. Ziel ist es, durch die Vermittlung und Überleitung zu Hilfeangeboten wie Behandlung und Therapie die Chancen der Kinder und Jugendlichen, die bisher nicht erreicht wurden, auf ein gesundes Leben zu erhöhen. Des Weiteren steht der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst als Fachberatung für Schulen, die Jugendhilfe und professionell Helfende zur Verfügung.

6.2 Aktueller Stand

6.2.1 Landesprojekt „Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln im Verbund: früh erkennen – nachhaltig helfen“

Bedarfslage in Köln
Für Köln liegt ebenso wie für andere Städte keine differenzierte Erfassung über die Anzahl an Kindern und Jugendlichen mit Hinweis auf psychische Auffälligkeiten vor. Es lässt sich jedoch eine Grobschätzung auf Basis der aktuellen bundesweiten „KIGGS“-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (siehe oben) vornehmen. Danach wären in Köln über 21.500 Kinder und Jugendliche der Altersgruppe von 7 bis 17 Jahren von dem Risiko einer psychischen Auffälligkeiten betroffen[98]. Laut der Krankenhausdiagnosestatistik[99] ist in Köln die Anzahl der stationären Behandlungen aufgrund von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen bei der Altersgruppe der 5- bis 19-Jährigen im Zeitraum von 2011 bis 2015 etwa gleichbleibend.

Entsprechend gibt es einen großen Bedarf an niedrigschwelliger sozialpsychiatrischer Beratung und Begleitung des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes, der – wie sich bereits in der Anfangsphase abzeichnete – mit den vorhandenen personellen Ressourcen bei weitem nicht gedeckt werden konnte. Daher setzte der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst Schwerpunkte und konzentrierte seine Sprechstunden auf die Förderschulen. Die Kooperation mit dem Jugendamt war nur in Einzelfällen möglich, und eine sozialräumliche Einbindung fand punktuell ohne systematische Vernetzung statt.

Wie bereits im Bericht 2013[100] formuliert, bestand eine hohe Dringlichkeit, das Angebot des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes bedarfsgerecht zu erweitern.

Ausbau im Rahmen des Landesprojekts
Durch die „Landesinitiative zur Stärkung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ konnten die Voraussetzungen geschaffen werden, um den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst mit dem Projekt „Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln im Verbund: früh erkennen – nachhaltig helfen“ auszubauen. Im Rahmen dieses Projektes mit der Laufzeit von März 2014 bis Mai 2017[101] wurde das Team des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes erweitert auf:
3 (Fach-) Ärztinnen (in Teilzeit, 1,8 Stellen konnten leider aufgrund fehlender Bewerberinnen und Bewerber nicht besetzt werden),
1 Diplom-Psychologen,
3 Diplom-Sozialarbeiterinnen,
2 medizinische Fachangestellte im Sekretariat (1,5 Stellen).

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

98 Basisjahr 2017, berücksichtigt wurde bei dieser Überschlagrechnung die unterschiedlichen Quoten bezogen auf die Altersgruppe 7 bis 10 Jahre (23,1 Prozent), die Altersgruppe 11 bis13 Jahre (23,3 Prozent) und die Altersgruppe 14 bis 17 Jahre (17,8 Prozent); Datengrundlage zur Bevölkerung in Köln: Amt für Statistik und Stadtentwicklung

99 Quelle Krankenhausdiagnosestatistik 2015, Landeszentrum Gesundheit NRW, Psychische und Verhaltensstörungen (ICD 10: F00-F99), Altersgruppe 5 bis 19

100 Vgl. Stadt Köln, „Kinder- und Jugendgesundheit in Köln, Bericht 2013“: 33

101 Vgl. Stadt Köln, „Kinder- und Jugendgesundheit in Köln, Bericht 2013“: 33

Im Rahmen des Landesprojekts konnten folgende Maßnahmen umgesetzt werden:

- **Erweiterung des Beratungsangebots**
  Obwohl zwischenzeitlich einige Stellen vakant waren und vor allen die Fachärztinnen-/Fachärztestellen nach wie vor nicht vollständig besetzt sind, konnte nach Beginn des Projekts die Anzahl der beratenen Kinder und Jugendlichen kontinuierlich gesteigert werden (siehe Abbildung 30).

- **Intensivierte und systematische Vernetzung mit bestehenden Maßnahmen**
  Ein besonderer Schwerpunkt gilt der Vernetzung mit den Akteurinnen und Akteuren der Fachwelt. Der Kontakt mit Institutionen, mit denen bislang nur punktuell eine Zusammenarbeit bestand, wie zum Beispiel die Jugendberufshilfe, Jugendwerkstätten und Jugendgerichtshilfe, wurde intensiviert. Im Zuge dessen fragen die Institutionen zunehmend Kooperationen an, um von der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachkompetenz zu profitieren.

  Mit den Bezirksjugendämtern wurde eine enge Zusammenarbeit zur unterstützenden Einschätzung des aktuellen Hilfebedarfs aufgebaut, zum Beispiel durch die Teilnahme an Fallkonferenzen oder die Abstimmung im Falle von Hausbesuchen. Ebenso wird mit den Arbeitskreisen „**N**etzwerk **E**rziehung **I**n **S**chule“ (NEIS) eng kooperiert. Die „NEIS“ - Arbeitskreise gibt es für jeden der neun Stadtbezirke Kölns. Vertreten sind dort neben den Bezirksjugendämtern, Schulleiterinnen und Schulleiter aller Schulen und Schulformen im Stadtbezirk. Von den „NEIS“ - Arbeitskreisen wurde dabei unter anderem auch 2017 das Mitwirken des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes bei Fachtagen zum Thema „Seelische Gesundheit von Kindern“ angefragt.

- **Verbesserte Erreichbarkeit durch örtliche Anbindung**
  In den Stadtbezirken Mülheim und Kalk wurde zusätzlich zu der „Zentrale“ in der Innenstadt je eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle im Bürgeramt angesiedelt. Die Auswahl der Stadtbezirke Mülheim und Kalk für die beiden neu geschaffenen Fachstellen orientierte sich an dem Bedarf und berücksichtigte dabei unter anderem die Anzahl der dort wohnenden Kinder und Jugendlichen, die Gewichtung nach Sozialraumkriterien sowie die Aufteilung des Stadtgebietes nach Zuständigkeit der beiden aufnahmeverpflichteten Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie. Die beiden Fachstellen in Mülheim und Kalk befinden sich in unmittelbare Nähe zum Bezirksjugendamt und sind für die Bürgerinnen und Bürger gut erreichbar. Die Einbindung in die sozialräumliche Arbeit sowie der intensive Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen der Fachämter werden durch die beiden zusätzlichen Standorte vor Ort erleichtert (siehe Abbildung 29).

  Durch die drei Fachstellen ist die Versorgung des gesamten Stadtgebietes abgedeckt:
  - die Fachstelle Mülheim für die Stadtbezirke Mülheim, Chorweiler und Nippes,
  - die Fachstelle Kalk für die Stadtbezirke Kalk, Porz,
  - die Fachstelle Innenstadt für die Stadtbezirke Innenstadt, Ehrenfeld, Lindenthal und Rodenkirchen.

  Die Fachstelle Innenstadt als „Zentrale“ des Gesamt-Teams des „Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Köln im Verbund“ ist in den zentral gelegenen und verkehrstechnisch gut angebundenen Räumen des Gesundheitsamtes am Neumarkt und somit im Stadtbezirk Innenstadt verblieben. Von diesem Standort aus ist eine gute Anbindung an die Stadtbezirke Ehrenfeld, Lindenthal und Rodenkirchen gewährleistet. Des Weiteren kann die oben beschriebene Zusammenarbeit des neuen „Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes im Verbund“ mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst und dem Sozialpsychiatrischen Dienst sowie im Einzelfall auch mit dem Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst sowie den Frühen Hilfen im Gesundheitsamt weiterhin unkompliziert gestaltet werden.

  In den Fachstellen Kalk und Mülheim konnten durch die kontinuierliche Präsenz der Sozialarbeiterinnen die Kooperationen vor Ort ausgebaut und sozialräumlich vertieft werden. Die Sozialarbeiterinnen nehmen als Ansprechpersonen eine erste Klärung vor und koordinieren bei Bedarf die fachärztliche Beratung sowie die aufsuchende psychologische Diagnostik, die im Rahmen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes zur Verfügung stehen. Durch regelmäßige Fallbesprechungen innerhalb des Gesamtteams sind eine enge Rückkoppelung und ein interdisziplinäres Arbeiten gewährleistet.

  In der Fachstelle Mülheim wird der Zugang zu möglichst passgenauen Hilfen für Kinder und Jugendliche mit seelischen Problemen aus Familien mit türkischem Migrationshintergrund zusätzlich dadurch erleichtert, dass die Sozialarbeiterin bei Bedarf diese Familien muttersprachlich beraten kann.

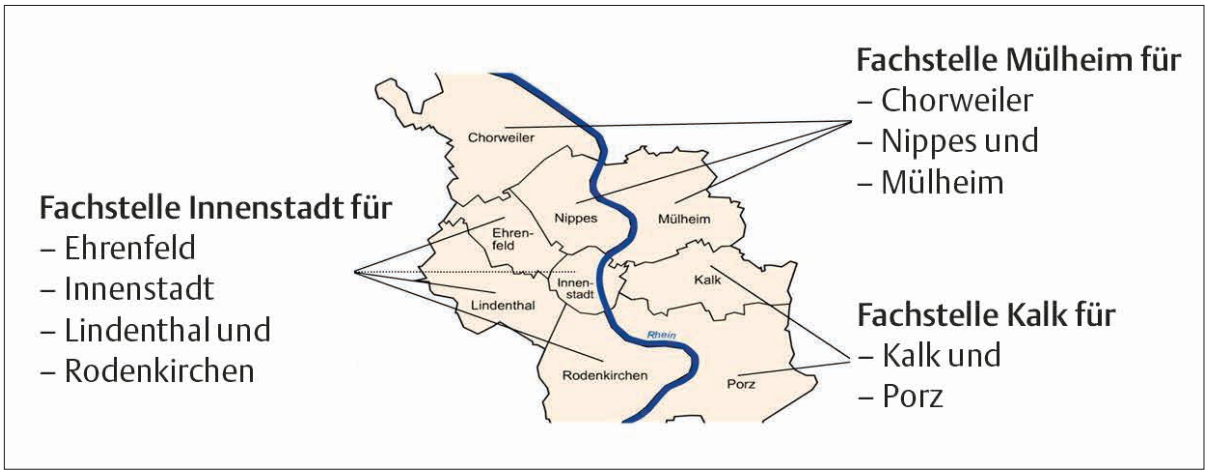
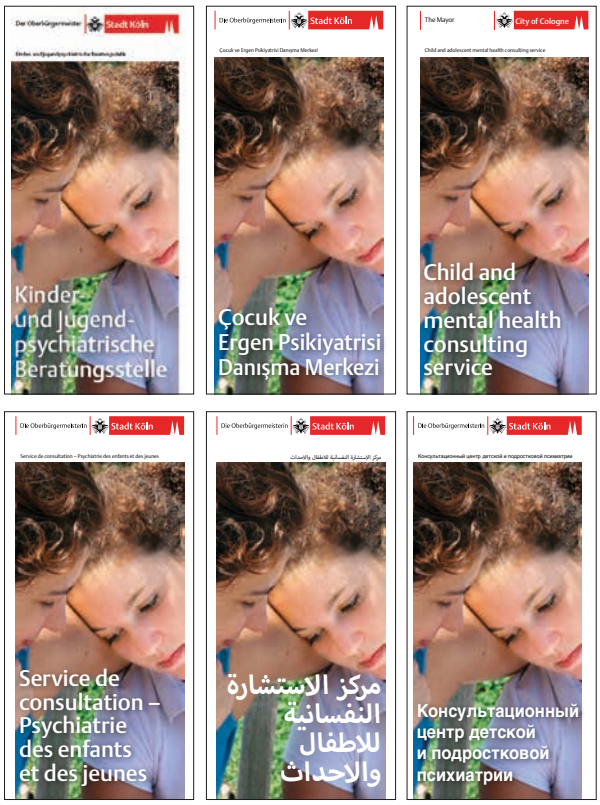


Abbildung 29: Drei Standorte des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes ermöglichen sozialräumlich vernetzte Arbeit vor Ort



Flyer Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle (Auswahl)

– **Ausbau der aufsuchenden Hilfen**
  Insbesondere bei depressiven oder schulmüden Kindern und Jugendlichen sowie bei Kindern psychisch kranker Eltern hat sich der aufsuchende Arbeitsansatz des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes schon häufig als „Türöffner“ für weitergehende Beratungen und Maßnahmen erwiesen. Durch die beiden örtlichen Fachstellen in Mülheim und Kalk und die damit verbundenen kurze Wege kann die aufsuchende Arbeit noch engmaschiger durchgeführt werden.

Die Erweiterung mit den dezentralen Beratungsangeboten in Mülheim und Kalk konnte auch nach Abschluss des Projekts beibehalten werden, denn gemäß Beschluss des Rates der Stadt Köln vom 04.04.2017 wurde der „Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst im Verbund“ über den 31.05. hinaus bis Ende 2017 fortgeführt, und mit Genehmigung des Haushalts 2018 durch die Bezirksregierung im Dezember 2017 wurde 2018 aus dem Landesprojekt ein dauerhaftes Angebot.

Angebot für Geflüchtete

Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung, insbesondere unbegleitete minderjährige Geflüchtete, sind häufig mit extremen Belastungen konfrontiert worden wie traumatisierende Erlebnisse im Herkunftsland und bei der Flucht, kulturelle Entwurzelung und der Verlust von vertrauten Bezugspersonen. Frühzeitiges Erkennen und Anbahnen entsprechender Therapien sind hierbei besonders notwendig, um Retraumatisierungen zu vermeiden und Integration zu ermöglichen. Ohne Beratungs- und Behandlungsangebote bestehen ansonsten erhöhte Risiken der Chronifizierung bestehender Beeinträchtigungen. Vor dem Hintergrund der hohen Anzahl neuankommender Geflüchteter, darunter viele unbegleitete minderjährige Personen, richtete der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst in den größten städtischen Wohnheimen eine offene Beratung/Sprechstunde ein. Darüber hinaus wird der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst auf konkrete Anfragen hin in Unterkünften für Geflüchtete des Stadtgebiets tätig (siehe auch Migrationshintergrund unter 6.2.2.)

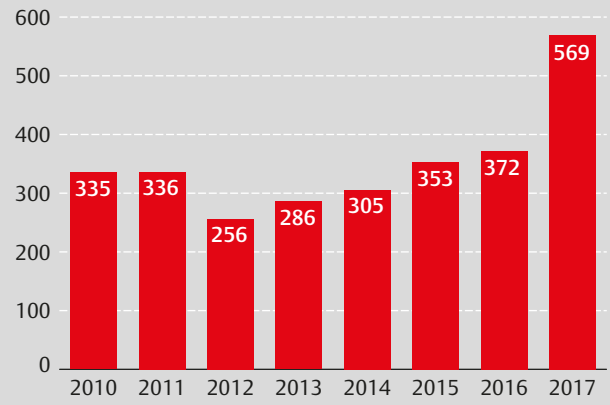
6.2.2 Daten

Daten zu Beratungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes werden anonymisiert erfasst und ausgewertet. Um die Situation seit des Ausbaus im Rahmen des Landesprojekts „Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln im Verbund“ darzustellen, wurden die Daten des Zeitraums von 2015 bis 2017 (mit Stand 31.12.2017) zugrunde gelegt. Dies ermöglicht einen Vergleich mit den Auswertungen aus dem Zeitraum von 2010 bis 2013 vor dem Start des Landesprojekts. Bei den Gegenüberstellungen dieser beiden Phasen wurde das Jahr 2014 nicht berücksichtigt, da im Laufe des Jahres 2014 das Landesprojekt startete und daher dieses Jahr der Umstrukturierung weder der Phase vor Projektbeginn noch der Phase nach Projektbeginn eindeutig zugeordnet werden konnte.

Zunächst wird jedoch ein Überblick über die Entwicklung der Fallzahlen seit der Einrichtung des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes gegeben.

– **Überblick über die Entwicklung der Fallzahlen**
  Im Zeitraum vom Start des Angebots 2010 bis zum 31.12.2017 wurden insgesamt 2.812 Kinder und Jugendliche, darüber hinaus deren Angehörige sowie beteiligte Fachkräfte beraten.

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, Überblick über die Entwicklung der jährlichen Anzahl an Beratungsfällen



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 30: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, Überblick über die Entwicklung der jährlichen Anzahl an (abgeschlossenen) Beratungsfällen im Zeitraum von 2010 bis 2017, Stand 31.12.2017

Während in der Startphase des Beratungsdienstes bis 2011 gehäuft Kurzzeitberatungen im Vordergrund standen, gelang zunehmend der Zugang zu den Kindern und Jugendlichen mit sehr komplexer Problematik. Bei diesen Fällen bedarf es oftmals einer intensiven Begleitung über eine Zeitdauer mehrerer Monate. Diese Entwicklung spiegelte sich auch in der Beratungsstatistik wider. So gab es 2012 weniger Beratungsfälle als in der Startphase, diese wiesen jedoch eine höhere Anzahl an Kontakten pro Beratungsfall auf. Von 2010 bis 2012 sank die jährliche Anzahl der Beratungsfälle mit einmaligem Kontakt von 216 auf 71 Fälle. Entsprechend erhöhte sich in diesem Zeitraum die jährliche Anzahl der Beratungsfälle mit mindestens 4 Kontakten von 14 auf 94. Im Jahr 2013 zeichnete sich eine Zunahme der Beratungsfälle ab.

Seit dem Ausbau des Beratungsdienstes im Rahmen des Landesprojektes ab 2014 konnte, wie bereits oben erwähnt, die jährliche Anzahl der abgeschlossenen Beratungsfälle kontinuierlich gesteigert werden (siehe Abbildung 30). Im Jahre 2017 gab es nochmals einen erheblichen Anstieg gegenüber 2016 von über 50 Prozentpunkten. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass zwischenzeitlich ein Teil der bis dahin bestehenden Personalvakanzen beim Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst behoben werden konnte.

Nicht zuletzt durch „Mund-zu-Mund-Propaganda“ oder auf Empfehlung treten seit 2014 zunehmend auch sogenannte „Selbstmelderinnen“ und „Selbstmelder“ von sich aus in Kontakt mit der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle. Dabei handelt es sich vor allem um Jugendliche und Angehörige von Betroffenen.

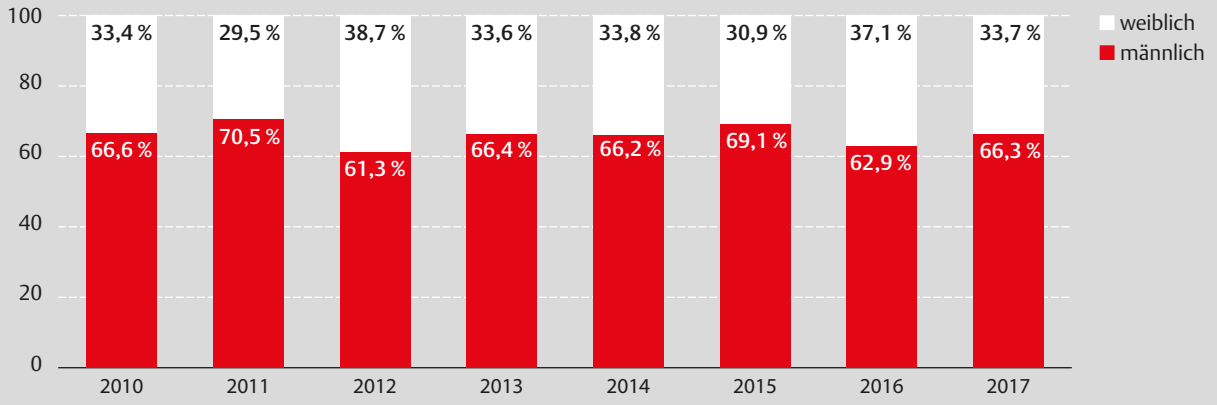
Bei etwa 40 Prozent aller Beratungsfälle ist der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst aufsuchend tätig.

– **Geschlecht**
  Etwa zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen, die die Beratung des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in Anspruch nahmen, sind männlich. Diese Tendenz zeigt sich durchgängig seit Start des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes und ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst schwerpunktmäßig an Förderschulen tätig ist und dort auf eine vornehmlich männliche Schülerschaft trifft. Ferner ist festzustellen, dass Mädchen und junge Frauen bislang weniger zu externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten wie beispielsweise unkontrollierten Impulsdurchbrüchen neigen. Sie zeigen bei psychischen Belastungen eher

internalisierende Verhaltensweisen, wie zum Beispiel Angststörungen, Depressionen, Essstörungen und selbstverletzendes Verhalten. Ab der Pubertät steigt der Anteil der psychischen Erkrankungen bei Mädchen deutlich an, was in der öffentlichen Wahrnehmung nach wie vor durch die externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten der Jungen überlagert wird[102] (siehe hierzu auch unter Perspektive).

Geflüchtete mit ihren Familien, die vom Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst beraten werden. Teilweise leben sie noch in Notaufnahmeeinrichtungen oder in Gemeinschaftsunterkünften, teilweise schon in eigenen Wohnungen.
Auch 2018 ist der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst bei Nachfragen vor Ort in den Wohnheimen für Geflüchtete tätig.

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, Anteil der beratenen Mädchen und Jungen in Prozent, bezogen auf die jährliche Gesamtanzahl an Beratungsfällen



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 31: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, Anteil beratener Mädchen und Jungen

– **Migrationshintergrund**
Seit Start des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes hat sich der Beratungsanteil an Kindern mit Migrationshintergrund stetig erhöht und liegt aktuell bei mehr als der Hälfte aller Beratungsfälle.

Einen neuen Schwerpunkt nimmt dabei – wie oben erwähnt – die Arbeit mit Geflüchteten ein. So war der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst 2016 mit regelmäßigen Sprechstunden in zwei großen Unterkünften für Geflüchtete sowie auf Anfrage in acht weiteren Unterkünften für Geflüchtete tätig. Insgesamt wurden 150 Kinder und Jugendliche und deren Familien auf Anfrage aufgesucht und beraten. Im Jahr 2017 werden in einer Unterkunft für Geflüchtete noch regelmäßige Sprechstunden angeboten und bei Nachfragen weitere Wohnheime für Geflüchtete aufgesucht. Im Jahr 2017 sind es insgesamt 147

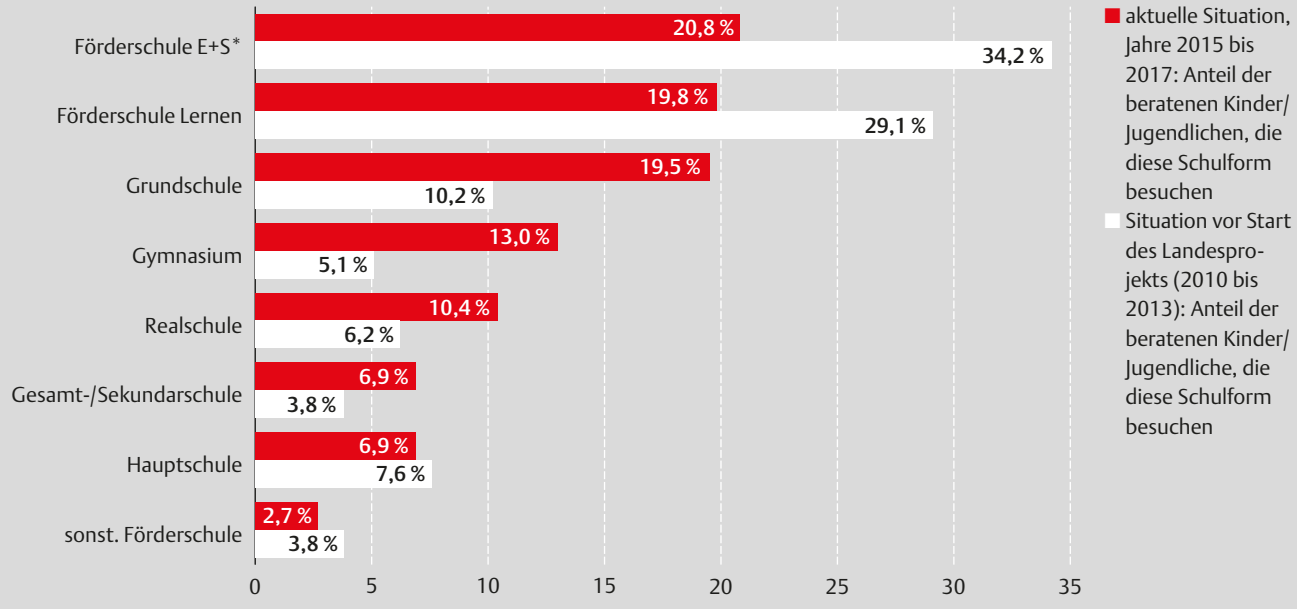
– **Besuchte Schulform**
Während im Zeitraum vor dem Start des Landesprojekts 67,1 Prozent und damit über zwei Drittel der beratenen Kinder und Jugendlichen die Förderschule besuchten, sind es im Zeitraum von 2015 bis 2017 nur noch weniger als die Hälfte (43,3 Prozent)[103] (siehe Abbildung 32). Auch wenn die Förderschulen nach wie vor einen Arbeitsschwerpunkt des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes darstellen, zeigt sich hier tendenziell eine Verlagerung von der Förderschule zur Regelschule. Dies spiegelt zum einen den laufenden Inklusionsprozess an den Regelschulen wider. Zum andern äußert sich hier, dass durch die Erweiterung des Beratungsangebots und die Zusammenarbeit mit den Arbeitskreisen „Netzwerk Erziehung In Schule“ (NEIS) zunehmend Kinder der Regelschulen erreicht werden können.

Eine Abnahme der Anzahl an Beratungsfällen in Hauptschulen kann auf den generellen Rückgang an Schülerinnen und Schülern dieser Schulform zurückgeführt werden.

102 Laut der „BELLA-Studie“ des Robert Koch-Instituts (RKI) aus dem Erhebungszeitraum 2003 bis 2006 weisen Jungen eine höhere Quote an Verhaltensauffälligkeiten, an Störungen des Sozialverhaltens und an ADHS auf als Mädchen. Mit Beginn der Pubertät nimmt bei Mädchen der Anteil an psychischen Störungen zu. Auch in dieser Lebensphase setzen sich systematische Unterschiede bei den Geschlechtern fort. Jungen neigen jedoch eher zu nach außen gerichteten Verhaltensmustern wie Aggressivität und Hyperaktivität, Mädchen eher zu nach innen gerichteten Verhaltensmustern wie Ängste und Depressionen.

103 Der Gesamtanteil der besuchten Schulform Förderschule setzt sich aus Förderschule mit dem Schwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung, Förderschule mit dem Schwerpunkt Lernen und sonstige Förderschule zusammen und ergibt für den Zeitraum 2015 bis 2017 43,3 Prozent, für den Zeitraum 2010 bis 2013 67,1 Prozent.

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, besuchte Schulform der beratenen Kinder und Jugendlichen im Vergleich: aktuelle Situation und Situation vor Start des Landesprojekts



*Förderschule E+S=Förderschule mit dem Schwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung
Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 32: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, besuchte Schulform (allgemeinbildende Schulen) der beratenen Kinder und Jugendlichen, der prozentuale Anteil an allen Kindern und Jugendlichen, die in den betreffenden Zeiträumen in der Beratung waren
Vergleich aktuelle Situation nach Ausbau des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (Zeitraum 2015 bis 2017, n= 875) mit der Situation vor Start des Landesprojekts und vor Ausbau des Dienstes (Zeitraum 2010 bis 2013, n=1.043)

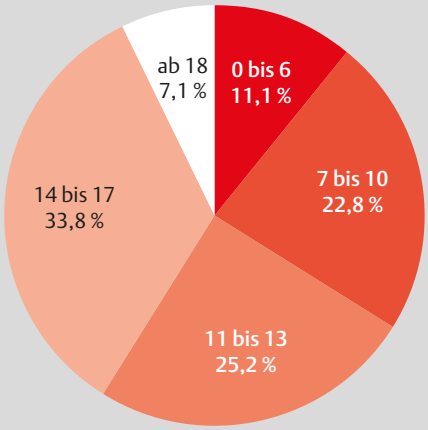
– **Altersstruktur**

Vom Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst werden nach wie vor schwerpunktmäßig Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 17 beraten. Es können jedoch auch jüngere Kinder unter 7 und im Einzelfall junge Erwachsene die Beratung in Anspruch nehmen.
Für den Zeitraum 2015 bis 2017 stellt sich die Altersstruktur der beratenen Kinder und Jugendlichen folgendermaßen dar: 81,8 Prozent der beratenen Kinder und Jugendlichen gehören zu der Altersgruppe von 7 bis 17. Damit ist der Anteil dieser Altersgruppe gegenüber der Phase vor dem Ausbau des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (91,2 Prozent) um über 9 Prozentpunkte gesunken. Entsprechend haben sich der Anteil der Altersgruppe von 0 bis 6 Jahre von 3,9 Prozent auf 11,1 Prozent und der Anteil der Altersgruppe ab 18 Jahre von 4,9 Prozent auf 7,1 Prozent erhöht (siehe Abbildung 33).

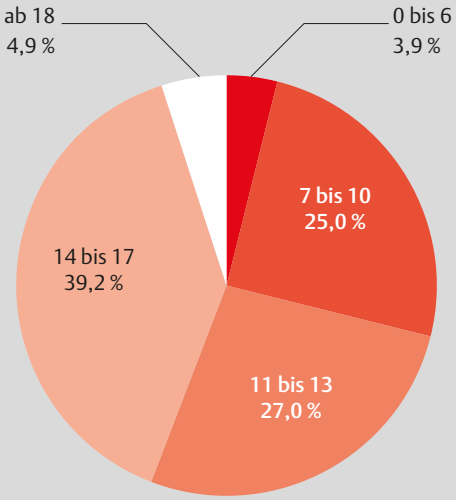
Dies lässt für die Altersgruppe der Kinder unter 7 Jahre darauf schließen, dass Beeinträchtigungen jetzt tendenziell früher erkannt werden und entsprechend früher Hilfen eingeleitet werden können.

Die Erhöhung des Anteils der Altersgruppe ab 18 spiegelt einen aktuellen Trend wider. Zunehmend nehmen ältere Jugendliche und junge Erwachsene von sich aus Kontakt zum Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst auf und melden Beratungsbedarf an. Häufig genannte Themen sind dabei Ängste zum Übergang von Schule zu Beruf/Ausbildung/Studium, Autonomiekonflikte „Ich bin noch nicht so weit“ oder Suchtmittelkonsum als „Eigenmedikation“. Diese Tendenz geht einher mit Beobachtungen anderer professioneller Akteurinnen und Akteure, zum Beispiel in Jugendzentren, Berufskollegs und der Jugendberufshilfe, die berichten, dass auch dort eine Verschiebung erkennbar wird. Das Eintrittsalter von Jugendlichen und Erwachsenen in die dortigen Institutionen wird zunehmend höher und die Verweildauer in den entsprechenden Einrichtungen immer länger.

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, Altersstruktur der beratenen Kinder / Jugendlichen im Zeitraum 2015 bis 2017 (nach Ausbau)



Altersstruktur der beratenen Kinder / Jugendlichen im Zeitraum 2010 bis 2013 (vor Ausbau)



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 33: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, Altersstruktur der beratenen Kinder und Jugendlichen in Lebensjahren
Vergleich aktuelle Situation nach Ausbau des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (Zeitraum 2015 bis 2017, n= 1.278) mit der Situation vor Start des Landesprojekts und vor Ausbau des Dienstes (Zeitraum 2010 bis 2013, n=1.194)

– **Inanspruchnahme der Beratung nach Stadtbezirk**
Wie oben erwähnt, berät der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst Kinder, Jugendliche und ihre Familien aus allen Stadtbezirken. Bei einem Vergleich der Situation vor Start des Landesprojekts mit der Situation im Zeitraum 2015 bis 2017 zeigt sich, dass die jährliche Anzahl beratener Kinder und Jugendlicher in allen Stadtbezirken angestiegen ist (siehe Abbildung 34).

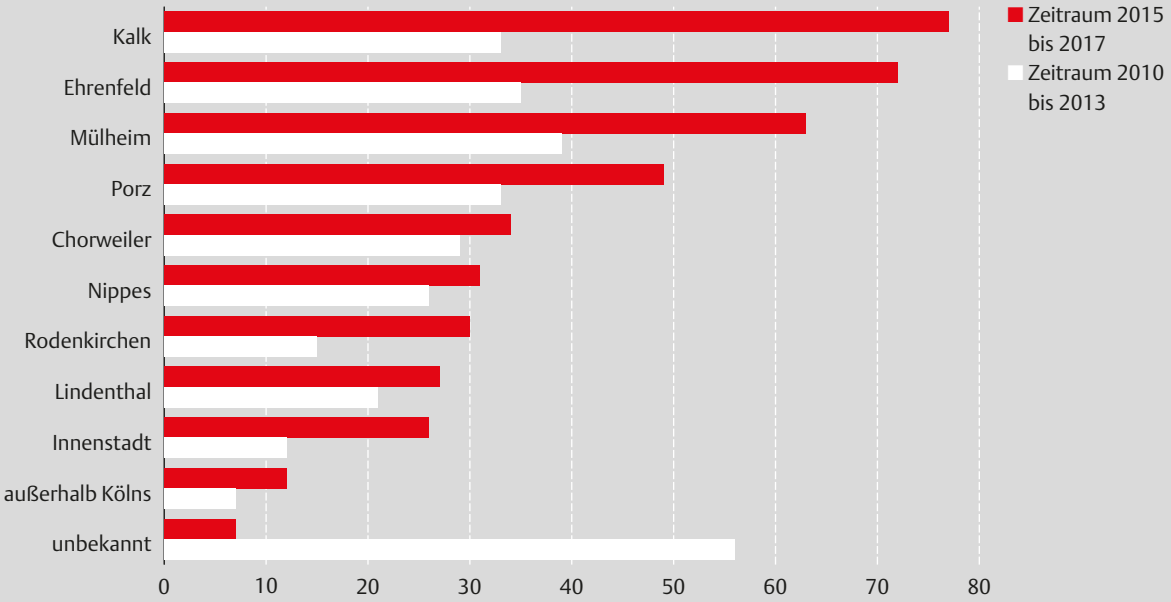
Im Zeitraum 2015 bis 2017 fanden die meisten Beratungen für Kinder und Jugendliche der Stadtbezirke Kalk, Ehrenfeld und Mülheim statt. Es wird deutlich, dass die Erreichbarkeit in den beiden Stadtbezirken Kalk und Mülheim durch die beiden Standorte des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes vor Ort verbessert werden konnte, aber auch, dass stadtweit Kinder und Jugendliche vom Ausbau des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensts profitieren. Des Weiteren gibt es einen hohen Rückgang der Fälle, bei denen der Stadtbezirk des Wohnorts unbekannt ist. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich der Anteil anonymer telefonischer Kurzberatungen vermindert hat zu Gunsten intensiver Fallbegleitungen, bei denen der Wohnort bekannt ist.

– **Anmeldung**
Die Kinder und Jugendlichen werden vorrangig über die Schule beim Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst angemeldet (siehe Abbildung 35). Der Anteil dieser Anmeldungen liegt im Zeitraum der Jahre 2015 bis 2017 bei 36 Prozent. Vor dem Ausbau im Zeitraum 2010 bis 2013 lag er bei 55 Prozent und hat sich damit deutlich vermindert.

Dem entgegen haben sich zum einen die Anmeldungen durch das Jugendamt anteilmäßig von 10 Prozent auf 15 Prozent gesteigert. Gründe für diese Entwicklung liegen in der Intensivierung der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt im Rahmen des Ausbaus, insbesondere in den Außenstellen. Der Anteil an Anmeldungen durch die Eltern ist mit 22 Prozent etwa gleichgeblieben.

Der Anteil sonstiger Anmeldungen liegt im Zeitraum 2015 bis 2017 bei 27 Prozent und ist ebenfalls gegenüber dem Zeitraum 2010 bis 2013 vor dem Ausbau (14 Prozent) gestiegen. Durch den Ausbau der Netzwerkarbeit finden weitere Institutionen wie Kindertageseinrichtungen, Jugendeinrichtungen sowie Unterkünfte für Geflüchtete den Weg zur Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle. Über ein Zehntel der Anmeldungen wird über andere Dienste des Gesundheitsamtes initiiert. Darüber hinaus äußert sich hier der steigende Anteil von jugendlichen und jungen volljährigen „Selbstmelderinnen“ und „Selbstmeldern“.

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, Durchschnitt jährliche Anzahl Beratungsfälle nach Stadtbezirk im Vergleich: aktuelle Situation und Situation vor Start des Landesprojekts



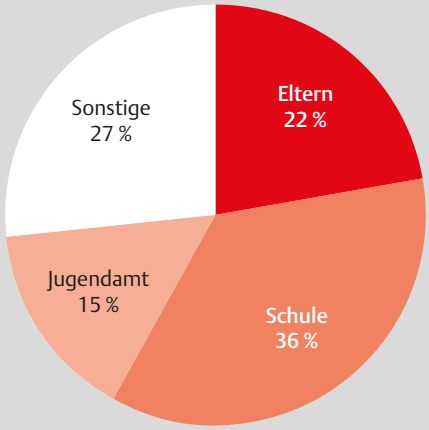
Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 34: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, Durchschnitt jährliche Anzahl Beratungsfälle nach Stadtbezirk, Vergleich aktuelle Situation nach Ausbau des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (Zeitraum 2015 bis 2017, n=1.286) mit der Situation vor Start des Landesprojekts und vor Ausbau des Dienstes (Zeitraum 2010 bis 2013, n=1.213)

– **Empfehlung zur Weiterbetreuung**
Bei über 90 Prozent der Beratungsfälle gibt es eine Empfehlung zur Weiterbetreuung. Dabei werden teilweise mehrere Hilfen parallel benötigt und eingeleitet, beispielsweise die Beratung der Eltern durch das Jugendamt und eine Therapie für das Kind.

Im Zeitraum von 2015 bis 2017 wurde eine ambulante Therapie bei einem Drittel der Beratungsfälle (34 Prozent) empfohlen, der Anteil an Empfehlungen einer (teil)stationäre Therapie betrug 6,8 Prozent (siehe Abbildung 36).

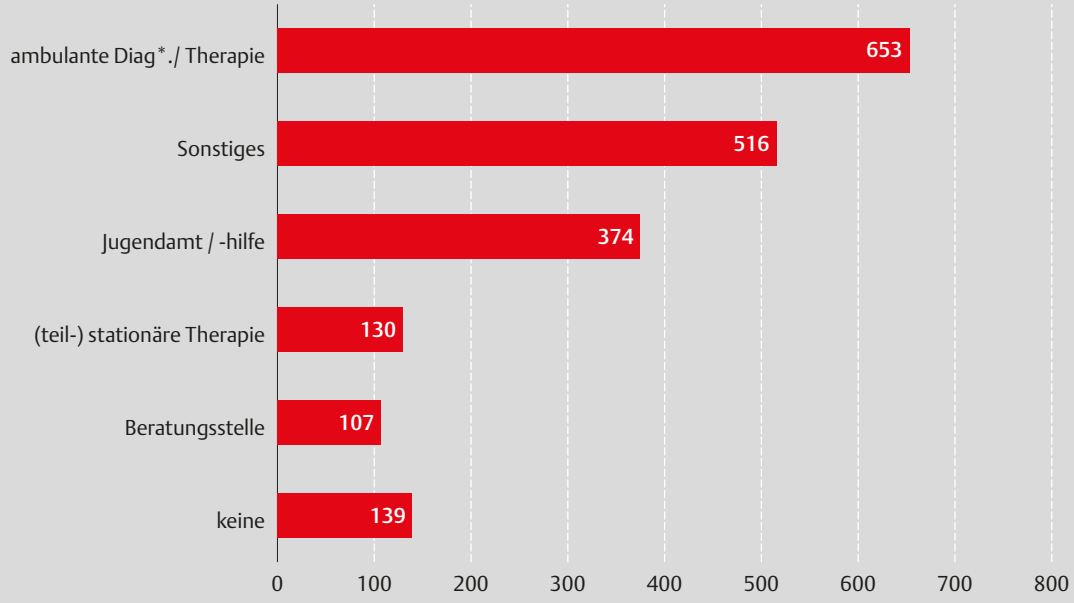
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, Anmeldung zur Beratung im Zeitraum 2015 bis 2017



Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 35: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, Anmeldung zur Beratung, im Zeitraum 2015 bis 2017, n=1.309

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, Weiterempfehlungen, (Mehrfachnennungen pro Beratungsfall möglich), im Zeitraum 2015 bis 2017



*ambulante Diag. = ambulante Diagnose
Quelle: Gesundheitsamt Stadt Köln

Abbildung 36: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, Empfehlung zur Weiterbetreuung, im Zeitraum 2015 bis 2017, n= 1.919, Mehrfachnennungen möglich

6.2.3 Perspektive

Auch wenn die aktuellen Auswertungen zeigen, dass durch den Ausbau im Rahmen des laufenden Landesprojekts bereits die Erreichbarkeit von Kinder und Jugendlichen bedarfsgerecht verbessert werden konnte, erweist sich aus fachlicher Sicht eine Weiterentwicklung der Aktivitäten insbesondere in folgenden Bereichen als sinnvoll und notwendig:

- **Sensibilisierung der pädagogischen Fachwelt für den Bedarf von Mädchen**
  Ziel des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes ist es, durch Aufklärung und Sensibilisierung der pädagogischen Fachkräfte mehr Mädchen und weibliche Jugendliche zu erreichen. Mit Hilfe von Fachtagen für Lehrkräfte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern mit Schwerpunktthemen wie „Ängsten und Depressionen“ und „Kritische Phasen wie schulische Übergänge“ soll das frühzeitige Erkennen und Handeln bei Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten verbessert werden.

- **Früh einsetzende Hilfen in Kindertagesstätten und Grundschulen**
  Bisher wird der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst nur auf Anfrage von Kindertagesstätten und Grundschulen gezielt in den Einrichtungen vor Ort tätig. Der Ausbau der aufsuchenden Beratungstätigkeit in Kindertagesstätten und Grundschulen im Rahmen von Prävention erweist sich als erforderlich, um bei Bedarf möglichst früh Hilfsmaßnahmen einleiten zu können.

- **Zusammenarbeit mit allen Schulformen der weiterführenden Schule**
  Aktuell gibt es bereits eine fest integrierte und enge Kooperation mit den Förderschulen der Schwerpunkte „Lernen“ und „Emotionale und soziale Entwicklung“. Darüber hinaus besteht Kontakt zu den anderen Schulen auf Nachfrage der einzelnen Schulen sowie eine enge Zusammenarbeit mit den Arbeitskreisen „Netzwerk Erziehung in Schule“ (NEIS). Eine Intensivierung der Kooperationen in den anderen Schulformen, wie Realschulen, Gesamtschulen, Berufskollegs, Hauptschulen und im Zusammenhang mit der G8-Problematik auch in Gymnasien ist weiterhin aus fachlicher Sicht wünschenswert.

- **Kinder- und jugendpsychiatrische Beratung in inklusiv arbeitenden Schulen**
  Noch nicht abgeklärt und abgedeckt sind die Bedarfe sämtlicher im Rahmen von gemeinsamem Unterricht inklusiv arbeitenden Schulen. Anhand der Rückmel-

dungen aus den Schulen ist durch die veränderte Lage eine hohe Unsicherheit der Lehrkräfte in Bezug auf den Umgang mit Kindern im inklusiven Unterricht zu vermerken. Gewünscht wird das Einbringen von kinder- und jugendpsychiatrischer Fachkompetenz in die Planungen, bezogen auf inklusiven Unterricht, aber auch im konkreten Einzelfall vor Ort in inklusiven Schulen.

- **Übergänge für Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Problemen**
  Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Vernetzung, Koordinierung und dem Ausbau von Hilfen für junge Menschen auf dem Weg ins Erwachsenenalter. Verstärkt ist dabei das Problem der Übergänge von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie zu berücksichtigen, bei dem auch die therapeutischen Konzepte und diagnostischen Vorgehensweisen wechseln.

- **Setting-bezogene Gesundheitsförderung im Sinne von Empowerment an Schulen**
  Im „Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten" werden Aktivitäten bezogen auf Gesundheitsförderung an Kölner Schulen durch mehr Partizipation gefördert. Durch eine Verbindung zu diesem Projekt sollten die Aktivitäten zur Gesundheitsförderung an Schulen auch für den Bereich der seelischen Gesundheit im Sinne eines „Empowerments" vorangebracht werden. So sollten unter anderem durch Vorträge und Workshops mit Akteurinnen und Akteuren aus den Sozialräumen, die das Thema „Empowerment" durch Partizipation zum Thema haben, das Bewusstsein und das Engagement für gesundes Leben und gesundes Arbeiten gefördert werden.

6.3 Fallbeispiel Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln

Mehmet L., 7 Jahre alt

Anlass und Problematik:

Eine Schulsozialarbeiterin einer Regelgrundschule wendet sich an die Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle des Gesundheitsamtes, da sie von einer Lehrerin auf Mehmet, einen 7-jährigen Jungen der ersten Klasse aufmerksam gemacht wurde. Dieser verhalte sich im Unterricht auffällig, störe oft andere Kinder und benötige wesentlich länger, um den Unterrichtsstoff zu erfassen. Mutter und Lehrerin schätzen das Verhalten sehr unterschiedlich ein. Die Sozialarbeiterin bittet nun den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst um professionelle Hilfe.

Intervention der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle (KJPB):

- *Kontaktaufnahme der Sozialarbeiterin der KJPB mit der Schulsozialarbeiterin*
  - *Terminvereinbarung zur Hospitation der Kinder- und Jugendpsychiaterin und der Sozialarbeiterin von der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle im Unterricht der Grundschule*
  - *Gesprächsvereinbarung mit den Eltern im Anschluss*
- *Klärung des Hilfebedarfs und psychiatrische Einschätzung der Kinder- und Jugendpsychiaterin*
  - *Die Familie wohnt sehr beengt in einer 40qm Wohnung mit noch zwei weiteren Kindern (1 und 4 Jahre alt), die Eltern wirken überfordert.*
  - *Bei dem Kindsvater besteht der Verdacht auf Autismus.*
  - *Die Eltern sprechen lediglich türkisch und verstehen nur wenig deutsch.*
  - *Es bestehen große Berührungsängste mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie mit dem Amt für Kinder, Jugend und Familie.*
- *Terminvereinbarung mit dem Psychologen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle zur Entwicklungsdiagnostik des Jungen in der Schule*
  - *aufsuchende Testuntersuchung in der Schule durch den Psychologen der KJPB ohne die Eltern, aber mit einer Vertrauensperson,*
    Ergebnis: leichte sprachliche Schwächen und Unsicherheiten im Sozialverhalten bei normalem IQ
  - *Beratung der Eltern und der Schule hinsichtlich des Testergebnisses*
  - *Begleitung der Eltern durch die türkisch sprechende Sozialarbeiterin der KJPB zum zuständigen Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialen Diensts des Amtes für Kinder, Jugend und Familie, um nach Hilfen zur Erziehung zu fragen.*

Kurzfristiger Effekt :

- *Der frühzeitige Einstieg und die passgenaue Vermittlung ins bestehende Hilfesystem können bei dieser Familie mit hohem Hilfebedarf erfolgen, da die Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle aus einem interdisziplinären und interkulturellen Team zusammengesetzt ist. Dieses steht als direkter Ansprechpartner unter anderem für die Schulen zur Verfügung und garantiert kurze Informationswege (auch professionsübergreifend).*
- *Die Kontaktaufnahme mit der Familie und die Klärung der Situation gelingen, da Vertrauen und hohe Akzeptanz der Eltern für die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner des Gesundheitsamtes vorhanden sind.*
- *Die Überleitung zum Amt für Kinder, Jugend und Familie ist erfolgreich, da die Eltern muttersprachlich begleitet werden und somit Berührungsängste abgebaut werden*

können. Dadurch wächst die Bereitschaft, Hilfsangebote des Amtes für Kinder, Jugend und Familie anzunehmen.

Langfristiger Effekt:
Aufgrund der Ergebnisse der durchgeführten Entwicklungsdiagnostik kann der Junge speziell gefördert und ein im Raum stehender Wechsel auf die Förderschule vermieden werden. Die Familie wird parallel durch das Amt für Kinder, Jugend und Familie mit einer Familienhilfe pädagogisch unterstützt.

6.4 Fazit und Empfehlungen

Kinder – und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln:
Seit 2009 arbeitet der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst als niedrigschwelliges Angebot für Kinder und Jugendliche, ihre Eltern sowie als Beratungsangebot für sozialpädagogische und pädagogische Fachkräfte mit dem Schwerpunkt in Förderschulen. Der tatsächliche Kölner Bedarf an niedrigschwelliger sozialpsychiatrischer Beratung und Begleitung konnte jedoch mit den vorhandenen personellen Ressourcen bei weitem nicht gedeckt werden. Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst wurde daher im Rahmen einer Projektförderung durch das Land Nordrhein-Westfalen mit Laufzeit von März 2014 bis Mai 2017 zu einem stadtweit vernetzten Angebot erweitert.

Die Auswertungen zeigen, dass es durch diesen Ausbau gelungen ist, stadtweit Kinder und Jugendliche mit komplexen Problematiken besser zu erreichen, frühzeitig und bedarfsgerecht zu unterstützen und nachhaltig im Hilfesystem einzubinden:

- Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die durch den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst niedrigschwellig beraten und begleitet werden, konnte deutlich erhöht werden.

- Neben den etablierten Sprechstunden in den Förderschulen wird der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst jetzt zunehmend auch in Regelschulen tätig. Durch intensivierte und kontinuierliche Kooperation mit den stadtbezirksbezogenen Arbeitskreisen „Netzwerk Erziehung in Schule“ (NEIS) kann sich der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst bei aktuell auftretenden Problemen frühzeitig einschalten und den konkreten Fall begleiten.

- Zusätzlich zur Zentrale in der Innenstadt wurden zwei weitere Standorte des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in den Stadtbezirken Mülheim und Kalk, in denen viele betroffene Kinder und Jugendliche leben, eingerichtet. Dadurch wird eine intensivierte Zusammenarbeit mit den Bezirksjugendämtern und eine sozialräumlich vernetzte Arbeit vor Ort ermöglicht sowie die aufsuchende Arbeit erleichtert.

- Zunehmend wenden sich auch ältere Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Problemen an die Beratungsstelle, da sie Hilfestellung benötigen, um den Übergang Schule/Beruf bewältigen zu können. Hier äußert sich ein weitergehender und umfassender Präventionsbedarf. Das Angebot für Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Problemen ist vor diesem Hintergrund entsprechend weiterzuentwickeln.

- Es finden Sprechstunden und aufsuchende Beratungen in Unterkünften für Geflüchtete statt.

Weiterhin zeichnet sich allerdings ein hoher Bedarf an Beratung durch den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst ab, unter anderem in den Regelschulen, dabei insbesondere in den inklusiven Schulen.

Der zunächst im Rahmen des Landesprojekts befristete Ausbau des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes wird gemäß Ratsbeschluss der Stadt Köln vom 04.04.2017 dauerhaft als Regelangebot fortgeführt.

7 Stadtweite Projekte mit Gesundheitsbezug

In der Stadt Köln werden die Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen als Querschnittsaufgaben verstanden und erfordern daher eine interdisziplinäre, multiprofessionelle und sektorenübergreifende Strategie. Entsprechend werden diese Themen in stadtweiten Programmen aufgegriffen und einbezogen, wie hier anhand von drei aktuellen Projekten beispielhaft dargestellt wird:

- **Präventionsketten – Integrierte Gesamtstrategien für Kinder und Jugendliche**
  Auf der Basis eines Beschlusses des Verwaltungsvorstandes und erfolgreicher Bewerbung auf einen Aufruf der Landesregierung nimmt die Stadt Köln seit Frühjahr 2017 am Landesprogramm „Kommunale Präventionsketten / Kein Kind zurücklassen“ teil.

  Im Rahmen des Programmes „Kommunale Präventionsketten / Kein Kind zurücklassen“ will die Verwaltung ihre Bemühungen zur Förderung von Teilhabe-, Bildungs- und Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen in Köln weiter systematisieren und sich dafür an einem vom Land Nordrhein Westfalen zur Verfügung gestellten Steuerungs-und Qualitätsrahmen orientieren. Konkret ergeben sich drei Ziele im Rahmen des Landesprogramms:
  - Entwicklung eines Präventionsleitbildes
  - Weiterentwicklung von Maßnahmen einer kommunalen Präventionskette bei gesamtkommunaler Steuerung und integrierter Planung. Beabsichtigt sind hier Empfehlungen für die Struktur- und Praxisebene, die auf Analysen und strategischen Zielen aufbauen.
  - Einrichtung eines Präventionsmonitorings.[104]

- Inhaltlich bietet das Programm die Chance, zu aktuellen Fachdebatten zur Prävention und zur Gestaltung von Teilhabe- und Bildungsstrukturen und -prozessen in Kommunen beizutragen. Die Verwaltung wird den politischen Gremien in der zweiten Jahreshälfte 2018 einen Ergebnisbericht als Grundlegung für weitere Aktivitäten und eine nachhaltige gesamtstrategische Steuerung vorlegen. Vor diesem Hintergrund werde auch das ältere städtische Handlungskonzept gegen die Folgen von Kinderarmut bilanziert und fortgeschrieben.

- **Kinderfreundliche Stadt**
  Die „Vereinbarung über die Rechte des Kindes“ wurde bereits 1989 von der UN-Hauptversammlung beschlossen und ist in Deutschland geltendes Recht. Die Stadt Köln hat sich auf den Weg gemacht, die UN-Kinderrechtskonvention zu verwirklichen. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, dass alle Kinder und Jugendlichen – unabhängig von ihren persönlichen Lebenssituationen – die Zuwendung, Unterstützung und Förderung erhalten, die es ihnen ermöglicht, ihre Zukunft selbst zu gestalten. Ein wesentlicher Baustein ist dabei das Siegel „Kinderfreundliche Kommune“ des Vereins „Kinderfreundliche Kommunen e.V.“, das Köln als die erste und bisher einzige Großstadt erhalten hat. Hierfür wurde von der Stadt Köln der „Aktionsplan kinder- und jugendfreundliche Kommune“ erstellt und vom Rat der Stadt Köln am 19.12.2017 beschlossen[105]. Dieser Aktionsplan soll gesamtstädtisch umgesetzt werden. Er sieht vor, dass „Kinder- und Jugendfreundlichkeit“ stets zu berücksichtigen ist – sowohl bei der Gesundheitsförderung als auch bei allen anderen Planungsprozessen. Laut UN-Kinderrechtskonvention haben Kinder und Jugendliche das „Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit, auf Gesundheitsvorsorge und medizinische Betreuung“. In Köln wird in unterschiedlichen Programmen daran gearbeitet, dieses Recht umzusetzen. Die Gesundheit steht im Zusammenhang mit der sozioökonomischen Lage der Kinder und Jugendlichen und auch mit ihrer Umwelt sowie ihrem Zugang zu Bildung. Wichtig bei der Umsetzung des Rechtes auf Gesundheit sind Handlungsfelder wie Ernährung, Bewegung, Suchtprävention und seelische Gesundheit sowie niedrigschwellige Zugänge wie sie beispielsweise bei den Frühen Hilfen und beim Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst der Stadt Köln bereits umgesetzt werden.

- **Programm Starke Veedel – Starkes Köln**
  Weil sich das Bild der Stadt Köln täglich verändert, muss diese sich ständig an neue Rahmenbedingungen anpassen. Besonders hervorzuheben ist mit Blick auf die damit verbundenen Anforderungen auch das Programm „Lebenswerte Veedel – Bürger- und Sozialraumorientierung in Köln“. Ziel des seit mehr als einem Jahrzehnt insbesondere im Jugend- und Sozialbereich

104 Siehe Mitteilung der Verwaltung an die Fachausschüsse des Rates der Stadt Köln 3345/2017 vom 20.11.2017

105 Beschlussvorlage der Stadt Köln, Nr. 2668/2017, Aktionsplan zur Auszeichnung der Stadt Köln als „Kinderfreundliche Kommune“ vom 23.10.2017

praktizierten Ansatzes der Sozialraumorientierung in den ausgewiesenen Sozialraumgebieten[106] ist es, die zum Teil schwierigen Lebensbedingungen der Menschen in elf ausgewählten Sozialräumen zu verbessern. Durch eine optimierte Zusammenarbeit und Vernetzung aller städtischen Dienststellen, der freien Träger, Verbände sowie sonstiger Akteurinnen und Akteure sollen Unterstützungsleistungen begründet und Selbsthilfekräfte gestärkt werden. Um dies zu erreichen, wurde in jedem Sozialraum eine Koordinatorin beziehungsweise ein Koordinator eingesetzt, die – bis auf eine Ausnahme – bei freien Trägern angesiedelt sind. Die Koordinatorinnen und Koordinatoren fungieren als „Informationsdrehscheibe“ und Bindeglied zwischen Verwaltung, Wirtschaft, Politik, Verbänden und Bewohnerschaft. Sie unterstützen oder initiieren Kooperations- und Vernetzungsstrukturen in den Sozialräumen, nutzen diese, um besondere Bedarfslagen zu identifizieren, und entwickeln gemeinsam mit den Diensten und Einrichtungen der freien Träger vor Ort bedarfsgerechte Projekte und Maßnahmen.

Hieran anknüpfend hat der Rat der Stadt Köln in seiner Sitzung am 20.12.2016 beschlossen, die elf Sozialraumgebiete aus dem Programm „Lebenswerte Veedel“ sowie die diesem Konzept zugrunde liegende Handlungsstrategie der Sozialraumorientierung zur Grundlage des Leitkonzeptes „Starke Veedel – starkes Köln“ zu machen, um die Anpassung an sich verändernde Anforderungen der Stadtgesellschaft und um die Schaffung von adäquaten Angebotsformen und -strukturen weiter zu verbessern.

Mit dem Programm „Starke Veedel – Starkes Köln“ wurden passgenaue Angebotsstrukturen, die dazu beitragen gleichberechtigte Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen, in den elf ausgewiesenen Sozialraumgebieten entwickelt und befinden sich in der Umsetzung. Gleichzeitig sollen städtebauliche Missstände beseitigt werden. Die Stadt ist damit dem Förderaufruf des Landes Nordrhein Westfalen unter dem Titel „Starke Menschen – Starke Quartiere“ vom Februar 2015 gefolgt. Ziel des Aufrufs ist die Stärkung der besonders von sozialer Benachteiligung betroffenen Stadtquartiere sowie die nachhaltige Verbesserung der Lebenssituation der in diesen Quartieren lebenden Menschen. Entsprechend wird der sozialräumliche Ansatz in den Fokus gestellt. Die Förderung dieser Quartiere soll gleichzeitig auch zur gesamtstädtischen Entwicklung beitragen und den sozialen Zusammenhalt in der Gesamtstadt fördern. Die Themenbereiche sind dabei vielfältig: Sie reichen von präventiven Angeboten im sozialen und gesundheitlichen Bereich und im Bildungsbereich, über die Stärkung der lokalen Wirtschaft, Aufwertungen im Wohnumfeld, Veränderungen im öffentlichen Raum bis hin zur Verbesserung der Umweltbedingungen. Ein Schwerpunkt des Programmes liegt in der Stärkung und Förderung des „jungen Kölns“, der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den ausgewiesen Sozialraumgebieten. Im gesundheitlichen Bereich konnte im Rahmen des Programmes „Starke Veedel – Starkes Köln“ in allen ausgewiesenen Sozialraumgebieten das Projekt „Plan27“ mit der Laufzeit vom 01.04.2017 bis 31.03.2019 als aufsuchendes Hilfeangebot für junge Menschen mit psychischen Problemen eingerichtet werden (siehe hierzu auch unter 9.2).

106 Ausgewiesene Sozialräume der Stadt Köln sind Bickendorf/Westend/Ossendorf, Bocklemünd/Mengenich, Meschenich/Rondorf, Bilderstöckchen, Blumenberg/Chorweiler/Seeberg-Nord, Buchheim/Buchforst, Höhenberg/Vingst, Humboldt/Gremberg/Kalk, Mülheim-Nord/Keupstraße, Ostheim/Neubrück, Porz-Ost/Finkenberg/Gremberghoven/Eil.

8 Stadtteilbezogene Übersicht der Auswertungen zur Kindergesundheit

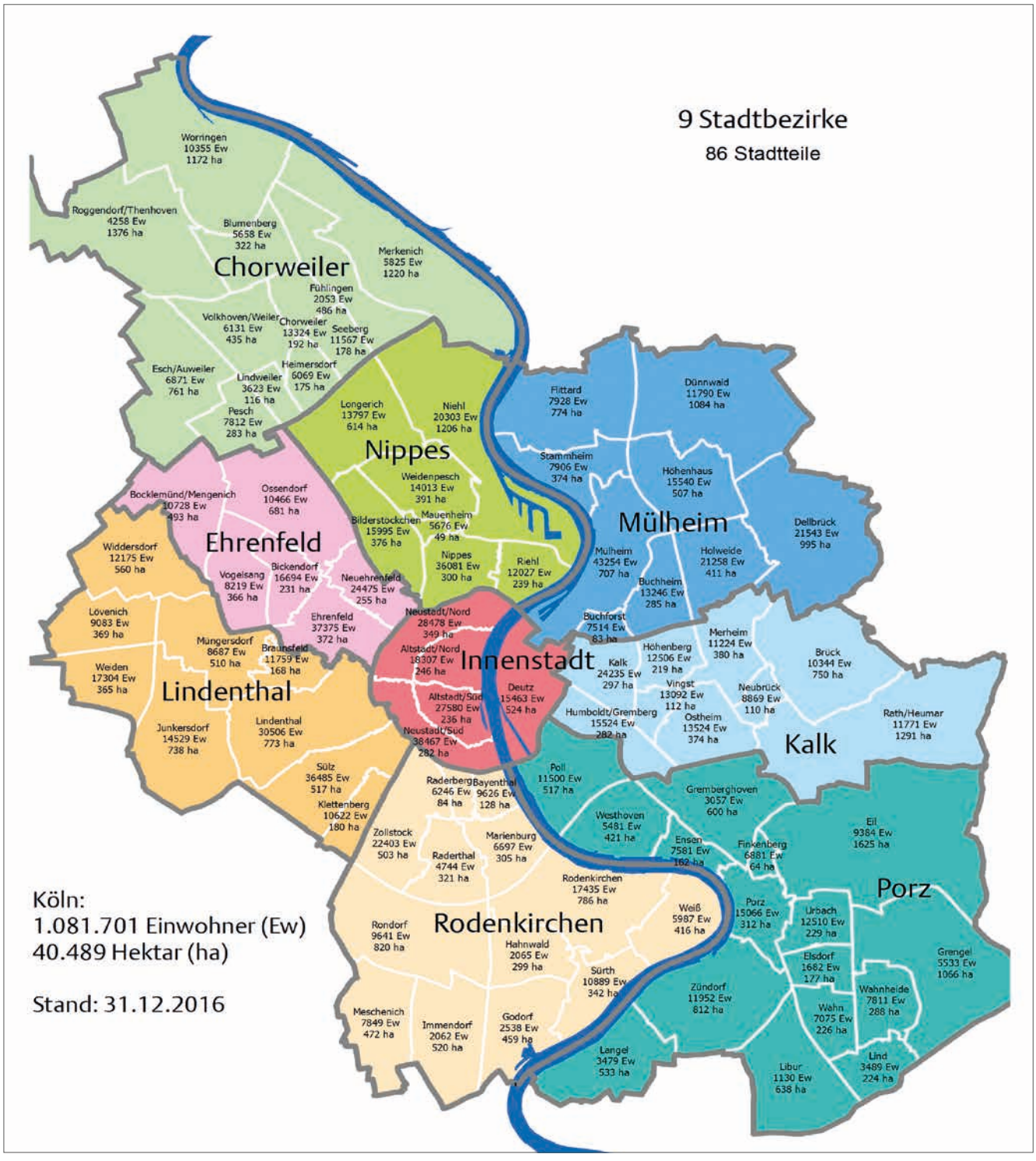


Abbildung 37: Übersicht Köln: Die Gliederung des Kölner Stadtgebietes
Quelle: Amt für Statistik und Stadtentwicklung Stadt Köln

Eine Zusammenschau vorliegender gesundheitlicher Daten auf Stadtteilebene (siehe Abbildung 37) eröffnet die Möglichkeit, eine Übersicht zu erhalten, in welchen Stadtteilen Kölns – verglichen mit den Mittelwerten auf Stadtgebietsebene – die Werte zur gesundheitlichen Situation der KiTa- und Grundschulkinder in mehreren Bereichen unter dem Durchschnitt liegen.

Dafür werden Indikatoren, die landesweit in der Gesundheitsberichterstattung eingesetzt werden und in diesem Bericht bereits dargestellt wurden, in einer stadtteilbezogenen Übersicht zusammengeführt. Im Detail werden sie im Kapitel 3/Zahngesundheit und Kapitel 4/Schuleingangsuntersuchung vorgestellt:

- **Quote übergewichtiger Kinder**
  Quelle: Schuleingangsuntersuchung siehe 4.2.3,
  örtliche Zuordnung zum Stadtteil: Wohnadresse des Kindes

- **Quote der Kinder mit fehlender Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung U8** (bezogen auf die in der Schuleingangsuntersuchung vorgelegten Untersuchungshefte), Quelle: Schuleingangsuntersuchung siehe 4.2.2,
  örtliche Zuordnung zum Stadtteil: Wohnadresse des Kindes

- **Quote der Kinder mit auffälligem Punktwert in einem der Tests zum Entwicklungsstand**
  zugrunde gelegte Tests: „Selektive Aufmerksamkeit", „Zählen", „Zahlen- und Mengenvorwissen", „Visuomotorik", „Visuelles Wahrnehmen", „Pseudowörter nachsprechen", „Körperkoordination", Quelle: Schuleingangsuntersuchung siehe 4.2.4,
  örtliche Zuordnung zum Stadtteil: Wohnadresse des Kindes

- **Quote der Kinder, die kein naturgesundes Gebiss aufweisen**
  Quelle: Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes
  siehe 3.1 und 3.2,
  örtliche Zuordnung zum Stadtteil: Grundschuladresse des Kindes, bei Stadtteilen ohne Grundschule liegt daher kein Wert vor.

Zu jedem dieser Indikatoren gibt es in diesen Kapiteln jeweils eine kleinräumige Stadtkarte. Des Weiteren wird hier auf die Ausführungen in die entsprechenden Kapitel verwiesen.

Pro Stadtteil werden die Werte der vier Indikatoren darauf hin betrachtet, wie sie im Vergleich zum städtischen Mittelwert liegen. Für einige Stadtteile sind keine Werte für Zahngesundheit aufgeführt, da es dort keine Grundschulen gibt, zum Beispiel Hahnwald oder Libur. Dort werden nur die Werte der drei vorhandenen Indikatoren herangezogen.

Wenn bei einem Stadtteil über die Hälfte der vorliegenden Werte im Vergleich zum den städtischen Mittelwerten unterdurchschnittlich sind, kann dies darauf hinweisen, dass übergreifende Setting-bezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung insbesondere in diesen Stadtteilen hohe Priorität haben. Das trifft auf die Stadtteile Meschenich, Bickendorf, Bocklemünd/Mengenich, Ossendorf, Niehl, Weidenpesch, Bilderstöckchen, Lindweiler, Chorweiler, Roggendorf/Thenhoven, Grembergh oven, Eil, Porz, Wahnheide, Lind, Finkenberg, Humboldt/Gremberg, Kalk, Höhenberg, Ostheim, Mülheim, Buchheim, Buchforst und Dünnwald zu. In der Tabelle von Abbildung 38 sind diese Stadtteile mit einem roten Punkt gekennzeichnet.

Auch bei unterdurchschnittlichen Werten zweier Indikatoren und durchschnittlichen Werten der anderen beiden Indikatoren ist der Bedarf Setting-bezogener Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu prüfen. Dies betrifft die Stadtteile Raderberg, Seeberg, Blumenberg, Worringen, Wahn, Vingst, Neubrück, Höhenhaus, Stammheim und Flittard. Die Ergebnisse der Stadtteile Godorf und Immendorf sind aufgrund der geringen Zahl untersuchter Kinder (unter 50 Kinder mit gültigen Angaben) nur bedingt belastbar, daher werden sie in diese Auswertung nicht einbezogen.

Armut und Kindergesundheit

Der Zusammenhang sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen bildet sich hier – wie auch in vorangegangener Gesundheitsberichterstattung[107] – kleinräumlich auf Stadtteilebene ab: Als Hinweis auf soziale Benachteiligung sowie Armut dient in diesem Zusammenhang eine im Stadtteil überdurchschnittliche Quote an Kindern unter 15 Jahren in SGB II-Bedarfsgemeinschaften[108]. In den vorgenannten Stadtteilen, mit Ausnahme von Raderberg, Niehl, Ossendorf, Blumenberg, Worringen und Wahn liegt die Quote an Kindern unter 15 Jahren in SGB II- Bedarfsgemeinschaften über dem städtischen Durchschnitt von 21,5 Prozent (davon in Weidenpesch mit 22,5 Prozent sowie Wahnheide und Stammheim mit je 24,8 Prozent allerdings nur geringfügig).

107 vgl. Stadt Köln, Gesundheitsamt, „Kindergesundheit im Vorschulalter, Gesundheitsbericht 2009": 94

108 Durchschnittliche Quote der Kinder, die in SGB II-Bedarfsgemeinschaften leben, von den Kindern unter 15 Jahre, die ihren Hauptwohnsitz in Köln haben: 21,5, Prozent, Bezugsjahr 2016, Stand 31.12.2016, Quelle: Bundesagentur für Arbeit/Stadt Köln – Amt für Stadtentwicklung und Statistik

Abbildung 38: Stadtteilbezogene Übersicht gesundheitsbezogener Indikatoren der Schuleingangsuntersuchung und der Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes

Stadtteilbezogene Auswertung gesundheitsbezogener Indikatoren	Übergewicht und erhebliches Übergewicht:	U-8-Teilnahme:	Testergebnisse zum Entwicklungsstand:	Zahngesundheit:	Bedarf an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung/ Prävention
	Anteil der Kinder mit Übergewicht oder erheblichem Übergewicht an allen Kindern, die untersucht wurden	Anteil der Kinder, die nicht an der U8 teilgenommen haben an allen Kindern, die untersucht wurden und ein Untersuchungsheft vorgelegt haben	Anteil an Kindern mit auffälligem Punktwert bei mindestens einem der Tests zum Entwicklungsstand	Anteil an Kindern, die kein naturgesundes Gebiss aufweisen	
	Jahrgang 2015-2017	Jahrgang 2015-2017	Jahrgang 2015-2017	Schuljahr 2016/2017	
	n=23.816	n=23.603	n=24.044	n=16.271	
	über dem Durchschnitt **im Durchschnitt** **unter dem Durchschnitt**				**Hinweis auf hohe Priorität:**
Bezirk 1 Innenstadt					
101 / Altstadt/Süd					
102 / Neustadt/Süd					
103 / Altstadt/Nord					
104 / Neustadt/Nord					
105 / Deutz					
Bezirk 2 Rodenkirchen					
201 / Bayenthal					
202 / Marienburg				Keine Daten	
203 / Raderberg					
204 / Raderthal				Keine Daten	
205 / Zollstock					
206 / Rondorf					
207 / Hahnwald				Keine Daten	
208 / Rodenkirchen					
209 / Weiß					
210 / Sürth					
211 / Godorf					
212 / Immendorf					
213 / Meschenich					

Stadtteilbezogene Auswertung gesundheitsbezogener Indikatoren	Übergewichtig und erhebliches Übergewicht:	U-8-Teilnahme:	Testergebnisse zum Entwicklungsstand:	Zahngesundheit:	Bedarf an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung/ Prävention
	Anteil der Kinder mit Übergewicht oder erheblichem Übergewicht an allen Kindern, die untersucht wurden	Anteil der Kinder, die nicht an der U8 teilgenommen haben an allen Kindern, die untersucht wurden und ein Untersuchungsheft vorgelegt haben	Anteil an Kindern mit auffälligem Punktwert bei mindestens einem der Tests zum Entwicklungsstand	Anteil an Kindern, die kein naturgesundes Gebiss aufweisen	
	Jahrgang 2015 -2017	Jahrgang 2015-2017	Jahrgang 2015-2017	Schuljahr 2016/2017	
	n=23.816	n=23.603	n=24.044	n=16.271	
	🔴 über dem Durchschnitt 🟡 im Durchschnitt 🟢 unter dem Durchschnitt				Hinweis auf hohe Priorität: 🔴
Bezirk 3 Lindenthal					
301 / Klettenberg	🟢	🟢	🟢	🟢	
302 / Sülz	🟢	🟢	🟢	🟢	
303 / Lindenthal	🟢	🟢	🟢	🟢	
304 / Braunsfeld	🟢	🟢	🟢	🟢	
305 / Müngersdorf	🟡	🟢	🟡	🟢	
306 / Junkersdorf	🟢	🟢	🟢	🟢	
307 / Weiden	🔴	🟢	🟢	🟡	
308 / Lövenich	🟢	🟡	🟢	🟢	
309 / Widdersdorf	🟡	🟢	🟢	🟢	
Bezirk 4 Ehrenfeld					
401 / Ehrenfeld	🟡	🟡	🟡	🟡	
402 / Neuehrenfeld	🟡	🟢	🟡	🟢	
403 / Bickendorf	🔴	🔴	🔴	🟡	🔴
404 / Vogelsang	🟡	🟢	🟡	🟢	
405 / Bockl./Meng.*	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴
406 / Ossendorf	🟡	🔴	🔴	🔴	🔴
Bezirk 5 Nippes					
501 / Nippes	🟡	🟡	🟡	🟡	
502 / Mauenheim	🟡	🟢	🟡	🟡	
503 / Riehl	🟡	🟡	🟡	🟡	
504 / Niehl	🔴	🟡	🔴	🔴	🔴
505 / Weidenpesch	🔴	🟢	🔴	🔴	🔴
506 / Longerich	🟢	🟡	🔴	🟡	
507 / Bilderst.*	🔴	🟡	🔴	🔴	🔴

Stadtteilbezogene Auswertung gesundheitsbezogener Indikatoren	Übergewichtig und erhebliches Übergewicht:	U-8-Teilnahme:	Testergebnisse zum Entwicklungsstand:	Zahngesundheit:	Bedarf an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung/ Prävention
	Anteil der Kinder mit Übergewicht oder erheblichem Übergewicht an allen Kindern, die untersucht wurden	Anteil der Kinder, die nicht an der U8 teilgenommen haben an allen Kindern, die untersucht wurden und ein Untersuchungsheft vorgelegt haben	Anteil an Kindern mit auffälligem Punktwert bei mindestens einem der Tests zum Entwicklungsstand	Anteil an Kindern , die kein naturgesundes Gebiss aufweisen	
	Jahrgang 2015 -2017	Jahrgang 2015-2017	Jahrgang 2015-2017	Schuljahr 2016/2017	
	n=23.816	n=23.603	n=24.044	n=16.271	
	● über dem Durchschnitt ● im Durchschnitt ● unter dem Durchschnitt				Hinweis auf hohe Priorität: ●
Bezirk 6 Chorweiler					
601 / Merkenich	●	●	●	●	
602 / Fühlingen	●	●	●	Keine Daten	
603 / Seeberg	●	●	●	●	
604 / Heimersdorf	●	●	●	●	
605 / Lindweiler	●	●	●	●	●
606 / Pesch	●	●	●	●	
607 / Esch/Auweiler	●	●	●	●	
608 / Volk./Weil.*	●	●	●	Keine Daten	
609 / Chorweiler	●	●	●	●	●
610 / Blumenberg	●	●	●	●	
611 / Rogg.Thenh.*	●	●	●	●	●
612 / Worringen	●	●	●	●	

Stadtteilbezogene Auswertung gesundheitsbezogener Indikatoren	Übergewichtig und erhebliches Übergewicht:	U-8-Teilnahme:	Testergebnisse zum Entwicklungsstand:	Zahngesundheit:	Bedarf an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung/ Prävention
	Anteil der Kinder mit Übergewicht oder erheblichem Übergewicht an allen Kindern, die untersucht wurden	Anteil der Kinder, die nicht an der U8 teilgenommen haben an allen Kindern, die untersucht wurden und ein Untersuchungsheft vorgelegt haben	Anteil an Kindern mit auffälligem Punktwert bei mindestens einem der Tests zum Entwicklungsstand	Anteil an Kindern, die kein naturgesundes Gebiss aufweisen	
	Jahrgang 2015 -2017	Jahrgang 2015-2017	Jahrgang 2015-2017	Schuljahr 2016/2017	
	n=23.816	n=23.603	n=24.044	n=16.271	
	● über dem Durchschnitt ● im Durchschnitt ● unter dem Durchschnitt				Hinweis auf hohe Priorität: ●
Bezirk 7 Porz					
701 / Poll	●	●	●	●	
702 / Westhoven	●	●	●	Keine Daten	
703 / Ensen	●	●	●	●	
704 / Grembergh.	●	●	●	●	●
705 / Eil	●	●	●	●	●
706 / Porz	●	●	●	●	●
707 / Urbach	●	●	●	●	
708 / Elsdorf	●	●	●	Keine Daten	
709 / Grengel	●	●	●	●	
710 / Wahnheide	●	●	●	●	●
711 / Wahn	●	●	●	●	
712 / Lind	●	●	●	Keine Daten	●
713 / Libur	●	●	●	Keine Daten	
714 / Zündorf	●	●	●	●	
715 / Langel	●	●	●	●	
716 / Finkenberg	●	●	●	●	●

Stadtteilbezogene Auswertung gesundheitsbezogener Indikatoren	Übergewichtig und erhebliches Übergewicht:	U-8-Teilnahme:	Testergebnisse zum Entwicklungsstand:	Zahngesundheit:	Bedarf an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung/ Prävention
	Anteil der Kinder mit Übergewicht oder erheblichem Übergewicht an allen Kindern, die untersucht wurden	Anteil der Kinder, die nicht an der U8 teilgenommen haben an allen Kindern, die untersucht wurden und ein Untersuchungsheft vorgelegt haben	Anteil an Kindern mit auffälligem Punktwert bei mindestens einem der Tests zum Entwicklungsstand	Anteil an Kindern, die kein naturgesundes Gebiss aufweisen	
	Jahrgang 2015 -2017	Jahrgang 2015 -2017	Jahrgang 2015 -2017	Schuljahr 2016/2017	
	n=23.816	n=23.603	n=24.044	n=16.271	
	über dem Durchschnitt **im Durchschnitt** **unter dem Durchschnitt**				**Hinweis auf hohe Priorität:** ●
Bezirk 8 Kalk					
801 / Humb/Gre.*	●	●	●	●	●
802 / Kalk	●	●	●	●	●
803 / Vingst	●	●	●	●	
804 / Höhenberg	●	●	●	●	●
805 / Ostheim	●	●	●	●	●
806 / Merheim	●	●	●	●	
807 / Brück	●	●	●	●	
808 / Rath/Heumar	●	●	●	●	
809 / Neubrück	●	●	●	●	
Bezirk 9 Mülheim					
901 / Mülheim	●	●	●	●	●
902 / Buchforst	●	●	●	●	●
903 / Buchheim	●	●	●	●	●
904 / Holweide	●	●	●	●	
905 / Dellbrück	●	●	●	●	
906 /Höhenhaus	●	●	●	●	
907 / Dünnwald	●	●	●	●	●
908/ Stammheim	●	●	●	●	
909 / Flittard	●	●	●	●	

*In der Tabelle abgekürzte Stadtteilnamen: 405/Bocklemünd/Mengenich, 507/Bilderstöckchen, 608/Volkhoven/Weiler, 611/Roggendorf/Thenhoven, 704/Gremberghoven, 801/Humboldt/Gremberg

9 Zusammenfassung, Ausblick und Empfehlungen

9.1 Wichtigste Ergebnisse zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Überblick

Basis dieses Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes sind die Daten der Schuleingangsuntersuchung, der Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes sowie der Beratungs- und Falldokumentationen. Bei den Schuleingangsuntersuchungen ist zu berücksichtigen, dass die primäre Aufgabe darin besteht, die Schulfähigkeit der Kinder festzustellen und bei Bedarf gezielt Fördermöglichkeiten in die Wege zu leiten. Entsprechend liegt der Fokus der Untersuchungen in erster Linie auf den schulrelevanten Fähigkeiten und dem individuellen Förderbedarf des vorgestellten Kindes. Da grundsätzlich jedes Kind die Schuleingangsuntersuchung vor der Einschulung durchläuft, können die Ergebnisse jedoch Hinweise auf die gesundheitliche Situation der Kinder in Köln geben.

Der überwiegende Teil der Kinder in Köln zeigt bei der Schuleingangsuntersuchung 2017 wie bereits in den Vorjahren in den hier dargestellten Schwerpunkten der schulärztlichen sowie zahnärztlichen Untersuchungen eine gesunde und altersgerechte Entwicklung. Im Vergleich zu den Vorberichten 2009 und 2013 gibt es Veränderungen in folgenden Bereichen:

Gegenüber den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchungen aus 2012 haben sich die Durchimpfungsraten gegen Masern, Mumps, Röteln leicht erhöht und gegen Varizellen, Hepatitis B und Pneumokokken sogar deutlich verbessert. In Bezug auf Diphtherie, Tetanus und Pertussis ist allerdings ein leichter Rückgang der Durchimpfungsrate zu verzeichnen.

Die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen U6 bis U9 sind beim Jahrgang 2017 gegenüber dem Jahrgang 2012 geringfügig angestiegen, die Teilnahmequote an der seit 2010 generell angebotenen Früherkennungsuntersuchung U7a hat sich sogar erheblich erhöht.

Im Einschulungsjahrgang 2017 zeigt sich – wie auch in den Vorjahren – ein hoher Anteil an Kindern mit Adipositas. Im Vergleich zum Ausgangswert 2012 (5,4 Prozent) ist mit 4,3 Prozent im Jahrgang 2017 ein leichter Rückgang bei den 5- bis 6-jährigen Kindern zu beobachten. Die Analysen der KIGGS-Studie des Robert Koch-Instituts[109] belegen, dass bei Kindern und Jugendlichen mit zunehmendem Alter auch der Anteil an Kindern mit Übergewicht und Adipositas steigt. Weiterhin ist es wichtig, bereits vor der Einschulung das Thema Übergewicht in den Blick zu nehmen.

Der Anteil untergewichtiger Kinder hat sich dagegen im Vergleich zum Jahrgang 2012 leicht erhöht. Die weitere Entwicklung dieses Wertes sollte beobachtet werden.

In den Kindertageseinrichtungen hat sich die Zahngesundheit der Kinder aus den „Risikoeinrichtungen[110]“ im Schuljahr 2016/2017 seit dem Schuljahr 2011/2012 verbessert. In den Grundschulen gibt es eine generelle Verbesserung der Zahngesundheitswerte. Diese Entwicklungen sind unter anderem auf die gezielten gruppenprophylaktischen Maßnahmen des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes zurückzuführen.

Von Gesundheitsrisiken sind nach wie vor Kinder in benachteiligten sozialen Lebenssituationen[111] besonders betroffen. Darüber hinaus lassen sich Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen sozialem Status und Ergebnissen zur Gesundheit– ebenso wie in den Vorjahren auch wieder bei der Analyse der Schuleingangsuntersuchung Köln 2017 erkennen. Durch einen niedrigschwelligen und Setting-bezogenen Ansatz kann der öffentliche Gesundheitsdienst diese Kinder, Jugendlichen und ihre Eltern gezielt und frühzeitig erreichen und in das vorhandene Regelsystem des Gesundheitswesens mit entsprechenden Angeboten oder anderen Hilfen einbinden. Beispiele reichen von den Frühen Hilfen über den Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst oder die Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle bis zur fachärztlichen Betreuung von Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften.

109 „KIGGS-Studie“: Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland, Quelle hier: Kurth B, Rosario AS (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50(5-6):736-743
Schienkiewitz A, Brettschneider A-K, Damerow S, Schaffrath Rosario A, in Robert Koch-Institut (Hrsg) “KiGGS Welle 2: Ergebnisse im Journal of Health Monitoring”, Gesamtausgabe 1/2018, „Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends“ www.kiggs-studie.de/ergebnisse/kiggs-welle-2/johm.html, abgerufen am 23.03.2018

110 „Risikoeinrichtung“, siehe 3.1: Die 10 Prozent aller Einrichtungen, die die geringste Quote an Kindern mit naturgesunden Gebissen im Schuljahr 2011/2012 aufwiesen

111 hier: materielle Benachteiligung (in SGBII-Bedarfsgemeinschaften)



Gruppenprophylaktische Maßnahmen

9.2 Aktuelle Entwicklungen

Es zeigt sich wie bereits in den beiden Gesundheitsberichten 2009 und 2013, dass seelische Probleme als gesellschaftliches Phänomen an Bedeutung gewinnen. Ein Anstieg von psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung wird durch die Krankenkassen auf der Basis von Diagnosedaten und krankheitsbedingten Fehlzeiten am Arbeitsplatz bestätigt, unter anderem durch den DAK-Gesundheitsreport, den Report Krankenhaus der Barmer Ersatzkasse sowie den Fehlzeiten-Report des AOK-Bundesverbandes. Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen sind laut Fehlzeiten-Report 2017 des AOK Bundesverband in den letzten 10 Jahren erheblich gestiegen, sie nahmen um 79,3 Prozent zu.

Systematische Erhebungen zu psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen gibt seit 2003 im Rahmen der bundesweiten „KIGGS-Studie“ des Robert Koch-Instituts. Danach liegt der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Hinweis auf psychische Auffälligkeiten sowohl in der Basiserhebung aus dem Zeitraum 2003 bis 2006 als auch in der Folgeerhebung aus dem Zeitraum 2009 bis 2012 bei etwa einem Fünftel der Kinder und Jugendlichen.

Psychische Beeinträchtigungen belasten die persönliche Entwicklung und den Lebensweg der betroffenen Person ebenso wie das familiäre Umfeld der erkrankten Person, besonders dann, wenn es sich dabei um Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene handelt.

Entsprechend des hohen Bedarfs von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen wurde der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst im Rahmen einer Projektförderung durch das Land Nordrhein-Westfalen mit Laufzeit von März 2014 bis Mai 2017 zu einem stadtweit vernetzten Angebot erweitert. Dabei wurde der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst in zwei besonders belasteten Stadtbezirken ausgebaut. Zusätzlich zu dem zentralen Beratungsangebot im Gesundheitsamt und damit in der Innenstadt wurden zwei weitere Beratungsstellen in den Bürgerämtern der Stadtbezirke Kalk und Mülheim eingerichtet, um eine intensivierte Zusammenarbeit mit den Bezirksjugendämtern und eine sozialräumlich vernetzte Arbeit vor Ort sowie die Erreichbarkeit für betroffene Familien und die aufsuchende Arbeit zu erleichtern. Durch den Ausbau ist es gelungen, Kinder und Jugendliche mit mul-

tiplen Problemlagen nicht nur in den beiden Stadtbezirken, sondern im gesamten Stadtgebiet besser zu erreichen, frühzeitig und bedarfsgerecht zu unterstützen und nachhaltig in das reguläre Hilfesystem einzubinden. Eine unbefristete Weiterführung der beiden durch das Projekt initiierten Beratungsstellen Kalk und Mülheim wurde vom Rat der Stadt Köln im Jahr 2017 beschlossen.

Zunehmend treten auch ältere Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Problemen in Erscheinung. Sie benötigen Unterstützung, um die Übergänge auf dem Weg ins Erwachsenenalter bewältigen zu können. Dabei besteht hier die Herausforderung, Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu gewinnen. Entsprechend den Empfehlungen der „Koordinierungsgruppe U 27“, einer Arbeitsgruppe von Kölner Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Institutionen, wie zum Beispiel Jobcenter, Landschaftsverband, Ämter der Stadt Köln und Träger der Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie, wurde das Konzept „U 27“ mit Handlungsempfehlungen erstellt. Es umfasst ein Gesamtangebot mit unterschiedlichen Bausteinen für junge Menschen mit psychischen Problemen.

Bisher konnten unter anderem die Beratungsstelle „Proberaum“ und das tagesstrukturierende Projektangebot „Proberaum WorX“ in Trägerschaft der Alexianer Köln GmbH, finanziert über das Jobcenter, realisiert werden. Darüber hinaus wurde das Angebot „Plan 27“ als aufsuchende Hilfe am 1. April 2017 in den elf Sozialraumgebieten im Rahmen des Programmes „Starke Veedel – starkes Köln“ gestartet. Es wird als Kooperation des Gesundheitsamts der Stadt Köln mit den Trägern Alexianer Köln GmbH, Der Sommerberg AWO Betriebsgesellschaft mbH und dem Verein des Sozialpsychiatrischen Zentrums (SPZ) Köln-Nippes und Köln-Chorweiler e. V. durchgeführt und ist zunächst bis zum 31.03.2019 befristet. Am 20.3.2018 fand unter dem Titel „Vun nix kütt nix – Junge Kölner bekommen Hilfen!?“ eine gemeinsame Fachtagung aller Arbeitskreise der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Köln in Kooperation mit der Koordinierungsgruppe U 27 im Dominikus-Brock-Haus der Alexianer Köln GmbH in Köln-Porz statt. Dabei ging es unter anderem darum, die Handlungsempfehlungen der Koordinierungsgruppe U 27 sowie Angebote für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen vorzustellen und weitere Handlungsbedarfe zu definieren.

Im Koalitionsvertrag ist eines der Ziele der neuen Bundesregierung die Situation von Kindern psychisch belasteter Eltern zu verbessern. Die Schnittstellenprobleme bei der Unterstützung von Betroffenen sollen mit dem Ziel einer besseren Kooperation und Koordination der unterschiedlichen Hilfesysteme beseitigt werden. Wenn ein Elternteil eine psychische Erkrankung oder Sucht aufweist, wird das Familiensystem dadurch stark belastet. Da die Kinder in diesen Familien in ihrer Entwicklung beeinträchtigt werden können und selbst ein erhöhtes Risiko psychischer Erkrankung aufweisen, sollten sie frühzeitig Unterstützung erhalten. In Köln gibt es Beratungs- und Unterstützungsangebote für psychisch belastete Eltern und deren Kinder durch den Sommerberg AWO Betriebsgesellschaft mbH und die Stiftung Leuchtfeuer, finanziert durch das Gesundheitsamt der Stadt Köln. Anfang 2018 ist in Köln eine Kooperationsvereinbarung, wie es sie schon seit Februar 2012 für Eltern in Substitutionstherapie gibt, zur Unterstützung von Kindern psychisch kranker Mütter und/oder Väter abgeschlossen worden. Die Vereinbarung regelt die Zusammenarbeit von Akteurinnen und Akteuren der Institutionen untereinander, damit psychisch kranken Eltern und ihrem Kind/ihren Kindern ein gemeinsames Leben ermöglicht werden kann. Im Zentrum der Kooperation steht dabei die Verantwortung für das Wohl des Kindes/der Kinder. Diese Kooperation soll von einem Beirat begleitet werden.

Ein weiterer Fokus liegt aktuell auf der gesundheitlichen Prävention und Versorgung von Menschen, die geflüchtet sind. Vor dem Hintergrund der hohen Anzahl neu zu gewanderter Geflüchteter, die zunächst in Notunterkünften untergebracht werden mussten, wurden kurzfristig Angebote gesundheitlicher Prävention und Versorgung für geflüchtete Familien, Kinder und Jugendliche eingerichtet. Die medizinischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Fachdienste des Gesundheitsamtes der Stadt Köln bieten in Unterkünften für Geflüchtete Sprechstunden und vor Ort Beratung sowie Unterstützung an. Aufgrund des hohen Bedarfs, der sich bei Sprechstunden der medizinischen und sozialarbeiterischen Fachkräfte vor Ort zeigte, wurde im Juli 2016 das Projekt „Fachärztliche und soziale Beratung in Flüchtlingsunterkünften“ gestartet und seit November 2016 als Regelangebot weitergeführt. Darüber hinaus wirken die Frühen Hilfen im Gesundheitsamt aktiv an der Verbesserung der Grundversorgung von Neugeboren und Wöchnerinnen sowie an Projekten zur Entwicklung von Präventionsmaßnahmen zur Kindersicherheit und zum Kinderschutz mit. Sie sind Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für





Fachtagung März 2018 „Vun nix kütt nix – Junge Kölner bekommen Hilfen!?“, *Foto oben: Jochen Blume*
unten: Präsentation „Plan27“ im Rahmen der Fachtagung,
Foto: Lothar Mönch

die in den Unterkünften tätigen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und werden auch von anderen Institutionen wie Geburts- und Kinderkliniken, niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und Kinderärzte kontaktiert, wenn die Familien mit der Versorgung ihrer Kinder und zum Teil auch mit der eigenen Erkrankung überfordert erscheinen. Erfahrungen zeigen, dass die Anbindung an das Regelsystem häufig nur sehr zögerlich erfolgt oder teilweise unzureichend ist, sodass zunächst eine weitere Begleitung erforderlich ist.

Ebenso sind viele der unterstützungsbedürftigen Familien, die bereits eigenen Wohnraum haben, noch nicht in der Lage, ihre Wege alleine und ohne fremde Unterstützung zu gehen. Wenn sich die Unterbringungssituation entspannt hat und diese Familien „zur Ruhe“ kommen, werden schwerwiegende Problematiken oft erst sichtbar und deutlich. Daher übernehmen die Frühen Hilfen des Gesundheitsamtes, verschiedene freie Träger sowie Hebammen des Deutschen Roten Kreuzes (im Rahmen eines Projekts) aufgrund der sich aktuell ändernden Wohn- und Betreuungssituation von Geflüchteten zunehmend auch die Begleitung von jungen Familien und Schwangeren, die in den eigenen Wohnraum ziehen und noch Unterstützungsbedarf haben, zum Beispiel bei der Anbindung an ärztliche Praxen, Beratungsstellen oder an stationäre Hilfen. Auch hier gibt es einen engen Austausch mit allen Akteurinnen und Akteuren sowie Kontaktpersonen, um die Familien bedarfsgerecht und individuell unterstützen zu können.

9.3 Ausblick und Empfehlungen

Vor dem Hintergrund der beschriebenen gesundheitlichen Situation von Kindern in Köln müssen Präventions- und Gesundheitsförderung, aber auch Versorgungsangebote kontinuierlich bedarfsgerecht angeboten, evaluiert und weiterentwickelt werden. Kassenübergreifende Setting-Projekte im Rahmen des Präventionsgesetzes werden erstmals in 2018 über das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG NRW) beworben und könnten unterstützend dazu beitragen.

Folgende Ansätze sollten entwickelt, umgesetzt und verstetigt werden:

- **Einbindung der Schuleingangsuntersuchung ins Veedel**
  Bisher finden die schulärztliche Untersuchungen in den Kölner Grundschulen oder zentral im Gesundheitsamt statt. Aktuell wird eine dezentrale Bündelung der Schuleingangsuntersuchungen an einem festen Anlaufpunkt

auf Bezirksebene als Projekt im Rahmen der Verwaltungsreform erarbeitet. Dadurch können die Schulärztinnen und Schulärzte als kontinuierlich erreichbare und zuverlässige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Eltern, Schulen, Fachdienste sowie für ärztliche und therapeutische Praxen im Veedel zur Verfügung stehen und damit ihr Angebot für die Kinder optimieren.

- **Angebote „U 27“ für Jugendliche und junge Erwachsene mit seelischen Störungen**
  Die bisherige Umsetzung der Angebote „U 27“ zeigt, dass diese bei den älteren Jugendlichen und junge Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen auf positive Resonanz stoßen, einander ergänzen und eine Versorgungslücke im Hilfesystem zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Angeboten der Sozialen Psychiatrie für Erwachsene zu schließen vermögen. Die derzeit befristeten Projekte „Proberaum Worx“ und „Plan 27“ sollten daher aus fachlicher Sicht weitergeführt werden. Dabei ist perspektivisch zu prüfen, inwieweit das aufsuchende Angebot „Plan 27“ (bisher auf die ausgewiesenen Sozialraumgebiete beschränkt) auf das gesamte Stadtgebiet ausgeweitet werden sollte. Eine zielgerichtete Weiterentwicklung des Gesamtangebots „U 27“ auf Grundlage der Auswertungen der bestehenden Angebote ist anzustreben.

- **Vermittlung von Gesundheitskompetenz für Kinder und Jugendliche, die geflüchtet sind**
  Zu der gesundheitlichen Situation von Menschen, die geflüchtet sind, führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus: „Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention müssen Geflüchtete vermehrt berücksichtigen, um auch ihnen ein gesundes Leben in der neuen Heimat zu ermöglichen[112].“ Dies gilt im besonderen Maße auch für geflüchtete Kinder und Jugendliche. Sie haben teilweise ihre Eltern verloren oder sind von ihnen getrennt worden. Auch wenn die Eltern oder Elternteile präsent sind, kann es sein, dass diese aufgrund der Belastungen, die sie erfahren haben und erfahren, selbst stark beansprucht sind. Hinzu kommen oft noch sprachliche und kulturelle Barrieren. Häufig können daher geflüchtete Eltern ihre Kinder nicht so unterstützen, wie es erforderlich wäre, obwohl auch gerade für diese Kinder und Jugendlichen mit ihrer besonderen Situation erhöhte Krankheitsrisiken bestehen. Daher sollten nicht nur die Eltern, sondern auch die Kinder und Jugendlichen gezielt in ihrer Gesundheitskompetenz gefördert werden. Dies umfasst unter anderem Gesundheitswissen und die Fähigkeit, einen gesunden Lebensstil zu führen. Hierzu gilt es, Maßnahmen zu entwickeln und Zugänge zu schaffen werden, um diese Kinder und Jugendlichen zu erreichen und entsprechend zu fördern. Entsprechende Konzepte sollten bundesweit entwickelt und lokal umgesetzt werden.

- **Zielgruppenspezifische Angebote zur Ernährung, Bewegung und seelischen Gesundheit für Kinder in Kindertageseinrichtungen, Schulen und Freizeit**
  Im Bereich Bildung und Freizeitgestaltung sollte ein ganzheitlicher Ansatz der „Gesunden Schule“ und der „Gesunden Kindertageseinrichtung“ sowie der „Gesunden Freizeiteinrichtung“ verfolgt werden. In den Einrichtungen sollten Bewegung, ausgewogene Ernährung und soziale sowie emotionale Kompetenzen bei den Kindern und Jugendlichen zielgerichtet gefördert werden. Dabei gilt es, auch das gesamte Umfeld einzubeziehen und sozialen Netzwerke innerhalb der Institution und nach außen zum Gemeinwesen und insbesondere zu den Eltern zu schaffen. Ein Ansatz zur Setting-bezogenen Gesundheitsförderung und Prävention könnte bei entsprechender Ausgestaltung des Präventionsgesetzes auf lokaler Ebene unter einer ämter- und dezernatsübergreifender Koordination in der Abstimmung und dem Zusammenwirken aller beteiligten Akteurinnen und Akteure liegen. Insbesondere Kinder und Jugendliche, die in ihrem unmittelbaren familiären Umfeld nicht entsprechende Voraussetzungen vorfinden, könnten davon profitieren.

112 BzGA, https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gefluechtete, abgerufen am 06.03.2018

10 Anhang

10.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Frühe Hilfen im Gesundheitsamt, Köln, Clearingstelle, Anmeldung in 2015, n=134 10

Abbildung 2: Frühe Hilfen im Gesundheitsamt, Köln, Clearingstelle, vorkommende Probleme und Risikokonstellationen 2015, n=134 11

Abbildung 3: Frühe Hilfen im Gesundheitsamt, Köln, Clearingstelle, intensive Begleitungen/Hilfestellungen durch die Clearingstelle selbst und Vermittlungen zu anderen Angeboten, 2015, n=134 12

Abbildung 4: Frühe Hilfen im Gesundheitsamt, Köln, Clearingstelle, Anmeldungen nach Stadtbezirken 2015, n=134 12

Abbildung 5: Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst Köln, Ergebnisse Reihenuntersuchungen, Quote an Grundschulkindern mit naturgesunden Gebissen in der Klasse 1 und 3, Vergleich Durchschnittswerte Köln und Werte der Gemeinschaftsgrundschule Zehnthofstr. 22

Abbildung 6: Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst Köln, Reihenuntersuchung aus dem Schuljahr 2016/2017, stadtteilbezogene Auswertung zur Zahngesundheit, Quote an Grundschulkindern mit naturgesunden Gebissen in der Klasse 1 und 3 (n=16.271) 25

Abbildung 7: Schuleingangsuntersuchung Köln, Jahrgänge 2012 (n= 3.224) und 2017 (n= 3.652), Deutschkenntnisse der Kinder mit anderer Erstsprache als Deutsch in den Schuleingangsuntersuchungen 30

Abbildung 8: Schuleingangsuntersuchung Köln, Vergleich Jahrgänge 2005, 2009, 2013, 2017, Anteil an Kindern mit vollständigem Impfschutz (zweifache Impfungen) gegen Masern bei vorgelegten Impfpässen in Köln nach Einschulungsjahrgängen 32

Abbildung 9: Schuleingangsuntersuchung Köln, Einschulungsjahrgänge 2012 (n=7.881) und 2017 (n=8.560), Anteil an Kindern mit vollständigem Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hib, Polio, Hepatitis B in Köln, prozentuiert auf vorgelegte Impfpässe 33

Abbildung 10: Schuleingangsuntersuchung Köln, Jahrgänge 2015 bis 2017, stadtteilbezogene Auswertung zum vollständigen Impfschutz gegen Masern 34

Abbildung 11: Schuleingangsuntersuchung Köln, Jahrgänge 2012 (n=7.947) und 2017 (n= 8.525), Vergleich Teilnahmequote der U5 bis U9, bei den Kindern mit vorgelegten Untersuchungsheften 35

Abbildung 12: Schuleingangsuntersuchung Köln, Jahrgänge 2015 bis 2017, stadtteilbezogene Auswertung zur U8-Teilnahmequote, prozentuiert auf die vorgelegten Untersuchungshefte 37

Abbildung 13: Vergleich Schuleingangsuntersuchung Köln 2017 (n=8.492) und 2012 (n=8.694), Körpergewicht, Anteil über- und untergewichtiger Kinder (Modell nach Kromeyer-Hausschild) 38

Abbildung 14: Schuleingangsuntersuchung Köln, Überblick Jahrgänge 2012 bis 2017, Entwicklung des Anteils untergewichtiger Kinder (Modell nach Kromeyer-Hausschild) 39

Abbildung 15: Schuleingangsuntersuchungen Köln, Überblick Jahrgänge 2012 bis 2017 im Vergleich, Anteil übergewichtiger Kinder in Prozent (Modell nach Kromeyer-Hausschild) 39

Abbildung 16: Schuleingangsuntersuchung Köln 2017, Anteil Kinder mit Übergewicht/erheblichem Übergewicht nach Sozialstatus 40

Abbildung 17: Schuleingangsuntersuchung Köln, Jahrgänge 2015 bis 2017, stadtteilbezogene Auswertung zur Quote übergewichtiger Kinder....42

Abbildung 18: Systematik der Bereiche des Entwicklungsstandes, die in der Schuleingangsuntersuchung getestet werden 43

Abbildung 19: Schuleingangsuntersuchung Köln 2017, Sprache, Einzeltests, Anteil an Kindern mit Befunden, Test Pseudowörter n=9.220, Test Pluralbildung n=8.642, Test Präpositionen n=8.676 44

Abbildung 20: Schuleingangsuntersuchung Köln 2017, schulrelevante Fähigkeiten, Einzeltests, Anteil an Kindern mit Befunden, Test Selektive Aufmerksamkeit n=9.401, Test Visuomotorik n=9.408, Test Visuelle Wahrnehmung=9.382, Test Zählen n=9.404, Test Mengenvergleich n=9.317 45

Abbildung 21: Schuleingangsuntersuchung Köln 2017, Körperkoordination, Einzeltest, Anteil an Kindern mit Befunden, n=9.198 46

Abbildung 22: Schuleingangsuntersuchung Köln 2017, Angaben zum Entwicklungsstand, Anteil an Kindern mit auffälligem Punktwert bei mindestens einem Test zum Entwicklungsstand nach Sozialstatus, n=6.110....46

Abbildung 23: Schuleingangsuntersuchung Köln, Jahrgänge 2015/2016/2017, stadtteilbezogene Auswertung zur Quote von Kindern mit einem auffälligen Punktwert bei den Tests zum Entwicklungsstand 47

Abbildung 24: Seiteneinsteigeruntersuchung Köln, Anzahl untersuchter Kinder im Vergleich 2012 bis 2017, allgemeinbildende Schulen 52

Abbildung 25: Untersuchungen Förderklassen Berufskolleg Köln, Anzahl untersuchter Schülerinnen und Schüler im Vergleich 2014 bis 2017....52

Abbildung 26: Seiteneinsteigeruntersuchung Köln, Geschlecht untersuchter Kinder und Jugendlicher im Zeitraum 2012 bis 2016, allgemeinbildende Schulen (2012: n=643, 2013: n=999, 2014: n=1.171, 2015: n=1.777, 2016: n=3.052) 52

Abbildung 27: Seiteneinsteigeruntersuchung Köln, Altersstruktur untersuchter Kinder und Jugendlicher im Zeitraum 2012 bis 2016, allgemeinbildende Schulen (2012: n=644, 2013: n=1002, 2014: n=1.171, 2015: n=1.777, 2016: n=3.051) 53

Abbildung 28: Seiteneinsteigeruntersuchung, Staatsangehörigkeit/Herkunftsländer untersuchter Kinder im Vergleich 2012 bis 2017, bis 2016 allgemeinbildende Schulen ohne Förderklassen Berufskolleg, 2017 allgemeinbildende Schulen mit Förderklassen Berufskolleg (2012: n=418, 2013: n=616, 2014: n=787, 2015: n=1.769, 2016: n=2.133, 2017: n=1.018) 54

Abbildung 29: Drei Standorte des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes ermöglichen sozialräumlich vernetzte Arbeit vor Ort 59

Abbildung 30: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, Überblick über die Entwicklung der jährlichen Anzahl an (abgeschlossenen) Beratungsfällen im Zeitraum von 2010 bis 2017, Stand 31.12.2017 60

Abbildung 31: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, Anteil beratener Mädchen und Jungen 61

Abbildung 32: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, besuchte Schulform (allgemeinbildende Schulen) der beratenen Kinder und Jugendlichen, der prozentuale Anteil an allen Kinder und Jugendlichen, die in den betreffenden Zeiträumen in der Beratung waren 62

Abbildung 33: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, Altersstruktur der beratenen Kinder und Jugendlichen in Lebensjahren, Vergleich aktuelle Situation nach Ausbau des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (Zeitraum 2015 bis 2017, n= 1.278) mit der Situation vor Start des Landesprojekts und vor Ausbau des Dienstes (Zeitraum 2010 bis 2013, n=1.194) 63

Abbildung 34: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, Durchschnitt jährliche Anzahl Beratungsfälle nach Stadtbezirk, Vergleich aktuelle Situation nach Ausbau des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (Zeitraum 2015 bis 2017, n=1.286) mit der Situation vor Start des Landesprojekts und vor Ausbau des Dienstes (Zeitraum 2010 bis 2013, n=1.213) 64

Abbildung 35: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, Anmeldung zur Beratung, im Zeitraum 2015 bis 2017, n=1.309 64

Abbildung 36: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Köln, Empfehlung zur Weiterbetreuung, im Zeitraum 2015 bis 2017, n= 1.919, Mehrfachnennungen möglich 65

Abbildung 37: Übersicht Köln: Die Gliederung des Kölner Stadtgebietes 70

Abbildung 38: Stadtteilbezogene Übersicht gesundheitsbezogener Indikatoren der Schuleingangs-untersuchung und der Reihenuntersuchungen des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes 72

10.2 Tabellen

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

Erkrankungen	Köln Jahrgang 2017	Köln Jahrgang 2016	Köln Jahrgang 2015	Köln Jahrgang 2012	NRW Jahrgang 2016	Deutschland Jahrgang 2016
Masern	94,3	93,9	93,7	92,3	94,1	92,9
Mumps	94,2	93,9	93,4	92,2	93,9	92,7
Röteln	94,1	93,6	93,4	92,1	93,9	92,7
Diphtherie	92,3	92,7	94,3	95,7	93,7	94,5
Tetanus	92,4	92,7	94,4	96,2	93,8	94,8
Pertussis	92,0	92,4	94,1	95,7	93,6	94,2
Hib	90,0	90,4	92,1	90,6	91,3	92,6
Polio	91,0	91,8	93,2	92,4	92,6	93,9
Hepatitis B	82,8	82,9	83,8	74,3	85,9	87,3
Varizellen	87,7	88	87,3	66,5	86,6	84,3
Meningokokken	89,0	86,4	86,3	86,8	91,9	89,4
Pneumokokken	73,9	76,1	88,8	67,2	80,5	84,4

Quellen: Köln, Erhebungen kommunale Gesundheitsämter, Auswertung LGZ NRW, NRW und Bund, Gesundheitsberichterstattung des Bundes[113]

Tabelle 2: Impfempfehlungen STIKO (ständige Impfkommission am RKI)

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

113 Gesundheitsberichsterstattung des Bundes, http://www.gbe-bund.de, abgerufen am 10.07.2018

Tabelle 3: Einschulungsuntersuchung Köln 2017, stadtbezirksbezogener Anteil an Kindern mit vollständigem Impfschutz gegen Masern (mindestens zwei Dosen), prozentuiert auf alle untersuchten Kinder mit stadtteilbezogenen Angaben und vorgelegten Impfpässen

Kölner Stadtbezirke	Anzahl untersuchter Kinder mit vorgelegtem Impfpass	Quote an Kindern mit vollständigem Impfschutz Masern (zweifache Impfung) in Prozent
1 / Innenstadt	634	90,69
2 / Rodenkirchen	680	95,44
3 / Lindenthal	1.036	94,50
4 / Ehrenfeld	786	93,64
5 / Nippes	920	95,00
6 / Chorweiler	700	94,57
7 / Porz	637	94,82
8 / Kalk	1.089	95,04
9 / Mülheim	1.251	94,09

Übersicht Früherkennungsuntersuchungen für Kinder:

Untersuchung	Zeitpunkt
U1	sofort nach der Geburt
U2	3. – 10. Lebenstag
U3	4.– 5. Lebenswoche
U4	3. – 4. Lebensmonat
U5	6. – 7. Lebensmonat
U6	10. – 12. Lebensmonat
U7	21. – 24 Lebensmonat
U7a	34. – 36. Lebensmonat
U8	46. – 48. Lebensmonat
U9	60. – 64. Lebensmonat

Darüber hinaus umfasst das Früherkennungsprogramm 2 Jugenduntersuchungen. Die Jugendgesundheitsuntersuchung 1 (J1) wendet sich an Jugendliche im Alter von zwölf bis 14 Jahren. Der Zeitraum zur Durchführung der Jugendgesundheitsuntersuchung 2 (J2) liegt zwischen dem 17. und 18. Lebensjahr.

10.3 Literaturverzeichnis

- **Bertelsmann-Stiftung** „Gleich und gleich gesellt sich gern“, www.bertelsmann-stiftung.de
- **Bertelsmann-Stiftung**, „Kinderarmut in Deutschland wächst weiter – mit Folgen fürs ganze Leben“, www.bertelsmann-stiftung.de
- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** „Gesundes Aufwachsen für alle!“ Anregungen und Handlungshinweise bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien, Köln 2012, www.bzga.de
- **Danne Th, Ziegler R**, „Diabetes bei Kindern und Jugendlichen“ in „Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2018“, Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und Deutsche Diabetes-Hilfe (diabetesDE), Mainz 2017
- **Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V,** „Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016“, www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/Epi_2016/Epi_final_BB1801_final.pdf.
- **Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und Deutsche Diabetes-Hilfe (DiabetesDE)**, „Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2018“, Mainz 2017
- **Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)**, www.dimdi.de/static/de/index.html
- **Gesundheitsberichterstattung des Bundes – (RKI und DESTATIS)**, www.gbe-bund.de
- **Hölling H, Schlack R.**, Petermann U, Ravens-Sieberer, Mauz E, „Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland“, im Bundesgesundheitsblatt 2014 57: 807 -819
- **Kurth B-M, Schaffrath R** „Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys“ (KIGGS): Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007 50: 736– 743, auch Lampert Th, in „KIGGS Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ 2013, Robert Koch-Institut: 14
- **Lampert Th**, Hrsg. RKI, „KIGGS – die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – 2013“, Berlin 2014
- **Landeszentrum Gesundheit NRW** „Jahresbericht 2006 zur Schulärztlichen Untersuchungen in NRW“: 45, unter Landeszentrum Gesundheit NRW, www.lzg.gc.de
- **Landeszentrum Gesundheit NRW**, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen, www.lzg.gc.nrw.de
- **Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes NRW**, www.mfkjks.nrw/die-sprachentwicklung-von-kindern-moeglichst-frueh-foerdern
- **Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW**, „ Landesgesundheitsbericht 2015. Information zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen“, Düsseldorf 2016, www.mgepa.nrw.de
- **Nationales Zentrum Frühe Hilfen** „Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen“ Köln 2016
- **Renner I**, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in „Ergebnisse einer Befragung von Modellprojekten früher Hilfen“, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 10-2010, Köln 2010
- **Richter-Kornwatz A**, Holz G, Kilia H; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) „Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie“, www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionskette-integrierte-kommunale-gesundheitsstrategie
- **Robert Koch-Institut**, „KIGGS – die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – 2013“, Berlin 2014
- **Robert Koch-Institut**, „Gesundheit in Köln“ Berlin 2015
- **Robert Koch-Institut** (Hrsg) „KiGGS Welle 2: Ergebnisse im Journal of Health Monitoring”, Gesamtausgabe 1/2018, „Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends“, Berlin 2018, https://www.kiggs-studie.de/ergebnisse/kiggs-welle-2/johm.html
- **Schienkiewitz A, Brettschneider A-K, Damerow S, Schaffrath Rosario A**, in Robert Koch-Institut (Hrsg) “KiGGS Welle 2: Ergebnisse im Journal of Health Monitoring”, Gesamtausgabe 1/2018, „Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends“, Berlin 2018 https://www.kiggs-studie.de/ergebnisse/kiggs-welle-2/johm.html
- **Stadt Köln** „Kindergesundheit im Vorschulalter“, Gesundheitsbericht 2009, www.stadt-koeln.de
- **Stadt Köln**, „Frühe Hilfen im Gesundheitsamt“, Bericht 2012, www.stadt-koeln.de
- **Stadt Köln**, „Zahngesundheit bei Kindern in Köln“, Bericht 2013, www.stadt-koeln.de
- **Stadt Köln**, „Kinder- und Jugendgesundheit in Köln“, Bericht 2013, www.stadt-koeln.de

