

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rheinisch-Bergischen Kreis



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

**Kommunale Gesundheitsberichterstattung
Dezember 2008**

Impressum:

Herausgeber:

Rheinisch-Bergischer Kreis
Der Landrat
Amt für Gesundheitsdienste und Lastenausgleich

Redaktion und Gestaltung:

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

Druck:

Hausdruckerei



Vorbemerkungen

Unsere Kinder sind unsere Zukunft!

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen rückt zunehmend in den Blickpunkt öffentlichen Interesses und ist auch für die Gesundheitspolitik des Kreises ein wichtiges und zentrales Thema. Ihre Gesundheit ist entscheidend für ihre zukünftige Lebensqualität. Kinder und Jugendliche gehören zu den Bevölkerungsgruppen, die ihre gesundheitliche Versorgung nicht ohne fremde Hilfe sichern können. Die Verantwortung für die Gesundheit liegt daher vorrangig bei den Eltern und ab einem bestimmten Alter und Entwicklungsstand auch bei den Kindern und Jugendlichen selbst. Der Schutz der Gesundheit ist aber auch ein öffentliches Anliegen und liegt zunehmend in der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung. Es ist daher Aufgabe kommunaler Gesundheitsförderung, dass die gesundheitlichen Interessen der Kinder in ausreichendem Maße wahrgenommen werden.

Um die Gesundheit von Kindern zu schützen und zu fördern, wurde im Rheinisch-Bergischen Kreis im Rahmen des Strategieprozesses RBK 2020 das Projekt

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

entwickelt und mit breiter Zustimmung von Politik, Träger- und Interessensverbänden, Kommunen und anderen Beteiligten vom Kreistag in seiner Sitzung am 11.12.2008 verabschiedet. Getragen von dieser Zustimmung sollen nun konkrete Handlungsempfehlungen und Maßnahmen die gesundheitliche Entwicklung und auch den Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen begleiten und sichern helfen.

Die gesundheitliche Situation von Kindern in Deutschland war nie zuvor auf so hohem Niveau wie heute. Innerhalb eines Jahrhunderts ging die Säuglingssterblichkeit von durchschnittlich 210 pro 1000 Lebendgeborenen auf weniger als 5 pro 1000 zurück. Für verbreitete Infektionskrankheiten gab es noch vor 100 Jahren keine wirksame Behandlung. Dennoch gibt es auch heute - zum Teil neue - ernsthafte Gesundheitsprobleme, denen Kinder in erster Linie im Zusammenhang mit Unfallgefahren, der Ernährung, der Lebensweise und ihrem sozialen Umfeld ausgesetzt sind. Viele Untersuchungsergebnisse in neuerer Zeit deuten darauf hin, dass die Gesundheitsprobleme unserer Kinder und Jugendlichen, vor allem die ernährungsbedingten Beeinträchtigungen und psychischen Auffälligkeiten, sogar zugenommen haben.

Diese so früh wie möglich zu erkennen und zu erfassen, ist die beste Voraussetzung für eine gelungene Gesundheitspolitik.

Der vorliegende Bericht über die gesundheitliche Lage der Kinder im Rheinisch-Bergischen Kreis bietet einen Einblick über den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen im Kreis und dient als Grundlage für Bewertungen und Maßnahmenplanungen.

Der Bericht fasst in dem ersten Teil die Gesundheitsindikatoren des Landes zusammen, die eine Aussage zur Kindergesundheit treffen. Der Ursprung dieser Basisdaten liegt im Jahre 1991, in dem die Gesundheitsministerkonfe-



renz (GMK) der Länder einen Indikatorensetz (GMK-Indikatorensetz) für einen Gesundheitsrahmenbericht beschloss, der von der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten des Bundes (AGLMB) ausgearbeitet worden war. Dieser Indikatorensetz stellt seitdem die Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung in allen Bundesländern dar.

Im zweiten Teil des Berichtes werden ausgewählte Befunde der Schuleingangsuntersuchungen der Einschüler des Schuljahres 2008/2009 zusammengefasst. Diese Daten beruhen auf eigenen Erhebungen, die nach einem standardisierten Verfahren erfasst werden.

Im letzten Teil des Berichtes werden die Ergebnisse des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes zur Kinderzahngesundheit im Schuljahr 2007/2008 dargestellt.

Die Bewertung der Daten erfolgt nun in enger Zusammenarbeit mit den politischen Gremien, der Kommunalen Gesundheitskonferenz und den Träger- und Interessensverbänden im Rheinisch-Bergischen Kreis. Die hier gewonnenen Erkenntnisse und Handlungsbedarfe fließen unmittelbar in die Maßnahmenplanung des Projektes "Im Rheinisch-Bergischen Kreis wachsen Kinder gesund und sicher auf" ein und stellen somit eine bedarfsgerechte und passgenaue Projektumsetzung sicher.

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

Bergisch Gladbach, im Dezember 2008



Gliederung

I.	Ausgewählte Daten der Kommunalen Gesundheitsindikatoren des Landes NRW	
1.	Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens	
1.1	Demographische Basistabelle 2006 (Indikator 02.3_01)	4
1.2	Altersstruktur der Bevölkerung, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2006 (Indikator 02.7)	6
1.3	Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung nach Alter, nach Verwaltungsbezirken, 2006 (Indikator 02.8)	8
2.	Gesundheitszustand der Bevölkerung	
2.1	Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren (Grad der Behinderung von 50 und mehr), Indikator 03.45_01	10
2.2	Lebendgeborene nach Geburtsgewicht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2007 (Indikator 03.51)	12
2.3	Säuglingssterbefälle nach Neonatal- und Postneonatalsterblichkeit, NRW, 2007 (Indikator 03.53_01)	14
2.4	Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr je 1 000 Lebendgeborene, 3-Jahres Mittelwert (Indikator 03.54)	16
2.5	Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr nach Geschlecht, 3-Jahres-Mittelwert (Indikator 03.54_01)	18
2.6	Perinatale Sterbefälle, Nordrhein-Westfalen, im Zeitvergleich (Indikator 03.55)	20
2.7	Häufigste Todesursachen von Säuglingen, darunter plötzlicher Kindstod, NRW 2006 (Indikator 03.56)	22
2.8	Neuerkrankungen an Masern der 0- bis 14-Jährigen nach Geschlecht, 2005-2007 (Indikator 03.59_01)	24
2.9	Krankenhausfälle (Verbrennungen u. Vergiftungen bei Kindern < 15 Jahren, 2006 (Indikator 03.111_01)	26
3.	Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung	
3.1	Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, 2006 (Indikator 07.06)	28
3.2	Impfquote bezügl. Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b und Pertussis bei Schulanfängern, NRW nach Verwaltungsbezirken, 2006 (Indikator 07.13)	30
3.3	Impfquote bezüglich Masern, Mumps und Röteln bei Schulanfängern, 2006 (Indikator 07.14)	32
3.4	Karies-Prophylaxe bei Kindern, Gebisszustand nach Altersgruppen, NRW 2004, (Indikator 07.07)	34
3.5	Anteil der durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichten Kinder nach Einrichtungstyp, NRW 2007 (07.10)	36
II.	Daten der Schuleingangsuntersuchung Rheinisch-Bergischer Kreis, Schuljahr 2007/2008	
4.	Erläuterungen zum Verfahren der Untersuchung	38
4.1	Ausgewählte Befunde der Schuleingangsuntersuchung	
4.1.1	Sehen	39
4.1.2	Hören	40
4.1.3	Sprache	40
4.1.5	Körperkoordination	42
4.1.6	Visuomotorik und visuelle Wahrnehmung	43
4.1.7	Früherkennungsuntersuchungen	45
4.1.8	Schutzimpfungen	46
III.	Mund- und Zahngesundheit	
5.	Maßnahmen und Erkenntnisse des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes vom 31.07.2007 bis 01.08.2008	
5.1	Kariesprophylaxe	47
5.2	Reihenuntersuchung	48
IV.	Fazit	48
	Abkürzungsverzeichnis	49



1. Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens

Indikator (L)
2.3_01

Demographische Basistabelle 2006
Kreisschlüssel: 5378000, Rheinisch-Bergischer Kreis

Definition

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

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

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

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Fortschreibung des Bevölkerungsstandes

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Originalquellen

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

Dokumentationsstand:

26.01.2005, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW /Senatsverwaltung f. Gesundheit, Soziales u. Verbraucherschutz Berlin



**Indikator (L)
2.3_01**

**Demographische Basistabelle 2006
Kreisschlüssel: 5378000, Rheinisch-Bergischer Kreis**

Alter von ... bis ... Jahren	Bevölkerung am 31.12.2006			Durchschnittliche Bevölkerung 2006		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
0 - 1	1.075	1.117	2.192	1.078	1.149	2.227
1 - 4	4.936	5.277	10.213	5.009	5.348	10.357
5 - 9	7.109	7.710	14.819	7.225	7.755	14.980
10 - 14	7.738	8.134	15.872	7.741	8.169	15.909
15 - 19	8.000	8.378	16.378	7.961	8.314	16.275
20 - 24	6.353	6.863	13.216	6.376	6.877	13.253
25 - 29	5.930	6.206	12.136	5.963	6.189	12.152
30 - 34	7.020	6.375	13.395	7.266	6.620	13.886
35 - 39	11.184	10.499	21.683	11.549	10.820	22.369
40 - 44	13.000	12.600	25.600	12.865	12.596	25.461
45 - 49	11.355	11.286	22.641	11.179	11.083	22.262
50 - 54	9.608	9.334	18.942	9.513	9.160	18.672
55 - 59	9.011	8.320	17.331	8.899	8.236	17.135
60 - 64	8.372	7.698	16.070	8.712	8.003	16.715
65 - 69	10.271	9.549	19.820	10.173	9.530	19.703
70 - 74	7.513	7.115	14.628	7.237	6.840	14.077
75 - 79	5.912	4.753	10.665	5.951	4.726	10.677
80 - 84	4.884	2.591	7.475	4.890	2.499	7.390
85 - 89	2.559	1.083	3.642	2.393	1.023	3.416
90 u. mehr	1.420	520	1.940	1.470	507	1.977
Insgesamt	143.250	135.408	278.658	143.449	135.443	278.892

Datenquelle: LDS NRW, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes



Indikator (L)
2.7

Altersstruktur der Bevölkerung, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr 2006

Definition

In dem vorliegenden Indikator werden im Rahmen der Altersstruktur der Bevölkerung die Phasen des Lebenszyklus an ihrem Bevölkerungsanteil dargestellt. Die Altersstruktur heute hat einen weitreichenden Einfluss auf die medizinische Versorgung in den nächsten Jahrzehnten.

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

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

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

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Originalquellen

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

Dokumentationsstand

08.01.2004, Senatsverwaltung f. Gesundheit, Soziales u. Verbraucherschutz Berlin/Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW


**Indikator (L)
2.7**
**Altersstruktur der Bevölkerung, Nordrhein-
Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2006**

Verwaltungsbezirk	Kinder und Jugendliche (0 - 17 Jahre)		Personen im erwerbsfähigen Alter (18 - 64 Jahre)		ältere Menschen (65 und mehr Jahre)		Hochbetagte (80 und mehr Jahre)	
	insgesamt	in %	insgesamt	in %	insgesamt	in %	insgesamt	in %
Rhein.-Bergischer Kreis	53.509	19,1	167.393	60,1	58.170	20,9	13.057	4,7
Reg.-Bez. Köln	790.994	18,0	2.772.161	63,2	821.514	18,7	189.132	4,3
Nordrhein-Westfalen	3.294.683	18,3	11.179.854	62,0	3.554.208	19,7	827.547	4,6

Datenquelle/Copyright:

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:

Fortschreibung des Bevölkerungs-
standes,

Eigene Berechnung für NRW durch das
Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit
NRW



**Indikator (L)
2.8**

**Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung nach Alter,
Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr**

Definition

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

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

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

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

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

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

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Originalquellen

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

Dokumentationsstand

05.01.2004, Senatsverwaltung f. Gesundheit, Soziales u. Verbraucherschutz Berlin/Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW



**Indikator (L)
2.8**

**Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung nach Alter
Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2006**

Verwaltungsbezirk	Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung					
	insgesamt	0 - 14 Jahre	15 - 44 J.	45 - 64 J.	65 - 79 J.	80 u. m. J.
	Anteil in %					
Rheinisch-Bergischer Kreis	51,4	48,4	50,3	51,1	52,5	67,9
Reg.-Bez. Köln	51,1	48,7	49,6	50,3	53,4	69,7
Nordrhein-Westfalen	51,3	48,7	49,4	50,3	54,4	70,8

Datenquelle/Copyright:

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:

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



2. Gesundheitszustand der Bevölkerung

Indikator (L)
3.45_1

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

Definition

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

Im vorliegenden Indikator wird die Zahl der schwerbehinderten Kinder (Bestandszahlen) angegeben, die zum 31.12. in den für die Kreise und kreisfreien Städtezuständigen Versorgungsämtern registriert sind.

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Statistik über schwerbehinderte Menschen

Periodizität

Zweijährlich, 31.12.

Originalquellen

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

Dokumentationsstand

05.09.2005, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW



Indikator (L)
3.45_01

Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren (Grad der Behinderung von 50 und mehr) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2005

Verwaltungsbezirk	Schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahren					
	weiblich	je 100 000 der Mädchen Altersgruppe	männlich	je 100 000 der Jungen Altersgruppe	insgesamt	je 100 000 der Altersgruppe
Rheinisch-Bergischer Kreis	168	791	285	1.261	453	1.033
Reg.-Bez. Köln	2.998	941	4.332	1.291	7.330	1.120
Nordrhein-Westfalen	12.294	928	17.336	1.243	29.630	1.090

Datenquelle/Copyright:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Statistik über schwerbehinderte Menschen



**Indikator (L)
3.51**

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

Definition

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

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

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

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Periodizität

Jährlich, 31.12. (ab 2002)

Originalquellen

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

Dokumentationsstand

27.07.2005, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW



**Indikator (L)
3.51**

**Lebendgeborene nach Geburtsgewicht, Nordrhein-Westfalen nach
Verwaltungsbezirken, 2007**

Verwaltungsbezirk	Lebendgeborene						
	insg.	mit Angaben z. Geburts- gew.	darunter mit einem Geburtsgewicht:				ohne Gewichts- angabe
			bis 2 499 g		bis 1 499 g		
			Anzahl	je 1 000 Lebendgeb.	Anzahl	je 1 000 Lebendgeb.	
Rheinisch-Bergischer Kreis	2.198	2.196	139	63,3	26	11,8	2
Reg.-Bez. Köln	38.148	38.059	2.696	70,8	507	13,3	89
Nordrhein-Westfalen	151.168	150.823	10.912	72,3	2.140	14,2	345

Datenquelle/Copyright:
Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:
Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung



**Indikator
(L)
3.53_01**

Säuglingssterbefälle nach Neonatal- und Postneonatalsterblichkeit, NRW nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition

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

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

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

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

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

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Originalquellen

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

Dokumentationsstand

28.09.2005, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW



**Indikator (L)
3.53_01**

**Säuglingssterbefälle nach Neonatal- und Postneonatalsterblichkeit,
Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2007**

Verwaltungsbezirk	Lebend geborene insgesamt	Gestorbene Säuglinge im Alter von ...									
		0* - 6 Tagen (frühe Neonatalsterb.)		7 - 27 Tagen (späte Neonatalsterb.)		28 - 364 Tagen (Postneonatalsterb.)		unter 1 Monat (Neonatalsterblichkeit)		unter 1 Jahr	
		insgesamt	je 1 000 Leb.geb.	insges.	je 1 000 Leb.geb.	insges.	je 1 000 Leb.geb.	insges.	je 1 000 Leb.geb.	insges.	je 1 000 Leb.geb.
Rheinisch.-Berg. Kreis	2.198	5	2,3	3	1,4	1	0,5	8	3,6	9	4,1
Reg.-Bez. Köln	38.148	85	2,2	29	0,8	47	1,2	114	3,0	161	4,2
Nordrhein- Westfalen	151.168	388	2,6	104	0,7	236	1,6	492	3,3	728	4,8

Datenquelle/Copyright:

LDS NRW: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

*) am Tag der Geburt gestorben



Indikator (L)
3.54

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

Definition

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

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

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Originalquellen

Eheschließungen, Geborene und Gestorbene in Nordrhein-Westfalen 1990 ff. Düsseldorf: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (Statistische Berichte LDS)

Dokumentationsstand

14.01.2004, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW



**Indikator (L)
3.54**

Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr je 1 000 Lebendgeborene, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 1998 - 2007, 3-Jahres-Mittelwerte

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

Datenquelle/Copyright:

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik
NRW:

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung



Indikator (L)
3.54_01

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

Definition

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

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

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Periodizität Jährlich, 31.12.

Originalquellen

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

Dokumentationsstand

09.06.2004, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW



Indikator (L)
3.54_01

**Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr nach Geschlecht,
Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken,
Mittelwert 2005 - 2007**

Verwaltungsbezirk	Im ersten Lebensjahr Gestorbene					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl*	je 1 000 Lebendgeb.	Anzahl*	je 1 000 Lebendgeb.	Anzahl*	je 1 000 Lebendgeb.
Rheinisch-Bergischer Kreis	3	2,8	7	6,1	10	4,5
Reg.-Bez. Köln	65	3,6	89	4,5	154	4,1
Nordrhein-Westfalen	310	4,2	396	5,1	706	4,7

Datenquelle/Copyright:

3-Jahres-
*Mittelwert

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik
NRW: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung



Indikator (L)
3.55

Perinatale Sterbefälle, Nordrhein-Westfalen, im Zeitvergleich

Definition

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

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

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

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Originalquellen

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

Dokumentationsstand

14.01.2004, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW


**Indikator (L)
3.55**
**Perinatale Sterbefälle, Nordrhein-Westfalen, 1980, 1985, 1990,
1995, 2000 - 2007**

Jahr	Lebend- geborene insgesamt	Totgeborene		Lebend- und Totgeborene insgesamt	Perinatale Sterbefälle	
		insgesamt	darunter: 500 - 999 g*		insgesamt	je 1 000 Geborene
1980	169.828	974	•	170.802	2.176	12,7
1985	159.713	682	•	160.395	1.377	8,6
1990	199.294	786	•	200.080	1.329	6,6
1995	182.393	905	234	183.298	1.414	7,7
2000	175.144	686	216	175.830	1.088	6,2
2001	167.752	647	182	168.399	1.058	6,3
2002	163.434	648	166	164.082	1.044	6,4
2003	159.883	597	174	160.480	1.011	6,3
2004	158.054	674	232	158.728	1.076	6,8
2005	153.372	593	178	153.965	960	6,2
2006	149.925	576	202	150.501	934	6,2
2007	151.168	581	174	151.749	969	6,4

Datenquelle/Copyright:

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:

Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

*) ab 1994 zusätzliche Zählung von

Totgeborenen mit einem Geburtsgewicht von 500 - 999 g



**Indikator (L
3.56**

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

Definition

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

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

Beim Syndrom des *plötzlichen Kindstodes* handelt es sich um den plötzlichen und unerwarteten Tod eines Säuglings, der in der Regel im Schlaf auftritt, ohne dass sich in der Vorgeschichte, in der Auffindesituation oder bei der Obduktion eine ausreichende todeserklärende Ursache finden lässt. Betroffen sind Kinder vorwiegend im ersten Lebensjahr, mit einem Gipfel vom 2. bis zum 4. Lebensmonat. Der pathophysiologische Mechanismus ist bislang ungeklärt.

Trotz der geringen Fallzahlen wird auf die Bildung eines 3-Jahres-Mittelwertes verzichtet, um zeitnah aktuelle Auffälligkeiten nachweisen zu können.

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Todesursachenstatistik

Periodizität

Jährlich, 31.12.

Originalquellen

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW Todesursachenstatistik 2002 ff.

Dokumentationsstand

11.03.2004, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt/Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW



**Indikator (L)
3.56**

Häufigste Todesursachen von Säuglingen, darunter plötzlicher Kindstod, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2006

Rang	Häufigste Todesursachen von Säuglingen			
	ICD-10 (dreistellig)	Diagnose	weiblich	
			Anzahl	Anteil in %*
1	P07	Störungen im Zus.hang mit kurzer Schwangerschaftsdauer u. niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	91	28,8
2	R95	Plötzlicher Kindstod	33	10,4
3	Q91	Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom	19	5,7
4	Q90	Down Syndrom	10	3,2
5	Q23	Angeborene Fehlbildungen der Aorten- und der Mitralklappe	9	2,8
6	Q33	Angeborene Fehlbildungen der Lunge	8	2,5
7	P02	Schädigung des Feten u. Neugeborenen durch Komplikationen von Plazenta, Nabelschnur u. Eihäuten	8	2,5
8	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	6	1,9
9	P21	Asphyxie unter der Geburt	6	1,9
10	Q24	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Herzens	5	1,6
sonst.			128	40,5
insg.			316	100
Rang	ICD-10 (dreistellig)	Diagnose	männlich	
			Anzahl	Anteil in %*
1	P07	Störungen im Zus.hang mit kurzer Schwangerschaftsdauer u. niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	123	33,2
2	R95	Plötzlicher Kindstod	63	17,0
3	P21	Asphyxie unter der Geburt	13	3,5
4	Q23	Angeborene Fehlbildungen der Aorten- und der Mitralklappe	11	3,0
5	P36	Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen	8	2,2
6	Q60	Nierenagenesie u. sonstige Reduktionsdefekte der Niere	7	1,9
7	Q87	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome m. Beteiligung mehrere Systeme	6	1,6
8	P02	Schädigung des Feten u. Neugeborenen durch Komplikationen von Plazenta, Nabelschnur u. Eihäuten	6	1,6
9	Q24	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Herzens	6	1,6
10	Q33	Angeborene Fehlbildungen der Lunge	6	1,6
sonst.			122	26,7
insg.			371	100

Datenquelle/Copyright:

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Todesursachenstatistik

*Anteil der Todesursache an allen Sterbefällen der Altersgruppe



Indikator (L)
3.59_01

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

Definition

Die Masernerkrankung gehört zu den hochkontagiösen systemischen Viruserkrankungen, die aerogen übertragen wird. Sie ist nicht durch kausale Therapie behandelbar. Es können Komplikationen wie Mittelohrentzündung, Lungenentzündung (Bronchopneumonie) und schlimmstenfalls Masernenzephalitis auftreten. Letztere tritt bei jedem 1000sten bis 2000sten Erkrankten auf, kann zu einer dauerhaften Schädigung des Gehirns führen und weist eine Letalität von 20 % bis 30 % auf. Die einzige Möglichkeit der Primärprävention ist die Schutzimpfung. Deutschland gehört noch immer zu den europäischen Ländern, in denen die Masern verbreitet und die Durchimpfungsraten zum Teil unzureichend sind. Seit Inkraft-Treten des Infektionsschutzgesetzes am 1.1.2001 besteht für Masern eine Meldepflicht. Die bundesweite Inzidenz lag im Jahr 2002 bei 5,7 Erkrankungen/100 000 Einwohnern.

Die Masern (ICD-10: B05.-, B05.0 - B05.4, B05.8 und B05.9) sind charakterisiert durch einen mehr als drei Tage anhaltenden, generalisierten Ausschlag (makulopapulös) und Fieber sowie zusätzlich mindestens durch Husten oder Katarrh oder Kopliksche Flecken oder Konjunktivitis. In den Indikator gehen Virusisolierungen und Nukleinsäurenachweise in Zellen des Nasen-Rachen-Raumes, Konjunktiven, Urin oder Blut sowie Antikörpernachweise ein.

Masernerkrankungen bei Kindern sind Ausdruck fehlenden oder unzureichenden Impfschutzes. Im vorliegenden Indikator werden Masernerkrankungen bei 0- bis 14-jährigen Kindern erfasst.

Datenhalter

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Datenquelle: Statistik der meldepflichtigen Krankheiten

Periodizität: Jährlich, 31.12.

Originalquellen

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

Auswertungen 2002 ff.

Dokumentationsstand: 24.06.2004, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW



**Indikator (L)
3.59_01**

**Neuerkrankungen an Masern der 0- bis 14-Jährigen
nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach
Verwaltungsbezirken, 2005 bis 2007**

2005	Neuerkrankungen an Masern der 0- bis 14-Jährigen					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Verwaltungsbezirk	Anzahl	je 100 000	Anzahl	je 100 000	Anzahl
Rhein. Berg. Kreis	0	0	0	0	0	0
Reg.-Bez. Köln	1	0	2	1	3	0
Nordrhein-Westfalen	11	1	10	0	21	1

2006	Neuerkrankungen an Masern der 0- bis 14-Jährigen					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Verwaltungsbezirk	Anzahl	je 100 000	Anzahl	je 100 000	Anzahl
Rhein. Berg. Kreis	12	57	6	27	18	41
Reg.-Bez. Köln	52	16	55	17	107	17
Nordrhein-Westfalen	504	38	632	46	1136	42

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

Datenquelle/Copyright

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit

Statistik der meldepflichtigen Krankheiten



Indikator (L)
3.111_01

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

Definition

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

Der Indikator weist die Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen insgesamt und nach Geschlecht mit Bezug auf die Wohnbevölkerung der Altersgruppe und des Berichtsjahres aus, leichtere ambulant behandelte Verletzungen sind somit in dem Indikator nicht enthalten.

Im Zuge der ersten Novellierung der KHStatV entfällt der gesonderte Nachweis des Merkmals *Stundenfall*. Ab 2002 sind damit die Stundenfälle in der Fallzahl enthalten. Stundenfälle bezeichnen Patienten, die stationär aufgenommen, aber am gleichen Tag wieder entlassen bzw. verlegt wurden oder verstorben sind.

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

Datenhalter

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen

Periodizität: Jährlich, 31.12.

Originalquellen

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

Dokumentationsstand 05.01.2004, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW /Landesamt f. Datenverarbeitung u. Statistik NRW



Indikator (L)
3.111_01

Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen und Vergiftungen bei Kindern unter 15 Jahren nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken¹, 2006

Verwaltungsbezirk	Krankenhausfälle infolge von Verbrennungen (T20 - T32) und Vergiftungen (T36 - T65) bei Kindern unter 15 Jahren					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	Anzahl*	je 100 000 Einw. <15 J.	Anzahl*	je 100 000 Einw. <15 J.	Anzahl*	je 100 000 Einw. <15 J.
Rhein.-Berg. Kreis	15	71,2	22	98,1	37	85,1
Reg.-Bez. Köln	352	111,5	412	123,9	764	117,9
Nordrhein-Westfalen	1.542	117,7	1.944	141,0	3.486	129,6

Datenquelle/Copyright:

¹Wohnbevölkerung

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW:

* ohne Patienten mit unbekanntem Wohnsitz

Krankenhausstatistik, Teil II - Diagnosen (Krankenhäuser)

bzw. Geschlecht



3. Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung

**Indikator (L)
07.06**

Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, Jahr

Definition

Das gesetzliche Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder ist ein der Entwicklungsdynamik des Kindes angepasstes mehrteiliges Screening-Programm, das eine möglichst frühzeitige Aufdeckung wesentlicher Entwicklungsstörungen und Erkrankungen zum Ziel hat. Dadurch werden Therapiemöglichkeiten früher einsetzbar. Das Programm umfasst insgesamt 10 Untersuchungen. Zuletzt wurde am 1.7.1997 die J1 (1. Jugendgesundheitschutzuntersuchung) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen als Pflichtleistung aufgenommen.

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig. Die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Früherkennungsuntersuchungen werden im Vorsorgeheft dokumentiert. Die Neugeborenen-Untersuchungen U1 (Erstuntersuchung) und U2 (Basisuntersuchung am 3. - 10. Lebensstag) werden in der Regel noch in der Geburtsklinik und damit bei nahezu allen Kindern durchgeführt; die folgenden Untersuchungen werden beim niedergelassenen (Kinder-)Arzt angeboten. Über ihre Inanspruchnahme im Regionalvergleich berichtet Indikator 7.6. Dabei wird eine Differenzierung nach den Untersuchungen im 1. Lebensjahr (U3: 4. - 6. Lebenswoche, U4: 3. - 4. Lebensmonat, U5: 6. - 7. Lebensmonat, U6: 10. - 12. Lebensmonat) sowie den in den folgenden Lebensjahren bis zum Schuleintritt angebotenen Untersuchungen (U7: 21. - 24. Lebensmonat, U8: 43. - 48. Lebensmonat (3 ½ - 4 Jahre), U9: 60. - 64. Lebensmonat (5 - 5 ½ Jahre)) vorgenommen.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden die Eintragungen im Vorsorgeheft durch den öffentlichen Gesundheitsdienst erfasst. Indikator 7.6 bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfänger, die das Vorsorgeheft zur Einschulungsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme. Ein Vergleich zum Indikator 7.5, der die Trendentwicklung darstellt, ist gegeben.

Datenhalter: Landesinstitut für Arbeit und Gesundheit NRW

Datenquelle: Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

Periodizität: Jährlich, bezogen auf den Einschulungsjahrgang

Validität: Der Indikator 7.6 enthält für einige wenige Kreise, bzw. kreisfreie Städte nur unvollständige oder keine Daten, da für die Inanspruchnahme der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen bei Schulanfängern keine Meldepflicht besteht. Für die Indikatoren 7.13 und 7.14, die sich auf die Inanspruchnahme von Impfungen entsprechend dem Infektionsschutzgesetz beziehen, liegen auf Grund der bestehenden Meldepflicht vollständigere Daten vor. Die Validität der Daten ist davon abhängig, ob alle Schulanfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Schulanfänger ist, die das Vorsorgeheft vorgelegt haben. Da die Zahl der Anspruchsberechtigten (gesetzlich wie privat krankenversicherte Kinder) nicht vorliegt, wird auf die Zahl der Schulanfänger als Bevölkerungsbezug zurückgegriffen.

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



Kommentar

Der Indikator informiert über die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung in den Kreisen und kreisfreien Städten. Darüber hinaus kann die vollständige Teilnahme am Untersuchungsangebot als Maß für gesundheitsbewusstes Verhalten der Eltern interpretiert werden.

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren Indikatoren im WHO- und OECD-Indikatorensetz. Im EU-Indikatorensetz sind Indikatoren zu Integral children's health monitoring als Anteil der Kinder verschiedener Altersgruppen vorgesehen, die diese Angebote wahrnehmen.

Indikator 7.6 entspricht dem Indikator 4.4 der bisherigen Fassungen des GMK-Indikatorensetzes. Wegen Änderungen in der Darstellung besteht eine bedingte Vergleichbarkeit.

Originalquellen

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen

Eigene Berechnungen des Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW auf der Basis der Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen 2002 ff.

Indikator (L) 07.06

Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2006

Verwaltungsbezirk	Untersuchte Schul- anfänger insgesamt	Inanspruchn. d. Früherkennungsuntersuchungen					Keine Doku- mentation vorhan- den**
		Doku- mentation vorhanden*	darunter: ... wahrgenommen in %:				
			U3 - U6	U7	U8	U9	
Rheinisch-Bergischer Kreis	3.008	2.515	94,9	96,2	94,5	88,8	493
Reg.-Bez. Köln	•	•	•	•	•	•	•
Nordrhein-Westf.***	163.299	146.633	91,1	92,8	89,0	85,8	16.666

Datenquelle/Copyright:

Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW:
Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen
(Regelschule)

¹Einschulungsjahrgang

*Vorsorgeheft vorgelegt

**Vorsorgeheft nicht vorgelegt

***Summe der meldenden Kreise



Indikator (L)
7.13

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

Definition

In der Bundesrepublik Deutschland besteht keine Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung können entsprechend § 20 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) *öffentlich empfohlen* werden. Diese Empfehlungen werden von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder ausgesprochen. Sie orientieren sich dabei an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Die Grundimmunisierung gilt dann als abgeschlossen, wenn gegen Poliomyelitis und Hepatitis B jeweils 3 Impfungen vorliegen, gegen Diphtherie, Tetanus und Haemophilus influenzae b jeweils mindestens 3 sowie gegen Pertussis 4 Impfungen durchgeführt wurden.

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

Datenhalter .Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Datenquelle

Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

Periodizität: Jährlich, bezogen auf den Einschulungsjahrgang

Originalquellen: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Eigene Berechnungen des Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW auf der Basis der Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen 2002 ff. Dokumentationsstand

13.02.2003, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg/Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW


**Indikator (L)
7.13**
Impfquote bezüglich Poliomyelitis, Tetanus, Diphtherie, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b und Pertussis bei Schulanfängern, Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2006¹

Verwaltungsbezirk	Untersuchte Schulanfänger insgesamt	Dokumentierte Impfungen			
		Kinder mit dokumentierten Impfungen*	Impfquote in % bei abgeschlossener Grundimmunisierung		
			Poliomyelitis	Tetanus	Diphtherie
Rheinisch-Bergischer Kreis	3.008	2.511	97,0	98,7	97,9
Reg.-Bez. Köln	42.252	36.412	97,3	98,4	97,9
Nordrhein-Westfalen	175.765	155.470	97,2	98,5	98,1

Datenquelle/Copyright:
Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW: Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)-

¹ Einschulungsjahrgang- *) Impfbuch vorgelegt- **) Impfbuch nicht vorgelegt-

**Fortsetzung
Indikator (L) 7.13**

Verwaltungsbezirk	Untersuchte Schulanfänger insgesamt	Dokumentierte Impfungen				Kinder ohne dokumentierte Impfungen**
		Kinder mit dokumentierten Impfungen*	Impfquote in % bei abgeschlossener Grundimmunisierung			
			Hepatitis B	Haemophilus influenzae b	Pertussis	
Rheinisch-Bergischer Kreis	3.008	2.511	85,9	93,2	91,5	497
Reg.-Bez. Köln	42.252	36.412	86,9	93,4	91,8	5.840
Nordrhein-Westfalen	175.765	155.470	89,3	93,4	91,6	20.295

Datenquelle/Copyright:
Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW: Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)-

¹ Einschulungsjahrgang- *) Impfbuch vorgelegt- **) Impfbuch nicht vorgelegt-


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

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

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

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

Datenhalter

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen

Datenquelle

Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

Periodizität

Jährlich, bezogen auf den Einschulungsjahrgang

Originalquellen

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen

Eigene Berechnungen des Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW auf der Basis der Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen 2002 ff.

Dokumentationsstand

13.02.2003, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg/Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW


**Indikator (L)
7.14**
**Impfquote bezüglich Masern, Mumps und Röteln bei Schulanfängern,
Nordrhein-Westfalen nach Verwaltungsbezirken, 2006¹**

Verwaltungsbezirk	Unters. Schul- anfänger insgesamt	Kinder mit dokument. Impfung.*	Dokumentierte Impfungen						Kinder ohne dokum. Impf.**
			Impfquote in % bei der 1. und 2. Impfung						
			Masern		Mumps		Röteln		
			>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	>=1 Impf.	>=2 Impf.	
Rheinisch-Bergischer Kreis	3.008	2.511	93,9	78,1	93,5	77,8	92,5	77,2	497
Reg.-Bez. Köln	42.252	36.412	94,3	81,2	94,0	80,9	93,6	80,3	5.840
Nordrhein-Westfalen	175.765	155.470	95,2	81,6	94,9	81,3	94,6	80,9	20.295

Datenquelle/Copyright: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW NRW: Dokumentation der schulischen Eingangsuntersuchungen (Regelschule)

¹) Einschulungsjahrgang

*)-Impfbuch vorgelegt -

**)- Impfbuch nicht vorgelegt


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

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

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

Im vorliegenden Indikator wird auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Begleituntersuchungen der Gebisszustand von Kindern im Alter von 6, 12 und 15 Jahren im Trend ausgewiesen.

Datenhalter: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ)

Datenquelle: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe

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

Validität

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

Kommentar

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

Es handelt sich um einen Prozessindikator.

Vergleichbarkeit

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

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

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

Dokumentationsstand: 20.12.2005, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW


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

Alter Jahre	2000				2004			
	Nordrhein							
	Stich- proben- größe	Gebisszustand in % der Unter- suchten			Stich- proben- größe	Gebisszustand in % der Untersuchten		
		natur- gesund	saniert	behandlungs- bedürftig		natur- gesund	saniert	behandlungs- bedürftig
6-7	4.087	50,6	9,5	39,9	4.348	52,9	11,3	35,7
9	2.901	36,8	23,5	39,7	0	•	•	•
12	4.934	49,9	31,9	18,2	4.563	56,8	24,9	18,3
15*	0	•	•	•	3.554	48,9	35,3	15,8

Alter Jahre	Westfalen-Lippe							
	Stich- proben- größe	Gebisszustand in % der Unter- suchten			Stich- proben- größe	Gebisszustand in % der Un- tersuchten		
		natur- gesund	saniert	behandlungs- bedürftig		natur- gesund	saniert	behandlungs- bedürftig
	6-7	3.454	46,6	12,1	41,3	4.268	46,8	13,9
9	2.935	35,5	24,0	40,5	0	•	•	•
12	3.530	47,2	31,6	21,2	4.972	52,3	24,1	23,6
15*	0	•	•	•	3.776	41,5	33,7	24,8

Datenquelle/Copyright:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ):

Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe

* nahmen erstmalig 2004 an der Studie teil


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

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

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

Indikator 7.10 stellt die Anzahl der durch ein- bis viermalige Prophylaxemaßnahmen bzw. -impulse tatsächlich erreichten Vorschul- und Schulkinder dar und weist den Anteil der durch wenigstens eine Karies-Prophylaxemaßnahme erreichten Kinder nach Einrichtungstyp im Regionalvergleich aus. Bezugszahl ist die Anzahl der in allen Einrichtungen gemeldeten Kinder und das Schuljahr. Ein Vergleich zum Indikator 7.9, der eine Übersicht über das Land darstellt, ist gegeben.

Datenhalter

Landesarbeitsgemeinschaften zur Förderung der Jugendzahnpflege Nordrhein und Westfalen-Lippe

Datenquelle

Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe

Periodizität

Jährlich, nach Schuljahren

Validität

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

Kommentar

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

Vergleichbarkeit

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

Originalquellen

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

Dokumentationsstand

21.03.2006, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg/LIGA NRW


**Indikator (L)
7.10**
Anteil der durch Karies-Prophylaxemaßnahmen erreichten Kinder nach Einrichtungstyp, NRW nach Verwaltungsbezirken, Schuljahr 2006/2007

Verwaltungsbezirk	Zahl der durch 1- bis 4-malige Prophylaxemaßnahmen bzw. -impulse erreichten Kinder in					
	Kindergärten			Grundschulen		
	gemeldete Kinder ³	ein Prophylaxe-impuls ⁴	zwei - vier Prophylaxe - Impulse ⁵	gemeldete Kinder ³	ein Prophylaxe-impuls ⁴	zwei - vier Prophylaxe - Impulse ⁵
Rhein.-Berg. Kreis	9.564	6.074	39	12.323	11.827	60
Reg.-Bez. Köln	125.545	98.442	61.862	173.083	135.339	100.602
Nordrhein-Westfalen	518.156	396.313	320.850	700.403	556.025	304.635

Verwaltungsbezirk	Zahl der durch 1- bis 4-malige Prophylaxemaßnahmen bzw. -impulse erreichten Kinder in					
	weiterführenden Schulen ²			Förderschulen		
	gemeldete Kinder ³	ein Prophylaxe-impuls ⁴	zwei - vier Prophylaxe - Impulse ⁵	gemeldete Kinder ³	ein Prophylaxe-impuls ⁴	zwei - vier Prophylaxe - Impulse ⁵
Rhein.-Berg. Kreis	1.634	393	0	1.458	1.068	22
Reg.-Bez. Köln	160.665	25.053	5.734	19.136	9.380	3.210
Nordrhein-Westfalen	896.199	120.547	13.963	84.937	46.030	19.981

1: Schuljahr 2006/2007

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

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

4: durch 1 Impuls tatsächlich erreichte Kinder

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

Datenquelle/Copyright:

Landesarbeitsgemeinschaften zur Förderung d. Jugendzahnpflege

Nordrhein u. Westfalen-Lippe:

Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe



II. Daten der Schuleingangsuntersuchung Rheinisch-Bergischer Kreis, Einschüler des Schuljahres 2008/2009

4. Erläuterungen zum Verfahren

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

Die Schuleingangsuntersuchung umfasst die Dokumentation der Teilnahme an den Präventionsmaßnahmen (Impfungen und kinderärztliche Früherkennungs-Untersuchungen), sowie die körperliche Untersuchung z.B. mit dem Stethoskop, und die standardisierte Erfassung des Gesundheitszustands mit einem Schwerpunkt auf solche Untersuchungen, die für die Teilnahme am Unterricht und den Schulerfolg bedeutend sind u.a. Sehen, Hören, Verhalten, Koordination, Sprachentwicklung. Darüber hinaus werden auch chronische Erkrankungen sowie Größe und Gewicht erfasst.

Nach der Untersuchung wird eine Empfehlung über die Einschulung des Kindes ausgesprochen, eine Entscheidung liegt aber letztendlich bei den Erziehungsberechtigten und der Schulleitung. Bei festgestellten Einschränkungen werden Hinweise auf bestimmte Fördermaßnahmen gegeben.

Die schulärztliche Untersuchung und Dokumentation im Rheinisch-Bergischen Kreis orientiert sich am sogenannten Bielefelder Modell: Die Untersuchungsergebnisse werden auf Belegbögen notiert, die vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit erfasst und jährlich unter Berücksichtigung der jeweiligen kommunalspezifischen Fragestellungen ausgewertet werden. Das standardisierte Screening wird von einem Großteil der Unteren Gesundheitsbehörden in NRW genutzt und ermöglicht so einen Vergleich mit anderen Regionen und den Durchschnittsdaten der Regierungsbezirke und des Landes NRW.

Die nach dem „Bielefelder Modell“ zu dokumentierenden Befunde beziehen sich auf:

- Körpermaße
- Befunde des Kopfes
- Befunde der inneren Organe
- Befunde des Skeletts und der Haut
- Befunde der Konstitution, der Harnorgane und andere
- Befunde des ZNS und des Verhaltens
- Befunde spezieller Behinderung

Liegt ein Befund vor, so wird festgehalten,

- ob es sich um einen Minimalbefund bzw. nicht mehr behandlungsbedürftigen oder -fähigen Befund handelt,
- ob sich das Kind bereits in ärztlicher Behandlung befindet, - ob eine Arztüberweisung notwendig ist oder
- ob eine erhebliche Leistungsbeeinträchtigung vorliegt.

Neben der Dokumentation von Befunden sieht das Bielefelder Modell auch die Erfassung nichtärztlicher Maßnahmeempfehlungen vor, die in den Jugendärztlichen Definitionen formuliert sind. Weiter wird der Impfstatus und die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U1-U9 festgehalten.



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

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

Schuljahr 2008/2009

Untersuchungszeitraum, Sommer 2007 bis Sommer 2008

Im Untersuchungszeitraum Sommer 2007 bis Sommer 2008 wurden 2.772 Kinder vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst schulärztlich untersucht. Hierbei wurden die Gesundheitsdaten von 2.730 Kinder mit SENS standardisiert erfasst und vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit statistisch aufbereitet.

4.1.1. Sehen

Der Sehtest erfolgt nach einem standardisierten Verfahren und wird mit einem Sehtestgerät Rodenstock R 21 durchgeführt.

Herabsetzung der Sehschärfe

Untersuchte	ohne Befund		in Behandlung		Arztüberweisung		sonstige	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1.400 Jungen	1.165	83,2	107	7,6	123	8,8	5	-
1.330 Mädchen	1.081	81,3	124	9,3	123	9,2	2	-
2.730 gesamt	2.246	82,3	231	8,5	246	9	7	-

231 Kinder (= 8,5 %) waren zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung in augenärztlicher Behandlung. 246 Kindern (=9,0%) wurde wegen des Verdachts einer Sehminderung eine fachärztliche Kontrolle empfohlen.



4.1.2 Hören

Der Hörtest wird mit dem Screening-Audiometer Maico St 20 durchgeführt.

Hörstörung

Untersuchte	ohne Befund		in Behandlung		Arztüberweisung		sonstige	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1.400 Jungen	1.322	94,4	27	1,9	46	3,3	5	-
1.330 Mädchen	1.245	93,6	22	1,7	59	4,4	4	-
2.730 gesamt	2.567	94	49	1,8	105	3,8	9	-

Bei der Überprüfung der Hörfähigkeit zeigten 94 % der Kinder unauffällige Testergebnisse.

105 Kinder (= 3,8 %) zeigten Schwächen und wurden zur Abklärung an einen Facharzt verwiesen. 49 Kinder (= 1,8 %) waren bereits in Behandlung.

4.1.3 Sprache

Die Sprachkompetenz, auditive Informationsverarbeitung, Artikulation wird in vier Aufgabenbereichen erfasst:

- Pseudowörter nachsprechen
- Wörter ergänzen
- Sätze nachsprechen
- Spontansprache, Stammfehlertafel, Mundmotorik

Das Nachsprechen von Pseudowörtern und das Ergänzen von Wörtern erfasst Aspekte der auditiven Informationsverarbeitung und Sprachkompetenz, die als phonologische Bewusstheit bezeichnet werden. Mit diesem Begriff wird die Fähigkeit umschrieben, lautsprachliche Einheiten, wie Wörter, Silben, Reime und Laute in der gesprochenen Sprache zu erkennen und zu unterscheiden. Die phonologische Bewusstheit scheint eine wesentliche Voraussetzung für den Erwerb des Lesens und Schreibens darzustellen.

Das Nachsprechen von Pseudowörtern verlangt das kurzfristige Behalten und Wiedergeben von unterschiedlich langen Silbenfolgen, die zu einem Pseudowort verbunden sind.

Überprüft werden hierbei die Gedächtnisspanne und die Artikulationsgenauigkeit für unbekannte Begriffe. Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch sind in diesem Verfahren relativ wenig benachteiligt, weil es sich auch für deutschsprachige Kinder um neue Begriffe handelt.

Beim Ergänzen von Wörtern hat das Kind die Aufgabe, die beim Vorsprechen von Wörtern ausgelassenen Laute zu ergänzen und damit das ganze Wort zu erkennen und zu benennen. Prozesse des Synthetisierens von Lauten zu Wörtern und des Vergleichens mit im Gedächtnis bereits gespeicherten Wörtern werden bei der Lösung dieser Aufgaben angesprochen.

Beim Nachsprechen von Sätzen müssen vorgespochene unübliche, aber sinnvolle und grammatikalisch korrekte Sätze nachgesprochen werden. Kinder mit Schwierigkeiten



rigkeiten in der expressiven Sprachentwicklung zeigen in diesem Bereich gehäuft Auffälligkeiten.

Zu den expressiven Sprechstörungen von Kindern zählen auch die Artikulationsstörungen, die je nach Schweregrad insbesondere die Kommunikationsfähigkeit des Kindes und in Kombination mit anderen Störungen den späteren Lernerfolg beeinträchtigen können.

Zur Beurteilung dieser Funktionen dienen: die Registrierung von Artikulationsfehlern während der SENS-Aufgaben zur Sprachkompetenz oder der Spontansprache im Verlauf der Untersuchung, die Hinzuziehung der Stammfehlertafel und die weitere Beurteilung im Rahmen der medizinischen Untersuchung von Mundmotorik und der Kieferverhältnisse zur Einschätzung der medizinischen Notwendigkeit von weiteren Maßnahmen.

Sprachstörung

Untersuchte	ohne Befund		in Behandlung		Arztüberweisung		sonstige	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1.400 Jungen	1.081	77,2	249	17,8	52	3,7	18	-
1.330 Mädchen	1.161	87,3	135	10,2	23	1,7	11	-
2.730 gesamt	2.242	82,1	384	14,1	75	2,7	29	-

75 Kinder (=2,7 %) wurden zur Behandlung einer festgestellten Sprach/Sprech- oder Stimmstörung an einen Arzt verwiesen, 384 Kinder (=14,1%) waren bereits in Behandlung.

Erstsprache

Untersuchte	davon mit gültigen Werten		deutsch		andere Sprache	
	abs	%	abs	%	abs	%
1.400 Jungen	1.368	97,7	1.172	85,7	196	14,3
1.330 Mädchen	1.312	98,6	1.131	86,2	181	13,8
2.730 gesamt	2.680	98,2	2.303	85,9	377	14,1

2.303 Kinder (= 85,9 %) hatten Deutsch als erste Sprache. Es erfolgt keine Einzelerfassung der anderen Sprachen.



Deutschkenntnisse

nicht deutsche Erstsprache	davon mit gültigen Werten		keine Deutschkenntnisse		spricht radebrechend		spricht flüssig deutsch, aber mit erheblichen Fehlern		spricht flüssig deutsch, aber mit leichten Fehlern		spricht fehlerfrei Deutsch	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
196 Jungen	166	84,7	3	1,8	9	5,4	47	28,3	71	42,8	36	21,7
181 Mädchen	154	85,1	1	0,6	10	6,5	38	24,7	68	44,2	37	24
377 gesamt	320	84,9	4	1,3	19	5,9	85	26,6	139	43,4	73	22,8

Die Deutschkenntnisse der Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch sind unterschiedlich. Fehlerfrei sprachen 73 Kinder (=22,8%). Flüssig aber mit leichten Fehlern konnten 139 Kinder (=43,4 %) reden. Lediglich 4 Kinder (=1,3%) hatten keine Deutschkenntnisse.

4.1.4 Gewicht

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

Für Kinder und Jugendliche wurden BMI-Normwertetabellen entwickelt. In diesen werden die BMI-Werte von Kindern und Jugendlichen aus den Datensätzen größerer nationaler und internationaler Erhebungen getrennt nach Geschlecht und Altersstufen ausgewertet. Allgemein gilt, dass Kinder und Jugendliche, deren BMI nach dem gewählten Referenzsystem oberhalb des 90. Perzentil der Normstichprobe liegt, als übergewichtig bezeichnet werden, bei einem BMI oberhalb des 97. Perzentil als adipös. Auf der anderen Seite werden Kinder mit einem BMI unterhalb des 10. Perzentil als untergewichtig bezeichnet, unterhalb des 3. Perzentil als deutlich untergewichtig. Es fehlen aber verlässliche Angaben über den Krankheitswert, zumal Essstörungen wie Anorexie oder Bulimie in diesem jungen Alter noch kaum auftreten dürften.

Für die Daten der Einschulungsuntersuchung werden im SENS die Normwertetabellen von Kromeyer-Hauschild (Arbeitsgemeinschaft Adipositas-Empfehlung) angewendet.



Bewertung des BMI

Untersuchte	davon mit gültigen Werten		deutlich untergewichtig		untergewichtig		normalgewichtig		übergewichtig		adipös	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1.400 Jungen	1.365	97,5	49	3,6	98	7,2	1.117	81,8	59	4,3	42	3,1
1.330 Mädchen	1.298	97,6	52	4	109	8,4	1.055	81,3	52	4	30	2,3
2.730 gesamt	2.663	97,5	101	3,8	207	7,8	2.172	81,6	111	4,2	72	2,7

308 Kinder (=11,6 %) waren zum Zeitpunkt der Untersuchung untergewichtig oder deutlich untergewichtig. 183 Kinder (=6,9 %) waren übergewichtig oder adipös. Bei 2.172 Kindern (=81,6%) wurde ein Normalgewicht festgestellt.

4.1.5 Körperkoordination

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

Untersuchte	ohne Befund		nicht beh. bedürftiger Befund		in Behandlung		Arztüberweisung		sonstige	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1.400 Jungen	1.214	86,7	56	4	75	5,4	49	3,5	6	-
1.330 Mädchen	1.234	92,8	38	2,9	26	2	30	2,3	2	-
2.730 gesamt	2.448	89,7	94	3,4	101	3,7	79	2,9	8	-

2.448 Kinder (= 89,7%) zeigten hierbei keine Auffälligkeiten. 79 Kinder (=2,9 %) wurden zur Abklärung an einen Arzt verwiesen.

4.1.6 Visuomotorik und visuelle Wahrnehmung

Diese Leistungen stellen einen wesentlichen Aspekt der Schulreife dar. Grundlage sind eine intakte visuelle Wahrnehmungsfähigkeit und die adäquate Auge-Hand-Koordination. Gegenstand der Beurteilung ist die Fähigkeit, vorliegende Bilder zu erkennen und möglichst genau abzumalen, bzw. zu ergänzen.



Visuomotorik

Untersuchte	ohne Befund		nicht beh. bedürftiger Befund		in Behandlung		Arzt-überweisung		sonstige	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1.400 männl.	1.111	79,4	71	5,1	88	6,3	128	9,1	2	-
1.330 weibl.	1.170	88	44	3,3	25	1,9	88	6,6	3	-
2.730 gesamt	2.281	83,6	115	4,2	113	4,1	216	7,9	5	-

216 Kinder (=7,9%) wurden zur Abklärung eines Befundes an einen Arzt überwiesen, in Behandlung waren 113 Kinder (=4,1%).

Visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung

Diese Fähigkeiten werden durch zwei Aufgabenstellungen geprüft:
Der Auswahl einer Ergänzungsfigur nach bestimmten Regeln und dem Erkennen identischer Figuren.

Untersuchte	ohne Befund		nicht beh. bedürftiger Befund		in Behandlung		Arzt-überweisung		sonstige	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1.400 männl.	1.221	87,2	62	4,4	58	4,1	58	4,1	1	0
1.330 weibl.	1.211	91,1	56	4,2	21	1,6	39	2,9	3	0,2
2.730 gesamt	2.432	89,1	118	4,3	79	2,9	97	3,6	4	0,1

97 Kinder (=3,6 %) wurden zur Abklärung eines Befundes an einen Arzt überwiesen, in Behandlung waren 79 Kinder (=2,9 %).



4.1.7 Früherkennungsuntersuchungen

Die Früherkennungsuntersuchungen sind ein der Entwicklungsdynamik eines Kindes angepasstes mehrteiliges Screening-Programm, das auch die frühzeitige Aufdeckung wesentlicher Entwicklungsstörungen und Erkrankungen zum Ziel hat. Insgesamt gibt es 11 Früherkennungsuntersuchungen, von der U 1 direkt nach der Geburt, bis zur U 9 im Alter von 6 Jahren und die J 1 für die 12-14 jährigen Jugendlichen. Hierbei wird durch die Ärztinnen und Ärzte neben der altersgerechten Entwicklung beispielsweise geprüft, ob alle Organe im Körper funktionieren, wie es mit der körperlichen Beweglichkeit aussieht und sich die Sprache entwickelt. Regelmäßige Seh- und Hörtests gehören ebenso dazu wie die empfohlenen Schutzimpfungen.

Bei der Schuleingangsuntersuchung soll neben dem Impfpass auch das Früherkennungsheft des Kindes geprüft werden. Hierbei wird durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst die Teilnahme an den Untersuchungen und der jeweilige Impfstatus standardisiert vermerkt. Es ist festzustellen, dass die Teilnahme an den Untersuchungen mit zunehmendem Alter der Kinder abnimmt.

U 1 - U 7

Untersuchte	Heft vorgelegt		U 1 bis U 7 komplett	
	abs	%	abs	%
1.400 Jungen	1.310	93,6	1.205	92
1.330 Mädchen	1.269	95,4	1.155	91
2.730 gesamt	2.579	94,5	2.360	91,5

U 7

Untersuchte	Heft vorgelegt		U - 7 Untersuchung vorhanden	
	abs	%	abs	%
1.400 Jungen	1.310	93,6	1.267	96,7
1.330 Mädchen	1.269	95,4	1.215	95,7
2.730 gesamt	2.579	94,5	2.482	96,2



U 8

Untersuchte über 48 Monate	Heft vorgelegt von Kindern über 48 Monate		U - 8 Untersuchung vorhanden	
	abs	%	abs	%
1.400 Jungen	1.310	93,6	1.217	92,9
1.330 Mädchen	1.269	95,4	1.179	92,9
2.730 gesamt	2.579	94,5	2.396	92,9

U 9

Untersuchte über 64 Monate	Heft vorgelegt von Kindern über 64 Monate		U - 9 Untersuchung vorhanden	
	abs	%	abs	%
1.358 Jungen	1.269	93,4	1.152	90,8
1.255 Mädchen	1.199	95,5	1.077	89,8
2.613 gesamt	2.468	94,5	2.229	90,3

4.1.8 Schutzimpfungen

Der Impfstatus des Kindes wird anhand des Impfpasses bei der Schuleingangsuntersuchung standardisiert erfasst und geprüft. Das Ergebnis der individuellen Kontrolle wird den Eltern in Form einer Impfpfehlung ausgehändigt. Hierdurch erhalten diese einen aktuellen Überblick über den vorhandenen Impfschutz und werden auf fehlende Impfungen hingewiesen.

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

Die nachfolgende Tabellen befassen sich insbesondere mit den Impfquoten bei Masern, Mumps, Röteln, da diese im Sinne der Zielsetzungen der WHO zur Ausrottung der Masern bis 2010 noch nicht ausreichend sind. Weiterhin werden die Hepatitis B-Impfquoten dargestellt.

MMR zwei Impfungen

Untersuchte	Impfheft vorgelegt		Masern 2 Impfungen		Mumps 2 Impfungen		Röteln 2 Impfungen	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1.400 Jungen	1.310	93,6	1.133	86,5	1.128	86,1	1.128	86,1
1.330 Mädchen	1.257	94,5	1.090	86,7	1.087	86,5	1.087	86,5
2.730 gesamt	2.567	94	2.223	86,6	2.215	86,3	2.215	86,3



Hepatitis B

Untersuchte	Impfheft vorgelegt		Hepatitis B 3 Impfungen		Hepatitis B Grundimmunisierung begonnen	
	abs	%	abs	%	abs	%
1.400 Jungen	1.310	93,6	1.173	89,5	36	2,7
1.330 Mädchen	1.257	94,5	1.115	88,7	32	2,5
2.730 gesamt	2.567	94	2.288	89,1	68	2,6

III. Mund- und Zahngesundheit

5. Maßnahmen und Erkenntnisse des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes vom 31.07.2007 bis 01.08.2008

5.1 Kariesprophylaxe

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

Die Gruppenprophylaxe trägt dazu bei, eine adäquate Sozialhygiene im Kindergartenalter zu erlernen und einzuüben. Die richtige Kariesprophylaxe und Ritualisierung der Zahnpflege dient nicht nur dem Erhalt der Zähne, sondern stellt auch wichtige Weichen zur Gesunderhaltung.

Im Rahmen der Zahngesundheitserziehung wurde das einmalige Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta in 153 von 155 Kindergärten für 7.700 Kleinkinder, in zwei Grundschulen für 126 Kinder und in drei Hauptschulen für 171 Schüler durchgeführt. Dabei spielte die Aufklärung über gesunde Ernährung und die tägliche Zahnpflege eine wichtige Rolle. 136 Schüler in drei Offenen Ganztagschulen nahmen am Nachmittag an der Kariesprophylaxe teil.

Sechs mal im Jahr bürsteten 739 Schüler in drei Grundschulen unter Anleitung der zwei Prophylaxehelferinnen im Schuljahr 2007/2008 ihre Zähne mit einem fluoridhaltigen Gelee oder mit Zahnpasta ein.

Von den Jugendzahnärzten, einer Prophylaxehelferin und den Zahnarzhelferinnen wurden bei 1.539 Schülern in 27 Einrichtungen (Grund- und Förderschulen, 1 Kinderheim) lokale Fluoridanwendungen an den Zähnen durchgeführt.

In einem Krankenhaus des Rheinisch-Bergischen Kreises wurde 1 Vortrag zum Thema Zahnentwicklung und Zahnpflege vor werdenden Eltern abgehalten. In einer gemeinsamen Aktion mit dem Gesundheitspädagogen bearbeiteten die Prophylaxehelferinnen das Thema "Gesunde Ernährung" mit 77 Schülern einer Realschule. Mediatoren wurden mit Medien, Material und Beratung auf den Unterricht zum Thema Zahngesundheit vorbereitet.



5.2. Reihenuntersuchung

Die Reihenuntersuchung dient der Feststellung des Zahnstatus des Kindes. Die Untersuchungen werden in den Einrichtungen und Schulen durchgeführt und erfolgen nur, wenn die Eltern schriftlich ihr Einverständnis erklärt haben.

Falls eine weitergehende Untersuchung oder Behandlung des untersuchten Kindes für sinnvoll gehalten wird, wird dies den Eltern auf einem Infoblatt mitgeteilt, das dem Kind nach der Untersuchung mitgegeben wird. Die Behandlung kann dann durch eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt eigener Wahl erfolgen.

Im Zeitraum 01.08.2007 bis 31.07.2008 wurden 11.767 Kinder- und Jugendliche untersucht. Die Reihenuntersuchung wurde in den Grund- und Förderschulen und in den 5. und 6. Klassen der Haupt- und Gesamtschulen durchgeführt.

Untersuchte	naturgesunde Zähne		behandlungsbedürftige Zähne		bereits sanierte Zähne	
	abs	%	abs	%	abs	%
11.767	5.663	48,1	3.234	27,5	2.870	24,4

Von 11.767 Kindern hatten 5.663 (=48,1%) naturgesunde Zähne. Behandlungsbedürftig stellten sich die Zähne von 3.234 Kindern (=27,5 %) dar. 2.870 (=24,4 %) Kinder hatten bereits Zahnsanierungen.

Noch nicht in Behandlung befindliche Zahnfehlstellungen wurden bei 1.467 Kindern festgestellt, ihnen wurde anschließend eine kieferorthopädische Beratung empfohlen.

Der hohe Anteil an Behandlungsbedürftigkeiten unterstreicht die Wichtigkeit der jährlichen Reihenuntersuchungen.

IV. Fazit

Der vorliegende Gesundheitsbericht gibt einen Überblick über die Gesundheit unserer Kinder im Rheinisch-Bergischen Kreis insbesondere im Vergleich zu den Daten des Regierungsbezirks Köln. Die Ergebnisse lassen deutlich werden, dass gerade die Schuleingangsuntersuchungen als wichtige Screeninguntersuchungen und als Früherkennungssystem funktionieren.

Viele Krankheiten, die häufig ihre Wurzeln im Kindesalter haben, können durch individuelle Verhaltensdispositionen und Lebensweisen beeinflusst werden. Der frühzeitigen Erkennung und der rechtzeitigen Aktivierung von Gesundheitspotentialen kommt dabei eine zentrale Rolle zu.

Hervorzuheben sind dabei im Rheinisch-Bergischen Kreis die 2008 im Vergleich zu 2007 höhere Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen, insbesondere der U8 und der U9, sowie höhere Durchimpfungsraten insbesondere von Masern/Mumps/Röteln.

Die systematische, themen- und problemorientierte Gesundheitsberichterstattung wird immer wichtiger. Diese bildet die Grundlage für die Entscheidung des besten Interventionsweges und des notwendigen Handlungsbedarfs.



Zeichenerklärung und Abkürzungen

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

abs	absolut
Abt.	Abteilung
AGLMB	Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten des Bundes
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BGBL	Bundesgesetzblatt
bzw.	beziehungsweise
Einw./ E	Einwohner
ff.	folgende
GMK	Gesundheits-Minister-Konferenz
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Revision
IfSG	Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen
LDS	Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik
MMR	Masern/Mumps/Röteln
NRW	Nordrhein-Westfalen
ÖGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
SENS	Screening des Entwicklungsstandes
SGB	Sozialgesetzbuch
STIKO	Ständige Impfkommission am Robert Koch- Institut
WHO	World Health Organization
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
z.B.	zum Beispiel
ZNS	Zentrales Nervensystem