

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Weiterbildungsstudiengang „Master of Science“, Public Health
Beauftragter der Medizinischen Fakultät: Univ.-Prof. Dr. N. Dragano

**Wie gesund sind asylsuchende Schüler im Rhein-Erft-Kreis?
- Vergleich mit in Deutschland lebenden Schülern
gleicher Altersgruppe -**

Masterarbeit
zur
Erlangung des akademischen Grades
„Master of Science (MSc)“

vorgelegt von
Heike Thoiss
Mohnblumenweg 23
50259 Pulheim
Matrikelnummer: 2319281

Abgabedatum
15. Januar 2018

**Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf am**

Dekan: Prof. Dr. Nikolaj Klöcker

Studienbeauftragter: Univ.-Prof. Dr. N. Dragano

Referent: Prof. Dr. J. Gardemann

Coreferent: Dr. K. Moos

I. Zusammenfassung

In den letzten Jahren kam es durch Kriege und Unruhen zu einer drastischen Zunahme von Flüchtlingen in Europa. Im Jahr 2015 stellten in Deutschland 441.899 Menschen erstmals einen Asylantrag. Einheitlich erfasste und gesammelte Daten zur Gesundheit der in Deutschland angekommenen Flüchtlinge gibt es bisher bundesweit nicht. Ein Drittel der Menschen, die ihre Heimat verlassen haben, sind minderjährig. Diese Kinder und Jugendliche kommen teilweise mit ihren Familien, zu einem großen Teil jedoch auch ohne Begleitung eines Erziehungsberechtigten in Deutschland an. Eine schnelle Anbindung der ankommenden Kinder und Jugendlichen an Bildungssysteme und Aufbau von Peergroups ist medizinisch gesehen ebenso wichtig wie die direkte Förderung der physischen und psychischen Gesundheit. Hierzu gehören auch Fertigkeiten, die für den Bildungserwerb in der Schule Voraussetzung sind oder der Unfallprävention (z. B. Schwimmfähigkeit) dienen. Das Wissen um die tatsächliche gesundheitliche Situation der minderjährigen Flüchtlinge ist aus Sicht von Public Health die Grundvoraussetzung zur Ableitung besonderer Unterstützungsbedarfe und zur lokalen Umsetzung sinnvoller und effektiver Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und der sozialen Integration.

Die Fragestellung dieser Studie lautet, ob es Unterschiede in der gesundheitlichen Situation von minderjährigen Flüchtlingen im Rhein-Erft-Kreis verglichen mit in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen gibt.

In Nordrhein-Westfalen gibt es die pflichtige Seiteneinsteigeruntersuchung, sobald ein Kind oder Jugendlicher einer Kommune zugeteilt worden ist und damit seine Schulpflicht beginnt. In der vorliegenden Vergleichserhebung werden die Ergebnisse von 597 Seiteneinsteigeruntersuchungen des Schuljahres 2015/16 im Gesundheitsamt des Rhein-Erft-Kreises berücksichtigt, bei denen entweder der Besuch einer Erstaufnahmeeinrichtung bekannt war oder die aus den aktuellen Krisenländern Syrien, Afghanistan, Iran, Irak, Somalia oder Eritrea kamen. Die Ergebnisse wurden mit der KiGGS-Studie und weiteren Gesundheitserhebungen an Kindern und Jugendlichen im Rhein-Erft-Kreis verglichen und geschlechts- und altersdifferenziert diskutiert. Für viele Gesundheitsparameter war ein direkter Vergleich nicht möglich, da entweder entsprechende Erhebungen in Deutschland nicht vorlagen, die Untersuchungsabläufe anders definiert oder die Fallzahlen für eine statistische Auswertung zu gering waren.

Grundsätzlich ergibt sich kein Anhalt, dass die asylsuchenden Kinder und Jugendlichen im Rhein-Erft-Kreis einen wesentlich besseren oder schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Akute Infektionserkrankungen, die eine besondere Gefahr für die im Umfeld lebenden

Mitmenschen bedeuten, wurden im Rahmen der Seiteneinsteigeruntersuchung nicht festgestellt. Positiv hervorzuheben ist, dass der BMI tendenziell niedriger und hohe Blutdruckwerte seltener waren. Außerdem wurden Erkrankungen des atopischen Formenkreises von den Flüchtlingsfamilien seltener benannt und es gibt Hinweise darauf, dass die Sehfähigkeit trotz verminderter Brillenversorgung besser ist.

Als problematisch können die fehlende Dokumentation von Impfungen, der schlechtere Zahnstatus und die seltener vorhandene Schwimmfähigkeit benannt werden.

Es wurde in vielen Fällen eine nicht altersgerechte Schulbesuchserfahrung genannt. Ein Zusammenhang mit schulrelevanten Fähigkeiten konnte jedoch nicht ausgemacht werden. Für eine genauere Beurteilung der aus medizinischer Sicht schulrelevanten Fähigkeiten ist die Seiteneinsteigeruntersuchung zeitlich zu knapp begrenzt. Eine Aussage zur Kognition und zur psychischen Gesundheit ist im Rahmen dieses Untersuchungssettings nicht möglich.

Die verminderte sprachliche Kommunikationsmöglichkeit ist ein zentrales Problem sowohl für die Untersuchung mit Anamnese als auch die weitere medizinische Versorgung. Durch eine Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Diensten und Institutionen (Kommunales Integrationszentrum, Schulamt, Zahnärztlicher Dienst) wäre ein erleichterter Ablauf der gesundheitlichen und schulischen Abklärung und Beratung mit Dolmetscher denkbar.

Diese Studie gilt als grobe Einschätzung des Gesundheitszustands der dem Rhein-Erft-Kreis zugeteilten minderjährigen Asylsuchenden. Sie ist nicht repräsentativ für Deutschland oder direkt übertragbar auf andere Regionen Deutschlands.

II. Abkürzungsverzeichnis

AGA	Arbeitsgemeinschaft „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylVfG	Asylverfahrensgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BMI	Body-Mass-Index
DAJ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege
DLRG	Deutsche Lebens-Rettungsgesellschaft
DMS V	Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie
EAE	Erstaufnahmeeinrichtung
EASY	Erstverteilung der Asylbegehrenden auf die Bundesländer
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IDZ	Institut der deutschen Zahnärzte
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KRK	Kinderrechtskonvention
LZG	Landeszentrum Gesundheit NRW
ÖGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörungen
REK	Rhein-Erft-Kreis
RKI	Robert Koch-Institut
SOPESS	Sozialpädiatrisches Entwicklungsceening für Schuleingangsuntersuchungen
STIKO	Ständige Impfkommission des Robert-Koch-Instituts
umF	unbegleitete minderjährige Flüchtlinge
UNHS	Neugeborenen-Hörscreening

III. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der Königsteiner Schlüssel 2015. (n-tv.de 2015, Quelle: BAMF).....	3
Abbildung 2: Seh- und Hörtestung in der Schuleingangsuntersuchung im REK 2015/16.	26
Abbildung 3: Visuomotorik und auditive Merkfähigkeit in der Schuleingangsuntersuchung im REK 2015/16.....	27
Abbildung 4: Sehtestungen 2011-2016 in den 6. Klassen im Rhein-Erft-Kreis.....	28
Abbildung 5: Schulbesuchserfahrung in Prozent differenziert nach Altersgruppen.....	39
Abbildung 6: Schulbesuchserfahrung in Prozent in der Gruppe der begleiteten und unbegleiteten Kindern und Jugendlichen.....	40
Abbildung 7: Deutschkenntnisse in Prozent in der Gruppe der begleiteten und unbegleiteten Kindern und Jugendlichen.....	41
Abbildung 8: Unfallgeschehen in Prozent differenziert nach Geschlecht.....	43
Abbildung 9: Zahnstatus der Flüchtlinge in Prozent differenziert nach Altersgruppen und Vergleich mit 12-Jährigen in Deutschland.....	44
Abbildung 10: Impfstatus in Prozent differenziert nach Infektionserkrankungen (TDpP = Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Poliomyelitis; MMR = Masern, Mumps, Röteln).....	45
Abbildung 11: Kinder-/Hausarzttempfehlungen in Prozent differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht.....	46
Abbildung 12: Schwimmkenntnisse der 7-10-jährigen Flüchtlinge in Prozent differenziert nach Geschlecht und Vergleich mit 4. Klassen im Rhein-Erft-Kreis.....	47
Abbildung 13: Schwimmkenntnisse der 11-13-jährigen Flüchtlinge in Prozent differenziert nach Geschlecht und Vergleich mit 6. Klassen im Rhein-Erft-Kreis.....	47
Abbildung 14: Schwimmkenntnisse der 14-17-jährigen Flüchtlinge in Prozent differenziert nach Geschlecht und Vergleich mit 9. Klassen im Rhein-Erft-Kreis.....	48
Abbildung 15: Sehfähigkeit der Flüchtlinge in Prozent differenziert nach Altersgruppen...	49
Abbildung 16: Sehfähigkeit in der Schuleingangsuntersuchung und in den 6. Klassen des Schuljahres 2015/16 im Rhein-Erft-Kreis in Prozent.....	49
Abbildung 17: Body-Mass-Index in Prozent differenziert nach Geschlecht.....	51
Abbildung 18: Body-Mass-Index der Flüchtlinge differenziert nach Altersgruppen in Prozent im Vergleich zu KiGGS.....	52
Abbildung 19: systolischer Blutdruck in Prozent differenziert nach BMI.....	53
Abbildung 20: Visuomotorik (%) differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht.....	54

IV. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: demographische Angaben der Seiteneinsteigeruntersuchungen.....	38
---	----

V. Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Forschungsstand zur Flüchtlingssituation und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland	2
2.1 Gesetzliche Regelungen und Ablauf der Zuweisung	3
2.2 Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge.....	6
2.3 Gesundheitsdeterminanten von Flüchtlingen	9
2.4 Gesundheitsrelevante Faktoren bei Kindern und Jugendlichen.....	11
2.4.1 Physische Gesundheit	12
2.4.2 Psychosoziale Entwicklung.....	16
2.4.3 Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung	17
2.5 Gesundheit der Schülerinnen und Schüler in Deutschland.....	18
2.5.1 KIGGS-Studie.....	18
2.5.2 Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie	22
2.6 Gesundheit der Schüler und Schülerinnen im Rhein-Erft-Kreis	22
2.6.1 Schuleingangsuntersuchung	24
2.6.2 Projekt „J1-JA-KLAR“	27
2.6.3 Schwimmbefragung der 4. Klassen	28
2.7 Forschungsfrage	29
3. Instrumente, Materialien und Messmethodik	29
3.1 Seiteneinsteigeruntersuchung	30
3.2 Erfassung der Untersuchungsergebnisse.....	31
3.2.1 Demographische Daten.....	32
3.2.2 Gesundheitsanamnese und Untersuchung	33
3.2.3 Seh- und Hörtestung.....	35
3.2.4 Körpergewicht und Blutdruckkontrolle.....	35
3.2.5 Schulrelevante Fertigkeiten	36
4. Ergebnisse	36
4.1 Demographische Daten	37

4.2 Gesundheitsanamnese und Untersuchung	42
4.3 Seh- und Hörtestung	48
4.4 Körpergewicht und Blutdruckkontrolle	50
4.5 Schulrelevante Fertigkeiten.....	53
5. Diskussion	55
5.1 Bewertung der Ergebnisse	55
5.2 Bewertung der Methoden	60
5.3 Limitationen.....	61
5.4 Schlussfolgerungen	63
6. Literaturverzeichnis.....	66
7. Anhang.....	75

1. Einleitung

Seit 2014 ist in Deutschland eine rasante Zunahme der Zahl von asylsuchenden Flüchtlingen zu verzeichnen, die aufgrund von Kriegen, Krisen und schwierigen Lebenssituationen ihr Heimatland verlassen haben. Dies führt seither außen- wie auch innenpolitisch in sehr vielen Bereichen zu großen und neuen Herausforderungen. In Deutschland müssen Regelungen getroffen werden, wie die Flüchtlinge auf die Bundesländer und Kommunen verteilt werden. Es müssen Kostenträger für verschiedene Leistungen bestimmt werden. Darüber hinaus ist es wichtig zu klären, welche Mindeststandards in der Unterbringung und Versorgung den Flüchtlingen zustehen und wie diese umgesetzt werden können. In der Gesundheitsversorgung sind die Grundsätze der primären Gesundheitsfürsorge (Primary Health Care) und der öffentlichen Gesundheitssicherung (Public Health) zu berücksichtigen (Gardemann und Wilp 2016: 556-560). Hier steht die Frage nach dem tatsächlichen Bedarf an gesundheitlicher Versorgung der in Deutschland angekommenen Flüchtlinge im Vordergrund.

Etwa ein Drittel der Asylantragsteller ist minderjährig. Die meisten von ihnen sind mit ihren Familien, aber ein Teil auch ohne ihre Eltern nach Deutschland gekommen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2016a: 18-23). Die Motive der Zuwanderung sind unterschiedlich, ebenso kann auch der gesundheitliche Zustand der Kinder differieren, abhängig von der Lebenssituation im Heimatland, dem soziokulturellen Hintergrund, als auch der Art des Fluchtweges. Allen gemeinsam ist eine fremde Kultur und Sprache. In einer Gesellschaft, in der Zuwanderung und eine zunehmend multiethnische Vielfalt alltägliche Realität sind, muss die Auseinandersetzung mit Migrationszusammenhängen integraler Bestandteil der Regelversorgung insbesondere im Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen sein, da diese zu den wesentlichen Institutionen gesellschaftlicher Chancenverteilung gehören. Es wird ein direkter Zusammenhang zwischen Gesundheit, Bildung und sozialem Status gesehen (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2007: 15-22). Dies gilt selbstverständlich auch für minderjährige Asylsuchende. Davon ausgehend, dass viele Flüchtlinge für längere Zeit, einige möglicherweise auch ganz in Deutschland bleiben werden, ist eine schnelle Integration in die für sie zunächst unbekanntere Gesellschaft zur Anbindung an Bildungssysteme und Möglichkeiten zum Aufbau von Peergroups ebenso wichtig, wie das Recht auf medizinische Versorgung.

Bisher gibt es keine Routinedaten zur Gesundheit und Versorgungslage von Flüchtlingen auf Bundesebene (Razum, Bunte, Gilsdorf, Ziese und Bozorgmehr 2016: 130-133). Existierende Studien weisen nur kleine Fallzahlen auf und sind lokal begrenzt (Bozorgmehr, Mohsenpour,

Saure, Stock, Loerbroks, Joos und Schneider 2016: 599-620). Die verpflichtende Erstaufnahmeuntersuchung bei Ankunft in Deutschland ist in ihrem Umfang bundesweit unterschiedlich und ihre Untersuchungsergebnisse werden nicht einheitlich erfasst und gesammelt. Auch der Impfstatus wurde nicht durchgehend erhoben und identifizierte Impflücken nicht generell geschlossen (Bozorgmehr, Nöst, Thaiss und Razum 2016: 545-555). Außerdem dient diese Untersuchung primär der Erkennung ansteckender oder akuter Erkrankungen im Hinblick auf die Unterbringung in den engen Gemeinschaftsunterkünften.

In Nordrhein-Westfalen gibt es als weitere sich anschließende Pflichtuntersuchung die Untersuchung von seiteneinsteigenden Schülern in das deutsche Schulsystem. Sie findet statt, sobald ein Kind oder Jugendlicher einer Kommune zugeteilt worden ist und damit seine Schulpflicht beginnt. Diese sogenannten Seiteneinsteigeruntersuchungen werden von den Gesundheitsämtern durchgeführt und mit ihren Ergebnissen dokumentiert. Mit der Schulpflicht stellt sich auch die Frage nach bisheriger Schulerfahrung und inwieweit diese mit dem deutschen Schulwesen altersgerecht vergleichbar ist.

Das Wissen um die tatsächliche gesundheitliche Situation und den aktuellen Bildungsstand der im Rhein-Erft-Kreis angekommenen Kinder und Jugendlichen stellt die Grundvoraussetzung dar, erörtern zu können, ob und in welcher Form gezielte Maßnahmen vor Ort effektiv und sinnvoll zur Verbesserung der Gesundheit und der sozialen Integration umgesetzt werden könnten. Auf Grundlage der gewonnenen Daten kann auch eine Optimierung von bestehenden Strukturen und Abläufen diskutiert werden.

2. Forschungsstand zur Flüchtlingssituation und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Wurde 2014 mit 202.700 Asylbewerbern die bis dahin bei weitem höchste Anzahl registriert (Statistisches Bundesamt 2015a), so verdoppelte sich 2015 diese Zahl der Asylerstanträge auf 441.899 (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2016a). Nicht berücksichtigt ist die weit aus größere Zahl der Asylsuchenden, die aufgrund Überlastung des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) noch keinen Antrag stellen konnten. Nach aktueller Meldung des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge wurden für das Jahr 2016 im EDV-System zur Erstverteilung der Asylbegehrenden auf die Bundesländer (EASY) 1.091.894 Asylsuchende registriert (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2016b).

Die besonders Leidtragenden sind meist die Kinder und Jugendlichen, circa ein Drittel der Flüchtlinge ist minderjährig. Auffallende Unterschiede liegen in der Geschlechterverteilung bezogen auf das Alter vor: Unter den 6-10-Jährigen liegt der männliche Anteil bei 54%, bei den

11-15-Jährigen steigt er auf 61%. In der Altersgruppe der 16- und 17-Jährigen sind 80% männlich. Der hohe männliche Anteil bei den Jugendlichen macht vor allem die Gruppe der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge aus (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2016a: 18-20). So machen sich vorrangig Männer und männliche Jugendliche auf den langen Fluchtweg nach Europa. Familien finanzieren die gefährliche Flucht eher für ein männliches Familienmitglied. Auch andere Gründe spielen eine Rolle. Mädchen und Frauen unternehmen das Wagnis auf sich allein gestellt seltener (Mohammadzadeh, Jung und Lelgemann 2016: 561-569). Ein männlicher Überhang bei minderjährigen Flüchtlingen wird grundsätzlich auch in anderen Studien beschrieben. So wurde in Bremen nur bei den männlichen Jugendlichen von 2011 bis 2014 ein Anstieg verzeichnet (Mohammadzadeh, Jung und Lelgemann 2016: 561-569). In einem Vergleich der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus mit den anderen Kindern und Jugendlichen, die allesamt an der bundesweiten KiGGS-Studie (vgl. Kapitel 2.5.1) teilgenommen hatten, war auch hier der männliche Anteil etwas höher. Eine allgemeingültige Begründung hierzu konnte nicht ausgemacht werden (Wenner, Razum, Schenk, Ellert und Bozorgmehr 2016: 627-635).

2.1 Gesetzliche Regelungen und Ablauf der Zuweisung

In Artikel 1 des ersten Kapitels der Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 wird festgelegt, dass ein Flüchtling jede Person ist, die sich zum Zwecke sicheren Aufenthalts außerhalb ihres Heimatlandes befindet. Der Ablauf des Asylverfahrens ist im Asylgesetz (AsylG) geregelt.

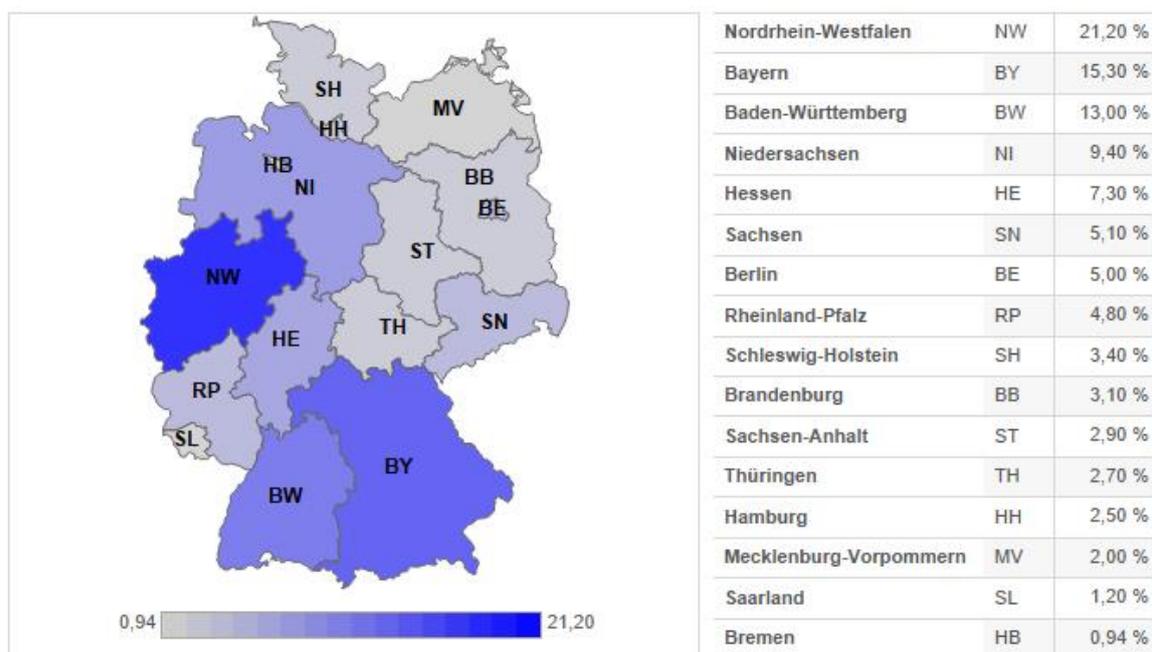


Abbildung 1: Der Königsteiner Schlüssel 2015. (n-tv.de 2015, Quelle: BAMF)

Die Verteilung der Flüchtlinge auf die einzelnen Bundesländer erfolgt anteilmäßig nach dem „Königssteiner Schlüssel“, wie in Abb. 1 dargestellt.

Dieser richtet sich nach Steuereinnahmen (2/3 Anteil bei der Bewertung) und der Bevölkerungszahl (1/3 Anteil bei der Bewertung). Danach werden NRW mit 21,2% mit Abstand die meisten Flüchtlinge zugewiesen, gefolgt von Bayern mit 15,3%. (Vgl. Abb. 1)

In den Bundesländern erfolgt eine weitere Verteilung auf sogenannte Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE). Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge entscheidet über jeden gestellten Asylantrag. Folgende Entscheidungen sind möglich:

- Anerkennung als Asylberechtigter gemäß Artikel 16a Grundgesetz
- Anerkennung als Flüchtling gemäß §3 Absatz 1 AsylG
- Gewährung auf subsidiären Schutz gemäß §4 Absatz 1 AsylG
- Ablehnung des Asylantrags

Die Anerkennung als Asylberechtigter oder Flüchtling bedeutet eine dreijährige Aufenthaltserlaubnis, der subsidiäre Schutz gilt lediglich für ein Jahr. Beides kann verlängert werden.

Seit 2015 werden die meisten Flüchtlinge zunächst in umgestalteten Turnhallen oder anderen Mehrzweckhallen untergebracht. Bevor diese Gemeinschaftsunterkünfte bezogen werden dürfen, erfolgt die verpflichtende Erstuntersuchung. Entsprechend des §62 Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) sind „Ausländer, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen haben, (...) verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden“. Die Untersuchung hat das Ziel, Infektionen und Erkrankungen, die individualmedizinisch bedeutsam oder bevölkerungsmedizinisch relevant sind, über eine orientierende körperliche Untersuchung und Röntgendiagnostik weitestgehend auszuschließen. Darüber hinaus sollte auch der Impfstatus erfasst werden. Impfungen, deren Dokumentationen nicht vollständig vorliegen, sollen bereits im Erstaufnahmелager sobald wie möglich nachgeholt werden, gegebenenfalls mit Ausstellung eines neuen Impfausweises. Mit dieser Maßnahme soll nicht nur ein individueller Schutz erreicht werden, sondern auch eine Begrenzung von Ausbrüchen impfpräventabler Erkrankungen (Robert-Koch-Institut 2015). Dabei wird die Dringlichkeit der Durchführung von Impfungen innerhalb der Erstaufnahmestelle in vier Stufen unterteilt:

1. Priorität: Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen zum Schutz des Patienten und der Gemeinschaft.
2. Priorität: Impfung gegen Tetanus zum Individualschutz, sowie Impfungen gegen Diphtherie, Poliomyelitis und Pertussis auch zum Schutz der Gemeinschaft, um Ansteckungen zu verhindern. In Gemeinschaftsunterkünften sollten minderjährige Flüchtlinge zudem gegen saisonale Influenza geimpft werden.
3. Priorität: Impfschutz gegen Meningokokken bei allen Kindern und Jugendlichen und gegen Rotaviren bei Säuglingen unter drei Monaten zur Vermeidung einer Ausbreitung.

4. Priorität: Standardimpfungen gegen Pneumokokken und humane Papillomaviren analog zu den STIKO-Empfehlungen, idealerweise bevor die Flüchtlinge auf die Kommunen verteilt werden (Pfeil, Kobbe, Trapp, Kitz und Hufnagel 2015: 1269–1286).

Ebenso wird nach §36 Infektionsschutzgesetz regelmäßig ein Ausschluss von Tuberkulose durchgeführt, je nach Altersgruppe durch Tuberkulinhauttest, Gamma-Interferon-Test oder Röntgen-Thorax. Bei positivem Befund wird umgehend eine Behandlung begonnen.

Eine darüber hinausgehende standardisierte Erhebung von Gesundheitsdaten und auch eine ausführliche Anamnese finden im Rahmen der Erstuntersuchung nicht statt. Tatsächlich gibt es bisher keine evidenzbasierten Empfehlungen zur Durchführung dieser Gesundheitsuntersuchung und auch keine bundesweiten Empfehlungen zur einheitlichen Dokumentation und Weitergabe gesundheitsbezogener Informationen (Bozorgmehr, Nöst, Thaiss und Razum 2016: 545-555).

Nach individuell sehr unterschiedlicher Aufenthaltsdauer in diesen Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE) kommt es zu einer weiteren Zuweisung in Städte und Kreise. Üblicherweise stehen auch in diesem Schritt wieder Gemeinschaftsunterkünfte ähnlich der EAE zur Verfügung. Eine intersektorale Weitergabe gesundheitsrelevanter Informationen von den EAE an die für die folgenden Einrichtungen zuständigen Ämter ist bisher meist nicht erfolgt. Zum einen weil es keine standardisierten Kommunikationspfade gibt, zum anderen, weil es zur Erstaufnahmeuntersuchung oft keine regelhafte Erhebung gegeben hatte (Bozorgmehr, Nöst, Thaiss und Razum 2016: 545-555).

Art. 22 KRK (Kinderrechtskonvention) „verpflichtet die Vertragsstaaten sicherzustellen, dass ein Kind, das einen Antrag auf Asyl, Flüchtlingsanerkennung oder humanitären Schutz stellt, angemessenen Schutz und humanitäre Hilfe (...) erhält.“ Dies gilt für alle Minderjährigen, unabhängig davon, ob sie mit ihren Eltern oder alleinreisend in Deutschland angekommen sind. Im Art. 24 erkennen die Vertragsstaaten sogar das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an. Faktisch wird in Deutschland die gesundheitliche Versorgung aller asylbeantragenden Personen und somit auch der Kinder nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) durchgeführt. In §4 AsylbLG ist „zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung (...) zu gewähren. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen (...) und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht. (...)“ In §6 AsylbLG steht weiterhin: „Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten (...) sind. (...)“ Dies bedeutet, dass im Notfall eine sofortige medizinische Intervention durchgeführt wird. Für Leistungen, die nicht mit einem akuten Krankheitsgeschehen im Zusammenhang stehen, die die Teilhabe am sozialen Leben aber erheblich verbessern könnten, finden jedoch grundsätzlich zunächst Einzelfallprüfungen statt.

Eine gesundheitliche Maßnahme, die für in Deutschland lebende Kinder sofort umgesetzt und über die gesetzliche Krankenkasse bezahlt wird, dauert bei Flüchtlingskindern im günstigen Fall erheblich länger oder wird im schlimmsten Fall nicht gewährt. Als Beispiele können hier logopädische Behandlungen bei Sprachentwicklungsstörung, Sehhilfen oder die Behandlung chronischer Erkrankungen genannt werden. Auch die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung wird im Regelfall nicht finanziert (Eichenhofer 2013: 169-175). Zusätzlich erschwert wird der Zugang zu regulären Versorgungsangeboten, indem zuvor ein Krankenschein beim Sozialamt beantragt werden muss. Erst nach 15-monatigem Aufenthalt in Deutschland stehen ihnen nahezu dieselben Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse zu. Darüber hinaus wären bundesweite Mindeststandards und ein standardisiertes Vorgehen in der Betreuung von Flüchtlingen wünschenswert. Mit der Gründung des Sphere-Projekts 1997 wurde ein verbindlicher Rahmen normativer und technischer Standards für die internationale Nothilfe geschaffen. Dieser berücksichtigt neben der Wasser- und Lebensmittelversorgung auch existentielle Mindestanforderungen für die Unterbringung von Flüchtlingen in Notunterkünften (The Sphere Project 2011). Die Umsetzung aller darin enthaltenen Forderungen scheitert oft an der hohen Anzahl der zugewiesenen Flüchtlinge, den lokalen Voraussetzungen und den nicht klar formulierten Verantwortlichkeiten.

2.2 Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

UmF (unbegleitete minderjährige Flüchtlinge) sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, die ohne Begleitung eines für sie zuständigen Vormunds in Deutschland einreisen und Zuflucht suchen. Die Gründe der Flucht sind vielfältig, meist hängen sie mit Krieg und Armut zusammen. An kinderspezifischen Fluchtgründen sind zusätzlich auch Genitalverstümmelung, Zwangsverheiratung, häusliche Gewalt, Menschenhandel sowie die Zwangsrekrutierung als Kindersoldat zu nennen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2016c). Manche Minderjährigen werden durch die Umstände der Flucht von ihren Familien getrennt. Auch minderjährige verheiratete Mädchen, die mit ihrem volljährigen Ehemann, jedoch ohne ihre Eltern in Deutschland ankommen, werden zunächst der Gruppe der umF zugeordnet.

Die Zahl der umF in Deutschland stieg 2015 sprunghaft an: Im Jahr 2014 stellten 4.400, im Jahr 2015 dagegen 14.440 einen Asylerstantrag (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2016a). Für viele umF wurde bis Ende 2015 noch kein Asyl beantragt, so dass Daten zu Asylanträgen die Gruppe möglicherweise auch nur begrenzt beleuchten. Die Zahl der Inobhutnahmen von umF wird mit ca. 42.300 Fällen im Jahr 2015 in Deutschland viel höher beziffert (Statistisches Bundesamt 2016). Aufgrund von Mehrfachregistrierungen und nachträglicher Feststellung von Volljährigkeit wird die tatsächliche Zahl der Inobhutnahmen in Wirklichkeit aber

vermutlich niedriger sein. Hauptherkunftsländer der umF, für die 2015 Asyl beantragt wurde, waren Afghanistan, Syrien, Eritrea, Irak und Somalia. 29 Prozent der unbegleiteten Minderjährigen mit Asylerstantrag im Jahr 2015 waren jünger als 16 Jahre alt; der weitaus größere Anteil (71%) war im Alter von 16 und 17 Jahren und somit bald volljährig. UmF sind überwiegend männlich: Nur 9% der asylerstantragstellenden Alleinreisenden im Jahr 2015 waren weiblich (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2016a).

Bundesweit werden in Einzelfällen auch Zweifel beschrieben, dass die im Pass dokumentierte Altersangabe mit dem tatsächlichen Alter übereinstimmt, weil die Untersuchung und auch das äußere Erscheinungsbild ein höheres Alter oberhalb der Volljährigkeitsgrenze vermuten lassen. Es wird über Vorgehensweisen diskutiert, wie eine falsche Altersangabe nachgewiesen und korrigiert werden könnte (Nowotny, Eisenberg und Mohnike 2014: 786-788). Der Hintergrund dieser gehäuft beobachteten falschen Altersangaben mag vor allem an den besseren Bedingungen und dem besonderen Schutz für die umF liegen.

Seit 1. November 2015 werden auch umF nach dem Königssteiner Schlüssel bundesweit verteilt (§42c, 42d SGB VIII). Wenn sich weder Personensorge- noch Erziehungsberechtigte im Inland aufhalten, werden die Minderjährigen im Rahmen eines bundesweiten Verteilungsverfahrens einem örtlichen Jugendamt zugewiesen, das sie vorläufig als gesetzlichen Vormund nach §42 SGB VIII in seine Obhut nimmt. Meistens werden umF in Wohngruppen oder Pflegefamilien untergebracht, wo eine intensivere Betreuung und ein geschützteres Umfeld besser umsetzbar sind, als es in einer großen Gemeinschaftsunterkunft möglich ist. Solange sie minderjährig sind, genießen sie besonderen Abschiebeschutz (§58 Abs.1a Aufenthaltsgesetz), selbst wenn sie aus einem als sicher eingestuften Herkunftsland stammen. In der Anhörung durch geschultes Personal des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge sollten kinderspezifische Fluchtgründe berücksichtigt werden (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2014: 19).

Wie sich der Übergang in Volljährigkeit gestaltet, hängt stark vom Aufenthaltsstatus ab. Asylberechtigte und nach der Genfer Flüchtlingskonvention anerkannte Flüchtlinge haben eine Aufenthaltserlaubnis für drei Jahre mit uneingeschränktem Zugang zum Ausbildungs- und Arbeitsmarkt und können anschließend eine unbefristete Niederlassungserlaubnis erhalten. Bei geduldeten umF mit subsidiären Schutz entfällt hingegen mit der Volljährigkeit der spezifische Abschiebeschutz. Eine Ausbildung kann den Aufenthalt zumindest vorläufig sichern. Mit der Volljährigkeit steigt außerdem das Risiko, in eine Gemeinschaftsunterkunft mit den entsprechenden erschwerten Bedingungen wechseln zu müssen (Schreyer, Bauer und Kohn 2015). Unabhängig vom jeweiligen Status gilt für alle umF, dass mit ihrer Volljährigkeit das Recht auf Betreuung durch die Jugendhilfe und damit die intensivere und direkte Unterstützung in der

Durchsetzung ihrer Bedürfnisse wie Ausbildung und Förderung entfällt. Es ist unschwer nachzuvollziehen, dass der Übergang zur Volljährigkeit bei den allein reisenden Jugendlichen oft schon Monate vor dem 18. Geburtstag eine enorm hohe psychische Belastung darstellt. Familiäre und verwandtschaftliche Netzwerke stellen besonders für Migrantenfamilien in Notlagen eine wichtige Ressource dar, auf die die allein reisenden Minderjährigen seit Verlassen der Heimat nicht mehr zugreifen können. Die Zahl psychischer Störungen ist bei Flüchtlingskindern erhöht (Gavranidou, Niemiec, Magg und Rosner 2008: 224–231; Fazel, Wheeler und Danesh 2005: 1309–1314). Die umF stellen im Vergleich zu begleiteten minderjährigen Flüchtlingen eine besonders vulnerable Gruppe dar (Huemer, Karnik und Steiner 2009: 612-614). Müller, Nägele und Petermann (2014) kommen in einer Untersuchung zu dem Fazit, dass „ein unsicherer Aufenthalt den Zugang zu Bildungs- und Ausbildungswegen und den Übergang ins Berufsleben erschwert, gleichzeitig sind Bildung und Arbeit die Schlüssel zu einem längerfristigen Aufenthaltstitel. Damit stehen Jugendliche und junge Erwachsene in unsicheren Aufenthaltsverhältnissen in der ohnehin für fast alle Jugendlichen schwierigen Phase des Übergangs von der Schule in den Beruf unter einem besonders hohen Druck. (...) Sie müssen eine außerordentliche Motivation zeigen, um sich erfolgreich auf dem Berufsweg zu bewähren, weil sie mit sehr unterschiedlichen Voraussetzungen ins hiesige Bildungssystem einsteigen, teils noch die deutsche Sprache und mitunter Lesen und Schreiben erlernen und sich im Schul- und Ausbildungssystem zurechtfinden müssen. Dafür brauchen sie vor allem Zeit.“ Diese steht ihnen aufgrund ihres Alters jedoch meist nicht ausreichend zur Verfügung. „Außerdem wirken sich die Trennung von Familienangehörigen, traumatische (Flucht-) Erfahrungen und ständige Ungewissheit in Bezug auf den Aufenthaltsstatus auf die Lernchancen aus“ (Müller, Nägele und Petermann 2014: 101). Viele junge Flüchtlinge stehen im Konflikt, entweder möglichst schnell in unqualifizierten Tätigkeiten mehr Geld zu verdienen oder eine Ausbildung mit vergleichsweise zunächst geringerer Vergütung zu absolvieren. Teilweise lastet ein immenser Druck, Schulden bei Schleusern abbezahlen und/oder im Herkunftsland verbliebene Angehörige unterstützen zu müssen. Der Bildungserfolg in Deutschland ist hier oft gefährdet. Repräsentative Daten zur Vorbildung, die umF im Herkunftsland oder während der Zeit der Flucht erworben haben, liegen nicht vor. Für einen erfolgreichen Ausbildungsverlauf wird daher eine Unterstützung über die Volljährigkeit hinaus empfohlen (Bauer, Schreyer 2016). Dies ist auch aus medizinischer Sicht zu befürworten, da die geschilderten Umstände im hohen Maße direkt die aktuelle psychische Gesundheit gefährden und dadurch eine bestmögliche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben einschränken.

2.3 Gesundheitsdeterminanten von Flüchtlingen

Einerseits könnte die Vermutung nahe liegen, dass der psychische und auch physische Gesundheitszustand von Flüchtlingen bei Ankunft in Deutschland schlechter ist als bei der in Deutschland lebenden Bevölkerung. Andererseits könnten aber auch Selektionseffekte (healthy-immigrant-effect) vor und während der Flucht zu einer gewissen Selektion der in Deutschland angekommenen minderjährigen Flüchtlinge geführt haben. Nach dieser Theorie wäre sogar ein tendenziell besserer Gesundheitszustand zu erwarten (Wenner, Razum, Schenk, Ellert und Bozorgmehr 2016: 627-635).

Eine Studie zu Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften kommt zu dem Schluss, dass der überwiegende Anteil von Infektionen in Gemeinschaftsunterkünften von 2004 bis 2014 durch Primärprävention wie Impfungen, Aufklärung und Hygienemaßnahmen in Deutschland vermeidbar gewesen wär (Kühne, Gilsdorf 2016: 570-577). Weiterhin geht aus der Studie für das Jahr 2014 hervor, dass in Gemeinschaftsunterkünften 27% aller Infektionen durch Windpocken, 25% durch Masern und 22% durch Skabies verursacht wurden. Es handelt sich auch hier um Infektionserkrankungen, die dank steigender Durchimpfungsraten oder besserer Hygiene in Deutschland immer seltener werden. Dies zeigt die Notwendigkeit einer gesundheitsförderlichen Verbesserung der Unterbringungsverhältnisse in diesen Einrichtungen. Es stellt sich heraus, dass Flüchtlinge nicht, wie anfangs befürchtet, zahlreiche sich schnell ausbreitende Infektionskrankheiten nach Deutschland bringen, sondern umgekehrt, selbst durch den Aufenthalt in Massenunterkünften gefährdet sind. Von allen bekannten Ausbruchsfällen bei Flüchtlingen waren 87% in Deutschland erworben. Daher werden die Flüchtlinge von Kühne und Gilsdorf (2016) eher als „at risk of“ statt „as risk for“ bezeichnet. Eine erhöhte Infektionsgefährdung der Allgemeinbevölkerung durch Asylsuchende wird auch vom Robert-Koch-Institut bis September 2017 nicht gesehen (Robert-Koch-Institut 2017).

Die Literatur der letzten 25 Jahre zu Studien zum Gesundheitsstatus von Flüchtlingen zeigt, dass der Blick bisher vornehmlich einer „seuchenhygienischen“ Sorge galt (Bozorgmehr, Mohsenpour, Saure, Stock, Loerbroks, Joos und Schneider 2016: 599-620).

Darüber hinaus zeigt sich auch zunehmend, dass Flüchtlinge und hier vor allem die Kinder der asylsuchenden Familien besonders stark von psychischen Störungen, vornehmlich Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) und Depressionen betroffen sind. In einer Studie zu psychischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Flüchtlingskindern 2003 bis 2004 wurde festgestellt, dass jedes 5. Kind an einer PTBS litt (Ruf-Leuschner, Schauer und Elbert, 2010: 151-160). Eine weitere Studie weist auf eine Late-onset PTBS hin, wonach bei 40% der umF nach einem Jahr und bei weiteren 16% sogar erst nach 2 Jahren PTBS diagnostiziert worden sind (Smid, Lensvelt-Mulders, Knipscheer et al. 2011: 742-755).

Die hier ankommenden Flüchtlinge

- haben ihre Heimat meist in einer in ihre Existenz bedrohenden Situation verlassen.
- haben eine nicht nur räumlich, sondern oft auch zeitlich sehr lange mitunter lebensgefährliche Reise hinter sich.
- sind teilweise viele Monate allein oder mit ihren Familien in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht.
- erleben eine lange Zeit in einer ungewissen Lebenslage mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus.

Dies sind allesamt potentiell belastende Faktoren, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken können.

Die mit dem Leben in den Gemeinschaftsunterkünften häufig verbundenen Erschwernisse (hohe Lärmpegel auch nachts, Enge, kein persönlicher Rückzugsraum) schildern Experten als hohen Stressfaktor und auch als Hemmnis bei Lernen und Ausbildung. Kinder im Schulalter haben kaum Ruhe und Platz für ihre Hausaufgaben und Schulvorbereitungen (Schreyer, Bauer und Kohn 2015). In diesem Zusammenhang werden potentielle Gesundheitsdeterminanten verschiedener Migrationsphasen (Prä-, Peri- und Postmigrationsphase) gesehen (Bozorgmehr, Nöst, Thaiss und Razum 2016: 545-555; Metzner, Reher, Kindler und Pawils 2016: 642-651)

- In der Prämigrationsphase können Kriegserlebnisse, Gewalterfahrungen und existentielle Ängste im Herkunftsland vor der Flucht zu einer traumatisierenden Belastung führen.
- Die Perimigrationsphase bezieht sich auf Erlebnisse während der Flucht (u.a. körperliche/psychische Misshandlung durch Menschenhändler, lebensgefährliche Fluchtwege).
- In der Postmigrationsphase, die mit der Ankunft in Deutschland beginnt, kommen vor allem Lebensumstände in Sammelunterkünften, die generell unsichere Zukunftsperspektive durch unsicheren Aufenthaltsstatus und Fremdenfeindlichkeit hinzu.

Asylsuchende Kinder und Jugendliche gelten zunächst aufgrund ihrer belastenden Erfahrungen als besonders vulnerabel. Unabhängig von dem tatsächlichen Gesundheitszustand muss nach der Theorie der Migrationsphasen der Postmigrationsphase eine besondere Bedeutung beigemessen werden. Je nach Erfahrungen und Integrationsmöglichkeiten nach Ankunft in Deutschland ist eine psychische und physische Stabilisierung denkbar. Genauso kann bei zunächst gesunden Kindern und Jugendlichen durch multiple Stressoren hier die gesundheitliche Situation auch erstmals stark negativ beeinflusst werden.

Nicht selten befinden sich Flüchtlingskinder in der Erwartungsrolle, den schulischen Anforderungen gut gerecht zu werden und gleichzeitig dabei auch die traditionelle Lebensweise der Familie zu bewahren. Ebenso werden nicht altersgerechte Elternfunktionen übernommen, da

die Eltern ihrerseits durch Isolation und Wegfall der bisherigen Netzwerke in der Erziehung der Kinder überfordert sind (Aruin 2015).

1998 wurden ausgewählte Gesundheitsindikatoren von Kindern asylsuchender Familien im Vergleich zu einer deutschen Population erfasst (Gardemann, Mashkooi 1998: 686-693). Dabei zeigte sich, dass bei den asylsuchenden Kindern eine niedrigere Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen, eine höhere Wahrscheinlichkeit für Impflücken beziehungsweise mangelnde Impfdokumentationen und eine höhere Hospitalisierungsrate vorlagen. Dies könnte auf mögliche Zugangsbarrieren in der ambulanten Regelversorgung hinweisen. Als Hürden werden die gesetzlichen Leistungseinschränkungen durch das Asylbewerberleistungsgesetz gesehen, aber auch die Kommunikationsprobleme durch mangelnde Deutschkenntnisse und damit verbunden eine nicht vorhandene Gesundheitssystemkompetenz. Als Folge ist eine Verschleppung von Krankheiten zu befürchten (Nöst, Bozorgmehr 2016: 389-395).

2.4 Gesundheitsrelevante Faktoren bei Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche sind in der Beurteilung ihrer Gesundheit bekanntermaßen in vielen Bereichen nicht mit Erwachsenen zu vergleichen. Sie befinden sich in der Wachstumsphase. Bei ihnen besteht dadurch in besonderem Maße sowohl eine physische als auch psychische Entwicklung, die Einfluss auf die weitere Gesundheitsgenese hat. Das körperliche, soziale und emotionale Wohlbefinden ist auch Voraussetzung und Resultat gelingender Bildungsprozesse (Preissing, Schneider 2012: 8). Bildung ist nicht nur für die berufliche Karriere bedeutend, sie öffnet auch den Zugang zu gesundheitsrelevantem Wissen. Über die Bildung werden zusätzlich Einstellungen und Werte vermittelt, die bei der Ausprägung und Stabilisierung gesundheitsrelevanter Verhaltensmuster eine wichtige Rolle spielen (Robert-Koch-Institut 2005: 37-52). Dieses Wissen um Gesundheit bedeutet auch bessere Gesundheitschancen für die nächste Generation. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus haben ein höheres Risiko für Gesundheitsprobleme als Gleichaltrige aus der mittleren und insbesondere aus der hohen Statusgruppe (Lampert, Kuntz, KiGGS Study Group 2015: 12).

Nach wie vor besteht ein enger Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft, Bildung und Gesundheit: Menschen mit niedrigem Sozialstatus haben zum Beispiel eine 5-10 Jahre geringere Lebenserwartung und ein 2 bis 3-fach höheres Risiko, einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall zu erleiden oder an einer Depression zu erkranken (Dragano, Gerhardus, Kurth, Kurth, Razum, Stang, Teichert, Wieler et al. 2016: 686–688). Bildung kann also auch als eine Form der Gesundheitsförderung gesehen werden.

2.4.1 Physische Gesundheit

Die körperliche Unversehrtheit stellt eine erste Grundvoraussetzung dar, damit Entwicklungsschritte im Kindes- und Jugendalter bestmöglich altersgerecht erreicht werden können. Ein besonderes Augenmerk gilt der frühkindlichen Entwicklung, ob diese im motorischen, sprachlichen und psychosozialen Bereich altersgerecht verläuft. Dazu gehört beispielsweise, wann ein Kind krabbeln und frei laufen lernt und die ersten Worte und Sätze spricht. Neben einer muskulären oder neurologischen Bewegungseinschränkung kann auch eine verminderte Sinneswahrnehmung den Erwerb weiterer Fähigkeiten hemmen.

Ein gutes altersgerechtes **Sehvermögen** ist für die gesamte körperliche, geistige und soziale Entwicklung von Bedeutung. Je früher Sehstörungen erkannt und behandelt werden, umso besser sind die Behandlungserfolge. Für Risikogruppen (zum Beispiel Schielen, starke Fehlsichtigkeit oder Sehschwäche in der Familie, Frühgeborene, bestimmte chronische Erkrankungen oder Behinderungen) wird bereits frühzeitig eine augenärztliche Untersuchung im Alter zwischen sechs und neun Monaten empfohlen. Bei älteren Kindern können bestimmte Verhaltensweisen oder Auffälligkeiten auf eine Sehproblematik hinweisen: Unlust beim Malen, Ausschneiden oder Lesen, ungeschicktes oder ängstliches Verhalten, eine Lese- Rechtschreibschwäche, schnelles Ermüden und mangelnde Konzentration oder auch Kopfschmerzen. Eine ausgeprägte Einschränkung des Stereosehens kann zu Beeinträchtigungen in alltäglichen Fertigkeiten führen und muss besonders im Sportunterricht bekannt sein und berücksichtigt werden. Eine Farbsinnschwäche ist meist y-chromosomal überwiegend im Grün-, manchmal auch im Rotbereich vererbt. Sehr selten sind andere Farbbereiche betroffen. Meist ist die Farbsinnschwäche erst bei der Berufswahl von größerer Bedeutung (Dude 2013: 1-33).

Visuomotorik als Koordinationsfähigkeit von Bewegungen des Körpers oder Teilen des Körpers in Verbindung mit dem Sehen ist in nahezu allen Alltagssituationen wichtig. Für die Schule und viele Berufe sind vor allem die Auge-Hand-Koordination und graphomotorische Fertigkeiten von großer Bedeutung, da sie die Voraussetzung für das Erlernen von Schrift, aber auch die Ausübung feinmotorischer Anforderungen darstellen. Eine Beeinträchtigung in diesem Bereich kann zu einem verminderten Arbeitstempo und einer schnelleren Ermüdbarkeit und somit Frustration führen (Trost-Brinkhues 2017).

Hören ist für den Spracherwerb essentiell. Eine irreversible Schwerhörigkeit ist meist angeboren oder perinatal bzw. im frühen Kleinkindalter erworben. Unerkannt schwerhörige Kinder können fälschlicherweise als verträumt, dumm, eigensinnig oder sogar geistig behindert eingeordnet werden. Die dadurch bedingte Beeinträchtigung der Kommunikation bedeutet nicht nur Probleme im Schulunterricht, sondern erschwert die soziale Integration in allen Bereichen.

Eine Schwerhörigkeit wird in vielen Fällen auch in der Schule durch sonderpädagogische Förderung berücksichtigt (Fr. Dude 2013: 1-30). Nach §7 (3) Verordnung über die sonderpädagogische Förderung, den Hausunterricht und die Schule für Kranke (Ausbildungsordnung sonderpädagogische Förderung - AO-SF) vom 1. Juli 2016 (SGV. NRW. 223) „liegt eine Schwerhörigkeit vor, wenn trotz apparativer Versorgung lautsprachliche Informationen der Umwelt nur begrenzt aufgenommen werden können und wenn erhebliche Beeinträchtigungen in der Entwicklung des Sprechens und der Sprache oder im kommunikativen Verhalten oder im Lernverhalten auftreten oder wenn eine erhebliche Störung der zentralen Verarbeitung der Höreindrücke besteht.“

Die **auditive Wahrnehmung** kann nur über eine altersgerechte Hörentwicklung geübt werden. Sie ist bedeutsam für die weitere Verarbeitung des Gehörten in sinnvolle Informationen. Eine Beeinträchtigung in diesem Bereich kann in der frühkindlichen Entwicklung zu einer Sprachentwicklungsstörung und später im Schulalter zum erschwerten Erwerb einer Fremdsprache führen. Eine reduzierte auditive Wahrnehmung wird außerdem oft bei einer Lese-Rechtsschreibschwäche beobachtet. Kinder mit einer auditiven Wahrnehmungsstörung zeigen meist auch eine verminderte auditive Merkfähigkeit (Trost-Brinkhues 2017).

Allergien gibt es in unterschiedlichen Ausprägungen. Sie spielen oft im allgemeinen subjektiven Wohlbefinden eine eher untergeordnete Rolle. Je nach Symptomatik können sie jedoch auch, zum atopischen Symptomenkomplex gehörend, zu großen Einschränkungen im Alltag bis hin zu lebensbedrohlichen Situationen führen. Es gibt unterschiedliche Einflussgrößen auf die Entstehung allergischer Erkrankungen. Neben einer genetischen Vorbelastung der Eltern zählen dazu zum Beispiel ein hoher sozioökonomischer Status bei Neurodermitis oder Rauchen der Eltern und (groß-) städtisches Leben bei Asthma bronchiale. Wohingegen das Aufwachsen in landwirtschaftlich-bäuerlichem Umfeld, ältere Geschwister und eine frühe außerfamiliäre Betreuung mit einem geringeren Heuschnupferisiko assoziiert wird (Schmitz, Atzpodien und Schlaud 2012: 716-723).

Chronische Erkrankungen kommen ebenfalls in unterschiedlicher Form und Ausprägung vor. Hier hat sich das Krankheitsspektrum in den letzten Jahrzehnten verändert. Durch erfolgreiche Bekämpfung der Infektionserkrankungen, nicht zuletzt auch durch die entsprechenden Impfungen, sind deren Komplikationsfolgen mit bleibenden gesundheitlichen Einschränkungen zurückgegangen (Van Cleave, Gortmaker und Perrin 2010: 623-630).

Adipositas und Bluthochdruck gelten als Risikofaktoren für zahlreiche Erkrankungen. So steht Adipositas im Zusammenhang mit Diabetes mellitus Typ II, Störungen des Fettstoffwechsels und Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems. Diese gesundheitlichen Beeinträch-

tigungen werden immer häufiger bereits im Kindes- und Jugendalter beschrieben, möglicherweise auch verbunden mit psychischen Befindlichkeitsstörungen (Hebebrand, Herpertz-Dahlmann 2009: 49–65). Ähnlich verhält es sich mit Bluthochdruck, der ebenfalls durch Adipositas gefördert wird. Kinder mit hohen Blutdruckwerten haben ein deutlich erhöhtes Risiko für eine Hypertonie im Erwachsenenalter, die als einer der wichtigsten Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen gilt (Bao, Threefoot, Srinivasan und Berenson 1995: 657-665; Chen, Wang 2008: 3171–3180). Zudem sind auch schon bei Kindern Veränderungen am Herzen und arteriosklerotische Gefäßveränderungen gefunden worden, die im Zusammenhang mit einem bestehenden Bluthochdruck gesehen werden (Hanevold, Waller, Daniels et al 2004: 328-333). Adipositas und Bluthochdruck im Kindesalter stellen somit eine hohe Public Health-Relevanz in Bezug auf Präventionsmaßnahmen und Aufklärungsarbeit dar.

Zur Klassifizierung des **Körpergewichts** wird der BMI (Körpergewicht in kg/Quadrat der Körpergröße in m²) bestimmt. Das Verhältnis von Größe zu Gewicht zeigt im Kindes- und Jugendalter mit dem Wachstum größere physiologische Schwankungen, so dass es keinen für alle Altersgruppen einheitlichen Grenzwert gibt, ab wann ein Kind übergewichtig ist. Übergewicht und Adipositas werden daher bei Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht mithilfe eines Perzentilenreferenzsystems für den BMI definiert (Neuhauser, Schenkewitz, Schaffrath Rosario, Dortschy und Kurth 2013: 100-113). Übergewicht liegt vor, wenn der BMI eines Kindes entsprechend seinem Geschlecht und Alter zwischen der 92. und 97. Perzentile liegt. Adipositas bezeichnet einen BMI oberhalb der 97. Perzentile, Untergewicht unterhalb der 3. Perzentile.

National und international gibt es unterschiedliche Referenzsysteme, die auf unterschiedlichen Populationen und Methoden basieren. Die Arbeitsgemeinschaft „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ (AGA) sieht die Orientierung am BMI als aussagekräftig an (Wabitsch, Kunze und Moß 2014: 21-23) und empfiehlt seit 2001 zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland die alters- und geschlechtsspezifischen Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild. Für dieses Referenzsystem wurden die Daten von 17 Studien aus verschiedenen deutschen Regionen gepoolt (N=34.422), die in den Jahren 1985 bis 1999 bei bis 18-Jährigen erhoben worden waren (Kromeyer-Hauschild, Wabitsch, Kunze et al. 2001: 807-818). Aufgrund der gepoolten Datenquellen sind Körpergröße und Körpergewicht jedoch nicht gleichermaßen standardisiert über alle Studien hinweg gemessen worden, zudem enthält eine dieser Studien lediglich Befragungsdaten. Gemessene und erfragte Daten zu Körpergewicht und -größe weichen oft voneinander ab.

Für das Referenzsystem nach Cole wurden Daten (N=197.727) mit qualitätskontrollierten Messungen von bis 25-Jährigen aus den Jahren 1963 bis 1993 aus sechs Datensätzen der Länder Brasilien, Großbritannien, Hong Kong, Niederlande, USA und Singapur gepoolt (Cole et al.

2000). Dieses Referenzsystem erscheint besonders für einen Vergleich von deutschen mit internationalen Daten geeignet zu sein.

Seit 2010 steht zusätzlich das Referenzsystem aus den Daten der Basiserhebung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des Robert Koch-Instituts zur Verfügung (vgl. Kapitel 2.5.1), das auf Grundlage des Referenzsystems nach Kromeyer-Hauschild ermittelt wurde. Dieses Referenzsystem wird jedoch von der Autorenschaft selbst bisher nicht zur Anwendung empfohlen. Die KiGGS-Daten spiegeln die BMI-Verteilung der Jahre 2003 bis 2006 wider und damit die in Deutschland beobachtete Übergewichtsepidemie. In diesem Zeitraum waren 50% mehr Kinder übergewichtig als zur Zeit der Datenerhebungen des Kromeyer-Hauschild-Datenpools (1985 bis 1999). Mit diesen Daten wird somit eine übergewichtige Population als Referenz zugrunde gelegt und die Häufigkeit der Adipositas würde bei den Kindern heute unterschätzt (Neuhauser, Schienkiewitz, Schaffrath Rosario, Dortschy und Kurth 2013: 100-113).

Zur Klassifizierung des **Blutdrucks** muss auf alters- und größenabhängige Referenzwerte zurückgegriffen werden. Bei Erwachsenen sind die Schwellenwerte für systolischen und diastolischen Blutdruck anhand des kardiovaskulären Risikoprofils festgelegt, dies ist im Kindes- und Jugendalter so nicht möglich, da hier die entsprechenden Daten fehlen. Zur Bewertung der erhobenen Messungen werden entsprechend den Empfehlungen der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (Stand: 08/2013) die Referenzwerte aus der KiGGS-Basiserhebung (Neuhauser, Schienkiewitz, Schaffrath Rosario, Dortschy und Kurth 2013: 100-113) zur oszillometrischen Blutdruckmessung favorisiert (vgl. Kapitel 2.5.1).

Für den internationalen Vergleich dienen häufig auch die US amerikanischen Referenzwerte, die manuell und auskultatorisch erhoben wurden (American Academy of Pediatrics 2004: 555-576).

Die Diskussion um die genaue Definition der Hypertonie bei Kindern und Jugendlichen ist international noch nicht abgeschlossen. Die klinische Diagnose einer Hypertonie im Kindesalter gilt erst nach wiederholten standardisierten Messungen erhöhter Werte als gesichert. Hypertonie wird als Persistenz der Blutdruckwerte oberhalb des 95. Perzentils definiert. Zwischen dem 90. und 95. Perzentil wird von hochnormalem Blutdruck gesprochen, der ein Risikofaktor für eine Hypertonie darstellt. Als Grenzwert für eine Grad 2 Hypertonie werden die 99. Perzentile + 5 mmHg herangezogen (Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie 2003: 2-5).

2.4.2 Psychosoziale Entwicklung

Im Gegensatz zu körperlichen Beeinträchtigungen sind psychosoziale Störungen meist schwerer zu erkennen und sehr vielfältig in ihrer Genese. Therapeutische Maßnahmen oder Interventionen sind oft sehr komplex. Ebenso ist es weitaus schwieriger, auf diesem Gebiet für gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen zu sorgen und Risikofaktoren zu minimieren.

Gute Gesundheitschancen werden vor allem bei Kindern und Jugendlichen gesehen, die in stabilen sozialen Bedingungen leben und die darüber gute Bewältigungsstrategien erlernen. Wichtig sind eine Familie und ein soziales Umfeld, die ein gesundes Aufwachsen begünstigen. Sie sollten das Gefühl der Verbundenheit (Zugehörigkeit, Geborgenheit, Anerkennung und Wertschätzung) und das Bedürfnis nach Wachstum (Entfaltung, Autonomie, Freiheit) geben und unterstützen. In diesem Zusammenhang wird oft von einer Förderung der Resilienz gesprochen, einer psychischen Widerstands- und Anpassungsmöglichkeit unter schwierigen Bedingungen, indem auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zurückgegriffen werden kann. Menschen mit gut ausgeprägter Resilienz zeigen eine größere Widerstandsfähigkeit und Robustheit, sowohl in psychischer als auch physischer Gesundheit. Besonders wichtig erscheint hier auch eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, der Glaube an die eigene Fähigkeit. Hier haben eigene Erfolgserfahrungen einen großen Einfluss (Pollok 2014).

Antonovski schuf in den 1980er Jahren den Begriff der Salutogenese, in der Risiko- und Schutzfaktoren in einer Wechselwirkung stehen. Es gibt einige ähnliche Theorien zur Entstehung wichtiger psychologischer Faktoren, die mit der erlebten sozialen Umwelt in engem Zusammenhang gesehen werden. 1979 definierte Antonovski den Kohärenzsinn als globale Fähigkeit, sich an sich verändernde Gegebenheiten anzupassen und trotz unterschiedlicher Stressoren gesund zu bleiben. Hierzu gehört das Wissen um die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Sinnhaftigkeit im Umgang mit einer Problemsituation. Kobasa beschrieb 1979 Hardiness als Kognitionen, die die Gesundheit beeinflussen können (Pollok 2014):

Control = Glaube an die Kontrolle über die eigene Lebenssituation

Commitment = Engagement für Pläne und Handlungen

Challenge = Suche nach Herausforderungen in neuen Situationen.

Zu einer gesunden psychosozialen Entwicklung zählt auch das eigene Identitätsgefühl. Für Kinder mit Migrationshintergrund und erst recht für Flüchtlingskinder ist dies schwerer zu entwickeln. Sie leben in einem neuen sozialen Umfeld, geprägt durch eine oft fremde Sprache und Kultur. Die konstanten Rollenbilder der eigenen Kultur sind nicht uneingeschränkt gültig. Ausgrenzung und Diskriminierung verschlimmern diese Situation zusätzlich. Verfügt die Familie über wenig finanzielle Mittel, so stehen ihr in ihrem Umfeld oft die sozialen Ressourcen für Hilfestellung und ein emotionaler Halt nicht ausreichend zur Verfügung, was in den Familien und damit auch bei den Kindern als Isolierung empfunden wird (Aruin 2015: 68-73).

Eine weitere Barriere einer gesunden psychosozialen Entwicklung stellen durchgemachte Traumata dar. Sie zeigen je nach Alter des Kindes unterschiedliche Symptome und Auswirkungen für die weitere Entfaltungsmöglichkeit des Heranwachsenden.

Auch verstärkter Leistungsdruck kann zu einer Überforderungsproblematik führen, durch die Kinder und Jugendliche nicht mehr in der Lage sind, ihre Aufgaben und Pflichten altersgerecht zu erfüllen.

2.4.3 Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung

Die **Impfung** gilt als eine der wichtigsten Säulen in der Gesundheitsprävention. Durch die Entwicklung und Verbesserung der Impfstoffe können immer mehr schwere Infektionserkrankungen vermindert und im Fall der Pocken sogar ausgerottet werden. Dies erfordert jedoch gleichzeitig eine immerwährende Öffentlichkeitsarbeit und Kontrolle.

In vielen Ländern gibt es im Kindesalter **Vorsorgeuntersuchungen** mit unterschiedlichen Vorgaben und Dokumentationen. Diese Vorsorgeuntersuchungen werden nicht allein zur Krankheitsfrüherkennung durchgeführt, sondern dienen auch der Entwicklungskontrolle und Überprüfung des Impfstatus. In Deutschland gehören diese Vorsorgeuntersuchungen seit 1971 zur Pflichtleistung der Krankenkassen. Dies wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) gemäß §26 Abs. 2 i. V. m. §92 Abs. 1 des SGB V beschlossen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016).

Eine weitere Pflichtuntersuchung im Kindesalter ist in NRW sowie in den meisten deutschen Bundesländern (ausgenommen Bayern und Baden-Württemberg) die **Schuleingangsuntersuchung** nach §54 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SchulG. Sie dient zum einen der Beurteilung des Gesundheits- und Entwicklungsstands des zu untersuchenden Kindes und zum anderen der Datenerfassung als Querschnitts- und Längsschnitterhebung.

Außerdem gibt es **zahnärztliche Untersuchungen** in den Schulen, oft kombiniert mit altersgerechter Hygieneschulung.

Ein weiteres Beispiel ist das seit dem 1. Januar 2009 bundesweit angewendete **universelle Neugeborenen-Hörscreening** (UNHS) (Gemeinsamer Bundesausschuss 2009). Mithilfe dieser Untersuchung soll eine angeborene ein- oder beidseitige Schwerhörigkeit bei Kindern mit einem Hörverlust von mindestens 35 dB früher als bisher erkannt und behandelt werden, auch um eine altersgerechte Sprachentwicklung zu fördern (Schönweiler, Schmidt 2009: 355-356).

Unfälle und ihre Verletzungen stellen in Deutschland und weltweit eines der größten Gesundheitsrisiken dar (Saß, Poethko-Müller und Rommel 2014: 789-797). Um die Anzahl und Härte der Unfälle zu vermindern, gibt es zahlreiche sehr unterschiedliche präventive Maßnahmen,

die je nach Alter und Umfeld des Kindes von Bedeutung sein können. Diese beziehen sich sowohl auf Tageseinrichtungen als auch auf Freizeit und Straßenverkehr.

Schwimmen Lernen kann im weiteren Sinne auch als Unfallprävention gesehen werden. Ertrinken gehört zu den statistisch mit am häufigsten genannten Unfallverletzungen. Mit dem Schwimmen Lernen wird die Gefahr des Ertrinkens deutlich herabgesetzt und gleichzeitig betreiben die Kinder dabei einen gesunden Sport, der zu mehr Beweglichkeit, Ausdauer und Besserung des Immunsystems verhilft. Schwimmen macht Spaß und ist abwechslungsreich, es fördert die Gesundheit und ermöglicht neue Bewegungs- und Sinneserfahrungen (Ahrendt 2014: 21). „Schwimmen zu können gehört laut der Lehrpläne und Richtlinien für das Fach Sport aller Schulformen des Landes NRW in unserer Gesellschaft zu den selbstverständlichen Kulturtechniken“ (Ahrendt, Rheker und Riederle (Hg.) 2012: 47). Dennoch finden jährlich besonders im Sommer tödliche Unfälle durch Ertrinken statt. Wie die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG) ermittelt hat, sind im Jahr 2015 in Deutschland mindestens 488 Menschen ertrunken. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies ein Anstieg um 24,5 Prozent. 25 waren jünger als 16 Jahre. 27 der Ertrunkenen waren Flüchtlinge (DLRG 2016a). Manche Gefahren treten im vermeintlich besonders „sicheren“ Deutschland in anderer Form auf, als sie in Herkunftsländern bekannt sind. Binnengewässer sind in Deutschland möglicherweise größer, tiefer oder reißender (Gardemann, Bozorgmehr und Razum 2015: 735).

2.5 Gesundheit der Schülerinnen und Schüler in Deutschland

Die Gesamtbevölkerung in Deutschland wird für 2015 auf 81,4 Millionen geschätzt. Der Anteil der unter 5-Jährigen lag bei 4,3% (3,5 Mio). 13,7% (11,1 Mio) waren 5 bis einschließlich 19 Jahre. 21,7% (17,7 Mio) waren 65 Jahre und älter.

21,0% der Gesamtbevölkerung (17,1 Mio) wiesen einen Migrationshintergrund auf. Das bedeutet, dass die Person selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt. Bei den unter 5-Jährigen lag der Anteil mit Migrationshintergrund bei 31,5 % (2,2 Mio) und innerhalb der Altersgruppe der 5-19-Jährigen bei 32 % (3,6 Mio).

Der Ausländeranteil in der Gesamtbevölkerung lag bundesweit bei 9,5% und innerhalb der Altersgruppe der 5 bis 19-Jährigen bei 8,1% (Statistisches Bundesamt 2015b: 36-37).

2.5.1 KIGGS-Studie

Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) ist eine Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von 0 bis 17 Jahren in Deutschland. Sie wird seit 2003 als kombinierte

Quer- und Längsschnitterhebung durch das Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt und liefert bundesweit aktuelle und repräsentative Gesundheitsdaten für Kinder und Jugendliche (Robert-Koch-Institut 2016b). 2003-2006 wurde die Studie mit einer Basiserhebung begonnen. Es lagen für Deutschland erstmals umfassende Gesundheitsdaten von 17.641 Kindern und Jugendlichen aus 167 Orten vor. Sie wurden sowohl mit Hilfe von Befragungen als auch mittels medizinischer Untersuchungen erhoben.

Seit 2009 wird der KiGGS als Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut zusätzlich als Langzeitstudie fortgeführt. In der Welle 1 von 2009-2012 fand eine erneute Erhebung von Daten über Telefoninterviews statt. In diese Studiengruppe wurden auch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene aus der Basiserhebung aufgenommen, die unter bestimmten Einschlusskriterien als Kohorte für eine direkte Verlaufsbeobachtung ausgewählt worden waren. Somit können neben der aktuellen gesundheitlichen Situation auch zeitliche Entwicklungstrends analysiert und Veränderungen der Gesundheit im Lebensverlauf beschrieben werden. 2014-2017 wurde die Welle 2 durchgeführt, ebenfalls wieder zusätzlich mit Teilnehmern der Kohorte der Basiserhebung und Welle 1. Diesmal wurden neben Befragungen für einen Teil der eingeladenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch körperliche Untersuchungen, Tests sowie Laboruntersuchungen von Blut- und Urinproben durchgeführt (KiGGS 2017). Erste Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 werden ab Frühjahr 2018 veröffentlicht (Robert Koch-Institut 2016b).

Für die vorliegende Vergleichserhebung können aus der KiGGS-Studie (Basiserhebung und Welle 1) folgende Variablen mit den Seiteneinsteigeruntersuchungen verglichen werden: Impfungen, chronische Erkrankungen, Atopien, Unfälle, Körpergewicht und Blutdruck.

Impfungen: In der KiGGS - Basiserhebung haben zwar 98,1% aller Kinder und Jugendlichen bis 17 Jahre eine Grundimmunisierung gegen Tetanus erhalten, jedoch weisen nur 93,0% die nachfolgend empfohlenen Booster-Impfungen auf. Auffällig wird in der Erfassung, dass die Anteile einer kompletten Immunisierung für Diphtherie und Polio mit 92,6% und 90,8% niedriger sind. Eine Grundimmunisierung gegen Pertussis ohne Berücksichtigung von Auffrischungsimpfungen liegt sogar nur bei 77,5% vor. Und dies, obwohl es bereits seit Oktober 2000 die Zulassung für eine empfohlene sechsfache Impfstoffkombination gibt, die unter anderem auch die genannten vier Infektionserkrankungen verhindern soll.

Um die in Europa angestrebte Masernelimination zu erreichen, ist es notwendig, die Impfquoten für die erste und zweite Masernimpfung bei Kindern und Jugendlichen in allen Bundesländern auf 95% zu erhöhen. Der KiGGS-Basiserhebung zufolge haben 93,6% aller Kinder im Alter von 2 bis 17 Jahren die erste Masernimpfung erhalten. Die STIKO-Empfehlung für eine zweite Maserndosis für das 6. bis 7. Lebensjahr besteht seit 1991. Seit 2001 soll die zweite

Impfdosis bereits im zweiten Lebensjahr gegeben werden. Im KiGGS wurde eine zweite altersgerechte Impfung nur bei drei Viertel aller Kinder (74,2%) erfasst (Poethko-Müller, Kuhnert und Schlaud 2007).

Nach aktuelleren Erhebungen des Robert-Koch-Instituts hatten 97,6% der im Jahr 2011 geborenen Kinder im Alter von 36 Monaten eine erste Impfung gegen Masern (meist in Kombination mit Mumps, Röteln und Varizellen) erhalten. 84,8 % dieser Altersgruppe hatten auch die zweite für einen vollständigen Schutz empfohlene Impfung erhalten (Robert Koch-Institut 2016a).

Chronische Erkrankungen: In der KiGGS-Welle 1 werden für insgesamt 16,2% der Kinder und Jugendlichen bis 17 Jahre von den Eltern langandauernde chronische Erkrankungen oder Gesundheitsprobleme genannt. Hierbei stieg die Prävalenz mit zunehmendem Alter (16% bei den 7- bis 10-Jährigen, 19% bei den 11- bis 13-Jährigen, 20,6% bei den 14- bis 17-Jährigen). Nach zusätzlicher Konkretisierung der Frage wiesen ca. ein Fünftel dieser Kinder und Jugendlichen auch gesundheitliche Funktionseinschränkungen im Alltag auf.

Ein therapiebedürftiges epileptisches Anfallsleiden in den letzten 12 Monaten wurde für 0,4% der Kinder und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren bejaht (0,4% der 7- bis 10-Jährigen, 0,3% der 11- bis 13-Jährigen und 0,6% der 14- bis 17-Jährigen). Eine Diabetes-Erkrankung liegt nach der Befragung in allen Altersgruppen bei 0,2% vor. Herzerkrankungen wurden in der KiGGS-Studie nur bei Kindern bis 6 Jahre berücksichtigt. Danach hatten 2% aller Kinder bis 6 Jahre mindestens einmal die Diagnose einer Herzerkrankung (Neuheuser, Poethko-Müller und KiGGS Study Group 2014: 779-788).

Atopische Erkrankungen: Die Ergebnisse der KiGGS Welle 1 zeigen, dass in Deutschland die Kinder und Jugendlichen bis 17 Jahre in den vorhergehenden 12 Monaten zu einem Anteil von 4,1% von Asthma bronchiale und von 9,1% von Heuschnupfen betroffen waren. 6% erkrankten an Neurodermitis, wobei insbesondere der Anteil unter den Kleinkindern erwartungsgemäß besonders hoch war. Jungen sind bei Asthma bronchiale und Heuschnupfen häufiger betroffen als Mädchen. Insgesamt wiesen knapp ein Sechstel der Kinder und Jugendlichen mindestens eine atopische Erkrankung in den letzten 12 Monaten auf (Schmitz, Thamm, Ellert, Kalcklösch und Schlaud 2014: 771-778).

Unfälle: Um die Frage nach der Unfallhäufigkeit und Sicherheit in Deutschland eruieren und daraus Rückschlüsse für Präventionsmaßnahmen ziehen zu können, wurden in der KiGGS Welle 1 sämtliche Unfälle der vorhergehenden 12 Monate erfasst. Hier liegt der Anteil eines Unfallgeschehens mit stationärer Versorgung adjustiert auf die Bevölkerungsstruktur 2009/2010 bei 1,9%. Die Jungen tragen ein signifikant höheres Risiko für Unfallverletzungen als Mädchen (Saß, Poethko-Müller und Rommel 2014: 789-797).

Sehen: In der KIGGS-Basiserhebung wurde eine Sehtestung durchgeführt, deren Ergebnisse jedoch nicht veröffentlicht worden sind. Auf persönliche Anfrage wurde der Schreiberin schriftlich mitgeteilt, die Erhebungsdaten hätten sehr breit gestreut und seien daher als unzuverlässig eingestuft worden. Dies sei auf die unterschiedlichen zeitlichen, räumlichen und Tageslicht bezogenen Bedingungen während der Testung zurückgeführt worden.

Körpergewicht: Als Grundlage für die Beurteilung von Übergewicht und Adipositas wurde während der KiGGS-Basiserhebung der Body-Mass-Index BMI (Körpergewicht in kg/Quadrat der Körpergröße in m²) bestimmt und die alters- und geschlechtsabhängigen Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild et al. herangezogen (Kromeyer-Hauschild, Wabitsch et al. 2001: 807-818). Die Körpergröße wurde im Stehen, das Gewicht lediglich in Unterwäsche bekleidet gemessen. Die Ergebnisse zeigten bei 15% der Kinder und Jugendlichen von 3-17 Jahren Übergewicht und bei 2,9% Adipositas. Nach Altersgruppen getrennt ist eine Zunahme von adipösen Kindern mit steigendem Alter zu beobachten: Von den 7-bis 10-Jährigen waren 9,0% übergewichtig und 6,4% adipös. In der mittleren Altersgruppe waren 11,4% übergewichtig und 7,2% adipös. Von den 14- bis 17-Jährigen waren 8,6% übergewichtig und 8,5% adipös. Untergewichtig waren knapp 2% aller untersuchten Kinder und Jugendlichen. Der höchste Anteil von 2,4% wurde in der mittleren Altersgruppe beobachtet. Signifikante Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen konnten insgesamt nicht festgestellt werden. Ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas wurde bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus oder Migrationshintergrund ausgemacht. Außerdem waren vor allem Kinder betroffen, deren Mütter ebenfalls Übergewicht oder Adipositas aufgewiesen haben (Kurth, Schaffrath und Rosario 2007: 736-743).

Blutdruck: Die Blutdruckmessungen in den Untersuchungen der KiGGS-Basiserhebung erfolgten durch eine zweimalige oszillometrische Messung am rechten unbedeckten Arm. Hier gab es eine standardisierte Vorgabe: die erste Messung nach 5 min ruhigem Sitzen, die zweite Messung nach einem körperlich wenig anstrengenden Untersuchungsteil (Sehtest). Der Arm wurde derart gelagert, dass sich der Ellenbogen in Herzhöhe befand. Blutdruckmanschetten wurden in vier unterschiedlichen Größen genutzt, so dass sie den Oberarm mindestens zu zwei Dritteln bedeckten. Die Ablassgeschwindigkeit erfolgte automatisch und konnte vom Untersucher nicht beeinflusst werden. Die Messwerte wurden digital angezeigt. Ziel der Blutdruckerhebung im KiGGS war auch die Erstellung eines altersabhängigen Referenzsystems für Blutdruck bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Übergewichtige Kinder wurden aus der Referenzpopulation ausgeschlossen, damit erhöhter Blutdruck bei übergewichtigen Kindern nicht zunehmend als normal definiert wird. (Neuhauser, Schienkiewitz, Schaffrath Rosario, Dortschy und Kurth 2013: 100-113; Neuhauser, Thamm 2007: 728-735). Die so erstellten KiGGS-Blutdruckperzentilen beruhen auf einer großen, repräsentativen Stichprobe, auf

standardisierten zweifachen Blutdruckmessungen und auf modernen, verbesserten statistischen Verfahren zur Perzentilerstellung nach Alter und Größe. Einen ähnlich umfassenden Untersuchungssurvey hat es für Europa bisher noch nicht gegeben. Die Perzentilen eignen sich daher als Referenzwerte und werden entsprechend den Empfehlungen der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie für Blutdruck bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland empfohlen. Im internationalen Vergleich ist die 95. Blutdruckperzentile, die in vielen Leitlinien als Hypertoniegrenzwert herangezogen wird, in KiGGS bei Jungen und Mädchen im Altersverlauf niedriger als in den US-Leitlinien, außer bei Jungen über 14 Jahren, wo sie höher liegt (Neuhauser, Thamm, Ellert et al. 2011: 978–988).

2.5.2 Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie

Die DMS V (Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie) ist die größte repräsentative Erhebung in der Zahngesundheit ihrer Art in Deutschland. In der mittlerweile fünften Auflage dieser systematischen Erhebungen hat das IDZ von Oktober 2013 bis Juli 2014 in insgesamt 90 Untersuchungsgemeinden etwa 4.600 Menschen aus allen sozialen Schichten und Altersgruppen in einer repräsentativen Erhebung befragt und zahnmedizinisch-klinisch untersucht. Im besonderen Fokus stehen die jährlichen Ergebnisse der 12-Jährigen. Sie zeigen, dass acht von zehn 12-jährigen Kindern (81,3 Prozent) 2014 vollkommen kariesfrei waren. Auch Kinder mit einem vergleichsweise niedrigen Sozialstatus haben heute wesentlich gesündere Zähne als noch vor 20 Jahren. Als Ursache für den Kariesrückgang wird die verstärkte Prävention durch regelmäßige Besuche in Zahnarztpraxen und Versiegelung der Backenzähne gesehen (Institut der Deutschen Zahnärzte 2016).

2.6 Gesundheit der Schüler und Schülerinnen im Rhein-Erft-Kreis

Der Rhein-Erft-Kreis (REK) liegt westlich der Metropole Köln. Zu ihm werden 10 Kommunen (Bedburg, Bergheim, Brühl, Elsdorf, Erftstadt, Frechen, Hürth, Kerpen, Pulheim und Wesseling) mit insgesamt rund 460.000 Einwohnern auf einer Fläche von 705 km² gezählt. Die Arbeitsplatzstruktur wird von Dienstleistungsberufen, Industrie- und Gewerbebetrieben geprägt. Gekennzeichnet durch eine gute Infrastruktur (Anbindung an Köln, Bonn, Aachen und Düsseldorf) finden die Unternehmen hier auf großer Fläche attraktive Gewerbegebiete. Mehr als die Hälfte der Fläche wird landschaftlich genutzt (Rhein-Erft-Kreis 2017).

Auf Basis des Mikrozensus 2011 wird die Bevölkerungszahl im Rhein-Erft-Kreis für den 31.12.2015 auf 466.657 geschätzt. Der Anteil der Kinder unter 5 Jahren betrug 4,5% (21.221),

der Anteil der Kinder und Jugendlichen zwischen 5 und einschließlich 19 Jahren betrug 14,8% (69.049). Die Bevölkerungsgruppe ab 60 Jahren wird in dieser Bevölkerungsfortschreibung auf 126.360 geschätzt, was einem Gesamtbevölkerungsanteil von 27,1% entspricht (Landesdatenbank NRW 2017). Die anteilmäßigen Zahlen in den jeweiligen Altersgruppen entsprechen ungefähr den Schätzungen der Gesamtbevölkerung in Deutschland (vgl. Kapitel 2.5).

Der Anteil der nichtdeutschen Bevölkerung wird für 2015 im Rhein-Erft-Kreis auf insgesamt 11,6% geschätzt (Kinder zwischen 3 und unter 6 Jahren: 10,1%, 6- bis 15-Jährige: ca. 8,5%, 16- bis 17-Jährige: 12,7%). Die häufigsten Herkunftsländer sind Türkei (22,0%), Polen (13,8%), Italien (6,8%) und Rumänien (5,6%). Der durchschnittliche Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund liegt bei 23%. In Kindertagesstätten weisen 33,4% der Kinder im Alter von 3 bis unter 6 Jahren einen Migrationshintergrund auf (Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales NRW 2016: 2-5). Die Anteilswerte für Migrationshintergrund und Ausländerstatus liegen im Rhein-Erft-Kreis über dem Bundesdurchschnitt (vgl. Kapitel 2.5).

Im Bildungssektor stehen den Kindern und Jugendlichen insgesamt 77 Grundschulen, 11 Hauptschulen, 15 Realschulen, 16 Gymnasien, 7 Gesamtschulen, 5 Berufskollegs und 16 Förderschulen (mit den Schwerpunkten Lernen, Körperliche und motorische Entwicklung, geistige Entwicklung, emotionale und soziale Entwicklung und sprachliche Entwicklung) zur Verfügung. Der öffentliche Gesundheitsdienst im Rhein-Erft-Kreis hat im Gesundheitsamt seinen Hauptstandort in der Kreisstadt Bergheim. Sein Arbeitsgebiet umfasst die Bereiche Gesundheitsvorsorge (gesundheitliche Aufklärung und Beratung), Gesundheitsfürsorge (Schulgesundheitspflege, Behindertenbetreuung und sozialpsychiatrische Betreuung) und Gesundheitsschutz. Dies beinhaltet sowohl die Bevölkerungsmedizin als auch die Individualmedizin (Hurrelmann, Klotz und Haisch (Hg.) 2014: 314). Zu den medizinischen Diensten im Rhein-Erft-Kreis zählen der amts- und sozialärztliche Dienst, der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD), der sozialpsychiatrische Dienst und der zahnärztliche Dienst. Sowohl der amts- und sozialärztliche Dienst als auch der sozialpsychiatrische Dienst sind im Rhein-Erft-Kreis ausnahmslos mit der Betreuung und Versorgung Erwachsener beauftragt.

Der KJGD im Rhein-Erft-Kreis setzt sich zusammen aus 8 Teams, bestehend aus je einer Ärztin und 2 medizinischen Fachangestellten, die kommunal zugeordnet sind. Zu seinen Aufgaben gehören obligat die Schuleingangsuntersuchungen sowohl für Schulanfänger als auch für aus dem Ausland kommende in das deutsche Schulsystem seiteneinsteigende Schüler und Schülerinnen und Begutachtungen, außerdem Stellungnahmen zur Fragestellung nach Förderbedürftigkeit oder Integrationshilfebedarfe bei entwicklungsverzögerten/behinderten Kindern. Zudem führt der KJGD regelmäßig Reihenuntersuchungen mit Entwicklungsdiagnostik in Kindertagesstätten durch und berät Kindergärten und Schulen in gesundheitsrelevanten Themen (Ernährung, chronische Erkrankungen, Infektionen, Lausbefall etc.). Zusätzlich gibt

es für Kinder und Jugendliche im Rhein-Erft-Kreis eine jährliche Bewerbung der Vorsorgeuntersuchung J1 in allen 6. Klassen der weiterführenden Schulen (die Gymnasien ausgenommen) mit Hör- und Sehtestung und Impfberatung im Rahmen des Projekts „J1-JA-KLAR“.

2.6.1 Schuleingangsuntersuchung

Die schulärztliche Untersuchung ist in Nordrhein-Westfalen gesetzlich verankert (§54 abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SchulG) und erstreckt sich auf den körperlichen Entwicklungsstand und die allgemeine gesundheitlich bedingte Leistungsfähigkeit einschließlich der Sinnesorgane des Kindes (§ 1 AO-GS Abs. 4). Sie dient sowohl der Gesundheitsvorsorge der Schulneulinge als auch der Datenerfassung. Es wird geprüft, ob im Hinblick auf den Schulbesuch und die weitere Entwicklung gesundheitliche Einschränkungen, Förder- oder Therapiebedarfe bei dem jeweiligen Kind bestehen. Darüber hinaus werden die erhobenen und codierten Untersuchungsergebnisse im Landeszentrum für Gesundheit NRW für das ganze Bundesland zentral gesammelt und ausgewertet. Somit wird der Stand der gesundheitlichen Versorgung der Kinder für den jeweiligen Kreis und auch für das ganze Bundesland beschrieben, wodurch Rückschlüsse auf Häufigkeiten des Auftretens von Erkrankungen zum Beispiel von Seh- und Hörstörungen, Entwicklungsverzögerungen oder Verhaltensauffälligkeiten möglich sind. Dadurch können etwaige gesundheitliche Problemlagen auf Bevölkerungsebene identifiziert und gesundheitspolitische Maßnahmen eingeleitet werden (Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW 2015: 62). Die Weiterleitung der codierten Daten geschieht im Rhein-Erft-Kreis über die Maske „Export Bielefeld“ im Software-Programm Mikropro.

Die Einschulungsuntersuchung im Rhein-Erft-Kreis besteht aus zwei Teilen: der nichtärztlichen Vorbereitungsuntersuchung durch eine medizinische Fachangestellte und der ärztlichen Hauptuntersuchung, die durch eine Ärztin mit einer weiteren medizinischen Fachangestellten durchgeführt wird. Von den Ergebnissen der Schuleingangsuntersuchung im Schuljahr 2015/16 sind für diese Vergleichserhebung folgende gesundheitliche Faktoren relevant: Sehtest mit Farbsinn und Stereosehen, Hörtest, Visuomotorik und Pseudowörter zur Beurteilung der auditiven Merkfähigkeit.

Im Schuljahr 2015/16 wurden im Rhein-Erft-Kreis 4246 Seh- und Hörtestungen in Schuleingangsuntersuchungen durchgeführt.

Sehtestung: Mit der Sehtestung sollen Myopie (Kurzsichtigkeit), Hyperopie (Weitsichtigkeit) und Anisometrie (Ungleichsichtigkeit) ausgeschlossen werden. Darüber hinaus wird die Fähigkeit zum räumlichen Sehen überprüft und eine Farbsinntestung durchgeführt. Die Testung der Myopie, Hyperopie und Anisometrie besteht aus einer apparativen Visusprüfung mit dem

Sehtestgerät Rodenstock R 21 mit der Sehtestscheibe 130, die von der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen für die Screening-Untersuchung für den KJGD empfohlen worden ist. Der Testbereich umfasst 5 Sehschärfestufen von 0,15 bis 1,0.

Zum Ausschluss einer Myopie sollten Kinder unter 9 Jahren alle Bereiche bis einschließlich 0,7 erkennen, andernfalls ist eine augenärztliche Kontrolluntersuchung empfohlen.

Die Testung der Hyperopie mit Vorschaltlinse + 1.5 dpt gilt als auffällig, wenn mit dieser Linse gleich gut oder besser gesehen wird. Brillenträger werden mit und ohne Brille getestet.

Das räumliche Sehen ist eingeschränkt, wenn zum Beispiel eine unterschiedliche Sehschärfe der Augen vorliegt oder Strabismus (Schielen). Das räumliche Sehvermögen wird über die TNO-Testung überprüft.

Die Farbsinntestung wird mit Hilfe der Farbtafeln nach Ishihara überprüft. Die Mindestanforderung für einen unauffälligen Befund ist das Erkennen der Tafeln 1-8, 10 und 11 (Dude 2013: 1-33). Augenärztliche Kontrolluntersuchungen werden auch dann empfohlen, wenn die Untersuchungsdurchführung nicht verstanden wird und somit zur Sehfähigkeit keine Aussage getroffen werden kann.

84,7% der 4.246 Kinder hatten altersgerechte Sehtestergebnisse, wobei hier auch Kinder mit entsprechend guter Brillenversorgung zählen. 6,6 % der Kinder mit auffälligen Ergebnissen waren zum Untersuchungszeitpunkt bereits in Behandlung. 8,7% der Sehtestungen hatten eine Empfehlung zur augenärztlichen Kontrolluntersuchung zur Folge, hierzu gehören neben der Sehschärfeminderung auch Auffälligkeiten bei Farbsinn und Stereosehen.

Die Brillenversorgung wurde zwar individuell dokumentiert, jedoch nicht als Daten gesammelt erfasst. Genaue altersdifferenzierte Zahlen zur Brillenversorgung bei Schulkindern in Deutschland gibt es aktuell nicht. Nach Informationen des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands e.V. bekomme jedes fünfte Kind eine Brille verordnet.

Zwei Jungen und ein Mädchen wiesen eine Sehbehinderung mit ganz erheblicher nicht korrigierbarer Sehminderung auf, was einem Anteil von 0,1% entspricht (vgl. Abb. 2).

Hörtestung: Bei der Hörtestung wird die Hörschwelle durch eine apparative Tonaudiometrie mit dem Hortmann Audiometer Selector SL 01 und dem schallisolierten Kopfhörer vom Typ 8103 gemäß DIN ISO 8253 ermittelt. Es handelt sich hier um ein Screening-Audiometer, bei dem Umgebungsgeräusche nur durch die Kopfhörer allein ausgeschlossen werden, da schallisolierte Räume weder im Amt noch in den Schulen zur Verfügung stehen. Eine weitere differenzierte Untersuchung auf Schallleitungsstörung und Innenohrschwerhörigkeit ist in dieser Untersuchungsform nicht vorgesehen. Unter Berücksichtigung der Gegebenheiten im Screening wurden durch das Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG) für die Untersuchungen im KJGD als Normwert für die Prüflautstärke 30 dB benannt. Folgende Frequenzstufen in kHz werden berücksichtigt: 0,25, 0,5, 1, 2, 4 und 6. Ein kontrollbedürftiger positiver Screening-

Befund liegt vor, wenn mindestens 2 der zu prüfenden Frequenzen bei 30 dB auf einem oder beiden Ohren nicht gehört werden (Dude 2014: 1-30). Auch wenn der Untersuchungsablauf nicht verstanden wurde und somit eine endgültige Beurteilung der Hörfähigkeit nicht möglich ist, gilt die Untersuchung als kontrollbedürftig.

Bei den Hörtestungen hatten 94% der 4.246 Kinder unauffällige Ergebnisse. 1,3% der Kinder waren zum Untersuchungszeitpunkt in Behandlung und bei 4,4% wurde eine Empfehlung zur HNO-ärztlichen Kontrolle ausgesprochen. 3 Jungen und 4 Mädchen wiesen eine Behinderung der Hörfähigkeit auf, was einem Anteil von 0,2% entspricht (vgl. Abb. 2).

Ein nennenswerter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen ist bei den Ergebnissen der Hör- und Sehtestungen nicht auszumachen.

Deutschkenntnisse: Der Anteil der Kinder, die Deutsch nicht als Erstsprache erlernt haben, liegt 2015/16 bei 30,2%. Dieser Anteil ist seit dem Schuljahr 2010/11 recht konstant um 30% mit 2% Abweichung nach oben oder unten.

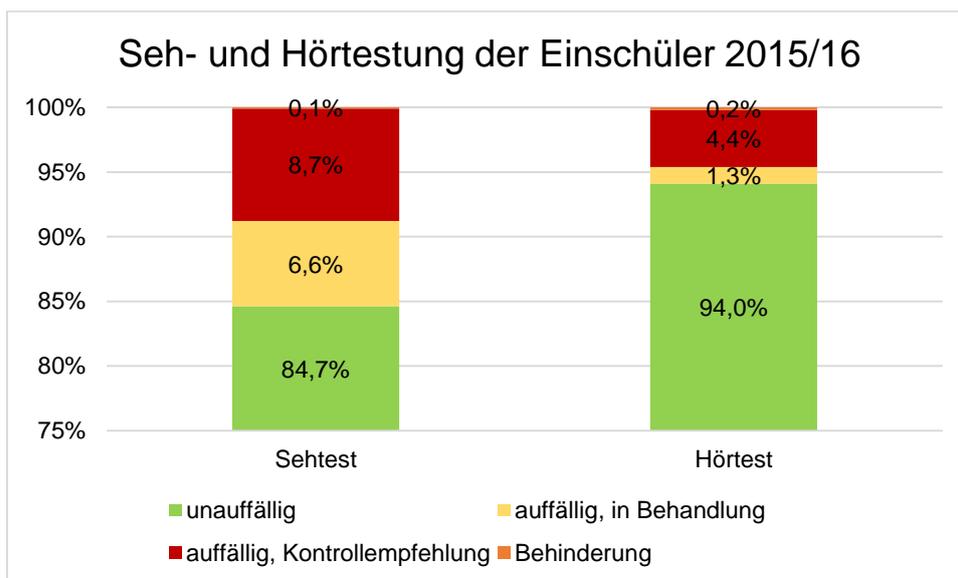


Abbildung 2: Seh- und Hörtestung in der Schuleingangsuntersuchung im REK 2015/16

Visuomotorik und auditive Merkfähigkeit: Die Überprüfung erfolgt durch das SOPESS (Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen) (Daseking, Petermann, Röske, Trost-Brinkhus, Simon, und Oldenhage 2009: 648-655).

In den 4.246 Schuleingangsuntersuchungen waren drei Viertel (76,1%) der Ergebnisse in der **Visuomotorik** altersgerecht, 11,2 % im grenzwertigen Bereich und 12,7% auffällig (vgl. Abb.3).

In der Überprüfung der **auditiven Merkfähigkeit** durch Nachsprechen von Pseudoworten haben exakt 3.000 von 4.165 Kindern einen regelrechten Befund. Dies entspricht einem Prozentsatz von 72%. Jeweils 14% erzielten ein grenzwertiges und ein auffälliges Ergebnis. Zu den auffällig gewerteten Kindern zählen auch die, bei denen eine Testung wegen Verweigerung meist durch ausgeprägte Schüchternheit nicht durchführbar war (vgl. Abb. 3).

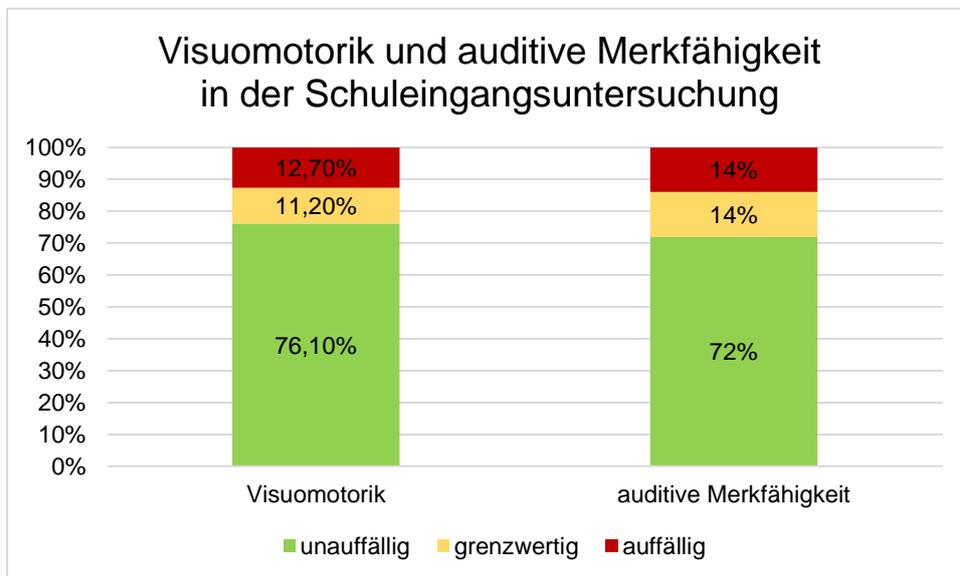


Abbildung 3: Visuomotorik und auditive Merkfähigkeit in der Schuleingangsuntersuchung im REK 2015/16

2.6.2 Projekt „J1-JA-KLAR“

Das seit 2010 durchgeführte Projekt „J1-JA-KLAR“ beinhaltet einen jährlichen Besuch aller 6. Klassen der weiterführenden Schulen im Rhein-Erft-Kreis (Gymnasien ausgenommen) zur Bewerbung der Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) mit gleichzeitigen Hör- und Sehtestungen, Impfpasskontrolle und Abfrage der Schwimmfähigkeit. Das Projekt „J1-JA-Klar“ wird sehr ausführlich in der Masterarbeit von Moos 2015 beschrieben und diskutiert.

Im Herbst 2016 nahmen in den 5 Förderschulen, 9 Hauptschulen, 13 Realschulen und 7 Gesamtschulen von 2.638 Kindern der 6. Klassen 2.411 Schüler (91%) das Angebot des KJGD in Anspruch.

Die Untersuchungsergebnisse in den 6. Klassen:

- Bei 569 Untersuchungen (23%) wurde ein auffälliger Sehtest vermerkt. Seit 2011 ist ein Trend zu beobachten, der für eine Zunahme auffälliger Sehtestergebnisse spricht (vgl. Abb. 4). 15% aller untersuchten Jugendlichen wiesen eine Brillenversorgung auf.
- Ein auffälliger Hörtest wurde bei 59 Untersuchungen (2%) festgestellt.

- In 1.337 Fällen (55%) wurde ein Impfpass vorgelegt. Davon wiesen 795 (60%) einen ausreichenden Impfschutz auf. (Berücksichtigt wurden alle von der STIKO empfohlenen Impfungen ausgenommen Windpocken).
- Auf die Frage nach der Schwimmfertigkeit sagten 8% der Kinder aus, dass sie kein Abzeichen hätten (Bergheim hat an der Befragung nicht teilgenommen).

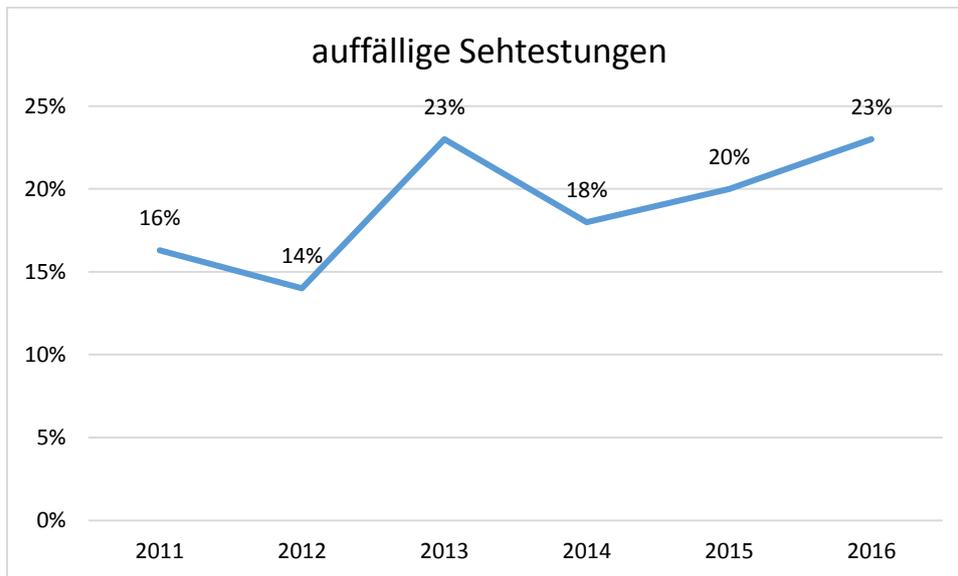


Abbildung 4: Sehtestungen 2011-2016 in den 6. Klassen im Rhein-Erft-Kreis (Gymnasien ausgenommen)

Darüber hinaus findet alle drei Jahre eine Fragebogenaktion in den 9. Klassen aller weiterführenden Schulen zur Teilnahme an der Jugenduntersuchung statt, in der auch Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand und zur Schwimmfähigkeit gestellt werden. Beide Aktionen werden überwiegend durch medizinische Fachangestellte durchgeführt (Moos 2016).

An der Fragebogenaktion nahmen im gleichen Zeitraum 3.725 (80%) von 4.630 in den 9. Klassen gemeldeten Jugendlichen teil.

Die Ergebnisse der Fragebogenaktion in den 9. Klassen:

- 5 % gaben an, nicht schwimmen zu können.

2.6.3 Schwimmabfrage der 4. Klassen

Im Rhein-Erft-Kreis findet jedes Jahr durch den KJGD eine schriftliche Befragung der Schulen statt, wie viele Schüler und Schülerinnen bis zum Ende des vierten Schuljahres das Frühschwimmerabzeichen Seepferdchen erworben haben. Das Alter der Schüler in den vierten Klassen beträgt üblicherweise 9-11 Jahre. Die Kenntnis über die Schwimmfähigkeit der Schüler ergibt sich aus dem Schwimmunterricht. Es handelt sich hier um eine anonyme Befragung

der Schulen. Das heißt, es werden keine Namen den Schwimmern und Nichtschwimmern zugeordnet, sie werden lediglich zahlenmäßig erfasst. Diese Erhebung wurde sehr ausführlich in einer Masterarbeit von Kleinertz 2015 diskutiert.

In den Grundschulen im Rhein-Erft-Kreis (Wesseling ausgeschlossen) ergab die regelmäßig stattfindende Fragebogenaktion zur Schwimmfähigkeit der Schüler der vierten Klassen 2015/16 einen Nichtschwimmeranteil von 18 %.

2.7 Forschungsfrage

- Gibt es Unterschiede im Gesundheitszustand und im medizinischen Interventionsbedarf zwischen im Rhein-Erft-Kreis untersuchten seiteneinsteigenden minderjährigen Flüchtlingen ins deutsche Schulsystem und in Deutschland lebenden Schülern gleicher Altersgruppen?

3. Instrumente, Materialien und Messmethodik

Als Grundlage für die Beschreibung der gesundheitlichen Situation der asylsuchenden Kinder und Jugendlichen im Rhein-Erft-Kreis sollen die erfassten Untersuchungsergebnisse der Seiteneinsteigeruntersuchung aus dem Schuljahr 2015/16 genutzt werden. Sie hat als bereits etablierte Pflichtuntersuchung den Vorteil, dass alle in das deutsche Schulsystem seiteneinsteigenden Schüler und Schülerinnen aus dem Ausland in Nordrhein-Westfalen zur Aufnahme in die Schule an einer Einschulungsuntersuchung im Gesundheitsamt teilnehmen müssen. Hierzu ist keine gesonderte Einwilligung von den Erziehungsberechtigten erforderlich. Die erhobenen Ergebnisse und Daten dieser Untersuchung werden in den Gesundheitsämtern erfasst und gesammelt. Im Vordergrund dieser Erhebung steht die Auswertung der Untersuchungsdaten der minderjährigen Flüchtlinge in dieser Seiteneinsteigeruntersuchung. Darüber hinaus sollen Vergleiche mit entsprechenden Erhebungen zum Gesundheitsstatus von bereits in Deutschland lebenden Kindern gleicher Altersgruppen erfolgen. Die Auswertung erfolgt mittels deskriptiver Statistik.

Die Frage, ob es sich bei den Untersuchten tatsächlich um asylsuchende Flüchtlinge handelt oder um Kinder von einreisenden Familien, die sich aus wirtschaftlichen oder anderen Gründen in Deutschland aufhalten, ist wegen sprachlichen Kommunikationsproblemen oft nicht so

einfach zu klären. Folgende Einschlusskriterien wurden definiert, wonach angenommen werden kann, dass es sich bei den erfassten Datensätzen um Flüchtlingskinder handelt, die mit ihren Familien oder allein aus Sorge um ihre Existenz aus ihrem Heimatland geflüchtet sind.

Eingenommen in die Erhebung sind minderjährige Flüchtlinge:

- mit vorgezeigter Dokumentation einer Aufnahme in eine Erstaufnahmeeinrichtung und/oder
- aus den Herkunftsländern Syrien, Afghanistan, Iran, Irak, Somalia und Eritrea

Alle Untersuchten, die nach diesen Einschlusskriterien in die Studiengruppe aufgenommen worden sind, wurden mit einer fortlaufenden Nummer codiert (pseudonymisiert). Die auszuwertenden Daten sind nur mit diesem Zahlencode versehen in einer Excel-Tabelle auf dem PC der Verfasserin dieser Arbeit mit Zugriffsbeschränkung für andere Personen gespeichert und anschließend mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS ausgewertet worden. Zugriff auf die Originaldaten der Seiteneinsteigeruntersuchungen, die sich in dem Erfassungs- und Bearbeitungsprogramm Mikropro vom KJÄD befinden, haben nur autorisierte Personen, die aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit in diese Untersuchung involviert sind.

Das Studienprotokoll wurde mit der Studiennummer 5934 durch die Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf nach der aktuellen Version der Deklaration von Helsinki genehmigt.

3.1 Seiteneinsteigeruntersuchung

Die Seiteneinsteigeruntersuchung ist in Nordrhein-Westfalen eine Pflichtuntersuchung (§12 Abs.2 Satz3 ÖGDG; §54 Abs.2 Satz 2 Nr.1 SchulG; ÖGDG 2015; Ministerium für Schule und Weiterbildung NRW 2015). Ziel dieser Untersuchung ist zum einen eine Minimierung eines infektiösen Risikos für Gemeinschaftseinrichtungen und die Bevölkerung, zum anderen ein frühzeitiges Erkennen einer medizinischen Interventionsindikation und eine Beurteilung der altersgerechten Schulfertigkeiten zur bestmöglichen Integration in der Schule und Teilhabe in der Gesellschaft. Die Untersuchung umfasst grundsätzlich eine ausführliche Anamnese, eine klinisch orientierende Untersuchung der Organsysteme, Erhebung somatischer Daten, eine Untersuchung auf Seh- und Hörfähigkeit und eine Impfpasskontrolle. Die Seiteneinsteigeruntersuchungen finden üblicherweise im Rahmen der einmal wöchentlich stattfindenden Sprechstundentage eines jeden Teams im Gesundheitsamt statt. Aufgrund der bereits im Jahr 2014 massiv angestiegenen Zahl der Seiteneinsteigeruntersuchungen wurde im Oktober 2015 eine zusätzliche Stellenerhöhung bewilligt, die 2016 und 2017 erneut um ein Jahr verlängert wurde. So können an 2 Nachmittagen zusätzliche Sprechstunden für Seiteneinsteigeruntersuchungen angeboten werden, die von der Schreiberin und einer weiteren ärztlichen Mitarbeiterin und 2

medizinischen Fachangestellten besetzt werden. Außerdem kam es im Schuljahr 2015/16 in Absprache mit interessierten Kommunen zu einigen Untersuchungsterminen in kommunalen Räumlichkeiten, teilweise sogar mit zusätzlicher Organisation von Dolmetschern. Das Ziel war, in kürzerer Zeit eine größere Untersuchungsanzahl unter vereinfachten Bedingungen für die Flüchtlingsfamilien durchführen zu können. Im Rhein-Erft-Kreis waren an dieser Untersuchung und Datenerhebung im Schuljahr 2015/16 alle Teams der Kinder- und Jugendärztlichen Abteilung beteiligt. Die Untersuchung ist so aufgebaut, dass es zunächst einen vorärztlichen Teil mit Abfrage personenbezogener Daten und medizinischer Anamnese gibt. Außerdem werden in diesem Teil der Hör- und Sehtest, sowie Gewichts- und Größenmessung und Impfpasskontrolle durchgeführt. Danach findet der ärztliche Teil mit einer orientierenden klinischen Untersuchung mit Blutdruckkontrolle statt. Hierzu gehört auch die Inspektion von Ohren, Mund, Rachen, Auskultation von Herz und Lunge und besondere Beachtung von Haut und Haar bezüglich Parasitenbefall. Zusätzlich werden Schulfertigkeiten überprüft: die auditive Merkfähigkeit durch die Pseudoworte des SOPESS und die Visuomotorik durch den Kugler-Test. Schließlich wird die Schulmitteilung erstellt, auf der dokumentiert wird, ob aus medizinischer Sicht Bedenken gegen einen Schulbesuch der Untersuchten bestehen. Weiterhin werden den Eltern oder stellvertretend dem Vormund bei bestimmter Abklärungsindikation ein Arztbrief mitgegeben, sowie eine Empfehlung bei noch ausstehenden Impfungen und eine Informationsbroschüre zur J1-Vorsorgeuntersuchung für alle 12 bis 14-jährigen Jugendlichen.

Folgende Parameter werden in der Auswertung berücksichtigt: Alter, Geschlecht, alleinreisend oder begleitet, Schulbesuchserfahrung, Schwimmfähigkeit, chronische Erkrankungen, Allergien, Unfälle, Impfstatus, Sehen, Hören, Körpergewicht, Blutdruck, Zahnstatus, Deutschkenntnisse, auditive Merkfähigkeit, Visuomotorik und weitere fachärztliche Abklärungsempfehlungen.

Die apparativen Untersuchungsinstrumente, die für die Seiteneinsteigeruntersuchungen genutzt werden, gehören zum Inventar des Kinder- und Jugendärztlichen Gesundheitsdienstes und bilden die identische Grundausstattung eines jeden Teams.

3.2 Erfassung der Untersuchungsergebnisse

Sämtliche Daten wurden zur besseren Übersicht und statistischen Auswertung in Zahlen codiert. Dies geschah auch mit biometrischen Messdaten, die aufgrund ihrer Ausprägung im ersten Schritt gruppiert und im zweiten Schritt in Zahlen codiert wurden.

3.2.1 Demographische Daten

Altersgruppe: Das Alter wurde aus den vorgelegten Pässen und Dokumenten übernommen, die obligat zur Untersuchung vorgelegt werden mussten. Für die vorliegende Untersuchung wurden ähnlich der KIGGS-Studie zur besseren Vergleichbarkeit drei Altersgruppen gebildet (7-10 Jahre, 11-13 Jahre, 14-17 Jahre).

Geschlecht: Bestimmte gesundheitsrelevante Merkmale sollten auch geschlechtsspezifisch untersucht werden können.

UmF: Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge gelten als eine besondere Risikogruppe in der Gesundheitsförderung, da ihnen durch Fehlen der Familie auch wichtige Resilienzfaktoren nicht zur Verfügung stehen. Eine Differenzierung zwischen einem begleitet und unbegleitet reisenden Flüchtling konnte nur gemacht werden, wenn dies im Untersuchungsprogramm entsprechend dokumentiert war. Gab es hier keinen eindeutigen Eintrag, wurde dieses Merkmal als nicht bekannt eingruppiert.

Schulbesuchsjahre: Bildung wird als ein wichtiger demographischer Faktor in der Gesundheitsbildung und -prävention gesehen. Eine allgemeingültige Klassifizierung, in welchem Alter wieviel Schulbesuchsjahre als altersgerecht oder als vermindert einzustufen sind, gibt es bisher nicht. Um trotzdem eine grobe orientierende Klassifizierung bezüglich der Schulbesuchsjahre im Vergleich zum deutschen Schulsystem vornehmen zu können, werden im Folgenden mehrere Faktoren berücksichtigt:

- Aufgrund von weltweit unterschiedlichen Altersgrenzen für Schulneulinge, möglicherweise auch unterschiedliche Einschulungszeiten im Kalenderjahr und auch der unterschiedlich langen Zeit der Flucht kommt es schnell zu variierenden Schulbesuchsjahren innerhalb gleicher Altersgruppen.
- Das dokumentierte Geburtsdatum von Flüchtlingen ist oft auf den 01. Januar vordatiert worden, weil nur das Geburtsjahr, aber nicht der genaue Geburtstag bekannt ist.
- Eine soziale Integration in einer Klasse (Bildung von Peergroups) ist bei einer Differenz von 2 oder mehr Schulbesuchsjahren erheblich erschwert.
- Ein Kind, das im Jahr 2015 das 7. Lebensjahr vollendet hat, muss in Deutschland nicht zwangsläufig ein Schulbesuchsjahr vollendet haben, wenn es zum Beispiel erst nach dem Einschulungstichtag Geburtstag hat.

In dieser Untersuchung wird die Schulbesuchszeit als vermindert definiert, wenn die genannten Schulbesuchsjahre mindestens zwei Jahre unter der erwarteten Schulbesuchszeit eines deutschen, nach dem Stichtag der Einschulung geborenen Kindes liegen. Eine Besonderheit liegt bei den 7- und 8-Jährigen vor. Nach oben genannter Definition werden in diesem Alter noch nicht obligatorisch zwei Schulbesuchsjahre erwartet. Unter Berücksichtigung, dass ein

8-jähriges Kind im ersten Schuljahr noch ausreichend integrierbar ist, gilt es in dieser Fragestellung und Definition als regelrecht. Dennoch wurden die 7- und 8-Jährigen ohne Schulerfahrung separat erfasst, da nicht auszuschließen ist, dass sich in dieser Gruppe auch Kinder aus bildungsfernen Familien befinden. Es gab viele 7- und 8-Jährige, die bereits in ihrem Herkunftsland mindestens 1 Jahr Schulbesuchserfahrung benannt haben, möglicherweise auch, weil in manchen Ländern Kinder bereits mit 5 Jahren eingeschult werden.

Die Schulsysteme der Herkunftsländer variieren zum Teil erheblich, so dass mit der Anzahl der Schulbesuchsjahre selbstverständlich nicht gleichermaßen die Qualität der Bildung verglichen werden kann.

Deutschkenntnisse: Für die Beurteilung der Deutschkenntnisse wurde die grobe Einteilung des Einschulungsscreenings SOPESS genutzt: „keine Deutschkenntnisse“, „spricht radebrechend“, „mit großen Fehlern“, „mit kleinen Fehlern“, „unauffällig“.

3.2.2 Gesundheitsanamnese und Untersuchung

Chronische und atopische Erkrankungen: Bekannte Erkrankungen wurden neben der Untersuchung anamnestisch erhoben. Eine chronische Erkrankung wurde erfasst, wenn eine Therapie- oder eine regelmäßige Kontrollindikation bestand. Folgende Differenzierungen wurden gemacht: Epilepsie, Herzerkrankung, Diabetes mellitus, psychische therapierelevante Symptomatik und anderes. Auch wenn eine psychische Symptomatik möglicherweise nur als vorübergehend zu betrachten ist, so handelt es sich hier mit Therapieindikation um einen länger zu erwartenden Krankheitsverlauf und wurde daher bei den chronischen Erkrankungen mit erfasst. Die atopischen Erkrankungen wurden differenziert nach Asthma bronchiale, Neurodermitis, Rhinitis und anderen Allergien, zu denen beispielsweise auch Nahrungsmittelallergien zählen.

Unfälle: In dieser Erhebung wurden Unfälle seit Geburt erfasst, sofern sie so schwerwiegend waren, dass ein Krankenhausaufenthalt zur Diagnostik und Therapie nötig war. Dies sollte ein einfach zu beschreibendes und abzufragendes Kriterium darstellen, um bei der oft schwierigen Kommunikationsmöglichkeit die bedeutsamen Unfälle von Bagatellunfällen unterscheiden zu können. Es gilt herauszufinden, ob viele in Deutschland ankommende Flüchtlinge bleibende gesundheitliche Einschränkungen aufgrund eines Unfallgeschehens haben und wie viele Unfälle auf die Flüchtlingssituation (Krieg/Fluchtweg) zurückzuführen sind. Die Erfassung erfolgte neben der Untersuchung und Inspektion überwiegend anamnestisch.

Zahnstatus: Die Beurteilung der Zahngesundheit erfolgte nach keiner einheitlichen Definition und auch ohne geschulte Zahnfachkundige. Sie kann bestenfalls als eine grobe Einschätzung

gelten. Die Inspektion des Mundraumes im Rahmen der Seiteneinsteigeruntersuchung durch die Ärztinnen gilt primär der genauen Beurteilung des Rachens in Bezug auf eine mögliche Infektion. Hierzu wird gegebenenfalls neben der Lampe lediglich ein Spatel als Hilfsmittel genutzt, also kein Spiegel, der es ermöglichen würde, die Zahnzwischenräume und hinteren Backenzähne einsehen zu können. Unterschieden wurde, die oben beschriebenen Untersuchungsvoraussetzungen berücksichtigt, in unauffällig, teilkariös, stark kariös und behandelt. Die Unterscheidung zwischen teilkariösem und stark kariösem Zahnstatus bezog sich nicht auf den einzelnen Zahn sondern auf das gesamte Gebiss und oblag allein in der Einschätzung der untersuchenden Ärztin. Ein Gebiss mit maximal zwei kariösen Zähnen, die noch als funktionstüchtig gesehen werden konnten, galt in der Regel als teilkariös. Waren aber z. B. Backenzähne soweit weggefault, dass sie nicht mehr als Zahn funktionieren konnten, galt das Gebiss als stark kariös. Darüber hinaus wurde ein Gebiss als saniert erfasst, das Füllungen und/oder Zahnersatz, jedoch keine Karies mehr aufwies.

Impfpasskontrolle: Impfungen als wichtiger Bestandteil in der Gesundheitsprävention sind besonders in Gemeinschaftseinrichtungen von großer Bedeutung, sowohl für den Betroffenen selbst, als auch in Form von Kollektivschutz für die Mitbewohner der Einrichtung, für die eine Impfung zur Zeit nicht möglich ist (Schwangere oder Kinder im ersten Lebensjahr). Die Impfpasskontrolle findet nach den empfohlenen Richtlinien der STIKO (ständige Impfkommision des Robert-Koch-Instituts) statt. Durch frühzeitige Impfaktionen lassen sich die häufigsten übertragbaren Infektionskrankheiten (Varizellen, Influenza, Masern) sicher vermeiden. In der Erfassung wurden nur folgende zwei Kombinationsimpfungen berücksichtigt: Tetanus, Diphtherie, Polio und Pertussis als Totvakzine und Masern, Mumps und Röteln als Lebendvakzine. Die empfohlene und unregelmäßig mitgeimpfte Varizellenkomponente wurde nicht bewertet.

Empfohlene Facharztkontrollen: Neben den Kontrollempfehlungen der auffälligen Seh- und Hörtestungen und der Empfehlung zur Vervollständigung des Impfstatus wurden fachärztliche Abklärungen für bestimmte gesundheitliche Beschwerden oder Einschränkungen empfohlen. Differenziert wurde nach Auffälligkeiten im Bewegungsapparat, der Haut und Beschwerden, die der Allgemeinmedizin zugeordnet werden können. Hierzu wurden gesundheitliche Probleme im Bereich Herz/Kreislauf, Anfallsleiden, unklare Schmerzsymptomatik, psychische Beschwerden und anderes gezählt.

Schwimmen: Die Abfrage der Schwimmfähigkeit in der Seiteneinsteigeruntersuchung fand ausschließlich mündlich über die Eltern oder je nach Alter über die Jugendlichen selbst statt. Die Unterscheidung zwischen Schwimmer und Nichtschwimmer ist nicht klar definiert. Im Lehrplan Sport des Landes NRW wird die Begrifflichkeit der Schwimmfähigkeit folgendermaßen

formuliert: „Schwimmen heißt, dass es sich möglichst angstfrei ohne Fremdhilfe in schwimmtiefem Wasser zielgerichtet fortbewegen kann“ (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen 2016). Als konkretes Kriterium für die Abfrage der Schwimmfähigkeit wurde das freie Schwimmen von 25 Metern bestimmt, das unter anderem auch zum Erhalt des Schwimmabzeichens „Seepferdchen“ erfüllt werden muss (DLRG 2016b).

3.2.3 Seh- und Hörtestung

Seh- und Hörtestung: Die Seh- und Hörtestung in der Seiteneinsteigeruntersuchung ist sowohl in der Durchführung als auch in der apparativen Nutzung identisch mit der Schuleingangsuntersuchung (vgl. 2.6.1). In der Überprüfung auf Sehfähigkeit wird auch hier eine Myopie, Hyperopie und Anisometrie ausgeschlossen und die Fähigkeit zum räumlichen Sehen sowie der Farbsinn überprüft. Für Jugendliche ab 9 Jahren gilt zum Ausschluss einer Myopie das Erkennen aller Bereiche bis einschließlich 1,0, andernfalls ist eine augenärztliche Kontrolluntersuchung empfohlen (Dude 2013: 1-33). Augenärztliche, bzw. HNO-ärztliche Kontrolluntersuchungen werden wie bei der Schuleingangsuntersuchung auch dann empfohlen, wenn die Untersuchungsdurchführung nicht verstanden wird.

3.2.4 Körpergewicht und Blutdruckkontrolle

Körpergewicht: Die Messung des Körpergewichts und der Größe erfolgt ohne Schuhe. Die Gewichtsmessung wird einheitlich mittels elektronischer Waagen (Typ SECA) durchgeführt, ohne verbindliche Absprache für die weitere Kleidung.

Für die vorliegende Fragestellung erscheint das Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild das am besten geeignetste zu sein (vgl. Kapitel 2.4.1). Die Datengrundlage ist am ehesten repräsentativ (Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und Sozialstatus mit berücksichtigt), um den BMI eines Flüchtlings mithilfe dieses Referenzsystems im Vergleich zur deutschen Bevölkerung beurteilen zu können (Neuhauser, Schienkewitz, Schaffrath Rosario, Dortschy, und Kurth 2013: 100-113; Kurth, Schaffrath Rosario 2007: 736-743).

Blutdruck: Der Blutdruck wird im ärztlichen Teil der Seiteneinsteigeruntersuchung auskultatorisch am unbedeckten Arm gemessen. Eine einheitliche Vorgehensweise der Blutdruckmessung bezüglich Armseite, Lagerung oder Ruhezeit vor der Untersuchung ist nicht festgelegt. Es stehen zwei verschiedene Manschettengrößen zur Wahl, für Kinder und für Erwachsene.

Da die hier untersuchte Fragestellung sich auf den Vergleich mit in Deutschland aufwachsenden Kindern bezieht und auch eine aktuell gültige Leitlinienempfehlung für die Referenzwerte

des KiGGS spricht (vgl. Kapitel 2.4.1), werden diese trotz unterschiedlicher Messtechniken zum Vergleich herangezogen. Dies erscheint zusätzlich weniger problematisch, weil bei der Erstellung der deutschen Referenzwerte im Rahmen der KIGGS-Studie adipöse Kinder ausgeschlossen wurden.

In dieser Erhebung wurde differenziert nach Blutdruckwerten unter dem 95. Perzentil, zwischen dem 95. und 99. Perzentil und oberhalb des 99. Perzentils. Kindern und Jugendlichen mit einem erhöhten Blutdruckwert oberhalb des 95. Perzentils wurde eine kinder- oder hausärztliche Kontrolle empfohlen.

3.2.5 Schullebende Fertigkeiten

Visuo- und Graphomotorik: Die Überprüfung findet mit einem zeichnerischen Reproduktionsversuch nach Kugler statt. Dieser Test ist evaluiert bis zum abgeschlossenen 14. Lebensjahr und unterscheidet altersgerecht zwischen unauffällig, grenzwertig und auffällig.

Auditive Merkfähigkeit: Im Herbst 2015 wurde die Überprüfung der auditiven Merkfähigkeit in das Untersuchungsprogramm aufgenommen. Bei der Frage der Testauswahl fiel die Entscheidung aus Zeitgründen für die sechs Pseudoworte vom Einschulscreening SOPESS, mit denen nur eine sehr vage Einschätzung möglich ist. Der umfangreichere und damit zeitaufwendigere Mottier-Test hätte zusätzlich den Vorteil, dass er auch für das höhere Kindes- und Jugendalter validiert ist. Differenziert wird nach unauffällig, grenzwertig und auffällig ähnlich der Einschulungsuntersuchung. Eine Evaluierung für Altersgruppen oberhalb des Einschulalters existiert jedoch nicht.

4. Ergebnisse

Von den 1.153 Seiteneinsteigeruntersuchungen im Schuljahr 2015/16 konnten 597 Datensätze nach den in Kapitel 3 beschriebenen Einschlusskriterien berücksichtigt werden. Eine Einteilung nach Herkunftsländern wurde nicht vorgenommen, da hier keine ethnische Differenzierung diskutiert werden soll.

4.1 Demographische Daten

Auch wenn Schulbesuchserfahrung und Deutschkenntnisse nicht üblicherweise den demographischen Daten zugeordnet werden, sollen sie hier als soziale Merkmale für die Integrationsfähigkeit mit aufgeführt werden. In dieser Arbeit werden sie im weiteren Sinne in Verbindung mit dem aktuellen Bildungsstand gesehen.

Alter:

Der Tabelle 1 kann entnommen werden, dass die höchste Altersgruppe eine höhere Anzahl (n=255) aufweist. Unter Berücksichtigung, dass die mittlere Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen nur 3 Altersjahre umfasst, im Gegensatz zu den 4 Lebensjahren in den anderen beiden Altersgruppen, so ist der Anteil erhobener Datensätze in der mittleren Altersgruppe mit n=135 nur wenig kleiner im Vergleich zur unteren Altersgruppe mit n=207.

Geschlecht:

Auffällig ist ein in allen Altersgruppen hoher Anteil von männlichen minderjährigen Flüchtlingen. Liegt der männliche Anteil in der niedrigsten Altersgruppe noch bei ca. 60%, so steigt er in der mittleren Altersgruppe auf 77% und in der höchsten Altersgruppe auf 82%. Zu dieser Altersgruppe gehört auch ein sehr hoher Anteil von umF. Damit liegt der männliche Anteil über dem bundesweiten Durchschnitt: 54% in der niedrigsten, 61% in der mittleren und 80% in der höchsten Altersgruppe (vgl. Kapitel 2).

Alleinreisend:

Für 36 Kinder und Jugendliche konnte keine sichere Angabe gemacht werden, ob sie alleinreisend sind. Dies betrifft 29 männliche und 7 weibliche Asylsuchende. Die Klärung, ob es sich um einen umF handelt, war nicht immer eindeutig festzustellen. Meist wurden die Kinder und Jugendlichen von einem Mitarbeiter des Jugendamts oder der Wohngruppe, in der sie untergebracht waren, begleitet. In einigen Fällen wurden sie aber auch lediglich durch entfernte Verwandte zur Untersuchung begleitet, die wie der Jugendliche selbst kein Deutsch oder Englisch sprachen. Somit konnte die Frage der Fürsorgevollmacht oft nicht geklärt werden. In einigen Fällen wurde dies auch nicht eindeutig von der Mitarbeiterin des KJGD dokumentiert.

Demographische Angaben zur Studiengruppe						
Merkmale			Alter in Jahren			Gesamt n=597
			7-10 n=207	11-13 n=135	14-17 n=255	
Geschlecht	männlich	Anzahl	123	104	209	436
		% innerhalb Geschlecht	59,4%	77,0%	82,0%	73,0%
	weiblich	Anzahl	84	31	46	161
		% innerhalb Geschlecht	40,6%	23,0%	18,0%	27,0%
Gesamt		Anzahl	207	135	255	597
		% innerhalb Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
alleinreisend	alleinreisend	Anzahl	5	17	114	136
		% innerhalb von alleinreisend	2,4%	13,2%	50,2%	24,2%
	nicht alleinreisend	Anzahl	200	112	113	425
		% innerhalb von alleinreisend	97,6%	86,8%	49,8%	75,8%
Gesamt ^a		Anzahl	205	129	227	561
		% innerhalb von alleinreisend	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Schulbesuch	altersgerecht	Anzahl	131	66	94	291
		% innerhalb Schulbesuch	74,0%	73,3%	54,7%	66,3%
	vermindert	Anzahl	5	21	66	92
		% innerhalb Schulbesuch	2,8%	23,3%	38,4%	21,0%
	kein Besuch	Anzahl	3	3	12	18
		% innerhalb Schulbesuch	1,7%	3,3%	7,0%	4,1%
	kein Besuch 7-8Jahre	Anzahl	38			38
		% innerhalb Schulbesuch	21,5%			8,7%
Gesamt ^a		Anzahl	177	90	172	439
		% innerhalb Schulbesuch	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Deutsch- kenntnisse	kein Deutsch	Anzahl	180	112	186	478
		% innerhalb Deutschkenntnisse	96,8%	91,8%	86,9%	91,6%
	radebrechend	Anzahl	6	10	25	41
		% innerhalb Deutschkenntnisse	3,2%	8,2%	11,7%	7,9%
	mit vielen Fehlern	Anzahl	0	0	3	3
		% innerhalb Deutschkenntnisse	0,0%	0,0%	1,4%	0,6%
Gesamt ^a		Anzahl	186	122	214	522
		% innerhalb Deutschkenntnisse	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 1: demographische Angaben der Seiteneinsteigeruntersuchungen dieser Studie (a = Abweichungen von der Gesamtzahl der Beobachtungen aufgrund fehlender Werte)

Auffällig ist der Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Merkmal alleinreisend. Sind in der niedrigsten Altersgruppe lediglich 2.4 % als umF bekannt, so sind es in der höchsten Altersgruppe 50,2%. Das bedeutet, in dieser Altersgruppe gibt es ungefähr gleich viele Jugendliche, die unbegleitet nach Deutschland gekommen sind, wie solche, die mit ihren Familien kamen (vgl. Tabelle 1). Auch im Rhein-Erft-Kreis wurde in Einzelfällen das im Pass dokumentierte Alter angezweifelt und eine Volljährigkeit vermutet (vgl. Kapitel 2.2).

Differenziert nach Geschlecht wird deutlich, dass fast alle (97,8%) der dokumentierten Alleinreisenden männlich sind. Lediglich 3 weibliche umF wurden erfasst, zwei in der jüngsten Altersgruppe und 1 Mädchen in der höchsten Altersgruppe, das mit ihrem Ehemann nach Deutschland gekommen ist (vgl. Tabelle A 1 im Anhang).

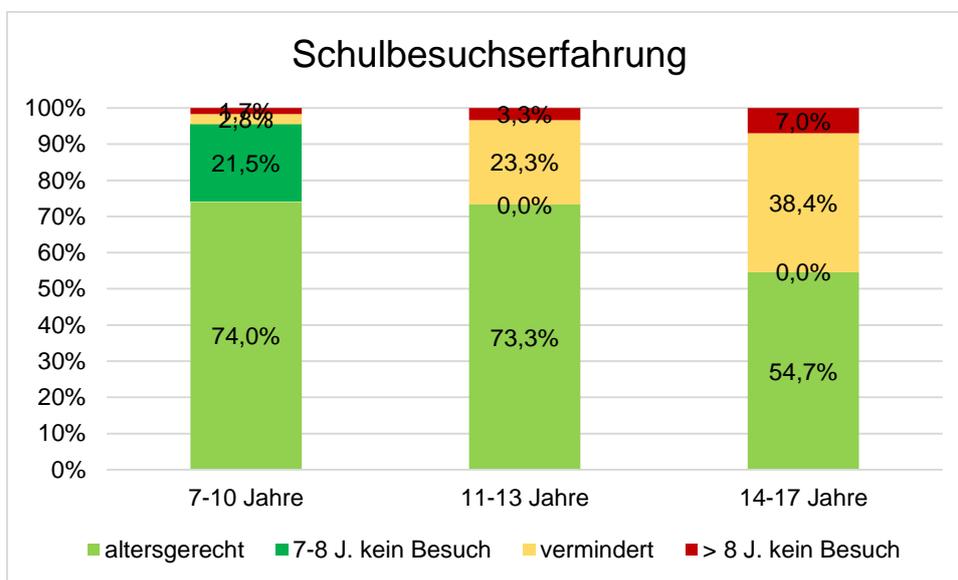


Abbildung 5: Schulbesuchserfahrung in Prozent differenziert nach Altersgruppen

Schulbesuchserfahrung:

Die Dokumentation für das Merkmal Schulbesuchserfahrung war bei 158 Untersuchungen unvollständig. In Kapitel 3.2.1 wurde eine Klassifizierung beschrieben, nach der hier eine orientierende Einordnung nach altersgerechten und verminderten Schulbesuchsjahren stattfindet. In der jüngsten Altersgruppe muss jedoch eine besondere Situation berücksichtigt werden, weswegen hier eine zusätzliche Differenzierung durchgeführt worden ist: 20 Jungen und 18 Mädchen im Alter von 7 und 8 Jahren waren zwar einerseits ohne Schulbesuchserfahrung, werden andererseits jedoch aufgrund ihres jungen Alters nach der beschriebenen Klassifizierung dem Merkmal altersgerechte Schulbesuchsjahre zugeordnet. Dies macht in der Gruppe der 7- bis 10-Jährigen ein Anteil von 21,5% aus (vgl. Abb. 5).

Eine altersgerechte Schulbesuchserfahrung nimmt mit steigender Altersgruppe ab. In der untersten Altersgruppe weisen lediglich 4,5% (nur 9 und 10-Jährige berücksichtigt) keine altersgerechten Schulbesuchsjahre auf. In der Gruppe der 11- bis 13-Jährigen sind es 26,7% und bei den 14- bis 17-Jährigen 45,3%. Differenziert nach Geschlecht ist kaum ein aussagekräftiger Zusammenhang auszumachen. Lediglich bei den 14- bis 17-Jährigen fällt auf, dass die männlichen Jugendlichen einen höheren Anteil an verminderten Schulbesuchsjahren oder keine Schulbesuchserfahrung haben (vgl. Tabelle A 2 im Anhang).

Betrachtet man allein die Datensätze, die für die Merkmale Schulbesuchsjahre und alleinreisend bekannt sind, so zeigt sich hier ein großer Unterschied zwischen Alleinreisenden und Kindern und Jugendlichen, die mit ihren Familien nach Deutschland gekommen sind. In der Gruppe der Alleinreisenden entspricht der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit altersgerechten Schulbesuchserfahrung fast genau dem Anteil, der verminderte oder keine Schulbesuchsjahre genannt hat. Dagegen weisen Kinder und Jugendliche, die von ihren Familien begleitet werden, in 72,3% der Fälle eine altersgerechte Anzahl von Schulbesuchsjahren auf (vgl. Abb. 6). Da der überwiegende Anteil der umF zu der Altersgruppe der 14-17-Jährigen zählt, gehört diese Altersgruppe separat betrachtet. Auch hier zeigt sich, dass unbegleitete Jugendliche weniger oft (48,3%) altersgerechte Schulbesuchsjahre angegeben haben als begleitete Jugendliche (62,3%) (vgl. Tabelle A 3 im Anhang).

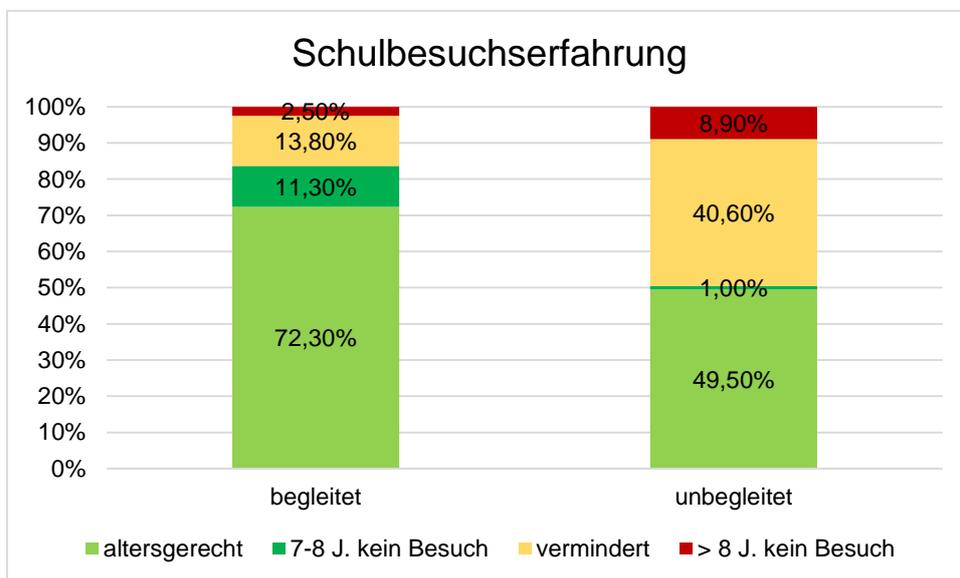


Abbildung 6: Schulbesuchserfahrung in Prozent in der Gruppe der begleiteten und unbegleiteten Kindern und Jugendlichen

Deutschkenntnisse:

Bei 75 Untersuchungen wurde keine Angabe zu den Deutschkenntnissen gemacht. Von den erfassten Daten zu den Deutschkenntnissen hatte der Hauptanteil der Flüchtlingskinder

(91,6%) zum Untersuchungszeitpunkt keine Deutschkenntnisse und 7,9% sprachen „radebrechend“. Es wurde lediglich dreimal die Angabe „mit vielen Fehlern“ erhoben. Darüber hinaus bessere Deutschkenntnisse wurden in keinem Fall beschrieben.

Bei Differenzierung der Altersgruppen wird deutlich, dass von der untersten zur höchsten Altersgruppe der Anteil der „radebrechend“ deutsch sprechenden Seiteneinsteiger von 3,2% (unteren) über 7,2% (mittleren) auf 11,7% (höchsten) zunimmt.

Im Vergleich der unbegleiteten mit den begleiteten minderjährigen Flüchtlingen zeigt sich, dass von den Unbegleiteten 15% bereits mindestens „radebrechend“ deutsch sprechen gelernt haben, 85% waren ohne Deutschkenntnisse. Bei den begleiteten Flüchtlingen lag der Anteil ohne Deutschkenntnisse bei fast 94% und nur 6% konnten mindestens „radebrechend“ deutsch sprechen (vgl. Abb. 7 und Tabelle A 4 im Anhang).

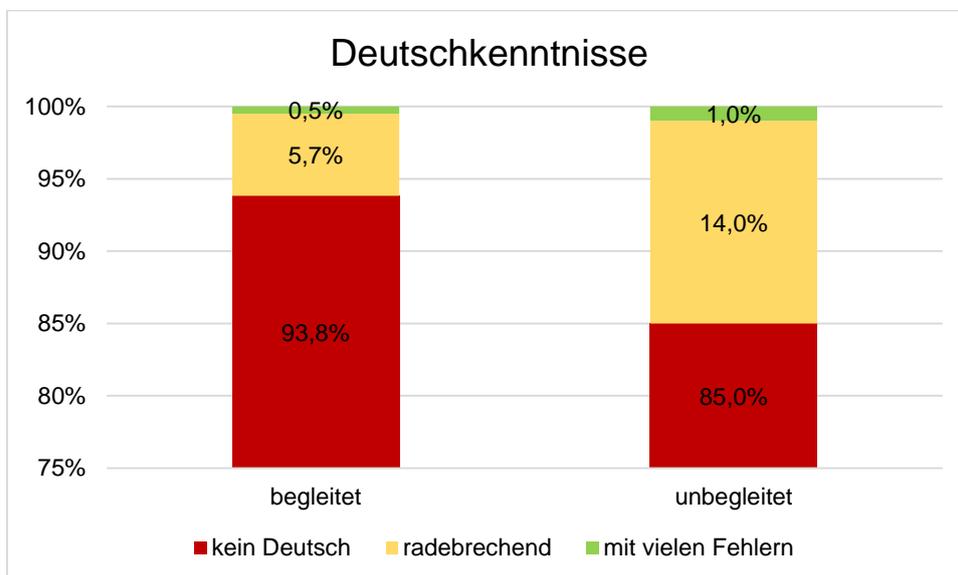


Abbildung 7: Deutschkenntnisse in Prozent in der Gruppe der begleiteten und unbegleiteten Kindern und Jugendlichen

Eine Abhängigkeit kann mit Hilfe des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests überprüft werden. Getestet wird die Nullhypothese $H_0: \chi^2 = 0$ mit einem 5%-Signifikanzniveau von $\alpha_0 = 0,05$. Mit einem Freiheitsgrad entspricht der kritische Grenzwert ($\chi^2\alpha_0$): 3,841. Um die Voraussetzungen des Tests zu erfüllen wurden die Deutschkenntnisse „radebrechend“ und „mit vielen Fehlern“ zusammengefasst. Somit weisen alle Zelleninhalte der erwarteten Daten einen Wert größer 5 auf. Die Tabelle A 5 im Anhang zugrunde gelegt entspricht der empirische Wert $\chi^2=8,401$. Dieser liegt über dem Grenzwert $\chi^2\alpha_0$ von 3,841. Somit kann die Hypothese der Unabhängigkeit der Deutschkenntnisse von dem Merkmal der Begleitung eindeutig zurückgewiesen werden. Es kann also davon ausgegangen werden, dass umF im Rhein-Erft-Kreis schneller Fortschritte in den Deutschkenntnissen machen.

4.2 Gesundheitsanamnese und Untersuchung

Aufgrund sehr geringer Fallzahlen für genannte chronische und atopische Erkrankungen sowie Unfallgeschehen können im Folgenden nur grobe Vergleichbarkeiten ausgemacht werden. Aussagekräftige Vergleiche mit in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen können keinesfalls statistisch bewertet werden.

Ein zusätzliches Problem stellt die schwierige Kommunikationsmöglichkeit in dem erforderlichen Anamnesegespräch dar, wodurch möglicherweise nicht alle Erkrankungen erfragt, genannt oder verstanden worden sind.

Chronische Erkrankungen:

Bei 1,7% der seiteneinsteigenden Kinder und Jugendlichen wurde eine chronische Erkrankung von den Eltern bejaht.

In drei Untersuchungen wurde eine Epilepsie genannt, die bereits in Deutschland regelmäßige diagnostische Kontrolluntersuchungen erforderlich gemacht hat. In der unteren Altersgruppe gab es eine Nennung, in der höheren Altersgruppe zwei Nennungen. Das entspricht einem Anteil von 0,5% aller Untersuchungen. Dies korreliert tendenziell mit den Ergebnissen der KIGGS-Studie Welle 1. Hier wurde bei 0,4% aller Untersuchungen eine therapiebedürftige Epilepsie innerhalb der letzten 12 Monate genannt, 0,4% in der unteren, 0,3 % in der mittleren und 0,6% in der hohen Altersgruppe (vgl. Kapitel 2.5.1).

Herzerkrankungen und Diabetes mellitus wurden bei den Seiteneinsteigeruntersuchungen nicht beschrieben. Berücksichtigt wurden hier nur die anamnestischen Angaben, nicht in der Untersuchung festgestellte Auffälligkeiten oder Verdachtsdiagnosen (vgl. Tabelle A 6 im Anhang).

Ein aussagekräftiger Vergleich der Prävalenz chronischer Erkrankungen zwischen den Erhebungen der Seiteneinsteigeruntersuchung und den Ergebnissen der KiGGS-Studie ist aufgrund viel zu geringer Fallzahlen selbstverständlich nicht möglich.

Neben den klassischen chronischen Erkrankungen wurde bei sechs Flüchtlingen eine ausgeprägte psychische Symptomatik beschrieben, mit der sie bereits in Deutschland unter diagnostischer und therapeutischer Kontrolle sind. Die Beschreibungen aller sechs psychischen Krankheitsbilder lassen ein posttraumatisches Belastungssyndrom vermuten. Die Verständigung ohne Dolmetscher war jedoch auch hier oft sehr problematisch.

Atopische Erkrankungen:

Atopien werden in den Seiteneinsteigeruntersuchungen nur bei 1,2 % genannt. Lediglich bei einem Jungen wurde über Heuschnupfen und bei zwei Jungen über ein bekanntes Asthma

bronchiale berichtet. Weitere Nennungen allergischer Reaktionen beziehen sich bei zwei Jungen und zwei Mädchen auf unterschiedliche Allergene in Nahrungsmitteln. Eine Neurodermitis wurde in keinem Fall genannt (vgl. Tabelle A 7 im Anhang).

In Deutschland lebende Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre hatten dagegen in der KiGGS-Studie in den vorhergehenden 12 Monaten zu einem Anteil von 4,1% Asthma bronchiale und 9,1% Heuschnupfen. Dass bei Heuschnupfen und Asthma bronchiale bei den Seiteneinsteigeruntersuchungen nur Jungen betroffen sind, passt zu den Ergebnissen der KIGGS-Studie (vgl. Kapitel 2.5.1). Dies kann aber aufgrund der sehr niedrigen Fallzahlen und der unausgewogenen Geschlechterverteilung in dieser Erhebung zugunsten des männlichen Anteils nicht als aussagekräftig gewertet werden.

Unfälle:

In 4% aller Untersuchungen wurde seit Geburt ein Unfallgeschehen mit stationärer Versorgung genannt. In 8 Fällen wurde der Unfallhergang eindeutig in direktem Zusammenhang mit Krieg oder Flucht geschildert. Unfälle, die nicht im Zusammenhang mit Krieg oder Flucht beschrieben wurden, sind bei den Jungen häufiger erfasst (vgl. Abb. 8 und Tabelle A 8 im Anhang).

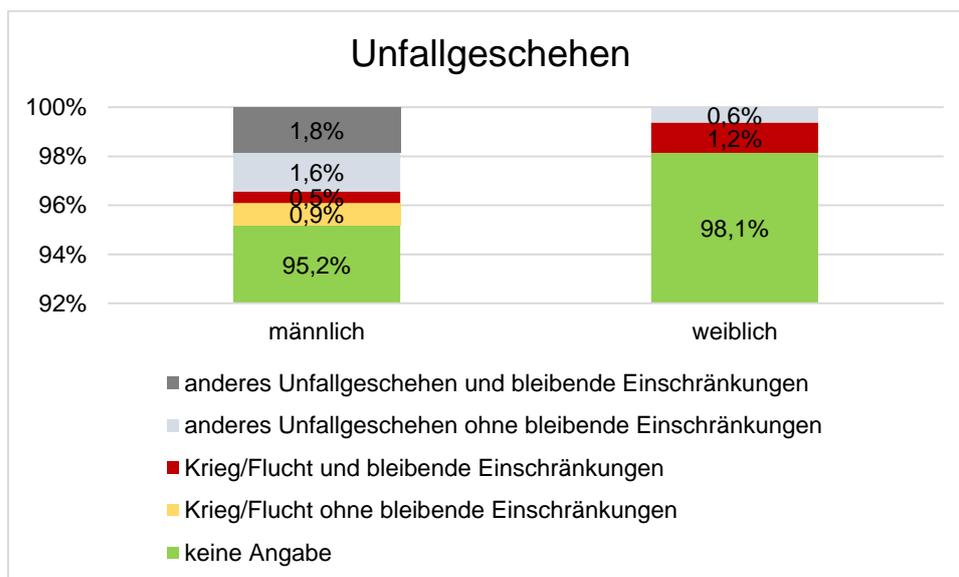


Abbildung 8: Unfallgeschehen in Prozent differenziert nach Geschlecht

Das erhöhte Unfallrisiko für Jungen wird auch in der KiGGS-Studie beschrieben. Aufgrund der geringen Fallzahlen in den Seiteneinsteigeruntersuchungen lassen sich aber keine aussagekräftigen Rückschlüsse ziehen. Außerdem ist nicht auszuschließen, dass der Anteil der Unfallhergänge im direkten Zusammenhang mit Krieg und Flucht höher ist, da nur eine zweifelhafte Darstellung entsprechend zugeordnet wurde. Oft gab es nur sehr vage Schilderungen zu dem Verletzungsvorgang. Ohne Dolmetscher war der Unfallhergang ohnehin schwer auszumachen.

Ein direkter Vergleich mit der KiGGS-Studie ist nicht möglich. Der Anteil von 1,9% mit Unfallgeschehen in der KiGGS-Studie bezieht sich lediglich auf die letzten 12 Monate. Wären in der KiGGS-Studie alle Unfälle bereits seit Geburt erfasst worden, so kann davon ausgegangen werden, dass der Anteil deutlich höher als der in der Seiteneinsteigeruntersuchung erhobene Wert von 4% liegen würde.

Zahnstatus:

Für 36 Untersuchungen lagen keine Daten zur Zahngesundheit vor. Der Anteil der Flüchtlingskinder mit einem kariesfreien Zahnstatus ist in der jüngsten Altersgruppe mit 48,3% am niedrigsten und steigt mit dem Alter (64,3% der 11-13-Jährigen und 78,7% der 14-17-Jährigen). Entsprechend gegenläufig sind die Ergebnisse für einen kariösen Zahnstatus (vgl. Tabelle A 9 im Anhang). Betrachtet man die Ergebnisse der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) wonach 81% der in Deutschland lebenden 12-Jährigen kariesfrei sind, dann kann der Zahnstatus mindestens in der mittleren Altersgruppe der Flüchtlingskinder als deutlich problematischer angesehen werden. Hier liegt der Anteil der kariesfreien Ergebnisse mit und ohne Behandlung bei 64,3% (vgl. Abb. 9).

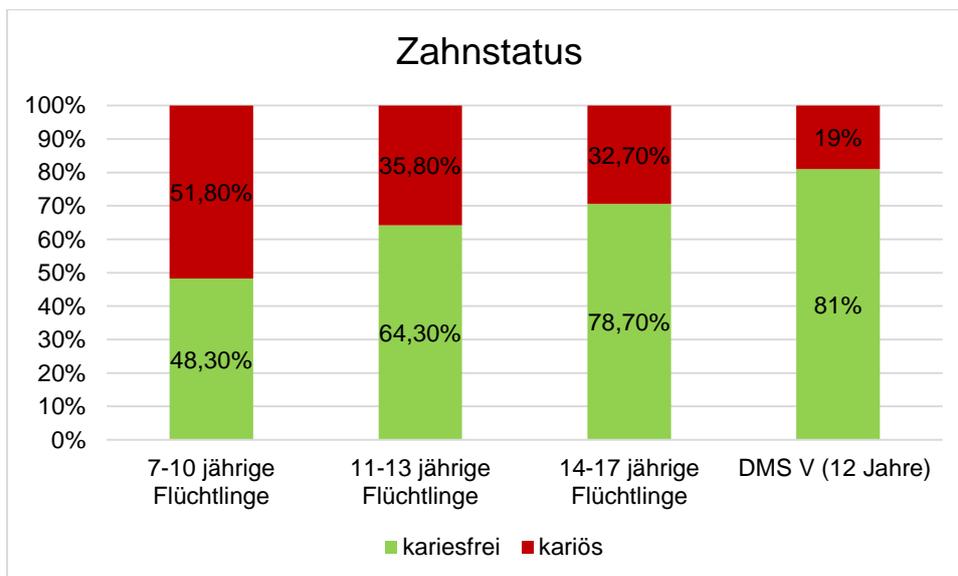


Abbildung 9: Zahnstatus der Flüchtlinge in Prozent differenziert nach Altersgruppen und Vergleich mit 12-Jährigen in Deutschland

Impfungen:

Zu 68% der Untersuchungen wurde kein Impfdokument mitgebracht. Hierfür wurden unterschiedliche Gründe genannt. Meistens sei der Impfausweis im Herkunftsland geblieben, auf der Flucht verloren gegangen oder gar nicht ausgestellt worden. Häufig war unklar, dass der Impfausweis zur Untersuchung mitgenommen werden sollte oder er wurde auch einfach nur vergessen. Wenn ein Impfdokument vorgelegt worden war, so handelte es sich sehr oft um

den in der Erstaufnahmeeinrichtung neu ausgestellten Impfausweis mit der begonnenen Immunisierung beider Kombinationsimpfstoffe. Da aber für beide Kombinationsimpfstoffe wiederholte Immunisierungen zur Vollständigkeit erforderlich sind, konnten bis auf sehr wenige Ausnahmen nur nicht vollständige Immunisierungen (30,2%) in der Dokumentation festgestellt werden. Einen Impfausweis mit vollständiger Immunisierung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Polio, sowie der Kombinationsimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln lag lediglich in 3 Fällen (0,5%) vor (vgl. Abb. 10 und Tabelle A 10 im Anhang). Ein Vergleich des Impfstatus der Seiteneinsteiger mit den Erhebungen über in Deutschland lebende Kinder und Jugendliche (vgl. Kapitel 2.5.1) erscheint aufgrund der oben beschriebenen mangelnden Impfdokumentationen tatsächlich durchgeführter Immunisierungen nicht sinnvoll.

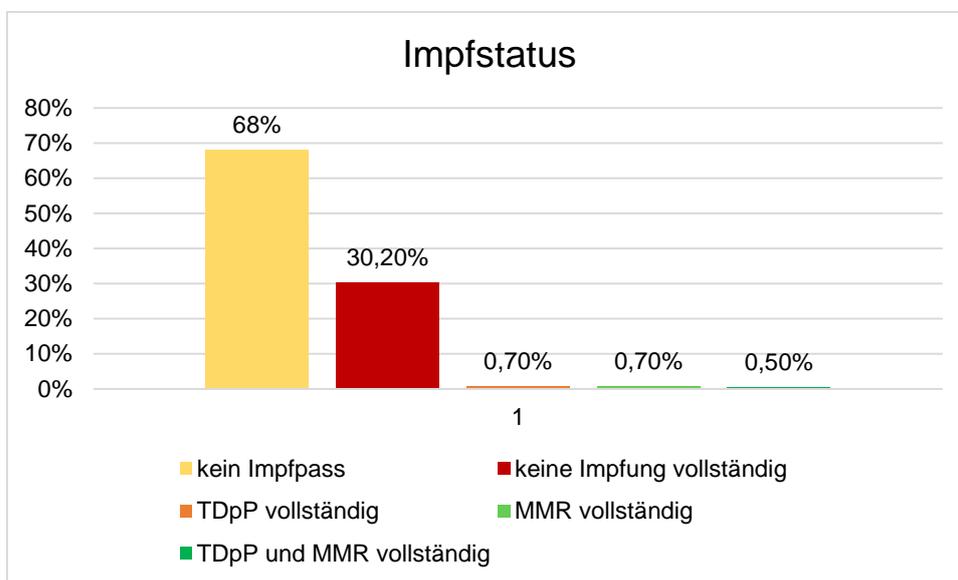


Abbildung 10: Impfstatus in Prozent differenziert nach Infektionserkrankungen (TDpP = Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Poliomyelitis; MMR = Masern, Mumps, Röteln)

Fachärztliche Kontrollempfehlungen:

Es wurden 59 fachärztliche Kontrolluntersuchungen zur Abklärung bestimmter gesundheitlicher Beschwerden empfohlen. Es kam vor, dass in einer Untersuchung mehr als eine Empfehlung ausgestellt wurde. 36 Arztbriefe waren an den Kinder- oder Hausarzt adressiert, dies betraf 6% aller Untersuchungen. 14 Arztbriefe wurden aufgrund von Beschwerden des Bewegungsapparates ausgestellt (2,3% aller Untersuchungen) und 9 Arztbriefe wurden wegen Auffälligkeiten der Haut geschrieben (1,5% aller Untersuchungen).

Eine Empfehlung zur Vorstellung beim Kinder- oder Hausarzt wurde bei Auffälligkeiten im Bereich Herz/Kreislauf, Anfallsleiden, unklare Schmerzsymptomatik, psychische Beschwerden und anderes gemacht. Differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht zeigt sich, dass bei 8,1% der 7- bis 10-jährigen Jungen eine Kontrolluntersuchung beim Kinder- oder Hausarzt empfohlen war. Bei den 7- bis 10-jährigen Mädchen erfolgte die Empfehlung bei 6%. In den

höheren Altersgruppen waren die Häufigkeitsanteile differenziert nach Geschlecht umgekehrt: Nur 1,9% der männlichen Jugendlichen in der mittleren und 4,3% in der hohen Altersgruppe erhielten die Empfehlung einer Kontrolluntersuchung im Gegensatz zu 9,7% der weiblichen Jugendlichen in der mittleren und 15,2% der hohen Altersgruppe (vgl. Abb. 11 und Tabelle A 11 im Anhang).

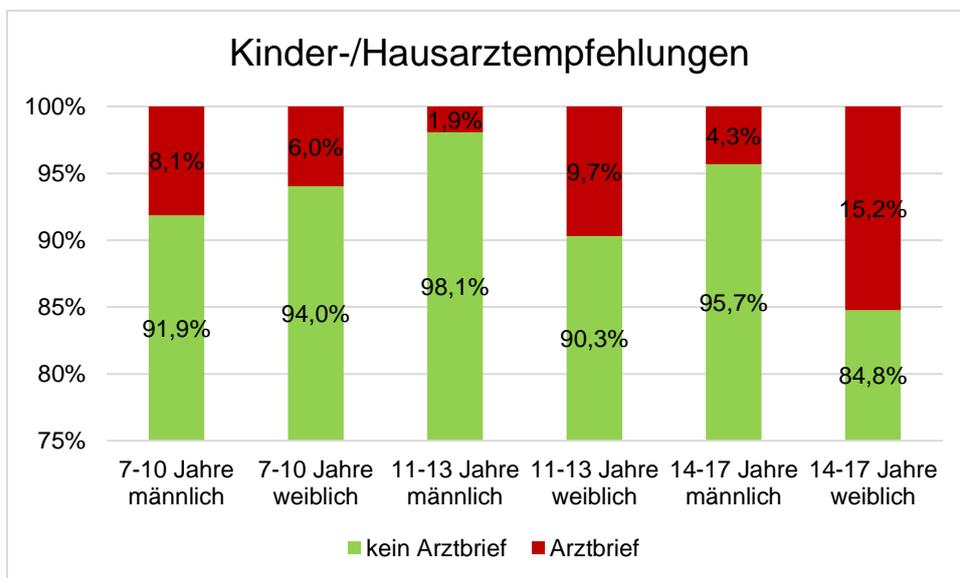


Abbildung 11: Kinder-/Hausarzttempfehlungen in Prozent differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht

Auffälligkeiten im Bewegungsapparat waren vor allem bei den männlichen Jugendlichen der höchsten Altersgruppe zu beobachten. 4,8% aller männlichen Jugendlichen im Alter von 14-17 Jahren erhielten die Empfehlung einer Kontrolluntersuchung. Bei den weiblichen Jugendlichen der gleichen Altersgruppe waren es 2,2% (vgl. Tabelle A 12 im Anhang).

Für Auffälligkeiten der Haut zeigt sich, dass in der mittleren Altersgruppe keine dermatologische Kontrolle erforderlich war. Die 9 Abklärungsempfehlungen verteilen sich auf die untere und obere Altersgruppe. Aufgrund der niedrigen Zahlen kann nach Geschlecht und Alter differenziert keine aussagekräftige Tendenz abgeleitet werden (vgl. Tabelle A 13 im Anhang).

Schwimmen:

Die Schwimmfähigkeit wurde bei den Seiteneinsteigeruntersuchungen nur bei etwas weniger als zwei Dritteln der Untersuchungen dokumentiert. Die Anteile der fehlenden Einträge weichen geschlechterdifferenziert für alle Altersgruppen mit Werten zwischen 30% und 42% nicht weit auseinander. Bei den erfassten Daten zeigt sich in der jüngsten Altersgruppe ein sehr hoher Nichtschwimmeranteil von 76,4%. In der mittleren Altersgruppe sinkt er auf 54,7% und in der Gruppe der 14-17-Jährigen sind die Anteile der Schwimmer und der Nichtschwimmer beinahe gleich hoch. Betrachtet man die männlichen und weiblichen Schüler getrennt, so fällt

auf, dass bei den Mädchen in allen Altersgruppen der Anteil der Nichtschwimmerinnen höher ist als der der Schwimmerinnen (vgl. Abb. 12-14 und Tabelle A 14 im Anhang).

Da es sich hier um eine reine Selbstauskunft handelt, sind Falschaussagen nicht auszuschließen. Zum einen konnte aufgrund sprachlicher Kommunikationsprobleme die Definition, wann jemand schwimmen kann, nicht eindeutig geklärt werden. Zum anderen ist aber auch eine falsch positive Antwort in Bezug auf Schwimmfähigkeit zur besseren Selbstdarstellung möglich.

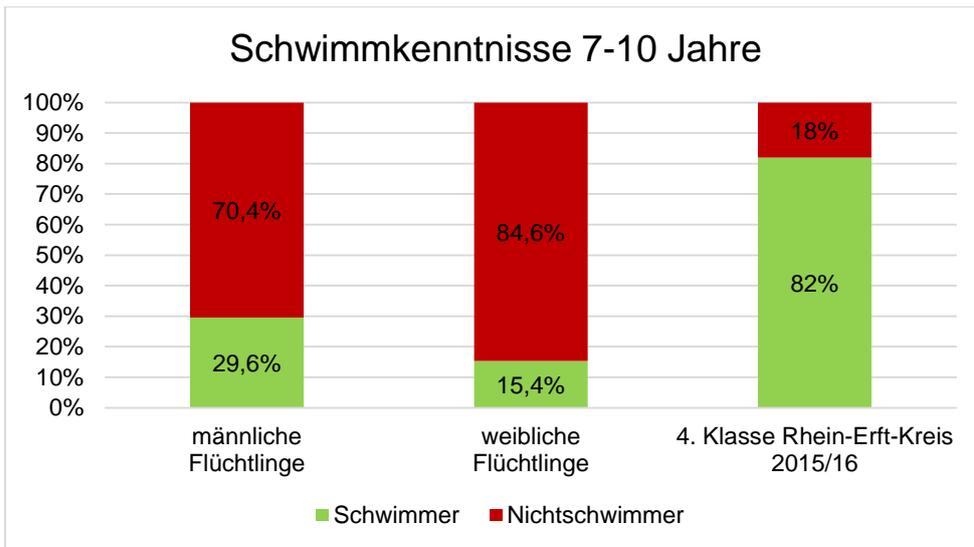


Abbildung 12: Schwimmkenntnisse der 7-10-jährigen Flüchtlinge in Prozent differenziert nach Geschlecht und Vergleich mit 4. Klassen im Rhein-Erft-Kreis

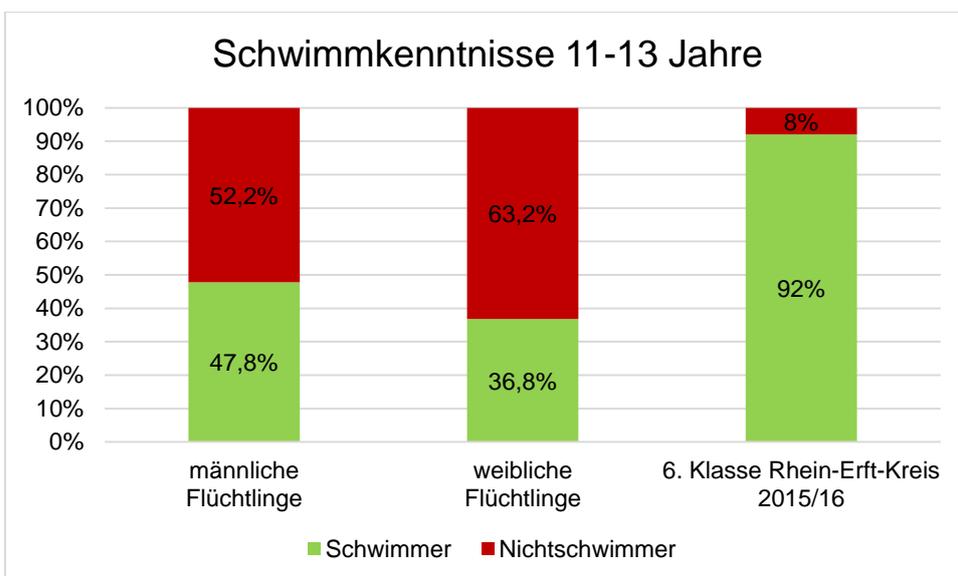


Abbildung 13: Schwimmkenntnisse der 11-13-jährigen Flüchtlinge in Prozent differenziert nach Geschlecht und Vergleich mit 6. Klassen im Rhein-Erft-Kreis

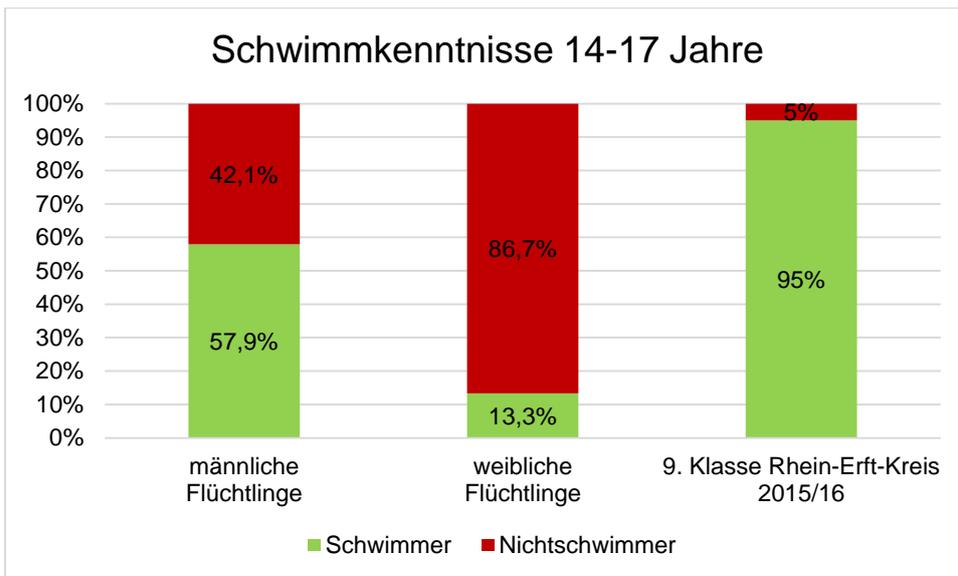


Abbildung 14: Schwimmkenntnisse der 14-17-jährigen Flüchtlinge in Prozent differenziert nach Geschlecht und Vergleich mit 9. Klassen im Rhein-Erft-Kreis

Im Rhein-Erft-Kreis liegt im 4. Schuljahr der Nichtschwimmeranteil bei ca. 18% (vgl. Kapitel 2.6.3), im 6. Schuljahr bei ca. 8% und im 9. Schuljahr bei ca. 5% (vgl. Kapitel 2.6.2). Da auch die Erfassung der Schwimmfähigkeit der 6. und 9. Klassen im Rhein-Erft-Kreis auf Selbstausagen beruhen, ist ein direkter Vergleich der Ergebnisse nicht endgültig aussagekräftig, denn auch hier sind vor allem falsch positive Antworten zur Schwimmfähigkeit nicht ausgeschlossen. Die Unsicherheit falsch positiver Antworten außer Acht gelassen, zeigt sich dennoch ein sehr großer Nichtschwimmeranteil unter den minderjährigen Flüchtlingen im Vergleich zu den im Rhein-Erft-Kreis lebenden Kindern und Jugendlichen (vgl. Abb. 12-14).

4.3 Seh- und Hörtestung

Sehtestungen:

Die Ergebnisse der Sehtestungen zeigen in den Seiteneinsteigeruntersuchungen nach Altersgruppen getrennt ein sehr unterschiedliches Bild. Die jüngste Altersgruppe enthält den höchsten Anteil kontrollbedürftiger Sehtestergebnisse (28,5%). Die mittlere Altersgruppe hat den niedrigsten Anteil mit ca. 17%. In der höchsten Altersgruppe steigt der Anteil auf ca. 24%. Eine Brillenversorgung wurde insgesamt nur selten dokumentiert (n=15 entspricht 2,5% aller Untersuchungen) (vgl. Abb. 15 und Tabelle A 15 im Anhang). Als kontrollbedürftig gilt ein Sehtest auch dann, wenn die Anweisung zum Untersuchungsablauf nicht verstanden worden und somit eine Beurteilbarkeit nicht möglich ist.

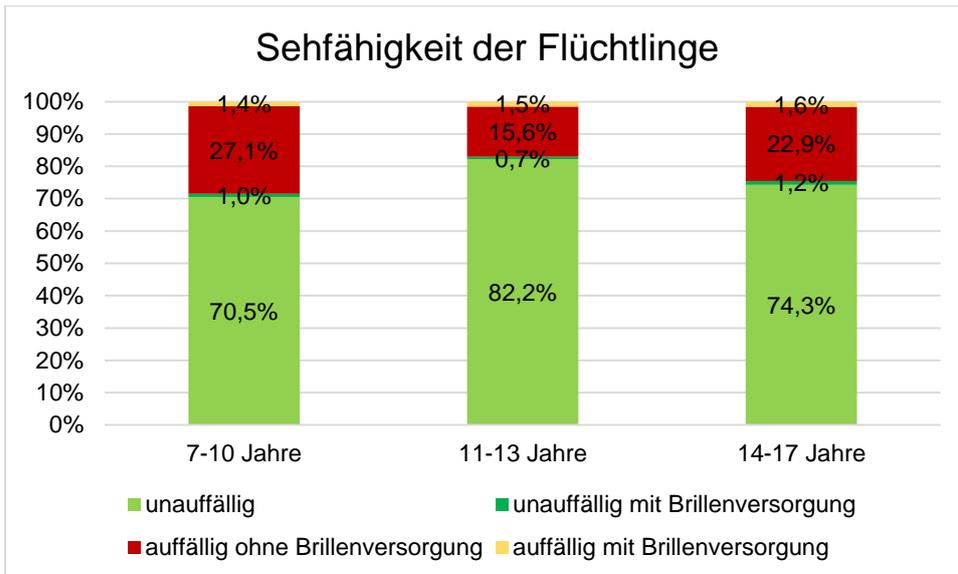


Abbildung 15: Sehfähigkeit der Flüchtlinge in Prozent differenziert nach Altersgruppen

Im Vergleich mit in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen werden Unterschiede deutlich (vgl. Abb. 16). In der Schuleingangsuntersuchung im Rhein-Erft-Kreis hatten im Schuljahr 2015/16 zwar 84,7% aller Kinder altersgerechte Sehtestergebnisse, hierzu zählten jedoch auch die Kinder mit guter Brillenversorgung, die leider nicht zahlenmäßig separat erfasst worden sind. 15,3% der Kinder hatten auffällige Ergebnisse. Eine Empfehlung zur augenärztlichen Kontrolle hatten jedoch nur 8,7% der Sehtestungen zur Folge, da viele Kinder zum Untersuchungszeitpunkt bereits in Behandlung waren (vgl. Kapitel 2.6.1). Ein direkter Vergleich der Schuleingangsuntersuchung mit den Seiteneinsteigeruntersuchungen ist hier nicht möglich, da die Altersgruppen in den jeweiligen Untersuchungen unterschiedlich sind und auch die Anzahl der Kinder mit Brillenversorgung in der Schuleingangsuntersuchung nicht erfasst ist.

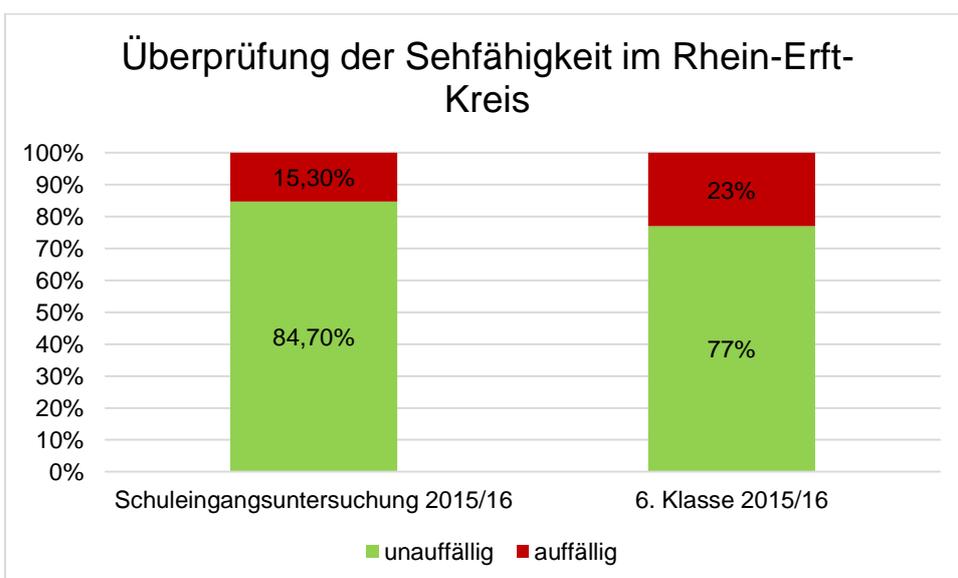


Abbildung 16: Sehfähigkeit in der Schuleingangsuntersuchung und in den 6. Klassen des Schuljahres 2015/16 im Rhein-Erft-Kreis in Prozent

Bei Betrachtung der mittleren Altersgruppe in den Seiteneinsteigeruntersuchungen können die Sehtestergebnisse der 6. Schuljahre im Rhein-Erft-Kreis im Rahmen des Projekts „J1-JA-KLAR“ von 2016 als Vergleich herangezogen werden. Hier zeigten nur 77% der untersuchten Jugendlichen einen unauffälligen Sehtest bei 15% Brillenversorgung. Im Gegensatz dazu steht ein Anteil von 82,2% der Flüchtlinge gleichen Alters mit unauffälligem Sehtestergebnis bei insgesamt nur einer dokumentierten Brillenversorgung. Berücksichtigt werden muss jedoch, dass die Gymnasien an den Untersuchungen im 6. Schuljahr nicht teilgenommen hatten (vgl. Kapitel 2.6.2).

Hörtestungen:

Bei knapp 5% aller seiteneinsteigenden Schüler wurde ein auffälliger Hörtest festgestellt, der eine weitere Kontrolle erforderlich machte. Größere Unterschiede in den einzelnen Altersgruppen sind nicht auszumachen (Vgl. Tabelle A 16 im Anhang). Eine bekannte Behinderung der Hörfähigkeit gab es bei keinem der untersuchten Schüler.

Bei den Hörtestungen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen war der Anteil der auffälligen Hörtestergebnisse etwas höher (5,9%). Für 4,4% der Untersuchten wurde eine Empfehlung zur HNO-ärztlichen Kontrolle ausgesprochen. 1,3% der Kinder waren zum Untersuchungszeitpunkt bereits in Behandlung und 0,2% wiesen eine Behinderung der Hörfähigkeit auf. Ein direkter Vergleich mit der jüngsten Altersgruppe der Seiteneinsteigeruntersuchungen ist nicht möglich, da die Schulneulinge noch nicht dieser Altersgruppe angehören.

Im Rahmen des Projekts „J1-JA-KLAR“ wurde in den 6. Klassen lediglich bei 2% ein auffälliger Hörtest festgestellt (vgl. Kapitel 2.6.1).

4.4 Körpergewicht und Blutdruckkontrolle

Bei 20 Untersuchungen lagen keine Angaben zum BMI vor. Insgesamt sind 14,3% der untersuchten Flüchtlinge übergewichtig (92. - 97. Perzentile) und fast 5% adipös (oberhalb der 97. Perzentile). Bei 3,8% wurde ein ausgeprägtes Untergewicht (unterhalb der 3. Perzentile) festgestellt. Hier ist auffällig, dass der prozentuale Anteil von Untergewicht bei den Mädchen mehr als doppelt so hoch ist als bei den Jungen. Allerdings ist auch der Anteil der Adipösen bei den Mädchen höher (vgl. Abb. 17).

Die Tabelle A 18 im Anhang zugrunde gelegt kann mit dem Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest eine Abhängigkeit zwischen dem BMI und dem Geschlecht überprüft werden. Getestet wird die Nullhypothese $H_0: \chi^2 = 0$ mit einem 5%-Signifikanzniveau von $\alpha_0 = 0,05$. Mit drei Freiheitsgraden entspricht der kritische Grenzwert ($\chi^2_{\alpha_0}$): 7,815. Der empirische Wert χ^2 entspricht 7,4899. Dieser liegt unter dem Grenzwert $\chi^2_{\alpha_0}$ von 7,815. Auch wenn es sich um ein knappes

Ergebnis handelt, kann hier nicht von einer Abhängigkeit zwischen BMI und Geschlecht ausgegangen werden. Hinzu kommt, dass die Messdatenerhebung, wie zuvor beschrieben, nicht ausreichend standardisiert war. Auch in der KiGGS-Studie wird für die BMI-Messung kein signifikanter Unterschied zwischen Jungen und Mädchen abgeleitet (vgl. Kapitel 2.5.1).

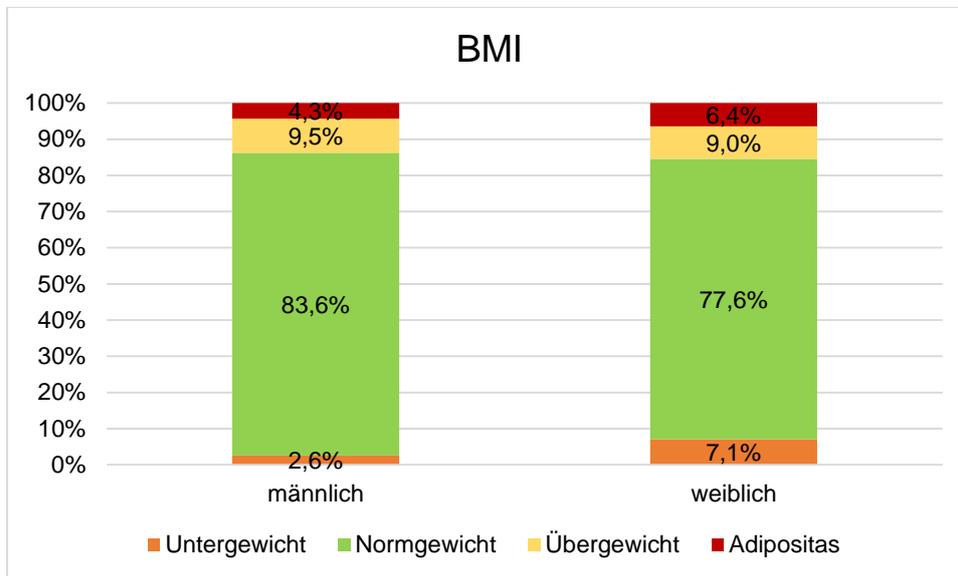


Abbildung 17: Body-Mass-Index der Flüchtlinge in Prozent differenziert nach Geschlecht

Bei weiterer Differenzierung nach Altersgruppen ergibt sich ein sehr buntes Ergebnisbild, das aufgrund des deutlich geringeren Anteils weiblicher Flüchtlinge teilweise zu sehr kleinen Fallzahlen führt und somit nicht als repräsentativ gewertet werden kann. Es fällt auf, dass der Anteil der Untergewichtigen bei Jungen wie Mädchen mit zunehmendem Alter abnimmt. Herausstechend ist der sehr hohe Anteil übergewichtiger Jungen zwischen 11 und 13 Jahren (17%), wohingegen nur 3% dieser Altersgruppe eine Adipositas aufweisen. Bei den Mädchen zwischen 11 und 13 Jahren werden 2 als übergewichtig und 3 als adipös eingestuft, dies entspräche bei den insgesamt 30 Mädchen dieser Altersgruppe einem Anteil von 6,7% bzw. 10% (vgl. Tabelle A 17 im Anhang).

Die Messdaten der KiGGS-Studie zeigen, dass in Deutschland lebende Kinder eher höhere BMI-Werte aufweisen, als die erhobenen Daten in den Seiteneinsteigeruntersuchungen ergeben. Eine Ausnahme bildet die Altersgruppe der 11-13-Jährigen, die einen höheren Anteil übergewichtiger Kinder aufweist, wobei der Anteil der Adipösen aber wieder deutlich niedriger ist (vgl. Abb. 18).

Berücksichtigt werden muss dabei zusätzlich, dass die Messwerte der Seiteneinsteigeruntersuchungen tatsächlich noch etwas niedriger sind. Im Gesundheitsamt gehört die Gewichtsmessung in den vorärztlichen Teil, in dem meist lediglich Schuhe und Jacke ausgezogen wer-

den. Je nach Jahreszeit unterliegt das Gewicht der Bekleidung großen Schwankungen, insbesondere, weil die meisten Seiteneinsteiger aus warmen Herkunftsländern kommen und in Deutschland dementsprechend oft viele Kleidungsschichten tragen. In der KiGGS-Studie hingegen wurde die Messung in Unterwäsche durchgeführt (vgl. Kapitel 2.5.1).

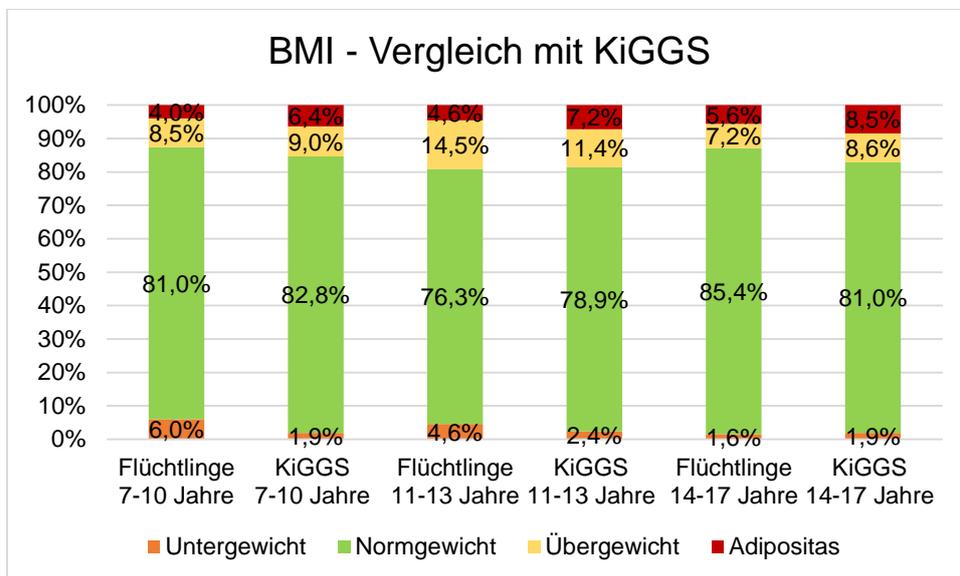


Abbildung 18: Body-Mass-Index der Flüchtlinge differenziert nach Altersgruppen in Prozent im Vergleich zu KiGGS

Blutdruckmessung:

Bei 42 Untersuchungen fehlten Angaben zum Blutdruck. Von allen in der Seiteneinsteigeruntersuchung erfassten Blutdruckwerten liegt bei 94,1% ein altersgerechter systolischer und bei 94,6% ein altersgerechter diastolischer Blutdruckwert vor. Bei 1,6% liegt der systolische Wert und bei 2,7% der diastolische Wert oberhalb der 99. Perzentile (vgl. Tabellen A 19 und A 20 im Anhang). Zur richtigen Bewertung der Blutdruckergebnisse ist es sinnvoll, auch den dazu gehörenden BMI-Wert zu berücksichtigen. So hatten 3% der normgewichtigen Untersuchten einen systolischen Wert zwischen der 95. und 99. Perzentile und 0,5% oberhalb der 99. Perzentile. Dies zeigt eine minimal niedrigere Anzahl erhöhter systolischer Blutdruckwerte. Wenn man die BMI-Werte im übergewichtigen und adipösen Bereich mit berücksichtigt, ist zu beobachten, dass bei zunehmendem Gewicht auch in den Seiteneinsteigeruntersuchungen häufiger ein erhöhter systolischer Wert gemessen wird. Bei den untergewichtigen Kindern und Jugendlichen wurde in keinem Fall ein erhöhter systolischer Wert gemessen. In der Gruppe der Übergewichtigen wiesen 5,7% und in der Gruppe der Adipösen 15,4% erhöhte systolische Werte auf (vgl. Abb. 19 und Tabelle A 21 im Anhang).

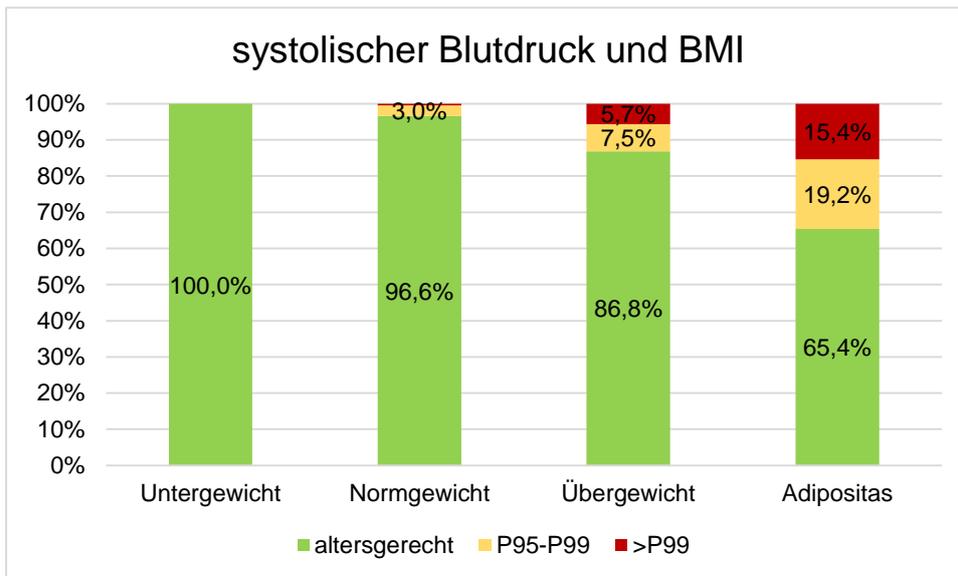


Abbildung 19: systolischer Blutdruck in Prozent differenziert nach BMI

Auch die Überprüfung auf Unabhängigkeit zwischen BMI und systolischen Blutdruckwerten mit dem Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest spricht für einen Zusammenhang. Damit alle für eine Gleichverteilung erwarteten Zelleninhalte die Bedingungen der Chi-Quadrat-Testung erfüllen und Werte über 5 aufweisen, wurden für die Berechnung der Chi-Quadrat-Statistik die Untergewichtigen, die alle ausschließlich systolische Werte im Normbereich hatten, nicht berücksichtigt und zusätzlich alle systolischen Werte oberhalb der 95. Perzentile zusammengefasst (vgl. Tabelle A 22 im Anhang). Getestet wird die Nullhypothese $H_0: \chi^2 = 0$ mit einem 5%-Signifikanzniveau von $\alpha_0 = 0,05$. Mit zwei Freiheitsgraden entspricht der kritische Grenzwert ($\chi^2_{\alpha_0}$): 5,991. Der empirische Wert χ^2 entspricht 47,8093 und liegt damit deutlich über dem Grenzwert. Die Hypothese einer Unabhängigkeit der Variablen systolischer Blutdruck und BMI kann somit verworfen werden.

4.5 Schulrelevante Fertigkeiten

Visuo- und Graphomotorik:

Bei über 20% der Untersuchungen fehlten Einträge zur Visuomotorik. In der jüngsten und mittleren Altersgruppe sind die Anteile unauffälliger Ergebnisse (50,3% und 46,9%) ähnlich denen der auffälligen Ergebnisse (49,7% und 53,1%). In der Altersgruppe der 14-17-Jährigen weisen nur noch 26,3% ein unterdurchschnittliches bis stark unterdurchschnittliches Ergebnis auf. Differenziert nach Geschlecht kann eine Tendenz ausgemacht werden, nach der Mädchen mehr unauffällige Ergebnisse in der Visuomotorik haben. Bei den männlichen Flüchtlingen ist der Anteil der auffälligen Ergebnisse höher als bei den Mädchen. Die Mädchen zeigen dagegen in

der unteren und älteren Altersgruppe mehr unauffällige Ergebnisse als auffällige. In der Altersgruppe der 11-13-Jährigen verhält es sich umgekehrt, das kann jedoch auch den sehr geringen weiblichen Fallzahlen in dieser Altersgruppe geschuldet sein (vgl. Abbildung 20 und Tabelle A 23 im Anhang).

Besonders auf die jüngste Altersgruppe geschaut, zeigt sich ein großer Unterschied zu in Deutschland lebenden Kindern. Bereits in den Schuleingangsuntersuchungen erzielten dreiviertel der Kinder altersgerechte Ergebnisse (vgl. Kapitel 2.6.1). Ein direkter Vergleich ist aber auch hier nicht möglich. Die Kinder der Einschuluntersuchung gehören nicht zu der unteren Altersgruppe der 7- bis 10-Jährigen und die Testungen in der Schuleingangsuntersuchung und in der Seiteneinsteigeruntersuchung waren unterschiedlich. Die Untersuchung aus dem SOPESS-Programm ist für die junge Altersgruppe der Schulneulinge validiert, während der Kugler-Test eine Altersspanne von 7- bis 14 Jahren berücksichtigt, also nicht mehr die hier auch beobachtete höchste Altersgruppe. Junge Flüchtlingskinder fühlten sich beim Anblick der komplexeren Bilder, die es nachzuzeichnen galt, schnell überfordert und demotiviert, auch wenn es altersentsprechend unterschiedliche Bewertungskriterien gibt. Vergleichszahlen für ältere in Deutschland lebende Kinder stehen in dieser Vergleichserhebung nicht zur Verfügung, dennoch sollte angenommen werden, dass diese Fertigkeit bei Kindern, die in der Schuleingangsuntersuchung eine gute Visuomotorik zeigen, im Verlauf ihrer Schulzeit weiterhin altersgerecht bleibt.

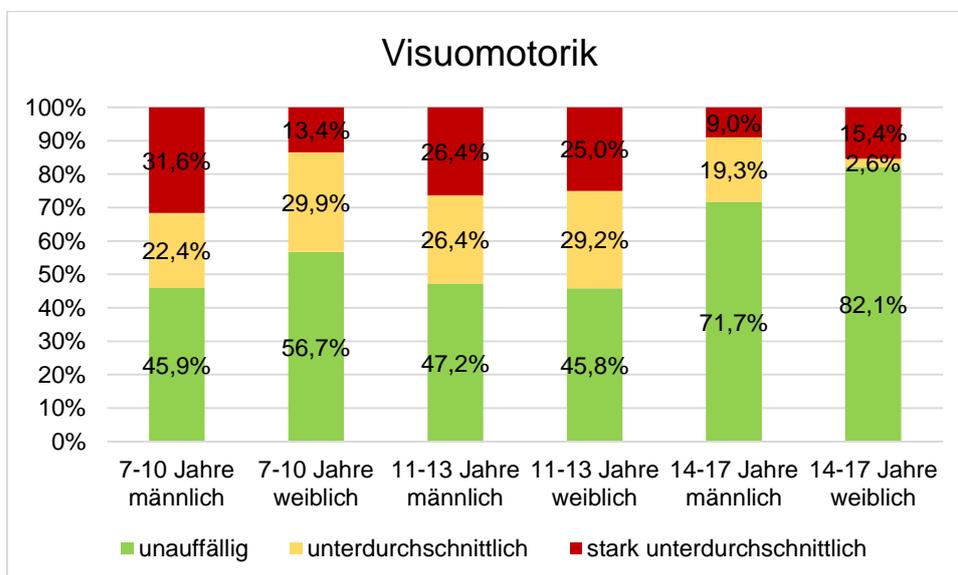


Abbildung 20: Visuomotorik in Prozent differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht

Es lässt sich kein eindeutiger Zusammenhang zwischen den Merkmalen Visuomotorik und Schulbesuchsjahre herstellen. Unter den Kindern und Jugendlichen, die verminderte Schulbesuchsjahre angegeben haben, können nicht deutlich mehr Auffälligkeiten in der Visuomotorik beobachtet werden (vgl. Tabelle A 24 im Anhang).

Auditive Merkfähigkeit:

Zu 197 Untersuchungen fehlten Einträge, was ungefähr einem Drittel entspricht. 80% der erfassten Ergebnisse sind unauffällig, 14,5% grenzwertig und 5,5% auffällig. Die höchsten Anteile der auffälligen Testungen sind in der Altersgruppe der 7- bis 10-Jährigen, hier zeigten lediglich 70,3% unauffällige Ergebnisse, diese nehmen mit dem Alter zu. Eine Differenzierung nach Geschlecht ergab keine auffälligen Unterschiede für die Ergebnisse in den jeweiligen Altersgruppen (vgl. Tabelle A 24 im Anhang).

Auch hier lässt sich kein aussagekräftiger Zusammenhang zwischen Schulbesuchserfahrung und Ergebnissen der auditiven Merkfähigkeit feststellen (vgl. Tabelle A 25 im Anhang).

Bei der Schuleingangsuntersuchung wurden in der Überprüfung der auditiven Merkfähigkeit 86% unauffällige Ergebnisse erfasst (vgl. Kapitel 2.6.1).

Die Beurteilung der Testergebnisse in den höheren Altersgruppen der Seiteneinsteigeruntersuchungen ist nicht endgültig aussagekräftig, da die einheitlich genutzten Pseudoworte aus dem SOPESS-Programm speziell für die junge Altersgruppe der 5-6-Jährigen validiert worden sind. Vergleichswerte von älteren in Deutschland lebenden Jugendlichen konnten zum Vergleich der auditiven Merkfähigkeit nicht herangeführt werden.

5. Diskussion

5.1 Bewertung der Ergebnisse

Die in dieser Studie erfassten Ergebnisse weisen im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen, die in Deutschland leben, in den meisten Merkmalen Unterschiede auf. Eine Folgerung, dass die minderjährigen Flüchtlinge zum Zeitpunkt der Seiteneinsteigeruntersuchung insgesamt einen deutlich schlechteren oder besseren physischen Gesundheitszustand aufweisen, kann nicht abgeleitet werden. Unter dem klassischen seuchenhygienischen Aspekt wurde bei den hier erfassten Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Seiteneinsteigeruntersuchung keine akute Infektionserkrankung festgestellt, die in besonderem Maße eine Gefahr für die im Umfeld lebenden Mitmenschen bedeutet. In sehr seltenen Einzelfällen war Läusebefall dokumentiert worden.

Demographische Daten

Wenn bei Einreise nach Deutschland lediglich das Geburtsjahr bekannt ist, wird bei Erstellung der Einreisedokumente der früheste mögliche Geburtstag angenommen, nämlich der 01. Januar. Dies kann dazu führen, dass ein Kind in Wirklichkeit bis zu einem Jahr jünger ist, wenn es im extremsten Fall tatsächlich am 31. Dezember geboren wurde. Das bedeutet, dass in den gebildeten Altersgruppen vereinzelt tatsächlich jüngere Kinder erfasst sein könnten.

Umgekehrt gibt es vereinzelt bei den im Rhein-Erft-Kreis untersuchten umF Einträge in dem Erfassungsprogramm, in denen das minderjährige Alter aufgrund der orientierenden klinischen Untersuchung angezweifelt und oberhalb der Volljährigkeitsgrenze geschätzt wird.

Insgesamt zeigt sich eine inhomogene Verteilung des Alters und besonders des Geschlechts. Besonders auffällig ist der insgesamt fast drei Mal höhere Anteil männlicher Untersuchter, der mit dem Alter zunimmt, und die Zusammensetzung der höchsten Altersgruppe, in der der weibliche Anteil nur noch ein Viertel ausmacht. Diese Altersgruppe hat den größten Anteil erfasster Datensätze. Zu ihr gehören auch die meisten umF, die wiederum hauptsächlich männlich sind und in weniger als der Hälfte der Untersuchungen eine altersgerechte Schulbesuchserfahrung angegeben haben.

Interessanterweise zeigt sich eine Tendenz, dass umF schneller Deutsch lernen als begleitete. Dies könnte der notwendigen Eigenverantwortlichkeit geschuldet sein. Es gibt selten ihnen nahestehende Menschen, die sich um ihre Belange kümmern und ihre Sprache sprechen. Das Fürsorgerecht liegt bei deutschen Institutionen, die vornehmlich deutsch sprechen und nur in Ausnahmefällen einen Dolmetscher zur Verfügung haben.

Gesundheitsanamnese

Während bei den **chronischen Erkrankungen** insgesamt keine besonderen Unterschiede zu in Deutschland lebenden Schülern festgestellt werden können, verhält es sich bei der Anamnese der **atopischen Erkrankungen** anders. Verglichen mit den hohen Prävalenzzahlen in der KIGGS-Studie kann davon ausgegangen werden, dass Atopien bei den Flüchtlingskindern nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen. Vermutet werden kann, dass die Sensibilität für das Erkennen von allergischen Symptomen bei Heuschnupfen möglicherweise nicht so hoch ist wie bei in Deutschland lebenden Familien. Das Asthma bronchiale geht jedoch oft mit einer ausgeprägten, manchmal lebensbedrohenden Symptomatik einher. Hier gilt eine Diagnosestellung im Herkunftsland als sehr wahrscheinlich. Dies spricht für eine tatsächlich geringere Prävalenz der untersuchten Kinder und Jugendlichen aus Flüchtlingsfamilien.

Möglicherweise ist in den nächsten Jahren bei den Flüchtlingskindern und den zukünftigen Generationen mit einer Anpassung bezüglich Häufigkeit atopischer Erkrankungen, also einer deutlichen Zunahme zu rechnen. Schaut man auf die letzten Jahrzehnte vor allem in den westlichen Industrienationen, so konnte im Rahmen der zunehmenden Industrialisierung seit Mitte

des letzten Jahrhunderts bis Anfang 2000 ein enormer Anstieg allergischer Erkrankungen mit einer Verdopplung bis Verdreifachung der Prävalenzzahlen beobachtet werden. Studien aus dem osteuropäischen Raum zeigen, dass vor allem in den ehemaligen Niedrigprävalenzgebieten, die zunehmend industrialisiert werden, aktuell steigende Prävalenzen auszumachen sind. (Abramidze et al. 2013) und (Banac et al. 2013). Dies legt nahe, dass die Flüchtlinge, die überwiegend aus weniger industrialisierten Regionen nach Deutschland kommen, zukünftig ähnliche Beobachtungen aufweisen könnten.

Auch **Unfallgeschehen**, die eine stationäre Versorgung erforderlich gemacht haben, scheinen bei den deutschen Kindern und Jugendlichen häufiger, wenn man berücksichtigt, dass die Zahlen der KiGGS-Studie sich lediglich auf die letzten 12 Monate beziehen. Ein Erklärungsansatz für die vermutete niedrigere stationäre Versorgung nach Unfällen bei den Flüchtlingskindern ist, dass nicht jeder Unfall im Herkunftsland gleichermaßen wie in Deutschland stationär behandelt wird. Dies ist sicher auch eine Frage des medizinischen Zugangs. Beiden Vergleichsgruppen gemein ist das höhere Unfallrisiko bei den Jungen.

Psychische Probleme einer PTBS werden bei Flüchtlingen mitunter erst später symptomatisch. Verhaltensauffälligkeiten als ein erster Marker für psychische Belastungen können im Schulsetting am ehesten beobachtet werden.

Aufgrund der unzureichenden Erhebungsmöglichkeit tatsächlich durchgeführter **Impfungen** durch fehlende Dokumentationen liegt hier ein Versorgungsproblem vor. Die vorgelegten Impfdokumente waren meist die in der Erstaufnahme ausgestellten Impfausweise mit jeweils einer Kombinationsimpfung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Polio und gegen Masern, Mumps, Röteln, manchmal auch Varizellen. Eine komplette Grundimmunisierung konnte dort jedoch in der Regel nicht mehr stattfinden. Eine Versicherung der Betroffenen, dass eine Grundimmunisierung im Herkunftsland stattgefunden habe, war meist glaubhaft. In Syrien kann beispielsweise bis 2010 von einer hohen Durchimpfungsrate für die hier berücksichtigten Impfungen ausgegangen werden (WHO/UNICEF 2016). Dennoch gilt nur eine dokumentierte Impfung als durchgeführt. Dass in der Optimierung des Impfschutzes Verbesserungsbedarf besteht, zeigt, dass Masern und Windpocken zu den häufigsten Erkrankungen in den Erstaufnahmelagern zählen (Kühne, Gilsdorf 2016: 570-577).

Hinzu kommt, dass in der deutschen Bevölkerung aufgrund eines Rückgangs zahlreicher Infektionskrankheiten das Wissen über die Gefährlichkeit dieser Krankheiten und ihrer möglichen Komplikationen im Bewusstsein nachgelassen hat. Die Risiken möglicher Impfnebenwirkungen werden unverhältnismäßig hoch eingeschätzt und damit werden Impfungen immer häufiger nicht als nötig erachtet (Brewer, Chapman, Gibbons, Gerrard, McCaul und Weinstein

2007: 136-145). Weiterhin gilt Europa als poliofrei, nicht jedoch Afghanistan, aus dem viele Flüchtlinge nach Deutschland kommen.

Ebenso gilt die **Schwimmfähigkeit** besonders der weiblichen Flüchtlinge im Rhein-Erft-Kreis als problematisch.

Untersuchung

Der **Zahnstatus** der Kinder und Jugendlichen aus Flüchtlingsfamilien ist in der Altersgruppe der 12-Jährigen auffallend schlechter als der von in Deutschland lebenden Jugendlichen. Hinzu kommt, dass davon ausgegangen werden muss, dass der Anteil der kariösen Befunde in der Seiteneinsteigeruntersuchung in Wirklichkeit höher ist. Über den Zahnstatus konnte aufgrund der in Kapitel 3.2.2 beschriebenen fachlich unzureichenden Untersuchungsdurchführung nicht immer eine valide Aussage getroffen werden, da nur offensichtliche Karies oder Füllungen gesehen wurden. In der jüngsten Altersgruppe wies sogar mehr als die Hälfte der Kinder gut sichtbare Karies auf. In den Untersuchungen entstand wiederholt der Eindruck, dass Zahnhygiene in einigen Familien keinen großen Stellenwert hat. Möglicherweise zeigt sich hier das Ergebnis einer besseren Prävention der letzten Jahre in Deutschland, die im Herkunftsland in den Krisenzeiten nicht mehr möglich war.

Nur in 15 Fällen wurde bei der Überprüfung der **Sehfähigkeit** in der Seiteneinsteigeruntersuchung eine Brillenversorgung dokumentiert. Dies erscheint am ehesten erklärbar durch eine bisher nicht stattgefundene entsprechende Diagnostik im Herkunftsland. Außerdem ist auch ein Verlust der Brille während der Flucht denkbar. Gerade aber wegen der zahlenmäßig höheren Brillenversorgung der in Deutschland lebenden Jugendlichen wäre bei den Flüchtlingen mit mehr auffälligen Sehtestergebnissen zu rechnen gewesen. Stattdessen zeigen die Ergebnisse der Untersuchungen in den 6. Klassen im Rhein-Erft-Kreis im Vergleich zu den Seiteneinsteigeruntersuchungen der entsprechenden mittleren Altersgruppe eine höhere Anzahl von auffälligen Sehtestungen bei gleichzeitig höherer Brillenversorgung. Dazu gehört allerdings auch die Überlegung, inwieweit die Untersuchungsdaten der 6. Klassen im Rhein-Erft-Kreis repräsentativ sind, da die Gymnasien bisher ausgenommen waren. Eine entsprechende Überprüfung ist im Herbst 2017 geplant, in der diesmal auch Gymnasien mitberücksichtigt werden sollen. Es gilt zu klären, ob bei Sehtestungen an Gymnasien eine bessere Sehfähigkeit festgestellt wird. Möglicherweise liegt aber auch der Anteil der Brillenversorgung noch höher, da hier eine höhere Sensibilität für gute Bildungsvoraussetzungen unterstellt wird.

In der Überprüfung der **Hörfähigkeit** gab es hingegen im Rahmen der Seiteneinsteigeruntersuchungen verglichen mit den 6. Klassen im Rhein-Erft-Kreis häufiger Kontrollempfehlungen aufgrund auffälliger Ergebnisse. Die meisten gingen am ehesten auf passagere Hörstörungen

als Begleitsymptomatik durch Infekte der oberen Luftwege zurück. Allerdings muss bei dem Vergleich berücksichtigt werden, dass die Untersuchungen in den 6. Klassen im Rhein-Erft-Kreis überwiegend im frühen Herbst stattfinden. Zu dieser Jahreszeit gibt es üblicherweise selten ein epidemisches Auftreten saisonaler Infekte, die zu einer vorübergehenden Hörminderung führen. Gehäufte Infekte sind eher in den Wintermonaten zu erwarten. Die Seiteneinsteigeruntersuchungen finden dagegen während des ganzen Schuljahres 2015/16 statt, somit auch in den Wintermonaten. Außerdem kommen die meisten Flüchtlingsfamilien aus wärmeren Herkunftsländern und sind ein anderes Klima gewöhnt, wodurch besonders in der ersten Zeit gehäuft Infekte auftreten können. Die Unterbringung in Gemeinschaftseinrichtungen macht eine weitere Ansteckung von Infektionskrankheiten insbesondere der oberen Luftwege schneller und wahrscheinlicher.

Interessant wäre ein vollständiger Rücklauf der Arztbriefe zur Klärung, wieviel Hörtestungen tatsächlich durch Infekte begründet sind oder ob es auch Fälle mit einer angeborenen oder später erworbenen Hörminderung gegeben hat, die künftig eine eingehendere Diagnostik und therapeutische Intervention benötigen.

Der **BMI** ist bei den minderjährigen Flüchtlingen tendenziell eher niedriger als bei in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen. Auch erhöhte **Blutdruckwerte** sind in der Seiteneinsteigeruntersuchung seltener erhoben worden. Es bleibt abzuwarten, ob es mit längerem Aufenthalt in Deutschland auch aufgrund reichhaltigem hochkalorischem Lebensmittelangebot zu einer BMI-Veränderung mit Zunahme von Übergewicht und Adipositas kommen wird und damit auch zu einer höheren Wahrscheinlichkeit von Bluthochdruck.

Ein direkter Vergleich der **auditiven Merkfähigkeit** und **Visuomotorik** zwischen der Seiteneinsteigeruntersuchung und der Schuleingangsuntersuchung ist aufgrund des unterschiedlichen Alters und Testmaterials nicht möglich. Dennoch kann gerade für die auditive Merkfähigkeit angenommen werden, dass ältere Kinder und erst recht Jugendliche, die Schwierigkeiten mit den für das Einschulalter validierten Pseudoworten haben, möglicherweise auch Probleme im Bereich der auditiven Wahrnehmung aufweisen. Dies kann sich auf das Erlernen der deutschen Sprache auswirken.

Mit der Differenzierung einer altersgerechten **Schulbesuchserfahrung** wurde nur die Quantität der Schuljahre, nicht die Qualität erfasst. Erstaunlich ist, dass im Rahmen dieser Erhebung die Schulbesuchserfahrung des Herkunftslandes mit keinem der erhobenen und im weitesten Sinne gesundheitsrelevanten Merkmal im Zusammenhang zu stehen scheint. Gerade die schulpraktischen Fertigkeiten wie auditive Merkfähigkeit und Visuomotorik hätten aufgrund regelmäßiger Anwendung und Übung im schulischen Kontext bessere Ergebnisse erwarten lassen.

Aussagen zur **Kognition** können nicht gemacht werden. Der Wechsler non verbal wurde angeschafft, weil er als geeignet gilt, eine kognitive Testung auch mit Sprachbarriere durchzuführen. Selbst in der beschriebenen Variante mit nur zwei Untertests kam es zu einer Durchführungszeit des Tests von mindestens 20 min und sprengte somit den zeitlichen Rahmen.

5.2 Bewertung der Methoden

Die Erhebungen der Seiteneinsteigeruntersuchung als Datenpool zur Beschreibung der Gesundheitssituation der minderjährigen Flüchtlinge zu nutzen ist grundsätzlich geeignet. Als Pflichtuntersuchung werden alle Schüler aus dem Ausland im KJGD des Rhein-Erft-Kreises vorstellig. Dies ist zusätzlich von den Schulen über die Schulmitteilungen der Seiteneinsteigeruntersuchung kontrollierbar, da sie diese nach Durchführung der Untersuchung erhalten oder aber selbst meist noch vor Aufnahme des seiteneinsteigenden Flüchtlings an der Schule einfordern. Eine ungewollte Selektion der hier erfassten Seiteneinsteiger wurde durch die Untersuchungspflicht und die definierten Einschlusskriterien (bestimmte Herkunftsländer oder Aufenthalt in einem Erstaufnahmelager für Flüchtlinge) weitestgehend ausgeschlossen. Da allein die untere Gesundheitsbehörde mit der Durchführung der pflichtigen Seiteneinsteigeruntersuchung beauftragt ist und diese zum regelmäßigen Aufgabenspektrum gehört, war Untersuchungsmaterial und Personal bereits vorhanden. Die Seiteneinsteigeruntersuchung ist umfangreich und erfasst viele gesundheitsrelevante Merkmale.

Als Nachteil ist der retrospektive Zugriff auf die erhobenen Daten in der Seiteneinsteigeruntersuchung zu sehen. Für verschiedene Bereiche lag eine teilweise sehr lückenhafte Erfassung vor. Für eine vollständigere Datensammlung wäre eine längere Vorlaufzeit notwendig gewesen. Die zu untersuchenden Merkmale hätten genauer definiert und allen an der Erhebung beteiligten Personen noch detaillierter kommuniziert werden müssen. Ebenso gab es für bestimmte Merkmale keine einheitlichen Untersuchungsabläufe/-bewertungen, so zum Beispiel in der Gewichts- und Blutdruckmessung oder der Bewertung der Zahngesundheit. Hier wären im Vorfeld ebenfalls genaue Handlungsanweisungen erforderlich gewesen.

Dopplungen der Untersuchungserfassung sind möglich, wenn Seiteneinsteigende vom Schuljahr 2015/16 danach im Herbst 2016 an dem Projekt „J1-JA-KLAR“ teilgenommen haben. Aufgrund der sehr geringen Fallzahlen ist jedoch nicht davon auszugehen, dass dies zu einer erheblichen Beeinflussung des Ergebnisses geführt hat.

5.3 Limitationen

Es handelt sich hier lediglich um eine grobe Einschätzung des Gesundheitszustands der dem Rhein-Erft-Kreis zugeteilten minderjährigen Asylsuchenden. Eine Vergleichserhebung in dieser Form mag bisher einzigartig sein, jedoch nicht repräsentativ für Deutschland oder andere Regionen Deutschlands. Aufgrund der bereits stattgefundenen Zuteilung auf den Rhein-Erft-Kreis hat bereits eine Form der Selektion stattgefunden. Zum Beispiel werden Flüchtlinge, die aufgrund einer bekannten Erkrankung fachspezialisiert betreut und therapiert werden müssen, einer Stadt oder einem Kreis zugeteilt, wo entsprechende Institutionen vorhanden sind.

Die in dieser Erhebung gewonnenen Daten beziehen sich lediglich auf den Zeitpunkt der Seiteneinsteigeruntersuchung. Es können keine Rückschlüsse auf den Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Ankunft in Deutschland gemacht werden. Ebenso wenig sind prognostische Aussagen möglich.

Für die meisten Merkmale lagen keine Gesundheitsdaten von in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen vor, die als direkter Vergleich genutzt werden konnten. Für viele Fragestellungen gab es nicht in allen Altersgruppen Erhebungen in der deutschen Bevölkerung, die repräsentativ waren. Oft wurden in Vergleichserhebungen auch unterschiedliche Untersuchungsverfahren, Testmaterialien oder Bewertungsmaßstäbe genutzt. In der KIGGS-Studie war beispielsweise im Fall der Gewichts- und Blutdruckmessung der Untersuchungsablauf anders definiert. Außerdem gab es teilweise abweichende Fragestellungen mit sich daraus ergebenden andersgearteten Ergebnisdefinitionen. So wurden bei der Erfassung der Unfälle, ebenfalls in der KiGGS-Studie, lediglich die Unfälle der letzten 12 Monate und damit die Prävalenz erfasst, um daraus Rückschlüsse für Präventionsmaßnahmen ziehen zu können. In der hier vorliegenden Erhebung geht es jedoch um die Gesundheit der ankommenden Flüchtlingskinder. Eine zeitliche Begrenzung der Erfassung des Unfallgeschehens hätte bleibende physische und therapiebedürftige Unfallfolgen länger zurückliegender Unfälle nicht berücksichtigt. Außerdem ist denkbar, dass Unfallgeschehen im Zusammenhang mit der Kriegssituation auch ohne physische Einschränkungen einen Risikofaktor für später auftretende psychische Folgen darstellen. Dass fehlende Vergleichsgrößen mit Bezug zur Allgemeinbevölkerung die Einordnung von Gesundheitsproblemen unter Asylsuchenden und Flüchtlingen erschweren, wurde auch schon in einer anderen Studie beschrieben (Frank, Yesil-Jürgens, Razum, Bozorgmehr, Schenk, Gilsdorf, Rommel, und Lampert 2017: 24-46)

Merkmale, die über mündliche Selbstauskunft und Fragebogen erhoben wurden (zum Beispiel Schwimmen) sind als nicht endgültig aussagekräftig einzustufen, da hier möglicherweise unterschiedliche Ansichten zur Definition bestehen oder auch eine bessere Selbstdarstellung angenommen werden kann.

So ist auch davon auszugehen, dass nicht alle bekannten Krankheitsbilder und andere wichtige Informationen zur Gesundheit in der Anamnese erfasst wurden. Wenige Familien konnten sich ausreichend auf Deutsch oder Englisch verständigen, was die Anamnese erheblich erschwerte und unsicher machte. Nur sehr selten wurden Familien durch einen Dolmetscher begleitet. Wenn ein Übersetzer bei der Untersuchung zugegen war, handelte es sich meist um einen Bekannten oder Familienangehörigen. Eine Befangenheit in Bezug auf bestimmte Fragen ist nicht auszuschließen. Ein von der Erstaufnahmeeinrichtung ausgestelltes Gesundheitsblatt, auf dem die meist durch Dolmetscher begleiteten Untersuchungen dokumentiert sind, oder andere medizinische Dokumente wurden nur selten vorgelegt. Auf Nachfrage sagten die Familien wiederholt, dass ihnen das Gesundheitsblatt der Erstaufnahme und der dort ausgestellte Impfpass nicht ausgehändigt worden seien. Die wenigen Gesundheitskarten, die vorgelegt wurden, waren weder einheitlich noch regelmäßig komplett ausgefüllt. Außerdem gilt es als wahrscheinlich, dass unterschiedliche kulturelle Bewertungen von Gesundheitszuständen dazu führten, dass es für einige Familien nicht selbstverständlich war, Informationen zu therapiebedürftigen gesundheitlichen Auffälligkeiten, wie z. B. Epilepsie sofort zu erwähnen. Auch die Sensibilität für das Erkennen von allergischen Symptomen bei einer Rhinitis ist möglicherweise nicht so hoch wie in deutschen Familien. In der Erfassung der anamnestischen Daten kann somit von einer Untererfassung ausgegangen werden. Ebenso gibt es in den Herkunftsländern unterschiedliche medizinische Zugangsmöglichkeiten, die eine Diagnosestellung bei einzelnen Kindern und Jugendlichen bisher nicht ermöglicht haben. Die bei der Untersuchung aufgefallenen gesundheitlichen Beschwerden, die eine fachärztliche Abklärung erforderlich machten, konnten in der Regel mangels Rückantworten nicht als Diagnose, sondern lediglich als kontrollbedürftig berücksichtigt werden.

Es können nur Erkrankungen oder Symptome erfasst werden, nach denen auch gezielt gefragt oder gesucht wird. Ein Screening-Programm ist z. B. weder für Hepatitis B oder C noch für die Bilharziose vorgesehen, eine Nennung dieser Erkrankungen ist in keinem Fall erfolgt.

Die Untersuchungspopulation ist für einige selten auftretende Merkmale zu klein. Aussagen zu chronischen Erkrankungen können bestenfalls als grobe Einschätzung einer Tendenz gelten, lassen jedoch keine validen Schlüsse zu. Ebenso ist eine Differenzierung nach Geschlecht und Alter innerhalb der Untersuchungspopulation oft ungenau, da der Anteil weiblicher Untersuchter deutlich kleiner ist und damit für viele Merkmale nicht mehr als aussagekräftig gelten kann. Der Anteil männlicher Untersuchter der minderjährigen Flüchtlinge ist dementsprechend besonders hoch. Dazu gehört eine große Gruppe um F, die im Rhein-Erft-Kreis überwiegend männlich und der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen zugeordnet war.

Das Setting der Untersuchung ist nicht geeignet, eine psychische Erkrankung zu diagnostizieren. Es wurde in der Abteilung beschlossen, keine psychische Anamnese aus Eigeninitiative

durchzuführen. Traumatisierungen und psychische Folgen werden häufig erst nach einem längeren Prozess im „Alltag“, der mit der Schule beginnt, zur Kenntnis genommen. Vor allem männliche Jugendliche am Übergang zur Volljährigkeit geben sich in der Untersuchung stark. Narben, die vermutlich durch Fremdeinwirkung entstanden sind, werden bagatellisiert. Außerdem wird ein erhebliches Risiko gesehen, durch eingehendere psychische Anamnese eine Sensibilität für die Traumatisierung offen zu legen, der dann keine ausreichend adäquate Hilfe entgegen gebracht werden kann. Weder psychotherapeutische Plätze noch die erforderlichen Dolmetscher sind ausreichend vorhanden. Die Kostenübernahme der Therapie und der Dolmetscher kommt in der Regel von unterschiedlichen Leistungsträgern und ist in beiden Fällen meist problematisch.

Ebenso ist das Setting der Untersuchung für eine Aussage zur Kognition nicht geeignet. Zum einen aufgrund des zeitlich begrenzten Rahmens, der geeignete Testungen nicht zulässt und zum anderen wegen der zweifelhaften Auswertbarkeit der Testergebnisse, insbesondere, wenn sie im unterdurchschnittlichen Bereich sind. Es muss davon ausgegangen werden, dass viele Kinder und Jugendliche in ihrer instabilen sozialen Situation eine verminderte Konzentration aufweisen und somit gerade bei kognitive Testleistungen unter ihren Möglichkeiten abschneiden.

5.4 Schlussfolgerungen

Kinder und Jugendliche aus Flüchtlingsfamilien im Rhein-Erft-Kreis benennen weniger Erkrankungen und Symptome, die dem atopischen Formenkreis zugeordnet werden. Sie haben eher einen geringeren BMI und seltener hohe Blutdruckwerte. Es bleibt abzuwarten, ob hier in den nächsten Jahren eine Anpassung stattfinden wird.

Außerdem weisen Vergleiche in der mittleren Altersgruppe bei den asylsuchenden Jugendlichen auf eine bessere Sehfähigkeit bei geringerer Brillenverordnung hin. Hier sollte überlegt werden, warum die Jugendlichen im Rhein-Erft-Kreis in der Sehfähigkeit schlechter abschneiden und darüber hinaus während der letzten Jahre ein Trend zur Verschlechterung festzustellen war.

Versorgungs- und Handlungsbedarf bei den untersuchten Flüchtlingen besteht besonders in der Nachholung fehlender Impfungen in der Dokumentation, in der Behandlung des Zahnstatus mit Aufklärung über adäquate Zahnhygiene und in der Schwimmfähigkeit. Eine bessere Aufklärungsarbeit wie Zahnputzprogramme bei den Minderjährigen und auch bei den Eltern könnte eine sinnvolle Maßnahme darstellen. Schwimmkurse als Unfallprävention sind geeig-

net zum Erlernen der Schwimmtechnik und zur Förderung der sportlichen Aktivität und Gesundheit. Außerdem können sie Deutschkenntnisse fördern und damit auch die Integrationschancen verbessern.

Ein Zusammenhang zwischen der zeitlich genannten Schulerfahrung und schulpraktischen Fähigkeiten kann nicht ausgemacht werden. Wie vergleichbar Bildung im Herkunftsland mit dem deutschen Schulsystem ist und wie gut die Integration der seiteneinsteigenden Flüchtlinge in das deutsche Schulsystem funktioniert, wird eine weitere entscheidende Frage für die nächsten Jahre sein.

Ein frühzeitiges Erkennen und Behandeln einer psychischen Belastungsstörung ist für Kinder und Jugendliche von großer Bedeutung. Hier fehlt ein Handlungskonzept und Screening zur frühzeitigen Identifikation von behandlungsbedürftigen minderjährigen Asylsuchenden. Dies setzt jedoch auch ausreichend vorhandene Ressourcen (Psychotherapeuten, Sozial- und Sonderpädagogen) für die Umsetzung voraus. Ein besonderes Augenmerk gilt den UmF, die eine besondere Risikogruppe für die Entwicklung einer psychischen Symptomatik darstellen, besonders auch in der Zeit vor dem Wechsel in die Volljährigkeit.

Eine längere Untersuchungszeit in der Seiteneinsteigeruntersuchung ist erforderlich, um die Untersuchung und Testungen zu optimieren und bessere Aussagen zur Gesundheitssituation und zur altersgerechten Schulfähigkeit oder zu Unterstützungsbedarfen machen zu können.

Für qualitativ bessere Aussagen zur Zahngesundheit wäre es sinnvoll, im KJGD mit einer bewährten Methode zur Ermittlung des Kariesrisikos zum Beispiel dem DMF-T-Index zu arbeiten, mit dem auch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) arbeitet.

Die Sprachbarriere durch mangelnde Deutschkenntnisse war in allen Bereichen der Seiteneinsteigeruntersuchung problematisch. Eine reguläre Einbestellung von Dolmetschern wäre hilfreich, auch wenn dies eine aufwendigere Vorbereitung und Organisation voraussetzt und einen finanziellen Mehraufwand bedeutet. Denkbar wäre auch ein Video-Dolmetschersystem, wie es u. a. im Gesundheitsamt in Köln erfolgreich praktiziert wird.

In Zusammenarbeit mit Schulen als Multiplikatoren zur Gesundheitsförderung und -erhaltung wären gezielte Kontrolluntersuchungen nach einem Jahr Schulbesuch denkbar. Die Erfassung der subjektiven Gesundheit und der aktuellen Schulbildung durch den KJGD könnte wichtige Hinweise auf den Verlauf der „Postmigrationsphase“ geben. Da geeignete sprachlich und kulturell adaptierte Screening- und Diagnostikinstrumente zur Beurteilung der psychischen Gesundheit noch nicht zur Verfügung stehen, wäre hier eine kinder- und jugendpsychiatrische Unterstützung wertvoll. Mit besseren Deutschkenntnissen der Flüchtlinge könnten in diesem Rahmen auch mögliche Förderbedarfe in der Schule besser beurteilt werden.

Problematisch ist die weitere ärztliche Versorgung, u. a. auch das Umsetzen der Impfempfehlung durch die Seiteneinsteigeruntersuchung. Die Sorge darum verbleibt meist in den Familien. Der Rücklauf der Arztbriefe ist insgesamt wenig und damit unbefriedigend. Es ist unklar, ob der Empfehlung, einen Arzt zu konsultieren nachgekommen worden ist oder welche therapeutischen Indikationen sich aus dem Besuch ergeben haben. Es ist zu vermuten, dass Familien aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse nicht wissen, wie sie sich um einen Kontrolltermin bei einem entsprechenden Facharzt kümmern können. Der Zugang zur medizinischen Versorgung muss erleichtert und die Rückmeldung über Arztbesuche optimiert werden.

Informationsmaterialien in den am häufigsten gebrauchten Sprachen zu ausgewählten Themen (impfpräventable Erkrankungen, Zahnhygiene, psychische Erkrankungen, Suchtverhalten, Tuberkulose, Unfallprävention) wären förderlich. Außerdem würde eine standardisierte Patientenmappe, die bei den Asylsuchenden verbleibt, eine große Hilfe im Erkennen und Bewerten von bestehenden Grundkrankheiten darstellen.

Eine Kooperation und Vernetzung der Seiteneinsteigeruntersuchung mit anderen Bereichen und Institutionen (Kommunales Integrationszentrum, Schulamt, Zahnärztlicher Dienst) wäre sinnvoll, um den minderjährigen Flüchtlingen mit ihrer Begleitung mehrere Wege zu ersparen und alle Fragen rund um Einschulung und Gesundheit mit Dolmetscher möglichst an einem Tag zu klären. Entsprechende Empfehlungen für Kontrolluntersuchungen und Impfungen könnten sofort erläutert werden. In einer kombinierten Untersuchungseinheit mit dem zahnärztlichen Dienst wäre neben der fachärztlichen Erfassung der Zahngesundheit auch die Beurteilung einer dringenden Behandlungsnotwendigkeit möglich. Dies könnte auch das Verfahren der Kostenübernahme der weiteren Behandlung in der Zahnarztpraxis vereinfachen und beschleunigen.

6. Literaturverzeichnis

- Abramidze, T., Gotua, M., Rukhadze, M., Mgaloblishvili, N. und Gamkrelidze, A., 2013. Trends in the prevalence of childhood asthma and allergy in Western part of Georgia. *Georgian Med News* 220-221:39-42
- Ahrendt, L., Rheker, U. und Riederle, J. (Hg.), 2012. 2. Fachtagung Schwimmen lernen. Unter Mitarbeit von Inga Fokken. Norderstedt: Books on Demand S.47
- Ahrendt, L., 2014. Schwimmen für Kinder. Kreatives Wasserspiel und frühes Schwimmenlernen im Alter von 3-5 Jahren. 2. Aufl. Aachen: Meyer & Meyer Verlag S. 21
- American Academy of Pediatrics, 2004. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics* 2004; 114: 555-576
- Aruin, S., 2015. Gesundheitsförderung in der Integrationsarbeit. Vortrag der Fachtagung der BZgA am 05.02.2015 in Essen: Gesund aufwachsen in vielen Welten - Förderung der psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. *Gesundheitsförderung Konkret* Band 19 S. 68-73
- Banac, S., Rozmanic, V. Manestar, K. et al., 2013. Rising trends in the prevalence of asthma and allergic diseases among school children in the north-west coastal part of Croatia. *J Asthma* 50:810-814
- Bao, W., Threefoot, S.A., Srinivasan, S.R. und Berenson, G.S., 1995. Essential hypertension predicted by tracking of elevated blood pressure from childhood to adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Am J Hypertens* 8:657-665
- Bauer, A., Schreyer, F., 2016. Sinnvoll ist Unterstützung über Volljährigkeit hinaus. Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung. IAB-Kurzbericht 13/2016
- Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. 2017. Kinderbrillen. URL: <http://cms.augeninfo.de/hauptmenu/gesunde-auge/junge-auge-schuetzen-vorsorge-bei-kindern/kinderbrillen.html> [Stand: 12.11.2017]
- Bozorgmehr, K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S. und Schneider, C., 2016. Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990-2014). *Bundesgesundheitsbl* 2016; 59:599-620

Bozorgmehr, K., Nöst, S., Thaiss, H.M. und Razum, R., 2016. Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden. Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. Bundesgesundheitsbl 2016; 59:545-555

Brewer, N.T., Chapman, G.B., Gibbons, F.X., Gerrard, M., McCaul, K.D. und Weinstein, N.D., 2007. Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination. Health Psychol 26:136-145

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2016a. Das Bundesamt in Zahlen 2015, Modul Asyl S. 18-23.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2016b. 476.649 Asylanträge im Jahr 2015. URL: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2016/201610106-asylgeschaefsstatistik-dezember.html> [Stand 13.10.2017]

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2016c. Unbegleitete Minderjährige. URL: <http://www.bamf.de/DE/Fluechtlingschutz/UnbegleiteteMinderjaehrige/unbegleitete-minderjaehrige-node.html> [Stand 13.10.2017]

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2014. Unbegleitete Minderjährige in Deutschland. Fokus-Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN) BAMF-Working Paper 60, S. 19

Chen, X., Wang, Y., 2008. Tracking of blood pressure from childhood to adulthood: a systematic review and meta-regression analysis. Circulation 117 (25): 3171–3180

Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M. und Dietz, W.H., 2000. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. British Medical Journal 320, 1-6

Daseking, M., Petermann, F., Röske, D., Trost-Brinkhues, G. Simon, K. und Oldenhage, M., 2009. Entwicklung und Normierung des Einschulungsscreenings SOPESS. Gesundheitswesen 2009; 71:648-655

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie, 2013. Leitlinien Arterielle Hypertonie im Kindes- und Jugendalter. Registrierungsnummer: 023-040, Entwicklungsstufe: S2k URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/023-040l_S2k_Arterielle_Hypertonie_Kinder_Jugendliche_2014-06.pdf [Stand 13.10.2017]

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2007. Gesundheit und Integration: Ein Handbuch für Modelle guter Praxis, 2. Aufl. Berlin S.15-22

- DLRG, 2016a. Traurige Bilanz 2015: Fast 500 Menschen ertrunken. URL: <https://www.dlrg.de/fuer-mitglieder/meldung-im-detail/neuigkeit/618/News.html> [Stand 13.10.2017]
- DLRG, 2016b. Fröhschwimmer. URL: <https://www.dlrg.de/lernen/breitenausbildung/seepferdchen.html> [Stand 13.10.2017]
- Dragano, N., Gerhardus, A., Kurth, B.M., Kurth, T., Razum, O., Stang, A., Teichert, U., Wieler, L.H. et al. et al., 2016. „Public Health - mehr Gesundheit für alle; Ziele setzen - Strukturen schaffen - Gesundheit verbessern“ Gesundheitswesen 2016; 78:686–688
- Dude, A., 2013. Standards und Qualitätssicherung im Hörscreening des KJGD. (Fortbildungsmaterialien der AföG) Düsseldorf, 1-30
- Dude, A., 2013. Standards und Qualitätssicherung im Sehscreening des KJGD. (Fortbildungsmaterialien der AföG) Düsseldorf, S. 1-33
- Eichenhofer, E., 2013. Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge. Z Ausl Ausländerpol 33:169-175
- Fazel, M., Wheeler, J. und Danesh, J., 2005. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. The Lancet; 36, 1309–1314
- Frank, L., Yesil-Jürgens, R., Razum, O., Bozorgmehr, K., Schenk, L., Gilsdorf, A., Rommel, A. und Lampert, T., 2017. Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2 (1): 24-47
- Gardemann, J., Bozorgmehr, K. und Razum, O., 2015. Unfallverhütung bei Flüchtlingen. Gesundheitswesen 77(10):735
- Gardemann, J., Wilp, T., 2016. Gültigkeit international verbindlicher, normativer und technischer Standards der Flüchtlingshilfe auch in den deutschen Erstaufnahmeeinrichtungen. Bundesgesundheitsbl 2016; 59:556-560
- Gardemann, J., Mashkooi, K., 1998. Zur Gesundheitssituation der Flüchtlingskinder in Münster: statistische und epidemiologische Darstellung einiger ausgewählter Gesundheitsindikatoren anlässlich einer Erhebung bei 178 Flüchtlingskindern unter 15 Jahren in allen städtischen Übergangseinrichtungen. Das Gesundheitswesen, Jg. 60 (1998), 11:686-693
- Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B. und Rosner, R., 2008. Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. Kindheit und Entwicklung, 17 (4): 224–231

Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Jugendgesundheitsuntersuchung. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1270/RL-JUG_2016-07-21_iK-2017-01-01.pdf [Stand: 13.10.2017]

Gemeinsamer Bundesausschuss, 2009. Kinder-Richtlinie/ Anlage 7 (Änderung des Merkblatts zum Neugeborenen-Hörscreening) URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-866/2009-06-18-Kinder-Merkblatt_BAnz.pdf [Stand 13.10.2017]

Hanevold, C., Waller, J., Daniels, S. et al., 2004. The effects of obesity, gender, and ethnic group on left ventricular hypertrophy and geometry in hypertensive children: a collaborative study of the International Pediatric Hypertension Association. *Pediatrics* 113: 328-333

Hebebrand, J., Herpertz-Dahlmann, B., 2009. Psychological and psychiatric aspects of pediatric obesity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*; 18: 49–65

Huemer, J., Karnik, N. und Steiner, H. 2009. Unaccompanied refugee children. *The Lancet*, 373: 612-614

Hurrelmann, K., Klotz, T. und Haisch, J. (Hg.), 2014. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. vollst. Überarb. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber, S. 314

Institut der deutschen Zahnärzte, 2016. Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) - Kurzfassung. Hrsg. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. (BZÄK) Berlin/Köln

KiGGS, 2017. KiGGS Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. URL: <https://www.kiggs-studie.de/deutsch/studie/kiggs-welle-2.html> [Stand: 11.11.2017]

Kleinertz, H., 2015. Geht der Schulschwimmunterricht in den Grundschulen des Rhein-Erft-Kreises baden? Analyse der strukturellen Einflussfaktoren auf die Schwimmfähigkeit hinsichtlich des Lern- und Schwimortes. Masterarbeit HHU-Düsseldorf

Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M. et al., 2001. Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Kinderheilkd* 149:807-818

Kühne, A., Gilsdorf, A., 2016. Ausbrüche von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende 2004-2014 in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 59;5:570-577

Kurth, B.M., Schaffrath Rosario, A., 2007. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50(5-6):736-743

Lampert, T., Kuntz, B. und KiGGS Study Group, 2015. Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin. GBE kompakt 6(1)
URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2015_1_gesund_aufwachsen.pdf?__blob=publicationFile
[Stand:10.11.2017]

Landesdatenbank NRW 2017. URL: <https://www.landesdatenbank.nrw.de/ldbnrw/online/data;jsessionid=A64A6B6980477792702B0E59521CE680?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1507558937621&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&selectionname=12410-05ir&auswahltext=%23Z-1.12.2015%23RKREISE-05362&nummer=2&variable=1&name=KREISE&werteabruf=Werteabruf> [Stand: 13.10.2017]

Metzner, F., Reher, C., Kindler, H. und Pawils, S., 2016. Psychotherapeutische Versorgung von begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen und Asylbewerbern mit Traumafolgestörungen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 2016; 59:642-651

Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, 2015. Landesgesundheitsbericht 2015. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen S. 62

Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2016. Richtlinien und Lehrpläne für die Grundschule in Nordrhein-Westfalen. Deutsch, Sachunterricht, Mathematik, Englisch, Musik, Kunst, Sport, Evangelische Religionslehre. 1. Aufl. Frechen: Ritterbach 2012 S. 116

Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2015. FAQ-Liste - Schulärztliche Untersuchungen bei der Einschulung von zuwandernden Kindern und Jugendlichen. [Stand Dezember 2015]

Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2016. Integrationsprofil Rhein-Erft-Kreis. Daten zu Zuwanderung und Integration. Ausgabe 2016 S. 2-5

Mohammadzadeh, Z., Jung, F. und Lelgemann, M., 2016. Gesundheit für Flüchtlinge – das Bremer Modell. Bundesgesundheitsbl 2016; 59:561-569

Moos, K., 2015. „J1-JA-KLAR?!“ Ergebnisevaluation einer Maßnahme des ÖGD zur Anhebung der Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) im Rhein-Erft-Kreis (NRW) im Zeitraum von 2010 bis 2013. Masterarbeit HHU-Düsseldorf

- Müller, D., Nägele, B. und Petermann, F. 2014. Jugendliche in unsicheren Aufenthaltsverhältnissen im Übergang Schule-Beruf. Zoom - Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V. Göttingen, S. 101
- Neuheuser, H., Poethko-Müller, C. und KiGGS Study Group, 2014. Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) Bundesgesundheitsbl 2014; 57:779-788
- Neuhauser, H., Schienkiewitz, A., Schaffrath Rosario, A., Dortschy, R. und Kurth, B.M., 2013. Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS). Robert-Koch-Institut Berlin, 2. Aufl. S. 100-113
- Neuhauser, H., Thamm, M., 2007. Blutdruckmessung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Methodik und erste Ergebnisse. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50(5-6):728-735
- Neuhauser, H., Thamm, M., Ellert, U. et al., 2011. Blood pressure percentiles by age and height from nonoverweight children and adolescents in Germany. Pediatrics 127(4): e978–988
- Nöst, S., Bozorgmehr, K., (2016). Gesundheitszustand und Versorgungssituation von Asylsuchenden – ein Überblick. Kinderärztliche Praxis 87:389-395
- Nowotny, T., Eisenberg, W. und Mohnike, K., 2014. Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Strittiges Alter - strittige Altersdiagnostik. Dtsch Arztebl 2014; 111(18):786-788
- N-tv.de, 2015. Verteilung der Flüchtlinge. Das ist der Königsteiner Schlüssel. Artikel vom 06.09.2015 URL: <http://www.n-tv.de/politik/Das-ist-der-Koenigsteiner-Schluessel-article15876226.html> [Stand 10.11.2017]
- ÖGDG, 2016. Schulpflicht und Einschulungsuntersuchungen von „neu zuwandernden Kindern und Jugendlichen“, Handreichung des ÖGDG, [Stand 18.01.2016]
- Pfeil, J., Kobbe, R., Trapp, S., Kitz, C. und Hufnagel, M., 2015. Empfehlungen zur infektiologischen Versorgung von Flüchtlingen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, der Gesellschaft für Tropenpädiatrie und Internationale Kindergesundheit und des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte. Kinderheilkunde 2015; 163:1269–1286
- Poethko-Müller, C., Kuhnert, R. und Schlaud, M., 2007. Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50(5-6):851-862

Pollok, B., 2014. Last und Lust der Gewohnheit - Modelle der Verhaltensänderung - Determinanten der Bevölkerungsgesundheit. Vorlesungsskript Public Health, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 02.11.2014

Preissing, C., Schneider, B., 2012. Die gute Kita gestalten. Referenzrahmen zur Qualitätsentwicklung in der guten gesunden Kita - Für Kita-Träger, Leitungen und pädagogische Mitarbeiter. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh S. 8

Razum, O., Bunte, A., Gilsdorf, A., Ziese, T. und Bozorgmehr, K., 2016. Gesundheitsversorgung von Geflüchteten: Zu gesicherten Daten kommen. Dtsch Arztebl 2016; 113(4):130-133

Rhein-Erft-Kreis, 2017. Geographie und Geschichte. URL: <https://www.rhein-erft-kreis.de/der-rheinerftkreis/artikel/geografie-und-geschichte> [Stand 13.10.2017]

Robert-Koch-Institut, 2005. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung S. 37-52

Robert-Koch-Institut, 2015. Epidemiologisches Bulletin 41/2015: Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland

Robert-Koch-Institut, 2016a. Epidemiologisches Bulletin 1/2016: Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance Impfquoten der Masern-, HPV- und Influenza-Impfung in Deutschland

Robert-Koch-Institut, 2016b. KiGGS Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/kiggs_node.html [Stand 13.10.2017]

Robert-Koch-Institut, 2017. Dem Robert-Koch-Institut übermittelte meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland URL: <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Asylsuchende.html> [Stand: 13.10.2017]

Ruf-Leuschner, M., Schauer, M. und Elbert, T., 2010. Prevalence of traumatic stress and mental health problems in children of asylum-seekers in Germany. Z Klein Psychol Psychother 39:151-160.

Saß, A.C., Poethko-Müller, C. und Rommel, A., 2014. Das Unfallgeschehen im Kindes- und Jugendalter – Aktuelle Prävalenzen, Determinanten und Zeitvergleich. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung. Bundesgesundheitsbl 2014; 57:789-797

Schmitz, R., Atzpodien, K. und Schlaud, M., 2012. Prevalence and risk factors of atopic diseases in German children and adolescents. Pediatr Allergy Immunol 23:716-723

Schmitz, R., Thamm, M., Ellert, U., Kalcklösch, M. und Schlaud, M., 2014. Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung. Bundesgesundheitsbl 2014; 57:771-778

Schönweiler, R., Schmidt, C.M., 2009. Universelles Neugeborenen-Hörscreening und Hörstörungen bei Kindern. Dtsch Arztebl; 106(20):355-6

Schreyer, F., Bauer, A. und Kohn, K.H., 2015. Betriebliche Ausbildung von Geduldeten: Für den Arbeitsmarkt ein Gewinn, für die jungen Fluchtmigranten eine Chance. IAB-Kurzbericht 1/2015

Smid, G.E., Lensvelt-Mulders, G.J., Knipscheer, J.W. et al., 2011. Late-onset PTSD in unaccompanied refugee minors: exploring the predictive utility of depression and anxiety symptoms. J Clin Child Adolesc Psychol 40:742-755.

Statistisches Bundesamt, 2015a. eurostat pressemitteilung 53/2015-20.März 2015. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/6751783/3-20032015-BP-DE.pdf> [Stand 13.10.2017]

Statistisches Bundesamt, 2015b. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2015 – Fachserie 1 Reihe 2.2 S. 36

Statistisches Bundesamt, 2016. Unbegleitete Einreisen Minderjähriger aus dem Ausland lassen Inobhutnahmen 2015 erheblich ansteigen. Pressemitteilung vom 2. August 2016 - 268/16 URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/08/PD16_268_225.html [Stand 13.10.2017]

The Sphere Project, 2011. Humanitäre Charta und Mindeststandards in der humanitären Hilfe. 3. Aufl Bonn: Köllen

Trost-Brinkues, G., 2017. SOPESS – Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening in den Schuleingangsuntersuchungen des KJGD -Ein Erfahrungsaustausch- Vortragsfolien der Veranstaltung in der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf am 07.11.2017

Van Cleave, J., Gortmaker, S.L. und Perrin, J.M., 2010. Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and youth. JAMA 303:623-630

Wabitsch, M., Kunze, D. und Moß, A., 2014. Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Konsensus-Konferenz der AGA am 21.11.2014 S. 21-23

Wenner, J., Razum, O., Schenk, L., Ellert, U. und Bozorgmehr, K., 2016. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus im Vergleich zu Kindern mit und ohne Migrationsgrund: Auswertung der KiGGS-Daten 2003-06. Bundesgesundheitsbl 2016; 59:627-635

WHO, UNICEF, 2016. Syrian Arab Republic: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2015 revision. URL: http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/syr.pdf [Stand 13.10.2017]

Zeitlmann, N., George, M. und Falkenhorst, G., 2016. Polioimpfung und Stuhlscreening in deutschen Erstaufnahmeeinrichtungen für Asylsuchende, November 2013 – Januar 2014. Was wurde umgesetzt? Bundesgesundheitsbl 2016;59:584-591

7. Anhang

In den folgenden Tabellen variiert die Gesamtzahl aufgrund unvollständiger Datenerfassung für bestimmte Merkmale.

Geschlecht - unbegleitet/begleitet - Alter						
Alter				unbegleitet		Gesamt
				unbegleitet	begleitet	
7-10 Jahre	Geschlecht	männlich	Anzahl	3	119	122
			% innerhalb von (un-)begleitet	60,0%	59,5%	59,5%
		weiblich	Anzahl	2	81	83
			% innerhalb von (un-)begleitet	40,0%	40,5%	40,5%
	Gesamt		Anzahl	5	200	205
			% innerhalb von (un-)begleitet	100,0%	100,0%	100,0%
11-13 Jahre	Geschlecht	männlich	Anzahl	17	82	99
			% innerhalb von (un-)begleitet	100,0%	73,2%	76,7%
		weiblich	Anzahl	0	30	30
			% innerhalb von (un-)begleitet	0,0%	26,8%	23,3%
	Gesamt		Anzahl	17	112	129
			% innerhalb von (un-)begleitet	100,0%	100,0%	100,0%
14-17 Jahre	Geschlecht	männlich	Anzahl	113	73	186
			% innerhalb von (un-)begleitet	99,1%	64,6%	81,9%
		weiblich	Anzahl	1	40	41
			% innerhalb von (un-)begleitet	0,9%	35,4%	18,1%
	Gesamt		Anzahl	114	113	227
			% innerhalb von (un-)begleitet	100,0%	100,0%	100,0%
Gesamt	Geschlecht	männlich	Anzahl	133	274	407
			% innerhalb von (un-)begleitet	97,8%	64,5%	72,5%
		weiblich	Anzahl	3	151	154
			% innerhalb von (un-)begleitet	2,2%	35,5%	27,5%
	Gesamt		Anzahl	136	425	561
			% innerhalb von (un-)begleitet	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 1: Geschlecht differenziert nach unbegleitet/begleitet und Alter in Anzahl und Prozent

Schulbesuchserfahrung - Alter - Geschlecht								
Geschlecht				Alter in Jahren			Gesamt	
				7-10	11-13	14-17		
männlich	Schulbesuch	altersgerecht	Anzahl	79	50	76	205	
			% innerhalb von Alter	76,0%	72,5%	53,5%	65,1%	
		vermindert	Anzahl	2	17	54	73	
			% innerhalb von Alter	1,9%	24,6%	38,0%	23,2%	
		kein Schulbesuch	Anzahl	3	2	12	17	
			% innerhalb von Alter	2,9%	2,9%	8,5%	5,4%	
	kein Schulbesuch 7-8 Jährige	Anzahl	20	0	0	20		
		% innerhalb von Alter	19,2%	0,0%	0,0%	6,3%		
	Gesamt			Anzahl	104	69	142	315
				% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
weiblich	Schulbesuch	altersgerecht	Anzahl	52	16	18	86	
			% innerhalb von Alter	71,2%	76,2%	60,0%	69,4%	
		vermindert	Anzahl	3	4	12	19	
			% innerhalb von Alter	4,1%	19,0%	40,0%	15,3%	
		kein Schulbesuch	Anzahl	0	1	0	1	
			% innerhalb von Alter	0,0%	4,8%	0,0%	0,8%	
	kein Schulbesuch 7-8 Jährige	Anzahl	18	0	0	18		
		% innerhalb von Alter	24,7%	0,0%	0,0%	14,5%		
	Gesamt			Anzahl	73	21	30	124
				% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Gesamt	Schulbesuch	altersgerecht	Anzahl	131	66	94	291	
			% innerhalb von Alter	74,0%	73,3%	54,7%	66,3%	
		vermindert	Anzahl	5	21	66	92	
			% innerhalb von Alter	2,8%	23,3%	38,4%	21,0%	
		kein Schulbesuch	Anzahl	3	3	12	18	
			% innerhalb von Alter	1,7%	3,3%	7,0%	4,1%	
	kein Schulbesuch 7-8 Jährige	Anzahl	38	0	0	38		
		% innerhalb von Alter	21,5%	0,0%	0,0%	8,7%		
Gesamt			Anzahl	177	90	172	439	
			% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle A 2: Schulbesuchserfahrung differenziert nach Alter und Geschlecht in Anzahl und Prozent

Schulbesuchserfahrung - Alter - unbegleitet/begleitet							
				Alter in Jahren			Gesamt
				7-10	11-13	14-17	
unbegleitet	Schulbesuch	altersgerecht	Anzahl	3	5	42	50
			% innerhalb von Alter	75,0%	50,0%	48,3%	49,5%
		vermindert	Anzahl	0	5	36	41
			% innerhalb von Alter	0,0%	50,0%	41,4%	40,6%
		kein Schulbesuch	Anzahl	0	0	9	9
			% innerhalb von Alter	0,0%	0,0%	10,3%	8,9%
	kein Schulbesuch 7-8 Jährige	Anzahl	1	0	0	1	
		% innerhalb von Alter	25,0%	0,0%	0,0%	1,0%	
	Gesamt		Anzahl	4	10	87	101
			% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
begleitet	Schulbesuch	altersgerecht	Anzahl	128	59	43	230
			% innerhalb von Alter	74,4%	76,6%	62,3%	72,3%
		vermindert	Anzahl	5	15	24	44
			% innerhalb von Alter	2,9%	19,5%	34,8%	13,8%
		kein Schulbesuch	Anzahl	3	3	2	8
			% innerhalb von Alter	1,7%	3,9%	2,9%	2,5%
	kein Schulbesuch 7-8 Jährige	Anzahl	36	0	0	36	
		% innerhalb von Alter	20,9%	0,0%	0,0%	11,3%	
	Gesamt		Anzahl	172	77	69	318
			% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Gesamt	Schulbesuch	altersgerecht	Anzahl	131	64	85	280
			% innerhalb von Alter	74,4%	73,6%	54,5%	66,8%
		vermindert	Anzahl	5	20	60	85
			% innerhalb von Alter	2,8%	23,0%	38,5%	20,3%
		kein Schulbesuch	Anzahl	3	3	11	17
			% innerhalb von Alter	1,7%	3,4%	7,1%	4,1%
	kein Schulbesuch 7-8 Jährige	Anzahl	37	0	0	37	
		% innerhalb von Alter	21,0%	0,0%	0,0%	8,8%	
	Gesamt		Anzahl	176	87	156	419
			% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 3: Schulbesuchserfahrung differenziert nach Alter und unbegleitet/begleitet in Anzahl und Prozent

Deutschkenntnisse begleiteter und unbegleiteter Flüchtlinge					
			Gesamt		
			unbegleitet	begleitet	
Deutsch- kenntnisse	kein deutsch	Anzahl	85	364	449
		% innerhalb von Begleitung	85,0%	93,8%	92,0%
	radebrechend	Anzahl	14	22	36
		% innerhalb von Begleitung	14,0%	5,7%	7,4%
	mit vielen Fehlern	Anzahl	1	2	3
		% innerhalb von Begleitung	1,0%	0,5%	0,6%
Gesamt		Anzahl	100	388	488
		% innerhalb von Begleitung	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 4: Deutschkenntnisse differenziert nach unbegleitet und begleitet in Anzahl und Prozent

Deutschkenntnisse begleiteter und unbegleiteter Flüchtlinge für Chi-Quadrat-Test				
		Deutschkenntnisse		Gesamt
		kein deutsch	mindestens radebrechend	
	unbegleitet	85	15	100
	begleitet	364	24	388
Gesamt		449	36	488

Tabelle A 5: Deutschkenntnisse differenziert nach unbegleitet / begleitet in Anzahl als Grundlage für den Chi-Quadrat-Test

Chronische Erkrankungen - Alter							
			Alter in Jahren			Gesamt	
			7-10	11-13	14-17		
chronische Erkrankungen	keine Angabe	Anzahl	203	135	249	587	
		% innerhalb von Alter	98,1%	100,0%	97,6%	98,3%	
	Epilepsie	Anzahl	1	0	2	3	
		% innerhalb von Alter	0,5%	0,0%	0,8%	0,5%	
	anderes	Anzahl	0	0	1	1	
		% innerhalb von Alter	0,0%	0,0%	0,4%	0,2%	
	psychische Symptomatik	Anzahl	3	0	3	6	
		% innerhalb von Alter	1,4%	0,0%	1,2%	1,0%	
	Gesamt		Anzahl	207	135	255	597
			% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 6: chronische Erkrankungen differenziert nach Alter in Anzahl und Prozent

Atopien - Geschlecht					
			Geschlecht		Gesamt
			männlich	weiblich	
Atopien	keine Angabe	Anzahl	431	159	590
		% innerhalb von Geschlecht	98,9%	98,8%	98,8%
	Rhinitis	Anzahl	1	0	1
		% innerhalb von Geschlecht	0,2%	0,0%	0,2%
	Asthma	Anzahl	2	0	2
		% innerhalb von Geschlecht	0,5%	0,0%	0,3%
	anderes	Anzahl	2	2	4
		% innerhalb von Geschlecht	0,5%	1,2%	0,7%
Gesamt	Anzahl	436	161	597	
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle A 7: Atopien differenziert nach Geschlecht in Anzahl und Prozent

Unfallgeschehen - Geschlecht					
			Geschlecht		Gesamt
			männlich	weiblich	
Unfall- geschehen	keine Angabe	Anzahl	415	158	573
		% innerhalb von Geschlecht	95,2%	98,1%	96,0%
	Krieg/Flucht	Anzahl	4	0	4
		% innerhalb von Geschlecht	0,9%	0,0%	0,7%
	Krieg/Flucht + bleibende Einschränkungen	Anzahl	2	2	4
		% innerhalb von Geschlecht	0,5%	1,2%	0,7%
	andere Ursache	Anzahl	7	1	8
		% innerhalb von Geschlecht	1,6%	,6%	1,3%
	andere Ursache + bleibende Einschränkung	Anzahl	8	0	8
		% innerhalb von Geschlecht	1,8%	0,0%	1,3%
Gesamt	Anzahl	436	161	597	
	% innerhalb von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle A 8: Unfallgeschehen differenziert nach Geschlecht in Anzahl und Prozent

Zahnstatus - Alter						
			Alter in Jahren			Gesamt
			7-10	11-13	14-17	
	ohne Karies	Anzahl	81	66	144	291
		% innerhalb von Alter	39,9%	53,7%	61,3%	51,9%
	teilkariös	Anzahl	60	35	36	131
		% innerhalb von Alter	29,6%	28,5%	15,3%	23,4%
	stark kariös	Anzahl	45	9	14	68
		% innerhalb von Alter	22,2%	7,3%	6,0%	12,1%
	ohne Karies behandelt	Anzahl	17	13	41	71
		% innerhalb von Alter	8,4%	10,6%	17,4%	12,7%
	Gesamt	Anzahl	203	123	235	561
		% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 9: Zahnstatus differenziert nach Alter in Anzahl und Prozent

Impfstatus - Alter						
			Alter in Jahren			Gesamt
			7-10	11-13	14-17	
	kein Impfpass	Anzahl	147	81	178	406
		% innerhalb von Alter	71,0%	60,0%	69,8%	68,0%
	MMR+TDpP vollständig	Anzahl	3	0	0	3
		% innerhalb von Alter	1,4%	0,0%	0,0%	0,5%
	TDpP vollständig	Anzahl	3	0	1	4
		% innerhalb von Alter	1,4%	0,0%	0,4%	0,7%
	MMR vollständig	Anzahl	1	1	2	4
		% innerhalb von Alter	0,5%	0,7%	0,8%	0,7%
	keine Impfung vollständig	Anzahl	53	53	74	180
		% innerhalb von Alter	25,6%	39,3%	29,0%	30,2%
	Gesamt	Anzahl	207	135	255	597
		% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 10: Impfstatus differenziert nach Alter in Anzahl und Prozent (MMR = Masern Mumps Röteln, TDpP = Tetanus Diphtherie Pertussis Polio)

Kontrollempfehlung für Haus-/Kinderarzt - Alter - Geschlecht								
Geschlecht				Alter in Jahren			Gesamt	
				7-10	11-13	14-17		
männlich	Haus-/ Kinderarzt	kein Arztbrief	Anzahl	113	102	200	415	
			% innerhalb von Alter	91,9%	98,1%	95,7%	95,2%	
		Arztbrief	Anzahl	10	2	9	21	
			% innerhalb von Alter	8,1%	1,9%	4,3%	4,8%	
	Gesamt			Anzahl	123	104	209	436
				% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
weiblich	Haus-/ Kinderarzt	kein Arztbrief	Anzahl	79	28	39	146	
			% innerhalb von Alter	94,0%	90,3%	84,8%	90,7%	
		Arztbrief	Anzahl	5	3	7	15	
			% innerhalb von Alter	6,0%	9,7%	15,2%	9,3%	
	Gesamt			Anzahl	84	31	46	161
				% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Gesamt	Haus-/ Kinderarzt	kein Arztbrief	Anzahl	192	130	239	561	
			% innerhalb von Alter	92,8%	96,3%	93,7%	94,0%	
		Arztbrief	Anzahl	15	5	16	36	
			% innerhalb von Alter	7,2%	3,7%	6,3%	6,0%	
	Gesamt			Anzahl	207	135	255	597
				% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 11: Kontrollempfehlung für Haus-/Kinderarzt differenziert nach Alter und Geschlecht in Anzahl und Prozent

Kontrollempfehlung für Orthopädie - Alter - Geschlecht								
Geschlecht				Alter in Jahren			Gesamt	
				7-10	11-13	14-17		
männlich	Orthopädie	kein Arztbrief	Anzahl	122	103	199	424	
			% innerhalb von Alter	99,2%	99,0%	95,2%	97,2%	
		Arztbrief	Anzahl	1	1	10	12	
			% innerhalb von Alter	0,8%	1,0%	4,8%	2,8%	
	Gesamt			Anzahl	123	104	209	436
				% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
weiblich	Orthopädie	kein Arztbrief	Anzahl	83	31	45	159	
			% innerhalb von Alter	98,8%	100,0%	97,8%	98,8%	
		Arztbrief	Anzahl	1	0	1	2	
			% innerhalb von Alter	1,2%	0,0%	2,2%	1,2%	
	Gesamt			Anzahl	84	31	46	161
				% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Gesamt	Orthopädie	kein Arztbrief	Anzahl	205	134	244	583	
			% innerhalb von Alter	99,0%	99,3%	95,7%	97,7%	
		Arztbrief	Anzahl	2	1	11	14	
			% innerhalb von Alter	1,0%	0,7%	4,3%	2,3%	
	Gesamt			Anzahl	207	135	255	597
				% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 12: Kontrollempfehlung für Orthopädie differenziert nach Alter und Geschlecht in Anzahl und Prozent

Kontrollempfehlung für Hautarzt - Alter - Geschlecht								
Geschlecht				Alter in Jahren			Gesamt	
				7-10	11-13	14-17		
männlich	Hautarzt	kein Arztbrief	Anzahl	119	104	206	429	
			% innerhalb von Alter	96,7%	100,0%	98,6%	98,4%	
		Arztbrief	Anzahl	4	0	3	7	
			% innerhalb von Alter	3,3%	0,0%	1,4%	1,6%	
	Gesamt			Anzahl	123	104	209	436
				% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
weiblich	Hautarzt	kein Arztbrief	Anzahl	83	31	45	159	
			% innerhalb von Alter	98,8%	100,0%	97,8%	98,8%	
		Arztbrief	Anzahl	1	0	1	2	
			% innerhalb von Alter	1,2%	0,0%	2,2%	1,2%	
	Gesamt			Anzahl	84	31	46	161
				% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Gesamt	Hautarzt	kein Arztbrief	Anzahl	202	135	251	588	
			% innerhalb von Alter	97,6%	100,0%	98,4%	98,5%	
		Arztbrief	Anzahl	5	0	4	9	
			% innerhalb von Alter	2,4%	0,0%	1,6%	1,5%	
	Gesamt			Anzahl	207	135	255	597
				% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 13: Kontrollempfehlung für Hautarzt differenziert nach Alter und Geschlecht in Anzahl und Prozent

Schwimmfähigkeit - Alter - Geschlecht						
Geschlecht			Alter in Jahren			Gesamt
			7-10	11-13	14-17	
männlich	Schwimmer	Anzahl	21	32	84	137
		% innerhalb von Alter	29,6%	47,8%	57,9%	48,4%
	Nichtschwimmer	Anzahl	50	35	61	146
		% innerhalb von Alter	70,4%	52,2%	42,1%	51,6%
	Gesamt	Anzahl	71	67	145	283
		% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
weiblich	Schwimmer	Anzahl	8	7	4	19
		% innerhalb von Alter	15,4%	36,8%	13,3%	18,8%
	Nichtschwimmer	Anzahl	44	12	26	82
		% innerhalb von Alter	84,6%	63,2%	86,7%	81,2%
	Gesamt	Anzahl	52	19	30	101
		% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Gesamt	Schwimmer	Anzahl	29	39	88	156
		% innerhalb von Alter	23,6%	45,3%	50,3%	40,6%
	Nichtschwimmer	Anzahl	94	47	87	228
		% innerhalb von Alter	76,4%	54,7%	49,7%	59,4%
	Gesamt	Anzahl	123	86	175	384
		% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 14: Schwimmfähigkeit differenziert nach Alter und Geschlecht in Anzahl und Prozent

Sehfähigkeit - Alter						
			Alter in Jahren			Gesamt
			7-10	11-13	14-17	
Überprüfung der Sehfähigkeit	keine Angabe	Anzahl	0	0	2	2
		% innerhalb von Alter	0,0%	0,0%	0,8%	0,3%
	unauffällig ohne Brille	Anzahl	146	111	188	445
		% innerhalb von Alter	70,5%	82,2%	73,7%	74,5%
	unauffällig mit Brille	Anzahl	2	1	3	6
		% innerhalb von Alter	1,0%	0,7%	1,2%	1,0%
	auffällig ohne Brille	Anzahl	56	21	58	135
		% innerhalb von Alter	27,1%	15,6%	22,7%	22,6%
	auffällig mit Brille	Anzahl	3	2	4	9
		% innerhalb von Alter	1,4%	1,5%	1,6%	1,5%
	Gesamt	Anzahl	207	135	255	597
		% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 15: Sehfähigkeit differenziert nach Alter in Anzahl und Prozent

Hörfähigkeit - Alter						
			Alter in Jahren			Gesamt
			7-10	11-13	14-17	
Hörfähigkeit	unauffällig	Anzahl	196	129	243	568
		% innerhalb von Alter	94,7%	95,6%	95,3%	95,1%
	HNO-Kontrollempfehlung	Anzahl	11	6	12	29
		% innerhalb von Alter	5,3%	4,4%	4,7%	4,9%
Gesamt		Anzahl	207	135	255	597
		% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 16: Hörfähigkeit differenziert nach Alter in Anzahl und Prozent

BMI - Alter - Geschlecht							
Geschlecht			Alter in Jahren			Gesamt	
			7-10	11-13	14-17		
männlich	BMI	normal-gewichtig	Anzahl	98	77	177	352
			% innerhalb von Alter	83,1%	77,0%	87,6%	83,6%
		unter-gewichtig	Anzahl	5	4	2	11
			% innerhalb von Alter	4,2%	4,0%	1,0%	2,6%
		über-gewichtig	Anzahl	11	17	12	40
			% innerhalb von Alter	9,3%	17,0%	5,9%	9,5%
		adipös	Anzahl	4	3	11	18
			% innerhalb von Alter	3,4%	3,0%	5,4%	4,3%
	Gesamt		Anzahl	118	101	202	421
			% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
weiblich	BMI	normal-gewichtig	Anzahl	64	23	34	121
			% innerhalb von Alter	79,0%	76,7%	75,6%	77,6%
		unter-gewichtig	Anzahl	7	2	2	11
			% innerhalb von Alter	8,6%	6,7%	4,4%	7,1%
		über-gewichtig	Anzahl	6	2	6	14
			% innerhalb von Alter	7,4%	6,7%	13,3%	9,0%
		adipös	Anzahl	4	3	3	10
			% innerhalb von Alter	4,9%	10,0%	6,7%	6,4%
	Gesamt		Anzahl	81	30	45	156
			% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Gesamt	BMI	normal-gewichtig	Anzahl	162	100	211	473
			% innerhalb von Alter	81,0%	76,3%	85,4%	82,0%
		unter-gewichtig	Anzahl	12	6	4	22
			% innerhalb von Alter	6,0%	4,6%	1,6%	3,8%
		über-gewichtig	Anzahl	17	19	18	54
			% innerhalb von Alter	8,5%	14,5%	7,2%	9,4%
		adipös	Anzahl	8	6	14	28
			% innerhalb von Alter	4,0%	4,6%	5,6%	4,9%
	Gesamt		Anzahl	199	131	247	577
			% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 17 : BMI differenziert nach Alter und Geschlecht in Anzahl und Prozent

BMI - Geschlecht				
		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
BMI	untergewichtig	11	11	22
	unauffällig	352	121	473
	übergewichtig	40	14	54
	Adipositas	18	10	28
Gesamt		421	156	577

Tabelle A 18: BMI differenziert nach Geschlecht in Anzahl als Grundlage für die Chi-Quadratstatistik

Systolischer Blutdruck - Alter						
			Alter in Jahren			Gesamt
			7-10	11-13	14-17	
systolischer Blutdruck	unauffällig	Anzahl	182	116	224	522
		% innerhalb von Alter	93,8%	92,1%	95,3%	94,1%
	P95-P99	Anzahl	8	7	9	24
		% innerhalb von Alter	4,1%	5,6%	3,8%	4,3%
	>P99	Anzahl	4	3	2	9
		% innerhalb von Alter	2,1%	2,4%	0,9%	1,6%
Gesamt		Anzahl	194	126	235	555
		% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 19: systolischer Blutdruck differenziert nach Alter in Anzahl und Prozent

Diastolischer Blutdruck - Alter						
			Alter in Jahren			Gesamt
			7-10	11-13	14-17	
diastolischer Blutdruck	unauffällig	Anzahl	185	115	225	525
		% innerhalb von Alter	95,4%	91,3%	95,7%	94,6%
	P95-P99	Anzahl	4	6	5	15
		% innerhalb von Alter	2,1%	4,8%	2,1%	2,7%
	>P99	Anzahl	5	5	5	15
		% innerhalb von Alter	2,6%	4,0%	2,1%	2,7%
Gesamt		Anzahl	194	126	235	555
		% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 20: diastolischer Blutdruck differenziert nach Alter in Anzahl und Prozent

Systolischer Blutdruck - BMI							
			BMI				Gesamt
			alters-gerecht	unter-gewichtig	über-gewichtig	adipös	
systolischer Blutdruck	unauffällig	Anzahl	423	21	46	17	507
		% innerhalb von BMI	96,6%	100,0%	86,8%	65,4%	94,2%
	P95-P99	Anzahl	13	0	4	5	22
		% innerhalb von BMI	3,0%	0,0%	7,5%	19,2%	4,1%
	>P99	Anzahl	2	0	3	4	9
		% innerhalb von BMI	0,5%	0,0%	5,7%	15,4%	1,7%
Gesamt		Anzahl	438	21	53	26	538
		% innerhalb von BMI	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 21: systolischer Blutdruck differenziert nach BMI in Anzahl und Prozent

Systolischer Blutdruck - BMI					
		BMI			Gesamt
		unauffällig	übergewichtig	adipös	
systolischer Blutdruck	unauffällig	423	46	17	507
	>P95	15	7	9	31
Gesamt		438	53	26	538

Tabelle A 22: systolischer Blutdruck differenziert nach BMI in Anzahl als Grundlage für die Chi-Quadratstatistik

Visuomotorik - Alter - Geschlecht							
Geschlecht				Alter in Jahren			Gesamt
				7-10	11-13	14-17	
männlich	Visuo- motorik	altersgerecht	Anzahl	45	34	119	198
			% innerhalb von Alter	45,9%	47,2%	71,7%	58,9%
		Unter- durchschnittlich	Anzahl	22	19	32	73
			% innerhalb von Alter	22,4%	26,4%	19,3%	21,7%
		stark unter- durchschnittlich	Anzahl	31	19	15	65
			% innerhalb von Alter	31,6%	26,4%	9,0%	19,3%
	Gesamt		Anzahl	98	72	166	336
			% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
weiblich	Visuo- motorik	altersgerecht	Anzahl	38	11	32	81
			% innerhalb von Alter	56,7%	45,8%	82,1%	62,3%
		Unter- durchschnittlich	Anzahl	20	7	1	28
			% innerhalb von Alter	29,9%	29,2%	2,6%	21,5%
		stark unter- durchschnittlich	Anzahl	9	6	6	21
			% innerhalb von Alter	13,4%	25,0%	15,4%	16,2%
	Gesamt		Anzahl	67	24	39	130
			% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Gesamt	Visuo- motorik	altersgerecht	Anzahl	83	45	151	279
			% innerhalb von Alter	50,3%	46,9%	73,7%	59,9%
		Unter- durchschnittlich	Anzahl	42	26	33	101
			% innerhalb von Alter	25,5%	27,1%	16,1%	21,7%
		stark unter- durchschnittlich	Anzahl	40	25	21	86
			% innerhalb von Alter	24,2%	26,0%	10,2%	18,5%
	Gesamt		Anzahl	165	96	205	466
			% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 23: Visuomotorik differenziert nach Alter und Geschlecht in Anzahl und Prozent

Visuomotorik – Schulbesuchserfahrung - Alter								
Alter				Schulbesuchsjahre				Gesamt
				altersgerecht	vermindert	kein Besuch	kein Besuch (7-8 Jahre)	
7-10 Jahre	Visuomotorik	altersgerecht	Anzahl	52	2	0	16	70
			% innerhalb von Schulbesuch	49,0%	40,0%	0,0%	55,2%	49,6%
		unterdurchschnittlich	Anzahl	27	1	1	7	36
			% innerhalb von Schulbesuch	25,5%	20,0%	100,0%	24,1%	25,5%
		stark unterdurchschnittlich	Anzahl	27	2	0	6	35
			% innerhalb von Schulbesuch	25,5%	40,0%	0,0%	20,7%	24,8%
	Gesamt	Anzahl	106	5	1	29	141	
% innerhalb von Schulbesuch	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%			
11-13 Jahre	Visuomotorik	altersgerecht	Anzahl	21	7	0		28
			% innerhalb von Schulbesuch	45,7%	43,8%	0,0%		43,8%
		unterdurchschnittlich	Anzahl	12	4	0		16
			% innerhalb von Schulbesuch	26,1%	25,0%	0,0%		25,0%
		stark unterdurchschnittlich	Anzahl	13	5	2		20
			% innerhalb von Schulbesuch	28,3%	31,3%	100,0%		31,3%
	Gesamt	Anzahl	46	16	2		64	
% innerhalb von Schulbesuch	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%			
14-17 Jahre	Visuomotorik	altersgerecht	Anzahl	58	39	8		105
			% innerhalb von Schulbesuch	80,6%	73,6%	66,7%		76,6%
		unterdurchschnittlich	Anzahl	6	10	2		18
			% innerhalb von Schulbesuch	8,3%	18,9%	16,7%		13,1%
		stark unterdurchschnittlich	Anzahl	8	4	2		14
			% innerhalb von Schulbesuch	11,1%	7,5%	16,7%		10,2%
	Gesamt	Anzahl	72	53	12		137	
% innerhalb von Schulbesuch	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%			
18-20 Jahre	Visuomotorik	altersgerecht	Anzahl	131	48	8	16	203
			% innerhalb von Schulbesuch	58,5%	64,9%	53,3%	55,2%	59,4%
		unterdurchschnittlich	Anzahl	45	15	3	7	70
			% innerhalb von Schulbesuch	20,1%	20,3%	20,0%	24,1%	20,5%
		stark unterdurchschnittlich	Anzahl	48	11	4	6	69
			% innerhalb von Schulbesuch	21,4%	14,9%	26,7%	20,7%	20,2%
	Gesamt	Anzahl	224	74	15	29	342	
% innerhalb von Schulbesuch	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%			

Tabelle A 24: Visuomotorik differenziert nach Alter und Schulbesuchserfahrung in Anzahl und Prozent

Auditive Merkfähigkeit - Alter - Geschlecht								
Geschlecht				Alter in Jahren			Gesamt	
				7-10	11-13	14-17		
männlich	auditive Merkfähigkeit	unauffällig	Anzahl	59	52	123	234	
			% innerhalb von Alter	70,2%	85,2%	87,2%	81,8%	
		grenzwertig	Anzahl	17	6	15	38	
			% innerhalb von Alter	20,2%	9,8%	10,6%	13,3%	
		auffällig	Anzahl	8	3	3	14	
			% innerhalb von Alter	9,5%	4,9%	2,1%	4,9%	
	Gesamt			Anzahl	84	61	141	286
				% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	weiblich	auditive Merkfähigkeit	unauffällig	Anzahl	43	15	28	86
				% innerhalb von Alter	70,5%	71,4%	87,5%	75,4%
grenzwertig			Anzahl	12	5	3	20	
			% innerhalb von Alter	19,7%	23,8%	9,4%	17,5%	
auffällig			Anzahl	6	1	1	8	
			% innerhalb von Alter	9,8%	4,8%	3,1%	7,0%	
Gesamt			Anzahl	61	21	32	114	
			% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Gesamt		auditive Merkfähigkeit	unauffällig	Anzahl	102	67	151	320
				% innerhalb von Alter	70,3%	81,7%	87,3%	80,0%
	grenzwertig		Anzahl	29	11	18	58	
			% innerhalb von Alter	20,0%	13,4%	10,4%	14,5%	
	auffällig		Anzahl	14	4	4	22	
			% innerhalb von Alter	9,7%	4,9%	2,3%	5,5%	
	Gesamt			Anzahl	145	82	173	400
				% innerhalb von Alter	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 25: auditive Merkfähigkeit differenziert nach Alter und Geschlecht in Anzahl und Prozent

Auditive Merkfähigkeit - Schulbesuchserfahrung						
			Schulbesuchsjahre			Gesamt
			altersgerecht	vermindert	kein Besuch	
auditive Merkfähigkeit	unauffällig	Anzahl	181	59	7	247
		% innerhalb von Schulbesuch	81,5%	79,7%	70,0%	80,7%
	grenzwertig	Anzahl	28	13	2	43
		% innerhalb von Schulbesuch	12,6%	17,6%	20,0%	14,1%
	auffällig	Anzahl	13	2	1	16
		% innerhalb von Schulbesuch	5,9%	2,7%	10,0%	5,2%
Gesamt		Anzahl	222	74	10	306
		% innerhalb von Schulbesuch	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle A 26: auditive Merkfähigkeit differenziert nach Schulbesuchserfahrung in Anzahl und Prozent