



Bericht zur Kindergesundheit im Main-Kinzig-Kreis

- Gesundheitsamt - Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Ergebnisse von Schuleingangsuntersuchungen

Gesundheitsberichterstattung

des Gesundheitsamtes im

Main-Kinzig-Kreis

Band 1

Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Ergebnisse von Schuleingangsuntersuchungen
2000 – 2004

Herausgeber: Main-Kinzig-Kreis
Erster Kreisbeigeordneter Günter Frenz
Gesundheitsamt, Leiter: Ltd. Med. Dir. Dr. med. Helmut Ernst, MPH
Barbarossastraße 24
63571 Gelnhausen

Information: Tel. 06051 85-11505, Geschäftszimmer des Kinder- und
Jugendärztlichen Dienstes
E-mail Adresse: kjaed.gesundheitsamt@mkk.de

Informationen zu den einzelnen Fachthemen:

Kinder- und Jugendärztlicher Dienst allgemein:

Dr. med. Irmhild Richter, Ärztin (Sozialmedizin) und Sachgebietsleiterin
des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes

Vorsorgestatus: Cornelia Bernardi, Ärztin im Kinder- und
Jugendärztlichen Dienst

Impfstatus: Dr. med. Sabine Trageser, Ärztin im Kinder- und
Jugendärztlichen Dienst

Sprachentwicklung: Dr. med. Irmhild Richter (s.o.)

Motorische Entwicklung: Dr. med. Irmhild Richter (s.o.)

Übergewicht und Adipositas: Dr. med. Barbara Janssen, Ärztin im
Kinder- und Jugendärztlichen Dienst

Redaktion: gesamt: Dr. med. Helmut Ernst, Leiter des Gesundheitsamtes
Fachthemen: Dr. med. Irmhild Richter, Ärztin (Sozialmedizin) und
Sachgebietsleiterin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes
Fachthemen: Carmen Seikel, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
allgemeiner Teil: Erika Schüßler, Sachgebiet Statistik
allgemeiner Teil: Rainer Echzeller, Gesundheitsberichterstattung

**Layout
und Gestaltung:** Rainer Echzeller, Gesundheitsberichterstattung

Druck und Verlag: druck-store Wächtersbach, Bahnhofstr. 54, 63607 Wächtersbach

Erscheinungsdatum: Mai 2007

Inhaltsverzeichnis

| | Seite |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Vorwort | 4 |
| Kurzfassung für die eilige Leserin, den eiligen Leser | 6 |
| Ziele und Funktionen einer Gesundheitsberichterstattung | 9 |
| Der Main-Kinzig-Kreis | |
| Geschichte und geographische Lage | 10 |
| Demographische Entwicklung der derzeitigen Bevölkerungsstruktur | 11 |
| Prognostizierte Bevölkerungsentwicklung im Main-Kinzig-Kreis | 17 |
| Gesundheit und Gesundheitsamt | 19 |
| Prävention als Basis zur Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen | 21 |
| Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Main-Kinzig-Kreises | 25 |
| Erfassung und Bewertung von Daten der Schuleingangsuntersuchungen | 32 |
| Vorsorgestatus der Einschulungskinder im Main-Kinzig-Kreis 2000 - 2004 | 33 |
| Impfstatus der Einschulungskinder im Main-Kinzig-Kreis 2000 - 2004 | 38 |
| Sprachentwicklung der Einschulungskinder im Main-Kinzig-Kreis 2000 - 2004 | 45 |
| Motorische Entwicklung der Einschulungskinder im Main-Kinzig-Kreis 2000 - 2004 | 57 |
| Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern im Main-Kinzig-Kreis 2000 - 2004 | 69 |
| Resümee und Ausblick | 76 |
| Glossar | 77 |
| Literaturverzeichnis | 78 |

Vorwort

Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,



mit dem vorliegenden Band 1 der Gesundheitsberichterstattung des Main-Kinzig-Kreises erhalten Sie einen Überblick der gesundheitlichen Situation der Kinder im Einschulungsalter.

Das Gesundheitsamt hat in den vergangenen Jahren durch gezielte Berichte und Fachgespräche mit verschiedenen Berufsgruppen darauf hingewiesen.

Dazu wurden in den Jahren 2000, 2001 und 2002 Round-Table-Gespräche mit niedergelassenen Ärzten, dem Staatlichen Schulamt im Kreis, Heilpädagogen, Pädagogen, Logopäden, Sprachheilbeauftragten sowie anderen Berufsgruppen durchgeführt.

Spezielle Themen wurden betrachtet, so z. B. das Thema Übergewicht, das zur konkreten Unterstützung der Initiative der Medinet-Spessartklinik zum Adipositas-Netzwerk im Jahre 2004 geführt hat (Schirmherrschaft Sozialministerin Frau Lautenschläger).

Weiterhin wurde sich unter anderem des Themas Sprache angenommen, was zu einer kooperativen Zusammenarbeit der verschiedenen Vertreter der Sprachheilschulen, der Sprachheil-

beauftragten und der niedergelassenen Ärzte, insbesondere im Bereich Gelnhausen geführt hat.

Es ist geplant, zunächst in der Region Gelnhausen eine zusätzliche Vorsorgeuntersuchung auf privater Basis durch die niedergelassenen Kinderärzte vor Kindergarteneintritt (U7a) zu etablieren und insbesondere die Sprache und Koordinationskompetenz der Kinder in dieser Altersgruppe näher zu betrachten. Weiterhin wurden in den letzten Jahren verstärkt Aktivitäten hinsichtlich der Impfaufklärung durch das Gesundheitsamt durchgeführt, da die Durchimpfungsrate der Einschulungskinder und insbesondere der Kinder ab der 7. Klasse aufwärts nicht ausreichend ist.

Wie Sie sehen, entwickeln sich aufgrund der Daten aus der Schuleingangsuntersuchung gezielte Aktivitäten, um den gesundheitlichen Problemfeldern unserer vorschulischen Kinder, aber auch Schulkindern zu begegnen.

Dieser Bericht soll der Auftakt für eine Reihe von themenbezogenen Gesundheitsberichten sein, die sich, beginnend mit der Kindergesundheit, über alle Bereiche der Tätigkeitsfelder des Gesundheitsamtes erstrecken werden.

Als weitere Berichte sind geplant:

- Sachgebiet Zahnärztlicher Dienst und Arbeitskreis Jugendzahnpflege
- Sachgebiet Betreuungsstelle
- Sachgebiet Hygiene und Umweltmedizin
- Sachgebiet Sozialpsychiatrischer Dienst
- Sachgebiet Amtsärztlicher Dienst

Die Stabsstelle Psychiatriekoordination des Gesundheitsamtes hat bereits in Form des derzeit vorliegenden Entwurfes der Fortschreibung des Psychiatrieplanes eine umfassende Zustandsbeschreibung in diesem Gebiet vorgelegt.

Auch dies hat schon im Vorfeld zu konkreten Schritten geführt, wie die im Jahr 2007 geplante Eröffnung der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hanau zeigt.

Die erwähnte Fortschreibung soll nach Verabschiedung im Psychiatriebeirat im Januar 2007 auch der Öffentlichkeit bekannt gegeben werden.

Damit wird deutlich, dass der festgeschriebenen Aufgabe, eine aktuelle Berichterstattung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung durch das Gesundheitsamt zu erstellen, vorbildlich nachgekommen wird.

Die gesundheitliche Situation der Einschulungskinder weist in kleinräumiger Betrachtung erhebliche Unterschiede auf.

Es zeigen sich Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen, aber auch Unterschiede hinsichtlich Kindern mit Migrationshintergrund und Kindern ohne Migrationshintergrund.

Eine Diskussion über die gesundheitlichen Bedingungen der so genannten Unterschichtkinder greift aus meiner Sicht jedoch zu kurz, da sich insgesamt die Leistungsfähigkeit der Einschulungskinder in den letzten Jahren deutlich verschlechtert hat.

Dies wird auch in dem bundesweiten Kindergesundheitssurveillance des Robert Koch - Institutes (veröffentlicht im September 2006) sehr deutlich.

Ich bin mir sicher, dass diese Dokumentation auch zur gezielten Hilfeplanung im Main-Kinzig-Kreis beiträgt, angefangen von den Jugendämtern des Kreises und der Stadt Hanau, über das Staatliche Schulamt bis hin zum Sozialhilfeträger.

In diesem Sinne wünsche ich dem Bericht eine interessierte Leserschaft, mit der Bitte der aktiven Beteiligung an der Diskussion und Rückmeldung an das Gesundheitsamt.

Günter Frenz
Erster Kreisbeigeordneter
Gesundheitsdezernent

Gelnhausen, den 20. April 2007

Kurzfassung für die eilige Leserin, den eiligen Leser

(Dr. med. Helmut Ernst)

I. Ziele und Funktionen einer Gesundheitsberichterstattung

Eine Gesundheitsberichterstattung bildet die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung, bzw. speziell ausgesuchte Bevölkerungsgruppen eines Einzugsgebietes ab.

Dazu gehören:

- Schaffung einer verbesserten Informationsbasis über die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung,
- Beschreibung des Ist-Zustandes und Aufzeigen von Problemlösungen,
- Steuerungsinstrument politischer Maßnahmen,
- gezielter Ressourceneinsatz,
- weiterführende, gezielte, differenzierte Berichterstattung bezogen auf die Zielgruppe.

II. Der Main-Kinzig-Kreis stellt sich vor

Es wird die geschichtliche und geografische Lage des Main-Kinzig-Kreises dargestellt und insbesondere die demografische Entwicklung der Bevölkerungsstruktur einschließlich der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung im Main-Kinzig-Kreis beschrieben.

Ergebnis:

- Bis zum Jahre 2020 wird sich die Bevölkerung im Main-Kinzig-Kreis von jetzt 411.000 auf ca. 420.000 Einwohner erhöhen, um dann bis in

das Jahr 2050 auf ca. 375.000 Einwohner zu schrumpfen.

- Der Anteil der unter 20-jährigen in der Gesamtbevölkerung wird von heute mit 20,8% bis in das Jahr 2050 auf 15,4% fallen.

III. Gesundheit und Gesundheitsamt

Es werden Aufgaben, Leistungen und Ziele des Gesundheitsamtes in Abhängigkeit auch der verschiedenen Sachgebiete beschrieben.

Gleichzeitig wird der Regelkreis einer Gesundheitsplanung beispielhaft dargestellt.

IV. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes erfüllt gemäß gesetzlich vorgeschriebener Rahmenbedingungen die Aufgaben der flächendeckenden Schuleingangsuntersuchung, der Gutachtenerstellung, der Gesundheitsförderung sowie der Koordination und der Öffentlichkeitsarbeit im gesamten Kreisgebiet.

Es werden die verschiedenen Präventionssysteme vorgestellt. Auch wird eine Vorschau auf die zukünftigen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes gegeben.

Ziel des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes ist die Koordination der gesundheitsfördernden Maßnahmen für Kinder und Jugendliche im Main-Kinzig-Kreis.

Die flächendeckenden Erkenntnisse über die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen werden bzw. wurden bis jetzt zu wenig in die Entscheidungen von lokalen und kommunalen Gremien einbezogen - sowohl im Bereich des Main-Kinzig-Kreises selbst als auch im Bereich des Staatlichen Schulamtes für den Main-Kinzig-Kreis sowie auf Landesebene.

1. Erfassung und Bewertung von Daten der Einschulungsuntersuchungen

a. Vorsorgestatus der Einschulungskinder im Main-Kinzig-Kreis von 2000 bis 2004

- Vergleichende Datenerfassung aus den Einschulungsuntersuchungen
- Entwicklungstendenzen im Vorsorgealter

Ergebnis:

Im Bereich der Stadt Hanau und im Bereich der Ortsteile Hanau sowie bei Kindern mit Migrationshintergrund werden die Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt seltener in Anspruch genommen. Bei Kindern mit Migrationshintergrund werden die Mädchen seltener vorgestellt als die Jungen.

Die Standards der Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt (U-Untersuchungen) und die Form der Dokumentation erlauben z. Z. keinerlei kleinräumige Auswertungen der Ergebnisse, was jedoch für die Ressourcenlenkung von Maßnahmen sowohl für die Kreise als auch für die Krankenkassen sowie für andere Stellen erforderlich wäre.

b. Impfstatus der Einschulungskinder im Main-Kinzig-Kreis von 2002 bis 2004

- Vergleichende Darstellung aus den Einschulungsuntersuchungen
- Entwicklungstendenzen im Hessenvergleich und Diskussion

Ergebnis:

Die Durchimpfungsrate der Einschulungskinder ist, gemessen an dem Grad, der von der WHO als sinnvoll angesehen wird, weiterhin ungenügend. Die Rate der komplett durchgeimpften Kinder im Main-Kinzig-Kreis liegt bei Schulbeginn bei 47%. Erreicht werden müsste eine Rate von 90%. Die Durchimpfungsrate im Main-Kinzig-Kreis liegt im Vergleich zum Durchschnitt des Landes Hessen um 2% niedriger. Hier ist also besonderer Beratungsbedarf im Main-Kinzig-Kreis festzustellen.

c. Sprachentwicklung der Einschulungskinder im Main-Kinzig-Kreis von 2000 bis 2004

- Kriterien der schulärztlichen Beurteilung der Sprache und der Sprachauffälligkeit
- Regionale- und bevölkerungsmedizinische Besonderheiten
- Sprachentwicklungsförderung allgemein und im Main-Kinzig-Kreis

Ergebnis:

Die Häufigkeit von Sprachauffälligkeiten bei den einzuschulenden Kindern liegt im Main-Kinzig-Kreis bei 13 bis 14% und damit um ca. 2% höher als im Hessendurchschnitt.

Dies ist z. T. erklärbar durch den höheren Anteil von Migrantenkindern im Main-Kinzig-Kreis gegenüber dem Hessendurchschnitt. Betroffen sind aber nicht nur Kinder mit Migrationshintergrund, sondern Kinder aller Bevölkerungsschichten.

Besonders häufig ist eine Sprachauffälligkeit bei Jungen festzustellen (Main-Kinzig-Kreis und hessenweit). Es zeigen sich aber auch erhebliche regionale Unterschiede im Main-Kinzig-Kreis.

Die Vorlaufkurse für Kinder mit Migrationshintergrund im Stadtgebiet Hanau zeigen die ersten Erfolge. Der Entwicklung der Sprache im vorschulischen Bereich muss insgesamt noch verstärkt Beachtung geschenkt werden.

d. Motorische Entwicklung der Einschulungskinder im Main-Kinzig-Kreis von 2000 bis 2004

- Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung bei Körperkoordination und Feinmotorik
- geschlechts- und migrationspezifische Unterschiede
- Bewegungsförderung

Ergebnis:

Die Häufigkeit der Feststellung von Motorikstörungen der Einschulungskinder liegt im Main-Kinzig-Kreis ca. 2 – 4% höher als im Hessenvergleich. Hierbei war der Unterschied gegenüber dem Landesdurchschnitt im Jahr 2001 mit über 12% sehr deutlich.

Jungen sind im Durchschnitt doppelt so häufig - bis zu 4 mal so häufig - mit Bewegungsauffälligkeiten festzustellen wie Mädchen. Eine leicht verbesserte Situation bei Kindern mit Migrationshintergrund im Vergleich zu den deutschen Kindern ist zu erkennen.

Es zeigen sich erhebliche regionale

Unterschiede, besonders im Bereich des Altkreises Hanau und der Stadt Hanau, in welchen die Häufigkeit von Motorikstörungen höher sind als im restlichen Landkreis.

e. Übergewicht und Adipositas* bei Einschulungskindern im Main-Kinzig-Kreis von 2000 bis 2004

- Datenerhebung und Vergleich nach Geschlecht und Migrationshintergrund
- Epidemiologische Konsequenzen und Präventionsansätze

Ergebnis:

Die Häufigkeit von Übergewicht bei Einschulungskindern liegt im Main-Kinzig-Kreis bei 11%. Davon sind 5,3% als behandlungsbedürftig adipös* anzusehen. Dies liegt im Hessendurchschnitt.

Ein leichter Anstieg ist seit dem Jahr 2002 zu verzeichnen. Es zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Regionen und den Gemeinden.

In der Gemeinde Schöneck ist der geringste Anteil von übergewichtigen Kindern im Main-Kinzig-Kreis mit 6,8% zu verzeichnen, während die Gemeinde Erlensee mit 16,4% einen sehr hohen Anteil an übergewichtigen Kindern ausweist.

Kinder mit Migrationshintergrund sind insgesamt doppelt so häufig mit Übergewicht behaftet wie deutsche Kinder und hier wiederum sind die Jungen besonders betroffen. Es bedarf der konsequenten gesamtgesellschaftlichen Anstrengung, um das weitere Ansteigen von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter zu begegnen. Die Folgen, auch für das gesamte Gesundheitswesen in der Zukunft, sind fatal und bedürfen größter Anstrengungen innerhalb des Main-Kinzig-Kreises.

Ziele und Funktionen einer Gesundheitsberichterstattung

(Rainer Echzeller)

Vor dem Hintergrund vielfältiger Gesundheitsprobleme und der damit verbundenen Diskussion von Lösungsansätzen rückt das Instrument „Gesundheitsberichterstattung“ immer mehr in den Fokus der Betrachtungen. Insofern ist es notwendig, mit dem ersten Gesundheitsbericht des Main-Kinzig-Kreises dem Leser eine kurze **Einführung** in die Thematik zu geben.

Die Einsicht ist nicht neu, dass die im Zusammenhang mit der Kostendämpfungsdiskussion immer häufiger erhobene gesundheitspolitische Forderung nach effektivem und effizientem Mitteleinsatz im Gesundheitswesen nur umgesetzt werden kann, wenn man fundierte Kenntnisse über die Prävalenz (Vorhandensein) und die Inzidenz (Neuaufreten) von Krankheiten und ihren Ursachen, die durch sie entstehenden Kosten, die zur Verfügung stehenden Mittel und deren Verwendung hat und zwar für alle Handlungsebenen des Gesundheitssystems, also für Bund, Länder und Kommunen.

Hierzu wird seit Jahren von Wissenschaft, Politik und Praxis eine **verbesserte Informationsbasis** eingefordert. Diese Basis liefert eine aussagefähige Gesundheitsberichterstattung. Bund, Länder und Kommunen leisten zur Zeit erhebliche Entwicklungsarbeit in den Aufbau solcher Berichte.

Eine **Gesundheitsberichterstattung** bezieht sich auf die **gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung** bzw. spezieller Bevölkerungsgruppen eines Einzugsbereichs, in unserem Fall auf die der Bürgerinnen und Bürger des Main-Kinzig-Kreises.

Ihre **Aufgabe** besteht darin, daten- und indikatorengestützte Beschreibungen und Analysen zu allen Bereichen des Gesundheitswesens zu liefern mit dem Ziel, ihre Ergebnisse so zu präsentieren, dass aus den aufgezeigten Problembeschreibungen Schritte zur Problemlösung resultieren.

Dies setzt voraus, dass wichtige, die Gesundheit und ihre Einflussfaktoren betreffende Daten kontinuierlich erschlossen, systematisch zusammengeführt und in aussagefähigen Indikatoren abgebildet werden. Denn Grundlage der Entwicklung wirksamer Präventionskonzepte ist eine genaue Kenntnis sowohl der gesundheitlichen Lage und des Gesundheitsverhaltens der Einwohner einer Region als auch der entsprechenden demographischen und sozialen Rahmenbedingungen sowie der Strukturen der Versorgung, ihrer Kosten und Ressourcen.

In diesem Sinn versteht sich Gesundheitsberichterstattung als ein **rationales und leistungsfähiges Instrument der Planung politischer Entscheidungen** und insbesondere der Steuerung von Maßnahmen, d.h. sie soll allen an gesundheitspolitischen und gesundheitsbezogenen Sachthemen beteiligten Entscheidungsträgern eine umfassende, fundierte und prägnante Informations- und Beratungsgrundlage bieten. Mit ihr sollen Entscheidungsprozesse unterstützt und politische Handlungsbedarfe aufgezeigt werden. Dies gilt umso mehr, als gerade die gesundheitspolitische Entscheidung im Spannungsfeld zwischen medizinischer Sachgerechtigkeit und der Wirtschaftlichkeit bzw. Finanzierbarkeit der Leistungen getroffen werden muss und dabei eine flächendeckende, qualitätsgesicherte sowie – medizinisch – technisch – fortschrittliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten hat.

Es gibt verschiedene Berichtsformen, die auf unterschiedlichen Voraussetzungen aufbauen und unterschiedliche Aufgaben zu erfüllen haben.

Basis- oder Überblicksbericht: Er beschreibt die wichtigsten verfügbaren Gesundheitsdaten einer Region, deckt immer eine breite Palette an Themen ab und macht die vordringlichen Probleme im Gesundheitswesen der Region erkennbar.

Spezialbericht: Will man vertiefende Betrachtungen über eine Thematik anstellen, ist die Anfertigung eines Spezialberichts erforderlich.

Der Main-Kinzig-Kreis beginnt seine Gesundheitsberichterstattung mit diesem vorliegenden **Spezialbericht zur**

Kindergesundheit im Kreis. Die Gründe hierfür sind folgende: Viele Gesundheitsprobleme haben ihren Ursprung in Kindheit und Jugend. Sie resultieren aus unbewältigten Belastungen und aus erlernten Verhaltensweisen.

Eine präventive Gesundheitspolitik muss zwangsläufig besonderes Augenmerk auf die Kindergesundheit legen.

Die Gesundheit von Kindern zu schützen und zu fördern, ist eine vorrangige Verpflichtung der Gesellschaft und des Staates. Dies drückt sich auch darin aus, dass weite Teile der Gesellschaft bereit sind, sich gegen gesundheitliche Gefahren, die Kinder besonders betreffen, zu engagieren.

Der Main-Kinzig-Kreis

(Rainer Eczeller)

Geschichte und geographische Lage

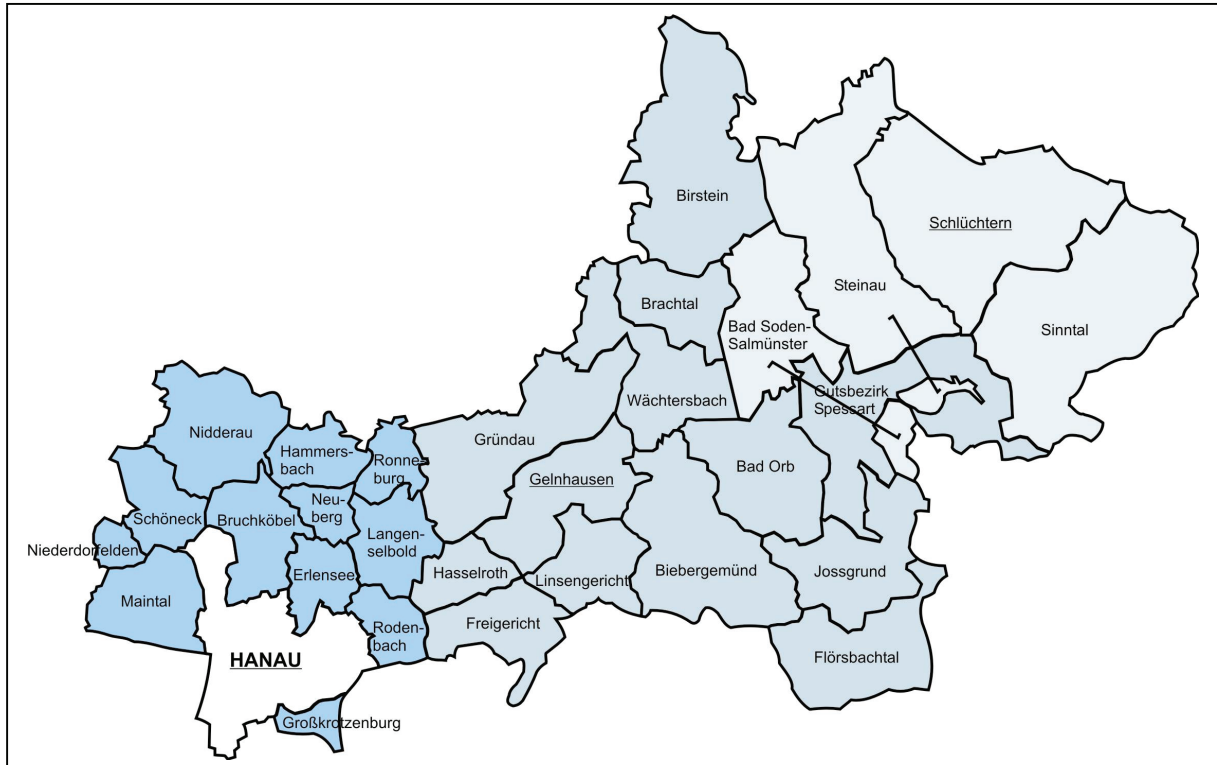
Anfang der 70er Jahre wurde, wie in den anderen Flächenstaaten der Bundesrepublik Deutschland, auch in Hessen eine tief greifende Gebiets- und Verwaltungsreform durchgeführt.

Im Zuge dieser Reform entstand am 1. Juli 1974 aus den Landkreisen Schlüchtern, Gelnhausen und Hanau sowie der kreisfreien Stadt Hanau der Main-Kinzig-Kreis. Viele der ursprünglich 157 selbständigen Kommunen verloren ihre Autonomie. Die Zahl schrumpfte auf insgesamt 29 zusammen, davon 11 Städte und 18 Gemeinden sowie den unbewohnten, gemeindefreien Gutsbezirk Spessart.

Mit einer Gesamtfläche von nahezu 1.400 Quadratkilometern ist der Main-Kinzig-Kreis der viertgrößte in Hessen. Flächenmäßig größer sind nur der Landkreis Waldeck-Frankenberg, der Schwalm-Eder-Kreis sowie der Vogelsbergkreis.

Im Norden grenzt er an den Vogelsbergkreis und den Kreis Fulda, im Nordwesten an den Wetteraukreis. Im Westen stößt er an die Gemarkungsgrenzen der Mainmetropole Frankfurt und der Stadt Offenbach. Im Süden und Südwesten hat er gemeinsame Grenzen mit dem Kreis Offenbach sowie mit den drei bayerischen Landkreisen Aschaffenburg, Main-Spessart und Bad Kissingen.

Die Städte und Gemeinden des Main-Kinzig-Kreises



**Demographische Entwicklung und
derzeitige Bevölkerungsstruktur**

Anhaltendes Wachstum, ausgenommen die Jahre 1987 und 1988, kennzeichnet seit Jahren die Bevölkerungsentwicklung im Main-Kinzig-Kreis.

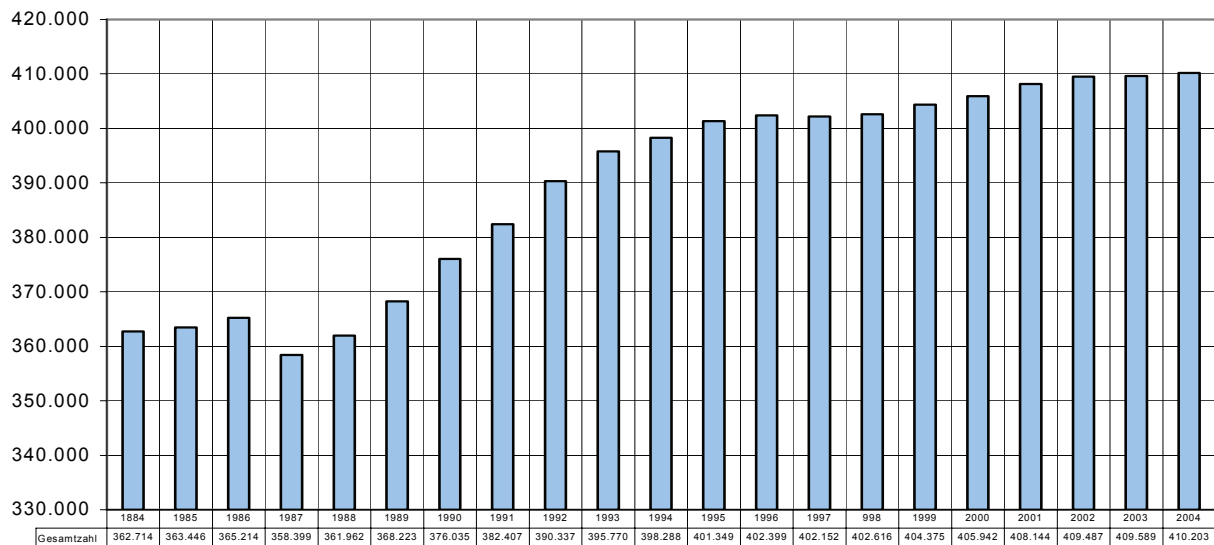
Ende des Jahres 1984 zählte der Kreis 362.714 Einwohner, 1994 waren es bereits 398.288 Einwohner und Ende 1995 wurde erstmals die 400.000er Grenze überschritten.

Am 31. Dezember 2004 registrierte das Hessische Statistische Landesamt

auf dem Gebiet des Main-Kinzig-Kreises 410.203 Einwohner, 47.489 mehr als im Jahr 1984.

Dieses Wachstum entspricht einer Bevölkerungszunahme in den letzten 20 Jahren von über 13 Prozent. Mit einer Gesamteinwohnerzahl von über 410.000 ist damit der Main-Kinzig-Kreis mit Abstand der bevölkerungsreichste Landkreis in Hessen.

**Die Bevölkerungsentwicklung im Main-Kinzig-Kreis in den Jahren 1984
bis 2004**



Quelle: Hess. Stat. Landesamt

Wie die statistischen Erhebungen belegen, waren es fast ausnahmslos Wanderungsgewinne, die das demographische Wachstum verursachten.

Der zwischen 1991 und 1995 erzielte Bevölkerungszuwachs entfiel zum größten Teil hierauf. Die beträchtlichen positiven Wanderungssalden zu Beginn der neunziger Jahre müssen im Zusammenhang mit der West-Wanderung aus den neuen Bundesländern gesehen werden. Die wirtschaftlich und politisch motivierte Übersiedlung aus den Gebieten der neuen in die alten Bundesländer setzte im Herbst 1989 ein und verstärkte sich Anfang der 90er Jahre. Zwischenzeitlich hat sich der Umfang der Ost-West-Wanderung erheblich vermindert.

Die Bilanz der Wanderungsbewegungen im Jahr 2004 schloss mit einem Zuwachs der Gesamtbevölkerung von 876 Personen ab.

In der Bilanz aus Geburten und Sterbefällen steht zum Stichtag 31. 12. 2004 die Zahl von 3.462 Geburten der von 3.722 Sterbefällen gegenüber.

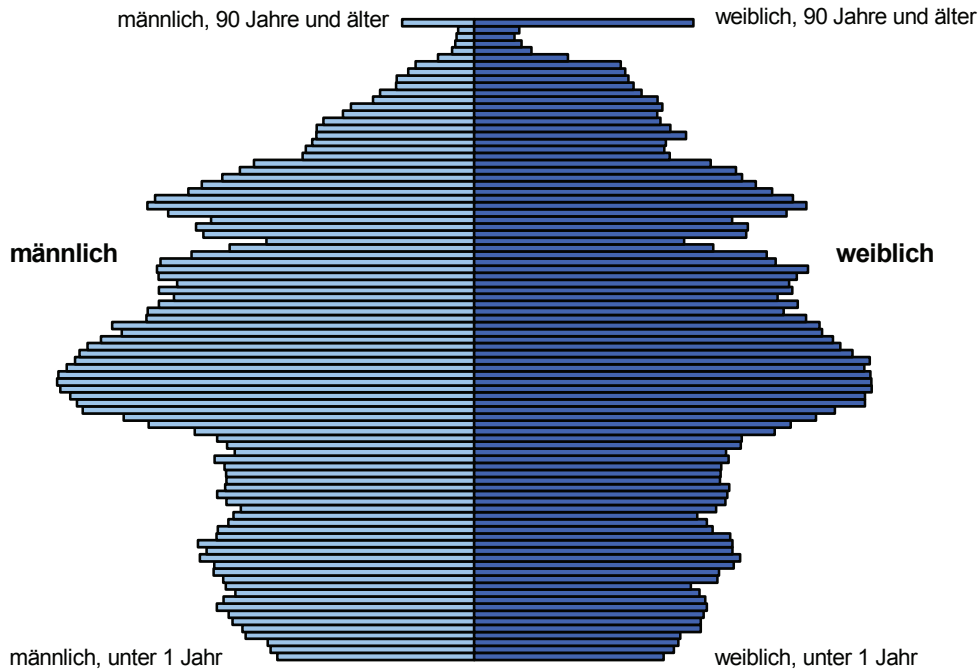
Die Tatsache, dass die jährliche Sterbeziffer höher ist als die Geburtenziffer, lässt sich seit einigen Jahren konstatieren. Das Verhältnis hat sich jedoch in 2004 gegenüber der Jahre 2002 (3.513 Geburten, 4.008 Sterbefälle) und 2003 (3.565 Geburten, 3.986 Sterbefälle) etwas abgeschwächt.

Die Ursachen für den Geburtenrückgang sind zahlreich und nicht immer sicher interpretierbar. Als entscheidende Einflussfaktoren können hier der allgemeine Wertewandel (Individualisierung der Lebensverhältnisse), zunehmende Risiken (Arbeitsplatzrisiko, Scheidungsrisiko), nach wie vor unzulängliche Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die veränderte Einstellung gegenüber Kindern angesehen werden. Sicher ist, dass die abnehmende Geburtenziffer einschneidende Verschiebungen der Altersstruktur nach sich zieht und das relative Gewicht der älteren Menschen an der Gesamtpopulation weiter erhöhen wird. Verstärkt wird diese Verschiebung noch durch eine

weitere Tatsache, nämlich durch die höhere Lebenserwartung der älteren Menschen bzw. den Rückgang der

Altersmortalität in dem oberen Bereich der sog. „Alterspyramide“.

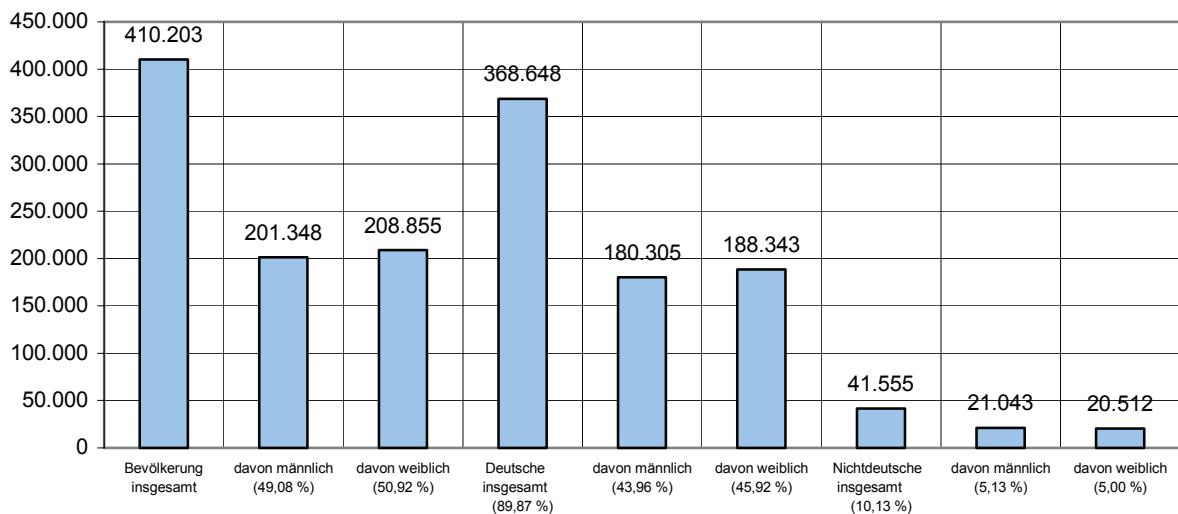
"Alterspyramide" der Bevölkerung des Main-Kinzig-Kreises im Jahr 2004



Unterscheidet man bei der Gesamtzahl und Zusammensetzung der Bevölkerung im Jahr 2004 nach Geschlecht,

Deutsche und Nichtdeutsche, dann ergibt sich folgendes Bild:

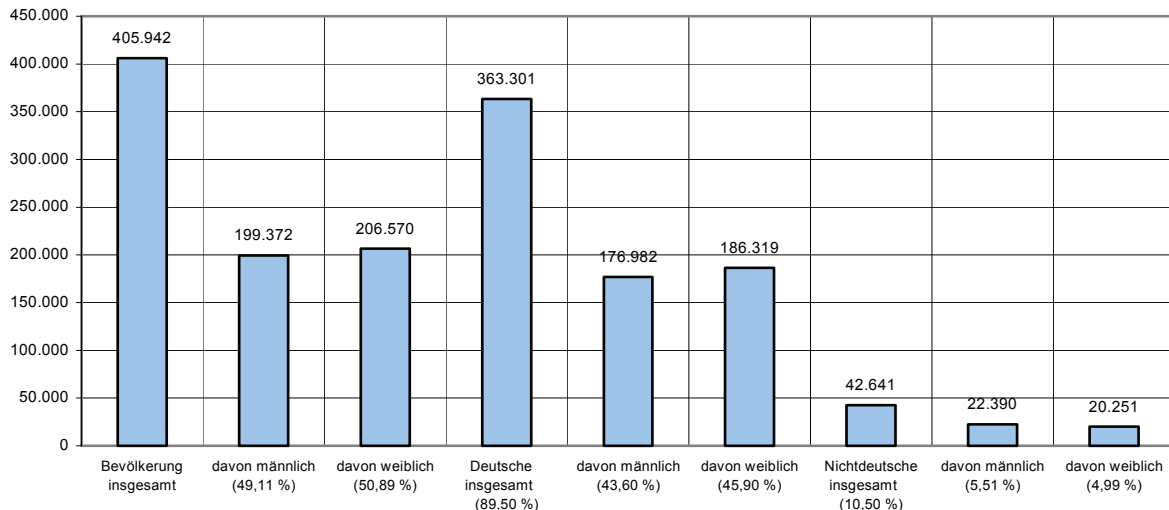
Gesamtzahl und prozentuale Zusammensetzung der Bevölkerung des Main-Kinzig-Kreises im Jahr 2004



Quelle: Hess. Stat. Landesamt

Die Werte des Jahres 2000:

**Gesamtzahl und prozentuale Zusammensetzung der Bevölkerung
des Main-Kinzig-Kreises im Jahr 2000**



Quelle: Hess. Stat. Landesamt

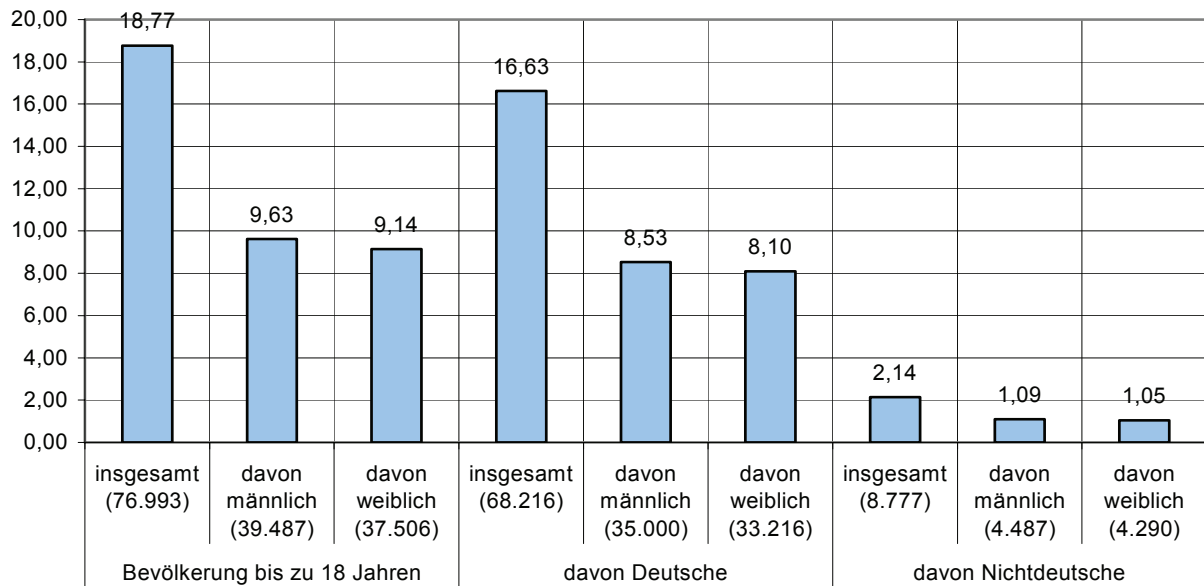
Der prozentuale Vergleich der Jahre 2004 zu 2000 zeigt in 2004 eine leichte Verschiebung zwischen dem männlichen und dem weiblichen Anteil der Bevölkerung des Main-Kinzig-Kreises zugunsten des weiblichen um 0,03 Prozentpunkte gegenüber 2000.

Im Verhältnis Anteil der deutschen gegenüber Anteil der nichtdeutschen Bevölkerung ist 2004 eine Erhöhung des Anteils der deutschen Einwohnerschaft um 0,37 Prozentpunkte zu verzeichnen. Gleichzeitig hat sich der weibliche Anteil der deutschen Bevölkerung gegenüber dem männlichen um 0,02 Prozentpunkte etwas erhöht.

Bei der nichtdeutschen Bevölkerung ist der Anteil der männlichen Einwohner 2004 um 0,38 Prozentpunkte zurückgegangen, der Anteil der weiblichen Einwohner nahezu gleich geblieben (plus 0,01 Prozentpunkte).*

Das Hessische Statistische Landesamt registrierte zum Stichtag 31. Dezember 2004 insgesamt 76.993 Einwohnerinnen und Einwohner auf dem Gebiet des Main-Kinzig-Kreises, die unter 18 Jahre alt waren. Nach Geschlecht sowie ihrer Zugehörigkeit deutsch / nichtdeutsch verteilen sie sich wie folgt:

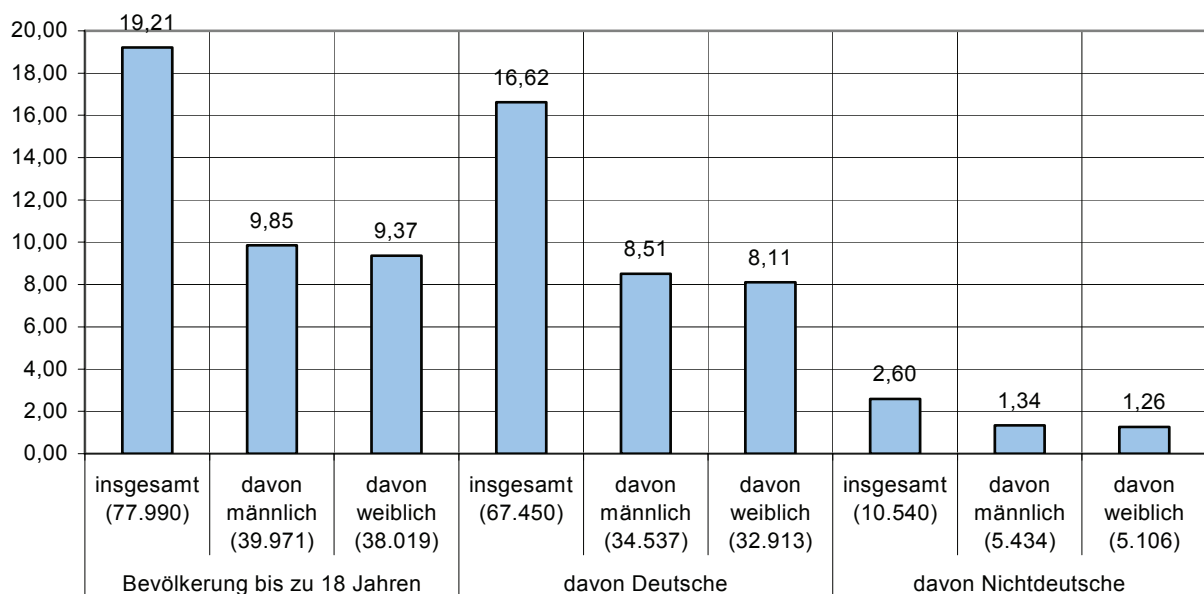
Prozentualer Anteil der bis unter 18-Jährigen an der Gesamtbevölkerung (410.203 Einwohner/innen) des Main-Kinzig-Kreises im Jahr 2004



Quelle: Hess. Stat. Landesamt

Die Werte zum 31. Dezember 2000:

Prozentualer Anteil der bis unter 18-Jährigen an der Gesamtbevölkerung (405.942 Einwohner/innen) des Main-Kinzig-Kreises im Jahr 2000



Quelle: Hess. Stat. Landesamt

Vergleicht man die Entwicklung der beiden Jahre - 2000 und 2004 - miteinander, dann ist festzustellen, dass die Gesamtzahl der bis zu 18-Jährigen im Jahr 2004 gegenüber dem Jahr 2000 um real 997 Personen geschrumpft ist.

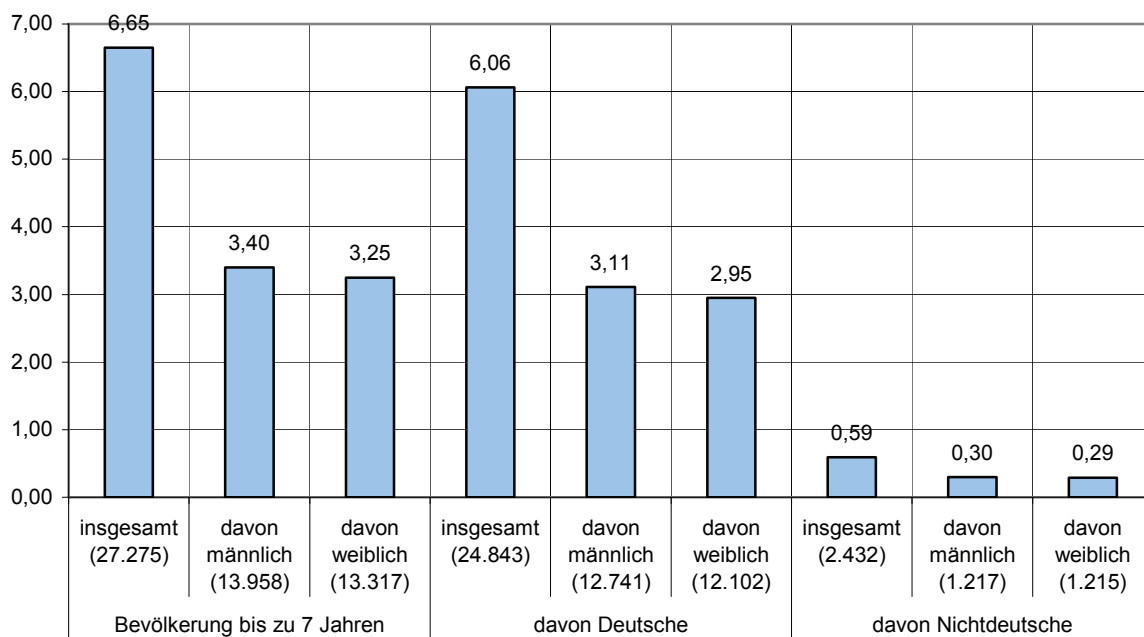
Dies bedeutet, bezogen auf die jeweilige Jahresgesamtzahl der Bevölkerung, einen Rückgang dieser Altersgruppierung um 0,44 Prozentpunkte.

Während innerhalb der Gruppierung der Anteil der deutschen Bevölkerung nahezu gleich geblieben ist (plus 0,01

Prozentpunkte), ging in 2004 der Anteil der nichtdeutschen Bevölkerung um insgesamt 0,46 Prozentpunkte zu etwa gleichen Anteilen männlich (minus 0,25 Prozentpunkte) und weiblich (minus 0,21 Prozentpunkte) zurück.

Von besonderem Interesse für den vorliegenden Bericht ist der Anteil der unter 7-Jährigen an der Gesamtbevölkerung des Main-Kinzig-Kreises. Auch hier wieder der Vergleich der Jahre 2004 zu 2000:

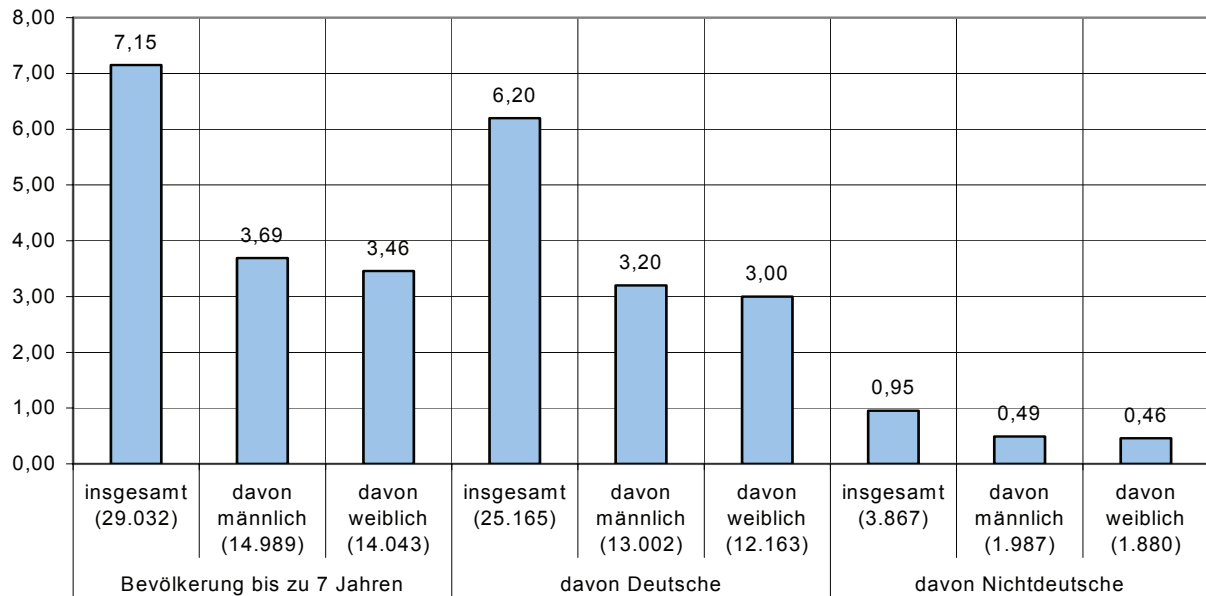
**Prozentualer Anteil der bis unter 7-Jährigen an der Gesamtbevölkerung
(410.203 Einwohner/innen) des Main-Kinzig-Kreises im Jahr 2004**



Quelle: Hess. Stat. Landesamt

Die Werte zum Stichtag 31. Dezember 2000:

**Prozentualer Anteil der bis unter 7-Jährigen an der Gesamtbevölkerung
(405.942 Einwohner/innen) des Main-Kinzig-Kreises im Jahr 2000**



Quelle: Hess. Stat. Landesamt

Beim Vergleich der Jahre 2004 zu 2000 ist in dieser Altersgruppierung ein noch stärkerer rückläufiger Trend der Gesamtzahl zu konstatieren wie schon in der Gruppe der bis zu 18-Jährigen gesamt.

Gab es im Jahr 2000 noch insgesamt 29.032 Einwohner/innen im Main-Kinzig-Kreis, die unter 7 Jahre alt waren, verringerte sich die Zahl in 2004 um 1.757 auf 27.275. Dies entspricht einer Minderung, bezogen auf die jeweilige Gesamtbevölkerung, von 0,50 Prozentpunkten, obwohl die Gesamtbevölkerung in diesem Zeitraum um 1,05 Prozentpunkte zunahm.*

Auffallend ist der anteilmäßig stärkere Rückgang bei dem nichtdeutschen Teil dieser Gruppe gegenüber dem deutschen. Die Gründe hierfür (evtl. Geburtenrückgang, Auswirkungen durch die Änderung des Staatsangehörigkeitsgesetzes) sind ohne genauere Untersuchung nicht eindeutig festzulegen.

Prognostizierte Bevölkerungsentwicklung im Main-Kinzig-Kreis

Der Wandel der Bevölkerungsstruktur mit seinen Folgen für unsere Gesellschaft rückt immer stärker in das Blickfeld von Politik und Gesellschaft. 2004 hat das Statistische Landesamt in Anlehnung an die 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Bundes und der Länder eine Bevölkerungsvorausberechnung bis zum Jahr 2050 vorgelegt. Im Mittelpunkt der Berechnungen stehen die Veränderungen von Bevölkerungszahl und –struktur, die sich in den nächsten rund 50 Jahren in Hessen vollziehen werden. Neu daran ist, dass nicht nur die Zahlen von Hessen vorgelegt wurden, sondern dass es regional gegliederte Ergebnisse auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte gibt. Die Modellrechnungen sind in drei Varianten angelegt und zeigen auf, wie sich die Gesamtbevölkerung unter den verschiedenen Annahmen entwickeln kann.

* Berechnung auf der Basis der Zahlen des Hess. Stat. Landesamtes für 2000 und 2004

Den hier dargestellten Ergebnissen liegen die Basisdaten und Annahmen der so genannten „mittleren Variante“ zu Grunde:

- Basis ist der Bevölkerungsstand aus der laufenden Fortschreibung nach Geschlecht und Alter auf der Kreisebene zum Stichtag 1. Januar 2004.
- Die durchschnittliche Geburtenhäufigkeit entspricht den Jahren 1998 bis 2002. Die Lebenserwartung nimmt bis 2050 bei den männlichen

Neugeborenen auf 82,9 Jahre und bei den weiblichen Neugeborenen auf 87,5 Jahre zu.

- Die Nettozuwanderung aus dem Ausland wird bis 2050 bei jährlich 12.000 Personen liegen. Ab 2021 werden die Zu- und Fortzüge aus und in andere Bundesländer ausgeglichen sein. Die innerhessische Wanderung sinkt von derzeit 12.700 Personen auf 600 im Jahr 2050.

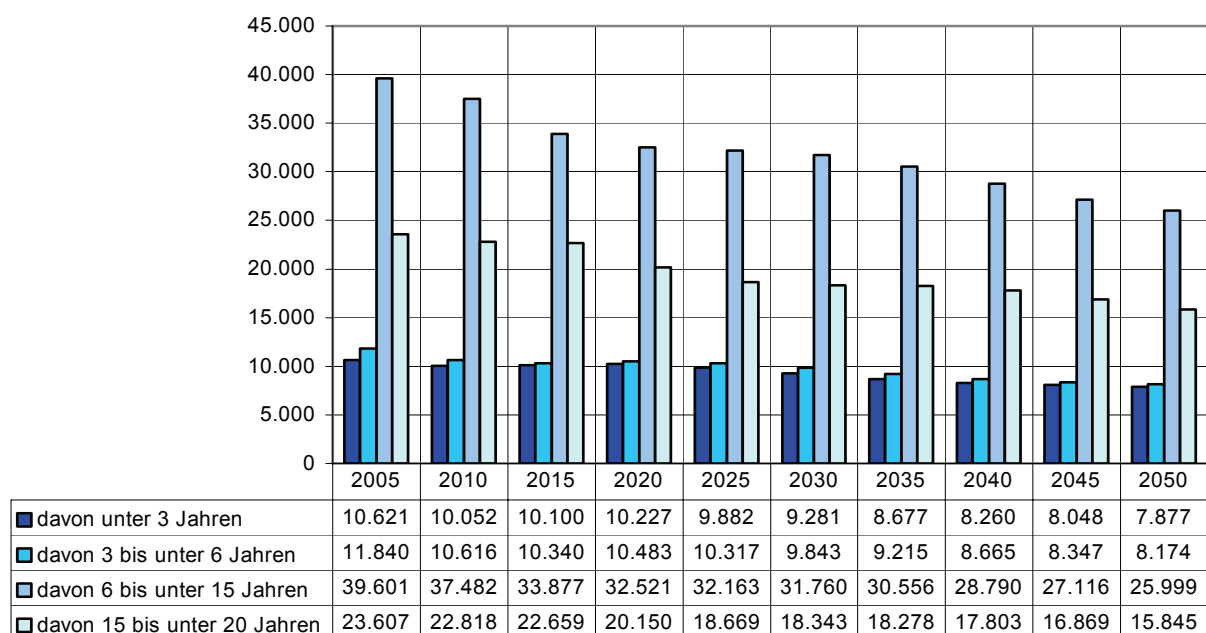
Für den Main-Kinzig-Kreis ergeben sich daraus folgende Zahlen:

| Voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung im Main-Kinzig-Kreis bis 2050 | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Jahr | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | 2045 | 2050 |
| Gesamtzahl | 411.824 | 415.628 | 417.853 | 419.045 | 415.497 | 410.212 | 403.259 | 394.791 | 385.392 | 374.851 |

Quelle: Hess. Stat. Landesamt

Die Berechnung des Hess. Stat. Landesamtes für die bis unter 20-Jährigen lautet:

**Voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung Kinder und Jugendliche im
Main-Kinzig-Kreis bis zum Jahr 2050**



Gesundheit und Gesundheitsamt

(Rainer Echzeller)

Die Weltgesundheitsorganisation WHO (World Health Organisation*) definiert Gesundheit folgendermaßen:

„Gesundheit ist ein Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen. Gesundheit ist als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel.“

Gesundheit ist also ein Prozess, eine Wechselwirkung, bei der neben den körperlichen bzw. medizinischen Aspekten kulturelle, gesellschaftliche und psychische Faktoren eine entscheidende Rolle spielen. Und, Gesundheit als „körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden“ ist eines der wichtigsten gesellschaftspolitischen Themen der Gegenwart. Der Anstieg psychosomatischer und funktioneller Störungen durch Alltagshektik und Umweltbelastungen belegen dies hinreichend.

Das Gesundheitswesen in Deutschland ruht auf drei Säulen: den Kliniken, den Arztpraxen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst.

Seit dem Jahr 1934, als das noch heute geltende Gesetz „Zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ in Kraft trat, sind in Hessen Gesundheitsämter in allen kreisfreien Städten und Landkreisen Vorschrift.

Die grundlegenden Aufgaben der Gesundheitsämter leiten sich aus der Pflicht der Kommunen zur Daseinsfürsorge für ihre Bürgerinnen und Bürger ab und diese sich aus Artikel 2 des Grundgesetzes.

Das Gesundheitsamt des Main-Kinzig-Kreises hat seine Aufgaben, Leistungen und Ziele wie folgt definiert:

- Das Gesundheitsamt erhebt und bewertet Daten zur gesundheitlichen Situation und Versorgung der Bevölkerung im Main-Kinzig-Kreis. Die Darstellung erfolgt in Gesundheitsberichten.
- Auf der Basis dieser Daten plant das Gesundheitsamt die optimale gesundheitliche Versorgung und erstellt Standards, wie die Versorgung erfolgen kann.
- Das Gesundheitsamt identifiziert Schwächen und Lücken und koordiniert Angebote, diese Defizite auszugleichen.
- Das Gesundheitsamt gestaltet mit eigenen Produkten aktiv die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung im Main-Kinzig-Kreis und kompensiert Defizite.

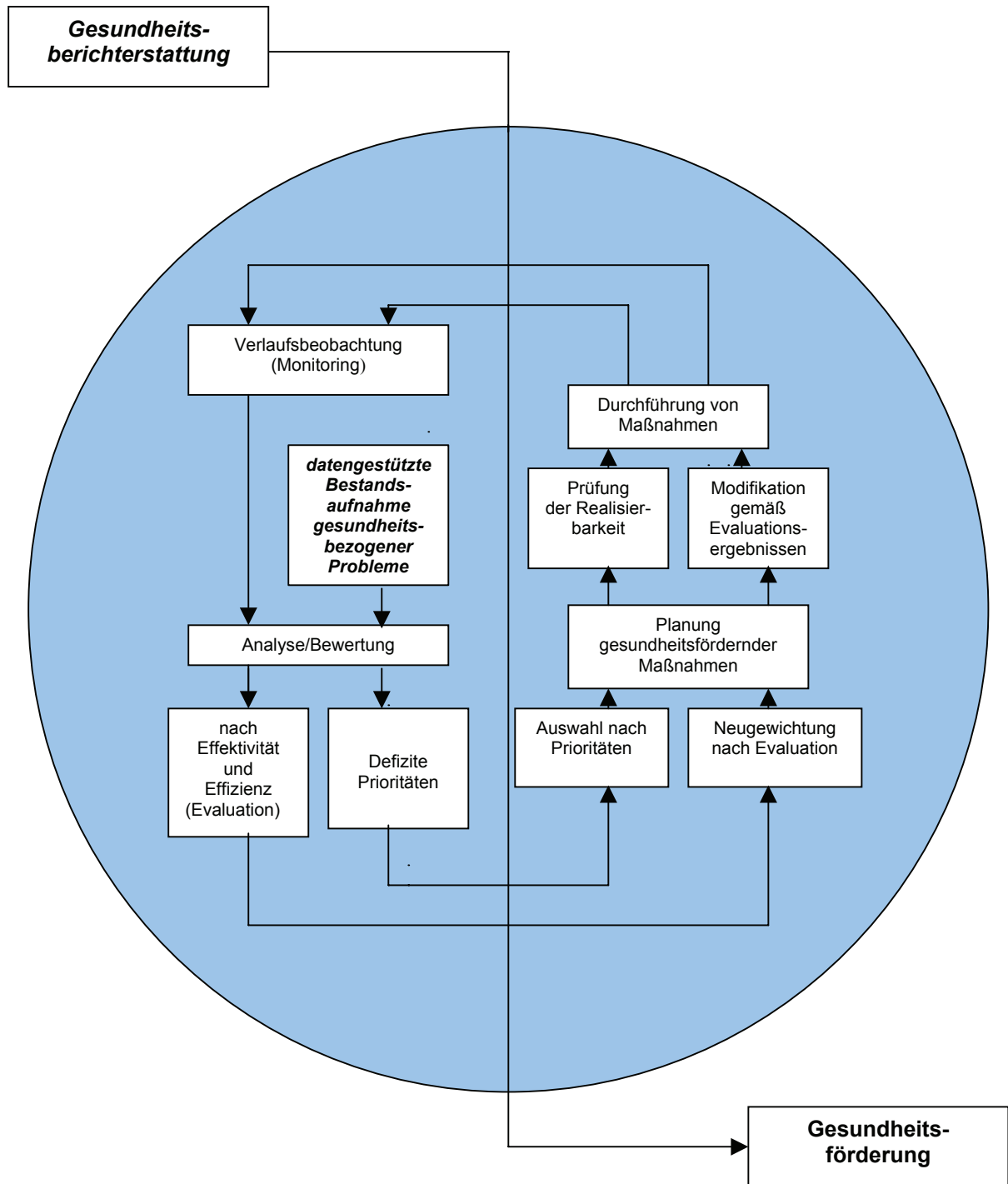
Umgesetzt werden die Aufgaben, Leistungen und Ziele in den Sachgebieten:

- **Kinder- und Jugendärztlicher Dienst**
- **Zahnärztlicher Dienst**
- **Betreuungsstelle**
- **Sozialpsychiatrischer Dienst**
- **Amtsärztlicher Dienst**
- **Hygiene und Umweltmedizin**
- **Betriebliche Suchtberatung**
- **Psychiatriekoordination**

Die folgende Abbildung des „Regelkreises der Gesundheitsplanung“ mag dies noch einmal in anderer Form verdeutlichen.

* siehe www.who.int/gb/e/e_pb2006.html

Regelkreis der Gesundheitsplanung



Prävention als Basis zur Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen

(Dr. med. Irmhild Richter)

Das Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem für Kinder muss unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten als Investition in die gesunde Leistungsfähigkeit der zukünftigen Generationen angesehen werden.

Medizinisches Präventionssystem

Die durch Krankenkassen finanzierten gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung und Frühbehandlung von kindlichen Erkrankungen und Entwicklungsstörungen basieren auf den zuvor genannten Überlegungen. Durch Erziehungsberechtigte kann das medizinische Präventionssystem freiwillig in Anspruch genommen werden (z.B. niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, medizinische Fachkräfte wie Hebammen, Physio-, Ergo-, Logotherapeuten, Kinderpsychologen). Es ermöglicht eine frühzeitige medizinische Diagnostik, Beratung und therapeutische Intervention zur Vermeidung und Reduktion von Entwicklungsstörungen bei Kindern (z.B. durch Beratung beim Stillen, ärztliche Vorsorgeuntersuchungen, Krankengymnastik, Beschäftigungs-, Sprachtherapie usw.).

Ideen zur Gesundheitserhaltung und Gesundheitsförderung von Kindern entwickelten sich in Deutschland über private und staatliche Initiativen im 18. und 19. Jahrhundert. Sie erhielten ihre gesetzliche Ausprägung in der 3. Durchführungsverordnung zum Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Insbesondere nach dem 2. Weltkrieg prägten die Gesundheitsämter mit ihren präventiven Diensten im Säuglings- und Kinderbereich (z.B. Mütterberatungen) die Vorsorgeideen, die dann in den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Schwangere ihren gesetzlich finanzierten Rahmen erhielten. Der öffentliche Gesundheitsdienst für Kinder übernahm seitdem nur noch die koordinierenden Aufgaben zu pädagogischen und sozialen Einrichtungen, die

Beratungen der Verwaltungen (z.B. Begutachtungen) sowie die schulärztlichen Beratungen bei der Aufnahme in das Bildungssystem (z.B. Schulärztliche Untersuchungen zum Schuleingangsverfahren). Die beim schulärztlichen Beratungsprozess erforderlichen, auf die Pädagogik der jeweiligen Grundschule bezogenen fachlichen und speziellen organisatorischen Voraussetzungen können von dem niedergelassenen Gesundheitsversorgungssystem nicht gesichert werden. Dies wird von den Fachorganen der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte betont.

Bei Präventionsmaßnahmen, die zum Schutz der Gesamtbevölkerung medizinisch erforderlich sind (z.B. Impfungen zum Infektionsschutz im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen, Vitamin-D-Vergabe als Rachitisprophylaxe), werden staatliche und durch Krankenkassen finanzierte gesundheitliche Präventionsmaßnahmen organisatorisch miteinander verbunden.



Prävention durch pädagogische, psychologische und soziale Ent- wicklungsfördersysteme

Es gibt verschiedene Fördersysteme, die unterschiedlich finanziert werden, teilweise durch die Krankenkassen und teilweise durch das Sozial- und Bildungssystem.



Projekt „Die kleinen Köche“ der Kindertagesstätte Hl. Geist, Hanau-Lamboy

Präventionsziele der Gegenwart

Kinder leiden heutzutage aufgrund des Rückgangs von Infektionskrankheiten infolge der Kinderimpfungen, der besseren Ernährungs- und Wohnbedingungen seltener an akuten lebensbedrohlichen Erkrankungen als noch vor 100 Jahren. Beobachtet werden heutzutage Verschiebungen von Gesundheitsstörungen in Richtung auf chronische Erkrankungen und Behinderungen sowie Entwicklungsstörungen. Insbesondere ein Anstieg psychosozialer Entwicklungsstörungen mit emotionalen und kognitiven Leistungseinschränkungen und der drohenden Gefahr schulischen Versagens wird tendenziell beschrieben. Störungen der Bewegungsgeschicklichkeit, Sprachfähigkeit und Kommunikation, der sozialen Kompetenz, Konzentrationsfähigkeit, Ausdauer, Wahrnehmungsverarbeitung, der Lese- und Schreibkompetenz und deren Folgen bestimmen langfristig die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Beobachtungen, wie z.B. die Neigung zu Gewalttätigkeit bei fehlender kommunikativer Sprach- oder/und Sozialkompetenz, die Nutzung von Suchtmitteln als Konfliktlösungsweg wie auch eine erhöhte Verletzungsgefahr durch Unfälle bei Koordinationsdefiziten, haben zu wissenschaftlichen Ursachenanalysen angeregt. Werden im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter Förderchancen für ein

Kind nicht wahrgenommen, belastet dies langfristig die körperliche, geistige und psychosoziale Gesundheit, indem die Leistungsfähigkeit, die Persönlichkeitsentwicklung und die Motivationsentwicklung zur Eigenständigkeit bei Lern- und Leistungsprozessen eingeschränkt sind. Zahlreiche präventive Maßnahmen zielen inzwischen durch die Entwicklung von pädagogisch-medizinischen Präventionsprogrammen auf eine frühkindliche kompensatorische oder ergänzende Förderung ab. Die Sozial- und Sprachkompetenz, motorische Geschicklichkeit usw. werden frühzeitig im Kindes- und Jugendalter gefördert. Investitionen in das präventive medizinisch-pädagogisch-psychologische System zur Vermeidung von Entwicklungsstörungen im Kindesalter müssen als langfristig wirksame Maßnahmen angesehen werden.

Die Evaluation von langfristig wirksamen Maßnahmen wird zur Zeit verstärkt diskutiert.



Projekt (u.a. Schulung der Feinmotorik) der Kindertagesstätte Kreuzkirche, Hanau-Lamboy

Die Erfassung des regionalen realen Bedarfs von gesundheitlichen Präventionsprogrammen bereitet grundsätzlich erhebliche Schwierigkeiten. Um bedarfsorientiert kommunal in präventive Schwerpunkte investieren zu können, müssen Daten zum Bedarf mit Bezug auf die Altersgruppe, die Orientierung an realistischen Zielen und eine effektive und effiziente Umsetzung garantiert sein.

Gesundheit und schulische Entwicklung

Eine gesunde körperliche, psychosoziale und geistige Entwicklung ist eine Voraussetzung für einen erfolgreichen Einstieg und den langfristigen Erfolg im Schulsystem. Die Entwicklung einer positiven Grundhaltung zum Lernen bestimmt die Basis für eine berufliche Ausbildung und die Chance auf die Ausübung eines Berufes.

Individuelle Erlebnisse und Entwicklungen prägen frühzeitig im Vorschulalter die Lernprozesse eines Kindes. Das Gesundheits- und Bildungsverhalten von Kindern ist langfristig abhängig von Vorbildern der Erwachsenen und hier insbesondere der Eltern, aber auch von der Vorschul- und Grundschulpädagogik.

Die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen liegt vollständig im Verantwortungsbereich der sie betreuenden, erziehungsberechtigten Erwachsenen. Verweigern Eltern ihren Kindern das medizinische Präventionssystem, liegt dies im Entscheidungsbereich der Erziehungsberechtigten. Gleiches gilt für die vorschulische Bildung. Erst mit der Schulpflicht wird das Entscheidungsrecht der Erziehungsberechtigten eingeschränkt.

Während ein Großteil der Erziehungsberechtigten die vorschulischen Unterstützungsprogramme für ihre Kinder intensiv - z.T. bereits überfordernd - nutzt, erfährt ein Teil der Kinder nur kurzzeitige oder keine Vorbereitung auf Leistungsanforderungen. Ein wichtiger Indikator für die soziale und gesundheitliche Versorgung eines Kindes stellt z.B. die Teilnahme an dem unmittelbar nach der Geburt beginnenden medizinischen Vorsorgesystem dar. Kinder, deren Eltern weder das Verständnis noch die finanziellen oder die zeitlichen Ressourcen aufbringen können, werden schon ab der Geburt benachteiligt.

Zukünftige Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Die Entwicklungs- und Bildungschancen für Kinder und Jugendliche zu verbessern, ist eines der Ziele der öffentlichen Gesundheitsverwaltung. Die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste der hessischen Gesundheitsämter müssen diese sozialpädiatrischen Aufgaben sowohl fachlich wie organisatorisch leisten (z.B. sozialpädiatrisches Beratungssystem zur Erhaltung der kindlichen Lern- und Leistungsfähigkeit). Diese auf Gesundheit und Bildung ausgerichteten präventiven Schwerpunkte helfen langfristig, auch im Interesse der Kommunalverwaltung, Jugend- und Sozialhilfemaßnahmen zu vermeiden.

Ziele für das einzelne Kind

- Der KJÄD des Gesundheitsamtes muss den individuellen sozialgesundheitlichen Hilfebedarf von Vorschulkindern im Rahmen des schulärztlichen Schulaufnahmeverfahrens erkennen und sozialpädiatrische Beratungsanforderungen im Interesse des Kindes und der Eltern erfüllen.
- Neben der sozialen Komponente wird eine weitere Funktion durch die individuelle Beratung übernommen. Besonders begabte Kinder sind als zukünftige Leistungsträger der Gesellschaft anzusehen. Auf Grund ihres Andersseins werden sie oft vom sozialen Umfeld wie auch von pädagogisch-sozialen und Bildungseinrichtungen als „auffällig“ in der Bedeutung von „krank“ erfasst. Störende Einflüsse, die diesen Kindern Entwicklungschancen nehmen, frühzeitig zu erkennen, muss ein weiteres wichtiges Ziel eines modernen schulärztlichen Gesundheitsberatungssystems sein.

- Die Beratung und eventuelle Betreuung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen gehört ebenfalls zum schulärztlichen Aufgabenbereich.



pflichtende Aufgabe, den Schuleingang für alle Kinder sowohl „betriebsärztlich“ wie sozialpädiatrisch zu begleiten, werden Informationen und Daten zu gesundheitlichen und Bildungs-Konfliktfeldern erhalten. Der KJÄD bringt über Gesundheitsberichte seine ihm zur Verfügung stehenden Informationen fachlich ein.

- Der KJÄD könnte weiterhin organisatorische und koordinierende Funktionen im Themenbereich gesundheitliche Prävention übernehmen. Durch die Schuleingangsuntersuchungen bestehen Verbindungen zu allen fachlichen und institutionellen Ebenen, die präventiv intervenieren können. Schulärztliche Erfahrungen im Arbeitsprozess „interdisziplinäre Koordination und Kooperation“ liegen bereits vor (z.B. koordinierende Stadtteilarbeit in sozialen Brennpunkten „Stadtteilkonferenz Lamboy“).

Kommunale Ziele

- Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst (KJÄD) kann die Aufgabe erfüllen, regionale spezifische Bedarfssituationen zu erkennen, um politischen Entscheidungsträgern Planungs- und Entscheidungshilfen zu bieten. Für präventive Interventionsmaßnahmen sind Daten als Planungsbasis für die Finanzierung erforderlich. Eine Datenbasis für den Vorschulbereich kann der KJÄD zu zahlreichen präventiven Themen zur Verfügung stellen. Psychosoziale Begriffe wie „Migration, Armut, Defizite in der Baustruktur, fehlende Freizeitangebote“ sind auch in den schulärztlichen Daten enthalten und können sich z.B. über Daten zur Vorsorge, Sprache, Motorik, Übergewicht usw. im regionalen Vergleich zeigen. Durch die schulgesetzlich ver-

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Main- Kinzig-Kreises

(Dr. med. Irmhild Richter)



Bei gesundheitlichen Fragen zu **Kindern und Jugendlichen im Alter bis zu 18 Jahren** ist der Kinder- und Jugendärztliche Dienst (KJÄD) erster kommunaler Ansprechpartner für pädagogische Dienste wie Schulen und Kindertagesstätten.

In dieser **Fachabteilung des Gesundheitsamtes** werden Kinder und Jugendliche untersucht und Eltern, Erzieher, Lehrer, aber auch Verwaltungsfachabteilungen zu sozialpädiatrischen Fragen beraten. Ärzte im KJÄD verstehen sich als „Betriebsärzte“ für Kinder in öffentlichen Einrichtungen, insbesondere in der Schule. Sie werden daher auch oftmals „Schulärzte“ genannt.

Prävention und die Förderung von Gesundheit sind die wichtigsten Aufgaben des KJÄD mit den Zielen:

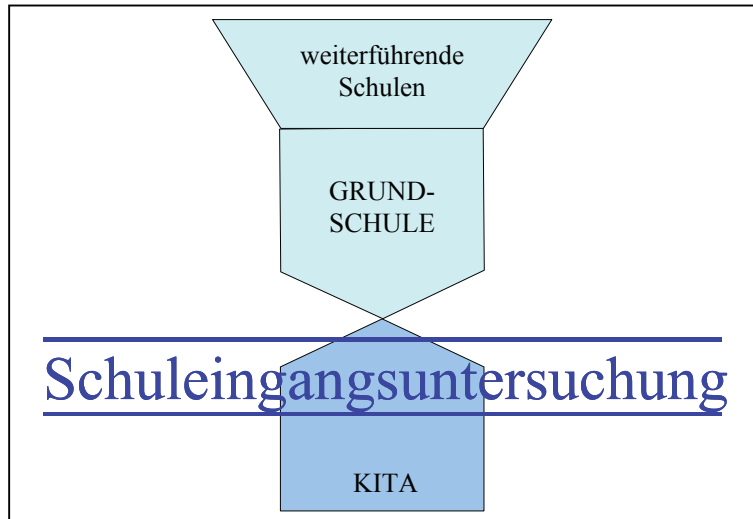
- Vermeidung von gesundheitlichen (körperlich, geistig, seelisch) Fehlentwicklungen
- Vermeidung von Lernstörungen
- Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten
- Beratung bei Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen
- Kooperation mit niedergelassenen Ärzten/Therapeuten

- Beratung von öffentlichen Verwaltungen
- interdisziplinäre Kooperation mit Fachverwaltungen, Einrichtungen und Initiativen, die Kinder und Jugendliche unterstützen.

Aufgabenbereiche

In der **Jugendärztlichen Sprechstunde** werden auf Anfrage kommunaler Einrichtungen sozialpädiatrische Stellungnahmen zu gesundheitlichen Entwicklungen, Erkrankungen oder Behinderungen erstellt (z.B. für Schulamt, Förderschulen, Jugendamt, Sozialamt usw.). Bis zu 850 Stellungnahmen werden pro Jahr für Kleinkinder, Vorschul- und Schulkinder bis zum Alter von 18 Jahren erstellt, um Eltern und die anfragende Fachabteilung zu beraten.

Die präventiven Arbeitsprozesse leistet der KJÄD überwiegend im Rahmen der **schulärztlichen Schuleingangsuntersuchung** durch die Beratung der Eltern und Schulleitungen der Grundschulen. Auch zu den Einrichtungen der Vorschulerziehung bestehen enge Verbindungen, da die schulärztlichen Untersuchungen im Zeitraum des letzten Kindergartenjahres liegen (siehe nachfolgende Abbildung).



- Hessisches Datenschutzgesetz
- Infektionsschutzgesetz (IfSG), § 34 Absatz 11 (2001)
- 3. DVO zum Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens

Die Ärztinnen des KJÄD untersuchen pro Jahr im Main-Kinzig-Kreis je nach Jahrgangsstärke bis zu 4.900 Kinder, die zur Einschulung in die

An weiteren Aufgaben sind die Projekte und die Netzwerk-Arbeit zur **Gesundheitsförderung** sowie die **Öffentlichkeitsarbeit** im Sinne von Vorträgen und fachlichen Stellungnahmen zu Gesundheitsthemen zu nennen. Der umfangreichste Arbeitsprozess mit seinen verschiedenen Leistungseinheiten stellt jedoch die Schuleingangsuntersuchung im Rahmen des Schulaufnahmeverfahrens dar.

Die Schuleingangsuntersuchung

Ziel dieses Aufgabenbereichs ist die Früherkennung von kindlichen Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen, die die kindlichen Lern- und Arbeitsleistungen in der Schule beeinträchtigen können.

Die Durchführung der schulärztlichen Schuleingangsuntersuchung (SEU) in Hessen basiert auf der gesetzlichen Pflichtaufgabe gemäß

- Hessisches Schulgesetz, §§ 71, 149, 156 (zuletzt 2005)
- Verordnung über die Zulassung und die Ausgestaltung von Untersuchungen und Maßnahmen zur Schulgesundheitspflege (zuletzt 2004)
- Hessischer Erlass zur Datendokumentation (zuletzt 2005)

1. Klasse anstehen. Die Einschülergruppe setzt sich aus Vorklassenkindern aus dem Vorjahr, dem schulpflichtigen Geburtenjahrgang und vorzeitig einzuschulenden Kindern zusammen. Die Altersstufe der Kinder liegt zwischen 5 und 7 Jahren.

Bereits im Herbst werden in den Kindertagesstätten Seh- und Hörtestungen bei den Kindern des nächsten Einschulungsjahrganges durchgeführt. Gegen Ende des Kalenderjahres beginnen die schulärztlichen Untersuchungen für die im nächsten Schuljahr einzuschulenden Kinder. Sie finden statt bis zum Juli / August des nächsten jeweiligen Schulbeginns.

Für die Schuleingangsuntersuchung ist eine Untersuchungsdauer von 2 x 20 min pro Kind geplant. Ca. 20 min bereitet die Mitarbeiterin die ärztliche Untersuchung vor. Es schließt sich die ebenfalls ca. 20-minütige ärztliche Untersuchung und Beratung der Eltern an. Auf Grund von Vor- und Nacharbeiten, wie z.B. den erheblich verlängerten Untersuchungs-, Beratungs- und Koordinierungszeiten bei entwicklungsauffälligen Kindern, ergibt sich eine durchschnittliche ärztliche Arbeitszeit von ca. 30 min pro Kind und ca. 45 min pro Mitarbeiterin.

Ist der Anteil auffälliger Kinder prozentual in der zu untersuchenden Kindergruppe erhöht, erhöht sich verständlicherweise auch die Gesamtarbeitszeit insbesondere für das ärztliche Personal wegen der verlängerten Koordinierungs- und Beratungszeiten im Nachgang. In ländlich strukturierten Gebieten ist für ca. 10% der Kinder eine verlängerte Untersuchungszeit anzunehmen. Für einige Regionen des Main-Kinzig-Kreises ergibt sich teilweise für bis zu 1/3 der Einschüler ein erhöhter Zeitaufwand, der insbesondere in einigen städtischen Regionen festzustellen ist.

Die Mitarbeiterin ergänzt fehlende Seh- und Hörtestungen, dokumentiert den Vorsorge- und Impfstatus, berät zu den Impfungen, erhebt die Befunde zur Visuomotorik*, zur visuellen Wahrnehmung sowie zur Informationsverarbeitung und vervollständigt im Anamnesegespräch* mit den Eltern die Vorgeschichte. Außerdem steuert und überprüft sie die schulärztliche Dokumentation der Gesundheits- und Entwicklungsdaten.

Die schulärztlichen Untersuchungsinhalte und -abläufe orientieren sich an

den hessischen Arbeitsrichtlinien für die jugendärztliche Untersuchung und Dokumentation in neuester Fassung (Hessische Variante des Bielefelder Modells, inhaltliche Überarbeitung in 2005 bis 2006, unter Einbindung des standardisierten Verfahrens „Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungskindern“ - S-ENS).

Mit Hilfe des standardisierten Untersuchungsverfahrens wird bei jeder Untersuchung für jedes Einschulungskind der Gesamtentwicklungsstand ermittelt. Die Teilbereiche, wie z.B. motorische, sprachliche und psychosoziale Entwicklung, werden erfasst und in der Schulkarte dokumentiert.

Hierzu gehört auch die Erfassung des Impfstatus.

Die schulärztliche Untersuchung erfolgt überwiegend in den Schulen in einer entspannten Atmosphäre. Die Kinder erhalten spielerisch die Gelegenheit, ihre Fähigkeiten zu zeigen. Sie malen z.B. Bilder, erzählen kleine Geschichten und dürfen ihre motorischen Fähigkeiten zeigen. Eine schulärztliche körperliche Untersuchung der Kinder gehört ebenso zum Untersuchungsprogramm.

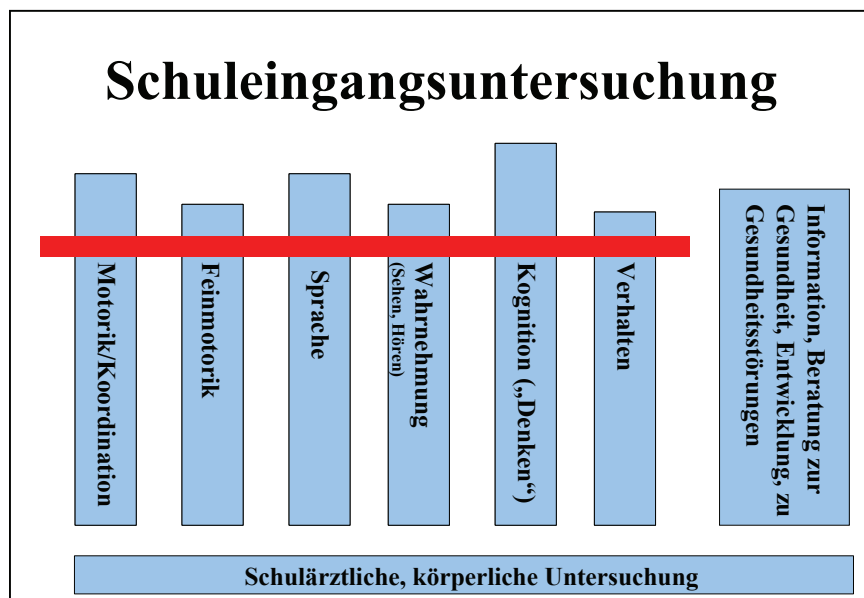


Nach der Untersuchung des Kindes werden die Eltern und Grundschulen zu den verschiedenen schulrelevanten Entwicklungsbereichen und zu eventuell noch erforderlichen Fördermaßnahmen oder noch zu klärenden medizinischen Auffälligkeiten beraten. Dies gilt insbesondere auch bei Kindern mit Teilleistungsstörungen, chronischen Erkrankungen und Behinderungen.

Die Bedeutung der Schuleingangsuntersuchung für die Schule

Die Einzeluntersuchung des Einschulungskindes zielt auf das Erkennen von gesundheitlichen Störungen und Belastungen des Kindes ab.

Erfasst werden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung verschiedene Entwicklungsbereiche (z.B. Motorik und Koordination / Feinmotorik / Sprache / Fremdsprachigkeit / Kognition / Wahrnehmung / Verhalten in der Untersuchungssituation / Erkrankungen und Behinderungen usw.).



Die schulärztlichen Untersuchungsschwerpunkte der verschiedenen Entwicklungsbereiche orientieren sich an den altersgemäßen Entwicklungen, in vorstehender Abbildung schematisch dargestellt durch den Querbalken.

Schulrelevante Fragestellungen eines jeden Kindes werden im Rahmen des gesetzlichen Auftrags mit der Schule besprochen (z.B. Sprachprobleme und deren Auswirkungen auf die Entwicklung von Leseprozessen, Leistungseinschränkungen bei erhöhtem feinmotorisch-koordinativem Förderbedarf, Erkrankungen, die sich auf die Unterrichtssituation oder Konzentration auswirken usw.). Schulärztlicherseits festgestellte Entwicklungsauffälligkeiten müssen noch nicht zwangsläufig Krankheitswert besitzen, sie können sich jedoch zukünftig auf die Gesundheit und Lernfähigkeit störend auswirken, wenn keine frühzeitige Intervention erfolgt.

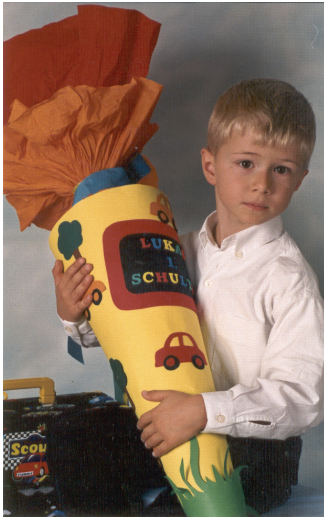
Durch frühzeitige fachliche Unterstützung (Eltern, Pädagogen, Fachdienste) werden Hilfen für das Kind organisiert. Die Abklärung von medizinischen Befunden oder Fördermaßnahmen durch Kooperationen mit niedergelassenen medizinischen Praxen und pädagogischen Einrichtungen werden eingeleitet. Die diagnostische Abklärung und

die Verordnung von medizinischen Therapien liegen im Aufgabenbereich des niedergelassenen Kinder- und Jugendarztes, dem aber, wegen der Freiwilligkeit der Vorsorgeuntersuchungen, nicht alle Kinder vorgestellt werden. Die Nachverfolgung von erhobenen Befunden muss daher vom KJÄD geleistet werden, soweit dies personell möglich ist.

Die schulärztliche Schuleingangsuntersuchung ist somit als Präventionsmaßnahme zu sehen, mit der schulische Fehlentwicklungen vermieden werden können.

Die Funktion der Schulärztinnen ist die beratende Begleitung der Eltern und der Schule.

Die Entscheidung zur Schulaufnahme in die 1. Klasse und/oder zur Einleitung sonderpädagogischer Fördermaßnahmen wird ausschließlich von den Schulleitungen getroffen.



Die Bedeutung der Schuleingangsuntersuchung für Kindertagesstätten

Ein wesentlicher Ansatzpunkt für Hilfen bei Entwicklungsauffälligkeiten von Kindern liegt in den Kindertagesstätten, da hier noch enge und tägliche Kontakte zwischen Eltern, Kindern und Erzieherinnen bestehen.

Diese schulärztliche Rückkoppelung an die Kindertagesstätte zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung kann als Fördermaßnahme in der Kindertagesstätte genutzt werden, wenn die Eltern einverstanden sind. Da die Förderung des Kindes aber fast immer im Interesse der Eltern steht, entwickeln sich in der Regel gute Kooperationsrahmenbedingungen zwischen den verschiedenen Kindereinrichtungen und dem KJÄD.

Bei schweren Entwicklungsauffälligkeiten und fehlender Handlungs- und Förderbereitschaft der Eltern kann in Einzelfällen unter dem Aspekt der gesundheitlichen Vernachlässigung auch

die Einbindung des Sozialen Dienstes des Jugendamtes erforderlich werden.

Die Bedeutung der schulärztlichen Dokumentation für den Main-Kinzig-Kreis

Neben der Beratung der Schule/Lehrer und der Eltern für das einzelne Kind besteht eine weitere Aufgabe des KJÄD in der Erfassung von Gesundheitsdaten aller Einschulungskinder (Pflichtuntersuchung).

Die anonym dokumentierten Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchung müssen an das Hessische Statistische Landesamt weitergeleitet werden.

Die Dokumentation aller in die 1. Klasse einzuschulenden Kinder ermöglicht die Auswertung nach unterschiedlichen Fragestellungen:

- nach schwerwiegenden gesundheitlichen Störungen (z.B. chronische Erkrankungen, Behinderungen)
- nach Auffälligkeiten, die langfristig die Gesundheit größerer Gruppen bedrohen und gesellschaftliche Tendenzen aufzeigen (z.B. Übergewicht, Bewegungsmangel, Impfstatus, Sprachdefizite in Deutsch bei Migrantenkindern)
- nach Entwicklungsauffälligkeiten, die einen erhöhten Förder- und Hilfebedarf erforderlich machen (z.B. Sprachauffälligkeiten, Störungen der Körperkoordination, Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsdefizite)
- nach regionalen Verteilungen
- nach Empfehlungen der Schulerückstellungen, nach sozialpädagogischem Förderbedarf usw.

Als **Querschnittsuntersuchung** und **Kompletterfassung** des Jahrgangs der Einschüler zeigen die Daten für die untersuchte Region, wie z.B. für den Main-Kinzig-Kreis, gesundheitliche Tendenzen auf und geben Anregungen für Hypothesen, Diskussionen und konkrete Hinweise zur Lenkung von gezielten Maßnahmen.



Gesundheitsberichterstattung

Die über die Jahre erfassten Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen werden in Gesundheitsberichten dargestellt und interpretiert. Ansätze zur Intervention und zur Entwicklung von positiven Zukunftsperspektiven für kindliche Entwicklungsprozesse werden aufgezeigt, Vorschläge zur interdisziplinären Intervention in Form von Projekten und Hilfen für Kinder und Jugendliche werden angeregt. Die Datenauswertung kann eine Basis für die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachbereiche zur Kinderbetreuung, zum Kinderschutz, zur Bildungsplanung und Gesundheitsförderung bilden. Die Daten können, wenn der Datenschutz gewährleistet wird, für Planungsprozesse im Main-Kinzig-Kreis eingesetzt werden (siehe auch Gesundheitsberichterstattung zur Sprache, Bewegung, Vorsorge, Impfung, Übergewicht und Adipositas). Die zuständigen Verantwortungsträger können bei Jahrgangsvergleichen auch Informationen zu gesundheitlichen und gesellschaftlichen Tendenzen erhalten. Die Auswirkungen von Entscheidungen könnten beobachtet werden, Änderungsprozesse sowie die Steuerung von Maßnahmen könnten auf dieser Datenlage ermöglicht werden.

Als Anhang zu diesem Beitrag ist auf der nächsten Seite ein schulärztlicher Untersuchungsgang zusammengestellt. Ab 2006 wird dieser geändert und durch einige Zusatzuntersuchungen und deren Dokumentation erweitert. Diese neuen Screening-Untersuchungen sollen insbesondere zur Sprachentwicklung, zur visuellen und auditiven Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitung sowie zur Visuomotorik mehr Detail-Informationen liefern.

Zusammenfassung

Die Ziele der Schuleingangsuntersuchung können mit folgenden Schwerpunkten beschrieben werden:

Für das Kind steht die Früherfassung von Entwicklungsauffälligkeiten, die Vermeidung von Schulversagen und die Förderung von Fähigkeiten im Vordergrund.

Die Eltern werden zu den „Entwicklungsauffälligkeiten“ beraten. Bei Bedarf erhalten sie eine Empfehlung zur Vorstellung beim Kinder- und Jugendarzt zur Fachberatung.

Schulleiterinnen und Schulleitern sowie Lehrerinnen und Lehrern dienen die schulärztlichen Ergebnisse zur Unterrichtsplanung.

Über die anonymisierte Dokumentation der schulärztlichen Screening-Ergebnisse der einzelnen Kinder wird der Jahrgang der Einschüler erfasst. Statistische Auswertungen für den Main-Kinzig-Kreis sind damit möglich.

Bisher wurde allerdings diese sehr sinnvolle Datenbasis viel zu selten in Entscheidungsprozessen im Kreis, im Staatlichen Schulamt und auf Landesebene berücksichtigt.

S1 SCHULEINGANGSUNTERSUCHUNG Name/Vorname/Geb.-Dat./Schule/Datum:

Folgende Parameter werden in einer Untersuchungseinheit durch die Ärztin/den Arzt für das Beratungsgespräch mit den Sorgeberechtigten und für das Beratungsgespräch mit dem/der Schulleiter/in erfasst:

Alter: Geschlecht: Größe: Gewicht:
Sehtest: Hörtest:

Wahrnehmung: Zeichnen eines selbst gestalteten Bildes

Gliederung in oben und unten, Darstellung von Details (Haus = Dreieck, Viereck, Sonne = Kreis) (Begrenzungen beim Ausmalen eingehalten, siehe auch Feinmotorik)

(zeichnen eines "Kindes"; nachzeichnen von geometrischen Figuren)

(wieder erkennen von Symbolen (Ziffern auf ISHIHARA-Tafeln),

differenzieren ähnlicher Formen (2-5, 1-7))

Körperteile aufzeigen nach Benennung ("Zeige mir ..., Stelle dich auf 1 Bein."), siehe auch Sprache

Sprache: Aussprache von allen Lauten und Lautkombinationen mit Hilfe der Farbennennung (rot, gelb, grün, blau, schwarz, weiß, braun, orange; zwei, drei; K-Wort)

aktives Sprachvermögen/Grammatik (vollständiger Satz mit Subjekt, Prädikat, Objekt, Beantwortung eines Warum-Satzes)

Sprachrhythmus

Sprachverständnis/Handlungsverständnis (1-2 Anweisungen, 3 und mehr) (z.B. "Hüpfte auf einem Bein im Kreis herum.")

bei fremdsprachigen Kindern

Lautierung bei Deutsch als 1. Fremdsprache

Nachsprechen von Sätzen (6-7 Silben); (Wortgedächtnis, Satzaufbau, Verbform, Artikelwahl, Endungen)

Geistige Entwicklung:

logisches Denken (Warum-Satz aus der Erfahrung beantworten, Bilderbuch von Ali Mitgutsch)

Mengenerfassung/Symbolerfassung (zu ISHIHARA-Farbtafeln die "Ziffern" benennen, die Mengen sprachlich angeben und mit den Fingern aufzeigen, abzählen bis 10 in richtiger Reihenfolge)

Merkfähigkeit (Farben und Zahlen benennen, Zahlenreihen wiederholen, Satz wiederholung; siehe oben)

Verhalten in der Untersuchungssituation:

Aufmerksamkeit/Konzentrationsfähigkeit (Reaktion auf Anweisungen, Mitarbeitsbereitschaft)

Beobachtungsfähigkeit/Nachmachen von vorgemachten Handlungen ("Fingerspielen")

Regelerfassung (Verhalten nach der Erklärung von Abläufen und Zusammenhängen)

Selbständigkeit (ausziehen, Trennung von der Begleitperson)

Reaktionen bei Aufforderungen, Lob, Kritik; Beherrschung von Aufregung und Angst

Nachfragen bei Unsicherheit, formalem Erledigen, Raten, Kaspeln, Ablenken, Schwitzen, Zittern, ängstlichem Gesichtsausdruck, panikartiger Verwirrung....)

| | | | |
|----------------------------------------------|------------|------------|---------------------------------------|
| Motorik: (balancieren | vorwärts | rückwärts) | (Strecke ca. 2,5 - 3 m) |
| 1-Bein-Stand | re | li | (mindestens 7 sec) |
| 1-Bein-Hüpfen | re | li | (9x, im Kreis, mit Richtungsänderung) |
| Diadochokinese | re | li | (5x Handbewegung) |
| Finger-Daumen-Oppositionsversuch (einhändig) | | li | re |
| (F-D-Oppositionsversuch beidhändig/gekreuzt) | | li | re) |
| Auge-Hand-Koordination | | | |
| Linkshänder | | | |
| (Zungenmotorik | vor/zurück | re/li | |
| Mundmotorik | | | |
| Augenbewegungen) | | | |

Körperliche Untersuchung:

Zustand Haut, Schleimhäute, Gebiss; Auffälligkeiten (Narben, Verletzungen, Hämatome...); (Pflege!)

| | | |
|--------------|----------------|--------|
| Kopf | Hals | Brust |
| Bauch | Gesäß/Genitale | Rücken |
| Extremitäten | Füße | Hände |

Erfassung und Bewertung von Daten der Schulein- gangsuntersuchungen

(Dr. med. Irmhild Richter)

Einführung, Erklärungen

Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen werden erhalten, indem die erfassten Untersuchungsergebnisse eines jeden Einschulungskindes aus dem Main-Kinzig-Kreis anonymisiert dokumentiert werden. Sie stellen eine Kompletterfassung aller Kinder dar, die zum nächsten Schuljahr in die 1. Klasse eingeschult werden sollen. Die Untersuchungsjahrgänge bestehen folglich nicht nur aus einem Geburtsjahrgang, sondern die Altersstufen liegen zwischen 5 und 7 Jahren.

Die Daten werden über ein Screening-Untersuchungsverfahren* erhoben. Dies bedeutet, dass für alle Kinder die gleichen standardisierten oder teilstandardisierten Untersuchungsverfahren eingesetzt werden.

Für das einzelne Kind bedeutet ein durch das Screening erhobener Befund, dass dieser durch den niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt diagnostisch abgeklärt und das Kind gegebenenfalls frühzeitig behandelt wird.

Die schulärztlichen Daten können nicht mit nach wissenschaftlichen Standards erhobenen Untersuchungsergebnissen gleichgesetzt werden. Da sie aber eine Kompletterfassung darstellen, sind sie wissenschaftlichen Daten in der Wertigkeit sehr ähnlich und haben sich bei wissenschaftlichen Überprüfungen meist als real und aussagekräftig erwiesen (z.B. die Daten zur Übergewichtigkeit).

Tendenzen von Entwicklungsverläufen und Interventionen

Die Datenauswertungen beschreiben Gesundheit und Entwicklungen der Einschulungskinder des Main-Kinzig-Kreises.

Die Schuleingangsdaten geben Hinweise auf spezielle Entwicklungen im Kinderbereich, die auch Anlass für weitere wissenschaftliche Untersuchungen sind (s. Kinder- und Jugendsurvey des Robert Koch - Instituts**).

Allgemeine gesundheitliche Tendenzen der Kinder im Main-Kinzig-Kreis können z.B. aufgezeigt werden, wenn Daten unterschiedlicher Untersuchungsjahrgänge miteinander verglichen werden.

Zu den speziell erhobenen Entwicklungsbereichen (z.B. Sprache, Motorik, Verhalten usw.) oder zu den schulärztlichen Fördervorschlägen können Aussagen gemacht werden.

Durch die Möglichkeit, die Daten nach Regionen oder Schulen zu unterteilen, können auch spezielle Tendenzen in Regionen erfasst werden. Die in dem Bericht zusammen gestellten Regionen wurden nach den ursprünglichen, geschichtlich geprägten Bereichen gegliedert (Stadt Hanau, Altkreis Hanau, Kreis Gelnhausen, Kreis Schlüchtern). Es ist jedoch auch eine Gliederung nach Gemeinden und Schulen möglich, wenn der Datenschutz gewährleistet ist.

Die Daten der Untersuchungen zum Schuleingang bieten z.B. die Chance, die Effektivität und Effizienz bei gesundheitsfördernden Maßnahmen im Vorschulbereich zu erhöhen. Auffällige kindliche Entwicklungen, die die Gesundheit und Leistungsfähigkeit langfristig gefährden, könnten frühzeitig erfasst werden. Somit könnten auch Interventionen geplant werden und bei politischen Entscheidungen als Entscheidungshilfe dienen.

**Vorsorgestatus
der Einschulungskinder
im Main-Kinzig-Kreis
in den Jahren 2000 – 2004**
(Cornelia Bernardi)



Der Vorsorgestatus wird im Gelben Untersuchungsheft dokumentiert, welches alle in Deutschland geborenen Kinder von Geburt an (U1) bis zum Alter von 64 Monaten (5 Jahre und 4 Monate, Vorschulalter, U9) begleitet.

Leider werden in diesen Vorsorgeheften die U-Untersuchungen nur individuell und nicht zentral dokumentiert und ausgewertet. Deshalb lassen sie keine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Situation der Kinder in einer Region zu. Eine offizielle Statistik über die Untersuchungsergebnisse gibt es in Deutschland nicht.

Die Neugeborenenuntersuchung **U1** wird direkt nach der Geburt durch den Arzt (oder bei Hausgeburten die begleitende Hebamme) dokumentiert.

Es werden Angaben zum Verlauf der Schwangerschaft, des mütterlichen Geburtsrisikos durch anamnestische und krankheitsbedingte Risiken und des Geburtsverlaufs sowie zum kindlichen Untersuchungsbefund gemacht.

Das Neugeborene wird erstmals gewogen und gemessen, der Geburtsverlauf, der APGAR-Wert* und der pH-Wert der Nabelarterie werden dokumentiert. Auffällige Fehlbildungen, Störungen der Neugeborenenperiode wie Krämpfe, Sepsis* bzw. andere kindliche Besonderheiten wie Nabelschnurumschlingung werden beschrieben.

Die **U2** (3.-10. Lebensstag), die Neugeborenen-Basisuntersuchung, dokumentiert wiederum Körpergewicht, Körpergröße und Kopfumfang sowie nachgeburtlich festgestellte und beobachtungsbedürftige Gesundheitsstörungen. Dazu gehört auch die Testung auf Stoffwechselstörungen wie Mukoviszidose*, Phenylketonurie*, Diabetes mellitus*, Rachitis oder Schilddrüsenfunktionsstörungen u.a..

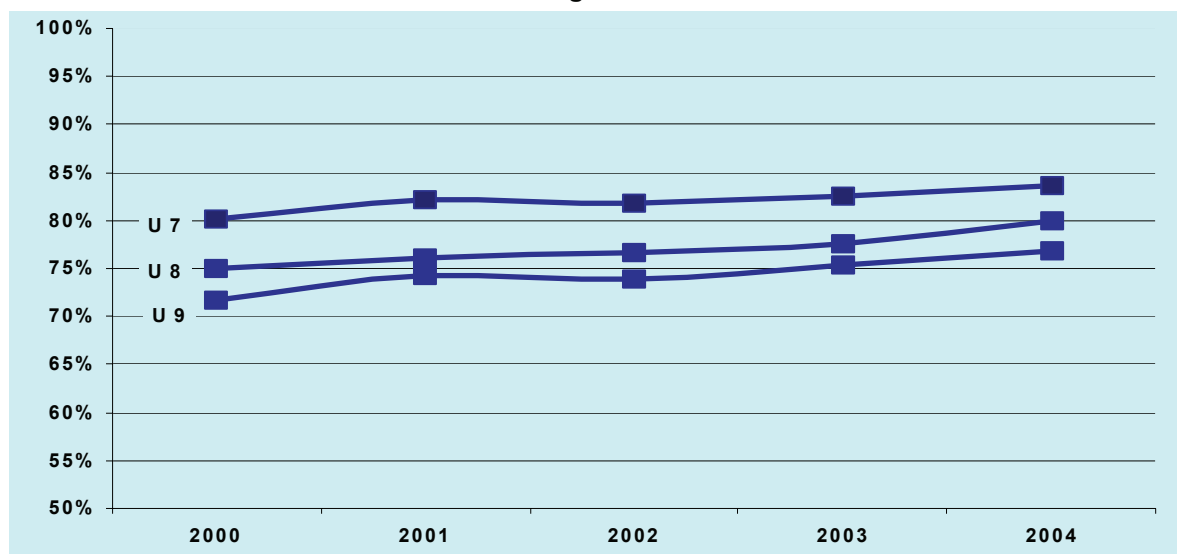
Nach Entlassung des Neugeborenen aus der Klinik wird der niedergelassene Kinder-/Hausarzt die weiteren Vorsorgeuntersuchungen **U3 bis U9** und die damit verbundene medizinische Betreuung des Kindes übernehmen. Der Arzt dokumentiert anamnestisch und durch Untersuchung erhobene gesundheitliche Besonderheiten an Haut, Brustorganen, Bauchorganen, Geschlechtsorganen, Skelettsystem, Sinnesorganen, der Motorik und des Nervensystems entsprechend der jeweiligen kindlichen Entwicklungsschritte. Es erfolgen ärztliche Beratungen zu Bewegungs-, Spiel- und Sozialverhalten und die Säuglingsimpfungen. Die Rachitisprophylaxe mit D-Fluoretten wird durchgeführt. Diese Gesundheitsvorsorgemaßnahmen einschließlich der empfohlenen Impfungen sind für die Eltern kostenlos und stehen allen Familien offen.

Die **U9** im Alter von 60 bis 64 Lebensmonaten stellt entwicklungsrelevante Auffälligkeiten bei Sprache, Motorik und Verhalten fest, jedoch sind deren Testverfahren nicht hessenweit standardisiert und eher individualmedizinisch ausgerichtet und daher nicht als vergleichendes Screeningverfahren zur Erfassung der Kindergesundheit einer Jahrgangsstufe geeignet. Das freiwillige Vorsorgeprinzip zur Früherkennung von kindlichen Erkrankungen und Entwicklungsstörungen besteht seit 1971.

Seither sind die kindlichen Vorsorgeuntersuchungen im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen verankert und stellen einen Pfeiler der Kindergesundheit in Deutschland dar.

Allerdings lässt generell die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen, wie nachfolgendes Diagramm zeigt, mit zunehmendem Alter des Kindes kontinuierlich nach.

**Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U7 – U9
im Main-Kinzig-Kreis 2000 - 2004**



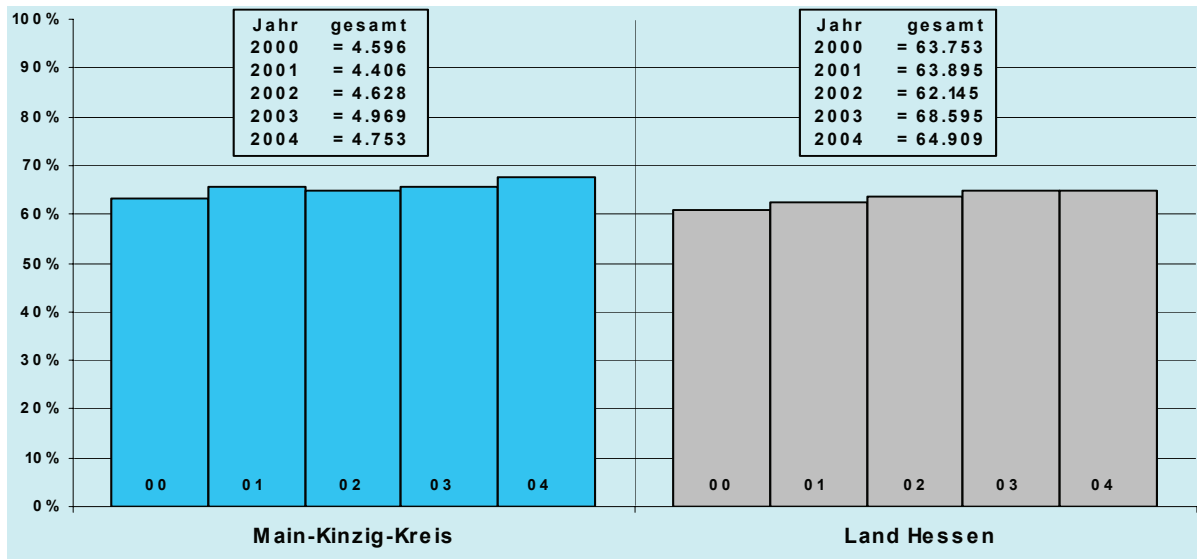
Dies ist insofern besonders erwähnenswert, da gerade die für im Hinblick auf die kommende Einschulung besonders relevante motorische, geistige und psychosoziale Entwicklungsbeurteilung, wie sie im Rahmen der U9 erhoben wird, bei **23%** aller Kinder im Main-Kinzig-Kreis im Jahr 2004 (Hessendurchschnitt 26%) nicht stattgefunden hat und ein Großteil schulrelevanter Befunde bislang nicht bekannt war und mit den Eltern besprochen werden konnte.

Im Main-Kinzig-Kreis wird die Zahl der Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung durch den KJÄD seit 1996 dokumentiert.

Die Daten werden nach Ablauf des Einschulungsjahres zentral vom Hessischen Statistischen Landesamt in Wiesbaden ausgewertet und ein vergleichender Bericht der hessischen Landkreise vom Hessischen Sozialministerium erstellt.

Das folgende Diagramm zeigt den Anteil derjenigen Kinder, die bei der Schuleingangsuntersuchung im Main-Kinzig-Kreis im Vergleich zum Hessendurchschnitt einen vollständigen Untersuchungsstatus aufweisen konnten, d.h. alle Vorsorgeuntersuchungen von der U2 bis zur U9 wahrgenommen haben.

Kompletter Vorsorgestatus (U2 – U9) Main-Kinzig-Kreis und Land Hessen im Vergleich 2000 - 2004



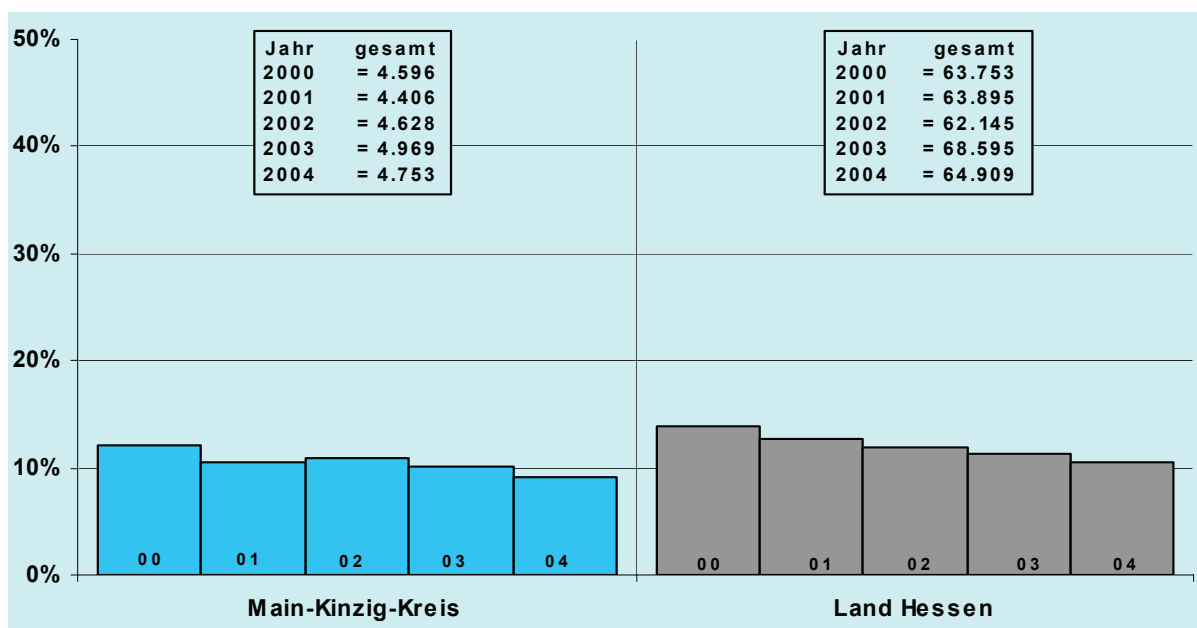
Es zeigt sich, dass seit dem Jahr 2000 bis zum Jahr 2004 ein Anstieg von 63,3% auf 67,5% der kompletten Vorsorgestatus zu verzeichnen ist, ein im Vergleich zum Hessendurchschnitt deutlich besseres Ergebnis.

Es bedeutet aber gleichermaßen, dass 32,5% aller Einschulungskinder einen

unbekannten (Heft wurde nicht vorgelegt) oder unvollständigen Untersuchungsstatus aufwiesen.

Es wird in nachstehendem Diagramm sichtbar, dass der prozentuale Anteil der Kinder mit unbekanntem Vorsorgestatus im Main-Kinzig-Kreis von 12,1% auf 9,2% gesenkt werden konnte.

Unbekannter Vorsorgestatus (U2 - U9) Main-Kinzig-Kreis und Land Hessen im Vergleich 2000 - 2004



Doch entspricht dies einem Anteil von fast 400 Kindern, deren Eltern das Vorsorgeheft nicht vorweisen konnten. In diesen Fällen kann sowohl ein kompletter als auch ein inkompletter Untersuchungsstatus dahinter stehen.

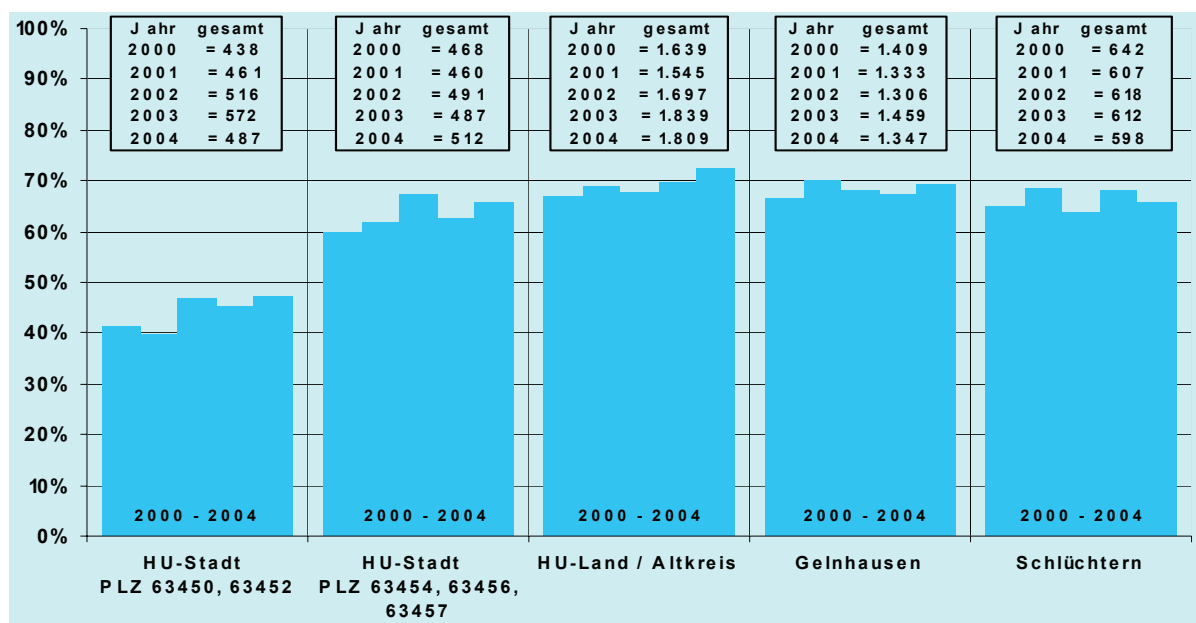
Bei kleinräumiger Betrachtung des Main-Kinzig-Kreises - aufgeschlüsselt in die Bereiche Hanau-Kernstadt und Stadtteile, Hanau-Stadt-Ortsteile, Hanau-Land (Städte und Gemeinden des Altkreises), Gelnhausen und Schlüchtern - wird weiterhin deutlich (s. nachfolgendes Diagramm):

Kinder, die bis zum Alter von 5½ Jahren komplett die Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben, sind im Hanauer Kernstadtbereich am seltensten zu finden: Weniger als die Hälfte (2004 = 47,4%) aller Kinder, die der KJÄD zur Schuleingangsuntersuchung gesehen hat, haben alle Vor-

sorgeuntersuchungen wahrgenommen. Etwas besser sieht das Ergebnis im Hanauer Landbereich und in Schlüchtern aus; die beste Vorsorgeakzeptanz zeigt sich im Gelnhäuser Bezirk (2004 = 69,4%) sowie im Hanauer Landkreis (2004 = 72,5%).

Mögliche Ursachen hierfür könnten in der Einwohnerzusammensetzung (z.B. Migrationshintergrund, Sozial- und Bildungsstatus), der Kinder- und Jugendärztdichte und der Erreichbarkeit der Vorsorgeangebote zu suchen sein. Insgesamt ist zu sehen, dass der Main-Kinzig-Kreis im Vergleich zum Hessendurchschnitt einen höheren Prozentsatz von Einschulungskindern mit Migrationshintergrund aufweist. In Hanau-Stadt macht der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund im Jahr 2004 fast 50% aus.

**Kompletter Vorsorgestatus (U2 - U9)
Main-Kinzig-Kreis regional 2000 - 2004**



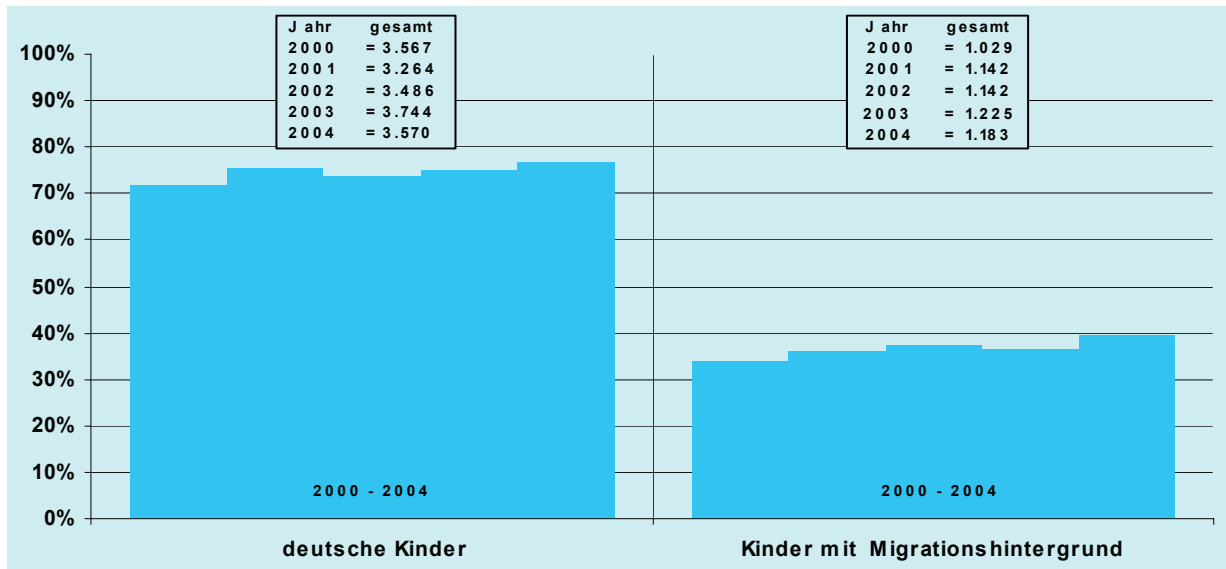
An der nächsten Graphik wird deutlich, dass Kinder mit Migrationshintergrund seltener bei den Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt werden und es

auch geschlechtsspezifische Unterschiede gibt. Während deutsche Mädchen und Jungen bei der Einschulung zu über 67%

einen kompletten Vorsorgestatus nachwiesen, kamen Töchter von Migranten lediglich zu 37,2% und Söhne

von Migranten immerhin zu 41,3% in diesen Genuss.

**Kompletter Vorsorgestatus (U2 – U9) Main-Kinzig-Kreis
deutsche Kinder und Kinder mit Migrationshintergrund 2000 - 2004**



Zusammenfassung

Unsere Erhebungen zeigen, dass die Vorsorgeuntersuchungen, die für alle Kinder unentgeltlich durch die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte und auch Hausärzte angeboten werden, keineswegs so häufig wie gewünscht und notwendig in Anspruch genommen werden.

Es ist zwar in den von uns statistisch erfassten Jahrgängen zu einer kontinuierlichen Zunahme gekommen (52% im Jahr 1996 zu 67,5% im Jahr 2004), jedoch wird immer noch knapp ein Drittel der 5-jährigen Kinder nicht so betreut, wie es möglich und wünschenswert wäre.

Die unterschiedliche Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen in den Regionen und bei Kindern mit Migrationshintergrund sowie die Unterschiede bei Mädchen und Jungen zeigen deut-

lich, dass weitere gezielte Maßnahmen zur besseren Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen erfolgen müssen.

Die aktuelle Diskussion im Land Hessen über die Einführung von verpflichtenden Vorsorgeuntersuchungen steht hiermit im Zusammenhang.

Selbst diese Verpflichtung wird jedoch bei Verbleib der jetzt gesetzten Standards der Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) noch keine Verhinderung von Fehlentwicklungen der Kinder bewirken.

Hierzu bedarf es einer verbesserten und modernen Definition der Vorsorgeuntersuchung und der statistischen Dokumentation, die dann auch eine kleinräumige Auswertung der Ergebnisse ermöglichen sollte und zwar über alle Krankenkassen hinweg.

**Impfstatus
der Einschulungskinder
im Main-Kinzig-Kreis
in den Jahren 2000 – 2004**
(Dr. med. Sabine Trageser)



Viele Infektionskrankheiten sind im heutigen Deutschland selten geworden. Noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts starb jedes fünfte Kind an einer Infektionskrankheit. Weltweit forderte die Influenzapandemie* von 1918/19 mehr als 20 Millionen Todesopfer. Im Deutschen Reich starben um 1900 allein an Keuchhusten, Diphtherie und Scharlach pro Jahr noch 65.000 Kinder (bei einer Einwohnerzahl von 58 Millionen).

Heute kennt kaum noch jemand diese Infektionskrankheiten. Dies haben wir vor allem den Impfungen zu verdanken. Sie stellen die wichtigste und erfolgreichste medizinische Prophylaxe der modernen Medizin dar. Dies zeigt sich deutlich in der Ausrottung der Pocken in 1980 sowie in der weitgehenden Eliminierung der Kinderlähmung.

Die Infektionserkrankungen spielen aber weiterhin eine große Rolle.

Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) stellt in ihrem Jahresbericht von 2002 fest, dass Infektionskrankheiten mit ca. 25% noch immer an zweiter Stelle der Todesursachenstatistik in der Welt stehen. So starben allein im Jahr 2001 weltweit 745.000 Menschen an Masern. Auch in Industrienationen haben noch ca. 5% der Todesfälle Infektionskrankheiten als Ursache.

Faktoren wie Armut, schlechte Hygie-

ne, globale und regionale Umweltveränderungen sowie kriegerische Auseinandersetzungen sind die Gründe für die Ausbreitung von Infektionserkrankungen in armen Ländern.

In Europa und damit auch in Deutschland bestimmen dagegen die Zunahme von Handel, die höhere Mobilität durch Reisen und Migration die Ausbreitung von Infektionskrankheiten.

Ziel und Wirkungsweise von Schutzimpfungen

Impfungen schützen nicht nur vor schwerwiegenden Infektionserkrankungen und ihren Komplikationen, sie bringen der Gesellschaft auch einen Gewinn an Freizügigkeit und wirtschaftlichem Wohlstand, denn Impfungen sparen der Gesellschaft jährlich Milliarden an Ausgaben für Krankheiten. Auch wäre ohne Impfungen ein Zusammenleben auf dem heutigen Niveau der Mobilität, der Kultur und des globalen Wirtschaftens nicht vorstellbar.

Impfungen und die durch sie erzielte Gesundheit sind Voraussetzung, nicht Folge von Wohlstand.

Das direkte Ziel der Impfung für jeden Einzelnen ist die Aktivierung bzw. Sensibilisierung des Abwehrsystems gegenüber bestimmten, in den Körper eindringenden Erregern und in der

Folge die Verhinderung einer Infektionserkrankung.

Das Robert Koch-Institut definiert den Impfschutz folgendermaßen:

„Impfungen schützen vor

- schweren Infektionskrankheiten, bei denen es keine oder nur eine begrenzte Therapiemöglichkeit gegen den Krankheitserreger gibt (z.B. Hepatitis B, Kinderlähmung, Tollwut, Diphtherie, Wundstarrkrampf)
- möglichen schweren Komplikationen bei Infektionskrankheiten (z.B. Masernenzephalitis [Gehirnentzündung] mit einer Sterblichkeitsrate von 20-30%)
- möglichen schweren Krankheitsverläufen bei Risikopatienten (z.B. Impfung leukämiekranker Kinder gegen Windpocken)
- Infektionskrankheiten, die während der Schwangerschaft (z.B. Röteln) oder der Geburt (z.B. Windpocken) zu schweren Schäden beim Kind führen können.“

Neben dem Schutz des Einzelnen führen viele Impfungen zu einem Kollektivschutz der Bevölkerung, der sog. Herdimmunität. Diese verhindert das Auftreten von Epidemien. Auch werden Menschen geschützt, die keine Impfung aus medizinischen Gründen erhalten können.

Es bedarf jedoch hoher Impraten, um einen Nutzen für die Allgemeinbevölkerung zu erreichen. Um einen sicheren Kollektivschutz zu erhalten, sind bei verschiedenen Infektionserkrankungen unterschiedliche Durchimpfungsraten notwendig. Für Mumps wird eine Herdimmunität bei ca. 90%er, für Diphtherie bei ca. 80%er und für Masern bei 92-95%er Durchimpfungsrate erreicht. Mit hohen Durchimpfungsraten kann man Krankheitserreger regional ausrotten

und damit in Folge eine weltweite Eliminierung erreichen.

Man unterscheidet gemäß ihrem Wirkmechanismus zwischen einer aktiven und passiven Impfung. Bei der aktiven Immunisierung werden die körpereigenen, immunologischen Abwehrsysteme genutzt und zwar durch Verabreichung abgetöteter bzw. stark abgeschwächter Erreger oder auch bestimmter Erregerkomponenten. Diese haben ihre krankmachende Wirkung verloren. Ein Kontakt mit dem in der Umwelt vorkommenden Erreger führt dann nicht mehr zu einer Erkrankung. Je nach Impfstoff kann dieser Schutz lebenslang sein oder muss durch Auffrischimpfungen wieder aktiviert werden. Bei der passiven Immunisierung werden nicht körpereigene Antikörper gegen bestimmte Erreger oder deren Toxine gegeben. Sie können sowohl von menschlichem als auch von tierischem Blut hergestellt werden. Es entsteht ein sofortiger Schutz, der jedoch nur einige Wochen bis maximal drei Monate anhält. Werden ein sofortiger Schutz und eine Dauerimmunität benötigt (z.B. gegen Tetanus bei blutenden Verletzungen und gegen Hepatitis B bei Neugeborenen infizierter Mütter), ist eine gleichzeitige aktive und passive Immunisierung möglich, die sog. Simultanimpfung.

Richtlinien, Rechtsgrundlagen und Organisation des Impfwesens

Schutzimpfungen sind eine gesetzlich geregelte Maßnahme. Der § 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) regelt, dass die Information und Aufklärung der Bevölkerung über die Gefahren von Infektionskrankheiten und die Möglichkeiten zu deren Verhütung eine Aufgabe der Öffentlichen Gesundheits-träger ist. Es besteht jedoch seit 1986 keine Impfpflicht mehr.

§ 34 Abs. 10/11 regelt insbesondere die Aufgaben des Kinder- und Jugend-

ärztlichen Dienstes in Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Kindergarten, Hort, Schule). Bei der Schulaufnahme hat der KJÄD den Impfstatus jedes Kindes zu erheben. Diese Daten werden anonymisiert an die oberste Landesgesundheitsbehörde übermittelt, die sie an das Robert Koch - Institut (RKI) weiterleitet.

In der Verordnung über die Zulassung und die Ausgestaltung von Untersuchungen und Maßnahmen der Schulgesundheitspflege vom Februar 2000 und deren Änderung vom August 2004 des Hessischen Sozialministeriums wird die Durchführung der Impfberatung ausdrücklich in die Einschulungsuntersuchung mit einbezogen.

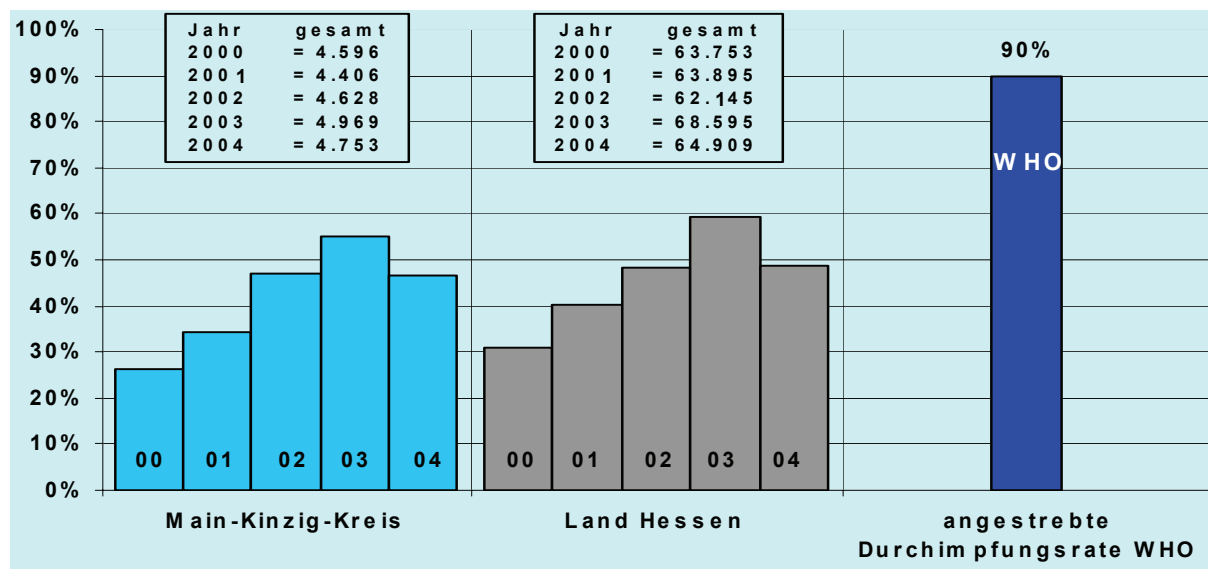
In § 20 Abs. 3 IfSG sprechen die Landesgesundheitsbehörden, das Sozialministerium in Hessen, die öffentlichen Empfehlungen für Schutzimpfungen aus. Sie tun dies auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impf-

kommission (STIKO) am RKI. Diese Impfeempfehlungen sind in einem Impfkalender zusammengefasst. Sie bieten eine fundierte Grundlage für die Entwicklung und Umsetzung von Impfstrategien. Impfkosten werden von der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung übernommen, bei beruflicher Indikation vom Arbeitgeber.

Impfdaten der Schuleingangsuntersuchungen des Main-Kinzig-Kreises

Nach den für den KJÄD zugrunde liegenden Rechtsgrundlagen und Richtlinien werden alljährlich im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen im Main-Kinzig-Kreis die Impfpässe der Einschulungskinder eingesehen. Nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) wird der Impfstatus jedes einzelnen Kindes ermittelt und anonymisiert dokumentiert.

**Kompletter Impfstatus
Main-Kinzig-Kreis und Land Hessen im Vergleich 2000 – 2004
Gegenüberstellung der angestrebten Durchimpfungsrate der WHO**



Im Verlauf des Dokumentationszeitraumes von 2000 bis 2003 steigen die Gesamtzahlen der kompletten Impfstatus kontinuierlich an. Im Vergleich zum Hessendurchschnitt zeigt sich jedoch eine leichte Verzögerung, d.h. der Main-Kinzig-Kreis hinkt in Bezug auf

die Impffreudigkeit dem Hessendurchschnitt etwas hinterher.

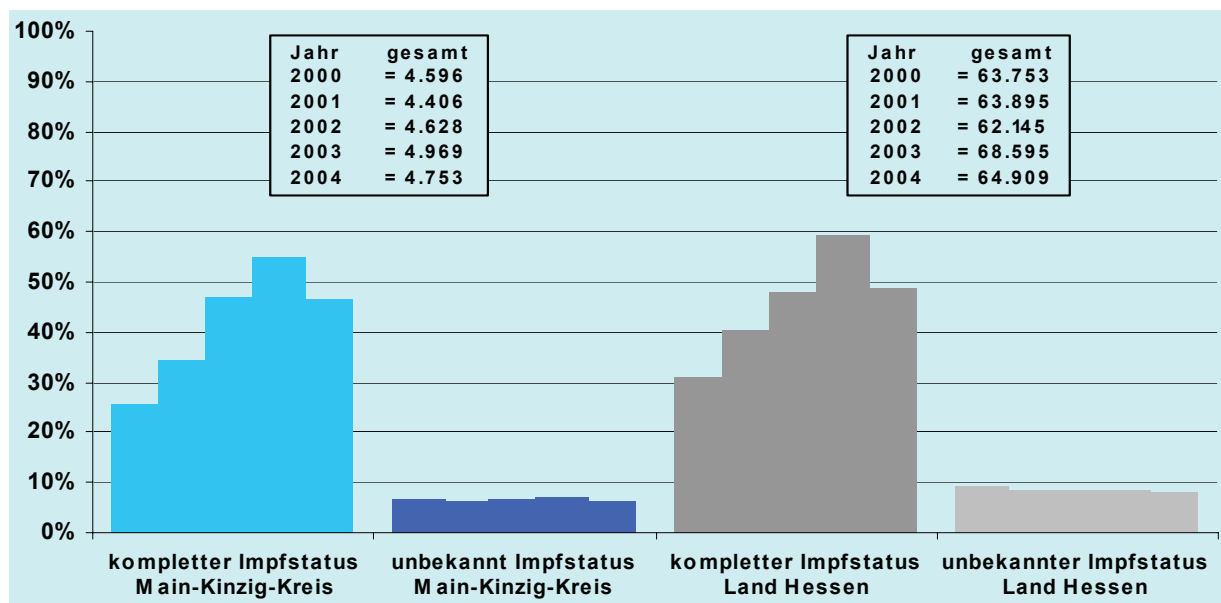
In 2004 fallen die Durchimpfungsraten im Main-Kinzig-Kreis sowie in Hessen deutlich ab. Dies liegt an der 2001 eingeführten Änderung des Impfschemas durch die STIKO. Die Durchführung

der zweiten Masern-Mumps-Röteln-Impfung wurde auf das zweite Lebensjahr vorverlegt. Diese Änderung wurde im Erlass des Hessischen Sozialministeriums als Definition des kompletten Impfstatus im Jahr 2004 aufgenommen. Dies zeigt, dass selbst nach einer Zeitspanne von 3 Jahren, in welcher 2 Vorsorgetermine beim niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt liegen, die

Änderung noch nicht bedarfsgerecht in die Impfpraxis umgesetzt werden konnte.

Weder Hessen noch der Main-Kinzig-Kreis haben jedoch auch nur annähernd die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gewünschte bzw. angestrebte Durchimpfungsrate von 90% für die öffentlich empfohlenen Impfungen erreicht.

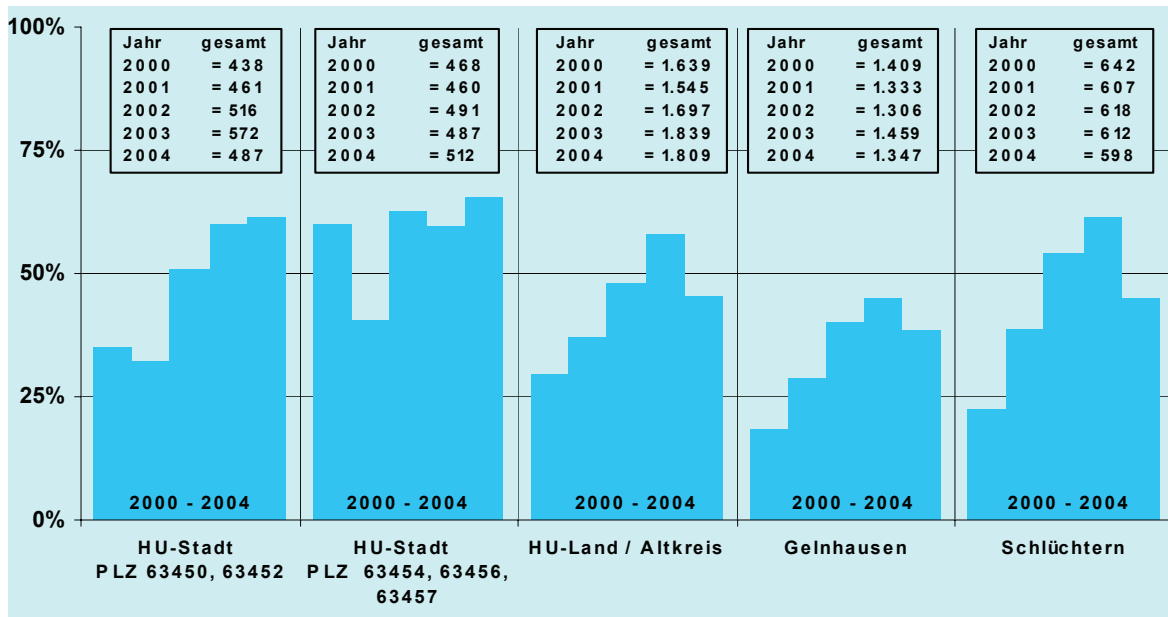
**Kompletter und unbekannter Impfstatus
Main-Kinzig-Kreis im Vergleich zum Land Hessen 2000 - 2004**



Die unbekanntem Impfstatus (dunkelblaue Säulen) zeigen diejenigen Kinder an, die keinen Impfpass vorgelegt haben. Erfreulicherweise liegt der Anteil der unbekanntem Impfstatus im Main-Kinzig-Kreis im Verlauf der Jahre

gleich bleibend niedrig (Eltern erhalten immer die Möglichkeit den Impfpass nachzureichen), so dass die Daten der kompletten Impfstatus als sehr verlässlich anzusehen sind.

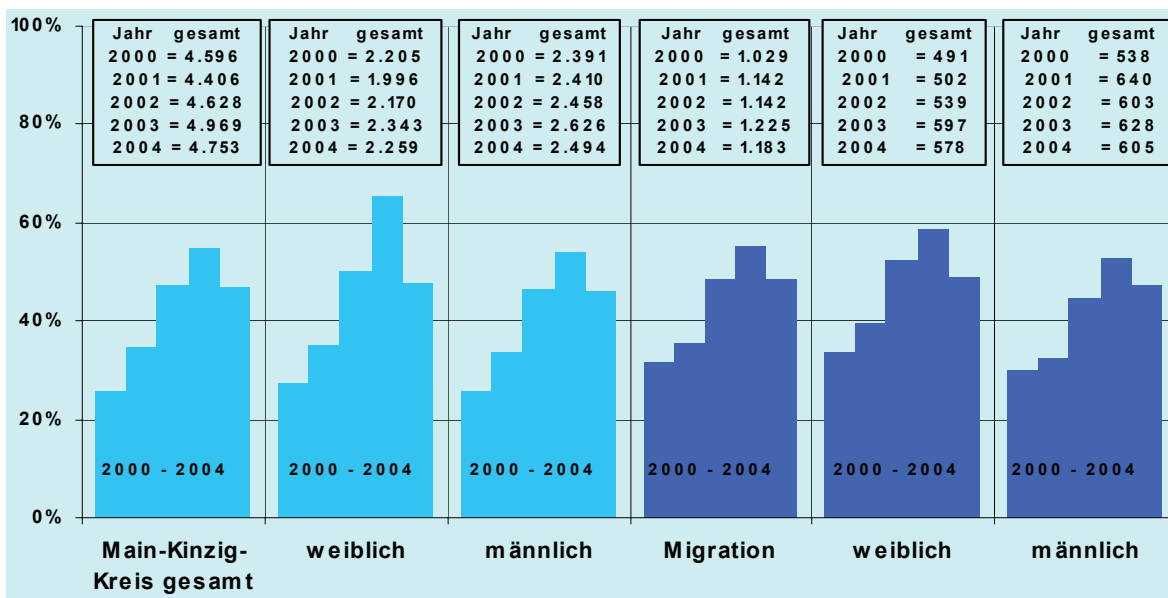
Kompletter Impfstatus Main-Kinzig-Kreis, regionale Verteilung 2000 - 2004



Um die Unterschiede im Impfverhalten einer kleinräumigen Betrachtung zu unterziehen, wurden die Impfdaten der Jahre 2000 - 2004 für die Gebiete Hanau Kernstadt und Stadtteile, Hanau Ortsteile, Hanau Altkreis, Einzugsgebiet Gelnhausen und Einzugsgebiet Schlüchtern einander gegenübergestellt (s. oben stehendes Diagramm). Es fällt auf, dass die Hanauer Kinder im Vergleich zu allen anderen Kindern des Main-Kinzig-Kreises besser durchgeimpft sind. Die Ursache dafür könnte einerseits in der

unterschiedlichen Impfpraxis der niedergelassenen impfenden Ärzte und der im Laufe der Jahre verbesserten Impfakzeptanz der Eltern zu suchen sein. Auch die Bemühungen des schulärztlichen Dienstes könnten sich z.B. darin widerspiegeln, denn über einen Zeitraum von 15 Jahren wurde von schulärztlicher Seite eine Kooperation mit einigen Grundschulen und sozialen Diensten gepflegt und immer wiederkehrend über die Wichtigkeit von Impfungen in sozialen Brennpunkten informiert. Umso bemerkenswerter ist dies

Kompletter Impfstatus Main-Kinzig-Kreis weiblich / männlich gesamt und Kinder mit Migrationshintergrund 2000 - 2004



vor dem Hintergrund, dass in Hanau-Stadt und den Stadtteilen die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt deutlich niedriger ist als in den Regionen Gelnhausen und Schlüchtern. Dies gilt insbesondere für die Kinder mit Migrationshintergrund. Stellt man die kompletten Impfstaten aller Kinder des Main-Kinzig-Kreises denen der Kindern mit Migrationshintergrund gegenüber, so unterscheiden sich die Daten nicht wesentlich, d.h. Kinder mit Migrationshintergrund werden den niedergelassenen Kinderärzten gleich häufig zum Impfen vorgestellt.

Aus der Arbeit in sozialen Brennpunkten ist bekannt, dass die Höhe der Durchimpfungsraten in einer Region entscheidend von mehreren Faktoren bestimmt wird, z.B. welche Wege von Eltern zurückgelegt werden müssen, d.h. in welchem Stadtteil das Kind wohnt bzw. ob ein Kinder- und Jugendarzt im Stadtteil niedergelassen ist.

Auch bedeutsam scheint zu sein, ob Eltern den Anweisungen der Ärztin/des Arztes bereitwillig folgen, Termine einhalten können und aus persönlicher Erfahrung Infektionskrankheiten kennen. Auffällig ist jedoch, dass die Mädchen (mit/ohne Migrationshintergrund) bessere Durchimpfungsraten aufweisen als die gleichaltrigen Jungen.

Diskussion

Die Teilnahme an den Schutzimpfungen ist freiwillig und stützt sich auf die aktive Mitwirkung der Bevölkerung und das Engagement der niedergelassenen Ärzte und der Verantwortlichen im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Auch wenn die Durchimpfungsraten wie oben dargestellt im Main-Kinzig-Kreis in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen sind, bestehen weiterhin beträchtliche Impflücken bei den einzu-

schulenden Kindern. Bei differenzierter Betrachtung der Einzelimpfungen (z.B. Masern, Mumps, Röteln) allerdings sind jedoch durchaus zum Teil relativ hohe Durchimpfungsraten festzustellen.

Die Akzeptanz von Impfungen spielt eine zentrale Rolle. Die Zahl der absoluten Impfgegner wird auf weniger als 2% der Bevölkerung in Deutschland geschätzt. Der Anteil impfskeptischer Eltern, d.h. Eltern, die einzelne Impfungen ablehnen, beträgt etwa 10%. Die Mehrheit der Allgemeinbevölkerung ist weder ablehnend noch skeptisch gegenüber Impfungen eingestellt, sondern eher unerfahren und sorglos gegenüber Infektionskrankheiten.

Auch soziale Faktoren können einen Einfluss auf die Höhe der Impfbeteiligung haben: Schichtzugehörigkeit, Einkommen, Bildungsabschluss, Nationalität und familiäre Merkmale (z.B. allein erziehende Elternteile, Kinderzahl, Geschwisterrang und Alter der Eltern). Vor diesem Hintergrund sind flächendeckende und gezielte Interventionsmaßnahmen zur Steigerung der Durchimpfungsraten notwendig.

In den letzten Jahren hat deshalb der KJÄD des Main-Kinzig-Kreises in besonderen Beratungsaktionen Schulen über Impfungen und Infektionsgefährdung informiert, zuletzt mit einem Projekt an der Heinrich-Böll-Schule in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Hessen (s. auch Hessisches Ärzteblatt 11/05). Aufgrund der überaus positiven Bilanz wäre es wünschenswert, dass auch die übrigen Schulen des Main-Kinzig-Kreises einen solchen Aktionstag unter Mithilfe des KJÄD durchführen würden. Die Öffentlichkeitsarbeit in Form von Vorträgen muss als wichtige Aufgabe gesehen werden.

Eine kontinuierliche statistische Erfassung der Impfdaten, wie sie durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst bei den Einschulungsuntersuchungen

Bericht zur Kindergesundheit im Main-Kinzig-Kreis

erfolgt, ist von besonderer Wichtigkeit. Nur anhand von Daten ist eine zielgruppen- und themen-bezogene Planung von Impfberatungsaktionen zur Prävention vor Infektionskrankheiten möglich.

Die beschriebenen Anstrengungen des KJÄD zur Steigerung der Impfbereitschaft sind sehr personalintensiv und können nur mit besonderem Engagement aller Beteiligten zum Erfolg geführt werden. Weiterer Personalabbau wird zwangsläufig die bisherigen Erfol-

ge wieder vernichten. Die Diskrepanz zwischen Impfrealität und internationalen Verpflichtungen bzw. Zielstellungen ist trotz aller Bemühungen zum jetzigen Zeitpunkt noch sehr groß.

Dies sollte alle Verantwortlichen in Politik, Schule und Betrieb dazu anregen, der Impfmüdigkeit zu begegnen. Denn nur mit einer hohen Impfabzeptanz lässt sich das massenhafte Auftreten von längst überwunden geglaubten Infektionskrankheiten verhindern.



**Sprachentwicklung
der Einschulungskinder
im Main-Kinzig-Kreis
in den Jahren 2000 – 2004**

(Dr. med. Gisela Schneider
Dr. med. Irmhild Richter)



Sprache ist eine Grundlage unserer Beziehungen, eine Basis der Persönlichkeitsentwicklung und des schulischen Lernens.

Die gesunde Entwicklung der kindlichen Sprache wird bestimmt von den angeborenen Fähigkeiten des Gehirns, die Entwicklungsbereiche Sprachwahrnehmung und Informationsverarbeitung, Emotionalität und motorische Steuerung der Sprachmuskulatur zu verknüpfen. Eine normale Entwicklung der beiden Sprachzentren eines Kindes setzt somit voraus, dass eine Reihe von Entwicklungsprozessen erfolgreich und zeitgerecht durchlaufen und dabei grundlegende Hör- und Sprachfähigkeiten erworben werden. Die Sprachentwicklung wird über die „auditive Wahrnehmung“ gesteuert. Diese Leistung des Gehirns unterscheidet Gehörtes und ermöglicht das Wiedererkennen sowie das Verstehen von Sprachinformationen. Ab 70 dB Hörverlust erlebt das Kind die „Welt des Schweigens“ und kann keine verbale Sprache entwickeln.

Ein Kind durchläuft die folgenden sprachlichen Entwicklungsphasen:

- **6. - 8. Lebensmonat: zweite Lallphase**
- **12. - 13. Lebensmonat: erste Worte**
- **Ende 2. Lebensjahr: ca. 50 Worte**
- **Ende 3. Lebensjahr: verständliche Vierwortsätze**
- **Ende 4. Lebensjahr: deutliche Aussprache, nur selten Grammatikfehler**

Störungen der Sprache

Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen können die individuelle Entwicklung der betroffenen Kinder, den Start in der Schule und damit den weiteren Lebensweg beeinträchtigen. Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache können zu Störungen des Lesens und des Schreibens führen. Bei Sprechstörungen können mundmotorisch einzelne Laute nicht gesprochen werden (z.B. kein R, das durch L ersetzt wird). Bei Sprachstörungen zeigen sich Fehler in der Grammatik, der Sprachverarbeitung und im Sprachrhythmus (z.B. Fehler beim Wiederholen von Sätzen, bei Lautkombinationen, Reihenfolgen usw.). Zu den Stimmstörungen gehört z.B. die chronische Heiserkeit.

Ursachen für Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen können sein:

- **angeborene Veranlagung**
- **Erkrankungen des Ohres, zu spät erkannte Hörbehinderungen**
- **eine sprech- und anregungsarme Familie im persönlichen Umfeld**
- **eingeschränkte intellektuelle Leistungsfähigkeit**
- **ein ungünstiger Verlauf des Spracherwerbs bei mehrsprachigen Vorbildern**

Untersuchungsschritte bei der Schuleingangsuntersuchung

Wegen der großen Bedeutung für die schulische Leistungsfähigkeit beim Lesen und Schreiben und des drohenden Überforderungserlebens des Kindes bei Defiziten in der Sprachverarbeitung wird bei der schulärztlichen Untersuchung besonderes Augenmerk auf die Erkennung sprachlicher Auffälligkeiten gelegt.

Die Überprüfung der sprachlichen Leistung eines Kindes erfolgt während der gesamten Dauer der Schuluntersuchung.

Zur Erfassung der altersgerechten Sprachfähigkeit wird geachtet auf:

- **allgemeines Sprachverständnis**
- **Wortschatz, allgemeine Erzählstruktur**
- **grammatikalische Strukturen**
- **Artikulation (Aussprache)**
- **Sprechablauf (Rhythmus)**
- **Stimme**

Das **Sprachverständnis** eines Kindes wird über das Anweisungs- und Handlungsverständnis erfasst. Die **Aussprache** von allen Lauten und Lautkombinationen wird mit Hilfe der Beschreibung eines selbst gemalten Bildes sowie eines Bilderbuches mit Alltagsfunktionen beurteilt. Bei Kindern mit nichtdeutscher Muttersprache kann

sich die Sprachstandserhebung zeitlich aufwändig gestalten. Es wird besonders auf das Verstehen von Handlungsaufforderungen, den Wortschatz, den aktiven Sprachgebrauch und die Aussprache von Lauten geachtet.

Schulärztliche Beurteilung

Für die schulärztliche Beurteilung und Dokumentation der sprachlichen Leistungen ist im Main-Kinzig-Kreis eine einheitliche Untersuchungsmethode festgelegt:

SPRACHE ist „unauffällig“, wenn das Kind folgendes kann:

- **alle Laute und Lautkombinationen aussprechen** (z.B. Aussprache von Worten wie rot, gelb, grün, blau, schwarz, orange, weiß; zwei, drei, fünf, sechs, acht...)
- **mit einem ganzen Satz antworten** (Frage: „WAS macht er da?“ oder „WAS passiert dort?“)
- **mit einem vollständigen Nebensatz antworten** (Frage: „WARUM macht er das?“)
- **die ausschließlich verbal gegebenen Handlungsanweisungen zu den motorischen Übungen verstehen**

Empfehlungen des Schularztes bei Sprachauffälligkeiten

Bei leichten Störungen wird den Eltern die Vorstellung bei einem Sprachheilbeauftragten zur kostenlosen Fachberatung angeraten. Bei gravierenden Störungen - zahlreichen Aussprache- und Artikulationsfehlern (Dyslalie), unsicherer Beherrschung der Grammatik (Dysgrammatismus) und Sprachentwicklungsstörungen mit z.B. geringem Wortschatz - wird auf die fachärztliche Untersuchung beim Kinder- und Jugendarzt mit der evtl. Weiterleitung zur logopädischen Therapie verwiesen.

Die niedergelassenen Fachärzte treffen dann die Entscheidung zur weiteren Diagnostik und / oder Überweisung zur Therapie. Die Schule muss über die Sprachauffälligkeiten informiert werden, um geeignete schulische Fördermaßnahmen einleiten zu können, denn Sprachprobleme bei Kindern wirken sich beim Erlernen der Buchstaben und langfristig beim Verständnis und dem Verfassen von Texten und somit auf den Schulerfolg und den Schulabschluss aus. Fehlende schulische Berücksichtigung und fehlende unterstützende Hilfen während des Unterrichts in der Regelschule können für das Kind erhebliche emotionale Belastungen bedeuten, wenn sprachliche Überforderung täglich erlebt wird. Langfristig können neben den Lernstörungen vor allem auch psychosoziale sowie psychosomatische gesundheitliche Störungen mit verursacht werden. Dies zu vermeiden ist eine der wichtigen Ziele der schulärztlichen Erfassung des Sprachentwicklungsstandes eines Einschulungskindes. Mit Einverständnis der Eltern erfolgt auch eine Mitteilung an die Kitas, um die Chance einer gezielten vorschulischen und täglichen Förderung vor Ort zu nutzen.

Dokumentation der Sprachdaten

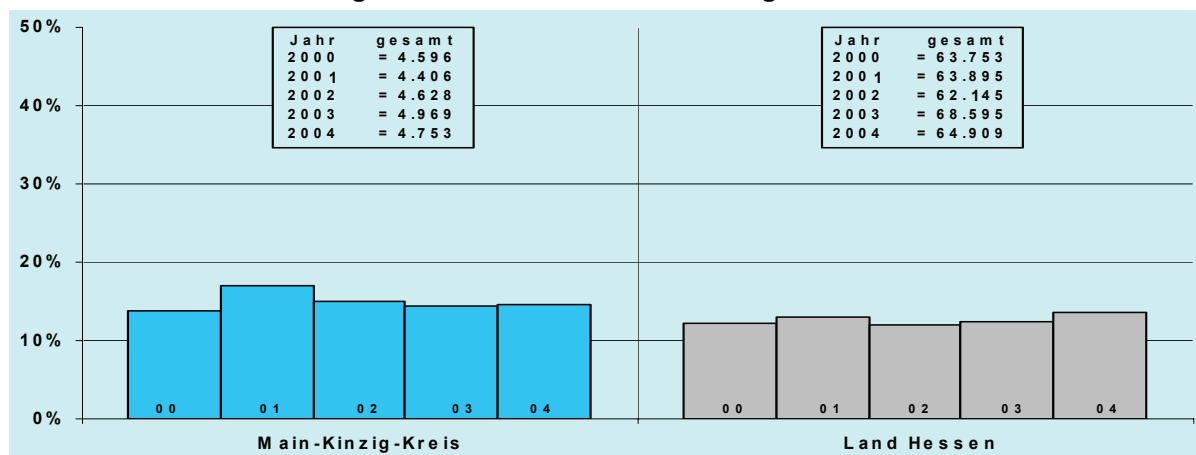
Während der Schuleingangsuntersuchung werden folgende Sprachdaten dokumentiert:

- **Sprachauffälligkeit (Sprech-, Sprach-, Stimmstörungen)**
(dabei wird unterschieden in "Ersterfassung bei der SEU" und „bereits eingeleitete Behandlung“)
- **Sprachförderbedarf**
(aus Sicht des Jugendarztes erforderliche Maßnahmen)
- **fremdsprachige Muttersprache**
(Definition: Migrationshintergrund)
- **fehlendes Verständnis der deutschen Sprache**
(Migrationshintergrund)

Die Auswertung der anonymisiert dokumentierten Sprachdaten der Schuleingangsuntersuchung ermöglichen das Vergleichen z.B. zwischen dem Main-Kinzig-Kreis und Hessen, zwischen Regionen innerhalb des Main-Kinzig-Kreises (z.B. den ehemaligen Verwaltungsbereichen) oder auch zwischen Gemeinden oder Schulen.

Die folgende Grafik zeigt die bei den Einschulungsuntersuchungen festgestellten Sprachauffälligkeiten im Jahresvergleich von 2000 bis 2004, getrennt für den Main-Kinzig-Kreis und das Land Hessen.

**Sprachauffälligkeiten / Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen
Main-Kinzig-Kreis und Land Hessen im Vergleich 2000 - 2004**



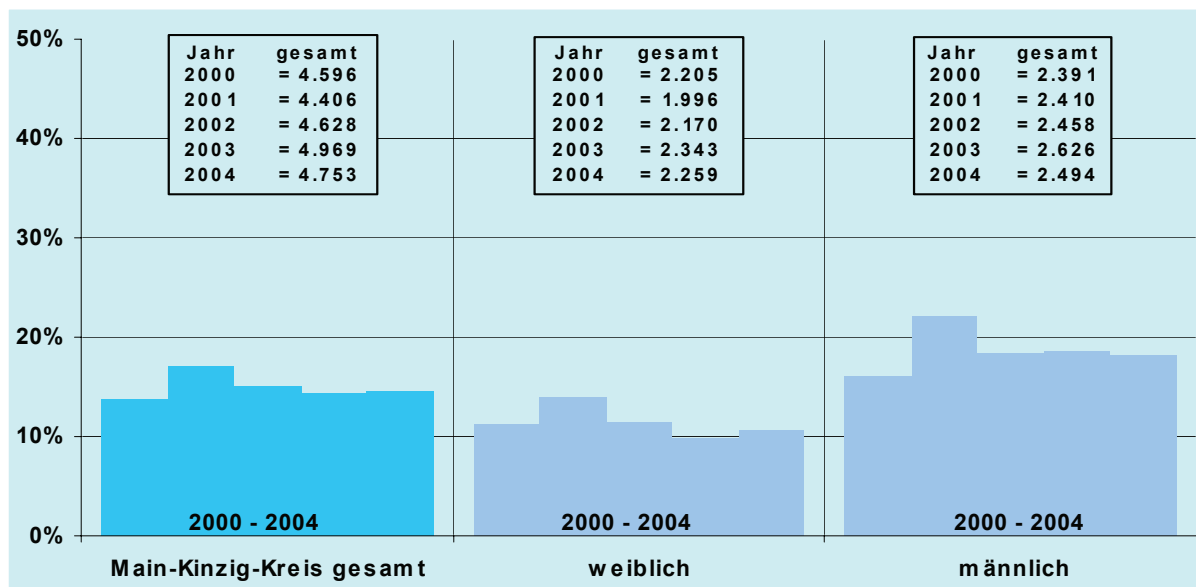
Bericht zur Kindergesundheit im Main-Kinzig-Kreis

Gegenüber dem Jahr 2000 mit 13,8% zeigt sich in 2004 eine geringe Zunahme der sprachauffälligen Kinder. Im Main-Kinzig-Kreis wurde in 2000 bei 634 Kindern eine Sprachauffälligkeit festgestellt, 2004 betraf dies 693 Kinder. Insgesamt gesehen liegt im Main-Kinzig-Kreis der Anteil der Schulneu-

linge mit einer Sprachauffälligkeit jeweils um 1-2% über dem Hessendurchschnitt.

Im nächsten Diagramm ist die dazu gehörende Geschlechterverteilung der sprachauffälligen Kinder für den Main-Kinzig-Kreis dargestellt.

**Sprachauffälligkeiten /Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen
Main-Kinzig-Kreis gesamt, weiblich / männlich im Vergleich 2000 - 2004**



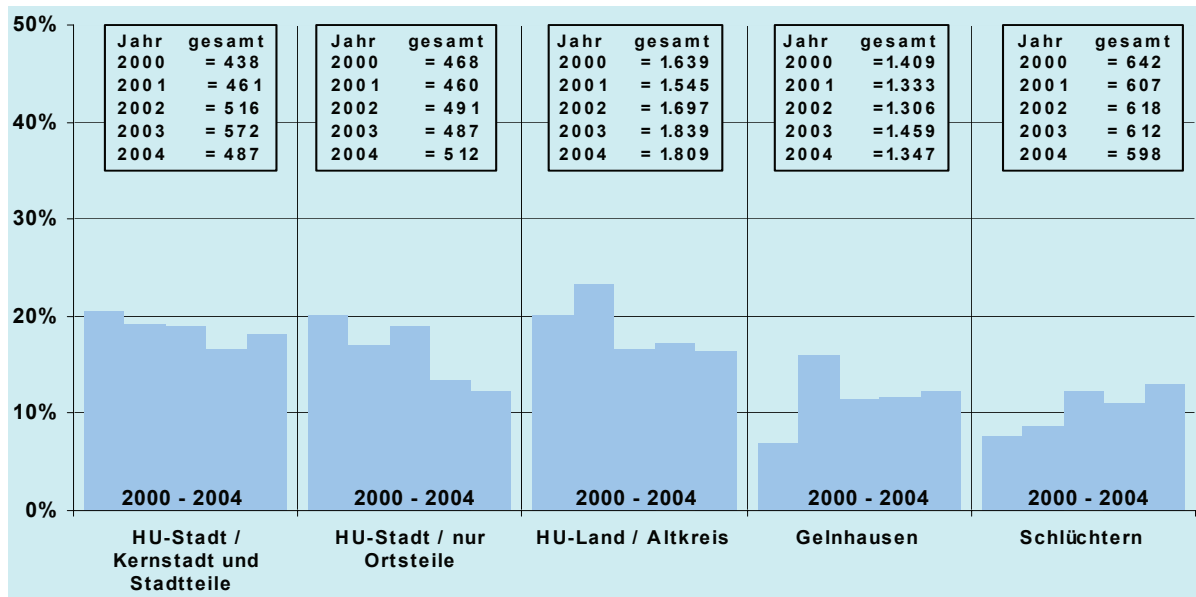
Beim Vergleich der Geschlechter ist zu sehen, dass bei den Jungen gegenüber den Mädchen fast doppelt so viele Sprachauffälligkeiten festgestellt wurden. Dies zeigt sich in jedem Jahr des dargestellten Zeitraums.

Während bei den Mädchen der prozentuale Anteil der Sprachauffälligkeit konstant geblieben und sogar eine geringe Abnahme im Jahr 2004 zu erfassen ist, ist bei den Jungen sogar noch ein Anstieg um ca. 2% gegenüber dem Jahr 2000 festzustellen.

Für den Unterricht in der Schule bedeutet dies, dass in einer Klasse von ca. 25 Kindern etwa 3 bis 4 Kinder in ihren sprachlichen Leistungen eingeschränkt sind. Davon betroffen sind nur 1 bis maximal 2 Mädchen, aber mindestens 2 bis 3 Jungen.



Sprachauffälligkeiten /Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen Main-Kinzig-Kreis, regionale Verteilung 2000 - 2004



Vorstehendes Diagramm zeigt die regionale Verteilung der Sprachauffälligkeiten im Jahresvergleich für den Main-Kinzig-Kreis.

Während z.B. in 2004 im innerstädtischen Raum von Hanau die erfassten Sprachauffälligkeiten fast 20% erreichen, liegt in den mehr randstädtischen Stadtteilen die Sprachauffälligkeit wesentlich niedriger, hat sogar tendenziell über die Jahre betrachtet abgenommen.

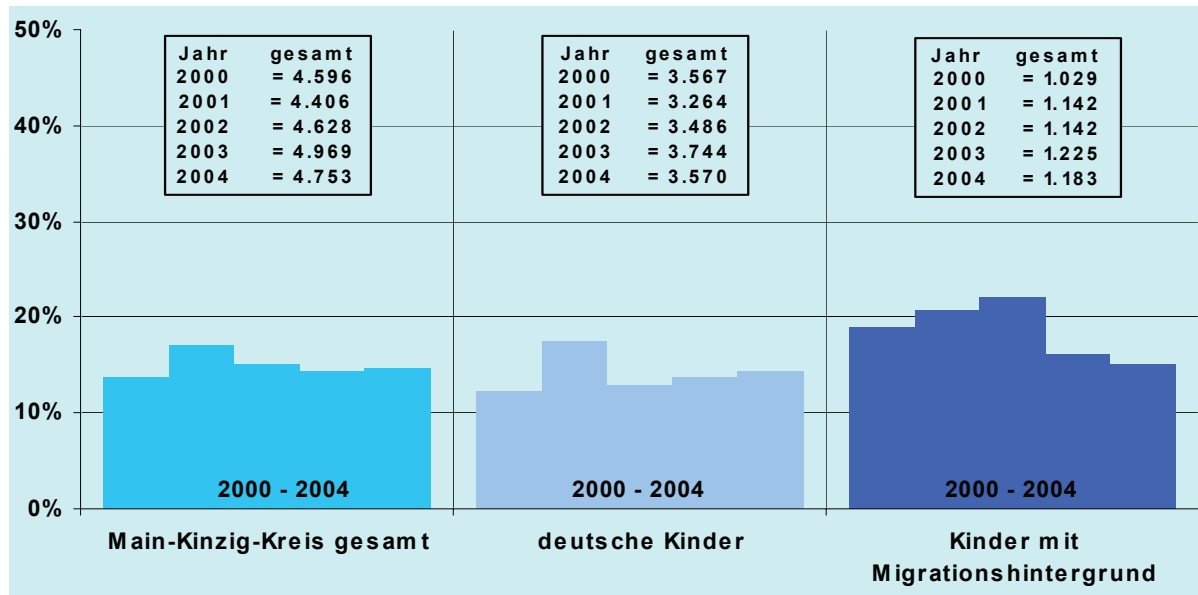
Eine Erklärung könnte z.B. der Zuzug von mittelständischen Familien in Eigenheim-Neubaugebiete sein.

Vergleicht man die Altkreise Hanau, Gelnhausen und Schlüchtern miteinander, liegen die ermittelten Werte der sprachauffälligen Kinder für die Jahre 2000 bis 2004 im Bereich Gelnhausen und Schlüchtern deutlich niedriger. Die Daten zeigen aber für den Bereich Gelnhausen und Schlüchtern tendenziell einen Anstieg. Während im ehemaligen Altkreis Hanau ein Rückgang der sprachauffälligen Kinder um bis zu

16% zu erfassen ist, fällt in den Altkreisen Gelnhausen und in Schlüchtern ein deutlicher Anstieg bis fast zu einer Verdoppelung bis 2004 auf.



Sprachauffälligkeiten / Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen deutsche Kinder und Kinder mit Migrationshintergrund im Vergleich 2000 - 2004



In diesem Diagramm zur „Sprachauffälligkeit“ deuten die Daten auf ein besonderes Erfassungsproblem bei muttersprachlich fremdsprachigen Einschulungskindern hin.

Aus der vorliegenden Verteilung ist ersichtlich, dass die Sprachauffälligkeiten bei den Migrantenkindern im Jahresvergleich von 2000 bis 2002 eine zunehmende Tendenz zeigen. Ab dem Jahre 2003 ist ein deutlicher Abbruch zu erkennen und die Sprachauffälligkeit reduziert sich um 6%. Die Sprachauffälligkeiten der deutschen Schulkinder zeigen im gleichen Zeitraum von 2000 bis 2004 dagegen weiterhin eine zunehmende Tendenz.

Da in 2002 erstmals das neue Hessische Schulgesetz greifen konnte, d.h. die Vorlaufgruppen eingeführt wurden, kann dies ein Hinweis auf die vermehrte Förderung der in 2003 untersuchten Migrantenkinder sein.

In der Untersuchungssituation gestaltet es sich oft schwierig, Sprachauffälligkeiten bei Kindern ohne oder mit nur geringen Deutschkenntnissen eindeutig zu erfassen. Sprachauffälligkeiten werden daher nicht immer sicher erfasst. Die Daten zeigen aber auch, dass migrationsbedingte Sprachauffäl-

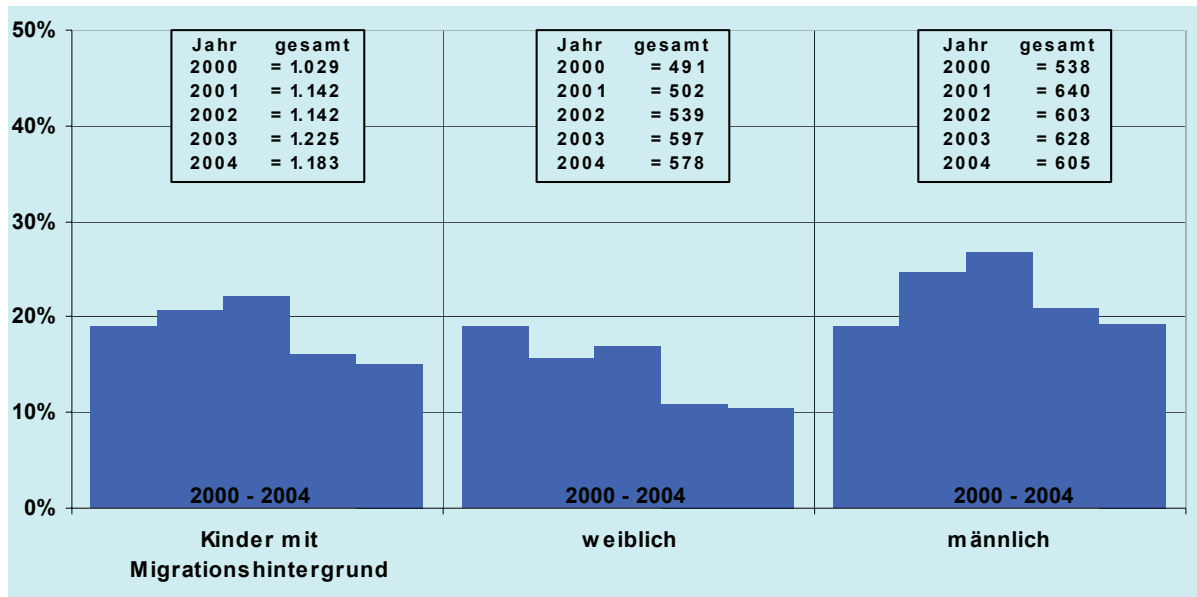
ligkeiten mit in den Datensatz einfließen können.

In der individuellen Beratung der Schule wird auf diese Unsicherheit hingewiesen. Die sprachlichen Defizite der Kinder mit nur geringen Deutschkenntnissen haben, unter schulischen Gesichtspunkten betrachtet, aber immer einen erheblichen Förderbedarf zur Folge.

(Für die Sprach-Daten wird mit Einführung des standardisierten S-ENS ab 2007 in der Hessischen Schuleingangsuntersuchung eine differenziertere Erfassung ermöglicht.)



Sprachauffälligkeiten / Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen Kinder mit Migrationshintergrund, weiblich / männlich 2000 – 2004

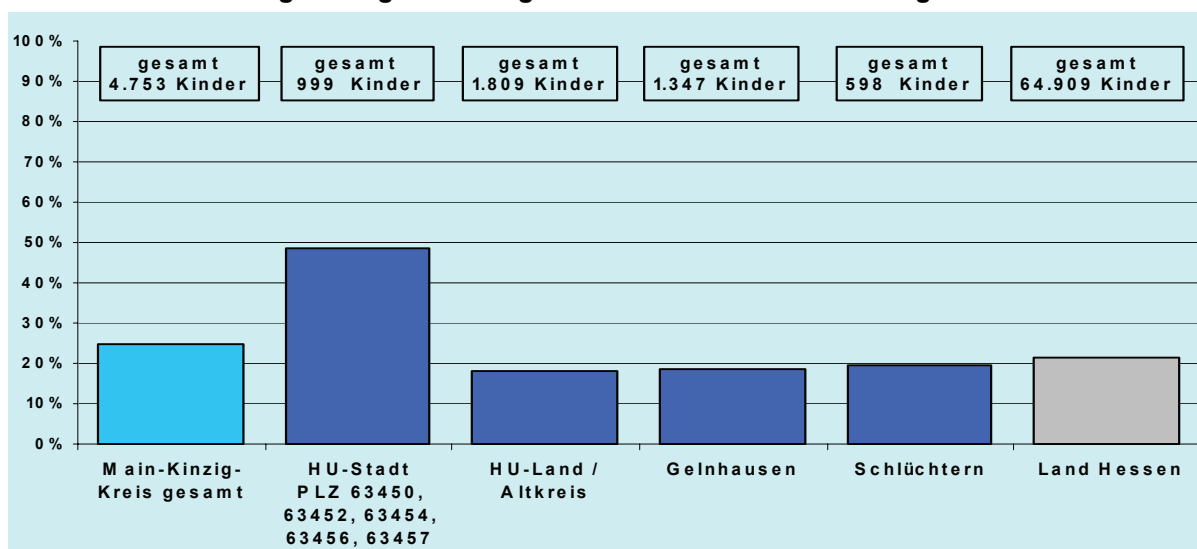


Auch in diesem Diagramm, das die Geschlechterverteilung der Sprachauffälligkeit bei Kindern mit Migrationshintergrund darstellt, zeigt sich die bessere sprachliche Fähigkeit der Mädchen. Auch hier fallen die Jungen mit fast doppelt so vielen Sprachauffälligkeiten wie die Mädchen auf. Bei beiden Geschlechtern zeigt sich die Wirkung der Förderprogramme des Kultusministeriums.

Unter dem soziokulturellen Begriff „Migration“ (entspricht überwiegend der Tatsache der zuhause gesprochenen Muttersprache) wird im Rahmen der Datenerfassung auch der Migrationshintergrund erfasst.

Betrachtet man die Verteilung der Familien mit Migrationshintergrund innerhalb des Main-Kinzig-Kreises, so zeigen die städtischen Wohnbereiche einen höheren Anteil auf (s. folgendes Diagramm).

Sprachauffälligkeiten / Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen Kinder mit Migrationshintergrund Main-Kinzig-Kreis gesamt / regional und Land Hessen im Vergleich 2004



Für die Lebenssituation der Kinder bedeutet dies: Leben im Umfeld wenige Kinder und Erwachsene, die die deutsche Sprache korrekt beherrschen, sinkt für diese Kinder die Chance zum Erwerb der deutschen Sprache durch Sprachvorbilder. Die Gefahr, eine defizitäre Grammatik der deutschen Sprache zu erlernen, steigt erheblich.

Dies muss sowohl für die pädagogischen Konzepte zur Deutschförderung in den Kindertagesstätten als auch für die Planung der Förderangebote zur Entwicklung des deutschen Wortschatzes und auch der Lehrerzuteilung berücksichtigt werden. Wenn die Hälfte und mehr Kinder fremdsprachig sind, bedarf es anderer finanzieller Investitionen und organisatorischer Arbeitsansätzen in den Kitas und Schulen.

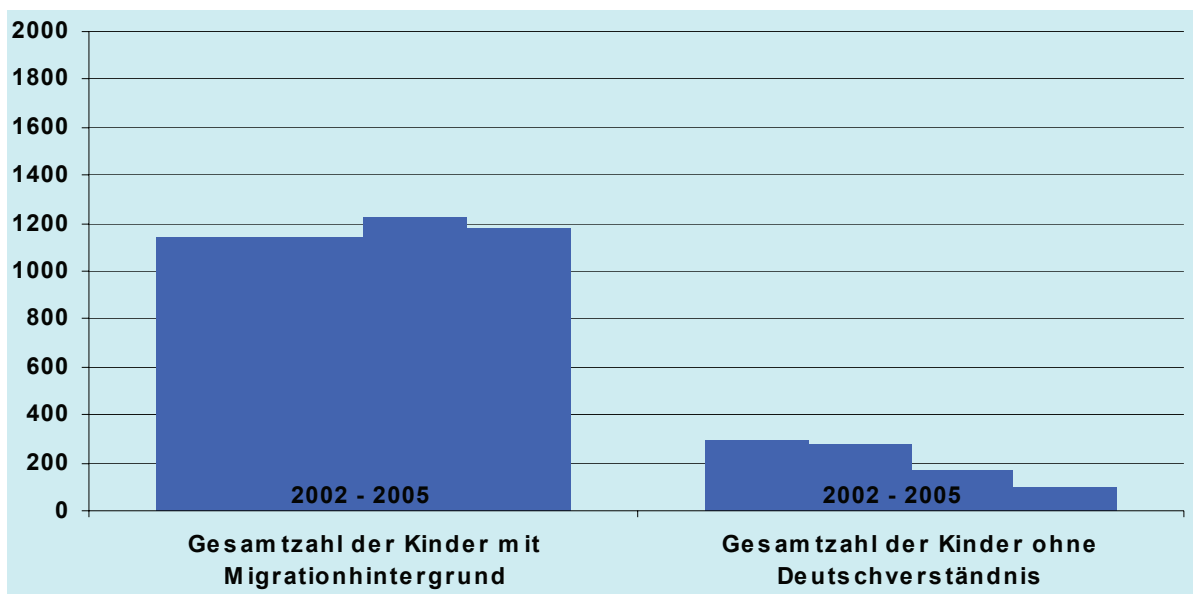
Lehrkräfte, die in Schulklassen mit 13 bis 18 muttersprachlich nicht-deutschen Einschülern unterrichten müssen, stehen z.B. zur Wortschatzförderung oder Grammatikförderung vor völlig anderen Arbeitsrahmenbedingungen als Pädagogen mit 3 bis 4 Kindern mit Migrationshintergrund in einer mit 25 Kindern besetzten Grundschulklasse.

Entwicklung der „Kindergruppen ohne Deutschverständnis“ über die Jahre 2002 bis 2005

Im KJÄD werden seit Jahren die Kinder ohne Verständnis der deutschen Sprache erfasst. Die Daten zeigen, dass sich die Anzahl der Kinder ohne Deutschkenntnisse, d. h. ohne Verstehen von in deutscher Sprache gegebenen einfachen Handlungsanweisungen, stark verringert, trotz relativen Anstiegs der Kinder aus fremdsprachigen Familien (2003 und 2004 kamen 24% aller Einschüler des Main-Kinzig-Kreises aus Familien mit Migrationshintergrund, in 2005 waren es 26%).

Die vom Hessischen Kultusministerium geförderten Vorlaufgruppen sollen die vorschulische Förderung der deutschen Sprache bei Vorschulkindern aus Familien mit Migrationshintergrund unterstützen. In Bezug auf das Handlungsverständnis scheint sich diese Maßnahme im Main-Kinzig-Kreis positiv auszuwirken. Die Zahl der Kinder ohne Deutschverständnis, wie nachstehendes Diagramm zeigt, sinkt von 6,4% (298 Kinder) in 2002 auf 3,6% (275 Kinder) in 2004 und 2,1% (99 Kinder) in 2005.

Kinder mit Migrationshintergrund im Main-Kinzig-Kreis 2002 – 2005



Diskussion der Daten und Vorschläge zur Sprachentwicklungsförderung im Main-Kinzig-Kreis

Bei Sprachauffälligkeiten von Kindern muss frühzeitig im Vorschulalter reagiert werden. Bei der Schuleingangsuntersuchung sollten Störungen der sprachlichen Entwicklung bereits bekannt und in Abhängigkeit vom Schweregrad in Behandlung sein.

2004 wurden bei 14,5% der Einschulungskinder Sprachauffälligkeiten festgestellt (dokumentiert), die z.T. bereits eine Behandlung erhielten, aber auch neu erfasst und noch einer Abklärung bedurften.

Ein wünschenswertes und notwendiges Ziel wäre darin zu sehen, durch frühzeitige Diagnostik bei den Vorsorgeuntersuchungen (U7 mit Aufnahme in die Kita) und in den Kindertagesstätten (standardisierte Diagnostik in Kitas) Sprachauffälligkeiten bis zum 5. Lebensjahr zu erkennen. Die betroffenen Kinder könnten bei Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit ab dem 4. Lebensjahr und somit frühzeitig vor der Einschulung einer gezielten pädagogischen und / oder medizinischen Maßnahme zugeführt werden.

Die sprachliche Förderung von Kindern liegt grundsätzlich im Verantwortungsbereich der Eltern.

Bei der Früherfassung von Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter muss die Unterstützung der Eltern in den Kindertagesstätten ansetzen.

Zur Unterstützung der Eltern besteht seit Jahren im Main-Kinzig-Kreis das **Angebot der Sprachheilberatung** des Gesundheitsamtes. Die Sprachheilbeauftragten des Gesundheitsamtes des Main-Kinzig-Kreises beraten vereinbarungsgemäß auch in den Kindertagesstätten, wenn dies gewünscht wird. Um Auffälligkeiten frühzeitig zu erfassen und Eltern zu unterstützen wurde im KJÄD erarbeitet, dass bei der

Durchführung der Seh- und Hörtestungen in den Kindertagesstätten auch auf die sprachlichen Leistungen der Vorschulkinder geachtet wird.

Auch die pädagogischen Frühförderstellen bieten Beratungsangebote für Eltern mit sprachgestörten Vorschulkindern und für vorschulpädagogische Einrichtungen an.

Bei der schulärztlichen Schuleingangsuntersuchung steht die Beratung der Eltern im Vordergrund. Aus diesen Beratungsgesprächen ist zu entnehmen, dass Eltern-Schulungsangebote entwickelt werden müssen. Traditionelle Vorstellungen und von Wunschdenken geprägte Annahmen zum sprachlichen Entwicklungsverlauf von Kindern prägen oft die elterlichen Maßnahmen. Häufig wird angenommen, „das Kind lerne Sprache automatisch“ wie das Laufen und wenn nicht, sei das „krankhaft oder schicksalhaft“ oder wachse sich aus. Auch die Vorstellung „das Kind könne doch am besten die Sprache über das Fernsehen lernen“ ist weit verbreitet, insbesondere in fremdsprachigen Familien.

Durch die öffentliche Diskussion zur Sprachentwicklung zeigen sich aber auch neue Konfliktbereiche bei medizinischen Verordnungen. Beispielsweise fordern inzwischen Pädagogen sowie auch Eltern von 4-jährigen Kindern mit einer leichten, nur beobachtungs- und beratungsbedürftigen Sprachauffälligkeit oder in ihrer Spracherziehung verunsicherte Eltern bei Kinder- und Jugendärzten sprachtherapeutische Maßnahmen. Die Verordnung von medizinischen Maßnahmen liegt in der Hand der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte. Es ist ihre Aufgabe hier zu differenzieren und Eltern fachlich zu beraten.

Ein weiterer, auch hessenweiter Nebeneffekt zur Erkennung von Sprachentwicklungsauffälligkeiten im letzten Jahr vor der Einschulung ergab sich

durch die Änderungen im Hessischen Schulgesetz in 2002. Für alle schulpflichtigen Kinder mit Migrationshintergrund sollten die vorschulischen Förderchancen durch das Angebot von Vorlaufgruppen verbessert werden. Beispielsweise wurde das Anmeldeverfahren in der Grundschule für den Einschulungsjahrgang 2003 auf den Oktober 2002 des Vorjahres vorverlegt, um fremdsprachige Kinder, die die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschen, zu erkennen und fördern zu können. Ein Jahr vor Schulbeginn wird den Eltern seitdem eine kostenlose Deutsch-Sprachförderung in einer Vorlaufgruppe angeboten. Dies wird von der überwiegenden Mehrzahl der Eltern genutzt und bereits in 2003 stellte sich diese Fördermaßnahme auch statistisch in den Daten der Schuleingangsuntersuchungen positiv dar (s. Reduktion der Sprachauffälligkeit bei Kindern mit Migrationshintergrund, Zunahme des Sprachverständnisses für die deutsche Sprache).

Diese Regelung zeigt einen Nebeneffekt. Die Erfassung von Sprachdefiziten der deutschen Kinder wurde verbessert, denn inzwischen findet an vielen Grundschulen auch eine Erfassung defizitärer Sprachentwicklungen bei deutschen Einschulungskindern statt.

Bei den Schuleingangsuntersuchungen durch den KJÄD wurden in den Jahren bis 2002 und werden nach wie vor leichtere bis auch schwerwiegende Sprachentwicklungsauffälligkeiten bei Vorschulkindern erstmals erfasst. Um auf die notwendige Früherfassung von Sprachauffälligkeiten der Vorschulkinder aufmerksam zu machen, bedurfte es daher einer Initiative im Main-Kinzig-Kreis. Im November 2002 fand ein Round-Table-Gespräch zum Thema „Sprachentwicklung“ statt. Der KJÄD des Gesundheitsamtes als Initiator lud unterschiedliche Berufsgruppen mit folgenden Zielen ein:

- **Darstellung der Daten zum Stand der Sprachentwicklung und zum Bedarf der Sprachförderung im Main-Kinzig-Kreis**
- **Interdisziplinäre Diskussion zum Thema Sprachförderung von Kindern**
- **Verbesserung der Früherkennung und der früheren Behandlung im Vorschulalter**
- **Entwicklung von langfristigen Kooperationskonzepten zwischen pädagogischen und medizinischen Disziplinen**

Die gesetzten Ziele konnten inzwischen im Ansatz verwirklicht werden. Es wurde eine Netzwerkarbeitsgruppe Sprachförderung gegründet, die sich 3 bis 4 mal pro Jahr trifft und Erfahrungen zur Früherkennung von kindlichen Sprachproblemen austauscht. In dieser interdisziplinären Arbeitsgruppe sind alle Berufsgruppen und Fachanleitungen vertreten, die für die sprachliche Entwicklung der Vorschul- und Einschulungskinder in der Verantwortung stehen (Ärzte, Pädagogen, Logopäden, Fachberatungen, Vertreter der Verwaltungen des Main-Kinzig-Kreises, Jugendamt, Staatliches Schulamt, Gesundheitsamt).

Ein Konzept zur Sprachfrüherkennung und zur Kooperation der Kinder- und Jugendärzte mit den Kindertagesstätten wurde erarbeitet. Die Erprobung und Umsetzung im Main-Kinzig-Kreis steht bevor. (Eine bei Aufnahme in die Kindertagesstätte durchgeführte Vorsorgeuntersuchung -U7a- und ein schriftliches Angebot des niedergelassenen Kinder- und Jugendarztes zur Kooperation bei Aufnahme des Kindes in die Kindertagesstätte soll die fachliche Kooperation und langfristig die Sprachförderchancen für Vorschul Kinder erhöhen.)

In pädagogischen Fachbereichen (Schule, Kindertagesstätten) finden zusätzlich projektbezogene Fortbildungen statt, die vom Staatlichen Schulamt und Jugendamt erarbeitet wurden.

Informationen und Konzepte zur Sprachförderung, die auf alle Alltagsprozesse (z. B. beim gemeinsamen Essen, beim Stuhlkreis, beim Tischspiel usw.) anwendbar sind, werden in der Arbeitsgruppe ausgetauscht.

Beispiele für kindergruppenbezogene Sprachförderung sind:

- Das Deutsch-Sprachförderprogramm „Ich versteh dich“ der Margareten-Kindertagesstätte in Hanau-Innenstadt-Süd,
- die Förderkonzepte einiger Kitas wie z.B. der Katholischen Kindertagesstätte Hl. Geist in Hanau-Lamboy,
- die Hörclubs, die Sprachförderprogramme in den Grundschulen des Main-Kinzig-Kreises, eine Initiative des Hessischen Rundfunks in Zusammenarbeit mit dem Staatliche Schulamt.
- Kinder mit schwerwiegenden Sprachentwicklungsstörungen können ab dem 3. vollendeten Lebensjahr zusätzlich eine Förderung in der wohnortnahen Kindertagesstätte über die Eingliederungsmaßnahme „Integrationsplatz“ erhalten.

Sprachförderung sollte als Alltagsfördermaßnahme in der Kindertagesstätte installiert werden. Leider ist bei Gesprächen zu Vorschulförderprozessen in Kindertagesstätten oftmals festzustellen, dass Sprachförderung in Einzelprojekten als ausreichend für die Sprachförderung in der Kindertagesstätte angesehen wird. Dass ein sprachliches Gesamtkonzept für alle Arbeitsprozesse in den Einrichtungen „Sprachförderung“ enthalten muss, wird oft nicht erkannt. Nur eine tägliche und zusätzlich individuell ausgerichtete sprachliche Förderung der Vorschulkinder kann langfristig wirksam zur Verbesserung der Schulentwicklungschancen fremdsprachiger wie auch sprachauffälliger, muttersprach-

lich deutscher Kinder beitragen, da die Kinder auch von anderen Kindern lernen (Gutes, aber auch Schlechtes).

Zur Qualitätssicherung in Kindertagesstätten und der Gesprächsführung mit Eltern werden vom Jugendamt des Main-Kinzig-Kreises Fortbildungsangebote für Erzieher/innen auch zum Thema Sprachentwicklung angeboten. Viele Kindertagesstätten entwickeln inzwischen für ihre Einrichtung Sprachförderkonzepte für den Alltagsarbeitsablauf.

Mit Blick auf die letzten 4 Jahre im Main-Kinzig-Kreis lässt sich sagen, dass sowohl bei den Eltern als auch bei den Kindertagesstätten die Sprachförderung der Kinder vermehrt in das Bewusstsein gerückt ist und die Verpflichtung hierzu auch verstärkt akzeptiert wird.

Mit Bezug auf die regionale Verteilung der Sprachauffälligkeiten im Main-Kinzig-Kreis und mit Blick auf die Schwierigkeiten im Erwerb der deutschen Sprache bei Kindern mit Migrationshintergrund entscheiden, neben den pädagogischen Konzepten, vor allem die Größe von Kita-Gruppen bzw. die Relation Gruppengröße zu Anzahl der Erzieherinnen über den Erfolg von Sprachförderprozessen in Kindertagesstätten. Die Sprachentwicklung (z.B. Wortschatzerweiterung, Ausbildung von Grammatik) wird weniger von „Kind zu Kind“, sondern vorwiegend durch erwachsene Sprachvorbilder angeregt.

Finanzielle Entscheidungen über die Gruppengrößen und Personalzuteilung bestimmen somit wesentlich auch die Sprachförderbedingungen in Kindertagesstätten und demzufolge die vorschulischen Entwicklungschancen der Kinder. Besonders gravierend wirken sich finanzielle Kürzungsentscheidungen in sozialen Brennpunkten aus. In diesen Wohnbereichen entstehen oftmals Varianten von „Fehlsprachen“. Personalkürzungen bewirken, dass

- die Sprachentwicklungsförderung aller Kinder
- wie auch die Deutsch-Sprachförderung der Kinder mit Migrationshintergrund und
- die Sprachförderung der sprachgestörten Kinder

durch die große Anzahl der förderbedürftigen Kinder nicht mehr geleistet werden kann. Kompensationsmechanismen durch Eltern können meist nicht greifen, da diese überwiegend nicht oder nur sehr begrenzt zur Verfügung stehen. Die Folgen sind dann bei den Schuleingangsuntersuchungen zu erkennen.

Ein Sprachförderproblem ergibt sich auch für Grundschulen mit einem hohen Migrationsanteil. Die Klassenzusammensetzung und die Lehrer-Schüler-Relation bestimmen die Zukunftschancen der Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten der Sprache oder Fremdsprachigkeit. Da sprachentwicklungsauffälligen Kindern nur begrenzte sprachliche Kapazitäten zu Verfügung stehen, sind sie schnell überfordert, wenn die Lehrstoffweitergabe durch sprachliche Erklärungen erfolgt. Die frühzeitige Klärung des schulischen Förderbedarfes ist zwingend erforderlich. Den Kindern droht ansonsten das Erlebnis des häufigen Versagens. Sie neigen schließlich zur Verweigerung, langfristig zum Schulversagen. Der fehlende Schulabschluss verhindert, dass sie im Erwachsenenalter ihren Lebensunterhalt eigenständig bestreiten können.

Da Sprachauffälligkeiten teilweise isoliert, oft aber auch kombiniert mit anderen Entwicklungsauffälligkeiten oder sozialen Problemen auftreten, ist eine gezielte vorschulische Früherfassung im Rahmen des Schulaufnahmeverfahrens durch eine schulärztliche Schuleingangsuntersuchung mit Beratung der Schule dringend erforderlich. Das Vorsorgesystem der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte kann dies

wegen der Freiwilligkeit der Arztwahl nicht entsprechend leisten (s. auch Berichterstattung zur Vorsorgeuntersuchung). Die bestehenden Vorsorgesysteme können nicht als Alternativen, sondern müssen als sich ergänzende Maßnahmen verstanden werden.

Nur eine Erfassung vor der Einschulung und eine entsprechende Beratung von Eltern sowie eine frühzeitige Förderung und Betreuung der Kinder bietet die Chance zur Prävention und zur Vermeidung von Lernstörungen und Schulschwierigkeiten bis hin zum Schulversagen und ist somit langfristig für den Main-Kinzig-Kreis kostensparend.

Zusammenfassung

In der Schuleingangsuntersuchung erfolgt die Befunderhebung von Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen unter dem Aspekt der Vermeidung von Problemen beim Schriftspracherwerb in der Grundschule.

2004 wurden bei 14,5% der Einschulungskinder Sprachauffälligkeiten erfasst (dokumentiert).

Die Daten zur Migration und Sprache sowie ihre regionalen Auswirkungen in den Kindertagesstätten und Schulen werden dargestellt.

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen werden unter dem Aspekt „mögliche Maßnahmen zur Förderung der Früherfassung und Prävention“ diskutiert.

Die Verbesserung der organisatorischen Zusammenarbeit der Professionen auf Kreisebene und die Verbesserung des fachlichen Informationsaustausches zwischen den beteiligten Institutionen über die Arbeitsgruppe Sprachförderung im Main-Kinzig-Kreis wird vorgestellt.

Die Einführung von erprobten Sprachtrainingsprogrammen in die Alltagsabläufe der Kindertagesstätten wird erörtert.

Motorische Entwicklung der Einschulungskinder im Main-Kinzig-Kreis in den Jahren 2000 – 2004 (Dr. med. Irmhild Richter)



Spielerische Bewegung macht Kindern Freude und gibt Selbstsicherheit durch die positive Erfahrung, etwas leisten zu können. Sie fördert die Neugier und den Mut, Neues zu lernen. „Sich eigen bestimmt zu bewegen“ bedeutet bereits für den Säugling und das Kleinkind, den eigenen Erfahrungsbereich zu erweitern, Neues und Fremdes kennen zu lernen und selbst zu bestimmen, wohin man geht, wofür man sich interessiert. Durch Übung von Bewegungsabläufen erhöht sich die Schnelligkeit und die Präzision sowie langfristig auch die Ausdauer, d.h. die Kraft der einzelnen Muskeln im Zusammenspiel.

Bewegungsleistungen eines Kindes setzen sich aus unterschiedlichen Komponenten zusammen:

- der genetisch angelegten Fähigkeit, Bewegungen koordiniert zu leisten (z.B. den Kopf zu heben und hin und her zu drehen, zu krabbeln, mit den Händen zu winken oder zu greifen, zu stehen, zu rennen, zu springen, auf einem Bein zu hüpfen usw.)
- dem Tempo, mit der Bewegung geleistet werden kann (z.B. langsam oder schnell zu gehen)
- der Genauigkeit, mit der Bewegung ausgeführt wird (z.B. Treppenstufen zu steigen, auf einer Linie zu schreiben)
- der Ausdauer, mit der Bewegung durchgeführt werden kann (z.B. im spielerischen Wettkampf zu rennen).

Wurden mehrere aufeinander folgende Einzelbewegungen trainiert, werden sie im Gehirn automatisiert, d.h. diese miteinander verbundenen Bewegungen müssen im Erwachsenenalter nicht mehr neu gelernt werden, weil sie im Gehirn zusammen abgespeichert wurden. Man erinnert sich und muss nur die Ausdauer und Geschicklichkeit fördern (z.B. das gleichzeitige Lenken und Treten beim Fahrrad fahren oder die Bewegungsabläufe beim Schreiben von Buchstaben und Wörtern).

Die Bandbreite einer „normalen“ motorischen Entwicklung ist groß.

Schon beim Säugling und Kleinkind kann dies beobachtet werden. Einige Kinder laufen mit 10 Monaten, andere erst mit 18 Monaten und dennoch ist beides „normal“.

Die sozialen Rahmenbedingungen und die Grundhaltung von Eltern beeinflussen die Bewegungsleistungen des Kindes.

Eltern, die Bewegungsaktivität und Bewegungsvielfalt positiv bewerten, werden Anreize schaffen oder zumindest die Bewegungsaktivität des Kindes nicht stören. Eltern, die Bewegung als „Störung“ erleben, werden motorische Aktivitäten von Kindern nicht unterstützen und stark begrenzen, sie können sie sogar als krankhaft ansehen. Auch Pädagogen in Einrichtungen zeigen individuell geprägte, unterschiedliche Bewertungen von motorischer Aktivität bei Kindern.

Bewegung und Schule

Während des Unterrichts in der Schule werden sehr verschiedene Bewegungsanforderungen an ein Kind gestellt. Die Bewegungsfähigkeit bestimmt die Erfolgserlebnisse beim Sport, im Pausenspiel, die „Rangliste“ der sozialen Hierarchie. Motorische Fähigkeiten der Augen, des Mundes und der Hände beeinflussen die Leistungsfähigkeit beim Malen, Schreiben, Rechnen, Sprechen, Singen usw..

Zum Zeitpunkt der schulärztlichen Schuleingangsuntersuchung im Alter zwischen 5 und 7 Jahren haben bereits zahlreiche Erfahrungen das Bewegungsverhalten und die Einstellung des Kindes zur spielerischen Bewegungsleistung beeinflusst. Die Grenzziehung zwischen Bewegungsauffälligkeit und motorischen Störungen gestaltet sich oftmals allein wegen der Bandbreite des „Normalen“ und der Abhängigkeit von emotionalen Vorerfahrungen des Kindes als schwierig. In den Praxen der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte wird das „motorisch ungeschickte Kind“ mit einer geschätzten Häufigkeit von ca. 5% beschrieben. Es kann als potentiell „krank“ bezeichnet werden.

Schulärztlich beobachtete motorische Auffälligkeiten und Defizite müssen mit Bezug auf die schulischen Lernprozesse bewertet werden.

Motorische Leistungsdefizite im Vergleich zur Alters- und Freundesgruppe können sich für ein Grundschulkind durch tägliche Misserfolgserlebnisse alltagsbestimmend und emotional demotivierend auswirken. Langfristig wird die Motivation zur Bewegungsleistung gehemmt, sportliche Betätigung gemieden und die Gesundheit gefährdet.

Die Beratung der Schule zum motorischen Förderbedarf bzw. zur Berücksichtigung von eingeschränkter motorischer Leistungsfähigkeit im Unterricht steht hierbei als schulärztliches Ziel im Mittelpunkt. Lernstörungen als Folgeschäden bei täglich einwirkender emotionaler Überforderung eines Kindes sollen vermieden werden.

Definitionsgemäß werden koordinative Fähigkeiten über schulärztliche Screening-Tests der Motorik beobachtet. Diese beruhen auf den bereits seit den 70er Jahren bekannten altersbezogenen motorischen Mindestentwicklungsstandards (Hessische Variante des Bielefelder Modells, Körperkoordinationstest -KTK- nach Kiphard, 1988).

„Koordinativ unauffällig“ ist ein Kind, wenn es rechts wie links

- Einbeinstand für 7 Sekunden
- Einbein-Hüpfen bis zu 9-mal (im Kreis)
- 2 Halbdrehungen der Hände pro sec
- Finger-Daumen-Oppositionsversuch (zielsicher, fortlaufende Reihenfolge, gleichhändig, gekreuzt beidhändig))
- auf einer Linie vorwärts und rückwärts balancieren
- lockere Stifthaltung und sichere Linienführung beim Malen

ausführen kann und nur

- altersspezifische Mitbewegungen, keine Verkrampfungen der Finger, Hände, Arme, des Schultergürtels, des gesamten Körpers sowie eine normale Kopfhaltung

zu beobachten sind.

Die schulärztliche Untersuchung und die Dokumentation zur Koordination stützt sich somit auf komplexe motorische Leistungen als Hilfskonstruktion zur Erfassung der motorischen Fähigkeiten der Kinder.

„Auffällige Untersuchungsergebnisse“ zu Leistungsdefiziten der Ganzkörperkoordination und der Feinmotorik werden zusammen in einem Item dokumentiert. Diese Datengruppe beschreibt „motorische Auffälligkeiten mit Unterrichtsrelevanz bis motorische Entwicklungsstörungen mit Krankheitswert“. Eine datenmäßige Trennung verschiedener motorischer Leistungen ist zur Zeit nicht möglich.

Ergebnisse der schulärztlichen Datenauswertung

Über die Jahre 1997-2001 ist im Main-Kinzig-Kreis ein Anstieg der „auffälligen Koordinationsleistungen von Einschülern“ von ca. 5% bis auf ca. 20% zu verzeichnen.

Werden die Auffälligkeiten der Motorik und der Koordination der Jahre 2001

bis 2004 betrachtet, stellt sich fortlaufend eine gegensätzliche Tendenz der motorischen Auffälligkeiten dar.

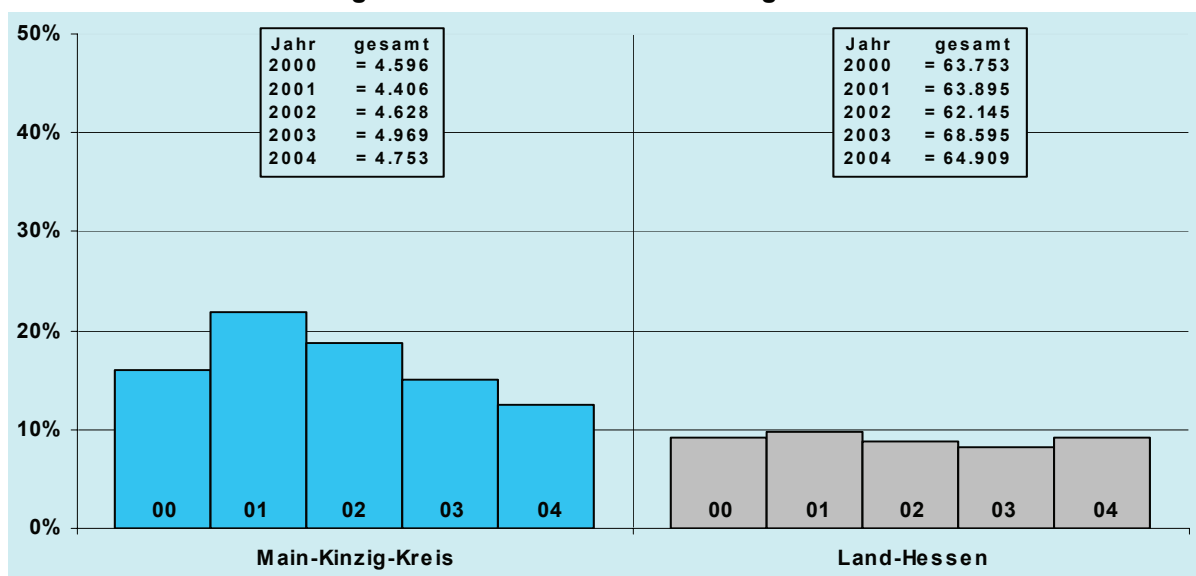
Datenvergleich Main-Kinzig-Kreis und Hessen der Jahre 2000 bis 2004

Werden die Kreisdaten „auffällige (motorische) Koordination“ im Vergleich zu den Hessendaten betrachtet (s. unten stehendes Diagramm), so zeigt sich, dass der Main-Kinzig-Kreis um ca. 2 bis 4%-Punkte höhere Werte in Bezug auf die Hessenwerte aufweist.

Während hessenweit konstant ca. 9% der Schuleingangskinder motorisch auffällig sind, werden im Main-Kinzig-Kreis auch im Jahr 2004 noch bis zu 12,6% dokumentiert, wobei hierbei allerdings eine untersuchungsbedingte Überhäufigkeit nicht gänzlich auszuschließen ist.

Die erfassten Zahlen im kreisweiten Jahresvergleich zeigen einen Gipfel motorischer Auffälligkeiten in den Jahren 2000 bis 2002 von bis zu 20%. Im Jahresvergleich zeigen die motorisch koordinativen Auffälligkeiten dann seit 2002 abfallende Tendenz.

**Auffälligkeiten in der Motorik (Grob-/Feinmotorik) und der Koordination
Main-Kinzig-Kreis und Land Hessen im Vergleich 2000 - 2004**



Entgegen der allgemeinen bundesweiten Diskussion und Beobachtung scheinen die Daten im Main-Kinzig-Kreis im Vorschulbereich auf eine Verbesserung der motorischen Leistungen der Kinder hinzuweisen.

Die Ursachen dieser Verbesserung können nur vermutet werden:

- Es ist nicht erkennbar, ob die über die Jahre erworbene Kenntnis der schulärztlichen motorischen Diagnostikübungen durch Übungseffekte verfälscht werden.
- Auch kann nicht unterschieden werden, ob dies die Ganzkörperkoordination oder die feinmotorischen Leistungen betrifft. Feinmotorische Übungen können die Daten beeinflussen.
- Des Weiteren fanden auch Überlegungen zu Untersuchereffekten statt. So ergaben sich z.B. auch Dokumentationsdefizite durch ärztlichen Personalmangel.
- Einen geringeren Einfluss hat die inzwischen vermehrt im Gesamtkollektiv von Jahr zu Jahr sich vergrößernde Gruppe der vorzeitigen Einschulungskinder, die in der Regel eine auffallend gute motorische Entwicklung zeigt. Unter rechnerischem Ausschluss der Kann-Kinder zeigen z.B. in 2004 noch 13,1% der Einschulungskindern motorische Auffälligkeiten und nicht nur 12,6%.
- Es könnte sich aus den Daten aber z.B. auch andeuten, dass die allorts diskutierten und sich entwickelnden Initiativen zur Bewegungsförderung in den Kindertagesstätten in einigen Regionen wie z.B. in Hanau bereits erste Wirkungen zeigen (Anschaffung von Koordination fördernden Spielgeräten, Nutzung der Schulturnhallen, Kooperationen mit Sportvereinen, Waldtage usw.). Es wäre in einer

gesonderten Untersuchung zu prüfen, ob die schulärztlicherseits geforderte Bewegungsförderung der Vorschulkinder bereits in den Kindertagesstätten des Main-Kinzig-Kreises zur Entwicklung von täglichen Bewegungsspielen geführt haben.

Die Summe aller Faktoren könnte die abfallende Gesamtmenge tendenziell erklären. Zur Zeit ist es aber nicht möglich, alle Faktoren in ihrem Wechselspiel darzustellen. Dass die motorischen Daten in der Analyse aber sachliche Zusammenhänge darstellen, zeigen die nach Jungen und Mädchen unterteilten Diagramme.



Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen

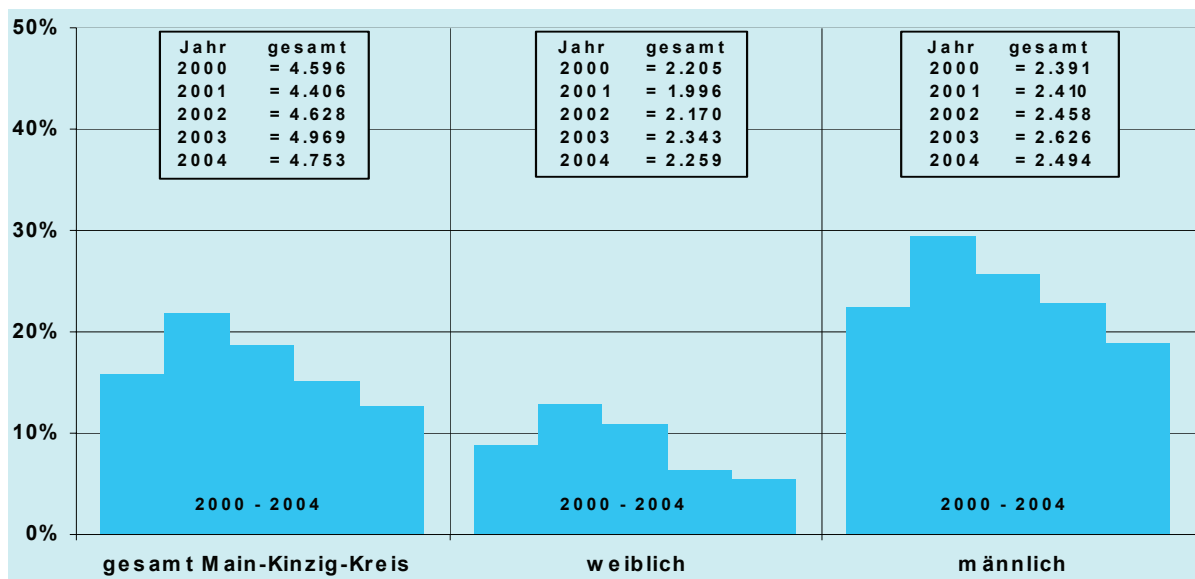
Besonders augenfällig ist der Unterschied der motorischen Leistungsfähigkeit zwischen Jungen und Mädchen.

Während die motorischen Auffälligkeiten der Mädchen im Jahr 2004 bei 5,5% liegen, zeigen die Jungen einen Auffälligkeitsanteil von fast 19%. Diese motorischen Unterschiede lassen sich vermutlich zu einem Teil auf die etwas verzögerten motorischen Entwicklungsprozesse der Jungen im Vergleich zu den Mädchen zurückführen. Jungen zeigen in dieser Altersstufe entwicklungsbedingt vermehrt „feinmotorische Auffälligkeiten“.

Für die Unterrichtssituation in der Schule bedeutet dies, dass fast dreimal so viele Jungen durch ihre „Ungeschicklichkeit“ oder ihre „Langsamkeit“ in der Umsetzung von insbesondere feinmotorischen Bewegungsabläufen schulisch auffallen oder besondere Hilfen oder Übungen benötigen. In einer Klasse von ca. 25 Schülern und

Schülerinnen muss die Lehrkraft mit durchschnittlich 1-2 Mädchen aber mit ca. 5-6 Jungen rechnen, die wegen geringerer motorisch-koordinativer Leistungen unterstützt werden müssen (2003 und 2004 im Kreis durchschnittlich bei ca. 130 Mädchen und ca. 500 Jungen pro Jahr). Außerdem verdeutlicht dies, dass Jungen bei den Leistungsanforderungen Schreiben und Malen in den Klassen benachteiligt sein können, wenn methodisch eine Binnendifferenzierung fehlt und geschlechtsspezifische Besonderheiten nicht berücksichtigt werden. Diese Schüler befinden sich bei schriftlichen Arbeitsprozessen emotional häufig in einer Grenzsituation zur Überforderung. Bei täglich einwirkenden Belastungen kann sich dies langfristig bei schriftlichen Arbeitsaufträgen auswirken. Verhaltensweisen von Verweigerung bis zu aggressiver Abwehr können sich entwickeln und z.B. die Erledigung von Hausaufgaben zum häuslichen Drama werden lassen oder sich in schlecht lesbaren Schriftbildern äußern.

**Auffälligkeiten in der Motorik (Grob-/Feinmotorik) und der Koordination
Main-Kinzig-Kreis, männlich/weiblich im Vergleich 2000 - 2004**



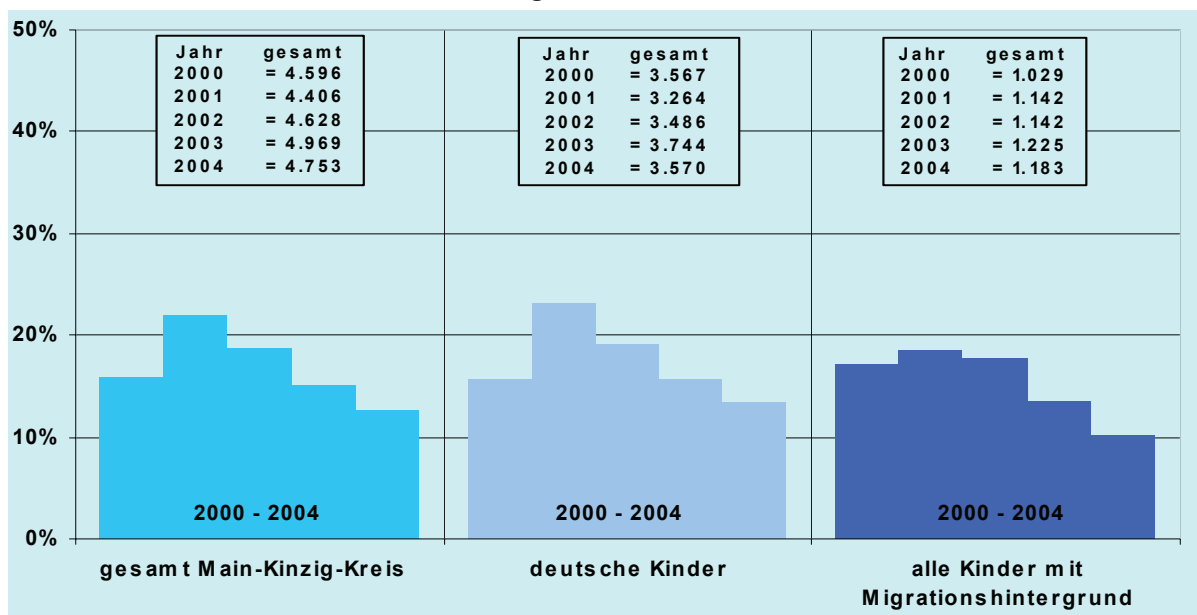
Kinder mit Migrationshintergrund

Kinder mit Migrationshintergrund zeigen seit 2001 eine tendenziell leicht bessere motorische Koordinationsleistung als Einschüler ohne Migrationshintergrund (ca. 2 bis 3 prozentig), wie aus nachfolgendem Diagramm ersichtlich ist. Erwarten würde man dies eigentlich nicht. Wenn die schulärztlichen Erfahrungen im feinmotorischen Bereich, die teilweise sehr langen Fernsehzeiten und die meist beengten Wohnverhältnisse dieser Kinder berücksichtigt werden, könnte eher eine erhöhte Auffälligkeit erwartet werden. Da aber Feinmotorik und Ganzkörperkoordination gemeinsam in den Datenpool einfließen, könnten sich beide Fähigkeiten kompensieren. Eine koordinative Leistung der Ganzkörpermotorik könnte sich verstärkt darstellen, denn ein wichtiger Faktor für den Anreiz zum Bewegungsspiel ist die Möglichkeit mit anderen Kindern gemein-

sam in Gruppen spielen zu können. Da sich die Kinderfreundlichkeit in den Migrantenfamilien meist auch in einer höheren Geschwisterzahl ausdrückt, könnte hier ein Erklärungsansatz liegen. Erfahrungsgemäß werden diese Kinder meist auch wesentlich weniger durch ihre Eltern kontrolliert und besitzen somit größere persönliche Entscheidungs- und Bewegungsspielräume. Eigenständig können andere Kinder in der Nähe des Wohnumfeldes aufgesucht werden, um gemeinsam zu spielen. Es könnte sein, dass hierdurch auch eine freie, eigen gesteuerte motorische Spiel- und Bewegungsentwicklung gefördert wird.

Sogar die bei einigen Kindern mit Migrationshintergrund anamnestisch im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen zu erfassenden extrem langen Fernsehzeiten von 3-5 Stunden pro Tag scheinen statistisch kompensiert zu werden, wenn der gesamte Main-Kinzig-Kreis betrachtet wird.

**Auffälligkeiten in der Motorik (Grob-/Feinmotorik) und der Koordination
Main-Kinzig-Kreis gesamt, deutsche Kinder und Kinder mit Migrationshintergrund
im Vergleich 2000 - 2004**



Unterschiede bei Jungen und Mädchen mit Migrationshintergrund

Bei Geschlechterdifferenzierung zeigen sich ähnliche Tendenzen wie bei dem Gesamtkollektiv. Auch hier zeigen die Jungen gegenüber den Mädchen drei- bis viermal so häufig „motorische Auffälligkeiten“. Da - kulturell bedingt - hauswirtschaftliche, die Feinmotorik

fördernde Fähigkeiten von Jungen oftmals als nicht notwendig angesehen werden, fehlt den Jungen familiäre feinmotorische Förderung. Die emotionale Belastung von männlichen Schülern mit Migrationshintergrund kann somit wegen der Übungsdefizite und der kulturellen Bewertung noch verstärkt sein.

**Auffälligkeiten in der Motorik (Grob-/Feinmotorik) und der Koordination
Main-Kinzig-Kreis, Kinder mit Migrationshintergrund weiblich/männlich 2000 -2004**



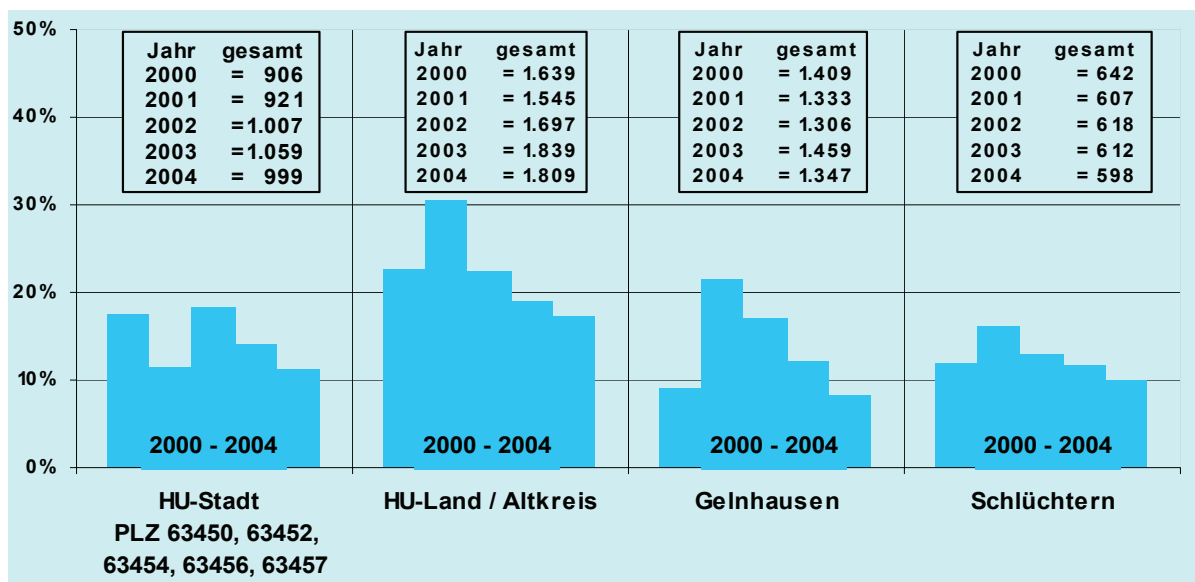
Regionale Verteilung

Betrachtet man die regionale Verteilung der motorischen Auffälligkeiten innerhalb des Main-Kinzig-Kreises so zeigen sich Unterschiede in den Regionen.

Während in der Stadt Hanau in Abhängigkeit von den Jahrgängen starke Schwankungen zu beobachten sind, zeigt sich im Altkreis Hanau, in Gelnhausen und Schlüchtern tendenziell eine sich verbessernde motorische Koordination, jeweils allerdings von unterschiedlichen Niveaus ausgehend. Nur der ehemalige Altkreis Hanau stellt mit 17% in 2004 nach wie vor den höchsten Anteil. In den Wohngebieten, in denen ca. 40% der Kinder des Main-Kinzig-Kreises wohnen, beträgt der Anteil der koordinativ auffälligen Kinder ca. 20% während ansonsten nur ca. 10% motorische Auffälligkeiten zu erfassen sind.

Auffälligerweise sind dies Gemeinden (Bruchköbel, Hammersbach, Maintal, Schöneck, usw.) mit einem hohen Anteil von Neubaugebieten und Zuzügen von Familien. Die Vermutung liegt nahe, dass die Zuzüge aus städtischen Gebieten (Hanau, Frankfurt, Offenbach) zur regionalen Verschlechterung der motorischen Datenlage geführt haben. Zu vermuten ist, dass die Nutzung von Bewegungsangeboten von der Tradition abhängig ist. Weil Sportvereine Teil des bewegungsfördernden und sozial integrierenden Gemeinschaftslebens sind, wachsen die ansässigen Kinder automatisch hinein. Neu hinzuziehende Familien bedürfen eines längeren Zeitraumes, um sich an vorhandene Strukturen anzubinden oder neue aufzubauen.

**Auffälligkeiten in Motorik (Grob-/Feinmotorik) und Koordination
Main-Kinzig-Kreis, regionale Verteilung 2000 - 2004**



Beratung der Erziehungsberechtigten zur Bewegungsförderung

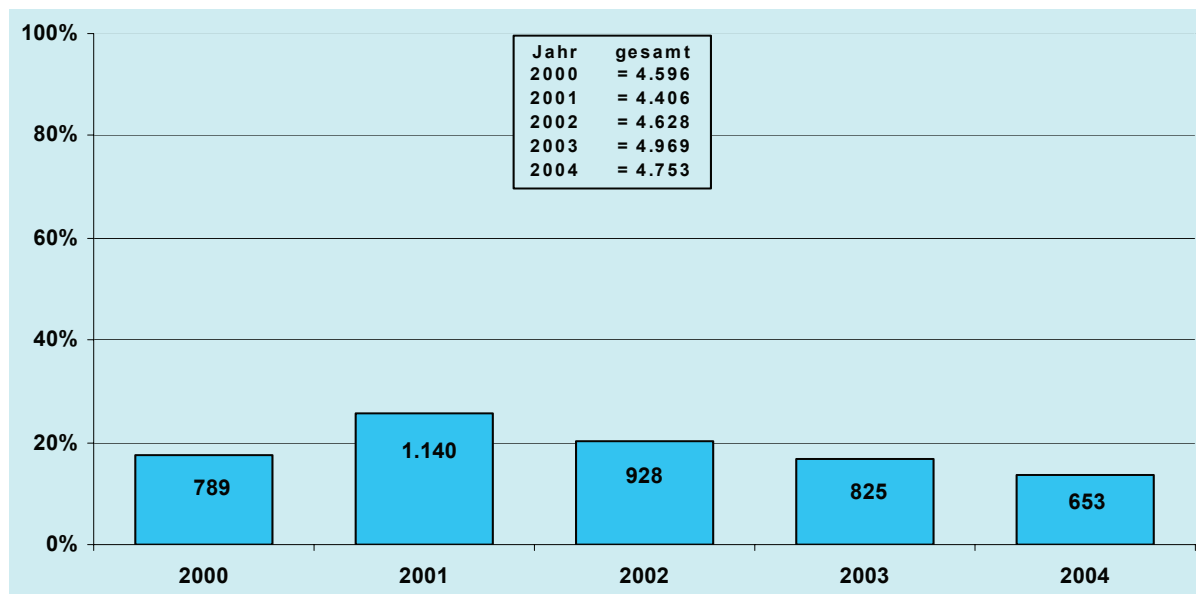
Unter der Rubrik „Bewegungsförderung“ wird die „Anzahl der Beratungsgespräche mit Eltern“ dokumentiert, die zu den verschiedenen motorischen Themen stattfanden.

Dieser „Sammeltopf“ zur Bewegungsförderung der Kinder enthält Empfehlungen zum Sport in Vereinen oder zur Nutzung von Bewegungsförderangebo-

ten bei Krankenkassen bis hin zu Angeboten in Familienbildungsstätten.

Beratungsgespräche werden z.B. geführt, wenn Kinder wenig körperliche Übung zeigen oder gesundheitliche Auffälligkeiten erfasst werden, die nicht allein durch medizinische, sondern langfristig nur durch pädagogische Maßnahmen beeinflussbar oder behebbar sind. Die Beratung bezieht sich auf Auffälligkeiten wie z.B. Übergewichtigkeit, Fußfehlstellungen, motorische Ungeschicklichkeiten, motorisch überschießende Bewegungsabläufe oder auch motorische Unruhe mit der Tendenz zur Verhaltensauffälligkeit.

**Empfehlung zur Bewegungs- / Motorikförderung
Main-Kinzig-Kreis gesamt 2000 - 2004**



Die Bedeutung der Beratung im Themenbereich **Bewegung** wird bei der Darstellung der absoluten Zahlen erkennbar. Die Zahl von ca. 600 Einschulungskindern im Main-Kinzig-Kreis im Jahr 2004 mit einem erheblichen Beratungsbedarf zur motorischen Förderung bedeutet, dass diese Kinder bereits körperlich sichtbare Auffälligkeiten und / oder Leistungsdefizite bei einfachen motorischen Leistungen zeigen (z.B. ausgeprägter Sitzbauch, Fettansatz im Brustkorbbereich, keine Kraft in den Arm- und Beinmuskeln, schlaflaffe Gesamtmuskulatur und fehlende aufrechte Körperhaltung, geringe

Ausdauer beim Rennen, keine Reaktionsgeschicklichkeit bei Stürzen, zielunsicheres Greifen durch fehlende Übung der Alltagsbewegungen, geringer Bewegungsantrieb mit der Tendenz sich immer hinzusetzen oder bedienen zu lassen usw.). Normale motorische Fähigkeiten gelingen nicht, weil die Muskelkraft fehlt (z.B. kurzzeitig auf einem Bein zu stehen). Durch das Umfeld und die Erziehung zum Sitzen erfolgte kein spielerisches Training der motorischen Alltagsleistungen. Die oftmals von den Erziehungsberechtigten angegebenen Fernsehzeiten von mehr als 4 Stunden pro Tag bedeuten,

dass sich bei einigen Vorschulkindern an den Nachmittagen bereits mindestens 25 Stunden Sitz- oder Liegezeiten pro Woche addieren. 1 bis 3 Stunden Sport in der Woche in den Kindertagesstätten und die freie Spielzeit von 1 bis 2 Stunden an 5 Tagen pro Woche können dies nicht mehr kompensieren. Der Antrieb „sich zu bewegen“, sich anzustrengen, etwas leisten zu wollen, mit Begeisterung für etwas zu „kämpfen“, konnte als emotionaler Anteil positiver Bewegungserfahrung nicht entwickelt werden.

Aufgrund der schulärztlichen Erfahrungen fand in den Jahren 1998/1999 eine hausinterne Qualitätsdiskussion zum Thema „Bewegungsförderbedarf von Einschülern“ statt, an die sich 1999 im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen eine Umfrage bei den Eltern zur Bewegungszeit anschloss. Die geringen Bewegungs- und die langen Fernsehzeiten der Vorschulkinder in einigen Regionen des Main-Kinzig-Kreises wurden damals nochmals deutlich. Bereits in den Jahren zuvor und besonders in den Jahren 1999 bis 2002 wurde daher verstärkt in einigen Regionen und gezielt mit dem Schwerpunkt „Bewegungsförderung“ durch die Schulärztinnen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen beraten.

Dies führte auch zur Erstellung eines Beratungs-Flyers zum Thema „Motorikförderung“.

Ob diese Initiativen in einigen besonders betroffenen städtischen Regionen durch die Diskussion mit den Leitungen in den pädagogischen und sozialen Kindereinrichtungen Wirkung zeigen, kann zur Zeit nur vermutet werden. Dies könnte die in einigen Regionen besonders abfallenden Koordinationsauffälligkeiten teilweise erklären.

Diskussion präventiver Gesichtspunkte

Mit Blick auf die späteren Leistungsanforderungen im Rahmen der Schulbildung und beruflichen Qualifizierung müssen gesundheitliche Aspekte bei der Diskussion der motorischen Entwicklung Berücksichtigung finden.

Im Beratungsgespräch mit Erziehungsberechtigten richtet sich der schulärztliche Blick auf eine zukünftige gesunde Bewegungsentwicklung sowie insbesondere auf Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft von Kindern, um schulische und lebenspraktische motorische Leistungen zu sichern.

Die Daten zu den koordinativen Leistungen der Einschüler, die sich im Jahresvergleich tendenziell zu verbessern scheinen, könnten sich durch die bereits von einigen Kindertagesstätten gestarteten Bewegungsprojekte erklären (Waldtage, verstärkte Einführung von Bewegungsspielen).

Mit den erfassten koordinativen Bewegungsdaten im Vorschulalter werden aber leider nicht die fehlenden Ausdauerleistungen erfasst, die bei vielen Kindern schulärztlicherseits beobachtet werden.

Die Beratung von Eltern kann nicht das einzige Präventionsziel sein. Auch pädagogische Einrichtungen müssen reagieren. In den letzten Jahren sind z.B. zahlreiche Angebote zur Bewegungsförderung in den Schulen entwickelt worden (bewegte Pause, Werkstattunterricht, Tanzgruppen, Zirkusgruppen, Anbindung an Turnvereine usw.).

Da zahlreiche Planungs- und Organisationsstrukturen sowie unser Erziehungs- und Lebensstil auf die Motivation zur Bewegung der Vorschulkinder ursächlich wirken, muss das Thema „Bewegungsförderung von Schuleingangskindern“ aber auch innerhalb des Main-Kinzig-Kreises multidisziplinär und interdisziplinär geführt werden.

Schulärztliche Daten und Erfahrungen sollten als orientierende Grundlage bei Planungen der Schulverwaltungen, der Jugendämter, der Kommunen usw. eingesetzt werden, damit hier auch das Fachwissen der Schulärzte eingeht. Erfahrungsgemäß sind einige Regionen und einige Schulen außergewöhnlich stark von fehlenden Außenreizen zum Bewegungsantrieb betroffen. Erfahrungen mit interdisziplinärer Gremienarbeit wurde bereits seit 1992 im KJÄD des Gesundheitsamtes des Main-Kinzig-Kreises im Raum Hanau gesammelt (Stadtteilkonferenz Lamboy).

Konsequenzen aus städtebaulichen, sozialen und Bildungs-Planungen müssen auf allen Fach- und Entscheidungsebenen diskutiert werden. Insbesondere die Entscheidungsträger tragen hier koordinierende Verantwortung.

Aus der Alltagsarbeit des KJÄD stellen sich an die Fachkräfte zahlreiche Fragen:

- Können heutzutage 3 Stunden Schulsport pro Woche noch 14-stündiges Sitzen oder Liegen pro Woche bei mindestens 2 Stunden Fernsehen pro Tag ausgleichen? Wie können Änderungen in der Methodik die Bewegungszeiten in der Schulstunde erhöhen? Welche Bewegungsangebote in der Pause motivieren zum Bewegungsspiel?
- Welche bewegungsfördernden Konzeptionen werden in Kindertagesstätten vertreten und umgesetzt?
- Welche Schwerpunkte setzen Kommunen bei städtebaulichen Planungsprozessen, denn der Straßenverkehr und die Architektur von Stadtteilen und Wohngebieten bestimmen über Freizeit-, Bewegungs- und Spielflächen und somit

auch über die zukünftigen Bewegungsleistungen von Kindern und Jugendlichen.

- Sind Übergewicht oder motorische Störungen ausschließlich Themen für Krankenkassen und die Medizin oder ist das Thema „Bewegungsförderung“ unter präventiven Aspekten bei der planenden Sozialverwaltung und im kommunalen Städtebau sowie in der Verkehrsplanung anzusiedeln?
- Wie wird die Freizeitpädagogik in die Gestaltung von Bewegungsflächen eingebunden? Welche Gestaltung erhalten Spiel- und Bewegungsflächen, damit sie auch für Kinder interessant werden und zum Bewegungsspiel anreizen?
- Welche Aufgaben übernehmen die Sportvereine? Dürfen sie nur leistungsorientierte Ziele verfolgen? Wie steht es mit der pädagogischen Qualifizierung der Übungsleiter? Welche Privatinitiativen (Vereine, Gruppen) werden z.B. auch unter dem Aspekt der Bewegungsförderung und des Lernens gezielt finanziell unterstützt? Wie werden Sportanlagen gestaltet und genutzt? Dienen diese der Bewegung des Breitensports?
- Wie z.B. wird die Bewegungsentwicklung von Kindern aus sozialen Brennpunkten gesichert, die bei fehlender Aufsicht bis zu 8 Std. täglich fernsehen?

Aus der Sicht des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes finden sich Überlegungen zum Entwicklungs- und Bewegungsförderbedarf von Kindern und Jugendlichen immer noch zu selten in städtebaulichen Planungsdiskussionen wieder. Die langfristig wirksamen Aspekte zur Gesundheitsförderung von Kindern kann als Planungsaufgabe meist nur über interdisziplinäre Kooperationen gesichert werden, wenn Planungsfehler vermieden werden sollen.

Das Ziel „**Förderung der kindlichen Bewegungsentwicklung**“ im Main-Kinzig-Kreis kann über eine koordinierte, multiprofessionelle Zusammenarbeit gewährleistet werden.

Zusammenfassung

Defizitäre Bewegungsentwicklungen bei den Schuleingangskindern werden im Main-Kinzig-Kreis im Verhältnis zu Hessen vermehrt beobachtet. Entgegen dem allgemeinen bundesweiten Trend ist tendenziell seit 2000 ein Absinken der Bewegungsauffälligkeiten und des Bewegungsförderbedarfes zu

beobachten. Dennoch haben mindestens 10-12% der Kinder einen erheblichen Bewegungsförderbedarf beim Eintritt in die Schule. Die Förderschwerpunkte werden im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst in der Kooperation mit sozialen und Bildungsfördereinrichtungen wie Kindertagesstätten, Schulen und Sportvereinen gesehen.

Die Prävention motorischer Fehlentwicklungen bei Kindern und Jugendlichen kann als Planungsaufgabe nur durch interdisziplinäre Kooperation und über die Koordination durch kommunale Entscheidungsträger gesteuert werden.



**Übergewicht
und Adipositas
bei Einschulungskindern
im Main-Kinzig-Kreis
in den Jahren 2000 – 2004**
(Dr. med. Barbara Janssen)



Als vor etwa 80 Jahren dieses Bild entstand, dachte wohl niemand daran, dass Übergewicht bei Kindern ein derartiges Ausmaß annehmen würde, wie es zur Zeit in Europa und auch in Deutschland zu beobachten ist.

Seit Jahren häufen sich die Meldungen zur besorgniserregenden Übergewichtsproblematik im Kindes- und Jugendalter. Auf der Basis von Daten, die der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) vorliegen, muss davon ausgegangen werden, dass derzeit in Deutschland jedes 5. Kind und jeder 3. Jugendliche übergewichtig ist.

Die Adipositas, eine krankhafte Erhöhung des Körperfettanteils, nimmt derartige Ausmaße an, dass sie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits im Jahre 1997 als „globale Epidemie“ bezeichnet wurde.

Von schwerwiegender Bedeutung sind die auf Übergewicht und Adipositas zurückzuführenden Folgeerkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie* und Fettstoffwechselstörungen als Wegbereiter von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Erwachsenenalter. Aber auch orthopädische und psychische Gesundheitsstörungen sowie ein erhöhtes Auftreten von Krebserkrankungen können Folgen von Übergewicht und Adipositas sein. Diese Begleit- und Folgeerkrankungen

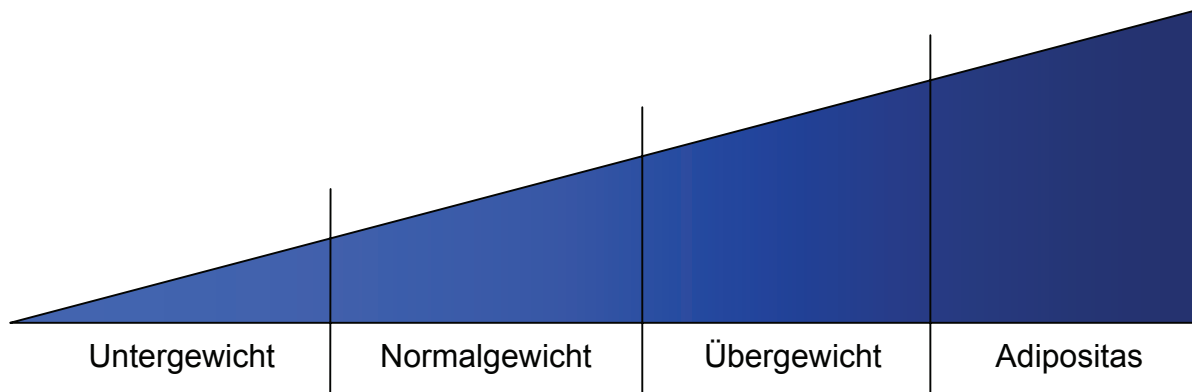
führen einerseits zur Beeinträchtigung der Gesundheit des Betroffenen aber auch zur Belastung des Gesundheitssystems mit erheblichen Kosten.

Die Kosten von ernährungsmitbedingten Erkrankungen werden auf ein Drittel der Gesamtkosten unseres Gesundheitswesens geschätzt (s. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales). Nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich bereits heute Folgeerkrankungen der Adipositas, die eine ernst zu nehmende Gesundheitsstörung darstellen.

Diese Entwicklung muss als Alarmzeichen gewertet werden. Sie zeigt die dringende Erfordernis für die Erhebung von zuverlässigen Daten bezüglich des Auftretens von Übergewicht und Adipositas, die Notwendigkeit für frühzeitiges Eingreifen und für die Einrichtung entsprechender vorbeugender Programme und Maßnahmen.

Was versteht man unter Übergewicht und Adipositas?

Prinzipiell spricht man von Übergewicht, wenn das Körpergewicht des Betroffenen einen festgelegten Normalwert überschreitet. Eine stärkere Ausprägung von Übergewicht bezeichnet man als Adipositas, die als eine krankhafte Erhöhung des Körperfettanteil an der Gesamtkörpermasse anzusehen ist.



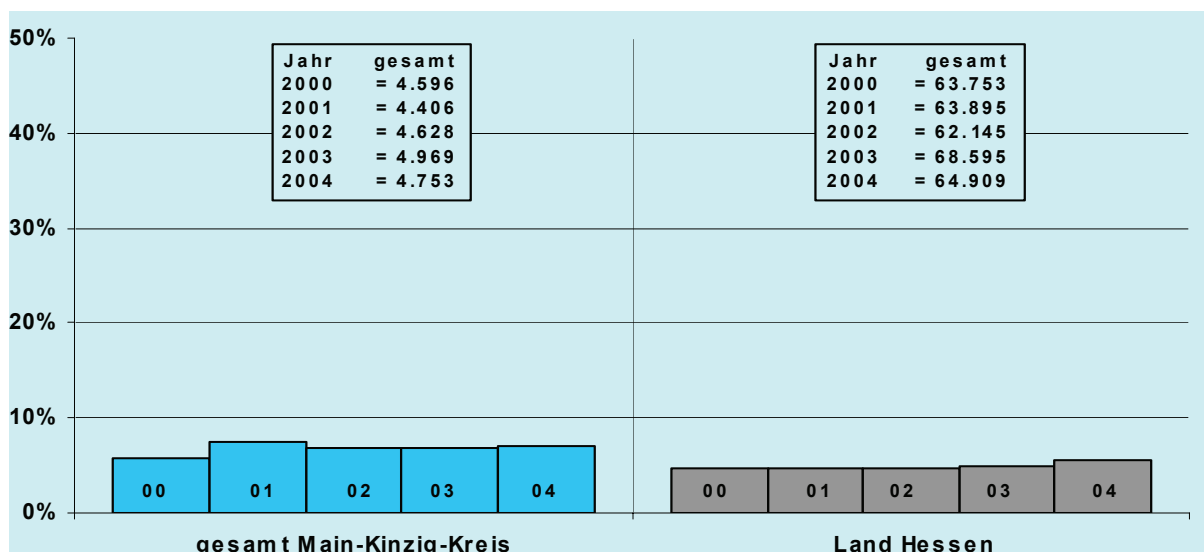
Der Fettanteil des Körpers kann nur mit aufwändigen und kostspieligen Methoden bestimmt werden. So hat sich die Verwendung der einfach messbaren Werte wie Körpergröße und Körpergewicht zur Abschätzung des Körperfettanteils durchgesetzt.

Zur Klassifikation von Übergewicht und Adipositas werden in Deutschland bisher verschiedene Berechnungsmethoden mit unterschiedlichen Grenzwerten herangezogen. Aufgrund dieser unterschiedlichen Erhebungsverfahren ist die Datenlage uneinheitlich, die Daten sind nicht vergleichbar, die Angaben bezüglich der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas zeigen starke Abweichungen.

Wie erfolgt die Erfassung von Übergewicht im Main-Kinzig-Kreis?

Im Rahmen der jährlich durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen werden umfangreiche Daten erhoben, wobei auch Körpergröße und Gewicht jedes Kindes erfasst werden. Überschreitet das Körpergewicht des Kindes einen Grenzwert, der gemäß der Hessischen Arbeitsrichtlinien abhängig von Geschlecht und Körpergröße festgelegt und in einer Graphik abzulesen ist, so wird dieses Kind als „übergewichtig“ erfasst. Diese Erfassung erfolgt durch eine verschlüsselte Dokumentation als Ziffer, als so genanntes Item 40*. Eine Differenzierung in Übergewicht und Adipositas erfolgt nicht.

**Übergewicht
Main-Kinzig-Kreis und Land Hessen im Vergleich 2000 - 2004**



Die Häufigkeit des nach diesen Kriterien über das Item 40* erfassten Übergewichts der Kinder im Main-Kinzig-Kreis schwankte in den Jahren 2000 und 2004 zwischen 5,8% in 2000 und 7,2% in 2004. In Hessen gesamt wurde Übergewicht im Jahr 2000 für 4,7% und im Jahr 2004 für 6% der untersuchten Kinder dokumentiert.

Wie bereits erläutert, erfolgt mit der oben beschriebenen Methode die Erfassung von Übergewichtigkeit über eine direkte Abhängigkeit des Körpergewichtes von Größe und Geschlecht des Kindes. Diese Methode gilt allerdings als weniger gut geeignet zur Abschätzung des Körperfettanteils. Ferner wird eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien aufgrund der methodischen Unterschiede verhindert. So hat sich generell in den vergangenen Jahren die Verwendung des aus Körpergröße und Körpergewicht abgeleiteten **Body Mass Index (BMI)** durchgesetzt.

Der **BMI** berechnet sich wie folgt:

$$\frac{\text{Körpergewicht in kg}}{\text{Körpergröße in m} \times \text{Körpergröße in m}}$$

Es konnte in zahlreichen Studien gezeigt werden, dass der BMI ein akzeptables Maß für die Gesamtkörperfettmasse darstellt, so dass auch für Kinder und Jugendliche die Anwendung des BMI empfohlen wird. Während im Erwachsenenalter feste Grenzwerte zur Definition von Übergewicht (BMI größer oder gleich 25) und Adipositas (BMI größer oder gleich 30) von der WHO empfohlen werden, ist dies für Kinder und Jugendliche nicht möglich, da die Körperfettmasse

im Wachstumsalter stark von Geschlecht und Alter bestimmt wird.

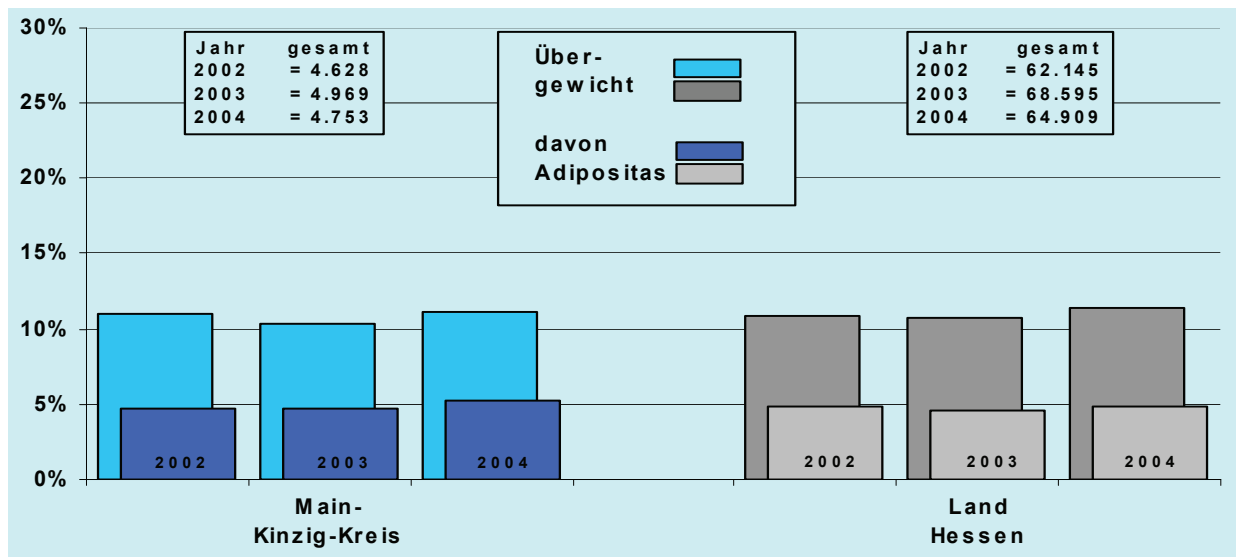
Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) empfiehlt daher das von Kromeyer-Hauschild (Jena 2002) erstellte Referenzsystem. Abhängig von Alter und Geschlecht kann hiermit aufgrund festgelegter BMI-Grenzwerte die Klassifikation in normalgewichtig, übergewichtig (90. Perzentile*) und adipös (97. Perzentile*) erfolgen.

Für die folgenden Daten wurde aus den bereits bekannten Messwerten Körpergröße und Körpergewicht der BMI errechnet. Anschließend erfolgte die Klassifikation in normalgewichtig, übergewichtig und adipös anhand des von Kromeyer-Hauschild erstellten Referenzsystems.

Übergewicht und Adipositas im Main-Kinzig-Kreis

Die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas im Main-Kinzig-Kreis in den Jahren 2002 bis 2004 im Vergleich zu Hessen ist in nachfolgender Abbildung graphisch dargestellt. Hier zeigt sich, dass im Jahr 2004 11,1% der untersuchten Kinder übergewichtig und 5,3% adipös waren. Eine wesentliche Veränderung im Vergleich zu den Vorjahren ist bei dem Anteil der übergewichtigen Kinder nicht feststellbar. Es findet sich ein leichter Anstieg der adipösen Kinder von 4,7% in den Jahren 2002 und 2003 auf 5,3% in 2004. Weiterhin kann festgestellt werden, dass die Übergewichtigkeit im Main-Kinzig-Kreis sich nur gering von der Prävalenz* in ganz Hessen unterscheidet.

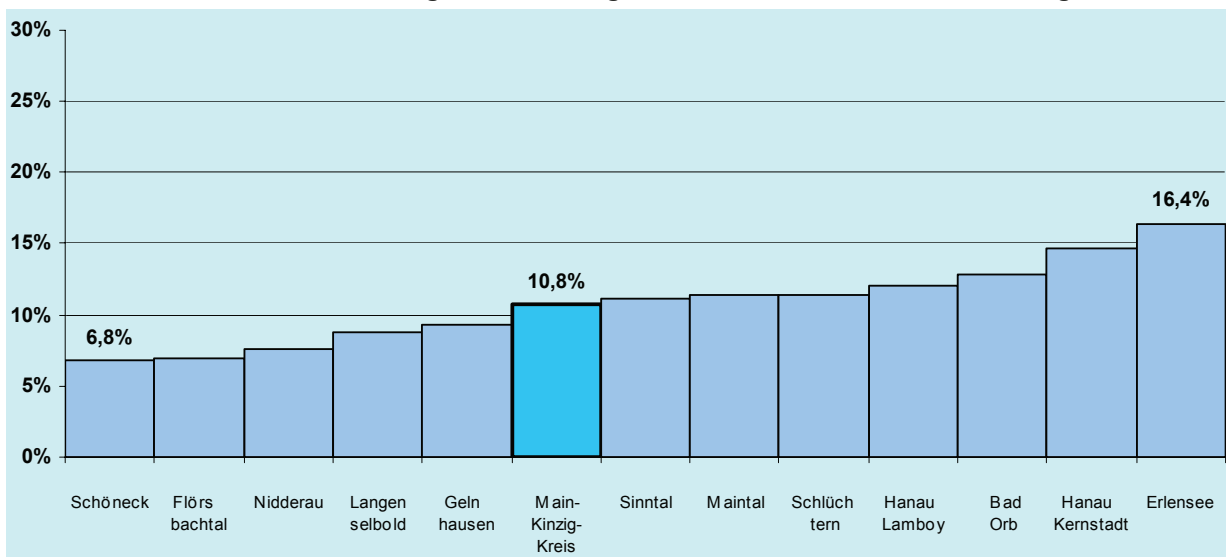
Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas Main-Kinzig-Kreis im Vergleich zu Hessen 2002 - 2004



Innerhalb des Main-Kinzig-Kreises fallen erhebliche regionale Unterschiede in der Häufigkeit von Übergewicht auf. Der höchste Anteil übergewichtiger Kinder findet sich in der Gemeinde Erlensee mit 16,4%, der niedrigste mit

6,8% in der Gemeinde Schöneck. Die nachfolgende Graphik veranschaulicht die Spannweite der Häufigkeit übergewichtiger Kinder differenziert nach einigen ausgewählten Gemeinden.

Anteil der übergewichtigen Kinder 2000 – 2004 differenziert nach Postleitzahlen Main-Kinzig-Kreis im Vergleich zum Durchschnitt Main-Kinzig-Kreis



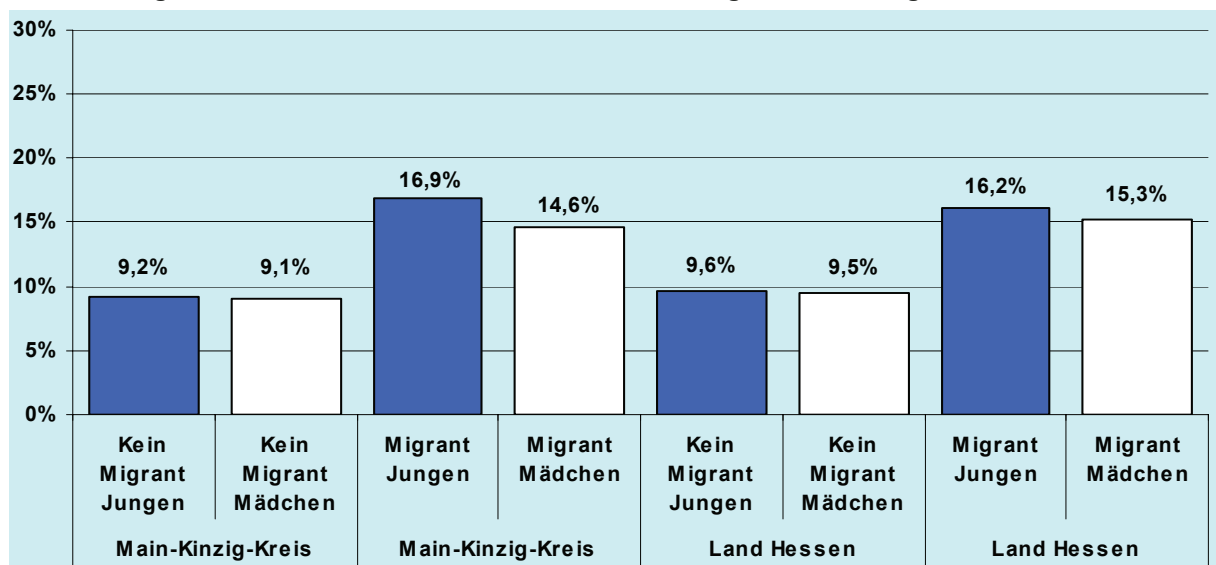
Eine endgültige Erklärung für die regionale Häufung übergewichtiger Kinder lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt anhand der vorliegenden Daten nicht finden. Es besteht der Verdacht, dass die Häufung mit bestimmten Risikogruppen in Zusammenhang steht.

In verschiedenen Studien anderer Bundesländer und deutscher Großstädte, wie z.B. Berlin und Kiel, werden besondere Risikogruppen für Übergewichtigkeit beschrieben, so vorwiegend Migranten und Kinder aus sozial schwachen Familien.

Für den Main-Kinzig-Kreis gesamt ist festzustellen, dass Kinder mit Migrationshintergrund doppelt so häufig übergewichtig (und doppelt so häufig adipös) sind wie Kinder ohne Migrationshintergrund.

In der folgenden Grafik wird weiterhin deutlich, dass nur bei Kindern mit Migrationshintergrund das Geschlecht eine Rolle spielt. In der Gruppe der Migranten sind Jungen häufiger übergewichtig (und adipös) als Mädchen.

Übergewicht differenziert nach Geschlecht und Migrationshintergrund 2002 - 2004

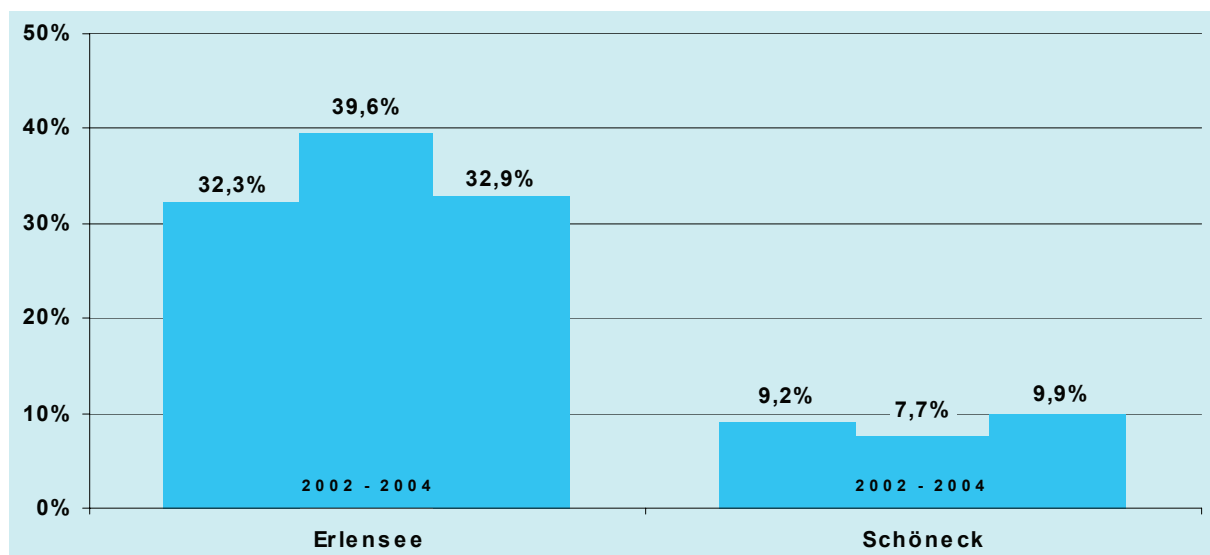


Wie bereits beschrieben finden sich im Main-Kinzig-Kreis deutliche regionale Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens von Übergewicht und Adipositas. Betrachtet man den Migrantenanteil in den Gemeinden mit der niedrigsten (Schöneck) und höchsten (Erlensee) Rate übergewichtiger Kinder, so ist festzustellen, dass in Schöneck in

den Jahren 2002 bis 2004 durchschnittlich 8,93% der untersuchten Kinder und in Erlensee durchschnittlich 34,94% einen Migrationshintergrund haben.

Die Vermutung liegt also nahe, dass auch im Main-Kinzig-Kreis Migranten als Risikogruppe für Übergewicht bzw. Adipositas anzusehen sind.

Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund in den Gemeinden Erlensee und Schöneck 2002 - 2004



Der in den vergangenen Jahren konstant hohe Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder ist verbunden mit einem hohen Beratungsbedarf seitens der betroffenen Eltern. So wurden im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst in den Jahren 2000 bis 2004 jährlich zwischen 260 und 290 individuelle Ernährungsberatungen durchgeführt.

Konsequenzen - Handlungsansätze

Der Anteil von mehr als 11% übergewichtiger Kinder unter den Einschülern im Jahr 2004 - das sind insgesamt mehr als 520 übergewichtige Kinder! - sollte als alarmierendes Zeichen für baldiges Handeln auch im Main-Kinzig-Kreis gesehen werden, erfassen wir mit dieser Zahl nur den Beginn einer sich fortsetzenden Problematik. Denn es ist bekannt, dass der Anteil übergewichtiger Kinder in den weiteren Lebensjahren stetig ansteigt.

Der Kieler Obesity Prevention Study (KOPS) zufolge sind 12% der 5- bis 7-jährigen Kinder übergewichtig, unter den 9- bis 11-jährigen findet sich bereits ein Anteil von 18%!

Die Bedeutung der mit Übergewicht bzw. Adipositas einhergehenden Begleit- und Folgeerkrankungen sowohl für den Betroffenen als auch für das Gesundheitsbudget wurde bereits erwähnt. Übergewichtigkeit kann aber auch gravierende psychosoziale Probleme zur Folge haben: Gemäß einer aktuellen Studie haben übergewichtige Kinder einen mit krebserkrankten Kindern vergleichbaren Verlust gesundheitsbezogener Lebensqualität. Vorschulkinder spielen lieber mit behinderten als mit übergewichtigen Kindern und adipöse Kinder sind prädestiniert, die Schule vorzeitig abzubrechen (Bundesgesundheitsblatt 3, 2005).

Dies alles sollten ausreichende Hinweise für die Notwendigkeit und Verpflichtung zu unverzüglichem Handeln sein.

Eine wesentliche Aufgabe kommt hier dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zu. Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen wird ein ständig steigender Beratungsbedarf deutlich, dem es auch weiterhin gilt, flächendeckend gerecht zu werden. Darüber hinaus sind umfangreichere Maßnahmen in den Bereichen Intervention, aber vor allem Prävention erforderlich, die den Aufbau komplexer Strukturen und Vernetzungen erfordern. Hier bietet sich unter Berücksichtigung bereits vorhandener Strukturen für den Main-Kinzig-Kreis folgendes Vorgehen an: Ein wichtiger Ansatz ist die Fortsetzung der Kooperation mit dem im Aufbau befindlichen Adipositasnetzwerk Hessen sowie die Erweiterung der Zusammenarbeit mit in Klinik und Praxis tätigen ärztlichen Kollegen, insbesondere die Zusammenarbeit mit der „medinet Spessart-Klinik Bad Orb“. Hier werden adipöse Kinder im Rahmen eines stationären Programms und seit zwei Jahren auch im Rahmen eines ambulanten Programms in Kooperation mit den Krankenkassen betreut.

Eine wesentliche Bedeutung kommt der Prävention, der Vorbeugung von Übergewicht zu. Ist es doch sinnvoll, Übergewicht gar nicht erst entstehen zu lassen, bzw. frühzeitige Maßnahmen zu ergreifen. So bietet sich eine Erweiterung der bereits bestehenden Kooperation mit den im Kreis tätigen Hebammen an. Der Zusammenhang zwischen Übergewichtigkeit von Kindern und deren Geburtsgewicht, dem Verhalten der Mutter in der Schwangerschaft sowie dem Stillverhalten konnte mehrfach nachgewiesen werden (Kinderärztliche Praxis 2005), so dass die Einbeziehung der Hebammen als wichtige Präventionsmaßnahme zu werten ist.

Die Zusammenarbeit mit Kindertagesstätten und Schulen ist zu intensivieren, bietet sich doch hier eine gute Möglichkeit, auf Bewegungs- und Ernährungsverhalten Einfluss zu nehmen, deren Relevanz für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas mehrfach belegt ist (WHO 2005).

Auch die Effizienz verschiedener Maßnahmen und Aktivitäten in Schulen ist mehrfach bewiesen. Hierbei können bereits existente Programme und Kampagnen mit einbezogen werden. Einzelne Kindertagesstätten und Schulen des Main-Kinzig-Kreises haben bereits ausführliche Programme erarbeitet und umgesetzt, die als Basis für Konzepte und Programme dienen können.

Wesentliche Voraussetzung für die Durchführung dieser und darüber hinausgehender erforderlicher Aktionen und Maßnahmen in Zusammenarbeit mit den bereits erwähnten Kooperationspartnern und unter Einbeziehung der Krankenkassen ist eine angemessene Personalsituation im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Main-Kinzig-Kreises.

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Main-Kinzig-Kreis im Jahr 2004 11,1% der untersuchten Einschüler übergewichtig, davon 5,3% adipös waren.

Mädchen wie Jungen sind zu gleichen Anteilen betroffen.

Als eine Risikogruppe sind Migrantenkinder einzustufen, wobei hier Jungen häufiger übergewichtig und adipös sind als Mädchen.

Es sind deutliche regionale Unterschiede bezüglich der Häufigkeit des Auftretens von Übergewicht zu beobachten, die unter anderem mit einem erhöhten Anteil von Migranten in diesen Regionen in Zusammenhang gebracht werden können.

Um der weiteren Entwicklung entgegen zu wirken, ist, wie bereits oben ausgeführt, auch im Main-Kinzig-Kreis akuter Handlungsbedarf geboten. Als Basisarbeit ist die Fortsetzung einer gezielten Datenerfassung und Auswertung zwingend erforderlich.

Weitere intensive Aktivitäten sind in den Bereichen Intervention und besonders Prävention erforderlich.



Resümee und Ausblick

(Dr. med. Helmut Ernst)

Aufgrund der hier nur exemplarisch ausgewerteten Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen, die sich im wesentlichen auf die Faktoren Vorsorgeuntersuchungen, Sprache und Sprachentwicklung, motorische Entwicklung sowie Übergewicht und Adipositas beschränkt haben, ist erkennbar, dass in allen Teilen des Main-Kinzig-Kreises, je nach betrachteter Problemlage, es unterschiedliche Bedarfe von Handlungsnotwendigkeiten gibt.

Auf der einen Seite sind insbesondere die sprachlichen Defizite in den Gebieten mit Kindern mit hohem Migrationshintergrund nach wie vor besonders zu betrachten.

Von ähnlich hoher Brisanz ist die schlechte Durchimpfungsrate im gesamten Kreisgebiet, wobei hier mehr die Bereiche um Hanau, Gelnhausen und Schlüchtern gezielt einer Aufklärungsmaßnahme zugeführt werden sollten.

Auf der anderen Seite sind wiederum dem Auftreten von Übergewicht und den Bewegungsstörungen in den Regionen Hanau, Hanau Land, hier insbesondere der Gemeinde Erlensee, besondere Beachtung zu schenken.

Insgesamt ist festzuhalten, dass durch die flächendeckende Untersuchung aller Einschulungskinder auch alle Kinder erfasst werden, die beispielsweise nicht in den Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt werden oder auch eventuell keinen Kindergarten besuchen.

Insofern ist die hier vorgestellte Datenlage eine wichtige Basis für die Planung weiterer Maßnahmen innerhalb des Main-Kinzig-Kreises.

Für die Zukunft wird es notwendig sein, aus diesen Zahlen konsequente Maßnahmen auf allen Entscheidungsebenen des Main-Kinzig-Kreises, vom Jugendhilfeträger über das Staatliche Schulamt bis hin zum Sozialhilfeträger zu erreichen, da nur durch frühzeitige Intervention und Prävention eine Verschlechterung der gesundheitlichen als auch psychosozialen Situation unserer heranwachsenden Generation zu vermeiden ist.

Hierzu wird es in der Zukunft notwendig sein, die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen noch differenzierter auszuwerten und daraus erforderlich werdende Maßnahmen zu ergreifen und den Erfolg dieser Maßnahmen zu evaluieren.

Ein Beispiel dafür zeigt die Verbesserung der Sprachfähigkeit der Kinder mit Migrationshintergrund im Stadtgebiet Hanau, in welchem über Jahre hinweg und insbesondere seit 2003 durch konsequente Anwendung sowohl im Kindergarten als auch in vorschulischen Vorlaufkursen die Sprachförderung von Migrantenkindern erreicht werden konnte. Dies führte hier erstmals nachweisbar zu einer deutlichen Senkung der sprachauffälligen Kinder in der Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund und ist ein Beispiel für eine sinnvolle und gelungene Interventionsmaßnahme.

Gleiches ist zwingend zu erreichen für den Bereich der Motorikförderung, aber auch der Verhinderung und Prävention von Übergewicht bzw. auch zur Verbesserung der Impfakzeptanz im Bereich der Kinder und Jugendlichen.

Somit wird es abhängig sein von den politischen Entscheidungen, innerhalb des Landkreises in diese Erkenntnisse gezielt zu investieren, da aus Sicht des Kinder und Jugendärztlichen Dienstes und des Gesundheitsamtes eine Investition in unsere heranwachsende nächste Generation die beste Investition ist, die wir durchführen können.

Glossar

Adipositas: (Adjektiv: adipös) krankhafte Erhöhung des Körperfettanteils an der Gesamtkörpermasse

Anamnese: Krankengeschichte; Art, Beginn und Verlauf der aktuellen Beschwerden, die im ärztlichen Gespräch mit dem Kranken (Eigenanamnese) und/oder dessen Angehörigen (Fremdanamnese) erfragt werden

APGAR-Wert / APGAR-Schema: Punktwert / Punkteschema für die Zustandsdiagnostik des Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt. APGAR steht als Abkürzung für Atmung, Puls, Grundtonus, Aussehen, Reflexe.

Diadochokinese: schnelle Abfolge antagonistischer (gegensätzlicher) Bewegungen der Hände

endokrin: innerlich in das Blut absondernd

Hypertonie: Bluthochdruck

Inzidenz: Anzahl der Neuerkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung innerhalb eines bestimmten Zeitraums

Item: (engl.) Nummer, Punkt, Posten, Parameter

Migration: Wanderung von Individuen oder Gruppen im geographischen oder sozialen Raum

Mukoviszidose: erbliche Stoffwechselstörung - Krankheitsbild mit massiver Schleimbildung in den Lungen

Pandemie: Ausbreitung einer Infektionskrankheit über Länder und Kontinente

Perzentile: Hundertstelwert

Phenylketonurie: erbliche Stoffwechselstörung - Krankheitsbild, in welchem sich wegen eines Enzymdefekts Phenylketone im Körper anreichern

Prävalenz: Anzahl der Erkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder innerhalb einer bestimmten Zeitperiode (Periodenprävalenz)

Screening-Verfahren: (zeit- und kostengünstiger) Such- oder Siebtest - Untersuchungsmethode

Sepsis: Ausbreitung von Krankheitserregern im gesamten Körper mit Versagen der wichtigsten Stoffwechselfunktionen

Visuomotorik: für das Auge wahrnehmbare Gesamtheit der vom Zentralnervensystem kontrollierten Bewegungsvorgänge

Literaturverzeichnis

Arbeitsgruppe der Amtsärzte Hess. Gesundheitsämter (2001), Qualitätssicherung im öffentlichen Gesundheitswesen, Wiesbaden, Hess. Sozialministerium

AWMF online - Leitlinie Adipositas, <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/050-002.htm>, Adipositas im Kindes- und Jugendalter, Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft

Barth K., Michaelis R. (2003), Früherkennung schulischer Lernstörungen in der kinderärztlichen Praxis, Kinder- und Jugendarzt 6, S. 445-448

Barth K., Michaelis R. (2004), Früherkennung schulischer Lernstörungen in der kinderärztlichen Praxis, Kinder- und Jugendarzt 6, S. 396-402

Bellinger, O., Witte, P. (2005), Neuerungen in der aktuellen Impfpfempfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO), Epidemiologisches Bulletin (9/05), Nr. 31

Beske F., Hallauer J. (1999), Das Gesundheitswesen in Deutschland, 3. Auflage, Köln

Böhm A. (2000), Die Schuleingangsuntersuchung als Instrument einer Sozialkompensatorischen Prävention, Prävention 1, S. 12-16

Bruns-Philipps E., Pohlabeln H., Hoopmann M., Reinke F., Windorfer A. (2005), Der öffentliche Gesundheitsdienst als Kooperationspartner in der Prävention, Bundesgesundheitsblatt 10, S. 1153-1161

Ciuera I. (2003), Motorisch auffällige Kinder, Kinderärztliche Praxis 8, S. 527-530

Czerwinski-Mast M., Danielzik S., Asbeck I., Langnäse K., Spethmann C., Müller M.J. (2003), Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS), Konzept und erste Ergebnisse der Vierjahres-Nachuntersuchungen, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 46: S. 727-731

Döpfner M., Dietmair I., Mersmann H., Simon K., Trost-Brinkhues G. (2005), Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungskindern (S-ENS), Hogrefe-Verlag

Erb J., Werner M. (2003), Prävalenz von Entwicklungsauffälligkeiten bei Vorschulkindern, Kinderärztliche Praxis 6, S. 368-375

Esser G., Schlack H.G. (2003), Umschriebene Entwicklungsstörungen, Kinderärztliche Praxis 5, S. 304-315

Fischer M., Jahnke K. (2004), Indikationen und Ergebnisse der Behandlung mit Paukenröhrchen, Kinder- und Jugendarzt 4, S. 309-314

Gardemann J. (2001), Neuer Kurs im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – ärztliche Professionalität zwischen sozialer Pädiatrie, Betriebsmedizin und interdisziplinierter Gesundheitsförderung, Das Gesundheitswesen 63, S. 658-666

Gesundheitswesen (2004), S. 352-354, Thieme Verlag Stuttgart

Goldapp C., Kann R., (2004), Zur Datenlage von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, Prävention 27, S. 12-18

Hedebrand J., Dabrock P., Lingenfelder M. et al., (2004), Ist Adipositas eine Krankheit?, Deutsches Ärzteblatt, Heft 37, S. 2468-2474

Hess. Kultusministerium (2005), Hessisches Schulgesetz, Wiesbaden

Hess. Sozialministerium (2006), Erlass zur Dokumentationsänderung der Schuleingangsuntersuchung durch die Einführung von S-ENS (Hess. Variante des jugendärztlichen Untersuchungsmodells, das als standardisiertes Untersuchungsverfahren vom Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst - lögd - NRW entwickelt wurde.)

Hess. Sozialministerium (1996-2004), Erlasse zu den Hessischen Dokumentationsrichtlinien (Hessische Variante des Bielefelder Modells aus NRW)

Hess. Sozialministerium (1988), Hessische Arbeitsrichtlinien für die jugendärztliche Untersuchung und Dokumentation (Hessische Variante des Bielefelder Modells aus NRW)

Kinder- und Jugendärztlicher Dienst des Gesundheitsamtes des Main-Kinzig-Kreises (2000-2002), Round Table – Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen im Main-Kinzig-Kreis

Kraus de Camargo O., Dick H.-M., Meyer-Harries N., Bode H. (2002), Auditive Wahrnehmungsstörung – eine Modediagnose, Kinderärztliche Praxis 3, S. 176-183

Kromeyer-Hauschild K., Wabitsch M., Kunze D. et al. (2001), Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben, Monatsschrift Kinderheilkunde 149, S. 807-818

Küpper-Nybelen J., Lamerz A., Hedebrand J. et al. (2003), Adipositasprävalenz deutscher und ausländischer Kinder bei der Einschulung, Gesundheitswesen 65, S. 1-88

Lallinger M.W. (1996), Sozialbericht für den Main-Kinzig-Kreis

Main-Kinzig-Kreis, Abteilung Kreisstatistik, Bevölkerungsvorgänge Berichtsjahre 2002-2004

Meireis H. (2000), Gemeinwesenbezogene Sozialpädiatrie – Auftrag des öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, Kinderärztliche Praxis Nr. 8

Murza G., Werse B., Brand H. (2005), Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen, Bundesgesundheitsblatt 10, S. 1162-1169

Niethammer, D. (2004), Varizellenimpfung, Kinder- und Jugendarzt, 35. Jahrgang, Nr. 12

Opper E., Worth A., Bös K. (2005), Kinderfitness – Kindergesundheit, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Nr. 48, S. 854-862

Reinehr T., Folgeerkrankungen der Adipositas im Kindes- und Jugendalter,
<http://www.a-g-a.de/Folgeerkrankungen.doc>

Reiter, S., Rasch, G. (2004), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1, S. 3-19

Richter I. (2004), Kommunale Gesundheitsförderung in einem sozialen Brennpunkt, Das Gesundheitswesen Nr. 66, S. 775-842

Schlack H. (2004), Neue Morbidität im Kindesalter – Aufgaben der Sozialpädiatrie, Kinderärztliche Praxis 5, S. 202-300

Schmitt, H.-J., Thiesemann-Reith, H., Nassauer, A. ((2004), Infektiologisches Zeitgeschehen – Prinzipien der Impfaufklärung, 14. Jahrgang, Heft 2

Schneider W., Marx P., Weber J. (2002), Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung, Kinderärztliche Praxis 3, S. 186-194

Schöler H., Guggenmoos J., Iseke A. (2006), Werden die Sprachleistungen unserer Kinder immer schwächer? Beobachtungen an sechs Einschulungsjahrgängen in Münster, Das Gesundheitswesen 6, S. 337-346

Statistisches Landesamt Wiesbaden, jährliche statistische Auswertungen „epihes“ (2000-2004)

Straßburg H. M. (2002), Differentialdiagnostik bei Sprachstörungen, Kinderärztliche Praxis 3, S. 162-175

Tiggens-Zuzok C., Kohns U., Plath P., Schuster S. (2003), Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen, Kinder- und Jugendarzt 5, S. 365-369

Voss H. (2004), Geschichte der Sozialpädiatrie, Kinderärztliche Praxis 5, S. 282-291

Wabitsch M., Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland (2004), Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47, S. 251-255

WHO (2000), Obesity - Preventing and managing the global epidemic, Report of a WHO consultation, Tech. Rep. Series, P. 894

WHO (2005), Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Europäischen Region, Faktenblatt EURO, 06/05

WHO (2005), The European Health Report, Child and adolescent health and development, P. 46-88, <http://www.euro.who.int/document/ehr05/e87325pt3.pdf>

Wiegand S., Dannemann A., Vahabzadeh Z. et al. (2005), Wer braucht was?, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48, S. 307-314

Zankl H., Prof. Dr., Abteilung für Humanbiologie und Humangenetik der Universität Kaiserslautern, Vorlesung Gesundheitslehre SS 2003