



Z W I C K A U

ROBERT-SCHUMANN-STADT

GESUNDHEITSBERICHT DER STADT ZWICKAU

Spezialbericht:

Aspekte der Gesundheit Zwickauer Kinder

Ergebnisse der Kindergartenuntersuchungen 2003/2004

Ergebnisse jugendärztlicher Untersuchungen 1999 bis 2004



Impressum:

Gesundheitsbericht der Stadt Zwickau

Spezialbericht: Aspekte der Gesundheit Zwickauer Kinder
Ergebnisse der Kindergartenuntersuchungen 2003/2004
Ergebnisse jugendärztlicher Untersuchungen 1999 bis 2004

Herausgeber: Stadtverwaltung Zwickau
Dezernat 3
Amt für öffentlichen Gesundheitsdienst
Postfach 200933
08009 Zwickau
Sitz: Verwaltungszentrum Werdauer Straße 62
Tel.: 0375 / 83 53 00
FAX: 0375 / 83 53 53
e-mail: OeffentlicherGesundheitsdienst@zwickau.de

Autor: Dipl.-Math. Gunthild Schröder (SB Gesundheitsberichterstattung)
Fachliche Mitarbeit: Dr. med. dent. Christine Jauch (Zahnärztin, Leiterin Zahnärztlicher Dienst)
Dipl.-Med. Marion Mehlhorn (Jugendärztin, Leiterin Jugendärztlicher Dienst)

Wichtige Anmerkung zu Datenquellen:

Wenn nicht explizit die Datenquelle genannt ist, handelt es sich um Daten eigener Erhebungen und eigener Berechnungen des Amtes für öffentlichen Gesundheitsdienst.

Satz / Gestaltung: Dipl.-Math. Gunthild Schröder

Redaktionsschluss: 03. November 2004

Diese Druckschrift darf während eines Wahlkampfes weder von Parteien/Organisationen und Gruppen noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet und nicht auf Wahlveranstaltungen ausgelegt oder verteilt werden. Ferner ist das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel untersagt.

Nachdruck und Verbreitung des Inhaltes - auch auszugsweise - sind nur mit Quellenangabe gestattet.

Aspekte der Gesundheit Zwickauer Kinder

Ergebnisse der Kindergartenuntersuchungen 2003/2004
Ergebnisse jugendärztlicher Untersuchungen 1999 bis 2004

Inhalt	Seite
<u>1. Rahmenbedingungen zum Lebensumfeld der Kinder in Zwickau</u>	5
1.1 <u>Demografische Situation</u>	5
1.2 <u>Familiäre und soziale Lage von Kindern</u>	7
1.3 <u>Betreuungssituation</u>	11
1.4 <u>Medizinische Versorgungssituation</u>	13
1.5 <u>Zusammenfassung und Fazit</u>	15
<u>2. Gesundheitsvorsorge für Kinder und deren Inanspruchnahme</u>	16
2.1 <u>Kinder- und jugendärztliche Reihenuntersuchungen</u>	16
2.1.1 <u>Untersuchungen in Kindertagesstätten</u>	16
2.1.2 <u>Einschulungsuntersuchungen</u>	21
2.1.3 <u>Schulärztliche Reihenuntersuchungen</u>	25
2.2 <u>Zahnärztliche Reihenuntersuchungen / Gruppenprophylaxe</u>	26
2.3 <u>Programm der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9</u>	28
2.4 <u>Schutzimpfungen</u>	31
2.5 <u>Zusammenfassung und Fazit</u>	35
<u>3. Aspekte des Gesundheitszustandes Zwickauer Kinder in der Phase des Übergangs von der Kita zur Schule</u>	36
3.1 <u>Allgemeine Einschätzung der gesundheitlichen Lage</u>	36
3.2 <u>Motorisch-koordinative Entwicklungsstörungen</u>	38
3.3 <u>Sprachstörungen und Auffälligkeiten der Sprachentwicklung</u>	40
3.4 <u>Seh- und Hörstörungen</u>	43
3.5 <u>Psychosoziale Störungen</u>	45
3.6 <u>Übergewicht und Adipositas</u>	47
3.7 <u>Kariesmorbidity und Kariessanierungsgrad</u>	50
3.8 <u>Zusammenfassung und Fazit</u>	53
<u>4. Schlussfolgerungen für Prävention und Gesundheitsförderung</u>	54
<u>5. Quellenangaben / Literaturverzeichnis</u>	55

Einleitung

Das Gesundheitsamt der Stadt Zwickau veröffentlichte zu Beginn des Jahres 2003 den Bericht „Gesunder Start in die Schule?“. Schwerpunkt des Berichtes bildete die Fortschreibung der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen bis zum Jahr 2001/2002. Die Analysen wiesen punktuell Verbesserungen der gesundheitlichen Situation der Zwickauer Schulanfänger nach, zeigten aber auch eine ganze Reihe von Problemen, die das gesunde Aufwachsen der Kinder beeinträchtigen.

Wir stellten fest, dass Störungen der intellektuellen und emotionalen Entwicklung des Kindes für die Beurteilung der Schulfähigkeit eine besondere Bedeutung haben und Schulfähigkeit weniger das Ergebnis biologischer Reifungsprozesse ist, als vielmehr das Ergebnis der Anregung durch die Familie und der gesamten vorschulischen Umwelt.

Wir regten in der Gesundheitskonferenz im Januar 2003 eine frühzeitige Intervention und Gesundheitsförderung im Vorschulalter an und unterbreiteten dazu eine Reihe von Vorschlägen und Maßnahmen.

Diese sind nun zu kontrollieren und auf ihre Relevanz zu überprüfen.

Unser aktueller Gesundheitsbericht zu Aspekten der Gesundheit Zwickauer Kinder stellt die Ergebnisse der neu eingeführten Kindergartenuntersuchung¹ in den Mittelpunkt der Betrachtungen. Zwar liegen für dieses erste Untersuchungsjahr, das als „Test-Jahr“ deklariert war, keine Untersuchungsergebnisse für die Gesamtheit aller Zwickauer Kinder im 4. Lebensjahr vor, dennoch können aus den vorliegenden ersten Ergebnissen wichtige Schlussfolgerungen gezogen werden. Ein kleiner Mangel des Berichtes ist, dass keine sächsischen Vergleichszahlen angegeben werden, an denen wir unsere Ergebnisse messen können. (Eine Zusammenstellung der Ergebnisse für den Freistaat Sachsen ist erst zu Beginn des Jahres 2005 zu erwarten.)

Im Gesundheitsbericht werden darüber hinaus auch die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen sowie der schulärztlichen und zahnärztlichen Reihenuntersuchungen fortgeschrieben, und wir informieren zum Vorsorgestatus und Impfstatus der Zwickauer Kinder. Diesen Analysen wird ein Gliederungspunkt vorangestellt, der die Rahmenbedingungen beleuchtet, in denen Kinder in Zwickau heute aufwachsen.

Die gesunde Entwicklung der Kinder ist ein gesamtgesellschaftliches Anliegen. Eltern, niedergelassene Ärzte, Therapeuten, der öffentliche Gesundheitsdienst, Erzieher und Pädagogen müssen sich der Verantwortung für die ganzheitliche Entwicklung „ihrer“ Kinder bewusst sein. Erfolgreiche Gesundheitsförderung im Kindesalter lässt einen lebenslangen Gewinn erwarten und ist ein Baustein zur Herstellung von Chancengleichheit für die gesunde Entwicklung von Kindern.

Ich wünsche Ihnen und uns viel Erfolg für diese Aufgabe!

Dipl.-Med. Carina Pilling
Amtsärztin

Zwickau, 03. November 2004

¹ auf der Grundlage des Sächsischen Gesetzes zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen (§ 7 (2) SächsKitaG)

1. Rahmenbedingungen zum Lebensumfeld der Kinder in Zwickau

Gesundheit und Entwicklung von Kindern werden entscheidend von bestimmten Qualitäten des Lebensumfeldes bestimmt. Diese Rahmenbedingungen zu kennen ist notwendig, um den Gesundheitszustand der Kinder und dessen Differenziertheit zu bewerten. Kinder werden in ihre Lebenswelt hineingeboren und als Abhängige können sie diese nicht bestimmen oder verändern. Gerade die soziale Situation von Kindern und deren Familien hat entscheidenden Einfluss auf den Gesundheitszustand der Kinder.

1.1 Demografische Situation

Zwickau ist keine Großstadt mehr. Im Verlauf des Jahres 2003 sank die Bevölkerungszahl unter die magische Grenze von 100.000 Einwohnern.

Per 31.12.2003 wurden **99.846 Zwickauer** registriert, darunter waren **10.138 Kinder** bis 15 Jahre.

Der **Kinderanteil** an der Zwickauer Bevölkerung beträgt nun nur noch 10,2 %, während der Bevölkerungsanteil der Senioren (65 Jahre und älter) mit 21,7 % inzwischen mehr als doppelt so hoch ist. Seit 1990 führten in Zwickau eine gestiegene Lebenserwartung, gesunkene Geburtenrate und hohe Wanderungsverluste durch Wegzug vor allem junger Familien zur sogenannten **demografischen Alterung**, die in dieser Ausprägung in vielen Regionen Sachsens registriert wird.

Auch der in Zwickau registrierte **Bevölkerungsschwund** ist symptomatisch für die meisten sächsischen Kreise. In Zwickau war das Defizit von 1.046 Personen gegenüber 2002 (Rückgang von 1 %) zwar deutlich geringer als Anfang bis Mitte der 1990er Jahre, aber doch wieder höher als im Vorjahr.

Das Schrumpfen der Zwickauer Bevölkerung ist die Folge anhaltender **Geburtendefizite** und **Wanderungsverluste**. Es sterben also nicht nur wesentlich mehr Menschen als Kinder geboren werden, sondern es ziehen auch mehr Menschen aus Zwickau fort als zu. Dabei ist die stärkere **Abwanderung junger Frauen** aus Zwickau besonders hervorzuheben, die deutlich über der Abwanderungsquote junger Männer liegt. (Der Rückgang beträgt bei Frauen der Altersgruppe 15 bis unter 45 Jahren in den letzten 5 Jahren 5,9 % vs. 4,2 % bei Männern.) Dies ist für Zwickau besonders schmerzlich, da damit auch die potentielle Müttergeneration dezimiert wird, was wiederum weniger Kinder zur Folge hat.

Denn auch die **Zahl der Zwickauer Kinder sank weiterhin** (Rückgang von 4,9 % gegenüber 2002), weil mehr stärker besetzte Altersgruppen ins Jugendalter wechseln als Neugeborene hinzu kommen. Deshalb wird auch noch bis 2005 eine weitere Dezimierung der Kinderzahl in Zwickau zu erwarten sein.

Erfreulich ist aber, dass 2003 in Zwickau deutlich **mehr Babys geboren** wurden als in den beiden vorangegangenen Jahren. **733 Lebendgeborene** bedeuten einen Anstieg von 12 % gegenüber 2002. Zu verdanken ist das Wachstum vor allem einer deutlich erhöhten Geburtenrate bei 27- bis 30-jährigen Frauen.

Gestiegen ist im letzten Jahr in Zwickau auch die Zahl der im Durchschnitt je Frau geborenen Kinder, mit 1,36 Kindern wurde fast der Wert von 1990 wieder erreicht.

Das statistisch ermittelte Niveau der Bevölkerungsbestandserhaltung von 2,1 Kindern je Frau wird dennoch in Zwickau, wie auch in Sachsen insgesamt, bei weitem nicht erreicht.

Tabelle 1.1 Ausgewählte Daten zur Bevölkerungsstatistik Zwickau, 1999 bis 2003

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Bevölkerungsstand	1999	2000	2001	2002	2003
Bevölkerung Zwickau insgesamt	104.146	103.008	101.726	100.892	99.846
darunter Frauen im gebärfähigen Alter (15 bis unter 45 Jahre)	19.687	19.389	19.011	18.821	18.519
Kinder (unter 15 Jahre) absolut	12.633	12.027	11.318	10.658	10.138
in Prozent	12,1%	11,7%	11,1%	10,6%	10,2%
darunter Kinder unter 3 Jahre	1.845	1.995	2.095	2.066	2.012
Kinder 3 bis unter 6 J.	1.672	1.710	1.722	1.828	1.956
Kinder 6 bis unter 10 J.	2.974	2.409	2.223	2.166	2.185
Kinder 10 bis unter 15 J.	6.142	5.913	5.278	4.598	3.985
Ausländer absolut	1.905	1.927	2.022	2.117	2.107
in Prozent	1,8%	1,9%	2,0%	2,1%	2,1%
Bevölkerungsbewegung	1999	2000	2001	2002	2003
Lebendgeborene	685	734	691	652	733
Gestorbene	1.301	1.318	1.308	1.272	1.290
Zuzüge	3.127	3.319	3.215	3.368	3.156
Fortzüge	3.734	3.872	3.881	3.552	3.644
Generatives Verhalten der Frau	1999	2000	2001	2002	2003
Mittleres Gebäralter (in Jahren)	27,8	27,9	27,5	28,1	28,0
Durchschn. Zahl der Kinder je Frau	1,15	1,27	1,23	1,17	1,36

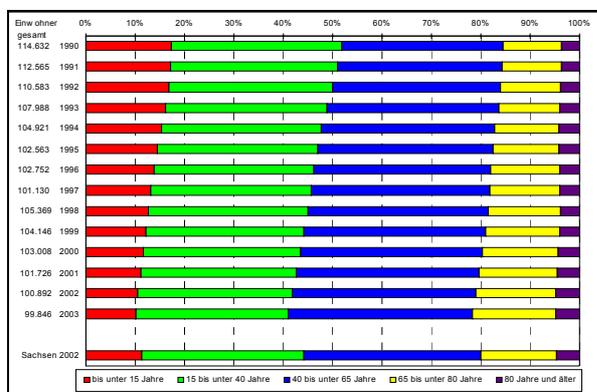


Abb. 1.1 Entwicklung der Bevölkerungsstruktur Zwickau, 1990 bis 2003 Sachsen 2002

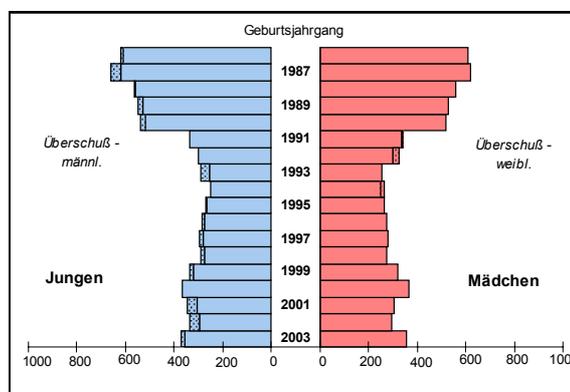
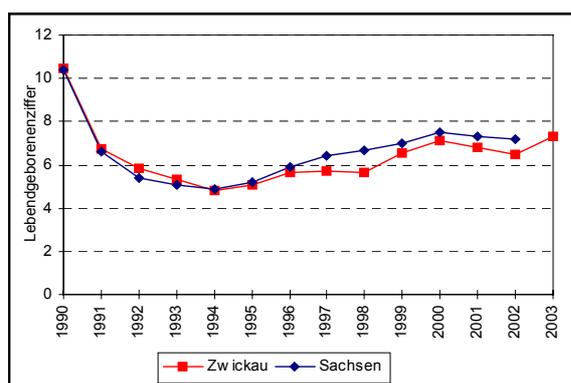


Abb. 1.2 Anzahl Kinder und Jugendliche nach Geburtsjahr und Geschlecht Zwickau, per 31.12.2003



Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Abb. 1.3 Lebendgeborenenziffer Zwickau, 1990 bis 2003 Sachsen, 1990 bis 2002

1.2 Familiäre und soziale Lage von Kindern

Die Lebenswelt der Kinder wird vor allem von der familiären Situation und den sie umgebenden sozialen Rahmenbedingungen geprägt.

Die Familie ist für Kinder das wichtigste soziale Netz und ist der Ort, der nachhaltigen Einfluss auf die gesunde Entwicklung und Sozialisation der Kinder nimmt und somit die Lebenschancen von Kindern entscheidend mitbestimmt.² Die Familie ist nicht nur eine Wohnform und Versorgungseinrichtung, sondern soll für das Kind vor allem ein Ort der Geborgenheit sein, der Pflege, Erziehung, Bildung und Schutz bietet.

Im Zuge der **Pluralisierung der Lebensformen** wurden Ehe und Elternschaft zunehmend entkoppelt, die traditionelle Familienform verheirateter Ehepaare mit Kindern verliert an Bedeutung, instabile familiäre Lebensformen nehmen zu, Kinder haben immer häufiger keine Geschwister und die Zahl gewollt kinderloser Frauen nimmt zu.

Diese gesamtdeutsche Entwicklung ist auch in Zwickau deutlich nachzuweisen.

Der **Anteil traditioneller Kernfamilien** ist von 77 % 1993 auf 65 % 2003 gesunken, mehr als ein Drittel der Zwickauer Kinder lebt inzwischen in sogenannten Patchwork- oder Ein-Eltern-Familien.

Abgenommen hat die durchschnittliche **Zahl der Kinder in einer Familie**. Der Anteil Zwickauer Familien mit nur einem Kind wächst und beträgt inzwischen mehr als zwei Drittel, während besonders Familien mit 2 Kindern seltener werden.

Seit dem Jahr 2000 werden in Zwickau mehr Kinder von Müttern geboren, die nicht verheiratet sind, als von verheirateten Frauen, mit seither gleichbleibend hoher Tendenz.

Die **Abkehr von traditionellen Familienstrukturen** zeigt sich auch in der gesunkenen Heiratsneigung der Zwickauer. Gleichbleibend hoch ist die Scheidungshäufigkeit. Bei mehr als jeder zweiten Ehescheidung waren minderjährige Kinder unter 18 Jahre betroffen. Mehr als 1 % der Zwickauer Kinder sind jährlich von der gerichtlichen Trennung ihrer Eltern betroffen, hierbei sind Kinder, die die Trennung ihrer in Lebensgemeinschaft lebenden Eltern erleben, nicht mitgerechnet.

Für die Beurteilung der sozialen Rahmenbedingungen und der Entwicklung eines Kindes ist es jedoch relativ unerheblich, ob die Familie mit oder ohne Trauschein zusammen lebt. Entscheidend ist, wie das **soziale Netzwerk des Zusammenlebens** funktioniert, wie die Erwerbssituation und die Einkommensverhältnisse der Eltern bzw. Elternteile sind, welches Bildungsniveau vorhanden ist, wie die Wohnverhältnisse sind und wie das Kind betreut wird. Für die umfassende Darstellung dieser Dimensionen sozialer Lebenslagen der Kinder liefern die amtlichen Statistiken bisher nur begrenzt aussagekräftige Daten.

Aus Mikrozensus-Daten des Statistischen Landesamtes Sachsen zum mittleren monatlichen **Familiennettoeinkommen** geht hervor, dass sich die Einkommenssituation sächsischer Familien in den letzten Jahren verbessert hat, dass aber an dieser Entwicklung nicht alle familiären Gemeinschaften gleichermaßen beteiligt sind. Alleinerziehende und Lebensgemeinschaften mit Kind/ern sind benachteiligt. 40 % der Alleinerziehenden bzw. Patchworkfamilien mit einem minderjährigen Kind hatten weniger als 900 €, bei zwei und mehr Kindern betraf es knapp 30 % dieser Familien. Dagegen verfügte ein Viertel der Ehepaare mit minderjährigen Kind/ern über monatlich 2.900 € und mehr und nur etwa 15 % der traditionellen Familien hatten ein Nettoeinkommen unter 1.500 €. Insgesamt zeigt sich, dass

² Dr. Andreas Schoppa: Die Bedeutung der Familie für die Gesundheit im frühen Kindesalter, RKI-Schrift 02/01, Gesundheitsziele für das frühe Kindesalter

Kinder in Ehepaarhaushalten in deutlich besseren materiellen Verhältnissen aufwachsen als Kinder in Ein-Eltern- bzw. Patchwork-Familien.

Auch die Daten zur **Erwerbstätigkeit** der Bezugsperson in Familien mit Kindern zeigen sich sehr differenziert. Im Jahr 2003 waren weniger als drei Viertel der Bezugspersonen sächsischer Familien mit Kindern erwerbstätig, je ein Achtel der Haushaltvorstände war erwerbslos und das weitere Achtel sind sogenannte Nichterwerbspersonen, z.B. Studenten, Azubis, Hausfrauen, Rentner. Die Zahl erwerbsloser Familien nimmt zu. Bei Alleinerziehenden ist etwa ein Fünftel erwerbslos und ein weiteres Fünftel gehört zu den Nichterwerbspersonen.

Wenn bei Familien zum Niedrigeinkommen weitere belastende Faktoren hinzu kommen, wie Arbeitslosigkeit, Geburt eines Kindes, Scheidung oder Trennung, Überschuldung, Sucht oder schwere Krankheit, dann kann es dazu führen, dass diese Familien in Armut geraten.³

Der **Bezug von Sozialhilfe** wird oftmals als Indikator der Armutsentwicklung herangezogen. Dies ist jedoch durchaus umstritten, da Sozialhilfe gesetzlich verankerte Hilfe in Notlagen gewährt und damit ein staatliches Instrument zur Bekämpfung von Armut ist. Unbestritten ist aber, dass eine länger dauernde Angewiesenheit auf Sozialhilfe zu einem Leben auf unterem Lebensstandard führt und dass Eltern, die in relativer Armut leben, diese Situation auf ihre Kinder übertragen.⁴ Damit stellt der Bezug von Sozialhilfe für Kinder einen bedeutsamen Indikator für die Beurteilung sozialer Benachteiligung dar.

Von der Notwendigkeit Hilfe zum Lebensunterhalt in Anspruch zu nehmen sind in Zwickau alle Altersgruppen der Bevölkerung betroffen und deren Anzahl steigt stetig. Als Sozialhilfeempfänger sind aber Kinder und Jugendliche gegenüber anderen Altersgruppen überrepräsentiert: Mehr als ein Drittel der Zwickauer Sozialhilfeempfänger sind Kinder und Jugendliche. Minderjährige Sozialhilfeempfänger leben am häufigsten in Haushalten Alleinerziehender.

Die **steigende Zahl kindlicher Sozialhilfeempfänger** und die Tatsache, dass in Zwickau jedes sechste Kind unter 7 Jahren im Sozialhilfebezug steht, sind Ausdruck wachsender sozialer Benachteiligung.

Wenn Kinder Sozialhilfe beziehen, so bedeutet das, dass diese Kinder die notwendigen Bedürfnisse ihres täglichen Lebens nicht oder nicht ausreichend aus den Mitteln ihres familiären Umfeldes sichergestellt bekommen. Kinder, die Sozialhilfe beziehen, müssen aber nicht zwangsläufig in Armut leben.

Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung definiert Kinderarmut.

Kinder werden vor allem dann als arm bezeichnet,

- wenn die für ein einfaches tägliches Leben erforderlichen Mittel unterschritten werden,
- wenn es an unterstützenden Netzwerken für ihre soziale Integration mangelt,
- wenn sie von den für die Entwicklung von Sozialkompetenz wichtigen Sozialbeziehungen abgeschnitten bleiben,
- wenn Bildungsmöglichkeiten für ihre intellektuelle und kulturelle Entwicklung fehlen,
- wenn sie in ihrem Umfeld gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgesetzt sind,
- wenn Kinder in Familien vernachlässigt werden,
- wenn Kinder in Familien Gewalt ausgesetzt sind.⁵

³ Bundesregierung (2001), Lebenslagen in Deutschland, Erster Armuts- und Reichtumsbericht, Drucksache 14/5990

⁴ Prof. Dr. Andreas Klocke: Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit (2001), Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 03/01

⁵ Bundesregierung (2001), Lebenslagen in Deutschland, Erster Armuts- und Reichtumsbericht, Drucksache 14/5990

Kinderarmut steht zumeist erst am Ende einer von Eltern nicht mehr bewältigten Unterversorgung der Familie und bedeutet für die betroffenen Kinder Einschränkungen ihrer Erfahrungs-, Entwicklungs-, Sozialisations- und Lernmöglichkeiten.

Studien belegen, dass soziale Benachteiligung und Armut besonders dann die Entwicklung der Kinder gefährden, wenn mehrere belastende Faktoren kumulieren.⁶

Um Auswirkungen sozialer Benachteiligung für Kinder auffangen zu können, ist eine enge Kooperation aller außerfamiliären öffentlichen Hilfen erforderlich. Praktische Hilfe für sozial Schwache und Armutsbekämpfung sind vornehmlich kommunale Aufgaben und erfordern eine Vernetzung bestehender Angebote. Dazu zählen Voraussetzungen für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Kindererziehung, die Zugänglichkeit von Betreuungs- und Bildungsangeboten und die Kooperation von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen.⁷

Tabelle 1.2 Ausgewählte Daten zur Familien- und Sozialstruktur Zwickau, 1999 bis 2003

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Familienstruktur	1999	2000	2001	2002	2003
Familien mit Kindern insgesamt	11.110	10.945	10.508	10.105	9.675
davon mit 1 Kind	7.192	7.181	7.017	6.820	6.557
mit 2 Kindern	3.189	3.030	2.810	2.612	2.479
mit 3 Kindern	523	525	485	477	464
mit 4 und mehr Kindern	206	209	196	196	175
darunter Anteil verheirateter Paare	70,6%	69,3%	67,4%	66,3%	64,7%
Eheschließung / Ehescheidung	1999	2000	2001	2002	2003
Eheschließungen	379	346	326	356	319
Ehescheidungen	237	197	178	206	212
Zahl der von Scheidung betroffenen minderjährigen Kinder	242	171	134	142	169
Sozialhilfe (HLU außerhalb von Einricht.)	1999	2000	2001	2002	2003
Sozialhilfeempfänger insgesamt	2.261	2.692	3.136	3.388	3.424
darunter Kinder unter 7 Jahren	475	582	691	736	749
Kinder 7 bis unter 15 J.	315	371	418	418	411
Mittleres monatliches Familiennettoeinkommen (in €) *) **)	1998	1999	2000	2001	2002
Ehepaare mit 1 Kind	2006 €	2093 €	2160 €	2226 €	2314 €
Ehepaare mit 2 und mehr Kindern	2107 €	2235 €	2359 €	2359 €	2454 €
Alleinerziehende mit 1 Kind +)	1064 €	1089 €	1116 €	1116 €	1177 €
Alleinerziehende mit 2 u. mehr K. +)	1158 €	1198 €	1251 €	1251 €	1273 €
Erwerbstätigkeit der Bezugsperson in Familien mit Kindern *)	1998	1999	2000	2001	2002
Erwerbstätig		77,7		74,6%	73,9%
Erwerbslos		12,4%		14,4%	15,0%
Nichterwerbsperson		9,9%		11,0%	11,1%

*) Ergebnisse des Mikrozensus für den Freistaat Sachsen insgesamt

***) Angaben werden über Median berechnet

+) zu dieser Gruppe gehören auch die Lebensgemeinschaften mit Kind/ern

⁶ Prof. Dr. Andreas Klocke: Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit (2001), Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 03/01

⁷ Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt: Armut im frühen Kindesalter (2002)

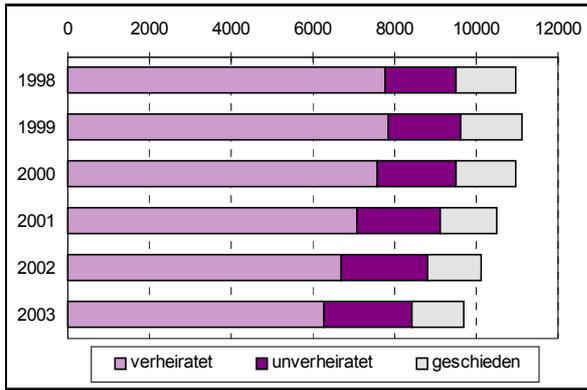


Abb. 1.4 Anteil der Familien mit Kindern nach Familienstand des Haushaltvorstandes Zwickau, 1998 bis 2003

Quelle: Stadtverwaltung Zwickau, Einwohnermelde- und Standesamt, Abt. Statistik und Wahlen

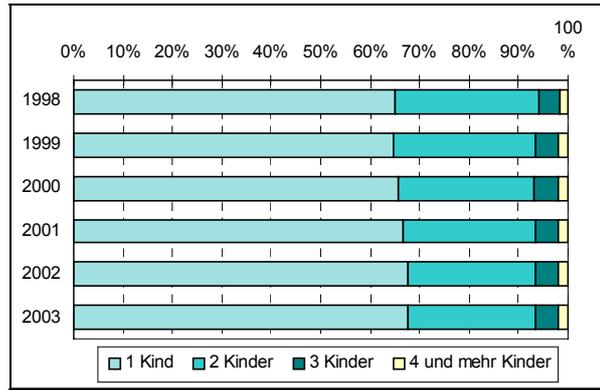


Abb. 1.5 Anzahl der Familien mit Kindern nach Kinderzahl Zwickau, 1998 bis 2003

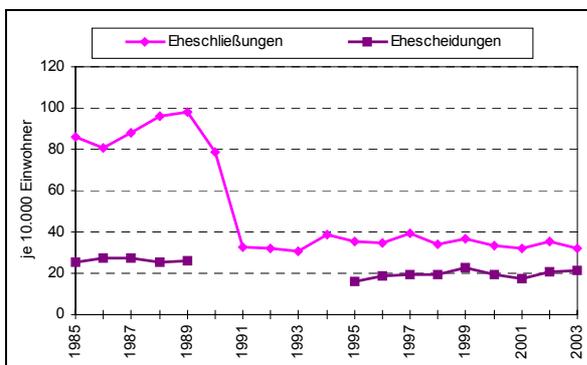


Abb. 1.6 Heirats- und Scheidungshäufigkeit Zwickau, 1985 bis 2003
(1990-94 fehlen sächs. Daten zur Scheidungshäufigkeit)

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

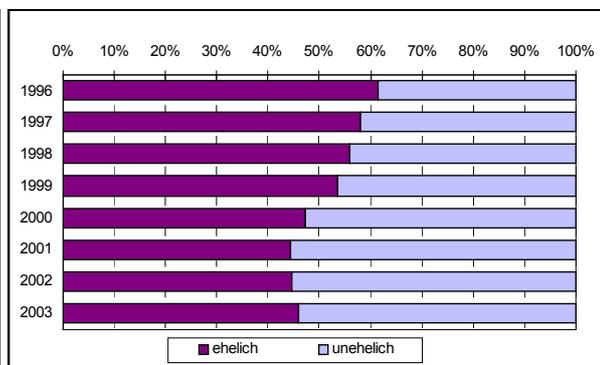


Abb. 1.7 Geborene nach ihrer Legitimation Zwickau, 1996 bis 2003

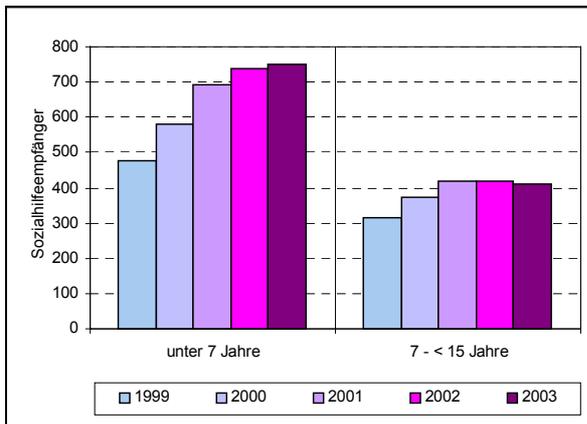


Abb. 1.8 Anzahl Kinder mit Sozialhilfebezug (HLU außerhalb von Einrichtungen) nach Altersgruppen Zwickau, 1999 bis 2003

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

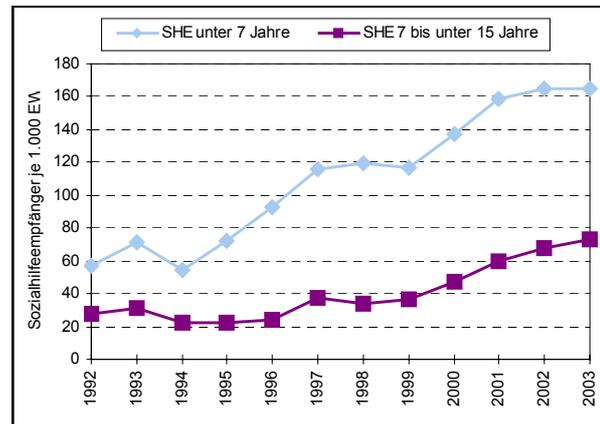


Abb. 1.9 Kinder als Sozialhilfeempfänger (HLU) je 1.000 Kinder gleichen Alters Zwickau, 1992 bis 2003

1.3 Betreuungssituation ⁸

Neben der Familie, die für die Entwicklung der Kinder die Schlüsselrolle spielt, sind **Kindertageseinrichtungen wichtige Bildungs- und Sozialisationsinstanzen** für Kinder im Vorschulalter. Sie sichern nicht nur Betreuung und Bildung für Kinder, sondern bieten über das kindliche Spiel und im Tagesgeschehen auch eine Menge gesundheitsfördernder Angebote.

Nach dem **Sächsischen Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen** (SächsKitaG) hat jedes Kind ab Vollendung des 3. Lebensjahres bis zum Schuleintritt Rechtsanspruch auf einen Platz in einer Kindertageseinrichtung.

Für Kinder unter 3 Jahren, Vorschulkinder und für Schulkinder bis zur Vollendung der 4. Klasse muss ein bedarfsgerechtes Angebot an Plätzen in Kindertageseinrichtungen bereit gehalten werden.

Darüber hinaus regelt das SächsKitaG die Aufnahme behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Integrative Tageseinrichtungen.

Nachdem in Zwickau infolge zurückgehender Geburten- und Kinderzahlen der Bedarf an Plätzen in Krippen und Kindergärten drastisch sank und deshalb von 1989 bis 2000 insgesamt 48 Einrichtungen geschlossen wurden, ist deren Anzahl seit 2001 nahezu stabil.

Derzeit bieten **50 Kindertageseinrichtungen** sowohl hinsichtlich ihrer Trägerschaft als auch hinsichtlich ihrer konzeptionellen Vielfalt ein bedarfsgerechtes Netz für Betreuung, Bildung und Erziehung.

28 Einrichtungen bieten Plätze für Krippen-, Kindergarten- und Hortkinder, 15 Einrichtungen haben Plätze für Krippen- und Kindergartenkinder und 7 Einrichtungen stehen ausschließlich für Hortkinder zur Verfügung.

Es besteht der Planungsgrundsatz, Kinderbetreuung möglichst stadtteilnah zu ermöglichen.

Im Jahr 2004 wurden in Zwickau insgesamt **2.202 Kinder im Kindergartenalter** (ab 2,9 Jahre bis zur Einschulung) in einer der 43 Kindertagesstätten der Stadt betreut. Das bedeutet, dass durchschnittlich 92 % der Zwickauer Kinder im Kindergartenalter eine Tageseinrichtung besuchen. Diese gute Inanspruchnahme des Kita-Angebotes verdeutlicht die gesellschaftliche Selbstverständlichkeit, die der außerfamiliären Betreuung zukommt und zeigt auch deren Bedarf und Notwendigkeit. Der Bedarf an Kita-Plätzen ist als Grundbedarf des Kindes und der Eltern an Erziehung, Bildung sowie Betreuung zu definieren.

In **20 Integrativen Kindertagesstätten** werden behinderte und nichtbehinderte Kinder gemeinsam betreut und gefördert. Erzieherinnen mit heilpädagogischer Zusatzqualifikation und Heilpädagogen sichern unter Berücksichtigung heilpädagogischer Grundsätze Bildung und Erziehung und arbeiten eng mit medizinischen, pädagogischen und sozialen Diensten zusammen.

Aktuell existieren in Zwickau insgesamt 198 Plätze für behinderte Kinder mit festgestelltem Förderbedarf.

Eine der integrativen Einrichtungen verfügt über ein besonderes **heilpädagogisches Angebot**, das je nach Spezifik der Behinderung des einzelnen Kindes auf der Grundlage eines

⁸ Quelle: Jugend- und Sozialamt der Stadt Zwickau

heilpädagogischen Konzeptes Förderung, Betreuung, Pflege und Therapie in den allgemeinen Erziehungs- und Bildungsprozess einbindet.⁹

Nicht jeder Wunsch der Eltern nach einem Platz in einer bestimmten Einrichtung kann derzeit erfüllt werden, aber eine wegemäßig zumutbare Alternative besteht immer. Diese Situation hat dazu geführt, dass viele Zwickauer Eltern bereits vor der Geburt des Kindes oder unmittelbar danach in der Wunscheinrichtung eine Voranmeldung abgeben.

In Zwickau gibt es gegenwärtig keinen unmittelbaren Bedarf für **Tagespflegeplätze** entsprechend SächsKitaG, perspektivisch ist aber für Stadtgebiete ohne Kindertageseinrichtungen bzw. mit ungenügender Bedarfsdeckung der Aufbau von Tagespflege angedacht.

Tabelle 1.3 *Ausgewählte Daten zur Betreuungssituation der Kinder in Kindertageseinrichtungen Zwickau, 2000 bis 2004 (jeweils im August des Jahres)*

Anzahl Kindertageseinrichtungen	2000	2001	2002	2003	2004
insgesamt	53	50	51	51	50
davon kommunale Einrichtungen	35	32	31	31	29
Einrichtungen freier Träger	18	18	20	20	21
Art der Kindertageseinrichtung	2000	2001	2002	2003	2004
Kita	44	43	44	44	43
Hort	9	7	7	7	7
Zahl der Plätze für ...	2000	2001	2002	2003	2004
Kinder unter 3 Jahren	442	474	530	544	608
Kinder ab 3 Jahren bis Einschulung	1.938	2.103	1.991	2.259	2.263
Hortkinder	1.753	1.429	1.388	1.297	1.430

Quelle: Jugend- und Sozialamt der Stadt Zwickau

⁹ Gemäß § 19 SächsKitaG werden hier behinderte Kinder mit festgestelltem Förderbedarf in einer heilpädagogischen Einrichtung bzw. Gruppe betreut.

1.4 Medizinische Versorgungssituation

Kinder sollen gesund aufwachsen. Abgestufte medizinische Angebote sollen aber nicht nur die ambulante und stationäre Versorgung für kranke Kinder sichern, sondern sie müssen auch Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung und Gesundheitsförderung bieten.

Insgesamt existiert in Zwickau eine **bedarfsgerechte ambulant-ärztliche Versorgung** für fast alle Fachgebiete mit teilweiser Überversorgung (Ausnahme z.B. Psychotherapeuten – weitere Erklärung siehe unten).

Medizinische Versorgungsleistungen für Kinder werden in der Regel ambulant von niedergelassenen **Kinderärzten und Allgemeinärzten** erbracht. Weitere Fachärzte, wie Orthopäden, HNO-Ärzte, Augenärzte usw. stehen aber auch für Kinder zur Verfügung. Zahnärzte tragen Verantwortung für die Mund- und Zahngesundheit.

Speziell für Kinder hatte Zwickau im sächsischen Vergleich bisher eine sehr gute **kinderärztliche Versorgung** aufzuweisen, bis Mitte 2004 standen 10 Kinderärzte zur Verfügung. Diese Situation hat sich aber aktuell deutlich verschlechtert, da zwei Kinderärzte nicht mehr praktizieren.

Das entstandene Defizit kann sowohl quantitativ als auch qualitativ durch die (seit drei Jahren ebenfalls gesunkene) Zahl der Allgemeinärzte kaum ausgeglichen werden. Darüber hinaus ist zu beachten, dass 6 der 8 Pädiater älter als 60 Jahre sind. Es besteht deshalb die Notwendigkeit, in Zwickau den **kinderärztlichen Nachwuchs mittelfristig zu sichern**.

Seit Jahren problematisch ist die medizinische Versorgungssituation mit ärztlichen und psychologischen **Psychotherapeuten**. Aufgrund der Zunahme an Verhaltensauffälligkeiten und anderen kinderpsychiatrischen Störungen (siehe *Abschnitt 3.5*) ist die Versorgungslage unzureichend. Lange Anmeldezeiten bzw. Wartezeiten bis zum Therapiebeginn sind keine Seltenheit. Eine Änderung dieser Situation entzieht sich aber weitestgehend kommunaler Steuerungsmöglichkeit.

Dagegen hat sich das **therapeutische Angebot** sehr positiv entwickelt, das Netz hat sich deutlich verdichtet. In Zwickau existieren 56 Physiotherapie-, 7 Ergotherapie- und 4 Logopädiepraxen.

Speziell für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder gibt es in Wilkau-Haßlau eine **Frühförder- und Frühberatungsstelle**, die auch für die Stadt Zwickau zuständig ist. Diese interdisziplinär arbeitende Einrichtung ist mobil aufsuchend wirksam, daher haben die Zwickauer Eltern keine belastenden Anfahrtswege. Die Mitarbeiter der Frühförderstelle sind für die heilpädagogische Diagnostik, gezielte Förderung und Behandlung der beeinträchtigten Kinder ab ihrer Geburt bis zum Schulanfang zuständig.

In den **Sozialpädiatrischen Zentren Aue und Chemnitz** können diejenigen Kinder behandelt werden, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit nicht umfassend von Ärzten am Wohnort oder durch Frühförderung versorgt werden können. Diese spezialisierten Einrichtungen sind verantwortlich für Diagnostik und die Erstellung von Therapieplänen und betreuen Kinder bis ins Jugendalter.

Die **Klinik für Kinder- und Jugendmedizin** im Städtischen Klinikum Heinrich-Braun-Krankenhaus Zwickau sichert spezialisierte stationäre kinderärztliche Diagnostik, Behandlung und Krankenpflege. Die Klinik hat überregionale Bedeutung. 42 Betten stehen in der Pädiatrie, 13 Betten in der Neonatologie und 16 Betten in der Abteilung Kinder- und Jugendpsy-

chiarie zur Verfügung. Letztere Abteilung bietet auch Möglichkeiten tagesklinischer Behandlung. Seit 1998 gab es in allen drei Fachgebieten keine weiteren Bettenreduzierungen, nachdem in den Vorjahren der Bedarf der gesunkenen Kinderzahl angepasst worden war. Über die Bedeutung der Klinik für schwerwiegende Krankheitsbilder (z.B. Mukoviszidose- und Hämophiliezentrum) und die stationäre Leistungserbringung hinaus, wandelt sich das Angebotsspektrum der Klinik auch zu einem **Gesundheitszentrum für hochspezialisierte ambulante Diagnostik und Therapie**. So existiert eine Spina-bifida-Ambulanz, und es bestehen Angebote für Pädiatrische Pulmologie, Allergologie, Mukoviszidose, Kinderneurologie, Enuresis, Kinderkardiologie, Ultraschalldiagnostik sowie Kinder- und Jugendpsychotherapie.

Die vorgenannten Angebote zur gesundheitlichen Versorgung sind überwiegend in „Komm-Strukturen“ organisiert, sie setzen Initiative und Verantwortungsbewusstsein der Eltern bei der Inanspruchnahme voraus, dies ist aber bei manchen Familien nicht gegeben.

Ganz besonders für diese Zielgruppe sind die sozialkompensatorischen Angebote des **öffentlichen Gesundheitsdienstes** wichtig. Untersuchungen und Beratungen in Kindergärten und Schulen sowie nachgehende Fürsorge bieten gesundheitssichernde Angebote chancengleich für alle Kinder.

Entsprechend Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen führen sächsische Gesundheitsämter ärztliche und zahnärztliche Reihenuntersuchungen in Kindertageseinrichtungen und Schulen durch. Diese Angebote stellen eine wichtige sozial- und präventivmedizinische Gesundheitsvorsorge dar, in die zunehmend auch Aufgaben der Gesundheitsförderung integriert werden. Deshalb ist es erforderlich, die **Mindestbesetzung kinder- und jugendärztlicher und zahnärztlicher Stellen sowie der Stellen des medizinischen Assistenzpersonals im Gesundheitsamt fachgerecht zu sichern**.

Tabelle 1.4 Ausgewählte Daten zur medizinischen Versorgungssituation Zwickau, 2000 bis September 2004

Ambulante Versorgung	2000	2001	2002	2003	Sept. 2004
Allgemeinmediziner / Prakt. Ärzte	66	65	64	61	58
Kinderärzte	10	10	10	10	8
Kinderneuropsychiater	2	2	2	2	2
Dipl.-Psychologen	3	3	3	4	4
Zahnärzte	94	94	92	92	92
Logopädie-Praxen	3	3	3	4	4
Ergotherapie-Praxen	2	3	5	7	7
Physiotherapie-Praxen	48	49	55	55	56
Hebammen	4	4	4	4	6
Stationäre Versorgung	2000	2001	2002	2003	Sept. 2004
Betten in Abt. Pädiatrie	42	42	42	42	42
Betten in Abt. Neonatologie	13	13	13	13	13
Betten in Abt. Kinderneuropsych.	16	16	16	16	16
Öffentlicher Gesundheitsdienst	2000	2001	2002	2003	Sept. 2004
Jugendärzte / Assistenzpersonal	1,6 / 4,2	1,6 / 4,2	1,0 / 3,7	1,5 / 3,0	1,5 / 3,0
Zahnärzte / Assistenzpersonal	1,0 / 2,0	1,0 / 1,6	1,0 / 1,6	1,0 / 1,0	1,0 / 1,0

1.5 Zusammenfassung und Fazit

Rahmenbedingungen zum Lebensumfeld der Kinder in Zwickau

Die Lebenswelt eines Kindes wird durch die Gesamtheit der sozialen und In Zwickau sind diese Rahmenbedingungen für das Aufwachsen von Kindern immer vielschichtiger geworden.

Kinder werden in Zwickau immer mehr zu einer Bevölkerungsminderheit. Migrationsverluste und Geburtendefizite prägen die demografische Lage unserer Stadt. Erfreulich ist in dieser allgemeinen Situation die 2004 deutlich gestiegene Geburlichkeit.

Auch in Zwickau zeigt sich die Differenziertheit familiären Zusammenlebens immer deutlicher: Entkopplung von Ehe und Elternschaft, Zunahme instabiler Familienbeziehungen, Abnahme der Kinderzahl in einer Familie. Wenngleich die meisten Zwickauer Kinder in sicheren materiellen Verhältnissen leben, so nehmen doch soziale Benachteiligung und Armut zu und die Sozialstrukturen polarisieren zunehmend. Die Zahl der Zwickauer Kinder, die Sozialhilfe beziehen, ist weiter angestiegen.

Umso erfreulicher ist es, dass in Zwickau die gute flächendeckende Betreuung der Kinder in Kindertageseinrichtungen ohne Zugangsvoraussetzungen gesichert ist. Gerade für Kinder, die durch Armut, Arbeitslosigkeit der Eltern und andere soziale Benachteiligungen in ihrer persönlichen Entfaltung und gesundheitlichen Entwicklung beeinträchtigt sind, kann durch ein qualitativ gutes Betreuungsangebot die Lebenssituation deutlich verbessert werden.

Die medizinische Versorgung der Kinder stellt sich derzeit in Zwickau (noch) gut dar, die pädiatrische Versorgung ist aber zukünftig in Gefahr, wenn weitere Kinderarztpraxen nicht wieder besetzt werden.

Unzureichend ist nach wie vor die Versorgungssituation mit Psychotherapeuten, insbesondere für das Fachgebiet Kinder- und Jugendneuropsychiatrie.

Die wertvollen präventiven Leistungen, die durch den Jugendärztlichen und Zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes erbracht werden, sind durch Fachpersonal dauerhaft zu sichern.

2. Gesundheitsvorsorge für Kinder und deren Inanspruchnahme

Das System der Gesundheitsvorsorge für Kinder umfasst Aktivitäten auf individueller und gesellschaftlicher Ebene, um die Gesundheit der Kinder zu erhalten, Erkrankungen, gesundheitliche Risiken oder Fehlentwicklungen zu vermeiden, früh zu erkennen bzw. wirksam zu behandeln oder zu betreuen. Es wird im Folgenden eine Übersicht zu den Maßnahmen gegeben, die gesetzlich garantierte Versorgungsleistungen sind.

2.1 Kinder- und jugendärztliche Reihenuntersuchungen

Der öffentliche Gesundheitsdienst führt kinder- und jugendärztliche Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen und Schulen durch. In Sachsen werden diese Untersuchungen durch das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen, die Verordnung über die Schulgesundheitspflege im Freistaat Sachsen sowie das Sächsische Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen (SächsKitaG) und das Schulgesetz für den Freistaat Sachsen (SchulG) geregelt.

Das Schuljahr 2003/2004 war von mehreren gravierenden Veränderungen dieser Gesetzmäßigkeiten geprägt: Waren Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen bisher eine freiwillige Leistung sächsischer Gesundheitsämter, so sind sie jetzt ein gesetzlich verankertes Angebot. Weitere Veränderungen ergaben sich bei schulärztlichen Reihenuntersuchungen hinsichtlich des Untersuchungszeitpunktes und bei Einschulungsuntersuchungen zur Rückstellungsproblematik.

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst der sächsischen Gesundheitsämter hatte sich aber nicht nur auf neue Untersuchungsarten einzustellen, sondern auch auf neue Testverfahren, neue Dokumentationsmodi sowie vor allem auch auf veränderte Untersuchungsinhalte.

2.1.1 Untersuchungen in Kindertagesstätten

Im Berichtsjahr 2003/2004 wurden in Sachsen Kita-Untersuchungen erstmals flächendeckend als gesetzlich fixiertes Angebot des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes durchgeführt. Dieses neue Untersuchungsangebot soll hier ausführlich vorgestellt werden.

Gesetzesauftrag:

- Mit Beginn des Schuljahres 2003/2004 werden in Sachsen entsprechend § 7 (2) SächsKitaG kinderärztliche Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen durchgeführt.
- Untersucht werden Kinder im 4. Lebensjahr auf ihr Seh- und Hörvermögen, ihre motorischen Fähigkeiten und ihre Sprachentwicklung.

Zielstellung der Kita-Untersuchung

- Frühzeitiges Erkennen von Entwicklungsverzögerungen oder Entwicklungsstörungen in den Bereichen Sprache, Motorik und Körperkoordination sowie Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens.
- Schließung möglicher Versorgungslücken (sozialkompensatorisches Angebot).
- Umgehendes Einleiten bedarfsgerechter Fördermaßnahmen, um rechtzeitig vor Schulbeginn vorhandene Auffälligkeiten zu mindern oder auszugleichen.
- Sicherung einer altersentsprechenden Entwicklung und fristgemäßen Einschulung.

Untersuchungsinhalt / Untersuchungsmethodik

- Zur Feststellung des Seh- und Hörvermögens, der motorischen Fähigkeiten (Grob- und Feinmotorik) und der Sprachentwicklung werden einheitliche, standardisierte Untersuchungs- und Testverfahren angewandt.
- In der Regel wird keine weitere körperliche Untersuchung durchgeführt. Diese Aufgabe wird mit dem Vorsorgeprogramm der Krankenkassen durch die niedergelassenen Kinder- und Hausärzte in ausreichendem Maße abgedeckt.
- Die Eltern werden schriftlich über das Untersuchungsergebnis informiert, ggf. verbunden mit der Aufforderung sich für weitere Diagnostik und Therapie an ihren Haus- bzw. Kinderarzt zu wenden.
- Im Bedarfsfall werden geeignete Therapien und Maßnahmen empfohlen, um eine optimale Entwicklung des Kindes bis zum Schuleintritt zu ermöglichen.
- In Absprache mit Eltern und Erziehern werden darüber hinaus auch bedarfsgerechte Hilfesysteme organisiert.
- Die bei der Untersuchung gewonnenen Daten werden standardisiert dokumentiert, damit im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung ein Überblick über den Gesundheitszustand der Kinder im Vorschulalter gegeben werden kann.

Untersuchungsorganisation und Durchführung:

- Die Untersuchung der Kinder wird im Regelfall einmalig im 4. Lebensjahr durchgeführt. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat den Untersuchungszeitpunkt für die Kinder konkretisiert: Untersucht werden Kinder zwei Jahre vor der Einschulung, d.h. im Untersuchungsjahr 2003/2004 wurden Kinder mit Geburtsdatum vom 01.07.1999 bis 30.06.2000 untersucht.
- Die Untersuchung findet im Kindergarten statt. Die Kinder werden einzeln untersucht.
- Die Eltern werden mit einem Brief des Gesundheitsamtes persönlich über das Untersuchungsangebot informiert.
- Die Untersuchung bedarf der Zustimmung der Eltern.
- Die Teilnahme der Eltern an der Untersuchung ist möglich.
- Wünschenswert ist die Teilnahme der Erzieherin an der Untersuchung, dazu müssen die Eltern ihr Einverständnis geben.

Auswertung des Angebotes und der Inanspruchnahme:

Erwartungsgemäß war auch in Zwickau das erste Jahr dieses neuen Untersuchungsangebotes geprägt von einigen Problemen: Die standardisierten Untersuchungsmethoden und die medizinischen Tests mussten erprobt werden, die örtlichen und zeitlichen Rahmenbedingungen waren zu testen, ein möglichst reibungsloser Untersuchungsablauf sollte in den Kita-Alltag integriert werden und es waren neue Informationswege zu organisieren.

Bei der Organisation der Untersuchungen war der Kontakt zu den Erziehern und den Kita-Trägern von Anfang an sehr wichtig. Erklärtes Ziel war auch, nicht nur die Kinder der gesetzlich festgelegten Altersgruppe zu untersuchen, sondern das Untersuchungsangebot auszudehnen auf Kinder, deren Eltern eine Untersuchung wünschen oder bei denen die Erzieher gesundheitliche Probleme feststellten und die Eltern der Untersuchung zustimmen.

Von August 2003 bis Oktober 2004 wurden von zwei ärztlichen Untersuchungsteams in 30 der 44 Zwickauer Kindertageseinrichtungen Untersuchungstermine organisiert. Insgesamt nahmen 493 Kinder an der Untersuchung teil. 311 Kinder wurden auf der Grundlage des SächsKitaG und 182 Kinder wurden zusätzlich untersucht.

**Tabelle 2.1 Zu untersuchende und untersuchte Kinder in Kindertageseinrichtungen
Zwickau, August 2003 bis Oktober 2004**

Stadtgebiet	Kita nach Trägerschaft	Zahl der zu untersuchenden Kinder (SächsKitaG)	Zahl der untersuchten Kinder (SächsKitaG)	Zahl der zusätzlich untersuchten Kinder
	freie Träger			
	kommunal			
Zentrum	Alter Steinweg	8	8	11
	St. Nepomuk	41	16	33
	Kinderland	10	4	4
	Gutwasserstraße Heinrich-Heine-Straße Stadtstrolche	9 17 10	9 13 7	1 - 8
Auerbach / Siedlung Eckersbach	Auerbach	3	2	-
	Pöhlau	11	10	4
Eckersbach E1 - E4	Apfelbäumchen		nicht untersucht	
	Lunikweg Sputnik	13 19	9 18	6 3
Eckersbach E5	Kuschelkiste	12	11	4
	Regenbogenland	17	14	10
	Mauz und Hoppel Spatzennest	6 9	5 7	- -
Nordvorstadt / Pölbitz	Haus Sonnenschein	49	46	-
	Villa Kunterbunt		nicht untersucht	
Weißenborn / Niederhohndorf / Hartmannsdorf	Löwenzahn	8	8	4
	Sachsenring	9	9	1
Mosel / Oberrothenb. / Crossen / Schnepp.d. / Schlunzig	Mosel	17	17	19
	Crossen	5	4	1
Marienthal / Brand	Eschenweg	10	10	23
	Pauluskirchgemeinde	10	4	1
	Anne Frank	8	nicht untersucht	2
	Buratino	2	7	3
	Curierstraße	2	2	3
	Hegelstraße	22	21	2
	Holz wurm		nicht untersucht	
Lerschstraße	10	9	7	
Marienhof	6	6	4	
Schedewitz / Oberhohndorf / Bockwa	Martin-Hoop	11	5	6
	Oberhohndorf	11	11	14
Niederplanitz	Am Schlosspark		nicht untersucht	
Neuplanitz	Otto-Riedel-Straße		nicht untersucht	
	Pfiffikus		nicht untersucht	
	Pustablume Schwalbennest	15	11	1
Oberplanitz	Harlekin		nicht untersucht	
	Planitzer Kinderwelt		nicht untersucht	
Oberplanitz	Planitzer Strolche		nicht untersucht	
	SOS Kinderdorf Spaßvogel	9	8	10
	Am Wasserturm		nicht untersucht	
Cainsdorf / Rottmannsdorf	Zwergenland		nicht untersucht	

Die *Tabelle 2.1* nennt stadtteilbezogen alle Zwickauer Kita-Einrichtungen mit der jeweiligen Zahl der zu untersuchenden, der untersuchten und der zusätzlich untersuchten Kinder.

Tabelle 2.2 Zu untersuchende und untersuchte Kinder in Kindertageseinrichtungen Zwickau, August 2003 bis Oktober 2004

Trägerschaft	Anzahl der Kita insges.	nicht untersuchte Kita	Untersuchte Kita	Zahl der zu untersuchenden Kinder (SächsKitaG)	Zahl der untersuchten Kinder (SächsKitaG)	Zahl der zusätzlich untersuchten Kinder
freie Träger	19	8	11	189	140	101
kommunal	25	6	19	198	171	81
zusammen	44	14	30	387	311	182

Die *Tabellen 2.1 und 2.2* zeigen, dass in Zwickau bisher noch nicht in allen Kindertageseinrichtungen Untersuchungen durchgeführt wurden, **zwei Drittel der Zwickauer Einrichtungen profitierten bisher vom Angebot**. Größere Lücken bei der Untersuchungsdurchführung bestehen noch in den südlichen Zwickauer Stadtteilen Neuplanitz, Nieder- und Oberplanitz sowie Cainsdorf. Untersuchungstermine für die Kita dieser Stadtgebiete wurden bereits organisiert und stehen in Kürze an.

Erfreulich hoch waren im ersten Jahr des Untersuchungsangebotes die **Akzeptanz** und auch die **Inanspruchnahme** der Untersuchung sowohl von den Eltern als auch von Erziehern, Trägern und Leitern der Kindertageseinrichtungen. Über **80 %** der lt. SächsKitaG zu untersuchenden Kinder wurden erreicht und untersucht.

Dass dennoch 76 der anspruchsberechtigten Kinder (19,6 %) das Angebot nicht wahrnahmen, lag neben krankheitsbedingtem Fehlen von Kindern auch an den Untersuchungsterminen, die teilweise in der Ferien- und Urlaubszeit lagen. (Termine in der Schulzeit bleiben vorrangig für die schulärztlichen Reihenuntersuchungen vorbehalten.)

Untersuchungsverweigerungen von Seiten der Eltern wurden im Vorfeld der Untersuchungen zwar erwartet, wurden den Ärzten des Jugendärztlichen Dienstes aber nicht mitgeteilt. Trotzdem ist zu vermuten, dass ein Teil der Restanten auch auf eine Verweigerung der Untersuchung zurückzuführen ist.

Überraschend und unerwartet hoch war die **freiwillige Anmeldung zur Untersuchung** für Kinder, die älter oder jünger als die gesetzlich zu Untersuchenden sind.

zusätzlich untersuchte Kinder insgesamt:	182
davon jünger als Kinder mit Untersuchungsanspruch:	32
älter als Kinder mit Untersuchungsanspruch:	150

Rein rechnerisch kamen auf drei anspruchsberechtigte Kinder zwei zusätzlich Untersuchte. Voraussichtlich werden aber die freiwilligen Untersuchungsanmeldungen ab nächstem Jahr abnehmen, da ältere Kita-Kinder dann bereits im Vorjahr untersucht worden waren.

Die Untersuchungen von 3- bis 4-jährigen Kindern verlangt von den Ärzten und Assistenten der Untersuchungsteams sehr viel Einfühlungsvermögen. Die Kinder müssen animiert werden, bei den **medizinischen Tests** mitzumachen, sie müssen die Testaufforderungen verstehen und sollen diese umsetzen. Das ist sowohl von der Tagesform des Kindes abhängig als auch vom Untersuchungszeitpunkt (früh am Vormittag oder erst gegen Mittag) und den äußeren Umständen (Unruhe, räumliche Gegebenheiten). Daher ist es nicht verwunderlich, dass es einige Kinder gibt, die einzelne Tests nicht bewältigen oder die die

Untersuchung sogar ganz verweigern. Die nachstehende Übersicht zeigt den **Sachverhalt unsicherer oder verweigerter Tests** tabellarisch.

Tabelle 2.3 Unsichere Befunde nach Testverfahren
Zwickau, Kita-Untersuchung August 2003 bis Oktober 2004

Medizinischer Test	unsichere Befunde / Test verweigert	
	absolut	in Prozent der Untersuchten
Sehtest	18	5,8 %
Hörtest	10	3,2 %
Motoriktest	17	5,5 %
Sprachtest	13	4,2 %
<i>Alle Tests verweigert</i>	2	0,6 %

Die Zahlen der *Tabelle 2.3* zeigen, dass unsichere Befundermittlungen zu den Ausnahmen gehören. Im Einzelfall kann sich aber hinter einem verweigten oder unsicheren Test auch eine gesundheitliche Störung verbergen und es ist sehr wichtig, dies im Nachgang abzuklären und ggf. weitere Diagnostik zu veranlassen.

Deshalb erhalten die Eltern der Kinder, die bei der Untersuchung nicht ausreichend mitgearbeitet haben, auch dieses Ergebnis schriftlich mitgeteilt mit der Aufforderung die Untersuchung zu einem späteren Zeitpunkt wiederholen zu lassen.

Zu ausgewählten Befundergebnissen der Kita-Untersuchung werden im *Abschnitt 3* detaillierte Aussagen zusammengestellt.

Die Kita-Untersuchungen sollen aber nicht allein der Befundermittlung dienen, sondern sie sollen vor allem auch den **Förderbedarf des einzelnen Kindes** ermitteln. Die Analyse des zusammengefassten regionalen Förderbedarfs muss dann den in der Region vorhandenen Möglichkeiten gegenübergestellt werden, um ggf. Versorgungslücken aufzuspüren und Versorgungsengpässe zu verbessern. In der *Tabelle 2.4* wird dem aktuellen Förderstatus der Zwickauer Kinder der ermittelte Förderbedarf gegenüber gestellt.

Tabelle 2.4 Gegenüberstellung Förderstatus und Förderbedarf
Zwickau, Kita-Untersuchung August 2003 bis Oktober 2004

bisheriger Förderstatus des Kindes	künftiger Förderbedarf				
	kein Förderbedarf	Frühförderg. oder SPZ	Förderung in Integr.-Kita	verstärkte Kita-Förderg.	sonderpädagog. Förderbedarf
bisher keine Förderung	233	-	10	25	23
Frühförderung / SPZ	-	-	-	-	1
Förderg. in Integr.-Kita	-	-	10	2	-
verstärkte Kita-Förderg.	-	-	-	2	-
sonderpädagog. Förd.	-	-	-	1	4
Förderbedarf insges.	233	-	20	30	28

Die Übersicht der *Tabelle 2.4* zeigt, dass für die meisten Kinder (75 %) kein Förderbedarf besteht. Diese Kinder entwickeln sich unter den gegenwärtigen Bedingungen gut.

Die Zahlen offenbaren aber auch, dass für 78 Kinder **Förderbedarf** besteht, das betrifft immerhin ein Viertel der untersuchten Kinder. Darunter sind 58 Kinder (75 %), die bislang noch nicht in Fördermaßnahmen einbezogen waren – diese aber benötigen. Ein Viertel der

Kinder mit Förderbedarf war bereits adäquat versorgt, bei ihnen wird zumeist empfohlen die begonnene Förderung in dieser Form fortzuführen.

Die Kita-Untersuchungen haben einen großen Nutzen für die Sicherung der altersgemäßen Entwicklung und der komplexen Entwicklungsbedarfe der Vorschulkinder. Die Ermittlung von individuellem und regionalem Förderbedarf ist ein wichtiger Beitrag zur Wahrung der Chancengleichheit für die gesunde Entwicklung der Vorschulkinder. In diesem Zusammenhang ist es problematisch, dass Kinder, die zu Hause betreut werden, zurzeit vom Untersuchungsangebot ausgeschlossen sind.

2.1.2 Einschulungsuntersuchungen

Einschulungsuntersuchungen gehören zu den traditionellen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Sie sind Aufgabe des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes. Untersuchungsinhalt und -ziel sind klar abgegrenzt von der nahezu zeitgleichen Untersuchung U9 des Vorsorgeprogramms der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zielstellung der Einschulungsuntersuchung

- Beurteilung des allgemeinen Entwicklungsstandes des Kindes mit besonderem Augenmerk auf die Beurteilung schulrelevanter Fähigkeiten und Fertigkeiten.
- Erkennen von Entwicklungsverzögerungen, Auffälligkeiten, gesundheitlichen Störungen
- Schließung möglicher Versorgungslücken (sozialkompensatorisches Angebot)
- Umgehendes Einleiten bedarfsgerechter Fördermaßnahmen, um noch rechtzeitig vor Schulbeginn vorhandene Auffälligkeiten zu mindern oder auszugleichen.
- Beratung der Schule hinsichtlich schulischer Fördermaßnahmen

Untersuchungsinhalt / Untersuchungsmethodik

- Ganzheitliche, körperliche Untersuchung, Anamneseerhebung, Anwendung standardisierter Untersuchungs- und Testverfahren.
- Beurteilung des Seh-, Hör- und Sprachvermögens, der Motorik und Körperkoordination, des körperlichen Entwicklungsstandes, des Ernährungszustandes, der geistigen und psychosozialen Entwicklung sowie Erfassung schwerwiegender Erkrankungen.
- Empfehlung geeigneter Therapien und Maßnahmen, um die gesunde Entwicklung und möglichst auch den fristgemäßen Schulstart zu sichern.
- Organisation bedarfsgerechter Hilfesysteme in Absprache mit Eltern und Pädagogen, z.B. sonderpädagogische Förderung.
- Standardisierte Dokumentation der bei der Untersuchung gewonnenen Daten, damit im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung ein Überblick über den Gesundheitszustand der Schulanfänger gegeben werden kann.

Untersuchungsorganisation und Durchführung:

- Die Untersuchung vor Schulbeginn ist eine **Pflichtuntersuchung**.
- Die Untersuchungen wurden in Zwickau bisher in der Schule durchgeführt, in der das Kind angemeldet wurde. Die Kinder werden einzeln untersucht.
- Die Untersuchung der künftigen Schulanfänger¹⁰ erfolgt in der Regel von Januar bis März des Einschulungsjahres nach sachsenweit einheitlichen Vorgaben. In Einzelfällen können weitere Kontrolluntersuchungen notwendig sein.

¹⁰ siehe Anmerkung zur Schulpflicht – Fußnote 11

- Die Eltern werden mit einem Brief des Gesundheitsamtes persönlich über Termin und Inhalt der Untersuchung informiert.
- Die Anwesenheit eines Elternteils an der Untersuchung ist erforderlich.
- Der Schulleiter ist in die Untersuchung einbezogen. Er entscheidet über die Schulaufnahme. Die Jugendärzte geben dabei Empfehlungen aus medizinischer und sozialmedizinischer Sicht und beraten ihn zu allen Fragen des Förderbedarfs.

Auswertung der Inanspruchnahme und zur Schulempfehlung:

Die Zahl der Zwickauer Schulanfänger ist zwar in den letzten Jahren angestiegen, zeigt aber auch die Tendenz der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung: Wegzug junger Familien.

In Zwickau wurden im Jahr 2004 **580 Schulanfänger** vor der Einschulung jugendärztlich untersucht. In den letzten Jahren nahmen immer **100 %** aller zukünftigen Schulanfänger an der Untersuchung teil.

In jedem Untersuchungsjahr gibt es eine kleine Gruppe **vorzeitige Einschüler**, das sind Kinder, die zumeist im Juli bis September geboren sind und eigentlich erst im Folgejahr schulpflichtig werden, deren Eltern aber eine vorzeitige Einschulung wünschen¹¹. In den betrachteten Jahrgängen waren es unverändert etwa 1 – 2 % der Untersuchten, wobei nicht in jedem Fall eine vorzeitige Einschulung ärztlicherseits empfohlen werden kann.

Deutlich verändert hat sich dagegen die Zahl der **Zurückstellungen vom Schulbesuch**, die **Rückstellerquote sank von durchschnittlich 10 % in den Vorjahren auf aktuell 4 %**.

Nur 26 der 580 untersuchten Schulanfänger erhielten 2004 eine ärztliche Empfehlung zur Rückstellung. 2003 betraf es noch 72 von 598 Kindern.

Folgende Neuregelung des Schulgesetzes, die eigentlich erst ab Herbst 2004 gilt, wurde bereits vorab angewandt: Rückstellungen vom Schulbesuch um ein Jahr sollen die Ausnahme sein und nur für Kinder wirksam werden, die geistig und körperlich nicht hinreichend entwickelt sind oder erhebliche gesundheitliche oder emotional-soziale Beeinträchtigungen aufweisen.

Möglichst alle schulpflichtigen Kinder sollen eingeschult werden. Individuelle Lernangebote, die die jeweiligen Voraussetzungen der Kinder berücksichtigen, sollen helfen mögliche Startschwierigkeiten zu überwinden.

Mit der Novellierung des Schulgesetzes hat der Gesetzgeber auf die unbefriedigend hohen Rückstellerquoten der vorangegangenen Jahre reagiert. Eine verbesserte Kooperation zwischen Kindertageseinrichtungen und Schulen, vernetzte Angebots- und Hilfestrukturen bereits im Kleinkind- und Vorschulalter für die Bereiche medizinische Vorsorge, Früherkennung und Frühförderung sowie Prävention und Gesundheitsförderung sollen den Schulstart aller Kinder optimieren.

Die 2003/2004 eingeführten Kita-Untersuchungen werden mit Sicherheit dazu beitragen, dass bereits im Vorschulalter die Weichen auf einen unverzüglichen, gesunden Schulstart gestellt werden.

Die Ergebnisse werden im Herbst 2006, wenn für die 2003/2004 untersuchten Kita-Kinder auch die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung vorliegen, zu evaluieren sein.

¹¹ Der Gesetzgeber hat im Jahr 2004 die Rahmenbedingungen für den Beginn der Schulpflicht erweitert, damit werden auch Kinder, die bis zum 30. September das sechste Lebensjahr vollendet haben und von den Eltern in der Schule angemeldet werden schulpflichtig. Darüber hinaus können jüngere Kinder vorzeitig eingeschult werden, wenn die Eltern es wünschen und ihr Kind den erforderlichen Entwicklungsstand erreicht hat.

Auch die Zunahme der **Förderschulempfehlungen** hängt mit der veränderten Rückstellungsregelung zusammen. In den Vorjahren wurden Kinder häufig erst nach vorangegangener Zurückstellung in eine Förderschule eingeschult. Jetzt wird häufiger bereits zur Einschulungsuntersuchung eine Förderschulempfehlung ausgesprochen, wenn aus medizinischer Sicht zu erkennen ist, dass dort die bestmögliche Förderung möglich ist.

In Förderschulen können Kinder, die aufgrund ihrer unterschiedlichen oder mehrfachen Behinderungen in den allgemeinen Grundschulen nicht die notwendige Hilfestellung erhalten würden oder nicht hinreichend integriert werden könnten, durch spezielle pädagogische Maßnahmen und mit Hilfe moderner technischer Hilfsmittel gezielt unterrichtet werden. Im Jahr 2004 erhielten 28 der untersuchten Schulanfänger eine Empfehlung zur Einschulung in die 1. Klasse einer Förderschule, das sind etwa **5 % der Kinder des Einschuljahrgangs**.

Darüber hinaus bietet die Schulintegrationsverordnung die gesetzlichen Voraussetzungen, dass Kinder mit Behinderungen auch in Grundschulen integrativ beschult werden können. Empfehlungen zum **Schulbesuch in einer Integrationsklasse** stellen derzeit in Zwickau noch eine Ausnahme dar, da die erforderlichen sächlichen und personellen Rahmenbedingungen nicht an allen Grundschulen gegeben sind.

Tabelle 2.5 *Einschulungsuntersuchungen (1. EU) mit Ergebnis zur ärztlichen Schulempfehlung Zwickau, Schuljahre 1999/2000 bis 2003/2004*

Einschulungsuntersuchungen	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
Anzahl untersuchter Schulanfänger	527	514	545	598	580
darunter: vorzeitige Einschulung	10	9	6	11	9
Ärztliche Schulempfehlung	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
Einschulung in Grundschule	452	459	500	524	553
Einschulung in Integrationsklasse	-	-	2	-	2
Einschulung in Förderschule	11	10	20	11	28
davon Sprachheilschule	6	8	15	9	17
FS für Lernbehinderte	4	-	1	-	7
FS für geistig Behinderte	1	1	1	-	1
FS für Erziehungshilfe	-	1	3	2	3
Empfehlung zur Rückstellung	75	55	45	72	26
<i>in Prozent</i>	<i>14 %</i>	<i>11 %</i>	<i>8 %</i>	<i>12 %</i>	<i>4 %</i>

Auswertung zum Betreuungsstatus der Schulanfänger:

Viele Veröffentlichungen¹² belegen, dass Entwicklungsstörungen und Defizite in allgemein-kindlichen Entwicklungsbereichen mit dem Sozialstatus der Kinder korrelieren und diese Studien zeigen, dass sich der **Besuch einer Kindertagesstätte** für die Herausbildung schulrelevanter Fähigkeiten und Fertigkeiten positiv auswirkt. Wünschenswert ist daher für alle Kinder der Kindergartenbesuch – zumindest im Jahr vor der Einschulung.

Dies ist derzeit in Zwickau nicht der Fall. Bei Einschulungsuntersuchungen werden jährlich etwa 5 - 10 % **Hauskinder** registriert. Auch wenn deren Anteil tendenziell sinkt, so waren es 2004 doch insgesamt 44 Kinder (8 %), die im Jahr vor der Einschulung keinen Kindergarten besuchten.

¹² z.B. Prof. Dr. Andreas Klocke: Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit (2001), Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 03/01

Zwickauer **stadtteilbezogene Analysen** zeigen, dass der Hauskinderanteil¹³ besonders hoch im Stadtteil Eckersbach E5 (11 %), in Oberhohndorf/Schedewitz (10 %), in den eingemeindeten Ortsteilen Crossen/Schneppendorf/Oberrothenbach/Mosel/Schlunzig (10 %), in Pölbitz/Nordvorstadt (9 %) und im Stadtzentrum (9 %) ist. Den höchsten Anteil Hauskinder haben aber Einschüler aus Weißenborn/Niederhohndorf (16 %) aufzuweisen, also im traditionell bestsituierten Stadtteil Zwickaus.

Kindergartenbetreuung ist also einerseits von territorialen Angeboten abhängig (siehe *Tabelle 2.1*), zeigt aber auch einen deutlichen Sozialgradienten und zwar in beide Richtungen: auf Territorien mit sozialen Problemlagen sowie „bestsitierte“ Lebensverhältnisse.

Etwa **3 % der Zwickauer Schulanfänger sind nichtdeutscher Herkunft**. Bei der stadtteilbezogenen Auswertung wurden die Ausländer- und Asylbewerberkinder stadtgebietsübergreifend in einer eigenen Gruppe betrachtet. In dieser Gruppe kommen Hauskinder besonders häufig vor. Fünf der insgesamt 15 nichtdeutschen Schulanfänger des Einschuljahrgangs 2004 besuchten zum Zeitpunkt der Untersuchung keinen Kindergarten.

Zur Einschulungsuntersuchung zeigen diese Kinder häufig sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, die massive Probleme in der Schule nach sich ziehen können. Deshalb wird für diese Kinder für die verbleibende Zeit bis zum Schulbeginn immer der Kindergartenbesuch empfohlen. Im Jahr 2004 erfolgte keine Rückstellungsempfehlung für Kinder mit Sprachverständnisproblemen.

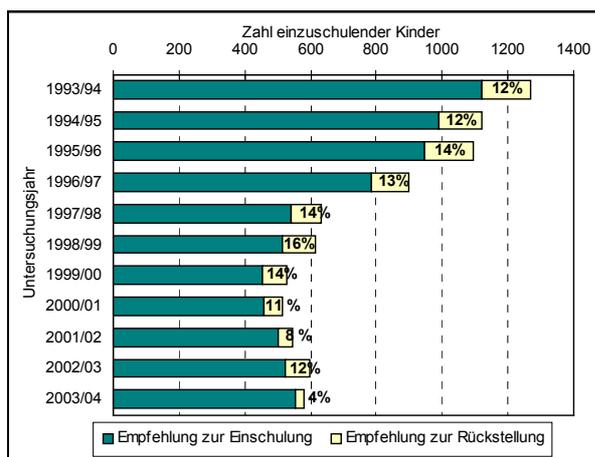


Abb. 2.1 Einschüler nach dem Untersuchungsergebnis zur Schulempfehlung Zwickau, 1993/94 bis 2003/04

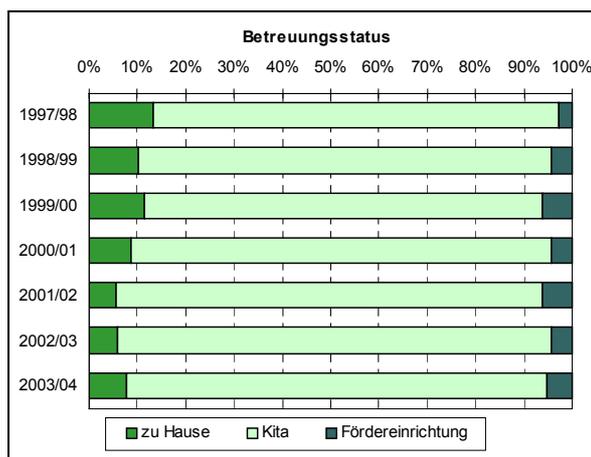


Abb. 2.2 Betreuungsstatus der Schulanfänger zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung Zwickau, 1997/98 bis 2003/04

Die Inhalte der Einschulungsuntersuchung haben sich verändert. Standen früher die Beurteilung von Schulfähigkeit und Schulreife im Mittelpunkt, so ist es jetzt in viel stärkerem Maße die Feststellung von individuellem und regionalem medizinischen Förderbedarf, die Beratung der Eltern über Fördermaßnahmen und die Organisation geeigneter Hilfen. Die Schulärzte stehen dabei den Pädagogen beratend zur Seite, insbesondere auch zu Fragen sonderpädagogischer Förderung.

¹³ Bei der stadtteilbezogenen Auswertung wurden die Ausländer und Asylbewerber nicht einbezogen, sondern wurden in einer eigenen Gruppe separat betrachtet.

2.1.3 Schulärztliche Reihenuntersuchungen

In Sachsen wurden schulärztliche Reihenuntersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes bis 2003 in den 2., 5. und 9. Klassen durchgeführt. Mit In-Kraft-Treten des novellierten Schulgesetzes haben sich die **Untersuchungszeitpunkte** verändert. Untersuchungen sind ab 2004 in den **2. und 6. Klassen** durchzuführen.

Die schulärztliche Reihenuntersuchungen haben zunächst – wie auch die Einschulungsuntersuchungen - eine **individualmedizinische Funktion**. Die Untersuchungen beinhalten eine Beurteilung des Entwicklungs- und Gesundheitszustandes, um gesundheitlichen Risiken vorzubeugen oder eventuell vorhandene Störungen oder Erkrankungen zu erkennen, abzuklären und einer adäquaten Behandlung und Betreuung zuzuführen.

Besondere **sozialkompensatorische Bedeutung** haben die Reihenuntersuchungen für die Kinder, die selten (oder nie) einem Arzt vorgestellt werden und denen sonst möglicherweise eine kontinuierliche Gesundheitsvorsorge versagt bliebe.

Schulärztlichen Untersuchungen haben darüber hinaus auch einen **arbeitsmedizinischen Aspekt**, da vorausschauend und begleitend gesundheitliche Risiken am „Arbeitsplatz Schule“ aufgezeigt und minimiert werden können. Lehrer werden zu gesundheitsfördernden Fragen beraten.

Da in Sachsen die Reihenuntersuchungen Pflicht sind und flächendeckend einheitlich durchgeführt werden, ermöglicht dies die **Beobachtung und Bewertung der gesundheitlichen Lage** der Gesamtpopulation einer Jahrgangsstufe.

In Zwickau wurden im Schuljahr 2003/2004 insgesamt **558 Schüler** der zweiten Klassen untersucht, die Inanspruchnahme betrug **98 %**.

Tabelle 2.6 Schulärztliche Reihenuntersuchungen und deren Inanspruchnahme Zwickau, Schuljahre 1999/2000 bis 2003/2004

Reihenuntersuchung	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
Zahl der untersuchten 2.-Klässler	729	598	573	550	558
<i>Inanspruchnahme in Prozent</i>	98,9 %	98,8 %	99,0 %	98,9 %	98,4 %
Zahl der untersuchten 5.-Klässler	1110	1136	898	669	- *)
<i>Inanspruchnahme in Prozent</i>	96,5 %	96,7 %	97,7 %	94,2 %	
Zahl der untersuchten 9.-Klässler	1.292	1.234	1.203	-	- *)
<i>Inanspruchnahme in Prozent</i>	96,8 %	94,6 %	97,2 %		

*) nach novelliertem Schulgesetz ab 2004 keine Pflichtuntersuchung

Ab Schuljahr 2004/2005 werden in Sachsen schulärztliche Reihenuntersuchungen in der Klassenstufe 6 durchgeführt. In Zwickau wird diese Untersuchung im Gesundheitsamt durchgeführt und in ein gesundheitsförderndes Rahmenprogramm eingebunden.

Wichtige Veränderungen ergeben sich aber ab 2004/05 nicht nur zur Zielgruppe der Untersuchten, sondern auch bei den statistisch zu erhebenden Befunden. Die Zahl der standardisierten Items wurde verringert. Die Reduzierung ergab sich als Schlussfolgerung aus den veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen und der Notwendigkeit einer deutlicheren **Fokussierung der Untersuchung auf schulrelevante Befunde**.

Die Konsequenz wird aber sein, dass für die Gesundheitsberichterstattung bei manchen Befundgruppen zeitliche Vergleiche nicht mehr oder nur eingeschränkt möglich sind.

2.2 Zahnärztliche Reihenuntersuchungen / Gruppenprophylaxe

In Sachsen ist festgelegt, dass vom Zahnärztlichen Dienst der Gesundheitsämter zur Förderung und Erhaltung der oralen Gesundheit jährlich zahnärztliche Reihenuntersuchungen für alle Kinder in Kindertageseinrichtungen und Schulen bis einschließlich 10. Schuljahr durchzuführen sind.¹⁴

Die zahnärztlichen Untersuchungen dienen der kontinuierlichen Überwachung der Gebissentwicklung, damit Zahn- und Munderkrankungen oder Zahn- und Kieferfehlstellungen frühzeitig erkannt und rechtzeitig einer effektiven Behandlung zugeführt werden.

Neben dieser wichtigen **individualmedizinischen Funktion** erfüllen die Untersuchungen auch einen bedeutsamen **sozialkompensatorischen Aspekt**, da kein Kind vom Untersuchungsangebot ausgeschlossen bleibt und behandlungsbedürftige Kinder, die nicht regelmäßig zum Zahnarzt gehen, zu einem frühen Zeitpunkt zum Zahnarzt geführt werden.

Darüber hinaus ermöglichen die flächendeckenden Untersuchungen die Beobachtung und **Bewertung des oralen Gesundheitszustandes** aller Kinder nach Altersgruppen, da die Untersuchungsergebnisse standardisiert erhoben, einheitlich dokumentiert und statistisch aufbereitet werden. So sind Aussagen zur Kariesmorbidity, zum Kariessanierungsgrad, Kariesrisiko, Mundhygienestatus, zu Zahnstellungs- und Bisslageanomalien und parodontalen Erkrankungen möglich.

Einmal jährlich untersucht die Zahnärztin des Gesundheitsamtes die Kinder in Zwickauer Kindertageseinrichtungen und Schulen. Im Schuljahr 2003/2004 wurden insgesamt 7.554 Schüler bzw. Kinder in Kindertagesstätten zahnärztlich untersucht.

In den zurückliegenden Schuljahren wurden in Zwickau rund 87 % der zu untersuchenden Schüler und 62 % der Kitakinder erreicht.

Tabelle 2.7 Zahnärztliche Reihenuntersuchungen und deren Inanspruchnahme Zwickau, Schuljahre 1999/2000 bis 2003/2004

Untersuchte Kinder nach Alter	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
Kita-Kinder	559	1.520	2.005	2.068	123
<i>Inanspruchnahme in Prozent</i>	25,8 %	67,6 %	75,6 %	73,1 %	5,3 %
Schüler der 1. bis 6. Klassen	5.676	4.919	4.368	3.763	3.488
<i>Inanspruchnahme in Prozent</i>	95,4 %	93,7 %	93,4 %	93,4 %	95,0 %
Schüler der 7. bis 10. Klassen	4.194	2.297	4.526	4.768	3.920
<i>Inanspruchnahme in Prozent</i>	82,1 %	44,1 %	92,1 %	91,2 %	89,5 %

Zur Reihenuntersuchung steht neben der Inspektion der Mundhöhle mit Erhebung oraler Befunde eine umfassende altersbezogene Beratung im Mittelpunkt.

Nach der Untersuchung erhält jedes Kind persönlich eine schriftliche Elternmitteilung, die Angaben zum erhobenen Gesundheitszustand, Hinweise für erforderlichen Handlungsbedarf und Empfehlungen zur Behandlung durch niedergelassene Zahnärzte und Kieferorthopäden beinhaltet.

¹⁴ lt. Gesetz über den öffentliche Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen, Verordnung über die Schulgesundheitspflege im Freistaat Sachsen, SächsKitaG, Schulgesetz für den Freistaat Sachsen

Neben den Reihenuntersuchungen werden zur **Kariesprävention** bei Kindern weitere umfangreiche Prophylaxemaßnahmen durchgeführt. An erster Stelle steht die **zahnmedizinische Gruppenprophylaxe** für alle Kinder bis zum 12. Lebensjahr (6. Schuljahr).¹⁵

In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, sollen die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt werden.¹⁶

Dieses Prophylaxe-Programm beinhaltet altersgerechte Informationen zur Mund- und Zahngesundheit, zur (zahn-)gesunden Ernährung und zur Mundhygiene sowie die Anwendung von Fluoriden zur Verbesserung der Schmelzqualität der Zähne. Außerdem soll zum regelmäßigen Zahnarztbesuch motiviert und die Angst der Kinder vor dem Zahnarzt abgebaut werden. Motivierend ist das gemeinsame Zähneputzen im Klassen- oder Gruppenverband. In Kindertagesstätten erlernen die Kinder auf spielerische Weise eine altersgerechte Mundhygiene und entsprechende Gewohnheiten werden angebahnt bzw. gefestigt. Diese Maßnahmen werden in der Regel ein- bis dreimal im Jahr durch sogenannte Prophylaxeimpulse durchgeführt.

Besonderes Augenmerk gilt im Rahmen gruppenprophylaktischer Maßnahmen der **Betreuung der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko**, siehe *Abschnitt 3.7*.

Die Durchführung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe liegt in Zwickau in den Händen der Zahnärztin des Gesundheitsamtes und beauftragter niedergelassener Zahnärzte, die Organisation erfolgt über die Regionale Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege.

Tabelle 2.8 Durch Kariesprophylaxemaßnahmen erreichte Kinder nach Einrichtungsarten Zwickau, Schuljahre 1999/2000 bis 2003/2004

Einrichtung	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004 ^{*)}
Kindertagesstätte	1.738	1.918	2.138	2.260	101
Grundschule	3.149	2.417	2.181	2.060	1.899
Mittelschule / Gymnasium	2.236	2.126	1.925	1.428	1.170
Förderschule/Behinderteneinrichtung	974	829	636	621	3.569

^{*)} Gruppenprophylaktisch betreute Kinder vom ZÄD des Gesundheitsamtes, die Leistungen der niedergelassenen Zahnärzte sind hier (noch) nicht einbezogen

Dass in den vergangenen Schuljahren alle Einrichtungen und dabei rund 90 % aller Kinder erreicht wurden, ist überaus positiv und wäre ohne die Koordination über die Regionale Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege nicht möglich gewesen.

Da sich das Kariesrisiko bereits im frühen Kindesalter manifestiert, wird im Gesundheitsamt Zwickau eine **zahnärztliche Kleinkindersprechstunde** angeboten. In dieser Sprechstunde können sich Eltern individuell über wichtige Aspekte der Kariesvorbeugung sowie einer gesunden Gebissentwicklung informieren und auf Wunsch die ersten Zähnen der Kinder untersuchen lassen.

Das zahnärztliche Untersuchungs- und Prophylaxeprogramm für Kinder und Jugendliche wird in Zwickau konsequent umgesetzt. Die jährliche Untersuchungsdurchführung ist fortzusetzen, um Früherfassung und Frühbehandlung chancengleich für alle Kinder zu gewährleisten.

¹⁵ Nach § 21 SGB V ist die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe für alle Kinder in Kindereinrichtungen und Schulen bis zur Klassenstufe 6 als gesetzlicher Anspruch vorgesehen und lt. Rahmenvereinbarung der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege im Freistaat Sachsen e.V. seit 1992 verbindlich.

¹⁶ Aktionsprogramm 2003 der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege des Freistaates Sachsen e.V.

2.3 Programm der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9

Die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sind eine Hauptsäule für gesundheitliche Prävention in dieser Altersgruppe.

Durch ein Netz von insgesamt **10 zeitlich gestaffelten Untersuchungen** (U1 bis U9, J1) von der Geburt bis zum 15. Lebensjahr sollen Gesundheitsgefährdungen und Krankheiten möglichst frühzeitig entdeckt und behandelt werden.

Versicherte Kinder haben einen Rechtsanspruch auf die kostenfreie Durchführung aller Untersuchungen, die Teilnahme ist jedoch freiwillig. Die Inanspruchnahme ist daher vom Gesundheitsbewusstsein der Eltern, vom Engagement der betreuenden Ärzte, der Krankenkassen, dem öffentlichen Gesundheitsdienst und nicht zuletzt auch von den Kindertageseinrichtungen, die das Kind besucht, abhängig.

Die umfassende, möglichst lückenlose **Inanspruchnahme des Untersuchungsangebotes** ist ein **Indikator für das Gesundheitsbewusstsein in einer Familie** und stellt darüber hinaus ein hochrangiges Gesundheitsziel dar.

Im Rahmen der Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen und vor der Einschulung wird die Teilnahme an den altersgemäßen Früherkennungsuntersuchungen dokumentiert.

Für Zwickauer Schulanfänger liegen bereits seit mehreren Jahren Zeitreihen zum **Vorsorgestatus** und zur **Inanspruchnahme der U-Untersuchungen** vor. Für Kinder im 4. Lebensjahr können auf Grundlage der Kita-Untersuchungen erstmals zuverlässige Aussagen gemacht werden.

Tabelle 2.9 Vorsorgestatus der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulungs- bzw. Kita-Untersuchung Zwickau, Einschulungsuntersuchungen 1999/2000 bis 2003/2004, Kita-Unters. 2003/2004

Vorsorgestatus Schulanfänger	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
nicht ermittelbar (Heft nicht vorgelegt)	19,2 %	12,3 %	12,8 %	15,1 %	15,0%
komplett (U2 bis U9 durchgeführt) *)	63,6 %	69,2 %	66,9 %	72,0%	73,2 %
lückenhaft (mind. 1 U-Unters. fehlt) *)	36,4 %	30,8 %	33,1 %	28,0 %	26,8 %
Zahl der Kinder mit fehlender U9	77	89	81	85	69
Vorsorgestatus Kita-Kinder					2003/2004
nicht ermittelbar (Heft nicht vorgelegt)					19,3 %
komplett (U2 bis U7/U8 durchgeführt)*)					79,7 %
lückenhaft (mind. 1 U-Unters. fehlt) *)					20,3 %

*) bezogen auf Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft

Bei 580 Kindern, die 2004 zur Einschulungsuntersuchung vorgestellt wurden, legten 85 % der Eltern das **Vorsorgeheft** vor. Dieser Anteil hat sich in den letzten 4 Jahren in dieser Höhe stabilisiert, ist aber dennoch nicht zufriedenstellend.

Bei den Kita-Untersuchungen ist der Anteil „vergessener Vorsorgehefte“ noch höher, bei jedem 5. Kind lag der Ausweis nicht vor. Die Untersuchung muss sich noch etablieren, damit Kita-Leiter und auch Eltern über die vorzulegenden Unterlagen Bescheid wissen.

Da die **Berechnung der Teilnehmeraten der U-Untersuchungen** nur für die Kindergruppe mit Vorsorgeheft möglich ist, liegen die nachfolgend dargestellten Häufigkeiten zur Inanspruchnahme über den realen, tatsächlichen Werten. Kinder ohne Vorsorgeheft haben häufiger einen unvollständigen Vorsorgestatus.

Angestiegen ist in den letzten Jahren die Zahl der **Schulanfänger mit komplettem Vorsorgestatus**. Inzwischen haben mehr als zwei Drittel der Schulanfänger an allen 9 Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen.

Kita-Kinder im 4. Lebensjahr müssten an der U7 (Ende 2. Lebensjahr) und könnten ggf. an der U8 (3,5 bis 4 Jahre) teilgenommen haben. Knapp 80 % der Kinder hatten einen altersgerechten vollständigen Vorsorgestatus. Zur Kita-Untersuchung wird auf fällige Früherkennungsuntersuchungen hingewiesen, die Eltern erhalten eine entsprechende Mitteilung.

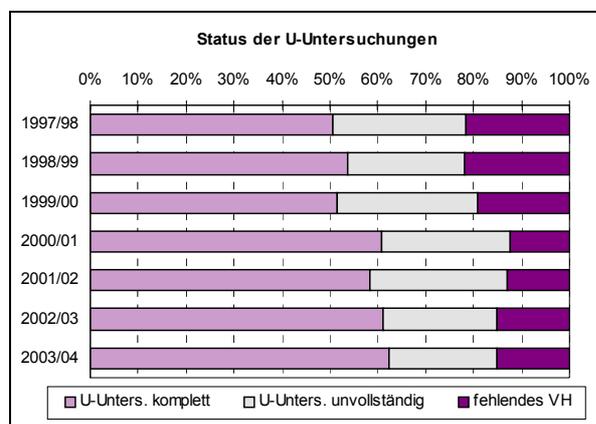


Abb. 2.3 Vorsorgestatus der Schulanfänger Zwickau, 1997/98 bis 2003/2004

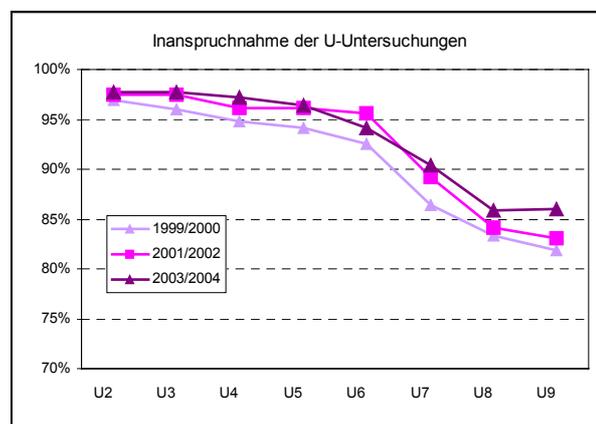


Abb. 2.4 Inanspruchnahme der U-Untersuchungen Erfassung zur Einschulungsuntersuchung Zwickau, 1999/2000, 2001/02, 2003/04

Die **Inanspruchnahme der U-Untersuchungen nimmt mit dem Alter des Kindes kontinuierlich ab**. Eine wahrscheinliche Ursache für die stetige Abnahme ist, dass sich Eltern bei größeren Kindern selbst ein Urteil über Gesundheits- und Entwicklungszustand ihrer Kinder zutrauen, weniger besorgt sind und daher der Vorsorge keinen zwingenden Stellenwert zumessen. Leider zu Unrecht, denn Kinder mit lückenhafter Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen weisen häufiger behandlungsbedürftige Befunde auf, als Kinder mit komplettem Vorsorgestatus. (Weitere Ausführungen dazu in *Abschnitt 3*.)

Vergleicht man die Teilnehmeraten der U-Untersuchungen im **Zeitverlauf**, so ist ein **deutlicher Trend zur verbesserten Inanspruchnahme** erkennbar. Ganz besonders gilt diese Aussage für die U9. Hier hat sich die Teilnehmerate von 82 % 1998 auf 86 % im Jahr 2004 verbessert und hat erstmals die Größenordnung der Teilnehmershäufigkeit der U8 erreicht (vgl. *Abbildung 2.4*).

Dieser Trend scheint sich auch weiterhin fortzusetzen, wie die guten Teilnehmeraten, die zu Kita-Untersuchungen erfasst wurden, zeigen (vgl. *Abbildung 2.5*).

Die Intervention der vergangenen Jahre zur Verbesserung des Inanspruchnahmeverhaltens hat sich somit gelohnt, besonders die Bemühungen der Kindertageseinrichtungen dürften zu diesem positiven Ergebnis beigetragen haben.

Dies zeigt sich ganz deutlich bei der Detailanalyse der Teilnehmeraten nach Betreuungstatus: Kinder, die keine Kindertagesstätte besuchen, haben viel häufiger fehlende Untersuchungen als diejenigen, die in Kitas betreut werden (vgl. *Abb. 2.6*).

Der Kita-Besuch eines Kindes hat demnach - abhängig von Engagement der Kita und der Erzieher - eine positive Wirkung auf das Gesundheitsbewusstsein der Eltern.

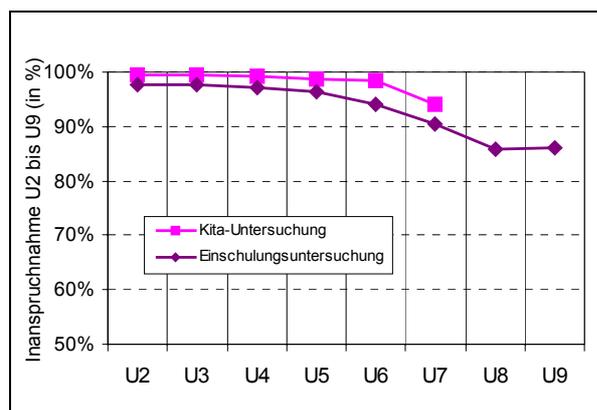


Abb. 2.5 Inanspruchnahme der U-Untersuchungen Einschulungs- bzw. Kita-Untersuchung Zwickau, 2003/2004

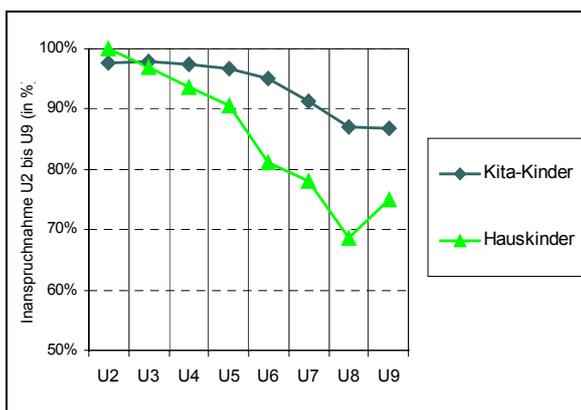


Abb. 2.6 Teilnehmeraten der U-Untersuchungen Schulanfänger nach Betreuungsstatus Zwickau, 2003/2004

Kinder, die ausschließlich zu Hause betreut werden, haben einen deutlich schlechteren Vorsorgestatus als Kita-Kinder. Die **Hauskinder** haben damit möglicherweise auch Defizite hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung. Sie stellen deshalb eine **Bevölkerungsgruppe mit besonderem gesundheitsförderndem Handlungsbedarf** dar.

Die Feststellung aus dem Gesundheitsbericht 2002, dass mit zunehmender Kinderzahl die Vorsorgeuntersuchungen weniger in Anspruch genommen werden, gilt auch weiterhin. Hauskinder kommen besonders häufig in **kinderreichen Familien** vor, somit ist auch diese Zielgruppe besonders zu beachten.

Stadtgebietsbezogene Analysen zeigen ebenfalls deutliche Unterschiede. Schlechte Werte bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zeigen sich in den Stadtgebieten¹⁷ Nordvorstadt/Pölbitz, Stadtzentrum, Neuplanitz, Eckersbach E1-E5 und Weißenborn/Niederhohndorf. In diesen Stadtteilen beträgt der Kinderanteil mit komplettem Vorsorgestatus weniger als 65 %. Gesundheitsfördernde Angebote sollten deshalb vorzugsweise in diesen Stadtgebieten unterbreitet werden.

Kinder nichtdeutscher Herkunft wurden zumeist im Ausland geboren und haben deshalb in den meisten Fällen kein Vorsorgeheft. Deren Vorsorgestatus ist zwangsläufig lückenhaft. Diese Kinder sind entsprechend der Spezifik ihrer Herkunft bei Angeboten zur Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsfürsorge des öffentlichen Gesundheitsdienstes besonders zu beachten.

Prinzipiell gilt, dass durchgeführte Früherkennungsuntersuchungen einen positiven Einfluss auf den Gesundheitszustand der Kinder haben: Kinder mit komplettem Vorsorgestatus, benötigen seltener Arztüberweisungen und weisen seltener behandlungsbedürftige Befunde auf. (Siehe auch Ausführungen im *Abschnitt 3.*)

Kinderreiche Familien, Hauskinder und Kinder nichtdeutscher Herkunft stellen Bevölkerungsgruppen mit besonderem Handlungsbedarf für Maßnahmen der Gesundheits-sicherung dar.

¹⁷ Bei der stadtteilbezogenen Auswertung wurden Ausländer und Asylbewerber nicht einbezogen, sondern wurden in einer eigenen Gruppe separat betrachtet.

2.4 Schutzimpfungen

Impfungen sind der wirksamste Schutz vor zahlreichen Infektionskrankheiten und gehören zu den effektivsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen der Medizin.

Expertengremien (Ständige Impfkommision am Robert-Koch-Institut Berlin – STIKO und Sächsische Impfkommision – SIKO) geben entsprechend § 20 Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes Empfehlungen für Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit, sogenannte **öffentlich empfohlene Schutzimpfungen**.

Im Juli 2004 wurden die Impfempfehlungen aktualisiert. Eine der wesentlichen Veränderungen betrifft die Windpockenimpfung, die jetzt für alle Kinder zur Standardimpfung im Impfkalender gehört.¹⁸

In Sachsen werden für Kinder Regelschutzimpfungen gegen folgende übertragbare Krankheiten öffentlich empfohlen:

- Tetanus (Wundstarrkrampf)
- Diphtherie
- Pertussis (Keuchhusten)
- Hepatitis B (in Verbindung mit Hep A)
- Haemophilus-influenzae-Typ-b-Infektion
- Meningokokken C (derzeit keine Kostenübernahme durch die Krankenkassen)
- Poliomyelitis (Kinderlähmung)
- Masern
- Mumps (Ziegenpeter)
- Röteln
- Varizellen (Windpocken)¹⁹

Da Schutzimpfungen freiwillig sind, hängt der Erfolg der präventivmedizinischen Maßnahme davon ab, inwieweit den Impfempfehlungen nachgekommen wird. Hohe **Durchimpfungsraten** gewährleisten einen optimalen Impfschutz sowohl für den Einzelnen als auch für die Bevölkerung insgesamt, da Krankheitserreger regional eliminiert werden.

Als ausreichender Schutz gegen die Ausbreitung impfpräventabler Infektionskrankheiten wird von der WHO ein Durchimpfungsgrad in der Bevölkerung von mindestens 90 % empfohlen.²⁰ In Sachsen werden von der SIKO **Durchimpfungsraten von 96 %** gefordert.

Den Regelimpfungen werden im sogenannten **Impfkalender** Impftermine zugeordnet. Der unten angegebene Zeitplan für die Durchführung der Impfungen im Säuglings- und Kindesalter berücksichtigt die für den Aufbau eines Impfschutzes notwendigen Zeitabstände.

- **Im ersten Lebensjahr** eines Kindes fallen Impfungen gegen mehrere Infektionskrankheiten an: Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus-influenzae-Typ-b-Infektion, Hepatitis B. Gegen diese sechs Infektionskrankheiten kann ein Kombinationsimpfstoff verabreicht werden – im ersten Lebensjahr wird **dreimal geimpft**, eine **vierte Impfung** erfolgt bei Kleinkindern **im 2. Lebensjahr**.
Im 6. Lebensjahr erhalten Kinder eine **1. Auffrischimpfung** gegen Diphtherie, Pertussis, Tetanus.
Eine **2. Auffrischungsimpfung** gegen Tetanus, Diphtherie wird für Kinder **ab 10 Jahren** empfohlen. Ebenfalls im 11. Lebensjahr erfolgt auch eine **Polio-Auffrischimpfung**.
- Gegen Masern, Mumps, Röteln wird **im 2. Lebensjahr** geimpft, die **Zweitimpfung** gegen MMR wird in Sachsen **im 6. Lebensjahr** empfohlen.
- Die ab 2004 empfohlene Impfung gegen Varizellen soll **im 2. Lebensjahr** erfolgen.

¹⁸ Robert-Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin Nr. 30/2004: Empfehlungen der Ständigen Impfkommision

¹⁹ Kostenübernahme nur von einigen Krankenkassen

²⁰ Dr. Andreas Schoppa: Impfstatus im Kindesalter, RKI-Schrift 2/01 Gesundheitsziele für das frühe Kindesalter

- Die ebenfalls seit 2004 empfohlene Impfung gegen Meningokokken C wird für Säuglinge **ab vollendetem 2. Lebensmonat** durchgeführt, die Kosten werden aber derzeit nicht von den Krankenkassen übernommen.

Es ist vor allem Aufgabe der niedergelassenen Kinderärzte bzw. betreuenden Hausärzte, für einen ausreichenden Impfschutz der ihm anvertrauten Kinder zu sorgen. Das bedeutet, die Grundimmunisierung bei Säuglingen entsprechend dem Impfkalender rechtzeitig zu beginnen, ohne Verzögerung fortzuführen und zeitgerecht abzuschließen und nach der Grundimmunisierung durch regelmäßige Auffrischimpfungen sicherzustellen, dass der notwendige Impfschutz erhalten bleibt.

Schutzimpfungen, die zu den im Impfkalender angegebenen Terminen nicht durchgeführt wurden, sollen zum frühestmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden.

Aussagen zum Impfstand Zwickauer Kinder

Ob die Zwickauer Kinder entsprechend Sächsischem Impfkalender vollständig geimpft sind und wie es um den **Immunitätsstatus** bestellt ist, darüber können die kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen und Schulen Aufschluss geben. Die Kontrolle der Impfausweise, Impfberatung und Hinweise zu ausstehenden Impfungen sind unverzichtbarer Bestandteil der Reihenuntersuchungen.

Anhand vorgelegter Impfausweise wird der Impfstatus registriert und entsprechend den Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission ausgewertet. Detail-Analysen erlauben Rückschlüsse auf Risikogruppen bzw. regionalen Handlungsbedarf.

Zu beachten ist, dass die Berechnung der Impfraten auf der Grundlage der vorgelegten Impfdokumente erfolgt und Kinder, die den Ausweis nicht vorlegten, bei der Berechnung nicht berücksichtigt werden. Da zu vermuten ist, dass bei Kindern ohne Ausweis der Impfstatus lückenhaft ist, fallen alle nachfolgend genannten Durchimpfungsraten etwas günstiger aus als in der Realität.

Bei **Kita-Untersuchungen** lag für **92 %** der 311 untersuchten Kinder der **Impfausweis** zur Untersuchung vor, nur für 24 Kinder fehlte das Impfdokument. Dieser erfreulich hohe Anteil zeigt das Engagement der Kita bezüglich der Impfproblematik. Kleinräumige Vergleiche bestätigen dies.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung der Kinder im 4. Lebensjahr müssten alle Grundimmunisierungen abgeschlossen sein. **Durchimpfungsraten über 90 % bei allen Impfungen** zeigen, dass dies zumeist der Fall ist. Dieses prinzipiell positive Ergebnis bestätigt die gute Akzeptanz der Impfungen bei den Eltern. Dennoch zeigen sich bereits in dieser Altersgruppe Impflücken, die schnellstens geschlossen werden sollten. An erster Stelle steht die **Verbesserung der Impfraten für Diphtherie, Tetanus, Pertussis** (vgl. *Abbildung 2.7*).

Dass in Zwickau ungeimpfte Kita-Kinder recht selten sind, ist erfreulich, signalisiert aber im jeweiligen Einzelfall Handlungsbedarf.

Tabelle 2.10 Impfstatus der untersuchten Kita-Kinder zum Zeitpunkt der Untersuchung Zwickau, 2003/2004

Kita-Kinder	Diph./Tet./Pert.	Polio	Hib	MMR	Hep B
Ungeimpfte Kinder *)	-	-	3	17	11
Durchimpfungsgrad *)	92,7 %	96,9 %	95,1 %	94,1 %	90,2 %

*) bezogen auf Kinder mit vorgelegtem Impfausweis

Solch hohe Impfraten wie für Kita-Kinder wurden leider für **Zwickauer Schulanfänger** nicht registriert, die *Abbildungen 2.7 und 2.8* verdeutlichen dies.

Auch die **Vorlage der Impfausweise** war zur Einschulungsuntersuchung mit **88 %** schlechter als zur Kita-Untersuchung und auch schlechter als in den vergangenen 3 Jahren. Insgesamt wurde für 67 von 580 Kindern kein Impfpass mitgebracht.

Tabelle 2.11 Impfstatus der untersuchten Schulanfänger zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung Zwickau, 2003/2004, Sachsen 2002/2003

Schulanfänger	Diph./Tet./Pert.	Polio	Hib	MMR	Hep B
Ungeimpfte Kinder *)	1	2	8	11	36
Durchimpfungsgrad *)	51,5 %	91,6 %	93,4 %	69,6 %	89,9 %
<i>Vergl. Sachsen 02/03*)</i>	<i>45,8 %</i>	<i>95,4 %</i>	<i>92,7 %</i>	<i>48,1 %</i>	<i>87,5 %</i>

*) bezogen auf Kinder mit vorgelegtem Impfausweis

Ursache für die **schlechten Durchimpfungsraten** der Schulanfänger bei **MMR** sowie **Diphtherie-Tetanus-Pertussis** sind aber nicht nur „echte“ Probleme, sondern auch formalstatistische: Einschüler dürfen nur dann als vollständig geimpft gezählt werden, wenn die Impfungen, die planmäßig im 6. Lebensjahr erfolgen sollen, bereits durchgeführt wurden. Das betrifft die Diphtherie-, Tetanus- und Pertussis-Impfung, für die eine Auffrischimpfung ab vollendetem 5. Lebensjahr empfohlen wird, und auch die MMR-Impfung, für die eine zweite Impfung in diesem Alter erfolgt sein sollte.

Diese Impfungen wurden bei vielen Schulanfängern noch nicht durchgeführt. Eltern bestätigen zwar häufig zur Untersuchung, dass Impftermine bereits vereinbart sind, in die sachsenweit einheitliche Statistik gehen diese Kinder aber als nicht ausreichend geimpft ein.

In jedem Fall gesichteter Impfrückstände werden die Eltern auf die Bedeutung der Vervollständigung des Impfschutzes hingewiesen und die Schließung der Impflücken vor Schulbeginn wird angemahnt.

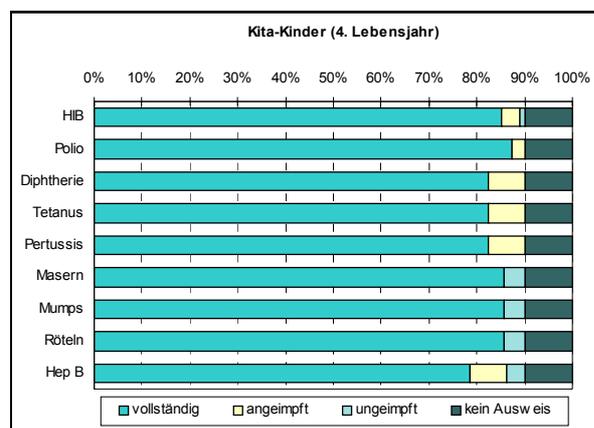


Abb. 2.7 Impfbefunde der Kita-Kinder zum Zeitpunkt der Kita-Untersuchung Zwickau, 2003/2004

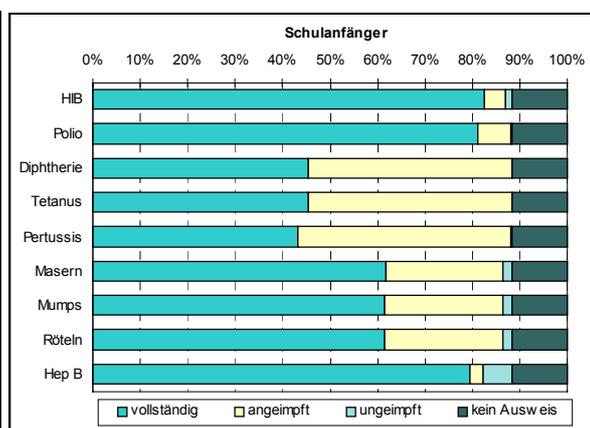


Abb. 2.8 Impfbefunde der Schulanfänger zum Zeitpunkt der Einschulungsunters. Zwickau, 2003/2004

Der für Schulanfänger registrierte **Durchimpfungsgrad der Polio-Impfung** ist weiter leicht gesunken, es wird aber noch eine Impfrate von knapp über 90 % erreicht. Die Bewertung der Vollständigkeit dieser Impfung bereitet durch die verschiedenen Impfstoffkombinationen Probleme, möglich sind daher Falschbewertungen. Die Grundimmunisierung müsste im 2. Lebensjahr abgeschlossen sein, eine Auffrischimpfung erfolgt erst bei Kindern im 11. Lebensjahr.

Erfreulich konstatiert werden kann bei Schulanfängern die **weiter gestiegene Hib-Durchimpfung** gegen Infektionen mit dem Bakterium Haemophilus influenzae. Diese Infektionen können für Kleinkinder lebensbedrohlich verlaufen, schwere Entzündungen des Kehlkopfes, der Hirnhaut oder des Mittelohres sind typisch.

Auch die für Schulanfänger **gestiegene Durchimpfung gegen Hepatitis B** ist sehr positiv. Die Impfquote liegt erstmals bei fast 90 %. Diese Impfung wurde erst 1995 öffentlich empfohlen und hat sich seither immer besser etabliert.

Positiv kann auch bei Schulanfängern die **geringe Zahl ungeimpfter Kinder** vermerkt werden. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass möglicherweise einige der 67 Kinder, die kein Impfdokument vorlegten, ungeimpft sind.

Der Vollständigkeit halber seien an dieser Stelle die zu schulärztlichen Reihenuntersuchungen registrierten Durchimpfungsraten der **Schüler der 2. Klassen** genannt. 88 % der Untersuchten legten den Impfausweis vor. *Tabelle 2.12* zeigt **sehr gute Durchimpfungsraten für die Polio- und Hib-Impfung**. Ersichtlich ist auch, dass Zweitklässler **besser gegen MMR geimpft** sind als die Schulanfänger - die 2. MMR-Impfung ist also dann zumeist erfolgt. Als Problem erkennbar sind aber auch bei Schülern der 2. Klasse die **lückenhaften Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis**. Die Situation hat sich bei der Diphtherie-Tetanus-Impfung im Vergleich zu Vorjahren deutlich **verschlechtert**, der Durchimpfungsgrad erreicht erstmals nicht einmal 80 %.

Tabelle 2.12 *Impfstatus der untersuchten Schüler der 2. Klasse zum Zeitpunkt der Schuluntersuchung Zwickau, 2003/2004*

Schüler der 2. Klasse	Diph./Tet./Pert.	Polio	Hib	MMR	Hep B
Ungeimpfte Kinder *)	Pert.: 2	1	6	4	119
Durchimpfungsgrad *)	D: 77,8 % T: 78,4 % P: 63,1 %	97,6 %	97,6 %	88,4 %	72,0 %

*) bezogen auf Kinder mit vorgelegtem Impfausweis

Untersuchungen zeigen, dass **Ursachen für Impflücken** selten Ängste vor Nebenwirkungen der Impfungen sind, auch nicht Zweifel an der Wirksamkeit des Impfschutzes oder die totale Ablehnung von Impfungen, sondern dass vielmehr Unwissen über den Nutzen von Impfungen und Sorglosigkeit über die Schwere möglicher Erkrankung ursächlich für die registrierte Impfmüdigkeit sind.²¹

Auch für Zwickauer Kinder trifft diese Erklärung zu. Bei den Reihenuntersuchungen wird nur ein kleiner Anteil ungeimpfter Kinder registriert, aber ein großer Teil mit lückenhafter Grundimmunisierung und /oder fehlenden Auffrischimpfungen.

Ursächlich für Impflücken bei Kindern sind also nicht eine große Zahl von Impfgegnern oder Impfskeptikern in der Elternschaft, sondern vor allem mangelndes Bewusstsein und Nachlässigkeit, Impfungen zu vervollständigen.

Auf Grund der Freiwilligkeit von Schutzimpfungen spielt die öffentliche und auch die individuelle Akzeptanz von Impfungen eine zentrale Rolle; auf die Bedeutung und den Nutzen von Impfungen muss deshalb auf allen gesellschaftlichen Ebenen hingewiesen werden. **Der öffentliche Gesundheitsdienst hat dabei eine wichtige Multiplikatorenfunktion.**

²¹ Robert-Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin Nr. 39/2003: 1. Nationale Impfwoche im Mai 2003 in Deutschland

2.5 Zusammenfassung und Fazit

Gesundheitsvorsorge für Kinder und deren Inanspruchnahme

Das vorgestellte System der Gesundheitsvorsorge für Kinder, das aus den Elementen Schutzimpfungen, Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9, und den kinder- und jugendärztlichen sowie zahnärztlichen Untersuchungsangeboten des öffentlichen Gesundheitsdienstes besteht, bietet gute Voraussetzungen für umfassende Gesundheitsfürsorge, Gesundheit. Alle genannten Präventionsangebote sind in Zwickau vorhanden, teilweise werden sie aber nur lückenhaft genutzt.

Folgende Probleme bestehen:

- **Impflücken infolge nachlässiger Inanspruchnahme**
- **schlechte Teilnahmeraten der U-Untersuchungen bei Hauskindern**
- **große Zahl von Restanten bei Kita-Untersuchungen**
- **Hauskinder sind derzeit vom Untersuchungsangebot des Gesundheitsamtes für Kinder im Vorschulalter ausgeschlossen**
- **regionale, stadtteilspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Präventionsangebote**

Folgende Schwerpunkte für eine Verbesserung der Situation werden gesetzt:

- **Verbesserung der Durchimpfungsraten. Besonders ist auf die Vervollständigung der Tetanus-Diphtherie-Pertussis-Impfung und der MMR-Impfung entsprechend der Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision zu achten.**
- **Beachtung von Vorsorgestatus und Impfstatus bei Anmeldung in der Kindertageseinrichtung, ggf. Hinweis zur Vervollständigung.**
- **Entwicklung von Zugangsstrategien für Hauskinder, die ebenfalls vom Kita-Untersuchungsangebot profitieren sollten.**
- **Schaffung der Möglichkeit eines Untersuchungsangebotes für Restanten der Kita-Untersuchungen.**
- **Zielgruppenspezifische Ausrichtung aller Projekte zur Gesundheitsförderung für Kinder entsprechend regionalem Handlungsbedarf.**

3. Aspekte des Gesundheitszustandes Zwickauer Kinder in der Phase des Übergangs von der Kita zur Schule

3.1 Allgemeine Einschätzung der gesundheitlichen Lage

Heutzutage ist die Gesundheit der Kinder kaum bedroht von schwerwiegenden oder todbringenden Erkrankungen, wie sie noch vor 50 Jahren recht häufig waren. Zurückgegangen sind insbesondere Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Kinderlähmung, Diphtherie, Ruhr, Typhus) und Mangelkrankungen.

Dieser eigentlich positiven Entwicklung steht in den letzten 15 Jahren deutschlandweit die drastische Zunahme von kindlichen Gesundheitsstörungen entgegen, die weniger der landläufigen Auffassung von behandlungsbedürftigen Erkrankungen entsprechen, jedoch die gesunde Entwicklung, Sozialverhalten und Bildungschancen betroffener Kinder in erheblichem Maße nachteilig beeinflussen.

Als zentrale Gesundheitsprobleme im Kindesalter werden unter anderem benannt:²²

- **Störungen der motorischen Entwicklung und Koordination**
- **Störungen der Sprech- und Sprachentwicklung**
- **Hör- und Sehstörungen**
- **psychosoziale Verhaltensauffälligkeiten, Konzentrationsstörungen, Aggressivität**
- **Ernährungsstörungen und problematisches Essverhalten**

Alle genannten Gesundheitsprobleme beinhalten nicht das Wort „Krankheit“, sondern „Störung“ oder „Auffälligkeit“, dennoch können es Gesundheitsprobleme mit Krankheitswert sein, die der allseitigen gesunden Entwicklung der Kinder entgegen stehen.

Nicht nur in wissenschaftlichen Studien, Gesundheitsberichten des Bundes und der Länder²³ werden **Besorgnis erregende Häufigkeitszuwächse bei den genannten Befundgruppen** beschrieben, sondern auch in Zwickau wurde diese Problematik in mehreren kommunalen Gesundheitsberichten und Gesundheitskonferenzen thematisiert.

Die **Ursachen dieser Entwicklung** sind vielschichtig. Zu den wichtigsten Ursachen gehören neben gesellschaftlichen Veränderungen problematische Familien- und Sozialstrukturen und Armut. Aber auch „Wohlstandsverwahrlosung“, geänderter Lebensstil und neues Freizeitverhalten mit vermehrtem passiven Medienkonsum sind für die Gesundheit der Kinder folgenreich. Die Doppelbelastung aus sozialer Benachteiligung und gesundheitlichen Störungen erweist sich dabei als besonders schwerwiegend.

Berichte und Studien belegen, dass etwa drei Viertel aller Kinder keine schwerwiegenden gesundheitlichen Probleme haben, dass aber 20 % bis 30 % in vielfältiger Hinsicht betroffen sind. Diese Ergebnisse werden - mit leichten Schwankungen - bundesweit registriert.

Besonders nimmt die Zahl der Kinder mit kombinierten sprachlichen und motorischen Defiziten und Auffälligkeiten des Sozialverhaltens zu.

Es handelt sich hierbei zumeist um Entwicklungsverzögerungen oder Fehlentwicklungen, die die schulische und soziale Entwicklung erschweren und sich damit erheblich auf den weiteren Lebensweg eines Kindes auswirken werden.

Forschungsergebnisse zeigen, dass sich bei den betroffenen Kindern häufig organische

²² Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen

²³ Siehe Literaturverzeichnis im Anhang des Berichtes.

Ursachen für die Entwicklungsretardierung nachweisen lassen, für nicht wenige Kinder aber lediglich die nicht ausreichende Entfaltung der Basiskompetenzen ursächlich ist.

Das bedeutet, dass diese Kinder in der vorschulischen Entwicklungsphase nicht ausreichend motorisch und/oder sprachlich angeregt werden. Familiäre Erziehungs- und Anregungssysteme bieten vielfach zu wenig motorische, sprachliche und kognitive Anstöße.

Erzieher und Pädagogen sind zunehmend gefordert, kompensatorisch entgegen zu wirken. Aber auch von den **Medizinern** wird vermehrt verlangt, subsidiär an die Stelle der Erziehungsinstanzen zu treten, um die durch Erziehungsdefizite verursachten Entwicklungsdefizite der Kinder therapeutisch zu kompensieren.

Die Medizin ist aber keine soziale Arznei, die hier allein heilen kann. Gefordert werden muss ein **vernetztes Handeln der Mediziner gemeinsam mit Erziehern und Pädagogen**.

Von ihrem sozialen und pädagogischen Ansatz her sind **Kindertageseinrichtungen als „Entwicklungsanreger“** hervorragend geeignet. In Sachsen werden sie (wieder) als wichtige Entwicklungs- und Bildungsinstanz begriffen. Insbesondere für sozial benachteiligte Kinder beinhalten diese Einrichtungen oftmals die beinahe einzige Chance für motorische, sprachliche und geistige Anregung.

In Kindertageseinrichtungen können Kinder – ergänzend (oder auch stellvertretend) zur Betreuung in der Familie - wichtige **Basiskompetenzen und Schlüsselqualifikationen** erlernen, die Voraussetzung für eine **altersgerechte gesunde Entwicklung** sind:

- sozial-emotionale Fähigkeiten und Fertigkeiten
(Freunde finden, anderen helfen, miteinander teilen, mit anderen mitfühlen)
- lernmethodische und kognitive Fähigkeiten und Fertigkeiten
(Mengenvorstellungen, Zusammenhänge erkennen, Freude am Lernen)
- sprachlich-kommunikative Fähigkeiten und Fertigkeiten
(klare und verständliche Sprache, Satzbildung, Grammatik, Zuhören und Erzählen)
- körperlich-motorische Fähigkeiten und Fertigkeiten
(An- und Ausziehen, Malen, Schneiden, Balancieren, Hüpfen, Freude an der Bewegung)
- alltags-themenorientierte Grundkenntnisse
(Wissen über Natur, Technik und elementare Fragen des Lebens, wie Gesundheitsverhalten und Verhalten im Straßenverkehr)
- musisch-künstlerische Fähigkeiten
(Musizieren, Tanzen, Malen, Talente entfalten)

Diese komplexen Schlüsselqualifikationen haben sich in der Regel herausgebildet, wenn das Kind vom Vorschulalter ins Schulalter wechselt.

Bei den **schulärztlichen Einschulungsuntersuchungen** erfolgt deshalb nicht nur eine medizinisch-körperliche Untersuchung, sondern es wird auch der allgemeine Entwicklungsstand der Kinder überprüft, um Defiziten therapeutisch und heilpädagogisch zu begegnen.

Die nachfolgend dargestellte **Auswahl Zwickauer Untersuchungsergebnisse** ²⁴ orientiert sich an den vorn genannten, deutschlandweit registrierten, zentralen Gesundheitsproblemen im Kindesalter. Dabei ist die Gegenüberstellung der Befundhäufigkeiten der Schulanfänger mit Befundhäufigkeiten der neuen Kita-Untersuchung besonders aufschlussreich und ermöglicht eine Schwerpunktsetzung künftiger präventiver Maßnahmen.

²⁴ Die im Gliederungspunkt 3 dargestellten Analysen und Daten basieren auf Zwickauer Untersuchungsergebnissen in Kindertageseinrichtungen 2003/2004 für Kinder im 4. Lebensjahr, auf Einschulungsuntersuchungen 1997/98 bis 2003/2004 und auf Vergleichszahlen für den Freistaat Sachsen (Mittelwerte der Befundhäufigkeiten sächsische Kreise).

3.2 Motorisch-koordinative Entwicklungsstörungen

Kinder entdecken ihre Umwelt durch Bewegung, sie entwickeln Körperkoordination und Gleichgewicht. Dabei werden spätere kognitive Fähigkeiten ganz entscheidend geprägt.

Eingeschränkte Wahrnehmungs- und Bewegungserfahrung im Kindesalter können körperliche Leistungsbeeinträchtigungen sowie **motorische Defizite und Auffälligkeiten** verursachen. Diese wiederum führen – entsprechend der Bedeutung der Motorik für die Entwicklung des Kindes – zu Auffälligkeiten in anderen Bereichen. Hier sind insbesondere negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Sozialverhaltens, aber auch Störungen im Bereich des Lern- und Leistungsverhaltens zu nennen.

Medizinisch werden motorische Störungen oder Entwicklungsdefizite unterschieden in **Auffälligkeiten der Feinmotorik** (z. B. Defizite bei der Auge-Hand-Koordination: Kind hat Schwierigkeiten beim Malen oder Schneiden) und **Auffälligkeiten der Grobmotorik** (z. B. mangelnde Körperkoordination: Kind hat Probleme beim Hüpfen, Springen, Balancieren). Beide Befundgruppen treten häufig kombiniert auf und sind vielfach auch mit sprachlichen Entwicklungsrückständen und psychosozialen Auffälligkeiten verbunden.

Im Berichtszeitraum war die Befund-Unterscheidung Grob- / Feinmotorik nur bei Kita-Untersuchungen möglich, künftig wird auch zur Einschulungsuntersuchung differenziert.

Tabelle 3.1 Motorisch-koordinative Entwicklungsstörungen und Haltungsschwäche Zwickau, Einschulungsuntersuchungen 1999/2000 bis 2003/2004, Kita-Unters. 2003/2004

Motorisch-koord. Entwicklungs-rückstand bei Schulanfängern	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
Zahl betroffener Kinder	43	51	58	70	47
Befundhäufigkeit in Prozent	8,2 %	9,9 %	10,6 %	11,7 %	8,1 %
<i>darunter Arztüberweisung</i>	1,9 %	2,7 %	3,7 %	5,4 %	1,9 %
<i>bereits in Behandlung</i>	5,5 %	3,3 %	4,8 %	4,8 %	5,0 %
Haltungsschwäche bei Schulanfängern	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
Zahl betroffener Kinder	47	50	47	54	42
Befundhäufigkeit in Prozent	8,9 %	9,7 %	8,6 %	9,0 %	7,2 %
<i>darunter Arztüberweisung</i>	2,5 %	3,5 %	4,8 %	5,2 %	2,4 %
<i>bereits in Behandlung</i>	3,0 %	1,8 %	2,8 %	2,3 %	1,7 %
Störung der Feinmotorik bei Kita-Kindern	2003/2004	Störung der Grobmotorik bei Kita-Kindern		2003/2004	
Zahl betroffener Kinder	30	Zahl betroffener Kinder		32	
Befundhäufigkeit in Prozent	9,6 %	Befundhäufigkeit in Prozent		10,3 %	
<i>darunter Arztüberweisung</i>	3,2 %	<i>darunter Arztüberweisung</i>		3,2 %	
<i>bereits in Behandlung</i>	2,3 %	<i>bereits in Behandlung</i>		2,3 %	

Im Untersuchungszeitraum 2003/2004 fielen bei der **Kita-Untersuchung** 47 Kinder von insgesamt 311 Untersuchten mit einer **Motorik-Störung** auf (**15 %**), bei einem Drittel dieser Kinder (15) traten die fein- und grobmotorischen Probleme kombiniert auf.

Knapp die Hälfte der festgestellten Befunde sind **Minimalbefunde**, die durch verstärkte Bewegungsförderung ausgeglichen werden könnten. Nur für wenige der behandlungsbedürftigen Kita-Kinder läuft bereits eine adäquate Behandlung / Therapie (siehe *Tabelle 3.1*).

Zu **Einschulungsuntersuchungen** wurden in den letzten Jahren relativ gleichbleibend ca. **10 %** Schulanfänger mit motorischen Entwicklungsstörungen registriert. In dieser Altersgruppe werden kaum noch Minimalbefunde festgestellt. Kinder mit behandlungsbedürftigen Befunden befinden sich zum überwiegenden Teil bereits in Therapie. Dennoch erhielten im letzten Jahr 11 Kinder eine Arztüberweisung, für die der Befund erstmals gestellt wurde. Es wird in diesen Fällen schwierig sein die Defizite bis zum Schulbeginn noch auszugleichen.

Bemerkenswert ist, dass 5 der 11 Kinder mit bisher unbehandeltem Motorikbefund Hauskinder sind, und dass nur drei dieser 11 Kinder die U9 in Anspruch genommen hatten.

Die Kita-Untersuchungen werden in Einzelfällen einen frühzeitigeren Therapiebeginn bewirken, für Hauskinder bleibt dies aber ausgeschlossen, wenn sie nicht in das Untersuchungsangebot eingeschlossen werden.

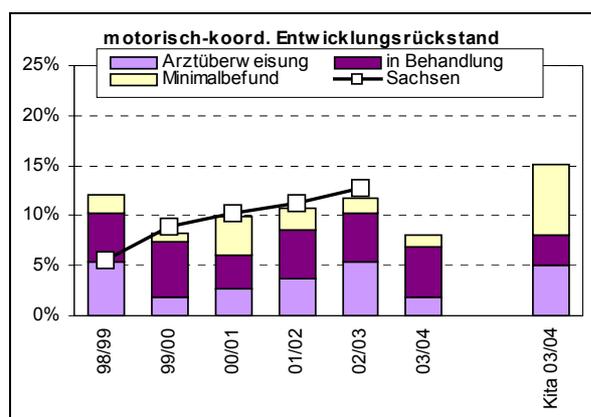


Abb. 3.1 Motorisch-koordinative Probleme bei Schulanfängern / Kita-Kindern Zwickau, 1998/99 bis 2003/04 Sachsen, 1998/99 bis 2002/03

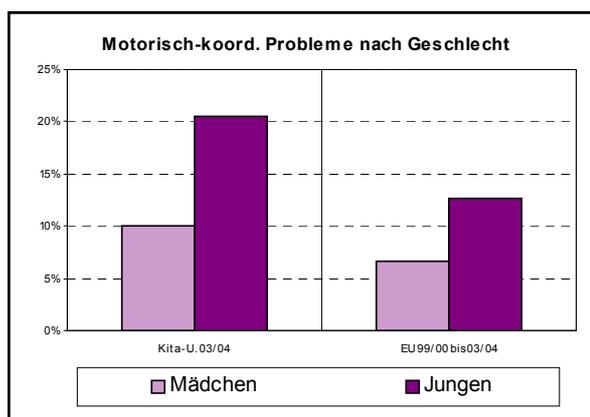


Abb. 3.2 Motorisch-koordinative Probleme nach Geschlecht der Kindergartenkinder und Schulanfänger Zwickau, zus.gef. Untersuchungsjahre

Motorisch-koordinative Entwicklungsstörungen weisen eine typische Geschlechterverteilung auf: **Jungen sind deutlich häufiger betroffen als Mädchen** (siehe Abbildung 3.2).

Viele der Kinder mit motorisch-koordinativen Entwicklungsstörungen weisen Defizite bei körperlichen Ausdauerleistungen, altersgerechter Körperkraft und der Koordinationsfähigkeit auf. Einhergehend mit einer verringerten körperlichen Leistungsfähigkeit werden häufig im Grundschulalter Haltungsschäden festgestellt und daraus können wiederum mit zunehmendem Schulalter manifeste Wirbelsäulenschäden entstehen.

Haltungsschwäche ist der zweithäufigste Befund bei Reihenuntersuchungen in der 2. Klasse, 7 % der Schulanfänger und 12,5 % der Zweitklässler sind betroffen.

Folgende **Risikofaktoren** bestehen im Kindesalter für die Herausbildung von Haltungsschwäche und Haltungsschäden:

- Bewegungsmangel, bewegungsarme Freizeitgestaltung
- Zu schwere Ranzen gefährden im Wachstumsalter die Gesundheit des Kindes (Als Richtwert gilt, dass das Gewicht des gefüllten Ranzens 10 % des Körpergewichts nicht überschreiten darf.)
- Auswahl von körpergrößenangepasstem Schulmobiliar

Bewegungsreiche Gestaltung des Familienlebens, verstärkte Angebote zur sportlichen Betätigung im Kindergarten, Sportförderunterricht in der Schule und Initiierung bewegungsfördernder Gesundheitsprojekte können die bestehende Situation verbessern.

3.3 Sprachstörungen und Auffälligkeiten der Sprachentwicklung

Der Erwerb der Sprache ist eine bedeutende Entwicklungsaufgabe, die das Kind von seiner Geburt an zu leisten hat. Jedes gesunde Kind bringt eine angeborene Bereitschaft mit, Sprache erlernen zu können. Etwa mit 4 Jahren hat das Kind in der Regel die wesentlichen Strukturen seiner Muttersprache erworben. Der altersgemäße Erwerb der Sprache ist eine wichtige Voraussetzung für den günstigen Verlauf der Gesamtentwicklung des Kindes.

Sprachstörungen beeinträchtigen die Kommunikation des Kindes mit seiner Umwelt und **behindern die schulische Entwicklung**. Sie sind aber in der Regel gut behandelbar und durch logopädische Therapie heilbar – wenn diese Therapie rechtzeitig einsetzt.

Die Sprachtests in Kindergärten und vor der Einschulung ermöglichen eine Differenzierung von **Sprachentwicklungsstörungen, Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, Spracharmut oder Problemen mangelnden Zweitspracherwerbs** bei Kindern mit nichtdeutscher Muttersprache. Statistisch werden diese unterschiedlichen Befundauffälligkeiten unter einer Befundgruppe subsumiert, die - salopp gesagt - unter dem Begriff „schlecht sprechen“ zusammengefasst wird.

Differenziert wird aber zwischen **behandlungsbedürftigen Sprachbefunden**, die entweder abklärungsbedürftig sind (bisher keine Behandlung, Überweisung Arzt / Logopäde) oder bereits behandelt werden (Therapie läuft), und sogenannten **Minimalbefunden**, die (zunächst) vermehrter Aufmerksamkeit, aber (noch) keiner Therapie bedürfen.

Tabelle 3.2 Sprachstörungen bei Schulanfängern und 4-jährigen Kindergartenkindern Zwickau, Einschulungsuntersuchungen 1999/2000 bis 2003/2004, Kita-Unters. 2003/2004

Sprachstörungen - Schulanfänger	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
Zahl betroffener Kinder	108	81	85	78	104
Befundhäufigkeit in Prozent	20,5 %	15,8 %	15,6 %	13,0 %	17,9 %
<i>darunter</i> <i>Arztüberweisung</i>	7,0 %	4,5 %	4,8 %	2,7 %	2,6 %
<i>bereits in Behandlung</i>	11,4 %	8,4 %	8,1 %	8,0 %	13,1 %
Sprachstörungen - Kita-Kinder					2003/2004
Zahl betroffener Kinder					99
Befundhäufigkeit in Prozent					31,8 %
<i>darunter</i> <i>Arztüberweisung</i>					14,5 %
<i>bereits in Behandlung</i>					3,9 %

Insgesamt wurden bei Kita-Untersuchungen erschreckend viele Sprachstörungen diagnostiziert. Fast **ein Drittel der untersuchten Kita-Kinder spricht schlecht**, wobei die im Vorschulalter zu tolerierende Sprachstörung eines isolierten Sigmatismus (Lispeln) **nicht eingerechnet** ist. Es muss aber beachtet werden, dass für **knapp die Hälfte** der betroffenen Kinder ein sogenannter **Minimalbefund** erhoben wurde. Die Eltern erhalten in diesen Fällen eine entsprechende Mitteilung zur Beachtung und auch die Erzieherinnen sollten über diesen Befund informiert sein, damit sie allgemein sprachfördernd Einfluss nehmen können. Epidemiologisch bedeutsam ist, dass 57 Kinder, das sind **18 %** - also jedes fünfte bis sechste Kita-Kind - **behandlungsbedürftige Sprachbefunde** aufwiesen. Weniger als ein Viertel dieser behandlungsbedürftigen Kinder erhielt aber zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits Behandlung bzw. Therapie.

Für 45 Kinder wurde der **Befund einer Sprachstörung erstmals diagnostiziert**, den Eltern dieser Kinder wurde ein Arztbesuch zwecks logopädischer Überweisung empfohlen. Das ist ein sehr wichtiges Ergebnis der Kita-Untersuchung, das dazu beitragen könnte Sprachauffälligkeiten im Schuleingangsalter zu verringern.

Sprachstörungen betreffen Jungen deutlich häufiger als Mädchen. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied ist bei Sprachstörungen typisch und zeigt sich sowohl bei Kita-Kindern als auch bei Schulanfängern (siehe *Abbildung 3.4*).

Insgesamt ähnelt die **sprachliche Situation der Einschüler** der der Kita-Kinder. Zunächst fällt aber auf, dass die **Gesamthäufigkeit von Sprachauffälligkeiten** mit **18 %** deutlich niedriger als bei Kita-Kindern ist, betrachtet man aber den **Anteil behandlungsbedürftiger Sprachstörungen**, so sind diese Häufigkeiten nahezu gleich (**16 %** bei Schulanfängern vs. **18 %** bei Kita-Kindern). Bei Schulanfängern werden also vor allem viel weniger Minimalbefunde registriert. Die Vermutung liegt nahe, dass sich minimale Sprachauffälligkeiten bis Schulbeginn „verwachsen“. Diese Hypothese wird zu evaluieren sein, wenn in 2 Jahren die jetzt untersuchten Kita-Kinder im Einschulalter erneut untersucht werden.

Ein deutlicher Unterschied zeigt sich aber bei der Betrachtung der **Kinder, die sich bereits in ärztlicher Kontrolle bzw. logopädischer Behandlung befinden**. Bei Kita-Kindern waren zum Zeitpunkt der Untersuchung nur **21 %** der behandlungsbedürftigen Kinder bereits in Therapie, während im Einschulalter bereits **84 %** therapeutisch behandelt wurden.

In den Kita-Untersuchungen wurden also zum großen Teil Erstbefunde bezüglich der Sprache registriert, während bei Einschulungsuntersuchungen nur noch wenige sprachliche Defizite erstmals registriert wurden.

Bei der Einschulungsuntersuchung wurde für **15 Schulanfänger** eine Sprachstörung erstmals festgestellt, diese Kinder erhielten eine Überweisung zur logopädischen Behandlung. Hauskinder waren in dieser Gruppe überprozentual häufig vertreten.

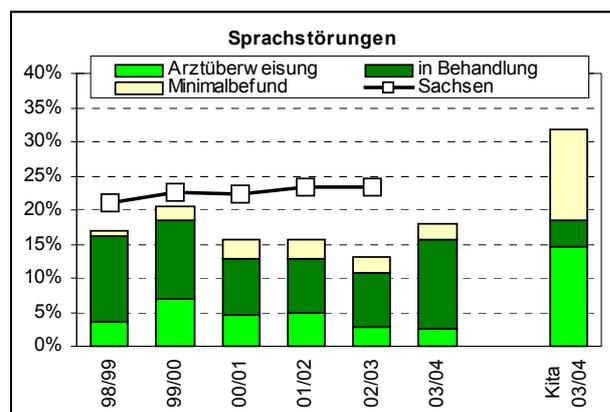


Abb. 3.3 Sprachstörungen nach Befundstatus bei Schulanfängern / Kita-Kindern Zwickau, 1998/99 bis 2003/04 Sachsen, 1998/99 bis 2002/03

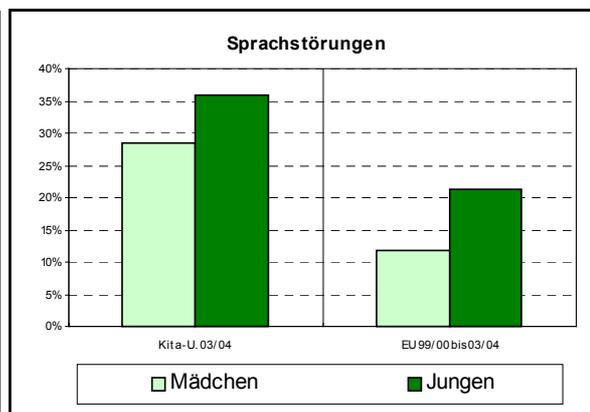


Abb. 3.4 Sprachstörungen nach Geschlecht Kindergartenkinder und Schulanfänger Zwickau, zus.gef. Untersuchungsjahre

Die *Abbildung 3.3* konnte in den letzten Jahren immer sehr erfreut interpretiert werden, zum einen, weil die in Zwickau registrierten Häufigkeiten bezüglich der Sprachbefunde deutlich unter sächsischen Mittelwerten lagen und andererseits, weil die Befundhäufigkeit seit 2000 leicht abnahm. Im letzten Untersuchungsjahr ist aber wieder ein Anstieg zu verzeichnen, der der sächsischen Entwicklung – zwar auf etwas niedrigerem Niveau - zu folgen scheint.

Als Gründe für die günstigeren Befundhäufigkeiten in Zwickau gegenüber dem sächsischen Durchschnitt wird die gute und kontinuierliche logopädische Betreuung, die funktionierende Frühförderung auf diesem Gebiet und die gute Qualität der Kita-Betreuung angegeben. Diese Rahmenbedingungen, zusammen mit der frühzeitigeren Erfassung von Sprachbefunden durch die Kita-Untersuchung, sollten weitere Situationsverbesserungen ermöglichen.

Sprachprobleme nichtdeutscher Kinder mit der deutschen Sprache treten auch in Zwickau auf, die Problematik spielt aber in der Gesamtheit der Sprachprobleme derzeit eine untergeordnete Rolle (3 % Kinder nichtdeutscher Abstammung bei Einschülern). Da sich aber in dieser Bevölkerungsgruppe besonders viele Hauskinder befinden, werden diese durch die Kita-Untersuchung nicht erfasst und das Sprachproblem bleibt möglicherweise bis zur Schuleingangsuntersuchung unerkannt. Im Einzelfall ist es deshalb sehr wichtig, ausländische Kinder frühzeitig zu integrieren und für sie eine Kita-Betreuung zu organisieren, damit ein hinreichender Erwerb der deutschen Sprache vor Schulbeginn gewährleistet ist.

Probleme im Bereich der verbalen Kommunikationsfähigkeit treten in der Entwicklung des Kindes oftmals kombiniert mit anderen Störungen auf.

Knapp die Hälfte der Kita-Kinder mit behandlungsbedürftigen Sprachstörungen wies auch motorische Defizite auf, deshalb wurden diesen Kindern neben logopädischer Förderung auch ergotherapeutische bzw. physiotherapeutische Maßnahmen empfohlen.

Bei Schulanfängern wurde diese Befundkombination bei einem Viertel der Kinder registriert. Auch eine Kombination mit psychovegetativen Auffälligkeiten ist häufig. Ein Viertel der Einschüler mit Sprachschwierigkeiten weist auch Verhaltensstörungen auf.

In der Literatur wird angegeben, dass Sprachstörungen sehr stark vom Sozialstatus der Familien abhängen. In Zwickau lässt sich dies ebenfalls nachweisen, da **Sprachstörungen in Stadtgebieten mit hoher Sozialhilfedichte häufiger** registriert wurden.

Zwickauer Ergebnisse zeigen auch, dass Hauskinder häufiger Sprachstörungen haben als Kita-Kinder. **Der Kindergartenbesuch eines Kindes hat also positiven Einfluss auf dessen Sprachentwicklung.**

Verglichen mit anderen gesundheitlichen Befunden im Vorschulalter treten Sprachstörungen sehr häufig auf. Sie sind aber in diesem Alter präventiv gut beeinflussbar. Bei frühzeitiger Erfassung von Sprachproblemen, individueller Diagnostik und logopädischer Behandlung kann die Sprachentwicklung Vierjähriger positiv beeinflusst werden. Das Alter von 3 bis 5 Jahren ist optimal für den Beginn einer logopädischen Therapie und sichert einen günstigen Therapieverlauf. Nachteilige Auswirkungen der Sprachprobleme auf die spätere Schullaufbahn des Kindes können somit wirkungsvoll minimiert werden.

Die Ergebnisse der Kita-Untersuchungen zeigen, dass das Ziel einer frühzeitigeren Erfassung der Sprachstörungen mit dem neuen Untersuchungsangebot gewährleistet wird, dass aber die „Risikogruppe“ Hauskinder nicht erreicht wird.

Eine Prävention der Sprachentwicklungsverzögerungen und Sprachstörungen im Vorschulalter beinhaltet alle Maßnahmen eines allgemeinen „Sprachtrainings“, wie Anregung zum Sprechen und Erzählen, Zuhören, Singen und gemeinschaftliches Spiel.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen und Präventionsprojekte im Setting Kindertageseinrichtungen sollten stets auch Angebote zur Sprachförderung und zur Verbesserung des Sprachvermögens beinhalten.

3.4 Seh- und Hörstörungen

Ein vollständiges Seh- und Hörvermögen ist eine Grundvoraussetzung für die Bewältigung des Schulalltags und damit für den Lernerfolg in der Schule. Die Früherkennung von Seh- und Hörstörungen vor der Einschulung eines Kindes ist daher außerordentlich wichtig.

Darüber hinaus hat das Hörvermögen eine besondere Bedeutung für die Sprachentwicklung des Kindes und ist damit wichtig für das Erlernen von Lesen und Schreiben. Visuelle und akustische Wahrnehmungen prägen den gesamten Bildungsprozess.

Bei Vorschulkindern besteht das Problem, dass selbst eine ausgeprägte Sehstörung oft vom Kind und dessen Eltern nicht bemerkt wird. Zu Einschulungsuntersuchungen wird dann jährlich eine große Zahl von Kindern mit Verdacht auf Sehleistungsminderungen festgestellt, die zur Befundabklärung zum Augenarzt geschickt werden. Diese Kinder waren zuvor meistens noch nicht in augenärztlicher Kontrolle.

Ganz ähnlich verhält es sich bei Hörstörungen, auch diese bleiben bei mildereren Formen im Vorschulalter oft unerkannt.

Die Kita-Untersuchungen sollen die Früherkennung von Seh- und Hörstörungen verbessern und für eine zeitigere Befundkorrektur durch Brille oder Hörgerät sorgen, um mögliche Folgeschäden zu minimieren.

In Zwickau sind Sehstörungen seit Jahren der am häufigsten registrierte Befund für Schulanfänger. **Jeder vierte Schulanfänger wies eine Sehleistungsminderung auf.**

Für rund 60 % dieser betroffenen Kinder war dieser Befund vorher noch nicht bekannt oder die Sehschwäche war zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht optimal durch eine Brille korrigiert, so dass für diese Kinder Überweisungen zum Augenarzt ausgestellt wurden. Etwa 40 % der befundauffälligen Kinder waren bereits durch Brillen adäquat versorgt.

Diese Verteilung ist seit Jahren nahezu unverändert und unterstreicht die Wichtigkeit der Befundermittlung vor der Einschulung des Kindes.

Tabelle 3.3 Seh- und Hörstörungen bei Schulanfängern und 4-jährigen Kindergartenkindern Zwickau, Einschulungsuntersuchungen 1999/2000 bis 2003/2004, Kita-Unters. 2003/2004

Sehstörungen - Schulanfänger	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
Zahl betroffener Kinder	141	159	152	163	143
Befundhäufigkeit in Prozent	26,8 %	30,9 %	27,9 %	27,3 %	24,7 %
<i>darunter Arztüberweisung</i>	15,2 %	20,4 %	16,5 %	16,1 %	14,5 %
<i>bereits in Behandlung</i>	11,4 %	10,3 %	11,0 %	11,0 %	9,1 %
Hörstörungen - Schulanfänger	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
Zahl betroffener Kinder	33	17	24	12	32
Befundhäufigkeit in Prozent	6,3 %	3,3 %	4,4 %	2,0 %	5,5 %
<i>darunter Arztüberweisung</i>	3,0 %	1,6 %	3,3 %	0,5 %	3,4 %
<i>bereits in Behandlung</i>	2,7 %	1,0 %	1,1 %	1,2 %	2,1 %
Sehstörungen bei Kita-Kindern	2003/2004	Hörstörungen bei Kita-Kindern		2003/2004	
Zahl betroffener Kinder	48	Zahl betroffener Kinder		26	
Befundhäufigkeit in Prozent	15,4 %	Befundhäufigkeit in Prozent		8,4 %	
<i>darunter Arztüberweisung</i>	9,3 %	<i>darunter Arztüberweisung</i>		6,4 %	
<i>bereits in Behandlung</i>	4,8 %	<i>bereits in Behandlung</i>		1,3 %	

Zwickauer Ergebnisse der Kita-Untersuchung weisen **Beeinträchtigungen des Sehvermögens bei 15 % der Kita-Kinder** aus. Nur ein Drittel dieser Kinder war bereits durch eine Brille optimal versorgt, zwei Drittel der untersuchten Kinder erhielten eine Elterninformation mit Empfehlung zur augenärztlichen Kontrolle.

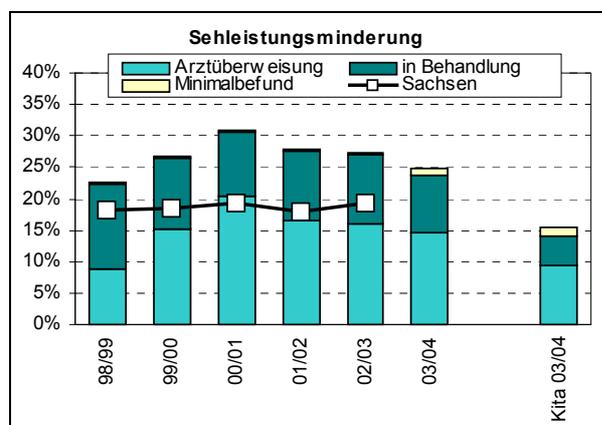


Abb. 3.5 Sehstörungen Schulanfänger / Kitakinder Zwickau, 1998/99 bis 2003/04 Sachsen, 1998/99 bis 2002/03

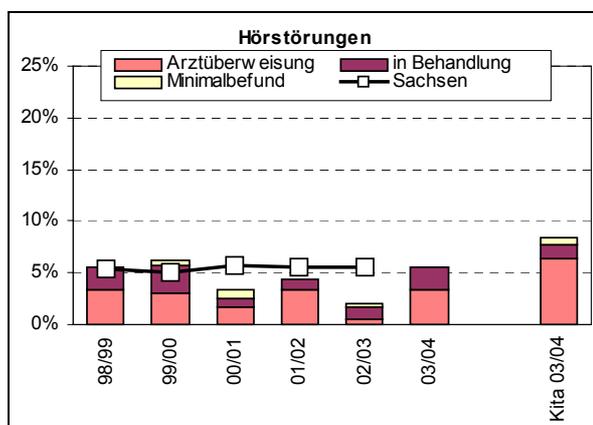


Abb. 3.6 Hörstörungen Schulanfänger / Kitakinder Zwickau, 1998/99 bis 2003/04 Sachsen, 1998/99 bis 2002/03

Der **Befund einer Hörstörung** bzw. dessen Verdacht wird bei Einschulungsuntersuchungen für etwa **5 % der Schulanfänger** festgestellt, im Jahr 2003/2004 betraf das 32 Kinder. *Abbildung 3.6* zeigt für die vergangenen 5 Untersuchungsjahre recht schwankende Befundhäufigkeiten, für die sich **kein Trend** feststellen lässt. (Kleine Häufigkeiten weisen auf seltenere Erscheinungen – und diese sind dann größeren Schwankungen ausgesetzt.) Auch jeder Verdacht auf eine Hörstörung wird zur Abklärung an den HNO-Arzt überwiesen. Den rund 3 % Kindern mit Arztüberweisungen stehen etwa 2 % Kinder gegenüber, die sich bereits in fachärztlicher Behandlung befinden.

Bei der **Kita-Untersuchung** wurden für **8 % der Kinder auffällige Hörbefunde** registriert. Nur ganz wenige dieser Kinder befanden sich bereits in HNO-ärztlicher Behandlung, für die meisten Kinder, die beim Hörtest auffielen, war eine Hörstörung jedoch bisher nicht bekannt. Die Eltern erhielten in diesen Fällen eine Empfehlung zur fachärztlichen Kontrolle.

Bei Befunden zum Sehen und Hören sind **Mädchen und Jungen gleichermaßen betroffen**, geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen nicht.

Durchgeführte Früherkennungsuntersuchungen haben für die beiden Befundgruppen zum Sehen und Hören eine deutliche Relevanz: Schulanfänger, die an der U9 teilgenommen hatten, waren doppelt so häufig bereits in augenärztlicher bzw. ohrenärztlicher Behandlung, wie Kinder die die U9 versäumt haben.

Sehstörungen und Hörschäden sind präventiv nicht umfassend zu beeinflussen. Einige **Risikofaktoren** für die Entstehung dieser Störungen sollten aber beachtet werden.

- Risiko von Sehschäden:
schlechte Beleuchtung, extreme Sonne ohne Lichtschutz
- Risiko lärmbedingter Gehörschäden:
Permanente Lärmbelastung, Freizeitlärm, Unterhaltungselektronik (Kopfhörer)
Lautes Spielzeug (z. B. Knackfrösche, Zündplättchen-Pistolen, Trillerpfeifen oder Spielzeugtrompeten) kann durch plötzliche, extreme Lautstärke das Gehör schädigen.

3.5 Psychosoziale Störungen

Eltern schildern zur Einschulungsuntersuchung manchmal über Befindlichkeits- oder Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder, die sowohl das Kind als auch die familiäre Situation belasten. Dazu gehören z. B. motorische Unruhe, mangelnde Ausdauer, leichte Ablenkbarkeit, schnelle Ermüdung, Nervosität, übergroße Ängstlichkeit, starke Gehemmtheit, übertriebene Eifersucht, Einnässen, Aggressivität, Überschreiten sozialer Regeln.

Die Abgrenzung vorübergehender, entwicklungsbedingter Erscheinungen von krankhaften Befunden, die therapiert werden müssen, ist nicht immer einfach. Die Übergänge von normalen Entwicklungen hin zu Auffälligkeiten sind fließend.

Sowohl der Schweregrad der Störung bzw. Auffälligkeit als auch der Grad der psychosozialen Beeinträchtigung bestimmen die Behandlungs- bzw. Therapiebedürftigkeit.

Medizinisch werden psychosoziale Auffälligkeiten unterschieden in emotionale Störungen, hirnorganisch bedingte Verhaltensdefizite, Störungen des Sozialverhaltens, hyperkinetische Störungen und spezifische Verhaltensauffälligkeiten.

Durch schwere Störungen kann die schulische Entwicklung der Kinder gefährdet sein, insbesondere bei denen, die keine Förderung oder familiäre Unterstützung erhalten.

Experten gehen davon aus, dass ca. 8 bis 15 % der Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig sind und dass sich deren Anteil mit dem Alter kaum verändert, jedoch mit dem Geschlecht deutlich variiert. Bis zur Pubertät sind Verhaltensauffälligkeiten bei Jungen häufiger als bei Mädchen, danach kehrt sich das Verhältnis um.²⁵

Zwickauer Analysen der Einschulungsuntersuchung zeigen in den letzten Jahren Befundhäufigkeiten psychovegetativer Auffälligkeiten **zwischen 7 % und 15 %**.

Die **Geschlechtsspezifität ist deutlich ausgeprägt**, *Abbildung 3.8* zeigt, dass Jungen mehr als doppelt so häufig betroffen sind wie Mädchen.

Bemerkenswert ist, dass die Vorsorgeuntersuchung U9 auf die Früherkennung psychosozialer Störungen keinen Einfluss hat, die Häufigkeit behandlungsbedürftiger Befunde für Kinder mit und ohne U9 sind gleich.

**Tabelle 3.4 Psychovegetative Auffälligkeiten bei Schulanfängern
Zwickau, Einschulungsuntersuchungen 1999/2000 bis 2003/2004**

Psychosoziale Auffälligkeiten	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
Zahl betroffener Kinder	59	51	55	51	42
Befundhäufigkeit in Prozent	11,2 %	9,9 %	10,1 %	8,5 %	7,2 %
<i>darunter</i> Arztüberweisung	1,1 %	1,6 %	2,4 %	2,8 %	2,1 %
<i>bereits in Behandlung</i>	6,5 %	5,6 %	5,9 %	4,0 %	4,7 %

Abbildung 3.7 zeigt den Trend einer Befundabnahme in den letzten Jahren. Zieht man die Daten der *Tabelle 3.4* in die Bewertung mit ein, wird aber deutlich, dass der **Anteil behandlungsbedürftiger Befunde** bei Schulanfängern in den letzten Jahren mit rund 7 % nahezu gleich blieb, aber weniger sogenannte Minimalbefunde dokumentiert wurden. Zwei Drittel der Schulanfänger, für die ein behandlungsrelevanter Befund festgestellt wurde, befanden sich bereits in ärztlicher Obhut bzw. in Therapie, ein Drittel erhielt eine Arztüberweisung.

²⁵ Robert-Koch-Institut, Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, 2004

In der Gruppe der **Hauskinder** ist die Befundhäufigkeit deutlich größer als bei Kita-Kindern (3,8 % vs. 11,4 %). Ein noch viel größerer Unterschied der Befundhäufigkeit wird beim Vergleich **kinderreicher Familien** mit Familien bis zu 3 Kindern registriert (6,1 % vs. 18,5 %).

Da bei den Screening-Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen die Befundgruppe psychosozialer Störungen nicht erfasst wird, ist eine Vergleichsmöglichkeit zur Altersgruppe der 4-Jährigen nicht gegeben.

Die Feststellung von Verhaltensauffälligkeiten und anderen Störungen der seelischen Gesundheit ist nicht primär Inhalt der Kita-Untersuchung. Trotzdem können die Erzieherinnen der Kindertageseinrichtungen wesentlich zur Verbesserung der Früherkennung beitragen, sie nehmen sogar eine Schlüsselposition ein. Die Erzieherin ist zumeist die erste Person außerhalb des familiären Umkreises, die das Kind über einen längeren Zeitraum mit unverstelltem Blick in der sozialen Interaktion erlebt. Berufliche Erfahrungen und die pädagogische Ausbildung ermöglichen Auffälligkeiten des Kindes einzuordnen und zu bewerten. Sie kennt die Stärken und Schwächen der Kinder und kann dem Arzt zur Kita-Untersuchung wertvolle Hinweise geben - das Einverständnis der Eltern vorausgesetzt.

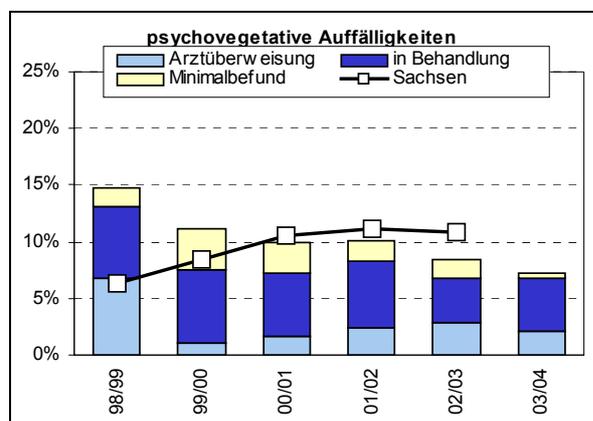


Abb. 3.7 Psychosoziale Auffälligkeiten nach Befundstatus bei Schulanfängern Zwickau, 1998/99 bis 2003/04 Sachsen, 1998/99 bis 2002/03

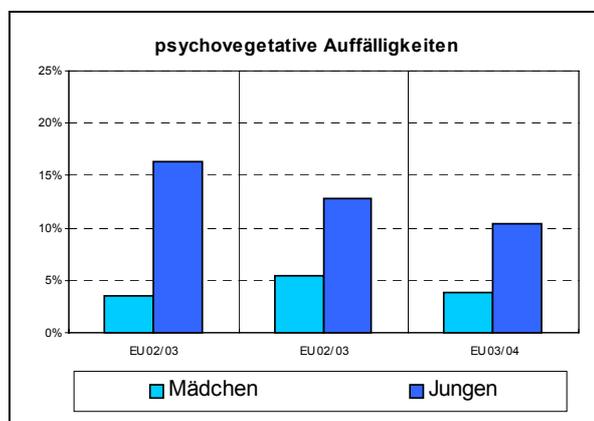


Abb. 3.8 Psychosoziale Auffälligkeiten bei Schulanfängern nach Geschlecht Zwickau, zus.gef. Untersuchungsjahre

Psychosoziale Störungen entstehen durch das Zusammenspiel von Erbinformationen, Lebensweise und Umwelteinflüssen. Vor allem Kinder aus sozial schwachen Familien sind gefährdet. Diese Störungen sind Symptome einer Belastungsbewältigung bei mangelhaften personalen und sozialen Ressourcen. Sie sind durch Verhaltensänderung nicht zurückzudrängen, sondern vor allem durch Gestaltung und Veränderung der familiären Umwelt und durch Gesundheitsförderung zu beeinflussen.²⁶

Für Kinder mit psychosozialen Entwicklungsauffälligkeiten kommt der Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen eine besondere Bedeutung zu.

Eine gute interdisziplinäre Kooperation zwischen pädagogischen und medizinischen Berufsgruppen kann die Situation dieser Kinder deutlich verbessern.

²⁶ Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Universität Bielefeld: Psycho- und somatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Heft 11 2002

3.6 Übergewicht und Adipositas

In Deutschland wird seit Jahren eine wachsende Zahl Übergewichtiger registriert. Als Ursachen dieser Entwicklung gelten Über- und Fehlernährung, Bewegungsmangel und eine ungesunde Lebensführung; aber auch genetische Komponenten beeinflussen die körperliche Konstitution.

Diese Aussagen gelten uneingeschränkt auch für Kinder, wobei besonders familiäre Einflüsse, Vorbilder und Dispositionen eine Rolle spielen.

Medien berichten von einer heranwachsenden Fast-Food-Generation mit XXL-Ausmaßen.

Aus übergewichtigen Kindern werden zumeist auch übergewichtige Erwachsene und es besteht die Gefahr von Krankheiten, die die Lebenserwartung deutlich verkürzen.

Aber bereits im Kindesalter werden vermehrt Folgekrankheiten beobachtet: Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus Typ II, orthopädische Probleme.

Darüber hinaus ist für die betroffenen Kinder das Übergewicht buchstäblich eine große Last. Dicke Kinder werden wegen ihres äußeren Erscheinungsbildes oft gehänselt, was sich negativ auf das ohnehin schon niedrigere Selbstwertgefühl auswirkt. Psychische Beeinträchtigungen sind deshalb häufig die gesundheitliche Folge von Übergewicht.

Übergewicht und Adipositas²⁷ stellen auch für Zwickauer Kinder ein ernst zu nehmendes Problem dar. **Alarmierend ist der Anstieg übergewichtiger Kinder im Altersgang.**

In Zwickau wurden im Untersuchungsjahr 2003/2004 **5 % der Kita-Kinder, 7 % der Schulanfänger, 12 % der Zweitklässler** mit Übergewicht registriert. Ergebnisse der Reihenuntersuchung vergangener Jahre wiesen Übergewicht für rund **15 % der Fünftklässler** aus. *Abbildung 3.9* verdeutlicht die Entwicklung der letzten 10 Jahre.

Diese Ergebnisse zeigen, dass präventive Maßnahmen zur Vermeidung oder zumindest Verminderung von Übergewicht und Adipositas, wie Ernährungserziehung und Bewegungsförderung, bereits bei jüngeren Kindern wichtig und dringend erforderlich sind.

Tabelle 3.5 Übergewicht bei Schulanfängern und 4-jährigen Kindergartenkindern
Zwickau, Einschulungsuntersuchungen 1999/2000 bis 2003/2004, Kita-Unters. 2003/2004

Übergewicht bei Schulanfängern	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
Zahl betroffener Kinder	28	25	31	41	39
Befundhäufigkeit in Prozent	5,3 %	4,9 %	5,7 %	6,9 %	6,7 %
<i>darunter Arztüberweisung</i>	<i>0,8 %</i>	<i>1,6 %</i>	<i>2,2 %</i>	<i>2,2 %</i>	<i>4,3 %</i>
<i>bereits in Behandlung</i>	<i>1,7 %</i>	<i>0,6 %</i>	<i>0,6 %</i>	<i>2,0 %</i>	<i>0,3 %</i>
Übergewicht bei Kita-Kindern					2003/2004
Zahl betroffener Kinder					14
Befundhäufigkeit in Prozent					4,6 %
<i>darunter Arztüberweisung</i>					<i>2,3 %</i>
<i>bereits in Behandlung</i>					<i>2,3 %</i>

Die Untersuchungsergebnisse bis zum Jahr 2003/2004 ermöglichen zwar keine Unterscheidung von übergewichtigen und adipösen Kindern (dies ist erst ab 2004 durch exakte

²⁷ Adipositas = extremes Übergewicht
Definition Adipositas: Body-Mass-Index > 97. Perzentile der geschlechtsspezifischen BMI-Kurve nach Kromeyer-Hauschild
Definition Übergewicht: Body-Mass-Index > 90. Perzentile

Befundabgrenzung möglich), die Zahlen der Arztüberweisungen geben aber einen Hinweis auf medizinischen Behandlungsbedarf - und der ist in der Regel erst bei adipösen Kindern notwendig. **Die Zahl der übergewichtigen Schulanfänger mit Therapiebedarf hat sich in den letzten 5 Jahren verdoppelt.** (1999/2000: 13 Kinder vs. 2003/2004: 27 Kinder)

Bei einem Drittel der Fälle übergewichtiger Vorschulkinder bzw. Schulanfänger besteht jedoch (noch) keine unmittelbare Therapienotwendigkeit, die befundeten BMI-Werte lagen im grenzwertigen Bereich. Den Eltern dieser Kinder wird empfohlen die Gewichtsentwicklung zu beobachten, Lebens- und Ernährungsweise zu überprüfen und zu verändern sowie bei Problemen den Hausarzt bzw. behandelnden Kinderarzt zu konsultieren.

Dies sind zwar keine Maßnahmen, die langfristig Erfolg sichern, sie können aber zumindest ein Problembewusstsein in der Familie schaffen, was als ein wichtiger erster Schritt bei der Bekämpfung von Übergewicht angesehen wird.

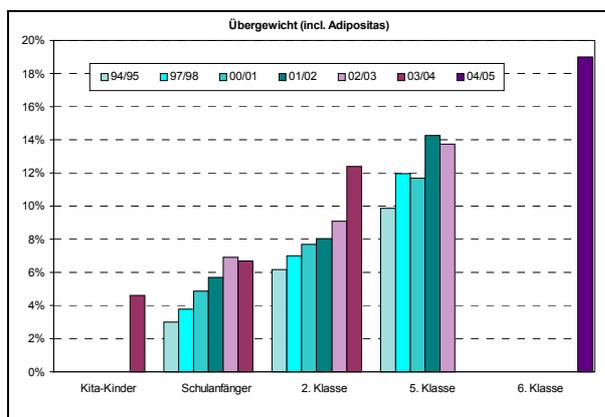


Abb. 3.9 Übergewicht bei Kita-Kindern, Schulanfängern, Schülern der 2., 5., 6. Klasse Zwickau, ausgewählte Schuljahre

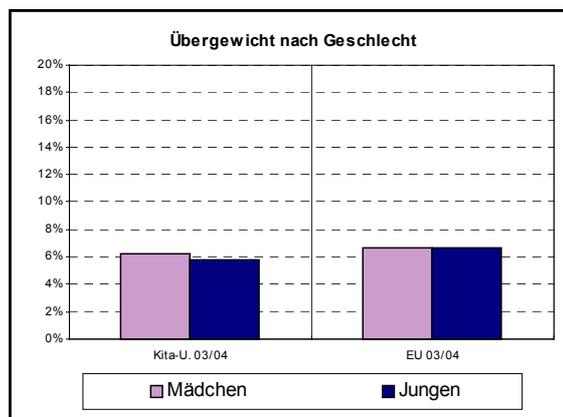


Abb. 3.10 Übergewicht nach Geschlecht Kindergartenkinder und Schulanfänger Zwickau, zus.gef. Untersuchungsjahre

Ein Vergleich minimaler und maximaler Körpermaße zeigt die enorme Streubreite von Körpergröße und Gewicht bei Zwickauer Kindern des Einschulungsjahrgangs.

Tabelle 3.6 Mittelwerte Körpergröße und Körpergewicht der Schulanfänger nach Geschlecht Zwickau, Einschulungsuntersuchungen 1999/2000 bis 2003/2004

	minimale Größe	Mittlere Größe	maximale Größe	minimales Gewicht	Mittleres Gewicht	maximales Gewicht
Mädchen	101 cm	118,4 cm	135 cm	14 kg	21,7 kg	51 kg
Jungen	104 cm	119,3 cm	136 cm	13 kg	22,1 kg	49 kg

Die Tabelle 3.6 zeigt bezüglich Größe und Gewicht minimale **Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen**, die sich bei der geschlechtsspezifischen Häufigkeitsverteilung von Übergewicht aber leicht umkehren (vgl. Abbildung 3.10). Wissenschaftliche Untersuchungen belegen einen wenig konsistenten Geschlechterunterschied bei Schulanfängern.²⁸

Dagegen ist die **Abhängigkeit der Adipositas vom Sozialstatus** durch epidemiologische Forschungsergebnisse bekannt und wird immer wieder bestätigt: Angehörige sozial benachteiligter Gruppen sind vergleichsweise häufiger stark übergewichtig.

²⁸ Prof. Dr. P. Kolip, Zentrum für Public Health der Universität Bremen: Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz – 2004, Heft 3

Im Gesundheitsbericht des Landes Brandenburg wurde der Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Übergewicht bei Schulanfängern eindrucksvoll belegt und der Bericht zeigt, dass dieser Zusammenhang besonders für Mädchen deutlich ausgeprägt ist.²⁹

Auch für Zwickauer Kinder lassen sich diese Zusammenhänge vermuten, wegen fehlender Sozialdaten jedoch nicht eindeutig nachweisen.

In Zwickauer Stadtgebieten mit besonders hoher Sozialhilfedichte ist auch die Befundhäufigkeit übergewichtiger Schüler besonders hoch.

In der Gruppe der Schulanfänger zeigt sich, dass behandlungsbedürftiges Übergewicht häufiger bei Kindern in kinderreichen Familien auftritt (7,4 % vs. 4,4 %) und dass Hauskinder stärker betroffen sind als Kindergartenkinder (11 % Hauskinder vs. 4 % Kitakinder)

Angemerkt seien an dieser Stelle ein paar ganz aktuelle **Zwischenergebnisse** der 2004/2005 erstmals im **6. Schuljahr** laufenden Reihenuntersuchungen, die zwischen Übergewicht und Adipositas unterscheiden. (Derzeitige Ergebnisse beziehen sich auf zwei Drittel der zu Untersuchenden.) Diese vorläufigen Analysen zeigen sehr interessante, aber auch erschreckende Fakten: 6 % der Untersuchten sind adipös (Mädchen häufiger als Jungen), dazu kommen 13 % Übergewichtige (Jungen häufiger als Mädchen) und deutlich kann für den Befund Adipositas eine Schultypabhängigkeit nachgewiesen werden (Förderschüler: 7 %, Mittelschüler: 6 %, Gymnasiasten: 5 %).

Eine **Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter** hat erhebliche Bedeutung für die Verhinderung von Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus Typ II, Krankheiten des Bewegungsapparates, Zahnerkrankungen sowie einiger Krebserkrankungen. Die **Bekämpfung der Adipositas** bei Kindern und Jugendlichen ist daher zu einer bedeutenden gesundheitspolitischen Herausforderung im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung geworden.

Erfahrungen belegen, dass Wissensvermittlung allein nicht ausreicht, um gesundes Ernährungsverhalten zu erlernen. Effektive Präventionsprogramme, die nicht nur die Ernährung im Fokus haben, sondern das Kind in seinem umfassenden soziokulturellen Umfeld begreifen, sind daher dringend erforderlich. **Langfristig angelegte, interdisziplinär abgesprochene gesundheitsfördernde Maßnahmen, die bereits in frühem Kindesalter ansetzen, haben dabei die höchsten Erfolgsaussichten.**

Angesichts der zunehmenden Bedeutung der Adipositas im Kindesalter bei gleichzeitig wenig gesichertem Wissen über wirksame Präventionsmaßnahmen, ist eine kritische Reflexion der bisherigen Präventionspraxis in Zwickau und eine Bündelung aller bestehenden und bewährten Präventionsansätze nötig.

Das vom Amt für öffentlichen Gesundheitsdienst für 2005 erarbeitete Präventionsprogramm für adipöse Kinder von 10 bis 12 Jahren braucht deshalb die Unterstützung sowohl der Eltern, Kindergärten, Schulen, der Ärzte und Krankenkassen, Sportvereine, sowie auch der Vertreter von Medien und Politik, um diesen Kindern langfristig zu helfen und sie für ein besseres Essverhalten und ein förderliches Gesundheitsbewusstsein stark zu machen.

²⁹ Gesundheitsbericht des Landes Brandenburg 1999: Soziale Lage und Gesundheit der Einschüler in Brandenburg
Hrsg: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg, Landesgesundheitsamt

3.7 Kariesmorbidity und Kariessanierungsgrad

Aus bevölkerungsmedizinischer Sicht ist **Karies die teuerste ernährungsbedingte Volkskrankheit**. Kariesdefekte sind irreversibel. Bezogen auf die Mund- und Zahngesundheit bei Kindern ist **Kariesprävention deshalb das Hauptinterventionsfeld** sowohl der niedergelassenen Zahnärzte als auch der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Die Kenntnis der kariesauslösenden Faktoren und die Umsetzung dieses Wissens in die Prävention ermöglichte seit Beginn der 1990er Jahre einen kontinuierlichen Rückgang der Karieshäufigkeit in Deutschland.

Anhand der Ergebnisse zahnärztlicher Reihenuntersuchungen in Zwickau lässt sich diese Globalaussage für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen bestätigen, jedoch mit Einschränkungen: Eine **kontinuierliche und deutliche Verringerung der Karieshäufigkeit** war für die Gesamtheit der Zwickauer Kinder und Jugendlichen **bis zum Untersuchungs-jahr 2000/2001** zu beobachten, seither stagniert die Entwicklung und der Anteil kariesfreier Probanden in der Gesamtheit der Untersuchten sinkt sogar leicht.

Die Ergebnisse sind aber deutlich altersabhängig und müssen deshalb altersspezifisch betrachtet werden.

Eine deutliche und bisher ungebremste **Verbesserung** ergibt sich bei den älteren **Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahre**. Von den im Jahr 2003/2004 untersuchten 3.797 Schülern (Untersuchungsquote 87 %) waren 43 % frei von Zahnkaries, 47 % hatten ein saniertes Gebiss und 10 % wiesen kariöse, behandlungsbedürftige Zähne auf. Dies ist das beste Ergebnis seit Beginn unserer computergestützten Registrierungen 1995/96.

Ein ganz anderes Bild ergibt sich für **Kinder im Vorschulalter (3 bis unter 6 Jahre)**.

Nur noch 53 % der insgesamt 1.468 untersuchten Kita-Kinder im Alter von 3 bis unter 6 Jahren (Untersuchungsquote 77 %) waren kariesfrei, 15 % wiesen ein saniertes Gebiss auf und 32 % waren behandlungsbedürftig. *Abbildung 3.11* zeigt, dass der Trend einer Verbesserung der Zahngesundheit für die 3- bis 6-Jährigen bis zum Jahr 2000 anhielt und sich danach umgekehrt hat. Ein zunehmender Teil der kariösen Milchgebisse ist zwar saniert, es nimmt leider aber auch der Anteil behandlungsbedürftiger Gebisse zu.

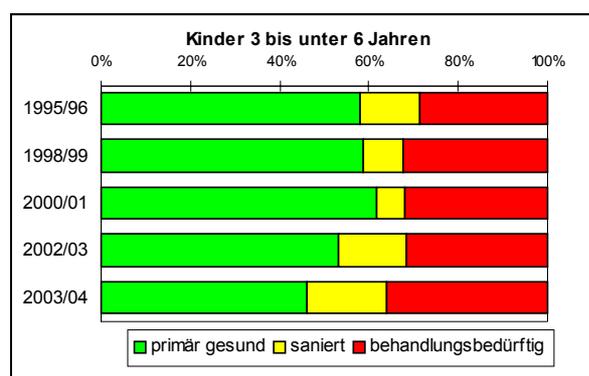


Abb. 3.11 Gebisszustand 3- bis 6-jähriger Kinder Zwickau, bis 2003/2004

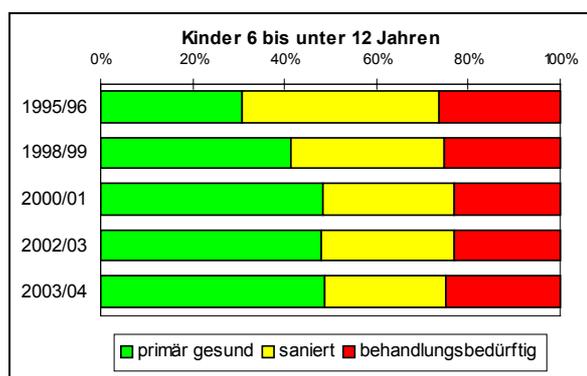


Abb. 3.12 Gebisszustand 6- bis 12-jähriger Kinder Zwickau, bis 2003/2004

Und dabei ist eine starke Polarisierung zu erkennen. Die Mehrzahl der Kinder hat zwar keine bzw. nur vereinzelte Karies, aber es steigt der Anteil der Kinder mit sehr hohem Kariesbefall. Diese Entwicklung wird deutschlandweit beobachtet und das Auftreten von hohem Kariesbefall in immer jüngerem Lebensalter ist erschreckend. Nicht selten sind noch nicht alle

Milchzähne durchgebrochen, aber die Frontzähne bereits tief kariös zerstört (Nursing-Bottle-Syndrom). Diese sogenannte **Zucker-Saugflaschen-Karies** ist eine schwerwiegende Mundgesundheitschädigung. Sie führt zu Schmerzen, erhöhter Infektanfälligkeit, Schlafstörungen und in schweren Fällen zur Behandlungsnotwendigkeit in Intubationsnarkose. Eine verstärkte Aufklärung der Eltern über eine zahngesunde Ernährung ist dringend notwendig. Den Eltern ist häufig die Gefahr der in der Werbung angepriesenen „gesunden und kinderfreundlichen“ Fertignahrungsmittel und Getränke nicht bewusst.

Nicht so dramatisch verlief die Entwicklung der Zahngesundheit für Kinder der **Altersgruppe 6 bis unter 12 Jahre**. Nachdem bis zum Jahr 2000 der **Anteil Kinder ohne Zahnkaries** in dieser Altersgruppe stetig gewachsen ist, stagniert seither dieser Wert bei **knapp unter 50 %**, wobei in dieser Zeit der Anteil behandlungsbedürftiger Kinder leicht angewachsen ist, 25 % wurden aktuell registriert (vgl. *Abbildung 3.12*).

Für die Einschätzung der Kariesverbreitung existiert ein Indikator, der deutschlandweit als wichtige Vergleichskennzahl fungiert: **DMF-T-Index der 12-Jährigen**.

Zur Berechnung dieser Kennzahl werden kariöse (Decayed), fehlende (Missing) und gefüllte (Filled) Zähne (Teeth) des bleibende Gebisses addiert. Je kleiner der Index ist, desto besser ist der Gesundheitszustand der Gebisse.

Der von der WHO für das Jahr 2000 festgelegte DMF-T-Zielwert für Europa – 2,0 DMF-Zähne für Zwölfjährige – ist in Zwickau bereits im Schuljahr 1996/97 unterschritten und verringerte sich auch weiter kontinuierlich. Im Schuljahr 2003/2004 wurde ein Index von 1,07 erreicht. (Vergleichswert für Sachsen 2002/2003: 1,17)

Tabelle 3.7 Indikatoren für die Karieshäufigkeit:
Anteil primär gesunder Gebisse bei 6-Jährigen, DMF-T-Index der 12-Jährigen
Zwickau, 1998/1999 bis 2003/2004
WHO-Ziel für die Euroregion im Jahr 2000

Indikator	1998/1999	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
6-Jährige mit primär gesundem Gebiss WHO-Ziel: 50 %	40,7 %	40,6 %	46,0 %	42,8 %	43,0 %
DMF-T-Index der 12-Jährigen WHO-Ziel: 2,0	1,32	1,21	1,26	1,19	1,07

Dagegen wurde der Zielwert der WHO, dass im Jahr 2000 in Europa mindestens 50 % der **6-jährigen Kinder** kariesfrei sind, in Zwickau – wie auch in Sachsen insgesamt – noch nicht erreicht und ein Erreichen dieses Ziels scheint bei der oben beschriebenen Problematik eher zweifelhaft.

Im Untersuchungsjahr 2003/2004 waren **43 % der Untersuchten** dieser Altersgruppe **kariesfrei** (Vergleichswert für Sachsen 2002/2003: 48 %), **aber 38 % der Kinder hatten behandlungsbedürftige kariöse Zähne**. Die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an die Eltern enthält für diese Kinder die dringende Empfehlung zur Behandlung beim Hauszahnarzt.

Sachsenweit – und nicht nur in Zwickau – wird festgestellt, dass wenige Kinder einen Großteil der Karies auf sich vereinen. Diese Kinder haben ein besonders großes Kariesrisiko und bedürfen intensiver Betreuung.

Im Rahmen der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen werden auch in Zwickau die nach DAJ-Kriterien ermittelten **Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko** erfasst.

Bei den 6-Jährigen wurden aktuell **18 % der Untersuchten als Kariesrisikokinder** gewertet, fast jedes 5. Kind dieser Altersgruppe ist also betroffen. Dieser Anteil von Risikokindern an der Gesamtpopulation entspricht den in der Literatur angegebenen Daten.

Die dargestellten Zwickauer Ergebnisse zahnärztlicher Reihenuntersuchungen in Kindertageseinrichtungen und Schulen zeigen eindeutig, dass erreichte Erfolge dazu verpflichten in den Anstrengungen nicht nachzulassen.

Erfolg in der Kariesprophylaxe kann nur durch Kontinuität in der Betreuung erreicht werden. **Die derzeitigen Probleme erfordern die Fortsetzung aller prophylaktischen Maßnahmen; im Kleinkind- und Vorschulalter sind sie zu intensivieren.**

- **Durchführung der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen jährlich, um Früherfassung und Frühbehandlung von kariösen Defekten zu gewährleisten.**
- **Weiterführung der jährlichen flächendeckenden zahnärztlichen und gruppenprophylaktischen Betreuung mit Schwerpunkt in den Kindertageseinrichtungen.**
- **Kariesrisikokinder (und deren Eltern) müssen in den nächsten Jahren einen Schwerpunkt bei der zahnärztlichen Betreuung bilden. Kinder mit einem hohen Kariesrisiko müssen frühzeitig identifiziert und zielgruppenorientiert gruppenprophylaktisch betreut werden.**
- **Bedarfsgerechte Umsetzung weiterer Prophylaxemaßnahmen wie Fluoridierung und Mundhygienetraining, ganz besonders für Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko.**
- **Intensivierung der Behandlung der Milchzahnkaries.**
- **Sicherstellung prophylaktischer und therapeutischer Maßnahmen für Kinder, die keine Kindereinrichtung besuchen.**

Zur Unterstützung der Kariesprophylaxe im Kindesalter sollten von den Eltern auch folgende Möglichkeiten genutzt werden:

- Einsatz von fluoridiertem Speisesalz für die ganze Familie
 - Anwendung von Fluoridzahnpasten zweimal täglich
- sowie die regelmäßige Zahnarztkontrolle zweimal jährlich.

Bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko ist die zusätzliche lokale Fluoridapplikation vom Zahnarzt durchzuführen.

3.8 Zusammenfassung und Fazit

Aspekte des Gesundheitszustandes Zwickauer Kinder in der Phase des Übergangs von der Kita zur Schule

Armut von Kindern äußert sich nicht nur in materieller Sicht. Die Jugendärzte des Gesundheitsamtes stellen bei Reihenuntersuchungen zunehmend Folgen von Bewegungsarmut, Kommunikationsarmut, emotionaler Armut, Kontaktarmut, und Ernährungsarmut (falsche Ernährung) fest.

Registriert wird in Zwickau ein Anstieg von Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsproblemen, die den Lebensweg der Kinder erheblich erschweren und die schulische Entwicklung nachteilig beeinflussen.

Die festgestellten gesundheitliche Störungen stellen sich vielfach als ein Gemisch aus sozialen, medizinischen und auch pädagogischen Problemen dar.

Folgende Probleme bestehen:

- Im Vorschulalter dominieren Sprachentwicklungsstörungen, die häufig mit motorischen Defiziten kombiniert sind.
- Bei Schulanfängern werden gleichbleibend hohe Befundhäufigkeiten bei Sprachstörungen, motorisch-koordinativen Entwicklungsstörungen und psychosozialen Auffälligkeiten festgestellt.
- Der Anteil übergewichtiger Kinder nimmt deutlich zu.
- Die kariesepidemiologische Situation der Kinder im Kleinkind- und Vorschulalter hat sich verschlechtert.
- Medizinische Therapie allein kann allgemeinkindliche Entwicklungsdefizite nicht verhüten – nur ihre Auswirkungen mindern.
- Kinder, die an der Früherkennungsuntersuchung U9 nicht teilgenommen haben, weisen häufiger behandlungsbedürftige, aber bisher unbehandelte Befunde auf.
- Die bisherigen Maßnahmen zur Früherkennung von Entwicklungsstörungen setzen zu spät ein oder sind nicht wirkungsvoll genug.

Folgende Schwerpunkte für eine Verbesserung der Situation werden gesetzt:

- Ausbau der Kita-Untersuchungen zu einem „Frühwarnsystem“ für die zeitigere Erkennung von Entwicklungsstörungen, wobei Hauskinder vom Untersuchungsangebot nicht ausgeschlossen bleiben sollten.
- Fortbildung der Erzieherinnen, damit diese bei allgemeinen Entwicklungsverzögerungen mit pädagogischen, gesundheitsförderlichen Maßnahmen reagieren können.
- Erarbeitung eines langfristigen Adipositas-Präventions-Projektes für 10- bis 12-Jährige in Kooperation regionaler Akteure der Gesundheitsförderung
- Projekte und Aktionen zur Prävention und Gesundheitsförderung müssen zielgruppenspezifisch und sozialraumbezogen geplant werden.
- Verbesserung der präventiven zahnmedizinischen Betreuung der Vorschulkinder, Entwicklung von Zugangsstrategien für die Betreuung der Hauskinder und nichtdeutscher Kinder

4. Schlussfolgerungen für Prävention und Gesundheitsförderung

„Die Gesundheit unserer Kinder ist viel wert, sollte uns also lieb und teuer sein. Jegliche Vernachlässigung unserer Kinder und Jugendlichen – ob im Bereich der Bildung und Ausbildung oder im Bereich der Gesundheit – wird noch viel teurer werden als das, was zur Vermeidung dieser Defizite frühzeitig einzusetzen wäre.“³⁰

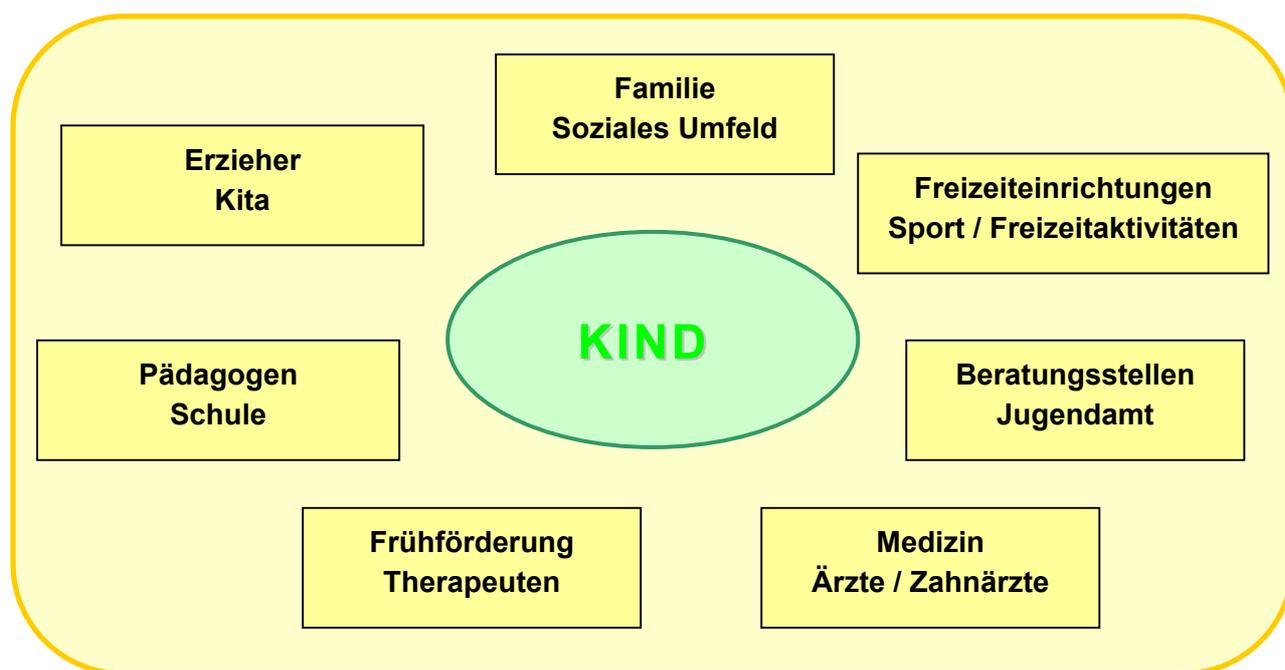
Kinder sind eine Bevölkerungsgruppe, die ihre gesundheitliche Entwicklung und medizinische Versorgung nicht ohne fremde Hilfe sichern kann.

Spätestens im Jugendalter wird offenkundig, welche Weichen für eine gesunde Entwicklung in der Kindheit gestellt wurden oder welche hätten gestellt werden müssen.

Für die Behandlung kindlicher Gesundheitsstörungen und die Gesundheitssicherung steht ein differenziertes und leistungsfähiges System zur Verfügung, aber es gibt bisher nur einzelne, kaum vernetzte Angebote auf dem Gebiet der Vorsorge und Gesundheitsförderung. **Gefordert wird mehr Prävention anstelle Kuration.**

Für die Gesundheitssicherung und -förderung der Kinder hat der öffentliche Gesundheitsdienst eine besondere Bedeutung und koordinierende Funktion, um einerseits Unterversorgung und Ausgrenzung sozial Benachteiligter wirksam zu begegnen, andererseits um Angebote der Gesundheitseinrichtungen zu vernetzen, die Kooperation mit Betreuungs- und Bildungseinrichtungen zu verbessern und zielgruppenspezifische Angebote zur Gesundheitsförderung für Kinder und deren Eltern auszubauen.

Zwickauer Netzwerk Kindergesundheit



³⁰ Dr. Heiner Mersmann, Kinderarzt Gesundheitsamt Köln: „Visionen für den Aufgabenbereich eines modernen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes“

5. Quellenangaben / Literaturverzeichnis

- Daten und Berichte des Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen
Statistische Basisdaten zur Gesundheitsberichterstattung, 1995 bis 2002
Statistische Jahrbücher, 1991 bis 2003
- Daten des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales
Ergebnisse schulärztlicher Reihenuntersuchungen in Sachsen 1998/99 bis 2002/2003
- Statistische Informationen des Jugend- und Sozialamtes der Stadt Zwickau, 1999 bis 2004
- Statistische Informationen des Einwohnermelde- und Standesamtes der Stadt Zwickau, Abt. Statistik und Wahlen, 1999 bis 2003
- Eigene Erhebungen, Auswertungen, Analysen des Amtes für öffentlichen Gesundheitsdienst der Stadt Zwickau
Ergebnisse jugendärztlicher Reihenuntersuchungen 1998/99 bis 2003/2004 *)
Ergebnisse der Untersuchungen in Kindertagesstätten August 2003 bis Oktober 2004 *)
*) Datenerfassung und Auswertung mit dem Programm Octoware®, der easy-soft GmbH Dresden
- Gesundheitsberichte des Amtes für öffentlichen Gesundheitsdienst Zwickau (bis 2002 Gesundheitsamt)
Gesundheitsbericht der Stadt Zwickau 1998: Basisbericht
Gesundheitsbericht der Stadt Zwickau 2000: Gesundheit von Kindern in der Stadt Zwickau
Gesundheitsbericht der Stadt Zwickau 2001: Hilfen für Kinder in Zwickau optimieren
Gesundheitsbericht der Stadt Zwickau 2002: Gesunder Start in die Schule?
Gesundheitsbericht der Stadt Zwickau 2004: Wussten Sie dass, Kinder uns ermöglichen in die Zukunft zu blicken? Wissenswertes zur Gesundheit der Zwickauer Schulanfänger 2002/2003
- Berichte des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales
Sächsischer Gesundheitsbericht 1998
Zur sozialen Lage im Freistaat Sachsen, Bericht 2002
2. Sächsischer Kinder- und Jugendbericht 2003
- Landeshauptstadt Dresden, Gesundheitsamt - JÄD, Gesundheitsbericht 2003: Zur Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in der Stadt Dresden
- Stadt Leipzig, Gesundheitsamt, Gesundheitsbericht der Stadt Leipzig 2004: Zur gesundheitlichen Situation Leipziger Schulanfänger 2003
- Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt, Gesundheitsbericht der Stadt Chemnitz 2001: Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in der Stadt Chemnitz
- Landratsamt Muldentalkreis, Gesundheitsbericht 2001: Sonderbericht über die gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen des Muldentalkreises 1999
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg, Landesgesundheitsamt, Gesundheitsbericht 1999: Soziale Lage und Gesundheit der Einschüler in Brandenburg
- Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen Berlin, Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2001 – 1: Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin, Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999
- Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen Berlin, Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2003 – 2: Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin, Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001
- Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Gesundheitsbericht 2003: Niedersächsischer Kinder- und Jugend-Gesundheitsbericht
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Gesundheitsbericht 2002: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen
- Sozialministerium Baden-Württemberg, Gesundheitsbericht 2000: Kindergesundheit in Baden-Württemberg
- Landeshauptstadt Düsseldorf, Gesundheitsbericht 2003: Schulneulinge, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen von 1998 bis 2001
- Landeshauptstadt Stuttgart, Gesundheitsbericht 2000
- Stadt Köln, Gesundheitsbericht 2002: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Köln, Zentrale Probleme und erforderliche Maßnahmen zur nachhaltigen Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung
- Stadt Osnabrück, Gesundheitsbericht 2002: Gesundheit und Entwicklungsstand der Osnabrücker Schulanfänger
- Landkreises Oberspreewald-Lausitz, Gesundheitsamt: Gesundheitsbericht 2004

- Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Sonderheft (2004), Schwerpunktbericht:
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
- Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 01/00 (2000): Schutzimpfungen
- Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 02/01 (2001), Schoppa, Andreas:
Gesundheitsziele für das frühe Kindesalter
- Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 03/01 (2001): Armut bei Kindern und
Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit
- Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13 (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit
- Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14 (2003): Gesundheit alleinerziehender
Mütter und Väter
- Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 16 (2003): Übergewicht und Adipositas
- Robert-Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin Nr. 39/2003:
1. Nationale Impfwoche im Mai 2003 in Deutschland
- Robert-Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin Nr. 30/2004:
Empfehlungen der Ständigen Impfkommission
- Robert-Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin Nr. 14/2003:
Gesunde Umwelt – gesunde Kinder, Zur Gesundheit der heranwachsenden Generation in Deutschland
- Bundesregierung (2001):
Lebenslagen in Deutschland, Erster Armuts- und Reichtumsbericht, Drucksache 14/5990
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt:
Armut im frühen Kindesalter (2002)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Band 16 (2002):
„Früh übt sich ...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten, Impulse, Aspekte und Praxismodelle
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Band 22 (2003):
Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Band 3 (1998):
Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Band 1 (1998):
Gesundheit für Kinder und Jugendliche
- Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Heft 11 2002,
Hurrelmann, Klaus: Psycho- und somatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen,
- Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Heft 3 2004,
Kolip, P.: Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter
Wabitsch, M.: Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland – Aufruf zum Handeln
- Blickpunkt öffentliche Gesundheit, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf, Ausgabe 3/2003,
Starke, Dagmar: Früherkennung von Auffälligkeiten bei Kindern
- Blickpunkt öffentliche Gesundheit, Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf, Ausgabe 2/2002,
Schirm, Hartmut: Schule wird sich ändern! PISA 2000 und Schulärztlicher Dienst
- Monatszeitschrift Kinderheilkunde, 149 (2001): Kromeyer-Hauschild, Wabitsch et.al.: Perzentile für den Body-
Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben
- Das Gesundheitswesen, Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, Public Health, Education, Öffentlicher
Gesundheitsdienst, Medizinischer Dienst, 59. Jahrgang, Heft 5 (1997)
Schirm, Hartmut: Früherkennungslücken verkleinern
- Das Gesundheitswesen, Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, Public Health, Education, Öffentlicher
Gesundheitsdienst, Medizinischer Dienst, 64. Jahrgang, Sonderheft (2002)
Schwerpunktheft „Kinder- und Jugendgesundheitsurvey“

Interessantes zum Vertiefen und Weiterlesen im Internet

- www.a-g-a.de
- www.bmgesundheit.de
- www.bzga.de
- www.daj.de
- www.familienhandbuch.de
- www.gbe-bund.de
- www.gesundes-kind.de
- www.gesundheitslotse-sachsen.de
- www.gesundheitsziele.de
- www.ifp-bayern.de
- www.kinderaerzte-im-netz.de
- www.kindergartenpaedagogik.de
- www.kinderumweltgesundheit.de
- www.rki.de
- www.loegd.nrw.de
- www.sachsen-macht-schule.de
- www.schularzt.de
- www.slfq.de
- www.sms.sachsen.de
- www.statistik.sachsen.de
- www.zahnhygiene-ev.de
- www.zwickau.de