
Landratsamt Zwickauer Land Gesundheitsamt



Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im
Landkreis Zwickauer Land
Schuljahr 2004/2005

Impressum:

Herausgeber: Landratsamt Zwickauer Land
Fachbereich 3
Fachdienst Gesundheitsamt
Postfach 200657, 08006 Zwickau
Sitz: Schulstraße 7, 08412 Werdau
Tel.: 03761/ 56 14 10
FAX: 03761/ 56 18 13
e-mail: gesundheit@zwickauerland.de

Verantwortlich: Frau Dipl.-Med. Kerstin Zenker

Autoren: Frau Dipl.-Med. Regina Schmidt
Frau Susann Hoffmann
Frau Renate Jarling

Statistik/Layout: Frau Renate Jarling

Titelfoto: Deutsches Grünes Kreuz

Redaktionsschluss: 31.März 2006

Inhaltsverzeichnis

1.	Einführung	4
1.1	Bedeutung der Gesundheitsberichtserstattung	5
1.2	Aktuelle gesundheits- und sozialpolitische Probleme	6
2.	Untersuchungen im Kindes- und Jugendalter	
2.1	Pflichtaufgaben des jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes	7
2.1.1	Untersuchungen in den Kindertagesstätten (Kita-Untersuchung)	8
2.1.2	Das Programm der Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9	9
2.1.3	Vorstellung der Einschulungsuntersuchungen	
2.1.4	Vorstellung der schulärztlicher Reihenuntersuchungen	14
2.1.5	Schutzimpfungen	15
2.1.6	Einschulungsuntersuchung 2004/2005	21
3.	Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen	
3.1	Befunde bei den Kindergartenuntersuchungen	24
3.1.1	Nähere Darstellung von Sprachstörungen und motorisch-koordinativem Entwicklungsrückstand bei Kindergartenkindern	25
3.2	Befunde bei den Einschulungsuntersuchungen	26
3.2.1	Nähere Darstellung einzelner Befunde zur Einschulungsuntersuchung	26
3.3.	Befunde bei den Reihenuntersuchungen der 2.Klassen	36
3.4	Befunde bei den Reihenuntersuchungen der 6.Klassen	40
4.	Einfluss sozialer Faktoren auf die Gesundheit der Kinder	41
5.	Zusammenfassung	44
6.	Anlagen	47
7.	Quellenverzeichnis	53

1. Einführung

Die WHO betont in ihrer Erklärung die Komplexität von Gesundheit. Gesundheit wird nicht nur als Abwesenheit von Krankheiten erfasst, sondern auch als Phänomen, bei dem die eigene Befindlichkeit der Menschen, die Subjektivität, eine große Rolle spielt.

Gesundheit wird dabei nicht als statischer Zustand von Individuen oder sozialen Gruppen aufgefasst, sondern vielmehr als Prozess zur Einführung der Lebensqualität, weil jeder Prozess wachsen, stagnieren oder sich verschlechtern kann. Daher ist eine offensive Gesundheitspolitik von Bedeutung, bei der durch Prävention und Förderung der Akzent nicht auf die Überwindung von Krankheiten gelegt wird, sondern vielmehr auf deren Vorbeugung.

Folglich liegen die Antworten auf eine erfolgreiche Gesundheitspolitik nicht nur im konventionellen Medizinsystem, sondern auch in Maßnahmen, die im Alltag der Menschen mit deren eigener Teilhabe gesetzt werden. Somit werden aus Patienten handelnde Subjekte, an deren Initiative und Partizipation in ihrem eigenen Interesse appelliert wird.¹

¹ http://europa.eu.int/comm/employment_social/eoss/downloads/materialien20.pdf am 18.01.2006

1.1 Die Bedeutung der Gesundheitsberichtserstattung

Die Gesundheitsberichtserstattung (GBE) informiert u. a. über die derzeit gesundheitliche Lage und die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Sie ist eine Sammlung von wesentlichen Gesundheitsproblemen und Gesundheitsrisiken einer räumlich und zeitlich definierten Bevölkerung. Weiterhin stellt sie die bestehende Situation dar, analysiert diese und leitet gesundheitspolitischen Handlungsbedarf ab.

Eine besondere Aufgabe der GBE für Kinder und Jugendliche ist es, gesundheitliche Problemfelder im frühen Kindesalter zu erkennen und Präventionsmöglichkeiten aufzuzeigen. Der Einsatz von Präventionsprogrammen ist bereits im frühen Kindesalter notwendig. Es ist ein Lebensabschnitt, in welchem der Lebensstil wesentlich und nachhaltig geprägt wird und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen erlernt werden.

Das Ziel der GBE muss sein, die gewonnenen Daten bzw. Erkenntnisse in konkrete Handlungen umzusetzen, damit eine Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erreicht werden kann.²

FAZIT:

- **Die GBE**
 - **schafft Problembewusstsein**
 - **liefert Informationen,**
 - **kennzeichnet gesundheitliche Probleme und betroffene Lebenswelten,**
 - **zeigt Handlungsbedarf.**

- ✓ **Sie ist die Voraussetzung für die Gesundheitszielbestimmung**

² http://europa.eu.int/comm/employment_social/eoss/downloads/materialien20.pdf am 18.01.2006

1.2 Aktuelle gesundheits- und sozialpolitische Probleme

- Demografischer Alterungsprozess
- Fehlende Arbeits- und Ausbildungsplätze
- Steigende Arbeitslosenquote
- Bildungsprobleme/ -defizite
- Zunahme des Suchtverhaltens (insbesondere Zigaretten- und Alkoholkonsum) bei Kindern und Jugendlichen
- Zunahme von Gewalt und Kriminalität
- Einsparungsstrategien in sozialen Diensten (z. B. Gesundheitswesen)
- Zusammenhang zwischen sozialen und gesundheitspolitischen Problemen

Dass es Zusammenhänge zwischen sozialen Verhältnissen und subjektiver Befindlichkeit gibt, zeigt sich ganz deutlich bei Untersuchungen von Risikofamilien, wie etwa bei Erwerbslosen oder Alleinerziehenden. So wurde z. B. 2001 am 7. Deutschen Kongress über Armut und Gesundheit erneut der Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialem Zusammenhalt betont:

„Um aber präventiv die Gesundheit der Menschen zu fördern, muss auch ihre soziale Lage in den Blick genommen werden. Denn wir wissen, dass es Zusammenhänge zwischen sozialer Situation und Einkommenslage einerseits und Gesundheit und Gesundheitsverhalten andererseits gibt. Ein erschwerter Zugang zu Bildung, eine ungünstige Wohnsituation, eine prekäre Erwerbstätigkeit oder Arbeitslosigkeit können sich sehr belastend auf die gesundheitsbezogenen Lebensbedingungen auswirken. Daraus ergibt sich: wenn wir uns der belastenden Lebenslagen annehmen, diese verbessern und damit Armutsrisiken reduzieren, stärken wir auch die Rahmenbedingungen für eine positive gesundheitliche Entwicklung.“

(Mascher 2002)³

³ http://europa.eu.int/comm/employment_social/eoss/downloads/materialien20.pdf 18.01.2006

2. Untersuchungen im Kindes- und Jugendalter

2.1 Pflichtaufgaben des jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes

- Untersuchung aller Kinder im vierten Lebensjahr
- Untersuchung aller Schulanfänger
- Reihenuntersuchungen aller Schüler der Klassen 2 oder 3 und 6
- Jährliche Reihenuntersuchungen der Klassen 2, 4, 6, 8
 - in den Schulen für Geistigbehinderte,
 - in den Schulen für Lernbehinderte,
 - in der Schule für Erziehungshilfe
- Untersuchung der Kinder mit Lese- und Rechtschreibschwäche in der 2. und 3. Klasse
- Untersuchung im Rahmen der Förderschulaufnahmeverfahren
- Erstellung von Gutachten im Rahmen der Eingliederungshilfe
- Erstellung von Gutachten für behinderte Kinder und Jugendliche bei Heimunterbringungen und Unterbringung in geschützten Werkstätten
- Erstellung von Gutachten zur Beförderung von behinderten Kindern und Jugendlichen
- Ausstellung von Attesten zur Sportbefreiung

Durch die regelmäßigen Untersuchungen der Kinder im vierten Lebensjahr, der Schulanfänger und der Schüler der Klassen 2/ 3 und 6 durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin kann kompetente Auskunft über den Gesundheitszustand der Kinder im jeweiligen Einzugsgebiet gegeben werden.

Die Untersuchungsbogen sind standardisiert, so dass auch ein Vergleich mit anderen Regionen Sachsens möglich ist. Jährlich werden alle anonymisierten Daten im Gesundheitsministerium gesammelt und ausgewertet. Der nachstehende Bericht bezieht sich auf die durch den jugendärztlichen Dienst erhobenen Zahlen der Untersuchung von Kindern im vierten Lebensjahr von Juli 2003 bis Juli 2005, der Einschulungsuntersuchungen und der Reihenuntersuchungen der zweiten und sechsten Klassen der Schuljahre 2003 bis 2005, sowie den Durchimpfungsgrad der Kinder und Jugendlichen.

2.1.1 Untersuchungen in den Kindertagesstätten (Kita-Untersuchung)

In den Kindertagesstätten liegen große Reserven, Kinder auf die bevorstehende Schulzeit vorzubereiten, Entwicklungsbeeinträchtigungen frühzeitig zu erkennen und darauf positiv Einfluss zu nehmen. Diese Reserven müssen in allen Kindertagesstätten des Landkreises ausgeschöpft werden.

Seit 2003 wird in Sachsen einmal im Jahr eine ärztliche Untersuchung gemäß § 7 Abs. 2 Sächsisches Gesetz zur Förderung von Kindern in Tagesstätten (SächsKitaG) vom 27. November 2001 durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter angeboten.

Zweck der Kita-Untersuchung:

- frühzeitiges Feststellen
 - von Hör- und Sehstörungen,
 - von Sprachauffälligkeiten und
 - von Störungen in der Grob- und Feinmotorik
 - von psychiatrischen Auffälligkeiten
- Empfehlung zur Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen U8/ U9
- im Bedarfsfall Empfehlungen von geeigneten Therapien und Maßnahmen
- Beratung der Erzieherinnen
- besseres Erkennen und sensibles Reagieren auf gesundheits- und entwicklungsbezogene Probleme

Ziel der Kita-Untersuchung:

- ✓ Gewährleistung einer optimalen Entwicklung des Kindes bis zum Schuleintritt

Die Gründe für die Einführung der Kita-Untersuchung lagen in den großen Auffälligkeiten zur Einschulungsuntersuchung. So hatten sachsenweit ca. 25 % aller Einschüler Sprachprobleme. Gravierend waren auch die Probleme in der Grob- und Feinmotorik.

Bis zur Einschulung verbleiben nach der Kita-Untersuchung in der Regel noch zwei Jahre. In dieser Zeit besteht die Möglichkeit einer gezielten Therapie (Logopädie, Ergotherapie oder heilpädagogische Frühförderung). Oftmals genügt es auch, die Eltern nach der Kita-Untersuchung auf die noch bestehenden Defizite aufmerksam zu machen. Sie haben dann von sich aus die Möglichkeit, auf die Problematik zu reagieren.

Vor der Einführung der Kita-Untersuchung konnten Defizite erst ein halbes Jahr vor der Einschulung im Rahmen der Einschulungsuntersuchung festgestellt werden. Für eine erfolgreiche Therapie verblieb dann zu wenig Zeit bis zum Schulbeginn.

Nach Zustimmung der Eltern werden Kinder im vierten Lebensjahr untersucht. Weiterhin ist es auch möglich, Kindergartenkindern anderer Altersstufen und Hauskindern eine derartige Untersuchung anzubieten.

Im günstigsten Falle sollte die Kita-Untersuchung vor der U8 (Untersuchungszeitraum 43. – 48. Lebensmonat) liegen, da die Eltern so nochmals auf die Teilnahme an dieser Vorsorgeuntersuchung aufmerksam gemacht werden können.

In der **Anlage 1** wird der Ablauf der Kita-Untersuchung aufgezeigt.

Das Untersuchungsangebot zwei Jahre vor der Einschulung ist auch für Kinder gedacht, die keine Kindereinrichtung besuchen. Ein Erreichen dieser Kinder ist nur durch Aushänge, Pressemitteilungen und Mundpropaganda möglich. Bisher nahmen nur sehr wenige Hauskinder an den Untersuchungen teil. Hier besteht für das Gesundheitsamt Handlungsbedarf zu einer noch intensiveren Aufklärungsarbeit. In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass auch bei Hauskindern zur Einschulungsuntersuchung Defizite bei den für die Schulreife geforderten Fähigkeiten bestehen, die frühzeitiger therapiert werden müssten. Seit 1971 gibt es in der Bundesrepublik Deutschland ein einheitliches Programm von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder.

2.1.2 Das Programm der Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9

Von den Krankenkassen werden durch die niedergelassenen Ärzte neun ärztliche Untersuchungen (U1 bis U9) gestaffelt von der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr angeboten.

In der **Anlage 2** werden diese näher beschrieben.

Durch diese Vorsorgeuntersuchungen sollen Fehlentwicklungen, Krankheiten und Behinderungen im Kindesalter frühzeitig erkannt und behandelt werden.

Zusätzlich ist es seit 1996 möglich, eine 10. Untersuchung ab dem zwölften bis zum vierzehnten Lebensjahr (**J1 - Jugendgesundheitsuntersuchung**) in Anspruch zu nehmen.

Zur körperlichen Untersuchung kommt ein ausführliches Beratungsgespräch über die für Jugendliche besonders wichtigen Themen, z. B. Rauchen, Alkohol, Drogen und Sexualität.

Alle krankenversicherten Kinder haben einen Rechtsanspruch auf die kostenfreie Durchführung aller Früherkennungsuntersuchungen. Es besteht keine Teilnahmepflicht.

Aus diesem Grund ist die Inanspruchnahme abhängig vom Verantwortungsbewusstsein der Eltern für ihr Kind.

Aufgabe der betreuenden niedergelassenen Ärzte, der Krankenkassen, des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Kindertagesstätten ist, mit Engagement den Eltern die Wichtigkeit der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen zu vermitteln.

Nachfolgende Untersuchungsergebnisse des Gesundheitsamtes zeigen, dass auch im Landkreis Zwickauer Land keine 100 %ige Teilnahme an den „U-Untersuchungen“ besteht und die Inanspruchnahme der „U-Untersuchungen“ mit dem Alter kontinuierlich abnimmt. Im Berichtszeitraum 2004/ 2005 wurden insgesamt 552 Untersuchungen durchgeführt. Das sind im Vergleich zum Vorjahr 138 Untersuchungen mehr.

Vorsorgestatus der Kinder im 4.Lebensjahr	2003/2004	2004/2005
Untersuchte Kinder	414	552
nicht ermittelbar (Vorsorgeheft nicht vorgelegt)	12,3 %	10,3 %
Vorsorgeheft vorgelegt	87,7 %	89,7 %
komplett (U2 bis U7/U8 durchgeführt)*)	70,2 %	74,3 %
lückenhaft (mind. eine „U-Untersuchung“ fehlt)*)	29,8 %	25,7 %

Tab. 1: Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U8 *) bezogen auf Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft

Bei 552 Kindern, die 2004/ 2005 zur Kita-Untersuchung vorgestellt wurden, legten 89,7 % der Eltern das Vorsorgeheft vor. Oben genannte Tabelle 1 zeigt, dass nur bei 74,3 % der Kindergartenkinder eine komplette Teilnahme nachgewiesen werden konnte. Deshalb ist für die Bedeutung der Vorsorgeuntersuchungen ständige Aufklärungsarbeit bei den Eltern erforderlich.

Die Berechnung der Teilnehmerraten an den „U-Untersuchungen“ ist nur für die Kinder mit Vorsorgeheft möglich. Demzufolge liegen die nachfolgend aufgeführten Häufigkeiten über den realen, tatsächlichen Zahlen. Kinder, deren Eltern kein Vorsorgeheft vorlegen, haben möglicherweise einen unvollständigen Vorsorgestatus.

Es wurde festgestellt, dass zum Teil durch die Eltern der jeweilige Untersuchungszeitraum verpasst wurde. Die Untersuchungen können zu einem späteren Zeitpunkt nicht nachgeholt werden, da die empfohlenen Testverfahren von der jeweiligen Altersgruppe abhängig sind und später auch keine Kostenübernahme durch die Krankenkassen erfolgt.

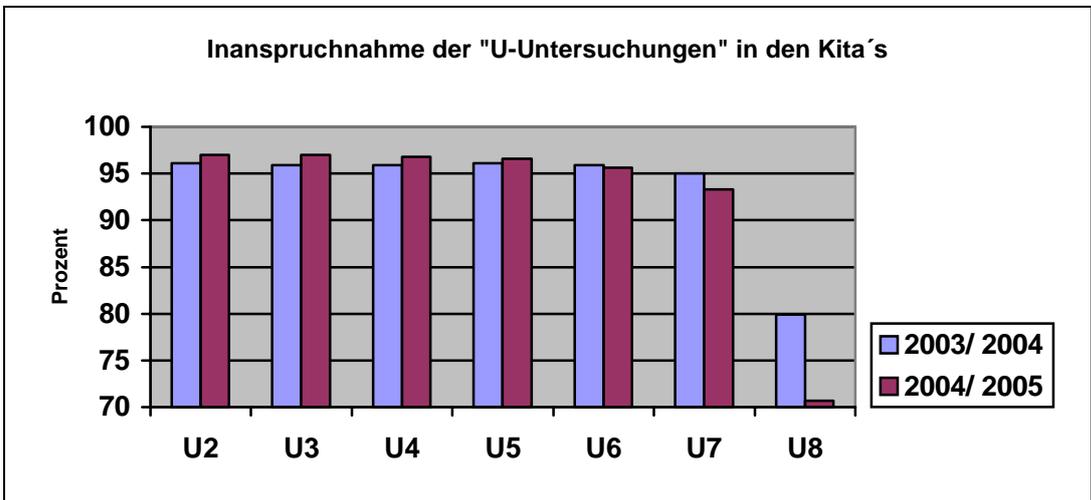


Abb. 1: Inanspruchnahme der U-Untersuchungen in den Kindertagesstätten im Vergleich 2003/ 2004 und 2004/ 2005

Die graphische Darstellung zeigt, dass die Inanspruchnahme der „U-Untersuchungen“ mit dem Alter des Kindes kontinuierlich abnimmt, und dass im Rahmen der Kita-Untersuchung noch intensiver auf die Notwendigkeit der U 8 hingewiesen werden muss.

Bei den Einschulungsuntersuchungen zeigt sich dann, dass Kinder, die keine U 8 bzw. U 9 haben, oftmals größere Defizite aufweisen.

Der Vorsorgestatus der Einschüler wurde ab dem Schuljahr 2003/ 2004 erfasst.

Vorsorgestatus der Einschüler	2003/2004	2004/2005
Untersuchte Einschüler	1006	950
nicht ermittelbar(Heft nicht vorgelegt)	7,7 %	1,8 %
Vorsorgeheft vorgelegt	92,3 %	98,2 %
komplett (U2 bis U9 durchgeführt)*)	76,0 %	77,4 %
lückenhaft (mind. eine „U-Untersuchg.“ fehlt)*)	22,2 %	22,6 %

Tab. 2: Vorsorgestatus der Einschüler

*) bezogen auf Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft

Insgesamt wurden 2003/ 2004 im Landkreis Zwickauer Land 1006 Einschüler untersucht. Von 92,3 % der vorgelegten Vorsorgehefte konnte nur bei 76,0 % der Einschüler eine komplette Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen nachgewiesen werden.

Bei 950 Kindern, die für das Schuljahr 2004/ 2005 zur Einschulungsuntersuchung vorgestellt wurden, legten 98,2 % der Eltern das Vorsorgeheft vor. Dieser Anteil ist zum Vorjahr um 5,9 % gestiegen.

Positiv zu verzeichnen ist, dass im Jahr 2004/ 2005 eine verbesserte Inanspruchnahme der „U-Untersuchungen“ bei den Einschülern erkannt werden kann. Ganz besonders gilt diese Aussage für die U9. Die Teilnehmerate hat sich hier von 83,8 % im Jahr 2003/ 2004 auf 85,6 % im Jahr 2004/ 2005 deutlich verbessert. (Abb. 2)

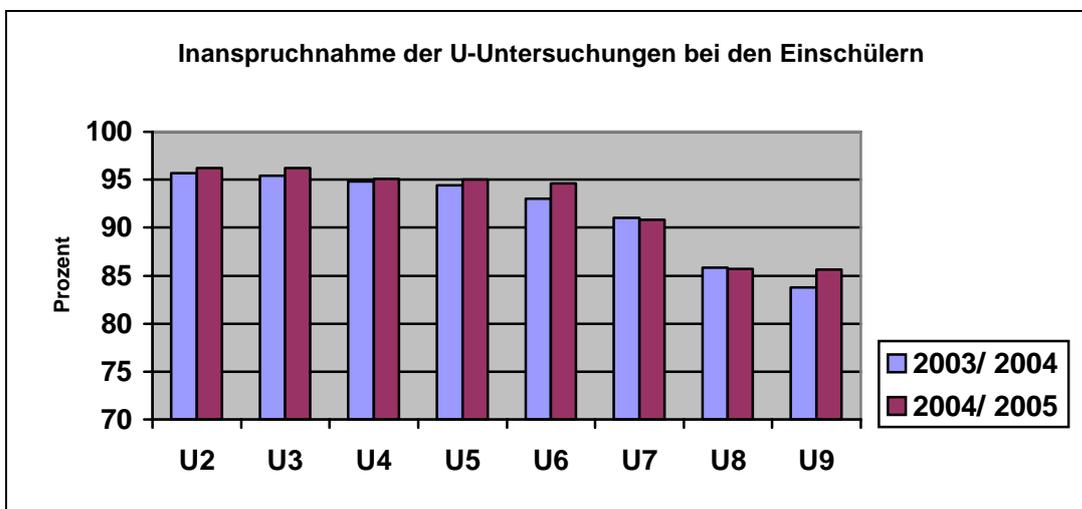


Abb. 2: Inanspruchnahme der U-Untersuchungen bei den Einschülern im Vergleich 2003/ 2004 und 2004/ 2005

2.1.2 Vorstellung der Einschulungsuntersuchung

Die schulärztliche Pflichtuntersuchung der Einschüler findet etwa ein halbes Jahr vor Schulbeginn statt. Gesetzliche Grundlage für die Durchführung der schulärztlichen Untersuchungen ist das Schulgesetz für den Freistaat Sachsen (SchulG) vom 19.02.2004. Regelt werden im § 26a die Schulgesundheitspflege und der Beginn der Schulpflicht im § 26a Abs. 4 und § 27 SchulG.

Mit der Einschulungsuntersuchung soll die Schulfähigkeit aus kinderärztlicher Sicht festgestellt werden. Die Schulfähigkeit schließt ein:

- Ausdauer und Beharrlichkeit
- Altersgemäße Sozialisationsfähigkeit
- Bewältigung des Schulweges
- Packen der Schultasche
- korrektes An- und Ausziehen, einschließlich der Schuhe
- selbstständiges Bewältigen der Toilettensituation
- Erkennen von Symbolen und Verstehen von Zahlen
- Nachzeichnen einfacher Formen
- Sicheres Unterscheiden von links und rechts an sich selbst und an anderen Personen

Hierzu kommt noch die Schulbereitschaft des Kindes. Es ist die Lust und der Eifer, endlich in die Schule zu gehen und Lesen, Schreiben und Rechnen zu lernen.

Die Kinder müssen Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen und Zutrauen in ihre eigenen Fähigkeiten entwickelt haben. Dieses Selbstwertgefühl ist einer der wichtigsten Faktoren, um den Anforderungen der Schule gerecht zu werden.

Die Einschulungsuntersuchungen bilden eine gute statistische Datenquelle, da alle Kinder im Rahmen der Einschulung vom jugendärztlichen Dienst untersucht werden.

Zweck *der Einschulungsuntersuchung:*

- Feststellung, ob das Kind gesundheitlich und geistig in der Lage ist, den Anforderungen der Grundschule nachzukommen, d. h.
 - Beurteilung des allgemeinen Gesundheits- und Entwicklungszustandes
 - Beurteilung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für den Schuleintritt relevant sind
 - Erkennen von Entwicklungsdefiziten und Entwicklungsverzögerungen
 - Schließen von Versorgungslücken bei sozial benachteiligten und gesundheitlich beeinträchtigten Kindern
 - im Bedarfsfall sofortige Einleitung von geeigneten Therapien und Maßnahmen
 - Beratung der Schule bezüglich schulischer Fördermaßnahmen

Ziel *der Einschulungsuntersuchung:*

- ✓ Gewährleistung eines optimalen Gesundheitszustandes und bestmöglicher geistiger Fähigkeiten für den Schuleintritt

In seltenen Fällen wird aus medizinischer Sicht eine Zurückstellung von der Einschulung empfohlen. Hierbei müssen Rückstellungsgründe und gegebenenfalls einzuleitende Maßnahmen aufgeführt werden.

In der **Anlage 3** wird der Ablauf der Einschulungsuntersuchung aufgezeigt.

Die Eltern erhalten die Untersuchungsergebnisse in schriftlicher Form. Bei erhobenen Befunden, die einer Abklärung durch den niedergelassenen Facharzt bedürfen, wird den Eltern eine Empfehlung zur Weiterleitung an den jeweiligen Facharzt mitgegeben.

2.1.3 Vorstellung schulärztlicher Reihenuntersuchungen

In Sachsen wurden bis 2003 schulärztliche Reihenuntersuchungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienstes in den 2., 5. und 9. Klassen durchgeführt. Änderungen ergaben sich mit Inkrafttreten des novellierten Schulgesetzes. Ab dem Schuljahr 2003/ 2004 wurden nur noch die Klassen 2 und 6 untersucht.

Zweck der Reihenuntersuchung:

- ganzheitliche, körperliche Untersuchung
- Feststellung von Auffälligkeiten, die behandlungsbedürftig sind
- Feststellung von geringfügigen Auffälligkeiten zur Beobachtung durch die Eltern

Ziel der Reihenuntersuchung:

- ✓ Gesunderhaltung der Kinder und Jugendlichen

Vorbereitung und Ablauf der Untersuchung

Die Reihenuntersuchungen finden in der jeweiligen Schule statt.

Durch den jugendärztliche Dienst werden untersucht:

- der physische Entwicklungsstatus,
- die für das Erlernen der Kulturtechniken notwendigen Wahrnehmungsleistungen,
- die Konzentrationsfähigkeit,
- die Belastbarkeit,
- die Fein- und Grobmotorik,
- das Niveau der Sprachentwicklung,
- der Ernährungszustand,
- der Haltungs- und Bewegungsapparat.

Zu jeder Reihenuntersuchung wird der Impfstatus überprüft. Es erfolgen Beratungen bei psychosozialen Auffälligkeiten und bei chronischen Erkrankungen, sowie zu Problemen der körperlichen Entwicklung und zum Sexualverhalten.

2.1.5 Schutzimpfungen

Schutzimpfungen sind die wirksamste Methode, Menschen vor Infektionskrankheiten zu schützen. Sie zählen zu den effektivsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen der modernen Medizin. Neben Verbesserungen auf hygienischem Gebiet und der Verbesserung der Lebensmittelversorgung haben die Impfungen einen wesentlichen Anteil bei der Ausrottung und Bekämpfung von zahlreichen Infektionskrankheiten des 20. Jahrhunderts (z. B. Pocken und Kinderlähmung).

Schutzimpfungen bewirken einerseits einen Schutz des Individuums (**Individualschutz**) gegen Erreger bestimmter Infektionen, zum anderen führen viele Impfungen zu einem weiteren Effekt: dem **Kollektivschutz** der Bevölkerung, der sogenannten **Herdimmunität**.

Bei **hohen Durchimpfungsraten** wird die Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten verhindert.

Der Prozentsatz an Personen, die in einer Bevölkerung geimpft sein müssen, um einen sicheren Kollektivschutz zu gewährleisten, ist relativ hoch und liegt für Diphtherie bei ca. 80 %, für Mumps bei ca. 90 %, für Masern bei ca. 92 %.

Für den Freistaat Sachsen werden Schutzimpfungen von der sächsischen Impfkommission (SIKO) auf der Grundlage der Empfehlungen der STIKO (ständige Impfkommission der Bundesrepublik) laut § 20 Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes empfohlen.

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

- Diphtherie
- Haemophilus-influenzae-Typ b
- Hepatitis B (in Kombination mit Hepatitis A)
- Masern
- Meningokokken
- Mumps (Ziegenpeter)
- Pertussis (Keuchhusten)
- Pneumokokken
- Poliomyelitis (Kinderlähmung)
- Röteln
- Tetanus (Wundstarrkrampf)
- Varizellen (Windpocken)

In welchem Lebensalter die Impfungen für Kinder und Jugendliche erfolgen sollten, zeigt der nachfolgend aufgeführte **Impfkalender des Freistaates Sachsen**:

Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Soziales

Lebensalter	Impfung gegen
ab 3. Lebensmonat	Beginn der Grundimmunisierung gegen: Diphtherie (D) – Keuchhusten (Pa) – Tetanus (T) Haemophilus-influenzae-Typ b (Hib) Kinderlähmung (IPV) Hepatitis (HBV) (evtl. Hepatitis A und B ab 13. Monat Kombinationsimpfstoffe bevorzugen Anzahl der Injektionen je nach Impfstoff 2 oder 3 mal im Abstand von mindestens 4 Wochen Meningokokken C* (3. Lebensmonat bis 18. Lebensjahr) konjugierter Impfstoff Pneumokokken -Krankheiten (alle Säuglinge und Kleinkinder bis zum vollendeten 2.Lebensjahr)
ab 13. Lebensmonat	Grundimmunisierung gegen: D, Pa, T, Hib, IPV, HBV vervollständigen (3. bzw. 4. Injektion) 1. Impfung gegen Masern – Mumps – Röteln (MMR) Hepatitis A und B Grundimmunisierung 3 Injektionen, falls nicht im Säuglingsalter mit HBV begonnen. Windpocken (Varizellen) (VZV) für alle Kinder mit negativer Windpockenanamnese ab 2. Lebensjahr
ab 6. Lebensjahr	Diphtherie – Keuchhusten – Tetanus (DTPa) Auffrischimpfung Masern – Mumps – Röteln (MMR) Kombinationsimpfung, Zweitimpfung
ab 10. Lebensjahr	Windpocken (Varizellen) (VZV) nur Ungeimpfte mit negativer Windpockenanamnese
ab 11. Lebensjahr	Kinderlähmung (IPV) Auffrischimpfung, trivalente Impfung Diphtherie-Tetanus-Pertussis Tdpa Auffrischimpfung
2.-18. Lebensjahr	Hepatitis B , Kombinationsimpfung mit Hepatitis A empfohlen Grundimmunisierung, 3 Injektionen
ab 50.Lebensjahr	Virusgrippe (Influenza) 1 Injektion jährlich im Herbst
ab 60.Lebensjahr	Pneumokokken-Infektionen 1 Injektion (alle 6 Jahre)
alle 10 Jahre	Tetanus – Diphtherie (Td) Auffrischimpfung Kinderlähmung (IPV) Auffrischimpfung, trivalente Impfung

Tab. 3: Impfkalender * Kosten werden z. Z. nicht von allen Krankenkassen übernommen

Im Ergebnis der Reihenuntersuchungen in den Kindertagesstätten und Schulen durch den jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes kann über die Vollständigkeit des Impfstatus der im Landkreis lebenden Kinder Auskunft gegeben werden.

Bestandteile der Untersuchungen sind die Kontrolle der Impfausweise, Impfberatung und das Hinweisen auf fehlende Impfungen. Beim Fehlen einer öffentlich empfohlenen Impfung erhält das untersuchte Kind eine schriftliche Impfempfehlung. Die fehlende Impfung sollte dann beim Hausarzt oder im Gesundheitsamt nachgeholt werden.

Der Impfstatus wird dokumentiert und nach den Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission ausgewertet.

Bei den nachfolgenden Berechnungen der Impfraten werden nur Kinder einbezogen, die ihren Impfausweis vorgelegt haben. Die tatsächlichen Durchimpfungsraten könnten etwas höher ausfallen als es hier aufgezeigt ist.

Bei den **Kita-Untersuchungen** 2004/ 2005 lag für 88,8 % der 552 untersuchten Kinder der Impfausweis vor. Um diesen Anteil zu erhöhen, müssen die Eltern weiterhin über die Wichtigkeit der Impfproblematik aufgeklärt werden.

Kinder im 4.Lebensjahr	Diphtherie/Tetanus/Pertussis	Kinderlähmung	Masern-Mumps-Röteln	Hepatitis B
2003/ 2004				
Ungeimpfte Kinder	-	-	7	6
Durchimpfungsrate *	95,3 %	99,1 %	97,1 %	96,5 %
vgl. Sachsen 03/ 04	95,9 %	96,8 %	96,7 %	93,5 %
2004/ 2005				
Ungeimpfte Kinder	1	1	8	10
Durchimpfungsrate *	96,9 %	98,2 %	97,3 %	94,7 %
vgl. Sachsen 04/ 05	96,7 %	82,5 %	91,8 %	80,8 %

Tab. 4: Impfstatus in den Kindergärten *) bezogen auf Kinder mit vorgelegtem Impfausweis

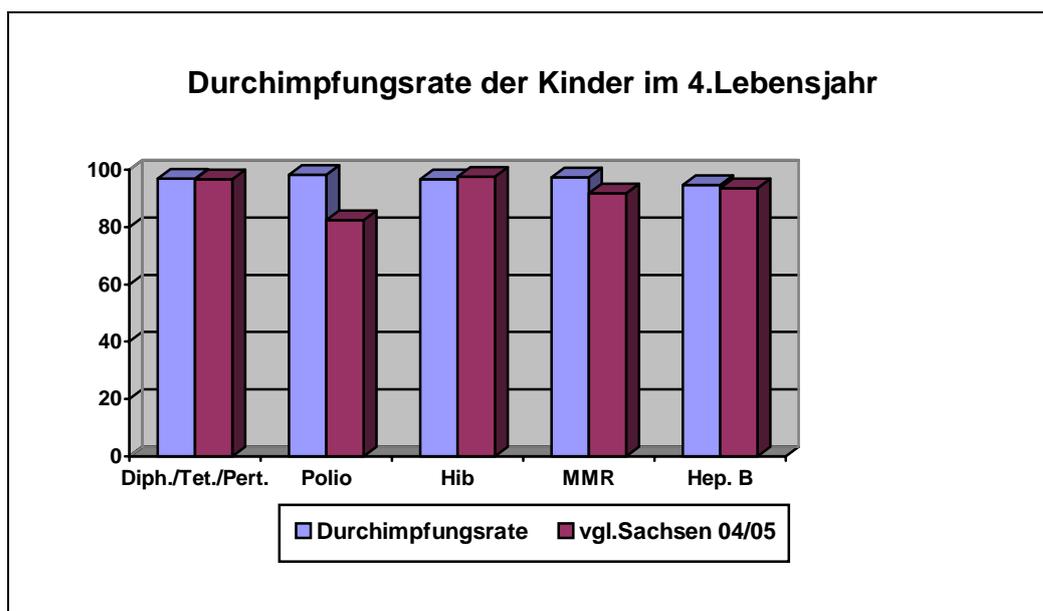


Abb. 3: Durchimpfungsrate der Kinder im 4.Lebensjahr 2004/ 05 im Vergleich zu Sachsen

Bei den **Einschulungsuntersuchungen** 2004/ 2005 lag von 92,7 % der untersuchten Kinder der Impfausweis vor. Darauf bezieht sich die in nachfolgender Tabelle aufgeführte Durchimpfungsrate.

Die Durchimpfungsrate Diphtherie/ Tetanus/ Pertussis lag 2004/ 2005 bei den Einschülern bei nur 38,2 %. **Die niedrige Rate begründet sich dadurch, dass die Kinder am Anfang ihres sechsten Lebensjahres untersucht werden und noch bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres (mit dem 6. Geburtstag) Zeit haben, die fehlende Impfung nachzuholen.**

Einschüler	Diphtherie/Tetanus/ Pertussis	Kinder - lähmung	Masern- Mumps- Röteln	Hepatitis B
2003/ 2004				
Ungeimpfte Kinder	1	3	19	32
Durchimpfungsrate *	36,6 %	96,6 %	61,0 %	93,9 %
vgl. Sachsen 03/ 04	47,4 %	95,7 %	52,9 %	90,1 %
2004/ 2005				
Ungeimpfte Kinder	1	2	11	27
Durchimpfungsrate *	40,3 %	94,3 %	67,1 %	93,8 %
vgl. Sachsen 04/ 05	41,0 %	95,2 %	51,8 %	92,2 %

Tab. 5: Impfstatus bei den Einschülern

*) bezogen auf Kinder mit vorgelegtem Impfausweis

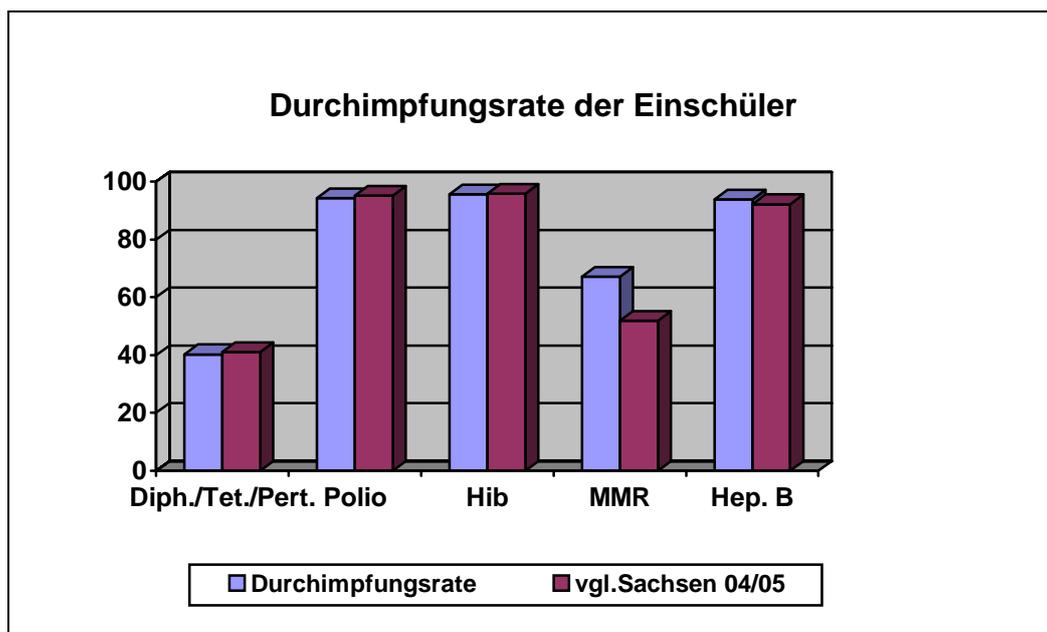


Abb. 4: Durchimpfungsrate der Einschüler 2003/ 2004 im Vergleich zu Sachsen

Alle Eltern werden im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen mündlich und schriftlich auf noch fehlende Impfungen aufmerksam gemacht. Sie werden angehalten, diese bis zum Schuleintritt beim Haus- oder Kinderarzt nachholen zu lassen.

Sind die Kinder dem Alter entsprechend komplett geimpft, dann berät der jugendärztliche Dienst über die nächsten Impfungen im 11. Lebensjahr. Das ist laut Impfkalender eine Wiederholungsimpfung gegen Diphtherie/ Tetanus (Wundstarrkrampf) und Poliomyelitis (Kinderlähmung). Im Rahmen einer Kombinationsimpfung kann zu diesem Zeitpunkt auch die empfohlene fünfte Impfung gegen Pertussis (Keuchhusten) nachgeholt werden.

Bei den **Reihenuntersuchungen der 2. Klasse 2004/ 2005** lag bei 703 untersuchten Kindern der Impfausweis vor. Dies entspricht zum Vorjahr einer Steigerung von 87,9 % auf 91,4 %.

Die Wichtigkeit der Impfproblematik wurde erkannt. Dies spiegelt sich ebenfalls in der Steigerung der Durchimpfungsraten von 2003/ 2004 zu 2004/ 2005 wider!

Schüler	Diphtherie/Tetanus/ Pertussis	Kinder - lähmung	Masern- Mumps- Röteln	Hepatitis B
2003/ 2004				
Ungeimpfte Kinder	/	/	7	143
Durchimpfungsrate*	71,3 %	86,6 %	73,6 %	63,6 %
vgl. Sachsen 03/ 04	72,7 %	87,4 %	72,9 %	66,0 %
2004/ 2005				
Ungeimpfte Kinder	2	4	7	37
Durchimpfungsrate *	80,8 %	96,3 %	84,5 %	90,8 %
vgl. Sachsen 04/05	72,1 %	85,7%	74,6 %	80,9 %

Tab. 6: Impfstatus bei den Schülern der 2. Klasse *) bezogen auf Kinder mit vorgelegtem Impfausweis

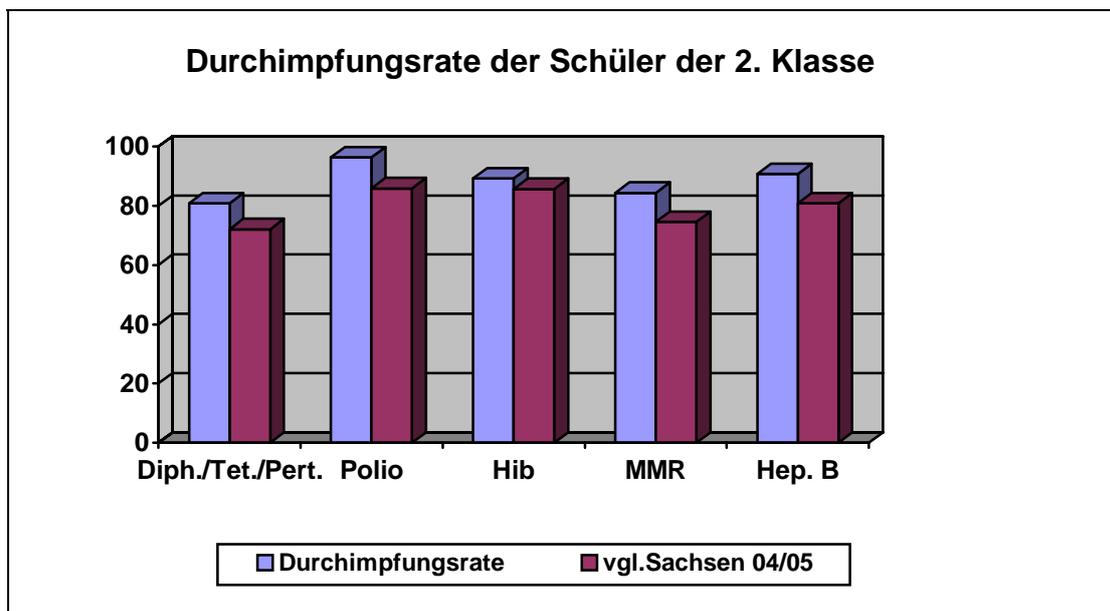


Abb. 5: Durchimpfungsrate der Schüler 2004/ 2005 im Vergleich zu Sachsen

Durch die Novellierung des Schulgesetzes wurde erstmalig im Landkreis Zwickauer Land bei den **Reihenuntersuchungen in den 6. Klassen** der Impfstatus überprüft. Bei 598 untersuchten Kindern lag der Impfausweis vor. Dies entspricht einem Anteil von 85,7 %. Der Sachsendurchschnitt liegt zum derzeitigen Zeitpunkt noch nicht vor. Eine Steigerung der Durchimpfungsraten von der zweiten zur sechsten Klasse ist bei Diphtherie/ Tetanus/ Pertussis, Haemophilus-influenzae-Typ b und Masern-Mumps-Röteln ersichtlich. (Abb.6)

Einschüler	Diphtherie/Tetanus/ Pertussis	Kinder - lähmung	Masern- Mumps- Röteln	Hepatitis B
2004/ 2005				
Ungeimpfte Kinder	4	0	8	137
Durchimpfungsrate *	72,4 %	68,7 %	87,5 %	60,5 %

Tab. 7: Impfstatus bei den Schülern der 6. Klasse *) bezogen auf Kinder mit vorgelegtem Impfausweis

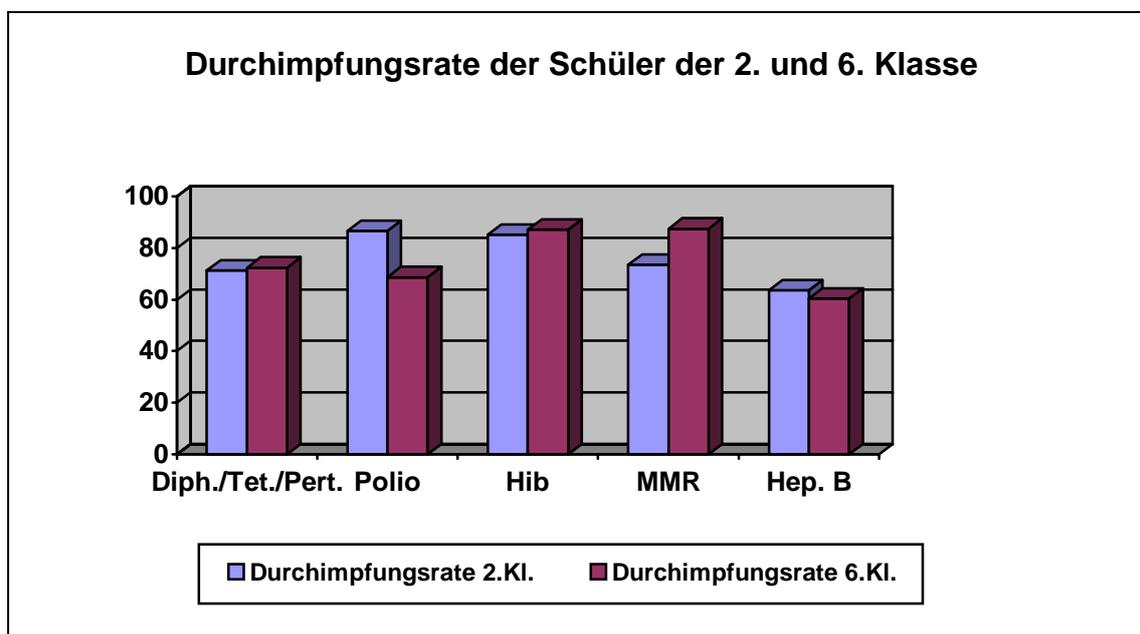


Abb. 6: Vergleich der Durchimpfungsrate 2004/ 2005 der Schüler in den Klassen 2 und 6

2.1.6 Einschulungsuntersuchungen

Im Berichtszeitraum 2004/ 2005 wurden 950 Einschüler untersucht.

Von den 950 Einschülern wurden **63 Kinder** für eine **Zurückstellung** und **16 Kinder** für eine **vorzeitige Einschulung** vorgeschlagen.

Eine deutliche Veränderung zeigt die Zahl der **Zurückstellungen** vom Schulbesuch. In den letzten Jahren sank die Rückstellerquote von 12,8 % auf 6,6 %. Diese Absenkung liegt in der **Novellierung** des Schulgesetzes begründet. Ursache für die hohe Rate der zurückgestellten Kinder vor der Novellierung des Schulgesetzes war, dass sehr häufig dem Wunsch der Eltern auf eine Zurückstellung von der Einschulung stattgegeben wurde.

Die endgültige Entscheidung über eine Zurückstellung trifft der jeweilige Schulleiter.

Nur für die Kinder, die geistig und körperlich nicht ausreichend entwickelt sind oder beträchtliche gesundheitliche oder emotional-soziale Beeinträchtigungen aufweisen, wird eine Zurückstellung in Erwägung gezogen.(Abb.7)

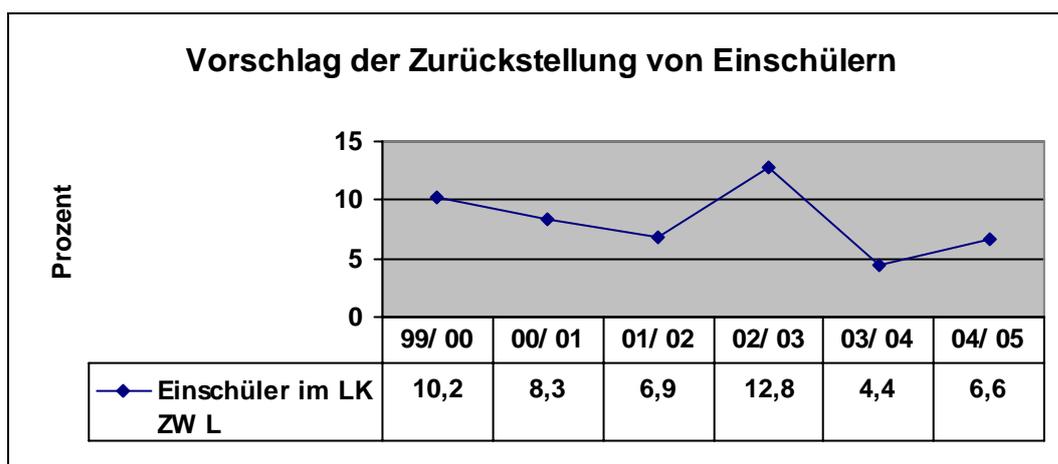


Abb. 7: Anteil der untersuchten Einschüler mit jugendärztlich empfohlener Zurückstellung von der Einschulung

Durch die Abnahme von zurückgestellten Kindern ist eine Zunahme von

Förderschulempfehlungen zu verzeichnen. Als Förderschulen gelten:

- Lernbehindertenschulen
- Schulen für geistig behinderte Kinder und Jugendliche
- Sprachheilschulen
- Schulen für körperbehinderte Kinder und Jugendliche
- Schulen für gehörlose und schwerhörige Kinder und Jugendliche
- Schulen für blinde und sehschwache Kinder und Jugendliche.

Für wenige Kinder besteht die Möglichkeit einer integrativen Beschulung in der Regelschule. Das betrifft vor allem Kinder mit einer Körperbehinderung und Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten bei normaler Intelligenz. Auch Kinder mit geringen Intelligenzdefiziten, bei denen durch spezielle intensive Förderung die Aussicht besteht, dass sie den Anforderungen in der Regelschule gerecht werden, können integrativ beschult werden. Alle diese Kinder müssen sich einem Förderschulaufnahmeverfahren unterziehen. Bei der Einschulungsuntersuchung wird eine Förderschulempfehlung ausgesprochen, wenn diese aus medizinischer Sicht zu vertreten ist. In den Förderschulen ist für diese Kinder eine bestmögliche Förderung zu erreichen, was in einer Grundschule nicht möglich wäre. Im Jahr 2005 wurde von Seiten des jugendärztlichen Dienstes für 20 Kinder (2,1 %) ein Förderschulaufnahmeverfahren vorgeschlagen.(Abb.8) Es wird im Rahmen einer Überprüfungswoche in der jeweiligen Förderschule ein pädagogisches Gutachten erstellt und der jeweilige Förderbedarf festgestellt.

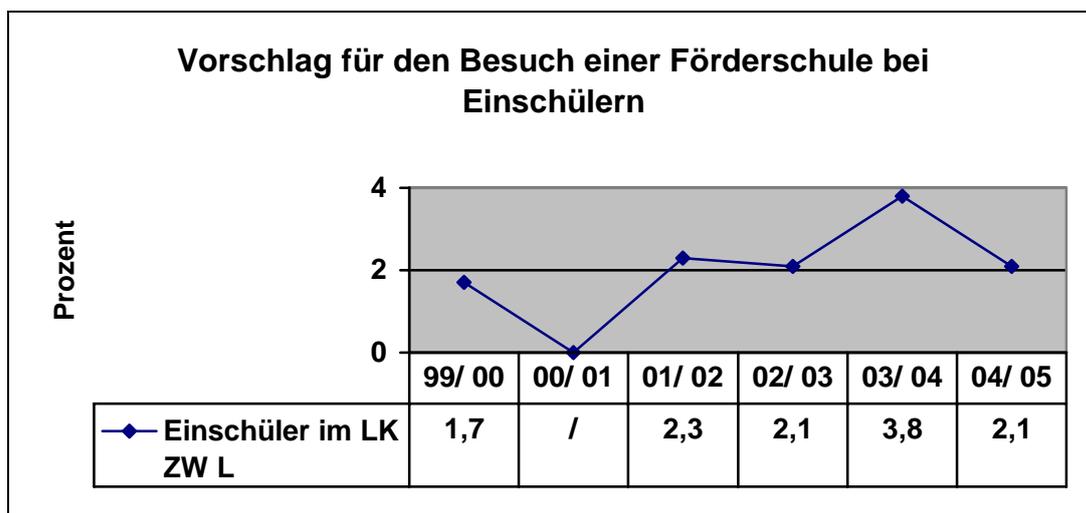


Abb. 8: Anteil der untersuchten Einschüler mit jugendärztlich empfohlenem Vorschlag für den Besuch einer Förderschule

Nach der Novellierung des Schulgesetzes 2003 ist auf Wunsch der Eltern eine Einschulung von Kindern, die im Einschulungsjahr im Zeitraum vom 01. Juli bis 30. September das sechste Lebensjahr vollenden, möglich. Sollten die Kinder den Kriterien der Schulreife entsprechen, so kann dem Elternwunsch für die Einschulung stattgegeben werden. Diese Kinder gelten nicht als vorzeitig eingeschult. Kinder, die vom 01. Oktober bis 31. Dezember das 6. Lebensjahr vollenden, können ebenfalls zur Einschulung angemeldet werden. Sollten diese sehr jungen Kinder eingeschult werden, so gilt es als **vorzeitige Einschulung**. Seit 2000/ 2001 ist ein kontinuierlicher Anstieg von vorzeitigen Einschulungen zu verzeichnen. Im Jahr 2005 belief sich der Anteil auf 1,7 % der untersuchten Kinder.(Abb.9)

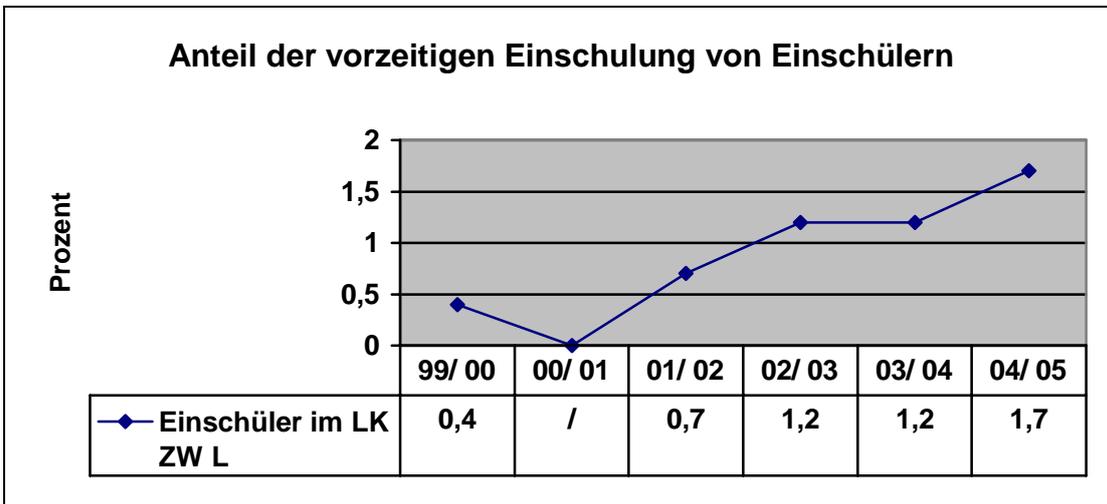


Abb. 9: Anteil der untersuchten Einschüler mit Elternwunsch auf vorzeitige Einschulung

3. Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Landkreis Zwickauer Land

Vorgestellt werden die Ergebnisse der Kindergarten- und Einschulungsuntersuchungen u. a. anhand der Befundhäufigkeiten 2004/ 2005:

- Sprachstörungen
- Herabsetzung der Sehschärfe
- Motorisch-koordinativer Entwicklungsrückstand
- Herabsetzung des Hörvermögens

3.1 Befunde bei den Kindergartenuntersuchungen

Bei den Untersuchungen 2004/ 2005 in den **Kindertagesstätten** hatten von insgesamt 552 untersuchten Kindern 365 Kinder einen Befund.

Befunde der Kinder im 4.Lebensjahr	Prozent 2003/04	Prozent 2004/05	Vergleich in Prozent
Herabsetzung der Sehschärfe	10,9	10,3	-0,6
Sprachstörungen	35,3	28,8	-6,5
Herabsetzung des Hörvermögens	19,6	21,4	1,8
motorisch-koordinativer Entwicklungsrückstand	13,5	29,3	15,8

Tab. 8: Befunde der Kinder im 4.Lebensjahr

3.1.1 Nähere Darstellung von Sprachstörungen und motorisch-koordinativem Entwicklungsrückstand bei Kindern im 4. Lebensjahr

Sprachstörungen

Die Sprachentwicklungsstörungen schließen alle die Kinder ein, bei denen die sprachliche Fertigkeit erheblich unter ihrer altersentsprechenden Intelligenz liegt.

Im Jahr 2004/ 2005 haben sich die **Sprachstörungen** um 6,5 % gegenüber dem Vorjahr verringert. (Abb.10)

Motorisch-koordinativer Entwicklungsrückstand

Bei dem **motorisch-koordinativen Entwicklungsrückstand** werden die Fein- und Grobmotorik betrachtet.

Feinmotorische Übungen sind u.a. Malen eines Kreises, Bauen eines Turmes oder das Kreiseln. Als grobmotorische Übungen betrachtet man u. a. den Einbeinstand, das Hüpfen oder das Balancieren.

Im Jahr 2004/ 2005 ist eine Verschlechterung um 15,8 % zu verzeichnen.(Abb.10)

Für die Sorgeberechtigten wird ein Vorschlag für eine frühzeitige Einleitung von Therapiemaßnahmen (Ergotherapie, Physiotherapie) gegeben. Motorische Fähigkeiten können aber auch im Alltag auf ganz einfache Weise trainiert werden. Die Kinder sollten sich mehr im Freien bewegen und dort ihre grobmotorischen Fähigkeiten fördern.

Für Übungen der Feinmotorik kommen Malübungen mit dem Bleistift oder auch einfache Tätigkeiten im Haushalt, wie das Geschirrspülen, in Frage.

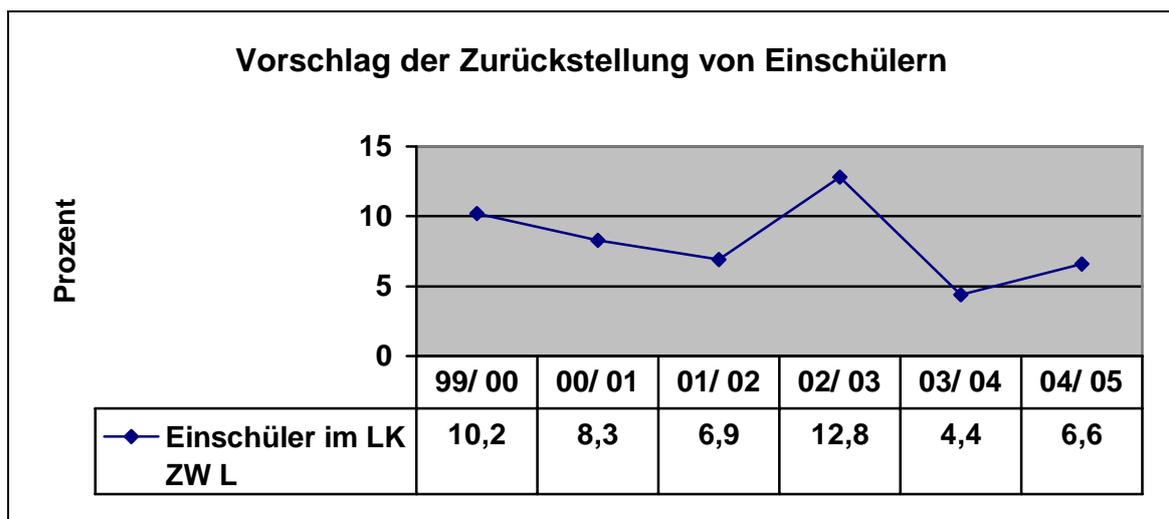


Abb. 10: Anteil der untersuchten Kinder im 4 Lebensjahr mit den Befunden Sprachauffälligkeiten und motorisch-koordinativem Entwicklungsrückstand

3.2 Befunde bei den Einschulungsuntersuchungen

Im Rahmen der **Einschulungsuntersuchungen** wurden folgende Befunde erhoben.

Befunde der Einschüler in Prozent	Landkreis Zwickauer Land	Vergleich zu Sachsen	Vergleich in Prozent
Herabsetzung der Sehschärfe	33,1	19,8	13,3
Sprachstörungen	20	20,3	-0,3
Herabsetzung des Hörvermögens	5,3	7,3	-2
psychovegetative Auffälligkeiten	8,6	12,1	-3,5
motorisch-koordinativer Entwicklungsrückstand	10,5	11,8	-1,3
Haltungsschäden	2,5	6,9	-4,4
Übergewicht (incl. Adipositas)	5,2	4,8	0,4

Tab. 9: Befunde der Einschüler

3.2.1 Nähere Darstellung einzelner Befunde zur Einschulungsuntersuchung

Sprachstörungen

Kinder werden als sprachgestört erfasst, wenn sie u. a. folgende Sprachstörungen aufweisen:

- **Verzögerte Sprachentwicklung**
 - verlangsames und fehlerhaftes Einsetzen der Sprache
 - die sprachlichen Leistungen, wie Sprachverständnis, Laut- und Satzbildung weichen von der Altersnorm ab
- **Dyslalie**
 - Störung der Artikulation (lautliches Sprechen)
- **Dysgrammatismus**
 - Fehler bei der Satzbildung, bei der Wortfolge im Satz bzw. das Fehlen von Wörtern, Fehler bei der Pluralbildung
- **Dysglossie**
 - Sprachstörungen durch organische Veränderungen an Lippen, Zähnen oder Zunge

- **Rhinolalie**
 - Näseln, z.B. bei Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte oder bei Infekten der oberen Luftwege
- **Störungen des Sprechvorganges**
 - Stottern ist die häufigste Sprechstörung
 - Unterbrechung des Redeflusses, ohne dass das Kind es beeinflussen kann
 - Poltern ist eine undeutliche Sprechweise mit Auslassungen.

Sprachentwicklungsstörungen oder Aphasien (Störung der Sprechfähigkeit und des Sprachverständnisses) können aber auch bei psychischen Auffälligkeiten auftreten. Oftmals sind die Sprachentwicklungsstörungen mit Störungen der Intelligenz gekoppelt. Bei den Einschülern im Landkreis Zwickauer Land ist seit 2001/ 2002 ein kontinuierlicher Anstieg der Sprachstörungen feststellbar. 1999/ 2000 war der Anteil mit Sprachstörungen noch bei 16,6 %. In den Jahren 2002/ 2003 und 2003/ 2004 lagen die Werte bei 21,1 % bis 22,2 %. Die Werte im Landkreis Zwickauer Land lagen von 1999 – 2003 deutlich unter dem Sachsendurchschnitt. Von 2003/ 2004 auf 2004/ 2005 zeigt sich ein sehr sprunghafter Anstieg um 9,2 %.(Abb.11) Der Grund dafür ist mit großer Wahrscheinlichkeit die verbesserte Untersuchungsmethode (S-ENS-Test). Durch die seit 2004 eingeführte Kita-Untersuchung können die Sprachauffälligkeiten frühzeitig erkannt und rechtzeitig behandelt werden. Ziel ist es, in den kommenden Jahren eine Absenkung der Sprachauffälligkeiten zu erreichen, welche erstmalige bei den Einschülern 2006 zu erwarten sein müsste.

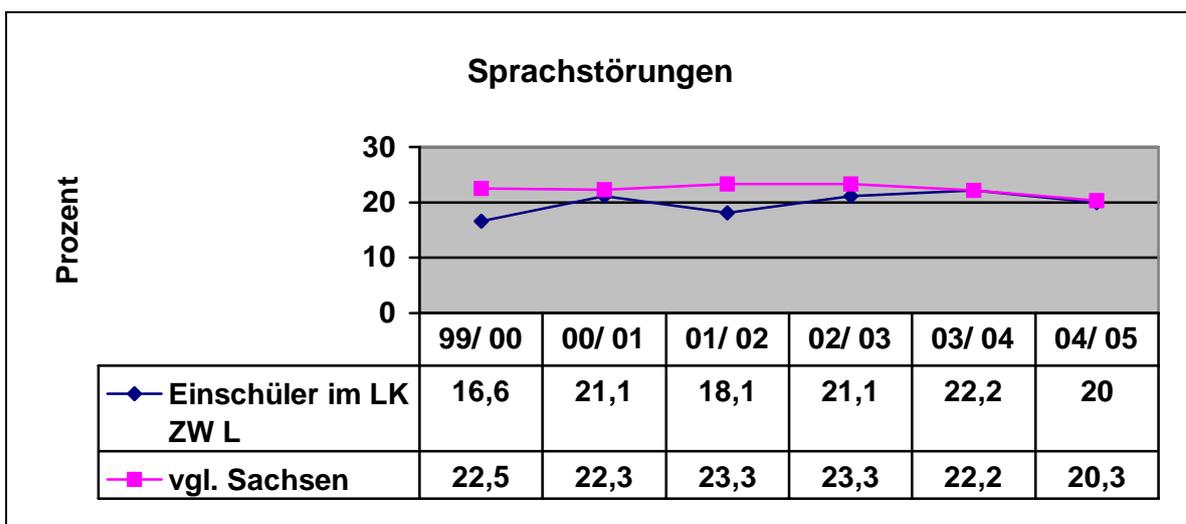


Abb. 11: Anteil der untersuchten Einschüler mit Sprachstörungen im Landkreis Zwickauer Land im Vergleich zu Sachsen

Psychovegetative Auffälligkeiten

Psychische Auffälligkeiten der Kinder sind nur im Zusammenhang mit dem Wissen um die normale körperliche, geistige, psychische und soziale Entwicklung zu begreifen.

In den letzten drei Jahrzehnten wurden über psychische Störungen im Kindesalter neue revolutionäre Erkenntnisse gewonnen. Studien zeigen, dass etwa fünf bis sieben Prozent aller Kinder und Jugendlichen so schwer psychisch erkrankt sind, dass sie einer Therapie bedürfen. Bis zum Jugendalter sind wesentlich mehr Jungen als Mädchen betroffen.

Kinder sind psychovegetativ auffällig, wenn sie **Entwicklungsstörungen** oder **emotionale Störungen** aufweisen:

Entwicklungsstörungen sind:

1. **Tiefgreifende Entwicklungsstörungen** (Störungen, die nicht ein Produkt falscher Pflege und Erziehung sind) wie
 - Autismus – Störung der Beziehungsfähigkeit mit Störung der Sprache
 - Hyperaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien (ständige Wiederholung monotoner Bewegungen)
 - Bleibende schwere Intelligenzminderung (schwere geistige Behinderung)
2. **Umschriebene Entwicklungsstörungen:**
 - Sprech- und Sprachstörungen
3. **Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fähigkeiten:**
 - Lese-Rechtschreibe-Störung
 - Rechenstörung
4. **Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen:**
 - Fein -und grobmotorische Ungeschicklichkeiten bei normaler intellektueller Lernfähigkeit
5. **Reaktive Bindungsstörungen** (Störungen der sozialen Beziehungen und der Emotionalität)
 - gehemmte Störung gegenüber Gleichaltrigen oder Erwachsenen
 - enthemmte Bindungsstörungen

Emotionale Störungen sind:

1. Emotionale Störungen mit Trennungsangst

Störungen, wenn die Trennungsangst besonders schwerwiegend ist und über gewisse Altersstufen hinaus andauert, z.B. Angst vor Trennung von vertrauten Personen

2. Phobische Störungen im Kindesalter

Angst vor spezifischen Objekten und Situationen, z.B. Kita- und Schulphobien

3. Depressive Störungen

Anhaltend getrübt Stimmung und Interessenverlust

4. Mutismus

Sprechverweigerung

5. Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen

Motorische Getriebenheit der Aufmerksamkeit gekennzeichnet durch Überaktivität, Aufmerksamkeitsstörung und Impulsivität.

Oft ist diese Störung durch mangelnde Distanz, motorische Ungeschicklichkeit und Lernstörung begleitet.

Kinder werden dem jeweiligen Befund zugeordnet, wenn sie **mindestens zwei von den bereits oben genannten Symptomen** aufweisen.

Weiterhin gelten Kinder als verhaltensauffällig, wenn sie

- einnässen (Enuresis),
- einkoten (Enkopresis) oder
- einen erheblichen Tic aufweisen, d. h. plötzliche und unwillkürliche Bewegungen einzelner Muskelgruppen und/ oder lautliche Äußerungen.

Bei den Einschulungsuntersuchungen werden die Befunde im Gespräch mit den Sorgeberechtigten erfasst.

Der Anstieg der **psychovegetativen Auffälligkeiten** um 21,1 % im Jahr 2000/2001 gegenüber 1999/2000 erklärt sich möglicherweise mit einer Weiterentwicklung auf dem Gebiet der Erfassung. (Abb.12)

Die Befundung ist die Voraussetzung für die Aufnahme in die heilpädagogische Frühförderung, wie z. B. in eine Integrativkindertagesstätte. Die Schwierigkeit der Therapie auffälliger Kinder ist im Mangel an kassenärztlich zugelassenen Therapeuten, insbesondere Kinderpsychologen, zu suchen. Demzufolge ist die Frühförderung ambulant oder in der Kindertagesstätte meist die einzige Hilfe für auffällige Kinder.

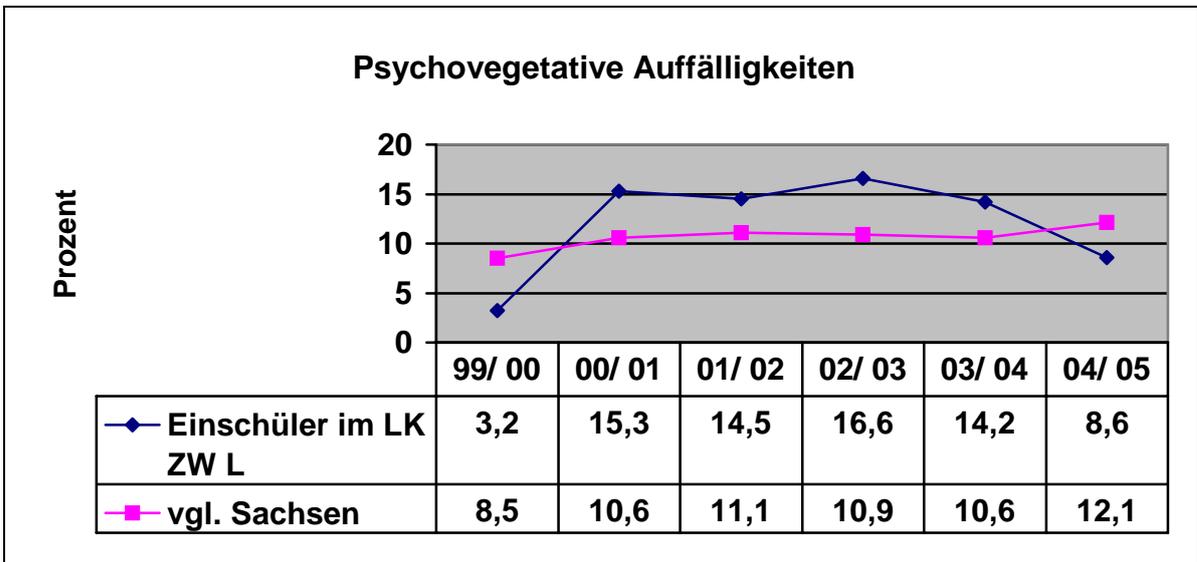


Abb. 12: Anteil der untersuchten Einschüler mit psychovegetativen Auffälligkeiten im Landkreis Zwickauer Land im Vergleich zu Sachsen

Herabsetzung der Sehschärfe

Die Sehschärfe wird mittels Sehtafel auf Kurz- und Weitsichtigkeit überprüft. Die Früherkennung von Sehstörungen ist besonders vor der Einschulung eines Kindes von besonderer Wichtigkeit. Bei einer nicht erkannten Sehbehinderung kann es zu Störungen im schulischen Entwicklungsprozess kommen.

Der enorme Anstieg bei der **Herabsetzung der Sehschärfe** seit dem Schuljahr 2003/ 2004 ist in unserem Landkreis auf den Test auf Weitsichtigkeit (Hyperopietest) zurückzuführen. Es gibt nur wenige Gesundheitsämter, die diesen Test bei den Einschulungs- und Reihenuntersuchungen durchführen. Bei einem Verdacht auf Weitsichtigkeit werden die betroffenen Kinder zur Kontrolluntersuchung zum Augenarzt überwiesen.

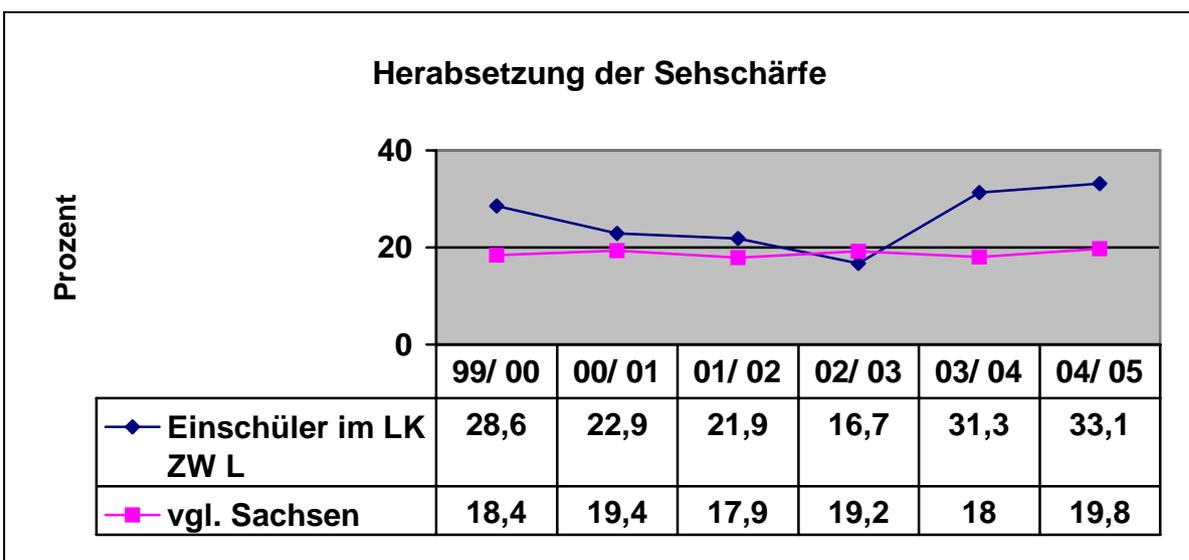


Abb. 13: Anteil der untersuchten Einschüler mit Herabsetzung der Sehschärfe im Landkreis Zwickauer Land im Vergleich zu Sachsen

Herabsetzung des Hörvermögens

Als hörgestört ist jedes Kind zu bezeichnen, das im Hauptsprachbereich (zwischen 250–4000 Hertz) einen Hörverlust von über 20 Dezibel (dB) aufweist. Nach statistischen Angaben ist in Deutschland jedes 500. Kind hörgestört.

Man unterscheidet folgende Hörstörungen:

- leicht (< 30 dB),
- mittel (30-60 dB) und
- hochgradig (> 60 dB),

Hörstörungen behindern eine normale Sprachentwicklung und damit eine normale geistige Entwicklung. Entscheidend für die weitere Entwicklung der hörgestörten Kinder ist ein **frühest möglicher** Therapiebeginn.⁴ Leichte Sprachstörungen (z. B. Lispeln) sind ab 25 dB Hörverlust im Hauptsprachbereich zu erwarten.

Der Jugendärztliche Dienst überprüft das Hörvermögen mittels nachstehender Methoden. Für die Kinder im vierten Lebensjahr steht ein Messgerät zur Verfügung, das objektiv und ohne die Mitarbeit der Kinder die Hörfähigkeit misst. Durch Schallwellen wird die Beweglichkeit der Sinneshaare hervorgerufen und gemessen.

Bei älteren Kindern wird das Hörvermögen mittels Audiometer geprüft. Hier müssen die Kinder verschiedene Töne in unterschiedlichen Frequenzen hören.

Im Jahr 2004/ 2005 belief sich der Anteil der Hörstörungen im Landkreis Zwickauer Land auf 5,9 %.(Abb.14)

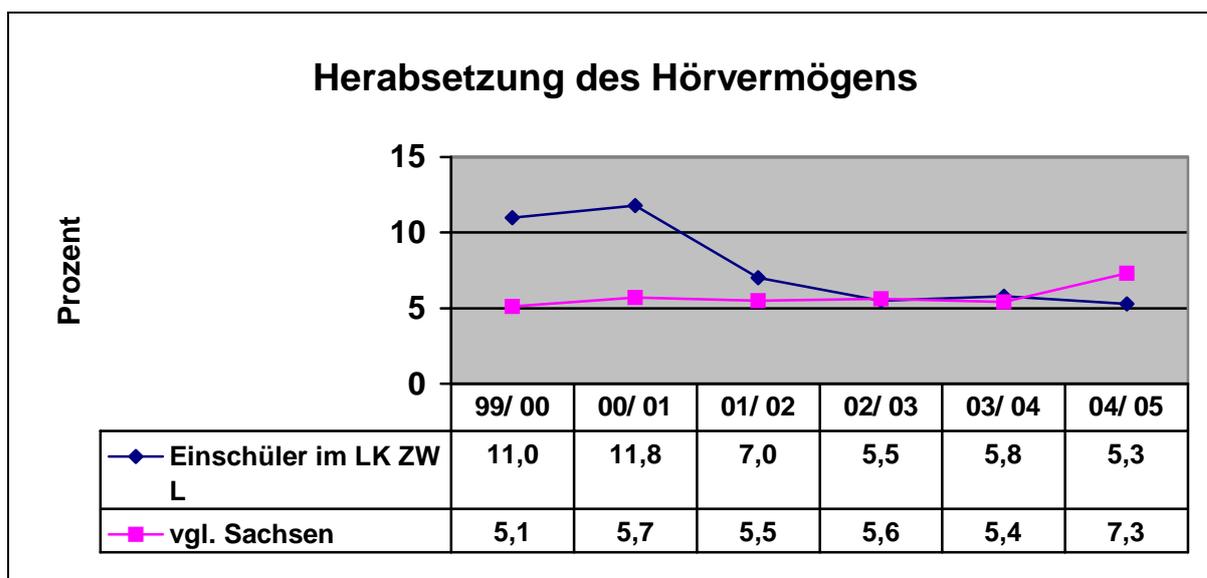


Abb. 14: Anteil der untersuchten Einschüler mit Hörstörungen im Landkreis Zwickauer Land im Vergleich zu Sachsen

⁴ http://www.kinderzentrum.de/neurophysiologie_hoerstoerung.php am 1.12.2005

Es gibt auch vorübergehende Hörstörungen im Rahmen eines Infektes der oberen Luftwege, die nach dessen Ausheilung vollständig rückbildungsfähig sind. Eine Kontrolle dieser Befunde ist erforderlich.

Mit Sicherheit sind die relativ hohen Zahlen der Hörstörungen auf die neuen Medien, wie z. B. das Hören über Kopfhörer und sehr laute Musik, zurückzuführen. Ursache für eine Hörminderung können u. a. auch Hirntumore, anatomische Veränderungen an den Hörorganen oder Stoffwechselerkrankungen sein.

Haltungsschwäche

Als Haltungsschwäche bezeichnet man eine Schwäche der Rückenmuskulatur, bei der noch keine Veränderungen an der Wirbelsäule zu sehen sind.

Der Tagesablauf vieler Kinder ist gekennzeichnet von einer wachsenden Bewegungsarmut:

- Schulwege werden mit dem Auto oder dem Bus bewältigt,
- stundenlanges Sitzen auf meist rückenschädlichen Schulbänken prägen den Schulvormittag,
- die Stundenzahl für den Schulsport wurde gekürzt,
- die Freizeit wird zunehmend u. a. vor dem Computer oder vor dem Fernsehen verbracht.

Bewegungsmangel hat schwerwiegende Konsequenzen für die körperliche, geistige sowie psychosoziale Entwicklung unserer heranwachsenden Kinder.⁵

Die oben aufgezeigten Einflussfaktoren fördern die Haltungsschwäche der Kinder und Jugendlichen.

Der Befund Haltungsschwäche wird diagnostiziert, wenn die Kinder nicht in der Lage sind, nach der Aufforderung 30 Sekunden lang eine gerade Körperhaltung aufrechtzuerhalten.

Dabei darf keine Vorverlagerung des Beckens und/ oder Rückverlagerung des Oberkörpers auftreten.

Seit 2001/ 2002 liegt der Anteil der Haltungsschwäche unter dem Sachsendurchschnitt. Von 2003/ 2004 auf 2004/ 2005 ist eine Absenkung um 3,4 % ersichtlich.(Abb.15)

⁵ http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Fachbeitrag/a_Erziehungsbereiche/s_719.html am 1.12.2005

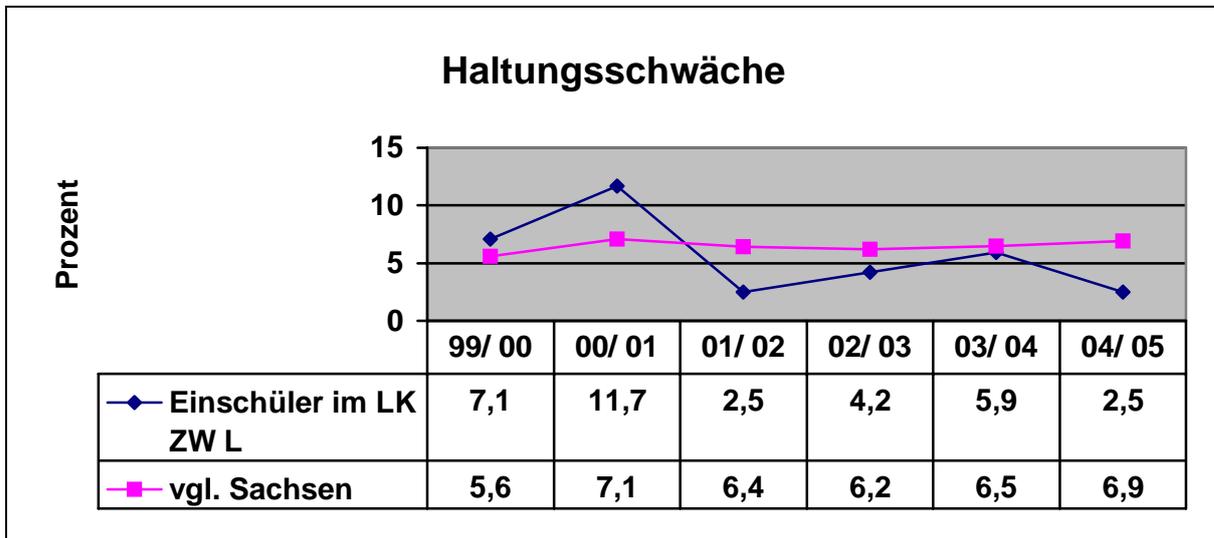


Abb. 15: Anteil der untersuchten Einschüler mit Haltungsschwächen im Landkreis Zwickauer Land im Vergleich zu Sachsen

Übergewicht (incl. Adipositas)

Zahlen des jugendärztlichen Dienstes **in Sachsen** belegen die kontinuierliche Zunahme übergewichtiger Kinder seit den Jahren 1993/ 1994, weshalb in der präventiven Arbeit die Motivation zur Bewegung und zur gesunden, abwechslungsreichen Ernährung in den Mittelpunkt gerückt ist.

Dazu werden u.a. die jährlichen Leichtathletiksportfeste der Grundschulen und die Sportfeste für übergewichtige Schüler und zahlreiche andere Angebote der Prävention genutzt.

Im Erwachsenenalter hat sich der BMI (Body Mass Index) als Maß zur Beurteilung des Übergewichtes durchgesetzt. In den letzten Jahren ist der Gebrauch des BMI auch für das Kinder- und Jugendalter empfohlen worden. Voraussetzung für altersgemäße Vergleiche sind adäquate Normwerte. Anzuwenden sind die Tabellen und **Kurven nach Kromeyer-Hauschild et al.** (Anlage 4)

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht (kg)}}{\text{Körpergröße (m)}^2}$$

Beurteilung:

- liegt der BMI **über der 90er** Perzentile, so ist das Kind **übergewichtig**
- liegt der BMI **über der 97er** Perzentile, so ist das Kind adipös und es ist eine Facharztüberweisung zur Behandlungsübernahme der Adipositas notwendig

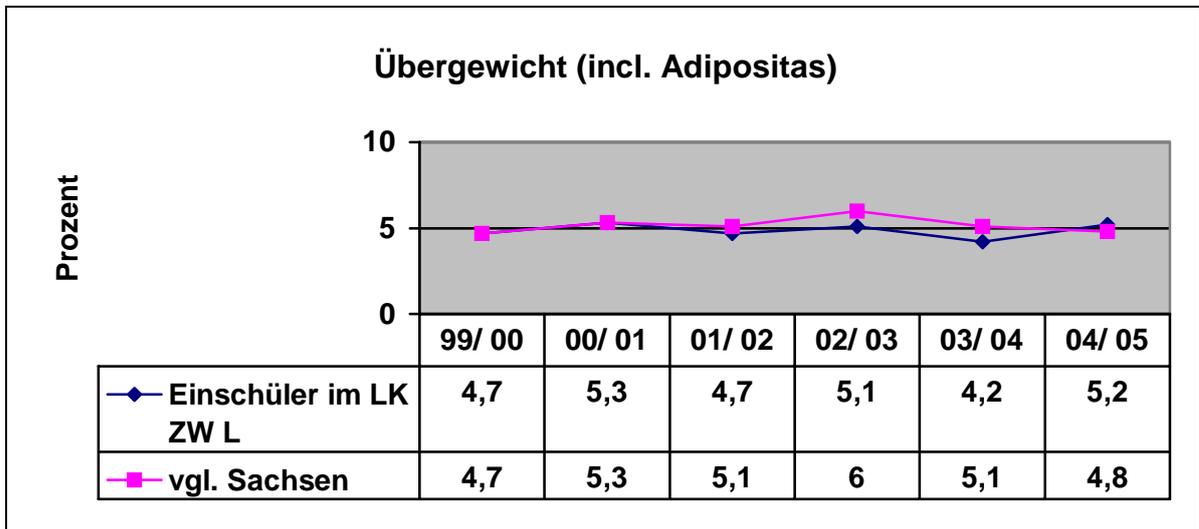


Abb. 16: Anteil der untersuchten Einschüler mit Übergewicht (incl. Adipositas) im Landkreis Zwickauer Land im Vergleich zu Sachsen

Die positiven Zahlen des Landkreises sind auch auf die kontinuierliche Arbeit des Gesundheitsamtes im Rahmen der Gesundheitsförderung zurückzuführen. Im Landkreis Zwickauer Land liegen die Werte seit 2001/ 2002 unter dem Sachsendurchschnitt.(Abb.16)

Kyphose/ Skoliose/ Morbus Scheuermann

In dieser Befundgruppe sind drei Erkrankungen zusammengefasst, die jeweils Wirbelsäulenveränderungen hervorrufen.

Verstärkte Kyphose: verstärkte Rundrückenbildung im Bereich Brustwirbelsäule

Skoliose: fixierte Seitverbiegung der Wirbelsäule mit Drehung

Morbus Scheuermann: Wachstumsstörung an den Grund- und Deckplatten der Wirbelkörper unbekannter Ursachen, vermehrte Rundrückenbildung im Bereich der Brustwirbelsäule (BWS)⁶

Diese Krankheitsbilder müssen frühzeitig erkannt werden, um u. a. folgende **Maßnahmen** zur Therapieunterstützung anzuwenden:

- Training der Rückenmuskulatur, insbesondere Beratung zu sportlichen Freizeitbeschäftigungen und günstigen Freizeitsportarten (z. B. Schwimmen, Reiten, Walken)
- Sport- oder Teilsportbefreiungen abhängig vom Schweregrad der jeweiligen Erkrankung
- Anregung von schulischen Fördersportmaßnahmen
- Beachtung des Ranzengewichtes im Verhältnis zum Körpergewicht, rückschonendes Tragen
- Benutzung von körperhöhengerechten Sitzmöbeln in der Schule und zu Hause

⁶ <http://www.morbus-scheuermann.de/am> 1.12.2006

Seit 2000/ 2001 liegen die Werte im Landkreis Zwickauer Land kontinuierlich unter dem Sachsendurchschnitt.(Abb.17)

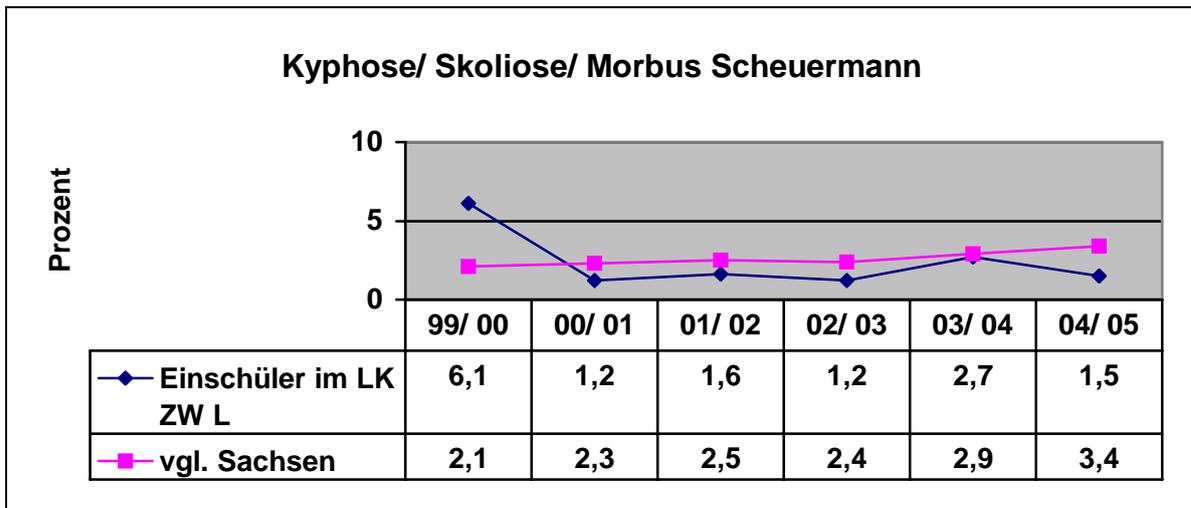


Abb. 17: Anteil der untersuchten Einschüler mit Kyphose/ Skoliose/ Morbus Scheuermann im Landkreis Zwickauer Land im Vergleich zu Sachsen

Motorisch-koordinativer Entwicklungsrückstand

Es werden Kinder erfasst, die Auffälligkeiten in der Grob- und Feinmotorik aufweisen. Das hierfür geeignete Testverfahren (S-ENS) ist bereits in 2.1.2 näher erläutert. Mit dem S-ENS-Test wird zu einem wesentlichen Teil die Visuomotorik erfasst, d. h. die grafische Umsetzung von gesehenen Figuren. Diese Untersuchungsmethode ist u. a. wichtig für das Erlernen des Schreibens.

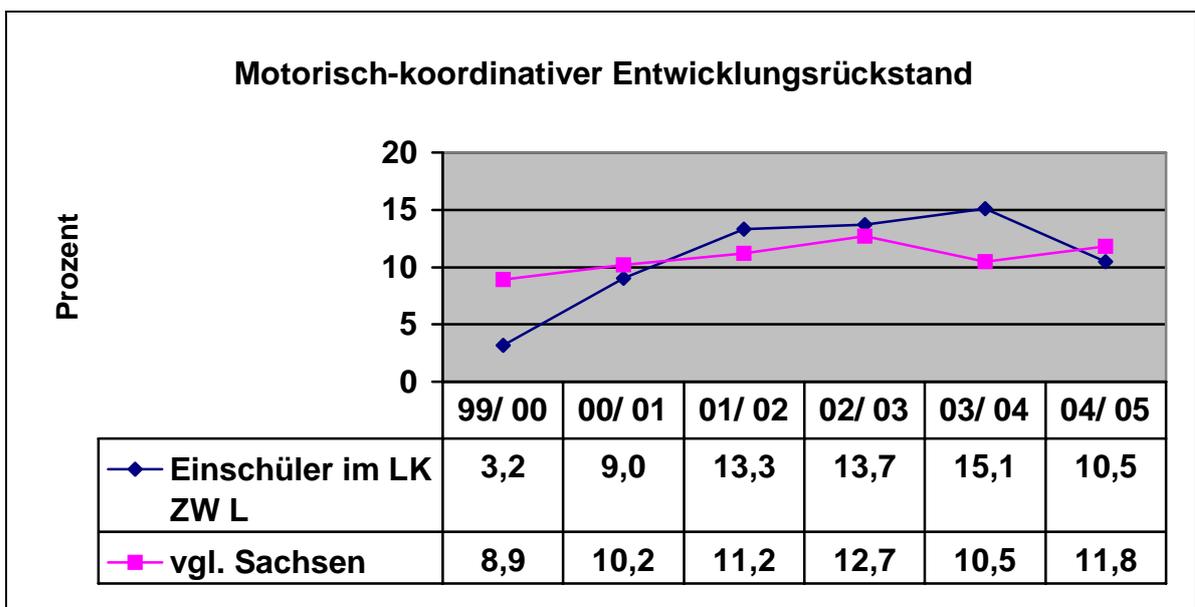


Abb.18: Anteil der untersuchten Einschüler mit motorisch - koordinativem Entwicklungsrückstand im Landkreis Zwickauer Land im Vergleich zu Sachsen

3.3. Befunde bei den Reihenuntersuchungen der 2. Klassen

Untersuchungsergebnisse der Reihenuntersuchung Kl. 2 für das Schuljahr 2003/ 2004 und 2004/2005 in Prozent

Befunde der 2. Klassen	2003/2004	2004/2005	Sachsendurchschnitt 2004/2005
Herabsetzung der Sehschärfe	25,7	21,2	18,0
Sprachstörungen	1,0	1,3	2,0
Herabsetzung des Hörvermögens	3,5	2,6	3,3
psychovegetative Auffälligkeiten	6,1	4,4	5,1
Haltungsschäden	3,0	3,0	8,1
Übergewicht (incl.Adipositas)	7,2	8,7	5,4

Tab. 10: Befunde der 2. Klassen

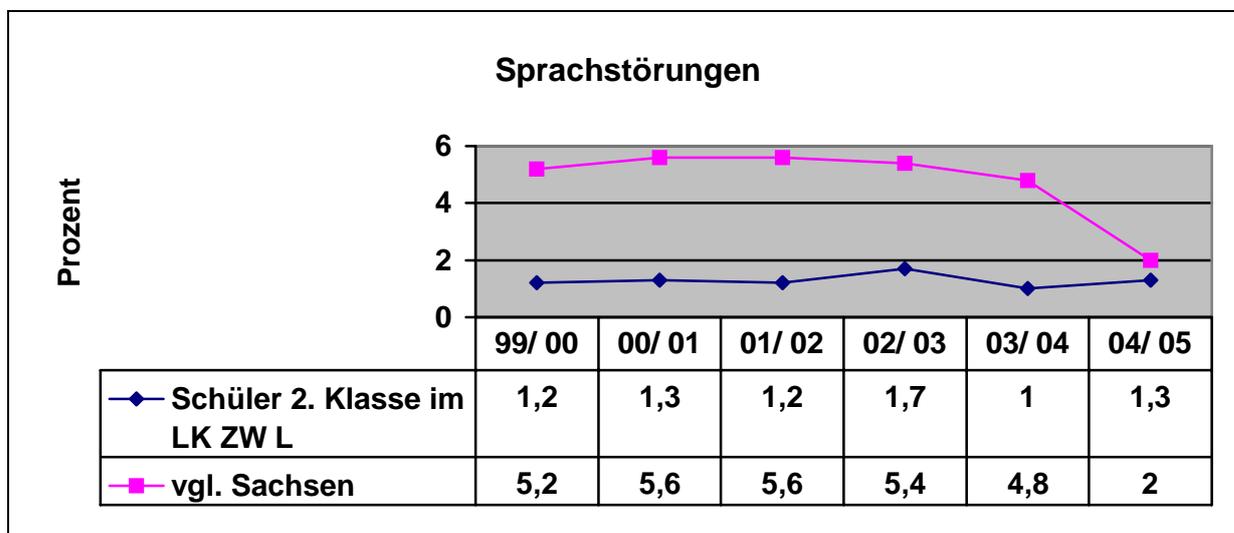


Abb. 19: Anteil der untersuchten Schüler mit Sprachstörungen im Landkreis Zwickauer Land im Vergleich zu Sachsen

Die Sprachstörungen gehen im Schulalter deutlich zurück. Die Kinder können in der Regel bis zur zweiten Klasse fehlerfrei sprechen. Geistig altersgerecht entwickelte Kinder mit Sprachauffälligkeiten werden in der Sprachheilschule unterrichtet.

Die erhobenen Befunde im Landkreis Zwickauer Land lagen im Bereich von 1,0 bis 1,7 % und waren damit in den Jahren 1999 bis 2004 deutlich unter dem Sachsendurchschnitt.

(Abb. 19)

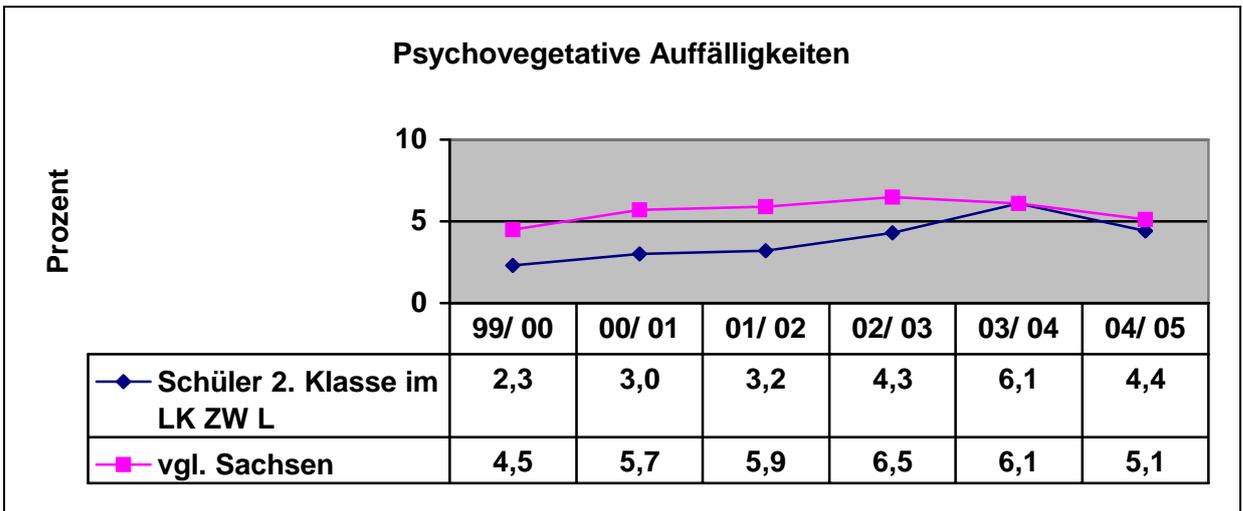


Abb. 20: Anteil der untersuchten Schüler mit psychovegetativen Auffälligkeiten im Landkreis Zwickauer Land im Vergleich zu Sachsen

Die psychovegetativen Auffälligkeiten bestehen im Schulalter in der Regel im Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom. Mit zunehmendem Alter der Kinder bilden sich andere Auffälligkeiten wie Ängstlichkeit und Gehemmtheit, die bei der Einschulungsuntersuchung noch vorhanden sind, zurück.

Im Jahr 2004/ 2005 beläuft sich der Anteil auf 4,4 %.(Abb.20)

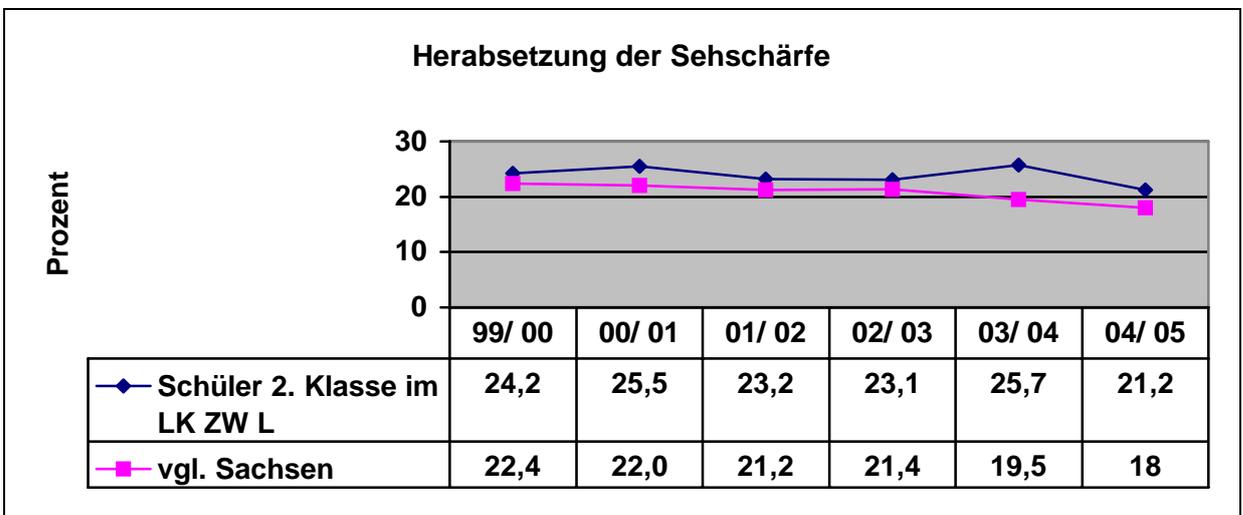


Abb. 21: Anteil der Schüler mit herabgesetzter Sehschärfe im Landkreis Zwickauer Land im Vergleich zu Sachsen

Eine Herabsetzung der Sehschärfe kann mit zunehmendem Alter der Kinder festgestellt werden.. Der Landkreis Zwickauer Land liegt kontinuierlich über dem Sachsendurchschnitt.

Für 2004/ 2005 ist der Anteil bei 21,2 % .(Abb.21)

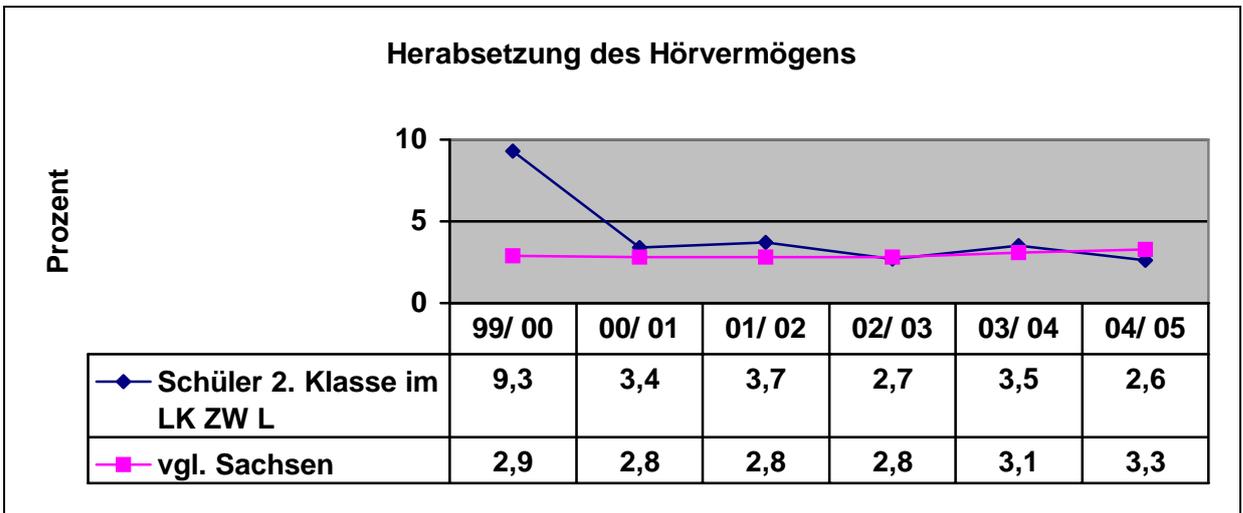


Abb. 22: Anteil der untersuchten Schüler mit Hörstörungen im Landkreis Zwickauer Land im Vergleich zu Sachsen

Die Herabsetzung des Hörvermögens wird in der zweiten Klasse im Vergleich zu den Einschülern geringer. Operative Eingriffe, die medizinisch indiziert waren, sind vorgenommen wurden. Zu erkennen ist eine leichte Absenkung auf 2,6 % im Jahr 2004/ 2005. (Abb.22)

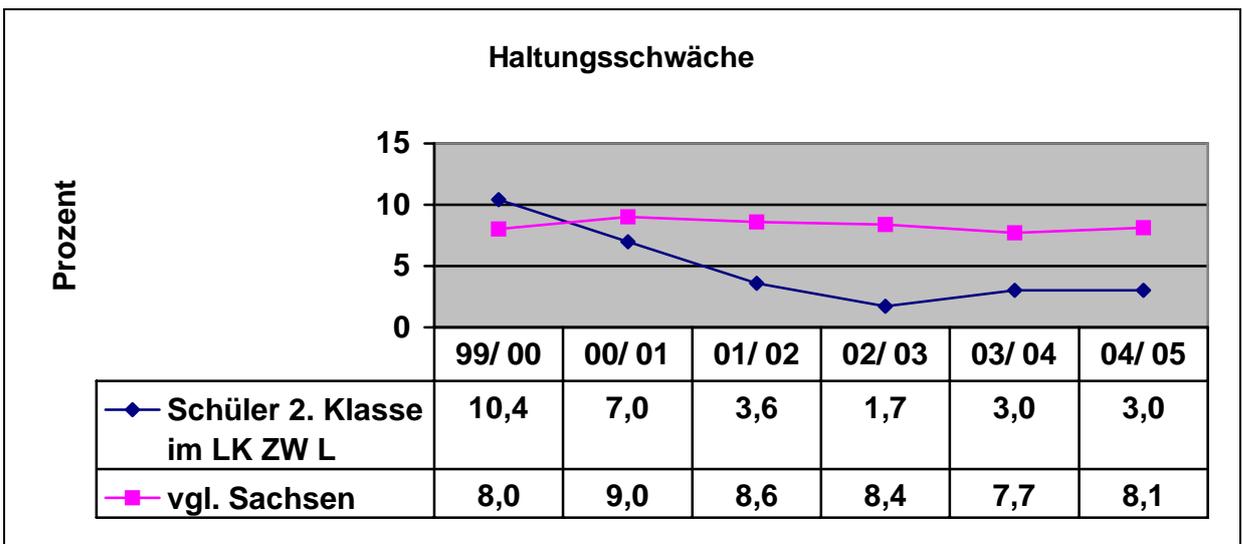


Abb. 23: Anteil der untersuchten Schüler mit Haltungsschwächen im Landkreis Zwickauer Land im Vergleich zu Sachsen

Der Befund Haltungsschwäche lag in den Jahren 2000 bis 2004 unter dem Vergleichswert von Sachsen. Seit 2003 pendelt sich der Wert kontinuierlich um 3,0 % ein. (Abb.23)

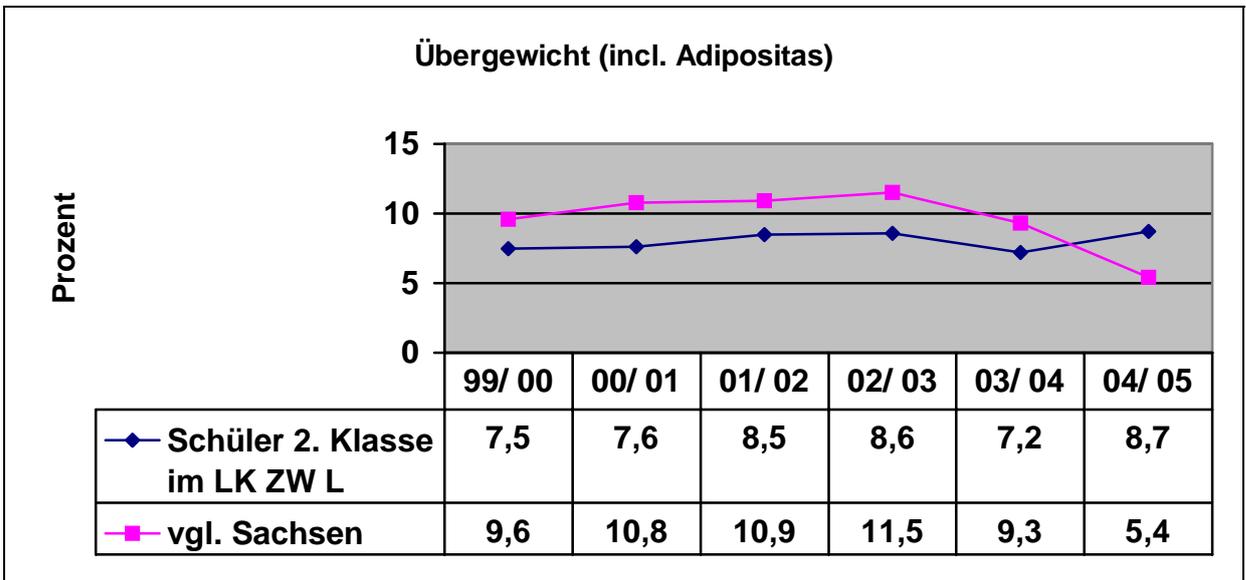


Abb. 24: Anteil der untersuchten Schüler mit Übergewicht (incl. Adipositas) im Landkreis Zwickauer Land im Vergleich zu Sachsen

In den Jahren zwischen 1999 und 2005 bewegten sich die Werte um die 8,0 %. Der Anteil übergewichtiger Kinder war im Landkreis Zwickauer Land eher gering. Demzufolge liegen die Werte unter dem Sachsendurchschnitt. (Abb.24)

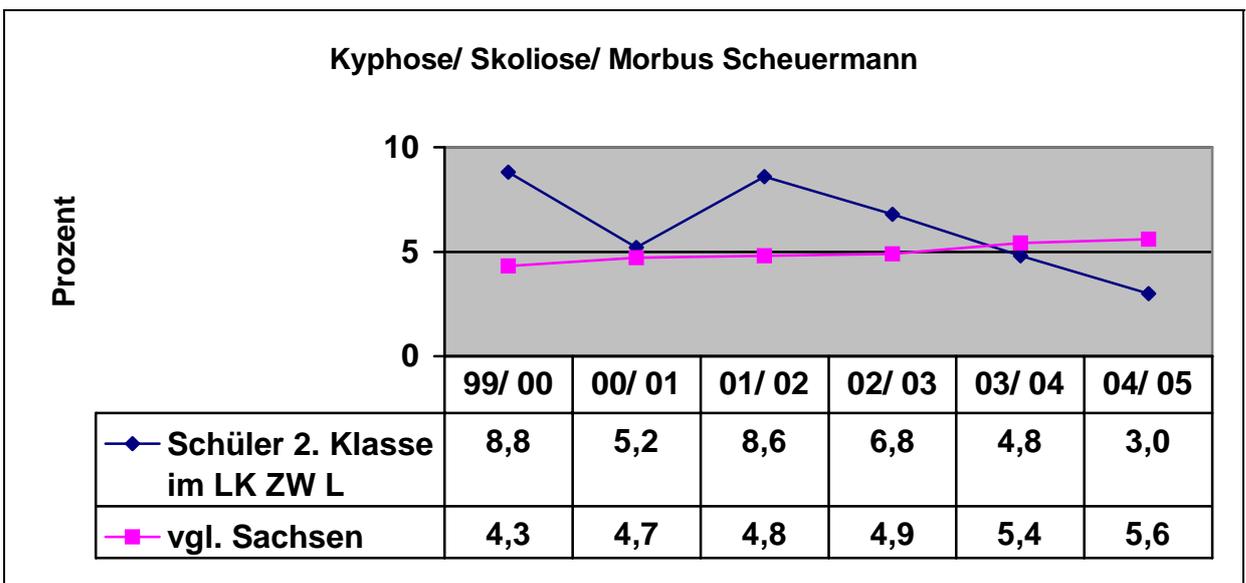


Abb. 25: Anteil der untersuchten Schüler mit Kyphose/ Skoliose/ Morbus Scheuermann im Landkreis Zwickauer Land im Vergleich zu Sachsen

Seit 2001/ 2002 ist eine Abnahme der Erkrankungen zu verzeichnen. Im Jahr 2004/ 2005 liegt der Wert bei 3,0 %. (Abb. 25)

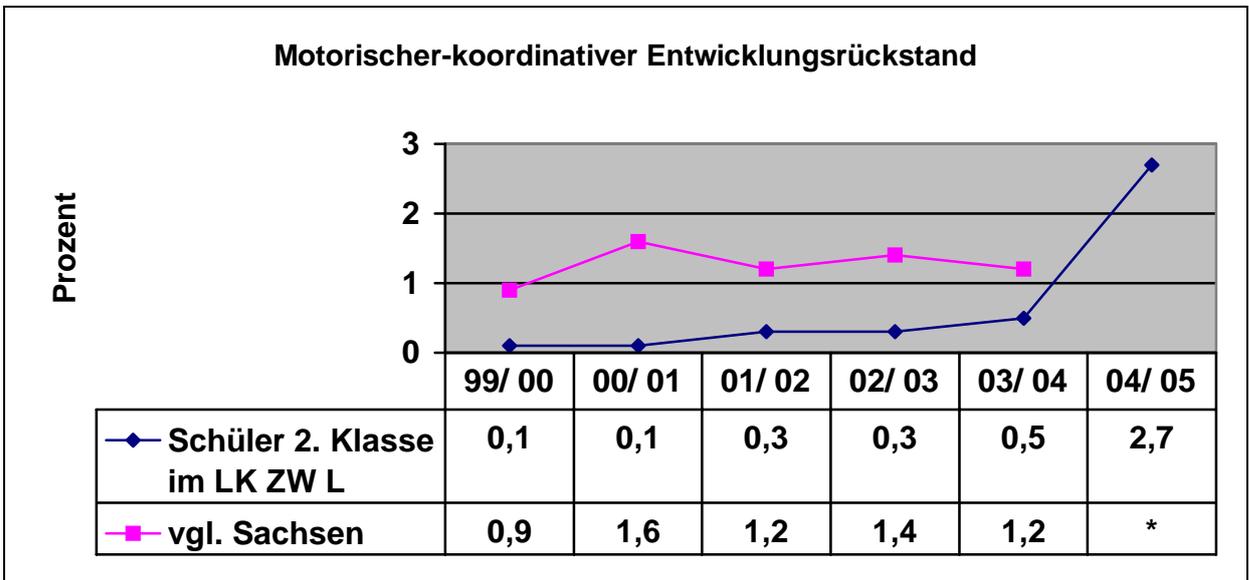


Abb. 26: Anteil der untersuchten Schüler mit motorisch-koordinativem Entwicklungsrückstand im Landkreis Zwickauer Land im Vergleich zu Sachsen *hier liegen keine Vergleichswerte vor

Der motorisch-koordinative Entwicklungsrückstand lag in den Jahren 1999 bis 2004 erheblich unter dem Sachsendurchschnitt. Durch die Überarbeitung der staatlichen Vorgaben für den jugendärztlichen Dienst wurden gezieltere Untersuchungsmethoden angewendet. Somit erklärt sich die steigende Tendenz im Jahr 2005 auf 2,7 %. (Abb. 26)

3.4 Befunde bei den Reihenuntersuchungen der 6. Klassen

Mit der Novellierung des Schulgesetzes wurden im Schuljahr 2004/ 2005 erstmals sechste Klassen untersucht. Aus diesem Grund ist ein Vergleich zum vorhergehenden Schuljahr nicht möglich.

Häufigste Diagnosen bei der Reihenuntersuchung im Schuljahr 2004/ 2005 in Prozent

Befunde der 6. Klassen	2004/ 2005	Sachsendurchschnitt 2004/2005
Herabsetzung der Sehschärfe	30,1	26,4
Übergewicht (incl. Adipositas)	11,7	7,4
Atopien	11,6	13,6
Störungen der Extremitäten und Gelenke	10,9	6,7
Haltungsschäden	8,5	7,4

Tab. 11: Befunde der 6.Klassen

4. Einfluss sozialer Faktoren auf die Gesundheit der Kinder

Die Ermittlung von Sozialdaten und ihre Einbeziehung in die Gesundheitsberichterstattung ist eine bundesweite Forderung mit dem Ziel, einer besseren Planung und Durchführung von Hilfsangeboten für Kinder aus benachteiligten Familienverhältnissen. In vielen Gesundheitsämtern ist sie fester Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung. Vom Suchtverhalten über Wohnverhältnisse bis zum Impfstatus erstreckt sich die breite Palette der Datenerhebung zur Einschätzung der gesunden Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Aus einer Vielzahl von Studien geht hervor, dass ein gesundes Aufwachsen des Kindes nicht nur einer medizinischen Betreuung bedarf, sondern auch das soziale Milieu des Kindes entscheidende Auswirkung auf dessen gesamte Entwicklung hat.

Die Korrelation zwischen der Schulbildung der Eltern, der Familiensituation und der Erwerbstätigkeit der Eltern und dem Gesundheitszustand der Schulanfänger waren Schwerpunkt der Erhebung im Gesundheitsamt Osnabrück und im Gesundheitsamt des Landkreises Oberspreewald – Lausitz (34.-35.).

Der im Landkreis Osnabrück verfasste Gesundheitsbericht beschäftigte sich in der Auswertung unter anderem auch mit der Familiensituation der Einschüler. Bezogen auf den Berufsabschluss der Eltern zeigt sich, dass Kinder, deren Eltern einen höheren Berufsabschluss haben, deutlich bessere Voraussetzungen für den Schulstart nachweisen. Auch der Gesundheitsbericht des Landkreises Oberspreewald – Lausitz untersuchte die Frage, inwieweit die soziale Lage der Kinder die Gesundheit beeinflusst. Im Bericht kommt es zur Schlussfolgerung, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien Diagnose- und Behandlungsdefizite im Vergleich zu Kindern aus besser gestellten Familien aufweisen. Die gleiche Tendenz zeigen die Ergebnisse der Untersuchung im Landkreis Zwickauer Land. Zur Einschulungsuntersuchung 2004/ 2005 wurden die Eltern bzw. die Sorgeberechtigten erstmals gebeten, an einer freiwilligen anonymen Befragung zu familiären und sozialen Bedingungen (Fragebogen Anlage 5) teilzunehmen.

91,6 % der befragten Eltern bzw. Sorgeberechtigten haben diesen Fragebogen ausgefüllt. Der Fragebogen wurde so erstellt, dass der Gesundheitszustand des Kindes, den der untersuchende Arzt festgestellt hat, mit dem sozialen Umfeld verglichen werden konnte. Für die Bestimmung des Sozialstatus wurde festgesetzt, dass mindestens eine Angabe zur Schulbildung und zum Familienstand von Vater oder Mutter in den Daten vorhanden war.

Das Gesundheitsamt Zwickauer Land konzentrierte sich bei der Auswertung der anonymen Befragung zur Einschulungsuntersuchung 2004/2005 auf die Korrelation zwischen Bildungsniveau und Familienstand der Eltern und nachfolgenden Befunderhebungen:

- Sprachauffälligkeiten
- Übergewicht
- Lernprobleme
- motorisch - koordinativer Entwicklungsrückstand.

Im Ergebnis lässt sich eine steigende Tendenz an erhobenen Befunden mit Abnahme des Bildungsniveaus der Eltern erkennen.

So liegt der Anteil der Sprachauffälligkeiten bei einem Bildungsniveau der Eltern unter der 10.Klasse bei 31,2 %, bei höherem Abschluss dagegen nur bei 4,3 %.

Fortführend zeigt sich dieser Trend auch bei Übergewichtigkeit, bei Lernproblemen und beim motorisch - koordinativer Entwicklungsrückstand, wie in nachfolgender Tabelle zu sehen ist.

<u>Pathologische Befunde</u>	Bildungsstand der Eltern	
	unter 10.Klasse	höherer Abschluss
Sprachauffälligkeiten	31,2	4,3
Übergewicht	9,1	2,5
Lernprobleme	18,1	5,0
Motorisch - koordinativer Entwicklungsrückstand	30,3	7,9

Tab. 12: Befunde im Vergleich zum Bildungsstand der Eltern

Die Familiensituation hat große Auswirkungen auf den Entwicklungsstand der Kinder.

Die Familie ist für die Kinder nicht nur Wohn- und Versorgungseinrichtung, sondern ein Ort der Geborgenheit, der Pflege, der Bildung und Erziehung und ein Ort des Schutzes. In manchen Familien ist es aber auch ein Ort mit traumatischen Erfahrungen für die Kinder. So kann sich die familiäre Beziehung als positiver oder als negativer Faktor auf die gesundheitliche und soziale Entwicklung der Kinder auswirken.

Das Robert-Koch-Institutes berichtet dazu: “ *Auswirkungen der sozialen Situation auf die gesundheitliche Situation zeigen beispielsweise auch bei Einschulungsuntersuchungen, dass Kinder aus sozial schwächeren Familien häufiger unter Beeinträchtigungen leiden, die eine medizinische Behandlung erfordern.*

In verschiedenen Studien konnte dargelegt werden, dass eine schlechtere soziale Lage häufig mit riskanterem Gesundheitsverhalten und geringeren Chancen für eine gute Gesundheit verknüpft ist. Es bleibt daher eine vordringliche Aufgabe, die Situation der betroffenen Gruppen durch die Stärkung ihrer materiellen, gesundheitlichen und sozialen Ressourcen zu verbessern.“ (28.)

Bestätigt wird diese Aussage bei der Auswertung der anonymen Befragung zur Einschulungsuntersuchung 2004/2005 im Landkreis Zwickauer Land. Es zeigte sich, dass bei intakten Familienverhältnissen pathologische Auffälligkeiten seltener auftraten als zum Beispiel bei geschiedenen oder getrennt lebenden Ehepartnern.

Besonders sichtbar wird dieser Unterschied bei Sprachauffälligkeiten und Lernproblemen. Lernprobleme liegen bei Kindern von geschiedenen Eltern dreifach höher als die bei Kindern aus intakten Familienverhältnissen.

<u>Pathologische Befunde</u>	Familienstand der Eltern		
	verheiratet	geschieden	getrennt lebend
Sprachauffälligkeiten	9,1	15,8	11,9
Übergewicht	1,5	2,6	2,3
Lernprobleme	5,1	18,4	9,5
Motorisch- koordinativer Entwicklungsrückstand	3,6	9,6	10,3

Tab. 13: Befunde im Vergleich zum Familienstand der Eltern

Die Befragung soll aus bevölkerungsmedizinischer Sicht dazu beitragen, Erkenntnisse über die Zusammenhänge vom Gesundheitszustand der Kinder und ihrem sozialen Umfeld zu gewinnen. Im Ergebnis sollen Ansatzpunkte für eine gezielte Gesundheitsförderung gefunden und die Hilfsangebote für sozial benachteiligte Familien verbessert werden.

5. Zusammenfassung

Der Gesundheitsbericht soll dazu beitragen, bei allen Eltern, Erziehern, Ärzten und Sozialpolitikern, Interesse für die gesundheitlichen Probleme und Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen zu wecken.

Der jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes untersucht regelmäßig Kinder und Jugendliche nach den Vorgaben des Schulgesetzes und des Kita-Gesetzes. Die dabei gewonnenen Daten stellen eine wichtige Grundlage für die Bewertung des Gesundheitszustandes der Kinder dar.

Im Rahmen der Reihenuntersuchungen in den Kindertagesstätten und Schulen können Art und Ausmaß von Gesundheitsschäden klar beziffert werden. Folgen von Bewegungsmangel, falscher Ernährung und Rückgang der Kommunikation werden sichtbar.

Im Schuljahr 2004/2005 wurden im Landkreis Zwickauer Land folgende Befunde erhoben:

Kinder im Vorschulalter

- motorisch - koordinativer Entwicklungsrückstand	29,3 %
- Sprachauffälligkeiten	28,8 %
- Herabsetzung des Hörvermögens	21,4 %
- Herabsetzung der Sehschärfe	10,3 %.

Einschüler

- Herabsetzung der Sehschärfe	33,1 %.
- Sprachauffälligkeiten	20,0 %
- Störung der Feinmotorik	14,9 %
- Störung der visuellen Wahrnehmung	13,0 %
- emotional – psychosoziale Auffälligkeiten	8,6 %.

Schüler der 2. Klasse

- Herabsetzung der Sehschärfe	21,2 %.
- Atopien (allergische Erkrankungen)	11,2 %
- Übergewicht	4,3 %.

Bei allen durchgeführten Reihenuntersuchungen kontrolliert der jugendärztliche Dienst außerdem die vorgelegten Impfdokumente.

Auch im Landkreis Zwickauer Land ist der bundesweite Trend festzustellen, dass mit Zunahme des Alters der Kinder die Durchimpfungsrate rückläufig ist.

Die im Gesundheitsbericht erhobenen Daten liefern wichtige Erkenntnisse über das Impfverhalten im Landkreis.

Die Durchimpfungsraten bei Kita-Kindern, also Kindern zwischen 3 ½ und 4 ½ Jahren, sind sehr gut. Nur wenige Kinder müssen eine Impfung nachholen.

Bei der Einschulungsuntersuchung wird festgestellt, dass besonders die 5. Impfung gegen Diphtherie-Tetanus-Pertussis und die 2. Impfung gegen Mumps/Masern/Röteln fehlen. Da im Rahmen der Einschulungsuntersuchung die Eltern anwesend sind, kann hier sofort auf fehlende Impfungen hingewiesen werden. In der Regel sind diese Impfungen bis zur Untersuchung in der 2. Klasse nachgeholt, so dass der Durchimpfungsgrad hier noch sehr gut ist. Wesentlich schlechtere Ergebnisse zeigen sich bei den Untersuchungen in der 6. Klasse.

Laut Sächsischer Impfempfehlung wird ab dem 11. Lebensjahr die 6. Impfung gegen Diphtherie-Tetanus-Pertussis empfohlen. Die Durchimpfungsrate im Landkreis liegt hier nur bei 60 %. Dieser Trend ist auch bei der Hepatitis-Impfung zu verzeichnen. Hier liegt die Durchimpfungsrate bei nur ca. 50 %.

In den 6. Klassen sind demzufolge der Bedarf an Impfaufklärung und das Schließen von Impfücken am wichtigsten. Zusätzlich wird in dieser Altersstufe auf die alle 10 Jahre notwendigen Wiederholungsimpfungen (Diphtherie-Tetanus-Pertussis) hingewiesen.

Die Kontrolle der Dokumentation der Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 liefert außerdem wertvolle Aussagen über das Gesundheitsverhalten in den Familien. Zum rechtzeitigen Erkennen und Behandeln von Gesundheits- und Entwicklungsstörungen ist die Teilnahme an diesen Vorsorgeuntersuchungen von besonderer Wichtigkeit. Auch im Landkreis Zwickauer Land wird der bundesweite Trend sichtbar, dass die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U6 von nahezu allen Eltern wahrgenommen werden, sich aber eine rückläufige Tendenz bei den Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9 zeigt.

Eine komplette Vorsorge konnte im Schuljahr 2004/2005 nur bei 77,4 % der Einschüler festgestellt werden.

Ständige Aufklärungsarbeit durch die Mitarbeiter des jugendärztlichen Dienstes über die Notwendigkeit der Vorsorgeuntersuchungen lässt einen geringen Anstieg der Teilnahme um 1,4 % gegenüber dem Vorjahr erkennen.

Im Schuljahr 2004/2005 konnte eine Senkung des motorisch – koordinativen Entwicklungsrückstandes um 4,6 % und der Sprachauffälligkeit um 2,2 % erreicht werden, was u.a. auf die Präventionsarbeit des Gesundheitsamtes zurückzuführen ist. Besonderes Augenmerk wurde auf Bewegung und Ernährung, Sprachförderung und Impfen gelegt. Zum Beispiel wurden in mehreren Veranstaltungen anlässlich der Gesundheitswoche durch das Würzburger Trainingsprogramm „Hören, Lauschen, Lernen“ den Kindertagesstätten Impulse zur Sprachförderung gegeben. Ziel dieses Trainingsprogramms ist, den Kindern das genaue Hinhören und den kreativen Umgang mit der Sprache und damit eine Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache zu vermitteln.

Aus bevölkerungsmedizinischer Sicht ist es auch wichtig, Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Gesundheitszustand der Kinder und deren sozialem Umfeld zu gewinnen. Die Unterschiede in der Gesundheit der Kinder lassen sich teilweise durch ihre unterschiedliche soziale Lage erklären.

In Auswertung der bei der Einschulungsuntersuchung erhobenen Daten wurde festgestellt, dass die Anzahl der Sprachauffälligkeiten, der psychovegetativen Auffälligkeiten und des motorisch – koordinativen Entwicklungsrückstandes mit dem Bildungsstand der Eltern einhergehen. So liegt der prozentuale Anteil der Befunde bei niedrigem Bildungsniveau eindeutig höher.

Eine bessere Befriedigung der körperlichen, geistigen und seelischen Bedürfnisse der Kinder von sozial benachteiligten Familien sollte somit ein besonderes Anliegen der Gesellschaft sein. Die Intensivierung der Zusammenarbeit aller an der Betreuung und Erziehung von Kindern Beteiligter ist gefordert. Für die medizinische und sozialpädagogische Betreuung der Kinder, vor allem Kinder aus Problemfamilien, ist ein enges Zusammenwirken zwischen Gesundheitsamt, Sozialamt, Kinder - und Jugendhilfe unumgänglich.

Von Seiten des Gesundheitsamtes ist neben den regelmäßigen Präventionsveranstaltungen noch stärker Öffentlichkeitsarbeit zu leisten. Angedacht sind Veröffentlichungen in der Presse und Handreichungen für die Eltern, sowie Multiplikatorenschulungen für Erzieherinnen der Kindereinrichtungen. In verständlicher Form sollen gesundheitliche und Verhaltensprobleme aufgezeigt werden. Umfangreiche gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Kindertagesstätten und Schulen müssen das Hauptanliegen aller Handlungsträger sein. Gesunde Verhaltensweisen werden bereits im frühesten Kindesalter nachhaltig geprägt und die Weichen für die Gesundheit im höheren Lebensalter gestellt. Gesundheitliche Einstellungen und Verhaltensweisen können später den Verlauf schwerer chronischer Krankheiten entscheidend beeinflussen.

Vorbereitung und Ablauf der Kindergartenuntersuchung:

1. In Vorbereitung der Untersuchung erhalten die Eltern einen Anamnesebogen. Auf diesem sollten ernsthafte Erkrankungen und Auffälligkeiten im Verhalten oder in der Entwicklung des Kindes, die den Eltern Sorge bereiten, eingetragen werden. Der Anamnesebogen ist für die ärztliche Beurteilung der Kinder sehr wichtig. Im Zusammenhang mit der Untersuchung ergibt sich daraus ein Gesamtbild der Entwicklung des Kindes. Mit der Unterschrift auf dem Anamnesebogen geben die Eltern das Einverständnis für diese **freiwillige Untersuchung**.
2. Die Teilnahme der Eltern an den Untersuchungen ist laut Gesetz erwünscht. Mit dem Einverständnis der Eltern ist das Beisein der jeweiligen Erzieherin möglich und vorteilhaft.
3. Der kinder- und jugendärztliche Dienst untersucht die Kinder in den Kindereinrichtungen. Es findet **keine körperliche** Untersuchung statt. Diese erfolgt anlässlich der Vorsorgeuntersuchungen (U8) durch die niedergelassenen Kinder- und Hausärzte.
4. Für die Untersuchung werden 30 Minuten eingeplant.
Die Untersuchung umfaßt im Einzelnen die Überprüfung
 - ✓ des Seh- und Hörvermögens,
 - ✓ der Sprachentwicklung,
 - ✓ der motorischen Fähigkeiten d. h. der Grob- und Feinmotorik des Kindes und die Einschätzung des allgemeinen Entwicklungsstandes.Als Nebenbefund werden Verhaltensauffälligkeiten beurteilt.
Das Vorsorgeheft und das Impfbuch des Kindergartenkindes werden auf Vollständigkeit kontrolliert.
5. Die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an die Eltern erfolgt schriftlich. Bei erhobenen Befunden, die einer Abklärung durch den niedergelassenen Arzt bedürfen, erhalten die Eltern eine Mitteilung über auffällige Befunde zur Weiterleitung an den jeweiligen Facharzt.

Das Programm der Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9

- U1: nach der Geburt** Noch im Krankenhaus werden Hautfarbe, Atmung, Muskeltätigkeit, Reflexe und Herzschlag kontrolliert.
- U2: 3. - 10. Lebenstag** Wie die U1 wird diese Untersuchung noch im Krankenhaus vorgenommen. Wurde ambulant entbunden, muss hierzu der Kinder- und Jugendarzt aufgesucht werden. Gegenstand der Untersuchung sind alle Organe, Reflexe und ein Bluttest auf Stoffwechselstörungen.
- U3: 4.-6. Lebenswoche** Der Kinderarzt überzeugt sich von der altersgerechten Entwicklung, der Ernährung und der Zunahme. Er kontrolliert das Hörvermögen des Babys und führt eine Ultraschalluntersuchung des Hüftgelenkes durch.
- U4: 3. - 4. Lebensmonat** Auf dem Untersuchungsplan stehen Hüftgelenk, Nervensystem, Bewegungsverhalten, motorische Entwicklung, Hör- und Sehvermögen des Kindes
- U5: 6. - 7. Lebensmonat** Erneut legt der Kinder- und Jugendarzt sein Augenmerk auf die motorische Entwicklung, sowie Hör- und Sehvermögen. Darüber hinaus wird das altersgemäße Verhalten des Kindes überprüft.
- U6: 10. - 12. Lebensmonat** Um das erste Lebensjahr sollte das Kind weitgehend krabbeln, sitzen und stehen können. Des weiteren wird die geistige Entwicklung untersucht.
- U7: 21. - 24. Lebensmonat** Nähert sich das zweite Lebensjahr, sollte auch die Sprachentwicklung voranschreiten. Der Kinder- und Jugendarzt kontrolliert zudem die motorische Koordination des Kindes.
- U8: 3 1/2 - 4. Lebensjahr** Erneut werden alle Organe untersucht, die Bewegungsabläufe überprüft. Der Kinder- und Jugendarzt befragt die Eltern zu den Krankheiten, die das Kind inzwischen hatte.
- U9: 5. - 5 1/2. Lebensjahr** Kernpunkte sind wieder Untersuchung aller Organe und ihre Funktionen, unter anderem die Sehfähigkeit, das Gehör und die Feinabstimmung der Bewegungen.⁷

⁷ <http://www.aok.de/bund/rd/91202.htm> am 11.01.2006

Vorbereitung und Ablauf der Einschulungsuntersuchung:

1. Die Untersuchung findet im Gesundheitsamt statt. Der Termin wird in Abstimmung mit den Eltern koordiniert. Teilweise ist eine Abstimmung mit den Schulen erforderlich, da verschiedene Schulleiter die Einschüler nach der Einschulungsuntersuchung nochmals einem pädagogischen Test unterziehen.
2. Ein von den Eltern ausgefüllter Anamnesebogen, der dem untersuchenden Arzt über Krankheiten und Entwicklungsauffälligkeiten informiert, wird zur Untersuchung vorgelegt. Alle angegebenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und der Schweigepflicht im Amt.
3. Das Kind wird in Anwesenheit eines Sorgeberechtigten einzeln untersucht.
4. Bei der Einschulungsuntersuchung wird die geistige und körperliche Schulreife durch den **S-ENS-Test** überprüft.

S-ENS-Test (*Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen*)

An der Erarbeitung des *S-ENS-Testes* waren namhafte Kinderärzte und Vertreter des öffentlichen Gesundheitsdienstes beteiligt. Vom Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Bielefeld wurde die Entwicklung und Umsetzung des Testes gefördert.

Dieser *S-ENS-Test* wird in Sachsen einheitlich seit dem Schuljahr 2004/ 2005 angewandt. Vor der Einführung dieses Testes wurden ebenfalls Untersuchungsverfahren zur Feststellung der Schulreife durchgeführt. Diese waren aber von Gesundheitsamt zu Gesundheitsamt unterschiedlich. Eine Vergleichbarkeit war aus diesem Grund nicht möglich.

Bei diesem **standardisierten Testverfahren (S-ENS)** werden

- die Grobmotorik mittels sportlicher Übungen,
- die Visuomotorik, d. h. dass das Kind gesehene Figuren grafisch umsetzen kann,
- die visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung, durch Heraussuchen gleicher Figuren,
- die Sprache,
- die Sprachkompetenz,
- die auditive Informationsverarbeitung und
- die Artikulation durch spezielle Sprachtestverfahren überprüft.

Zusätzlich wird Umwelt- und Allgemeinwissen von den Einschülern abgefragt.

5. Die Kinderärztin erhebt folgende aufgeführte schulärztliche Befunde:
 - Befunde des Kopfes
 - Befunde der inneren Organe
 - Befunde des Skeletts und der Haut
 - Befunde der äußeren Geschlechtsmerkmale
 - Befunde des Zentralen Nervensystems und Verhalten
 - Befunde spezieller Behinderungen

6. Beim Vorliegen eines Befundes wird festgestellt:
 - ob es sich um einen behandlungsbedürftigen Befund handelt und eine weitere Abklärung durch den niedergelassenen Arzt notwendig ist,
 - ob das Kind sich schon in ärztlicher Behandlung befindet,
 - ob es sich um einen Minimalbefund handelt, der beobachtet werden muss.

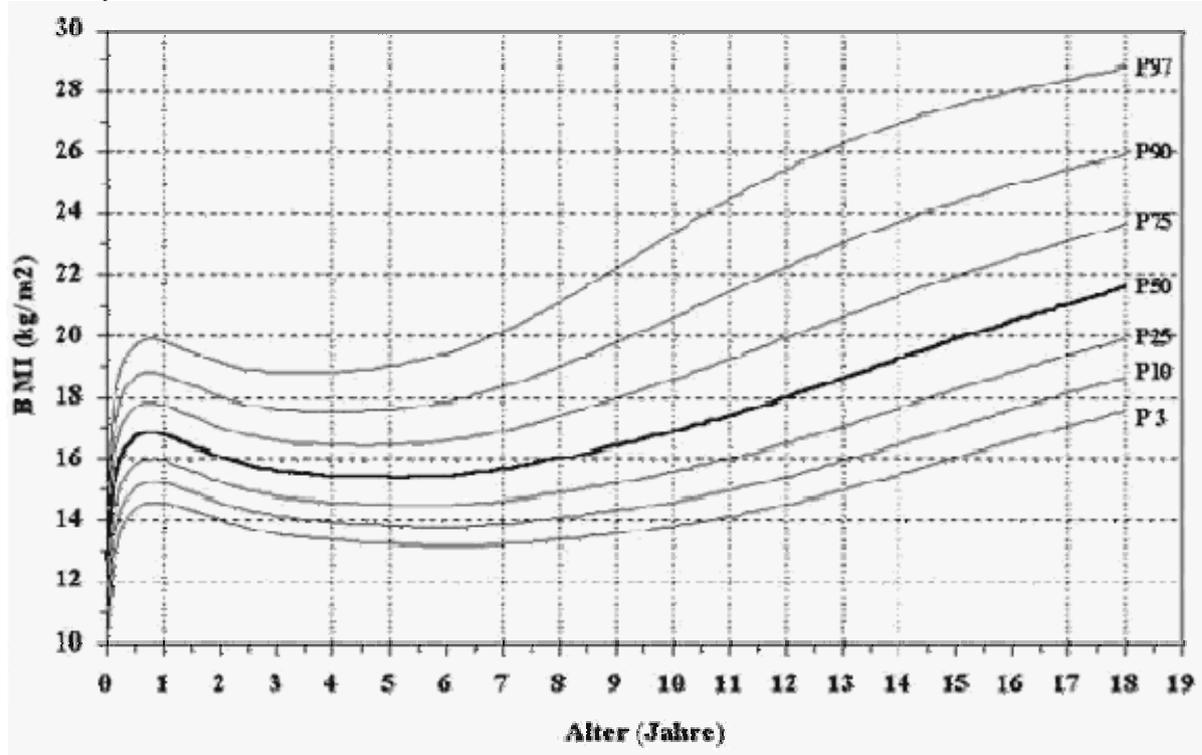
7. Überprüfung:
 - des Impfstatus und
 - der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9

8. Erfassung der Daten zur Betreuungssituation (Kindertageseinrichtung, Fördereinrichtung oder Hauskind)

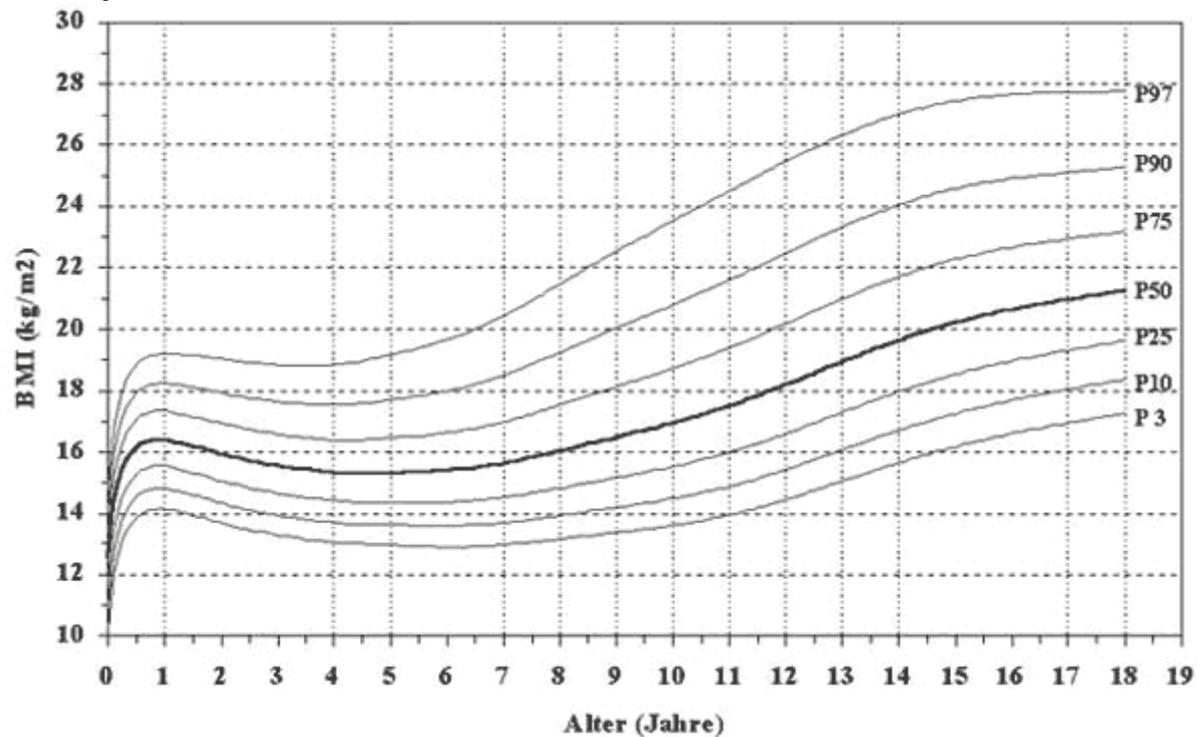
9. Bei der Dokumentation der ärztlichen Schulempfehlung wird eingeteilt nach
 - Regelschulen
 - Förderschulen (Sprachheilschule, Lernbehindertenschule, Geistigbehindertenschule und Schule für Erziehungshilfe)

Anlage 4

Perzentile für den Body Mass Index von Jungen im Alter von 0 bis 18 Jahren nach Kromeyer - Hauschild



Perzentile für den Body Mass Index von Mädchen im Alter von 0 bis 18 Jahren nach Kromeyer - Hauschild



Anonymer Fragebogen

(Ihre Angaben sind freiwillig. Wir würden uns freuen, wenn Sie an dieser Befragung teilnehmen würden.)

I. Eltern

	Mutter	Vater
Alter
Tätigkeit:		
Arbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arbeitslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildungsstand:		
10. Klasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
höherer Abschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnort:		
in der Stadt	<input type="checkbox"/>	
ländlich	<input type="checkbox"/>	
Familienverhältnisse:		
ledig <input type="checkbox"/>	verheiratet <input type="checkbox"/>	geschieden <input type="checkbox"/>
getrennt lebend <input type="checkbox"/>		eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/>

II. Geschwister

Anzahl

Alter

III. Wohnverhältnisse

Mietwohnung

Eigentumswohnung

Eigenheim

Aussiedlerheim

Asylantenheim

Quellenangaben / Literaturverzeichnis

1. Daten und Berichte des Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen
Statistische Basisdaten zur Gesundheitsberichterstattung, 1999 bis 2005
2. Daten des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales
Ergebnisse schulärztlicher Reihenuntersuchungen in Sachsen 1999/00 bis 2003/2004
3. Ergebnisse jugendärztlicher Reihenuntersuchungen 1999/00 bis 2004/2005 *)
Ergebnisse der Untersuchungen in Kindertagesstätten 2003/04 bis 2004/05 *)
Datenerfassung und Auswertung mit dem Programm Octoware®, der easy-soft GmbH
Dresden
4. Berichte des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales
Sächsischer Gesundheitsbericht 1998
Zur sozialen Lage im Freistaat Sachsen, Bericht 2002
2.Sächsischer Kinder- und Jugendbericht 2003
Gesundheitliche Situation der Schulanfänger im Freistaat Sachsen 2003
5. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Heft 11 2002,
Hurrelmann, Klaus: Psycho- und somatische Gesundheitsstörungen bei Kindern
und Jugendlichen
6. 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
7. Bundesregierung (2001):
Lebenslagen in Deutschland, Erster Armuts- und Reichtumsbericht, Drucksache
14/5990
8. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Band 16 (2002):
„Früh übt sich ...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten, Impulse, Aspekte und
Praxismodelle
9. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Band 22 (2003):
Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte
10. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Band 3 (1998):
Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen
11. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Band 1 (1998):
Gesundheit für Kinder und Jugendliche
12. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt:
Armut im frühen Kindesalter (2002)

13. Mascher, Ulrike (2002): Strategien gegen Armut. In: Greene, Raimund u. a. (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Gesundheitsziele gegen Armut. Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Berlin: Gesundheit, Berlin e. V. Teil 1. S. 19-22.
14. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg, Landesgesundheitsamt, Gesundheitsbericht 1999: Soziale Lage und Gesundheit der Einschüler in Brandenburg
15. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Gesundheitsbericht 2002: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen
16. 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
17. Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Gesundheitsbericht 2003: Niedersächsischer Kinder- und Jugend-Gesundheitsbericht
18. Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Sonderheft (2004), Schwerpunktbericht: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
19. Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 01/00 (2000): Schutzimpfungen
20. Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 02/01 (2001), Schoppa, Andreas: Gesundheitsziele für das frühe Kindesalter
21. Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 03/01 (2001): Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit
22. Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13 (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit
23. Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14 (2003): Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter
24. Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 16 (2003): Übergewicht und Adipositas
25. Robert-Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin Nr. 39/2003: 1.Nationale Impfwoche im Mai 2003 in Deutschland
26. Robert-Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin Nr. 30/2004: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission
27. Robert-Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin Nr. 14/2003: Gesunde Umwelt – gesunde Kinder, Zur Gesundheit der heranwachsenden Generation in Deutschland

28. Robert-Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin Nr. 20/2006:
Zur Situation von Familien in Deutschland
29. 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
30. 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
31. Sozialministerium Baden-Württemberg, Gesundheitsbericht 2000: Kindergesundheit
in Baden-Württemberg
32. Stadt Chemnitz, Gesundheitsamt, Gesundheitsbericht der Stadt Chemnitz 2001:
Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in der Stadt Chemnitz
33. Stadt Leipzig, Gesundheitsamt, Gesundheitsbericht der Stadt Leipzig 2004:
Zur gesundheitlichen Situation Leipziger Schulanfänger 2003
34. Stadt Osnabrück, Gesundheitsbericht 2001: Gesundheit und Entwicklungsstand der
Osnabrücker Schulanfänger
35. Gesundheitsamt des Landkreises Oberspreewald- Lausitz: Ergebnisse der
Erschulungsuntersuchung 2000
36. Stadt Zwickau, Gesundheitsamt, Gesundheitsbericht der Stadt Zwickau 2004: Aspekte
der Gesundheit Zwickauer Kinder 2004 (Spezialbericht)