

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Rhein-Erft-Kreis informiert

- Ausgewählte Ergebnisse der
Schuleingangsuntersuchung
2008/2009

Zur Gesundheit der
fünf bis sechsjährigen
schulpflichtigen Kinder

Vorwort

Wir freuen uns, hier in einem aktuellen Bericht über ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung **2008/2009** im Rhein-Erft-Kreis informieren zu können.

Von Oktober 2007 bis Juni 2008 wurden **4400** schulpflichtige Kinder mit Geburtsdatum August 2001 bis Juli 2002 von den Teams des **Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes** des Gesundheitsamtes untersucht. Einschulungsdatum war August 2008.

1149 (26,1%) dieser Kinder hatten einen Migrationshintergrund (Def. Glossar).

Die Dokumentation der ärztlichen Untersuchung sowie ein altersangepasstes Entwicklungsscreening stellen die äußerst wertvolle Datenbank des ganzen Jahrgangs der Fünf- bis Sechsjährigen dar.

Wie schon im ersten Bericht 2005/2006 beschränken wir uns auf einige ausgewählte Ergebnisse dieser Reihenuntersuchung, vergleichen, wenn möglich, mit den Ergebnissen aus den Vorjahren, um Entwicklungen und Konsequenzen aus Präventionsangeboten aufzuzeigen.

In einer Übersicht werden mögliche Interventionsvorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Vorschul- und Schulkindern aufgeführt.

Für Ihre Fragen stehen Mitarbeiterinnen des **Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes** mit ihrer Erfahrung und Sachkunde selbstverständlich zur Verfügung.

Die Berichterstattung über Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung ist auch weiterhin in zweijährigen Abständen vorgesehen. Dadurch bietet sich die Möglichkeit, die Entwicklung beschriebener Ergebnisse weiter zu verfolgen:

- Welche Probleme vergrößern, verkleinern oder verschieben sich?
- Welche Interventionsmaßnahmen zeigen Erfolg?
- Wo entsteht neuer Handlungsbedarf?

Dieser Bericht bietet die Möglichkeit, bei regional durchaus unterschiedlichen Problemschwerpunkten zielgerichtet Ressourcen einzusetzen.

Der **Kinder- und Jugendgesundheitsdienst** möchte damit dazu beitragen, Fragestellungen aus dem Bereich der kommunalen Gesundheitsplanung im Zusammenhang mit Kindergesundheit zu beantworten bzw. Möglichkeiten für gesundheitsfördernde Konsequenzen aufzuzeigen, damit dem hohen Anspruch eines kinderfreundlichen Rhein-Erft-Kreises auch weiterhin qualitativ entsprochen werden kann.

Ideen, Anregungen, Kritik, Interventions- und Kooperationsvorschläge nehmen wir gerne entgegen.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.



Dr. Karin Moos
Text

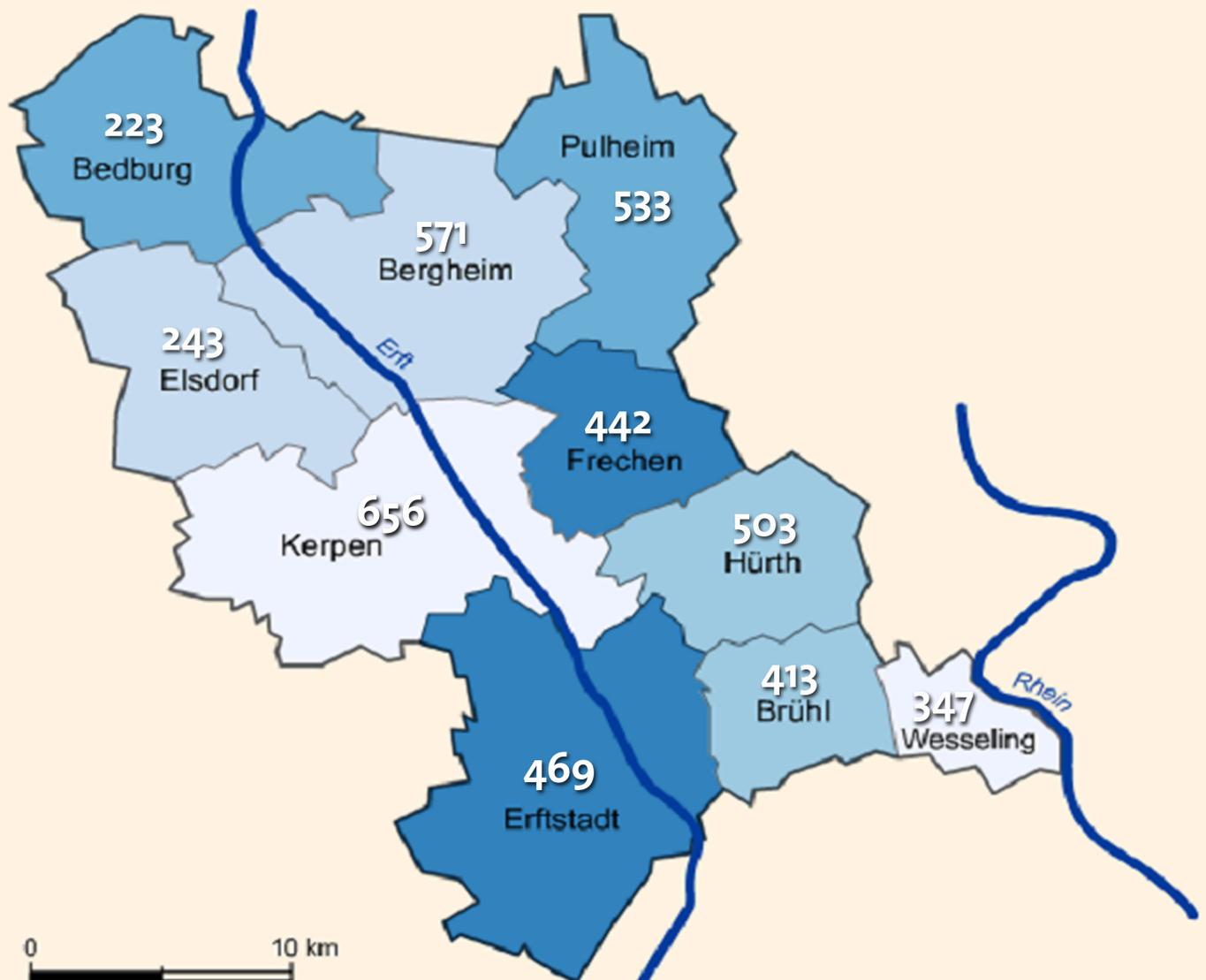


Ulrike Rumbler-Mohr
Datenauswertung

Gemeinden im Rhein-Erft-Kreis

Anzahl der Einschulkinder pro Kommune

(Gesamtzahl = 4400, davon 2274 Jungen und 2125 Mädchen)



Inhaltsverzeichnis

- 1. Beschreibung der Einschulungsuntersuchung**
- 2. Übersicht der Ergebnisse**
- 3. Interventionsvorschläge**
- 4. Früherkennung**
- 5. Impfschutz**
- 6. Hören**
- 7. Sehen**
- 8. Körpergewicht**
- 9. Körperkoordination**
- 10. Sprache**
- 11. Was tut der KJGD**
- 12. Glossar**
- 13. Literaturverzeichnis**

1 Beschreibung der Einschulungsuntersuchung

Die Schuleingangsuntersuchung ist gesetzlich verpflichtend (Schul- und Bildungsgesetz des Landes NRW 2006).

Die Durchführung obliegt der unteren Gesundheitsbehörde.

Jeder Schulanfänger hat somit neben der Verpflichtung auch einen Anspruch auf eine individuelle Untersuchung und Beratung vor Schulantritt. Für eine nicht unerhebliche Zahl von Kindern ist diese Reihenuntersuchung die erste ärztliche Untersuchung zur Entwicklungsüberprüfung nach der Säuglingszeit, bei nicht wahrgenommenen Vorsorgeuntersuchungen.

In der Screeninguntersuchung zum Entwicklungsstand fünf- bis sechsjähriger Kinder werden neben einer ärztlichen Untersuchung zur körperlichen Entwicklung schulrelevante Fähigkeiten wie: Hören, Sehen, Motorik, Wahrnehmung und Sprache durch standardisierte und evaluierte Testverfahren durchgeführt.

Die Schuleingangsuntersuchung wird im Rhein-Erft-Kreis wohnortnah in den Schulen vom **Kinder- und Jugendgesundheitsdienst** durchgeführt.

Dieses für Eltern und Einschüler bürgerfreundliche Angebot erleichtert gleichzeitig den Beratungskontakt des **Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes** zu den Schulen.

Vor Ort können so notwendige Beratungen und Therapieempfehlungen (z.B. Sondertunten, Sprachförderung, Beratung zu chronischen Erkrankungen) mit Eltern und Lehrern abgesprochen werden.

Die **Kinder- und Jugendgesundheitsdienste** in **NRW** haben sich auf ein einheitliches Screeningprogramm geeinigt, sodass die erhobenen standardisierten Befunde regionübergreifend verglichen werden können.

Durch das Schulrechtsänderungsgesetz vom Juni 2006 wird das Einschulalter in den kommenden Jahren kontinuierlich gesenkt:

Übergangsvorschrift zur Stichtagsregelung § 132 Schulgesetz/NRW:

zum Schuljahr 2009/2010	31. August
zum Schuljahr 2010/2011	31. August
zum Schuljahr 2011/2012	30. September
zum Schuljahr 2012/2013	31. Oktober
zum Schuljahr 2013/2014	30. November
zum Schuljahr 2014/2015	31. Dezember

Danach soll der 31. Dezember Stichtag zur Einschulungspflicht bleiben.

Diesem Umstand entsprechend werden in den kommenden Einschulungsperioden bereits angepasste Screeningprogramme für den Entwicklungsstand jüngerer Kinder, mit darauf abgestimmten Untersuchungszeitintervallen, angewendet.

Die Entwicklung und Evaluation des Screeningprogrammes erfolgt durch das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA), das Zentrum für klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen sowie durch die Mitarbeit der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Städte Aachen, Bonn und des Kreises Minden-Lübbecke.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung erfüllt der **Kinder- und Jugendgesundheitsdienst** des Gesundheitsamtes folgende Aufgaben:

- individuelle Beurteilung eines Kindes vor Schuleintritt
- Beratung der Eltern und der Schule zum Förder- bzw. Therapiebedarf
- Betriebsmedizinische Beratung zum „Arbeitsplatz Schule“ (Sitzmöbel, Schulranzen, Arbeitsmaterialien, Gefahrstoffe...)
- Datenerhebung zur Gesundheitsberichterstattung als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen
- Subsidiäre Tätigkeit für Kinder, die von ihren Eltern/Erziehungsberechtigten nicht zu Vorsorgeuntersuchung und Impfungen beim Kinder- oder Hausarzt vorgestellt werden

Durch Vergleiche mit Daten aus früheren Untersuchungen kann eine Abnahme der Häufigkeit von körperlichen Erkrankungen und Infektionserkrankungen bei Kindern beobachtet werden. Dieses ist einer verbesserten medizinischen Vorsorge und gestiegenen Hygienestandards zu verdanken. Gleichzeitig nimmt in den letzten Jahren die Zahl der Auffälligkeiten und Erkrankungen zu, welche im Kontext zu sozialem Status und dem daraus resultierenden Lebensstil stehen.

Dazu gehören: Übergewicht, Diabetes, Bewegungsmangel, Sprachentwicklungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und deren Kombination.

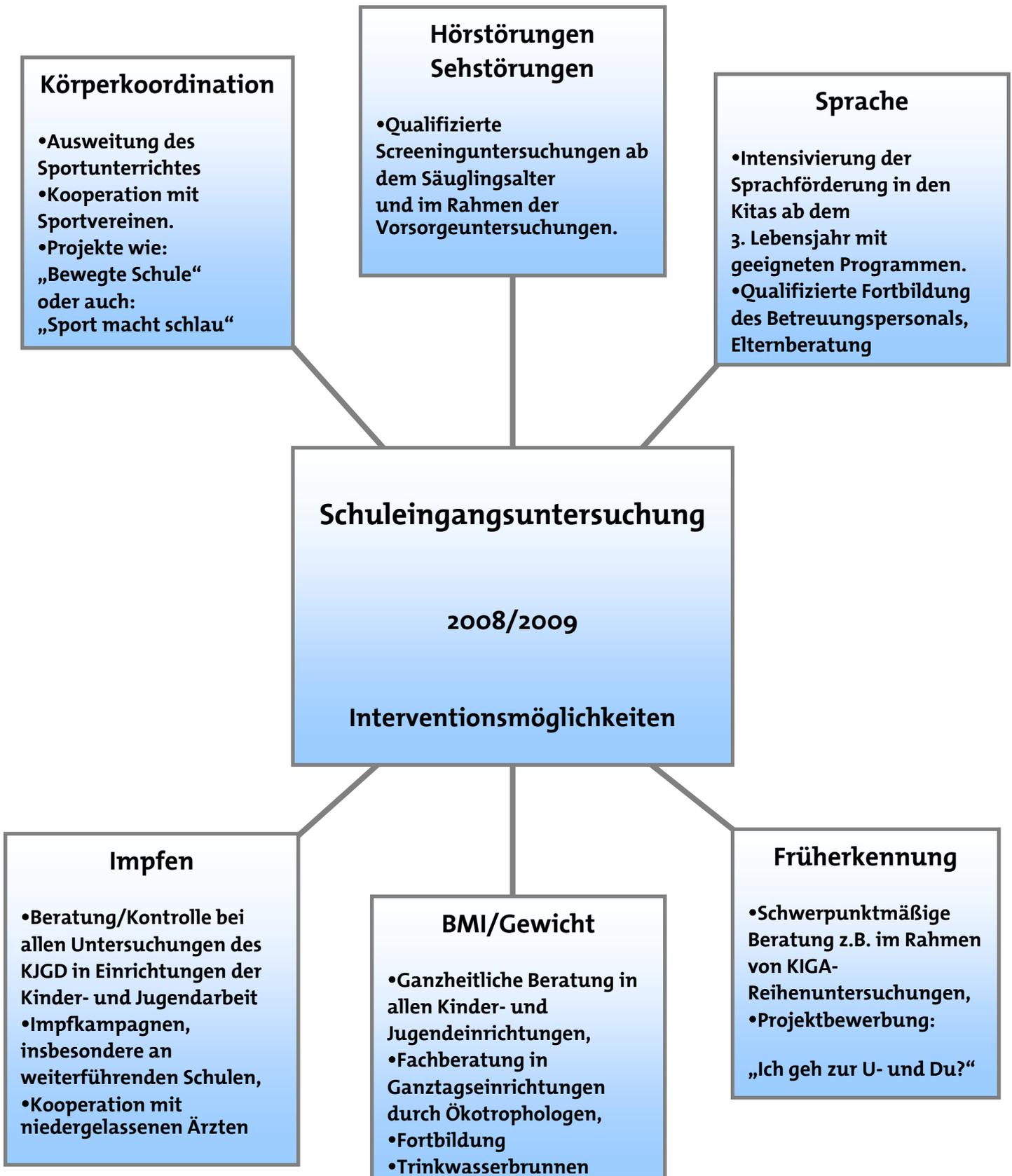
Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung zeigen auf, dass bei Kindern mit auffälligen Untersuchungsbefunden häufig mehrere Bereiche ihrer Entwicklung betroffen sind. Diese Kinder sind damit schon zu Beginn ihrer Schullaufbahn hinsichtlich ihres Schulerfolges und ihrer Schullaufbahnprognose benachteiligt.

Neben der Datenerhebung aus der Einschulungsuntersuchung durch den **Kinder- und Jugendgesundheitsdienst** liegen auch die aussagekräftigen Ergebnisse aus Reihenuntersuchungen des **Jugendzahnärztlichen Dienstes** des **Rhein-Erft-Kreises** zur Zahngesundheit bei Klein- und Schulkindern vor (www.rhein-erft-kreis.de→ Jugend, Soziales, Gesundheit→Medizinische Dienste→ Jugendzahnärztlicher Dienst→GBE-Modul4).

2. Ergebnisse im Überblick



3. Interventionsmöglichkeiten



4. Früherkennung

Das Bild zeigt ein gelbes Formular für die Kinderuntersuchung (KUG). Oben links befindet sich ein Logo mit dem Text 'KINDERUNTERSUCHUNG UND VORSORGE DER KRANKENKASSEN' und einem Smiley-Feld. Darunter sind Felder für Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße und Wohnort. Ein zentraler Teil des Formulars ist eine Tabelle, die die verschiedenen Untersuchungen (U1 bis U9) auflistet, jeweils mit den Lebensmonaten und den Spalten 'ja' und 'nein'. Unten steht ein Hinweis: 'Bitte wichtige Hinweise auf der folgenden Seite!' und das Datum 'Oktober 2002'.

Das für Kinder kostenlose Früherkennungsprogramm beginnt schon ab Geburt mit der **U1** und endet mit der 1998 eingeführten **J1** für Jugendliche zwischen 12 und 14 Jahren.

Die Untersuchungen sind inhaltlich und zeitlich festgeschrieben und variieren nach Lebensalter. Alle Vorsorgeuntersuchungen beinhalten eine körperliche Untersuchung. Sie schließen die Kontrolle des Impfstatus ein. Obwohl die genannten Vorsorgeuntersuchungen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind (§26 GKV) und nicht der Praxisgebühr unterliegen, werden ca. 5% der Kinder von ihren Eltern/Erziehungsberechtigten nicht zu allen Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt.

Die ersten sechs Vorsorgeuntersuchungen fallen in den Zeitraum von der Geburt bis zum 12. Lebensmonat. Die **U7** findet mit zwei Jahren statt.

Die 2008 eingeführte **U7a** mit drei Jahren schließt eine wichtige Lücke zwischen der **U7** mit zwei und der **U8** mit vier Jahren.

Bei den gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen sind zwischen dem fünften und zwölften Lebensjahr keine weitere Untersuchung vorgesehen und auch der äußerst labile Zeitraum um die Pubertät und im Heranwachsendenalter findet keine Berücksichtigung im derzeitigen Angebot der Vorsorgeuntersuchungen.

Insbesondere in der Kleinkindzeit vor der Einschulung werden in den Entwicklungsbereichen Sprache, Motorik, Wahrnehmung und psychosoziale Entwicklung wesentliche Grundlagen ausgebildet und verfestigt. Neben der Familie werden Erfahrungen in anderen sozialen Gruppen wie Spielgruppen/ Kindergarten/Kindertagesstätten gemacht.

Leider werden gerade die **U8** und **U9** vor der Einschulung nur vermindert wahrgenommen (*Abb3*).

Die Akzeptanz der einzigen Vorsorgeuntersuchung nach dem 10. Lebensjahr (**J1**) ist bedauerlicherweise noch erheblich schlechter (nach Angaben der **KIGGS** Auswertung unter 40%).

Von entscheidender Bedeutung für jedes Kind ist die frühe Erkennung von Fehlentwicklungen und die Einleitung von notwendigen Förderprogrammen und oder anderen Therapien.

Nur dadurch erhält ein Kind die Möglichkeit, seine frühe Sozialisation und Entwicklung in Gemeinschaften wie Familie, Kindergarten oder Schule seinem zugrunde liegenden Potential entsprechend auch auszubilden und zu nutzen.

Ergebnisse zur Vorlage der Früherkennungshefte

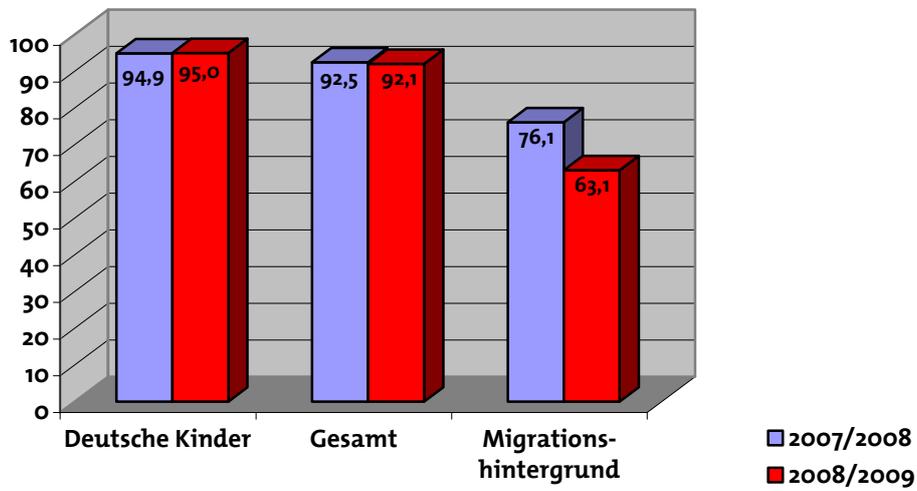


Abb 1: Früherkennungsuntersuchung – Untersuchungsheft vorgelegt
 Vergleich 2007/2008 – 2008/2009
 Kinder mit Migrationshintergrund legen deutlich weniger U-Hefte vor

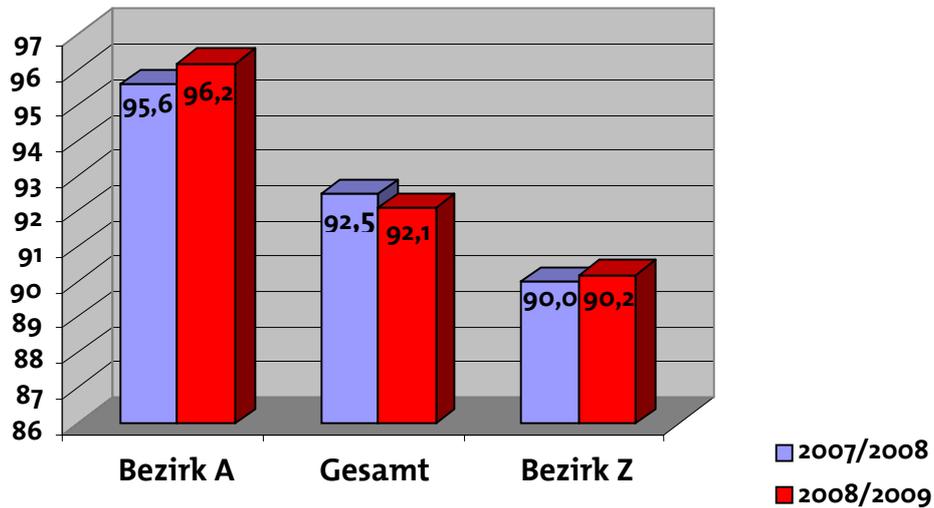


Abb 2: Früherkennungsuntersuchung – Untersuchungsheft vorgelegt
 Vergleich 2007/2008 – 2008/2009
 BezirkA – höchste Vorlageanzahl
 BezirkZ – geringste Vorlageanzahl

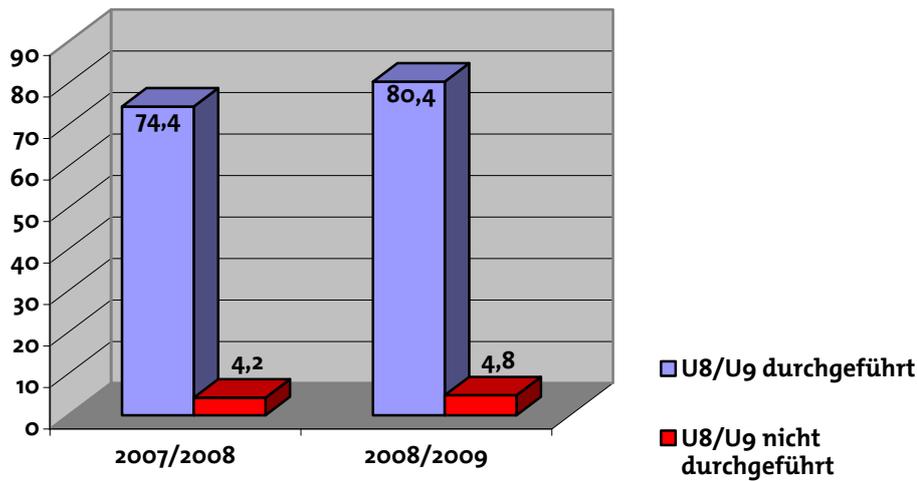


Abb 3: Durchgeführte Vorsorgeuntersuchung U8/U9.

Vergleich 2007/2008 – 2008/2009.

Im Vergleich zu 2007/2008 wurden 2008/2009 mehr U8/U9 – Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen.

Fazit:

1. Erfreulicherweise hat die Akzeptanz der frühen Vorsorgeuntersuchungen weiter zugenommen.
2. Insbesondere die U8, U9 und J1 sollten verstärkt beworben werden.
3. Angebote zur J1 Untersuchung in den 7. Klassen der weiterführenden Schulen.
4. Modelle zur Erfassung der J1
5. Gezielte Bewerbung der Vorsorgeuntersuchungen in Regionen mit minderer Akzeptanz.

5. Impfschutz



Durch die Weiterentwicklung von gut verträglichen Impfstoffen und die Integration der von der STIKO (Ständige Impfkommission des Robert-Koch-Institutes) empfohlenen Impfprogramme in die Vorsorgeuntersuchung für Kinder und Jugendliche konnten Infektionskrankheiten deutlich zurückgedrängt werden.

Epidemisches Auftreten von sogenannten Kinderkrankheiten wie Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten u.a. wird insgesamt seltener beobachtet.

Insofern nehmen auch Folgeerkrankungen oder die Sterblichkeit von Kindern aufgrund dieser Erkrankungen ab.

Eine Bedrohung besteht weiterhin dort, wo der Impfschutz der Bevölkerung regional unzureichend ist.

Ziel der Aufklärungs- und Beratungsmaßnahmen in diesem Zusammenhang ist es, einen flächendeckenden Impfschutz in der Bevölkerung von > 95% zu erreichen.

Im Rahmen der Einschulungsreihenuntersuchung wird durch Überprüfung der Impfpässe der Impfstatus der Schulneulinge dokumentiert. Notwendige Ergänzungen werden empfohlen. 2008/2009 wurden 91,6% der Impfpässe zur Einschulung vorgelegt (2007/2008 waren es 92,5%)(Abb4).

Die Durchimpfungsrate der von der STIKO empfohlenen Impfungen im REK ist insgesamt hoch, **2007/2008 84,1%, 2008/2009 87,2%**, Kinder mit Migrationshintergrund weisen eine geringere Durchimpfungsrate auf (Abb8).

Erfreulicherweise ist die Durchimpfungsrate für Masern/Mumps/Röteln bei Einschulkindern im Vergleich zum Vorjahr erheblich angestiegen (Abb 6). Sie liegt mit **92%** jedoch noch unter dem angestrebten Wert eines flächendeckenden Impfschutzes. An dieser Stelle sei auf die daraus resultierenden Gefährdungen von nicht geimpften Kindern, Jugendlichen und nicht immunen Erwachsenen hingewiesen.

Bei insgesamt verringertem Auftreten von Masern-, Mumps- und Rötelnerkrankungen durch zunehmende Schutzimpfungen erreichen noch ungeimpfte Kinder häufig das Jugend- und Erwachsenenalter ohne eine Immunität entwickeln zu können.

Im späteren Alter verlaufen diese sogenannten Kinderkrankheiten schwerer und komplikationsreicher. Die Wahrscheinlichkeit nach Masern an Enzephalitis (Entzündung des Gehirns) zu erkranken, beträgt bei Kleinkindern 1:10.000, bei Jugendlichen bereits 1:500.

Die Kombinationsimpfung Masern/Mumps/Röteln ist ab dem zweiten Lebensjahr empfohlen. Auch zu einem späteren Zeitpunkt kann durch eine Zweifachimpfung ein Impfschutz aufgebaut werden.

Im **Rhein-Erft-Kreis** wurde **2007** durch eine **Impfkampagne** in allen dritten und vierten Grundschulklassen der Impfschutz der SchülerInnen überprüft, zu Ergänzungen geraten und, falls notwendig, eine Masern,Mumps/Röteln-Impfung angeboten.

Erfreulicherweise konnte durch diese Kampagne zahlreiche Impflücken geschlossen werden und insbesondere die Sensibilisierung in den Familien und Schulen zum Thema Impfschutz erhöht werden (www.rhein-erft-kreis.de/→Jugend, Soziales, Gesundheit→Medizinische Dienste→GBE→Impfkampagne 2007-Zwischenbericht).

Solche Impfkampagnen werden auch zukünftig notwendig sein, um die Bedeutung von Schutzimpfungen als präventive Maßnahmen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene herauszustellen und deren Akzeptanz auf hohem Niveau zu erhalten.

Insofern war die sich **2008** anschließende **Landesimpfkampagne**, bei welcher im **REK** alle Schüler der weiterführenden Schulen Beratungs- und Impfangebote erhielten, eine ideale Ergänzung.

Derzeit empfohlene Impfungen der ständigen Impfkommission (STIKO):

Diphtherie, Tetanus, Polio, Pertussis, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis B, Haemophilus influenza, Varizellen, Meningitis.

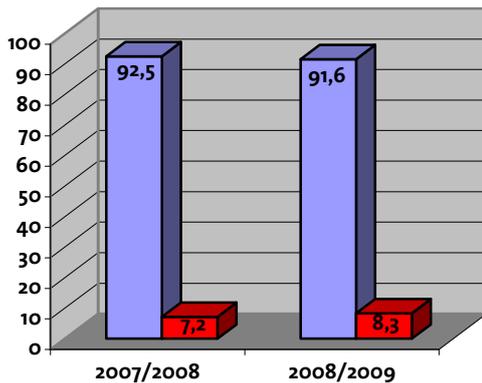


Abb 4: Vorlage der Impfhefte.

Vergleich 2007/2008 – 2008/2009

Wurden **2007/2008** von **4621** Kindern **4274**

Impfhefte vorgelegt, waren es **2008/2009** von **4400** Kindern

4031 Impfhefte!

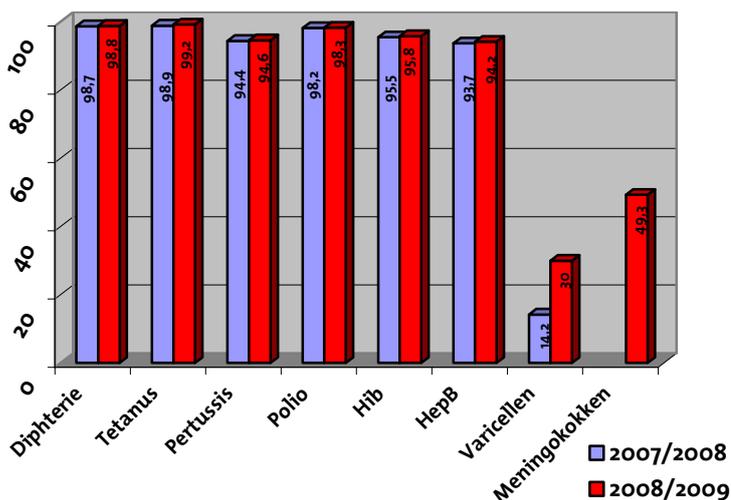


Abb 5: Übersicht der festgestellten Impfraten

Vergleich 2007/2008 - 2008/2009.

2007/2008 wurde die Meningokokken-Impfungen statistisch noch nicht erhoben.

Impfungen komplett 2007/2008 : **84,1%**

Impfungen komplett 2008/2009 : **87,2%**

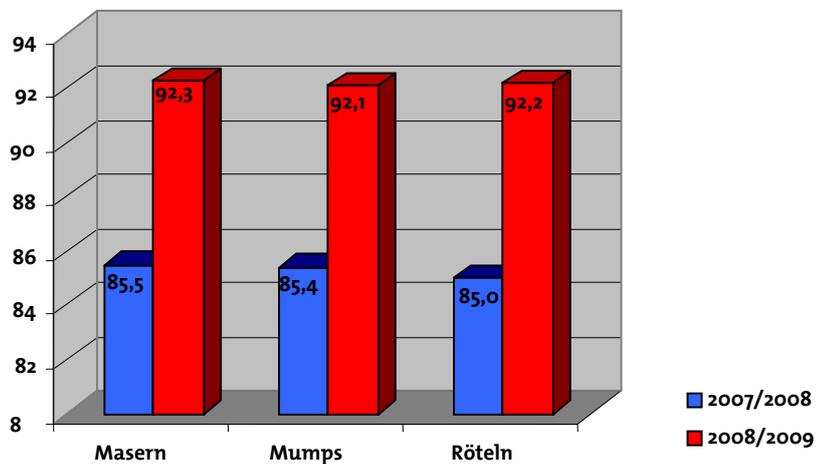


Abb 6: erfreulicher Anstieg der MMR-Impfrate im Vergleich zum Vorjahr

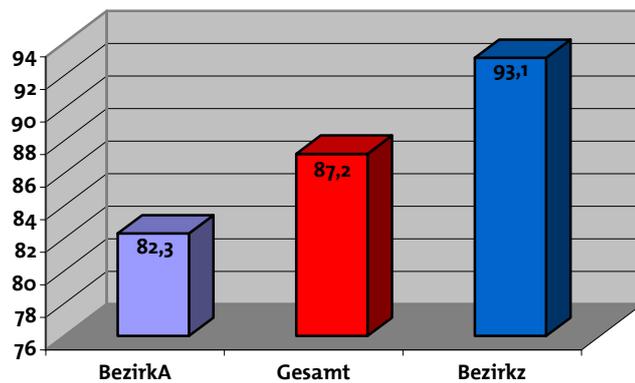


Abb 7: Vergleich der Durchimpfungsraten:

Bezirka = Bezirk mit der geringsten Durchimpfungsrate

Bezirke = Bezirk mit der höchsten Durchimpfungsrate

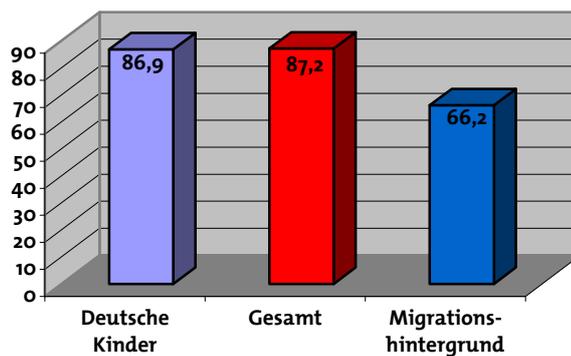


Abb 8: Kinder mit Migrationshintergrund sind im Vergleich zu Deutschen Kindern schlechter geimpft.

Fazit:

1. Erfreulicher Anstieg der Durchimpfungsrate insgesamt.
2. Schwerpunktaktionen in Regionen minderer Akzeptanz.
3. Impfkampagnen in weiterführenden Schulen.
4. Kontinuierliche Aufklärungsarbeit in Einrichtungen und Familien.
5. Teilnahme an Veranstaltungen (z.B. Europäische Impfwoche)

6. Hören

Die Hörfähigkeit wird bereits vorgeburtlich entwickelt. Schon im Mutterleib erhält das ungeborene Kind zum Beispiel Eindrücke von Sprachrhythmen und Periodik. Regelmäßige Hörreize prägen die sensible Phase der Hörentwicklung in den ersten beiden Lebensjahren. Störungen dieser Sinneswahrnehmung, wie Schwerhörigkeit, sollten frühzeitig durch Screeninguntersuchungen aller Neugeborenen ausgeschlossen werden.

Zwei von tausend Neugeborenen werden mit Defekten der Hörleistung geboren. Spätere Schäden können durch Infektionen und durch Infektionserkrankungen wie Masern und Mumps verursacht werden.

Die Sprachentwicklung ist ganz entscheidend von einer unbeeinträchtigten Hörleistung abhängig. Hörstörungen können unter anderem auch Probleme in der Körperkoordination verursachen.

Die Überprüfung der Hörleistung wird fakultativ im Rahmen der **U8, U9** und **J1** angeboten. Obligatorisch findet eine Hörüberprüfung im Frequenzbereich 30Mhz bei allen Reihenuntersuchungen des **Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes** statt. Bei 7%(306) der untersuchten Einschulkinder wurde zu einer weiteren fachärztlichen Abklärung geraten (*Abb9*).

Bei Kindern, die nicht zu entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt werden, wird bei der Einschulungsreihenuntersuchung häufig erstmals der Hörstatus überprüft.

Mangelnde Hörleistung führt neben einer Sprachentwicklungsstörung häufig auch zu sozialer Ausgrenzung.

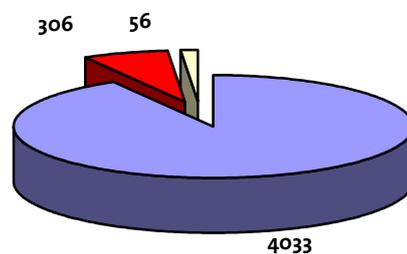


Abb 9:

insgesamt **362** Kinder von **4400** zeigten ein auffälliges Hörtestergebnis. **56** Kinder waren bereits in ärztlicher Behandlung, **306** Kinder wurden zur ärztlichen Abklärung überwiesen.

Fazit:

1. Screeninguntersuchungen für alle Kinder im Säuglingsalter und in der sprachsensiblen Phase der Kleinkindzeit.
2. Keine Sprachförderprogramme ohne vorgeschalteten aussagekräftigen Hörtest.
3. Ausschluss von Hörstörungen im Zusammenhang mit Koordinationsproblemen (das Ohr als Gleichgewichtsorgan).

7. Sehen

Auch die Sehfähigkeit ist bereits vorgeburtlich angelegt und reift in ihrer Funktion intensiv im ersten Lebensjahr bei ausreichender optischer Stimulation. Eine Störung des beidäugigen regelhaften Sehens lässt sich therapeutisch insbesondere in den ersten beiden Lebensjahren oft gut ausgleichen. Mit zunehmendem Alter nimmt der Erfolg einer solchen Maßnahme kontinuierlich ab.

Spät erkannte Sehstörungen führen zu lebenslanger Beeinträchtigung der Sehleistung.

Unerkannte Sehstörungen können die Ausbildung von Wahrnehmung und Koordination ganz erheblich beeinflussen.

Die Überprüfung der Sehleistung wird fakultativ im Rahmen der U8, U9 und J1 angeboten. Standardmäßig findet ein Sehtest bei allen Reihenuntersuchungen des **Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes** statt.

Bei der Schuleingangsuntersuchung durch den **Kinder- und Jugendgesundheitsdienst** wird eine Überprüfung des Sehens mittels Rodenstock R 21/R 11 durchgeführt. Kombiniert wird dabei die Überprüfung des Stereosehens und eine Farbsinnprüfung.

Für viele Kinder ist dies zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung die erste Überprüfung ihrer Sehleistung.

In der Bevölkerung sind ca. 5% der Kinder von Amblyopie (Schwachsichtigkeit) betroffen (Amblyopiepräferenz).

Bei der Einschulungsuntersuchung wurden 7,9%(347) der untersuchten Kinder wegen auffälliger Testergebnisse (Herabsetzung der Sehschwäche, Farbsinnstörung, Schielen) zum Facharzt überwiesen (*Abb 10*).

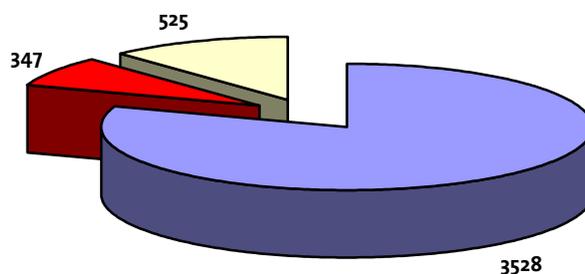


Abb 10:

bei 347 Einschulkindern wurde ein auffälliger Sehtestbefund (Herabsetzung der Sehschärfe, Schielen, Farbsinnstörung) festgestellt und zur weiteren Abklärung zum Facharzt überwiesen.

525 Kinder waren bereits augenärztlich versorgt.

Fazit:

1. Screeningprogramme für alle Kinder im Säuglingsalter und vor dem 4. Lebensjahr.
2. Überprüfung einer ausreichenden Sehleistung bei Verdacht von Wahrnehmungs- und Koordinationsstörungen.

8. Körpergewicht

In Deutschland wie in anderen Industrienationen belegen erhobene Gewichtsdaten in den letzten Jahren eine kontinuierlich steigende Rate an übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen.

Diesen Trend belegen die Daten der Einschulungsuntersuchung auf beeindruckende Weise. Im Zusammenhang mit der Zunahme an Körpergewicht werden auch bei Kindern und Jugendlichen einhergehende Stoffwechselveränderungen

(Fettstoffwechsel / Zuckerstoffwechsel) und Herz-Kreislaufkrankungen beobachtet.

Aus übergewichtigen Kindern werden in der Regel übergewichtige Erwachsene.

Übergewicht und Adipositas sind ab dem 6. Lebensjahr bereits Wegbereiter für ein Risiko, auch als Erwachsener assoziiert zu erkranken.

Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) stuft Adipositas als Epidemie ein.

Damit sind gesamtgesellschaftliche Handlungen und Reaktionen gefordert.

Im wesentlichen liegt der zunehmenden Gewichtsentwicklung ein Ungleichgewicht von Energiezufuhr und Verbrauch zu Grunde, mit graduell unterschiedlicher Ausprägung durch genetische Disposition u.o.a. Sozialfaktoren.

Bei weniger als 1% der übergewichtigen Kinder ist eine andere zu Grunde liegende Erkrankung auslösende Ursache der Gewichtsentwicklung.

Lebensstilveränderungen gehen häufig einher mit unangepasstem Ernährungsverhalten:

Geringere körperliche Belastung und Bewegung und trotzdem steigende Kalorienzufuhr. (Medienkonsum in Std./Tag versus Sport in Std./Tag bezogen auf den jeweiligen Kalorienbedarf/Tag).

Bewegungs- und Ernährungsverhalten sind stark sozioökonomisch geprägt (zu viel, zu fett, zu süß, zu träge) und unterliegen ganz erheblich der Werbung einer finanzstarken

Nahrungsmittelindustrie. (Thema : Wahlfreiheit bei ungenauer Kennzeichnung von

Inhaltsstoffen/ Bewerbung angeblich gesunder Nahrungsmittel mit verborgenen Kalorien/ spezielle Werbung für Kinder: z.B. Kinder-Milchschnitte usw.)

Letztlich bedeutet die Fortschreibung dieser Entwicklung auch eine lebensstil-bedingte Verkürzung der Lebensarbeitszeit und – erwartung.

Im Rahmen der Einschulungs-Untersuchung werden Größe und Gewicht der Kinder ermittelt und ihr Body-Mass-Index (BMI) bestimmt.

Der BMI errechnet sich wie folgt:
$$\frac{\text{Körpergewicht in kg}}{\text{Körpergröße in m}^2}$$

Definitionsgemäß besteht Übergewicht oberhalb der 90. Perzentile, Adipositas oberhalb der 97. Perzentile.

Der BMI ist abhängig von alters- und geschlechtsspezifischen physiologischen Veränderungen der Körpermasse. Referenzwerte für Jungen und Mädchen bis zum Alter von 18 Jahren erlauben eine individuelle Berechnung und Einstufung in Perzentilenkurven, um normal- und übergewichtige Kinder zu differenzieren.

Nachfolgende Graphiken zeigen sowohl einen Anstieg von Übergewicht und Adipositas in den letzten Jahren insgesamt (Abb11), als auch eine besondere Prävalenz bei Kindern mit Migrationshintergrund (Abb13/Abb14).

Dies ist auch Ergebnis der Schuleingangsuntersuchung 2006/2007 des Gesundheitsamtes Augsburg (6).

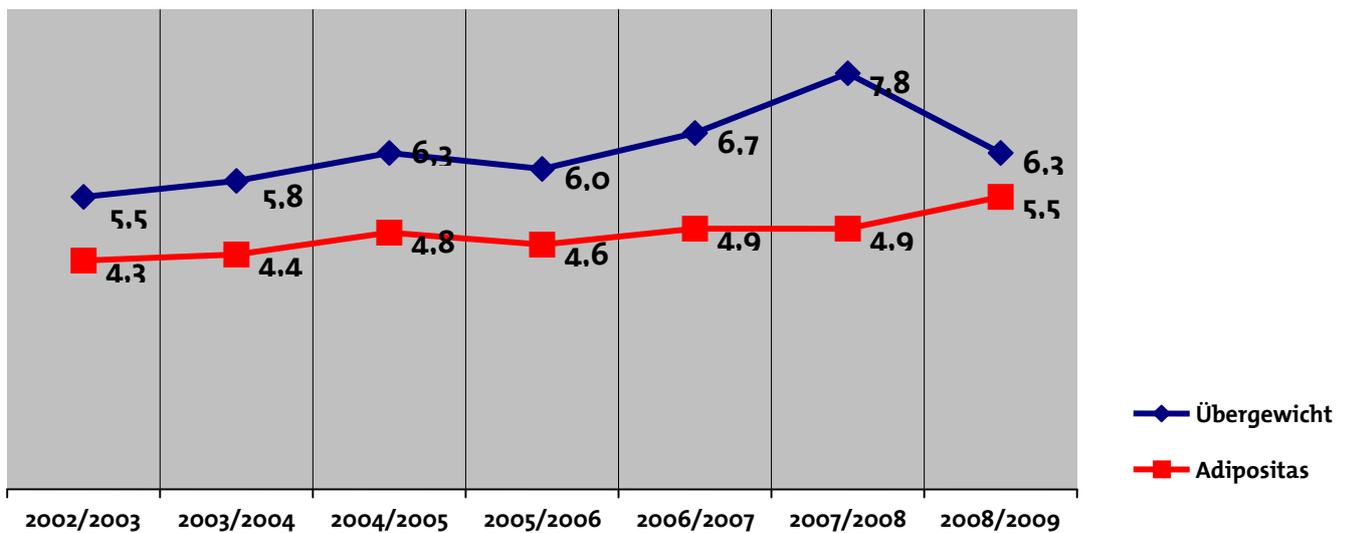


Abb 11: Entwicklung des Anstiegs **Übergewicht** und **Adipositas**.
Einschulung 2002/2003 bis 2008/2009

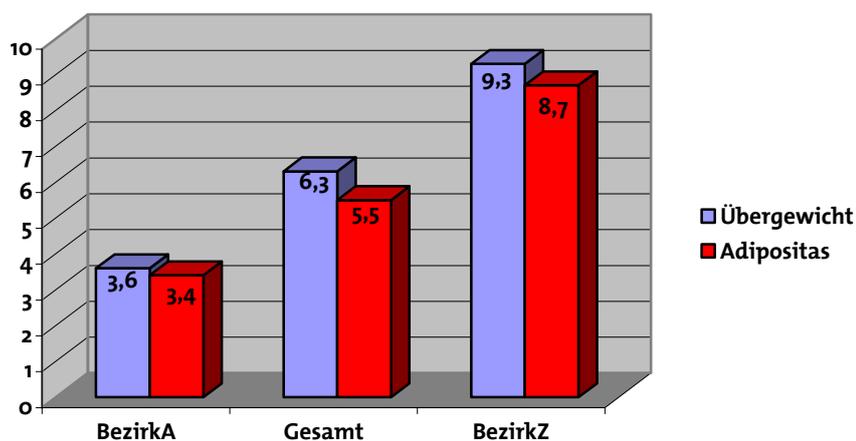


Abb 12:
BezirkA = Bezirk mit den wenigsten „dicken“ Kindern.
Im **BezirkZ** gibt es fast 3-mal soviel übergewichtige Kinder!

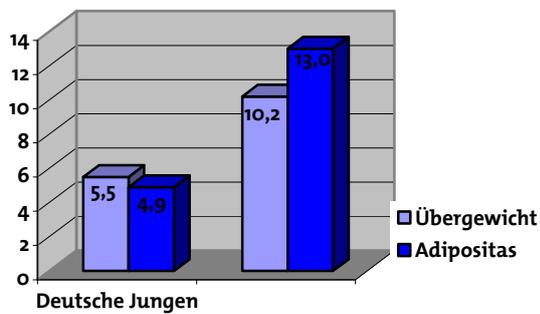


Abb13:

Es wird deutlich, dass Jungen mit Migrationshintergrund (Abbildung rechts) häufiger übergewichtig sind als deutsche Jungen!

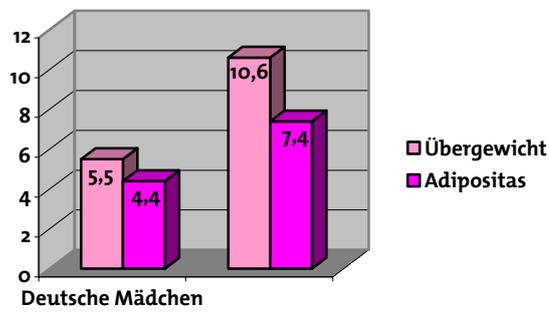


Abb14:

Auch Mädchen mit Migrationshintergrund (Abbildung rechts) haben häufiger Übergewicht als deutsche Mädchen!

Konkrete Maßnahmen:

- Regelmäßiges körperliches Training für alle (Bewegte Schule/Bewegte KiTa)
- Ausgewogene Ernährungsprogramme in Einrichtungen der Kinder- und Jugendbetreuung (Beratung durch einen/eine Ökotrophologen/-gin)
- Kein unkontrollierter Kiosk in Bannmeile der Schule
- Bewerbung von Sportvereinen/Jugendsportabzeichen
- Sichere Radwege zur Schule
- Kinder bewältigen ihren Schulweg ohne Autotransport.
- Kinder tragen Ihre Schultasche selbst
- Versorgung öffentlicher Gebäude mit Trinkwasserbrunnen

Fazit:

1. Empfehlung für Interventionsprogramme
2. Aufklärung über Lebensstilveränderungen im gesamtgesellschaftlichen Ausmaß
3. Gruppenprogramme in Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit
4. Früherfassung von Klein- und Schulkindern

9. Körperkoordination



Die in den letzten Jahren im Rahmen der Einschulungsuntersuchung erhobenen Daten bestätigen den Trend zu abnehmenden körperkoordinatorischen Leistungen. In Abhängigkeit von Lebensbedingungen verändern sich Bewegungsroutinen (Schulwege zu Fuß oder mit dem Auto) und Spieltraditionen (Gruppenspiele draußen oder Konsolenspiele drinnen). Der gesamtgesellschaftliche Wandel geht zur Zeit einher mit zunehmendem Bewegungsmangel.

Ausgleichssport findet schichtspezifisch statt (Trendsportarten).

Er ist sehr stark geprägt durch den sozialen Status und die finanziellen Möglichkeiten.

Aus Bewegungsmangel resultieren Koordinationsstörungen, Übergewicht, Haltungs- und deren Kollateralschäden.

Ein Zusammenhang zwischen Bewegungsmangel und schulischer Leistungsfähigkeit wird sowohl medizinisch wie pädagogisch beschrieben.

(Schulprogramm „Bewegte Schule“).

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) wirbt für Sportvereine als eine Möglichkeit zur Persönlichkeitsentwicklung und Suchtvorbeugung („Kinder stark machen im Sportverein“).

Der Eintritt in einen Verein setzt allerdings aktives Tun und die Bezahlung von Beiträgen voraus, der Fernseher hingegen steht sowieso zu Hause und es genügt ein Knopfdruck.

Lässt man sich auf Gruppen ein, profitiert man in aller Regel von der Einübung sozialer Kompetenz, beim Fernsehen hat man in der Regel seine Ruhe.

Auffälligkeiten hinsichtlich ihrer Körperkoordination wiesen 24,1% der Einschulkinder (*Abb15*) auf.

Exkurs:

In der letzten Einschulungsperiode hat uns zusätzlich interessiert:

1. Wie viel Kinder können vor ihrer Einschulung, also im Alter von fünf bis sechs Jahren, schon schwimmen: mindestens eine Bahn 25 m oder Seepferdchennachweis (*Abb17*)?
2. Wie viel Kinder können vor ihrer Einschulung schon ohne Stützräder Fahrrad fahren (*Abb 19*)?

Bei beiden Bewegungsformen benötigt man eine gute Ganzkörperkoordination! Diese Fähigkeiten sind nahezu unabhängig vom Körpergewicht zu trainieren! Schon im Kindergartenalter sind diese Fähigkeiten leicht zu erlernen!

Sie bewirken:

- Eine frühzeitige Prävention zur Vermeidung von Ertrinkungs- und Verkehrsunfällen.
- Ein gleichzeitiges Training von Koordination und Ausdauer.
- Den Erwerb von zusätzlichen Fortbewegungsformen.
- Meist auch Spaß an Bewegung.
- Meist ohne großen Aufwand zu trainieren.

Kinder mit Migrationshintergrund können in deutlich geringerer Anzahl vor Schuleintritt schwimmen (*Abb18*) und fahrradfahren (*Abb20*).

Ergebnisse Körperkoordination:

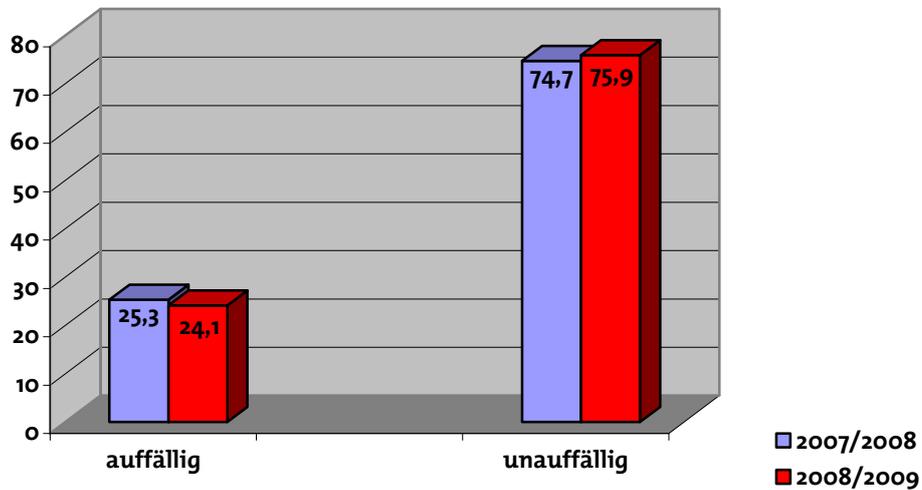


Abb 15: Vergleich Körperkoordination 2007/2008 – 2008/2009:
Wie viel Sprünge kann ein Kind innerhalb von 10 Sekunden seitlich hin- und herspringen?

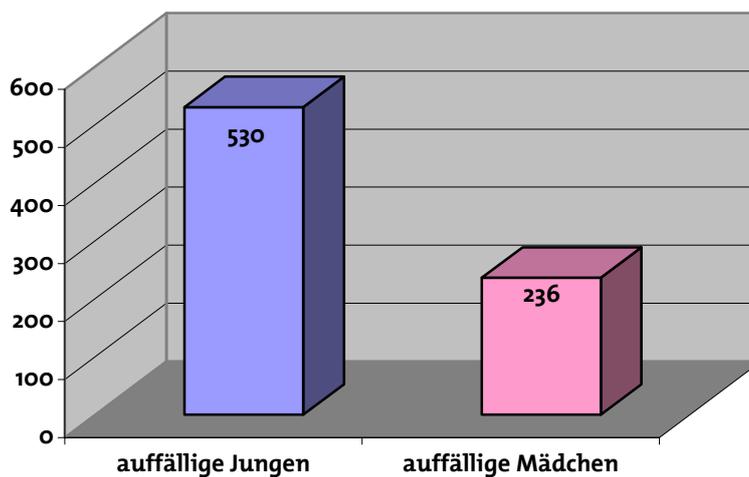


Abb 16:
Jungen weisen häufiger Koordinationsauffälligkeiten auf als Mädchen.
(530 von 2274 Jungen, 236 von 2125 Mädchen)

Exkurs Schwimmen:

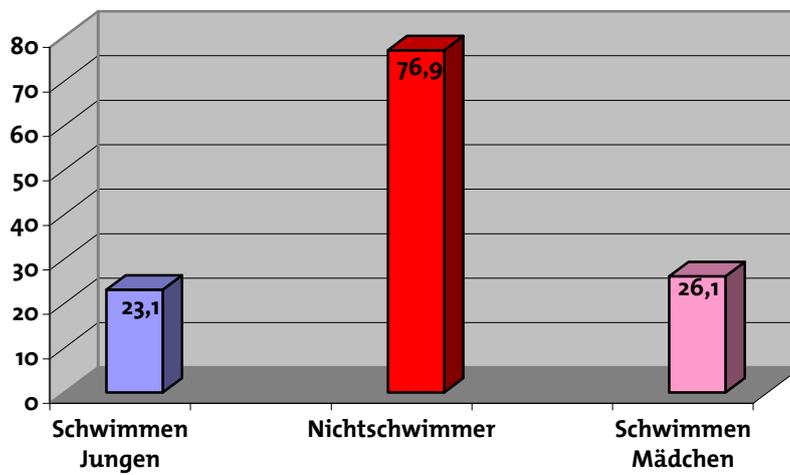


Abb 17: 1017 der 4400 Einschulkinder können schwimmen, davon 462 Jungen und 554 Mädchen.

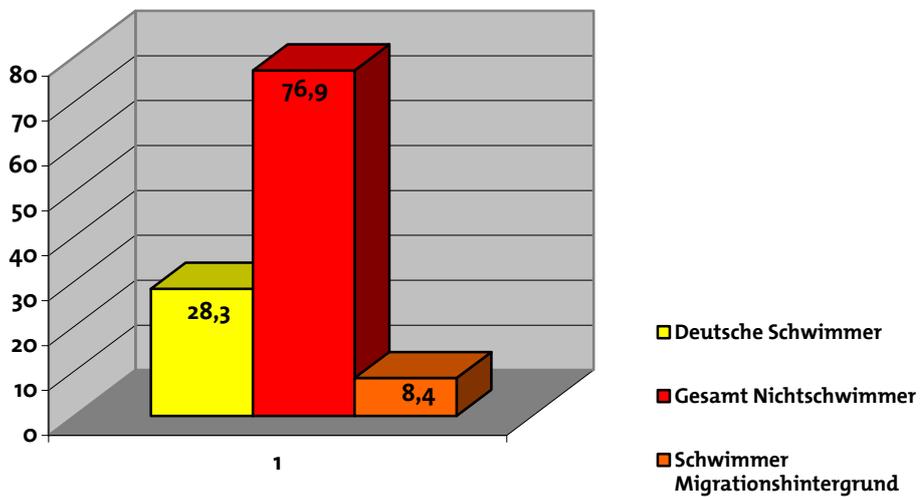


Abb 18:
Im Vergleich zu Deutschen Kindern können Kinder mit Migrationshintergrund bei ihrer Einschulung deutlich seltener schwimmen.

Exkurs Fahrrad fahren:

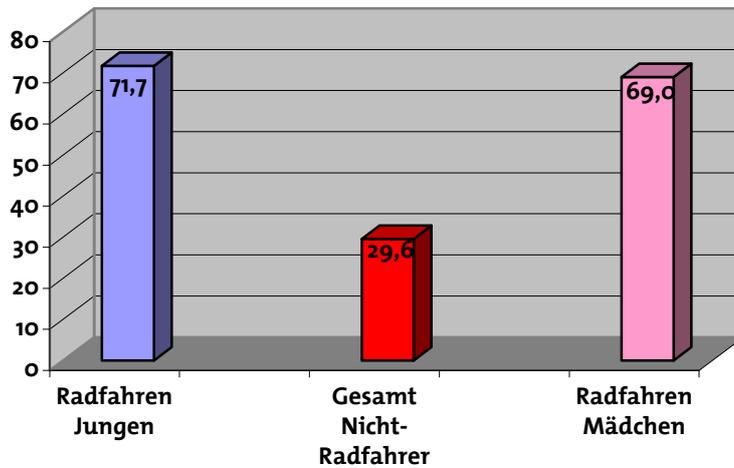


Abb 19: 3099 der 4400 Einschulkinder können Radfahren, davon 1632 Jungen und 1466 Mädchen.

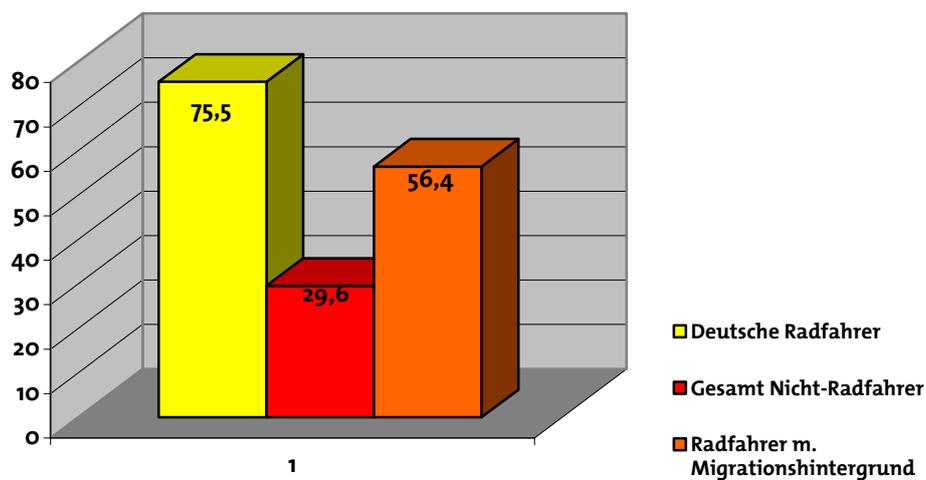


Abb20:

Im Vergleich zu deutschen Kindern können Kinder mit Migrationshintergrund bei ihrer Einschulung seltener Fahrrad fahren.

Fazit:

1. Ausweitung des Schulsportangebotes.
2. Bewerbung von Breitensportangeboten/Jugendportabzeichen.
3. Information und Ausstattung der Schulen.
4. Bereitstellung und Pflege von Sportstätten und Verkehrsübungsplätzen.
5. Ausweitung des Schwimmunterrichtes.
6. Bevorzugung von Lehrschwimmbecken vor „Spaßbädern“.
7. Zusammenarbeit mit ortnahen Sportvereinen (z.B Kreissportbund).
8. Weiterbildung von ErzieherInnen und LehrerInnen zum Thema: „Bewegte Einrichtung“

10. Sprache

Probleme im Bereich der Sprachentwicklung sind häufig kombiniert mit anderen Entwicklungsstörungen und potenzieren sich wechselseitig.

Immer beeinträchtigen Sprachentwicklungsprobleme neben der sozialen Integration auch den Erwerb neuen Wissens. So induziert ein defizitäres Sprachverständnis, z.B. durch vermindertes Zahlenverständnis, auch bei normaler Intelligenz eine verminderte Rechenleistung.

Die Früherkennung und Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen erhält dadurch eine besondere Bedeutung.

Sprachunauffällige Kinder erkennen schon ab dem 7. Lebensmonat sprachrhythmische Einheiten, verstehen mit neun bis zehn Monaten schon ca. 60 Worte und beginnen kurz darauf zu sprechen. Mit zwei Jahren verfügen sie über bis zu 50 Wörter in ihrem aktiven Wortschatz.

Im Alter von vier Jahren ist die sprachensible Phase abgeschlossen.

Sowohl die passive (Verständnis) wie die aktive (Produktion) Sprachkompetenz sind Voraussetzungen für Kommunikation und Verständnis von schulvermittelndem Wissen.

Vor diesem Hintergrund ist die Zahl sprachauffälliger Kinder zu Beginn der Schulzeit alarmierend.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung nimmt die Testung der Sprachentwicklung bei Schulneulingen breiten Raum ein.

Vorab sollte in jedem Fall sicher gestellt sein, dass die Hörleistung der Kinder keinen Einschränkungen unterliegt. Der **Kinder- und Jugendgesundheitsdienst** ist bemüht, flächendeckende Hörteste für alle Kindergartenkinder ab dem 4. Lebensjahr durch seine Reihenuntersuchungen anzubieten, um insbesondere vor dem Sprachprüfungsprogramm der Landesregierung (Delfin4) mögliche Hörstörungen auszuschließen, welche das Testergebnis beeinflussen würden.

**Auffälligkeiten der Sprachkompetenz im Einzelnen:
(hierbei wird der Migrationshintergrund **nicht** berücksichtigt)**

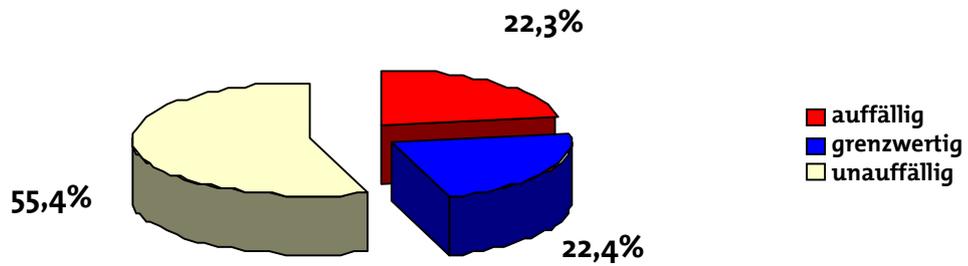


Abb 21: Wörter ergänzen

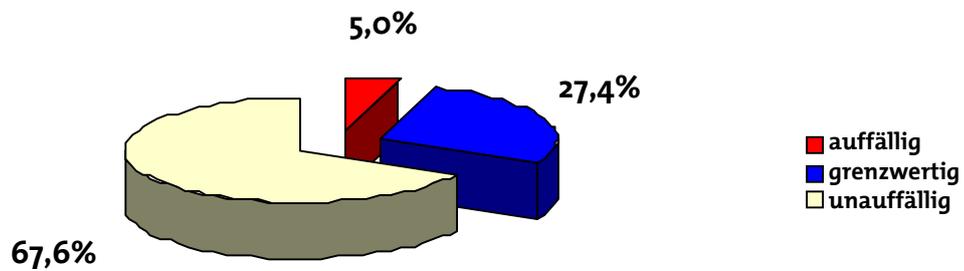


Abb 22: Pseudowörter nachsprechen

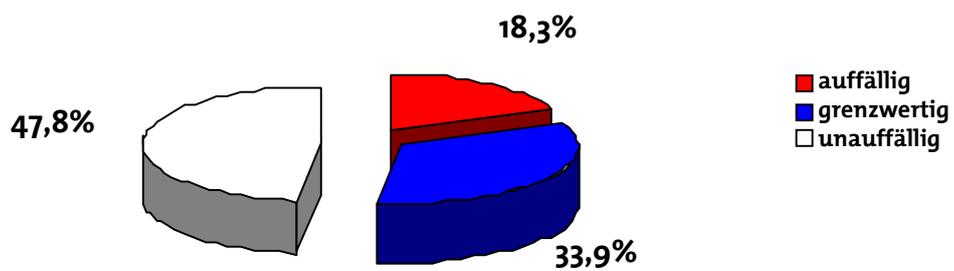


Abb 23: Sätze nachsprechen

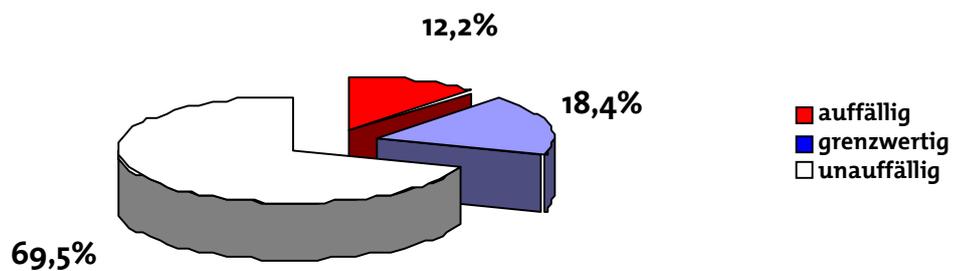


Abb 24: Artikulation

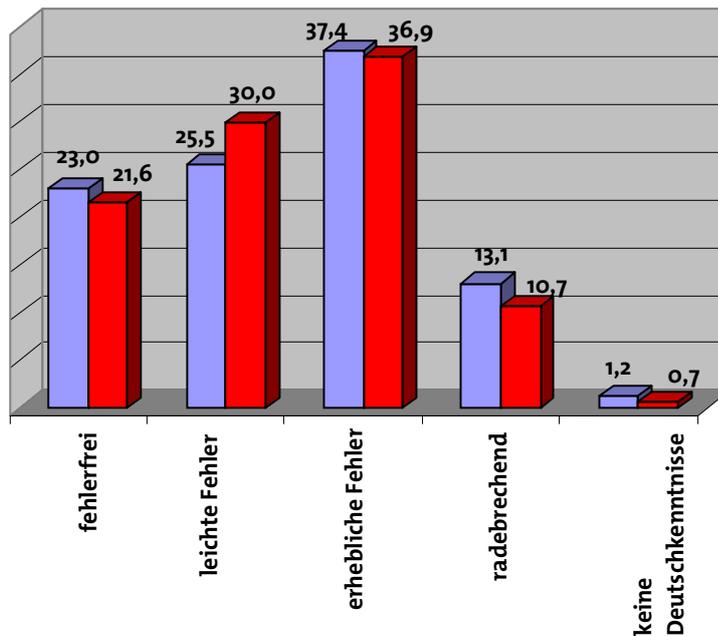


Abb 25: Deutschkenntnisse bei Kindern mit Migrationshintergrund
Vergleich 2007/2008 – 2008/2009

Aus den weiterhin hohen Zahlen von sprachauffälligen Kindern leitet sich die Empfehlung ab, geprüfte Sprachförderprogramme für Kinder ab dem dritten Lebensjahr in den Kindertagesstätten einzuführen. In Nachbarregionen (Bonn/Rhein-Kreis-Neuss) wurden solche Programme bereits mit Erfolg in den Kindertagesstätten eingeführt.

Die Kosten der notwendigen Mitarbeiterschulung und des Übungsmaterials sind dabei überschaubar. Der Nutzen für jedes Kind, innerhalb der Kindergartenzeit Regelerwerbsstrategien für die Landessprache zu erwerben, ist enorm hoch.

Programm Voraussetzungen für den geeigneten, möglichst reibungslosen Einsatz in den Kindertagesstätten sollten sein:

- Einstieg ab dem 3. Lebensjahr
- Gleiche Programme für Deutsche und Migranten
- Einbau in den Kindergartenalltag
- Elternanleitung
- Einheitlichkeit in der Region
- Altersübergreifende Regelerwerbsstrategien

Fazit:

1. Einrichtung von einheitlichen Sprachförderprogrammen in den Einrichtungen der vorschulischen Kinderbetreuung.
2. Fortbildung der MitarbeiterInnen.
Ausschluss von Hörstörungen

11. Was tut der KJGD

- Dienststellen des Rhein-Erft-Kreis Gesundheitsamtes in Hürth:

Friedrich-Ebert-Str. 11,
50354 Hürth

- **Team Wesseling, Brühl-Innenstadt, Pingsdorf und Brühl-West, Bergheim-Niederaußem**

Sprechstunde:
Donnerstag: 8.00 - 12.00 Uhr
☎ (0 22 71) 83 43 18

- **Team Erftstadt, Brühl-Badorf**

Sprechstunde:
Dienstag: 8.00 - 12.00 Uhr
☎ (0 22 71) 83 43 21

- **Team Frechen, Brühl-Kierberg**

Sprechstunde:
Montag: 8.00 - 12.00 Uhr
☎ (0 22 71) 83 43 14 / 83 45 89

- **Team Hürth, Brühl-Mitte (nur Martin Luther Schule) und Brühl-Vochem**

Sprechstunde:
Mittwoch: 8.00 - 12.00 Uhr
☎ (0 22 71) 83 45 50 / 83 43 68

Rhein-Erft-Kreis



Der Kinder - und
Jugendgesundheitsdienst
des Rhein-Erft-Kreises



www.rhein-erft-kreis.de

Rhein-Erft-Kreis

Der Kinder -und Jugendgesundheitsdienst des Rhein-Erft-Kreises informiert



Aufgaben und Angebote

Ein Schwerpunkt der jugendärztlichen Arbeit ist die jährliche Einschulungsuntersuchung aller schulpflichtigen Kinder. Zusätzliche Aufgaben sind:

- Reihenuntersuchung in Kindergärten
- Gutachten zum Sonderschulnahmeverfahren
- Untersuchung und Beratung von Behinderten und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher
- Gutachterliche Tätigkeit im Auftrag anderer Ämter
- Untersuchung und Beratung von Migrantenkindern
- Untersuchung und Beratung zu Infektionen/Infektionsschutz/Parasitenbefall
- Beratung für Eltern, LehrerInnen und ErzieherInnen
- Mitarbeit an gesundheitsfördernden Maßnahmen und Projekten
- Gesundheitsberichterstattung
- Fortbildungsveranstaltungen



Ziel der Arbeit ist besonders die Vorbeugung von Erkrankungen und Entwicklungsstörungen bzw. deren frühzeitige Erkennung und die Einleitung von Therapien.

Gerne beantworten die MitarbeiterInnen des JÄD Ihre Fragen unter nebenstehenden Telefonnummern während der angegebenen Sprechzeiten.



• Dienststellen des Rhein-Erft-Kreis Gesundheitsamtes in Bergheim:

Bergheim
Willy-Brandt-Platz 1,
50126 Bergheim

• Team Bergheim

Sprechstunde:
Donnerstag: 8.00-12.00 Uhr
Dienstag - Donnerstag: 14.00-15.00 Uhr
☎ (0 22 71) 83 43 25 / 83 43 30

• Team Bedburg, Elsdorf, Kerpen-Buir

Sprechstunde:
Montag: 8.00-12.00 Uhr
☎ (0 22 71) 83 43 26 / 83 43 28

• Team Kerpen

Sprechstunde:
Dienstag: 8.00-12.00 Uhr
☎ (0 22 71) 83 43 27 / 83 43 29

• Team Pulheim, Bergheim-Glesch, Hüchelhoven, Oberaußem

Sprechstunde:
Mittwoch: 8.00-12.00 Uhr
☎ (0 22 71) 83 43 23 / 83 43 24

12. Glossar

assoziiert:

verknüpft

BMI:

engl., body mass index

Der **BMI** ist eine Maßzahl, die das Gewicht eines Menschen im Verhältnis zu seiner Körperoberfläche ausdrückt

BZGA:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Diabetes:

(Zuckerkrankheit), eine Gruppe von chronischen Stoffwechselerkrankungen, bei denen Zucker im Urin ausgeschieden wird und im Blut zu hohe Werte bestehen

Evaluationsmöglichkeiten:

(lat. valere = bewerten)

Beschreibung, Analyse und Bewertung von Prozessen und Organisationseinheiten insbesondere im Bildungsbereich, in den Bereichen Gesundheit und Entwicklungshilfe

HIB:

Haemophilus influenza Typ B - Virus

Immunität:

Unempfindlichkeit oder Unempfänglichkeit des Organismus gegenüber äußeren Angriffen. Fähigkeit des Organismus, bestimmte Krankheitserreger ohne pathologische Erscheinungen zu eliminieren.

KIGGS:

Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2000

LIGA:

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen

Migrationshintergrund:

Ordnungskriterium der deutschen amtlichen Statistik zur Beschreibung einer Bevölkerungsgruppe, die aus eingewanderten Personen und deren Nachkommen besteht (seit 1950). Definition hier im Text: mindestens ein Elternteil hat einen Migrationshintergrund.

Perzentilen:

Parameter zur Beschreibung einer Verteilung. Wert, der eine nach der Größe geordnete Reihe von Beobachtungs- und Messwerten in gleich große Teile teilt.

Prävalenz:

Die Prävalenz oder auch Krankheitshäufigkeit ist eine Kennzahl der Gesundheits- und Krankheitslehre und sagt aus, wie viele Menschen einer bestimmten Gruppe an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind.

REK:

Rhein-Erft-Kreis

RKI:

Robert-Koch-Institut

Screeninguntersuchung:

Untersuchung, die als Reihenuntersuchung bei möglichst vielen Menschen eine möglichst frühe Angabe zur Wahrscheinlichkeit des Vorliegens von bestimmten Krankheiten oder Risikofaktoren ermöglichen soll.

Stereoprüfung:

Testverfahren (TNO/Lang) zur Überprüfung des beidäugigen Sehens; Stereosehen.

STIKO:

Ständige Impfkommission

TNO:

Test mittels Rot-Grün-Brille zur Feststellung des räumlichen Sehens.

WHO:

Weltgesundheitsorganisation

13. Literaturliste

1. GBE - Impfkampagne 2007 Rhein-Erft-Kreis
(www.rhein-erft-kreis.de/→Jugend, Soziales, Gesundheit→Medizinische Dienste→GBE→Impfkampagne 2007-Zwischenbericht)
2. Gesundheitsberichterstattung zur Zahngesundheit
(K)ein Problem - Zähne o.K. Modul4: Mund- und Zahngesundheit im R-E-K
(www.rhein-erft-kreis.de→ Jugend, Soziales, Gesundheit→Medizinische Dienste→ Jugendzahnärztlicher Dienst→GBE-Modul4)
3. Schulgesetze NRW
4. KIGGS-Studie:
Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
Bundesgesundheitsblatt 50
5. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D:
Perzentilenkurven für den Body-Mass-Index. Kinderheilkunde 2001
6. Elisabeth Weber, Alexandra Hiebl, Ulrich Storr:
Prävalenz und Einflussfaktoren von Übergewicht und Adipositas
bei Einschulkindern. Deutsches Ärzteblatt, Heft 51-22, 22. Dezember 2008
7. Bewegte Schule (www.bewegte.schule.de)
8. Sport macht schlau (www.g-o.de.wissen-aktuell)
9. Ich geh zur U – und DU? (www.ich-geh-zur-U.de)
10. Der Jugendärztliche Dienst des Rhein-Erft-Kreises informiert
Ausgewählte Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung 2005/2006

Redaktion und Ausführung

Dr. Karin Moos/Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Tel.: 02271/83-4364

E-Mail: karin.moos@rhein-erft-kreis.de

Ulrike Rumbler-Mohr/Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Tel.: 02271/83 4329

E-Mail: ulrike.rumbler-mohr@rhein-erft-kreis.de

Datenmanagement

N. Bocter/Akademie für öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf

Layout

Christian Gelhaus/Rhein-Erft-Kreis

www.rhein-erft-kreis.de

www.rhein-erft-kreis.de/ → Jugend, Soziales, Gesundheit → Medizinische Dienste

→ Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Impressum

Der Landrat des Rhein-Erft-Kreises, Gesundheitsamt,

Willy-Brandt-Platz 1, 50126 Bergheim

