



LANDKREIS ZWICKAU

GESUNDHEITSAMT



GESUNDE.SACHSEN

Gesundheitsbericht 2011



DATEN UND FAKTEN ZUR GESUNDHEIT DER VORSCHULKINDER IM LANDKREIS ZWICKAU 2010

GESUNDHEITSBERICHT

- **ERGEBNISSE DER
KINDERGARTENUNTERSUCHUNGEN**
- **ERGEBNISSE DER
SCHULAUFNHMEUNTERSUCHUNGEN**
- **ERGEBNISSE DER
ZAHNÄRZTLICHEN REIHENUNTERSUCHUNGEN**

Impressum

Daten und Fakten zur Gesundheit der Vorschulkinder im Landkreis Zwickau 2010

- Gesundheitsbericht: Ergebnisse der Kindergartenuntersuchungen
Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchungen
Ergebnisse der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen
- Herausgeber: Landratsamt Zwickau
Dezernat II
Gesundheitsamt
Postfach 10 01 76
08067 Zwickau
Sitz: Verwaltungszentrum Zwickau, Werdauer Straße 62
Tel.: 0375 4402-22400
Fax: 0375 4402-22409
E-Mail: gesundheitsamt@landkreis-zwickau.de
- Verantwortlich: Dr. med. Carina Pilling
Amtsärztin, Leiterin des Gesundheitsamtes
- Autor: Dipl.-Math. Gunthild Schröder, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Gesundheitsbericht-
erstattung
Dipl.-Soz.päd. Simone Hoesl, Sozialarbeiterin Gesundheitsförderung (Abschnitt 5)
- Mitarbeit: Durchführung Kita-Untersuchungen und Schulaufnahmeuntersuchungen:
- Dipl.-Med. Steffi Bartl, Ärztin im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst
- Dr. med. Gottfried Fitzner, Arzt im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst
- Dipl.-Med. Kerstin Lange, Ärztin im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst
- Dipl.-Med. Marion Mehlhorn, Ärztin im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst
- Dipl.-Med. Barby Müller, Ärztin im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst
Durchführung zahnärztlicher Reihenuntersuchungen in Kindertageseinrichtungen:
- Dr. med. Silke Neumann-Vogel, Sachgebietsleiterin KJÄD und ZÄD
- Dipl.-Stom. Katrin Böhm, Zahnärztin
- Anke Bauer, Zahnärztin
- Redaktion, Gestaltung und Layout:
Dipl.-Math. Gunthild Schröder
- Kartografische Darstellungen:
SG GIS (Geografisches Informationssystem)
- Redaktionsschluss: 31.03.2011

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

Liebe Bürgerinnen und liebe Bürger im Landkreis Zwickau,

gemeinsam arbeiten wir daran, unseren Heimatlandkreis kinder- und familienfreundlich zu gestalten. Kinder sollen sich hier wohlfühlen, sollen sich gesund entwickeln sowie fröhlich und zufrieden aufwachsen können. Deshalb wirken wir im Landkreis aktiv mit an der Umsetzung des sächsischen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“.

Trotz der Zurückdrängung schwerwiegender und zum Tode führender Krankheiten im Kindesalter können wir mit der Gesundheit unserer Kinder nicht zufrieden sein. Wir lesen Berichte über die Zunahme kindlicher Entwicklungsauffälligkeiten, die uns Sorge machen. Eine Verbesserung der Situation ist anzustreben. Deshalb ist es wichtig, die Ergebnisse der kinder- und jugendärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen im Landkreis Zwickau zu publizieren, um die „Daten und Fakten“ und die Entwicklungstrends zu kennen und auf sie positiv Einfluss nehmen zu können. Unser gemeinsames Ziel muss es sein, professionsübergreifend und Hand in Hand mit Eltern, Erziehern, Lehrern, Ärzten und Therapeuten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu vernetzen und in den Alltag unserer Kinder zu integrieren.

In diesem Sinne wünsche ich den Akteuren viel Erfolg bei der Umsetzung der Konsequenzen des Berichtes.

Dr. Christoph Scheurer
Landrat

Hinweise an den Leser:

Zur besseren Lesbarkeit werden im Bericht personenbezogene Bezeichnungen zumeist in der männlichen Form verwendet. Ausdrücklich sei aber darauf hingewiesen, dass damit männliche und weibliche Personen gleichberechtigt gemeint sind.

Wenn nicht explizit die Datenquelle genannt wird, handelt es sich bei den dargestellten Daten und Fakten um Erhebungen und Berechnungen des Gesundheitsamtes des Landkreises Zwickau. Für die vorliegenden Analysen wurden die Untersuchungsdaten der Jahre 2004/05 bis 2007/08 der Altkreise Chemnitzer Land, Zwickauer Land und der Stadt Zwickau zusammengefasst und auf das jetzige Territorium des Landkreises Zwickau bezogen.

Für die kartografischen Darstellungen gelten folgende Informationen und Hinweise:

—————	Gemeindegrenze	Herausgeber:	Landratsamt Landkreis Zwickau
-----	Stadtbezirksgrenze	Kartengrundlage:	ATKIS®-Basis-DLM © Staatsbetrieb Geobasisinformation und Vermessung Sachsen 2009
Zwickau	Kreisstadt		
Glauchau	Stadt		
Mülsen	Gemeinde		
Mitte	Stadtbezirksname		

Die Karten sind gesetzlich geschützt; Vervielfältigung nur mit Erlaubnis des Herausgebers.
Als Vervielfältigungen gelten zum Beispiel Nachdruck, Fotokopie, Mikroverfilmung, Digitalisieren,
Scannen sowie Speicherung auf Datenträger.

Vorwort

Das Gesundheitsamt des Landkreises Zwickau veröffentlicht erstmals Gesamtergebnisse zum Gesundheitszustand unserer Vorschulkinder im Landkreis Zwickau.

Wir legen einen Gesundheitsbericht vor, der die Ergebnisse der Kindergartenuntersuchungen, der Schulaufnahmeuntersuchungen und der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in Kindertageseinrichtungen beschreibt und bewertet. Schwerpunkte des Berichtes sind die Darstellung der Veränderungen der gesundheitlichen Situation der Kinder im Landkreis und der Vergleich der Entwicklung in unserem Landkreis mit dem im Freistaat Sachsen.

Wir haben den Bericht bewusst „ausführlich“ gehalten, um auch dem medizinischen Laien Ergebnisse zur Kindergesundheit erklärend und einführend näher zu bringen und vor allem gesundheitsfördernden Handlungsbedarf deutlich zu benennen. Wir haben aber den Bericht auch bewusst mit der Überschrift „Daten und Fakten“ versehen, um in den nächsten Jahren die jetzt vorliegenden Basisdaten mit aktuellen Informationen zu ergänzen und fortzuschreiben.

Gesundheitsstörungen und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter haben sich in den letzten Jahrzehnten verändert. Waren es in der Vergangenheit häufig Infektionskrankheiten, die Kinder gefährdeten, so sind es heute vorrangig Entwicklungsstörungen, psychosomatische Krankheitsbilder, Verhaltensauffälligkeiten und allergische Erkrankungen. Ursachen dafür sind vor allem die veränderten Lebensbedingungen unter denen Kinder heute aufwachsen.

Viele Aspekte der Kindergesundheit stehen dabei in Beziehung zueinander. So gibt es zum Beispiel einen Zusammenhang zwischen dem Hör- und Sehvermögen und der Sprachentwicklung, zwischen feinmotorischen Störungen und sprachlichen Entwicklungsauffälligkeiten oder zwischen Ernährungsverhalten, Übergewicht und Zahnkaries. Die genannten Entwicklungs- und Gesundheitsprobleme sind bei Kindern weit verbreitet und folgenreich für den weiteren Bildungs- und Lebensweg, prinzipiell sind sie aber präventiv beeinflussbar. Dafür müssen medizinische und pädagogische Fördersysteme koordiniert und Einzelmaßnahmen bedarfsgerecht abgestimmt werden.

Wie sich die gesundheitliche Lage speziell im Landkreis Zwickau für unsere Vorschulkinder entwickelt hat und wo es Ansatzpunkte für präventive Beeinflussung gibt, zeigen die Ergebnisse der kinder- und jugendärztlichen und zahnärztlichen Reihenuntersuchungen im Vorschulalter.

Im Bericht wurden die gesundheitsbestimmenden Faktoren grafisch aufbereitet und anschaulich dargestellt, dadurch werden Probleme deutlich und Entwicklungen bzw. Trends können abgeleitet werden. Jede Abbildung wird erklärt und im Detail interpretiert, so dass sich nicht nur der interessierte Laie gut zurecht finden wird, sondern auch Ärzte und Therapeuten Interessantes aus dem Gesundheitsamt erfahren werden. Besonders sollen mit der Thematik aber auch Pädagogen und Erzieher aus Kindertageseinrichtungen und Schulen angesprochen werden, um (sozial-)medizinische Maßnahmen der Gesundheitsförderung mit pädagogischen Maßnahmen abzustimmen und zu verknüpfen.

Ich wünsche mir, dass der Bericht viele interessierte Leser sowie aktive Partner zur gemeinsamen Umsetzung der formulierten Ziele und Maßnahmen für „Gesundes aufwachsen“ findet.

Dr. med. Carina Pilling
Leiterin des Gesundheitsamtes
Zwickau, 15. März 2011



Inhaltsverzeichnis

1. „Auf einen Blick“ – Die wichtigsten Daten und Fakten	8
1.1 Ergebnisse der Kindergartenuntersuchung	8
1.2 Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchung	9
1.3 Ergebnisse der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen	10
1.4 Schlussfolgerungen „auf einen Blick“	11
2. Kinder- und jugendärztliche Untersuchung in Kindertageseinrichtungen	12
2.1 Gesetzesauftrag	12
2.2 Zielstellung	12
2.3 Untersuchungsinhalt und Rahmenbedingungen	13
2.4 Dokumentation und Auswertung	13
2.5 Angebot und Inanspruchnahme der Kita-Untersuchung	14
2.6 Altersstruktur der untersuchten Kita-Kinder	15
2.7 Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U7	16
2.8 Impfstatus der Kita-Kinder	18
2.9 Aspekte des Gesundheitszustandes der Kita-Kinder	20
2.9.1 Methodik der Befunderhebung	20
2.9.2 Befundhäufigkeiten im Überblick	21
2.9.3 Geschlechtsspezifik der Befundhäufigkeiten	23
2.9.4 Sprachentwicklungsauffälligkeiten	24
2.9.5 Herabsetzung der Sehschärfe	25
2.9.6 Beeinträchtigung des Hörvermögens	26
2.9.7 Motorische Entwicklungsauffälligkeiten	28
2.10 Förderstatus und Förderbedarf bei Kita-Kindern	30
2.10.1 Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII	30
2.10.2 Pädagogischer Förderbedarf	32
2.11 Beratung der Einrichtung im Rahmen der Kita-Untersuchung	32
2.12 Regionale Schwerpunkte für Gesundheitsförderung	33
2.13 Schlussfolgerungen	36
3. Schulaufnahmeuntersuchungen	38
3.1 Gesetzesauftrag	38
3.2 Zielstellung	38
3.3 Untersuchungsinhalt und Rahmenbedingungen	38
3.4 Dokumentation und Auswertung	39
3.5 Zahl der untersuchten Schulanfänger	40
3.6 Schulanfänger nach Betreuungsstatus	41
3.7 Schulanfänger nach Geschwisterzahl	42

3.8	Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U9	42
3.9	Impfstatus der Schulanfänger	43
3.10	Aspekte des Gesundheitszustandes der Schulanfänger	46
3.10.1	Methodik der Befunderhebung	46
3.10.2	Befundhäufigkeiten im Überblick	46
3.10.3	Geschlechtsspezifik der Befundhäufigkeiten	49
3.10.4	Sprachentwicklungsauffälligkeiten	51
3.10.5	Motorische Entwicklungsauffälligkeiten	53
3.10.6	Seh- und Hörstörungen	57
3.10.7	Störungen der visuellen Wahrnehmung	59
3.10.8	Emotional-psychosoziale Verhaltensauffälligkeiten	61
3.10.9	Probleme Untergewicht, Übergewicht und Adipositas	62
3.10.10	Haltungsschwäche und manifeste Wirbelsäulenschäden	64
3.10.11	Sonstige wesentliche Befundauffälligkeiten	65
3.11	Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII	66
3.12	Jugendärztliche Schulempfehlung	68
3.13	Ergebnisse in Abhängigkeit vom Vorsorgestatus	72
3.14	Schlussfolgerungen	76
4.	Zahnärztliche Reihenuntersuchungen in Kindertageseinrichtungen	78
4.1	Gesetzesauftrag	78
4.2	Zielstellung	78
4.3	Untersuchungsinhalt und Rahmenbedingungen	78
4.4	Dokumentation und Auswertung	78
4.5	Angebot und Inanspruchnahme	79
4.6	Altersstruktur der untersuchten Kinder	79
4.7	Aspekte der Mundgesundheit der Kita-Kinder	80
4.7.1	Globaleinschätzung des Milchgebisses	80
4.7.2	Einschätzung von Kariesverbreitung und Kariesrisiko	82
4.7.3	Geschlechtsspezifik	85
4.7.4	Regionale Ergebnisse nach Städten und Gemeinden	86
4.8	Ergebnisse der Gruppenprophylaxe	88
4.9	Schlussfolgerungen	89
5.	Projekt „Gesundheitsförderung in der Kita“	90
6.	Abbildungsverzeichnis	92
7.	Quellenverzeichnis	95

1. „Auf einen Blick“ – Die wichtigsten Daten und Fakten

1.1 Ergebnisse der Kindergartenuntersuchung

- Alle Kindertageseinrichtungen im Landkreis Zwickau erhielten im Untersuchungsjahr 2009/10 ein **Angebot zur Kindergartenuntersuchung**. Untersucht wurden 1.946 Kita-Kinder. Die Kinder waren durchschnittlich 4 Jahre und 2 Monate alt.
- Die **Inanspruchnahme** der Kita-Untersuchung ist gut, nur ca. 3 % der Eltern nahmen das Untersuchungsangebot für ihr Kind nicht an. Allerdings fehlten am Untersuchungstag 10 % der zur Untersuchung angemeldeten Kinder wegen Krankheit, Urlaub oder weil sie die Kita nur unregelmäßig besuchen. Angebotene Nachuntersuchungstermine im Gesundheitsamt wurden nur sehr selten genutzt.
- Der **Impfstatus** der Kita-Kinder hat sich in den letzten Jahren leicht verschlechtert. **Impflücken** treten besonders infolge fehlender Impfungen der Grundimmunisierung auf, ungeimpfte Kinder sind jedoch die Ausnahme.
- **Auffälligkeiten der Sprachentwicklung** werden seit Jahren bei mehr als einem Drittel der Kinder registriert, allerdings benötigen nicht alle dieser Kinder Sprachheilbehandlung. Etwa ein Drittel dieser sprachentwicklungsauffälligen Kinder braucht vor allem pädagogische Sprachfördermaßnahmen in Familie und Kita.
- Weniger als ein Drittel der **sprachauffälligen Kinder mit Therapiebedarf** erhielt zum Untersuchungszeitpunkt bereits Sprachheilbehandlung. Dies ist ein Hinweis, dass Logopädie tendenziell eher (zu) spät einsetzt.
- **Auffälligkeiten der Feinmotorik** wurden bei jedem sechsten Kita-Kind festgestellt und bei jedem siebenten Kind wurden **Auffälligkeiten der Grobmotorik** registriert. Während die Befundhäufigkeit feinmotorischer Störungen in den letzten Jahren recht deutlich sank, nahmen grobmotorische Störungen leicht zu.
- Fast die Hälfte der bei den Motorik-Tests auffälligen Kinder weisen geringfügige Befunde auf, die nicht vordergründig Therapie sondern vor allem **pädagogische Förderung und Bewegungsanregung** in Kita und Familie benötigen, um die Defizite aufzuholen.
- Die Entwicklungstests zur Motorik ergaben für jeweils 8 % der Kinder **therapiebedürftige Befunde der Fein- bzw. Grobmotorik**. Auffallend ist, dass sich aber nur ein Viertel dieser Kinder bereits in adäquater medizinischer Behandlung befand, drei Viertel erhielten Arztüberweisungen zur Befundabklärung und Behandlungseinleitung. Dies ist ein Hinweis auf vielfach zögerliches Einsetzen therapeutischer Fördermaßnahmen.
- Bei jedem sechsten Kita-Kind wurden beim Sehtest Normabweichungen der Sehleistung registriert. Nur bei etwa einem Drittel der Kinder war die **Sehleistungsminderung** bereits bekannt, die anderen Kinder erhielten eine Empfehlung zur augenärztlichen Kontrolle.
- **Beeinträchtigungen des Hörvermögens** wurden ebenfalls bei jedem sechsten Kind registriert, zumeist wurde ein entsprechender Verdacht geäußert und Befundabklärung beim Facharzt empfohlen.
- Die Befundhäufigkeiten sind in den Entwicklungsbereichen Sprache und Motorik deutlich **geschlechtsabhängig**. Jungen sind wesentlich häufiger von Entwicklungsverzögerungen betroffen als Mädchen.
- Die Befundhäufigkeiten zeigen **regionale Unterschiede**, die Anteile entwicklungsauffälliger Kinder in den Kitas differieren von komplett unauffällig bis zu Auffälligkeiten von 50 %

und mehr. Überdurchschnittliche Befundhäufigkeiten erfordern eine Beratung der Kitas zu zielgerichteter Gesundheitsförderung.

- Zum Zeitpunkt der Kita-Untersuchung wurden für 3 % der Kinder bestehende **Fördermaßnahmen zur Eingliederungshilfe nach SGB XII** registriert. Die Kinder- und Jugendärzte ermittelten jedoch einen viermal höheren Bedarf und gaben in diesen Fällen wertvolle Hinweise zu geeigneten bedarfsgerechten Maßnahmen zur Eingliederungshilfe oder zur verstärkten pädagogischen Förderung in der Kindertageseinrichtung.

1.2 Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchung

- **Alle künftigen Schulanfänger** im Landkreis Zwickau haben an den Schulaufnahmeuntersuchungen teilgenommen. Es gibt keine Restanten. Im Jahr 2009/10 wurden mehr als 2.700 Kinder untersucht.
- Zur Untersuchung waren die Kinder im Durchschnitt **5 Jahre und 11 Monate** alt.
- Die Zahl **vorzeitiger Schulanmeldungen** ist mit weniger als 3 % gering.
- Im Jahr vor der Einschulung besuchen 98 % der Kinder des Landkreises Zwickau eine Kindertageseinrichtung. Der **Anteil der Hauskinder** hat sich in den letzten fünf Jahren deutlich vermindert.
- Die **Vorlage wichtiger Dokumente** zur Schulaufnahmeuntersuchung hat sich verbessert, trotzdem legen noch 5 % der Eltern zum Untersuchungstermin keinen Impfausweis bzw. kein Vorsorgeheft vor.
- Die **Teilnahme am Früherkennungsprogramm** für Kinder (U-Untersuchungen) hat sich leicht verbessert. Bezogen auf die Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft hat sich die Teilnehmerate der U9 im Jahr 2010 erstmals auf über 90 % erhöht.
- Die registrierten **Impfraten** der Schulanfänger zeigen Handlungsbedarf. Bis zur Einschulung sollten die ausstehende Auffrischimpfung gegen Diphtherie-Keuchhusten-Tetanus und die zweite Masern-Mumps-Röteln-Impfung nachgeholt werden, um einen sicheren Kollektivschutz für diese impfpräventablen Krankheiten in der Schule zu gewährleisten.
- Der **Gesundheitszustand der Schulanfänger** im Kreis Zwickau hat sich im Beobachtungszeitraum 2008 bis 2010 nicht grundsätzlich verändert. Tendenziell wird aber eine Verschlechterung besonders der Sprachkompetenz und der grobmotorischen Entwicklung beobachtet, während feinmotorische Auffälligkeiten deutlich abnehmen.
- **Sprachauffälligkeiten bzw. -störungen** sind seit Jahren der am häufigsten registrierte Befund zur Schulaufnahmeuntersuchung. Mehr als ein Viertel der Schulanfänger im Landkreis Zwickau weisen Auffälligkeiten der Sprachentwicklung auf.
- **Beeinträchtigungen des Sehvermögens** wurden bei jedem fünften Schulanfänger registriert. Fast ebenso häufig werden **Auffälligkeiten und Störungen der Feinmotorik** erfasst. **Entwicklungsauffälligkeiten der Grobmotorik** sind etwas seltener, sie treten bei jedem achten Schulanfänger auf. Bei jedem siebenten Kind werden **emotional-psychosoziale Verhaltensauffälligkeiten** registriert.
- Ein großer Teil der entwicklungsauffälligen Kinder erhielt **zum Zeitpunkt der Untersuchung adäquate Förderung bzw. Therapie**. Für einen kleineren Teil wurden **Arztüberweisungen und Behandlungsempfehlungen** ausgesprochen. Für diese Kinder ist manchmal der optimale Zeitpunkt für Behandlung oder Fördermaßnahmen bereits überschritten, um einen problemlosen Übergang von der Kita zur Schule zu erreichen.

- Entwicklungsstörungen sind deutlich **geschlechtsabhängig**. Jungen weisen wesentlich häufiger Entwicklungsdefizite im sprachlichen und motorischen Bereich auf und sie sind häufiger von emotional-psychozialen Verhaltensauffälligkeiten betroffen als Mädchen.
- Unverändert sind etwa 8 % der Schulanfänger übergewichtig, Mädchen etwas häufiger als Jungen. Das **mittlere Gewicht** eines Schulanfängers beträgt bei einer Größe von 118 cm 21 kg. Die Spannweite beim Gewicht reicht von 12 kg bis 47 kg.
- Zur Schulaufnahmeuntersuchung wird bei 6 % der Kinder **Haltungsschwäche** festgestellt. Besonders für diese Kinder gilt es das **Gewicht des Schulranzens** zu beachten, es sollte 10 % des Körpergewichtes nicht überschreiten.
- Maßnahmen der **Eingliederungshilfe** im Einschulalter werden als nahezu bedarfsgerecht eingeschätzt. Nur für wenige Kinder besteht entsprechend § 53 SGB XII noch bisher unberücksichtigter Förderbedarf.
- Etwa 90 % der untersuchten Schulanfänger erhalten die **ärztliche Schulempfehlung** zur Einschulung in die Grundschule. Für 3 % der Einschüler wird sonderpädagogische Förderung empfohlen und für 7 % der Kinder wird eine **Rückstellungsempfehlung** ausgesprochen. Über die Rückstellung vom Schulbesuch entscheidet der Schulleiter.
- Kinder, die **nicht an allen Früherkennungsuntersuchungen** bzw. nicht an der Kita-Untersuchung teilgenommen hatten, weisen zur Schulaufnahmeuntersuchung wesentlich häufiger Befunde in den schulrelevanten Entwicklungsbereichen auf und erhalten öfter Empfehlungen zur Rückstellung oder zur Einschulung in eine Förderschule.
- **Hauskinder** haben einen schlechteren Vorsorgestatus, einen schlechteren Impfstatus und häufiger schulrelevante Befundauffälligkeiten und eine hohe Rückstellungsrate.
- Die Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchungen zeigen sowohl bei den Befundhäufigkeiten als auch bei den Schulempfehlungen große **regionale Unterschiede**. Überdurchschnittliche Merkmalshäufigkeiten weisen auf Regionen mit besonderem Handlungsbedarf hin.

1.3 Ergebnisse der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen

- Im Landkreis Zwickau werden **zahnärztliche Reihenuntersuchungen flächendeckend** in allen Kindertageseinrichtungen angeboten.
- Die **Inanspruchnahme des Untersuchungsangebotes** ist gut und zeigt ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen den Zahnärzten des Gesundheitsamtes, den Kitas und Eltern.
- Die **Zahngesundheit der Kita-Kinder** hat sich in den letzten Jahren weiter **verbessert**, mehr als drei Viertel der untersuchten Kita-Kinder haben ein naturgesundes Gebiss, die Zahl **kariesgeschädigter Zähne** sinkt.
- Die im Landkreis Zwickau festgestellten Ergebnisse sind besser als die **in Sachsen registrierten Durchschnittswerte**. Der Landkreis befindet sich im vorderen Drittel.
- Die meisten Kita-Kinder haben keine bzw. nur vereinzelte Karies, aber es gibt einen kleinen **Anteil Kinder mit sehr hohem Kariesbefall**.
- Kinder mit **Nuckelflaschen-Karies** gehören zur Gruppe der Karieshochrisikokinder.
- **Mädchen** haben etwas häufiger ein naturgesundes Milchgebiss als **Jungen**.
- Registriert werden **territoriale Unterschiede beim Kariesbefall**, die Regionen mit besonderem Handlungsbedarf ausweisen.

1.4 Schlussfolgerungen „auf einen Blick“

- Die Kita-Untersuchung leistet in den kindlichen Kompetenzbereichen Sehen, Hören, Sprache und Motorik einen wertvollen Beitrag zur Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten. Um den Gesundheitszustand entwicklungsauffälliger Kinder zu verbessern, muss allerdings den kinder- und jugendärztlichen Empfehlungen zum Arztbesuch oder zu gesundheitsfördernden Maßnahmen Folge geleistet werden. Dies bedarf elterlichen Engagements und auch aktiver Mitwirkung der Kindertageseinrichtungen. Werden die ärztlichen Empfehlungen von den Erziehungsberechtigten nicht beachtet und werden die Kindereinrichtungen in den Prozess der Gesundheitsförderung nicht einbezogen, ist die Kita-Untersuchung nahezu wirkungslos.
- Zur Schulaufnahmeuntersuchung wird offenkundig, welche Weichen für eine gesunde Entwicklung der Kinder in der Vorschulzeit gestellt wurden oder hätten gestellt werden müssen. Werden Entwicklungsauffälligkeiten erst im Alter von sechs Jahren festgestellt, ist der optimale Zeitpunkt für den Beginn einer Therapie manchmal bereits überschritten und Versäumnisse sind schwer aufzuholen.
- Kinder- und jugendärztliche Empfehlungen zum Arztbesuch sind von den niedergelassenen Kinder- und Allgemeinärzten als Überweisung zur Befundabklärung und ggf. zur Therapieeinleitung zu verstehen. Die Untersuchungsergebnisse basieren auf evaluierten, anerkannten medizinischen Testverfahren, auf deren Grundlage die niedergelassenen Ärzte weiterführende Diagnostik vornehmen können. Insofern sind die Ergebnisse der Kita-Untersuchung auch eine Grundlage für die Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 der niedergelassenen Ärzte sowie für einzuleitende therapeutische Maßnahmen.
- Die kinder- und jugendärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind kein Allheilmittel gegen Gesundheitsprobleme oder Entwicklungsdefizite, die durch Erziehungs- und Bindungsfehler sowie Bildungsmangel verursacht wurden. Den Eltern kommt bei der allseitigen gesunden Entwicklung ihrer Kinder die Hauptaufgabe zu. Versagen die Eltern, ist kompensatorisches Handeln des Umfeldes - insbesondere auch der Erzieher und Lehrer - äußerst wichtig.
- Die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen offenbaren Ungleichheiten im Kariesbefall und der Kariessanierung. Die derzeitigen Probleme einer Polarisierung der Zahngesundheit erfordern eine zielgruppenbezogene Intensivierung der Prophylaxemaßnahmen und Aufklärungsarbeit zum Mundgesundheitsverhalten.
- Der Erfolg der kinder- und jugendärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen im Vorschulalter ist nicht allein vom Leistungsvermögen der Gesundheitsämter abhängig, sondern gleichermaßen auch von der engen Kooperation mit Ärzten, Zahnärzten und Therapeuten und ganz besonders vom Engagement der Eltern für die Gesundheit ihrer Kinder. Nur eine Koordination gesundheitsfördernden Handelns von Eltern, Erziehern und Pädagogen, Ärzten und Therapeuten sowie des familiären und sozialen Umfeldes kann die gesundheitliche Lage der Kinder und deren Lebenssituation nachhaltig verbessern.
- Mit der Umsetzung des Sächsischen Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetzes und dem gesetzlich fixierten Einladungs- und Erinnerungswesen ab Frühjahr 2011 ist zu erwarten, dass die Teilnahmeraten an den U-Untersuchungen leicht steigen werden. Ferner wird erwartet, dass sich auch die gesundheitliche Lage der Kinder verbessern wird.

2. Kinder- und jugendärztliche Untersuchung in Kindertageseinrichtungen

2.1 Gesetzesauftrag

In Sachsen haben Kinder, die eine Kindertageseinrichtung besuchen, während ihrer Kindergartenzeit Anspruch auf eine einmalige Vorsorgeuntersuchung, die sogenannte Kita-Untersuchung. Sie wird von Kinder- und Jugendärzten des Gesundheitsamtes durchgeführt und findet direkt in der Einrichtung statt. Inhalt und Umfang der Untersuchung sind im Sächsischen Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen¹ geregelt.

- Mit der Novellierung des SächsKitaG im Jahr 2001 wurde „eine einmalige Untersuchung auf Seh- und Hörstörungen sowie motorische und Sprachauffälligkeiten in der Regel im 4. Lebensjahr“ gesetzlich verankert.
- Seit dem Schuljahr 2003/04 werden in Sachsen entsprechend § 7 (2) SächsKitaG vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst Kita-Untersuchungen durchgeführt.

Die Gesundheitsämter sind verpflichtet, diese Untersuchung für Drei- bis Vierjährige in allen Kindertageseinrichtungen ihres Zuständigkeitsbereiches anzubieten. Alle Kitas erhalten einmal jährlich vom territorial zuständigen Gesundheitsamt ein Untersuchungsangebot, das sich an Kinder im vierten Lebensjahr richtet, die zwei Jahre später schulpflichtig werden.

Die Teilnahme an der Kita-Untersuchung ist freiwillig. Die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten entscheiden, ob sie das kostenlose Untersuchungsangebot für ihr Kind annehmen möchten oder nicht. Die Anwesenheit eines Elternteils ist bei der Untersuchung nicht zwingend erforderlich, bei entsprechendem Elternwunsch ist ein Dabeisein aber möglich.

2.2 Zielstellung

Die Kita-Untersuchung dient der Beurteilung des kindlichen Entwicklungsstandes zu Beginn der Vorschulzeit. Ziel der Untersuchung ist es, Kinder mit Auffälligkeiten in den wichtigen schulrelevanten Entwicklungsbereichen Sehen, Hören, Sprache und Bewegung frühzeitig zu erfassen und diese Kinder gezielt zur Befundabklärung und/oder Behandlung an Ärzte und Therapeuten zu verweisen. Für die betroffenen Kinder ist das frühzeitige Einleiten bedarfsgerechter Fördermaßnahmen sehr wichtig, um rechtzeitig vor Schulbeginn vorhandene Entwicklungsauffälligkeiten zu mindern oder auszugleichen. Darüber hinaus ist das Schließen möglicher Versorgungslücken gerade für die Kinder wichtig, die an den Früherkennungsuntersuchungen der gesetzlichen Krankenkassen nicht oder nur lückenhaft teilgenommen hatten.

Wichtig ist auch im Rahmen der Kita-Untersuchung die Beratung der Kindertageseinrichtungen zu einrichtungsspezifischen Förderschwerpunkten sowie bedarfsgerechten und zielgerichteten Fördermaßnahmen.

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung erfolgt eine Auswertung der Untersuchungsergebnisse. Die Daten und Fakten dienen der Ableitung von Strategien für Präventionsmaßnahmen, z.B. zur Verbesserung der Impfraten oder der Teilnehmeraten an Früherkennungsuntersuchungen. Darüber hinaus liefern die Analysen wertvolle Informationen für eine zielgruppenspezifische regionale und einrichtungsbezogene Gesundheitsförderung.

¹ Sächsisches Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen (SächsKitaG) vom 27. November 2001, Bekanntmachung der Neufassung am 29.12.2005, § 7 Gesundheitsvorsorge, Gesundheitspflege

2.3 Untersuchungsinhalt und Rahmenbedingungen

Die Kita-Untersuchung findet in der Kindertageseinrichtung statt und wird von Ärzten und Assistenten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes durchgeführt. Zur Sicherstellung des Untersuchungsangebotes können auch weitere Ärzte außerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit der Kita-Untersuchung beauftragt werden.

Jedes Kind wird dem Arzt einzeln vorgestellt. Es findet keine ganzheitliche körperliche Untersuchung statt, sondern es werden in spielerischer Form medizinische Tests zur Überprüfung des Seh- und Hörvermögens, der sprachlichen sowie fein- und grobmotorischen Entwicklung durchgeführt. Diese Testverfahren zur Feststellung des Entwicklungsstandes sind sachseneinheitlich vorgegebene, standardisierte und evaluierte Screeningmethoden².

Bei der Untersuchung werden sowohl die gesundheitliche Vorgeschichte (Anamnese) entsprechend der schriftlichen Auskunft der Eltern, als auch die Angaben der niedergelassenen Ärzte zu den im Vorsorgeheft dokumentierten U-Untersuchungen berücksichtigt.

Geben die Eltern ihr Einverständnis zur Teilnahme der Erzieher bei der Untersuchung ihres Kindes, so fließen auch deren Beobachtungen zum Kind in die ärztliche Beurteilung ein.

Bei der Überprüfung des Seh- und Hörvermögens, der sprachlichen und motorischen Entwicklung sind auffällige Testergebnisse in der Regel ein Hinweis auf vorhandene Entwicklungsverzögerungen. Deshalb ist es für die betroffenen Kinder besonders wichtig, dass der untersuchende Kinderarzt den Eltern die Untersuchungsergebnisse mitteilt und geeignete Maßnahmen zur Diagnostik, Therapie bzw. Gesundheitsförderung empfiehlt. Dazu gehören Empfehlungen zum Arztbesuch zur fachärztlichen Abklärung eines Befundverdachtes oder zu therapeutischer Heilbehandlung ebenso wie auch Hinweise an die Eltern und die Kindertageseinrichtung zu gezielter Entwicklungsanregung und pädagogischer Förderung.

Zur Kita-Untersuchung wird auch der Impfstatus der Kinder kontrolliert. Deshalb werden die Eltern gebeten, die Impfdokumente ihres Kindes vorzulegen. Bei festgestellten Impflücken erhalten sie Hinweise und Impfeempfehlungen.

2.4 Dokumentation und Auswertung

Entsprechend SächsKitaG³ werden die Ergebnisse der Kita-Untersuchung sowohl auf Landesebene als auch auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte statistisch ausgewertet. Voraussetzung dafür ist eine sachseneinheitliche Dokumentation ausgewählter Untersuchungsergebnisse und deren elektronische Erfassung⁴.

Im Landkreis Zwickau erfolgt die Datenanalyse jährlich im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung und der Qualitätssicherung.

Die Datenauswertungen ermöglichen Aussagen zum Gesundheitszustand der Kita-Kinder und liefern Hinweise zu regionalen Problemen bzw. Bedarfslagen gezielter Gesundheitsförderung.

² Beschreibung der Testverfahren und Definitionen zur Dokumentation entsprechend „Informationen für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst im Freistaat Sachsen“, Version 2.4, August 2008

³ SächsKitaG § 7 Absatz 2 Satz 4

⁴ Modul Jugendärztlicher Dienst der Fachsoftware *Octoware*® Gesundheit der Firma easy-soft GmbH Dresden

2.5 Angebot und Inanspruchnahme der Kita-Untersuchung

Im Landkreis Zwickau gibt es aktuell 176 Kindertageseinrichtungen. In jedem Untersuchungsjahr sind etwa 2.300 Kita-Kinder im 4. Lebensjahr vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes zu untersuchen.

Im Jahr 2008 - im Jahr der Kreisgebietsreform und Fusion der Gesundheitsämter – hatte es Probleme bei der flächendeckenden Realisierung der Kindergartenerhebungen im Landkreis Zwickau gegeben. Während im Jahr 2007/08 alle Kitas das Untersuchungsangebot erhielten, konnte dies 2008/09 aus organisatorischen und personellen Gründen für 34 Kindertageseinrichtungen nicht gesichert werden. Im letzten Untersuchungsjahr von August 2009 bis Juli 2010 wurden hingegen allen 176 Kindertageseinrichtungen Untersuchungstermine angeboten. Zwei Kindergärten schlugen aber wegen Baumaßnahmen das Angebot aus, drei weitere Einrichtungen hatten keine Kinder der entsprechenden Altersgruppe.

Um die Organisation und Durchführung der Kita-Untersuchungen kümmern sich im Landkreis Zwickau fünf Kinder- und Jugendärzte des Gesundheitsamtes und ihre Teams. Unterstützt werden sie dabei im Territorium der Stadt Zwickau von einem Untersuchungsteam aus dem Kinderzentrum des Heinrich-Braun-Klinikums Zwickau gGmbH.

Die Erzieher der Kindertageseinrichtungen unterstützen die Kita-Untersuchung in der Regel sehr gut, obwohl nicht in allen Einrichtungen optimale Untersuchungsbedingungen zur Verfügung stehen (z. B. separate Untersuchungszimmer).

Im Untersuchungsjahr 2009/2010 wurden insgesamt 1.946 Kinder untersucht. 220 Kinder fehlten am Untersuchungstag wegen Krankheit, Urlaub oder weil sie nur unregelmäßig die Kita besuchen. Letzteres betrifft insbesondere Kinder aus Problemfamilien mit besonderen Belastungen, wie Arbeitslosigkeit oder Armut. Für die am Untersuchungstag fehlenden Kinder (sogenannte Restanten) werden den Eltern Nachuntersuchungstermine im Gesundheitsamt angeboten. Von dieser Gelegenheit wurde jedoch nur selten Gebrauch gemacht.

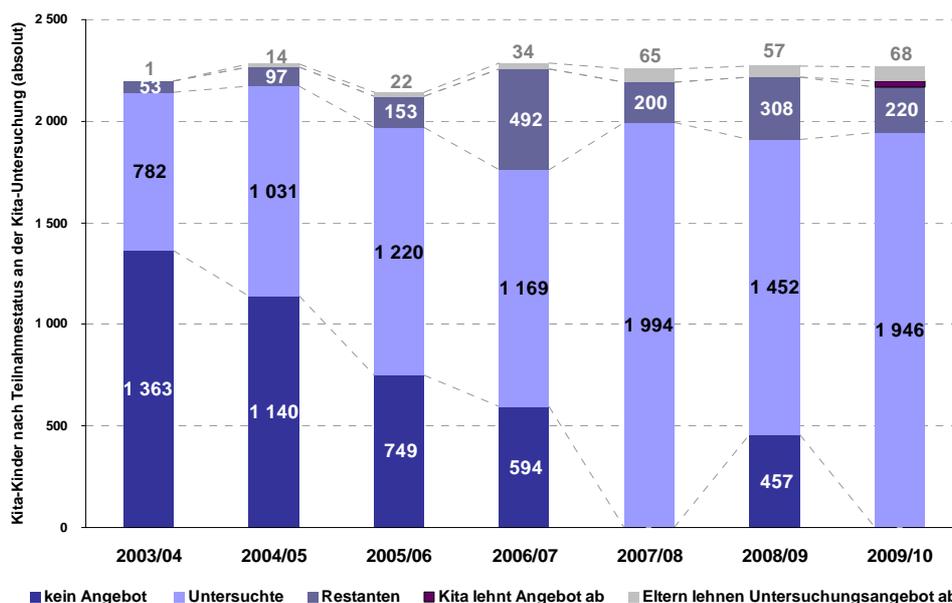


Abb. 1: Zahl der gemäß SächsKitaG zu untersuchenden Kita-Kinder, davon Zahl der Kinder ohne Untersuchungsangebot, Kinder mit Untersuchungsangebot und fehlende Kinder wegen Krankheit oder Urlaub (Restanten) Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2003/04 bis 2009/10

Da die Kita-Untersuchung direkt im Kindergarten stattfindet, gibt es in jedem Jahr nur wenige Eltern, die der Untersuchung nicht zustimmen. Im Landkreis Zwickau haben 2009/10 68 der anspruchsberechtigten Eltern die Kita-Untersuchung für ihr Kind abgelehnt.

Die meisten Eltern wünschen die Anwesenheit der Erzieher bei der Untersuchung. Nur wenige Eltern möchten bei der Untersuchung selbst anwesend sein.

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst untersucht auf Wunsch auch zu Hause betreute vierjährige Kinder. Dieses Angebot wird jedoch sehr selten genutzt. Im Untersuchungsjahr 2009/2010 wurden lediglich zwei Hauskinder im Rahmen der Kita-Untersuchung vorgestellt.

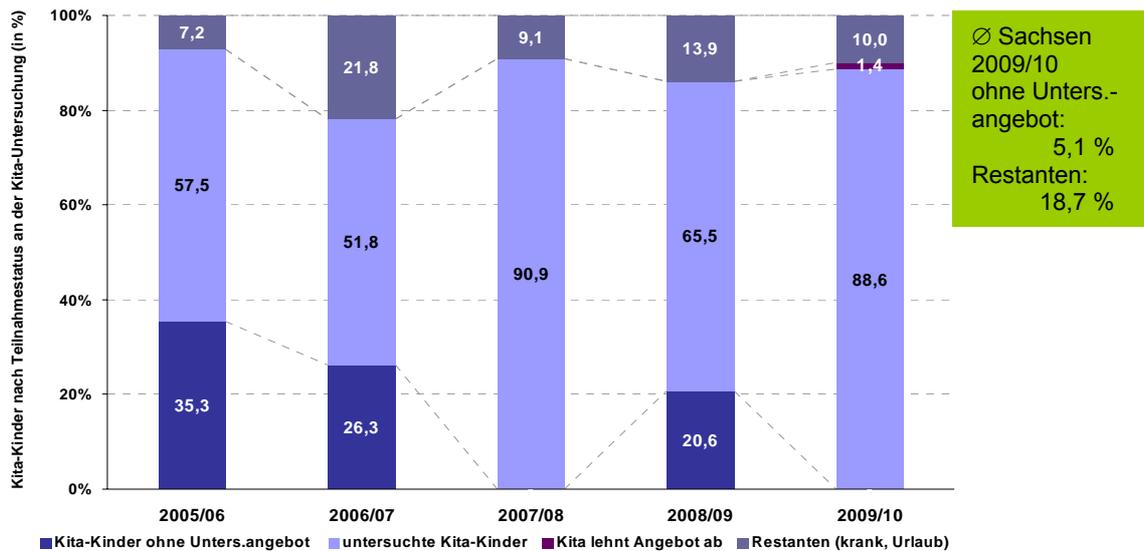


Abb. 2: *Teilnahmestatus der lt. SächsKitaG zu untersuchenden Kita-Kinder Landkreis Zwickau, Vergleich der Untersuchungsjahre 2005/06 bis 2009/10*

Fazit

- **Problematisch war in mehreren zurückliegenden Untersuchungsjahren die Sicherstellung des flächendeckenden Untersuchungsangebotes. Im Untersuchungsjahr 2009/10 erhielten alle Einrichtungen ein Untersuchungsangebot.**
- **Die Akzeptanz des Untersuchungsangebotes ist recht gut, nur etwa 3 % der Eltern wünschten keine Untersuchung ihres Kindes.**
- **Zum Untersuchungstag fehlten 10 % der zur Untersuchung angemeldeten Kinder wegen Krankheit, Urlaub oder aus sonstigen Gründen. Angebotene Nachuntersuchungstermine im Gesundheitsamt wurden nur sehr selten genutzt.**
- **Hauskinder nehmen das Angebot der Kita-Untersuchung kaum wahr.**

2.6 Altersstruktur der untersuchten Kita-Kinder

Entsprechend SächsKitaG sind Kinder im vierten Lebensjahr zu untersuchen. Die Festlegung des Sozialministeriums, die Kinder zwei Jahre vor der Einschulung zu untersuchen, ermöglicht vom Grundsatz her ein lückenloses einmaliges Untersuchungsangebot für jedes Kita-Kind während seiner Kindergartenzeit.

Im Untersuchungsjahr 2009/10 waren die Kinder zur Kita-Untersuchung im Mittel 4 Jahre und 2 Monate alt, die Altersspanne umfasst 37 bis 60 Lebensmonate. Kinder, die erst zum Ende des Untersuchungsjahres ihre Untersuchungstermine haben, sind zum Untersuchungszeitpunkt zumeist bereits im fünften Lebensjahr. (siehe Abbildung 3)

Die Ursache dafür ist, dass die Untersuchungen im Wesentlichen in zwei Staffeln stattfinden: einmal in den Monaten August/September bevor die Reihenuntersuchungen in Schulen beginnen; eine zweite Untersuchungsstaffel gibt es im Mai/Juni/Juli nach Abschluss der Schulaufnahmeuntersuchungen bis zum Ende des Untersuchungsjahres. Die Kinder der zweiten Untersuchungsstaffel sind überwiegend bereits im fünften Lebensjahr.

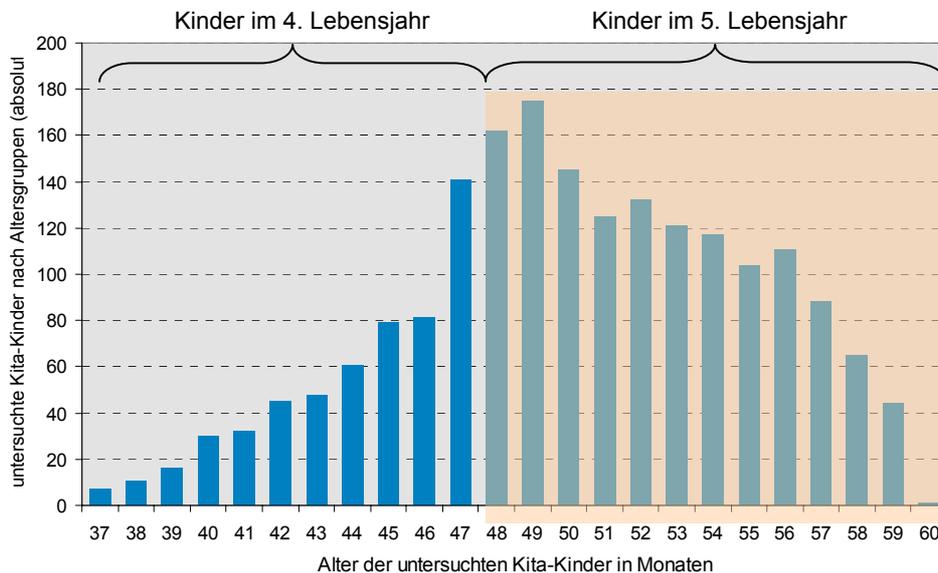


Abb. 3: *Untersuchte Kita-Kinder nach Altersgruppen
Landkreis Zwickau, Ergebnisse des Untersuchungsjahres 2009/10*

Fazit

- Mehr als zwei Drittel der untersuchten Kita-Kinder (72 %) waren zum Zeitpunkt der Untersuchung älter als 4 Jahre. Für diese Kinder bleibt ggf. zu wenig Zeit bis zum Schulanfang, wenn notwendige Fördermaßnahmen wirksam werden sollen.

2.7 Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U7

Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die vom behandelnden Kinder- oder Hausarzt kostenfrei durchgeführt werden und auf die jedes versicherte Kind einen Rechtsanspruch hat, dienen der frühzeitigen Erkennung von Entwicklungsverzögerungen, Behinderungen und schweren Erkrankungen. Das Früherkennungsprogramm umfasst für Kinder bis zum Alter von 6 Jahren zehn ärztliche Untersuchungen U1 bis U9, wobei die Abstände zwischen den Untersuchungen mit zunehmendem Alter des Kindes größer werden. Die erste Untersuchung findet unmittelbar nach der Geburt statt, die U2 bis U6 folgen im Verlauf des ersten Lebensjahres. Die U7 ist kurz vor dem zweiten, die U8 vor dem vierten und die U9 vor dem fünften Geburtstag vorgesehen. Im Jahr 2008 wurde das Kinder-Vorsorgeprogramm um die Untersuchung U7a erweitert, die zum Ende des dritten Lebensjahres angeboten wird und die bisherige Lücke zwischen 2 und 4 Jahren schließt.

Zur Kita-Untersuchung gibt die Inanspruchnahme des Untersuchungsprogramms zur Krankheitsfrüherkennung bei Kindern dem untersuchenden Arzt wichtige Hinweise auf bereits bekannte gesundheitliche Beeinträchtigungen und liefert darüber hinaus Aussagen zum Ge-

sundheitsverhalten in den Familien der Kinder. Deshalb wird zur Kita-Untersuchung um Vorlage des sogenannten Vorsorgeheftes der U-Untersuchungen gebeten.

Der Anteil der Kinder, der zur Kita-Untersuchung das Vorsorgeheft nicht vorlegte, hat sich vermindert. Fehlte anfangs noch bei fast jedem sechsten Kind das Vorsorgeheft, so legten im Jahr 2009/10 92 % der Untersuchten das Nachweisheft vor - für 8 % der Untersuchten ist also keine Aussage zum Vorsorgestatus möglich. Allerdings schwankt der Anteil der Kinder ohne Vorsorgeheft von Kita zu Kita erheblich. In mehr als der Hälfte der Einrichtungen hatten alle Kinder das Vorsorgeheft zur Untersuchung vorgelegt, während in elf Kitas mehr als ein Drittel der untersuchten Kinder kein Vorsorgeheft mitgebracht hatte. Diese Unterschiede zeigen nicht nur unterschiedliches Verhalten der Eltern, sondern auch Unterschiede im Bemühen der Kitas zur Unterstützung der Untersuchung als auch zur Erinnerung der Eltern.

Abbildung 4 zeigt die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen für die Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft. Erfahrungen besagen, dass Kinder ohne Vorsorgenachweis zumeist die Früherkennungsuntersuchungen nur lückenhaft wahrgenommen haben.

Die Grafik zeigt, dass die Untersuchungen im 1. Lebensjahr (U2 bis U6) nahezu von allen Sorgeberechtigten (die das Vorsorgeheft vorlegten) in Anspruch genommen werden. Die Untersuchung U7 im 2. Lebensjahr wird noch von 95 % der Eltern wahrgenommen.

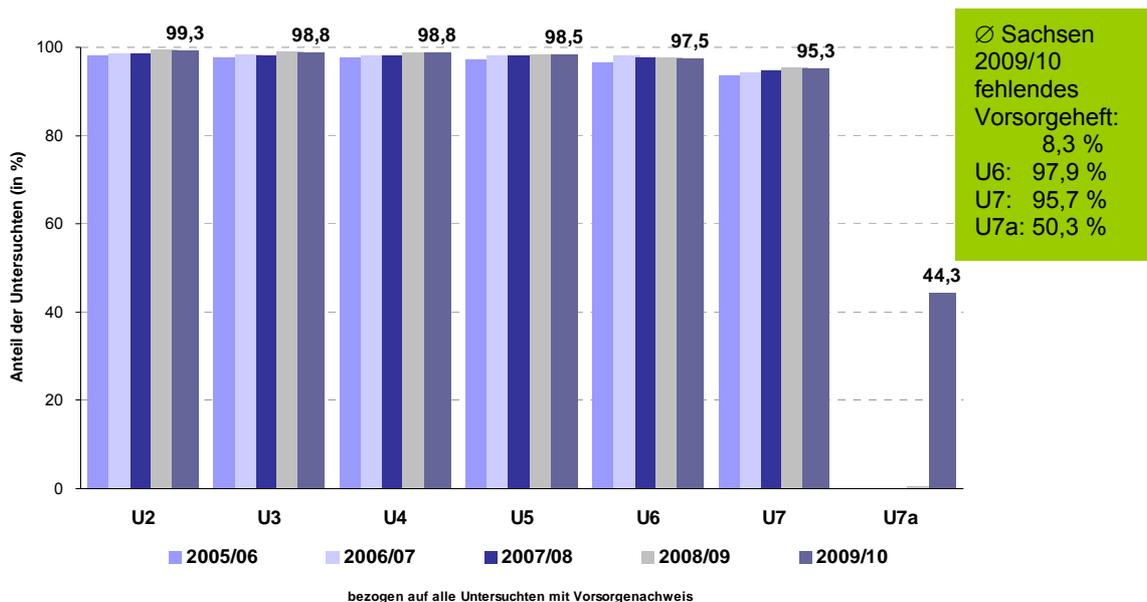


Abb. 4: *Untersuchte Kita-Kinder nach Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U2-U8 bezogen auf alle Untersuchten mit vorgelegtem Vorsorgeheft Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2005/06 bis 2009/10*

Die im Jahr 2008 eingeführte Früherkennungsuntersuchung U7a hätte für die 2009/10 untersuchten Kita-Kinder eigentlich bereits in Anspruch genommen werden können, es wurde jedoch nur für weniger als die Hälfte der Kinder die Teilnahme nachgewiesen. Das mag daran liegen, dass das Angebot noch nicht genug bekannt war oder die Teilnahme im Vorsorgeheft nicht dokumentiert wurde. Da die Vorsorgeuntersuchung U8 nur bei den über Vierjährigen bereits erfolgt sein kann, wird die Inanspruchnahmerate der U8 nicht dargestellt.

Fazit

- **Die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen der Kita-Kinder im Landkreis Zwickau kann insgesamt als gut bewertet werden und spricht für eine recht gute Akzeptanz und Erreichbarkeit der kinderärztlichen Betreuung im Landkreis.**

2.8 Impfstatus der Kita-Kinder

Impfungen sind der wirksamste Schutz vor zahlreichen Infektionskrankheiten. Sie erzeugen Immunität und dienen somit als Individualschutz dem Einzelnen. Da geimpfte, immune Personen nicht mehr erkranken und damit nicht als Überträger der Krankheit fungieren, besteht damit auch ein Kollektivschutz. Als ausreichender Schutz gegen die Ausbreitung impfpräventabler Infektionskrankheiten wird von der Weltgesundheitsorganisation WHO ein Durchimpfungsgrad von mindestens 90 % empfohlen⁵.

In Deutschland besteht keine gesetzliche Impfpflicht. Impfungen von besonderer Bedeutung für die Gesundheit werden „öffentlich empfohlen“⁶. Da Schutzimpfungen freiwillig sind, hängt der Erfolg dieser präventivmedizinischen Maßnahme von deren Inanspruchnahme durch die Eltern ab, aber auch von der Einstellung und Beratung der Kinderärzte.

Für die Kindertageseinrichtungen sichern gute Durchimpfungsraten einen wirksamen Schutz vor epidemischen Ausbrüchen impfpräventabler Krankheiten. Ein vollständiger Impfstatus möglichst vieler Kinder ist also äußerst wichtig. Deshalb wird zur Kita-Untersuchung um Vorlage des Impfausweises gebeten. Bei festgestellten Impflücken erfolgen schriftliche Hinweise an die Eltern mit entsprechenden Impfempfehlungen.

Knapp 9 % der Untersuchten legten kein Impfbuch vor. Deshalb sind die in der *Abbildung 5* dargestellten Durchimpfungsraten in der Realität etwas niedriger, da anzunehmen ist, dass Kinder, die kein Impfbuch vorlegten, eher weniger geimpft sind.

Der Anteil vollständig geimpfter untersuchter Kita-Kinder erreicht - bis auf die neu hinzugekommenen öffentlich empfohlenen Impfungen gegen Hepatitis A, Varizellen und Meningokokken C - Werte über 90 %. Das ist zwar zufriedenstellend, aber nicht gut, da die Tendenz minimal sinkender Durchimpfungsraten sowohl bei der 5-fach-Impfung Hib (Haemophilus influenzae Typ b), Poliomyelitis (Kinderlähmung), Diphtherie, Pertussis (Keuchhusten), Tetanus (Wundstarrkrampf) als auch bei der Masern-Mumps-Röteln-Impfung registriert wird.

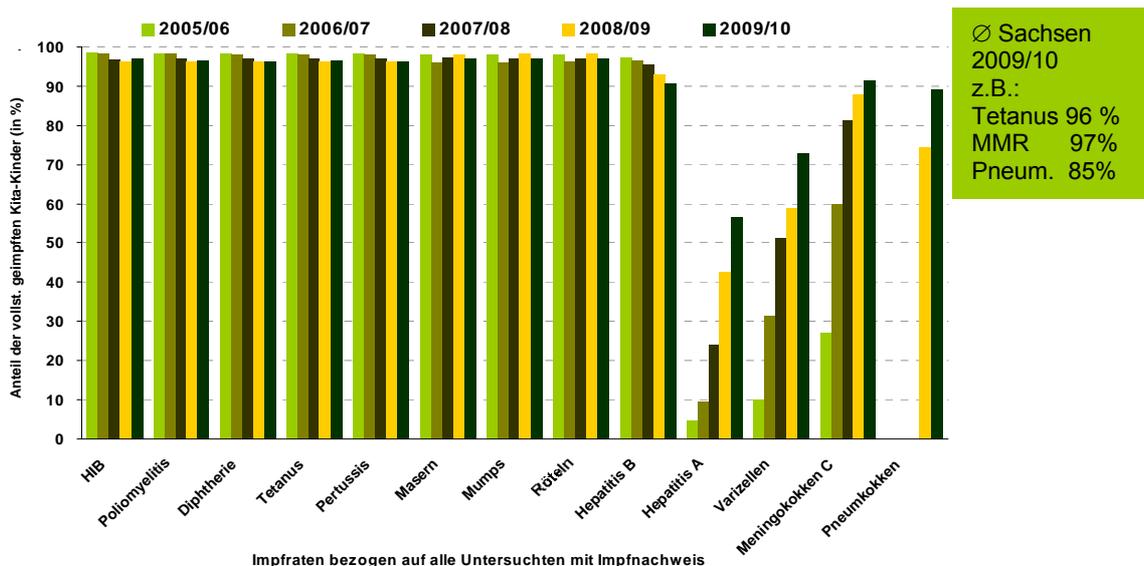


Abb. 5: Durchimpfungsgrad der untersuchten Kita-Kinder mit Impfausweis Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2005/06 bis 2009/10

⁵ Die Durchimpfungsraten für einen ausreichenden Kollektivschutz sind abhängig von der Impfarm und betragen teilweise mehr als 90 % → siehe Gesundheitsberichterstattung des Bundes, RKI-Schrift 02/2001: Impfstatus im Kindesalter

⁶ Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision: www.slaek.de/60infos/infospatient/36impfen/e1/kalenderallgemein.html

Erfreulich ist die immer bessere Inanspruchnahme der Impfungen gegen Hepatitis A, Varizellen (Windpocken) und Meningokokken C. Die erst seit vier Jahren empfohlene Impfung gegen Pneumokokken wird ebenfalls immer besser in Anspruch genommen.

Wichtig ist, dass es möglichst wenig ungeimpfte Kinder gibt. Im Landkreis Zwickau werden in jedem Untersuchungsjahr einige wenige Impfgegner der Masern-Mumps-Röteln-Impfung registriert (2-3 %). Bei der Hepatitis B-Impfung gibt es etwa 4 % ungeimpfte Kinder, allerdings mit steigender Tendenz. Die Varizellen-Impfung fehlt bei 27 % der Kinder. Erfreulich ist aber, dass kein Kind ohne Tetanus-Impfung registriert wurde. Das ist so wichtig, weil Tetanus nicht von Mensch zu Mensch übertragen wird, sondern jede Verletzung die Gefahr eines Wundstarrkrampfes bedeuten kann und dieser fast immer zum Tode führt.

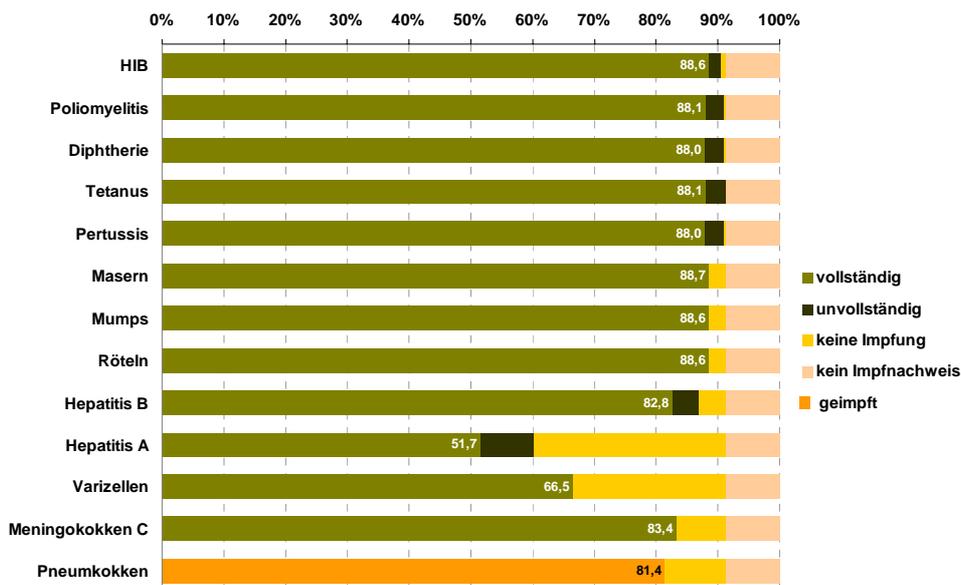


Abb. 6: *Impfstatus der untersuchten Kita-Kinder
Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahr 2009/10*

Die in *Abbildung 6* zu erkennenden Impflücken der Kinder basieren zum Teil auf ungeimpften Kindern, werden aber auch durch fehlende Impfungen der Grundimmunisierung verursacht, die nach Impfkalender im 2. Lebensjahr abgeschlossen sein sollten.

Fazit

- Die Durchimpfungsraten der untersuchten Kita-Kinder bei den Impfungen gegen Hib (Haemophilus influenzae Typ b), Poliomyelitis (Kinderlähmung), Diphtherie, Pertussis (Keuchhusten), Tetanus (Wundstarrkrampf) als auch bei der Masern-Mumps-Röteln-Impfung haben sich in den vergangenen fünf Jahren minimal verschlechtert. Impflücken treten vor allem durch fehlende Impfungen der Grundimmunisierung auf.
- Verbesserungen der Impfraten gibt es bei den Impfungen gegen Hepatitis A, Varizellen (Windpocken), Meningokokken C und Pneumokokken, die jedoch nur bei der Meningokokken C-Impfung einen Durchimpfungsgrad von 90 % erreicht haben.
- Die Bemühungen niedergelassener Ärzte und auch der Kindertageseinrichtungen zur Erinnerung der Eltern an fällige Schutzimpfungen im Vorschulalter dürfen keinesfalls nachlassen, insbesondere sind die U-Untersuchungen zu nutzen.

2.9 Aspekte des Gesundheitszustandes der Kita-Kinder

Kita-Untersuchungen sind Screeninguntersuchungen der wichtigen Entwicklungsbereiche Sehen, Hören, Sprache, Fein- und Grobmotorik des Kindes. Insofern sind Aussagen zum Gesundheitszustand der Kita-Kinder nur für diese Kompetenzbereiche möglich.

2.9.1 Methodik der Befunderhebung

Bei der Kita-Untersuchung werden sachseneinheitlich vorgegebene und evaluierte Testverfahren angewandt, um entwicklungsauffällige Kinder zu identifizieren und für diese dann gezielte Gesundheitsförderung und/oder Therapie zu empfehlen.

In spielerischer Form werden folgende Screeningtests angewandt:

- zur Einschätzung des Sehvermögens: LEA-Sehtafel oder H-Test monocular
- zum Erkennen von Strabismus (Schielen): Covertest
- zum Erkennen von Beeinträchtigungen des Stereosehens: LANG-Test II
- zur Einschätzung des Hörvermögens: TEOAE-Testsystem oder Siebaudiometrie
- zum Erkennen von Auffälligkeiten der Sprachentwicklung:
Sprachscreening für das Vorschulalter SSV (Kurzform des SETK 3-5)
- zum Erkennen von Auffälligkeiten der Feinmotorik:
unter 4 Jahre: Malen nach Vorlage, Turmbau aus 8 Bausteinen, Schrauben/Kreiseln
über 4 Jahre: Zeichnen nach Frostig-Test, Stäbchen legen, Schrauben/Kreiseln
- zum Erkennen von Auffälligkeiten der Grobmotorik: Einbeinstand, Einbeinhüpfen, Schlussprung

Diese Testverfahren werden in spielerischer Form durchgeführt und verlangen von den Kinder- und Jugendärzten und den Assistenten der Untersuchungsteams viel Einfühlungsvermögen. Die Kinder müssen animiert werden bei den medizinischen Tests mitzumachen, sie müssen die Testaufforderungen verstehen und sollen diese umsetzen. Das ist sowohl von der Tagesform des Kindes abhängig als auch vom Untersuchungszeitpunkt (früh am Vormittag oder erst gegen Mittag) und auch von den äußeren Umständen (Unruhe, räumliche Gegebenheiten). Daher ist es nicht verwunderlich, dass es einige Kinder gibt, die einzelne Tests verweigern oder deren Aufmerksamkeit derart nachlässt, dass das Testergebnis unsicher oder nicht verwertbar ist. *Tabelle 1* zeigt den Sachverhalt unsicherer oder verweigerter Tests für die im Untersuchungsjahr 2009/10 untersuchten 1.946 Kita-Kinder.

Tabelle 1 *Kinder mit unsicherer Testmitarbeit oder verweigerter Testteilnahme (absolut und in Prozent) nach Testverfahren, Landkreis Zwickau, Kita-Untersuchung 2009/10*

Medizinischer Test	unsichere Mitarbeit / Test verweigert	
	absolut	in Prozent der Untersuchten
Sehtest	72	3,7 %
Hörtest	14	0,7 %
Sprachtest	218	11,2 %
Feinmotoriktest	44	2,3 %
Grobmotoriktest	41	2,1 %
<i>Untersuchung verweigert</i>	2	0,1 %

Die Zahlen zeigen, dass es äußerst selten ist, dass Kinder die gesamte Untersuchung verweigern. Unsichere Mitarbeit und einzelne verweigerter Tests sind dagegen gar nicht so selten. Besonders beim Sprachtest ist nachlassende Konzentration häufig die Ursache für einen Testabbruch. Im Einzelfall kann sich aber hinter einem verweigerter oder unsicheren

Test auch eine gesundheitliche Störung verbergen und es ist sehr wichtig, dies im Nachgang abzuklären und ggf. weitere Diagnostik zu veranlassen.

Deshalb bekommen die Eltern der Kinder, die bei der Untersuchung nicht ausreichend mitgearbeitet haben, auch dieses Ergebnis schriftlich mitgeteilt. Die Eltern werden aufgefordert, die Untersuchung zu einem späteren Zeitpunkt wiederholen zu lassen.

2.9.2 Befundhäufigkeiten im Überblick

Im Untersuchungsjahr 2009/10 wurden 1.946 Kinder untersucht, davon waren 980 Jungen und 966 Mädchen.

Bei der Screeninguntersuchung des Seh- und Hörvermögens, der sprachlichen und motorischen Entwicklung werden Auffälligkeiten und Normabweichungen entsprechend der in Sachsen verbindlich anzuwendenden Definitionen als Befunde registriert. Rund 40 % der im Rahmen der Kita-Untersuchung vorgestellten Kinder wiesen in den Screeningbereichen keinerlei Auffälligkeiten auf. Die Entwicklung dieser Kinder kann als altersgerecht eingeschätzt werden. 60 % der Kita-Kinder wiesen aber mindestens in einem der genannten Bereiche klärungs- oder behandlungsbedürftige Entwicklungsauffälligkeiten auf.

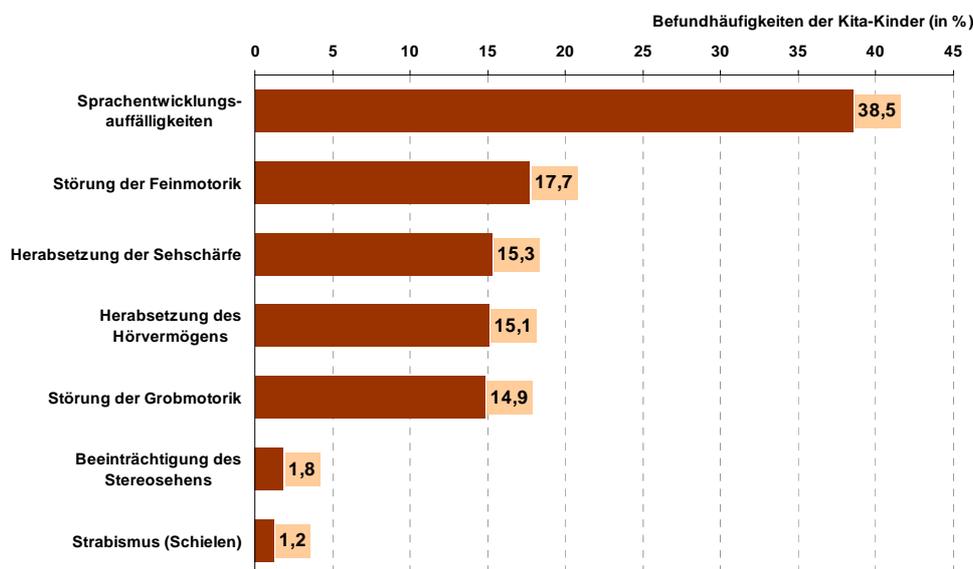


Abb. 7: Befundhäufigkeiten der untersuchten Kita-Kinder in den Screeningbereichen Sehen, Hören, Sprache, Fein- und Grobmotorik nach deren Rangfolge Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahr 2009/10

Sprachentwicklungsauffälligkeiten waren im Untersuchungsjahr 2009/10 mit Abstand die am häufigsten auffälligen Befunde bei der Kita-Untersuchung, mehr als ein Drittel der Kinder ist betroffen. Zweithäufigster Befund ist die Feststellung von Normabweichungen der feinmotorischen Entwicklung der Kinder. In den *Abschnitten 2.9.4 bis 2.9.7* wird ausführlich auf die einzelnen Befundausrägungen und die entsprechenden kinder- und jugendärztlichen Empfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation eingegangen. Die genannten befundauffälligen Kinder bedürfen nämlich nicht in jedem Fall einer Therapie im Sinne medizinischer Behandlung. Etwa ein Drittel dieser Kinder benötigt vor allem verstärkte Aufmerksamkeit und Förderung innerhalb der Familie und des familiären Umfeldes einschließlich gezielter pädagogischer Förderung in der Kindertageseinrichtung.

Um die in *Abbildung 7* gezeigten Befundhäufigkeiten umfassend einschätzen zu können, bedarf es aber auch der Darstellung der Befundentwicklung im Zeitverlauf und der Ableitung von Trends sowie des Vergleichs der Daten mit Befundhäufigkeiten von Sachsen insgesamt.

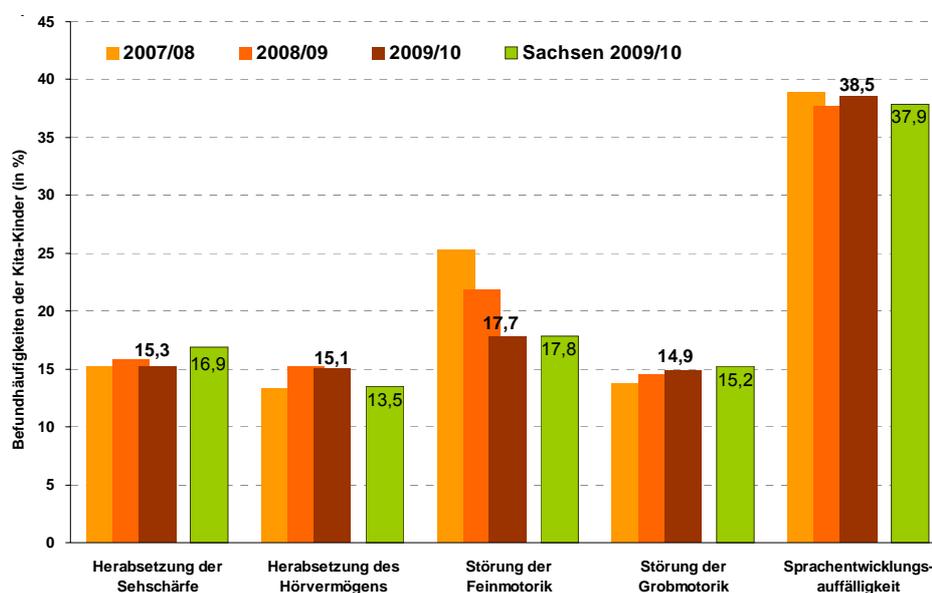


Abb. 8: *Befundhäufigkeiten der Kita-Kinder im Zeitverlauf
Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2007/08 bis 2009/10
Vergleich Freistaat Sachsen Untersuchungsjahr 2009/10*

Außer einem deutlichen Rückgang feinmotorischer Störungen zeigen sich alle anderen Befundhäufigkeiten im Zeitverlauf relativ konstant und liegen in der Größenordnung ähnlich der für Sachsen registrierten Durchschnittswerte des Untersuchungsjahres 2009/10.

Fazit

- **Auffälligkeiten der Sprachentwicklung bzw. Störungen des Sprachvermögens** werden im Rahmen der Kita-Screening-Untersuchung im Landkreis Zwickau seit Jahren am häufigsten registriert. Mehr als ein Drittel (2009/10: 38,5 %) der untersuchten Kita-Kinder ist betroffen, und das mit gleichbleibend hoher Befundhäufigkeit.
- **Feinmotorische Auffälligkeiten** sind seit Jahren der zweithäufigste Befund bei Kita-Kindern, sie wurden 2009/10 im Landkreis Zwickau aber mit einer Befundhäufigkeit von 17,7 % deutlich seltener festgestellt als in den Vorjahren. Diskutiert werden positive Einflüsse der Kitas zur Förderung der Finger- und Handgeschicklichkeit.
- **Grobmotorische Auffälligkeiten** stiegen dagegen im Landkreis Zwickau im Zeitverlauf leicht an. 2009/10 wurden für 14,9 % der Kinder Normabweichungen beim Grobmotoriktest festgestellt. Zunehmender Bewegungsmangel – vor allem im familiären Umfeld – muss diskutiert werden.
- **Auffälligkeiten des Sehvermögens** wurden 2009/10 im Landkreis Zwickau bei 15,3 % der Kita-Kinder festgestellt. Hier sind aber auch die Kinder enthalten, die mit einer Brille optimal augenärztlich versorgt sind.
- **Ein Verdacht auf eine Hörstörung** wurde 2009/10 bei 15,1 % der Kita-Kinder dokumentiert. Da Hörstörungen häufig im Rahmen eines bestehenden Infektes registriert werden, bedürfen diese Befunde ebenso der Abklärung durch einen Kinder- bzw. HNO-Arzt, sie sind häufig aber keine bleibende Hörstörung.
- **Die Befundhäufigkeiten der Kita-Kinder des Landkreises Zwickau** entsprechen den sächsischen Durchschnittswerten, es gibt keine gravierenden Unterschiede.

2.9.3 Geschlechtsspezifik der Befundhäufigkeiten

Kinder entwickeln sich prinzipiell unterschiedlich. Dazu kommt, dass sich unabhängig von der Erziehung geschlechtstypische Eigenschaften schon sehr früh ausprägen.

Bekannt ist, dass

- sich Mädchen häufig körperlich schneller entwickeln als Jungen,
 - Mädchen in den Kompetenzbereichen Sprache und Motorik den Jungen überlegen sind.
- Verantwortlich dafür sind nicht nur biologische Unterschiede, einen großen Einfluss haben auch gesellschaftliche Ursachen und der Einfluss einer vor allem weiblich geprägten Erziehung sowohl in den Familien als auch in den Kindertageseinrichtungen.

Auch im Landkreis Zwickau schneiden die Mädchen bei den Screeningtests der Kita-Untersuchung in der Regel besser ab als die Jungen. Die Befundhäufigkeiten sind in den Entwicklungsbereichen Sprache, Fein- und Grobmotorik deutlich geschlechtsabhängig. Die Jungen sind von Entwicklungsdefiziten wesentlich häufiger betroffen als Mädchen.

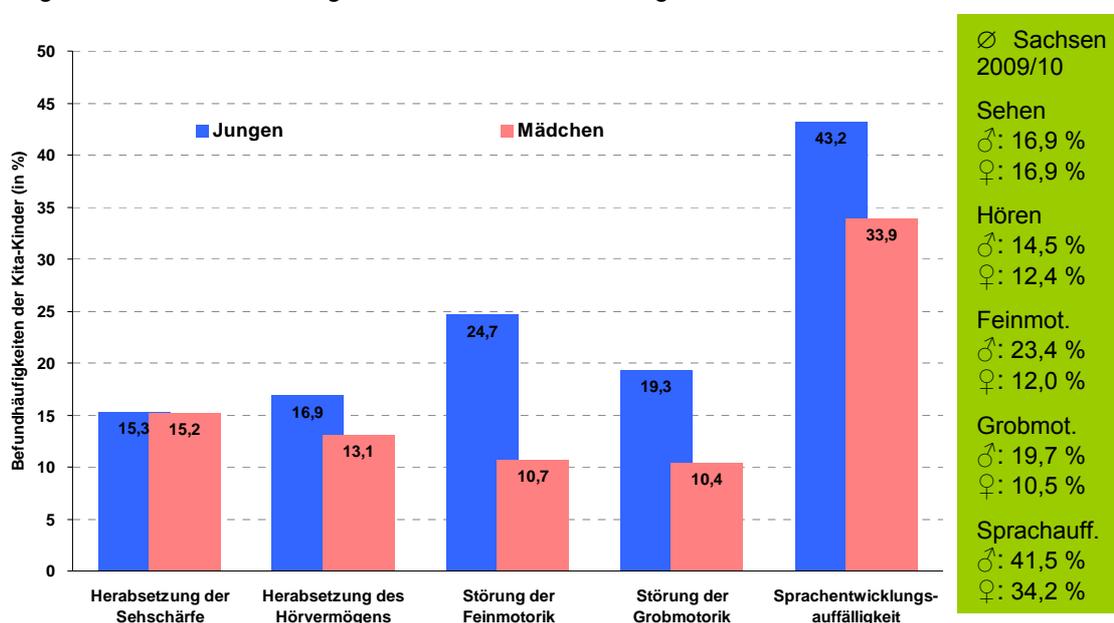


Abb. 9: Befundhäufigkeiten der Kita-Kinder nach Geschlecht
Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahr 2009/10

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind bei Erziehung und Bildung zu berücksichtigen. Eine Gleichbehandlung und ein permanenter Vergleich mit dem anderen Geschlecht sind jedoch nicht förderlich. Jedes Kind soll individuell entsprechend seiner Fähigkeiten gefördert werden. „Deshalb muss unser Bildungssystem die soziale Konstruktion der Geschlechter zurückfahren.“⁷ Weiter wird geschlussfolgert, dass Jungen die gefährdete und benachteiligte Gruppe sind und für ihre Entwicklung und Bildung männliche Vorbilder brauchen.

Fazit

- Jungen sind wesentlich häufiger von Entwicklungsauffälligkeiten in den Kompetenzbereichen Sprache und Motorik betroffen als Mädchen.
- Den größten Geschlechtsunterschied gibt es bei der Feinmotorik; bei den entsprechenden Tests schneiden Jungen wesentlich schlechter ab als Mädchen.

⁷ Das Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP): Sind Jungen benachteiligt? - Ein Gespräch mit Professor Wassilios Fthenakis www.familienhandbuch.de/cmain/f_aktuelles/a_kindliche_entwicklung/s_2636.html

2.9.4 Sprachentwicklungsauffälligkeiten

Der Spracherwerb ist eine bedeutende Entwicklungsaufgabe im Kleinkindalter. Sprache und Sprechen entwickeln sich in einem steten Lernprozess. Voraussetzungen sind differenzierte Wahrnehmungsfähigkeit (Sehen, Hören, Bewegung, Konzentration) und auch sozial-emotionale Beziehungen und Bindungen. Etwa mit 4 Jahren hat das Kind in der Regel die wesentlichen Strukturen seiner Muttersprache erworben, individuelle Unterschiede können dabei völlig „normal“ und altersentsprechend sein. Werden aber bestimmte Grenzsteine der sprachlichen Entwicklung deutlich später erreicht oder gehen nach beginnendem Spracherwerb Kompetenzen wieder verloren, müssen rechtzeitig und bedarfsgerecht diagnostische und/oder (sprachheil-)pädagogische Maßnahmen eingeleitet werden.

Wegen der großen Bedeutung des Erwerbs intakter sprachlicher Fähigkeiten in der frühen Kindheit für die weitere geistige, soziale und emotionale Entwicklung ist die Früherkennung von Sprachauffälligkeiten sowohl Bestandteil der Vorsorgeuntersuchungen U6 bis U9 der gesetzlichen Krankenkassen als auch ein Schwerpunkt der Kita-Untersuchungen.

In Sachsen wird seit dem Untersuchungsjahr 2006/07 zur Kita-Untersuchung der SSV-Sprachscreening-Test für das Vorschulalter (Kurzform des SETK 3-5) von Grimm verwendet.⁸ Der Test ermöglicht eine zuverlässige Risikodiagnose für Sprachentwicklungsverzögerungen und eine sichere Identifikation therapie- und förderbedürftiger Kinder. Artikulations- und Redeflussstörungen werden als „sonstige pathologische Sprachbefunde“ dokumentiert. Kita-Kinder gelten als sprachauffällig, wenn im SSV-Test ein auffälliges Ergebnis erzielt wurde und/oder sonstige pathologische Sprachbefunde vorliegen.

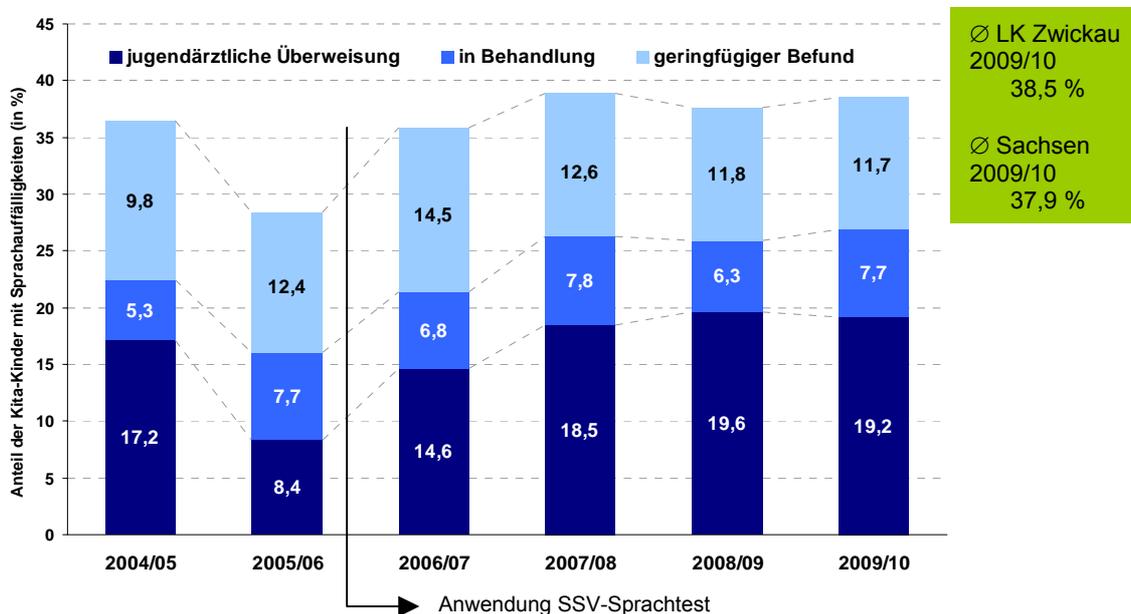


Abb. 10: Anteil der untersuchten Kita-Kinder mit Sprachentwicklungsauffälligkeiten nach Befundstatus Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2004/05 bis 2009/10

Abbildung 10 zeigt die Häufigkeit von Sprachauffälligkeiten bei Kita-Kindern im Landkreis Zwickau im zeitlichen Verlauf der letzten sechs Jahre. Es wird unterschieden, ob sich das Kind zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits in ärztlicher oder logopädischer Behandlung

⁸ Bis 2005/06 war in Sachsen noch der Sprachtest der Deutschen Gesellschaft für Sprachpädagogik vereinbart.

befindet oder ob es zur weiteren Befundabklärung und Therapieeinleitung eine Empfehlung zur Vorstellung beim Kinder- oder Hausarzt (Überweisung) erhält. Liegen geringfügige oder grenzwertige Normabweichungen der Sprachentwicklung vor, so erhalten die Eltern eine entsprechende Mitteilung zu verstärkter sprachlicher Förderung bzw. Sprachanregung.

Im Untersuchungsjahr 2009/10 wurden bei 38 % der untersuchten Kindergartenkinder Auffälligkeiten der Sprachentwicklung oder des Sprechens registriert, darunter wurden bei 27 % der Kinder therapiebedürftige Sprachentwicklungsverzögerungen bzw. Sprachstörungen festgestellt. Nur 8 % der Untersuchten erhielten zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits Sprachtherapie, 19 % bekamen eine Arztüberweisung zur weiteren Diagnostik bzw. Empfehlung zur logopädischen Behandlung. Diese prozentuale Verteilung zeigt sich recht stabil für die letzten drei Untersuchungsjahre und unterstreicht den hohen Behandlungsbedarf im Vorschulalter.

Aber nicht alle befundauffälligen Kinder bedürfen logopädischer Therapie. Etwa 12 % der untersuchten Kinder benötigen vor allem familiäre bzw. pädagogische Sprachförderung, also Anregung der Kommunikation und sprachförderndes Verhalten im Umfeld des Kindes.

Im Rahmen der Kita-Untersuchungen erhalten deshalb auch die Kindertageseinrichtungen bedarfsgerecht Anregungen zu verstärkter pädagogischer Sprachförderung. Bei Einverständnis der Eltern bekommen die Erzieher auch kindbezogene Hinweise.

Fazit

- **Knapp zwei Drittel der untersuchten Kindergartenkinder erfüllten die Kriterien des Sprachtests - die Sprachentwicklung dieser Kinder ist altersgerecht. Mehr als ein Drittel der untersuchten Kinder wiesen Sprachentwicklungsauffälligkeiten auf und zwar relativ gleichbleibend in den letzten drei Untersuchungsjahren.**
- **Weniger als ein Viertel der sprachauffälligen Kinder stand zum Untersuchungszeitpunkt in adäquater medizinischer Behandlung (Sprachtherapie/Logopädie), mehr als die Hälfte erhielt eine Überweisung zum Kinder- oder Hausarzt zur Diagnostik bzw. Therapieeinleitung. Etwa ein Drittel der Kinder mit Sprachentwicklungsauffälligkeiten zeigt grenzwertige bzw. Minimalbefunde. Die Eltern erhalten eine entsprechende Mitteilung und Anregungen zur Sprachförderung ihres Kindes.**
- **Die Sprache ist eine Schlüsselqualifikation für die allseitige Entwicklung des Kindes. Sowohl in der Familie als auch in der Kita müssen deshalb Kommunikation und sprachförderndes Verhalten gut integriert werden.**

2.9.5 Herabsetzung der Sehschärfe

Bei Vorschulkindern besteht das Problem, dass eine Sehleistungsminderung vom Kind und dessen Eltern häufig nicht bemerkt wird. Bleibt aber ein Sehfehler über mehrere Jahre unkorrigiert, sind die betroffenen Kinder oft dauerhaft in ihrer Entwicklung gehemmt. Die frühzeitige Erkennung und Therapie von visuellen Entwicklungsstörungen bzw. deren Risikofaktoren soll so der Prävention von irreversiblen Sehbeeinträchtigungen dienen.

Da eine unbehandelte Sehschwäche außerdem auch die Sicherheit bei Sport und Spiel gefährdet und dadurch ein erhöhtes Unfallrisiko besteht, unterstreicht dies die Forderung zur Früherkennung von Sehstörungen bei Kindern im Vorschulalter.

Der Sehtest mittels Lea-Tafel oder H-Test erfolgt kindgerecht, so dass er auch für Kinder, die sich verbal nicht ausreichend artikulieren können, anwendbar ist.

Abbildung 11 zeigt die Befundhäufigkeiten von Kita-Kindern mit Sehleistungsminderungen im Zeitverlauf. Es ist zu beachten, dass bis zum Untersuchungsjahr 2006/07 infolge von Dokumentationsproblemen zu wenig Befunde statistiert wurden. Für den Landkreis Zwickau wurden in den letzten drei Untersuchungsjahren bei 15 % der Kita-Kinder Beeinträchtigungen des Sehvermögens registriert. Die Befundhäufigkeit liegt damit leicht unter dem sächsischen Durchschnittswert.

Zu beachten ist, dass hier auch Kinder einbezogen sind, die bereits eine Brille haben oder in augenärztlicher Behandlung sind, dies ist bei 6 % der Kita-Kinder der Fall.

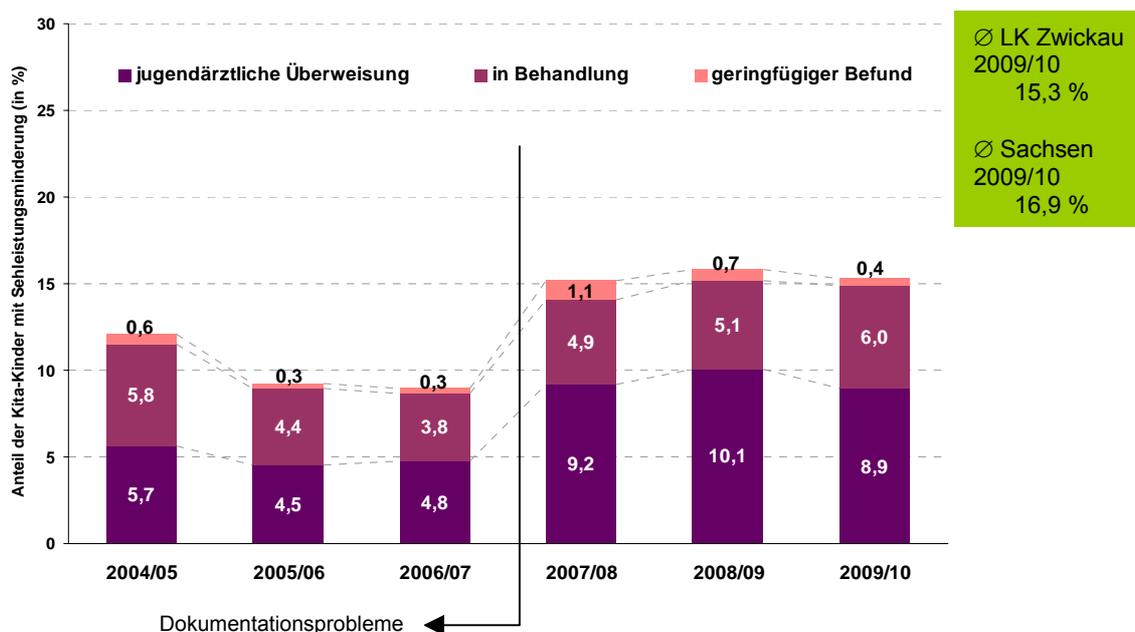


Abb. 11: Anteil der untersuchten Kita-Kinder mit Auffälligkeiten beim Sehtest nach Befundstatus Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2004/05 bis 2009/10

Fazit

- Fünf von sechs Kita-Kindern hatten keine Probleme beim Sehtest, bei jedem sechsten Kind gab es jedoch Normabweichungen der Sehleistung.
- Bei etwa einem Drittel der beim Sehtest auffälligen Kinder war die Sehleistungsminderung bekannt, die Kinder trugen bereits eine Brille und waren in augenärztlicher Behandlung.
- Zwei Drittel der beim Sehtest auffälligen Kinder erhielt eine Empfehlung zur augenärztlichen Kontrolle, um die beim Test registrierte Normabweichung zu überprüfen und ggf. durch eine Brille zu korrigieren.

2.9.6 Beeinträchtigung des Hörvermögens

Eine Beeinträchtigung des Hörvermögens bedeutet für Kinder nicht nur eine verminderte auditive Wahrnehmung, häufig sind gravierende Entwicklungsstörungen auf sprachlicher, intellektueller, sozialer und emotionaler Ebene die Folge.

Entscheidend ist, dass Hörstörungen bei Kindern so früh wie möglich erkannt und therapiert werden, ggf. mit Hörgeräteversorgung und sprachlicher Rehabilitation. Werden in der sensiblen Entwicklungsphase des Kindes bis etwa zum 4. Lebensjahr nicht genügend Höreindrücke an das Gehirn geleitet, so werden Hirnstrukturen schwächer ausgebildet, mit gravierenden Folgen für die Entwicklung des Kindes.

Um angeborene Hörstörungen zu erkennen, wird seit Januar 2009 bundesweit eine Früherkennungsuntersuchung für alle Neugeborenen angeboten, das sogenannte Neugeborenen-Hörscreening. Die Kosten tragen die Krankenkassen.

Für die 2009/10 untersuchten Kita-Kinder stand dieses Angebot noch nicht flächendeckend zur Verfügung, umso wichtiger ist der Hörtest im Rahmen der Kita-Untersuchung.

In der Regel kommt zur Kita-Untersuchung das TEOAE-Messverfahren zum Einsatz, das eine objektive Messung unabhängig von der Mitarbeit des Kindes ermöglicht. In Einzelfällen wurde ein Audiometer eingesetzt. Das Ergebnis des Hörtests ist noch keine Diagnose. Ein unauffälliges Ergebnis bedeutet, dass eine Hörstörung weitgehend ausgeschlossen werden kann, das trifft auf etwa 85 % der untersuchten Kita-Kinder zu. Ein auffälliges Testergebnis bedeutet aber nicht automatisch, dass das Kind schwerhörig ist, zeigt jedoch an, dass das Testergebnis kontrolliert werden muss. In dieser Gruppe befinden sich z.B. auch Kinder, für die Einschränkungen des Hörvermögens registriert wurden, die möglicherweise von einem Infekt herrühren.

Abbildung 12 zeigt, dass in den letzten Untersuchungsjahren 12 bis 15 % der Untersuchten Auffälligkeiten beim Hörtest aufwiesen, jedoch war nur bei einem Fünftel dieser Kinder eine Hörminderung bereits bekannt. 11 % der Kinder erhielten eine Arztüberweisung mit Empfehlung zur fachärztlichen Befundabklärung.

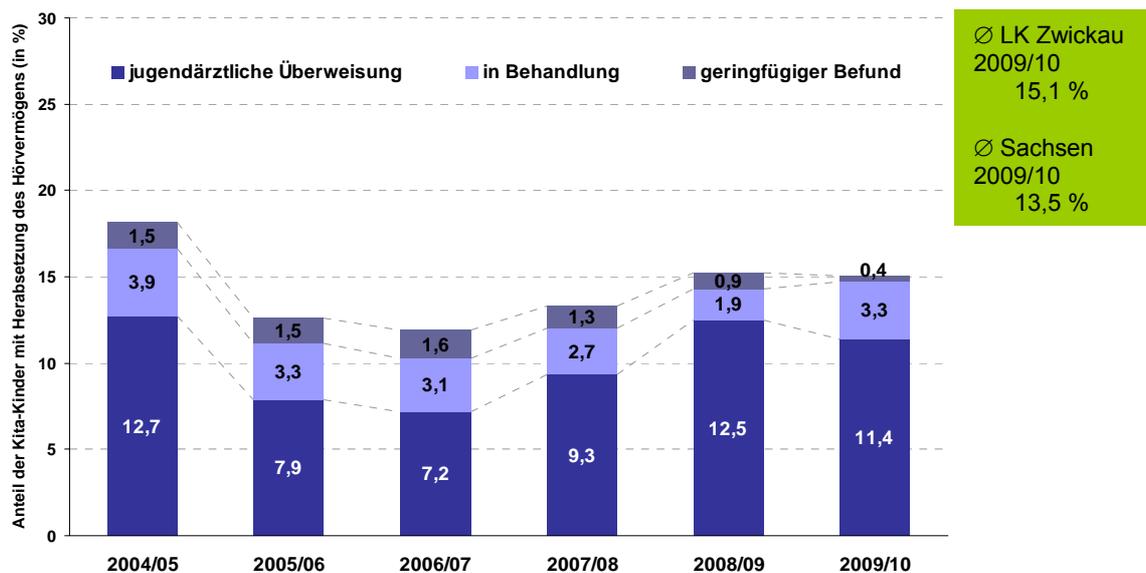


Abb. 12: Anteil der untersuchten Kita-Kinder mit Auffälligkeiten beim Hörtest nach Befundstatus
Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2004/05 bis 2009/10

Fazit

- 2 - 3 % der Kita-Kinder befinden sich wegen beeinträchtigtem Hörvermögen in fachärztlicher Behandlung.
- 11 % der untersuchten Kinder erhielten aufgrund des auffälligen Hörtestbefundes eine Überweisung zum HNO-Arzt mit der Bitte der Befundabklärung.

2.9.7 Motorische Entwicklungsauffälligkeiten

Kinder entdecken ihre Umwelt durch Bewegung, sie entwickeln Körperkoordination und Gleichgewicht, lernen Fingergeschicklichkeit und Auge-Hand-Koordination. Dabei werden auch spätere kognitive Fähigkeiten ganz entscheidend geprägt.

Störungen der motorischen Fertigkeiten bedeuten entscheidende Beeinträchtigungen für das Kind. Sie engen nicht nur den Bewegungs- und Handlungsspielraum ein, sie hemmen es meist auch in seinen sozialen Aktivitäten, beeinträchtigen sein Selbstwertgefühl und sein Selbstvertrauen und können damit weitere Persönlichkeitsbereiche negativ beeinträchtigen.

Die motorische Entwicklung eines Kindes kann durch körperliche Krankheiten, z. B. Muskel- und Gelenkerkrankungen, neurologische Erkrankungen oder geistige Behinderungen eingeschränkt sein. Manchmal treten jedoch Störungen des Bewegungsverhaltens auf ohne dass unmittelbare Krankheitsursachen vorliegen. Diese Kinder wirken ungeschickt und unbeholfen, haben oft Schwierigkeiten beim Anziehen, Basteln und Malen (Auffälligkeiten der Feinmotorik) oder/und Probleme beim Hüpfen, Balancieren (Auffälligkeiten der Grobmotorik).

Für die Beurteilung, ob die motorische Entwicklung eines Kindes altersadäquat verläuft oder ob medizinische bzw. pädagogische Intervention angezeigt ist, werden bei der Kita-Untersuchung Motorik-Tests durchgeführt. Diese beinhalten die Überprüfung der Feinmotorik (Prüfung der Fingergeschicklichkeit und Auge-Hand-Koordination) und der Grobmotorik (Körperbeherrschung, Bewegungskoordination). Wenn die Eltern bei der Untersuchung dabei sind oder dem Beisein der Erzieherin zugestimmt haben, fließen auch deren Beobachtungen mit ein, wie z.B. sicheres Dreiradfahren oder Treppen steigen im Wechselschritt.

Fünf von sechs Kindern waren beim Feinmotorik-Test unauffällig, jedes sechste Kind zeigte jedoch Auffälligkeiten. *Abbildung 13* veranschaulicht die Tendenz, dass **Auffälligkeiten der Feinmotorik** von 25 % im Jahr 2007/08 auf 18 % 2009/10 deutlich gesunken sind.

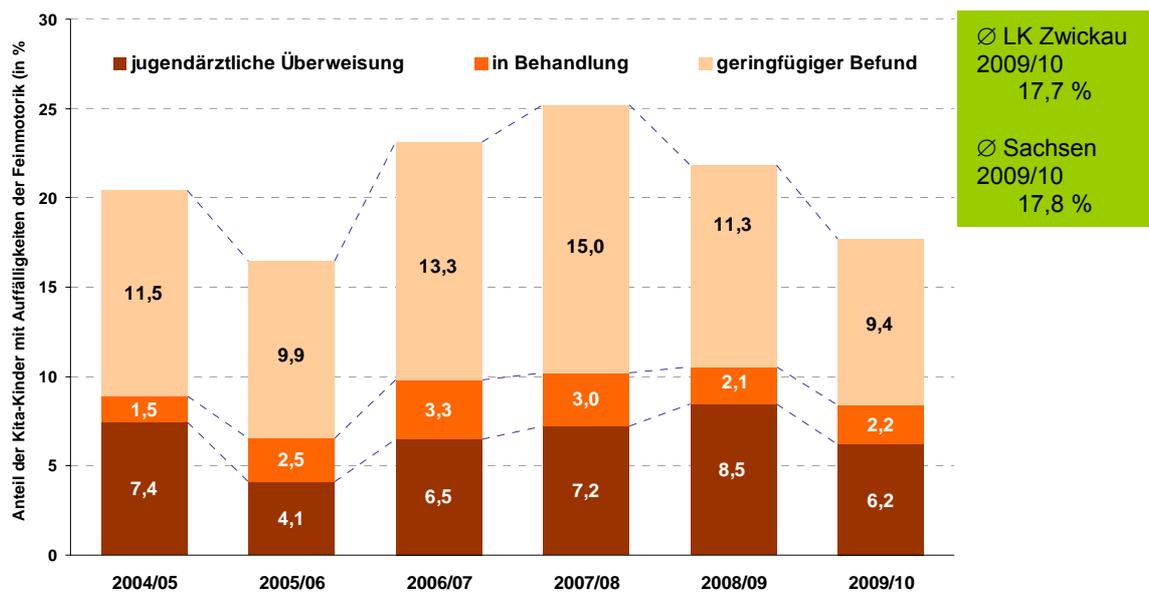


Abb. 13: Anteil der untersuchten Kita-Kinder mit Auffälligkeiten der Feinmotorik nach Befundstatus
Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2004/05 bis 2009/10

Abbildung 13 zeigt auch, dass 2009/10 bei über der Hälfte der Kinder mit festgestellten Auffälligkeiten der Feinmotorik grenzwertige bzw. geringfügige Befunde registriert wurden und dass nur dieser Anteil gegenüber den Vorjahren besonders gesunken ist. Diese Kinder bedürfen keiner Therapie im medizinischen Sinne, sondern sie benötigen verstärkte Angebote zur feinmotorischen Bewegungsförderung in der Familie und Kita. Es wird eingeschätzt, dass die Interventionen der letzten Jahre auf diesem Gebiet Erfolg zeigen. Mit diesen Bemühungen darf nicht nachgelassen werden.

In den betrachteten Untersuchungsjahren wird relativ unverändert registriert, dass sich nur 2 bis 3 % der untersuchten Kita-Kinder zum Zeitpunkt der Untersuchung wegen feinmotorischer Defizite bereits in therapeutischer Behandlung befinden. Für etwa 6 bis 8 % der Kinder wird eine jugendärztliche Empfehlung ausgesprochen, um den Befundverdacht beim Arzt zu überprüfen und ggf. entsprechende Therapie einzuleiten.

Grobmotorische Auffälligkeiten im Vorschulalter werden etwas seltener registriert als Defizite der Feinmotorik. Im Landkreis Zwickau sind etwa 15 % der Kita-Kinder betroffen, dies allerdings mit leicht steigender Tendenz. *Abbildung 14* veranschaulicht diesen Trend, zeigt aber auch, dass relativ gleichbleibend fast die Hälfte der auffälligen Kinder geringfügige Befunde aufweisen. Diese Kinder benötigen nicht vordringlich therapeutischer Hilfe sondern brauchen vor allem pädagogische Förderung. Die Eltern dieser Kinder erhalten Hinweise zur Verbesserung der Körperkoordination und Bewegungsförderung im Alltag.

In den letzten Untersuchungsjahren standen zum Zeitpunkt der Untersuchung recht gleichbleibend nur ca. 2 % der Kinder wegen Störungen der Grobmotorik bereits in Behandlung. 6 bis 7 % der Untersuchten erhielten eine entsprechende Arztüberweisung mit Empfehlung zur kinderärztlichen Befundabklärung und ggf. zur Therapieeinleitung. Der Anteil dieser Kinder hat sich im Beobachtungszeitraum verdoppelt.

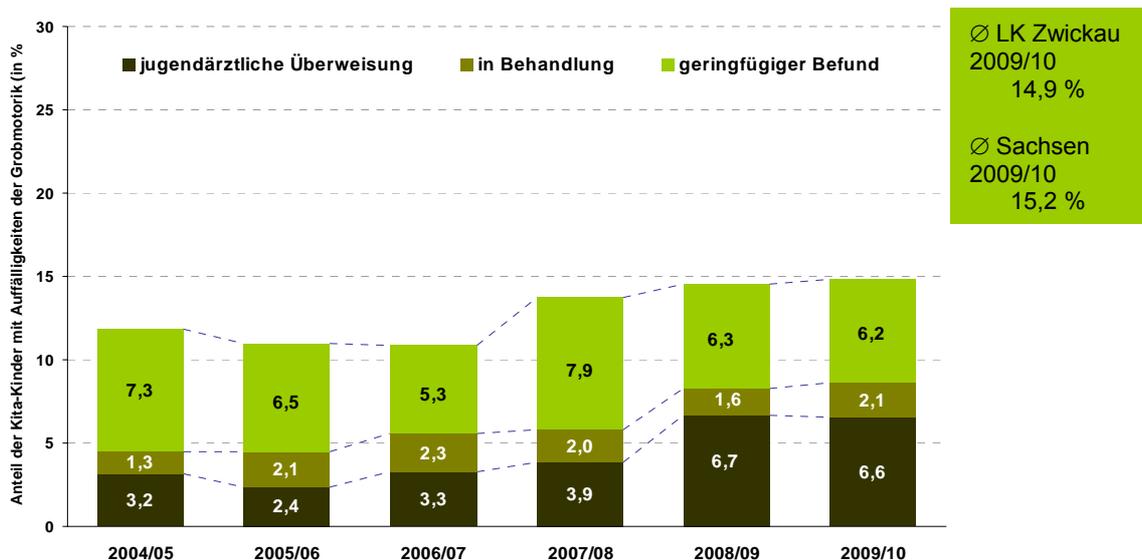


Abb. 14: Anteil der untersuchten Kita-Kinder mit Auffälligkeiten der Grobmotorik nach Befundstatus
Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2004/05 bis 2009/10

Feinmotorische und grobmotorische Defizite treten häufig kombiniert auf. Die Hälfte der Kinder mit Auffälligkeiten der Grobmotorik hat auch feinmotorische Defizite.

Auch ein Zusammenhang mit Sprachentwicklungsauffälligkeiten lässt sich nachweisen, da das Sprechen eine ganz besonders anspruchsvolle feinmotorische Leistung darstellt. Kinder mit motorischen Entwicklungsauffälligkeiten haben häufig auch Schwierigkeiten beim Sprechen bzw. bei der Artikulation. Fast zwei Drittel der Kinder, die Störungen der Feinmotorik aufweisen, haben auch Sprachentwicklungsauffälligkeiten.

Fazit

- **Entwicklungsauffälligkeiten der Feinmotorik wurden bei jedem sechsten untersuchten Kita-Kind festgestellt, mit sinkender Tendenz.**
- **Auffälligkeiten der Grobmotorik sind etwas seltener, sie wurden bei etwa jedem siebenten Kita-Kind registriert, allerdings mit leicht steigender Tendenz.**
- **Fast die Hälfte der bei den Motorik-Tests auffälligen Kinder weisen geringfügige oder grenzwertige Befunde auf, die nicht vordergründig medizinischer Therapie bedürfen, sondern besonderer pädagogischer Förderung und Bewegungsanregung in der Familie und in der Kindertageseinrichtung.**
- **Zum Untersuchungszeitpunkt standen nur wenige der bei den Tests befundauffälligen Kinder bereits in medizinisch adäquater Betreuung bzw. Therapie.**
- **Besonderes Augenmerk gilt den jeweils 6 % der fein- bzw. grobmotorisch auffälligen Kinder, die eine Empfehlung zur weiteren Diagnostik bzw. zur Therapieeinleitung (Ergotherapie/Physiotherapie) erhalten.**
- **Im Vorschulalter treten feinmotorische Auffälligkeiten häufiger als grobmotorische auf, oftmals sind sie auch kombiniert. Fast zwei Drittel der feinmotorisch auffälligen Kinder weist auch Sprachentwicklungsauffälligkeiten auf.**

2.10 Förderstatus und Förderbedarf bei Kita-Kindern

Die Kita-Untersuchungen dienen nicht nur der Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten, sondern sie sollen vor allem auch den Förderbedarf des einzelnen Kindes einschätzen, um ggf. Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII zur Frühförderung, Integration oder heilpädagogischen Betreuung zu empfehlen und einzuleiten oder verstärkte pädagogische Förderung in der Kindertageseinrichtung anzuregen.

2.10.1 Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII

Zur Kita-Untersuchung 2009/2010 wurde registriert, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung 56 der insgesamt 1.946 untersuchten Kinder Fördermaßnahmen in Form von Frühförderung, integrativer Betreuung oder Betreuung in einer heilpädagogischen Gruppe⁹ erhielten. Die Kinder- und Jugendärzte schätzen jedoch ein, dass ein viermal höherer Bedarf an diesen Fördermaßnahmen besteht. Für 238 Kinder wurde Bedarf zur Eingliederungshilfe ermittelt, das entspricht 12 % der untersuchten Kita-Kinder. Diese Kinder benötigen besondere gesundheitsfördernde Hilfen durch Maßnahmen der integrativen oder heilpädagogischen Betreuung in der Kita oder durch ambulante Frühfördermaßnahmen bzw. Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ).

In der Regel werden diese Maßnahmen vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst im Nachgang der Kita-Untersuchung und in Absprache mit den Eltern, den behandelnden Ärzten und den Kindertageseinrichtungen initiiert bzw. eingeleitet.

⁹ Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII

Die *Abbildung 15* zeigt in der Gegenüberstellung den aktuell registrierten Förderstatus der untersuchten Kita-Kinder und den bei der Kita-Untersuchung ermittelten notwendigen Förderbedarf. Deutlich ist ersichtlich, dass im Landkreis Zwickau nicht alle behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Kinder im 4./5. Lebensjahr in adäquate Fördersysteme der Eingliederungshilfe eingebunden sind. Die bestehenden Maßnahmen zur Förderung behinderter und entwicklungsgestörter Kinder reichen nicht aus, es besteht ein höherer Bedarf.

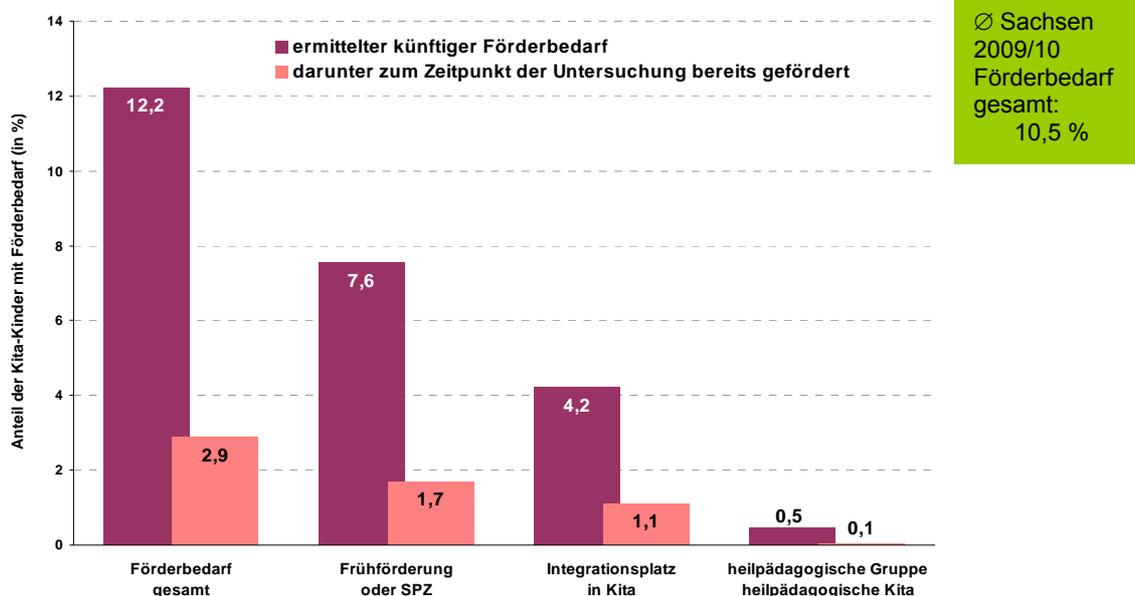


Abb. 15: *Untersuchte Kita-Kinder nach Förderstatus zum Zeitpunkt der Untersuchung und dem ermittelten Förderbedarf von Eingliederungsmaßnahmen SGB XII Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahr 2009/10*

Zur Kita-Untersuchung wurde festgestellt, dass

- 25 Kinder in der Kita integrativ betreut werden, für weitere 57 Kinder aber Bedarf an dieser Betreuungsform besteht,
- 2 Kinder in einer heilpädagogischen Gruppe betreut werden, für weitere 7 Kinder diese Betreuung notwendig wäre,
- Ambulante Frühfördermaßnahmen für 29 Kinder bestehen, für weitere 118 Kinder ist dies jedoch auch notwendig.

Besonders große Diskrepanzen zwischen dem registrierten Förderstatus und dem ermittelten Förderbedarf bestehen in folgenden Städten und Gemeinden:

- Waldenburg, Zwickau, Glauchau, Langenbernsdorf, Werdau, Lichtenstein, Meerane.

Die angegebenen Bedarfe sind bei der Planung der Kapazitäten für Integrationsplätze und Plätze in heilpädagogischen Gruppen bzw. der Frühförderstellen zu berücksichtigen.

Fazit

- **Zum Zeitpunkt der Kita-Untersuchung wurden nur für 3 % der Kinder bestehende Fördermaßnahmen zur Eingliederungshilfe registriert. Die Kinder- und Jugendärzte ermittelten jedoch mit 12 % einen viermal höheren Bedarf.**
- **Bestehende Maßnahmen der Integration, Frühförderung und Betreuung im SPZ wurden zum großen Teil nicht als bedarfsgerecht eingeschätzt, deshalb wurden für weitere 182 Kita-Kinder bedarfsgerechte Eingliederungsmaßnahmen empfohlen.**
- **Die bei der Kita-Untersuchung ermittelten Bedarfe sind bei der Planung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe zu berücksichtigen.**

2.10.2 Pädagogischer Förderbedarf

Die Kinder- und Jugendärzte stellen nicht nur medizinischen Förderbedarf zur Eingliederungshilfe fest, sondern sie geben für einzelne Kinder auch Empfehlungen zu einer verstärkten pädagogischen Förderung in der Kindertageseinrichtung.

Im Untersuchungsjahr 2009/10 erhielten 5 % der untersuchten Kita-Kinder eine solche Empfehlung. Erteilen die Eltern ihre Zustimmung zur Teilnahme der Erzieherin bei der Untersuchung, so werden diese pädagogischen Maßnahmen im Verlauf der Untersuchung kindbezogen besprochen, andernfalls müssen die Eltern die mitgeteilten jugendärztlichen Empfehlungen zu verstärkter Kita-Förderung der Einrichtung selbst übermitteln.

Wichtig sind aber auch die schriftlichen Hinweise an die Eltern zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung des Kindes in der Familie. Die Notwendigkeit familiärer Förderung ist unstrittig, wird jedoch in der Dokumentation der Kita-Untersuchung nicht explizit erfasst. Deshalb liegen keine entsprechenden Daten zur Auswertung vor. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass alle Kinder mit geringfügigen oder grenzwertigen Befunden in den Entwicklungsbereichen Sprache und Motorik Elternmitteilungen mit Hinweisen zu verstärkter häuslicher Förderung und Spiel- und Sprachanregung erhalten, das betrifft etwa 23 % aller untersuchten Kinder.

Fazit

- **Im Rahmen der Kita-Untersuchung erhalten etwa 5 % der untersuchten Kinder Empfehlungen zu verstärkter pädagogischer Förderung in der Einrichtung.**
- **Fast ein Viertel der Untersuchten erhält schriftliche Mitteilungen an die Eltern zu gesundheitsfördernden Maßnahmen zielgerichteter häuslicher Förderung.**
- **Prinzipiell gilt, dass die aus der Kita-Untersuchung resultierenden Maßnahmen zur Einleitung bedarfsgerechter Gesundheitsförderung für entwicklungsauffällige Kinder nur dann wirksam werden können, wenn die Eltern beteiligt werden und aktiv mitwirken. Ohne elterliches Engagement bleiben die kinder- und jugendärztlichen Empfehlungen sonst möglicherweise wirkungslos.**

2.11 Beratung der Einrichtung im Rahmen der Kita-Untersuchung

Die Kita-Untersuchung ist nicht nur für das einzelne Kind bedeutungsvoll, auch die Kindertageseinrichtung erhält wichtige Impulse für Prävention und Gesundheitsförderung. Gerade für Kinder, die aufgrund von Behinderungen oder Entwicklungsstörungen besondere Ansprüche haben, muss das Kita-Umfeld diesen Bedürfnissen gerecht werden. Im Rahmen der Untersuchung soll deshalb auch eine kinder- und jugendärztliche Beratung der Erzieherinnen zu gesundheitsfördernden Maßnahmen und Rahmenbedingungen stattfinden. Ebenso ist es wünschenswert, dass die aus der Screeninguntersuchung ergebenden Empfehlungen zur Frühförderung, Integration oder verstärkten pädagogischen Förderung mit den Erzieherinnen der Einrichtung besprochen werden. Leider finden diese einrichtungsspezifischen Beratungen aus Zeitgründen nicht immer ausführlich statt.

Fazit

- **Die einrichtungsbezogene Auswertungen der Kita-Untersuchung findet derzeit noch nicht regelmäßig in allen Einrichtungen statt.**
- **Im Untersuchungsjahr 2010/11 erhalten erstmals alle Kitas ein Datenblatt zu den statistischen Ergebnissen der Kita-Untersuchung 2009/10.**

2.12 Regionale Schwerpunkte für Gesundheitsförderung

Die Auswertungen der Ergebnisse der Kita-Untersuchungen liefern auch Daten und Fakten zu regionalen Befundhäufigkeiten, aus denen wiederum wichtige Hinweise zu regionalem Förderbedarf abgeleitet werden können.

Die Anteile entwicklungsauffälliger Kinder in den Kindertageseinrichtungen differieren sehr stark von komplett unauffällig bis zu Anteilen von 50 % und mehr. Um regionale Besonderheiten zu erkennen (und den „Fehler kleiner Zahlen“ auszuschließen), wurden die folgenden Auswertungen nach den Kita-Standorten in Städten und Gemeinden vorgenommen. In den *Abbildungen 16 bis 18* werden jedoch nur die Orte dargestellt, die über mindestens zwei Kindertageseinrichtungen verfügen bzw. die im Untersuchungsjahr 2009/10 eine Mindestanzahl von 20 untersuchten Kindern aufwiesen. Zu beachten ist weiterhin, dass die hier dargestellten Daten und Fakten keiner Gesamtheit entstammen, da nicht alle Kita-Kinder zwei Jahre vor ihrer Einschulung untersucht wurden. Einige Eltern nahmen das Untersuchungsangebot für ihr Kind nicht an und eine größere Zahl Kinder fehlte am Untersuchungstag wegen Krankheit, Urlaub oder wegen unregelmäßiger Kita-Teilnahme.

Überdurchschnittliche Befundhäufigkeiten von Sprachentwicklungsauffälligkeiten wurden in Kindertageseinrichtungen von Hohenstein-Ernstthal, Oberlungwitz, Limbach-Oberfrohna und den Zwickauer Stadtbezirken Ost und Mitte registriert.

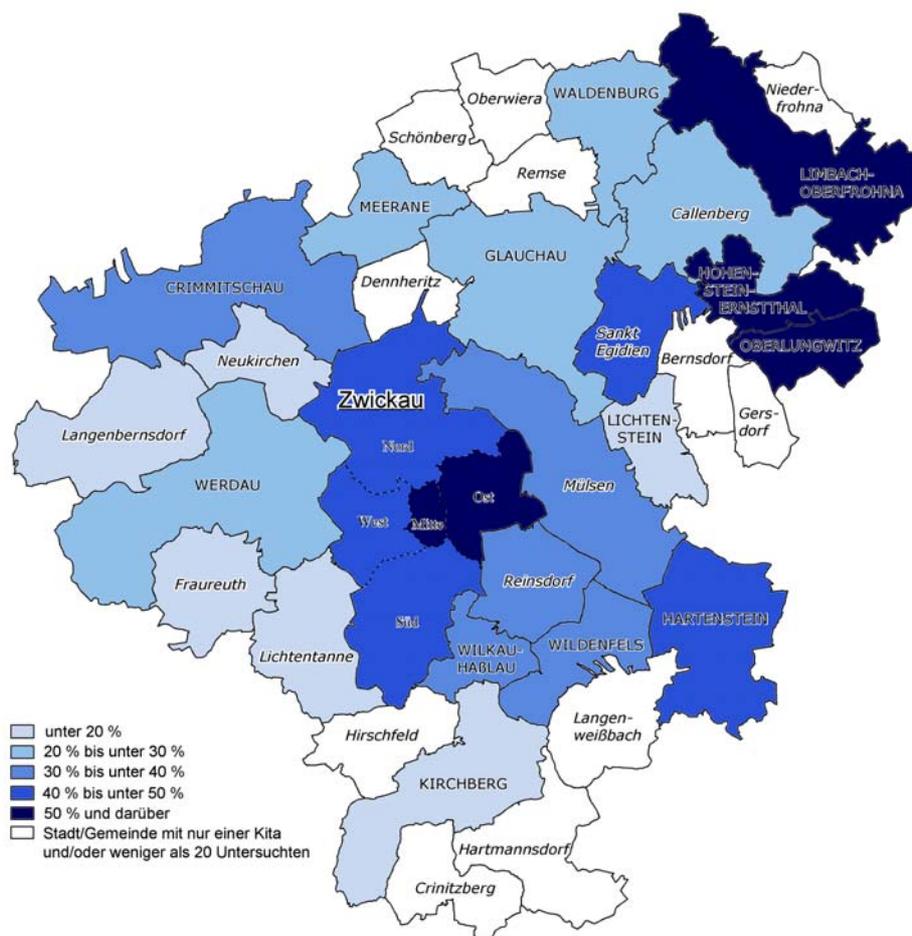


Abb. 16: Befundhäufigkeit von Sprachentwicklungsauffälligkeiten bei Kita-Kindern nach Kita-Standort in Städten und Gemeinden im Landkreis Zwickau Kita-Untersuchung 2009/10

Überdurchschnittlich hohe Befundhäufigkeiten feinmotorischer Auffälligkeiten zeigen sich für Kitas in Reinsdorf und im Zwickauer Stadtbezirk Mitte.

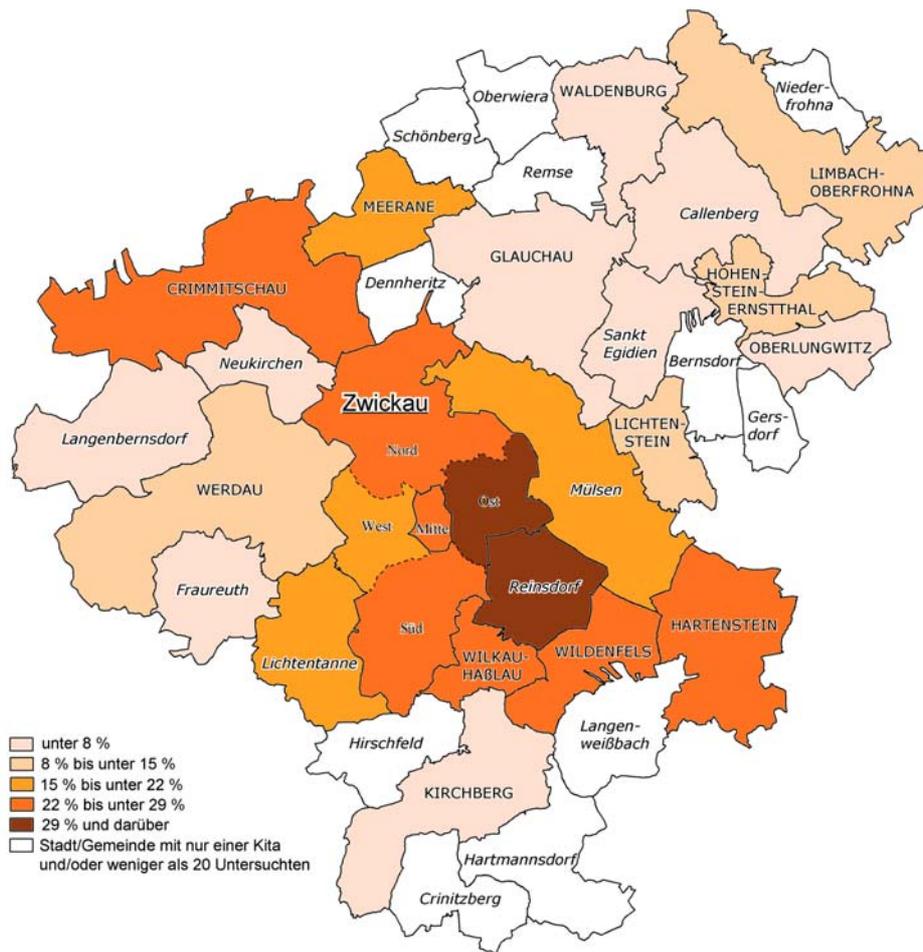


Abb. 17: Befundhäufigkeit von Auffälligkeiten der Feinmotorik bei Kita-Kindern nach Kita-Standort in Städten und Gemeinden im Landkreis Zwickau Kita-Untersuchung 2009/10

Aus der sozialepidemiologischen Forschung ist bekannt, dass soziale Ungleichheit die Gesundheit von Menschen mitbestimmt und dass sich soziale Benachteiligungen negativ auf die Gesundheitsbiografie auswirken. Dies gilt insbesondere auch für Kinder. Auch wenn weitere Faktoren wie genetische Disposition oder Gesundheitsverhalten den Gesundheitszustand nachhaltig beeinflussen, so hat doch der Sozialstatus der Familie einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit der Kinder. Der aktuelle Kinder- und Jugendgesundheitsbericht KiGGS verdeutlicht eindrucksvoll den großen Einfluss des sozialen Status der Familie auf Gesundheit und Entwicklung der Kinder. Die Ergebnisse zeigen, dass Mehrfachbelastungen von Kindern durch soziale Benachteiligung, gesundheitliche Defizite und Verhaltensauffälligkeiten Auswirkungen auf deren künftige Entwicklung haben.¹⁰

Die soziale Situation von Kindern wird von ihrer sozialen Herkunft und der Schichtzugehörigkeit der Eltern bestimmt, dazu gehören Erwerbssituation, Einkommensverhältnisse, Bildungsniveau, Wohnsituation, Zahl der Familienmitglieder sowie Einbindung der Familie in soziale Netzwerke. In Sachsen ist dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst die Erhebung

¹⁰ Kinder- und Gesundheitssurvey (KiGGS) 2003-2006: www.kigs.de

von Sozialdaten im Rahmen der Reihenuntersuchungen aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht gestattet. Umso wichtiger wäre es, Daten des Landkreises Zwickau zu sozialräumlicher Gliederung mit kleinräumigen Daten der Kita-Untersuchung zu verbinden, um regionale Schwerpunktgebiete für Prävention und Gesundheitsförderung definieren zu können.

Überdurchschnittlich hohe Befundhäufigkeiten grobmotorischer Defizite wurden in Zwickau registriert, betroffen sind Kitas in den Zwickauer Stadtbezirken West, Süd, Nord und Ost.

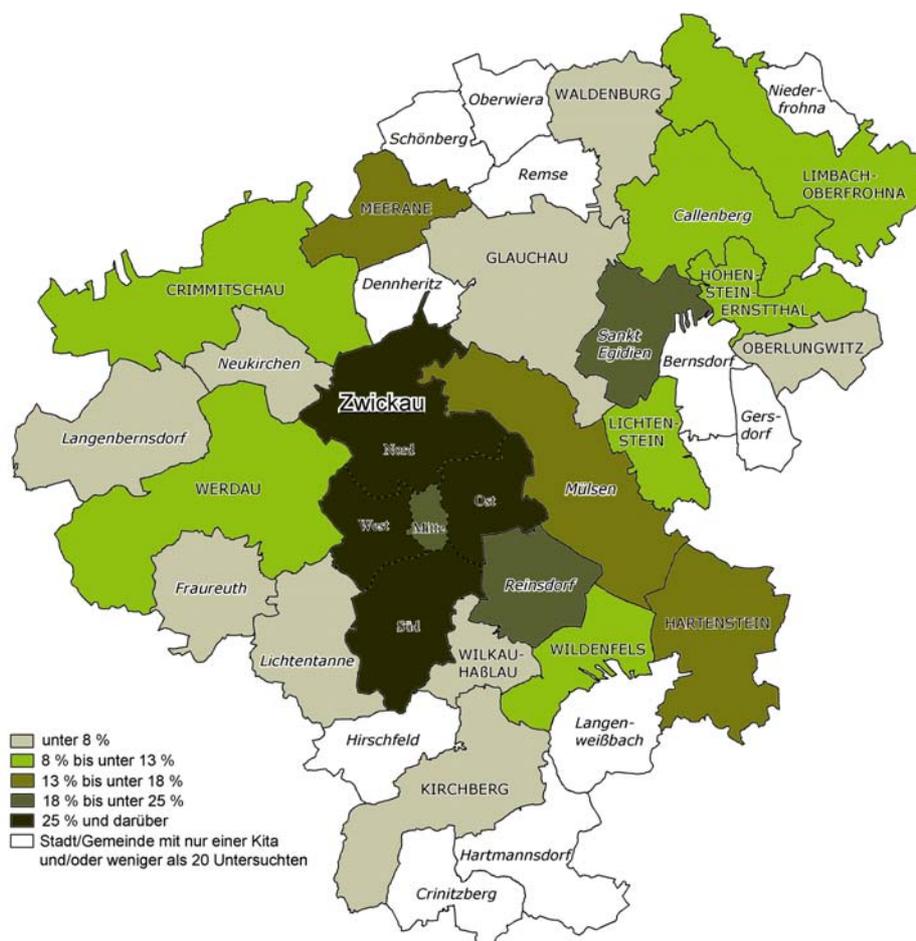


Abb. 18: Befundhäufigkeit von Auffälligkeiten der Grobmotorik bei Kita-Kindern nach Kita-Standort in Städten und Gemeinden im Landkreis Zwickau Kita-Untersuchung 2009/10

Fazit

- Kleinräumige Auswertungen der Ergebnisse der Kita-Untersuchungen zeigen im Landkreis Zwickau erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Städten und Gemeinden.
- Analysen zur Qualitätssicherung der Untersuchungsdurchführung und der Dokumentation deuten darauf hin, dass die registrierten Befundunterschiede aber nicht allein durch regionale Besonderheiten zu begründen sind, sondern dass auch subjektive Einflüsse der untersuchenden Ärzte bei der Befundeinschätzung eine Rolle spielen. Maßnahmen der Qualitätssicherung sind kontinuierlich fortzusetzen.
- Um im Landkreis Zwickau regionale Schwerpunkte für Prävention und Gesundheitsförderung zu definieren, müssen künftig Sozialraumdaten in die Bewertung einfließen.

2.13 Schlussfolgerungen

Erfolg der Kita-Untersuchung

- In den Screeningbereichen Sehen, Hören, Sprache und Motorik leistet die Kita-Untersuchung einen wertvollen Beitrag zur Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten im Vorschulalter.
- Die Kita-Untersuchung hat eine besondere Bedeutung für die bedarfsgerechte Einleitung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII.
- Die Kita-Untersuchung ist besonders für die Kinder wichtig, die in keiner regelmäßigen ärztlichen Betreuung stehen.
- Die Kita-Untersuchung ist ein wichtiges Instrument in Ergänzung der Vorsorgeuntersuchungen U1 – U9 der gesetzlichen Krankenkassen, da evaluierte anerkannte Screening-Testverfahren verwendet werden, deren Ergebnisse Basis ggf. notwendiger weiterer Diagnostik darstellen.
- Die Kita-Untersuchung bietet die Möglichkeit medizinischer Beratung der Kindertageseinrichtung und der Erzieher hinsichtlich bedarfsgerechter und gezielter Gesundheitsförderung.
- Die Auswertung der Ergebnisse der Kita-Untersuchung im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung liefert wertvolle Erkenntnisse zum regionalen Gesundheitszustand der Kita-Kinder und dessen Veränderungen und ist damit Voraussetzung für die Initiierung bedarfsgerechter, zielgruppenspezifischer gesundheitsfördernder Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen.

Probleme der Kita-Untersuchung

- Die Eltern bleiben bei der Kita-Untersuchung zumeist unbeteiligt, da sie selten direkt an der Untersuchung teilnehmen. Die Sorgeberechtigten erhalten im Nachgang der Untersuchung die Ergebnisse sowie die ärztlichen Empfehlung zu ärztlicher Kontrolle oder gesundheitsfördernden Maßnahmen schriftlich mitgeteilt. Wird diesen Empfehlungen nicht nachgekommen und bleiben die Hinweise zur Gesundheitsförderung unbeachtet, ist der Erfolg der Kita-Untersuchung jedoch in Frage gestellt.
- Die Erzieher könnten den Ärzten wichtige Informationen zur bisherigen Entwicklung des Kindes geben, sie dürfen jedoch nur mit Einwilligung der Eltern an der Untersuchung teilnehmen. Umgekehrt dürfen auch die Kinder- und Jugendärzte kindbezogene Hinweise zu Förderempfehlungen nur dann an die Erzieher weitergeben, wenn die Eltern der Befundübermittlung zustimmen. Wertvolle Hinweise zu Entwicklungsproblemen bleiben so möglicherweise ungeachtet bzw. können nicht besprochen werden.
- Die Kinder- und Jugendärzte erhalten oftmals keine Rückmeldung, ob empfohlene Maßnahmen konsequent umgesetzt werden.
- Von der Kita-Untersuchung profitieren nicht alle Kinder im 4. Lebensjahr, weil Untersuchungsangebote nicht immer flächendeckend erfolgen und es keine Verpflichtung zur Untersuchungsteilnahme gibt. Einige Eltern geben kein Einverständnis zur Untersuchung und es gibt eine relativ große Zahl Kinder, die wegen Krankheit, Urlaub oder wegen sehr unregelmäßigem Kita-Besuch zur Untersuchung fehlten. Außerdem werden Hauskinder vom Angebot kaum erreicht.
- Angebote zur Restanten-Untersuchung im Rahmen der Sprechstundentätigkeit im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst werden kaum angenommen.
- Die gesetzlich fixierte Altersgruppe der zu untersuchenden Kinder im 4. Lebensjahr wird bei Untersuchungsterminen am Ende des Untersuchungsjahres verfehlt.

- Die Budgetierung der Kinderärzte verhindert/verzögert bzw. minimiert den Einsatz therapeutischer Maßnahmen (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie).
- Erzieher anerkennen die Kita-Untersuchung als Instrument einrichtungsbezogener Gesundheitsförderung, stoßen aber bei der Realisierung der kindbezogenen „verstärkten pädagogischen Förderung“ häufig an kapazitative Grenzen.

Schwerpunkte bei der Durchführung der Kita-Untersuchungen

- Mitarbeit am Gesundheitsziel des Freistaates Sachsen „Gesund aufwachsen“.
- Sicherung des flächendeckenden Angebotes der Kita-Untersuchungen im Landkreis Zwickau und Einhaltung der Untersuchungstermine im 4. Lebensjahr, damit für entwicklungsauffällige Kinder ausreichend Zeit bis zum Schulbeginn für die Einleitung und das Wirksamwerden von Förder- und Therapiemaßnahmen zur Verfügung steht.
- Einrichtungsbezogene Auswertung der Untersuchungsergebnisse mit Erziehern bzw. der Kita-Leitung und Übergabe der Kita-bezogenen statistischer Ergebnislisten.
- Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Kindertageseinrichtungen, deren Trägern und dem Sozialamt, um im Bedarfsfall Maßnahmen der Frühförderung und Eingliederungshilfe bedarfsentsprechend und rechtzeitig einzuleiten.
- Medizinische Beratung und Information für Erzieher zur Erkennung von Entwicklungsverzögerungen und Möglichkeiten allgemeiner gesundheitsfördernder Beeinflussung im Kita-Alltag.
- Publizierung der Angebote zur Kita-Untersuchung, um bei den Eltern weiterhin die Akzeptanz des Untersuchungsangebotes zu sichern sowie Restanten und Hauskindern Angebote im Rahmen der jugendärztlichen Sprechstunde zu unterbreiten.
- Begleitung von Familien in problematischen Situationen zur Kompetenzsteigerung, ggf. in Zusammenarbeit mit Sozialdienst und Jugendamt, insbesondere im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen des Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetzes.
- Qualitätssicherung der Untersuchungsstandards und der einheitlichen Dokumentation auf der Grundlage einer teambezogenen Gesundheitsberichterstattung und Einbeziehen von Sozialraumdaten in die Auswertungen nach Städten und Gemeinden im Landkreis Zwickau.

Mitwirkung der Kita bei der Umsetzung der Ergebnisse der Kita-Untersuchungen

- Motivation der Eltern zur Umsetzung der jugendärztlichen Empfehlungen, ggf. durch Nachfrage/Kontrolle seitens der Erzieher.
- Stärkung der Rolle der Kita als Vermittler von Gesundheitsbewusstsein zu den Eltern, z.B. Erinnerung der Eltern an die Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
- Mitarbeit im Projekt „Gesundheitsförderung in der Kindertagesstätte“ und Nutzung der Angebote des Gesundheitsamtes zu Aktionen und gesundheitsfördernden Veranstaltungen.

Fazit

Die Kita-Untersuchung, wie auch medizinische Behandlung und Therapie insgesamt, sind keine Allheilmittel für Entwicklungsdefizite, die durch Erziehungs- und Bindungsfehler sowie Bildungsmangel verursacht wurden. Nur eine Koordination kompensatorischen Handelns von Eltern, Erziehern, Ärzten, Therapeuten sowie des familiären und sozialen Umfeldes kann die gesundheitliche Situation der Kinder und deren Lebenssituation nachhaltig verbessern.

3. Schulaufnahmeuntersuchungen

3.1 Gesetzesauftrag

Gemäß Schulgesetz¹¹ und Verordnung über die Schulgesundheitspflege im Freistaat Sachsen werden alle schulpflichtig¹² gewordenen Kinder im Rahmen einer Schulaufnahmeuntersuchung vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter untersucht. Darüber hinaus werden auch die Kinder untersucht, deren Eltern eine vorzeitige Einschulung wünschen.

Die Untersuchung ist verpflichtend für alle künftigen Schulanfänger. Die Anwesenheit eines Elternteils ist dabei erforderlich.

Von Seiten der Grundschule gibt es ein Schulaufnahmeverfahren, bei dem die Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchung sowie die kinder- und jugendärztliche Schulempfehlung mit herangezogen werden.

3.2 Zielstellung

„Ziel der Schulgesundheitspflege ist es, Gesundheits- und Entwicklungsstörungen mit besonderer Bedeutung für einen erfolgreichen Schulbesuch frühzeitig zu erkennen und die Schüler und Eltern hinsichtlich notwendiger medizinischer und therapeutischer, die Schule hinsichtlich schulischer Fördermaßnahmen zu beraten.“¹³

Die Schulaufnahmeuntersuchung dient der Beurteilung des Entwicklungsstandes und der schulrelevanten basalen Fähigkeiten der künftigen Schulanfänger und daraus ableitend der Empfehlung der geeigneten Schulform. Gegebenenfalls erforderliche Maßnahmen werden mit der Schule abgestimmt.

Werden bei der Untersuchung Entwicklungsverzögerungen oder gesundheitliche Auffälligkeiten erkannt, die bisher noch nicht oder nicht ausreichend beachtet wurden, sind umgehend bedarfsgerechte gesundheitsfördernde Maßnahmen einzuleiten. Dazu zählen Arztüberweisungen mit Therapieempfehlungen ebenso wie das Initiieren von Maßnahmen sonderpädagogischer Förderung oder die Elternberatung zu erziehungsgerechter Entwicklungsförderung.

Die Schulaufnahmeuntersuchung schließt die kinder- und jugendärztliche Empfehlung zur Schulform ein. In der Regel ist dies die Empfehlung zur Einschulung in eine Grundschule, möglich sind aber auch integrative Schulformen oder Förderschulen. Nur in Ausnahmefällen ist eine ärztliche Empfehlung zur Rückstellung vom Schulbesuch möglich.

3.3 Untersuchungsinhalt und Rahmenbedingungen

Die Schulaufnahmeuntersuchung findet im Jahr vor der Einschulung des Kindes in der Regel von November bis März statt, entweder im Gesundheitsamt oder direkt in der künftigen Grundschule. Sie erfolgt im Beisein der Eltern.

¹¹ Schulgesetz für den Freistaat Sachsen (SchulG) vom 18.07.2003 §26a Schulgesundheitspflege

¹² Kinder, die bis zum 30. Juni eines Jahres das sechste Lebensjahr vollendet haben, sind schulpflichtig. Kinder, die bis zum 30. September das sechste Lebensjahr vollendet haben und von den Eltern in der Schule angemeldet werden, sind ebenfalls schulpflichtig.

¹³ § 26a (1) SchulG

Die Untersuchung ist eine ganzheitliche, körperliche Untersuchung und beinhaltet sachsen-einheitliche Untersuchungs- und Testverfahren¹⁴ für wichtige schulrelevante Befundbereiche. Zur Überprüfung des Seh- und Hörvermögens, der sprachlichen und motorischen Entwicklung sowie der visuellen Wahrnehmung werden in spielerischer Form evaluierte medizinische Testverfahren angewandt. Seit dem Untersuchungsjahr 2004/05 wird im Freistaat Sachsen das „Screening des Entwicklungsstandes“ (S-ENS) durchgeführt.

Bei der Untersuchung werden sowohl die gesundheitliche Vorgeschichte (Anamnese) entsprechend der Auskunft der Eltern, als auch die Angaben der niedergelassenen Ärzte zu den im Vorsorgeheft dokumentierten U-Untersuchungen berücksichtigt. Hatte das Kind an der Kita-Untersuchung teilgenommen, so fließen auch deren Ergebnisse in die Entwicklungsbeurteilung ein.

Zur Erfassung des Impfstatus entsprechend Infektionsschutzgesetz¹⁵ wird um Vorlage der Impfdokumente gebeten. Bei festgestellten Impflücken erfolgt eine Impfberatung.

Die Eltern werden über das Untersuchungsergebnis und die ärztliche Empfehlung zum Schulbesuch umfassend informiert. Bei auffälligen behandlungsbedürftigen Befunden erhalten sie Empfehlungen zum Arztbesuch, zur weiteren Diagnostik bzw. zur Therapie sowie Hinweise zu gezielter Entwicklungsanregung und pädagogischer Förderung.

Die Schule erhält eine schriftliche Mitteilung über das Untersuchungsergebnis, die ärztliche Schulempfehlung und im Bedarfsfall auch medizinische Empfehlungen zu unterstützenden schulischen Fördermaßnahmen.

3.4 Dokumentation und Auswertung

Im Freistaat Sachsen werden ausgewählte Daten der Schulaufnahmeuntersuchung einheitlich dokumentiert, elektronisch erfasst¹⁶ und im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung auf Landesebene und auch auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte ausgewertet.¹⁷

Da die Schulaufnahmeuntersuchungen verpflichtend sind, liegen Untersuchungsergebnisse des jeweils vollständigen Einschülerjahrgangs vor (Totalerhebung). Diese Daten ermöglichen die Einschätzung der gesundheitlichen Lage einer gesamten Jahrgangsstufe und liefern repräsentative Informationen zum Gesundheitszustand der Schulanfänger und dessen Veränderungen.

Im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung erfolgen Detail-Analysen, auf deren Grundlage Problemlagen erkannt werden und Schwerpunkte bedarfsgerechter zielgruppenspezifischer regionaler Gesundheitsförderung im Landkreis Zwickau abgeleitet werden können. Dazu gehören die Entwicklung gesundheitsfördernden Projekte und Aktionen ebenso wie die Schlussfolgerung zu Gesundheitszielen.

¹⁴ Beschreibung der Testverfahren und Definitionen zur Dokumentation entsprechend „Informationen für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst im Freistaat Sachsen“, Version 2.4, August 2008

¹⁵ § 34 Abs. 11 IfSG

¹⁶ Modul Jugendärztlicher Dienst der Fachsoftware *Octoware*® Gesundheit der Firma easy-soft GmbH Dresden

¹⁷ Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus über die Schulgesundheitspflege (SchulGesPflVO) §§ 6, 7

3.5 Zahl der untersuchten Schulanfänger

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst untersucht in jedem Untersuchungsjahr alle zur Einschulung anstehenden Kinder. Es gibt keine Restanten, aber in jedem Jahr werden mehrere Familien registriert, die auf die Untersuchungspflicht hingewiesen werden müssen und erst nach mehreren Aufforderungen mit ihrem Kind zur Untersuchung erscheinen.

Im Untersuchungsjahr 2009/10 wurden im Landkreis Zwickau insgesamt 2.798 Einschüler untersucht. Damit ist die Zahl potentieller Schulanfänger gegenüber dem Vorjahr um 4 % angestiegen. *Abbildung 19* zeigt diesen Anstieg und veranschaulicht die Anzahl untersuchter Kinder nach Art der Schulanmeldung: vorzeitig, regulär oder nach Rückstellung im Vorjahr. Es ist ersichtlich, dass der Anstieg der Schulanfängerzahl nur auf der Zunahme regulärer Einschüler beruht.

Dies entspricht der demografischen Situation im Landkreis Zwickau: die Kinderzahl des Geburtsjahrgangs 2003/04 ist größer als in den Vorjahren. *Abbildung 20* veranschaulicht diese Sachlage, zeigt aber auch, dass im Landkreis Zwickau in den nächsten fünf Jahren die hohe Einschülerzahl von 2010 nicht wieder erreicht werden kann.

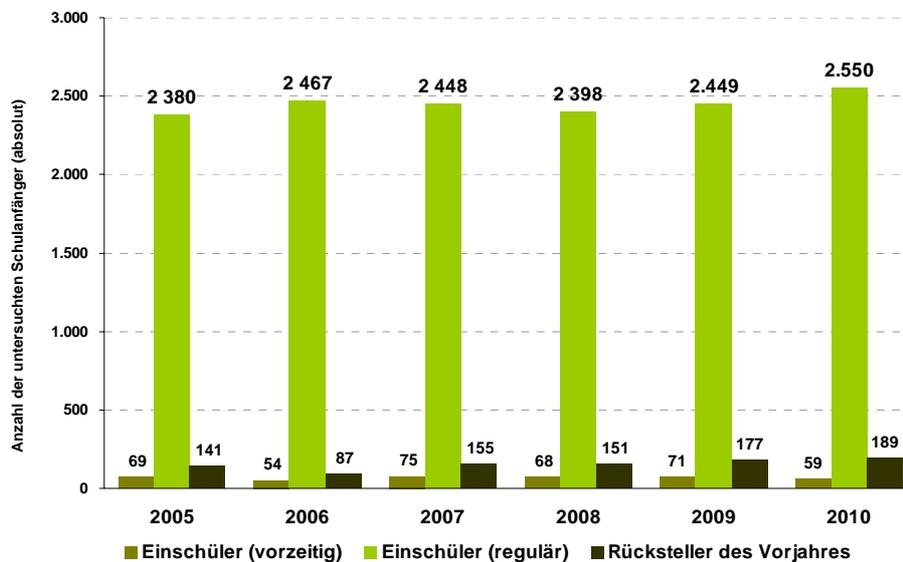


Abb. 19: Anzahl der Schulanfänger nach Art der Schulanmeldung
Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2005 bis 2010

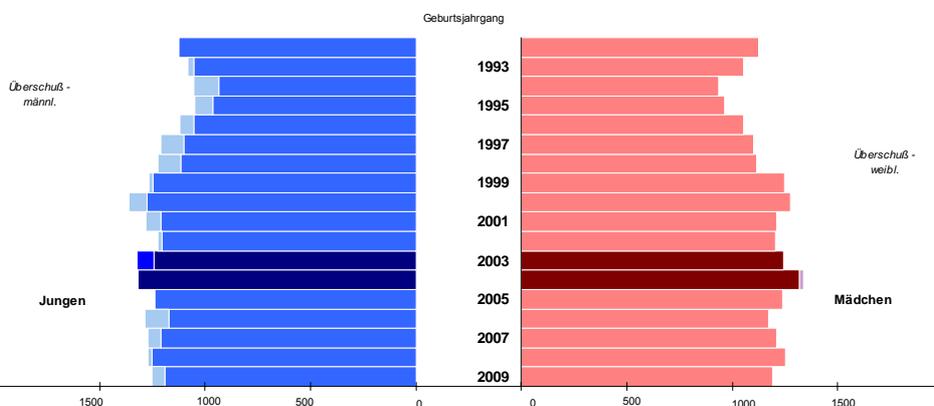


Abb. 20: Anzahl Kinder und Jugendliche nach Geburtsjahr und Geschlecht
Landkreis Zwickau, per 31.12.2009 (Lebensbaum)

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Von den 2009/10 untersuchten Schulanfängern waren 51 Kinder durch vorzeitige Schulanmeldung schulpflichtig geworden (geboren im Zeitraum 01.07.2004 bis 30.09.2004) und 8 Kinder wurden von ihren Eltern vorzeitig zur Schule angemeldet (geboren nach dem 30.09.2004, sogenannte Kann-Kinder). Damit beträgt der Anteil vorzeitiger Einschüler 2,3 % und ist im Landkreis Zwickau niedriger als im Sächsendurchschnitt (3,2 %). Vorzeitige Schulanmeldungen sind also nach wie vor die Ausnahme.

189 Kinder wurden nach Schulrückstellung im Vorjahr erneut zur Schulaufnahmeuntersuchung vorgestellt (sogenannte 2. Einschuluntersuchung). Die Zahl der Rücksteller nimmt seit 2005 kontinuierlich zu. Im Einschuljahr 2010 wurden im Landkreis Zwickau 6,9 % Rücksteller des Vorjahres registriert. Der Vergleichswert für Sachsen ist mit 5,5 % niedriger.

Fazit

- Im Landkreis Zwickau werden in jedem Untersuchungsjahr alle zur Einschulung anstehenden Kinder untersucht, es gibt keine Restanten.
- Jährlich werden etwa 2.500 Schulanfänger untersucht. Im Untersuchungsjahr 2009/10 waren es mit 2.798 Kindern rund 4 % mehr als im Vorjahr.
- Der Anteil vorzeitiger Einschüler ist im Landkreis Zwickau mit weniger als 3 % gering und noch geringer als durchschnittlich in Sachsen.
- Die Zahl der Rücksteller ist im Landkreis Zwickau in den letzten fünf Jahren angestiegen und ist mit aktuell 7 % höher als im Sächsendurchschnitt.

3.6 Schulanfänger nach Betreuungsstatus

Im Landkreis Zwickau besuchen fast alle Kinder (98 %) im Jahr vor der Einschulung eine Kindertageseinrichtung, darunter wurden 4 % aufgrund ihres Gesundheits- bzw. Entwicklungszustandes integrativ oder heilpädagogisch betreut. Kinder, die vor ihrer Einschulung von einer Tagesmutter betreut wurden, sind nach wie vor die Ausnahme (weniger als 1 %). Der Anteil der Schulanfänger, der im Jahr vor der Einschulung ausschließlich zu Hause betreut wurde, hat sich seit 2005 von 6 % kontinuierlich auf aktuell 1,8 % vermindert.

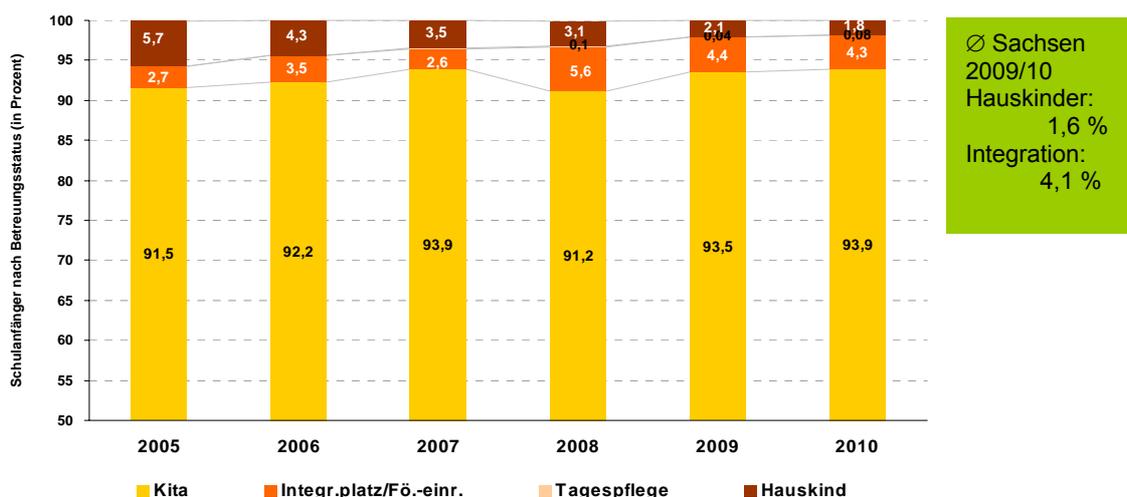


Abb. 21: Schulanfänger nach Betreuungsstatus zum Untersuchungszeitpunkt Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2005 bis 2010

Fazit

- Nahezu alle Kinder besuchen im Jahr vor ihrer Einschulung eine Kindertageseinrichtung. Damit bestehen grundsätzlich für alle Vorschulkinder gute Zugangsvoraussetzungen zu Bildung und Gesundheitsförderung.

3.7 Schulanfänger nach Geschwisterzahl

Zur Schulaufnahmeuntersuchung werden aus datenschutzrechtlichen Gründen in Sachsen keine Sozialdaten zum Kind erhoben. Erfragt wird nur die Zahl der Geschwister. Die Ergebnisse zeigen, dass fast die Hälfte der künftigen Schulanfänger in der traditionellen Zwei-Kind-Familie aufwächst. Knapp ein Drittel der Einschüler sind Einzelkinder, mit minimal sinkender Tendenz. Etwa 8 % der Schulanfänger wächst mit drei und mehr Geschwistern auf.

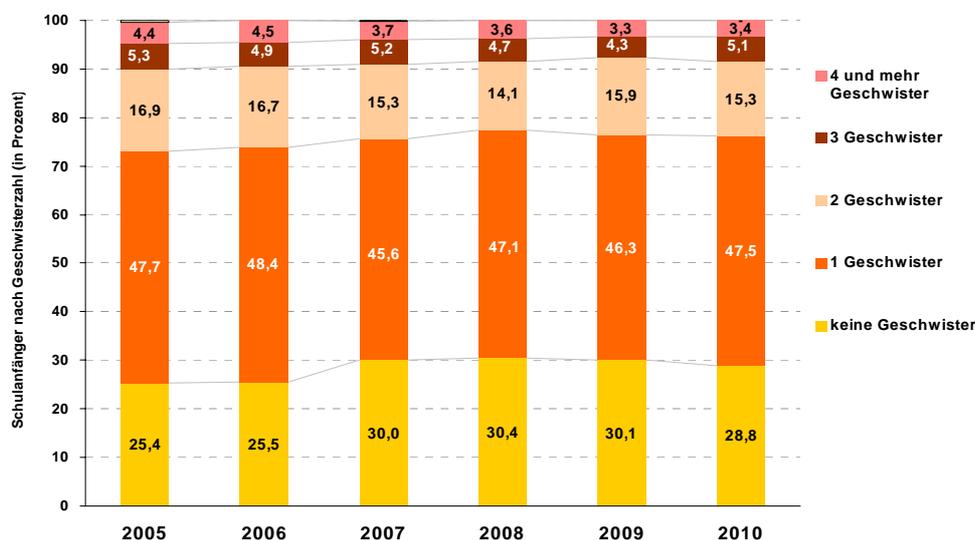


Abb. 22: Schulanfänger nach Zahl ihrer Geschwister zum Untersuchungszeitpunkt Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2005 bis 2010

Fazit

- Mehr als ein Viertel der Schulanfänger hat keine Geschwister, die knappe Hälfte hat ein Geschwisterkind, und ein knappes Viertel hat zwei und mehr Geschwister.

3.8 Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U9

Zur Schulaufnahmeuntersuchung wird – wie zur Kita-Untersuchung – nochmals um Vorlage des gelben Vorsorgeheftes gebeten. Die Inanspruchnahme des Untersuchungsprogramms zur Krankheitsfrüherkennung bei Kindern gibt dem untersuchenden Kinder- und Jugendarzt Hinweise auf bereits bekannte gesundheitliche Beeinträchtigungen. Die dokumentierten Ergebnisse der U-Untersuchungen fließen in die Entwicklungsbewertung des Kindes ein. Fehlende U-Untersuchungen zeigen gegebenenfalls vorhandene Versorgungsbedarfe an.

Positiv anzumerken ist der von 8,5 % auf 4,4 % gesunkene Anteil der Eltern, die zur Schulaufnahmeuntersuchung kein Vorsorgeheft vorlegten. Das ist im Landkreis Zwickau der beste bisher registrierte Wert und besser als der Sachsendurchschnitt (5,2 %).

Abbildung 23 zeigt die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen für die Kinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft. Mit dieser Berechnungsweise werden die Teilnahmeraten leicht überschätzt, da Kinder ohne Nachweisheft die Vorsorgetermine oft nur lückenhaft wahrnahmen. Bekanntermaßen zeigen die Teilnahmeraten der U-Untersuchungen die sinkende Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter. Die Untersuchungen im 1. Lebensjahr (U2 bis U6) werden von nahe allen Kindern wahrgenommen. An der U7 im 2. Lebensjahr nehmen noch 95 % der Kinder teil. Die Inanspruchnahmerate der U8 am Ende des 4. Lebensjahres und der U9 am Anfang des 6. Lebensjahr sinkt aber dann deutlich auf etwa 90 %.

Trotz dieser kritischen Betrachtung sinkender Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen mit zunehmendem Alter des Kindes wurde bei den Schulaufnahmeuntersuchungen 2009/10 registriert, dass die Früherkennungsuntersuchungen U7¹⁸, U8 und U9 häufiger in Anspruch genommen wurden als noch 2004/05. *Abbildung 23* dokumentiert den leichten, aber kontinuierlichen Anstieg der Teilnahmeraten.

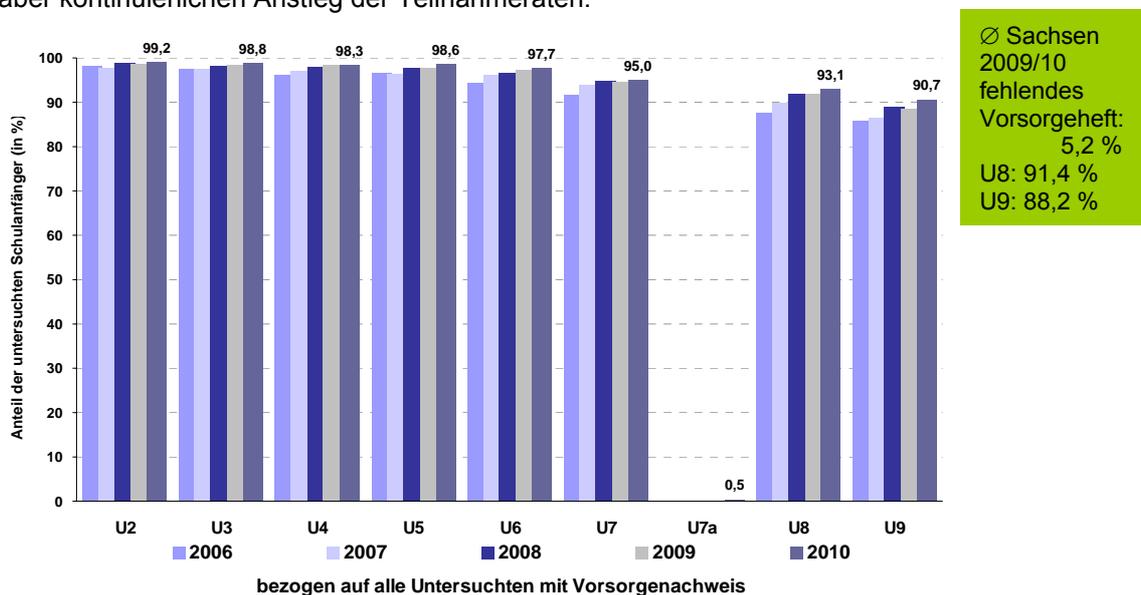


Abb. 23: Schulanfänger nach Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U9 bezogen auf alle Untersuchten mit vorgelegtem Vorsorgeheft Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2006 bis 2010

Die im Landkreis Zwickau festgestellten Teilnahmeraten der U8 und U9 sind besser als die durchschnittlich für Sachsen registrierten Kennzahlen.

Ein kompletter Vorsorgestatus wurde bei 80 % der Schulanfänger registriert, diese Kinder haben an allen Früherkennungsuntersuchungen U2 bis U9 teilgenommen.

Fazit

- Der Vorsorgestatus der Schulanfänger hat sich in den letzten fünf Jahren leicht verbessert und lässt positive Auswirkungen auf eine wirksame Früherkennung von Entwicklungsdefiziten und eine verbesserte Durchimpfungsrate erwarten.
- Im Landkreis Zwickau haben etwa 9 bis 14 % der anspruchsberechtigten Kinder nicht an der wichtigen Früherkennungsuntersuchung U9 teilgenommen.

3.9 Impfstatus der Schulanfänger

Ein vollständiger Impfstatus¹⁹ ist für das zukünftige Schulkind der wirksamste Schutz vor zahlreichen Infektionskrankheiten und deren gefürchteten Komplikationen. Darüber hinaus schützen hohe Impraten die gesamte Klasse bzw. Schule in hohem Maße vor einer Ausbreitung der oftmals gefährlichen Krankheiten. Da Schutzimpfungen freiwillig sind, hängt der Erfolg der präventivmedizinischen Maßnahmen davon ab, wie den Impfpfehlungen seitens der Eltern und auch der Kinderärzte nachgekommen wird.

¹⁸ Die erst 2008 eingeführte Früherkennungsuntersuchung U7a ist für die Schulanfänger bis 2010 noch nicht relevant.

¹⁹ Die Wertung der Vollständigkeit zur Berechnung der Durchimpfungsgrade erfolgt entsprechend Richtlinie der Sächsischen Impfkommision auf der Grundlage vorgelegter Impfnachweise.

Zur Schulaufnahmeuntersuchung wird um Vorlage des Impfbuches gebeten. Werden Impflücken festgestellt, erfolgt eine Impfberatung und entsprechende schriftliche Impfempfehlung.

Folgende Impfungen müssen Kinder am Ende ihres 6. Lebensjahres für einen vollständigen Impfschutz nachweisen:²⁰

- Auffrischimpfung Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten nach Grundimmunisierung
- zweite Masern-Mumps-Röteln-Impfung
- zweite Varizellen-Impfung
- Grundimmunisierung Poliomyelitis (Kinderlähmung), Hib (Haemophilus influenzae Typ b),
- Impfungen gegen Hepatitis A und B, Meningokokken C, Pneumokokken, Rotaviren

Die Vorlage der Impfausweise hat sich in den zurückliegenden Jahren deutlich verbessert, nur noch 5 % der Eltern legten zur Schulaufnahmeuntersuchung 2009/10 kein Impfbuch vor, 2004 waren es noch 10 %.

Wichtig ist, dass es in jedem Schülerjahrgang möglichst wenig ungeimpfte Kinder gibt.

Bei den erst 2004 bzw. 2006 öffentlich empfohlenen Impfungen gegen Varizellen, Hep A, Meningokokken C und Pneumokokken ist die Zahl ungeimpfter Kinder zwar relativ groß, im Zeitverlauf der letzten fünf Jahre zeigt sich aber ein kräftiger Anstieg dieser Impfraten.

In jedem Berichtsjahr werden auch einige Kinder (unter 0,5 %) registriert, die keinerlei Impfschutz haben. Besonders bedenklich ist dies, wenn auch die Tetanus-Impfung fehlt, da es für die Wundstarrkrampf-Erkrankung keinen Kollektivschutz gibt und eine Infektion immer lebensbedrohlich ist.

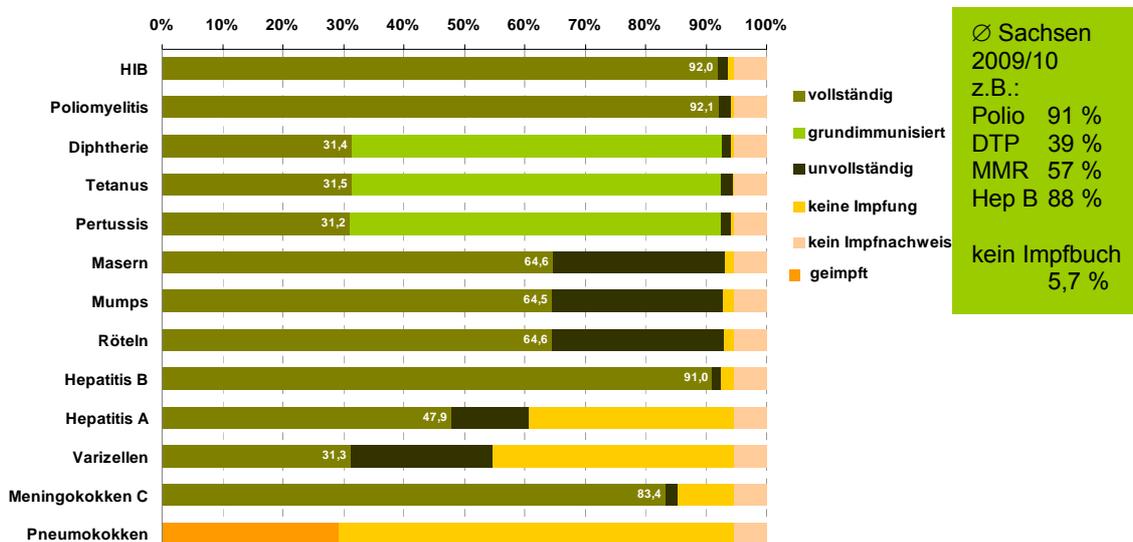


Abb. 24: Impfstatus der untersuchten Schulanfänger Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010

Abbildung 24 zeigt nur für die Impfungen gegen Hib, Poliomyelitis und Hepatitis B zufriedenstellende Ergebnisse. Die Durchimpfungsraten betragen – bezogen auf die Kinder mit vorgelegtem Impfausweis - über 95 %. Bei zwei Drittel der Kinder fehlte zum Zeitpunkt der Schulaufnahmeuntersuchung die Auffrischimpfung gegen Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten. Der Durchimpfungsgrad beträgt hier nur 33 %.

²⁰ Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen, Stand 1. Januar 2011

Auch die Masern-Mumps-Röteln-Impfraten sind mit 68 % unbefriedigend, bei etwa einem Drittel der Kinder fehlt die zweite Impfung.

Ursache der niedrigen Impfraten ist, dass die Kinder zur Schulaufnahmeuntersuchung in der Regel am Anfang ihres sechsten Lebensjahres stehen und noch bis zum 6. Geburtstag Zeit haben, die Auffrischimpfung gegen Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten und die zweite Masern-Mumps-Röteln-Impfung nachzuholen.

Zur Früherkennungsuntersuchung U9 gehört die Vervollständigung des Impfschutzes zum Standardprogramm. *Abbildung 25* verdeutlicht eindrucksvoll den positiven Einfluss der U9 auf die Impfraten, dennoch fehlt auch bei vielen Kindern, die an der U9 teilgenommen hatten, die fünfte Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Auffrischimpfung und die zweite Masern-Mumps-Röteln-Impfung. Ursächlich dafür ist die individuelle Impfplanung der Kinderärzte, die häufig eine Vervollständigung des Impfstatus erst zum Ende des sechsten Lebensjahres vorsieht.

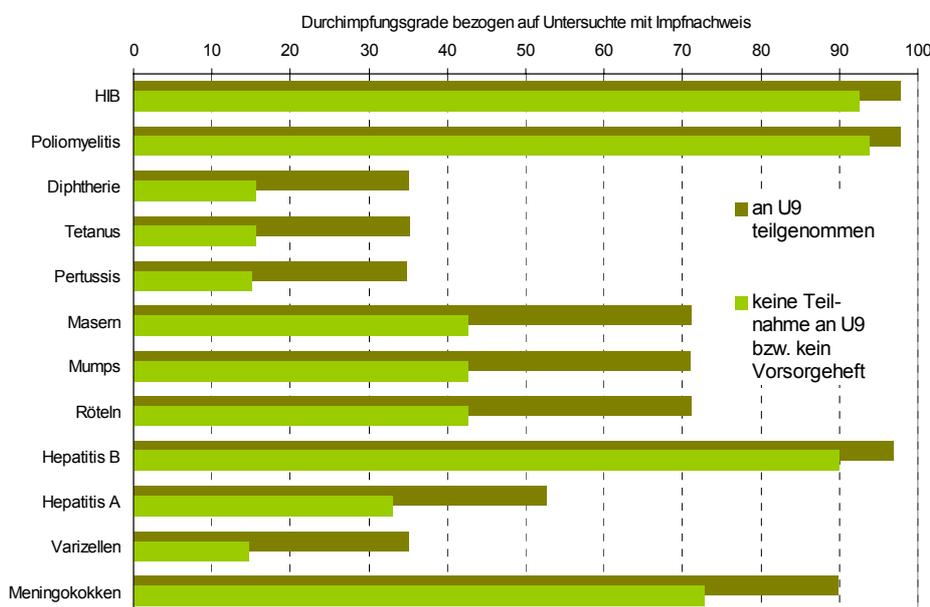


Abb. 25: Durchimpfungsgrad der Schulanfänger nach Teilnahme an der U9 Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010

Die Eltern werden aufgefordert, die fehlenden Impfungen bis zum Schuleintritt ihres Kindes bei ihrem Kinder- oder Hausarzt vervollständigen zu lassen.

Fazit

- Zum Zeitpunkt der Schulaufnahmeuntersuchung fehlt bei zwei Drittel der Kinder die Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Auffrischimpfung.
- Die zweite Masern-Mumps-Röteln-Impfung fehlt bei einem Drittel der untersuchten Schulanfänger.
- Erfreulich ist die Tendenz wachsender Inanspruchnahmeraten der Impfungen gegen Hepatitis A, Varizellen, Meningokokken C und Pneumokokken.
- Fehlende Impfungen sind bis zum Schulbeginn nachzuholen, um sowohl einen guten Individualschutz als auch einen hohen Kollektivschutz der Klasse/Schule vor impfpräventablen Krankheiten zu gewährleisten.

3.10 Aspekte des Gesundheitszustandes der Schulanfänger

Die kinder- und jugendärztliche Beurteilung des Entwicklungsstandes der angehenden Schulanfänger und die Einschätzung des Gesundheitszustandes unter dem besonderen Blickwinkel der Schulfähigkeit sind sowohl für das künftige Schulkind und dessen Eltern als auch für die künftigen Lehrer wichtig, um die Stärken, aber auch die Schwächen des Kindes zu kennen und diese beim Schulstart entsprechend zu berücksichtigen. Die Untersuchung dient aber auch dazu, die Zeit bis zum Schulanfang zu nutzen, um noch notwendige bedarfsgerechte Fördermaßnahmen einzuleiten oder individuelle Förderkonzepte zu entwickeln.

3.10.1 Methodik der Befunderhebung

Zur Schulaufnahmeuntersuchung wird eine umfassende körperliche Untersuchung durchgeführt: in spielerischer Form werden kindliche Entwicklungsbereiche mit anerkannten Testverfahren überprüft und die Eltern werden zur Entwicklung ihres Kindes befragt (Anamnese). Eine wichtige Rolle spielt bei der Untersuchung das „Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen“, kurz S-ENS genannt, das eine normierte Einschätzung des Entwicklungsstandes in folgenden schulrelevanten Teilleistungsbereichen ermöglicht:

- Test zur Sprachkompetenz und auditiven Informationsverarbeitung:
 - Pseudowörter nachsprechen
 - Wörter ergänzen
 - Sätze nachsprechen
- Test zur Artikulation: Prüfung der Spontansprache mittels Sprachtafel oder Bildgeschichte
- Test zur visuellen Wahrnehmung und Informationsverarbeitung: Zuordnen von Bildkarten
- Test zur Einschätzung der Feinmotorik, Auge-Hand-Koordination und Fingergeschicklichkeit: Nachzeichnen vorgegebener Motive und Ergänzung fehlender Linien
- Test der Körperbeherrschung und Bewegungskoordination zum Erkennen von Auffälligkeiten der Grobmotorik: beidbeiniges seitliches Hüpfen

Die Kontrolle der Seh- und Hörfähigkeit erfolgt ähnlich wie bei der Kita-Untersuchung:

- zur Einschätzung des Sehvermögens: H-Test monocular oder Pflügerhaken-Sehtafel
- zum Erkennen von Strabismus (Schielen): Covertest
- zum Erkennen von Beeinträchtigungen des Stereosehens: LANG-Test II
- zur Einschätzung des Hörvermögens: TEOAE-Testsystem oder Siebaudiometrie

Im Ergebnis der Screening-Tests und der körperlichen Untersuchung werden ausgewählte und besonders schulrelevante Befundgruppen entsprechend sachseneinheitlicher Standards dokumentiert und ausgewertet.

3.10.2 Befundhäufigkeiten im Überblick

Im Landkreis Zwickau wurden in jedem Untersuchungsjahr alle zur Einschulung anstehenden Kinder dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst vorgestellt.

Im Untersuchungsjahr 2009/10 wurden 2.609 Einschüler untersucht, 2.550 „reguläre“ und 59 „vorzeitige“ Schulanfänger. Die Kinder waren zum Untersuchungszeitpunkt im Mittel 5 Jahre und 11 Monate alt. Die Geschlechtsverteilung ist nahezu ausgeglichen: 1.335 Jungen

(51 %) und 1.274 Mädchen (49 %). Drei Viertel der untersuchten Schuleingangskinder hatten zwei Jahre zuvor an der Kita-Untersuchung teilgenommen (73,7 %).

Bei 473 (18,1%) der untersuchten Einschüler wurden keinerlei gesundheitliche Einschränkungen bzw. Befundauffälligkeiten festgestellt. Daraus ist jedoch nicht zu schlussfolgern das die meisten Kinder „entwicklungsgestört“ oder „krank“ sind, denn eine ganze Reihe der registrierten Befunde oder Auffälligkeiten sind durch gezielte Förderung, medizinische Maßnahmen oder Hilfsmittel gut zu korrigieren bzw. positiv zu beeinflussen.

Die Rangfolge der im Landkreis Zwickau 2010 registrierten schulrelevanten Befundhäufigkeiten und Entwicklungsstörungen der Schulanfänger ist in *Abbildung 26* dargestellt.

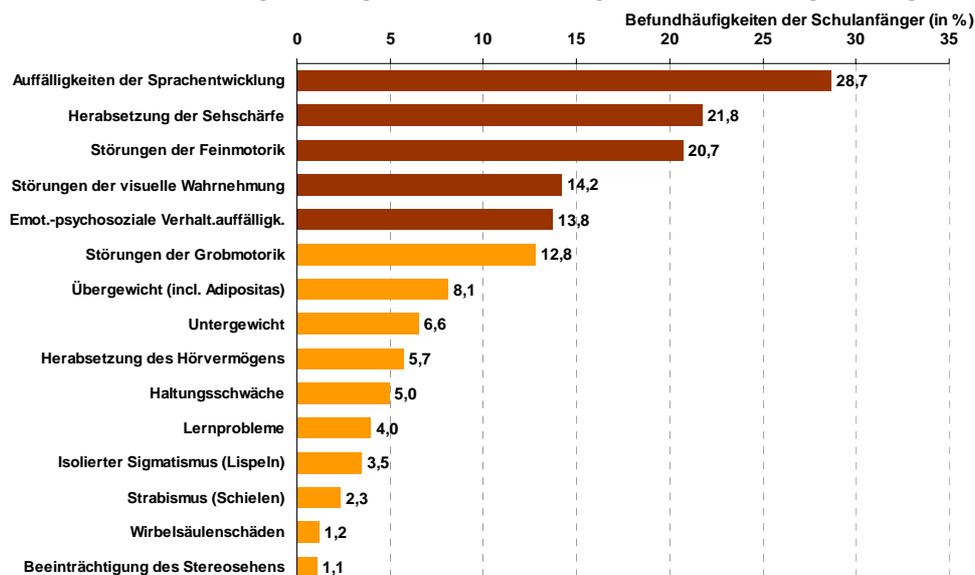


Abb. 26: Befundhäufigkeiten der untersuchten Schulanfänger nach deren Rangfolge (dunkel: die fünf häufigsten schulrelevanten Befunde) Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010

Eine besondere Bedeutung haben im Vorschulalter Defizite in den Bereichen der kognitiven, motorischen, sozialen, emotionalen und sprachlichen Entwicklung, da sie den Übergang zur Schule und die soziale Integration erschweren sowie auch den weiteren Schulerfolg negativ beeinflussen können.

Die *Abbildungen 26 und 27* zeigen, dass Auffälligkeiten der Sprachentwicklung die mit Abstand am häufigsten festgestellte Befundgruppe bei Schulanfängern ist, mehr als ein Viertel (29 %) der Kinder ist betroffen. Beeinträchtigungen des Sehvermögens wurden bei jedem fünften Schulanfänger registriert (22 %). Fast ebenso häufig wurden Auffälligkeiten der Feinmotorik erfasst (21 %). Grobmotorische Auffälligkeiten sind etwas seltener, sie treten bei jedem achten Kind auf (13 %). Bei jedem siebenten Kind wurden Störungen der visuellen Wahrnehmung festgestellt (14 %) und etwa genauso häufig auch emotional-psychosoziale Verhaltensauffälligkeiten (14 %).

Die Beurteilung der Körperkonstitution ergab ebenfalls für einige Kinder kontrollbedürftige Befunde. Bei 8 % der Schulanfänger wurde Übergewicht konstatiert, darunter bei 3 % Adipositas (Fettsucht). Bei 7 % der Einschüler liegt behandlungsbedürftiges Untergewicht vor.

Die Schwere und die Ausprägung der genannten Befunde können sehr unterschiedlich sein und reichen von geringfügigen Normabweichungen bis zu krankhaften und behandlungs-

bedürftigen Störungen. *Abbildung 27* zeigt, dass ein großer Teil der befundauffälligen Kinder bereits adäquate Therapie erhält (Kind in Behandlung). Bei einigen Kindern wird ein Befundverdacht geäußert und ggf. Behandlungsbedarf festgestellt (jugendärztliche Überweisung). Bei geringfügigen oder grenzwertigen Befunden erhalten die Eltern Hinweise zur gezielten vorschulischen Förderung, um die vorhandenen Defizite auszugleichen.

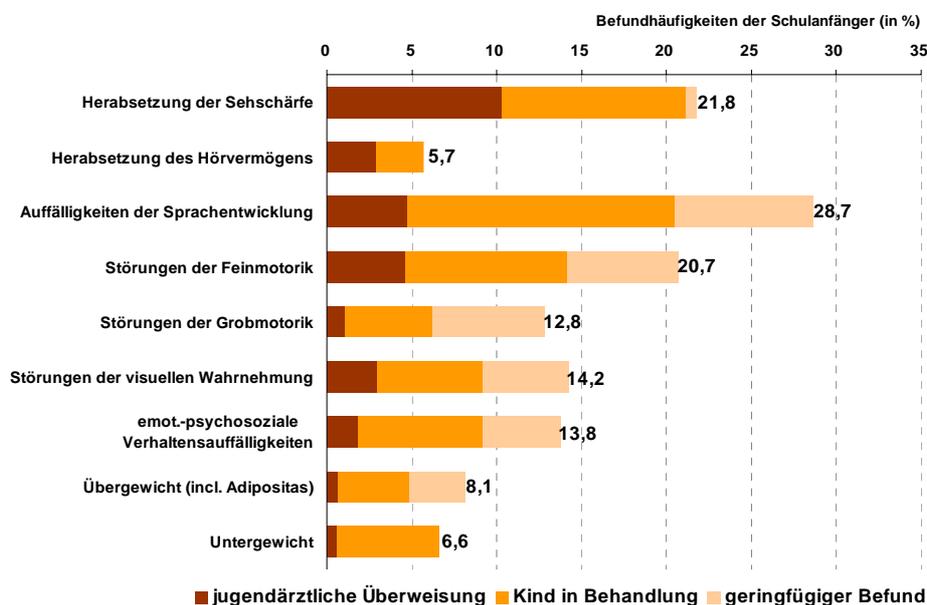


Abb. 27: Häufigkeit schulrelevanter Befunde der Schulanfänger nach Befundausprägung Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010

Werden die Befundhäufigkeiten im Zeitverlauf betrachtet (siehe *Abbildung 28*), so zeigen sich für die letzten drei Einschuljahrgänge keine einheitlichen Trends. Einen deutlichen Rückgang von 5 % gibt es bei Störungen der Feinmotorik. Emotional-psychoziale Verhaltensauffälligkeiten und Übergewicht sanken minimal, alle anderen Befundhäufigkeiten schwanken ohne eindeutige Tendenz.

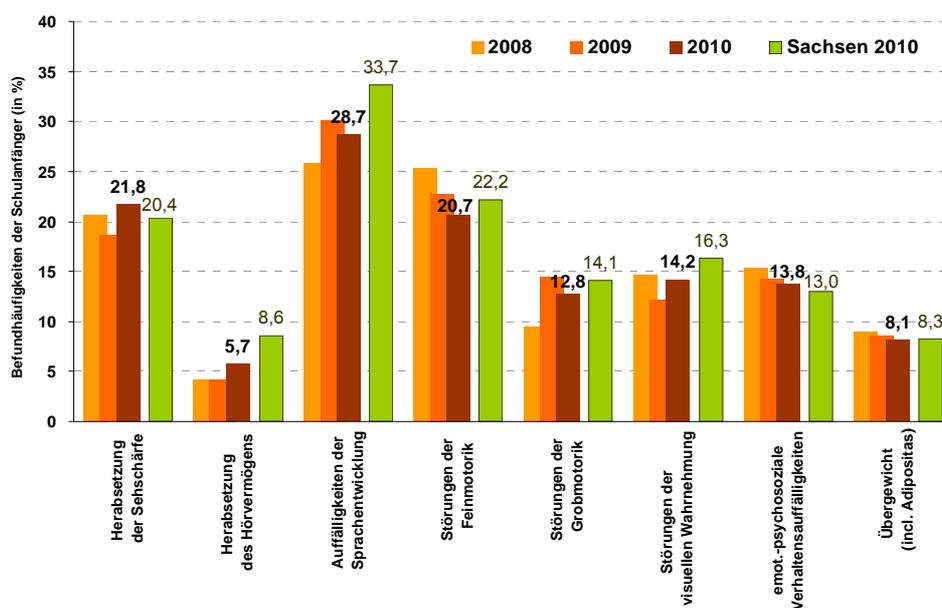


Abb. 28: Häufigkeit schulrelevanter Befunde der Schulanfänger im Zeitverlauf Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010, Vergleich Sachsen 2010

Der Vergleich schulrelevanter Befundhäufigkeiten im Kreis Zwickau mit den Sachsenwerten zeigt einige Gemeinsamkeiten aber auch Unterschiede. Verminderte Sehschärfe wird im Kreis Zwickau häufiger registriert als im Sachsendurchschnitt. Auffällig ist aber, dass alle anderen in *Abbildung 28* dargestellten Befundhäufigkeiten in Sachsen häufiger registriert wurden als in unserem Kreis, besonders bei Sprachauffälligkeiten ist der Unterschied deutlich.

In den *Abschnitten 3.10.4. bis 3.10.10* wird detailliert auf einzelne Befundgruppen, deren Ausprägungen und Bedeutung sowie auf veranlasste Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Einschüler eingegangen. Speziell werden die Befundhäufigkeiten der Schulanfänger mit den Ergebnissen der Kita-Untersuchung zwei Jahre zuvor verglichen, um die Nachhaltigkeit dieser Untersuchung im Kindergartenalter zu überprüfen, deren Effektivität nachzuweisen und Schlussfolgerungen abzuleiten.

Fazit

- **Seit Jahren gehören Sprachentwicklungsstörungen bzw. -auffälligkeiten zu den mit Abstand am häufigsten dokumentierten Befunden bei Schulanfängern. Der Befund wurde im Untersuchungsjahr 2009/10 bei 29 % der Schulanfänger dokumentiert.**
- **Störungen der Feinmotorik - jahrelang auf Rangplatz 2 der Befundhäufigkeiten - haben sich in den letzten Jahren deutlich vermindert und rangieren 2009/10 auf Platz 3 der Rangliste. Feinmotorische Auffälligkeiten wurden 2010 bei etwa jedem fünften Schulanfänger erfasst.**
- **Beeinträchtigungen des Sehvermögens wurde ebenfalls bei etwa jedem fünften Schulanfänger registriert. Die Hälfte dieser Kinder stand zum Untersuchungszeitpunkt noch nicht in adäquater Behandlung und erhielt eine Überweisung zum Augenarzt. Bei keiner anderen Befundgruppe ist die Überweisungsrate derart hoch.**
- **Weitere häufige Befunde der Einschüler mit besonderer Schulrelevanz sind Störungen der visuellen Wahrnehmung, emotional-psychoziale Entwicklungsstörungen sowie Störungen der Grobmotorik. Ein großer Teil der befundauffälligen Kinder erhielt bereits passende Therapie, nur für einen kleineren Teil waren entsprechende Arztüberweisungen und Behandlungsempfehlungen notwendig.**
- **Ein Verdacht auf eine Hörstörung wird bei etwa 5 % der Schulanfänger dokumentiert. Enthalten sind dabei auch Kinder, die im Rahmen eines bestehenden Infektes eine Hörminderung aufwiesen und zur Facharzt-Kontrolle überwiesen werden.**
- **Übergewicht wird bei etwa 8 % der Schulanfänger festgestellt, fast die Hälfte davon leiden an Adipositas (Fettleibigkeit). Da dies nicht nur ein Risikofaktor für weitere schwerwiegende Krankheiten ist sondern auch eine „Last“ für das seelische Wohlbefinden bedeutet, ist der Befund bereits im Vorschulalter zu beachten.**
- **Die Befundhäufigkeiten im Landkreis Zwickau sind mit Ausnahme von Sehleistungsminderungen und emotional-psychozialen Verhaltensauffälligkeiten etwas niedriger als durchschnittlich in Sachsen.**

3.10.3 Geschlechtsspezifik der Befundhäufigkeiten

Bereits bei den Ergebnissen der Kita-Untersuchung wurde auf die deutlich geschlechtsspezifischen Befundhäufigkeiten verwiesen: Jungen sind wesentlich häufiger von Entwicklungsauffälligkeiten in den Kompetenzbereichen Sprache und Motorik betroffen als Mädchen.

Dies bestätigen auch die Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchungen (siehe *Abbildung 29*).

Der größte Unterschied der geschlechtsspezifischen Befunde wird wiederum bei den Sprachentwicklungsauffälligkeiten festgestellt, betroffen sind ein Drittel der untersuchten Jungen, aber „nur“ ein Viertel der Mädchen.

Bei der Einschätzung des Sehvermögens wurde zur Kita-Untersuchung kein Geschlechtsunterschied registriert, dieser ist nun im Einschulalter aber deutlich ausgeprägt. Hier überwiegen allerdings die Mädchen.

In den zur Kita-Untersuchung nicht überprüften Entwicklungsbereichen der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit und des emotional-psychozialen Verhaltens zeigen sich aber wiederum die Jungen deutlich befundauffälliger als die Mädchen.

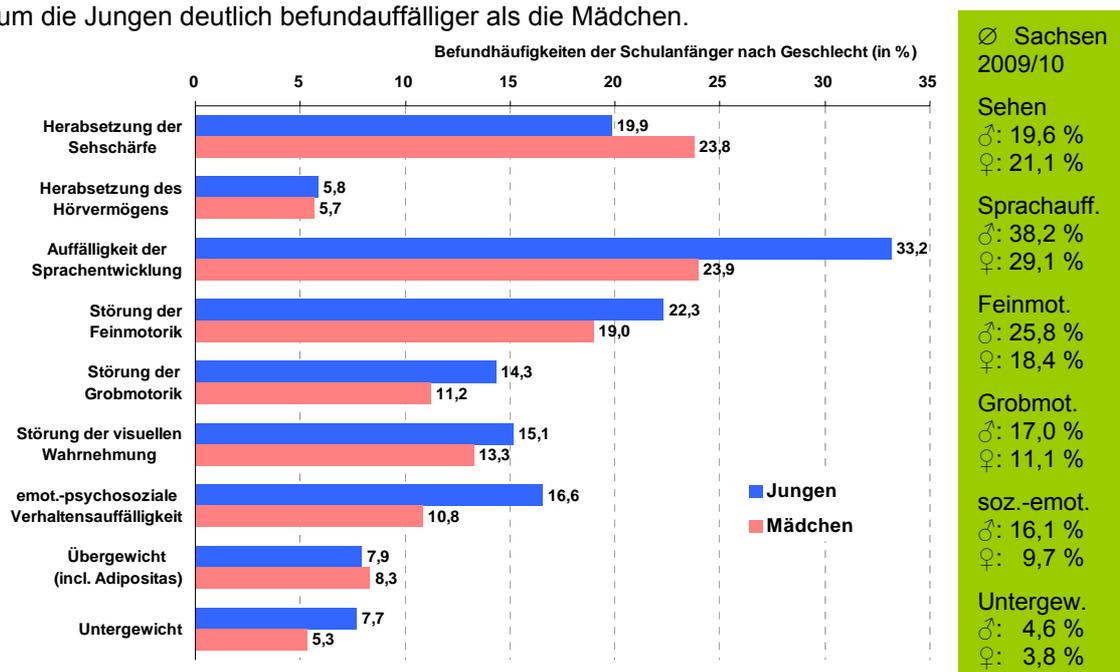


Abb. 29: Häufigkeit schulrelevanter Befunde der Schulanfänger nach Geschlecht Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010

Betrachtet man die geschlechtsspezifischen Einschätzungen der Körperkonstitution der Schulanfänger, so zeigt sich eine typische Verteilung: Jungen sind häufiger untergewichtig als Mädchen, während beim Übergewicht Mädchen leicht überwiegen.

Die Entwicklungsunterschiede zwischen Mädchen und Jungen beruhen sowohl auf genetischen Ursachen als auch auf Einflüssen der Sozialisation und der vor allem weiblich geprägten Erziehung im Vorschulalter. Besonders die Jungen brauchen für ihre Entwicklung geschlechtstypische Vorbilder und Anregungen zur Förderung der motorischen und sprachlichen Entwicklung.

Fazit

- Der Geschlechtervergleich zeigt auch im Einschulalter, dass Jungen deutlich häufiger Entwicklungsdefizite im sprachlichen und motorischen Bereich sowie Verhaltensauffälligkeiten aufweisen als Mädchen.
- Bei Mädchen wurden häufiger Defizite des Sehvermögens festgestellt und auch bei der Gewichtsbeurteilung fiel auf, dass Mädchen etwas häufiger übergewichtig sind als Jungen.
- Jungen benötigen in der Schuleingangsphase besondere Anregung zu feinmotorischer Aktivitäten und zur Kommunikation.

3.10.4 Sprachentwicklungsauffälligkeiten

Bis zum Schulbeginn ist der Spracherwerbsprozess der Kinder zumeist abgeschlossen. „Bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres kann das Kind in korrekten, grammatikalisch einfach strukturierten Sätzen sprechen, über Erlebtes in logisch und zeitlich korrekter Reihenfolge berichten, kleine Geschichten erzählen und nacherzählen, Lieder und Verse lernen und vortragen. Es kann auf kindlichem Niveau abstrahieren und Oberbegriffe bilden. Das Kind spricht in fließendem Redestrom mit fehlerfreier Aussprache.“²¹ Damit sind wichtige kommunikativ-sprachliche Voraussetzungen für einen erfolgreichen Schulstart und den Erwerb der Schriftsprache gegeben.

Im Landkreis Zwickau besitzen rund 70 % der Schulanfänger eine altersentsprechende Sprach- und Sprechfähigkeit. Aber bei fast 30 % der Zwickauer Schulanfänger wurden 2010 Defizite beim S-ENS-Sprachtest zur Überprüfung der Sprachkompetenz und auditiven Informationsverarbeitung bzw. der Artikulation festgestellt.

Die Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchungen zeigen, dass etwa 8 % der Schulanfänger im Landkreis Zwickau geringfügige Sprachentwicklungsauffälligkeiten haben, die mit pädagogischer Sprachanregungen und verstärkten Kommunikationsangeboten positiv beeinflusst werden können. Bei 21 % der Kinder wurden jedoch Befunde registriert, die therapiebedürftig sind. Von diesen Kindern standen drei Viertel bereits in logopädischer Behandlung, für ein Viertel wurde entsprechende Therapie empfohlen und zum Kinderarzt überwiesen.

In der Regel sollten sich fünfjährige sprachauffällige Kinder in adäquater Förderung oder Therapie befinden. Wenn eine bisher unbehandelte Sprachentwicklungsstörung erst zur Schulaufnahmeuntersuchung erkannt wird, ist wertvolle Zeit zur Sprachheilbehandlung bereits verstrichen. Deshalb werden im Folgenden die Befundhäufigkeiten zu registrierten Sprachstörungen der Schulanfänger mit Daten der Kita-Untersuchung abgeglichen.

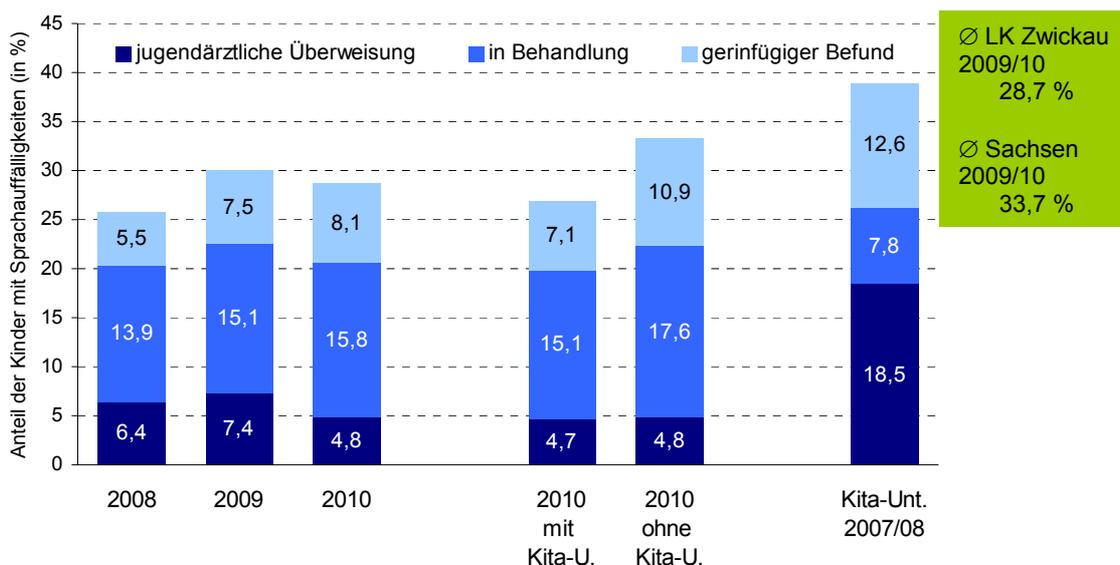


Abb. 30: Anteil der Schulanfänger mit Sprachentwicklungsauffälligkeiten nach Befundstatus, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010
Vergleich der Befundhäufigkeiten nach Inanspruchnahme der Kita-Untersuchung

²¹ Gesundheitsberichterstattung des Freistaates Sachsen: Sprachkompetenz der Vorschulkinder im Freistaat Sachsen 2009

Anschaulich zeigen die Ergebnisse in *Abbildung 30*, dass Schulanfänger ohne Kita-Untersuchungsteilnahme häufiger sprachauffällig sind als Kinder mit in Anspruch genommener Kita-Untersuchung. Besonders groß ist der Unterschied registrierter geringfügiger Befunde.

Der Vergleich der Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchung 2010 mit den Ergebnissen zur Kita-Untersuchung zeigt, dass der Anteil der in logopädischer Therapie befindlichen Kinder deutlich angestiegen ist, während der Anteil von Arztüberweisungen wesentlich sank. Dennoch wurde für 5 % der Schulanfänger eine erstmalige bzw. erneute Arztüberweisung zur Diagnostik und Therapieeinleitung ausgesprochen.

Werden die Sprachbefundhäufigkeiten nach dem Wohnort der Schulanfänger ausgewertet, so offenbaren sich regionale Schwerpunktgebiete mit besonderem Förderbedarf.

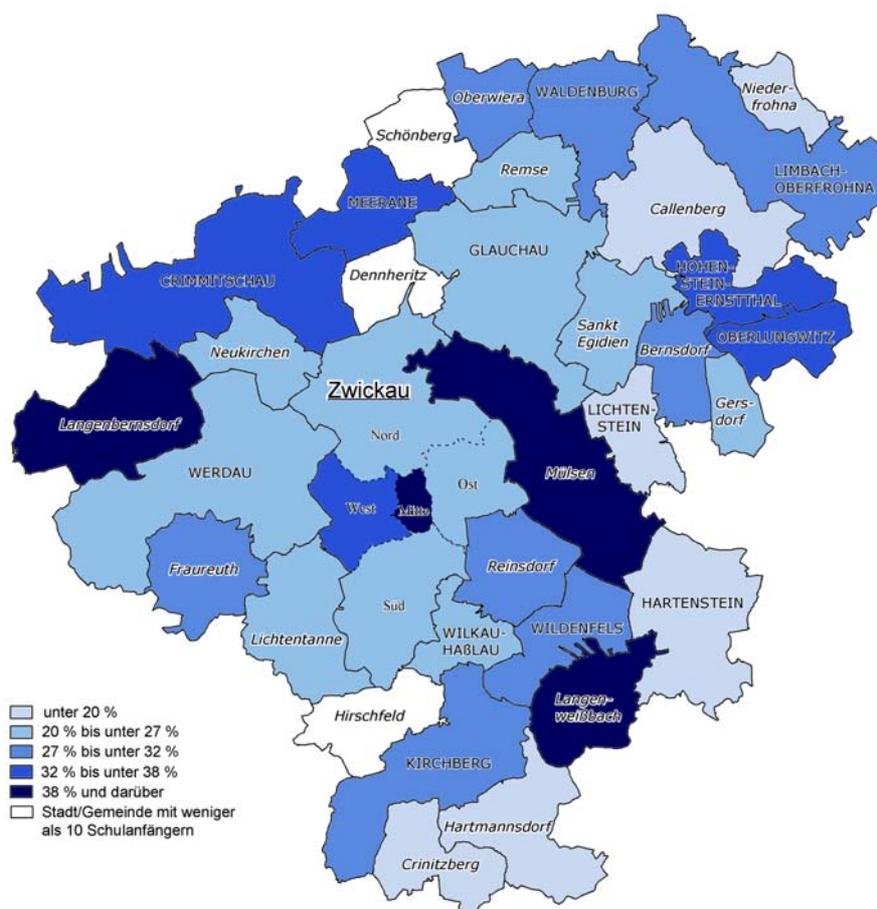


Abb. 31: Befundhäufigkeit von Sprachentwicklungsauffälligkeiten bei Einschülern nach Wohnort in Städten und Gemeinden des Landkreises Zwickau Schulaufnahmeuntersuchung 2010

Die kleinräumige Auswertung der Sprachbefunde zeigt besonderen Förderbedarf für Schulanfänger folgender Orte: Langenweißbach, Mülsen, Zwickauer Stadtbezirk Mitte und Langenbernsdorf. Dort wurden überdurchschnittlich hohe Befundhäufigkeiten festgestellt.

Für Schulanfänger mit schwerwiegenden Sprachentwicklungsstörungen bzw. Sprachbehinderungen kann die kinder- und jugendärztliche Empfehlung zur Einleitung des Feststellungsverfahrens zum sonderpädagogischen Förderbedarf oder – in Ausnahmefällen – auch eine Empfehlung zur Rückstellung vom Schulbesuch bedeutsam für einen „maßgeschneiderten“ Beginn der Schullaufbahn sein. Weitere Ausführungen im *Abschnitt 3.12*.

Fazit

- Mehr als die Hälfte der sprachentwicklungsauffälligen Kinder steht zum Zeitpunkt der Untersuchung in entsprechender Therapie, dieser Anteil ist gestiegen. Gesunken ist der Anteil der Kinder, die wegen eines Verdachtsbefundes zum Arzt überwiesen wurden. Diese positive Entwicklung ist auch auf die Aktivitäten im Rahmen der Kita-Untersuchung zurückzuführen: Kinder mit Sprachentwicklungsauffälligkeiten werden frühzeitiger erfasst.
- Der Anteil der Schulanfänger mit geringfügigen bzw. grenzwertigen Sprachauffälligkeiten liegt bei ca. 8 % und ist in den letzten Jahren gestiegen. Diese Kinder brauchen erhöhte Aufmerksamkeit und sprachliche Anregung in Familie und Kita, damit bis zum Schulanfang die sprachlichen Defizite ausgeglichen sind.
- Sprachauffälligkeiten und -störungen bei Schulanfängern werden seit Jahren im Landkreis Zwickau etwas seltener registriert als durchschnittlich in Sachsen.

3.10.5 Motorische Entwicklungsauffälligkeiten

Die motorische Entwicklung im Vorschulalter ist von der Vervollkommnung der vielfältiger Bewegungsformen und Bewegungskombinationen geprägt. Die bis zur Einschulung erworbenen motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten sind die Grundlage für eine erfolgreiche Bewältigung späterer schulischer Anforderungen.

Im Vorschulalter fallen Kinder mit Entwicklungsstörungen der Motorik als ungeschickt, plump und unbeholfen auf. Schwierigkeiten beim Anziehen, Malen und Basteln zeigen Defizite der Feinmotorik. Probleme beim Hüpfen und Balancieren deuten auf Auffälligkeiten der Grobmotorik hin. Während grobmotorische Fähigkeiten insbesondere für den sozio-emotionalen Status und die soziale Integration von Kindern von Bedeutung sind (Ausgrenzung tollpatschiger Kinder), haben feinmotorische Fähigkeiten großen Einfluss auf den Schreiblernprozess. Motorische Störungen stehen auch zur Häufigkeit von Unfällen in enger Beziehung.

Im Landkreis Zwickau wurden im Rahmen der Schulaufnahmeuntersuchungen 2010 bei 20 % der Einschüler Defizite beim S-ENS-Test zur Überprüfung der altersgerechten Entwicklung der Feinmotorik festgestellt.

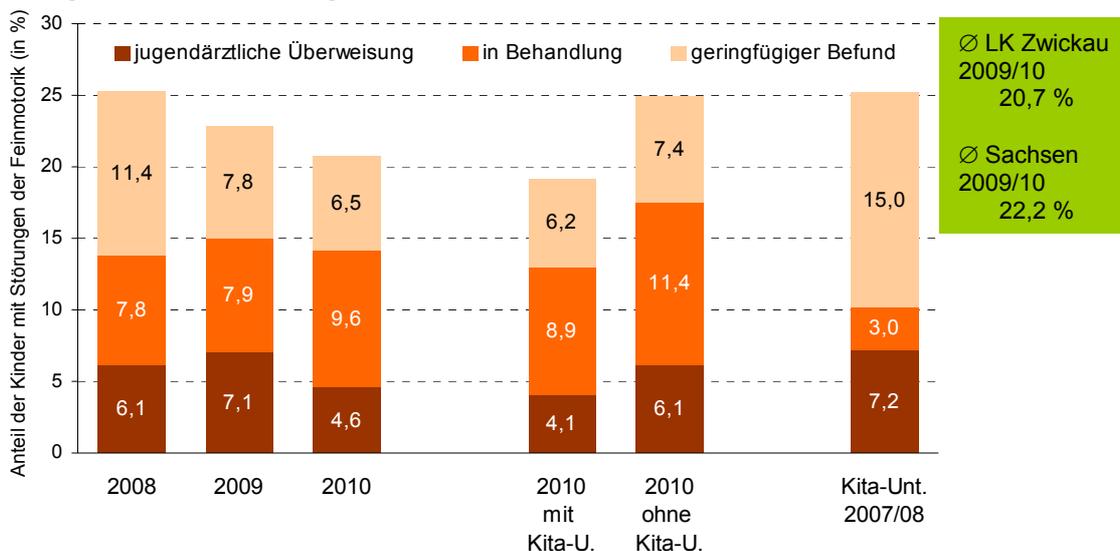


Abb. 32: Anteil der Schulanfänger mit Auffälligkeiten der Feinmotorik nach Befundstatus, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010
Vergleich der Befundhäufigkeiten nach Inanspruchnahme der Kita-Untersuchung

Abbildung 32 zeigt, dass noch vor drei Jahren bei einem Viertel der Schulanfänger Auffälligkeiten der Feinmotorik festgestellt wurden, seither wird ein Rückgang registriert. Besonders die Häufigkeit geringfügiger Befunde, die durch gezielte Bewegungsförderung ausgeglichen werden können, nahm ab. Gesunken ist auch der Anteil Kinder, die aufgrund therapiebedürftiger Befunde zum Arzt überwiesen werden. Damit zeigt sich, dass befundauffällige Kinder 2010 häufiger bereits in adäquater Behandlung bzw. Therapie standen als noch 2008.

Vergleicht man die Häufigkeiten feinmotorischer Auffälligkeiten der Schulanfänger, die an der Kita-Untersuchung teilgenommen hatten, mit denen ohne Kita-Untersuchung, so wird der positive Effekt der Kita-Untersuchung deutlich: Kinder ohne Kita-Untersuchung weisen bei allen Befundaussprägungen höhere Werte auf.

Die im Landkreis Zwickau 2010 registrierte Befundhäufigkeit feinmotorischer Auffälligkeiten entspricht mit 21 % etwa der durchschnittlich für Sachsen ermittelten Häufigkeit (22 %).

Grobmotorische Auffälligkeiten bei Schulanfängern treten etwas seltener auf als Störungen der Feinmotorik. Im Landkreis Zwickau wurden 2010 bei 13 % der Einschüler Defizite beim S-ENS-Test zur Überprüfung der Grobmotorik festgestellt.

Abbildung 33 veranschaulicht, dass die Hälfte der bei Schulanfängern registrierten Befunde der Grobmotorik sogenannte Minimalbefunde sind. Bei guter Bewegungsförderung können diese Kinder die Defizite auch ohne medizinische Therapie aufholen.

Befundauffällige Kinder mit therapiebedürftigen Störungen der Grobmotorik waren zum Zeitpunkt der Schulaufnahmeuntersuchung in der Regel bereits in entsprechender Behandlung. 1 % der untersuchten Einschüler erhielt eine Überweisung zum behandelnden Arzt, um Behandlung oder Therapie einzuleiten.

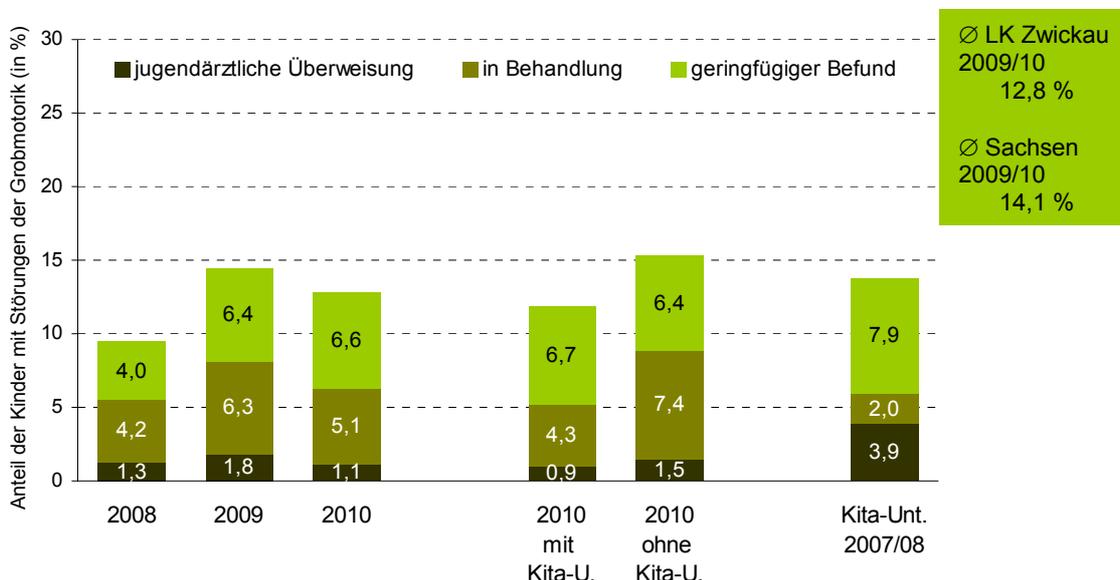


Abb. 33: Anteil der Schulanfänger mit Auffälligkeiten der Grobmotorik nach Befundstatus, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010 Vergleich der Befundhäufigkeiten nach Inanspruchnahme der Kita-Untersuchung

Auch bei der Beurteilung der Grobmotorik fallen die Kinder ohne Kita-Untersuchung gegenüber Kindern mit Kita-Untersuchung durch höhere Befundhäufigkeiten auf.

Die im Landkreis Zwickau 2010 registrierte Häufigkeit grobmotorischer Auffälligkeiten entspricht mit 13 % etwa der durchschnittlich für Sachsen ermittelten Häufigkeit (14 %).

Kleinräumige Datenauswertungen der Schulaufnahmeuntersuchungen 2010 nach Wohnort des Kindes zeigen, dass die Motorikbefunde in den Städten und Gemeinden des Landkreises Zwickau erheblich differieren.

Dabei ist aber zu beachten, dass die regionalen Befundverteilungen von Jahr zu Jahr unterschiedlich ausfallen können. Schuld daran sind „zufällige“ Befundhäufungen, die in kleineren Untersuchungsgruppen zu hohen Befundhäufigkeiten führen. Um solche „Fehler“ zu minimieren, werden in den folgenden Darstellungen nur Wohnorte mit mindestens zehn untersuchten Schulanfängern dargestellt.

Aus den *Abbildungen 34 und 35* können regionale Schwerpunkte der Gesundheitsförderung abgeleitet werden.

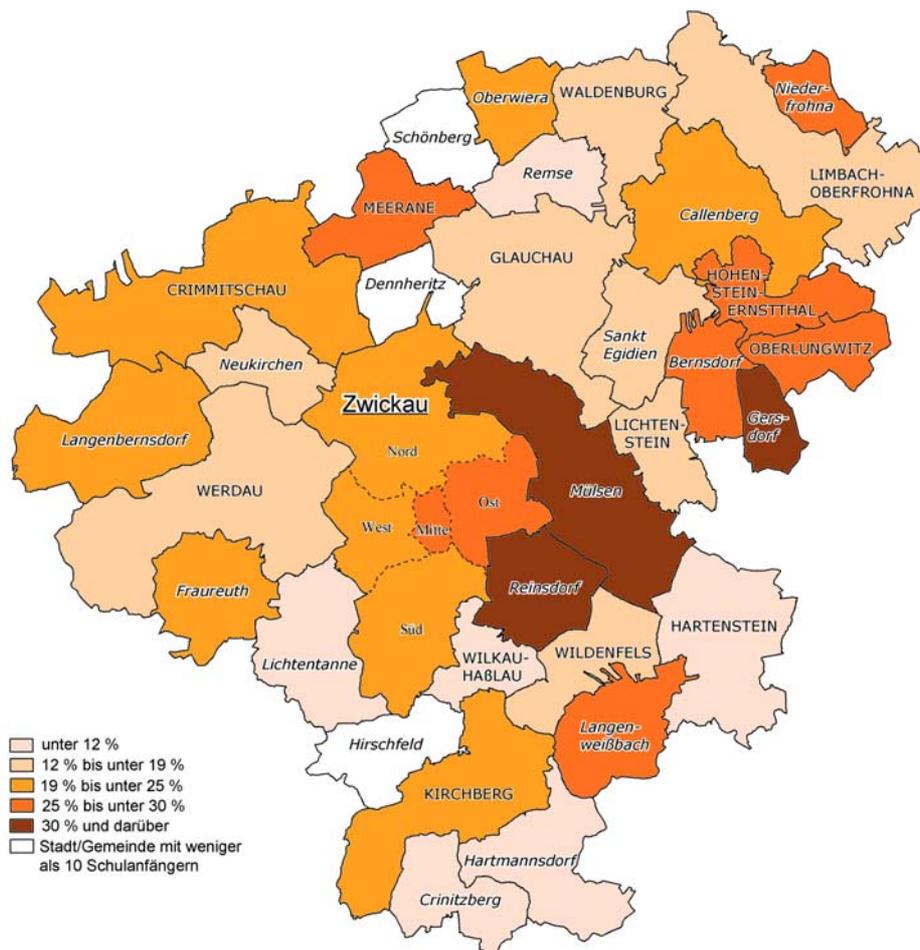


Abb. 34: *Befundhäufigkeit von Auffälligkeiten der Feinmotorik bei Einschülern nach Wohnort in Städten und Gemeinden des Landkreises Zwickau Schulaufnahmeuntersuchung 2010*

Besonderen Handlungsbedarf zur Förderung der Feinmotorik gibt es für Schulanfänger in den Gemeinden Gersdorf, Mülsen und Reinsdorf, dort traten die höchsten Häufigkeiten feinmotorischer Befunde auf.

Defizite der Grobmotorik wurden am häufigsten bei Einschülern aus den Gemeinden Langenweißbach, Crinitzberg und Mülsen festgestellt. In diesen Orten ist besonderer Bedarf an Fördermaßnahmen zur Verbesserung der Grobmotorik angezeigt. (siehe *Abbildung 35*)

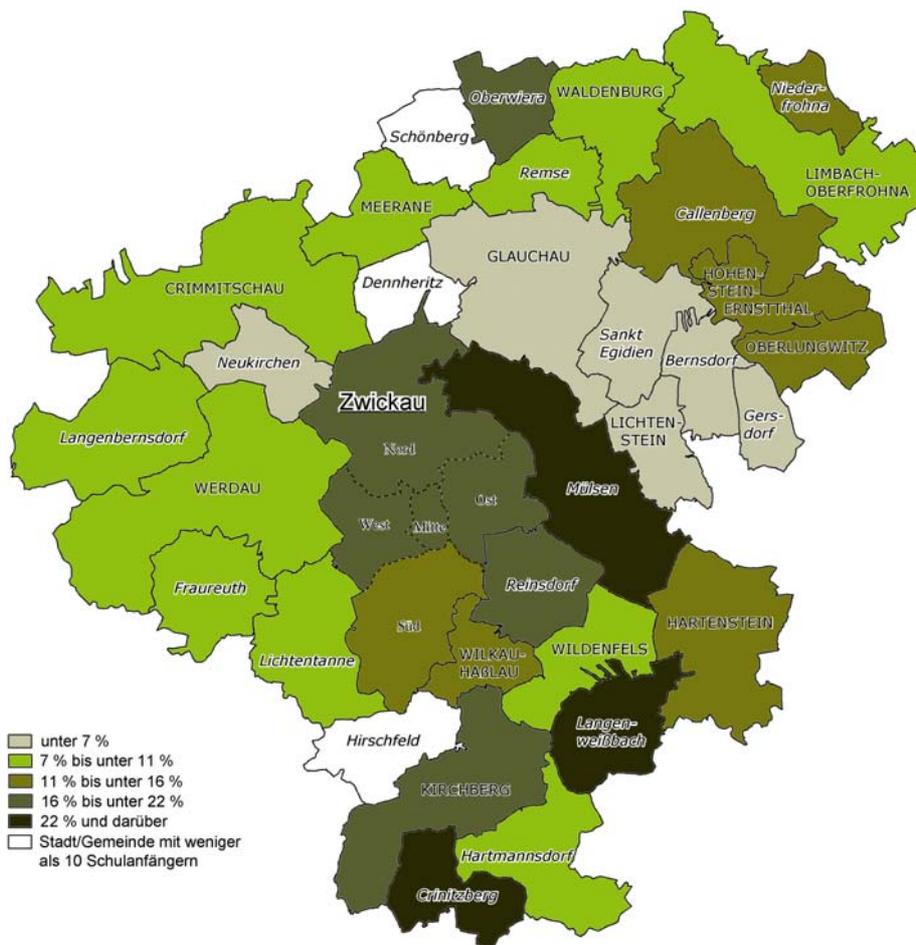


Abb. 35: Befundhäufigkeit von Auffälligkeiten der Grobmotorik bei Einschülern nach Wohnort in Städten und Gemeinden des Landkreises Zwickau Schulaufnahmeuntersuchung 2010

Fazit

- Wie zur Kita-Untersuchung bei den Vierjährigen, sind auch im Einschulalter feinmotorische Auffälligkeiten bzw. Störungen häufiger als grobmotorische. Bei 21 % der Schulanfänger wurden Auffälligkeiten der Feinmotorik registriert, 13 % wiesen Auffälligkeiten der Grobmotorik auf. Die im Landkreis Zwickau registrierten Befundhäufigkeiten entsprechen den sächsischen Durchschnittswerten.
- Feinmotorische Auffälligkeiten bei Einschülern haben sich in den letzten drei Jahren um 5 % vermindert, während grobmotorische Defizite leicht angestiegen sind.
- Bei der Schulaufnahmeuntersuchung wurden im Rahmen des Motoriktests eine ganze Reihe von Normabweichungen gefunden, die im grenzwertigen Bereich liegen und mit verstärkter Bewegungsförderung positiv beeinflusst werden können. Dies betrifft bei der Feinmotorik ca. ein Drittel der registrierten befundauffälligen Kinder und bei der Grobmotorik sogar die Hälfte.
- Kinder mit motorischen Störungen befanden sich im letzten Untersuchungsjahr etwas häufiger bereits in adäquater medizinischer Behandlung als in den Jahren zuvor. Dies wird dem positiven Effekt verbesserter Früherkennung motorischer Entwicklungsauffälligkeiten durch die Kita-Untersuchung zugeschrieben.
- Die Häufigkeiten der Motorikbefunde im Landkreis Zwickau liegen minimal unter den sächsischen Durchschnittswerten.

3.10.6 Seh- und Hörstörungen

Für die optimale Entwicklung des Sehens und Hörens sind die ersten Lebensjahre von besonderer Bedeutung. Unerkannt bleibende Seh- und Hörstörungen im Vorschulalter können die Entwicklung des Kindes erheblich gefährden und Folgeschäden verursachen.

Die Erkennung einer Sehschwäche vor der Einschulung ist sehr wichtig, da eine unerkannte oder nicht ausreichend behandelte Sehstörung das Konzentrationsvermögen und damit das Lernverhalten beeinträchtigen kann, was wiederum zu Defiziten der schulischen Entwicklung und zu einer falschen Beurteilung der Leistungsfähigkeit führt. Eine unbehandelte Sehschwäche wirkt sich aber auch auf das Unfallrisiko beim Sport und auf dem Schulweg aus und gefährdet die Sicherheit der Kinder im Straßenverkehr.

Mehr als drei Viertel der untersuchten Schulanfänger absolvierten den Sehtest ohne Einschränkungen, für rund ein Viertel wurde jedoch ein vermindertes Sehvermögen registriert. Dabei war nur bei etwa der Hälfte der befundauffälligen Kinder die Sehschwäche zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits bekannt. Diese Kinder befanden sich in augenärztlicher Kontrolle oder hatten bereits eine Brille, die den Sehfehler gut korrigiert. Bei 10 % der Untersuchten ergab der Sehtest den Verdacht auf eine verminderte Sehleistung oder es wurde festgestellt, dass diese nicht optimal korrigiert war. Die Kinder erhielten zur Befundabklärung eine Überweisung zum Augenarzt.

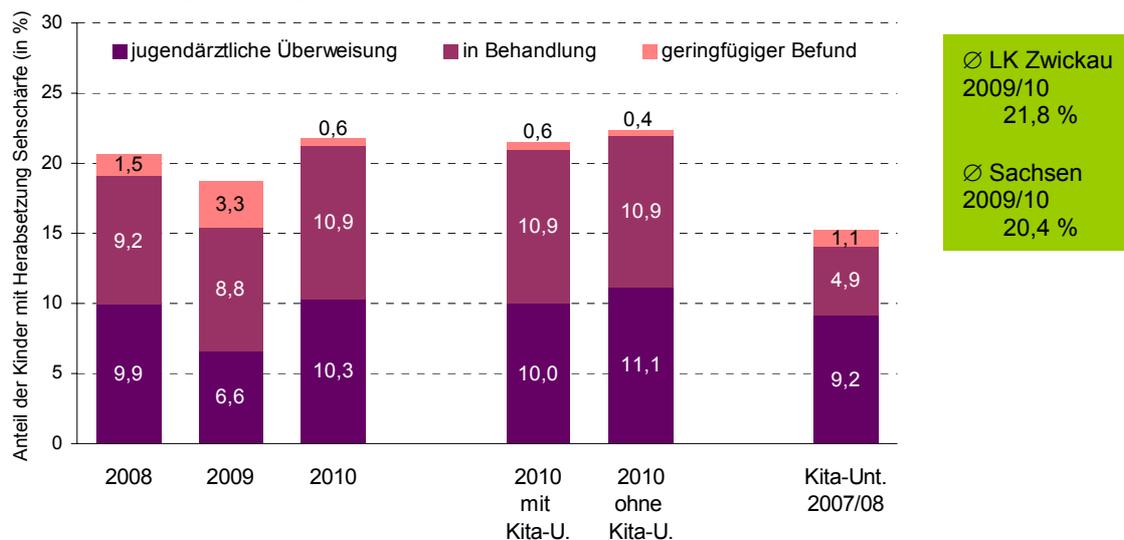


Abb. 36: Anteil der Schulanfänger mit Auffälligkeiten des Sehvermögens nach Befundstatus, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010
Vergleich der Befundhäufigkeiten nach Inanspruchnahme der Kita-Untersuchung

Vergleicht man die Häufigkeiten von Sehstörungen der Schulanfänger mit und ohne Kita-Untersuchungsteilnahme, so wird dabei zwar auch ein Unterschied registriert, der ist aber minimal. Stellt man jedoch die Befundhäufigkeiten der Schulanfänger denen der Kita-Untersuchung gegenüber, so ist ein deutlicher Anstieg von Sehleistungsminderungen im Altersgang zu erkennen. Auffällig ist besonders der deutlich größere Anteil der in augenärztlicher Behandlung befindlichen Schulanfänger im Vergleich zu den Kita-Kindern.

Die im Landkreis Zwickau registrierten Häufigkeiten einer Sehschwäche bei Schulanfänger liegen seit Jahren leicht über den entsprechenden Sachsendurchschnittswerten. Im Rahmen der Qualitätssicherung ist dieser Fakt zu überprüfen.

Hörstörungen sollten spätestens bis zum vierten Lebensjahr abgeklärt sein. Im Rahmen der Schulaufnahmeuntersuchung zeigen sich aber noch Verdachtsfälle, die vor Schulbeginn überprüft werden müssen, um ggf. beeinträchtigende Hörminderungen zu behandeln.

Im Landkreis Zwickau haben rund 95 % der Einschüler ein intaktes Hörvermögen. Etwa 5 % der Kinder wiesen Auffälligkeiten beim Hörtest auf.

Bei der Hälfte der beim Hörtest auffälligen Kinder war die Hörstörung bekannt, die Kinder befanden sich in fachärztlicher Behandlung. Die andere Hälfte befundauffälliger Kinder erhielt eine Überweisung zum Hals-Nasen-Ohrenarzt, um den Testbefund abzuklären.

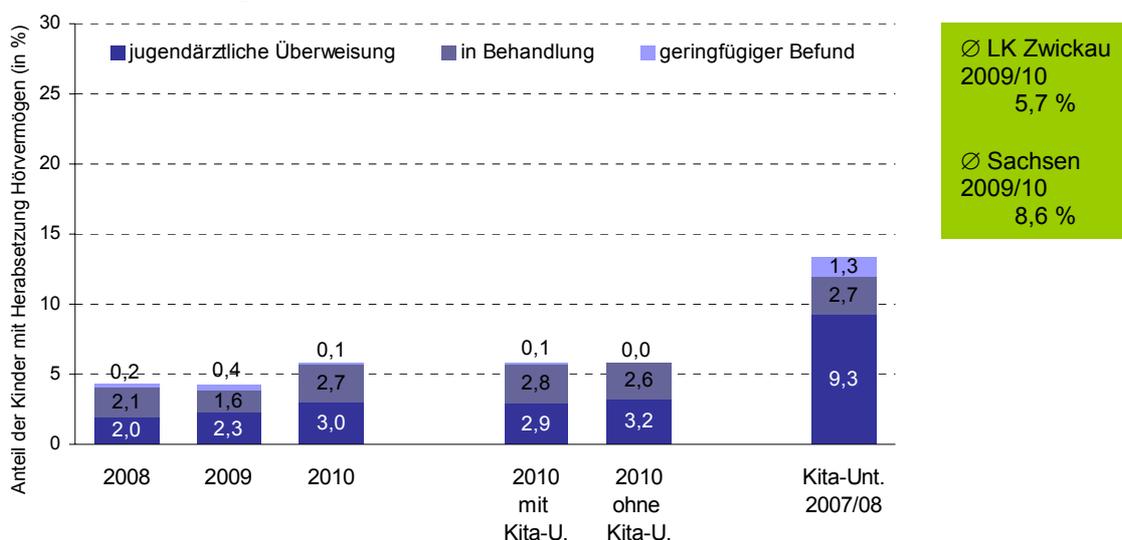


Abb. 37: Anteil der Schulanfänger mit Auffälligkeiten des Hörvermögens nach Befundstatus, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010. Vergleich der Befundhäufigkeiten nach Inanspruchnahme der Kita-Untersuchung

Auffälligkeiten des Hörvermögens werden teilweise auch im Rahmen eines grippalen Infektes registriert. Diese Verdachtsbefunde bedürfen ebenfalls der fachärztlichen Kontrolle, um bleibende Hörstörungen zu vermeiden.

Der Häufigkeitsvergleich der Auffälligkeiten des Hörvermögens bei Schulanfängern mit und ohne Kita-Untersuchungsteilnahme zeigt kaum Unterschiede. Bei Kindern mit Kita-Untersuchung ist der Anteil der bereits in Behandlung befindlichen Kindern minimal höher und der Anteil der Arztüberweisung geringfügig niedriger.

Vergleicht man die Häufigkeiten auffälliger Hörbefunde der Schulanfänger mit denen der Kita-Untersuchung, so zeigen sich deutlich geringere Werte im Altersgang. Allerdings zeigen sich diese geringeren Werte nur beim Anteil der Arztüberweisungen, der Häufigkeitsanteil von 2,7 % der in Behandlung befindlichen Kinder ist völlig gleich. Dies ist als Hinweis zu werten, dass Kinder mit Defiziten des Hörvermögens frühzeitig erkannt worden sind und sich in entsprechender Behandlung befinden. Ursache der hohen Rate der Arztüberweisungen zur Kita-Untersuchung ist die höhere Infekthäufigkeit im Vorschulalter und die damit verbundene höhere Rate der Überweisungen zur Abklärung der Verdachtsfälle.

Die im Landkreis Zwickau registrierten Häufigkeiten von Hörstörungen bei Schulanfänger liegen seit Jahren deutlich unter den entsprechenden Sachsendurchschnittswerten, besonders die Häufigkeit von Arztüberweisungen ist in Sachsen höher als im Landkreis Zwickau.

Fazit

- 5 % der Schulanfänger des Landkreises Zwickau zeigen Symptome einer Hörstörung und 22 % weisen Sehleistungsminderungen auf.

- Jeweils die Hälfte der Kinder mit auffälligen Befunden beim Seh- bzw. Hörtest stand in entsprechender fachärztlicher Behandlung, die andere Hälfte der Kinder erhielt eine Arztüberweisung mit der Bitte der Befundabklärung.
- Der Einfluss der Kita-Untersuchung auf die Häufigkeiten von Seh- oder Hörbefunden der Schulanfänger ist gering. Es zeigen sich minimal geringere Arztüberweisungen, wenn die Kinder an der Kita-Untersuchung teilgenommen hatten.

3.10.7 Störungen der visuellen Wahrnehmung

Die visuelle Wahrnehmung entwickelt sich bei Kindern in den ersten beiden Lebensjahren. Im Vorschulalter sollten Kinder über die grundlegenden Fähigkeiten für visuelle Wahrnehmung verfügen, z.B. Farben, Formen und Größen erkennen und differenzieren.

Denkfähigkeit und Wahrnehmungsvermögen sind eng aufeinander bezogen. Störungen der visuellen Wahrnehmung können Lernprobleme und Konzentrationsschwierigkeiten verursachen. Untersuchungen belegen, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Rechenschwäche von Kindern und ihrer visuellen Wahrnehmungsfähigkeit gibt.

Bei einem Kind, welches unter Wahrnehmungsstörungen leidet, sind die Sinnesorgane selbst oft nicht beeinträchtigt. Sein Seh- oder Hörvermögen ist in der Regel ebenso gut ausgebildet wie bei anderen Kindern auch.

Im Landkreis Zwickau wurden 2010 bei 14 % der Schulanfänger Auffälligkeiten der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit festgestellt. Bei etwa einem Drittel dieser Kinder waren das geringfügige Auffälligkeiten, die durch Üben und Alltagsspiele aufgeholt werden können. Zwei Drittel der befundauffälligen Kinder zeigen jedoch behandlungsbedürftige Störungen und ein Teil dieser Kinder erhielt bisher noch keine Therapie. Diese Kinder erhielten zur Einschuluntersuchung eine Arztüberweisung, um den Befund abklären zu lassen und ggf. eine Therapie einzuleiten.

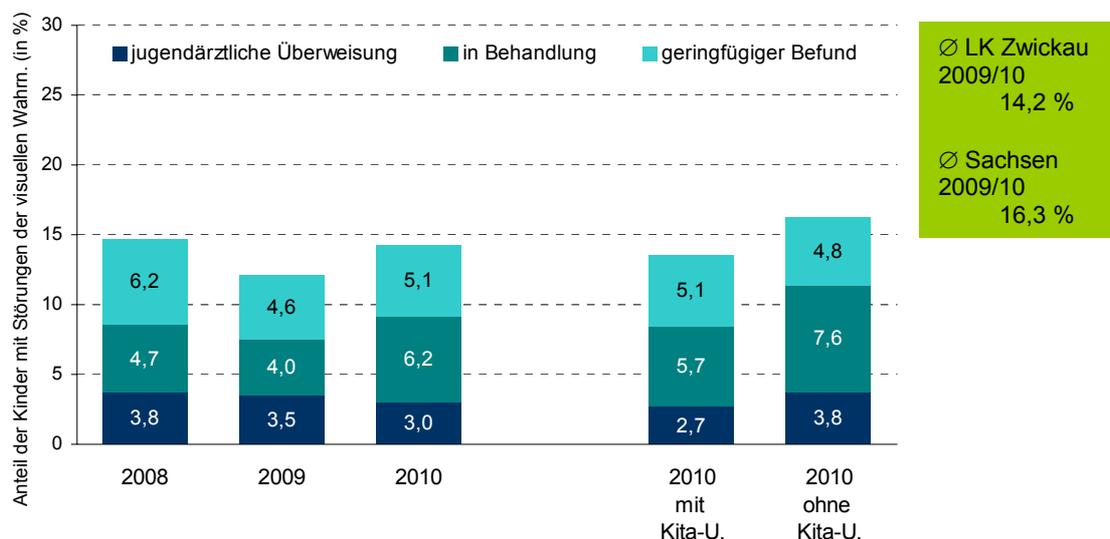


Abb. 38: Anteil der Schulanfänger mit Auffälligkeiten der visuellen Wahrnehmung nach Befundstatus, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010
Vergleich der Befundhäufigkeiten nach Inanspruchnahme der Kita-Untersuchung

Vergleicht man die Häufigkeiten visueller Wahrnehmungsstörungen der Schulanfänger mit und ohne Kita-Untersuchungsteilnahme, so wird ist ein Unterschied erkennbar, der für eine bessere Früherkennung spricht. Schulanfänger, die an der Kita-Untersuchung teilgenommen

hatten, zeigen weniger therapiebedürftige Befunde und die betroffenen Kinder benötigen seltener eine Arztüberweisung.

Die Befundhäufigkeiten visueller Wahrnehmungsstörungen sind bei Schulanfängern im Landkreis Zwickau um 2 % niedriger als in Sachsen insgesamt.

Kleinräumige Datenauswertungen des Jahres 2010 nach Wohnort der Einschüler zeigen auch bei visuellen Wahrnehmungsstörungen erhebliche Befundunterschiede zwischen den Städten und Gemeinden des Landkreis Zwickau. Wiederum ist zu beachten, dass in der *Abbildung 39* nur Daten des Jahres 2010 eingingen und nur Wohnorte mit mindestens zehn untersuchten Schulanfängern dargestellt sind. Die höchsten Befundhäufigkeiten gibt es in Mülsen, Langenweißbach, Langenbernsdorf und Waldenburg.

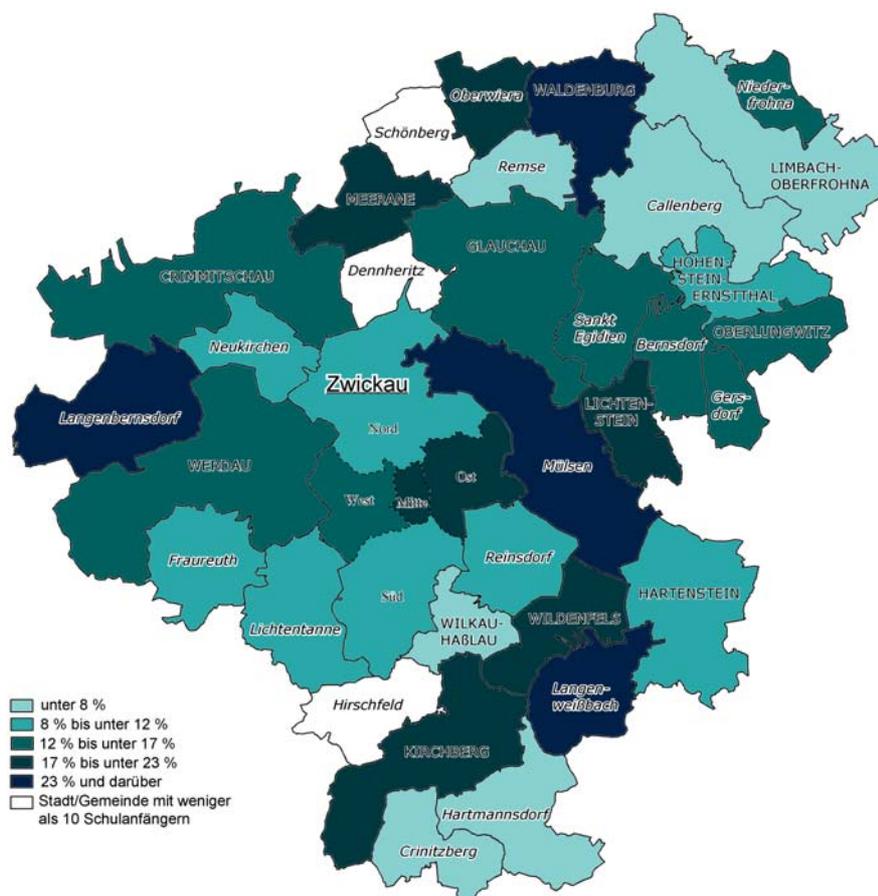


Abb. 39: Befundhäufigkeit von Auffälligkeiten der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit bei Einschülern nach Wohnort in Städten und Gemeinden des Landkreises Zwickau Schulaufnahmeuntersuchung 2010

Fazit

- Visuelle Wahrnehmungsstörungen werden bei etwa 15 % der Schulanfänger registriert. Ein Drittel dieser Befunde sind geringfügig, so dass verstärkte Förderung für diese Kinder erfolgversprechend ist.
- 9 % der Schulanfänger zeigen therapiebedürftige Störungen der visuellen Wahrnehmung. Zwei Drittel dieser Kinder erhalten bereits adäquate Therapie, einem Drittel der Kinder wird eine Arztüberweisung ausgestellt.
- Im Landkreis Zwickau wird eine geringere Häufigkeit visueller Wahrnehmungsstörungen registriert als in Sachsen insgesamt.

3.10.8 Emotional-psychoziale Verhaltensauffälligkeiten

Eine sozial-emotionale Schulbereitschaft zeigt sich in Merkmalen wie Kontakt- und Kooperationsfähigkeit sowie Kritik- und Anpassungsvermögen. Schwere und anhaltende Auffälligkeiten des Verhaltens und Erlebens können eine große Belastung für das Lebensumfeld des Kindes sein und die schulische Entwicklung stark gefährden.

Zu emotional-psychozialen Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern zählen motorische Unruhe, mangelnde Ausdauer, schnelle Ermüdung, übergroße Ängstlichkeit, übertriebene Eifersucht, Distanzlosigkeit, Reizbarkeit, Aggressivität, Einnässen oder Tics.

Zur Schulaufnahmeuntersuchung ist die Abgrenzung vorübergehender und entwicklungsbedingter Verhaltensauffälligkeiten von krankhaften Befunden häufig schwierig. Im Gegensatz zu den vorgenannten Befundgruppen, zu deren Erkennung dem Jugendarzt evaluierte Test bzw. Untersuchungsmethoden zur Verfügung stehen, erfolgt die Erhebung der Befundgruppe „emotional-psychoziale Verhaltensauffälligkeit“ aus der Beobachtung des Kindes während der Untersuchung, aus anamnestischen Angaben der Eltern und gezielter Elternbefragung.

Im Landkreis Zwickau werden seit Jahren bei etwa 14 % der Schulanfänger emotional-psychoziale Verhaltensauffälligkeiten festgestellt. Damit wurden Häufigkeiten leicht über dem Sachsendurchschnitt registriert. Bei etwa 5 % der Schulanfänger zeigen sich geringfügige Auffälligkeiten, die aber dennoch besonders von den Eltern beachtet werden müssen. Liebe und feste Bindungen sind dabei Grundvoraussetzung.

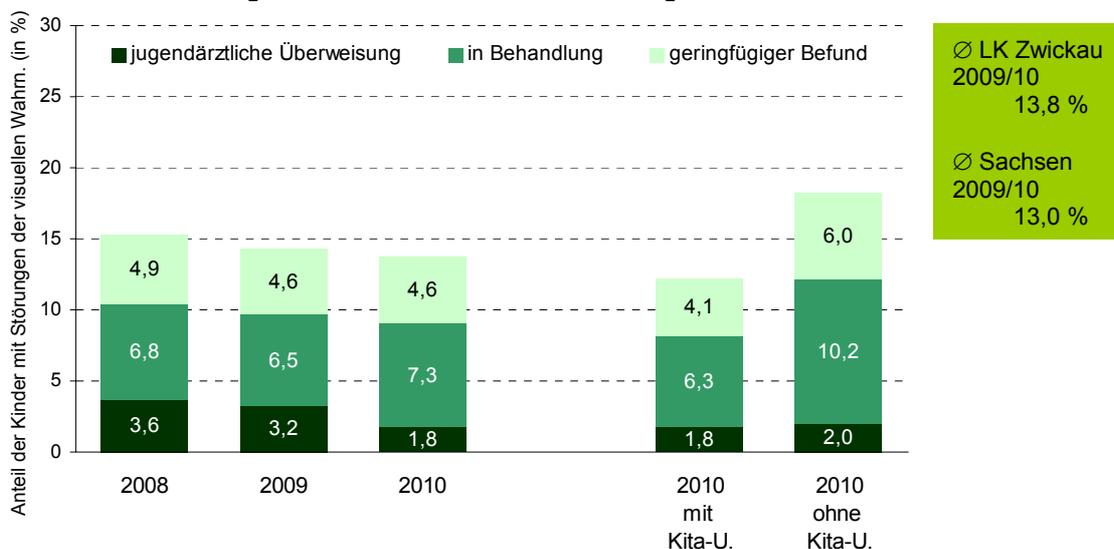


Abb. 40: Anteil der Schulanfänger mit emotional-psychozialen Verhaltensauffälligkeiten nach Befundstatus, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010
Vergleich der Befundhäufigkeiten nach Inanspruchnahme der Kita-Untersuchung

Fazit

- Im Landkreis Zwickau werden bei 14 % der Einschüler emotional-psychoziale Verhaltensauffälligkeiten registriert, der Vergleichswert für Sachsen beträgt 13 %. In der KiGGS-Studie wird der Anteil verhaltensauffälliger Kinder bei Drei- bis Sechsjährigen mit 13,3 % angegeben.
- 7 % der Schulanfänger waren wegen psychosozialen Auffälligkeiten in ärztlicher bzw. psychologischer Behandlung, das ist die Hälfte der befundauffälligen Kinder.
- 2 – 3 % der Untersuchten erhielten eine Überweisung zur Befundabklärung bzw. ggf. zur Einleitung einer Therapie.

3.10.9 Probleme Untergewicht, Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) bilden eines der größten Risiken für Gesundheit und seelisches Wohlergehen der Menschen im 21. Jahrhundert. Die Weltgesundheitsorganisation WHO spricht für Europa von einer Adipositas-Epidemie.

Dies ist besonders bedeutsam für Kinder, da aus übergewichtigen Kindern häufig adipöse Erwachsene werden und das Übergewicht „dicker“ Kinder sprichwörtliche Last in allen Lebensbereichen zu werden droht. Aber auch Untergewicht kann krankhafte Ursachen haben und ggf. auch lebensbedrohliche Ausmaße annehmen. Deshalb werden im Rahmen der Schulaufnahmeuntersuchung die Körpermaße Größe und Gewicht der Kinder kontrolliert.

Ein Vergleich minimaler und maximaler Körpermaße zeigt eindrucksvoll die Variationsbreite von Körpergröße und Gewicht bei Kindern im 6. Lebensjahr.

Tabelle 2 Minimum, Maximum und Mittelwert von Größe und Gewicht der Schulanfänger nach Geschlecht, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010

Geschlecht	Größe			Gewicht		
	Minimum	Mittelwert	Maximum	Minimum	Mittelwert	Maximum
Mädchen	97 cm	117,5 cm	134 cm	10 kg	21,2 kg	41,0 kg
Jungen	96 cm	118,2 cm	138 cm	12 kg	21,5 kg	47,7 kg

Zur Beurteilung der Körperkonstitution wird der so genannte Körpermasseindex (Body-Mass-Index BMI) herangezogen, der auf der Grundlage von Körpergröße und Körpergewicht berechnet wird: $\text{Gewicht in kg} / (\text{Größe in m})^2$.

Anders als bei Erwachsenen können bei Kindern wegen der alters-, und geschlechtsabhängigen Veränderungen der Körpermasse im Verlauf der Entwicklung keine fixen Grenzwerte festgelegt werden. Übergewicht bzw. Untergewicht werden vielmehr auf der Grundlage bestimmter Referenzdaten als BMI-Werte ober- bzw. unterhalb alters- und geschlechtsspezifischer Perzentile definiert. In Sachsen werden entsprechend der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter²² die geschlechtsspezifischen BMI-Perzentil-Kurven nach Kromeyer-Hauschild²³ als Referenzsystem angewandt:

- Untergewicht BMI < 3. Perzentile
- Übergewicht: BMI > 90. Perzentile
- Adipositas: BMI > 97. Perzentile

Im Landkreis Zwickau wurde 2010 bei fast 7 % Schulanfänger Untergewicht festgestellt. 8 % der Kinder wiesen Übergewicht auf, darunter waren 3 % adipöse Kinder.

In der *Abbildung 41* ist erkennbar, dass in den letzten vier Jahren relativ gleichbleibende Häufigkeiten von Übergewicht und Adipositas bei Schulanfängern registriert wurden. Die Häufigkeiten bei untergewichtiger Kinder schwanken dagegen zwischen 4 % und 7 %.

Die im Landkreis Zwickau dokumentierten Befundhäufigkeiten entsprechen bei Adipositas und Übergewicht den Durchschnittswerten von Sachsen. Bei Untergewicht ist die sächsische Befundhäufigkeit von 4,2 % deutlich niedriger als im Landkreis Zwickau und entspricht hier aber dem im Jahr 2009 registrierten Wert.

²² <http://www.a-g-a.de>

²³ Kromeyer-Hauschild, Wabitsch et al.: Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kinder- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben, Monatszeitschrift Kinderheilkunde 2001; Heft 8: 807-818

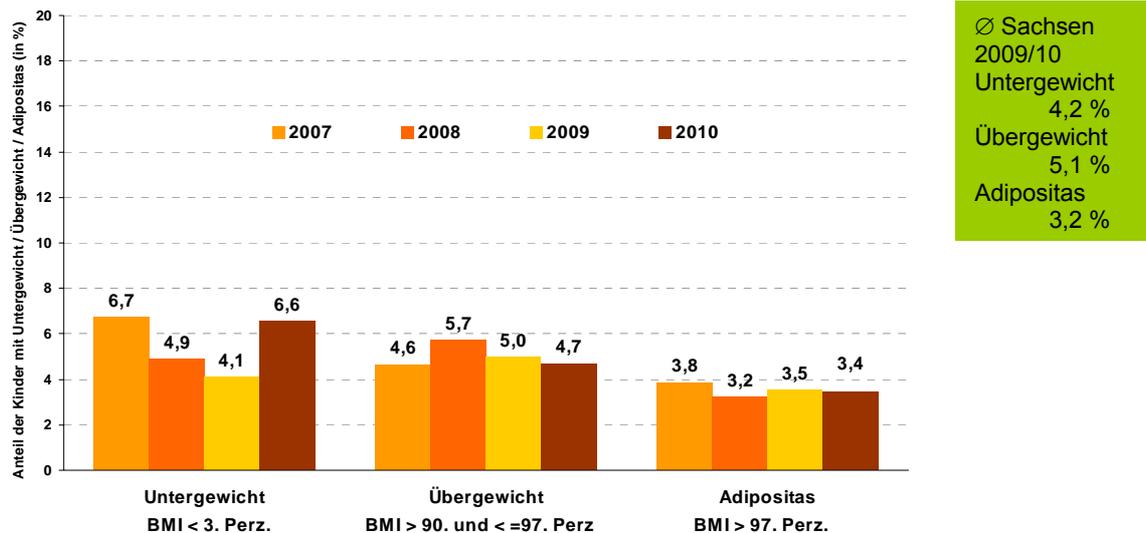


Abb. 41: Anteil der Schulanfänger mit Untergewicht, Übergewicht bzw. Adipositas, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2007 bis 2010

Die Mehrzahl der adipösen bzw. krankhaft untergewichtigen Kinder stand zum Zeitpunkt der Untersuchung in ärztlicher bzw. therapeutischer Behandlung. Allerdings ist der Effekt einer ausschließlich medizinischen Behandlung kritisch zu beurteilen, da die Adipositas-Therapie eines ganzheitlichen Ansatzes bedarf, die das familiäre Umfeld einschließt.

Bei rund zwei Drittel der Fälle übergewichtiger Kinder bestand zum Zeitpunkt der Untersuchung (noch) keine unmittelbare Therapienotwendigkeit. Den Eltern dieser Kinder wird empfohlen, die Gewichtsentwicklung zu beobachten, Lebens- und Ernährungsgewohnheiten zu überprüfen und zu verändern sowie bei Problemen den Haus- bzw. Kinderarzt zu konsultieren. Dies sind zwar keine Maßnahmen, die langfristig Erfolg sichern, sollen aber zumindest ein Problembewusstsein in der Familie schaffen.

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen bei der Gewichtsbeurteilung einen wenig konsistenten Geschlechterunterschied bei Kindern.²⁴ Die Untersuchungsergebnisse des Kreises Zwickau, die in *Tabelle 2* dargestellt sind, zeigen bezüglich Größe und Gewicht minimale Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen, die sich auch bei der geschlechtsspezifischen BMI-Beurteilung nachweisen lassen.

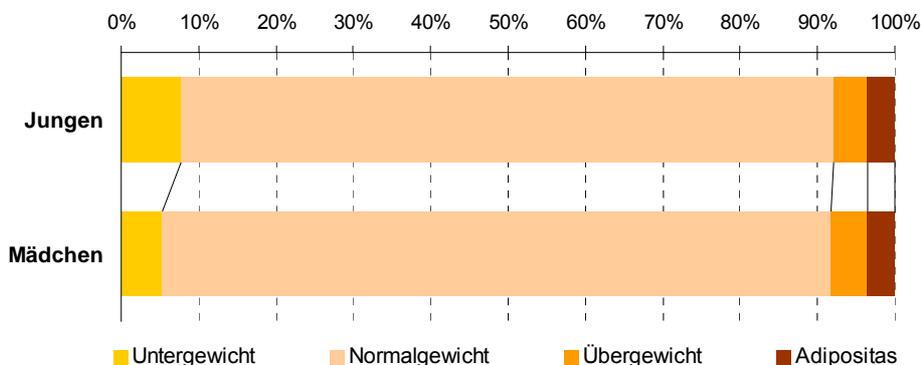


Abb. 42: Gewichtsbeurteilung der Schulanfänger nach Geschlecht Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010

²⁴ Kolip: Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter; Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz; 2004, Heft 3

Das Geschlecht spielt für die Ausprägung von Übergewicht bzw. Adipositas eher eine untergeordnete Rolle, dagegen ist die Abhängigkeit vom Sozialstatus durch epidemiologische Forschungsergebnisse bekannt und wird immer wieder bestätigt: Angehörige sozial benachteiligter Gruppen sind vergleichsweise häufiger stark übergewichtig. Im Gesundheitsbericht des Landes Brandenburg wurde der Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Übergewicht bei Schulanfängern eindrucksvoll belegt.²⁵

Die Prävention von Übergewicht und Adipositas hat bereits im Vorschulalter eine besondere Bedeutung für die Verhinderung von Folgeerkrankungen wie Karies, Krankheiten des Bewegungsapparates und Diabetes mellitus Typ II. Darüber hinaus ist für die betroffenen Kinder das Übergewicht buchstäblich eine große Last. Dicke Kinder werden wegen ihres äußeren Erscheinungsbildes oft gehänselt, was sich negativ auf das ohnehin schon niedrigere Selbstwertgefühl auswirkt. Psychische Beeinträchtigungen, wie z.B. Depressionen und Angststörungen sind deshalb häufig die gesundheitliche Folge von Übergewicht.

Erfahrungen belegen, dass Wissensvermittlung allein nicht ausreicht, um gesundes Ernährungsverhalten zu erlernen. Langfristige und multiprofessionelle Präventionsprogramme, die nicht nur die Ernährung im Fokus haben, sondern das Kind in seinem umfassenden sozio-kulturellen Umfeld begreifen und die Eltern einbeziehen, sind erforderlich.

Fazit

- **Im Landkreis Zwickau wird in jedem Jahr bei etwa 8 % der Schulanfänger Übergewicht festgestellt, fast die Hälfte davon sind adipös.**
- **Der Anteil untergewichtiger Schulanfänger schwankt von Jahr zu Jahr erheblich und liegt zwischen 4 % und 7 %.**
- **Jungen sind etwas häufiger untergewichtig als Mädchen und sind etwas seltener übergewichtig. Im Vorschulalter ist der Geschlechtsunterschied aber minimal.**
- **Die Adipositas-Bekämpfung im Kindesalter ist eine wichtige präventive Aufgabe. Nur langfristig angelegte, interdisziplinär abgesprochene gesundheitsfördernde Maßnahmen, die bereits in frühem Kindesalter ansetzen und das familiäre und soziale Umfeld des Kindes einbeziehen, haben Erfolgsaussichten.**

3.10.10 Haltungsschwäche und manifeste Wirbelsäulenschäden

Kinder mit motorischen Entwicklungsstörungen weisen Defizite bei körperlicher Ausdauerleistung, altersgerechter Körperkraft oder Koordinationsfähigkeit auf. Mit einer verringerten körperlichen Leistungsfähigkeit können auch Haltungsschäden einhergehen und daraus können wiederum mit zunehmendem Schulalter manifeste Wirbelsäulenschäden entstehen.

Wichtig ist es Schäden am Haltungsapparat der Kinder durch Bewegungsanreize und eine „bewegte“ Freizeitgestaltung vorzubeugen. Wichtig ist aber auch auf das Ranzengewicht der künftigen Schulkinder zu achten. Zu schwere Schulranzen gefährden im Wachstumsalter die Gesundheit der Kindes. Als Richtwert gilt, dass das Gewicht des gefüllten Ranzens 10 % des Körpergewichts nicht überschreiten soll und dass das Kind den Ranzen auf dem Rücken und auf beiden Schultern trägt.

Zur Schulaufnahmeuntersuchung werden nur bei sehr wenigen Kindern bleibende Wirbelsäulendeformitäten festgestellt. Zwischen 1 % und 2 % der Kinder sind betroffen.

²⁵ Gesundheitsbericht des Landes Brandenburg 1999: Soziale Lage und Gesundheit der Einschüler in Brandenburg
Hrsg: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg, Landesgesundheitsamt

Auch Haltungsschwäche wird bei Schulanfängern mit einer Häufigkeit von 3 bis 5 % relativ selten registriert, im Zeitverlauf zeigt sich aber ein deutlicher Befundanstieg. Betrachtet man dazu die Befundausprägungen, dann werden nur bei weniger als 1 % der Schulanfänger behandlungsbedürftige Haltungsschäden festgestellt. Die Kinder befanden sich zumeist bereits in entsprechender therapeutischer Behandlung.

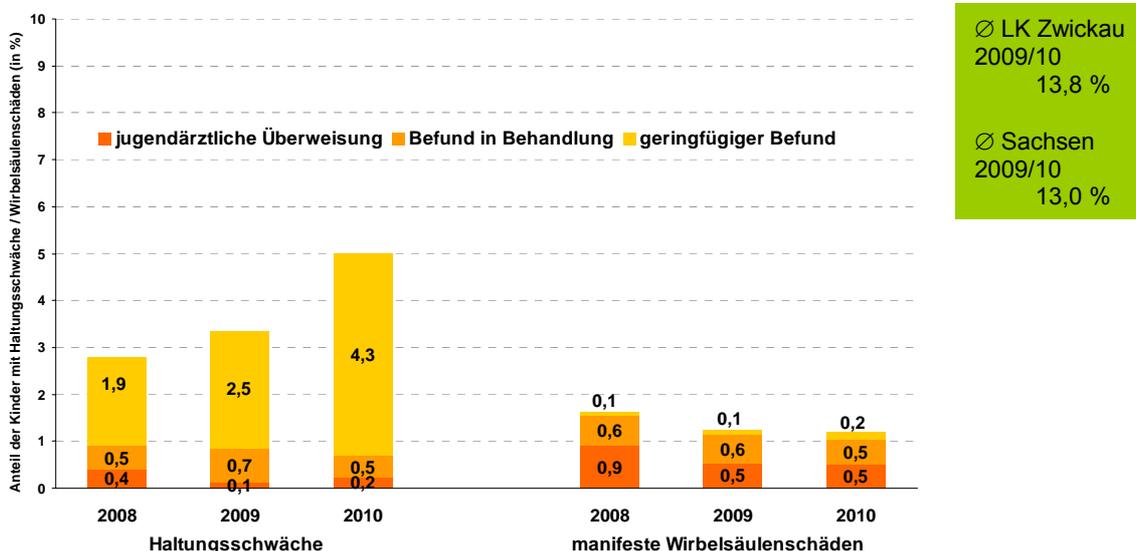


Abb. 43: Anteil der Schulanfänger mit Haltungsschwäche bzw. manifesten Wirbelsäulenschäden nach Befundstatus, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010

Fazit

- Im Landkreis Zwickau werden bei etwa 1 % der Schulanfänger manifeste Wirbelsäulenschäden festgestellt, die stets therapiebedürftig sind.
- Haltungsschwäche wird bei Schulanfängern zunehmend registriert, 2010 waren 5 % der Schulanfänger betroffen. Diese Kinder benötigen nicht vordringlich Therapie, sondern vor allem Bewegungsanreize zur Stärkung der Rückenmuskulatur.
- Zu beachten ist bei Schulanfängern immer das Gewicht des Schulranzens. Der gefüllte Ranzen sollte 10 % des Körpergewichts nicht überschreiten.

3.10.11 Sonstige wesentliche Befundauffälligkeiten

Im Fokus der Aufmerksamkeit stehen bei den Schulaufnahmeuntersuchungen natürlich die schulrelevanten Befunde. Die ganzheitliche körperliche Untersuchung offenbart aber auch weitere Befunde, die für die gesunde Entwicklung des Kindes bedeutsam sind.

So wurden für 5 % der Kinder Arztüberweisungen zur weiteren Diagnostik oder Behandlungseinleitung von (Verdachts-)Befunden ausgesprochen. Das betraf zum Beispiel die Abklärung von Herzgeräuschen oder Arrhythmien.

Wichtig ist auch, dass bei 14 % der Jungen eine Phimose (Vorhautverengung) festgestellt wurde. Ein Viertel dieser Jungen wurde deshalb zum Arzt überwiesen.

Folgende weitere häufige Befundgruppen wurden registriert:

- Bei 10 bis 15 % der Einschüler werden allergischer Schnupfen, Asthma bronchiale, Neurodermitis oder andere allergische Hauterkrankungen registriert.
- 15 bis 20 % der Einschüler haben Schäden an Extremitäten und Gelenken, das sind z. B. angeborene oder erworbene Störungen der knöchernen Strukturen und Gelenke mit erheblicher Funktionseinschränkung bzw. anhaltenden Beschwerden.

3.11 Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII

Zur Schulaufnahmeuntersuchung 2009/10 wurde festgestellt, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung 177 der insgesamt 2.609 Schulanfänger Fördermaßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhielten, das entspricht einem Anteil von 6,8 %.

99 Kinder wurden in einer Kindertageseinrichtung integrativ bzw. heilpädagogisch betreut, 78 Kinder erhielten Leistungen der ambulanten Frühförderung.

Im Zeitverlauf der letzten drei Jahre zeigen sich bei den Häufigkeiten von Eingliederungshilfe bei Einschülern kaum Veränderungen. Nur für wenige Kinder wird im Rahmen der Schulaufnahmeuntersuchung zusätzlicher Förderbedarf festgestellt. Für diese Kinder werden noch Maßnahmen der Eingliederungshilfe empfohlen. Der Anteil dieser Kinder ist sogar leicht sinkend, daher kann die Situation im Landkreis Zwickau als nahezu bedarfsgerecht eingeschätzt werden.

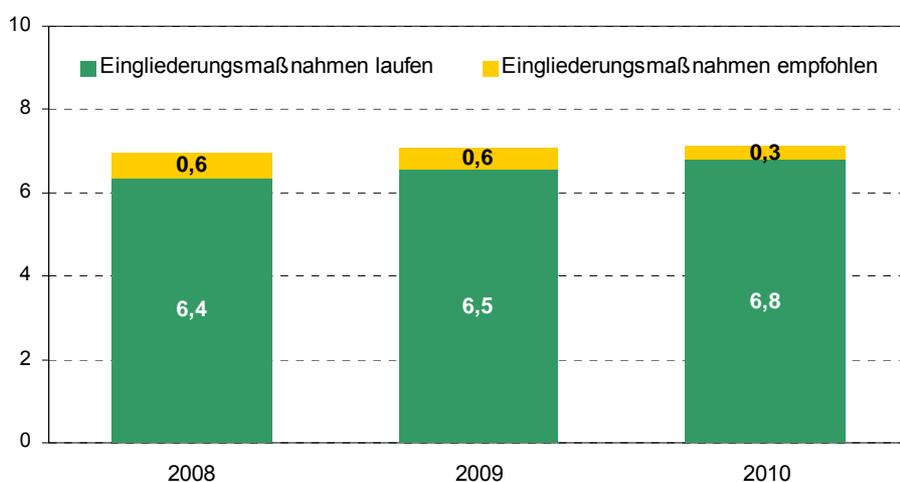


Abb. 44: Anteil der Schulanfänger mit Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach Förderstatus, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010

Bei der Betrachtung des Förderstatus der Kinder zeigt sich auch wieder die deutliche Geschlechtsspezifität: 61 % der Betroffenen sind Jungen und 39 % Mädchen. Jungen benötigen aufgrund ihres Gesundheitsstatus häufiger Eingliederungshilfe als Mädchen.

Vergleicht man die Gruppe der Einschüler, die Eingliederungsmaßnahmen erhalten, mit der Gesamtheit der untersuchten Schulanfänger, so fällt auf, dass die Betroffenen einen schlechteren Vorsorgestatus haben. Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen ist geringer (kompletter Vorsorgestatus 72 % vs. 83 % in der Gesamtheit) und auch die Teilnehmerate an der Kita-Untersuchung fällt niedriger aus (64 % vs. 74 % in der Gesamtheit). Das ist ein deutlicher Hinweis dafür, dass Kinder mit besonderem Förderbedarf von den gesetzlich vorgesehenen Vorsorgemaßnahmen weniger profitieren, weil sie diese weniger in Anspruch nehmen. Die Eltern dieser Kinder benötigen in besonderem Maße der Unterstützung und ggf. institutionalisierter Hilfe.

Zur Kita-Untersuchung ist die Feststellung des Förderbedarfs und die Einleitung bzw. Unterstützung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe ein wichtiger Schwerpunkt. Deshalb kann zur Schulaufnahmeuntersuchung überprüft werden, ob die ärztliche Empfehlung der Kita-Untersuchung umgesetzt und Maßnahmen der Eingliederungshilfe eingeleitet wurden.

Die Dokumentation dieser Merkmale ist zwar nicht ganz eindeutig geregelt, erkennbar ist aber, dass empfohlene Maßnahmen zur integrativen Betreuung in der Kita in 81 % der Fälle umgesetzt wurden.

Bei der Betrachtung des Befundmerkmals Eingliederungshilfe für die Städte und Gemeinden im Landkreis Zwickau zeigen sich regionale Besonderheiten, die – wie zu erwarten – in besonderem Maße mit den Befundhäufigkeiten zusammenhängen. Wiederum ist zu beachten, dass die regionale Häufigkeitsverteilung eine „statistische Momentaufnahme“ ist und nur Wohnorte mit mindestens zehn Schulanfängern dargestellt sind.

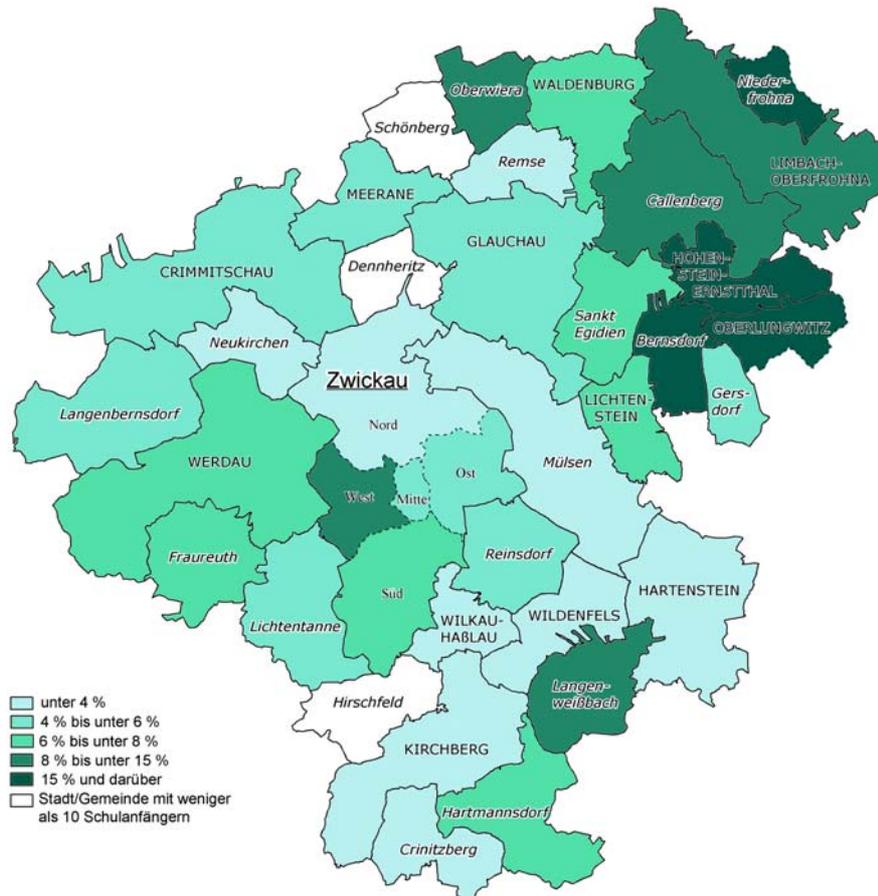


Abb. 45: Häufigkeit von Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 35 SGB XII bei Einschülern nach Wohnort in Städten und Gemeinden des Landkreises Zwickau Schulaufnahmeuntersuchung 2010

Fazit

- Im Rahmen der Schulaufnahmeuntersuchung werden für etwa 7 % der Einschüler Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII registriert. Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen.
- Die bestehenden Maßnahmen der Eingliederungshilfe der Kinder im Einschulalter werden als nahezu bedarfsgerecht eingeschätzt, nur für wenige Kinder müssen noch notwendige Fördermaßnahmen eingeleitet werden.

3.12 Jugendärztliche Schulempfehlung

Zur Schulaufnahmeuntersuchung gehört auch die kinder- und jugendärztliche Einschätzung der Schulfähigkeit und Schulbereitschaft eines Kindes. Die Eltern und auch die künftige Grundschule werden über die ärztliche Schulempfehlung informiert.

Die endgültige Entscheidung zur Schulaufnahme des Kindes, zur Schulform oder eine Zurückstellung vom Schulbesuch trifft in jedem Fall der Schulleiter. Die ärztliche Einschätzung ist dafür eine wichtige Grundlage. Ergänzend können von Seiten der Schule für die Entscheidungsfindung pädagogische Test herangezogen werden.

Bei der Beurteilung der Schulfähigkeit durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst wird berücksichtigt, ob bei einem Kind mit Entwicklungsauffälligkeiten oder -störungen eine verstärkte pädagogische Förderung in der Grundschule ausreichend ist oder ob sonderpädagogischer Förderbedarf besteht. Eine Zurückstellung vom Schulbesuch wird nur im Ausnahmefall empfohlen. Dies betrifft Kinder, die geistig oder körperlich nicht genügend entwickelt sind, um mit Erfolg am Unterricht teilzunehmen.

Im Landkreis Zwickau erhalten die allermeisten Kinder (90 %) die jugendärztliche Empfehlung zur Einschulung in eine Grundschule. Der Anteil der Kinder, die keine Grundschulempfehlung erhalten, ist in den letzten fünf Jahre recht konstant geblieben und beträgt etwa 10 %. (Siehe *Abbildung 46*)

Für behinderte Kinder oder für Kinder mit besonderem Förderbedarf steht ein differenziertes System von Förderschulen und Förderformen zur Verfügung. Etwa 3 % der Kinder eines Einschuljahrgangs erhalten die ärztliche Empfehlung zur Einschulung in eine Förderschule und für weniger als 1 % der Kinder werden Integrationsmaßnahmen im Rahmen der Grundschule empfohlen. Etwa 7 % der Kinder erhalten eine Rückstellungsempfehlung.

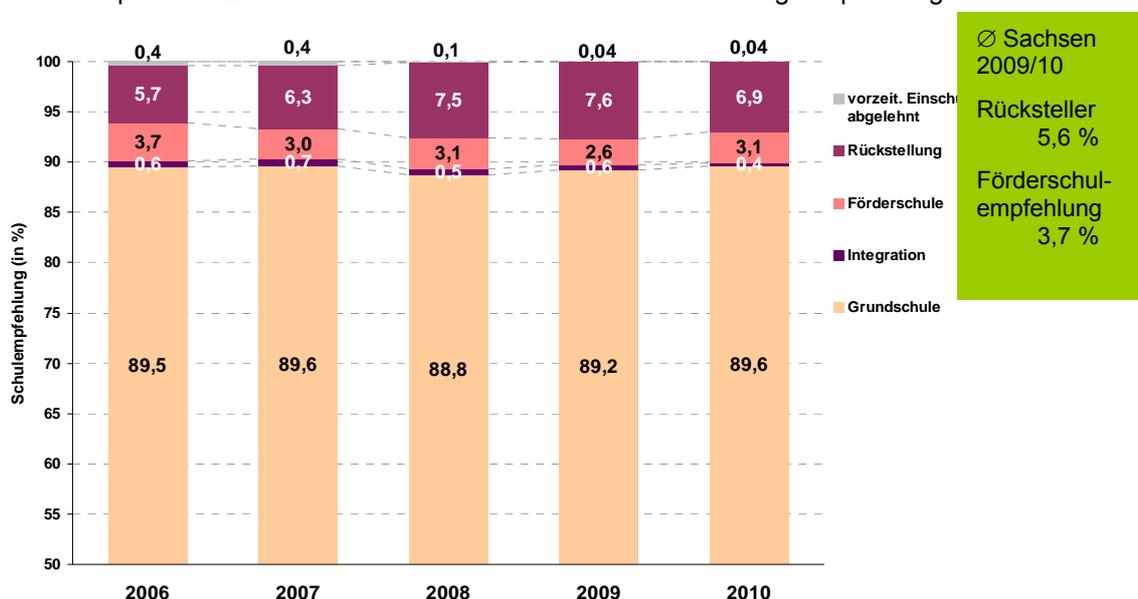


Abb. 46: *Untersuchte Schulanfänger nach Schulempfehlung Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2006 bis 2010*

Die Möglichkeiten zur Schulrückstellung wurden mit der Novellierung des Schulgesetzes im Jahr 2004 reglementiert und auf Ausnahmefälle begrenzt. Das hatte zur Folge, dass die vormals hohen Rückstellerquoten ab 2004 deutlich sanken.

Wird die Rückstellungsquote im Zeitverlauf analysiert, so zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg Mitte der 1990er Jahren und ab 2004 der vom novellierten Schulgesetz „erzwungene“ schlagartige Rückgang mit anschließendem moderaten Anstieg. *Abbildung 47* veranschaulicht aber auch, dass die im Landkreis Zwickau registrierten Rückstellerquoten in nahezu allen Jahren über den durchschnittlich in Sachsen ermittelten Werten liegen.

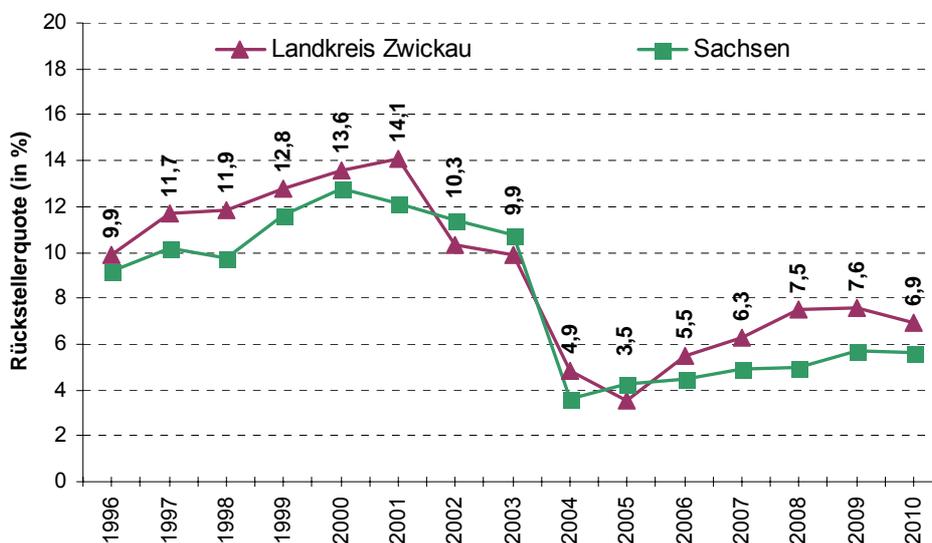


Abb. 47: Anteil der Schulanfänger mit Rückstellungsempfehlung im Zeitverlauf Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 1996 bis 2010

Im Landkreis Zwickau erhielten im aktuellen Untersuchungsjahr 181 der 2.609 untersuchten Schulanfänger eine ärztliche Empfehlung zur Zurückstellung vom Schulbesuch, das ergibt eine Rückstellerquote von 7 %. Statistisch gesehen kann diese Häufigkeit aber nicht als „Ausnahme“ bewertet werden, deshalb ist eine Analyse der Rückstellungsgründe wichtig.

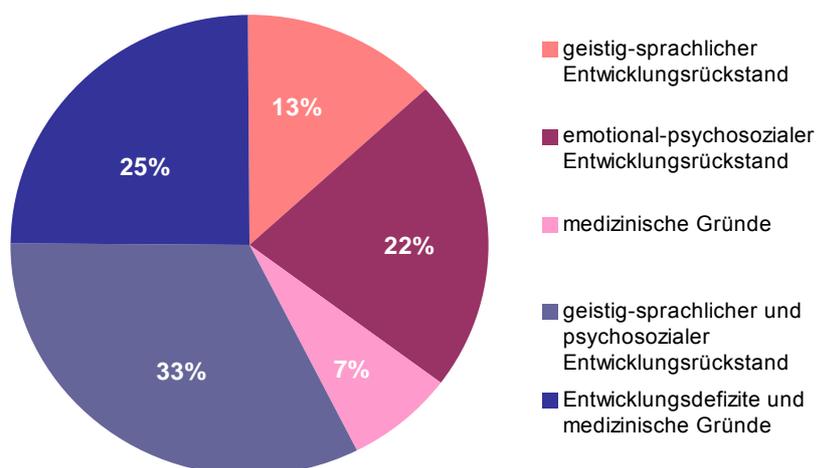


Abb. 48: Gründe der ärztlichen Empfehlung zur Zurückstellung vom Schulbesuch Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010

Über die Hälfte der Rückstellungsempfehlungen werden ausgesprochen, weil kombinierte Entwicklungsstörungen und fehlende Schulreife vorliegen. Eine große Rolle spielen sowohl bei den Kombinationen als auch bei den Einzelgründen emotional-psychoziale Unreife. Für diese Kinder gibt es keine Anhaltspunkte für sonderpädagogischen Förderbedarf, es ist aber zu erwarten, dass sich ein Jahr später die Schulbereitschaft verbessert hat.

Die Rückstellerquote steigt an je jünger die Kinder zur Einschulung sind. Kinder, die erst im Juni des Einschuljahres 6 Jahre alt werden, erhalten deutlich häufiger eine Rückstellungsempfehlung als ältere Kinder. (siehe Abbildung 49)

Da bekanntermaßen Entwicklungsverzögerungen bei Jungen häufiger auftreten als bei Mädchen, ist erwartungsgemäß auch die Rückstellerquote bei Jungen höher als bei Mädchen. Zwei Drittel der Rücksteller sind Jungen und ein Drittel Mädchen.

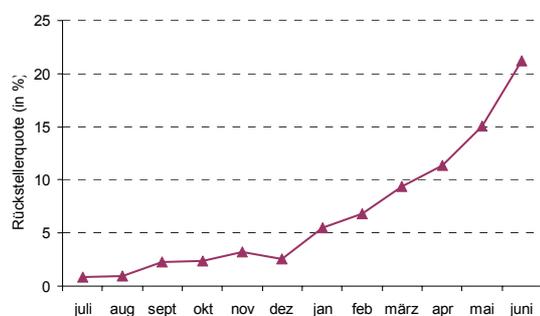


Abb. 49: Rücksteller nach Geburtsmonat Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010

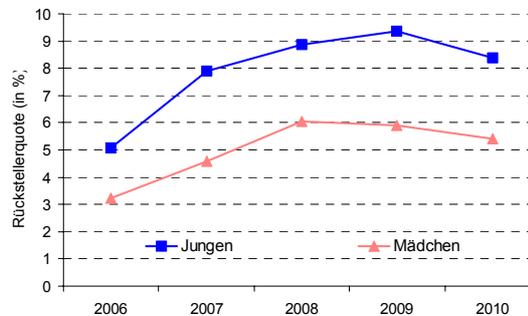


Abb. 50: Rückstellerquote nach Geschlecht Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2006 bis 2010

Datenauswertungen nach Wohnort der Einschüler zeigen bei der Rückstellerquote erhebliche Unterschiede zwischen den Städten und Gemeinden. Ein Zusammenhang mit den Häufigkeiten zum Förderstatus der Eingliederungshilfe ist offensichtlich. Kinder mit laufenden Maßnahmen der Eingliederungshilfe werden häufig auch vom Schulbesuch zurückgestellt.

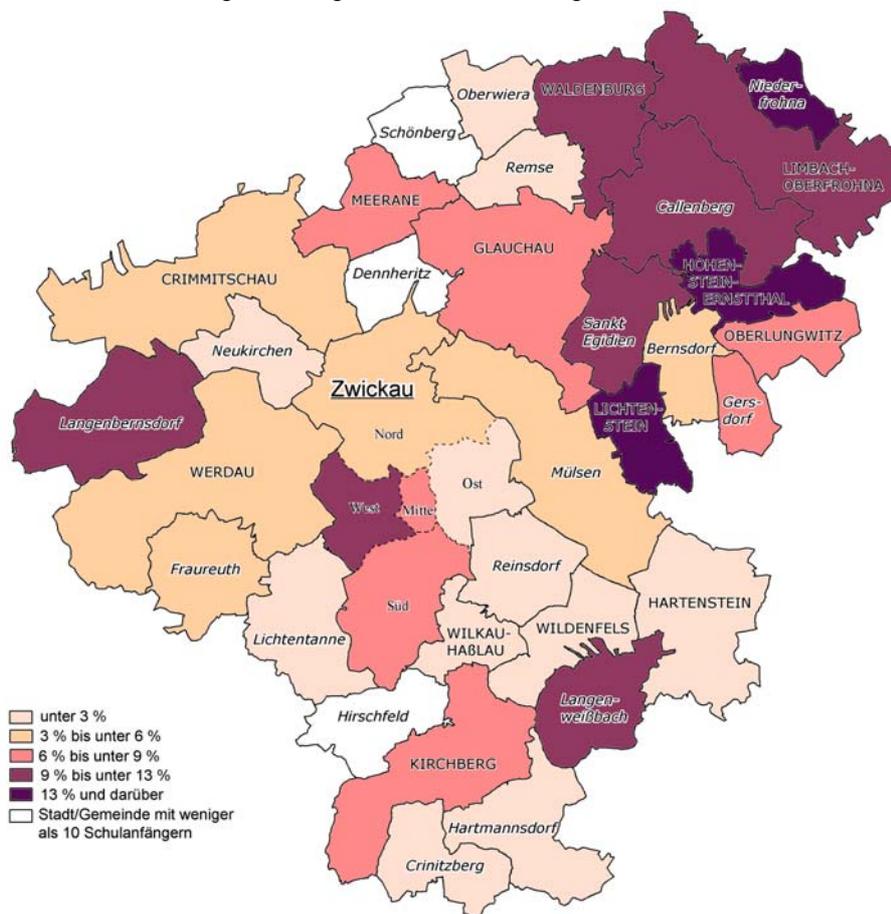


Abb. 51: Rückstellerquote nach Städten und Gemeinden im Landkreises Zwickau Schulaufnahmeuntersuchung 2010

Sonderpädagogischer Förderbedarf ist für die Schulanfänger anzunehmen, die in ihren Bildungs-, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten so beeinträchtigt sind, dass sie im Unterricht der allgemeinen Grundschule ohne sonderpädagogische Unterstützung nicht hinreichend gefördert werden können. Insofern ist die kinder- und jugendärztliche Schulempfehlung zur sonderpädagogischen Förderung für diese Kinder bereits im Rahmen der Schulaufnahmeuntersuchung sehr wichtig, um einen optimalen Schulstart und eine erfolgreiche Schulentwicklung zu sichern.

Im Einschuljahrgang 2010 erhielten 90 der 2.609 Einschüler eine ärztliche Empfehlung zu sonderpädagogischer Förderung in einer Förderschule oder im Rahmen integrativer Maßnahmen. Das ergibt eine Häufigkeit von 3,5 %. Entsprechend der Behinderung oder gesundheitlichen Beeinträchtigung des Kindes werden Förderschwerpunkte festgestellt, für die sonderpädagogischer Förderbedarf besteht. *Abbildung 52* zeigt, dass für mehr als ein Drittel der Kinder mehrere Förderschwerpunkte festgestellt wurden. Das sind zumeist mehrfach behinderte Kinder oder Kinder mit kombinierten Entwicklungsstörungen.

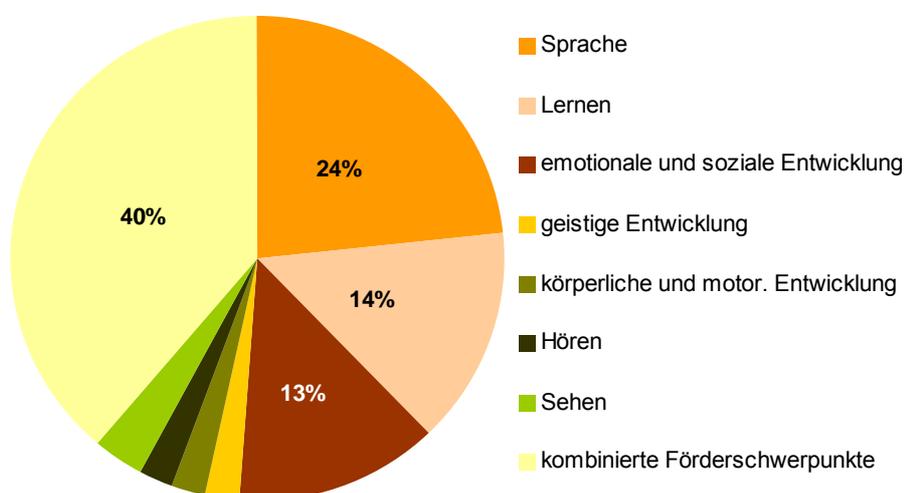


Abb. 52: Förderschwerpunkte sonderpädagogischen Förderbedarfs Landkreises Zwickau, Einschuljahrgang 2010

Auch bei den Kindern mit Empfehlungen für sonderpädagogischen Förderbedarf überwiegen die Jungen mit einem Geschlechterverhältnis von 60 % zu 40 % Mädchen.

Fazit

- Im Landkreis Zwickau erhalten 10 % der untersuchten Schulanfänger keine ärztliche Empfehlung zur Einschulung in die Grundschule. Dieser Anteil ist in den letzten fünf Jahren recht konstant geblieben.
- Zwei Drittel der Kinder, die keine Grundschulempfehlung erhalten, bekommen die ärztliche Empfehlung zur Schulzurückstellung. Einem Drittel wird die Einschulung in eine Förderschule oder (selten) eine Integrationsmaßnahme empfohlen.
- Rückstellungsempfehlungen werden mit 7 % im Landkreis Zwickau häufiger ausgesprochen als durchschnittlich in Sachsen.
- Die Rückstellerquote ist deutlich altersabhängig. Kinder die erst kurz vor ihrer Einschulung 6 Jahre alt werden, weisen häufiger Entwicklungsdefizite und fehlende Schulreife auf, so dass eine Zurückstellung vom Schulbesuch sinnvoll ist.
- Sowohl Empfehlungen zur Rückstellung als auch zur Einschulung in eine Förderschule betreffen häufiger Jungen als Mädchen.

3.13 Ergebnisse in Abhängigkeit vom Vorsorgestatus

Die Früherkennungsuntersuchungen der gesetzlichen Krankenkassen im Säuglings- und Vorschulalter und auch die Kita-Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes haben das Ziel, Entwicklungsauffälligkeiten, Behinderungen und gesundheitliche Handicaps frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig bedarfsgerechte Fördermaßnahmen einzuleiten, um die optimale Entwicklung des Kindes zu sichern.

Die genannten Vorsorgeuntersuchungen werden auf gesetzlicher Basis allen Kindern angeboten, die Inanspruchnahme der Angebote ist aber freiwillig und obliegt unter anderem auch dem Engagement der Eltern für die gesundheitliche Entwicklung ihres Kindes.

Die Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchung besagen, dass 80 % der Einschüler eines Jahrgangs an den Früherkennungsuntersuchungen vollständig teilgenommen haben und 74 % nahmen an der Untersuchung in der Kindertageseinrichtung teil.

Zusammenfassend soll der Einfluss dieser Vorsorgeuntersuchungen auf die gesundheitliche Situation der Schulanfänger dargestellt werden.

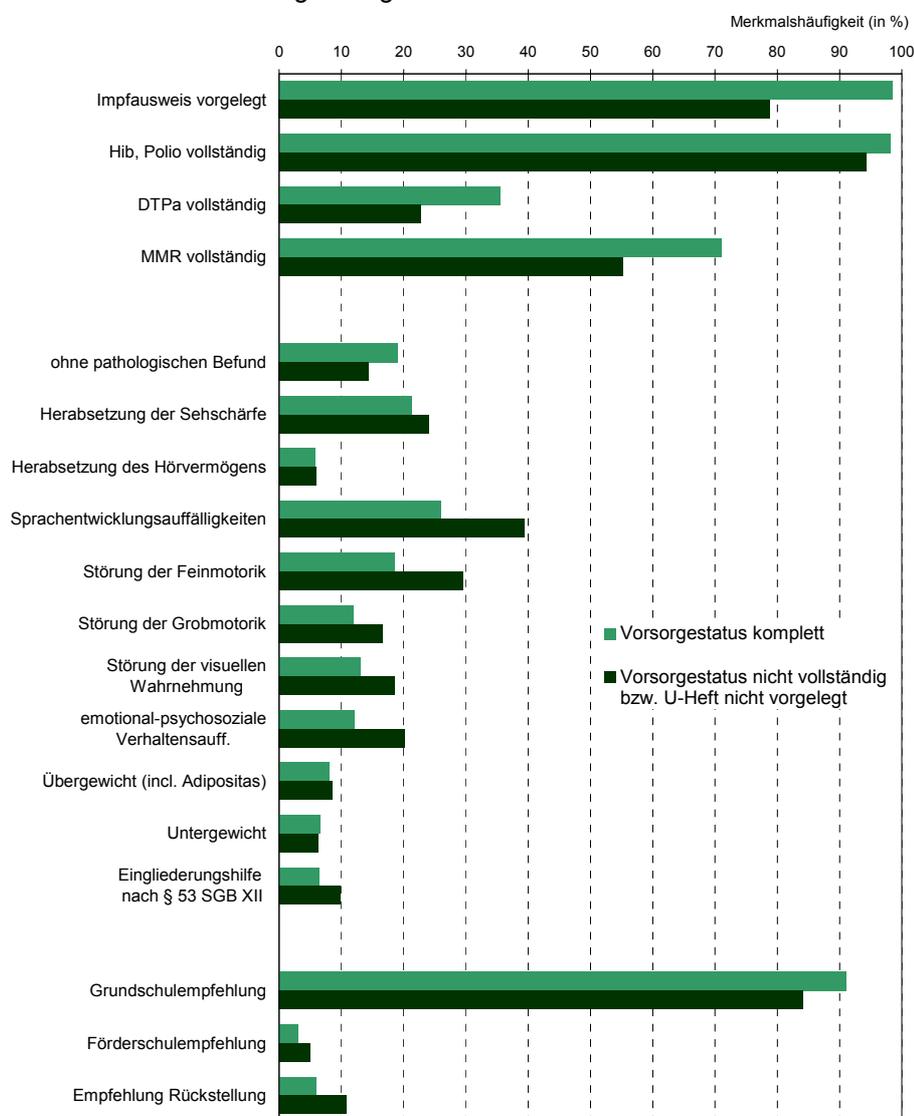


Abb. 53: Ausgewählte Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchungen in Abhängigkeit des Vorsorgestatus
 Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010
 2.080 Kinder mit komplettem Vorsorgestatus und 529 Kinder mit lückenhaftem Vorsorgestatus oder fehlendem Vorsorgeheft

Kinder mit lückenhaftem oder unbekanntem Vorsorgestatus (N=529) legten zur Einschuluntersuchung öfter den Impfausweis nicht vor und die Impfungen waren häufiger nicht vollständig. Bei fast allen schulrelevanten Befunden zeigen diese Kinder deutlich mehr Auffälligkeiten und die Rückstellungsrate sowie die Häufigkeit von Förderschulempfehlungen ist offensichtlich höher als bei Kindern, die einen kompletten Vorsorgestatus nachweisen (N=2.080).

Mit der Umsetzung des Sächsischen Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetzes²⁶ und dem gesetzlich fixierten Einladungs- und Erinnerungswesen ab Frühjahr 2011 ist zu erwarten, dass die Teilnahmeraten an den U-Untersuchungen leicht steigen werden. Ferner wird erwartet, dass sich auch die gesundheitliche Lage der Kinder verbessern wird.

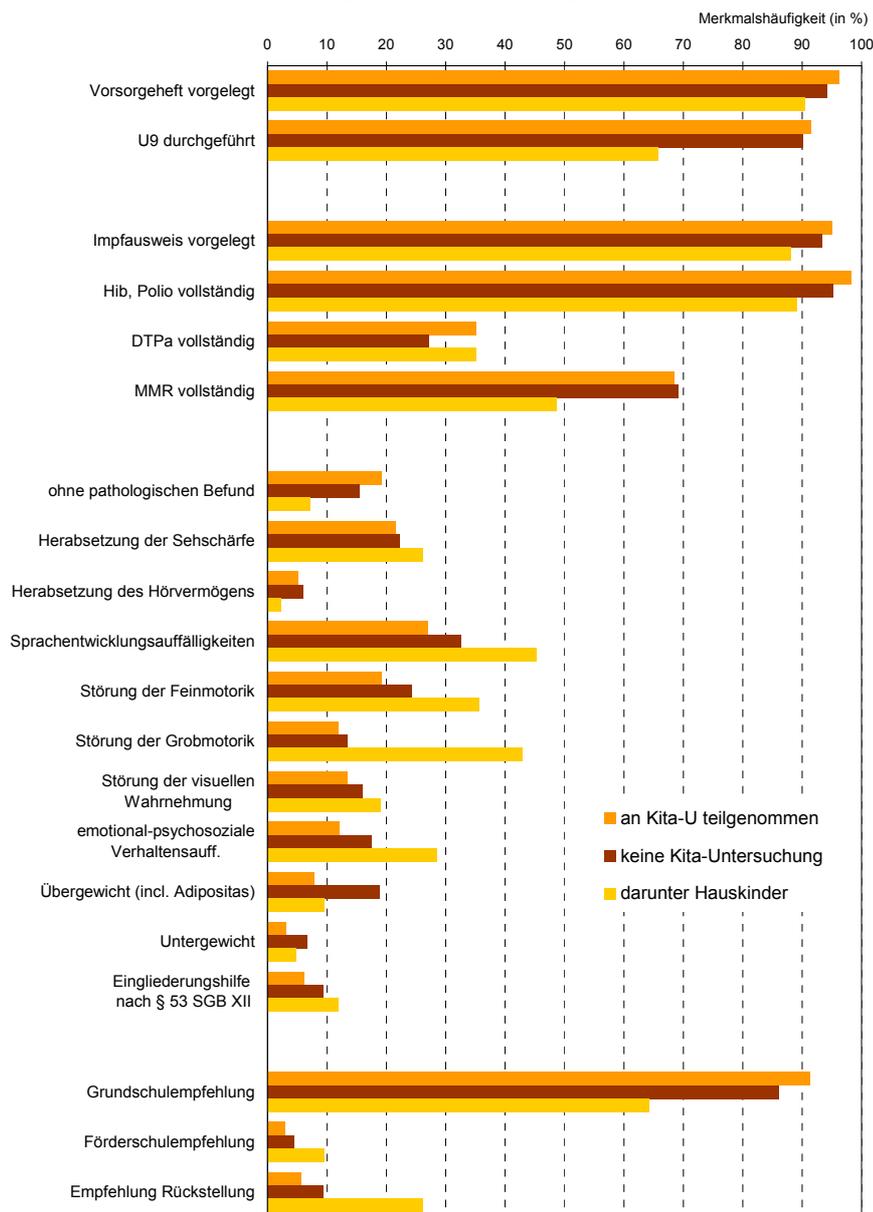


Abb. 54: Ausgewählte Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchungen in Abhängigkeit der Teilnahme an der Kita-Untersuchung Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010
1.923 Kinder mit Teilnahme an Kita-Untersuchung und 686 Kinder ohne Kita-Untersuchung, darunter 42 Hauskinder

²⁶ Zweites Gesetz zur Förderung der Teilnahme von Kindern an Früherkennungsuntersuchungen vom 11. Juni 2010 Artikel 1 Sächsisches Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetz (SächsKiSchG)

In *Abbildung 54* werden ausgewählte Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchung auf die Teilnahme der Kinder an der Kita-Untersuchung bezogen. In der Gruppe der Kinder, die an der Kita-Untersuchung nicht teilgenommen hatten (Gründe der Nichtteilnahme sind Krankheit, Urlaub, fehlende Zustimmung zur Untersuchung oder sonstige Gründe, N=686), werden die Hauskinder (N=42) gesondert betrachtet. Auffällig ist, dass bei nahezu allen Merkmalen die Kinder mit Kita-Untersuchungs-Teilnahme (N=1.923) besser abschneiden als die Gruppe der Kinder ohne Kita-Untersuchung. Und es ist auffällig, dass bei Kindern, die im Jahr vor Schulbeginn ausschließlich zu Hause betreut werden, die schlechtesten gesundheitsbezogenen Ergebnisse registriert werden. Hauskinder haben einen schlechteren Vorsorgestatus, einen schlechteren Impfstatus, häufiger schulrelevante Befundauffälligkeiten, höhere Rückstellungsraten und erhalten häufiger Maßnahmen der Eingliederungshilfe.

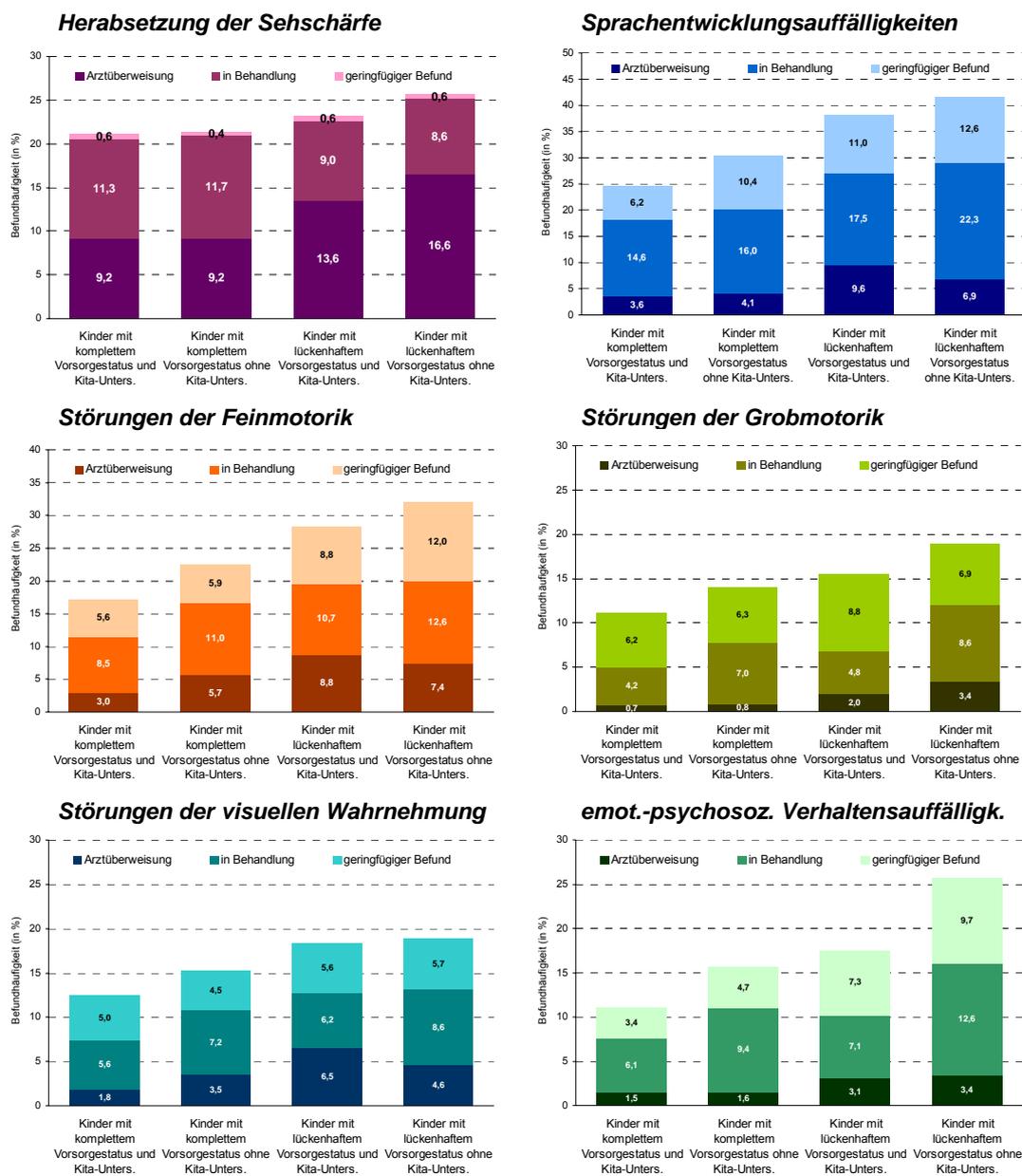


Abb. 55: Ausgewählte Befundhäufigkeiten der Schulanfänger in Abhängigkeit der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010

Die grafischen Darstellungen der *Abbildung 55* zeigen ausgewählte Befundhäufigkeiten der Kinder des Einschuljahrgangs 2010 in Abhängigkeit von der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen und der Kita-Untersuchung. Unterschieden werden:

- Kinder mit komplettem Vorsorgestatus und Teilnahme an der Kita-Untersuchung (N=1.569)
- Kinder mit komplettem Vorsorgestatus jedoch ohne Teilnahme an der Kita-Untersuchung (N=511)
- Kinder mit lückenhaftem oder unbekanntem Vorsorgestatus, die aber an der Kita-Untersuchung teilgenommen hatten (N=354)
- Kinder mit lückenhaftem oder unbekanntem Vorsorgestatus, die auch nicht an der Kita-Untersuchung teilgenommen hatten (N=175)

Zu erwarten ist, dass für die betrachteten schulrelevanten Entwicklungsbereiche die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen bewirkt, dass zur Schulaufnahmeuntersuchungen seltener Kinder mit therapiebedürftigen Befunden registriert werden und dass die Zahl der Arztüberweisungen deutlich geringer ist als bei Kindern mit lückenhafter Vorsorge. Ferner ist zu erwarten, dass befundauffällige Kinder mit komplettem Vorsorgestatus häufiger in adäquater Förderung bzw. Therapie stehen.

Diese Erwartungen werden anhand der dargestellten Ergebnisse eindrucksvoll bestätigt, auch wenn man eventuell noch deutlichere Unterschiede erhofft hätte. Auch der Anteil der Kinder mit geringfügigen Befunden ist um so geringer je vollständiger die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen wurden.

Bekanntermaßen beeinflussen soziale Herkunft, Schichtzugehörigkeit der Eltern und Integration der Familie in das soziale Umfeld die gesundheitliche Situation der Kinder mit Auswirkungen auf die weitere Entwicklung und Lebensbiografie.

Die in den *Abbildungen 53, 54 und 55* dargestellten Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein Großteil der Kinder, die an den Früherkennungsuntersuchungen nur lückenhaft teilnahmen, die das Angebot der Kita-Untersuchung nicht in Anspruch nahmen oder die nicht in einer Kindertageseinrichtung betreut werden, zur Gruppe sozial Benachteiligter gehören bzw. dazu zu zählen sind. Insofern ist zu hoffen, dass die Maßnahmen des Sächsischen Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetzes nicht nur zur Erhöhung der Teilnahmeraten an den Früherkennungsuntersuchungen führen, sondern auch zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der Chancengleichheit sozial benachteiligter Kinder.

Fazit

- **Kinder, die an Vorsorgeuntersuchungen nur lückenhaft teilnahmen, haben deutlich häufiger auch einen lückenhaften Impfstatus. Diese Kinder weisen wesentlich häufiger Befunde in den schulrelevanten Entwicklungsbereichen auf. Auch der Anteil der Kinder mit Förderschul- oder Rückstellungsempfehlung ist größer.**
- **Hauskinder haben einen schlechteren Vorsorgestatus, einen schlechteren Impfstatus, häufiger schulrelevante Befundauffälligkeiten und höhere Rückstellungsraten.**
- **Einschüler, die nicht an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, erhalten deutlich häufiger Arztüberweisungen zur Befundabklärung oder Therapie und stehen seltener in adäquater Behandlung.**
- **Eine Abhängigkeit der Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen vom Sozialstatus ist anzunehmen. Künftig sollten regionale Sozialraumdaten in die Auswertung einfließen, um Schwerpunkte für Gesundheitsförderung präzise zu identifizieren.**

3.14 Schlussfolgerungen

Erfolg der Schulaufnahmeuntersuchung

- Die Schulaufnahmeuntersuchung ist für das künftige Schulkind, dessen Eltern und die Lehrer ein wichtiger Bestandteil der Schuleingangsphase. Sie leistet einen wertvollen Beitrag zur Erkennung schulrelevanter Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen im schulischen Vorfeld für das einzelne Kind und sichert in
- Die Schulaufnahmeuntersuchung ist besonders für die Kinder wichtig, die in keiner regelmäßigen ärztlichen Betreuung stehen. Sie ist mit der sozialmedizinische Schwerpunktsetzung auf schulrelevante Entwicklungsbereiche eine wichtige Ergänzung zu den individualmedizinischen Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 der niedergelassenen Ärzte.
- Die Einbeziehung der Eltern zur Untersuchung sichert individuelle Gesundheitsberatung und Sensibilisierung bei gesundheitlichen Problemen.
- Die Schulaufnahmeuntersuchung bietet die Möglichkeit sozialmedizinischer Beratung der Schule und der Lehrer sowohl hinsichtlich allgemeiner Gesundheitsförderung als auch gezielter und individuell an die Bedarfe einzelner Kinder angepasster gesundheitsfördernder Hilfen.
- Da die Schulaufnahmeuntersuchung verpflichtend ist, wird in jedem Jahr die Gesamtheit der Schulanfänger erfasst. Damit liegen für die Gesundheitsberichterstattung auf Landkreisebene und auch für Sachsen insgesamt repräsentative Ergebnisse zum Gesundheitszustand der Schulanfänger vor. Auf dieser Grundlage erfolgt die regionale Planung und Organisation bedarfsgerechter, zielgruppenspezifischer gesundheitsfördernder Maßnahmen.

Probleme der Schulaufnahmeuntersuchung

- Werden bei Kindern schulrelevante Befunde erstmals zur Schulaufnahmeuntersuchung festgestellt, greifen Behandlung oder Fördermaßnahmen oftmals nicht mehr, um einen problemlosen Übergang von der Kita zur Schule zu erreichen.
- Die Umsetzung der ärztlichen Empfehlungen und Hinweise für die gesunde Entwicklung des Kindes ist abhängig vom elterlichen Engagement. Wenn den kinder- und jugendärztlichen Empfehlungen nicht nachgekommen wird, erfährt der Kinder- und Jugendärztliche Dienst in der Regel nicht davon und kann folglich nicht intervenieren.
- Manche Eltern brauchen mehrfache Aufforderungen, ehe sie mit ihrem Kind zur Schulaufnahmeuntersuchung erscheinen. Oftmals betrifft das gerade die Kinder, für die gesundheitsfördernder Handlungsbedarf besteht. Für diese Kinder geht wertvolle Zeit zum Wirksamwerden von Fördermaßnahmen verloren.
- Bei Kindern, die zur Schulaufnahmeuntersuchung erst am Anfang ihres 6. Lebensjahres stehen, ist die ärztliche Einschätzung der Schulfähigkeit in einigen Fällen noch unsicher. Diese Kinder benötigen oftmals Nachuntersuchungstermine, um die Schulbereitschaft zu überprüfen.
- Schulleiter berücksichtigen in der Regel die kinder- und jugendärztlichen Empfehlungen. Manchmal werden sie aber aus kapazitativen Überlegungen ungenügend beachtet. Es gibt keine verbindliche Rückmeldung der Schule an den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst.
- Erfahrungen aus der Kindertageseinrichtung fließen in die Schulaufnahmeuntersuchung kaum ein, die Dokumentationen der Erzieher zur kindlichen Entwicklung während der Kindergartenzeit bleiben in der Regel unberücksichtigt.

- Die Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchungen zeigen große regionale Unterschiede und weisen Regionen mit besonderem Handlungsbedarf aus. Ursächlich dafür sind unterschiedliche soziale Problemlagen, mögliche Versorgungsdefizite der medizinischen Betreuung im Vorschulalter, aber auch unterschiedliche Qualität der Betreuung und Bildung im schulischen Vorfeld. Eine Kita-bezogene Auswertung der Untersuchungsergebnisse wäre für die Qualitätssicherung der Bildungsangebote anzustreben, ist aber derzeit nicht vorgesehen.

Schwerpunkte bei der Durchführung der Schulaufnahmeuntersuchungen

- Beteiligung und Einbeziehung der Eltern zur Erziehungsverantwortung für ihr Kind.
- Orientierung an Bildungs-, Entwicklungs- und Förderbereichen.
- Fristgerechte Untersuchungsdurchführung in Kooperation mit den Grundschulen, Abstimmung zum Untersuchungsort und Verständigung über abgestimmtes interdisziplinäres Handeln.
- Zusammenarbeit mit Förderschulen im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung sonderpädagogischen Förderbedarfs.
- Transparenz der Untersuchungsdurchführung durch kindbezogene Information der Eltern und der Schule sowie kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung zur Information von Ärzten, Therapeuten sowie Entscheidungsträgern in Politik und Verwaltung.
- Regelmäßige teambezogene Analysen zur Qualitätssicherung der Untersuchungsdurchführung und Ergebnisdokumentation im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst.
- Einbeziehung von Sozialraumdaten in die Bewertung regionaler Untersuchungsergebnisse auf Ebene der Städte und Gemeinden, um im Landkreis Zwickau Regionen mit besonderem Handlungsbedarf zu identifizieren.
- Information, Koordinierung und Vernetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen im Rahmen der Regionalen Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung (RAG)
- Vernetzung der Arbeit des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes mit Kindertageseinrichtungen und Schulen im Rahmen der Verzahnung von Schulvorbereitungsjahr und Schuleingangsphase und in enger Zusammenarbeit mit Eltern und deren Kindern auf der Basis der Erklärung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz und dem Sächsischen Staatsministerium für Kultus und Sport zur Zusammenarbeit von Kindertageseinrichtungen, Grund- und Förderschulen mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst vom 10. November 2009.

Fazit

Zur Schulaufnahmeuntersuchung wird offenkundig, welche Weichen für eine gesunde Entwicklung der Kinder in der Vorschulzeit gestellt wurden oder hätten gestellt werden müssen. Werden Entwicklungsauffälligkeiten erst im Alter von sechs Jahren festgestellt, ist der optimale Zeitpunkt für den Beginn einer Therapie manchmal bereits überschritten und Versäumnisse sind schwer aufzuholen. Deshalb sind im Schulvorbereitungsjahr und in der Schuleingangsphase vernetztes und abgestimmtes Handeln von Erziehern, Lehrern, Ärzten, Therapeuten unter Einbeziehung des familiären und sozialen Umfeldes besonders wichtig, um jedem Kind eine erfolgreiche Bildungsbiografie und eine gute gesundheitliche Entwicklung zu ermöglichen.

4. Zahnärztliche Reihenuntersuchungen in Kindertageseinrichtungen

4.1 Gesetzesauftrag

In Sachsen ist festgelegt, dass vom Zahnärztlichen Dienst der Gesundheitsämter zur Förderung und Erhaltung der oralen Gesundheit jährlich zahnärztliche Reihenuntersuchungen für alle Kinder in Kindertageseinrichtungen durchzuführen sind.²⁷ Die Teilnahme an der zahnärztlichen Untersuchung ist freiwillig, die Eltern entscheiden über die Inanspruchnahme.

Auf der Grundlage des § 21 SGB V werden gruppenprophylaktische Maßnahmen durchgeführt. Sie beinhalten eine altersgerechte Aufklärung über Ursachen der Entstehung, Verhütung, Vorbeugung von Karies, das Angebot lokaler Fluoridierungsmaßnahmen sowie Maßnahmen der Ernährungslenkung.

4.2 Zielstellung

Die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen sind für das einzelne Kind sehr bedeutungsvoll, da die Gebissentwicklung kontinuierlich überwacht wird und damit Erkrankungen oder Schäden des Kauorgans frühzeitig erkannt und rechtzeitig einer effektiven Behandlung zugeführt werden können. Eine umfassende Beratung für Kinder bzw. die Eltern erfolgt fach- und problembezogen. Ziel der Untersuchung ist aber nicht nur die Verbesserung der Zahngesundheit, sondern auch die Motivation zum regelmäßigen Zahnarztbesuch sowie der Angstabbau vor zahnärztlicher Behandlung.

4.3 Untersuchungsinhalt und Rahmenbedingungen

Im Mittelpunkt der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen steht die Inspektion der Mundhöhle und Begutachtung der Zahngesundheit und der Gebissentwicklung. Dazu gehört die Feststellung kariöser Zähne oder von Erkrankungen des Parodonts (Zahnbett) ebenso wie die Beurteilung der Gebissentwicklung und Feststellung von Zahnfehlstellungen sowie Bisslageanomalien. Jedes Kind erhält persönlich nach der Untersuchung eine schriftliche Mitteilung an die Eltern, die Angaben zum erhobenen Gesundheitszustand enthält und Hinweise für erforderlichen Handlungsbedarf beinhaltet, damit der Haus- bzw. Fachzahnarzt zur notwendigen weiteren Behandlung aufgesucht wird.

4.4 Dokumentation und Auswertung

Die Ergebnisse der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen werden sachsenweit einheitlich elektronisch dokumentiert²⁸. Die Auswertung der Untersuchungsergebnisse im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung ermöglichen Aussagen zur regionalen Kariesmorbidity, zum Kariesrisiko, Mundhygienestatus, zu Zahnstellungs- und Bisslageanomalien und parodontalen Erkrankungen. Die Analysen liefern sowohl auf kommunaler Ebene als auch auf Landesebene wertvolle Informationen zur Einschätzung der Zahngesundheit und der Bewertung der bisher veranlassten Maßnahmen (Evaluation). Die Daten und Fakten sind Grundlage für zielgruppenspezifische Schwerpunktsetzung erforderlicher Prophylaxemaßnahmen.

²⁷ Sächsisches Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen (SächsKitaG) vom 27. November 2001, Bekanntmachung der Neufassung am 29.12.2005, § 7 Gesundheitsvorsorge, Gesundheitspflege

²⁸ Leitfaden für die standardisierte Befunderhebung und Dokumentation zahnärztlicher Reihenuntersuchungen durch die Jugendzahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter im Öffentlichen Gesundheitsdienst des Freistaates Sachsen

4.5 Angebot und Inanspruchnahme

Im Landkreis Zwickau kümmern sich drei Zahnarztteams um die Realisierung der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in Kindertageseinrichtungen. Im Untersuchungsjahr 2009/10 erhielten alle Kitas des Landkreises Zwickau sowie Tagespflegepersonen, die eine Untersuchung wünschten, Terminangebote. Insgesamt wurden 9.489 Kita-Kinder untersucht, so viele wie in keinem der Jahre zuvor. Sehr erfreulich ist die große Akzeptanz des Untersuchungsangebotes. Nur 50 Kita-Kinder (0,4 % der Anspruchsberechtigten) erhielten von ihren Eltern keine Zustimmung zur Untersuchung. Das spricht für ein sehr gutes Vertrauensverhältnis zwischen den Zahnärzten des Gesundheitsamtes, den Kindertageseinrichtungen und den Eltern. Allerdings fehlten am Untersuchungstag 2.539 Kinder wegen Urlaub, Krankheit oder weil sie die Kita nur unregelmäßig besuchen, das sind 19 % der Anspruchsberechtigten. Damit ergibt sich im Landkreis Zwickau eine Untersuchungsquote von 80 %. Mit diesem Ergebnis liegt der Landkreis Zwickau deutlich über dem sächsischen Durchschnittswert und nach dem Landkreis Görlitz und dem Vogtlandkreis an dritter Stelle.

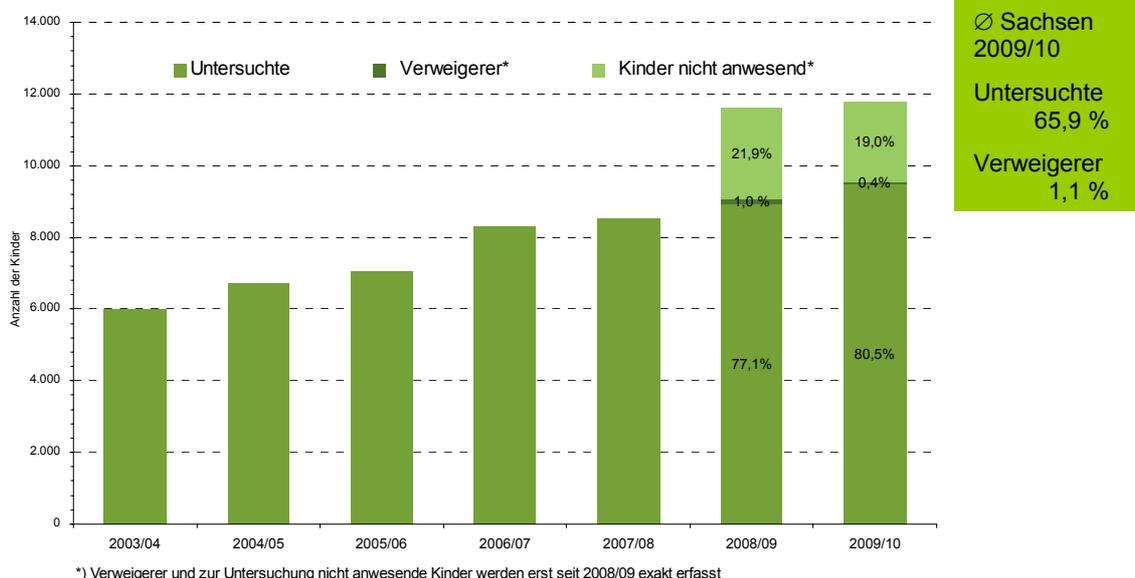


Abb. 56: Zahl der gemäß SächsKitaG zu untersuchenden Kita-Kinder, davon Zahl der untersuchten Kinder, der wegen Krankheit oder Urlaub fehlenden Kinder (Restanten) und Zahl der Kinder ohne elterliche Zustimmung zur Untersuchung Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2003/04 bis 2009/10

Fazit

- Im Landkreis Zwickau erhielten 2009/10 alle Kindertageseinrichtungen sowie alle Tagesmütter ein Terminangebot für die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen. Insgesamt wurden 9.498 Kita-Kinder untersucht, so viel wie in keinem Jahr zuvor.
- Die Zahl der Eltern, die keine Zustimmung zur zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung in der Kita geben, ist sehr gering. Das spricht für eine sehr gute Akzeptanz des Untersuchungsangebotes.

4.6 Altersstruktur der untersuchten Kinder

Da 2009/10 alle Kindertageseinrichtungen im Landkreis Zwickau ein Untersuchungsangebot erhielten, spiegeln die Altersgruppen der untersuchten Kinder im Prinzip die Altersstruktur der Kita-Kinder insgesamt wider: Es wurden deutlich weniger Kleinkinder bis zu 3 Jahren un-

tersucht, als Vorschulkinder zwischen 3 und 6 Jahren. Kinder über 7 Jahre sind in der Regel bereits Schulkinder und besuchen nur im Rückstellungsfall noch die Kita. Auch Einjährige werden nur selten in der Kita betreut und gehören deshalb nur selten zu den Untersuchten.

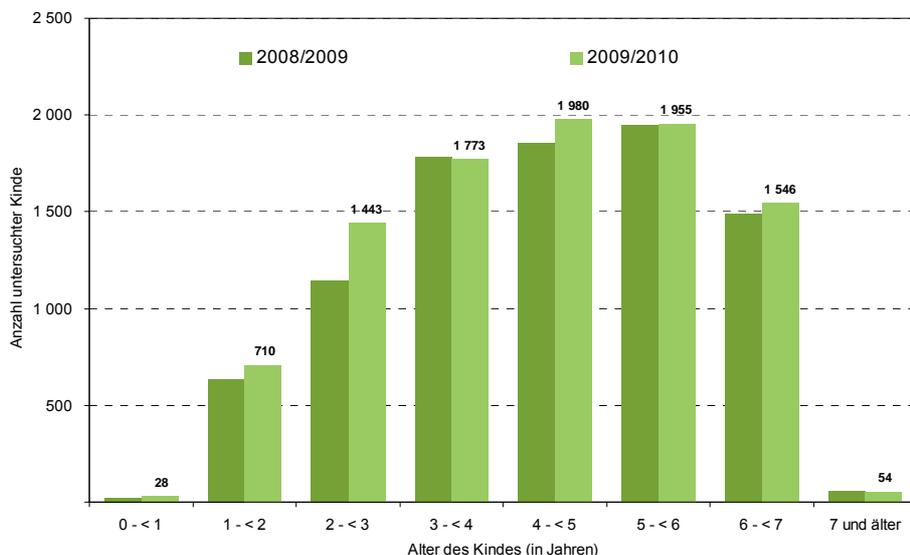


Abb. 57: Zahl der untersuchten Kita-Kinder nach Altersgruppen
Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2008/09 und 2009/10

4.7 Aspekte der Mundgesundheit der Kita-Kinder

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

Die Kenntnis der kariesauslösenden Faktoren und die Umsetzung des Wissens in die Prävention ermöglichte einen eindrucksvollen Rückgang der Karieshäufigkeit in Deutschland.²⁹ Die Ergebnisse unseres Landkreises bestätigen den Trend, zeigen aber auch Probleme.

4.7.1 Globaleinschätzung des Milchgebisses

Von 100 Kita-Kindern waren 2009/10 77 Kinder primär kariesfrei, 6 Kinder hatten gefüllte (sanierte) Zähne und 17 Kinder waren von Karies betroffen und somit behandlungsbedürftig.

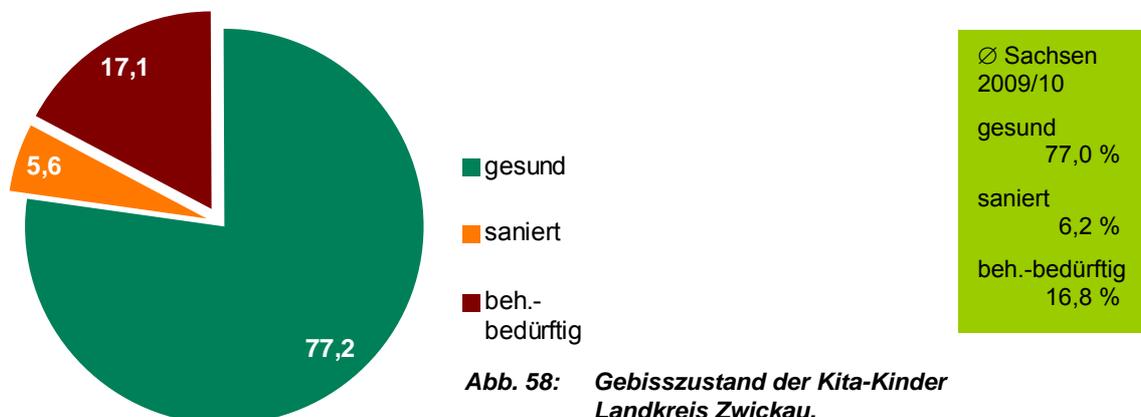


Abb. 58: Gebisszustand der Kita-Kinder
Landkreis Zwickau,
Untersuchungsjahr 2009/10

²⁹ Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Ergebnisse KiGGS)

Betrachtet man die Ergebnisse zur Zahngesundheit der Kita-Kinder nach Altersgruppen, so zeigt sich eine ganz typische Veränderung im Altersgang: Mit zunehmendem Alter der Kinder nimmt der Anteil naturgesunder Gebisse ab und der Anteil kariöser, behandlungsbedürftiger Gebisse steigt. Auch der Anteil der Kinder mit intakt sanierten Zähnen nimmt zu, jedoch nicht in dem Maße wie die Zahl der Kinder mit kariösen Zähnen steigt. Dies zeigt den besonderen Handlungsbedarf. Die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an die Eltern enthält für diese Kinder die dringende Empfehlung zur Behandlung beim Hauszahnarzt.

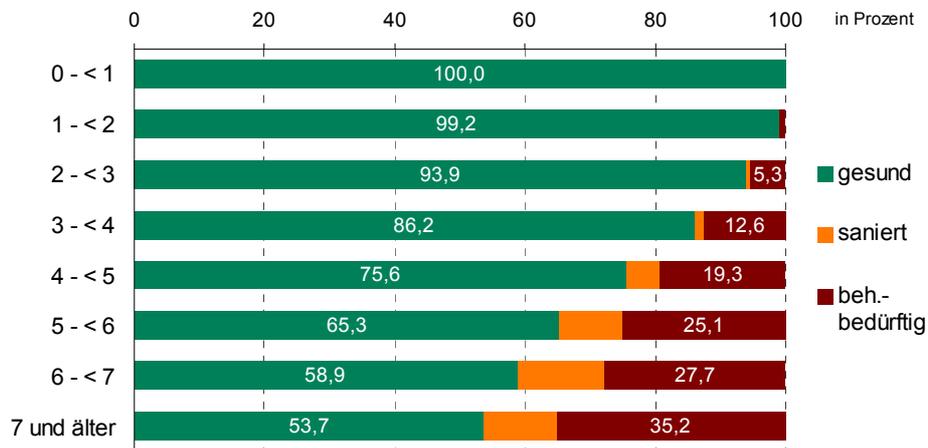


Abb. 59: Anteil der Kita-Kinder mit primär gesundem, saniertem bzw. behandlungsbedürftigem Gebiss bezogen auf die untersuchten Kinder einer Altersgruppe Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahr 2009/10

Im Untersuchungsjahr 2009/10 hatten fast alle Kinder im 2. Lebensjahr ein naturgesundes Milchgebiss (99 %), aber schon bei den Dreijährigen waren 13 % behandlungsbedürftig. Bei den Sechsjährigen waren nur noch 59 % primär kariesfrei, 13 % wiesen ein kariessaniertes Gebiss auf und 28 % waren behandlungsbedürftig.

Im Freistaat Sachsen gilt für die Zahngesundheit das Ziel, dass mindestens 80 % der dreijährigen Kinder und 60 % der Sechsjährigen kariesfrei sein sollen.

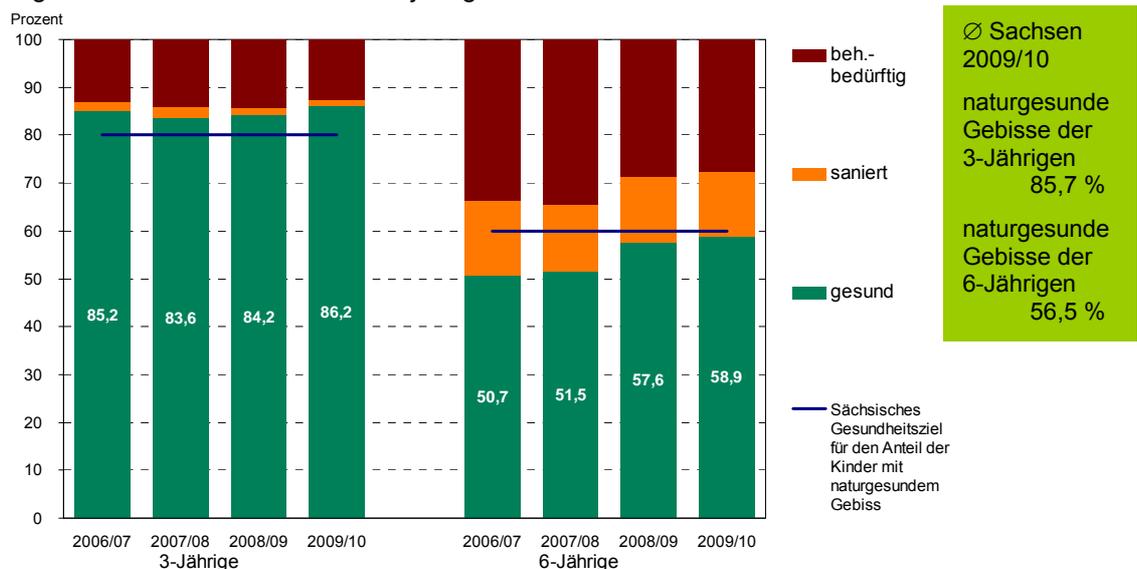


Abb. 60: Anteil der drei- und sechsjährigen Kinder mit primär gesundem, saniertem bzw. behandlungsbedürftigem Gebiss im Zeitverlauf Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2006/07 bis 2009/10

Abbildung 60 stellt die Entwicklung der Untersuchungsergebnisse zur Zahngesundheit im Landkreis Zwickau für die Drei- und Sechsjährigen im Verlauf der letzten vier Untersuchungsjahre dar. Erkennbar ist, dass der sächsische Zielwert für die Dreijährigen im Landkreis Zwickau bereits in allen betrachteten Jahren überschritten wurde und der Zielwert der Kariesfreiheit der Sechsjährigen im letzten Untersuchungsjahr 2009/10 fast erreicht wurde. Erfreulich ist der wachsende Anteil kariesfreier Kinder. Allerdings muss auch festgestellt werden, dass der Anteil der Kinder mit sanierten Zähnen stagniert. Es gibt bei den Kita-Kindern noch immer einen (zu) großen Anteil Kinder mit behandlungsbedürftiger Karies. Bei dieser Einschätzung ist jedoch zu beachten, dass eine Milchzahnsanierung im Kleinkindalter sowohl für das Kind als auch für den Zahnarzt nicht einfach ist. Dennoch sollten die Eltern dieser Kinder die Empfehlung der dringenden zahnärztlichen Behandlung ernst nehmen und diese umsetzen.

Fazit

- **Im Landkreis Zwickau haben mehr als drei Viertel der untersuchten Kita-Kinder ein naturgesundes Gebiss ohne Füllungen, Karies oder extrahierte Zähne.**
- **Karies im Milchzahngebiss nimmt mit dem Alter der Kinder zu. 14 % der dreijährigen und 40 % der sechsjährigen Kita-Kinder haben bereits Karieserfahrung.**
- **Die Zahngesundheit der Kita-Kinder hat sich in den letzten vier Jahren verbessert, eindrucksvoll wird dies für die Sechsjährigen konstatiert.**
- **Die im Landkreis Zwickau ermittelten Kennzahlen zu Kindern mit naturgesunden Gebissen sind besser als die durchschnittlich in Sachsen ermittelten Werte.**

4.7.2 Einschätzung von Kariesverbreitung und Kariesrisiko

Für die Einschätzung der Kariesverbreitung und das Maß der Kariesschäden im Milchgebiss wird der dmf-t-Index angewandt, der die Zahl kariesgeschädigter Zähne pro Kind angibt.

Zur Berechnung des dmf-t-Index wird die Anzahl kariöser (decayed), fehlender (missing) und gefüllter (filled) Zähne (teeth) des Milchzahngebisses addiert und auf die Zahl der untersuchten Kinder bezogen. Ein makelloser Milchgebiss ohne Füllungen, Karies oder kariesbedingte Extraktionen hat für das einzelne Kind den dmf-t-Wert Null. In einer Untersuchungsgruppe ist die Zahngesundheit um so besser je kleiner der dmf-t-Index ausfällt.

Die dmf-t-Indizes der Drei- und Sechsjährigen fungieren deutschlandweit als wichtige Vergleichskennzahlen für die Entwicklung der Zahngesundheit im Kleinkind- und Vorschulalter.

Im Landkreis Zwickau wurde für die 2009/10 untersuchten Kita-Kinder ein dmf-t-Index von 0,9 kariesgeschädigten Zähnen berechnet. Da die Karieserfahrung mit zunehmendem Alter der Kinder wächst, ist es offensichtlich, dass auch der dmf-t-Index im Altersgang steigt.

Bei Dreijährigen wurden im Landkreis Zwickau im Mittel 0,53 kariesgeschädigte Zähne pro Kind festgestellt, dieser Wert liegt minimal unterhalb des sächsischen Durchschnittswertes. Sechsjährige Kita-Kinder wiesen im Landkreis Zwickau 1,55 geschädigte Zähne auf. Der sächsische Durchschnittswert ist mit 1,74 Zähnen deutlich höher und im sächsischen Vergleich schneiden damit die Kinder im Landkreis Zwickau sehr gut ab.

Werden die altersbezogenen dmf-t-Indizes im Zeitverlauf der letzten vier Jahre betrachtet (siehe *Abbildung 61*), so werden in jeder Altersgruppe kontinuierlich fallende Kennzahlen registriert. Die sinkende Tendenz ist mit steigendem Alter der Kinder um so deutlicher und ist erfreulicher Ausdruck einer Reduzierung der Zahnkaries bei Kita-Kindern.

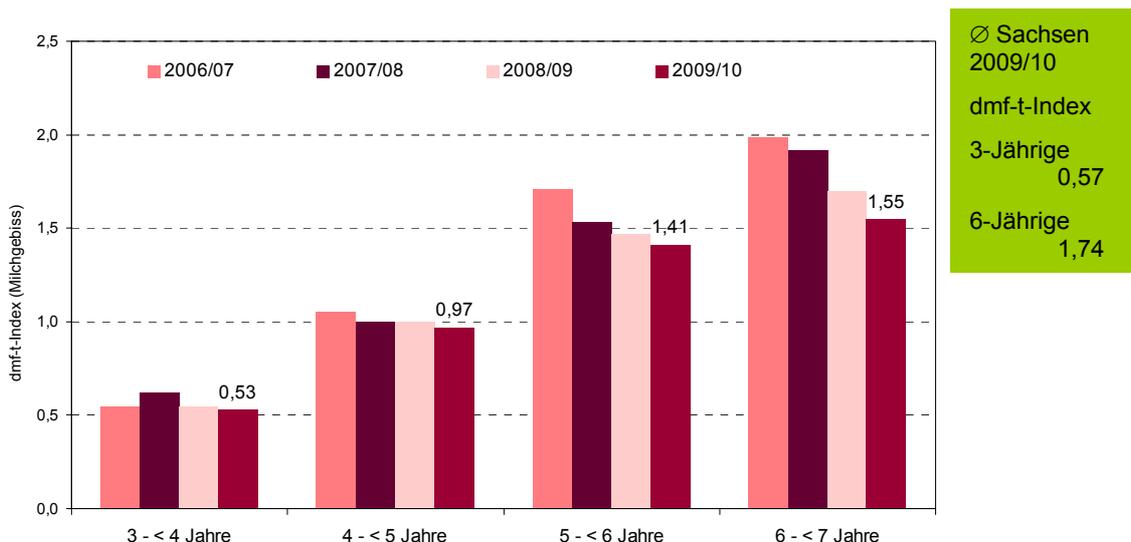


Abb. 61: Durchschnittliche Zahl kariesgeschädigter Zähne pro Kind (dmf-t-Index) nach Altersgruppen
Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2006/07 bis 2009/10

Aber es gibt nicht nur positive Entwicklungen. Sorge bereitet die frühkindliche Karies, insbesondere die sogenannte Nuckelflaschen-Karies (NFK). Nicht selten sind noch nicht alle Milchzähne durchgebrochen, aber die Frontzähne bereits tief kariös zerstört. Meist sind die oberen Schneidezähne betroffen, wie es das nachstehende Foto zeigt.



Abb. 62: Ausprägungen der Nuckelflaschen-Karies (Foto: LAGZ Sachsen)

Nuckelflaschen-Karies ist eine schwerwiegende Mundgesundheitsschädigung. Sie führt zu Schmerzen, Schwierigkeiten beim Essen und der Verdauung, Sprachproblemen und Problemen bei sozialen Kontakten. In schweren Fällen ergibt sich eine Behandlungsnotwendigkeit in Vollnarkose. Hauptursache dieser Sonderform der frühkindlichen Karies im Milchgebiss ist das dauerhafte Nuckeln von Säften oder süßem Tee aus Plastikbabyflaschen. Dabei werden die durchbrechenden Milchschnidezähne stundenlang von diesen gesüßten oder stark säurehaltigen Getränken umspült und geschädigt. Wird die Milchzahnkaries im Kindesalter nicht behandelt, hat dies auch schwerwiegende Folgen auf das bleibende Gebiss.

Um die Kariesverbreitung und die Schwere der Karies zu senken, müssen frühzeitig Kinder mit hohem Kariesrisiko identifiziert werden und diesen Kindern muss eine Intensivbetreuung angeboten werden.

Das Karieshochrisiko wird nach altersabhängigen Formeln der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) ermittelt. Im Rahmen der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen werden auch im Landkreis Zwickau die nach DAJ-Kriterien ermittelten Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko erfasst. Bei den Dreijährigen wurden aktuell 13,8 % der Untersuchten als Kariesrisikokinder gewertet (dmf-t > 0), fast jedes 7. Kind dieser Altersgruppe ist betroffen. Bei den Fünfjährigen wurden 11,7 % Kariesrisikokinder festgestellt (dmf-t > 4).

Die folgende Abbildung zeigt den tendenziell sinkenden prozentualen Anteil kariesgefährdeter Kita-Kinder im Landkreises Zwickau je Altersgruppe im Zeitverlauf.

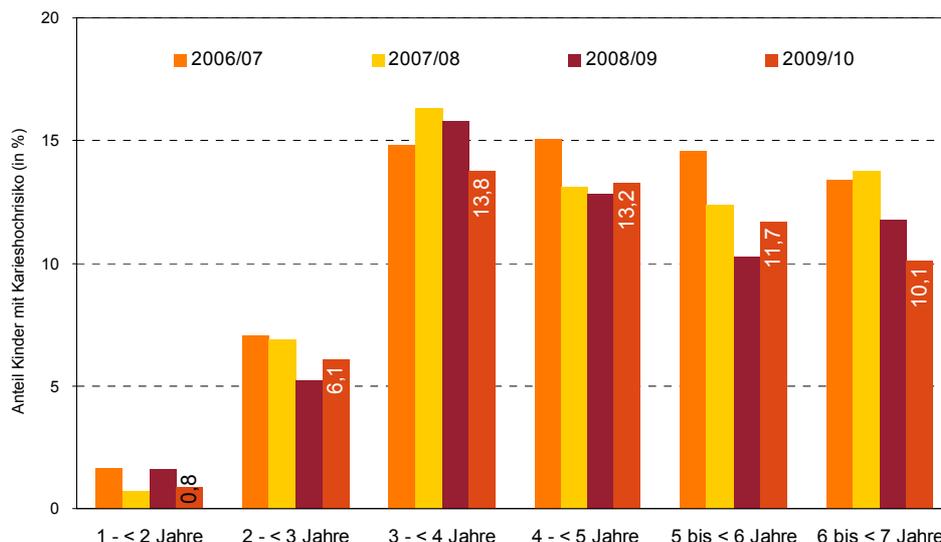


Abb. 63: Anteil der Kita-Kinder mit Karieshochrisiko (nach DAJ-Kriterien) nach Altersgruppen
Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2006/07 bis 2009/10

Deutschlandweit wird festgestellt, dass wenige Kinder einen Großteil der Karieszahnschäden auf sich vereinen. Diese Polarisierung des Kariesbefalls lässt sich auch für Kita-Kinder im Landkreis Zwickau nachweisen. So wurden bei 1,2 % der Sechsjährigen zehn und mehr kariöse Milchzähne festgestellt. Insgesamt wiesen 18% der Sechsjährigen vier und mehr kariöse Zähne auf. Damit vereinen diese 18 % der Sechsjährigen 71 % aller kariösen Zähne. Diese Kinder benötigen intensive zahnärztliche und prophylaktische Betreuung.

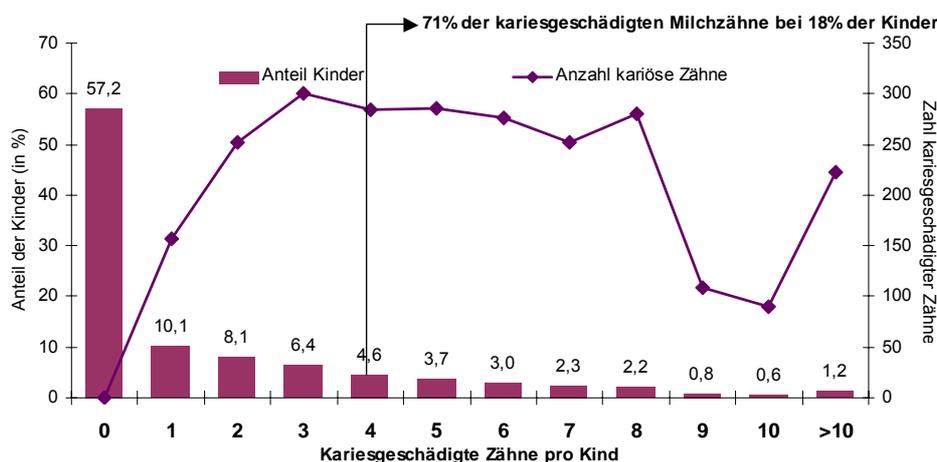
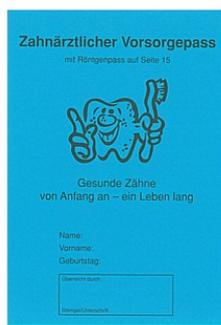


Abb. 64: Anteil der Kita-Kinder mit Karieshochrisiko (nach DAJ-Kriterien) nach Altersgruppen
Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahr 2009/10

Eltern sollten deshalb

- den Kindern Flaschen mit zuckerhaltigen Getränken nicht zum Dauernuckeln überlassen
- süße Tees und Fruchtsäfte nicht als Einschlafhilfe oder zur Beruhigung geben
- ab dem 1. Geburtstag Getränke nur noch aus der Tasse oder dem Becher trinken lassen
- regelmäßig ab dem 1. Milchzahn einmal täglich (vor dem Schlafengehen) Zähneputzen

In Sachsen gibt es den „Zahnärztlichen Vorsorgepass“, der einen Überblick über die Stufen der Gebissentwicklung und wertvolle Tipps und Handlungsanleitungen zur Zahnpflege in den jeweiligen Altersgruppen enthält. Darüber hinaus dient der Pass auch zur Erinnerung an die etappenweisen zahnärztlichen Kontrollen bis zum 12. Lebensjahr des Kindes. Damit der Vorsorgepass lückenlos ist, sind regelmäßige Besuche des Kindes beim Zahnarzt notwendig. Der Pass wird in der Entbindungskliniken ausgegeben. Damit soll es in Zusammenarbeit mit Kinderärzten, Zahnärzten und Hebammen gelingen, Eltern zum Thema frühkindliche Karies zu sensibilisieren.



Fazit

- Im Schnitt hatten im Landkreis Zwickau 2009/10 Kita-Kinder weniger kariesgeschädigte Zähne als in den vorangegangenen Jahren.
- Bei dreijährigen Kita-Kindern werden im Landkreis Zwickau in den letzten vier Jahren relativ gleichbleibend 0,5 kariesgeschädigte Zähne pro Kind festgestellt.
- Sechsjährige Kita-Kinder wiesen im Landkreis Zwickau 2009/10 1,55 geschädigte Zähne auf. Dies ist der beste bisher registrierte Wert. Vor vier Jahren wurden noch 2,0 kariesgeschädigte Zähne pro Kind ermittelt.
- Die meisten Kinder haben keine bzw. nur vereinzelte Karies, aber es gibt einen kleinen Anteil Kinder mit sehr hohem Kariesbefall. Massive Karies ist das Problem einer kleinen Gruppe von Kindern mit besonders hohem Kariesrisiko.

4.7.3 Geschlechtsspezifik

Jungen hatten bei den zahnärztlichen Reihenuntersuchungen 2009/10 in Kindertageseinrichtungen seltener ein naturgesundes Milchzahngewiss als Mädchen. Diese Geschlechtsspezifik wird in allen Altersgruppen registriert und ist typisch für das Kleinkind- und Vorschulalter.

Die Abbildungen zeigen den Vergleich von Mädchen und Jungen für die Altersgruppe der Drei- und der Sechsjährigen.

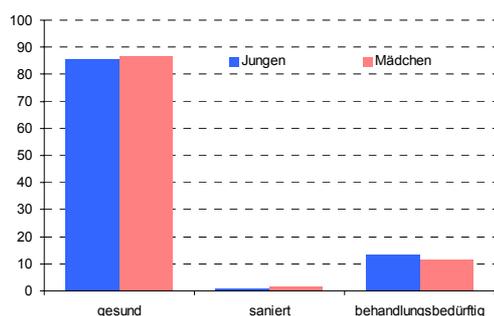


Abb. 65: Wertung Milchgebiss 3-Jährige Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahr 2009/10

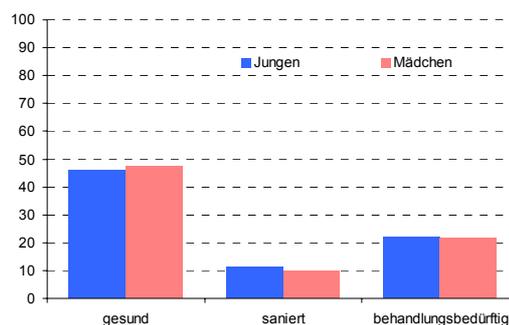


Abb. 66: Wertung Milchgebiss 6-Jährige Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahr 2009/10

Auch bei der Zahl kariesgeschädigter Milchzähne wird ein Geschlechtsunterschied festgestellt. Der dmft-Index der Jungen beträgt 0,96 gegenüber 0,84 bei Mädchen.

Fazit

- Mädchen haben etwas häufiger naturgesunde Gebisse als Jungen.
- Die Zahl kariesgeschädigter Zähne ist bei Jungen größer als bei Mädchen.

4.7.4 Regionale Ergebnisse nach Städten und Gemeinden

Für die Zahnärzte im Gesundheitsamt, aber auch für die niedergelassenen Zahnärzte und für die Erzieher in der Kindertageseinrichtungen sind die kleinräumigen Auswertungen sehr wichtig, um Städte und Gemeinden mit besonderem Handlungsbedarf zu erkennen.

Abbildung 67 stellt den Anteil der Kita-Kinder mit behandlungsbedürftigem Gebiss dar, jeweils bezogen auf die Kita-Standorte in Städten und Gemeinden. Es offenbaren sich deutliche regionale Unterschiede und territoriale Ungleichheiten der Kariesverbreitung.

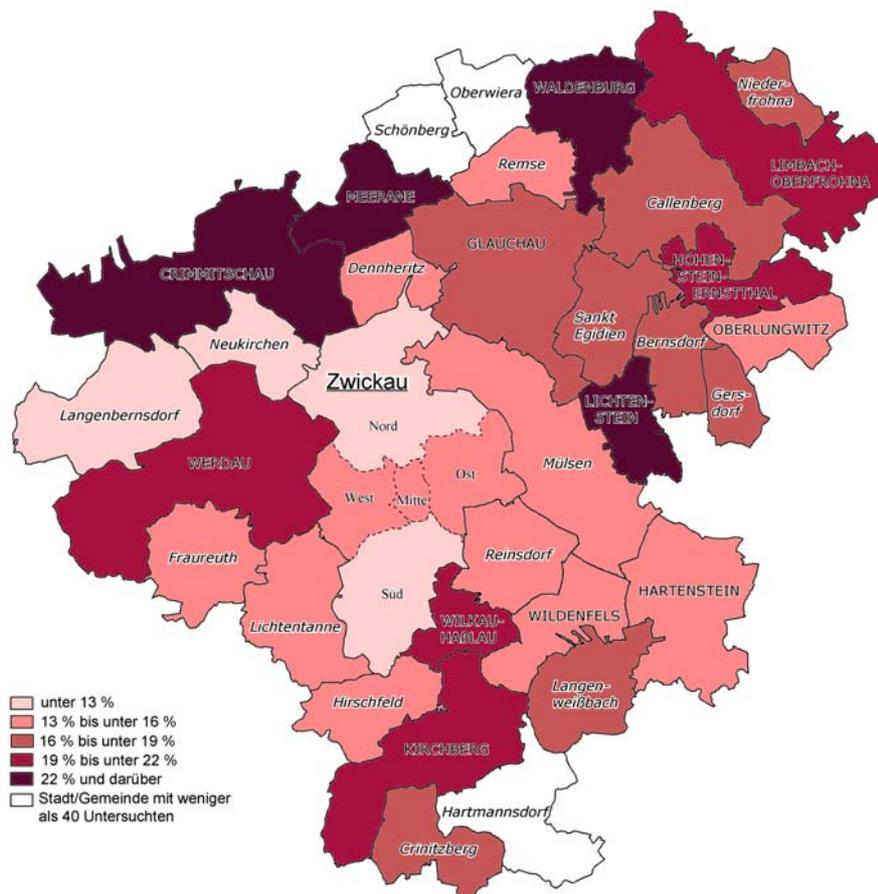


Abb. 67: Anteil der Kita-Kinder mit behandlungsbedürftigem Gebiss nach Kita-Standort in Städten und Gemeinden im Landkreis Zwickau Zahnärztliche Untersuchung 2009/10

In den Städten Meerane und Crimmitschau wurden die höchsten Häufigkeiten behandlungsbedürftiger Gebisse festgestellt, die Hälfte der Einrichtungen haben mehr als 20 % Kinder mit behandlungsbedürftigen kariösen Zähnen. In einzelne Einrichtungen wurde sogar bei bis zur Hälfte der Kinder Kariesbefall registriert.

Aus der sozialmedizinischen Forschung ist bekannt, dass Kariesrisikokinder häufig aus Familien stammen, die sich wenig um aktive Gesundheitsvorbeugung bemühen, aus einer sozial schwächeren Bevölkerungsschicht oder aus Familien mit Migrationshintergrund kommen.³⁰ Diese Studien weisen den sozioökonomischen Status der Familie als wesentliche Determinante der Mundgesundheit der Kinder aus und sprechen auch von einer zunehmenden sozialen Schieflage des Kariesbefalls.

³⁰ Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Ergebnisse KiGGS)

Im Landkreis Zwickau wurden überdurchschnittlich hohe Anteile von Kindern mit hohem Kariesrisiko in Kindertageseinrichtungen von Meerane, Crimmitschau und Lichtenstein registriert. In einzelnen Kindertageseinrichtungen dieser Städte gehören mehr als ein Viertel der Kinder zur Gruppe der Hochrisikokinder.

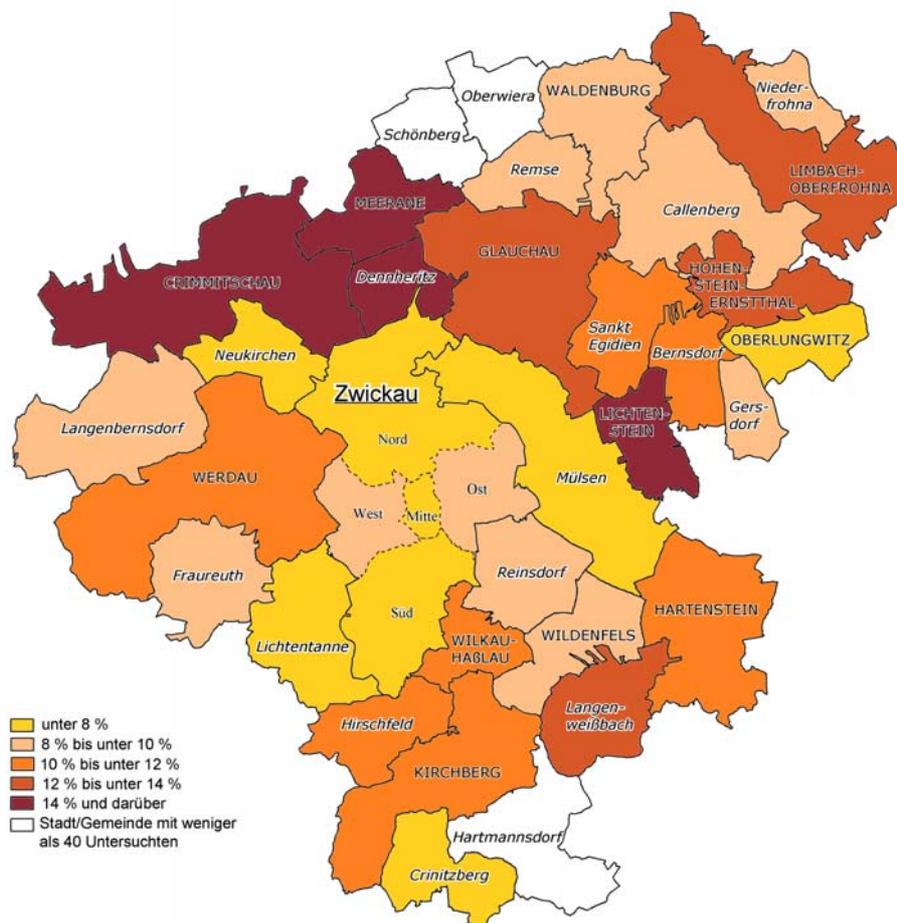


Abb. 68: Anteil der Kita-Kinder mit hohem Kariesrisiko nach Kita-Standort in Städten und Gemeinden im Landkreis Zwickau Zahnärztliche Untersuchung 2009/10

Derzeit fließen noch keine kleinräumigen Sozialdaten des Landkreises Zwickau in die Datenbewertung zur Zahngesundheit ein, deshalb können die regionalen Verteilungen der Kinder mit hohem Kariesrisiko derzeit noch nicht entsprechend interpretiert werden. Wichtig ist aber die Ableitung von Handlungsbedarf für die Städte und Gemeinden mit einem hohen Anteil von Karieshochrisikokindern.

Fazit

- Es wird eine regionale Ungleichverteilung der Kita-Kinder mit behandlungsbedürftigen kariösen Gebissen festgestellt.
- Große regionale Unterschiede gibt es ebenso bei der Häufigkeit von Karieshochrisikokindern. Künftig sollten Sozialraumdaten in die Bewertung einfließen.
- Die Ergebnisse der kleinräumigen bzw. einrichtungsbezogenen Auswertungen sind die Grundlage der Schwerpunktsetzung für Maßnahmen der zahnmedizinischen Prophylaxe und der allgemeinen Gesundheitsförderung.

4.8 Ergebnisse der Gruppenprophylaxe

Zur Kariesprävention ist nach § 21 SGB V die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe unter anderem für alle Kinder in Kindertageseinrichtungen als gesetzlicher Anspruch vorgesehen und laut Rahmenvereinbarung der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege im Freistaat Sachsen e.V. (LAGZ Sachsen) seit 1992 verbindlich.

Die Durchführung gruppenprophylaktischer Maßnahmen liegt im Landkreis Zwickau in den Händen der drei Zahnärzte des Gesundheitsamtes und 57 beauftragter ermächtigter niedergelassener Zahnärzte, sogenannter Patenzahnärzte. Die Prophylaxemaßnahmen werden im Landkreis von zwei Regionalen Arbeitskreisen für Jugendzahnpflege koordiniert. Die gruppenprophylaktische Betreuung der Kinder findet direkt in der Kindertageseinrichtung statt.

In altersgerechter Form wird Wissen rund um die Zähne vermittelt. Gemeinsam wird das richtige Zähneputzen geübt und kindgerecht über vollwertige und zahngesunde Ernährung aufgeklärt. Möglichkeiten der Zahnschmelzhärtung durch lokale Fluoridierungsmaßnahmen werden angeboten. Eine lokale Fluoridanwendung erfolgt nur bei Vorliegen einer Einverständniserklärung der Eltern.

Im Untersuchungszeitraum 2009/10 wurden durch die drei Zahnärzte des Gesundheitsamtes in 28 Kitas insgesamt 1.418 Kinder mit zwei Prophylaxeimpulsen erreicht. 147 Kitas werden von 57 Patenzahnärzten betreut. Nur zwei der vertraglich gebundenen Kindertageseinrichtungen im Landkreis erhielten kein Angebot zur Gruppenprophylaxe.

Folgende externe Fluoridierungsmaßnahmen wurden 2009/10 durchgeführt:

- Einputzen Fluorid-Gelee
- Applikation von Fluorid-Lack mindestens einmal jährlich

Von den betreuten Kindern erhielten etwa ein Drittel externe Fluoridierungsmaßnahmen.

Besonderes Augenmerk gilt im Rahmen gruppenprophylaktischer Maßnahmen der Betreuung von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko.

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

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

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

Fazit

- **Die Organisation der Maßnahmen der Gruppenprophylaxe erfolgt im Landkreis Zwickau durch die beiden Regionalen Arbeitskreise für Jugendzahnpflege.**
- **Neben den drei Zahnärzten des Gesundheitsamtes wirken 57 Patenzahnärzte an der Gruppenprophylaxe im Landkreises mit.**
- **Nahezu alle Kitas des Landkreises erhielten im Untersuchungsjahr 2009/10 Angebote zur gruppenprophylaktischen Betreuung.**

4.9 Schlussfolgerungen

Erfolg der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in Kindertageseinrichtungen

- Die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen und die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe sichern durch die im Landkreis Zwickau vorhandene flächendeckende Kontinuität die Zahngesundheit der Mädchen und Jungen in Kindertageseinrichtungen.
- Im Landkreis Zwickau wird in den letzten Jahren eine weitere Verbesserung der Zahngesundheit der Kita-Kinder registriert. Der Anteil der Kinder mit makellosem Milchgebiss ohne Füllungen, Karies oder extrahierten Zähnen ist angestiegen und die Zahl kariesgeschädigter Zähne gesunken.

Probleme der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen

- Kinder, die ausschließlich zu Hause betreut werden, profitieren kaum vom Untersuchungsangebot. Untersuchungstermine im Gesundheitsamt werden eher selten wahrgenommen.
- Trotz der erfreulichen Tendenz der Verbesserung der Zahngesundheit gilt es, den Sanierungsgrad der Zähne bei den Klein- und Vorschulkindern zu verbessern. Die Eltern sollten die Empfehlungen zur Zahnarztbehandlung umsetzen.
- Die Polarisierung des Kariesbefalls führt dazu, dass eine kleine Gruppe von Kindern massive Kariesprobleme hat. Problematisch ist insbesondere die Nuckelflaschen-Karies.
- Die Umsetzung der zahnärztlichen Empfehlungen zu Behandlung und Mundhygiene sind gerade für Kleinkinder und Kinder im Vorschulalter vom Engagement der Eltern abhängig.

Schwerpunkte bei der Durchführung der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen

- Sicherung der flächendeckenden Durchführung der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in allen Kitas im Landkreis Zwickau.
- Weiterführung der jährlichen flächendeckenden gruppenprophylaktischen Betreuung mit Schwerpunkt in den Kindertageseinrichtungen mit einem hohen Anteil von Kariesrisikokindern.

Fazit

Die flächendeckenden Angebote der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in allen Kitas und die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe ermöglichten eine weitere Verbesserung der Zahngesundheit der Kita-Kinder. Die derzeitigen Probleme einer Polarisierung der Zahngesundheit erfordern jedoch die Fortsetzung bzw. Intensivierung aller prophylaktischen Maßnahmen, um Früherfassung und Frühbehandlung von kariösen Defekten zu gewährleisten. Dabei dürfen die flächendeckenden Basisprophylaxemaßnahmen jedoch nicht vernachlässigt werden.

5. Projekt „Gesundheitsförderung in der Kita“

Das Gesundheitsamt der Stadt Zwickau initiierte 2004 das Projekt „Gesundheitsförderung in der Kita“ für alle Zwickauer Kindertageseinrichtungen. Nach Fusion der Gesundheitsämter im Zuge der Landkreisreform werden die Angebote seit 2009 allen Kindertageseinrichtungen im Landkreis Zwickau zur Verfügung gestellt.

Das Kindesalter ist hinsichtlich der Wirksamkeit und Effizienz präventiver Maßnahmen ein bedeutsamer Lebensabschnitt, weil gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, Lebensstile und auf die Gesundheit bezogene Kompetenzen in der Kindheit entscheidend geprägt werden. Dabei spielen die Lebensbedingungen und das tatsächliche Umfeld der Kinder eine große Rolle. Da ein Großteil der Kinder im Kleinkind- und Vorschulalter in einer Kindertageseinrichtung betreut wird, bietet das „Setting Kita“ geeignete Zugangswege für Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Primärprävention.

Schwerpunktfelder des Projektes „Gesundheitsförderung in der Kita“ sind Fortbildungen für Erzieher, die Erziehergesundheit, Veranstaltungen für Kinder und die Elternarbeit. Die Angebote können von allen Kindertagesstätten je nach individuellem Bedarf genutzt werden.

Ziel ist es die Erzieher in ihrer Arbeit durch kontinuierliche Weiterbildung und die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch zu unterstützen. Da Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten bereits in der täglichen Arbeit praktiziert wird, geht es besonders um die Bestärkung und den Ausbau bereits realisierter Elemente sowie Impulse für neue Vorhaben.

Ein weiterer Aspekt ist die Gesundheitsförderung der Erzieher. Viele Erzieher haben aufgrund ihrer Tätigkeit Probleme mit Lärm oder auch Haltungsschäden, da sie sich bewusst oder unbewusst auf die Ebene (Höhe) der Kinder begeben und einen Großteil ihrer Arbeitszeit in gebückter Haltung verbringen.

Zentrale Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention im Vorschulalter:

- Ernährungsaufklärung
- Bewegungsförderung
- Sprachförderung
- Unfallprävention
- Suchtprävention
- Sexualaufklärung
- Förderung der Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen
- Förderung der Impfbereitschaft
- Stressbewältigung/psychosoziale Gesundheit

Zielsetzungen der Gesundheitsförderung im Kindergarten

Grundsatzziel: _____

- gesunde Entwicklung der Kinder

Rahmenziele:

- physische und psychische Entwicklung und deren Verarbeitung
- Entwicklung motorischer Fähigkeiten
- Entwicklung von Sprache und Kognition
- Entwicklung sozialen Verhaltens
- Entwicklung einer selbstbestimmten Identität
- Förderung von Einschätzungs- und Urteilsvermögen

- Förderung spezieller Gesundheitskompetenzen
- Motivation zu gesundheitsbezogenem Verhalten
- Einüben von gesundheitsgerechtem Verhalten

Notwendig für die Zielrealisierung ist die Berücksichtigung der Leitaspekte der Gesundheitsförderung.

Zielstellung des Projektes

- Bestärkung und Ausbau von Aktionen der Gesundheitsförderung in der Kindertagesstätte
- Erfahrungsaustausch über erfolgreiche Projekte und Aktionen
- Vermittlung neue Kenntnisse und Festigung von vorhandenem Wissen auf den Gebieten Ernährungserziehung, Bewegung, Sprachförderung, Sexualerziehung u.s.w.
- Festigung und Erweiterung der Methodenkompetenz
- Umsetzungsstrategien für die Praxis
- Gesundheitsförderung der Erzieher

Säulen des Projekts sind:

Erzieher	Kinder	Eltern
Multiplikatorenschulungen	gemeinsame Großveranstaltungen	Elternabende
Erziehergesundheit		Elternbroschüren

Abb. 69: Fotografische Impressionen von Projekt-Veranstaltungen 2010



Aktion „Gesundes Frühstück“



Aktion „Spiele aus der Move it Box“



Aktion „Hände waschen – aber richtig“



Fortbildung „Qualitätsstandards in der Mittagsverpflegung in Kitas“

Darüber hinaus wird entsprechend der Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung und der Bedarfserhebung in den Einrichtungen jährlich ein Angebotskatalog entwickelt, der den Einrichtungen zur Verfügung gestellt wird. Die Angebote werden sehr rege genutzt.

6. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Zahl der gemäß SächsKitaG zu untersuchenden Kita-Kinder, davon Zahl der Kinder ohne Untersuchungsangebot, Kinder mit Untersuchungsangebot und fehlende Kinder wegen Krankheit oder Urlaub (Restanten), Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2003/04 bis 2009/10	14
Abb. 2:	Teilnahmestatus der lt. SächsKitaG zu untersuchenden Kita-Kinder Landkreis Zwickau, Vergleich der Untersuchungsjahre 2005/06 bis 2009/10	15
Abb. 3:	Untersuchte Kita-Kinder nach Altersgruppen Landkreis Zwickau, Ergebnisse des Untersuchungsjahres 2009/10	16
Abb. 4:	Untersuchte Kita-Kinder nach Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U2-U8 bezogen auf alle Untersuchten mit vorgelegtem Vorsorgeheft Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2005/06 bis 2009/10	17
Abb. 5:	Durchimpfungsgrad der untersuchten Kita-Kinder mit Impfausweis Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2005/06 bis 2009/10	18
Abb. 6:	Impfstatus der untersuchten Kita-Kinder Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahr 2009/10	19
Abb. 7:	Befundhäufigkeiten der untersuchten Kita-Kinder in den Screeningbereichen Sehen, Hören, Sprache, Fein- und Grobmotorik nach deren Rangfolge Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahr 2009/10	21
Abb. 8:	Befundhäufigkeiten der Kita-Kinder im Zeitverlauf Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2007/08 bis 2009/10 Vergleich Freistaat Sachsen Untersuchungsjahr 2009/10	22
Abb. 9:	Befundhäufigkeiten der Kita-Kinder nach Geschlecht Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahr 2009/10	23
Abb. 10:	Anteil der untersuchten Kita-Kinder mit Sprachentwicklungsauffälligkeiten nach Befundstatus Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2004/05 bis 2009/10	24
Abb. 11:	Anteil der untersuchten Kita-Kinder mit Auffälligkeiten beim Sehtest nach Befundstatus Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2004/05 bis 2009/10	26
Abb. 12:	Anteil der untersuchten Kita-Kinder mit Auffälligkeiten beim Hörtest nach Befundstatus Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2004/05 bis 2009/10	27
Abb. 13:	Anteil der untersuchten Kita-Kinder mit Auffälligkeiten der Feinmotorik nach Befundstatus Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2004/05 bis 2009/10	28
Abb. 14:	Anteil der untersuchten Kita-Kinder mit Auffälligkeiten der Grobmotorik nach Befundstatus Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2004/05 bis 2009/10	29
Abb. 15:	Untersuchte Kita-Kinder nach Förderstatus zum Zeitpunkt der Untersuchung und dem ermittelten Förderbedarf von Eingliederungsmaßnahmen SGB XII Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahr 2009/10	31
Abb. 16:	Befundhäufigkeit von Sprachentwicklungsauffälligkeiten bei Kita-Kindern nach Kita-Standort in Städten und Gemeinden im Landkreis Zwickau, Kita-Untersuchung 2009/10	33
Abb. 17:	Befundhäufigkeit von Auffälligkeiten der Feinmotorik bei Kita-Kindern nach Kita-Standort in Städten und Gemeinden im Landkreis Zwickau Kita-Untersuchung 2009/10	34
Abb. 18:	Befundhäufigkeit von Auffälligkeiten der Grobmotorik bei Kita-Kindern nach Kita-Standort in Städten und Gemeinden im Landkreis Zwickau Kita-Untersuchung 2009/10	35
Abb. 19:	Anzahl der Schulanfänger nach Art der Schulanmeldung Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2005 bis 2010	40
Abb. 20:	Anzahl Kinder und Jugendliche nach Geburtsjahr und Geschlecht Landkreis Zwickau, per 31.12.2009 (Lebensbaum)	40
Abb. 21:	Schulanfänger nach Betreuungsstatus zum Untersuchungszeitpunkt Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2005 bis 2010	41
Abb. 22:	Schulanfänger nach Zahl ihrer Geschwister zum Untersuchungszeitpunkt Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2005 bis 2010	42
Abb. 23:	Schulanfänger nach Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U9 bezogen auf alle Untersuchten mit vorgelegtem Vorsorgeheft Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2006 bis 2010	43

Abb. 24:	Impfstatus der untersuchten Schulanfänger Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010	44
Abb. 25:	Durchimpfungsgrad der Schulanfänger nach Teilnahme an der U9 Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010	45
Abb. 26:	Befundhäufigkeiten der untersuchten Schulanfänger nach deren Rangfolge (dunkel: die fünf häufigsten schulrelevanten Befunde), Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010	47
Abb. 27:	Häufigkeit schulrelevanter Befunde der Schulanfänger nach Befundausrprägung Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010	48
Abb. 28:	Häufigkeit schulrelevanter Befunde der Schulanfänger im Zeitverlauf Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010, Vergleich Sachsen 2010	48
Abb. 29:	Häufigkeit schulrelevanter Befunde der Schulanfänger nach Geschlecht Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010	50
Abb. 30:	Anteil der Schulanfänger mit Sprachentwicklungsauffälligkeiten nach Befundstatus, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010 Vergleich der Befundhäufigkeiten nach Inanspruchnahme der Kita-Untersuchung	51
Abb. 31:	Befundhäufigkeit von Sprachentwicklungsauffälligkeiten bei Einschülern nach Wohnort in Städten und Gemeinden des Landkreises Zwickau Schulaufnahmeuntersuchung 2010	52
Abb. 32:	Anteil der Schulanfänger mit Auffälligkeiten der Feinmotorik nach Befundstatus, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010 Vergleich der Befundhäufigkeiten nach Inanspruchnahme der Kita-Untersuchung	53
Abb. 33:	Anteil der Schulanfänger mit Auffälligkeiten der Grobmotorik nach Befundstatus, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010 Vergleich der Befundhäufigkeiten nach Inanspruchnahme der Kita-Untersuchung	54
Abb. 34:	Befundhäufigkeit von Auffälligkeiten der Feinmotorik bei Einschülern nach Wohnort in Städten und Gemeinden des Landkreises Zwickau Schulaufnahmeuntersuchung 2010	55
Abb. 35:	Befundhäufigkeit von Auffälligkeiten der Grobmotorik bei Einschülern nach Wohnort in Städten und Gemeinden des Landkreises Zwickau Schulaufnahmeuntersuchung 2010	56
Abb. 36:	Anteil der Schulanfänger mit Auffälligkeiten des Sehvermögens nach Befundstatus, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010 Vergleich der Befundhäufigkeiten nach Inanspruchnahme der Kita-Untersuchung	57
Abb. 37:	Anteil der Schulanfänger mit Auffälligkeiten des Hörvermögens nach Befundstatus, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010 Vergleich der Befundhäufigkeiten nach Inanspruchnahme der Kita-Untersuchung	58
Abb. 38:	Anteil der Schulanfänger mit Auffälligkeiten der visuellen Wahrnehmung nach Befundstatus, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010 Vergleich der Befundhäufigkeiten nach Inanspruchnahme der Kita-Untersuchung	59
Abb. 39:	Befundhäufigkeit von Auffälligkeiten der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit bei Einschülern nach Wohnort in Städten und Gemeinden des Landkreises Zwickau Schulaufnahmeuntersuchung 2010	60
Abb. 40:	Anteil der Schulanfänger mit emotional-psychozialen Verhaltensauffälligkeiten nach Befundstatus, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010 Vergleich der Befundhäufigkeiten nach Inanspruchnahme der Kita-Untersuchung	61
Abb. 41:	Anteil der Schulanfänger mit Untergewicht, Übergewicht bzw. Adipositas, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2007 bis 2010	63
Abb. 42:	Gewichtsbeurteilung der Schulanfänger nach Geschlecht Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010	63
Abb. 43:	Anteil der Schulanfänger mit Haltungsschwäche bzw. manifesten Wirbelsäulenschäden nach Befundstatus, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010	65
Abb. 44:	Anteil der Schulanfänger mit Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach Förderstatus, Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2008 bis 2010	66
Abb. 45:	Häufigkeit von Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 35 SGB XII bei Einschülern nach Wohnort in Städten und Gemeinden des Landkreises Zwickau Schulaufnahmeuntersuchung 2010	67

Abb. 46:	Untersuchte Schulanfänger nach Schulempfehlung Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2006 bis 2010	68
Abb. 47:	Anteil der Schulanfänger mit Rückstellungsempfehlung im Zeitverlauf Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 1996 bis 2010	69
Abb. 48:	Gründe der ärztlichen Empfehlung zur Zurückstellung vom Schulbesuch Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010	69
Abb. 50:	Rückstellerquote nach Geschlecht Landkreis Zwickau, Einschuljahrgänge 2006 bis 2010	70
Abb. 51:	Rückstellerquote nach Städten und Gemeinden im Landkreises Zwickau Schulaufnahmeuntersuchung 2010	70
Abb. 52:	Förderschwerpunkte sonderpädagogischen Förderbedarfs Landkreises Zwickau, Einschuljahrgang 2010	71
Abb. 53:	Ausgewählte Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchungen in Abhängigkeit des Vorsorgestatus Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010	72
Abb. 54:	Ausgewählte Ergebnisse der Schulaufnahmeuntersuchungen in Abhängigkeit der Teilnahme an der Kita-Untersuchung Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010	73
Abb. 55:	Ausgewählte Befundhäufigkeiten der Schulanfänger in Abhängigkeit der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen Landkreis Zwickau, Einschuljahrgang 2010	74
Abb. 56:	Zahl der gemäß SächsKitaG zu untersuchenden Kita-Kinder, davon Zahl der untersuchten Kinder, der wegen Krankheit oder Urlaub fehlenden Kinder (Restanten) und Zahl der Kinder ohne elterliche Zustimmung zur Untersuchung Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2003/04 bis 2009/10	79
Abb. 57:	Zahl der untersuchten Kita-Kinder nach Altersgruppen Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2008/09 und 2009/10	80
Abb. 59:	Anteil der Kita-Kinder mit primär gesundem, saniertem bzw. behandlungsbedürftigem Gebiss bezogen auf die untersuchten Kinder einer Altersgruppe Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahr 2009/10	81
Abb. 60:	Anteil der drei- und sechsjährigen Kinder mit primär gesundem, saniertem bzw. behandlungs- bedürftigem Gebiss im Zeitverlauf Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2006/07 bis 2009/10	81
Abb. 61:	Durchschnittliche Zahl kariesgeschädigter Zähne pro Kind (dmf-t-Index) nach Altersgruppen Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2006/07 bis 2009/10	83
Abb. 62:	Ausprägungen der Nuckelflaschen-Karies (Foto: LAGZ Sachsen)	83
Abb. 63:	Anteil der Kita-Kinder mit Karieshochrisiko (nach DAJ-Kriterien) nach Altersgruppen Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahre 2006/07 bis 2009/10	84
Abb. 64:	Anteil der Kita-Kinder mit Karieshochrisiko (nach DAJ-Kriterien) nach Altersgruppen Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahr 2009/10	84
Abb. 66:	Wertung Milchgebiss 6-Jährige Landkreis Zwickau, Untersuchungsjahr 2009/10	85
Abb. 67:	Anteil der Kita-Kinder mit behandlungsbedürftigem Gebiss nach Kita-Standort in Städten und Gemeinden im Landkreis Zwickau, Zahnärztliche Untersuchung 2009/10	86
Abb. 68:	Anteil der Kita-Kinder mit hohem Kariesrisiko nach Kita-Standort in Städten und Gemeinden im Landkreis Zwickau, Zahnärztliche Untersuchung 2009/10	87
Abb. 69:	Fotografische Impressionen von Projekt-Veranstaltungen 2010	91

7. Quellenverzeichnis

- Sächsisches Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen (SächsKitaG) vom 27. November 2001
- Verordnung des Staatsministeriums für Kultus über die Schulgesundheitspflege im Freistaat Sachsen (SchulGesPflVO) vom 30. Mai 1998
- Schulgesetz für den Freistaat Sachsen (SchulG) vom 1. August 1991
- Gesetz über die Schulen in freier Trägerschaft (SächsFrTrSchulG) vom 19. Dezember 1991
- Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales zur Integration von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern in Tageseinrichtungen (SächsIntegrVO) vom 13. Dezember 2002
- Erklärung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz und des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus und Sport zur Zusammenarbeit von Kindertageseinrichtungen, Grund- und Förderschulen mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst vom 10. November 2009, veröffentlicht am 3. Dezember 2009
- Informationen für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst im Freistaat Sachsen Version 2.4, August 2008 mit Ergänzungsblättern vom November 2008
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz: Ergebnisse der Kita-Untersuchungen und der Schulaufnahmeuntersuchungen im Freistaat Sachsen
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz: Logo Sächsische Gesundheitsziele www.gesunde.sachsen.de
- Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision: www.slaek.de/60infos/infospatient/36impfen/e1/kalenderallgemein.html
- Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006 www.kiggs.de
- Online-Portal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Förderung einer gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen www.kindergesundheit-info.de
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen, Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 3 (1998)
- Landesmodell „Sprache fördern“ des Freistaates Sachsen www.sprache-foerdern-sachsen.de
- Online-Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP) www.familienhandbuch.de
- Grimm, Hannelore: Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder (SETK 3-5). Göttingen: Hogrefe Verlag, 2001
- Grimm, Hannelore: Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV). Göttingen: Hogrefe Verlag, 2003
- Döpfner, Manfred; Dietmair, Ines; Mersmann, Heiner; Simon, Klaus; Trost-Brinkhues, Gabriele: S-ENS Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen Göttingen: Hogrefe Verlag, 2004
- Kromeyer-Hauschild, Wabitsch et al.: Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kinder- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben, Monatszeitschrift Kinderheilkunde 2001; Heft 8: 807-818
- Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter www.a-g-a.de

- Kolip, Petra: Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz; 2004, Heft 3
- Hempel, Uwe: Sprechen wir gleich richtig...!? Sprachliche Entwicklung von Kindern bis zum Schuleintritt. Handbuch für Kindertageseinrichtungen
Herausgeber: Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Dresden, 2004
- von Loh, Siegrun: Entwicklungsstörungen bei Kindern. Medizinisches Grundwissen für pädagogische und therapeutische Berufe.
Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2003
- Klocke, Andreas: Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 03/2001, Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt
- Reiter, Sabine; Rasch, Gernot: Schutzimpfungen. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 01/2000, Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt
- Schoppa, Andreas: Impfstatus im Kindesalter. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 02/2001, Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt
- Schenk, L.;Knopf, H.: Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz; 2007, Heft 5/6
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ): Grundsätze für Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V
- Leitfaden für die standardisierte Befunderhebung und Dokumentation zahnärztlicher Reihenuntersuchungen durch die Jugendzahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter im Öffentlichen Gesundheitsdienst des Freistaates Sachsen
- Gesundheitsbericht des Landes Brandenburg 1999: Soziale Lage und Gesundheit der Einschüler in Brandenburg; Hrsg: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg, Landesgesundheitsamt
- Gesundheitsberichterstattung des Freistaates Sachsen: Sprachkompetenz der Vorschulkinder im Freistaat Sachsen 2009 (unveröffentlicht)
- Landeshauptstadt Dresden / Gesundheitsamt: Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Dresden 2009
- Stadt Leipzig: Daten und Fakten zur gesundheitlichen Situation der Leipziger Vorschulkinder 2008/09
- Stadt Zwickau: Aspekte der Gesundheit Zwickauer Kinder; Ergebnisse der Kindergartenuntersuchungen 2003/04 und der jugendärztlichen Untersuchungen 1999 bis 2004