

**Bericht zur Gesundheit und gesundheitlichen  
Versorgung  
von Einschulkindern im Saarland**

# Impressum

## Herausgeber:

Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales  
Pressesprecher: Stephan Kolling  
Franz-Josef-Röder-Straße 23  
66119 Saarbrücken

Telefon: 06 81 / 501 – 31 81  
Fax: 06 81 / 501 – 31 69  
Internet: [www.justiz-soziales.saarland.de](http://www.justiz-soziales.saarland.de)  
E-Mail: [presse@soziales.saarland.de](mailto:presse@soziales.saarland.de)

Stand: Juni 2005, Auflage: 1.000

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Regierung des Saarlandes herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

## Inhalt

<b>Vorwort Minister</b> .....	S. 3
<b>Einschulungsuntersuchung</b> .....	S. 4
<b>Überblick über die Einschul Kinder 2004</b>	
Herkunft.....	S. 7
Kindergartenbesuch.....	S. 9
Geschwisterzahl.....	S. 11
<b>Vorgeschichte</b>	
Schwangerschaft und Geburt.....	S. 12
Vorerkrankungen.....	S. 13
Medikamenteneinnahme.....	S. 15
Unfälle.....	S. 16
Operationen.....	S. 16
<b>Präventive Maßnahmen</b>	
Impfungen.....	S. 17
Vorsorgeuntersuchungen.....	S. 20
Jodsalz- und Fluoridprophylaxe.....	S. 23
Sportliche Aktivitäten.....	S. 24
<b>Fördermaßnahmen</b>	
Frühförderung.....	S. 27
Krankengymnastik/Physiotherapie.....	S. 28
Ergotherapie.....	S. 29
Logopädie/Sprachtherapie.....	S. 29
Andere Frühfördermaßnahmen.....	S. 29
<b>Untersuchungsbefunde</b>	
Sehstörungen.....	S. 30
Hörstörungen.....	S. 31
Übergewicht und Adipositas.....	S. 32
Magersucht und Untergewicht.....	S. 33
Hauterkrankungen.....	S. 34
Allergien.....	S. 34
Bewegungsorgane.....	S. 35
Mundgesundheit.....	S. 36
Chronische Krankheiten.....	S. 38
Umschriebene Entwicklungsstörungen des Verhaltens.....	S. 39
Umschriebene Sprachentwicklungsstörungen .....	S. 40
Kenntnisse der deutschen Sprache bei Kindern ausländischer Herkunft.....	S. 42
Entwicklungsstörungen in der Motorik und Koordination.....	S. 43
Entwicklungsauffälligkeiten im kognitiven Bereich.....	S. 44
Entwicklungsstörungen der Visumotorik und Wahrnehmung.....	S. 45
<b>Empfehlungen</b>	
Empfehlungen für die Schule.....	S. 46
Empfehlungen zur Förderung in der Schule.....	S. 47
Medizinische Empfehlungen für die Schule.....	S. 48
Schulrelevante Aspekte bei Kindern mit chronischen Krankheiten und Behinderungen.....	S. 48
Weitere Empfehlungen.....	S. 49
<b>Zusammenfassung und Ausblick</b> .....	S. 50
<b>Danksagung</b> .....	S. 55



## Vorwort

Gesundheit und gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen stehen immer wieder im Blickpunkt der Öffentlichkeit. Den Meldungen über eine Zunahme von Übergewicht, falscher Ernährung, Allergien und Verhaltensstörungen stehen Forderungen an Politik und Gesellschaft gegenüber, unsere Kinder und Jugendlichen fit zu machen für die Herausforderungen einer globalisierten Welt.

Für die Herausforderungen der Zukunft brauchen wir gesunde und leistungsfähige Kinder und Jugendliche. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist eine frühzeitige und zielgerichtete Förderung in eine gesunde Entwicklung.

Wie gesund sind unsere Kinder? Und was kann und muss präventiv getan werden, um Gesundheit und gesunde Entwicklung zu fördern?

Ein umfassender Bericht über die Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Schulanfängern liefert eine fachliche Information über die Gesundheit der Schulanfänger im Saarland. Er zeigt ein breites Spektrum der die Gesundheit beeinflussenden Faktoren im Vorschulalter auf und beschreibt den Gesundheits- und Entwicklungsstand dieser Altersgruppe vor Eintritt in die Schule. Die Daten wurden von den jugendärztlichen Diensten der Gesundheitsämter erhoben, die jedes Jahr vor Schulbeginn die Schulanfänger umfassend untersuchen und zu gesundheitlichen Fragen insgesamt und zur Schule speziell beraten.

Die Zusammenstellung der Ergebnisse in diesem Bericht unterstreicht die Notwendigkeit einer alle Kinder erreichenden, unabhängig von Sozialstatus und Herkunft durchgeführten Untersuchung und Beratung. So werden landesweit und regional mögliche Defizite erkennbar, die einer gezielten Prävention zugänglich sind.

Ich appelliere an alle, die Verantwortung für Kinder und Jugendliche tragen, diesen Bericht in der Diskussion für eine sachgerechte gesundheitliche Versorgung und Förderung unserer Kinder und Jugendlichen zu nutzen.

Josef Hecken,  
Minister für Justiz, Gesundheit und Soziales

## Die Einschulungsuntersuchung

Vor der Aufnahme in die Schule werden im Saarland alle Kinder, die bei den Grundschulen zur Einschulung angemeldet sind, zur Einschulungsuntersuchung eingeladen. Durchgeführt wird die Untersuchung durch die Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter, die für die Schulgesundheitspflege zuständig sind.

Die gesundheitliche Entwicklung ist ein komplexes Zusammenspiel biologischer, psychologischer, sozialer und kultureller Prozesse; insbesondere bei Kindern und jungen Menschen ist der Gesundheitsbegriff daher im weitesten Sinn zu verstehen. Er umfasst neben Mortalität, Morbidität und gesundheitlichen Störungen auch körperliche Leistungsfähigkeit, psychische Verfassung, soziale Beziehungen und Umweltbedingungen. Im Rahmen einer Einschulungsuntersuchung ist das gesamte Spektrum aus praktikablen Erwägungen allerdings nicht zu erfassen.

Die Einschulungsuntersuchung konzentriert sich auf diejenigen Aspekte, die für die individuelle Entwicklung der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung besondere Relevanz aufweisen. Dies sind zum einen all jene gesundheitlichen Faktoren, die einen Einfluss auf die Schulentscheidung haben, aber auch die Befunde, bei denen eine korrigierende Beeinflussung in diesem Alter besonders sinnvoll erscheint oder auch geradezu nötig ist.

Eltern und Schule werden über notwendige Maßnahmen der Förderung und Unterstützung zum Erreichen der schulischen Anforderungen beraten. Dies ist insbesondere dann notwendig, wenn chronische Krankheiten oder Entwicklungsstörungen spezifische medizinische, psychologische oder pädagogische Maßnahmen erforderlich machen. Die Diskussion um die Flexibilisierung des Einschulungstermins wird diese individuelle Beratung zukünftig noch wichtiger machen.

Darüber hinaus werden durch die anonymisierte Zusammenführung und Auswertung der bei der Untersuchung erhobenen Daten auf Landesebene auch wichtige epidemiologische Ergebnisse über die ganze Altersgruppe bereitgestellt. Die Ergebnisse liefern einen umfassenden Überblick über die Inanspruchnahme präventiver, heilpädagogischer und medizinischer Versorgungsangebote im Vorschulalter. Gleichzeitig dienen sie der individuellen und gruppenspezifischen Bedarfsermittlung an pädagogischer Förderung. Damit sind sie Grundlage für notwendige Verbesserungen im Bereich der Gesundheitsplanung und schulischen Strukturplanung.

Rechtliche Grundlage für die Durchführung der Einschulungsuntersuchung ist im Saarland das Schulpflichtgesetz. Im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist die flächendeckende Einschulungsuntersuchung als Dienstaufgabe der Gesundheitsämter festgeschrieben.

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung im Saarland einer breiteren Öffentlichkeit vor. Er richtet sich sowohl an alle, die beruflich mit Kindern und dessen Gesundheit und Entwicklung befasst sind, als auch an Eltern und das Umfeld der Kinder.

## Das Saarländische Untersuchungs- und Dokumentationsverfahren

Seit 1995 erfolgt die Untersuchung der saarländischen Schulanfänger und die Dokumentation der Befunde nach dem Saarländischen Untersuchungs- und Dokumentationsverfahren. Es wurde aus der Praxis heraus gemeinsam von Jugendärztinnen und Jugendärzten der Gesundheitsämter und der Fachabteilung des damaligen Ministeriums für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales entwickelt. Ein landesweit standardisiertes Untersuchungsverfahren erlaubt die Vergleichbarkeit von Befunden. Die Untersuchung ist in ihrem Mindestumfang vorgegeben und nach einheitlichen Kriterien durchzuführen und zu bewerten.

Entsprechend den individuellen Fragestellungen beim einzelnen Kind wird der Untersuchungsumfang erweitert.

Epidemiologisch relevante Daten werden vor Ort anonymisiert elektronisch erfasst, stehen somit im Gesundheitsamt zeitnah zur Verfügung und werden nach Abschluss der Untersuchungsreihe im Sozialministerium auf Landesebene zusammengeführt. Die für das Verfahren entwickelte Software erlaubt eine flexible, den aktuellen Erfordernissen angepasste Datenerhebung und zeitnahe Auswertung.

## **Untersuchung**

Die Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter laden die Kinder mit den Eltern (bzw. sonstigen Erziehungsberechtigten) schriftlich zu einem Untersuchungstermin ein. Der Einladung liegt ein vertraulicher Fragebogen bei, in dem Angaben zur gesundheitlichen Vorgeschichte der Kindes erfragt werden; außerdem wird gebeten, Impfbuch und Vorsorgebuch zum Untersuchungstermin mitzubringen. Die Untersuchung erfolgt wohnortnah in der Schule oder im Kindergarten bzw. auch im Gesundheitsamt innerhalb der Stadtbezirke.

Die Untersuchung dient der Gesundheitsvorsorge, der Krankheitsfrüherkennung, der Feststellung des Entwicklungsstandes sowie der Abklärung und Beratung in schulspezifischen Fragestellungen.

Zur Vorgeschichte des Kindes werden Daten zur allgemeinen Entwicklung, zur Krankheitsanamnese, zu durchgeführten Fördermaßnahmen, zu präventiven Maßnahmen sowie zur Inanspruchnahme von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge erfragt. Die Untersuchung umfaßt die Überprüfung des Seh- und Hörvermögens, der sensomotorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung sowie eine körperliche Untersuchung mit Überprüfung der Motorik und Koordination.

Im Gespräch mit den Eltern werden bestehende oder festgestellte Probleme und Befunde besprochen und ggf. notwendige Therapie- oder sozialkompensatorische Maßnahmen empfohlen. Bei medizinischem Abklärungsbedarf wird den Erziehungsberechtigten ein Kurzbericht mit den festgestellten Befunden ausgehändigt mit der Bitte, diesen an die Kinderärztin/den Kinderarzt oder die Hausärztin/den Hausarzt weiterzugeben. Für notwendige sozialkompensatorische Maßnahmen (z. B. familienunterstützende Hilfen, therapeutische Schülerhilfe) wird Hilfestellung angeboten. Präventive Maßnahmen (Sport, Ernährung, Jodidgabe, Komplettierung von Impfungen) werden ausführlich besprochen und entsprechendes Informationsmaterial mitgegeben.

Mit den Erziehungsberechtigten wird gemeinsam beraten, ob die Entwicklung des Kindes in körperlicher, geistiger, seelischer und sozialer Hinsicht den Anforderungen, die die Schule an das Kind stellt, gewachsen ist oder ob zusätzliche Maßnahmen der Förderung innerhalb des Klassenverbandes oder an einer Schule mit sonderpädagogischer Förderung notwendig sind. Aus medizinischen Gründen wird das Kind gegebenenfalls noch ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt. Eine entsprechende schulärztliche Empfehlung wird mit Unterschrift der Eltern und der untersuchenden Schulärztin bzw. dem Schularzt an die zuständige Grundschule weitergeleitet.

## **Dokumentation und Auswertung**

Im Rahmen der Untersuchung werden epidemiologisch relevante Daten zur Vorgeschichte, zur Untersuchung, zur schulischen Empfehlung sowie zur Empfehlung medizinischer und sozialkompensatorischer Interventionen nach einem landesweit standardisierten Verfahren dokumentiert und anonymisiert elektronisch erfasst. Diese Daten stehen regional und auf Landesebene zur Auswertung zur Verfügung.

Aus methodischer Sicht ist anzumerken, dass die untersuchte Gruppe in ihrer Altersstruktur nicht homogen auf einen Geburtsjahrgang beschränkt ist, sondern auch bis zu 11% Kinder umfaßt, die bis zu einem Jahr jünger bzw. bis zu 8% älter als der aktuell schulpflichtige Jahrgang sind. Die Daten beziehen sich punktuell auf das Zeitfenster, in dem die Schulanfänger für das Schuljahr 2004/2005 untersucht wurden.

Ziel ist, die beschreibende Darstellung der gesundheitlichen Versorgung der Schulanfänger überregional zu leisten und zu kommentieren. Damit werden auch Vergleiche mit Ergebnissen aus anderen Regionen Deutschlands möglich. Die Auswertung erfolgt größtenteils in univarianter Form. Bivariate Analysen untersuchen mögliche Zusammenhänge zwischen Herkunftsland, Geschlecht und weiteren Variablen. Ergebnisse aus den Vorjahren werden zur Erkennung zeitlicher Trends herangezogen.

## **Ergebnisse**

Die Ergebnisse stellen eine wichtige Basis der Gesundheitsberichterstattung über Kinder im Saarland dar. Sie liefern einen umfassenden Überblick über die Inanspruchnahme präventiver, heilpädagogischer und medizinischer Versorgungsangebote im Vorschulalter. Gleichzeitig dienen sie der individuellen und gruppenspezifischen Bedarfsermittlung an pädagogischer Förderung.

Da die Daten bis auf Kommunal- und Schulebene regionalisierbar sind, werden auch Probleme für die unmittelbar Betroffenen vor Ort, für Schule, Eltern und Ärzteschaft sowie kommunale Verwaltungen erkennbar. Durch Vergleiche der jeweiligen jahresbezogenen Ergebnisse mit denen der Vorjahre werden auch zeitliche Veränderungen in all diesen Bereichen ersichtlich. Sie ermöglichen eine Bewertung bereits eingeleiteter Maßnahmen. Negative Tendenzen lassen neuen Handlungsbedarf offensichtlich werden.

Somit sind die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung eine nützliche Datenbasis zur Darstellung derzeitiger Sachverhalte und können Hinweise auf notwendige Verbesserungen im Bereich der Gesundheitsplanung und schulischen Strukturplanung geben.

## Überblick über die Schulanfänger 2004

Zum Schuljahr 2004/2005 wurden im Saarland 10.039 Kinder, davon 5.257 Jungen (52,4 %) und 4.782 Mädchen (47,6%) untersucht; dies entspricht einem Anteil von 98,8% der angemeldeten Kinder.

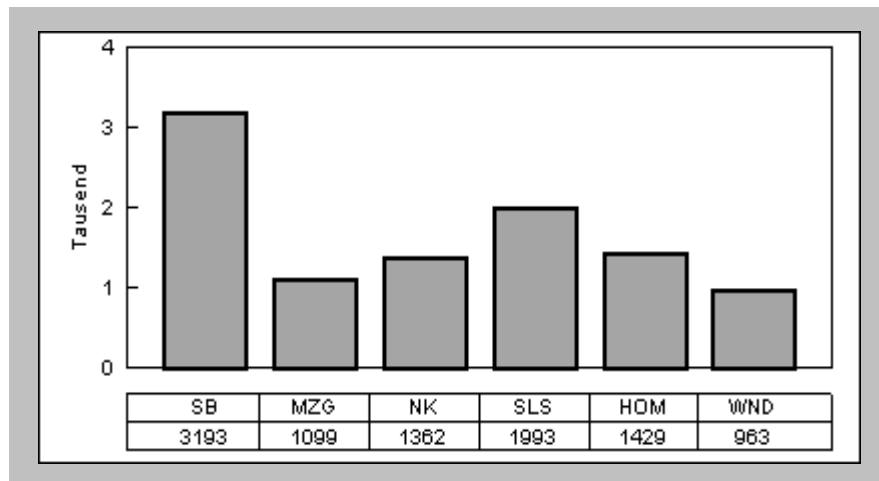


Abb.1: Anzahl der untersuchten Kinder nach Landkreisen.

Das Altersspektrum reichte von knapp 5-jährigen bis zu fast 8-jährigen Kindern, weil neben den zum Schuljahr 2004/2005 regulär schulpflichtigen 6 bis 7 Jahre alten Kindern weitere Gruppen hinzukamen. Das waren zum einen vom Schulbesuch aus medizinischen Gründen zurückgestellte Kinder. Weiterhin Kinder, die bereits im Vorjahr schulpflichtig gewesen waren und zunächst eine zusätzliche Förderung im Schulkindergarten oder in Klasse 0 erhalten hatten. Die jüngste Gruppe stellten die sogenannten Antragskinder dar, die vor Vollendung des 6. Lebensjahres, d.h. vor Beginn der regulären Schulpflicht, zum Schulbesuch angemeldet wurden.

Wie die folgende Tabelle (Tab.1) zeigt, gab es deutliche Unterschiede im Anteil der Jungen und Mädchen in den einzelnen Gruppen.

Tab. 1: Zusammensetzung der untersuchten Schulanfänger nach Status der Schulpflichtigkeit.

Untersuchte Einschulkinder	Jungen	Prozent	Mädchen	Prozent
Reguläre Einschulung	4340	82,6	3967	83,0
Aus Schulkindergarten/Klasse 0	306	5,8	158	3,3
Zurückgestellt mediz. Indikation	97	1,8	59	1,2
Wiederholt zurückgestellt	13	0,2	5	0,1
Vorzeitige Einschulung beantragt	501	9,5	593	12,4

### Herkunft der Kinder – Kulturkreis der Eltern

Mit 8.316 Kindern (82,8%) war der überwiegende Teil der saarländischen Einschulkinder deutscher Herkunft, 1.723 Kinder (17,2%) hatten Eltern aus anderen Kulturkreisen. Die Unterscheidung der Kinder nach deutscher bzw. ausländischer Herkunft, definiert über das Herkunftsland der Eltern, berücksichtigt dieses als prägenden Sozialisationsfaktor auch in gesundheitsrelevanten Bereichen. Die Staatsangehörigkeit spielt keine Rolle. Der Anteil der Kinder ausländischer Herkunft nimmt kontinuierlich zu.

Die häufigsten Herkunftsländer waren die Türkei und die Staaten des ehemaligen Ostblocks. Allerdings waren 1.463 der Kinder ausländischer Herkunft (84,9%) hier geboren, weitere 141 Kinder (8,2%) bis zum 3. Lebensjahr nach Deutschland gekommen.



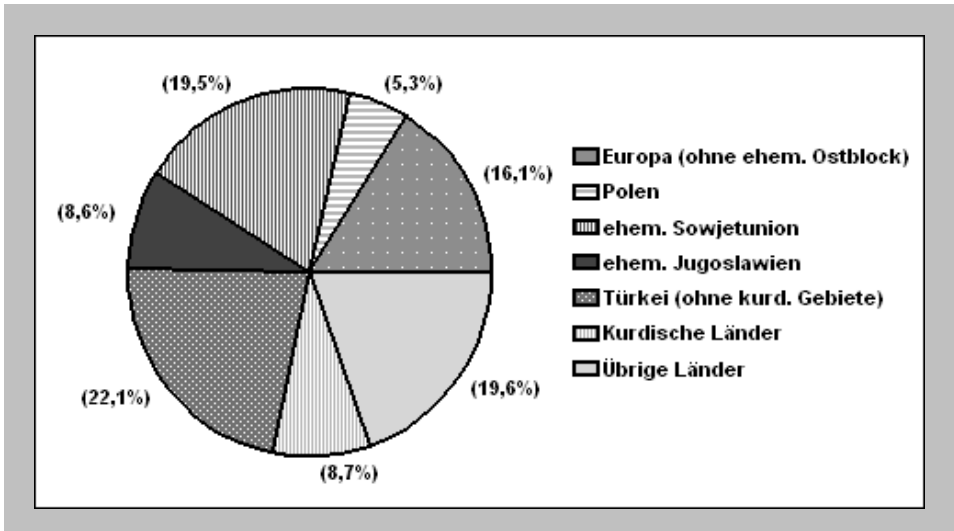


Abb. 2: Verteilung der Kinder ausländischer Herkunft nach Regionen.

Der Anteil der Einschulkindern ausländischer Herkunft ist im Saarland regional sehr unterschiedlich. Bei der Einschulungsuntersuchung 2004 war er - wie auch in den vergangenen Jahren - am höchsten im Stadtverband Saarbrücken (22,0%), am geringsten im Landkreis St. Wendel (7,0%).

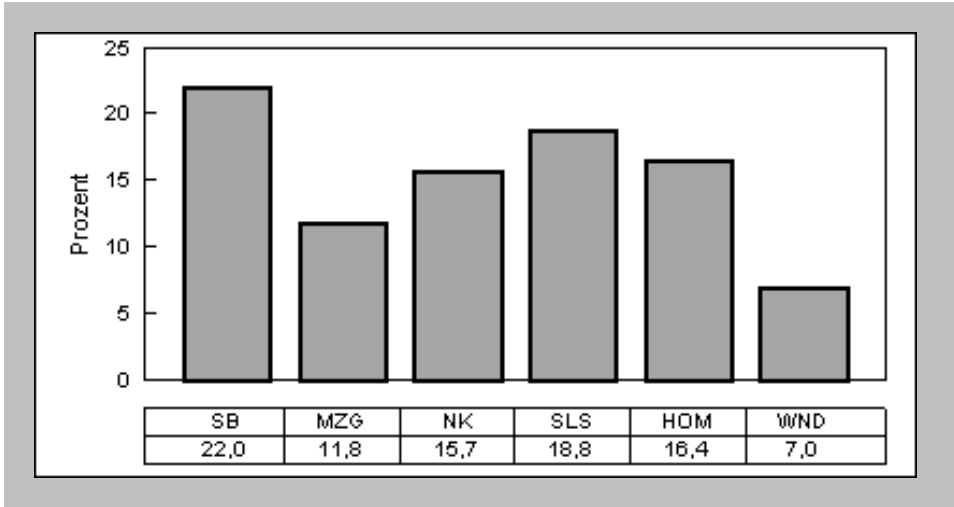
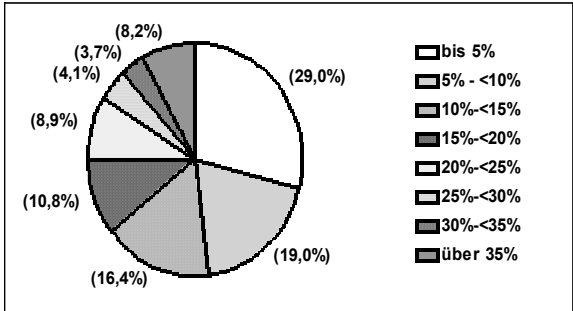


Abb. 3: Anteil der Kinder deutscher und ausländischer Herkunft in den Landkreisen.

Noch unterschiedlicher fällt die Verteilung aus, wenn man die einzelnen Schulen betrachtet. Während 49 saarländische Grundschulen gar keine Einschulkindern aus anderen Kulturkreisen hatten, waren in 32 Schulen mehr als ein Drittel der Einschulkindern ausländischer Herkunft. Innerhalb der letzten acht Jahre hat der Anteil der Kinder ausländischer Herkunft kontinuierlich zugenommen; er stieg von 13,5% 1998 über 15,5% im Jahre 2001 auf 17,2% im Jahr 2004 an.

Der Kulturkreis der Eltern und die Möglichkeit der Integration haben einen deutlichen Einfluss darauf, ob Kinder regulär eingeschult werden können oder eine zusätzliche Förderung notwendig ist. Dies zeigt sich bereits in der Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe.



Tab. 2: Zusammensetzung der Schulanfänger nach Herkunft und Status der Schulpflichtigkeit.

Untersuchte Einschulkinder	deutsche Kinder	Prozent	ausländische Kinder	Prozent
Reguläre Einschulung	6890	82,6	1417	82,2
Aus Schulkindergarten/Klasse 0	326	3,9	138	8,0
Aus Kindergarten	129	1,6	27	1,6
Wiederholt zurückgestellt	16	0,2	2	0,1
Vorzeitige Einschulung beantragt	955	11,5	139	8,1

Während der Anteil regulär zur Einschulung anstehender Kinder nahezu gleich war, hatten Kinder ausländischer Herkunft mit 8,0% doppelt so häufig schon den Schulkindergarten oder die Klasse 0 besucht. Nur 8,1% der Kinder ausländischer Herkunft wurden vorzeitig zur Schule angemeldet gegenüber 11,5% Kinder deutscher Herkunft.

### Kindergartenbesuch

Der Kindergarten ist ein wichtiger Ort der Sozialisation und der Vorbereitungszeit für die Schule. Für die Kinder ausländischer Herkunft ist er zudem für die sprachliche Integration von Bedeutung. Mit dem Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz und dem Ausbau des Platzangebotes in den Einrichtungen in den 90er Jahren konnte ein zunehmender Teil der Kinder einen Kindergarten besuchen.

9.854 Kinder (98,2%) hatten vor der Einschulung den Kindergarten besucht, davon 89,0% aller Kinder drei Jahre oder länger. Von 0,9% der Kinder lagen keine Angaben vor.

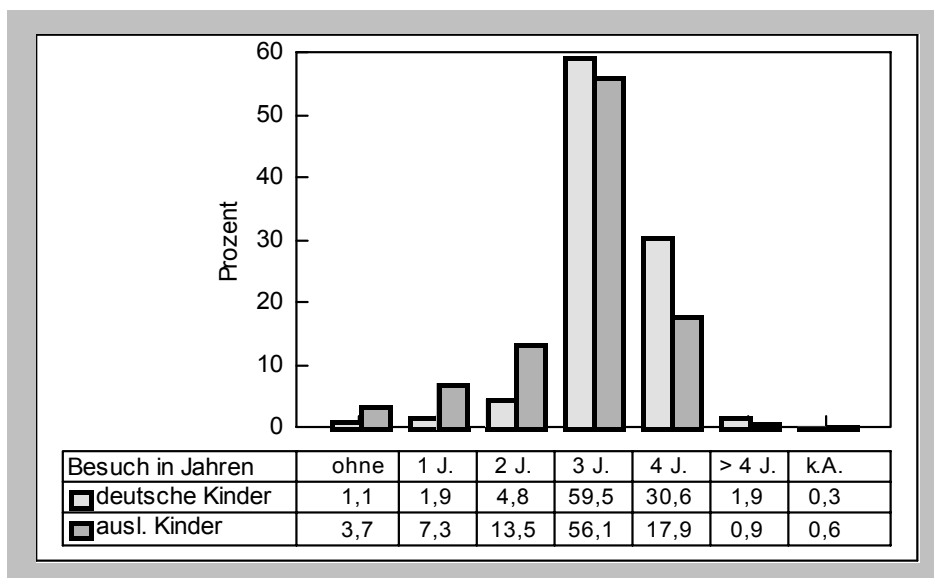


Abb. 5: Kindergartenbesuch nach Jahren; Anteil der deutschen und ausländischen Schulanfänger.

Unterschiede zeigten sich zwischen Kindern deutscher und ausländischer Herkunft. Selbst wenn die ausländischen Kinder hier geboren waren, besuchten lediglich 80,9% den Kindergarten 3 Jahre und länger. Insgesamt steigt aber der Anteil der hier geborenen ausländischen Kinder an, die einen Kindergarten über einige Jahre besuchen (Abb. 6). Erfolgte die Einreise der Eltern im 1. oder 2. Lebensjahr, besuchten bis zu 66,1% den Kindergarten mindestens 3 Jahre. Von den Kindern, die ab dem 3. Lebensjahr oder erst später in Deutschland lebten, waren 12,5 % überhaupt nicht im Kindergarten.

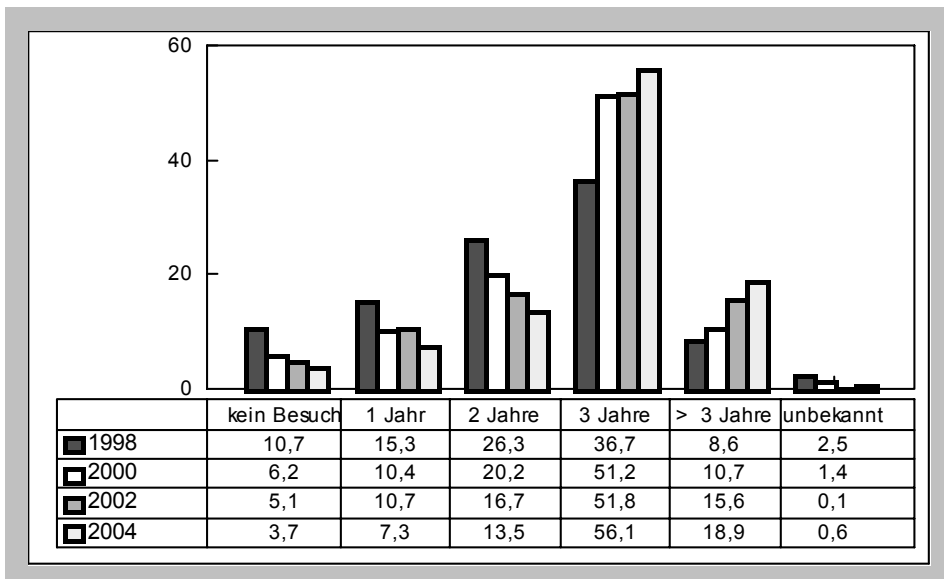


Abb. 6: Entwicklung des Kindergartenbesuchs bei ausländischen Kindern.

Innerhalb der Kommunen variierte bei den Schulanfängern 2004 der Anteil der Kinder mit einem mindestens dreijährigen Kindergartenbesuch zwischen 79,6% und 99,2%. Zu den Kommunen mit geringer Rate zählen über die Jahre Saarbrücken und Völklingen mit einem hohen Anteil Kinder ausländischer Herkunft. Bei den übrigen Kommunen ergeben sich durch unterschiedlich große Einschuljahrgänge und damit zeitweise fehlende Kindergartenplätze deutliche Schwankungen.

Der Anteil der Kinder mit mindestens dreijährigem Kindergartenbesuch hat sich über die Jahre zunehmend erhöht, begünstigt neben dem Recht auf einen Kindergartenplatz auch durch die abnehmende Geburtenrate (Abb. 7).

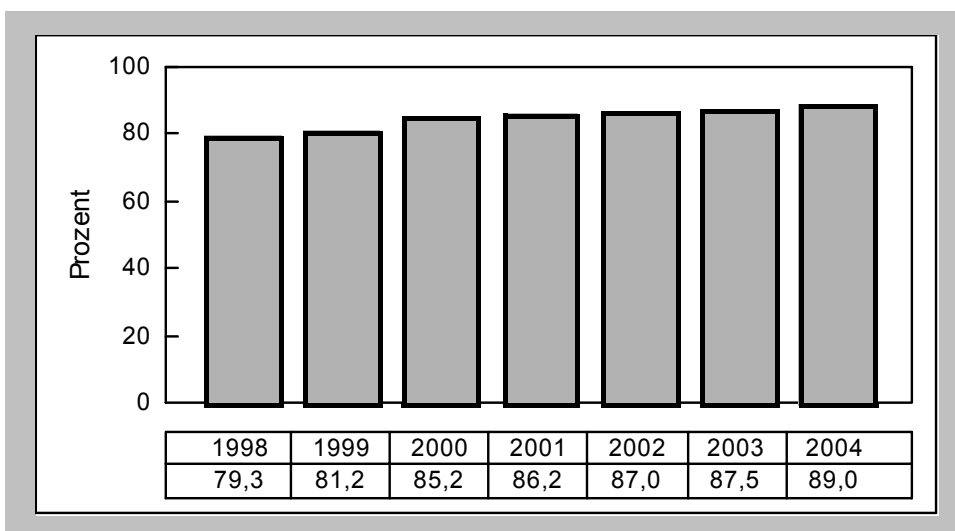


Abb. 7: Anteil der Kinder mit mindestens dreijährigem Kindergartenbesuch über die letzten sieben Jahre.

Diese Ergebnisse zeigen, dass zunehmend mehr Kinder einen Kindergarten besuchen, dass aber regional und bei Familien ausländischer Herkunft noch mehr für diese Einrichtungen geworben werden muss.

## Geschwisterzahl

Die Familie prägt als primärer Ort der Sozialisation entscheidend das Verhalten anderen gegenüber. Wachsenden Kinder mit Geschwistern auf, so haben sie eher die Chance, das soziale Zusammenspiel zwischen Kindern untereinander und Erwachsenen zu erlernen. Einzelkinder dagegen nehmen häufig eine hervorgehobene Stellung in der Familie ein, die sie auch in anderen sozialen Zusammenhängen für sich beanspruchen. Dies kann zu Problemen in der Kindergartengruppe führen und sich besonders in der ersten Zeit auch in der Schulklasse bemerkbar machen.

Knapp ein Viertel der Einschulkinder 2004 (23,2%) waren zum Zeitpunkt der Einschulung Einzelkinder. Bei den deutschen Kindern waren es 24,9 %, bei den Kindern ausländischer Herkunft 15,1%. Die Zahl der Einzelkinder nahm innerhalb der letzten Jahre leicht zu. 49,1% der deutschen Einschulkinder kamen aus einer Zwei-Kind-Familie, bei den ausländischen Einschulkindern traf dies auf 39,2 % zu. Der Anteil von Familien mit drei und mehr Kindern war bei ausländischen Familien mit 45,7% deutlich höher als bei den deutschen. Immerhin 21 Familien ausländischer Herkunft und 19 deutsche Familien hatten mehr als 6 Kinder.

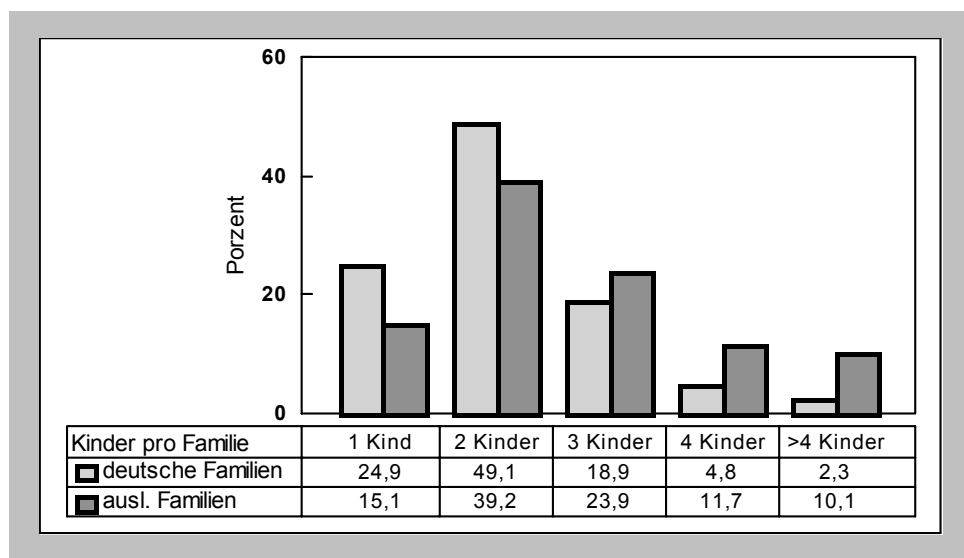
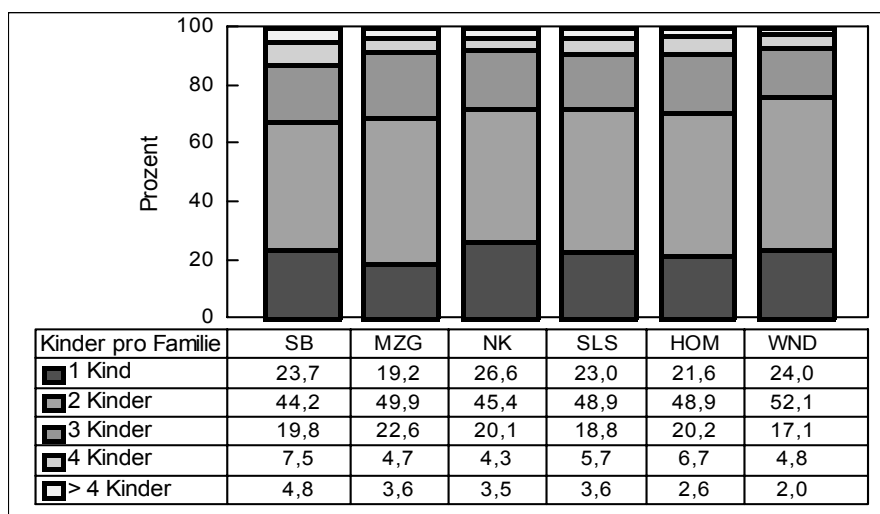


Abb. 8: Kinderzahl in Familien deutscher und ausl. Herkunft.

Den höchsten Anteil von Einschulkindern aus Ein-Kind-Familien hatten innerhalb der Kommunen Saarwellingen mit 36% sowie Merchweiler und Ottweiler mit 32%.



Bei den Zwei-Kind-Familien lagen Oberthal mit 64% sowie Schmelz und Nalbach mit 56 % an der Spitze. In Mettlach, Marpingen und Tholey kamen mit 25% bzw. 23% die meisten Einschulkinder aus Familien mit drei Kindern.

Den höchsten Anteil von Schulanfängern aus Familien mit vier und mehr Kindern hatten Bous mit 19,5% sowie Völklingen mit 17,7%. Beides sind Kommunen mit einem hohen Anteil an Familien ausländischer Herkunft.

Abb. 9: Anteil Familien nach Kinderzahl in den Kreisen beim Einschuljahrgang 2004.

## Vorgeschichte

Kinder und Jugendliche zählen in den westlichen Industrieländern heute zu einer relativ gesunden Altersgruppe. Dank der Verbesserung der Hygienebedingungen sowie der Steigerung des Lebensstandards mit verbesserter Ernährungssituation und Impfprogrammen konnten vor allem die schweren Infektions- und Mangelkrankheiten zurückgedrängt werden. Der Ausbau der medizinischen Vorsorge, insbesondere in der Schwangerschaft sowie die Fortschritte in der Geburtshilfe haben zu einem Rückgang schwerer kindlicher Behinderungen durch Schwangerschaftskomplikationen und Komplikationen unter der Geburt geführt. Dank der Fortschritte der Perinatalmedizin und Neonatologie überleben auch immer mehr Frühgeborene mit geringem Geburtsgewicht. Das Krankheitsspektrum im Kindes- und Jugendalter hat sich insgesamt verändert von akuten hin zu chronischen Krankheiten; eine Ausnahme bilden die Unfallverletzungen. Gleichzeitig haben die psychosozialen Beeinträchtigungen als neue Erkrankungen erheblich an Bedeutung gewonnen.

### Schwangerschaft und Geburt

Erkrankungen oder Komplikationen in der Schwangerschaft sowie Komplikationen während der Geburt können zu nachhaltigen Störungen der kindlichen Entwicklung führen. Ein besonders hohes Risiko besteht bei zu früh geborenen Kindern und Kindern mit zu niedrigem Geburtsgewicht. Sie zeigen deutlich mehr Entwicklungsrückstände und Behinderungen auf als reif geborene Kinder (s. Abb.10).

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wurden die Eltern zu Schwangerschaft und Geburt ihres Kindes befragt. In die nachfolgende Auswertung gingen allerdings nur die Angaben von 8.794 Kindern (87,6%) ein, bei denen das Vorsorgebuch mit den entsprechenden Daten vorgelegen hatte. Danach war die Schwangerschaft bei 23,4% der Jungen und 22,2% der Mädchen mit Komplikationen verbunden.

Die Dauer der Schwangerschaft war bei 85,4% der Kinder regelgerecht, also 38 Wochen und mehr. 9,5% wurden in der 36./37. Woche geboren, 3,4% zwischen der 32. und 35. Woche, 1,7 % vor der 32. Woche. Das Geburtsgewicht lag bei 102 Kindern (1,2%) unter 1.500 g, zwischen 1.500 und 2.000 g wogen 140 Kinder (1,6%), zwischen 2.000 und 2.500 g weitere 301 Kinder (3,5%). Die geringen Geburtsgewichte sind nur teilweise durch Frühgeburtlichkeit bedingt; oftmals sind die Kinder auch im Verhältnis zur Schwangerschaftsdauer untergewichtig, z. B. wenn die Mütter in der Schwangerschaft einen hohen Tabakkonsum oder sonstigen Suchtmittelmissbrauch hatten oder andere Krankheiten vorlagen.

Tab. 3: Geburtsmodus bei Kindern deutscher und ausländischer Herkunft

Geburtsmodus	Alle Kinder	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft
Normalgeburt	69,3	68,5	76,1
Kaiserschnitt	24,4	25,1	19,4
Vakuum-/Zangenextraktion	6,1	6,4	4,5

Die Geburt erfolgte bei 69,3% der Kinder auf normalem Wege, 24,4% der Kinder wurden durch Kaiserschnitt entbunden, doch gab es hier deutliche Unterschiede bei Kindern deutscher und ausländischer Herkunft (Tab. 3). Bei 6,1% aller Kinder war eine Vakuumextraktion bzw. eine Zangenentbindung erforderlich. Bei 14,5% der Kinder kam es zu Komplikationen in der Phase um die Geburt.

Die Dringlichkeit einer qualifizierten Betreuung von Schwangeren und einer gesunden Lebensweise zur Vermeidung von Schwangerschaftskomplikationen und/oder Frühgeburtlichkeit, aber auch einer adäquaten neonatologischen Betreuung zeigt sich beeindruckend, wenn man den Entwicklungsstand zu früh geborener Kinder zum Schulbeginn betrachtet. In Abhängigkeit von der Schwangerschaftsdauer sind auch bei ansons-

ten gesunden Kindern Entwicklungsrückstände sehr viel häufiger und betreffen insbesondere schulrelevante Fertigkeiten.

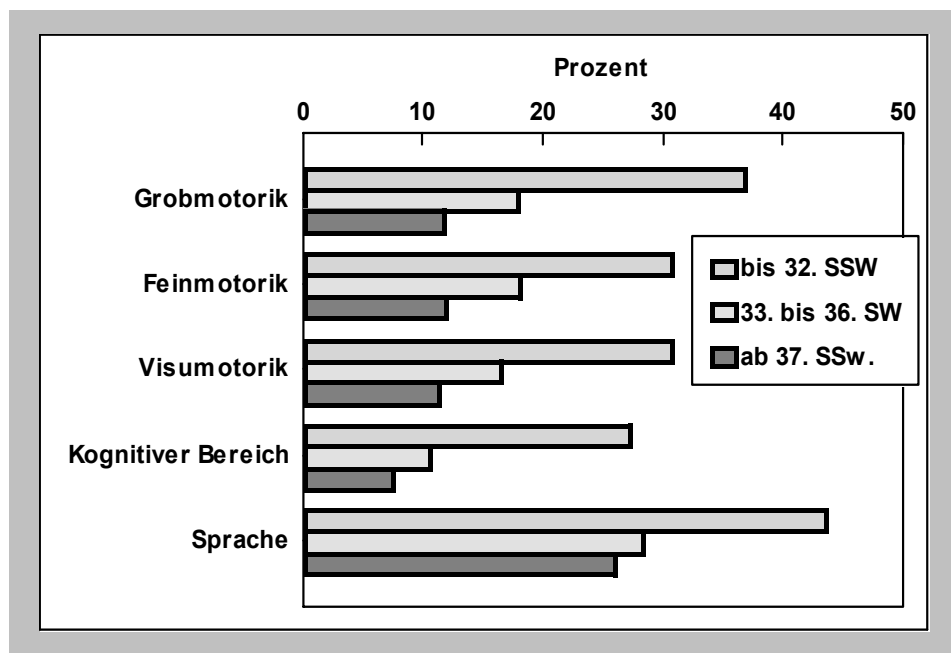


Abb. 10: Anteil der Kinder mit Entwicklungsrückständen in verschiedenen Bereichen in Abhängigkeit von der Schwangerschaftsdauer.

## Stillen

Die natürliche Nahrung des Kindes in den ersten Lebensmonaten ist die Muttermilch. Nach jahrzehntelangem Einsatz von konfektionierter Milch ist seit einigen Jahren wieder ein verstärkter Trend zum Stillen zu beobachten, insbesondere auch wegen der damit verbundenen Prävention allergischer Erkrankungen.

So wurden von den insgesamt 10.039 Kindern 2.801 Jungen (53,4%) und 2.567 Mädchen (53,7%) gestillt, davon zwei Drittel allerdings nur bis maximal sechs Monate. Unterschiede im Anteil gestillter Kinder nach deutscher oder ausländischer Herkunft gab es nicht. Die Bedeutung des Stillens wird allerdings zunehmend erkannt: Über einen Zeitraum von acht Jahren stieg der Anteil gestillter Kinder bei den Schulanfängern von 40,1% im Jahre 1997 auf nunmehr 53,6%.

## Vorerkrankungen

Im Krankheitsspektrum des Vorschulalters spielen Infektionskrankheiten unterschiedlicher Art die wichtigste Rolle. Am häufigsten werden Magen-Darm-Infekte, Infekte der Atemwege sowie Harnwegsinfekte durchgemacht neben einigen sogenannten „Kinderkrankheiten“. An schweren Infektionskrankheiten wie Hepatitis B, Meningitis oder Tuberkulose erkranken dagegen nur wenige Vorschulkinder pro Jahr. Häufiges Kranksein kann die Entwicklung der Kinder beeinträchtigen und stellt für die Familien eine große Belastung dar. Behandlungs- und Betreuungskosten für Erkrankungen im Vorschulalter sind aber auch volkswirtschaftlich von nicht unerheblicher Bedeutung.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung 2004 wurden bei den sogenannten „Kinderkrankheiten“ Windpocken (Varizellen) und Scharlach mit Abstand am häufigsten angegeben, während gegen Masern, Mumps, Röteln und Keuchhusten (Pertussis) zunehmend mehr Kinder durch Impfungen geschützt sind. Über einen Zeitraum von 12 Jahren ist bei den saarländischen Schulanfängern eine deutliche Abnahme dieser impfpräventablen Krankheiten erkennbar. Insbesondere bei Keuchhusten ist mit der generellen Wiedereinführung der Impfung im Jahre 1994 dieser Rückgang beeindruckend. Lag 1992 der Anteil gegen Keuchhusten geimpfter Schulanfänger bei 3,8%, so stieg er im Jahre 2004 auf 90,5% an.

Gleichzeitig nahm die Erkrankungsrate in dieser Altersgruppe von 30,7 % im Jahre 1995 auf 1,6% im Jahr 2004 ab. Windpocken haben über diesen Zeitraum unverändert zwischen 65% und 70% aller Schulanfänger durchgemacht. Wenn die 2004 ausgesprochenen Empfehlung der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut, alle Kinder im Säuglingsalter gegen Windpocken zu impfen, konsequent umgesetzt wird, werden auch hier die Erkrankungsraten sinken.

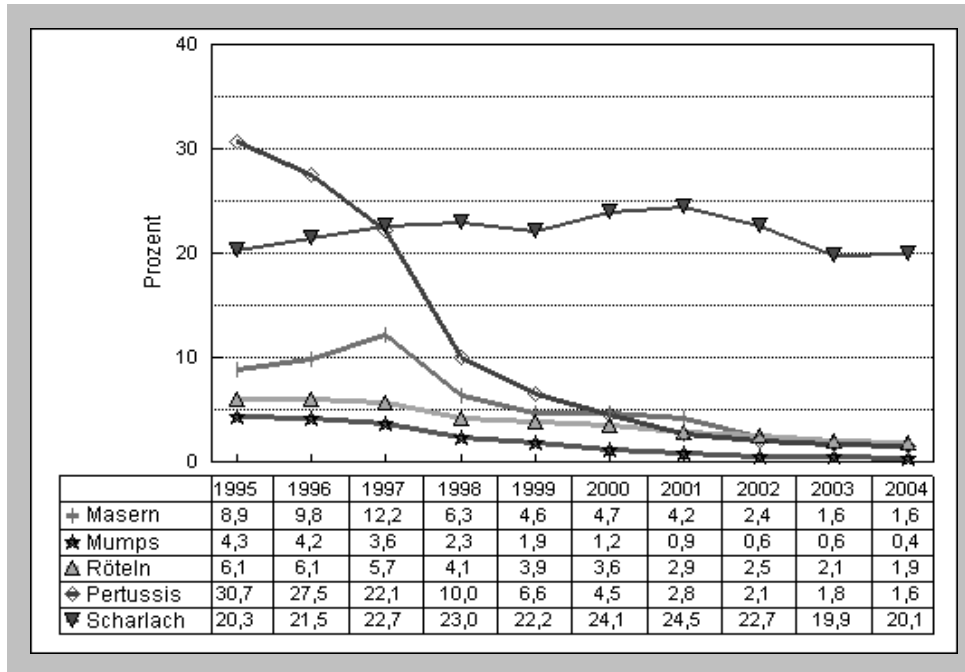


Abb. 11: Entwicklung der Erkrankungs-raten verschiedener Infektionskrankheiten über 10 Jahre.

Der Anteil der Jungen und Mädchen an einzelnen Krankheiten ist zum Teil unterschiedlich. Mädchen litten nahezu dreimal häufiger an Harnwegsinfektionen als Jungen, während Jungen 1,7-mal öfter an Pseudokrupp erkranken. 3.594 Kinder (36,6%) hatten bis zur Einschulung eine Mittelohrentzündung durchgemacht, 311 Kinder (3,1%) Fieberkrämpfe. Diese Erkrankungs-raten sind über den Beobachtungszeitraum von 10 Jahren nahezu unverändert geblieben.

Tab. 4: Anteil Schulanfänger 2004 mit jeweils durchgemachten Erkrankungen

Krankheitsart	Jungen	Prozent	Mädchen	Prozent
Masern	88	1,7	72	1,6
Mumps	24	0,5	18	0,4
Röteln	103	2,0	89	1,9
Windpocken (Varizellen)	3418	66,2	3087	65,5
Pertussis (Keuchhusten)	85	1,6	74	1,6
Scharlach	1050	20,3	931	19,8
Meningitis	15	0,3	9	0,2
Harnwegserkrankungen	185	3,2	422	9,0
Allergien	597	12,7	356	7,6
Pneumonien (Lungenentzündung)	213	4,1	165	3,5
Fieberkrämpfe	183	3,2	128	2,7
Pseudokrupp	700	13,8	421	8,9
Otitis media (Mittelohrentzündung)	1921	37,4	1673	35,5

## Allergien

Während es sich bei den bisher aufgelisteten Erkrankungen um akute Erkrankungen handelt, stellen Allergien als chronische Erkrankungen eine wiederkehrende und u.U. lebenslange Belastung dar. Unbestritten ist, dass Allergien in den industrialisierten Ländern in den letzten 50 Jahren durch Chemisierung unserer Umwelt und veränderten Lebensbedingungen deutlich zugenommen haben.

Allergien irgendeiner Art hatten bis zum Untersuchungszeitpunkt 953 Kinder (9,6%) aller Schulanfänger durchgemacht; über die letzten 8 Jahre schwankt der Anteil dieser Kinder zwischen 8,5 und 10,8%. Zu den häufigsten Erkrankungen des allergischen Formenkreises gehören die Neurodermitis, die allergische Rhinokonjunktivitis (Heuschnupfen) sowie das Asthma bronchiale. Allergien traten nach Angaben der Eltern am häufigsten im Kreis Saarlouis mit 12,3%, am seltensten im Saarpfalz-Kreis mit 7,9% auf.

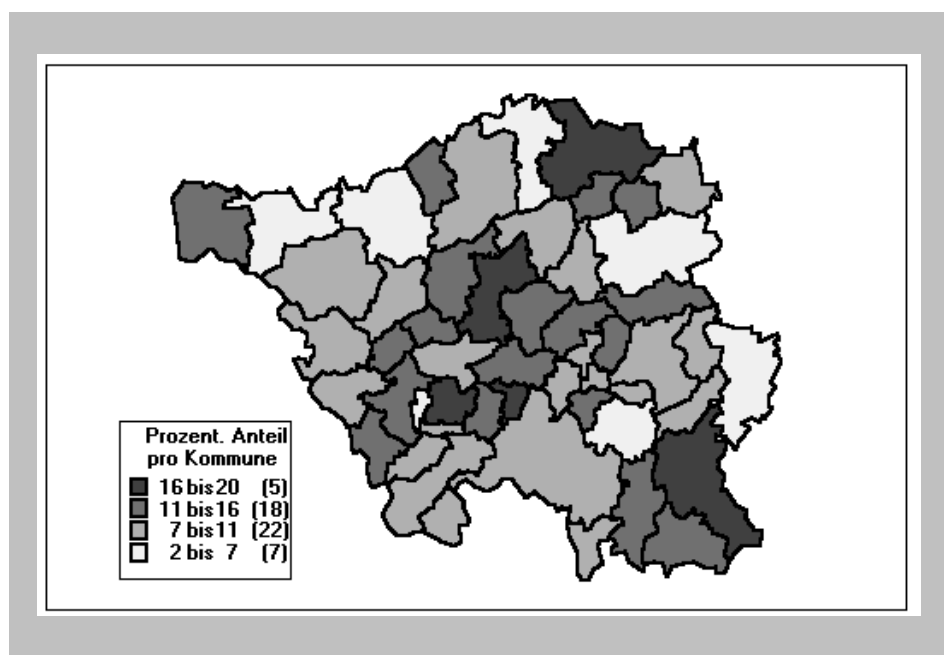
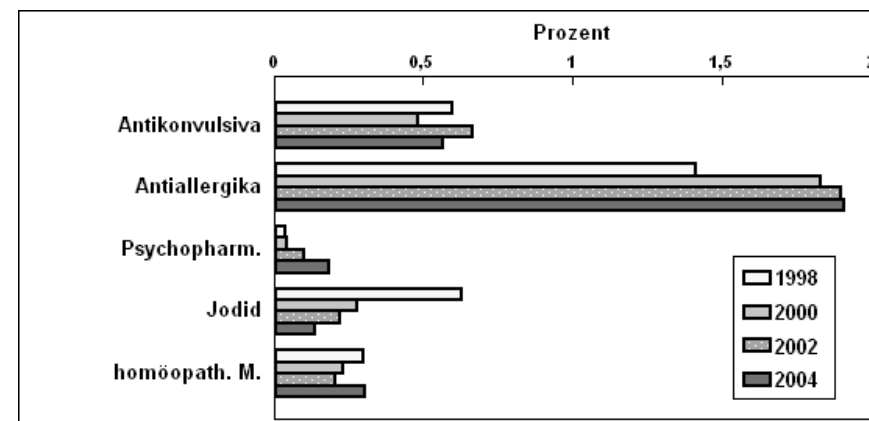


Abb. 12: Anteil Kinder mit Allergien in den Kommunen.

## Medikamenteneinnahme

Die Medikamenteneinnahme bei Kindern ist seit Jahren ein umstrittenes Thema, insbesondere was den Einsatz von Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter angeht. Bei Schulanfängern spielt diese leistungsfördernde Medikation eher eine untergeordnete Rolle. Spezifische Medikamente zum Einsatz bei chronischen Krankheiten, bei Verhaltensproblemen und Allergien, aber auch die präventive Gabe von Jodidtabletten oder die Verordnung von homöopathischen Mitteln waren von Interesse. Erfragt wurde, ob und welche Medikamente das Kind zur Zeit regelmäßig über einen längeren Zeitraum einnahm.



Der Vergleich über sieben Jahre (1998 – 2004) zeigt, dass vermehrt Mittel gegen Allergien regelmäßig eingenommen werden, dagegen die Gabe von Jodidtabletten zur Behandlung der juvenilen Struma (Schilddrüsenvergrößerung) abnimmt.

Abb. 13: Medikamenteneinnahme der Einschulkinder von 1998 – 2004.



Psychopharmaka wurden bei einigen Kindern mit ADHS verordnet, homöopathische Mittel wurden nach Elternangaben eher selten eingesetzt. 1% der Kinder nahmen weitere Medikamente regelmäßig ein. Betrachtet man das Verhältnis Jungen zu Mädchen, so erhalten doppelt so viele Jungen wie Mädchen Antiallergika, Homöopathika und Psychopharmaka.

## Operationen

Unter den durchgeführten Operationen war die Adenotomie (Entfernung der Rachenmandeln) mit 18,3% am häufigsten. Jungen wurden mit 20,8% häufiger operiert als Mädchen mit 15,5%; nahezu gleiche Operationsraten liegen aus den Vorjahren vor.

Tab. 5: Häufigkeit durchgeführter Operationen bei Schulanfängern 2004 in den Kreisen.

Anteil Operationen pro Kreis	Stadtverband	Merzig	Neunkirchen	Saarlouis	Saarpfalz-Kreis	St Wendel
<b>Adenotomie</b>	21,1	18,1	20,5	16,5	17,9	10,4
<b>Tonsillektomie</b>	5,9	7,0	5,9	7,7	5,3	4,5
<b>Herniotomie</b>	3,3	3,6	5,1	3,4	3,6	3,7
<b>Augenoperation</b>	1,1	0,8	0,2	0,4	0,4	1,0
<b>Sonstige Operationen</b>	11,1	6,6	17,4	11,1	8,8	10,4
<b>Phimose-Operation (nur Jungen)</b>	9,7	11,7	11,6	13,8	6,8	7,3
<b>Orchidopexie (nur Jungen) (Korrektur Hodenhochstand)</b>	1,6	2,2	2,4	1,5	0,5	2,0

Bei 6,2% der Kinder wurden die Rachenmandeln allein (Adenotomie) bzw. in Kombination mit den Gaumenmandeln (Tonsillektomie) entfernt; auch hier überwogen die Jungen mit 7,3% gegenüber den Mädchen mit 4,9%. Bei 11,1% der Jungen wurde eine Circumcision (Beseitigung einer Phimose) durchgeführt. Auch diese Zahlen sind in der Tendenz unverändert. Es zeigen sich jedoch über die Jahre hinweg regionale Unterschiede, die einer Interpretation bedürfen (s. Tab.5).

## Unfälle

In den westlichen Industrieländern gehören Unfälle zu den häufigsten Todesursachen im Kindesalter. Bedenkt man dabei, dass mehr als die Hälfte der Unfälle im Kindesalter als vermeidbar gelten, wird die besondere Relevanz dieser Thematik für Gesundheits- und Verkehrspolitik deutlich.

Im öffentlichen Bewusstsein sind vor allem Verkehrsunfälle präsent; dies entspricht aber nicht den tatsächlichen Gegebenheiten. Unter den Unfallarten sind bei Kindern die Sturzunfälle am häufigsten. Die Altersgruppe der drei- bis sechsjährigen gilt als besonders kritisch, da sie über wenig Gefahrenbewusstsein verfügt. Aussagekräftige epidemiologische Daten über verletzte Kinder in Deutschland finden sich in unterschiedlichen Quellen wie Straßenverkehrsunfallstatistik und Krankenhausdiagnosestatistik. Die im Rahmen der Einschulungsuntersuchung erhobenen Daten zeigen für das Saarland für eine ganze Alterskohorte das Unfallgeschehen auf.

Erfragt wurden verschiedene Unfallarten (s. Tab.6), die eine ärztliche Intervention erforderlich machten. Als Spielunfall wurden dabei alle Unfälle im Lebensumfeld des Kindes definiert, die sich beim alltäglichen Spielen ereigneten. Wie zu erwarten, sind die Spielunfälle zahlenmäßig am häufigsten. Sie stellen 87% aller interventionsbedürftigen Unfälle dar. Von den Schulanfängern 2004 erlitten 672 Jungen (12,8%) und 460 Mädchen (9,6%) Unfälle, eine geringe Zahl war mehrfach wegen Unfällen in ärztlicher Behandlung. Mit

einem Anteil von 12% waren Kinder deutscher Herkunft wegen Spielunfällen häufiger in ärztlicher Behandlung als Kinder ausländischer Herkunft mit 7,7%.

Tab. 6: Unfälle im Vorschulalter mit erforderlicher ärztlicher Behandlung.

Unfallart	Jungen	in Prozent	Mädchen	in Prozent
Verbrennung	31	0,6	20	0,4
Fahrradunfall	39	0,7	23	0,5
Intoxikation	8	0,2	6	0,1
Spielunfall	596	11,3	410	8,6
sonstiger Unfall	8	0,2	12	0,3

Die Anzahl der Spielunfälle variierte innerhalb der Landkreise. Insbesondere im Landkreis Neunkirchen war die Zahl der Spielunfälle auffallend hoch. Innerhalb der Kommunen gab es Schwankungen zwischen 2% und 25%. Nur eine genaue Analyse vor Ort kann hier herausfinden, ob die häufigeren Arztbesuche mit einer größeren Häufigkeit ernst zu nehmender Unfälle, mit einer schnelleren Erreichbarkeit medizinischer Versorgung oder anderen Gründen (z.B. Absicherungstendenzen in Kindergärten) zu tun hat.

Im Vergleich der letzten fünf Jahre war die Gesamtzahl der Spielunfälle für das Land gleichbleibend. Auf der Kreisebene fiel lediglich im Landkreis Neunkirchen ein kontinuierlicher Anstieg auf.

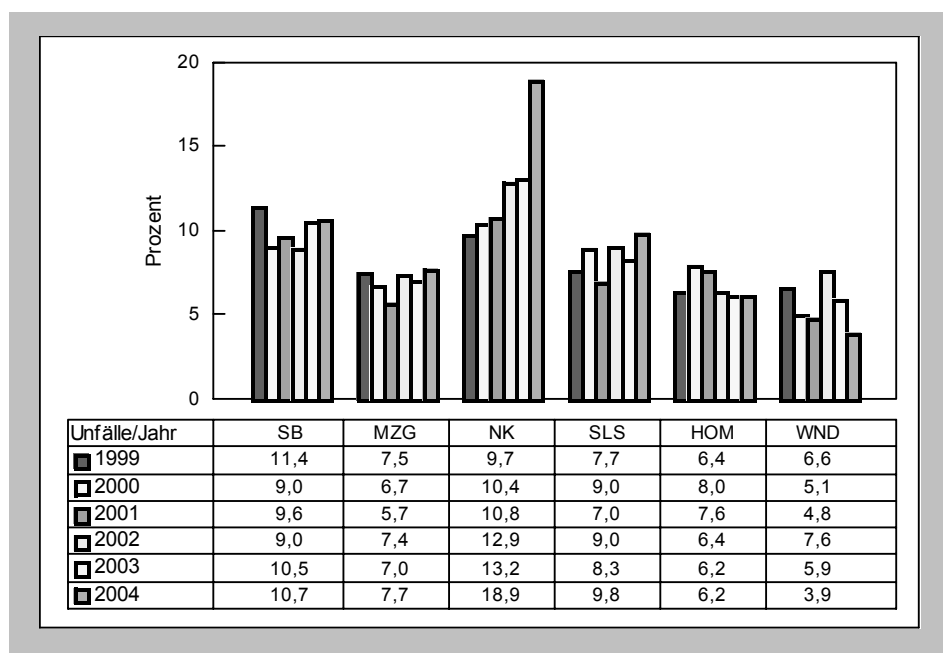


Abb. 14: Spielunfälle mit erforderlicher ärztlicher Intervention bei Schulanfängern 1998-2004.

## Präventive Maßnahmen

### Impfschutz

Die Angaben zum Impfschutz stammen aus den Impfbüchern, die bei der Einschulungsuntersuchung vorgelegt werden. Es konnten von insgesamt 9.165 Kindern die Impfbücher eingesehen werden, dies entspricht einem Anteil von 91,3%.

Bei den deutschen Kindern legten 7.704 Kinder (92,6%) das Impfbuch vor, bei den ausländischen Kindern waren es 1.461 Kinder (84,8%). Der Anteil vorgelegter Impfbücher pro Kommune variierte zwischen 87% und 99 %, lediglich in drei Kommunen legten nur 80 bis 83% ein Impfbuch vor.

Der Impfschutz gegen einzelne Infektionskrankheiten wurde als ausreichend bewertet, wenn die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) empfohlene Anzahl von Impfungen durchgeführt wurde. Dies sind

- Grundimmunisierungen gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Pertussis, Hib und Hepatitis B sowie
- je zwei Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln.

Die im Juli 2004 empfohlene generelle Impfung gegen Windpocken ging noch nicht in die Bewertung ein.

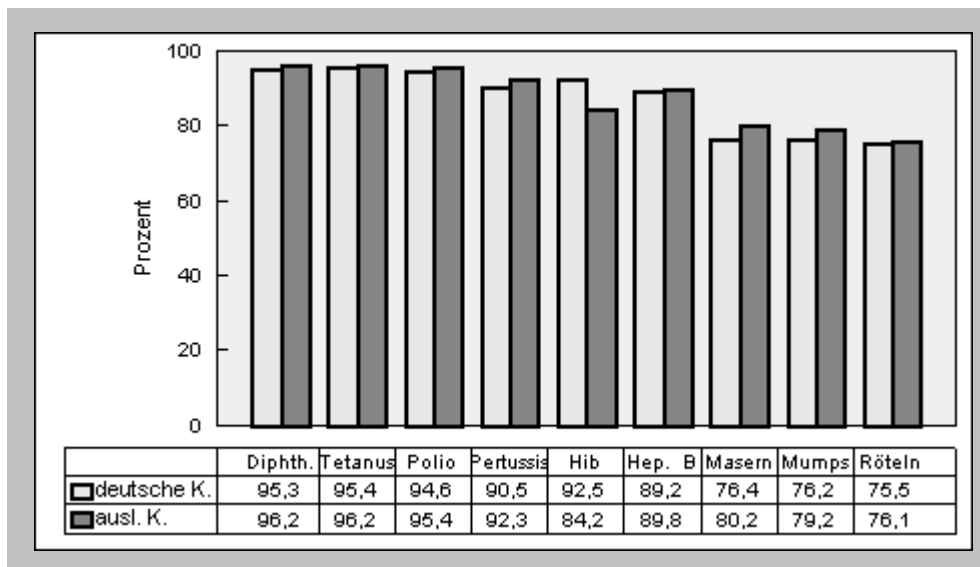


Abb. 15: Impfschutz gegen einzelne Infektionskrankheiten bei Schulanfängern deutscher und ausländischer Herkunft.

Die Auswertung der Impfdaten erfolgte auf Land-, Kreis-, kommunaler und Schulebene. Der Impfschutz der Gesamtheit der saarländischen Schulkinder gegen einzelne Infektionskrankheiten ist in Abb. 15 wiedergegeben, differenziert nach Kindern deutscher und ausländischer Herkunft.

Auf der Ebene der Landkreise/des Stadtverbandes zeigten sich Unterschiede im Impfschutz gegen einzelne Infektionskrankheiten. Beim Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus und Polio war die Verteilung relativ homogen, weniger beim Impfschutz gegen Hepatitis B, Pertussis und Masern, Mumps und Röteln (MMR).

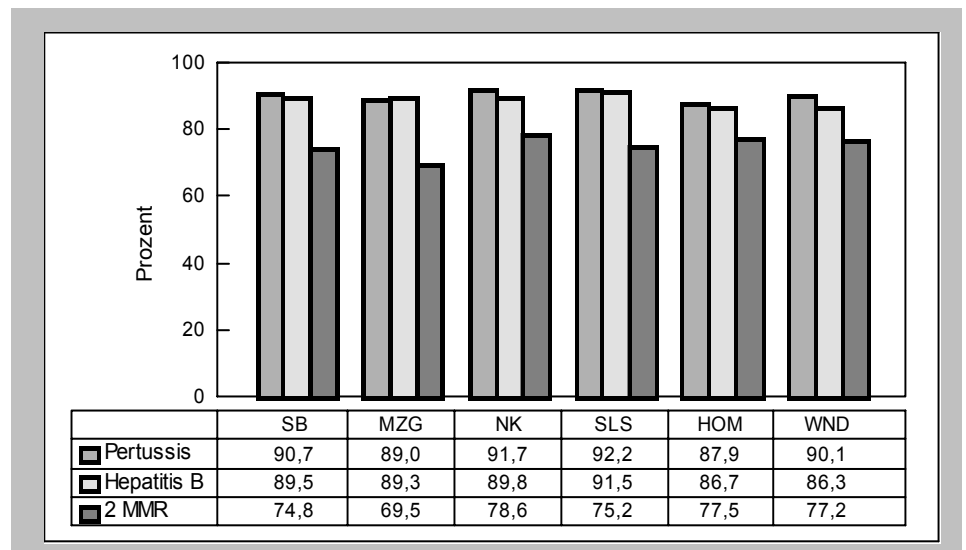


Abb. 16: Unterschiede im Impfschutz gegen einzelne Infektionskrankheiten im Kreisvergleich.

Deutlicher wurden die Differenzen innerhalb der einzelnen Kommunen: hier lag der Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus und Polio zwar noch über 90%, bei den Impfungen gegen Keuchhusten (Pertussis) variierte er aber schon zwischen 81% und 97% und bei Hepatitis B zwischen 73% und 97%. Eine noch größere Streuung gab es bei der zweimaligen Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln; hier lagen die Durchimpfungsraten zwischen 55% und 87%.

Innerhalb der Grundschulen fanden sich deutliche Unterschiede bei allen neun empfohlenen Impfstoffen. So waren an acht Grundschulen deutlich weniger als 90% der Schulanfänger ausreichend gegen Kinderlähmung geschützt. Der Anteil geimpfter Kinder variierte bei der Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln zwischen 40% und 100%, gegen Hepatitis B zwischen 44% und 100%, gegen Keuchhusten (Pertussis) zwischen 63% und 100%.

Darüber hinaus wurde die Anzahl der Kinder ermittelt, die alle neun von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen erhalten hatten, d.h. sowohl gegen Diphtherie, Tetanus, Polio als auch gegen Pertussis, Hib, Hepatitis B sowie gegen Masern, Mumps und Röteln geschützt waren. Dies waren insgesamt 6.167 Kinder (67,3%). Der Anteil deutscher Kinder lag mit 67,9% gering über dem der ausländischen Kinder mit 64,3%. Auch beim Anteil vollständig geimpfter Kinder gab es regionale Unterschiede: Auf der Ebene der Landkreise betrug die Schwankungsbreite 8,1%.

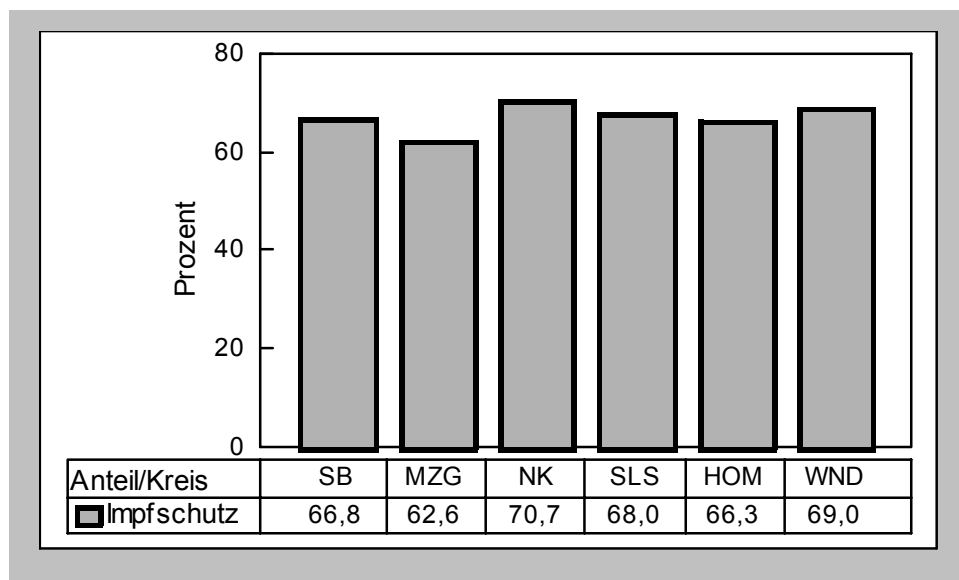


Abb. 17: Anteil der Kinder mit komplettem Impfschutz gegen alle neun zu impfenden Infektionskrankheiten im Kreisvergleich.

Größer wird sie auf der Ebene der Kommunen; dies ist in Abb. 18 dargestellt.

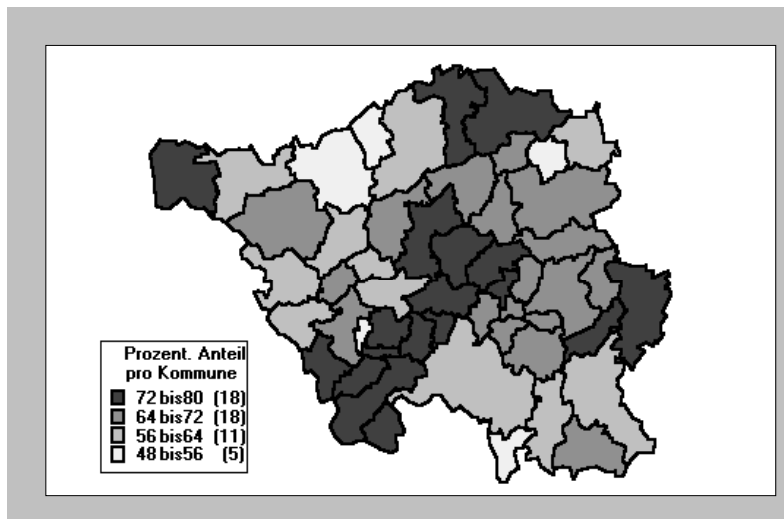


Abb. 18: Prozentualer Anteil von Kinder mit komplettem Impfschutz gegen alle neun zu impfenden Infektionskrankheiten in den Kommunen

## Entwicklung des Impfschutzes über die letzten 10 Jahre

Der Impfschutz der saarländischen Einschul Kinder verbessert sich kontinuierlich von Jahr zu Jahr. Für einzelne Impfungen ist der ausreichende Impfschutz von 90% und mehr in einer Bevölkerungsgruppe noch nicht erreicht; dies liegt aber auch daran, dass einzelne Impfungen erst in den 90er Jahren eingeführt wurden, so die Impfungen gegen Pertussis 1994 und gegen Hepatitis B 1995. Unter Berücksichtigung einer mehrjährigen Anlaufzeit bis zur allgemeinen Akzeptanz dieser Impfungen durch alle impfenden Ärztinnen und Ärzte und die Eltern zu impfender Kinder ist aber auch die Entwicklung der Durchimpfungsraten dieser Impfungen als gut zu bezeichnen.

Auch der Anteil der Kinder, die ausreichend gegen alle neun Infektionskrankheiten geimpft sind, stieg von 13,3% im Jahre 1998 über 26,3% im Jahr 1999 auf 67,3% im Jahr 2004.

Die Impfungen, die zur Bewertung eines ausreichenden Impfschutzes im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen dokumentiert werden, sind als Regelimpfung im ersten und zweiten Lebensjahr vorgesehen. Aus den unterschiedlichsten Gründen (Krankheit des Kindes, Sprachprobleme) kommt es häufiger zu zeitlichen Verzögerungen bei der Durchführung der Impfungen. Im Rahmen der Kinderuntersuchungen U7 bis U9 werden diese allerdings meist nachgeholt. Umgekehrt zeigen sich daher bei Kindern, denen insbesondere die Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9 fehlen, größere Impflücken als bei Kindern mit komplettem Vorsorgestatus. Die Erhebung der Impfdaten zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung stellt eine Bestandsaufnahme der in der Vorschulzeit durchgeführten Impfungen dar.

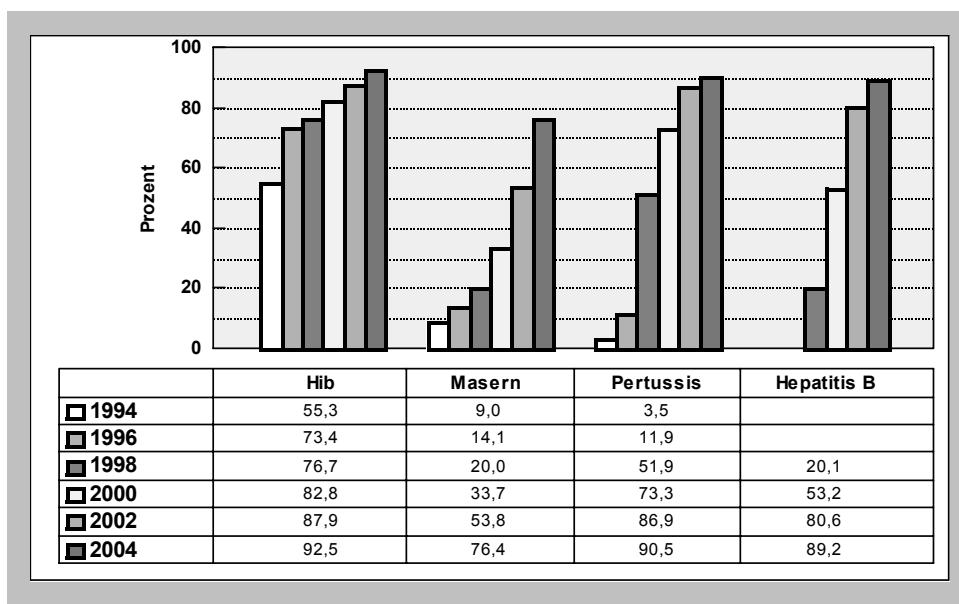


Abb.19: Entwicklung der Durchimpfungsraten gegen verschiedene Infektionskrankheiten von 1994 bis 2004.

Die regionalen und lokalen Defizite beim Impfschutz der Kinder sollten Anlass sein, die Eltern verstärkt auf das Impfen als wichtige Maßnahme der Prävention hinzuweisen.

## Vorsorgeuntersuchungen

Bis zum Schulbeginn sehen die gesetzlichen Krankenkassen nach § 26 SGB V neun Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter vor, die sogenannten Kinderuntersuchungen; analog gilt dieses Vorsorgeprogramm auch für privat Krankenversicherte. Ziel ist die Früherkennung von Krankheiten. Der Untersuchungsumfang ist für die einzelnen Untersuchungen vorgegeben. Im ersten Lebensjahr sind insgesamt sechs Untersuchungen vorgesehen (U1 bis U6), Ende des zweiten Lebensjahres die siebte (U7), zwischen 3 1/2 und 4 Jahren die U8 sowie zwischen 5 und 5 1/2 Jahren die U9.

Die Teilnahme an der Untersuchung sowie die Ergebnisse werden im Vorsorgebuch dokumentiert, das für jedes Kind mit der U1 (Untersuchung nach der Geburt) ausgestellt wird.

Im Einladungsschreiben zur schulärztlichen Untersuchung wurden die Eltern gebeten, das Vorsorgebuch mitzubringen. Hieraus wurden Angaben zur Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen sowie einzelne Angaben zu Schwangerschaft und Geburt in die anonymisierte schulärztliche Dokumentation übernommen. Pathologische Befunde aus dem Vorsorgebuch wurden im Kontext der aktuellen Untersuchung gewertet und mit den Eltern besprochen.

Von 8.916 Kindern (88,8%) wurde das Vorsorgebuch vorgelegt, darunter von 7.671 Kindern (92,2%) deutscher Herkunft und 1.245 Kindern (72,3%) ausländischer Herkunft. Bei den Kindern ausländischer Herkunft, die hier geboren wurden, war das Vorsorgebuch dagegen zu 81,3% vorhanden.

Der Anteil vorgelegter Vorsorgebücher in den Kreisen lag zwischen 86,1% (Saarpfalz-Kreis) und 92,9% (Saarlouis), zwischen den einzelnen Kommunen dagegen variierte der Anteil zwischen 77,6% (Homburg) und 98,4% (Ensdorf). Die nachfolgenden Angaben beziehen sich auf die Kinder deren Vorsorgebuch vorgelegt wurde.

6.613 Kinder (74,2%) hatten an allen neun Untersuchungen teilgenommen. Bei den Kindern deutscher Herkunft waren es 6.022 (78,5%), bei Kindern ausländischer Herkunft lediglich 591 (47,5%). Ursache für diese geringe Zahl vollständig durchgeführter Untersuchungen bei Kindern ausländischer Herkunft, auch bei den hier geborenen, sind u. a. fehlendes Wissen über diese Vorsorgeangebote, bedingt durch Sprachprobleme oder sonstige soziokulturelle Hinderungsgründe.

Über die Jahre steigt allerdings der Anteil der Kinder an, die an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben.

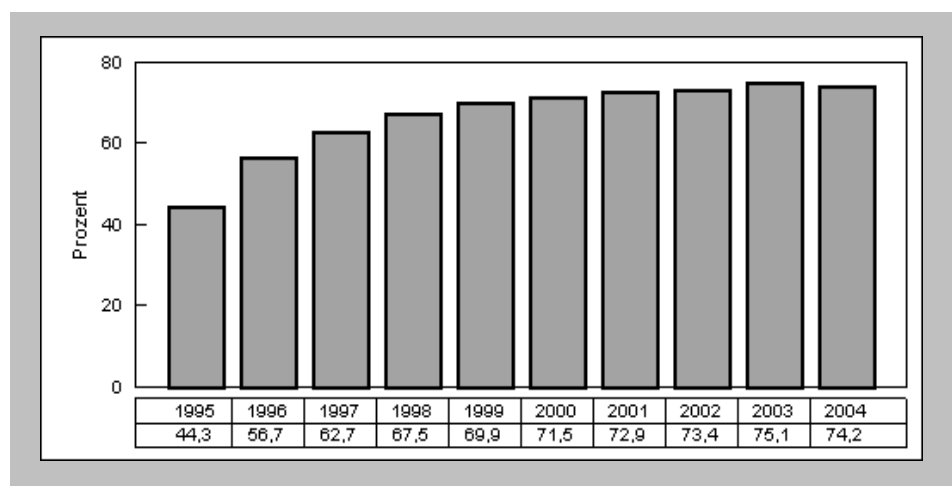


Abb.20: Anteil der Kinder mit vollständig durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen 1995 bis 2004.

Neben der Betrachtung, wie viele Kinder an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, ist es auch von Interesse, wie hoch der Anteil der Kinder ist, die an den einzelnen Vorsorgeuntersuchungen jeweils teilgenommen haben.

Hier zeigte sich sowohl bei Kindern deutscher wie ausländischer Herkunft, dass die Teilnahme an den ersten Untersuchungen bei über 90,0% liegt und die Inanspruchnahme mit jedem weiteren Untersuchungszyklus abnimmt. Diese Beobachtung findet sich bundesweit.

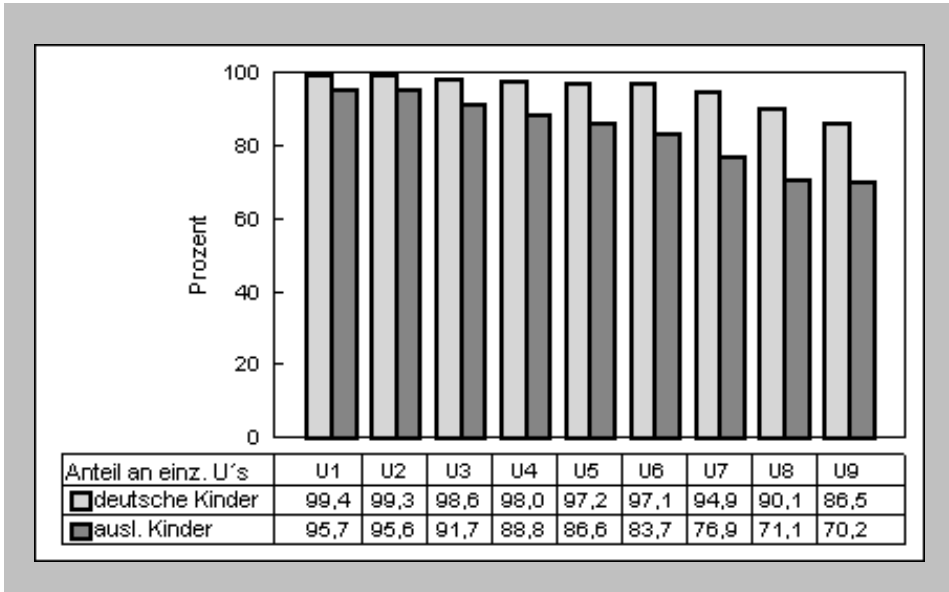


Abb. 21: Anteil deutscher und ausländischer Kinder an den einzelnen Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9.

Dabei sind insbesondere die beiden letzten Vorsorgeuntersuchungen im Hinblick auf das Erkennen von Entwicklungsrückständen und Beeinträchtigungen der Sinnesorgane entscheidend. Die Untersuchung U9 wird zwar seit ihrer Einführung Ende der 80er Jahre zunehmend besser wahrgenommen, aber noch ist die Teilnahme nicht zufriedenstellend.

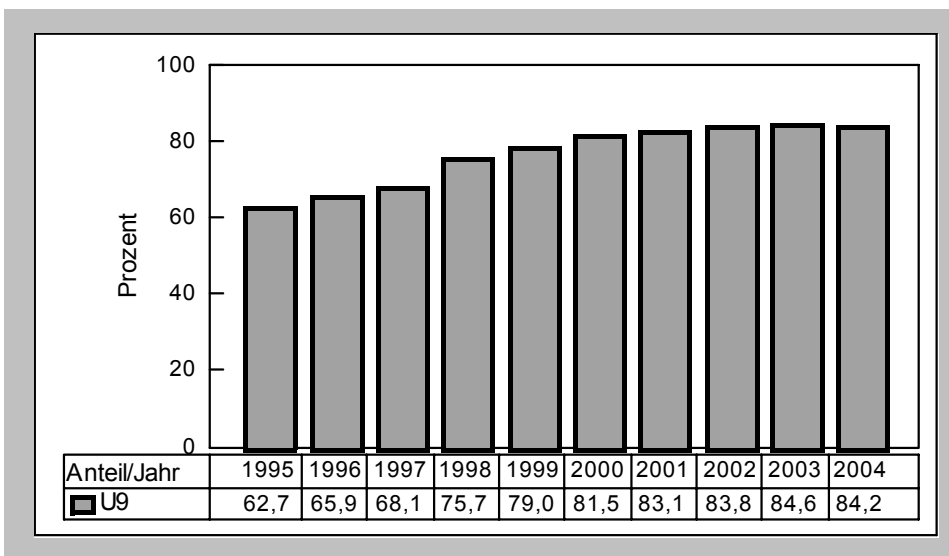


Abb. 22: Anzahl der Kinder mit Teilnahme an U9 über den Zeitraum von acht Jahren.

Die Analyse der saarländischen Zahlen zeigt, dass bei Kindern mit regelmäßiger Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen ein besserer Impfschutz besteht und dass eine höhere Rate an Früherkennung zur Einleitung entsprechender Maßnahmen führt, als bei insbesondere fehlender Teilnahme an der U9. Bei Kindern, die kein Vorsorgebuch vorlegten, sind die Defizite zum Teil noch deutlicher.

Beispielhaft wird dies am Impfschutz dargestellt: Bei den Kindern mit vollständigem Vorsorgestatus war bei 98,3% der Kinder auch das Impfbuch vorhanden. Diese Kinder hatten zu 65,5% alle neun von der STIKO empfohlenen Impfungen komplett erhalten. Bei unvollständigem Vorsorgestatus war der Impfschutz nur bei 40,2% der Kinder komplett und nur bei 9,2% der Kinder, wenn das Vorsorgebuch fehlte.

Entwicklungsverzögerungen waren bei Kindern mit vollständigem Vorsorgestatus deutlich weniger festzustellen als in den Gruppen mit unvollständigem Vorsorgestatus oder bei Kindern ohne vorgelegtes Vorsorgebuch. Dies zeigt die nachfolgende Tabelle.

Tab. 7: Vorsorgeuntersuchungen und Entwicklungsverzögerungen.

Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung und festgestellte Entwicklungsrückstände	Vorsorge vollständig	Vorsorge unvollständig	Kein Vorsorgebuch
Defizit sprachliche Entwicklung	24,4%	30,4%	27,4%
Defizit kognitive Entwicklung	5,6%	12,0%	13,7%
Defizit motorische Entwicklung	17,9%	23,0%	19,2%
Defizit visumotorische Entwicklung	9%	16,5%	15,7%

### Individuelle Maßnahmen der Prävention

Neben Impfungen und der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen werden in den Familien in unterschiedlichem Umfang weitere präventive Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchgeführt. Erfragt wurden aus diesem Spektrum, ob eine Jod- und Fluoridprophylaxe stattfindet und das Kind in einem Sportverein aktiv ist.

Alle drei Maßnahmen zählen ebenso wie Kindervorsorgeuntersuchungen und Impfungen nach neueren Präventionskonzepten zur universellen Prävention, worunter ein Vorgehen zu verstehen ist, das für die gesamte Bevölkerung und nicht nur für Risikogruppen nützlich ist. Abb. 23 zeigt, dass die Beteiligung bei den verschiedenen Präventivmaßnahmen unterschiedlich groß ist.

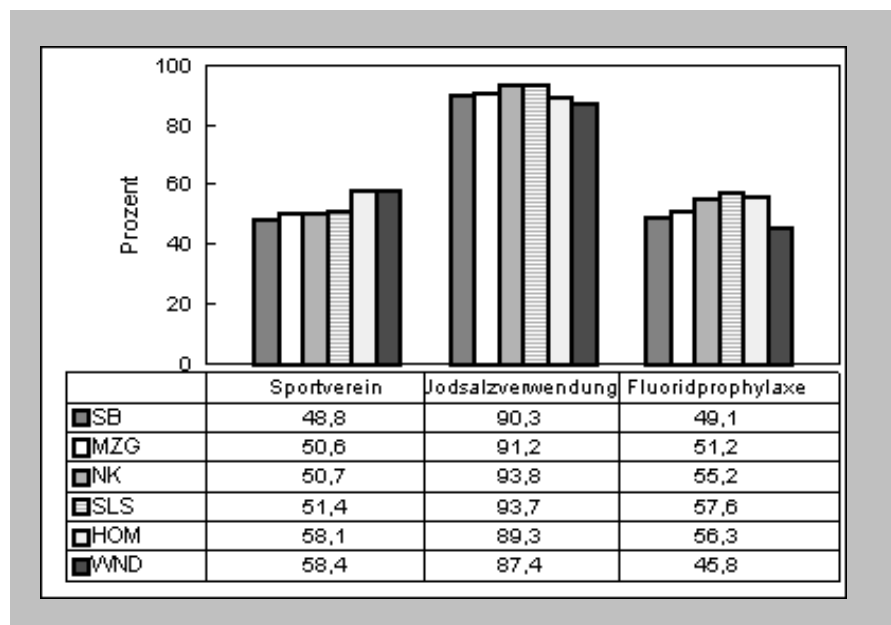


Abb. 23: Präventive Maßnahmen bei Schulanfängern 2004

### Jodprophylaxe

Jod ist als lebensnotwendiges Spurenelement für die Bildung von Schilddrüsenhormonen erforderlich. Die in Deutschland unzureichende Jodversorgung durch Trinkwasser und traditionelle Ernährung manifestiert sich beim einzelnen zunächst in einer Schilddrüsenvergrößerung (Struma), bei Fortbestehen auch in weiteren Schilddrüsenerkrankungen.



Prävention ist durch zusätzliche Zufuhr von Jod, z.B. über Zusatz zu Speisesalz oder beim höherem Bedarf, z.B. im Wachstum, auch in Form von Jodidtabletten möglich. Bei Familien mit Kindern findet die Jodsalzprophylaxe im Saarland seit Jahren gute Akzeptanz, allerdings schwankt der Anteil innerhalb der Kommunen zwischen 83,9% und 98,1%. Von den 37 Schulanfängern, bei denen eine Schilddrüsenvergrößerung festgestellt wurde, benutzten einige Haushalte nicht einmal Jodsalz. Lediglich drei Kinder erhielten zusätzliche Jodgabe in Form von Jodidtabletten.

Die Ergebnisse zeigen, dass trotz insgesamt hoher Akzeptanz regional verstärkt auf die Jodprophylaxe hingewiesen werden muss. Im Kreisvergleich zeigt sich im Kreis St. Wendel ein niedrigerer Jodsalzverbrauch und eine erhöhte Zahl von Kindern mit Schilddrüsenvergrößerung.

### **Fluorid-Prophylaxe**

Fluoride sind wichtige Spurenelemente für Knochenbildung, Körperwachstum und Zahnschmelzhärtung. Eine ausreichende Versorgung mit Fluor ist im Saarland und weiten Teilen Deutschlands über Trinkwasser nicht gewährleistet.

Deshalb ist insbesondere für die Zahngesundheit im Kindesalter eine Zufuhr von Fluor zur Kariesprophylaxe (neben Zahnpflege und zuckerarmer Ernährung) wichtig. Die lokale Anwendung erfolgt in Form von Fluorid-Gel oder Fluorid-Lack, die innerliche Anwendung z. B. durch fluoridiertes Speisesalz oder Fluorid-Tabletten. Die Benutzung sog. "normaler" fluoridhaltiger Zahnpasten ist hierbei nicht einbezogen.

Eine konsequente Fluoridprophylaxe durch externe Fluoridapplikation oder Einnahme von Fluoridtabletten/Verwendung von Fluorsalz wurde nur bei 52,6% aller Kinder durchgeführt; Abb. 23 zeigt auch hier wieder regionale Unterschiede. Fluoridtabletten nahmen lediglich 3,6% aller Kinder zu sich.

Festzustellen ist, dass sich der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen über die letzten 20 Jahre deutlich gebessert hat; er lag bei den Schulanfängern 2004 bei 80,9%. Die positiven Auswirkungen der Fluoridprophylaxe auf die Zahngesundheit sind unbestritten, sollten jedoch auch kritisch im Kontext mit den anderen Maßnahmen der Zahngesundheitspflege bewertet werden. Verbesserte Zahnpflege, gesunde Ernährung und regelmäßige zahnärztliche Aufklärung und Untersuchung der Zähne im Rahmen gruppenprophylaktischer Maßnahmen als weitere Säulen der Kariesprophylaxe haben einen großen Anteil an der Verbesserung der Zahngesundheit.

### **Regelmäßiger Sport im Sportverein**

Sport und Bewegung kommt gleich unter mehreren Aspekten eine präventive Bedeutung zu. Motorische Geschicklichkeit vermindert die Unfallgefahr, gezielte Gymnastik und regelmäßiges Training beugen Haltungsschäden vor. Bewegung erhöht aber auch den Energieumsatz und trägt damit zur Vorbeugung von Übergewicht bei. Über die Förderung der Motorik werden auch andere Entwicklungsbereiche positiv beeinflusst. Bei Kindern kann der Sport zur Stärkung des Selbstbewusstseins und sozialen Integration beitragen.

Da viele Kinder in ihrem Lebensumfeld nicht mehr die Chance haben, ihren natürlichen Bewegungsdrang auszuleben bzw. durch anderweitige Beschäftigung auch immer weniger in altersgemäßer Form im Freien spielen und toben, kann der Sportverein bereits im Vorschulalter einen wichtigen Beitrag zur Förderung der gesunden Entwicklung leisten.

5.224 Einschulkinder (52,0%) waren seit mehr als sechs Monaten in einem Sportverein, Jungen mit 51,4% etwas weniger als Mädchen mit 52,8%. Da jedoch nicht festgehalten ist, wie viel Bewegungsraum den anderen Kindern zur Verfügung steht, kann nicht ohne weiteres gesagt werden, ob dies eine hohe oder niedrige

Zahl ist. Dennoch zeigte sich, dass Kinder, die in einem Sportverein aktiv waren, weniger Entwicklungsrückstände aufwiesen als ohne diese Betätigung.

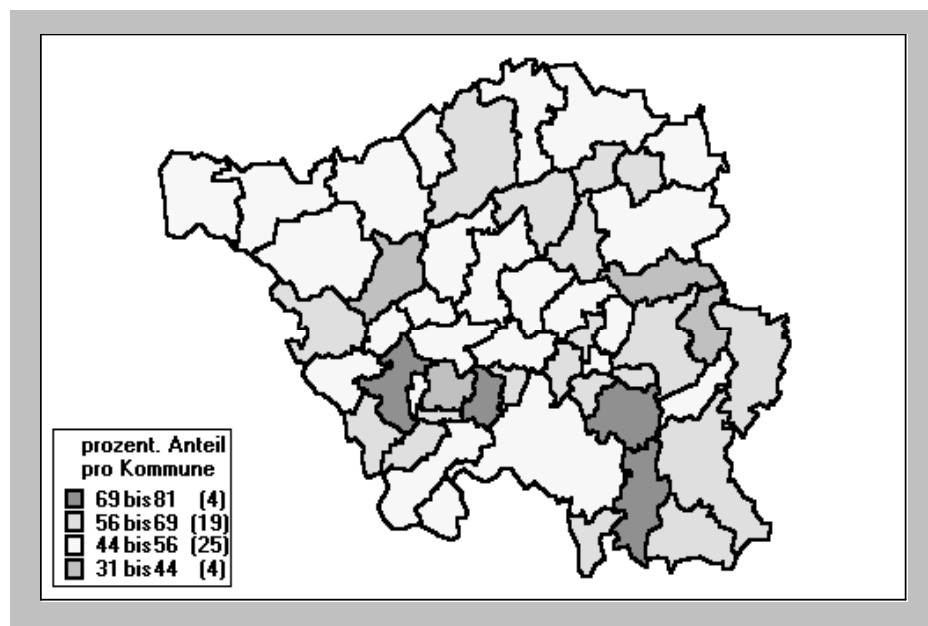


Abb. 24: Anteil Kinder in den Kommunen, die im Sportverein sind.

Von den 1.489 Kindern mit grobmotorischen Defiziten waren nur 36,3% Mitglied in einem Sportverein, bei den 1.332 Kindern mit feinmotorischen Defiziten nur 37,7%.

Kinder mit Sprachstörungen waren mit 45% ebenfalls weniger oft in Sportvereinen. Von den 937 Kinder mit diagnostizierter Haltungsschwäche besuchen 47,8% einen Sportverein.

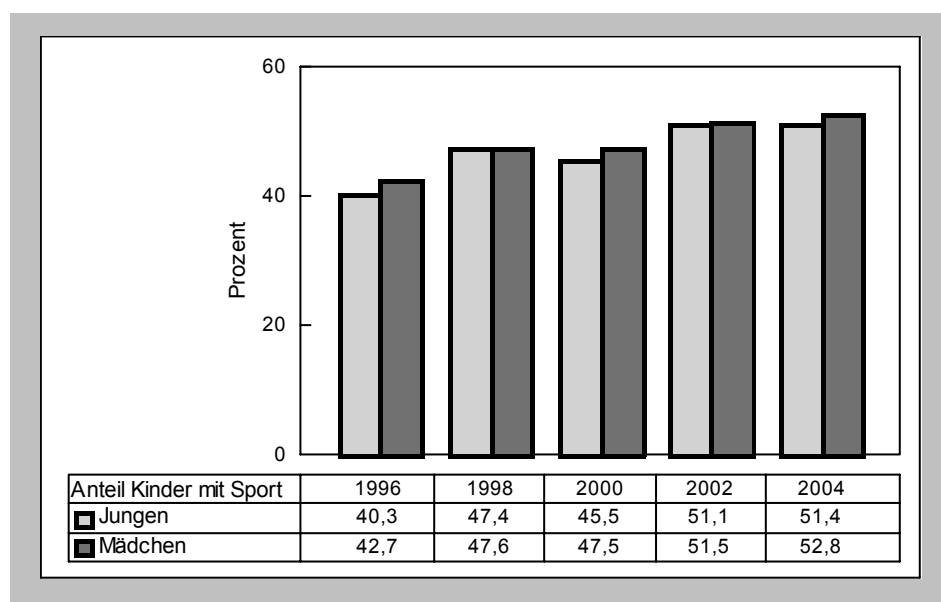


Abb. 25: Tendenz bei Maßnahmen der individuellen Prävention am Beispiel Sport.

## Akzeptanz präventiver Maßnahmen im Zeitverlauf

Betrachtet man, in welchem Umfang innerhalb eines Zeitraums von neun Jahren die individuellen Maßnahmen der Prävention akzeptiert werden, so stagniert die Benutzung von Jodsalz auf hohem Niveau. Der Anteil der Kinder mit Fluoridprophylaxe zur Zahnschmelzhärtung stieg von 20% auf über 50%.

Sport im Sportverein hat dagegen nur wenig mehr Zuspruch gefunden in den letzten neun Jahren, obwohl gerade die Bewegungsförderung hohe Entwicklungsanreize für soziale und schulische Fertigkeiten setzt und Kinder mit dieser lebenslang wichtigen Maßnahme der Prävention so früh wie möglich bekannt werden sollten. Vorrangig gilt es dabei, Eltern auf die Notwendigkeit altersgemäßer Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten und die Bedeutung für die Gesamtentwicklung des Kindes hinzuweisen. Aber auch in Kindertageseinrichtungen, in denen Bewegungsförderung bereits ein wichtiger Teil des Bildungsangebotes ist, sind in Anbetracht der zunehmenden Zahl von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen weitere Anstrengungen notwendig.

## Fördermaßnahmen

Für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen aufgrund angeborener oder erworbener Erkrankungen oder Fehlbildungen besteht ein breites Angebot an rehabilitativen Maßnahmen mit unterschiedlichen Förderschwerpunkten u.a. im somatischen, kognitiven und psychosozialen Bereich. Die Förderung muss, insbesondere bei stärkeren Beeinträchtigungen, so früh wie möglich einsetzen, um die in Abhängigkeit vom Lebensalter abnehmenden Entwicklungspotentiale in größtmöglichem Maße auszuschöpfen. Daher liegt der Hauptzeitpunkt der Fördermaßnahmen im frühen Kindesalter. Kostenträger für unterschiedliche Maßnahmen sind die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Träger der Sozialhilfe, in geringem Maße auch das Kultusministerium im Bereich der Sonderkindergärten an einzelnen Schulen für Behinderte.

Die Notwendigkeit der Förderung eines Kindes wird im frühen Kindesalter überwiegend durch die betreuende Kinderärztin bzw. den betreuenden Kinderarzt festgestellt. Im Kindergartenalter und bei diskreteren oder später erst manifesten Entwicklungsrückständen sind es darüber hinaus die Eltern, Erzieherinnen und Erzieher sowie auch die Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter im Rahmen von Untersuchungen der Kinder in Kindergärten, die die Durchführung von Fördermaßnahmen anregen. Vor deren Einleitung erfolgt in Abhängigkeit von der Art und Schwere der Beeinträchtigung eine umfassende Diagnostik durch die entsprechenden Disziplinen. Zu den häufiger veranlassten Fördermaßnahmen zählen Frühförderung, Sprachtherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie und Psychomotorik. Bei stärkeren oder komplexeren Beeinträchtigungen sind spezielle und intensive Förderangebote erforderlich.

Die Förderung erfolgt in der Regel ambulant mit 1 - 2 Therapiestunden pro Woche. Kinder mit erhöhtem Förderbedarf werden im Rahmen von Integrationsmaßnahmen in Regelkindergärten oder integrativen Kindergärten sowie auch in Sonderkindertagesstätten bzw. Sonderkindergärten intensiv gefördert.

Spezielle Förderangebote gibt es für Kinder mit hochgradiger Hörminderung; diese werden in den ersten 3 Lebensjahren durch eine Hausfrühförderung betreut, danach in den Einrichtungen durch Fachkräfte der Schule für Hörbehinderte und Schwerhörige in Lebach. Kleinkinder mit schwerwiegenden Sehbehinderungen erhalten spezielle Förderung durch Fachkräfte der Schule für Blinde und Sehbehinderte.

Das sozialpädiatrische Zentrum an der Kinderklinik Neunkirchen als einzige ambulante und stationäre Einrichtung dieser Art im Saarland führt umfassende Entwicklungsdiagnostik sowie intermittierend intensive Förderung bei stärker beeinträchtigten Kindern durch, z.T. im Rahmen stationärer Aufenthalte. Eltern und betreuende Institutionen werden im Umgang mit den Kindern beraten und die Entwicklung der Kinder in der Regel über lange Jahre begleitet.

Vom Einschuljahrgang 2004 nahmen 3.419 Kinder (34,1%) im Laufe des Vorschulalters an einer oder mehreren der oben genannten Fördermaßnahmen teil oder befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt noch in Therapie. Jungen waren häufiger in Fördermaßnahmen als Mädchen. Der Anteil der ausländischen Kinder war bei Fördermaßnahmen insgesamt geringer als der der deutschen Kinder (Tab. 8).

Tab. 8: Anteil Kinder in Fördermaßnahmen nach Geschlecht und Herkunft.

	Anzahl Jungen	Prozent	Anzahl Mädchen	Prozent
Deutsche Kinder	1851	42,4	1204	30,5
Ausländische Kinder	220	24,8	144	17,2

Dabei gab es regionale Unterschiede, die sich nicht allein aus den durchschnittlich bestehenden Entwicklungsrückständen erklären lassen, sondern auch den Grad der Aufmerksamkeit der für die Kinder Verantwortlichen auf das rechtzeitige Entdecken und Behandeln von Entwicklungsrückständen abbilden bzw. auch das vorhandene Therapieangebot widerspiegeln können.

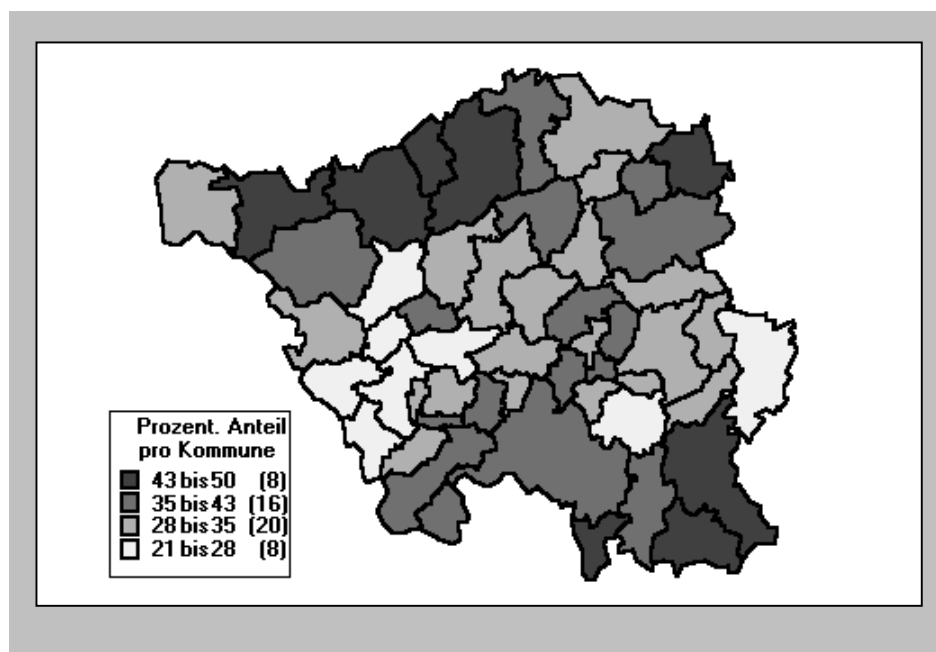


Abb. 26: Anteil der Kinder mit Fördermaßnahmen in den Kommunen.

## Frühförderung

Frühförderung als ganzheitliches Förderkonzept berücksichtigt alle Aspekte der kindlichen Entwicklung im psychomotorischen, kognitiven, kommunikativen, sozialen und emotionalen Bereich. Die Förderung ist kindzentriert unter Einbeziehung des familiären Umfeldes.

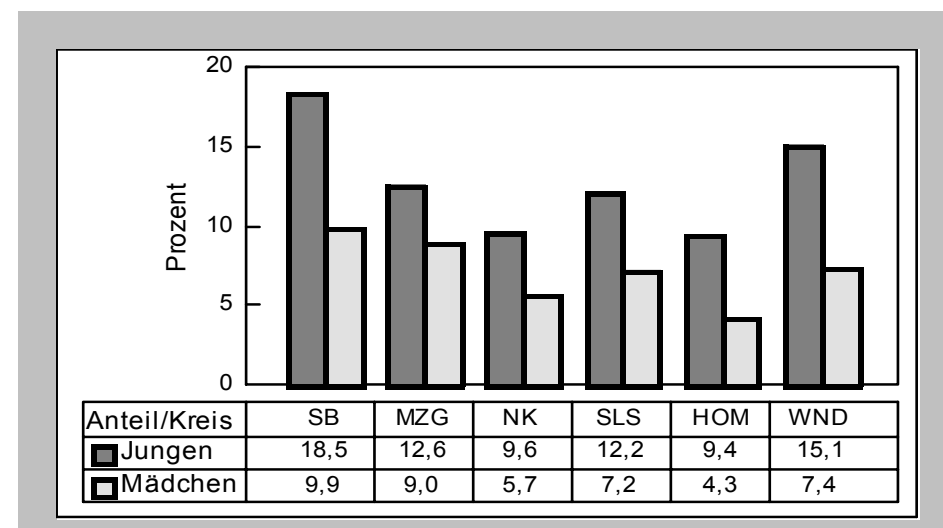


Abb. 27: Anteil der Einschulkinder mit Frühfördermaßnahmen in Kreisen.

Von den Schulanfängern 2004 hatten 1.073 Kinder (10,7%) Frühförderung erhalten oder erhielten sie zum Untersuchungszeitraum noch; dies waren 13,7% aller Jungen und 7,7% der Mädchen. Der Anteil deutscher Kinder unterschied sich mit 10,7% nur gering von dem der ausländischen Kinder mit 10,6%.

Die Inanspruchnahme variiert deutlich innerhalb der Kreise und den einzelnen Kommunen. Dies kann auf unterschiedliche regionale Förderbedürftigkeit der Kinder hinweisen, ist aber wohl eher ein Hinweis auf unterschiedliche Zugangswege zur Frühförderung bzw. auf unterschiedliche Kriterien, die bei der Begutachtung zur Notwendigkeit einer Förderung zugrunde gelegt werden. Andererseits zeigte sich, dass nicht alle förderbedürftigen Kinder Frühfördermaßnahmen erhalten hatten. Gleichzeitig ist insbesondere in den letzten Jahren eine Zunahme von Kindern zu verzeichnen, die Frühfördermaßnahmen in Anspruch nehmen.

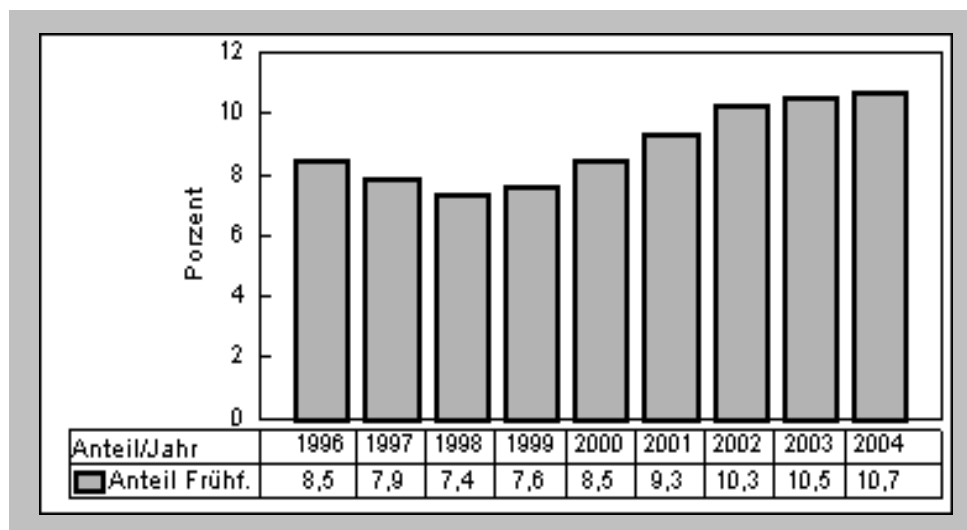


Abb. 28 : Anteil der Einschul Kinder in Frühfördermaßnahmen in den letzten neun Jahren.

Für 534 Kinder (49,8%), die Frühförderung erhielten, konnte der Besuch der Regelschule vorschlagen werden. 257 Kindern (23,9%) wurde wegen noch bestehender Entwicklungsverzögerung die Einschulung in die Regelschule mit besonderen Fördermaßnahmen („Schulkindergarten“ bzw. „Klasse 0“) empfohlen. Bei gleichzeitig vorliegender medizinischer Indikation erfolgte die Zurückstellung vom Schulbesuch. Bei 81 Kindern (7,5%) wurde die integrative Unterrichtung in der Regelschule befürwortet.

### Krankengymnastik / Physiotherapie

Krankengymnastik unterstützt Therapie und Pflege durch planmäßigen abgestuften Einsatz von passiven Maßnahmen (Lagerung, Massage, Dehnübungen) und aktiver körperlicher Bewegungsübung unter Anleitung, z. B. bei Fehlhaltungen der Extremitäten und Wirbelsäule oder zentralen Bewegungsstörungen.

Die Maßnahme wird besonders in den ersten beiden Lebensjahren ärztlich verordnet. Insgesamt hatten 901 Kinder (9,0%) Krankengymnastik erhalten oder erhielten sie zum Untersuchungszeitpunkt, davon 492 Jungen (9,4%) und 409 Mädchen (8,6%). Deutsche Kinder waren mit 10,1% deutlich häufiger vertreten als ausländische Kinder. So erhielten nur 4,2% der bereits in Deutschland geborenen Kinder mit Migrationshintergrund eine krankengymnastische Therapie.

### Ergotherapie

hat das Ziel, die Selbständigkeit zu verbessern durch Förderung von Motorik, Koordination, Wahrnehmung und Kommunikation. Sie soll helfen, Folgeschäden und Entwicklungsverzögerungen bei chronischen Erkrankungen oder Behinderungen zu vermeiden. Ergotherapie wurde bei 590 Einschulkindern (5,9%) durchgeführt, die Zahl der Jungen lag mit 438 (8,3%) deutlich über der Zahl der Mädchen mit 152 (3,2%). Auch hier waren deutsche Kinder mit 6,3 % häufiger vertreten als Kinder mit Migrationshintergrund mit 3,0%.

## Logopädie / Sprachtherapie

Logopädie bzw. Sprachtherapie wird durchgeführt bei Auffälligkeiten der Sprachentwicklung wie Sprachentwicklungsverzögerungen, Sprach- und Sprechstörungen.

Die Therapie erfolgt in der Regel durch niedergelassene Logopädinnen bzw. Logopäden oder durch die ambulante Sprachheiltherapie der Kreise bzw. des Stadtverbandes. Zum Untersuchungstermin waren noch 1.212 Kinder (12,1%) in Sprachtherapie, weitere 954 Kinder (9,5%) hatten die Maßnahme schon abgeschlossen. Von den insgesamt 2166 Kindern mit Sprachtherapie waren 1.304 Jungen (24,8%) und 862 Mädchen (18,0%).

Auch hier gab es deutliche Unterschiede in der Inanspruchnahme dieser Förderung zwischen deutschen und ausländischen Kindern: 23,5% der deutschen Kinder erhielten Sprachtherapie gegenüber 12,4% der Kinder mit Migrationshintergrund.

Der Anteil der Kinder mit Sprachtherapie variierte sehr stark innerhalb der Kommunen. Auch hier ist der Zugang zu diesem Angebot zu hinterfragen (s. Kapitel Sprachentwicklungsstörungen).

## Andere Fördermaßnahmen

272 Kindern (2,8%) nahmen an weiteren Fördermaßnahmen teil. Darunter zusammengefaßt sind Hippotherapie, Konduktive Pädagogik Petö, Atlasterapie, Psychomotorik sowie autogenes Training. Auch hier waren die Jungen mit 3,5% nahezu doppelt so häufig vertreten wie die Mädchen mit 1,8%.

## Sonderkindergarten / Integration im Regelkindergarten

Kinder, die aufgrund ihrer Behinderung einen intensiven Förderbedarf haben, werden im Sonderkindergarten oder im Regelkindergarten mit Unterstützung von Integrationshelfern betreut.

Von den Schulanfängern 2004 wurden im Sonderkindergarten 73 Kinder (0,7%) betreut. 105 Kinder (1,0%) waren im Regelkindergarten integriert und erhielten dort intensive Förderung durch die Arbeitsstellen für Integration.

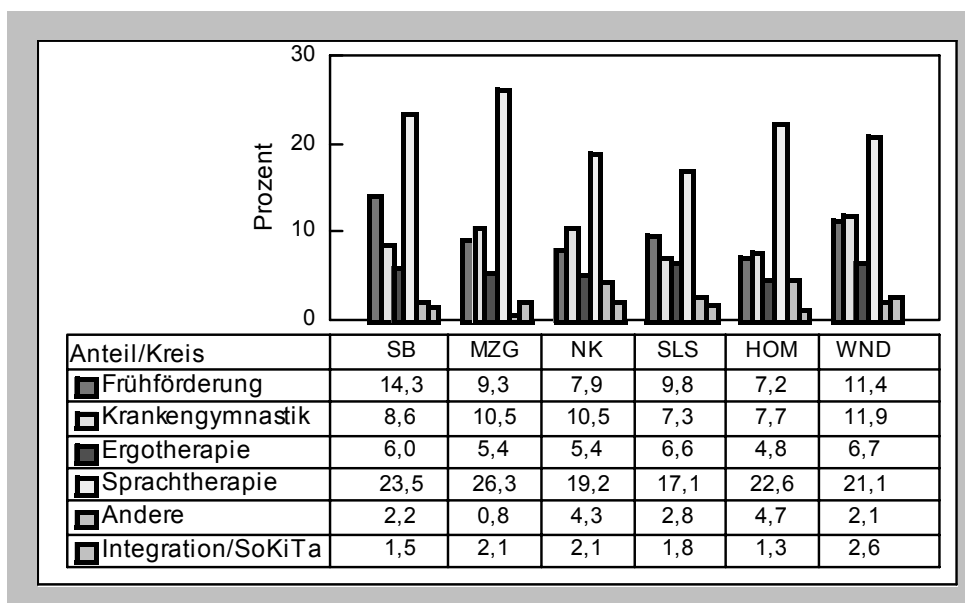


Abb. 29: Anteil der Schulanfänger 2004 an verschiedenen Fördermaßnahmen in den Kreisen.

## Untersuchungsbefunde

Die Untersuchung umfasst u.a. die Überprüfung der Sinnesorgane mit Durchführung von Hör- und Sehtests, Erhebung von Körpergewicht und Körpergröße mit Bewertung des BMI (Body-Mass-Index), die Inspektion und Untersuchung des Mund- und Rachenraumes, die Zähne, der Brust- und Thoraxorgane, der Extremitäten, der Haut, des Skelett- und Muskelsystems sowie ein umfassendes Screening des Entwicklungsstandes. Im Folgenden sind nur einige ausgewählte Befunde dargestellt.

### Sinnesorgane

Unerkannte Störungen der Hör- und Sehfunktionen können das Lernverhalten beeinträchtigen und zu Fehlurteilungen der schulischen Leistungsfähigkeit führen. Daher ist es eine vordringliche Aufgabe, vor Schulbeginn bei allen Schulanfängern u. a. noch nicht erkannte oder unzureichend behandelte Seh- und Hörstörungen zu erkennen und die notwendige Abklärung und Behandlung durchzuführen. Gleichzeitig kann der Anteil bereits in Therapie oder Kontrolle befindlicher Kinder ermittelt werden. Auch bei anderen unbehandelten krankhaften Befunden im Bereich der Augen und Ohren, z.B. bei Infektionen, wird eine weitgehende ärztliche Abklärung angeraten.

### Überprüfung des Sehvermögens

Die Überprüfung des Sehvermögens umfaßt einen Test für das Sehen in der Nähe und der Ferne mit dem Rodenstockgerät. In der Ferne erfolgt die Überprüfung bis zur Visusstufe 1,0; durch dieses strenge Kriterium sollen auch geringgradige Störungen des Sehvermögens noch erkannt werden. Die Überprüfung des beidäugigen Sehens (Stereosehens) wird mit dem Lang Test, die des Farbsinns mittels Ishihara-Tafeln durchgeführt.

1.386 Kinder (13,8%) trugen bereits eine Brille, das waren 14,6% der deutschen Kinder und 9,8% der Kinder ausländischer Herkunft. Der Sehtest war bei insgesamt 3.259 Kinder (32,5%) auffällig, und zwar bei 1.656 Jungen (31,5%) und 1.603 Mädchen (33,5%). In dieser Gruppe war bereits bei 1.153 Kindern durch eine Brille eine gute Korrektur erreicht worden.

2.162 Kindern, d. h. 21,5% aller Einschulkinder, wurde eine erstmalige bzw. erneute augenärztliche Abklärung angeraten. Darunter waren auch 233 Kinder (2,3%), deren Brille seit mehr als einem Jahr nicht mehr überprüft worden war. Mit 20,3% lag hier der Anteil der deutschen Kinder niedriger als der der Kinder ausländischer Herkunft mit 27,7%,

Eine Störung des beidäugigen Sehens (Strabismus, Schielen) fand sich bei 444 Kindern (4,4%). 286 Kinder dieser Kinder waren ausreichend therapiert. Bei 115 Kindern wurde eine augenärztliche Vorstellung angeraten. 260 Kindern (2,6%) wiesen eine Kombination von Sehstörung und Schielen auf.

Eine Farbsinnschwäche, meist eine Rot-Grün-Schwäche, war bei 225 Kindern (2,2%) feststellbar. Es handelt sich um eine auf das männliche Geschlecht beschränkte Beeinträchtigung unterschiedlichen Schweregrades, die nicht therapierbar ist, aber u. a. im Hinblick auf Unterrichtsmaterialien und die spätere Berufswahl Beachtung finden muss.

Tab. 8: Empfehlung zur augenärztlichen Untersuchung

	Deutsche Kinder	Prozent	Ausländ. Kinder	Prozent
<b>Abklärungsbedürftiger Sehtest</b>	1684	20,3	478	27,7
<b>Schielen (Strabismus)</b>	89	1,1	26	1,5
<b>Bislang nicht bekannte Farbsinnschwäche</b>	112	1,3	25	1,5

Der Anteil abklärungsbedürftiger Sehbefunde ist über die vergangenen Jahre insgesamt sehr hoch geblieben (1998 = 23,0%, 2000 = 22,1%, 2002 = 20,1%).

Deutlich weniger abklärungsbedürftige Befunde liegen vor, wenn die Kinder an allen Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen und dort kindgerechte und zugleich qualitätsgesicherte Sehtestmethoden angewendet werden.

Tab. 9: Anteil Kinder mit Empfehlung zur augenärztlichen Untersuchung je nach Vorsorgestatus.

Befundhäufigkeit nach Vorsorgestatus	Alle Vorsorge- untersuchungen durchgeführt (in %)	U9 fehlt (in %)
<b>Abklärungsbedürftiger Sehtest</b>	19,1	26,9
<b>Schielen (Strabismus)</b>	0,8	2,1
<b>Brillenversorgung</b>	15,0	10,9
<b>Bislang nicht bekannte Farbsinnschwäche</b>	1,1	2,0

So wurden bei Kindern, die an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen hatten, zu 19,1% zur erneuten augenärztlichen Abklärung wegen eines pathologischen Sehtestes geraten; bei fehlender U9 stieg dieser Anteil auf 26,9% an. Bei Kindern mit fehlender U9 lag der Anteil erstmals abzuklärender Kinder mit Fehlstellung der Augen (Schielen) mehr als doppelt so hoch wie bei komplettem Vorsorgestatus; Störungen des Farbsinns waren bei fehlender U9 seltener erkannt worden.

Eine einseitige hochgradige Sehminderung fand sich bei acht Kindern. 13 Kinder waren blind bzw. hochgradig sehbehindert. Teilweise lagen bei diesen Kindern noch weitere Behinderungen vor wie cerebrale Bewegungsstörungen oder ein Anfallsleiden. Die Kinder hatten alle in der Vorschulzeit entsprechende Förderung erhalten, sei es im Rahmen von Integrationsmaßnahmen im Regelkindergarten oder durch Besuch des Sonderkindergartens in der Schule für Blinde und Sehbehinderte in Lebach. Bei allen Kindern mit Blindheit bzw. hochgradiger Sehbehinderung wurde eine entsprechende sonderpädagogische Überprüfung angeraten, bei vier davon zusätzlich eine sonderpädagogische Überprüfung wegen körperlicher Behinderung bzw. Hörbehinderung.

### Überprüfung des Hörvermögens

Die Überprüfung des Hörvermögens erfolgt mit einem Audiometer; es werden die Frequenzbereiche zwischen 250 und 6000 Hz für beide Ohren getrennt geprüft. Zusätzlich erfolgt eine Untersuchung des äußeren Gehörganges mit Inspektion des Trommelfells.

Bei 806 Einschulkindern (7,6%) war der Hörtest auffällig; der Anteil der Jungen war mit 6,8% etwas geringer als der der Mädchen mit 7,4%. 567 Kinder wurden zur weiteren Abklärung an ihren Arzt überwiesen, die übrigen waren bereits in Behandlung bzw. in Kontrolle. Bei 142 dieser Kinder bestand gleichzeitig ein Infekt der oberen Luftwege, der unter Umständen auch für eine Hörbeeinträchtigung mitverantwortlich sein konnte. Ein erneuter Hörtest nach Abklingen des Infektes wurde hier angeraten.

Bei 27,6% der Jungen und 22,6% der Mädchen mit auffälligem Hörtest waren bereits die Rachenmandeln (Polypen) entfernt worden gegenüber 17,9% der Kinder mit unauffälligem Hörtest. Nahezu 38% der Kinder mit auffälligen Hörtest hatten keine altersentsprechende Sprachentwicklung.

Bei 16 Kindern lag eine hochgradige beidseitige Schwerhörigkeit bzw. Taubheit vor, z. T. mit weiteren Behinderungen. Diese Kinder waren alle bereits seit Diagnosestellung in spezifischen Rehabilitationsmaßnahmen wie der Hausfrühförderung bis zum dritten Lebensjahr mit anschließender Integration im Regelkindergarten oder im Sonderkindergarten der Schule für Schwerhörige und Gehörlose; 14 davon waren mit Hörgeräten und z.T. mit einem Cochlea-Implantat versorgt.



Von 13 Kindern mit einseitiger hochgradiger Hörminderung trugen sieben Kinder ein Hörgerät. Insgesamt fünf Kinder wiesen eine mittelgradige Innenohrschwerhörigkeit auf, wobei auch bei diesen allen eine Hörgeräteversorgung bestand. Die Schulempfehlung für Kinder mit Schwerhörigkeit bzw. Taubheit ein- oder beidseits reichte individuell je nach Entwicklungsbeeinträchtigung sonstiger schule relevanter Bereiche von der Einschulung in die Regelschule (5) und Integration (5) über Förderung in einem Schul- oder Sonderschulkindergarten (7) und Zurückstellung (5) bis hin zur Einschulung in eine Schule für Behinderte (7).

Kinder, die an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen hatten, wiesen mit einem Anteil von 4,7% weniger abklärungsbedürftige Hörbefunde auf als Kinder, bei denen die letzte Vorsorgeuntersuchung U9 nicht durchgeführt war; hier lag der Anteil bei 7,4%. Schwere ein- oder beidseitige Hörstörungen waren allerdings alle bekannt und einer Therapie zugeführt.

### Übergewicht und Adipositas (Fettsucht)

Übergewicht und Adipositas (Fettsucht) bei Kindern nehmen weltweit in allen industrialisierten Ländern zu. Je nach Definition sind in Deutschland mittlerweile 10–20 Prozent aller Kinder und Jugendlichen übergewichtig. Häufig fehlt das Bewusstsein, dass Übergewicht und Adipositas keine Abweichung von der Norm darstellen, sondern ernst zu nehmende Krankheitsbilder sind, die einer Behandlung bedürfen.

Adipositas ist ein signifikanter Risikofaktor für eine Reihe von Zivilisationskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus. Neben diesen organischen Beeinträchtigungen führt Adipositas bei Kindern häufig zu psychischen Problemen wie Gehemmtheit und Minderwertigkeitskomplexen, die wiederum durch Essen kompensiert werden. Kinder mit Übergewicht und insbesondere Adipositas zeigen auch häufiger Entwicklungsdefizite in verschiedenen Bereichen auf: So sind Grobmotorik und Koordination bei einem Drittel der adipösen Kinder nicht altersentsprechend, dagegen nur bei 10% der Normalgewichtigen.

Die Ursachen für Übergewicht und Adipositas sind vielschichtig. Neben einer sicherlich vorhandenen genetischen Veranlagung insbesondere bei extremem Übergewicht sind es vor allem Über- und Fehlernährung sowie der Bewegungsmangel durch zunehmend sitzende Lebensweise im Kindesalter.

Im Saarland wurden in den vergangenen Jahren zur Bewertung des Gewichts der BMI nach den Leitlinien der Arbeitsgruppe Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) herangezogen. Übergewichtig sind die Kinder mit einem BMI zwischen der 90er und 97er Percentile. Adipös, also stark übergewichtig, sind Kinder, deren BMI oberhalb der 97er Percentile liegt. Im Einschuljahrgang 2004 waren 297 Jungen (5,6%) übergewichtig und 294 (5,6%) adipös (fettsüchtig). Der Anteil der übergewichtigen Mädchen betrug mit 313 Kindern 6,6% und war damit höher als der der Jungen. Bei 253 Mädchen (5,5%) lag eine Adipositas (Fettsucht) vor. Unterscheidet man nach Herkunftsländern der Kinder, so sind Unterschiede erkennbar.

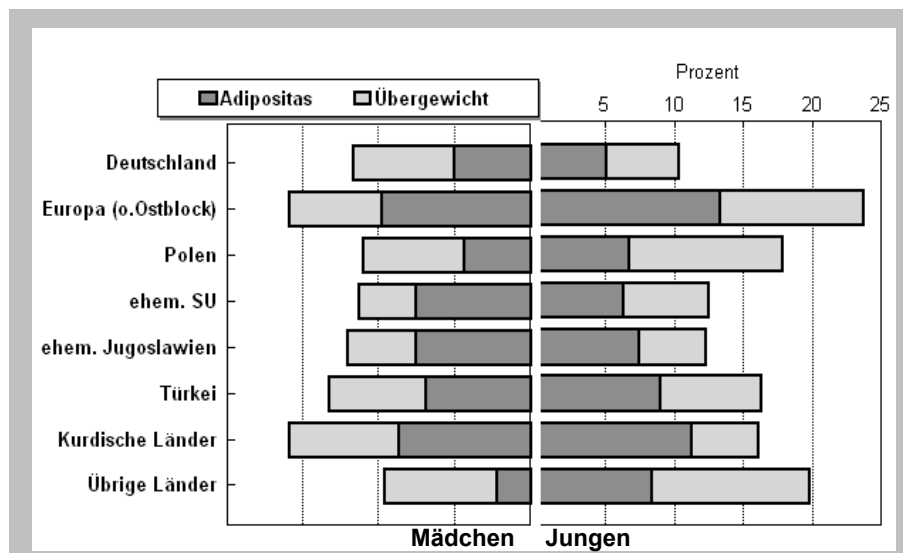


Abb. 30: Anteil von Jungen und Mädchen mit Übergewicht und Adipositas nach Herkunftsländern.

Auch innerhalb der Kommunen gab es deutliche Unterschiede im Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder. Abb. 31 zeigt den Gesamtanteil der Kinder mit Übergewicht und Adipositas in den einzelnen Kommunen.

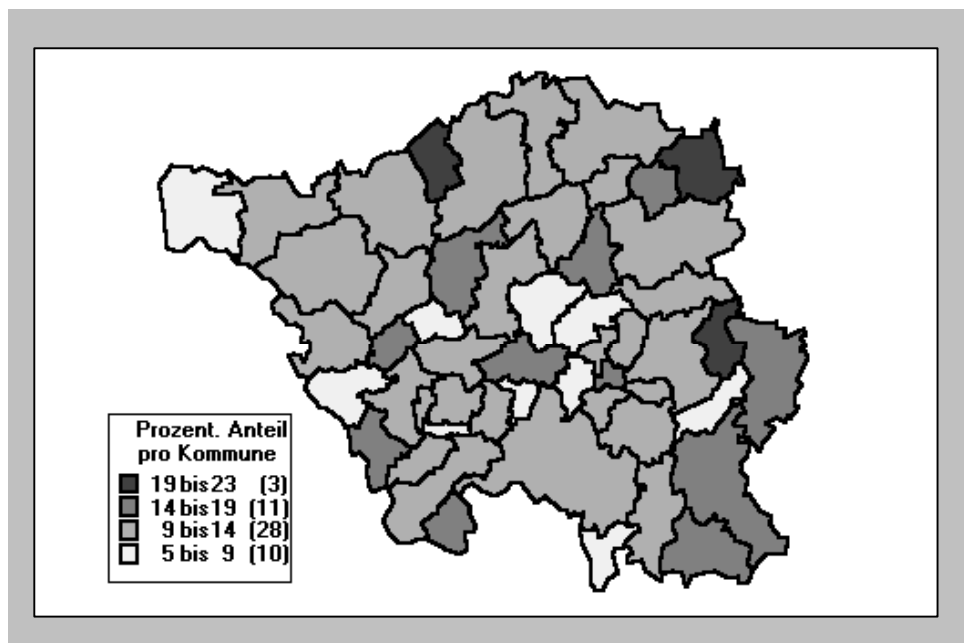


Abb. 31: Gesamtanteil der Kinder mit Übergewicht und Adipositas in den Kommunen.

Betrachtet man die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei den saarländischen Schulanfängern über die letzten neun Jahre, so sind immer mehr Jungen und Mädchen davon betroffen. Gravierend dabei ist, dass insbesondere mehr Kinder adipös (fettsüchtig) sind.

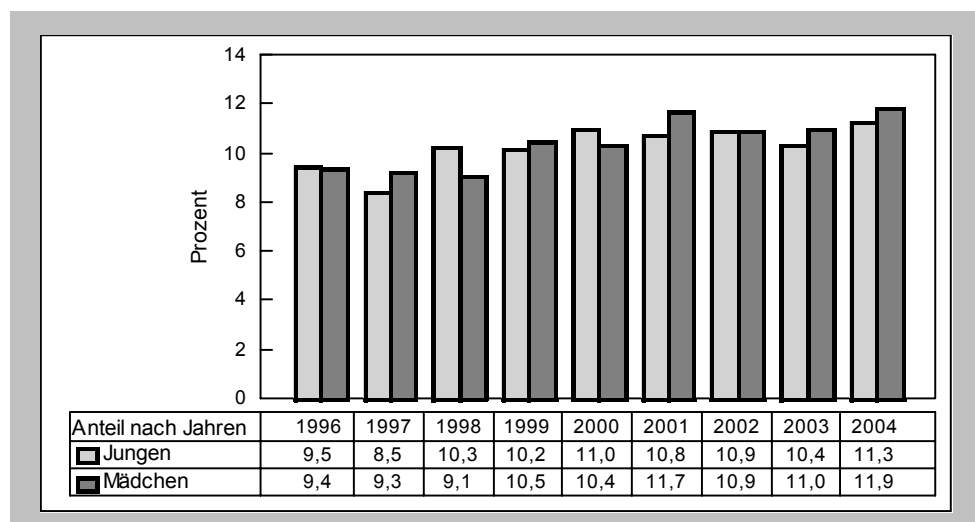


Abb. 32: Anteil der Jungen und Mädchen mit Übergewicht und Adipositas von 1996 bis 2004 (BMI).

### Magersucht und Untergewicht

In der Diskussion um Übergewicht und Fettsucht wird häufig das Problem der Untergewichtigkeit oder Magersucht bei Schulanfängern wenig beachtet. Ursachen sind neben chronischen Erkrankungen und häufiger Infektanfälligkeit mit entsprechendem Appetitmangel auch Störungen der psychosozialen Entwicklung mit Hypermotorik. Daneben spielen auch Fehl- und Mangelernährung eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Nicht unbeachtet sollten auch die neueren Studienergebnisse aus England bleiben, die zeigen,

dass schon Schulanfänger durch gezieltes Fasten einem aktuellen Schönheitsideal nacheifern. Untergewicht und insbesondere Magersucht bedürfen ebenso einer medizinischen Behandlung wie Übergewicht und Adipositas.

Bei den Schulanfängern waren nach den o.g. bundesweiten Referenzwerten 6,7% der Jungen und 6,3% der Mädchen untergewichtig. 4,5% der Jungen und 4,2% der Mädchen waren sogar magersüchtig, d. h. sie lagen unterhalb der 3er-Perzentile.

### Hauterkrankungen

Affektionen der Haut fanden sich bei 915 Kindern (9,1%); meist sind sie allergischer Art. Häufigste Erkrankung war die Neurodermitis, eine Krankheit des allergischen Formenkreises (s.u.), an sonstigen allergischen Hauterkrankungen litten weitere 71 Kinder (0,7%). Kinder deutscher Herkunft waren bei den allergischen Hautreaktionen doppelt so häufig betroffen wie die Kinder ausländischer Herkunft.

Ein besonderes Augenmerk galt dem gehäuften Auftreten von Naevi (Pigmentflecken), da dies durchaus auf eine Bereitschaft zur Karzinomentwicklung hindeuten kann. Nach den Kriterien der dermatologischen Fachgesellschaften fanden sich bei 207 Kindern (2,0%) multiple Naevi. Jungen waren 1,5 mal häufiger betroffen als Mädchen. 40 Kinder waren bereits regelmäßig in hautärztlicher Kontrolle, bei den übrigen wurde eine hautärztliche Abklärung angeraten.

### Allergien

Wie schon berichtet, hatten die Eltern auf die Befragung zur Vorgeschichte angegeben, dass bis zum Untersuchungszeitpunkt 953 Kinder (9,6%) aller Schulanfänger Allergien irgendeiner Art gezeigt hatten. Zu den häufigsten Erkrankungen des allergischen Formenkreises gehören neben der Neurodermitis (s.o.) die allergische Rhinokonjunktivitis (Heuschnupfen) sowie das Asthma bronchiale.

An rezidivierenden Schüben von Neurodermitis innerhalb der letzten 2 Jahre litten 162 Jungen (3,7%) und 162 Mädchen (3,9%). An Asthma bronchiale waren 201 Jungen (3,8%) und 93 Mädchen (1,9 %) erkrankt, an Heuschnupfen (allergischer Rhinokonjunktivitis) 96 Jungen (1,8%) und 51 Mädchen (1,1%). Bei einer Reihe von Kindern kam es zur Kombination dieser Erkrankungen; so fanden sich 39 Kinder mit Neurodermitis und Asthma sowie 23 Kinder mit Heuschnupfen und Asthma. Dauerhafte medikamentöse Therapie benötigten 44% der Kinder, die an Asthma litten, sowie 20% der Kinder mit allergischer Rhinokonjunktivitis. Gerade bei Asthma ist allerdings wegen fehlender Diagnosestellung von einer Dunkelziffer von einigen weiteren Prozentpunkten auszugehen.

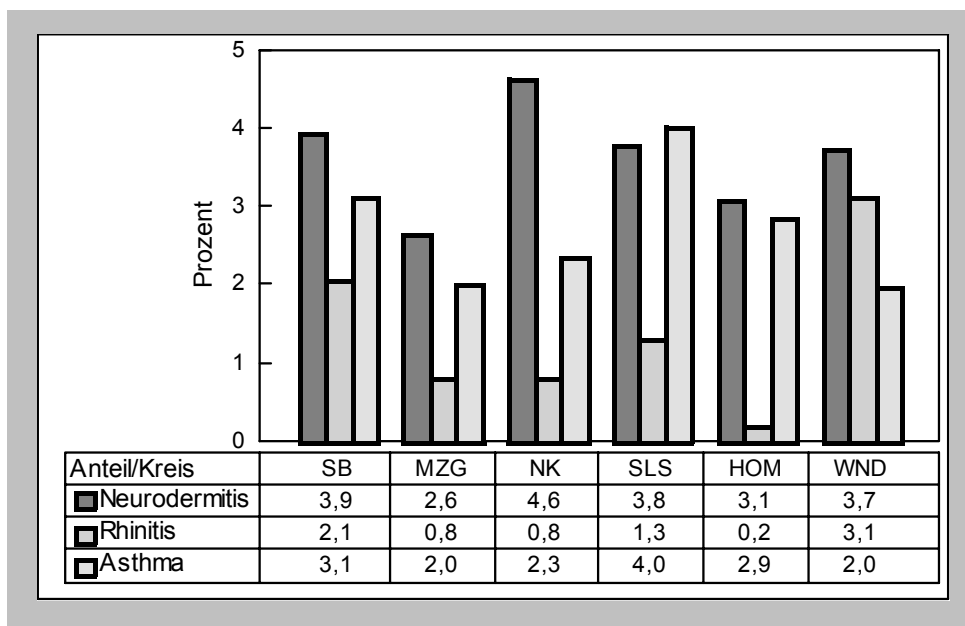


Abb. 33: Anteil der Schulanfänger mit Erkrankungen des allergischen Formenkreises in den einzelnen Kreisen.

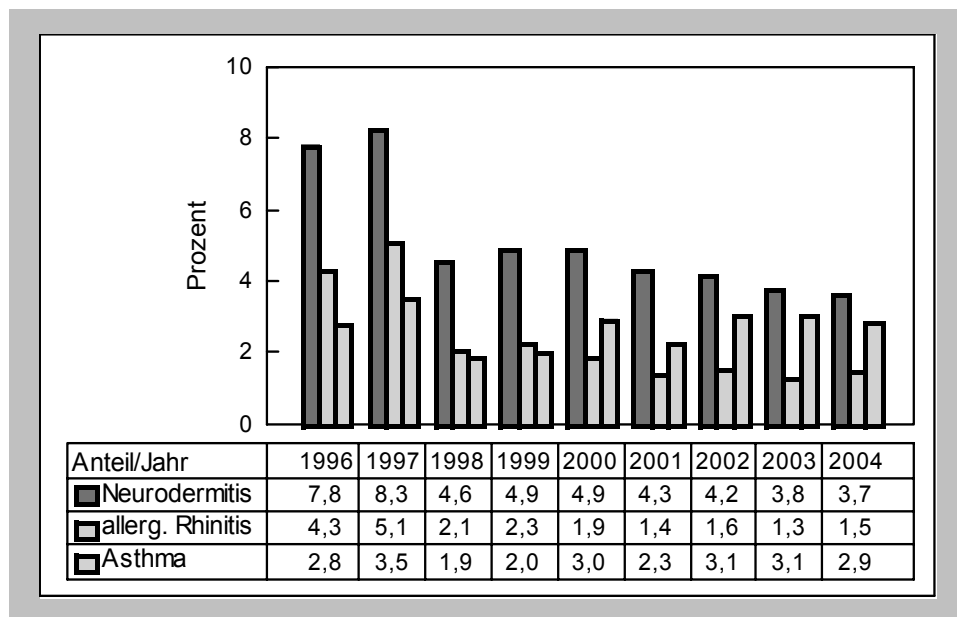


Abb. 34: Anteil Schulanfänger mit Erkrankungen des allergischen Formenkreises über neun Jahre.

Vergleicht man das Auftreten dieser Erkrankungen über neun Jahre, so nehmen die allergische Rhinokonjunktivitis und auch die Neurodermitis in der Tendenz eher ab.

## Bewegungsorgane

Erkrankungen des Skelett- und Muskelapparates gehören zu den am meisten auftretenden Erkrankungen des Erwachsenenalters und sind häufigste Ursache von Fehlzeiten im Beruf. Das Erkennen von Fehlentwicklungen im Bereich des Bewegungsapparates gehört im Kindesalter zu den Inhalten aller Früherkennungsuntersuchungen.

Zur normalen Entwicklung des Muskel- und Skelettsystems gehören entsprechende Anreize, um altersentsprechende Bewegungsmuster zu erlernen. Nachgewiesen ist auch ein enger Zusammenhang zwischen Entwicklung von Motorik und Koordination sowie weiteren Entwicklungsbereichen, etwa der Sprachentwicklung und der kognitiven Entwicklung.

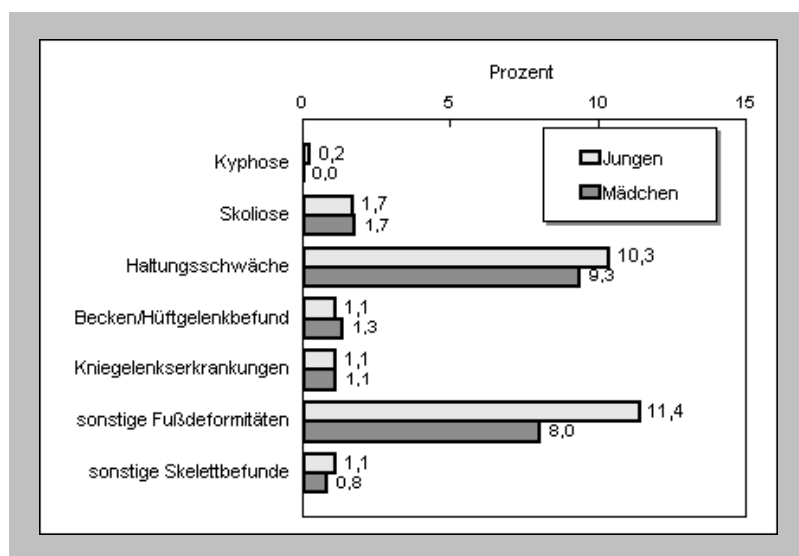


Abb. 35: Befunde des Skelettsystems bei Einschulkindern.

Unter den Erkrankungen des Bewegungsapparates stellte die muskuläre Haltungsschwäche den häufigsten Befund dar. 989 Kinder (10,3% der Jungen und 9,3% der Mädchen) zeigten einen ausgeprägten Befund, obwohl die Hälfte der Kinder in einem Sportverein aktiv war, allerdings nicht immer in Sportarten, die die Bauch- und Rückenmuskulatur fördern. 582 Kindern wurde regelmäßige und adäquate Bewegungsförderung angeraten, z.B. in einem Sportverein

Weitere Befunde des Bewegungsapparates bei Schulanfängern waren die meist angeborenen seitlichen Verbiegungen der Wirbelsäule, sog. Skoliosen, bei 170 Kindern (1,7%). Bei 121 Kindern (1,2%) fanden sich deutliche Fehlstellungen im Bereich des Beckens bzw. der Hüftgelenke; ca. 10% davon hatten bereits als Säuglinge eine Spreizhosenbehandlung erhalten.

Kontrollbedürftige Fehlstellungen der Kniegelenke, überwiegend in Form von ausgeprägten X -Beinen, fanden sich bei 111 Kindern (1,1%), bei gleicher Verteilung zwischen Jungen und Mädchen. Diese Kniefehlstellung war in 55% der Fälle kombiniert mit Übergewicht.

Fußdeformitäten unterschiedlicher Art, u. a. Knicksenkfüße, wiesen 9.8% der Kinder auf, überwiegend bedingt durch unzureichende Kräftigung der Fußmuskulatur. Ausgeprägte Knicksenkfüße fanden sich auch bei 20% der Kinder mit Übergewicht. Diese Befunde zeigen die Folgen von Bewegungsmangel und Überernährung bereits in dieser Altersgruppe deutlich auf und sind über die Jahre unverändert hoch.

Durch mehr altersgerechte Bewegung im familiären Umfeld oder in der Kindertageseinrichtung sowie gezielte Kräftigung der Muskulatur im Sportverein sollte es gelingen, gerade diese zivilisationsbedingten frühen Schädigungen zu vermeiden bzw. auch wieder zu korrigieren. Den Eltern wurde angeraten auf eine adäquate Bewegungsförderung der Kinder zu achten und Angebote von Sportvereinen zu nutzen.

## Mundgesundheit

Über 80% der Einschul Kinder hatten naturgesunde Zähne, 1.918 Kinder (19,1%) zeigten kariöse Veränderungen. Auffallend war, dass bei einem Drittel der Kinder mit Karies die Zähne nicht ausreichend saniert waren; ihnen wurde eine zahnärztliche Überprüfung angeraten wurde. Deutliche Unterschiede, insbesondere im Versorgungsgrad, gab es dabei zwischen deutschen und ausländischen Kindern.

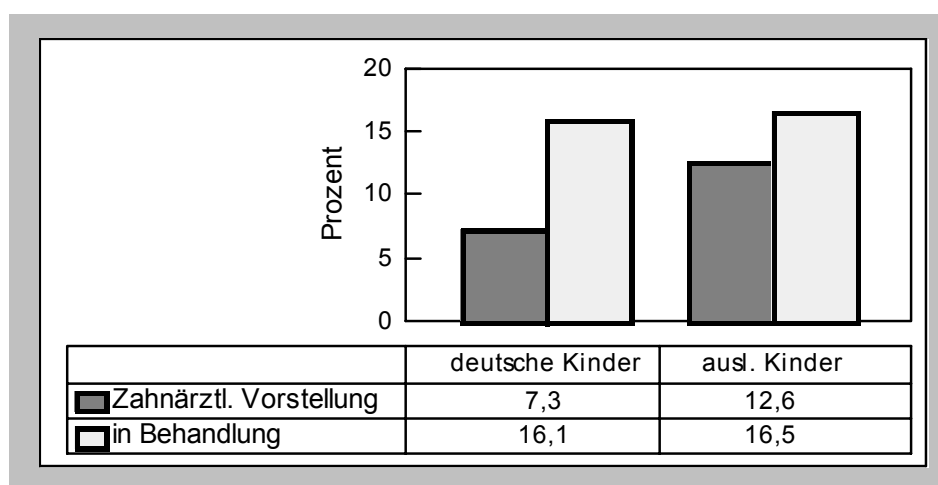


Abb. 36: Anteil deutscher und ausländischer Kinder nach Versorgungsstatus bei Karies.

Bei 23 Kindern fand sich eine angeborene Spaltbildung, am häufigsten eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bei 13 Kindern. Ursachen dieser angeborenen Fehlbildungen sind u.a. Folsäuremangel in der Schwanger-

schaft, aber auch genetische Veranlagung. Alle Kinder waren entsprechend medizinisch versorgt, wobei mehrheitlich noch weitere Korrekturen vorgesehen waren. Kieferfehlstellungen bzw. auch sonstige Fehlbildungen im Mund- und Rachenbereich fanden sich bei 211 Jungen (4,0%) und 224 Mädchen (4,7%).

### Weitere abklärungsbedürftige Untersuchungsbefunde

Eine Reihe weiterer Untersuchungsbefunde sollte in größerem Umfang noch vor der Einschulung zu therapeutischen Interventionen führen; dies u.a. wegen Affektionen im Bereich der Haut und der Atemwege oder wegen Hernien (Nabel- oder Leistenbrüche. Auch die Abklärung neurologischer oder urologischer Befunde wurde häufiger angeraten. Die Zusammenstellung der in Abb. 37 aufgeführten Befunde ist nicht abschließend.

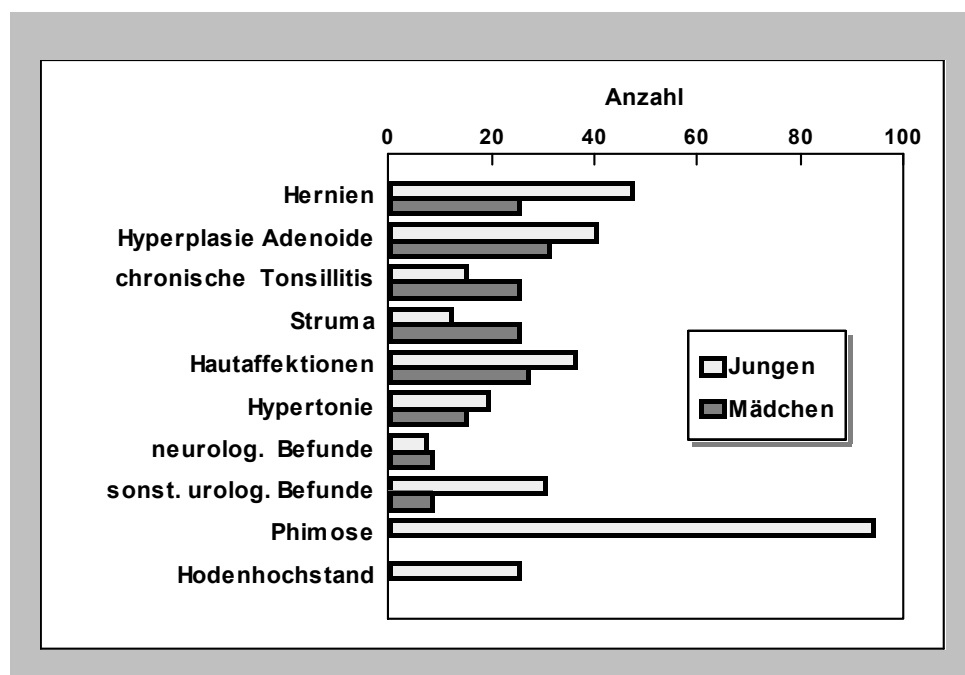


Abb. 37: Jeweilige Anzahl von Kindern mit entsprechenden ärztlich weiter abzuklärenden Befunden.

### Chronische Erkrankungen und Behinderungen bei Schulanfängern

Durch schwere angeborene Störungen oder chronische Erkrankungen waren über die Jahre zum Zeitpunkt der Einschulung jeweils ca. 300 – 400 Kinder stark beeinträchtigt. Das Spektrum der zugrunde liegenden Erkrankungen und Schädigungen ist vielfältig: So waren durchschnittlich in den vergangenen Jahren vier bis sieben Kinder an Mucoviscidose erkrankt, zwischen fünf und 13 Kinder an Diabetes mellitus, drei bis sieben Kinder an Krebserkrankungen, elf bis 18 Kinder an Erkrankungen des Blutes wie Hämophilie, drei bis vier Kinder an chronischen Lebererkrankungen.

An weiteren schweren chronischen Erkrankungen (Herzfehler, Erkrankungen der Nieren, der Haut, der Atemwege) litten ca. 60 -80 Kinder. Zwischen 12 - 20 Kinder zeigten einen Morbus Down, fünf bis acht Kinder waren nachhaltig insbesondere geistig geschädigt durch starken Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft. An hochgradiger Hörminderung litten 12 - 20 Kinder, an hochgradiger beidseitiger Sehbehinderung oder Blindheit etwa 15 –20 Kinder.

Häufig waren bleibende Behinderungen durch Schädigungen des Nervensystems; diese waren zum Teil angeboren, zum Teil erworben durch perinatale Komplikationen oder Infektionen. Ca. 90 Kinder hatten ein Anfallsleiden, davon 25 % mit starker Beeinträchtigung. Bei 70-80 Kinder bestand eine cerebrale Bewegungsstörung (Hemiparese, Tetraparese, Diplegie), zu 40 % kombiniert mit einem Anfallsleiden. Bei jeweils 90 bis 130 Kindern besteht ein mentaler Entwicklungsrückstand. Ca. 30 weitere Kinder hatten eine Körper-

behinderung anderer ursächlicher Art. Bei ca. 3-5% der Kinder waren bereits im Einschulalter schwerwiegende Verhaltensprobleme feststellbar, selten auch definierte psychiatrische Krankheitsbilder. Tab. 9 zeigt einen Überblick über das Spektrum chronischer Krankheiten und Behinderungen bei Einschulkindern 2004.

Tab. 9: Spektrum der chronischen Krankheiten und Behinderungen bei Einschulkindern 2004.

Krankheit	Anzahl Kinder	Krankheit	Anzahl Kinder
Blindheit/starke Sehbehinderung	13	Angeborene Hypothyreose	10
Taubheit/hochgradige Hörstörung	16	Angeborener Herzfehler	54
cerebrales Anfallsleiden	72	Krebserkrankung	3
cerebrale Bewegungsstörungen	74	Alkoholembryopathie	3
angeborene Fehlbildungen des Nervensystems	19	Hämophilie	18
geistige Behinderung	96	Mucoviscidose	7
Autismus	14	Morbus Down	12
chronische/degenerative Erkrankungen des Muskelsystems	5	Diabetes mellitus	10

Über diese gravierenden Krankheitsbilder hinaus gibt es ein weites Spektrum chronischer Krankheiten und Schädigungen, die die allgemeine Entwicklung beeinträchtigen können, in jedem Fall aber die Bewältigung des Schulalltags mit seinen unterschiedlichen Anforderungen erschweren. Nur selten bedürfen diese Kinder einer sonderpädagogischen Förderung. Die Kinder benötigen ein sie stützendes und mit ihren spezifischen Problemen vertrautes Lernumfeld. Dies gilt u.a. für Erkrankungen des allergischen Formenkreises wie Neurodermitis oder Asthma, ekzematöse Hauterkrankungen, aber auch Beeinträchtigungen des Hörens und Sehens oder weniger gravierende körperliche Behinderungen. Von 10.039 untersuchten Kindern des Einschuljahrgangs 2004 waren insgesamt 1.120 Kinder, das sind 11,6% aller Kinder, durch chronische Erkrankungen und/oder Behinderungen unterschiedlichen Schweregrades beeinträchtigt.

### Umschriebene Entwicklungsstörungen

Entwicklungsverzögerungen durch angeborene Beeinträchtigungen und/ oder ein schlechtes psychosoziales Umfeld bedeuten für Einschul Kinder diese oftmals schlechtere Startbedingungen; dies belegen verschiedene Längsschnittuntersuchungen. Das Spektrum der möglichen Auffälligkeiten ist dabei groß; es reicht von Verhaltensauffälligkeiten über Verzögerungen der Sprachentwicklung, der Entwicklung der Grob- und Feinmotorik, der Visumotorik, der auditiven Wahrnehmung bis hin zur kognitiven Entwicklung.

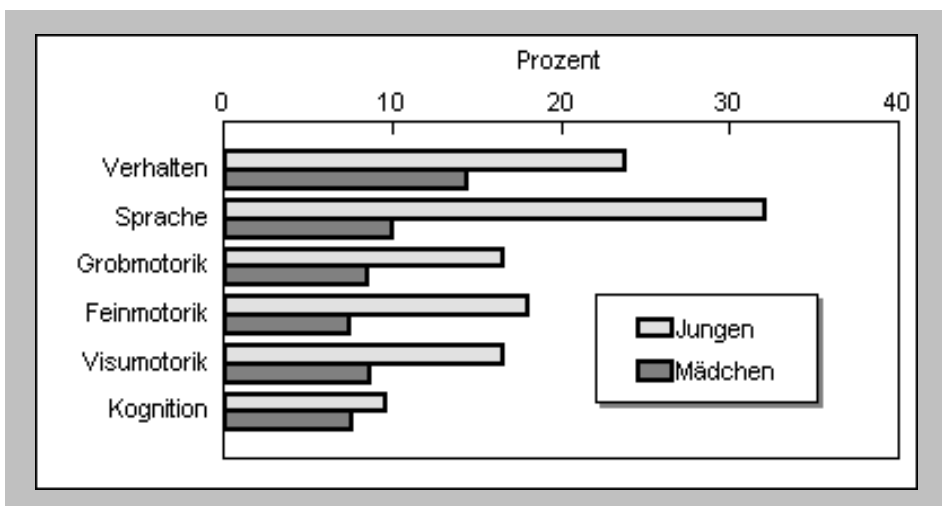


Abb. 38: Anteil Kinder mit Entwicklungsrückständen in einzelnen Bereichen

Alle diese Bereiche werden in Form eines Screenings nach den Arbeitsrichtlinien des Sozialministeriums untersucht. Bestehende Auffälligkeiten werden mit den Eltern besprochen sowie mit deren Einverständnis der Schule mitgeteilt. Abb. 38 gibt einen Überblick über den Anteil der Kinder mit Entwicklungsstörungen in den jeweiligen Bereichen.

### Umschriebene Entwicklungsstörungen des Verhaltens

Bei Schulanfängern sind Verhaltensauffälligkeiten verschiedenster Art festzustellen. Bei der Beurteilung des werden sowohl die Angaben der Erziehungsberechtigten als auch die Beobachtung in der Untersuchungssituation berücksichtigt. Darüber hinaus fließen auch vorliegende fachliche Befunde, z.B. Frühfördergutachten oder psychologische bzw. kinderpsychiatrische Befundberichte in die Bewertung ein. Die Beachtung des Verhaltens im Rahmen der Schuluntersuchung ist unerlässlich, weil Verhaltensauffälligkeiten ernst zu nehmende Risikofaktoren in der Erfüllung schulischer Anforderungen sind. Sie können die soziale Interaktion wie auch das Lernverhalten negativ beeinflussen. Daher sollte bei Verdacht auf das Vorliegen einer umschriebenen Entwicklungsstörungen des Verhaltens eine pädiatrische Abklärung erfolgen, sofern nicht bereits eine Therapie eingeleitet ist.

Bei 1.928 Kindern (19,2%), 1.242 Jungen (23,6%) und 686 Mädchen (14,3%), wurden entsprechende Befunde ermittelt. Kinder deutscher Herkunft waren mit 18,7% etwas weniger vertreten als ausländische Kinder mit 21,3%.

919 Schulanfänger (9,1%) wiesen Konzentrationsstörungen auf, davon 634 Jungen (12,1%) und 285 Mädchen (6,0%). Bei einem Drittel dieser Kinder fand sich zusätzlich eine große motorische Unruhe. Probleme mit der Einordnung in eine Gruppe hatten 92 Kinder (0,9%), geringe Frustrationstoleranz war bei 320 Kindern (3,2%) feststellbar. Bei 77 Kindern, davon 68 Jungen, fand sich der Symptomkomplex von ADHS, das sog. Hyperkinetische Syndrom (motorische Unruhe, Konzentrationsstörungen, geringe Frustrationstoleranz).

Neben diesen eher extrovertierten Kindern bedürfen aber auch die noch unselbständigen und auch damit sozial noch wenig angepassten, ängstlichen Kinder einer besonderen Beachtung; 91 Kinder (0,9%) waren altersentsprechend nicht ausreichend selbständig, 467 Kinder (4,7%) verhielten sich noch ängstlich und zurückgezogen außerhalb des familiären Umfeldes. 141 Kinder waren noch Bettnässer, 38 Kinder koteten regelmäßig ein, wobei organische Ursachen jeweils bereits ausgeschlossen worden waren.

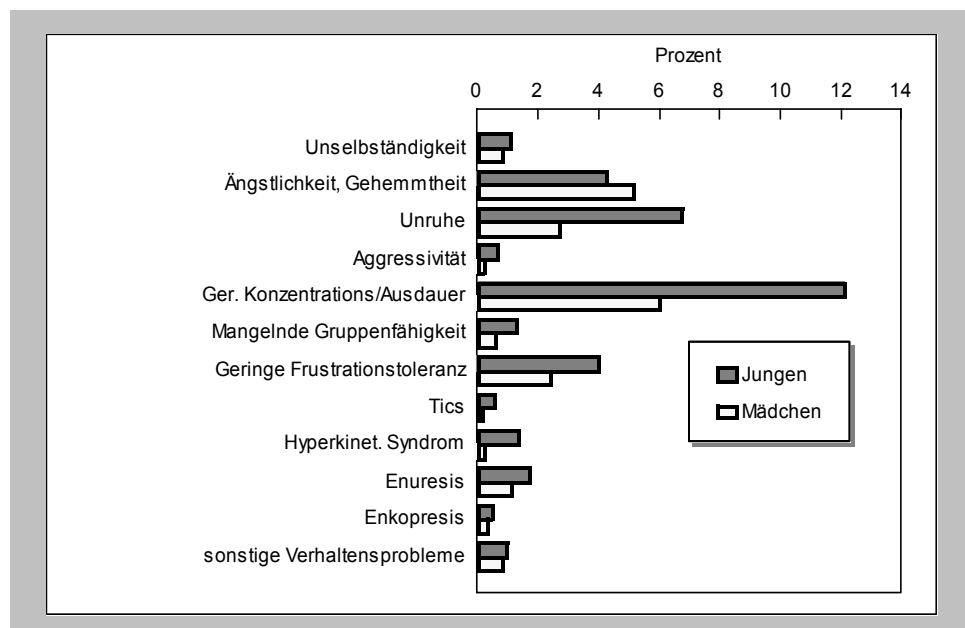


Abb. 39: Übersicht über Verhaltensauffälligkeiten bei Schulanfängern.



Verhaltensauffälligkeiten können durch eine Reihe von Ursachen bedingt sein, das Spektrum reicht von genetischer Veranlagung, perinatalen Schädigungen, chronischen Krankheiten und psychosozialen Faktoren bis zu eigenständigen kinderpsychiatrischen Krankheitsbildern. Die Therapieansätze sind entsprechend vielfältig.

475 Kinder (4,7%), darunter 66 Kinder mit ADHS, befanden sich bereits in kinder- und jugendpsychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung. Bei 30 Kindern waren die Verhaltensstörungen dauerhaft und gravierender Art. Für 109 Kinder wurde erstmals eine ärztliche Abklärung empfohlen, die gegebenenfalls eine kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung oder auch eine eingehende Verhaltensanalyse und Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion in einem sozialpädiatrischen Zentrum beinhalten kann. Bei der überwiegenden Mehrheit der Kinder wurden die Eltern auf weitere Beratungs- und Unterstützungsangebote hingewiesen, um zu erwartende Probleme im Schulalltag und Interventionsmöglichkeiten zu besprechen., Erziehungsberatung, familienunterstützende Maßnahmen und therapeutische Schülerhilfe gehören ebenso zu diesem Spektrum wie die – in Einzelfällen notwendige - teilstationäre Unterbringung des Kindes.

Verhaltensauffälligkeiten gehen teilweise einher mit anderen Entwicklungsverzögerungen und z.T. auch körperlichen und geistigen Behinderungen. Dies hat entsprechenden Einfluss auf die Empfehlung der Schulform, die Fördermaßnahmen und ggf. auch den Zeitpunkt der Einschulung.

So lag bei den 19 Kindern mit gravierenden Verhaltensproblemen auch eine geistige Behinderung vor, die zur Empfehlung einer Einschulung in eine Schule für geistig Behinderte führte. Von den 77 Kindern mit dem Symptomkomplex ADHS, das sog. Hyperkinetische Syndrom, wurde nur bei 44 die Einschulung in die Regelschule empfohlen, bei weiteren elf die Förderung im Schulkindergarten bei noch vorliegenden weiteren Entwicklungsrückständen, bei sechs eine Zurückstellung vom Schulbesuch. Je acht Kindern wurden integrative Maßnahmen bzw. eine Beschulung in einer Schule für Behinderte angeraten.

## Sprachentwicklungsstörungen

Die Feststellung von Sprech- und Sprachstörungen - dazu gehören Störungen der Artikulation, der Grammatik, des Redeflusses und der insgesamt altersgemäßen Sprech-, Ausdrucks- und Verstehensweise - erfolgt anhand verschiedener Testmaterialien, auch durch korrektes Umsetzen kleinerer Anweisungen.

Über den Beobachtungszeitraum von neun Jahren ist eine Zunahme von behandlungsbedürftigen expressiven Störungen der Sprache (Artikulation und Grammatik) zu beobachten. Es finden sich vor allem zunehmend Kinder, deren Sprachentwicklungsverzögerung allein durch gezielte Ansprache und Üben im Alltag verbesserbar wäre.

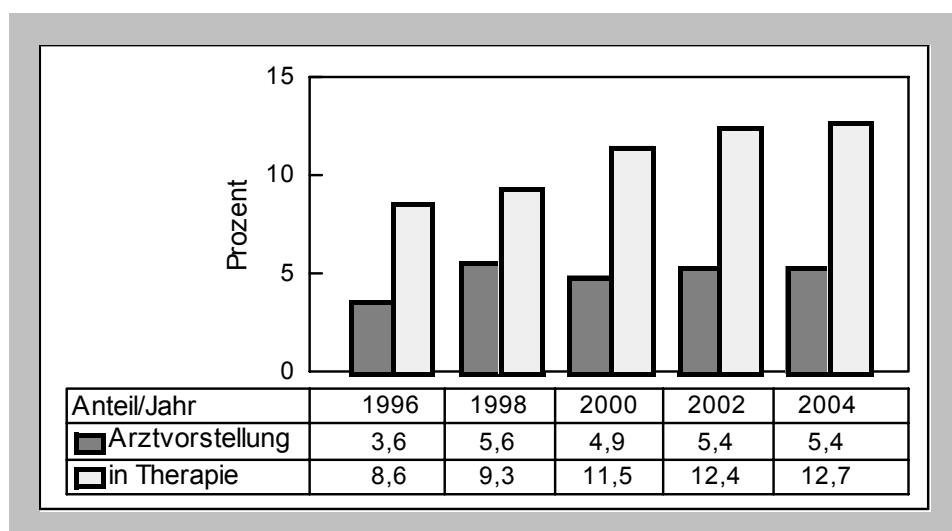


Abb. 40: Anteil therapiebedürftiger Artikulationsstörungen von 1996 bis 2004.

Gleich geblieben über die Jahre mit ca. 4% ist die Zahl der Kinder mit komplexeren Sprachentwicklungsstörungen (oft in Verbindung mit Entwicklungsverzögerungen in anderen Bereichen). Störungen des Redeflusses, wie Stottern oder Poltern, haben dagegen leicht abgenommen.

Von den Einschulkindern 2004 war bei insgesamt 2.519 (25,1%) eine oder mehrere Störungen im Bereich der Sprachentwicklung feststellbar, wobei Jungen mit einem Anteil von 61 % überwogen. Bei 452 Kindern (4,5%) waren mehrere Bereiche der Sprachentwicklung betroffen, so z.B. Artikulation und Grammatik.

Therapeutische Maßnahmen waren bei 16,2% der Kinder erforderlich. Bei 485 Kindern (4,9%) wurde eine Arztvorstellung zur Einleitung sprachtherapeutischer Maßnahmen empfohlen, darunter auch 96 Kinder, die Störungen in mehreren Bereichen der Sprachentwicklung hatten und noch in keiner Therapie waren. 1.212 Kinder (12,1%) befanden sich bereits in logopädischer Therapie. Bei 52 Kindern (0,5%) bestand eine dauerhafte Beeinträchtigung im Rahmen einer komplexen Behinderung. Bei den übrigen Kindern mit festgestellten Verzögerungen der Sprachentwicklung wurde zu einer verstärkten Förderung im Alltag und Überprüfung bei Schulbeginn geraten, um ggf. an schulischen Sprachfördermaßnahmen teilzunehmen.

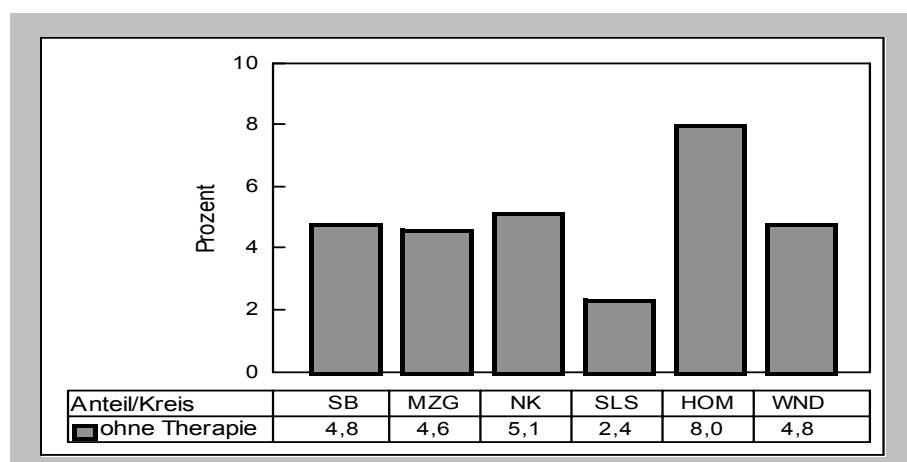


Abb. 41: Anteil der Kinder mit noch nicht behandelten Sprachentwicklungsstörungen pro Kreis.

Sprachtherapeutische Maßnahmen waren bzw. wurden zum Untersuchungszeitpunkt bei insgesamt 2.166 Kinder (21,6%) durchgeführt. Allerdings war die regionale Verteilung unterschiedlich und schwankt zwischen 8 und 36%. Andererseits deckt ein hoher Therapieanteil nicht überall den tatsächlichen Versorgungsbedarf. Selbst in Kommunen mit hohem Therapieanteil fanden sich Kinder, die eine Behandlung benötigen.

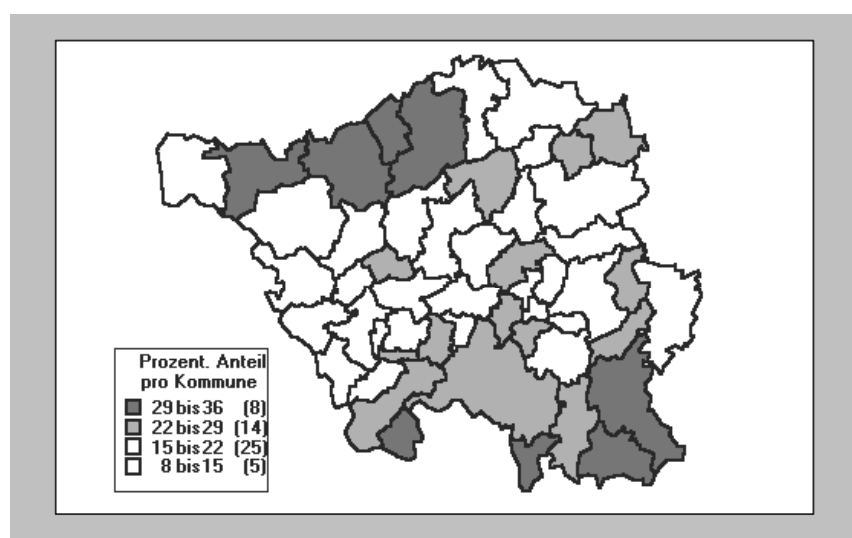


Abb. 42: Anteil der Kinder mit Sprachtherapie in den einzelnen Kommunen.

Für Kinder mit schweren Sprachentwicklungsstörungen kann eine Beschulung in der Schule für Sprachheilen, eine Integration in der Regelschule oder bei kombinierten Entwicklungsstörungen auch die zusätzliche Förderung im Schulkindergarten/Klasse 0 erforderlich sein. Eine reguläre Einschulung wurde für Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen nur zu 68,8% empfohlen, für Kinder ohne diesen Befund zu 84%.

Die Ursachen für die Zunahme von Sprachentwicklungsstörungen sind vielfältiger gesellschaftlicher Natur. Festzustellen ist, dass Kinder weniger Gelegenheit zur aktiven Kommunikation und damit Sprachanregung haben und der Einsatz moderner Medien bereits im Vorschulalter als Ersatz für aktive Zuwendung wesentlich zu dieser Entwicklung beiträgt. In der Folge wird insbesondere der aktive Wortschatz vernachlässigt.

Der Stellenwert der Sprachförderung im Kindergarten wird bundesweit zunehmend erkannt und entsprechende Maßnahmen zur Umsetzung im Kindergartenalltag eingeleitet. So wurden im Saarland durch das Sozialministerium und das Kultusministerium seit 2002 landesweite Fortbildungsmaßnahmen für Erzieherinnen und Erzieher zur allgemeinen Sprachförderung im Kindergartenalltag und zur Beratung der Eltern durchgeführt. Strukturierte Förderprogramme in Kindertageseinrichtungen für Kinder im Vorschuljahrgang wurden eingeleitet. Es ist aber auch eine Abstimmung von Therapieregimes zwischen ambulantem Versorgungssystem und ambulanter Sprachtherapie in den Kindertageseinrichtungen erforderlich, um alle Kinder entsprechend ihrem Bedarf durch Therapieangebote zu erreichen.

### Kenntnisse der deutschen Sprache bei Kindern ausländischer Herkunft

Mangelnde Deutschkenntnisse bei Kindern, deren Eltern einem anderen Kulturkreisen angehören und die eine unauffällige Entwicklung in der Muttersprache aufweisen, zählen nicht zu den Sprachstörungen. Sie werden deshalb hier gesondert beschrieben.

Fehlende oder lückenhafte Deutschkenntnisse bedeuten allerdings auch bei normaler Entwicklung eine schlechtere Chance beim Schuleintritt. Oftmals kommen die ausländischen Kinder erst in der Kindertageseinrichtung mit der deutschen Sprache näher in Kontakt. Kurzzeitiger oder gar fehlender Kindergartenbesuch berauben sie auch dieser Chance.

Die Förderung dieser Kinder in den Kindertageseinrichtungen stellt für die Erzieherinnen eine besondere Herausforderung dar. Durch die erstmals Ende 2003 praktizierte vorzeitige Anmeldung zur Einschulung kann Kindern ausländischer Herkunft mit noch unzureichenden Deutschkenntnissen bereits vor Schulbeginn durch Grundschulen Sprachunterricht angeboten werden.

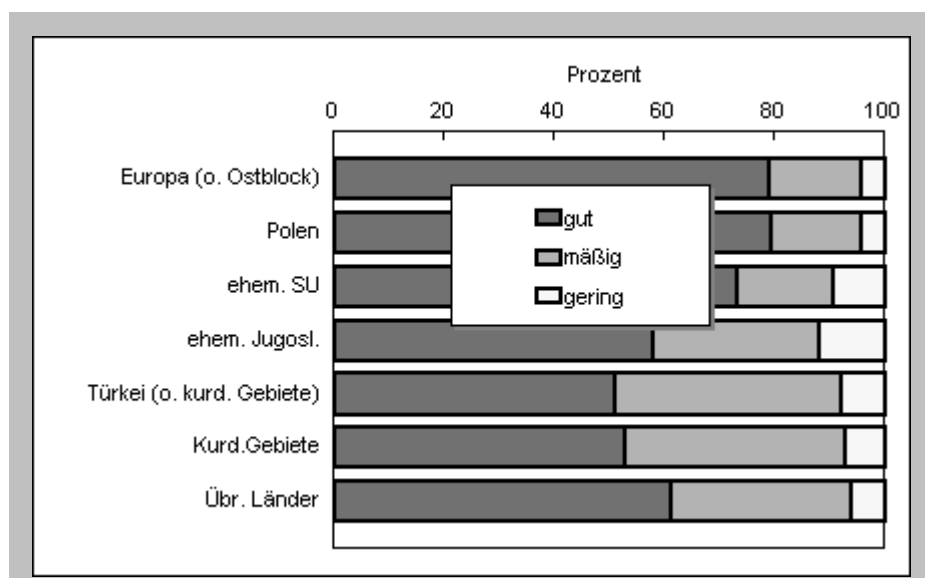


Abb. 43: Deutschkenntnisse bei Einschulkindern 2004 nach Herkunftsland.

Je nach Aufenthaltsdauer in Deutschland ist der Anteil der Kinder mit unzureichenden deutschen Sprachkenntnissen sehr unterschiedlich. Zwar waren von 1.723 Schulanfängern mit Migrationshintergrund 1.463 Kinder (84,9%) hier geboren, aber lediglich 66,1% aus dieser Gruppe hatten gute Sprachkenntnisse. Bei Einreise im ersten oder zweiten Lebensjahr reduziert sich dieser Anteil auf 62,6%, bei Einreise nach dem dritten Lebensjahr auf 46,9%.

Innerhalb der Ethnien verfügten Kinder aus den EU- Staaten, Polen und Russland über deutlich bessere Deutschkenntnisse als Kinder aus den übrigen Regionen. Dies zeigt deutlich den unterschiedlichen Grad der Integration.

Einen signifikanten Einfluss auf die Deutschkenntnisse hat die Dauer des Kindergartenbesuchs. Abb. 44 zeigt dies deutlich am Beispiel der hier geborenen Kinder: Kinder ohne Kindergartenbesuch hatten nur zu 35% gute Deutschkenntnisse, während dies bei Kindern, die 3 Jahre und länger den Kindergarten besuchten, zu über 70% der Fall war.

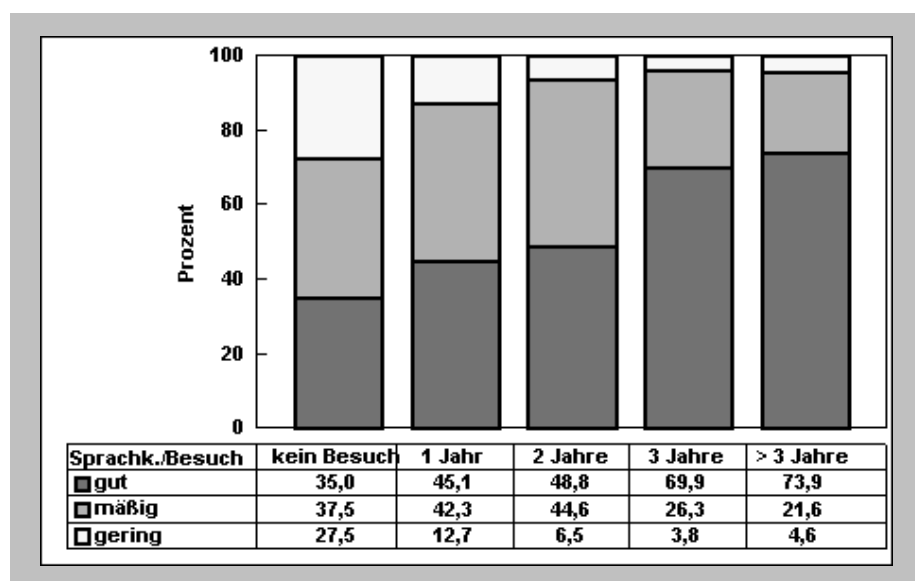


Abb. 44: Deutschkenntnisse bei hier geborenen ausl. Kindern in Abhängigkeit von der Dauer des Kindergartenbesuchs.

### Entwicklungsstörungen der Motorik und Koordination

Die Entwicklung von Koordination und Motorik erfordert altersentsprechende Bewegungs- und Übungsanreize. Je nach Lebensumfeld der Kinder mit zunehmender Bewegungsarmut sind diese Anreize nicht mehr in ausreichendem Maße gegeben, so dass auch Kinder ohne erkennbare Schädigungen des Nervensystems oder des Bewegungsapparates vermehrt Defizite aufweisen.

Bei den Schulanfängern 2004 waren bei 1.261 Kindern (12,6%) Entwicklungsrückstände im Bereich der Grobmotorik festzustellen. Jungen waren mit 16,4% nahezu doppelt so häufig betroffen wie Mädchen (8,4%).

Entwicklungsrückstände im Bereich der Feinmotorik fanden sich bei 1.292 Kindern (12,9%), wobei hier der Abstand zwischen Jungen und Mädchen mit 17,8% zu 7,4% noch deutlicher war. 440 Jungen und 172 Mädchen waren in beiden Bereichen auffällig. Bei weniger als 10% der Kinder waren die motorischen Entwicklungsrückstände durch angeborene oder erworbene organische Schädigungen bedingt.

Wie schon dargestellt, besuchten lediglich 39% der Kinder mit motorischen Entwicklungsrückständen regelmäßig einen Sportverein. Darüber hinaus hatten auch nur 60,2% gegenüber 74,2% an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen. Etwa 17% der Kinder hatten in der Vorgeschichte Krankengymnastik und teilweise auch Ergotherapie erhalten.

16% besuchten einen Kindergarten weniger als drei Jahre gegenüber 11% bei Kindern ohne motorische Entwicklungsdefizite. Keine Unterschiede gab es für die Grob- und Feinmotorik nach dem Herkunftsland der Kinder. Auch beim Vergleich Stadt/ländliche Kommune gab es keine erkennbaren Zusammenhänge.

Vergleicht man die Befunde über die letzten neun Jahre, so nimmt der Anteil der Kinder mit Entwicklungsrückständen im Bereich der Grob- und Feinmotorik zu, deutlicher bei den Jungen als bei den Mädchen.

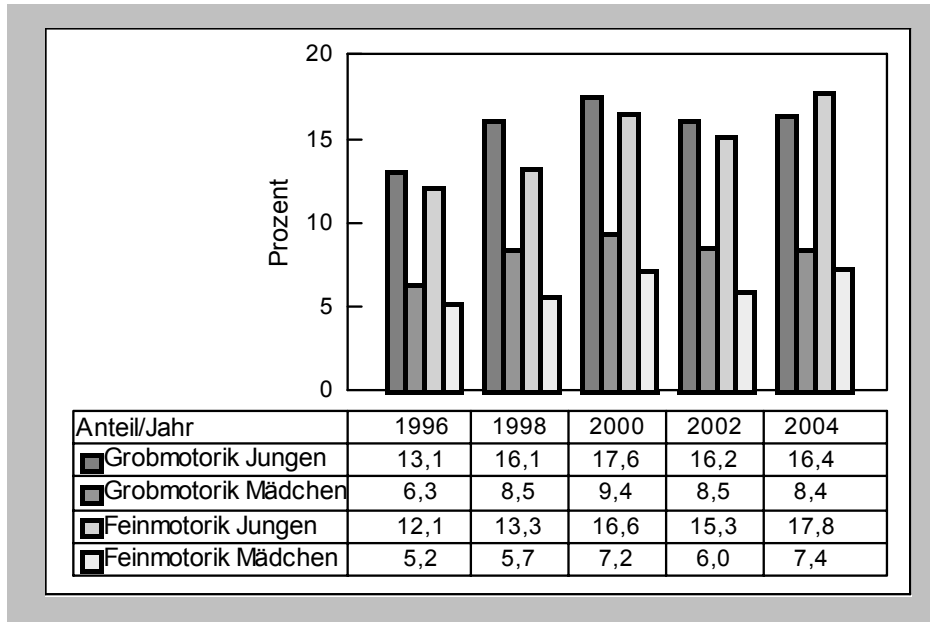


Abb. 45: Anteil Jungen und Mädchen mit Entwicklungsrückständen im Bereich von Motorik und Koordination von 1996 bis 2004.

Zur Förderung der motorischen Fähigkeiten wurde den Eltern geraten, insbesondere mehr auf regelmäßiges Spiel und Bewegung im Freien zu achten, die Kinder auch zum Sporttreiben zu motivieren und Angebote von Sportvereinen zu nutzen.

### Entwicklungsstörungen im kognitiven Bereich

Die Überprüfung der kognitiven Fähigkeiten folgt orientierend halbstandardisiert mit Teilbereichen des Heidelberger Schulreifetests sowie Aufgabenstellungen mit Alltagsbezug der Kinder, um Lernbehinderungen bzw. geistige Behinderungen zu erkennen. Zu weiteren Abklärung wird der CPM nach Raven eingesetzt.

Entwicklungsauffälligkeiten im kognitiven Bereich lagen vor bei insgesamt 858 Kindern (8,5%), davon 501 Jungen (9,5%) und 357 Mädchen (7,5%). 96 Kinder waren so stark beeinträchtigt, dass eine schwere Lernbehinderung oder geistige Behinderung abzuklären war. Häufiger fanden sich kognitive Entwicklungsdefizite in Kombination mit anderen Entwicklungsrückständen aufgrund angeborener Schädigungen oder chronischer Krankheiten.

260 Kinder, also fast ein Drittel der Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten im kognitiven Bereich, waren ausländischer Herkunft. Der überwiegende Teil dieser Kinder (88%) war zwar hier geboren, hatte allerdings nur zu 66% über drei Jahre einen Kindergarten besucht und zeigte meist auch Entwicklungsauffälligkeiten in der Sprache oder Feinmotorik.

Ausländische Kinder nahmen bei Defiziten im kognitiven Bereich mit 25,4% deutlich weniger an Frühfördermaßnahmen teil als deutsche Kinder, deren Anteil bei 48% lag.

Neben Frühfördermaßnahmen stehen zur vorschulischen Förderung für Kinder mit komplexeren Entwicklungsrückständen integrative Maßnahmen im Kindergarten oder Förderung im Sonderkindergarten zur Verfügung: 70 Kinder waren in Regelkindergärten integriert bzw. besuchten einen integrativen Kindergarten, 48 einen Sonderkindergarten. 109 Kinder waren bereits einmal vom Schulbesuch zurückgestellt bzw. in Schulkindergärten oder Sonderschulkindergärten gefördert worden.

Zur Förderung der Kinder mit Eintritt der Schulpflicht wurde bei mehr als einem Drittel die Förderung im Klassenverband angeraten, bei einem weiteren Drittel im Schulkindergarten bzw. Sonderkindergarten. Bei 10% sollte eine Zurückstellung in den Regelkindergarten erfolgen. Der Besuch einer Schule mit sonderpädagogischer Förderung wurde für 10%, die Integration in der Regelschule für 6% der Kinder empfohlen.

### Entwicklungsstörungen der Visumotorik und der auditiven Wahrnehmung

Die Überprüfung der Visumotorik erfolgte mit verschiedenen Modulen des Denver Entwicklungstestes und dem Mann-Zeichentest. Hier gilt es, durch Nachzeichnen oder freies Zeichnen Dinge altersentsprechend korrekt (nach-)zu zeichnen. Neben erworbenen oder angeborenen Störungen im neurologischen oder motorischen Bereich sind Defizite in der Visumotorik in erheblichem Ausmaß durch fehlende Übungseffekte bedingt.

Entwicklungsauffälligkeiten im Bereich der Visumotorik fanden sich bei 1.274 Kindern (12,7%), davon 865 Jungen (16,5%) und 409 Mädchen (8,6%). Kinder ausländischer Herkunft waren mit 16,3% gegenüber 11,9% bei den deutschen Kindern häufiger betroffen. Mehr als ein Drittel der Kinder ausländischer Herkunft besuchten den Kindergarten nur kurz oder gar nicht, obwohl der größere Teil hier geboren war.

Ebenso wie die Entwicklung der visumotorischen Fertigkeiten sind die der auditiven Wahrnehmung für schulisches Lernen unabdingbar. Eine auditive Wahrnehmungsstörung äußert sich darin, dass Kinder - auch bei normaler Hör- und Sprachentwicklung - nicht in der Lage sind, das Gehörte in Handeln richtig umzusetzen und so Probleme beim Nachsprechen oder Nachschreiben haben. Auch diese Fertigkeiten werden in hohem Maße durch altersgerechte Förderung erreicht.

Zur Überprüfung der auditiven Wahrnehmung wird der Test nach Breuer-Weuffen eingesetzt, der aus verschiedenen Untertesten besteht, die altersentsprechend zu bewerten sind. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 10.

Tab. 10: Ergebnisse der Testungen nach Breuer-Weuffen.

Differenzierungsform	Auffälliger Test bei Jungen (in %)	Auffälliger Test bei Mädchen (in %)
Optisch-graphomotorische Differenzierung	28,8	23,1
Akustisch-phonematische Differenzierung	21,9	19,4
Kinästhetisch-artikulatorische Differenzierung	9,9	8,5
Rhythmische Differenzierung	9,5	9,1

Da Defizite im Bereich der Visumotorik und der auditiven Wahrnehmungsverarbeitung oft mit Lese- und Rechtschreibproblemen korrelieren, gibt das frühzeitige Erkennen und eine spezifische Förderung bereits im Vorschulalter diesen Kindern eine Chance, vielfältige Probleme im Schulalltag zu vermeiden.

Die große Zahl von Kindern mit Entwicklungsrückständen in den verschiedenen Bereichen wie Grob- und Feinmotorik, Visumotorik, auditiver Wahrnehmung oder Kognition zeigt die Notwendigkeit, diese Aspekte im Vorschulbereich mehr zu beachten. Sie bedeuten für die in der Schule zu erbringenden Leistungen eine

schlechtere Ausgangsbasis, auch dann, wenn keine zusätzliche sonderpädagogische Förderung erfolgen muss.

Für viele Kinder hätte eine konsequente und an kindlichen Lernprozessen orientierte Förderung in Elternhaus und Kindertageseinrichtung ausgereicht, eine altersgerechte Entwicklung auch in den schulrelevanten Bereichen zu erreichen. Eine Vielzahl von Kindern hatte an entsprechenden Fördermaßnahmen im Vorschulalter teilgenommen. Die Aufmerksamkeit gehört aber vor allem denjenigen Kindern, die trotz zusätzlichem professionellen Förderbedarf ohne notwendige Förderung geblieben sind. Dies gilt im besonderem Maße für Sprachstörungen, Defizite in der Feinmotorik und Visumotorik.

Notwendig sind Verbesserungen in der Diagnostik und Abstimmung der einzelnen Therapieangebote. Mit der Neuorganisation der Frühförderung und Früherkennung nach § 30 SGB IX wird die Erstellung eines qualifizierten (Gesamt)-Förderplans für das einzelne Kind unter Berücksichtigung seiner Entwicklungsrückstände, aber auch unter Einbeziehung der psychosozialen Gegebenheiten der Therapieeinleitung zur Pflicht. Damit könnten Kinder mit therapiebedürftigen Entwicklungsverzögerungen einer adäquaten Maßnahme zugeführt werden, kostenintensive unnötige Therapiemaßnahmen bei leichteren Entwicklungsverzögerungen aber vermieden werden. Gleichzeitig sollte die institutionelle Kompetenz von Kindergärten gesteigert werden, um Kinder mit leichteren Entwicklungsverzögerungen im Kindergartenalltag besser fördern und Eltern anleiten zu können. Entsprechende Fortbildungsangebote für Erzieherinnen und Erzieher wurden etabliert und werden weiter ausgebaut.

## Empfehlungen für die Schule

Die Einschulungsuntersuchung trägt für Schule und Eltern zur Entscheidungsfindung über die Schulform und notwendige zusätzliche Fördermaßnahmen für das Kind bei.

### Schulempfehlung

Die Empfehlung für die Schulform wird unter Einbeziehung der Vorgeschichte und der erhobenen Befunde und nach Beratung mit den Eltern ausgesprochen. Sie beinhaltet auch Empfehlungen für zusätzliche notwendige Fördermaßnahmen sowie sonderpädagogische oder psychologische Überprüfungsmaßnahmen. Bis auf wenige Ausnahmen gibt es Übereinstimmung in der vorgeschlagenen Vorgehensweise zwischen Erziehungsberechtigten und Schulärztin bzw. Schularzt. Diese Empfehlung wird als „Schulärztliche Stellungnahme“ schriftlich mit Unterschrift von Erziehungsberechtigten und Schulärztin bzw. Schularzt der zuständigen Grundschule zugeleitet. Die Schulärztliche Stellungnahme wird dort als Gutachten für die Entscheidung über die Beschulung des Kindes mitberücksichtigt. In der Praxis weicht die Entscheidung der Schulleitung selten von den abgegebenen Empfehlungen ab.

Die meisten Einschulkinder können altersentsprechend, d. h. in der Zeit, in der sie schulpflichtig werden, in die Regelschule eingeschult werden. Auch für die meisten der so genannten Antragskinder, der Kinder, die vor Erreichen der Schulpflichtigkeit zur Einschulung angemeldet wurden, wird die Einschulung empfohlen. Gründe für die Ablehnung einer vorzeitigen Einschulung sind zum Beispiel chronische Erkrankungen, zu erwartende Fehlzeiten bei schwerwiegenden Therapiemaßnahmen oder nur geringe körperliche Belastbarkeit bei Minderwuchs oder Magersucht. Insbesondere die Eltern dieser Kinder machen ihre Entscheidung über eine vorzeitige Einschulung vom dem Ergebnis der schulärztlichen Untersuchung und Beratung abhängig.

Bei den Schulanfängern 2004 wurde für die überwiegende Mehrheit der Kinder die Einschulung in die Regelschule empfohlen. Unterschiede gab es zwischen den Kindern deutscher Herkunft und ausländischer Herkunft. Während bei 81,0% der deutschen Kinder die reguläre Einschulung befürwortet wurde, waren es

bei den Kindern ausländischer Herkunft lediglich 77,7%. Von 995 deutschen Kindern mit beantragter vorzeitiger Einschulung wurde für 822 der Schulbesuch empfohlen, von 139 Kindern ausländischer Herkunft nur für 99 Kinder.

Tab. 11: Schulempfehlung 2004 für deutsche und ausländische Jungen und Mädchen.

Schulempfehlung Angaben jeweils in Prozent	Deutsche Jungen	Deutsche Mädchen	Ausländische Jungen	Ausländische Mädchen
reguläre Einschulung	79,8	80,6	75,2	81,6
Vorzeitige Einschulung bejaht	8,2	11,6	5,3	5,1
vorzeitige Einschulung abgelehnt	1,6	1,6	3,0	2,6
Schulkindergarten/Klasse 0	3,8	2,2	10,6	7,7
Zurückstellung aus medizin. Grund	1,7	1,0	1,2	0,4
Sonderschule	2,4	1,2	2,4	1,6
Zurückstellung in SonderKiGa	0,4	0,4	0,7	0,2
Integration befürwortet	1,9	1,1	1,5	0,8
Befreiung von Schulpflicht	0,05	0,03	0,1	0,0

Bei Kindern mit noch deutlichen Entwicklungsrückständen, die keine sonderpädagogische Förderung erfordern, besteht die Möglichkeit einer zusätzlichen schulischen Förderung in Schulkindergärten, d. h. in speziellen Förderklassen in einer Reihe von Kommunen oder aber durch zusätzliche Fördermaßnahmen in der Regelklasse.

Diese zusätzliche Förderung wurde für insgesamt 562 Kinder (4,1%) empfohlen, wobei die Jungen mit 5,0% deutlich stärker vertreten waren als die Mädchen mit 3,2%. Der Anteil der deutschen Kindern betrug 3,1%, bei den ausländischen Kindern lag er bei 9,2%. Gründe waren hier vor allen Dingen fehlende bzw. mangelhafte Sprachkenntnisse.

Eine Zurückstellung von der Einschulung wurde für 131 Kinder (1,3%) aus medizinischer Indikation empfohlen; Jungen waren hier doppelt so häufig wie Mädchen vertreten. Der Anteil der Kinder, die aus medizinischer Indikation zurückzustellen waren, war bei Kinder deutscher und ausländischer Herkunft gleich, ebenso der Anteil der Kinder mit Behinderungen.

### Empfehlungen zur Förderung in der Schule

In der schulärztlichen Stellungnahme wird auf den spezifischen Förderbedarf des einzelnen Kindes hingewiesen. Dies umfasst Hinweise zur Förderung der Bewegung (Grobmotorik und Koordination), der Feinmotorik, Visumotorik, optischen oder akustischen Differenzierung, des kognitiven Bereichs sowie der Sprache.

Spezieller Sprachförderunterricht in der Schule wurde für 357 Kindern, die bislang in keiner Therapiemaßnahme waren und bis zur Einschulung keine andere Fördermaßnahme erhalten würden, empfohlen. Für Kinder ausländischer Herkunft wurde bei 441 Kindern (25,6%) ein Sprachkurs angeraten; über 70% dieser Kinder waren hier geboren, die Hälfte hatte drei Jahre einen Kindergarten besucht.



### **Medizinische Empfehlungen für die Schule**

Bei chronisch kranken Kindern muss auch die vorgesehene Schule über das Krankheitsbild informiert sein. Sie sollte die Belastbarkeit des Kindes und notwendige Maßnahmen für den Notfall kennen und ausführen können, so bei Asthma, Diabetes mellitus oder einem cerebralen Anfallsleiden. Den Eltern wird geraten, mit dem Klassenlehrer bzw. der Klassenlehrerin eingehend über erforderliche Maßnahmen zu sprechen. Im Einzelfall kann auch eine Notfallmedikation in der Schule deponiert werden mit genauen Anwendungshinweisen und einer schriftlichen Ermächtigung der Eltern an den Lehrer bzw. die Lehrerin, diese Medikamente im Notfall einzusetzen. Die jeweiligen Schulen wurden bei 360 Kindern konkret über das Krankheitsbild und notwendige Interventionsmaßnahmen beraten.

Andere Beeinträchtigungen, z. B. eingeschränktes Sehvermögen trotz Brillenkorrektur oder wechselndes Hörvermögen durch rezidivierende Infekte, erfordern, dass das Kind weiter vorne sitzt - dies wird der Schule in der Regel in der schulärztlichen Stellungnahme mitgeteilt, z.T. auch hier in konkreter Rücksprache mit der Schule.

### **Schulrelevante Aspekte bei Kindern mit chronischen Krankheiten und Behinderungen**

Für Kinder mit chronischen Krankheiten und gravierenden Entwicklungsstörungen bzw. Behinderungen gilt es, wegen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit schwankendem Leistungsvermögen und/oder Entwicklungsrückständen unterschiedlicher Stärke in einem oder mehreren Bereichen eine individuelle, den spezifischen Gegebenheiten entsprechende Form der Beschulung zu finden. Viele dieser Kinder waren bereits über Jahre in Fördermaßnahmen oder Sondereinrichtungen betreut, so dass die Eltern dann oft schon feste Vorstellungen über die künftige Schule zur Einschulungsuntersuchung mitbringen.

Entsprechend der Form der vorliegenden Beeinträchtigung – Hör- oder Sehstörung, geistige Behinderung, körperliche Behinderung, Verhaltensauffälligkeiten, Lernbehinderung oder Sprachentwicklungsstörungen – wird eine qualifizierte sonderpädagogische Überprüfung in einer oder mehreren Behinderungsarten angeraten, um den Förderumfang exakt zu bestimmen. Jährlich gilt dies für 350 - 420 Kinder (2,9% - 3,7%).

Im Schuljahr 2004/2005 wurden 408 Kinder, 265 Jungen und 143 Mädchen zu insgesamt 510 sonderpädagogischen Überprüfungen angemeldet. Davon entfielen ca. 20% auf Lernbehinderung, 40% auf Sprachbehinderung, 10% auf Körperbehinderung, 5% Hörbehinderung, 2,5% auf Sehbehinderung, 5,5% auf Verhaltensauffälligkeiten. Bei 17% galt es zu überprüfen, ob eine geistige Behinderung vorlag. Ca. 1/3 der Kinder wurden wegen Mehrfachbehinderung auf die vorrangigen Förderschwerpunkte hin getestet. Zusätzlich wurde bei 22 Kindern in Zusammenhang mit einer Behinderung eine Überprüfung durch den Schulpsychologen angeraten.

Bei der Schulempfehlung dieser Kinder ist zu unterscheiden, ob die Kinder in eine Sonderschule einzuschulen sind oder auch eine integrative Maßnahme in einer Regelschule stattfinden kann. Bei einem Teil der Kinder bietet sich ein Jahr der zusätzlichen Förderung im Schulkindergarten oder aber in den Schulkindergärten der einzelnen Sonderschulen an, um danach besser die Entwicklungschancen des Kindes zu kennen und die adäquate Schulform zu finden.

Von den 408 Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf wurde lediglich drei Kindern eine reguläre Einschulung empfohlen (Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen und externer Therapie). Bei 148 Kindern wurde eine integrative Förderung in der Regelschule und bei 188 eine Einschulung in eine Sonderschule angeraten.

17 Kinder sollten eine Förderung im Schulkindergarten erhalten, 43 Kinder einen Sonderschulkindergarten besuchen und sechs aus medizinischen Gründen vom Schulbesuch zurückgestellt werden. Drei Kinder waren so schwer behindert bzw. erkrankt, dass eine Befreiung von der Schulpflicht zunächst ausgesprochen wurde, wobei diese Entscheidung in gewissen Abständen zu überprüfen ist.

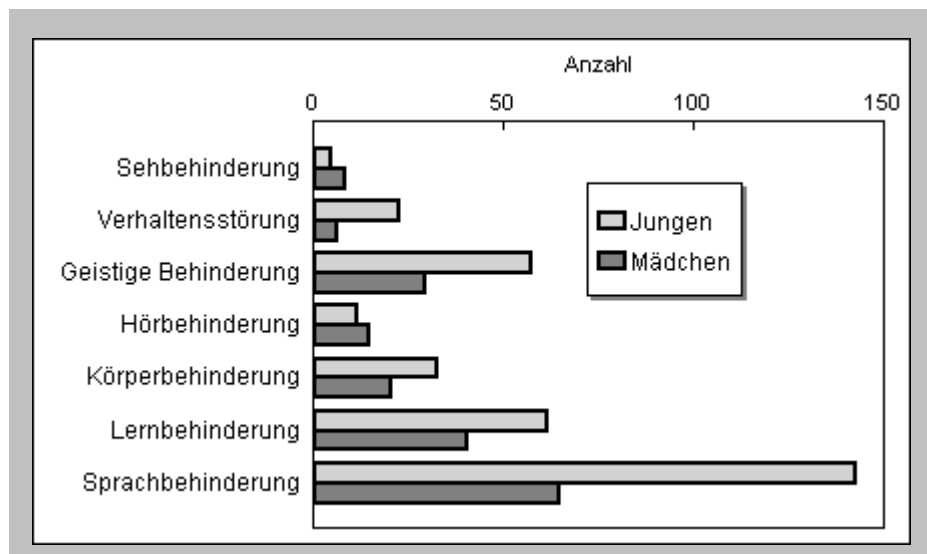


Abb. 47: Anzahl empfohlener sonderpädagogischer Überprüfungen auf verschiedene Behinderungen bei Jungen und Mädchen

Insbesondere für Kinder mit Mehrfachbehinderung, z. T. mit schwerer Mehrfachbehinderung, ist es schwierig, die adäquate Schulform zu finden. Für diese Kinder sind neben komplexen pädagogischen Ansätzen in unterschiedlichem Ausmaß auch ausreichende pflegerische und therapeutische Angebote erforderlich.

Die Anzahl dieser Kinder nimmt, u.a. als Folge der besseren Überlebenschancen sehr früh geborener Kinder, nach allgemeinen Beobachtungen zu; dies wurde auch anlässlich einer Umfrage des saarländischen Sozialministeriums zu Rahmenbedingungen der Förderung und Betreuung schwerst mehrfachbehinderter Kinder in den Schulen für Behinderte im Jahre 1999 von den Kultusministerien verschiedener Bundesländer bestätigt.

## Weitere Empfehlungen

Neben den konkreten, auf die Schule bezogenen Empfehlungen werden die Eltern auch individuell in spezifischen Fragen der Gesundheitsförderung beraten und auf entsprechende Angebote und Möglichkeiten hingewiesen, so Impfberatung, Ernährungsberatung, sportlicher Betätigung in Vereinen oder Kurmaßnahmen.

Tab. 12: Anzahl der Beratungen zu einzelnen Maßnahmen.

Empfehlung	Jungen	Prozent	Mädchen	Prozent
Sportverein	657	12,4	544	11,2
Ernährungsberatung	250	4,8	240	5,0
Ergotherapie	107	2,0	37	0,7
Krankengymnastik	12	0,2	8	0,2
Psychomotorik	12	0,2	5	0,1
Kur- und Erholungsmaßnahmen	5	0,1	1	0,02
Frühförderung	16	0,3	2	0,04
sozialpädiatrische Abklärung	12	0,2	4	0,1
Erziehungsberatung	45	0,9	12	0,3
Therapeutische Schülerhilfe	5	0,1	4	0,1
Beratung durch Jugendamt	7	0,1	5	0,1
teilstationäre Unterbringung	7	0,1	1	0,02
vollstationäre Unterbringung	3	0,1	3	0,1

Sofern sich im Gespräch mit den Eltern Anhalte für Probleme innerhalb der Familie ergeben, wird auf unterstützende Angebote der Jugendhilfe oder der Familienberatung bzw. Erziehungsberatung hingewiesen und mit Einverständnis der Eltern ein entsprechender Kontakt hergestellt. Auch die sozialen Dienste der Gesundheitsämter werden mit Einverständnis der Eltern im Einzelfall tätig und leisten Hilfestellung. Insgesamt wurden für 886 Jungen (16,9% ) und 670 Mädchen (14,1%) 2.062 Empfehlungen ausgesprochen; am häufigsten wurden die Themen Förderung der Motorik und Übergewicht angesprochen mit Empfehlungen zu Sport im Verein, Ergotherapie und Ernährungsberatung.

## Zusammenfassung und Ausblick

Der Bericht zur Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung im Saarland basiert auf den Daten, die die Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter im Rahmen der Untersuchung der Schulanfänger erheben. Diese Untersuchung findet im Halbjahr vor der Einschulung im Beisein der Erziehungsberechtigten statt und ist schwerpunktmäßig auf die Aspekte der Gesundheit und Entwicklung ausgerichtet, die relevant sind für die Schullaufbahnentscheidung bzw. bei denen eine korrigierende Beeinflussung sinnvoll und erforderlich ist. Die im Rahmen der Untersuchung erhobenen Befunde werden anonymisiert im zuständigen Gesundheitsamt sowie auf Landesebene ausgewertet.

Im vorliegenden Bericht sind die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung 2004 beschrieben. Neben einem allgemeinen Überblick über den Einschuljahrgang werden Ergebnisse zur Vorgeschichte der Kinder, zur Krankheitsanamnese, zu präventiven Maßnahmen, durchgeführten Fördermaßnahmen sowie relevante Untersuchungsbefunde einschließlich der Befunde des Entwicklungsscreenings vorgestellt, ebenso die Empfehlungen zur Beschulung sowie zu weiteren Förder- und Unterstützungsmaßnahmen. Die Darstellung erfolgt zum Teil landesweit, z.T. im regionalen Vergleich unter Einbeziehung weiterer Faktoren wie Geschlecht oder Herkunftsland. Ergebnisse aus den Vorjahren werden zur Erkennung zeitlicher Trends herangezogen.

Zum Schuljahr 2004 wurde bei 10.039 Kindern die Einschulungsuntersuchung durchgeführt, darunter 8.307 regulär schulpflichtige Kinder (82,7 %), 1.094 Kinder (10,9%) mit beantragter vorzeitiger Einschulung sowie 638 Kinder (6,4%), die bereits im Vorjahr schulpflichtig gewesen waren und an Fördermaßnahmen teil genommen hatten. 8.316 Kinder (82,8%) waren deutscher Herkunft, bei 1.723 Kindern (17,2%) entstammten die Eltern einem anderen Kulturkreis.

89,0% der Kinder hatten drei Jahre oder länger einen Kindergarten besucht. Der Anteil der Frühgeburten lag bei 14,6%, 5.376 der Kinder (53,6 %) wurden gestillt. Bei den so genannten Kinderkrankheiten hatten nur noch Windpocken mit 65,9% und Scharlach mit 20,1% einen wesentlichen Anteil am Krankheitsgeschehen, während Masern, Mumps, Röteln und Pertussis durch konsequentes Impfen im frühen Kindesalter nahezu verschwunden sind.

Mehr als ein Drittel aller Kinder hatte Mittelohrerkrankungen durchgemacht, über 11% auch Attacken von Pseudokrapp. 9,6% der Kinder hatten bereits allergische Krankheiten unterschiedlichster Art gezeigt. Bei den durchgeführten Operationen lag die Entfernung der Rachenmandeln (Polypen) mit 18,1% an erster Stelle. Regelmäßig Medikamente nahmen 2,8 % aller Kinder ein, wobei Medikamente gegen Allergien den größten Anteil hatten. 11,3 % der Kinder waren wegen eines oder mehrerer Unfälle – überwiegend Spielunfällen - in ärztlicher Behandlung.

Der Impfschutz der saarländischen Schulanfänger verbessert sich über die Jahre kontinuierlich. 67,3 % der Schulanfänger 2004 mit vorgelegtem Impfbuch waren gegen alle neun von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut empfohlenen Impfungen ausreichend geimpft, wobei es im regionalen Vergleich deutliche Unterschiede gab.

An allen Kindervorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 hatten laut vorgelegtem Vorsorgebuch 74,2 % der Kinder teilgenommen. Jodsalz zur Vorbeugung von Schilddrüsenerkrankungen benutzen 91,1% aller Haushalte. 52,0 % der Schulanfänger waren in Sportvereinen aktiv.

Fördermaßnahmen in Form von Frühförderung, Krankengymnastik, Sprachtherapie, Ergotherapie, Psychomotorik, Integration oder Förderung im Sonderkindergärten hatten 3.419 Schulanfänger (34,1%) im Laufe des Vorschulalters erhalten bzw. erhielten sie noch zum Untersuchungszeitpunkt.

Unter den Untersuchungsbefunden war insbesondere der hohe Anteil von Kindern mit kontrollbedürftigen Sehbefunden auffällig. Haltungsschwächen wiesen 9,9% der Kinder auf. Der Anteil übergewichtiger Kinder lag bei 6,1%, der der fettsüchtigen (adipösen) bei 5,5%, wobei innerhalb der letzten acht Jahre insbesondere der Anteil adipöser Kinder zugenommen hat. Auffallend waren auch hier große regionale Unterschiede sowie der erhöhte Anteil übergewichtiger Kinder in ausländischen Familien.

An chronischen Erkrankungen litten nahezu 11,2% der Schulanfänger, wobei Spektrum und Schweregrad höchst unterschiedlich waren. Zu den chronischen Krankheiten gehören u.a. Erkrankungen des allergischen Formenkreises. Der Anteil von Kindern mit diagnostiziertem Asthma (bei einer zu vermutenden Dunkelziffer von einigen weiteren Prozentpunkten) ist in den letzten acht Jahren bei ca. 3% nahezu konstant geblieben. Bei Neurodermitis und Heuschnupfen ist eher eine Abnahme zu verzeichnen. Durch schwere chronische Erkrankungen, angeborene Störungen oder erworbene Schädigungen waren wie in den vergangenen Jahren zwischen 300 und 400 Kinder beeinträchtigt. So waren 54 Kinder wegen eines angeborenen Herzleidens in ständiger ärztlicher Kontrolle, litten 10 Kinder an Diabetes mellitus Typ 1 und 72 an einem cerebralen Anfallsleiden.

Die Überprüfung verschiedener Entwicklungsbereiche (Sprache, Motorik und Koordination, Kognition, Visuomotorik) zeigte, dass auffallend viele Kinder in einzelnen Teilbereichen Entwicklungsverzögerungen aufweisen. Der über die Jahre beobachtete Anstieg ist nicht durch angeborene oder erworbene Schädigungen erklärbar, sondern eher durch zunehmend unzureichende Förderung im Vorschulalter.

In verschiedenen Entwicklungsbereichen sind die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen erheblich. So wiesen z.B. aktuell 16,4% der Jungen und 8,4% der Mädchen Defizite im Bereich der Grobmotorik auf, in der Feinmotorik 17,8% gegenüber 7,4%. Behandlungsbedürftige Sprachentwicklungsverzögerungen fanden sich 2004 bei insgesamt 16,9% der Kinder, während es 1996 lediglich 8,4% waren.

Entwicklungsverzögerungen vermindern die Chance, die in der Schule zu erbringenden Leistungen adäquat zu erfüllen. Ein Teil der Kinder hatte zwar an entsprechenden Fördermaßnahmen im Vorschulalter teilgenommen, allerdings waren auch etliche Kinder mit noch deutlichen Entwicklungsverzögerungen ohne notwendige Förderung geblieben. Dies gilt im besonderem Maße für Sprachstörungen und Defizite in der Fein- und Visuomotorik.

Auf der Basis der Untersuchung und Beratung mit den Eltern erstellt die Schulärztin bzw. der Schularzt eine gutachterliche Stellungnahme für die zuständige Grundschule mit einer Empfehlung, ob und welche Schule das Kind besuchen sollte bzw. welche Fördermaßnahmen oder sonstige Aspekte zu berücksichtigen sind. Insgesamt 86,7% der Jungen und 91,3% der Mädchen sollten in die Regelschule eingeschult werden. Darunter betrug der Anteil der vorzeitig zur Schule angemeldeten Jungen 7,7% und der der Mädchen 10,6%. Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund war dabei jeweils geringer als der der Kinder deutscher Herkunft. Umgekehrt wurde bei deutlich mehr ausländischen Kindern eine zusätzliche Förderung im Schulkindergarten bzw. in Klasse 0 empfohlen. Dies war oftmals mitbedingt durch mangelnde Deutschkenntnisse und/ oder fehlenden Kindergartenbesuch. Bei Empfehlungen zur Zurückstellung vom Schulbesuch aus medizinischen Gründen oder zur sonderpädagogischen Förderung gab es dagegen keine Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Kindern. 112 Kinder sollten dem Schulpsychologen vorgestellt werden. Bei insgesamt 408 Kindern wurde eine sonderpädagogische Überprüfung angeraten, in der Mehrzahl wegen Sprach-, Lern- oder geistiger Behinderung. Bei weniger gravierenden Entwicklungsverzögerungen sollte eine Förderung in der Schule erfolgen, entweder in Schulkindergarten oder durch besondere Förderung innerhalb der Klasse.

Die Schule wird auf den individuellen Förderbedarf jedes Kindes aus ärztlicher Sicht informiert. Dies umfasst Hinweise zur Förderung der Bewegung (Grobmotorik und Koordination), der Fein- und Visumotorik, des kognitiven Bereichs und der Wahrnehmung. Für 335 Kinder wurde Sprachförderung in der Schule angeraten, sofern nicht zwischenzeitlich Förderung an anderer Stelle erfolgte. 441 Kinder mit mangelnden Deutschkenntnissen sollten an schulischen Sprachkursen teilnehmen. Bei Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen wurde die jeweilige Schule über spezifische Aspekte der Förderung und Betreuung informiert.

Über diese rein schulischen Empfehlungen hinaus wurden die Eltern über gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen beraten, so zum Impfschutz, zur Ernährung, zu Bewegungsförderung sowie zu individuell festgestellten Befunden. Darüber hinaus wurde bei Bedarf auf familienunterstützende Maßnahmen hingewiesen und auf Wunsch wurden auch entsprechende Kontakte mit dem Jugendamt oder Erziehungsberatungsstellen hergestellt. Bei Kindern mit komplexeren Beeinträchtigungen wurden auch weitergehende Überprüfungen durch ein sozialpädiatrisches Zentrum veranlasst. Im Einzelfall wurden die sozialen Dienste der Gesundheitsämter mit Einverständnis der Erziehungsberechtigten tätig und leisteten Hilfestellung.

Die Zusammenstellung der Ergebnisse zeigt, dass die Einschulungsuntersuchung unterschiedliche Aspekte der individuellen gesundheitlichen Situation, des Entwicklungsstandes des Kindes und des familiären Umfeldes im Hinblick auf die Schulempfehlung berücksichtigt. Bei zunehmender Öffnung des Einschulungstermins für jüngere Kinder und Einschulung auch noch entwicklungsverzögerter Kinder in die erste Klasse ist es umso mehr erforderlich, die individuellen Probleme und Ressourcen der Kinder zu erfahren und dies in die Schulempfehlung einzubringen.

Die anonymisierte Zusammenführung der Daten der Untersuchungen auf Landesebene liefert wichtige epidemiologische Aufschlüsse. Sie stellt einen umfassenden Überblick über die Inanspruchnahme präventiver, heilpädagogischer und medizinischer Versorgungsangebote im Vorschulalter dar. Es zeigen sich oftmals große Unterschiede im Anteil nicht adäquat versorgter Kinder, aber auch in der Inanspruchnahme von Vorsorge-, Förder- und Therapieangeboten regional und für bestimmten Zielgruppen, die einer fachlichen Diskussion bedürfen. Die Daten sollten aber auch zur individuellen und gruppenspezifischen Bedarfsermittlung an pädagogischer Förderung beitragen. Durch Vergleiche der jeweiligen jahresbezogenen Ergebnisse mit denen der Vorjahre, werden zeitliche Veränderungen in all diesen Bereichen ersichtlich. Sie ermöglichen eine Bewertung bereits eingeleiteter Maßnahmen. Negative Tendenzen lassen neuen Handlungsbedarf offensichtlich werden.

Aus den Ergebnissen wird offensichtlich, dass die gesundheitliche Versorgung der Kinder im Vorschulalter durch eine Reihe von Maßnahmen verbessert werden kann.

Dazu gehören neben der individuellen Gesundheitsförderung und primären Prävention die Krankheitsfrüherkennung, die altersentsprechende Förderung der Entwicklung und sowie die Integration von Kindern mit Migrantensstatus.

Konkrete Handlungsfelder sind u.a. eine Verbesserung der Teilnahme an den Kinderuntersuchungen, Verbesserung des Impfschutzes, Unfallprävention, Bewegungsförderung, bessere allgemeine Förderung der kindlichen Entwicklung im Elternhaus und in Kindertageseinrichtungen, insbesondere Förderung der Sprache, der Fein- und Visumotorik. Es ist aber auch ein frühzeitiges Erkennen therapiebedürftiger Entwicklungsrückstände und die Einleitung adäquater Fördermaßnahmen erforderlich. Weitere Handlungsfelder sind die Überprüfung der Förder-, Pflege und Betreuungsangebote für Kinder mit schweren Behinderungen, Mehrfachbehinderungen und chronisch kranke Kinder in Vorschul- und Schulbereich, allgemeine Angebote der Gesundheitsprävention und Vorsorge in Kindertageseinrichtungen sowie für Kinder, die das Gesundheitsversorgungssystem nicht in Anspruch nehmen. Auch die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Kindern mit Migrantensstatus durch muttersprachliche Informationen der Eltern in Geburtskliniken bei Kinderärzten und in Kindertageseinrichtungen gehören dazu.

Die Verantwortung für eine gesunde Entwicklung der Kinder liegt vorrangig bei der Eltern. In den ersten Jahren sind sie überwiegend die alleinigen Bezugspersonen für das Kind. Das Wissen vieler Eltern um die altersgemäßen Bedürfnisse eines Kindes hin zu einer gesunden Entwicklung und die Förderung dieser Entwicklung durch Schaffung eines altersentsprechenden und anregenden Lebensumfeldes ist allerdings in vielen Familien nicht mehr vorhanden. Oft findet es nur nachrangig Beachtung gegenüber der individuellen Bedürfnisbefriedigung. Vielfach kann es aber auch aufgrund ökonomischer Bedingungen im familiären Umfeld nicht umgesetzt werden. Das fehlende Gesundheitswissen trägt mit dazu bei, dass gerade Entwicklungsrückstände ohne Vorliegen somatischer Schädigungen zunehmen.

Deshalb sollte die Beratung der (werdenden) Eltern in Gesundheitsfragen in Rahmen der Schwangerenvorsorge und der Kinderuntersuchungen einen neuen Stellenwert erhalten; die vielfach geforderte Neukonzeption der Schwangerenvorsorge unter Einbindung aller beteiligten Professionen sowie der Kinderuntersuchungen sollte dies berücksichtigen.

Für Familien mit psychosozialen Problemlagen sollten frühe Beratungs- und Unterstützungsangebote an der Geburtsklinik und beim Kinderarzt in Kooperation mit Gesundheitsamt etabliert werden.

Aber auch die Kindertageseinrichtungen, in denen insbesondere die drei- bis sechsjährigen Kinder einen Großteil ihres Alltags verbringen und die damit wichtige Orte der Sozialisation sind, sollten mehr als bisher in die Lage versetzt werden, Kinder individuell zu betreuen und nach Bedarf zu fördern. Dazu ist die Aus- und Weiterbildung der Erzieherinnen und Erzieher in Gesundheits- und Entwicklungsförderung zu qualifizieren. Diese Aspekte müssen unabhängig von der Trägerschaft zum Bildungsauftrag der Kindertageseinrichtungen gehören. Fortbildungsangebote für Erzieherinnen und Erzieher wurden bereits etabliert und sollen weiter ausgebaut werden. Die Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter sollten zu diesem Thema verstärkt beraten.

Auch die Zusammenarbeit von Kindertageseinrichtungen und Elternhaus sollte Verpflichtung sein; dies gilt insbesondere dann, wenn die Integration eines Kindes in die Gemeinschaft schwierig ist, so etwa, wenn kulturelle Unterschiede das gemeinsame Spielen beeinträchtigen, wenn die verzögerte Sprachentwicklung die Kommunikation erschwert oder Verhaltensprobleme das Miteinander verhindern. In Zusammenarbeit mit den Jugendärztlichen Diensten der Gesundheitsämter und der Jugendhilfe sollten auch Kinder und Familien bei psychosozialen Problemen Hilfestellung vermittelt werden. Darüber hinaus sollte bei offensichtlich körperlich und psychosozial vernachlässigten Kindern verpflichtend nachgefragt werden. Eltern sollten angehalten werden, Kinder mit leichteren Entwicklungsdefiziten auch im häuslichen Umfeld zu fördern und starke Beeinträchtigungen kinderärztlich abklären zu lassen. Die Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter sollten insbesondere für Kinder, die das Gesundheitsversorgungssystem nicht in Anspruch nehmen, ärztliche Untersuchungen anbieten.

Ziel der von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter (Kinderuntersuchungen U1 bis U9), ist bislang die Krankheitsfrüherkennung, um zu wichtigen Entwicklungszeitpunkten notwendige Therapiemaßnahmen einleiten. Diese Vorsorge kann nur dann greifen, wenn alle Kinder an den einzelnen Untersuchungen teilnehmen. Der hier vorliegende Bericht zeigt, dass eine noch bessere Information aller Eltern, insbesondere der Eltern mit Migrationshintergrund, über dieses Vorsorgeangebot erforderlich ist.

Aber auch diese Vorsorgeuntersuchungen sind dem Bedarf anzupassen: Gesundheitsberatung und Entwicklungsdiagnostik sind bislang nur marginal Bestandteil des Leistungskatalogs und haben damit nicht den erforderlichen Stellenwert im Rahmen der Untersuchung. Da es keine Standardisierung der Untersuchung und keine Dokumentation über die erhobenen Befunde gibt, sind frühzeitig keine epidemiologischen Aussagen über Häufigkeiten von Erkrankungen und Beeinträchtigungen möglich.

Angesichts der großen Zahl von Kindern mit Entwicklungsrückständen in den verschiedenen Bereichen wie Grob- und Feinmotorik, Visumotorik, auditiver Wahrnehmung oder Kognition ist zu hinterfragen, ob diese Aspekte in der medizinischen Diagnostik und pädagogischen Förderung genügend beachtet wurden. In der Konsequenz haben diese Kinder schlechtere Voraussetzungen für den Schulstart. Für viele Kinder hätte eine konsequente und an kindlichen Lernprozessen orientierte Förderung in Elternhaus und Kindertageseinrichtung ausgereicht, eine altersgerechte Entwicklung auch in den schulrelevanten Bereichen zu erreichen. Eine große Zahl Kinder hatte in höchst unterschiedlicher regionaler Verteilung im Vorschulalter an entsprechenden Fördermaßnahmen teilgenommen, andere blieben trotz offensichtlichem professionellen Förderbedarf ohne notwendige Förderung. Dies gilt im besonderem Maße für Sprachstörungen und für Defizite in der Feinmotorik und Visumotorik.

Die Grundschule ist in hohem Maße gefordert, diese Kinder zunächst soweit zu fördern, dass die Voraussetzungen für ein erfolgreiches Erlernen des Unterrichtsstoffs geschaffen sind. Dies im Schulalltag und mit Kindern verschiedener Kulturkreise umzusetzen, erfordert von den Grundschulen großes Engagement.

Die Schule hat auch eine adäquate Förderung chronisch kranker und behinderter Kinder zu gewährleisten; dies stellt in Anbetracht des breiten Spektrums chronischer Erkrankungen und Behinderungen für Lehrerinnen und Lehrer insbesondere an den Regelschulen eine tägliche Herausforderung dar. Für Kinder mit Mehrfachbehinderung, z. T. mit Schwerstmehrfachbehinderung, ist es schwierig, die adäquate Schulform zu finden. Für diese Kinder sind neben komplexen pädagogischen Ansätzen in unterschiedlichem Ausmaß auch ausreichende pflegerische und therapeutische Angebote erforderlich.

Der Bericht sollte Eltern, Ärztinnen und Ärzten, Gesundheitsbehörden, aber auch allen in der Erziehungsarbeit in Kindertageseinrichtungen und im Schulbereich Tätigen sowie allen weiteren, die Verantwortung für Kinder tragen, Anlass geben, über die adäquate gesundheitliche Versorgung und Förderung der Kinder im Vorschulalter zu diskutieren und mit dazu beitragen, noch bestehende Defizite gemeinsam anzugehen.

## Danksagung

Der Dank gilt den Jugendärztinnen und Jugendärzten sowie den sozialmedizinischen Assistentinnen und Assistenten der Gesundheitsämter für die langjährige gute und intensive Zusammenarbeit im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheitspflege. Nur so war es möglich, ein Untersuchungs- und Auswertungsverfahren im Saarland zu entwickeln und in der Routine zu etablieren, mit dem den gesundheitlichen Erfordernissen entsprechend und zeitnah standardisierte Untersuchungsdaten erhoben und zur Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung gestellt werden konnten.

Besonderer Dank gilt den Kolleginnen aus der gemeinsamen Arbeitsgruppe Jugendärztlicher Dienst, Fr. Dr. Monika Weber, Fr. Dr. Irene Schmitt, Fr. Dr. Elisabeth Dahl, Fr. Dr. Ruth Wolff, Fr. Dr. Ruth Manavi, Fr. Dr. Christina Ospelt, Fr. Erika Dastbaz und Fr. Elisabeth Weis sowie Fr. Andrea Käfer, die die gesamte EDV-technische Betreuung über Jahre hinweg geleistet hat.

Dank gilt aber auch den Leiterinnen und Leitern der Gesundheitsämter und der Leitung des Sozialministeriums, die die Arbeit der Jugendärztlichen Dienste und die Erstellung des Berichtes nachhaltig unterstützt haben.

## Berichterstellung

Dr. Renate Klein, Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales.



## NOTIZEN