

# Gesundheit von Kindern

## Eine Sichtung regionaler und lokaler Gesundheitsberichterstattung

### Zusammenfassung

Zentrale Gesundheitsprobleme im Kindes- und Jugendalter werden in landesweiten und kommunalen Gesundheitsberichten auf konkreter Datenbasis im regionalen Kontext interventionsorientiert dokumentiert. Die Gesundheitsberichterstattung unterscheidet sich hinsichtlich Regelmäßigkeit, Schwerpunktsetzungen, Differenzierungsgrad und Datenqualität. Die vorliegende Sichtung umfasst 74 ausgewählte Gesundheitsberichte aus verschiedenen Bundesländern und Städten/Landkreisen. Exemplarisch erörtert werden die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen, Sprach-/Sprechstörungen und Störungen der motorischen Entwicklung und Koordination auf der Basis der Ergebnisse von Schuleingangsuntersuchungen.

### Schlüsselwörter

Gesundheitsberichterstattung (GBE) ·  
Kindergesundheit ·  
Früherkennungsuntersuchungen ·  
Schuleingangsuntersuchung

Neben der langfristigen Umsetzung der gesetzlichen und bundespolitischen Aufträge in der Sucht- und Aidsprävention wie auch in der Sexualaufklärung und Familienplanung konzentrieren sich die Aufklärungsmaßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vor allem auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen.

In Deutschland leben 13 Millionen Kinder zwischen 0 und 14 Jahren. Zur Bestimmung zentraler Gesundheitsprobleme sowie für die erforderliche Prioritätensetzung und Entwicklung adäquater gesundheitsfördernder Maßnahmen sind aktuelle epidemiologische Daten von besonderer Bedeutung. Für den Sektor der Gesundheitsförderung/Prävention ist vorrangig die Identifizierung von Gesundheitsproblemen, die häufig sind, schwerwiegende Folgen im Erwachsenenalter haben können und präventiv beeinflussbar sind.

Da bislang, bezogen auf diese Zielgruppe, auf eine umfassende aktuelle bundesweite Datenlage zu Gesundheitszustand und Gesundheitsproblemen noch nicht zurückgegriffen werden kann, wertet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzG) zur Bestimmung der Bedarfslage die zu ausgewählten Themenfeldern vorhandenen Datenquellen aus (Statistisches Bundesamt, Mikrozensus, Unfallstatistiken, Krankenkassendaten, Krankenhausstatistiken, Forschungsdaten etc.) [1]. In diesem Kontext haben die regionalen und landesweiten Gesundheitsberichte eine spezifische Bedeutung. Dem zurzeit anlaufenden repräsentativen Kinder- und Jugendsurvey des Robert Koch-Instituts (s. auch Beitrag von B.-M. Kurth in diesem Schwerpunkt-

heft) wird vor diesem Hintergrund ein grundlegender Stellenwert zukommen.

### Allgemeine Ziele von Gesundheitsberichterstattung

Das allgemeine Ziel von Gesundheitsberichterstattung (GBE) besteht in einem Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage und zielgenaueren Versorgung der Bevölkerung. Die Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung definiert GBE zusammenfassend wie folgt [2] (vgl. hierzu auch [3]):

„Gesundheitsberichterstattung ist Lagebeschreibung und Ermittlung von vordringlichen Handlungsbedarfen in Hinblick auf die gesundheitliche Lage und Versorgung von Bevölkerungsgruppen. Gesundheitsberichterstattung zieht dazu gesundheitsbezogene Daten und Informationen heran, bewertet sie hinsichtlich ihrer Aussagekraft, analysiert sie mit wissenschaftlichen Methoden und stellt sie verdichtet und adressatenorientiert dar. Gesundheitsberichterstattung ist auf Wiederholbarkeit und Vergleichbarkeit angelegt.“

Die in den Regionen eingesetzten Analyse- und Interventionsinstrumente greifen oftmals sehr konkret und detailliert bestehende Problemfelder auf, beobachten Veränderungen und leiten entsprechend prioritäre Handlungsbedarfe ab, z. B. auf der Basis aktueller Daten

© Springer-Verlag 2002

Dr. Monika Meyer-Nürnberg  
Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung, Ostmerheimer Straße 220,  
51109 Köln,  
E-Mail: meyer-nuernberger@bzga.de

M. Meyer-Nürnberg

## Health of children. An examination of regional and local health reports

### Abstract

Central health problems in children and adolescents are documented in regional health reports which are based on concrete data and orientated towards intervention. The reports differ in regularity, focal points, degree of differentiation and the quality of the data. The given analysis includes 74 selected health reports from several regions/districts. Discussed are the programs, based on the results of school-entrance examinations, for the early diagnosis of illness in children, speech-disorders and lack of fluency, motor-development and coordination disorders.

### Keywords

Health reporting · Child health ·  
Early diagnosis programme ·  
School-entrance examinations

## Leitthema: Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Tabelle 1  
**Übersicht der analysierten Gesundheitsberichte aus Bundesländern**

### Bundesländer

Baden-Württemberg  
Bayern  
Berlin  
Brandenburg  
Bremen  
Hamburg  
Hessen  
Niedersachsen  
Nordrhein-Westfalen  
Rheinland-Pfalz  
Sachsen  
Sachsen-Anhalt  
Schleswig-Holstein

Tabelle 2  
**Übersicht der analysierten Gesundheitsberichte aus Städten oder Landkreisen**

### Städte/Landkreise

Berlin-Lichtenberg	Magdeburg
Berlin-Schöneberg	Minden-Lübbecke (Kr.)
Bielefeld	München
Borken (Kr.)	Münster
Dortmund	Neuss (Kr.)
Essen	Nürnberg
Hamburger Neustadt	Nürnberg-Gostenhof
Hamm	Oberhausen
Hannover	Recklinghausen (Kr.)
Heinsberg (Kr.)	Rhein-Neckar-Kreis
Herford (Kr.)	Solingen
Herne	Warendorf (Kr.)
Köln	Wiesbaden
Lübeck	Zwickau

zur Versorgungssituation. Die sorgfältige qualitative Analyse der vorliegenden GBE-Daten erlaubt – auch bei fehlender einheitlicher Systematik, äußerst heterogener Ausrichtung und Schwerpunktsetzung, unterschiedlicher Differenziertheit, oftmals sehr spezifischem Zugschnitt sowie auf die Region begrenzte Aussagefähigkeit der Berichte und Daten – die Ableitung von Tendenzen und prioritären Fragestellungen.

### Eine Sichtung vorliegender Gesundheitsberichte

An dieser Stelle soll eine Auswahl vorliegender Gesundheitsberichte, die sich –

ausschließlich oder teilweise – mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche befassen, vorgestellt werden. In die Sichtung werden einer bzw. mehrere Gesundheitsberichte aus einer größeren Zahl von Bundesländern und Städten/Landkreisen einbezogen (Tabelle 1, 2):

Die Sichtung der GBE-Unterlagen bestätigt die oben bereits angesprochene Unterschiedlichkeit der Vorgehensweisen und Konzepte, angelegt zur Lösung regionaler Gesundheitsprobleme. Allein Größe und Bevölkerungsdichte sowie Besonderheiten der jeweiligen Region sind unterscheidende Merkmale. Die Berichterstattung variiert hinsichtlich der Aktualisierungsintervalle (Regelmäßigkeit), hinsichtlich Struktur und Schwerpunktsetzungen, Realisierung der Verbindung von Gesundheits- und Sozialdaten, eingesetzter Untersuchungsmodelle, Umfang und Differenziertheit der Publikation sowie Darstellung der abgeleiteten Empfehlungen und realisierten Interventionen.

Basierend auf der Durchsicht von 74 vorliegenden Gesundheitsberichten, informiert Abb. 1a, b über die im Rahmen der Berichte jeweils erörterten Gesundheitsthemen und Gesundheitsprobleme. Im Vordergrund steht ein Einblick in das Spektrum vorliegender Gesundheitsberichterstattungen. In der tabellarischen Darstellung sind zunächst die ausführlicher behandelten Themenfelder gekennzeichnet, unabhängig von Differenzierungsgrad und ausgewiesenem Datenmaterial. Einige Sonderberichterstattungen behandeln aktuelle Themen und Schwerpunkte in der Region und sind von daher zwangsläufig auf einzelne Themen konzentriert (s. Abb. 1a,b).

Die Analyse der in die Sichtung einbezogenen Gesundheitsberichte, die konkrete Grundlagen für bedarfsorientierte Interventionen im regionalen Kontext liefern, zeigt zunächst die Vielzahl relevanter Themenfelder der Kinder- und Jugendgesundheit sowie deren sensible Wahrnehmung vor Ort.

Eine zusammenführende Übersicht über die Themenbereiche, die in einem Großteil der analysierten Gesundheitsberichte dargestellt und erörtert werden, liefert Abb. 2. Die Prozentwerte beziehen

Abb. 1a, b ► **Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ausgewählte Gesundheitsberichte und zentrale Themenfelder.**  
a Landesebene. b Städte/Landkreise



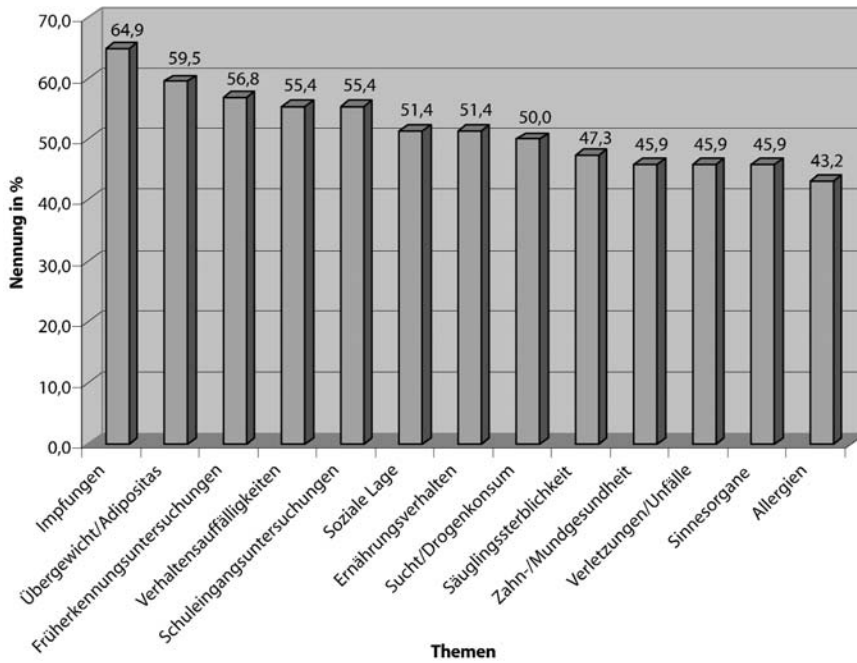


Abb. 2 ▲ Gesundheitsberichterstattung für Kinder und Jugendliche: Zentrale Themenfelder (n=74)

sich auf die Grundgesamtheit der in die Analyse einbezogenen Berichte und stellen keine Wertung der Bedeutung des Gesundheitsproblems dar. Dieser Frage könnte erst auf der Basis der jeweils konkreten Datenlage unter Einbezug weiterer Aspekte und regionaler Spezifika differenziert nachgegangen werden.

Die Sichtung der Gesundheitsberichte ermöglicht eine zusammenführende Betrachtung einzelner Themen und Gesundheitsprobleme sowie Disparitäten mit Blick auf präventionsrelevante Bereiche, wobei die eingesetzten Mess-/Untersuchungsmethoden sowie Testverfahren bei der Einordnung der Daten zu berücksichtigen sind. In diesem Kontext zu beachten ist, dass gerade in den letzten Jahren die Gesundheitsberichte aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst erheblichen Schwankungen unterlagen, da vielfach wurden Untersuchungsmodelle überprüft/überarbeitet bzw. neu eingeführt sowie sehr unterschiedliche qualitätssichernde Maßnahmen angewendet wurden. Hinzu kommen die Entwicklungen im Bereich EDV-gestützter Auswertung und die diesbezüglich unterschiedlichen Möglichkeiten vor Ort.

Zahlreiche Berichte gehen – vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Realität und dem Tatbestand eines schichtspezifisch unterschiedlichen Krankheitsspektrums – zudem themenübergreifend differenziert auf die Faktoren soziale Lage/so-

ziale Benachteiligung und Migration ein. Diesen Aspekten wird durch die Verbindung von Gesundheitsdaten mit der Sozialhilfestatistik sowie durch stadtteilbezogene Auswertungen, Auswertungen nach Nationalität etc. Rechnung getragen.

Eine der zentralen Datenquellen, bezogen auf Kinder im Schuleintrittsalter (auf die auch vorliegende Beschreibung in erster Linie Bezug nimmt) sind die Schuleingangsuntersuchungen, die – allerdings auf der Basis teils unterschiedlicher Untersuchungsverfahren – die Eignung der Kinder für den Arbeitsplatz Schule beurteilen. Die Schuleingangsuntersuchung als medizinisch-sozialpädiatrische Untersuchung zum Schulbeginn, über die die jeweiligen Altersjahrgänge komplett erfasst werden, erfüllt neben der individualmedizinischen eine arbeitsmedizinische, eine epidemiologische sowie eine sozialkompensatorische Funktion.

An dieser Stelle soll exemplarisch und gekürzt auf ausgewählte Themenschwerpunkte eingegangen werden. Erörtert werden die Aspekte „Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen“, „Sprech-/Sprachstörungen“ und „Störungen der motorischen Entwicklung und Koordination“. In Abstimmung mit den zuständigen Stellen ist vorgesehen, den Fundus in Form einer ständig aktualisierten Datenbank über Internet zur Verfügung zu stellen.

## Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen

Im Rahmen des 1972 bestehenden gesetzlichen Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder sind Untersuchungen in den folgenden Altersstufen vorgesehen:

### Früherkennungsuntersuchungen

- ▶ U1: Neugeborenenenerstuntersuchung; erfolgt in der Regel direkt nach der Geburt,
- ▶ U2: 3.–10. Lebensstag; Neugeborenenbasisuntersuchung,
- ▶ U3: 3.–6. Lebenswoche,
- ▶ U4: 2.–4. Lebensmonat,
- ▶ U5: 6.–7. Lebensmonat,
- ▶ U6: 9.–12. Lebensmonat,
- ▶ U7: 20.–24. Lebensmonat,
- ▶ U8: 43.–48. Lebensmonat,
- ▶ U9: 60.–64. Lebensmonat (1990 eingeführt),
- ▶ J1: nach dem 10. Lebensjahr (1997 eingeführt).

Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist freiwillig. Die ersten beiden Untersuchungen U1 und U2 werden in der Regel in der Geburtsklinik durchgeführt, die anderen überwiegend bei den niedergelassenen Kinderärzten. Die Kosten werden von den Krankenkassen getragen.

Ein Großteil der Gesundheitsberichte thematisieren und erörtern die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen, die eine regelmäßige Überwachung des Gesundheitszustands und der gesunden Entwicklung der Kinder ermöglichen. Der Früherkennungsstatus gilt als ein Kriterium für Akzeptanz und Nutzung von Präventionsangeboten sowie Gesundheitsbewusstsein in den Familien.

Die dargestellten Daten zu den Früherkennungsuntersuchungen wurden in der Regel aus Schuleingangsuntersuchungen gewonnen, einem wichtigen Instrument im Rahmen der GBE vor Ort. Laut Ergebnissen der meisten jüngeren Gesundheitsberichte kann davon ausgegangen werden, dass im Schnitt bei über 80% der Kinder das Untersuchungsheft, das die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen dokumentiert, vorgelegt wird.

Die nachfolgende Auswertung der Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen konzentriert sich auf eine

Tabelle 3

**Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (Datenbasis: vorgelegte Untersuchungshefte; Angaben in Prozent)**

Gesundheitsbericht Erscheinungsjahr	Jahr der Erhebung	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9
Berlin-Lichtenberg 2002	2001	98,4	97,7	95,4	94,7	92,0	91,5	87,3	78,7	78,6
Borken (Kreis) 1998	1997						97,8	96,1	92,3	81,7
Dortmund 2000	2000	98,5	98,2	95,6	95,4	93,1	92,4	89,5	83,7	78,2
Köln 2000	1999								80,5	74,4
Lübeck 2000	1998	98,8	98,5	97,9	96,9	95,6	95,6	91,2	86,2	83,5
Magdeburg 2001	1999		99,1	98,3	97,0	95,8	93,5	87,9	78,1	59,8
Minden-Lübbecke (Kreis) 2001	1999	97,3	97,2	95,6	95,6	94,1	93,3	91,3	88,4	81,7
Neuss (Kreis) 1997	1996	99,7	97,3	96,1	95,7	93,8	93,6	90,3	84,3	63,6
Recklinghausen (Kreis) 2001	2000	99,1	98,8	97,2	96,5	94,6	93,8	91,1	85,7	81,9
Warendorf (Kreis) 1999	1999	98,4	97,9	97,1	96,7	96,1	96,0	94,0	90,8	89,7

Auswahl jüngerer Berichte aus Städten bzw. Landkreisen (Untersuchungsjahr ab 1996).

Tabelle 3 zeigt die Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen U1–U9 in verschiedenen Städten und Kreisen, soweit differenziert dokumentiert. Die Auswahldaten bestätigen zunächst eindeutig die allgemein gute Akzeptanz der Früherkennungsuntersuchungen. Die durchschnittlichen Teilnahmeraten der frühen Untersuchungen sind sehr hoch, teils – bei den ersten Untersuchungen – im 99%-Bereich: U1: 97,3–99,7%, U2: 97,2–99,1%, U3: 95,4–98,3%, U4: 94,7–97,0%, U5: 92,0–96,1%, U6: 91,5–97,8%. Zum Ende des 2. Lebensjahres werden immerhin noch 87,3–96,1% der Kinder zur U7 vorgestellt.

Immer noch relativ deutlich zeigt sich dann allerdings der Einbruch bei den Untersuchungen U8 und U9, die die Kinder im Kindergartenalter betreffen. Die durchschnittliche Beteiligungsquote an der U8 (Ende des 4. Lebensjahres) liegt laut ausgewerteten kommunalen Gesundheitsberichten bei durchschnittlich knapp 85%, wobei die Werte zwischen 78,1% und 92,3% schwanken. Die U9 (Beginn des 6. Lebensjahres) durchlaufen lediglich rund 77% der Kinder. Die Quoten in den einbezogenen Regionen liegen hier zwischen 59,8 (!) und 89,7%. Hier werden Möglichkeiten des frühzeitigen Erkennens und Behandeln – Auffälligkeiten, Entwicklungsverzögerungen, Teilleistungsschwächen oder Impflücken – nicht genutzt sowie auch die Chance des kontinuierlichen Kontakts und Austauschs zu Fragen der Kindergesundheit nicht wahrgenommen. Nach Angaben des Gesundheitsberichts Niedersachsen

haben Kinder ohne erfolgte U9 in signifikant höherem Prozentsatz mindestens einen abklärungsbedürftigen Befund in den Schuleingangsuntersuchungen.

Das beschriebene Problem wird noch deutlicher bei Betrachtung der Schichtzugehörigkeit und Nationalität der Kinder – auf diese Aspekte gehen zahlreiche Berichte ein. Insbesondere stadtteilbezogene Auswertungen verdeutlichen die Situation (vgl. hierzu [4] und [5]). Hingewiesen sei an dieser Stelle auf ein Ergebnis aus dem Gesundheitsbericht der Stadt Köln: Der Vergleich nach sozioökonomischem Status zeigt signifikant höhere Beteiligungsquoten an U8 und U9 bei Kindern aus Stadtteilen in gehobenen sozialen Lagen als bei Kindern aus Stadtteilen unterer sozialer Lagen. Ein weiterer Befund des Kölner Berichts belegt, dass

deutsche Kinder deutlich regelmäßiger an den Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen U8/U9 teilnehmen als Kinder ausländischer Herkunft. Die geringste Beteiligung findet sich im Rahmen dieser Stadtteilanalyse bei türkischen Kindern, die in Deutschland geboren sind (U8: 63,3%; U9: 58,1%), die höchste bei den in Deutschland geborenen deutschen Kindern (U8: 86,2%; U9: 79,9%).

Ebenso deutliche Unterschiede belegt der Gesundheitsbericht aus Niedersachsen, Regierungsbezirk Weser-Ems, der die Beteiligungsquoten deutscher Kinder und Kinder ausländischer Herkunft an U1–U9 (1998, 2000) gegenüberstellt (Tabelle 4).

Hinsichtlich der 9 Früherkennungsuntersuchungen bestehen in beiden Untersuchungsjahren deutliche Unterschiede

Tabelle 4

**Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen U1–U9 nach Nationalität (Regierungsbezirk Weser-Ems; Angaben in Prozent)**

	1998		2000	
	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft	Kinder deutscher Herkunft	Kinder ausländischer Herkunft
U1	99,4	81,7	99,1	87,1
U2	99,0	80,8	98,9	86,0
U3	98,4	75,7	98,2	81,8
U4	98,1	74,1	97,7	80,7
U5	97,3	69,8	96,8	75,6
U6	97,0	67,0	96,6	72,0
U7	94,8	66,6	95,0	69,1
U8	89,3	63,2	89,9	65,0
U9	79,6	56,5	83,1	64,2

Quelle: Niedersächsischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, 2002.

Tabelle 5

**Verbesserung der Teilnahmeraten U8/U9 (Datenbasis: vorgelegte Untersuchungshefte; Angaben in Prozent)**

Gesundheitsbericht Erscheinungsjahr	Jahr der Erhebung	U8	U9
Dortmund 1997	1996	83,3	61,4
Dortmund 2000	2000	83,7	78,2
Köln 2000	1995	77,9	61,1
Köln 2000	1999	80,5	74,4

de in der Beteiligungsquote in Abhängigkeit von der Nationalität der Kinder/Familien. Kinder ausländischer Herkunft nehmen zu einem erheblich geringeren Anteil an den Früherkennungsuntersuchungen teil, wobei der separate Vergleich der Teilnahmedaten der ausländischen Kinder belegt, dass sich die Beteiligungs-raten, bezogen auf diese Zielgruppe, im Laufe von 2 Jahren im Schnitt um jeweils ca. 5 Prozentpunkte verbessert haben.

Die Daten bestätigen die Notwendigkeit, die späten Früherkennungsuntersuchungen (U8/U9) entsprechend gezielt zu bewerben, insbesondere bezogen auf Familien in sozial schwierigen Lebensverhältnissen. Als Beispiele für in einzelnen Regionen erzielte positive Entwicklungen bei der Beteiligung insbesondere an den Untersuchungen im Kindergartenalter (U8, U9) sollen die GBE-Daten aus Dortmund (Jahresvergleich 1996/2000) und Köln (Jahresvergleich 1995/1999) angeführt werden (Tabelle 5).

Aufgrund verschiedener motivierender Maßnahmen – in Zusammenarbeit der zentralen Akteure vor Ort – wurde z. B. in Dortmund ein beeindruckender Anstieg in der Beteiligung an der U9 erreicht. Die Teilnahmerate konnte von 61,4% (1996) auf 78,2% (2000) angehoben werden. In Köln hat sich die Beteiligung an der U9 von 61,1% (1995) auf 74,4% (1999) erhöht.

**Sprech-/Sprachstörungen**

Probleme im Bereich der verbalen Kommunikationsfähigkeit, die oftmals kombiniert mit anderen Störungen in der Entwicklung des Kindes auftreten bzw. diese bedingen, können die soziale Integration erheblich erschweren und weit reichende Auswirkungen haben. Daher sind Früherkennung und Behandlung von besonderer Bedeutung. Mit Sprachstörungen werden im Wesentlichen Arti-

kulationsstörungen und Störungen im Bereich des Sprachverständnisses und des Sprachgebrauchs erfasst. In einzelnen Gesundheitsberichten wird teilweise bis zu einem Viertel aller Schulneulinge zu nächst Auffälligkeiten in diesem Bereich bescheinigt. Es sind deutlich mehr Jungen als Mädchen betroffen. Laut Gesundheitsbericht Niedersachsen wurden im Jahr 2000 bei 25,5% der Jungen und 16,8% der Mädchen im Regierungsbezirk Weser-Ems im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen (n=28.844 Schulanfänger) Sprach-, Sprech- und Stimmauffälligkeiten festgestellt. Die diesbezüglichen Untersuchungsergebnisse aus Recklinghausen 2000 (n=6.867 Schulanfänger) lauten: 16,4% der Jungen und 9,7% der Mädchen. Im Kreis Minden-Lübbecke wurden 1999 bei insgesamt 19,2% der Schulanfänger Auffälligkeiten im Bereich Sprechen/Sprache diagnostiziert. Weiter differenziert wird zwischen Auffälligkeiten und – nach Abklärung – behandlungsbedürftigen Befunden.

Daten für 1996, 1999 und 2000 aus dem Regierungsbezirk Weser-Ems (Tabelle 6) dargestellt, weisen die auffälligen Befunde differenziert und geschlechtsspezifisch aus.

Verschiedentlich wird erörtert, dass Formen der Sprachstörung an Bedeutung zunehmen. In diesem Zusammenhang belegen Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen aus den Jahren 1998–2001 in Solingen eine kontinuierliche Zunahme von Auffälligkeiten im Bereich des Sprach-/Sprechvermögens: Im Ausgangsjahr 1998 waren 22,6% der Schulanfänger betroffen, 1999 lag der Wert bei 27,5%; 2000 bei 27,8%. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 2001 wurden schließlich bei nahezu einem Drittel (32,6%) der Kinder Auffälligkeiten im Bereich des Sprach-/Sprechvermögens festgestellt. Für diese Befundbereiche zeigt sich die Notwendigkeit des frühzeitigen Erkennens, Abklärens und der gezielten Behandlung.

**Störungen der motorischen Entwicklung und Koordination**

Eingeschränkte Wahrnehmungs- und Bewegungserfahrung im Kindesalter können körperliche Leistungsbeeinträchtigung sowie motorische Defizite und Auffälligkeiten verursachen. Diese wiederum führen – entsprechend der Bedeutung der Motorik für die Entwicklung des Kindes – zu Auffälligkeiten in anderen Bereichen. Hier sind insbesondere negative Auswirkungen auf die Ent-

Tabelle 6

**Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen bei Jungen und Mädchen deutscher Herkunft (Regierungsbezirk Weser-Ems)**

Befunde	1996		1999		2000		
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Gesamtzahl	13.067	12.312	11.164	10.538	8.352	7.823	
Normalbefund [%]	76,3	83,9	73,5	82,2	74,5	83,2	
Auffälliger Befund [%]	23,7	16,1	26,5	17,8	25,5	16,8	
Davon	M	10,3	8,6	12,4	9,8	12,5	9,5
	A	3,7	2,7	3,6	2,5	3,1	1,9
	B	9,2	4,6	9,8	5,2	9,3	4,9
	L	0,4	0,2	0,7	0,3	0,6	0,5

Quelle: Niedersächsischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, 2002.

M Minimalbefund, kontrollbedürftig, zurzeit keine Therapie; A Abklärung und Behandlung nötig; B Sprachheilbehandlung oder ärztliche Behandlung werden bereits durchgeführt oder eingeleitet; L bleibende Leistungsbeeinträchtigung oder sonderpädagogische Förderung notwendig.

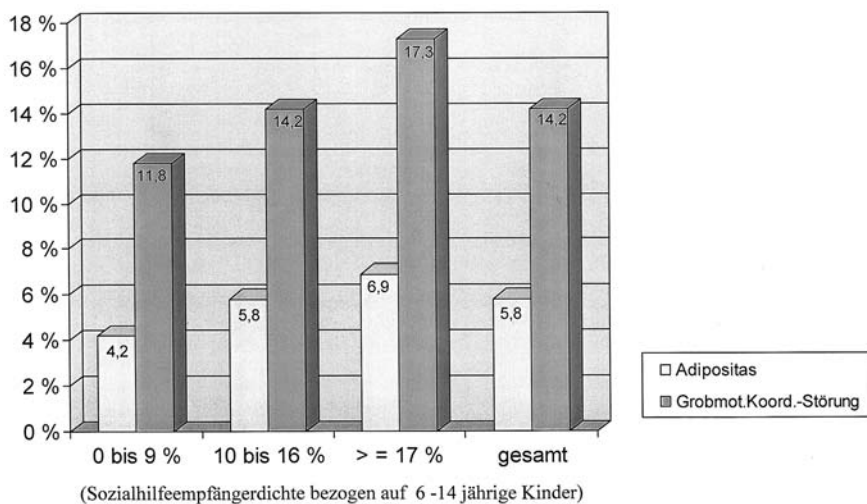


Abb. 3 ▲ Adipositas und grobmotorische Koordinationsstörung in Abhängigkeit von SHE bei Einschülern 1996

wicklung des Selbstkonzeptes und des Sozialverhaltens, aber auch Störungen im Bereich des Lern- und Leistungsverhaltens zu nennen. Viele weisen Defizite bei körperlichen Ausdauerleistungen, altersgerechter Körperkraft und der Koordinationsfähigkeit auf.

Einhergehend mit einer verringerten körperlichen Leistungsfähigkeit werden häufig Haltungsschäden festgestellt. Diese Thematik wird im Rahmen zahlreicher Gesundheitsberichte angesprochen und anhand vorliegender Befunde – meist Ergebnisse aus Schuleingangsuntersuchungen – erörtert. Der Stand der Entwicklung in den Bereichen Grob-/Feinmotorik, Haltingsleistungsfähigkeit und Koordination wird anhand unterschiedlicher Test- und Untersuchungsverfahren überprüft. Befunde in diesem Bereich gehören zu den häufigsten schulrelevanten Diagnosen. Zur weiteren Einordnung der Ergebnisse (Auffälligkeiten, Störungen, Defizite) sind die Daten in jedem Fall im Kontext der eingesetzten Testverfahren und Untersuchungsparameter zu beurteilen.

Die GBE-Daten bestätigen insgesamt die auch aus sportmedizinischer/sportwissenschaftlicher Sicht dargestellten Trends, wie z. B. Abnahme der Gesamtkörperkoordination [6] und Ausdauerleistungsfähigkeit [7], zurückgeführt u.a. auf Veränderungen der kindlichen Lebenswelten, z. B. Rückgang der Möglichkeiten von Bewegungserfahrungen beim Spielen [8]. In Minden-Lübecke (1999) wurden bei 20,9% der Kinder Koordinationsstörungen festgestellt. Laut Gesundheitsbericht Niedersachsen wurden im Regierungsbezirk Weser-Ems (n=28.844

Schulanfänger) im Jahr 2000 bei insgesamt 15,6% der Schulanfänger auffällige Befunde im Bereich der Koordination festgestellt, bei deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschieden: Betroffen sind 21,2% der Jungen und 9,6% der Mädchen. Im Bereich der Feinmotorik liegen die Werte bei 25,6% (Jungen) und 10,2% (Mädchen). Die Daten aus weiteren Gesundheitsberichten bestätigen das Auftreten der beschriebenen geschlechtsspezifischen Auffälligkeiten. In Nürnberg (1999) wurden bei 3,2% der Mädchen, aber bei 10,3% der Jungen motorische Koordinationsstörungen festgestellt, in Solingen liegen die Werte bei 3,6% (Mädchen) und 9,5% (Jungen).

Bezeichnend sind weitergehende Analysen zu bestehenden Zusammenhängen der Befunde. Im Rahmen der Kölner Gesundheitsberichterstattung (1996) werden grobmotorische Koordinationsstörungen bei 14,4% und feinmotorische Schwächen bei 8,6% der Kinder festgestellt. Die Daten aus Köln belegen zudem die Korrelationen zwischen grobmotorischer Koordinationschwäche und Adipositas sowie das gehäufte Auftreten beider Befunde bei Kindern aus sozial benachteiligten Stadtteilen (Abb. 3).

Die Auswertung der kommunalen Befunde bestätigt, dass bereits im frühen Kindesalter zahlreiche Kinder Störungen im Bereich Motorik/Koordination aufweisen und diese im Zusammenhang mit weiteren Befunden oder Gesundheitsproblemen (z. B. Adipositas) stehen. Die Ergebnisse signalisieren deutlich, dass frühzeitig ansetzende Prä-

ventionsmaßnahmen erforderlich sind, die zielgruppenspezifisch sind, Geschlechterdifferenzen berücksichtigen und ein besonderes Augenmerk auf Kinder und Familien aus sozial schwierigen Verhältnissen richten.

Aufgrund der Auswertung der Gesundheitsberichte erscheint ein intensiver Erfahrungsaustausch mit den Kinder- und Jugendärztlichen Diensten des öffentlichen Gesundheitsdienstes unter dem Aspekt der bundesweiten Vergleichbarkeit viel versprechend. Hierbei sollten die Erfahrungen aus den Bereichen Datenerhebung, Berichterstattung und Ableitung von Konsequenzen für Präventionsmaßnahmen zu jeweils ausgewählten Einzelthemen, z. B. Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen, Sprach- oder Koordinationsstörungen, gemeinsam erörtert werden, um zu konkreten Zielformulierungen und übertragbaren Realisierungsstrategien zu kommen.

## Literatur

1. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998) Gesundheit von Kindern – epidemiologische Grundlagen. Band 3 der Reihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“. Eigenverlag, Köln
2. Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung (1996) Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung. In: Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Band 18:17–18
3. Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung (1990) Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung – Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag. Band I–III, Sankt Augustin, Asgard
4. Mersmann H (1998) Gesundheit von Schulanfängern – Auswirkungen sozialer Benachteiligung. In: BZgA: „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“, Eigenverlag, Band 3:60–78
5. Rittner V, Mrazek J, Meyer M, Hahnemann G (1994) Gesundheit im Kreis Neuss. Präventive Potenziale in der Bevölkerung und Möglichkeiten ihrer Nutzung im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt, Köln
6. Dordel S, Dress C, Liebel A (2000) Motorische Auffälligkeiten in der Eingangsklasse der Grundschule. In: Haltung und Bewegung 3:5–16
7. Brandt K, Eggert D, Jendritzki H, Küppers B (1997) Untersuchungen zur motorischen Entwicklung von Kindern im Grundschulalter in den Jahren 1985 und 1995. In: Motorik 22:101–107
8. Bös K (2000) AST 6–11 – Allgemeiner sportmotorischer Test für Kinder von 6–11 Jahren. In: Haltung und Bewegung 20:5–15