

## Vorwort

Der Kreis Mettmann hat der „Kinder- und Jugendgesundheit“ schon seit einiger Zeit eine hohe Priorität auf seiner gesundheitspolitischen Agenda eingeräumt.

Dabei lassen wir uns von dem Wissen leiten, dass viele Krankheiten durch individuelle Verhaltensdispositionen und Lebensweisen beeinflusst werden, die häufig ihre Wurzeln im Kindesalter haben. Darüber hinaus lässt sich aber auch ganz konkret feststellen, dass auffallend viele Kinder Defizite im Bereich der körperlichen Ausdauerleistung, der altersgerechten Körperkraft, der Koordination und Motorik aufweisen. Deshalb kommt der frühzeitigen Erkennung dieser Erscheinungen und der rechtzeitigen Aktivierung von Gesundheitspotenzialen sowie Gesundheitskompetenzen eine zentrale Bedeutung zu.

**Aus dieser kurzen Beschreibung wird deutlich, dass die systematische, themen- und problemorientierte Gesundheitsberichterstattung immer wichtiger wird. Wer qualitative Aussagen zur Gesundheit unserer Kinder machen will, benötigt möglichst genaue Daten. Diese wiederum bilden die Grundlage für die Entscheidung des besten Interventionsweges und des notwendigen Handlungsbedarfs.**

*Ich will es noch deutlicher ausdrücken: Wir können nicht alle Aufgaben auf einmal lösen, weil dazu die notwendigen Ressourcen nicht vorhanden sind. Die Daten können uns aber Entscheidungsgrundlagen liefern, wo Prioritäten gesetzt werden müssen.*

In diesem Zusammenhang ist der Jugendärztliche Dienst des Kreises Mettmann ein wichtiger Datenhalter. Er erhebt bei der jährlichen Schuleingangsuntersuchung teilstandardisierte/standardisierte Befunde eines ganzen Jahrgangs, so dass sich die dokumentierten Befunde zur Beantwortung einer breiten Palette von Fragen heranziehen lassen.

Ziel unseres ersten Berichtes ist es, unter Berücksichtigung bereits vorliegender Erkenntnisse und repräsentativer Untersuchungen, einen Überblick über schulrelevante Gesundheitsaspekte unserer Kinder zu ermöglichen. Darüber hinaus soll dem gesundheitlichen Interesse von Kindern insgesamt mehr Gewicht verliehen werden.

Der Bericht umfasst die Bereiche Sprache, Motorik, Sehen und Hören, Mund- und Zahngesundheit, Impfstatus sowie die Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 und eine abschließende Bewertung.

Ich bin davon überzeugt, dass dieser Bericht den Auftakt zu einem konstruktiven Dialog um die Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit bildet. Deshalb wünsche ich mir auch eine intensive Auseinandersetzung mit dem vorliegenden Bericht. Dazu sind alle Einrichtungen, Institutionen und Organisationen innerhalb des Kreisgebietes aufgefordert.

Zentrale Bedeutung wird dabei insbesondere der Gesundheits- und Pflegekonferenz des Kreises Mettmann zukommen. Dort wird die Diskussion mit allen Mitgliedern geführt werden müssen, um sich über den aus diesem Bericht resultierenden Handlungsbedarf, notwendige Prioritäten sowie konkrete Umsetzungsschritte zu verständigen.

Abschließend möchte ich mich an dieser Stelle ausdrücklich bei allen direkt und indirekt an der Entstehung des Berichtes Beteiligten bedanken.



Thomas Hendele  
Landrat

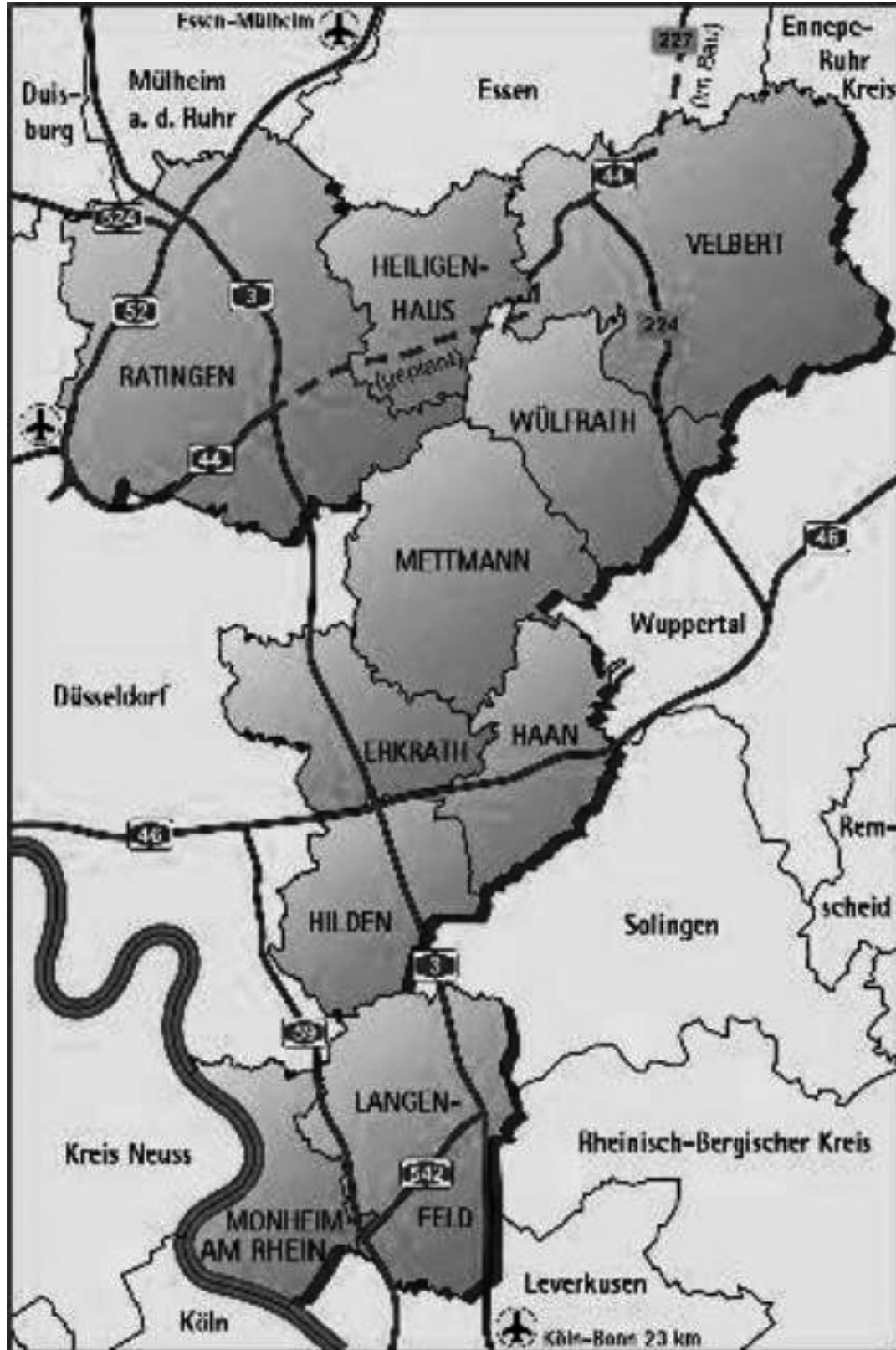
Vorsitzender der Gesundheits- und Pflegekonferenz des Kreises Mettmann



# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Vorwort</b>	1
<b>Einführung in die Gesundheitsberichterstattung</b>	5
<b>Soziodemographische Daten</b>	7
<b>Einführung in die Schuleingangsuntersuchung</b>	9
<b>Schwerpunktthemen</b>	
Schwerpunkt Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen	13
Schwerpunkt Motorik, Koordination und visuelle Wahrnehmung	17
Schwerpunkt Sehen	21
Schwerpunkt Hören	23
Schwerpunkt Mund- und Zahngesundheit	25
Schwerpunkt Impfungen	31
Schwerpunkt Vorsorgeuntersuchungen	35
<b>Resümee</b>	39
<b>Literatur</b>	40

Der Kreis Mettmann



## Einführung in die Gesundheitsberichterstattung

Vor dem Hintergrund prioritärer Gesundheitsprobleme und der damit verbundenen Diskussion von Lösungsansätzen rückt das Instrument Gesundheitsberichterstattung immer mehr in den Fokus der Betrachtungen. Insofern ist es notwendig, vor dem **ersten Gesundheitsbericht** des Kreises Mettmann, dem Leser eine kurze Einführung in das Thema zu bieten.

## Historie

Die systematische Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung (GBE) erfolgte in NRW erst vor gut 10 Jahren. Seither hat sie sich allerdings sowohl auf der kommunalen Ebene als auch auf der Landes- und Bundesebene sowie in der Europäischen Union dynamisch entwickelt. Davor wurden im Wesentlichen Tabellensammlungen und andere Abbildungen empirischer Sachverhalte durch die statistischen Ämter veröffentlicht.

## Allgemeines

GBE ist eine sehr anspruchsvolle Aufgabe, die allgemein darauf zielt: Die Transparenz im Gesundheitswesen zu verbessern sowie Orientierungsgrundlagen und Entscheidungskriterien für gesundheitspolitische Planungen und für die Steuerung von Maßnahmen zu geben. Damit ist GBE mehr als die Dokumentation von Daten, sie stellt vielmehr einen handlungsorientierten Prozess dar. In der Literatur findet man dazu eine Vielzahl von Definitionen. Versucht man die unterschiedlichen Definitionen in einer Aussage zusammenzufassen, so kann man GBE als systematische, zielgruppenorientierte Darstellung, Analyse und Aufbereitung von Daten des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, der regionalen Gesundheitsgefährdung sowie des Systems der Gesundheitsversorgung und der Inanspruchnahme seiner Einrichtungen beschreiben.

Die GBE setzt sich im Wesentlichen aus drei Aufgabenbereichen zusammen:

- **Bereitstellung gesundheitsrelevanter Daten und Erkenntnisse** auf unterschiedlichen Ebenen, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung und ihre Versorgung möglichst kontinuierlich zu erfassen und zu beschreiben.

- **Interpretation und Bewertung** dieser Ergebnisse hinsichtlich des Erreichten aber auch der Defizite und Probleme.
- **Beurteilung und Evaluation** der Umsetzung und des Erfolgs von Maßnahmen.

Diesen drei Aufgabenbereichen können dann noch verschiedenen Teilaufgaben und Tätigkeiten zugeordnet werden.

## Nutzergruppen

Als Adressaten von Gesundheitsberichten kommen nicht nur einzelne Handlungsträger in Frage, sondern alle Akteure, die gesundheitspolitische Maßnahmen ergreifen oder unterstützen können. Im Kreis Mettmann werden derzeit drei primäre Nutzergruppen definiert:

- **Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung** (hier liefert die GBE eine wichtige Arbeits- und Entscheidungsgrundlage)
- **Öffentlichkeit / Bürger** (hier bietet die GBE eine Informationsquelle über das gesundheitliche Lebensumfeld)
- **Institutionen und Einrichtungen**, die sich mit dem jeweiligen Thema beschäftigen

## Berichtsformen

Man unterscheidet drei Berichtsformen, die auf unterschiedlichen Voraussetzungen aufbauen und unterschiedliche Aufgaben erfüllen.

- Die **indikatorengestützte Berichterstattung** liefert einen Überblick über die wichtigsten Gesundheitsdaten. Dabei sind die Themenfelder und Indikatoren durch die Landesgesundheitskonferenz spezifiziert und mit den anderen Bundesländern abgestimmt worden. Insgesamt sind den zahlreichen Indikatoren elf Themenfeldern zugeordnet.
- **Basisberichte** beschreiben die wichtigsten verfügbaren Gesundheitsdaten einer Region. Ein Basisbericht deckt dabei immer eine breite Palette an Themen ab und dient sozusagen als „Nachschlagewerk“.

- Themenorientierte Gesundheitsberichte behandeln vertieft Problem- und Fragestellungen, die für die Region von besonderer Bedeutung sind. In ihnen werden ausgewählte Themenbereiche vertiefend dargestellt. Zusätzlich zu bereits dafür vorhandenen Datenquellen werden auch Ergebnisse aus eigens dafür durchgeführten Untersuchungen herangezogen.
- die vollständige Abbildung bestimmter Parameter eines Jahrganges zulassen  
und
- durch ein standardisiertes Untersuchungsverfahren erhoben werden.

## Rechtsgrundlagen

Gesundheitsberichterstattung (GBE) stellt nach dem Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (ÖGDG) eine „pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe“ dar. Daraus folgt, dass die Gemeinde keine Entscheidungsfreiheit darüber hat, ob sie diese Aufgabe erfüllen will. Lediglich das „Wie“, also die Art und Weise der Aufgabenerfüllung kann sie selbst gestalten.

Nach § 21 ÖGDG erstellen die unteren Gesundheitsbehörden zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 6 ÖGDG regelmäßig Gesundheitsberichte auf der Grundlage eigener und der in der Gesundheitskonferenz beratener Erkenntnisse und machen sie der Öffentlichkeit zugänglich. Eine Konkretisierung erfolgt im Teil II der Ausführungsverordnung zum Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (AV-ÖGDG). Nach § 8 AV-ÖGDG soll GBE der Politik, Fachöffentlichkeit und der Bevölkerung Informationen über die gesundheitliche Situation, Gesundheitsrisiken und Versorgung mit Gesundheitsleistungen liefern und Handlungsbedarfe aufzeigen. Die kommunale GBE bildet danach eine Grundlage für kommunale Planungs- und Umsetzungsprozesse und dient zugleich der Kontrolle und Qualitätssicherung bei der Umsetzung der Empfehlungen der kommunalen Gesundheitskonferenz.

## GBE im Kreis Mettmann

Mit dem vorliegenden Bericht, der den themenorientierten Gesundheitsberichten zuzuordnen ist, wird der erste Versuch unternommen, sich im Kreis Mettmann der Gesundheitsberichterstattung thematisch zu nähern. Aus diesem Grund war es wichtig, einen Bereich zu wählen, in dem aktuelle und valide Daten vorhanden sind und eine große gesundheitspolitische Relevanz vorlag. Insofern wurde auf den Bereich der Kindergesundheit fokussiert, wobei in diesem Bericht nicht alle Aspekte der Kinder- und Jugendgesundheit berücksichtigt werden konnten. Im Rahmen der Berichterstattung wurde deshalb primär auf Daten der Schuleingangsuntersuchung zurückgegriffen, da sie:

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass die Daten jährlich erhoben werden und somit Entwicklungen sowie Veränderungen erkannt werden können. Komplettiert wird das Bild durch Daten des Schulzahnärztlichen Dienstes.

Durch die Fokussierung auf Daten der Schuleingangsuntersuchung bleiben natürlich andere Bereiche wie Umwelt und soziale Lage der Kinder und Jugendlichen unberücksichtigt. Dabei kommt gerade der Verknüpfung von Sozialdaten der Kinder und Jugendlichen mit Gesundheitsdaten eine zentrale Bedeutung zu, da die Zusammenhänge von sozialer Herkunft und Gesundheitszustand in zahlreichen sozialpädiatrischen Untersuchungen nachgewiesen wurden (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Hier ist perspektivisch eine engere Verknüpfung der Gesundheits- mit den Sozialdaten wünschenswert.

Abschließend bleibt zu konstatieren, dass die GBE im Kreis, wie übrigens in anderen Kommunen auch, durch Diskontinuität, qualitativ mangelnde Datenlage und insbesondere durch unzureichende personelle sowie finanzielle Ressourcen gekennzeichnet ist. Dies gilt es in weiterer Zukunft zu verbessern.

## Soziodemographische Daten

Der Kreis Mettmann grenzt im Westen an die Landeshauptstadt Düsseldorf. Nördlich schließen sich die Städte Duisburg, Mülheim a.d.R. und Essen an. Im östlichen Teil verfügt der Kreis mit den Städten Wuppertal, Solingen, dem Ennepe-Ruhr-Kreis sowie im Süden mit dem Rheinisch-Bergischen-Kreis, den Städten Leverkusen und Köln und dem Kreis Neuss über eine gemeinsame Grenze.

Das Kreisgebiet setzt sich aus 10 Städten zusammen und umfasst insgesamt eine Fläche von 407,09 km<sup>2</sup>. Damit ist der Kreis Mettmann flächenmäßig der kleinste Kreis in Nordrhein-Westfalen.

Zum 31.12.2002 lebten insgesamt 508.703 Personen im Kreisgebiet. (Der Kreis ist einwohnermäßig der drittgrößte Kreis in NRW.)

Stadt	Einwohner	Fläche (qkm)	Einwohner (je qkm)
Erkrath	48.304	26,86	1.798
Haan	29.518	24,22	1.219
Heiligenhaus	28.373	27,47	1.033
Hilden	56.753	25,95	2.187
Langenfeld	58.737	41,07	1.430
Mettmann	39.206	42,53	922
Monheim a.R.	43.749	23,13	1.891
Ratingen	91.967	88,72	1.037
Velbert	89.478	74,90	1.195
Wülfrath	22.618	32,23	702
<b>Insgesamt</b>	<b>508.703</b>	<b>407,09</b>	<b>1.250</b>

Tabelle 1: Quelle: LDS NRW, Stand: 31.12.2002

Der absolute Anteil der unter 6-jährigen Kinder betrug zum Stichtag 31.12.2002 insgesamt 28.479, der Anteil der 6-18-jährigen Personen 64.798.

Ein differenziertes Bild ergibt sich, wenn einzelne Städte des Kreises betrachtet werden. So variiert der relative Anteil der 6- bis 18-jährigen an der Gesamtbevölkerung von 12,0 % (Hilden) bis 13,8 % (Monheim am Rhein). Ähnlich differenziert zeigt sich auch das Bild bei der Bevölkerung > 65 Jahre (Abb. 1).

Dort liegen die Werte zwischen 17,4 % (Erkrath) und 19,5 % (Haan).

Bei den unter 6-Jährigen ist das Bild dagegen recht homogen von 5,3 % (Erkrath) bis 5,9 % (Haan).

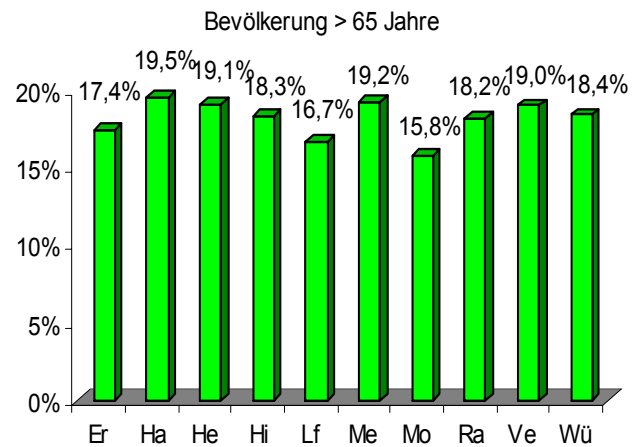


Abb. 1: Quelle: LDS NRW; Stand 30.09.2003

Die gesellschaftlich wichtigste Begleiterscheinung von eingeschränkter Wirtschaftskraft ist die Arbeitslosigkeit. Mit einer Quote von 7,9 % liegt der Kreis Mettmann sowohl unter dem Landesdurchschnitt NRW (10,7%) als auch dem Durchschnitt des Regierungsbezirks Düsseldorf (10,8 %).

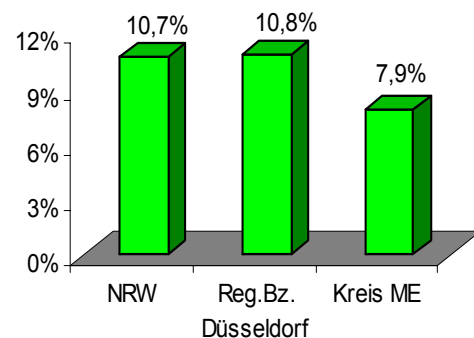


Abb. 2: Quelle: LDS NRW; Stand 30.09.2003

Obwohl derzeit eine Verknüpfung zwischen sozio-ökonomischen Daten und Gesundheitsdaten nicht möglich ist, ist es dennoch sinnvoll, auch einige Sozialhilfedaten zu betrachten.

Zum Stichtag 31.12.2003 waren im Kreis insgesamt 16.654 Personen von der Sozialhilfe betroffen. Betrachtet man den zeitlichen Verlauf, so ist festzustellen, dass vom 31.12.2001 bis zum 31.12.2002 eine absolute Zunahme von 830 sozialhilfeberechtigte Personen erfolgte.

Bis zum Stichtag 31.12.2003 nahm dann die absolute Zahl der Hilfeempfänger um 751 Personen ab (Abb. 3).

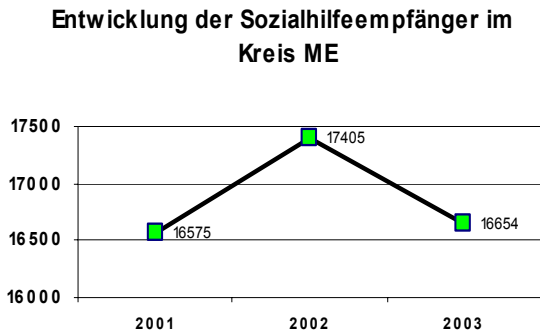


Abb. 3: Quelle: Kreis Mettmann, Sozialamt

Der relative Anteil der Sozialhilfeempfänger ist in den einzelnen kreisangehörigen Städten sehr unterschiedlich.

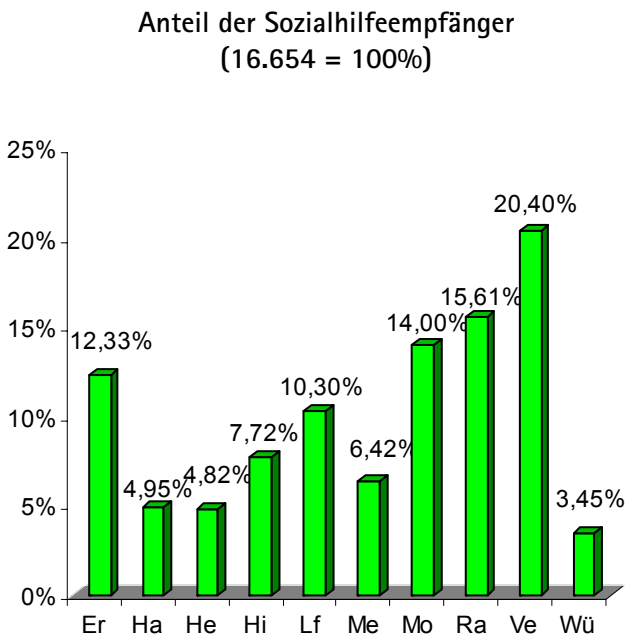


Abb. 4: Quelle: Kreis Mettmann, Sozialamt

Bei Betrachtung der Zahlen der einzelnen Altersgruppen ist festzustellen, dass von den gesamten Sozialhilfeempfängern im Kreisgebiet durchschnittlich 40,07 % der 0- bis 17-Jährigen Sozialhilfe empfangen. Dieser Kontext ist deshalb relevant, weil zahlreiche Studien belegen, dass soziale und ökonomische Lebensverhältnisse weit reichende Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebenserwartung der Kinder haben. Es muss jedoch darauf hingewiesen

werden, dass aufgrund des vorliegenden Datenmaterials keine Aussagen zum Zusammenhang von ungünstigen Faktoren (Sozialhilfebezug, Wohnverhältnisse etc.) und Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in den einzelnen Städten getroffen werden können.

In den einzelnen Städten sieht das Bild des Anteils der Sozialhilfeempfängern zwischen 0 und 17 Jahren sehr heterogen aus. Die relativen Werte liegen dort zwischen 37,08 % (Langenfeld) und 42,65 % (Velbert).

**Anteil der Sozialhilfeempfänger 0–17 Jahre**

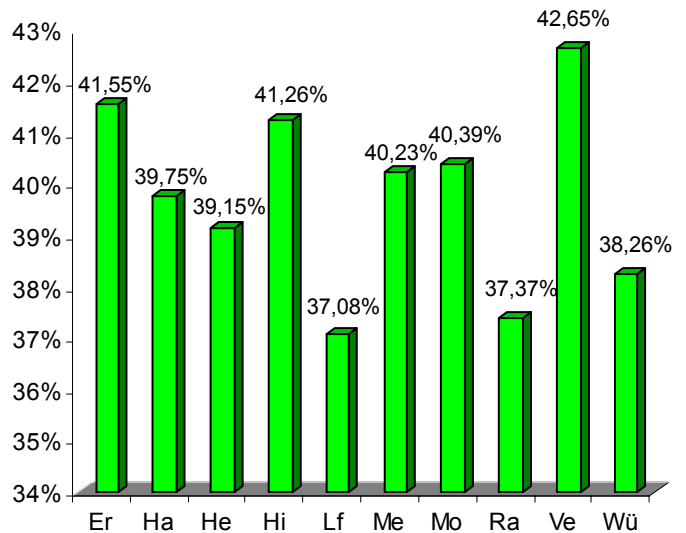


Abb. 5: Quelle: Kreis Mettmann, Sozialamt

## Fazit:

Es wäre sicherlich aufschlussreich, auch im Kreis Mettmann eine systematische Untersuchung über den Zusammenhang von sozialen Lebensbedingungen und Kinder- und Jugendgesundheit durchzuführen. Dazu ist es jedoch perspektivisch notwendig, eine ausreichende Basis an sozialepidemiologischen Daten zu schaffen.



## Einführung in die Schuleingangsunter- suchung

### Allgemeines zu den Schuleingangsuntersuchungen

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Kreisgesundheitsamtes führt jährlich die Schuleingangsuntersuchungen (SEU) durch. Es handelt sich hierbei um ein Screening-Verfahren mit dem Ziel, Auffälligkeiten in der Entwicklung und andere gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Schulneulingen möglichst früh zu erkennen, um die Kinder ggf. einer entsprechenden Fördermaßnahme noch vor Schulbeginn zuzuführen.

Die Kinder werden individualmedizinisch auf der Grundlage von aktuellen Befunden und der Krankheitsgeschichte untersucht. Hierzu gehört auch die Ermittlung bisher nicht erkannter bzw. behandelter Erkrankungen.

Schwerpunkt der Untersuchung – neben der Prüfung der körperlichen Voraussetzung eines Schulbesuchs – ist die Ermittlung des individuellen Entwicklungsstandes unter besonderer Berücksichtigung schulrelevanter Fähigkeiten.

Im Vordergrund steht nicht, ob ein Kind die Schule besuchen kann, sondern welcher individuelle Förderbedarf bei bestehenden Defiziten notwendig ist. Mit dem neuen Schulrechtsänderungsgesetz 2003 gewinnt dieser Punkt an Bedeutung, da ab Herbst 2004 eine Zurückstellung um 1 Jahr nur noch auf Grund von gravierenden gesundheitlichen Gründen erfolgen darf.

Der Jugendgesundheitsdienst informiert die Schule über die Ergebnisse der Untersuchung, spricht eine fachliche Empfehlung aus und nimmt darüber hinaus eine beratende Funktion aus medizinischer Sicht ein. Jedes Jahr werden alle Kinder des zukünftigen schulpflichtigen Jahrganges untersucht. Mit diesen flächendeckenden Untersuchungen verfügt der ÖGD über ein Datenmaterial zu gesundheitlichen Fragestellungen von Schulneulingen eines kompletten Jahrgangs als Grundlage für eine kommunale Gesundheitsberichterstattung. Die Ergebnisse beruhen auf den SEU des zukünftigen schulpflichtigen Jahrgangs, inklusiv der Kinder, die auf Antrag vorzeitig eingeschult werden sollen. Bei der Auswertung wurden die Kinder nicht berücksichtigt, die bereits im Jahr zuvor schulpflichtig waren, aber für ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt wurden und die in der Regel den Schulkindergarten besucht haben.

Die SEU erfüllt somit individual-, arbeitsmedizinische, sozialkompensatorische und epidemiologische Funktionen.

## Jugendgesundheitliches Untersuchungsprogramm

Um eine Vergleichbarkeit der Untersuchungsergebnisse zu gewährleisten, untersucht der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Kreises Mettmann nach den Standarddefinitionen des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD), dem so genannten Bielefelder Modell.

Schwerpunkt der Untersuchung und Erfassung bildet die schulrelevante Diagnostik, um

- Hinweise auf mögliche zukünftige schulische Schwierigkeiten geben zu können
- spezielle Förder- und Therapiemaßnahmen anzuregen
- schulisches Scheitern möglichst zu verhindern

Dies betrifft vor allem die Bereiche:

- Motorik und Körperkoordination
- visuelle Wahrnehmung und Visuomotorik
- verbale Kommunikationsfähigkeit, also Sprach- und Sprechfähigkeit

Auffälligkeiten in diesen Bereichen können zum einen auf neurologische Erkrankungen oder verminderte intellektuelle Fähigkeiten hindeuten, zum anderen aber auch bei Kindern auftreten, die weder in der Intelligenz gemindert sind, noch eine umschriebene neurologische Erkrankung aufweisen.

Diese "Risikokinder" haben nach einer Untersuchung von Esser (ESSER, 1991) im Vergleich zu altersentsprechend entwickelten Kindern

- signifikant schlechtere Schulleistungen, die ohne vorliegende Intelligenzminderung in den Bereich der Minderbegabten absinken
- dreimal so häufig fehlende Ausbildung (16% vs. 6%) und ebenso häufig längere Arbeitslosigkeit (12% vs. 4%)
- dreimal so häufiges Auftreten sekundärer kinderpsychiatrischer Störungsbilder (46% vs. 14%) mit zunehmender Tendenz zu späteren Störungen des Sozialverhaltens
- viermal so häufige Straffälligkeiten im Jugendalter (22% vs. 5,8%)

Die frühzeitige Erkennung von Indikatoren für Teilleistungsschwäche ist somit sowohl von großer individueller als auch von ganz erheblicher ökonomischer und sozialpolitischer Bedeutung.

Darüber hinaus wird eine Begutachtung

- der körperlichen Entwicklung inkl. des Sehens und Hörens

- des Impfstatus und der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen des Säuglings und Kleinkindes U1-U9 vorgenommen.

## Untersuchungsablauf

Ein Team, bestehend aus je einer Ärztin und einer Assistentin, führt die SEU in den 12 Neben- und Untersuchungsstellen des Kreisgesundheitsamtes in den Städten des Kreises Mettmann durch.

Die Untersuchungen finden jeweils von September bis Ende April für die im Sommer anstehende Einschulung statt. Dabei werden die Kinder möglichst nahe am 6. Geburtstag einbestellt.

Auffällig ist die ansteigende Fallzahl der zunehmend zeitaufwendigen Verfahren zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs (VoSF).

Untersuchungsart	1998	2000	2001	2002	2003
Kindergarten	2115	772	282	3277	2087
Einschulung	5687	5027	4339	5210	5543
VoSF	475	461	482	521	544

Tabelle 2: Anzahl der Untersuchungsarten im Verlauf der Jahre 1998, 2000-2003

Die Untersuchungszeit der Ärztin für die SEU beträgt durchschnittlich 30 Minuten.

Die Assistentin erfasst und dokumentiert den Impfstatus und überträgt Informationen aus dem Vorsorgeheft auf die Karteikarten. Sie führt den Seh- und Hörtest sowie Teile eines visuomotorischen Testes durch.

Um Kindern eine notwendige Förderung möglichst frühzeitig ermöglichen zu können, werden im Kreis Mettmann Kindergartenuntersuchungen - aus Personalmangel nicht flächendeckend - durchgeführt. Empfohlene Maßnahmen und Fortschritte können dann bei der SEU nachgehalten und begutachtet werden.

Wird eine Auffälligkeit festgestellt, so wird den Eltern empfohlen, den eventuellen Bedarf einer Fördermaßnahme durch den/die behandelnde/n Kinderarzt/-ärztin abklären zu lassen. Bei unvollständigem Impfstatus wird eine Impfberatung vorgenommen.

Die Grundschulen werden im zeitlichen Vorfeld in einer schriftlichen Zusammenfassung der SEU über jedes Kind informiert.

## Datenerfassung

Alle erhobenen Befunde werden in den Befundfeldern "Hör- und Sehleistung", "Motorik/Koordination/Wahrnehmung" und "Sprache" nach einer festgelegten Codierung erfasst. Darüber hinaus werden Impfungen und die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen U1- U9 dokumentiert. Außerdem werden die Ergebnisse verschiedener Untersuchungssiteme, die zusätzliche detaillierte Informationen z.B. zur motorischen Entwicklung liefern, in Form von Punktwerten gesondert auf diesen Bögen eingetragen.

Die so codierten Befunde werden auf einem anonymisierten Bogen eingetragen und vom LÖGD in einer Grundtabelle ausgewertet.

A	Befund mit Arztempfehlung zur weiteren Abklärung
B	bereits in Therapie
X	Befund z. Z. ohne Handlungsbedarf
O	konnte nicht durchgeführt werden
D	Befund mit erheblicher Leistungsbeeinträchtigung

Tabelle 3: Befundkategorien zur standardisierten Erfassung nach dem Bielefelder Modell

## Sozialdaten

Ein Zusammenhang von gesundheitsbezogenen Auffälligkeiten und sozialer Benachteiligung ist aus sozialepidemiologischen Studien bekannt. Eine Erfassung und Auswertung von Sozialdaten ist zur Zeit im Kreis Mettmann nicht möglich.

Es ist zu vermuten, dass einige der im folgenden Bericht beschriebenen auffälligen Befunde in höherem Maß bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus vorzufinden sind und die Teilnahme an präventiven Maßnahmen z.B. Impfungen und Vorsorgeuntersuchung aus dieser Gruppe niedriger ist (Vgl. Gesundheitsberichte aus Brandenburg 1999, Düsseldorf 2003 und Salzgitter 2002).

In einzelnen Städten des Kreises werden modellhaft, in Anlehnung an die Vorgehensweise des Landes Brandenburg, die Eltern über ihre Schulbildung und ihre Erwerbstätigkeit befragt. Diese beiden Merkmalen bilden einen Sozialindex, der eine Einteilung der Schulneulinge hinsichtlich des Sozialstatus ermöglichen soll. Auf eine Auswertung wurde allerdings auf Grund nicht hinreichend trennscharfer und aussagekräftiger Kriterien verzichtet.

## Angaben zum Qualitätsmanagement

Im Jahr 2000 wurde eine interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe zum Thema Qualitätsmanagement gegründet, die seitdem fünfmal pro Jahr zusammenkommt.

Ziele sind:

- Erhebung solider Daten für die Gesundheitsberichterstattung
- Verminderung von Untersuchervarianzen durch:
  - Aufdeckung von Fehlerquellen
  - Definition der Ursachen
  - Entwicklung von Lösungsvorschlägen
- Abgleich von Auftraggebererwartungen und Leistungen durch Gutachten (Kundenzufriedenheit)
- Fokussierung der Untersuchungsitems auf schulrelevante Befunde

Vorbereitete und umgesetzte Themenbereiche:

- Standardisierung von Untersuchungsabläufen, wie
  - Hörprüfung
  - Sehtest
  - Kindergartenuntersuchung
  - Einschulungsuntersuchung
  - Untersuchung im Rahmen der Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs
- Einrichtung von Rückmeldesystemen bei auffälligen Befunden im Bereich Hören und Sehen
- Überarbeitung der Dokumentation
- Überarbeitung und Neugestaltung von Vordrucken für Gutachten und Formulare
- Konzeptionelle Überlegungen zur Schwerpunktsetzung und zeitlichem Ablauf der jugendärztlichen Untersuchungen
- Intensivierung der Funktion Betriebsarzt Schule
- Vorbereitung von jährlichen Qualitätsmanagement-Seminaren mit externen Experten



## Schwerpunkt Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen

Sprachentwicklung und Interaktion mit der Umwelt sind die wichtigsten Bedingungen für die kognitive Entwicklung (Jean Piaget).

Eine normale Sprachentwicklung setzt voraus, dass das Kind eine Reihe von Entwicklungsprozessen erfolgreich durchläuft und dabei grundlegende Fähigkeiten erwirbt.

Eine Vielzahl von Faktoren - unter anderem auch das Zusammenspiel von biologischen Komponenten und sozialen Bedingungen - können diese Entwicklung hemmen oder stören; Störungen im Sprachverständnis und/oder Sprachgebrauch sind die Folge.

Die Sprachentwicklung ist zudem ein sensibler Indikator für weitere oder später auftretende Teilleistungsstörungen. Sprachstörungen treten häufig gemeinsam mit anderen Auffälligkeiten oder Störungen im Bereich Motorik, Sensorik, Kognition und Emotion auf.

Sprach-, Sprech- und Stimmstörung (kurz: Sprachstörungen) beeinträchtigen die individuelle Entwicklung der betroffenen Kinder, den Start in der Schule und damit den weiteren Lebensweg.

Mögliche Ursachen für Sprachstörungen sind:

- angeborene Veranlagung
- Erkrankungen und zu spät erkannte Hörbehinderungen
- eine spracharme und anregungsarme Familie und Umwelt
- ein ungünstiger Verlauf des Spracherwerbs bei Mehrsprachigkeit
- eingeschränkte intellektuelle Leistungsfähigkeit

### Untersuchungsmethode

Um eine gravierende Sprachstörungen festzustellen, werden in den Schuleingangsuntersuchungen folgende Sprachleistungen überprüft:

- kommunikative Kompetenz
- allgemeines Sprachverständnis
- Wortschatz
- Artikulation
- allgemeine Erzählstruktur
- grammatikalische Strukturen
- Sprechablauf
- Stimme

Diese Überprüfung der Sprachleistung erfolgt während der gesamten Dauer der Schuleingangsuntersu-

chung. Zusätzlich werden farbige Bildertafeln eingesetzt.

Alle in diesem Bereich erhobenen Teilaspekte finden bei gravierenden Auffälligkeiten Eingang in die Befundkategorie "Sprachstörung". Bei auffälligen Befunden, die noch nicht behandelt werden, wird den Eltern empfohlen, den/die Kinderarzt/ärztin aufzusuchen.

Bei Kindern mit einer anderen Muttersprache als Deutsch wird besonders auf das Verstehen von Handlungsaufforderungen, den Wortschatz sowie den aktiven Sprachgebrauch geachtet. Die Deutschkenntnisse werden in folgende Kategorie unterteilt: „spricht fließend Deutsch“, „passiver und /oder aktiver Sprachgebrauch ausreichend“ und „Sprachgebrauch nicht ausreichend“.

Bei der Schuleingangsuntersuchung hat es sich als sinnvoll erwiesen, die Muttersprache eines Kindes (Sprache, die ein Kind zuerst gelernt hat und meist bis zum Eintritt in den Kindergarten gesprochen hat) zu erfragen. Die Angabe des Herkunftslandes bzw. der Staatsangehörigkeit ist nicht in jedem Fall mit der Muttersprache identisch (z.B. bei sog. Russlanddeutschen).

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass das Schulrechtsänderungsgesetz vom 2.7.2003 in die Allgemeinen Schulordnung eine neue Regelung eingeführt hat, nach der die Schule im Rahmen des Anmeldeverfahrens die Kinder bzgl. hinreichender deutscher Sprachkenntnisse überprüfen soll und zur Teilnahme an vorschulischen Sprachförderkursen verpflichtet kann.

Die hier vorgenommenen schulärztlichen Untersuchungen ersetzen dabei nicht die verantwortlichen pädagogischen und schulorganisatorischen Feststellungen. Aus den ansonsten medizinisch ausgerichteten Untersuchungsgängen ergibt sich jedoch als Nebeneffekt die hier beschriebene orientierende Kategorisierung. Diese wird einerseits als vorbeobachtender Hinweis an die Schule übermittelt, andererseits wird dadurch erst die nachfolgend dargestellte epidemiologische Erfassung und Auswertung ermöglicht.

### Ergebnisse

#### • Sprachstörungen bei Schul-Neulingen

Im Jahr 2000 wurde bei 653 Kindern eine Sprachstörung festgestellt, im Jahr 2003 betraf dies 980 Kinder. Damit stieg der Anteil der Schulneulinge mit einer Sprachstörung von durchschnittlich 13% auf 17,6% an (Abb. 6). Im Jahr 2000 war jedes 8. Kind betroffen, im Jahr 2003 ungefähr jedes 6. Kind.

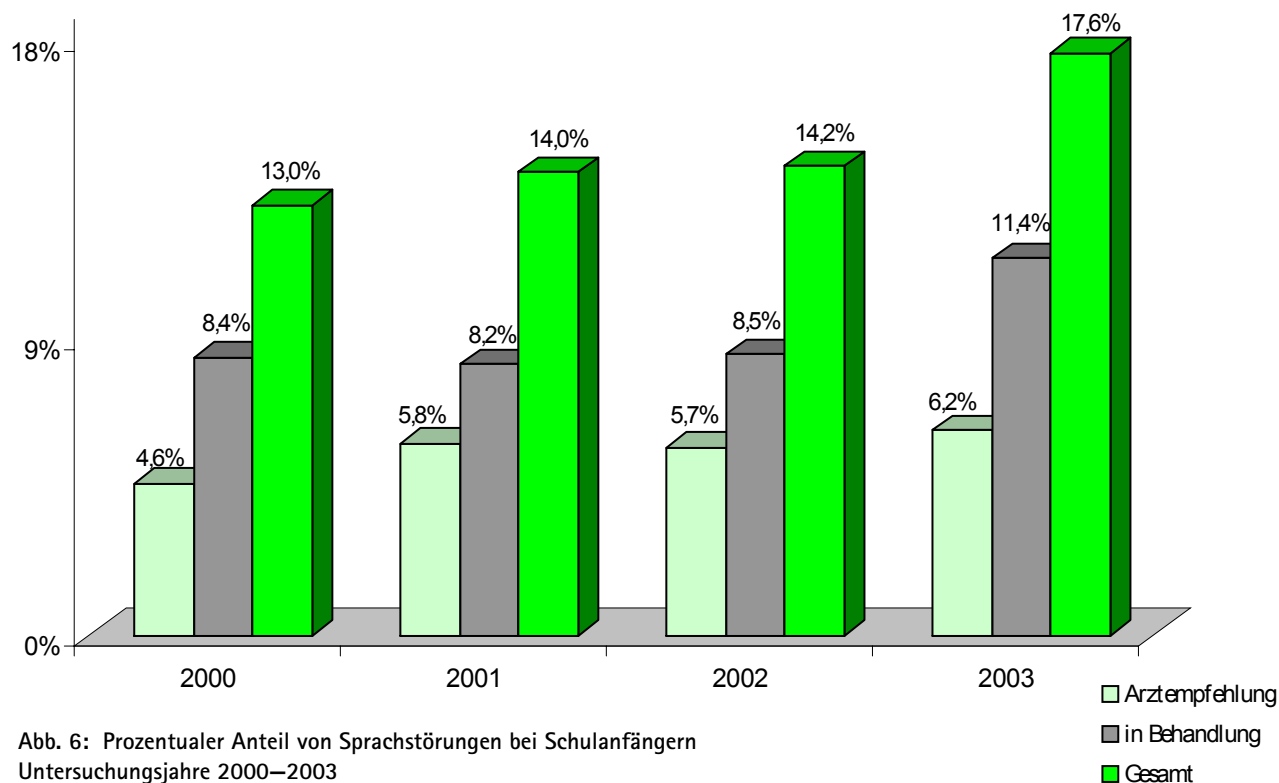


Abb. 6: Prozentualer Anteil von Sprachstörungen bei Schulanfängern  
Untersuchungsjahre 2000–2003  
Quelle: Schuleingangsuntersuchungen KGA Mettmann  
n/2000=5027, n/2001=4339, n/2002=5210, n/2003=5543

Eine Zunahme der Sprachstörungen wird auch in anderen Kreisen und Städten beobachtet (vgl. Düsseldorf in 2000 11%, in 2001 13,5 %).

Im Jahr 2003 erhielten 345 Kinder (6,2%) eine Arztempfehlung, 635 (11,4%) Kinder wurden bereits therapiert. Dabei stieg der Anteil der vom Gesundheitsamt ausgesprochenen Arztempfehlungen und der Anteil der sich in Therapie befindlichen Kinder im gleichen Verhältnis gegenüber dem Vorjahr an.

- **Deutschkenntnisse von Kindern nicht-deutscher Muttersprache**

Deutschkenntnisse sind für eine soziale Integration in unsere Gesellschaft und u.a. dem Zugang zum Gesundheitssystem sowie für einen Schulerfolg von herausragender Bedeutung. Im Jahr 2003 wurden insgesamt 800 Kinder nicht-deutscher Muttersprache untersucht (14,4%).

Davon wurden die Deutschkenntnisse bei 636 Kindern nicht-deutscher Muttersprache orientierend beurteilt (Abb. 7). 81,1 % der Kinder verfügten zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung über gute bzw. ausreichende Deutschkenntnisse.

Bei jedem 5. Kind mit nicht-deutscher Muttersprache – das sind 120 Kinder – wurden die deutschen Sprachkenntnisse als nicht ausreichend betrachtet und eine entsprechende Information an die Grundschule weitergegeben.

In annähernd jeder Schulklasse im Kreis Mettmann befindet sich mindestens ein Kind, welches auf Grund mangelnder Deutschkenntnisse weder dem Unterricht folgen noch sich aktiv beteiligen kann.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die Deutschkenntnisse bei den 45% der Kinder mit "passiver und aktiver Sprachgebrauch ausreichend", den schulischen Anforderungen tatsächlich genügen können.

Probleme mit der deutschen Sprache können die Diagnose von Sprachstörungen erschweren. Im Rahmen der Qualitätssicherung wurde der Frage nachgegangen, ob sich mangelnde Deutschkenntnisse von Kindern nicht-deutscher Muttersprache auf die Diagnosehäufigkeit auswirkt.

Im Jahr 2003 unterschied sich der Anteil der von den Ärztinnen des Gesundheitsamtes als behandlungsbedürftig eingestuften Kinder deutscher und nicht-deutscher Muttersprache kaum (6,1% vs. 6,9%). Kinder deutscher Muttersprache befanden sich zum Zeitpunkt der SEU mit 12% häufiger in einer Therapie als Kinder nicht-deutscher Muttersprache (8,6%).

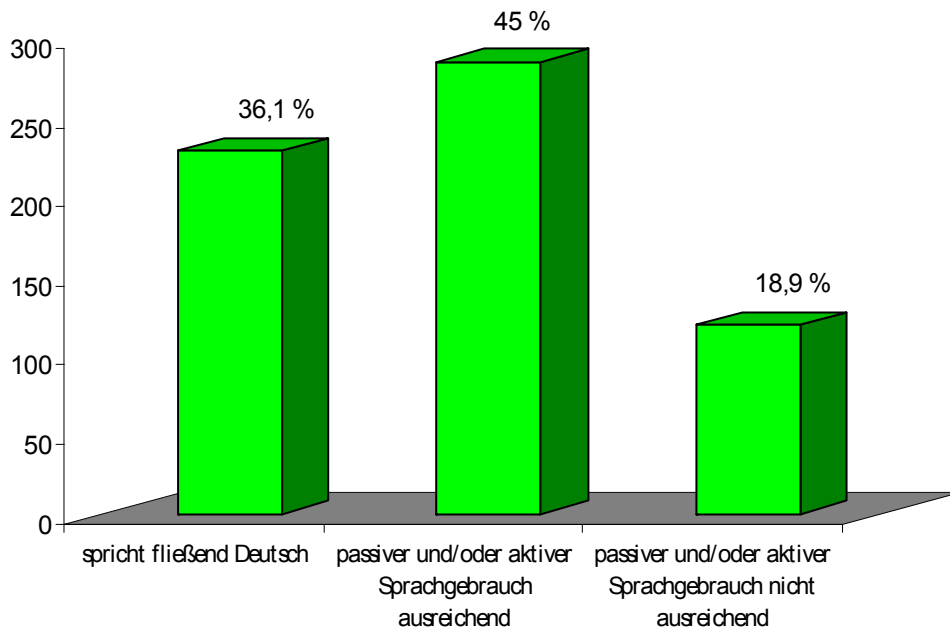


Abb. 7: Deutsche Sprachkenntnisse bei Schulanfängerinnen nicht-deutscher Muttersprache in Prozent im Untersuchungsjahr 2003  
Quelle: Schuleingangsuntersuchung KGA Mettmann  
n=636

**Fazit**

Für das Jahr 2003 bedeutet das:

**Jedes 6. Kind im Kreis Mettmann hat eine Sprachstörung.**

**Mindestens jedes 5. Kind nicht-deutscher Herkunftssprache verfügt nur über mangelnde Deutsch-Kenntnisse.**



Das betrifft ungefähr jedes 6. Kind deutscher Muttersprache und jedes 7. Kind nicht-deutscher Muttersprache.

## Empfehlungen

- Ausweitung von geeigneten Sprachfördermaßnahmen noch vor Schulbeginn unter Berücksichtigung der sozialen Lage der Stadtteile. Wichtig ist hier vor allem das Setting Kindertagesstätte
- Das Land stellt Mittel zur Sprachförderung von Kindern mit Migrationshintergrund zur Verfügung. Diese sollten verstärkt in den Ausbau erprobter Projekte zur Stärkung der Muttersprache und des Erwerbs der deutschen Sprache in Kindertagesstätten eingesetzt werden, um die Deutschkenntnisse vor Schulbeginn zu verbessern (z.B. Projekt "Rucksack")
- Weiterführung der Untersuchungen in Kindertagesstätten durch das Kreisgesundheitsamt
- Ausbau der Sprachheilambulanzen des Kreises Mettmann; Unterstützung des Projektes "Früherkennung von Sprachauffälligkeiten im Kindergartenalter" des Kreissozialamtes
- Verbesserung der Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure auf Stadtebene unter Einbeziehung von Bildungsträgern, Grundschulen, Gesundheitsamt, Jugendämtern, Kindertageseinrichtungen, niedergelassenen Kinderärzten, Therapeuten, Migrantenorganisationen etc.
- Verbesserung des Informationsaustausches von Gesundheitsamt, Kindertageseinrichtungen und Grundschulen über den Sprachstand.

## Kommentar von Barbara Städtler

Diplom Sprachheilpädagogin

Sprachheilbeauftragte des Kreises Mettmann

Mein Hauptschwerpunkt als Sprachheilbeauftragte des Kreises Mettmann liegt in der Prävention und Diagnostik von Sprachauffälligkeiten im Kindesalter und der Beratung von Eltern und Erzieher/-innen.

Wie wir wissen, steigen die Zahlen der sprachauffälligen Kinder von Jahr zu Jahr an. Die einzelnen Störungsarten können sich von phonetisch-phonologischen Auffälligkeiten (Dyslalien, Sigmatismen), bis hin zu Sprachentwicklungsverzögerungen (syntaktisch-morphologischer Art) oder auch orofazialen (mundmotorischen) Störungen erstrecken.

Meine Intention ist, für diese Kinder sensibel zu machen und darauf hinzuwirken, dass sie mit ihren Sprachproblemen und Sprachängsten ernst genommen werden.

Sprachauffällige Kinder schon frühzeitig adäquat zu behandeln und zu fördern, ist in Hinsicht auf Schule, Ausbildung und persönliche Entwicklung des Kindes ein elementares Thema.

Hier ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Elternhaus, Kindergarten und behandelndem/r Therapeut/in von großer Wichtigkeit:

- Was können Eltern machen?
- Worin besteht der Auftrag des Kindergartens?
- Kann im Kindergarten auch eine sprachliche Förderung stattfinden?  
Welche?

Ausgebildete Fachkräfte in den Sprachheilambulanzen stehen für eine Beratung zur Verfügung. Sie führen Elterngespräche durch und diagnostizieren die Kinder in den Einrichtungen. Eine eventuelle notwendige Therapie kann dann eingeleitet werden. Förderungsmöglichkeiten bei Sprachstörungen werden auch bei Kindern mit nicht-deutscher Muttersprache angeboten.

Ziel ist es, die Kinder in die nahe gelegenen Praxen des Kreises zu vermitteln oder bei leichteren Auffälligkeiten auch in den Sprachheilambulanzen zu behandeln.

Ein weiterer flächendeckender Ausbau der Sprachheilambulanzen wird langfristig angestrebt.



## Schwerpunkt Motorik, Koordination und visuelle Wahrnehmung

Bewegung ist ein elementares Bedürfnis von Kindern und eine wesentliche Voraussetzung für eine gesunde soziale, kognitive und emotionale Persönlichkeitsentwicklung. Erst vielfältige Bewegungserfahrungen ermöglichen einem Kind, sich und seinen Körper wahrzunehmen, seine Umwelt zu begreifen und damit auch zu beeinflussen.

Jean Piaget, ein herausragender Entwicklungspsychologe spricht von der "sensomotorischen Entwicklung". Für ihn bedeutet die Wahrnehmung mit allen Sinnen über die Bewegung die Basis der Intelligenz. Je mehr die Kinder aus sich heraus durch Bewegung die Umwelt erleben, desto günstiger verläuft die psychische und geistige Entwicklung der Kinder. Alles, was Kinder mit ihren Sinnen greifen können, können sie auch begreifen.

In der ganzheitlichen Betrachtung der kindlichen Entwicklung sind eine ausreichende motorische Koordination, Sprach- und Sprechfähigkeit und Wahrnehmungsfähigkeit von zentraler Bedeutung.

### Untersuchungsmethode

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird der individuelle Entwicklungsstand des Kindes in der Körperkoordination (Grob- und Feinmotorik) sowie in der visuellen Wahrnehmung und Visuomotorik standardisiert begutachtet. Dabei können die einzelnen Aspekte z.B. Feinmotorik, Koordination und Visuomotorik nicht isoliert betrachtet werden. Die Beobachtung des spontanen Bewegungsablaufes auch unter dem Aspekt der Händigkeit fließt ebenfalls in die Beurteilung mit ein.

Beurteilungskriterien in der Grobmotorik/Koordination sind:

- Einbeinhüpfen auf der Stelle
- Einbeinstand
- Fersengang rückwärts

Beurteilungskriterien in der Feinmotorik/Koordination sind:

- Berührung der einzelnen Finger mit dem Daumen (serielle Finger-Daumen- Opposition)
- Drehbewegung der Hände (Diadochokinese)

Beurteilungskriterien in der Visuomotorik/ visuellen Wahrnehmung sind:

- Gestalt-Rekonstruktion
- Optische Isolierung - Figurengrundwahrnehmung (Frostig)
- Gestalt-Reproduktion
- optische Identifizierung (Frostig)

Alle 3 Items werden einzeln nach einem Punktesystem ausgewertet und in die Kategorien „altersentsprechend unauffällig“, „auffällig“ und „Therapie notwendig“ eingestuft. Um die Graphiken übersichtlich zu halten, wurden die Daten aus den Jahren 2000 und 2003 dargestellt.

Als "auffällig" sind Kinder eingestuft, die sich durch eine stärkere Förderung zu Hause und beispielsweise im Kindergarten verbessern können. Als "therapiebedürftig" wurden die Kinder eingestuft, die eine von einem Experten durchgeführte Therapie benötigen.

In der abschließenden Beurteilung des motorischen Entwicklungsstandes unter Einbeziehung der Wahrnehmungsfähigkeiten fließen alle drei Items sowie die Beurteilung der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit mit ein. So wurde im Jahr 2003 bei 2,9% der Kinder eine Empfehlung an die Eltern, den Therapiebedarf mit dem behandelnden Kinderarzt zu erörtern, ausgesprochen. 5,5% der Kinder erhielten bereits wegen o.g. Auffälligkeiten eine entsprechende Therapie.

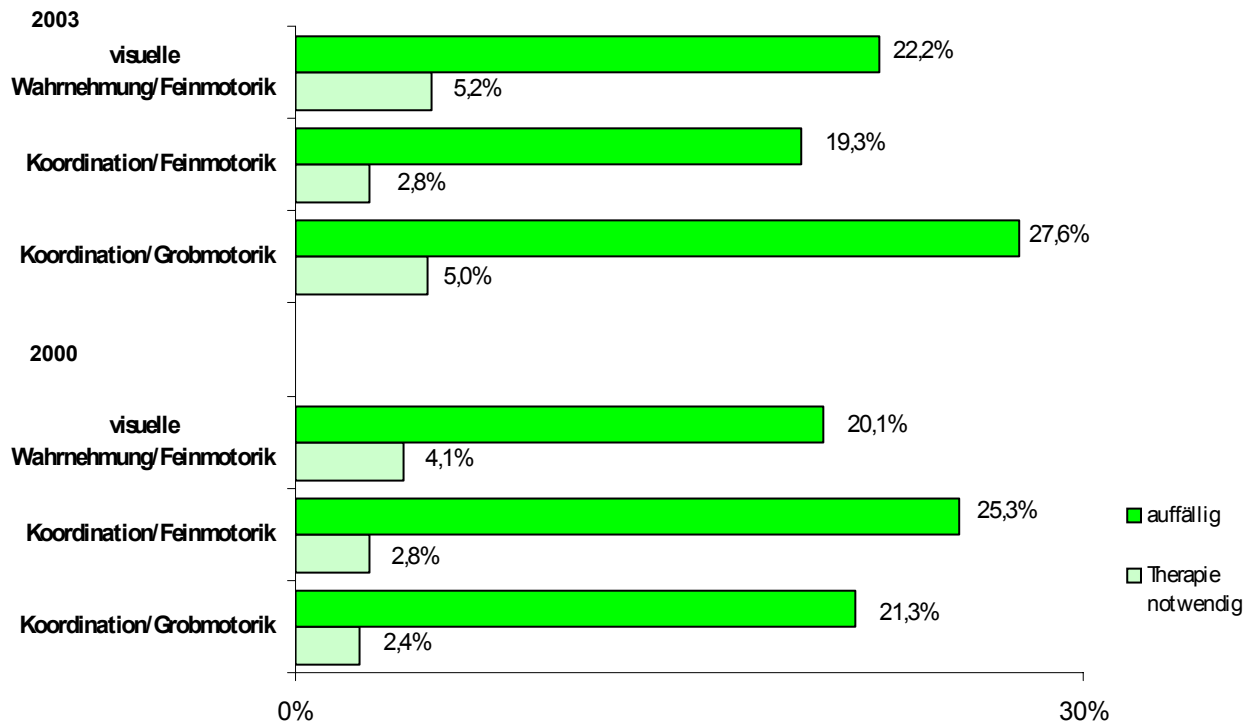


Abb. 8: Prozentualer Anteil der Schulanfänger mit Auffälligkeiten und Störungen der Koordination/Grob- und Feinmotorik und visuellen Wahrnehmung/Visuomotorik  
Untersuchungsjahre 2000 und 2003  
Quelle: Schuleingangsuntersuchung KGA Mettmann

## Ergebnisse

Abbildung 8 stellt den prozentualen Anteil der Auffälligkeiten und Störungen in der Grobmotorik/Koordination, Feinmotorik/Koordination und Visuomotorik/visuellen Wahrnehmung in den Jahren 2000 und 2003 dar.

- Auffälligkeiten im Bereich der Koordination/ Grobmotorik**

Im Jahr 2003 sind 1530 Kinder in der Motorik auffällig und 277 Kinder benötigen eine Therapie. Im Vergleich zum Jahr 2000 hat sich der Anteil der auffälligen Kinder auf 27,6% erhöht und der Anteil der therapiebedürftigen Kinder auf 5% verdoppelt. Im Jahr 2003 fallen damit 1/3 aller Kinder eines Jahrgangs im grobmotorischen Bereich auf.

- Auffälligkeiten im Bereich Feinmotorik/ Koordination**

Im Jahr 2003 sind 1070 Kinder in der Feinmotorik/Koordination auffällig und 155 Kinder therapiebedürftig.

Beim Vergleich in den Jahren 2000 und 2003 wird eine Rückgang der Auffälligkeiten auf 19,3% deutlich. Die Anzahl der therapiebedürftigen Kinder bleibt allerdings mit 2,8% konstant.

Im Jahr 2003 sind damit 1/5 aller Kinder eines Jahrgangs in der Ausführung der gestellten Aufgaben in der Feinmotorik auffällig.

Werte aus 2001 (24,7 %) und 2002 (21,4 %) - hier nicht aufgeführt- bestätigen den kontinuierlichen Rückgang der Auffälligkeiten.

- Auffälligkeiten im Bereich der Visuomotorik/ visuellen Wahrnehmung**

Im Jahr 2003 weisen 1230 Kinder auffällige Befunde in der Visuomotorik und der visuellen Wahrnehmung auf und 288 Kinder sind therapiebedürftig.

Die Anzahl sowohl der auffälligen als auch der therapiebedürftigen Befunde stieg im Untersuchungszeitraum von 20,1% auf 22,2% bzw. von 4,1% auf 5,2% im Jahr 2003 leicht an.

Im Jahr 2003 weisen damit mehr als 1/4 aller Kinder eines Jahrgangs Probleme in der Visuomotorik/visuellen Wahrnehmung auf.

Auffälligkeiten in der Körperkoordination und Wahrnehmung weisen auf Entwicklungsschwierigkeiten hin und können Indikatoren für Schulleistungsprobleme sein. Von den insgesamt 536 Kindern mit therapiebedürftigem Befund in einem oder mehreren o.g. Items im Jahr 2003 weisen 262 Kinder zusätzlich eine Sprachstörung auf. Von diesen Kindern mit Doppelbefunden waren 28 Kinder trotz einer Teilnahme der U 9 nicht in Behandlung.

- Exkurs zum Bewegungsförderungs-Projekt „LOTT JONN“ - Kindergarten in Bewegung

Das aus der Gesundheits- und Pflegekonferenz im Jahr 2000 entstandene Projekt LOTT-JONN hat das Ziel, die Anzahl der bewegungsauffälligen Kinder im Kreis Mettmann bis zum Jahr 2006 zu senken. Die Bewegungsförderung soll mehr als bisher ein integraler Bestandteil des Kindergartenalltags sein. In der Modellphase konnte die Sporthochschule Köln mit Hilfe eines standardisierten Testverfahrens (Körperkoordinationstest nach Kipphardt)

nachweisen, dass sich die Gesamtkörperkoordination von am Projekt beteiligten 5-jährigen Kindern nach einem halben Jahr intensiver Bewegungsförderung im Kindergarten im Vergleich zur Kontrollgruppe um 14,7% verbessert hat.

Abb. 9 stellt die Ergebnisse einer Untersuchung aus dem Jahr 2003 an 78 Kindern dar. Deutlich erkennbar ist ein Shift nach rechts in die Kategorien "normal", "gut" und "sehr gut" nach der Interventionsphase im Vergleich zum Projektstart.

## "LOTT JONN !"



Kindergarten in Bewegung ©

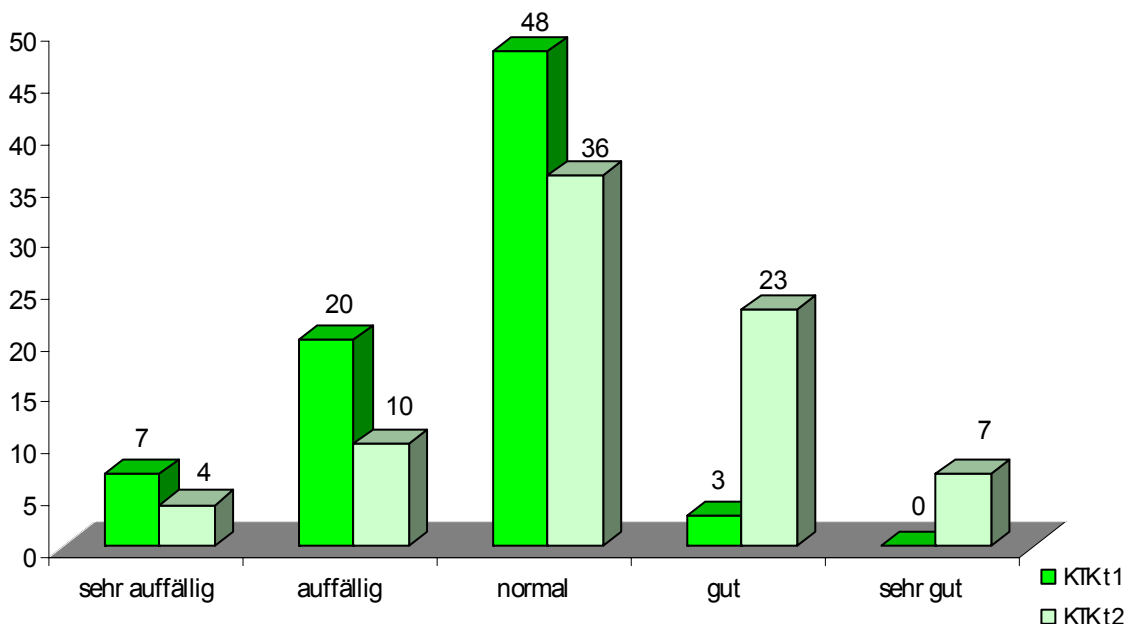


Abb. 9: Ergebnisse des Körperkoordinationstestes (KTK nach Kipphardt und Schilling 1974) im Rahmen des Projektes LOTT-JONN in Kindertagesstätten in Wülfrath, Velbert und Erkrath im Jahr 2003

Quelle: Projekt LOTT-JONN

n=78

## Fazit

Für das Jahr 2003 bedeutet das für den Jahrgang der Schulneulinge:

Jedes 3. Kind weist in der grob-  
motorischen Koordination auffällige  
Befunde auf.



Jedes 5. Kind weist in der feinmotorischen  
Koordination auffällige Befunde auf.



Jedes 4. Kind weist in der Visuomotorik  
und visuellen Wahrnehmung auffällige  
Befunde auf.



Jedes 20. Kind ist im Bereich der  
grobmotorischen Koordination und/oder  
Visuomotorik und visuellen Wahr-  
nehmung therapiebedürftig.

Insgesamt zeigen die Zahlen mit Ausnahme des fein-  
motorischen Bereichs eine deutliche Steigerung der  
auffälligen Befunde.

## Empfehlungen

- Sensibilisierung für die Bedeutung der frühen  
Bewegungsförderung
  - bei Eltern

- durch Weiterführung des Bewegungsförde-  
rungsprojektes LOTT - JONN in den Kindertag-  
esstätten
- durch Bewegungsförderungsprogramme in der  
Grundschule und den neu entstehenden offe-  
nen Ganztagsgrundschulen
- bei Städteplanern (Schaffung statt Reduzie-  
rung öffentlichen Raums für Spielplätze etc.)
- Kampagnen zur Erhöhung der Teilnahme vor al-  
lem an der Vorsorgeuntersuchung U9 (60.-64.  
Lebensmonat)
- Flächendeckende Weiterbildung der Fachkräfte in  
Schulen und Kindertagesstätten
- Engere Vernetzung aller beteiligten Institutionen,  
Träger und Einrichtungen, die einen Erziehungs-  
und Bildungsauftrag haben
- Schaffung von Angeboten für auffällige Kinder,  
z.B. psychomotorisch orientierte Bewegungsför-  
derung

## Kommentar von Heide Förster

Diplom-Sportlehrerin

Projektleiterin des Projektes

LOTT-JONN - Kindergarten in Bewegung

Es ist ein trauriges Bild, wenn in den verschiedenen  
Lebenswelten unserer Gesellschaft Bewegungsmög-  
lichkeiten nicht genutzt oder gar eingeschränkt  
werden- nicht nur vor dem Hintergrund der aktuel-  
len Bildungsdiskussion.

In der Zusammenarbeit mit dem Fachpersonal der  
Kindergärten wird immer wieder bestätigt, was Neu-  
robiologen mit ihren Forschungsergebnissen stützen:  
Bewegung beeinflusst die emotionale, kognitive und  
soziale Entwicklung von Kindern (und Erwachsenen)  
positiv. Können Kinder Ihren natürlichen Bewe-  
gungsdrang ausleben, machen sie nicht nur Erfah-  
rungen im motorischen Entwicklungsbereich, hier  
findet eine Förderung auf allen Ebenen statt! Je frü-  
her umso besser!

Mit LOTT-JONN versuchen wir diese - theoretisch  
getrennten und praktisch unterschiedlich gewichte-  
ten - Komponenten der Entwicklung von Kindern in  
einen ganzheitlichen Zusammenhang zu stellen.  
Erwachsene, insbesondere Eltern, fördern ihre Kinder  
insgesamt dann am sinnvollsten, wenn Raum und  
Zeit für tägliches freies Bewegen und Spielen zur  
Verfügung steht.

"Mehr Bewegung!" - das ist eine gesamtgesell-  
schaftliche Aufgabe, die auf allen Handlungsebenen  
ankommen muss. LOTT-JONN's vorrangigstes Ziel  
ist es, Bewegungsanlässe im Alltag von Kindern zu  
schaffen bzw. zu erhalten.

## Schwerpunkt Sehen

Die Überprüfung der Sinnesfunktion beinhaltet die Sehschärfebestimmung mittels Rodenstocksehtestgerät (R21), das räumliche Sehen durch den TNO-Test und eine Farbsinnesprüfung mit Hilfe der Ishihara- tafeln. Die Sehschärfe wird - getrennt für beide Augen- untersucht. Zusätzlich wird ein Sehscreening auf bislang unentdeckte Übersichtigkeit mittels einer +1,5 Vorschaltlinse durchgeführt. 50% der Kinder, die in diesem Verfahren auffällig sind, haben eine behandlungsbedürftige Weitsichtigkeit. Durchgeführt werden die Tests von den kinder- und jugendärztlichen Assistentinnen.

Eine Empfehlung zu einer weiteren augenärztlichen Untersuchung wird gegeben bei:

- einer Sehschärfe von weniger als 0,7 Visus
- bei Verdacht auf Übersichtigkeit
- einer erheblichen seitendifferenten Sehleistung

## Ergebnisse

Aus der Abbildung 10 geht hervor, dass die Anzahl der Kinder, die bereits in augenärztlicher Behandlung sind, im Untersuchungszeitraum zwischen 8,0 % und 8,4 % nahezu konstant bleibt. Mit 8,4 % im Jahr 2003 betrifft dies 467 Kinder.

Die Anzahl der Arztempfehlungen variiert von 6,9 % bis 10,2 %. Der hohe Wert im Jahr 2001 von 16,9 % kann durch Veränderungen der Methode und Auswertung in diesem Jahr erklärt werden und sollte daher nicht mit in die Betrachtung einbezogen werden.

Im Jahr 2003 erhalten somit 438 Kinder eine Empfehlung zur weiteren Abklärung beim/bei der Augenarzt/ärztin. Von diesen 438 Kindern waren 316 Kinder in der Vorsorgeuntersuchung U9 nicht auffällig geworden. Eingehende augenärztliche Untersuchungen wurden daher noch nicht vorgenommen.

Ein Grund für die hohe Anzahl von Empfehlungen ist das im Gesundheitsamt durchgeführte standardisierte Sehscreening mit Hilfe eines Gerätes statt der in den Kinderarztpraxen in der Regel eingesetzten Sehtafeln.

Zum Abgleich der Befunde werden die Augenärzte/innen schriftlich gebeten, eine Rückmeldung über ihren Befund zu geben. Die Rückmeldequote liegt zwischen 30- 40 % relativ niedrig und kann zur Qualitätskontrolle nur bedingt herangezogen werden. Ersichtlich wird jedoch, dass einigen Kindern unverzüglich eine Brille verordnet bzw. weitere Maßnahmen eingeleitet wurden.

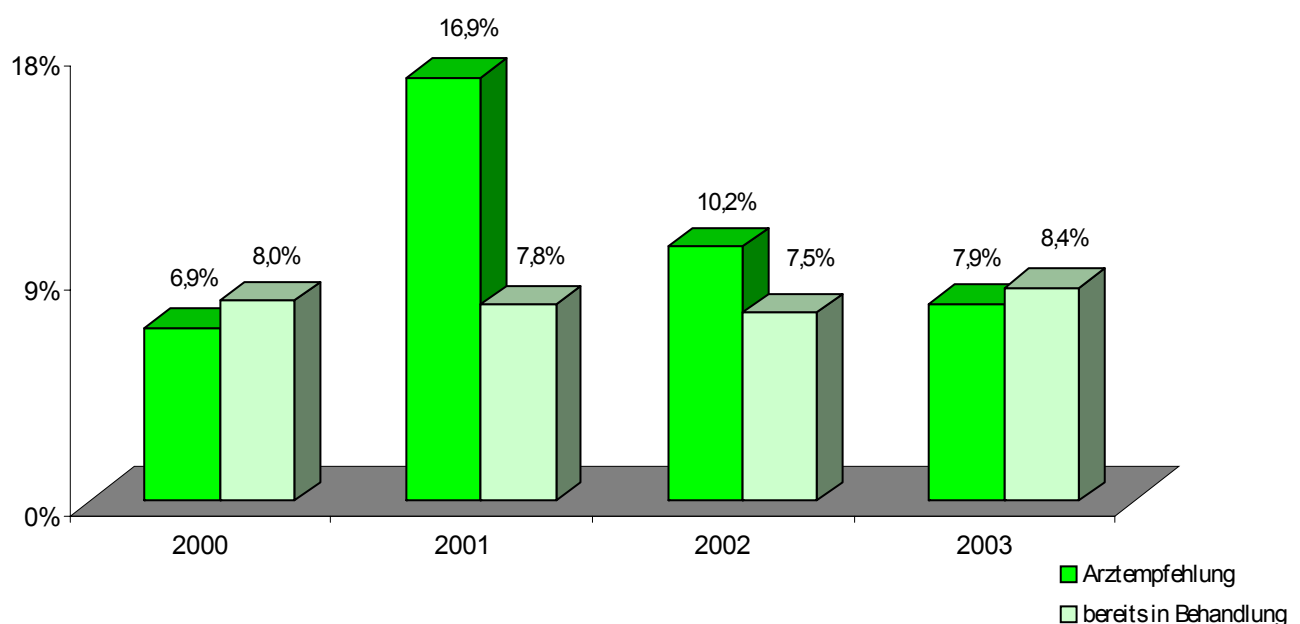


Abb. 10: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit Befund im Bereich Sehen, Untersuchungsjahre 2000–2003

Quelle: Schuleingangsuntersuchung KGA Mettmann, n/2000=5027, n/2001=4338, n/2002=5210, n/2003=5543

## Fazit

Auf Grund der Ergebnisse im Jahr 2003 erhebt sich bei jedem 12. bis 13. Kind der Verdacht auf eine Sehschwäche. Bei ausbleibenden Maßnahmen wären somit 2 Kinder in einer durchschnittlich großen Klasse zu erwarten, die dem Unterricht wegen mangelnder Sehleistung nicht oder nur schwer folgen und damit in ihrer Lernfähigkeit beeinträchtigt sein könnten.

Bei kindlicher Fehlsichtigkeit ist es mitunter wichtig, möglichst früh mit der Therapie zu beginnen, weil dann noch Chancen auf eine echte Besserung besteht.

## Empfehlungen

- Durchführung eines Geräte-Sehtests anstatt der noch verwendeten Sehtafeln bereits im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen
- Verbesserung des Rückmeldesystems

## Schwerpunkt Hören

Die Durchführung des Hörtests wird mit einem geeichten Audiometer (Selector SL 01) von den kinder- und jugendärztlichen Assistentinnen durchgeführt.

Eine Empfehlung zu einer weiteren Untersuchung beim Hals-Nasen-Ohrenarzt wird gegeben (ohne Vorliegen einer Luftwegsinfektion), wenn das Kind

- mindestens 2 Frequenzen bei einer Lautstärke (30 dB) auf wenigstens einem Ohr nicht hören kann
- auf beiden Ohren den Frequenzbereich eines normalen Gespräches nicht hören kann

Besteht eine Luftwegsinfektion, liegt die Vermutung nahe, dass diese die Ursache für aktuell vermindertes Hörvermögen sein könnte. Es wird empfohlen, nach überstandener Erkrankung den Kinderarzt aufzusuchen, um den Hörtest zu wiederholen.

## Ergebnisse

Die Abbildung 11 zeigt, dass der prozentuale Anteil der Befunde über die Jahre 2000 - 2003 nahezu konstant bleibt. Im Jahr 2003 erhielten 154 Kinder eine Arztempfehlung. Hiervon sind Kinder ausgenommen, die eine Luftwegsinfektion hatten. 75 Kinder waren bereits in Behandlung.

Im Jahr 2003 wurde bei 106 Kindern (ohne Luftwegsinfektion zum Zeitpunkt der SEU), die die U9 besucht hatten, in der Schuleingangsuntersuchung ein Erstbefund erhoben, der den Verdacht auf eine Hörstörung nahe legt.

Zahlen über die Rückmeldung der niedergelassenen Ärzte zum Abgleich der Befunde liegen zur Zeit noch nicht vor.

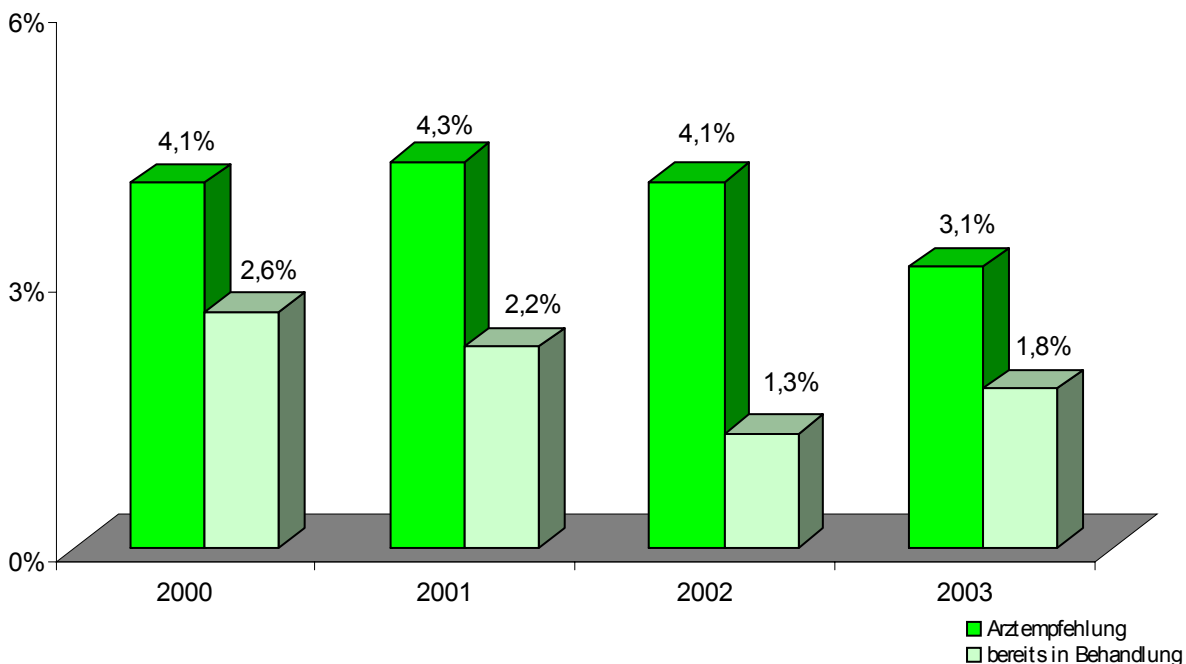


Abb. 11: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit Befund im Bereich Hören  
Untersuchungsjahre 2000 - 2003

Quelle: Schuleingangsuntersuchung KGA Mettmann

n/2000= 5027, n/2001=4339, n/2002=5210, n/2003=5543

## Fazit

Im Jahr 2003 war bei 79 Kindern das Hörvermögen eingeschränkt, ohne dass eine Luftwegsinfektion vorlag oder eine Hörstörung bereits erkannt worden ist.

## Empfehlungen

- Regelmäßige Hör- und Sehtests im Kindergartenalter bereits vor der SEU
- Verbesserung des Rückmeldesystems
- Sensibilisierung der Eltern für die Hör- und Sehfähigkeit ihrer Kinder



## Mund- und Zahngesundheit

Das Aufgabenspektrum des Jugendzahnärztlichen Dienstes im Kreis Mettmann umfasst auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen u.a. die regelmäßige Durchführung von Screening-Untersuchungen mit Inspektion der Mundhöhle zur Erhebung des Zahnstatus mit Kariesrisikozuordnung nach einheitlichen Standards. Die zu untersuchende Personengruppe ist (lt. Sozialgesetzbuch V / SGB V) wie folgt definiert: „Kinder vom Kindergartenalter bis zum Alter von 12 Jahren, zusätzlich Jugendliche bis zum 16. Lebensjahr in Schulen mit überproportional hohem Kariesrisiko und Jugendliche bis zum 16. Lebensjahr in Behinderteneinrichtungen“.

Abgeleitet aus den individuellen Untersuchungsergebnissen erfolgt eine Verweisung in die zahnärztliche Behandlung zur Beseitigung bestehender Zahnschäden und zur Fissurenversiegelung bei gegebener Indikation bzw. eine Verweisung zur kieferorthopädischen Beratung und zu spezifischen individualprophylaktischen Maßnahmen und bei Bedarf eine Elternberatung zu diesen Fragestellungen.

Parallel hierzu wird vom Jugendzahnärztlichen Dienst und den Prophylaxe-Beraterinnen der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit im Kreis Mettmann über die Verbesserung des Mundhygiene-Verhaltens, über die Verbesserung der Zahnschmelzqualität durch Fluoride und zahngesunde Ernährung aufgeklärt und eine effektive, altersgerechte Mundhygiene demonstriert und eingeübt. Zusätzlich erfolgt eine Motivation zur regelmäßigen (haus)zahnärztlichen Untersuchung.

Auf der Grundlage der epidemiologischen Auswertung o.g. Screening-Untersuchungsergebnisse führt der Jugendzahnärztliche Dienst gezielt spezifische altersgerechte Programme zur kollektiven und individuellen Betreuung von „Kindern mit besonders hohem Kariesrisiko“ durch.

Für die oben beschriebenen Aktivitäten stehen dem Jugendzahnärztlichen Dienst insgesamt vier Jugendzahnärzte/-innen und vier Zahnmedizinische Fachangestellte, alle in Teilzeit-Beschäftigung, zur Verfügung.

In Grundschulen mit einem besonders hohen Prozentsatz stark kariesgefährdeter Kinder führt der Jugendzahnärztliche Dienst seit dem Jahr 2001 zweimal jährlich zusätzliche Prophylaxeprojekte („Intensiv-Prophylaxe“) durch. Dabei wird neben der Durchführung eines altersentsprechenden didaktischen Programms zusätzlich eine lokale Fluoridapplikation (durch Einbürsten eines fluoridhaltigen Gels) vorgenommen. Hierzu muss das schriftliche Einver-

ständnis der Erziehungsberechtigten vorliegen. Durch intensive Information (u.a. Merkblätter in verschiedenen Sprachen) und aktive Einbindung der Multiplikatoren (Schulleiter/Lehrpersonal) ist es bis zum Jahr 2002 gelungen, die Akzeptanz der Erziehungsberechtigten für dieses Spezialprogramm auf über 90 Prozent (!) zu steigern.

## Untersuchungsmethode

In einem vorgegebenen Zeitrhythmus wird bei Kindern im Kindergarten- und Grundschulalter eine standardisierte, aufsuchende Inspektion der Mundhöhle durch kalibrierte Zahnärzte/-innen durchgeführt. Folgende Parameter werden dabei erfasst:

- Zahnstatus
- Behandlungsbedürftigkeit / Sanierungsgrad
- Mundhygiene-Index
- Versiegelungsindex
- kieferorthopädischer Status
- Mundschleimhäute
- Zugehörigkeit zu „Risikogruppen“ (aus Sicht der Zahnheilkunde)
- Sprachstörungen / Kooperation mit dem Jugendärztlichen Dienst

Darüber hinaus beteiligte sich der Jugendzahnärztliche Dienst im Jahr 2000 erstmals an einer – in unregelmäßigen Abständen- durchgeführten – bundesweiten „Epidemiologischen Begleituntersuchung“ („DAJ-Studie“), die Ergebnisse der Mund- und Zahngesundheit bei Kindern/Jugendlichen in den weiterführenden Schulen erhebt, zusammenführt und analysiert.

## Untersuchungsbefunde

- Die Auswertung der individuellen Zahnstatus-Befunde erfolgt nach dem international verwendeten DMFT-Index (im Milchgebiss dmft-Index). Dieser wird als Maßzahl für die sog. Kariesprävalenz benutzt.

D	=	decayed (kariös)
M	=	missing (fehlend)
F	=	filled (gefüllt)
T	=	teeth (Zähne)

- Die Zuordnung zur Gruppe der „Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko“ erfolgt nach den altersmäßig differenzierten Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ):

## Milchgebiss

Alter:

bis 3 Jahre: nicht kariestfrei: dmf-t > 0

4 Jahre: dmf-t > 2

5 Jahre: dmf-t > 4

## Wechselgebiss/bleibendes Gebiss

6-7 Jahre dmf/DMF (t/T) > 5 oder D(T) > 0

8-9 Jahre dmf/DMF (t/T) > 7 oder D (T) > 2

10-12 Jahre DMF (S) an Approximal- oder Glattflächen

## Ergebnisse

Es liegen mittlerweile valide Daten über insgesamt drei Untersuchungsperioden (Rhythmus: 1,5 Jahre pro Periode) vor:

- 01.07.1998 bis 31.12.1999
- 01.01.2000 bis 30.06.2001
- 01.07.2001 bis 31.12.2002

Die kumulierten Screeningergebnisse in den ca. 230 Kindergärten der zehn kreisangehörigen Städte (n = untersuchte Kinder = 15.500) sind aus Tabelle 4 ersichtlich. Dabei zeigt sich, dass die durchschnittliche Kariesprävalenz bei den Drei- bis Sechsjährigen im Zeitraum von 1998 bis 2002 auf sehr niedrigem Niveau noch einmal moderat von 1,26 auf 1,21 durchschnittlich erkrankte Zähne gesunken ist, wobei die Zahl absolut kariestfreier Kinder (keine Karies, keine Füllung, kein Zahnverlust infolge von Karies) sich gleichzeitig von 67,84 % auf 69,35 % erhöht hat. Mit anderen Worten: Fast 70 Prozent der Kinder haben demnach bis zum Schulbeginn keinerlei Karieserfahrung gemacht. Der leichte Anstieg der „Kariesrisikogruppe“ ist artifiziell bedingt, da die anzuwendenden Definitionskriterien gegen Ende des Jahres 1999 weiter differenziert und „verschärft“ wurden.

Die kumulierten Screeningergebnisse in den ca. 115 Grundschulen der zehn kreisangehörigen Städte (n = untersuchte Kinder = 24.800) zeigt die Tabelle 5. Es ist deutlich erkennbar, dass sich die Zahngesundheit in allen Altersgruppen sowohl hinsichtlich der Kariesprävalenz als auch in Bezug auf den Anteil kariestfreier Kinder im Zeitraum 1998 bis 2002 sehr positiv entwickelt hat. Dieselbe Aussage gilt auch für die Größe der „Kariesrisikogruppe“ – sowohl prozentual als auch nominal.

Eine Einstufung der ermittelten Daten im internationalen Vergleich ist anhand des Rasters der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Tabelle 6 möglich.

Die Untersuchungsergebnisse in den 6. Klassen weiterführender Schulen im Rahmen der Stichprobe zur „Epidemiologischen Begleituntersuchung“ („DAJ-Studie“) sind in der Tabelle 7 dargestellt. Eine longitudinale Bewertung wird hier erst möglich sein, wenn die Daten der nächsten DAJ-Studie (voraussichtlich im Jahr 2005) vorliegt.

## Fazit

Die nachhaltig starke Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen ist –so ist die Bewertung aus Sicht der Bundeszahnärztekammer und der gesetzlichen Krankenkassen zu interpretieren– gerade auf den gelungenen Mix zwischen gruppen- und individualprophylaktischen Ansätzen zurückzuführen. Diese Erkenntnis wird auch von politischer Seite geteilt und ist in die entsprechende Gesetzgebung (Sozialgesetzbuch V) eingeflossen und wurde dort mehrfach ausdrücklich fortgeschrieben und sogar erweitert.

Ein Bruch in der Kontinuität der zahnmedizinischen Prophylaxe bzw. der Verlust einer der bestehenden Säulen würde –auch hierin sind sich die Fachleute einig– zu einer regressiven Entwicklung der Mund- und Zahngesundheit führen. Hiervon wäre besonders die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit hohem Gefährdungsrisiko betroffen.

## Empfehlungen

- Die Zusammenarbeit des Jugendzahnärztlichen Dienstes mit der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit des Kreises Mettmann hat sich als sehr effektiv erwiesen. Die bestehende Kooperation sollte daher unter allen Umständen weitergeführt werden.
- Verbesserung der personellen Ausstattung, um
  - ⇒ auch im Bereich der weiterführenden Schulen flächendeckend und kontinuierlich epidemiologische Daten zur Mund- und Zahngesundheit erheben zu können
  - ⇒ die spezifischen Programme im Sinne der „Intensiv-Prophylaxe“ auf alle Einrichtungen ausdehnen zu können, in denen ein Bedarf ermittelt wurde (entsprechend § 21 SGB V).

Kommentar von Brigitta Schümmelfeder-Wanek  
Leiterin der Friedrich-Fröbel-Schule  
Städtische Förderschule in Langenfeld

Seit einigen Jahren wird die Prophylaxe an der Förderschule Langenfeld kontinuierlich in zwei sich ergänzenden Bereichen durchgeführt.

Ein Bereich ist die Information über Zahnpflege, die altersadäquat spielerisch (z.B. Puppentheater) und handlungsorientiert (z.B. Herstellung von Zahnpasta) vom Zahnprophylaxe-Team angeboten wird.

Der zweite Bereich, meist einige Wochen im Anschluss, beinhaltet die Vertiefung der Informationen zur Zahnpflege durch das Zahnärzte -Team sowie das Einüben von Zahnreinigungstechniken und das Einbürsten von fluoridhaltigem Gelee.

Das gesamte Prophylaxe-Programm erfreut sich großer Akzeptanz im Kollegium und bei den Schülern und Schülerinnen. Durch die Kontinuität in der Durchführung über Jahre hinweg und die Professionalität der Durchführenden hat sich dieses Thema fest in unsere Lehrpläne integriert. Regelmäßig entstehen daraus im Anschluss Unterrichtsprojekte zu verschiedenen Einzelaspekten der Zahngesundheit und wirken sich so nachhaltig auf die Gesundheitserziehung unserer Schüler und Schülerinnen aus.

# Bericht zur Kindergesundheit im Kreis Mettmann

	98/99	00/01	01/02
Durchschnittliche Kariesprävalenz	1,26	1,21	1,21
Prozent naturgesunde Kinder	67,84%	69,80%	69,35 %
Risikogruppe %	12,96%	14,43%	13,35%
Risikogruppe quantifiziert ca.	2.035	2.235	2.069
Gesamt (nominal):			15.498

Tabelle 4: Kumulierte Screeningergebnisse in Kindergärten des Kreises Mettmann  
Quelle: Eigene Erhebungen Jugendzahnärztlicher Dienst

	98/99	00/01	01/02
Durchschnittliche Kariesprävalenz	2,42	2,23	1,99
Prozent naturgesunde Kinder	38,76%	42,12%	45,05
Kariesprävalenz 1. Klasse	2,44	2,24	2,06
Kariesprävalenz 2. Klasse	2,68	2,40	2,14
Kariesprävalenz 3. Klasse	2,46	2,29	2,02
Kariesprävalenz 4. Klasse	2,25	1,95	1,60
Naturgesunde Kinder 1. Klasse	nicht erh.	46,29%	49,18%
Naturgesunde Kinder 2. Klasse	nicht erh.	41,38%	44,72%
Naturgesunde Kinder 3. Klasse	nicht erh.	39,66%	40,33%
Naturgesunde Kinder 4. Klasse	nicht erh.	43,24%	45,85%
Risikogruppe %	26,60%	20,82%	18,59%
Risikogruppe quantifiziert ca.	6.697	5.189	4.606
Gesamt (nominal):			24.776

Tabelle 5: Kumulierte Screeningergebnisse in Grundschulen des Kreises Mettmann  
Quelle: Eigene Erhebungen Jugendzahnärztlicher Dienst

<u>DMF-T</u>	<u>Beurteilung</u>
< 1,2	sehr niedrig
1,2-2,6	niedrig
2,7-4,4	moderat
4,5-6,5	hoch
> 6,5	sehr hoch

Tabelle 6: Einteilung des Kariesbefalls nach WHO  
Quelle: DMS III – Studie / DÄV 1999

dmf-t	Schultyp	Stadt	Datum	Ges. %	Erkrankt %
3,26	Hauptschule	Langenfeld	Mai 00	16,92	83,08
3,22	Hauptschule	Ratingen	Mai 00	25	75
2,84	Hauptschule	Haan	Mai 00	31,82	68,18
2,22	Realschule	Ratingen	Mai 00	36,36	63,64
1,85	Gesamtschule	Langenfeld	Mai 00	40,63	59,37
1,67	Realschule	Langenfeld	Mai 00	37,64	62,36
1,4	Realschule	Wülfrath	Mai 00	63,5	36,5
1,35	Gymnasium	Hilden	Mai 00	45,16	54,84
1,31	Realschule	Haan	Mai 00	48	52
1,02	Gymnasium	Rat.-Lintorf	Mai 00	62,35	37,65
0,95	Gymnasium	Erkrath	Mai 00	59,18	40,82
0,89	Gymnasium B15	Velbert	Mai 00	65,52	34,48
1,83	Durchschnitt			44,34	55,66

Tabelle 7: DAJ-Studie / Stichprobe Kreis Mettmann  
Quelle: Eigene Erhebungen Jugendzahnärztlicher Dienst



## Schwerpunkt Impfungen

Schutzimpfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Impfungen schützen vor Krankheiten, deren Verlauf für die Betroffenen oft zu schweren Komplikationen führen können. Eine Teilnahme an den durch die ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) öffentlich empfohlenen Impfungen bedeutet zunächst einen individuellen Schutz vor Erkrankung für die Person selbst. Darüber hinaus ist es unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten von Bedeutung, dass durch hohe Durchimpfungsraten Infektionsketten unterbrochen und damit Erkrankungen eliminiert werden können.

Im Kreis Mettmann werden in den Einschulungsuntersuchungen die Impfbücher anhand der aktuellen Empfehlungen der STIKO auf Vollständigkeit der Impfungen überprüft und den Eltern ggf. schriftliche Impfpfehlungen mitgegeben.

## Ergebnisse

Die Eliminierung der Masern in der Gesamtbevölkerung bis zum Jahr 2007 ist ein erklärtes Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der deutschen Gesundheitspolitik. Masern können eliminiert werden, wenn die Durchimpfungsrate 95 % erreicht. In der vorliegenden Bewertung der Impfquote der Mumps-, Masern-, Röteln-Impfung (MMR) wird dieses WHO-Ziel in Bezug auf Schul-Neulinge betrachtet.

Da Studien ergeben haben, dass 5-6 % der nur einmal Geimpften über keinen sicheren Impfschutz verfügen, empfiehlt die STIKO eine zweite Impfung MMR seit 1991.

Im Zeitraum der Jahre 2000-2003 wurden die Empfehlungen der STIKO zweimal an die neuesten Erkenntnisse angepasst. Im Juli 2001 - noch vor den Einschulungsuntersuchungen für das Schuljahr 2002/2003 - wurde der Zeitpunkt für die 2. MMR-Impfung vom vollendeten 5.-6. Lebensjahr auf den vollendeten 15.-23. Lebensmonat vorverlegt und sollten in Zukunft damit bereits vor dem Einschulungstermin verabreicht worden sein.

Zur Erläuterung:

Eine genaue Aussage über die tatsächliche Impfsituation ist nicht möglich, da die Eltern in der SEU nicht immer den Impfpass ihres Kindes mit den notwendigen Informationen vorlegen. Um trotzdem eine möglichst genaue Einschätzung der Impfsituation im Kreis

Mettmann vornehmen zu können, wurde in ein Maximum und in ein Minimum unterteilt. Das Minimum spiegelt den Impfstatus bezogen auf die Gesamtheit aller untersuchten Kinder wieder; nicht vorgelegte Impfausweise wurden gleichgesetzt mit "Nicht - geimpft".

Diese Annahme ist vermutlich zu pessimistisch. Das Maximum beschreibt den Impfstatus bezogen auf die Kinder, die ihren Ausweis vorgelegt haben, und gibt damit einen optimistischen Wert an. Die tatsächliche Rate liegt zwischen beiden Werten, ist jedoch nicht genau bestimmbar.

Die Impfquote für Jungen und Mädchen ist nahezu gleich und wird nicht gesondert dargestellt. Im Kreis Mettmann legten im Jahr 2003 92,4 % der Eltern bei der Einschulungsuntersuchung den Impfpass vor; 2% mehr als in den Vorjahren.

### • Masern, Mumps und Röteln -Impfung (MMR)

Abbildung 12 und 13 zeigen den Impfstatus bei MMR im Verlauf der Jahre 2000 und 2003.

Eindeutig ist ein Anstieg der Impfquote sowohl der 1. als auch der 2. MMR-Impfung erkennbar.

Eine Verbesserung des Impfschutzes MMR bei der Erstimpfung ist vor allem bei den Röteln mit einer Steigerung von 7,2% (Minimum) bzw. 5,7% (Maximum) besonders deutlich. Hierzu beigetragen hat sicherlich die Ausweitung der Impfung auf die Jungen.

Abbildung 13 zeigt für das Jahr 2003 einen deutlichen Anstieg aller Zweitimpfung um ca. 20 % (Maximum) bzw. über 18% (Minimum) im Vergleich zum Jahr 2000.

Ein aktueller Vergleich mit anderen Kommunen kann auf Grund der vorhandenen Daten nur für das Jahr 2001 gezogen werden. Der Kreis Mettmann liegt im Vergleich zu Kommunen im Regierungsbezirk Düsseldorf im Jahr 2001 (Maximale Rate: 92,5% Masern, 92,7: Mumps, Röteln: 89,8%) im oberen Viertel (vgl. Ergebnisse 2001 lögd).

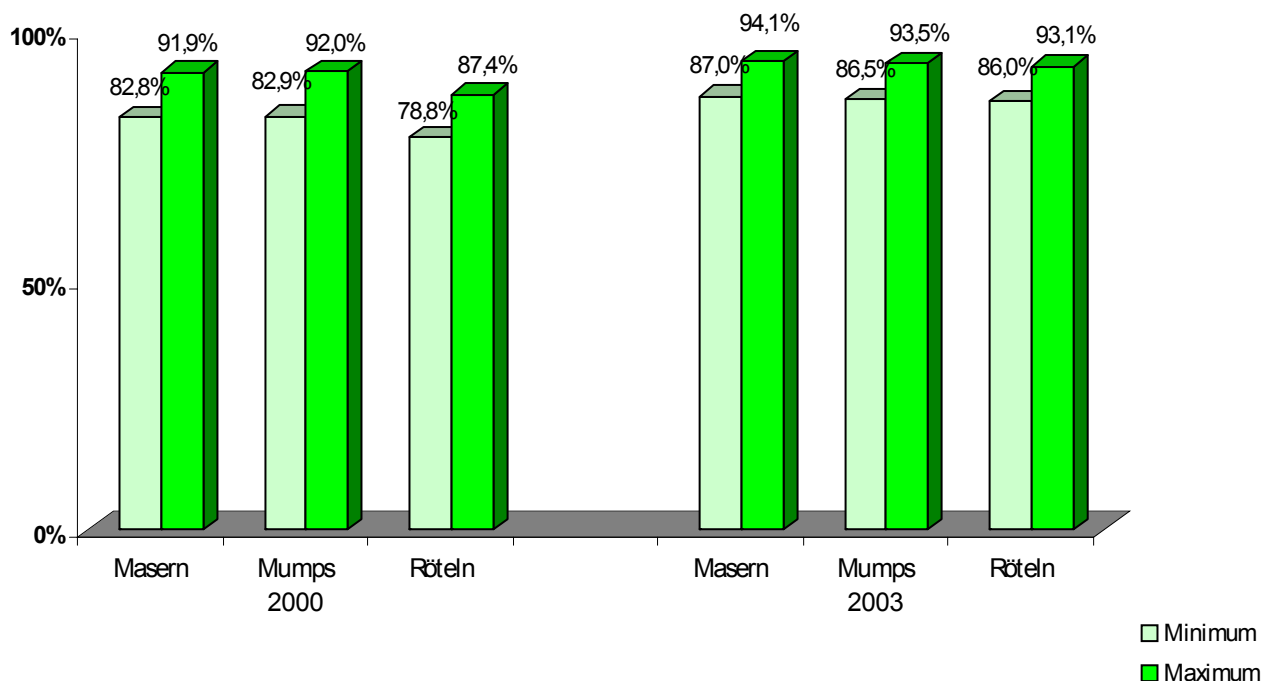


Abb. 12: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit mindestens einer Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln unterteilt nach Maximum und Minimum  
 Untersuchungsjahre 2000 und 2003  
 Quelle: Schuleingangsuntersuchung KGA Mettmann  
 n2000=5027, n2001=4339, n/2002=5210, n/2003=5543

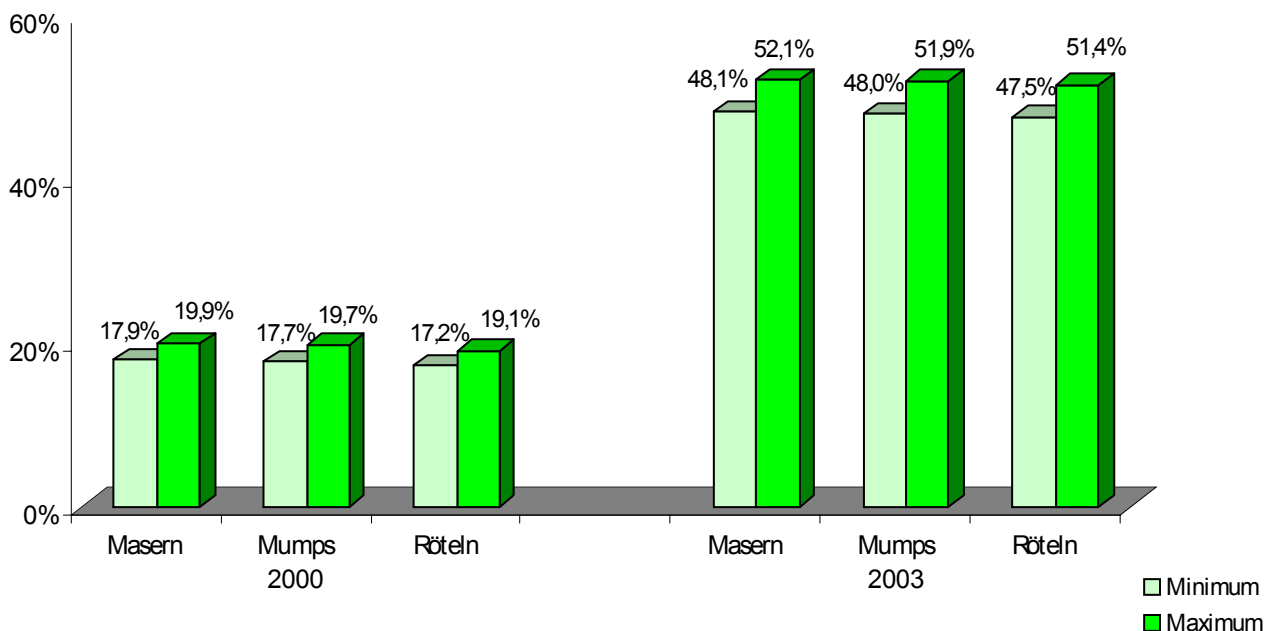


Abb. 13: Prozentualer Anteil der Schulneulinge mit mindestens zwei Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln unterteilt nach Maximum und Minimum,  
 Untersuchungsjahre 2000 und 2003  
 Quelle: Schuleingangsuntersuchung KGA Mettmann  
 n/2000= 5027, n/2001=4339, n/2002=5210, n/2003=5543



Die Empfehlungen der STIKO in Bezug auf den Impfzeitpunkt wurden nach dem Jahr 2000 verändert. In den Jahren vor dieser Änderung kam es häufiger zu Überschneidungen des Termins der Schuleingangsuntersuchung mit dem Termin der 2. MMR -Impfung, so dass viele Zweitimpfungen nicht erfasst werden konnten.

- Weitere nach STIKO empfohlene Impfungen**

Tabelle 8 zeigt die Impfraten der nach STIKO öffentlich empfohlenen Impfungen für das Jahr 2003 im Kreis Mettmann. Auffällig ist die Differenz der Impfrate von Diphtherie und Tetanus (Kombinationsimpfstoff) gegenüber der von Keuchhusten und Hepatitis-B.

Ein früher üblicher Impfstoff gegen Keuchhusten führte teilweise zu Impfreaktionen, die sich in der Impfpraxis durch Zurückhaltung mancher Eltern bemerkbar machte.

Die Hepatitis B-Impfung wird erst seit 1995 bereits im Säuglingsalter empfohlen.

Impfung	Minimum in %	Maximum in %
Diphtherie	90,4	97,8
Tetanus	90,6	98,0
Kinderlähmung	87,8	95,0
Keuchhusten	82,5	89,2
Hepatitis B	75,9	82,1

Tabelle 8: Raten der nach STIKO empfohlenen Impfungen (ausgenommen MMR) für das Jahr 2003

### Fazit

Für das Jahr 2003 bedeutet das für den Jahrgang der Schul-Neulinge:

Bei Betrachtung des Maximums wird mit 94,1% die Durchimpfungsrate von 95 % bei der Erstimpfung gegen Masern nahezu erreicht und bei Betrachtung des Minimums um 8 % verfehlt.

Zu beachten ist jedoch, dass bei 5-6 % der Kinder die Erstimpfung noch keinen vollständigen Impfschutz hervorruft. Dieser ist erst nach der Zweitimpfung zu erwarten.

Erst ungefähr die Hälfte aller Kinder sind mindestens zweimal gegen MMR geimpft. Da die genaue Anzahl der Kinder, die weder die erste noch die zweite Impfung besitzen bzw. nicht über einen immunologischen Schutz verfügen, nicht bestimmbar ist, sollte die Impfquote der Folgeimpfung insgesamt verbessert werden.

Dies ist für Mädchen auch unter dem Aspekt der Rötelnembryopathie von Bedeutung.

Aufgrund unzureichender Durchimpfungsraten von Keuchhusten und der Hepatitis B besteht die Gefahr, dass Säuglinge lebensgefährlich an Keuchhusten erkranken und sich vor allem Jugendliche und Erwachsene an Hepatitis B - Virus infizieren.

In Düsseldorf (vgl. Gesundheitsbericht 1998-2001) konnte bei sozial schwächeren Gruppen eine zwischen 8 %- 11 % schlechtere Durchimpfungsrate als bei sozial geringer belasteten Familien nachgewiesen werden. Dies trifft möglicherweise auch für den Kreis Mettmann zu.

### Empfehlungen

- Information, Beratung und Öffentlichkeitsarbeit zur Steigerung der Impfbereitschaft und damit Erhöhung der Durchimpfungsraten vor allem bei Masern, Mumps und Röteln sowie Keuchhusten und Hepatitis B
- Kampagnen und Aktionen vor allem in sozialen Brennpunkten
- Interventionsprogramme zur Durchsicht der Impfbücher aller Viertklässler im Kreis Mettmann (2003 erstmalig vom Kreisgesundheitsamt durchgeführt); Ausdehnung des Programms auf die Kindergartenkinder
- Bewerbung der Vorsorgeuntersuchung J1 z. B. an Schulen vor allem in Hinblick auf die Vervollständigung des Impfschutzes der Hepatitis B

### Kommentar von Dr. Martin Terhardt

Obmann der Kinderärztinnen und Kinderärzte  
im Kreis Mettmann

Aus ärztlicher Sicht stellen Impfungen die erfolgreichste Maßnahme zur Vermeidung von Krankheiten dar; in zahlreichen Studien ist die Wirksamkeit belegt worden.

Die Durchführung der Impfungen bereits im Säuglingsalter ist besonders sinnvoll. Hier zeigt sich, dass in Anbindung an die Früherkennungsuntersuchungen die Impfpfehlungen des niedergelassenen Arztes zu 95 – 98 % umgesetzt werden können (hinsichtlich unserer Überzeugungskraft!). Die in nahezu jeder Praxis in unterschiedlichem Ausmaß fehlenden Prozente sind sowohl durch Complianceprobleme, verpasste Gelegenheiten oder unnötiges Hinauszögern von Impfungen erklärbar. Bei Schulkindern – also jenseits der U9 und der Schuleingangsuntersuchung – nimmt die Anzahl der Arztkontakte sehr stark ab. Ein großes Problem stellen vor allem die Auffrisch-Impfungen im Alter zwischen dem 9. und 17. vollendeten Lebensjahr dar. Gerade in dieser Altersgruppe wechseln viele Kinder bzw. Jugendliche außerdem vom Kinderarzt zum Allgemeinarzt, so dass sie aus unserem Blickfeld geraten.

Die umfassenden Maßnahmen des Kreisgesundheitsamtes stellen eine wichtige Ergänzung zu denen des niedergelassenen Kinderarztes dar.

Beispielsweise stieg durch das im Juni 2003 erstmalig durchgeführte Impf-Interventionsprogramm bei Viertklässlern im gesamten Kreis Mettmann die Anzahl der Arztbesuche mit dem Ziel einer Impfung rapide an – auch bei Impfungen, deren Kosten nicht mehr von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden!

Ein Problem stellen die Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen in Gemeinschaftsunterkünften dar. Hier sollte aus der Sicht der niedergelassenen Ärzte dem Öffentlichen Gesundheitsdienst wieder mehr Gelder für die aufsuchende Gesundheitsfürsorge sozial benachteiligter Gruppen bereitgestellt werden. Aus eigener Erfahrung und Berichten der Sozialämter des Kreises ist bei Auslassen dieser Möglichkeit ein Ansteigen der Kosten im Gesundheitswesen zu verzeichnen.

## Schwerpunkt Vorsorgeuntersuchungen

In den Vorsorgeuntersuchungen (U1-U 9 bzw. J1) werden die Kinder auf eine normale körperliche, seelische und geistige Entwicklung untersucht. Ziel ist es, den Kinder frühzeitig eine notwendige Behandlung und Förderung zu ermöglichen.

Damit sind diese Untersuchungen ein sehr wichtiges Element im Rahmen einer aktiven Gesundheitsvorsorge. Die Untersuchungen sind freiwillig. Eine Teilnahme ist somit auch ein Gradmesser für gesundheitsbewusstes Verhalten der Bevölkerung. Aus Berichten u.a. von Gesundheitsämter ist bekannt, dass auch die Teilnahme an dieser Präventivmaßnahme einem sozialen Gradienten folgt.

Die ersten Vorsorgeuntersuchungen werden von fast allen Eltern wahrgenommen. Dagegen sinken NRW-weit die Beteiligungsquoten an der U9 auf 70-82% ab (vgl. Iögd; Jahr 2001).

Die Sozialpädagogische Beratung des Kreisgesundheitsamtes erinnert alle Eltern des Kreises an die U3, U5, U8 und an die J1 und fordert zu einer Teilnahme auf. Zur U7 werden die Eltern von so genannten Beobachtungskindern angeschrieben. Das sind Kinder, die durch Abweichung vom normalen Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt oder der postnatalen Zeit in ihrer Entwicklung gefährdet sind. Ein ausgefeiltes Rückmeldesystem für die Beobachtungskinder soll u.a. eine regelmäßige ärztliche Kontrolluntersuchung im ersten Lebensjahr einschließlich der U1–U8 sowie eine Beurteilung, Beratung und Begleitung der Familien sicherstellen.

U1	Nach der Geburt: Beurteilung von Vitalität, Reifezeichen und Fehlbildungen
U2	3.. - 10. Lebenstag: Innere Organe, Sinnesorgane, Früherkennung von Stoffwechselerkrankungen
U3	4. - 6. Lebenswoche: Größe und Gewicht, Ernährungszustand, Hüftgelenke, Augenreaktion, Hörvermögen
U4	3. - 4. Lebensmonat: Bewegungsverhalten und Refluxstatus, Seh- und Hörvermögen, Wachstum, Ernährung, Verdauung, Schutzimpfung
U5	6. - 7. Lebensmonat: körperliche Entwicklung, Zähne, Ernährung, Schutzimpfung
U6	10. - 12. Lebensmonat:: körperliche Entwicklung, Entwicklung der Geschlechtsorgane, Sprachentwicklung
U7	21. - 24. Lebensmonat: körperliche, geistige Entwicklung, Verhaltensweise, Schutzimpfung
U8	43. - 48. Lebensmonat: körperliche Geschicklichkeit, Hör- und Sehtest, Sprachentwicklung, Kontaktfähigkeit, Selbstständigkeit, Prüfung Impfstatus
U9	60. - 64. Lebensmonat: körperliche und geistige Entwicklung, Bewegungsverhalten, Hör- und Sehtest, Sprachentwicklung, Prüfung Impfstatus
J1	13. - 14. vollendetes Lebensjahr: Pubertätsstatus, körperliche/psychosoziale Gesundheit, Impfungen

Tabelle 9: Untersuchungsschwerpunkte der Vorsorgeuntersuchungen

## Ergebnisse

Die Informationen der niedergelassenen Kinderärzte im Vorsorgeuntersuchungsheft ("Gelbes Heft") werden bei der Einschulungsuntersuchung in die Gesamtbeurteilung mit einbezogen. Tabelle 10 zeigt den Anstieg der Vorlage des "Gelben Heftes" bei den SEU in den letzten 5 Jahren.

Jahr	vorgelegte Hefte
1998	84,3 %
2002	91,7%
2003	93,6%

Tabelle 10: Vergleich der Anzahl der vorgelegten Hefte in den Jahren 1998, 2002 und 2003

## • Teilnahme an der U8 und U9

Abbildung 14 und 15 zeigen die Veränderung der Teilnahmequote der U8 und U9 über die Jahre 1998, 2002 und 2003.

Um sich der tatsächlichen Teilnahme zu nähern, sind zwei Zahlenwerte dargestellt. Das Maximum beschreibt den Anteil der Untersuchungen bezogen auf die Anzahl der vorgelegten Hefte. Das Minimum stellt den Anteil der Untersuchungen bezogen auf alle untersuchten Kinder dar. Ein nicht vorgelegtes Heft wird mit einer Nichtteilnahme gleichgesetzt. Die Teilnahmequote liegt also zwischen beiden Werten, ist jedoch nicht genau bestimmbar.

Die Quoten liegen im Jahr 2003 für die U8 zwischen 87,6 % und 93,6 % und für die U9 zwischen 79,1 % und 84,5%

Bei Betrachtung des Maximums steigt die Akzeptanz der U9 von 1998 bis 2003 mit ca. 6 % deutlich an, bleibt aber insgesamt unter dem Niveau der U8 um fast 10 % zurück. Offensichtlich verliert mit steigendem Alter des Kindes der Gedanke der Vorsorge für die Eltern an Bedeutung.

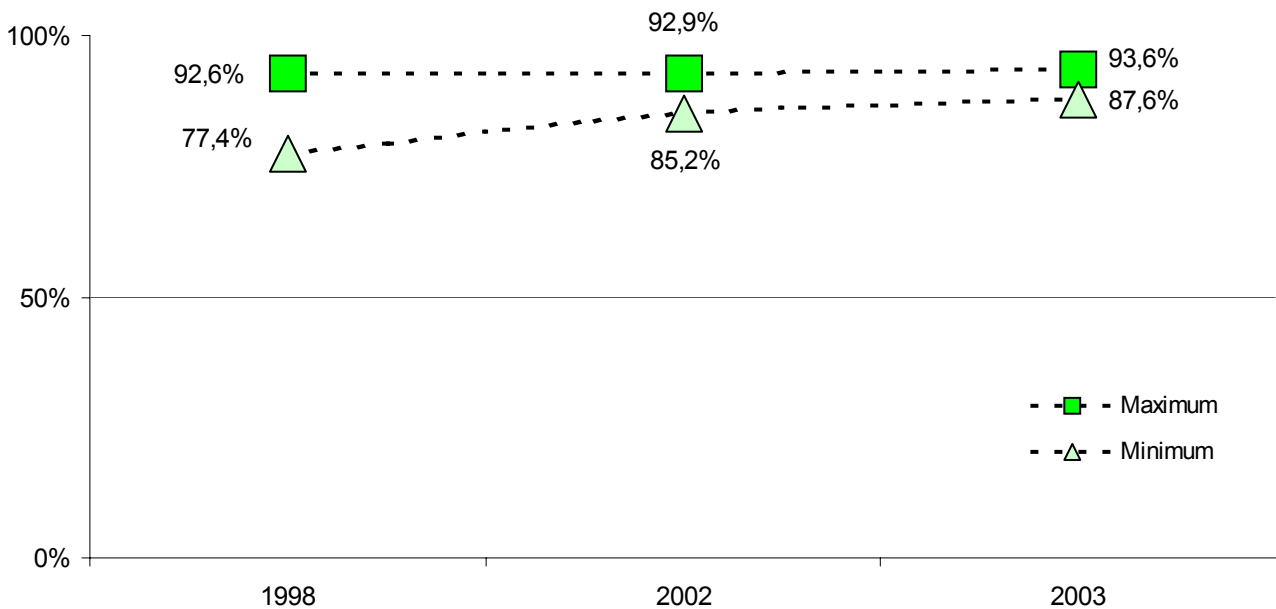


Abb. 14: Teilnahme an der U8 in den Jahren 1998, 2002 und 2003 unterteilt nach Maximum und Minimum

Quelle: Schuleingangsuntersuchung KGA Mettmann  
n/1998=5687, n/2002=5210, n/2003=5543

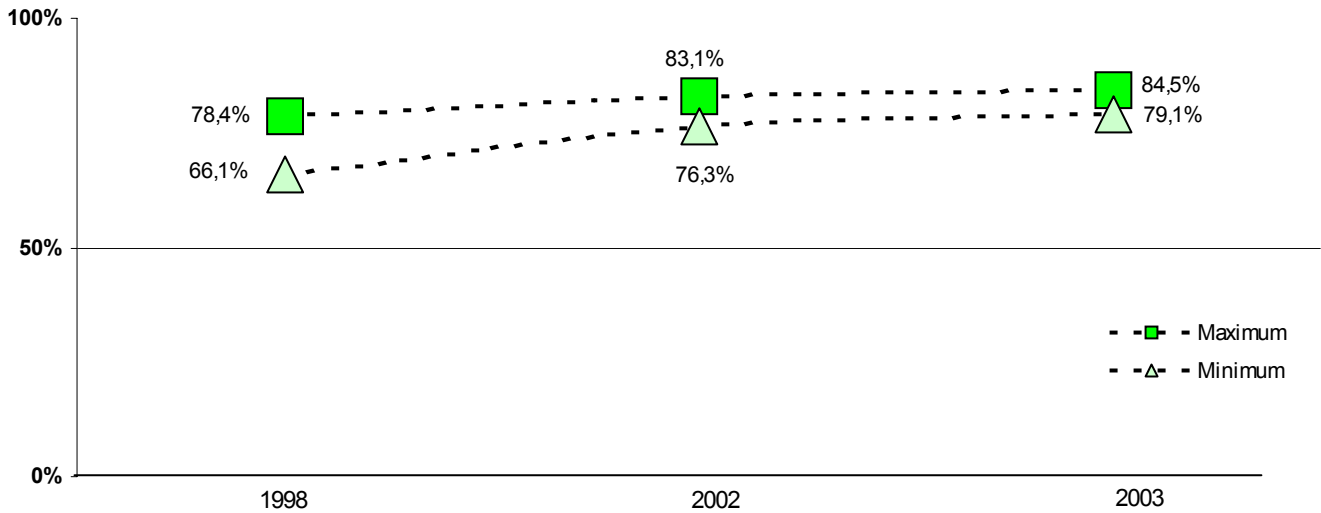


Abb. 15: Teilnahme an der U9 in den Jahren 1998, 2002 und 2003  
Quelle: Schuleingangsuntersuchung KGA Mettmann  
n/1998=5687, n/2002=5210, n/2003=5543

• **Teilnahme an der U8 und U9 bei Kindern deutscher und nicht-deutscher Herkunftssprache**

Nachgegangen wurde der Frage, wie die Teilnahme von Kindern an der U8 und deutscher und nicht-deutscher Muttersprache verteilt ist. Im Jahr 2003 zeichnen sich bei der Gegenüberstellung der Teilnahme an der U8 und der U9 zwischen beiden Gruppen deutliche Unterschiede ab.

Abbildung 11 zeigt, dass die Akzeptanz der U9 bei Eltern von Kindern nicht-deutscher Muttersprache um 19,3% (Maximum) niedriger liegt als bei Eltern

von Kindern mit deutscher Muttersprache. Die Quote liegt im ungünstigsten Fall (Minimum) sogar um 25,7% niedriger, was sich u.a. aus der um 10% niedrigeren Vorlage des "Gelben Heftes" bei Eltern von Kindern nicht-deutscher Muttersprache erklärt. Auch bei der Teilnahme an der U8 spiegelt sich ein Unterschied von 10,7% (Maximum) bzw. 19,2% (Minimum) auf insgesamt höherem Teilnahmelevel wieder.

Diese niedrigere Beteiligung von Kindern nicht-deutscher Muttersprache wird auch von anderen Kommunen beschrieben (gl. Bericht Düsseldorf).

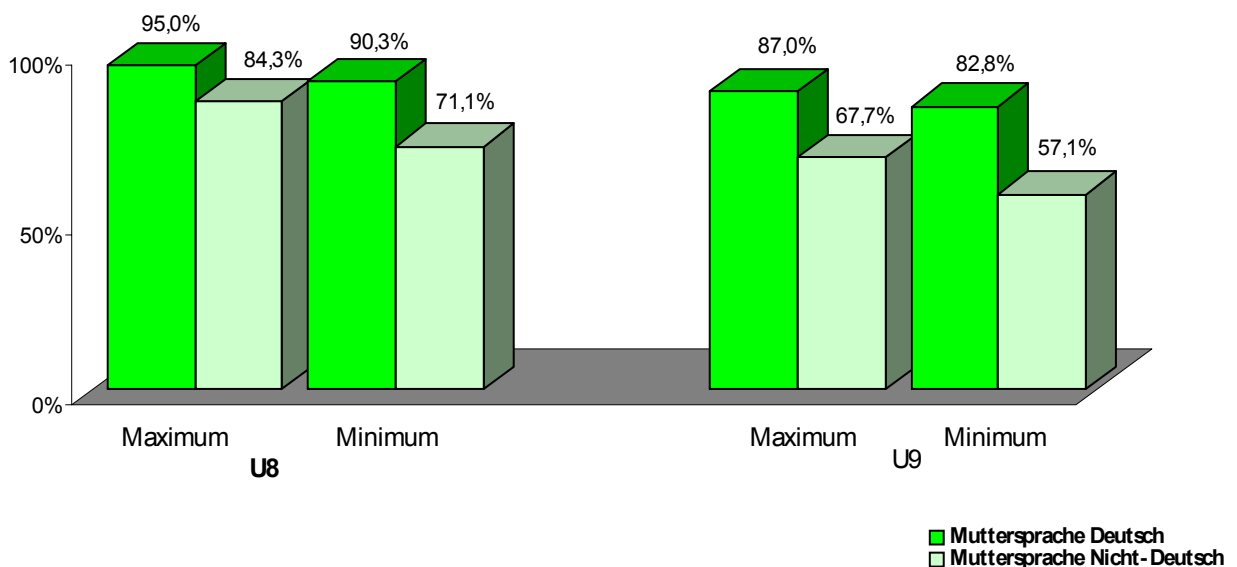


Abb. 16: Teilnahme an U8 und U9 im Jahr 2003  
Vergleich von Kindern Deutscher und Nicht-deutscher Muttersprache  
Quelle: Schuleingangsuntersuchung Kreisgesundheitsamt Mettmann

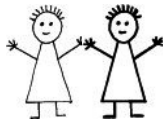
## Fazit

Für das Jahr 2003 zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung bedeutet das (bezogen auf das Minimum):

Ungefähr jedes 5. Kind nahm nicht an der Vorsorgeuntersuchung U9 teil



Ungefähr jedes 2. Kind nicht-deutscher Muttersprache nahm nicht an der Vorsorgeuntersuchung U9 teil



Es ist ein gesundheitspolitisches Ziel, eine hohe Beteiligungsquote der U8 und U9 zu erreichen, um Kinder mit beschriebenen Defiziten möglichst noch vor Schulbeginn fördern zu können.

Auch wenn der Kreis Mettmann im Vergleich zu anderen Städten und Kreisen eine relativ gute Akzeptanz der U9 aufweist (Minimum für Salzgitter in 2001 67,5 %, Minimum Düsseldorf in 2001 72,3 %), ist die Quote nicht zufrieden stellend. Bei durchschnittlich über 60% der Kinder kann wegen fehlender Vorlage des "Gelben Heftes" bei der SEU keine Aussage über durchgeführte Früherkennungsuntersuchungen getroffen werden.

Aus eigener Anschauung wissen wir, was in anderen Berichten nachgewiesen wurde. Vor allem sozial benachteiligte Kinder nehmen weniger an Früherkennungsuntersuchungen teil (siehe Bericht Düsseldorf, Brandenburg und Salzgitter). Diese Kinder weisen häufiger zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung einen abklärungsbedürftigen Befund auf (vgl. Salzgitter). Häufig fehlt gerade in diesen Familien die soziale Kompetenz zum Aufsuchen von Hilfsangeboten. Unter Einbeziehung von Aspekten sozialer Benachteiligung wie z.B. Bildung, Einkommen und Wohnverhältnisse würden sich andere Relationen ergeben.

Die uns vorliegenden Daten lassen trotzdem den Schluss zu, dass eine Verbesserung der Teilnahmerate gerade für Kinder nicht-deutscher Muttersprache besonders wichtig ist. Kulturspezifische, migrationbedingte und soziale Faktoren spielen bei der geringeren Teilnahme wahrscheinlich ebenso eine Rolle wie Zugangsbarrieren auf der Seite des Versorgungssystems (Ingrid Geiger, Gesundheit und Migration, 1999).

## Empfehlungen

- Kampagnen in Stadtteilen mit sozialer Benachteiligung zur Erhöhung der Teilnahme vor allem an der U9 unter Einbeziehung von verschiedenen Berufsgruppen und Migrantenorganisationen etc.
- Sensibilisierung der Erzieherinnen und Erzieher in Kindertagesstätten für die Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen
- Verzahnung von Sozial- und Gesundheitsdaten zur Verbesserung gesundheitlicher Problemlagen

## Kommentar von Karin Till

Leiterin der Sozialpädagogischen Beratungsstelle zur Förderung von Säuglingen und Kleinkindern des Kreisgesundheitsamtes Mettmann

Die Akzeptanz der U8 in der Bevölkerung im Kreis Mettmann ist im Vergleich zu anderen Städten und Kreisen sehr zufrieden stellend. Die Anschreiben an alle Eltern zu den Vorsorgeuntersuchungen, speziell der U8, haben sicherlich dazu beigetragen und damit ist eins unserer Ziele erreicht.

Mit unserem Schreiben sollen vor allem die uns unbekannt Eltern und deren Kinder erreicht werden, die auf Grund von Auffälligkeiten oder Behinderungen Beratungs-, Hilfe- und oder Förderbedarf benötigen.

Die Anzahl der Rückläufe von Kindern mit Defiziten z.B. Sprachauffälligkeiten, Teilleistungsschwächen aber auch geistigen oder anderen Behinderungen liegen mit einem Anteil von durchschnittlich 30 % erschreckend hoch. Hierunter sind viele Eltern, zu denen wir erstmalig Kontakt aufnehmen können und für die eine Betreuung und Beratung wichtig ist. Wünschenswert ist es, das erfolgreiche Modell der Erinnerungsschreiben der U8 auf die U9 auszuweiten, um möglichst allen betroffenen Kindern noch vor Schulbeginn eine entsprechende Förderung ermöglichen zu können.

## Resümee

Die vorliegenden Ergebnisse lassen deutlich werden, dass die Reihenuntersuchungen durch das Gesundheitsamt, hier die Schuleingangsuntersuchungen und die Kariesvorsorge, und weitere Programme des Gesundheitsamtes als wichtige Filteruntersuchungen („Screening“) und als Früherkennungssystem funktionieren.

Es wird auch erkennbar, dass die Einschulungsuntersuchungen sinnvoll verflochten sind mit anderen, zeitlich vorgelagerten und nachgehenden Maßnahmen, die als Gesamtsystem der Prävention und der frühzeitigen Intervention dienen.

Bewusst wurde in der Auswahl der dargestellten Themenfelder darauf Wert gelegt, diejenigen Probleme herauszustellen, die von besonderer Bedeutung für die schulische Leistungsfähigkeit und damit für die Zukunfts- und Entwicklungschancen der Kinder sind.

Im Vordergrund der individuellen Betreuung stehen dabei selbstverständlich die Beratung der Eltern, die Veranlassung ergänzender diagnostischer und ggfs. therapeutischer Maßnahmen sowie – bei den Einschulungsuntersuchungen – die Beratung der Schule mit Darstellung des konkreten Förderbedarfs.

Gleichzeitig lässt sich darstellen, dass und in welcher Vielfalt auf den Erkenntnissen der Untersuchungen aufbauend Projekte zur übergreifenden Prävention bzw. Intervention gestaltet werden können und müssen.

Dabei hat das Kreisgesundheitsamt entsprechend seinem gesetzlichen Auftrag vorwiegend die Rolle des Initiators und Koordinators wahrzunehmen und entsprechende Projekte anzuregen und zu unterstützen. Wirkungsvolle Interventionen werden jedoch erst dadurch ermöglicht, dass unterschiedlichste Akteure in jeweils eigener Mitverantwortung an geeigneten Programmen mitwirken und untereinander kooperieren.

Themenfeld	Projekt	Akteure
Sprache Teilbereich Sprachstörungen	Vernetzung zwischen den Fachgruppen	Sprachheilbeauftragte, Logopäden/innen Sprachheilambulanzen Kinder- und HNO-Ärztinnen/Ärzte Gesundheitsamt (JÄD) u.a.
Sprache Teilbereich Sprachkompetenz	Projekt „Rucksack“ (Monheim am Rhein)	Jugendamt, Kindertageseinrichtungen, Schulen örtliche Initiativen (MoKi u.a.) Gesundheitsamt (Nebenstelle) Gesundheitsamt (Prävention) u.a.
Bewegungsauffälligkeiten (Motorik)	Projekt „Lott jonn“ Kindergärten in Bewegung	Gesundheitsamt (Koord.Stelle) Kindertageseinrichtungen Jugendämter Sportvereine, Kreissportbund Sporthochschule Berufskollegs Krankenkassen, Spender u.a.
Sehstörungen	Rückmeldesystem	Augenärztinnen/ärzte Gesundheitsamt (JÄD)
Hörstörungen	Rückmeldesystem	Kinder- und HNO-Ärztinnen/Ärzte Gesundheitsamt (JÄD)
Impfstatus	Impfinterventionsprogramm (Impfbücher 4. Klassen)	Schulen Gesundheitsamt (JÄD) Kinderärztinnen/ärzte
„U“-Vorsorgeuntersuchungen	a) Aktivierung zur Vorsorge b) Projekt „Ich geh zur U ..“	Eltern Gesundheitsamt (SozPädBeratung) Kinderärztinnen/ärzte, u.a. Gesundheitsamt (SozPädBeratung) Sozialamt (Begleitender Dienst) Kinderärztinnen/ärzte u.v.a. (analog Projekt Rucksack)
Mund- und Zahngesundheit	Reihenuntersuchungen „Intensiv-Prophylaxe“	ARGE Zahngesundheit, Kreis ME, Krankenkassen, Kitas, Schulen, niedergelassene Zahnärztinnen/ärzte, Zahnärzte-Verbände

Die umseitige Tabelle zeigt, dass der Fokus auf die Entwicklung und Stärkung sowohl der persönlichen Ressourcen (Verhaltensprävention), als auch der Verhältnisprävention gelegt werden sollte. Deshalb kommt der frühzeitigen Gesundheitsförderung eine zentrale Bedeutung zu.

Die Tabelle zeigt aber auch in beeindruckender Weise, in welcher Vielfalt die Beteiligten im Kreis Mettmann im Interesse der Gesundheit der Kinder zusammenwirken.

Allen Beteiligten ist an dieser Stelle ausdrücklich ein Dank und eine Anerkennung für die geleistete Arbeit auszusprechen.

Nichts desto weniger ist und bleibt es eine schwierige Aufgabe, solche oder ähnliche Initiativen neu zu starten oder fortzuschreiben. In Zeiten allseits beschränkter personeller und sächlicher Ressourcen bleibt es schwierig, Ansprechpartner zu finden, für ein erkanntes Problem zu interessieren und zur Mitwirkung an einem geeigneten Interventionsprogramm zu motivieren. Dabei kommt es meist nicht nur auf die handelnden Akteure, sondern auch auf die Leistungsbereitschaft verantwortlicher Kostenträger oder auch auf bereitwillige Spender an.

In diesem Sinne ist es der Wunsch des Kreisgesundheitsamtes, mit den Erkenntnissen der Schuleingangsuntersuchungen oder anderen Ergebnissen der bisher erst ansatzweise möglichen Gesundheitsberichterstattung auch weiterhin in den Kommunen, den Einrichtungen, der Politik und bei den Kostenträgern offene Ohren und sachdienliche Unterstützung zu finden.

Mettmann, im April 2004



Dr. Rudolf Lange  
Leiter des Kreisgesundheitsamtes Mettmann

## Literatur

- Esser, G. (1991)  
Öffentliches Gesundheitswesen 53 (1991): 470 – 473  
Früherkennung von Teilleistungsstörungen.
- Geiger, Ingrid, Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen  
Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis, Gesundheitsamt in: Gesundheit und Migration, Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen, 1999
- Gesundheitsamt Stadt Salzgitter (2002)  
Gesundheit und soziale Situation von Schulkindern, Einschulung 2000/2001
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes 03/01(Hrsg.)  
Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit;
- Landeshauptstadt Düsseldorf, Gesundheitsamt (2003)  
Schulneulinge, Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen von 1998 bis 2001
8. Landesgesundheitskonferenz NRW 16.06.1999
- Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd)  
Bielefeld 2002, Dokumentation schulärztlicher Untersuchungen Nordrhein- Westfalen, Ergebnisse 2001
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (1999)  
Einschüler in Brandenburg, Soziale Lage und Gesundheit 1999
- Robert-Koch-Institut  
Epidemiologisches Bulletin 42/2003