

Gesundheitsbericht 2004–2006

Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen

Gewicht – Sprache – Motorik

2007

Stadt Dortmund
Gesundheitsamt



Impressum

Herausgeber: Stadt Dortmund, Gesundheitsamt,
Dr. Annette Düsterhaus (verantwortlich)

Redaktion: Gesundheitsdienst für Kinder und Jugendliche:
Renate Kensbock, Magdalena Plätz, Lilo Diel-Greve,
Margit Focke

Information: 0231/50-22536 (Renate Kensbock)

E-mail: rkensboc@stadtdo.de

Fotos: Peter Brenneken, Andreas Neumann, www.photocase.de

Gestaltungskonzept, Koordination, Layout und Druck:
Dortmund-Agentur 02/2008

Inhalt

	Seite
Vorwort	5
Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick	8
Interventionen im Überblick	9
Einschulungsuntersuchung	10
Übergewicht	11
Sprachstörungen	17
Koordinationsstörungen	20
Sehstörungen	22
Hörstörungen	23
Vorsorgeuntersuchungen	24
Impfungen	27
Zusammenfassung	29
Notwendige Konsequenzen	30
Perzentilkurven Body-Mass-Index Mädchen/Jungen	32
Literaturverzeichnis	33



Vorwort



Liebe Dortmunderinnen und Dortmunder,

die Gesundheit unserer Kinder ist für uns alle ein wichtiges zentrales Thema, denn unsere Kinder sind unsere Zukunft.

Ich freue mich sehr Ihnen liebe Leserinnen und Leser den nun dritten Bericht vorstellen zu dürfen, der sich mit der Gesundheit unserer i-Männchen befasst.

Die wertvollen Daten der fünf- bis sechsjährigen Vorschulkinder, die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung erhoben werden, geben Informationen über die Gesundheit eines ganzen Jahrgangs. Diese Ergebnisse sind für die kommunale Gesundheitsförderung von besonderem Interesse.

Es ist mir ein persönliches Anliegen die Gesundheitsförderung von Kindern in besonderem Maße zu unterstützen, um problematischen Entwicklungen frühzeitig gegenzusteuern.

Mit Hilfe dieser Ergebnisse können einige Handlungsempfehlungen aufgezeigt werden.

Ich danke allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsdienstes für Kinder und Jugendliche, welche die Daten erhoben haben und denen, die die Beiträge und Auswertungen erstellt haben. Mein Wunsch ist, dass der vorliegende Bericht notwendige Impulse weckt, um geeignete Maßnahmen zu ergreifen, welche die Gesundheit der Kinder nachhaltig verbessern.

A handwritten signature in blue ink that reads "Gerhard Langemeyer". The signature is fluid and cursive.

Dr. Gerhard Langemeyer
Oberbürgermeister der Stadt Dortmund

Vorwort



Wir freuen uns Ihnen den Gesundheitsbericht 2004–2006 vorzustellen. Er befasst sich mit der gesundheitlichen Lage unserer Einschulungskinder.

Die Gesundheit unserer Kinder ist ein unverzichtbares Gut, für das wir alle mitverantwortlich sind. Gerade deshalb ist es eine wichtige Aufgabe der kommunalen Gesundheitsbehörde Kinder und Jugendliche vor Gesundheitsgefahren zu schützen, als auch ihre Gesundheit zu fördern.

Die bereits 1996 und 2000 erstellten Gesundheitsberichte waren bisher eine wichtige Grundlage für viele gesundheitsfördernde Projekte die bereits in Dortmund durchgeführt wurden. Der hier vorliegende Bericht ist nun der dritte Bericht, der sich mit den Daten der Schuleingangsuntersuchungen auseinandersetzt. Er befasst sich überwiegend mit den ausgewählten Themen: Gewicht, Sprache und Motorik. Hör- und Sehstörungen, sowie die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen und die Impfungen werden nur auszugsweise dargestellt.



Dieser Gesundheitsbericht ist an alle gerichtet, die sich beruflich mit Kindern beschäftigen und auch eine gesundheitsfördernde Funktion wahrnehmen, sowie an Eltern, interessierte Bürgerinnen und Bürger und insbesondere an die politisch Verantwortlichen, als auch an weitere Entscheidungsträger im kommunalen Gesundheitswesen.

Der Bericht zeigt anfangs zwei Schaubilder, welche die wichtigsten Ergebnisse und die bereits laufenden Interventionen als auch weitere Interventionsmöglichkeiten, in aller Kürze darstellt, so dass auch der ganz eilige Leser sich einen Überblick verschaffen kann.

Bereits im frühen Kindesalter werden die Weichen für das Gesundheitsverhalten als Erwachsener gestellt, deshalb ist es besonders wichtig, problematischen Entwicklungen früh gegenzusteuern.

Es gibt noch viel für die Gesundheit unserer Kinder zu tun und dazu soll dieser Bericht einen wichtigen Beitrag leisten.

Siegfried Pogadl
Stadtrat

Dr. Annette Düsterhaus
Ltd. Städt. Medizinaldirektorin

Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

Impfungen

- die Impfungsrate für die 2. MMR ist von 2004 bis 2006 um ca. 15 % auf ca. 80 % angestiegen
- die Rate für Hepatitis B steigt ebenfalls kontinuierlich an, 2006 auf knapp 90 %

Hör- und Sehstörungen

- in 2006 bekamen 8,2 % eine Empfehlung für einen HNO-Arzt
- 11,5 % erhielten eine Empfehlung für den Augenarzt
- seit 2004 sind die Augenarztüberweisungen kontinuierlich angestiegen von 8,1 % auf 11,5 %

Übergewicht

- stetig geringfügig gesunken, jedoch mit 12,7 % weiterhin zu hoch
- erhebliche Unterschiede in den Stadtbezirken
- Bezirk Nord stetig mit durchschnittlich 19,9 % an der Spitze
- Kinder mit Migrationshintergrund sind deutlich häufiger von Übergewicht betroffen als deutsche Kinder

Dortmunder Schulanfänger 2004–2006

Sprachstörungen

- kontinuierlicher Anstieg der Befunde von 21,3 % in 2004 auf 27,8 % in 2006
- mehr Jungen in logopädischer Behandlung als Mädchen

Koordinationsstörungen

- Jungen sind stärker betroffen als Mädchen
- deutlicher Anstieg der Befunde
- in 2006 wiesen 16,1 % der Kinder einen Befund auf

Vorsorgeuntersuchungen

- Anstieg der Inanspruchnahme für die U9 von 78,2 % in 2000 bis 84,1 % in 2006, wobei in 2005 mit 85,3 % die höchste Quote vorlag (Werte nur aus den vorgelegten U-Heften errechnet)
- bei der U9 erhebliche Unterschiede in den Bezirken: variiert von 68,4 % (Nord) bis 92,7 % in Hombruch

Interventionen im Überblick

Impfungen

- bei der Schuleingangsuntersuchung wird die MMR-Impfung angeboten
- an Förderschulen wird die MMR-Impfung angeboten
- Infoveranstaltungen in Schulen
- Multiplikatorenschulungen in Kitas
- Landesimpfkampagne

Hör- und Sehstörungen

- Hör- und Sehtests werden an Förderschulen durchgeführt
- Entwicklungs-Screening für Kinder im vierten Lebensjahr

Übergewicht

- Projekt: „Dortmunder Kinder. Besser essen. Mehr bewegen.“

Gesundheit der Dortmunder Kinder

Sprachstörungen

- Sprachberatung im Gesundheitsamt
- Entwicklungs-Screening für Kinder im vierten Lebensjahr

Koordinationsstörungen

- Projekt: „Dortmunder Kinder. Besser essen. Mehr bewegen.“
- Entwicklungs-Screening für Kinder im vierten Lebensjahr
- Eltern über die Wichtigkeit der Bewegung informieren
- Teilnahme an Projekttagen in Schulen

Vorsorgeuntersuchungen

- Projekt: „Ich geh zur U! ... Und du?“
- „Werbung“ für U- und J 1-Untersuchungen
- Multiplikatorenschulungen in Kitas
- Geburtstagskartenaktion

Einschulungsuntersuchung

Der Gesundheitsdienst für Kinder und Jugendliche führt die gesetzlich verankerten Einschulungsuntersuchungen durch. Es ist somit möglich, einen Jahrgang komplett zu erfassen. Außerdem bieten die Einschulungsuntersuchungen eine gute Möglichkeit Entwicklungsauffälligkeiten zu erkennen und geeignete weitere diagnostische oder sogar therapeutische Maßnahmen einzuleiten. Darüber hinaus kann man über den Gesundheitszustand eines ganzen Altersquerschnitts, nämlich dem der Einschüler, Aussagen treffen. Zudem kann langfristig über die Entwicklung des Gesundheitszustandes berichtet werden.

2004 wurde bei der Schuleingangsuntersuchung in Dortmund der S-ENS eingeführt. Dies ist ein „Screening des Entwicklungsstandes“. Es wurde vom Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern Aachen, Bonn und Köln entwickelt und mittlerweile flächendeckend in NRW eingeführt. Dadurch bedingt ist eine sehr gute Vergleichbarkeit der Daten auch auf der Landesebene möglich.

Beim S-ENS werden folgende Bereiche erfasst:

- Körperkoordination
- Visumotorik
- Visuelle Wahrnehmungsfähigkeit & Informationsverarbeitung
- Sprachkompetenz & auditive Informationsverarbeitung
- Artikulation

Außerdem werden bei der Schuleingangsuntersuchung folgende Daten erfasst:

- Impfdaten
- Vorsorgedaten
- Anamneseerhebung
- Größe/Gewicht
- Körperliche Untersuchung, bei Fehlen der U 9
- Sehfähigkeit
- Hörfähigkeit
- Empfehlung zur Schulfähigkeit

In diesem Bericht werden das Gewicht, die Sprache und die Motorik einer näheren Betrachtung unterzogen und die anderen Ergebnisse nur im Überblick dargestellt, um auf eine Überfrachtung mit Daten bewusst zu verzichten.

Übergewicht

Immer wieder werden in der Öffentlichkeit Diskussionen über verbreitete Fehlgewichtigkeit in unserer Gesellschaft geführt. Die Weltgesundheitsorganisation bewertet Übergewicht und Adipositas (starkes Übergewicht) als eines der zehn bedrohlichsten Gesundheitsrisiken.

Außerdem findet in den letzten Jahren eine Verlagerung des Problems ins Kindes- und Jugendalter statt. Seit den 80'er Jahren des letzten Jahrhunderts ist in allen Industrienationen die Anzahl der übergewichtigen bzw. der adipösen (stark übergewichtigen) Kinder und Jugendlichen deutlich angestiegen.

Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist in unserem Land eine zahlenmäßig bedeutende Gesundheitsstörung (Leitlinie der AG Adipositas im Kindes- und Jugendalter). Ein Großteil der Kinder und Jugendlichen nimmt das Übergewicht mit ins Erwachsenenalter.

Die überflüssigen Pfunde können Ausgangspunkt für viele ernährungsbedingte Krankheiten sein, die um so wahrscheinlicher zutreffen, je früher das Übergewicht auftritt und je länger es anhält. Es handelt sich u. a. um Bluthochdruck, erhöhten Insulinspiegel, erhöhte Cholesterinwerte und Gallensteine. Aber auch Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparates zählen dazu. Diese Krankheiten treten sonst eher bei älteren Menschen auf.

Auch der psychosoziale Aspekt sollte nicht ungenannt bleiben. Kinder und Jugendliche mit Übergewicht werden häufig gehänselt und ausgegrenzt. Dadurch kommt es zu erheblichen psychosozialen Belastungen. Das Selbstwertgefühl wird geschwächt und aus Frust wird noch mehr gegessen. Somit setzt sich ein Teufelskreis in Bewegung, der nur schwer zu durchbrechen ist.

Die Ursachen von Übergewicht sind äußerst komplex und breit gefächert. Sowohl familiäre Veranlagung, Lebensbedingungen, Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten der Familie, als auch fehlende regelmäßig gemeinsame Mahlzeiten, spielen hier eine wichtige Rolle.

Definition von Übergewicht und Adipositas

Zur Beurteilung und Einordnung des Körpergewichtes hat sich der Body-Mass-Index (BMI) durchgesetzt. Er ergibt sich aus, dem Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch das Quadrat der Körpergröße in Metern ($\text{kg} : \text{m}^2$).

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht (in Kilogramm)}}{\text{Körpergröße (in Metern)}^2}$$

Um Aussagen zu den gewonnenen Werten machen zu können, wird ein Normbereich festgelegt. Bei Erwachsenen wird der Body-Mass-Index folgendermaßen klassifiziert:

Untergewicht:	BMI	< 18,5
Normalgewicht:	BMI	18,5 – 24,9
Übergewicht:	BMI	25,0 – 29,9
Adipositas:	BMI	30 und mehr

Der BMI-Wert wird zur Bestimmung des Übergewichts und der Fettleibigkeit auch bei Kindern angewandt. Er ist hier jedoch deutlich von alters- und geschlechtsspezifischen Besonderheiten beeinflusst. Man muss also bei seiner Beurteilung Alter und Geschlecht berücksichtigen. Deshalb wurden in Deutschland mittels bevölkerungsbezogener Untersuchungen im Jahr 2001 zur Beurteilung des Gewichts sogenannte BMI Perzentilkurven (Wachstumskurven) von Kromeyer-Hauschild et al. ermittelt, die durch alter- und geschlechtsspezifische Perzentilen eine Einstufung der individuellen BMI-Werte erlauben.

Der BMI wird wie bei den Erwachsenen berechnet und mittels Grafiken abgelesen (siehe Seite 32 Perzentilkurven für den Body-Mass-Index).

Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kinder- und Jugendalter definiert in ihren Leitlinien das Überschreiten der 90. Perzentile als Übergewicht und einen BMI Wert jenseits der 97. Perzentile als Adipositas. Diese Perzentile sind die Grundlage der nachfolgenden Berechnungen.

Übergewicht und Adipositas bei Dortmunder Kindern

Die Bestimmung von Größe und Gewicht wird bei jedem einzuschulenden Kind ohne Schuhe und in Unterbekleidung vorgenommen.

Im Jahre 2004 wurden insgesamt 5.434 Kinder untersucht, davon waren 14,4 % übergewichtig und hierunter fanden sich 6,0 % mit Fettleibigkeit.

Von den 5.224 Kindern, die im Jahr 2005 untersucht wurden, waren insgesamt 13,4 % der Kinder übergewichtig und davon 6,0 % adipös.

2006 waren von den 5.063 untersuchten Kindern insgesamt 12,7 % übergewichtig wobei 5,5 % der Kinder adipös waren.

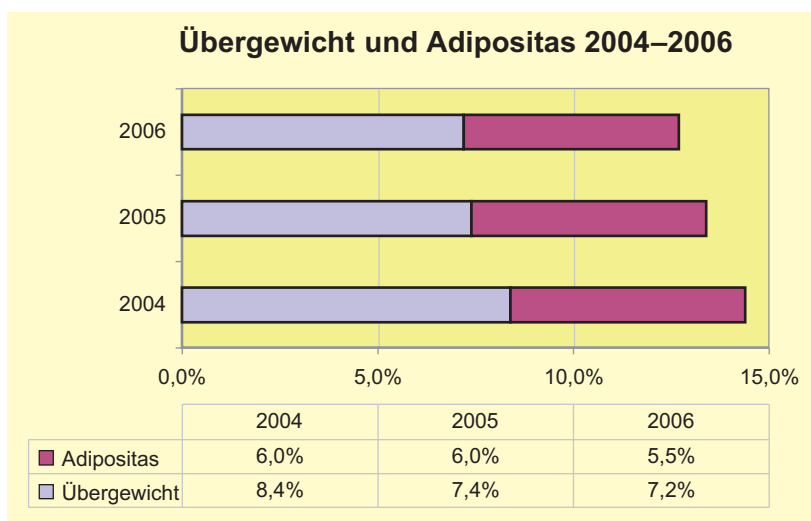


Abb. 1 Übergewicht und Adipositas 2004–2006

In der Graphik ist deutlich zu erkennen, dass die Anzahl der übergewichtigen und adipösen Kinder von 2004 bis 2006 insgesamt stetig etwas gesunken ist.

Jedoch ist der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder in Dortmund mit insgesamt 12,7 % weiterhin zu hoch.

Insbesondere wenn man bedenkt, dass das Übergewicht im Grundschulalter noch einmal deutlich ansteigt, wie die Ergebnisse aus 2006 des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS) zeigen.

Darstellung nach Bezirken

Betrachtet man nun die Prozentwerte in den einzelnen Bezirken, so ist zu erkennen, dass in den Bezirken Hombruch, Brackel und Aplerbeck der Anteil der übergewichtigen Kinder im Jahr 2006 mit unter 10 % am geringsten ist. In den Bezirken West, Hombruch, Brackel, Mengede, Aplerbeck und Lütgendortmund ist der Anteil der übergewichtigen Kinder über die Jahre 2004–2006 stetig etwas gesunken. In den Stadtbezirken Scharnhorst und Eving ist ein deutlicher Anstieg zu erkennen. Im Bezirk Nord liegt der Anteil der übergewichtigen Kinder durchschnittlich mit 19,9 %, konstant über die Jahre, am höchsten.

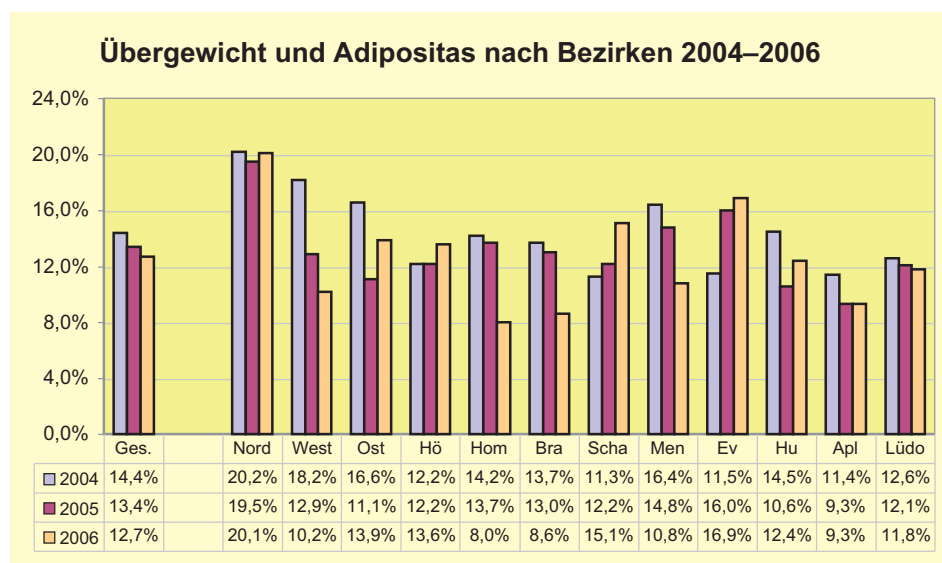


Abb. 2 Übergewicht nach Bezirken 2004–2006

Dieser Bezirk gehört zu den Stadtteilen mit besonderem Erneuerungsbedarf. Hier leben viele Familien mit sozialen Belastungsfaktoren, sowie Familien mit Migrationshintergrund. Viele Kinder aus sozial benachteiligten Familien weisen, ebenso wie ihre Eltern, ein eher ungünstiges Gesundheitsverhalten auf. Ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum als Risikofaktoren für viele Erkrankungen sind bei armen Kindern und Jugendlichen häufiger anzutreffen als bei ihren Altersgenossen aus oberen sozialen Schichten (Iögd NRW Leitfaden für den öffentlichen Gesundheitsdienst zur Förderung gesundheitlicher Teilhabe, Band 4, S. 33).

Eine Bielefelder Studie ergab, dass diese Kinder weniger Vollkornbrot, Obst und Gemüse essen, dafür konsumieren sie mehr Chips und Pommes frites. Diese Studie untersuchte ebenfalls, welche Faktoren das Ernährungsverhalten beeinflussen. Kinder, die regelmäßig Sport treiben und sich im Kindergarten und in der Schule wohlfühlen, achten mehr auf ihre Ernährung. Dagegen erwiesen sich ein hoher Fernsehkonsum und die soziale Ungleichheit selbst als ungünstig für das Essverhalten. (Klocke, 1995).

Migrationshintergrund

Betrachtet man die Erstsprache der Kinder und sieht diese als Indikator für den Migrationshintergrund, so ist zu erkennen, dass Kinder mit Migrationshintergrund deutlich häufiger an Übergewicht und Adipositas leiden als deutsche Kinder. Der Anteil der adipösen Kinder mit Migrationshintergrund liegt mit 8,1 % fast doppelt so hoch wie der, der deutschen Kinder (4,2 %).

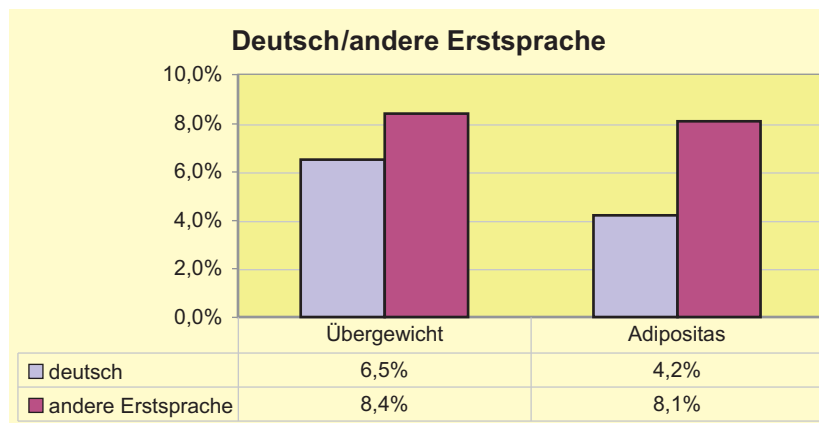


Abb. 3 Migrationshintergrund und Übergewicht 2006

Darstellung Jungen/Mädchen

Der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen im Bereich Übergewicht und Adipositas ist gering. Die Abbildung 4 verdeutlicht dieses Ergebnis.

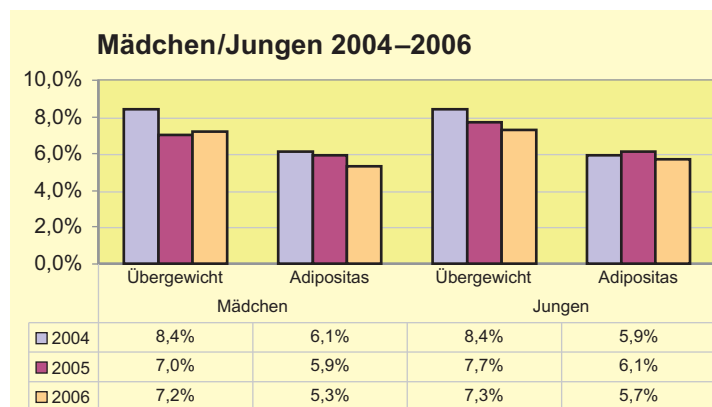


Abb. 4 Übergewicht/Adipositas Mädchen/Jungen 2004–2006

Dortmund im Vergleich zu NRW

Im Jahre 2004 wurden in NRW 160.279 Kinder untersucht davon waren zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung insgesamt 11,4 % der Kinder übergewichtig und davon 4,8 % adipös.

Von den 151.803 Kinder die im Jahr 2005 landesweit untersucht wurden waren 11,3 % übergewichtig davon 4,8 % adipös.

2006 wurden 117.614 Einschüler in NRW erfasst, davon waren 10,9 % übergewichtig und davon 4,6 % adipös.

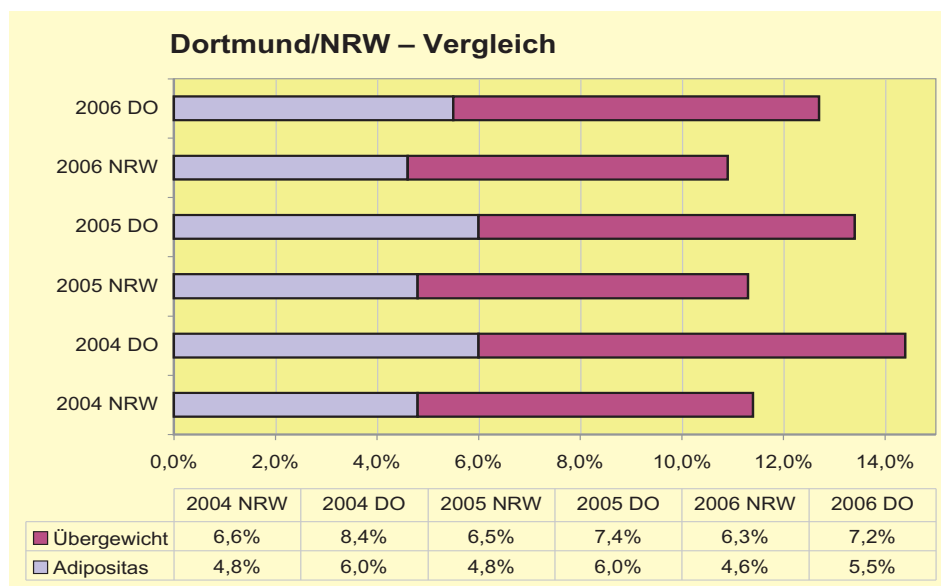


Abb. 5 Dortmund/NRW Vergleich 2004–2006

Betrachtet man die Ergebnisse von Dortmund im Vergleich zu den Ergebnissen des Landes NRW, so ist ein gleichläufiger Trend zu beobachten. Nicht nur in Dortmund ist die Anzahl der übergewichtigen und adipösen Kinder stetig leicht gesunken, auch im Land NRW ist die Quote der Übergewichtigen von 2004 bis 2006 geringfügig gesunken. Jedoch liegen die Werte in Dortmund sowohl bei den übergewichtigen Kindern, als auch bei den adipösen Kindern jeweils um ca. 1 % höher als im Landesdurchschnitt (Abb. 5).

Bereits laufende Interventionsmaßnahmen zum Thema „Übergewicht“

Kaum ein Thema wird z.Z. in der Öffentlichkeit so diskutiert wie das Übergewicht von Kindern und Jugendlichen. Mit simplen Empfehlungen wie „weniger Fett“ zu essen, scheint es nicht getan zu sein (Kinderärztliche Praxis 2004, Sonderheft Ernährung). Nicht nur in den USA, auch in Deutschland, verzehren Kinder und Jugendliche seit Jahren weniger Fett aber nicht automatisch auch weniger Energie, wie die Donald-Studie zeigt – der Anteil übergewichtiger Kinder bleibt oder steigt

sogar an. Die Ernährung ist ein komplexes Geschehen und darf vor allem hinsichtlich der Adipositas nicht losgelöst vom sonstigen Lebensstil, vor allem dem Bewegungsverhalten, betrachtet werden.

Seit Jahren wird in den Dortmunder Kindertageseinrichtungen vermehrt das Thema „Ernährung“ behandelt, wichtig hierbei ist die Zusammenarbeit mit den Eltern. In den Einrichtungen werden, wenn nicht schon vorhanden, Bewegungsangebote eingeführt. In den Schulen wird das Thema „Ernährung“ in den Unterricht (z. B. Biologie) eingebaut. Der Sportunterricht muss sichergestellt sein und der Bereich „kompensatorischer Sport“ wird ausgebaut. (Wird bisher an den Grundschulen angeboten). Im Bereich der Ganztagsbetreuung werden Sportvereine als Partner gewonnen, um den „Bewegungsbereich“ abzudecken. Wir als Gesundheitsamt verstehen uns als Kooperationspartner für Tageseinrichtungen und Schulen. Der Bereich schulärztliche Sprechstunde wird ausgebaut. Im Rahmen von Projekten, z. B. „Power-Kids“, Kindergesundheitswoche – „Friedhelm bewegt die Stadt“, wird Ernährung thematisiert. Im Rahmen der aufsuchenden Elternberatung durch die sozialmedizinischen Assistentinnen wird in den Familien das Thema Ernährung, hier im Säuglings- und Kindesalter, bereits besprochen.

Es ist zwar ein Erfolg zu verzeichnen, jedoch reicht dieser nicht aus. Es muss weiterhin eine engere Vernetzung und Kooperation zwischen allen Akteuren, die sich mit diesem Thema beschäftigen, stattfinden. Im Rahmen des Familienprojektes wurde für 2005 für insgesamt zwei Jahre ein Projekt „Fit Kids“ umgesetzt. Ziel dabei ist es, stadtteilbezogene Netzwerke zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen zu bilden. Es soll eine Qualifikation und Beratung hinsichtlich Bewegung und Ernährung, Aufbau von Gesundheitszirkeln und gesundheitsförderndes Verhalten angebahnt werden. Es werden miteinander kombinierbare Module (Ernährung, Bewegung und Elternarbeit) verknüpft. Entscheidend ist, dass die Bedingungen vor Ort mit berücksichtigt werden. Unter anderem wird der Arbeitskreis „Sport, Bewegung und Ernährung“ für die Koordination und Vernetzung der beteiligten Fachleute und -gruppen mit eingebunden. Eine Änderung des Verhaltens ist auf Dauer nur durch konsequentes Umsetzen dieser Maßnahmen zu erreichen, und das möglichst frühzeitig.

Zusätzlich wird seit Ende 2006 das Dortmunder Projekt DoKi „Dortmunder Kinder. Besser essen. Mehr bewegen.“ durchgeführt. Das Ziel dieses Projektes ist, mit der Entwicklung einer multidisziplinären Strategie und einer Kooperationsgemeinschaft von zehn Projektpartnern/-innen mit 24 Teilprojekten ein Netzwerk zur Vorbeugung von Übergewicht für alle Dortmunder Kinder von der Geburt bis zum 10. Lebensjahr an aufzubauen. Die Vernetzung von unterschiedlichen Maßnahmen zur Adipositasprävention soll bei allen Dortmunder Kindern von der Geburt an flächendeckend auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten einwirken können und ihnen einen Zugang zu den Maßnahmen ermöglichen. In der multidisziplinären Prävention werden Ernährung und Bewegung in eine Gesamtkonzeption integriert und verschiedene Disziplinen, wie z. B. Pädagogik, Medizin und Sport, in der Herangehensweise vereint. Die Eltern, sozial Schwächere, bildungsferne Schichten und Familien mit Migrationshintergrund sollen erreicht und eingebunden werden.

Sprachstörungen

Funktionen der Sprache

Alle Menschen besitzen genetisch bedingt die Fähigkeit, das Sprechen zu erlernen. Die verbale Sprache (Lautsprache) ist ein kultur- und sozialhistorisches Regelsystem, das durch seine Zeichen einen Austausch über etwas ermöglichen kann. Die (Laut-)Sprache erfüllt damit für den Menschen folgende Funktionen:

- kommunikative Funktion
- bildende Funktion
- kognitive Funktion
- regulative Funktion
- persönlichkeitsbildende Funktion

Voraussetzungen zum Spracherwerb

Die Realisierung eines gelungenen Spracherwerbs ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden: Die biologischen und neurophysiologischen Voraussetzungen müssen angelegt sein.

- Das bedeutet, dass sich die Wahrnehmungsorgane, der Mund- und Rachenraum, die koordinierte Bewegungsfähigkeit, die Atmung sowie die Hirnreife altersangemessen entwickelt haben.
- Darüber hinaus trägt zum Spracherwerb eines Kindes entscheidend der Reiz des sozialen und sprachlichen Umfeldes bei. Als wegweisend ist hervorzuheben, dass ein Kind im sogenannten Frühdialog bereits vorsprachliche kommunikative Fähigkeiten entwickeln kann.

Sprachstörungen

Es ist bekannt, dass eine Sprachstörung durch mehrere Faktoren oder Ursachen hervorgerufen und aufrechterhalten werden kann. Zu unterscheiden sind:

- **organische Ursachen** (u. a. Hörstörungen zentralnervöser oder peripherer Art, Schäden der Sprechwerkzeuge)
- **vererbte Ursachen** (familiäre Disposition)
- **soziokulturelle Ursachen** (ungünstige Umstände bei einer zweisprachigen Erziehung, das Miteinandersprechen tritt in den Hintergrund, schwierige wirtschaftliche Lebensverhältnisse)
- **psychische Ursachen** (u. a. Erziehungsunsicherheiten durch Abweichen von den bekannten Meilensteinen der Entwicklung, unterschiedliche Erziehungsstile der Bezugspersonen, gestörtes Kommunikationsverhalten etc.)

Von einer Sprachstörung wird gesprochen, wenn ein Mensch seine Erstsprache seiner Altersnorm entsprechend nicht regelgerecht gebrauchen kann.

Bei den Einschulungsuntersuchungen zeigten sich folgende Ergebnisse. Im Jahr 2006 wiesen von den 5063 untersuchten Einschülern 3652 Kinder (72,1 %) keine Sprachauffälligkeiten auf.

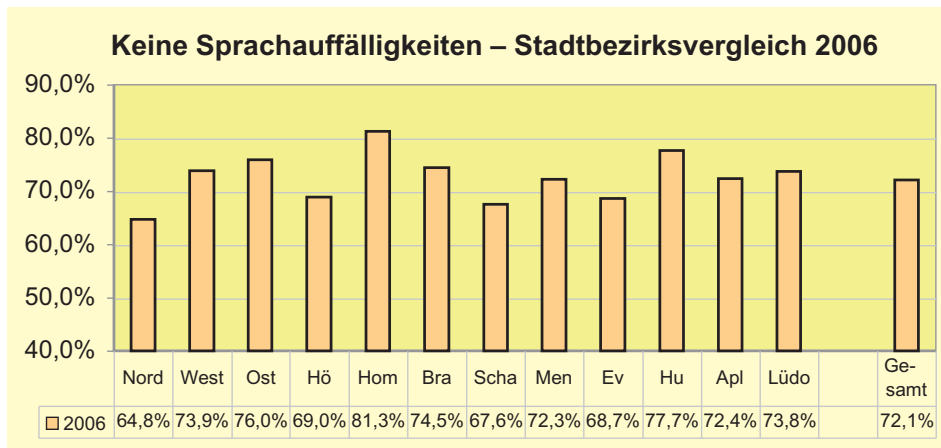


Abb. 6 Keine Sprachauffälligkeiten – Stadtbezirksebene 2006

Vergleicht man die Ergebnisse auf der Stadtbezirksebene, so sind deutliche Unterschiede zu erkennen. In Hombruch zeigen 81,3 % der i-Männchen keine Sprachauffälligkeiten, im Bezirk Nord dagegen nur 64,8 % der Kinder.

Bei 1401 (27,8 %) Kindern, die eine Auffälligkeit im Bereich Sprache aufwiesen, wurde ein minimaler bis gravierender Befund festgestellt. Im einzelnen handelt es sich hierbei um 499 Kinder (9,9 %) mit einer leichten Sprachauffälligkeit, wovon 297 Kinder der Sprachberatung im Gesundheitsamt zugeführt wurden, 773 Kinder (15,3 %), die eine logopädische Behandlung bereits begonnen hatten, und 104 Kinder (2,1 %), bei denen eine Empfehlung zum Kinderarzt ausgesprochen werden musste.

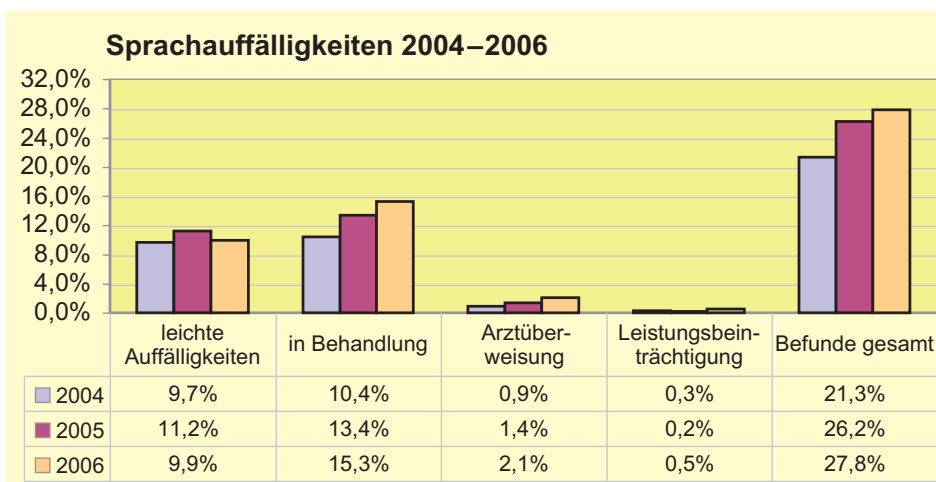


Abb. 7 Sprachauffälligkeiten 2004–2006

Des Weiteren wird deutlich, dass über die Jahre eine Zunahme der Sprachauffälligkeiten zu beobachten ist.

Vergleicht man die Ergebnisse von Mädchen und Jungen, so zeigt die nachfolgende Graphik, dass Jungen häufiger Sprachauffälligkeiten aufweisen als Mädchen.

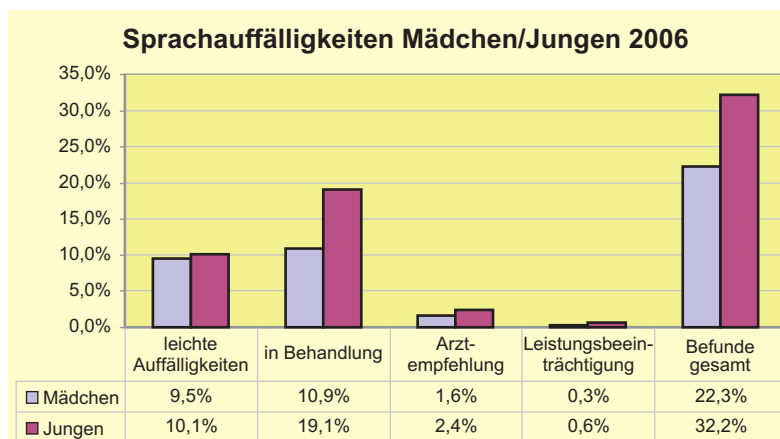


Abb. 8 Sprachauffälligkeiten Mädchen/Jungen 2006

Insbesondere ist zu erkennen, dass deutlich mehr Jungen (19,1 %) in logopädischer Behandlung sind als Mädchen (10,9 %).

Sprachberatung im Gesundheitsamt

Innerhalb des Gesundheitsdienstes für Kinder und Jugendliche werden Kinder, deren Sprachkompetenz zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nicht altersangemessen ist, von den schulärztlichen Teams in der Sprachberatung angemeldet. Die Auswahl dieser Kinder erfolgt nach einem durch das Qualitätsmanagement definierten Schlüssel. Entsprechend der Zielvereinbarungen erfolgt die Sprachdiagnostik mit anschließender Beratung zeitnah (4–6 Wochen nach Meldungseingang). Bei vielen Schulanfängern können Störungen der aktiven Sprache nach der Diagnose direkt vor Ort behoben werden. Bei diesen Schulanfängern handelt es sich um minimale Auffälligkeiten im phonetischen und/oder funktionellen Sprachbereich. Durch gezielten Einsatz niederschwelliger sprachtherapeutischer Techniken können diese erfolgreich durch die Sprachberatung behoben werden. Außerdem werden die Eltern für weitere Übungen zur Festigung des Erlernten angeleitet und bekommen Übungsmaterial. Zudem haben die Eltern die Möglichkeit, in näherem Kontakt zu der Sprachberatung zu bleiben. Notwendige Fördermaßnahmen/Therapien und besondere Verfahren (z. B. Feststellung zum sonderpädagogischen Förderbedarf) zur Einschulung werden bedarfsorientiert und frühzeitig eingeleitet. Die ganzheitliche Betrachtung der Schulanfänger ermöglicht es, frühzeitige Impulse und Hilfestellungen anzubieten, so dass sowohl die schulische als auch die persönliche Laufbahn der Kinder im Bedarfsfall entsprechend unterstützt werden kann.

Schulschwierigkeiten, wie z. B. eine Lese-Rechtschreib- oder Rechenschwäche, treten nicht unvorhersehbar in den ersten Schuljahren auf. Bei genauerer Betrachtung und gezieltem Erheben der vorschulischen Anamnese eines zukünftigen Schulanfängers können vielmehr schon Vorboten erkannt werden, die später zu sogenannten „umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten“ (ICD 10) mutieren können. Nachweislich zählen eine umschriebene Entwicklungsstörung der Sprachentwicklung und die der motorischen Funktionen zu den alarmierenden Signalen. Durch die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten kann davon ausgegangen werden, dass diese Kinder vor Schulbeginn qualifiziert therapiert werden können.

Koordinationsstörungen

Die motorische Entwicklung des Kindes beginnt bereits im Mutterleib. In der frühen Kindheit entwickeln sich die elementaren motorischen Fertigkeiten, wie z. B. Krabbeln, Sitzen, Stehen, Laufen, aber auch das Greifen. Diese Entwicklung ist bei allen gesunden Kindern zu beobachten, wobei es erhebliche individuelle Unterschiede gibt.

Bewegung ist ein Grundbedürfnis von Kindern und eine Voraussetzung für eine gesunde soziale, emotionale und kognitive Entwicklung. Dem vorhandenen Bewegungsdrang von Kindern muss genügend Raum und auch Gelegenheit zum Toben angeboten werden, damit die Kinder lernen, ihren Körper immer besser zu beherrschen. Dadurch wird dem Kind ermöglicht, sich und seinen Körper wahrzunehmen, seine Umwelt zu begreifen und zu beeinflussen. Wegen der heutzutage z. T. eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten für Kinder, z. B. durch ungünstige Wohnlagen mit wenig Bewegungsraum und hohem Sicherheitsrisiko, haben im Laufe der Zeit motorische Defizite zugenommen.

Um längerfristigen Folgen vorzubeugen, bedürfen Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung Interventionsmaßnahmen. Oft sind auch Probleme in der Körperkoordination mit anderen Problemen verknüpft. Nicht zu unterschätzen ist auch, dass eine gute Körperkoordination für die soziale Integration von besonderer Bedeutung ist. Jedoch scheint die Körperkoordination für den kognitiven schulischen Lernerfolg von geringerer Bedeutung zu sein (Döpfner & Kierfeld, 2001).

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird die Körperkoordination durch seitliches beidbeiniges Hin- und Herspringen geprüft. Für die ärztliche Bewertung wird neben der Quantität auch die Qualität der Sprünge berücksichtigt. Die Bewertung lässt sich in vier Bewertungskategorien fassen. Unter die Kategorie leichte Auffälligkeiten fallen alle Kinder mit minimalen Störungen, bei denen eine ärztliche Abklärung nicht erforderlich ist. Durch vermehrte sportliche Aktivitäten und ein verändertes Bewegungsverhalten können diese Auffälligkeiten ausgeglichen werden. Kinder die in der zweiten Kategorie eingestuft werden, weisen Störungen in der Körperkoordination auf, jedoch befinden sich diese Kinder bereits in ärztlicher Behandlung. In der dritten Bewertungskategorie werden alle Kinder zusammengefasst deren Befunde einer weitergehenden Diagnostik bedürfen. Bei Kindern, die in die vierte Kategorie eingestuft werden, liegen erhebliche Leistungsbeeinträchtigungen in der Körperkoordination vor.

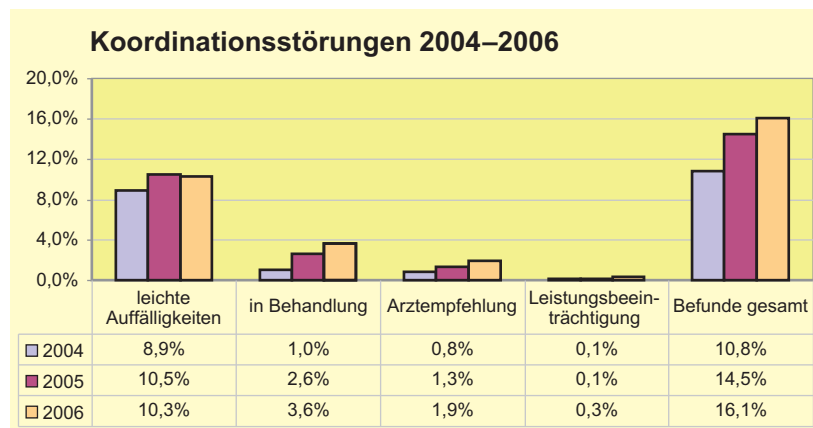


Abb. 9 Koordinationsstörungen 2004–2006

Schaut man sich die Abbildung 9 genauer an, so ist über die Jahre 2004–2006 ein Anstieg der auffälligen Befunde festzustellen. Im Jahr 2004 lagen die Befunde bei 10,8 % und in 2006 bei 16,1 %.

Vergleich Mädchen/Jungen

Vergleicht man das Vorkommen von Koordinationsstörungen zwischen den Geschlechtern im Jahr 2006, so fällt auf, dass die Jungen mit 20,7 % deutlich häufiger Bewegungsauffälligkeiten zeigen als die Mädchen mit 10,6 %.

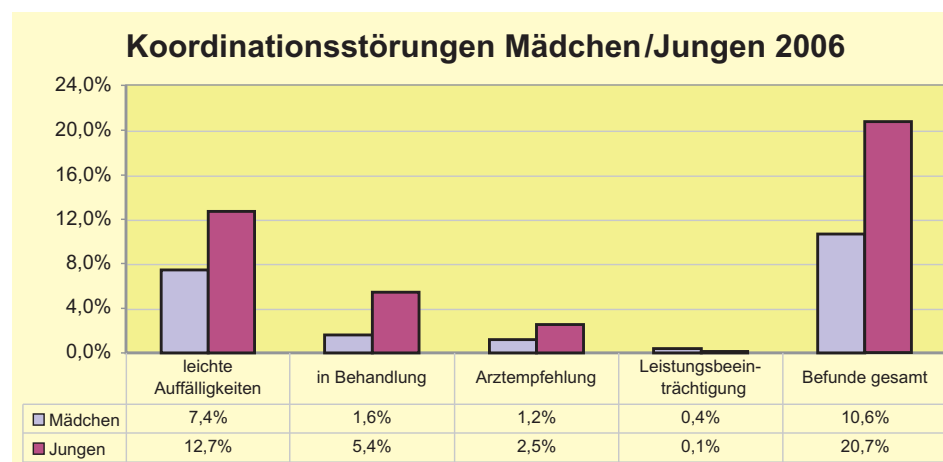


Abb. 10 Körperkoordination Mädchen/Jungen 2006

Jungen und Mädchen unterscheiden sich in der motorischen Entwicklung. In der frühen Kindheit sind die Unterschiede nur gering. Jungen zeigen bessere Leistungen, bei denen es auf Kraft und Schnelligkeit ankommt. Mädchen zeigen dagegen bessere Leistungen, bei denen es vor allem auf Gleichgewicht und Körperkoordination ankommt (Krombholz, 2005). Dies geben auch die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2006 wieder.

Zusammenfassende Beurteilung der Ergebnisse Mädchen/Jungen

Die Ergebnisse des Berichts in den Bereichen Sprachstörungen und Koordinationsstörungen und auch die zur Zeit in der Öffentlichkeit geführten Diskussionen weisen darauf hin, dass Jungen scheinbar eine besondere Förderung benötigen. Statistische Auswertungen ergeben, dass Jungen während der gesamten Bildungslaufbahn schlechter abschneiden als Mädchen. Jungen müssen häufiger als Mädchen ein Schuljahr wiederholen, etwa im Verhältnis 60 zu 40. Zwei von drei Schülern, welche die Sonderschule besuchen, sind männlich. Dagegen sind 56 % der Abiturienten in NRW Mädchen und 57 % der Hauptschulabsolventen sind Jungen. Zwei Drittel aller Schulabbrecher in NRW sind Jungen. Die Ursachen hierfür werden unterschiedlich diskutiert. Möglicherweise kommen sogar genetische Einflüsse in Betracht. Jungen durchlaufen eine kompliziertere Embryonalentwicklung als Mädchen und auch nach der Geburt entwickeln sich die Jungen langsamer als Mädchen. In der Schule starten sie dann aber als Gleichaltrige mit eventuell etwas schlechteren Voraussetzungen als die Mädchen und hinken deshalb immer etwas hinterher. Vielleicht besteht aber auch ein Zusammenhang zwischen der Überrepräsentation von Frauen (Erzieherinnen, Lehrerinnen) und dem schlechten Abschneiden der Jungen im Bildungssystem.

Sehstörungen

Der Erkennung von Sehstörungen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen kommt traditionell eine große Bedeutung zu, da ein gutes Sehvermögen eine der Grundvoraussetzungen für den Lernerfolg ist. Bei Kindern, die nicht zu Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt vorgestellt wurden, ist häufig noch kein standardisierter Sehtest durchgeführt worden. Wird bei der Überprüfung der festgelegte Mindestwert überschritten, werden die Kinder zur weiteren Abklärung an einen Facharzt überwiesen.

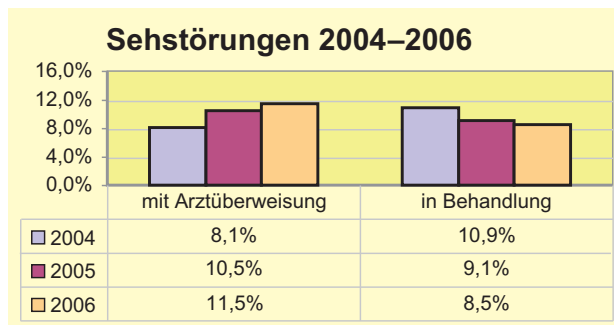


Abb. 11 Sehstörungen 2004–2006

Im Jahr 2004 wurde für 8,1 % der Kinder wegen eines nicht ausreichenden Sehvermögens eine Empfehlung für den Augenarzt ausgesprochen. 10,9 % der Kinder wiesen zwar eine Beeinträchtigung auf, die Fehlsichtigkeit war aber durch eine Brille ausgeglichen.

Im Jahr 2005 musste für 10,5 % der Kinder eine Empfehlung für den Augenarzt ausgesprochen werden. Bei 9,1 % der Kinder war die Fehlsichtigkeit bereits durch eine Brille ausgeglichen.

Im Jahr 2006 betrug die Empfehlung für den Augenarzt 11,5 %. Die Zahl der Kinder, die sich bereits in einer Behandlung befanden betrug 8,5 %. Die Anzahl der Arztüberweisungen nimmt seit dem Jahr 2004 kontinuierlich zu.

Hörstörungen

Vergleichbar wichtig für den Lernerfolg wie gutes Sehen ist auch das Hören. Insbesondere bei der Sprachentwicklung im Kleinkindalter ist ein gutes Hörvermögen unverzichtbar. In diesem Alter kommt es bei den Kindern jedoch häufig zu Infekten der oberen Luftwege, wodurch die Hörfähigkeit beeinträchtigt werden könnte. Liegt ein solcher Infekt vor, werden die Eltern gebeten, nach Abklingen des Infektes den behandelnden Kinderarzt oder einen Hals-Nasen-Ohrenarzt aufzusuchen, um den Hörtest zu wiederholen.

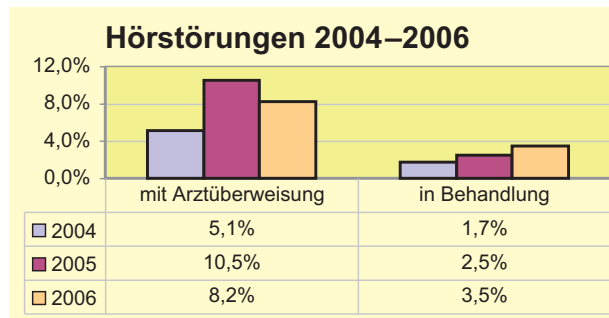


Abb. 12 Hörstörungen 2004–2006

Vorsorgeuntersuchungen

Für Kinder bis zum Einschulungsalter gibt es kostenlose Früherkennungsuntersuchungen. Diese Untersuchungen, (U1 bis U9), auf die jedes Kind nach § 26 Abs.1 SGB V in der gesetzlichen Krankenkasse einen Anspruch hat, sind altersspezifisch ausgerichtet und werden zu bestimmten Zeitpunkten während der ersten sechs Lebensjahre durchgeführt. Ziel ist es, Auffälligkeiten in der Entwicklung des Kindes möglichst früh zu entdecken und den Kindern frühzeitig eine notwendige Behandlung und Förderung zu ermöglichen. Da die Teilnahme an den Untersuchungen freiwillig ist, kann sie auch als Gradmesser für ein gesundheitsbewusstes Verhalten in der Bevölkerung dienen.

Die in der folgenden Graphik abgebildeten Werte beziehen sich auf die Vorlage des Vorsorgeheftes (84,7 % in 2004 und 85,6 in 2006). Das bedeutet, dass über 16,3 % bzw. 14,4 % der Kinder keine Angaben gemacht werden können.

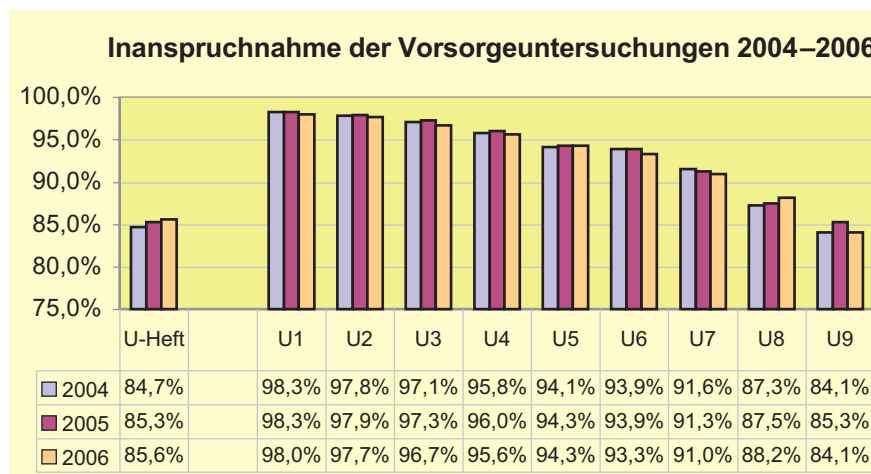


Abb. 13 Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen 2004–2006

Die ersten Untersuchungen werden noch von fast allen Eltern wahrgenommen. Dagegen sinken die Teilnahmequoten mit zunehmendem Alter der Kinder. Bei der U9 ist nur noch eine Inanspruchnahmerate von 84,1 % in den Jahren 2004 und 2006 zu verzeichnen. Doch gerade bei der U8 und U9 liegt der Schwerpunkt der Untersuchung auf schulelevanten Fähigkeiten wie:

- Seh- und Hörfähigkeit
- Motorischen Störungen
- Sprachentwicklungsstörungen
- Teilleistungsstörungen

Diese Untersuchungen sind außerordentlich wichtig, da hier die Möglichkeit besteht, Entwicklungsstörungen zu erkennen und noch vor dem Schuleintritt durch geeignete Fördermaßnahmen zu beseitigen bzw. zu mindern. Geschieht dies nicht, ist es möglich, dass Kinder, ohne dass eine Intelligenzminderung vorliegt, mit erheblichen Nachteilen in die Schule kommen. Wenn dazu noch das soziale Umfeld nicht in der Lage ist, diese Kinder optimal zu unterstützen, besteht die Gefahr, dass diese Kinder ihre Schullaufbahn unterhalb ihrer eigentlichen Fähigkeiten absolvieren.

Die Inanspruchnahme der U9 in den Stadtteilen gestaltet sich recht unterschiedlich, wie die nachfolgende Graphik darstellt. Die dargestellten Werte beziehen sich nur auf ca. 85 % der Kinder.

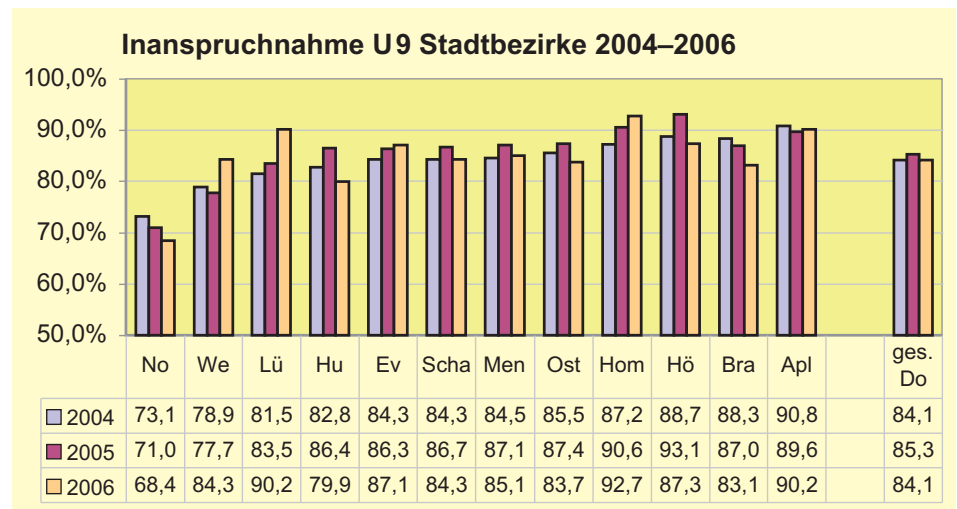


Abb. 14 Inanspruchnahme U9 nach Bezirken

Wenn wir unterstellen, dass ein Großteil der Kinder, deren Eltern das Vorsorgeheft nicht vorgelegt, an der U9 nicht teilgenommen haben, so wird das Ergebnis noch niedriger ausfallen. Die Inanspruchnahme der U9 ist im Jahresvergleich in der nächsten Graphik dargestellt.

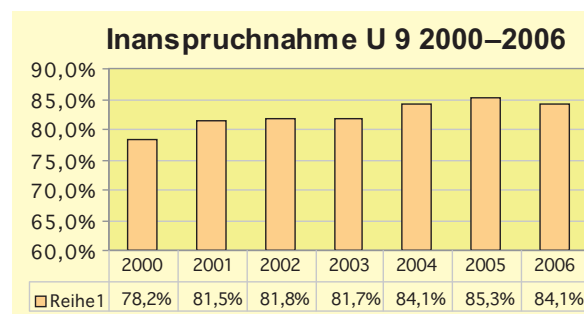


Abb. 15 Inanspruchnahme U9 2000–2006

Projekt „Ich geh zur U! ... Und du?“

Aus der gemeinsamen Verantwortung um die Gesundheit unserer Kinder, begleiten Familienbüro und der Gesundheitsdienst für Kinder und Jugendliche in Kooperation mit der BZgA und den Tageseinrichtungen, das Projekt „Ich geh zur U! ... Und du?“.

Ziel der Aktion:

- Information über die Früherkennungsuntersuchungen und Steigerung der Inanspruchnahme dieser Untersuchungen.
- Sensibilisierung der Zielgruppe Eltern für den Nutzen von Präventionsmaßnahmen durch gezielte Ansprache in den Tageseinrichtungen.
- Intensivierung der Kooperation zwischen den an der Gesundheit unserer Kinder beteiligten Akteuren.

Zur Belohnung bekommen die Kinder nach erfolgter Untersuchung von der Tageseinrichtung ein entsprechendes U-T-Shirt geschenkt. Die BZgA stellt die erforderlichen Informationsmaterialien einschließlich der T-Shirts zur Verfügung. Es besteht zudem die Möglichkeit, sich an einem Fotowettbewerb zu beteiligen. Die Fotos sollen die Kinder in ihren T-Shirts abbilden. Start der Aktion war der 01.09.2007. Insgesamt wurde das Projekt gut angenommen. Von den 424 gemeldeten Kindern im Stadtbezirk Innenstadt Nord, konnten 403 eine Vorsorgeuntersuchung nachweisen. Das entspricht einer Teilnahmerate von 95 %. Im Stadtbezirk Innenstadt West waren es 184 von 258. Das entspricht einer Teilnahmerate von 71 %. Dieses geringere Ergebnis ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass in den Anmeldezahlen sich auch Kinder befanden, die kurz vor dem 01.09.06 ihren U-Termin hatten. Diese wurden bei den tatsächlich erfolgten Untersuchungen nicht mehr mitgezählt.

In einer Reflexionsveranstaltung wurde deutlich, dass es recht unterschiedliche Vorgehensweisen der Einrichtungen gab, die Eltern zur Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen zu motivieren. Einhellig wurde auch die Auffassung vertreten, dass die Überreichung des T-Shirts als Anerkennung für die Teilnahme an der Untersuchung sehr motivationsfördernd war. Die Beteiligten verständigten sich darauf, einen zweiten Projektdurchlauf zu starten, der im September 2007 begonnen hat.

Impfungen

Impfungen schützen vor Infektionskrankheiten, indem sie unser körpereigenes Abwehrsystem gegenüber bestimmten Erregern aktivieren bzw. unterstützen. Sie gehören zu den wichtigsten und effektivsten medizinischen Präventionsmaßnahmen. Darüber hinaus haben Impfungen eine große epidemiologische Bedeutung. Bei einer dauerhaften Durchimpfungsrate der Bevölkerung von 95 % gilt eine Krankheit als „ausgerottet“ wie beispielsweise die Pocken. Die bei den Schuleingangsuntersuchungen ermittelten Impffzahlen basieren auf den vorgelegten Impfausweisen. Der Impfstatus der Kinder, die bei den Untersuchungen ihr Impfheft nicht vorlegen können, bleibt unberücksichtigt, wodurch eine Verzerrung der Daten möglich ist. Würde man die dokumentierten Impffzahlen auf alle Einschüler berechnen, ist es wahrscheinlich, dass die tatsächlichen Daten eher niedriger ausfallen, als in der folgenden Tabelle dargestellt.

Jahr	Impfheft vorgelegt	Diphth.	Tetanus	Polio
2002	85,7 %	97,1 %	97,3 %	94,8 %
2003	85,5 %	97,2 %	97,4 %	94,1 %
2004	85,6 %	97,6 %	97,9 %	94,9 %
2005	85,8 %	97,9 %	98,1 %	96,4 %
2006	85,9 %	97,8 %	98,3 %	97,4 %

2. Masern Mumps Röteln (MMR)

Durch die kontinuierlichen Bemühungen in den letzten Jahren konnte insbesondere bei der MMR – Impfung eine deutlich höhere Impftrate erzielt werden. Da die einmalige Impfung bei Masern keinen hundertprozentigen Impfschutz sichert, wird seit 1991 von der ständigen Impfkommision des Robert Koch-Institutes eine zweimalige Impfung empfohlen. Dies gilt auch für Mumps und Röteln. Nach den aktuellen Impfeempfehlungen sollte die 2. Impfung spätestens mit der Vollendung des zweiten Lebensjahres verabreicht werden. Zwar hat sich der Anteil der zweifach geimpften Kinder im Laufe der Jahre deutlich verbessert, ist aber mit ca. 80 % noch nicht ausreichend. Die erste Impfung haben immerhin ca. 94 % der Dortmunder Kinder im Einschulungsjahr 2006 erhalten.

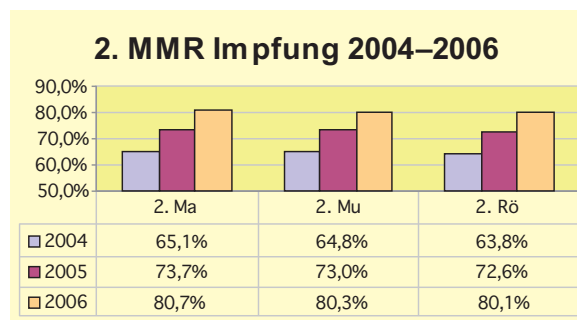


Abb. 16 2. MMR Impfung 2004–2006

Im Schuljahr 06/07 konnten wir aufgrund einer einmaligen finanziellen Förderung des Landes den ungeimpften Einschülern die MMR Impfung anbieten. Außerdem wurde diese Impfung den Schülern der Förderschulen angeboten.

Hepatitis B

Seit 1995 empfiehlt die ständige Impfkommission (STIKO) die Hepatitis B Impfung für alle Säuglinge ab dem 3. Lebensmonat. Im Jahr 2000 wurde diese Impfung erstmals in die Dokumentation aufgenommen.

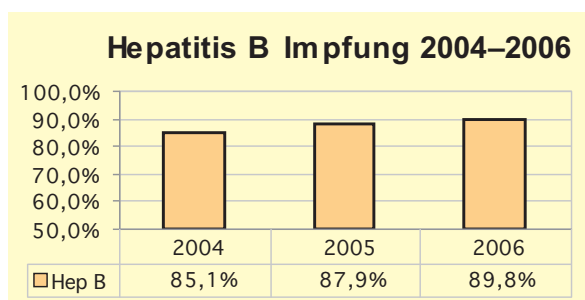


Abb. 17 Hepatitis B Impfung 2004–2006

Die Akzeptanz dieser Impfung ist seit diesem Zeitpunkt (ca. 68 % im Jahr 2000) kontinuierlich gestiegen und lag in 2006 bei ca. 89,8 %.

Zusammenfassung

Dieser Bericht befasst sich mit der gesundheitlichen Lage der Dortmunder i-Männchen. Schwerpunkte sind Gewicht, Sprache und Motorik. Die Themen Seh- und Hörstörungen, Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen werden nur auszugsweise dargestellt.

Der Bericht zeigt die Entwicklung über die Jahre 2004 bis 2006. Im Jahr 2006 wurden insgesamt 5063 Kinder untersucht.

Der Anteil an **übergewichtigen Kindern**, für ganz Dortmund gesehen, ist über die Jahre kontinuierlich leicht gesunken. 2006 liegt er mit 12,7 % jedoch weiterhin zu hoch. Der Anteil der übergewichtigen Kinder mit Migrationshintergrund liegt mit 16,5 % deutlich höher als der der deutschen Kinder (10,7 %). In den verschiedenen Stadtbezirken gibt es erhebliche Unterschiede. Bezirk Nord liegt mit durchschnittlich 19,9 % an der Spitze, d. h. jedes 5. Kind ist übergewichtig. Der Anteil der übergewichtigen Kinder liegt in Dortmund knapp 2 % höher als im Land NRW.

Betrachtet man die Entwicklung der **Sprachauffälligkeiten**, so ist über die Jahre 2004 bis 2006 ein kontinuierlicher Anstieg der Befunde von 21,3 % in 2004 auf 27,8 % in 2006 zu verzeichnen. Es sind deutlich mehr Jungen (19,1 %) als Mädchen (10,9 %) in logopädischer Behandlung.

Über die Jahre 2004 bis 2006 ist außerdem ein deutlicher konstanter Anstieg der auffälligen Befunde bei der **Körperkoordination** zu beobachten. In 2004 lagen die Befunde bei 10,8 % und in 2006 bei 16,1 %. Die Jungen zeigten mit 20,7 % fast doppelt so häufig Bewegungsauffälligkeiten wie die Mädchen (10,6 %).

Die Arztüberweisungen für **Sehstörungen** sind seit 2004 kontinuierlich angestiegen. 2006 erhielten 11,5 % der Kinder eine Empfehlung für den Augenarzt.

Bei den im Jahr 2006 festgestellten Hörtestbefunden in Höhe von 8,2 % wurde den Eltern empfohlen, den Befund ärztlich abklären zu lassen, um eine **Hörstörung** auszuschließen.

Im Jahr 2006 haben 85,6% der Eltern zur Schuleingangsuntersuchung das Vorsorgeheft vorgelegt, nur diese Daten wurden zur Auswertung der Inanspruchnahme der **Vorsorgeuntersuchungen** berücksichtigt. Die ersten Vorsorgeuntersuchungen U 1 bis U 7 werden zu über 90 % von den Eltern wahrgenommen, die U 8 (88,2 %) und die U 9 mit 84,1 % jedoch deutlich seltener. Die Inanspruchnahme der U 9 ist über die Jahre von 2000 bis 2006 in Dortmund um 5,9 % gestiegen. In den Stadtbezirken zeigen sich deutliche Unterschiede. Im Bezirk Nord ist die Inanspruchnahme der U 9 am geringsten und in Hombruch am höchsten.

Die **Impfrate** für die 2. Masern-Mumps-Röteln Impfung ist von 2004 bis 2006 um ca. 15 % angestiegen. Auch für Hepatitis B sind die Raten kontinuierlich gestiegen von 85,1 % in 2004 auf 89,8 % in 2006. Auch hier wurden nur die Daten der Kinder ausgewertet, die bei der Schuleingangsuntersuchung den Impfausweis vorgelegt haben.

Notwendige Konsequenzen

Die Ergebnisse des vorliegenden Berichtes zeigen erneut die Bedeutung der schulärztlichen Reihenuntersuchungen.

Die Untersuchungen der schulärztlichen Teams haben zum Ziel, Zeichen und Hinweise auf lern- und schulrelevante Beeinträchtigungen der gesundheitlichen Entwicklung festzustellen, um Fördermöglichkeiten aufzuzeigen oder einzuleiten. Außerdem bieten die Daten der Schuleingangsuntersuchung wertvolle Informationen über den gesundheitlichen Zustand eines ganzen Jahrgangs. Diese Informationen sind notwendig für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung.

Um dem Problem des Übergewichts und der Koordinationsstörungen bei Dortmunder Kindern gegenzusteuern, sind ganzheitliche, multidisziplinäre Interventionsmaßnahmen notwendig. Hier ist das Projekt DoKi „Dortmunder Kinder. Besser essen. Mehr bewegen.“ hervorzuheben. Gemäß den Prinzipien der Gesundheitsförderung der Ottawa-Charta sollen die Maßnahmen sowohl Verhaltensänderungen bei Kindern, Eltern, Erzieher/-innen und Lehrer/-innen bewirken, als auch die Änderungen der Verhältnisse und der Strukturen in den Organisationen und den Einrichtungen. Mit der Entwicklung einer multidisziplinären Strategie und einer Kooperationsgemeinschaft von 10 Projektpartnern mit 24 Teilprojekten wird ein Netzwerk aufgebaut zur Vorbeugung von Übergewicht für alle Dortmunder Kinder von der Geburt bis zum 10. Lebensjahr. Daneben werden Kontakte zu weiter niederschwellig zugänglichen Einrichtungen geknüpft, um auch die Selbsthilfepotentiale der schwer zu erreichenden Zielgruppen zu stärken. Möglichst frühzeitig sollen die Eltern einbezogen werden, um eine gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung ihrer Kinder zu fördern.

In den städtischen Kindertageseinrichtungen wird, neben vielen guten Angeboten, auch das vom Arbeitskreis „Hören und Sprache“ entwickelte Screeningverfahren für Kinder im 4. Lebensjahr zur Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten eingesetzt. Es stellt ein Instrumentarium für Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen dar, das ermöglicht, den Entwicklungsstand der Kinder einzuschätzen und zu bewerten. Aus den Beobachtungen heraus lassen sich entweder weitere Anregungen zur spielerischen Förderung im Alltag ableiten, oder den Eltern wird ein Kinderarztbesuch empfohlen. Dieses Screeningverfahren steht den Kindertageseinrichtungen kostenlos zur Verfügung. So kann frühzeitig angesetzt werden, um Entwicklungsproblemen zu begegnen.

Außerdem wird in Dortmund das Projekt „Ich geh zur U! ... Und du?“ durchgeführt, um die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen zu erhöhen. Durch eine regelmäßige Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen, können frühzeitig Krankheiten, die die normale körperliche und/oder geistige Entwicklung des Kindes gefährden, aufgedeckt werden. Die Entwicklung in den ersten fünf Lebensjahren sind Grundlage für die spätere körperliche und seelische Gesundheit der Kinder. Je früher Beeinträchtigungen aufgedeckt werden, desto eher kann man mit geeigneten Maßnahmen gegensteuern. Diese Untersuchungen sind Leistungen der Krankenkasse und für Familien kostenlos.

Durch die Umsetzung des Dortmunder Impfkongzeptes haben sich die Impfraten der 2. Masern-Mumps-Röteln-Impfung (ca. 80 %) und auch die Raten der Hepatitis B Impfung (89,8 %), verglichen mit den Ergebnissen des Berichtes von 2000, enorm verbessert. Um weitere Verbesserungen sowohl der Impfzeiten als auch der

Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen zu erzielen, werden in Familienzentren, in Kindertagesstätten und an Schulen Informationsveranstaltungen zu den Themen Impfung und Vorsorgeuntersuchungen angeboten. Im Jahr 2007 wurden an allen Förderschulen die Impfausweise kontrolliert und die MMR-Impfung bei unvollständigem Impfschutz angeboten. Zudem wird seit November 2007 die Landesimpfkampagne auch in Dortmund umgesetzt.

Ein weiterer Baustein der Gesundheitsförderung ist die Multiplikatorenfortbildung für Erzieher/-innen der Kindertageseinrichtungen, zum Thema Impfungen und Infektionskrankheiten.

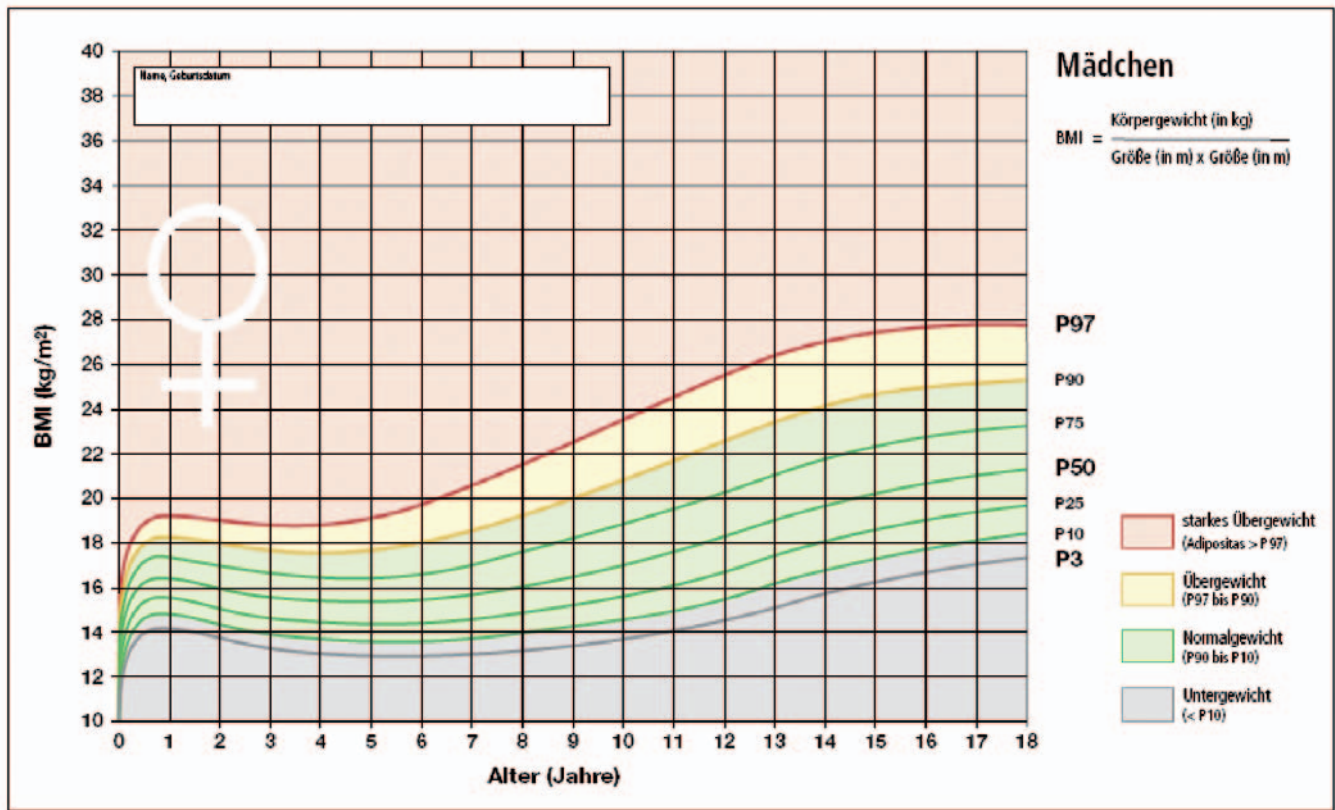
Die wichtige Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes „Kinder und Jugendliche vor Gesundheitsgefahren zu schützen und ihre Gesundheit zu fördern“ bedarf weiterer innovativer Projekte.

Die Gesundheitsförderung kann mit Hilfe der Ergebnisse dieses Berichtes weitere zielgenauere handlungsorientierte Projekte entwickeln. Daneben liefert der Ende 2007 erschienene, kleinräumige Sozialbericht wertvolle Anregungen für zielgerichtete Aktionen der Gesundheitsförderung. In Kürze wird zudem eine Diplom-Arbeit der Universität Bochum mit dem Titel „Soziale Lage und ihr Einfluss auf den Gesundheitszustand am Beispiel einer Schuleingangsuntersuchung in Dortmund“ erscheinen. In dieser Arbeit werden verschiedene soziale Variablen in Zusammenhang mit der Schuleingangsuntersuchung ausgewertet.

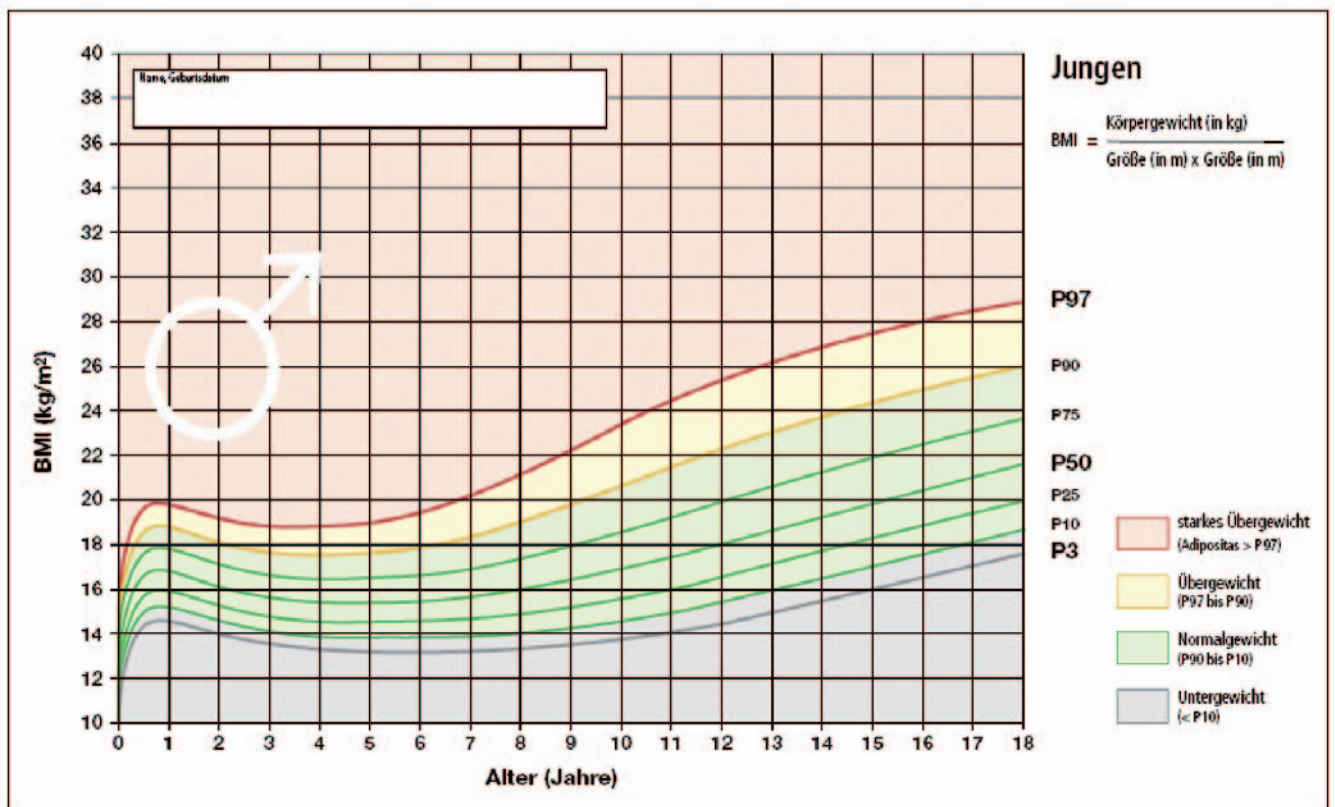
Mit dem vorliegenden Gesundheitsbericht, dem kleinräumigen Sozialbericht und der Diplomarbeit liegen Daten vor, die eine wertvolle Basis für abgestimmte, zielgenaue und handlungsorientierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung darstellen.

Zur Zeit wird in Dortmund der „Aktionsplan Soziale Stadt“ entwickelt. Für den Bereich der Gesundheitsförderung wird ein Programm unter Berücksichtigung der verschiedenen Aktionsräume entwickelt. Das Programm sollte, um alle wichtigen Zielgruppen zu erreichen, nonverbal, kulturübergreifend und einfach in den Alltag integrierbar sein.

Perzentilkurven Body-Mass-Index Mädchen/Jungen



Perzentilkurven für den Body-Mass-Index – Mädchen bis 18 Jahre – (nach Kromeyer-Hauschild et al., 2001)



Perzentilkurven für den Body-Mass-Index – Jungen bis 18 Jahre – (nach Kromeyer-Hauschild et al., 2001)

Literaturverzeichnis

Klocke, A. (1995): Der Einfluß sozialer Ungleichheit auf das Ernährungsverhalten im Kinder- und Jugendalter. In: Barlösius, Eva/Feichtinger, Elfriede & Köhler, Barbara M. (Hrsg): Ernährung in der Armut. Gesundheitliche, soziale und kulturelle Folgen in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: edition sigma. (S.185–203).

Kromeyer – Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, et al.(2001) „Perzentilen für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben.“ Monatschrift für Kinderheilkunde 149 (S.807–818).

Krombholz, H (2005). Bewegungsförderung im Kindergarten – Ein Modellversuch. Schorndorf: Hoffmann.

Döpfner, M & Kierfeld, F (2001). Validierung eines Screenings für Entwicklungsstörungen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung. Unveröffentlichter Forschungsbericht, Klinik und Polyklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität zu Köln.

