

Die Einschulungsuntersuchung im Schwarzwald-Baar-Kreis Jahrgang 2019



Landratsamt Schwarzwald-Baar-Kreis
- Gesundheitsamt -

Impressum

Landratsamt Schwarzwald-Baar-Kreis
Gesundheitsamt
Herdstr. 4
78050 Villingen-Schwenningen
Tel.: 07721 9137190
Fax: 07721 9138918

Ansprechpartner:
Herr Dr. H. Saleh
Tel.: 07721 9137182
h.saleh@lrasbk.de

Titelbild: Das Landratsamt Schwarzwald-Baar-Kreis besitzt das Urheberrecht

August 2019

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| 1. Einleitung | 5 |
| 2. Methodik | 5 |
| 2.1 Die Einschulungsuntersuchung | 5 |
| 2.2 Aufbau des Berichts..... | 6 |
| 3. Ergebnisse | 7 |
| 3.1 Eckdaten zum Untersuchungsjahrgang / Demografische Angaben | 7 |
| 3.2 Impfungen | 10 |
| 3.3 Früherkennungsuntersuchungen | 16 |
| 3.4 Unter- und Übergewicht | 19 |
| 3.5 Sehtests | 21 |
| 3.6 Hörtests | 23 |
| 3.7 Grobmotorik | 24 |
| 3.8 Visuomotorik und Graphomotorik | 25 |
| 3.9 Simultane Mengenerfassung..... | 27 |
| 3.10 Sprachentwicklungsscreening | 27 |
| 4.3 Vorhandene Förderung | 37 |
| 5. Zusammenfassung | 38 |

„Wenn ich eine Stunde habe, um ein Problem zu lösen, dann beschäftige ich mich 55 Minuten mit dem Problem und 5 Minuten mit der Lösung“

- Albert Einstein -

1. Einleitung

Bei den Einschulungsuntersuchungen werden alle Kinder einer bestimmten Altersgruppe im Landkreis untersucht, gefolgt von einer entsprechenden Datenauswertung. Dadurch entsteht ein umfassendes Bild, quer durch alle Einwohnergruppen des Landkreises hinweg, unabhängig von Wohnort, Herkunft oder Sozialstatus. Wegen dieser umfassenden Verfügbarkeit von Daten ist der Bericht der Einschulungsuntersuchungen ein geeigneter Ausgangspunkt, um den Gesundheitszustand der Kinder insgesamt zu analysieren und zu beurteilen.

Das Ziel des Gesundheitsberichtes ist einerseits, Auffälligkeiten in der somatischen und psychischen Entwicklung der Kinder zu identifizieren und die Aufmerksamkeit auf diese zu richten. Zudem sollen positive Entwicklungen und ggf. Erfolge von Fördermaßnahmen erkannt werden. Deshalb ist eine jährliche Auswertung der erhobenen Daten und der Vergleich mit früheren Auswertungen erforderlich.

Dadurch, dass die gesamten Einwohner einer definierten Altersgruppe erfasst werden, stellt die Einschulungsuntersuchung die letztverbliebene umfassende Querschnittsuntersuchung dar und ist somit statistisch besonders wertvoll. Die gewonnenen Erkenntnisse sind sowohl für die Entscheidungsträger als auch für die interessierte Öffentlichkeit von Bedeutung. Sie sollen dazu dienen, eine gezielte Gesundheitsplanung für die betroffene Altersgruppe im Allgemeinen und für die Einwohner des Schwarzwald-Baar-Kreises im Besonderen zu gewährleisten. Dies soll auch dazu führen, dass bei Fördermaßnahmen ggf. neue Wege beschritten werden. Somit ist ein Bericht zur Einschulungsuntersuchung ein erster Schritt für eine bedarfsgerechte Gesundheitsplanung und Entwicklungsförderung für Kinder.

2. Methodik

2.1 Die Einschulungsuntersuchung

Die Einschulungsuntersuchung (ESU) ist ein landesweit flächendeckendes, weitgehend standardisiertes Verfahren zur Einschätzung des aktuellen Entwicklungs- und Gesundheitszustands eines Kindes. Sie erfolgt entsprechend der Arbeitsrichtlinien des Landesgesundheitsamtes, welche eine einheitliche Methode und somit die Vergleichbarkeit der Daten innerhalb Baden-Württembergs gewährleisten. 15 bis 24 Monate vor der Einschulung, wenn die Kinder im Alter zwischen vier und fast sechs Jahren sind, erfolgt eine Basisuntersuchung. Kinder mit einem Förderbedarf können

durch den frühen Zeitpunkt der ESU (im vorletzten Kindergartenjahr), frühzeitig erkannt und durch geeignete Fördermaßnahmen bestmöglich unterstützt werden.

Aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung zur Teilnahme (§ 91 Schulgesetz – SchG - und § 8 Gesundheitsdienstgesetz – ÖGDG -, siehe Auszüge am Ende des Berichtes) sehen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes alle Kinder eines Jahrgangs mindestens ein Mal. Darunter fallen auch diejenigen Kinder, die nicht zum Kinderarzt gehen bzw. die Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrnehmen. Dies ist insbesondere für den Kinderschutz ein wichtiger Aspekt.

Die ESU wird vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst unter ärztlicher Verantwortung durchgeführt. Die Basisuntersuchung wird in der Regel in den Kindertageseinrichtungen durch die Assistentinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes durchgeführt. Dabei werden Daten aus vorgelegten Dokumenten wie zu durchgeführten Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen erfasst. Außerdem wird ein Seh- und Hörtest durchgeführt, die Grob- und Feinmotorik getestet und Ergebnisse der Größen- und Gewichtsmessung dokumentiert. Einen weiteren großen Untersuchungsbereich stellt die Einschätzung des Sprachentwicklungsstandes dar. Angaben aus einem Erzieher- und Erzieherinnenfragebogen und einem Elternfragebogen (beides auf freiwilliger Basis) runden die Dokumentation ab. Die Ergebnisse der Basisuntersuchung werden nach Aufbereitung und Auswertung der Daten durch das Landesgesundheitsamt dem jeweiligen Gesundheitsamt zur Verfügung gestellt. Dadurch dient die ESU der Gesundheitsberichterstattung als wichtige Quelle für Informationen über den Gesundheitszustand der Kinder im Vorschulalter.

In diesem Bericht zur Kindergesundheit im Schwarzwald-Baar-Kreis informiert das Gesundheitsamt über die Ergebnisse der ESU für die Schulanfänger (nach regelhafter Einschulung) zum September 2019. Das bedeutet, die Daten wurden 2017/2018 erhoben. Im Folgenden werden stets die Jahre in Bezug auf das geplante Einschulungsjahr und nicht der Zeitpunkt der Datenerhebung verwendet.

2.2 Aufbau des Berichts

Es wird auf die einzelnen Bereiche der Untersuchung eingegangen. Dabei wird auf Zeitverläufe nach dem Abgleich mit früheren Auswertungen der ESU in den vergangenen Jahren geachtet und bei auffälligen Verläufen darauf hingewiesen. Wo

es sinnvoll ist, erfolgt auch ein Abgleich mit dem Landesdurchschnitt in Baden-Württemberg. Hinzukommen Vergleiche innerhalb der diesjährigen Daten, wenn z. B. je nach Geschlecht oder Familiensprache unterschiedliche Ergebnisse auffallen.

Die Ergebnisse werden im Kontext der vorhandenen Fachliteratur diskutiert, interpretiert und es werden dementsprechend Handlungsvorschläge vorgelegt.

3. Ergebnisse

3.1 Eckdaten zum Untersuchungsjahrgang / Demografische Angaben

Im Schwarzwald-Baar-Kreis nahmen die Zahlen der Neugeborenen und der Kindergartenkinder in den vergangenen Jahren leicht zu (siehe Abb. 1). Dies geht auch mit der Bevölkerungsentwicklung des Landes Baden-Württemberg einher. Landesweit wird jedoch davon ausgegangen, dass die Geburten in wenigen Jahren – wenn auch nur relativ moderat – wieder zurückgehen werden (1).

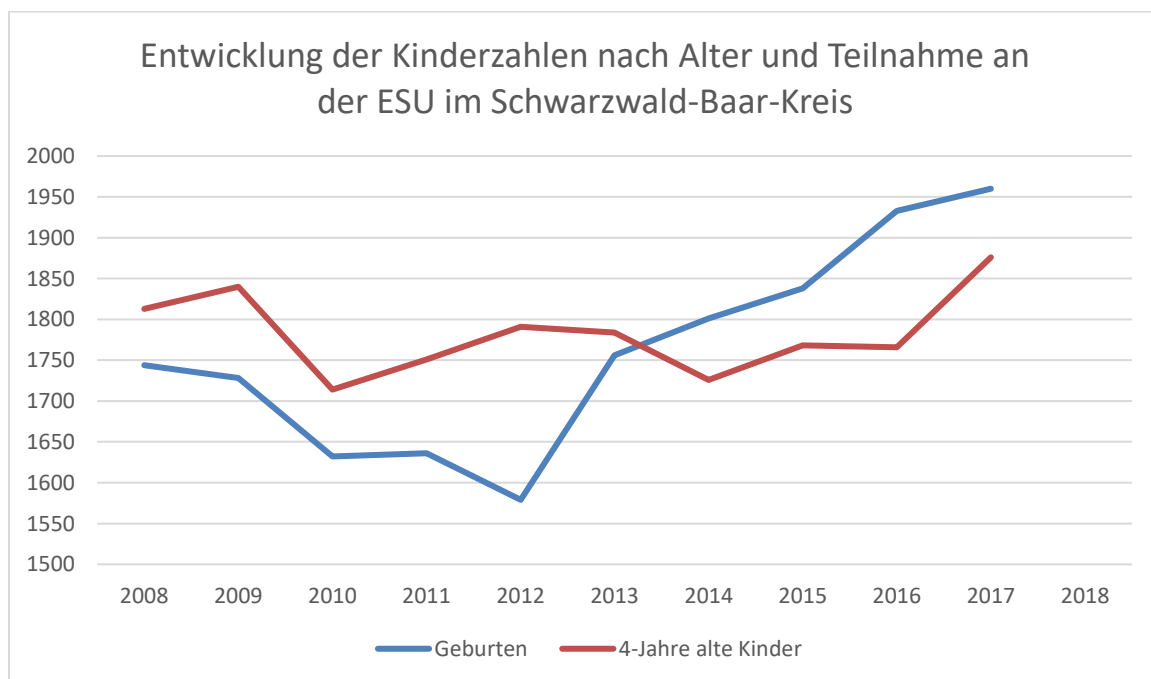


Abbildung 1: Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Es wurden im Untersuchungsjahr 2017-2018 (Schulanfänger 2019) 1818 Kinder untersucht. Das entspricht nahezu 100 % der Kinder des Jahrgangs.

In der Tabelle 1 und Abb. 2 ist die Anzahl der untersuchten Kinder in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern und dessen zeitlicher Verlauf zu sehen.

| Gemeinde | Anzahl der untersuchten Kinder |
|------------------------|--------------------------------|
| Villingen-Schwenningen | 746 |
| Donaueschingen | 184 |

Tabelle 1: Anzahl der untersuchten Kinder in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern im Schwarzwald-Baar-Kreis.

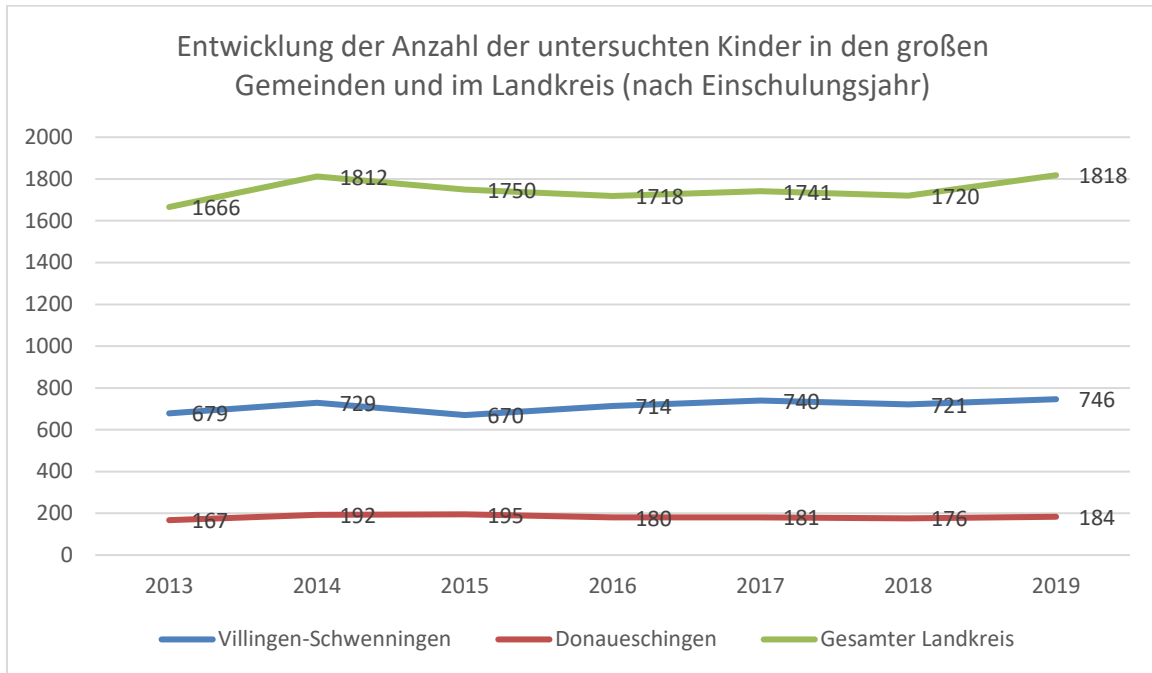


Abbildung 2

Die untersuchten Kinder wurden im Zeitraum vom 1. Oktober 2012 bis 30. September 2013 geboren. Durchschnittlich waren die Kinder 4 Jahre und 11 Monate alt.

Von den untersuchten Kindern waren 872 Mädchen (48 %) und 946 Jungen (52 %). Bei der Basisuntersuchung werden die Familiensprachen, d.h. die Sprache(n), die in den ersten drei Lebensjahren mit dem Kind bevorzugt gesprochen wurde bzw. wurden, erhoben. Beim Großteil der Kinder, nämlich 61 %, wird in der Familie ausschließlich Deutsch gesprochen. Der Anteil mit deutscher und einer anderen Familiensprache entspricht 29 %. Ausschließlich eine andere Familiensprache wird bei 10 % der Kinder angegeben. Die am häufigsten vorkommenden anderen Sprachen sind Russisch, Türkisch, Italienisch, Polnisch, Arabisch, Albanisch, Serbisch, Rumänisch und Kroatisch.

In Abb. 3 ist zu sehen, dass seit 2013 die deutsche Sprache als ausschließliche Familiensprache leicht zurückgegangen ist. Der Anteil der Kinder mit der deutschen- und einer anderen Familiensprache und der Anteil mit ausschließlich einer anderen Familiensprache sind im Gegenzug angestiegen. Die mehrsprachige Gruppe ist jedoch wesentlich größer als die Gruppe mit ausschließlich einer anderen Familiensprache. Letztere Gruppe ist sehr heterogen und kann keiner einzelnen Sprache in besonderem Maße zugeordnet werden. Dies war bereits in den vergangenen Jahren der Fall.

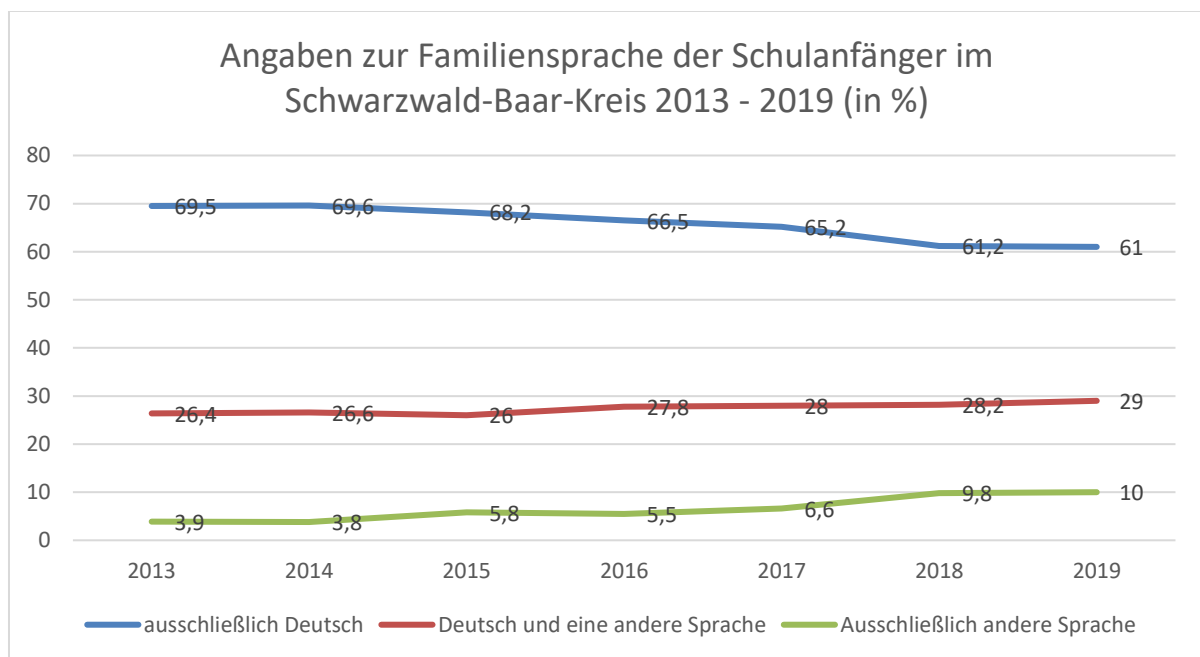


Abbildung 3: Datenquelle: Kreisauswertungen des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg

Abb. 4 zeigt die Entwicklung der Familiensprache in den zwei Stadtgebieten und in den übrigen Schwarzwald-Baar-Kreis.

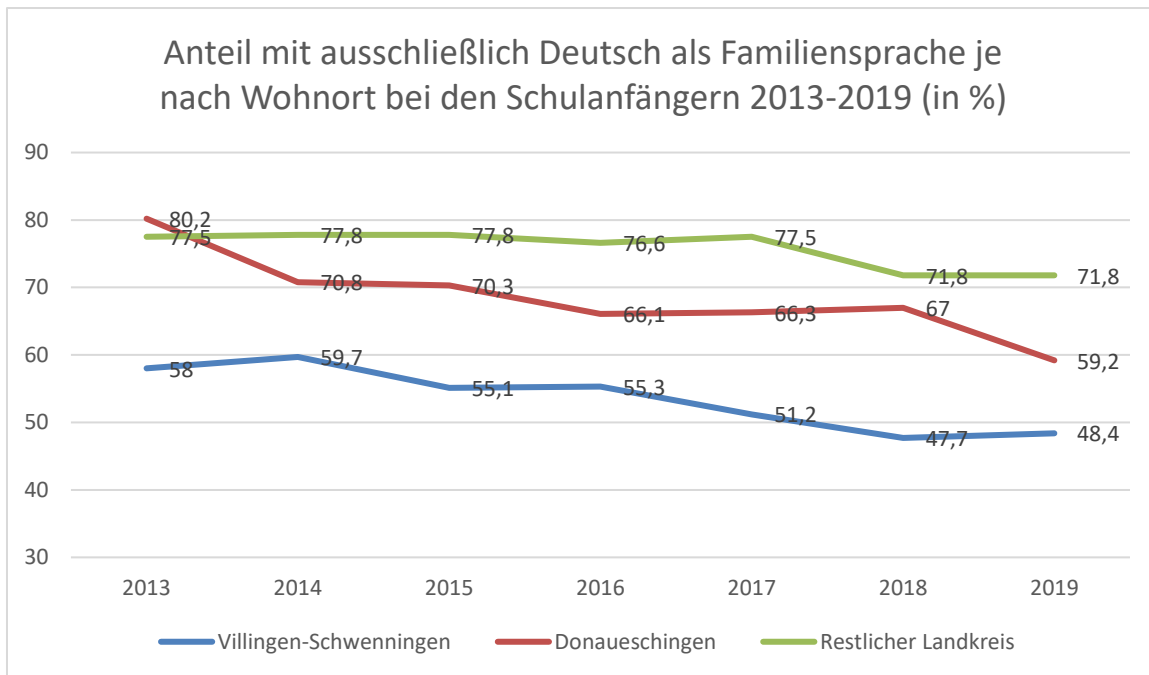


Abbildung 4: Datenquelle: Kreisauswertungen des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg

Fazit:

Aus der Entwicklung der zu Hause gesprochenen Familiensprache ist zu erwarten, dass der Bedarf an Sprachförderung wahrscheinlich eher zugenommen hat. Entsprechende Anstrengungen sind hier angesagt. Auf das Thema Sprachentwicklung wird in Kapitel 4.2 weiter eingegangen.

3.2 Impfungen

Was ist das Ziel?

Schutzimpfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten Maßnahmen zur Bekämpfung und Eindämmung von Infektionskrankheiten. Die Ständige Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Instituts (RKI) veröffentlicht jährlich Impfeempfehlungen. Durch die Erhebung der ESU-Daten kann ein Eindruck gewonnen werden, wie diese Empfehlungen umgesetzt werden, sowie langfristig festgestellt werden, ob Impfkampagnen / Interventionsmaßnahmen einen Einfluss auf das Impfverhalten haben. Eine ausführliche Beschreibung der Krankheitserreger und den Impfungen ist z. B. unter www.impfen-info.de zu lesen.

Wie werden die Daten erhoben?

Die Vorlage des Impfbuchs in der ESU ist Pflicht. Es wird dokumentiert, wie viele Kinder ein Impfbuch oder eine schriftliche Erklärung der Eltern, die besagt, dass das

Kind nicht geimpft ist und daher kein Impfbuch besitzt, vorlegen. Kinder, die kein Dokument vorlegen, werden zwar erfasst, die Impfquoten werden jedoch in Bezug zu den vorgelegten Impfdokumentationen gesetzt.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Von den 1818 untersuchten Kindern legten 95 % der Kinder ihre Impfausweise bei der Untersuchung vor.

Der Anteil der vollständig geimpften Kinder auf Landkreise-Ebene und dessen Entwicklung über die vergangenen Jahre sind aus Tab. 2 und Abb. 5 zu entnehmen.

| Impfung | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Landesdurchschnitt BW 2017* |
|--|------|------|------|------|------|------|------|--------------------------------|
| Polio | 95,1 | 94,9 | 94 | 93,2 | 91,9 | 91 | 88,8 | 88,2 |
| Diphtherie | 93,9 | 93,7 | 94,4 | 93,7 | 92,5 | 91,6 | 89,1 | 89,2 |
| Tetanus | 94 | 93,7 | 94,5 | 93,8 | 92,5 | 91,7 | 89,3 | 89,3 |
| Pertussis (Keuchhusten) | 93,8 | 93,6 | 94,3 | 93,7 | 92,5 | 91,5 | 89 | 89,0 |
| Hib Haemophilus influenzae Typ b) | 94,7 | 94,6 | 93 | 92,9 | 91 | 89,2 | 87,5 | 87,3 |
| Hepatitis B | 92,8 | 92,4 | 91,9 | 90,4 | 86,5 | 85,7 | 84,7 | 78,1 |
| Masern | 92,3 | 91,2 | 86,4 | 87 | 87,1 | 85,9 | 88,5 | 89,1 |
| Mumps | 92,2 | 90,9 | 86,1 | 86,9 | 86,5 | 85,9 | 88,4 | 88,9 |
| Röteln | 92,2 | 90,9 | 86,1 | 86,9 | 87,1 | 85,8 | 88,4 | 88,9 |
| Meningokokken C | 81,3 | 81,1 | 80,9 | 82,3 | 82,9 | 85,5 | 84,7 | 86,1 |
| Varizellen | 43,6 | 53 | 55,7 | 59,5 | 55,1 | 54,9 | 61,1 | 77,4 |
| FSME | 28,1 | 24,5 | 25 | 22,5 | 22 | 23,4 | 24,5 | 20,9 |
| Pneumokokken | 58,1 | 65,2 | 71,3 | 71,5 | 82,8 | 83,9 | 83,7 | 83,3 |
| Rotaviren | - | - | - | 1,7 | 1,9 | 2,4 | 12,8 | - |

Tabelle 2: Anteil der vollständig grundimmunisierten Schulanfänger auf Ebene des Schwarzwald-Baar-Kreises 2013-2019, dessen Impfausweis vorgelegt wurde (in %). Datenquelle: Kreisauswertung des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg, Gesundheitsatlas BW.

**Quelle: Gesundheitsatlas BW.*

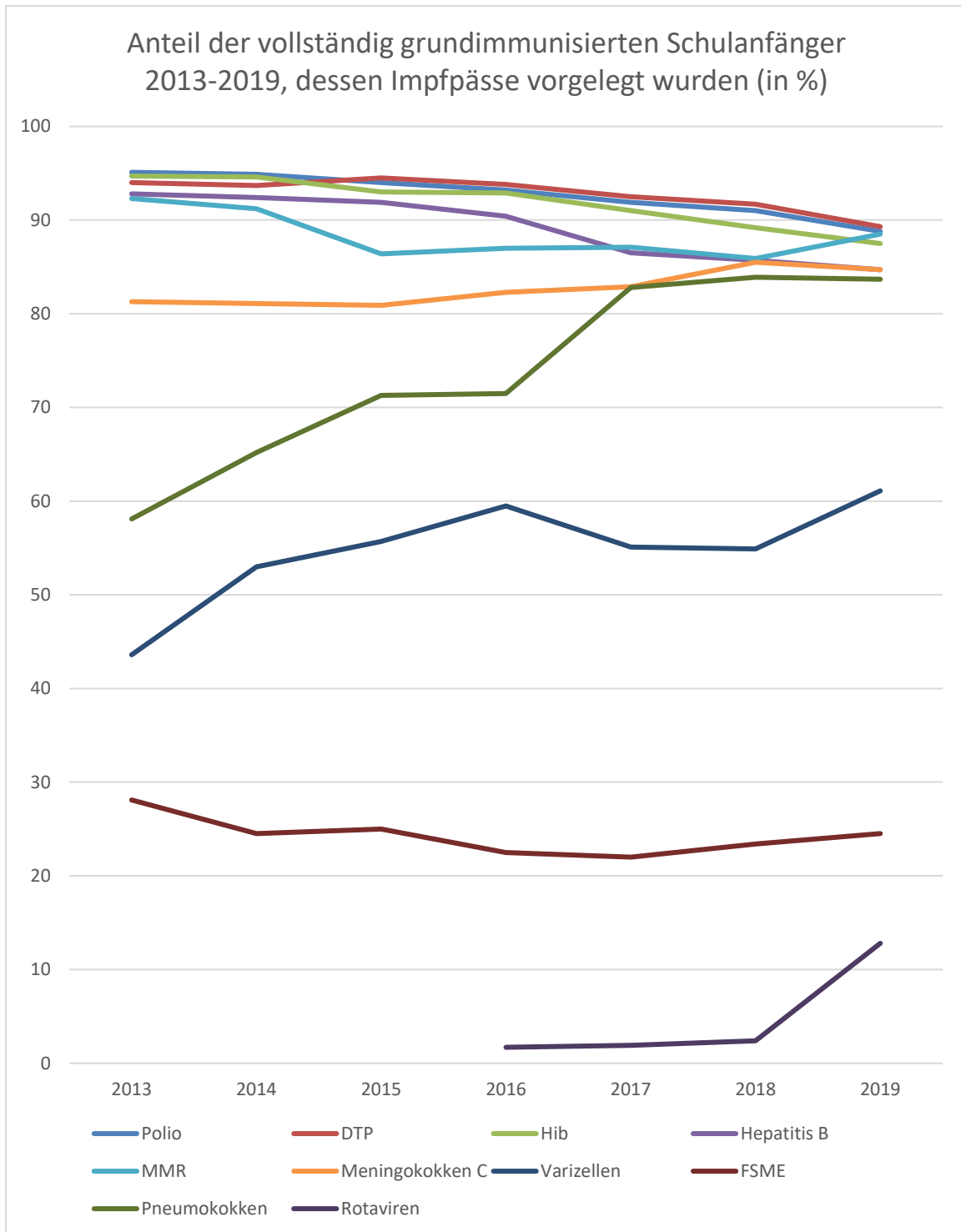


Abbildung 5: Datenquelle: Kreisauswertungen des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg

Da die Masern-, Mumps- und Röteln-Impfung (MMR) in der Regel kombiniert gegeben wird, gleichen sich die Ergebnisse hier an. Das Gleiche gilt für Diphtherie, Tetanus und Pertussis (Keuchhusten) - DTP.

Die routinemäßige Rotavirus-Impfung bei unter 6 Monate alten Säuglingen wird erst seit 2013 von der STIKO empfohlen. Dies erklärt den langsamen Anstieg der Impfquote.

Es ist hier nochmals zu betonen, dass diese Daten nicht die wirkliche Durchimpfungsrate in der betroffenen Altersgruppe darstellen. Sondern lediglich die Durchimpfungsrate unter den durchschnittlich 95 %, welche ihren Impfpass vorgelegt haben. Es liegt nahe, dass zumindest ein Teil der verbliebenen 5 % nicht vollständig grundimmunisiert ist. Dieser Punkt ist aus epidemiologischer Sicht relevant. Denn der „Herdenschutz“ der Gesellschaft könnte unter diesen Umständen nicht mehr gewährleistet sein. Es erfordert hierfür eine hohe Durchimpfungsrate. Beispielsweise wird von der Weltgesundheitsorganisation WHO die Impfung von mindestens 95% aller Kinder mit zwei Dosen Masernimpfstoff empfohlen, um eine „Herdenimmunität“ zu erreichen.

Tab. 3 und Tab. 4 zeigen die Impfquoten in den einzelnen Gemeinden, unter der Voraussetzung, dass mindestens 20 Kinder erfasst wurden. Der Hintergrund dafür ist der Datenschutz der einzelnen Personen.

Es ist zu beachten, dass in kleineren Gemeinden die Anzahl der untersuchten Kinder gering ist. Dies hat zur Folge, dass bereits vereinzelte, nicht geimpfte Kinder, den prozentualen Anteil der geimpften Kinder erheblich nach unten ziehen. Dennoch kann in Anbetracht der unzureichenden Impfquote auf Kreisebene über diese niedrigen Ergebnisse nicht hinweggesehen werden.

Die Begründung, warum ein Impfpass nicht vorgelegt oder eine Impfung nicht durchgeführt wurde, wird im Rahmen der Einschulungsuntersuchung nicht erhoben.

Tabelle 3: Impfquote in den einzelnen Gemeinden (in %)

| Gemeinde | Kinderzahl mit vorgelegtem Impfausweis | Diphtherie (%) | Keuchhusten (%) | Pneumokokken (%) | Meningokokken C (%) |
|------------------------|--|----------------|-----------------|------------------|---------------------|
| Bad Dürkheim | 85 | >95 | >95 | 91,8 | 94,1 |
| Blumberg | 83 | 84,3 | 84,3 | 85,5 | 84,3 |
| Bräunlingen | 41 | 85,4 | 85,4 | 80,5 | 80,5 |
| Dauchingen | 26 | 92,3 | 92,3 | 88,5 | 84,6 |
| Donaueschingen | 175 | 90,3 | 90,3 | 88,0 | 86,9 |
| Furtwangen | 59 | 81,4 | 81,4 | 83,1 | 74,6 |
| Gütenbach | <20 | - | - | - | - |
| Hüfingen | 82 | 86,6 | 86,6 | 79,3 | 80,5 |
| Königsfeld | 53 | 88,7 | 88,7 | 69,8 | 77,4 |
| Mönchweiler | 25 | 92,0 | 92,0 | 84,0 | 88,0 |
| Niedereschach | 53 | 90,6 | 90,6 | 84,9 | 86,8 |
| St. Georgen | 109 | 89,9 | 89,9 | 86,2 | 78,9 |
| Schönwald | 20 | 85,0 | 85,0 | 70,0 | 60,0 |
| Schonach | 31 | 80,6 | 80,6 | 61,3 | 64,5 |
| Triberg | 32 | 75,0 | 75,0 | 71,9 | 65,6 |
| Tuningen | 30 | 90,0 | 90,0 | 83,3 | 90,0 |
| Unterkirnach | 28 | 75,0 | 75,0 | 75,0 | 75,0 |
| Vöhrenbach | 35 | 88,6 | 88,6 | 74,3 | 71,4 |
| Villingen-Schwenningen | 728 | 91,1 | 90,8 | 84,9 | 89,0 |
| Brigachtal | 42 | 92,9 | 92,9 | 90,5 | 92,9 |

Tabelle 1: Impfquoten in den einzelnen Gemeinden (in %)

| Gemeinde | Kinderzahl mit vorgelegtem Impfausweis | Masern 1 Impfung (%) | Masern 2 Impfungen (%) | Hib (%) | Varizellen (%) | Hep. B (%) |
|-------------------------------|--|----------------------|------------------------|---------|----------------|------------|
| Bad Dürkheim | 85 | >95% | 83,5 | 94,1 | 62,4 | 94,1 |
| Blumberg | 83 | 92,8 | 90,4 | 81,9 | 75,9 | 79,5 |
| Bräunlingen | 41 | 90,2 | 87,8 | 85,4 | 75,6 | 85,4 |
| Dauchingen | 26 | >95% | 84,6 | 92,3 | 61,5 | 88,5 |
| Donaueschingen | 175 | >95% | 92,6 | 89,7 | 77,7 | 86,3 |
| Furtwangen | 59 | 91,5 | 83,1 | 79,7 | 22,0 | 78,0 |
| Gütenbach | <20 | - | - | - | - | - |
| Hüfingen | 82 | 91,5 | 87,8 | 84,1 | 70,7 | 85,4 |
| Königsfeld | 53 | 94,3 | 88,7 | 86,8 | 54,7 | 86,8 |
| Mönchweiler | 25 | >95% | 92,0 | 92,0 | 48,0 | 80,0 |
| Niedereschach | 53 | >95% | 92,5 | 90,6 | 66,0 | 84,9 |
| St. Georgen | 109 | >95% | 91,7 | 90,8 | 52,3 | 85,3 |
| Schönwald | 20 | 85,0 | 85,0 | 75,0 | <20% | 70,0 |
| Schonach | 31 | 87,1 | 80,6 | 80,6 | 25,8 | 71,0 |
| Triberg | 32 | 93,8 | 75,0 | 75,0 | 34,4 | 71,9 |
| Tuningen | 30 | >95% | 93,3 | 90,0 | 63,3 | 90,0 |
| Unterkirnach | 28 | 82,1 | 71,4 | 71,4 | 42,9 | 71,4 |
| Vöhrenbach | 35 | 85,7 | 82,9 | 80,0 | 57,1 | 77,1 |
| Villingen-Schwenningen | 728 | >95% | 89,4 | 89,0 | 61,8 | 85,9 |
| Brigachtal | 42 | >95% | 92,9 | 92,9 | 50,0 | >95% |

Bei der mit Abstand größten Gemeinde Villingen-Schwenningen können anhand der Auswertung die Ergebnisse nicht in kleineren Einheiten, z. B. auf Teilortebene, entnommen werden, um ggf. auf unterschiedliche Impfquoten einzugehen. In Abb. 6 kann auf Stadtebene beobachtet werden, wie sich die Impfquote bei vereinzelt Impfung, welche hier als Beispiel herangezogen wurden, teilweise zum Negativen entwickelt haben.

Signifikant ist, dass im Hinblick auf einen effektiven Impfschutz bei Masern (2 Impfungen) weder kreisweit noch in einer der 20 Kreisgemeinden der Wert von 95 % erreicht wird.

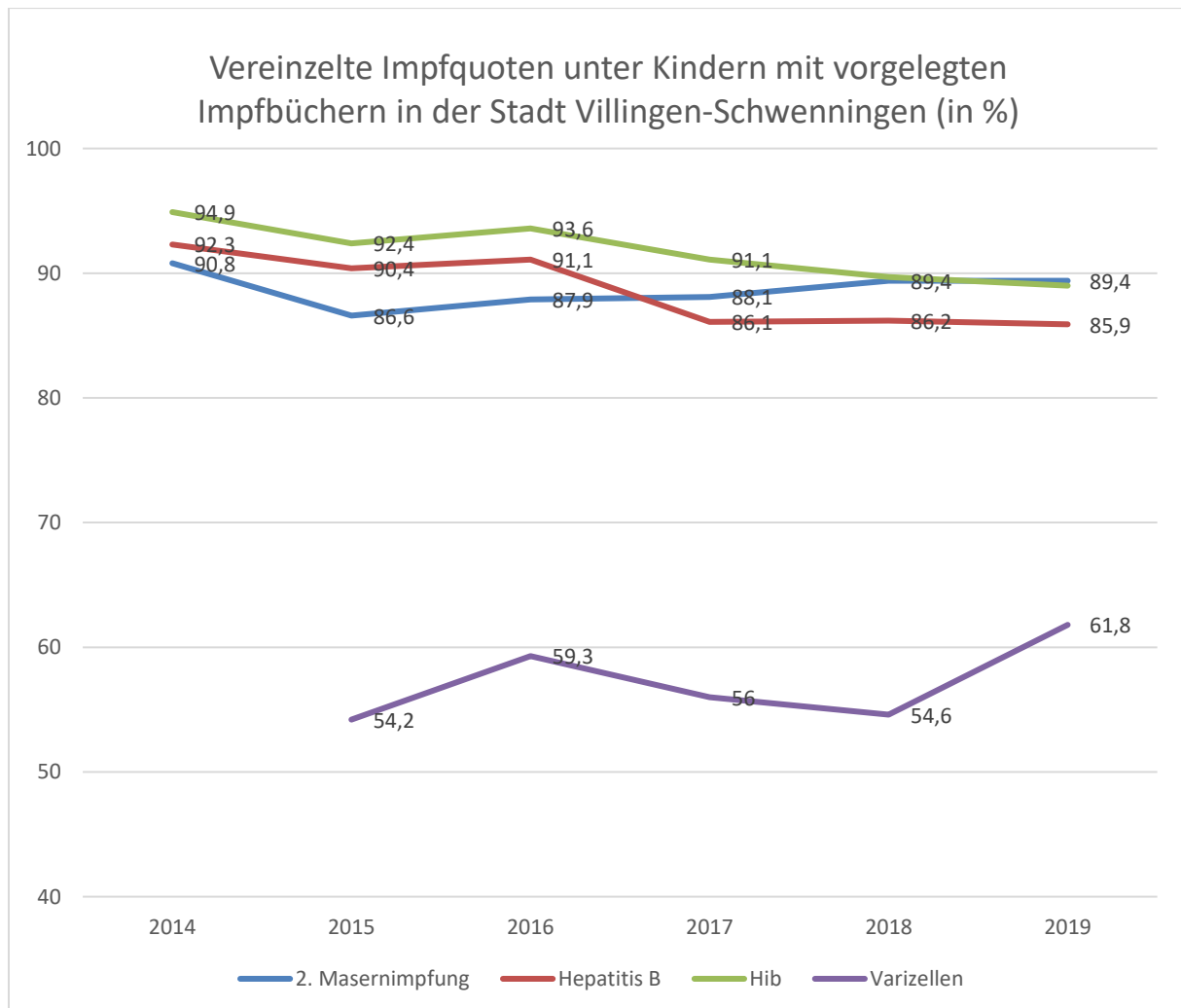


Abbildung 6

3.3 Früherkennungsuntersuchungen

Was ist das Ziel?

Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U1 bis U9) sollen den allgemeinen Gesundheitszustand und die altersgemäße Entwicklung eines Kindes regelmäßig ärztlich überprüfen. Gerade in den ersten Lebensjahren machen Kinder gewaltige Entwicklungsschritte. Durch die U-Untersuchungen können mögliche Probleme oder Auffälligkeiten frühzeitig erkannt und behandelt werden. Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist Pflicht.

Wie werden die Daten erhoben?

Die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Untersuchungen werden in einem gelben Untersuchungsheft dokumentiert. Der Nachweis über die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist bei der ESU Pflicht. Im Rahmen der ESU wird erfasst, wie viele Kinder ihr Früherkennungsuntersuchungsheft vorgelegt haben und an welchen U-Untersuchungen die Kinder teilgenommen haben.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Der Anteil der Kinder, die bei der ESU ihr U-Heft vorlegen, beträgt 2019 95,2 % (1730 von 1818). Dieser Anteil ist im Hinblick auf die vergangenen Jahre relativ konstant.

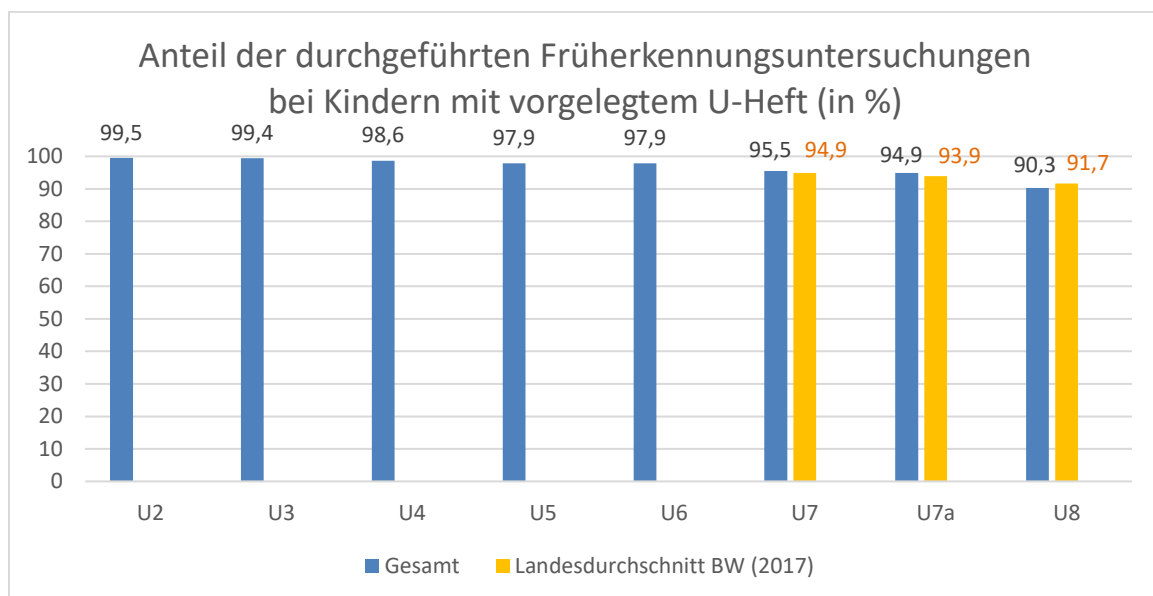


Abbildung 7

Zu beobachten ist, dass die Durchführungsrate der Vorsorgeuntersuchungen (mit der U2 beginnen sie am 3. – 10. Lebensstag) im Vergleich mit den vergangenen Jahren konstant ist. Der Anteil der durchgeführten U8-Untersuchung ist mit 90,3% geringer als die Untersuchung davor (siehe Abb. 7 und 8). Diese Untersuchung wird im Alter von 46. – 48. Lebensmonat terminiert. Da die jüngsten untersuchten Kinder während der Datenerhebung sich im 49. Lebensmonat befinden, ist eine verzögerte Inanspruchnahme dieser Untersuchung als Ursache denkbar. Die Ursache einer nicht

wahrgenommenen Untersuchung oder des Nichtvorlegens des U-Heftes wird jedoch nicht erhoben.

Es besteht kein wesentlicher Unterschied zwischen den Kreisgemeinden. Kinder mit den Wohnorten Villingen-Schwenningen, Donaueschingen oder mit Wohnort im restlichen Schwarzwald-Baar-Kreis haben mit vergleichbaren Anteilen an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen.

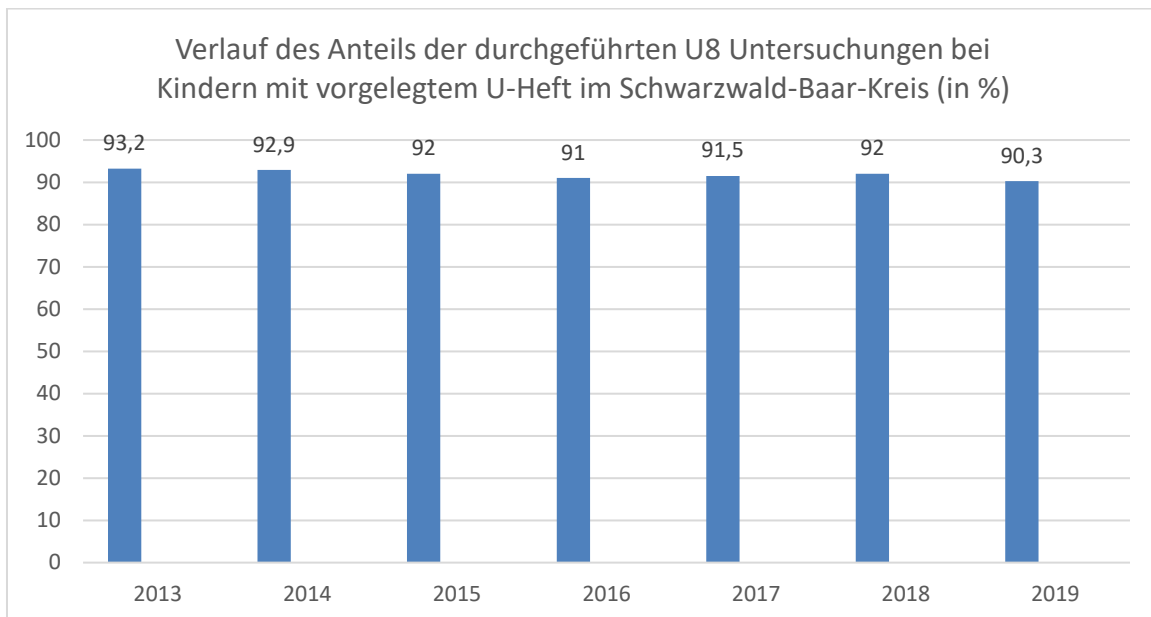


Abbildung 8

Somit kann zusammengefasst werden, dass die kinderärztlichen Untersuchungen unverändert flächendeckend gewährleistet werden und der Anteil an Kindern mit unzureichenden Früherkennungsuntersuchungen überschaubar ist.

Von 166 Kindern mit ausländischer Nationalität haben 133 ein U-Heft vorgelegt (80 %). Die dabei zum Teil festgestellten Lücken lassen jedoch nicht darauf schließen, dass die Vorsorgeuntersuchung nicht stattgefunden hat. Die Lücken hängen vermutlich damit zusammen, dass einige Kinder im Ausland geboren wurden und bereits dort einen Teil der Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt wurde. Deshalb wurden die Vorsorgeuntersuchungen in Deutschland zwar fortgeführt, jedoch ohne dass ein neues U-Heft ausgegeben wurde, weshalb die Dokumentation bei der ESU lückenhaft ist.

3.4 Unter- und Übergewicht

Was ist das Ziel?

Das Ziel der Gewichtsmessung ist die Feststellung von Über- und Untergewicht. Dies kann durch die Berechnung des Body-Mass-Index (BMI) erreicht werden.

Übergewicht und Adipositas bilden ein erhebliches Risiko für die Gesundheit. Übergewicht in jungen Jahren führt häufig auch zu Übergewicht im Erwachsenenalter, mit dem Risiko, dass Betroffene Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder Diabetes mellitus entwickeln.

Auch Untergewicht kann zu gesundheitlichen Problemen führen. Bei zu geringer Zufuhr von Lebensmitteln ist die Versorgung mit Nährstoffen nicht ausreichend und es kann zu Mangelerscheinungen führen. Neben Müdigkeit und einer geringeren Leistungsfähigkeit können schwerwiegendere gesundheitliche Folgen, wie hormonelle Veränderungen, Wachstumsstörungen oder auch Herz-Kreislaufkrankungen, auftreten.

Wie werden die Daten erhoben?

Die Kinder werden ohne Schuhe in leichter Kleidung mit einer Personenwaage gewogen. Um den BMI zu berechnen, wird zusätzlich die Körperhöhe bestimmt.

Der BMI ist eine Maßzahl zur Bestimmung des Körpergewichts im Verhältnis zur Körpergröße. Es wird das Körpergewicht in Kilogramm durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat geteilt. Bei Kindern können keine festen Grenzen für den BMI festgelegt werden, da Kinder in verschiedenen Lebensphasen unterschiedlich schnell wachsen. Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) empfiehlt daher als Vergleichsmaßstab die Perzentil-Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild:

Übergewichtig sind danach in Deutschland Kinder, deren BMI Wert höher liegt als bei 90 % der anderen Kinder. Als **adipös** gelten Kinder, deren BMI-Wert höher als bei 97 % der Kinder aus dieser Vergleichsgruppe liegt. Kinder die als **untergewichtig** gelten, haben einen niedrigeren BMI als 90 % der anderen Kinder. **Stark untergewichtig** sind Kinder deren BMI innerhalb der untersten 3 % liegt.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Im Einschulungsjahr 2019 sind von den 1745 untersuchten Kindern im Alter zwischen 4,5 und 5,5 Jahren der Großteil der Kinder normalgewichtig (85 %). Als übergewichtig

wurden 143 Kinder eingestuft. Das entspricht einem Anteil von 8,2 % (zum Vergleich mit dem Landesdurchschnitt Baden-Württemberg 2017: 8,1 %), davon 48 (2,8 %) Kinder adipös. Untergewichtig waren 119 Kinder, also 6,8 % (Baden-Württemberg 2017: 7,1 %), davon 22 (1,3 %) stark untergewichtig.

In Abb. 9 und Abb. 10 ist zu erkennen, dass es keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt.

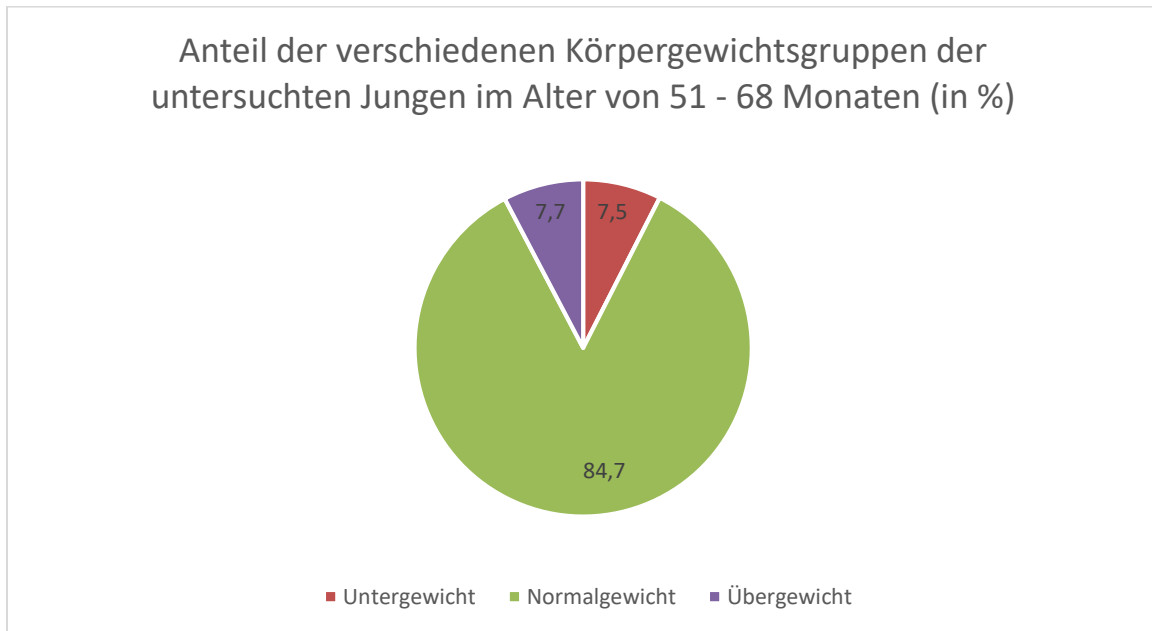


Abbildung 9

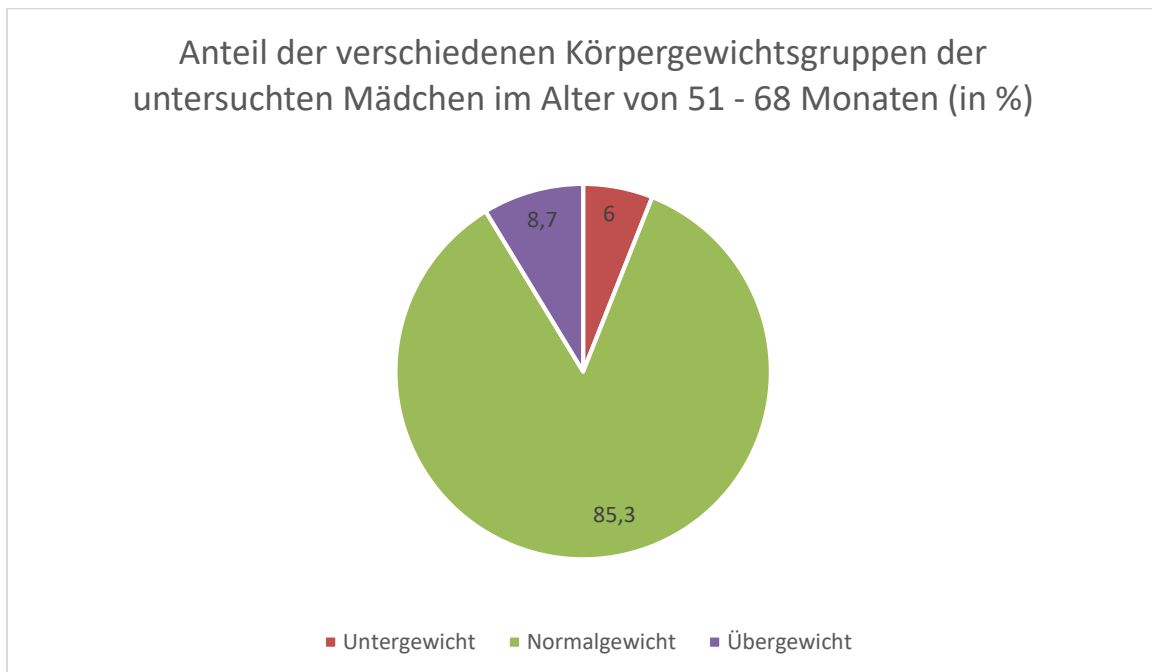


Abbildung 10

Abb. 11 zeigt, dass der Anteil der verschiedenen Gewichtsklassen unter den Kindern im Schwarzwald-Baar-Kreis in den vergangenen Jahren konstant blieb.

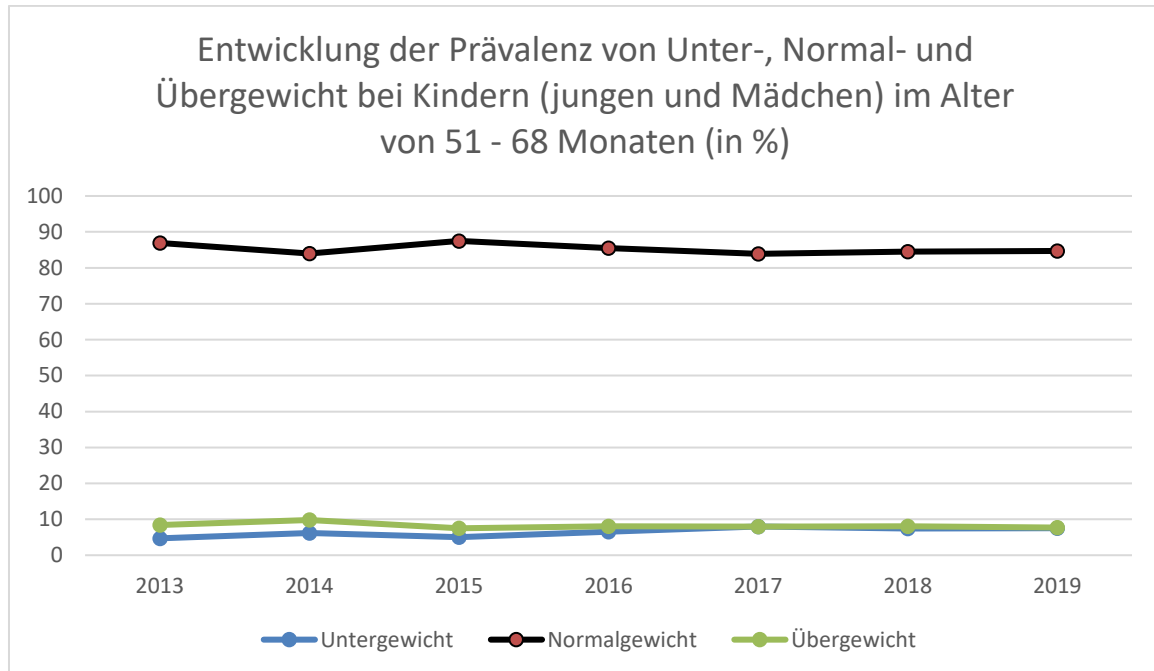


Abbildung 11

Innerhalb des Kreisgebiets bestanden keine Unterschiede bzw. es waren die Fallzahlen zu gering und nicht statistisch aussagekräftig, um z. B. eine Verbindung zwischen Körpergewichtsanteilen und den Wohnort, der Nationalität oder der Familiensprache herzustellen.

Fazit:

Bei einem relativ geringen Anteil von unter- und übergewichtigen Kindern bei der erhobenen Altersgruppe gelten die allgemeinen Handlungs- und Beratungsempfehlungen, welche weiterhin z. B. durch die behandelnden Kinderärzte gezielt eingesetzt werden sollen.

3.5 Sehtests

Was ist das Ziel?

Es soll festgestellt werden, wie gut die Sehschärfe des Kindes ist, um auf diesem Weg Seheinschränkungen feststellen oder ausschließen zu können. Außerdem wird das

räumliche Sehen getestet, um Hinweise auf einen Schief Fehler zu finden. Auch auf eine Farbsinnstörung hin wird getestet. Bei Auffälligkeiten des Visus und des räumlichen Sehens wird die Kontrolle beim behandelnden Arzt und ggf. Augenarzt empfohlen.

Wie werden die Daten erhoben?

Der Sehtest wird mit einem Sehtestgerät und das räumliche Sehen sowie die Farbsinnprüfung mit entsprechenden Testtafeln durchgeführt. Bei Kindern mit Brille werden die Tests immer mit der Brille durchgeführt.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Im Einschulungsjahr 2019 wurde bei 29,5 % der Kinder eine Kontrolle beim behandelnden Arzt oder Kinderarzt empfohlen. Eine ärztliche Abklärung ist erforderlich, wenn die Sehschärfe bei 0,7 oder weniger liegt oder bei den 5,7 % der Kinder, welche beim Sehtest die Mitarbeit verweigert oder nicht verstanden haben. Bei Kindern mit ausländischer Nationalität oder anderer Familiensprache war der Anteil höher, was auch auf das Nichtverstehen der Tests zurückzuführen sein dürfte. Im Vergleich zu den vergangenen Jahren ist der Anteil der Kinder, welche eine ärztliche Nachuntersuchung brauchen, gesunken.

Beim Farbsehen sind nahezu ausschließlich Jungen betroffen (5,4 % gegenüber 0,2 % bei Mädchen). Dieses Geschlechterverhältnis wird auch in der Literatur beschrieben und war in den vergangenen Jahren auf Kreisebene stets zu beobachten. Für den Betroffenen ist dies zur Kenntnisnahme durch die Eltern, dem Kindergarten und die Lehrer sowie später bei der Berufswahl relevant.

Insgesamt sind 5,1 % der Kinder Brillenträger. Dieser Wert schwankte in den vergangenen Jahren zwischen 2,5 - 3,5 %. Ein fester Trend ist nicht zu beobachten. Die Diagnosen, weshalb die Brillen getragen werden, werden nicht erhoben.

Es ist jedoch in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass Kinder im Alter bis zu drei Jahren keine Tablets, Smartphones oder PCs benutzen sollten. Entsprechende Verhaltensempfehlungen werden von den Experten der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) vertreten (2). So sollte auch zwischen dem vierten und dem sechsten Lebensjahr die maximale tägliche Nutzungsdauer 30

Minuten nicht überschreiten. Im Grundschulalter ist eine Nutzung von täglich bis zu einer Stunde akzeptabel. Für Jugendliche gilt eine Nutzungsdauer von täglich zwei Stunden (privater Gebrauch zusätzlich zum Gebrauch in der Schule) als tolerierbar.

Ein vermehrter Konsum dieser Medien erhöht das Risiko, eine Kurzsichtigkeit zu entwickeln. Der Grund dafür ist, dass bei elektronischen Medien über eine längere Zeit auf den Nahbereich fokussiert wird. Hinzu kommt, dass sich das räumliche Sehen durch das Anblicken auf flachen Bildschirmen nicht entwickeln kann. Deshalb gilt allgemein: Je jünger ein Kind ist, desto weniger sollte es die neuen Medien nutzen. Außerdem wird empfohlen, dass Kinder am Tag zwei Stunden bei Tageslicht draußen verbringen sollten.

3.6 Hörtests

Was ist das Ziel?

Es soll festgestellt werden, wie gut die Hörfähigkeit der Kinder ist. Ein gutes Gehör ist unabdingbar für die Sprachentwicklung von Kindern und damit auch für die Entwicklung ihrer sprachlichen Ausdrucksfähigkeiten.

Wie werden die Daten erhoben?

Der Hörtest wird mit einem Hörtestgerät durchgeführt. Zur Bestimmung der Hörschwelle bekommt das Kind Kopfhörer aufgesetzt. Die Zieltöne mit unterschiedlichen Schallfrequenzen werden immer lauter vorgegeben, bis das Kind angibt, den Ton zu hören.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Im Einschulungsjahr 2019 wurde 18,4 % der Kinder ein Arztbesuch empfohlen. Dies stellt keine relevante Abweichung zu den vergangenen Jahren dar. Eine ärztliche Abklärung ist erforderlich, wenn die Hörschwelle bei mindestens zwei Frequenzbereichen bei 30 Dezibel oder darüber liegt, oder in mindestens einem Frequenzbereich bei 40 Dezibel oder darüber liegt.

3.7 Grobmotorik

Was ist das Ziel?

Es soll festgestellt werden, wie gut die grobmotorischen Fähigkeiten der Kinder sind. Zu grobmotorischen Fähigkeiten gehören beispielsweise Laufen, Klettern und Sitzen.

Wie werden die Daten erhoben?

Die Kinder sollen auf jeweils einem Bein ohne Festhalten und ohne Absetzen des Beins nach vorne hüpfen. Die Anzahl der erreichten Hüpfen wird dokumentiert. Als auffällig werden bei 5-Jährigen weniger als sieben Hüpfen auf jedem Bein gewertet.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Es haben 79,2 % der 5-Jährigen Kinder ein unauffälliges Ergebnis beim Einbeinhüpfen (Landesdurchschnitt in Baden-Württemberg 2017: 73,1 %). Abb. 12 zeigt einen wesentlichen Unterschied zwischen Jungen und Mädchen.

Es sollte hier erwähnt werden, dass das Einbeinhüpfen nur einen Parameter zur Messung der Grobmotorik darstellt. Dessen Aussagekraft ist somit eingeschränkt und sollte nicht überbewertet werden. Weitere Parameter sind z. B. das koordinierte Fußtreten und gleichzeitiges Lenken beim Dreirad fahren, das sichere, freihändige Treppenauf- und absteigen mit Beinwechsel oder das Auffangen von zugeworfenen Bällen. Diese Parameter werden jedoch nur teilweise auf einen separaten Fragenbogen durch die Erzieherinnen angegeben.

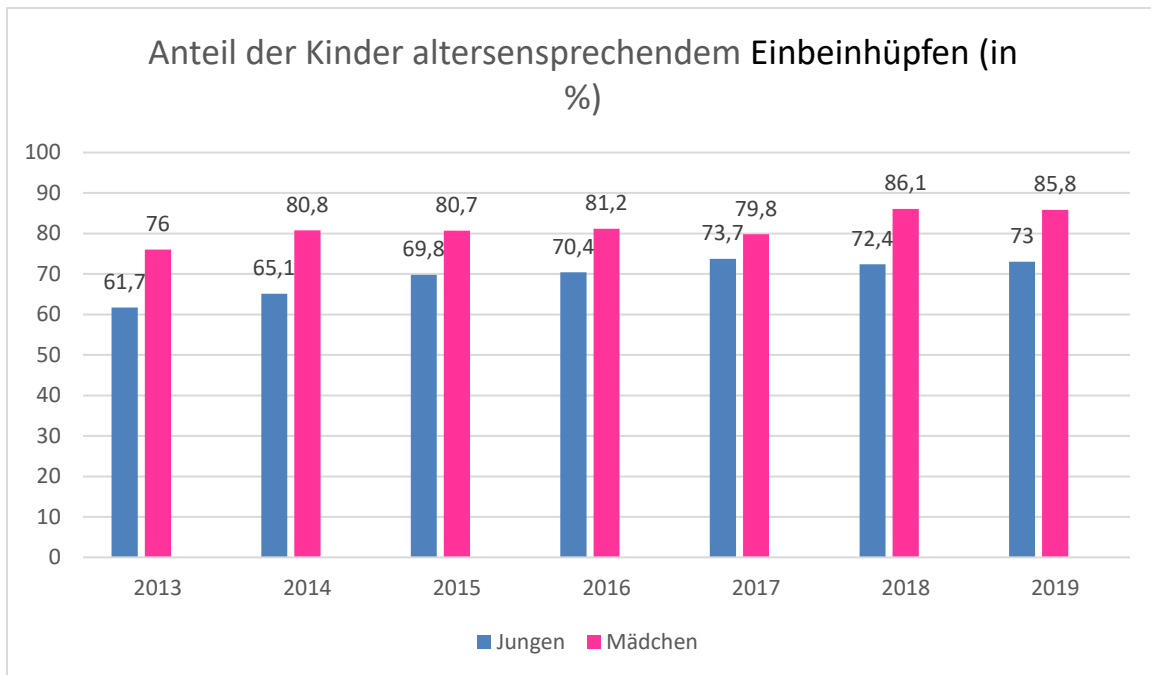


Abbildung 12

3.8 Visuomotorik und Graphomotorik

Was ist das Ziel?

Visuomotorik ist die Koordination von visueller Wahrnehmung und Bewegungsapparat. Es wird festgestellt, wie gut die visuomotorischen Fähigkeiten der Kinder sind. Der Umgang mit Stift wird im Vorschulalter erlernt. Deshalb werden Auffälligkeiten der Graphomotorik als Sonderform von feinmotorischen Störungen erfasst.

Wie werden die Daten erhoben?

Untersucht wird nach der Differenzierungsprobe von Breuer/Weuffen. Dabei werden den Kindern verschiedene Zeichen vorgelegt, die sie korrekt nachmalen sollen. Eine visuomotorische Schwäche liegt vor, wenn ein bis zwei Zeichen nicht korrekt abgemalt werden. Eine visuomotorische Störung liegt vor, wenn drei oder mehr Zeichen falsch abgezeichnet werden.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Von den untersuchten Kindern sind 88,9 % Rechtshänder, 8,7 % Linkshänder und 2,4 % noch beidhändig oder mit unklarer Händigkeit. Dieses Verhältnis ist unverändert im Vergleich zu den vergangenen Jahren.

Abb. 13 zeigt, dass sich die Fähigkeit, Zeichen nachzumalen, leicht verschlechtert hat. Üblicherweise schneiden Jungen in diesem Test schlechter ab als Mädchen. Abb. 14 zeigt, dass dieser Unterschied in den vergangenen Jahren konstant blieb.

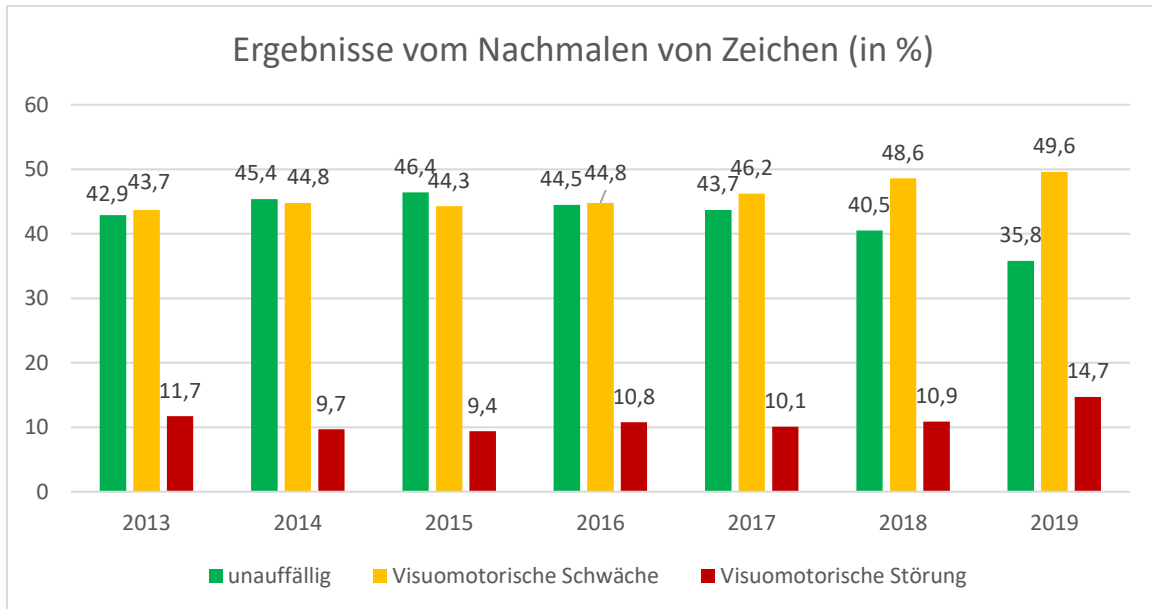


Abbildung 13

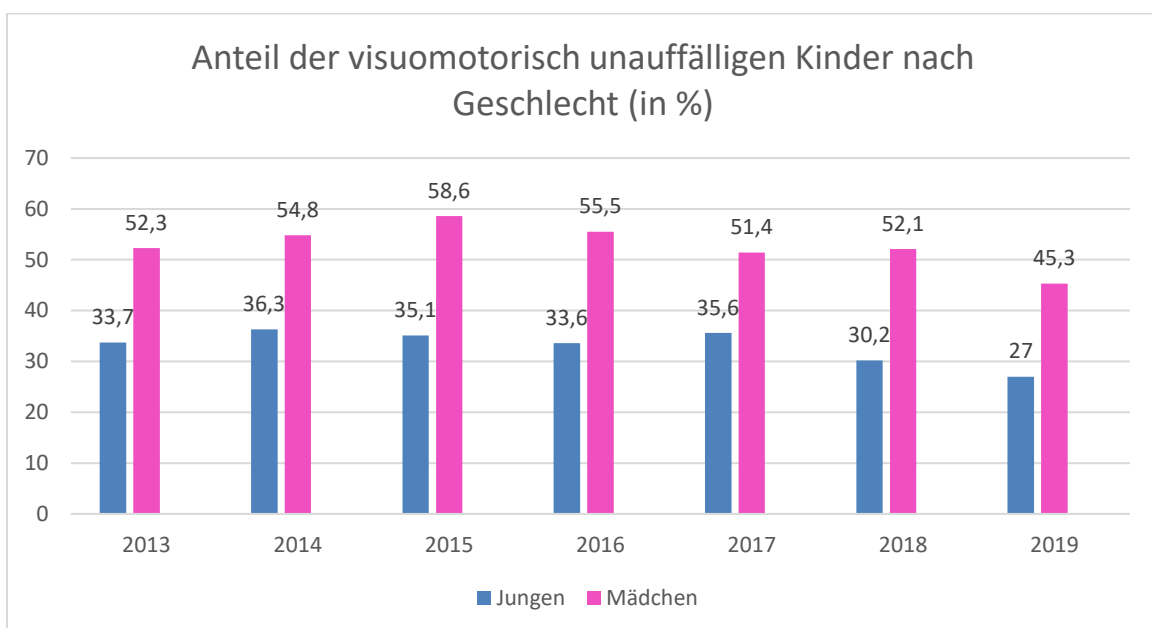


Abbildung 14

Zudem werden die Kinder aufgefordert, einen Menschen zu zeichnen. Bei 82,8 % der Kinder ist dies altersentsprechend (Jungen 76,4 %, Mädchen 89,5 %). Bei einem geringen Anteil werden die Tests nicht durchgeführt, z. B. wegen fehlender Mitarbeit

des Kindes. Dies betrifft 1,3 % der untersuchten Kinder beim Nachzeichnen und 3,8% beim Menschzeichnen.

Da Kinder mit ausländischer Nationalität oder nicht deutscher Familiensprache wesentlich schlechter abschneiden, liegt die Vermutung nahe, dass ein fehlendes Verstehen des verlangten Tests mitverantwortlich für das unzureichende Ergebnis ist. Dennoch kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass eine fehlende Förderung die Ursache ist. Bei auffälligen Ergebnissen wird das Fördern in gestalt des Nachmalens zuhause und im Kindergarten empfohlen.

3.9 Simultane Mengenerfassung

Was ist das Ziel?

Hier wird das Verständnis einer Kardinalzahl geprüft. Das bedeutet, dass zur Entwicklung eines Kindes die Fähigkeit gehört, eine Menge von Elementen zu erfassen, über den ordinalen Aspekt hinaus, welcher nur die Reihenfolge einer Zahl vorgibt. Während ein Kind z. B. gewisse Zahlen nacheinander in korrekter Reihenfolge abzählen kann, sagt dies nichts darüber aus, ob es auch die Anzahl von Elementen ohne abzuzählen erkennen kann.

Wie werden die Daten erhoben?

Den Kindern werden Klappkarten mit einer jeweils unterschiedlichen Anzahl von Punkten nacheinander gezeigt. Jede Karte wird nur für eine sehr kurze Zeit gezeigt (1-2 Sekunden). Ein Kind mit altersentsprechender Entwicklung muss dann in der Lage sein, eine Menge von 3 Punkten, ohne sie abzuzählen, zu erkennen.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Es haben 81,6 % der Kinder eine altersentsprechende spontane Mengenerfassung. Dieser Wert ist konstant im Vergleich zu den letzten Untersuchungsjahren. Bei ungenügendem Mengenverständnis werden die spielerische Förderung im Kindergarten laut Orientierungsplan und die häusliche Förderung empfohlen.

3.10 Sprachentwicklungsscreening

Was ist das Ziel?

Kinder lernen die Sprache und merken, dass sie ein zentrales Mittel zur Äußerung von Wünschen und Bedürfnissen und zur Teilhabe darstellt. In der Schule wird mit dem

Erwerb der Schriftsprache ein weiterer Grundstein für sprachliche Ausdrucksfähigkeiten gelegt. Mit dem Sprachscreening in der Einschulungsuntersuchung sollen Kinder mit einem Sprach- und Schriftspracherwerbsrisiko erkannt werden. Die im Screening auffälligen Kinder werden in der Regel einer erweiterten Sprachstandsdiagnostik mit dem SETK 3-5 zugeführt.

Wie werden die Daten erhoben?

Mit dem Heidelberger Auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung (HASE) werden mit den Kindern verschiedene Aufgabenbereiche durchgeführt. In Baden-Württemberg besteht HASE aus den Bereichen: Sätze nachsprechen, Zahlenfolgen wiedergeben und Kunstwörter nachsprechen.

Für jeden Aufgabenbereich bestehen altersabhängige Grenzwerte. Beim Unterschreiten eines solchen Grenzwertes ist eine erweiterte Sprachstandsdiagnostik indiziert.

Nach Abschluss aller diagnostischen Maßnahmen erfolgt eine Gesamtbewertung der Sprache. Eine mögliche Gesamtbewertung ist die Empfehlung „intensiver Sprachförderbedarf“ im Sinne des Sprachförderprogrammes SPATZ.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Im HASE-Test schneiden erwartungsgemäß Kinder, die in der Familie ausschließlich Deutsch sprechen, besser ab, insbesondere beim Nachsprechen von Sätzen. Dies verwundert nicht, da das Merken und Wiedergeben von zusammenhängenden Sätzen eine semantische Entwicklung (d. h. die Bedeutung des sprachlichen Ausdrucks verstehen) voraussetzt. Bei der Wiedergabe von Zahlenfolgen oder insbesondere der Kunstwörter hingegen kann die Sprachentwicklung unabhängiger davon, mit welcher Sprache das Kind vertraut ist, ermittelt werden.

Es ist hier zu erwähnen, dass die Gruppe der nicht ausschließlich Deutsch sprechenden Kindern sehr heterogen ist. Neben den Sprachen Russisch, Türkisch und Italienisch wird eine Vielzahl von anderen Sprachen angegeben, welche als alleinige Familiensprachen oder neben Deutsch als Familiensprachen gesprochen werden. Es ist auch nicht bekannt, in welchem Umfang evtl. die beiden Familiensprachen im häuslichen Umfeld angewendet werden, was einen erheblichen Einfluss auf die Sprachentwicklung hat.

Neben einer ausführlicheren Prüfung des Satzgedächtnisses und des Nachsprechens von Nichtwörtern, welche bereits verkürzt im HASE-Test geprüft werden, wird beim SETK 3-5-Test auch das Verstehen von Anweisungen geprüft. Hinzu kommt die Prüfung der Pluralbildung (Morphologische Regelbildung). Grundvoraussetzung, um diesen Test durchzuführen, ist, dass das Kind mindestens schon seit 10 Monaten Sprachkontakt hat. Ansonsten wird die intensive Sprachförderung direkt empfohlen. Bei insgesamt 161 Kindern (8,9 %) wurde die erweiterte Sprachstandsdiagnostik SETK 3-5 durchgeführt.

Der Förderbedarf wird teilweise mit dem SETK 3-5 Test, teils mit anderen Mitteln festgestellt. Insgesamt besteht ein intensiver Sprachförderbedarf bei 32,1 % der untersuchten Kindern (12,5 % bei Kindern mit nur Deutsch als Familiensprache, somit allenfalls leichte Zunahme im zeitlichen Verlauf). Dies ist ein Anstieg im Vergleich zu den vergangenen Jahren (Abb.15). Unverändert im Vergleich zu den vergangenen Jahren besteht bei Jungen ein leicht höherer Anteil mit Förderbedarf als bei Mädchen.

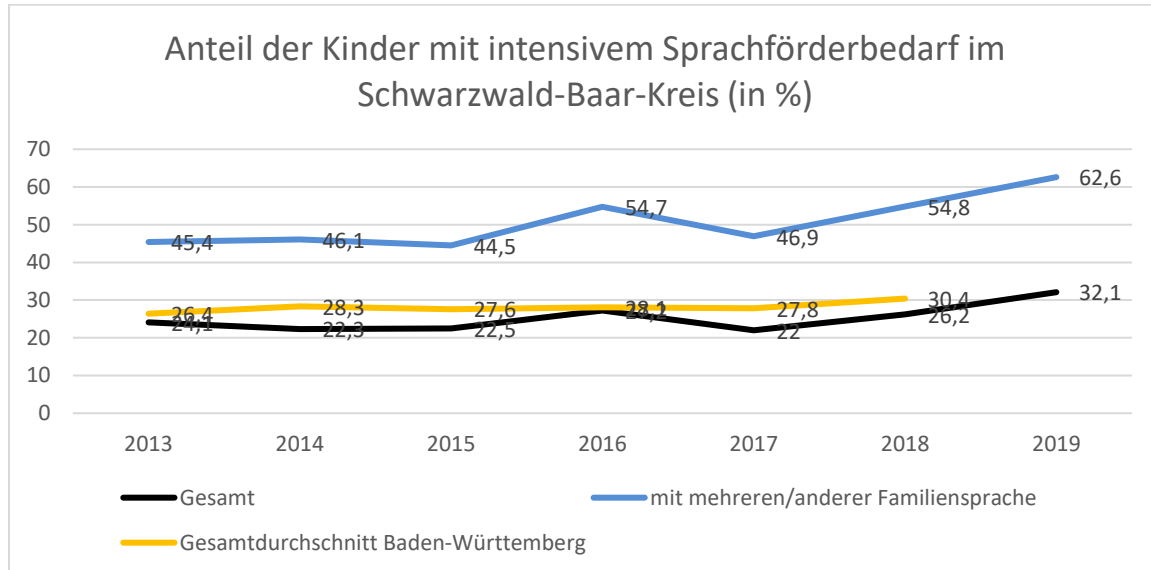


Abbildung 15

Von den Beobachtungsbögen für die Erzieherinnen der Kindergärten sind 91 % ausreichend ausgefüllt worden. Von den erfassten Kindern erhalten 27,5 % bereits eine Sprachförderung in der Kindertageseinrichtung (Anteil der Kindern mit Deutsch als alleiniger Familiensprache: 17,7 %)

Die Artikulation:

Zusätzlich zur Sprache wird die Artikulation, d. h. das Hervorbringen von Lauten, geprüft. Mit Abstand am auffälligsten sind die Buchstaben S und Z (23,9 %) und Sch (25,4 %). Dies war stets auch in der Vergangenheit zu beobachten und es wird in der Fachliteratur beschrieben, dass diese Laute zuletzt in der Entwicklung der Aussprache erlernt werden.

Insgesamt haben 54,9 % der Kinder eine altersentsprechende Artikulation (Jungen 50 %, Mädchen 60,2 %). Bei 21,2 % (Jungen 24,5 %, Mädchen 17,7 %) wurde ein Arztbesuch empfohlen, um die Artikulation ebenfalls zu bewerten und ggf. eine Logopädie einzuleiten. Kinder mit einer anderen Familiensprache als Deutsch zeigen insgesamt bei der Entwicklung der Artikulation, im Gegensatz zur Sprachentwicklung, keine Verzögerung.

4. Diskussion:

4.1 Unzureichende Impfquoten:

Warum ist das ein Grund zur Sorge?

Der empfohlene Impfkalender ist das Ergebnis von Abwägungen der unabhängigen Expertenkommission (Ständige Impfkommission – STIKO), welche am Robert-Koch-Institut angesiedelt ist. Dessen Empfehlungen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA, dem Selbstverwaltungsorgan der gesetzlichen Krankenversicherung) übernommen und in den Bundesländern umgesetzt. Einzelnen Ärzten oder gar Betroffenen fehlen die Möglichkeiten und das Fachwissen, um aufgrund von eigener Recherche eigene Abwägungen zur Impfscheidung sinnvoll treffen zu können.

Die Erfolge der Impfungen liegen auf der Hand. Hirnhautentzündungen durch Meningokokken, H. influenzae und Pneumokokken sind nach Einführung der Impfungen erheblich zurückgegangen. Eine Kehlkopfentzündung mit H. Influenza kann insbesondere bei Kindern zu einer Atemnot bis hin zum Erstickungstod führen.

Keuchhusten kann zu Entzündungen der Atemwege bis hin zum Atemstillstand und Tod bei Säuglingen führen. Mumps kann ebenfalls zur Hirnhautentzündung oder Hodenentzündung und Sterilität beim Mann führen. Es wurden in den vergangenen Jahren Todesfälle in Deutschland und europaweit aufgrund von Masernerkrankungen gemeldet. Eine Hepatitis-B Virus Ansteckung, welche sexuell oder über Blutübertragung erfolgen und zur Lebererkrankung führen kann, wird durch die Impfung wahrscheinlich ein Leben lang sicher verhindert. Eine FSME-Impfung ist die effektivste Maßnahme, um eine Hirnhautentzündung nach einem Zeckenstich zu verhindern. Die Kinderlähmung wurde in Deutschland dank Impfung eliminiert.

Warum gehen die Impfquoten zurück?

Aus der Statistik ist zu entnehmen, dass die Impfquote im zeitlichen Verlauf gesunken ist. Die lokalen Unterschiede zwischen den Gemeinden sind schwer interpretierbar. Der Wohnort (Villingen-Schwenningen, Donaueschingen, übrige Gemeinden) spielt bezüglich des Vorliegens eines Impfbuches allenfalls eine untergeordnete Rolle (Abb. 16).

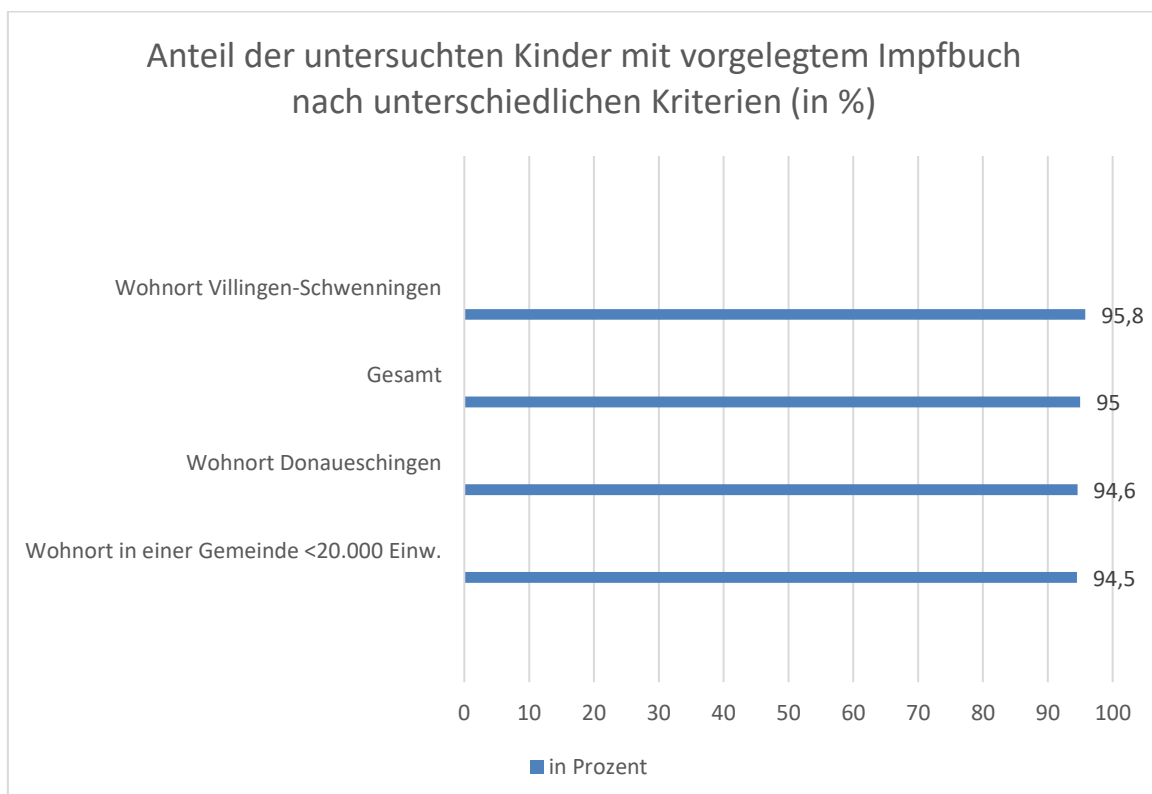


Abbildung 16

Die Statistik trifft zuverlässige Aussagen auch nur über in Deutschland durchgeführte Impfungen. Es werden nur die im deutschen Impfpass dokumentierten Impfungen

erfasst, was zur Folge hat, dass Kinder, welche im Ausland geboren wurden und evtl. die ersten Lebensjahre dort verbracht haben, nach den lokalen Impfempfehlungen - welche oft teilweise durchaus vergleichbar sind mit denen in Deutschland - geimpft wurden. Dies hat zur Folge, dass manche Impfungen in Deutschland sinnvollerweise nicht mehr erfolgen oder nur ergänzt werden und der deutsche Impfpass zwar „Impflücken“ aufweist, jedoch das betroffene Kind dennoch adäquat geimpft und der gewünschte Infektionsschutz vorhanden ist. Somit kann keine valide Aussage über den Impfstatus dieser Kinder gemacht werden, auch wenn die Statistik eine unzureichende Impfquote unter ausländischen Kindern suggeriert.

Insgesamt ist auch in anderen Bundesgebieten zu beobachten, dass die Impfquoten von 2015 nach 2016 und auch im Jahr 2017 kontinuierlich abgesunken sind. Dies könnte auf einen höheren Anteil zugewanderter Kinder mit anderen Impfschemata oder primär nicht dokumentierten Impfungen zurückzuführen sein (3). Im Schwarzwald-Baar-Kreis kann ein vergleichbarer Effekt ebenso vermutet werden.

Gründe für ausbleibende Impfungen:

Allgemein werden die individuellen Gründe einer Impfentscheidung nach dem 5C-Modell in folgenden fünf Punkten zusammengefasst:

- 1- Vertrauen (Confidence): Beschreibt das individuelle Vertrauen in das Gesundheitssystem sowie die Wirkung und Sicherheit von Impfungen. Personen mit „Verschwörungsdenken“ in Bezug zum Weltgeschehen neigen weniger dazu, Impfungen zu vertrauen.
- 2- Risikowahrnehmung (Complacency): Beschreibt die individuelle Wahrnehmung, an einer impf-präventablen Krankheit zu erkranken. Die Personen schätzen die Impfungen als überflüssig ein, weil die betroffenen Krankheiten selten geworden sind.
- 3- Barrieren bei der Ausführung von Impfungen (Constraints): Beschreibt Alltagshürden wie Stress, Zeitnot, finanzieller Aufwand, welche vom Impfen abhalten.
- 4- Ausmaß der Informationssuche (Calculation): Drückt den Grad der individuellen Informationssuche aus, um eine bestmögliche Entscheidung zu treffen. Dabei stoßen die Betroffenen oft auf impfkritische Internetseiten,

welche einerseits professionell auftreten, aber deren Inhalt andererseits einer kritischen wissenschaftlichen Begutachtung nicht standhalten würde.

5- Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft (Collective Responsibility):

Beschreibt die prosoziale Motivation, eine Krankheitsübertragung an andere Personen, welche z. B. nicht geimpft werden können oder immungeschwächt sind, zu vermeiden und sie somit indirekt im Sinne einer „Herdimmunität“ zu schützen.

Impfkritiker und Impfgegner:

Das Problem des verminderten Vertrauens zeigt sich bei erklärten Impfgegnern. Deren Anteil unter den Einwohnern des Landkreises ist zwar statistisch nicht erfasst. Jedoch bestätigt die subjektive Wahrnehmung der Mitarbeiter des Gesundheitsamtes, welche die Daten erhoben haben, dass ein solcher Personenkreis vorhanden ist. Dieser Eindruck kommt auch durch wiederkehrende Einzelgespräche mit den Eltern zustande.

Der Haltung der Impfgegner ist am besten mit gezielter Aufklärung entgegenzutreten. Es sollte dabei über die rhetorischen Techniken, mit welchen Falschwissen vermittelt wird, aufgeklärt werden, um den Einfluss der Impfgegner in öffentlichen Debatten zu verringern. Die rhetorischen Techniken lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- 1- Die Faktenlage wird in einer verzerrten Weise dargestellt und falsche Schlüsse werden gezogen.
- 2- Es wird eine unmögliche 100%ige Sicherheit und Freiheit von Nebenwirkungen von den Impfstoffen verlangt, wie sie bei keinem medizinischen Produkt möglich sind.
- 3- Verschwörungen seitens der Industrie und Gesundheitsorganisationen werden unterstellt.
- 4- Anders als bei wissenschaftlichen Arbeiten üblich, wird nicht eine Gesamtschau von unterschiedliche oder gar widersprüchlichen Studien und Fakten erstellt. Vielmehr erfolgt eine Selektion von einzelnen Datenpunkten aus der Gesamtheit heraus („cherry picking“).

- 5- Es werden Personen rezipiert, deren wissenschaftliche Ausbildung oder Befähigung sie nicht zu einer Bewertung der Impfstoffe qualifiziert („fake experts“).

Hier schließt sich das Problem der Akquisition von Informationen an. Das Falschwissen, welches in den unterschiedlichen Medien trotz der aktuellen Diskussion noch teilweise sehr präsent ist, spiegelt nicht die meist eindeutige Evidenzlage wider, welche die wissenschaftliche Grundlage für Impfeempfehlungen bildet. Es sei hier nochmal auf vertrauenswürdige Internetseiten wie www.impfen-info.de hingewiesen.

Eine wesentliche Rolle bei der Impfaufklärung spielen insbesondere die Ärzte. Laut einer Forsa-Umfrage genießen sie immerhin das Vertrauen von 77 % der Bevölkerung und liegen damit wesentlich vor etwa den Krankenkassen (46 %) (6).

Dem Argument, dass die Impfungen größtenteils unnötig seien, da die Krankheiten selten geworden sind und das Infektionsrisiko dadurch nachgelassen hat, ist entgegenzutreten, in dem über die möglichen Folgen einer Ansteckung aufgeklärt wird, etwa dass eine Pneumokokkeninfektion eine Lungenentzündung und Blutvergiftung nach sich ziehen kann oder eine Hepatitis B Ansteckung eine Leberentzündung und Leberzirrhose zur Folge haben kann. Die aktuelle Häufung von Maserninfektionen belegt auch, dass eine Verringerung der Impfquote durchaus eine erneute Zunahme der bereits selten gewordenen Erkrankungen nach sich ziehen kann.

Impfbarrieren:

Auch hier spielen die Kinder- und Hausärzte eine erhebliche Rolle, um eine adäquate Durchimpfung zu erzielen. Die Kosten werden in der Regel von den Krankenkassen übernommen. Hinzu kommt, dass das Sozialamt die Kosten für unter 18-jährige übernimmt, wenn der Versicherungsstatus noch unsicher ist.

4.2 Sprachentwicklung:

Aus der Statistik geht hervor, dass im Schwarzwald-Baar-Kreis der Bedarf an intensiver Sprachförderung zugenommen hat. Dies stellt prinzipiell eine Angleichung zum Landesdurchschnitt von Baden-Württemberg dar.

Es gibt eine Vielzahl von Risikofaktoren für eine verzögerte Sprachentwicklung. Diese umfassen u. a. kognitive Entwicklungsstörungen, Hörstörungen, neurologische Erkrankungen, Entwicklungsstörungen der Wahrnehmung, Konzentrationsstörungen oder soziale Vernachlässigung. Was den Spracherwerb für Kinder auch erschweren könnte, ist der verschiedentlich geäußerte Umstand, dass die allgemeine Aussprache über die Jahrzehnte hinweg schneller und undeutlicher geworden sein soll.

Kinder mit einer Sprachentwicklungsstörung bedürfen einer gezielten Förderung und Therapie - je nach Ursache für den ausbleibenden Erwerb von Sprachfähigkeiten. Nach weitergeführter Diagnostik bei Kindern mit auffälliger Entwicklung durch den Kinderarzt ist die gezielte Therapie einer evtl. Störung erforderlich und kann entsprechend verordnet werden. Dies betrifft Störungen der Aussprache, der Grammatik, der Semantik (der Bedeutung von sprachlichen Zeichen), der Verwendung der Sprache in der Kommunikation (z. B. bei ADHS, autistischen Störungen, Intelligenzminderung), des Sprachverstehens oder der Sprachwahrnehmung.

Mehrsprachigkeit:

Unabhängig von den Ursachen einer Sprachentwicklungsstörung wächst ein zunehmender Teil der Kinder mit einer anderen Sprache als Deutsch auf (siehe Abb. 3). Die Mehrheit aller Kinder der Welt wächst zwei- oder mehrsprachig auf. Dennoch sind Bildungssysteme häufig auf Einsprachigkeit angelegt. Die Tatsache, dass Sprachen territorial gedacht werden, entspricht immer weniger der Realität. Deshalb zeichnet sich hier allgemein ein Paradigmenwechsel ab - hin zu einer Anerkennung und Wertschätzung von individueller und gesellschaftlicher Mehrsprachigkeit.

Wenn ein mehrsprachiges Kind Auffälligkeiten in nur einer Sprache zeigt, liegt keine Sprachentwicklungsstörung vor, vielmehr deutet dies auf z. B. schlechte Erwerbsbedingungen hin. Ein bilingualer Spracherwerb verstärkt eine

Sprachentwicklungsstörung nicht (7). Mit korrekter Diagnostik soll der Gefahr, Spracherwerbsprobleme vorschnell auf Mehrsprachigkeit zurückzuführen, entgegengetreten werden.

Eine Zweisprachigkeit kann von Geburt an von je einer Person (Simultaner Bilingualismus) oder nacheinander (Sukzessiver Biligualismus), ohne dass die Erstsprache abgelöst wird, erlernt werden. Dabei wird beim erreichten Sprachbeherrschungsniveau zwischen basalen kommunikativen Fähigkeiten in Alltagssituationen (BICS: Basic Interpersonal Communicative Skills) und akademischen Sprachkompetenzen (CALP: Cognitive Academic Language Proficiency) differenziert. Letzteres Niveau in der Erstsprache zu erwerben und zu erhalten, ist in der Migrationssituation von der Eigeninitiative abhängig, da diese nicht in der Schule gelehrt wird. Das Aneignen von lexikalischen, literalen und kommunikativen Sprachfertigkeiten in CALP-Niveau stellt ohnehin eine lebenslange Entwicklung dar. Im häufig vorkommenden ungünstigen Fall lernt das Kind jedoch eine Erstsprache in der Familie, lernt dann die Zweitsprache verspätet mit dem Eintritt in die Kindertagesstätte und verdrängt die Erstsprache im späteren Alter.

Es ist unstrittig, dass sprachlicher Input eine zwingende Voraussetzung der Sprachentwicklung ist (8). Der Wortschatz hängt vom Wörterangebot ab. Außerdem ist der Aufbau eines Wortschatzes eine speicherabhängige Leistung, weshalb dessen Umfang bei einem biligualen Kind nicht in der einzelnen Sprache, jedoch im Gesamtwortschatz dem eines monolingualen Kindes entspricht. Der Erwerb zweier Grammatiken hingegen ist nicht kapazitätenbegrenzt und dessen paralleler Erwerb stellt kein grundlegendes Problem dar. Das gleiche gilt für kommunikative Fähigkeiten (z. B. wie begrüßt wird, wann gesprochen und wann geschwiegen werden muss, worüber gesprochen wird), bei denen der Erwerb einer Sprache den Erwerb dieser Fähigkeiten in der anderen Sprache nicht beschränkt.

Um einer Chancenungleichheit der großen Gruppe der mehrsprachigen Kinder im Bildungssystem entgegenzuwirken, sind entsprechende Sprachförderangebote erforderlich. Diese könnten sowohl Angebote für Kinder als auch für Eltern betreffen. Auch wäre eine Elternberatung zur Verbesserung der Spracherwerbsbedingungen ein denkbarer Schritt (9). Bei den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes bestand auch während der Untersuchung die subjektive Wahrnehmung, dass bei Eltern mehrsprachiger Kindern teilweise ein Beratungsbedarf vorhanden ist.

Den Eltern müsste vermehrt vermittelt werden, dass Mehrsprachigkeit allein keine Sprachentwicklungsstörung verursacht oder verstärkt. Den Eltern sollte geraten werden, in der Sprache mit dem Kind zu kommunizieren, in der sie sich am sichersten fühlen. Auch liegt es an ihnen, die Erstsprache weiterhin zu nutzen und zu fördern, wenn das Kind z. B. nach Eintritt in der Kindertagesstätte zeitweise nur noch die Umgebungssprache verwendet. Es darf keine der zwei Sprachen abgewertet werden.

In einer Elternberatung könnten Modelle zum simultanen oder sukzessiven Erwerb von zwei Sprachen besprochen werden. Dazu gehört auch die Beratung, welche Hilfsmittel in Frage kommen könnten etwa die Kommunikation in der Familie, mit Freunden, die die Erstsprache sprechen, Unterrichtsangebote und ab dem Schulalter auch ein ausgewähltes Medienangebot. Bei Letzterem ist jedoch zu beachten, dass Medien gewisse Einschränkungen haben (keine interaktive Kommunikation, kein natürliches Lippenlesen bei Zeichentrickfilmen oder Sprachsynchronisation) und nur in begrenztem Umfang zum Spracherwerb dienen können.

4.3 Vorhandene Förderung

Einen Teil der Datenerhebung in der ESU erfolgt auch mittels Elternfragebögen, welche bei der Datenauswertung miteinbezogen werden. Es werden dabei Angaben z. B. zu bereits in Anspruch genommenen Förderungen ausgewertet. Die Daten haben jedoch eine gewisse Einschränkung, da die Abgabe der Fragebögen auf freiwilliger Basis erfolgt. Hinzu kommt, dass ein Teil der Eltern diese wahrscheinlich nicht ausreichend versteht. Dennoch wurden immerhin 1632 (89,8 %) Fragebögen abgegeben.

Aus diesen geht hervor, dass bereits 12,5 % der Kinder (Jungen 16,8 %, Mädchen 7,8 %) in logopädischer Behandlung sind. Hinzu kommen ergotherapeutische Behandlungen, psychiatrische Therapien/Psychotherapien und andere Förder- oder Heilmaßnahmen.

Die Frühförderlandschaft des Schwarzwald-Baar-Kreises besteht u. a. aus der Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche (BEKJ), dem Sozialpädiatrischen Zentrum im Schwarzwald-Baar-Klinikum und dem Frühförderverbund mit Frühberatungsstellen an den Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentren der Carl-Orff -Schule, der Christy-Brown-Schule und der Sprachheilschule.

Die BEKJ bietet zum einen eine qualifizierte Elternberatung (EB) durch ein Team aus Sozialpädagoginnen, Kinder- und Jugendtherapeutinnen, Heilpädagoginnen und Psychologinnen. Zum anderen wird eine interdisziplinäre Frühförderstelle (IFF) betrieben. In dieser arbeiten die Berufsgruppen aus Heilpädagogik, Psychologie, Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie unter kinderärztlicher Begleitung. Somit erfüllen die BEKJ und die IFF etwa im Jahr 2017 bei insgesamt 1.222 Kindern und Familien je nach Bedarf die Funktion der Beratung und Förderung. Hinzu kommen präventive Tätigkeiten, Kooperationen und Vernetzungen mit anderen Einrichtungen.

5. Zusammenfassung

Die Ergebnisse der ESU und deren Auswertung lassen darauf schließen, dass mit einer zunehmenden langfristigen Gesundheitsgefährdung durch impf-präventablen Krankheiten zu rechnen ist, solange der Trend der **sinkenden Durchimpfungsrate** unter den heranwachsenden Kindern weiter anhält. Eine zunehmende Ansteckungszahl mit den betroffenen Infektionskrankheiten im Bundesgebiet zeigt, dass entsprechende Sorgen berechtigt sind und dass leider mit einer Zunahme der Ansteckungen zu rechnen ist, solange die Impfquoten nicht den erwünschten Stand erreichen. Daher sind dringend Maßnahmen erforderlich, um möglichst viele Menschen, die sich im Landkreis aufhalten, zu impfen. Entscheidend dazu beitragen kann die neue Bundesgesetzgebung zur Masernimpfpflicht.

Ein weiterer Handlungsbedarf besteht beim zunehmenden Anteil von Kindern mit **Sprachförderbedarf**. Sowohl für Kinder mit verzögerter Sprachentwicklung oder gar mit einer ausgewiesenen Sprachentwicklungsstörung, für die nach Eintritt in die Kindertagesstätte ein zunehmend beanspruchtes Förderangebot vorhanden ist, als auch für eine Sprachförderung in der Breite besteht wahrscheinlich noch Entwicklungspotenzial. Dazu beitragen könnte eine alltagsintegrierte Förderung für

Kinder und deren Eltern in einer Altersphase, welche für den Spracherwerb grundlegend ist. Auch sollte überlegt werden, wie Kinder von einem Angebot profitieren könnten, bevor eine Sprachförderung erforderlich wird. Wenn der Sprachtest bei der ESU auffällig ist, ist bereits eine wesentliche Entwicklungszeit für eine Sprachförderung und Elternberatung verstrichen. Die ESU hat dabei nur einen begrenzten zeitlichen und personellen Rahmen für eine Elternberatung.

Anders als die öffentliche Diskussion vielleicht vermuten lässt, hat in den vergangenen Jahren der Anteil der übergewichtigen oder Bewegungsauffälligen Kinder nicht zugenommen. Es sei hier auf die allgemeine Rolle der körperlichen Aktivität und der Reduktion sitzender Tätigkeiten für eine gesunde körperliche, psychische, soziale und geistige Entwicklung von Kindern und Jugendlichen verwiesen (10).

6. Quellen:

1. https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/PDF/Beitrag19_02_01.pdf
2. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98095/Smartphones-fuer-Kleinkinder-tabu>
3. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2019/Ausgaben/18_19.pdf;jsessionid=1B4E271F3FC16995422F8FE9B232F13E.2_cid372?_blob=publicationFile , S. 152
4. Betsch C, Schmid P, Korn L, Steinmeyer L, Heinemeier D, Eitze S, Köpke NK, Böhm R., Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2019 Apr;62(4):400-409. doi: 10.1007/s00103-019-02900-6. Review. German.
5. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/206062/Impfberatung-in-der-Praxis-Professionelle-Gespraechsfuehrung-wenn-Reden-Gold-wert-ist#literatur>
6. https://kommunal.de/forsa-kommunalwahlen?utm_medium=email&utm_source=sondernewsletter&utm_campaign=20190514
7. Kannengieser, Simone (2015): Sprachentwicklungsstörungen - Grundlagen, Diagnostik und Therapie, 3. Auflage, S 424.
8. Kannengieser, Simone (2015): Sprachentwicklungsstörungen - Grundlagen, Diagnostik und Therapie, 3. Auflage, S 34.
9. Kannengieser, Simone (2015): Sprachentwicklungsstörungen - Grundlagen, Diagnostik und Therapie, 3. Auflage, S 434.
10. Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung der BZgA, Sonderheft 03, S. 24.

7. Auszüge aus den zugrundeliegenden Gesetzen:

Schulgesetz für Baden-Württemberg (SchG)

§ 91

Schulgesundheitspflege

(1) Die Schüler sind verpflichtet, sich im Rahmen der Schulgesundheitspflege durch das Gesundheitsamt beraten und untersuchen zu lassen.

(2) Die Pflicht zur Untersuchung besteht nach Beginn des Schuljahres auch für Kinder, die bis zum 30. September des laufenden Kalenderjahres das vierte Lebensjahr vollendet haben; für diese Kinder wird in begründeten Fällen eine Sprachstandsdiagnose durchgeführt. Das Kultusministerium legt die Kriterien für die Sprachstandsdiagnose im Einvernehmen mit dem Sozialministerium fest. Darüber hinaus besteht in begründeten Fällen die Pflicht zur Untersuchung für die zur Schule angemeldeten Kinder.

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst

(Gesundheitsdienstgesetz - ÖGDG)

§ 8

Kinder- und Jugendgesundheit, Zahngesundheit,
Verordnungsermächtigung

(1) Die Gesundheitsämter beraten Kinder sowie Schülerinnen oder Schüler, die sorgeberechtigten Personen sowie die Kindertageseinrichtungen und die Schulen zu erforderlichen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie zu gesundheitlichen Fragen, die den Schulbesuch betreffen. Die Aufgaben der Gesundheitsämter nach den Vorschriften des Kinderschutzgesetzes Baden-Württemberg bleiben unberührt. Die Gesundheitsämter arbeiten im Rahmen ihrer Aufgaben insbesondere mit den Trägern der öffentlichen und freien Jugendhilfe sowie mit anderen Stellen, Trägern, Einrichtungen und Personen zusammen, die Verantwortung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen tragen.

(2) Die Gesundheitsämter untersuchen zur Schule angemeldete Kinder sowie Kinder, die bis zum 30. September des laufenden Schuljahrs das vierte Lebensjahr vollendet haben

(Einschulungsuntersuchung). Schülerinnen oder Schüler können untersucht werden. Die Untersuchung dient insbesondere der präventiven gesundheitlichen Beratung und der Veranlassung von gegebenenfalls erforderlichen Maßnahmen, die gesundheitlichen Einschränkungen und Entwicklungsverzögerungen entgegenwirken, die die Teilnahme am Unterricht gefährden können.

(3) Den Gesundheitsämtern obliegen Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von null bis achtzehn Jahren, soweit diese

nicht von anderen Stellen für die Gesundheitsämter oder aufgrund von Vereinbarungen durchgeführt werden (§ 21 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

(4) Die Gesundheitsämter arbeiten eng mit den regionalen Arbeitsgemeinschaften für Zahngesundheit zusammen. Soweit nicht eine andere Stelle die Geschäftsführung der regionalen Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit übernimmt, obliegt dem Gesundheitsamt im Rahmen der Koordinierungsfunktion die Wahrnehmung dieser Aufgabe.

(5) Schulen und Kindertageseinrichtungen sowie deren Träger sind verpflichtet, bei Maßnahmen im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheitspflege nach diesem Gesetz und Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) mitzuwirken, insbesondere die erforderlichen Auskünfte zu geben und Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen.

(6) Das Sozialministerium wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Kultusministerium durch Rechtsverordnung die näheren Bestimmungen über Umfang, Häufigkeit und Durchführung der schulärztlichen Untersuchungen und der Gruppenprophylaxe in

1. Schulen und

2. Kindertageseinrichtungen

zu treffen.