



Die Einschulungsuntersuchung im Schwarzwald-Baar-Kreis Jahrgang 2016

Gesundheitsamt

Impressum

Landratsamt Schwarzwald-Baar-Kreis
Gesundheitsamt
Herdstr. 4
78050 Villingen-Schwenningen
Tel.: 07721-913-7190 Fax: 07721-913-8918

Ansprechpartnerin:
Frau Dr. med. N. Stöhr
Tel.: 07721-913-7207 n.stoehr@lrasbk.de

Januar 2018

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Methodik	4
2.1 Die Einschulungsuntersuchung	4
2.2 Aufbau des Berichts	5
3. Ergebnisse	6
3.1 Eckdaten zum Einschulungsjahrgang 2016.....	6
3.2 Impfungen	7
3.2.1 Tetanus-Impfquoten.....	9
3.2.2 Masern-Impfquoten	10
3.2.3 Varizellen-Impfquoten.....	13
3.3 Früherkennungsuntersuchungen.....	15
3.4 Unter- und Übergewicht.....	19
3.5 Sehtest	22
3.6 Hörtest.....	25
3.7 Grobmotorik.....	27
3.8 Visuomotorik.....	29
3.9 Sprachentwicklungsscreening	32
4. Zusammenfassung und Ausblick	36

1. Einleitung

Die Kindergesundheit ist dem kinder- und jugendärztlichen Dienst (KJGD) unseres Gesundheitsamtes eine Herzensangelegenheit.

Im Kindergartenalter sind Kinder normalerweise gesund, bewegen sich gerne und viel und haben eine natürliche Neugier – die idealen Voraussetzungen, um sie in der Gesundheitsvorsorge an einen gesunden Lebensstil heranzuführen.

Über die 2009 neu konzipierte Einschulungsuntersuchung (ESU) ist eine Fülle von Daten zur Kindergesundheit verfügbar, die im Land Baden-Württemberg jährlich vom Landesgesundheitsamt (LGA) aufbereitet wird. Da sie etwa ein Jahr vor der Einschulung stattfindet, ist genügend Zeit, um etwaige Fördermaßnahmen einleiten zu können.

Der vorliegende Kindergesundheitsbericht stellt umfassende Daten zur Situation der Kinder im Schwarzwald-Baar-Kreis im vorletzten Jahr vor der Einschulung dar. Er möchte politische Entscheidungsträger und Akteure im örtlichen Gesundheitswesen und in Erziehung und Bildung unserer Kinder ansprechen. Gleichzeitig dient er unserer kommunalen Gesundheitskonferenz „Gesundheitsnetzwerk Schwarzwald-Baar“ als Datengrundlage zur Kindergesundheit.

Geplant ist eine jährliche Fortschreibung dieses Berichts.

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. 15 bis 24 Monate vor der Einschulung, wenn die Kinder im Alter zwischen vier und fast sechs Jahren sind, erfolgt eine Basisuntersuchung (sog. Schritt 1). Kinder mit einem Förderbedarf können durch den frühen Zeitpunkt der ESU (im vorletzten Kindergartenjahr), frühzeitig erkannt und durch geeignete Fördermaßnahmen bestmöglich unterstützt werden.

Zur einheitlichen und standardisierten Durchführung und Dokumentation dieser Untersuchungsergebnisse gibt das Landesgesundheitsamt (LGA) Baden-Württemberg, im Auftrag des Ministeriums für Soziales und Integration (SM) Baden-Württemberg, jährlich aktualisiert die Arbeitsrichtlinien heraus.

Aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung zur Teilnahme 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!) wie auch die Kinder, die keinen Kindergarten besuchen (sog. Hauskinder).

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 des Untersuchungsjahres 2014/2015, das den Schulanfängern (nach regelhafter Einschulung) von September 2016 entspricht.

Der Begriff „Gemeinden“ in diesem Bericht umfasst Große Kreisstädte, größere und kleinere Gemeinden.

Kinder- und jugendärztliches Team im Gesundheitsamt

Das Mitarbeiterteam des Gesundheitsamtes des Schwarzwald-Baar-Kreises umfasst eine Sekretärin, fünf Sozialmedizinische Assistentinnen (SMAs) auf 3,5 Planstellen und ihnen zugeordnet fünf Ärztinnen auf zwei Planstellen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes.

Von den insgesamt 136 Kindertageseinrichtungen im Schwarzwald-Baar-Kreis werden 51 von Städten oder Gemeinden getragen, 70 haben kirchliche Träger (24 evangelische, 26 katholische), 13 haben freie oder private Träger und 2 sind Betriebskindergärten.

Die Kindertageseinrichtungen innerhalb des Landkreises sind durch feste Gebietszuordnungen im Team aufgeteilt.

Es bestehen gute Kontakte zwischen den Kindergärten und dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, die sich seit 2010 fortwährend positiv entwickelt haben.

2.2 Aufbau des Berichts

Beschrieben werden die bei der ESU erfassten demographischen Angaben, die Ergebnisse zu den Tetanus-, Masern- und Varizellenimpfungen sowie den Früherkennungsuntersuchungen beim jeweiligen Kinderarzt, die Gewichtsverteilung,

die Ergebnisse der Seh- und Hörtests, das grob- und feinmotorische Vermögen der Kinder und das Sprachentwicklungsscreening.

Tabellen und Diagramme veranschaulichen die Zahlen (bei den Impfquoten werden aus Datenschutzgründen nur Gemeinden mit mehr als 20 untersuchten Kindern dargestellt, sodass keine Rückschlüsse auf die jeweils untersuchten Einzelpersonen gezogen werden können; vgl. Kap. 3.2).

Da die Einwohnerzahl von Villingen-Schwenningen und Donaueschingen über 20.000 Einwohner liegen (Große Kreisstädte), können hier zwei Gemeinden des Landkreises miteinander verglichen werden mit ausreichend hohen Fallzahlen, die keine Rückschlüsse auf einzelne untersuchte Personen zulassen (datenschutzrechtliche Vorgaben seit 20 Jahren).

In den einzelnen Kapiteln werden kurz das Ziel der jeweiligen Untersuchung und die Datenerhebung dargestellt. Danach folgen die Ergebnisse für den gesamten Kreis und kleinräumig dargestellt für die Gemeinden.

Dabei können die Werte mit den drei zurückliegenden Einschulungsjahrgängen verglichen werden.

3. Ergebnisse

3.1 Eckdaten zum Einschulungsjahrgang 2016

Im Schwarzwald-Baar-Kreis wurden im Untersuchungsjahr 2014/2015 (ESU 2016) 1718 Kinder untersucht.

Zum genaueren Verständnis sei hier erklärt, dass die Kinder, die im Herbst 2016 in die Schule kamen (Einschulungsjahrgang 2016), in den Jahren 2014 und 2015 im Rahmen der ESU gesehen wurden (Untersuchungsjahrgang 2014/2015). Die hier dargestellten Ergebnisse sind Ergebnisse des sog. Schritts 1, der 24-15 Monate vor der termingerechten Einschulung stattfindet (vgl. Kap. 2.1).

In Tabelle 1 ist die Anzahl der untersuchten Kinder aus dem Berichtsjahr im Vergleich mit den vorherigen Jahren zu sehen.

Gesamtzahl der untersuchten Kinder	ESU 2013 (2011/2012)	ESU 2014 (2012/2013)	ESU 2015 (2013/2014)	ESU 2016 (2014/2015)
Schwarzwald-Baar-Kreis	1667	1813	1750	1718

Tabelle 1 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Gesamtzahl der untersuchten Kinder

In Tabelle 2 (S. 7) ist die jeweilige Anzahl der untersuchten Kinder in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern (Große Kreisstädte) in ihrer Entwicklung über die vergangenen Jahre zu sehen.

Anzahl der untersuchten Kinder Gemeinde	ESU 2013 (2011/2012)	ESU 2014 (2012/2013)	ESU 2015 (2013/2014)	ESU 2016 (2014/2015)
Donaueschingen	167	192	195	180
Villingen-Schwenningen	679	729	675	714

Tabelle 2 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Anzahl der untersuchten Kinder in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern

Die untersuchten Kinder wurden im Zeitraum vom 1. Oktober 2009 bis 30. September 2010 geboren. Die Kinder waren 4,5–5,5 Jahre alt.

Von den untersuchten Kindern waren 856 Mädchen (49,8 %) und 862 Jungen (50,2%). Bei der Basisuntersuchung werden die Familiensprachen, d.h. die Sprache(n), die in den ersten drei Lebensjahren mit dem Kind bevorzugt gesprochen wurde(n), erhoben. Beim Großteil der Kinder, nämlich 66,6 %, wird in der Familie ausschließlich Deutsch gesprochen. Der Anteil mit deutscher und einer anderen Familiensprache entsprach 27,9 %. Ausschließlich eine andere Familiensprache (als Deutsch) wurde bei 5,5 % der Kinder angegeben, darunter Türkisch mit 1,0 %, Italienisch 0,4 %, Russisch 0,4 %, Albanisch 0,2 % etc.

3.2 Impfungen

Was ist das Ziel?

Schutzimpfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten Maßnahmen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Die Ständige Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Instituts (RKI) veröffentlicht jährlich Impfempfehlungen. Durch die Erhebung der ESU-Daten kann ein Eindruck gewonnen werden, wie diese Empfehlungen umgesetzt werden, und langfristig abgeschätzt werden, ob Impfkampagnen/Interventionsmaßnahmen einen Einfluss auf das Impfverhalten haben.

Wie werden die Daten erhoben?

Die Vorlage des Impfbuchs in der ESU ist Pflicht (§ 20 Absatz 3 ÖGDG sowie § 2 Absatz 3 Schuluntersuchungsverordnung). Es wird dokumentiert, wie viele Kinder ein Impfbuch oder eine schriftliche Erklärung der Eltern vorlegen, die besagt, dass das Kind nicht geimpft ist und daher kein Impfbuch besitzt. Kinder, die kein Dokument vorlegen, werden zwar erfasst, die Impfquoten werden jedoch in Bezug zu den vorgelegten Impfdokumentationen gesetzt. Jede erfolgte Impfung wird von den SMAs unseres Kinder- und Jugendgesundheitsteams dokumentiert.

Sie machen in jeder Untersuchung der einzelnen Kinder die jeweiligen Eltern auf noch fehlende Impfungen aufmerksam und verweisen an den Kinder- oder Hausarzt.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Von den 1718 untersuchten Kindern im Berichtsjahr 2016 legten 92,5 % der Kinder ihre Impfdokumentation bei der Untersuchung vor.

Bei der Betrachtung der zeitlichen Entwicklungen der einzelnen Impfungen (Grundimmunisierung nach STIKO) ist zu erkennen, dass sich die Impfquoten von Varizellen erhöht haben und die Impfquoten von Masern und Röteln in den letzten zwei Jahren unter 90 % gefallen sind. Die anderen Impfquoten sind relativ konstant geblieben (Tabelle 3 und Abbildung 1).

ESU-Jahrgang	2013	2014	2015	2016
Geburtsjahrgang	10/2006-09/2007	10/2007-09/2008	10/2008-09/2009	10/2009-09/2010
Polio	95,1	94,9	94	93,2
Diphtherie	93,9	93,7	94,4	93,7
Tetanus	94,0	93,7	94,5	93,8
Pertussis	93,8	93,6	94,3	93,7
Hib	94,7	94,6	93,6	92,2
Hepatitis B	92,8	92,4	90,4	91,9
Masern	92,3	91,2	86,4	87
Röteln	92,2	90,9	86,1	86,9
Meningokokken	81,3	81,1	80,9	82,3
Varizellen	43,6	53	55,7	59,5

Tabelle 3 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Impfquoten in % im zeitlichen Verlauf der ESU-Jahrgänge 2013 bis 2016

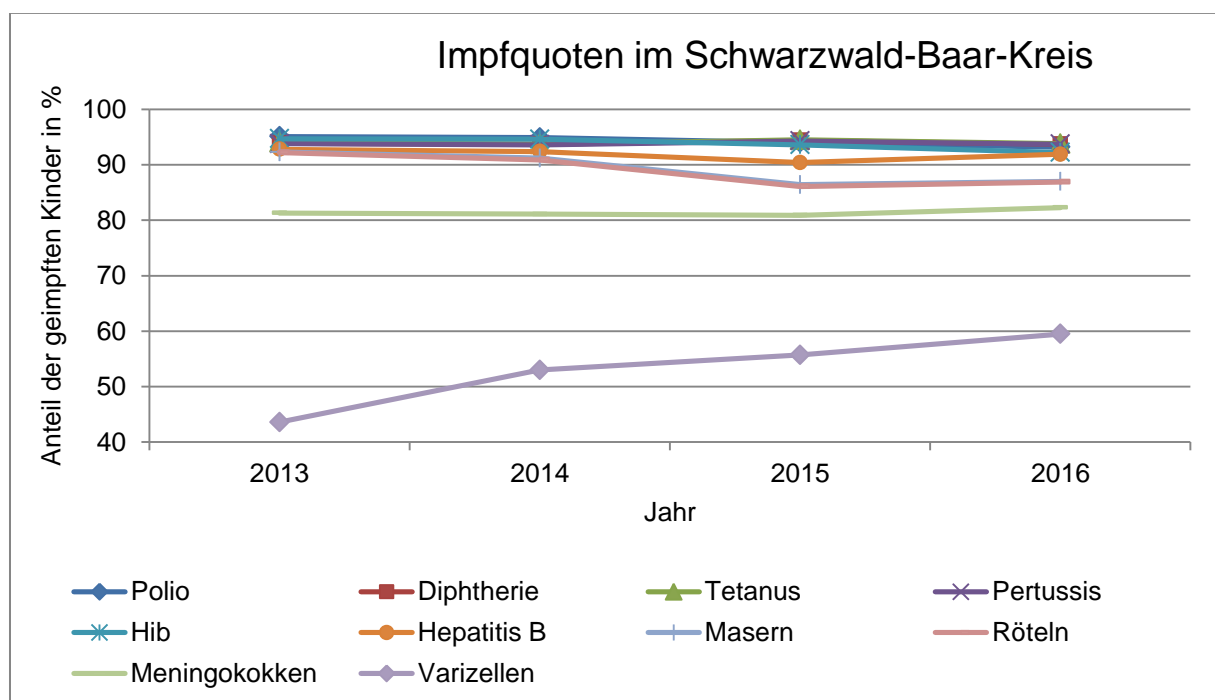


Abbildung 1 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Impfquoten in % im zeitlichen Verlauf der ESU-Jahrgänge 2013 bis 2016

3.2.1 Tetanus-Impfquoten

Was ist das Ziel?

Tetanus, oder auch Wundstarrkrampf, ist eine häufig tödlich verlaufende bakterielle Infektionskrankheit mit starken Muskelkrämpfen und Schädigungen des Herzens. Die Tetanuserreger kommen nahezu überall vor, eine Infektion erfolgt meist über kleine Verletzungen. Schützen kann man sich durch eine Impfung. Die STIKO empfiehlt insgesamt vier Impfungen im Alter von 2 bis 14 Monaten.

Wie werden die Daten erhoben?

Der niedergelassene Kinder- oder Hausarzt, der die Impfung durchführt, dokumentiert diese im Impfpass des Kindes. Wenn ein Kind zum Zeitpunkt der ESU laut Impfpass vier Impfungen gegen Tetanus erhalten hat, wird sein Impfschutz hier als vollständig dokumentiert.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Im Verlauf der letzten Jahre ist der Anteil der geimpften Kinder von 94,0 % im Einschulungsjahrgang 2013 zu 93,8 % im Einschulungsjahrgang 2016 relativ konstant geblieben. Im Durchschnitt liegt die Durchimpfungsrate im Kreis bei 94 %. Im Vergleich dazu lag die Impfquote für Baden-Württemberg in den entsprechenden Einschulungsjahrgängen bei 92,8 %. Somit lag sie im Schwarzwald-Baar-Kreis etwas höher (vgl. Abb. 2).

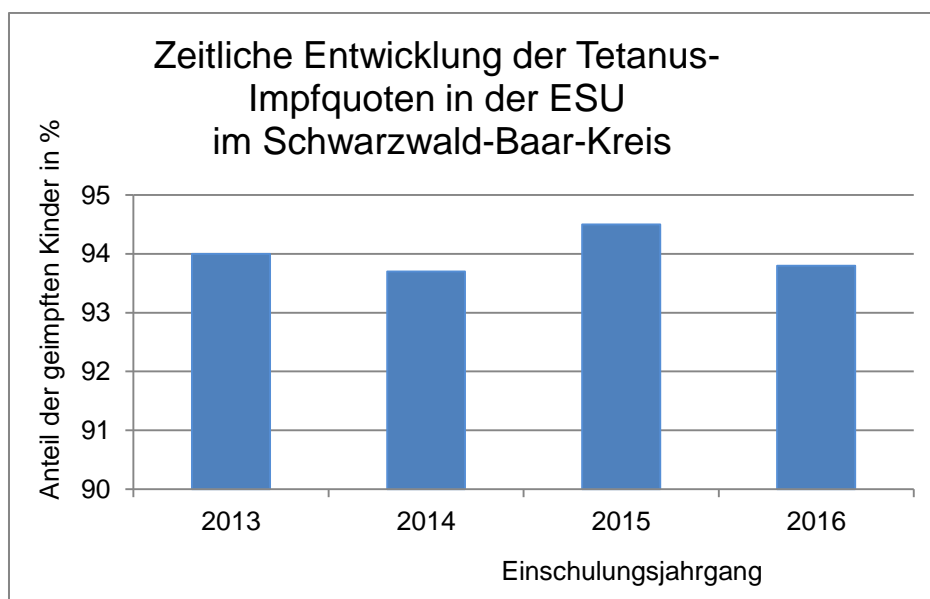


Abbildung 2 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Zeitliche Entwicklung der Tetanus-Impfquoten in %

Wie sieht es in den Gemeinden aus?

Die Impfquoten in den Gemeinden weichen voneinander ab. Sie reichen von 89,4 % bis zu über 95 %, haben aber eine geringere Schwankungsbreite als die Quoten für Masern (vgl. 3.2.2). Ob sich deutliche Verbesserungen erreichen lassen, beispielsweise durch das 2015 eingeführte Präventionsgesetz, das Eltern zur Impfberatung verpflichtet, bevor ihre Kinder in eine Kindertageseinrichtung gehen, wird erst mit Fortschreibung dieses Berichtes in den nächsten Jahren zu sehen sein.

Kleinräumige Darstellung	
Gemeinde	Grundimmunisierung
Bad-Dürrheim	90,7
Blumberg	93
Bräunlingen	>95
Dauchingen	>95
Donaueschingen	94,9
Furtwangen im Schwarzwald	90,2
Gütenbach	-
Hüfingen	>95
Königsfeld im Schwarzwald	92,9
Mönchweiler	>95
Niedereschach	89,4
St. Georgen im Schwarzwald	94,9
Schönwald im Schwarzwald	-
Schonach im Schwarzwald	-
Triberg im Schwarzwald	89,7
Tuningen	94,1
Unterkirnach	
Vöhrenbach	>95
Villingen-Schwenningen	94,4
Brigachtal	>95

Tabelle 4 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Tetanus-Impfquoten in % in den Gemeinden
(bei weniger als 20 vorgelegten Impfbüchern werden die Impfquoten nicht ausgewiesen)

3.2.2 Masern-Impfquoten

Was ist das Ziel?

Das Masernvirus ist hoch ansteckend, eine akute Infektion führt neben einem charakteristischen rotfleckigen Hautausschlag unter anderem zu einer kurzzeitigen Schwächung des Immunsystems. Darauf können Mittelohr- und Lungenentzündungen folgen. Eine schwerwiegendere Folge kann eine Entzündung des Gehirns sein. An ihr sterben ca. 20 % der betroffenen Kinder, zehn bis 30 % leiden an Folgeschäden wie Intelligenzminderung und geistige Behinderung. Gegen

den Masernerreger kann geimpft werden. Um den vollständigen Schutz zu gewährleisten, empfiehlt die STIKO insgesamt zwei Impfungen gegen Masern im Alter von 11-14 und 15-23 Monaten.

Auch wir streben in unserem Kreis das Ziel der WHO an, eine Durchimpfungsrate von 95 % zu erreichen.

Wie werden die Daten erhoben?

Die Impfungen werden beim niedergelassenen Kinderarzt durchgeführt, dieser dokumentiert sie im Impfpass des Kindes. Wenn ein Kind zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung laut Impfpass zwei Impfungen gegen Masern erhalten hat, wird sein Impfschutz hier als vollständig dokumentiert.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Im Verlauf der letzten Jahre hat sich der Anteil der zweifach geimpften Kinder im Schwarzwald-Baar-Kreis von 92,6 % im Einschulungsjahr 2013 zu 87,0 % im Berichtsjahr 2016 verringert. Im Vergleich dazu lag die Impfquote für Baden-Württemberg im Einschulungsjahrgang 2016 bei 88,8 %. Damit lag sie im Kreis im Berichtsjahr etwas darunter (vgl. Abb. 3).

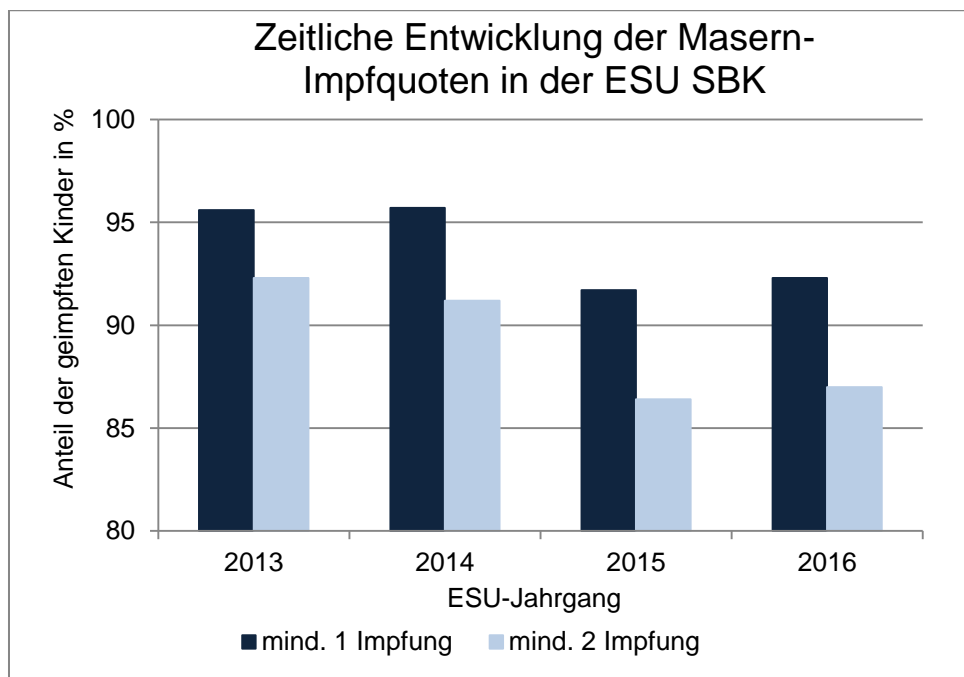


Abbildung 3 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Zeitliche Entwicklung der Masern-Impfquoten (ESU) in %

Wie sieht es in den Gemeinden aus?

Die Impfquoten für Masern weichen in den Gemeinden zum Teil erheblich voneinander ab. Sie reichen von 80,4 % bis zu über 95 %. Vor allem in den Gemeinden Furtwangen, Mönchweiler und Triberg sind die Impfquoten niedrig (vgl. Tab. 5).

Kleinräumige Darstellung		
Gemeinde	mind. 1 Impfung	mind. 2 Impfungen
Bad-Dürnheim	85,3	84
Blumberg	>95	93
Bräunlingen	94,1	90,2
Dauchingen	>95	>95
Donaueschingen	91,1	87,3
Furtwangen	92,2	80,4
Gütenbach	-	-
Hüfingen	91,4	90
Königsfeld	>95	83,3
Mönchweiler	93,1	82,2
Niedereschach	89,4	89,4
St. Georgen	93,9	86,7
Schönwald	-	-
Schonach	-	-
Triberg	86,2	82,2
Tuningen	88,2	85,3
Unterkirnach	-	-
Vöhrenbach	92,3	84,6
Villingen-Schwenningen	93,2	87,9
Brigachtal	93,3	88,9

Tabelle 5 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Masern-Impfquoten in % in den Gemeinden
(bei weniger als 20 vorgelegten Impfbüchern werden die Impfquoten nicht ausgewiesen)

Nicht nur aus Sachsen, wo die zweite Masernimpfung erst im 6. Lebensjahr komplettiert wird, ist bekannt, dass Nachprüfungen der Impfquoten (beispielsweise in der Grundschule) deutliche höhere Durchimpfungsraten der Kinder zeigen.

Da auch in unserem Kreis einige Kinderärzte erst bei einem Alter von etwa sieben Jahren den Impfschutz komplettieren, wäre es möglich, durch eine entsprechende Nachabfrage in unseren Gemeinden zu zeigen, wieviel näher dann die Impfquoten vollständig grundimmunisierter Kinder für Masern an das WHO-Ziel von 95 % heranreichen.

Die Fortschreibung dieses Gesundheitsberichts wird zeigen, inwieweit die Kombination der Masern-Mumps-Röteln(MMR)-Impfung mit der gegen Windpocken eine Steigerung der Durchimpfungsrate bei den untersuchten Kindern der ESU bewirken kann.

3.2.3 Varizellen-Impfquoten

Was ist das Ziel?

Das hochansteckende Windpockenvirus (Varicella-Zoster-Virus) verursacht bei Erstinfektion die typischen juckenden Bläschen, die verkrusten und im Allgemeinen narbenfrei abheilen. Komplikationen können zusätzliche bakterielle Infektionen der offenen Bläschen sowie Lungen- und Hirnentzündung sein. Bei kleineren Kindern verlaufen die Windpocken in der Regel milder als bei älteren Kindern und Jugendlichen. Im höheren Alter kann das Virus nach überstandener Krankheit zudem gelegentlich reaktiviert werden und in Abhängigkeit von der Immunitätslage die sogenannte Gürtelrose (Herpes zoster) verursachen. Gegen das Varzellenvirus kann geimpft werden. Die STIKO empfiehlt, um den vollständigen Schutz zu gewährleisten, seit 2009 die zweimalige Impfung im Alter von 11-14 und 15-23 Monaten, wobei diese je mit der Masern-Mumps-Röteln-(MMR)-Impfung kombiniert werden kann.

Wie werden die Daten erhoben?

Die Impfungen werden beim niedergelassenen Kinderarzt durchgeführt, dieser dokumentiert sie im Impfpass des Kindes. Wenn ein Kind zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung laut Impfpass zwei Impfungen gegen Varizellen erhalten hat, wird sein Impfschutz hier als vollständig dokumentiert.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

In den Jahren seit der Einführung der zweifachen Impfung gegen Varizellen 2009 hat sich der Anteil der Kinder mit komplettem Impfschutz von 43,8 % im Einschulungsjahrgang 2013 zu 59,5 % im ESU-Jahrgang 2016 im Schwarzwald-Baar-Kreis kontinuierlich gesteigert (vgl. Abb. 4, S. 14). Die Impfquoten in unserem Kreis liegen allerdings immer unter denen im gesamten Bundesland Baden-Württemberg, das im Berichtsjahr eine Impfquote von 78,7 % auswies.

Insgesamt leisten die Kinderärztinnen und -ärzte jedoch gute Aufklärungsarbeit, wie die Abb. 4 veranschaulicht. Mit der Möglichkeit, die Varizellen-Impfung mit der MMR-Impfung zu kombinieren, erwarten wir im weiteren Verlauf eine Angleichung an die Impfquoten der Masernimpfung.

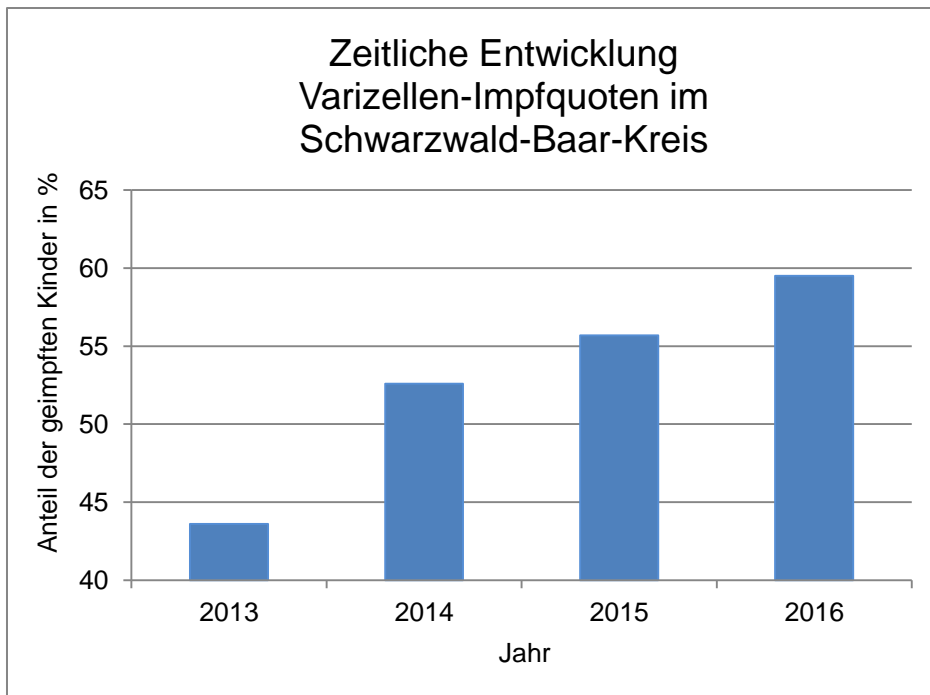


Abbildung 4 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Zeitliche Entwicklung der Varizellen-Impfquoten in %

Wie sieht es in den Gemeinden aus?

In den Gemeinden schwanken die Impfquoten erheblich von unter 20 % bis zu 80 % der Kinder mit Grundimmunisierung; in Furtwangen, Triberg und Vöhrenbach liegen sie unter 50%. In Blumberg, Dauchingen und Donaueschingen dagegen erreichen sie fast die landesweite Quote von 78,7 %.

Kleinräumige Darstellung	
Gemeinde	Grundimmunisierung
Bad-Dür rheim	60
Blumberg	75,6
Bräunlingen	70,6
Dauchingen	76,2
Donaueschingen	77,8
Furtwangen im Schwarzwald	<20
Gütenbach	-
Hüfingen	80
Königsfeld im Schwarzwald	54,4
Mönchweiler	51,7
Niedereschach	61,7
St. Georgen im Schwarzwald	54,1
Schönwald im Schwarzwald	-
Schonach im Schwarzwald	-
Triberg im Schwarzwald	34,5
Tuningen	70,6
Unterkirnach	-
Vöhrenbach	42,3
Villingen-Schwenningen	59,3
Brigachtal	64,4

Tabelle 6 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Varizellen-Impfquoten in % in den Gemeinden (bei weniger als 20 vorgelegten Impfbüchern werden die Impfquoten nicht ausgewiesen)

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 (§ 1 Absatz 1 Kinderschutzgesetz Baden-Württemberg).

Wie werden die Daten erhoben?

Die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Untersuchungen werden in einem gelben Untersuchungsheft dokumentiert. Die Vorlage dieses Heftes bei der ESU ist Pflicht (§ 20 Absatz 3 ÖGDG und § 2 Absatz 3 Schuluntersuchungsverordnung). 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 ihr U-Heft vorlegten, blieb in den Einschulungsjahrgängen 2013 bis 2016 relativ konstant bei rund 95 %.

Teilnahme U-Untersuchungen - zeitliche Entwicklung				
ESU-Jahrgang (N: absolute Zahlen)	2013 (N: 1569)	2014 (N: 1747)	2015 (N: 1672)	2016 (N: 1638)
U-Heft vorgelegt	94,1	96,4	95,5	95,3

Tabelle 7 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: zeitliche Entwicklung der Teilnahme an den U-Untersuchungen in %

Zu sehen ist in Abbildung 5, dass die Beteiligung der Kinder des ESU-Jahrgangs 2016 an den Vorsorgeuntersuchungen U7a (Einführung 2008) und U8 im Gegensatz zu den anderen U-Untersuchungen geringer ist: Die Bindung der Eltern mit ihren Kindern an die Kinderärzte wird mit zunehmendem Alter der Kinder geringer; nicht nur weil die Abstände der Vorsorgeuntersuchungen zunehmend größer werden, sondern die Eltern werden außerdem sicherer in der kindlichen Versorgung mit dem Heranwachsen der Kinder.

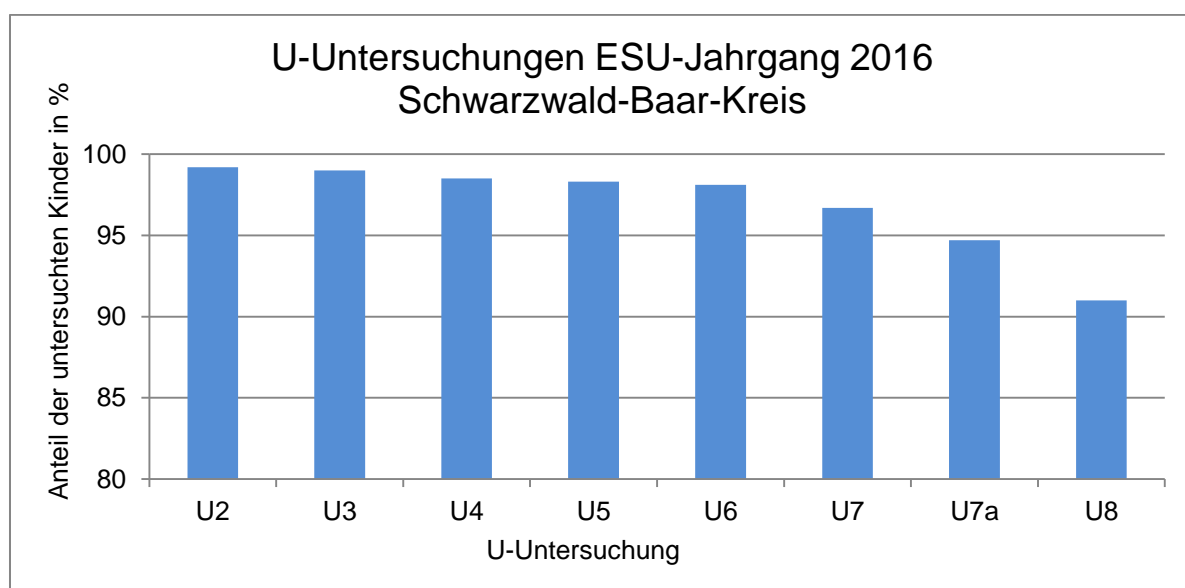


Abbildung 5 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Teilnahme an den U-Untersuchungen in % für den Einschulungsjahrgang 2016

Abbildung 6 zeigt die zeitliche Entwicklung der Teilnahme an den Untersuchungen U6 bis U8 seit dem Einschulungsjahrgang 2013.

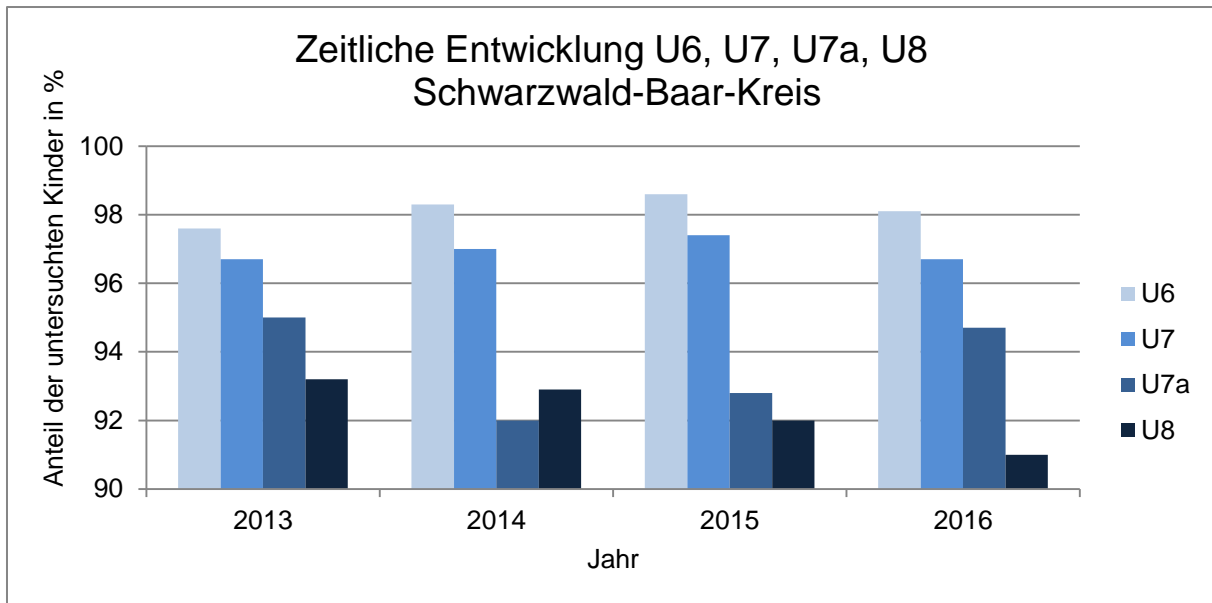


Abbildung 6 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Zeitliche Entwicklung der Teilnahme an der U6, U7, U7a, U8 in % in den ESU-Jahrgängen 2013 bis 2016

Wie sieht es in den Gemeinden aus?

Für die Großen Kreisstädte (mehr als 20.000 Einwohner) sieht man in Tabelle 8 und Abbildung 7 die Inanspruchnahme der Untersuchungen U7, U7a und U8. In Donaueschingen nimmt, anders als im gesamten Kreis, die Teilnahme an der U7a im Vergleich zu den anderen Untersuchungen zu. In Villingen-Schwenningen ist die Teilnahme an der U8 zwar nahezu gleich hoch wie die an der U7a, jedoch insgesamt immer auf niedrigerem Niveau als in Donaueschingen.

Kleinräumige Darstellung			
	U7	U7a	U8
Donauesschingen	98,2	99,4	93,5
Villingen-Schwenningen	95,0	89,6	89,7

Tabelle 8 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Teilnahme an der U7, U7a, U8 in % in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern

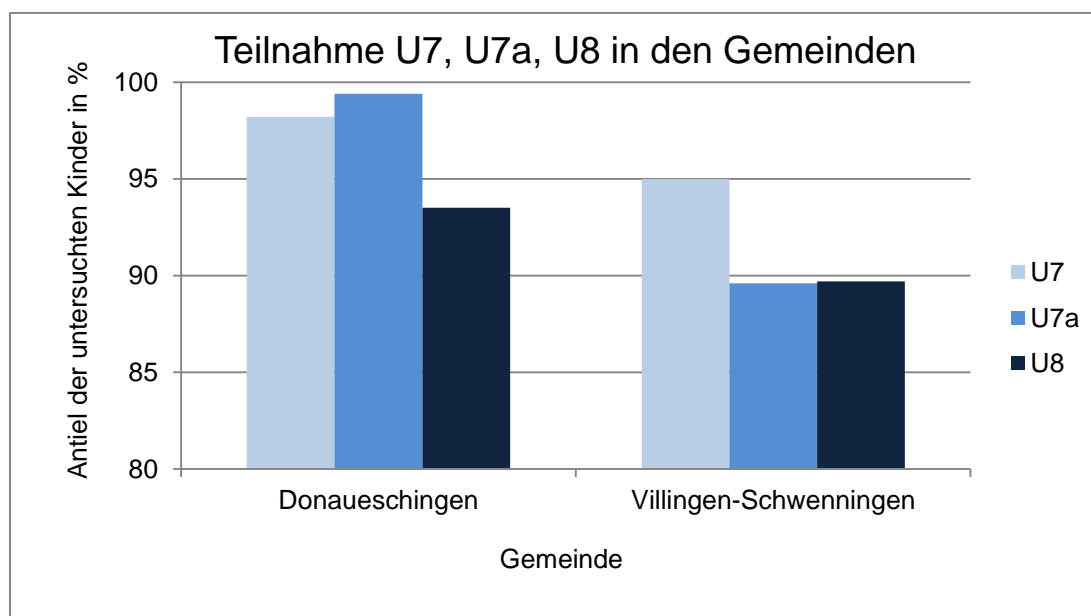


Abbildung 7 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Teilnahme an der U7, U7a, U8 in % in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern

In unserem Bericht für den Einschulungsjahrgang 2017 wird zu prüfen sein, ob dies an den zugewanderten Kindern liegen könnte, die erst auf unseren Hinweis hin von einer Kinderärztin oder einem Kinderarzt zu einem späteren Zeitpunkt gesehen wurden.

Für unser Team der Kinder- und Jugendgesundheit besteht die Möglichkeit, bei der gegebenenfalls noch nicht durchgeführten U8 um die Nachholung zu bitten, soweit dies zeitlich noch möglich ist, bzw. darauf hinzuweisen, die U9 auf keinen Fall zu versäumen. (Die U7a findet im Alter von bis zu vollen 3 Jahren statt, wo wir die Kinder zur ESU noch nicht sehen.)

Durch Nachfrage bei den Kinderärztinnen und -ärzten im Kreis und den Krankenkassen wäre es möglich zu erfahren, ob das Werben für die Einhaltung der Vorsorgetermine bereits zu einer Steigerung in der Einhaltung der vorgeschriebenen Untersuchungen führen kann und ob die Krankenkassen an die Vorsorgetermine erinnern.

3.4 Unter- und Übergewicht

Was ist das Ziel?

Das Ziel der Gewichtsmessung ist die Feststellung von Über- und Untergewicht. Dazu wird der Body-Mass-Index (BMI) berechnet. Die Bestimmung von Übergewicht und Adipositas, aber auch Untergewicht im Kindes- und Jugendalter, erfolgt anhand alters- und geschlechtsspezifischer Perzentile für den BMI (vgl. ARL, Stand: Juli 2015, S. 17f), da alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen des BMI berücksichtigt werden müssen (vgl. unten: Wie werden die Daten erhoben?).

Übergewicht und Adipositas gehören im 21. Jahrhundert zu den größten Risikofaktoren der Gesundheit. Bereits bei Kindern kann Übergewicht Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder Diabetes verursachen. Adipositas und Übergewicht beeinträchtigen ca. ein Sechstel aller Kinder und Jugendlichen weltweit. Mit jedem Kilogramm Übergewicht/Adipositas steigt das Risiko für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall im Erwachsenenalter.

Auch Untergewicht kann zu gesundheitlichen Problemen führen. Bei zu geringer Zufuhr von Lebensmitteln ist die Versorgung mit Nährstoffen nicht ausreichend und dies kann zu Mangelerscheinungen führen. Dadurch können Müdigkeit und Gereiztheit auftreten und die Leistungsfähigkeit wird gemindert. Schwerwiegendere gesundheitliche Folgen können hormonelle Veränderungen, Wachstumsstörungen oder auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen sein.

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 Körpergröße 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 BMI unterhalb der 10 %-Perzentile der Gewichtsverteilungskurve. **Stark untergewichtig** sind Kinder, deren BMI unterhalb der 3 %-Perzentile liegt.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Im Einschulungsjahrgang 2016 sind von den 1657 untersuchten Kindern im Alter zwischen 4,5 und 5,5 Jahren der Großteil der Kinder, 1416 absolut, normalgewichtig (85,5 %). Als übergewichtig wurden 134 Kinder eingestuft, das entspricht einem Anteil von 8,1 %, und 48 (2,9 %) Kinder als adipös. Untergewichtig waren 107 Kinder, also 6,5 %, und 30 (1,8 %) stark untergewichtig.

Im zeitlichen Verlauf der Jahre 2013 bis 2016 sind die Werte der über- und untergewichtigen Kinder dargestellt. Diese schließen die Werte von starkem Über- und Untergewicht ein. Die Werte schwanken in den letzten Jahren zwischen 4,4 % und 6,5 % bei den untergewichtigen Kindern und 7,5% und 9,8 % bei den übergewichtigen Kindern (Tabelle 9 und, S. 21, Abbildung 8).

Der Prozentsatz der untergewichtigen Kinder hat in diesen vier Jahren in 2016 seinen Höchstwert (und war in 2014 prozentual schon einmal fast so groß), während der Anteil aller übergewichtigen Kinder wieder etwa dem Wert von 2013 entspricht.

Über- und Untergewicht im zeitlichen Verlauf				
	2013	2014	2015	2016
Untergewicht	4,7	6,2	5,1	6,5
Übergewicht	8,4	9,8	7,5	8,1

Tabelle 9 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Über- und Untergewicht in % (jeweils einschl. Adipositas bzw. starkes Untergewicht) im zeitlichen Verlauf der ESU-Jahrgänge 2013 bis 2016

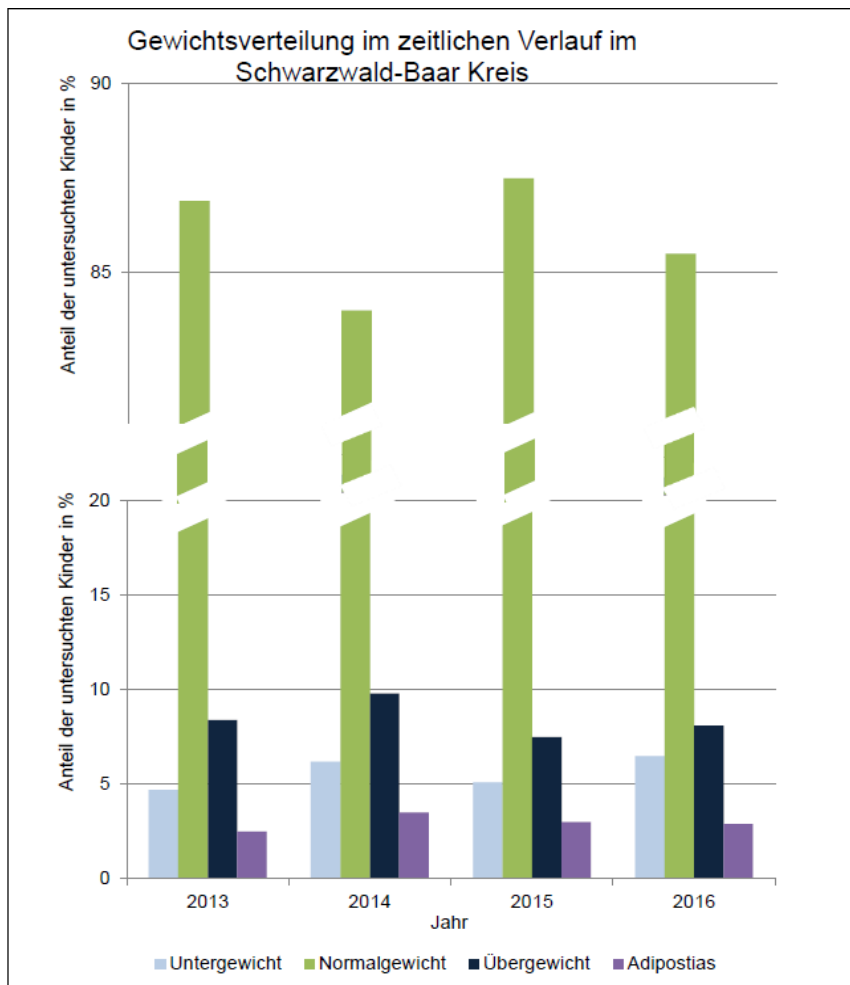


Abbildung 8 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Anteil Über- und Untergewicht in % im zeitlichen Verlauf der ESU-Jahrgänge 2013 bis 2016. Im Anteil der untergewichtigen Kinder sind auch die mit starkem Untergewicht erfasst. Im Anteil der übergewichtigen Kinder sind auch die adipösen erfasst.

Wie sieht es in den Gemeinden aus?

Bei der Betrachtung der Gemeinden fällt auf, dass besonders die 11 % untergewichtige Kinder in Donaueschingen sehr von den Zahlen im gesamten Kreis abweichen (Tab. 10).

Die Einschulungsuntersuchungs-Berichte der kommenden Jahre werden zeigen, ob diese Auffälligkeit als „Ausreißer“ anzusehen ist.

Das Theaterstück „Püppchen“, das im Rahmen der Präventionsaktion gegen Essstörungen der AOK Schwarzwald-Baar diesen Sommer gezeigt wurde, macht deutlich, dass – neben der Zunahme von Übergewicht – auch gewandelte Schönheitsideale und Körperwahrnehmungen im Rahmen der Gesundheitsförderung beachtet werden müssen.

Gewichtsverteilung Gemeinden				
	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas
Donau- eschingen	11%	81%	8%	4%
Villingen- Schwenningen	6%	86%	9%	3%

Tabelle 10 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Gewichtsverteilung in % im Jahr 2016 in den Gemeinden;
wichtig: der Anteil der adipösen Kinder ist im Anteil der übergewichtigen enthalten

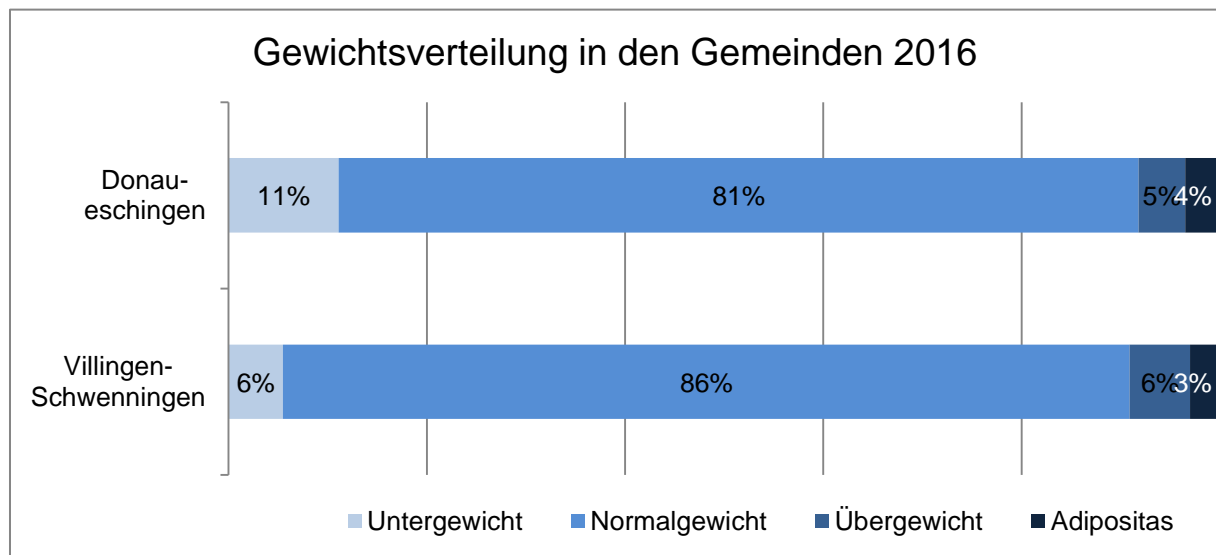


Abbildung 9 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Gewichtsverteilung in % im Jahr 2016 in den Gemeinden;
 durch aufgerundete Dezimalstellen ergeben sich in der Darstellung des Übergewichts nicht genau
 die Prozentwerte wie in Tab. 10.

Schon bei den Einschulungsuntersuchungen in den Kindergärten empfehlen die SMAs (sozialmedizinische Assistentinnen) den Eltern der Kinder mit zu großem BMI die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten wie beispielsweise Kinderturnen. Als unterstützende Maßnahme ist auf der Internetseite www.villingen-schwenningen.de unter „Sport und Freizeit“ eine Auflistung von Sport-, Tanz-, Pfadfinder- und ähnlichen Vereinen zu finden.

3.5 Sehtest

Was ist das Ziel?

Es soll festgestellt werden, wie gut das Sehvermögen 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 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 grundsätzlich mit der Brille durchgeführt.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Im Einschulungsjahrgang 2016 wurden 36,8 % der Kinder eine Kontrolle beim behandelnden Arzt oder Kinderarzt empfohlen (Abbildung 10, S 23).

Eine ärztliche Abklärung ist erforderlich, wenn die Sehschärfe ein- oder beidseitig zwischen 0,7 und 0,8 liegt und zeitnah besonders dann, wenn sie unter 0,7 liegt. Bei der Betrachtung der Jahre 2013 bis 2016 sieht man, dass in den letzten beiden Jahren der Anteil der Kinder, für die eine Sehtestkontrolle empfohlen wurde, höher lag als in den beiden Jahren davor (Abb. 10).

Es wird sich zeigen, ob dies als anhaltender Trend gewertet werden kann: Es wird bereits diskutiert, dass die häufige und länger anhaltende Nutzung elektronischer Bildschirmgeräte, noch dazu in dunklerer Umgebung, als ursächlich anzusehen ist.

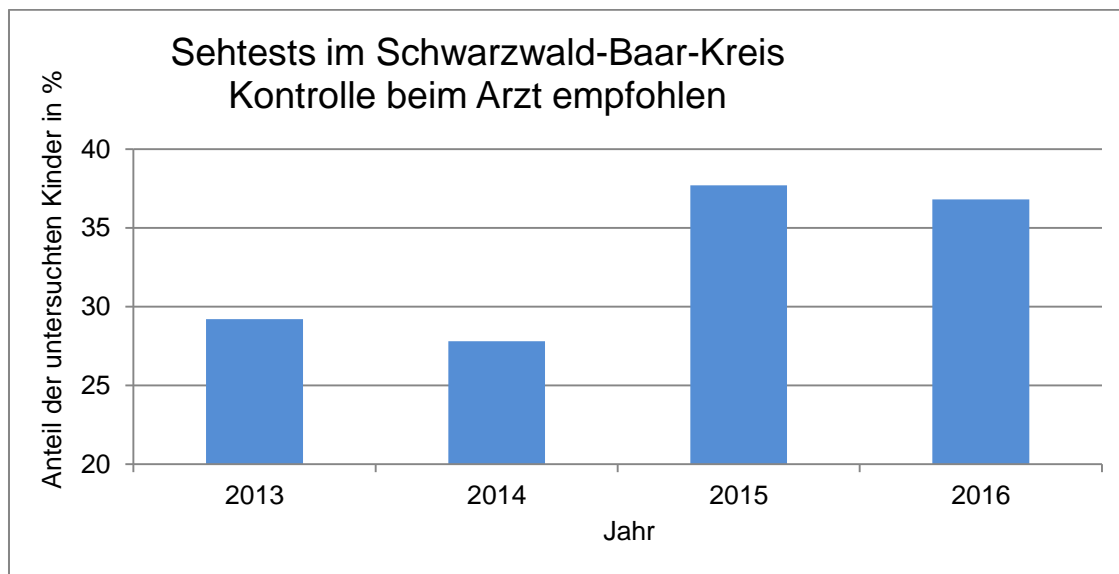


Abbildung 10 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Sehtest-Kontrolle beim Arzt empfohlen in % im zeitlichen Verlauf Einschulungsjahrgänge 2013 bis 2016

Wie sieht es in den Gemeinden aus?

Bei der Betrachtung der Gemeinden im Schwarzwald-Baar-Kreis fällt auf, dass bei gut der Hälfte der untersuchten Kinder in Villingen-Schwenningen eine ärztliche Kontrolle des Sehvermögens empfohlen wird im Gegensatz zu einem Fünftel der untersuchten Kinder in Donaueschingen (Tab. 11 und Abb. 11).

Bei der genauen Analyse der Untersuchungsgebiete in unserem Kreis war festzustellen, dass die Sehtestungen mit unterschiedlichen Geräten durchgeführt wurden.

Eine Auswertung der Sehtests im Kreis ist daher erst möglich, wenn alle SMAs unseres Kinder- und Jugendgesundheitsteams mit gleichen Geräten das Sehvermögen der Kinder prüfen werden. Das wird für den ESU-Bericht 2019 der Fall sein.

	Kontrolle beim Arzt empfohlen
Donaueschingen	20,0
Villingen-Schwenningen	54,3

Tabelle 11 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Sehkontrolle beim Arzt empfohlen in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern

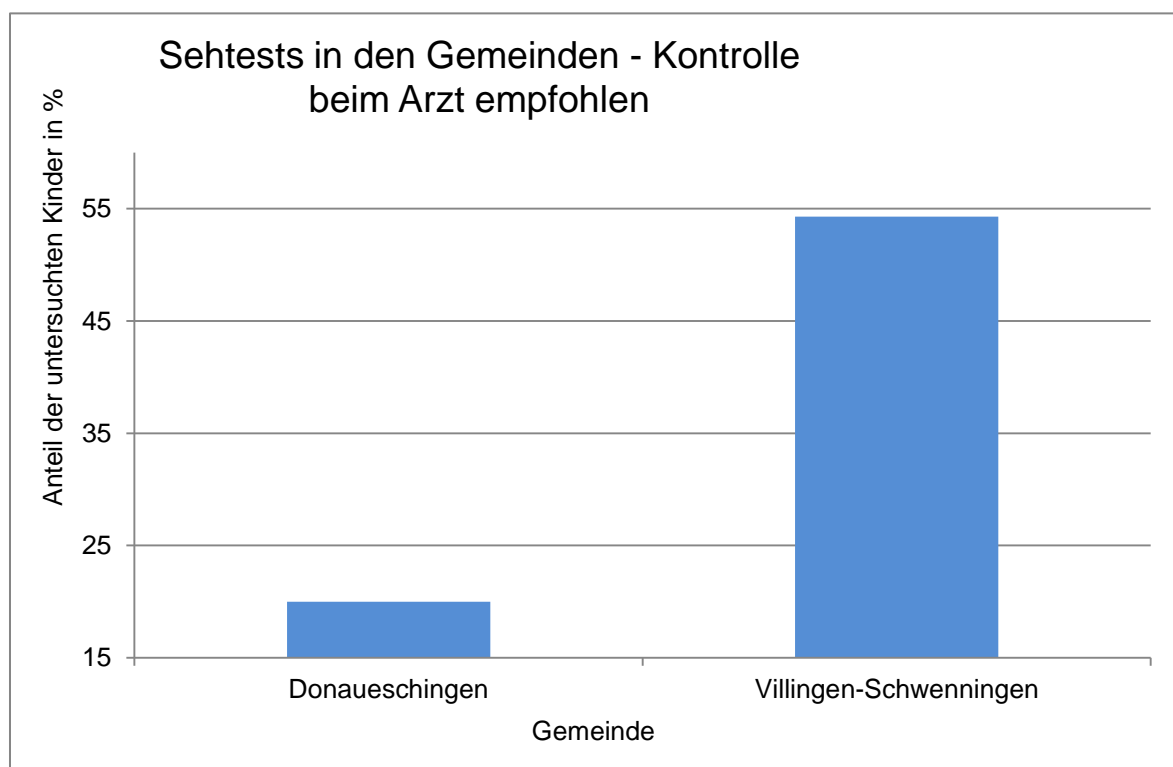


Abbildung 11 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Sehkontrolle beim Arzt empfohlen in % in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern

3.6 Hörtest

Was ist das Ziel?

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

Wie werden die Daten erhoben?

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

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Eine Abklärung wird empfohlen, wenn in mindestens einem Frequenzbereich die Hörschwelle bei 30 dB oder darüber liegt. Im Einschulungsjahrgang 2016 wurden 16,7 % der Kinder eine ärztliche Kontrolle empfohlen.

Seit 2014 steigen die empfohlenen Hörtestkontrollen prozentual wieder an, nachdem sie von 2013 auf 2014 von 18 % auf 14,6 % abgefallen waren (Abb. 12). Doch dies könnte sich im folgenden Jahrgang wieder umgekehrt haben.

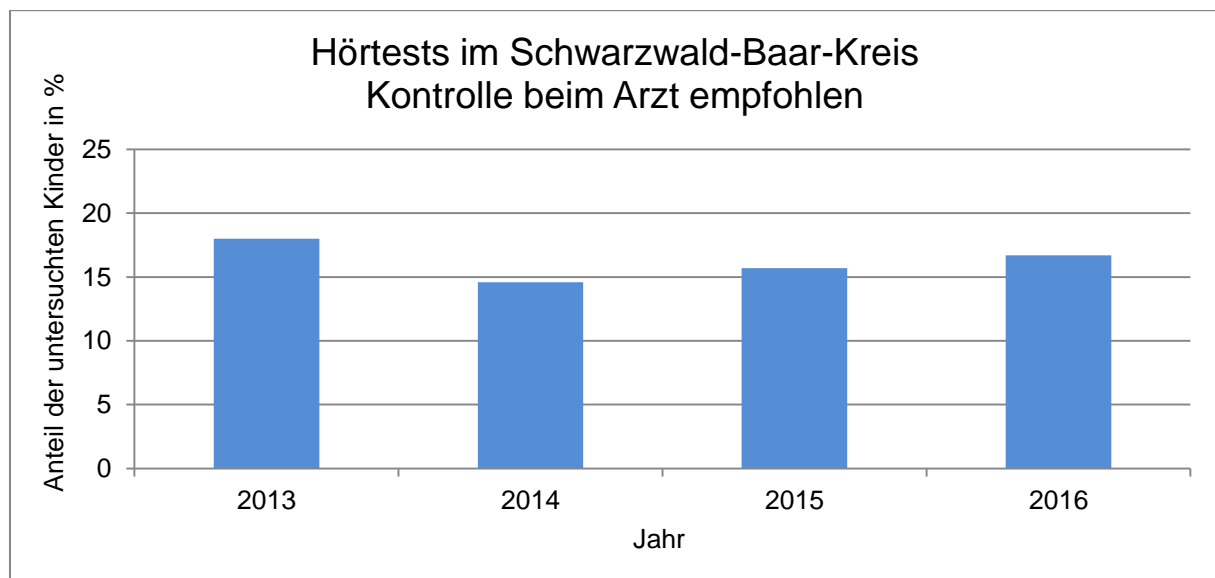


Abbildung 12 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Hörtest-Kontrolle beim Arzt empfohlen in % im zeitlichen Verlauf Einschulungsjahrgänge 2013 bis 2016

Wie sieht es in den Gemeinden aus?

Auch hier ist, wie schon beim Sehtest, zu erkennen, dass in Villingen-Schwenningen mehr Kindern als in Donaueschingen zur Hörtestkontrolle beim Arzt geraten wird (Tab. 12 und Abb. 13). Erst die zukünftigen Berichte werden zeigen, ob dieser Unterschied zwischen den Kreisstädten bleiben oder sich abschwächen wird oder sich gar umkehrt.

	Kontrolle beim Arzt empfohlen
Donaueschingen	17,4
Villingen-Schwenningen	22,2

Tabelle 12 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Hörtest-Kontrolle beim Arzt empfohlen in % in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern

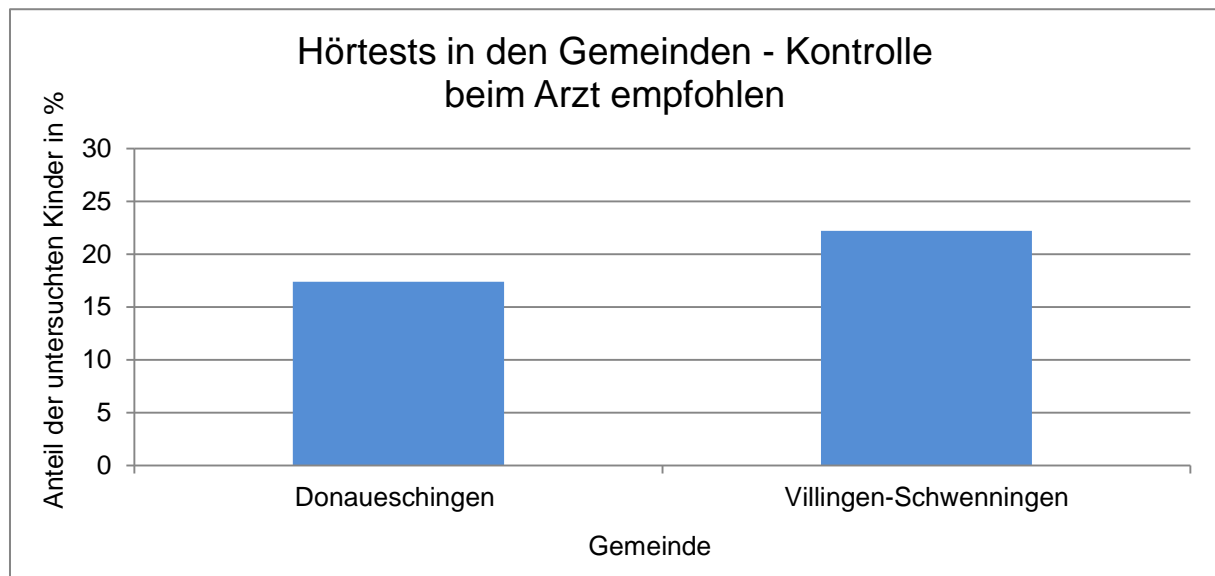


Abbildung 13 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Hörtest-Kontrolle beim Arzt empfohlen in % in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern

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?

Im Einschulungsjahrgang 2016 hatten 20,8 % der 5-jährigen Kinder ein auffälliges Ergebnis beim Einbeinhüpfen (Abb. 14): Die Werte der 5-Jährigen blieben über die letzten 4 Jahre relativ stabil.

Ausgehend von nur einer untersuchten grobmotorischen Fähigkeit eine Aussage zur Grobmotorik des einzelnen untersuchten Kindes an sich zu machen, ist schwierig. Es gilt jedoch, die grobmotorische Entwicklung eines jeden Kindes aufmerksam in seinem gesamten Alltag zu begleiten und es gezielt nicht nur beim Hüpfen, sondern beispielweise auch beim seitlichen Hin- und Herspringen, Ballfangen und –werfen zu fördern. Eine gute Körperbeherrschung stärkt die Selbstständigkeit und auch das Selbstwertgefühl des Kindes.

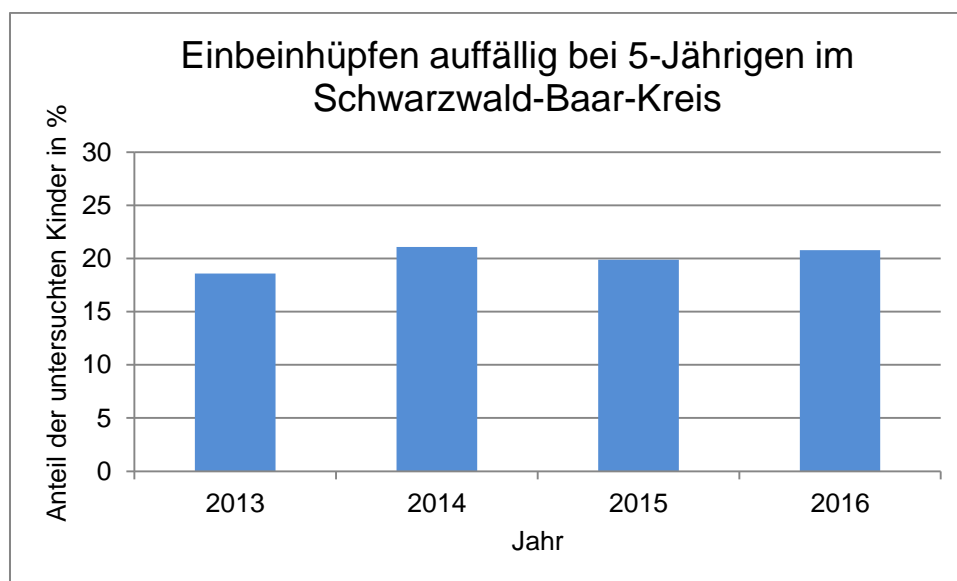


Abbildung 14 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Grobmotorische Fähigkeiten in % im zeitlichen Verlauf Einschulungsjahrgänge 2013 bis 2016

Wie sieht es in den Gemeinden aus?

Bei der Betrachtung der Gemeinden mit über 20.000 Einwohnern im Einschulungsjahrgang 2016 ist zu sehen, dass der Anteil auffälliger Kinder beim Einbeinhüpfen in Villingen-Schwenningen bei fast einem Viertel, der der Kinder in Donaueschingen unter einem Fünftel liegt (Tab. 13 und Abb.15).

Diese Auffälligkeit geht nicht mit gleichen Anteilen an übergewichtigen Kindern einher.

	Einbeinhüpfen auffällig bei 5-Jährigen
Donaueschingen	17,1
Villingen-Schwenningen	24,4

Tabelle 13 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Grobmotorische Fähigkeiten in % in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern

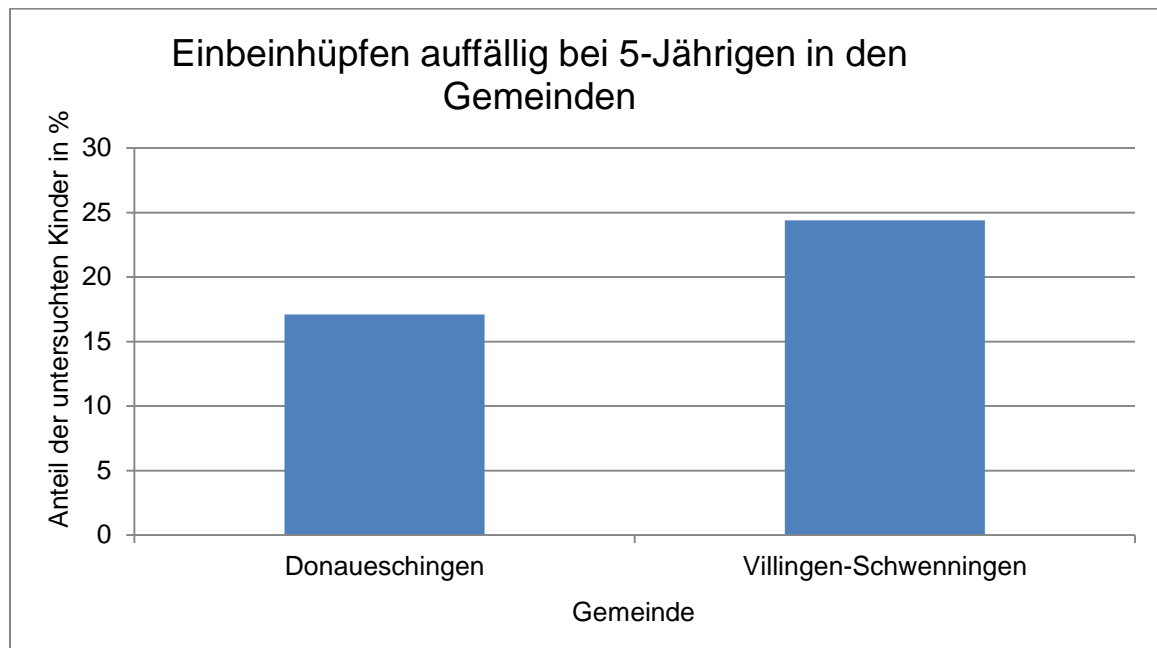


Abbildung 15 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Grobmotorische Fähigkeiten in % in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern

3.8 Visuomotorik

Was ist das Ziel?

Visuomotorik ist die Koordination von visueller Wahrnehmung und Bewegungsapparat. Es wird festgestellt, wie gut die visuomotorischen Fähigkeiten der Kinder sind.

Wie werden die Daten erhoben?

Untersucht wird, altersentsprechend angepasst, 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.

Entsprechend der festgelegten Befunddefinitionen werden ein bis zwei nicht richtig abgemalte Zeichen (visuomotorische Schwäche) als korrekt gewertet. Daher sind in Abb. 16 die visuomotorisch unauffälligen Kinder und die mit visuomotorischer Schwäche zusammengefasst denen mit visuomotorischer Störung gegenübergestellt.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Im Einschulungsjahrgang 2016 waren von insgesamt 1662 mit der Differenzierungsprobe nach Breuer/Weuffen untersuchten Kindern 1483 (89,2 %) unauffällig bzw. visuomotorisch schwach. 179 (10,8 %) Kinder zeigten eine visuomotorische Störung und damit Förderbedarf (Abb. 16).

Betrachtet man die letzten drei Jahre, bleiben die Werte nahezu konstant.

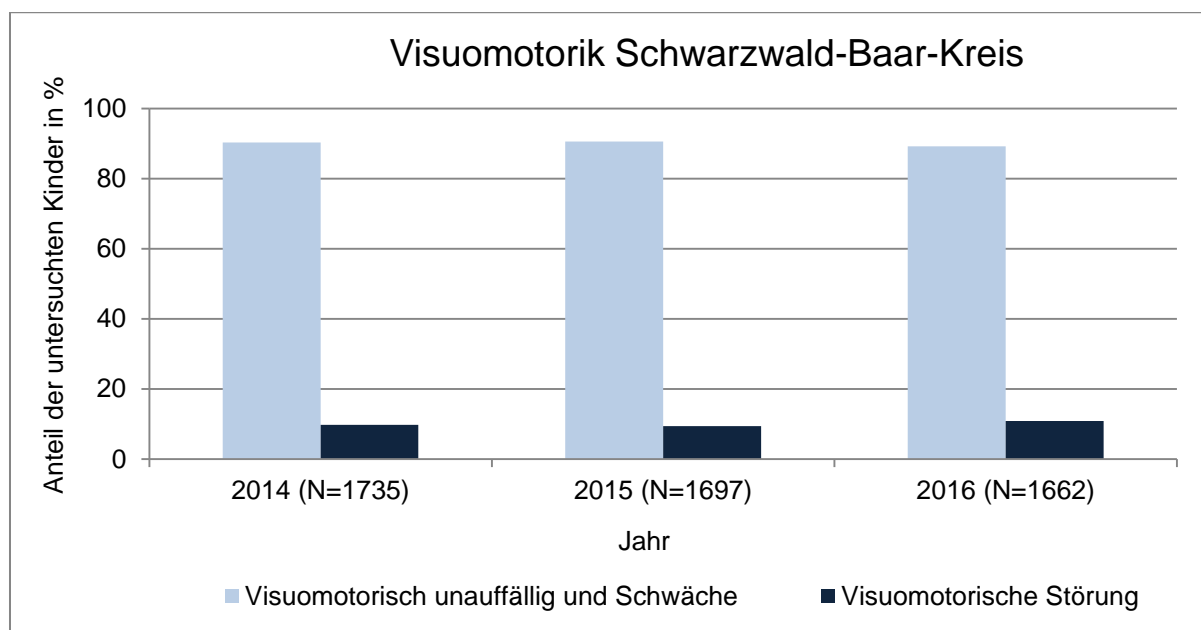


Abbildung 16 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Visuomotorik in % im zeitlichen Verlauf Einschulungsjahrgänge 2014 bis 2016

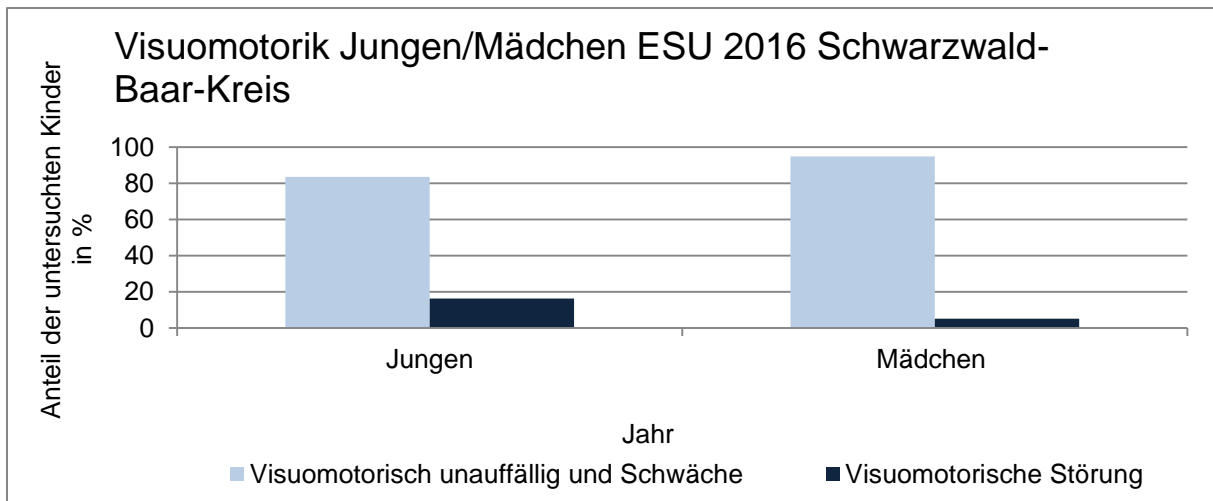


Abbildung 17 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Visuomotorik in % im Vergleich Jungen/Mädchen

Die Abbildung 17 macht interessanterweise anschaulich, dass im Einschulungsjahrgang 2016 94,9 % der Mädchen 83,6 % der Jungen ohne Förderbedarf gegenüberstehen, jedoch 16,4 % der untersuchten Jungen eine visuomotorische Störung zeigen gegenüber nur 5,1 % der Mädchen.

Über eine Nachuntersuchung, beispielsweise im Grundschulalter, wäre es möglich, Auskunft darüber zu erhalten, ob die Fähigkeit, etwas Gesehenes malend umzusetzen (eine wichtige Voraussetzung für das Schreiben lernen), heutzutage später erworben wird oder sich doch zumindest der deutliche Unterschied zwischen Jungen und Mädchen zu jenem Zeitpunkt wieder ausgleicht.

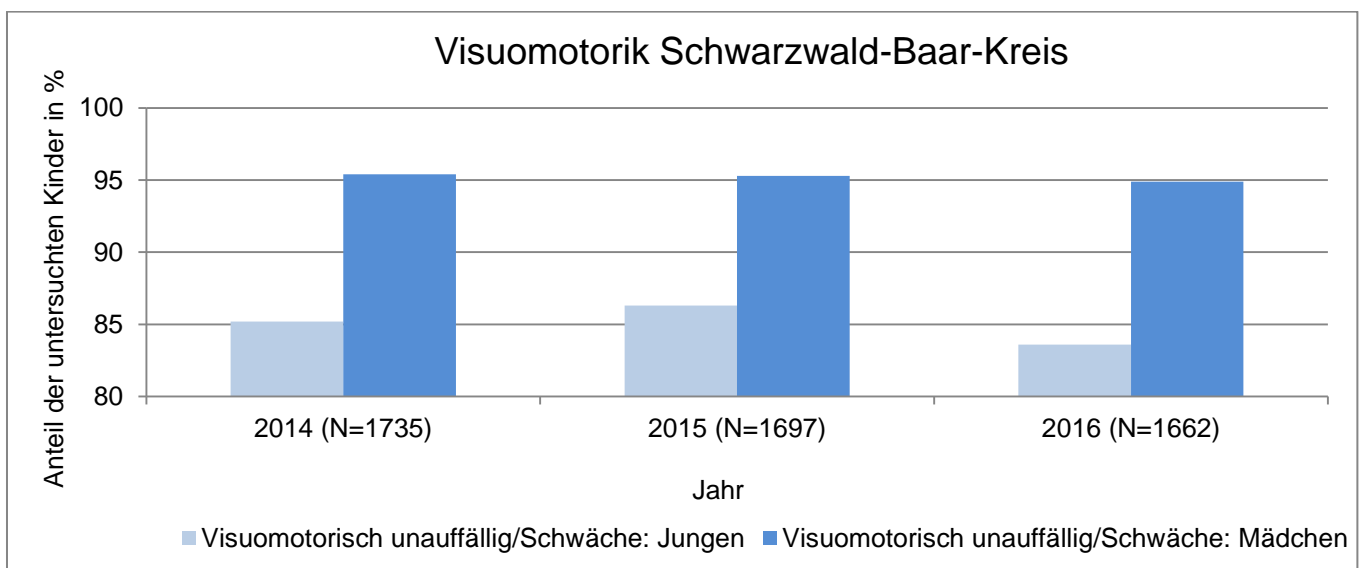


Abbildung 18 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Visuomotorik in % im Vergleich Jungen/Mädchen im zeitlichen Verlauf Einschulungsjahrgänge 2014 bis 2016

Die Ergebnisse, getrennt nach Jungen und Mädchen dargestellt, sind über die letzten drei Jahre betrachtet relativ gleichbleibend.

Wie sieht es in den Gemeinden aus?

Bei der Betrachtung der Gemeinden sieht man, dass die Werte wenig voneinander abweichen: Der Anteil visuomotorisch unauffälliger bzw. schwacher Kinder liegt in beiden Gemeinden bei knapp 90 %. Eine visuomotorische Störung haben in beiden Städten gut 10 % der untersuchten Kinder.

	Visuomotorisch unauffällig und Schwäche	Visuomotorische Störung
Donaueschingen	89,7	10,3
Villingen-Schwenningen	89,2	10,8

Tabelle 14 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Visuomotorik in % in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern

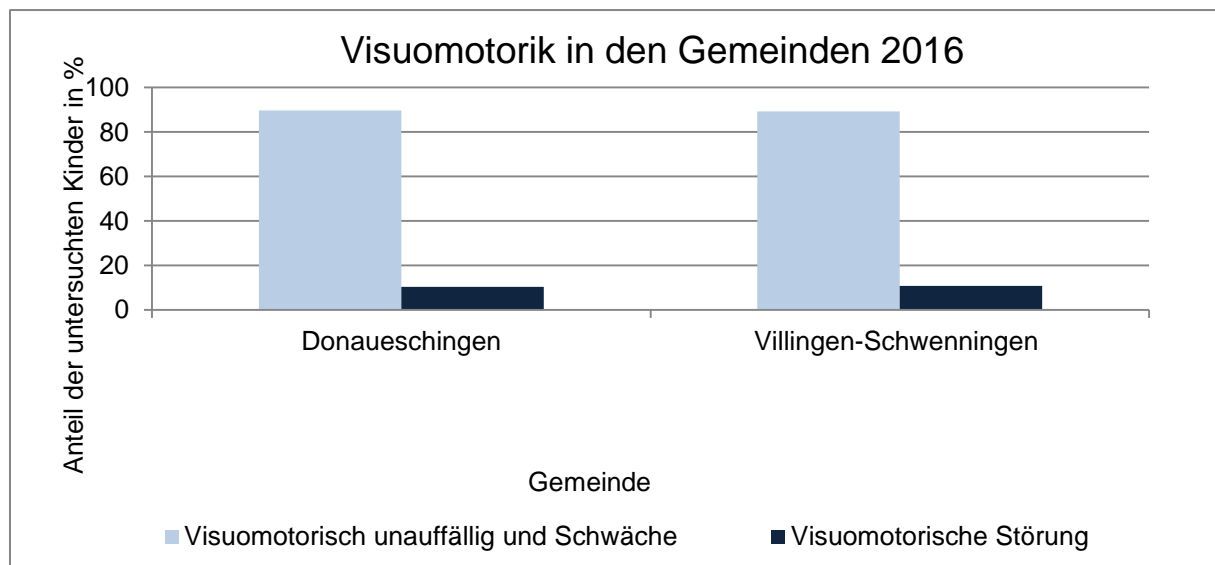


Abbildung 19 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Visuomotorik in % in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern

Wir empfehlen bei visuomotorisch auffälligen Kindern Förderung sowohl im Kindergarten als auch zu Hause. Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung berät das gesamte Team des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes die Eltern ausführlich zur häuslichen Förderung. Die Beratung wird durch anschauliche Beispiele in unserem Elternratgeber unterstützt.

Da der Anteil der untersuchten Jungen mit visuomotorischer Störung in unserem Kreis sehr hoch ist, gilt es, auf die Erzieherinnen und Erzieher in unseren Kindertageseinrichtungen zuzugehen und auf eine gezielte Förderung dieser Kinder hinzuwirken.

3.9 Sprachentwicklungsscreening

Was ist das Ziel?

Kinder lernen Sprache und merken, dass Sprache 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 die sprachliche Ausdrucksfähigkeit gelegt. Mit dem Sprachscreening in der Einschulungsuntersuchung sollen Kinder mit einem Sprach- und Schriftspracherwerbsrisiko erkannt werden können. Die im Screening auffälligen Kinder werden nach dem in den Arbeitsrichtlinien (ARL) festgelegten Schema einer erweiterten Sprachstanddiagnostik mit dem „Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder“ (SETK 3-5) zugeführt.

Wie werden die Daten erhoben?

Mit dem „Heidelberger Auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung“ (HASE) werden mit den Kindern Aufgaben aus verschiedenen sprachlichen Bereichen durchgeführt. In Baden-Württemberg besteht HASE aus den Bereichen: Sätze nachsprechen (NS), Zahlenfolgen wiedergeben (WZ) und Kunstwörter nachsprechen (NK).

Für jeden dieser Bereiche bestehen altersabhängige Grenzwerte. Beim Unterschreiten eines solchen Grenzwertes ist eine erweiterte Sprachstanddiagnostik indiziert. (Werden altersentsprechend alle Mindestpunktzahlen im HASE erreicht, gilt das Kind als sprachunauffällig.)

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

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Im Einschulungsjahrgang 2016 waren im Schwarzwald-Baar-Kreis zwischen 77,6 % und 84,5 % (je nach o.g. Teilbereich) der im HASE untersuchten Kinder (absolut zwischen 1571 und 1579) unauffällig.

Auffällige Ergebnisse der HASE-Aufgaben			
	Nachsprechen von Sätzen	Wiedergeben von Zahlenfolgen	Nachsprechen von Kunstwörtern
Deutsch	10,9	15,1	15,4
Deutsch und Türkisch	68,3	25,3	16,9
Deutsch und Italienisch	32,5	20	22,5
Deutsch und Russisch	39,4	23,5	14,7

Tabelle 15 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Auffällige Ergebnisse der HASE-Aufgaben in % nach Familiensprache

Tabelle 15 zeigt die Ergebnisse differenziert nach der Familiensprache der Kinder. Hier fällt auf, dass sich die zweisprachig aufwachsenden Kinder besonders im Nachsprechen von Sätzen von den deutschsprachigen Kindern unterscheiden: Während deutsche Kinder in 10,9 % darin auffällig sind, liegt der Anteil der Kinder mit Deutsch und Italienisch als Familiensprache bei 32,5 % und der der Kinder mit Deutsch und Russisch als Familiensprache bei 39,4 %. Doch am größten ist der Abstand zu den deutschen Kindern bei den Kindern, die Deutsch und Türkisch als Familiensprache sprechen: Hier sind 68,3 % auffällig im Nachsprechen von Sätzen.

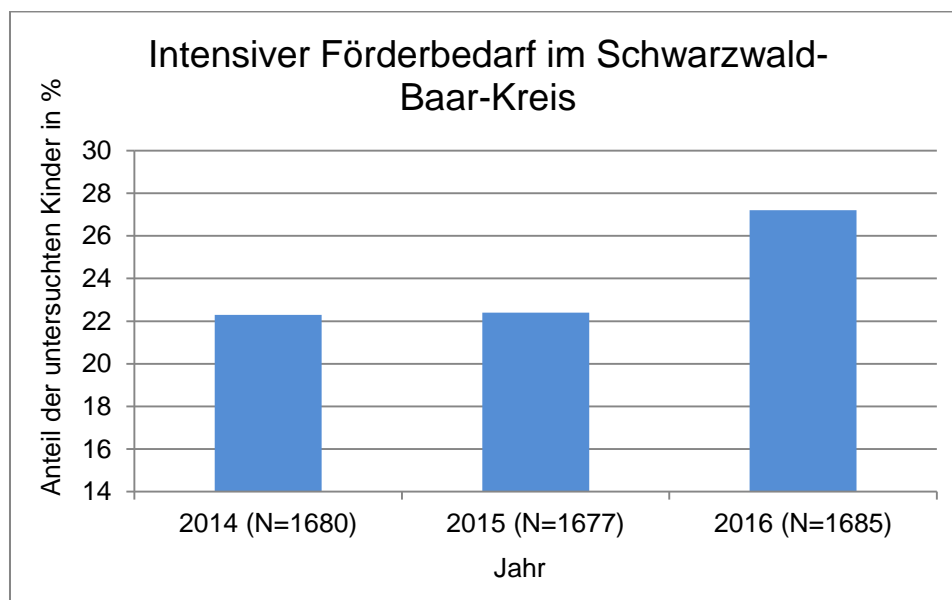


Abbildung 20 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Gesamtbewertung der Sprache „Intensiver Förderbedarf“ in % im zeitlichen Verlauf Einschulungsjahrgänge 2014 bis 2016

Einen intensiven Förderbedarf bei der Gesamtbewertung der Sprache (nach allen sprachdiagnostischen Maßnahmen) hatten im Berichtsjahr 2016 27,2 % der Kinder. Im Vergleich zu den beiden Vorjahren ist dies ein deutlicher Anstieg von gut einem Fünftel auf über ein Viertel aller untersuchten Kinder.

Wie sieht es in den Gemeinden aus?

Der Grund für den Anstieg auf über ein Viertel im Einschulungsjahrgang 2016 sind vor allem die untersuchten Kinder der Stadt Villingen-Schwenningen, die einen Anteil von 36,4 % mit intensivem Sprachförderbedarf haben (vgl. Tab. 16).

Das liegt daran, dass es in dem Stadtgebiet einige Kindergärten gibt, in denen nicht nur die Kinder mit Migrationshintergrund die Mehrheit ausmachen, sondern auch kaum ein deutschsprachiges Kind zu finden ist.

Selbst in Donaueschingen liegen die Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf bei 24,0 %.

	Intensiver Förderbedarf
Donaueschingen	24,0
Villingen-Schwenningen	36,4

Tabelle 16 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Sprachentwicklung in % in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern

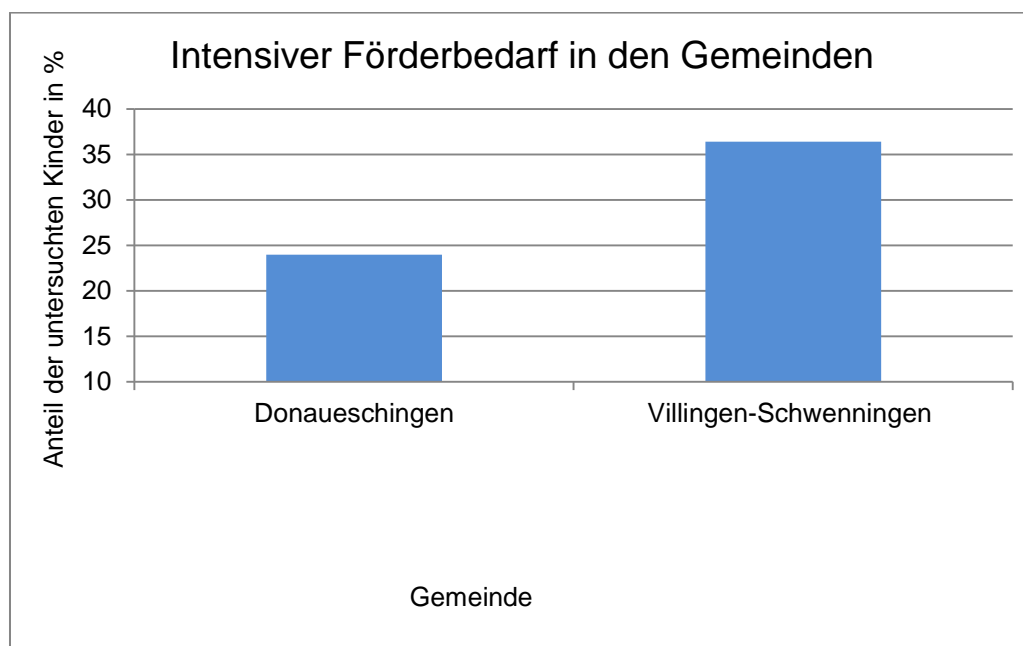


Abbildung 21 ESU 2016 Schwarzwald-Baar-Kreis: Gesamtbewertung der Sprache "Intensiver Förderbedarf" in % in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern

Das Sprachförderangebot im Schwarzwald-Baar-Kreis ist insgesamt uneinheitlich: Viele Kindergärten führen eine alltagsintegrierte Sprachförderung durch und beteiligen sich nicht an besonderen Sprachförder-Programmen.

Einrichtungen, die an SPATZ (**S**prachförderung für **a**lle **T**ageseinrichtungen für Kinder mit **Z**usatzbedarf; vom Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg) teilnehmen, entscheiden sich häufig für das Förderangebot Singen-Bewegen-Sprechen (SBS), bei dem zusammen mit einer musikpädagogischen Fachkraft 36 Förderstunden im Jahr durchgeführt werden.

Nur ein kleinerer Teil der Kindertagesstätten im Kreis bietet die intensive Sprachförderung im Kindergarten (ISK) an, die 120 Stunden jährlich beinhaltet und von qualifizierten Sprachförderkräften durchgeführt wird.

Die Gründe dafür könnten sein, dass zum einen die Qualifizierung zur Sprachförderkraft nicht einheitlich geregelt ist und andererseits zu wenig Sprachförderkräfte zur Verfügung stehen.

Erfreulicherweise sind im Kreis nach dem Bundesprogramm „Schwerpunkt-Kitas Sprache und Integration“ (2011-2015) einige Kindergärten als Sprach-Kitas eingerichtet. Auf den erfolgreichen Ansätzen dieses Programms wurde 2016 das Bundesprogramm „Sprach-Kitas: Weil Sprache der Schlüssel zur Welt ist“ neu aufgelegt und wird bis 2020 fortgesetzt; aktuell sind für unseren Kreis 19 Sprach-Kitas erfasst.

Hier sollen besonders Kindergärten mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil von Kindern mit besonderem sprachlichen Förderbedarf profitieren.

Unsere Beratungsempfehlung in den Gesprächen mit den Eltern und Erziehenden ist der hörende Kontakt mit der deutschen Sprache (vom Fernsehen zum Erlernen der deutschen Sprache im Kindergarten- und Vorschulalter ist abzuraten).

Sicher ist, dass es für Kinder mit Sprachförderbedarf unerlässlich ist, regelmäßig und oft in den Kindergarten zu gehen, aber der Kontakt zu deutschsprechenden Kindern beispielsweise auch in Tanzgruppen, beim Schwimmen u.ä. gepflegt werden sollte.

4. Zusammenfassung und Ausblick

In dem vorliegenden Kindergesundheitsbericht wurden verschiedene Bereiche der Einschulungsuntersuchung (ESU) der Kinder im Schwarzwald-Baar-Kreis dargestellt, die im Herbst 2016 eingeschult wurden.

Uns ist dabei wichtig, durch Offenlegung der Daten mögliche Ansätze zur weiteren Verbesserung der Kindergesundheit in unserem Kreis ins Gespräch zu bringen und geeignete gesundheitsfördernde Maßnahmen anzustoßen.

Masernimpfschutz ist wichtig

Wir haben im Schwarzwald-Baar-Kreis das WHO-Ziel, dass mindestens 95 % der Bevölkerung einen Impfschutz haben, zum Zeitpunkt der beschriebenen Einschulungsuntersuchungen noch nicht erreicht. Dieses Ziel bleibt jedoch wichtig, wie der Anfang dieses Jahres begonnene Masernausbruch in Nordrhein-Westfalen zeigt, da in dem Ausbruch auch die Einheimischen und von diesen ungeimpfte Säuglinge und Kinder zwischen 0 und 4 Jahren und Jugendliche/junge Erwachsene mit nur einmaliger Impfung gegen Masern die Gefährdeten sind. (Eine entsprechende Stellungnahme erfolgte durch das LGA, Ref. Gesundheitsschutz und Epidemiologie, per Email mit Empfehlungen am 16. Mai 2017.)

Wir planen, z.B. in der fünften Klasse, auf freiwilliger Basis den Anteil der Kinder mit mindestens zwei Impfungen gegen Masern abzufragen. So werden wir darstellen können, ob oder in welchem Kindesalter von einer Durchimpfungsrate von mindestens 95 % ausgegangen werden kann.

Kinder in ihrem natürlichen Bewegungsdrang und in der Feinmotorik fördern

Auch in den Teilbereichen Grob- und Feinmotorik (Visuomotorik) wäre es möglich, durch eine Nachabfrage in den Grundschuljahren herauszufinden, ob die Auffälligkeiten im Hüpfen auf einem Bein durch den regelmäßigen Sportunterricht geringer werden (und weniger Kinder übergewichtig sind) oder sich die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen im Nachmalen von Zeichen bis beispielsweise gegen Ende der Grundschulzeit ausgleichen.

Sprache als Schlüssel zur Welt

Im Schwarzwald-Baar-Kreis wurde bei 27,2 % der Kinder ein intensiver Sprachförderbedarf festgestellt; bei 29,0 % der Jungen gegenüber 25,3 % der Mädchen.

Den Sprachförder-Kitas stehen mit dem im Januar 2016 neu aufgelegten bundesweiten Programm „Sprach-Kitas: Weil Sprache der Schlüssel zur Welt ist“ ab 2017 bundesweit jährlich 150 Millionen Euro mehr für zusätzliche Fachkräfte für sprachliche Bildung und deren Fachberatung und Qualitätsentwicklung zur Verfügung.

Die Evaluation des Sprachförder-Kita-Programms nach 2020 wird zeigen, inwieweit die positive Entwicklung der Sprachförderung in den Kindergärten fortgesetzt werden konnte.

Von unserer Seite ist eine Zusammenarbeit mit den Kindertageseinrichtungen geplant, mit Materialien zur Sprachstanddiagnostik SETK 3-5 (Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder) die alltagsintegrierte Sprachförderung konkret auf die bei uns in den Teilbereichen festgestellten Sprachdefizite ausrichten zu können.

Als neue Schwerpunktaufgabe des ÖGD dient die Gesundheitsberichterstattung (GBE) als Grundlage für die Gesundheitsplanung und Präventionsmaßnahmen.

Die Einsicht in die Daten der Einschulungsuntersuchungen ist ein stabiles Fundament, um weitere positive Entwicklungsprozesse in Gang zu setzen.

Vorhandene Präventionssysteme mit der Interdisziplinären Frühförderung (IFF), den Frühen Hilfen und im Kontakt mit den Kinderärztinnen und –ärzten im Kreis werden wir so kontinuierlich ausbauen können.

Gleichzeitig streben wir an, die Gesundheitskompetenz der Eltern zu stärken und so die gesundheitliche Versorgung und Förderung aller Kinder zu gewährleisten.