



OSTALBKREIS



EINSCHULUNGSUNTERSUCHUNG 2015 IM OSTALBKREIS

Der Geschäftsbereich Gesundheit berichtet über die Ergebnisse
im Untersuchungsjahr 2015 - die Kinder wurden 2016 eingeschult

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landratsamt Ostalbkreis
Geschäftsbereich Gesundheit
Julius Bausch Str. 12
73430 Aalen
Telefon: 07361 503 1120
gesundheit@ostalbkreis.de

Herstellung und Gestaltung:
Landratsamt Ostalbkreis

Bildnachweis: J. Werle

VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

Kindergesundheit liegt uns allen am Herzen. Um diese ständig zu verbessern, benötigen wir jedoch verlässliche, flächendeckende Zahlen. In Baden-Württemberg gibt es hierzu seit dem Jahr 2009 die neu konzipierte Einschulungsuntersuchung (ESU), die im Ostalbkreis von Krankenschwestern und Ärztinnen des Geschäftsbereichs Gesundheit des Landratsamts flächendeckend in allen Städten und Gemeinden im Ostalbkreis durchgeführt werden. Die Untersuchungen finden im mittleren Kindergartenjahr statt, also etwa ein Jahr vor der Einschulung. So ist genügend Zeit für etwaige Fördermaßnahmen.

Der vorliegende Gesundheitsbericht des Geschäftsbereichs Gesundheit präsentiert umfassende Daten zur Kindergesundheit im Ostalbkreis. Es werden Zusammenhänge veranschaulicht, erfreuliche Entwicklungen dargelegt, aber auch nötige Verbesserungen aufgezeigt. Als Grundlage dienen Daten, die in den Einschulungsuntersuchungen erhoben wurden. Der Bericht zeigt viel Positives zur Situation der Kinder des Einschulungsjahrgangs 2016, die im Jahr 2015 untersucht wurden. So achten die meisten Erziehungsberechtigten auf eine regelmäßige Vorstellung zu den Vorsorgeuntersuchungen bei den niedergelassenen Ärzten. Viele Kinder im Ostalbkreis sind vorbildlich geimpft, auch wenn sich hier innerhalb der Gemeinden Abweichungen zeigen.

Unser Dank gilt allen Erziehungsberechtigten, Kinder- und Hausärzten, dem Geschäftsbereich Jugend und Familie, den Therapeuten, Pädagogen, Erzieherinnen und Erziehern, die mit viel Hingabe die Kinder in ihrer Entwicklung begleiten und unterstützen. Herzlicher Dank gebührt auch den Einschulungs-Untersuchungs-Team in Aalen und Schwäbisch Gmünd und seiner Leiterin Frau Dr. Janela Werle.

Unser Ziel ist es, durch Investitionen in Gesundheit, Bildung und Erziehung für eine gute Zukunft der Kinder im Ostalbkreis zu sorgen. Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre!



Klaus Pavel
Landrat



Dr. Klaus Walter
Gesundheitsdezernent

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	3
INHALTSVERZEICHNIS	4
1. EINLEITUNG.....	5
2. METHODIK.....	6
2.1 Die Einschulungsuntersuchung	6
2.2 Aufbau des Berichts	6
3. ERGEBNISSE.....	7
3.1 Demographische Angaben.....	7
3.2 Impfungen	7
3.2.1 Tetanus - Impfquoten.....	9
3.2.2 Masern - Impfquoten	11
3.3 Früherkennungsuntersuchungen	13
3.4 Gewichtsverteilung.....	15
3.5 Sehtests.....	17
3.6 Hörtest	18
3.7 Grobmotorik	20
3.8 Feinmotorik.....	22
3.9 Sprachentwicklungsscreening	24
4. ZUSAMMENFASSUNG.....	27
5. AUSBLICK.....	29

1. EINLEITUNG

„Wenn man auf seinen Körper achtet, geht's auch dem Kopf besser.“
Zitat von Jil Sander (*1943), dt. Designerin u. Modeschöpferin

Es kann nur im Sinne der Gesamtbevölkerung sein, dass alle Kinder, unabhängig von Nationalität und sozialem Stand, möglichst gut in die Schule starten. Hierfür ist es nötig, Entwicklungs- und Gesundheitsprobleme rechtzeitig vor Beginn der Schulzeit zu erkennen.

In Baden-Württemberg gibt es zu diesem Zweck die Einschulungsuntersuchung (ESU) nach §91 des Schulgesetzes. Streng genommen handelt es sich dabei um eine Vorschuluntersuchung, da die Kinder bereits im vorletzten Kindergartenjahr, also 1-2 Jahre vor der Aufnahme in die Schule, im Kindergarten untersucht werden.

Das wichtigste Ziel ist hierbei: Zeit gewinnen für die Förderung der Kinder. Zeit für alle Möglichkeiten der Prävention, Zeit für Gesundheitsförderung, Zeit für die rechtzeitige Einleitung notwendiger Fördermaßnahmen.

Diese wichtige Aufgabe übernimmt der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) der Landkreise. Die jeweiligen Mitarbeiter werden regelmäßig im Rahmen qualitätssichernder Maßnahmen vom Landesgesundheitsamt geschult. Die Untersuchungen sind standardisiert, sodass die Ergebnisse landesweit vergleichbar sind.

Basierend auf dem Ministerratsbeschluss vom 12. April 2005 wurde die ESU neu konzipiert und in der ersten Jahreshälfte 2009 in Baden-Württemberg flächendeckend eingeführt. Die neue ESU stieß nicht nur auf Zustimmung. Kritiker hatten vor allem datenschutzrechtliche Bedenken, die vom Landesbeauftragten für den Datenschutz geteilt wurden. Mit der Verordnung des Sozialministeriums zur Durchführung schulärztlicher Untersuchungen (Schuluntersuchungsverordnung vom 8. Dezember 2011) und der Verwaltungsvorschrift des Sozialministeriums zur Durchführung der Einschulungsuntersuchung (VwV ESU und Jugendzahnpflege vom 8. Dezember 2011) hat das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren die ESU auch unter datenschutzrechtlichen Aspekten einer Überprüfung unterzogen und den geäußerten Bedenken Rechnung getragen.

Dieser Gesundheitsbericht zeigt die bevölkerungsmedizinischen Basisdaten auf, welche bei den Einschulungsuntersuchungen erhoben wurden und gibt somit den Gesundheitszustand der vier- bis fünfjährigen Kinder des Einschulungsjahrgangs 2016 wieder.

Der öffentliche Gesundheitsdienst muss, wie alle Teile der öffentlichen Verwaltung, seine Leistungen ständig den aktuellen Herausforderungen anpassen. Dabei kommt der Gesundheitsberichterstattung ein besonderer Stellenwert zu, da gesundheitsplanerische, systemsteuernde und qualitätssichernde Aspekte in der Arbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes zunehmen.

Adressaten der Gesundheitsberichterstattung auf lokaler Ebene sind die Politik (Kreistag, Stadtrat, Bürgermeister), die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens in der Region (Ärzteschaft, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände usw.) sowie Multiplikatoren (Presse). Die Gesundheitsberichterstattung sollte aber auch die Möglichkeit der Bürgerbeteiligung verbessern und Beteiligung setzt Information voraus.

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. 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 sehen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes alle Kinder eines Jahrgangs mindestens ein Mal. Darunter fallen auch diejenigen Kinder, die nicht in den Kindergarten und /oder zum Kinderarzt gehen bzw. die Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrnehmen. Dies ist insbesondere für den Kinderschutz ein wichtiger Aspekt.

Das ESU-Team des Ostalbkreises besteht aus Ärztinnen, Sozialmedizinischen Assistentinnen und Krankenschwestern des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes. Die Basisuntersuchung wird in der Regel in den Kindertageseinrichtungen durchgeführt. Zu Beginn werden Daten aus vorgelegten Dokumenten, wie Befunden aus früheren ärztlichen Untersuchungen, sowie zu durchgeführten Impfungen (Impfpass) und Früherkennungsuntersuchungen (Untersuchungsheft) erfasst. Angaben aus einem Erzieher- und Erzieherinnenfragebogen sowie einem Elternfragebogen (beides auf freiwilliger Basis) runden die Dokumentation ab. Im Anschluss werden Basisuntersuchungen („Screening“) durchgeführt und die Ergebnisse dokumentiert:

- Größen- und Gewichtsmessung
- Sehen und Hören
- Grob- und Feinmotorik
- Mengenerfassung
- Einschätzung des Sprachentwicklungsstandes

Die Ergebnisse der Basisuntersuchung werden nach Aufbereitung und Auswertung der Daten durch das Landesgesundheitsamt dem jeweiligen Gesundheitsamt der Landkreise zur Verfügung gestellt. Dadurch dient die ESU der Gesundheitsberichterstattung als wichtige Quelle zur Information über den Gesundheitszustand der Kinder im Vorschulalter.

In diesem Bericht zur Kindergesundheit im Ostalbkreis informiert das Gesundheitsamt über die Ergebnisse der ESU des Untersuchungsjahres 2015, welches den Schulanfängern (nach regelhafter Einschulung) von September 2016 entspricht.

2.2 AUFBAU DES BERICHTS

Im Folgenden stellt dieser Gesundheitsbericht, neben der Angabe demografischer Eckdaten, die Bereiche:

- Impfungen
- Früherkennungsuntersuchungen
- Gewichtsverteilung
- Sehtests
- Hörtests
- Grobmotorik
- Feinmotorik
- Sprachentwicklung

an einer exemplarischen Auswahl von Untersuchungsergebnissen der ESU auf Kreis- und Gemeindeebene dar. Es wird berücksichtigt, dass hierbei Angaben zu den Impfquoten von Gemeinden unter 20 untersuchten Kindern nicht erfasst werden dürfen.

Zum Teil werden die erhobenen Zahlen den entsprechenden Vergleichswerten auf Landesebene gegenübergestellt. Auch verdeutlichen einige Tabellen und Abbildungen den Verlauf über mehrere Jahre hinweg, um Entwicklungen aufzuzeigen. Ergänzend werden Ziele erläutert, Zielgruppen benannt und Empfehlungen ausgesprochen.

3. ERGEBNISSE

3.1 DEMOGRAFISCHE ANGABEN / ECKDATEN ZUM UNTERSUCHUNGSJAHRGANG

Im Ostalbkreis wurden im Untersuchungsjahr 2014/2015 2654 Kinder untersucht. Das entspricht 100% der Kinder dieses Jahrgangs.

In der Tabelle 1 ist die Anzahl der untersuchten Kinder in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern zu sehen.

Gemeinde	Anzahl der untersuchten Kinder (2015)
Ellwangen	197
Aalen	562
Schwäbisch Gmünd	476

Tabelle 1: Anzahl der untersuchten Kinder in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern im Ostalbkreis

Die untersuchten Kinder wurden im Zeitraum vom 1. Oktober 2010 bis 30. September 2011 geboren. Durchschnittlich waren die Kinder 4 Jahre und 10 Monate alt.

Von den untersuchten Kindern waren 1336 Mädchen (50,3 %) und 1318 Jungen (49,7 %). 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 73,5%, wird in der Familie ausschließlich Deutsch gesprochen. Der Anteil mit deutscher und einer anderen Familiensprache entsprach 22,6%. Ausschließlich eine andere Familiensprache wurde bei 3,5% der Kinder angegeben, darunter Türkisch mit 2,1 %, Russisch 0,7% Albanisch 0,3%, Serbokroatisch 0,3%, Italienisch 0,1 %. Für 0,4 % der Kinder konnten keine Angaben erhoben werden.

3.2 IMPFUNGEN

Was ist das Ziel?

Schutzimpfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten Maßnahmen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten. In der Bundesrepublik Deutschland sind Impfungen freiwillig, die Zahl der aktiven Impfgegner wird bundesweit auf zwei bis fünf Prozent geschätzt. Die ständige Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Instituts (RKI) veröffentlicht jährlich Impfeempfehlungen, wobei jedes Bundesland zusätzlich für sich festlegt, welche Impfungen empfohlen werden. Durch die Erhebung der ESU-Daten kann ein Eindruck gewonnen werden, wie diese Empfehlungen bis zur Einschulung umgesetzt werden. Zudem besteht die Möglichkeit, langfristige Erkenntnisse über den Einfluss von Impfkampagnen und Interventionsmaßnahmen auf das Impfverhalten zu gewinnen.

Wie werden die Daten erhoben?

Die Vorlage des Impfbuchs in der ESU ist verpflichtend. Es wird dokumentiert, wie viele Kinder ein Impfbuch besitzen und der Impfstatus wird erfasst. Kinder, die kein Dokument vorlegen werden zwar erfasst, die Impfquoten werden jedoch ausschließlich in Bezug zu den vorgelegten Impfdokumentationen gesetzt.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Von den 2654 untersuchten Kindern im Jahr 2014/2015 legten nahezu 100 % 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, Meningokokken und Röteln erhöht haben. Die Impfquoten von Masern sind relativ konstant geblieben; leicht rückläufig sind Polio, Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hepatitis B, und Hib.

Tabelle 2: Impfquoten in % im Ostalbkreis im zeitlichen Verlauf der Jahre 2012 bis 2015

Grundimmunisierung	2012	2013	2014	2015
Polio	93	92,8	92,2	90,9
Diphtherie	93,6	93,5	93,3	91,8
Tetanus	93,6	93,6	93,4	91,9
Pertussis	93,7	93,4	93,1	91,5
Hib	91,9	92,2	91,7	89,8
Hepatitis B	85,3	87,4	86,7	83,9
Masern	90,0	89,5	89,5	90,0
Röteln	89,8	89,5	89,2	89,9
Meningokokken	85,1	86,6	85,1	86,7
Varizellen	68,7	73,2	75,0	76,2

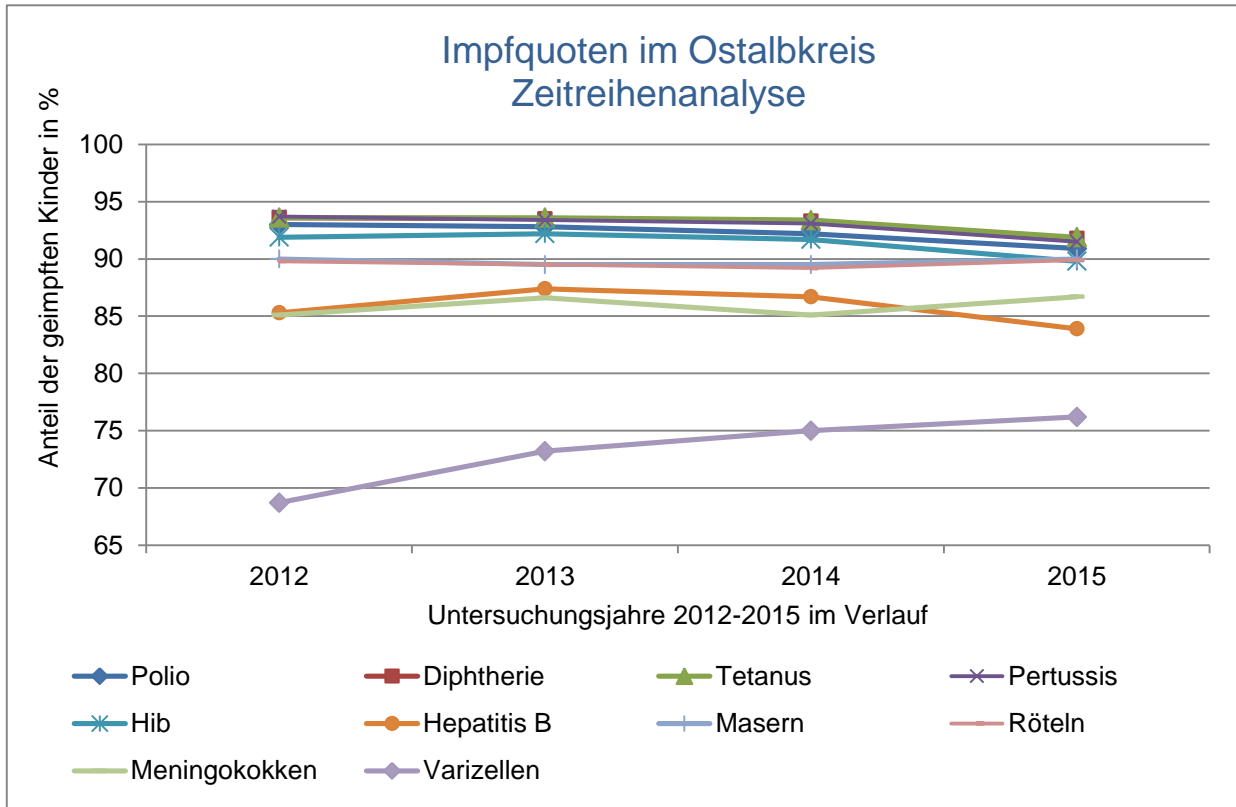


Abbildung 1: Impfquoten in % im Ostalbkreis im zeitlichen Verlauf der Jahre 2012 bis 2015

3.2.1 TETANUS - IMPFQUOTEN

Was ist das Ziel?

Tetanus, auch bekannt als 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. Hiervor 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 Vergleich zum Vorjahreszeitraum hat sich der Anteil der geimpften Kinder (Grundimmunisierung) im Ostalbkreis von 93,4 % im Jahr 2014 zu 91,9 % im Jahr 2015 leicht verringert. Die Impfquote für Baden-Württemberg befindet sich für die entsprechenden Jahrgänge bei 93,1 % (2014) bzw. 92,1% (2015). Damit lagen die Zahlen im Ostalbkreis im Vergleich zum Bundesland relativ gleich.

Wie sieht es in den Gemeinden aus?

Die Impfquoten in den Gemeinden des Ostalbkreises weichen voneinander ab. Sie reichen von 73,2 % bis zu über 95%. Vor allem in den Gemeinden Bopfingen und Unterschneidheim, mit einer Grundimmunisierungsquote gegen Tetanus von unter 80%, sollte über weitere Aufklärungsmaßnahmen nachgedacht werden.

Gemeinde	Grundimmunisierung
Abtsgmünd	92,7
Adelmannsfelden	*
Bartholomä	>95%
Böbingen an der Rems	88,2
Bopfingen	73,2
Durlangen	>95%
Ellenberg	*
Ellwangen (Jagst)	>95%
Eschach	*
Essingen	93,8
Göggingen	*
Gschwend	92,9
Heubach	94,0
Heuchlingen	*
Hüttlingen	93,8
Iggingen	90,5
Jagstzell	>95%
Kirchheim am Ries	*
Lauchheim	83,3
Leinzell	*
Lorch	90,9
Möggingen	>95%
Mutlangen	>95%
Neresheim	84,1
Neuler	93,3
Obergröningen	*
Oberkochen	90,2
Rosenberg	92,6
Ruppertshofen	*
Schechingen	*
Schwäbisch Gmünd	91,1
Spraitbach	86,4
Stöttlen	*
Täferrot	*
Tannhausen	*
Unterschneidheim	78,3
Waldstetten	>95%
Westhausen	>95%
Wört	*
Riesbürg	*
Aalen	>95%
Rainau	83,9

*: Impfquoten von Gemeinden unter zwanzig Kindern werden nicht erfasst.

Tabelle 3: Tetanus-Impfquoten in % in den Ostalbkreis-Gemeinden / Untersuchungsjahr 2015

3.2.2 MASERN – IMPFQUOTEN

Was ist das Ziel?

Das Masernvirus ist hoch ansteckend, eine akute Infektion führt neben den bekannten roten Flecken 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, weitere zehn bis 30 % leiden an Folgeschäden wie Intelligenzminderung und geistiger 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.

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 Vergleich zum Vorjahreszeitraum ist der Anteil der zweifach geimpften Kinder (Grundimmunisierung) im Ostalbkreis von 89,5 % im Jahr 2014 zu 90 % im Jahr 2015 in den beiden Untersuchungsjahrgängen relativ konstant geblieben. Im Durchschnitt liegt die Durchimpfungsrate für beide Jahrgänge bei 89,75 %. Im Vergleich dazu betrug die Impfquote für Baden-Württemberg in den entsprechenden zwei Untersuchungsjahrgängen durchschnittlich 88,1 %. Damit lag sie im Ostalbkreis höher als im Landesdurchschnitt.

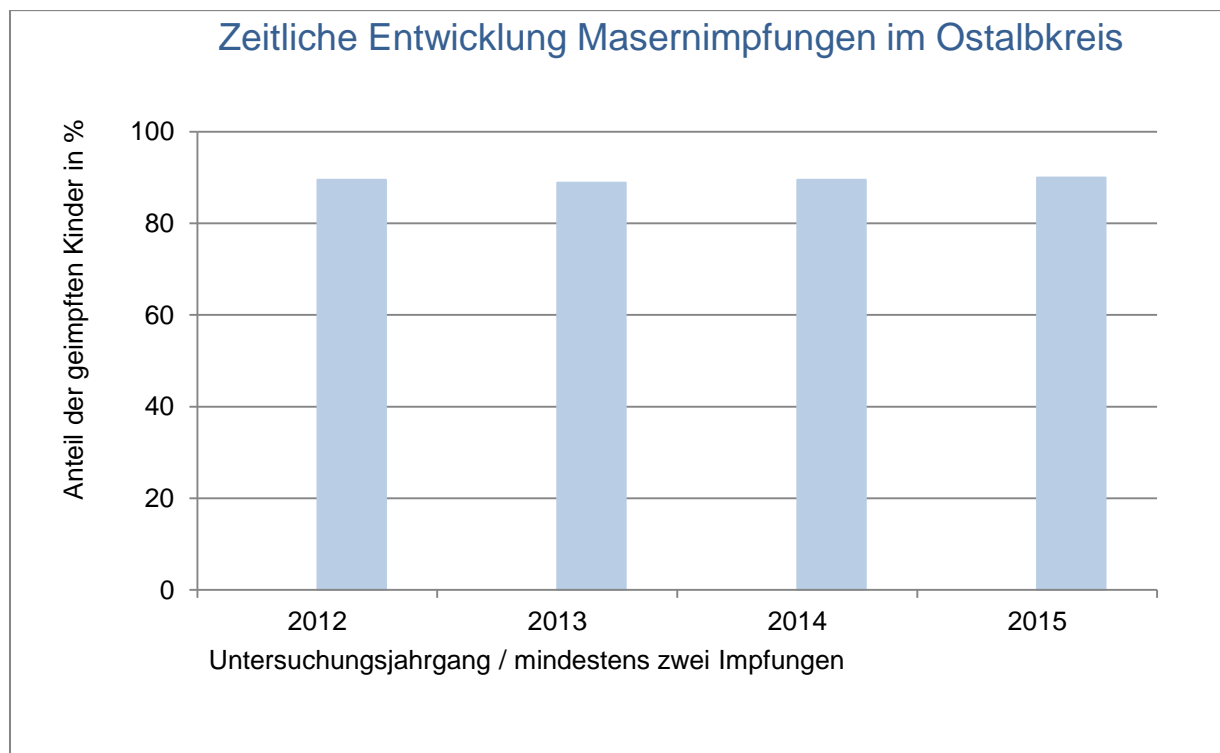


Abbildung 2: Zeitliche Entwicklung der Masern-Impfquoten in % im Ostalbkreis

Wie sieht es in den Gemeinden aus?

Die Impfquoten in den Gemeinden weichen deutlich voneinander ab. Sie reichen von 77,8 % bis zu über 95 %. Vor allem in den Gemeinden Lauchheim, Bopfingen und Iggingen sollten diesbezüglich weitere Aufklärungsmaßnahmen erfolgen.

Gemeinde	mind. 1 Impfung	mind. 2 Impfungen
Abtsgmünd	89,1	87,3
Adelmannsfelden	*	*
Bartholomä	> 95%	> 95%
Böbingen a. d. Rems	91,2	88,2
Bopfingen	93,8	80,4
Durlangen	> 95%	92,9
Ellenberg	*	*
Ellwangen (Jagst)	> 95%	94,5
Eschach	*	*
Essingen	> 95%	85,4
Göggingen	*	*
Gschwend	92,9	90,5
Heubach	> 95%	94,0
Heuchlingen	*	*
Hüttlingen	> 95%	92,3
Iggingen	90,5	81,0
Jagstzell	> 95%	92,9
Kirchheim am Ries	*	*
Lauchheim	86,1	77,8
Leinzell	*	*
Lorch	90,9	87,9
Möggingen	> 95%	> 95%
Mutlangen	> 95%	> 95%
Neresheim	92,1	90,5
Neuler	> 95%	83,3
Obergröningen	*	*
Oberkochen	> 95%	> 95%
Rosenberg	> 95%	92,6
Ruppertshofen	*	*
Schechingen	*	*
Schwäbisch Gmünd	93,1	87,8
Spraitbach	> 95%	90,9
Stöttlen	*	*
Täferrot	*	*
Tannhausen	*	*
Unterschneidheim	89,1	84,8
Waldstetten	94,3	94,3
Westhausen	> 95%	93,0
Wört	*	*
Riesbürg	*	*
Aalen	> 95%	92,0
Rainau	90,3	87,1

*: Impfquoten von Gemeinden unter 20 Kindern werden nicht erfasst
Tabelle 4: Masern-Impfquoten in % in den Ostalbkreis-Gemeinden / Untersuchungsjahr 2015

Deutschland hat sich den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation verpflichtet, weltweit zum Ausschluss von Masern und Röteln eine Durchimpfungsrate (2 Masern- und Rötelimpfungen) von 95% zu erreichen. Hinsichtlich der Masernimpfungen wird dieses Ziel im Ostalbkreis nur von 15 Gemeinden erfüllt.

Fazit:

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen, die in der Medizin zur Verfügung stehen. Moderne Impfstoffe sind gut verträglich, unerwünschte Nebenwirkungen selten. Jeder Geimpfte schützt sich individuell vor ansteckenden Erkrankungen, hohe Impfquoten ermöglichen eine Ausrottung einzelner Krankheiten (regional oder schließlich weltweit). Migrationsbewegungen und zunehmende Reisefreudigkeit lassen Experten mahnen, dass in einer weniger geimpften Bevölkerung eine Masernepidemie generell möglich und auch jederzeit zu befürchten ist. Eltern und Ärzte tragen die Verantwortung, bei Kindern für einen ausreichenden Impfschutz zu sorgen. Die Notwendigkeit von Auffrischungsimpfungen ist nicht genügend im Bewusstsein der Bevölkerung verankert. Hier ist weitere Aufklärungsarbeit für alle Altersgruppen notwendig.

Bei älteren Kindern hat sich im Ostalbkreis bereits seit mehreren Jahren die Fragebogenaktion „Impfen und J1“ für die 7. Klassen gut bewährt, um an die in dieser Altersstufe anstehenden Auffrischungsimpfungen zu erinnern. Die Ergebnisse zeigen, dass die Impfbereitschaft der Jugendlichen auf Grund dieser Maßnahme zunimmt. Der Geschäftsbereich Gesundheit wird die Aktion daher auch in Zukunft jedes Jahr durchführen.

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. Dieser nachzukommen, obliegt den Eltern / Sorgeberechtigten.

Wie werden die Daten erhoben?

Die Inanspruchnahme und Ergebnisse dieser Untersuchungen werden in einem 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 dieser U-Untersuchungen die Kinder teilgenommen haben.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Der Anteil der Kinder, die ihr U-Heft vorlegten, lag bei 95,1 %. Deutlich zu sehen ist in Abbildung 3, dass die Beteiligung der Kinder an den Vorsorgeuntersuchungen U7a und U8 (hier teilweise altersbedingt) im Gegensatz zu den anderen U-Untersuchungen geringer ausfällt.

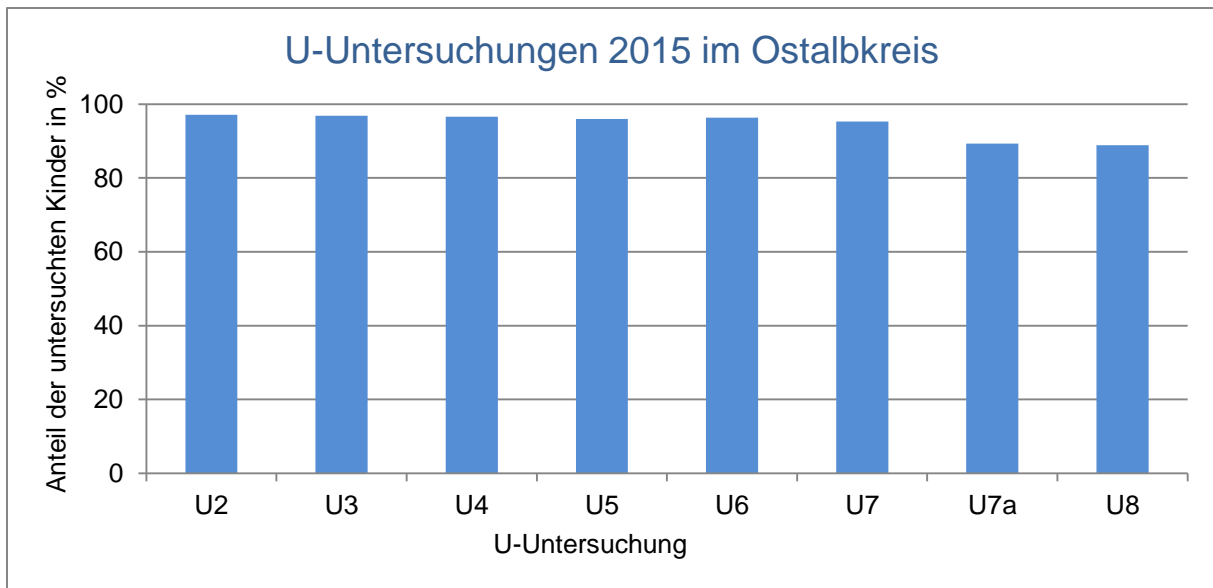


Abbildung 3: Teilnahme an den U-Untersuchungen im Jahr 2015 im Ostalbkreis

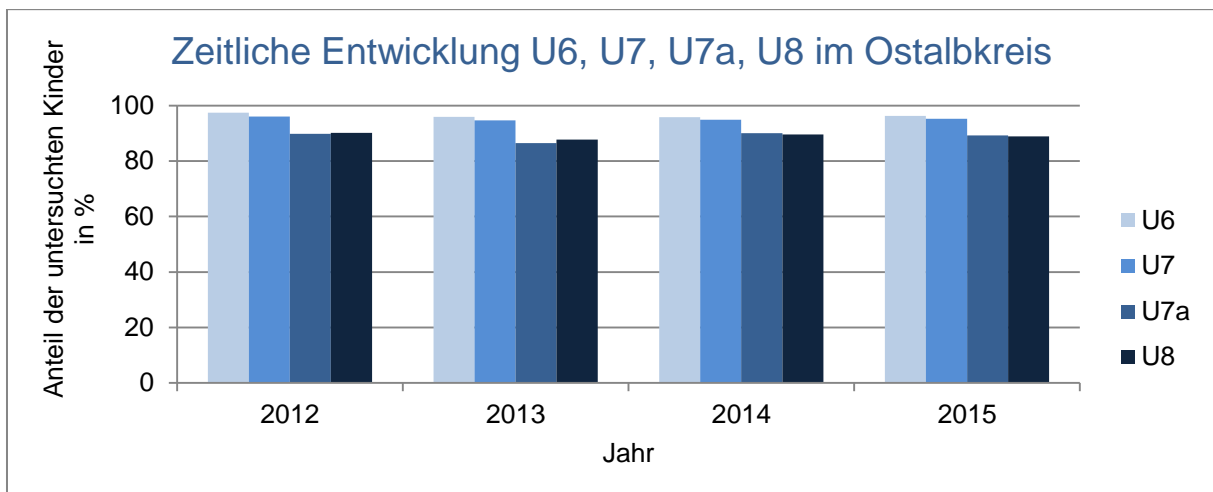


Abbildung 4: Zeitliche Entwicklung der Teilnahme an der U6, U7, U7a, U8 in % in den Jahren 2012 bis 2015 im Ostalbkreis

Wie sieht es in den Gemeinden aus?

Für ausgewählte Gemeinden (mehr als 20.000 Einwohner) sieht man in Tabelle 5 und Abbildung 5 die Beteiligung an den Untersuchungen U7, U7a und U8 im Jahr 2015. Ähnlich wie im gesamten Kreis ist die Beteiligung an U7a und U8 niedriger als an U7.

	U7	U7a	U8
Ellwangen (Jagst)	97,3	85,6	86,7
Schwäbisch Gmünd	92,5	87,6	86,5
Aalen	95,9	89,7	87,6

Tabelle 5: Teilnahme an der U7, U7a, U8 in % in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern im Ostalbkreis

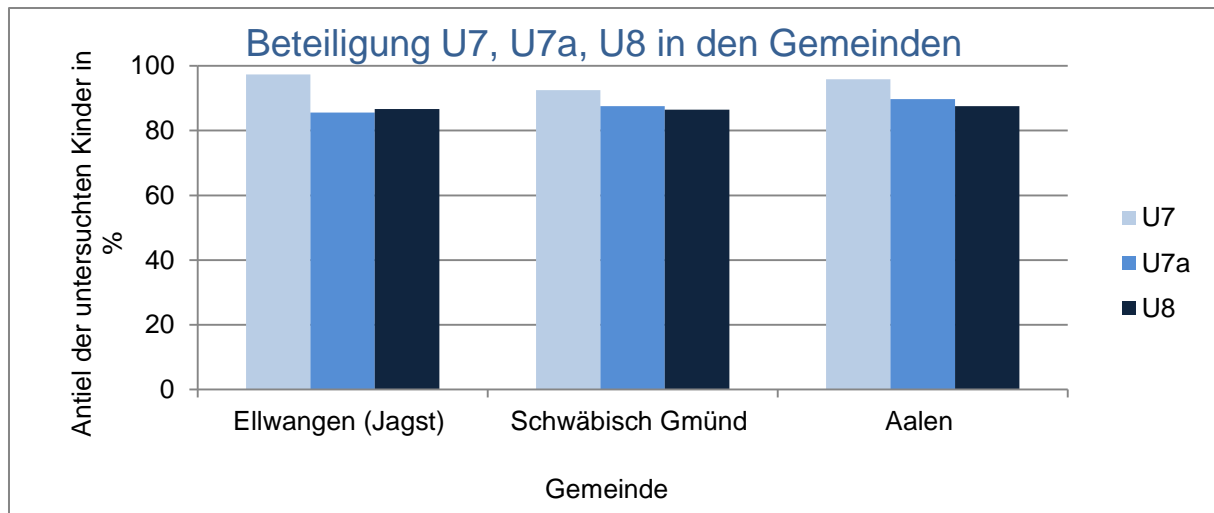


Abbildung 5: Teilnahme an der U7, U7a, U8 in % in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern im Ostalbkreis

Fazit:

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sind geeignet, um Krankheiten früh zu erkennen, Förderbedarf aufzuzeigen und notwendige Maßnahmen -wie beispielsweise Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Heilpädagogik oder Erziehungsberatung- rechtzeitig einzuleiten. Durch die regelmäßigen und überschaubaren Abstände der sich wiederholenden Vorstellungen beim Kinder- oder Allgemeinarzt entsteht -im Idealfall- eine Atmosphäre des gegenseitigen Vertrauens durch langjährige Begleitung des Kindes und der Familie. Dieses Umfeld bietet sich auch als gute Grundlage an, um auf die Wichtigkeit der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen nochmals ausdrücklich hinzuweisen.

3.4 GEWICHTSVERTEILUNG (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 (Fettleibigkeit) gehören im 21. Jahrhundert zu den größten Risikofaktoren der Gesundheit in unserer Gesellschaft. Bereits bei Kindern kann Übergewicht Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder Diabetes verursachen. Sehr wahrscheinlich ist, dass Übergewicht in jungen Jahren auch zu Übergewicht im Erwachsenenalter führt. Auch Untergewicht kann zu gesundheitlichen Problemen führen. Bei zu geringer Zufuhr von Lebensmitteln ist die Versorgung mit Nährstoffen oft nicht ausreichend, was zu Mangelerscheinungen führen kann. Durch dadurch auftretende Müdigkeit und Gereiztheit wird die Leistungsfähigkeit gemindert. Die damit einhergehende Konzentrationsschwäche hat größten Einfluss auf den Schulalltag der Kinder. Schwerwiegendere gesundheitliche Folgen können hormonelle Veränderungen, Wachstumsstörungen oder auch Herz-Kreislaufkrankungen 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 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 Untersuchungsjahr 2015 waren von den 2641 untersuchten Kindern im Alter zwischen 4,5 und 5,5 Jahren der Großteil der Kinder normalgewichtig (2146 / 81,3%). Als übergewichtig wurden 228 Kinder eingestuft, das entspricht einem Anteil von 8,6 %, 75 (2,8%) Kinder galten als adipös. Untergewichtig waren 151 Kinder, also 5,7%, 41 Kinder (1,6 %) wurden als stark untergewichtig eingestuft.

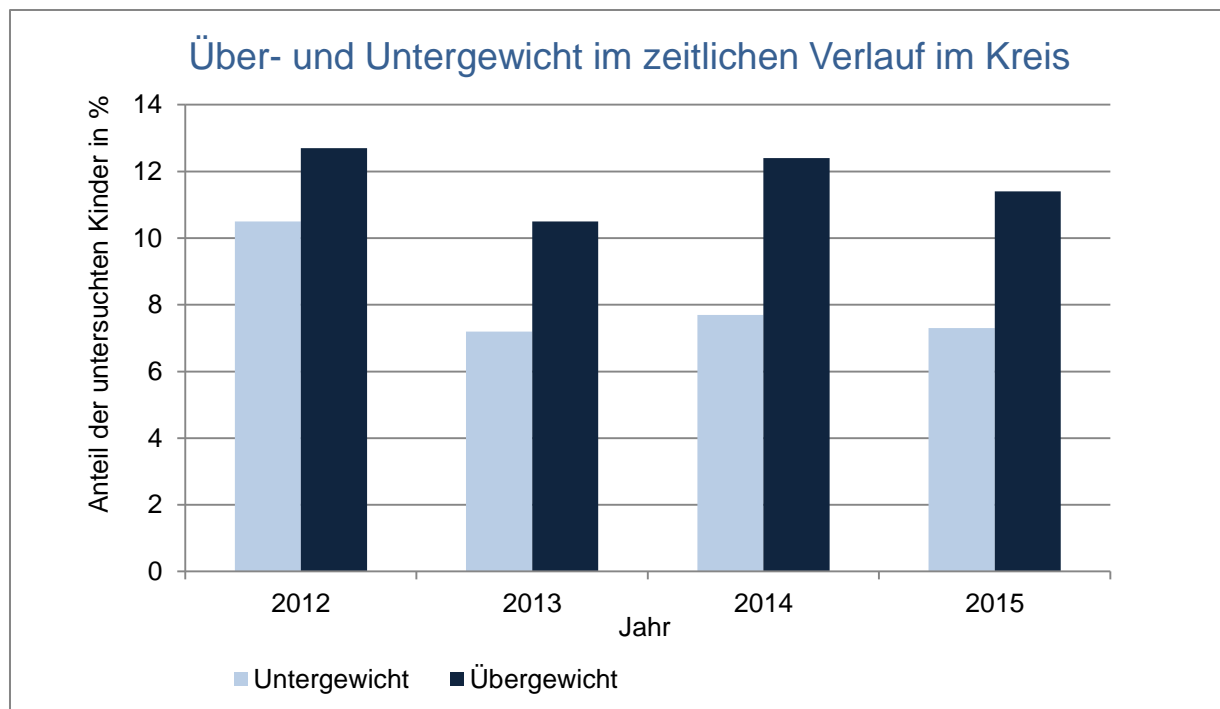


Abbildung 6: Anteil Über- und Untergewicht in % im Verlauf der Jahre 2012 bis 2015.

Im zeitlichen Verlauf der Jahre 2012 bis 2015 sind die prozentualen Werte der über- und untergewichtigen Kinder dargestellt. (Diese schließen jeweils die Werte von starkem Über- und Untergewicht ein.) Die Zahlen schwanken zwischen den Werten 12,7% und 7,3%

	2012	2013	2014	2015
Untergewicht	10,5	7,2	7,7	7,3
Übergewicht	12,7	10,5	12,4	11,4

Tabelle 6: Über- und Untergewicht in % im zeitlichen Verlauf der Jahre 2012 bis 2015 im Ostalbkreis

Fazit:

Übergewicht ist längst kein reines Erwachsenenproblem mehr. Im Ostalbkreis ist mehr als jedes zehnte Kind übergewichtig - fast immer stecken falsche Ernährung und Bewegungsmangel dahinter. Studien belegen, dass in Grundschulen mindestens fünf bis sechs Stunden Sport pro Woche in den Stundenplan eingebaut werden müssten, um überhaupt noch einen präventiven Effekt zu erzielen. Daher sind gezielte Bewegungsprogramme bereits in Kita und Kindergarten von größter Wichtigkeit.

Doch nicht nur das „Zuviel“ an Gewicht schadet auf Dauer der Gesundheit. Müdigkeit, Schwindel und ständiges Frieren sind meist der ständige Alltag von „Leichtgewichtigen“. Starkes Untergewicht führt zu Infektanfälligkeit bis hin zu Beeinträchtigung der Muskelfunktion und Stoffwechsel- oder hormonellen Störungen.

3.5 SEHTESTS

Was ist das Ziel?

Hören und Sehen ist eine wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Schulbesuch. Durch den Sehtest soll geprüft 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 Schiefhler zu finden. Auch eine Testung des Farbsinns wird durchgeführt. Bei Auffälligkeiten des Visus (Sehschärfe) 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 (im Jahr 2015 betraf dies einen Anteil von 5,6% der untersuchten Kinder) werden die Tests immer mit der Brille durchgeführt.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Im Untersuchungsjahr 2015 wurden 2550 Sehtests durchgeführt. 56 % der Kinder wurde eine Kontrolle beim behandelnden Arzt oder Kinderarzt empfohlen (Abbildung 7). Eine ärztliche Abklärung ist erforderlich, wenn die Sehschärfe bei 0,7 oder darunter liegt. Bei der Betrachtung des Zeitraums der Jahre 2012 bis 2014 wird deutlich, dass die Anzahl der Kinder mit Kontrollempfehlung 2015 um gut 5% höher war als in den zurückliegenden drei Jahren.

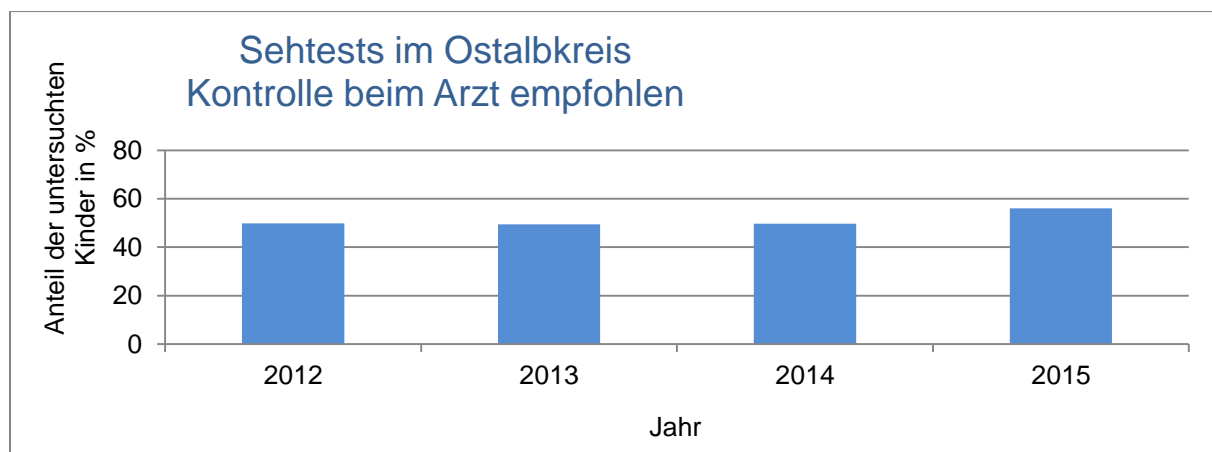


Abbildung 7: Sehtest – Kontrolle beim Arzt empfohlen in % im zeitlichen Verlauf 2012 bis 2015 im Ostalbkreis

Wie sieht es in den Gemeinden aus?

Bei der Betrachtung der drei Kreisgemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern wurde im Untersuchungsjahr 2015 57,5% der untersuchten Kinder eine ärztliche Abklärung nahegelegt. Signifikant sind hierbei die Unterschiede zwischen Schwäbisch Gmünd (41,0%) und Aalen (68,7%).

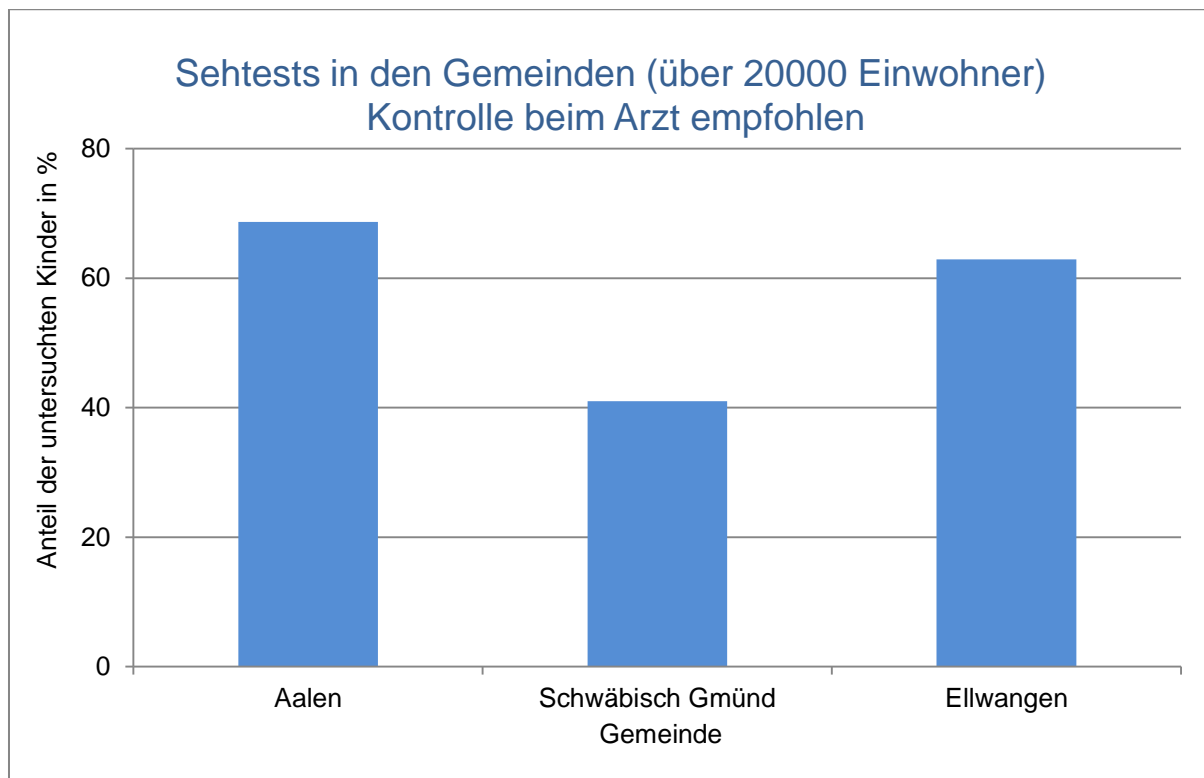


Abbildung 8: Sehtest, Arztbesuch empfohlen in % in den Gemeinden über 20.000 Einwohner

3.6 HÖRTESTS

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 Zieltöne werden immer lauter vorgegeben, bis das Kind angibt den Ton zu hören.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Im Untersuchungsjahr 2015 wurden 29,3 % der Kinder ein Arztbesuch empfohlen (Abbildung 9). Eine ärztliche Abklärung ist erforderlich, wenn die Hörschwelle dauerhaft bei über 20 Dezibel liegt. In Abbildung 9 ist ein Anstieg zu den drei früheren Vergleichsjahren 2012-2014 zu erkennen.

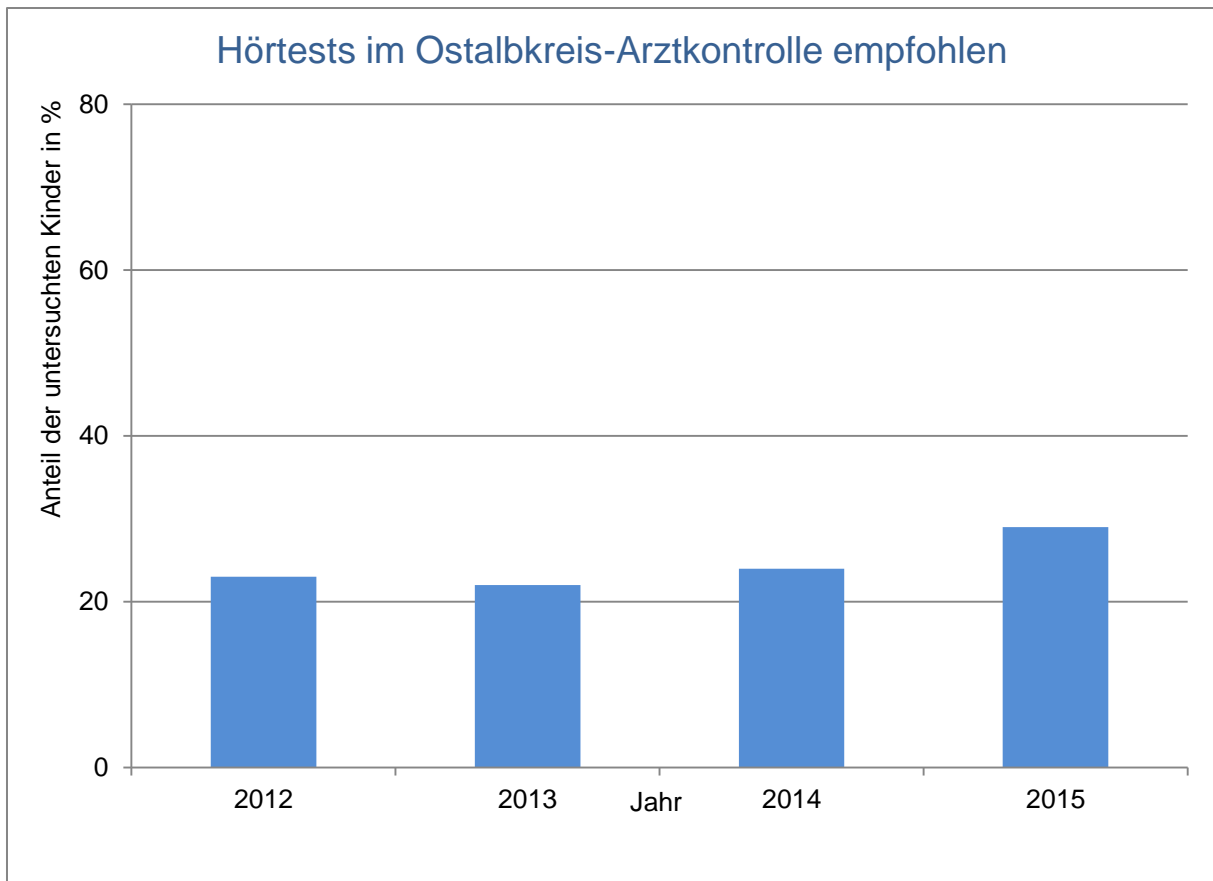


Abbildung 9: Hörtest – Kontrolle beim Arzt empfohlen in % im zeitlichen Verlauf 2012 bis 2015 im Ostalbkreis

Wie sieht es in den Gemeinden aus?

Beim Blick auf die Gemeinden sind, parallel zum Sehtest, überdurchschnittlich viele altersentsprechende Befunde in Schwäbisch Gmünd erhoben wurden (76,7%). Im Durchschnitt wurde in den drei Gemeinden mit über 20.000 Einwohnern für 27,8% der Kinder ein abklärender Arztbesuch empfohlen.

	Kontrolle beim Arzt empfohlen
Aalen	32,5
Schwäbisch Gmünd	23,3
Ellwangen	27,7
Ostalbkreis, Gemeinden <20.000 Einw.	30,2

Tabelle 7: Hörtest – Kontrolle beim Arzt empfohlen in % in den Gemeinden des Ostalbkreises

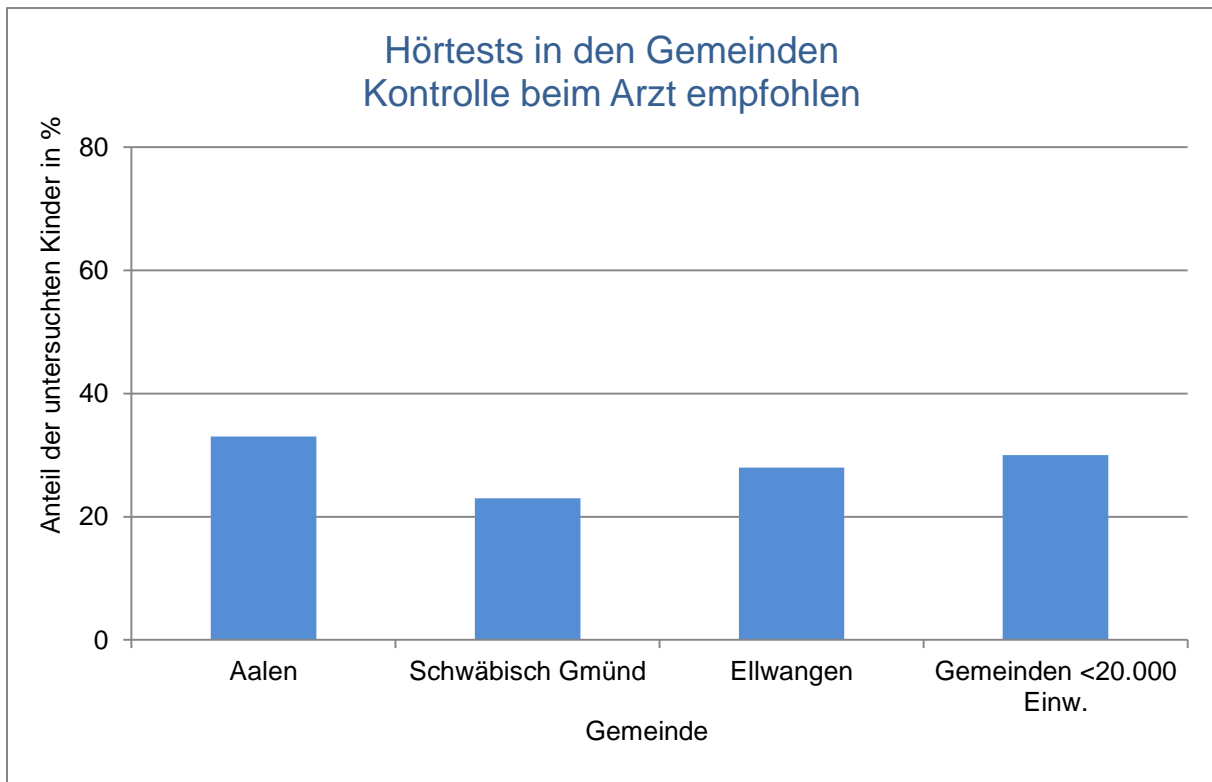


Abbildung 10: Hörtest, Arztbesuch empfohlen in % in den Gemeinden des Ostalbkreises

Fazit:

Wichtige Voraussetzungen, um bereits im Kindesalter die Umwelt zu erforschen, sind ein gutes Seh- und Hörvermögen. Damit gelingt es, vielfältigste Informationen aufzunehmen und die unterschiedlichen kindlichen Entwicklungsphasen gut zu durchlaufen. Grundlegende Tests zum Sehen und Hören gehören daher zum Standard von Einschulungsuntersuchungen.

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. Für unauffällige Befunde werden an vierjährige und fünfjährige Kinder altersentsprechend unterschiedliche Anforderungen gestellt. Als auffällig werden bei 5-Jährigen weniger als sieben Hüpfen auf jedem Bein gewertet.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Im Untersuchungsjahr 2015 hatten 27,4% der 5-Jährigen im Ostalbkreis ein auffälliges Ergebnis beim Einbeinhüpfen. Die Werte bleiben im Verlauf der Jahre 2013-2015 relativ stabil (Abbildung 11). Im Landesdurchschnitt waren 2015 72,9% der untersuchten Kinder unauffällig, im Vergleich hierzu lagen die unauffälligen Ergebnisse im Ostalbkreis mit 72,6% geringfügig darunter. Innerhalb der verschiedenen Landkreise in Baden-Württemberg

variieren die Zahlen jedoch deutlich stärker, von 80,9% in Baden-Baden/Stadt bis 66% im Landkreis Schwäbisch Hall.

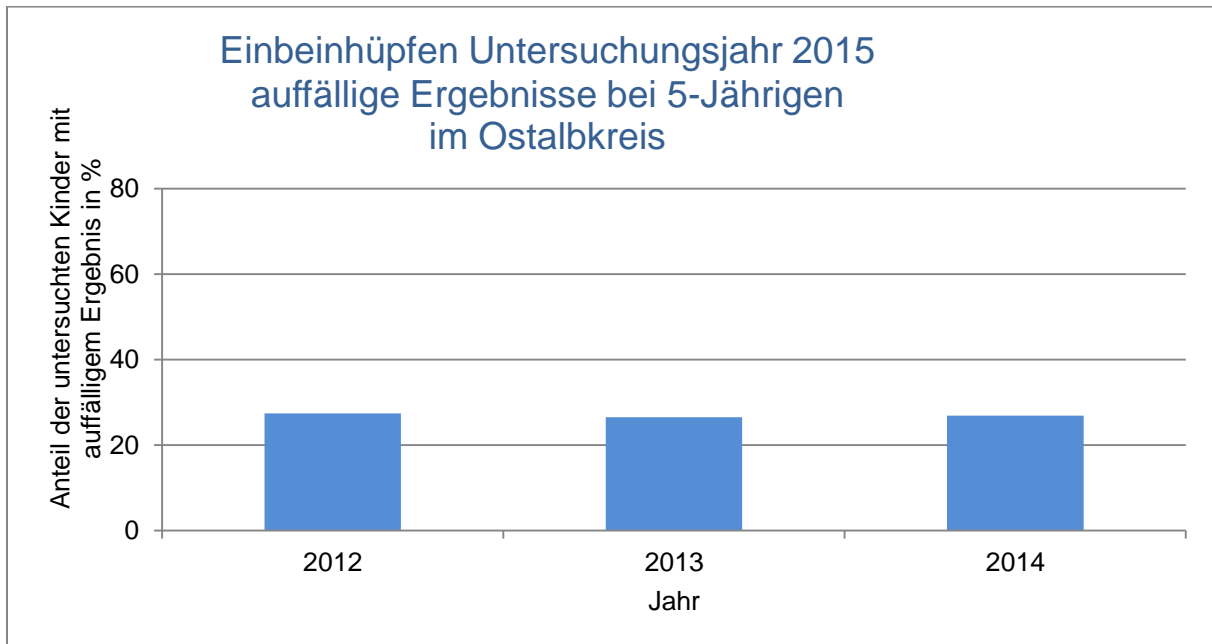


Abbildung 11: Grobmotorische Fähigkeiten in % im zeitlichen Verlauf im Ostalbkreis

Wie sieht es in den Gemeinden aus?

Betrachtet man die Ergebnisse der drei Gemeinden des Ostalbkreises mit über 20.000 Einwohnern, so ist zu erkennen, dass in Schwäbisch Gmünd mit 32% die größte Zahl auffälliger Ergebnisse festgestellt wurde (Abbildung 12 und Tabelle 8).

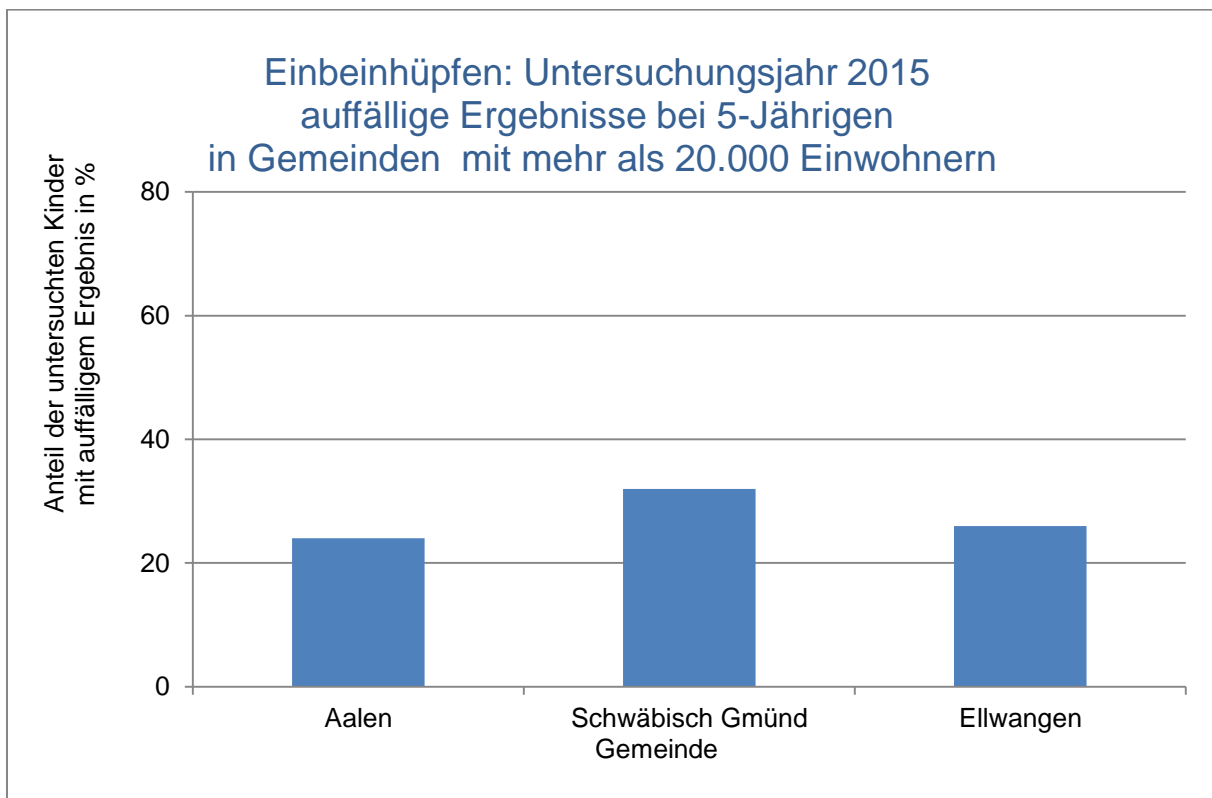


Abbildung 12: Grobmotorische Fähigkeiten in % in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern im Ostalbkreis

	Einbeinhüpfen auffällig bei 5-Jährigen
Aalen	24,5
Schwäbisch Gmünd	32,0
Ellwangen	25,8

Tabelle 8: Grobmotorische Fähigkeiten in % in den Gemeinden mit mehr als 20.000 Einw.

Fazit:

Jeder Mensch macht seine ersten Erfahrungen mit Bewegung bereits vor der Geburt, schon als Embryo wird gestrampelt und gestoßen. Im ersten Lebensjahr lernt das Kind, seinen Körper immer besser selbst zu kontrollieren. Es folgen wahre Meilensteine der grobmotorischen Fähigkeiten: sich aufrichten, Krabbeln und Monate später die ersten Schritte. Gesunde Kinder bewegen sich normalerweise mit großer Freude. Dennoch muss die grobmotorische Entwicklung aufmerksam begleitet werden. Hier sind zuvorderst Eltern / Sorgeberechtigte und Erzieher gefragt. Wird eine mögliche Entwicklungsverzögerung beobachtet, ist es notwendig, durch gezielte Angebote individuell auf das Kind einzugehen und es verstärkt zu fördern. Durch Verbesserung der Grobmotorik wird jedoch nicht nur eine Zunahme der Körperbeherrschung erlangt. Sichere Bewegungen sind eine wichtige Voraussetzung für Selbstständigkeit und Selbstbewusstsein des Kindes.

3.8 FEINMOTORIK (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 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?

Im Untersuchungsjahr 2015 waren 59,3% der Kinder bei der visuomotorischen Untersuchung unauffällig. Eine visuomotorische Schwäche hatten 35,4% der Kinder, eine visuomotorische Störung 5,3% (Abbildung 12). Betrachtet man den Untersuchungszeitraum der Jahre 2013-2015 so wird deutlich, dass der Anteil der visuomotorisch unauffälligen Kinder kontinuierlich zunimmt.

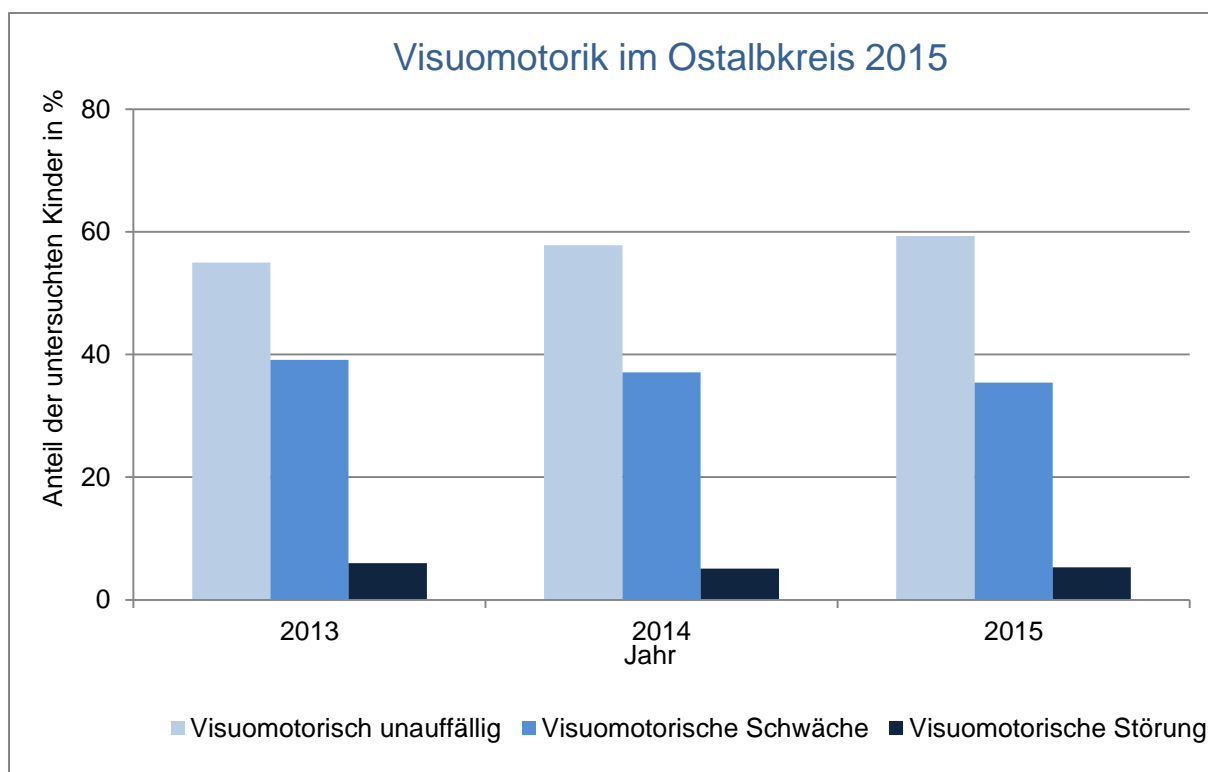


Abbildung 13: Visuomotorik in % im zeitlichen Verlauf 2013 bis 2015 im Ostalbkreis

Bei den 2635 untersuchten Kindern waren 91,2% rechtshändig und 7,4% linkshändig. Bei 1,4% der Kinder war die Händigkeit unklar.

Wie sieht es in den Gemeinden aus?

Bei der Betrachtung der Ostalbkreis-Gemeinden im Untersuchungsjahr 2015 fällt auf, dass innerhalb der Gemeinden mit mehr als 20.000 Einwohnern der Prozentsatz der visuomotorisch unauffälligen Kinder von 51% (Aalen) bis 66,5% (Schwäbisch Gmünd) deutliche Unterschiede aufweist.

	Visuomotorisch unauffällig	Visuomotorische Schwäche	Visuomotorische Störung
Aalen	51,0	41,7	7,3
Schwäbisch Gmünd	66,5	30,8	2,7
Ellwangen	56,6	38,8	4,6
Gemeinden <20.000 Einwohner	60,7	33,9	5,4

Tabelle 9: Visuomotorik in % in den Gemeinden des Ostalbkreises im Untersuchungsjahr 2015

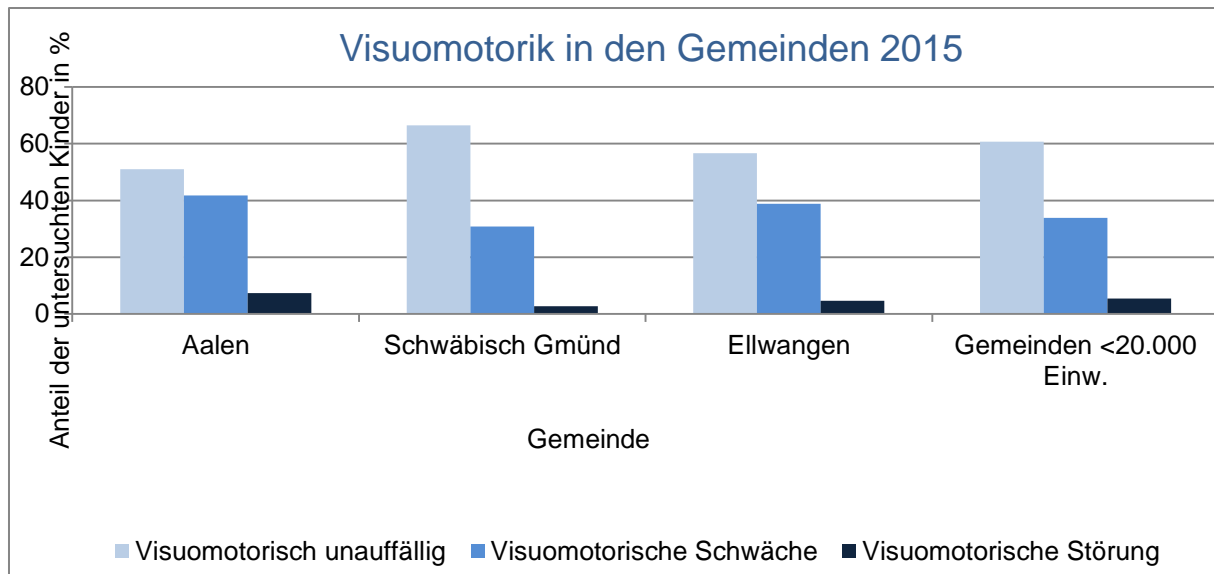


Abbildung 14: Visuomotorik in % in den Gemeinden des Ostalbkreises im Untersuchungsjaar 2015

Fazit:

Als visuelle Wahrnehmung bezeichnet man die Fähigkeiten, Formen und Farben sowie verschiedene Größen, Entfernungen, Bewegungen und Strukturen erkennen zu können. Visuomotorik ist die motorische Umsetzung der visuellen Wahrnehmung, zum Beispiel beim Abmalen, Spielen und Basteln. Sollte hier ein Förderbedarf festgestellt werden, bietet bereits der Alltag viele Trainingsmöglichkeiten: Ausschneiden sowie Auffädeln, Knöpfe schließen, Schnürsenkel binden und sich selbständig das Brot schmieren können wichtige Übungen zur Verbesserung der Visuomotorik sein. Altersentsprechende visuomotorische Fähigkeiten sind für das Erlernen von Lesen und Schreiben und somit für einen gelungenen Schulstart sehr wichtig.

3.9 SPRACHENTWICKLUNGSSCREENING

Was ist das Ziel?

Kinder lernen Sprache und merken, dass die 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 sprachliche Ausdrucksfähigkeiten gelegt. Mit dem Sprachscreening in der Einschulungsuntersuchung sollen Kinder mit einem Sprach- und Schriftspracherwerbsrisiko erkannt werden können. Die im Screening auffälligen Kinder werden in der Regel bei einem späteren Termin einer erweiterten Sprachstandsdiagnostik 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 verschiedene Aufgabenbereiche durchgeführt. HASE besteht aus den drei Bereichen: Sätze nachsprechen, Zahlenfolgen wiedergeben und Kunstwörter nachsprechen. Für jeden Aufgabenbereich bestehen altersabhängige Grenzwerte. Beim Unterschreiten eines solchen Grenzwertes ist eine erweiterte Sprachstandsdiagnostik (SETK 3-5) indiziert. Bei isoliert auffälligem Nachsprechen von Sätzen kann unter Umständen auch das Kurzverfahren für das Sprachverstehen (KVS) indiziert sein. Nach Abschluss aller diagnostischen Maßnahmen erfolgt eine Gesamtbewertung der Sprache. Eine mögliche Gesamtbewertung ist die Empfehlung „intensiver Sprachförderbedarf“.

Wie sehen die Ergebnisse aus?

Im Jahr 2015 gab es im Ostalbkreis beim Nachsprechen von Sätzen 20,3% auffällige Ergebnisse, 11,5% der Kinder hatten ein auffälliges Ergebnis bei dem Wiedergeben von Zahlenfolgen und 12,7% beim Nachsprechen von Kunstwörtern. Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse differenziert nach Familiensprache der Kinder im Ostalbkreis.

Auffällige Ergebnisse der HASE-Aufgaben			
	Nachsprechen von Sätzen	Wiedergeben von Zahlenfolgen	Nachsprechen von Kunstwörtern
Deutsch	9,8	9,6	11,5
Türkisch	84	26,5	26,5
Deutsch und Türkisch	61,4	15	16,7
Deutsch und Russisch	42	14,6	19,8

Tabelle 10: Auffällige Ergebnisse der HASE Aufgaben in % nach Familiensprache

Von 2638 untersuchten Kindern im Untersuchungsjahr 2015 hatten bei der Gesamtbewertung der Sprache 24,6% einen intensiven Förderbedarf. Schaut man auf die Verteilung nach Geschlechtern, so entfällt auf Jungen mit 27,2% ein höherer Bedarfsanteil als auf Mädchen (22,1%). Die Betrachtung des Verlaufs der letzten Jahre zeigt, dass der prozentuale Anteil in den Jahren 2013 (24,9%) und 2015 (24,6%) fast gleich war, während 2014 mit 29,5% ein höherer Bedarfsanteil an intensiver Förderung festgestellt wurde.

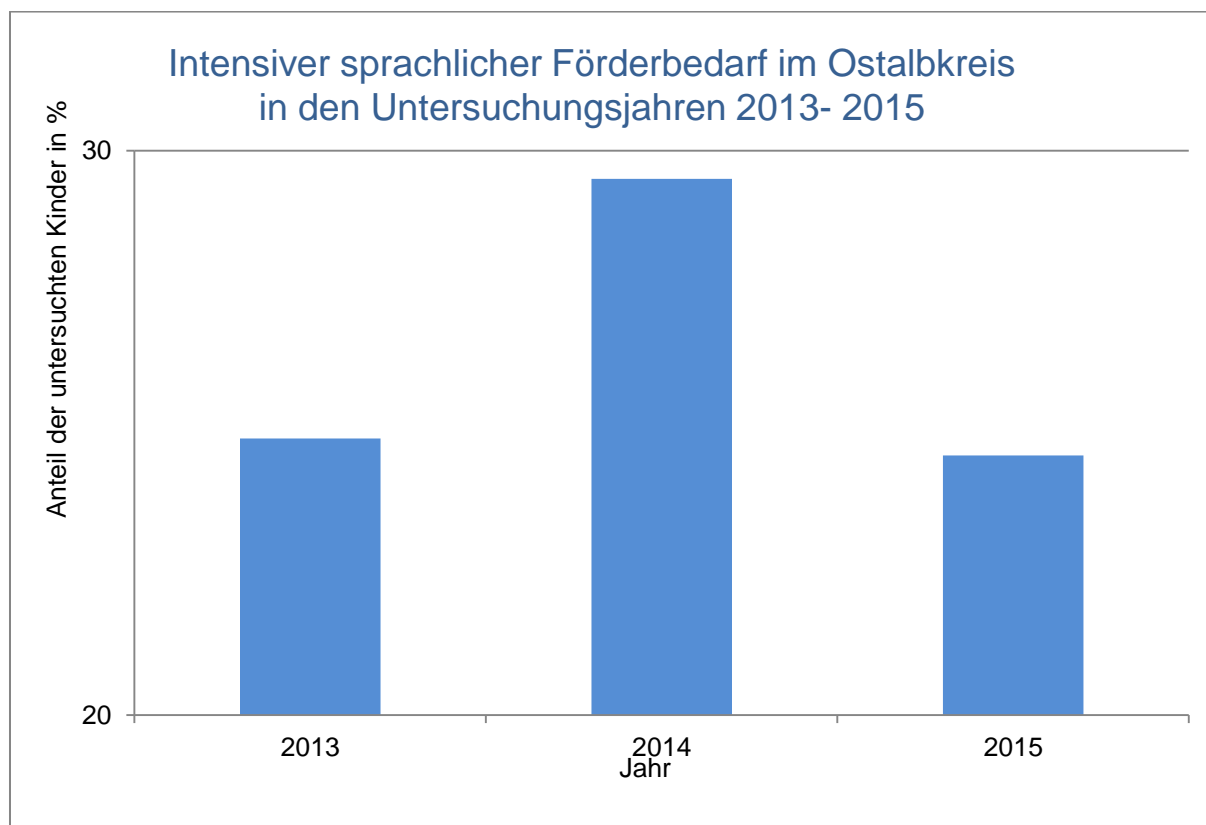


Abbildung 15: Gesamtbewertung der Sprache: Intensiver Förderbedarf in % im zeitlichen Verlauf der Untersuchungsjahre 2013-2015 im Ostalbkreis

Altersentsprechende Befunde bei der Gesamtbewertung der Sprache kamen bei Kindern aus rein deutschsprachigen Familien mit 72,6% deutlich öfter vor, als in Familien, in denen regelmäßig eine weitere Sprache gesprochen wird. Hier wurde lediglich bei 39% der Kinder kein Förderbedarf gesehen. In rein türkischsprachigen Familien lag dieser Anteil bei nur 11%.

Wie sieht es in den Gemeinden aus?

Bei der Betrachtung der Gemeinden sieht man, dass im Ostalbkreis in den kleineren Gemeinden mit weniger als 20.000 Einwohnern der Anteil der Kinder mit intensivem sprachlichen Förderbedarf mit durchschnittlich 19,6% geringer ausfällt, als bei den größeren Gemeinden. Insbesondere zu Ellwangen mit 34,2% ist der Unterschied signifikant.

	Intensiver Förderbedarf
Aalen	31,0
Schwäbisch Gmünd	28,2
Ellwangen	34,2

Tabella 11: Sprachentwicklung:
Intensiver Förderbedarf in den Gemeinden in % mit mehr als 20.000 Einwohnern im Ostalbkreis - Untersuchungsjahr 2015

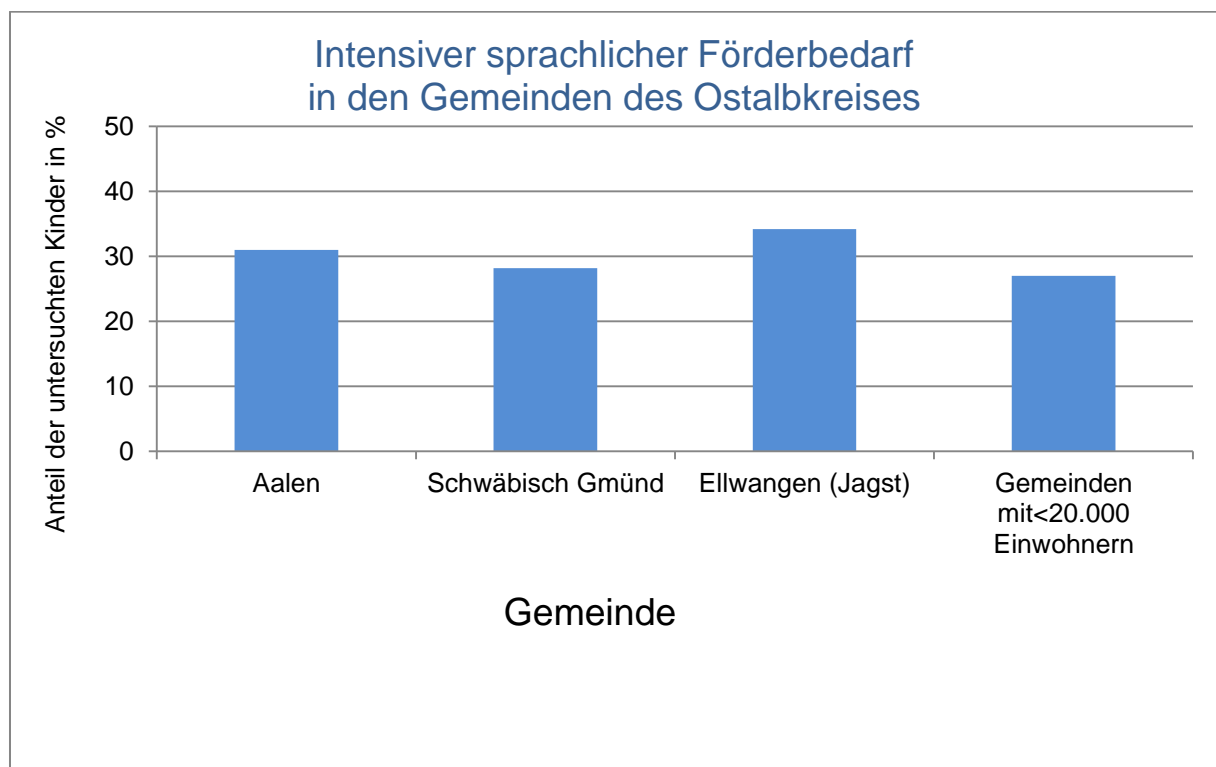


Abbildung 16: Gesamtbewertung der Sprache:
Intensiver Förderbedarf in % in den Gemeinden des Ostalbkreises

Fazit:

Subjektiv betrachtet, reden manche zu viel und manche zu wenig. Durchschnittlich bilden wir 180 Wörter pro Minute.

Sprache ist eine rundherum soziale Angelegenheit. Sie hat einen öffentlichen Bereich und einen intimen. Klatsch und Tratsch gehört genauso dazu, wie der verbale Ausdruck von Gefühlen. Sprache ist aber auch eine gesellschaftliche Notwendigkeit. Sprachliche Fähigkeiten sind grundlegend für die Bildungslaufbahn von Kindern und damit für ihre späteren Lebenschancen.

Sprache besitzt zudem eine wichtige Schlüsselfunktion zur Integration. Da Sprachbeherrschung messbar ist, besteht jedoch die Gefahr, sie als einzigen Gradmesser zur sozialen Integrationswilligkeit von mehrsprachigen Menschen zu machen. In deutschen Metropolen ist rund ein Drittel der Grundschüler mehrsprachig. Kinder aus Familien, deren Familiensprache nicht Deutsch ist sowie Kinder, die bei der Bildung benachteiligt sind, profitieren besonders von einer gezielten sprachlichen Förderung und Bildung. Hierbei muss der Ansatz in den Bildungsschwerpunkten des frühkindlichen Alltags erfolgen, in Elternhaus, Kita und Kindergarten. Sprachliche Förderung zeigt die größte Wirkung, wenn sie möglichst früh beginnt. Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung (ESU) bietet das Sprachentwicklungsscreening die Möglichkeit, im Vorschulalter vorhandene Defizite zu erkennen und bei Bedarf weitere Maßnahmen anzuregen. Sprachförderung ist eine Voraussetzung für Chancengleichheit.

4. ZUSAMMENFASSUNG

In diesem Bericht wurden verschiedene Bereiche der Einschulungsuntersuchung (ESU) des Einschulungsjahrgangs 2016 im zeitlichen Verlauf 2014 bis 2015 dargestellt. Der Fokus liegt auf der gesundheitlichen Situation der Vorschulkinder im Ostalbkreis. Ein wichtiges Anliegen ist es dabei, durch Offenlegung umfassender Erhebungen eine Ist-Bestimmung vorzunehmen und gleichzeitig Pfade aufzuzeigen, wie die Gesundheit der Vorschulkinder in Zukunft nachhaltig gefördert werden kann.

Die 2.654 im Jahr 2015 untersuchten Kinder waren bei der Untersuchung im Schnitt vier Jahre und zehn Monate alt, sie wurden im Zeitraum vom 1. Oktober 2010 bis 30. September 2011 geboren. 50,3 % (1336) waren Mädchen, 49,7 % (1318) waren Jungen.

Sprachförderung ist eine Voraussetzung für Chancengleichheit

Es wurde danach gefragt, welche Familiensprache in den ersten drei Lebensjahren mit dem Kind bevorzugt gesprochen wurde. Bei etwa $\frac{3}{4}$ der Kinder (73,5%) wird in der Familie nur Deutsch gesprochen, bei 22,6% daneben eine weitere Sprache. In 3,5% der Familien wurde ausschließlich eine andere Sprache gesprochen, darunter Türkisch mit 2,1%, Russisch 0,7% Albanisch 0,3%, Serbokroatisch 0,3%, Italienisch 0,1%. Bei der Gesamtbewertung der Sprache hatten 24,6% einen intensiven Förderbedarf, Jungen öfter als Mädchen (27,2% zu 22,1%). Sprachliche Fähigkeiten sind grundlegend für die Bildungslaufbahn von Kindern und damit für ihre späteren Lebenschancen. Sprache besitzt eine wichtige Schlüsselfunktion zur Integration.

Bei den Impfungen fiel auf, dass bei insgesamt recht guten Impfquoten die Zahlen in den Gemeinden des Ostalbkreises deutlich voneinander abweichen. Die Bandbreite reicht von über 95% (in acht Gemeinden inkl. Aalen) bis hin zu 73,2 % (z. B. in Bopfingen und Unterschneidheim). Hier ist Aufklärungsbedarf gegeben.

Früherkennung gewinnt Zeit für Förderung

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sind geeignet, um Krankheiten früh zu erkennen, Förderbedarf aufzuzeigen und notwendige Maßnahmen -wie beispielsweise Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Heilpädagogik oder Erziehungsberatung- rechtzeitig einzuleiten. Bei älteren Kindern hat sich im Ostalbkreis bereits seit mehreren Jahren die Fragebogenaktion „Impfen und J1“ für die 7. Klassen gut bewährt, um an die in dieser Altersstufe anstehenden Auffrischungsimpfungen und an die Jugendgesundheitsuntersuchung J 1 zu erinnern. Die Ergebnisse zeigen, dass die Impfbereitschaft der Jugendlichen auf Grund dieser Maßnahme zunimmt. Der Geschäftsbereich Gesundheit wird die Aktion daher auch in Zukunft jedes Jahr durchführen.

Übergewicht beginnt oft früh

Übergewicht und Untergewicht: der Großteil der Kinder ist normalgewichtig (81,3 %). 8,6 % der Kinder sind übergewichtig, 2,8 % der Kinder sind stark übergewichtig (adipös). Untergewichtig waren 5,7 % der Kinder, 1,6 % wurden als stark untergewichtig eingestuft. Übergewicht ist längst kein reines Erwachsenenproblem mehr. Im Ostalbkreis ist mehr als jedes zehnte Kind übergewichtig - fast immer stecken falsche Ernährung und Bewegungsmangel dahinter. Studien belegen, dass in Grundschulen mindestens fünf bis sechs Stunden Sport pro Woche in den Stundenplan eingebaut werden müssten, um überhaupt noch einen präventiven Effekt zu erzielen. Daher sind gezielte Bewegungsprogramme bereits in Kita und Kindergarten von größter Wichtigkeit.

Gutes Hören und Sehen ist wichtig für den Schulerfolg

Beim Hören wurde 29,3 % der Kinder ein Arztbesuch empfohlen. Eine ärztliche Abklärung ist erforderlich, wenn die Hörschwelle dauerhaft bei über 20 Dezibel liegt. Im Vergleich zu früheren Jahren 2012-2014 ist ein leichter Anstieg zu erkennen.

Beim Sehen ist eine Abklärung erforderlich, wenn die Sehschärfe bei 0,7 oder darunter liegt. 56 % der Kinder wurde ein Arztbesuch empfohlen. Im Vergleich zu früheren Jahren 2012 bis 2014 zeigt sich, dass die Anzahl der Kinder mit Kontrollempfehlung 2015 um gut 5% höher war als in den zurückliegenden drei Jahren.

Visuomotorik: vom Sehen zum Umsetzen

Visuomotorik ist die motorische Umsetzung der visuellen Wahrnehmung, zum Beispiel beim Abmalen, Spielen und Basteln. Sollte hier ein Förderbedarf festgestellt werden, bietet bereits der Alltag viele Trainingsmöglichkeiten: Ausschneiden sowie Auffädeln, Knöpfe schließen oder Schnürsenkel binden. Altersentsprechende visuomotorische Fähigkeiten sind für das Erlernen von Lesen und Schreiben und somit für einen gelungenen Schulstart sehr wichtig.

Im Untersuchungsjahr 2015 waren 59,3% der Kinder bei der visuomotorischen Untersuchung unauffällig. Eine visuomotorische Schwäche hatten 35,4% der Kinder, eine visuomotorische Störung 5,3%. Im Vergleich zu früheren Jahren nimmt der Anteil der unauffälligen Kinder erfreulicherweise kontinuierlich zu.

5. AUSBLICK

Zu den wesentlichen Aufgaben des kommunalen Gesundheitsdienstes gehört es, auf ein Gesundheitssystem hinzuwirken, das gesundheitsfördernde Entwicklungschancen und die gesundheitliche Versorgung und Förderung **aller** Kinder gewährleistet.

Auf Grundlage umfassender Untersuchungen und Dokumentationen im Bereich der Einschulungsuntersuchung können Analysen für die Gesundheitsthemen Impfschutz, Krankheitsfrüherkennung, Körpergewicht und Entwicklungsstand vorgenommen werden.

Ziel ist es, das vorhandene Präventionssystem zu betrachten und gegebenenfalls in verschiedenen Bereichen noch zu verbessern. Neben verstärkter Öffentlichkeitsarbeit kommt pädagogischen Angeboten zur Stärkung der Elternkompetenz eine vorrangige Bedeutung zu.

Je frühzeitiger und bedarfsgerechter Vorsorge einsetzt, desto wirkungsvoller und kostengünstigster kann das Ergebnis sein. Zwingend sicherzustellen ist hierbei eine tatsächliche Erreichbarkeit der Kinder. Somit wird auch die sozialraumorientierte Steuerung der gesundheitlichen Präventionsangebote zu einer vorrangigen Aufgabe für die kommenden Jahre. Somit dient der ESU-Gesundheitsbericht als ein stabiles Fundament zur Schaffung weiterer positiver Entwicklungsprozesse.