

KINDERGESUNDHEIT IN FRANKFURT

DATEN DES STADTGESUNDHEITSAMTES 2002–2006



Kindergesundheit in Frankfurt

Daten des Stadtgesundheitsamtes 2002 – 2006

Stadtgesundheitsamt Frankfurt
Braubachstr. 18-22
60311 Frankfurt

Berichterstatterin:
Priv.-Doz. Dr. U. Heudorf

Koautoren:
Dr. P. Neumann (Kapitel 2, 4.2 und 4.3)
Dr. B. Krackhardt (Kapitel 3.4)
Dr. U. Behrenbeck (Kapitel 3.6)
Dr. E. Lerman (Kapitel 3.8 und 4.1)

Autoren:
B. Gerhards und Dr. A. Kirschenbauer (Kapitel 5)
Dr. Bausback-Schomakers (Kapitel 6)

Satz: Dr. Mekras, devamed Frankfurt am Main
Druck: Henrich Druck + Medien GmbH, Frankfurt am Main

Frankfurt, im Februar 2008

Dank

Wir danken allen Eltern und Kindern; wir danken den Mitarbeitern des Hauses, die durch die Untersuchung oder Betreuung der Kinder die Grundlage für diesen Bericht gelegt haben. Darüber hinaus gilt unser Dank den Autoren und Koautoren dieses Berichts. Nicht zuletzt bedanken wir uns bei Frau Maier und Herrn Hentschel, deren große Sorgfalt und Arbeit im Umgang mit den umfangreichen Datensätzen die differenzierte Auswertung der Ergebnisse ermöglichte.

Liebe Bürgerinnen und Bürger,
liebe Eltern,

alle Kinder haben das Recht auf die bestmögliche Förderung ihrer Entwicklung. Und Gesundheit ist die Basis aller persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten. Deshalb steht die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu recht immer stärker im Blickpunkt. Bundesweit mehren sich die Berichte über „neue Epidemien“ im Kindes – und Jugendalter wie Übergewicht, Entwicklungsauffälligkeiten oder Sprachstörungen. Die Daten weisen darauf hin, dass soziale Ungleichheit sich heute auch wieder verstärkt in Form schlechter Gesundheitsdaten armer Kinder äußert. Wer soziale Gerechtigkeit will, muss hier ansetzen.



Die kommunale Gesundheitspolitik steht daher vor der Aufgabe, die elterliche Fürsorge – wo nötig – zu fördern und unterstützen. Gezielte Hilfe kann jedoch nur gelingen, wenn wir zuvor klären, wo in Frankfurt am Main die Probleme liegen. Dies leistet der vorliegende Bericht des Stadtgesundheitsamtes „Kindergesundheit in Frankfurt“.

Die im Gesundheitsamt vorliegenden Daten der Einschulungsuntersuchungen sowie der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen wurden ausgewertet und bewertet, so dass wir ein gutes Bild über die gesundheitliche Situation dieser Kinder in Frankfurt haben.

Der Bericht gibt uns wertvolle Hinweise auf besondere Probleme, die wir im Sinne der Chancengleichheit für die Kinder anpacken und lösen müssen. Die Daten liefern genug Stoff, um sich gemeinsam mit vielen Akteuren in den Stadtteilen an die kontinuierliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation aller Kinder in Frankfurt zu machen. Dabei müssen wir unser Augenmerk vor allem auf diejenigen Mädchen und Jungen richten, die unsere Unterstützung besonders benötigen.

Ich wünsche mir ein „Netzwerk Kindergesundheit“ in unserer Stadt, ein Netzwerk mit Eltern, niedergelassenen Ärzten, Kinderkliniken, freien Trägern, Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen, Sportvereinen – mit allen, die dazu beitragen können, die Chancen unserer Kinder auf eine gesunde Entwicklung zu verbessern. Ich bin davon überzeugt, dass dieser Bericht viele Anregungen gibt, vertiefende Fragen zu formulieren und miteinander ins Gespräch zu kommen, um die Situation für die Gesundheit der Kinder in unserer Stadt weiter zu verbessern!

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Manuela Rottmann'. The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Dr. Manuela Rottmann
Dezernentin für Umwelt und Gesundheit
der Stadt Frankfurt am Main

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

hiermit legen wir Ihnen einen Bericht über die in unserem Amt vorhandenen Daten zur Gesundheit von Kindern in unserer Stadt vor. Dieser Bericht zeichnet sich im Gegensatz zu unserem früheren Bericht aus dem Jahr 2001 dadurch aus, dass er nicht nur einen Querschnitt über ein Jahr abbildet, sondern die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen und der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen von 2002 bis 2006 vorstellt. Dies gibt die Möglichkeit, die Daten nicht nur im Hinblick auf mögliche Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen oder einen möglichen Einfluss des Migrationshintergrunds sondern auch nach Trends zu bewerten.



Erfreulich ist, dass der Anteil der Kinder mit dokumentiert vollständigen Vorsorgeuntersuchungen sowie mit einem vollständigen Impfstatus in den letzten Jahren zugenommen hat. Gleichwohl sollen möglichst alle Kinder eine ausreichende Untersuchung und ggf. notwendige Behandlung und /oder Förderung erhalten und Lücken im Impfschutz der Kinder und der Bevölkerung insgesamt müssen weiter geschlossen werden.

Sie alle wissen, dass Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) heute die Volkskrankheit Nummer 1 ist. Es leiden auch immer mehr Kinder unter Übergewicht und den damit verbundenen Gesundheitsrisiken, aber auch unter den psychischen Problemen wie Hänseleien, Isolierung etc.. In Frankfurt hat der Anteil der Kinder mit Übergewicht und Adipositas von 2002 bis 2006 insgesamt nicht weiter zugenommen. Dies ist möglicherweise eine Auswirkung der vielfältigen Angebote zur Vorbeugung der Adipositas bei Kindern in der Stadt. Allerdings sind hier erhebliche Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen sowie zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund sichtbar geworden. Insbesondere Kinder mit Migrationshintergrund Türkei und Maghreb sind doppelt so häufig übergewichtig wie deutsche Kinder. Diese Erkenntnisse müssen in unsere weiteren Präventionsbemühungen einfließen.

Mit Sorge sehe ich jedoch die Zunahme von Entwicklungsauffälligkeiten insgesamt und insbesondere den starken Anstieg der Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung. Auch hier sind Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund besonders betroffen.

Was die Zahngesundheit anbelangt, zeigen die vielfältigen Prophylaxemaßnahmen der jugendzahnärztlichen Abteilung unseres Amtes bzw. des Aktionskreises Jugendzahnpflege offenbar Erfolge: die Rate der 12-Jährigen mit kariesfreiem Gebiss hat deutlich zugenommen; die Ziele der Weltgesundheitsorganisation sind erreicht. Demgegenüber hat immer noch nur etwa die Hälfte der 6/7-jährigen Kinder ein kariesfreies Milchgebiss ohne erkennbaren Trend zur Besserung. Hier ist noch viel zu tun, um das Ziel der Weltgesundheitsorganisation bis 2020 – 80% der 6-Jährigen mit kariesfreiem Milchgebiss – zu erreichen.

Die hier vorgelegten Daten zeigen uns, wo wir die vorhandenen Präventionsprogramme in Zusammenarbeit mit unseren Partnern vertiefen oder ergänzen müssen, um gezielt und gruppenspezifisch für die Kinder Verbesserungen zu erreichen. Dies ist aus meiner Sicht die Verbesserung des Impfstatus, die Erhöhung der Zahngesundheit und die Vorbeugung von Übergewicht, ganz besonders aber die Förderung der Entwicklung der Kinder, insbesondere der Sprachentwicklung. Hier setzt unser Konzept des Betreuungskindes an, d.h. der Begleitung der Kinder mit besonderen gesundheitlichen

oder psychosozialen Problemen. Darüber hinaus hoffen wir, mit unserem kürzlich gestarteten Programm der „frühen Hilfen“ die Familien und Kinder mit besonderem Hilfebedarf besser gezielt unterstützen zu können.

Ich wünsche mir, dass dieser Bericht von Eltern, interessierten Bürgerinnen und Bürgern, Fachleuten und auch politisch Verantwortlichen gelesen und diskutiert wird, damit gemeinsam die richtigen Wege zu einer Verbesserung der Gesundheit und der Entwicklungschancen der Kinder in unserer Stadt beschritten werden.

A handwritten signature in black ink that reads "Sonja Stark". The letters are cursive and fluid.

(Dr. Sonja Stark)

Leiterin des Stadtgesundheitsamtes

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG

1. EINLEITUNG.....	1
2. AUFGABEN DES KINDER- UND JUGENDÄRZTLICHEN DIENSTES DES STADTGESUNDHEITSAMTES FRANKFURT AM MAIN.....	10
3. EINSCHULUNGS-UNTERSUCHUNGEN IN FRANKFURT AM MAIN 2002 - 2006	15
3.1. METHODISCHE ANMERKUNGEN UND ERSTER ÜBERBLICK.....	15
3.2. VORSORGEUNTERSUCHUNGEN	27
3.3. IMPFUNGEN.....	37
3.4. KÖRPERGEWICHT – ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS (FETTLAIBIGKEIT).....	53
3.5. ALLERGIE, ASTHMA, EKZEM UND KRUPP.....	68
3.6. ENTWICKLUNGSAUFFÄLLIGKEITEN	76
3.7. SEHEN UND HÖREN	93
3.8. EINSCHULUNGSUNTERSUCHUNGEN IN ABHÄNGIGKEIT VOM GEBURTSGEWICHT	100
4. VON BEHINDERUNG BEDROHTE UND BEHINDERTE KINDER	107
4.1. SOZIALPÄDIATRISCHE VERSORGUNG VON BEHINDERTEN KINDERN.....	107
4.2. BETREUUNGSKINDER.....	117
4.3. HUMANITÄRE LEISTUNGEN	121
5. KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHE SPRECHSTUNDE.....	125
6. ZAHNGESUNDHEIT BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN.....	130
7. TABELLENVERZEICHNIS.....	147
8. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	150
9. LITERATURVERZEICHNIS.....	153

Zusammenfassung

In dem vorliegenden Bericht werden die im Stadtgesundheitsamt Frankfurt vorliegenden Daten zur Kindergesundheit in Frankfurt vorgestellt. In verschiedenen Kapiteln werden zunächst die Aufgaben und Leistungen des Amtes kurz dargelegt, die sich mit unterschiedlichen Aspekten von Gesundheit bei Kindern befassen, aus kinderärztlicher, sozialpädiatrischer, kinder- und jugendpsychiatrischer und aus zahnärztlicher Sicht. Kernbereich des Berichts sind die Daten der Einschulungsuntersuchungen aus den Jahren 2002-2006 sowie die Daten zur Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen, basierend auf Untersuchungsdaten von Kindern vom Kleinkindalter bis zum Schulkindalter, ebenfalls von 2002 bis 2006.

Daten der Einschulungsuntersuchungen

Bei der Auswertung der insgesamt 26992 Einschulungsuntersuchungen wird stets der Trend über die Jahre 2002 bis 2006, ggf. vorhandene Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen sowie der Einfluss des Migrationshintergrunds* gezeigt; darüber hinaus werden die Daten für die einzelnen Stadtteile aufgeschlüsselt und - soweit vorhanden - auch mit den Daten aus ganz Hessen verglichen. Wesentliche Ergebnisse sind:

Vorsorgeuntersuchungen

Der Anteil der Kinder mit vollständig dokumentierten Vorsorgeuntersuchungen hat von 2002 bis 2006 erfreulicherweise zugenommen von 53,9% auf 57,4%; es zeigten sich keine Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen, aber deutliche Unterschiede in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund. So waren bei 64% der deutschen Kinder vollständige Vorsorgeuntersuchungen zu dokumentieren, im Vergleich mit etwa 45% der Kinder mit Migrationshintergrund Türkei, Balkan oder übriges Europa, während die Kinder mit Migrationshintergrund Maghreb und der übrigen Welt mit 35% resp. 30% abschnitten. – Insgesamt liegt der Anteil der Kinder mit vollständigem Vorsorgestatus in Frankfurt etwa 10% unter der Rate in ganz Hessen.

Impfungen

Von 2002 bis 2006 hat der Anteil der Kinder, die alle empfohlenen Impfungen dokumentiert erhalten hatten, von 47% auf 56% zugenommen. Im Jahr 2006 waren bei über 80% der Kinder vollständige Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung, Keuchhusten und Hämophilus influenzae dokumentiert, 77% der Kinder hatten einen vollständigen Impfschutz gegen Hepatitis B und 66% gegen Masern, Mumps und Röteln. – Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen ergaben sich nicht. Kinder mit Migrationshintergrund Türkei, Balkan oder Maghreb wiesen mit 53-58% häufiger einen vollständig dokumentierten Impfschutz auf als deutsche Kinder ohne Migrationshintergrund bzw. Kinder aus dem nichteuropäischen Ausland (50%). – Im Vergleich mit Hessen sind die dokumentierten Impfraten in Frankfurt um ca. 5% niedriger, bei Masern/Mumps/Röteln um ca. 10%.

Übergewicht und Adipositas

Insgesamt waren über alle Jahre 7,3% der Kinder übergewichtig und weitere 5,8% adipös (fettleibig); von 2002 bis 2006 deutet sich eine Abnahme des Anteils adipöser Kinder an, während dieser Trend beim Übergewicht nicht erkennbar ist. Mädchen sind häufiger übergewichtig als Jungen, dafür seltener fettleibig. Etwa 10% der deutschen Kinder ohne Migrationshintergrund sind übergewichtig oder fettleibig. Diese Rate ist bei Kindern mit Migrationshintergrund deutlich höher: mehr als 20% der Jungen mit Migrationshintergrund Türkei oder Maghreb sind betroffen, unter den Mädchen sind die Mäd-

* Ein Kind mit Migrationshintergrund ist entweder ein Kind, das selbst aus einem anderen Land zugewandert ist oder von welchem mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist. Darüber hinaus wird die zu Hause gesprochene Sprache als Indikator für einen Migrationshintergrund berücksichtigt.

chen mit türkischem Migrationshintergrund am häufigsten übergewichtig (23,3%). – Insbesondere in den westlichen Stadtteilen mit einem hohen Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund ist die Rate übergewichtiger und adipöser Kinder am höchsten. – Einschüler aus Frankfurt sind im Vergleich mit Hessen etwas häufiger übergewichtig oder adipös. Bei gleich bleibendem Anteil übergewichtiger Kinder in Hessen und einer leicht abnehmenden Tendenz in Frankfurt wird der Unterschied in den letzten Jahren kleiner (2002: 2,2%; 2006: 1,1%).

Allergie, Asthma, Krupp-Husten und Ekzem

Nach Angaben der Eltern im Elternfragebogen hatten oder haben insgesamt 6,5% der Kinder eine Allergie, 1,6% Asthma, 3,2% Krupp-Husten und 3,1% ein Ekzem. Über die Jahre ist ein zunehmender Trend bei Allergie und Krupp erkennbar, während die Angaben zu Asthma relativ konstant geblieben sind und die Nennungen von Ekzem leicht abgenommen haben. - Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen; diese Beobachtung stimmt mit vielen anderen Untersuchungen überein. - Alle diese Erkrankungen wurden – ebenfalls in Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen - von Eltern deutscher Kinder ohne Migrationshintergrund sehr viel häufiger genannt als von Familien mit Migrationshintergrund. Hinweise aus anderen Untersuchungen zeigen aber, dass diese Unterschiede methodisch bedingt sein können und auch ggf. von Sprachverständnisschwierigkeiten und anderem Gesundheitsverständnis mit beeinflusst sein können, so dass eine weitergehende Bewertung nicht gut möglich ist.

Entwicklungsauffälligkeiten - Sprachentwicklung

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wurden bei jedem fünften Kind (21,2%) eine oder mehrere umschriebene Entwicklungsauffälligkeiten festgestellt: am häufigsten werden Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung gefunden, die darüber hinaus einen noch ansteigenden Trend zeigen von 11,2% im Jahr 2002 bis 13,4% im Jahr 2006. Auffälligkeiten an anderen Entwicklungsbereichen sind demgegenüber weniger häufig festzustellen, auch sind hier keine klaren Trends zu beobachten: Auffälligkeiten in der Bewegung (Neuromotorik) 8,8%, der Psyche 6,4%, der Wahrnehmung 6,5%, der geistigen Entwicklung 7,2%. – Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund weisen bei allen Entwicklungsbereichen häufiger Auffälligkeiten auf als Kinder ohne Migrationshintergrund; Kinder mit Migrationshintergrund Türkei oder Balkan sind besonders häufig betroffen. Sprachauffälligkeiten beispielsweise nahmen von 2002 bis 2006 bei deutschen Kindern von 8 auf 12% zu, bei Kindern mit Migrationshintergrund Türkei oder Maghreb von 15 auf 18%. - Bei der Betrachtung der Stadtteile zeigt sich, dass Kinder der zentrumsnahen Stadtteile – Altstadt, Innenstadt und Bahnhofsviertel - am häufigsten Sprachauffälligkeiten aufweisen.

Sehen und Hören

Bei insgesamt 13,5% der Kinder wurde eine Sehstörung festgestellt; jeweils die Hälfte der Befunde war bereits bekannt und behandelt bzw. wurde erstmals gefunden. Beim Hörtest wiesen 4,5% der Kinder auffällige Befunde auf, die zu 40% bereits bekannt waren. – Eindeutige, über alle Jahre nachweisbare Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen zeigten sich nicht. – Kinder mit Migrationshintergrund wiesen häufiger Seh- und Hörstörungen auf, insbesondere erstmals festgestellte Befunde. – Bei Betrachtung der Stadtteile zeigte sich, dass Kinder aus den zentrumsnahen Bereichen sowohl von Seh- als auch von Hörstörungen am häufigsten betroffen waren – Im Vergleich mit Hessen werden bei den Kindern aus Frankfurt etwas seltener Sehstörungen, aber – in den letzten Jahren ansteigend – zunehmend Hörstörungen gefunden.

Gesundheitsbefunde ehemaliger sehr kleiner Frühgeborener

Die Daten der Einschulungsuntersuchung wurden auch ausgewertet im Hinblick auf das Geburtsgewicht der Kinder. Betrachtet wurden alle Kinder mit Geburtsgewichten von 420 g bis über 5000 g. Bei der Einschulungsuntersuchung zeigen sich noch signifikante Zusammenhänge zwischen Geburtsgewicht und aktuellem Körperlängen- und Gewichtsstatus der Kinder. Ehemals sehr kleine Frühgeborene (unter 750 g Geburtsgewicht) waren um 6 cm kleiner und um 3,5 kg leichter als Kinder mit

einem Geburtsgewicht von 2500-4000 g. Nach Elternangaben ergaben sich keine Hinweise, dass ehemals sehr kleine Frühgeborene häufiger an Allergien, Krupp-Husten und Ekzem leiden, hier deuteten sich eher positive Assoziationen mit einem sehr hohen Geburtsgewicht an. Asthma wurde jedoch häufiger bei Kindern mit ehemals sehr niedrigem Geburtsgewicht angegeben. Ehemals sehr kleine Frühgeborene hatten häufiger eine Sehstörung und Entwicklungsauffälligkeiten als ehemals normalgewichtige Neugeborene. Gleichwohl ist festzustellen, dass auch bei mehr als der Hälfte der Kinder mit einem Geburtsgewicht von weniger als 750g keine Sehstörungen oder Entwicklungsauffälligkeiten dokumentiert waren.

Daten zur Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen

Der zahnärztliche Dienst des Amtes führt jährlich mehr als 27.000 Vorsorgeuntersuchungen bei Schulkindern durch, in dem Berichtszeitraum 2002 bis 2006 betraf dies insgesamt 114280 Vorsorgeuntersuchungen. Im gleichen Zeitraum wurden begleitend 67104 Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung, d.h. lokale Fluoridierung, durchgeführt.

Im Berichtszeitraum blieb der Anteil der 6/7-jährigen Kinder mit einem kariesfreien Milchgebiss weitgehend konstant bei 52%. Demgegenüber konnte nicht zuletzt durch die umfangreichen Vorsorge- und Fluoridierungsmaßnahmen der Anteil der 12-Jährigen mit kariesfreiem Gebiss von 51% auf 57,5% gesteigert werden, bei den untersuchten 15-Jährigen sogar von 26% auf 37,5%. Es zeigte sich eine klare Abhängigkeit von der Schulform: während 59% der untersuchten 12-Jährigen aus Gesamt- und Realschulen ein kariesfreies Gebiss aufwiesen, waren es nur 52% der Hauptschüler und 45% der Förderschüler.

Bei den 12-Jährigen Frankfurter Schulkindern insgesamt wird das Gesundheitsziel der Weltgesundheitsorganisation für 2000 sehr gut erfüllt und das Ziel für 2010 nahezu bereits erreicht. Für 6-Jährige forderte die Weltgesundheitsorganisation 1979, dass bis zum Jahre 2000 mehr als 50% der Kinder ein kariesfreies Milchgebiss haben sollen, bis zum Jahre 2020 sollen es 80% sein. Das Gesundheitsziel von 2000 ist sicher erreicht, von dem Ziel für 2020 sind die Frankfurter Kinder derzeit noch weit entfernt.

1. Einleitung

Kinder- und Jugendgesundheit vom repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitssurvey in Deutschland KiGGS zur spezifischen Situation in der Stadt Frankfurt am Main

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen steht immer mehr im Blickpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. Während bedrohliche körperliche Erkrankungen und Infektionen heute nicht mehr im Zentrum stehen, mehren sich Berichte über neue Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen, die neuen Epidemien – im Zusammenhang mit Bewegungsarmut, Medienkonsum, Vereinzelung, Isolierung u. v. m. Verschiedene Themen haben in den letzten Jahren große öffentliche Aufmerksamkeit erlangt, sei es die Frage der Vernachlässigung von Kindern, der Adipositasepidemie, der zunehmenden Probleme im Bewegungsbereich oder psychosoziale Probleme, aber auch Gewalt, Sucht etc. Oft fehlten aber genaue Datengrundlagen und Kenntnisse zu Ursachen dieser Probleme. Solche Daten brauchen aber Politik und Gesellschaft, um wirksame und erfolgreiche Präventionsstrategien zu entwickeln und zu etablieren.

Vor diesem Hintergrund ist der im letzten Jahr abgeschlossene Kinder- und Jugendgesundheitssurvey KiGGS des Robert Koch-Instituts von nicht zu überschätzendem Wert. So wurden in dieser von 2003 bis 2006 durchgeführten repräsentativen Untersuchung bei etwa 18000 Kindern und Jugendlichen in Deutschland zahlreiche Daten erfragt und Befunde erhoben – zu unterschiedlichsten Problemfeldern im Bereich der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie zu Risikofaktoren, die die Entwicklung und die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland bedrohen können.

Im KiGGS wurden Daten erhoben zu folgenden Themen:

- körperliche Beschwerden und Befinden
- akute und chronische Krankheiten
- Behinderungen
- psychische Gesundheit und Verhaltensauffälligkeiten incl. Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom
- subjektive Gesundheit (Lebensqualität)
- Ernährung, Essstörung
- Körpermaße, Übergewicht und Fettleibigkeit
- Gesundheitsverhalten
- Freizeitaktivitäten, Nutzung elektronischer Medien, Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum
- Gewalterfahrung
- Medikamentenkonsum
- Impf- und Immunstatus
- Sportliche Aktivität und Ausdauer
- Sehvermögen
- Blutdruck
- Blut- und Urinanalytik einschließlich Jodversorgung und Schilddrüsen-Sonographie
- umweltbedingte Schadstoffbelastung im Umfeld, aber auch im Human-Biomonitoring (d.h. innere Belastung).

Betrachtet wurden insbesondere auch unterstützende Merkmale wie soziale Kontakte, soziales Netz, Unterstützungssysteme, die Ansätze und Chancen zur Verbesserung der Situation und Problemlösung geben können.

Im Rahmen der KiGGS-Studie war es eine wichtige Aufgabe, die Gesundheitschancen und die Krankheitsrisiken der Kinder und Jugendlichen in Deutschland auch im Hinblick auf soziale Ungleichheiten zu analysieren. Gemessen wurde der soziale Status anhand von Angaben der Eltern zu ihrer Schulbildung und beruflichen Qualifikation, ihrer beruflichen Stellung und zum Haushaltsnettoein-

kommen, die gemäß den Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie erhoben wurden (Lange et al., 2007). Darüber hinaus wurde der Frage des Migrationshintergrunds eine große Aufmerksamkeit geschenkt. Als Migranten wurden Kinder und Jugendliche definiert, die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder von denen beide Eltern zugewandert oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind. Waren keinerlei Informationen zu sämtlichen genannten Variablen vorhanden, wurde die zu Hause gesprochene Sprache als Indikator für einen Migrationshintergrund berücksichtigt (Schenk et al., 2007).

Erste Auswertungen wurden vor wenigen Monaten in einer umfangreichen, ca. 400-seitigen Basispublikation im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht. Diese steht allen Interessierten im Internet zur Verfügung (www.kiggs.de).

Zur Frage nach dem wichtigsten Ergebnis dieser großen Studie schreibt die Leiterin der Studie, Frau Prof. Dr. Bärbel-Maria Kurth:

„Darüber lässt sich sicherlich streiten, zumal auch noch gar nicht alle Ergebnisse bekannt sein können. Aus Sicht der Autorin ist jedoch die im Sinne von Public Health schwerwiegendste Erkenntnis die, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien nicht nur in einzelnen Bereichen von Gesundheit und Lebensqualität benachteiligt sind, sondern in durchweg allen. Hier findet man eine Häufung von Risikofaktoren (wie Tabak-, Alkohol- oder Drogenkonsum, exzessiver Medienkonsum, Bewegungsarmut), eine Häufung von Unfällen, eine schlechtere gesundheitliche Versorgung, häufiger psychische Auffälligkeiten. Damit gibt es eindeutig zu definierende Risikogruppen bei den Kindern und Jugendlichen, die eine Förderung insgesamt benötigen, nicht nur in gesundheitlichen Bereichen, sondern auch auf dem Gebiet von Bildung, Sport, Freizeitangeboten, schulischer Verpflegung und vielem anderen mehr. ... Das sind keine Probleme, die durch die Familien allein zu lösen sind. Hier stehen wir vor der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, für alle Jugendliche gleiche Chancen einzuräumen, auch auf gesundheitlichem Gebiet. Wenn es allerdings um konkrete Aktivitäten zur Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher geht, dann ist der ÖGD zu stärken. ... Hier existieren bereits sehr viele sinnvolle Ansätze – oder sie existieren auch nicht mehr, weil sie wegen Mittelknappheit eingestellt werden mussten. Die Ergebnisse des KiGGS geben ausreichend Anlass, darüber neu nachzudenken.“ (Kurth, 2007).

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist also angesprochen. Seine Aufgabe besteht u. a. in dem Schutz und der Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Durch die Schuleingangsuntersuchungen hat dieser die Möglichkeit, die Situation der Einschüler – über die individuelle Beratung und Förderung der Kinder hinaus – detailliert im regionalen Bereich zu betrachten und risikogruppenorientiert bzw. kleinräumig im Stadtbereich Probleme und Risiken zu erfassen, hierüber im Sinne einer Gesundheitsberichterstattung zu berichten und gezielt Abhilfemaßnahmen zu entwickeln und anzuregen.

Kleinräumige, kommunale Gesundheitsberichterstattung soll Grundlage sein für kommunale Planungs- und Umsetzungsprozesse. In diesem Sinne wird hier – nach einem ersten Schwerpunktbereich „Kinder- und Jugendgesundheit“ des Gesundheitsamtes im Jahre 2001 und nach einem ersten Spezialbericht zu umweltmedizinischen Fragen vor wenigen Monaten, im Sommer 2007 – ein umfassender Bericht zur gesundheitlichen Lage der Kinder in Frankfurt vorgelegt, basierend auf den Einschulungsuntersuchungen, den sozialpädiatrischen Aktivitäten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes in der Stadt, des kinderpsychiatrischen Dienstes sowie des Jugendzahnärztlichen Dienstes und des Arbeitskreises Jugendzahnpflege Frankfurt.

Unter Berücksichtigung der aktuellen repräsentativen Ergebnisse des KiGGS werden auch risikogruppenspezifische Betrachtungen angestellt und Auswertungen vorgenommen, nach Migrationshintergrund oder Arbeitslosigkeit bzw. kleinräumigem Stadtteilbezug – möglichst auf Grundlage individueller, ggf. auch auf Grundlage zusammengefasster (aggregierter) Daten.

Migration – Kinder aus Migrantenfamilien:

„Ein bedeutender Teil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wächst in Migrantenfamilien auf. Migration prägt in spezifischer Art und Weise ihre Lebenswelt, ob selbst zugewandert oder in nachfolgenden Generationen geboren. Die Auswanderung ist selten ein individuell gefasster Entschluss. Vielmehr ist sie ein Familienprojekt, d. h. ein kollektiver Lebensentwurf, der die Gesamtfamilie und auch zukünftige Generationen einschließt.

Aber nicht nur die Erwartungen, die Eltern an die Zukunft ihrer Kinder richten, lassen die Migration zu einem generationenübergreifenden Prozess werden. In Deutschland wird mittlerweile eine Verschiebung der Bildungsbenachteiligung von der Arbeitertochter zum Migrantensohn aus bildungsschwachen Familien konstatiert [1]. Während in den 1960er-Jahren die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht und zum Arbeiterstand mit der geringsten Chance auf einen hohen Bildungsabschluss assoziiert war, bestimmt heute die ethnische Zugehörigkeit als eine „neue“ Dimension die Chancenstruktur im Bildungssystem.

Eine ungesicherte aufenthaltsrechtliche Perspektive, Segregations- und Ethnisierungstendenzen sowie eine soziale und schulische Benachteiligung sind weitere Bedingungen im Zuwanderungsland, die die Lebenssituation der Nachfolgenerationen anders als die der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund beeinflussen können. Damit besitzen Migranten schlechtere Startchancen für ihr berufliches, soziales und möglicherweise auch für ein gesundes Leben.

Im Vergleich zur Erwachsenengeneration stellt der Migrationsprozess zudem besondere Anforderungen an die Kinder und Jugendlichen. Im Zuge rascherer Anpassungsleistungen wie Spracherwerb und Aufbau sozialer Kontakte übernehmen Migrantenkinder oftmals die Rolle als Vermittler zwischen Eltern und Aufnahmegesellschaft und somit bereits im Kindesalter Erwachsenenfunktionen. Insbesondere Jugendliche erfahren unter Umständen eine Diskrepanz zwischen der tradierten Denkweise der Familie und den Normen und Werten der Zuwanderungsgesellschaft und erleben sich auf eine sehr widersprüchliche Weise als Wanderer zwischen verschiedenen kulturellen Welten.

Ob und welche gesundheitlichen Konsequenzen diese skizzierten Rahmenbedingungen für Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien haben, ist bislang nicht zuverlässig geklärt. Trotz ihrer zahlenmäßigen Präsenz ist nur wenig bekannt über ihre gesundheitliche Situation. Daten der amtlichen Statistik, die überwiegend nach dem Merkmal der Staatsangehörigkeit differenzieren, können Migrantenkinder in einem immer geringeren Maße identifizieren und stellen für diese Gruppe eine wenig aussagekräftige Datenbasis dar.

... Insbesondere Schuleingangsuntersuchungen berichten in einigen Bereichen im Vergleich zu Nicht-Migranten größere Gesundheitsrisiken wie ein häufigeres Übergewicht und eine seltenere Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen, in anderen Bereichen wird eine geringere Gefährdung wie etwa eine seltenere Betroffenheit von Atopien und eine teilweise größere Impfbereitschaft festgestellt [2, 3, 4, 5]. ... Der Migrationshintergrund wird in den Schuleingangsuntersuchungen uneinheitlich, in vielen Bundesländern gar nicht erfasst.

... Repräsentative bundesweite Survey- Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien lagen bis dato nicht vor. Mit der Integration eines migrationsspezifischen Zugangs ist es im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) gelungen, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund entsprechend ihrem Anteil in der Bevölkerung an einem bundesweiten Gesundheitssurvey in Deutschland zu beteiligen. –

Als Migranten wurden Kinder und Jugendliche definiert, die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder von denen beide Eltern zugewandert oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind. Waren keinerlei Informationen zu sämtlichen genannten Variablen vorhanden, wurde die zu Hause gesprochene Sprache als Indikator für einen Migrationshintergrund berücksichtigt.“ (Schenk et al., 2007).

Was hat KiGGS zu Migration gezeigt?

„Ein Viertel der Kinder mit Migrationshintergrund ist selbst zugewandert, drei Viertel sind in Deutschland geboren und damit der zweiten oder auch dritten Einwanderungsgeneration zuzurechnen. ... Es zeigten sich große Unterschiede in der sozialen Lage: Unter den Migranten sind fast doppelt so viele Hauptschüler als unter den Nichtmigranten, dafür weniger Gymnasiasten und Realschüler. Auch der Anteil arbeitsloser Eltern liegt in der Migrantengruppe 3-mal höher. Insgesamt stammen Migrantenkinder deutlich häufiger aus Familien mit niedrigem sozialem Status als Kinder ohne Migrationshintergrund. .. Zusätzlich zeigt sich ein ausgeprägtes Stadt-Land-Gefälle mit fast 7-mal mehr Migrantenkindern in den Großstädten als in den ländlichen Gebieten.“

Aus: Schenk et al., 2007



Kinder in Frankfurt

Kindheit wird im engen familiären und regionalen Bezug ge- und erlebt. Kindheit findet im Stadtteil statt – während andere Altersphasen von größerer Mobilität gekennzeichnet sind. Die Situation in der Familie, in der Stadt, im Stadtteil gibt damit die Möglichkeiten und Grenzen für die allgemeine und gesundheitliche Entwicklung der dort lebenden Kinder vor. Die Rahmenbedingungen für die Kinder werden also nicht primär durch die Großstadt Frankfurt insgesamt geprägt, sondern ganz speziell im Stadtteil, oft sogar noch kleinräumiger im Stadtbezirk. Wichtig ist die kleinräumige, stadtteil-bezogene Sozial- und Infrastruktur. Diese kann der Entwicklung der Kinder förderlich sein, aber im ungünstigen Fall die Entwicklungspotentiale der Kinder auch einschränken.

Jeder Stadtteil ist anders und hat Besonderheiten. Nur in Kenntnis dieser Besonderheiten können z. B. Hemmnisse für die gesunde Entwicklung von Kindern erkannt und zielorientiert Abhilfe geschaffen werden. Die statistischen Jahresberichte des Bürgeramts für Statistik und Wahlen der Stadt Frankfurt am Main geben Auskunft zu vielen Daten und Fakten. Wesentliche Punkte daraus, die für den vorliegenden Bericht zur Kindergesundheit in Frankfurt wichtig sind, sollen zunächst vorgestellt werden.

Die erste – erfreuliche – Kenntnis ist: Es gibt wieder mehr Kinder in Frankfurt. Nachdem die Anzahl der Kinder der Geburtsjahrgänge 1991 bis 1999 stets unter 5.500 blieb, ist in den letzten Jahren eine Zunahme der Kinderzahl pro Geburtsjahrgang zu beobachten: im Jahr 2003 wurde die Zahl 6000/Jahrgang erstmals überschritten, der Geburtsjahrgang 2006 umfasst sogar 6740 Kinder (Tabelle 1-1). Dies ist auch am Altersaufbau der Stadt Frankfurt gut zu erkennen (Abbildung 1-1). Tabelle 1-1 zeigt ab dem Jahr 2000 eine deutliche Veränderung im Hinblick auf ausländische Kinder. Waren zuvor bis ca. 30% der Kinder als Ausländer angegeben, sind es seit dieser Zeit um bis wenig mehr als 10%. Dies ist auf die zum 1. Januar 2000 in Kraft getretene Reform des Staatsangehörigkeitsrechts zurückzuführen, wonach das Abstammungsprinzip durch das Territorialprinzip ergänzt wurde. Die Folge ist, dass in Deutschland geborene Kinder – unabhängig von ihrer Abstammung – Deutsche sind. Dies zeigt auch Abbildung 1-1 sehr anschaulich (zu Definitionen nach Melderecht s. Kästchen).

Geburtsjahr	Kinder insgesamt	Davon Ausländer	
		Anzahl	Prozent
1991	5502	1513	27,5
1992	5390	1572	29,2
1993	5345	1513	28,3
1994	5270	1581	30,0
1995	5164	1504	29,1
1996	5373	1639	30,5
1997	5391	1508	28,0
1998	5468	1529	28,0
1999	5408	1530	28,3
2000	5442	514	9,4
2001	5608	513	9,1
2002	5752	783	13,6
2003	5940	920	15,5
2004	6270	838	13,4
2005	6683	766	11,5
2006	6740	728	10,8

Tabelle 1-1: Kinder in Frankfurt - Bürgeramt Statistik und Wahlen, Statistischer Jahresbericht, Frankfurt, 2007

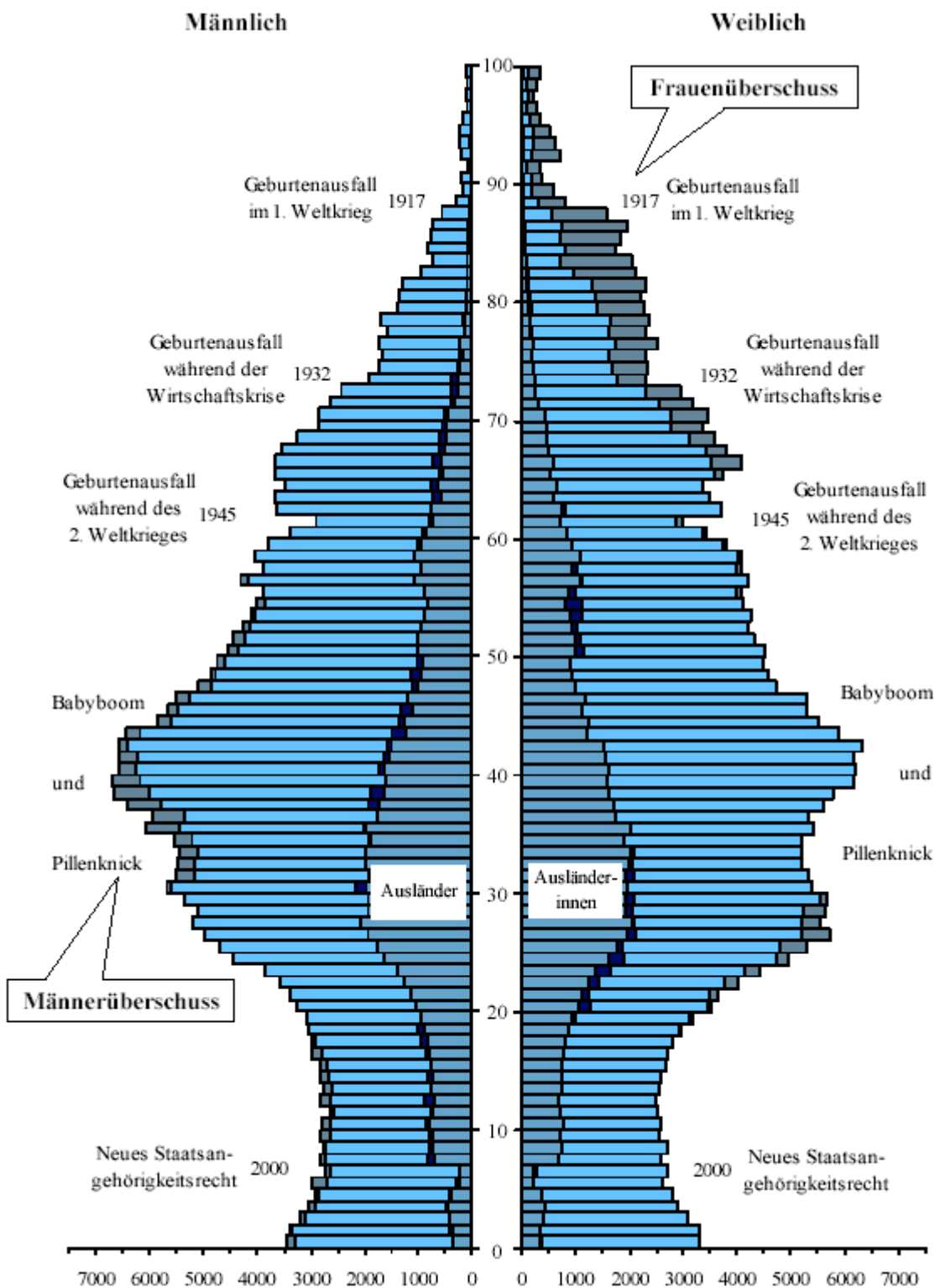


Abbildung 1-1: Altersaufbau der Bevölkerung in Frankfurt am Main am 31. Dezember 2006

Quelle: Bürgeramt, Statistik und Wahlen / Frankfurt am Main, Statistischer Jahresbericht 2007

Definitionen nach Melderecht:**Deutscher – Ausländer**

„Vor der Reform des Staatsangehörigenrechts galt alleine das Abstammungsprinzip: Ein Kind ausländischer Eltern ist Ausländer/in; ein Kind ist Deutsche/r, wenn zumindest ein Elternteil deutsche/r Staatsangehörige/r ist. Dieses Abstammungsprinzip wurde im Jahre 2000 durch das Territorialprinzip ergänzt, nach dem die Geburt auf einem Staatsgebiet zum Erwerb dieser Staatsangehörigkeit führt. Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten in Deutschland geborene Kinder ausländischer Eltern kraft Gesetz die deutsche Staatsangehörigkeit und zusätzlich die Staatsangehörigkeit der Eltern. Für Kinder unter 10 Jahre konnte auf Antrag bis zum 31.12.2000 ein Anspruch auf Einbürgerung geltend gemacht werden. Grundsätzlich gilt das sog. Optionsmodell, d.h. nach der Volljährigkeit bis zum 23. Lebensjahr müssen sich die Betroffenen für die deutsche oder die ausländische Staatsangehörigkeit entscheiden.“

Deutsche Einwohner/innen mit Migrationshinweisen:

„Hierzu zählen Kinder, die durch Geburt oder Einbürgerung bis zum 10. Lebensjahr die deutsche Staatsangehörigkeit nach dem Optionsmodell erhalten haben, Personen mit einer weiteren Staatsangehörigkeit sowie Eingebürgerte, nicht aber Spätaussiedler/innen.“

Quelle: Bürgeramt, Statistik und Wahlen / Frankfurt am Main, Statistischer Jahresbericht 2007

Die Verteilung und Zusammensetzung der Bevölkerung und die sozialen Bedingungen in den verschiedenen Stadtteilen sind sehr unterschiedlich. Tabelle 1-2 zeigt die Bevölkerung insgesamt, den Anteil der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren sowie den Anteil der ausländischen Bevölkerung insgesamt und den bei Kindern und Jugendlichen. Das Umfeld der Kinder wird auch durch den Sozialstatus im Stadtteil geprägt; ein wichtiger Faktor ist dabei die Arbeitslosigkeit. Auch hier gibt es deutliche Unterschiede. Die Arbeitslosenquote liegt in Harheim und im Westend-Süd mit unter 4% am niedrigsten, in Höchst, Riederwald und Fechenheim beträgt die Arbeitslosigkeit dagegen über 12% und ist damit 3mal so hoch wie im Stadtteil mit der niedrigsten Arbeitslosendichte (Statistisches Jahrbuch Frankfurt 2007, Stand Ende 2006) (Tabelle 1-2, Abbildung 1-2).

StadtteilNr	StadtteilName	Bevölkerung (Ende 2006)	Bevölkerung unter 18 J (Ende 2006)	Anteil < 18 J/ Gesamtbevölkerung	Ausländer insg. (Ende 2006)	Ausländeranteil insgesamt	Ausländer unter 18 J (Ende 2006)	Ausländeranteil unter 18-Jährige	Arbeitslose gesamt (15.06.2006)	Spez. Arbeitslosen- dichte (15.06.2006)
1	Altstadt	3 409	342	10,0	1 063	31,2	92	26,9	229	9,4
2	Innenstadt	6 115	541	8,8	2 719	44,5	223	41,2	545	11,7
3	Bahnhofsviertel	2 306	170	7,4	1 274	55,2	70	41,2	293	14,9
4	Westend-Süd	16 052	1 975	12,3	3 975	24,8	414	21,0	398	3,4
5	Westend-Nord	7 774	1 117	14,4	2 081	26,8	318	28,5	333	6
6	Nordend-West	26 860	3 254	12,1	5 672	21,1	479	14,7	984	4,9
7	Nordend-Ost	24 512	2 904	11,8	5 878	24,0	573	19,7	1310	7
8	Ostend	25 246	2 918	11,6	7 378	29,2	781	26,8	1538	8,4
9	Bornheim	24 542	3 056	12,5	6 063	24,7	678	22,2	1344	7,8
10	Gutleutviertel	5 454	630	11,6	2 364	43,3	250	39,7	534	13,2
11	Gallusviertel	24 615	3 911	15,9	10 609	43,1	1 439	36,8	2626	14,8
12	Bockenheim	30 652	3 849	12,6	9 102	29,7	892	23,2	1657	7,3
13	Sachsenhausen-Nord	28 011	3 832	13,7	6 637	23,7	725	18,9	1237	6
14	Sachsenhausen-Süd	24 671	3 123	12,7	5 069	20,5	538	17,2	888	5,4
16	Oberrad	11 831	1 684	14,2	3 026	25,6	408	24,2	733	8,9
17	Niederrad	21 287	2 964	13,9	6 134	28,8	783	26,4	1132	7,5
18	Schwanheim	20 131	3 808	18,9	3 889	19,3	653	17,1	997	7,8
19	Griesheim	21 014	3 562	17,0	7 304	34,8	1 131	31,8	1660	11,1
20	Rödelheim	16 525	2 478	15,0	4 691	28,4	628	25,3	1146	9,9
21	Hausen	6 792	1 221	18,0	2 055	30,3	380	31,1	406	8,9
22	Praunheim	15 347	2 669	17,4	3 146	20,5	543	20,3	790	7,9
24	Heddernheim	16 262	3 019	18,6	3 375	20,8	513	17,0	954	8,9
25	Niederursel	14 472	2 728	18,9	3 324	23,0	608	22,3	785	8,9
26	Ginnheim	15 949	3 447	21,6	3 760	23,6	693	20,1	1023	9,8
27	Dornbusch	17 132	2 425	14,2	3 197	18,7	359	14,8	654	5,8
28	Eschersheim	13 503	2 140	15,8	2 409	17,8	334	15,6	623	6,9
29	Eckenheim	13 651	2 336	17,1	3 680	27,0	539	23,1	893	9,8
30	Preungesheim	11 406	2 375	20,8	2 977	26,1	509	21,4	766	10,4
31	Bonames	6 033	1 069	17,7	1 168	19,4	166	15,5	383	9,7
32	Berkersheim	3 224	794	24,6	535	16,6	121	15,2	131	6,3
33	Riederwald	4 625	770	16,6	1 130	24,4	138	17,9	384	12,3
34	Seckbach	9 343	1 432	15,3	1 819	19,5	226	15,8	455	7,6
35	Fechenheim	15 270	2 975	19,5	5 298	34,7	928	31,2	1420	14,2
36	Höchst	13 117	2 674	20,4	5 073	38,7	886	33,1	1157	12,4
37	Nied	17 017	3 058	18,0	5 166	30,4	835	27,3	1214	10,5
38	Sindlingen	8 569	1 548	18,1	1 944	22,7	335	21,6	552	9,8
39	Zeilsheim	11 553	2 089	18,1	2 504	21,7	466	22,3	659	8,8
40	Unterliederbach	13 602	2 436	17,9	3 347	24,6	543	22,3	814	9
41	Sossenheim	15 076	2 979	19,8	4 076	27,0	743	24,9	1105	11
42	Nieder-Erlenbach	4 321	849	19,6	444	10,3	63	7,4	114	4
43	Kalbach-Riedberg	6 473	1 498	23,1	923	14,3	177	11,8	210	4,9
44	Harheim	3 735	627	16,8	385	10,3	68	10,8	98	3,9
45	Nieder-Eschbach	11 274	2 090	18,5	1 990	17,7	311	14,9	647	8,6
46	Bergen-Enkheim	16 863	1 606	9,5	2 497	14,8	269	16,7	584	5,2
47	Frankfurter Berg	6 590	1 434	21,8	1 524	23,1	266	18,5	423	9,3
	Gesamt	632206	99406	22,2	162674	25,7	22094	22,2	37229	8,5

* in Sachsenhausen Süd enthalten

Tabelle 1-2: Einwohner, Ausländeranteil sowie Arbeitslosigkeit in verschiedenen Stadtteilen (Bürgeramt Statistik und Wahlen: Stat. Jahrbuch 2007)

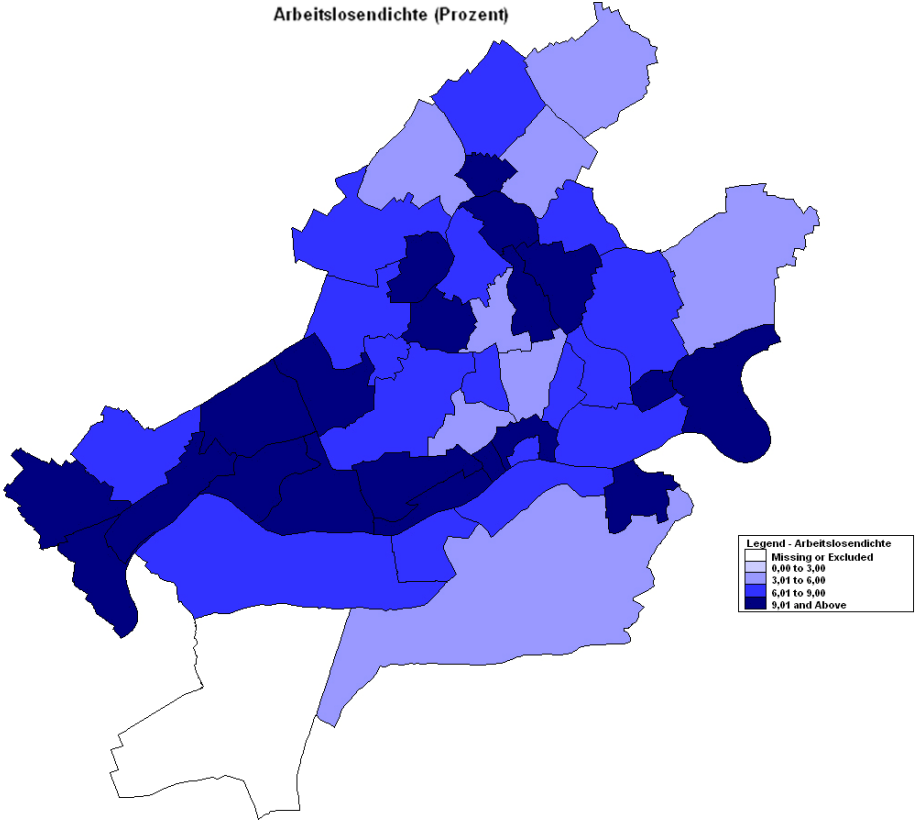
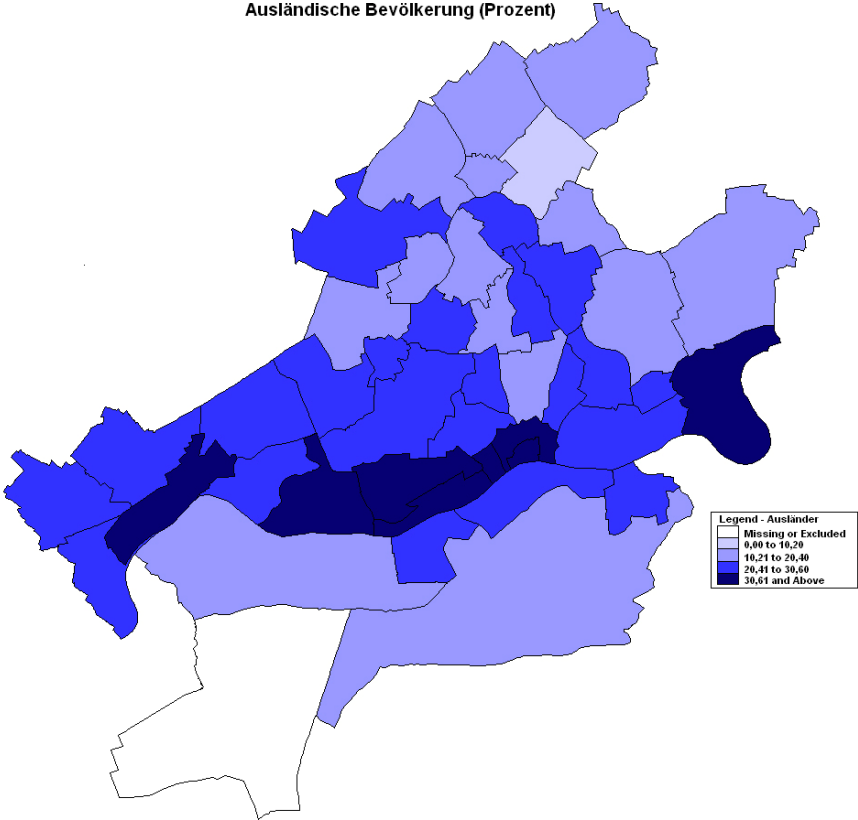


Abbildung 1-2: Ausländeranteil und Arbeitslosendichte in den einzelnen Stadtteilen – Frankfurt am Main

2. Aufgaben des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Stadtgesundheitsamtes Frankfurt am Main

Der öffentliche Gesundheitsdienst und insbesondere auch der Kinder- und Jugendärztliche Dienst waren immer je nach gesundheitlicher Lage der Kinder in der Gesellschaft großen Veränderungen unterworfen. Die Aufgabenfelder des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes stellen stets Antworten auf den gesundheitlichen Zustand und die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen einer Gesellschaft dar mit dem zentralen Ziel einer gesunden Entwicklung der Kinder. Für Frankfurt zeigt dies eindrücklich das entsprechende Kapitel in der Monographie „Vom stede arzt zum Gesundheitsamt“ (Bauer et al. 1992). Waren nach dem Zweiten Weltkrieg eine hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit, Infektionserkrankungen, Rachitis, Mangelernährung zu verzeichnen, wurde diesen Problemen mit entsprechenden Maßnahmen wie Mütterberatung, Ernährungsberatung, Schulspeisung und öffentlichen Impfprogrammen wirkungsvoll begegnet. Mit zunehmender Verbesserung der Versorgungssituation konnten diese wieder aufgegeben werden. Die früher gefürchteten Infektionserkrankungen wie Diphtherie, Kinderlähmung, Keuchhusten etc. konnten durch Impfung eingedämmt und erfolgreich bekämpft werden.

Aber nicht nur veränderte gesundheitliche Bedingungen in der Bevölkerung sondern auch zunehmend strukturelle Änderungen im Gesundheitswesen brachten einen Aufgabenwandel für den öffentlichen Gesundheitsdienst, auch im Bereich Kinder- und Jugendgesundheitspflege. Zunehmend wurden Kinderuntersuchungen (Vorsorgeuntersuchungen s. Kapitel 3.2, Seite 27 ff.), aber auch Impfungen (s. Kapitel 3.3, Seite 37 ff.) als Kassenleistungen übernommen und gingen damit in den Aufgabenbereich der niedergelassenen (Kinder)-Ärzte über.

In diesem herkömmlichen Sinne sind Kinder heute eher seltener krank als früher. Allerdings sind heute zunehmend andere Probleme zu beobachten, die sich aus der geänderten Lebensumwelt der Kinder herleiten und die dringend eine spezifische Antwort und Lösungswege erfordern. In der Überflussgesellschaft mit ihrem Überangebot an Nahrung, Reizen (Fernsehen, Computer, Filme) leiden viele Kinder Mangel: Mangel an Zuwendung, familiärer Geborgenheit, gemeinsamer Zeit mit der Familie und Freunden, gesunder Ernährung, Bewegung u. v. m.. Folgen sind: Übergewicht, Adipositas, Bewegungsstörungen, psychische Störungen, Störungen in Leistungs-, Wahrnehmungs-, Gefühls-, Kontakt- und sonstigen Entwicklungsbereichen (RKI, 2004). Darüber hinaus – das hat der aktuelle Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS (Basispublikation) gerade eindrücklich gezeigt – haben Kinder aus Familien mit geringem Sozialstatus und oft auch solche aus Familien mit Migrationshintergrund besonders schlechte Gesundheits- und schlechtere Entwicklungschancen. Auf die Notwendigkeit konkreter Aktivitäten zur Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Kinder und die Bedeutung des öffentlichen Gesundheitsdienstes hierfür hat die Leiterin des KiGGS, Frau Prof. Kurth, eindrücklich hingewiesen.

Wie also lassen sich die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit heute beschreiben? Nach Wegner (2005) nimmt der öffentliche Gesundheitsdienst heute neben und in Ergänzung der ambulanten und stationären ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung folgende wesentliche Aufgaben im Gesundheitswesen wahr:

- Gesundheitsförderung in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder,
- Hinwirken auf eine gesunde, altersgerechte Entwicklung durch die Förderung der individuellen Förderbedarfe mittels Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen in Schulen und anderen Einrichtungen,
- Reduzierung der Folgeschäden bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen durch sozialpädiatrische Hilfen (auch aufsuchend) mit dem Ziel, notwendige Hilfs- und Behandlungsmaßnahmen zu initiieren,
- Beratung der öffentlichen Entscheidungsträger u. a. in Form der Gesundheits- (und Sozial)-Berichterstattung.

Dabei geht es keineswegs um eine Konkurrenz zu den anderen Versorgungsstrukturen in Krankenhaus und Praxis; dies zeigt eindrücklich das Konsenspapier des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (zitiert nach Meireis, 2001):

- Der öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ist integraler und unverzichtbarer Bestandteil der pädiatrischen Versorgung.
- Der öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitsdienst bietet vorrangig in Gemeinschaftseinrichtungen systematische Gesundheitsvorsorge an, die auch das einzelne Kind mit seinen konkreten Problemen und auf dem Hintergrund seines sozialen Umfeldes berücksichtigt.
- An Schulen sollten schulärztliche Sprechstunden angeboten werden, aus denen heraus ggf. Schüler in vertragsärztliche Behandlung weitergeleitet werden.
- Um die ärztliche Betreuung von Kindern in Einzelfällen zu sichern, sollte der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst notwendige vertragsärztliche Behandlung veranlassen und sich über die Umsetzung empfohlener Maßnahmen vergewissern.
- Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst sollte in die Lage versetzt werden, verstärkt aufsuchende Gesundheitshilfe zu leisten.
- Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst muss verstärkt zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen berichten.

Der öffentliche Gesundheitsdienst arbeitet immer auf gesetzlicher Grundlage – oder aber im öffentlichen Auftrag, den er von seiner Gebietskörperschaft angesichts der regionalen besonderen Bedarfe erhält. Die Aufgaben nach dem neuen Hessischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) von Oktober 2007 sind auf der nächsten Seite dargestellt.

Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD)* vom 28. September 2007 - Nr. 21 – Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen, Teil I – 8. Oktober 2007 659**§ 10****Kinder- und Jugendgesundheit**

(1) Die Gesundheitsämter schützen und fördern die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Dazu führen sie insbesondere bei allen zur Schule angemeldeten oder schulpflichtigen Kindern ärztliche Einschulungsuntersuchungen durch. Die Untersuchung hat den Zweck, gesundheitliche Einschränkungen der Schulfähigkeit oder die Teilnahme am Unterricht betreffende gesundheitliche Einschränkungen festzustellen. Die dabei erhobenen personenbezogenen Daten dürfen für die Zwecke nach Satz 3 verarbeitet werden. Sie dürfen in anonymisierter Form für Zwecke der Gesundheitsberichterstattung verwendet werden. Bei Übermittlungen an Stellen außerhalb des Gesundheitsamtes ist vorher eine Anonymisierung vorzunehmen. Die Gesundheitsämter beraten Schülerinnen und Schüler, deren Sorgeberechtigte und die Schulen zu gesundheitlichen Fragen, die den Schulbesuch betreffen.

(2) Zur Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen können die Gesundheitsämter weitere ärztliche Untersuchungen durchführen.

(3) Die Gesundheitsämter können in Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen Kinder und Jugendliche, deren körperliche, seelische oder geistige Gesundheit beeinträchtigt ist, sowie deren Sorgeberechtigte beraten, betreuen oder Hilfen vermitteln.

(4) Schulen und Kindertagesstätten sowie deren Träger sind verpflichtet, bei Maßnahmen im Rahmen der Schulgesundheitspflege und der Gruppenprophylaxe mitzuwirken, insbesondere die erforderlichen Auskünfte zu geben und geeignete Räume zur Verfügung zu stellen.

§ 11**Zahngesundheit**

(1) Die Gesundheitsämter beraten und betreuen Kinder und Jugendliche bis zum 16. Lebensjahr sowie ihre Sorgeberechtigten, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer bei der Gesunderhaltung der Zähne sowie des Mund- und Kieferbereiches.

(2) Die Gesundheitsämter führen regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen durch mit dem Ziel, Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten frühzeitig zu erkennen und auf eine Behandlung hinzuwirken.

(3) Die Gesundheitsämter beteiligen sich an flächendeckenden Maßnahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Gesetz vom 7. September 2007 (BGBl. I S. 2246), in Schulen, Kindergärten und Behinderteneinrichtungen im Zusammenwirken mit den Arbeitskreisen Jugendzahnpflege. Die Ergebnisse der Untersuchungen werden dokumentiert und statistisch ausgewertet.

(4) § 10 Abs. 4 gilt entsprechend.

§ 13**Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie**

Um Maßnahmen, die die Gesundheit fördern und Krankheiten verhüten, wirksam planen und durchführen zu können, haben die Gesundheitsämter die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in ihrem Bezirk zu beobachten, zu bewerten und zu beschreiben sowie die erhobenen Daten in anonymisierter Form dem Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen zu übermitteln. Im Übrigen können die Gesundheitsämter epidemiologische Untersuchungen zu gesundheitlichen Fragen durchführen.

Aus den genannten gesetzlichen Grundlagen sowie aufgrund von Beschlüssen der Stadtverordnetenversammlung, die die regionalen besonderen Bedarfe berücksichtigen, ergibt sich folgendes Aufgabenspektrum der kinder- und jugendärztlichen Abteilung des Stadtgesundheitsamtes, z. T. in Kooperation mit freien Trägern:

Schulärztliche Leistungen

→ Einschulungsuntersuchungen

- Untersuchung aller Einschülerinnen und Einschüler einschl. Seh-, Farbsinn-, Stereosehtest sowie Hörtest, Überprüfung des motorischen, sprachlichen, kognitiven sowie psychischen Entwicklungsstandes und körperliche Untersuchung einschl. Messen und Wiegen; Information sowie Beratung bezüglich der Untersuchungsergebnisse der Eltern sowie der Schulen.

→ Begutachtungen und Atteste

- Schulsportatteste mit qualifizierter Stellungnahme für die Sportlehrerinnen und -lehrer bzgl. Teilnahme am Schulsport
- Atteste für Schülerbeförderung mit qualifizierter Stellungnahme für das Stadtschulamt
- Atteste für Seiteneinsteiger für das Staatliche Schulamt
- Atteste zur Schulfähigkeit/vorzeitige Ausschulung mit qualifizierter Stellungnahme für das Staatl. Schulamt

→ Untersuchungs- und Beratungsangebote

- Beratung v. Eltern und Erziehungsberechtigten bzgl. Schulgesundheit (z. B. Schulformwechsel)
- Infektionshygienische Fragestellungen und Umgebungsuntersuchungen (z. B. auf Kopfläuse)
- Schulbetriebsmedizinische Angelegenheiten (Beratung der Lehrerinnen und Lehrer sowie der Schulleitungen hinsichtlich gesundheitlich implizierter Fragestellungen wie Möblierung, Unterrichtsgestaltung etc.)

Individualmedizinische Leistungen

→ Beratungsangebote

- Betreuungskinder (regelmäßige Wiedervorstellung, z. T. auch nachgehend, mit Teilnahmen an Hilfeforenzen etc. für Kinder mit schweren chronischen Erkrankungen, drohenden bzw. manifesten Behinderungen und psychosozialen Risiken)
- Ernährungsberatung
- Sonstige Beratungstätigkeit (z. B. Erziehungsfragen, Kleidung, persönliche Hygiene)
- Beratung bzgl. Impfungen, gelegentlich deren Durchführung
- Beratung von Eltern und sonstigen Erziehungsberechtigten von Kindern mit drohender oder manifester Behinderung bzw. einer chronischen Erkrankung

→ Untersuchungsangebote

- Betreuungskinder (s. o.)
- Aufnahmeuntersuchungen für Kinderkrippen und -tagesstätten einschl. Attest
- Untersuchung der Sprache und der Sprachentwicklung mit qualifizierter Stellungnahme für die weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte
- Sportärztliche Untersuchungen sowie Ausstellung von Sportfähigkeitsattesten für Vereinszwecke für Kinder bis zu 10 Jahren

→ Begutachtungen

- Sozialpädiatrische Begutachtung zu teil-/vollstationären Maßnahmen der Eingliederungshilfe, z. B. Frühförderung, Einzelintegrationsplatz in Kindertageseinrichtung, Heilmittelversorgung usw.
- Begutachtung von Kindern und Jugendlichen bei Verdacht auf Misshandlung

Präventivmedizinische Leistungen

→ Projekte im Rahmen „Schule“

- Gesundheitserzieherische Informationen bzw. gesundheitserzieherische Projekte wie bspw. Elternabende
- Projekte der Schulgesundheitsförderung wie Rückengymnastik zur Prävention von Rückenschmerzen und Nordic Walking für übergewichtige sowie fettleibige Jugendliche
- Leitung des Modellprojekts „korrekt kochen“ – gemeinsamer Einkauf, Vor- und Zubereitung sowie Genießen von gesunden sowie ökologisch vorteilhaften Mahlzeiten für Schülerinnen und Schüler einer Realschule unter Anleitung durch Berufsschülerinnen und -schüler

→ Projekte im Rahmen „Stadtteil“

- Projektleitung „Ernährungsgesundheit im Stadtteil für Kinder“ im Gallusviertel sowie in Nied

→ Projekte in anderen Settings

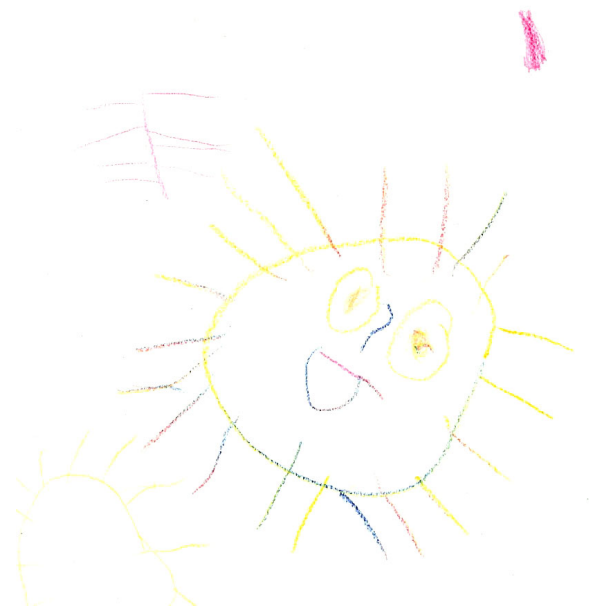
- Leitung der AG „Ernährungsgesundheit“
- Mitarbeit im Projekt „Mamma lernt Deutsch“ des AMKA
- Mitarbeit im Projekt „HIPPY“ des AMKA

→ Leistungen im Bereich „Humanitäre Hilfen“

- Pädiatrische Mitarbeit in den Humanitären Sprechstunden des Stadtgesundheitsamtes (Sprechstunde für Afrikanische Familien; Sprechstunde für Rumänisch-sprachige Familien)
- Kinderärztliche Betreuung des Kindergartens „Schaworalle“ des Fördervereins Roma e. V.
- Untersuchung von minderjährigen unbegleiteten Flüchtlingen
- Eingangsuntersuchungen für Heimkinder

→ „Frühe Hilfen“

- Ein ab 2008 startendes Projekt zur nachgehenden Betreuung und Hilfe durch Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie Familienhebammen des Stadtgesundheitsamtes für besonders hilfebedürftige Familien ab der Geburt bis hin zum Eintritt in eine Kindergemeinschaftseinrichtung. Dies erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Jugend- und Sozialamt, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Geburtskliniken und Hebammen.



3. Einschulungs-Untersuchungen in Frankfurt am Main 2002 - 2006

3.1. Methodische Anmerkungen und erster Überblick

Methodische Anmerkungen zu den Einschulungsuntersuchungen

Es ist Aufgabe des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes, alle Kinder vor der Einschulung auf ihre körperliche Gesundheit und ihre Schulfähigkeit zu untersuchen. Die Untersuchung zur Einschulung ist grundsätzlich keine Krankheitsfrüherkennungsuntersuchung im herkömmlichen Sinn, auch wenn sie dieser in Teilen des Untersuchungsgangs gleichen kann. Die Einschulungsuntersuchung zeigt auf, welche pädagogischen Angebote der Schule für den Einzelfall und für die Klassengemeinschaft notwendig werden (z. B. Förderung im sprachlichen oder motorischen Bereich) (Wegner, 2005). Deswegen nimmt die Untersuchung der Entwicklung einen breiten Raum ein. Die Untersuchungen werden von erfahrenen Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde des Frankfurter Stadtgesundheitsamtes vorgenommen. In einem Einladungs-Elternbrief werden die Eltern über diese Untersuchung informiert und gebeten, das gelbe Untersuchungsheft, den Impfpass und den dem Einladungsschreiben beigefügten Fragebogen (siehe nächste Seite) ausgefüllt mitzubringen.

Verlauf der Schuleingangsuntersuchung eines Kindes

Zu dem vereinbarten Termin werden die Kinder in der Schule im Beisein ihrer Eltern untersucht. Eine Sprechstundenhilfe wiegt und misst das Kind, führt einen Sehtest und einen Hörtest durch und dokumentiert die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen aus dem Untersuchungsheft bzw. die Anzahl der durchgeführten Impfungen.

Danach wird die Familie von dem Kinderarzt/der Kinderärztin befragt zu wichtigen Angaben aus der bisherigen Entwicklung und zu bisherigen Krankheiten sowie zum familiären Hintergrund, u. a. auch zum Migrationshintergrund. Anschließend erfolgen die körperliche Untersuchung und die umfangreichen Tests zur Entwicklung.

Abschließend werden der Familie Empfehlungen gegeben zu eventuell notwendigen weiteren ärztlichen Untersuchungen und ggf. Behandlungen (z. B. bei mangelnder Sehschärfe), aber auch wo nötig, zu weiteren Förderungsmaßnahmen. Auch wird eine Empfehlung zur Einschulung bzw. Zurückstellung in die Vorschule, Förderung etc. ausgesprochen.

Die Befunde und Empfehlungen werden in der schulärztlichen Akte des Kindes festgehalten. Auf der Grundlage des hessischen Gesetzes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst werden die erhobenen Befunde nicht nur standardisiert dokumentiert; ein definierter Teil der Befunde wird – anonymisiert – auch an das statistische Landesamt in Wiesbaden und an das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt in Dillenburg geschickt.

Untersuchungsstatus (s. Kapitel 3.2, Seite 27 ff.)

Aus dem gelben Vorsorgeuntersuchungsheft wird übernommen, bei welchen Vorsorgeuntersuchungen das Kind vorgestellt wurde. Nur wenn alle Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen wurden, wird der Vorsorgestatus als vollständig eingestuft.

Impfstatus (s. Kapitel 3.3, Seite 37 ff.)

Aus dem Impfpass werden alle Impfungen in die Dokumentation übernommen und nach den Kriterien der jeweils aktuellen Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommission bewertet (STIKO).

Körpergewicht – Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit) (s. Kapitel 3.4, Seite 53 ff.)

Bei allen Kindern wird das Körpergewicht (in Unterwäsche) und die Körperlänge (barfuß) gemessen und hieraus der Body-Mass-Index BMI berechnet (Körpergewicht (kg)/ Körperlänge (m)².

Asthma, Allergien, Krupp, Ekzem (s. Kapitel 3.5, Seite 68 ff.)

Die Angaben werden dem Fragebogen entnommen; sie beziehen sich auf die gesamte bisherige Lebenszeit.

Untersuchung im Hinblick auf Entwicklungsauffälligkeiten (s. Kapitel 3.6, Seite 76 ff.)

Ab 2006 wurden die standardisierten „Screenings des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen“ (kurz: SENS-Tests), die bei Untersuchungen in Nordrhein-Westfalen validiert wurden, auch in Hessen eingeführt – verbindlich zunächst für mindestens 50% der zu untersuchenden Kinder. Im Zeitraum des vorliegenden Berichts 2002 bis 2006 war in Frankfurt die modifizierte ESSER-Batterie FmEB angewendet worden, die aus folgenden Tests besteht:

- **CMM - Kartentest (orientierender Intelligenztest)**
Testprinzip ist das Herausfinden eines "nichtpassenden" Bildelementes aus einer Karte mit jeweils 5 Bildelementen; dies wird mehrfach getestet
- **Untertest Visuomotorik aus dem FEW (Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung)**
Testprinzip ist das Zeichnen von Verbindungslinien in einer vorgegebenen "Straße" oder zwischen vorgegebenen freistehenden Bildelementen, z. B. Maus – Keks, Haus – Haus, Baum – Baum etc. Dabei soll die Linie innerhalb der Straßenbegrenzung frei schweben und diese nicht berühren.
- **Möhring Artikulationstest**
Es handelt sich hierbei um eine Kurzform des im Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin in München verwendeten Verfahrens. Dabei werden mit Hilfe von vorgelegten Bildern die Aussprache folgender Laute (unterstrichen) in folgenden Wörtern abgeprüft: Flugzeug, Brezel, Wespe, Sonnenschirm, Schrank, Strumpf, Schlüssel, Zange, Zwerg.
- **Untertest Grammatik aus dem PET (Test der expressiven Sprache, Sprechen, Ausdruck)**
Dieser Test überprüft die Beherrschung grammatischer Grundanforderungen, z. B. Deklination, Komparation, Konjugation, Sätze-/Phrasenergänzen anhand von Bildvorlagen.
- **Untertest Wörterergänzen aus dem PET (Test der rezeptiven Sprache, Sprachverständnis)**
Testprinzip ist das Identifizieren und korrekte Wiedergeben eines angebotenen „verstümmelten“ Wortes. Als Demonstrationsbeispiele dienen "Va-/i" und "Flie-/e"; korrekte Antwort "Vati" und "Fliege".
- **Untertest Zahlenfolgegedächtnis aus dem PET (Aufmerksamkeit/Konzentration)**
Testprinzip ist das Nachsprechen von Ziffernreihen (Telefonnummern) mit zunehmender Länge.
- **FTF-K - Frankfurter Test für Fünfjährige (Aufmerksamkeit/Konzentration)**
Geprüft wird die Fähigkeit des Kindes, in einer festgelegten Zeit möglichst viele abweichende Figuren zu erkennen und auszustreichen.

Überprüfung der Sprachentwicklung

→ Gezielte Anamnese

Liegen familiäre Belastungen mit Sprachstörungen vor? Wächst das Kind mehrsprachig auf? Wie ist die intrafamiliäre oder institutionelle Anregung?

→ Sprachbogen des Bundesverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVJK)

Artikulation: Bilder benennen, freies Erzählen; Sprachverständnis, Satzbildung: Bildergeschichte, freies Erzählen; Phonematische Diskriminierung: Differenzieren ähnlich klingender Wörter.

→ Differenzierte Untersuchung durch FmEB (Frankfurter modifizierte Esser-Batterie):

Möhring – Artikulationstest; Angermayerscher Psycholinguistischer Entwicklungstest (PET), davon Grammatiktest, Wörter erkennen.

→ Hörscreening

Mit dem bei jedem Kind durchgeführten Hörtest soll eine gravierende Hörstörung als mögliche Ursache einer Sprach/Sprechstörung ausgeschlossen werden.

Überprüfung der Grob- und der Feinmotorik

Grobmotorik

Balancieren auf einer Linie, vorwärts und rückwärts

Als auffällig gilt, wenn es nicht möglich ist, mindestens vier Schritte beim Vorwärtslaufen die Füße direkt voreinander auf der Linie stellen zu können.

→ Einbeinstand

Hier wird das Gleichgewicht gemessen und es wird auch auf Ungleichheiten bei der Belastung des einen oder anderen Beines geachtet. Als auffälliger Befund gilt eine Einbeinstand-Dauer von weniger als 7 Sekunden auf dem schwächeren Bein.

→ Einbeinhüpfen

Hier wird ebenfalls der Gleichgewichtssinn getestet und auf Seitenungleichheiten geachtet. Auffällig ist, wenn das Kind nicht in der Lage ist, mehr als 9 Hüpfen auf dem schwächeren Bein zu hüpfen.

→ Seitliches Hin- und Herhüpfen

In diesem Test werden sowohl die Aktionsschnelligkeit und die Kraft als auch die gesamte Körperkoordination getestet. Hierzu muss das Kind mit beiden Beinen gleichzeitig innerhalb von 10 Sekunden so schnell wie möglich seitlich über einen Streifen hin- und her springen. Auffällig ist ein Befund, wenn weniger als 6 Sprünge in der vorgegebenen Zeit geschafft werden.

Feinmotorik

→ Diadochokinese

Aus weit geöffneter Hand werden die Spitzen des 2. und 5. Fingers nacheinander zum Daumen geführt. Verfehlung der Spitzen, Verwechseln der Reihenfolge sowie Unmöglichkeit der Ausführung auch bei wiederholtem Versuch gelten als auffällig.

→ Fingeroppositionsversuch

Zusammenführen der einzelnen Fingerkuppen

→ Visumotoriktest

s. Frostigs-Test; Beurteilung der geübten Stifführung, Beurteilung der feinmotorischen Umsetzung, Grafomotorikprüfung zum Beispiel: Wiedergabe von Formen: Quadrat, Kreis, Dreieck, Kreuz, Blume, Haus, ein Bild zur freien Gestaltung.

Psyche

→ Beobachten

Während der gesamten Zeit wird das Verhalten des Vorschulkindes beobachtet, d.h. die Interaktion mit Arzthelferin und Kinderarzt/Ärztin, die Ausdauer, die Konzentrationsfähigkeit, Orientierung zu Zeit und Raum, das Kommunikationsvermögen und im Besonderen die Interaktion mit den begleitenden Eltern und Geschwistern.

→ Gezielte Anamnese

Darüber hinaus wird in dem Gespräch mit den Eltern gezielt gefragt nach Ängstlichkeit, Bewegungsunruhe, Einnässen, Schwierigkeiten im Kindergarten oder Geschwisterkonflikten.

→ Telefonische Befragung

der Erzieher, Lehrer, Therapeuten, Kinderärzten: Im Bedarfsfall werden außerdem telefonisch Beobachtungen der Erzieher oder anderer Personen, die das Kind kennen und beurteilen können, wie z. B. Frühförderer, Ergotherapeuten, Logopäden etc. erfragt.

Zusätzlich erhält der Kinder- und Jugendärztliche Dienst vor der endgültigen Einschulung durch den regulären Austausch mit der Schulleitung noch die Beobachtung der Lehrer zum Verhalten des Kindes, da sie es am Schnuppertag in der Schule in der Gruppe erleben und einschätzen konnten.

Sehen und Hören (s. Kapitel 3.7, Seite 93 ff.)

→ Sehtest

Zum Einsatz kommt das Sehtestgerät Rodenstock R 11. Getestet wird die Ferne bds. und die Ferne +1,5 bds. Als normal wird gewertet: Ferne auf beiden Augen: 0,7 bis 1,0 ; F+1,5 auf beiden Augen unter 0,5 Als auffällig wird bewertet, wenn das Kind, auf einem oder beiden Augen in der Ferne eine Sehkraft von mind. 0,7 bzw. in der Ferne +1,5 mindestens 0,3 nicht erreicht. Ist dies bereits bekannt oder in Behandlung wird dies als bekannter Befund vermerkt. Wird die Sehstörung erstmals im Rahmen der Einschulungsuntersuchung festgestellt, gilt dies als „Erstbefund“ A-Befund, und das Kind wird zum Kinderarzt zur weiteren Diagnostik/Behandlung überwiesen.

→ Stereo- und Farbsehtests

Lang-Stereotest: mit diesem Test wird das räumliche Sehvermögen der Kinder überprüft. Die Kinder müssen auf kleinen Tafeln verschiedene Gegenstände mit unterschiedlichen Tiefenabständen erkennen und in ihrer Entfernung benennen. Bei auffälligem Befund wird das Kind zu einer Kontrollüberprüfung zum Kinder- oder Augenarzt überwiesen.

→ Ishihara-Farbsinntest

Bei diesem Test wird das Farbsehen eines Kindes geprüft. Für Vorschulkinder enthält der Test aus den gleichen Kreisen bestehende „Schlangen“ oder „Straßen“ in unterschiedlichen Farben, die das Kind mit dem Zeigefinger nachmalen soll. Bei auffälligem Befund wird das Kind zu einer Kontrollüberprüfung zum Kinder- oder Augenarzt überwiesen.

→ Hörtest

Der Test wird mit dem Hörtestgerät Selector SL 01 durchgeführt. Getestet werden die Frequenzen 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz, 4000 Hz und 6000 Hz. Als Normbefund wird dokumentiert, wenn alle Töne auf

beiden Ohren bei 30 dB gehört werden. Sollte ein Ton auf einem oder beiden Ohren erst ab 40 dB gehört werden, dann liegt das noch im Bereich des Vertretbaren.

Wenn auf einem oder beiden Ohren mindestens 2 Tonhöhen erst ab 40 dB gehört werden, dann wird das Kind überwiesen, wenn kein offensichtlicher Infekt vorliegt. Sollte ein Infekt vorliegen, wird immer erst eine erneute Kontrolle angeboten, bevor das Kind zum Kinderarzt überwiesen wird.



Weitere Erhebungen:

Migrationshintergrund

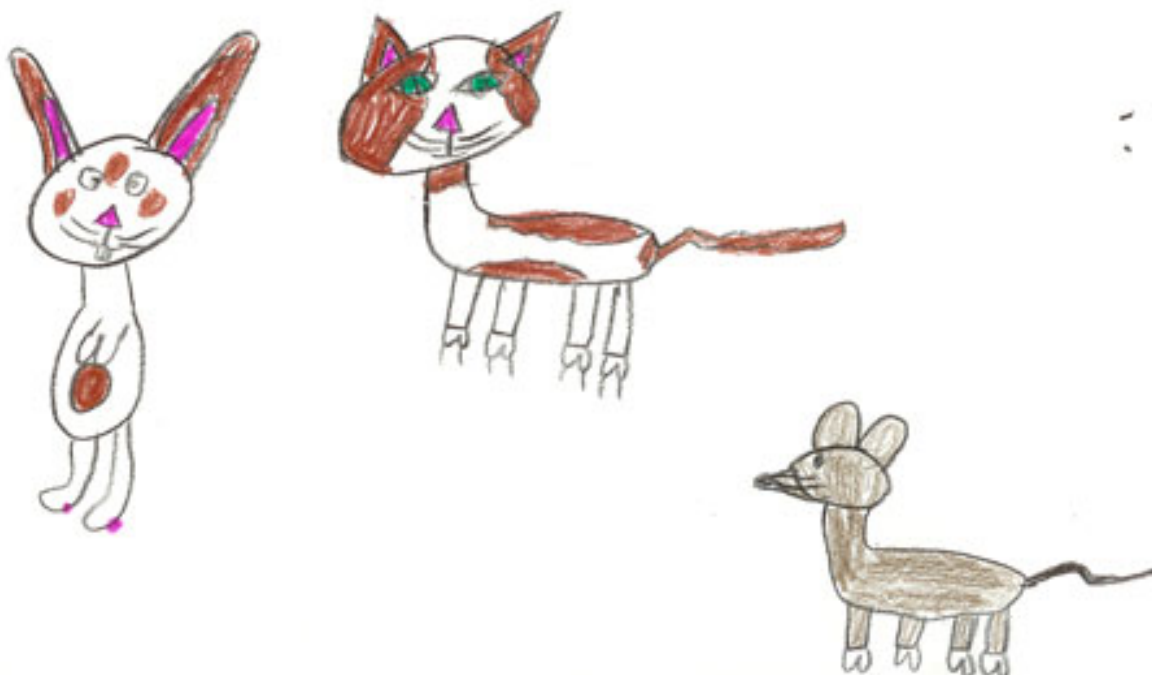
Nach der Reform des Staatsbürgerrechts im Jahre 2000 wurde das Abstammungs- um das Territorialprinzip ergänzt, d.h. in Deutschland geborene Kinder sind Deutsche. Da die Entwicklung der Kinder aber sehr stark abhängig ist von der Herkunft der Familie, eventuellen Sprachbarrieren und vielem mehr, geben die Kriterien Ausländer oder Deutsche keinen ausreichenden Hinweis mehr auf eventuelle Risikogruppen oder Förderbedarfe. Vor diesem Hintergrund wird in den Schuleingangsuntersuchungen der sog. Migrationshintergrund erfasst:

- Kinder, die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind oder
- von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist.
- Darüber hinaus wird die zu Hause gesprochene Sprache als Indikator für einen Migrationshintergrund berücksichtigt.

Erfasst wird das tatsächliche Herkunftsland, z. B. Italien, Indien etc. Für den vorliegenden Bericht werden die Angaben in sechs Gruppen zusammengefasst: Deutschland, Türkei, Balkan (im Wesentlichen ehemaliges Jugoslawien), Maghreb (Marokko, Tunesien), übriges Europa (von Polen bis Portugal), übrige Welt (alle Länder außerhalb Europas und Maghreb).

Sozialstatus

Aus zahlreichen epidemiologischen Untersuchungen, gerade auch aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS, ist der Einfluss von sozialen Faktoren auf die Gesundheit bekannt. Dabei werden unterschiedliche Indices für die Erfassung des Sozialstatus verwendet (Lange et al., 2007; Böhm et al., 2007). Da bislang kein allgemeiner Konsens für die Erhebung dieser Daten im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen besteht, werden die entsprechenden Angaben – Schulbildung der Eltern, Berufstätigkeit und ggf. Einkommen – nicht erfragt. Deswegen können im weiteren Bericht auch keine Auswertungen im Hinblick auf den Sozialstatus auf individueller Ebene vorgenommen werden. Orientierende Einschätzungen und Bewertungen auf aggregierter Ebene, d.h. auf Stadtteilbene mit bekannten Sozialdaten, wie z.B. Arbeitslosigkeit, werden vorgestellt.





Stadtverwaltung Amt 53 60275 Frankfurt am Main

**An die Eltern/Erziehungsberechtigten
des Kindes**

Auskunft erteilt	Telefon	Fax
Frau Docter	069/212-33831	-31497
E-Mail	Zimmer	
christa.docter@stadt-frankfurt.de		

Ihre Nachricht

Unser Zeichen

53.3

Datum

Einschulungsuntersuchung für Ihr Kind

Termin	Ort

Sehr geehrte Eltern,

im Sommer 2008 beginnt für Ihr Kind ein neuer, spannender Lebensabschnitt: es kommt zur Schule. Zuvor macht sich die Jugendärztin / der Jugendarzt des Gesundheitsamtes im Rahmen einer schulärztlichen Vorsorgeuntersuchung ein Bild von dem Gesundheits- und Entwicklungsstand Ihres Kindes, um Sie und die Schule in der Einschulungsentscheidung zu beraten.

Unser Arbeitsprogramm beinhaltet:

- eine Besprechung der Gesundheitsvorgeschichte Ihres Kindes,
 - eine körperliche Untersuchung,
 - eine Überprüfung der Sehtüchtigkeit und des Gehörs mit den entsprechenden Geräten und
 - eine Beurteilung der allgemeinen und besonders der sprachlichen Entwicklung.
- In individuell besonders gelagerten Fällen können weitere Untersuchungsschritte angebracht sein; darüber werden wir bei gegebener Veranlassung mit Ihnen sprechen.

Bitte bringen Sie zum Untersuchungstermin mit:

- dieses **Einladungsschreiben** mit ausgefüllter Rückseite (**Elternfragebogen**),
- das **Impfbuch**
- und das gelbe **Vorsorgeuntersuchungsheft**.
- Falls das Kind eine **Brille** hat, bringen Sie diese bitte ebenfalls mit.

Falls Sie zum genannten Termin verhindert sind, verständigen Sie uns bitte umgehend. Danke !

Weitere Informationen finden Sie im Internetportal der Stadt Frankfurt (www.frankfurt.de/sis/Frankfurt_A-Z.html) unter dem Suchbegriff „Kinder und Jugendgesundheit“.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Ihr Jugendärztlicher Dienst

Rechtsgrundlage: Schulärztliche Vorsorgeuntersuchungen sind im Hess. Schulgesetz i.d.F. vom 14. Juni 2005 (§§71, 149 und 185) verankert. Sie werden auf der Grundlage der Verordnung über die Zulassung und die Ausgestaltung von Untersuchungen und Maßnahmen der Schulgesundheitspflege vom 9. August 2004 (StAnz. 36/2004 S. 2852) durchgeführt. Auf die Rechte gem. §12(4) i.V.m. §8 des Hessischen Datenschutz-Gesetzes wird hingewiesen.

Wichtige persönliche Informationen			
Kind	Mutter	Vater	
Name _____	Name _____	_____	
Vorname _____	Vorname _____	_____	
Geburtsdatum _____	Straße, Nr. _____	_____	
Geburtsort _____	PLZ/Wohnort _____ / _____	_____	
Herkunftsland _____	Telefon _____	_____	
Mutter/Vater _____	Geschwister _____	_____	
Kindergarten _____	Kinder-/Hausarzt _____	_____	
Kindergarten-Aufnahmedatum _____	Facharzt _____	_____	
angemeldete Schule _____	_____		

Angaben zur Gesundheitsvorgeschichte Ihres Kindes			
Kinderkrankheiten, die das Kind durchgemacht hat			
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Röteln
<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Andere: _____
Besondere Gesundheits- und Entwicklungsprobleme des Kindes			
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Krupphusten	<input type="checkbox"/> Allerg. Schnupfen
<input type="checkbox"/> Ekzem	_____		
O Allergie gegen _____			
O oft/ständig in ärztlicher Behandlung wegen _____			

O Medikamenten-Einnahme _____			
O Krankenhausaufenthalte, Operationen _____			

<input type="checkbox"/> Sehstörung	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Schielbehandlung/Sehschule von-bis _____	
<input type="checkbox"/> Hörstörung	<input type="checkbox"/> Sprachstörung	<input type="checkbox"/> Sprachtherapie von-bis _____	
<input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeit	<input type="checkbox"/> Ergotherapie von- bis _____		_____
<input type="checkbox"/> Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> Bewegungsunruhe	<input type="checkbox"/> Einnässen	
<input type="checkbox"/> Wahrnehmungsstörung	<input type="checkbox"/> Verzögerte Entwicklung	<input type="checkbox"/> Kindertagesstätten-Integrationsplatz von-bis _____	
<input type="checkbox"/> Frühförderung von-bis _____	Frühförderstelle _____		
wegen _____			

Information zum Datenschutz

Unter Bezug auf §12 (4) HDSG ist auf folgendes hinzuweisen: der Zweck der o.g. Befragung und der nachfolgenden Verarbeitung der Daten basiert auf der Erfüllung der umseitig zitierten VO, nämlich insbesondere Gesundheitsvorsorge bei den Schülern zu gewährleisten. Die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen und schulgesundheitslichen Empfehlungen werden nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen auf dem hessischen Schul- und Jugendgesundheitsbogen (SJGB) und unter Einsatz automatisierter Datenverarbeitung dokumentiert. Der SJGB und die dazugehörige EDV-Dokumentation begleiten Ihr Kind während der Schullaufbahn. Die Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden im Gesundheitsamt unter Verschluss aufbewahrt; 10 Jahre nach dem Schulabschluss werden sie vernichtet bzw. gelöscht. Eine Löschung erfolgt auch, wenn das Kind aus Frankfurt verzieht, es sei denn, Sie erklären sich ausdrücklich mit der Weitergabe an das für die neue Schule zuständige Gesundheitsamt einverstanden. Eine anderweitige Weitergabe der Daten findet nicht statt. Sie als Eltern oder Erziehungsberechtigte haben das Recht einer Einsichtnahme. Eine Auswahl von Ergebnissen wird zu Zwecken der landeseinheitlichen Kinder- und Jugend-Gesundheitsberichterstattung in anonymisierter, d.h. nicht personengebundener Form an das Hessische Statistische Landesamt weitergeleitet.

53.3 \, \orga\formular\FoS1_V15.doc Bl.2 – 21.06.07

Abbildung 3-1: Einladungsschreiben zur Einschulungsuntersuchung

Einschulungsuntersuchungen 2002 – 2006

Erster allgemeiner Überblick

In den Jahren 2002 bis 2006 führte der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Stadtgesundheitsamtes Frankfurt Einschulungsuntersuchungen bei insgesamt 26992 Kindern durch, bei 5198 bis 5544 Kindern pro Jahr. In jedem Jahr wurden mehr Jungen als Mädchen vorgestellt.

Geschlecht	2002-2006		2002		2003		2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Jungen	13835	51,3	2707	52,1	2801	50,7	2801	50,7	2747	51,3	2732	50,8
Mädchen	13156	48,7	2491	47,9	2721	49,3	2721	49,3	2604	48,7	2644	49,2
Gesamt	26992		5198		5544		5522		5351		5376	

Tabelle 3-1: Einschulungsuntersuchungen 2002 bis 2006 - Alle Kinder sowie Jungen und Mädchen

Etwa zwei Drittel der Kinder hatten keinen Migrationshintergrund. Etwa 10% der Kinder hatten den Migrationshintergrund Türkei, abnehmend von 13,4% auf 7,5%, resp. von 695 auf 405 Kinder über die Jahre 2002 bis 2006. Migrationshintergrund Balkan gaben die Eltern von 7,4% der Kinder an, Migrationshintergrund Maghreb 3,1%. 16,4% der Kinder bzw. ihre Eltern kamen aus sonstigen Ländern in Europa und der ganzen Welt.

Migrationshintergrund	2002-2006		2002		2003		2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Deutschland	17023	63,1	2443	47,0	3581	64,6	3596	65,1	3627	67,8	3776	70,2
Türkei	2716	10,1	695	13,4	599	10,8	527	9,5	490	9,2	405	7,5
Balkan	1994	7,4	514	9,9	369	6,7	427	7,7	371	6,9	313	5,8
Maghreb	829	3,1	266	5,1	175	3,2	116	2,1	139	2,6	133	2,5
Europa (sonst.)	1848	6,8	461	8,9	342	6,2	361	6,5	345	6,4	339	6,3
Übrige	2582	9,6	819	15,8	478	8,6	496	9,0	379	7,1	410	7,6

Tabelle 3-2: Einschulungsuntersuchungen 2002 – 2006 in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)

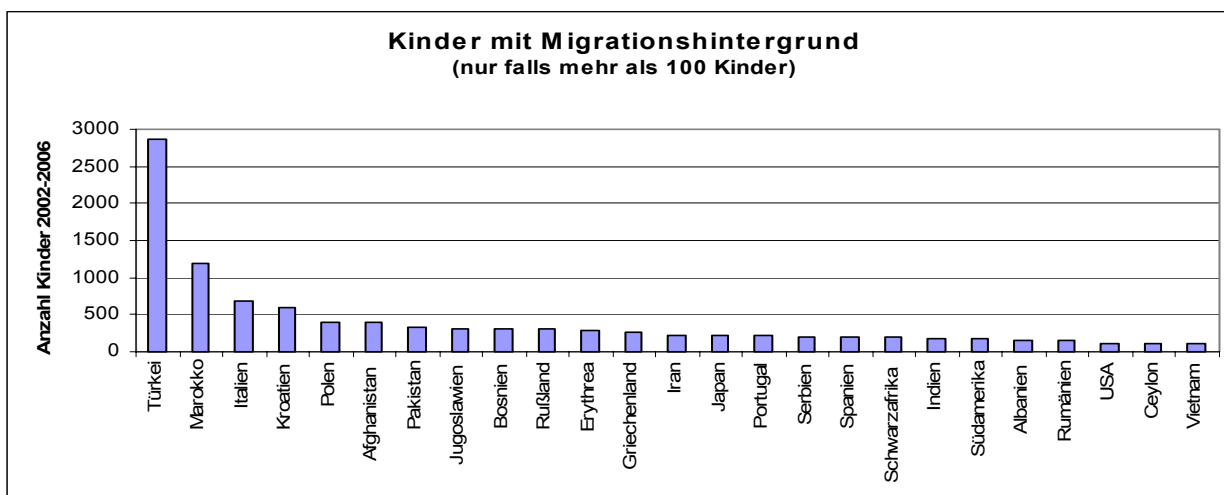


Abbildung 3-2: Kinder mit Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)

Alter bei Vorstellung

Über die Jahre ist ein leichter Trend dahingehend zu verzeichnen, dass die Kinder früher untersucht werden; dies entspricht auch dem Ziel einer frühestmöglichen Einschulungsuntersuchung, so dass noch ausreichend Zeit für vorschulische Förderung bleibt.

Altersgruppe	2002-2006		2002		2003		2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5 J	1444	5,4	251	4,9	47	0,9	397	7,3	333	6,3	416	7,9
5,5 J	8285	31,3	1714	33,6	346	6,4	1987	36,6	1990	37,9	2248	42,5
6 J	10447	39,4	2145	42,1	1982	36,5	2162	39,8	2151	41,0	2007	37,9
6,5 J	5466	20,6	938	18,4	2353	43,3	838	15,4	736	14,0	601	11,4
7 J	866	3,3	53	1,0	707	13,0	45	0,8	41	0,8	20	0,4

Tabelle 3-3: Einschulungsuntersuchungen 2002 – 2006 – Alter bei Vorstellung

Der Altersdurchschnitt bei Vorstellung nahm von 6,13 Jahren im Jahre 2002 auf 6,01 Jahre im Jahre 2006 signifikant ab. Mädchen sind geringfügig jünger als die Jungen, die deutschen Kinder sind jünger als die Kinder mit Migrationshintergrund. Angesichts der hohen Fallzahlen sind die – sehr geringen – Unterschiede signifikant.

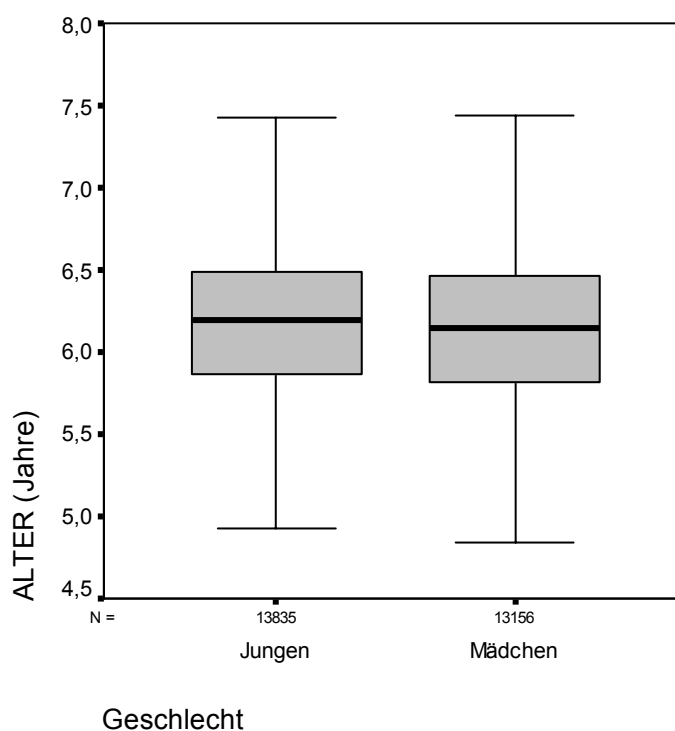


Abbildung 3-3: Alter der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung – 2002 bis 2006 – Vergleich Jungen und Mädchen¹

¹ Es handelt sich bei der obigen Darstellung um einen sog. Boxplot. Die mittlere Linie der „Box“ bezeichnet den mittleren Wert (50% der Kinder liegen darüber und 50% liegen darunter). Die obere Grenze der „Box“ bedeutet die 75er Perzentile (75% der Kinder liegen darunter und 25% darüber). Die untere Grenze der „Box“ bedeutet die 25er Perzentile (25% der Kinder liegen darunter und 75% darüber). Die Querstriche bezeichnen die doppelte Standardabweichung.

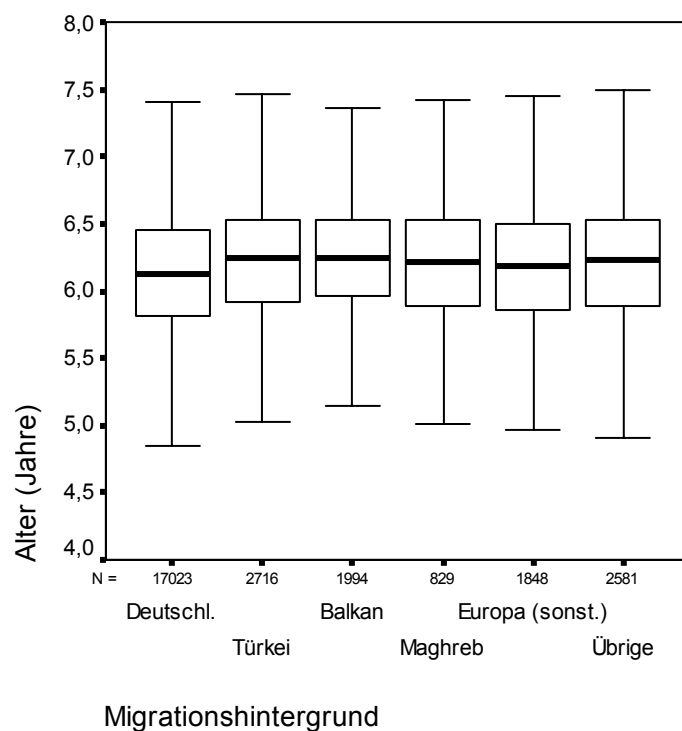


Abbildung 3-4: Alter der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung – 2002 bis 2006 – Vergleich von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)

Des Weiteren wurde das Alter bei Einschulung errechnet, d.h. zum 01.08. des jeweiligen Jahres. Hier zeigte sich ebenfalls in den letzten Jahren eine Abnahme des mittleren Alters um 0,1 Jahre.

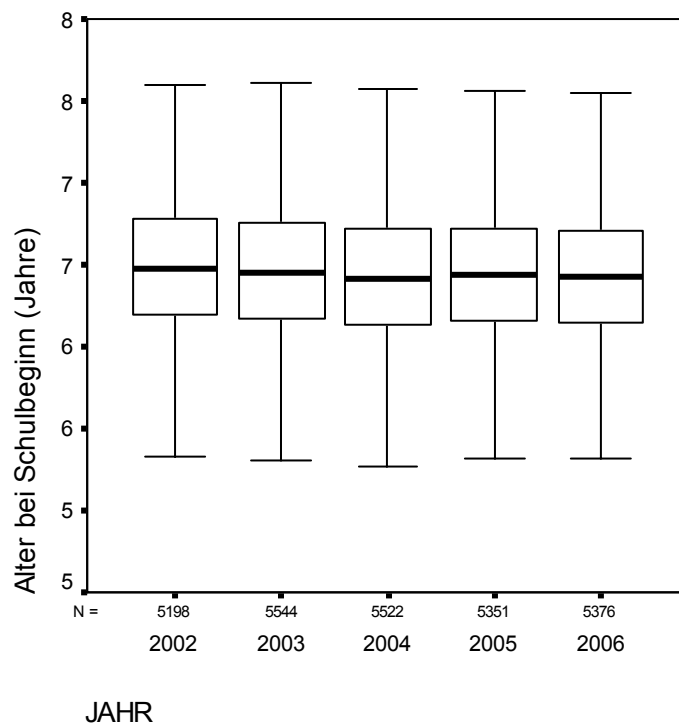


Abbildung 3-5: Alter bei Einschulung – 2002 bis 2006

In den verschiedenen Stadtteilen kamen in den Jahren 2002 bis 2006 zwischen wenig mehr als 100 und deutlich mehr als 3000 Kinder zur Untersuchung. (Die Zuordnung erfolgte nach der Wohnadresse des Kindes.) Diese Angabe ist wichtig im Hinblick auf die Vergleichbarkeit und Bewertung der stadtteilbezogenen Befunde in den einzelnen nachfolgenden Kapiteln.

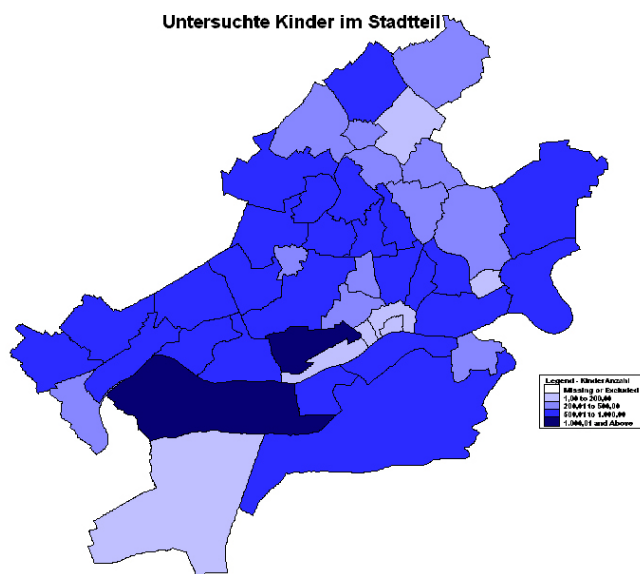
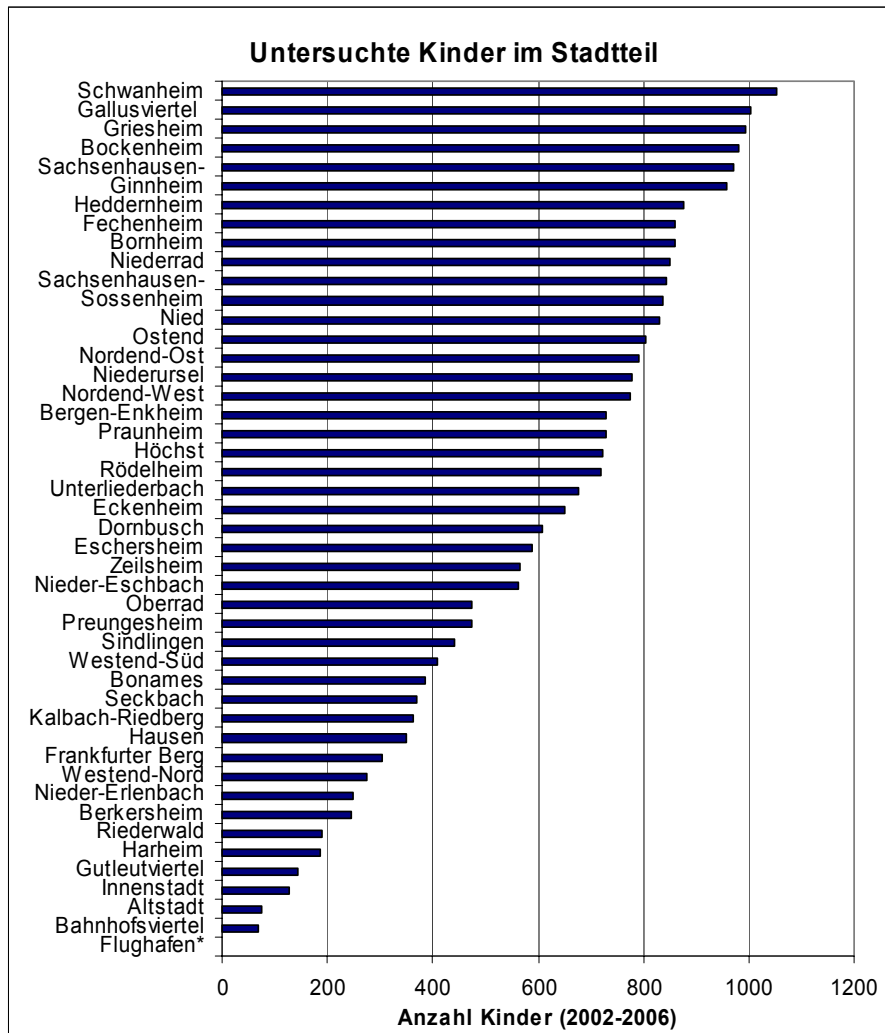


Abbildung 3-6: Untersuchte Kinder im Stadtteil

3.2. Vorsorgeuntersuchungen

In Deutschland sind Vorsorgeuntersuchungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung seit 1971 enthalten; sie sind damit für alle Kinder und ihre Familien kostenlos. Ziele dieser Früherkennungsuntersuchungen sind die Aufdeckung von Erkrankungen und von Auffälligkeiten in der Entwicklung der Kinder und die sofortige Einleitung von angemessenen Behandlungen oder von Fördermaßnahmen. Jedes Neugeborene erhält bei der Geburt ein Vorsorgeheft, das gelbe U-Heft, in dem die einzelnen Untersuchungen eingetragen und Befunde dokumentiert werden. Seit 1989 umfasst dieses bundesweite Programm neun Untersuchungen (U1 bis U9) für Kinder bis zum 6. Lebensjahr, im Jahr 1997 wurde eine zehnte Untersuchung, die J1 in den Katalog mit aufgenommen, eine Vorsorgeuntersuchung für Kinder und Jugendliche im Alter von 11-15 Jahren. Die U1-U9-Früherkennungs-Untersuchungen unterteilen sich wie folgt:

Alter	Untersuchung	Zeitpunkt
1. Lebensjahr	U1	sofort nach der Geburt
	U2	3.-10. Lebenstag
	U3	4.-6. Lebenswoche
	U4	3.-4. Lebensmonat
	U5	6.-7. Lebensmonat
	U6	10.-12. Lebensmonat
2. Lebensjahr	U7	21.-24. Lebensmonat
3. Lebensjahr	U8	43.-48. Lebensmonat
5. Lebensjahr	U9	60.-64. Lebensmonat

Tabelle 3-4: Vorsorge-Untersuchungen

Bei der U1, der Neugeborenen-Untersuchung, werden Angaben zum Schwangerschafts- und Geburtsverlauf erhoben und das Neugeborene untersucht. Es wird gewogen, gemessen, der APGAR-Wert und der pH-Wert aus der Nabelschnur wird dokumentiert. Außerdem wird auf Fehlbildungen und mögliche Störungen wie Krämpfe oder Hinweise auf eine Neugeborenen-Infektion geachtet und diese – falls vorhanden – sofort behandelt.

Bei der U2, der Neugeborenen-Basisuntersuchung, wird über die eingehende körperliche Untersuchung hinaus auch eine Blutprobe auf Stoffwechselstörungen untersucht. Dazu wird eine aus der Ferse des Säuglings entnommene Blutprobe auf ein Testkärtchen getropft und in einem Speziallabor untersucht. In Hessen werden diese Untersuchungen seit 2002 im Scening-Zentrum Hessen am Institut für Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Universität Marburg-Gießen vorgenommen, seit 2004 wird auf insgesamt 44 Erkrankungen untersucht. Darunter sind bestimmte Störungen des Enzym- und Hormonstoffwechsels, die einer sofortigen Behandlung bedürfen, um dauerhaften Schaden für die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes abzuwenden. Es handelt sich dabei zwar um seltene Erkrankungen, die weniger als 1 von 1000 Kindern betreffen, die aber für die weitere Entwicklung der Kinder von größter Bedeutung sind. Wird z. B. eine Schilddrüsenunterfunktion nicht rechtzeitig in den ersten Lebenstagen diagnostiziert und behandelt, wird das Kind in seiner geistigen Entwicklung eingeschränkt bleiben. Vor diesem Hintergrund ist die Blutscreening-Untersuchung außerordentlich wichtig.

Während die U1 und U2-Untersuchungen in aller Regel in der Geburts-Klinik vor Entlassung des Neugeborenen durchgeführt werden, werden die weiteren Vorsorgeuntersuchungen von niedergelassenen Kinderärzten übernommen. Dabei werden die durch Befragung der Eltern und die im Rahmen einer körperlichen Untersuchung erhobenen Befunde an Bauch-, Brust-, und Geschlechtsorganen, der Haut und dem Skelettsystem, den Sinnesorganen und dem Nervensystem sowie der Motorik dokumentiert – und entsprechend der jeweiligen kindlichen Entwicklungsschritte bewertet. Die abschlie-

ßende ärztliche Beratung geht auf die Rachitishprophylaxe mittels D-Fluoretten, Impfungen sowie das Bewegungs-, Spiel- und Sozialverhalten ein und gibt den Eltern wichtige Hinweise zur Förderung ihres Kindes. Notwendige medizinische Behandlungen werden eingeleitet.

Bei der U 9 im 5. Lebensjahr stehen – neben der körperlichen Untersuchung – insbesondere Auffälligkeiten bei der Sprache, der Motorik und beim Verhalten des Kindes im Vordergrund, mit dem Ziel, bei etwaigen Entwicklungsauffälligkeiten früh- bzw. rechtzeitig Fördermaßnahmen einzuleiten.

Diese Gesundheits-Vorsorgeuntersuchungen einschließlich der empfohlenen Impfungen sind bundesweit für die Eltern kostenlos und stehen allen Familien offen. Zwar finden sie – insbesondere im ersten Lebensjahr – eine allgemein hohe Akzeptanz. Dennoch werden sie nicht von allen Familien komplett wahrgenommen. Vor diesem Hintergrund gibt es seit vielen Jahren Bestrebungen, die Teilnehmerate an den Vorsorgeuntersuchungen auf freiwilliger Basis zu steigern, um die Möglichkeit frühzeitiger Behandlung und Förderung von Kindern wirklich zu nutzen. In Hessen wurde im Dezember 2007 ein Kindergesundheitsschutzgesetz verabschiedet, wonach Eltern verpflichtet werden, ihre Kinder zu den Vorsorge-Untersuchungen vorzustellen.

Einschulungsuntersuchungen in Frankfurt am Main

Vorsorgeuntersuchungs-Status – im zeitlichen Trend 2002 bis 2006

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen wird die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst erfasst. Tabelle 3-5 zeigt, dass von 2002 bis 2006 der Anteil der Kinder mit vollständigen Vorsorgeuntersuchungen – dokumentiert im U-Heft – von 53,9 auf 57,4 zugenommen hat; der Anteil der Kinder mit unvollständigem Vorsorgestatus hat leicht abgenommen von 32,2 auf 31,2 ebenso wie der Anteil der Kinder mit fehlendem U-Heft (unbekannt) von 13,9 auf 11,3%.

Vorsorge-Status	2002		2003		2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig	2801	53,9	3117	56,2	3028	54,8	3039	56,8	3087	57,4
unvollständig	1672	32,2	1711	30,9	1773	32,1	1670	31,2	1679	31,2
unbekannt	725	13,9	716	12,9	721	13,1	642	12,0	610	11,3

Einzelne Untersuchungen	2002		2003		2004		2005		2006	
U2	4318	83,1	4597	82,9	4629	83,8	4573	85,5	4318	83,1
U3	4294	82,6	4539	81,9	4591	83,1	4556	85,1	4568	85,0
U4	4257	81,9	4516	81,5	4565	82,7	4518	84,4	4530	84,3
U5	4190	80,6	4455	80,4	4498	81,4	4479	83,7	4489	83,5
U6	4153	79,9	4419	79,7	4457	80,7	4447	83,1	4452	82,8
U7	3993	76,8	4238	76,4	4287	77,6	4251	79,4	4259	79,2
U8	3709	71,4	3961	71,4	4007	72,6	3891	72,7	4006	74,5
U9	3473	66,8	3780	68,2	3723	67,4	3707	69,3	3806	70,8

Tabelle 3-5: Vorsorgeuntersuchungs-Status der Einschüler 2002 - 2006

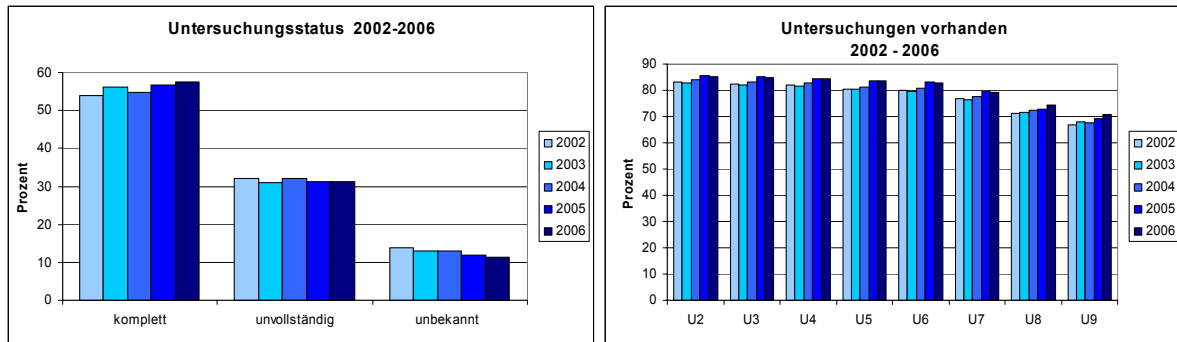


Abbildung 3-7: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen – insgesamt (links) und Darstellung der einzelnen Vorsorgeuntersuchungen

Die Detailbetrachtung über die einzelnen Untersuchungen zeigt, dass die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen mit zunehmendem Alter der Kinder kontinuierlich abnimmt. Während die nachgewiesene Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen im ersten Lebensjahr über 80% liegt, werden die weiteren Vorsorgeuntersuchungen deutlich seltener wahrgenommen. Nur noch gut zwei Drittel der Kinder wurden nachweislich zur U 9 vorgestellt. Zwar ist auch ab dem zweiten Lebensjahr bei allen Untersuchungen eine Zunahme um ca. 3% von 2002 bis 2006 festzustellen, doch wird hier bei einem Anteil an unvollständigen Vorsorge-Untersuchungen von etwa einem Drittel weiterhin erheblicher Verbesserungsbedarf gesehen.

Vorsorgeuntersuchungs-Status bei Jungen und Mädchen

Ein Geschlechtsunterschied bei der Inanspruchnahme der Vorsorge-Untersuchungen ist nicht festzustellen, Jungen und Mädchen werden etwa gleich häufig zu den Vorsorge-Untersuchungen vorgestellt (Abbildung 3-8).

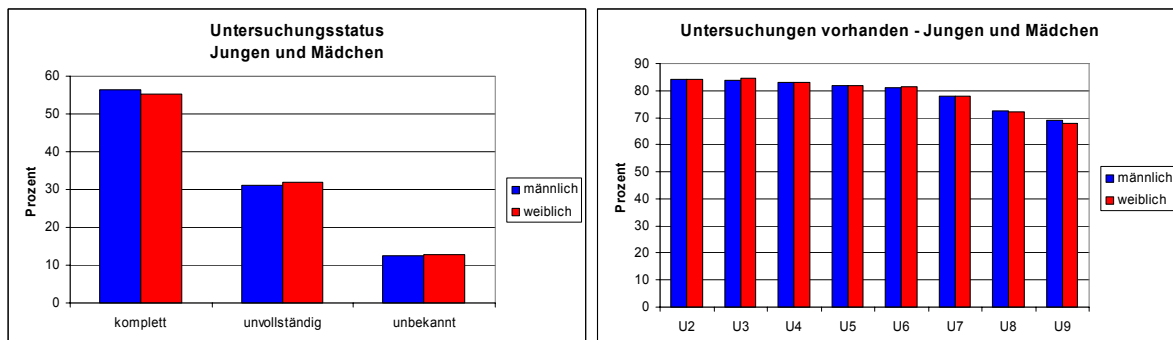


Abbildung 3-8: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen insgesamt und der einzelnen Untersuchungen – bei Jungen und Mädchen

Vorsorgeuntersuchungs-Status in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund

Demgegenüber zeigten sich erhebliche Unterschiede in der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen, je nach dem Migrationshintergrund der Kinder und ihrer Familien. Bei 64% der deutschen Kinder ohne Migrationshintergrund sind alle Vorsorgeuntersuchungen komplett nachweisbar, in knapp 8% der Fälle können die Untersuchungshefte nicht vorgelegt werden. Demgegenüber sind bei weniger als der Hälfte der Kinder mit Migrationshintergrund Türkei, Balkan und übriges Europa die Vollständigkeit der Untersuchungen nachweisbar. Und nur etwa bei jedem dritten Kind mit Migrationshintergrund Maghreb-Region und anderen Teilen der Welt wird ein komplettes Vorsorgeheft vorgelegt. Bei 15-16% der Kinder mit Migrationshintergrund Türkei, Balkan, Maghreb und bei jedem fünften Kind aus dem übrigen Europa bzw. bei jedem dritten Kind aus anderen Teilen der Welt fehlen die Untersuchungshefte.

Migrationshintergrund	vollständig		unvollständig		unbekannt	
	n	%	n	%	n	%
Deutschland	10942	64,3	4757	27,9	1324	7,8
Türkei	1224	45,1	1078	39,7	414	15,2
Balkan	953	47,8	729	36,6	312	15,6
Maghreb	291	35,1	405	48,9	133	16,0
Europa (sonst.)	879	47,6	605	32,7	364	19,7
Übrige	783	30,3	931	36,1	867	33,6

Tabelle 3-6: Vorsorgestatus der Kinder – in Abhängigkeit von ihrem Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)

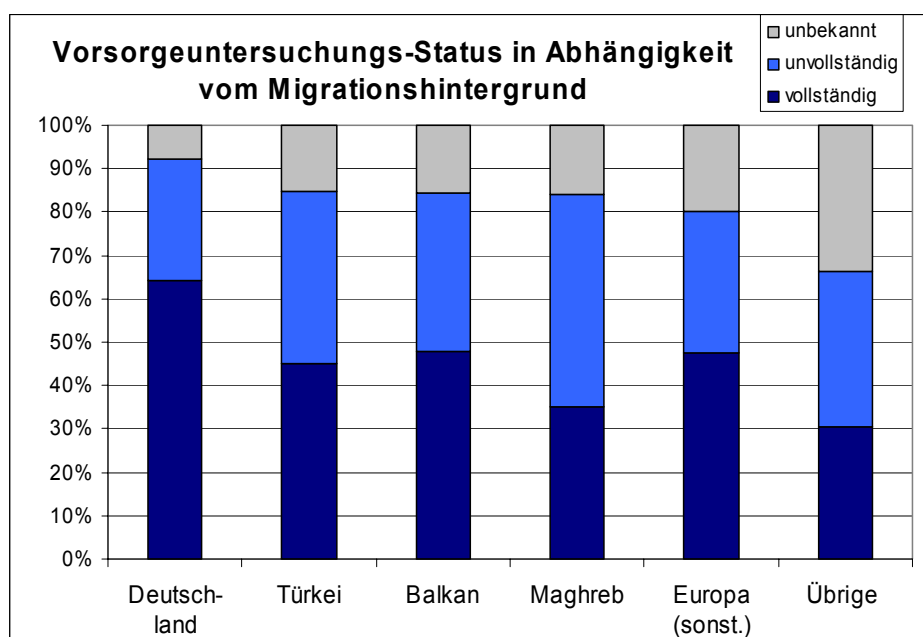


Abbildung 3-9: Vorsorgestatus in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)

Bei den deutschen Kindern ohne Migrationshintergrund war von 2002 bis 2004 eine leichte Abnahme bei den vollständigen Vorsorge-Untersuchungen zu verzeichnen, seither gibt es wieder eine leicht zunehmende Tendenz. Bei Kindern mit Migrationshintergrund Türkei, Balkan und Maghreb zeigt sich eine stetige Verbesserung in den letzten Jahren, mit einer deutlichen Abnahme im Jahr 2006. Demgegenüber wurden bei den Kindern mit Migrationshintergrund übriges Europa und andere Teile der Welt über die letzten Jahre zunehmend seltener vollständige U-Hefte vorgelegt, mit Ausnahme eines deutlichen Anstiegs im Jahre 2006.

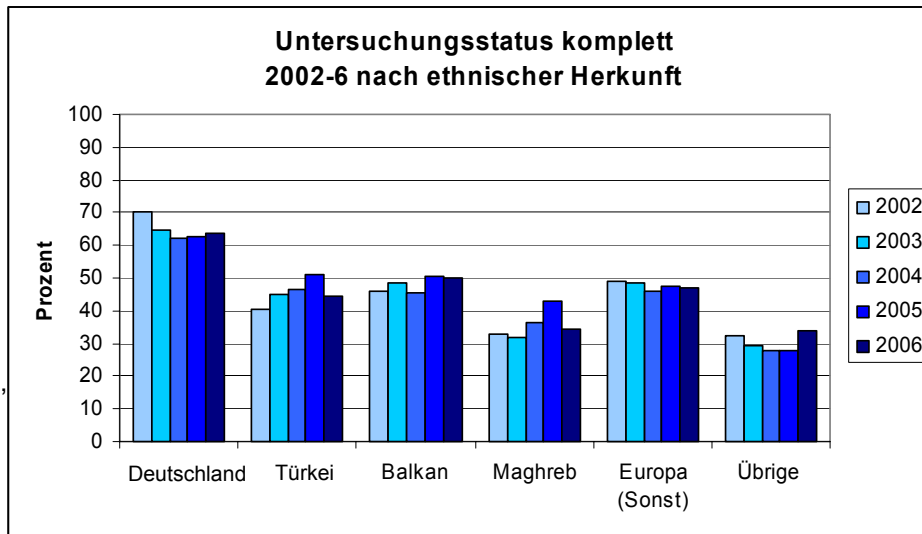


Abbildung 3-10: Vollständiger Vorsorgestatus der Kinder – in Abhängigkeit von ihrem Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20) – 2002 - 2006

Die beschriebene Tendenz ist auch bei allen einzelnen Untersuchungen nachweisbar. D.h. die Unterschiede sind nicht durch eine eventuell späte Einwanderung der Kinder selbst zu erklären, wobei dann von vornherein die Vollständigkeit der Vorsorgeuntersuchungen ausgeschlossen gewesen wäre. Auch die Kinder mit Migrationshintergrund sind fast alle ausnahmslos in Deutschland geboren und hatten somit Zugang zu dem Vorsorgeangebot (Abbildung 3-11).

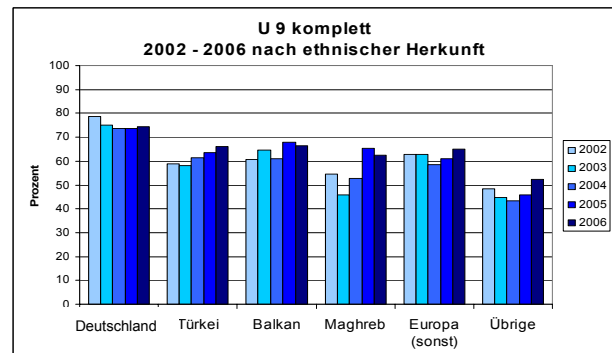
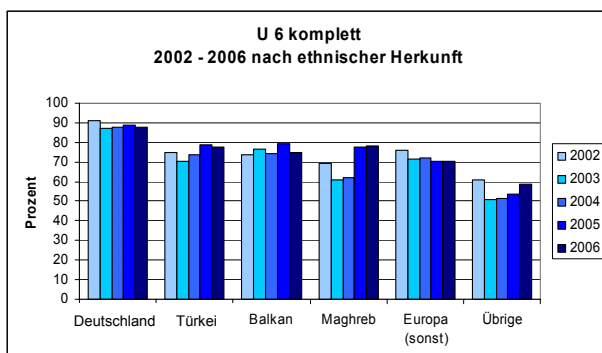
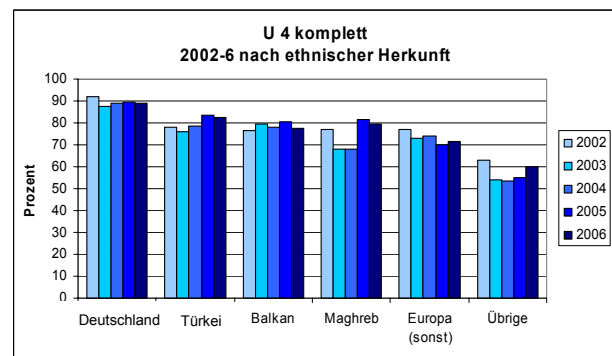
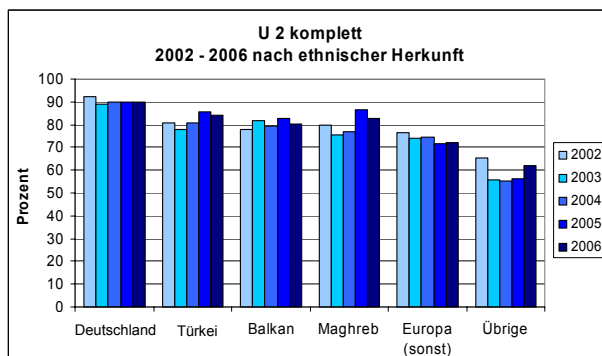
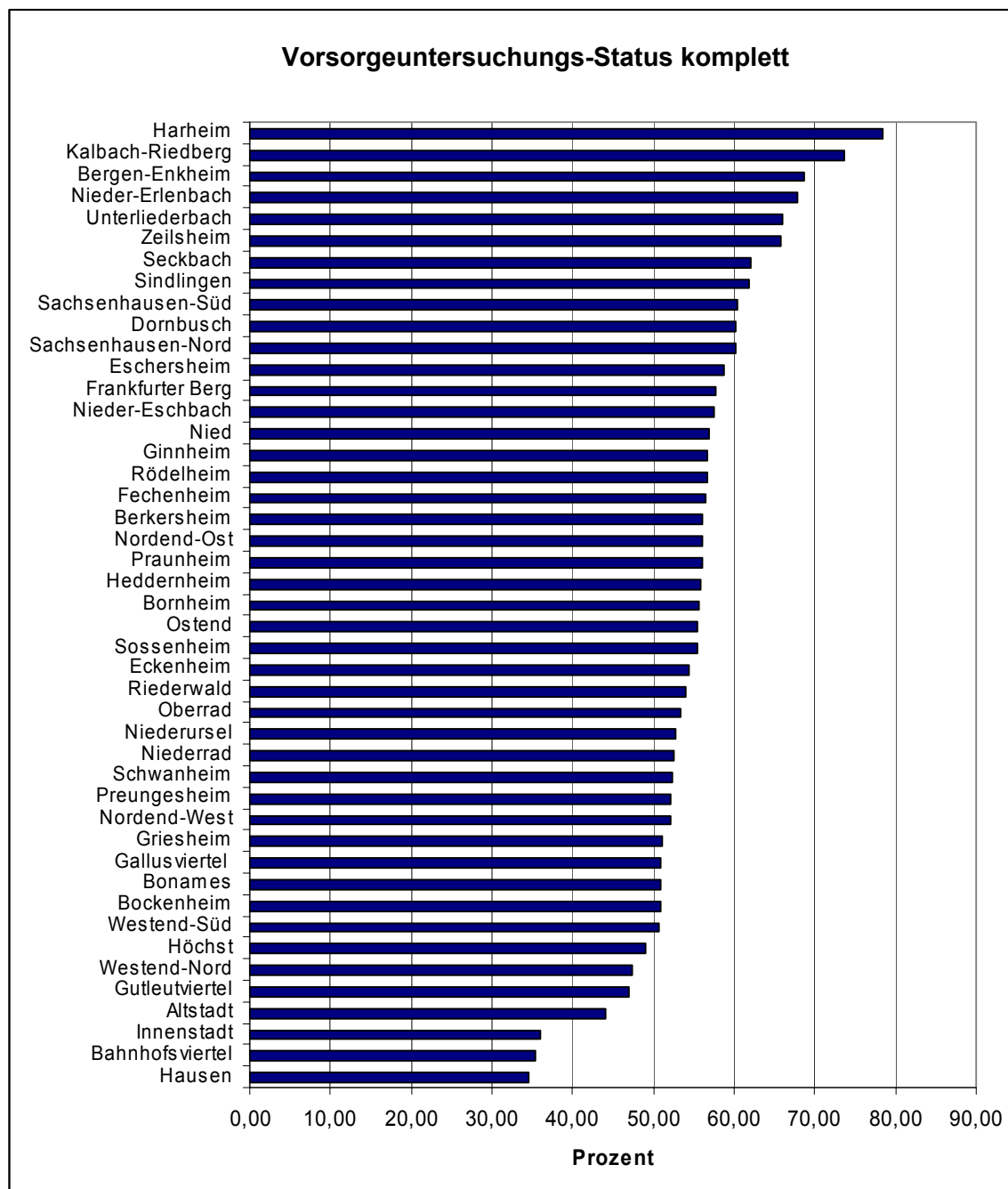


Abbildung 3-11: Vorsorgestatus der Kinder – in Abhängigkeit von ihrem Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20) – 2002 bis 2006

Vorsorgeuntersuchungs-Status in den einzelnen Stadtteilen

Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen ist in den verschiedenen Stadtteilen – nicht zuletzt aufgrund der unterschiedlichen Bevölkerungsstruktur - sehr unterschiedlich. Abbildung 3-12 zeigt die Raten in den Stadtteilen zusammengefasst auf; in Abbildung 3-12 ist die nachgewiesene Vollständigkeit der Untersuchungen über die Jahre 2002 bis 2006 in jedem einzelnen Stadtteil detailliert aufgeführt.



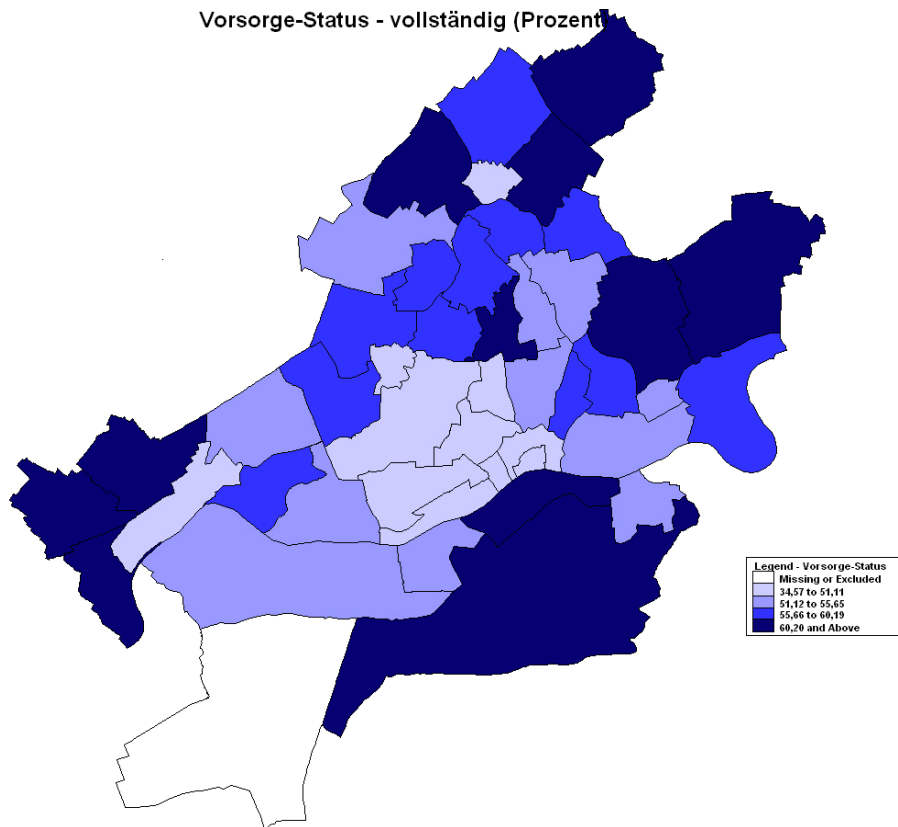


Abbildung 3-12: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen in den verschiedenen Stadtteilen



Vorsorgeuntersuchungs-Status – Frankfurt im Vergleich mit Hessen

Der Anteil der Kinder, die ein U-Heft vorlegen konnten, nahm sowohl in Frankfurt als auch in ganz Hessen über die Jahre leicht zu; analog nahm der Anteil der Kinder ohne Vorsorgeuntersuchungsheft leicht ab (Änderung um 2%). Auch der Anteil der Kinder mit komplettem Vorsorgeuntersuchungs-Status nahm sowohl in Frankfurt als auch in Hessen in den letzten Jahren gleichermaßen zu, in Frankfurt um 4%, in Hessen um 3%. Gleichwohl ist festzustellen, dass in allen Jahren der Anteil der Kinder mit komplettem Vorsorgeuntersuchungs-Status in Hessen durchweg um etwa 10% höher liegt als in Frankfurt. Dieser Unterschied zwischen Frankfurt und Hessen ist auch bei der Betrachtung der einzelnen Vorsorgeuntersuchungen über die Jahre konstant zu beobachten.

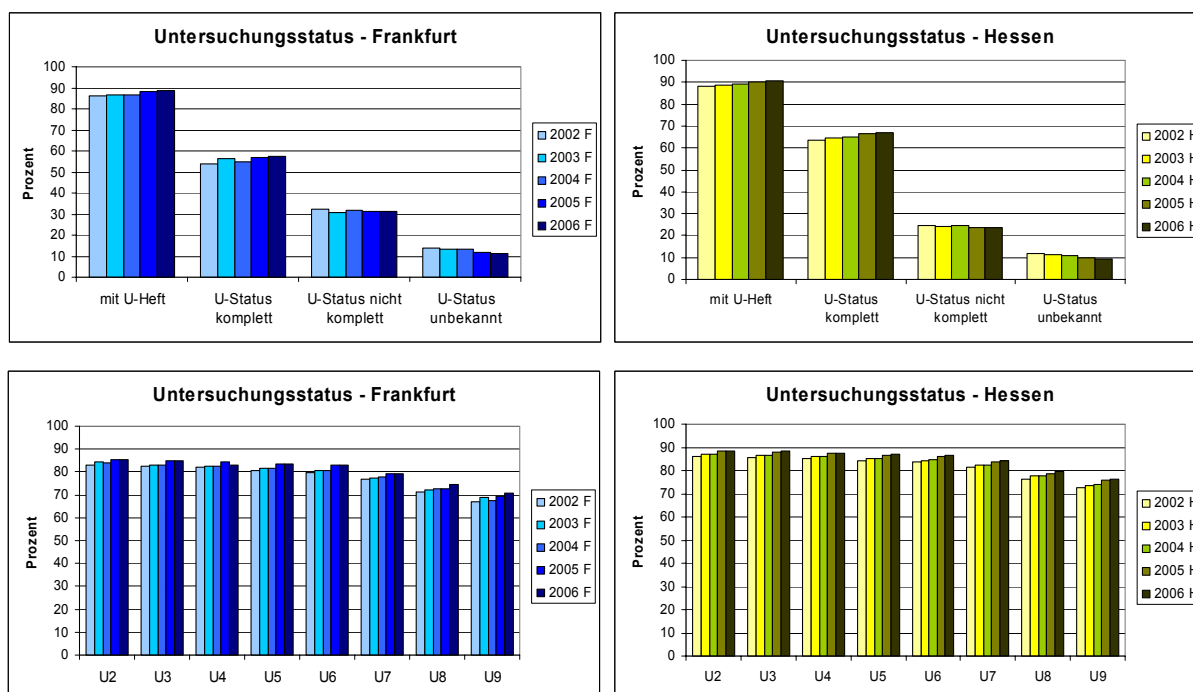


Abbildung 3-13: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen in Frankfurt im Vergleich mit Hessen

Vollständige Vorsorgeuntersuchungen – Zusammenhänge mit dem Impfstatus und der Entwicklung der Kinder

Unsere Daten zeigen, dass Kinder mit einem vollständigen Untersuchungsstatus einen besseren Impfstatus aufweisen und einen günstigeren Entwicklungsstatus als Kinder ohne regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen.

60% der Kinder mit vollständigem Vorsorge-Status hatten auch alle empfohlenen Impfungen, während dies nur bei 47% der Kinder mit unvollständigem Vorsorgeuntersuchungsstatus und bei 18% der Kinder ohne U-Heft der Fall war. Nur bei 1,5% der Kinder mit vollständigem Vorsorgeuntersuchungs-Status wurde kein Impfbuch vorgelegt bzw. war der Impfstatus unbekannt. Bei Kindern mit unvollständigem U-Status betrug diese Rate 4,4%. Demgegenüber konnte bei fast der Hälfte der Kinder mit fehlendem U-Heft auch kein Impfbuch vorgelegt werden. Vermutlich wurden bei diesen Kindern weder die für die Familien kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen noch die ebenfalls kostenlosen empfohlenen Impfungen vorgenommen.

Im Vergleich mit Kindern mit dokumentiert vollständigem U-Status hatten Kinder mit nur teilweise durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen etwa 50% häufiger Entwicklungsauffälligkeiten und -

störungen. Auch hier wiesen wieder die Kinder ohne U-Heft am häufigsten Entwicklungsstörungen auf. Verschiedene Faktoren sind hier ursächlich möglich: Zum einen können fehlende Vorsorgeuntersuchungen und schlechtere Entwicklungsmöglichkeiten in der Familie oder im sozialen Umfeld einhergehen. Zum anderen ist nachvollziehbar, dass nur wenn Kinder zur Vorsorgeuntersuchung gebracht werden, dort auf die notwendigen Impfungen hingewirkt und diese durchgeführt werden können sowie Entwicklungsstörungen frühzeitig entdeckt und einer Therapie zugeführt werden können.

Impfstatus	U1-U9 vollständig		U1-U9 unvollständig		U1-U9 unbekannt	
	n	%	n	%	n	%
komplett	9010	59,8	4133	48,6	603	17,7
inkomplett	5829	38,7	3999	47,0	1243	36,4
unbekannt	233	1,5	373	4,4	1568	45,9

Entwicklungsauffälligkeiten und -störungen	U1-U9 vollständig		U1-U9 unvollständig		U1-U9 unbekannt	
	n	%	n	%	n	%
Sprache	1521	10,1	1240	14,6	593	17,4
Motorik	1090	7,2	866	10,2	414	12,1
Wahrnehmung	739	4,9	655	7,7	363	10,6
Psyche	815	5,4	598	7,0	326	9,5
Geistige Entwicklung	726	4,8	801	9,4	423	12,4
Körperliche Entwicklung	158	1,0	117	1,4	53	1,6

Tabelle 3-7: Vorsorgeuntersuchungs-Status – Auswirkungen auf den Impfstatus und die Entwicklung der Kinder (2002 bis 2006)

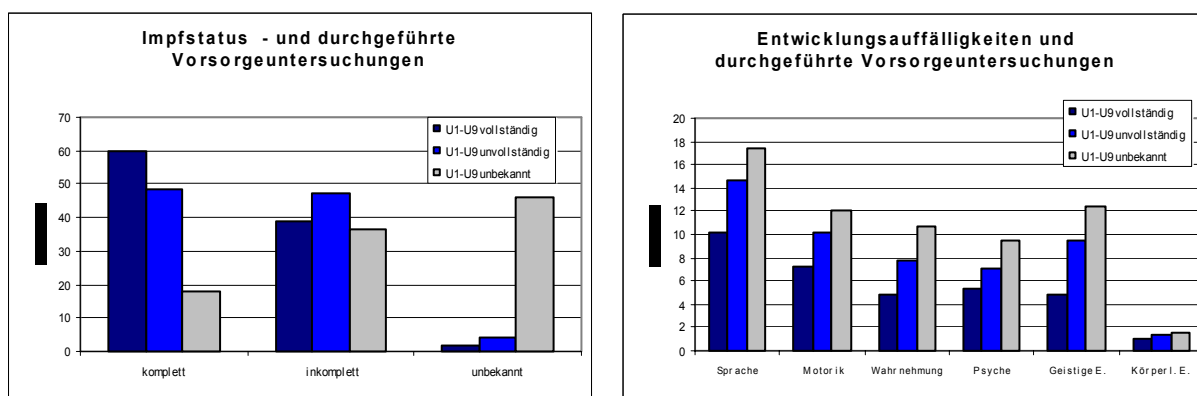


Abbildung 3-14: Vorsorgeuntersuchungs-Status – Auswirkungen auf den Impfstatus und die Entwicklung der Kinder (2002 bis 2006)

Zusammenfassung und Ausblick

Die Daten zeigen, dass die Vorsorgeuntersuchungen, deren Kosten von den Kassen übernommen werden und die damit für die Kinder unentgeltlich angeboten werden, nicht so häufig in Anspruch genommen werden wie dies wünschenswert und erforderlich wäre. Zwar ist über die letzten Jahre in Frankfurt – wie in ganz Hessen oder in anderen Untersuchungsregionen auch – eine leichte Verbesserung zu verzeichnen, aber immer noch sind bei einem Drittel der Kinder die Vorsorgeuntersuchungen nicht vollständig wahrgenommen (und bei der Einschulungsuntersuchung dokumentiert) worden. Während sich keine Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen ergaben, waren erhebliche Unterschiede zwischen Kindern ohne und mit Migrationshintergrund zu erkennen. Kinder mit Migrationshintergrund aus unterschiedlichen Regionen wiesen wiederum teilweise sehr unterschiedliche Raten in der Inanspruchnahme des Vorsorgeangebots auf. Dies geht parallel mit einer unterschiedlichen Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen und damit einem individuellen unmittelbaren Handlungsbedarf zur Verbesserung dieser Situation in den verschiedenen Stadtteilen.

Da im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen nur die Tatsache der Teilnahme der Vorsorgeuntersuchung, nicht aber die eventuell dabei gestellten Diagnosen oder veranlassten Maßnahmen erhoben werden, kann hierzu keine Aussage getroffen werden. Eine von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Auftrag gegebene Untersuchung hat gezeigt, dass zwischen Mitte der 1970er bis zur Mitte der 1990er Jahre in den alten Bundesländern die Häufigkeit auffälliger Befunde abgenommen hat und im Jahre 1996 für die U3 bis U9 unter 5% lag. Die auffälligen Befunde im ersten Lebensjahr betreffen demnach insbesondere organische Fehlbildungen bzw. Auffälligkeiten wie Hüftgelenksanomalien und zerebrale Bewegungsstörungen, während in den höheren Altersstufen zunehmend Entwicklungsverzögerungen in den Vordergrund treten. Im Jahre 1997 wurden bei der U9 pro 10 000 Untersuchte festgestellt: 100 x Sprach- und Sprechstörungen, 43,6 x funktionelle Entwicklungsstörungen, 25,3 x Schielen, 24,2 x Zerebrale Bewegungsstörungen und 123,3 x intellektuelle Minderentwicklung (Bundesministerium für Gesundheit 2001: 37). Seit 1997 werden die Befunde leider nicht mehr ausgewertet, so dass über die aktuellere Situation derzeit keine Aussage gemacht werden kann. Unsere Untersuchung hat aber zeigen können, dass fehlende Vorsorgeuntersuchungen mit einem schlechteren Impfstatus und Entwicklungsstatus der Kinder assoziiert sind.

Gezielte Maßnahmen zur Förderung der Vorsorgeuntersuchungen – in bestimmten Stadtteilen und insbesondere bei Familien mit Migrationshintergrund – sind demnach nicht Selbstzweck, sondern werden die gesundheitliche Situation der Kinder deutlich verbessern und Chancen eröffnen, Entwicklungsdefizite frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen wurde ab 01.01.2008 in Hessen gesetzliche Pflicht der Sorgeberechtigten (Hessisches Gesetz zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes für Kinder, 2007); mittels eines Einladungs- und Erinnerungsverfahrens werden die Sorgeberechtigten zunächst an evtl. nicht wahrgenommene Termine erinnert, falls diese weiterhin nicht wahrgenommen werden, hat das Jugendamt die Aufgabe, kurzfristig die Familie zu besuchen und ggf. Hilfemaßnahmen einzuleiten. Darüber hinaus wurde in Frankfurt ein weiteres präventives Hilfesystem beschlossen, das im Jahr 2008 startende Projekt „Frühen Hilfen“, das Familien mit Hilfebedarf auch im Hinblick auf die Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen unterstützt (s. Kapitel 2).

3.3. Impfungen

Schutzimpfungen stellen den wirksamsten Schutz vor Infektionserkrankungen dar. Sie gehören zu den effektivsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen in der Medizin überhaupt.

Impfungen schützen vor:

- schweren Infektionskrankheiten, bei denen es keine oder nur begrenzte Therapiemöglichkeiten gegen den Krankheitserreger gibt (z. B. Hepatitis B, Poliomyelitis, Tollwut, Diphtherie, Tetanus; Hepatitis A bei Erwachsenen),
- möglichen schweren Komplikationen bei Infektionskrankheiten (z. B. Gehirnentzündung durch Masern mit einer Sterblichkeit von 20-30%),
- Infektionskrankheiten, die während der Schwangerschaft (z. B. Röteln) oder der Geburt (z. B. Windpocken) zu schweren Schäden beim Kind führen können.

Die heute verfügbaren Impfstoffe sind durchweg gut verträglich. In Deutschland sind – nach Ausrottung der Pocken und Aufhebung der Impfpflicht gegen diese Erkrankung im Jahre 1983 – alle Impfungen grundsätzlich freiwillig. Eine am Robert Koch-Institut eingerichtete Expertenkommission, die Ständige Impf-Kommission STIKO, gibt auf der Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisse, der epidemiologischen Lage und der Verfügbarkeit von Impfstoff-Präparaten regelmäßig Empfehlungen zu den Impfungen. Alljährlich werden im Sommer die aktuellen Empfehlungen publiziert und insbesondere die Neuerungen erläutert und begründet. Für das Kindesalter wird ein sog. „Impfkalender“ mit den empfohlenen Impfungen und Impfabständen festgelegt, darüber hinaus werden auch Empfehlungen zu allgemeinen, arbeitsmedizinischen und reisemedizinischen Impfungen publiziert. In diesen Kalender wurde 2007 erstmals die Impfung gegen humanes Papillomavirus für Mädchen aufgenommen, die bislang nicht dem Katalog der empfohlenen Impfungen angehörte. In der Regel werden die STIKO-Empfehlungen von den Bundesländern übernommen und von diesen als „Empfohlene Impfungen“ veröffentlicht. Damit sind sie nicht nur als Kassenleistung für die Versicherten kostenlos, sondern es besteht auch – für den extrem seltenen Fall einer schweren Impfnebenwirkung – ein Entschädigungsanspruch des Einzelnen gegenüber dem Bundesland.

Impfungen verhindern nicht nur Erkrankungen und Leid der Kinder und ihrer Familien, sie sparen dem Gesundheitswesen erhebliche Kosten. „In den alten Bundesländern wurden nach Einführung der Schluckimpfung gegen Polio erhebliche Summen eingespart: nämlich 90 Mark an Krankenhaus-, Rehabilitations- und Wiedereingliederungskosten für jede einzelne Mark, die für die Impfung ausgegeben wurde. Der Kosten-Nutzen-Index für die Masern-Impfung wird mit 1:32 angegeben. Durch die Impfung mit dem Pertussis-Impfstoff werden pro Jahr in Deutschland rund 450 Millionen DM alleine an direkten Krankheitskosten eingespart. Hinzu kommen noch die indirekten Kosten für den Arbeitsausfall der Eltern“ (Schmidt, 2003).

In der Bevölkerung hat dank der guten Wirksamkeit der Impfungen die Kenntnis der Bedeutung und Schwere der durch die Impfungen verhüteten Erkrankungen und insbesondere der Folgeschäden erheblich abgenommen. Die Infektionskrankheiten haben im öffentlichen Bewusstsein weitgehend ihre Schrecken verloren – mit der Folge, dass die Notwendigkeit der Impfungen nicht mehr so deutlich gesehen wird. Eine abnehmende Impfbereitschaft führt jedoch zu Impflücken in der Gesellschaft und besiegt-geglaubte Infektionen können sich wieder ausbreiten. Dies haben u. a. die verschiedenen Masernausbrüche in den letzten Jahren in Deutschland, auch in Hessen, gezeigt (Seite 51).

Zur Notwendigkeit von Schutzimpfungen

„Infektionskrankheiten stellten in der Vergangenheit die häufigste Todesursache dar. Um 1900 verstarben im Deutschen Reich allein an Keuchhusten, Diphtherie und Scharlach jährlich noch 65.000 Kinder (bei einer Einwohnerzahl von 58 Millionen). Die allgemeine Verbesserung der sozioökonomischen und hygienischen Bedingungen führte in den Industrienationen zu einem drastischen Rückgang zahlreicher Infektionskrankheiten. Dazu trugen in hohem Maße auch Schutzimpfungen und die zunehmende Verfügbarkeit von Antibiotika bei. Groß angelegte Impfprogramme führten aber nicht nur in den reicheren Industrienationen, sondern auch weltweit zum Rückgang zahlreicher bedrohlicher übertragbarer Krankheiten. Die Ausrottung der Pocken 1980 und die weitgehende Eliminierung der Poliomyelitis (Kinderlähmung) sind dabei die besten Beispiele für die Effektivität von Impfungen. Während der letzten großen Polio-Epidemie in Deutschland erkrankten 1961 noch fast 5.000 Personen. Auch die Abnahme der Haemophilus-influenzae-Infektionen (Hib) nach Einführung des Impfstoffes im Jahr 1990 in Deutschland im Zeitraum von 1992-1996 um 96% (d.h. auf 4% der Infektionsraten von 1992!) belegt den großen Einfluss von Schutzimpfungen auf das Krankheitsgeschehen.

Unterschiedlichste Faktoren führten jedoch zum Auftreten neuer Infektionsgefahren sowie zum Wiederaufflammen alter Seuchen. Zu diesen Faktoren zählen Armut und damit einhergehende schlechte Hygiene, globale und regionale Umweltveränderungen, die Zunahme von Handel, die höhere Mobilität durch Reisen und Migration, kriegerische Auseinandersetzungen und ggf. auch die Bedrohung durch bioterroristische Anschläge. Der dramatische Anstieg der Diphtherie in der ehemaligen UdSSR und die Polioepidemien 1992 in den Niederlanden und 1996/97 in Albanien machten deutlich, dass bei fehlendem Impfschutz längst besiegt geglaubte Krankheiten wiederkehren können. ...

Die Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten durch die Steigerung der Durchimpfungsraten stellt daher ein prioritäres Gesundheitsziel dar. Im Rahmen des europäischen WHO-Programms „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ wurden 1984 folgende Ziele formuliert: die Eliminierung der einheimischen Erkrankungen an Poliomyelitis, Diphtherie, Masern, angeborenen Röteln und Neugeborenen-Tetanus bis zum Jahr 2000.

Diese Zielvorstellung war – bis auf Polio und Neugeborenen-Tetanus – nicht realistisch. Bei Masern wird jetzt die Steigerung der Durchimpfungsraten auf über 95% bis zum Jahr 2007 angestrebt, damit bis zum Jahr 2010 die einheimischen Masern eliminiert werden können. Bis 2010 soll die Mumps-Inzidenz unter eins pro 10.000 Einwohner reduziert werden und die Rötelnembryopathie kontrolliert sein. Deutschland unterstützt die WHO-Ziele, ist aber von ihrer Realisierung teilweise noch weit entfernt. So gehört die Bundesrepublik gegenwärtig noch zu den Ländern mit unzureichenden Durchimpfungsraten gegen Masern, Mumps, Röteln.

Neben dem Schutz des einzelnen Individuums gegen Erreger, die von Mensch zu Mensch übertragen werden, haben viele Impfungen noch einen weiteren Effekt: Sie führen zu einem Kollektivschutz der Bevölkerung, der so genannten Herdimmunität. Dadurch wird das Auftreten von Epidemien verhindert. Insbesondere werden auch Personen geschützt, bei denen aus medizinischen Gründen eine Impfung nicht durchgeführt werden kann.

Ein Nutzen für den Gesundheitsschutz der Allgemeinbevölkerung setzt jedoch erst ein, wenn hohe Impfraten erzielt werden. Der Prozentsatz an Personen, die in einer Bevölkerung geimpft sein müssen, um einen sicheren Kollektivschutz zu gewährleisten, ist dabei für jede Infektionskrankheit unterschiedlich hoch. Für die Diphtherie wird eine Herdimmunität bei ca. 80%, für Mumps bei ca. 90% und für Masern bei 92 bis 95% erreicht. Bei hohen Durchimpfungsraten können Krankheitserreger regional eliminiert und schließlich weltweit ausgerottet werden.“

Auszug aus: Schutzimpfungen; GBE Heft 1, RKI, 2001

Krankheiten, gegen welche geimpft werden kann und soll

„Die **Masern** sind eine hochansteckende Viruserkrankung, die aerogen übertragen wird und durch Fieber, Entzündung der oberen Atemwege und einen typischen Hautausschlag gekennzeichnet ist. Gefürchtet sind Komplikationen wie Mittelohr-, Lungen- oder Gehirnentzündung. Erkrankungen von Jugendlichen verlaufen gelegentlich schwerer.

Mumps (Ziegenpeter) ist eine fieberhaft verlaufende Virus-Erkrankung, die vorzugsweise die Speicheldrüsen (am häufigsten die Ohrspeicheldrüsen) befällt, und im Allgemeinen harmlos verläuft. Mumps kann in ca. 10% der Fälle mit einer Entzündung der Hirnhäute einhergehen sowie durch eine Entzündung der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis) kompliziert werden. Durch Mumps verursachte Hirnhautentzündungen können zur Innenohrschwerhörigkeit führen (ca. 1:10.000 Erkrankungen). Entzündungen des Hodens und Nebenhodens, die zur Unfruchtbarkeit führen können, treten im Adoleszenten- und jungen Erwachsenenalter auf.

Röteln sind eine Viruserkrankung, die mit Fieber und einem Hautausschlag sowie der Schwellung von Lymphknoten einhergeht. Eine Beteiligung der Gelenke kann insbesondere bei Mädchen und Frauen beobachtet werden. Infektionen während der ersten 4 Monate einer Schwangerschaft führen zu einer Fehlgeburt oder zur Rötelnkrankung des ungeborenen Kindes (Embryos), die Fehlbildungen wie Taubheit, geistige Behinderungen, Augenschäden und Herzfehler hervorrufen kann. Auch in späteren Phasen der Schwangerschaft sind Missbildungen nach Rötelninfektion möglich.

Aufgrund des hohen Immunisierungsgrades durch Schutzimpfungen kamen Erkrankungsfälle von **Diphtherie und Polio** bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland seit vielen Jahren und auch in den Jahren 2001 und 2002 nicht mehr vor. Das Risiko erneuter Importfälle von Polio durch Reiserückkehrer oder Migranten aus Endemiegebieten ist gegenwärtig allerdings nicht auszuschließen. Zur Verhinderung des Wiederauftretens von Poliomyelitis müssen die Impfraten daher auf dem gegenwärtig hohen Niveau von über 90% erhalten werden.

Die durch das Bakterium *Clostridium tetani* ausgelöste Tetanuserkrankung kann zu schweren Krämpfen und Spasmen aller Körpermuskeln (Wundstarrkrampf) und zum Tode führen. Die Gefahr einer Tetanusinfektion besteht, wenn Schmutz in eine Wunde gelangt. In den letzten Jahren wurden **Tetanuserkrankungen** vor allem bei älteren Erwachsenen beobachtet (ca. 10 bis 20 Fälle pro Jahr). Diese Erkrankungen zeigen die weiterhin bestehende Gefährdung durch das weltweit vorkommende Bakterium, so dass ein Impfschutz für alle Kinder und Jugendlichen sowie regelmäßige Auffrischungsimpfungen für Erwachsene empfohlen werden. Während der Impfschutz bei Kindern optimal ist, werden die notwendigen Auffrischungsimpfungen der Erwachsenen nicht selten unterlassen.

Die **Hepatitis B** ist eine weltweit beim Menschen vorkommende, durch Hepatitis-B-Viren ausgelöste Leberentzündung, die vorwiegend sexuell und durch Blut übertragen wird. Durch den Übergang in eine chronische Verlaufsform mit Leberzirrhose und Leberzellkarzinom stellt sie ein großes gesundheitliches Problem dar. Der Verlauf der Infektion und das Risiko einer Chronifizierung sind altersabhängig. Während sich bei mit Hepatitis B Virus (HBV) infizierten Erwachsenen in ca. 5 bis 10% der Fälle eine chronische Hepatitis B entwickelt, liegt die Wahrscheinlichkeit für eine Chronifizierung der Infektion bei Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren bereits bei 30 bis 40%. Bei durch ihre Mutter infizierten Neugeborenen kommt es sogar bei ca. 90% der Säuglinge zu einem chronischen Verlauf. Seit 1995 wird deshalb von der STIKO eine allgemeine Impfung für Säuglinge, Kleinkinder und Jugendliche empfohlen.

Pertussis (Keuchhusten) ist eine durch das Bakterium *Bordetella pertussis* hervorgerufene Erkrankung, die zu typischen Hustenanfällen führt. Die Erkrankung kann durch das Auftreten einer Mittelohrentzündung, einer Lungenentzündung, von weiteren Sekundärinfektionen oder im Säuglingsalter von Krampfanfällen, Atemstörungen oder einem Hirnschaden mit Dauerfolgen (Enzephalopathie) kompliziert werden und zum Tode führen. Besonders dramatisch verläuft eine Pertussiserkrankung im Säuglingsalter. In den alten Bundesländern wurden bis zu Beginn der 90er Jahre Kinder nicht generell geimpft. Erst seit der STIKO-Empfehlung von 1991 und der Einführung der azellulären Pertussisimpfstoffe wird die Impfung zunehmend umgesetzt, und die Impfraten steigen kontinuierlich.

Bakterien der Art **Haemophilus influenzae** verursachen bei empfänglichen Kleinkindern schwere Erkrankungen wie Entzündungen der Hirnhaut, des Kehlkopfdeckels, Knochen- und Muskelgewebes sowie Blutvergiftung. Die Übertragung erfolgt durch Tröpfchen oder direkten Kontakt. Gegen einen bestimmten Typ dieses Bakteriums wird in Deutschland seit 1990 eine Schutzimpfung im Kleinkindalter empfohlen. Dadurch sind schwere Erkrankungen durch *Haemophilus influenzae* mittlerweile seltene Ereignisse“ (RKI 2003).

Tabelle 3-8 zeigt die Anzahl der erforderlichen/empfohlenen Impfdosen für die einzelnen Impfungen in den Jahren 2002 bis 2006. Während in all den Jahren jeweils 3 Impfungen gegen Polio, Hepatitis B und Haemophilus influenzae und 4 Impfungen gegen Keuchhusten (Pertussis) empfohlen waren, wurde im Jahre 2003 die Impfempfehlung gegen Tetanus und Diphtherie von 3 auf 4 Impfdosen und im Jahre 2004 die Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln von 1 auf 2 Impfdosen erhöht.

Impfung gegen	2002	2003	2004	2005	2006
	Anzahl erforderlicher Dosen				
	n	n	n	n	n
Tetanus (Wundstarrkrampf)	3	4	4	4	4
Diphtherie	3	4	4	4	4
Pertussis (Keuchhusten)	4	4	4	4	4
Hämophilus influenzae Typ B	3	3	3	3	3
Polio (Kinderlähmung)	3	3	3	3	3
Masern	1	1	2	2	2
Mumps	1	1	2	2	2
Röteln	1	1	2	2	2
HBV Hepatitis B	3	3	3	3	3

Tabelle 3-8: Erforderliche/empfohlene Impfungen, die bei der Einschulungsuntersuchung überprüft werden

Quelle: Hessischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2006; Wiesbaden 2007

Einschulungsuntersuchungen in Frankfurt am Main Impfstatus – im zeitlichen Trend 2002 bis 2006

Auf der Grundlage von § 34 Infektionsschutzgesetz müssen die Kinder- und Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen die Impfstaten der Kinder nicht nur erheben, sondern – anonymisiert – auch über die Länder an das Robert Koch-Institut melden. Die in Frankfurt am Main in den Jahren 2002 bis 2006 erhobenen Daten zeigt Tabelle 3-9. Bei der Gesamtbetrachtung ist erkennbar, dass nach einer Zunahme des Anteils vollständiger Impfungen von 2002 bis 2003 ein erheblicher Einbruch – bedingt durch geänderte Impfeempfehlungen - zu verzeichnen ist von ca. 60% auf 42%, seither aber wieder ein stetiger Anstieg des Anteils der vollständig geimpften Kinder bei Abnahme des Anteils der Kinder mit unvollständigem Impfstatus zu beobachten ist. Der Anteil der Kinder, bei denen kein Impfbuch vorgelegt wird, nimmt über die Jahre erfreulicherweise leicht ab.

Impfstatus	2002		2003		2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
vollständig	2446	47,1	3319	59,9	2321	42,0	2669	49,9	2991	55,6
unvollständig	2294	44,1	1736	31,3	2794	50,6	2269	42,4	1978	36,8
unbekannt	458	8,8	489	8,8	407	7,4	413	7,7	407	7,6

Einzelimpfungen vollständig (bezogen auf alle Kinder)	2002		2003		2004		2005		2006	
Tetanus	4646	89,4	4308	77,7	4405	79,8	4328	80,9	4411	82,0
Diphtherie	4626	89,0	4308	77,7	4406	79,8	4323	80,8	4407	82,0
Pertussis	4155	79,9	4481	80,8	4597	83,2	4500	84,1	4562	84,9
HIB	4032	77,6	4508	81,3	4653	84,2	4625	86,4	4649	86,5
Polio	4409	84,8	4693	84,7	4787	86,7	4743	88,6	4795	89,2
Hepatitis B	3295	63,4	3295	63,4	4027	72,9	3960	74,0	4146	77,1
Masern	4427	85,2	4772	86,1	2781	50,4	3179	59,4	3581	66,6
Mumps	4403	84,7	4717	85,1	2754	49,9	3140	58,7	3550	66,0
Röteln	4070	78,3	4498	81,1	2681	48,5	3078	57,5	3514	65,4

Tabelle 3-9: Impfstatus der untersuchten Einschüler in Frankfurt 2002 - 2006

Im unteren Teil der Tabelle sowie in der Abbildung 3-15 ist der Anteil der Kinder mit jeweils vollständigen Impfungen gegenüber den einzelnen Infektionserkrankungen bezogen auf alle vorgestellten Kinder aufgeführt. Bei dieser Darstellung werden die Kinder ohne Vorlage eines Impfbuches automatisch als nicht vollständig geimpfte Kinder eingestuft; d. h. die Zahlen sind tatsächliche „Mindestzahlen“.

Waren im Jahre 2002 knapp 90% der Kinder vollständig gegen **Tetanus und Diphtherie** geimpft, waren es im Jahre 2003 – nach Erhöhung der Impfeempfehlung – noch 77%, mit einem langsamen stetigen Anstieg bis 2006 auf 82%. Der Anteil nachweisbar vollständig gegen **Keuchhusten und Hämophilus influenza** geimpften Kinder stieg von 78-80% im Jahre 2002 auf ca. 85% im Jahre 2006. Bei **Hepatitis B** war der Anstieg noch ausgeprägter: von 63 auf 77%. Der Anteil nachweisbar vollständig gegen **Masern, Mumps und Röteln** geimpfter Kinder nahm von ca. 80% bis 2003 durch die Erhöhung der Impfeempfehlung ab 2004 auf 50% ab, gefolgt von einem langsamen Anstieg auf inzwischen 66%.

* Demgegenüber sind die in Abbildung 3-19 zusammengestellten Zahlen zum Vergleich Frankfurt und Hessen ausschließlich auf die Kinder bezogen, die ein Impfbuch vorgelegt hatten. D.h. bei unmittelbarer Übertragung dieser Raten auf die Gesamtzahl der Kinder wird der Impfstatus insgesamt wahrscheinlich zu hoch geschätzt, da dabei vorausgesetzt wird, dass sich der Impfstatus der Kinder ohne und mit Impfbuch nicht unterscheidet. Der tatsächliche Impfschutz wird wahrscheinlich zwischen beiden Zahlen liegen.

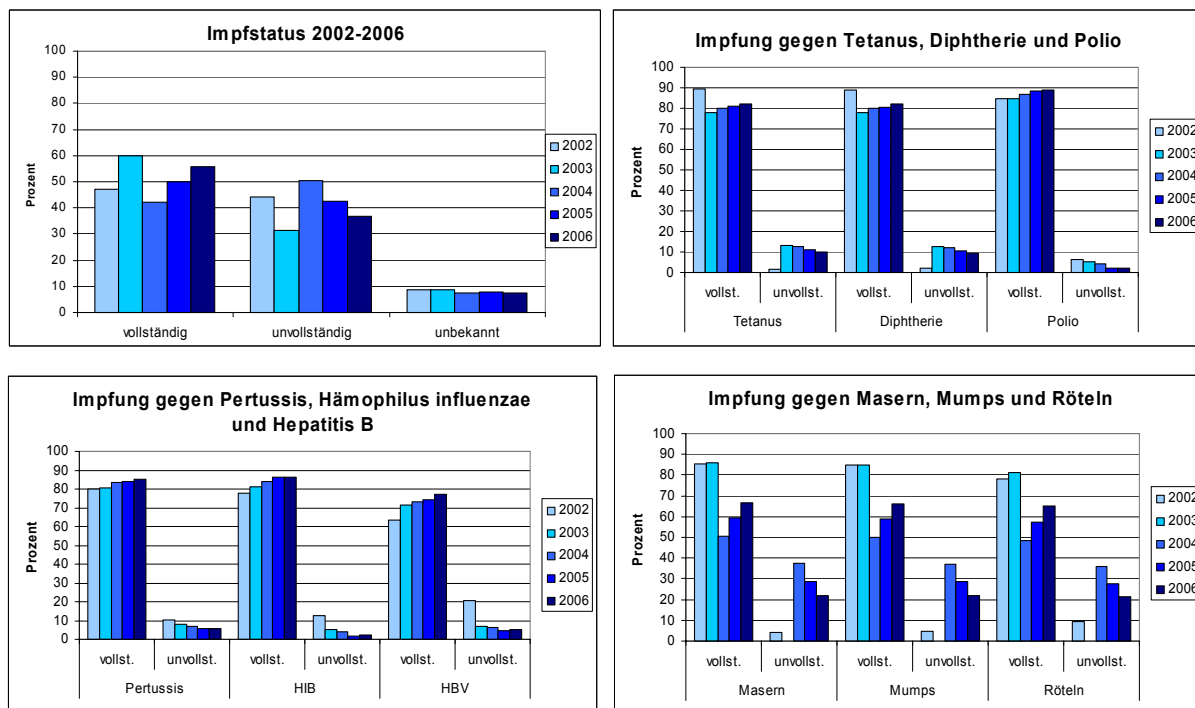


Abbildung 3-15: Impfstatus der untersuchten Einschüler in Frankfurt 2002 - 2006

Impfstatus bei Jungen und Mädchen

Es wurden keine Unterschiede im Impfschutz bei Jungen und Mädchen gefunden (Tabelle 3-10, Abbildung 3-16), weder in der gesamten Zeit, noch in den einzelnen Jahren (nicht gezeigt).

Geschlecht	Impfstatus vollständig		Impfstatus unvollständig		Impfstatus unbekannt	
	n	%	n	%	n	%
männlich	7042	50,9	5695	41,2	1098	7,9
weiblich	6704	51,0	5376	40,9	1076	8,2

Migrationshintergrund	n	%	n	%	n	%
Deutschland	8557	50,3	7400	43,5	1066	6,3
Türkei	1549	57,0	865	31,8	302	11,1
Balkan	1066	53,5	728	36,5	200	10,0
Maghreb	481	58,0	264	31,8	84	10,1
Europa (sonst.)	914	49,5	784	42,4	150	8,1
Übrige	1179	45,7	1030	39,9	372	14,4

Tabelle 3-10: Impfstatus der Kinder – in Abhängigkeit vom Geschlecht sowie in Abhängigkeit von ihrem Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)

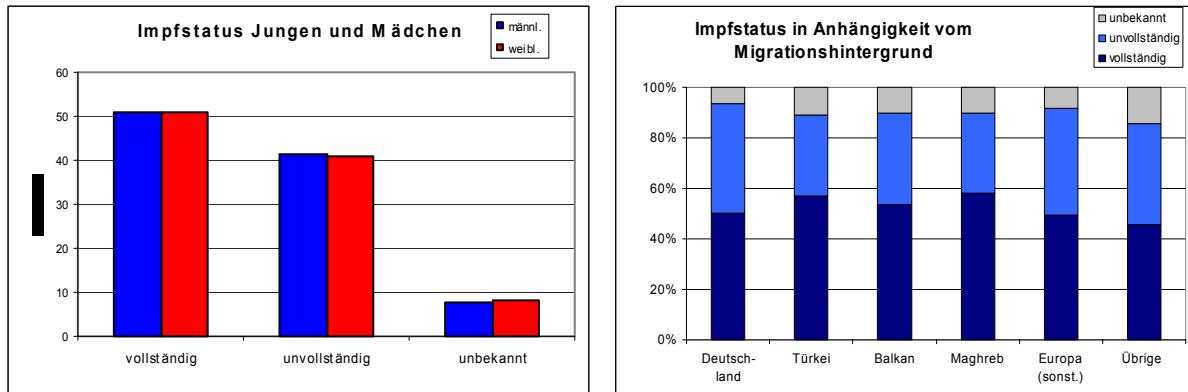


Abbildung 3-16: Impfstatus der Kinder - in Abhängigkeit vom Geschlecht (a) sowie in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20) (b)

Impfstatus in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund

Bei den deutschen Kindern ohne Migrationshintergrund sowie bei den Kindern aus dem „sonstigen Europa“ wurde am seltensten kein Impfbuch vorgelegt; demgegenüber fehlte bei 10-11% der Kinder mit einem Migrationshintergrund aus der Türkei, dem Balkan oder dem Maghreb das Impfbuch und bei über 14% der Kinder aus den übrigen Ländern außerhalb Europas. 53-58% der Kinder mit Migrationshintergrund aus der Türkei, dem Balkan oder dem Maghreb hatten einen nachgewiesenermaßen vollständigen Impfschutz, im Vergleich mit 50% der Kinder aus Deutschland ohne Migrationshintergrund und weniger als 50% der Kinder aus dem übrigen Europa bzw. anderen Teilen der Welt. Dieses Ergebnis bleibt auch bei Betrachtung über die Jahre 2002 bis 2006 stabil (Abbildung 3-17). Offenkundig ist die Impfquote bei einigen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund besser als bei einem Teil der Kinder ohne Migrationshintergrund.



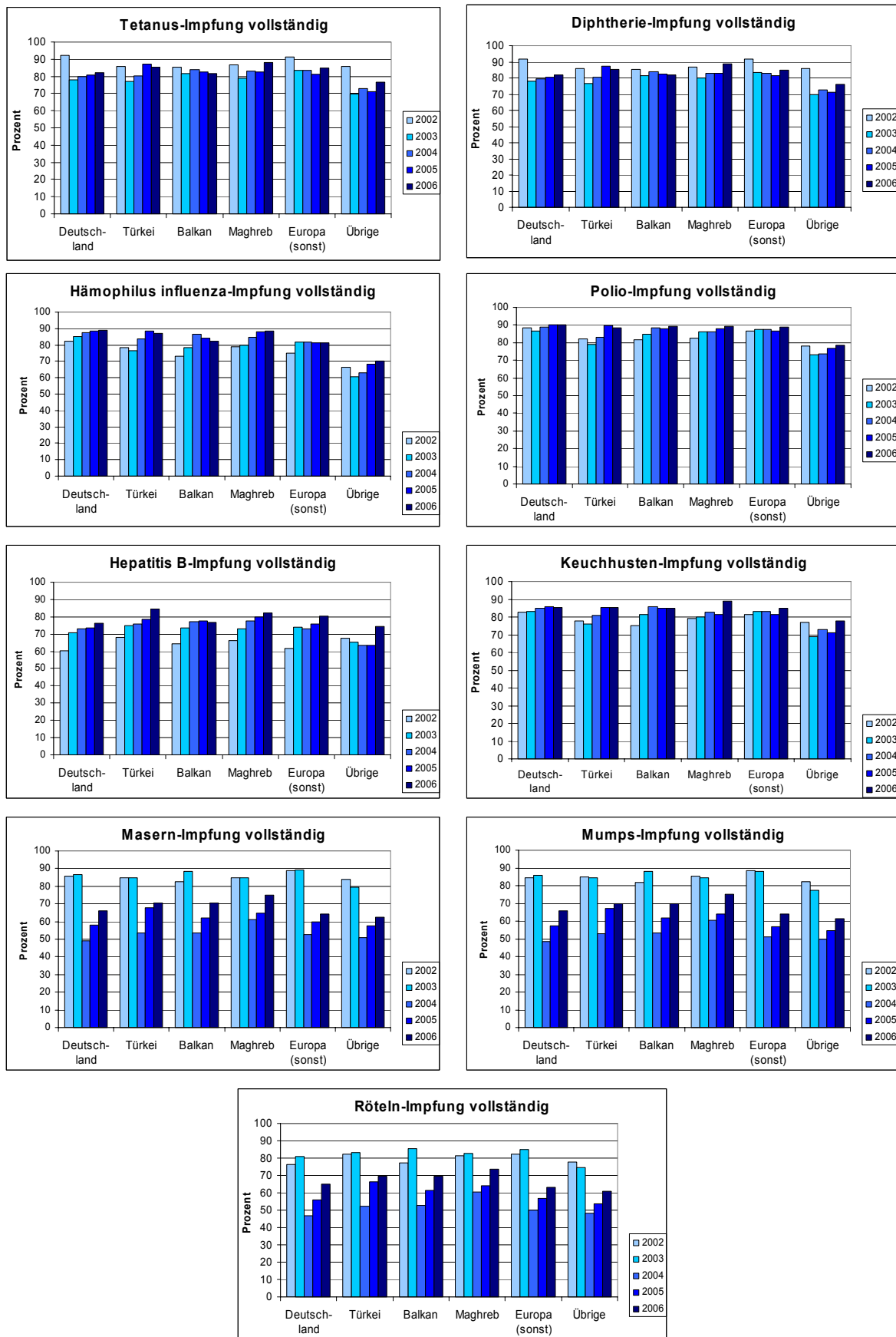
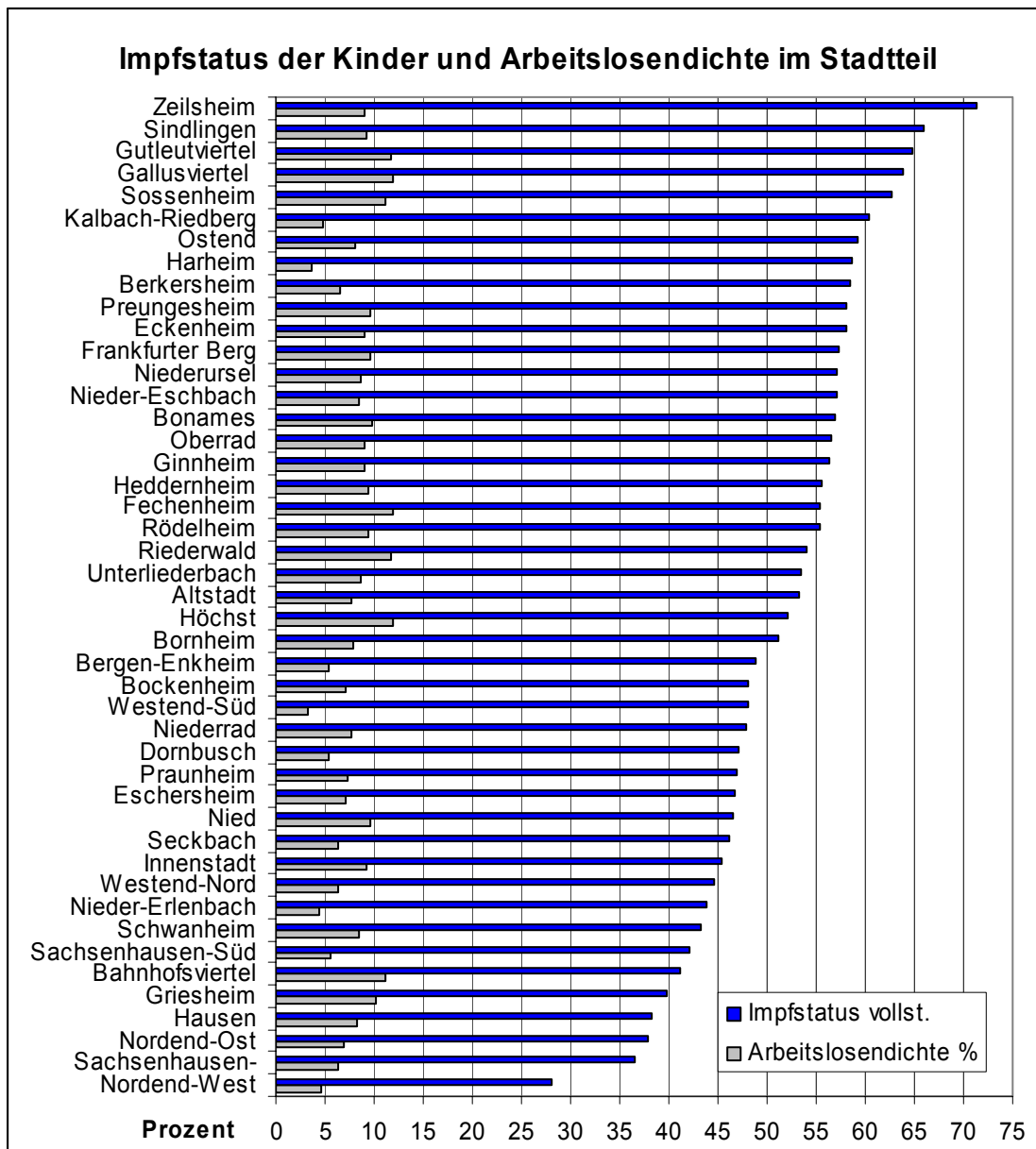


Abbildung 3-17: Impfstatus der Kinder in den Jahren 2002 bis 2006 – nach Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20) – Impfungen vollständig

Impfstatus in verschiedenen Stadtteilen

Bei der Betrachtung des Impfstatus nach Stadtteilen ergaben sich große Unterschiede. Der Anteil der Kinder mit dokumentiert vollständigem Impfschutz im Stadtteil reicht von 28% im Nordend-West bis 71% in Zeilsheim. So sind z.B. unter den Stadtteilen mit dem höchsten Anteil vollständig geimpfter Kinder drei Stadtteile mit hoher Arbeitslosigkeit (über 10%) wie Gutleutviertel, Gallusviertel und Sossenheim zu finden, während die drei Stadtteile mit der niedrigsten Rate vollständig geimpfter Kinder eher eine niedrigere Arbeitslosendichte (unter 7%) aufwiesen. In der Korrelationsrechnung zeigten sich – auf Stadtteilebene aggregiert – signifikant positive Zusammenhänge zwischen dem Impfstatus der Kinder und der Arbeitslosendichte im Stadtteil. D.h. Kinder aus Stadtteilen mit hoher Arbeitslosendichte wiesen einen besseren Impfschutz auf als Kinder, die in Stadtteilen mit niedriger Arbeitslosendichte wohnten.



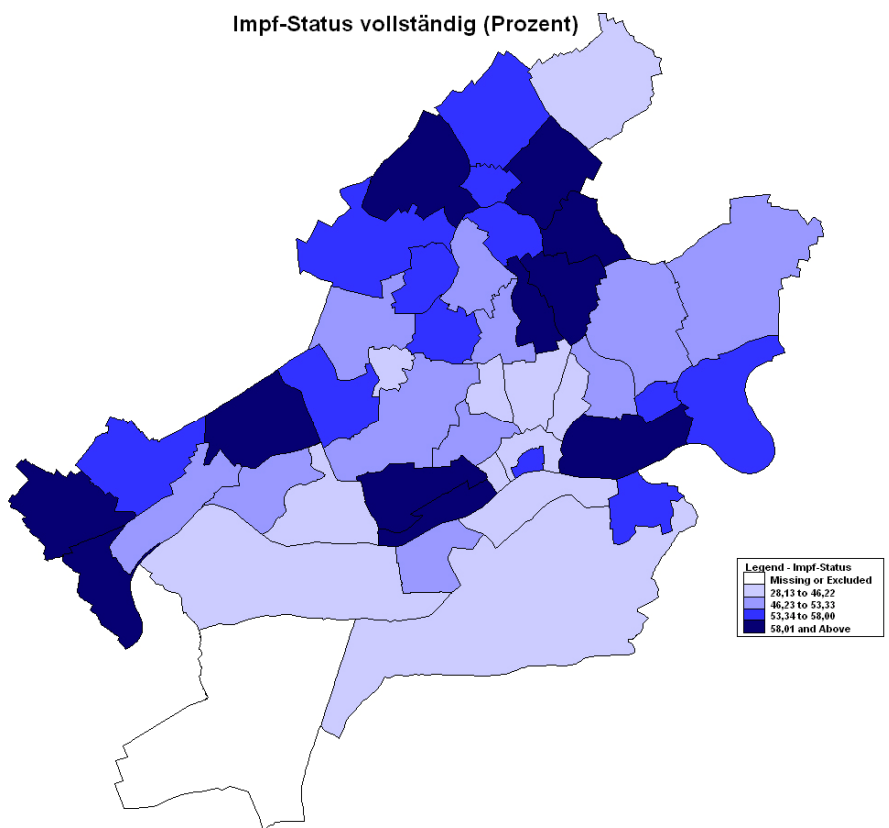


Abbildung 3-18: Impfstatus der Einschüler in verschiedenen Stadtteilen



Impfstatus – Frankfurt im Vergleich mit Hessen

Erfreulich ist der generelle Anstieg der Impfraten – in Frankfurt und in Hessen insgesamt. Der deutliche Einbruch der vollständigen Impfung gegen Masern/Mumps/Röteln ist durch eine Heraussetzung der Impfpflicht von mindestens einer auf mindestens 2 Impfungen zurückzuführen und nicht auf absolut weniger Impfungen.

Bei **Tetanus und Diphtherie** haben die Kinder aus Frankfurt in den Jahren 2002 und 2003 um 5-4% höhere Impfraten als die Kinder aus Hessen insgesamt; danach ist in Hessen eine besonders intensive Zunahme bei der Impfrate zu verzeichnen, so dass im Jahre 2006 ein Unterschied von 5% zuungunsten von Frankfurt gefunden wird.

Bei den Impfungen gegen **Pertussis, Hämophilus influenzae und Hepatitis B** ist sowohl in Frankfurt als auch in Hessen insgesamt eine leichte Zunahme festzustellen, wobei die Impfungen in Hessen leicht über denen der Frankfurter Kinder liegen.

Bei der Impfung gegen **Masern/Mumps/Röteln** ist nach zunächst vergleichbaren Impfungen von 93-96% vollständige Impfungen in Frankfurt und Hessen nach Erhöhung der Impfpflicht ein erheblicher Einbruch in der Vollständigkeit der erforderlichen Impfungen gegen Masern/Mumps/Röteln erkennbar. In Frankfurt sinkt der Anteil der Kinder mit vollständigem Impfstatus gegen Masern/Mumps/Röteln auf 52-54%, in Hessen „nur“ auf 62-64% ab. Dieser Unterschied von etwa 10% bleibt über die nächsten Jahre nahezu konstant erhalten. Die Ursache dieses in Frankfurt viel größeren Einbruchs auf die Impfrate als in Hessen ist unklar, möglicherweise zeigen Informationskampagnen von Impfkritikern in Frankfurt mehr Auswirkungen als außerhalb von Frankfurt. Unabhängig davon muss aber weiter intensiv auf das Schließen von Impflücken hingewirkt werden – zum Schutz nicht nur der Kinder, sondern der gesamten Bevölkerung.

Vergleich mit den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys

Im Kinder- und Jugendgesundheits survey wurden die Impfungen von 16.460 Kindern im Alter von 0-17 Jahren repräsentativ für die Bundesrepublik detailliert erfasst. Darüber hinaus wurden auch für verschiedene Impfungen durch Blutuntersuchungen die schützenden Antikörper im Blut gemessen. Der unmittelbare Vergleich der im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen erhobenen Impfdaten mit den Daten des KiGGS ist aus methodischen Gründen – unterschiedlicher Erhebungsmodus und leicht differierende Bewertungsschemata für Kinder sehr unterschiedlichen Alters und aus unterschiedlichen Geburtsjahrgängen und unter Berücksichtigung der zu unterschiedlichen Zeiten jeweils gültigen Impfpflichten – schwierig.

Insgesamt zeigte der KiGGS eine hohe Akzeptanz der Grundimmunisierung im Kleinkindalter, ließ aber auch deutliche Lücken bei den notwendigen Auffrischungsimpfungen im späteren Kindesalter erkennen. „Deutliche Defizite bestehen bei der Durchimpfung der Schulkinder mit den notwendigen Auffrischungsimpfungen in der Zeit nach den Schuleingangsuntersuchungen: Bei einem erheblichen Anteil der Kinder und Jugendlichen fehlen die für die Zeit des Schuleintritts empfohlenen Auffrischungsimpfungen gegen Tetanus und Diphtherie. Die Durchimpfung älterer Kinder ist auch gegen Pertussis (Keuchhusten) noch völlig ungenügend. Die mangelnde Durchimpfung älterer Kinder und Jugendlicher ist besonders gravierend in den alten Bundesländern (Poethko-Müller et al., 2007).

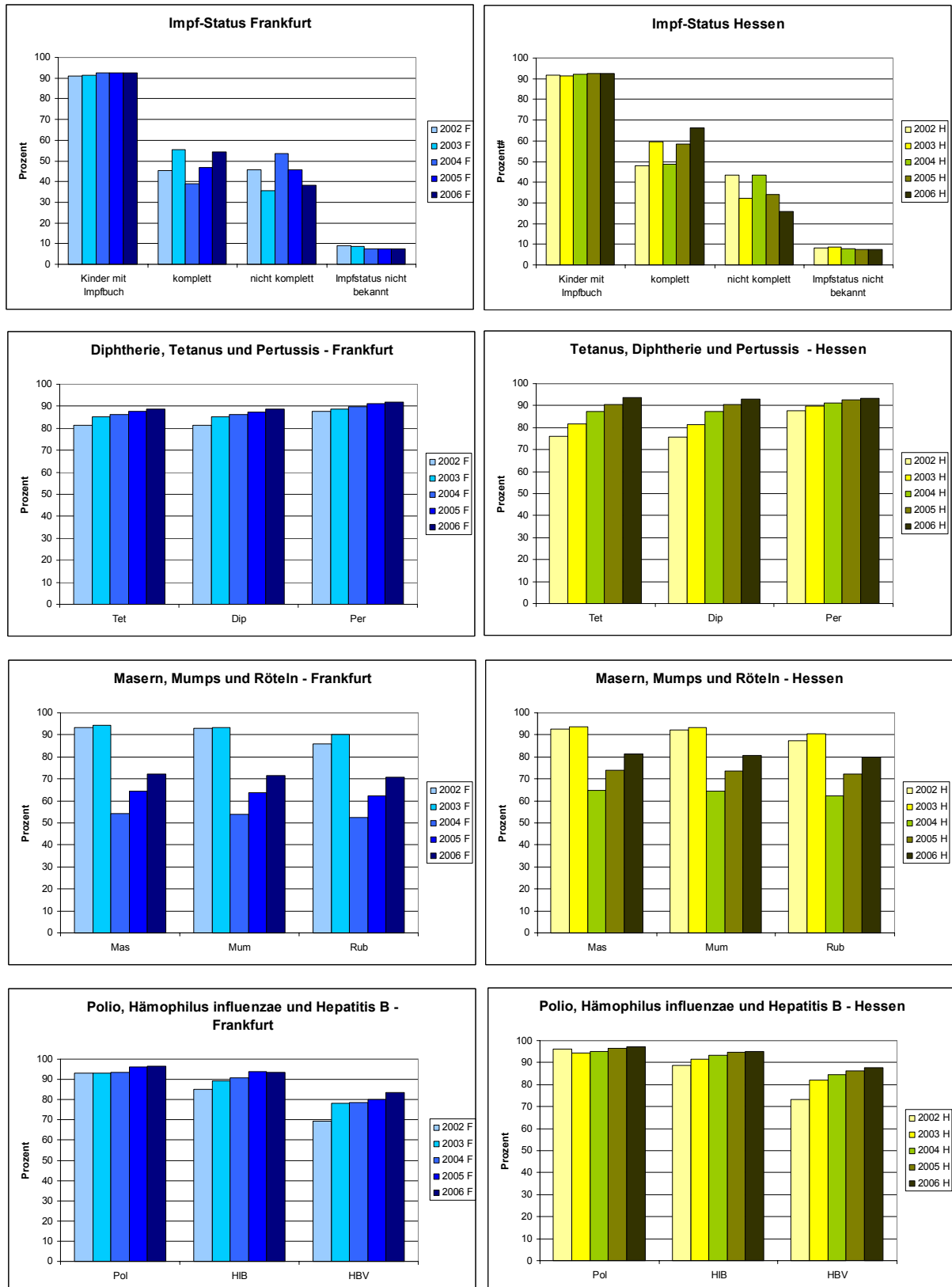


Abbildung 3-19: Vergleich des Impfstatus und der Vollständigkeit der einzelnen Impfungen bei den Kindern in Frankfurt und in Hessen insgesamt
 (Tet=Tetanus, Dip=Diphtherie, Per=Keuchhusten, Mas=Masern; Mum=Mumps, Rub=Röteln, Pol=Kinderlähmung, HIB=Hämophilus influenzae, HBV= Hepatitis B)

Während bei vielen im KiGGS erfragten und untersuchten Gesundheitsdaten immer wieder feststellbar war, dass Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund und solche mit niedrigem Sozialstatus ungünstigere Werte aufwiesen – höhere Krankheitslast, geringere Versorgung – war dies bei den Impfungen in dieser Form nicht darstellbar. Dort wurde festgestellt:

„Fast alle Impfquoten sind am höchsten bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit mittlerem sozialem Status. Bei Kindern und Jugendlichen mit unterem sozialem Status wird die Hepatitis-B-Immunsierung zwar häufiger begonnen, jedoch auch häufiger nicht komplettiert, auch wird häufiger die erste, jedoch keine zweite Masern-Impfdosis gegeben. Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus erhalten häufiger als Kinder und Jugendliche mit niedrigem oder mittlerem Status keine Impfungen gegen Masern-, Mumps und Röteln. ...“ (Poethko-Müller et al., 2007)

Eine vergleichbare Beobachtung war auch im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen in Frankfurt feststellbar: bei Vergleich der Stadtteile konnte keine einfache Assoziation zwischen Impfstatus und Arbeitslosenanteil im Stadtteil (als Hinweis auf Sozialstatus aggregiert) oder Ausländeranteil im Stadtteil gefunden werden. Darüber hinaus war auf der individuellen Ebene nicht feststellbar, dass Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund einen schlechteren Impfstatus aufweisen als Kinder ohne Migrationshintergrund. Im Gegenteil, obwohl bei 10% der Kinder mit Migrationshintergrund Türkei, Balkan oder Maghreb kein Impfausweis vorgelegt wurde, – im Vergleich mit 6% der deutschen Kinder – lag der Anteil dieser Kinder mit Migrationshintergrund mit nachgewiesenen vollständigen Impfungen mit 45-58% deutlich über dem der deutschen Kinder mit 50%.



Zusammenfassung und Ausblick

Von 2002 bis 2006 hat der Anteil der Kinder in Frankfurt, die alle empfohlenen Impfungen dokumentiert erhalten hatten, von 47% auf 56% zugenommen. Im Jahr 2006 waren bei über 80% der Kinder vollständige Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung, Keuchhusten und *Hämophilus influenzae* dokumentiert, 77% der Kinder hatten einen vollständigen Impfschutz gegen Hepatitis B und 66% gegen Masern, Mumps und Röteln. – Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen ergaben sich nicht. Kinder mit Migrationshintergrund Türkei, Balkan oder Maghreb wiesen mit 53-58% häufiger einen vollständig dokumentierten Impfschutz auf als deutsche Kinder bzw. Kinder aus dem nichteuropäischen Ausland (50%). – Im Vergleich mit Hessen sind die dokumentierten Impfquoten in Frankfurt um ca. 5% niedriger, bei Masern/Mumps/Röteln um ca. 10%.

In Deutschland gibt es keine Impfpflicht. Insofern sind gute Informationen und das Werben für einen ausreichenden Impfschutz wichtig, um sowohl den Einzelnen individuell zu schützen, aber auch um einen wirkungsvollen Schutz für die gesamte Bevölkerung gegen vermeidbare Infektionserkrankungen zu erreichen.

Das Stadtgesundheitsamt Frankfurt wird weiterhin – wie auch in der Vergangenheit – darauf hinwirken, dass Impfücken erkannt und geschlossen werden. Dies geschieht nicht nur bei der Überprüfung der Impfpässe im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen. Selbstverständlich wird auch bei weiteren Kontakten mit Schulkindern auf die Schließung von Impfücken geachtet, z. B. im Rahmen des Konzepts der Betreuungskinder oder aber auch im Bereich der sozialpädiatrischen Sprechstunden. In bestimmten Fällen werden auch Impfkaktionen durchgeführt, wie z. B. die Impfkaktion in der Schule für praktisch Bildbare (s. S. 111). Darüber hinaus gilt es auch weiterhin, Impfücken in besonderen Risikogruppen zu erkennen und zu schließen, u. a. im Zusammenhang mit den humanitären Sprechstunden des Amtes.

Das Amt wirbt darüber hinaus für Impfungen und nimmt beispielsweise an Informationskampagnen teil, in denen die Allgemeinbevölkerung auf das Thema Impfen aufmerksam gemacht wird. Darüber hinaus werden Impf-Fortbildungen für Fachleute durchgeführt, nicht nur für Ärzte (Heudorf, 2003, 2004) sondern auch für Hebammen, die ja – neben den Kinderärzten – eine wichtige Beratungsfunktion für Eltern haben.

Das neue Hessische Kindergesundheitsschutzgesetz (2007) sieht vor, dass Eltern nicht nur an die Vorsorgeuntersuchungen, sondern auch an die Impfungen ihrer Kinder erinnert und „gemahnt“ werden sollen. Darüber hinaus wurde festgeschrieben „Personensorgeberechtigte eines Kindes, das Gemeinschaftseinrichtungen ... besucht, haben vor Aufnahme in die Einrichtung durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung nachzuweisen, dass das Kind alle seinem Alter und Gesundheitszustand entsprechenden öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen erhalten hat oder schriftlich erklären, dass sie eine Zustimmung zu bestimmten Impfungen nicht erteilen“ (Hess. Kindergesundheitsschutzgesetz, 2007).

Alle diese Aktivitäten verfolgen das Ziel eines möglichst umfassenden und sicheren Impfschutzes des Einzelnen und der gesamten Bevölkerung in Deutschland. Die Bedeutung eines guten, umfassenden Impfschutzes wird anschließend am Beispiel Masern erläutert.

Gesundheitsziel: Masern bis 2010 eliminieren

Ungenügende Impfrate und wiederholte Masernausbrüche in den letzten Jahren in Deutschland gefährden dieses Ziel

Ein wichtiges Ziel der Weltgesundheitsorganisation ist – nach der Elimination der Polio in Europa im Jahre 2002 - die Ausrottung von Masern auf der Welt bis 2010. Während einige Erdteile bereits als masernfrei gelten, ist die Impfquote gerade in Deutschland nach wie vor zu niedrig, um dieses Ziel zu erreichen. Masernausbrüche in verschiedenen Bundesländern in den letzten 2 Jahren haben hier eindringlich den weiteren Verbesserungsbedarf gezeigt.

Regionale Masern-Ausbrüche in Hessen und Oberbayern im Jahr 2005 (Epi Bull 27/2006 S. 205-211)

„Von Januar bis Mai des Jahres 2005 wurden in Hessen insgesamt 223 Masernfälle aus 5 Kreisen (Stadtkreise Offenbach, Frankfurt am Main, Wiesbaden, Landkreise Wetterau und Gießen) übermittelt. Dies entsprach einer Erkrankungsrate von 14 pro 100.000 Einwohner in der betroffenen Region. Die Erkrankungsrate war am höchsten bei den 1-4 Jährigen (102 Erkrankungen pro 100.000, gefolgt von den 5-9 Jährigen (83 Erkrankungen/ 100.000). In allen aus dieser Region untersuchten Patientenproben wurde derselbe Masernvirus-Genotyp D4 nachgewiesen. – Aus diesen Analysen ließ sich ein Zusammenhang mit einem Maserngeschehen in Rumänien vermuten. Diese Vermutung wurde durch anamnestische Angaben eines Erkrankten gestützt (s.u.).

Im zweiten großen Maserngeschehen des Jahres 2005 wurden von März bis Juli 2005 insgesamt 279 Masernfälle aus 8 Landkreisen Oberbayerns übermittelt. Dies entsprach einer Erkrankungsrate von 12 pro 100.000 Einwohner. Schulkinder im Alter von 10-14 Jahren waren am stärksten betroffen (58 Erkrankungen pro 100.000). Erkrankungshäufungen mit Herdmeldungen gab es in Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder. Aufgrund des gefundenen Masern-Genotyps D6 konnte von einer einheitlichen Infektionskette ausgegangen werden, die sich jedoch von der in Hessen unterscheidet. – Dieser D6 Typ zirkulierte bis zum Jahr 2003 endemisch in Deutschland und wies eine 100%ige Übereinstimmung mit in Russland im Jahre 2003/4 zirkulierenden Masernviren auf.

Als Komplikationen waren 2 Masernenzephalitiden (Gehirnentzündungen), 17 Lungenentzündungen und 11 Ohrentzündungen berichtet worden. Ein 14-jähriges Mädchen war in Folge einer Masernerkrankung gestorben. Diese Angaben belegen, dass es sich bei Masern keinesfalls um eine „harmlose Kinderkrankheit“ handelt. 89% der Erkrankten waren nicht geimpft, bei den übrigen blieb der Impfstatus unklar.

Masernfälle in Berlin (Epi Bull. 27/2006; S. 208)

In Berlin traten im Jahre 2005 Masernerkrankungen auf, die ebenfalls durch den Genotyp D4 ausgelöst wurden, der mit dem bei den in Hessen Erkrankten übereinstimmte. Vier weitere Masern-Fälle in Berlin wurden durch den Genotyp B2 verursacht, offensichtlich durch ein aus Kamerun eingereistes Kind ausgelöst. Der Genotyp B2 zirkuliert in der Region Zentralafrika endemisch.

Masernausbruch in Baden-Württemberg (Epi Bull. 27/2006; S. 209)

Im Winter 2006 wurde eine Masernhäufung mit Ursprung im Landkreis Esslingen bekannt, der sich im weiteren Verlauf im Großraum Stuttgart ausweitete, mit insgesamt 74 Erkrankungsfällen. – Überwiegend waren Kleinkinder und junge Schulkinder betroffen, 26 Erkrankte waren zwischen 1 und 4 Jahre und 24 Kinder zwischen 5 und 9 Jahre alt. Keiner der Patienten war geimpft. Die meisten stammten aus einem Umfeld, in dem Impfungen allgemein und insbesondere gegen Masern als unnötig angesehen und abgelehnt werden.

Masernausbruch in Nordrhein-Westfalen Frühjahr 2006 (Epi Bull 13/2007, 30. März 2007, S. 109-111)

Im Frühjahr 2006 war das Land Nordrhein-Westfalen (NRW) von einem Masernausbruch betroffen, der in seinem Ausmaß nicht erwartet worden war. Im Rahmen des Ausbruchs wurden den Behörden über 1.700 Fälle gemeldet. Die Zahl der stationären Behandlungen betrug 263 und schwerwiegende Komplikationen, wie Meningitis und Enzephalitis, wurden mit einer Häufigkeit von 1:247 beobachtet (darunter 6 Enzephalitiden (Gehirnentzündungen, 1 Meningitis). Dies verdeutlichte einmal mehr, dass die Masern keine zu verharmlosende Erkrankung sind und sorate auch in der Bevölkerung für Verunsicherung.“

Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund haben kürzlich Experten aus den deutschsprachigen Ländern der Weltgesundheitsorganisation eine Resolution zur Eindämmung der Masern verabschiedet. Gefordert wird eine Erhöhung der öffentlichen Aufmerksamkeit, Verbesserung der Kommunikationsstrategie und Medienarbeit, die Entwicklung einer nationalen Strategie „Kinderrecht auf Routineimpfung“ und die Durchführung geeigneter Maßnahmen zur Verbesserung des Impfstatus. Hier sind niedergelassene Kinderärzte und die Ärzte in den Gesundheitsämtern gemeinsam gefordert. Es gilt, die Durchimpfungsrate zu erhöhen, allgemein, aber auch bei den erkannten Risikogruppen – z. B. bei bestimmten (durchaus nicht allen generell - s. S. 43) Gruppen mit Migrationshintergrund oder bei der kleinen Gruppe der Impfskeptiker.

Es liegen Erfahrungsberichte aus Gesundheitsämtern vor, wie beispielsweise die Impfquote in Risikogruppen mit Migrationshintergrund durch Mithilfe von Vertrauenspersonen oder durch Gewinnen von Akzeptanz der Vorstände in entsprechenden Vereinen zielorientiert gesteigert werden kann (Epi. Bull 22/2006; S. 171-174). Eine hohe Gesamtimpfquote alleine ist kein hinreichender Schutz vor Ausbrüchen; diese lag in den genannten Fällen durchaus im Bereich 85-90%, wobei allerdings in bestimmten (Risiko)-Gruppen keine Herdimmunität vorlag. Kommt es dort zu einem Masern-Ausbruch, gilt es, die Impflücken im Umfeld rasch zu schließen, um eine Weiterverbreitung zu verhindern.

Im Zusammenhang mit dem berichteten Masernausbruch in Hessen (Offenbach, Frankfurt, Wiesbaden, Landkreise Wetterau und Friedberg) konnte durch rasches Handeln der Gesundheitsämter der weitere Ausbruch effektiv eingedämmt werden (s. auch Kapitel 4.3. Schaworalle S. 121).

So lange also in Deutschland die Impfquote noch nicht ausreichend hoch ist und die Masern noch nicht eliminiert sind, muss weiter dringlich an die Meldepflicht im Masernverdachtsfall erinnert werden. Diese betrifft sowohl niedergelassene Ärzte als auch Leiter von Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen. Nur bei frühzeitiger Meldung ist der Gesundheitsdienst in der Lage, gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten und den Gemeinschaftseinrichtungen zielspezifisch geeignete Maßnahmen zu ergreifen.

3.4. Körpergewicht – Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit)

Übergewicht entsteht, wenn dauerhaft mehr Energie aufgenommen als verbraucht wird. Die wesentlichen Ursachen sind zu wenig körperliche Aktivität (Bewegung und Sport) in Kombination mit einem zu kalorienreichen Essen, auch wenn eine erbliche Veranlagung oder bestimmte Krankheiten durchaus eine Rolle spielen können. Nimmt das Übergewicht extreme Formen an, so spricht man auch von Fettleibigkeit oder Adipositas (Kurth, 2007).

Übergewicht und Adipositas gelten inzwischen in industrialisierten Ländern, auch in Europa, als eines der größten Gesundheitsrisiken für die Bevölkerung. Im November 2006 befasste sich die Europäische Ministerkonferenz auf einer Tagung in Istanbul mit dem Thema „Adipositas“ als einer der größten Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit im 21. Jahrhundert. Es wurde eine Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas verabschiedet (s. Kasten: Europäische Bekämpfung der Adipositas). Diese weist insbesondere auch auf das Gesundheitsrisiko durch die Zunahme von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter hin. Auch wenn im Kindesalter übergewichtsbedingte Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Schlaganfall etc. meist noch nicht manifest werden, besteht ein großes Risiko für diese Erkrankungen, wenn das Übergewicht bis in das Erwachsenenalter beibehalten wird. Aber auch schon im Kindesalter ist Übergewicht und Adipositas für die Kinder mit erheblichen Problemen verbunden, insbesondere psychische Probleme, Hänseleien, Isolierung und der damit verbundene Teufelskreis – noch mehr essen, noch weniger Bewegung (s. Kasten: Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas)).

Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas – Europäische Ministerkonferenz, 2006

- 1) Die Adipositasepidemie ist eine der schwersten Herausforderungen für die Gesundheitspolitik.
 - a) Die Hälfte der Erwachsenen und ein Fünftel der Kinder sind übergewichtig, davon bereits ein Drittel adipös (fettsüchtig).
 - b) Übergewicht führt zu Krankheiten, verkürzter Lebenserwartung, verminderter Lebensqualität.
 - c) Durch Übergewicht bedingte Krankheiten sind jährlich für mehr als 1 Million Todesfälle in Europa verantwortlich.
- 2) Der Trend ist besonders bei Kindern und Jugendlichen alarmierend, da diese die Epidemie ins Erwachsenenalter mitnehmen und so die Gesundheit der nächsten Generation zunehmend belasten. Der jährliche Anstieg der Adipositasprävalenz hat sich stetig erhöht und ist heute zehnmal so hoch wie 1970.
- 3) Adipositas wirkt sich erheblich auf die wirtschaftliche und soziale Entwicklung aus.
 - a) Adipositas und Übergewicht bei Erwachsenen sind für bis zu 6% der Ausgaben des Gesundheitswesens verantwortlich und bewirkt.
 - b) zusätzlich mindestens doppelt so hohe indirekte Kosten (Verlust von Menschenleben, Produktivität und Einkommen).
 - c) Übergewicht und Adipositas betreffen am stärksten Menschen aus den sozial benachteiligten Gruppen, was zur Verschärfung gesundheitlicher und anderer Ungleichheiten beiträgt.
- 4) Epidemie infolge der Veränderungen in der sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und räumlichen Umwelt.
 - a) Dramatischer Rückgang der körperlichen Aktivität.
 - b) Deutlich veränderte Ernährungsmuster.

Auswirkungen von Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) im Kindesalter

„Für Kinder und Jugendliche sind Übergewicht und Adipositas die am häufigsten auftretenden gesundheitlichen Risiken. Übergewicht und Fettleibigkeit bedeuten langfristig ein gesteigertes Risiko für die Gesundheit. Zahlreiche schwerwiegende Krankheiten können die Folge sein. Hierzu zählen Diabetes (Zuckerkrankheit), Bluthochdruck, Störungen des Fettstoffwechsels und Erkrankungen an Muskeln und Gelenken. Bleibt das Übergewicht bis ins Erwachsenenalter bestehen, erhöht sich das Risiko für Schlaganfall und Herzkrankheiten, Erkrankungen der Gallenblase sowie einige Krebsformen (der Bauchspeicheldrüse, der Brust, der Nieren).

Weitaus belastender als diese langfristigen Risiken sind für die Betroffenen selbst die mit ihrem Dicksein oft verbundenen psychischen Probleme, die Hänseleien Gleichaltriger in Kindergarten, Schule und Ausbildung, die Isolierung bei sportlichen und anderen Aktivitäten. Die Folge ist oft, dass sich diese Kinder und Jugendlichen aus sozialen Bindungen zurückziehen und dass sie zur Kompensation ihres Kummers weiter essen“. (KiGGS, Elternbroschüre: Erste Ergebnisse, 2007)

Wann liegt Übergewicht vor und wann Adipositas (Fettleibigkeit)?

Übergewicht liegt vor, wenn das auf die Körpergröße bezogene Körpergewicht das „Normale“ überschreitet. Ein Maß ist der Body Mass Index, d.h. Körpergewicht (kg) geteilt durch Körperlänge (m)² (Abbildung 3-20). Während für das Erwachsenenalter klare Normgrenzen vorliegen (Übergewicht: BMI über 25 kg/m²; Adipositas: BMI über 30 kg/m²), ist dies für das Kindesalter so nicht möglich, da der BMI wegen des noch nicht abgeschlossenen Wachstums der Kinder stark vom Alter abhängig ist. Zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter wird der erhaltene BMI-Wert eines Kindes mit den „Normkurven“ von Kindern verschiedener Altersgruppen – getrennt für Jungen und Mädchen – verglichen. Als übergewichtig wird ein Kind bezeichnet, wenn sein BMI zwischen der 90. und 97. Perzentile liegt, d.h. wenn 90% der Kinder einen niedrigeren und 3% einen höheren BMI haben. Adipositas liegt vor bei Überschreiten der 97. Perzentile, d.h. wenn 97% der Kinder des Alters einen geringeren BMI haben. Untenstehend sind die Normkurven für Jungen und Mädchen dargestellt.



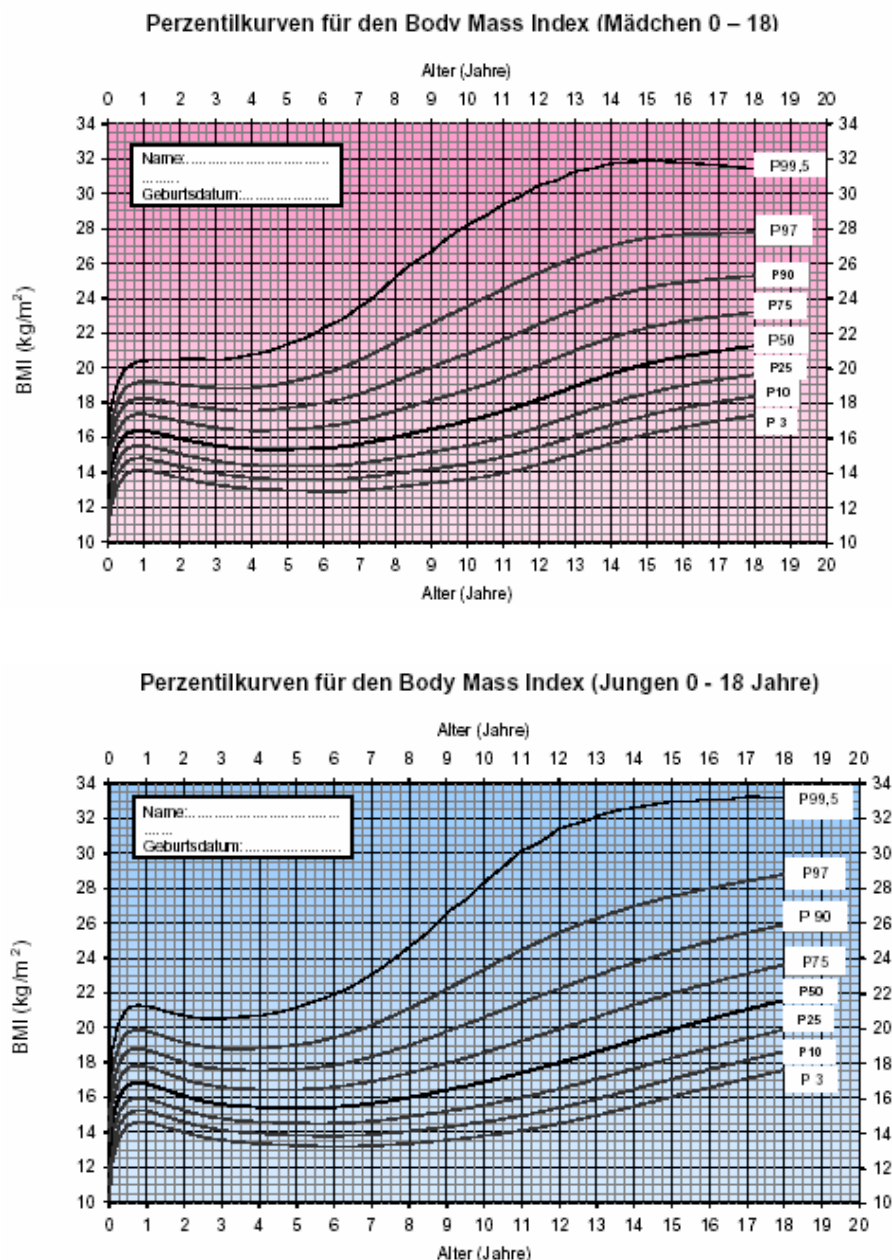


Abbildung 3-20: Perzentilkurven für den Body Mass-Index (BMI) bei Kindern und Jugendlichen, getrennt für Mädchen und Jungen

Quelle: Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D, et al. Monatsschr Kinderheilkd 2001; 149:807-818

Grundlage dieser Normkurven sind statistische Daten aus großen, wenngleich nicht repräsentativen Erhebungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, die in den Jahren 1985 bis 1999 untersucht worden waren (Kromeyer-Hauschild et al., 2001). Seit wenigen Monaten liegen die Daten aus dem aktuellen, repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS vor, die von 2003 bis 2006 bei Kindern in Deutschland erhoben wurden. Im Vergleich mit den früheren Normkurven haben sich die BMI-Kurven der Kinder deutlich nach oben verschoben; insbesondere ab dem 6. Lebensjahr bei Jungen und dem 7. Lebensjahr bei Mädchen. Dies zeigt: die Kinder werden heute erheblich dicker als früher. Diese Problematik betrifft weniger Vorschulkinder, sondern tritt verstärkt ab dem Schulalter auf.

Bezieht man die neuen Daten des KiGGS auf die oben abgebildeten Perzentilenkurven (Kromeyer-Hauschild, 2001), sind heute 15% der Kinder und Jugendlichen übergewichtig und 6,3% adipös. Dies entspricht einer Verdoppelung des Übergewichts bezogen auf die Situation in den 1980er und 1990er Jahren. Der Anstieg ist in den verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich: während im Vorschulalter nur geringe Änderungen aufgetreten sind, ist bei Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren eine Verdreifachung der Rate Adipöser festzustellen. KiGGS hat auch gezeigt, dass insbesondere Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund und aus Familien mit niedrigem Sozialstatus ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas haben, während zwischen Jungen und Mädchen oder zwischen Ost- und Westdeutschland keine Unterschiede gefunden wurden (Kurth und Schaffrath-Rosario 2007).

Gewichtstatus der Einschulungskinder in Frankfurt am Main Jungen und Mädchen – zeitlicher Trend

Alle Kinder werden bei der Einschulungsuntersuchung gewogen und ihre Körperlänge gemessen, der Body Mass Index wird berechnet. Über alle Jahre gemittelt hatten die Kinder einen durchschnittlichen BMI von 15,89 kg/m². Der mittlere BMI von Jungen lag mit 15,91 kg/m² etwas höher als der von Mädchen mit 15,86 kg/m².

Aus den Daten lässt sich ersehen, dass der BMI bis zum Jahre 2004 anstieg und danach bis 2006 eine Abnahme des mittleren BMI um 0,17 kg/m² zu verzeichnen ist, bei Jungen und Mädchen gleichermaßen.

Geschlecht	2002-2006	2002	2003	2004	2005	2006
	Mittelw ±sdev	Mittelw ±sdev	Mittelw ±sdev	Mittelw ±sdev	Mittelw ±sdev	Mittelw ±sdev
alle	15,89±2,12	15,92±2,09	15,98±2,30	15,94±2,17	15,86±2,05	15,77±1,98
Jungen	15,91±2,08	15,93±2,09	15,96±2,11	15,99±2,20	15,90±2,11	15,81±1,91
Mädchen	15,86±2,16	15,91±2,10	16,00±2,48	15,90±2,15	15,81±2,00	15,73±2,05

Tabelle 3-11: Body Mass Index bei den untersuchten Kindern - 2002 bis 2006 - Jungen und Mädchen

Gewichtstatus - in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund

Deutsche Kinder ohne Migrationshintergrund haben im Mittel einen niedrigeren BMI als die Kinder mit Migrationshintergrund Türkei, Balkan und Maghreb. Den höchsten Gewichtstatus haben die Kinder mit türkischem Migrationshintergrund, und hier insbesondere die Mädchen, deren mittlerer BMI sogar über dem der Jungen liegt. An zweiter Stelle liegen die Kinder mit Migrationshintergrund Maghreb, hier sind – wie bei den übrigen Gruppen auch – die Jungen schwerer als die Mädchen. An dritter Stelle kommen die Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund Balkan (Tabelle 3-12).

Geschlecht	Deutschland	Türkei	Balkan	Maghreb	Europa sonst.	Übrige
	Mittelw±sdev	Mittelw±sdev	Mittelw±sdev	Mittelw±sdev	Mittelw±sdev	Mittelw±sdev
alle	15,67±1,90	16,65±2,39	16,27±2,37	16,48±2,39	16,31±2,68	15,75±2,12
Jungen	15,69±1,87	16,64±2,39	16,35±2,42	16,53±2,34	16,29±2,36	15,80±2,16
Mädchen	15,65±1,93	16,67±2,40	16,18±2,32	16,41±2,45	16,34±2,99	15,70±2,09

Tabelle 3-12: Gewichtstatus der Kinder – nach Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)

Für deutsche Kinder sowie Kinder mit Migrationshintergrund Türkei, Maghreb und Balkan ist die Gewichtsverteilung für Jungen und Mädchen getrennt im Trend der letzten Jahre in Abbildung 3-21 graphisch dargestellt. Bei den deutschen Kindern ohne Migrationshintergrund ist sowohl im Median

als auch in der 75. Perzentile (oberes Ende der Box) eine geringfügige Abnahme des BMI zu erkennen.

Bei den Kindern mit Migrationshintergrund Türkei zeigt sich zunächst der im Mittel um 1 Punkt höhere BMI bei Jungen und Mädchen. Während bei den Jungen sich der Trend über die Jahre etwas uneinheitlich darstellt, zeigt sich bei den Mädchen – analog der deutschen Mädchen – die Abnahme des BMI von 2002 bis 2006 im Mittel und in der 75. Perzentile, während in den oberen Perzentilen sogar noch eine Zunahme des BMI in den letzten Jahren zu beobachten ist, d.h. ein kleiner Teil der Mädchen mit türkischen Migrationshintergrund wird zunehmend übergewichtiger. Bei den weiteren Gruppen mit Migrationshintergrund ist die Situation über die letzten Jahre nicht einheitlich, was u. a. auch auf die kleinere Fallzahl der untersuchten Kinder pro Jahr zurückzuführen ist.

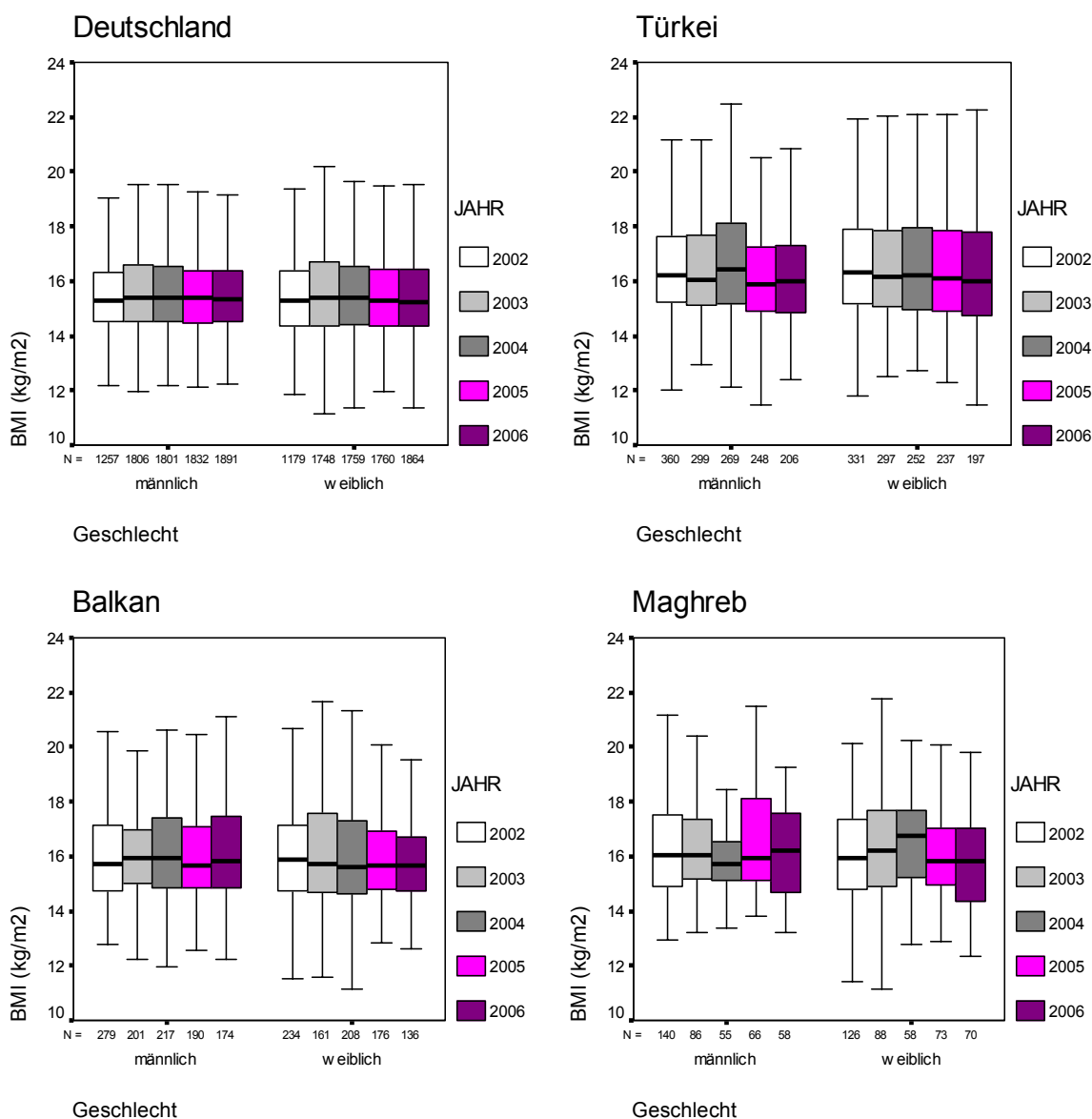


Abbildung 3-21: Gewichtsstatus der Kinder – nach Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)

Übergewicht und Fettleibigkeit

Bezogen auf die Normwerte (Kromeyer-Hauschild 2001) waren über alle Jahre 86,9% der Kinder normalgewichtig, 7,3% übergewichtig und 5,8% fettleibig (adipös). Während der Anteil der übergewichtigen Kinder von 2002 bis 2006 weitgehend konstant blieb, zeigt sich bei den fettleibigen Kindern in den letzten Jahren eine leicht abnehmende Tendenz (Tabelle 3-13). Bei den im Jahre 2006 untersuchten Kindern war im Vergleich mit allen Vorjahren der geringste Anteil an fettleibigen Jungen und Mädchen feststellbar, während der Trend beim Übergewicht nicht so ausgeprägt erkennbar war (Tabelle 3-13, Abbildung 3-22).

Mädchen sind häufiger übergewichtig als Jungen (7,6% vs. 7,0%), aber Jungen sind häufiger fettleibig als Mädchen (6,1% vs. 5,5%).

Alle Kinder	2002-2006		2002		2003		2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
normalgewichtig	22826	86,9	4418	86,9	4690	87,1	4602	85,9	4514	87,0	4602	87,8
übergewichtig	1910	7,3	375	7,4	369	6,9	419	7,8	368	7,1	379	7,2
adipös	1517	5,8	290	5,7	324	6,0	336	6,3	309	6,0	258	4,9

Jungen	
normalgewichtig	11713 86,9 2317 87,3 2439 87,9 2329 85,8 2299 86,1 2329 87,7
übergewichtig	942 7,0 182 6,9 175 6,3 200 7,4 192 7,2 193 7,3
adipös	816 6,1 156 5,9 160 5,8 186 6,9 180 6,7 134 5,0

Mädchen	
normalgewichtig	11113 86,9 2101 86,5 2251 86,3 2273 86,0 2215 87,9 2273 88,0
übergewichtig	968 7,6 193 7,9 194 7,4 219 8,3 176 7,0 186 7,2
adipös	701 5,5 134 5,5 164 6,3 150 5,7 129 5,1 124 4,8

Tabelle 3-13: Normalgewicht, Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) bei den untersuchten Kindern insgesamt und im zeitlichen Trend – alle sowie getrennt für Jungen und Mädchen.

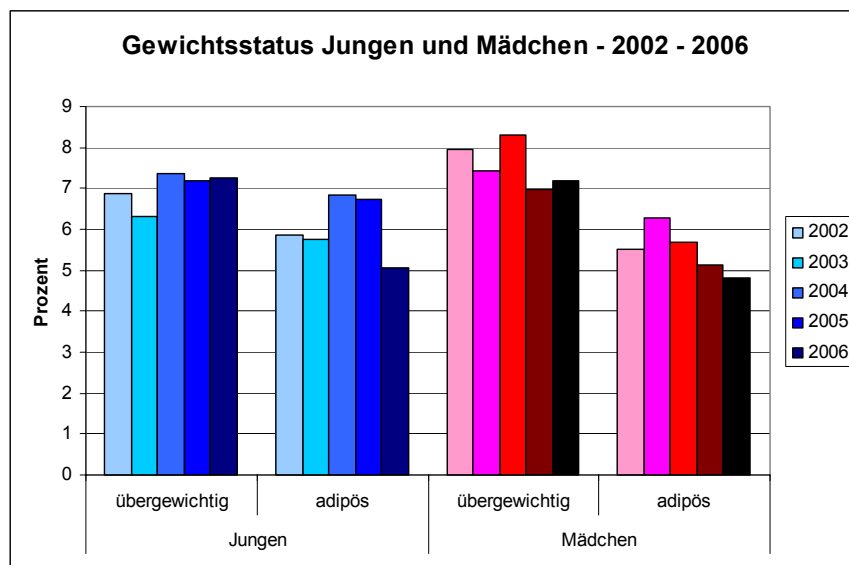


Abbildung 3-22: Übergewicht und Fettleibigkeit bei Jungen und Mädchen – 2002 bis 2006

Übergewicht und Adipositas - in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund

Insgesamt haben etwa 10% der Kinder ohne Migrationshintergrund Übergewicht oder Adipositas; dies entspricht genau dem aus den Perzentilenkurven von Kromeyer-Hauschild erwarteten Anteil. Demgegenüber liegt der Anteil der Kinder mit Übergewicht oder Adipositas aus türkischen Familien mehr als doppelt so hoch, mehr als 20% dieser Kinder sind übergewichtig oder adipös und alleine mehr als 10% dieser Kinder sind adipös. Mädchen aus türkischen Familien sind im Vergleich mit allen anderen Gruppen am häufigsten übergewichtig und auch am häufigsten adipös. Diese Tendenz ist auch bei den Jungen aus türkischen Familien zu sehen, nur noch Jungen aus Familien aus dem Maghreb sind häufiger übergewichtig als türkische Jungen.

Jungen	Deutschland	Türkei	Balkan	Maghreb	Europa (sonst)	übrige
übergewichtig	6,1	9,8	7,5	12,2	7,6	7,7
adipös	4,1	12,2	9,6	9,1	9,7	6,1
Übergewichtig oder adipös	10,2	22,0	17,1	21,3	17,3	13,8

Mädchen	Deutschland	Türkei	Balkan	Maghreb	Europa (sonst)	übrige
übergewichtig	6,2	12,8	9,2	10,5	10,7	6,7
adipös	4,3	10,5	7,2	7,4	7,9	4,4
Übergewichtig oder adipös	10,5	23,3	16,4	17,9	18,6	11,1

Tabelle 3-14: Übergewicht und Adipositas – in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)

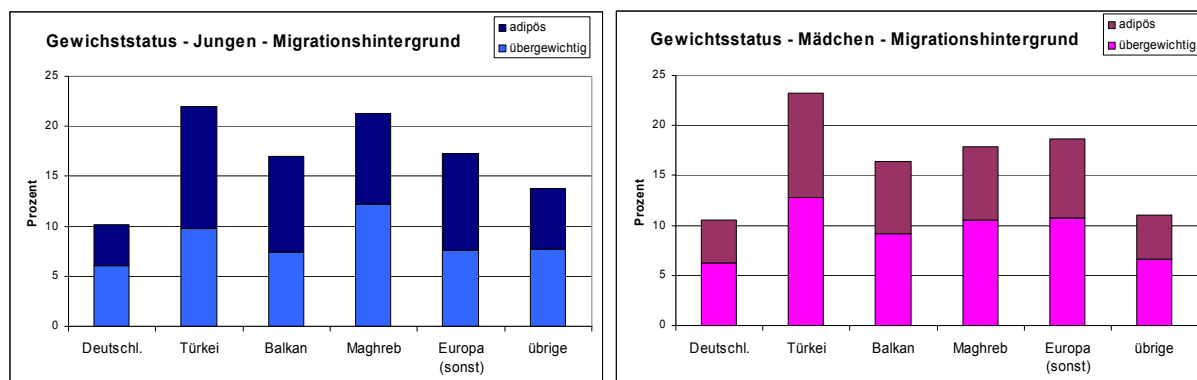
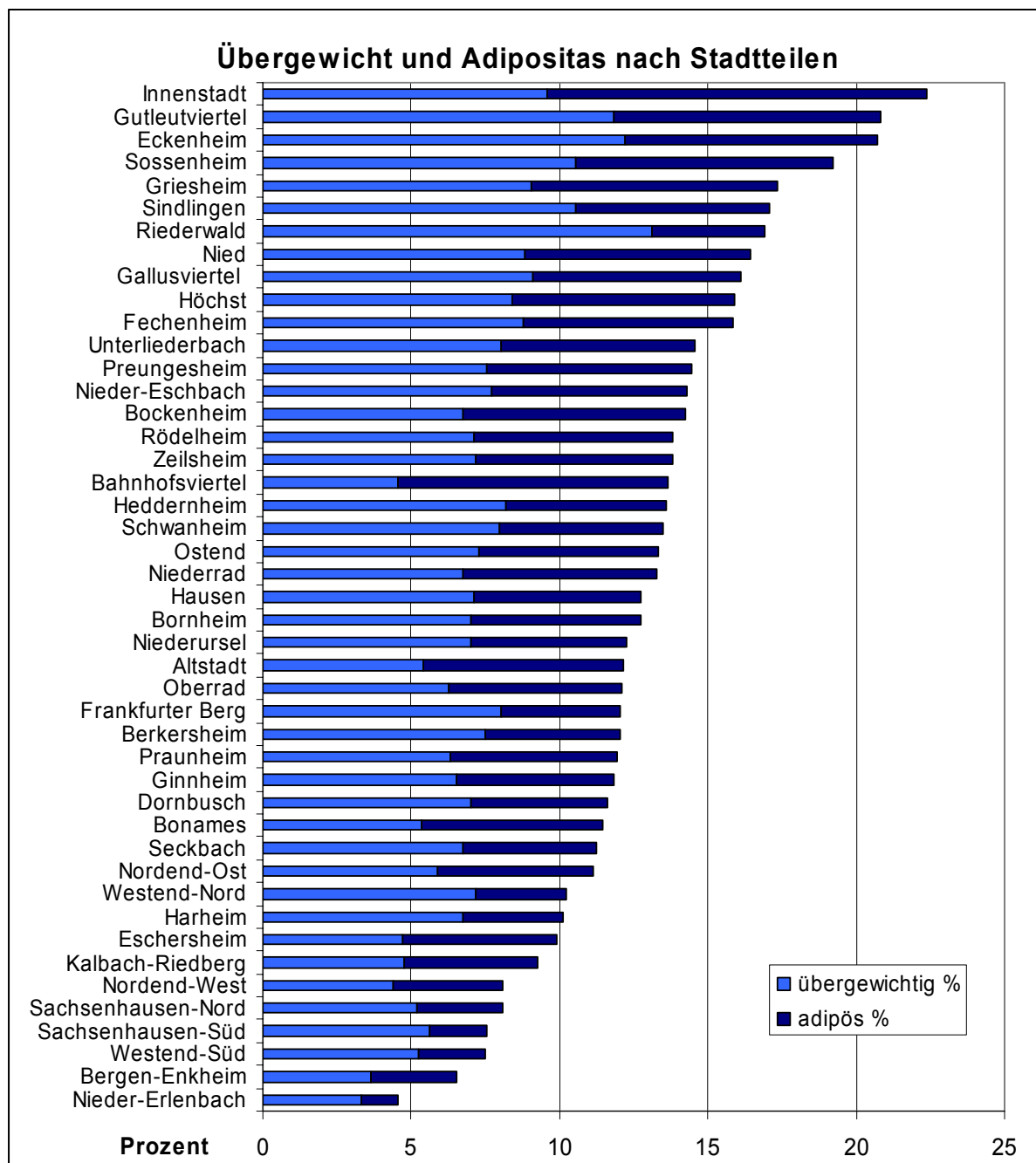


Abbildung 3-23: Übergewicht und Adipositas – in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)



Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern – in verschiedenen Stadtteilen

In den einzelnen Stadtteilen ist der Anteil adipöser Kinder unter den Einschülern sehr unterschiedlich; 1,2% der Kinder aus Nieder-Erlenbach, aber 12,8% der Kinder aus der Innenstadt waren adipös. In sechs Stadtteilen lag die Rate adipöser Kinder über 8%: Innenstadt, Bahnhofsviertel, Gutleutviertel, Sossenheim, Eckenheim und Griesheim. In fünf Stadtteilen betrug diese Rate unter 3%: Nieder-Erlenbach, Sachsenhausen-Süd, Westend-Süd, Sachsenhausen-Nord und Bergen-Enkheim.



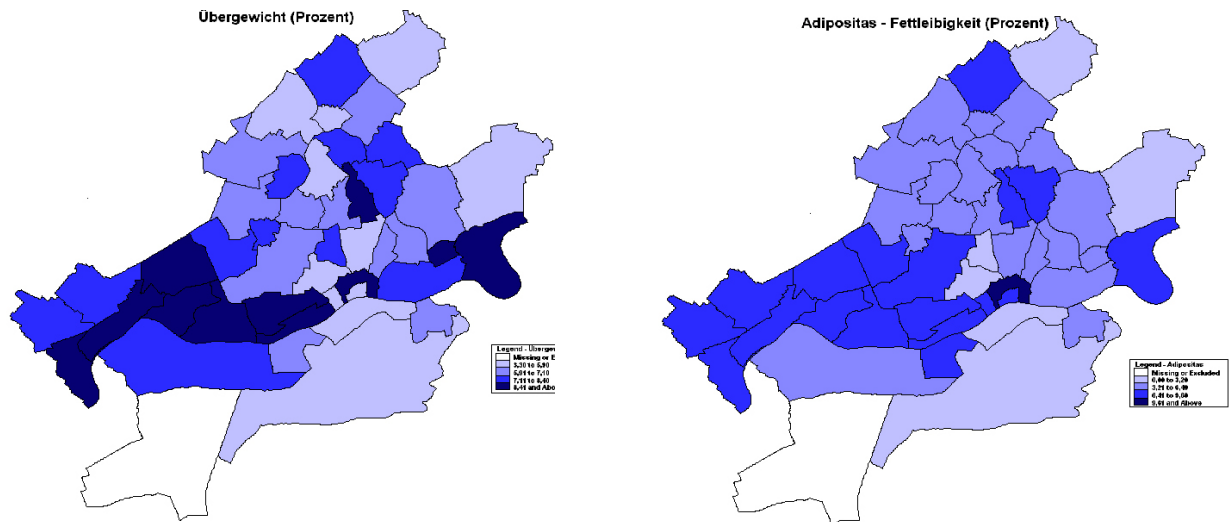


Abbildung 3-24: Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern – nach Stadtteilen



Die auf Stadtteile aggregierte Auswertung zeigt, dass Kinder in Stadtteilen mit höherer Arbeitslosendichte signifikant häufiger übergewichtig und adipös sind als Kinder in Stadtteilen mit geringerer Arbeitslosigkeit (siehe Abbildung).

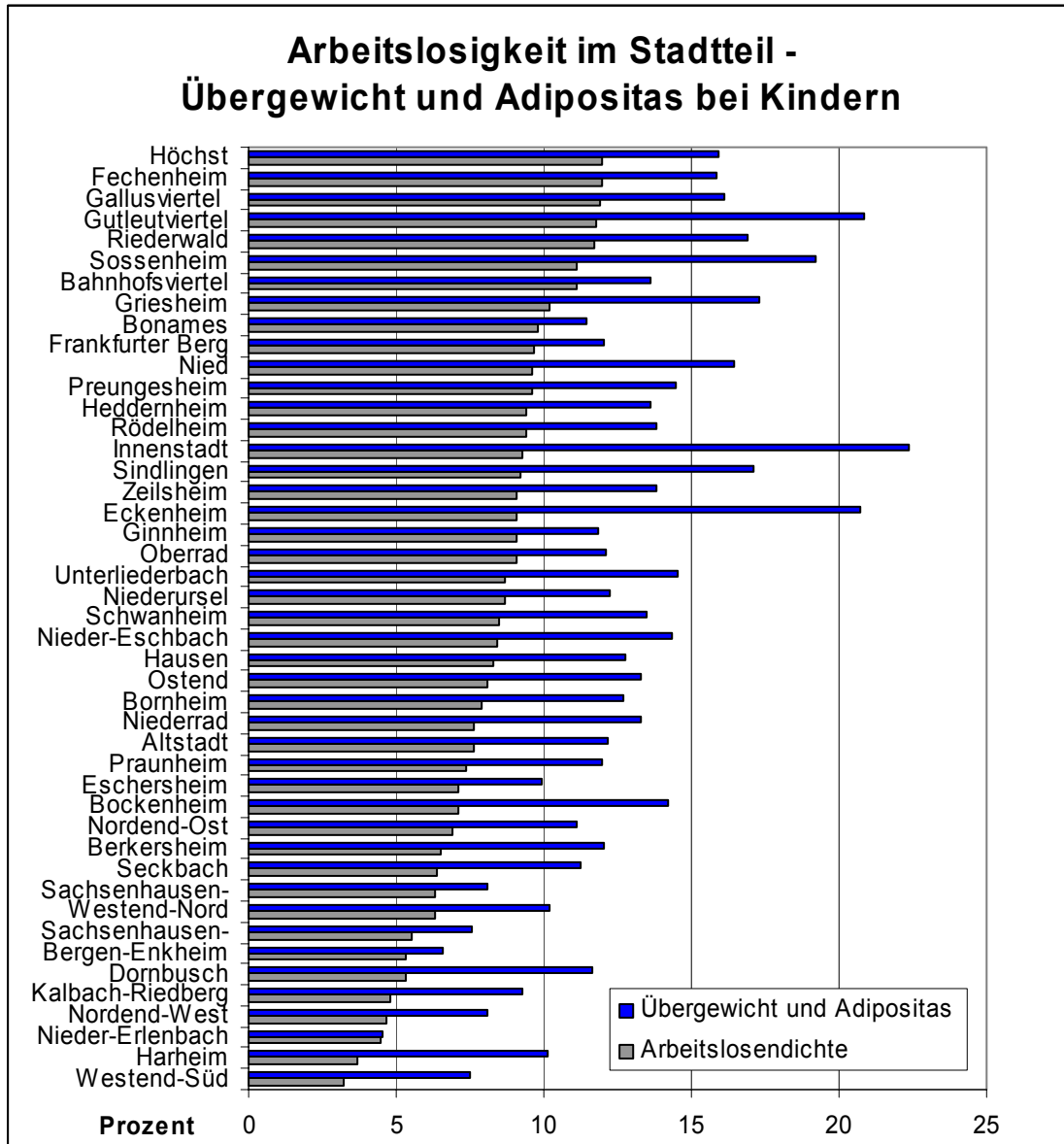


Abbildung 3-25: Arbeitslosigkeit im Stadtteil – Übergewicht und Adipositas bei Kindern

Übergewicht und Adipositas – Frankfurt im Vergleich mit Hessen

Im Vergleich mit den Daten aus ganz Hessen sind die Einschüler aus Frankfurt häufiger übergewichtig und adipös. Da Übergewichtigkeit und Adipositas bei Kindern mit Migrationshintergrund besonders häufig festgestellt wurde und da der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund in Frankfurt deutlich höher liegt als im hessischen Durchschnitt, ist davon auszugehen, dass der in der Gesamtgruppe in Frankfurt höhere Anteil an übergewichtigen und adipösen Kindern im wesentlichen dem höheren Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund in Frankfurt entspricht.

Gewicht	Frankfurt					Hessen				
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
übergewichtig	7,4	6,9	7,8	7,1	7,2	6,1	6,1	6,5	5,9	6,4
adipös	5,7	6,0	6,3	6,0	4,9	4,8	4,6	4,9	4,6	4,7
Gesamt:	13,1	12,9	14,1	13,0	12,2	10,9	10,7	11,4	10,5	11,1

Tabelle 3-15: Kinder mit Übergewicht und Adipositas 2002 bis 2006 – Frankfurt im Vergleich mit Hessen

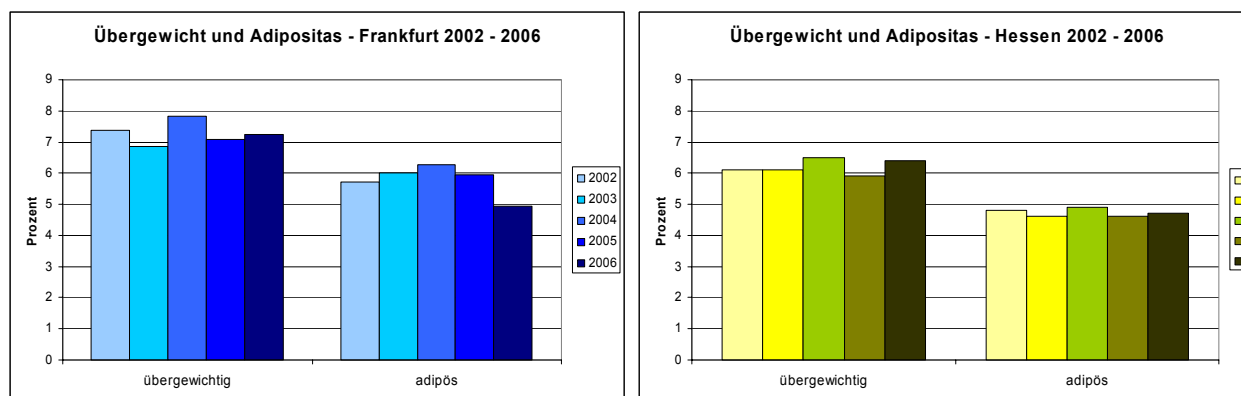


Abbildung 3-26: Kinder mit Übergewicht und Adipositas 2002 bis 2006 – Frankfurt im Vergleich mit Hessen

Übergewicht und Adipositas bei Einschulkindern in Deutschland

Auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2003, 2004 oder 2005 wurden die verfügbaren Daten aus den einzelnen Bundesländern zusammengetragen und publiziert (Moß et al., 2007):

Übergewicht und Adipositas in den einzelnen Bundesländern

Übergewicht und Adipositas bei Einschulkindern verschiedener Regionen Deutschlands schwanken teilweise erheblich. Die Befundhäufigkeit von Übergewicht liegt zwischen 7,2% in Thüringen und 13,6% in Mecklenburg (s. Abbildung).

Geschlechtervergleich

Es lassen sich relevante Unterschiede nur bei einzelnen Bundesländern feststellen. So ist der Anteil übergewichtiger und adipöser Jungen z. B. in Mecklenburg-Vorpommern wesentlich höher als die der Mädchen. Im Gegensatz dazu gibt es im Saarland und in Niedersachsen mehr übergewichtige Mädchen als Jungen. In den übrigen Bundesländern sind zwischen Mädchen und Jungen keine Unterschiede in der Befundhäufigkeit zu erkennen.

Übergewicht und Adipositas nach Sozialstatus und Migrationshintergrund

Für einige Bundesländer (Bayern, Berlin, Brandenburg, Schleswig-Holstein) liegen Befundhäufigkeiten zu Übergewicht und Adipositas bei Einschülern differenziert nach sozialer Schicht und Migrantenstatus vor. Hierbei zeigt sich, dass bei Kindern nicht-deutscher Herkunft der Anteil Übergewichtiger im Vergleich fast doppelt so hoch liegt, wobei Kinder aus Familien mit türkischer Herkunft die höchste Prävalenz von Übergewicht aufweisen. Kinder aus der oberen sozialen Schicht sind zu einem geringeren Prozentsatz übergewichtig als solche aus der unteren. Dies ist bei deutschen Kindern besonders deutlich zu sehen. Bei Kindern türkischer Herkunft unterscheiden sich die Anteile Übergewichtiger in den 3 Schichten kaum.

Verlaufsdokumentation

Die Darstellung von Verlaufszahlen kann nur für wenige Bundesländer präsentiert werden.

In Nordrhein-Westfalen stieg die Häufigkeit von Übergewicht zwischen 1996 bis 2005 von 9,5% auf 11,3%, was einen jährlichen Anstieg von 0,10% darstellt. 1996 waren 3,9% der Einschüler adipös, 2005 bereits 4,8%. Dies entspricht einem mittleren jährlichen Anstieg von 0,10%.

Übergewicht bei Schulanfängern in Deutschland (Moß et al., 2007)

In Niedersachsen konnte ein noch deutlicherer Anstieg in Bezug auf die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas zwischen 1993 und 2003 beobachtet werden: von 8,4% der Jungen und 9,7% der Mädchen (1993) auf 10,4% der Jungen und 11,5% der Mädchen (2003). Dies bedeutet eine jährliche Zunahme von 0,20% bzw. 0,18%. 1993 waren 3,4% der Jungen und 3,6% der Mädchen adipös, während im Jahre 2003 bereits 4,6% bzw. 5,1% betroffen waren.

Bei der Adipositasprävalenz – nicht bei der Übergewichtsprävalenz – in Nordrhein-Westfalen und auch in Schleswig-Holstein entsteht der Eindruck, dass diese in den letzten 5 Jahren nur langsam angestiegen ist oder sogar stagnierte. Hinweise auf eine längerfristige Stagnation oder sogar auf einen Rückgang waren in anderen Bundesländern nicht zu finden.

(Anmerkung: Unter Übergewicht wird in diesem Beitrag von Moß et al. ein BMI über der 90. Perzentile verstanden; dies entspricht der Summe Übergewicht (90.-97. Perzentile) und Adipositas (über 97. Perzentile) in dem vorliegenden Bericht).



Zusammenfassung und Schlussfolgerung

„Übergewicht ist keineswegs nur ein kosmetisches Problem, sondern stellt die zur Zeit bedeutendste Volkskrankheit unserer Gesellschaft dar“ (Ebbeling et al. 2002) und: „Aus übergewichtigen Kindern werden auch meist übergewichtige Erwachsene.....(nach Serdula, 1993). Diese beiden Zitate weisen unmissverständlich darauf hin, dass dem Problem des Übergewichts bereits im Kindes- und Jugendalter ein hoher Stellenwert eingeräumt werden muss. Die Prävalenz von Übergewicht ist nach vielen Studien abhängig vom Sozialstatus, dem Herkunftsland der Eltern sowie in wechselnder Ausprägung von genetischen Faktoren.

Wie sind die Daten der Frankfurter Einschulungsuntersuchungen der Jahre 2002 bis 2006 aus dieser Perspektive einzuordnen?

Zusammengefasst müssen Einschüler mit Migrationshintergrund nach den vorliegenden Ergebnissen als Risikogruppe für die Entwicklung von Übergewicht/Adipositas gesehen werden. Eine individuelle Abhängigkeit vom Sozialstatus konnte bei fehlender Datengrundlage nicht untersucht werden. Auf Stadtteilebene aggregiert, zeigte sich jedoch, dass in Stadtteilen mit höherer Arbeitslosendichte Kinder signifikant häufiger übergewichtig sind als in Stadtteilen mit geringerer Arbeitslosigkeit.

Eine soeben erschienene Publikation zur Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Einschulkindern in Deutschland (Moß et al., 2007) lässt – trotz methodischer Bedenken wegen etwas unterschiedlicher Erhebungsverfahren und -zeiten sowie teilweise mangelnder Verfügbarkeit der Daten – erhebliche Unterschiede in einzelnen Bundesländern erkennen. Die Häufigkeit von Übergewicht variiert von 7,2% in Thüringen bis 13,6% in Mecklenburg-Vorpommern die Häufigkeit der Adipositas von 3,6% in Bayern bis 6,4% in Mecklenburg-Vorpommern. Insgesamt ist ein Nord-Süd-Gefälle, aber kein wesentlicher Ost-West-Unterschied erkennbar.

Verglichen mit den Werten sämtlicher hessischer Einschüler, die die vom Hessischen Statistischen Landesamt publiziert wurden, liegt der Anteil der übergewichtigen/adipösen Kinder in Frankfurt um ca. 2% höher. Diese Differenz erklärt sich zum einen aus dem niedrigeren Migrantenanteil der hessischen Gesamtbevölkerung, zum anderen aus dem Überwiegen der ländlichen und klein- bzw. mittelstädtischen Bevölkerung. Hierfür sprechen auch die Frankfurter Daten mit vergleichbar niedrigeren Werten in den eher kleinstädtisch- ländlich strukturierten peripheren Stadtteilen Frankfurts im Vergleich mit den Innenstadtbereichen mit hohem Migrationsanteil.

Deutlich aussagekräftiger ist der Vergleich mit Großstädten, die eine ähnliche Bevölkerungsschichtung, insbesondere einen vergleichbar hohen Migrantenanteil aufweisen. Beispielsweise haben in Frankfurt 65% der Kinder unter 5 Jahren einen Migrationshintergrund, in Stuttgart zu 64% (Statistisches Bundesamt, 2007). Aus Stuttgart wurden Daten zur Übergewichtshäufigkeit in der Schuleingangsuntersuchung 2002 publiziert (Rapp 2002), die für den gesamten Einschulungsjahrgang gegenüber Frankfurt um 1,5% niedriger liegen (Stuttgart 11,7%, Frankfurt 13,1%). Für die türkische Bevölkerungsgruppe wurde in Stuttgart ein Anteil von 20,0% ermittelt, in Frankfurt liegt dieser Wert deutlich höher bei 22,7%. Auch im Vergleich zu Berlin (Schuleingangsuntersuchung 2001) sind die Frankfurter Einschüler schwerer: der Übergewichtsanteil der gesamten Einschüler liegt in Berlin bei 11,7%, für die türkischen Einschüler bei 21,2% (Wiegand et al., 2005). Frankfurt nimmt in dieser Problematik somit eine Spitzenposition ein.

Welche Ursachen können für diesen hohen Anteil übergewichtiger Kinder, meist aus Familien anderer Herkunftsländer, insbesondere aus der Türkei, vermutet werden? Hier einige Thesen:

- Die Zugehörigkeit zu bestimmten Migrationsgruppen korreliert häufig mit niedrigem Sozialstatus.
- In den Familien bestehen Schwierigkeiten bei der Übernahme von aus den Herkunftsländern tradierten Ernährungsgewohnheiten in unsere von Überfluss geprägte westliche Konsumgesellschaft.
- Es fehlen, auch in deutschen Familien, basale Kenntnisse der Ernährungskunde gekoppelt mit fehlender Orientierung in unserer üppigen Warenwelt.
- Abweichende körperliche Schönheitsideale der Ursprungskulturen führen zu unterschiedlichen Einschätzungen der Übergewichtsproblematik.

Bemerkenswerterweise hat sich auch die früher oft gerühmte Ernährungskultur der europäischen Mittelmeerländer (Stichwort: „Mittelmeerdiät“) selbst dramatisch verschlechtert. Nach den Kriterien der IOTF (International Obesity Task Force) liegt die Prävalenz für übergewichtige Schulkinder in Spanien bei 27%, in Italien bei 36% und in Griechenland zwischen 27 und 39% (zitiert nach Wabitsch 2004).

Die Schuleingangsuntersuchung markiert einen relativ frühen Zeitpunkt in der Entstehung der Übergewichtsproblematik. Umso wichtiger ist deshalb der Blick auf die weitere Entwicklungsdynamik, die im Laufe der Schulzeit zu erwarten ist. Hier hat der aktuelle Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS gezeigt, dass – wie statistisch zu erwarten – ca. 10% der 3-6 jährigen Kinder übergewichtig oder adipös waren. Diese Rate steigt im Grundschulalter auf über 15% und bei den 11-17 Jährigen auf bis zu 17% (Kurth und Schaffrath-Rosario, 2007).

Was tut Frankfurt?

Angesichts der resultierenden, bereits eingangs beschriebenen vielfältigen gesundheitlichen und sozialen Risiken besteht ein hoher Beratungs- und Interventionsbedarf, der in Frankfurt bereits zu vielfältigen Aktivitäten im Gesundheitswesen geführt hat.

Schon im Rahmen der Einschulungsuntersuchung werden Ernährungsberatungen durchgeführt. Bei darüber hinausgehender Behandlungsbedürftigkeit wird eine Vorstellung zur Beratung und ggf. Therapieeinleitung bei der mit dem Jugendärztlichen Dienst kooperierenden Institution „Zentrum für Essstörungen“ und „Balance“ vermittelt. Bei „Balance“ handelt es sich um eine Einrichtung mit einem integrativen, psychosozialen Beratungs- und Präventionskonzept für adipöse Kinder und Jugendliche. Diese Arbeit wird aus kommunalen Mitteln unterstützt. Entsprechend der Bedarfssituation wird diese Beratungsmöglichkeit in den letzten Jahren zunehmend von Familien mit Migrationshintergrund genutzt. So übertraf im letzten Berichtsjahr die Zahl der betreuten Jungen ausländischer Herkunft erstmals die der deutschen männlichen Schüler. Insgesamt müsste diese Quote, insbesondere bei den Mädchen, aber zukünftig noch deutlich gesteigert werden. Neben der Einzelfallbetreuung bietet „Balance“ Gruppenangebote, Stadtteilprojekte mit netzwerkartiger Einbeziehung der regionalen sozialen Infrastrukturen sowie Multiplikatoren-schulung in Schulen und Kindergärten.

Um die stadtweiten Aktivitäten auf dem Gebiet der Ernährungsgesundheit zu sammeln und zu koordinieren besteht seit 2003 der vom Stadtgesundheitsamt initiierte „Arbeitskreis Ernährungsgesundheit im Kindes- und Jugendalter“. Derzeit setzt sich der Arbeitskreis zusammen aus der oben beschriebenen Einrichtung „Balance“, dem „Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen“ (Arbeitsschwerpunkte: Prävention, Beratung und Behandlung von Essstörungen, Übergewicht und Adipositas), „Powerbreak“ (Ernährungsprojekt für Jugendliche), Pädagogen aus dem Arbeitsfeld „Suchtprävention“ des Staatlichen Schulamtes, dem Jugendärztlichen und Jugendzahnärztlichen Dienst und freiberuflichen Ernährungsberatern mit Tätigkeitsschwerpunkt im Kindes- und Jugendalter.

Aktuelle Themen des Arbeitskreises sind die

- Erstellung von Beratungsstrukturen zur Unterstützung von Schulen auf dem Weg zur Zertifizierung „Gesunde Schule“ im Bereich Ernährung,
- Hilfestellung für Schulen und Elternschaft zur Organisation der schulischen Mittagsverpflegung sowie ein
- Schulungsprojekt für Dozentinnen der „Mama lernt Deutsch“-Kurse zur Erstellung eines Unterrichtsmoduls zum Thema „Ernährungsgesundheit im Kindes- und Jugendalter“.

Eine weitere Aktivität im Migrantebereich stellt die Multiplikatorenschulung zum Thema Kindergesundheit im Rahmen des „MiMi“-Projektes („Mit Migranten für Migranten - Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“) mit besonderer Betonung der gesunden Ernährung dar.

Auf dem Sektor „Motorik- und Bewegungsförderung“ wurden durch Mitarbeiter des Jugendärztlichen Dienstes Projekte an Schulen initiiert (z. B. Nordic Walking für Schüler) oder entsprechende Aktivitäten von Sportvereinen beraten und unterstützt.

Auch wenn die Frankfurter Übergewichts- und Adipositasraten im Einschulungsalter zuletzt nicht weiter ansteigend waren und man dies optimistisch als beginnendes „Greifen“ von Präventionsarbeit werten könnte, wird die Erstellung weiterer präventiver Konzepte auch zukünftig zu den Schwerpunkten öffentlicher Gesundheitsarbeit gehören. Im Mittelpunkt werden unter anderem die Verbesserung des Zugangs zu Migrantenfamilien und sozialen Randgruppen sowie im Sinne der Verhältnisprävention Aktivitäten zur Erweiterung kindlicher „Bewegungsräume“ im städtischen Umfeld stehen.

3.5. Allergie, Asthma, Ekzem und Krupp

Unter den Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind insbesondere Allergien sehr häufig. Sie können die Lebensqualität der Kinder und ihrer Familien erheblich beeinträchtigen.

Als Allergie wird eine Überreaktion des körpereigenen Immunsystems auf an sich unschädliche – in aller Regel natürliche – Stoffe aus der Umwelt bezeichnet. Natürliche Stoffe wie Eiweiß(anteile) aus Nahrungsmitteln (insbesondere Kuhmilch, Hühnerei, Fisch), aus Milben(kot), aus Pollen (Gräser, Roggen, Birke, Erle, Hasel etc.) aus Tier(haaren) (insbesondere Katzen und Pferde) können als Allergene wirken und Symptome auslösen. Am häufigsten sind die Schleimhäute der Nase, der Augen und des Atemtrakts betroffen und es kommt zur Konjunktivitis mit Augentränen, zur Rhinitis mit Nasenlaufen oder Asthma mit Hustenreiz bis Atemnot. Aber: nicht jede Konjunktivitis, Rhinitis und jedes Asthma sind allergisch bedingt; Keime – insbesondere Viren – aber auch chemische Reizstoffe können die gleichen Symptome auslösen. Die Symptome sind weitgehend gleich. Die Ursachen können nur durch genaue Anamnese (ärztliche Befragung) und ggf. durch Testung herausgefunden werden. Aber auch hier gilt: nicht jeder positive Allergietest beweist eine vorhandene Allergie. Er zeigt zunächst an, dass der Körper sich mit dem Allergen auseinandergesetzt hat, dass eine Sensibilisierung stattgefunden hat. Diese kann später tatsächlich zu einer manifesten Allergie werden oder aber auch eine frühere und inzwischen überwundene Allergie anzeigen.

Asthma und Ekzem werden im allgemeinen Bewusstsein häufig grundsätzlich als allergische und Krupp als durch Umweltbelastungen ausgelöste Erkrankungen verstanden. Während Asthma und Ekzem durch Allergene, aber auch durch andere Ursachensachen ausgelöst werden können, wird Krupp in der Regel durch Virusinfekte ausgelöst, ggf. verschlimmert durch bestimmte Umweltfaktoren oder Umweltbelastungen (Weitere Informationen auf der nächsten Seite).

Daten zur Häufigkeit von Asthma, Allergie, Ekzem oder Krupp bei Kindern werden in aller Regel über Befragung der Eltern erhalten. Dabei wird häufig unterschieden nach der sog. Lebenszeitprävalenz, d.h. Häufigkeit über das ganze Leben bisher („hatte Ihr Kind jemals ...“) oder der 12-Monats Häufigkeit („litt Ihr Kind in den letzten 12 Monaten unter den Symptomen von ...“). Oft wird auch unterschieden zwischen den Beobachtungen der Eltern selbst oder einer Arzt diagnose („hat ein Arzt bei Ihrem Kind jemals die Diagnose gestellt“). Die erhaltenen Ergebnisse sind abhängig vom Erinnerungsvermögen der Eltern und auch der Tatsache, ob die Kinder wegen bestimmter Symptome tatsächlich einem Arzt vorgestellt wurden und der diese Diagnose explizit gestellt hat. Darüber hinaus ist wahrscheinlich, dass die Ergebnisse von Sprach- und Verständnisproblemen, aber auch von anderen sozialen Faktoren überlagert werden. So gibt es Hinweise, dass Kinder aus höheren Sozialschichten eher dem Arzt vorgestellt werden und eine bestimmte Diagnose gestellt wird. Aber selbst wenn bei einem Kind aus einer Familie mit Migrationshintergrund und Sprachbarrieren ein Arzt beispielsweise die Diagnose Krupp stellt, ist es nicht unwahrscheinlich, dass diese von Eltern nicht als solche wahrgenommen und erinnert werden kann, sondern schlicht als „Husten“.

In großen und auch internationalen Studien werden die Fragen an die Eltern weitgehend standardisiert, sodass die Ergebnisse der so durchgeführten Studien wahrscheinlich die Erkrankungshäufigkeiten relativ gut widerspiegeln; als Beispiel sei der kürzlich abgeschlossene Kinder- und Jugendgesundheits survey KiGGS des Robert Koch-Instituts angeführt. Im Vergleich dazu sind die Fragebogen-Erhebungen im Zusammenhang mit den Einschulungsuntersuchungen weit weniger standardisiert, wodurch die fachliche Bewertung der Ergebnisse eingeschränkt wird. Diese methodischen Begrenzungen vorausgeschickt, werden nachfolgend dennoch die Ergebnisse der Befragungen im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen vorgestellt und eine Bewertung versucht.

Allgemeine Informationen zu Asthma, Allergie, Ekzem und Krupp

„Allergische Erkrankungen/Atopien

Als Allergie bezeichnet man heute im allgemeinen eine Überreaktivität des Immunsystems gegenüber körperfremden, eigentlich unschädlichen Substanzen. Voraussetzung ist ein Erstkontakt mit einer Substanz ohne Reaktion. Bei erneutem Kontakt wird nach einer Sensibilisierungsphase (von Sekunden/Minuten bis zu mehreren Tagen) eine Kaskade von Entzündungsreaktionen in Gang gesetzt, die unterschiedliche Organe (Lunge, Haut, Darm) betreffen kann. Am häufigsten treten Allergien vom Typ I (Sofort-Typ) auf. Hier kommt es innerhalb von Sekunden bis Minuten zu einer Reaktion auf den allergieauslösenden Stoff. Dieser Reaktionstyp liegt vor bei Heuschnupfen, allergischer Bindehautentzündung, Asthma, Nesselsucht und Schock.

Die Ursachen für das Auftreten der meisten Allergieformen, speziell der atopischen Erkrankungen, sind noch nicht ausreichend geklärt. Man geht davon aus, dass neben einer genetischen Disposition Faktoren aus der Umwelt und dem Lebensstil zur Manifestation einer Erkrankung zusammenwirken müssen (Statistisches Bundesamt 2000a: Spezialbericht Allergien).

Asthma bronchiale

Asthma bronchiale ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung der Atemwege, die auf einer Übererregbarkeit der Bronchien gegenüber physikalischen, chemischen, pharmakologischen und/ oder immunologischen Reizen beruht und durch eine anfallsartig auftretende, reversible Verengung der Atemwege charakterisiert ist (Schuster/ Reinhardt 1999; National Institut of Health 1997). Neben Allergenen kann Asthma auch durch Infekte, starke Belastung (Anstrengungsasthma, beispielsweise durch Sport) sowie durch bestimmte Schmerzmittel (z. B. Acetylsalicylsäure) oder berufsbedingt durch Einatmen von allergischen/ chemischen Substanzen am Arbeitsplatz hervorgerufen werden.

Liegt ein allergisches Asthma mit bekannten Allergenen vor, so besteht die Therapie vor allem in der Meidung der auslösenden Allergene, unter Umständen in der Desensibilisierung. Die medikamentöse Therapie erfolgt nach dem Schweregrad der Erkrankung und zielt darauf, die Entzündung zu hemmen und die Lungenfunktion zu normalisieren. Ein spezielles Schulungsprogramm, möglichst unter Einbeziehung von Krankengymnasten und Ergotherapeuten, sollte insbesondere für Kinder und Jugendliche ebenfalls Bestandteil der Behandlung sein. Die Patienten erhalten ein besseres Krankheitsverständnis, erlernen eine gute Inhalationstechnik und Selbsthilfemaßnahmen bei Verschlechterung der Lungenfunktion. Die Teilnahme an einer Schulung hat eine positive Wirkung auf die Krankheitsbewältigung, mit der Folge weniger Schulfehltag und einer besseren Belastbarkeit (Gebert et al. 1998; Petermann et al. 1999, Schuster/Reinhardt 1999, Statistisches Bundesamt 2000a).

Atopische Dermatitis / Neurodermitis

Die atopische Dermatitis (auch als atopisches oder endogenes Ekzem bezeichnet) ist eine nicht ansteckende, chronisch entzündliche Hauterkrankung, die meist schon im frühen Kleinkindesalter beginnt. Die Erkrankung verläuft in Schüben und in sehr variabler Ausprägung: Die Akutphase ist gekennzeichnet durch Bläschenbildung, starken Juckreiz, Nässen und Krustenbildung. In der chronischen Phase – bei älteren Kindern – kommt es zu einer Verdickung und Vergrößerung der Haut. Betroffen sind vor allem die Kopfhaut, das Gesicht und die Gelenkbeugen.

Die Ursachen der Neurodermitis sind noch nicht geklärt. Die Disposition zur Entwicklung einer Atopie wird vererbt; ca. 60% der Betroffenen weisen Unverträglichkeiten gegen zahlreiche Stoffe aus der Nahrung und Umwelt auf. Bei Jungen tritt die atopische Dermatitis seltener auf als bei Mädchen (Heinrich et al. 1995, Krämer et al. 1992).

Kruppsyndrom

Hierunter werden verschiedene Krankheitsbilder zusammengefasst, die mit einer Verengung der oberen Atemwege einhergehen. Leitsymptome sind bellender Husten, pfeifende Atemgeräusche und Atemnot. Die Erkrankung wird insbesondere durch Virusinfektionen hervorgerufen und tritt vorzugsweise bei Kleinkindern auf, mit einem Gipfel im 2. Lebensjahr (Kastenbauer 2001). Die Therapie richtet sich nach dem Schweregrad. Bei leichteren Beschwerden helfen oftmals eine höhere Luftfeuchtigkeit und ein Beruhigen des Kindes. Bei stärkerer Atemnot wird u. a. zusätzlich Kortison eingesetzt.“

Auszug aus: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht RKI 2003

Einschulungsuntersuchungen in Frankfurt am Main Häufigkeit von Allergie, Asthma, Ekzem und Krupp nach Angaben der Eltern

Allergie, Asthma, Ekzem und Krupp in der Gesamtgruppe und bei Jungen und Mädchen

Generell berichten die Eltern am häufigsten über Allergie bei ihren Kindern (6,5%), etwa gleich häufig über Krupp und Ekzem (3,2% resp. 3,0%), am seltensten wird die Diagnose Asthma genannt (1,6%). Wie in vielen publizierten Untersuchungen wird bei Jungen sehr viel und signifikant häufiger über Allergien, Asthma und Krupp als bei Mädchen berichtet, während bei Mädchen etwas häufiger über ein Ekzem berichtet wird (Tabelle 3-16, Abbildung 3-27).

Diese Ergebnisse im Geschlechtsunterschied decken sich mit denen des repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsveys (Schlaud et al., 2007), bestätigt durch die dort erhobenen Befunde der körperlichen Untersuchung. Demnach ist nicht davon auszugehen, dass diese Ergebnisse auf geschlechtsspezifisch unterschiedliche Symptomaufmerksamkeit zurückzuführen sind, sondern tatsächlich unterschiedlichen Erkrankungshäufigkeiten bei Jungen und Mädchen entsprechen.

Geschlecht	Alle	Allergie		Krupp		Asthma		Ekzem	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Jungen	13835	1027	7,4	529	3,8	295	2,1	398	2,9
Mädchen	13156	736	5,6	335	2,5	140	1,1	411	3,1
Gesamt	26992	1763	6,5	864	3,2	435	1,6	809	3,0

Tabelle 3-16: Häufigkeit von Asthma, Ekzem und Krupp bei den untersuchten Einschülern

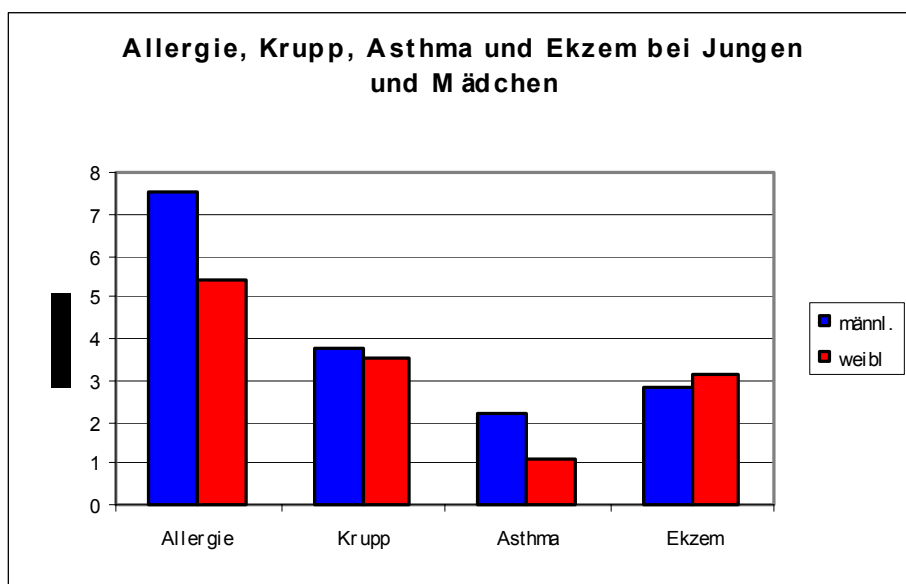


Abbildung 3-27: Allergie, Asthma, Ekzem und Krupp bei Jungen und Mädchen

Allergie, Asthma, Ekzem und Krupp - Trend über die Jahre

Über die Jahre 2002 bis 2006 ist bei Allergie und Krupp eine zunehmende Tendenz erkennbar. Demgegenüber blieben die Angaben zu Asthma in diesen Jahren weitgehend konstant knapp unter 2% und bei Ekzem deutet sich eine leichte Abnahme an (Tabelle 3-17 und Abbildung 3-28). Betrachtet man Jungen und Mädchen getrennt, so ist in allen Jahren bei Allergie, Asthma und Krupp die geringere Häufigkeit für Mädchen erkennbar, wobei Allergie weitgehend konstant bleibt und sich bei Asthma eine leichte Tendenz zur Abnahme andeutet. Lässt man die vergleichsweise hohe angegebene Ekzemhäufigkeit im Jahre 2002 unberücksichtigt, so unterscheidet sich die Ekzemhäufigkeit bei Jungen und Mädchen in den Jahren 2003 bis 2006 nicht mehr (Abbildung 3-28).

Jahr	Alle	Allergie		Krupp		Asthma		Ekzem	
		n	%	n	%	n	%	n	%
2002	5198	340	6,5	113	2,2	100	1,9	220	4,2
2003	5544	328	5,9	193	3,5	83	1,5	144	2,6
2004	5523	366	6,6	175	3,2	83	1,5	152	2,8
2005	5351	345	6,4	176	3,3	73	1,4	158	3,0
2006	5376	384	7,1	207	3,9	96	1,8	135	2,5
Gesamt	26992	1763	6,5	864	3,2	435	1,6	809	3,0

Tabelle 3-17: Häufigkeit von Allergie, Krupp, Asthma und Ekzem über die Jahre generell, sowie für Jungen und Mädchen getrennt

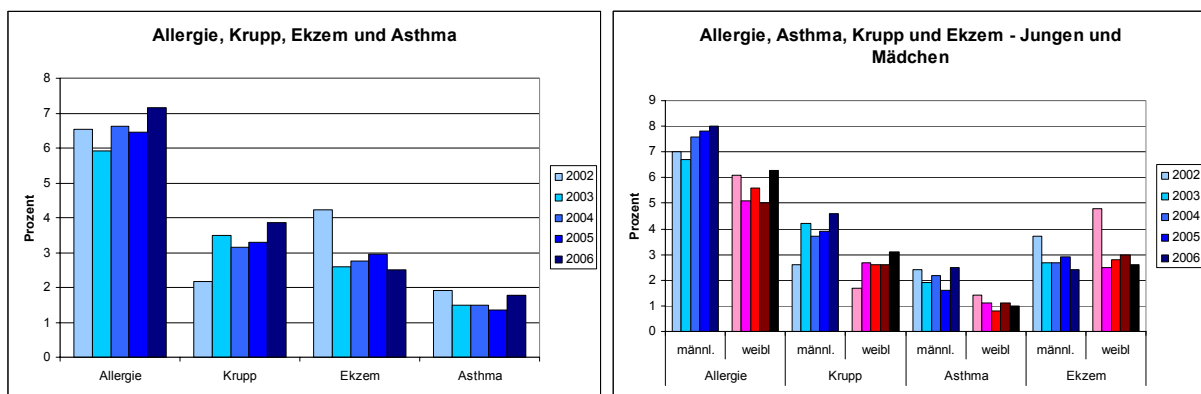


Abbildung 3-28: Häufigkeit von Allergie, Krupp, Asthma und Ekzem über die Jahre generell, sowie für Jungen und Mädchen getrennt

Allergie, Asthma, Ekzem und Krupp - Einfluss des Migrationshintergrunds

Generell wurden am häufigsten über Allergien, Asthma, Krupp und Ekzem bei Kindern aus deutschen Familien ohne Migrationshintergrund berichtet. Die hier angegebenen Erkrankungsdaten waren am ehesten noch vergleichbar mit Kindern aus Familien aus dem übrigen Europa. Demgegenüber wird bei Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund Türkei, Balkan und Maghreb sehr viel seltener über diese Erkrankungen berichtet. Auch im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KIGGS wurden Unterschiede in der Häufigkeit der angegebenen Erkrankungen Allergie und Asthma im Hinblick auf Migrationshintergrund – und Sozialstatus festgestellt. Immer wird berichtet, dass sozial besser gestellte Familien ohne Migrationshintergrund häufiger von diesen Erkrankungen betroffen sind. Die parallel durchgeführten Allergietests ergaben jedoch keine Hinweise auf Unterschiede nach Sozialstatus und Migrationshintergrund: Kinder aus sozial benachteiligten Familien und solchen mit Migrationshintergrund waren nicht seltener sensibilisiert als Kinder aus anderen Familien. Möglicherweise sind die entsprechenden Symptome nicht primär allergisch bedingt oder sie werden in sozial besser gestellten Familien eher wahrgenommen, diagnostiziert und berichtet (Schlaud et al., 2007).

Migrationshintergrund	alle	Allergie		Asthma		Krupp		Ekzem	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
Deutschland	17023	1269	7,5	302	1,8	731	4,3	302	1,8
Türkei	2716	110	4,1	29	1,1	27	1,0	29	1,1
Balkan	1994	83	4,2	25	1,3	22	1,1	25	1,3
Maghreb	829	42	5,1	15	1,8	4	0,5	15	1,8
Europa (sonst)	1848	122	6,6	35	1,9	60	3,2	35	1,9
Übrige	2582	137	5,3	29	1,1	20	0,8	29	1,1
Gesamt	26992	1763	6,5	435	1,6	864	3,2	809	3,0

Tabelle 3-18: Allergie, Asthma, Krupp und Ekzem – in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)

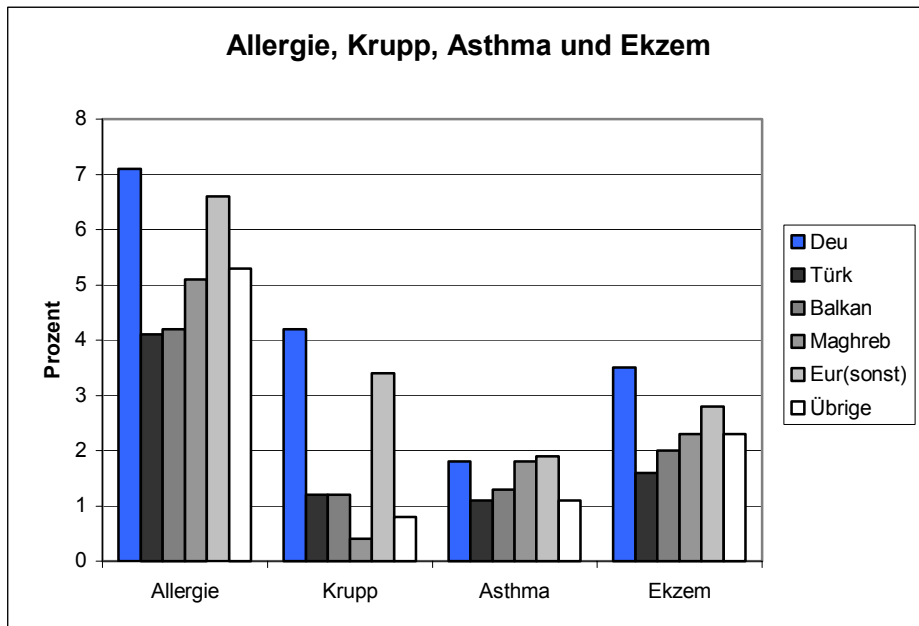


Abbildung 3-29: Allergie, Asthma, Krupp und Ekzem – in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)



Allergie, Asthma, Ekzem und Krupp - Lokale Unterschiede nach Stadtteil

Angesichts der Bedeutung sozialer Faktoren und insbesondere des Migrationshintergrunds auf die Häufigkeit der Nennung von Allergie, Asthma, Krupp und Ekzem ist nicht verwunderlich, dass in den eher durch hohen Ausländeranteil und hohe Arbeitslosigkeit gekennzeichneten Stadtteilen Bahnhofsviertel, Innen- und Altstadt Allergien sehr selten, hingegen in Stadtteilen mit einem sehr niedrigen Ausländeranteil und geringer Arbeitslosenquote wie Nieder-Erlenbach sehr häufig angegeben werden.

Allergie

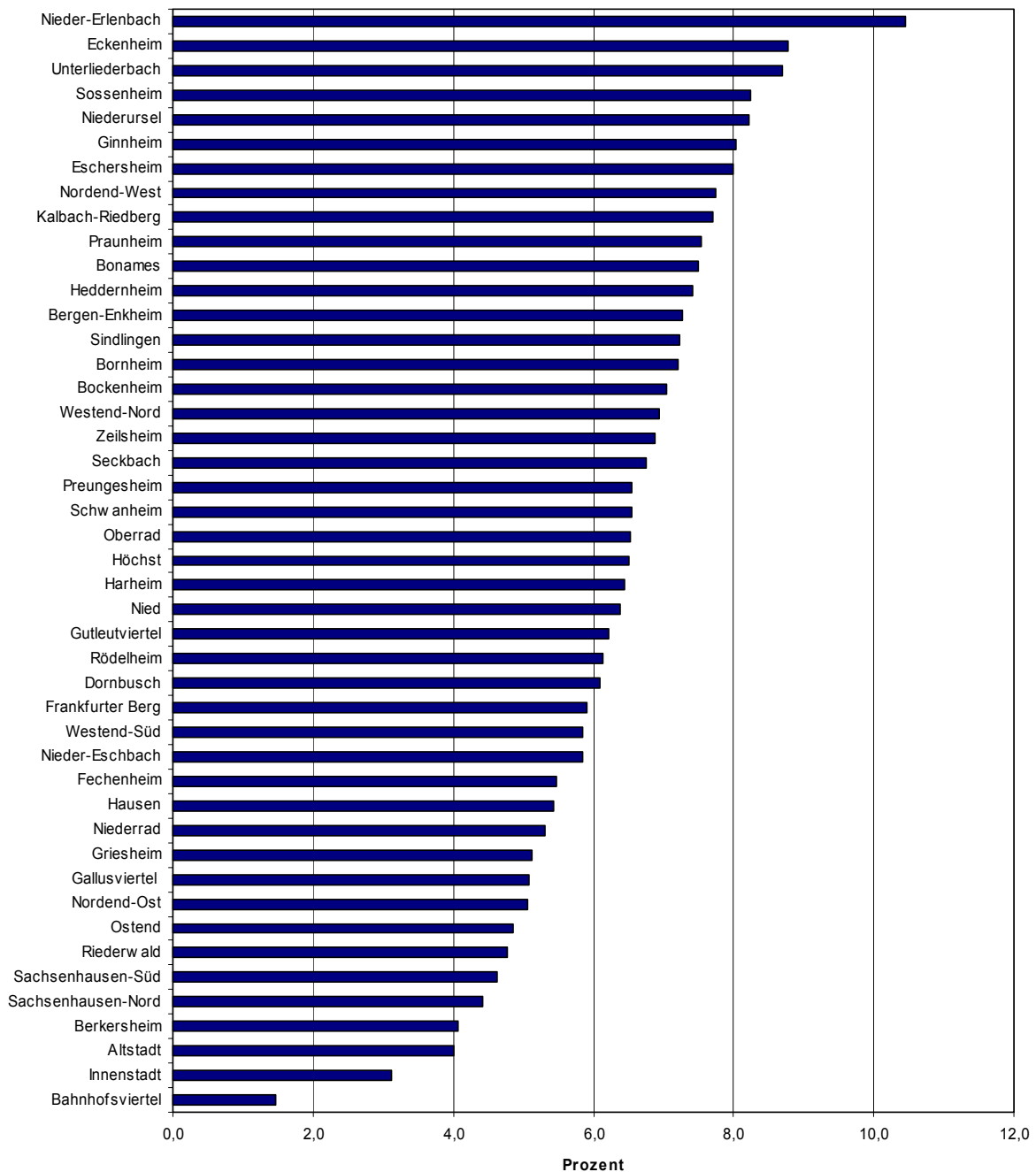


Abbildung 3-30: Angegebene Häufigkeit an Allergien bei Einschülern in den einzelnen Stadtteilen

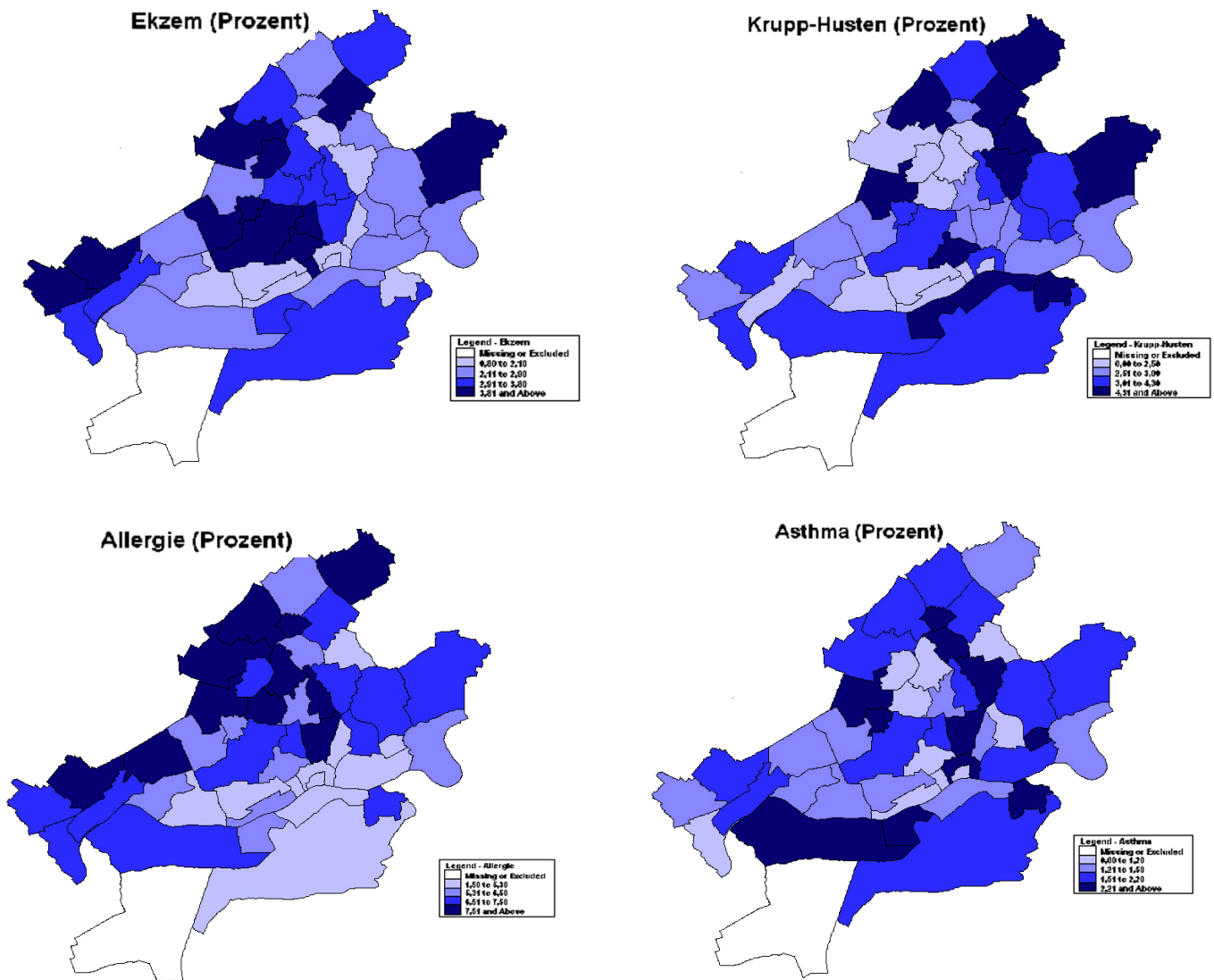


Abbildung 3-31: Angegebene Häufigkeit an Allergien bei Einschülern in den einzelnen Stadtteilen

Zusammenhangsanalysen zwischen der nach Stadtteilen aggregierten Nennung der Symptome und der Ausländerquote und der Arbeitslosenquote in den einzelnen Stadtteilen zeigen – bei signifikanten Zusammenhängen zwischen Arbeitslosendichte und Anteil der ausländischen Bevölkerung – deutliche und hochsignifikant negative Zusammenhänge zwischen Allergie und Krupp und dem Anteil der ausländischen Bevölkerung sowie zwischen Krupp und der Arbeitslosendichte im Stadtteil. D. h., die Rate der angegebenen Erkrankungen steigt insbesondere bei zunehmendem Anteil von der Bevölkerung in festen Arbeitsverhältnissen und ohne Migrationshintergrund.

Asthma und Ekzem - Vergleich mit dem Kinder- und Jugendgesundheits-survey KIGGS

Trotz der methodischen Bedenken wurde ein orientierender Vergleich mit den Daten des KiGGS vorgenommen. Im Vergleich mit den Daten des KiGGS wurden bei den Einschulungsuntersuchungen in Frankfurt sehr viel seltener Asthma und Ekzem angegeben. Da unterschiedlich gefragt wurde und unterschiedliche Altersklassen in der KiGGS-Auswertung und den Frankfurter Daten untersucht wurden, kann die angegebene Höhe der Häufigkeit von Asthma und atopischem Ekzem bei der KiGGS-Kohorte 2003 bis 2006 und den untersuchten Frankfurter Einschülern 2002 bis 2006 nicht direkt miteinander verglichen und bewertet werden.

Interessant ist jedoch, dass sowohl in der KiGGS-Kohorte als auch bei den Einschülern aus Frankfurt die Jungen deutlich häufiger unter Asthma leiden als die Mädchen, während beim Ekzem die Mädchen geringfügig häufiger als Jungen betroffen sind. Kinder ohne Migrationshintergrund haben deutlich häufiger Asthma und (atopisches) Ekzem als Kinder mit Migrationshintergrund; der Unterschied ist beim Ekzem besonders auffällig.

Geschlecht	Asthma (Lebenszeit)	Atop. Ekzem (Lebenszeit)	Asthma (12 Mo-Prävalenz)	Atop. Ekzem (12 Mo-Prävalenz)	Frankfurt Asthma	Frankfurt Ekzem
Jungen	5,5	13,0	3,4	6,8	2,1	2,9
Mädchen	3,9	13,4	2,5	7,6	1,1	3,1
Gesamt	4,7	13,2	3,0	7,2	1,6	3,0

Migration	Asthma (Lebenszeit)	Atop. Ekzem (Lebenszeit)	Asthma (12 Mo-Prävalenz)	Atop. Ekzem (12 Mo-Prävalenz)	Frankfurt Asthma	Frankfurt Ekzem
Migration ja	4,4	8,0	2,4	4,6	1,1-1,9	1,6-2,8
Migration nein	4,8	14,3	3,1	7,8	1,8	3,5

Tabelle 3-19: Asthma und atopisches Ekzem – Daten aus dem Kinder- und Jugendgesundheits-survey KIGGS – Vergleich mit den Einschulungsuntersuchungen in Frankfurt

Quelle: Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W: Bundesgesundheitsblatt (2007) 50: 701-710.

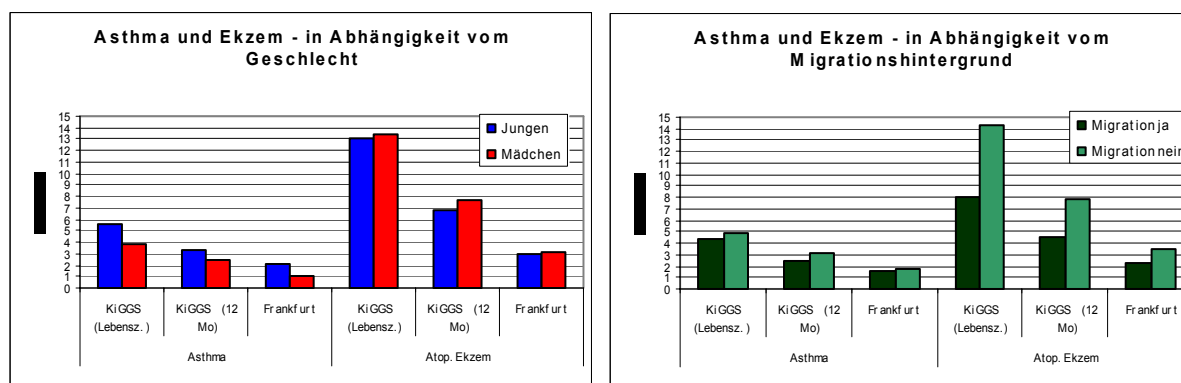


Abbildung 3-32: Asthma und atopisches Ekzem – Daten aus dem Kinder- und Jugendgesundheits-survey KIGGS – Vergleich mit den Einschulungsuntersuchungen in Frankfurt

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Bei den vorgestellten Daten handelt es sich – im Gegensatz zu den vorhergehenden Kapiteln mit den Daten aus den Untersuchungs- und Impfheften sowie den Messergebnissen zu Körperlänge und Körpergewicht – um anamnestische Angaben der Eltern. Angesichts der bereits mehrfach genannten methodischen Probleme wird deswegen auf eine weiterführende Bewertung verzichtet.

3.6. Entwicklungsauffälligkeiten

In den ersten Lebensjahren durchlaufen Kinder verschiedene Entwicklungsphasen, in denen die Entwicklung ihrer körperlichen und geistigen Fähigkeiten voranschreitet. So lernen Kinder normalerweise zwischen dem 10. und 18. Monat laufen, bis zum Ende des 2. Lebensjahrs sprechen sie 50 Wörter, zum Ende des 3. Lebensjahres können sie verständliche Vierwortsätze bilden. Die Entwicklung aller Kinder zeigt nicht in engen Zeitfenstern die gleichen Fortschritte und Kompetenzen, sondern es gibt hier große Unterschiede im „Normalen“. Gleichwohl ist es wichtig, Auffälligkeiten in der Entwicklung oder gar Hinweise auf Entwicklungsstörungen frühzeitig zu erkennen, um durch Förderung eventuelle Defizite rechtzeitig ausgleichen zu können.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird deswegen auf die Überprüfung der Entwicklung der Kinder großen Wert gelegt. So wird überprüft, „ob das in die Schule aufzunehmende Kind den grob- und feinmotorischen Anforderungen, den visuellen und auditiven perzeptorischen Anforderungen zum Erlernen der Kulturtechniken wie Schreiben und Lesen, der sprachlichen Interaktionsfähigkeit und den kommunikativen Grundstrukturen in der Gleichaltrigengruppe aller Voraussicht nach nachkommen kann...“ Dabei soll festgestellt werden, „welche pädagogischen Angebote der Schule für den Einzelfall und für die Klassengemeinschaft notwendig werden (z. B. Förderung im sprachlichen oder motorischen Bereich)“ (Wegner 2005). Es geht also weniger um Diagnose einer Entwicklungsstörung im Sinne einer Krankheit, sondern mehr um Erfassung von Auffälligkeiten in der Entwicklung, die zwar per se eigentlich keine Erkrankung im engeren oder im klassischen Sinne darstellen, aber eine Erschwernis in der weiteren schulischen und beruflichen Entwicklung des Kindes bedeuten können.

Grundsätzlich können Entwicklungsstörungen und Entwicklungsauffälligkeiten entweder eine organische Ursache haben oder aber lediglich auf einer nicht ausreichenden Entfaltung der Basiskompetenzen beruhen, z. B. aufgrund mangelnder Anregung und Förderung. Zu den Basiskompetenzen eines Kindes zählen Motorik, Sprache, Kognition und Verhalten. Umschriebene Entwicklungsverzögerungen werden oft erst zur Einschulung oder während der Schullaufbahn eines Kindes erkannt.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung werden differenzierte Entwicklungs-Tests vorgenommen und verschiedene Entwicklungsbereiche der Kinder untersucht. Dazu wird u. a. eine Kombination verschiedener Tests, die modifizierte Esser-Batterie (FmEB) genutzt, die die Entwicklung der Sprache, der Wahrnehmung der Bewegungsabläufe (Neuromotorik), der Psyche und des Verhaltens sowie die geistige und körperliche Entwicklung überprüft (s. Kapitel 3.1). Die schon im Rahmen der regulären Untersuchung erhaltenen Beobachtungen zur Motorik, Gestalterfassung, Sprache usw. werden inhaltlich in die Gesamtbeurteilung miteinbezogen. Die Dokumentation von Entwicklungsauffälligkeiten wird zunächst allgemein vorgenommen und dann nach Teilleistungsbereichen (Sprache, Bewegung, Psyche etc.) differenziert.

Nachfolgend werden zunächst die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2002 bis 2006 im Überblick, im Trend, im Geschlechtervergleich sowie unter Betrachtung des Migrationshintergrunds und der Verteilung in verschiedenen Stadtteilen dargestellt.

Im Weiteren wird dann auf die Sprachentwicklung detaillierter eingegangen.

Entwicklungsstörungen

„Unter dem Begriff »Entwicklungsstörungen« fasst man Leistungsdefizite von Kindern und Jugendlichen zusammen, die nicht durch Minderungen der Intelligenz oder durch körperliche und seelische Beeinträchtigungen erklärt werden können. Hierzu zählen Störungen der motorischen Funktionen, Sprachentwicklungsstörungen, Lese-, Rechtschreib- und Rechenschwäche.

Auch hier sind die Prävalenzraten abhängig von der zugrunde gelegten Norm und der Art der Erfassung (Haffner et al. 1998). Auf der Basis der Versichertenstichprobe der AOK Hessen/KV Hessen wurde für das Jahr 2000 die Häufigkeit des Beratungsanlasses »Entwicklungsstörungen« anhand der ärztlichen Diagnosenennung (Entwicklungsstörung ICD-10: F8) geschätzt. Insbesondere in den Altersgruppen 3 bis 4 Jahre und 5 bis 9 Jahre lag der Anteil bei den Jungen sehr hoch (> 10%). An erster Stelle stehen die Sprachentwicklungsstörungen, gefolgt von motorischen Entwicklungsstörungen.

Kinder mit motorischen Entwicklungsstörungen sind in ihren Bewegungsabläufen ungeschickt und wirken unbeholfen. Sie haben Schwierigkeiten, bestimmte Bewegungen und Handlungen wie Hüpfen, Fahrradfahren, Ballwerfen und -fangen etc. auszuführen. Entwicklungsstörungen gehen nicht zwangsläufig mit Schulleistungsproblemen einher. Ca. 3% der Kinder weisen diagnostizierte motorische Entwicklungsstörungen auf, wobei auch hier der Anteil der Jungen mit zwei Dritteln überwiegt (Esser 1995).

Einfache Artikulationsstörungen finden sich bei 5 bis 6% der Kinder im Grundschulalter. Bei drei Fünftel kommt es zu einer Besserung; ein Teil der Kinder zeigt jedoch noch andere psychische Auffälligkeiten wie Hyperkinetische Störungen, Einnässen oder auch Ess- und Schlafstörungen (Esser 1995: 276 ff; 1999: 89). Ausgeprägte Sprachstörungen – ca. 5% der Kinder sind davon betroffen – sind gekennzeichnet durch ein eingeschränktes aktives Vokabular und zahlreiche grammatikalische Fehler; z. T. besteht bei den Kindern gleichzeitig noch eine Lese-Rechtschreib-Störung (Esser 1995). Kinder mit Sprachstörungen zeigen vermehrt psychosoziale Belastungen in den ersten Jahren ihrer Entwicklung; als Ursache werden auch genetische Faktoren angenommen (Esser 1995). Zwei Drittel der betroffenen Kinder sind Jungen. Da die Entwicklung von sprachgestörten Kindern oftmals ungünstig verläuft (Schulprobleme, psychische Belastungen), kommt der Früherkennung und Frühtherapie eine hohe Bedeutung zu.“

(RKI: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht 2004)

Einschulungsuntersuchungen in Frankfurt am Main Entwicklungsstatus im zeitlichen Trend 2002 bis 2006 – bei Jungen und Mädchen

Bei insgesamt 21,2% aller Kinder wurden eine oder mehrere umschriebene Entwicklungsstörungen/-auffälligkeiten festgestellt (siehe Tabelle 3-20,

Abbildung 3-33). Das heißt, jedes 5. Kind ist bei der Einschulung in irgendeiner Form in der Entwicklung auffällig. Im Trend über die Jahre ist eine leichte Zunahme der Entwicklungsauffälligkeiten von 20,0 auf 22,5% der Kinder erkennbar.

Bei Jungen werden sehr viel häufiger Entwicklungsauffälligkeiten festgestellt als bei Mädchen (26,2 vs. 15,9%); dieser Unterschied ist über alle Jahre gleich.

	2002-6		2002		2003		2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Jungen	3620	26,2	658	24,3	753	26,4	709	25,3	760	27,7	740	27,1
Mädchen	2097	15,9	383	15,4	414	15,4	402	14,8	430	16,5	468	17,7
Gesamt	5717	21,2	1041	20,0	1167	21,0	1111	20,1	1190	22,2	1208	22,5

Tabelle 3-20: Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten in der Entwicklung – 2002 bis 2006 – insgesamt und nach Geschlecht

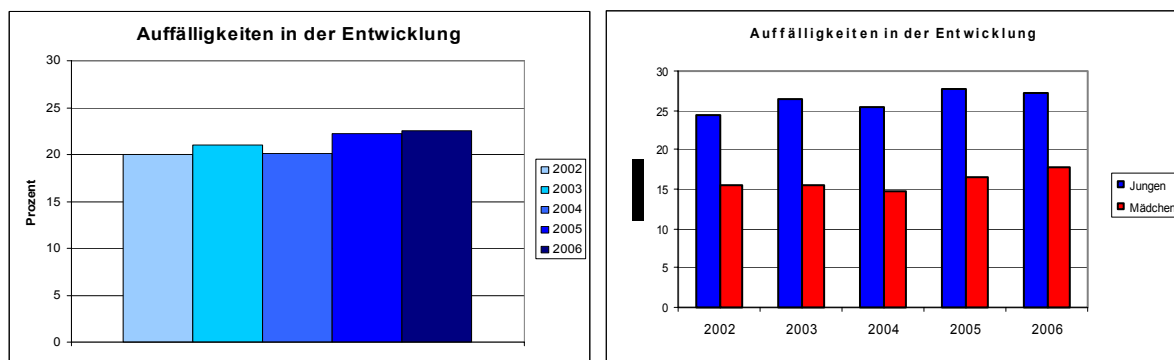


Abbildung 3-33 a, b: Anteil der Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten – 2002 bis 2006 insgesamt (a) und nach Geschlecht (b)

Entwicklungsstatus in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund

Bei 18,9% der Kinder ohne Migrationshintergrund wurden Auffälligkeiten in der Entwicklung gefunden. Generell weisen Kinder mit Migrationshintergrund häufiger Auffälligkeiten in der Entwicklung auf. Am häufigsten und ebenfalls mit zunehmender Tendenz über die Jahre werden Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern mit Migrationshintergrund Türkei (26,9%) und Maghreb (29,0%) gefunden. Kinder mit anderem Migrationshintergrund sind nicht ganz so häufig betroffen, auch zeigt sich hier – möglicherweise auch vor dem Hintergrund kleinerer Untersuchungszahlen – keine eindeutige Tendenz über die Jahre.

Migrationshintergrund	Alle		2002		2003		2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Deutschland	3213	18,9	421	17,2	656	18,3	629	17,5	725	20,0	782	20,7
Türkei	726	26,7	156	22,4	169	28,2	147	27,9	132	26,9	122	30,1
Balkan	456	22,9	111	21,6	78	21,1	111	26,0	87	23,5	69	22,0
Maghreb	240	29,0	69	25,9	54	30,9	33	28,4	42	30,2	42	31,6
Europa (sonst.)	422	22,8	103	22,3	78	22,8	72	19,9	92	26,7	77	22,7
übrige Welt	660	25,6	181	22,1	132	27,6	119	24,0	112	29,6	116	28,3

Tabelle 3-21: Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten in der Entwicklung – 2002 bis 2006 - in Abhängigkeit von ihrem Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)

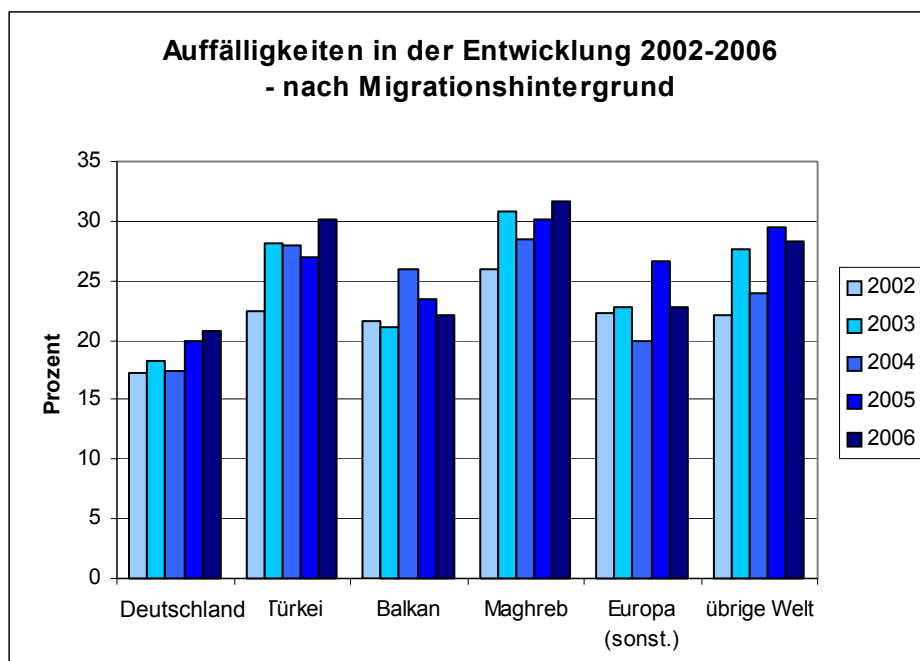


Abbildung 3-34: Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten in der Entwicklung - 2002 bis 2006 – in Abhängigkeit von ihrem Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)

Ergebnisse für einzelne Bereiche der Entwicklung - insgesamt und für Jungen und Mädchen getrennt

Differenziert man nach einzelnen Entwicklungsbereichen so fällt auf, dass Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung am häufigsten festgestellt wurden (12,4%), gefolgt von Auffälligkeiten in der Bewegung / Neuromotorik (8,8%). Bei insgesamt 7,6% der Kinder wurden Auffälligkeiten in der psychischen Entwicklung gefunden. Der Anteil der Kinder sowohl mit Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung als auch der Perzeption (Wahrnehmung) hat in den letzten 5 Jahren zugenommen. Eine abnehmende Tendenz zeigt sich hingegen bei den psychischen Auffälligkeiten, während bei der Überprüfung der Bewegungsabläufe sowie der geistigen Entwicklung keine wesentlichen Unterschiede über die Jahre erkennbar sind.

	alle Jahre		2002		2003		2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sprache	3354	12,4	583	11,2	651	11,7	668	12,1	733	13,7	719	13,4
Bewegung	2370	8,8	446	8,6	483	8,7	533	9,7	436	8,1	472	8,8
Psyche	1739	6,4	394	7,6	402	7,3	356	6,4	274	5,1	313	5,8
Wahrnehmung	1757	6,5	330	6,3	341	6,2	354	6,4	353	6,6	379	7
Geistige Entw.	1950	7,2	359	6,9	356	6,4	443	8	340	6,4	452	8,4
Körperliche Entw.	328	1,2	50	1	53	1	79	1,4	59	1,1	87	1,6
Alle			5198		5544		5523		5351		5376	

Tabelle 3-22: Auffälligkeiten in der Entwicklung der Sprache, der Bewegung, der Psyche, der Wahrnehmung sowie der geistigen und körperlichen Entwicklung – 2002 bis 2006

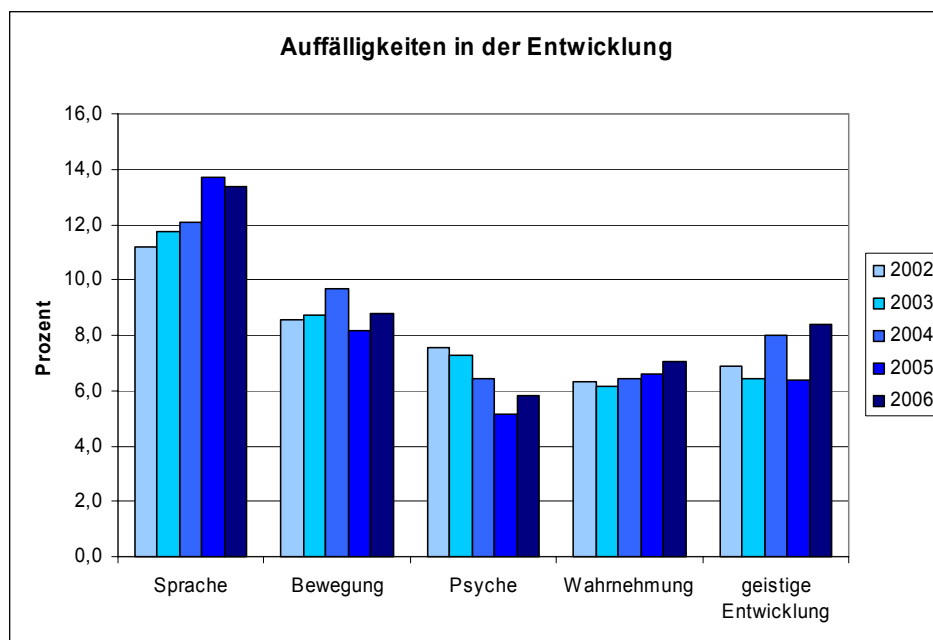


Abbildung 3-35: Auffälligkeiten in der Entwicklung der Sprache, der Bewegung, der Psyche, der Wahrnehmung sowie der geistigen und körperlichen Entwicklung

Die beschriebenen Tendenzen sind sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen gleichermaßen zu finden, wobei Jungen generell häufiger auch die umschriebenen Entwicklungsauffälligkeiten aufweisen als die gleichaltrigen Mädchen (Tabelle 3-23,

Abbildung 3-36).

Jahre	Sprache		Bewegung		Wahrnehmung		Psyche		geistige Entw.		körperl. Entw.	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
2002	13,6	8,6	12,1	4,7	7,2	5,4	8,9	6,1	8,1	5,7	1,07	0,84
2003	15,1	8,2	12,3	5	7,5	4,7	8,7	5,7	7,7	5,1	1,05	0,85
2004	15,3	8,8	13,9	5,3	7,7	5,1	8,1	4,7	9,6	6,4	1,50	1,36
2005	17,3	9,9	11,3	4,8	8	5,1	6,1	4,1	7,6	5	1,13	1,08
2006	16	10,6	12	5,4	7,8	6,2	7,6	4	9,6	7,2	1,87	1,36
alle Jahre	15,5	9,2	12,3	5,1	7,7	5,3	7,9	4,9	8,5	5,9	1,3	1,1

Tabelle 3-23: Auffälligkeiten in der Entwicklung der Sprache, der Bewegung, der Psyche, der Wahrnehmung sowie der geistigen und körperlichen Entwicklung – bei Jungen und Mädchen

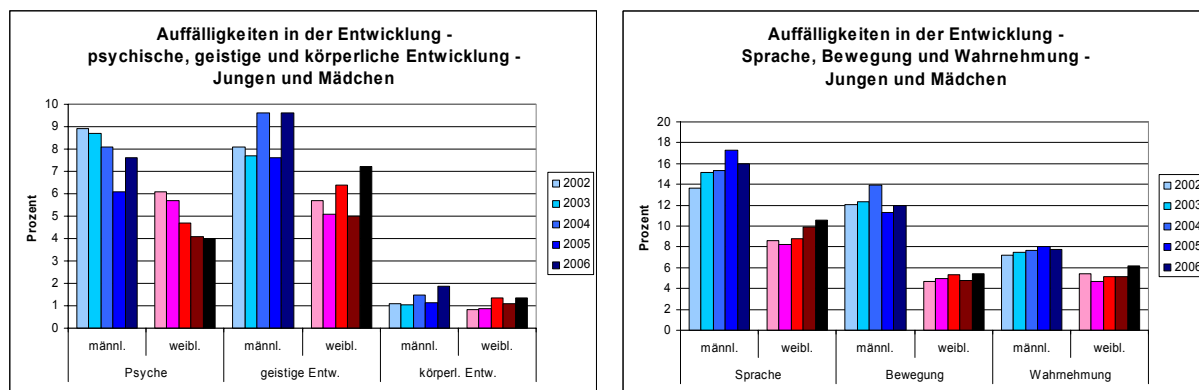


Abbildung 3-36: Auffälligkeiten in der Entwicklung der Sprache, der Bewegung, der Psyche, der Wahrnehmung sowie der geistigen und körperlichen Entwicklung – bei Jungen und Mädchen

Entwicklungsauffälligkeiten in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund

Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund weisen auch bei allen einzelnen gestesteten Entwicklungsbereichen schlechtere Ergebnisse auf als Kinder ohne Migrationshintergrund, insgesamt und auch im zeitlichen Trend. Wieder sind insbesondere Kinder mit Migrationshintergrund Türkei und Maghreb besonders häufig betroffen (Tabelle 3-24 und **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Migrationshintergrund	Sprache	Bewegung	Wahrnehmung	Psyche	Geistige Entw.	Körperl. Entw.
Deutschland	10,5	8,1	5,2	5,7	4,9	1,17
Türkei	17,1	11,2	9,7	8,3	13,4	1,33
Balkan	13,6	9,1	6,2	6,8	9,5	1,05
Maghreb	18,4	11	12,8	8,5	13,3	1,69
Europa (sonst)	13,3	8,3	7,4	7,5	9,2	0,97
Übrige Welt	16,5	10,1	9,8	7,4	10,9	1,55

Tabelle 3-24: Auffälligkeiten in der Entwicklung der Sprache, der Bewegung, der Psyche, der Wahrnehmung sowie der geistigen und körperlichen Entwicklung – nach Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)

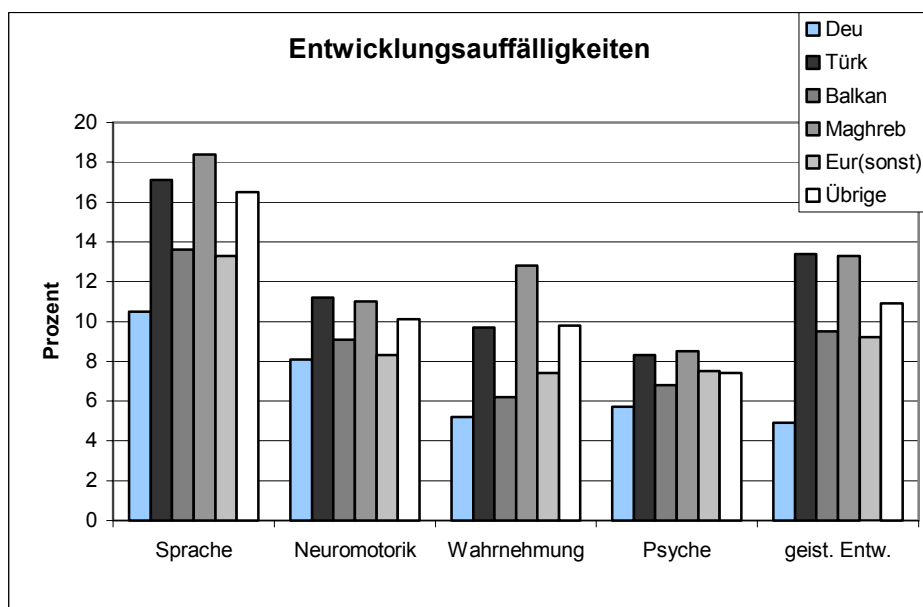


Abbildung 3-37: Auffälligkeiten in der Entwicklung der Sprache, der Bewegung, der Psyche, der Wahrnehmung sowie der geistigen und körperlichen Entwicklung - nach Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)

Entwicklungsauffälligkeiten in den einzelnen Stadtteilen

Wie bei den Daten zum Vorsorge- und Impf- und Gewichtsstatus zeigen sich auch bei den Untersuchungen zum Entwicklungsstatus der Einschulungskinder teilweise erhebliche Unterschiede in den einzelnen Stadtteilen. Während bei deutlich mehr als 40% der Kinder aus den Bereichen Altstadt, Innenstadt und Bahnhofsviertel Auffälligkeiten in der Entwicklung dokumentiert wurden, waren es in anderen Stadtteilen wie z. B. Heddernheim, Zeilsheim und Unterliederbach ca. 10% und damit weniger als ein Viertel. Auch bei den Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung und der Neuromotorik lagen die Kinder aus der Innenstadt, Altstadt und dem Bahnhofsviertel mit mehr als 25% bzw. mehr als 15% im „oberen Bereich“, während Kinder aus Harheim, Seckbach und Bergen-Enkheim mit ca. 5% am seltensten diese Auffälligkeiten aufwiesen.

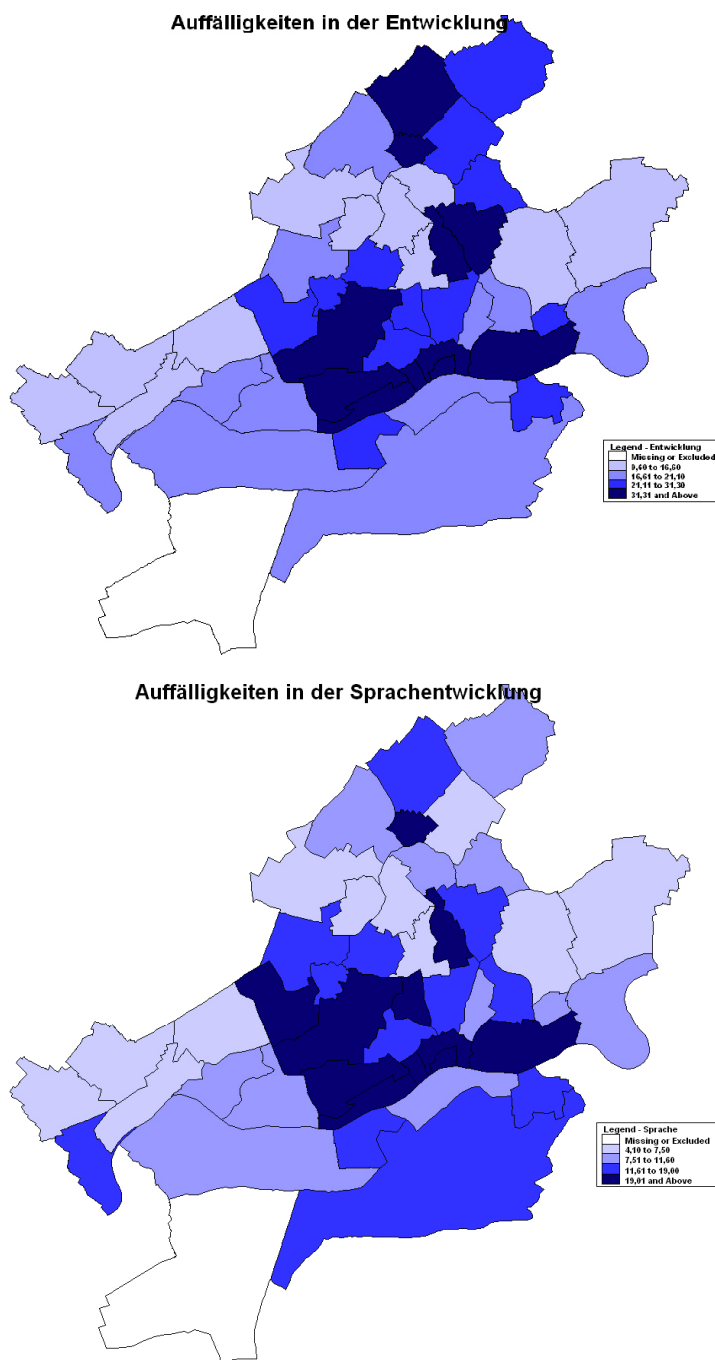


Abbildung 3-38: Auffälligkeiten in der Entwicklung allgemein und der Sprachentwicklung im besonderen

Zi.	Stadtteil	auff. Entwicklung	Sprache	Bewegung	Wahrnehmung	Psyche	geist. Entwicklung	körperl. Entwicklung
1	Altstadt	48,0	33,3	17,3	0,0	14,7	32,0	1,3
2	Innenstadt	40,6	27,3	18,8	2,3	7,0	31,3	0,8
3	Bahnhofsviertel	63,2	48,5	30,9	8,8	11,8	54,4	1,5
4	Westend-Süd	21,7	14,4	4,9	2,0	5,6	3,2	0,5
5	Westend-Nord	27,7	19,0	6,9	6,6	6,9	6,6	0,0
6	Nordend-West	23,7	16,8	7,5	4,6	5,7	5,2	0,6
7	Nordend-Ost	18,9	9,0	6,8	3,0	7,8	7,6	1,4
8	Ostend	36,2	24,3	15,6	1,6	9,0	20,4	1,2
9	Bornheim	19,0	11,6	7,0	3,1	6,3	4,3	1,0
10	Gutleutviertel	35,9	20,0	15,2	0,7	4,8	30,3	0,0
11	Gallusviertel	31,3	20,6	12,5	4,5	10,2	17,1	0,8
12	Bockenheim	33,5	20,7	11,6	11,4	8,7	11,1	0,3
13	Sachsenhausen-Nord	17,3	10,5	7,6	7,6	2,8	5,3	0,9
14	Sachsenhausen-Süd	20,2	12,0	7,2	7,0	4,2	4,3	2,1
16	Oberrad	21,1	14,1	6,9	9,5	4,2	7,8	1,7
17	Niederrad	22,3	14,1	8,5	10,7	4,8	7,7	1,8
18	Schwanheim	19,8	11,1	6,6	9,0	6,0	7,7	1,2
19	Griesheim	18,3	11,1	6,9	6,7	10,6	7,1	1,0
20	Rödelheim	29,0	19,9	9,1	7,2	7,4	6,5	0,6
21	Hausen	25,4	18,6	9,1	8,0	6,9	7,4	0,6
22	Praunheim	19,1	12,9	8,6	4,8	5,6	5,1	1,0
24	Heddernheim	9,6	6,7	5,9	4,3	3,0	5,7	0,5
25	Niederursel	12,2	6,6	8,4	4,1	4,0	5,0	0,6
26	Ginnheim	23,0	14,3	13,0	6,7	5,8	4,8	0,5
27	Dornbusch	15,5	7,2	6,6	5,9	6,8	3,6	0,0
28	Eschersheim	13,3	6,0	9,4	4,8	4,9	4,9	1,0
29	Eckenheim	32,0	19,1	7,5	9,2	10,8	5,8	0,5
30	Preungesheim	34,7	18,0	11,2	11,0	15,2	5,9	0,6
31	Bonames	36,2	19,6	10,9	15,5	15,8	9,3	0,3
32	Berkersheim	21,5	8,1	11,8	11,0	8,9	7,7	0,0
33	Riederwald	24,9	9,0	10,6	2,1	11,6	3,2	1,6
34	Seckbach	14,9	4,6	5,4	2,2	5,4	1,6	3,0
35	Fechenheim	16,6	7,6	6,2	4,2	5,5	2,6	1,5
36	Höchst	13,6	7,3	8,4	7,5	2,4	8,7	3,0
37	Nied	17,7	11,1	8,7	5,9	5,5	7,0	2,2
38	Sindlingen	19,9	12,4	14,4	9,7	3,8	11,1	5,2
39	Zeilsheim	10,2	4,8	7,9	3,9	0,7	4,1	1,8
40	Unterliederbach	10,9	5,8	8,6	6,8	2,2	5,8	2,8
41	Sossenheim	11,2	6,9	7,8	6,8	1,3	7,0	2,9
42	Nieder-Erlenbach	25,7	8,4	11,2	13,3	11,6	3,6	0,8
43	Kalbach-Riedberg	18,7	8,3	7,7	8,0	7,7	3,6	0,6
44	Harheim	26,3	4,8	5,9	9,7	11,3	3,8	0,0
45	Nieder-Eschbach	33,0	17,4	10,8	13,7	15,6	6,7	0,9
46	Bergen-Enkheim	12,8	4,1	5,3	2,5	4,9	1,0	0,8
47	Frankfurter Berg	13,1	7,5	8,5	7,5	4,6	8,9	2,0

Tabelle 3-25: Auffälligkeiten in der allgemeinen Entwicklung sowie in umschriebenen Entwicklungsbereichen

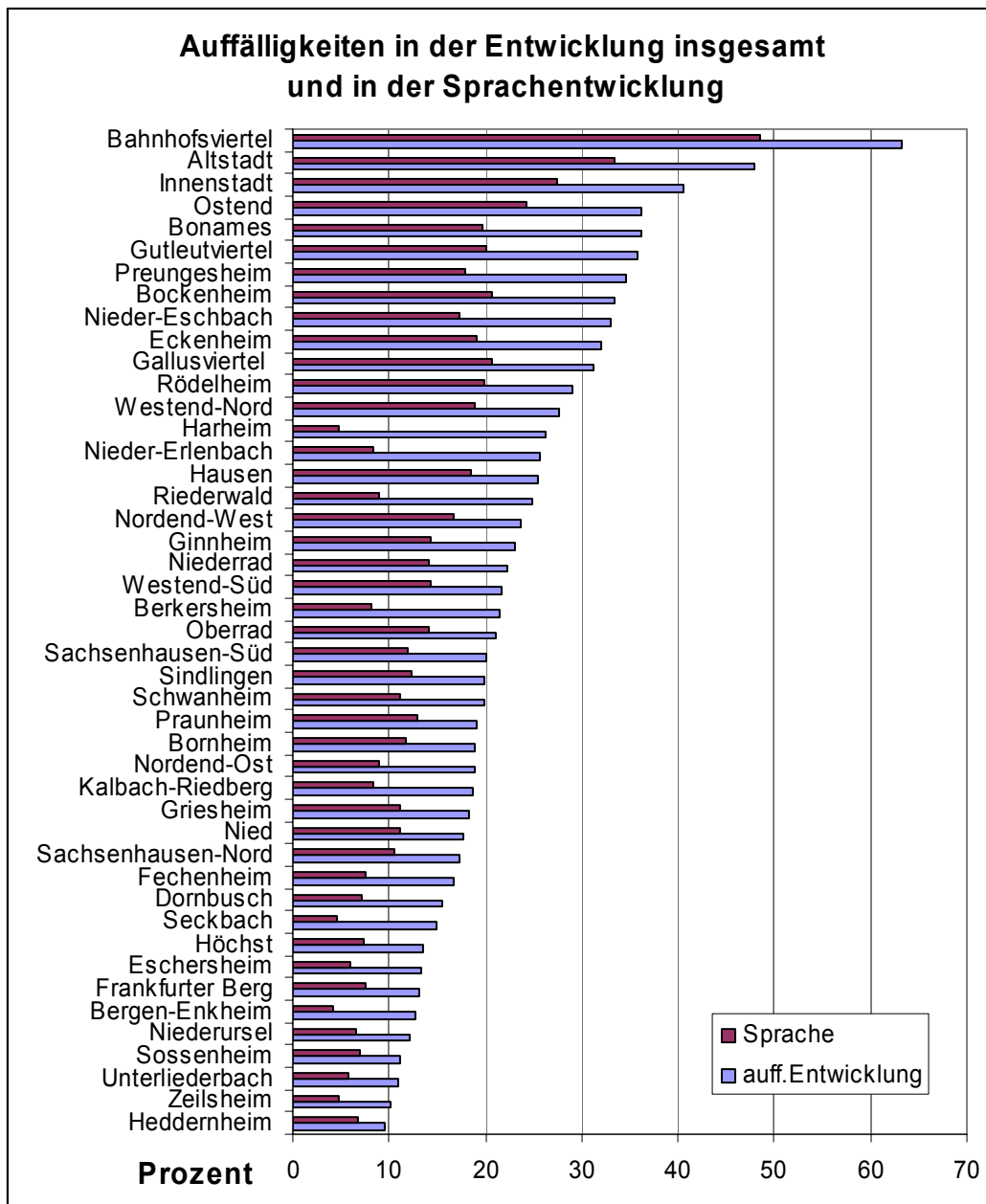


Abbildung 3-39: Auffälligkeiten in der Entwicklung insgesamt und in der Sprachentwicklung

Die nachfolgenden Abbildungen stellen den Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten in der Entwicklung insgesamt und der Sprachentwicklung in den einzelnen Stadtteilen sowie die Arbeitslosendichte dar.

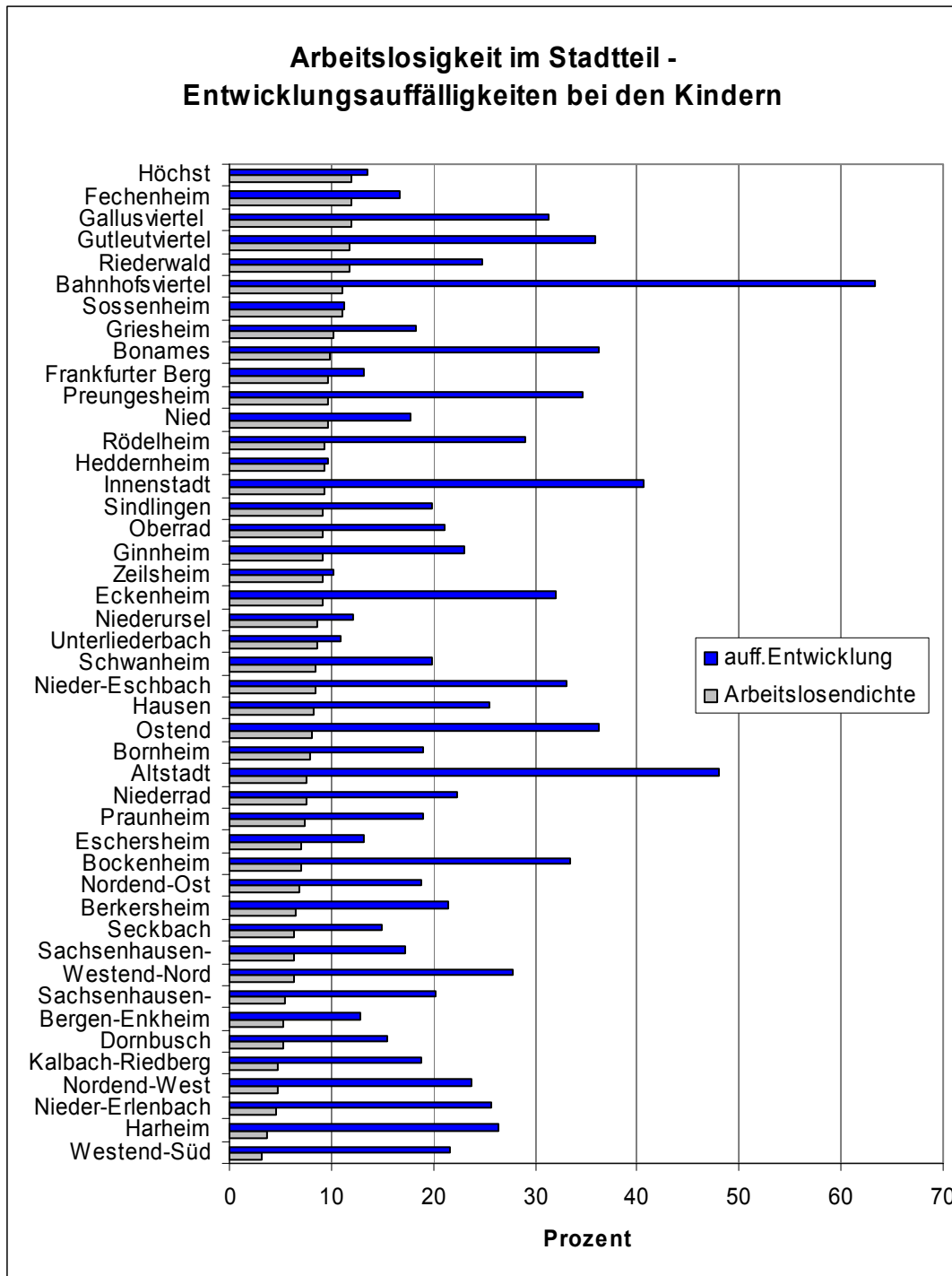


Abbildung 3-40: Arbeitslosigkeit im Stadtteil – Entwicklungsauffälligkeiten bei den Kindern

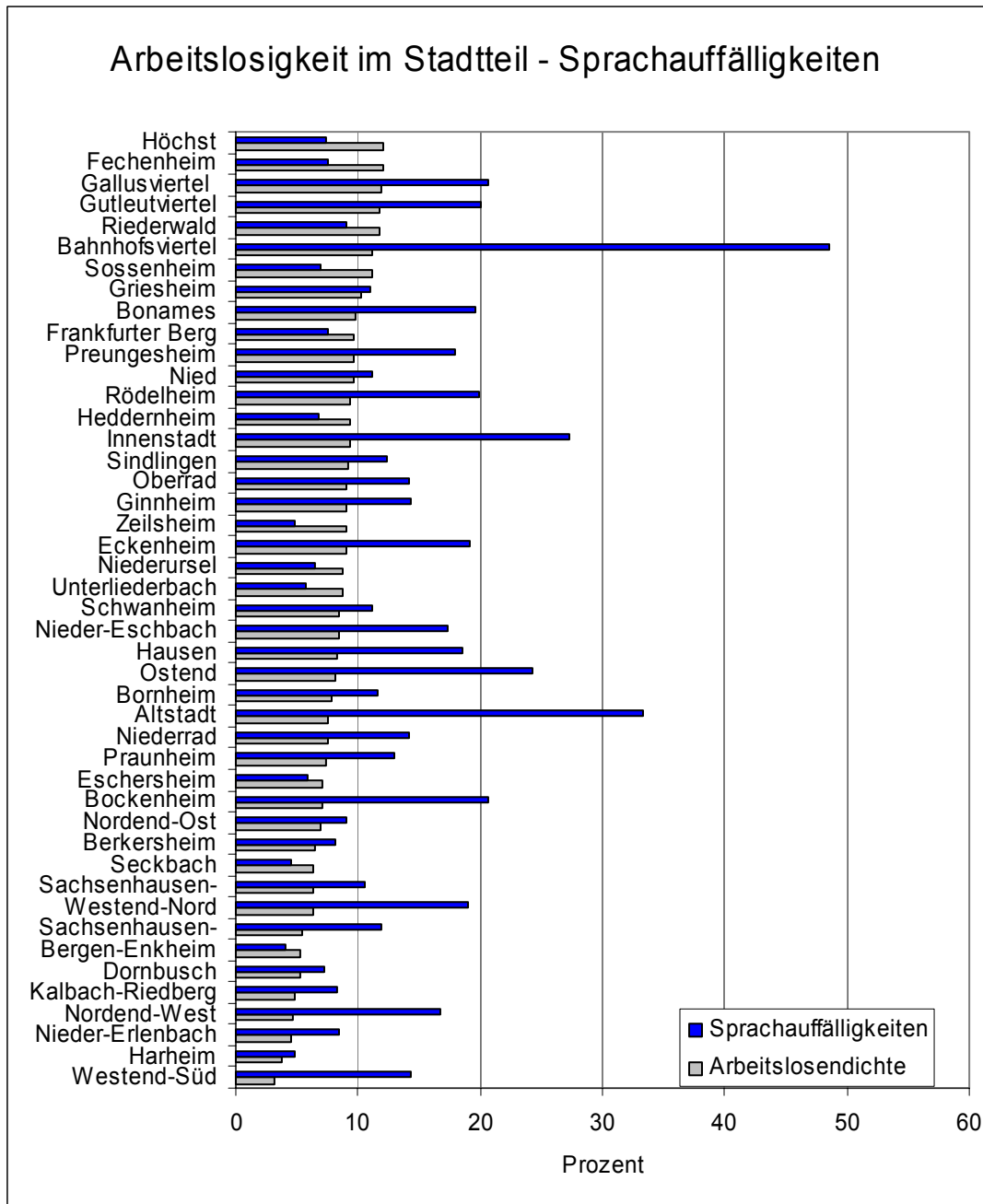


Abbildung 3-41: Arbeitslosigkeit im Stadtteil - Sprachauffälligkeiten

Umschriebene Entwicklungsrückstände werden vorzugsweise als Ausdruck einer oft nur vorübergehenden Reifungsstörung/-verzögerung zerebraler Funktionen angesehen. Unreife als Differenz zur Altersnorm ist Schwankungen im Verlauf der Entwicklung unterworfen. Deshalb ist es ein entwicklungspsychologisch bekanntes Phänomen, dass die Spanne der Entwicklung zwischen den Geschlechtern gerade im Einschulalter sehr differieren kann, und entsprechend Jungen besonders gravierend als entwicklungsverzögert im Screening auffallen, wie in Tabelle 3-23 und Abbildung 3-39 ersichtlich. Insbesondere sind die sprachlichen und die motorischen Entwicklungsbereiche der Jungen im Vergleich zu den gleichaltrigen Mädchen verzögert.

Schlüsselt man die Daten nach Verlauf (2002-2006), Herkunft und Teilleistung auf, so zeigt sich:

1. Der Anteil der sprachauffälligen Kinder nimmt in allen Gruppen zu.
2. Gleiches gilt für die Kinder mit einer perzeptiven (Wahrnehmungs-) Störung und kognitiven Auffälligkeiten.
3. Die Daten zur geistigen Entwicklung und der Wahrnehmung schwanken erheblich, aber allein in 4 ethnischen Gruppen ist eine ansteigende Tendenz (Zunahme von auffälligen Kindern) zu sehen.
4. Auch in der neuromotorischen Entwicklung werden insgesamt immer mehr nicht altersgemäß entwickelte Kinder im Einschulalter gefunden.

Alle Daten sind unter dem Vorbehalt zu diskutieren, dass ein Screeningverfahren angewendet wird, welches zwar für Frankfurt normiert ist, aber nicht direkt verglichen werden kann mit anderen Schuleingangsuntersuchungen in Hessen oder bundesweit. Um die Vergleichbarkeit zumindest der hessischen Daten zu optimieren, wurde im Jahr 2006 hessenweit der validierte S-ENS Test (Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen) eingeführt mit zusätzlichen Untersuchungsmodulen.

Bei Auffälligkeiten wird den Eltern eine Basisdiagnostik empfohlen, die entweder in einer 2. Untersuchung mit der Frankfurter modifizierten Esser-Batterie angeboten wird oder die die Eltern bei ihrer Kinderärztin/ihrem Kinderarzt durchführen lassen. Ist daraus keine sichere Aussage zu treffen, so ist eine mehrdimensionale Diagnostik in einem sozialpädiatrischen Zentrum notwendig.

Entwicklungsauffälligkeiten der Sprache

Sprache ist ein wichtiges Kommunikationsmittel. Eine umschriebene Entwicklungsstörung der Sprache geht mit einer erheblichen Beeinträchtigung der sozialen und schulischen Entwicklungschancen eines Kindes einher. Deshalb wird in der Einschulungsuntersuchung diesem Entwicklungsbereich besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Dabei wird nicht nur den verschiedenen möglichen Bereichen einer Sprachstörung/Auffälligkeit, sondern auch deren Ursachen nachgegangen, um individuell und gezielt Fördermaßnahmen empfehlen und einleiten zu können.

Mögliche Ursachen für eine verzögerte Sprachentwicklung können sein: eine Hörstörung, unzureichende Intelligenz, fehlende Sprachvorbilder, Aphasie und autistische Störungen oder auch eine umschriebene Sprachentwicklungsstörung.

Störungen in der Sprachentwicklung können unterteilt werden in Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. Bei Sprechstörungen können einzelne Laute nicht gesprochen werden (z. B. kein R, das dann durch ein L ersetzt wird). Bei den Sprachstörungen zeigen sich Fehler in der Sprachverarbeitung, in der Grammatik und im Sprachrhythmus (z. B. Fehler beim Wiederholen von Sätzen, bei Lautkombinationen, Reihenfolgen etc.). Zu den Stimmstörungen zählt u. a. chronische Heiserkeit.

„Sprache und Entwicklung von Kindern

Im Bereich der kindlichen Entwicklung nimmt die Sprachfähigkeit eine zentrale Rolle für das weitere Gedeihen und die schulische Laufbahn der Kinder ein. Denn vor dem Erlernen des Schreibens steht das erste Lesen, vor dem ersten Lesen das Erlernen der Sprache und vor dem Sprechen die Erfahrung des Hörens – alle Fähigkeiten bauen aufeinander auf, werden weiterentwickelt und spezialisiert. Dieser komplexe Prozess des Lernens erfolgt im zwischenmenschlichen Miteinander, durch zahllose Erlebnisse der mitmenschlichen Kommunikation und der aktiven Auseinandersetzung des Kindes mit seiner Umwelt.

Durch veränderte gesellschaftliche Bedingungen haben sich auch die Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Kinder verändert. Mehrere Untersuchungen belegen, dass neben der Gruppe der Kinder, deren sprachliche Entwicklung durch eine Grunderkrankung verzögert wird, auch immer mehr Kinder durch die veränderten gesellschaftlichen Bedingungen Auffälligkeiten in Bezug auf das Sprachverständnis und die sprachliche Ausdrucksfähigkeit zeigen.

Mögliche Ursachen von Beeinträchtigungen in der Sprachentwicklung**Organische Ursachen**

Hierzu zählen u. a. Anomalien bzw. anatomische Veränderungen im Bereich der Lippen, des Kiefers, des Gaumens und der Zunge sowie bestimmte angeborene Erkrankungen und genetische Störungen.

Hörstörungen

Chronische Mittelohrentzündungen können zu Hörstörungen und gestörter Sprachwahrnehmung führen, was eine Störung in der Aussprache und der Grammatik zur Folge haben kann.

Neurologische Störungen

Erkrankungen des zentralen Nervensystems zeigen sich u. a. durch Störungen im Bewegungsablauf, die sich auch auf das Sprechen auswirken. Die Aussprache wird undeutlich, verwaschen und auch das Sprechtempo ist verändert, so dass die Sprachverständlichkeit erheblich beeinträchtigt sein kann.

Kognitive Beeinträchtigungen

Der Spracherwerb und die kognitive Entwicklung stehen in einer wechselseitigen Beziehung und bedingen einander. Durch kognitive Beeinträchtigungen erfolgt der Spracherwerb häufig verlangsamt. So können z. B. konkrete Alltagsgegenstände benannt werden, komplizierte und abstrakte Zusammenhänge werden aber nur mit Mühe erkannt. Dadurch kommt es zu Auffälligkeiten in der Wortschatzentwicklung und Satzbildung.

Zweitspracherwerb

Kinder ausländischer Herkunft sprechen in ihrer Familie meistens die Herkunftssprache (Muttersprache) ihrer Eltern (man spricht hier von Deutsch als Zweitspracherwerb). Sie haben oft auch außerhalb der Familie wenig Kontakt zur deutschen Sprache und damit auch wenig Gelegenheit, die deutsche Sprache in für sie wichtigen Handlungskontexten zu hören, zu erfahren und in ihr zu kommunizieren.

Soziale Beeinträchtigungen

Einige Kinder können ihre Wahrnehmungsfunktionen nicht ausreichend entwickeln, da sie nur einen Ausschnitt der Möglichkeiten angeboten bekommen. Über Fernsehen und PC kann man die Welt in Bildern erfahren. Die Kinder hören zwar auch Sprache, dies hat für sie jedoch zumeist keine Handlungsbedeutung, denn eine sprachliche Reaktion wird vom Fernsehen nicht erwartet. Sie haben dadurch wenig Gelegenheit zur Kommunikation und zum sprachlichen Austausch.

Bewegungsmangel und Sprache

Zwischen der kognitiven Entwicklung und der motorischen Aktivität besteht ein enger Zusammenhang. Greifen ermöglicht das Begreifen. Das „Begreifen“ im allerwörtlichsten Sinn ermöglicht dem Kind ein eigenständiges Sammeln von vielfältigen Erfahrungen. Und auch in der späteren Entwicklung des Kindes sind Bewegung, Wahrnehmung und Lernen untrennbar miteinander verbunden. Weitreichendes und selbständiges Erfassen der Umwelt durch direktes und aktives Erleben sind somit entscheidende Grundlagen für die Entwicklung von Sprache und Intelligenz. Doch gerade diese aktive Aneignung der kindlichen Umwelt findet immer weniger statt. Bewegungsstörungen schädigen nicht nur den Körper. Wir wissen heute: Bewegung ist die Grundlage für eine geistige, soziale und persönliche Entwicklung. Schon in den Vierzigerjahren erkannte der Schweizer Psychologe Jean Piaget: „Wer nicht rückwärts gehen kann, dem fällt auch das Rückwärts-Zählen schwer. Wer leicht das Gleichgewicht verliert, findet auch nie seine seelische Balance, wer eine Kreisbewegung nicht begreift, kann sich auch den anderen im Kreis nicht anschließen.“

Auszug aus: Hessisches Sozialministerium: Sprachentwicklung und Sprachförderung bei Kindern. Mai 2007

Die Überprüfung von Entwicklungsauffälligkeiten im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung umfasst verschiedene Bereiche: zunächst wird mit einem Hörscreening nach einer gravierenden Hörstörung als Ursache einer eventuellen Sprachstörung gesucht. In einer gezielten Anamnese werden weitere mögliche Ursachen wie familiäre Belastung, Sprachvorbilder, Mehrsprachigkeit etc. erfragt. Darüber hinaus werden differenzierte Testverfahren zum Wörter-Erkennen, Grammatik, Artikulation etc. vorgenommen (s. Kapitel 3.1).

Von allen untersuchten Entwicklungsbereichen waren Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung am häufigsten (12,4%) – mit einer Zunahme von 2002 bis 2006 um 2% (11,2 auf 13,4%). Diese zunehmende Tendenz war nicht nur in Frankfurt, sondern in ganz Hessen erkennbar. Jungen waren wesentlich häufiger als Mädchen betroffen (26,2 vs. 15,9%) und Kinder aus Migrantenfamilien häufiger als solche ohne Migrationshintergrund. Besonders häufig wurden Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung bei Kindern mit Türkei (26,9%) und Maghreb (29,0%) gefunden.

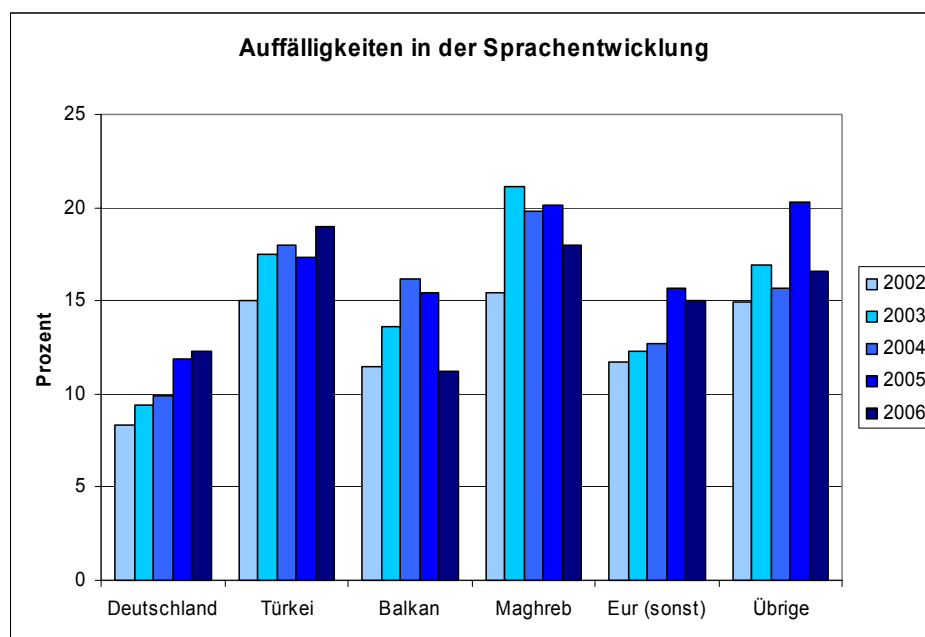


Abbildung 3-42: Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)

Bei Kindern mit einer auffälligen Sprachentwicklung wurde fast doppelt so häufig eine Hörstörung gefunden als bei Kindern ohne Sprachentwicklungsauffälligkeit (7,1 vs. 4,2%). Bei 3,6% der sprachauffälligen Kinder war eine Hörstörung bereits bekannt bzw. in Behandlung, während bei der 3,5% der Kinder im Rahmen der Einschulungsuntersuchung erstmals Hinweise auf eine Hörstörung erhalten wurden. Dies zeigt die Bedeutung einer Hörstörung für die Sprachentwicklung, wenn auch aus diesen Zahlen die Hörstörung als (Mit-)Ursache für die Sprachstörung nicht direkt bewiesen werden kann.

	Kinder ohne Sprachauffälligkeit		Kinder mit Sprachauffälligkeit	
	n	%	n	%
keine Hörstörung	22654	95,8	3116	92,9
Hörstörung	984	4,2	238	7,1
Erstbefund	613	2,6	116	3,5
bekannt	371	1,6	122	3,6
Alle Kinder	23638	100	3354	100

Tabelle 3-26: Hörstörung und Sprachauffälligkeiten

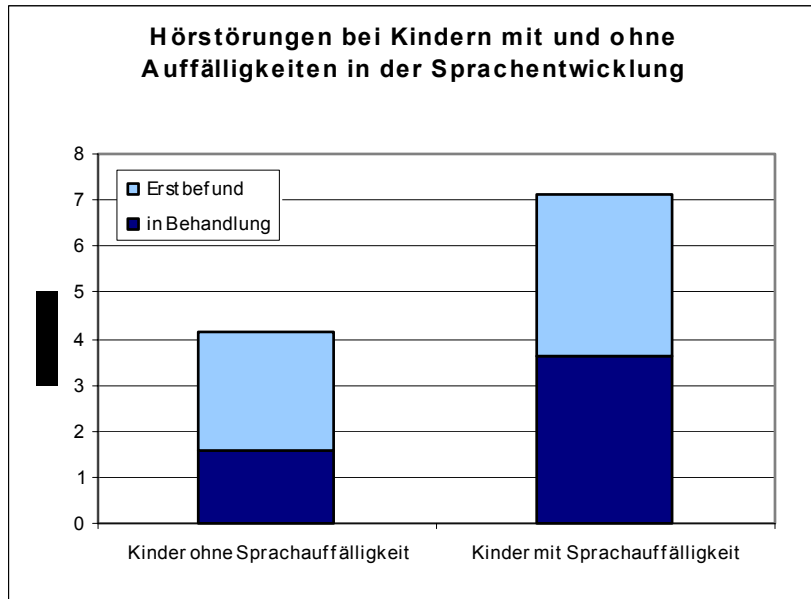


Abbildung 3-43: Hörstörung und Sprachauffälligkeiten

Die in Frankfurt beobachtete Zunahme der Sprech-/Sprachauffälligkeiten von 2002 bis 2006 wird auch in ganz Hessen so festgestellt. Obwohl der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund in Frankfurt deutlich höher als in Hessen insgesamt liegt, werden in Stadt und Land etwa gleich häufig Sprech-/Sprachauffälligkeiten festgestellt.

Sprech/Sprach-auffälligkeiten	Frankfurt					Hessen				
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
Erstbefund	5,8	3,5	3,3	3,7	3,3	4,4	4,2	4,5	4,9	4,9
bekannter Befund	5,8	8,5	9,5	10,5	11	7,6	8,3	9,2	9,9	10,8
gesamt	11,6	12	12,8	14,2	14,3	12	12,5	13,7	14,8	15,7

Tabelle 3-27: Sprech/Sprachauffälligkeiten bei Einschülern 2002 bis 2006 – in Frankfurt am Main und in gesamt Hessen (Angaben in Prozent)

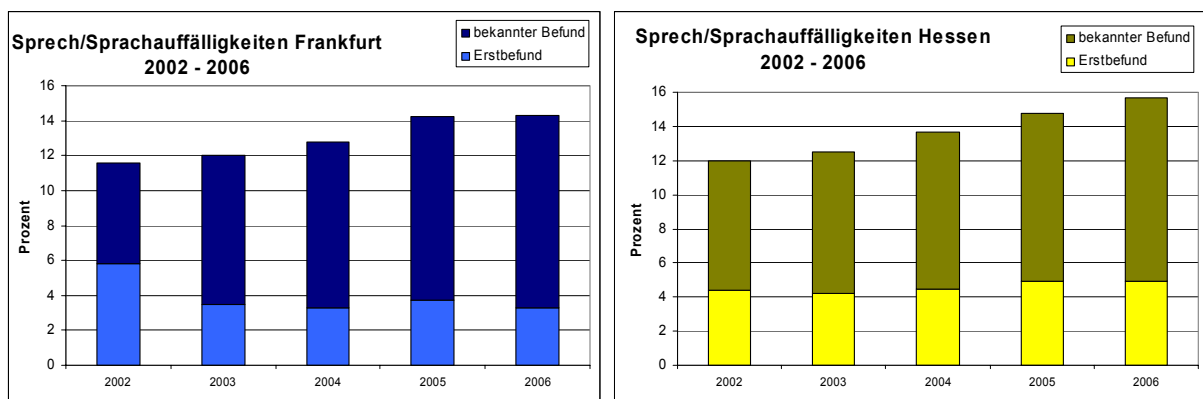


Abbildung 3-44: Sprech/Sprachauffälligkeiten bei Einschülern 2002 bis 2006 – in Frankfurt am Main und in gesamt Hessen (Angaben in Prozent)

Diskussion

Aufgrund der hohen Zahl von Kindern mit einer umschriebenen Störung der Sprache wurden im Jahre 2003 die Anmeldungen zur Schulaufnahme um ein halbes Jahr vorverlegt. Dabei werden die Kinder erfasst, die Auffälligkeiten in ihrer Sprachentwicklung zeigten. Die hierzu von den Pädagogen angewandten Testverfahren sind nicht einheitlich, aber alle auffälligen Kinder werden dem Kinder – und Jugendärztlichen Dienst nun frühzeitig, d.h. meist ca. ein Jahr vor der Einschulung, gemeldet und zur Schuleingangsuntersuchung eingeladen. Wird auch im Rahmen der Einschulungs-Untersuchung dann eine Sprachauffälligkeit festgestellt, werden die Eltern beraten.

Sofern bislang noch keine Sprachauffälligkeit bzw. -verzögerung vom betreuenden Kinderarzt noch von der Kinderbetreuung festgestellt wurde, wird eine differenzierte Testung bei der Sprachheilbeauftragten des Gesundheitsamtes empfohlen und/oder eine Vorstellung beim HNO-Arzt, eine allgemeine Entwicklungsdiagnostik und /oder humangenetische Untersuchung, um eine Intelligenzminderung und auch genetische Ursachen für die Beeinträchtigung auszuschließen.

Die empfohlenen Therapien unterscheiden sich – je nach den zugrunde liegenden Ursachen.

Generell zu empfehlen ist das vermehrte Vorlesen durch die Eltern.

Am häufigsten werden in der Schuleingangsuntersuchung neben den Auffälligkeiten in der Sprachverarbeitung (Grammatik, Sprachrhythmus etc.) Artikulationsstörungen festgestellt. Werden daraufhin zügig logopädische Maßnahmen ergriffen, sind die Kinder im weiteren Schulverlauf nicht beeinträchtigt.

Besonders mehrsprachig aufwachsende Kinder zeigen in der Untersuchung neben Artikulationsstörungen auch häufig Probleme in der Grammatik, hier können Fördermaßnahmen im Kindergarten zusätzlich zur gezielten Therapie helfen. Hilfreich sind auch die so genannten Sprachvorlaufkurse, die seit 2003 an manchen Grundschulen Frankfurts angeboten werden.

In den letzten Jahren nimmt die Rate der Sprachauffälligkeiten sowohl bei den deutschen Kindern als auch bei den Kindern mit Migrationshintergrund zu. Die meisten sprachauffälligen Kinder kommen jedoch aus Familien mit Migrationshintergrund. Dies entspricht auch den Befunden aus Schuleingangsuntersuchungen in anderen Regionen. In Frankfurt sind besonders die Kinder aus türkischen und maghrebinischen Einwandererfamilien betroffen, da viele dieser Mütter kein Deutsch sprechen, auch wenn sie schon einige Jahre im Land leben. Hier wird immer wieder auf die Kurse „Mama lernt Deutsch“ hingewiesen, die in verschiedenen Stadtteilen stattfinden.

Das Hessische Sozialministerium hat ab September 2007 mit der Einführung eines Sprachstandstests für 4-Jährige in Kindergärten in Hessen begonnen. Ziel ist, dass möglichst alle Kinder in Hessen bei der Einschulung über einen altersgemäßen Sprachstand verfügen als Voraussetzung für verbesserte Chancen in der Schule. Es ist geplant, bis 2009 diese Sprachstandserfassung flächendeckend in allen Landkreisen und Kommunen einzuführen. Aus den Erkenntnissen der Untersuchung der einzelnen Kinder sollen dann Hinweise auf deren individuellen Förderbedarf erhalten und die Kinder möglichst optimal in der Kindereinrichtung – und durch die Eltern – gefördert werden (HSM-Erlass vom 16.07.2007).

3.7. Sehen und Hören

Sehstörungen

Ein gutes Seh- und Hörvermögen ist eine wichtige Voraussetzung für die Schule. Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung werden bei allen Kindern Seh- und Hörtests durchgeführt (s. Methoden S. 18).

Von 2002 bis 2006 wurde bei 3635 (13,5%) Kindern eine Sehstörung festgestellt, jeweils etwa die Hälfte der Befunde wurde erstmals festgestellt bzw. war bereits bekannt (und behandelt). Sowohl bei den Erstbefunden als auch bei den bekannten Befunden deutet sich in den ersten Jahren 2002 bis 2004 ein abnehmender Trend an, danach ein leicht ansteigender Trend.

Im Vergleich mit Sehstörungen wurden Hörstörungen wesentlich seltener gefunden. Beim Hörtest wiesen insgesamt 1222 Kinder (4,5%) einen auffälligen Befund auf, 60% dieser Befunde waren zuvor nicht bekannt, 40% waren bereits bekannt und/oder behandelt. Im zeitlichen Trend deutet sich eine leichte Abnahme der Hörstörungen von 2002 bis 2004 an, gefolgt von einer deutlichen Zunahme bis 2006. Im Jahre 2006 war der Anteil der Kinder mit Hörstörungen mit 5,5% so hoch wie in keinem der Vorjahre; dies trifft auch auf den Anteil der Kinder mit bereits bekannter/behandelter Hörstörung zu (2,6%).

Sehstörung	alle		2002		2003		2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Erstbefund	1854	6,9	517	9,9	431	7,8	268	4,9	305	5,7	333	6,2
bekannter Befund	1781	6,6	337	6,5	349	6,3	384	7,0	334	6,2	377	7,0
Gesamt	3635	13,5	854	16,4	780	14,1	652	11,8	639	11,9	710	13,2

Hörstörung	alle		2002		2003		2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Erstbefund	729	2,7	168	3,2	144	2,6	120	2,2	144	2,7	153	2,8
bekannter Befund	493	1,8	71	1,4	95	1,7	87	1,6	98	1,8	142	2,6
Gesamt	1222	4,5	239	4,6	239	4,3	207	3,7	242	4,5	295	5,5

Tabelle 3-28: Seh- und Hörstörungen bei Einschulungskindern in Frankfurt am Main 2002 bis 2006

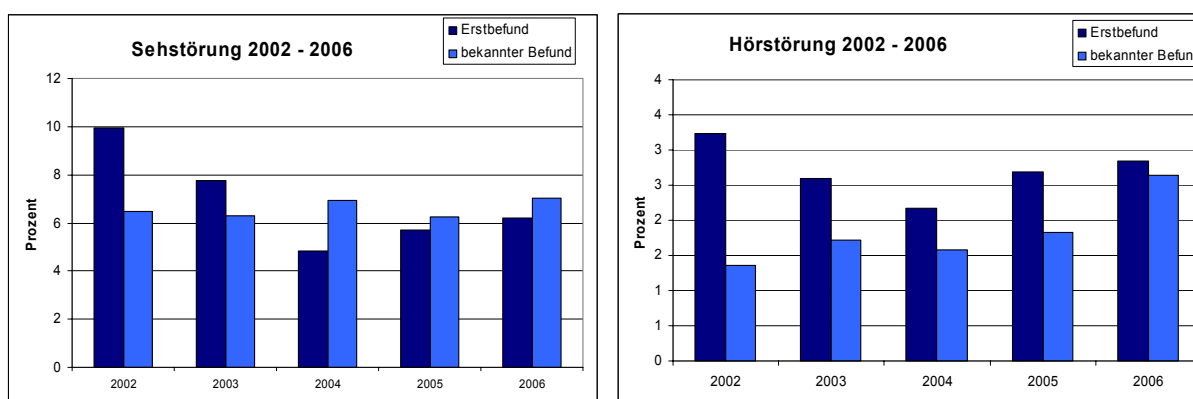


Abbildung 3-45: Seh- und Hörstörungen bei Einschulungskindern in Frankfurt am Main 2002 bis 2006

Seh- und Hörstörungen bei Jungen und Mädchen

Insgesamt hatten 13,3% der Mädchen und 13,6% der Jungen eine Sehstörung. 2002 und 2003 waren mehr Mädchen auffällig, 2004 und 2005 mehr Jungen. Ein eindeutiger über alle Jahre konstant bleibender Unterschied zwischen Jungen und Mädchen zeigte sich nicht. Bis 2004 waren bei den Mädchen deutlich häufiger als bei den Jungen Sehfehler erstmals festgestellt worden.

Mädchen hatten häufiger Hörstörungen als die Jungen (4,8% vs. 4,3%), der Unterschied betraf insbesondere die erstmals festgestellten Hörstörungen (3,0% vs. 2,4%). Im zeitlichen Trend deutet sich bei den Jungen eine leichte Zunahme der Hörstörungen in den letzten zwei Jahren an, bedingt durch die Zunahme bereits bekannter Befunde. Bei den Mädchen wurde im Jahre 2004 die geringste Rate an Hörstörungen protokolliert, gefolgt von einer starken Zunahme bis 2006: 6,2%.

Sehstörung		alle		2002		2003		2004		2005		2006	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Jungen	Erstbefund	929	6,7	255	9,4	212	7,4	129	4,6	170	6,2	170	6,2
	bekannter Befund	952	6,9	179	6,6	186	6,5	221	7,9	190	7,0	190	7,0
	Gesamt	1881	13,6	434	16,0	398	14,0	350	12,5	360	13,2	360	13,2
Mädchen	Erstbefund	925	7,0	262	10,5	219	8,1	139	5,1	142	5,5	163	6,2
	bekannter Befund	829	6,3	158	6,3	163	6,0	163	6,0	158	6,1	187	7,1
	Gesamt	1754	13,3	420	16,9	382	14,2	302	11,1	300	11,5	350	13,2

Hörstörung		alle		2002		2003		2004		2005		2006	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Jungen	Erstbefund	331	2,4	72	2,7	66	2,3	68	2,4	64	2,3	61	2,2
	bekannter Befund	260	1,9	40	1,5	52	1,8	44	1,6	53	1,9	71	2,6
	gesamt	591	4,3	112	4,1	118	4,1	112	4,0	117	4,3	132	4,8
Mädchen	Erstbefund	398	3,0	96	3,9	78	2,9	52	1,9	80	3,1	92	3,5
	bekannter Befund	233	1,8	31	1,2	43	1,6	43	1,6	45	1,7	71	2,7
	gesamt	631	4,8	127	5,1	121	4,5	95	3,5	125	4,8	163	6,2

Tabelle 3-29: Seh- und Hörstörungen bei Jungen und Mädchen 2002 bis 2006

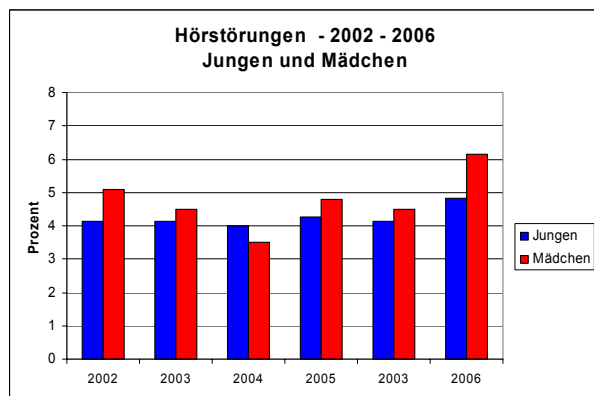
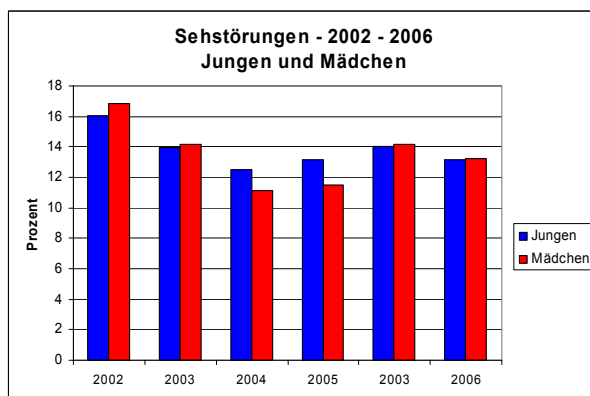


Abbildung 3-46: Seh – und Hörstörungen bei Jungen und Mädchen – 2002 bis 2006

Seh- und Hörstörungen in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund

Kinder ohne Migrationshintergrund und Kinder mit Migrationshintergrund Balkan hatten am seltensten Sehstörungen (13,1% und 12,3%). Kinder mit Migrationshintergrund Maghreb und übriges Europa wiesen am häufigsten Sehstörungen auf (16,2% und 16,1%). Die Rate der erstmals festgestellten Sehstörungen war bei den Kindern mit Migrationshintergrund immer höher als bei Kindern ohne Migrationshintergrund; bei Kindern mit Migrationshintergrund Maghreb war die Rate mit 10% am höchsten.

Bei Kindern ohne Migrationshintergrund wurde am seltensten eine Hörstörung erstmals gefunden, bei allen anderen Kindern mit Migrationshintergrund war die Rate der erstmals festgestellten Hörstörungen höher. Kinder mit Herkunft Balkan und übriges Europa hatten mit 5,0% bzw. 4,8% am häufigsten eine Hörstörung. Besonders auffallend war, dass Hörstörungen bei Kindern mit Migrationshintergrund Türkei, Maghreb und übrige Welt seltener gefunden wurden als bei deutschen Kindern.

Sehstörung	Deutschland		Türkei		Balkan		Maghreb		Europa (sonst)		Welt (übrige)	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Erstbefund	1043	6,1	217	8,0	141	7,1	85	10,3	143	7,7	225	8,7
bekannter Befund	1193	7,0	162	6,0	104	5,2	49	5,9	154	8,3	119	4,6
Gesamt	2236	13,1	379	14,0	245	12,3	134	16,2	297	16,1	344	13,3

Hörstörung	Deutschland		Türkei		Balkan		Maghreb		Europa (sonst)		Welt (übrige)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Erstbefund	435	2,6	73	2,7	62	3,1	23	2,8	62	3,4	74	2,9
bekannter Befund	358	2,1	40	1,5	38	1,9	7	0,8	26	1,4	24	0,9
Gesamt	793	4,7	113	4,2	100	5,0	30	3,6	88	4,8	98	3,8

Tabelle 3-30: Seh- und Hörstörung in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)

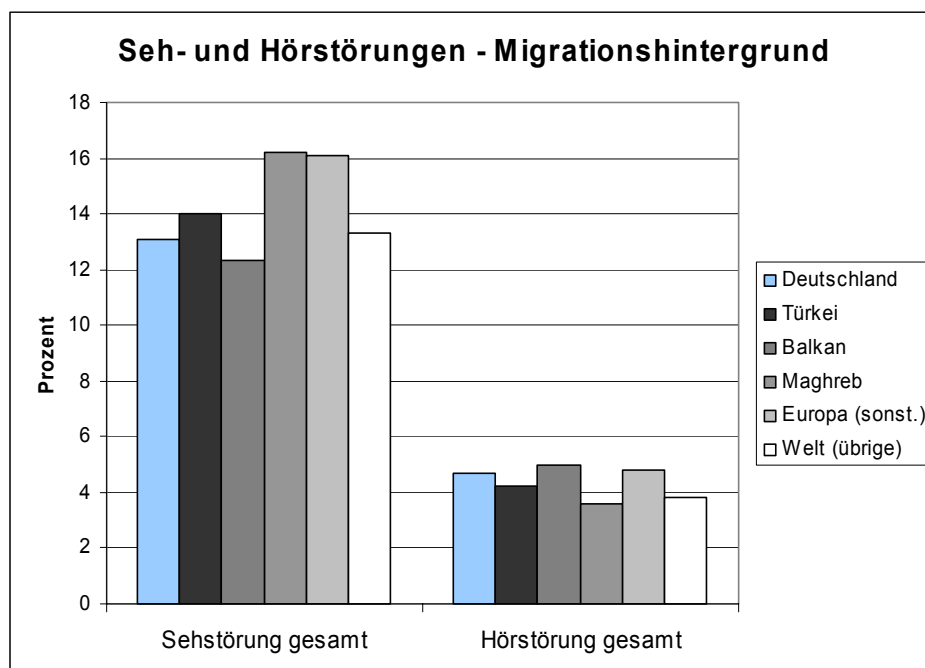


Abbildung 3-47: Seh- und Hörstörung in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)

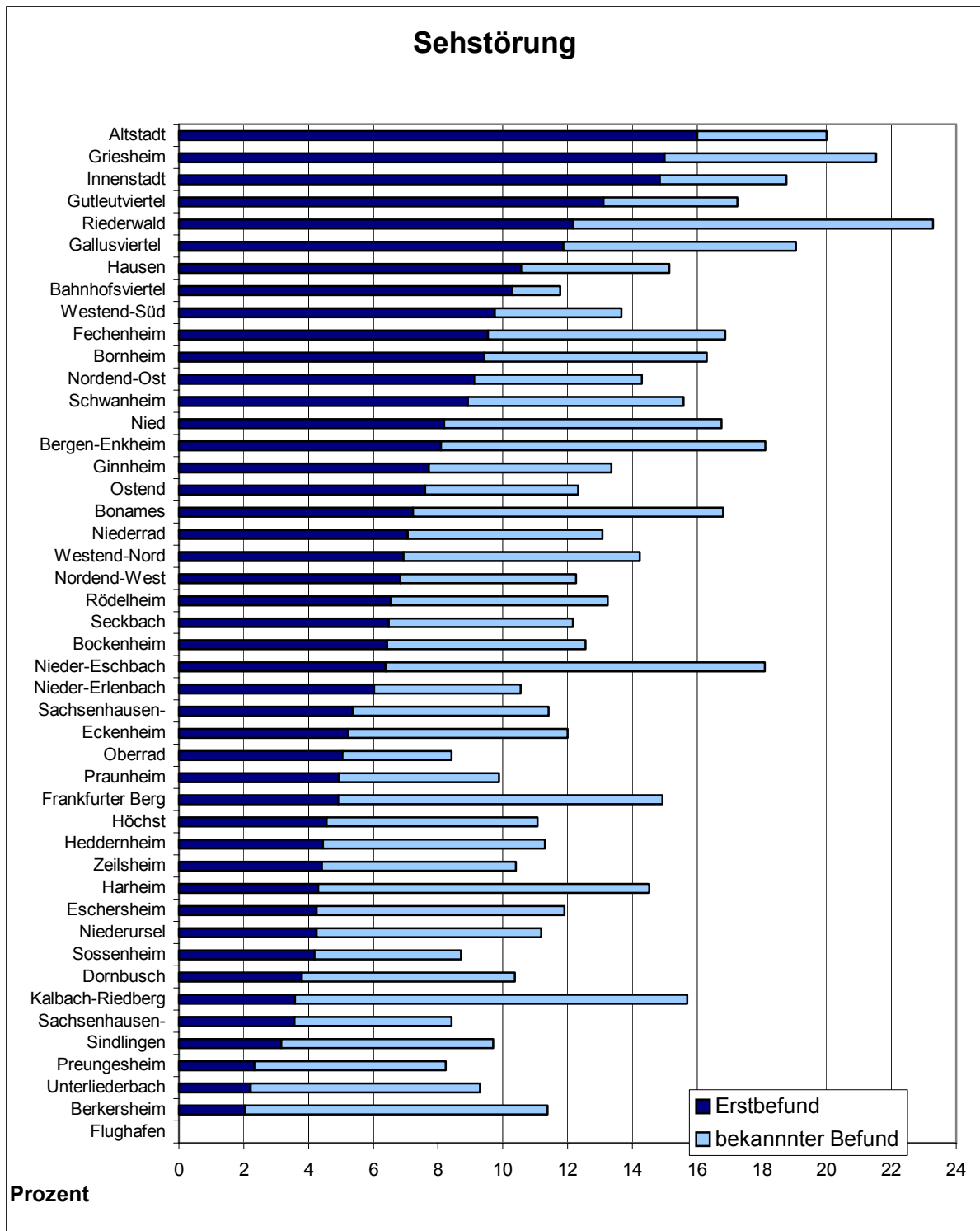


Abbildung 3-48: Sehstörung (Verteilung Stadtteile)

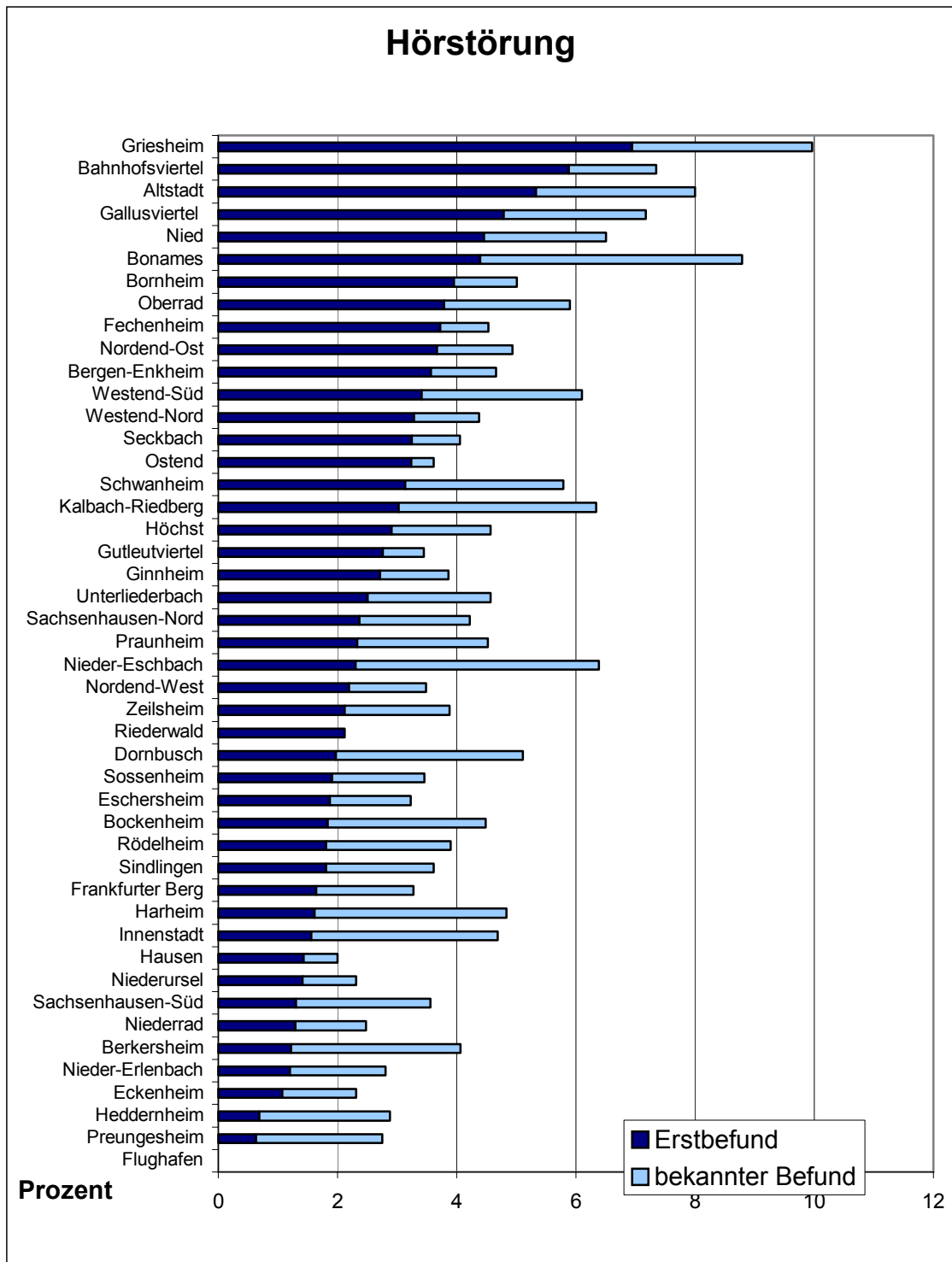


Abbildung 3-49: Hörstörung (Verteilung Stadtteile)

Seh- und Hörstörungen - Frankfurt im Vergleich mit Hessen

Bei den Frankfurter Einschulungskindern lässt sich ein deutlich abnehmender Trend im Hinblick auf Sehstörungen erkennen, der in Hessen insgesamt nicht so ausgeprägt erscheint. In den letzten Jahren werden bei den Kindern aus Frankfurt insgesamt seltener Sehstörungen gefunden als bei Kindern aus ganz Hessen.

Demgegenüber ist bei den Hörstörungen sowohl in Frankfurt als auch in ganz Hessen nach einer Abnahme bis 2004 in den letzten Jahren eine Zunahme zu verzeichnen, die in Frankfurt deutlich stärker ausfällt als in Hessen und insbesondere die bereits bekannten Befunde betrifft.

Sehstörung	Frankfurt					Hessen				
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
Sehen, Erstbefund	9,9	7,8	4,9	5,8	6,2	6,9	6,8	6,3	6,4	6
Sehen, bekannter Befund	6,6	6,4	7	6,3	7,1	8,6	9	8,7	8,6	9,2
Sehstörung, alle	16,5	14,2	11,9	12,1	13,3	15,5	15,8	15	15	15,2

Hörstörung		2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
Hören, Erstbefund		4,2	3,4	2,6	2,9	3,3	2,9	2,8	2,7	2,9	3
Hören bekannter Befund		1,4	1,7	1,6	1,9	2,7	1,2	1,2	1,2	1,3	1,7
Hörstörung alle		5,6	5,1	4,2	4,8	6	4,1	4	3,9	4,2	4,7

Tabelle 3-31: Seh- und Hörstörungen in Frankfurt und in Hessen

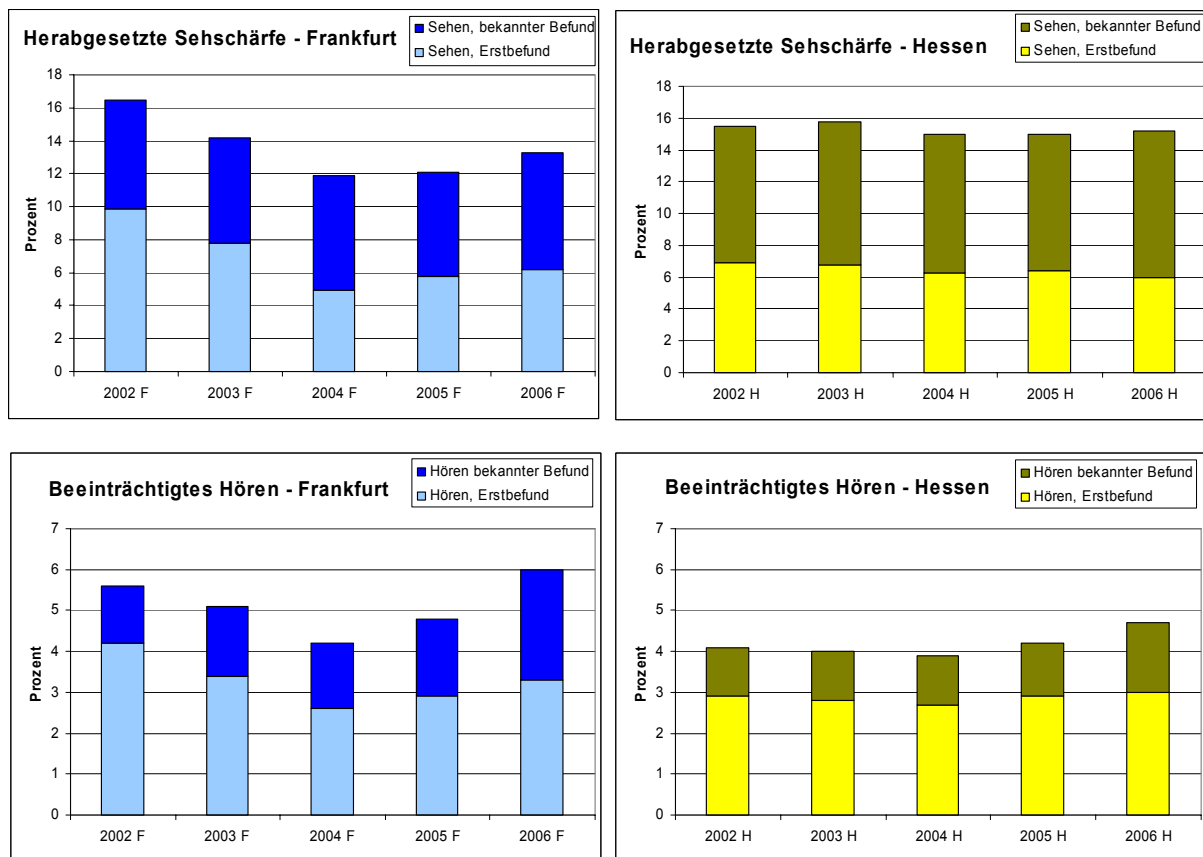


Abbildung 3-50: Herabgesetzte Sehschärfe und beeinträchtigtiges Hörvermögen in Frankfurt im Vergleich mit Hessen

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Unbeeinträchtiges Sehen und Hören ist eine wichtige Voraussetzung für die schulische Entwicklung der Kinder. Sehstörungen werden etwa dreimal so häufig festgestellt wie Hörstörungen. Wichtig ist, dass diese Befunde umgehend überprüft und einer entsprechenden Behandlung zugeführt werden.

Die höhere Rate an Seh- und Hörstörungen bei Kindern aus Familien mit bestimmtem Migrationshintergrund, insbesondere aber die stets höhere Rate an erstmals entdeckten auffälligen Befunden zeigt, dass hier in der Früherkennung noch Nachholbedarf besteht und die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung und Therapie solcher Störungen nicht ausreichend genutzt werden. Dem sollte durch bessere Aufklärung entgegengewirkt werden.

Präventiv ist vor Hörverlusten durch bestimmtes Kinderspielzeug wie Knall-Pistolen zu warnen, aber auch immer wieder darauf hinzuweisen, dass die „modernen Hörgewohnheiten“ von Kindern und insbesondere von Jugendlichen beim Musikhören, Diskobesuch, Walkman-Nutzung die Hörfähigkeit sehr belasten und beeinträchtigen (Babisch und Ising 1994; Babisch et al., 1995; Ising und Kruppa 1995). Die aktuellen Daten des Kinder- Umwelt-Survey 2003-7 zeigen bereits Einschränkungen der Hörfähigkeit bei 8-14 Jahre alten Kindern, bei Jungen sehr viel häufiger als bei Mädchen. So wurde bei 11% der Mädchen ein Hörverlust um mindestens 20 dBA festgestellt und bei 1,3% ein Hörverlust um mehr als 30 dBA. Bei den Jungen betragen die Raten 14,5% und 3,5% (Kolossa-Gehrig, pers. Mitteilung 2007). Diesem Trend muss durch vermehrte Aufklärung und Prävention entgegengewirkt werden.



3.8. Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen in Abhängigkeit vom Geburtsgewicht der Kinder

Mit zunehmenden medizinischen Möglichkeiten haben immer mehr auch sehr kleine Frühgeborene gute Überlebenschancen. Selbst Kinder, die in der 24. Schwangerschaftswoche (also im 5. Schwangerschaftsmonat) mit einem Geburtsgewicht von weniger als 500 g geboren werden, können dank der heute verfügbaren medizinischen Möglichkeiten überleben. Was wird aus diesen Kindern? Fallen diese Kinder mit Problemen bei der Einschulungsuntersuchung auf?

Die Frage nach den Schulverläufen ehemaliger Frühgeborener wurde bereits vor Jahren durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Frankfurter Gesundheitsamtes aufgegriffen und wissenschaftlich bearbeitet. Einige Ergebnisse zu den Schulverläufen von 30 ehemaligen Frühgeborenen, die vor der 30. Schwangerschaftswoche geboren worden waren, sind auf S. 114 zusammengefasst dargestellt. Insgesamt zeigte sich, dass zwei Drittel der Kinder am Ende ihrer Grundschulzeit ohne weitere Förderung die Regelschule besuchten (Schlösser et al., 2007).

Da seit einigen Jahren im Rahmen der Einschulungsuntersuchung die Schwangerschaftsdauer und das Geburtsgewicht aus dem gelben Untersuchungsheft auch dokumentiert werden, können auf dieser Basis nachfolgend Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung differenziert nach dem Geburtsgewicht der Kinder vorgestellt werden. Dabei werden die Ergebnisse über den gesamten Gewichtsbereich vorgestellt, um eventuelle Auffälligkeiten bei Kindern mit einem sehr hohen Geburtsgewicht nicht zu übersehen.

In den Jahren 2002 bis 2006 wurden die Geburtsgewichte von 23.070 vorgestellten Kindern dokumentiert. Zehn Prozent der Kinder hatten ein Geburtsgewicht über 4000 g, 83% der Kinder hatten ein „Normalgewicht“ von 2500-4000 g bei Geburt. Insgesamt 6,4% der Kinder waren untergewichtig, d.h. unter 2500g, darunter zu früh geborene (Schwangerschaftsdauer unter 38 Wochen) oder termingerecht geborene Kinder, die während der Schwangerschaft aus verschiedenen Gründen eine Mangelversorgung erlebten (small for date) und dadurch bezogen auf die Schwangerschaftsdauer nicht ausreichend an Gewicht zunehmen konnten. Insgesamt 85 (0,4%) der vorgestellten Kinder hatten ein Geburtsgewicht von weniger als 1000 g.

Geburtsgewicht	Häufigkeit	Gültige Prozente
<750g	21	0,1
750-999g	64	0,3
1000-1499g	144	0,6
1500-1999g	312	1,4
2000-2499g	927	4,0
2500-3999g	19129	82,9
> 4000 g	2473	10,7
Gesamt	23070	100,0

Tabelle 3-32: Geburtsgewicht der 2002 bis 2006 vorgestellten Kinder mit vorgelegtem gelbem Untersuchungsheft

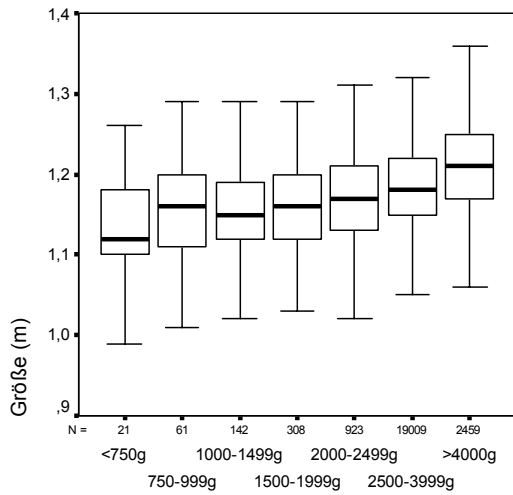
Körpergröße und Gewicht bei der Einschulungsuntersuchung

Bei Vorstellung zur Einschulungsuntersuchung unterschied sich das Alter der Kinder aus den unterschiedlichen Geburtsgewichts-Gruppen nicht. Kinder mit „Normalgewicht“ bei Geburt waren im Mittel (Median) 118 cm groß und hatten ein Körpergewicht von 21,5 kg. Die ehemals extrem kleinen Kinder (< 750 g Geburtsgewicht) waren im Mittel 6 cm kleiner und 3,5 kg leichter, die Kinder mit sehr hohem Geburtsgewicht (> 4000g) waren 3 cm größer und 2 kg schwerer. Insgesamt zeigte sich noch im Einschulungsalter ein deutlicher Zusammenhang zwischen Geburtsgewicht und Größe, Gewicht und Body Mass Index (BMI) (Tabelle 3-33; Abbildung 3-51).

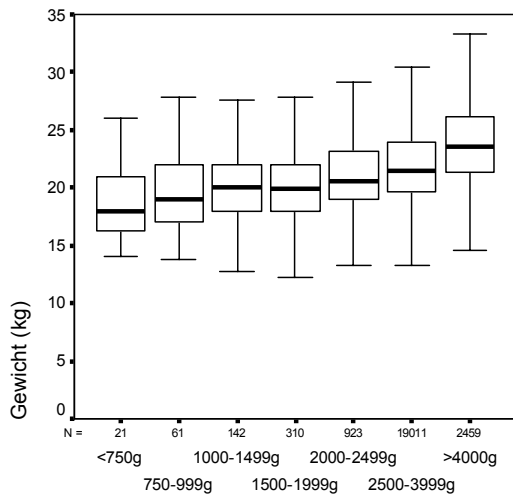
Geburtsgewicht	n	Größe (m)		Gewicht (kg)		BMI (kg/m ²)	
		x±sdev.	Median	x±sdev.	Median	x±sdev.	Median
<750g	21	1,14±0,07	1,12	19,74±5,41	18,00	15,14±2,88	14,35
750-999g	64	1,16±0,06	1,16	19,80±4,08	19,00	14,58±1,93	13,89
1000-1499g	144	1,15±0,07	1,15	20,56±4,56	20,00	15,29±2,22	14,93
1500-1999g	312	1,16±0,06	1,16	20,20±3,38	19,95	14,99±1,77	14,61
2000-2499g	927	1,17±0,06	1,17	21,39±3,92	20,60	15,49±2,01	15,12
2500-3999g	19129	1,18±0,06	1,18	22,34±4,10	21,50	15,83±2,08	15,43
> 4000 g	2473	1,21±0,05	1,21	24,30±4,46	23,50	16,48±2,22	15,97

Tabelle 3-33: Körpergröße und -gewicht sowie Body Mass Index (BMI) der Einschulungskinder in Abhängigkeit von ihrem Geburtsgewicht

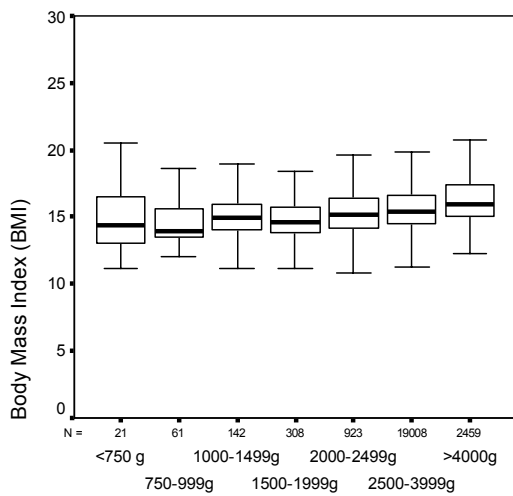




Geburtsgewicht



Geburtsgewicht



Geburtsgewicht

Abbildung 3-51: Körpergröße und -gewicht sowie Body Mass Index (BMI) der Einschulungskinder in Abhängigkeit von ihrem Geburtsgewicht

Allergie, Asthma, Krupp-Husten und Ekzem

Nach Angaben der Eltern im Fragebogen zur Allergie, Asthma, Krupp-Husten und Ekzem ergaben sich keine Hinweise, dass Kinder mit ehemals sehr niedrigem Geburtsgewicht häufiger unter Allergien, Krupp-Husten und Ekzem leiden. Hier deutete sich eher eine positive Assoziation mit einem sehr hohen Geburtsgewicht an. Asthma wurde jedoch häufiger bei Kindern mit einem Geburtsgewicht unter 1000g angegeben.

Geburtsgewicht	alle	Allergie		Krupp-Husten		Asthma		Ekzem	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%
<750g	21	1	4,8	0	0,0	2	9,5	0	0,0
750-999g	64	4	6,3	3	4,7	3	4,7	2	3,1
1000-1499g	144	5	3,5	5	3,5	2	1,4	2	1,4
1500-1999g	312	17	5,4	10	3,2	4	1,3	4	1,3
2000-2499g	927	51	5,5	31	3,3	13	1,4	21	2,3
2500-3999g	19129	1313	6,9	646	3,4	314	1,6	614	3,2
> 4000 g	2473	186	7,5	102	4,1	42	1,7	79	3,2

Tabelle 3-34: Allergie, Asthma, Krupp-Husten und Ekzem bei Einschulungskindern – in Abhängigkeit vom Geburtsgewicht.

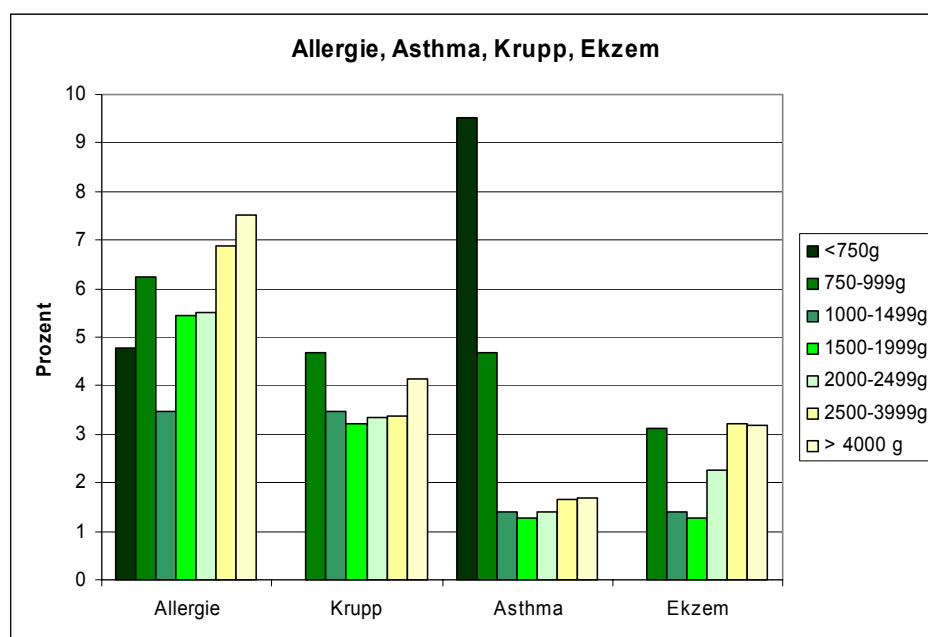


Abbildung 3-52: Allergie, Asthma, Krupp-Husten und Ekzem bei Einschulungskindern – in Abhängigkeit vom Geburtsgewicht.

Sehen

Etwa 13% der ehemals normalgewichtigen Neugeborenen wiesen Auffälligkeiten bei der Untersuchung der Sehfähigkeit auf, wobei jeweils etwa die Hälfte der Befunde bereits bekannt (und in Behandlung) waren, die andere Hälfte im Rahmen der Einschulungsuntersuchung erstmals festgestellt wurde. Je geringer das Geburtsgewicht, desto häufiger bestanden bekannte Sehstörungen. Die neu festgestellten Erstbefunde waren demgegenüber in allen Geburtsgewichtsgruppen vergleichbar. Insgesamt ein Drittel bis die Hälfte der Kinder mit weniger als 1000 g bzw. weniger als 750 g Geburtsgewicht hatte eine Sehstörung.

Sehstörung	alle	Erstbefund		bekannter Befund		gesamt	
		n	%	n	%	n	%
<750g	21	2	9,52	9	42,86	11	52,38
750-999g	64	0	0,00	21	32,81	21	32,81
1000-1499g	144	9	6,25	24	16,67	33	22,92
1500-1999g	312	21	6,73	30	9,62	51	16,35
2000-2499g	927	72	7,77	72	7,77	144	15,53
2500-3999g	19129	1255	6,56	165	6,86	2509	13,12
> 4000 g	2473	160	6,47	152	6,15	312	12,62

Tabelle 3-35: Sehstörungen in Abhängigkeit vom Geburtsgewicht der Kinder

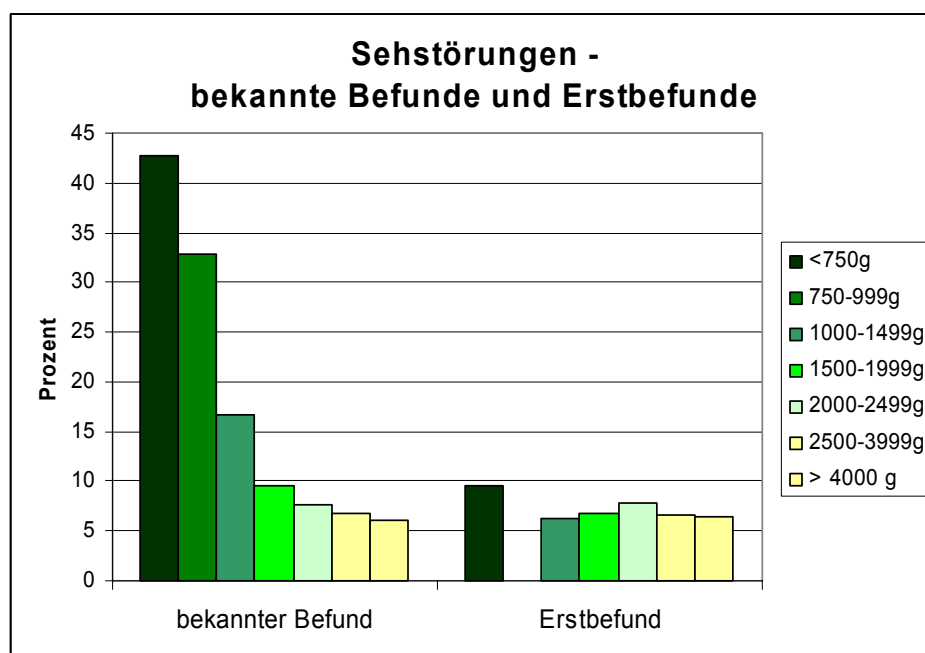


Abbildung 3-53: Sehstörungen in Abhängigkeit vom Geburtsgewicht der Kinder

Auffälligkeiten in der Entwicklung

Je geringer das Geburtsgewicht, desto häufiger wurden bei den Kindern Auffälligkeiten in der Entwicklung festgestellt; diese Zusammenhänge zeigten sich in allen umschriebenen Entwicklungsbereichen. Auch wenn die Kinder unter 1000 g Geburtsgewicht besonders häufig Entwicklungsauffälligkeiten zeigten, zeigte sich die Tendenz zunehmender Entwicklungsauffälligkeiten bereits bei Kindern mit nur wenig vermindertem Geburtsgewicht, d.h. ab weniger als 2500 g. Hinweise darauf, dass Kinder mit extrem hohem Geburtsgewicht auch häufiger Entwicklungsauffälligkeiten aufweisen, fanden sich nicht.

Geburtsgewicht	alle	Entwicklung auffällig		Sprache		Bewegung		Wahrnehmung	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<750g	21	17	80,95	10	47,62	14	66,67	12	57,14
750-999g	64	42	65,63	24	37,50	32	50,00	17	26,56
1000-1499g	144	62	43,06	33	22,92	38	26,39	25	17,36
1500-1999g	312	112	35,90	63	20,19	56	17,95	33	10,58
2000-2499g	927	214	23,09	132	14,24	91	9,82	77	8,31
2500-3999g	19129	3624	18,95	2080	10,87	1453	7,60	1057	5,53
> 4000 g	2473	523	21,15	305	12,33	218	8,82	137	5,54

Geburtsgewicht	alle	Entwicklung auffällig		Psyche		Geistige Entwicklung		Körperliche Entwicklung	
		n	%	n	%	n	%	n	%
<750g	21	17	80,95	8	38,10	9	42,86	8	38,10
750-999g	64	42	65,63	11	17,19	21	32,81	14	21,88
1000-1499g	144	62	43,06	26	18,06	30	20,83	17	11,81
1500-1999g	312	112	35,90	33	10,58	33	10,58	12	3,85
2000-2499g	927	214	23,09	65	7,01	77	8,31	24	2,59
2500-3999g	19129	3624	18,95	1078	5,64	1145	5,99	191	1,00
> 4000 g	2473	523	21,15	148	5,98	145	5,86	9	0,36

Tabelle 3-36: Entwicklungsauffälligkeiten in Abhängigkeit vom Geburtsgewicht

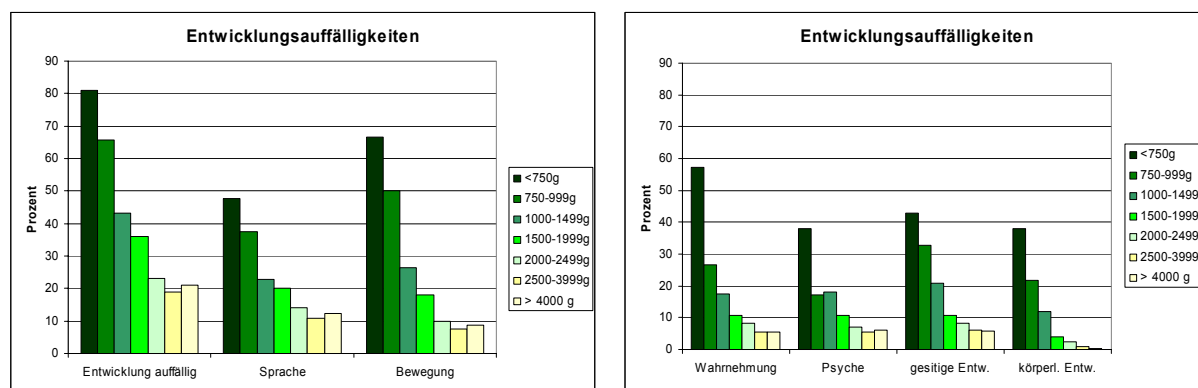


Abbildung 3-54: Entwicklungsauffälligkeiten in Abhängigkeit vom Geburtsgewicht

Zusammenfassung

In der kinderärztlichen Fachliteratur liegen viele Veröffentlichungen vor, die sich mit dem Gesundheitszustand und der Entwicklung von Kindern mit niedrigem oder sehr niedrigem Geburtsgewicht befassen. In aller Regel werden dabei ausschließlich Kinder mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (z. B. unter 1000 g oder unter 1500 g) oder ehemalige Frühgeborene (z. B. unter 30 Schwangerschaftswochen) untersucht, nachdem die Eltern der Kinder angeschrieben und um Teilnahme an der Nachuntersuchung gebeten worden waren. Es wurde jedoch auch diskutiert, dass möglicherweise Eltern, deren Kinder gesundheitliche Probleme aufweisen, eher dem Wunsch nach einer Nachuntersuchung nachkommen als Eltern von Kindern, die ohne größere Probleme aufgewachsen sind. Dies könnte die Ergebnisse der ehemals sehr kleinen Neu- bzw. Frühgeborenen schlechter erscheinen lassen als sie in der Realität sind (Castro et al., 2004).

Bei den oben vorgestellten Daten besteht diese Gefahr der „Verzerrung“ durch Auswahl nicht, da alle Kinder bei der Einschulungsuntersuchung vorgestellt werden. Es kann also eine Aussage über alle 6-jährigen Kinder gemacht werden – und dies über alle Geburtsgewichtsklassen.

Ehemalige sehr kleine Neugeborene mit extrem niedrigem Geburtsgewicht fallen auch noch im Alter von 6 Jahren durch ihre eher zierliche Größe und Gestalt auf, während Kinder mit hohem Geburtsgewicht eine Tendenz zu einem höheren Body Mass Index im Alter von 6 Jahren zeigen.

Trotz erheblicher medizinischer Fortschritte in der Behandlung von kleinen Früh- und Neugeborenen, sind Sehstörungen infolge therapeutisch bedingter Sauerstoffgaben nicht sicher zu vermeiden. Diese wurden bei der Hälfte der Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 750 g und bei einem Drittel der Kinder mit Geburtsgewicht von 750-1000 g gefunden. Andererseits kann auch festgestellt werden, dass bei zwei Drittel bzw. der Hälfte dieser Kinder trotz ihres extrem niedrigen Geburtsgewichts und entsprechendem intensiv-medizinischen Behandlungsbedarf keine Sehstörungen dokumentiert wurden.

In Übereinstimmung mit den bekannten Veröffentlichungen zeigen sich mit abnehmendem Geburtsgewicht zunehmende Probleme der 6-Jährigen in den Bereichen allgemeine und umschriebene Entwicklungsauffälligkeiten – mit einem deutlichen Anstieg bei den sehr kleinen Kindern unter 1000 g Geburtsgewicht. Auf der anderen Seite ist bemerkenswert, dass bei mehr als der Hälfte der vorgestellten Kinder mit einem Geburtsgewicht von weniger als 750 g keine Auffälligkeiten in der Entwicklung der Sprache, der Psyche sowie der geistigen und körperlichen Entwicklung dokumentiert und in der Geburtsgewichtsklasse 750-1000 g zwei Drittel bis drei Viertel der Kinder in diesen Bereichen als unauffällig eingestuft wurden.

Eltern von 5 der 65 Kinder (7,7%) mit einem Geburtsgewicht unter 1000g gaben an, dass ihr Kind unter Asthma leide. Im Vergleich mit einer Asthma-Häufigkeit von 1-2% in höheren Geburtsgewichtsklassen ist diese Rate deutlich erhöht. Diese Atemwegsprobleme könnten eine Folgewirkung der künstlichen Beatmung nach der Geburt darstellen; aber auch hier ist wieder festzustellen, dass die Eltern von mehr als 90% der extrem kleinen Neu- oder Frühgeborenen nicht über Asthma bzw. Atemwegsprobleme berichten. Auf der anderen Seite ergeben sich Hinweise auf häufigere Allergien, Krupp-Husten und Ekzem bei ehemaligen Neugeborenen mit eher hohem Geburtsgewicht.

Insgesamt zeigen die Daten in Übereinstimmung mit den publizierten Studien, dass ehemals sehr kleine Früh- oder Neugeborene ein höheres Risiko für Sehstörungen und Entwicklungsauffälligkeiten aufweisen als ehemals normalgewichtige Neugeborene. Bei guter ärztlicher Versorgung und frühkindlicher Förderung ist die Wahrscheinlichkeit, dass selbst die ehemals sehr kleinen Neu-/Frühgeborenen sich unauffällig entwickeln, ganz offenbar größer als das Risiko für schwere Entwicklungsdefizite und Gesundheitsprobleme. Eine detailliertere Auswertung der hier orientierend vorgestellten Ergebnisse ist geplant.

4. Von Behinderung bedrohte und behinderte Kinder

4.1. Sozialpädiatrische Versorgung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern

Behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder leiden unter Beeinträchtigungen, die die Teilnahme am normalen gesellschaftlichen Leben erschweren. Deswegen erhalten sie die medizinischen, schulischen und sozialen Hilfen, die erforderlich sind, ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegen zu wirken (RKI, 2003). Ursachen der Behinderung können angeborene oder erworbene Funktionsstörungen sein.

„Behinderung – Grundlagen

Nach der internationalen Klassifikation der Behinderungen der Weltgesundheitsorganisation WHO (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH) wird eine Behinderung seit vielen Jahren anhand der drei folgenden Dimensionen beschrieben: Schädigung (Impairment), Fähigkeitsstörung (Disabilities) und soziale Beeinträchtigung (Handicap) (Matthesius et al., 1995). Inzwischen hat die WHO ein neues Klassifikationssystem vorgelegt, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). Diese hat die Gestaltung des SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ in Deutschland maßgeblich beeinflusst. Im Neunten Buch Sozialgesetzbuch SGB IX wird Behinderung als Auswirkung einer dauernden Funktionsbeeinträchtigung verstanden, die auf einem nicht altersentsprechenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht.

Mit dem Inkrafttreten des SGB IX zum 01.07. 2001 und des Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) zum 01.05.2002 wurde ein Paradigmenwechsel in der Politik für behinderte Menschen vollzogen. Die Unterstützung erfolgt nicht mehr unter dem Aspekt der staatlichen Fürsorge, sondern soll sich an den Möglichkeiten einer aktiven und selbst bestimmten Lebensführung orientieren.“ (RKI, GBE Kinder, 2003).

In Deutschland wird im Rahmen der amtlichen Statistik nur die Zahl der anerkannten Schwerbehinderten erfasst. Demnach sind 1% der Kinder unter 15 Jahren in Deutschland schwer behindert, Jungen mit 1,13% deutlich häufiger als Mädchen mit 0,87%. Da im Kindesalter jedoch Schädigungen häufig noch nicht sicher erkannt und als Behinderung eingestuft werden, sind Kinder generell in der Schwerbehindertenstatistik unterrepräsentiert. Demgegenüber bietet die Schulstatistik einen Überblick über die Zahl der Schüler, die nach Art ihrer Behinderung die entsprechenden Förderschulen besuchen und/oder einer sonderpädagogischen Förderung bedürfen. Im Jahre 2001/2002 erhielten in Deutschland insgesamt mehr als 400.000 Schüler eine sonderpädagogische Förderung bzw. besuchte eine Förderschule, das entspricht 4,2% der Kinder allgemein. Mehr als die Hälfte von ihnen besucht Förderschulen für Lernhilfe (siehe Tabelle 4-1 und Tabelle 4-2).

Auch in Frankfurt besuchen ca. 4% der Schülerinnen und Schüler eine Förderschule; dieser Anteil blieb in den letzten Jahren weitgehend gleich. Zwei Drittel der Förderschüler sind Jungen, ein Drittel Mädchen. Die meisten von ihnen besuchen – wie im Bundesgebiet allgemein – Schulen für Lernhilfen; die weitere Verteilung zeigt Tabelle 4-2.

Sonderpädagogische Förderung – BRD 2001/02	Anzahl	Prozent
Lernen	230899	55,5
Sehen	4695	1,1
Hören	10971	2,6
Sprache	34458	8,3
Körperliche und motorische Entwicklung	21910	5,3
Geistige Entwicklung	66780	16,1
Emotionale und soziale Entwicklung	27573	6,6
übrige	28197	6,8
Gesamt	416057	100,0

Tabelle 4-1: Sonderpädagogische Förderung in der Bundesrepublik Deutschland – Daten aus 2001/02 (RKI, 2003)

	2001	2002	2003	2004	2005
Alle Schularten Insgesamt	58943	58974	59445	59912	60100
Sonderschulen insgesamt	2212	2348	2372	2413	2393
Anteil Sonderschüler in Prozent	3,75	3,98	3,99	4,03	3,98

Förderschule für	2001	2002	2003	2004	2005
Lernhilfe	1060	1079	1124	1146	1117
Praktisch Bildbare	251	240	254	284	297
Körperbehinderte	126	135	139	128	127
Hörgeschädigte	124	138	139	151	153
Sehbehinderte	88	91	92	87	78
Sprachheilschulen	279	306	316	303	303
Erziehungshilfe	127	199	136	154	156
Kranke	157	160	172	160	162

Tabelle 4-2: Schülerinnen und Schüler in Frankfurt an allen allgemeinbildenden Schulen sowie an Förderschulen – 2001 bis 2005; Quelle: Statistische Jahrbücher Stadt Frankfurt/M

Hessisches Schulgesetz (Schulgesetz) Vom 17. Juni 1992 GVBl. I S. 233 in der Fassung vom 14. Juni 2005 GVBl:**„§ 49 Anspruch auf sonderpädagogische Förderung**

(1) Kinder und Jugendliche, die zur Gewährleistung ihrer körperlichen, sozialen und emotionalen sowie kognitiven Entwicklung in der Schule sonderpädagogischer Hilfen bedürfen, haben einen Anspruch auf sonderpädagogische Förderung.

(2) Den sich aus diesem Anspruch ergebenden sonderpädagogischen Förderbedarf erfüllen die Förderschulen in ihren verschiedenen Formen oder die allgemein bildenden und beruflichen Schulen (allgemeine Schulen), an denen eine angemessene personelle, räumliche und sächliche Ausstattung vorhanden ist oder geschaffen werden kann. Die sonderpädagogische Förderung erfolgt für jede Schülerin und jeden Schüler auf der Grundlage eines individuellen Förderplans.

§ 54 Entscheidungsverfahren

(1) Auf Antrag der Eltern oder der allgemeinen Schule stellt das Staatliche Schulamt den sonderpädagogischen Förderbedarf fest. Der Antrag der allgemeinen Schule muss den Förderbedarf begründen und die bisherigen vorbeugenden Maßnahmen darstellen...

(2) Grundlage der Entscheidung über Art, Umfang und Dauer des sonderpädagogischen Förderbedarfs und über die Voraussetzungen für einen angemessenen Unterricht sind eine sonderpädagogische Überprüfung durch eine Förderschullehrerin oder einen Förderschullehrer, bei Bedarf eine schulärztliche Untersuchung und in Zweifelsfällen eine schulpsychologische Untersuchung. ... Die Eltern sind im Entscheidungsverfahren umfassend zu beraten; darin erstellte Gutachten sind ihnen in einer Ausfertigung auszuhändigen.“

Sozialpädiatrische Aktivitäten vor und nach der Einschulung

Ein Schwerpunkt der sozialpädiatrischen Arbeit des Stadtgesundheitsamtes liegt in der Betreuung behinderter bzw. von Behinderung bedrohter Kinder und deren Familien. Die Fragestellungen und Aufgaben unterscheiden sich dabei, je nach Alter und Entwicklungsstand der Kinder. Gesetzliche Grundlage der Arbeit des sozialpädiatrischen Dienstes sind SGB XII und das Hessische Schulgesetz (siehe oben).

Die Betreuung vor der Einschulung erfolgt durch das jeweils für den Wohnort der Familie zuständige Team. Eine Haupttätigkeit ist die Untersuchung und Begutachtung von Kindern im Zusammenhang mit Fragen der Eingliederungshilfe, u. a. der Frühförderung (Leistungsziffer 82), dem Kindertagesstätten-Integrationsplatz (Leistungsziffer 83) oder der sonstigen Eingliederungshilfe (Leistungsziffer 88).

Die Untersuchung umfasst:

- gesundheitliche Entwicklung (anstehende diagnostische bzw. therapeutische) Erfordernisse,
- Umsetzung der anstehenden Hilferfordernisse bzw. Förderung in Kooperation mit u. a. Frühförderstelle, Kindertagesstätte und Therapeuten.

Bei Bedarf erfolgt eine Unterstützung der Familie (Umsetzung in Kooperation mit den Sozialratshäusern).

Die Zahl der Gutachtaufträge hat stark zugenommen. Im Jahr 2002 waren es insgesamt 431 Anträge, im Jahr 2006 waren es bereits 749 Anträge. Dies ist vor allem durch die Zunahme von Anträgen auf einen Integrationsplatz in Kindergärten sowie auf einen Integrationshelfer in der Schule zu erklären.

	L-Nr.	2002	2003	2004	2005	2006
Begutachtung Frühförderung	82	180	180	238	220	223
Begutachtung KT Integration	83	212	271	419	388	407
Begutachtung sonstige Eingliederungsmaßnahme	88	39	80	74	103	129
Gesamt		431	531	731	711	759

Tabelle 4-3: Sozialpädiatrische Begutachtungsaufträge – 2002 bis 2006

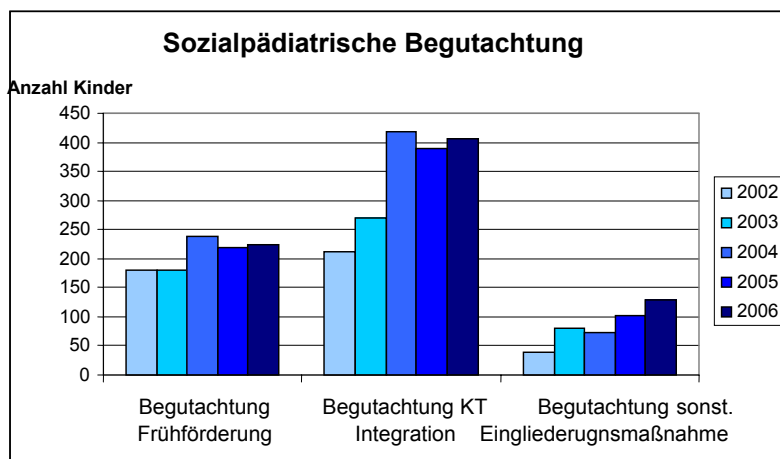


Abbildung 4-1: Sozialpädiatrische Begutachtungsaufträge – 2002 bis 2006



Schulärztliche Betreuung der Förderschulen

Die schulärztliche Betreuung weist die folgenden Grundelemente auf: Verfahren zur Überprüfung des Sonderpädagogischen Förderbedarfes (SOPF), schulärztliche Sprechstunden, weitere fachliche Mitgestaltung der Eingliederungshilfe für behinderte Kinder und Integrationshelfer in der Schule.

Verfahren zur Überprüfung des Sonderpädagogischen Förderbedarfes (SOPF)

Im Hessischen Schulgesetz ist der Anspruch auf Sonderpädagogischen Förderbedarf geregelt. „Kinder und Jugendliche, die zur Gewährleistung ihrer körperlichen, sozialen und emotionalen sowie kognitiven Entwicklung in der Schule sonderpädagogischer Hilfen bedürfen, haben einen Anspruch auf sonderpädagogische Förderung“. ...Die sonderpädagogische Förderung erfolgt für jede Schülerin und jeden Schüler auf der Grundlage eines individuellen Förderplans (§ 49). Die Entscheidung über den notwendigen Förderbedarf trifft die Förderschule, die bei Bedarf eine schulärztliche Untersuchung anfordert (ärztliches SOPF-Gutachten) (§ 54). Die Untersuchung und Begutachtung findet in der Sprechstunde des Stadtgesundheitsamtes statt oder nach Vereinbarung in der betreffenden Schule.

Die Untersuchung zur Überprüfung des Sonderpädagogischen Förderbedarfes umfasst im Einzelnen:

1. Erfassung der Gesundheitsvorgeschichte sowie der bis jetzt durchgeführten Fördermaßnahmen
2. Entwicklung des Kindes: Sprache, Motorik, visuelle und auditive Wahrnehmung, Psyche, emotionale Entwicklung
3. Untersuchung der Sinnesorganfunktionen (Sehen, Hören)
4. Körperliche Untersuchung
5. Soweit im Einzelfall erforderlich: Interdisziplinäre Fallkonferenz mit den beteiligten Disziplinen (Pädagogen, Psychologen, Therapeuten)
6. Soweit im Einzelfall erforderlich: SGB-Gutachten zur Sicherung und Finanzierung ergänzender Maßnahmen der Behindertenhilfe
7. Beratung der Eltern zu Beschulung bzw. Förderung
8. Kommunikation des Ergebnisses an die Schule

Schulärztliche Sprechstunden

Die schulärztlichen Sprechstunden für Förderschulen und für Integrationsmodelle finden als reguläre Sprechstunden des jugendärztlichen Dienstes statt. Wegen der besonderen Bedarfe der Schule für Körperbehinderte und in der Schule für Praktisch Bildbare werden darüber hinaus in diesem Schulen selbst regelmäßige sozialpädiatrische Sprechstunden durchgeführt.

1. Individuelle Follow-up-Untersuchungen (Betreuungskinder, Vorstellung nach sozialpädiatrischem oder schulischem Bedarf)
2. Fallbezogene Kooperation mit den konsiliarärztlichen Spezialisten (Ophthalmologie / Augenheilkunde, Phoniatrie / Stimmheilung)
3. Begutachtungen aus aktuellem Anlass (i. d. R. für die Sozialhilfeträger oder für die Schule selbst)
4. Ansprechbarkeit und Rücksprachemöglichkeit für Eltern, Ärzte und schulisches oder anderes Fachpersonal.

Die Anzahl der durchgeführten Gutachten zum sonderpädagogischen Förderbedarf blieb in den letzten 5 Jahren weitgehend konstant, die Zahl der Nachuntersuchungen nahm wegen Personalengpässen im Jahre 2006 ab (Tabelle 4-4).

	2002	2003	2004	2005	2006
Aufnahme in integr. Einrichtung/Förderschule	105	103	90	100	105
Nachuntersuchung (Follow-Up)	53	56	66	64	51

Tabelle 4-4: Sozialpädiatrische Erst- und Nachuntersuchungen in der Förderschule – 2002 bis 2006

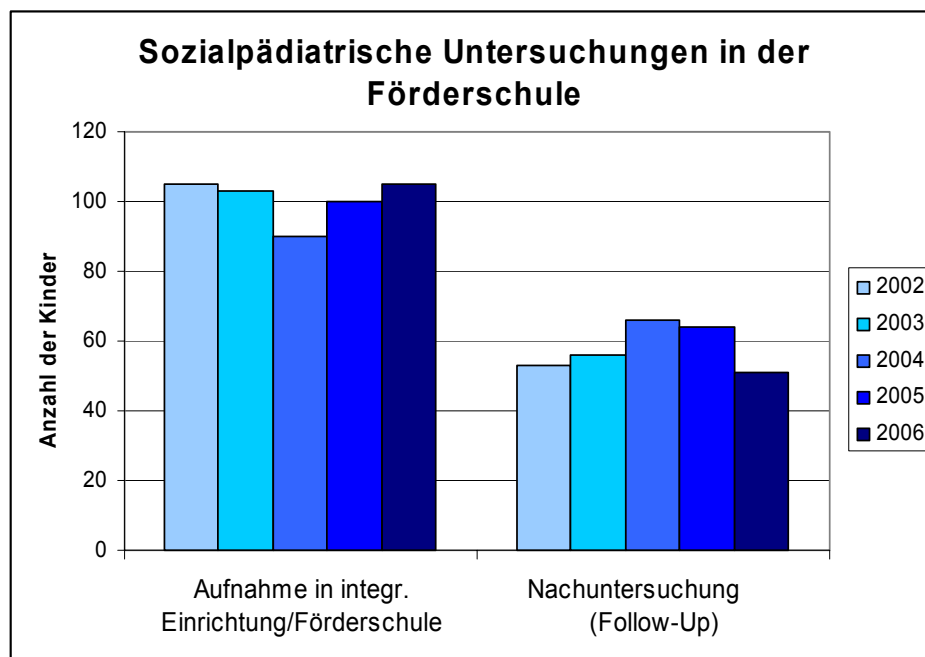


Abbildung 4-2: Sozialpädiatrische Untersuchungen in der Förderschule

Bei Bedarf werden weitere Veranstaltungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in den Schulen für Körperbehinderte und für Praktisch Bildbare durchgeführt, so z. B. eine große Impfkampagne für die Schülerinnen und Schüler der Albert-Griesinger-Schule im Jahre 2003. Im Rahmen dieser Impfkampagne konnten insgesamt 70 Impfbücher eingesehen werden. Bei mehr als einem Drittel der Kinder bestand kein oder ein nur unvollständiger Impfschutz gegen Hepatitis B. Mit Ausnahme von drei Kindern, die sich massiv verweigerten, konnten alle Kinder an diesem Tag gegen Hepatitis B geimpft werden. Bei Bedarf wurden die erforderlichen Impfungen gegen Hepatitis B bis Januar 2004 komplettiert. Die Impfstoffkosten – ca. 2.000 € – wurden von der Hessischen Vereinigung zur Förderung der Jugendgesundheitspflege e.V. übernommen. Bei mehr als einem Drittel der Kinder wurde ein weiterer Impfbedarf gegen Diphtherie, Tetanus und Kinderlähmung sowie gegen Masern, Mumps und Röteln festgestellt. Diesen Kindern wurde – wie auch den oben genannten drei Kindern – empfohlen, die noch erforderlichen Impfungen bei ihrem Kinderarzt nachzuholen.

Eine als Clown verkleidete Mitarbeiterin des Kinder- und jugendärztlichen Dienstes sorgte auch für die Unterhaltung der Schüler. Durch diesen „Happening“-Charakter der Aktion, die auf die geistig behinderten Schülerinnen und Schüler sehr positiv wirkte, gestaltete sich die Impfdurchführung unproblematisch und die Schüler verbinden die Impfung mit positiven Erinnerungen, was sicherlich die Durchführung weiterer Impfungen sehr erleichtern wird.



Weitere fachliche Begleitung der Eingliederungshilfe für behinderte Kinder

An den Konferenzen der Frankfurter Runde der Frühförderer nimmt der Jugendärztliche Dienst regelmäßig als Fachberater teil. Die veränderten Gegebenheiten im vor- und außerschulischen Bereich – nicht zuletzt auch im Kontext der Betreuung eines Kindes mit Integrationsplatz in einer Kindertagesstätte – erforderten die Erarbeitung und Abstimmung einer konzeptionellen Regelung, u. a. für die Medikamentengabe oder die Pflege in den Einrichtungen. Bei diesen aufwendigen und sensiblen Abstimmungsprozessen bewährt sich die vertrauensvolle Kooperation mit den verschiedenen Institutionen (Sozialamt, Stadtschulamt, Kindertagesstätten-Träger).

Integrationshelfer in der Schule

Integrationshelfer haben die Aufgabe, Schülerinnen und Schüler mit körperlichen und geistigen Behinderungen, Sinnesbeeinträchtigungen sowie mehrfachen Behinderungen im Zusammenhang mit dem Schulbesuch zu unterstützen und zu betreuen. In einer Integrationsklasse können bis zu 4 Schülerinnen und Schüler von einem Integrationshelfer betreut werden. Die Integrationshelfer übernehmen dabei u. a. folgende unterstützende Aufgaben: Selbstständigkeitstraining und Assistenz, Mobilitätstraining, Förderung sozialer Kontakte, Begleitung vom und zum Taxi/Fahrdienst sowie bei allen besonderen schulischen Veranstaltungen (z. B. Klassenfahrten). Die Zahl der Integrationshelfer in der Schule hat ständig zugenommen, sowohl in den Regel- als auch in den Förderschulen. In der Regelschule ist die Zunahme am stärksten.

Integrationshilfen gehören zum Leistungsbereich der Eingliederungshilfen. Die Eingliederungshilfeleistungen für Behinderungen sind in SGB XII §§ 53/54 und KJHG § 35a geregelt. Die Kostenübernahme durch die Sozialträger erfolgt ohne Selbstbeteiligung der Eltern und ohne Anrechnung auf das Pflegegeld. Das Verwaltungsverfahren bis hin zum Bescheid liegt in der Hand des Sachbearbeiters im Sozialrathaus; gutachterlich bzw. konsultativ beteiligt sind der Jugendärztliche Dienst und der Sozialdienst.

	2002/1	2001/2	2002/3	2003/4	2004/5	2005/6	2006/7
Integrationshelfer	41	48	62	76	84	96	103
Schüler	50	69	77	97	105	133	131

Schüler	2002/1	2001/2	2002/3	2003/4	2004/5	2005/6	2006/7
Regelschule	48	62	62	74	73	90	82
Förderschule	2	7	15	23	32	43	49

Tabelle 4-5: Integrationshelfer und Integrationsschüler in Frankfurt am Main 2001/02 bis 2006/07

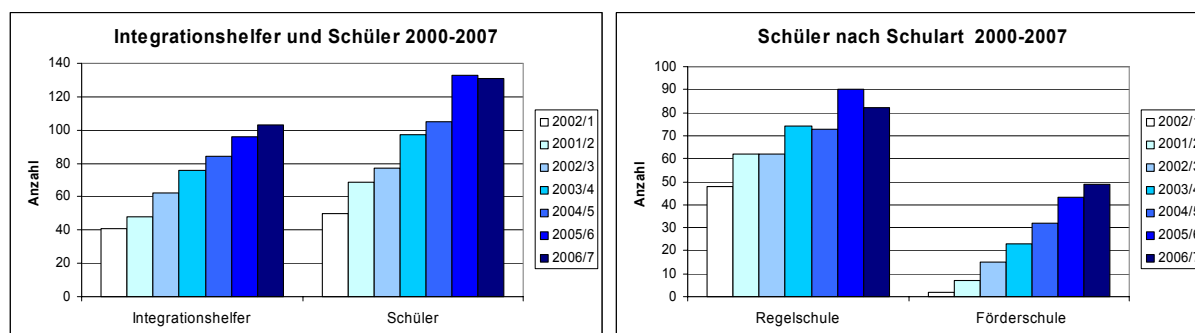


Abbildung 4-3: Integrationshelfer und Integrationsschüler in Frankfurt am Main 2001/02 bis 2006/07

Schulverläufe ehemaliger Frühgeborener

Mit zunehmenden medizinischen Möglichkeiten haben immer mehr auch sehr kleine Frühgeborene gute Überlebenschancen. Selbst Kinder, die in der 24. Schwangerschaftswoche (also im 5. Schwangerschaftsmonat) mit einem Geburtsgewicht von weniger als 500 g geboren werden, können dank der heute verfügbaren medizinischen Möglichkeiten überleben. Was wird aus diesen Kindern? Wie entwickeln sie sich? Können sie die Regelschulen besuchen oder benötigen sie in der Schulzeit spezielle Förderung?

Um diese Fragen zu beantworten, wurden die Schulverläufe von ehemaligen Frühgeborenen (unter der 30. Schwangerschaftswoche SSW) über einen Zeitraum von zwei Jahren ermittelt. In den Jahren 2002 und 2003 wurden in der Stadt Frankfurt am Main insgesamt 10.743 Kinder eingeschult. 30 von ihnen (das entspricht 0,28%) waren ehemalige Frühgeborene < 30. SSW (Mittelwert: 27. SSW), die als Neugeborene in verschiedenen Kinderkliniken der Region behandelt worden waren. In den beiden Untersuchungsjahren wurden in Frankfurt insgesamt 1.197 Kinder sonderpädagogisch überprüft; d.h. der Anteil der Frühgeborenen betrug 0,9%. Der Förderbedarf lag in unterschiedlichen Bereichen.

19 der Kinder wurden vom Schulbesuch zunächst zurückgestellt: 11 in den Kindergarten und 8 in die Vorklasse. Elf Kinder wurden vor der Einschulung sonderpädagogisch überprüft, neun von ihnen wurden in Förderschulen oder Schulen mit „gemeinsamem“ Unterricht eingeschult. 21 dieser 30 ehemaligen Frühgeborenen wurden in die Regelschule eingeschult. Von diesen konnten 2 Schüler im weiteren Verlauf nicht in der Regelschule bleiben, so dass im Jahr 2005 insgesamt 19 ehemalige Frühgeborene die Regelschule besuchten (zwei Drittel) und 11 (ein Drittel) einer sonderpädagogischen Förderung bedurften.

Jahre 2002 und 2003	Ehemalige Frühgeborene < 30. SSW	
	n	%
Einschulungsuntersuchung n= 10743	30	0,28
Sonderpädagogische Überprüfung n=1197	11	0,91

Schuleingangsuntersuchung der ehemaligen Frühgeborenen		
Zurückstellung in den Kindergarten	11	36,6
Zurückstellung in die Vorklasse	8	26,6
Sonderpädagogische Überprüfung	11	36,6

Schulbesuch		
Regelschule	19	63,3
Sonderpädagogischer Förderbedarf	11	36,6

Tabelle 4-6: Schulverläufe, Grundschulzeit von ehemaligen Frühgeborenen < 30. SSW

Zusammenfassend war also der Anteil der Frühgeborenen <30. SSW an dem Kollektiv der Schüler der Stadt, die sonderpädagogisch überprüft und gefördert werden mussten, gering. Zwei Drittel der Frühgeborenen besuchten ohne weitere Förderung eine Regelschule.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung wurden in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Abt. Neonatologie der J.W. Goethe-Universität Frankfurt am Main erstellt und publiziert: Schlösser et al., 2007

Kinder mit Autismus

Auf Anregung des Stadtgesundheitsamtes wurde in Kooperation mit verschiedenen Institutionen (Sozialamt, Stadtschulamt, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie) in Frankfurt das therapeutische Angebot für Kinder mit Autismus erweitert und ein Autismus-Zentrum in Frankfurt etabliert.

Kinder und Jugendliche mit Autismus haben vielfältige Probleme (s. u.). Zuverlässige Daten zur Häufigkeit dieser Erkrankung sind aus dem mitteleuropäischen Raum leider nicht verfügbar. Angloamerikanischen Daten zufolge ist von etwa 18 Autisten im engeren Sinne pro 10.000 Personen auszugehen und von 62 Fällen pro 10.000 Personen unter Einschluss der Patienten mit den weiter gefassten autistischen Störungen. Auf dieser Basis sind für Frankfurt pro Jahrgang rund 30 Kinder mit autistischen Störungen zu erwarten, davon etwa ein Drittel mit dem Vollbild des KANNER'schen Autismus.

Was ist Autismus?

„Die autistische Störung (syn. frühkindlicher Autismus, KANNER'scher Autismus) ist eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, die in den ersten drei Lebensjahren beginnt. In den folgenden drei Bereichen werden die Symptome deutlich:

- *im sozialen Umgang mit Mitmenschen,*
- *in der Kommunikation und*
- *in sich stets wiederholenden Handlungen.*

Das Asperger-Syndrom unterscheidet sich vom frühkindlichen Autismus in erster Linie dadurch, dass oft keine Verzögerung bzw. kein Entwicklungsrückstand in der Sprache oder der kognitiven Entwicklung vorhanden ist. Hingegen sind in der psychomotorischen Entwicklung und der sozialen Interaktion Auffälligkeiten festzustellen.

Autistische Kinder können zunächst keine Geste, kein Lächeln, kein Wort verstehen. Sie ziehen sich zurück, kapseln sich "autistisch" ab – daher der Name! Sie vermeiden jeden Blick- und Körperkontakt und wirken wie taub.

Autistische Kinder haben häufig vom Säuglingsalter an Probleme beim Essen und beim Schlafen und entwickeln selbststimulierende Verhaltensweisen, die bis zur Selbstverletzung reichen können. Weiterhin fallen sie durch bizarre Bewegungen auf.

Jede Veränderung in ihrer Umwelt erregt sie stark. Autistische Kinder können nicht spielen und benutzen ihr Spielzeug in immer gleicher, oft zweckentfremdeter Art und Weise. Sie entwickeln Stereotypien: z. B. Drehen und Kreiseln von Rädern, u. a. Wedeln mit Fäden oder Papier.

Sie bestehen zwanghaft auf ganz bestimmte Ordnungen oder können ihre Eltern zur Verzweiflung bringen durch exzessives Sammeln bestimmter Gegenstände, durch ihre Weigerung, bestimmte Kleidung zu tragen oder durch Wiederholung immer derselben Verhaltensweisen oder sprachlichen Äußerungen.

Die intellektuelle Begabung autistischer Kinder ist sehr unterschiedlich. Sie reicht von geistiger Behinderung bis hin zu normaler Intelligenz, wobei die Kinder häufig erstaunliche Teilleistungen im Rechnen, in technischen Disziplinen, in der Musik und auf anderen Gebieten zeigen.

Autistische Kinder gibt es in Familien aller Nationalitäten und sozialen Schichten. Von der Störung sind Jungen drei- bis viermal häufiger betroffen als Mädchen.

Es gibt trotz umfangreicher Forschungsergebnisse bislang noch kein Erklärungsmodell, das vollständig und schlüssig die Entstehungsursachen des frühkindlichen Autismus belegen kann.

So wichtig die Forschung für ein besseres Verständnis des Syndroms auch sein mag, so lassen sich doch keine theoriegeleitete Ansätze für eine Förderung autistischer Kinder daraus ableiten. So unterschiedlich sich die ursächlichen Faktoren für das Syndrom darstellen, so vielfältig und jeweils am einzelnen Kind ausgerichtet müssen die pädagogischen und therapeutischen Ansätze sein.“

Modifiziert nach www.autismus.de

Planung, Organisation und Finanzierung des Autismus-Zentrums in Frankfurt haben nahezu vier Jahre gedauert. Der Jugendärztliche Dienst war dabei in vielen Gesprächen federführend. Das neue Autismus-Zentrum (ATZ) Frankfurt in der Klinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Frankfurt a.M. erweitert seit Januar 2007 das bestehende diagnostische und therapeutische Angebot. Die Behandlung im ATZ bietet einen integrierten medizinischen, psychologischen und pädagogischen Therapieansatz und beinhaltet kassenärztliche Leistungen (diagnostische, medizinische und psychotherapeutische) sowie Leistungen der Sozialhilfeträger (Frühförderung, Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung).

Das Betreuungskonzept erfüllt aus fachlicher Sicht die Definition einer interdisziplinären Komplexleistung i.S. des SGB IX, das heißt, die Finanzierung ist gemeinsam von der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Träger der Sozialhilfe sicherzustellen.

Unter Fachleuten herrscht Konsens darin, dass vor dem Schulbeginn (bis zum Alter von rund sechs Jahren) die pädagogische Frühförderung pragmatisch betrachtet eine adäquate Betreuungsform darstellt (Voraussetzung ist eine entsprechende Schulung des Fachpersonals und die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen). In der Altersgruppe von ca. 7 bis 16 Jahren – hier sind in Frankfurt bis zu 200 Patienten zu erwarten, also ein Vielfaches der wirklich in spezifischer Betreuung befindlichen Autisten – muss man vermuten, dass ein Großteil der therapiebedürftigen Patienten zwar durchaus als behindert bekannt ist, aber nicht hinreichend diagnostiziert und seiner autistischen Problematik angemessen behandelt und betreut wird. Durch die bessere Versorgung im Autismus-Zentrum ist zu erwarten, dass nicht nur die medizinische, sondern auch die schulische Förderung von Schülern mit Autismus verbessert wird.



4.2. Betreuungskinder

Der Gedanke des „Betreuungskindes“ ist immer wieder in der jugend- und schulärztlichen Literatur zu finden, wobei er allerdings bislang noch nicht konsequent zu Ende gedacht und weiterentwickelt worden war. In dessen Konzeption kommt eine Priorisierung und Fokussierung der Aufmerksamkeit des öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in Frankfurt auf eine in besonders hohem Maße unterstützungsbedürftige Zielgruppe zum Ausdruck. Dies bedeutet eine systematische Weiterentwicklung und Komplementierung der sozialpädiatrischen Hilfen.

Inhalt des Konzeptes „Beobachtung und Betreuung“

Kern des Konzepts ist ein systematisch organisiertes Wiedervorstellungskonzept zur Begleitung und Überprüfung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes. Dabei wird in regelmäßiger Wiederholung festgestellt, ob es im Einzelfall aktuell weiterer sozialpädiatrischer Hilfsmaßnahmen innerhalb der kommunalen Kinder- und Jugendinfrastruktur bedarf. Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst übernimmt für die betreuungsbedürftigen Kinder eine Türöffner-Funktion und steuert bei gegebenem Hilfebedarf die jeweils zu aktivierenden Partner-Institutionen an.

Folgende Punkte werden bei jeder Vorstellung berücksichtigt:

- Gesundheitliche Entwicklung im engeren Sinne
- Vorschulische bzw. schulische Entwicklung
- Soziale bzw. familiäre Entwicklung, Umfeld
- Sind unterstützende Sozial- und/oder Jugendhilfemaßnahmen erforderlich?
- Umsetzung in Kooperation mit den Sozialrathäusern sowie dem allgemeinen und besonderen Sozialdienst
- Direkte Kommunikation mit den beteiligten Professionen
- Ist eine Weiterbetreuung durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst erforderlich?

Aufnahme eines Kindes in das Programm – Kriterien/Zeitpunkt

Jeder Erstkontakt des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes mit einem Kind ist Anlass, die Kriterien des Betreuungsfalles zu prüfen. Faktisch wird das in der Mehrzahl der Fälle im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung geschehen, in einer relevanten Minderzahl jedoch auch anlässlich früherer Fragestellungen im Zusammenhang mit §§ 53/54 SGB XII. Dazu kommen sicher auch Seiteneinsteiger mit Behinderung oder chronischer Erkrankung. Es müssen Kriterien aus den beiden Risikogruppen vorliegen, damit das Kind bzw. die/der Jugendliche/-r in das Betreuungsprogramm aufgenommen wird. Bezüglich der Aufnahmekriterien wird auf die folgende Tabelle verwiesen:

Beim Fortfall der Zugangskriterien, etwa infolge Stabilisierung der Entwicklung, kann das Kind bzw. der/die Jugendliche aus dem Betreuungsschema entlassen, beim sekundären Eintritt entsprechender Belastungsmerkmale aber auch erst sekundär in die engmaschige Betreuung aufgenommen werden.

Risikogruppe I Behinderung / chronische Erkrankung	Risikogruppe II psychosoziales Risiko
<p>Behinderung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kriterien gem. §§ 53/54 SGB XII ▪ Kriterien gem. § 35a KJHG <p>Chronische Erkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spezifische Therapie-, Pflegerfordernisse ▪ Herabgesetzte Leistungsfähigkeit ▪ Gefährdete Integration <p>Entwicklungsstörungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sprachlich ▪ Neuromotorisch ▪ Perzeptiv ▪ Psychisch ▪ Kognitiv 	<p>Familiäre Risikokonstellation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alleinerziehung ▪ Viel-Kinder-Familie ▪ Broken home, ▪ Psychisch kranke oder behinderte Eltern <p>Non-Compliance</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stark defizitärer Vorsorgestatus ▪ Stark defizitärer Impfstatus ▪ Zuverlässige fremdanamnestiche Angaben <p>Sozial bedingtes Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leben in sozialem Brennpunkt ▪ Langzeitarbeitslosigkeit u. s. w. <p>Migrationsbedingtes Risiko Nicht ausreichende sprachliche/gesellschaftliche Adaptation bzw. Integration</p> <p>Andere Risikofaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychisch ▪ Kognitiv ▪ Körperlich

Tabelle 4-7: Risikogruppen (Behinderung / chronische Erkrankung) / psychosoziales Risiko

Betreuungskinder 2002 bis 2006

Die oben genannte Falldefinition wurde ab der Schuleingangsdokumentation 2002 angewandt. Über die Jahre 2002 bis 2006 wurden 725 Betreuungskinder dokumentiert, d.h. 2,7% der Kinder. Im Jahre 2002 waren 2,2% Betreuungskinder dokumentiert worden, im Jahr 2006 insgesamt 2,8%. Aus kapazitären Gründen konnten nur die am schwersten betroffenen Kinder in das Modell aufgenommen werden.

	alle		2002		2003		2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Behinderung u. PR	47	0,2	11	0,2	2	0,0	13	0,2	7	0,1	14	0,3
Chron. Krankheit u. PR	24	0,1	7	0,1	2	0,0	9	0,2	3	0,1	3	0,1
Entwicklungsauffälligkeit und PR	654	2,42	96	1,85	102	1,84	168	3,04	157	2,93	131	2,44
Betreuungskind	725	2,7	114	2,2	106	1,9	190	3,4	167	3,1	148	2,8

Tabelle 4-8: Betreuungskinder 2002 bis 2006 / PR: Psychosoziales Risiko

Jungen weisen häufiger Entwicklungsauffälligkeiten und ein psychosoziales Risiko auf, weshalb sich auch mehr Jungen unter den Betreuungskindern finden als Mädchen (3,2% vs. 2,1%).

	Jungen		Mädchen	
	n	%	n	%
Behinderung u. PR	30	0,2	17	0,1
Chron. Krankheit u. PR	11	0,1	13	0,1
Entwicklungsauffälligkeit u. PR	402	2,9	252	1,9
Betreuungskind	443	3,2	282	2,1

Tabelle 4-9: Betreuungskinder 2002 bis 2006 – Jungen und Mädchen / PR: Psychosoziales Risiko

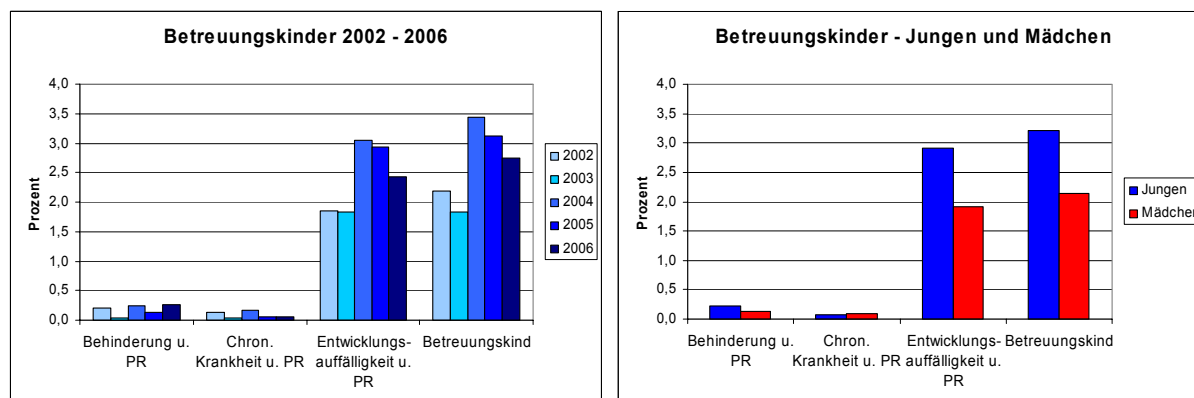


Abbildung 4-4: Betreuungskinder 2002 bis 2006 – insgesamt sowie Jungen und Mädchen

Insgesamt werden Kinder mit Migrationshintergrund häufiger als Kinder ohne Migrationshintergrund als Betreuungskinder eingestuft und betreut. Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund Türkei oder Maghreb oder aus Ländern außerhalb Europas sind mehr als doppelt so häufig unter den Betreuungskindern zu finden als Kinder ohne Migrationshintergrund (über 4% vs. 2,0%). Die Rate der Kinder aus dem Balkan bzw. übrigen Europa liegt bei 3,4% bzw. 2,7%.

Psychosoziales Risiko	Deutschland		Türkei		Balkan		Maghreb		Europa, sonst.		Welt, übrige	
Behinderung u. PR	25	0,1	7	0,3	7	0,4	3	0,4	1	0,1	4	0,2
Chron. Krankheit u. PR	13	0,1	4	0,1	23	1,2	1	0,1	1	0,1	5	0,2
Entwicklungsauffälligkeit u. PR	294	1,7	117	4,3	37	1,9	36	4,4	47	2,5	100	3,9
Betreuungskind	332	2,0	128	4,7	67	3,4	40	4,8	49	2,7	109	4,2

Tabelle 4-10: Betreuungskinder 2002 bis 2006 – Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20) / PR: Psychosoziales Risiko

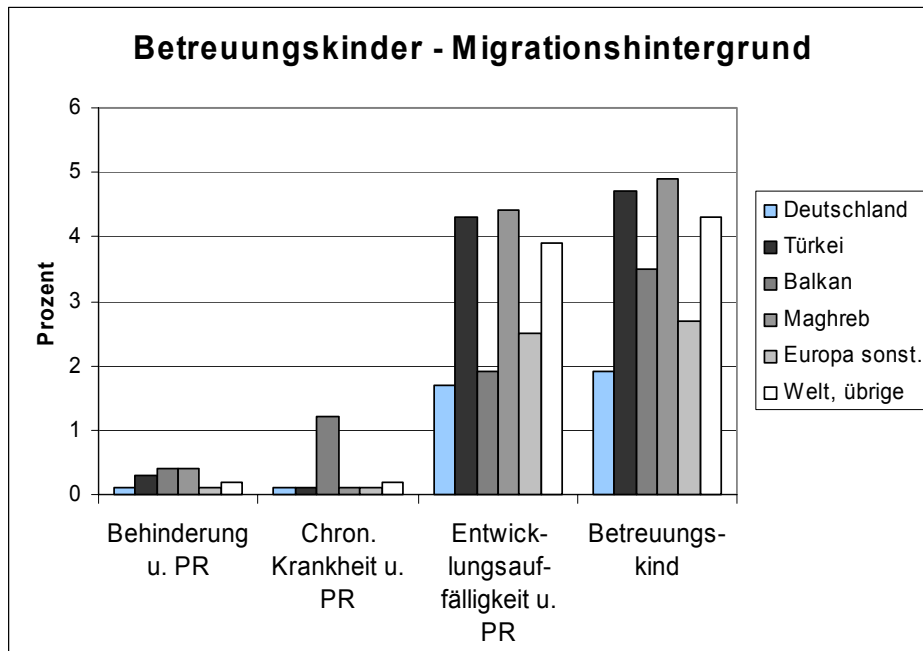


Abbildung 4-5: Betreuungskinder 2002 bis 2006 – Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20)

4.3. Humanitäre Leistungen

Beispiel: Rumänisch-sprachige Sprechstunde

In Frankfurt am Main leben schätzungsweise rund 2.000 – 3.000 nicht-deutsche Roma, wobei der überwiegende Teil dieser Menschen aus Rumänien kommt. Die soziale Lage dieses Personenkreises ist gekennzeichnet einerseits durch zumeist ungeklärten oder illegalen Aufenthaltsstatus, andererseits prekäre wirtschaftliche Bedingungen. Einen geregelten Zugang zum Arbeitsmarkt oder aber Hilfe zum Lebensunterhalt durch das Jugend- und Sozialamt haben diese Menschen in allermeisten Fällen nicht. Nach dem EU-Beitritt von Rumänien haben diese Menschen die Möglichkeit eines 3-monatigen, visafreien legalen Aufenthaltes in Deutschland, jedoch praktisch keinerlei Voraussetzungen mehr zum Hilfebezug und zur medizinischen Versorgung.

Im Jahre 1997 wurde die "Rumänisch-sprachige humanitäre Sprechstunde" im Stadtgesundheitsamt eingerichtet. Diese Sprechstunde ist ein Gemeinschaftsprojekt des Stadtgesundheitsamtes und des Jugend- und Sozialamtes. Ein niedergelassener, rumänisch-sprachiger Arzt führt jeden Mittwochnachmittag ab 14:30 Uhr in Räumen des Stadtgesundheitsamtes medizinische Untersuchungen und Beratungen durch. Für die Diagnose und Therapie von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen ist ein/e Facharzt bzw. Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin des Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes verantwortlich.

Für die Sprechstunde wird die allgemeinmedizinisch übliche Diagnostik und Therapie (incl. Labor, Sonographie des Abdomens und Röntgen-Thorax) vorgehalten. Die Kosten für die hier benötigten Mittel zur Diagnose und Therapie einschließlich Medikamente wie z. B. Insulin und Impfstoffe werden vom Jugend- und Sozialamt übernommen.

Die Sprechstunde wird regelmäßig von dreißig bis mehr als siebenzig Patientinnen und Patienten pro Sprechstunde besucht. Alleine im Jahre 2006 kamen mehr als 800 Menschen in die Sprechstunde. Inzwischen wird die Sprechstunde von mehr als sechshundert Menschen regelmäßig aufgesucht. Somit erfüllt die Sprechstunde für die Zielgruppe die Rolle einer muttersprachlichen Hausarztpraxis.

Menschen aller Altersklassen suchen die angebotene medizinische Hilfe. Der Kinderanteil (bis 10 Jahre) hat von 2002 bis 2006 von 25% auf 35% zugenommen, der Anteil älterer Kinder und Jugendlicher blieb mit ca. 10% weitgehend konstant. In allen Jahren stellten sich mehr Mädchen und Frauen vor als Jungen und Männer, der Anteil der Männer nahm von 2002 bis 2006 von 33% auf 42% zu (Tabelle 4-11 und Abbildung 4-6).

Das Erkrankungs-Spektrum ist breit; es dominieren zahlenmäßig aber Infekte und Infektionen der Atemwege, Hautekzeme und -infektionen (z. B. Scabies), rheumatische Erkrankungen und Rückenbeschwerden. Ein genaues statistisches Abbild ist schwierig und komplex, weil die Patienten in der Regel multimorbide sind, häufig mit chronifizierten Erkrankungsverläufen. Viele Patienten haben auch ein stark kariöses und destruiertes Gebiss. Letztlich werden in den Erkrankungsbildern vielfach die Folgen eines für Mitteleuropa extrem niedrigen Lebens- und Bildungsstandards sichtbar (Wohnhygiene, Körperpflege, Ernährung). Deshalb ist dieses Projekt so wichtig, stellt es doch für viele benachteiligte Menschen die einzige oder erste wirkliche Chance zu einer gesundheitlichen Versorgung dar.

Geschlecht	2002		2003		2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
männl.	180	32,6	132	34,6	185	35,4	253	39,5	344	41,6
weibl.	372	67,4	249	65,4	338	64,6	388	60,5	483	58,4

Alter	2002		2003		2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0-<10 J	143	25,9	97	25,5	143	27,3	184	28,7	296	35,8
10-<18 J	61	11,1	38	10,0	45	8,6	61	9,5	77	9,3
> 18 J	348	63,0	246	64,6	335	64,1	396	61,8	454	54,9
Gesamt	552		381		523		641		827	

Tabelle 4-11: Patientinnen und Patienten der Roma-Sprechstunde 2002 bis 2006 – nach Alter und Geschlecht

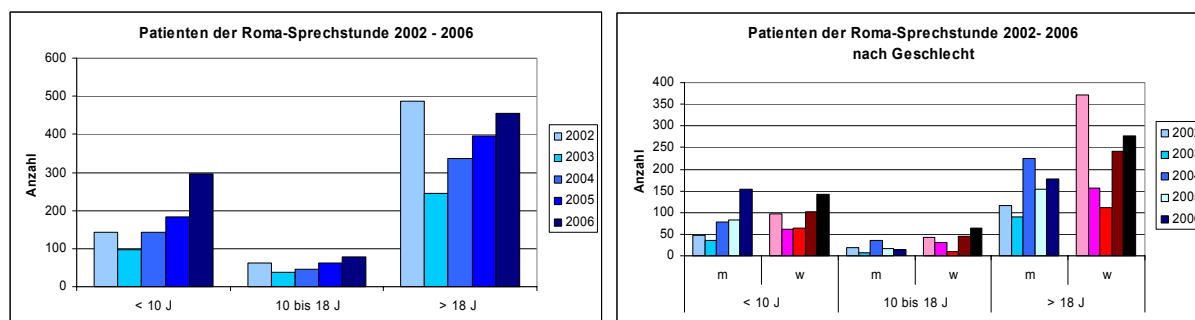


Abbildung 4-6: Patienten der Romasprechstunde 2002 bis 2006 – alle (links) sowie Männer und Frauen (rechts)

In den weitaus meisten Fällen erhalten die Patienten Medikamente. Der Anteil der Patienten, für die Rezepte oder Überweisungen ausgestellt werden müssen, ist gering und war darüber hinaus in den letzten Jahren weiter abnehmend.

Medizinische Maßnahmen	2002		2003		2004		2005		2006	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Medikamente	297	138	226	120	316	175	369	240	473	333
Überweisungen	88	42	42	27	48	18	16	10	4	3
Rezepte	6	7	5	0	5	0	2	2	1	2

Tabelle 4-12: Roma-Sprechstunde: Durchgeführte medizinische Maßnahmen – 2002 bis 2006

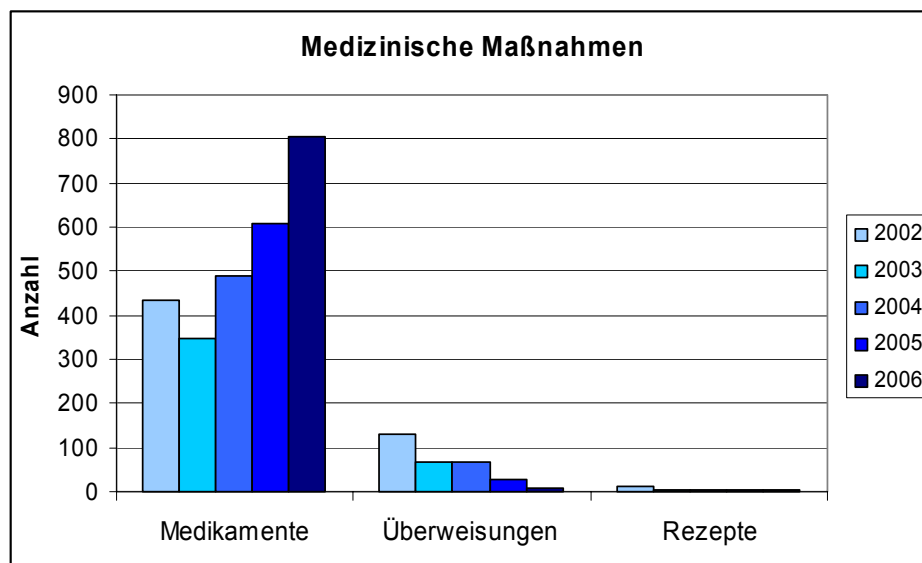


Abbildung 4-7: Roma-Sprechstunde: Durchgeführte medizinische Maßnahmen – 2002 bis 2006

Die Roma- & Sinti-Sprechstunde für die umschriebene Zielgruppe mit ihrem hohen sozialmedizinischen Bedarf leistet eine wichtige humanitäre Hilfe - und das mit einem geringen finanziellen Aufwand. Das große Engagement der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte und der weiteren eingebundenen MitarbeiterInnen verdient Anerkennung. So wurde der niedergelassene Facharzt für Allgemeinmedizin, der diese Sprechstunde an seinen freien Mittwochnachmittagen durchführt, hierfür im Frühjahr 2007 vom Bundespräsidenten mit der Verdienstmedaille des Bundesverdienstordens ausgezeichnet.

Beispiel: Kinderärztliche Versorgung des „Schaworalle“-Kindergartens („Hallo Kinder“ in Romanes)

Bedingt durch die Lebensumstände haben die Kinder der hier lebenden Roma-Familien zumeist keinen Zugang zum Bildungssystem, weswegen auf Initiative des Fördervereins Roma e. V. in Zusammenarbeit mit dem Jugend- und Sozialamt sowie dem Amt für multikulturelle Angelegenheiten der Stadt Frankfurt am Main, dem Staatlichen Schulamt für die Stadt Frankfurt am Main, dem Hess. Landesjugendamt und der Lehrerkooperative e. V. Frankfurt die Kindertagesstätte „Schaworalle“ gegründet wurde. Nach einer Übergangszeit, in der die Einrichtung in den Räumen eines ehemaligen US-Kindergartens betrieben wurde, ist „Schaworalle“ im Januar 2002 in neue Räumlichkeiten in der Stoltzestraße in der Innenstadt umgezogen. In der Einrichtung werden derzeit 70 Kinder regelmäßig betreut.

Auch was das Gesundheitssystem anbelangt, und zwar sowohl die präventive als auch die kurative Versorgung, waren und sind diese Kinder unterversorgt. Der Jugendärztliche Dienst betreut daher die Kinder des Schaworalle-Kindergartens einerseits präventiv, andererseits bei Bedarf in enger Abstimmung mit der rumänisch-sprachigen Sprechstunde auch kurativ.

Seit 2001 werden regelmäßig mehrfach jährlich Impfkationen durchgeführt, wobei zunächst der Impfstatus festgestellt wird und danach die fehlenden Impfungen angeboten werden. Dieses Angebot wird aufgrund der engen, vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Fördervereins Roma e. V. und auch den Eltern selbst (z. T. auch über persönliche Bekanntschaft über die Roma-Sprechstunde) begeistert angenommen. Im Jahr 2004 konnten aufgrund der Personalsituation innerhalb der Abteilung keine Impfungen durchgeführt werden. Im Jahre 2005 wurden im Zusammenhang mit den Masern-Ausbrüchen in Hessen (s. S. 51) festgestellt, dass die Kinder in einem hohen Prozentsatz keinen ausreichenden Impfschutz gegen Masern hatten. Vor

diesem Hintergrund wurden allen Kindern die Kombinationsimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln kurzfristig angeboten und die erforderlichen zwei Impfungen vorgenommen. So konnten Erkrankungen der Kinder und eine weitere Ausbreitung der Masern im Rhein-Main-Gebiet verhindert werden.

Durchgeführte Impfungen	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Diphtherie, Tetanus, Polio	39	57	1			
Hepatitis B	39	64	12		56	45
Diphtherie, Tetanus, Polio, Keuchhusten, Hämophilus B, Hepatitis B	0	9				
Masern, Mumps, Röteln					129	42

Tabelle 4-13: In der Kindereinrichtung durchgeführte Impfungen 2001 bis 2006



5. Kinder- und Jugendpsychiatrische Sprechstunde der Abteilung Psychiatrie

Ab dem Jahr 2001 wurde vom Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Stadtgesundheitsamtes eine kinder- und jugendpsychiatrische Sprechstunde etabliert. Sie richtet sich an Rat suchende Eltern, Familien und Jugendliche, an Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus stationären und ambulanten Jugendhilfeeinrichtungen sowie an Kolleginnen und Kollegen anderer städtischer Dienststellen (insbesondere Jugendamt und Jugendärztlicher Dienst). Auf diesen unterschiedlichen Zugangswegen sollen insbesondere auch Familien erreicht werden, die ein eingeschränktes Hilfesuchverhalten zeigen und die Zugänge zum vorhandenen Hilfesystem aus eigener Kraft nicht nutzen.

Zentrale Aufgaben der Sprechstundentätigkeit sind Beratung und Diagnostik, jedoch keine Therapie. Ziel ist es, auf der Grundlage einer kinderpsychiatrischen und psychologischen Untersuchung oder eines Beratungsgespräches die Rat suchenden Personen individuell bei der Auswahl der passenden und notwendigen Hilfen zu unterstützen und in das bestehende medizinische und psychosoziale Versorgungsnetz (Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Praxen für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanz der Universitätsklinik, Angebote und Hilfen der Erziehungsberatungsstellen, des Jugendamtes, des Zentrums für Erziehungshilfe, des schulpsychologischen Dienstes etc.) einzubinden.

Da es sich bei den vorgestellten Fallkonstellationen nicht selten um Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf handelt, ist die Diagnostik zeitaufwändig. Sie schließt – neben der kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung und der Arbeit mit den Erziehungsberechtigten – oft die direkte Kontaktaufnahme zu Schule, Hort, Jugendamt und weiteren Personen des ambulanten Hilfesystems ein. In der Regel kann dies von den niedergelassenen Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder anderen Stellen wegen des erheblichen Zeit- bzw. Kostenaufwandes im beschriebenen Umfang nicht geleistet werden.

Der im Folgenden dargestellte Überblick weist die Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Sprechstunde des Stadtgesundheitsamtes zwischen dem 01.01.2001 und 31.12.2006 aus. Die Übersicht repräsentiert die Kinder, die im Berichtszeitraum vorgestellt wurden, d. h. sie sind nicht repräsentativ für die Kinder und Jugendlichen der Stadt Frankfurt am Main.

Zwischen 01.01.2001 und 31.12.2006 wurden Leistungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes von insgesamt 700 Kindern, Jugendlichen und Familien in Anspruch genommen.

Der Blick auf die zuweisenden Stellen Tabelle 5-1 belegt, dass der größte Teil der Vorstellungen von den Allgemeinen Sozialen Diensten der Sozialrathäuser veranlasst wurde. Dies korrespondiert mit der Erfahrung, dass die Zahl der Kinder und Jugendlichen steigt, die sowohl von der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch von der Jugendhilfe Unterstützung und Hilfen benötigen. In der Regel besteht in diesen Fällen auch eine Mitwirkungsverpflichtung der Familien, da die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik – besonders bei der Gewährung von Leistungen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche – eine Voraussetzung für die Vereinbarung geeigneter Hilfen im Rahmen des Hilfeplanverfahrens nach SGB VIII ist.

Zuweisung durch	Anzahl der zugewiesenen Kinder und Jugendlichen	Häufigkeit (in%)
Jugend- und Sozialamt	267	38
Jugendärztlicher Dienst des Stadtgesundheitsamtes	178	26
Familie selbst	120	17
Sonstige (Schule, ambulante Jugendhilfe, Kinderbetreuungseinrichtungen, etc.)	135	19
Alle	700	100

Tabelle 5-1: Sprechstunde Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zuweisende Stellen 2001 bis 2006

Tabelle 5-2 informiert über die Fallzahlen bzw. Leistungen, aufgegliedert nach Jahren. Die geringeren Fallzahlen zwischen 2004 und 2006 erklären sich aus unbesetzten bzw. nicht wiederbesetzten Stellenanteilen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Anzahl Kinder und Jugendliche (n=700)	92	188	141	104	84	91
Anzahl Leistungen	-	-	-	-	428	739

Tabelle 5-2: Sprechstunde Kinder- und Jugendpsychiatrie: Inanspruchnahme 2001 bis 2006

Jungen werden deutlich häufiger als Mädchen vorgestellt: 445 vs. 255, bzw. 64% vs. 36% (Tabelle 5-3). Die Geschlechterrelationen entsprechen damit ungefähr den Anteilen, die auch in epidemiologischen Studien ermittelt wurden, bsp. Dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS).

Geschlecht	Anzahl	Häufigkeit (in%)
männlich	445	64
weiblich	255	36
alle	700	100

Tabelle 5-3: Sprechstunde Kinder- und Jugendpsychiatrie: Geschlechterverteilung 2001 bis 2006

Die Geschlechterrelationen entsprechen damit ungefähr den Anteilen, die auch in epidemiologischen Studien ermittelt wurden, bspw. dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS).

Der Blick auf die Altersverteilung der Inanspruchnahmepopulation (Tabelle 5-4 und Abbildung 5-1) zeigt einen Gipfel bei den 7-10-jährigen Kindern. In diesem Alter manifestieren sich Verhaltensauffälligkeiten und Leistungsschwierigkeiten vor allem im Kontext der Grundschule und machen eine diagnostische Abklärung erforderlich. Das gewichtete Durchschnittsalter der untersuchten Kinder und Jugendlichen betrug 10,8 Jahre (N = 690).

Alter (in Jahren)	Anzahl	Alter (in Jahren)	Anzahl
1	1	13	42
2	2	14	45
3	8	15	37
4	8	16	34
5	26	17	37
6	49	18	13
7	59	19	6
8	68	20	6
9	69	21	1
10	72	22	3
11	51	keine Angabe	10
12	53		

Tabelle 5-4: Sprechstunde Kinder- und Jugendpsychiatrie: Altersverteilung der Kinder- und Jugendlichen 2001 bis 2006

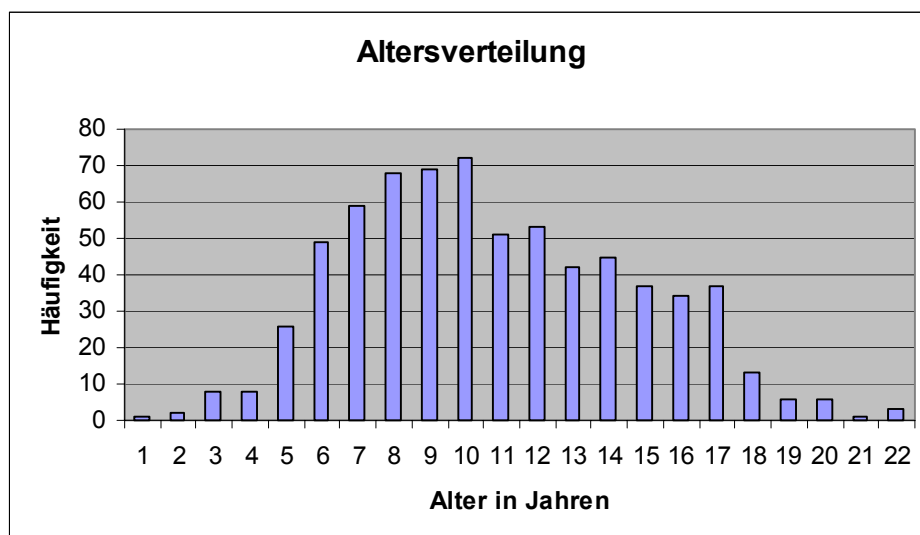


Abbildung 5-1: Sprechstunde Kinder- und Jugendpsychiatrie: Altersverteilung 2001 bis 2006

Seit April 2005 wurden die in der kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung gestellten Diagnosen (einschl. Doppeldiagnosen) systematisch erfasst. Bei den zwischen 01.04.2005 und 31.12.2006 untersuchten 167 Kindern und Jugendlichen ergab sich folgende Verteilung auf die diagnostischen Kategorien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen [ICD-10 Kap. V (F)].

ICD-10 Kategorie	Häufigkeit
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1
F2: Schizophrenie und wahnhaftige Störungen	2
F3: Affektive Störungen	8
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	7
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	8
F7: Intelligenzminderung	8
F8: Entwicklungsstörungen	40
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	80
Sonstige ICD-10 Diagnosen (außer Kapitel V (F))	6
keine klinische Diagnose	40

Tabelle 5-5: Sprechstunde Kinder- und Jugendpsychiatrie: Gestellte Haupt-Diagnosen nach ICD-10 (01.04.2005-31.12.2006; N = 167, davon 33 mit Doppeldiagnosen)

Die Tabelle belegt eine überaus deutliche Häufung bei den Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F9), zu denen u. a. die hyperkinetischen Störungen (z. B. ADHS), die Störungen des Sozialverhaltens und die Störungen sozialer Funktionen (z. B. Bindungsstörungen, Autismus) gehören. Bei den Entwicklungsstörungen (F8) sind insbesondere die umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (z. B. Lese-Rechtschreib-Schwäche, Rechenschwäche) häufige Anlässe zur diagnostischen Untersuchung, vor allem wenn sie mit weiteren psychischen Auffälligkeiten verbunden sind.

Gliedert man die beiden am stärksten besetzten Kategorien (ICD-10 F8, ICD-10 F9) nach Geschlecht auf, so zeigt sich, dass die untersuchten Jungen in beiden Störungsbereichen etwa dreimal häufiger als Mädchen betroffen waren. Tabelle 5-6 zeigt die prozentualen Anteile:

	Männlich	Weiblich
Entwicklungsstörungen ICD-10 F8 (insb. Lese-Rechtschreib-Schwäche, Rechenschwäche)	73%	27%
Verhaltens- und emotionale Störungen ICD-10 F9 (insb. ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Störungen sozialer Funktionen)	77%	23%

Tabelle 5-6: Sprechstunde Kinder- und Jugendpsychiatrie: Geschlechterverteilung ICD-10 F8, F9, in Prozent

Die Tatsache, dass für einen nennenswerten Anteil der vorgestellten Kinder und Jugendlichen keine klinische Diagnose gestellt wurde (siehe Tabelle 5-5: n = 40, ca. 24%), ist primär auf Unterschiede bei der Vorab-Einschätzung der Problemlagen durch die zuweisenden Personen und Institutionen zurückzuführen. Im Rahmen der Sprechstundentätigkeit bedeutet dies, zwischen vorwiegend psychiatrischen Auffälligkeiten einerseits und vorwiegend pädagogischen bzw. sozialen Problemlagen andererseits zu differenzieren. Da die vorgetragenen Fallkonstellationen häufig im Überschneidungsbereich von Psychiatrie, elterlicher Erziehungskompetenz, Jugendhilfe und Schule anzusiedeln sind und die tatsächlichen Problemschwerpunkte vorab nicht bekannt sind, werden infolgedessen auch junge Menschen vorgestellt, die – als Ergebnis der diagnostischen Untersuchung – nicht im engeren Sinne als psychisch krank zu bezeichnen sind, aber nicht selten anderer individueller Hilfen bedürfen.

Über die Sprechstundentätigkeit hinaus befindet sich der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst in einem regelmäßigen Dialog mit der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters sowie dem Jugendamt der Stadt Frankfurt am Main. Wichtige Ziele dieses Gremiums sind, Lücken im bestehenden Versorgungsnetz zu identifizieren, geeignete Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln und die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe in Frankfurt am Main insgesamt zu verbessern. Als ein Ergebnis dieses Arbeitskreises wurde für den Bereich der stationären Jugendhilfe u. a. das Projekt ALFI entwickelt, bei dem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Frankfurter Kinder- und Jugendheimen durch Fortbildungsseminare und kinderpsychiatrische Fallgespräche besser für die Betreuung psychisch auffälliger Bewohner qualifiziert werden. Langfristig wird damit nicht nur eine verbesserte Versorgungsqualität für die betroffenen Kinder und Jugendlichen, sondern auch eine Steigerung der Fallzahlen bei der wohnortnahen Unterbringung psychisch auffälliger junger Menschen angestrebt.

Projekt ALFI (Ablauf-Logistik für Institutionen)

Kinder und Jugendliche, die in Heimen leben, stellen eine Hochrisiko-Gruppe für die Entwicklung psychischer Störungen dar. Sie werden in Regeleinrichtungen der stationären Jugendhilfe mit den Ressourcen der Jugendhilfe betreut, wobei die Zugänge zu kinderpsychiatrischer Diagnostik und Behandlung erfahrungsgemäß nur begrenzt in Anspruch genommen werden. Folge ist, dass die Betroffenen nicht als behandlungsbedürftig erkannt und notwendige, fachlich geeignete Hilfen nicht genutzt werden. Unter Fachleuten gilt es indessen als erwiesen, dass die Zahl der jungen Menschen steigt, die für eine qualifizierte Versorgung und im Interesse ihrer persönlichen Entwicklung Hilfen aus beiden Systemen (Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie) benötigen.

Diesen „zweifachen Hilfebedarf“ haben in der Regel auch diejenigen jungen Menschen, die nach einer stationären Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik nicht mehr in ihr Elternhaus zurückkehren können.

Da die Schaffung neuer Spezialeinrichtungen für psychisch auffällige Heimkinder fachliche Bedenken aufwirft, verfolgt Projekt ALFI das Ziel, Regeleinrichtungen der stationären Jugendhilfe besser für die Betreuung psychisch auffälliger Heimbewohner zu qualifizieren, praxisnahe Wege und Abläufe zu einer individuellen und bedarfsgerechten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung dieser Personengruppe zu definieren und neue Möglichkeiten der Anschlussversorgung nach stationärem Klinikaufenthalt zu erschließen. Die Projektgruppe – ein Zusammenschluss von Trägern der stationären Jugendhilfe, Jugendamt, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Abteilung Psychiatrie des Stadtgesundheitsamtes (Federführung) – hat für diese Problemstellungen Qualitätsbedingungen und konkrete Lösungsansätze formuliert und umgesetzt.

6. Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen

Im Jahre 1979 hatte die Weltgesundheitsorganisation WHO das Ziel formuliert, dass bis zum Jahre 2000 50% der 6-Jährigen Kinder kariesfrei sein sollten und der DMF-T-Wert (s. Kästchen) bei 12-Jährigen unter 2 liegen sollte. Hintergrund dieser Forderung ist die Tatsache, dass im Kindesalter entstandene Kariesdefekte irreversibel sind und dadurch die Zahngesundheit im Erwachsenenalter maßgeblich beeinflussen.

Wie misst man die Zahngesundheit?

Was ist der DMF-T-Wert?

Zur Bewertung der Zahngesundheit wird der DMF-T-Wert herangezogen. Bezieht er sich auf Milchzähne wird er als dmf-t-Wert angegeben, bei bleibenden Zähnen als DMF-T-Wert. Dabei bezeichnet: d oder D kariöse (decayed) Zähne, m oder M fehlende (missed) Zähne und f oder F gefüllte (filled) Zähne.

Repräsentative Untersuchungen bei Schulanfängern in Deutschland, wobei in 10% der Grundschulen jedes zweite Kind durch geschulte Jugendzahnärzte untersucht wurde, zeigten im Jahr 1994/5 erheblichen Handlungsbedarf, um das WHO-Ziel zu erreichen. So waren in verschiedenen neuen Bundesländern nur ca. 20% der Einschüler kariesfrei, in den alten Bundesländern waren durchweg mehr als ein Drittel kariesfrei. Hessen lag mit 41% kariesfreier Einschüler im oberen Bereich, übertroffen nur von Baden-Württemberg mit 45%. Der mittlere dmf-T-Wert bei den 6/7-Jährigen lag zwischen 2,4 in Baden-Württemberg und 4 in Mecklenburg-Vorpommern. Bis zur nächsten repräsentativen Untersuchung im Jahre 1997 konnten in allen Bundesländern erhebliche Verbesserungen erzielt werden; das WHO-Ziel wurde aber nur in Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein erreicht, in Hessen mit 48% kariesfreier Kinder noch knapp verfehlt. – Im Bundesdurchschnitt hatten aber auch im Jahre 1997 noch mehr als die Hälfte der 6/7-Jährigen Kinder nicht sanierte kariöse Zähne (RKI Bericht 2004).



Der Anteil der 12-Jährigen mit naturgesundem Gebiss lag im Jahre 1997 in den neuen Bundesländern bei 23%, in den alten Bundesländern bei 48%. Der mittlere DMF-T-Wert der 12-Jährigen lag mit 2,6 in den neuen Bundesländern noch über dem Gesundheitsziel der WHO, in den alten Bundesländern war mit einem mittleren DMF-T-Wert von 1,4 das WHO-Ziel für 2000 bereits erreicht bzw. übertroffen. Dieser Rückgang von Neuerkrankungen an Karies wird auf die Intensivierung von präventiven Maßnahmen im Rahmen von Gruppenbetreuungen und die Fluoridprophylaxe zurückgeführt (RKI Bericht 2004).

Inzwischen hat die Weltgesundheitsorganisation weitere, höher gesteckte Gesundheitsziele formuliert: bis zum Jahr 2010 soll in der Altersgruppe der 12-Jährigen der DMF-T-Wert unter 1 liegen; bei den 6-Jährigen sollen bis zum Jahre 2020 mindestens 80% der Kinder kariesfreie Milchgebisse aufweisen.

Maßnahmen zur Erreichung einer guten Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen

Um die WHO-Ziele bezüglich besserer Zahngesundheit bei Kindern zu erreichen, wurden in den letzten Jahren zahlreiche Maßnahmen ergriffen. So wurde ein gesetzlicher Anspruch auf Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen in Schulen und Kindergärten geschaffen – für Kinder bis zum 12. Lebensjahr. Diese umfassen insbesondere die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Anleitung zur Mundhygiene.

Zur Umsetzung dieses Rechtsanspruchs wurden Rahmenvereinbarungen zwischen Krankenkassen, Zahnärzten und den in den Ländern zuständigen Stellen (Gesundheitsministerien, öffentlicher Gesundheitsdienst) geschlossen, in denen die Krankenkassen verpflichtet wurden, sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Die drei Kooperationspartner – Krankenkassen, Gesundheitsamt und niedergelassene Zahnärzte – sind im örtlichen Arbeitskreis Jugendzahnpflege zusammengeschlossen.



Im Jahr 2000 wurden die Inhalte des §21 Sozialgesetzbuch V erweitert, wonach die kostenlose Gruppenprophylaxe in Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das Kariesrisiko überproportional hoch ist, bis zu den 16-Jährigen Jugendlichen ausgedehnt wurde.

In Hessen besteht die Regelung, dass die Gruppenprophylaxe in den Kindergärten von niedergelassenen Zahnärzten/innen und in den Schulen originär von den Jugendzahnärzten/Innen des Gesundheitsamtes wahrgenommen wird. Für eine große Anzahl von Kindergärten, Kinderkrippen und Krabbelstuben stehen keine Patenschaftszahnärzte zur Verfügung, so dass diese Einrichtungen durch ein Prophylaxeteam des Arbeitskreises Jugendzahnpflege betreut werden. Darüber hinaus werden vom Arbeitskreis auch Prophylaxefachkräfte für den Schulbereich finanziert.



Die Jugendzahnärzte führen einmal jährlich zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen durch. Die Vorsorgeuntersuchungen dienen der Früherkennung von Zahn- und Munderkrankungen sowie der Feststellung von Zahn- und Kieferfehlstellungen. Die Eltern werden über die entsprechende Behandlungsbedürftigkeit in Form eines Briefes informiert und auf diesem Weg zu einem Zahnarztbesuch aufgefordert.

Die Vorsorgeuntersuchungen dienen zum einen der Befunderhebung und der Bedarfsanalyse der gruppenprophylaktischen Maßnahmen, zum anderen sollen behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt einer zahnärztlichen Behandlung zu geführt werden.



Die Prophylaxeangebote bestehen aus theoretischen Unterrichtseinheiten, praktischen Mundhygieneunterweisungen und Fluoridierungsmaßnahmen.

Die aufsuchende, mit einer bestimmten Regelmäßigkeit stattfindende Form der Betreuung, richtet sich an alle Kinder und Jugendliche, so dass dieser Maßnahme ein hoher sozial-kompensatorischer Stellenwert zukommt. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention müssen sich jedoch verstärkt am Bedarf besonders gefährdeter Zielgruppen orientieren. So wurde im letzten Schuljahr in Hauptschulen und Förderschulen zusätzlich zu den schulzahnärztlichen Untersuchung die gruppenprophylaktischen Maßnahmen noch um ein zusätzliches Programm erweitert, um eine mundgesundheitsbezogene Sensibilisierung zu erreichen und sie zu befähigen, weitgehend selbst Verantwortung für die Vorsorge zu übernehmen.

Dazu wurden Themen ausgewählt, die das Interesse Jugendlicher wecken und diese mit entsprechenden Materialien präsentiert und erarbeitet. Die Auswahl reicht von Zahnpflege und Mundhygiene über Zahnersatz bis hin zu Trendthemen wie Bleaching und Piercing.



Die einzelnen Unterrichtseinheiten werden durch Prophylaxefachkräfte und eine Gesundheitspädagogin des Arbeitskreises Jugendzahnpflege vermittelt, praktische Übungen und das Angebot der Fluoridlack-touchierung runden das Angebot ab.

Zahnputz-Zauber



K

**Hokus Pokus "Hin und Her",
Kautaschen putzen ist nicht schwer.**

Los geht's mit IRMA's Zahnputz-Zauber-Lied!

Yves: Zahnbürste tang in meinem Mund

hatt die Zähne mir gesund

Betrain: hin und her, hin und her,

Zahnputzen ist nicht schwer,

"4 mal wiederholen!"

unten eine Seite - unten andere Seite
oben eine Seite - oben andere Seite



A

Hokus Pokus Tigerbiss -

**Ich werde dir beweisen,
meine Zahnbürste kann auch kreisen.**

Das geht mit IRMA's Zahnputz-Zauber-Lied so!

Yves: Zahnbürste tang in meinem Mund

hatt die Zähne mir gesund

Betrain: rundherum, rundherum,

Zahnputzen ist gesund

"3 mal wiederholen!"

vorne - eine Seite - andere Seite

"Schulzahn wiederholen 5 mal!"

vorne - hinten eine Seite - Eckzahn
hinten andere Seite - Eckzahn



I

Hokus Pokus Sausewind -

**Motorrad fährt meine Bürste
jetzt geschwind.**

Los geht's mit IRMA's Zahnputz-Zauber-Lied!

Yves: Zahnbürste tang in meinem Mund

hatt die Zähne mir gesund

Betrain: wische aus, wische aus,

wisch den ganzen Schmutz heraus

"6 mal wiederholen!"

unten eine Seite - unten vorne - unten andere Seite
oben eine Seite - oben vorne - oben andere Seite



Wissens-Info für alle Straßen!

Bei der KAI-Zahnputzsystematik geht die Zahnbürste immer den gleichen Weg, damit alle Zähne von allen Seiten (Kautaschen, Außenflächen und Innenflächen) von der Zahnbürste erreicht werden. Mit den Putzwegungen (Hin- und Hinwegungen auf den Kauflächen, im Tiegels- und Krümmungs- und die Außenflächen und Auswärtigen der Innenflächen wie Gesagten beim Motorradfahren) wird die Technik der Zahnpflege trainiert.

Auf Grund der handmotorischen Entwicklung beherrschen die Kinder die KAI-Zahnputzsystematik erst perfekt, wenn sie richtig schreiben können (2-3 Schuljahr). Solange müssen die Eltern (als Kinder) helfen damit sie dem Schreibvorgang von allen Seiten besser folgen. Dann nur saubere Zähne stellen gesunde Zähne.

Situation in Frankfurt

Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen in Schulen

Im Berichtszeitraum 2005/6 wurden in 137 Schulen 27469 Kinder und Jugendliche zahnärztlich untersucht. Untersucht wurden somit 94% der Grundschul Kinder, 76,5% der Schüler der weiterführenden Schulen in den 5-10.Klassen (Haupt-, Real- und Gesamtschulen) sowie 85% der Schüler in Förderschulen. Die Untersuchung der Gymnasiasten wurde aufgrund ihres in den vergangenen Jahren festgestellten durchschnittlich guten Mundgesundheitszustandes zugunsten der wirklich bedürftigen Zielgruppen zurückgestellt. Tabelle 6-1 zeigt die Anzahl der zahnmedizinisch von 2002 bis 2006 untersuchten Schülerinnen und Schüler in Frankfurt.

Schuljahr	Klassenstufe						
	alle	Grundschulen	Weiterführende Schulen			Förderschulen	
		Klasse 1-4	Klasse 5+6	Klasse 7-10	Klasse 1-4	Klasse 5+6	Klasse 7-10
2002/03	29704	18902	6929	2449	669	320	435
2003/04	28734	18951	6054	2385	637	306	401
2004/05	28373	18848	6242	1999	601	332	351
2005/06	27469	18841	5264	1901	635	320	508

Tabelle 6-1: Anzahl der zahnmedizinisch untersuchten Schüler in Frankfurt 2002 bis 2006 – nach Schulform

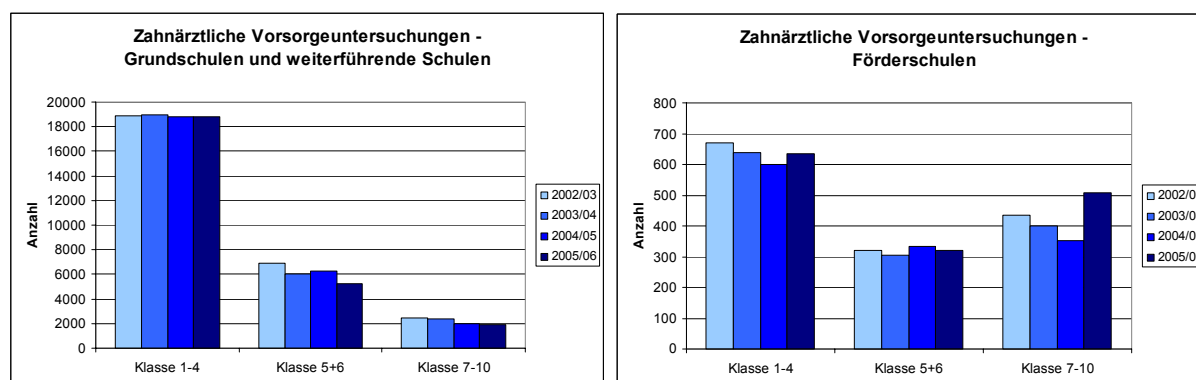


Abbildung 6-1: Anzahl der zahnmedizinisch untersuchten Schüler in Frankfurt 2002 bis 2006 – nach Schulform

Gruppenprophylaktische Maßnahmen in Schulen

→ Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung

Im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen wird - bei vorliegendem Einverständnis der Eltern - die lokale Fluoridierung der Zähne als kariesprotektive Maßnahme durchgeführt. Diese erfolgt zweimal pro Schuljahr als Basisprophylaxe; im Rahmen der so genannten Intensivprophylaxe werden mindestens vier Applikationen gegeben. Dabei wird nach dem Zähneputzen mit der gesamten Schulklasse unter Anleitung einer Prophylaxefachkraft ein erprobter Fluoridlack auf die kariesgefährdeten Stellen des Gebisses aufgetragen. Die Akzeptanz dieser Maßnahme ist gut, etwa zwei Drittel (63,5%) der untersuchten Schüler nehmen das Angebot an.

Im Grundschulbereich konnten die Fluoridierungsmaßnahmen in den letzten Jahren von 10723 auf 12184 weiter gesteigert werden, in den weiterführenden Schulen und Förderschulen wurden die Maßnahmen in den Kariesrisikobereich der Jahrgangsstufen 7-10 ausgedehnt.

Schuljahr	Klassenstufe						
	alle	Grundschulen	Weiterführende Schulen		Förderschulen		
		Klasse 1-4	Klasse 5+6	Klasse 7-10	Klasse 1-4	Klasse 5+6	Klasse 7-10
2002/03	16233	10723	4673	334	295	130	78
2003/04	16174	11382	4057	354	246	132	3
2004/05	17261	11997	4224	504	301	133	102
2005/06	17436	12184	3917	686	284	182	183

Tabelle 6-2: Anzahl der Maßnahmen zur Fluoridierung bei Schülern unterschiedlicher Schulformen und Altersklassen – 2002 bis 2006

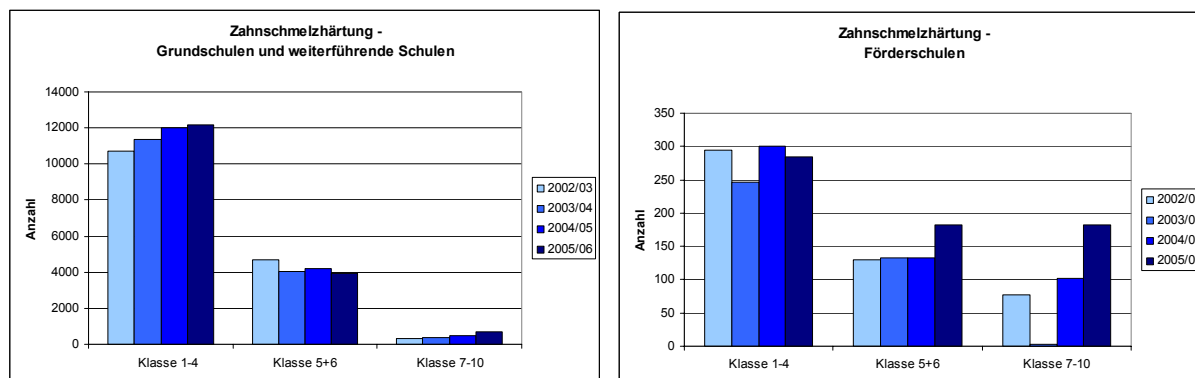


Abbildung 6-2: Anzahl der Maßnahmen zur Fluoridierung bei Schülern unterschiedlicher Schulformen und Altersklassen – 2002 bis 2006

→ Prophylaxeimpulse

Mit spezifischen Prophylaxeprogrammen soll die Mund- und Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen verbessert und eigenverantwortliches, gesundheitsbezogenes Verhalten gefördert werden. Die Programme umfassen neben den Fluoridierungsmaßnahmen gesundheitsfördernde Unterrichtseinheiten, die dem Entwicklungsstand der Kinder angepasst sind bzw. sich am Lehrplan orientieren.

Insgesamt wurden 20.839 Schüler im Zeitraum 2005/6 mit einem bis mehrfachen Prophylaxeimpulsen erreicht. Einzelne Schulklassen, in denen das Kariesrisiko überproportional hoch ist, werden intensivprophylaktisch mit bis zu fünf Impulsen betreut.

Prophylaxe-impulse	Klassenstufe			
	1.-4. Klasse	5. und 6. Klasse	7.-10. Klasse	1.-10. Klasse Förderschulen
1. Impuls	15036	4675	407	721
2. Impuls	5393	1091	24	320
3. Impuls	1548	22		
4. Impuls	274			
5. Impuls	86			

Tabelle 6-3: Anzahl theoretischer und praktischer Impulse (Mundgesundheitsinstruktionen, Ernährungslenkung) Wiederholungsbesuche in derselben Gruppe



Zahngesundheit von Schulkindern in Frankfurt

Die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen werden nach international genutzten standardisierten Vorgaben dokumentiert: In der Altersgruppe der 6- bis 7-jährigen wird zwischen dem Kariesbefall der Milchzähne und dem der bleibenden Zähne unterschieden. Der Kariesbefall wird anhand zweier Indices erhoben, die die Zahl der kariösen (decayed - d), fehlenden (missing – m) und mit einer Füllung versehenen (filled – f) Zähne (teeth – t) erfassen: dmf-t im Milchgebiss, DMF-T im bleibenden Gebiss. Ein dmf-t /DMF-T von 0 bezeichnet ein naturgesundes Gebiss. Ein hoher Wert kennzeichnet einen schlechten Gebisszustand. In der Auswertung wird sich auf bewährte Standardaltersgruppen bezogen, nämlich die Altersgruppen der 6/7-, 12- und 15-Jährigen.

Zahngesundheit von Schulkindern im Zeitvergleich 2002/03 bis 2005/06

Etwas mehr als die Hälfte der 6/7-jährigen Einschüler der Jahrgänge 2002/3 bis 2005/6 hatten ein naturgesundes Milchgebiss. Dieser Wert hielt sich in den vergangenen Jahren auf diesem Niveau weitgehend konstant. Die Behandlungsbedürftigkeit liegt bei etwa einem Drittel – auch hier weitgehend gleichbleibend über die letzten Jahre. Legt man das Kriterium des dmf-t-Indexes an, so konnte von 2002/03 bis 2004/05 noch einmal eine Abnahme des Wertes von 1,98 auf 1,8 verzeichnet werden. Einschränkend ist aber festzustellen, dass gerade in den letzten 3 Jahren nach einer Verbesserung wieder ein leichter Anstieg in den dmf-t-Werten zu verzeichnen ist.

Insgesamt ist das WHO-Gesundheitsziel für 2000, nämlich 50% der 6-jährigen Kinder mit naturgesundem Milchgebiss seit einigen Jahren erreicht. Um das von der WHO für das Jahr 2020 gesteckte Ziel von 80% kariesfreien Milchgebissen bei 6-Jährigen zu erreichen, bleibt jedoch noch großer Handlungsbedarf.

Bei den 12-jährigen Kindern zeigt sich in den Jahren 2002/3 bis 2005/6 eine deutliche Verbesserung in der Zahngesundheit. Der Anteil der Kinder mit kariesfreiem Gebiss nahm von 51% auf 57% zu – bei in etwa gleich bleibendem Anteil von 16% behandlungsbedürftigen Kindern. Eine Verbesserung des mittleren DMF-T-Werts von 1,33 auf 1,17 ist in diesem Zeitraum zu verzeichnen; dies entspricht einer Reduktion von 12%.

Das von der Weltgesundheitsorganisation für das Jahr 2000 in der Altersgruppe der 12-Jährigen geforderte Ziel eines DMF-T- Wertes von unter 2 ist deutlich unterschritten. Die 12-jährigen Kinder in Frankfurt sind von dem für das Jahr 2010 aufgestellte Ziel eines DMF-T Wertes von 1,0 insgesamt nicht mehr weit entfernt. Hier zeigt sich deutlich die positive Auswirkung der flächendeckenden Gruppenprophylaxe im Grundschulbereich durch den öffentlichen Gesundheitsdienst und den Arbeitskreis Jugendzahnpflege.

Bei den untersuchten 15-Jährigen ist von 2002/3 bis 2005/6 eine deutliche Zunahme kariesfreier und eine Abnahme behandelungsbedürftiger Gebisse zu verzeichnen. Der mittlere DMF-T-Wert nahm von 2003/04 bis 2005/06 von 3,07 auf 2,96 ab. Somit zeigen sich auch hier deutliche Verbesserungen der Mundgesundheit, die auf die Intensivierung der Gruppenprophylaxe zurückzuführen sind.

6/7-Jährige Milchgebiss	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06
kariesfrei %	51,8	52,9	52,6	51,9
saniert %	11,7	12,3	14,2	13,6
behandlungsbedürftig %	36,5	34,8	33,2	34,5
dmf-t	2,0	1,8	1,89	1,93

12-Jährige	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06
kariesfrei %	51,1	52,3	54,7	57,5
saniert %	32,9	31,2	27,5	26,6
behandlungsbedürftig %	16,0	16,5	17,8	16
dmf-t	1,3	1,34	1,25	1,17

15-Jährige	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06
kariesfrei %	26,0	29	27,6	37,5
saniert %	37,8	40,2	37,1	36
behandlungsbedürftig %	36,1	30,8	35,3	26,5
dmf-t	n.u.	3,07	3,28	2,96

Tabelle 6-4: Ergebnisse der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen bei den 6/7-jährigen, 12-jährigen und 15-jährigen Schulkindern in Frankfurt/Main – 2002/03 bis 2005/06

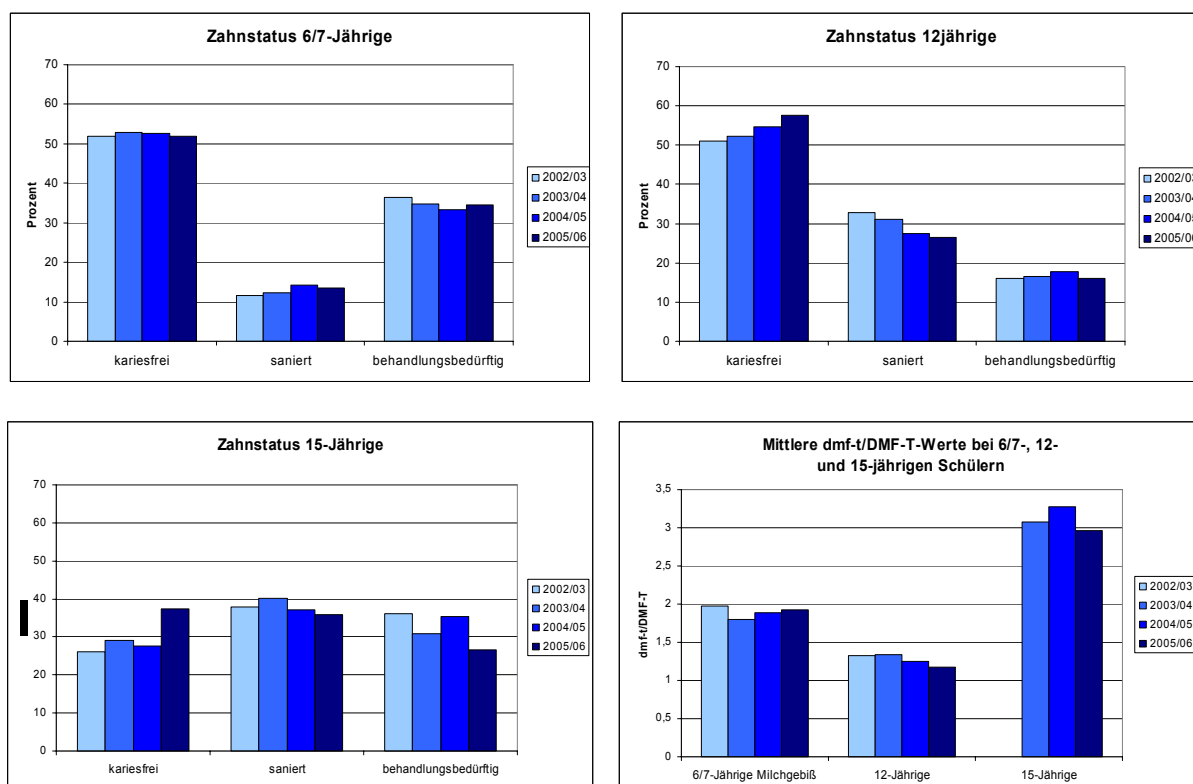


Abbildung 6-3: Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen bei den 6/7-jährigen, 12-jährigen und 15-jährigen Schulkindern in Frankfurt/Main – 2002/03 bis 2005/06

Zahnstatus 6/7-Jähriger nach Stadtteilen

Eine Auswertung der erhobenen Zahnbefunde nach Migrationshintergrund der Familien oder auch nach Sozialstatus ist nicht möglich, da dieser nicht bei der Befunderhebung erfragt und gespeichert wird.

Deswegen wurde versucht, in aggregierter Form Hinweise auf die aus anderen Studien bekannten Einflussfaktoren der sozialen Umstände zu ermitteln. Als „marker“ für die Sozialstruktur wurde die Arbeitslosigkeit im ausgewählten Stadtteil herangezogen. In Stadtteilen mit hoher Arbeitslosigkeit (> 8%) werden im Mittel dmf-t-Werte über 2 festgestellt, während in Stadtteilen mit geringerer Arbeitslosigkeit (< 8%) die dmf-t-Werte im Mittel deutlich unter 2 liegen. In verschiedenen Stadtteilen mit unterschiedlicher Sozialstruktur ist der Zahnstatus der Einschüler also sehr unterschiedlich. Die detaillierte Kenntnis dieser Verteilung ist wichtig, um Präventivmaßnahmen gezielt anbieten zu können.

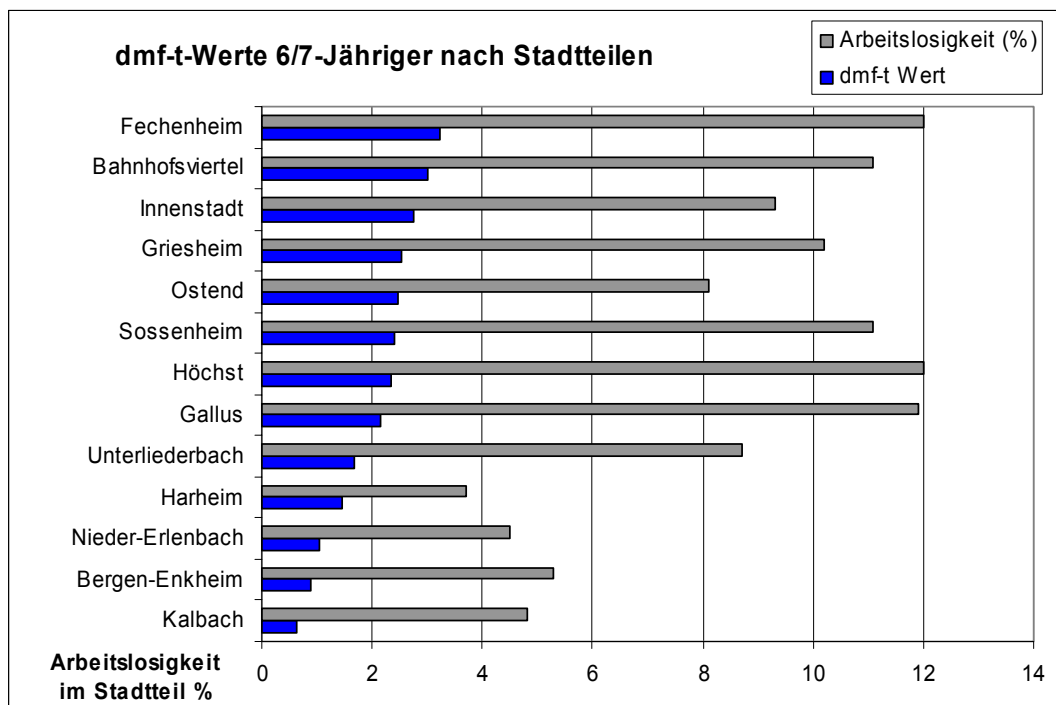


Abbildung 6-4: dmf-t-Werte 6/7-Jähriger nach ausgewählten Stadtteilen im Jahr 2005/06

Zahnstatus von Schulkindern nach Schulformen

Alle Kinder besuchen Grundschulen, danach besuchen die Kinder weiterführend unterschiedliche Schulformen, wie z. B. Gesamt-, Haupt-, Real- und Förderschulen.

Im Weiteren wurde untersucht, inwieweit sich die Zahngesundheit von Kindern in unterschiedlichen weiterführenden Schulformen – Gesamt-, Haupt-, Real- und Förderschulen – unterscheidet. In Tabelle 6-5 sind die Ergebnisse aus dem Jahr 2005/06 zusammengefasst.

Die Zahnstaten 12-Jähriger aus Gesamt- und Realschulen unterscheiden sich praktisch nicht: 59% haben ein kariesfreies Gebiss, 14-15% weisen eine Behandlungsbedürftigkeit auf, und etwa ein Viertel der Kinder haben ein saniertes Gebiss. Demgegenüber weisen nur 52% der Hauptschüler und 45% der Schüler in Förderschulen ein kariesfreies Gebiss auf und 18% resp. 27% einen Behandlungsbedarf. Der DMF-T Wert liegt bei Schülern auf Gesamt- und Realschulen um 1,1, bei Hauptschülern liegt er mit 1,35 und bei Förderschülern mit 1,78 deutlich darüber.

Somit wird das WHO Ziel für 2010 – DMF-T Wert unter 1 bei 12-Jährigen – bei den Gesamt- und Realschülern bereits derzeit schon nahezu erreicht. Demgegenüber werden in Haupt- und Förderschulen noch erhebliche Anstrengungen zu unternehmen sein, um auch dort dieses Ziel zu erreichen.

Zahnstatus	Gesamtschule	Realschule	Hauptschule	Förderschule
kariesfrei %	59,01	58,8	51,67	45,14
saniert %	26,27	27,27	30,7	28
behandlungsbedürftig %	14,72	13,93	17,63	26,86
DMF-T Wert	1,1	1,06	1,35	1,78

Tabelle 6-5: Zahnstatus 12-Jähriger – nach Schulform

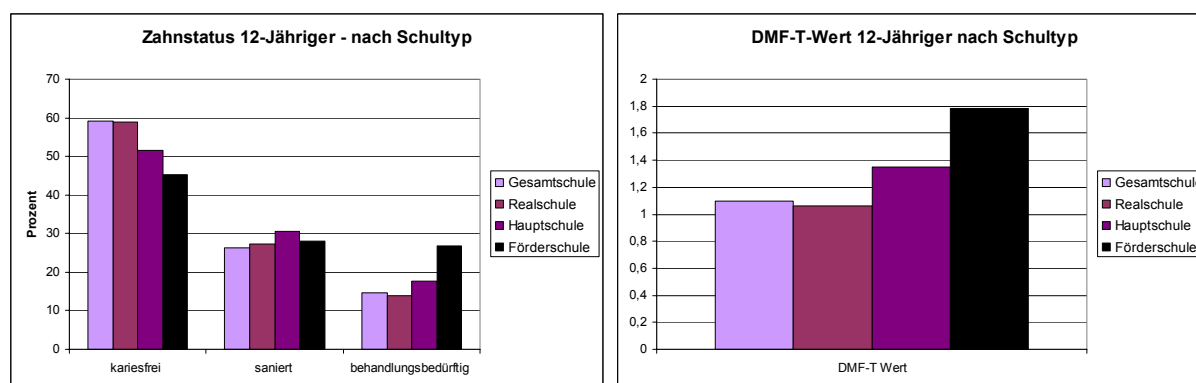


Abbildung 6-5: Zahnstatus 12-Jähriger – nach Schulform

Nur in Haupt- und Förderschulen werden auch 15-Jährige untersucht. 15-Jährige in Hauptschulen haben den schlechtesten Zahnstatus. Der Anteil der naturgesunden Schüler sinkt in dieser Altersgruppe noch einmal drastisch, im Hauptschulbereich von noch 52 Prozent bei den 12-Jährigen auf nur noch 30 Prozent bei den 15-Jährigen, die Behandlungsbedürftigkeit steigt auf 30%. In den Jahren 2002/03 bis 2005/06 konnte jedoch sowohl die Zahl der kariesfreien als auch der sanierten Zahnstaten gesteigert werden. Der DMF-T-Index verbesserte sich von 3,6 auf 3,2.

15-Jährige in Förderschulen hatten im Jahre 2003/04 zu 32% ein kariesfreies Gebiss; diese Zahl nahm bis 2005/6 auf 35% zu. In dieser Zeit nahm aber auch der Anteil der Jugendlichen mit behandlungsbedürftigem Gebiss von 26 auf 29% zu. Der DMF-T-Index verbesserte sich von 2,6 auf 2,3. Er liegt somit in allen Jahren um etwa einen Punkt besser als bei 15-jährigen Hauptschülern.

Somit zeigt sich hier der Erfolg der gerade in den Förderschulen sehr intensiven zahnärztlichen Betreuung durch den Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst.

Zahnstatus	Hauptschulen			Förderschulen		
	2003/04	2004/05	2005/06	2003/04	2004/05	2005/06
kariesfrei %	24,5	25,7	29,9	31,8	29,9	35
saniert %	38,1	37,5	40,5	42,4	47,2	35,7
behandlungsbedürftig %	37,5	36,8	29,6	25,8	22,9	29,3
DMF-T	3,6	3,1	3,2	2,6	2,72	2,3

Tabelle 6-6: Zahnstatus 15-Jähriger in Haupt- und Förderschulen

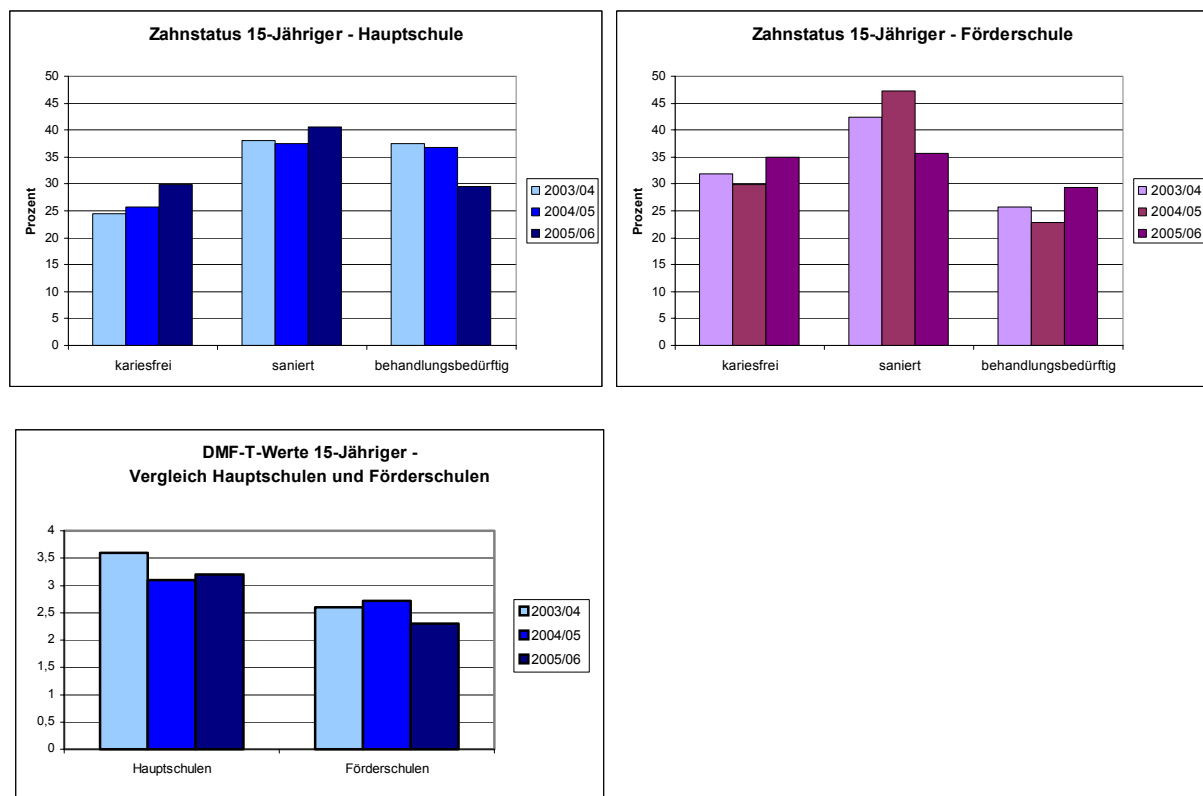


Abbildung 6-6: Zahnstatus 15-Jähriger in Haupt- und Förderschulen

Zahngesundheit von Kindern in Kindertagesstätten/Krippen und Krabbelstuben

Die frühkindliche Karies stellt nach wie vor ein ernsthaftes Problem dar, das nachhaltig die Sprachentwicklung, das Kauvermögen, das psychische Wohlbefinden sowie das Aussehen und die soziale Akzeptanz eines Kindes beeinflusst.

91 Einrichtungen werden vom Arbeitskreis Jugendzahnpflege betreut; dies betrifft überwiegend Kindertagesstätten, die aufgrund ihres schwierigen sozialen Umfeldes, hohem Migrationshintergrund eine hohe Anzahl von so genannten Kariesrisikokindern aufweisen. In diesen Einrichtungen nahmen von insgesamt 4187 angemeldeten Kindern 3141 an der Basisprophylaxe und Untersuchung teil. Dies ist ein Erreichungsgrad von 75 Prozent.

Mit zunehmendem Alter nimmt die Kariesaktivität bei Kindergartenkindern zu – von 30% bei den 3-Jährigen auf 45% bei den 5-Jährigen. Gleichzeitig steigt der Sanierungsgrad nur geringfügig. Schon bei 3-Jährigen ist ein hoher Anteil unversorgter Milchzähne (29%) zu finden. Bei 5-Jährigen beträgt der Anteil kariöser Milchzähne 48%, während der Sanierungsgrad in deren Milchgebiss mit 5% als sehr gering eingestuft werden muss. Der mittlere dmf-t-Wert nimmt von 1,3 bei den untersuchten 3-Jährigen auf 2,5 bei den 5-Jährigen zu. Eine deutliche Verbesserungstendenz im Zahnstatus der untersuchten Vorschulkinder war zwischen 2002 und 2005 nicht zu verzeichnen.

Frankfurt 2002	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre
untersuchte Kinder	114	154	668	977	915
kariesfrei%	100	88	71	61	51
behandlungsbedürftig%	0	12	27	35	41
saniert%	0	1	2	4	8
dmf-t		0,63	1,5	2,1	2,7

Frankfurt 2005	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre	5 Jahre
untersuchte Kinder	101	156	873	967	996
kariesfrei%	98	93	70	55	47
behandlungsbedürftig%	2	7	29	42	48
saniert%	0	0	2	4	5
dmf-t	0,08	0,28	1,3	2,2	2,5

Tabelle 6-7: Zahnstatus der untersuchten Kleinkinder in Frankfurt – 2002 und 2005

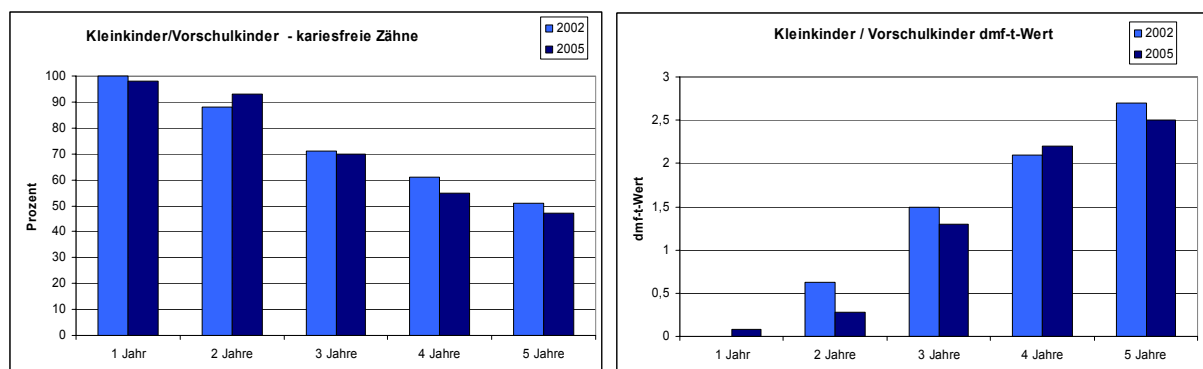
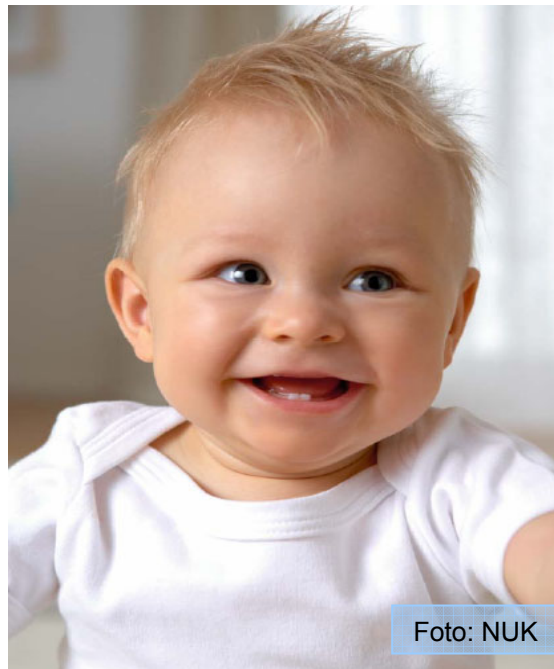


Abbildung 6-7: Zahnstatus der untersuchten Kleinkinder/Vorschulkinder in Frankfurt – 2002 und 2005

Vergleich Frankfurt - Hessen

Kleinkinder - Vorschulkinder

Vergleicht man die dargestellten Untersuchungsergebnisse aus 91 Frankfurter Vorschul-Einrichtungen mit den Ergebnissen der Hessischen Stichprobenuntersuchung (Quelle: Zweite Querschnittsuntersuchung zur Mundgesundheit 3-5-jähriger Kindergartenkinder in fünf Landkreisen und drei kreisfreien Städten in Hessen 2005/2006), so zeigt sich durchweg eine um 10% höhere Karieshäufigkeit im Frankfurter Stadtgebiet. Auch ist die Anzahl der sanierten Kleinkinder wesentlich geringer, obwohl die Zahnärztdichte, hier speziell ausgebildete Kinderzahnärzte, im Ballungsraum Frankfurt höher ist als in ländlichen Gebieten.



Dieser Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass bei den dargelegten Daten aus Frankfurt ausschließlich die Einrichtungen erfasst werden, die durch das zahnärztliche Prophylaxeteam des Arbeitskreises Jugendzahnpflege erhoben werden. Der Arbeitskreis führt Untersuchungen und Prophylaxemaßnahmen überwiegend in Kindertagesstätten durch, die aufgrund ihres schwierigen sozialen Umfeldes, hohem Migrationshintergrund eine hohe Anzahl von so genannten Kariesrisikokindern aufweisen. D. h. der Unterschied zwischen Frankfurt und Hessen ist primär methodisch durch die gezielte Auswahl von Risikoeinrichtungen in Frankfurt bedingt – im Vergleich mit der repräsentativen Stichprobe der Einrichtungen in Hessen.

Zahnstatus 2005	Frankfurt			Hessen		
	3 J	4 J	5 J	3 J	4 J	5 J
kariesfrei %	70	55	47	79	66	60
behandlungsbedürftig %	29	42	48	18	29	30
saniert %	2	4	5	3	5	10

Tabelle 6-8: Zahnstatus bei Vorschulkindern in Frankfurt und Hessen - 2005

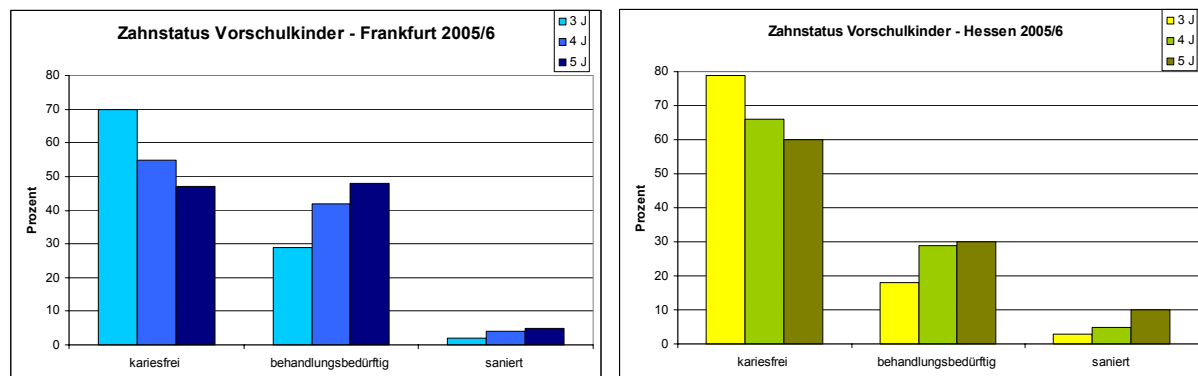


Abbildung 6-8: Zahnstatus bei Vorschulkindern in Frankfurt und Hessen - 2005

Schulkinder

Bei den 6/7-jährigen Schulkindern aus Frankfurt konnte der dmf-t-Wert zwischen 1996/97 und 2005/06 gut gesenkt werden, wobei leider in den letzten 3 Jahren wieder eine leichte Verschlechterung zu verzeichnen ist. Im Vergleich mit den Ergebnissen der repräsentativen Stichproben gleichaltriger Kinder in Hessen im Jahre 2004/05 schneiden die Frankfurter Kinder deutlich besser ab. Da hier in Frankfurt mit einem Erreichungsgrad von 94% von einer nahezu vollständigen „Stichprobe“ ausgegangen werden kann, ist in dieser Altersgruppe mit keiner Verzerrung durch gezielte Auswahl von „Risikokindern“ zu rechnen und die Daten sind tatsächlich mit denen aus Hessen direkt vergleichbar. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Sozialstruktur von Frankfurt im Vergleich mit Hessen, mit einem höheren Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund oder mit höherer Arbeitslosigkeit der Eltern, ist der Unterschied zugunsten von Frankfurt noch eindrucksvoller.

Bei den untersuchten 12-Jährigen aus Frankfurt hat sich zwischen 1996/97 und 2005/06 eine deutliche Verbesserung des mittleren DMF-T-Werts von 1,64 auf 1,17 ergeben. Die Kinder aus Frankfurt am Main schneiden allerdings im Hessenvergleich deutlich schlechter ab (Quelle Pieper 2005). Im Jahr 2004/05 haben die 12-Jährigen aus Hessen einen besseren DMF-T-Wert als die untersuchten 12-Jährigen aus Frankfurt. Ein Grund ist hierfür, dass Gymnasiasten in Frankfurt nicht mehr untersucht werden, in der Hessenstudie aber Untersuchungsergebnisse aus Gymnasien mit einfließen. Somit liegt in Frankfurt keine repräsentative Stichprobe vor.

15-Jährige wurden in Hessen erstmals 2004/05 repräsentativ untersucht, sodass nur ein Vergleichswert für die Frankfurter Erhebungen zur Verfügung steht.

Frankfurt	1996/1997	2003/2004	2004/2005	2005/2006
6/7-Jährige Milchgebiss	2,5	1,8	1,89	1,93
12-Jährige	1,64	1,34	1,25	1,17
15-Jährige		3,07	3,28	2,96

Hessen	1996/1997	2003/2004	2004/2005	2005/2006
6/7-Jährige Milchgebiss	2,2		2,1	
12-Jährige	1,7		0,9	
15-Jährige			1,8	

Deutschland (Pieper 2006)	1996/1997	2003/2004	2004/2005	2005/2006
6/7-Jährige Milchgebiss	2,89 *		2,16	
12-Jährige	2,44 *		0,98	

Tabelle 6-9: dmf-t-Wert bei 6/7-Jährigen, sowie DMF-T-Wert bei 12 und 15-Jährigen in Frankfurt und (soweit untersucht) in Hessen im Vergleich – 1996/97 bis 2005/06 (* Angaben für 1994/5)

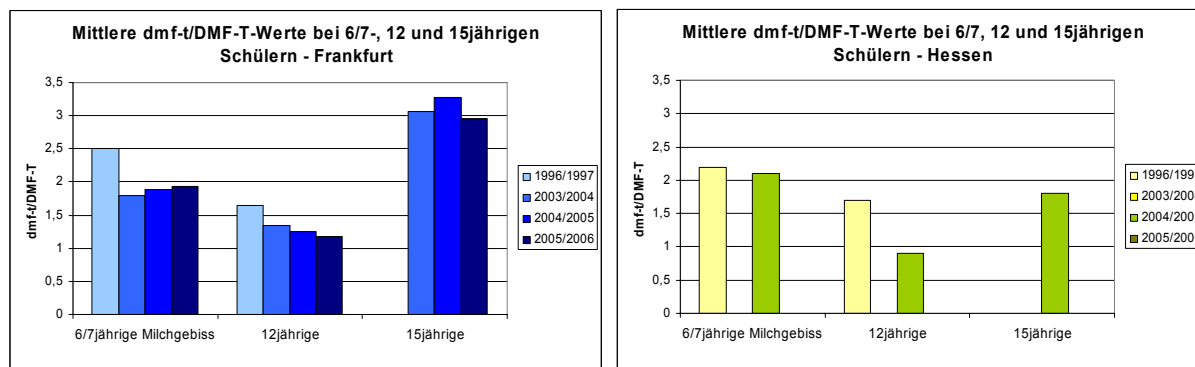


Abbildung 6-9: dmf-t-Wert bei 6/7-Jährigen, sowie DMF-T-Wert bei 12 und 15-Jährigen in Frankfurt und (soweit untersucht) in Hessen im Vergleich – 1996/97 bis 2005/06

Fazit: Was ist zu tun?

Der frühkindlichen Karies wird im Zusammenhang mit dem Ernährungsverhalten im Kleinkindalter eine wesentliche Rolle zugeordnet. Sie wird vor allem auf die unkontrollierte Gabe von kariogenen Getränken und Speisen sowie die missbräuchliche Verwendung von Saugerflaschen zurückgeführt. Der Beginn der Zahnpflege vom ersten Milchzahn an hat sich immer noch nicht genügend etabliert.

Prophylaxemaßnahmen wie Mundhygieneanleitungen, Empfehlungen zum Ess- und Trinkverhalten der Säuglinge sowie zahnärztliche Kontrollen bei Kleinkindern müssen schon während der Schwangerschaft mit den werdenden Müttern und jungen Eltern besprochen, erarbeitet und trainiert werden. Der Grund für geringere Erfolge bei der Prävention der Milchzahnkaries ist zum großen Teil im Mangel an fundiertem Wissen über Ernährung und Mundhygiene zu suchen. Darüber hinaus ist es wichtig, alle beteiligten Fachgruppen wie Zahnärzte, Kinderärzte, Gynäkologen und Hebammen in geeignete Prophylaxeprogramme einzubinden.



Speziell Risikokinder müssen schon frühzeitig einer intensiven Prophylaxebetreuung zugeführt werden. Risikokinder sind Kinder, deren Eltern das nötige Wissen fehlt, um eine gesunde häusliche Erziehung durchzuführen. Eltern sind sich vielfach nicht bewusst, dass sie für die Mundgesundheit ihrer Kinder zuständig sind und welche Auswirkung kranke Milchzähne haben können. Die Bedeutung der Zahnsanierung speziell im Milchgebiss muss im Hinblick auf eine ungestörte Entwicklung des permanenten Gebisses verstärkt vermittelt werden.

Grundsätzlich handelt es sich bei der frühkindlichen Karies um ein schwerwiegendes Krankheitsbild und kann bei Schmerzen, Abszessen und Fieberzuständen aufgrund stark zerstörter Zähne und daraus resultierenden Entzündungszuständen den Allgemeinzustand des Kindes stark herabsetzen. Weiterhin ist auf Beschwerden bei der Nahrungsaufnahme und daraus entstehende Fehl- bzw. Mangelernährung hinzuweisen. Auch auf Sprachprobleme durch das Fehlen der oberen Schneidezähne muss verwiesen werden. Als Folge der Nicht-Behandlung kariöser Zähne werden u. U. schwere Schmelzmineralisationsstörungen an bleibenden Zähnen beobachtet, da deren Zahnkeime in enger Nachbarschaft zu den Milchzahnwurzeln liegen. Als Ursache werden entzündliche Prozesse an der Milchzahnwurzel diskutiert. Weiterhin kommt es zu Zahndurchbruchstörungen sowie Zahnstellungsanomalien.

Die Zerstörung der Zähne beginnt bei der frühkindlichen Karies häufig mit Durchbruch der ersten oberen Frontzähne und setzt sich solange fort, bis die Ursache wirksam abgestellt wird. Die oberen Frontzähne sind bevorzugt betroffen, da diese zum einen durch die Lage des Flaschensaugers direkt mit den kariogenen/erosiven Getränken umspült werden. Zum anderen fehlt an den oberen Frontzähnen die schützende Wirkung des Speichels, da sich keine Speicheldrüsen in diesem Bereich befinden. Zudem wird bei einem Dauerkonsum kariessfördernder Getränke die Schutzwirkung des Speichels ohnehin minimiert.

Durch die Gruppenprophylaxe gelingt es, Kontakt zu diesen Eltern in den entsprechenden Kindereinrichtungen aufzunehmen und dann individuell auf die Defizite der Gesundheitserziehung eingehen zu können. Bis zum Jahr 2013 sollen 750.000 neue Betreuungsplätze für Kinder unter drei Jahren geschaffen werden, ein Rechtsanspruch auf einen Krippenplatz soll noch in dieser Wahlperiode gesetzlich verankert werden (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung Stand Juni 2007).

Dadurch ergeben sich auch zahlreiche neue gruppenprophylaktische Betreuungsmöglichkeiten der unter 3-jährigen Kinder.

Die Untersuchungsergebnisse der 6/7-jährigen Schulkinder haben gezeigt, dass die Karieshäufigkeit insbesondere in solchen Stadtteilen hoch ist, die eine hohe Arbeitslosigkeit und andere Risikofaktoren oder einen Migrationshintergrund bei vielen Familien aufweisen.

Es ist bekannt, dass Menschen mit niedrigem oder ohne eigenes Einkommen, geringer Bildung, Sprachbarrieren und ohne Erwerbsarbeit ein wesentlich höheres Krankheitsrisiko tragen als andere Bevölkerungsgruppen. Gerade bei Kindern wird der Gesundheitszustand besonders durch diese Lebensumstände bestimmt.

Dies muss in der Präventionsarbeit in Zukunft noch mehr berücksichtigt werden. Erfolgreiche Gesundheitsförderung muss vor Ort stattfinden, d.h. sie muss sowohl soziodemografische Aspekte berücksichtigen als auch sozialkompensatorisch wirken. Durch besondere Aktionen wie den jährlich stattfindenden Tag der Zahngesundheit, Beteiligung an Schul- und Kindergartenfesten, Projektwochen, Stadtteilsten und Gesundheitstagen wird eine breite Öffentlichkeit immer wieder auf die Wichtigkeit der Zahngesundheit aufmerksam gemacht. Altersgerechte Prophylaxemaßnahmen werden gezeigt, spielerisch vermittelt und vor Ort ausprobiert.

Darüber hinaus gilt es, auch speziell für bestimmte Gruppen mit Migrationshintergrund Angebote zu entwickeln, die von diesen akzeptiert und umgesetzt werden können. So hatte z. B. in Nordrhein-Westfalen gezeigt werden können, dass von 1993 bis 2003 der Zahnstatus der 12- und 15-Jährigen aus Gymnasien, aber auch aus Hauptschulen ohne Migrationshintergrund deutlich verbessert werden konnte: bei den Gymnasiasten verbesserte sich der DMFT-Wert um 83% (12 J) bzw. 69% (15 J), bei den Hauptschülern immerhin um 28% resp. 48%, während bei den gleichaltrigen Kindern und Jugendlichen mit türkischem Migrationshintergrund der DMFT-Wert um lediglich 1,2% abnahm, d.h. es war innerhalb von 10 Jahren praktisch keine Verbesserung erreicht worden (Heinrich-Weltzien et al., 2006).

Zahnmedizinisches und gesundheitspolitisches Ziel der nächsten Jahre muss darin bestehen, die Entstehung von Karies insbesondere in den genannten Risikogruppen gezielt zu verringern, ohne dabei die auf die Gesamtgruppe bezogenen Maßnahmen zu reduzieren bzw. zu vernachlässigen. Die Prävalenz von Risikofaktoren – wie ungesundes Ernährungsverhalten, vernachlässigte Mundhygiene sowie geringe Präventivorientierung – muss gesenkt werden, um die Gesundheitsziele der WHO für 2010 und 2020 zu erreichen.



7. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1-1: Kinder in Frankfurt - Bürgeramt Statistik und Wahlen,.....	5
Tabelle 1-2: Einwohner, Ausländeranteil sowie Arbeitslosigkeit in verschiedenen Stadtteilen (Bürgeramt Statistik und Wahlen: Stat. Jahrbuch 2007)	8
Tabelle 3-1: Einschulungsuntersuchungen 2002 bis 2006 - Alle Kinder sowie Jungen und Mädchen	23
Tabelle 3-2: Einschulungsuntersuchungen 2002 – 2006 in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund	23
Tabelle 3-3: Einschulungsuntersuchungen 2002 – 2006 – Alter bei Vorstellung	24
Tabelle 3-4: Vorsorge-Untersuchungen.....	27
Tabelle 3-5: Vorsorgeuntersuchungs-Status der Einschüler 2002 - 2006	28
Tabelle 3-6: Vorsorgestatus der Kinder – in Abhängigkeit von ihrem Migrationshintergrund	30
Tabelle 3-7: Vorsorgeuntersuchungs-Status – Auswirkungen auf den Impfstatus und die Entwicklung der Kinder (2002 bis 2006).....	35
Tabelle 3-8: Erforderliche/empfohlene Impfungen, die bei der Einschulungsuntersuchung überprüft werden	40
Tabelle 3-9: Impfstatus der untersuchten Einschüler in Frankfurt 2002 - 2006.....	41
Tabelle 3-10: Impfstatus der Kinder – in Abhängigkeit vom Geschlecht sowie in Abhängigkeit von ihrem Migrationshintergrund	42
Tabelle 3-11: Body Mass Index bei den untersuchten Kindern - 2002 bis 2006 - Jungen und Mädchen	56
Tabelle 3-12: Gewichtsstatus der Kinder – nach Migrationshintergrund.....	56
Tabelle 3-13: Normalgewicht, Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) bei den untersuchten Kindern insgesamt und im zeitlichen Trend – alle sowie getrennt für Jungen und Mädchen	58
Tabelle 3-14: Übergewicht und Adipositas – in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund.....	59
Tabelle 3-15: Kinder mit Übergewicht und Adipositas 2002 bis 2006 – Frankfurt im Vergleich mit Hessen	63
Tabelle 3-16: Häufigkeit von Asthma, Ekzem und Krupp bei den untersuchten Einschülern	70
Tabelle 3-17: Häufigkeit von Allergie, Krupp, Asthma und Ekzem über die Jahre generell, sowie für Jungen und Mädchen getrennt.....	71
Tabelle 3-18: Allergie, Asthma, Krupp und Ekzem – in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund.....	72
Tabelle 3-19: Asthma und atopisches Ekzem – Daten aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KIGGS – Vergleich mit den Einschulungsuntersuchungen in Frankfurt.....	75
Tabelle 3-20: Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten in der Entwicklung – 2002 bis 2006 – insgesamt und nach Geschlecht.....	77
Tabelle 3-21: Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten in der Entwicklung – 2002 bis 2006 - in Abhängigkeit von ihrem Migrationshintergrund.....	78
Tabelle 3-22: Auffälligkeiten in der Entwicklung der Sprache, der Bewegung, der Psyche, der Wahrnehmung sowie der geistigen und körperlichen Entwicklung – 2002 bis 2006	79
Tabelle 3-23: Auffälligkeiten in der Entwicklung der Sprache, der Bewegung, der Psyche, der Wahrnehmung sowie der geistigen und körperlichen Entwicklung – bei Jungen und Mädchen	80
Tabelle 3-24: Auffälligkeiten in der Entwicklung der Sprache, der Bewegung, der Psyche, der Wahrnehmung sowie der geistigen und körperlichen Entwicklung – nach Migrationshintergrund	82

Tabelle 3-25: Auffälligkeiten in der allgemeinen Entwicklung sowie in umschriebenen Entwicklungsbereichen ...	84
Tabelle 3-26: Hörstörung und Sprachauffälligkeiten.....	90
Tabelle 3-27: Sprech/Sprachauffälligkeiten bei Einschülern 2002 bis 2006 – in Frankfurt am Main und in gesamt Hessen (Angaben in Prozent).....	91
Tabelle 3-28: Seh- und Hörstörungen bei Einschulungskindern in Frankfurt am Main 2002 bis 2006.....	93
Tabelle 3-29: Seh- und Hörstörungen bei Jungen und Mädchen 2002 bis 2006.....	94
Tabelle 3-30: Seh- und Hörstörung in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund.....	95
Tabelle 3-31: Seh- und Hörstörungen in Frankfurt und in Hessen.....	98
Tabelle 3-32: Geburtsgewicht der 2002 bis 2006 vorgestellten Kinder mit vorgelegtem gelbem Untersuchungsheft	100
Tabelle 3-33: Körpergröße und -gewicht sowie Body Mass Index (BMI) der Einschulungskinder in Abhängigkeit von ihrem Geburtsgewicht.....	101
Tabelle 3-34: Allergie, Asthma, Krupp-Husten und Ekzem bei Einschulungskindern – in Abhängigkeit vom Geburtsgewicht.....	103
Tabelle 3-35: Sehstörungen in Abhängigkeit vom Geburtsgewicht der Kinder.....	104
Tabelle 3-36: Entwicklungsauffälligkeiten in Abhängigkeit vom Geburtsgewicht.....	105
Tabelle 4-1: Sonderpädagogische Förderung in der Bundesrepublik Deutschland.....	108
Tabelle 4-2: Schülerinnen und Schüler in Frankfurt an allen allgemeinbildenden Schulen sowie an Förderschulen – 2001 bis 2005; Quelle: Statistische Jahrbücher Stadt Frankfurt/M.....	108
Tabelle 4-3: Sozialpädiatrische Begutachtungsaufträge – 2002 bis 2006	110
Tabelle 4-4: Sozialpädiatrische Erst- und Nachuntersuchungen in der Förderschule – 2002 bis 2006.....	111
Tabelle 4-5: Integrationshelfer und Integrationsschüler in Frankfurt am Main 2001/02 bis 2006/07.....	113
Tabelle 4-6: Schulverläufe, Grundschulzeit von ehemaligen Frühgeborenen < 30. SSW	114
Tabelle 4-7: Risikogruppen (Behinderung / chronische Erkrankung) / psychosoziales Risiko.....	118
Tabelle 4-8: Betreuungskinder 2002 bis 2006 / PR: Psychosoziales Risiko.....	118
Tabelle 4-9: Betreuungskinder 2002 bis 2006 – Jungen und Mädchen / PR: Psychosoziales Risiko.....	119
Tabelle 4-10: Betreuungskinder 2002 bis 2006 – Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20) / PR: Psychosoziales Risiko	119
Tabelle 4-11: Patientinnen und Patienten der Roma-Sprechstunde 2002 bis 2006 – nach Alter und Geschlecht.....	122
Tabelle 4-12: Roma-Sprechstunde: Durchgeführte medizinische Maßnahmen – 2002 bis 2006	122
Tabelle 4-13: In der Kindereinrichtung durchgeführte Impfungen 2001 bis 2006	124
Tabelle 5-1: Sprechstunde Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zuweisende Stellen 2001 bis 2006.....	126
Tabelle 5-2: Sprechstunde Kinder- und Jugendpsychiatrie: Inanspruchnahme 2001 bis 2006	126
Tabelle 5-3: Sprechstunde Kinder- und Jugendpsychiatrie: Geschlechterverteilung 2001 bis 2006	126
Tabelle 5-4: Sprechstunde Kinder- und Jugendpsychiatrie: Altersverteilung der Kinder- und Jugendlichen 2001 bis 2006	127
Tabelle 5-5: Sprechstunde Kinder- und Jugendpsychiatrie: Gestellte Haupt-Diagnosen nach ICD-10 (01.04.2005-31.12.2006; N = 167, davon 33 mit Doppeldiagnosen).....	128

Tabelle 5-6: Sprechstunde Kinder- und Jugendpsychiatrie: Geschlechterverteilung ICD-10 F8, F9, in Prozent ..	128
Tabelle 6-1: Anzahl der zahnmedizinisch untersuchten Schüler in Frankfurt 2002 bis 2006 – nach Schulform ...	134
Tabelle 6-2: Anzahl der Maßnahmen zur Fluoridierung bei Schülern unterschiedlicher Schulformen und Altersklassen – 2002 bis 2006	135
Tabelle 6-3: Anzahl theoretischer und praktischer Impulse (Mundgesundheitsinstruktionen, Ernährungslenkung) Wiederholungsbesuche in derselben Gruppe	136
Tabelle 6-4: Ergebnisse der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen bei den 6/7-jährigen, 12-jährigen und 15-jährigen Schulkindern in Frankfurt/Main – 2002/03 bis 2005/06	138
Tabelle 6-5: Zahnstatus 12-Jähriger – nach Schulform	140
Tabelle 6-6: Zahnstatus 15-Jähriger in Haupt- und Förderschulen	141
Tabelle 6-7: Zahnstatus der untersuchten Kleinkinder in Frankfurt – 2002 und 2005	142
Tabelle 6-8: Zahnstatus bei Vorschulkindern in Frankfurt und Hessen - 2005	143
Tabelle 6-9: dmf-t-Wert bei 6/7-Jährigen, sowie DMF-T-Wert bei 12 und 15-Jährigen in Frankfurt und (soweit untersucht) in Hessen im Vergleich – 1996/97 bis 2005/06 (* Angaben für 1994/5)	144

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1-1: Altersaufbau der Bevölkerung in Frankfurt am Main am 31. Dezember 2006	6
Abbildung 1-2: Ausländeranteil und Arbeitslosendichte in den einzelnen Stadtteilen – Frankfurt am Main	9
Abbildung 3-1: Einladungsschreiben zur Einschulungsuntersuchung	22
Abbildung 3-2: Kinder mit Migrationshintergrund	23
Abbildung 3-3: Alter der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung – 2002 bis 2006 – Vergleich Jungen und Mädchen	24
Abbildung 3-4: Alter der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung – 2002 bis 2006 – Vergleich von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund	25
Abbildung 3-5: Alter bei Einschulung – 2002 bis 2006	25
Abbildung 3-6: Untersuchte Kinder im Stadtteil	26
Abbildung 3-7: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen – insgesamt und Darstellung der einzelnen Vorsorgeuntersuchungen	29
Abbildung 3-8: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen insgesamt und der einzelnen Untersuchungen – bei Jungen und Mädchen	29
Abbildung 3-9: Vorsorgestatus in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund	30
Abbildung 3-10: Vollständiger Vorsorgestatus der Kinder – in Abhängigkeit von ihrem Migrationshintergrund – 2002 - 2006	31
Abbildung 3-11: Vorsorgestatus der Kinder – in Abhängigkeit von ihrem Migrationshintergrund – 2002 bis 2006	31
Abbildung 3-12: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen in den verschiedenen Stadtteilen	33
Abbildung 3-13: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen in Frankfurt im Vergleich mit Hessen	34
Abbildung 3-14: Vorsorgeuntersuchungs-Status – Auswirkungen auf den Impfstatus und die Entwicklung der Kinder (2002 bis 2006)	35
Abbildung 3-15: Impfstatus der untersuchten Einschüler in Frankfurt 2002 - 2006	42
Abbildung 3-16: Impfstatus der Kinder - in Abhängigkeit vom Geschlecht (a) sowie in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund (b)	43
Abbildung 3-17: Impfstatus der Kinder in den Jahren 2002 bis 2006 – nach Migrationshintergrund – Impfungen vollständig	44
Abbildung 3-18: Impfstatus der Einschüler in verschiedenen Stadtteilen	46
Abbildung 3-19: Vergleich des Impfstatus und der Vollständigkeit der einzelnen Impfungen bei den Kindern in Frankfurt und in Hessen insgesamt	48
Abbildung 3-20: Perzentilkurven für den Body Mass-Index (BMI) bei Kindern und Jugendlichen, getrennt für Mädchen und Jungen	55
Abbildung 3-21: Gewichtsstatus der Kinder – nach Migrationshintergrund	57
Abbildung 3-22: Übergewicht und Fettleibigkeit bei Jungen und Mädchen – 2002 bis 2006	58
Abbildung 3-23: Übergewicht und Adipositas – in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund	59
Abbildung 3-24: Übergewicht und Adipositas bei Einschulungskindern – nach Stadtteilen	61
Abbildung 3-25: Arbeitslosigkeit im Stadtteil – Übergewicht und Adipositas bei Kindern	62

Abbildung 3-26: Kinder mit Übergewicht und Adipositas 2002 bis 2006 – Frankfurt im Vergleich mit Hessen.....	63
Abbildung 3-27: Allergie, Asthma, Ekzem und Krupp bei Jungen und Mädchen.....	70
Abbildung 3-28: Häufigkeit von Allergie, Krupp, Asthma und Ekzem über die Jahre generell, sowie für Jungen und Mädchen getrennt.....	71
Abbildung 3-29: Allergie, Asthma, Krupp und Ekzem – in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund.....	72
Abbildung 3-30: Angegebene Häufigkeit an Allergien bei Einschülern in den einzelnen Stadtteilen.....	73
Abbildung 3-31: Angegebene Häufigkeit an Allergien bei Einschülern in den einzelnen Stadtteilen.....	74
Abbildung 3-32: Asthma und atopisches Ekzem – Daten aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KIGGS – Vergleich mit den Einschulungsuntersuchungen in Frankfurt.....	75
Abbildung 3-33: Anteil der Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten – 2002 bis 2006 insgesamt (a) und nach Geschlecht (b).....	78
Abbildung 3-34: Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten in der Entwicklung - 2002 bis 2006 – in Abhängigkeit von ihrem Migrationshintergrund.....	79
Abbildung 3-35: Auffälligkeiten in der Entwicklung der Sprache, der Bewegung, der Psyche, der Wahrnehmung sowie der geistigen und körperlichen Entwicklung.....	80
Abbildung 3-36: Auffälligkeiten in der Entwicklung der Sprache, der Bewegung, der Psyche, der Wahrnehmung sowie der geistigen und körperlichen Entwicklung – bei Jungen und Mädchen.....	81
Abbildung 3-37: Auffälligkeiten in der Entwicklung der Sprache, der Bewegung, der Psyche, der Wahrnehmung sowie der geistigen und körperlichen Entwicklung – nach Migrationshintergrund (Definition siehe Seite 20) Fehler! Textmarke nicht definiert.	
Abbildung 3-38: Auffälligkeiten in der Entwicklung allgemein und der Sprachentwicklung im besonderen.....	83
Abbildung 3-39: Auffälligkeiten in der Entwicklung insgesamt und in der Sprachentwicklung.....	85
Abbildung 3-40: Arbeitslosigkeit im Stadtteil – Entwicklungsauffälligkeiten bei den Kindern.....	86
Abbildung 3-41: Arbeitslosigkeit im Stadtteil - Sprachauffälligkeiten.....	87
Abbildung 3-42: Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund.....	90
Abbildung 3-43: Hörstörung und Sprachauffälligkeiten.....	91
Abbildung 3-44: Sprech/Sprachauffälligkeiten bei Einschülern 2002 bis 2006 – in Frankfurt am Main und in gesamt Hessen (Angaben in Prozent).....	91
Abbildung 3-45: Seh- und Hörstörungen bei Einschulungskindern in Frankfurt am Main 2002 bis 2006.....	93
Abbildung 3-46: Seh – und Hörstörungen bei Jungen und Mädchen – 2002 bis 2006.....	94
Abbildung 3-47: Seh- und Hörstörung in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund.....	95
Abbildung 3-48: Sehstörung (Verteilung Stadtteile).....	96
Abbildung 3-49: Hörstörung (Verteilung Stadtteile).....	97
Abbildung 3-50: Herabgesetzte Sehschärfe und beeinträchtiges Hörvermögen in Frankfurt im Vergleich mit Hessen.....	98
Abbildung 3-51: Körpergröße und -gewicht sowie Body Mass Index (BMI) der Einschulungskinder in Abhängigkeit von ihrem Geburtsgewicht.....	102
Abbildung 3-52: Allergie, Asthma, Krupp-Husten und Ekzem bei Einschulungskindern – in Abhängigkeit vom Geburtsgewicht.....	103
Abbildung 3-53: Sehstörungen in Abhängigkeit vom Geburtsgewicht der Kinder.....	104

Abbildung 3-54: Entwicklungsauffälligkeiten in Abhängigkeit vom Geburtsgewicht.....	105
Abbildung 4-1: Sozialpädiatrische Begutachtungsaufträge – 2002 bis 2006	110
Abbildung 4-2: Sozialpädiatrische Untersuchungen in der Förderschule	112
Abbildung 4-3: Integrationshelfer und Integrationsschüler in Frankfurt am Main 2001/02 bis 2006/07.....	113
Abbildung 4-4: Betreuungskinder 2002 bis 2006 – insgesamt sowie Jungen und Mädchen	119
Abbildung 4-5: Betreuungskinder 2002 bis 2006 – Migrationshintergrund	120
Abbildung 4-6: Patienten der Romasprechstunde 2002 bis 2006 – alle sowie Männer und Frauen.....	122
Abbildung 4-7: Roma-Sprechstunde: Durchgeführte medizinische Maßnahmen – 2002 bis 2006.....	123
Abbildung 5-1: Sprechstunde Kinder- und Jugendpsychiatrie: Altersverteilung 2001 bis 2006.....	127
Abbildung 6-1: Anzahl der zahnmedizinisch untersuchten Schüler in Frankfurt 2002 bis 2006 – nach Schulform	134
Abbildung 6-2: Anzahl der Maßnahmen zur Fluoridierung bei Schülern unterschiedlicher Schulformen und Altersklassen – 2002 bis 2006.....	135
Abbildung 6-3: Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen bei den 6/7-jährigen, 12-jährigen und 15-jährigen Schulkindern in Frankfurt/Main – 2002/03 bis 2005/06.....	138
Abbildung 6-4: dmf-t-Werte 6/7-Jähriger nach ausgewählten Stadtteilen im Jahr 2005/06	139
Abbildung 6-5: Zahnstatus 12-Jähriger – nach Schulform.....	140
Abbildung 6-6: Zahnstatus 15-Jähriger in Haupt- und Förderschulen	141
Abbildung 6-7: Zahnstatus der untersuchten Kleinkinder/Vorschulkinder in Frankfurt – 2002 und 2005.....	142
Abbildung 6-8: Zahnstatus bei Vorschulkindern in Frankfurt und Hessen - 2005	143
Abbildung 6-9: dmf-t-Wert bei 6/7-Jährigen, sowie DMF-T-Wert bei 12 und 15-Jährigen in Frankfurt und (soweit untersucht) in Hessen im Vergleich – 1996/97 bis 2005/06.....	144

9. Literaturverzeichnis

Altenhofen L. Das Programm zur Krankheitsfrüherkennung bei Kindern: Inanspruchnahme und Datenlage. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg). (1998) S 24-33.

Babisch W, Gallacher J, Ising H. Schallpegel oder subjektive Störung? Bundesgesundheitsblatt (1995) 38: 137-145.

Babisch W, Ising H. Musikhörgewohnheiten von Jugendlichen. Unter besonderer Berücksichtigung des Diskothekenbesuchsverhaltens. HNO (1994) 42: 466-469.

Bauer T, Drummer H, Krämer L. Vom stede arzt zum Stadtgesundheitsamt. Die Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens in Frankfurt am Main. Hrsg Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main, Verlag Waldemar Kramer, Frankfurt am Main, 1992. S. 153 ff.

Böhm A, Ellsäßer G, Lüdecke K. Der Brandenburger Sozialindex: ein Werkzeug für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene bei der Analyse von Einschülerdaten. Gesundheitswesen (2007) 69: 555-559.

Bundesministerium für Gesundheit. Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 2001, Band 137. Schriftenreihe des BMG. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2001.

Diedrich S, Schreier E. Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Immunitätslage gegen Poliomyelitis. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2007) 50: 771-774.

Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. Lancet (2002) 360: 473-482.

Heinrich-Weltzien R, Kühnisch J, Goddon I, Senkel H, Stößer L. Zahngesundheit deutscher und türkischer Schüler – Ein 10-Jahresvergleich. Gesundheitswesen (2007) 69: 105-109.

Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) vom 28. September 2007 Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen, Teil I – 8. Oktober 2007 659.

Hessisches Gesetz zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes für Kinder (Kindergesundheitsschutzgesetz). Vom 14.12.2007. gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen, Teil I, Dezember 2007, S. 856-858.

Hessisches Sozialministerium. Hessischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. 2006. Wiesbaden, 2007.

Heudorf U. Aufruf zur Influenza-Impfung 2003/2004. Hessisches Ärzteblatt (2003) 64: 578 und 608.

Heudorf U. Tollwut – eine schon fast vergessene Krankheit, aber ein aktuelles Problem. Bericht über eine Fortbildungsveranstaltung des Stadtgesundheitsamtes Frankfurt/M. Hessisches Ärzteblatt (2004) 65: 698-699.

Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg). Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Deutscher Ärzte Verlag Köln 1999.

Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg). Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Deutscher Ärzte Verlag Köln 2006, 17-21.

Ising H, Kruppa B. Gehörschäden durch laute Musik. Bundesgesundheitsblatt (1995) 38: 186-191.

Kamtsiurius P, Atzpodien K, Ellert U, Schlack R, Schlaud M. Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz (2007) 50: 686-700.

Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M et al. Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde (2001) 149: 807-818.

- Kurth BM.** Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS: Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2007) 50: 533-546.
- Kurth BM.** Schaffrath Rosario A. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2007) 50: 736-743.
- Lange M, Kamtsiurius P, Lange C, Schaffrath Rosario A, Stolzenberg H, Lampert T.** Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2007) 50: 578-589.
- Meireis H.** Lage und Perspektive des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes KJGD. Gesundheitswesen (2001) 63: 667-671.
- Moß A, Wabitsch M, Kromeyer-Hauschild K, Reinehr T, Kurth BM.** Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei deutschen Einschulkindern. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2007) 50: 1424-1431.
- NN.** Masern: Zu einem Ausbruch in Nordrhein-Westfalen – Erfahrungen und Empfehlungen Epid Bulletin 13/2007, 30. März 2007, S. 109-111.
- NN.** Masern-Eliminierung in Deutschland – weitere verstärkte Anstrengungen erforderlich. Epid Bulletin (2006) 170-174.
- Pieper K, Momeni A.** Grundlagen der Kariesprophylaxe bei Kindern. Deutsches Ärzteblatt (2006) 103: A 1003-A1009.
- Poethko-Müller C, Kuhnert R, Schlaud M.** Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2007) 50: 851-862.
- Rapp K.** Beeinflusst die Betreuungsform in Kindergärten die Prävalenz von Übergewicht? Universität Ulm, Magisterarbeit, 2002.
- Robert Koch Institut (RKI)** Masern im Jahr 2005 und Ausbrüche in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen in der ersten Hälfte des Jahres 2006. Epid Bulletin 27/2006; S. 205-211.
- Robert Koch-Institut (RKI).** Durchimpfungsgrad bei der Schuluntersuchung in Deutschland 2004. Epid. Bulletin (2005) 49: 460.
- Robert Koch-Institut (RKI).** Durchimpfungsgrad bei der Schuluntersuchung in Deutschland 2005. Epid. Bulletin (2006) 48: 430-431.
- Robert Koch-Institut (RKI).** Schutzimpfungen; GBE Heft 1, RKI, 2001
- Robert Koch-Institut (RKI).** Schwerpunktbericht Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin, 2003. 4.3. Behinderungen S. 46 ff, 6.2. Somatische Erkrankungen und Beschwerden. S. 88 ff; 8.1.2 Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen. S. 164ff, Kapitel 4.5. Zahngesundheit. Robert Koch-Institut, Berlin 2004; S. 52-54.
- Schenk L, Ellert U, Neuhauser H.** Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2007) 50: 590-500.
- Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W.** Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2007) 50: 701-710.
- Schlösser RL, Krackhardt B, Weber J, Lerman E.** Welchen Anteil haben ehemalige Frühgeborene in der Prävalenz von sonderpädagogischen Maßnahmen bei Schulkindern einer deutschen Großstadt (Frankfurt am Main)? Klin. Pädiatrie (2007) 21.08. epub ahead of print
- Schmitt HJ. Akzeptanz von Impfungen.** In: Schmitt HJ, Hülse C, Raue W. Schutzimpfungen 2003. Infomed Medizinische Verlagsgesellschaft Berlin, 3. Auflage, S 17–37.

Stadtgesundheitsamt Frankfurt/M: Gesundheitsbericht 2001 des Gesundheitsamtes der Stadt Frankfurt am Main. Schwerpunkt: „Kinder- und Jugendgesundheit“. Frankfurt, 2002.

Ständige Impfkommission (STIKO): Impfkalender. Epid Bulletin (2007) 27.Juli 2007, S. 267 ff.

Wabitsch M. Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland. Aufruf zum Handeln. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2004) 47: 251-255.

Wegner RE. Aufgaben des ÖGD im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheit. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2005) 48: 1103-1110.

Wiegand S, Dannemann A, Vahabzadeh Z, Ernst M, Krude H, Grüters A. Wer braucht was? Neue Ansätze der multidisziplinären Diagnostik und Therapie adipöser Kinder und Jugendlicher in einer multiethnischen Großstadt. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2005) 48: 307-314.

