

Bericht zur Kindergesundheit im Kreis Groß-Gerau 2004 - 2009

Schwerpunkt:
Schuleingangsuntersuchungen



**Bericht zur Kindergesundheit
im Kreis Groß-Gerau
2004 – 2009**

**Schwerpunkt:
Schuleingangsuntersuchungen**

**Kreisausschuss des Kreises Groß-Gerau
Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz**

Herausgeber:

Kreisausschuss des Kreises Groß-Gerau
Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz
Wilhelm-Seipp-Straße 4
64521 Groß-Gerau

Bezug

Kreisausschuss des Kreises Groß-Gerau
Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz
Wilhelm-Seipp-Straße 4
64521 Groß-Gerau
Telefon: 0 61 52 / 989 210
Fax: 0 61 52 / 989 348
E-Mail: gesundheitsamt@kreisgg.de
Internet: www.kreis-gross-gerau.de

Redaktion

Hans-Albert Rupp, Dr. med. Angela Carstens, Anja Ritter, Peter Bäümel, Simone Eidebenz, Claudia Kilb,
Sabine Lebok, Bettina Draut, Anke Haack, Sabine Schulz, Waltraud Altendorf

Bildnachweise:

Titelseite v. r. n. l.: © st-fotograf – Fotolia, Anja Greiner Adam – Fotolia, michaeljung – Fotolia, kids.4pictures – Fotolia,
lu-photo – Fotolia, PerlenVorDieAugen – Fotolia, drubig-photo – Fotolia, contrastwerkstatt – Fotolia, Uwe Annas – Fotolia
Seite 24: Test zu feinmotorischen Fähigkeiten im Rahmen einer Schuleingangsuntersuchung

Groß-Gerau im Dezember 2011

Alle Rechte – insbesondere das Recht auf Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung - vorbehalten.
Für gewerbliche Zwecke ist es grundsätzlich nicht gestattet, diese Veröffentlichung oder Teile daraus zu vervielfältigen,
auf Mikrofilm zu verfilmen oder in elektronische Systeme einzuspeisen und zu reproduzieren.

1 Vorwort

Liebe Bürgerinnen und Bürger
des Kreises Groß-Gerau,

nachdem im September 2004 der erste Gesundheitsbericht der Kreisverwaltung Groß-Gerau in Form eines Basisberichts erschienen war, liegt der Schwerpunkt des vorliegenden Spezialberichts nunmehr auf der Analyse der gesundheitlichen Situation von Vorschulkindern in unserem Kreis.

Die Relevanz des Themas liegt auf der Hand, denn die soziale und gesundheitliche Situation unserer Kinder und Jugendlichen ist entscheidend für unsere Zukunft. Was wir an und bei ihnen an gesundheitlicher Vorsorge versäumen, wird nicht nur die Krankenkassen sondern die gesamte Gesellschaft jahre- und jahrzehntelang belasten.

Höchste Zeit also, auch in unserem Kreis die gesundheitliche Verfassung unserer Kinder und Jugendlichen genauer unter die Lupe zu nehmen und Fragen wie die folgenden zu beantworten:

Gibt es lokale, soziale oder geschlechtsbezogene Unterschiede?

Wie sieht die Situation von Kindern mit Migrationshintergrund aus - hier vor allem in den ersten Lebensjahren?

Wo steht der Kreis Groß-Gerau im Vergleich zu Hessen?

Der vorliegende Bericht will darauf Antworten geben. Er möchte alle interessierten Bürgerinnen und Bürger, die Fachöffentlichkeit und die Politik darüber informieren, wie es um die Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen im Kreis Groß-Gerau bestellt ist und welche Handlungsmöglichkeiten bestehen, um Fehlentwicklungen abzuwehren, wobei der Fokus zunächst auf dem Einschulungsalter liegt.

Dazu wurden erstmals die Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen aus den Jahren 2004 bis 2009 kreisweit systematisch zusammengestellt, ausgewertet und mit den Daten des Landes Hessen verglichen.

Gleichzeitig sollen Handlungsfelder aufgezeigt werden, die bei zukünftigen gesundheitsbezogenen Projekten berücksichtigt werden können.

Wir haben dabei die *WHO-Leitsätze aus dem Jahr 1986* („Ottawa-Charta“) im Blick:

***Gesundheit ist kein abstraktes Gut,
denn Gesundheit wird von Menschen
in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt:
dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.***

***Gesundheit entsteht dadurch,
dass man sich um sich selbst und für andere sorgt,
dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen
und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben!***

Möge dies der Leitgedanke all unserer Bemühungen um die Gesundheit der eigenen wie der nachfolgenden Generationen sein.

Mein Dank gilt den vielen am Zustandekommen des zweiten Gesundheitsberichts beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Fachbereichs Gesundheit und Verbraucherschutz für ihre engagierte Arbeit.

Ich hoffe, der Bericht bietet eine anregende Lektüre, vermittelt Erkenntnisgewinn und erschließt neue Handlungsansätze.

Gerald Kummer
Kreisbeigeordneter

Redaktionelle Anmerkung:

Die Verwendung geschlechtsneutraler Wortformen wurde in dem vorliegenden Bericht aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht konsequent eingehalten. Ist nichts anderes ausgewiesen, so sind stets die männliche und die weibliche Form gemeint. Wegen des insbesondere für Tabellen zu langen Ausdrucks „Kinder mit Migrationshintergrund“ wird im vorliegenden Bericht abgekürzt von „Migrantenkindern“ gesprochen. Der Begriff „Gesundheitsberichterstattung“ wird nachfolgend mit „GBE“ abgekürzt.

Inhaltsverzeichnis		Seite
1	Vorwort	
2	Zusammenfassung	3
3	Fazit und Ausblick	9
4	Ziele und Funktionen einer Gesundheitsberichterstattung	11
5	Der Landkreis Groß-Gerau	12
6	Demographische Entwicklung im Kinder- und Jugendbereich	14
6.1	Entwicklung der bis unter 6-Jährigen in Hessen und im Kreis Groß-Gerau (insgesamt)	14
6.2	Entwicklung der bis unter 6-Jährigen in Hessen und im Kreis Groß-Gerau (selektiv Nichtdeutsche)	15
6.3	Entwicklung der 6- bis unter 15-Jährigen in Hessen und im Kreis Groß-Gerau (insgesamt)	16
6.4	Entwicklung der 6- bis unter 15-Jährigen in Hessen und im Kreis Groß-Gerau (selektiv Nichtdeutsche)	17
6.5	Bevölkerungsentwicklung im Kinder- und Jugendbereich im Kreis Groß-Gerau 2010 bis 2030	18
7	Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen	19
8	Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst	22
9	Daten der Schuleingangsuntersuchungen in den Jahren 2004 bis 2009	25
9.1	Indikatoren des Kreises Groß-Gerau im Vergleich zum Bundesland Hessen	27
9.1.1	Anzahl aller untersuchten Vorschulkinder	27
9.1.2	Anzahl der untersuchten Vorschulkinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft	28
9.1.3	Migrationshintergrund des Elternhauses	29
9.1.4	Vorsorgestatus der Einschulungskinder (Erfassung der Vorsorgeuntersuchungen U2-U9)	31
9.1.5	Vorsorgestatus der Einschulungskinder (selektive Erfassung der Vorsorgeuntersuchungen U7-U9)	34
9.1.6	Impfstatus der Einschulungskinder (Kinder mit komplettem Impfstatus)	35
9.1.7	Kinder mit auffälligem Sehbefund	38
9.1.8	Kinder mit auffälligem Hörbefund	39
9.1.9	Kinder mit Übergewicht	41
9.1.10	Kinder mit Adipositas	43
9.1.11	Verhältnis von Übergewicht zu Untergewicht im Kreis Groß-Gerau und in Hessen	44
9.1.12	Kinder mit auffälligen Koordinationsstörungen	45
9.1.13	Kinder mit auffälliger Visuomotorik	46

9.1.14	Vorschulkinder mit Migrationshintergrund und fehlerfreiem Deutsch	47
9.1.15	Kinder mit auffälliger auditiver Informationsverarbeitung (Nachsprechen von Pseudowörtern)	48
9.1.16	Kinder mit auffälliger auditiver Informationsverarbeitung (Nachsprechen von Sätzen)	49
9.1.17	Kinder mit Zurückstellung als Regelkind	50
9.1.18	Kinder mit Zurückstellung als Kann-Kind	51
9.1.19	Kinder mit Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs.	52
9.2	Indikatoren des Kreises Groß-Gerau, aufgegliedert nach Städten und Gemeinden	53
9.2.1	Anzahl aller untersuchten Vorschulkinder	54
9.2.2	Anteil der untersuchten Vorschulkinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft	55
9.2.3	Migrationshintergrund des Elternhauses	56
9.2.4	Vorsorgestatus der Einschulungskinder (Erfassung der Vorsorgeuntersuchungen U2-U9)	58
9.2.5	Vorsorgestatus der Einschulungskinder (selektive Erfassung der Vorsorgeuntersuchungen U7-U9)	59
9.2.6	Impfstatus der Einschulungskinder (Kinder mit komplettem Impfstatus)	60
9.2.7	Kinder mit auffälligem Sehbefund	61
9.2.8	Kinder mit auffälligem Hörbefund	62
9.2.9	Kinder mit Übergewicht	63
9.2.10	Kinder mit Adipositas	64
9.2.11	Kinder mit auffälligen Koordinationsstörungen	65
9.2.12	Kinder mit auffälliger Visuomotorik	66
9.2.13	Kinder mit fehlerfreiem Deutsch (Migranten)	67
9.2.14	Kinder mit auffälliger auditiver Informationsverarbeitung (Nachsprechen von Pseudowörtern)	68
9.2.15	Kinder mit auffälliger auditiver Informationsverarbeitung (Nachsprechen von Sätzen)	69
9.2.16	Kinder mit Zurückstellung als Regelkind	70
9.2.17	Kinder mit Zurückstellung als Kann-Kind	71
9.2.18	Kinder mit Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs	72
10	Frühe Hilfen	73
11	Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen	76
12	Ergebnisse der Begehungen der Kindertagesstätten gemäß Infektionsschutzgesetz	80
13	Abbildungsverzeichnis	82
14	Abkürzungsverzeichnis	86
15	Literaturverzeichnis	87

2 Zusammenfassung

Im Gegensatz zum ersten Basis-Gesundheitsbericht des Jahres 2004 fokussiert der vorliegende Spezial-Gesundheitsbericht die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen („SEU“) der Jahre 2004 bis 2009 der Vorschulkinder des Landkreises Groß-Gerau im Vergleich zum Land Hessen. Daneben bietet er aber auch einen Blick auf die demografische Entwicklung, die Frühen Hilfen und den Zahnstatus dieser jungen Bevölkerungsgruppe im Kreisgebiet. Hinsichtlich der demografischen Entwicklung werden über den vorgenannten Beobachtungszeitraum hinaus zusätzlich Zeitreihen der Jugendlichen rückwirkend bis 1990 beleuchtet.

Die Berichtserstellung erfolgt sowohl aufgrund gesetzlicher Vorgaben als auch zur Klärung drängender Fragen zur gesundheitlichen Situation der heranwachsenden Generation für die Bürger und Gesundheitspolitiker unseres Kreises. Neben der reinen Faktenmitteilung wird nach möglichen Zusammenhängen zwischen gesundheitlichen Problemen und bestehenden Gesellschaftsstrukturen gesucht, wobei im Gegensatz zum letzten Gesundheitsbericht diesmal auch differenzierte geschlechts-, migrations- und regionsbezogene Analysen mit eingeschlossen sind. Ferner bietet sich mit diesen Daten sowohl eine wirkungsvolle Ergänzung der bereits bestehenden Monitore des Kreises Groß-Gerau als auch eine Grundlage für weiterführende gesundheitspolitische Konzeptionen und Strukturveränderungen an. Es zeigen sich Handlungsfelder auf, die bei zukünftigen gesundheitsbezogenen Projekten zur Vermeidung von Fehlentwicklungen berücksichtigt werden können.

Der Bericht bemüht sich um größtmögliche Sachlichkeit und Distanz. Er kommt zu Erkenntnissen und Aussagen, die je nach Sichtweise unterschiedliche Bewertungen zulassen. Er ermöglicht jedoch gerade den Entscheidungsträgern des Kreises, die Wahrnehmung der gesundheitspolitischen Verantwortung gegenüber der heutigen sowie der zukünftigen Generationen auf eine belastbare Datenbasis zu stellen.

Demographische Entwicklung im Kinder- und Jugendbereich (siehe Kapitel 6)

Die Entwicklung der 0- bis unter 6-Jährigen (die für die Schuleingangsschuluntersuchungen relevant sind) und die 6- bis unter 15-Jährigen wurden in diesem Bericht im Kreis Groß-Gerau und auf Hessenebene verglichen. Bei den Auswertungen aus der Bevölkerungsdatenbank des Hessischen Statistischen Landesamtes werden in Hessen und auch im Kreisgebiet als „Ausländer“ oder „Nicht-Deutsche“ in allen Altersgruppen die sogenannten „Pass-Ausländer“ dargestellt, d. h. Personen mit der ersten Staatsangehörigkeit „Nicht-Deutsch“. Bei den Neugeborenen ist wegen gesetzlicher Veränderungen die erste Staatsangehörigkeit in den meisten Fällen inzwischen „deutsch“. Es handelt sich also nicht um Menschen mit Migrationshintergrund – hier wären die Zahlen sehr viel höher (siehe auch Kapitel 9.1.3 und 9.2.3 für den Vorschulbereich).

Die Anzahl der unter sechsjährigen deutschen und nichtdeutschen Kinder ging im Kreis Groß-Gerau in den Jahren 1990 bis 2009 um 6,5% zurück, auf Landesebene sogar um 11,2%. Die Zahlen sind auf Landesebene seit den Höchstwerten dieser Altersgruppe im Jahr 1994 rückläufig, auf Kreisebene seit 1997.

Die Zahl der 6- bis unter 15-Jährigen (Deutsche und Nichtdeutsche) stieg von 1990 bis 2003 im Kreisgebiet drei Jahre länger an als auf Landesebene. Seit 2004 gehen die Zahlen allerdings auch hier zurück, mit 7,7% sogar stärker als auf Landesebene.

Interessant ist der prozentuale Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung. Auf Landesebene betrug er 8,7% im Jahr 1990 und erreichte in 2009 wieder den gleichen Wert. Im Kreis Groß-Gerau lag der Anteil im Jahr 1990 mit 9,1% höher als in Hessen, stieg bis zum Jahr 2002 auf 9,5% an und ging bis 2009 auf 9,0% zurück. In Relation zum Ausgangsjahr 1990 ging die Anzahl der nichtdeutschen Kinder und Jugendlichen dieser Altersgruppe im Bundesland um 26,4% und im Kreis Groß-Gerau um 30,2% zurück. Lebten 1990 auf Landesebene 12,7% und im Kreis Groß-Gerau 14,2% nichtdeutsche Kinder und Jugendliche von 6 bis unter 15 Jahren, glichen sich die Werte bis zum Jahr 2009 auf Landes- und Kreisebene auf 8,5% an.

Die Bevölkerungsprognose bis zum Jahr 2030 zeigt für beide Altersgruppen einen deutlichen Rückgang. Es wird in den kommenden zwanzig Jahren mit einer Reduktion um 23,0% sowohl bei den unter 6-Jährigen als auch bei den 6-bis unter 15-Jährigen gerechnet.

Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen (siehe Kapitel 7)

Gesundheitsförderung bezeichnet alle Maßnahmen, die Gesundheit fördern und Krankheit verhüten. Sie umfasst Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung der Gesundheitsressourcen und Gesundheitspotenziale der Menschen erreicht werden soll.

Eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung ist der Setting-Ansatz. Als Setting werden die Lebensbereiche verstanden, in denen die Menschen einen Großteil ihrer Lebenszeit verbringen, so zum Beispiel am Arbeitsplatz, in der Schule oder im sozialen Wohnumfeld.

Die Schule wird als wichtigstes Setting der Gesundheitsförderung gesehen, weil durch sie ein großer Teil der Bevölkerung über viele Jahre hinweg erreichbar ist.

Gesundheitliche Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderung sind somit wichtige Aufgaben des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes. In den vergangenen Jahren wurden bereits bei Themenwochen in einzelnen Schulen Seh- und Hörtests angeboten und in Kindergärten und Schulen Projekte zur gesunden Ernährung und gesundem Frühstück durchgeführt.

Die Verantwortung zur Gesundheitsförderung darf jedoch nicht dem Gesundheitssektor alleine zugeordnet werden. Gesundheitsförderung und Prävention müssen als ein Querschnittsthema verstanden werden. Will Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention effektiv und nachhaltig wirken, so muss die isolierte Versäulung der Hilfe und Hilfsangebote aufgehoben und integrative Komplexleistungen angeboten werden. Gesundheitsförderung und Prävention müssen dabei als interdisziplinäre Querschnittsaufgaben aller Professionen verstanden werden, die von Bedeutung für das gesunde Aufwachsen von Kindern sind.

Daten der Schuleingangsuntersuchungen 2004-2009 (siehe Kapitel 9)

Die Schuleingangsuntersuchung wird jeweils jahrgangsmäßig flächendeckend durchgeführt, wobei die Untersuchungen hessenweit standardisiert sind. Die SEU-Ergebnisse sind daher kommunal, regional und auf Kreisebene mit den hessischen Landeszahlen vergleichbar. Die Primärdaten werden vom Gesundheitsamt vor Ort erfasst und in die Datenbank des Hessischen Sozialministeriums eingegeben. Diese Daten dienen als Grundlage für Auswertungen des Hessischen Statistischen Landesamts; teilweise werden sie auch vom Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) ausgewertet. Eine kommunale Zuordnung zu den einzelnen Regionen des Landkreises Groß-Gerau ist dem Kapitel 9.2 zu entnehmen.

In den Auswertungsjahren 2004 bis 2009 gingen die jährlichen Untersuchungszahlen kreisweit um 12,6% auf zuletzt 2.368 Kinder zurück. Die Anzahl der Vorschüler mit Migrationshintergrund stieg im gleichen Zeitraum um 22,5% auf 1.164 an. Dies bedeutet, dass im Jahr 2009 bereits fast die Hälfte aller Einschüler einen Migrationshintergrund hatten während es in Hessen lediglich 36,9% waren. Innerhalb der Kommunen lag der Migrantenanteil der Kinder zuletzt in Kelsterbach und Rüsselsheim bei knapp 64,0% und in Raunheim bei 75,7%, während er in Trebur 19,4% betrug. In der gesamten Region Nord bezifferte sich der Anteil auf durchschnittlich 58,3% bei steigender Tendenz. Innerhalb des Kreisgebiets wurde durchschnittlich fast die Hälfte aller Vorschulkinder 46,6% in der Region Nord untersucht, 36,0% in der Region Mitte und 17,5% im Süden.

Über die Hälfte der Migrantenkinder (54,2%) im Landkreis hatten im Jahr 2009 Eltern mit muslimisch geprägtem Hintergrund; hierzu gehören Länder wie die Türkei, Marokko, Afghanistan, Pakistan, Syrien, Irak und Nordafrika. Hessenweit war dies innerhalb der Gruppe der Migranten-Einschüler lediglich zu 37,7% der Fall, dafür lag dort der Anteil der Kinder mit osteuropäischem/GUS-Hintergrund höher als im Kreis Groß-Gerau.

Eltern mit Migrationshintergrund legten im Vergleich zu Eltern ohne Migrationshintergrund das Vorsorgeheft ihres Kindes weniger häufig vor. Hinsichtlich der dokumentierten Vorsorgeuntersuchungen (U7- U9) ist ein ähnlicher Trend zu beobachten. Allerdings müssen zwischenzeitliche Wanderungsbewegungen (zum Beispiel durch Zuzug aus dem Ausland) berücksichtigt werden. Die Vorsorgeuntersuchungen wurden durchschnittlich in der mit hohem Migrantenanteil versehenen nördlichen Region weniger wahrgenommen (hier nur zu 64,3%) als in der mittleren (68,3%) und südlichen Region (70,7%).

Die Impfquoten lagen (abgesehen von der zweiten Masern-Mumps-Röteln-Kombinationsimpfung) im Landkreis Groß-Gerau bei durchweg über 95,0%, bei Impfungen gegen Polio und Tetanus sogar bei 99,0%. Es zeigte sich zwischen Migranten und Nicht-Migranten kein wesentlicher Unterschied, wohl aber geschlechtsbezogen. Mädchen wurden im Kreis Groß-Gerau häufiger geimpft als Jungen, während das Verhältnis in Hessen ausgeglichen war. Beim vollständigen Impfstatus zeigte die nördliche Region mit durchschnittlich 79,2% die besten Werte. Rüsselsheim (81,3%), Büttelborn (81,4%), Stockstadt (82,0%) und Riedstadt (82,7%) wiesen regelrechte Spitzenwerte auf, Rüsselsheim und Stockstadt im Jahr 2009 sogar 88,0% bzw. 92,2%. Insgesamt lagen die Impfquoten im Kreis Groß-Gerau höher als in Hessen.

Die Seh- und Hörbefunde sind aufgrund geänderter Screeningverfahren erst seit dem Jahr 2009 landesweit vergleichbar. Anteilsmäßig waren in Hessen in jenem Jahr deutlich mehr Kinder mit Fehlsichtigkeit festzustellen als im Kreis Groß-Gerau. Unterschiede beim Geschlechts- oder Migrationsstatus bestanden nicht. Hörstörungen traten im Kreisgebiet mit 6,7% im Jahr 2009 weniger häufig als landesweit (7,8%) auf.

Übergewicht, Adipositas und Untergewicht:

Die Kinder im Kreis Groß-Gerau waren sowohl im gesamten Beobachtungszeitraum 2004 bis 2009 (durchschnittlich 13,7%) als auch selektiv im zuletzt erfassten Jahr 2009 (12,6%) jeweils zum Untersuchungszeitpunkt häufiger übergewichtig als im hessischen Landesdurchschnitt (gemittelt lediglich 10,9%, selektiv in 2009 nur 10,6%). Hoffnungsvoll stimmt allerdings der insgesamt zurückgehende Trend dieses Indikators. Geschlechtsspezifisch waren im Kreisgebiet die Jungen häufiger als Mädchen betroffen und Migrantenkinder (durchschnittlich 19,4%) mehr als doppelt so häufig wie Nicht-Migrantenkinder (gemittelt lediglich 9,6%). Die problematischste Subgruppe bildete die der Jungen mit Migrationshintergrund. Kommunal aufgegliedert bestand ein starkes Nord-Süd-Gefälle (Region Nord mit 16,6% betroffen, Region Süd nur zu 11,1%). Die meisten übergewichtigen Vorschüler lebten in Bischofsheim und Rüsselsheim.

Innerhalb des Indikators „Übergewicht“ wurde noch mal speziell der Anteil der adipösen Kinder genauer analysiert. Hierbei zeigte sich das gleiche Phänomen wie beim Übergewicht. Es zeigten sich höhere Prozentwerte auf Kreisebene als auf Landesebene bei feststellbarer leichter Rückbildungstendenz. Bei der Adipositas war das relative Verhältnis der betroffenen Migrantenkinder (durchschnittlich 9,1% – und hier erneut besonders die Jungen mit Migrationshintergrund) zu den einheimischen Kindern (durchschnittlich nur 4,0%) im Kreis Groß-Gerau sogar noch ungünstiger als beim Übergewicht. Auch hier zeigte sich das besagte Nord-Süd-Gefälle. Die meisten adipösen Kinder leben in Bischofsheim (8,5% aller Einschüler), Kelsterbach (8,4%) und Rüsselsheim (8,3%).

Im Gegensatz zum Land Hessen war das Untergewicht im Kreisgebiet eine eher zu vernachlässigende Größe. Der Kreis Groß-Gerau hatte laut HLPUG im Hessenvergleich diesbezüglich mit die geringsten Anteile. Das Thema wird daher im Kapitel 9.1.11 nur kurz erörtert.

Entwicklungsbeurteilung Motorik

Unter diesem Punkt werden verschiedenen Bereiche der Neuromotorik und der Bewegung untersucht. Hierzu zählt die Überprüfung der Visuo-(Auge-Hand-Koordination), der Fein- und Grobmotorik sowie der Körperkoordination und der Balance. In all diesen Entwicklungsbereichen und beim sonderpädagogischen Förderbedarf zeigte sich folgendes Bild: die im Kreis Groß-Gerau untersuchten Vorschulkinder hatten in allen Jahren einen höheren Hilfebedarf als im Landesvergleich, die Migrantenkinder deutlich mehr als Nicht-Migranten und die Jungen mehr als die Mädchen. Die auffälligste Subgruppe bildete bei allen drei Indikatoren die der Jungen mit Migrationshintergrund (im Kreisgebiet durchschnittlich 16,0% Koordinationsstörungen, sogar 24,4% feinmotorische Störungen und in 6,8% der Fälle sonderpädagogischer Förderbedarf). Auf kommunaler Ebene war der Norden (insbesondere Kelsterbach, Raunheim, Rüsselsheim und Groß-Gerau – teilweise auch Riedstadt) bei den Koordinations- und visuomotorischen Störungen mit durchschnittlich 13,8% bzw. 20,7% häufiger betroffen als der Süden (10,8% bzw. 13,8%) während beim sonderpädagogischen Förderbedarf eher im Süden überdurchschnittlich viele Kinder auffielen.

Deutschkenntnisse

Ein fehlerfreies Deutsch beherrschten im Kreis Groß-Gerau durchschnittlich 18,3% aller Schulanfänger mit Migrationshintergrund, wobei sich die Deutschkenntnisse im Beobachtungszeitraum 2006-2009 jedoch besserten. Im Jahr 2009 sprachen bereits 25,8% aller Migrantenkinder fehlerfrei Deutsch, jedoch deutlich weniger als in Hessen (32,0%). Umgekehrt hatten trotz aller Sprachförderung im Kreisgebiet selbst im letzten Beobachtungsjahr 2009 immer noch drei Viertel aller Migrantenkinder Defizite hinsichtlich der deutschen Sprache, jedoch „nur“ zwei Drittel hessenweit.

Auditive Wahrnehmung

Mit dem Begriff der auditiven Wahrnehmung wird die Fähigkeit umschrieben, lautsprachliche Einheiten wie Wörter, Silben, Reime und Laute in der gesprochenen Sprache zu erkennen und zu unterscheiden. Diese sogenannte phonologische Bewusstheit scheint eine wesentliche Voraussetzung für den Erwerb der Sprache des Lesens und Schreibens darzustellen. (Warnke et al. 2004) Im SENS wird die auditive Informationsverarbeitung mit drei Aufgabenbereichen erfasst 1. Pseudowörter, 2. Wörter ergänzen und 3. Sätze nachsprechen. Bei dem Nachsprechen von ganzen Sätzen sind Deutschkenntnisse erforderlich, daher zeigte dieser Parameter einen Trend, der sich analog zu dem Indikator „Fehlerfreies Deutsch“ verhielt: im Kreisgebiet (gemittelt 24,9%) wesentlich höhere Störungswerte als hessenweit (durchschnittlich nur 11,3%), Migrantenkinder mit durchschnittlich 43,8% häufiger betroffen als Nicht-Migrantenkinder (nur 8,8%) und Jungen (25,6%) wiederum mehr als Mädchen (24,1%). Am auffälligsten waren erneut die Jungen mit Migrationshintergrund (durchschnittlich 44,5%, in 2009 sogar 54,4%) und damit auch die Region Nord.

Es zeigte sich auch bei dem Nachsprechen der Pseudowörtern, wie beispielsweise „Kimikiri“ oder „Maramula“, bei den Kindern mit Migrationshintergrund höhere Störungswerte, wenngleich mit jeweils niedrigeren Anteilswerten. Da dieser Aufgabenbereich vom Testverfahren her Herkunftsland unabhängig ist, könnten Gründe hierfür in einem schlechten Sprachvorbild des Elternhauses liegen. Möglicherweise wirken sich deren schlechte Deutschkenntnisse aber auch auf das Aufgabenverständnis aus.

Frühe Hilfen: Hilfe, Beratung und Unterstützung für Eltern von Neugeborenen und Kleinkindern (siehe Kapitel 10)

Mit den „Frühen Hilfen“ wird eine bessere Vernetzung verschiedener Hilfsangebote konsequent umgesetzt. Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder mit Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe bis drei Jahre. Kinderkrankenschwestern, die auch über eine Weiterbildung zu Präventionsassistentinnen verfügen, betreuen Mütter, Väter und ihre Kinder bis zum vollendeten 3. Lebensjahr, die gesundheitlichen oder psychosozialen Risiken ausgesetzt sind.

Anfragen an das Team der Frühen Hilfen werden von Kooperationspartnern (bspw. Caritas, Pro Familia, Diakonisches Werk, Jugendamt, Kinderärzte) im Kreis Groß-Gerau gestellt. Die Umsetzung erfolgt in Form eines Hausbesuches mit ausführlicher Familien- und Sozialanamnese. Die Kinderkrankenschwestern bieten somit niedrigschwellig kompetente Hilfe und Unterstützung für Familien in schwierigen Lebenssituationen an. Häufige Beratungsthemen sind die Pflege und Ernährung des Kleinkindes. Auf spezifische Fragestellungen und Probleme in den Familien wird ausführlich eingegangen. Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt auf der Hilfe und Unterstützung der Entwicklungsförderung sowie dem Aufbau und der Intensivierung der Mutter-/Vater-Kind Beziehung. Die Entwicklung einer förderlichen frühen Bindung zwischen den Eltern und ihrem Kleinkind ist von herausragender Bedeutung im Sinne einer Ressourcenstärkung und Resilienzförderung. Die statistische Erhebung der Daten zeigt einen Anstieg der zu betreuenden Familien im Kreis Groß-Gerau seit dem Jahr 2008.

Die Vernetzung im Bereich der Frühen Hilfen ist neben den Hausbesuchen ein zweiter großer Teil der Arbeit.

Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen (siehe Kapitel 11)

Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst des Fachbereichs Gesundheit und Verbraucherschutz des Landkreises Groß Gerau hat die Aufgabe, die Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu verbessern, zu fördern und zu erhalten. Hierbei besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Jugendzahnpflege. Zu den Aufgaben des Zahnärztlichen Dienstes gehören jährliche zahnärztliche Untersuchungen, Zahnschmelzhärtung mit Fluoriden, Ernährungsberatung sowie die Erziehung zur richtigen Mundhygiene.

Insgesamt hat sich die Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Hessen und im Kreis Groß-Gerau positiv entwickelt. Seit dem Schuljahr 2010/2011 werden vom Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienst wieder zahnärztliche Untersuchungen in Grundschulen durchgeführt. Es wurde festgestellt, dass in der Altersgruppe der 6-Jährigen der Anteil der naturgesunden, kariesfreien Milchzähne bei 69,0 % und in jener der 7-Jährigen bei 58,0 % lag. Dies deckt sich mit der aktuellen DAJ-Studie, die besagt, dass mehr als die Hälfte aller deutschen Schulanfänger mit naturgesunden, kariesfreien Milchzähnen in die Schule kommen.

In den kommenden Jahren sollen die Untersuchungen ausgeweitet werden, um eine größtmögliche Flächendeckung zu erzielen. Ein besonderes Augenmaß gilt es auf die unter 6-Jährigen zu legen, deren Kariesanteil immer noch zu hoch ist. Hierzu wird weiterhin eine umfangreiche Betreuung von Krabbelgruppen und Kindergärten sowie deren Multiplikatoren nötig sein.

Ergebnisse der Begehungen der Kindertagesstätten gemäß Infektionsschutzgesetz (siehe Kapitel 12)

Die Ergebnisse der seitens des Fachdienstes Gesundheitsschutz im Kreis Groß-Gerau 2009 bis 2010 flächendeckend durchgeführten infektionshygienischen Kontrollen für Kindertagesstätten werden im Kapitel 12 beschrieben. Bei den Begehungen wird der Schwerpunkt im Sinne eines konstruktiven Dialoges vor allem auf eine kompetente Beratung, Information und Erörterung und nicht auf die Kontrolle gelegt. Dies ist oft deutlich zeitaufwändiger, aber hinsichtlich der Prävention von Infektionserkrankungen nachhaltiger.

Bei 27,0 % der untersuchten Kindereinrichtungen gab es keine Beanstandungen. Bei der ersten Begehung war der Hygienezustand in 95 Einrichtungen mangelhaft. Hier bestand ein erheblicher Beratungs- und Aufklärungsbedarf über erforderliche Maßnahmen zur Abwehr von übertragbaren Krankheiten. Hierbei mussten auch bauliche Mängel in mehreren Einrichtungen beseitigt werden. Bei den Nachbegehungen konnten jedoch alle Beanstandungen der Erstkontrolle nachhaltig behoben werden.

Ziel der Beratung ist es, die Eigenverantwortung in den Einrichtungen zu fördern. So darf als gesichert gelten, dass sich die infektionshygienischen Rahmenbedingungen in den Kindergärten und Schulen aufgrund der Bemühungen des Gesundheitsamtes (auf primär kooperativer Partnerbasis und beratend) besserten. Da hier offensichtlich erheblicher Beratungsbedarf besteht, wäre das Nachdenken über den Ausbau dieses Bereichs lohnenswert.

3 Fazit und Ausblick

Der Landkreis Groß-Gerau kann - soweit vom Vorschulbereich gesprochen wird - im Vergleich zum Bundesland Hessen durchaus als überproportional kinderreiche Region bewertet werden. Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund ist hierbei deutlich höher als im hessischen Durchschnitt. Ein großer Teil der Bürgerinnen und Bürger mit ausländischen Wurzeln leben in Kelsterbach, Rüsselsheim und Raunheim. In Raunheim haben derzeit drei Viertel aller Schuleingangskinder einen Migrationshintergrund.

Vorherige Vermutungen und Behauptungen wandeln sich mit der Vorlage dieses Gesundheitsberichts zu statistisch belastbaren Fakten. Vergleicht man den Kreis Groß-Gerau in Bezug auf die Schuleingangsuntersuchungen mit Hessen, schneiden die Kinder im Kreis Groß-Gerau durchweg schlechter ab als der hessische Durchschnitt. Eine Ausnahme bilden die Impfleistungen, die im Kreis Groß-Gerau im Vergleich zum Land Hessen tendenziell stärker in Anspruch genommen werden und somit aus infektionshygienischer Sicht Ausbrüche an impfpräventablen Infektionserkrankungen weniger zu befürchten sind. Ansonsten bestehen jedoch im Vergleich mit dem hessischen Durchschnitt mehr grob- und feinmotorische Störungen, es finden sich schlechtere Deutschkenntnisse, die Kinder sind häufiger übergewichtig und Vorsorgeuntersuchungen werden weniger häufig in Anspruch genommen. Insgesamt weisen die Jungen schlechtere Ergebnisse als die Mädchen auf, und die Kinder mit Migrationshintergrund haben mehr Defizite als ihre deutschen Altersgenossen. Innerhalb der Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund erzielen die Jungen wiederum die schlechtesten Ergebnisse. Auf diese Gruppe sollte jetzt und in der Zukunft bei allen Bemühungen ein besonderes Augenmerk gelegt werden.

Ohne eine breit gefächerte Gegenstrategie (für Schulen, Kindergärten, Freizeitbereich, Elternschulungen etc.) wird sich dieser Trend nur schwer aufbrechen lassen, was mittel- und langfristig (insbesondere im Bereich des Übergewichts) zu Erkrankungen und den damit verbundenen Folgekosten auch für den Kreis führen dürfte. Die in bereits mehreren Kindergärten und Grundschulen und in den Sportvereinen eingeleiteten Bewegungsprogramme scheinen einen guten Weg anzudeuten. Zumindest entwickeln sich das Übergewicht und die Koordinationsstörungen über die Jahre betrachtet zurück, liegen aber immer noch über den Landeszahlen. Ein Pilotprojekt des Gesundheitsamts mit der Sportjugend Hessen und einer Krankenkasse zum Thema „Ernährung und Bewegung“ in einer Grundschule im Jahr 2009 wurde positiv von Eltern, Lehrern und Schülern aufgenommen, war jedoch mit einem sehr hohen Personalaufwand seitens des Gesundheitsamts verbunden und kann somit nicht als Vorlage für flächendeckende Maßnahmen dienen.

Aus medizinischer Sicht wird das sich bereits im Aufbau begriffene Projekt „Gesunde Schulverpflegung“ unbedingt begrüßt. Ziel hierbei ist, allen Schulkindern im Kreis eine ausgewogene, vollwertige Ernährung zu ermöglichen.

Die relativ schlechten Ergebnisse im sprachlichen Bereich verdeutlichen die Notwendigkeit einer frühzeitigen flächendeckenden und standardisierten Sprachstandserfassung sowie einer bedarfsgerechten Sprachförderung. Die Einführung des Kindersprachscreenings KISS durch das Gesundheitsamt, den Sprachheilbeauftragten des Kreises und speziell weitergebildete Sprachexperten wurde im Kreis Groß-Gerau kaum angenommen. Ein wesentlicher Grund für die Zurückhaltung der Kindertagesstätten im Kreis war, dass keine zusätzlichen Stellen für die Mehrbelastung der Durchführung eines Sprachscreenings bereit gestellt wurden. Hier wäre ein neuer Anlauf unter anderen Vorzeichen sicher wünschenswert, um Kinder sprachlich frühzeitig besser fördern zu können, was in Anbetracht der vorliegenden Ergebnisse unbedingt erforderlich ist.

Die Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen machen insgesamt deutlich, dass Kinder mit Migrationshintergrund in nahezu allen Bereichen benachteiligt sind.

In einer großen Studie des Robert-Koch-Instituts (KIGGS), an der über 17.000 Kinder in ganz Deutschland von 2003 bis 2006 teilnahmen (Robert-Koch-Institut, 2008), wurde auch die Gruppe der Migrantenkinder hinsichtlich des Gesundheitszustandes beurteilt. Hierbei zeigte sich, dass insbesondere Kinder aus der Türkei, aber auch Kinder aus den GUS-Staaten sowie aus dem arabisch-islamischen Raum vermehrt von Armut und Krankheit betroffen waren. Hier ist eine migrantensensible Ausgestaltung von Präventionsangeboten und ein kultur-spezifischer Zugang erforderlich, um diese Zielgruppe mit Angeboten der Gesundheitsförderung zu erreichen. Dies setzt jedoch eine differenzierte Zielgruppenanalyse voraus.

Durch die Auswertung der KIGGS-Studie wurde darüber hinaus aufgezeigt, dass Kinder aus Familien mit schwächerem sozialem Status ebenfalls benachteiligt sind. Da laut Vorgaben des Hessischen Sozialministeriums bei der Schuleingangsuntersuchung keine Daten zum sozio-ökonomischen Status der Eltern erhoben werden, kann dies für den Kreis Groß-Gerau zwar angenommen, jedoch nicht allein mit den erhobenen Daten belegt werden.

Setzt man die Daten der Schuleingangsuntersuchungen in Beziehung zu den Ergebnissen des Sozialdatenmonitors des Kreises Groß-Gerau, lässt sich die vermutete Assoziation erhärten. So findet sich eine besonders hohe Quote an Empfängern von Sozial- und Transferleistungen im Alter bis unter 15 Jahren in Rüsselsheim, Raunheim, Groß-Gerau und Mörfelden-Walldorf. Dort sind auch die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen meist schlechter als im Durchschnitt. Zielgruppenspezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sind erforderlich und Fördergelder sollten noch gezielter als bisher eingesetzt werden, damit diese benachteiligten Gruppen von Kindern nicht zu Bildungsverlierern werden.

Hier gilt es, die Negativspirale bestehend aus schlechtem sozioökonomischem Status, schlechteren Bildungschancen, höherer Arbeitslosigkeit und Abhängigkeit von Sozialleistungen und schlechterem Gesundheitsstatus zu durchbrechen. Dies ist eine Herausforderung für den Kreis Groß-Gerau und für alle an verantwortlicher Stelle Beteiligten. Diese Aufgabe kann jedoch nur durch noch bessere Vernetzung der Bildungsangebote und Fördermaßnahmen erreicht werden. Je früher und zielgruppenspezifischer diese Maßnahmen greifen, umso größer wird der Nutzen für die gesamte Gesellschaft und umso niedriger werden die Folgekosten in allen Bereichen sein (Meier-Gräwe, 2009).

Der Ausbau gerade des öffentlichen Gesundheitssektors erscheint grundsätzlich von hoher Relevanz, da dessen Bemühungen sehr wohl flächendeckende präventivmedizinische und später kostendeckende Effekte erzielen können. Stellt man in Rechnung, dass in den kommenden zwanzig Jahren mit einer deutlichen Reduktion der Zahl der Kinder und nachfolgend auch der Altersgruppe der Erwerbsfähigen zu rechnen ist, wäre es volkswirtschaftlich und bildungspolitisch sinnvoll, vorhandene Ressourcen nicht flächendeckend zu streuen, sondern topographisch gezielt dort zu konzentrieren, wo der Bedarf am größten ist.

Die Bekämpfung sozioökonomisch bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten trägt zur sozialen Gerechtigkeit bei und damit zur Verwirklichung eines lebens- und liebenswerten Kreises, in dem die Chancengleichheit aller Bürgerinnen und Bürger oberste Priorität haben sollte.

4 Ziele und Funktionen einer Gesundheitsberichterstattung (GBE)

Gesetzliche Grundlagen

Die Gesundheitsberichterstattung erfolgt in Hessen als Pflichtaufgabe auf der Grundlage des HGöGD (Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst). Laut § 1 Absatz 2 Punkt 7 HGöGD hat der öffentliche Gesundheitsdienst sowohl Infektionskrankheiten epidemiologisch zu erfassen und zu bewerten als auch Gesundheitsberichte zu erstellen.

Um Maßnahmen, welche die Gesundheit fördern und Krankheiten verhüten, wirksam planen und durchführen zu können, haben die Gesundheitsämter gemäß § 13 HGöGD 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.

Ziele und Funktionen der Gesundheitsberichterstattung

Die Ziele und Funktionen der GBE ergeben sich aus den gesetzlichen Vorgaben. Sie kann letztlich zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung auf kommunaler Ebene beitragen und soll

- objektiv, unabhängig und wissenschaftlich fundiert kommunale Daten- und Informationsgrundlagen für Bürger und Gesundheitspolitiker bereitstellen. Daraus werden der aktuelle Stand, die Entwicklung und absehbare Trends zur gesundheitlichen Lage statistisch gewertet und medizinisch gewichtet („Information“).
- gesundheitspolitische Probleme benennen, in ihrem gesellschaftlichen Zusammenhang erkennbar machen und zu einer Gesamtbewertung der Situation beitragen („Orientierung“),
- Grundlagen für gesundheitspolitische Konzeptionen und Strukturveränderungen anbieten und diese auch anregen helfen („Motivation“),
- gesundheitsfördernde Projekte und Maßnahmen nicht nur beeinflussen oder anstoßen, sondern auch auf deren gesundheitsfördernde Wirkung hin bewerten („Evaluation“).

Die ersten drei Aspekte versucht dieser Gesundheitsbericht nach besten Kräften umzusetzen. Der Evaluationseffekt muss zunächst noch entfallen, da zwar grundsätzlich die gesundheitliche Situation der Vorschulkinder anhand verschiedener Indikatoren beleuchtet, jedoch kein konkretes gesundheitsbezogenes Großprojekt detailliert beschrieben und bewertet wird.

5 Der Landkreis Groß-Gerau

Die Geschichte

Erstmals urkundlich erwähnt wurde die „Gerauer Mark“ im Jahre 910. Ihr gehörten 15 Ortschaften und Höfe an. Im Jahre 1832 wurde die Gebietskörperschaft Kreis Groß-Gerau durch ein Edikt des großherzoglich-hessischen Innenministers Freiherr du Thil aus der Taufe gehoben. 1874 erhielt der Kreis Groß-Gerau mit Zuordnung von Gernsheim seine heutige Gestalt. Noch Mitte des vergangenen Jahrhunderts ernährten sich 75 Prozent der Bevölkerung von der Landwirtschaft. Erst um die vorletzte Jahrhundertwende änderte sich diese Situation allmählich mit der einsetzenden Industrialisierung. Industriebetriebe und Menschen ließen sich hier nieder, eine Entwicklung, die bis in unsere Tage anhält: Zählte der Kreis im Jahr seiner Gründung noch 27.000 Einwohner, so waren es 1945 schon 120.000 – eine Zahl, die sich bis heute nochmals mehr als verdoppelt hat.

In den vierzehn Städten und Gemeinden des Kreises Groß-Gerau leben über 250.000 Einwohner. Hier wird international gedacht, gefühlt und gelebt. Von den Römern vor 2000 Jahren über die Waldenser ab 1699, die „freigelegten Bauern“ im 19. Jahrhundert, die Heimatvertriebenen und Flüchtlinge nach 1945 bis hin zu den Arbeitsemigranten der 60er und 70er Jahre - im Kreis Groß-Gerau haben sich immer wieder Menschen aus anderen Kulturkreisen angesiedelt und damit zu wirtschaftlichen Wohlstand beigetragen und ein Klima der Weltoffenheit und der Toleranz geschaffen.

Die Landschaft

Der Landkreis liegt im oberen Rheingraben. Der Main bildet die nördliche, der Rhein die westliche Grenze. Ein großer Teil des Kreises liegt im Hessischen Ried. Die höchste Erhebung des Kreises ist mit 145 m der Oberwaldberg, die niedrigste Stelle ist mit 82 m die Mündung des Mains in den Rhein.

Die Landschaft mit rund 45.000 Hektar ist flach und zu einem Viertel mit Wald bedeckt. Im Nordosten stellt das historische Waldgebiet der „Dreieich“ die heute von Straßen und Bahngleisen zerschnittene Anbindung zum Frankfurter Stadtwald dar. Mit lichten Mischwäldern findet sich im Süden, östlich von Gernsheim, ein gänzlich anderer Waldtyp. Im mittleren und westlichen Teil des Kreisgebietes prägt eine intensive landwirtschaftliche Nutzung das Landschaftsbild. In durchweg großflächiger Form werden hier zahlreiche Gemüsesorten, Zuckerrüben, Getreide und in beträchtlichem Umfang Spargel - das Markenzeichen der Region - angebaut.

Im Westen, entlang des Rheins, liegt das Europareservat Kühkopf-Knoblochsaue und bildet das größte zusammenhängende Naturschutzgebiet in Hessen; ein Brut- und Rastplatz für Tausende von Vögeln. Mit dem zweitgrößten Naturschutzgebiet Hessens, dem „Mönchbruch“ im Norden des Kreises und zahlreichen kleineren Schutzgebieten stehen insgesamt über 10% der Kreisfläche unter Naturschutz.

Der Standort

Der Kreis Groß-Gerau ist ein Landkreis in Südhessen. Nachbarkreise sind im Norden die kreisfreie Stadt Wiesbaden, der Main-Taunus-Kreis und die kreisfreie Stadt Frankfurt am Main, im Osten die Kreise Offenbach und Darmstadt-Dieburg, im Süden der Kreis Bergstraße und im Westen bildet der Rhein die natürliche Grenze. Links des Rheins liegen die rheinland-pfälzischen Landkreise Alzey-Worms und Mainz-Bingen sowie die kreisfreie Stadt Mainz.

Durch das Kreisgebiet führen mehrere Bundesautobahnen (A 67, A 60, A 5, A 3 und A 671). Ferner erschließen mehrere Bundes-, Landes- und Kreisstraßen das Kreisgebiet. Darüber hinaus trägt der unmittelbar an das Kreisgebiet angrenzende Flughafen Frankfurt am Main zur internationalen Anbindung des Kreises bei.

Vierzehn Städte und Gemeinden, die in den siebziger Jahren in einer Gebietsreform neu geordnet wurden, gehören zum Kreis. Vom Bauerndorf über die Arbeitersiedlung bis hin zu großstädtischen Strukturen sind nahezu alle Siedlungsformen vertreten. Breit und vielfältig sind auch die Sport- und Freizeiteinrichtungen: es gibt über 270 Sportvereine, zahlreiche Seen und ein dichtes Radwegenetz.

Als Kreisstadt des Kreises Groß-Gerau übernimmt die Stadt Groß-Gerau eine Mittelpunktfunktion. Die wichtigsten Verwaltungseinrichtungen sowie eine gute Infrastruktur hinsichtlich Versorgung, Gewerbe, Bildungs- und Sozialeinrichtungen sind vorhanden. Auf dem Kreisgebiet finden sich zwei Akutkrankenhäuser (Rüsselsheim und Groß-Gerau) sowie eine große psychiatrische Klinik (Riedstadt).

Die Schulen

Insgesamt gibt es 38 Grundschulen, 19 allgemeinbildende Schulen der Sekundarstufe I und II, zwei Berufsschulzentren sowie sieben Förderschulen. Schulträger ist, mit Ausnahme der Städte Kelsterbach und Rüsselsheim, der Kreis Groß-Gerau. Im Schuljahr 2010/2011 wurden dort über 32.000 Schülerinnen und Schüler unterrichtet. Schulsozialarbeit ist derzeit an allen Gesamt-, Haupt- und Realschulen sowie an den beiden beruflichen Schulen im Kreis etabliert und soll demnächst auch auf die Grundschulen ausgeweitet werden.

Die Schulen können Zertifikate „Gesundheitsfördernde Schule“ erwerben. Gesundheit wird dabei ganzheitlich betrachtet und umfasst damit körperliche, geistige wie auch seelische und soziale Aspekte. Schulische Gesundheitsförderung bezieht alle Bereiche des schulischen Lebens ein mit dem Ziel, die Kompetenz zur Förderung der eigenen Gesundheit zu entwickeln und zu stärken.

Im Kreis Groß-Gerau und im Main-Taunus-Kreis („Gemeinsamer Schulamtsbezirk“) haben zwölf Schulen bisher Teilzertifikate im Bereich „Gesundheitsfördernde Schule“ erworben. (Hessisches Kultusministerium, Stand Juli 2010)

6 Demographische Entwicklung im Kinder- und Jugendbereich

Der seit 2006 vom Kreis jährlich aufgelegte „Kreismonitor Sozialdaten“ gibt einen Überblick über die demografische Entwicklung insgesamt sowie in den einzelnen Kommunen des Kreises Groß-Gerau.

Für diesen Bericht zur Kindergesundheit beziehen sich die folgenden Daten auf die Altersgruppe 0 bis unter 6 Jahre (welche für die Schulinganguntersuchungen relevant sind) und auf die Altersgruppe der 6- bis unter 15-jährigen Kinder und Jugendlichen.

6.1 Entwicklung der bis unter 6-Jährigen in Hessen und im Kreis Groß-Gerau insgesamt

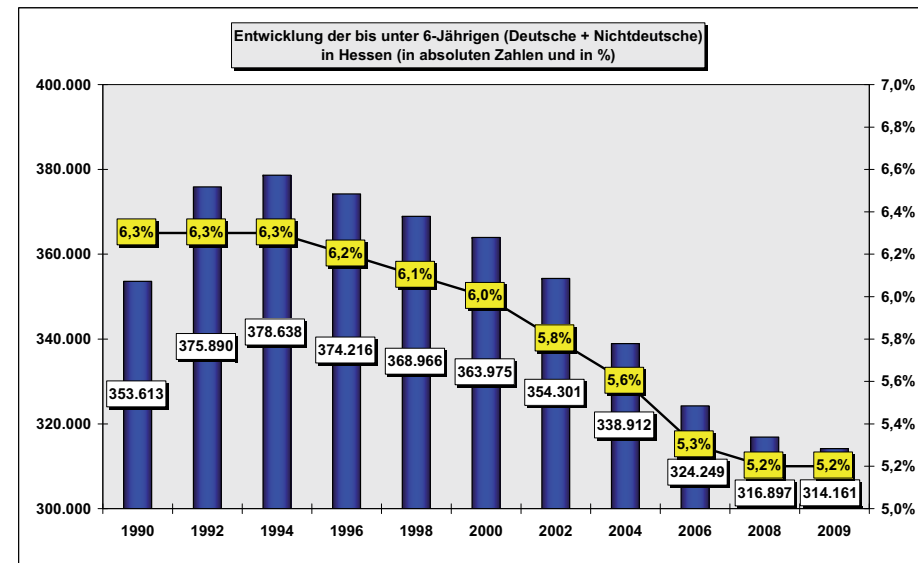
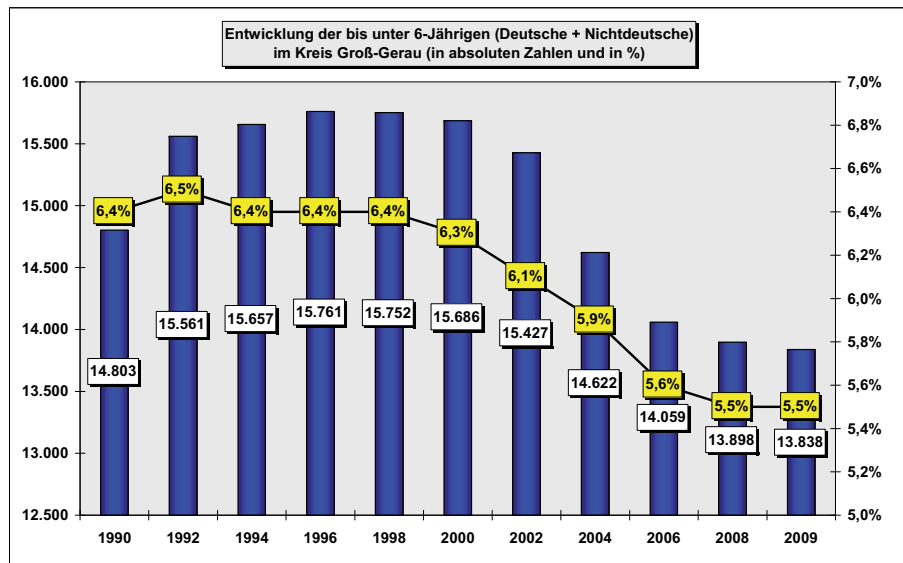


Abb. 6-01: Entwicklung der bis unter 6-Jährigen im Kreis Groß-Gerau von 1990 bis 2009 Deutsche und Nichtdeutsche (in absoluten Zahlen und in %)

Abb. 6-02: Entwicklung der bis unter 6-Jährigen in Hessen von 1990 bis 2009 Deutsche und Nichtdeutsche (in absoluten Zahlen und in %)

Im Kreis lebten 1990 insgesamt 14.803 und 2009 noch 13.838 bis unter 6-Jährige Kinder, was einem Rückgang von 965 bzw. 6,5% entspricht. Seit 1997 geht die Entwicklung der bis unter 6-Jährigen auch in Hessen zurück, von 353.613 im Jahr 1990 auf 314.161 im Jahr 2009, (Rückgang um 39.452 bzw. 11,2%).

6.2 Entwicklung der bis unter 6-Jährigen in Hessen und im Kreis Groß-Gerau (selektiv Nichtdeutsche)

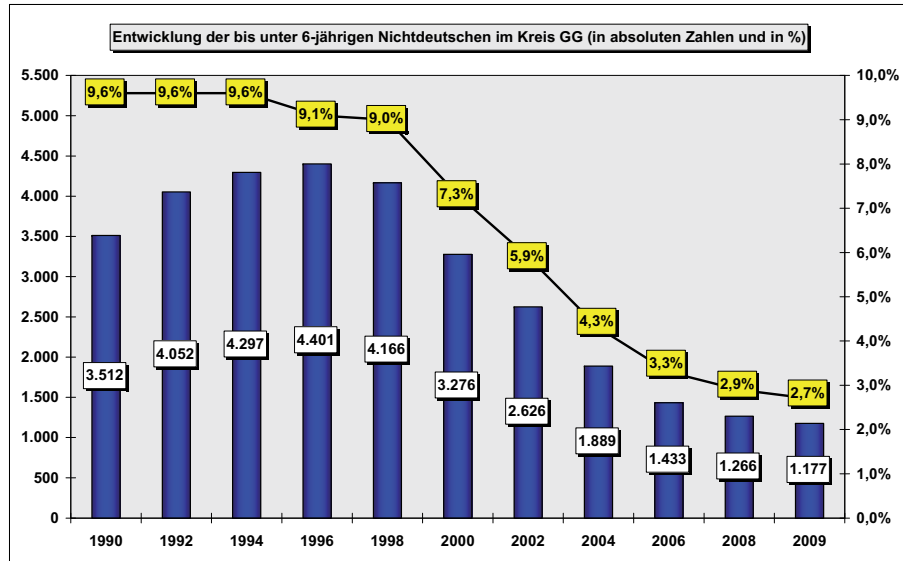


Abb. 6-03: Entwicklung der bis unter 6-jährigen Nichtdeutschen im Kreis Groß-Gerau von 1990 bis 2009 (in absoluten Zahlen und in %)

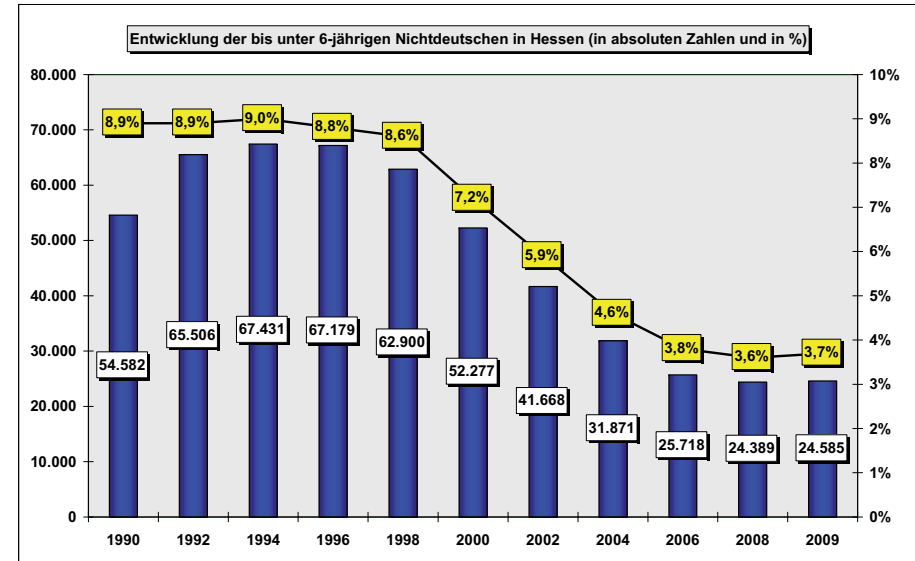


Abb. 6-04: Entwicklung der bis unter 6-jährigen Nichtdeutschen in Hessen von 1990 bis 2009 (in absoluten Zahlen und in %)

Bei den Auswertungen der Bevölkerungsdatenbank des Landes Hessen und auch im Kreis Groß-Gerau werden als „Ausländer“ oder „Nicht-Deutsche“ in allen Altersgruppen die sogenannten „Passausländer“ dargestellt, d.h. die Personen mit der ersten Staatsangehörigkeit „Nicht-Deutsch“. Bei den Neugeborenen ist durch die gesetzliche Veränderung die erste Staatsangehörigkeit in den meisten Fällen inzwischen „deutsch“.

Auch bei den Kindern Nichtdeutscher ist in Hessen und im Kreis Groß-Gerau ein Rückgang zu bemerken. Die Zahlen sind auf Landesebene seit den Höchstwerten dieser Altersgruppe im Jahr 1994 rückläufig, auf Kreisebene seit 1997. Sie sanken im gesamten Beobachtungszeitraum

auf Landesebene von 54.582 im Jahr 1990 auf 24.585 im Jahr 2009 (-55,0%) und
 auf Kreisebene von 3.512 im Jahr 1990 auf 1.177 im Jahr 2009 (-66,5%).

6.3. Entwicklung der 6- bis unter 15-Jährigen in Hessen und im Kreis Groß-Gerau insgesamt

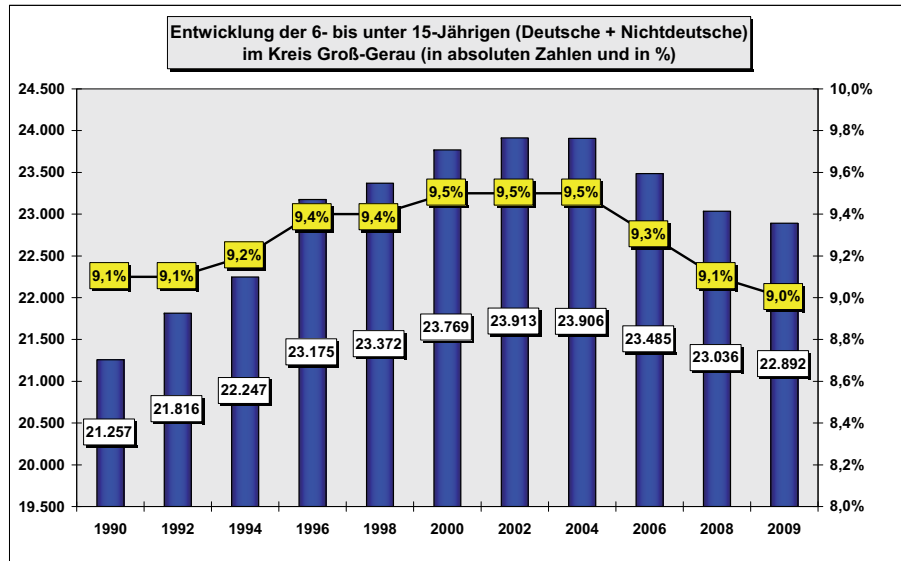


Abb. 6-05: Entwicklung der 6- bis unter 15-Jährigen im Kreis Groß-Gerau von 1990 bis 2009 insgesamt (in absoluten Zahlen und in %)

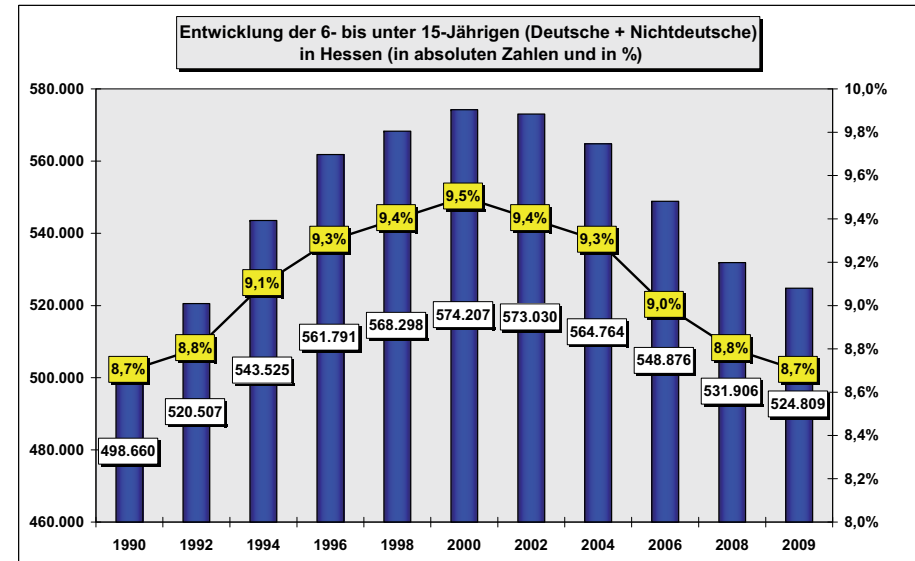


Abb. 6-06: Entwicklung der 6- bis unter 15-Jährigen in Hessen von 1990 bis 2009 insgesamt (in absoluten Zahlen und in %)

Diese Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen (Deutsche und Nichtdeutsche) von 6 bis unter 15 Jahren vergrößerte sich von 1990 bis 2000 in Hessen von 498.660 auf 574.207. Seit 2001 gehen die Zahlen jedes Jahr kontinuierlich zurück bis auf 524.809 im Jahr 2009. Gegenüber dem Jahr 1990 ist dies eine Abnahme von 26.149 oder 5,2%.

Die Entwicklung im Kreis Groß-Gerau zeigt eine Zunahme der 6-bis unter 15-jährigen (Deutsche und Nichtdeutsche) von 21.257 im Jahr 1990 bis zum Jahr 2003 auf 23.985. Es wird deutlich, dass noch drei Jahre länger als auf Landesebene diese Altersgruppe im Kreis Groß-Gerau zu nahm. Ab 2004 gehen die Zahlen allerdings auch hier zurück auf 22.892 im Jahr 2009. Gegenüber dem Jahr 1990 betrug der Rückgang 1.635 oder 7,7% und ist damit sogar stärker als auf Landesebene.

Interessant ist der prozentuale Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung. Auf Landesebene betrug er 1990 8,7% und erreichte im Jahr 2009 wieder den gleichen Wert. Im Kreis Groß-Gerau lag der Anteil im Jahr 1990 mit 9,1% höher als in Hessen, stieg bis zum Jahr 2002 auf 9,5% an und ging im Jahr 2009 auf 9,0% zurück.

6.4. Entwicklung der 6- bis unter 15-Jährigen in Hessen und im Kreis Groß-Gerau (selektiv Nichtdeutsche)

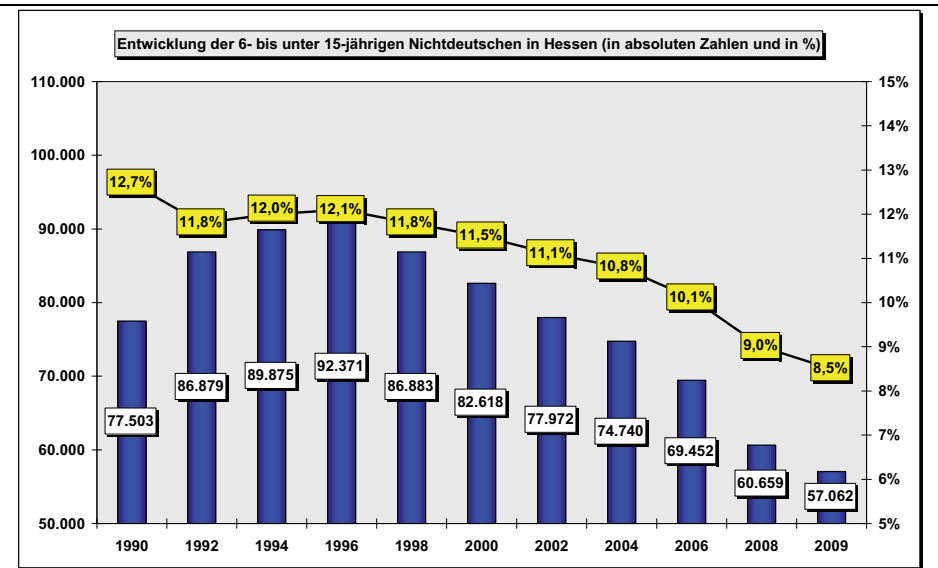
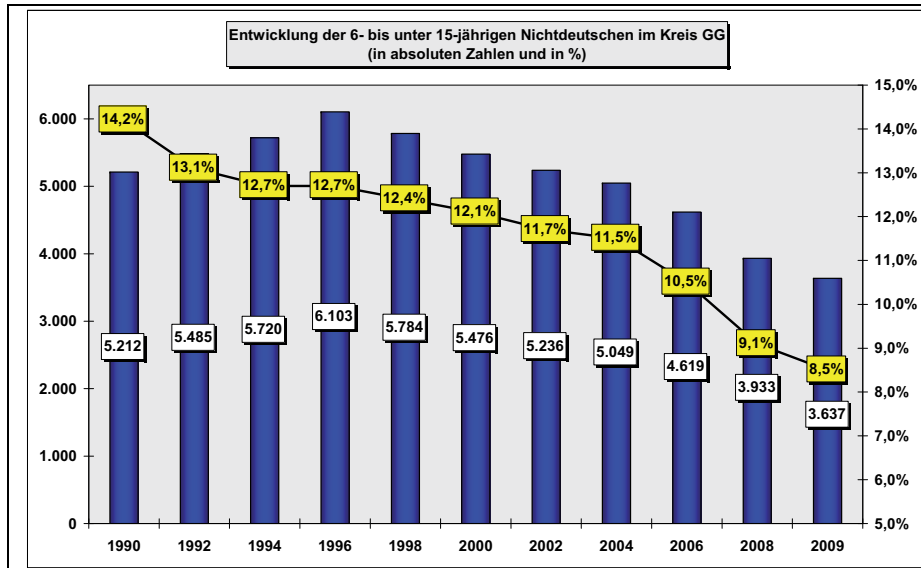


Abb. 6-07: Entwicklung der 6- bis unter 15-jährigen Nichtdeutschen im Kreis Groß-Gerau von 1990 bis 2009 (in absoluten Zahlen und in %)

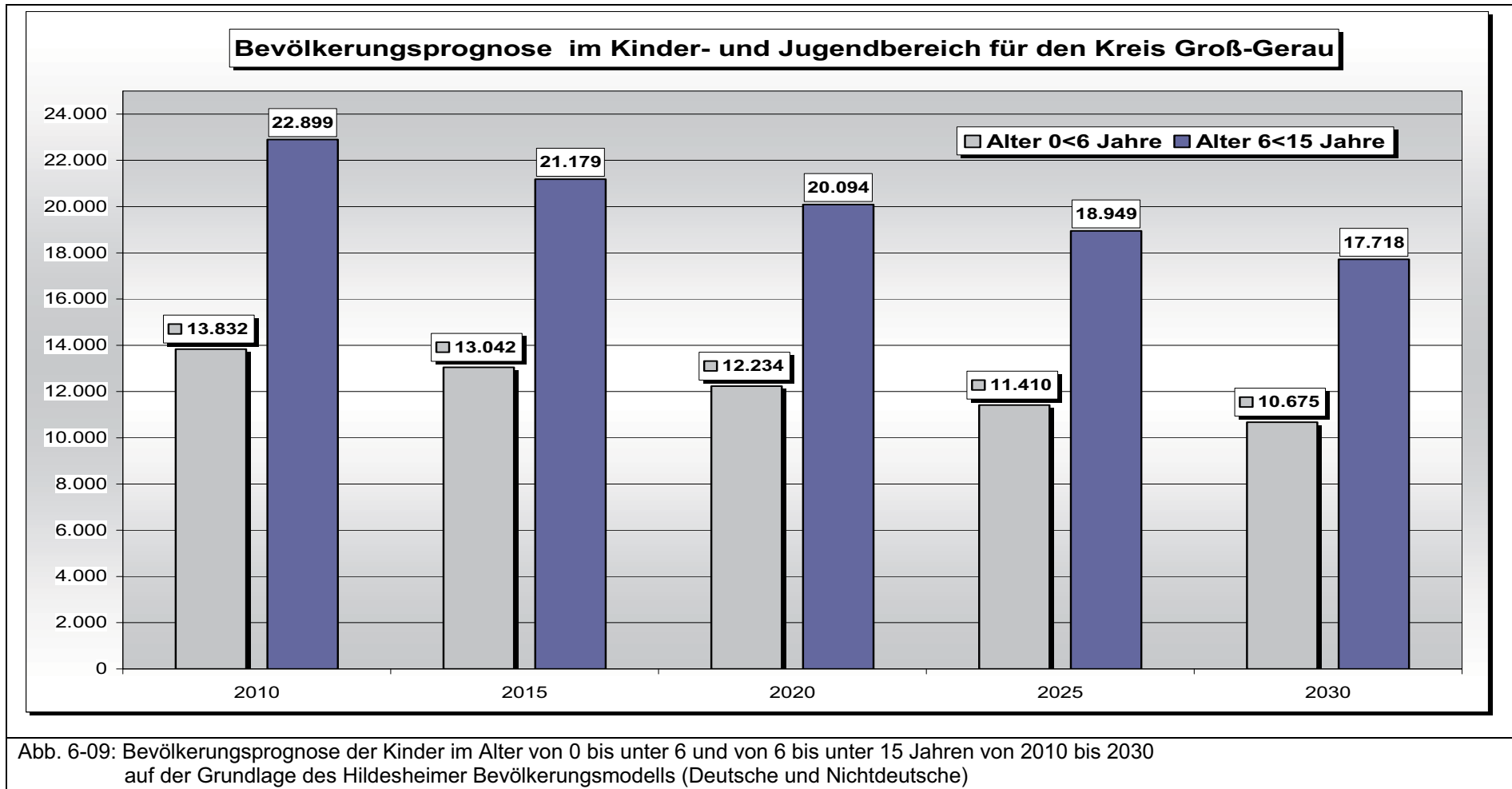
Abb. 6-08: Entwicklung der 6 bis unter 15-jährigen Nichtdeutschen in Hessen von 1990 bis 2009 (in absoluten Zahlen und in %)

Diese Altersgruppe der nichtdeutschen Kinder und Jugendlichen vergrößerte sich von 1990 bis 1996 sowohl auf Landesebene (im Jahr 1996 92.371 Personen) als auch auf Kreisebene (im Jahr 1996 6.103 Personen). Seit 1997 nahmen die Zahlen sowohl in Hessen als auch im Kreis Groß-Gerau kontinuierlich ab und betragen 2009 auf Landesebene noch 57.062 und auf Kreisebene 3.637 Personen.

In Relation zum Ausgangsjahr 1990 (im Land Hessen: 77.503 Personen und im Kreis Groß-Gerau 5.212 Personen) gingen die Zahlen der nichtdeutschen Kinder und Jugendlichen bis 2009 beim Land um 20.441 oder 26,4% und im Kreis um 1.575 oder 30,2% zurück.

Lebten 1990 auf Landesebene noch 12,7% und im Kreis Groß-Gerau 14,2% nichtdeutsche Kinder und Jugendliche von 6 bis unter 15 Jahren, gab es bis zum Jahr 2009 auf Landes- und Kreisebene mit einem Anteil von jeweils 8,5% keinen Unterschied mehr.

6.5 Bevölkerungsentwicklung im Kinder- und Jugendbereich im Kreis Groß-Gerau 2010 bis 2030



Die Prognosen des Hildesheimer Bevölkerungsmodells gehen von den Einwohnerdaten aller vierzehn Kreiskommunen des Jahres 2010 unabhängig von deren Staatsangehörigkeit aus. Die Geburten- und Sterbeziffern des Kreises Groß-Gerau sind in dieser Berechnung eingearbeitet.

Die Bevölkerungsprognose bis zum Jahr 2030 zeigt für beide Altersgruppen durch die insgesamt zurückgehende Einwohnerzahl einen deutlichen Rückgang. Wir rechnen in den kommenden zwanzig Jahren mit einem Rückgang von 23,0% sowohl bei den unter 6-jährigen Kindern als auch bei den 6- bis unter 15-Jährigen.

7 Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen

In den Landesgesetzen über den Öffentlichen Gesundheitsdienst werden durchweg Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und damit der Gesundheitsämter definiert.

Im Hessischen Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) heißt es in § 1 Absatz 1: „Der Öffentliche Gesundheitsdienst fördert und schützt die Gesundheit der Bevölkerung.“

Und weiter in § 1 Absatz 2 HGöGD: „Zur Erreichung dieses Ziels hat der Öffentliche Gesundheitsdienst insbesondere die Aufgabe, Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu veranlassen und zu koordinieren.“

§ 10 Absatz 1 HGöGD äußert sich zur Kinder- und Jugendgesundheit wie folgt: „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 Gesundheitsämter beraten Schülerinnen und Schüler, deren Sorgeberechtigte und die Schulen zu gesundheitlichen Fragen, die den Schulbesuch betreffen.“

Gesundheitsförderung ist der umfassende Begriff für alle Maßnahmen, die Gesundheit fördern und Krankheit verhüten. Sie umfasst Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung der Gesundheitsressourcen und Gesundheitspotenziale der Menschen erreicht werden sollen.

Das Konzept der Gesundheitsförderung wurde am 21. November 1986 im kanadischen Ottawa zum Abschluss der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt und in der sogenannten „Ottawa-Charta“ zusammengefasst. In Deutschland wurde das Konzept 1991 von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) aufgegriffen (WHO, 1986).

Gesundheitsförderung nach dem Verständnis der WHO setzt bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen des Menschen auf allen gesellschaftlichen Ebenen an. Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen, die sowohl auf die Veränderung und Förderung des individuellen und des kollektiven Gesundheitsverhaltens als auch der Lebensverhältnisse abzielen.

Das gesundheitspolitische Leitbild wird als Umorientierung von der Verhütung von Krankheiten zur Förderung von Gesundheit beschrieben und orientiert sich an dem Konzept der Salutogenese, das von Aaron Antonovsky entwickelt wurde. Dieses Konzept fragt nicht nach den Ursachen von Erkrankungen, sondern nach den Gründen, warum Menschen gesund bleiben oder es wieder werden. Damit löst es sich vom klassischen medizinischen Verständnis, welches eher nach dem Entstehen und den Bedingungen des Verbleibs von Krankheit fragt und somit pathogenetisch geprägt ist. Die Ottawa-Charta beschreibt drei grundsätzliche Handlungsstrategien und fünf Handlungsfelder:

Handlungsstrategien (WHO,1986)

- Die Anwaltschaft für Gesundheit („advocate“), d. h. das Eintreten für Gesundheit durch Beeinflussung politischer, biologischer und sozialer Faktoren.
- Befähigen („enable“), d. h. Kompetenzförderung mit dem Ziel, Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern und größtmöglichstes Gesundheitspotenzial zu verwirklichen.
- Vermitteln und Vernetzen („mediate“), d. h. Kooperation mit allen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens.

Handlungsfelder

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
(Berücksichtigung aller fördernden und hindernden Faktoren in der Politik und Verwaltung)
- Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen
(Unterstützende Umweltbedingungen schaffen, um so Ressourcen für Gesundheit zu fördern)
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen
(Stärkung lokaler Aktivitäten, Stärkung von Bürgern und Patienten, um so die Selbsthilfe zu fördern)
- Persönliche Kompetenzen entwickeln
(Grundlegend ist die Gesundheitserziehung, jedoch mit dem Zusatz, die persönlichen und sozialen Fähigkeiten mehr zu beachten)
- Gesundheitsdienste neu orientieren
(Es wird von den Gesundheitsdiensten erwartet, mehr Selbstverständnis und mehr Orientierung an die persönlichen Bedürfnisse von Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit zu legen)

Eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung ist der Setting-Ansatz. Als Setting werden die Lebensbereiche verstanden, in denen die Menschen einen Großteil ihrer Lebenszeit verbringen, so zum Beispiel am Arbeitsplatz, in der Schule oder im sozialen Wohnumfeld.

Die Schule wird als wichtigstes Setting der Gesundheitsförderung gesehen, weil durch sie ein großer Teil der Bevölkerung über viele Jahre hinweg erreichbar ist. Die besondere Bedeutung der Schule basiert auch auf der Erkenntnis, dass das Wissen, die Einstellung und die Verhaltensweisen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit bereits im frühen Kindesalter erworben werden und prägend für den weiteren Lebensverlauf sind.

Im Gegensatz zur Gesundheitsförderung geht es bei der Prävention um die Verhütung von Krankheiten und zielt auf das frühzeitige Erkennen von Gesundheitsrisiken.

Primärprävention zielt auf die Verhinderung von Krankheit durch gesundheitsgerechte Verhaltensweisen. Die Durchführung von Schutzimpfungen mit dem Ziel der Verhütung von Infektionskrankheiten ist eine klassische Maßnahme der Primärprävention.

Sekundärprävention meint die Früherkennung von bereits bestehenden Krankheiten (Bluthochdruck, Haltungsschäden, u. a.) oder Krankheitsanlagen (Stoffwechselstörungen, u. a.), wie sie bei den gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorgescreenings ab der Geburt für den frühkindlichen Bereich, bei der Schuleingangsuntersuchung für die Vorschulkinder oder fakultativ bei den Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene festgestellt werden können. Aus dieser durch Vorsorgeuntersuchungen gewonnenen Erkenntnis kann nachfolgend die Entstehung einer ernsthaften Krankheitsmanifestation verhindert werden.

Tertiärprävention soll das Fortschreiten oder das Auftreten von Komplikationen bei einer bereits bestehenden Erkrankung vermeiden bzw. verzögern. Im engeren Sinne steht hier die Vermeidung bzw. Linderung von Einschränkungen und Funktionseinbußen als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls im Mittelpunkt („Rehabilitation“). Insbesondere bei der Sekundär- und Tertiärprävention bestehen fließende Übergänge zur Behandlung von Krankheiten.

Verhaltensprävention hat zum Ziel, eine gesundheitsfördernde Verhaltensweise zu erreichen und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen auszuschalten. Die Verhaltensprävention ist immer personenbezogen.

Demgegenüber ist die **Verhältnisprävention** eine gesundheitsgerechte Gestaltung des Lebensumfelds des Menschen, von der Luftreinhaltung über die Unfallverhütung bis hin zum bewegungsfreundlichen Schulhof. Die Verhältnisprävention ist umweltbezogen.

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

- Gesundheitsförderung in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder
- Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen mit dem Ziel, psychische oder physische Beeinträchtigungen frühzeitig zu erkennen und spezielle Fördermaßnahmen oder medizinische Behandlungen einzuleiten. (Primär- und Sekundärprävention)
- Reduzierung der Folgeschäden bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen durch sozialpädiatrische Hilfen mit dem Ziel, notwendige Hilfs- und Behandlungsmaßnahmen zu initiieren (Tertiärprävention)
- Beratung der öffentlichen Entscheidungsträger – unter anderem in Form der Gesundheitsberichterstattung (GBE)

Gesundheitliche Prävention und Gesundheitsförderung sind somit wichtige Aufgaben des Fachdienstes Kinder- und Jugendärztlicher Dienst im Fachbereichs Gesundheit und Verbraucherschutz. In den vergangenen Jahren wurden bereits bei Themenwochen in einzelnen Schulen Seh- und Hörtests angeboten und in Kindergärten und Schulen Projekte zur gesunden Ernährung und gesundem Frühstück durchgeführt.

8 Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Kreises Groß-Gerau hat seine Aufgabenschwerpunkte im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Die gesunde altersgerechte Entwicklung der Kinder steht hierbei im Zentrum aller Bemühungen.

Aufgaben des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes (KJÄD)

Einschulungsuntersuchung

Die Hauptaufgabe ist die Durchführung der Einschulungsuntersuchung (S1). Im Rahmen dieser Untersuchung werden flächendeckend alle Kinder untersucht, die zum nächstmöglichen Termin eingeschult werden sollen - einschließlich der sogenannten „Kann-Kinder“. Laut § 58 des Hessischen Schulgesetzes (HSchG) beginnt für alle Kinder, die bis zum 30. Juni das sechste Lebensjahr vollenden, am 01. August die Schulpflicht. Kinder, die nach dem 01. Juli das sechste Lebensjahr vollenden, können auf Antrag der Eltern in die Schule aufgenommen werden („Kann-Kinder“).

Begutachtungen und Atteste

- Amtsärztliche Atteste zur Feststellung der Schulsportfähigkeit
- Amtsärztliche Atteste zur Feststellung der Prüfungsfähigkeit
- Stellungnahmen bei Fragen zur Schulwegbegleitung
- Stellungnahmen bei Fragen zur Schulwegbeförderung
- Stellungnahmen für das Staatliche Schulamt auf Auftrag – bspw. das Ruhen der Schulpflicht, Ausschulung, u. a.
- Sozialpädiatrische Stellungnahmen zu Maßnahmen der Eingliederungshilfe (bspw. Einzelintegrationsmaßnahmen, Integrationshelfer, Heilmittelversorgung, u. a.)
- Begutachtung bei Verdacht auf Misshandlung

Individualmedizinische Leistungen

- Impfberatungen - flächendeckend bei der S1 und individuell auf Anfrage
- Beratungsangebot für Eltern mit behinderten Kindern
- Ernährungsberatung auf Wunsch bei der S1

Arbeitsmedizinische Leistungen

- Infektionshygienische Fragestellungen
- Schulbetriebliche Angelegenheiten

Präventivmedizinische Leistungen

- Intensive Begleitung der Förderschulen bei medizinischen Fragen
- Unterstützung der Schulen bei Gesundheitsprojekten
- Schulabgängeruntersuchung an Förderschulen

Frühe Hilfen

Hilfe, Beratung und Unterstützung für Eltern von Neugeborenen und Kleinkindern bis zum 3. Lebensjahr

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst ist für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr immer dann zuständig, wenn es um gesundheitliche Fragenstellungen geht. Er ist somit ebenso Ansprechpartner für Schulen und Kindertagesstätten wie auch für die verschiedensten Ämter und Institutionen.

Ziele sind dabei:

- die Vermeidung von gesundheitlichen Fehlentwicklungen
- die Vermeidung von Lernstörungen
- die Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten
- die Beratung bei Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder mit Behinderungen
- eine Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten und Therapeuten
- die Beratung von öffentlichen Verwaltungen und die interdisziplinäre Kooperation zwischen Fachverwaltung, Einrichtungen und Initiativen, die Kinder und Jugendliche unterstützen

Neben den sozialpädiatrischen Stellungnahmen zu gesundheitlichen Entwicklungen, Erkrankungen oder Behinderungen, liegt die überwiegende präventive Arbeit im Bereich der Schuleingangsuntersuchung und wird durch eine intensive Beratung der Eltern und Schulleitungen umgesetzt.

Ziel der Einschulungsuntersuchung (S1)

Ziel der Einschulungsuntersuchung (S1) ist die frühzeitige Erkennung von kindlichen Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen, die die kindlichen Lern- und Arbeitsleistungen in der Schule beeinträchtigen können. Die gesetzlichen Grundlagen stehen im Hessischen Schulgesetz, im Hessischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, in § 34 Absatz 11 Infektionsschutzgesetz und im Hessischen Datenschutzgesetz (siehe Einführung Kapitel 8).

Im Schnitt werden pro Jahr ca. 2.500 Kinder von zwei Ärztinnen des KJÄD untersucht. Für jedes Kind stehen 50 Minuten zur Verfügung (25 Minuten bei der Arzthelferin und 25 Minuten bei der Ärztin). Die Untersuchung beginnt im Herbst und endet meist im Juli des jeweiligen Einschulungsjahres. Untersucht werden alle schulpflichtigen Kinder einschließlich der Vorklassenkinder und der vorzeitig einzuschulenden Kinder („Kann-Kinder“). Die Untersuchungen finden in den einzelnen Schulen oder direkt im Gesundheitsamt statt.

Die schulärztlichen Untersuchungsinhalte und -abläufe orientieren sich an den „Arbeitsrichtlinien für die jugendärztliche Untersuchung und Dokumentation“ des Hessischen Sozialministeriums (siehe Einführung Kapitel 8). Dadurch wird gewährleistet, dass für jedes Einschulungskind der Gesamtentwicklungsstand nach einem standardisierten Verfahren erhoben wird.

Eine Schuleingangsuntersuchung läuft folgendermaßen ab:

Die Eltern bekommen durch die Schule den Untersuchungstermin für ihr Kind in schriftlicher Form mitgeteilt. Mit dem Termin erhalten sie auch einen Fragebogen mit der Bitte, diesen auszufüllen und zusammen mit dem Vorsorgeheft und dem Impfpass zur Untersuchung mitzubringen.

Nach der Anmeldung beginnt die Untersuchung bei der Arzthelferin mit einem Seh- und Hörtest (siehe Kapitel 9.1.7 und 9.1.8). Anschließend misst die Arzthelferin den Blutdruck, die Größe und das Gewicht (siehe auch Thema „Übergewicht/Adipositas“ in den Kapiteln 9.1.9 und 9.1.10).

Danach wird die Grobmotorik bzw. Körperkoordination getestet. Hierfür hüpfte das Kind auf einer Matte mit beiden Füßen zehn Sekunden hin und her. Die Zeit wird von einer Arzthelferin gestoppt und die Sprünge von ihr gezählt (siehe Kapitel 9.1.12). Ferner wird mittels verschiedener Materialien auf spielerische Weise die Farben-, Formen- und Mengenerfassung des Kindes analysiert.

Nachdem alle Ergebnisse auf einem Dokumentationsbogen eingetragen wurden, schließt sich die ärztliche Untersuchung an. Während der Voruntersuchungen bei den Assistenten schaut die Ärztin den Impfpass, das Vorsorgeheft und den Anamnesebogen durch (siehe Kapitel 9.1.4 bis 9.1.6). Bei ihr werden danach die auditive Wahrnehmung und die Hörmerkfähigkeit mit dem Nachsprechen von „Pseudowörtern“ und ganzen Sätzen überprüft (siehe Kapitel 9.1.15 und 9.1.16).

Anschließend wird dem Kind ein Bild gezeigt und es beschreibt die darin enthaltenen Szenen. Erfasst werden dabei sowohl die Artikulation als auch die deutsche Grammatik und das Sprachverständnis (siehe Kapitel 9.1.14). Die visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung wird darüber hinaus mit Bilderreihen getestet.



Abb. 8-01 Test bei der Schuleingangsuntersuchung zu den feinmotorischen Fähigkeiten

Wichtig für einen guten Schulstart sind die visuomotorischen bzw. feinmotorischen Fähigkeiten (siehe Kapitel 9.1.13). Hierzu malt das Kind in einem ersten Testteil unfertige Formen fertig. Im zweiten Teil bekommt es drei Formen gezeigt, die es möglichst genau abzeichnet. Während das Kind malt, wird auf die Stifthaltung und die Graphomotorik geachtet.

Ferner erfolgt bei allen Kindern auch eine körperliche Untersuchung und Diagnostik. Im Anschluss an die gesamte Untersuchung werden die erhobenen Befunde einschließlich medizinischer Einschätzung zur anstehenden Einschulung und zu Impfeempfehlungen mit den Eltern besprochen. Die Beratungsintensität richtet sich nach dem individuellen Bedarf. Die SEU endet mit der Erstellung eines „Schulinfobriefes“.

Die (zumindest auffälligen) Untersuchungsergebnisse werden zu einem späteren Zeitpunkt mit der jeweils zuständigen Schulleitung besprochen und der an sie ausgehändigte „Schulinfobrief“ zur Schülerakte jedes Kindes geheftet.

Die Arzthelferinnen tragen die erhobenen Befunde in eine Datenbank ein, welche dann an das Hessische Statistische Landesamt zu statistischen (anonymisierten) Auswertungszwecken versandt wird.

9 Daten der Schuleingangsuntersuchungen in den Jahren 2004 bis 2009

Schon seit mehreren Jahren dient die ärztliche Schuleingangsuntersuchung (SEU) nicht mehr alleine der Feststellung der „Schulfähigkeit“. Vielmehr ist sie zu einem Instrument der individuellen Früherkennung kindlicher Entwicklungsauffälligkeiten und -störungen, chronischer Krankheiten sowie Behinderungen im Vorschulalter geworden. Werden durch die Screening-Untersuchung körperliche, geistige oder psychosoziale Defizite festgestellt, kann eine weitergehende Diagnostik eingeleitet oder entsprechende Fördermaßnahmen empfohlen werden.

Die Ärztinnen und Ärzte haben im Rahmen des Schulaufnahmeverfahrens eine wichtige Beraterfunktion gegenüber den Erziehungsberechtigten und den Schulen. Ziel ist es, ein Leistungsversagen im Unterricht durch die Über- oder Unterforderung des jeweiligen Kindes zu verhindern. Darüber hinaus liefern die Ärztinnen und Ärzte durch die Dokumentation und Weiterleitung der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung die Grundlage für einen kreisbezogenen oder landesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. Auf diese Weise können Gesundheitsförderungsprozesse sowohl in Kindertageseinrichtungen und Schulen als auch auf den verschiedenen politischen Ebenen geplant und überprüft werden.

Die Schuleingangsuntersuchung ist die einzige Reihenuntersuchung, die für alle Kreise und kreisfreien Städte und somit auch für das Land Hessen einen einheitlichen Überblick über den Gesundheits- und Entwicklungszustand der Kinder liefert. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, dass diese Untersuchung den fachlichen Anforderungen entspricht und die Ergebnisse genau, verlässlich und vergleichbar sind.

Jedes schulpflichtige Kind nimmt gemäß § 71 des Hessischen Schulgesetzes, § 10 des Hessischen Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und § 2 der Verordnung über die Zulassung und die Ausgestaltung von Untersuchungen und Maßnahmen der Schulgesundheitspflege des Hessischen Sozialministeriums an der Schuleingangsuntersuchung teil. Diese beinhaltet neben der körperlichen Untersuchung einschließlich eines Seh- und Hörtestes auch die Feststellung des allgemeinen Entwicklungsstandes, der Sprachentwicklung und eine Verhaltensbeobachtung. Zusätzlich werden eine auditive und visuelle Wahrnehmungsdiagnostik sowie regelmäßig bei jedem Schulanfänger eine Impfberatung durchgeführt. Die Untersuchungen erfolgen durch die Mitarbeiter des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamts.

Eine eigens dafür eingerichtete Arbeitsgruppe im Hessischen Sozialministerium hat im Oktober 2007 ein Handbuch zur Schuleingangsuntersuchung („SEU-Handbuch“) erstellt, in welchem die Durchführung und die Dokumentation der Untersuchung festgelegt wurden. Dieses Manual dient auf der Basis eines Erlasses des Hessischen Sozialministeriums vom 29. Oktober 2007 als Arbeitsanweisung für alle Gesundheitsämter, womit landesweit ein standardisiertes Erhebungsinstrument zur Verfügung steht. Es definiert ferner die bei der Untersuchung abgefragten Punkte (sogenannte „Indikatoren“) und bildet die Grundlage der hier vorgestellten Daten. Eine Aktualisierung des Handbuchs erfolgte im Dezember 2008. Aus dem sehr umfangreichen Indikatorenkatalog wurden für diesen Bericht nur die interessantesten Parameter herausgesucht. Sie können nicht nur als Ausgangspunkt weiterer Recherchen und ggf. auch von Präventionsprojekten dienen, sondern auch die zu jeglicher Sozialplanung erforderlichen anderweitigen Steuerungsinstrumente („Monitore“) des Kreises Groß-Gerau wirksam ergänzen.

In den Tabellen unterhalb der Grafiken werden die bereits vollzogenen Untersuchungsjahre für die jeweils darauf folgenden Schuljahre dargestellt. Die Informationen beispielsweise zum Jahr 2004 fassen jene Vorschüler zusammen, die vom Herbst 2003 bis zum Sommer 2004 (für das dann beginnende Schuljahr 2004/2005) untersucht wurden.

Aufgrund eines HSM-Erlasses vom 31. Oktober 2005 sollte mit sofortiger Wirkung seit Herbst 2005 die Erfassung des Entwicklungsstandes der Vorschüler hessenweit anhand eines ebenfalls vom Hessischen Sozialministerium vorgegebenen „Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen“ („S-ENS“) erfolgen, allerdings stufenweise mit zunächst nur mindestens 50% der untersuchten Schüler und ab Herbst 2006 planmäßig zu 100%. Es stellte sich aber heraus, dass sich die Planvorgabe aufgrund von damit verbundenen Datenbank- bzw. Dokumentationsumstellungen realistischerweise erst ab Herbst 2006 umsetzen ließ.

Mit dem Screening steht erstmals ein einheitliches und vor allem objektives Verfahren zur orientierenden Überprüfung von allgemeinen und umschriebenen Entwicklungsstörungen zur Verfügung. Der Test umfasst die Entwicklungsbereiche Körperkoordination, Visuomotorik (Fähigkeit zur Gestaltreproduktion), visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung, Sprachkompetenz und auditive Informationsverarbeitung sowie Artikulation.

Die Indikatoren bleiben zum Teil nicht über den gesamten Beobachtungszeitraum konstant, sondern können sich bisweilen hinsichtlich der Erfassungsmethodik oder der Definitionsgrundlagen ändern. Hierauf wird in den jeweiligen Detaildarstellungen eingegangen.

Für die Erfassung der Migranten steht seit dem Handbuch zur Schuleingangsuntersuchung Ende 2007 eine standardisierte Definition seitens des Hessischen Sozialministeriums zur Verfügung. Diese soll den kulturellen und sprachlichen Einfluss des Elternhauses dokumentieren. Vorher erfolgte eine „weiche“ Erfassung gemäß subjektivem Untersuchereindruck.

Ein Migrationshintergrund besteht laut Definition des Hessischen Sozialministeriums

- wenn beide Elternteile oder der allein erziehende Elternteil einer anderen Ethnie angehört.
- Bei Mischehen ist ein Migrationshintergrund zu dokumentieren, wenn der nicht-deutsche Elternteil kulturell oder sprachlich stark prägt.

Im nachfolgenden Kapitel 9.1 werden alle Indikatoren auf Landkreis- und Landesebene jeweils jährlich nach Gesamtanzahl, Geschlecht und Migrationsstatus genannt und die prozentualen Werte des Kreisgebiets mit den jeweils korrespondierenden hessischen Daten verglichen.

Im Kapitel 9.2 werden dieselben Parameter innerhalb des Kreisgebiets regional analysiert, da bei Merkmalshäufungen im Kreisgebiet oft die Frage nach statistisch fassbaren Merkmalen auftaucht. Soweit möglich bzw. statistisch zulässig und/oder sinnvoll, werden die Daten auf Städte- und Gemeindeebene vorgestellt. Wo diese Möglichkeit nicht gegeben ist oder wegen zu geringer Fallzahlen sogar datenschutzrechtliche Bedenken auftauchen, werden die Daten sowohl zeitlich als auch topographisch (regional) zusammengefasst dargestellt.

9.1 Indikatoren des Kreises Groß-Gerau im Vergleich zum Bundesland Hessen

9.1.1 Anzahl aller untersuchten Vorschulkinder

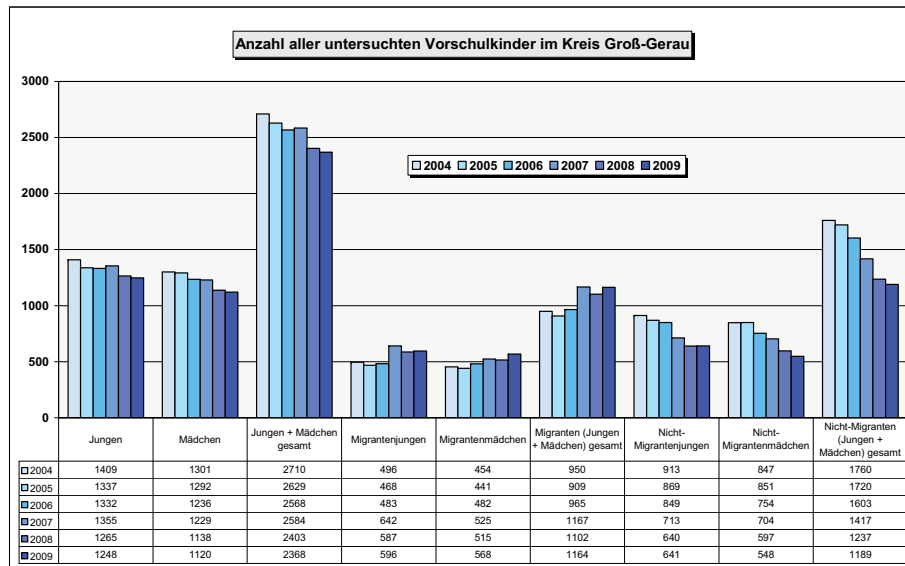


Abb. 9-01: Untersuchte Vorschulkinder im Kreis Groß-Gerau 2004 bis 2009

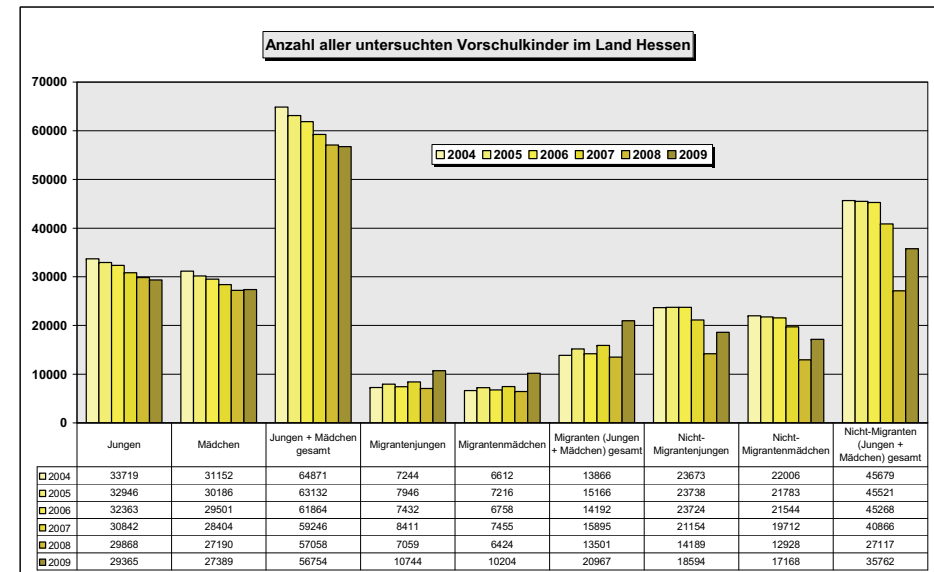


Abb. 9-02: Untersuchte Vorschulkinder in Hessen 2004 bis 2009

Bei der Entwicklung der Untersuchungsanzahl der Jahre 2004 bis 2009 im Kreis Groß-Gerau fällt ein Rückgang der Untersuchungszahlen von 2.710 auf zuletzt 2.368 Kinder auf (-342 bzw. -12,6%). Geschlechtsspezifisch ist bei den Jahrgängen ein Überhang von ca. 100 bis 130 Jungen festzustellen. Allerdings stieg die Migrantenpopulation von 2004 (950) bis 2009 (1.164) um 214 bzw. 22,5% an, während sich die Nicht-Migranten von 1.760 im Jahr 2004 auf 1.189 im Jahr 2009 und somit um 571 Fälle bzw. 32,4% zurückentwickelten.

Vergleicht man die Daten des Kreises Groß-Gerau mit denen des Landes Hessen, lassen sich die Trends auch hier wiederfinden und bestätigen. Die Fallzahlen gingen von 64.871 im Jahr 2004 (bei ebenfalls leichtem Jungen-Überhang) auf 56.754 im Jahr 2009 zurück (-8.117 bzw. -12,5%). Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Migrantenkinder von 13.866 im Jahr 2004 auf 20.967 im Jahr 2009 (+7.101 bzw. +51,2%).

Bei genauer Betrachtung fällt insbesondere in den beiden letzten Beobachtungsjahren zunächst ein Rückgang auf 13.501 und dann ein enormer Anstieg auf zuletzt 20.967 Kinder auf. Dies erklärt sich aber nicht mit einer entsprechend vorangegangenen Geburtenentwicklung, sondern mit einem statistischen Erfassungsproblem auf Landesebene. Während in Groß-Gerau der Migrationshintergrund immer schon relativ kontinuierlich erfasst wurde, ist dies in mehreren anderen Landkreisen im Grunde erst ab dem Jahr 2009 der Fall. Das diesbezügliche geänderte Meldeverhalten ist landesweit daher erst ab dem Jahr 2009 statistisch belastbar verwertbar.

9.1.2 Anteil der untersuchten Vorschulkinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft

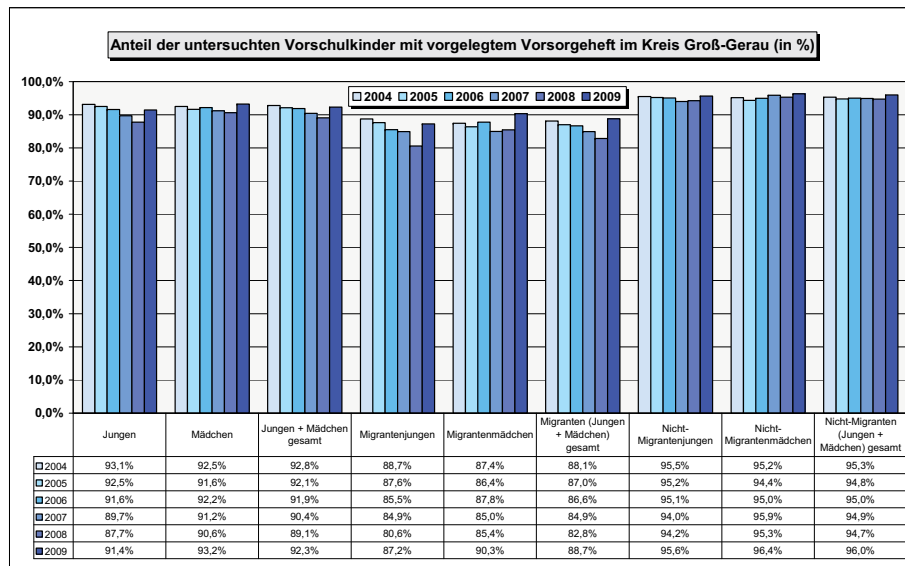


Abb. 9-03: Anteil der Vorschulkinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft im Kreis Groß-Gerau 2004 bis 2009

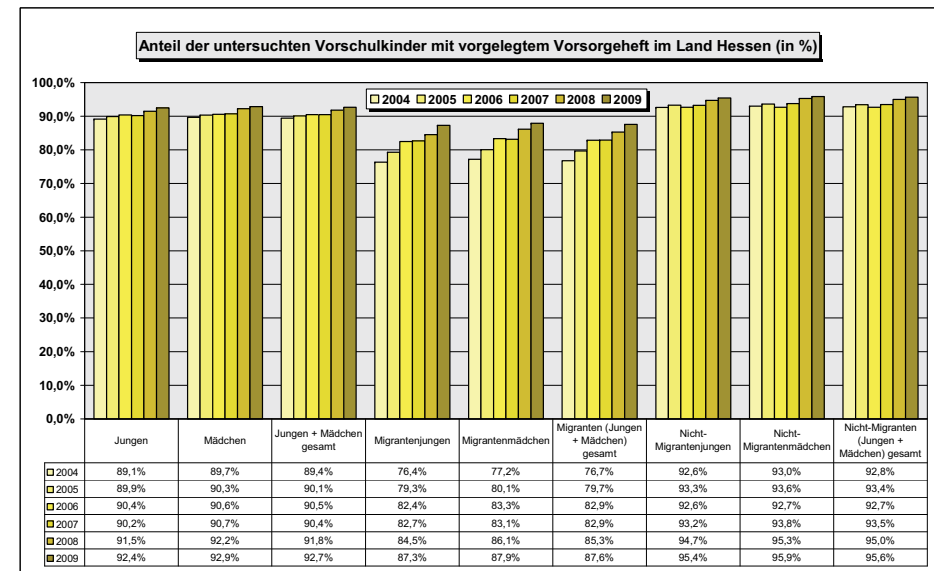


Abb. 9-04: Anteil der Vorschulkinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft in Hessen 2004 bis 2009

Bei der Entwicklung der Jahre 2004 bis 2009 im Kreis Groß-Gerau fällt wie bei den Gesamt-Untersuchungszahlen ein Rückgang des bei der Schuleingangsuntersuchung vorgelegten Vorsorgeheftes von 2.515 auf zuletzt 2.185 Kinder auf (-330 bzw. -13,1%). Dies war sowohl im Kreisgebiet als auch landesweit bei etwa 90,0% der Kinder der Fall.

Es wird deutlich, dass die Eltern von Migrantenkindern das Vorsorgeheft seltener vorlegten (immer unter 90,0%) als Eltern einheimischer Kinder (stets um die 95,0%). Geschlechtsspezifisch ist bei den Jahrgängen ein Überhang von ca. 100 bis 130 Jungen festzustellen. Allerdings stieg die Anzahl der Migranten von 2004 (950) bis 2009 (1.164) um 214 Personen bzw. 22,5% an, während sich die Nicht-Migranten von 1.760 im Jahr 2004 auf 1.189 im Jahr 2009 und somit um 571 bzw. 32,4% zurück entwickelten.

Vergleicht man die Daten des Kreises Groß-Gerau mit denen des Landes Hessen, lassen sich die Trends auch hier wiederfinden und bestätigen. Die Fallzahlen gingen von 64.871 im Jahr 2004 (bei ebenfalls leichtem Jungen-Überhang) auf 56.754 im Jahr 2009 zurück (-8.117 bzw. -12,5%). Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Migrantenkinder von 13.866 im Jahr 2004 auf 20.967 im Jahr 2009 (+ 7.101 bzw. +51,2%).

9.1.3 Migrationshintergrund des Elternhauses

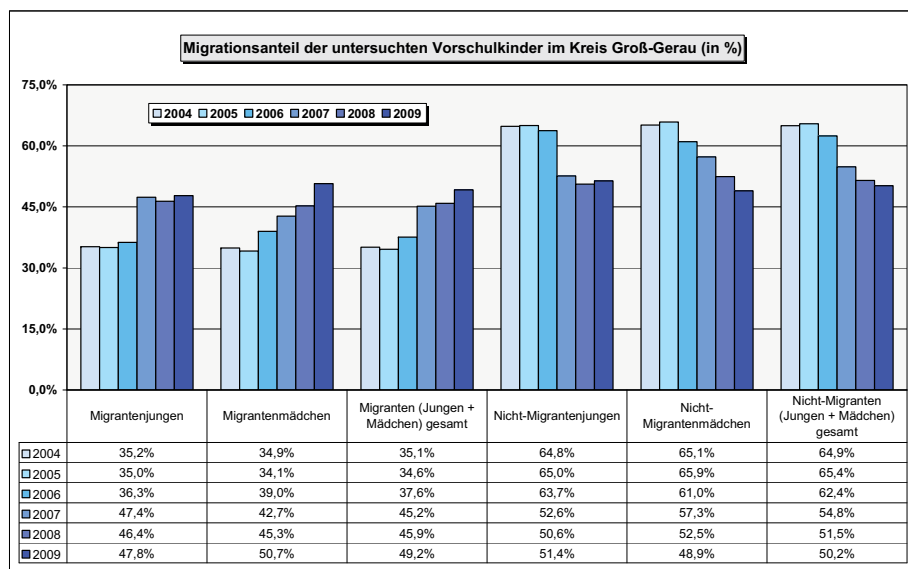


Abb. 9-05: Migranten-Anteil der Vorschulkinder in Groß-Gerau 2004 bis 2009

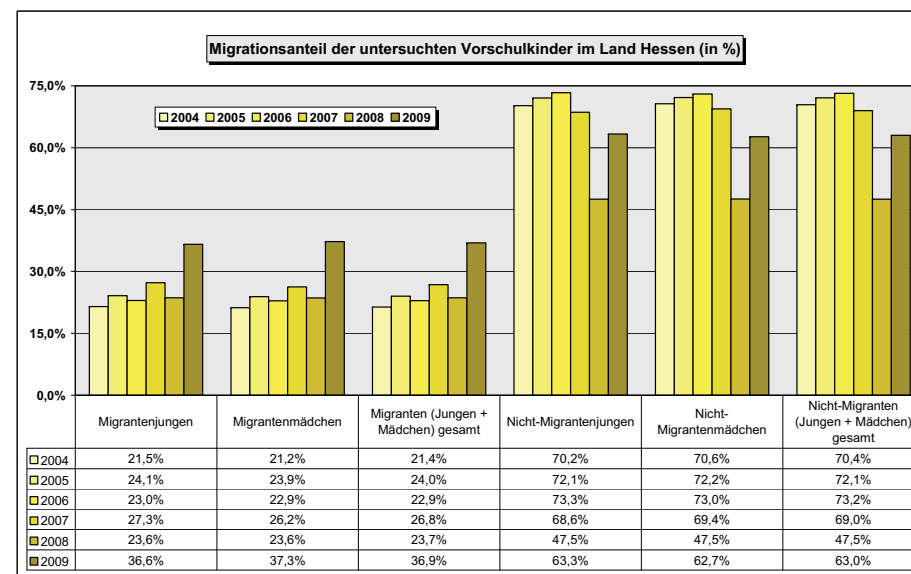


Abb. 9-06: Migranten-Anteil der Vorschulkinder in Hessen 2004 bis 2009

Der Migrantenanteil der untersuchten Vorschulkinder im Kreis Groß-Gerau stieg ab dem Jahr 2004 von 35,1% kontinuierlich auf 49,2% im Jahr 2009 an. Im selben Zeitraum entwickelte sich der Anteil der Nicht-Migranten von 64,9% auf 50,2% zurück. Somit hatten im Jahr 2009 fast die Hälfte der eingeschulten Mädchen und Jungen im Kreisgebiet einen Migrationshintergrund. Geschlechtsspezifisch ist auch hier überwiegend ein leichter Jungen-Überhang festzustellen.

Vergleicht man die Zahlen des Kreises Groß-Gerau mit dem Land Hessen, ist der Trend gleich, die prozentualen Werte sind dort jedoch niedriger. So hatten im Jahr 2004 landesweit 21,4% der untersuchten Vorschulkinder einen Migrationshintergrund, im Jahr 2009 waren es 36,9% (also etwas mehr als ein Drittel aller Einschulungskinder). Die Zahl der Kinder ohne Migrationshintergrund sank im gleichen Zeitraum von 70,4% auf 63,0%. Die Geschlechterverteilung präsentiert sich auf Landesebene weitgehend ausgeglichen.

Bezogen auf die sprachlich-ethnische Herkunft der Eltern stammten - wie bereits beim Migrationshintergrund der Kinder erwähnt - im Jahr 2009 rund 50,0% aus Deutschland.

Von der anderen Hälfte der Eltern (mit Migrationshintergrund) kamen 16,4% aus der Türkei, 10,7% aus dem arabischen Raum, 8,7% aus dem europäischen Mittelmeerraum inklusive Balkan und 6,5% aus Osteuropa bzw. den GUS-Staaten. Eine eher untergeordnete Gewichtung nehmen Asien mit 2,5%, Afrika mit 1,6% und Lateinamerika mit 0,7% ein.

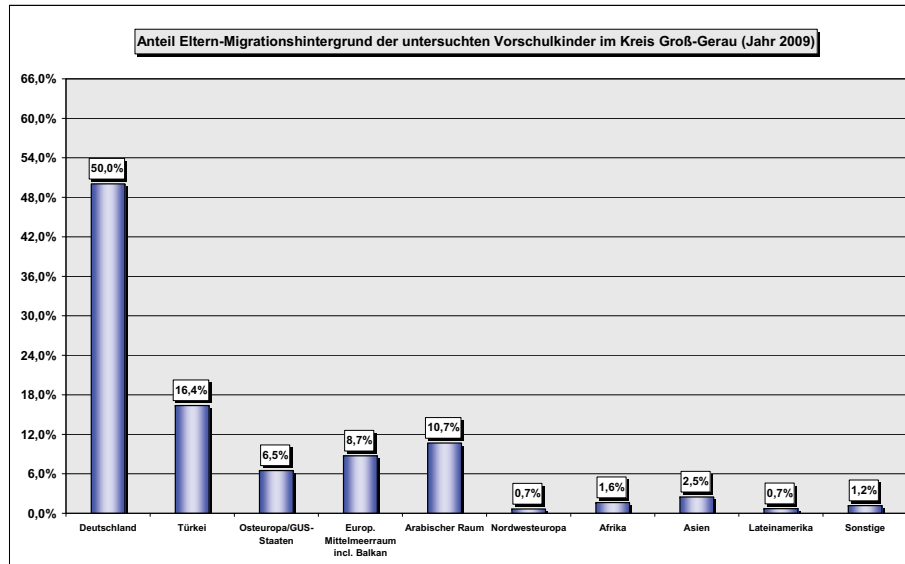


Abb. 9-07: Migrationshintergrund differenziert nach Herkunftsland im Kreis GG

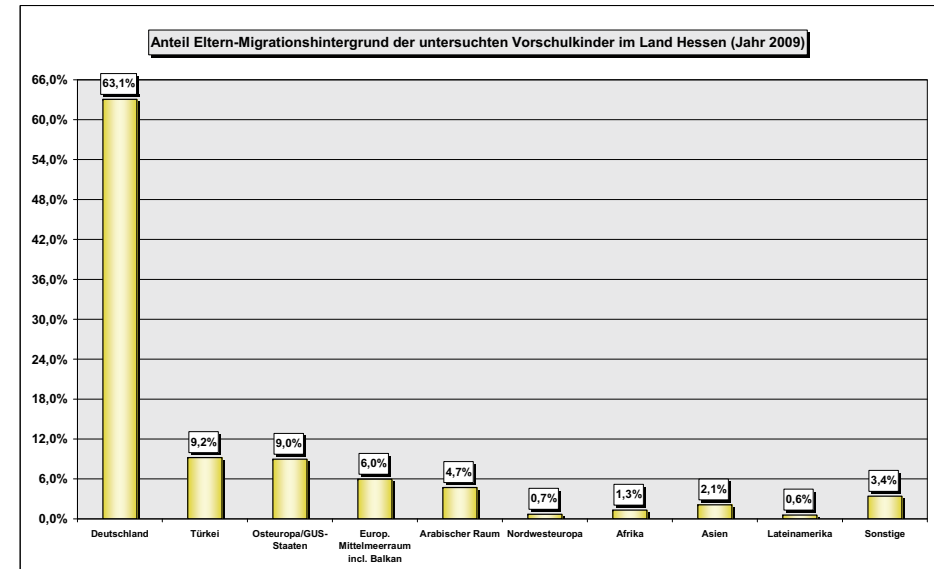


Abb. 9-08: Migrationshintergrund differenziert nach Herkunftsland in Hessen

Auf Hessenebene kommen fast zwei Drittel der untersuchten Kinder aus Deutschland. Von dem Drittel mit Migrationshintergrund stammen zu fast gleichen Anteilen 9,2% aus der Türkei und 9,0% aus Osteuropa/GUS-Staaten. Weitere ca. 10,0% verteilen sich auf den europäischen Mittelmeerraum, inklusive Balkan (6,0%) und den arabischen Raum (4,7%).

Im Kreis Groß-Gerau sind somit Migranten aus der Türkei und dem arabischen Raum vergleichsweise stärker vertreten als insgesamt im Land Hessen. Die Länderverschlüsselung zur Dokumentation der sprachlich-ethischen Herkunft ist landesweit im Handbuch der Schuleingangsuntersuchungen festgelegt. Mit dem Arabischen Raum sind Länder wie Marokko, Afghanistan, Pakistan, Syrien, Irak, Nordafrika gemeint.

9.1.4 Vorsorgestatus der Einschulungskinder (Erfassung der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U9)

In Deutschland hat jedes Kind gemäß § 26 SGB V einen Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen, die von den Krankenkassen bezahlt werden. Diese Untersuchungen - U1 bis U9 genannt - dienen der Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten, die die normale körperliche, geistige, emotionale und soziale Entwicklung des Kindes gefährden könnten. Der Arzt überprüft, ob sich das Kind altersgerecht entwickelt.

Bis zur Einschulung werden zehn Vorsorgeuntersuchungen angeboten, die seit dem 01.01.2008 in Hessen für alle Kinder laut § 1 des Hessischen Gesetzes über die Verbesserung des Gesundheitsschutzgesetzes für Kinder verpflichtend sind.

Bei der Geburt wird der Mutter für jedes neugeborene Kind ein gelbes Vorsorgeheft ausgehändigt, in welchem die nun folgenden Vorsorgeuntersuchungen samt auffälligen Befunden dokumentiert werden. Dieses Heft wird auch zur Schuleingangsuntersuchung vorgelegt und hierdurch der Vorsorgestatus überprüft (siehe auch Kapitel 9.1.2 „Anteil der untersuchten Vorschulkinder mit vorgelegten Vorsorgeheft“).

	Entwicklung	Alter des Kindes	Schwerpunkt der Untersuchung
U1	Baby	Direkt nach der Geburt (Neugeborenen- Erstuntersuchung)	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführen des APGAR-Tests (hierbei werden fünf Komponenten erfasst: Herzfrequenz, Atemanstrengung, Reflexe, Muskeltonus und Hautfarbe) • Erste Vitamin K-Gabe • Beurteilung der kindlichen Reife • Untersuchen des Nabelschnurblutes auf den Sauerstoffgehalt
U2	Baby	3.-10. Lebenstag (Neugeborenen- Basisuntersuchung)	<ul style="list-style-type: none"> • Besonders gründliche Untersuchung der Organe, der Haut, der Geschlechts- teile und der Knochen sowie des Verdauungssystems und der Reflexe • Überprüfen, ob Geburtsverletzungen oder Fehlbildungen vorliegen • Durchführen des Stoffwechselscreeningtests sowie des Neugeborenenhörscreenings • Zweite Vitamin K- Gabe • Eventuell Beginn der Rachitis- und Fluoridprophylaxe
U3	Baby	4.-6. Lebenswoche	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfen der Reflexe+Reaktionen auf bestimmte Reize (bspw. eine Lichtquelle) • Ultraschalluntersuchung der Hüfte • Beurteilung des allgemeinen Befindens und des Hörvermögens • Erfragen des Trink- und des Schlafverhaltens

	Entwicklung	Alter des Kindes	Schwerpunkt der Untersuchung
U4	Baby	3. – 4. Lebensmonat	<ul style="list-style-type: none"> • Der Säugling wird hinsichtlich Beweglichkeit und Reaktionsvermögen untersucht • Impfinformation und eventuell Beginn der Routine-Impfungen • Überprüfen, ob die Fontanelle ausreichend groß ist um ein optimales Schädelwachstum zu garantieren
U5	Baby	6.-7. Lebensmonat	<ul style="list-style-type: none"> • Prüfung von Beweglichkeit und Körperbeherrschung stehen im Mittelpunkt • Testen des Hör- und Sehvermögens • Besprechen von Ernährungsfragen
U6	Baby	10.-12. Lebensmonat	<ul style="list-style-type: none"> • Erneutes Überprüfen der Körperbeherrschung und Beweglichkeit • Beobachten der sprachlichen Entwicklung und des "Fremdelns"
U7	Kleinkind	21.- 24. Lebensmonat, also kurz vor dem 2. Geburtstag	<ul style="list-style-type: none"> • Im Vordergrund steht die Überprüfung der geistigen und sozialen Entwicklung • Beobachten der Sprachentwicklung • Betrachten des Gebisses • Besprechen des Stands der Sauberkeitserziehung
U7a	Kleinkind	34.-36. Lebensmonat, also kurz vor dem 3. Geburtstag	<ul style="list-style-type: none"> • Früherkennung von allergischen Erkrankungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Sprachentwicklungsstörungen, Übergewicht sowie Zahnanomalien <p>Die Einführung U7a erfolgte erst zum 01.07.2008; eine Auswertung ist daher hier nicht berücksichtigt!</p>
U8	Kindergartenkind	46.-48. Lebensmonat, also kurz vor dem 4. Geburtstag	<ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung der Entwicklung, besonders der Sozial- und Sprachentwicklung • Beurteilung der Körperbeherrschung • Messen des Blutdrucks • Urinuntersuchung
U9	Kindergartenkind	60.-64. Lebensmonat, also mit etwa 5 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> • Diese sehr umfangreiche Untersuchung stellt die Schulreife ins Zentrum • Begutachtung der geistigen, seelischen und körperlichen Entwicklung • Beurteilung des Sprachvermögens, des Sozialverhaltens und der Intelligenz • Messen des Blutdrucks • Urin-Untersuchung • Überprüfen des Seh- und Hörvermögens

In diesem Bericht werden lediglich die Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U9 (unter Ausschluss der U7a) dargestellt. Nur diese werden bei der Schuleingangsuntersuchung gemäß den Vorgaben des Hessischen Sozialministeriums („Handbuch zur Schuleingangsuntersuchung“) erhoben und dokumentiert. Bei der U1 direkt im Anschluss an die Geburt kann von einer 100-prozentigen Durchführungsquote durch die jeweiligen ambulanten oder stationären Geburtshelfer ausgegangen werden. Kritisch wird es ab der Untersuchung U2, da ab diesem Moment die aktive Mitwirkung der Eltern erforderlich ist (durch das Aufsuchen eines Kinderarztes). Daher ist es interessant zu wissen, wie viel Prozent der Eltern für ihre Kinder alle Folge-Vorsorgeuntersuchungen von U2 bis U9 lückenlos durchführten. Bei dieser Analyse wurden nicht die mündlichen Angaben der Eltern, sondern ausschließlich die im Vorsorgeheft dokumentierten Untersuchungen berücksichtigt.

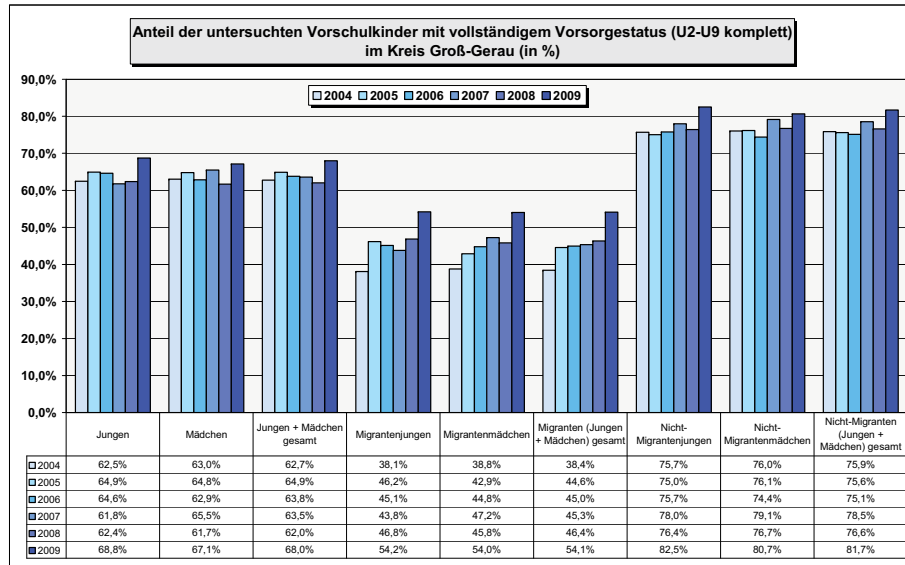


Abb. 9-09: Anteil der untersuchten Vorschulkinder mit vollständigem Vorsorgestatus (U2-U9 komplett) im Kreis Groß-Gerau (in %)

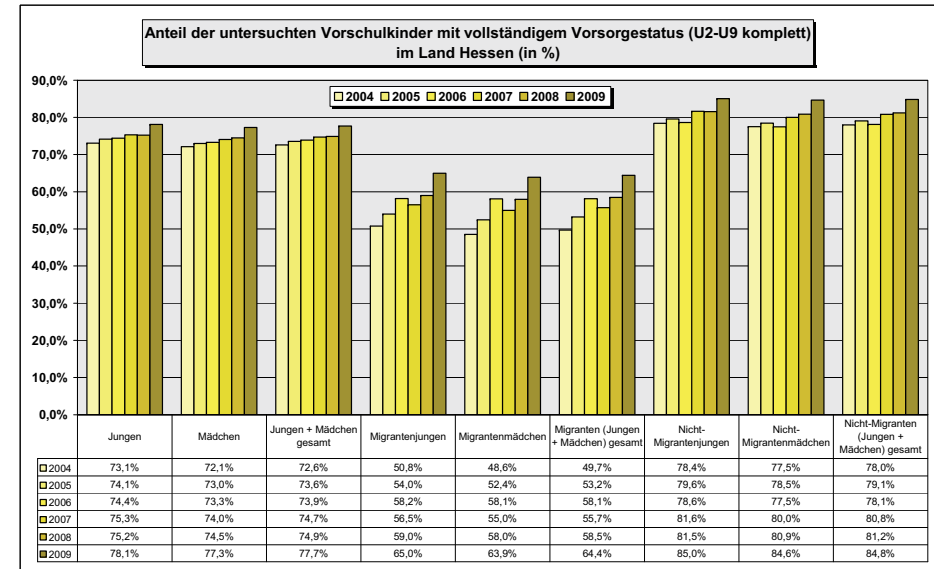


Abb. 9-10: Anteil der untersuchten Vorschulkinder mit vollständigem Vorsorgestatus (U2-U9 komplett) im Land Hessen (in %)

Von den jährlich etwa 2.400 bis 2.700 im Landkreis Groß-Gerau untersuchten Kindern konnten durchschnittlich pro Jahrgang jeweils nur 1.631 (64,2%) einen derart kompletten Vorsorgestatus nachweisen. Diese Quote ist deutlich niedriger als im Vergleich zu Hessen (74,5%). Dabei fällt besonders auf:

- ein merklicher Anstieg im Jahr 2009 durch die Einführung der gesetzlichen Verpflichtung zur Vorsorge-Untersuchung
- eine geringere Teilnahme bei den Migrantenkindern (zuletzt 54,1% im Kreis Groß-Gerau gegenüber 64,4% hessenweit) im Vergleich zu den einheimischen Kindern (81,7% im Kreis Groß-Gerau und 84,8% hessenweit).

Anzumerken ist, dass laut Angaben unserer Schulärztinnen einige Migrantenkinder erst Monate oder Jahre nach ihrer Geburt mit ihren Eltern aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind. In solchen Fällen erfolgte auch erst ab diesem Zeitpunkt die Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen; ein vollständiges Vorsorgeheft konnte in diesen Fällen somit nicht vorgelegt werden.

9.1.5 Vorsorgestatus der Einschulungskinder (selektive Erfassung der Vorsorgeuntersuchungen U7 bis U9)

Besonderes Interesse verdient dieser Indikator, da in diesem Lebensabschnitt (im Alter zwischen dem 21. und 64. Lebensmonat) in besonderer Weise die geistige, sprachliche und soziale Entwicklung stattfindet, was wiederum die Grundlage für ein gutes Gelingen des Schulstarts bildet.

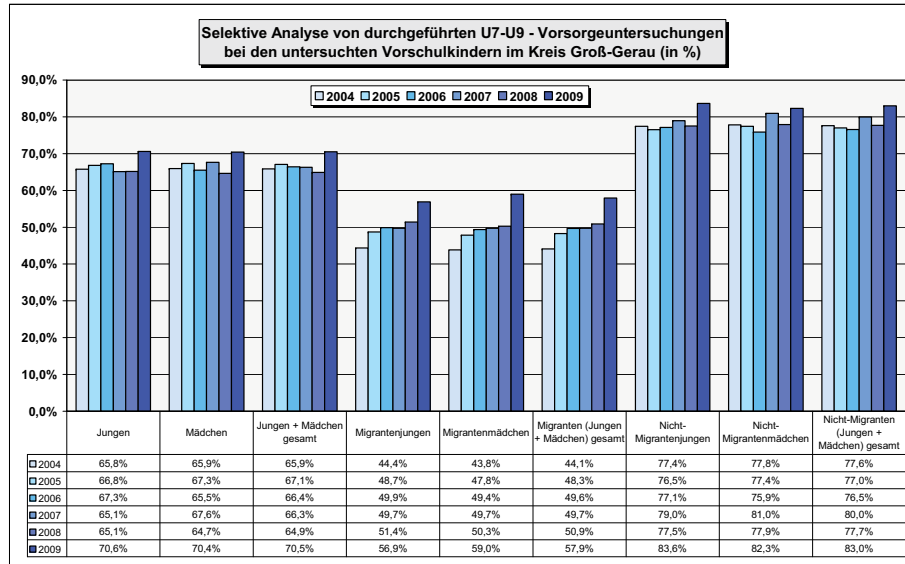


Abb. 9-11: Selektive Analyse von durchgeführten U7-U9 – Vorsorgeuntersuchungen bei den untersuchten Vorschulkindern im Kreis Groß-Gerau (in %)

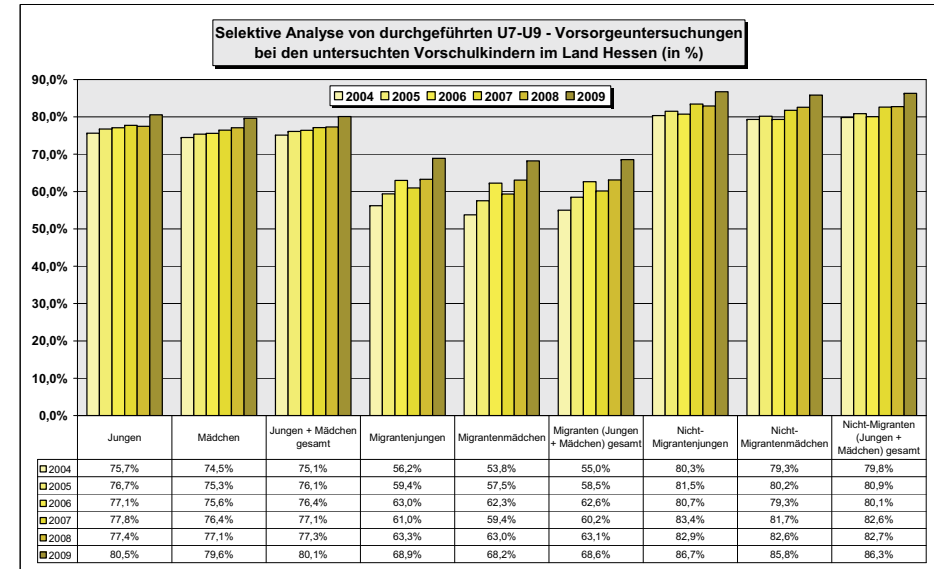


Abb. 9-12: Selektive Analyse von durchgeführten U7-U9 – Vorsorgeuntersuchungen bei den untersuchten Vorschulkindern im Land Hessen (in %)

Durchschnittlich jeweils 1.700 Kinder (also etwa 70 Kinder pro Jahrgang mehr als beim kompletten Vorsorgestatus) konnten wenigstens einen lückenlosen Nachweis der Vorsorgeuntersuchungen U7 bis U9 erbringen (66,8%) Dies sind deutlich weniger als im Vergleich zu Hessen (durchschnittlich 77,0%). Bei beiden Gebietskörperschaften sind wie beim Indikator „Kompletter Vorsorgestatus“ (siehe Kapitel 9.1.4) folgende besondere Phänomene zu verzeichnen:

- ein merklicher Anstieg im Jahr 2009
- eine geringere Teilnahme der Migrantenkinder, im Jahr 2009 57,9% im Kreis Groß-Gerau gegenüber 68,6% hessenweit. Im Vergleich zu den einheimischen Kindern beträgt das Verhältnis 83,0% im Kreis Groß-Gerau zu 86,3% hessenweit

9.1.6 Impfstatus der Einschulungskinder (Kinder mit komplettem Impfstatus)

Schutzimpfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten spezifischen Maßnahmen zur Verhütung von Infektionskrankheiten. Sie bilden eine der klassischen Primärpräventionsmaßnahmen, auf die jeder Versicherte gemäß § 20 d Absatz 1 Satz 1 SGB V einen Rechtsanspruch hat. Darüber hinaus gibt es auch öffentliche Impfeempfehlungen der Bundesländer, die beispielsweise für das Land Hessen durch Erlasse des Hessischen Sozialministeriums geregelt werden. Rechtsgrundlage hierfür ist der § 20 Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG): „Die obersten Landesgesundheitsbehörden sollen öffentliche Empfehlungen für Schutzimpfungen...auf der Grundlage der jeweiligen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission aussprechen“:

Eine Schutzimpfung im Sinne des § 2 Absatz 9 des Infektionsschutzgesetzes ist „... die Gabe eines Impfstoffes mit dem Ziel, vor einer übertragbaren Krankheit zu schützen“.

Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen bestimmt wiederum gemäß § 20 d Absatz 1 Satz 3 SGB V der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 (SGB V) auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission („STIKO“) beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes.

Impfung	Alter in Jahren				
	3-6	9-11	12-17	ab 18	ab 60
Tetanus	A1	A2		A (ggf. N) Auffrischimpfung jeweils 10 Jahre nach der letzten vorangegangenen Dosis. Die nächste fällige Td-Impfung einmalig als Tdap- bzw. bei entsprechender Indikation als Tdap-IPV-Kombinationsimpfung.	
Diphtherie	A1	A2			
Pertussis	A1	A2			
Poliomyelitis	A1		ggf. N		
Hepatitis B	N				
Pneumokokken			S ^{b)}		
Meningokokken	N				
Masern	N		S ^{c)}		
Mumps, Röteln	N				
Varizellen	N				
Influenza			S jährliche Impfung		
Humänes Papillomavirus (HPV)			G1-G3 Standardimpfung für Mädchen und junge Frauen		

Die aktuellen Standardimpfungen der STIKO mit Erscheinungsdatum am 01.08.2011 für Kinder ab 5 Jahren, Jugendliche und Erwachsene sehen folgendermaßen aus (Robert-Koch-Institut, 2011):

Erläuterungen:

- G = Grundimmunisierung (in bis zu 4 Teilimpfungen G1 – G4)
- A = Auffrischimpfung
- S = Standardimpfung
- N = Nachholimpfung (Grundimmunisierung aller noch nicht Geimpften bzw. Komplettierung einer unvollständigen Impfserie)

Abb. 9-13 : Impfkalendar der Standardimpfungen für Kinder ab fünf Jahren, Jugendliche und Erwachsene

Laut § 34 Absatz 11 IfSG erhebt das Gesundheitsamt den Impfstatus bei Erstaufnahme in die erste Klasse einer allgemeinbildenden Schule und übermittelt die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde (Hessisches Sozialministerium) an das Robert-Koch-Institut.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung wird der Impfstatus gegen folgende Infektionskrankheiten überprüft: Tetanus (Wundstarrkrampf), Diphtherie, Pertussis (Keuchhusten), Hämophilus influenzae Typ B, Polio (Kinderlähmung), Masern, Mumps, Röteln (MMR) und Hepatitis B. Bei der Auswahl des Indikators „Vollständiger Impfstatus“ stellte sich die Frage, ob dieser überhaupt abbildbar ist.

- Gemäß STIKO-Angaben hängt die Anzahl der benötigten Impfdosen beispielsweise auch von den jeweiligen Impfstoffen bzw. Impf-Kombinationen und somit vom jeweiligen Hersteller des Impfstoffes ab.
- Zudem können sich Impf-Empfehlungen ändern. Verzögerungen bei der Durchsetzung einzelner Impfungen (zum Beispiel zweifache Impfung bei Masern, Mumps, Röteln erst seit dem Jahr 2004, vorher erfolgte nur eine einfache Impfempfehlung) dominieren dann den Indikator, da bereits das Fehlen einer einzigen Impfung für den Ausschluss des Kriteriums „Vollständiger Impfstatus“ bei dem Kind ausreicht.

Seit dem Jahr 2004 gilt der Impfstatus ab der in der untenstehenden Tabelle gelisteten Anzahl von Impfungen als komplett (Quelle: Hessisches Sozialministerium).

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tetanus (Wundstarrkrampf)	4	4	4	4	4	4
Diphtherie	4	4	4	4	4	4
Pertussis (Keuchhusten)	4	4	4	4	4	4
Hämophilus influenzae Typ B	3	3	3	3	3	4
Polio (Kinderlähmung)	3	3	3	3	3	4
Masern	2	2	2	2	2	2
Mumps	2	2	2	2	2	2
Röteln	2	2	2	2	2	2
Hepatitis B	3	3	3	3	3	4

Abb. 9-13.1: Anzahl von notwendigen Impfungen

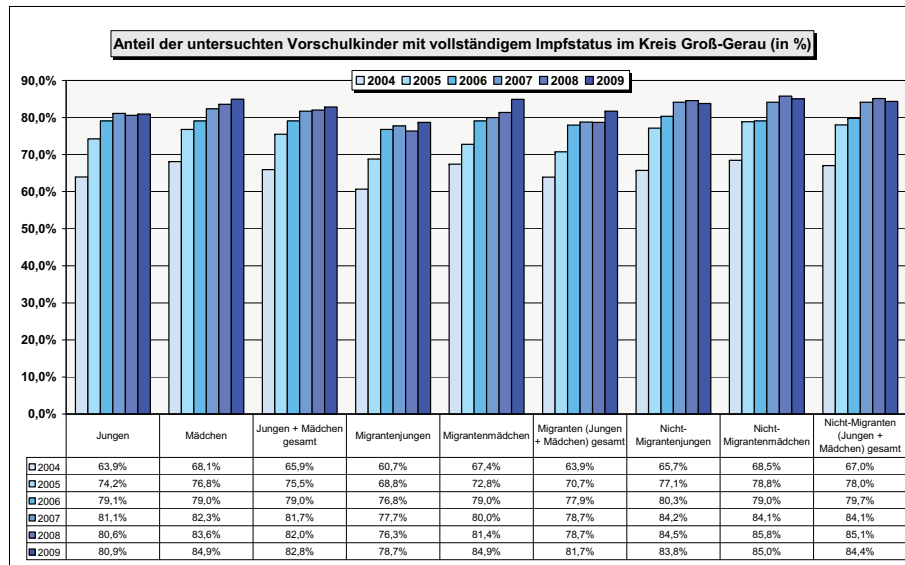


Abb. 9-14: Vorschulkinder mit vollständigem Impfstatus im Kreis GG (in %)

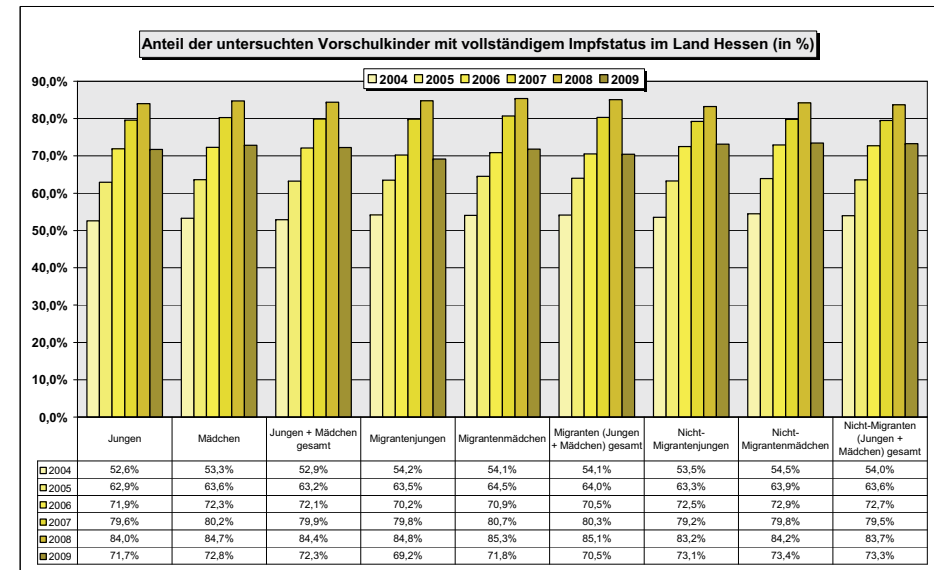


Abb. 9-15: Vorschulkinder mit vollständigem Impfstatus im Land Hessen (in %)

Im Kreis Groß-Gerau stieg die Anzahl der Kinder mit vollständigem Impfstatus von 1.787 im Jahr 2004 auf 1.961 im Jahr 2009, was einer Durchimpfungsrate von anfangs 65,9% und zum Schluss von 82,8% entspricht. Über den gesamten Beobachtungszeitraum gemittelt wurden immerhin 77,8% der einzuschulenden Kinder vollständig geimpft.

Sieht man von der am wenigsten durchgeführten Impfung, nämlich der zweiten Masern-Mumps-Röteln-Kombinationsimpfung ab, lagen die Durchimpfungsraten durchweg bei über 95,0%, bei Poliomyelitis und Tetanus sogar bei fast 99,0%.

Im Land Hessen stieg die Anzahl der Kinder mit vollständigem Impfstatus von 31.626 im Jahr 2004 auf 38.416 im Jahr 2009 was einer Durchimpfungsrate von anfangs 52,9% und zum Schluss von 72,3% entspricht. Über den gesamten Beobachtungszeitraum gemittelt wurden lediglich 70,8% der einzuschulenden Kinder vollständig geimpft. Auf Landesebene fällt allerdings ein deutlicher Rückgang von 2008 auf 2009 auf (im Gegensatz zu Groß-Gerau), was möglicherweise auf die landesweit nur zögerliche Umsetzung der Änderung der Impf-Empfehlung bei drei Infektionskrankheiten zurückzuführen ist.

Während hessenweit im Jahr 2009 insbesondere bei Migrantenkindern (bei Jungen mehr als bei Mädchen) im Vergleich zu Nicht-Migrantenkindern ein auffälliger Rückgang der Durchimpfungsrate zu finden ist, zeigt sich eine nahezu gegenläufige Entwicklung im Kreis Groß-Gerau. Denn gerade die Migrantenkinder sorgten auch 2009 im Landkreis für die kontinuierlich ansteigende Gesamt-Impfquote, während sich im letzten Beobachtungsjahr eher bei den einheimischen Kindern ein leichter Rückgang abzeichnete.

9.1.7 Kinder mit auffälligem Sehbefund

Ein intaktes Sehvermögen ist für eine altersgerechte Entwicklung im frühen Kindesalter und für den richtigen Zeitpunkt der Einschulung wichtig. Da Kinder entsprechende Störungen oft nicht selbst einschätzen und ausdrücken können, ist eine objektive Untersuchung vor der Einschulung umso wichtiger. Eventuell vorhandene Defizite können durch bedarfsgerecht verordnete Sehhilfen meistens gut kompensiert werden.

Standardmäßig werden beim Screening des Sehens die Sehschärfe (sogenannter „Visus“), das Stereosehen (Wahrnehmung der Raumtiefe) und der Farbsinn (Unterscheidungsvermögen von Farben) getestet. Als wichtigster Parameter des Sehens wird an dieser Stelle speziell die Sehschärfe genauer untersucht. Im Kreis Groß-Gerau wird sie standardmäßig mit dem Sehtestgerät „R 21“ der Firma Rodenstock erfasst - allerdings erst seit September 2007 (zuvor wurde das Testgerät „R 11“ der gleichen Firma verwendet). Im Testgerät kommt eine Testscheibe zur Anwendung, auf welcher der Buchstabe „E“ mit drei gleich langen Balken in verschiedenen Positionen (sogenannter „E-Haken“) und Größen aufgetragen ist. Dieser „E-Haken“ wird von der jeweiligen Testperson jeweils mit einem Auge („monokular“) zur Messung der Fernsicht betrachtet. Das Nahsehen ist in diesem Alter fast nie auffällig und wird daher nicht regelhaft getestet. Bis zum Sommer 2007 wurde in dem Testgerät „R 11“ die Testscheibe „3040.120“ und seit dem Herbst 2007 im Testgerät „R 21“ die Testscheibe „3040.130“ verwendet, da die alte Testscheibe nicht mehr den heutigen Qualitätsanforderungen entsprach.

Als eingeschränkt gilt die Sehschärfe gemäß Begleitschreiben zur Testscheibe „3040.130“ bei Kindern ab 4-5 Jahren ab einem Visus von weniger als 0,7 in der Ferne (laut SEU-Handbuch des HSM von 12/2008 < 0,7 ab vollendetem 5. Lebensjahr und < 1,0 ab vollendetem 6. Lebensjahr bei der Fernsicht). Es zeigten sich folgende Ergebnisse:

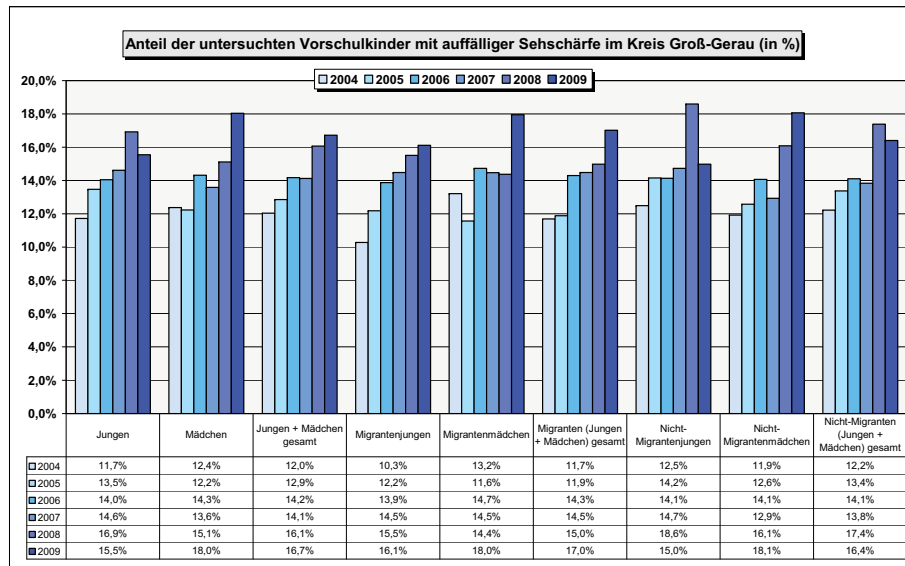


Abb. 9-16: Vorschulkinder mit auffälliger Sehschärfe im Kreis GG (in %)

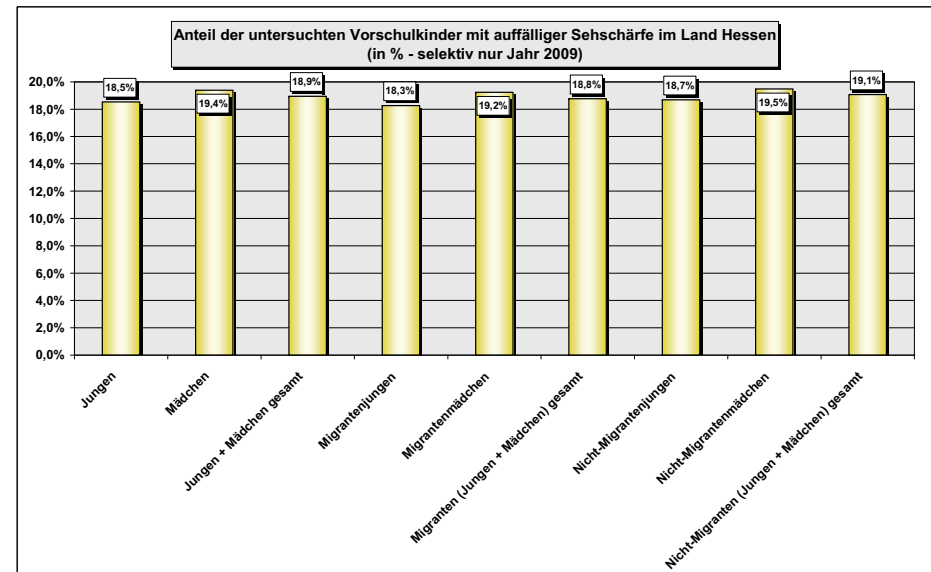


Abb. 9-17: Vorschulkinder mit auffälliger Sehschärfe im Land Hessen (in %)

Im Kreis Groß-Gerau stieg die Anzahl der Kinder mit auffälligem Sehbefund ab dem Jahr 2004 von 326 (12,0% der Kinder) auf 396 (16,7%) im Jahr 2009, was einem Zuwachs um immerhin 21,5% entspricht. Der Anstieg ab dem Jahr 2008 ist eher dem veränderten Screeningverfahren seit September 2007 zuzuschreiben. Denn zu diesem Zeitpunkt fand aufgrund entsprechender Vorgaben des Landes Hessen der oben beschriebene Wechsel der Sehtestmethodik und des Testmaterials statt, so dass die Werte bis einschließlich 2007 mit denen ab dem Jahr 2008 eigentlich nicht vergleichbar sind und insofern in den beiden letzten Beobachtungsjahren de facto nur ein „Pseudo-Anstieg“ der Werte stattfand. Die Zahlen im Kreisgebiet von 2008 (386 auffällige Kinder) auf 2009 (396 Kinder) veränderten sich nur marginal. Aufgrund der verzögerten Umsetzung des veränderten Sehscreenings im Land Hessen sind die Daten dort bis einschließlich 2008 nicht verwertbar und erst ab 2009 belastbar. Daher wird auf Landesebene nur ein einziger Jahrgang abgebildet.

Vergleicht man selektiv die Zahlen von 2009 des Kreises Groß-Gerau mit den Daten des Landes Hessen, sind in Hessen deutlich mehr Kinder mit auffälligem Visus festzustellen. Wesentliche Unterschiede beim Geschlechts- oder Migrationsstatus bestehen aber nicht.

9.1.8 Kinder mit auffälligem Hörbefund

Ein intaktes Hörvermögen ist eine grundlegende Voraussetzung einer normalen Entwicklung im frühen Kindesalter und einer zeitgemäßen Einschulung. Eventuelle Defizite können durch bedarfsgerecht verordnete Therapien oder Hörhilfen meistens gut kompensiert werden.

Im Kreis Groß-Gerau wird das Hörscreening standardmäßig mit dem Hörtestgerät „ST 20 KL/S“ der Firma Maico Diagnostic GmbH durchgeführt - allerdings erst seit September 2007 (vorher wurde das Testgerät „ST 20-1/S“ der gleichen Firma verwendet). Zusätzlich änderte sich zu diesem Zeitpunkt neben dem Testgerät auch das Testverfahren.

Wurden zuvor die Frequenzen 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz, 4.000 Hz und 6.000 Hz (und somit fünf Tonfrequenzen) bei einem Schalldruck von 30 dB untersucht, werden seit Herbst 2007 gemäß Planvorgabe des Hessischen Sozialministeriums zusätzlich die Frequenzen 250 Hz und 8.000 Hz (insgesamt also sieben Tonfrequenzen) und alle Frequenzen bei einem Schalldruck von nur noch 20 dB untersucht. Die leiseren Testtöne stellen allerdings höhere Anforderungen an eine leise Testumgebung und an die Testperson. Da realistischere aber in keinem Gesundheitsamt in Hessen schalldichte Untersuchungsräume (wie man sie beispielsweise in Tonstudios finden kann) zur Verfügung stehen, führen diese verschärften Testbedingungen tendenziell zu höheren Auffälligkeitsraten.

Die Daten des Zeitraums bis 2007 sind mit den Daten ab dem Jahr 2008 daher im Grunde nicht vergleichbar, weswegen die Daten vor und nach dem Jahr 2008 isoliert voneinander zu bewerten sind. Aufgrund der hessenweit verzögerten Umsetzung der geänderten Untersuchung sind die Daten dort bis einschließlich 2008 nicht verwertbar und erst ab 2009 belastbar. Daher wird auf Landesebene nur ein einziger Jahrgang abgebildet.

Als auffällig bzw. eingeschränkt wird das Hörvermögen dann bewertet und eine Vorstellung beim HNO-Arzt / Pädaudiologen empfohlen, wenn gemäß SEU-Handbuch bereits auf einem Ohr zwei oder mehr Tonfrequenzen bei der angebotenen (relativ niedrigen) Lautstärke von 20 dB nicht gehört werden. Werden die Frequenzen aber bei 30 dB gehört, werden die Eltern beraten und das Kind für eine spätere Kontrolluntersuchung vorgemerkt. Ferner wird zur besseren individuellen Beratung auf dem Dokumentationsbogen vermerkt, ob das Kind ein Hörgerät oder Cochlearimplantate trägt. Diese Kinder werden laut Vorgabe des Hessischen Sozialministeriums nicht getestet, sondern es werden in diesen seltenen Einzelfällen ersatzweise Befunde der HNO-Fachärzte bzw. der pädaudiologischen Beratungsstellen eingeholt. Vergleichend zeigen sich folgende Hörtestergebnisse:

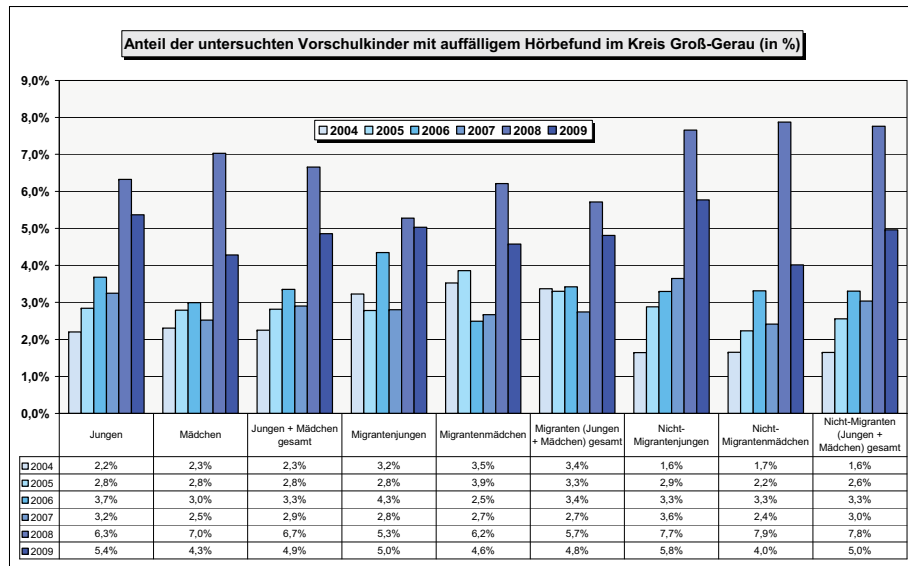


Abb. 9-18: Vorschulkinder mit auffälligem Hörbefund im Kreis GG (in %)

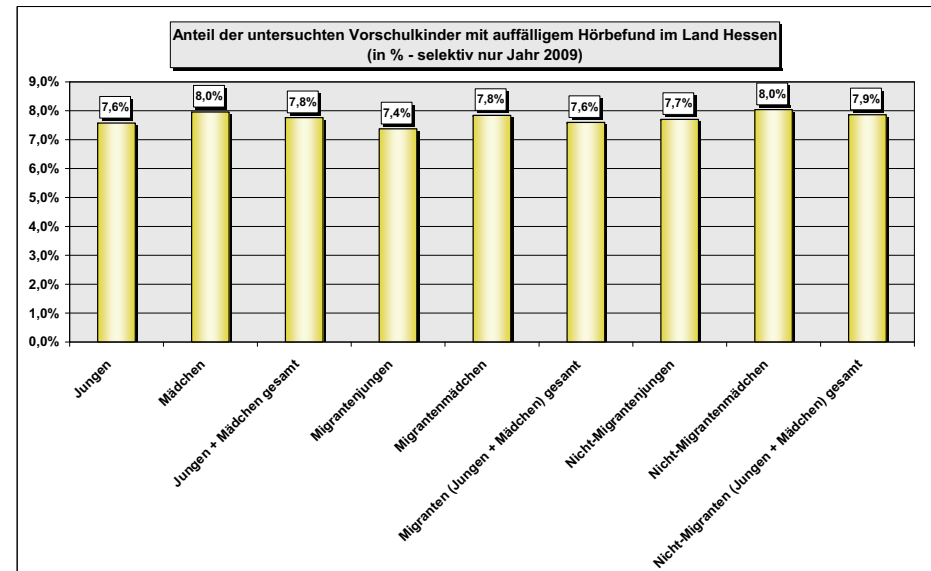


Abb. 9-19: Vorschulkinder mit auffälligem Hörbefund im Land Hessen (in %)

Insgesamt lag die Quote der Hörstörungen mit 4,9% und 6,7% in den letzten beiden Beobachtungsjahren deutlich niedriger als die der Sehstörungen – und im Jahr 2009 auch niedriger als im landesweiten Durchschnitt (7,8%). Der Anstieg der Hörstörungen im Kreis Groß-Gerau ab dem Jahr 2008 ist am ehesten dem veränderten Screeningverfahren seit September 2007 zuzuschreiben. Es bestanden keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich des Geschlechtsstatus.

Auffällig sind sehr niedrige Störungswerte bei den einheimischen Kindern in den Jahren 2005 (44 Fälle) und in 2004 (29 Fälle) bzw. der ansteigende Trend, während die Migrantenkinder jeweils konstant bei etwas über 3,0% lagen (32 Kinder im Jahr 2004). Eine statistische oder methodische Erklärung lässt sich für dieses Phänomen nicht finden.

9.1.9 Kinder mit Übergewicht

Eines der größten gesundheitsbezogenen Probleme in unserer industrialisierten Welt ist die zunehmende Verbreitung von Übergewicht und – im krankhaftem Ausmaß – der Adipositas (Fettleibigkeit). Beides entsteht im wesentlichen durch eine Kombination aus übermäßiger Kalorienaufnahme und Bewegungsmangel (höhere Energieaufnahme als Energieverbrauch) und kann nicht nur zur individuell eingeschränkten Lebensqualität führen, sondern auch zur Entstehung von Folgeerkrankungen und damit verbunden zu erheblichen Folgen (Kosten) im Gesundheitswesen und später auch in der Arbeitswelt. Es handelt sich in den meisten Fällen um die Folgen eines ungesunden Lebensstils, dessen Grundstein oft bereits in der frühen Kindheit gelegt wird – teilweise schon im Vorschulalter. Nur vereinzelt entsteht das Übergewicht sekundär aufgrund einer bereits vorhandenen Grunderkrankung (zum Beispiel einer Stoffwechselerkrankung) oder medizinisch erforderlicher Medikamentengaben. Daher wurden die Indikatoren „Übergewicht“ und „Adipositas“ in den Kinder-Gesundheitsbericht mit aufgenommen.

Nach K. Kromeyer-Hauschild hat sich im Erwachsenenalter der sogenannte „Body-Mass-Index“ (BMI), eine Relation von Körpergewicht zur Körperoberfläche (bzw. zur Körpergröße zum Quadrat) zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas durchgesetzt. Hierfür werden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auch feste Grenzwerte empfohlen.

Bei der Beurteilung des Normgewichts von Kindern und Jugendlichen müssen jedoch die permanenten alters- und geschlechtsspezifischen Veränderungen des BMI, die durch altersphysiologische Veränderungen der Fettmasse der Heranwachsenden bedingt sind, berücksichtigt werden. Bis zum 18. Lebensjahr wird zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas deshalb nicht der reine BMI, sondern eine „geschlechtsspezifische Alters-BMI-Perzentile“ herangezogen. Das Wort „Perzentile“ leitet sich aus dem lateinischen „per centum“ („von Hundert“) ab und gibt einen statistischen Prozent-Rang an. Liegt beispielsweise das Gewicht eines sechsjährigen Mädchens auf der 62. Perzentile, bedeutet dies, dass das Mädchen genauso schwer ist wie 62,0% der Mädchen desselben Alters, aber leichter als die restlichen (schwereren) 38,0%. Kromeyer-Hauschild visualisiert folgende Perzentilenkurven für Mädchen und Jungen bis zum 18. Lebensjahr:

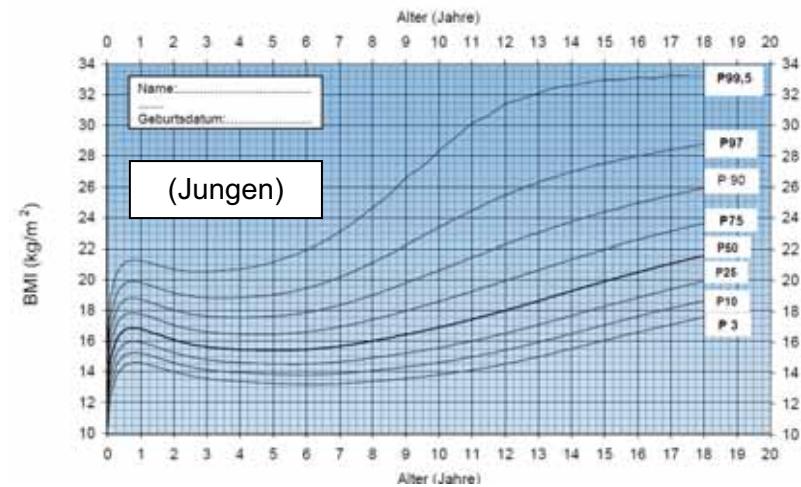
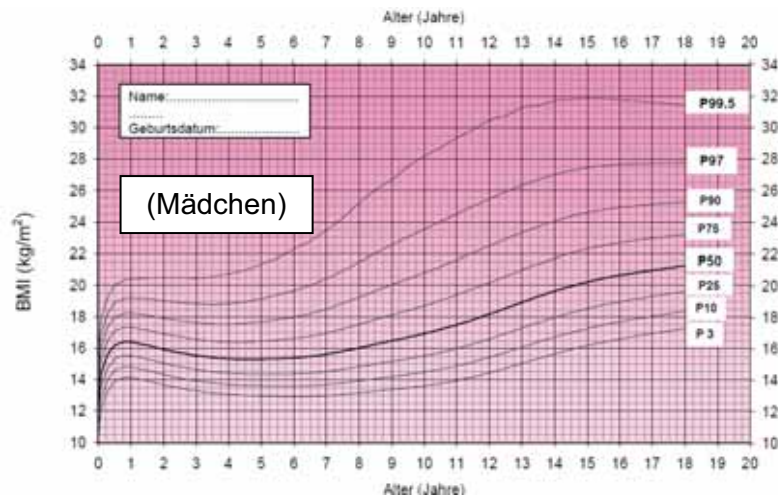


Abb.9-19.1 Perzentilenkurven für Mädchen und Jungen bis zum 18. Lebensjahr

Die Leitlinien der „Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft vom 06. November 2010 empfehlen die Verwendung des 90. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentils als Grenzwert zur Definition von Übergewicht und des 97. Perzentils für die Adipositas. Die extreme Adipositas wird als über dem 99,5. Perzentil liegend definiert. Für den Indikator „Übergewicht“ dieses Gesundheitsberichts zeigen sich folgende Werte:

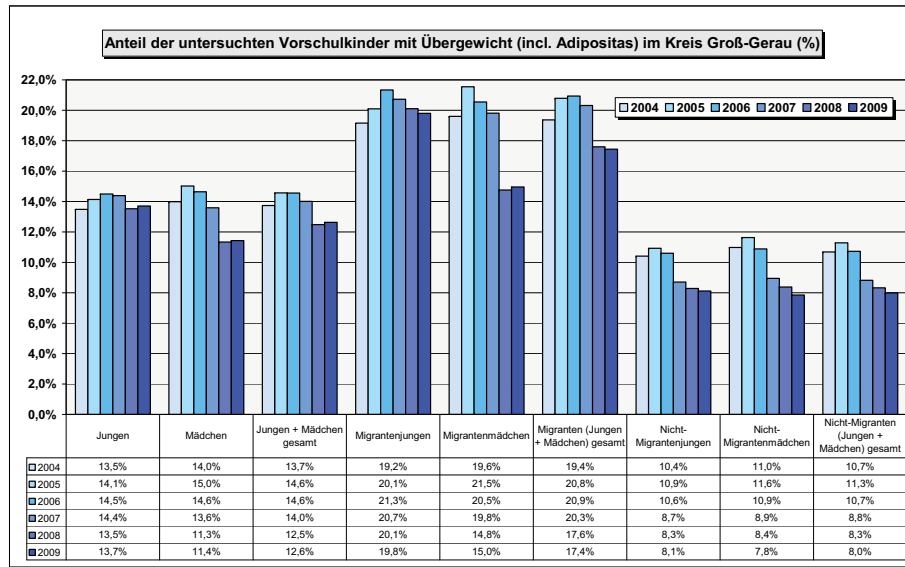


Abb. 9-20: Vorschulkinder mit Übergewicht im Kreis Groß-Gerau (in %)

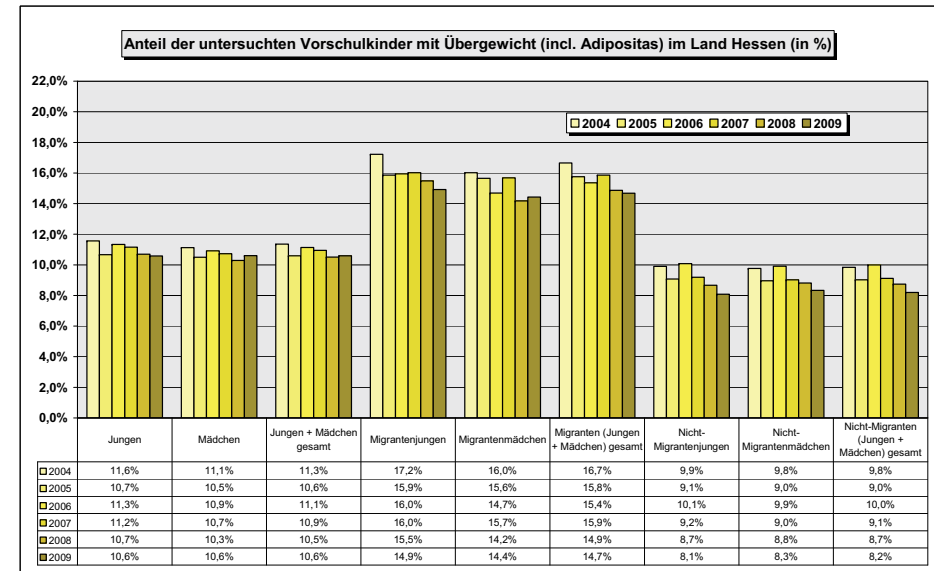


Abb. 9-21: Vorschulkinder mit Übergewicht im Land Hessen (in %)

Innerhalb des Kreisgebiets ging die Anzahl aller übergewichtigen Vorschüler im Beobachtungszeitraum von 372 auf 299 zurück, was einem Rückgang um 73 Kinder bzw. 19,6% entspricht. Die meisten übergewichtigen Kinder traten im Jahr 2005 auf (383 Kinder), die wenigsten im Jahr 2009 (299 Kinder). Im Durchschnitt über alle Jahre waren 13,7% aller im Gesundheitsamt untersuchten Vorschüler übergewichtig - somit deutlich häufiger als im hessischen Durchschnitt (dort lediglich 10,9%). Allerdings gehen die Zahlen im Kreisgebiet (-19,6%) stärker zurück als im Landesvergleich (dort von 7.308 auf 5.951 bzw. -18,6%). Bereits vorab sei an dieser Stelle die Existenz eines Nord-Süd-Gefälles im Landkreis Groß-Gerau erwähnt. Das regionale Verteilungsmuster wird im Kapitel 8.2.9 eingehend erörtert.

Geschlechtsspezifisch fällt auf, dass die Jungen im Kreis Groß-Gerau in fast allen Jahren (durchschnittlich 14,0%) und in Hessen durchgehend (durchschnittlich 11,0%) häufiger von Übergewicht als Mädchen (durchschnittlich 13,3% in Groß-Gerau und 10,7% in Hessen) betroffen waren.

Im Landkreis lag die Übergewichtsquote bei Vorschülern mit Migrationshintergrund zwischen 17,4% und 20,9% (durchschnittlich 19,4%) und damit doppelt so hoch wie bei den Kindern ohne Migrationshintergrund (minimal 8,0%, maximal 11,3%, durchschnittlich 9,6%).

Hessenweit waren die Einschüler mit Migrationshintergrund durchschnittlich aber nur zu 15,5% übergewichtig (also deutlich weniger häufig als die 19,4% in Groß-Gerau), während die Nicht-Migrantenkinder mit durchschnittlich 9,2% ungefähr im selben Niveau wie in Groß-Gerau lagen.

9.1.10 Kinder mit Adipositas

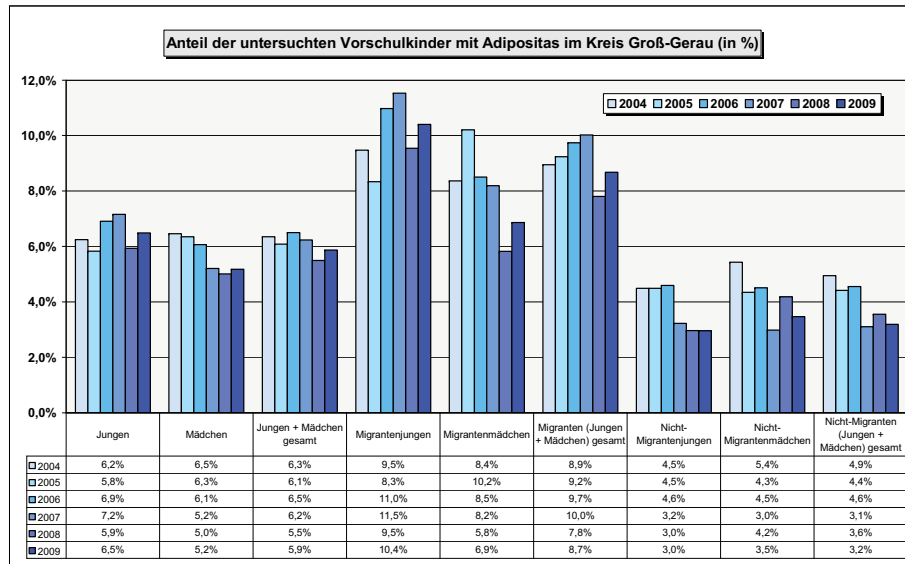


Abb. 9-22: Vorschulkinder mit Adipositas im Kreis Groß-Gerau (in %)

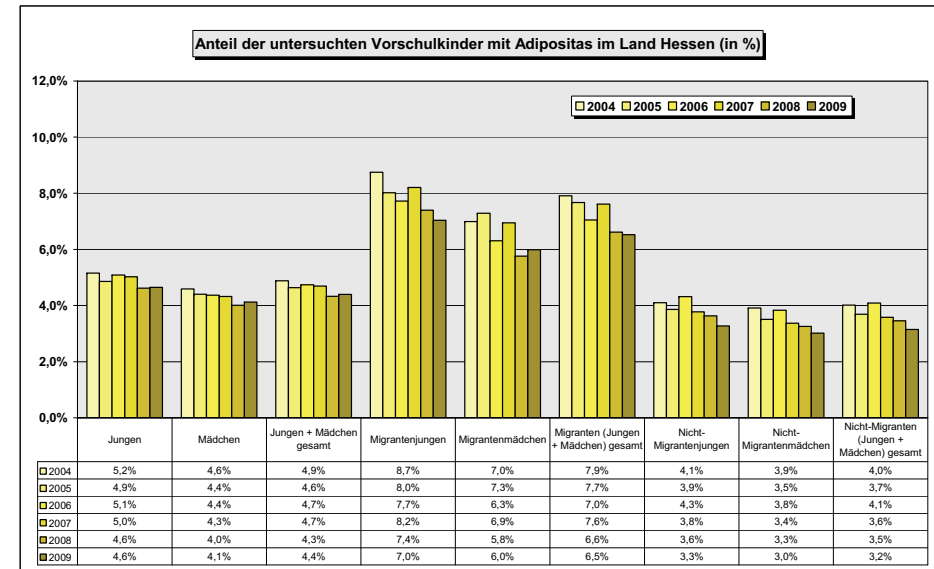


Abb. 9-23: Vorschulkinder mit Adipositas im Land Hessen (in %)

Im wahrsten Sinne des Wortes „schwer-wiegende“ Folgen kann die Fettleibigkeit („Adipositas“) haben, wenn sie bereits in der frühen Kindheit auftritt. Sie ist laut „WHO Europe“ eine der wesentlichen Risikofaktoren für spätere chronische Erkrankungen, einer Adipositas auch im Erwachsenenalter und einem frühzeitigem Sterberisiko, weswegen ein frühzeitiges Erkennen (ggf. mit einer Therapie-Einleitung) wichtig ist.

Innerhalb der Gruppe der übergewichtigen Kinder waren im Kreisgebiet während des Beobachtungszeitraums durchschnittlich jährlich 85 Kinder (6,1% der untersuchten Kinder) adipös, wobei die Jungen mit 6,4% gegenüber den Mädchen mit durchschnittlich 5,7% deutlich häufiger betroffen waren. Damit lag der Kreis Groß-Gerau über dem jährlichen Landesdurchschnitt (lediglich 4,6%) Nochmals stärker als beim Übergewicht war das Adipositas-Gefälle der Migrantenkinder (durchschnittlich 9,1%) zu den Kindern ohne Migrationshintergrund (durchschnittlich nur 4,0%). Migrantenkinder waren also mehr als doppelt so häufig adipös. Im Land Hessen zeigte sich ein ähnliches Bild. Hier waren die adipösen Migrantenkinder mit durchschnittlich 7,2% jährlich fast doppelt so häufig vertreten wie die Nicht-Migrantenkinder (durchschnittlich 3,7%).

9.1.11 Verhältnis von Übergewicht zu Untergewicht im Kreis Groß-Gerau und in Hessen

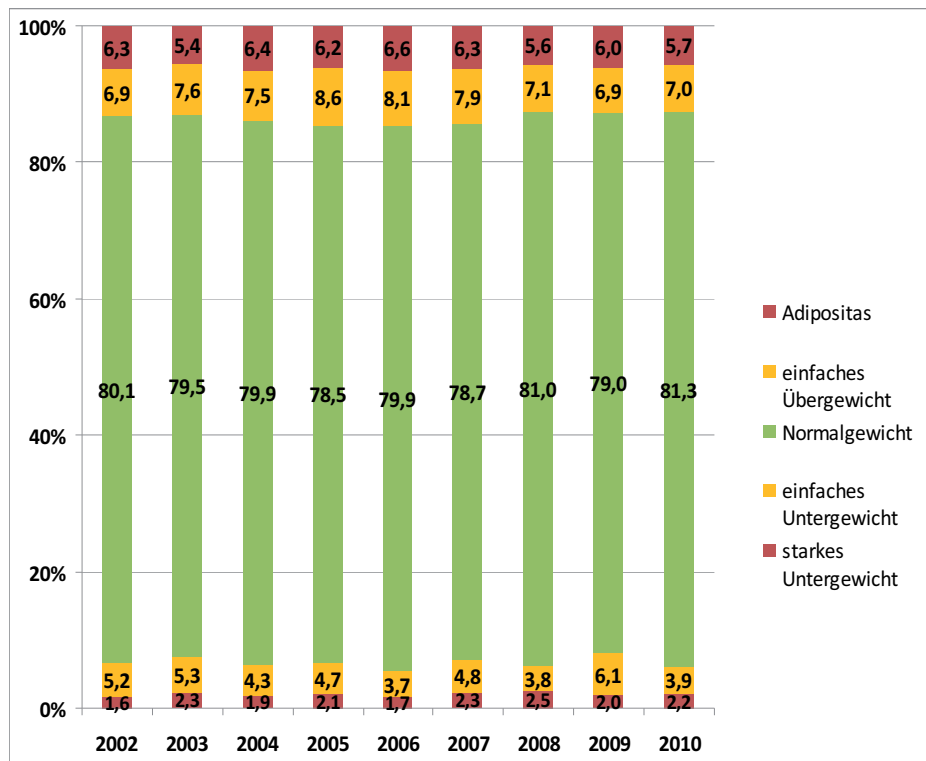


Abb. 9-24: Verhältnis Über-/Untergewicht im Kreis Groß-Gerau (in %)

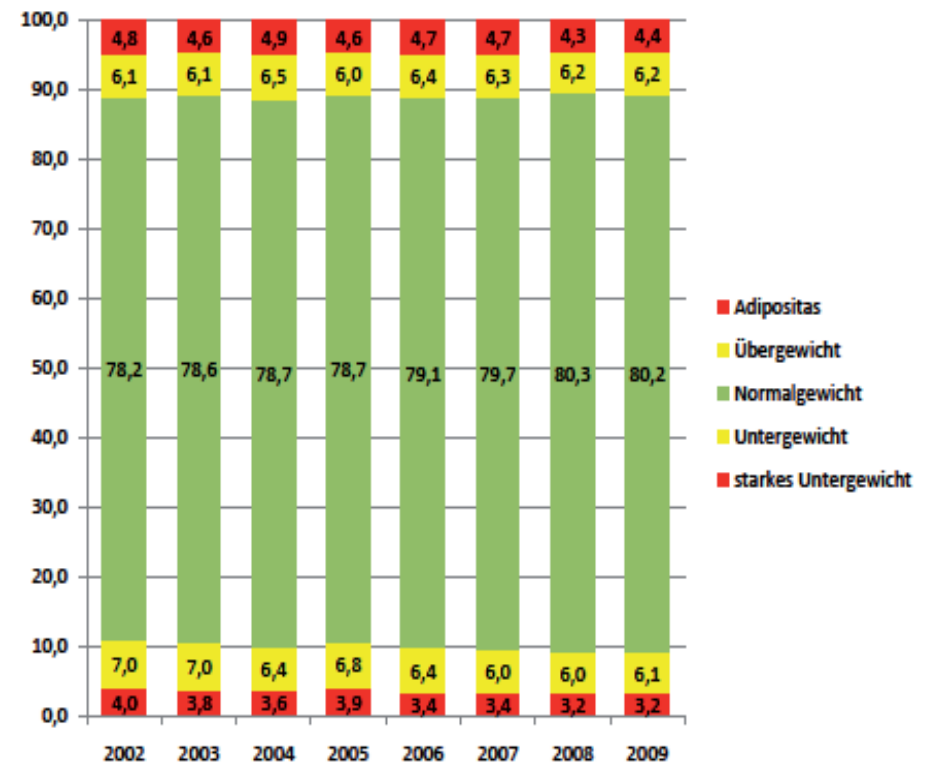


Abb. 9-25: Verhältnis Über-/Untergewicht im Land Hessen (in %)

Bei den Vorträgen zum hessischen Kindergesundheitsbericht, in dem (wie im Bericht zur Kindergesundheit des Kreises Groß-Gerau) ebenfalls die Daten der Schuleingangsuntersuchung fokussiert wurden, stellte sich heraus, dass auf Landesebene ähnlich viele Kinder von Übergewicht wie von Untergewicht betroffen sind.

Da dieses jedoch nicht dem subjektiven Eindruck zum Kreis Groß-Gerau entsprach, wurden entsprechende Daten (hier lediglich in Form von Grafiken) vom HSM bzw. HLPUG (Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen) angefordert (siehe Abb. 9-24). Dabei wurde der subjektive Eindruck tatsächlich bestätigt. Laut HLPUG hat der Kreis Groß-Gerau beim Untergewicht im Hessenvergleich mit die geringsten Anteile. Insbesondere ist das extreme Untergewicht statistisch eine in diesem Kreisgebiet eher zu vernachlässigende Größe und wird daher in diesem Gesundheitsbericht nicht gesondert dargestellt.

9.1.12 Kinder mit auffälligen Koordinationsstörungen

Einer der getesteten neuromotorischen Parameter des Entwicklungs-Screenings ist die Körperkoordination bzw. die grobmotorische Funktion, bei der das zu testende Kind beidbeinig auf einer hierfür vorgesehenen rutschfesten Testmatte innerhalb von zehn Sekunden so oft wie möglich seitlich hin und her springt. Werden hierbei nicht wenigstens sieben Sprünge geschafft, gilt die Körperkoordination als auffällig. Da dieser Teststandard erst im Rahmen des S-ENS-Tests im Jahr 2006 vollständig eingeführt bzw. umgesetzt wurde, konnten nur die Daten ab 2006 in die Analyse mit einfließen. Es ergaben sich folgende Testwerte:

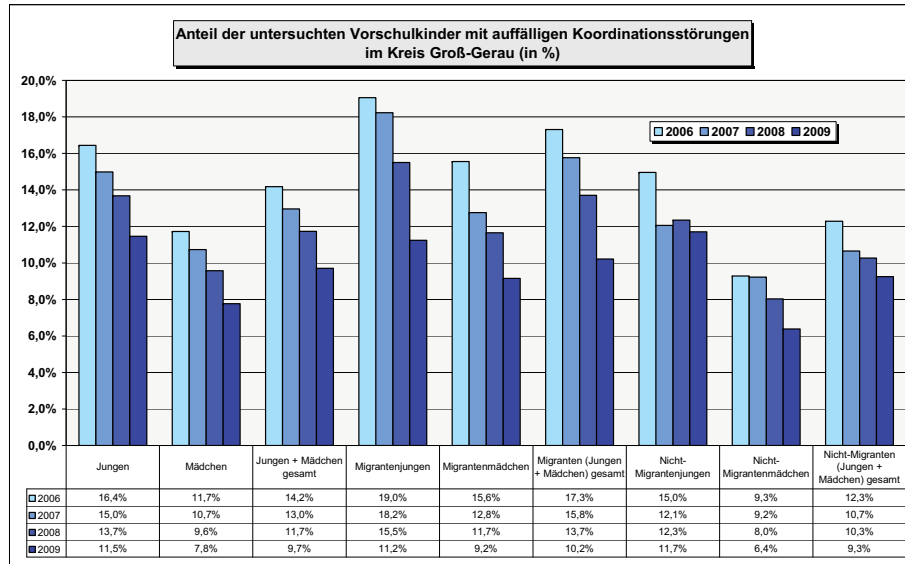


Abb. 9-26: Vorschulkinder mit Koordinationsstörungen im Kreis GG (in %)

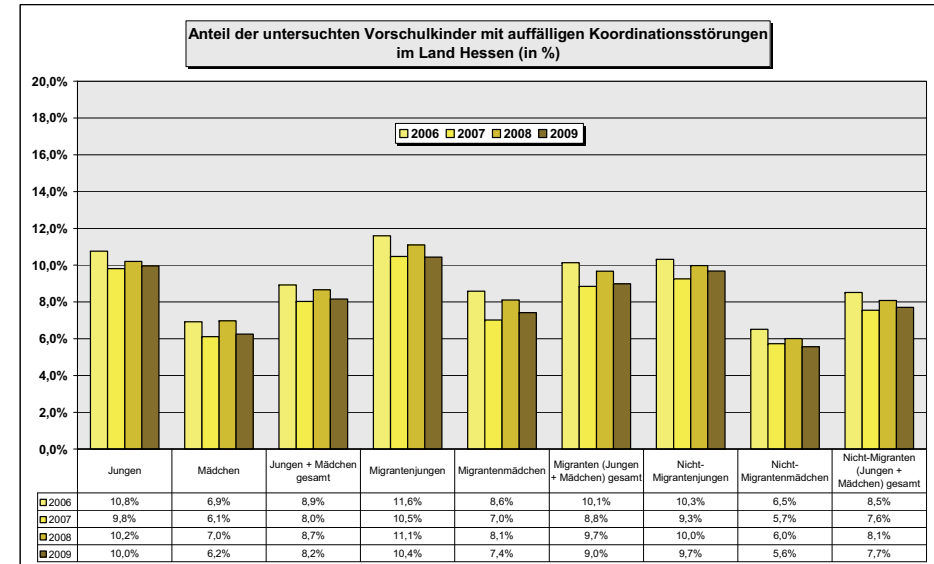


Abb. 9-27: Vorschulkinder mit Koordinationsstörungen im Land Hessen (in %)

Im Kreis Groß-Gerau sank der Anteil der koordinationsgestörten Vorschulkinder im Beobachtungszeitraum von 14,2% auf zuletzt 9,7%, was einem Rückgang um immerhin fast einem Drittel entspricht. Über die Jahre gemittelt waren jährlich 12,1% der Kinder auffällig – und somit deutlich häufiger als im Land Hessen. Denn dort schwankte die Rate der Koordinationsstörungen nur geringfügig zwischen 8,0% und maximal 8,9%. Der jährliche Durchschnitt betrug landesweit 8,4% und lag somit um fast ein Drittel niedriger als im Kreisgebiet.

Sowohl landesweit als auch im Kreis Groß-Gerau ergaben sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Im Kreis Groß-Gerau hatten durchschnittlich 14,1% aller Jungen Koordinationsstörungen, jedoch nur 10,0% der Mädchen. Ähnliche Daten finden sich auch im Bundesland Hessen: hier wiesen durchschnittlich 10,2% der Jungen Koordinationsstörungen auf und 6,6% der Mädchen. Massive Koordinationsstörungen offenbarten jedoch speziell die Migrantenjungen mit durchschnittlich 16,0% im Kreisgebiet und 10,9% hessenweit. Die Migrantenkinder wiesen auch insgesamt im Kreis Groß-Gerau mit durchschnittlich 14,2% deutlich höhere Auffälligkeitsraten als im Bundesland (9,4%) auf.

9.1.13 Kinder mit auffälliger Visuomotorik

Ein weiterer neuromotorischer Parameter des Entwicklungs-Screenings ist die Visuo- bzw. Feinmotorik, bei der die Gestaltrekonstruktion eines unvollständigen „Drachens“ und die Gestaltreproduktion (Abzeichnen eines Tisch-, eines Kreuz- und eines Tannenschemas) im Vordergrund stehen. Werden hierbei nicht wenigstens vierzehn von maximal achtzehn möglichen Punkten erreicht, gilt die Visuomotorik als auffällig. Auch hier stehen nur die Daten ab dem Jahr 2006 zur Verfügung.

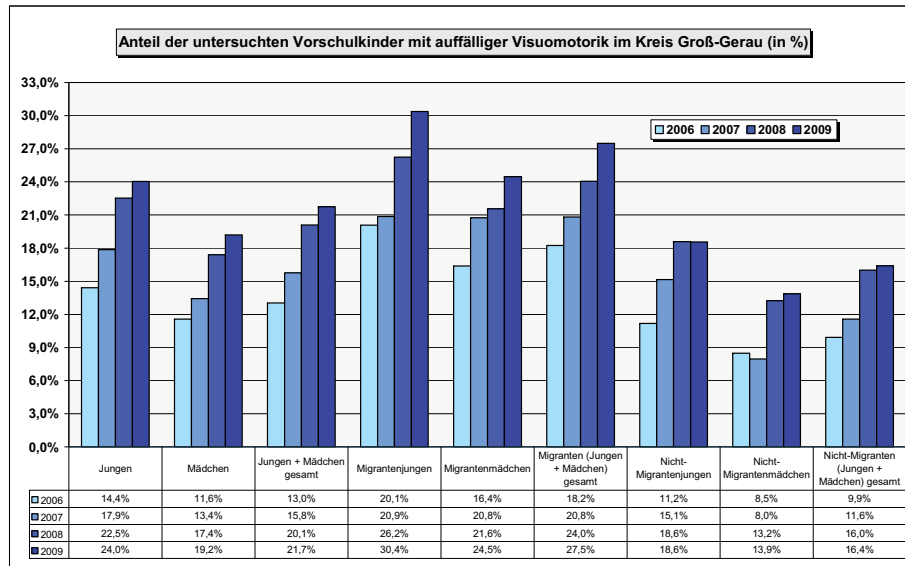


Abb. 9-28: Vorschulkinder mit gestörter Visuomotorik im Kreis GG (in %)

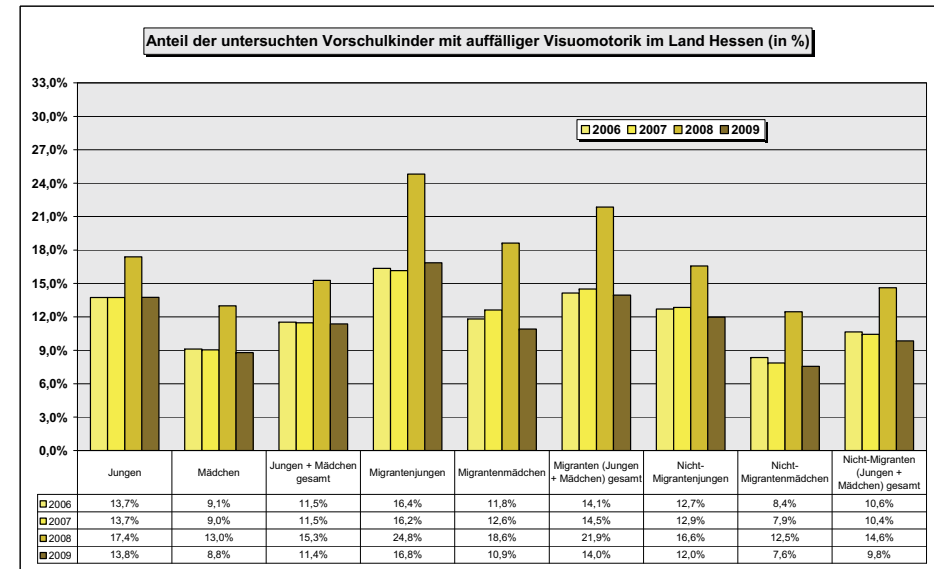


Abb. 9-29: Vorschulkinder mit gestörter Visuomotorik im Land Hessen (in %)

Im Kreis Groß-Gerau stieg der Anteil der visuomotorisch gestörten Vorschulkinder im Beobachtungszeitraum von 335 kontinuierlich auf zuletzt 515 an. Über die Jahre gemittelt waren jeweils 17,7% der Kinder auffällig, im Land Hessen nur 12,4%.

Auch hier gab es deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Im Kreis Groß-Gerau hatten durchschnittlich 19,7% aller Jungen Feinmotorikstörungen, jedoch nur 15,4% der Mädchen. Ähnliche Daten finden sich auch im Bundesland Hessen: hier wiesen allerdings durchschnittlich nur 14,7% der Jungen und 10,0% der Mädchen Störungen auf.

Deutliche feinmotorische Defizite hatten, wie bereits grobmotorisch, speziell die Migrantenjungen mit durchschnittlich 24,4% im Kreisgebiet, gegenüber 18,5% hessenweit. Die Migrantenkinder zeigten auch insgesamt im Kreis Groß-Gerau mit durchschnittlich 22,6% höhere Auffälligkeitsraten als im Bundesland (dort 16,1%).

9.1.14 Vorschulkinder mit Migrationshintergrund und fehlerfreiem Deutsch

In dieser Kategorie wurden gemäß SEU-Handbuch ausdrücklich nur die Deutschkenntnisse der Migrantenkinder getestet. Der prozentuale Anteil der Kinder mit fehlerfreiem Deutsch bezieht sich also nicht auf die Gesamtzahl aller untersuchten Mädchen und Jungen des jeweiligen Jahrgangs. Aus denselben Gründen wie im Kapitel 9.1.12 stehen auch an dieser Stelle nur die Daten ab 2006 und für Hessen aufgrund des erst seit 2009 belastbaren Meldeverhaltens des Migrationshintergrundes in mehreren anderen Landkreisen nur die Zahlen des Jahres 2009 zur Verfügung (siehe auch Erläuterungen im Kapitel 9.1.1, letzter Absatz).

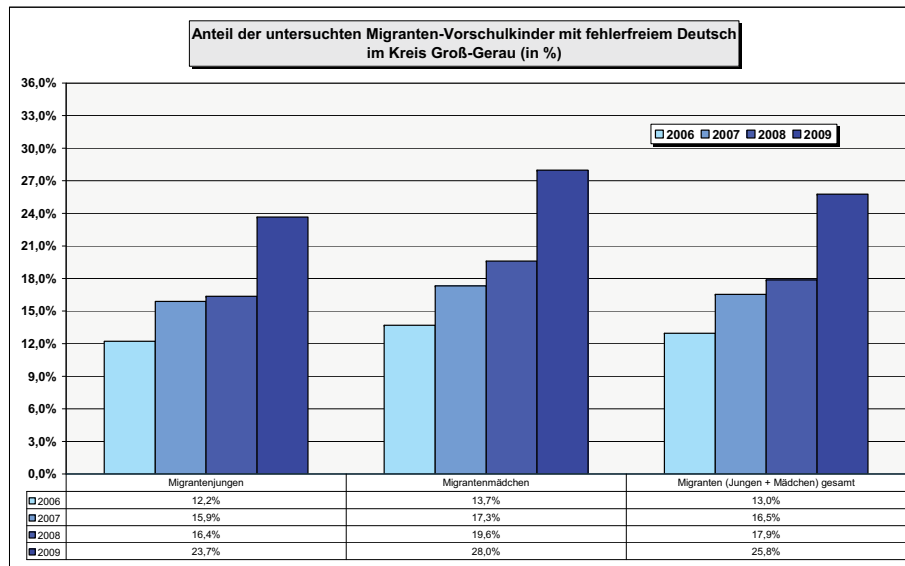


Abb. 9-30: Vorschulkinder mit gestörter Visuomotorik im Kreis GG (in %)

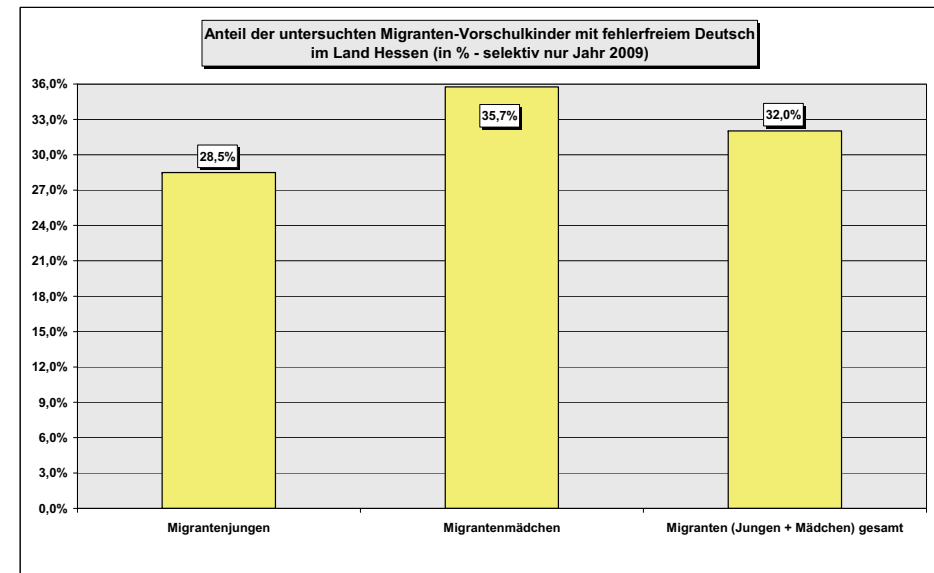


Abb. 9-31: Vorschulkinder mit gestörter Visuomotorik im Land Hessen (in %)

Im Kreis Groß-Gerau stieg der Anteil der Migrantenkinder mit fehlerfreiem Deutsch im Beobachtungszeitraum von 125 Kindern (13,0%) kontinuierlich auf 300 Kinder (25,8%) im Jahr 2009 an. Über die Jahre gemittelt sprachen jeweils 18,3% der Migrantenkinder ein gutes Deutsch. Im Vergleichsjahr 2009 sprachen im Land Hessen 32,0% der Migrantenkinder und somit um 13,0% mehr fehlerfrei Deutsch als im Kreis Groß-Gerau.

Es ergaben sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: im Kreis Groß-Gerau sprachen durchschnittlich 19,7% der Migrantinnen gut Deutsch, womit sie um ein gutes Sechstel besser lagen als die Jungen (nur 17,0%). Ähnliche Daten finden sich im Bundesland Hessen: hier wiesen im Jahr 2009 35,7% der Migrantinnen fehlerfreie Deutschkenntnisse auf, womit sie um ein Viertel besser waren als die Jungen (28,5%).

9.1.15 Kinder mit auffälliger auditiver Informationsverarbeitung (Nachsprechen von Pseudowörtern)

Die Sprachkompetenz und die auditive Informationsverarbeitung werden bei der Schuleingangsuntersuchung gemäß S-ENS-Manual mit dem Nachsprechen von Pseudowörtern, dem Ergänzen von unvollständigen Wörtern und dem Nachsprechen von Sätzen getestet. Der hier erörterte Indikator überprüft die Gedächtnisspanne und die Artikulationsgenauigkeit für unbekannte Begriffe. Werden nicht wenigstens vier Pseudowörter von maximal sechs korrekt wiedergegeben, gilt der Parameter als auffällig. Auch dieser Teststandard wurde erst mit dem S-ENS-Tests im Jahr 2006 vollständig eingeführt bzw. umgesetzt und kann daher erst ab dem Jahr 2006 analysiert werden. Es ergaben sich folgende Werte:

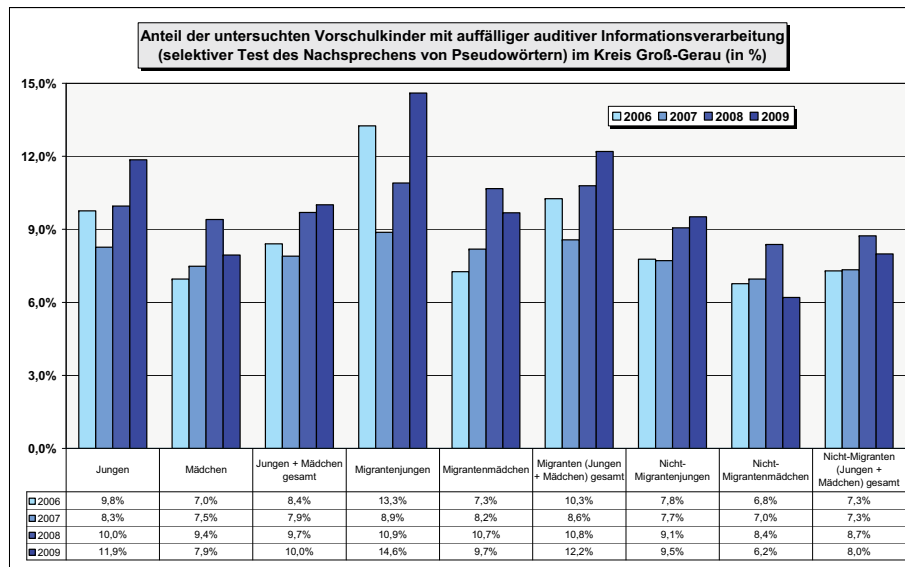


Abb. 9-32: Vorschulkinder mit Auffälligkeiten bei Pseudowörtern im Kreis GG (in %)

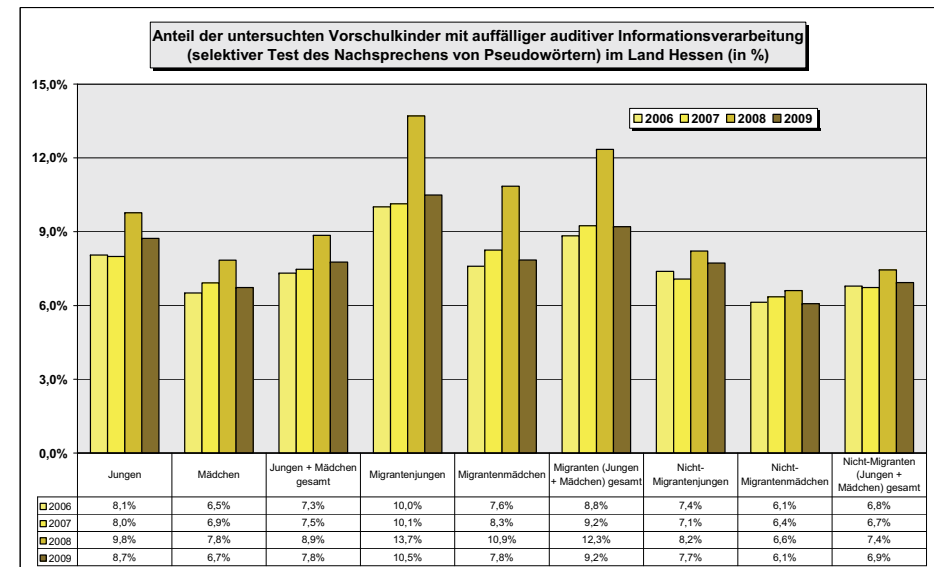


Abb. 9-33: Vorschulkinder mit Auffälligkeiten bei Pseudowörtern im Land Hessen (in%)

Im Kreis Groß-Gerau stieg der Anteil der auffälligen Vorschulkinder im Beobachtungszeitraum von 8,4% auf zuletzt 10,0%, was einem Anstieg um fast einem Fünftel entspricht. Über die Jahre gemittelt waren jährlich 9,0% der Kinder auffällig – und somit etwas häufiger als im Land Hessen mit dort durchschnittlich 7,9% jährlich.

Im Kreis Groß-Gerau hatten durchschnittlich 10,0% aller Jungen Schwierigkeiten mit Pseudowörtern, jedoch nur 7,9% der Mädchen. Im Bundesland Hessen wiesen durchschnittlich 8,6% der Jungen Störungen auf und 7,0% der Mädchen. Die Migrantenkinder hatten insgesamt im Kreis Groß-Gerau mit durchschnittlich 10,5% höhere Auffälligkeitsraten als in Hessen (dort 9,9%). Deutlich war der Unterschied von Migranten zu Nicht-Migranten (10,5% zu 7,8% in Groß-Gerau und 9,9% zu 7,0% in Hessen) erkennbar.

9.1.16 Kinder mit auffälliger auditiver Informationsverarbeitung (Nachsprechen von Sätzen)

Dieser Indikator überprüft das Speichern grammatikalischer Strukturen und das Abrufen vollständiger deutscher Sätze. Im Gegensatz zu den Pseudowörtern stoßen Migrantenkinder hierbei naturgemäß auf größere Schwierigkeiten als Nicht-Migrantenkinder, da für diesen Test deutsche Sprachkenntnisse unbedingt erforderlich sind. Werden nicht wenigstens drei Sätze (von maximal fünf) korrekt nachgesprochen, gilt der Parameter als auffällig. Auch dieser Teststandard wurde erst mit dem S-ENS-Tests im Jahr 2006 vollständig eingeführt bzw. umgesetzt und kann daher ebenfalls erst ab dem Jahr 2006 analysiert werden. Es zeigten sich folgende Ergebnisse:

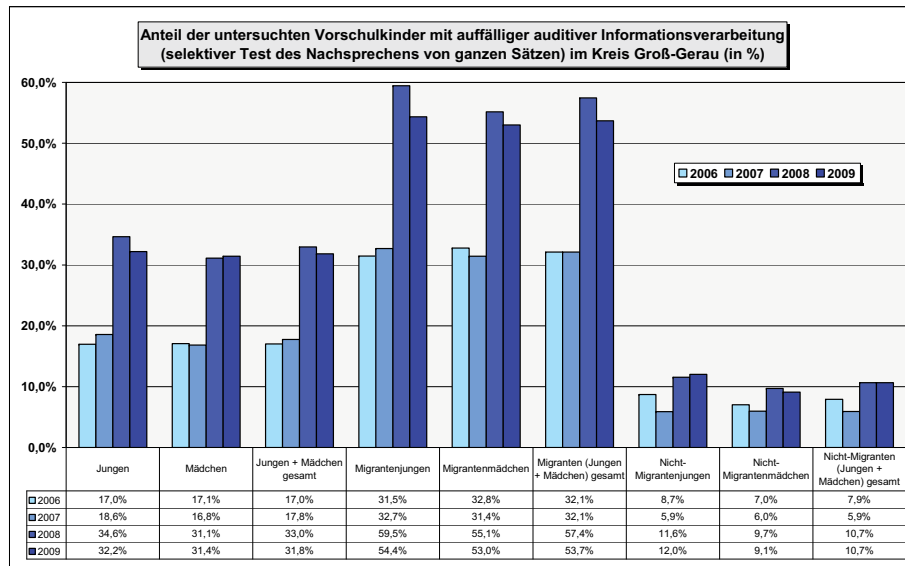


Abb. 9-34: Auffällige Vorschulkinder beim Sätze-Nachsprechen im Kreis GG (in %)

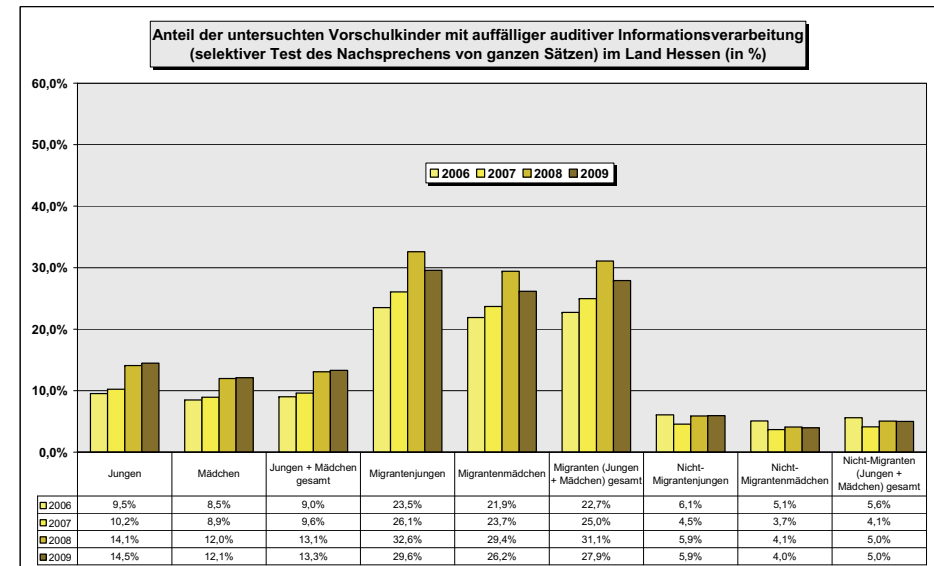


Abb. 9-35: Auffällige Vorschulkinder beim Sätze-Nachsprechen im Land Hessen (in %)

Im Kreis Groß-Gerau stieg der Anteil der auffälligen Vorschulkinder im Beobachtungszeitraum von 17,0% auf zuletzt 31,8%. Über die Jahre gemittelt waren jährlich 24,9% der Kinder auffällig – und somit mehr als doppelt so häufig als im Land Hessen mit dort durchschnittlich 11,3%.

Besonders auffällig war der Unterschied von Migranten- zu Nicht-Migrantenkinder (gemittelt 43,8% Migranten- zu 8,8% Nicht-Migrantenkinder im Kreis Groß-Gerau und 26,7% Migranten zu 4,9% Nicht-Migrantenkinder in Hessen). Es fanden sich insofern ungefähr viermal so oft Satzbaustörungen bei den Migrantenkindern, wozu allerdings deren schlechten Deutschkenntnisse maßgeblich dazu beitrugen (durchschnittlich nur 18,3% der Migrantenkinder mit fehlerfreiem Deutsch im Landkreis, siehe auch Kapitel 9.1.14).

Erstaunlicherweise hatten aber auch die einheimischen Kinder im Landkreis Groß-Gerau mit durchschnittlich 8,8% überproportional häufiger Probleme mit dem Satzbau als in Hessen (4,9 %). Geschlechtsspezifisch hatten auf Kreis- und Landesebene die Jungen grundsätzlich nur sehr geringfügig schlechtere Werte als die Mädchen.

9.1.17 Kinder mit Zurückstellung als Regelkind

Am Ende der Einschulungsuntersuchung erfolgt eine sozialpädiatrische Gesamteinschätzung; normalerweise mit der Empfehlung einer Regelausschulung. Laut SEU-Handbuch erfolgt die nachfolgend dargestellte regelabweichende Schulempfehlung dann, wenn schulärztlicherseits wesentliche Bedenken hinsichtlich einer erfolgreichen Einschulung bestehen bzw. wenn ein sich bereits im Regeleinschulungsalter befindendes schulpflichtiges Kind das Förderangebot der Regelschule voraussichtlich nicht nutzen kann. Es wird in diesem speziellen Fall in den Kindergarten zurück oder in die Vorklasse empfohlen. Dies wird den Eltern im Beratungsgespräch und der Schule im Schul-Infobrief mitgeteilt. Es zeigten sich folgende Resultate:

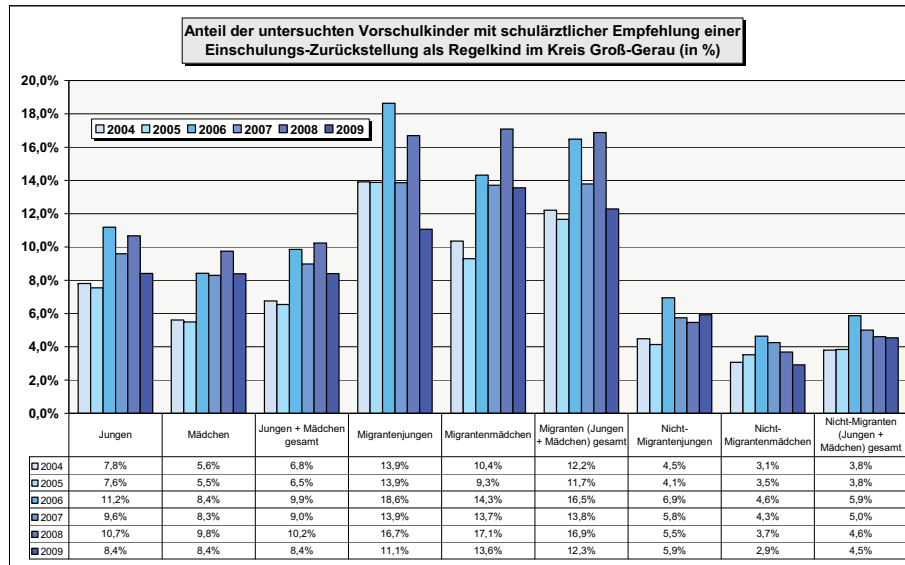


Abb. 9-36: Empfehlung einer Zurückstellung als Regelkind im Kreis GG (in %)

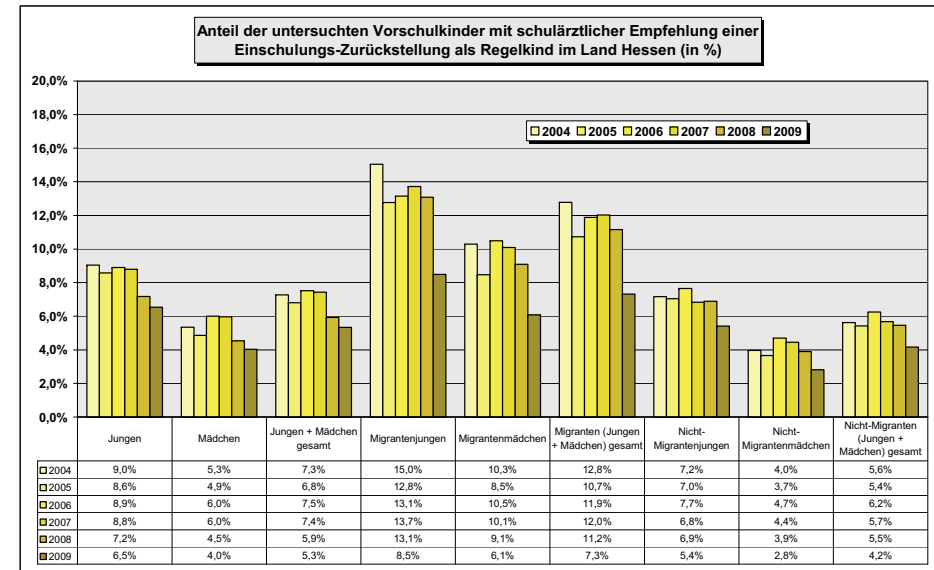


Abb. 9-37: Empfehlung einer Zurückstellung als Regelkind im Land Hessen (in %)

Im Kreis Groß-Gerau stieg die Anzahl der zurückzustellenden Vorschulkinder im Beobachtungszeitraum von 183 Kindern auf zuletzt 199 Kinder an. Durchschnittlich jährlich 8,5% der Regeleinschulungskinder wurde eine Rückstellung empfohlen; im Land Hessen im Jahresdurchschnitt 6,7%.

Erheblich war der Unterschied von Migranten- zu Nicht-Migrantenkindern (gemittelt 13,9% Migrantenkinder zu 4,6% Nicht-Migrantenkindern im Kreis Groß-Gerau und 11,0% zu 5,4% in Hessen). Es gab im Vergleich zu den einheimischen Kindern fast dreimal so oft Rückstellungsempfehlungen bei den Migranten-Vorschulkindern im Kreis Groß-Gerau bzw. doppelt so häufig im Land Hessen.

Geschlechtsspezifisch mussten die Rückstellungsempfehlungen überproportional häufig gegenüber den Jungen ausgesprochen werden (durchschnittliche Anteile der Jungen gegenüber den Mädchen: 9,2% zu 7,7% im Kreis Groß-Gerau und 8,2% zu 5,1% hessenweit).

9.1.18 Kinder mit Zurückstellung als Kann-Kind

Sogenannte „Kann-Kinder“ sind noch nicht schulpflichtig, werden von ihren Eltern bei guter Kindesentwicklung und entsprechendem Einschulungswunsch aber zur Einschulungsuntersuchung vorgestellt. Sofern schulärztlicherseits die Schulreife dieser Kann-Kinder jedoch bezweifelt wird, empfiehlt sich einstweilen eher der weitere Besuch des Kindergartens. Diese regelabweichende Schulempfehlung wird den Eltern im Beratungsgespräch und der Schule im Schul-Infobrief mitgeteilt.

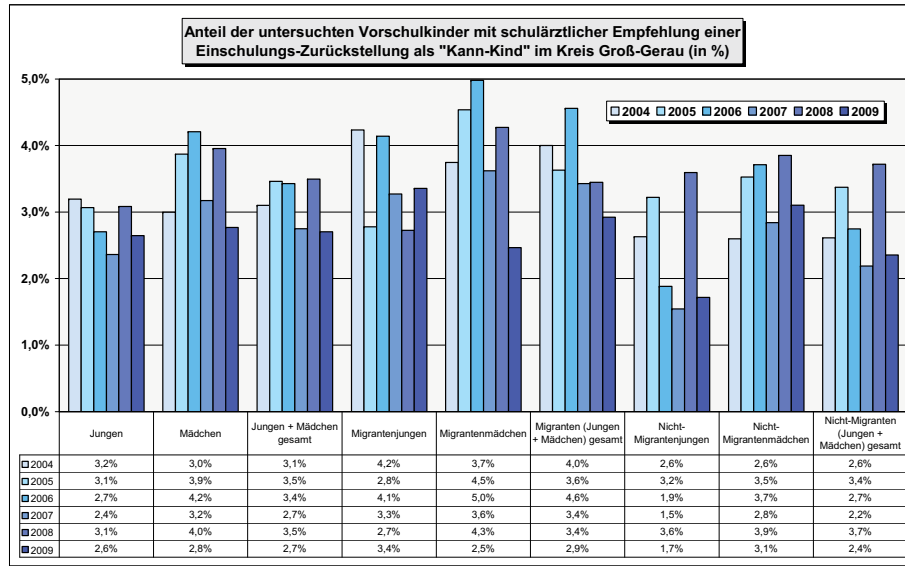


Abb. 9-38: Empfehlung einer Zurückstellung als Kann-Kind im Kreis GG (in %)

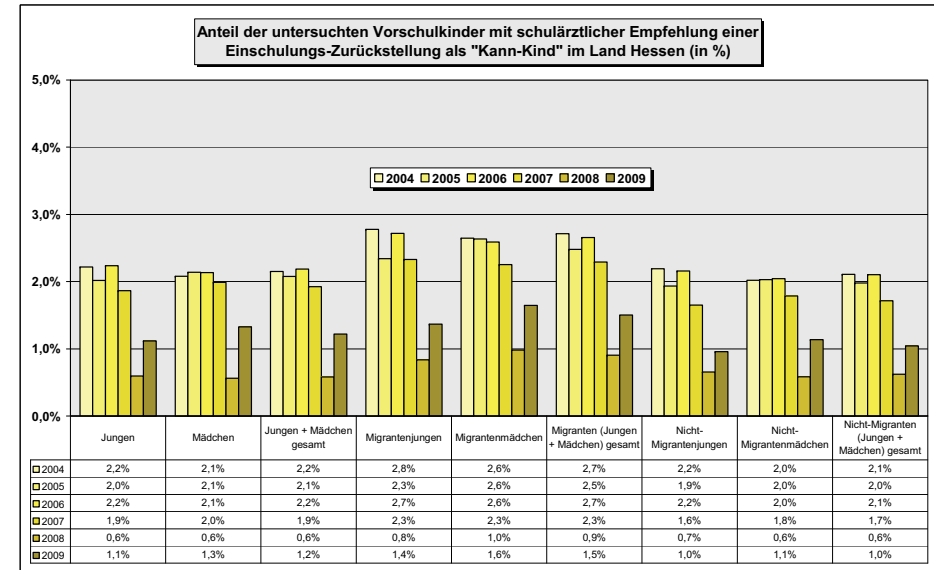


Abb. 9-39: Empfehlung einer Zurückstellung als Kann-Kind im Land Hessen (in%)

Im Kreis Groß-Gerau bewegte sich die Anzahl der zurückzustellenden Kann-Kinder im Beobachtungszeitraum unter Schwankungen um die achtzig Kinder (durchschnittlich 3,2% der Einschulungskinder) jährlich, im Land Hessen waren es im Jahresdurchschnitt nur 1,7%.

Wie in den Vorkapiteln gab es auch hier einen geringeren Unterschied von Migranten- zu Nicht-Migrantenkindern (gemittelt 3,7% zu 2,8% im Kreis Groß-Gerau und 2,1% zu 1,6% in Hessen). Es fanden sich somit im Vergleich zu den einheimischen Kindern ungefähr ein Drittel mehr Rückstellungsempfehlungen bei Kann-Kindern mit Migrationshintergrund. Allerdings sind bei diesem Indikator im Landkreis je nach Abfrageparameter teilweise recht niedrige absolute Fallzahlen festzustellen.

Geschlechtsspezifisch gab es bei den Rückstellungsempfehlungen der Kann-Kinder durchschnittlich in Groß-Gerau nur geringfügige und landesweit überhaupt keine Unterschiede.

9.1.19 Kinder mit Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs

Diese Kinder sind zwar schulpflichtig, weisen aber zumindest längerfristige oder sogar dauerhafte Entwicklungs- oder Gesundheitsstörungen auf, welche medizinischerseits einen Schulbesuch nur mit sonderpädagogischer Förderung sinnvoll machen. Auch diese regelabweichende Schulempfehlung wird den Eltern im Beratungsgespräch und der Schule im Schul-Infobrief mitgeteilt. Es zeigten sich folgende Analysedaten:

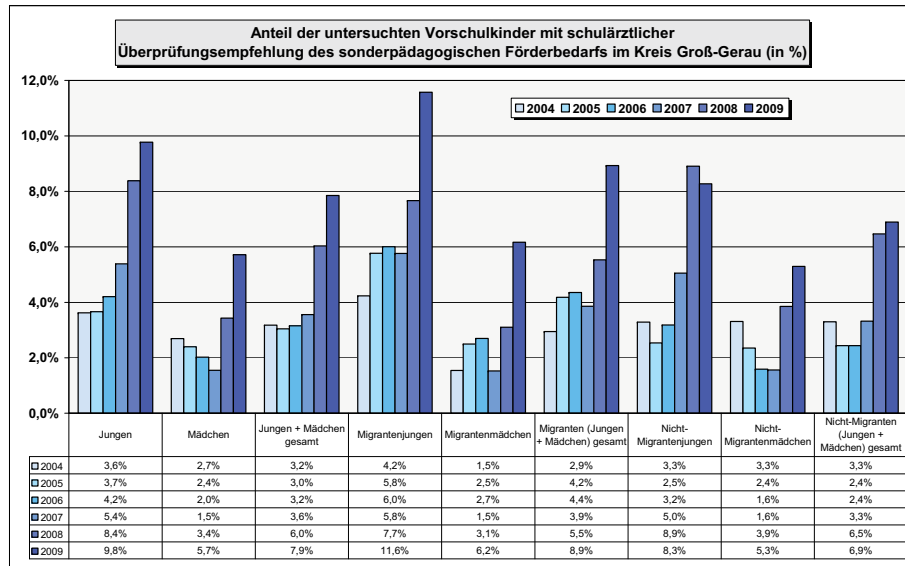


Abb. 9-40: Empfehlung von sonderpädagogischem Förderbedarf im Kreis GG (%)

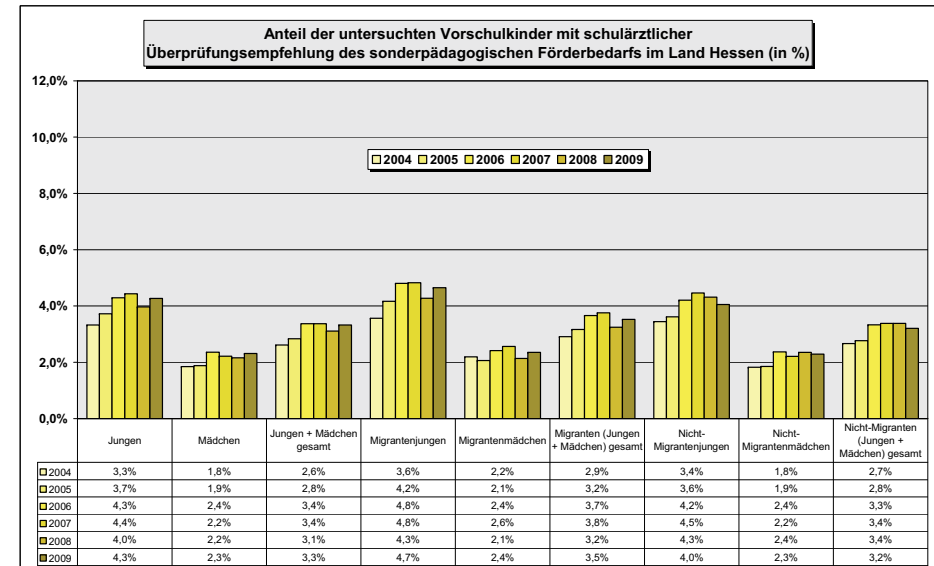


Abb. 9-41: Empfehlung von sonderpädagogischem Förderbedarf in Hessen (in %)

Im Kreis Groß-Gerau stieg die Anzahl der Förderempfehlungen im Beobachtungszeitraum von 86 Kinder auf zuletzt 186 Kinder pro Jahr (insbesondere in den letzten beiden Jahren). Durchschnittlich wurde Förderbedarf bei jährlich 4,5% der Einschulungskinder festgestellt, im Land Hessen waren dies im Jahresmittel 3,1%.

Auch bei diesem Indikator gab es einen deutlichen Unterschied von Migranten- zu Nicht-Migrantenkindern, vor allem im Kreisgebiet (gemittelt 5,0% zu 4,1% und nur 3,4% zu 3,1% in Hessen). Allerdings bestanden bei diesem Indikator im Landkreis Groß-Gerau je nach Abfrageparameter teilweise sehr niedrige absolute Fallzahlen (bis unter zehn jährlich).

Geschlechtsspezifisch gab es deutlich mehr Förderbedarf bei den Jungen als bei den Mädchen (in Groß-Gerau 5,8% zu 3,0% und in Hessen 4,0% zu 2,1%). Bei den Jungen hatten insbesondere die Migrantenjungen einen erhöhten Förderbedarf (zuletzt 11,6% im Jahr 2009).

9.2 Indikatoren des Kreises Groß-Gerau, aufgegliedert nach Städten und Gemeinden

Innerhalb des Kreisgebiets gliedern sich die in den Grafiken abgebildeten Regionen Nord, Mitte und Süd folgendermaßen auf:

- Die **Region Nord** umfasst die Kommunen Bischofsheim, Ginsheim-Gustavsburg, Kelsterbach, Raunheim und Rüsselsheim.
- Die **Region Mitte** umfasst die Kommunen Büttelborn, Groß-Gerau, Mörfelden-Walldorf, Nauheim und Trebur.
- Die **Region Süd** umfasst die Kommunen Biebesheim, Gernsheim, Riedstadt und Stockstadt.

Aufgezeigt werden, soweit dies statistisch zulässig bzw. sinnvoll ist, besondere Entwicklungen der jeweiligen Indikatoren innerhalb der einzelnen Kommunen und/oder der Regionen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Veränderungen umso weniger aussagekräftig werden bzw. umso mehr „Zufalls-Charakter“ annehmen, je kleiner die absoluten Fallzahlen sind. Auch rückt gerade bei kleinen Zahlen der relative „Hebeleffekt“ immer mehr in den Vordergrund und zeigt damit fälschlicherweise erhebliche Veränderungen. Mengenänderungen bei niedrigen Fallzahlen verursachen daher relativ große prozentuale Veränderungen, während dieselbe absolute Veränderung bei großen Zahlen nur noch kleine Veränderungen hervorruft.

Dieser statistische Effekt sei an folgendem einfachen Beispiel veranschaulicht:

Ausgangswert (Fallzahl)	Absolute Veränderung	Resultierende Prozent-Veränderung
1	+1	+100%
10	+1	+10%
100	+1	+1%

Daher sind insbesondere die Veränderungen bei den kleinen Gemeinden mit Vorsicht zu bewerten. Sofern die Zahlen so klein sind, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen geschwärzt werden müssen („Auslassung“) oder diesbezügliche Aussagen statistisch keinen Sinn mehr ergeben, müssen Sie sowohl zeitlich als auch regional soweit zusammengezählt werden, bis belastbare Aussagen zustande kommen.

Soweit vom HLPUG (Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen, Dr. Gawrich) freundlicherweise zur Verfügung gestellt, werden in den folgenden Unterkapiteln topographische Karten genutzt, in denen die örtlichen Ausprägungen des jeweiligen Indikators farblich abgestuft auf einen Blick erfassbar sind. Sie bilden zwar denselben Beobachtungszeitraum wie die untersuchten SEU-Daten in den Hauptgrafiken ab, stammen aber aus späteren Datensätzen derselben Indikatoren, woraus sich geringfügige Abweichungen ergeben können. Sie ermöglichen aber die besagte sehr schnelle grobe Orientierung und enthalten darüber hinaus sogar noch aktuellere Datenanteile.

9.2.1 Anzahl aller untersuchten Vorschulkinder

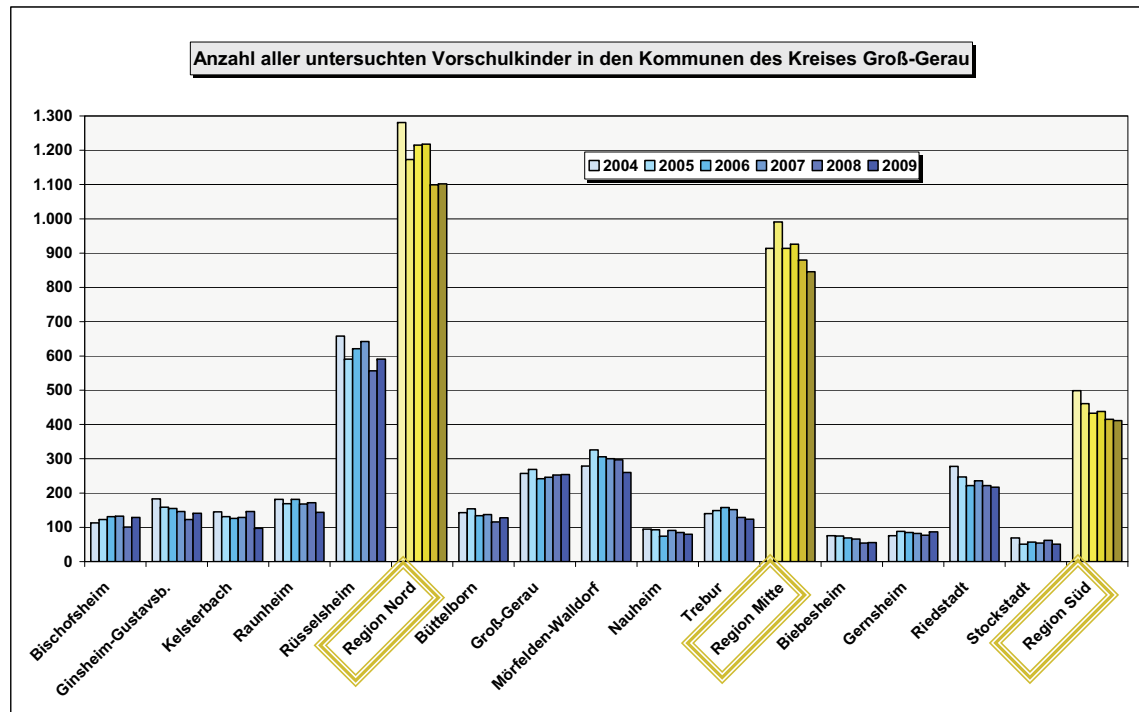


Abb. 9-42: Untersuchte Vorschulkinder im Kreis Groß-Gerau 2004 bis 2009

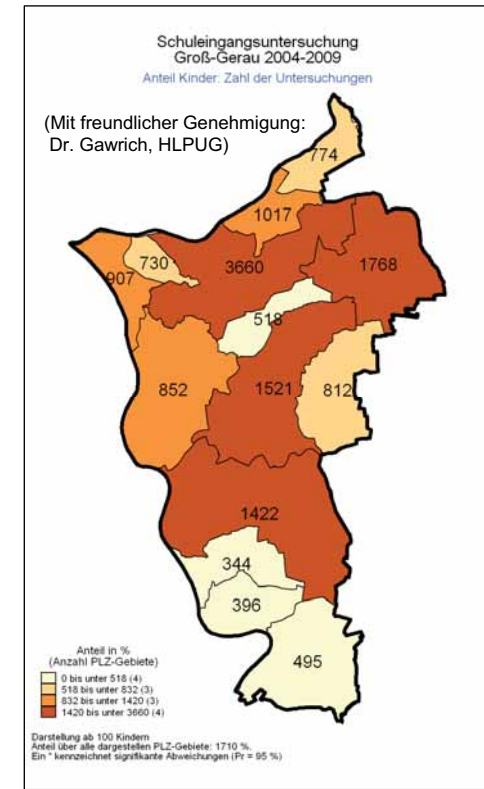


Abb. 9-43: Zahl der untersuchten Kinder pro Kommune

Wie bereits im Kapitel 9.1.1 vorgestellt, gingen die Untersuchungszahlen der Vorschulkinder während des Beobachtungszeitraums im Kreisgebiet insgesamt kontinuierlich von 2.710 auf zuletzt 2.163 Kinder zurück (-342 bzw. -12,6%). Die meisten Vorschüler stellten sich durchschnittlich in der Region Nord (1.181 Kinder), gefolgt von der Region Mitte (912 Kinder) und der Region Süd (443 Kinder) vor. Den stärksten prozentualen Rückgang an Vorschulkindern verzeichnete hierbei die Region Süd mit -17,6%, etwas weniger die Region Nord mit -14,0% und am wenigsten die Region Mitte mit -7,4%.

Bei den Einzelkommunen waren vom Rückgang am stärksten Kelsterbach (-33,1%), Biebesheim (-26,3%), Stockstadt (-26,1%) und Ginsheim-Gustavsburg (-23,0%) betroffen, während Groß-Gerau weitgehend stabil blieb (lediglich -1,2%). In Bischofsheim (+14,2%) und Gernsheim (+14,5%) stiegen die Zahlen sogar an, in Gernsheim allerdings bei kleinen Fallzahlen. Insbesondere hinsichtlich der Stadt Kelsterbach ist bemerkenswert, dass in den Vorjahren stets zwischen ca. 130 und 145 Kinder zur SEU erschienen, jedoch nur noch 97 Kinder im Jahr 2009.

9.2.2 Anteil der untersuchten Vorschulkinder mit vorgelegten Vorsorgeheft

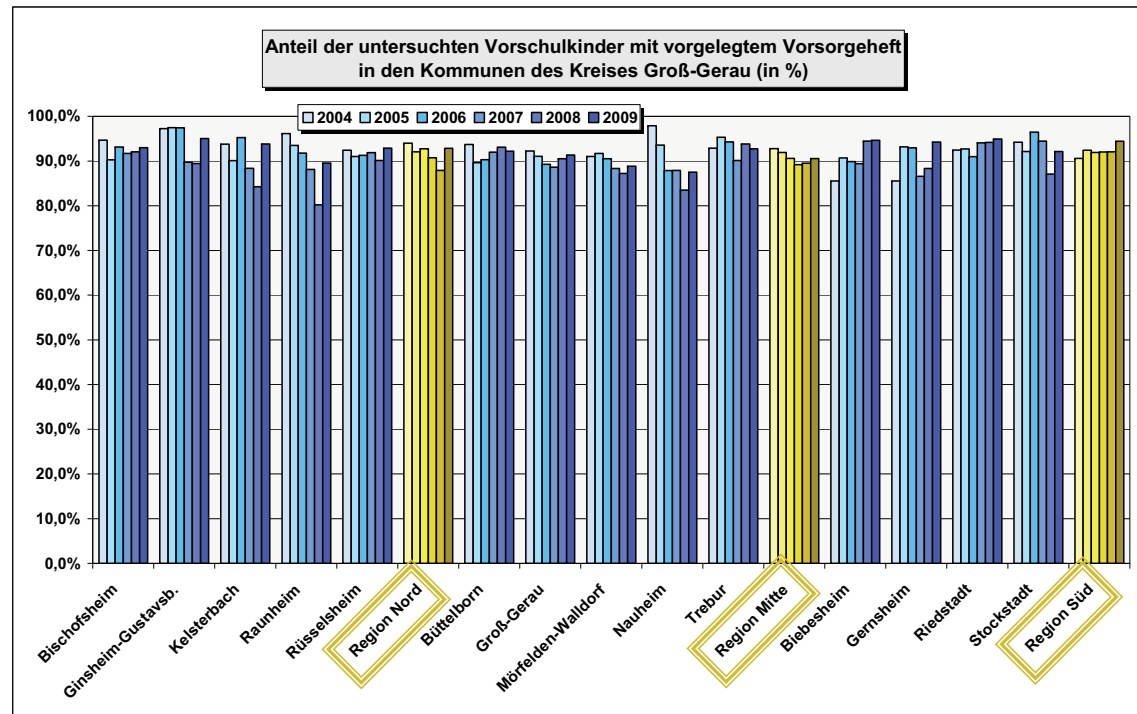


Abb. 9-44: Vorschulkinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft im Kreis Groß-Gerau 2004 bis 2009

Dem Trend der jährlichen Gesamt-Untersuchungszahlen folgend, ging auch die Anzahl der zur SEU mitgebrachten Vorsorgehefte während des Beobachtungszeitraums im Kreisgebiet insgesamt von 2.515 auf zuletzt 2.185 zurück (-330 Kinder bzw. -13,1%). Die meisten Untersuchungshefte wurden durchschnittlich in der Region Nord vorgelegt (jährlich 1.084 bzw. bei 91,7% der untersuchten Kinder), gefolgt von der Region Mitte (jährlich 828 bzw. bei 90,8% der untersuchten Kinder) und der Region Süd (jährlich 408 bzw. bei 92,2% der untersuchten Kinder).

Den stärksten prozentualen Rückgang, bezogen auf die absoluten Zahlen, verzeichnete hierbei die Region Nord mit -15,0 % (besonders in Kelsterbach und Raunheim im Jahr 2008), etwas weniger die Region Süd mit -14,2% und am wenigsten die Region Mitte mit -9,7%.

Im Verhältnis der Kinder mit vorgelegten Heften innerhalb eines Ortes in Relation zu allen untersuchten Kindern desselben Ortes legten die Kinder in allen Kommunen (mit Ausnahme von Kelsterbach und Raunheim im Jahr 2008) ihre Vorsorgehefte zu etwa 90,0% bis 94,0% vor.

9.2.3 Migrationshintergrund des Elternhauses

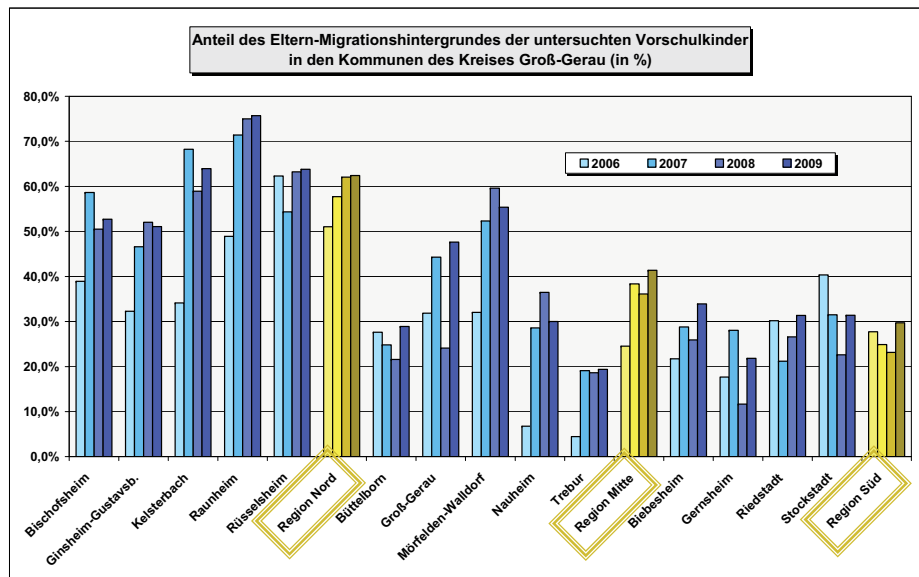


Abb. 9-45: Migranten-Anteil der Vorschulkinder im Kreis GG (%)

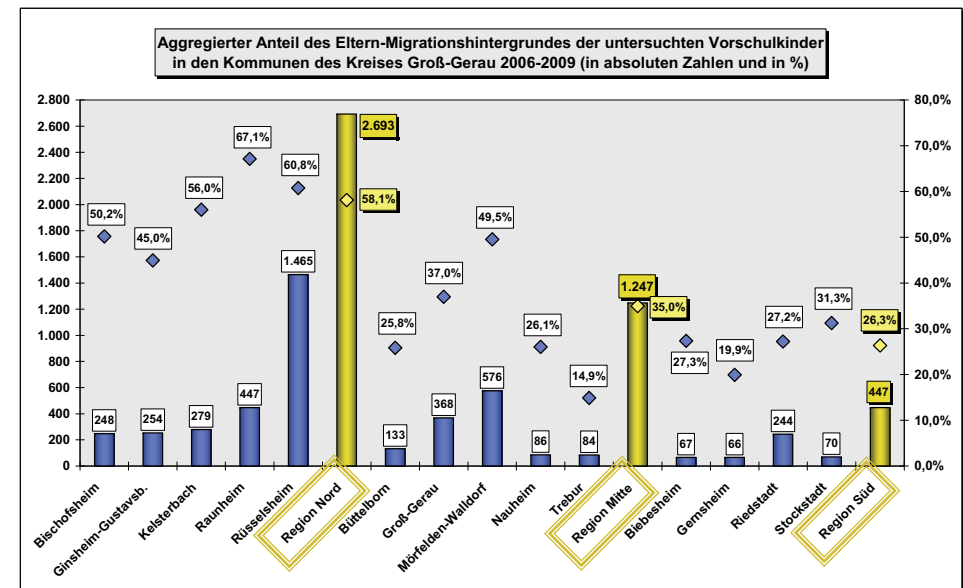


Abb. 9-46: Aggregierter Migranten-Anteil der Vorschulkinder im Kreis GG (zweiachsig)

Da der Migrationshintergrund im Rahmen des S-ENS-Screenings erst seit 2006 abgefragt wird, können an dieser Stelle nur die Daten ab dem Jahr 2006 dargestellt werden. Der Migrantenanteil kletterte im Kreisgebiet insgesamt seit dem Jahr 2006 von damals 37,6% auf zuletzt 49,2% im Jahr 2009, allerdings mit zum Teil heftigen Unterschieden zwischen den einzelnen Kommunen und Regionen.

Hatten im Beobachtungszeitraum in der Region Süd durchschnittlich lediglich 26,3% (447 von allen 1.697 untersuchten Kindern dieser Region) und in der Region Mitte immer noch moderate 35,0% (1.247 von 3.566) der Einschulungskinder einen Migrationshintergrund, lag dieser Anteil in der Region Nord bei 58,1% (2.693 von 4.634) und somit der Anteil der einheimischen Vorschüler bei nur noch 41,9%.

Durchschnittlich am meisten Migrantenkinder wurden in Rüsselsheim untersucht (366 Kinder/Jahr), gefolgt von Mörfelden-Walldorf (144/Jahr), Raunheim (112/Jahr), Groß-Gerau (92/Jahr) und Kelsterbach (70/Jahr), während in Biebesheim, Gernsheim und Stockstadt lediglich 17-18 Migrantenkinder jährlich zur Untersuchung erschienen sowie in Trebur 21 und in Nauheim 22 Kinder mit Migrationshintergrund jährlich.

Die höchsten Anteile an Vorschülern mit Migrationshintergrund (von allen untersuchten Kindern der jeweiligen Kommune) hatten im Erfassungszeitraum Raunheim mit 67,1% (447 Migrantenkinder von dort insgesamt 666 untersuchten Kindern), Rüsselsheim mit 60,8% (1.465 von 2.411), Kelsterbach mit 56,0% (279 von 498), Bischofsheim mit 50,2% (248 von 494), Mörfelden-Walldorf mit 49,5% (576 von 1.163) und Ginsheim-Gustavsburg mit 45,0% (254 von 565 untersuchten Kindern).

Kinder mit Migrationshintergrund des Elternhauses	2006	2007	2008	2009	Δ nominal	Δ relativ	Mittelwert
Bischofsheim	38,9%	58,6%	50,5%	52,7%	13,8%	35,4%	50,2%
Ginsheim-Gustavsburg.	32,3%	46,6%	52,0%	51,1%	18,8%	58,3%	45,5%
Kelsterbach	34,1%	68,2%	58,9%	63,9%	29,8%	87,3%	56,3%
Raunheim	48,9%	71,4%	75,0%	75,7%	26,8%	54,8%	67,8%
Rüsselsheim	62,3%	54,4%	63,2%	63,8%	1,5%	2,4%	60,9%
Region Nord	51,0%	57,7%	62,1%	62,4%	11,4%	22,3%	58,2%
Büttelborn	27,6%	24,8%	21,6%	28,9%	1,3%	4,7%	25,7%
Groß-Gerau	31,8%	44,3%	24,1%	47,6%	15,8%	49,7%	37,0%
Mörfelden-Walldorf	32,0%	52,3%	59,6%	55,4%	23,4%	72,9%	49,8%
Nauheim	6,8%	28,6%	36,5%	30,0%	23,2%	344,0%	25,4%
Trebur	4,4%	19,1%	18,6%	19,4%	14,9%	336,9%	15,4%
Region Mitte	24,5%	38,3%	36,1%	41,4%	16,9%	68,8%	35,1%
Biebesheim	21,7%	28,8%	25,9%	33,9%	12,2%	56,1%	27,6%
Gernsheim	17,6%	28,0%	11,7%	21,8%	4,2%	23,8%	19,8%
Riedstadt	30,2%	21,2%	26,6%	31,3%	1,2%	3,8%	27,3%
Stockstadt	40,4%	31,5%	22,6%	31,4%	-9,0%	-22,3%	31,4%
Region Süd	27,7%	24,9%	23,1%	29,7%	2,0%	7,1%	26,4%
Kreis GG insgesamt	37,6%	45,2%	45,8%	49,2%	11,5%	30,7%	44,4%

Abb. 9-46.1: Kinder mit Migrationshintergrund des Elternhauses in den Kommunen in %

Dabei zeigt sich, dass unter den Bedingungen eines relativ stabilen Trends insbesondere im letzten Beobachtungsjahr (2009) tatsächlich fast zwei Drittel aller Vorschüler in Rüsselsheim (63,8%) und Kelsterbach (63,9%) und sogar drei Viertel aller untersuchten Kinder in Raunheim (75,7%) einen Migrationsstatus aufwiesen – speziell in Raunheim mit immer noch weiter ansteigender Tendenz.

Am wenigsten Migrantenkinder wurden in Trebur mit 14,9% (84 Migrantenkinder von 563 Kindern insgesamt) und in Gernsheim mit 19,9% (66 von 331 Einschülern) gezählt.

In Bezug auf den Migrationshintergrund zeigte sich in der Region Nord ein Anstieg von 2006 bis 2009. Hatten 2006 bereits 51,0% der Eltern der untersuchten Kinder einen Migrationshintergrund waren es 2009 bereits 62,0%, ein Anstieg von 11,0%. In der Region Mitte war der Anstieg etwas moderater von 24,5 % im Jahr 2006 auf 41,4% im Jahr 2009. Lediglich die Region Süd verzeichnete nur einen Anstieg um 2,0% von 27,7 % im Jahr 2006 auf 29,7% im Jahr 2009.

9.2.4 Vorsorgestatus der Einschulungskinder (Erfassung der Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U9)

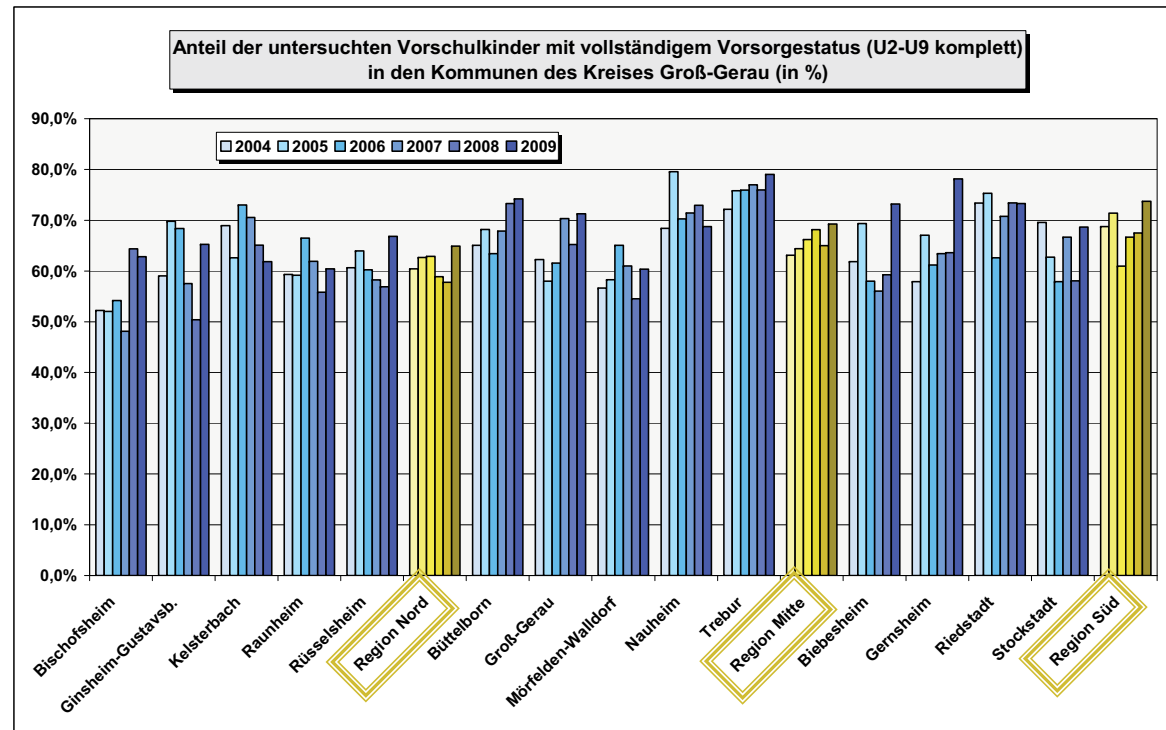


Abb. 9-47: Anteil der untersuchten Vorschulkinder mit vollständigem Vorsorgestatus (U2-U9 komplett) im Kreis Groß-Gerau (in %)

Wie im Kapitel 9.1.4, werden auch an dieser Stelle lediglich die Vorsorgeuntersuchungen U2 bis U9 (unter Ausschluss der U7a) dargestellt. Durchschnittlich wiesen jährlich 1.631 Vorschüler (64,2% aller untersuchten Kinder) im Kreisgebiet einen kompletten Vorsorgestatus auf. Wie der Landkreis insgesamt, verzeichneten auch alle einzelnen Kommunen einen merklichen Anstieg dieses Indikators im Jahr 2009.

Die höchste vollständige Vorsorgequote wurde durchschnittlich in der Region Süd erreicht (jährlich 68,2% der untersuchten Kinder), gefolgt von der Region Mitte (66,0%). Die niedrigste komplette Vorsorgequote erzielte die Region Nord mit jährlich nur 61,2% der untersuchten Kinder. Innerhalb der Regionen hatten die Vorschüler in Trebur (76,0%), Nauheim (71,9%) und Riedstadt (71,5%) die höchsten (durchschnittlichen) vollständigen Vorsorgeanteile, jedoch nur 55,6% in Bischofsheim, 59,3% in Mörfelden-Walldorf, 60,5% in Raunheim, 61,1% in Rüsselsheim und 61,7% in Ginsheim-Gustavsburg. In der Region Nord lag lediglich Kelsterbach mit durchschnittlich 67,0% über dem Kreisdurchschnitt.

9.2.5 Vorsorgestatus der Einschulungskinder (selektive Erfassung der Vorsorgeuntersuchungen U7 bis U9)

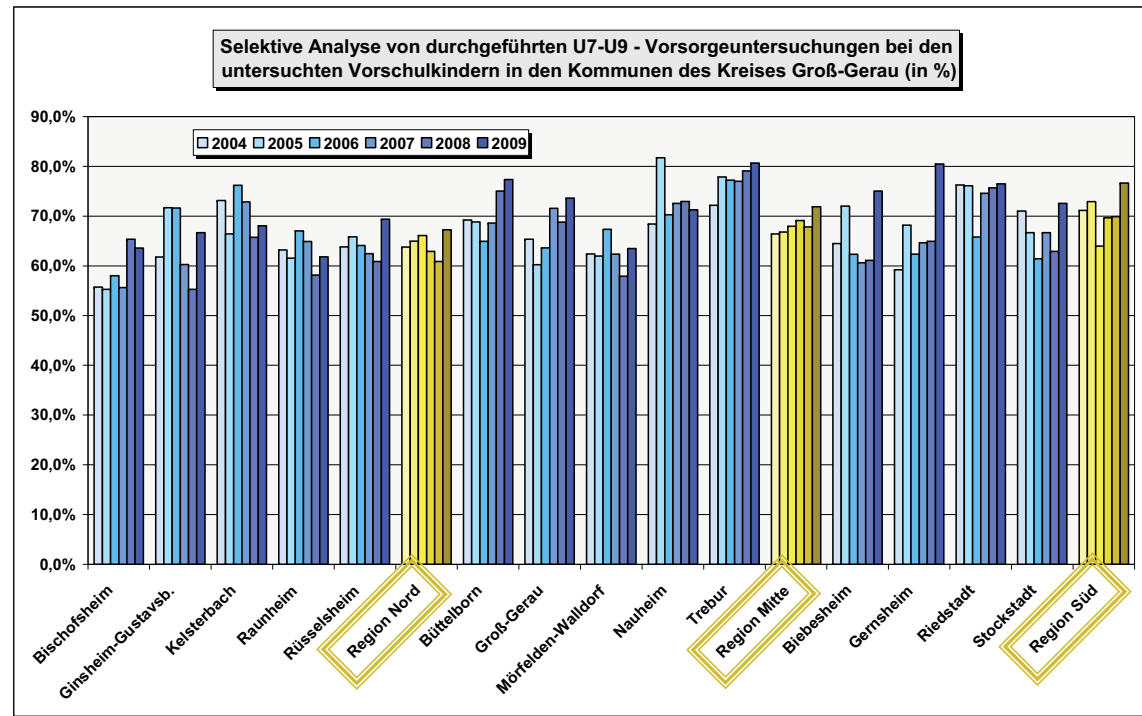


Abb. 9-48: Selektive Analyse von durchgeführten U7-U9 – Vorsorgeuntersuchungen bei den untersuchten Vorschulkindern im Kreis Groß-Gerau (in %)

Wie im Kapitel 9.1.5 werden auch an dieser Stelle lediglich die Vorsorgeuntersuchungen U7 bis U9 (unter Ausschluss der U7a) dargestellt. Durchschnittlich führten jährlich 1.700 Vorschüler (66,8% bzw. fast $\frac{2}{3}$ aller untersuchten Kinder) im Kreisgebiet diese drei Untersuchungen durch. Auch bei diesem Indikator verzeichneten alle einzelnen Kommunen einen merklichen Anstieg im Jahr 2009.

Die höchste Vorsorgequote (U7-U9) wurde durchschnittlich in der Region Süd erreicht (jährlich 70,7% der untersuchten Kinder), gefolgt von der Region Mitte (68,3%). Die niedrigste Vorsorgequote erzielte die Region Nord mit jährlich nur 64,3% der untersuchten Kinder, obwohl dort mit jährlich 760 Vorsorgefällen naturgemäß die absolut höchsten Zählraten bestanden (im Süden nur 313).

Innerhalb der Regionen hatten die Vorschüler in Trebur (77,2%), Riedstadt (74,3%) und Nauheim (73,0%) die höchsten durchschnittlichen Vorsorgeanteile, jedoch nur 58,8% in Bischofsheim, 62,6% in Mörfelden-Walldorf, 62,8% in Raunheim, 64,4% in Rüsselsheim und 64,8% in Ginsheim-Gustavsburg. In der Region Nord lag lediglich Kelsterbach mit durchschnittlich 70,4% über dem Kreisdurchschnitt.

9.2.6 Impfstatus der Einschulungskinder (Kinder mit vollständigem Impfstatus)

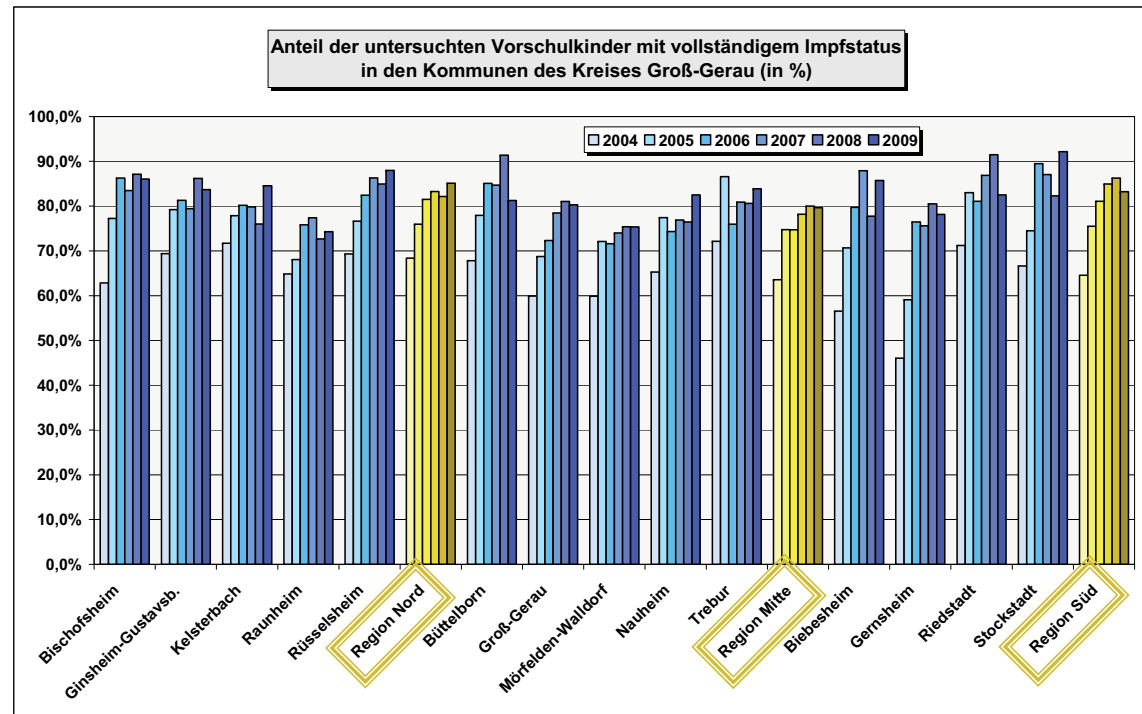


Abb. 9-49: Vorschulkinder mit vollständigem Impfstatus im Kreis Groß-Gerau (in %)

Wie im Kapitel 9.1.6 erwähnt, stiegen die vollständigen Impfquoten trotz der dort bereits besprochenen „Vollständigkeitsproblematik“ während des Beobachtungszeitraums im Kreisgebiet kontinuierlich von 65,9% auf zuletzt 82,8% (durchschnittlich 77,8% jährlich). Die höchsten Impfquoten bestanden grundsätzlich in der Region Nord (79,2%), gefolgt von der Region Süd (78,8%) und der Region Mitte (75,1%), wobei die Region Mitte sowohl in absoluten Zahlen (93 Kinder) als auch anteilig (um 16,0%) am stärksten zulegte. Die durchschnittlich höchsten absoluten jährlichen Impffzahlen verzeichnete erwartungsgemäß die Region Nord (935 Kinder), etwas weniger die Region Mitte (685 Kinder) und die niedrigsten die Region Süd (349 Kinder).

Folgende Einzelkommunen wiesen insgesamt überdurchschnittlich hohe Impfraten auf: Riedstadt (82,3%), Stockstadt (81,4%), Rüsselsheim (81,1%), Büttelborn (80,9%) und Bischofsheim (80,7%). Die niedrigsten Impfraten verbuchten Gernsheim (69,5%), Mörfelden-Walldorf (71,4%), Raunheim (72,1%) und Groß-Gerau (73,4%), wobei Gernsheim allerdings gegenüber dem Ausgangsjahr die höchsten prozentualen Zuwachsraten melden konnte.

9.2.7 Kinder mit auffälligem Sehbefund

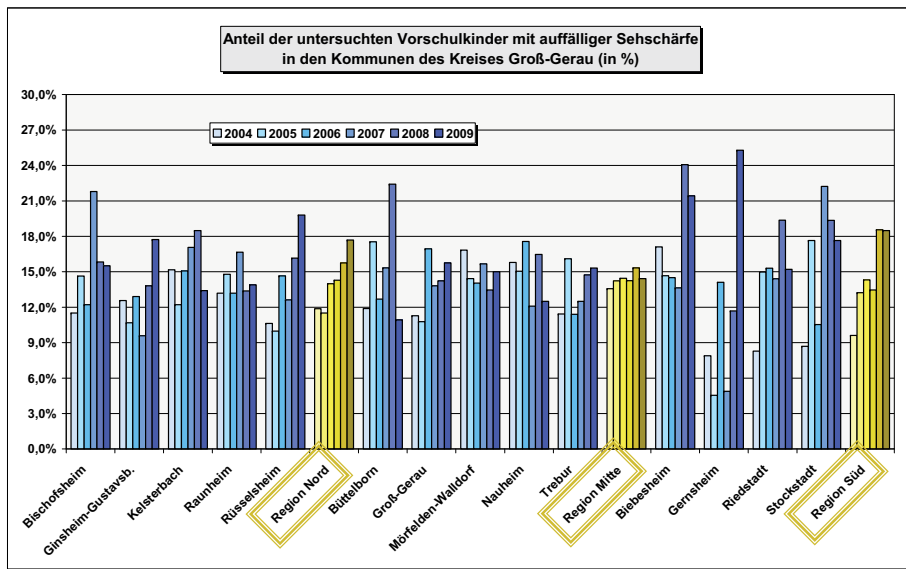


Abb. 9-50: Vorschulkinder mit auffälliger Sehschärfe im Kreis GG (in %)

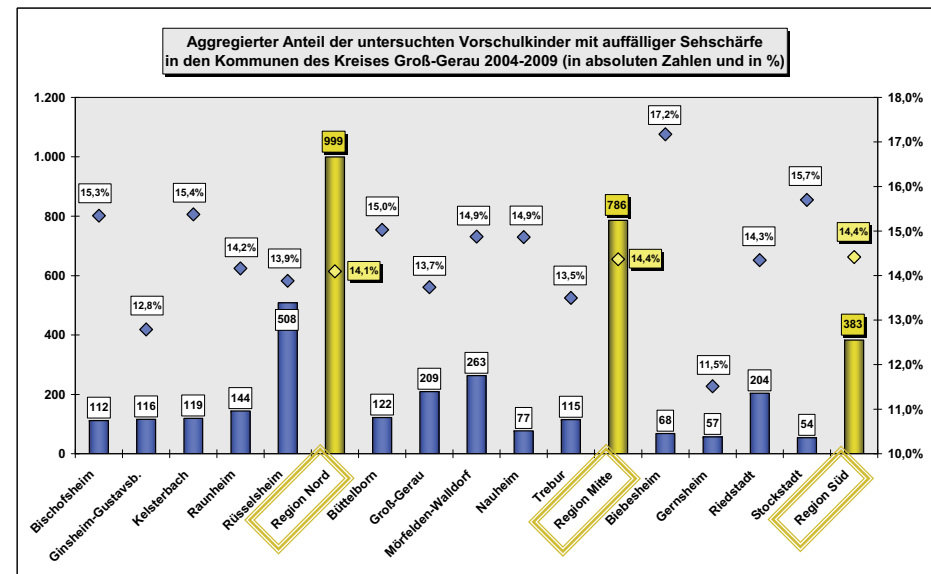


Abb. 9-51: Vorschulkinder mit auffälliger Sehschärfe im Kreis GG (2-achsig)

Wie bereits im Kapitel 9.1.7 erwähnt, stieg die Rate der auffälligen Sehbefunde (Sehschärfe) im Landkreis von 12,0% auf 16,7%, wobei insbesondere der Anstieg seit dem Jahr 2008 eher dem veränderten Screeningverfahren seit September 2007 zuzuschreiben ist.

Bei Betrachtung der langjährigen Mittelwerte der jeweiligen Regionen fallen keine besonderen Unterschiede auf (Region Mitte und Süd mit jeweils 14,4%, Region Nord mit 14,1%). Die Südregion wies mit +58,3% seit dem Jahr 2004 zwar die höchste Anstiegsdynamik aus, jedoch mit derart kleinen absoluten Fallzahlen in den jeweiligen Gemeinden (in Biebesheim, Gernsheim und Stockstadt teilweise unter zehn Fälle pro Jahr), dass diese fast Zufallscharakter annehmen. Aus diesem Grund werden in der Abbildung 9-51 nur zeitlich aggregierte Zahlen dargestellt.

Im kommunalen Vergleich zeigen Biebesheim die höchsten (17,2%) und Gernsheim (11,5%) sowie Ginsheim-Gustavsburg (12,8%) die niedrigsten Auffälligkeitswerte, wobei hinsichtlich der südlichen Kommunen die statistische Aussagekraft aufgrund der erwähnten niedrigen Fallzahlen eher mit Zurückhaltung zu bewerten ist.

9.2.8 Kinder mit auffälligem Hörbefund

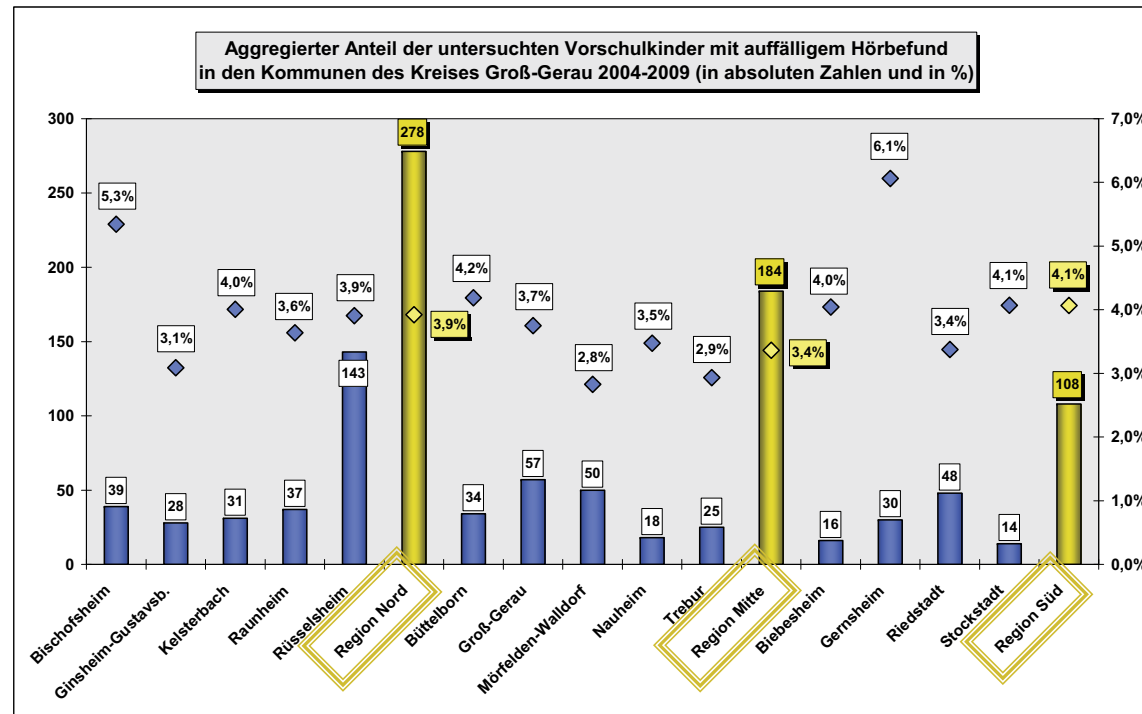


Abb. 9-52: Vorschulkinder mit auffälligem Hörbefund im Kreis Groß-Gerau (2-achsig)

Wie bereits im Kapitel 9.1.8 erwähnt, stellt sich das Vergleichbarkeitsproblem der Daten bis einschließlich 2007 und ab dem Jahr 2008 aufgrund des veränderten Screeningverfahrens seit September 2007 dar. Noch problematischer gestaltet sich die statistische Auswertung auf der kommunalen Ebene, da hier die jährlichen Fallzahlen teilweise bis zu „Null“ gehen und somit eine zeitliche Verlaufsdarstellung unsinnig wird. Die einzige Möglichkeit, wenigstens zu regionalen statistischen Aussagen zu kommen, ist die zeitliche Datenaggregation über den gesamten Beobachtungszeitraum.

Demnach bestanden im Beobachtungszeitraum 2004 bis 2009 zwar nominal bzw. zahlenmäßig erwartungsgemäß die höchsten Hörstörungenraten in der nördlichen Region (278 Kinder), anteilig an den jeweils insgesamt untersuchten Schülern aber in der Region Süd (4,1%), insbesondere in Gernsheim (6,1% aller Einschulungskinder). Als Grund hierfür könnten zum Beispiel die von Schule zur Schule unterschiedlichen räumlichen Untersuchungsbedingungen sein. So sind beispielsweise die Räume in der Grundschule Gernsheim zwar von Größe und Sauberkeit sehr gut, allerdings ist der Geräuschpegel sehr hoch, was sicherlich einen Einfluss auf das Ergebnis der Hörteste nimmt.

Die jeweils aggregierten Rohzahlen der einzelnen Gemeinden wurden in der obigen Grafik zur groben Orientierung zwar dargestellt, sind aber immer noch sehr niedrig und erlauben daher nur bedingt einen Vergleich (beispielsweise nicht 3,9% in Rüsselsheim mit 4,1% in Stockstadt).

9.2.9 Kinder mit Übergewicht

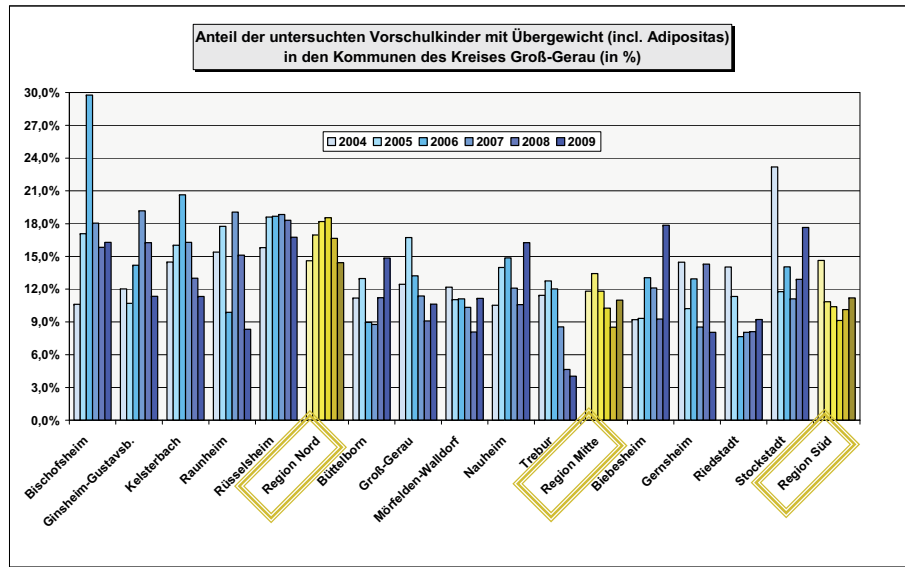


Abb. 9-53: Vorschulkinder mit Übergewicht im Kreis GG (in %)

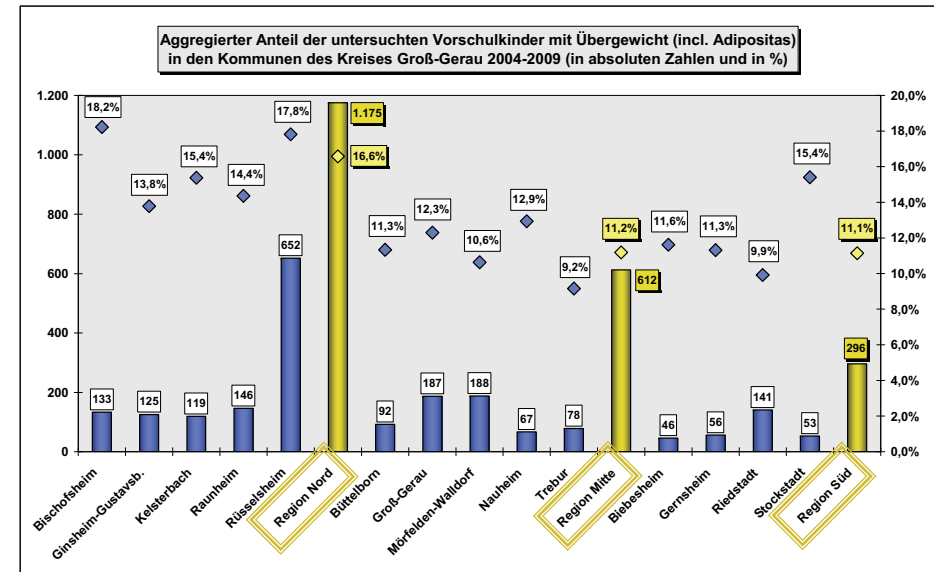


Abb. 9-54: Vorschulkinder mit Übergewicht im Kreis GG (2-achsig)

Wie bereits im Kapitel 9.1.9 erwähnt, ging die Anzahl der übergewichtigen Vorschüler im Beobachtungszeitraum kreisweit um 19,6% zurück bei einem durchschnittlichen Bestand von 13,7% und deutlichem Nord-Süd-Gefälle. Betrachtet man gleichzeitig die Grafik der Migrantenkinder im Kapitel 9.2.3, drängt sich eine erstaunliche Deckungsgleichheit dieses Gefälles auf.

In der Region Nord lagen die langjährigen Mittelwerte bei 16,6% während in der südlichen und mittleren Region (11,1% und 11,2%) fast nur halb so viele übergewichtige Kinder vorstellig wurden. Bezogen auf den Ausgangswert sank die Übergewichtquote im Süden um 37,0%, während sie im Norden nur um 15,0% sank. Allerdings hebt sich das Verhältnis des relativ sehr hohen Ausgangswerts im Jahr 2004 zu den jeweils nachfolgenden Werten im Süden von jenem der anderen Regionen ab.

Im kommunalen Vergleich zeigen Bischofsheim (18,2%) und Rüsselsheim (17,8%) durchschnittlich die höchsten Merkmalswerte während Trebur (9,2%) und Riedstadt (9,9%) die niedrigsten Übergewichtsquoten aufwiesen. In Bischofsheim, Büttelborn, Nauheim und Biebesheim war der Anteil übergewichtiger Vorschulkinder im Jahr 2009 höher als im Jahr 2004, während die Quote in allen anderen Kommunen sank (am stärksten in Trebur: -68,8%) bei allerdings auch hier wiederum relativ kleinen absoluten Fallzahlen (siehe hierzu Seite 53 „Hebeleffekt“: geringfügige absolute Veränderung der kleinen Ausgangszahl mit der Folge von relativ hohen prozentualen Veränderungen).

9.2.10 Kinder mit Adipositas

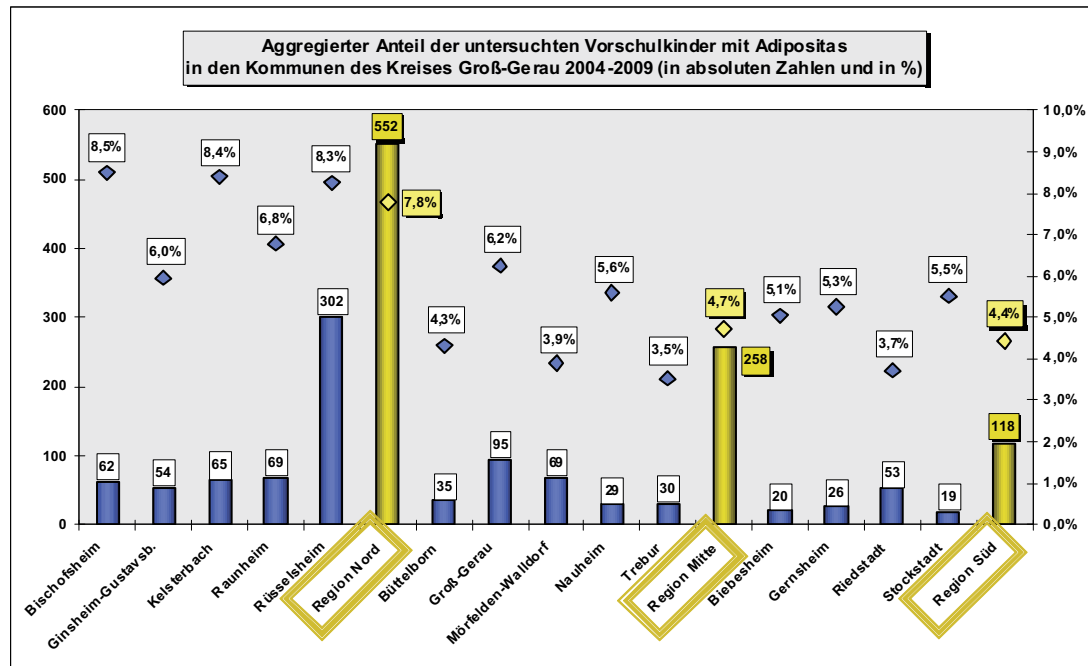


Abb. 9-55: Vorschulkinder mit Adipositas im Kreis Groß-Gerau (2-achsig)

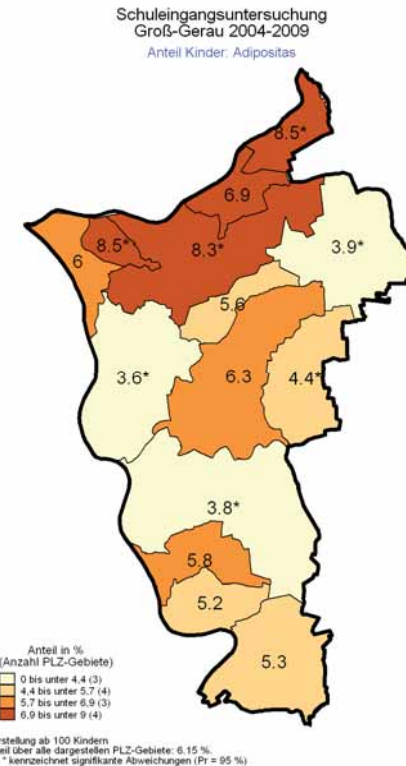


Abb. 9-55.1: Vorschulkinder mit Adipositas in %

Kreisweit ging die Quote der adipösen Vorschüler im Beobachtungszeitraum immerhin von 6,3% auf 5,9% zurück - bei einem durchschnittlichen Bestand von 6,1% und auch (wie bereits beim Übergewicht) erheblichem Nord-Süd-Gefälle - analog zur topographischen Verteilung der Migrantenkinder (siehe Kapitel 9.2.3).

In der Region Nord lagen die langjährigen Mittelwerte bei 7,8% während in der südlichen und mittleren Region (4,4% und 4,7%) fast nur halb so viele fettleibige Einschulungskinder vorstellig wurden. Bezogen auf den jeweiligen Ausgangswert der Rohdaten sank die Adipositas im Süden nur um 12,5%, im Norden aber um 15,1%. Der Trend im Norden darf aufgrund ausreichend hoher Jahres-Fallzahlen als gesichert gelten, während er im Süden wegen der sehr niedrigen nominalen Jahreswerte noch mit Vorsicht zu bewerten ist.

Die meisten adipösen Kinder lebten in Bischofsheim (8,5% aller Einschüler), Kelsterbach (8,4%) und Rüsselsheim (8,3%). Die Rohzahlen der einzelnen Gemeinden wurden in der obigen Grafik zur groben Orientierung nur zeitlich aggregiert dargestellt, denn sie sind in den einzelnen Jahren teilweise extrem niedrig (bis hinunter zu 1 oder 2 Kindern im jeweiligen Untersuchungs-jahr der Kommune) und erlauben daher nur bedingt einen Vergleich.

9.2.11 Kinder mit auffälligen Koordinationsstörungen

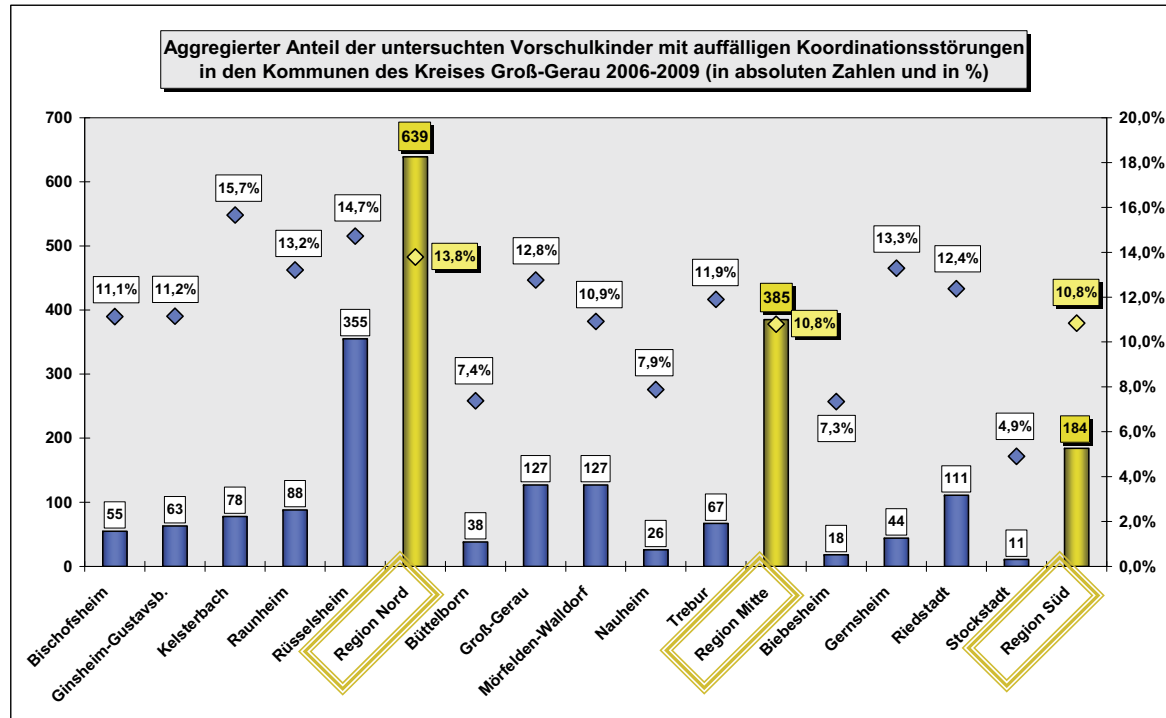


Abb. 9-56: Vorschulkinder mit Koordinationsstörungen im Kreis Groß-Gerau (2-achsig)

Wie bereits im Kapitel 9.1.12 besprochen, ging die Quote der koordinationsgestörten Vorschüler im Beobachtungszeitraum kreisweit von 14,2% auf 9,7% zurück. Der Durchschnittswert betrug 12,1%. Wie in den Vorkapiteln darf auch bei diesem Indikator von einem offensichtlichen Nord-Süd-Gefälle gesprochen werden - wiederum analog zur topographischen Verteilung der Migrantenkinder (siehe Kapitel 9.2.3).

In der Region Nord lagen die langjährigen Mittelwerte bei 13,8% während in der südlichen und mittleren Region jeweils nur 10,8% der Einschulungskinder Koordinationsstörungen aufwiesen. Bezogen auf den jeweiligen Ausgangswert sank der Indikator im Süden um 50,7%, in der Mitte um 27,0% und im Norden um 37,6%. Der Trend darf aufgrund ausreichend hoher Jahres-Fallzahlen in allen drei Regionen als belastbar gelten. In den einzelnen Gemeinden waren die nominalen Rohzahlen aber teilweise extrem niedrig (bis hinunter zu einem Kind im jeweiligen Untersuchungsjahr der Kommune) und erlauben daher nur bedingt einen Vergleich (in Nauheim, Biebesheim und Stockstadt Zufallsbewegungen der einzelnen Jahre - dort ist also kein eindeutiger Trend erkennbar). Vergleichsweise sehr hohe Auffälligkeitswerte zeigten sich (bei ausreichend hohen Fallzahlen) in Kelsterbach, Raunheim, Rüsselsheim, Groß-Gerau und Riedstadt (in Gernsheim gab es nur kleine Fallzahlen).

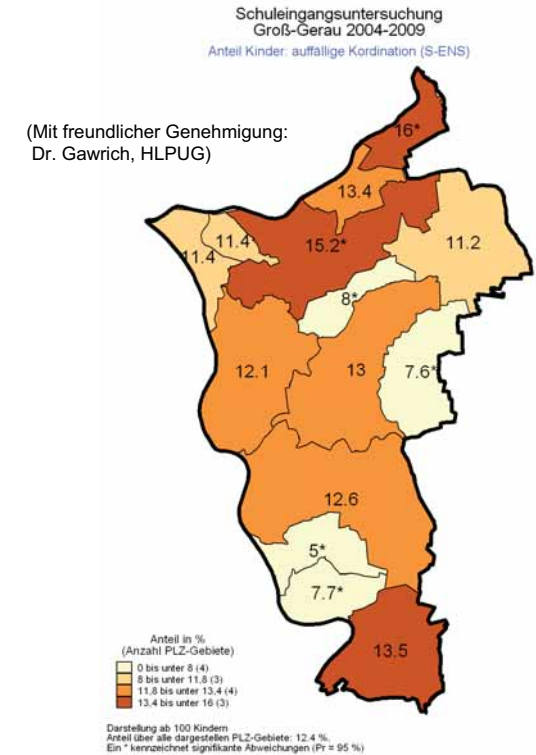


Abb. 9-56.1: Vorschulkinder mit Koordinationsstörungen in % pro Kommune

9.2.12 Kinder mit auffälliger Visuomotorik

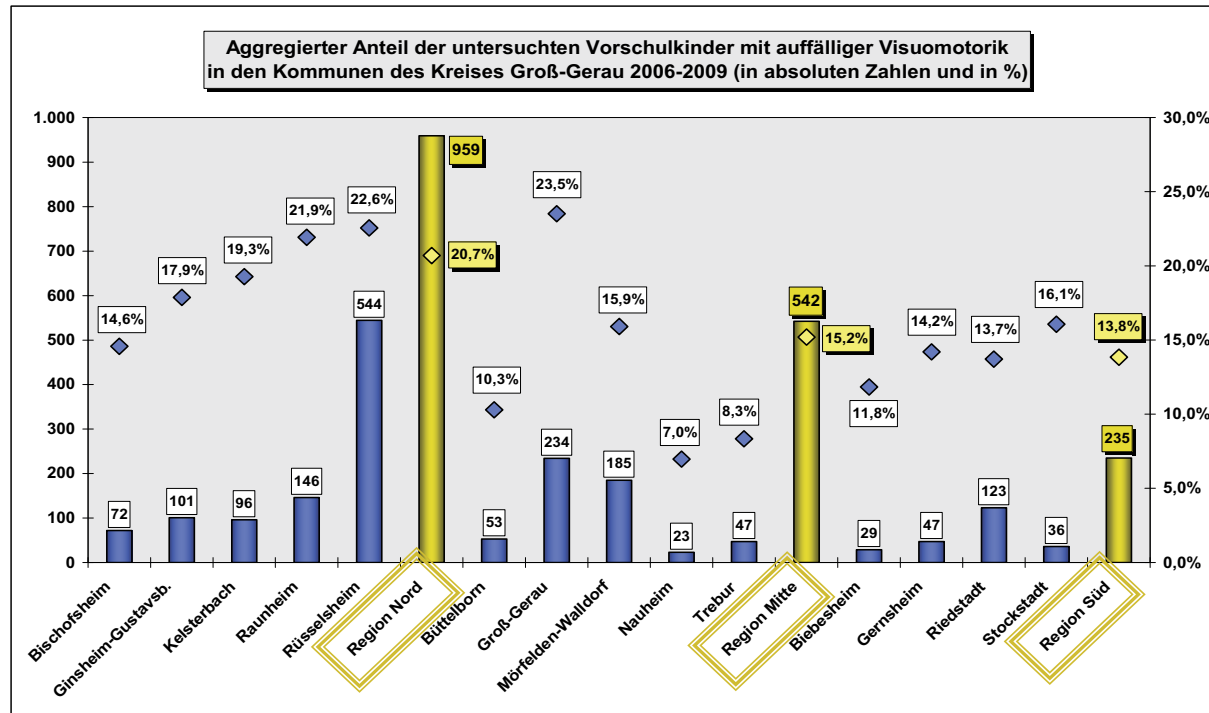


Abb. 9-57: Vorschulkinder mit auffälliger Visuomotorik im Kreis Groß-Gerau (2-achsig)

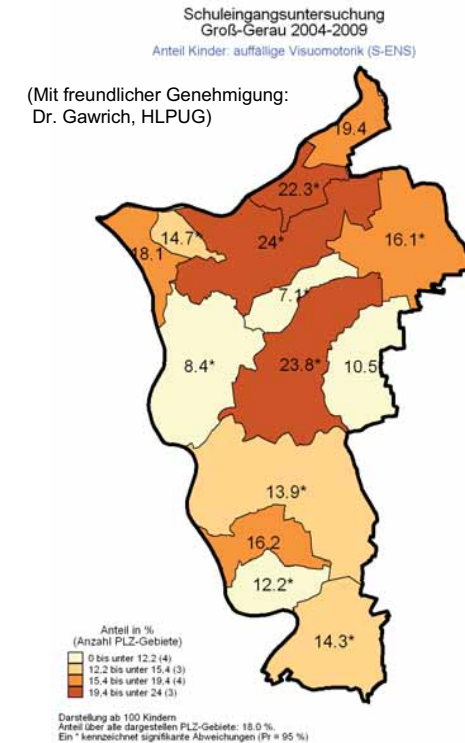


Abb. 9-57.1: Vorschulkinder mit auffälliger Visuomotorik in % pro Kommune

Die Quote der visuomotorisch gestörten Vorschüler stieg im Beobachtungszeitraum kreisweit von 13,0% auf 21,7% an. Der Durchschnittswert betrug 17,7%. Wie in den Vorkapiteln darf auch bei diesem Indikator von einem offensichtlichen Nord-Süd-Gefälle gesprochen werden – wiederum analog zur topographischen Verteilung der Migrantenkinder (siehe Kapitel 9.2.3).

In der Region Nord lagen die langjährigen Mittelwerte bei 20,7% während in der südlichen 13,8% und mittleren Region 15,2% deutlich weniger Einschulungskinder visuomotorische Defizite aufwiesen. Bezogen auf den jeweiligen Ausgangswert stieg der Indikator im Süden nur um 10,5%, in der Mitte schon um 50,5% und im Norden sogar um 70,6%. Der Trend darf aufgrund ausreichend hoher Jahres-Fallzahlen in allen drei Regionen als belastbar gelten. Die Zahlen der einzelnen Gemeinden wurden in der obigen Grafik zur groben Orientierung zwar dargestellt, sind in den einzelnen Jahren aber teilweise extrem niedrig (bis hinunter zu zwei bis drei Kindern im jeweiligen Untersuchungsjahr der Kommune) und erlauben daher nur bedingt einen seriösen Vergleich (in Nauheim, Biebesheim und Stockstadt Zufallsbewegungen der einzelnen Jahre - dort ist also kein eindeutiger Trend erkennbar). Belastbar sind jedoch die hohen Anteilswerte in Kelsterbach, Raunheim, Rüsselsheim und Groß-Gerau (ähnlich wie im Kapitel 9.2.11).

9.2.13 Kinder mit fehlerfreiem Deutsch (Migranten)

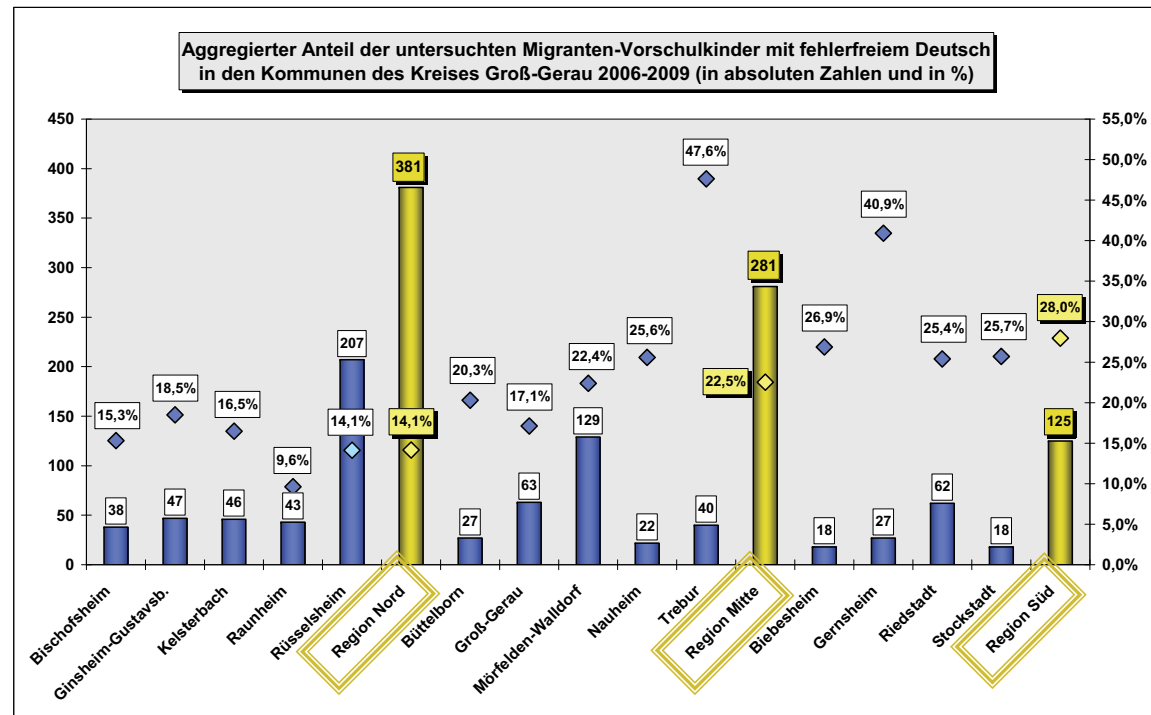


Abb. 9-58: Migranten-Vorschulkinder mit fehlerfreien Deutschkenntnissen im Kreis GG (2-achsig)

Wie bereits im Kapitel 9.1.14 erwähnt, wurden bei diesem Indikator nur die Migrantenkinder getestet. Die Quote an fehlerfreiem Deutsch stieg im Beobachtungszeitraum kreisweit von 13,0% auf 25,8% an. Der Durchschnittswert betrug 18,3%. Es fällt auch bei diesem Indikator ein Nord-Süd-Gefälle auf.

In der Region Nord sprachen im mehrjährigen Durchschnitt nur 14,1% dieser spezifischen Vorschülergruppe fehlerfrei deutsch, in der mittleren Region schon 22,6% und im Süden sogar 28,0%. Bezogen auf den jeweiligen Ausgangswert stieg der Indikator aber in allen drei Regionen kräftig an: im Süden um 70,4%, im Norden um mehr als das Doppelte (127,9%) und in der Mitte sogar dreifach (216,7%). Der Trend darf aufgrund ausreichend hoher Jahres-Fallzahlen in allen drei Regionen als belastbar gelten, im Süden jedoch erst seit dem Jahr 2009.

Die Daten in einzelnen Städten und Gemeinden wurden in der obigen Grafik nur aggregiert dargestellt, denn diese sind in den einzelnen Jahren teilweise extrem niedrig (bis zu „Null“ Kinder im jeweiligen Untersuchungsjahr). Nur in Rüsselsheim und Mörfelden-Walldorf gibt es keine Zufallsbewegungen der einzelnen Jahre bzw. nur dort ist ein echter Besserungstrend der Sprachkenntnisse spürbar. Schlecht sind die Deutschkenntnisse allerdings nach wie vor in Raunheim.

9.2.14 Kinder mit auffälliger auditiver Informationsverarbeitung (Nachsprechen von Pseudowörtern)

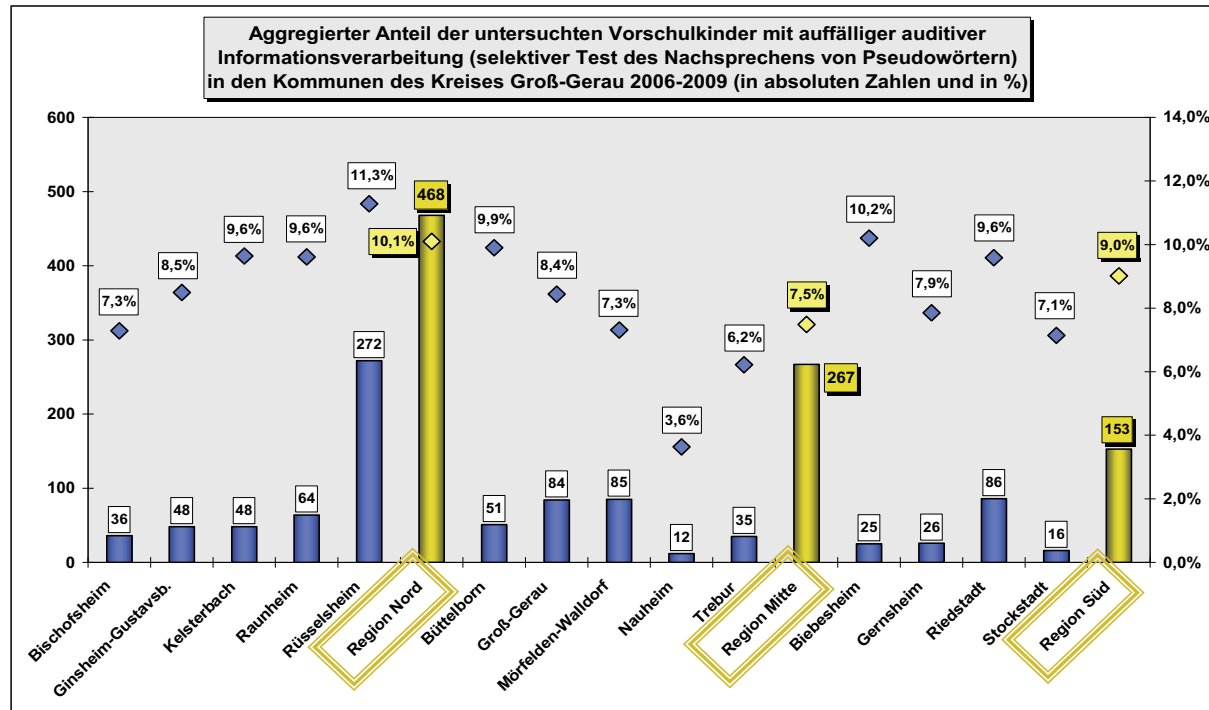


Abb. 9-59: Vorschulkinder mit auffälliger auditiver Informationsverarbeitung (Pseudowörter) im Kreis Groß-Gerau

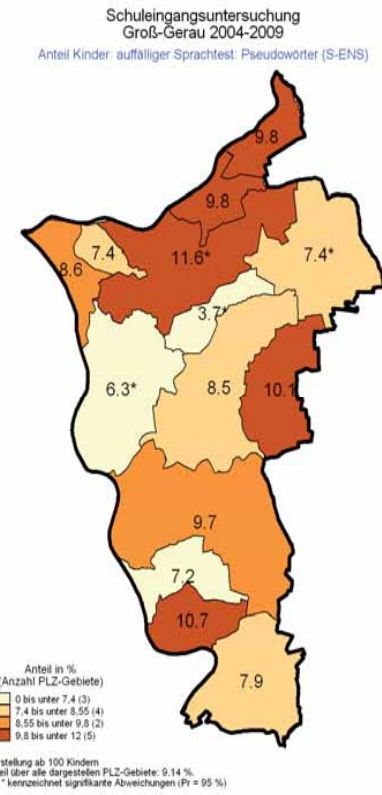


Abb. 9-59.1: Vorschulkinder mit auffälliger auditiver Informationsverarbeitung (Pseudowörter) in % Kommune

Wie bereits im Kapitel 9.1.15 erwähnt, stieg dieser Indikator im Beobachtungszeitraum kreisweit von 8,4% auf 10,0% an. Der Durchschnittswert betrug 9,0%. Wie in den Vorkapiteln fällt auch hier ein (allerdings eher mäßiges) Nord-Süd-Gefälle auf - dies wiederum analog zur topographischen Verteilung der Migrantenkinder (siehe Kapitel 9.2.3), obwohl die getesteten Fantasiewörter eigentlich sprachunabhängig sind.

In der Region Nord waren hinsichtlich des Nachsprechens von Pseudowörtern 10,1% der Vorschüler betroffen, im Süden 9,0% und in der mittleren Region nur 7,5%. Bezogen auf den jeweiligen Ausgangswert stiegen die Quoten in allen drei Regionen an: in der Region Mitte um 3,2%, im Süden um 8,1% und im Norden um 12,1% – bei nominal allerdings geringen Zuwächsen. Der Trend darf aber aufgrund ausreichend hoher Jahres-Fallzahlen insgesamt in allen drei Regionen als belastbar gelten.

9.2.15 Kinder mit auffälliger auditiver Informationsverarbeitung (Nachsprechen von Sätzen)

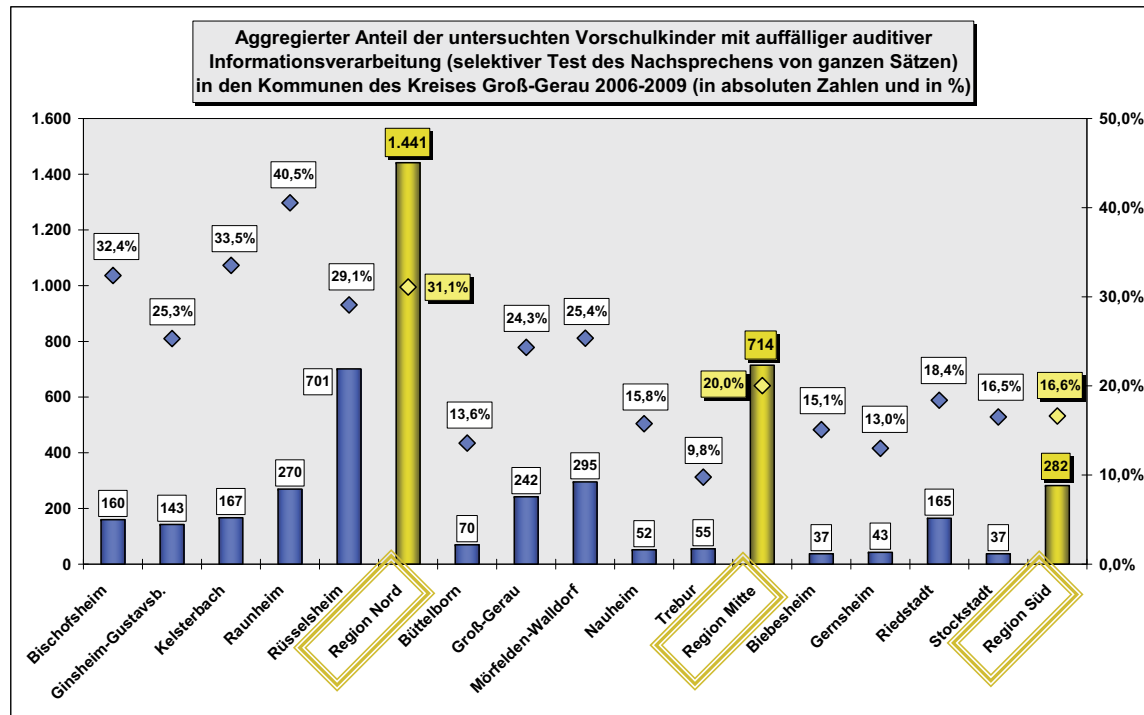


Abb. 9-60: Vorschulkinder mit gestörtem Nachsprechen von Sätzen im Kreis Groß-Gerau (2-achsig)

Wie bereits im Kapitel 9.1.16 erwähnt, stieg dieser Indikator im Beobachtungszeitraum kreisweit von 17,0% auf zuletzt 31,8% an. Der Durchschnittswert betrug 24,9%. Wie in den Vorkapiteln fällt auch hier ein deutliches Nord-Süd-Gefälle auf. Dieses verhält sich analog zur topographischen Verteilung der Migrantenkinder im Kapitel 9.2.3 und der Deutschkenntnisse im Kapitel 9.2.13, überrascht andererseits aber auch nicht, da für diesen Test gute Deutschkenntnisse unbedingt erforderlich sind.

In der Region Nord hatten 31,1% der Vorschüler Schwierigkeiten beim Nachsprechen der Sätze, in der mittleren Region 20,0% und im Süden nur 16,6%. Bezogen auf den jeweiligen Ausgangswert der Rohdaten stiegen die Quoten in allen drei Regionen an: im Norden um 79,3%, in der Region Mitte um 66,2% und im Süden um 55,7%, wobei die Zahlen im Norden und in der Region Mitte im Jahr 2009 leicht rückläufig waren.

Auffällig ist, dass sich der Trend zumindest bis 2008 den sich bessernden Deutschkenntnissen entgegen stellt.

Ab dem Jahr 2008 verzeichneten Ginsheim-Gustavsburg, Kelsterbach, Raunheim, Rüsselsheim, Büttelborn (allerdings nur geringe Zahlen), Groß-Gerau, Mörfelden-Walldorf, Gernsheim (wie Büttelborn allerdings ebenfalls nur kleine Zahlen) und Riedstadt sprunghafte nominale und auch prozentuale Anstiege des hier analysierten Indikators. Eine methodische Änderung des Screeningverfahrens als Erklärung kann ausgeschlossen werden.

9.2.16 Kinder mit Zurückstellung als Regelkind

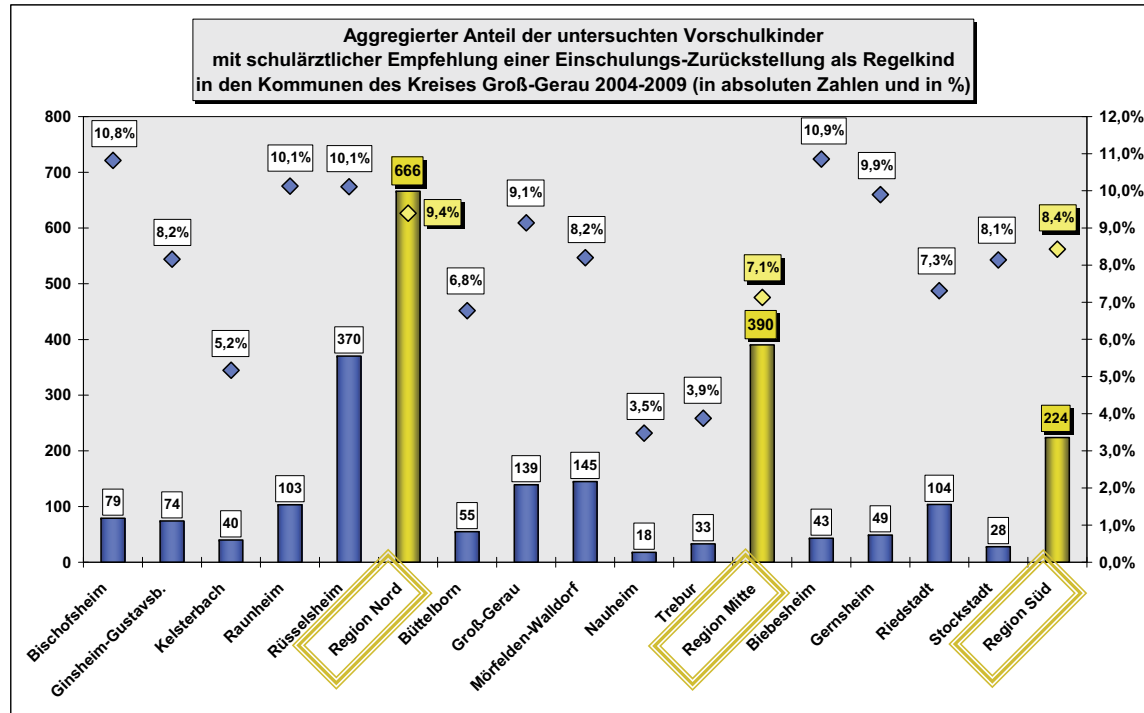


Abb. 9-61: Empfehlung einer Zurückstellung als Regelkind im Kreis Groß-Gerau (2-achsig)

Dieser Indikator stieg im Beobachtungszeitraum kreisweit von 6,8% auf 8,4% an. Der Durchschnittswert betrug 8,5%.

Prozentual - also im Verhältnis zu den regional jeweils insgesamt untersuchten Kindern, fällt wie in mehreren Vorkapiteln auch hier ein Nord-Süd-Gefälle auf. Dieses verhält sich in etwa analog zur topographischen Verteilung der Migrantenkinder im Kapitel 9.2.3.

In der Region Nord wurde seitens der Schulärztinnen in durchschnittlich 9,4% aller Fälle von einer Regel-Einschulung abgeraten, in der Region Süd bei 8,4% der Einschüler und in der Region Mitte bei 7,1% der untersuchten Kinder.

In der nördlichen und mittleren Region zeichnete sich zuletzt (im Jahr 2009) ein „Pseudo-Rückgang“ der Zahlen ab, während diese Trendumkehr im Süden bisher eher ausblieb – und zwar aus folgendem Grund:

Bei den Eingaben in die Datenbank kann in der Rubrik „Regelabweichende Schulempfehlung“ nur zwischen der Zurückstellung als Regelkind, „Kann-Kind“, Eingangsstufenkind und der Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs ausgewählt und nur ein Item angekreuzt werden. Eine Mehrfach-Auswahl (zum Beispiel: Zurückstellung und gleichzeitige Empfehlung einer Förderbedarfs-Überprüfung) ist leider nicht vorgesehen. Dies hatte zur Folge, dass im Sinne einer gesicherten Förderung des Kindes im Zweifelsfall verstärkt die Neigung zur Empfehlung der Förderbedarfs-Überprüfung bestand. Der Rückgang des hier dargestellten Indikators im Jahr 2009 geht daher am ehesten zu Lasten des Anstiegs der Förderbedarfs-Empfehlung. Denn dort ist bereits seit dem Jahr 2008 ein erheblicher Anstieg spürbar.

9.2.17 Kinder mit Zurückstellung als Kann-Kind

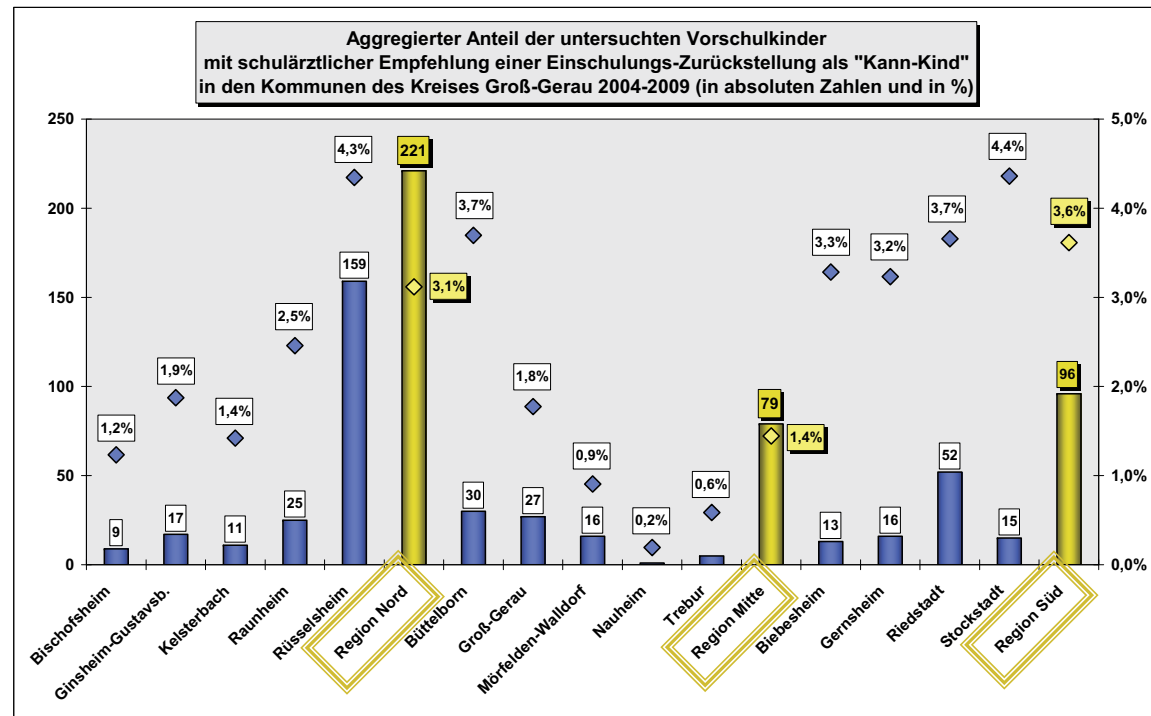


Abb. 9-62: Empfehlung einer Zurückstellung als Kann-Kind im Kreis Groß-Gerau (2-achsig)

Wie bereits im Kapitel 9.1.18 erwähnt, bewegte sich dieser Indikator im Beobachtungszeitraum kreisweit ohne besondere Richtungstendenz um durchschnittlich 3,2% jährlich. Ein Nord-Süd-Gefälle, wie in vielen der vorangegangenen Kapitel, bestand in diesem Fall nicht. Am wenigsten Zurückstellungen gab es in der mittleren Region. Die Zahlen waren in Nauheim und Trebur (selbst über alle Jahre aggregiert) so niedrig, dass sie zur Wahrung des Statistikgeheimnisses nicht ausgewiesen werden.

Die Zahlen der einzelnen Gemeinden wurden in der obigen Grafik zur groben Orientierung zwar dargestellt, sind in den einzelnen Jahren aber teilweise extrem niedrig (bis zu „Null“ Kinder im jeweiligen Untersuchungsjahr) und erlauben daher keinen Vergleich. Außer in Rüsselsheim bestehen insofern lediglich Zufallsbewegungen der einzelnen Jahre (also keine wirklichen eindeutigen Trends). Die durchschnittlichen 4,4% in Stockstadt sind beispielsweise nicht mit den 4,3% in Rüsselsheim vergleichbar.

9.2.18 Kinder mit Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs

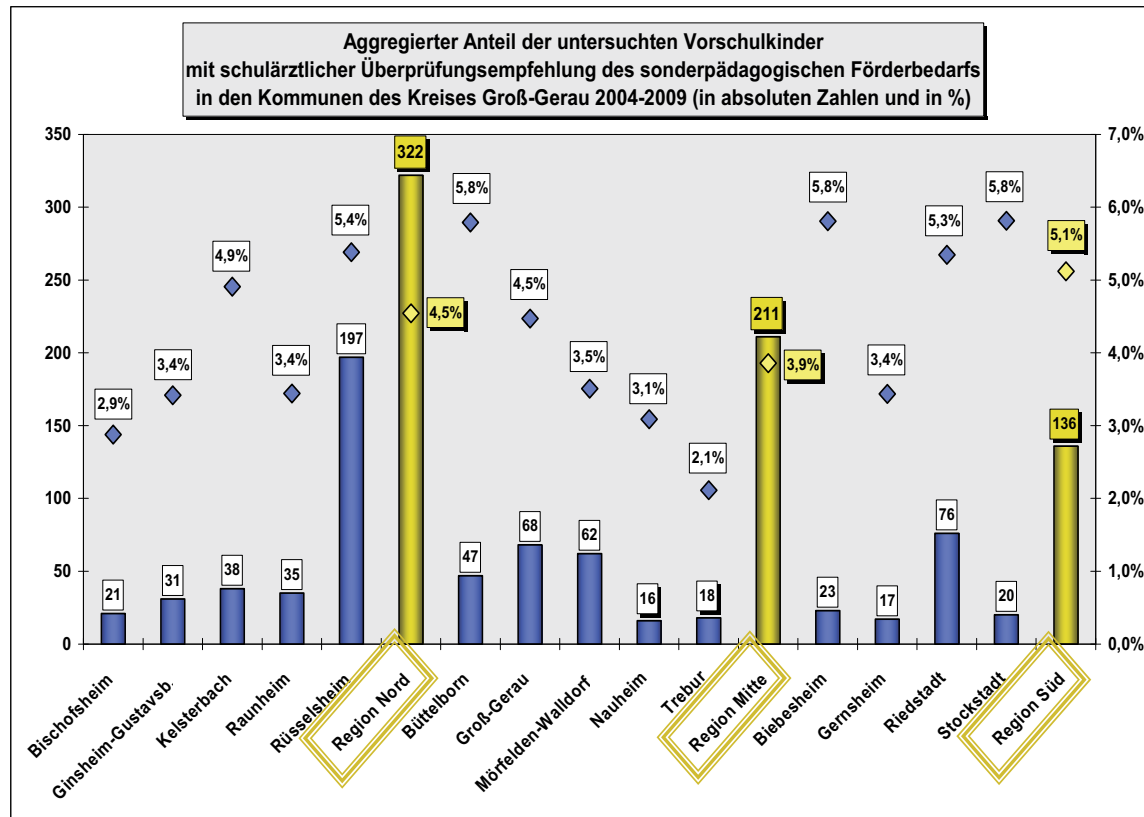


Abb. 9-63: Empfehlung einer Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs im Kreis GG

Wie bereits im Kapitel 9.1.19 erwähnt, stieg die Anzahl der Förderempfehlungen im Beobachtungszeitraum kreisweit um über das Doppelte an (im Jahr 2004 noch 86 Empfehlungen bzw. bei 3,2% der untersuchten Kinder; in 2009 bereits 186 Empfehlungen bzw. bei 7,9% der Einschüler), insbesondere in den letzten beiden Jahren. Ein Nord-Süd-Gefälle, wie in vielen der vorangegangenen Kapitel, bestand in diesem Fall nur hinsichtlich der nominalen Zahlen, jedoch nicht anteilig. Im Gegenteil wurden schulärztlicherseits verhältnismäßig die meisten sonderpädagogischen Förderempfehlungen in der südlichen Region ausgesprochen (bei 5,1% der dort untersuchten Kinder), am wenigsten in der Region Mitte (3,9%).

Laut schulärztlichen Aussagen werden zugunsten einer Förderung der Kinder angesichts der begrenzten Auswahlmöglichkeiten in den Dialogfeldern der Datenbank-Eingabemasken (siehe auch Kapitel 9.2.16) verstärkt die besagten Überprüfungsempfehlungen angekreuzt. Auf den besonderen Förderbedarf von Migrantenjungen im Kreisgebiet wurde bereits im Kapitel 9.1.19 eingegangen.

Die Daten der einzelnen Gemeinden wurden in der obigen Grafik zur groben Orientierung zwar dargestellt, sind in den einzelnen Jahren aber teilweise extrem niedrig (bis zu Null Kinder im jeweiligen Untersuchungsjahr) und erlauben daher in vielen Kommunen keinen seriösen Vergleich. Insbesondere in Bischofsheim, Büttelborn, Nauheim, Trebur, Biebesheim, Gernsheim und Stockstadt bestehen im Grunde lediglich Zufallsbewegungen der einzelnen Jahre. Die durchschnittlichen 5,8% in Biebesheim und Stockstadt sind beispielsweise nicht mit den 5,4% in Rüsselsheim vergleichbar.

10 Frühe Hilfen

Im 13. Kinder- und Jugendbericht empfiehlt die zuständige Sachverständigenkommission eine bessere Vernetzung der vorhandenen Angebote in der Jugend-, Sozial- und Gesundheitshilfe. „Es mangle nicht an guten Konzepten zur Prävention und Gesundheitsförderung, allerdings seien die Angebote nicht ausreichend koordiniert. Deswegen blieben sie hinter ihren Möglichkeiten zurück. Auf verlässliche Brücken zwischen Hilfesystemen seien insbesondere die Kinder angewiesen, die unter schwierigen Lebensumständen aufwachsen“ (Kinder- und Jugendbericht, 2009). An der Schnittstelle von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe, aber auch Schwangerenberatung sind Frühe Hilfen eine wichtige Unterstützung. Der Bericht bestärkte den Kreis Groß-Gerau darin, den eingeschlagenen Weg einer verbindlichen Verzahnung dieser Angebote weiterzugehen.

Umsetzung der Frühen Hilfen im Kreis Groß-Gerau

Mit seinem Beschluss vom Oktober 2005 erteilte der Kreistag den Auftrag, die damals bereits bestehende Mütterberatung des Gesundheitsamtes in ein Gesamtkonzept „Frühe Hilfen - Hilfe, Beratung und Unterstützung für Schwangere und Eltern von Neugeborenen und kleinen Kindern bis drei Jahren“ für den gesamten Kreis zu integrieren. Im Folgenden wurde eine Steuerungsgruppe bestehend aus Mitarbeiterinnen des Jugend- und Gesundheitsamtes gegründet, um ein Konzept der Frühen Hilfen für den Kreis Groß-Gerau zu entwickeln.

Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder mit Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der Neugeborenen bis 3-Jährigen.

Ziele der Frühen Hilfen

- Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung bei Säuglingen und Kleinkindern, beginnend mit der Schwangerschaft bis zum Ende des dritten Lebensjahres
- Früherkennung von familiären Belastungen und Risiken für das Kindeswohl
- frühzeitige Unterstützung der Eltern zur Stärkung ihrer Erziehungs- und Beziehungskompetenz
- bessere Verzahnung von Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe sowie zivilgesellschaftlichem Engagements
- Eröffnung neuer Zugangswege zu Familien und deren Problemlagen
- Aufbau eines sozialen Frühwarnsystems

Zentral für die praktische Umsetzung Früher Hilfen ist deshalb eine enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2009).

Der präventive Aspekt Früher Hilfen bezieht sich sowohl auf das Risiko der Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern als auch allgemein auf das Risiko von Entwicklungsstörungen. Deshalb müssen im Rahmen der Früherkennung vor allem solche Risikofaktoren beachtet werden, die häufig in Zusammenhang mit Vernachlässigung und Misshandlung sind.

Die Kinderkrankenschwestern des Gesundheitsamtes betreuen schwangere Frauen, Mütter/Väter und ihre Kinder bis zum vollendeten 3. Lebensjahr, die gesundheitlichen, medizinisch-sozialen oder sozialen Risiken ausgesetzt sind. Dabei liegt mittlerweile der Schwerpunkt der Beratung von Müttern und Vätern auf der psychosozialen bzw. medizinischen Beratung und Betreuung von Risikogruppen durch aufsuchende Tätigkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Ärztinnen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes unterstützen die Kinderkrankenschwestern, die auch Präventionsassistentinnen sind, bei medizinischen Fragestellungen.

Typische Klienten und Problemkonstellationen bei Betreuungsbeginn sind zum Beispiel:

- Behinderte (geistig, körperlich)
- Frühgeborene
- minderjährige Mütter („Überforderung“)
- psychisch kranke Menschen
- Menschen mit psychosozialen Problemen (Partnerprobleme, Straffälligkeit, Verdacht auf Kindesmisshandlung)
- sozial Benachteiligte
(kinderreiche Familien, bildungsferne Familien mit und ohne Migrationshintergrund, Familien, die von Armut betroffen sind).

Durchführung von Hausbesuchen

Die Betreuung findet in der Regel im vertrauten häuslichen Rahmen statt. Beim ersten Hausbesuch wird eine ausführliche Familien- und Sozialanamnese erhoben. Bei allen folgenden Hausbesuchen wird das Kind in seiner häuslichen und familiären Situation beobachtet. Eine Beratung findet zu folgenden Themen statt: Ernährungs- und Pflegeberatung, Impfungen werden besprochen sowie der gesunde Babyschlaf und die optimale Schlafumgebung des Kindes. Außerdem wird die Zahnpflege und das Handling veranschaulicht. Ein Schwerpunkt der Arbeit während eines Hausbesuches ist die Hilfe zur Unterstützung der Entwicklungsförderung sowie der Aufbau und die Intensivierung der Mutter-/Vater-Kind Beziehung. Die Vermittlung von Hilfsangeboten gehört ebenfalls zum Aufgabenbereich. Der Hausbesuch wird dokumentiert und es erfolgt ein Austausch mit den in der Fallbetreuung beteiligten Institutionen. Die Frequenz der Hausbesuche richtet sich nach dem Betreuungsbedarf der Familie und ist von fünf Mal wöchentlich bis einmal im Monat möglich. Die Hausbesuche werden anonym statistisch erfasst und ausgewertet.

Telefonische Beratung

Die betreuten Eltern können sich bei Fragen und Unklarheiten telefonisch an die Kinderkrankenschwestern wenden. Diese Beratungen werden anonym statistisch erfasst und ausgewertet.

Notfalleinsätze (Gefährdung des Kindeswohls gemäß § 8a SGB VIII)

Diese Einsätze in der Arbeit der Frühen Hilfen sind spontane, nicht geplante Hausbesuche in Kooperation und Begleitung des Jugendamtes.

Sonstige Aufgaben in den Frühen Hilfen

- Aktualisierung und Verteilung eines Adressbuches mit Angeboten an Kontaktadressen für Schwangere, Mütter und Väter von Kindern bis zu 3 Jahren im Kreis Groß-Gerau in Kooperation mit dem Büro für Frauen und Chancengleichheit.
- Kolleginnen aus dem Team der Frühen Hilfen sind im „Arbeitskreis Frühe Hilfen“ und in der „Steuerungsgruppe Frühe Hilfen“ beteiligt. Diese besteht aus Leitung und Mitarbeiterinnen der Fachbereiche Jugend und Schule sowie Gesundheit und Verbraucherschutz. Aufgabe ist, die Gesamtkonzeption in Abstimmung mit dem Netzwerk Frühe Hilfen fortzuschreiben und weiter zu entwickeln. Im Arbeitskreis Frühe

Hilfen sind die Akteurinnen und Akteure der öffentlichen und freien Jugend- und Gesundheitshilfe des Kreises Groß-Gerau vertreten, hierzu zählen u. a. der Allgemeine Soziale Dienst des Jugendamtes, Kinderkrankenschwestern des Fachbereichs Gesundheit und Verbraucherschutz, Schwangerenkonfliktberatungsstellen, Hebammen, Erziehungs- und Suchtberatungsstellen, Frühförderstellen und viele mehr. Es finden regelmäßig halbjährliche Treffen statt.

- Des Weiteren werden Teamsitzungen und Supervisionen für das Team durchgeführt sowie themenbezogene Fortbildungen und Fachtagungen besucht.
- Die Vernetzung im Bereich der Frühen Hilfen im Kreis Groß-Gerau ist neben den Hausbesuchen ein zweiter großer Teil der Arbeit.

Statistik der Frühen Hilfen

Die Zahlen aus dem Jahr 2008 liegen nicht vollständig vor, da mit der statistischen Erhebung erst im Verlauf des Jahres 2008 begonnen wurde. Um belastbare Aussagen treffen zu können, wurden daher die Daten bis Ende 2010 einbezogen.

Anzahl der betreuten Familien

Vor der statistischen Erhebung wurden bereits zwanzig Familien/Fälle betreut.

Zuweisungsquellen im erfassten Zeitraum:

- 37 Familien/Fälle (= 74%) wurden durch das Jugendamt zugewiesen.
- 13 Familien/Fälle (= 26%) wurden durch andere Institutionen wie beispielsweise Diakonisches Werk, Beratungsstellen, Familienhilfe, ASD und Beratungsstellen der freien und öffentlichen Jugendhilfe, Krankenhäuser, niedergelassene Frauen- und Kinderärzte etc. vermittelt.

Sozioökonomischer Status der betreuten Familien

Etwa 37% der betreuten Familien/Fälle hatten einen Migrationshintergrund.

Etwa 64% der betreuten Familien bezogen Transferleistungen gemäß SGB XII oder ALG II.

Abgeschlossene Fälle im Beobachtungszeitraum

Insgesamt wurden während der drei Berichtsjahre von den 70 Betreuungen 31 Fallbetreuungen abgeschlossen, davon 58,0% erfolgreich (hier war eine Betreuung aus Sicht des Fachbereichs Gesundheit und Verbraucherschutz nicht mehr erforderlich). In den restlichen Fällen wurden die Betreuungen entweder durch die Familien (bzw. durch die Mütter) nicht mehr gewünscht oder durch eine Mutter-Kind-Einrichtung fortgesetzt. Vereinzelt endeten die Hilfsmaßnahmen durch Wegzug aus dem Kreisgebiet Groß-Gerau.

Schulbildung der Mütter

Retrospektiv liefert nur das Jahr 2010 belastbares Datenmaterial. In jenem Jahr hatten von 29 betreuten Bezugspersonen (ausschließlich Mütter) 51,7% keinen Schulabschluss, weitere 27,6 % machten diesbezüglich keine Angaben. Nur sehr wenige Mütter besaßen einen Schulabschluss, davon aber niemand eine Fachhochschul- oder Allgemeine Hochschulreife.

11 Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen

Aufgaben des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes

Der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst des Fachbereichs Gesundheit und Verbraucherschutz des Landkreises Groß Gerau hat die Aufgabe, die Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu verbessern, zu fördern und zu erhalten. Hierbei besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Jugendzahnpflege.

Zu den Aufgaben des Zahnärztlichen Dienstes gehören jährliche zahnärztliche Untersuchungen, Zahnschmelzhärtung mit Fluoriden, Ernährungsberatung sowie die Erziehung zur richtigen Mundhygiene.

Die Rahmenbedingungen für die flächendeckende Mundgesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen wurden durch § 21 SGB V geschaffen. Dieser Paragraph regelt, dass Kinder und Jugendliche in Deutschland bis zum 12. Lebensjahr, solche mit überproportional hohem Kariesrisiko bis zum 16. Lebensjahr, einen gesetzlichen Anspruch auf Maßnahmen zur Zahngesundheitsförderung haben. Diese soll in Form einer aufsuchenden Betreuung in Kindergärten, Schulen und Behinderteneinrichtungen stattfinden und wird deshalb auch als „zahnmedizinische Gruppenprophylaxe“ bezeichnet.

Kooperationspartner

Die Kinder- und Jugendzahnpflege in Hessen ist eine gemeinschaftliche Aufgabe der Zahnärztinnen und Zahnärzte der Gesundheitsämter, der niedergelassenen Zahnärzte, den Patenschaftszahnarztteams und den Mitgliedern der Arbeitskreise Jugendzahnpflege. „Verantwortlich für die Umsetzung der Gruppenprophylaxe sind die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hessen (LAGH), die regionalen Arbeitskreise Jugendzahnpflege (AKJ) und die Gesundheitsämter vor Ort.“ (Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, 2007).

Derzeitige Angebote im Landkreis Groß Gerau

- Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung in Kindertagesstätten und Schulen
- Zahnputztraining
- Unterrichtseinheit zum Thema Mund- und Zahngesundheit in Schulen
- Unterrichtseinheit zum Thema Ernährung
- Fluoridierungsmaßnahmen
- Multiplikatorenfortbildungen
- Elterninformation
- Unterstützung bei Projekten zum Thema Ernährung und Zahngesundheit

Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung

Statistisch wird die Zahngesundheit nach einem international anerkannten, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1987) vorgegebenen Index erfasst. Der Kariesbefall der Zähne kann mit dem DMF-T Index (Decayed/Missing/Filled-Teeth) beschrieben werden. Dieser Index erfasst Zähne, die aufgrund von Karies zerstört, mit einer Zahnfüllung versehen oder gezogen worden sind.

Dabei gibt die Komponente MT (missing teeth) Aufschluss über den Anteil der fehlenden Zähne, die Komponente FT (filled teeth) über den Anteil der gefüllten Zähne und die Komponente DT (decayed teeth) über den Anteil der kariösen, nicht gefüllten Zähne. Der Maximalwert des DMF-T beträgt 28 im bleibenden Gebiss, da Weisheitszähne nicht einbezogen werden.

Nach den Kriterien der Weltgesundheitsorganisation liegt zum Beispiel bei den zwölfjährigen ein sehr niedriger Kariesbefall bei einem DMF-T-Wert unter 1,2 und ein niedriger Kariesbefall bei Werten zwischen 1,2 und 2,6 vor (WHO 1986).

Für Milchzähne wird analog der dmf-t-Wert erhoben. Der Maximalwert des dmf-t beträgt 20. Je niedriger der dmf-t-Index, desto niedriger der Kariesbefall. Für jedes Kind wird der DMF-T bzw. dmf-t auf der Grundlage der standardisierten zahnärztlichen Untersuchung ermittelt. Er ist jeweils zwischen Gleichaltrigen vergleichbar.

Der Gebissstatus gibt neben dem DMF-T-Index Auskunft über die individuelle Mundgesundheit. Jedes Gebiss lässt sich in eine von drei Kategorien einordnen: die Zähne sind gesund/kariesfrei, saniert oder behandlungsbedürftig.

Die nach dieser Einteilung gewonnenen Daten lassen sich ebenfalls über die Zeit analysieren.

Als Kinder mit höherem Kariesrisiko gelten diejenigen, deren dmf-t/DMF-T-Wert eine für ihre jeweilige Altersgruppe festgelegte Grenze überschreitet (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, 1998).

Alter des Kindes	Ein erhöhtes Kariesrisiko liegt vor, wenn
2-3 Jahre	dmf-t > 0
4 Jahre	dmf-t > 2
5 Jahre	dmf-t > 4
6-7 Jahre	dmf-t /DMF-T > 5 oder D-T > 0
8-9 Jahre	dmf-t /DMF-T > 7 oder D-T > 2
10-12 Jahre	dmf-t an Approximal-/Glattflächen > 0

Abb.11-1 Erhöhtes Kariesrisiko

Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung im Schuljahr 2010/2011 im Landkreis Groß Gerau

Seit dem letzten Schuljahr werden vom Fachdienst Kinder- und Jugendzahnärztlicher Dienst des Amtes für Gesundheit und Verbraucherschutz des Landkreises Groß Gerau wieder zahnärztliche Untersuchungen in Kindergärten und Schulen durchgeführt. Es wird derzeit daran gearbeitet, eine Datenbasis zu schaffen, aus der sich zukünftige Vergleiche und verlässliche Rückschlüsse ziehen lassen. Die Vorsorgeuntersuchungen dienen der Früherkennung von Zahn- und Munderkrankungen und der Feststellung von Zahn- und Kieferfehlstellungen. Um eine ausreichende, kontinuierliche Information der Eltern und Erziehungsberechtigten zu erreichen, diese mit einzubeziehen und bei Auffälligkeiten zum Zahnarztbesuch des Kindes aufzufordern, erhalten alle untersuchten Kinder einen Brief für zu Hause.

Die erhobenen Daten ermöglichen beispielsweise eine genaue Bedarfsanalyse für Gebiete oder Einrichtungen mit hohem Betreuungsbedarf. Ebenso können gruppenprophylaktische Maßnahmen individuell erfolgen.

Aufgrund der Neubesetzung des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes im Juni 2010 liegen derzeit nur verwertbare Daten aus dem letzten Schuljahr (2010/2011) vor. Der Fokus lag auf der Untersuchung der Sechs- und Siebenjährigen, um einen Vergleich mit der DAJ-Studie ziehen zu können

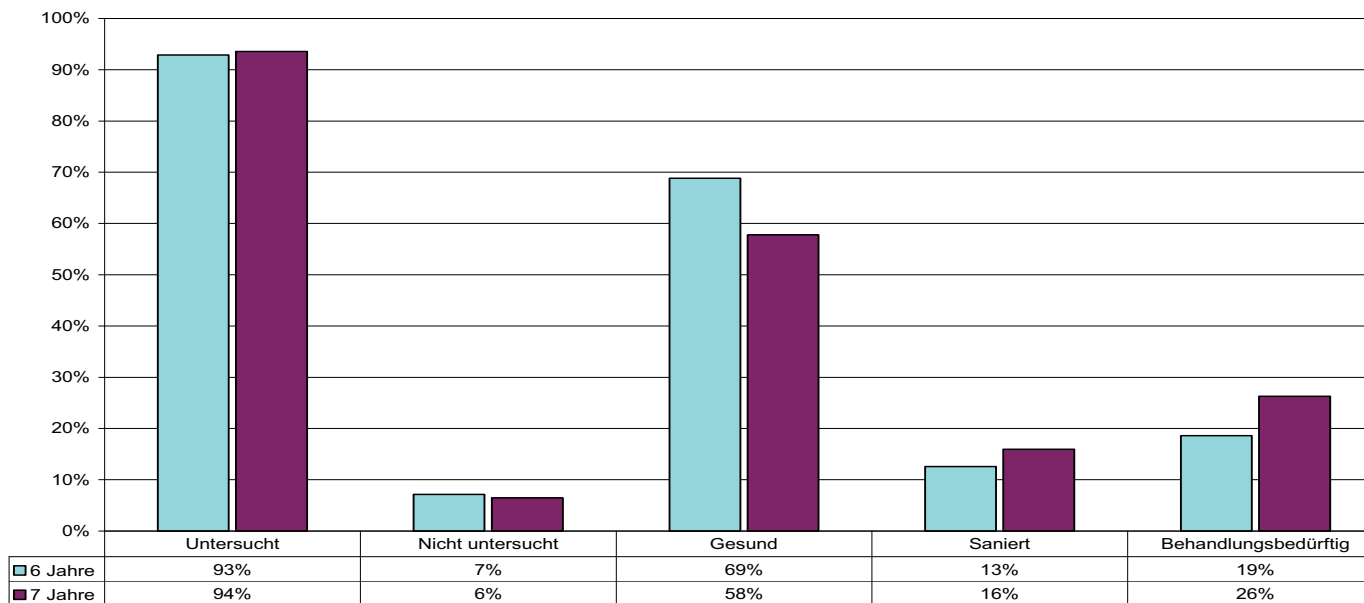


Abb. 11-2 Ergebnisse der zahnärztlichen Reihenuntersuchung bei Sechs- und Siebenjährigen im Schuljahr 2010/2011

Ergebnisse der zahnärztlichen Reihenuntersuchung

Es wurde festgestellt, dass in der Altersgruppe der Sechsjährigen der Anteil der naturgesunden, kariesfreien Milchzähne bei 69,0%, in der Altersgruppe der Siebenjährigen bei 58,0% lag.

Dies deckt sich mit der aktuellen DAJ-Studie, die besagt, dass mehr als die Hälfte aller deutschen Schulanfänger mit naturgesunden, kariesfreien Milchzähnen in die Schule kommen.

Ziele des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes für die Zukunft

Das Ziel des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes ist es, in den kommenden Jahren die Untersuchungen auszuweiten, um eine größtmögliche Flächendeckung zu erzielen.

Ein besonderes Augenmaß gilt es auf die unter Sechsjährigen zu legen, deren Kariesanteil immer noch zu hoch ist.

Hierzu wird weiterhin eine umfangreiche Betreuung von Krabbelgruppen und Kindergärten und deren Multiplikatoren nötig sein.

12 Ergebnisse der Begehungen der Kindertagesstätten gemäß Infektionsschutzgesetz

Kindereinrichtungen unterliegen der Überwachungspflicht des Fachbereichs Gesundheit und Verbraucherschutz auf Grundlage des § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) hinsichtlich der hygienischen Verhältnisse.

Hier wird vor allem im Sinne eines konstruktiven Dialoges der Schwerpunkt auf eine kompetente Beratung und Erörterung der Eigenverantwortung gelegt und nicht auf die Kontrolle. Dies ist oft deutlich zeitaufwendiger, aber im Sinne der Prävention von Erkrankungen nachhaltiger.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der seit 2009 bis 2010 flächendeckend seitens des Fachbereichs Gesundheit und Verbraucherschutz des Landkreises Groß-Gerau durchgeführten infektionshygienischen Kontrollen beschrieben. Die Begehungsergebnisse werden den Kindereinrichtungen und deren Träger schriftlich mitgeteilt.

Der Kreis Groß-Gerau verfügte bis Ende 2010 über insgesamt 145 Kindereinrichtungen, die alle im Zeitraum 2009 bis 2010 infektionshygienisch begangen wurden.

Bewertungskriterien

Die Beurteilung der Hygiene in Kindereinrichtungen erfolgt nach Überprüfung in drei Prüfbereiche, die in der Tabelle sichtbar gemacht wird.

- **Bauliche Voraussetzungen**
 - Bodenbeschaffenheit
 - Zustand der Toilettenanlagen
 - Zustand der Gruppenräume
 - Zustand des Küchenbereichs
 - Zustand der Wickelbereiche

- **Hygienezustand**
 - Reinigungszustand
 - Allgemeiner Eindruck und Sauberkeit
 - Desinfektionsmittel

- **Belehrungen/Dokumentation**

- Jährliche Belehrung nach § 43 IfSG
- Zweijährliche Belehrung nach § 35 IfSG
- Hygieneplan
- Reinigungs- und Desinfektionspläne

Ergebnis der Überprüfung

Bei insgesamt 50 Einrichtungen gab es keine Beanstandungen. In 95 Kindereinrichtungen traten bei den oben genannten Prüfbereichen Mängel auf, zum Teil in mehreren Bereichen.

Bereiche	Mängel in Einrichtungen
Bauliche Voraussetzungen	4
Hygienezustand	95
Belehrungen und Dokumentation	26

Abb.12-1 Ergebnis der Überprüfung der Kindertagesstätten

Zusammenfassung

Bei 27,0 % der untersuchten Kindereinrichtungen gab es keine Beanstandungen. Bei der ersten Begehung war der Hygienezustand in 95 Einrichtungen mangelhaft. Hier bestand ein erheblicher Beratungs- und Aufklärungsbedarf über erforderliche Maßnahmen zur Abwehr von übertragbaren Krankheiten. Darüber hinaus mussten bauliche Mängel in vier Einrichtungen beseitigt werden.

Bei den Nachbegehungen konnten jedoch alle Beanstandungen der Erstkontrolle nachhaltig behoben werden.

13 Abbildungsverzeichnis [13.1]

	Seite
Abb. 6-01	Entwicklung der bis unter 6-jährigen im Kreis Groß-Gerau Deutsche und Nichtdeutsche (in absoluten Zahlen und in %) 14
Abb. 6-02	Entwicklung der bis unter 6-jährigen in Hessen Deutsche und Nichtdeutsche (in absoluten Zahlen und in %) 14
Abb. 6-03	Entwicklung der bis unter 6-jährigen Nichtdeutschen im Kreis Groß-Gerau (in absoluten Zahlen und in %) 15
Abb. 6-04	Entwicklung der bis unter 6-jährigen Nichtdeutschen in Hessen (in absoluten Zahlen und in %) 15
Abb. 6-05	Entwicklung der 6 bis unter 15-jährigen im Kreis Groß-Gerau Deutsche und Nichtdeutsche (in absoluten Zahlen und in %) 16
Abb. 6-06	Entwicklung der 6 bis unter 15-jährigen in Hessen Deutsche und Nichtdeutsche(in absoluten Zahlen und in %) 16
Abb. 6-07	Entwicklung der 6 bis unter 15-jährigen Nichtdeutschen im Kreis Groß-Gerau (in absoluten Zahlen und in %) 17
Abb. 6-08	Entwicklung der 6 bis unter 15-jährigen Nichtdeutschen in Hessen (in absoluten Zahlen und in %) 17
Abb. 6-09	Bevölkerungsprognose der Kinder von 0 bis unter 6 und von 6 bis unter 15 von 2010 bis 2030 („Hildesheimer Bevölkerungsmodell“) (Deutsche und Nichtdeutsche) 18
Abb. 8-01	Test bei der Schuleingangsuntersuchung zu den feinmotorischen Fähigkeiten 24
Abb. 9-01	Untersuchte Vorschulkinder im Kreis Groß-Gerau 2004 bis 2009 27
Abb. 9-02	Untersuchte Vorschulkinder in Hessen 2004 bis 2009 27
Abb. 9-03	Anteil der Vorschulkinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft im Kreis Groß-Gerau 2004 bis 2009 28
Abb. 9-04	Anteil der Vorschulkinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft in Hessen 2004 bis 2009 28
Abb. 9-05	Migranten-Anteil der Vorschulkinder in Groß-Gerau 2004 bis 2009 29
Abb. 9-06	Migranten-Anteil der Vorschulkinder in Hessen 2004 bis 2009 29
Abb. 9-07	Migrationshintergrund differenziert nach Herkunftsland im Kreis Groß-Gerau 30
Abb. 9-08	Migrationshintergrund differenziert nach Herkunftsland in Hessen 30
Abb. 9-09	Anteil der untersuchten Vorschulkinder mit vollständigem Vorsorgestatus (U2-U9 komplett) im Kreis Groß-Gerau (in %) 33
Abb. 9-10	Anteil der untersuchten Vorschulkinder mit vollständigem Vorsorgestatus (U2-U9 komplett) im Land Hessen (in %) 33

	Seite
Abb. 9-11	Selektive Analyse von durchgeführten U7-U9 – Vorsorgeuntersuchungen bei den Vorschulkindern im Kreis GG (in %) 34
Abb. 9-12	Selektive Analyse von durchgeführten U7-U9 – Vorsorgeuntersuchungen bei den Vorschulkindern im Land Hessen (in %) 34
Abb. 9-13	Impfkalender der Standardimpfungen für Kinder ab 5 Jahren, Jugendliche und Erwachsene) 35
Abb. 9-13.1	Anzahl von Impfungen 36
Abb. 9-14	Vorschul Kinder mit vollständigem Impfstatus im Kreis Groß-Gerau (in %) 37
Abb. 9-15	Vorschul Kinder mit vollständigem Impfstatus Land Hessen (in %) 37
Abb. 9-16	Vorschul Kinder mit auffälliger Sehschärfe im Kreis Groß-Gerau (in %) 38
Abb. 9-17	Vorschul Kinder mit auffälliger Sehschärfe im Land Hessen (in %) 38
Abb. 9-18	Vorschul Kinder mit auffälligem Hörbefund im Kreis Groß-Gerau (in %) 40
Abb. 9-19	Vorschul Kinder mit auffälligem Hörbefund im Land Hessen (in %) 40
Abb. 9-19.1	Perzentilenkurven für Mädchen und Jungen bis zum 18. Lebensjahr 41
Abb. 9-20	Vorschul Kinder mit Übergewicht im Kreis Groß-Gerau (in %) 42
Abb. 9-21	Vorschul Kinder mit Übergewicht im Land Hessen (in %) 42
Abb. 9-22	Vorschul Kinder mit Adipositas im Kreis Groß-Gerau (in %) 43
Abb. 9-23	Vorschul Kinder mit Adipositas im Land Hessen (in %) 43
Abb. 9-24	Verhältnis Über-/Untergewicht im Kreis Groß-Gerau (in %) 44
Abb. 9-25	Verhältnis Über-/Untergewicht im Land Hessen (in %) 44
Abb. 9-26	Vorschul Kinder mit Koordinationsstörungen im Kreis Groß-Gerau (in %) 45
Abb. 9-27	Vorschul Kinder mit Koordinationsstörungen im Land Hessen (in %) 45
Abb. 9-28	Vorschul Kinder mit gestörter Visuomotorik im Kreis Groß-Gerau (in %) 46
Abb. 9-29	Vorschul Kinder mit gestörter Visuomotorik im Land Hessen (in %) 46
Abb. 9-30	Vorschul Kinder mit gestörter Visuomotorik im Kreis Groß-Gerau (in %) 47

	Seite	
Abb. 9-31	Vorschulkinder mit gestörter Visuomotorik im Land Hessen (in%)	47
Abb. 9-32	Vorschulkinder mit Auffälligkeiten bei Pseudowörtern im Kreis Groß-Gerau (in %)	48
Abb. 9-33	Vorschulkinder mit Auffälligkeiten bei Pseudowörtern im Land Hessen (in%)	48
Abb. 9-34	Auffällige Vorschulkinder beim Sätze-Nachsprechen im Kreis Groß-Gerau (in %)	49
Abb. 9-35	Auffällige Vorschulkinder beim Sätze-Nachsprechen im Land Hessen (in %)	49
Abb. 9-36	Empfehlung einer Zurückstellung als Regelkind im Kreis Groß-Gerau (in %)	50
Abb. 9-37	Empfehlung einer Zurückstellung als Regelkind im Land Hessen (in %)	50
Abb. 9-38	Empfehlung einer Zurückstellung als Kann-Kind im Kreis Groß-Gerau (in %)	51
Abb. 9-39	Empfehlung einer Zurückstellung als Kann-Kind im Land Hessen (in%)	51
Abb. 9-40	Empfehlung von sonderpädagogischem Förderbedarf im Kreis Groß-Gerau (%)	52
Abb. 9-41	Empfehlung von sonderpädagogischem Förderbedarf in Hessen (in %)	52
Abb. 9-42	Untersuchte Vorschulkinder im Kreis Groß-Gerau 2004 bis 2009	54
Abb. 9-43	Zahl der untersuchten Kinder pro Kommune (Dr. Gawrich, HLPUG)	54
Abb. 9-44	Vorschulkinder mit vorgelegtem Vorsorgeheft im Kreis Groß-Gerau 2004 bis 2009	55
Abb. 9-45	Migranten-Anteil der Vorschulkinder im Kreis Groß-Gerau (%)	56
Abb. 9-46	Aggregierter Migranten-Anteil der Vorschulkinder im Kreis Groß-Gerau (2-achsig)	56
Abb. 9-46.1	Kinder mit Migrationshintergrund des Elternhauses in den Kommunen in %	57
Abb. 9-47	Anteil der untersuchten Vorschulkinder mit vollständigem Vorsorgestatus (U2-U9 komplett) im Kreis Groß-Gerau (in %)	58
Abb. 9-48	Selektive Analyse von durchgeführten U7-U9 - Vorsorgeuntersuchungen bei den untersuchten Vorschulkindern (in %)	59
Abb. 9-49	Vorschulkinder mit vollständigem Impfstatus im Kreis Groß-Gerau (in %)	60
Abb. 9-50	Vorschulkinder mit auffälliger Sehschärfe im Kreis Groß-Gerau (in %)	61

	Seite
Abb. 9-51	Vorschulkinder mit auffälliger Sehschärfe im Kreis Groß-Gerau (in %) 61
Abb. 9-52	Vorschulkinder mit auffälligem Hörbefund im Kreis Groß-Gerau (in %) 62
Abb. 9-53	Vorschulkinder mit Übergewicht im Kreis Groß-Gerau (in %) 63
Abb. 9-54	Vorschulkinder mit Übergewicht im Kreis Groß-Gerau (in %) 63
Abb. 9-55	Vorschulkinder mit Adipositas im Kreis Groß-Gerau (in %) 64
Abb. 9-55.1	Vorschulkinder mit Adipositas in % pro Kommune 64
Abb. 9-56	Vorschulkinder mit Koordinationsstörungen im Kreis Groß-Gerau (in %) 65
Abb. 9-56.1	Vorschulkinder mit Koordinationsstörungen in % pro Kommune 65
Abb. 9-57	Vorschulkinder mit auffälliger Visuomotorik im Kreis Groß-Gerau (in %) 66
Abb. 9-57.1	Vorschulkinder mit auffälliger Visuomotorik in % pro Kommune 66
Abb. 9-58	Migranten-Vorschulkinder mit fehlerfreien Deutschkenntnissen im Kreis Groß-Gerau (2-achsig) 67
Abb. 9-59	Vorschulkinder mit auffälliger auditiver Informationsverarbeitung (Pseudowörter) im Kreis Groß-Gerau (2-achsig) 68
Abb. 9-59.1	Vorschulkinder mit auffälliger auditiver Informationsverarbeitung (Pseudowörter) in % pro Kommune 68
Abb. 9-60	Vorschulkinder mit gestörtem Nachsprechen von Sätzen im Kreis Groß-Gerau (2-achsig) 69
Abb. 9-61	Empfehlung einer Zurückstellung als Regelkind im Kreis Groß-Gerau (2-achsig) 70
Abb. 9-62	Empfehlung einer Zurückstellung als Kann-Kind im Kreis Groß-Gerau (2-achsig) 71
Abb. 9-63	Empfehlung einer Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs im Kreis Groß-Gerau 72
Abb.11-1	Erhöhtes Kariesrisiko 77
Abb. 11-2	Ergebnisse der zahnärztlichen Reihenuntersuchung bei 6- und 7-Jährigen im Schuljahr 2010/2011 78
Abb.12-1	Ergebnis der Überprüfung der Kindertagesstätten 81

14 Abkürzungsverzeichnis

AGA	Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter
AKJ	Arbeitskreise Jugendzahnpflege
ALG	Arbeitslosengeld
APGAR-Test	Punkte-Schema, mit dem sich der klinische Zustand von Neugeborenen standardisiert beurteilen lässt. Hierbei werden untersucht: Herzfrequenz, Atemanstrengung, Reflexauslösbarkeit, Muskeltonus, Hautfarbe
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst des Jugendamtes
BMI	Body-Maß-Index (Körpermassen- bzw. Körpergewichtsindex)
DAJ	Deutscher Arbeitskreis für Jugendzahnpflege
dB	Dezibel (Schalldruckpegel)
dmf-t bzw. DMF-T	Decayed/Missing/Filled-Teeth (in Kleinschreibung bei Milchzähnen)
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GUS	Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (Armenien, Aserbaidschan, Weißrussland, Kasachstan, Kirgisistan, Moldawien, Russland, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan)
HGöGD	Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
HLPUG	Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen
HSL	Hessisches Statistisches Landesamt
HSM	Hessisches Sozialministerium
Hz	Hertz (Tonfrequenz – Anzahl der Schwingungen pro Sekunde)
ICD-10	„International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IfSG	Infektionsschutzgesetz
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
KJÄD	Kinder- und Jugendärztlicher Dienst des Fachbereichs Gesundheit und Verbraucherschutz
LAGH	Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hessen
MMR	Masern – Mumps - Röteln
S 1	Einschulungsuntersuchung
S-ENS	Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen
SEU	Schuleingangsuntersuchung
SGB	Sozialgesetzbuch
STIKO	Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

15 Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit BMJFFG (Hrsg.); 2009
13. Kinder- und Jugendbericht, "Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen - Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe"

Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) 1998 - Erhöhtes Kariesrisiko
Quelle: www.daj.de, Abruf am 10. Oktober 2009

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Hessen (HGÖGD) vom 28.09.2007,
Gesetz- und Verordnungsblatt, Seite 659 ff.

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen
(Infektionsschutzgesetz – IfSG vom 20.7.2000, BGBl. I Seite 1045 ff.)

Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit (2009),
Abruf am 09. September 2009 unter: http://www.hmafg.hessen.de/irj/HSM_Internet?cid=06fc1809e603ed71

Hessischen Sozialministerium (2008) „Schuleingangsuntersuchungs-Handbuch“ der Arbeitsgruppe
„Dokumentation der Schuleingangsuntersuchung (SEU)“

Kreismonitor Sozialdaten 2010, Kreis Groß-Gerau, Fachbereich Soziale Sicherung und Chancengleichheit

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

Meier-Gräwe U. Jedes Kind zählt: Armutsprävention - eine strategisch unterschätzte Zukunftsaufgabe in Deutschland.
In: Universitas, 62. Jg., H. 1/2008, Seite 246 bis 255.

Meier-Gräwe U. Umgang mit vertikaler Ungleichheit: Herausforderung für Wissenschaft und Politik.
In: Neue Gesellschaft, Frankfurter Hefte, H. 9/2009, Seite 39 bis 42.

Naidoo J, Wills J. Lehrbuch der Gesundheitsförderung, BZgA, 2010.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2009) Definition „Frühe Hilfen“ durch den wissenschaftlichen Beirat
siehe www.fruehehilfen.de

Robert Koch-Institut (RKI) (2008): Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) der Jahre 2003 bis 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI) (2008): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bericht für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI) (2011): Epidemiologisches Bulletin Nummer 30

Wegner, R. E. (2005): Aufgaben des ÖGD im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheit. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, Jg. 48.

WHO Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa Charta 1986. Online verfügbar unter <http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827> Zugriffsdatum: 05. Oktober 2011

WHO Europe(2009) : Prevalence of overweight and obesity in children and adolescents, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/0005/96980/2.3.-Prevalence-of-overweight-and-obesity-EDITED_layouted_V3.pdf; Zugriffsdatum: 13. Oktober 2011