



# BERICHT

## ZUR GESUNDHEIT UND GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG VON EINSCHULKINDERN IM SAARLAND 2007

## **Impressum**

Herausgeber:  
Ministerium für Justiz, Arbeit,  
Gesundheit und Soziales  
Pressesprecher: Stephan Kolling  
Franz-Josef-Röder-Straße 23  
66119 Saarbrücken

Telefon: 06 81 / 501 - 31 81  
Fax: 06 81 / 501 - 31 69  
Internet: [www.justiz-soziales.saarland.de](http://www.justiz-soziales.saarland.de)  
E-Mail: [presse@soziales.saarland.de](mailto:presse@soziales.saarland.de)

Stand: zweite, überarbeitete Fassung, April 2009

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Regierung des Saarlandes herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

## Vorwort

In den vergangenen Jahren hat es vor dem Hintergrund erschreckender Fälle von Kindesmisshandlungen in Deutschland eine breite Diskussion über die Frage gegeben, wie Kinder besser geschützt werden können, und wie ihre gesundheitliche Versorgung verbessert werden kann. Als Konsequenz hat das Saarland als erstes Bundesland am 1. April vergangenen Jahres ein Zentrum für Kindervorsorge (ZfK) am Universitätsklinikum in Homburg eingerichtet, das die lückenlose Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen kontrolliert.

Der vorliegende 2. Bericht zur Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Einschulkindern im Saarland zeigt eindrucksvoll, wie wichtig die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen ist: Kinder, die alle Untersuchungen von U1 bis U9 wahrgenommen hatten, wiesen auch einen besseren Impfschutz, deutlich weniger Entwicklungsstörungen und insgesamt weniger behandlungsbedürftige Befunde auf.

Diese Ergebnisse bestärken uns darin, den eingeschlagenen Weg konsequent weiter zu gehen, um bei möglichst vielen Kindern unabhängig von der Herkunft und dem Sozialstatus der Eltern Gesundheits- oder Entwicklungsdefizite frühzeitig zu erkennen und ihnen durch gezielte Fördermaßnahmen zum bestmöglichen Start ins Schulleben zu verhelfen. In fünf Jahren werden die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen zeigen, welchen Einfluss die Kontrolle der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen auf die Impfquote oder den Anteil der Kinder, die vor der Einschulung an Fördermaßnahmen teilgenommen haben, hat.

Insgesamt bietet der Einschulungsbericht 2007 eine Vielzahl von Daten über den Gesundheits- und Entwicklungszustand und auch über das Gesundheitsverhalten der Einschulungskinder im Saarland - und zwar nicht nur auf Landesebene, sondern auch auf der Ebene der Landkreise und Gemeinden. Bei der Auswertung der Untersuchungsergebnisse wurde darüber hinaus ein Schwerpunkt auf die Differenzierung nach der Herkunft der Kinder bzw. ihrer Eltern gelegt. Dadurch wird deutlich, in welchen Bereichen noch verstärkte Anstrengungen erforderlich sind, um Kindern mit Migrationshintergrund eine bessere Integration zu ermöglichen. Erfreulich ist, dass der Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund, die drei Jahre und länger einen Kindergarten besucht haben, weiter angestiegen ist, und sich seit dem Jahr 1998 fast verdoppelt hat.

Ich würde mich freuen, wenn dieser Bericht allen, die für die Gesundheit unserer Kinder Verantwortung tragen - den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Kindergärten, Kindertagesstätten und Schulen ebenso wie den Kinderärztinnen und -ärzten und natürlich den Eltern -, Tipps und Hinweise dafür liefert, wie sie in ihrem Verantwortungsbereich die gesundheitliche Versorgung und Förderung der Kinder weiter verbessern können.

Prof. Dr. Gerhard Vigener  
Minister für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales





**Inhalt**

<b>1 Die Einschulungsuntersuchung im Saarland .....</b>	<b>7</b>
1.1 Das Saarländische Untersuchungs- und Dokumentationsverfahren .....	7
1.2 Die Untersuchung.....	7
1.3 Dokumentation und Auswertung.....	8
1.4 Ergebnisse .....	8
<b>2 Überblick über die Einschulkinder 2007 .....</b>	<b>9</b>
2.1 Die Herkunft der Kinder – der Kulturkreis der Eltern .....	9
2.2 Alter und Anlass der Untersuchung .....	11
2.3 Kindergartenbesuch .....	12
2.4 Geschwisterzahl .....	13
<b>3 Vorgeschichte.....</b>	<b>14</b>
3.1 Schwangerschaft und Geburt .....	14
3.2 Stillen .....	16
3.3 Vorerkrankungen.....	17
3.4 Allergien .....	18
3.5 Medikamenteneinnahme .....	19
3.6 Operationen .....	20
3.7 Unfälle.....	21
<b>4 Präventive Maßnahmen.....</b>	<b>23</b>
4.1 Impfschutz.....	23
4.1.1 Die Impfquoten im Saarland .....	23
4.1.2 Die Impfquoten im Saarland und in Deutschland im Vergleich.....	25
4.1.3 Entwicklung des Impfschutzes während der letzten zehn Jahre.....	26
4.2 Vorsorgeuntersuchungen .....	27
4.2.1 Das Kinderfrüherkennungsprogramm .....	27
4.2.2 Die Teilnahme im Saarland.....	27
4.3 Individuelle Maßnahmen der Prävention.....	30
4.3.1 Jod- und Fluoridprophylaxe .....	30
4.3.2 Regelmäßiger Sport im Sportverein.....	31
<b>5 Fördermaßnahmen .....</b>	<b>32</b>
5.1 Frühförderung.....	34
5.2 Krankengymnastik/Physiotherapie.....	35
5.3 Ergotherapie.....	35
5.4 Logopädie/Sprachtherapie.....	35
5.5 Weitere Fördermaßnahmen.....	36
5.6 Sonderkindergarten / Integration im Regelkindergarten.....	36
<b>6 Untersuchungsbefunde .....</b>	<b>36</b>
6.1 Sinnesorgane .....	36
6.1.1 Überprüfung des Sehvermögens .....	37
6.1.2 Überprüfung des Hörvermögens.....	38
6.2 Übergewicht und Adipositas .....	38
6.3 Magersucht und Untergewicht .....	40
6.4 Hauterkrankungen.....	41
6.5 Allergien .....	41

6.6	Bewegungsorgane .....	42
6.7	Weitere abklärungsbedürftige Untersuchungsbefunde .....	43
6.8	Chronische Erkrankungen und Behinderungen bei Schulanfängern .....	43
6.9	Umschriebene Entwicklungsstörungen.....	44
6.9.1	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Verhaltens .....	45
6.9.2	Sprachentwicklungsstörungen .....	46
6.9.3	Kenntnisse der deutschen Sprache bei Kindern mit Migrationshintergrund ..	47
6.9.4	Entwicklungsstörungen in der Motorik und Koordination.....	48
6.9.5	Entwicklungsstörungen im kognitiven Bereich .....	49
6.9.6	Entwicklungsstörungen im Bereich der Visumotorik und Wahrnehmung.....	50
<b>7</b>	<b>Empfehlungen .....</b>	<b>51</b>
7.1	Schulempfehlungen .....	51
7.2	Empfehlungen zur Förderung in der Schule .....	52
7.3	Medizinische Empfehlungen für die Schule .....	52
7.4	Schulrelevante Aspekte bei Kindern mit chronischen Krankheiten und Behinderungen.....	52
7.5	Weitere Empfehlungen.....	53
<b>8</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>54</b>
<b>9</b>	<b>Rückblick und Ausblick.....</b>	<b>57</b>
9.1	Landesprogramm „Frühe Hilfen“.....	58
9.2	Beratung bei Entwicklungsförderung .....	59
9.3	Neuordnung der Frühförderung .....	59
9.4	Besuch des Kindergartens fördern .....	59
9.5	Saarländisches Kinderbetreuungs- und -bildungsgesetz vom 18.06.2008.....	59
9.6	Bildungsprogramm für saarländische Kindergärten .....	60
9.7	„Früh Deutsch lernen“ - Sprachkurse für Kinder mit Migrationshintergrund im Halbjahr vor der Einschulung.....	60
9.8	Förderung von Kindern mit chronischen Krankheiten und Beeinträchtigungen.....	60
<b>Anhang</b>		
	Tabellenverzeichnis.....	63
	Abbildungsverzeichnis .....	63
	Übersicht über die saarländischen Städte, Gemeinden und Landkreise .....	65

## 1 Die Einschulungsuntersuchung im Saarland

Vor der Aufnahme in die Schule werden im Saarland alle Kinder, die bei den Grundschulen zur Einschulung angemeldet sind, zur Einschulungsuntersuchung eingeladen. Die Ärztinnen und Ärzte der Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter, die für die Schulgesundheitspflege zuständig sind, führen die Untersuchungen durch.

Die gesundheitliche Entwicklung ist ein komplexes Zusammenspiel biologischer, psychologischer, sozialer und kultureller Prozesse; insbesondere bei Kindern und jungen Menschen ist der Gesundheitsbegriff daher im weitesten Sinn zu verstehen. Er umfasst neben Mortalität, Morbidität und gesundheitlichen Störungen auch körperliche Leistungsfähigkeit, psychische Verfassung, soziale Beziehungen und Umweltbedingungen. Im Rahmen einer Einschulungsuntersuchung kann das gesamte Spektrum aus praktischen Gründen allerdings nicht erfasst werden. Die Einschulungsuntersuchung konzentriert sich auf die Aspekte, die für die individuelle Entwicklung der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung besonders relevant sind. Dies sind zum einen gesundheitliche Faktoren, die einen Einfluss auf die Schulentscheidung haben, zum anderen aber auch Befunde, bei denen eine korrigierende Beeinflussung erforderlich ist.

Die Eltern und die Schule werden darüber beraten, welche Förder- und Unterstützungsmaßnahmen notwendig sind, um das Kind auf den Eintritt in die Schule vorzubereiten. Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn chronische Krankheiten oder Entwicklungsstörungen spezifische medizinische, psychologische oder pädagogische Maßnahmen erforderlich machen. Darüber hinaus können durch die anonymisierte Zusammenführung und Auswertung der bei der Untersuchung erhobenen Daten auf Landesebene wichtige epidemiologische Erkenntnisse über den Gesundheitszustand und teilweise auch über das Gesundheitsverhalten von Kindern dieser Altersgruppe gewonnen werden.

Die Ergebnisse liefern einen umfassenden Überblick über die Inanspruchnahme präventiver, heilpädagogischer und medizinischer Versorgungsangebote im Vorschulalter. Gleichzeitig dienen sie der individuellen und gruppenspezifischen Bedarfsermittlung an pädagogischer Förderung. Damit sind sie eine wichtige Grundlage für Verbesserungen im Bereich der Gesundheitsplanung und schulischen Strukturplanung.

Rechtliche Grundlage für die Durchführung der Einschulungsuntersuchung ist § 2 des Schulpflichtgesetzes des Saarlandes. In § 20 des saarländischen Schulordnungsgesetzes (SchoG) ist festgelegt, dass die Schulgesundheitspflege von den Gesundheitsämtern nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen ausgeübt wird. In § 8 Abs. 3 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist die flächendeckende Einschulungsuntersuchung als Aufgabe der Gesundheitsämter festgeschrieben. Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung 2007 im Saarland einer breiteren Öffentlichkeit vor. Er richtet sich an alle, die beruflich mit Kindern und deren Gesundheit und Entwicklung befasst sind, sowie auch an Eltern und Personen im Umfeld der Kinder.

### 1.1 Das Saarländische Untersuchungs- und Dokumentationsverfahren

Seit 1995 erfolgt die Untersuchung der saarländischen Schulanfänger und die Dokumentation der Befunde nach dem Saarländischen Untersuchungs- und Dokumentationsverfahren. Es wurde aus der Praxis heraus gemeinsam von Jugendärztinnen und Jugendärzten der Gesundheitsämter und der Fachabteilung des damaligen Ministeriums für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales entwickelt. Ein landesweit standardisiertes Untersuchungsverfahren erlaubt die Vergleichbarkeit der Befunde. Die Untersuchung ist in ihrem Mindestumfang vorgegeben und nach einheitlichen Kriterien durchzuführen und zu bewerten.

Entsprechend den individuellen Fragestellungen beim einzelnen Kind wird der Untersuchungsumfang erweitert. Epidemiologisch relevante Daten werden vor Ort anonymisiert elektronisch erfasst. Damit stehen sie dem Gesundheitsamt sofort zur Verfügung und werden nach Abschluss der Untersuchungen im Gesundheitsministerium zusammengeführt. Die für das Verfahren entwickelte Software erlaubt eine flexible, den aktuellen Erfordernissen angepasste Datenerhebung und zeitnahe Auswertung.

### 1.2 Die Untersuchung

Die Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter laden die Kinder mit den Eltern (bzw. sonstigen Erziehungs-/ Sorgeberechtigten) schriftlich zu einem Untersuchungstermin ein. Der Einladung liegt ein ver-

traulicher Fragebogen bei, in dem Angaben zur gesundheitlichen Vorgeschichte der Kindes erfragt werden; außerdem wird gebeten, das Impf- und das Vorsorgebuch zum Untersuchungstermin mitzubringen. Die Untersuchung erfolgt wohnortnah in der Schule oder im Kindergarten bzw. auch im Gesundheitsamt. Die Untersuchung dient der Gesundheitsvorsorge, der Krankheitsfrüherkennung, der Feststellung des Entwicklungsstandes sowie der Abklärung und Beratung in schulspezifischen Fragestellungen. Zur Vorgeschichte des Kindes werden Daten zur allgemeinen Entwicklung, zur Krankheitsanamnese, zu durchgeführten Fördermaßnahmen, zu präventiven Maßnahmen sowie zur Inanspruchnahme von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge erfragt. Die Untersuchung umfasst die Überprüfung des Seh- und Hörvermögens, der sensomotorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung sowie eine körperliche Untersuchung mit Überprüfung der Motorik und Koordination.

Im Gespräch mit den Eltern werden bestehende oder festgestellte Probleme und Befunde besprochen und notwendige Therapien oder sozialkompensatorische Maßnahmen empfohlen. Bei medizinischem Abklärungsbedarf wird den Erziehungsberechtigten ein Kurzbericht mit den festgestellten Befunden mit der Bitte ausgehändigt, diesen an die Kinderärztin/den Kinderarzt oder die Hausärztin/den Hausarzt weiterzugeben. Zur Einleitung notwendiger sozialkompensatorischer Maßnahmen (z. B. familienunterstützende Hilfen, therapeutische Schülerhilfe) wird Hilfestellung angeboten. Präventive Maßnahmen (Sport, Ernährung, Jodidgabe, Komplettierung von Impfungen) werden ausführlich besprochen, und entsprechendes Informationsmaterial wird ausgehändigt.

Mit den Erziehungsberechtigten wird gemeinsam beraten, ob das Kind in körperlicher, geistiger, seelischer und sozialer Hinsicht den Anforderungen der Schule gewachsen ist, oder ob zusätzliche Maßnahmen der Förderung innerhalb des Klassenverbandes in der Grundschule bzw. in einer Schule mit sonderpädagogischer Förderung notwendig sind. Aus medizinischen Gründen kann das Kind gegebenenfalls noch ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt werden. Eine entsprechende schulärztliche Empfehlung wird mit den Unterschriften der Eltern und der untersuchenden Schulärztin bzw. des Schularztes an die zuständige Grundschule weitergeleitet.

### **1.3 Dokumentation und Auswertung**

Im Rahmen der Untersuchung werden epidemiologisch relevante Daten zur Vorgeschichte, zur Untersuchung, zur schulischen Empfehlung sowie zur Empfehlung medizinischer und sozialkompensatorischer Interventionen nach einem landesweit standardisierten Verfahren dokumentiert und anonymisiert elektronisch erfasst. Diese Daten stehen regional und auf Landesebene zur Auswertung zur Verfügung. Aus methodischer Sicht ist anzumerken, dass die untersuchte Gruppe in ihrer Altersstruktur nicht homogen auf einen Geburtsjahrgang beschränkt ist. Bis zu elf Prozent der Kinder sind jünger bzw. bis zu acht Prozent sind älter als der aktuell schulpflichtige Jahrgang.

Die Daten beziehen sich auf den Zeitraum, in dem die Schulanfänger für das Schuljahr 2007/2008 untersucht worden sind. Ziel ist, die beschreibende Darstellung der gesundheitlichen Versorgung der Schulanfänger überregional zu leisten und zu kommentieren. Damit werden auch Vergleiche mit Ergebnissen aus anderen Regionen Deutschlands möglich. Die Auswertung erfolgt größtenteils in univarianter Form. Bivariante Analysen untersuchen mögliche Zusammenhänge zwischen Herkunftsland, Geschlecht und weiteren Variablen. Ergebnisse aus den Vorjahren werden zum Erkennen zeitlicher Trends herangezogen.

### **1.4 Ergebnisse**

Die Ergebnisse stellen eine wichtige Basis der Gesundheitsberichterstattung über Kinder im Saarland dar. Sie liefern einen umfassenden Überblick über die Inanspruchnahme präventiver, heilpädagogischer und medizinischer Versorgungsangebote im Vorschulalter. Gleichzeitig dienen sie der Bedarfsermittlung an pädagogischer Förderung. Da die Daten bis auf Kommunal- und Schulebene regionalisierbar sind, werden auch Probleme für die unmittelbar Betroffenen vor Ort, für Schule, Eltern und Ärzteschaft sowie kommunale Verwaltungen erkennbar. Durch Vergleiche der jeweiligen jahresbezogenen Ergebnisse mit denen der Vorjahre werden auch zeitliche Veränderungen in all diesen Bereichen ersichtlich. Sie ermöglichen eine Bewertung bereits eingeleiteter Maßnahmen. Negative Tendenzen lassen neuen Handlungsbedarf offensichtlich werden. Somit sind die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung eine nützliche Datenbasis zur Darstellung aktueller Sachverhalte und können Hinweise auf notwendige Verbesserungen im Bereich der Gesundheitsplanung und schulischen Strukturplanung geben.



## 2 Überblick über die Schulanfänger im Jahr 2007

Im Schuljahr 2007/2008 wurden im Saarland 8.783 Kinder untersucht, 4.584 von ihnen waren Jungen (52,2 Prozent) und 4.199 Mädchen (47,8 Prozent).

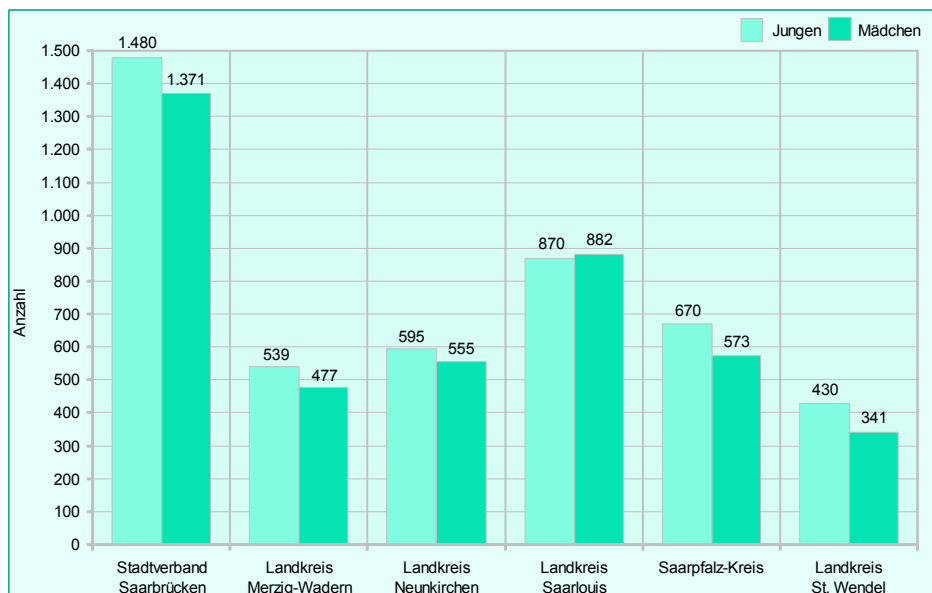


Abb. 1:  
Anzahl der untersuchten  
Kinder nach Landkreisen  
und Geschlecht

### 2.1 Die Herkunft der Kinder – der Kulturkreis der Eltern

Bei der Untersuchung der Kinder wird auch ihre Herkunft bzw. die Herkunft ihrer Eltern festgehalten. Dabei wird nicht nach der Staatsangehörigkeit differenziert, sondern nach dem Herkunftsland der Eltern, um dem soziokulturellen Hintergrund Rechnung zu tragen, in dem das Kind aufwächst.

In den nachfolgenden Ausführungen wird zur Bezeichnung der Kinder, die bzw. deren Eltern aus einem anderen Herkunftsland stammen, unabhängig von der Nationalität der Begriff „mit Migrationshintergrund“ gebraucht. Für Kinder aus Deutschland wird analog der Begriff „ohne Migrationshintergrund“ verwandt.

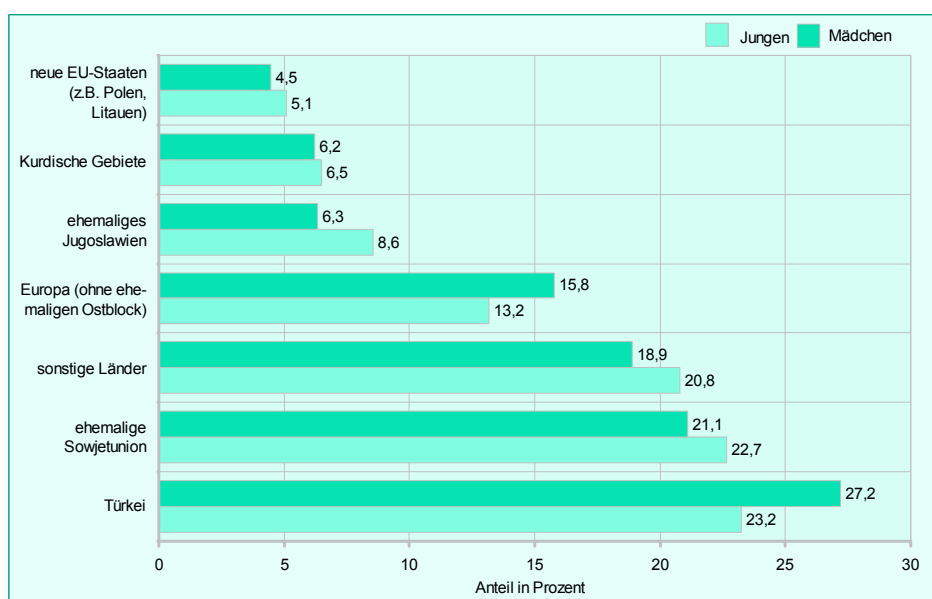


Abb. 2:  
Anteil der Kinder mit  
Migrationshintergrund  
nach Herkunftsregionen

1.670 Kinder (19,0 Prozent), 865 Jungen (18,9 Prozent) und 805 Mädchen (19,2 Prozent), die im Rahmen der Einschulungsuntersuchung untersucht worden sind, hatten einen Migrationshintergrund. Ein Drittel der Kinder mit Migrationshintergrund kam aus dem türkischen bzw. kurdischen Kulturkreis, etwas

mehr als ein Fünftel (21,9 Prozent) stammte aus dem Bereich der ehemaligen Sowjetunion, knapp 15 Prozent stammten aus dem Bereich der „alten“ EU, der Schweiz oder Skandinavien.

Über 90 Prozent der Kinder (1.521) mit Migrationshintergrund waren in Deutschland geboren. Von den nicht hier geborenen Kindern waren wiederum rund 60 Prozent bis zum dritten Lebensjahr nach Deutschland gekommen. Innerhalb der Landkreise wies der Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund erhebliche Unterschiede auf; die Schwankungsbreite lag zwischen 10,4 Prozent im Landkreis St. Wendel und 24,1 Prozent im Stadtverband Saarbrücken.

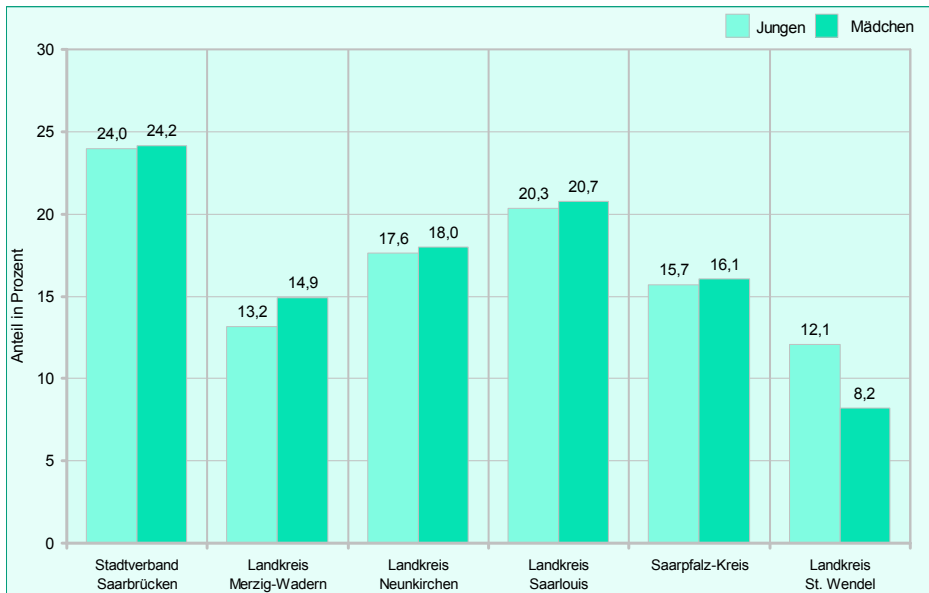


Abb. 3: Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund nach Landkreisen und Geschlecht

Zwischen den Kommunen variierte der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund zwischen unter drei Prozent und mehr als 30 Prozent.

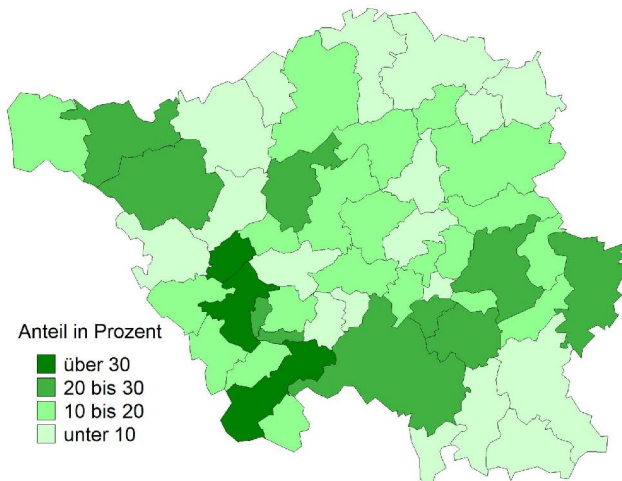


Abb. 4: Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund nach Gemeinden

Betrachtet man den Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund an den einzelnen Schulen, so fällt der Unterschied noch wesentlich größer als beim Vergleich der Landkreise aus: An 16 Schulen mit insgesamt 458 Einschulkindern wurden keine Kinder mit Migrationshintergrund eingeschult, während an sieben Schulen mit 344 Einschulkindern der Anteil der Schüler mit Migrationshintergrund mehr als 50 Prozent betrug. In 23 Schulen mit 1.326 Einschulkindern lag der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund zwischen 30 und 50 Prozent.

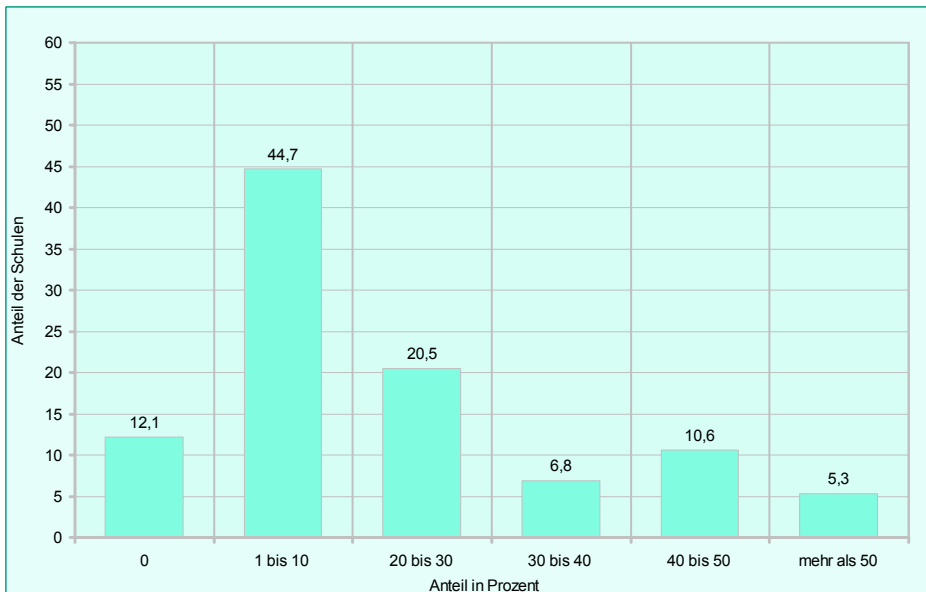


Abb. 5:  
Aufgliederung der Schulen  
nach dem Anteil der Schüler  
mit Migrationshintergrund

## 2.2 Alter und Anlass der Untersuchung

Die Altersspanne der untersuchten Kinder reichte von knapp unter fünf Jahren bis über acht Jahre. Das breite Altersspektrum ist darauf zurückzuführen, dass neben der Gruppe der regulär schulpflichtigen Kinder zwei weitere Gruppen untersucht werden:

- Die sog. „Antragskinder“ wurden vor Vollendung des 6. Lebensjahres und damit vor Beginn der regulären Schulpflicht zum Schulbesuch angemeldet.
- Älter als die regulär schulpflichtigen Kinder sind diejenigen, die aus medizinischen Gründen vom Schulbesuch zurückgestellt worden waren sowie Kinder, die bereits im Vorjahr schulpflichtig gewesen waren und zunächst zusätzliche Förderung im Schulkindergarten oder in der Klasse 0 erhalten hatten. Zu dieser Gruppe gehören auch die wiederholt zurückgestellten Kinder.

Der Anteil der regulär einzuschulenden Kinder war mit 84,1 Prozent der Kinder ohne Migrationshintergrund und 83,5 der Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund nahezu gleich. Ein Antrag auf vorzeitige Einschulung war bei 9,6 Prozent der untersuchten Kinder gestellt worden.

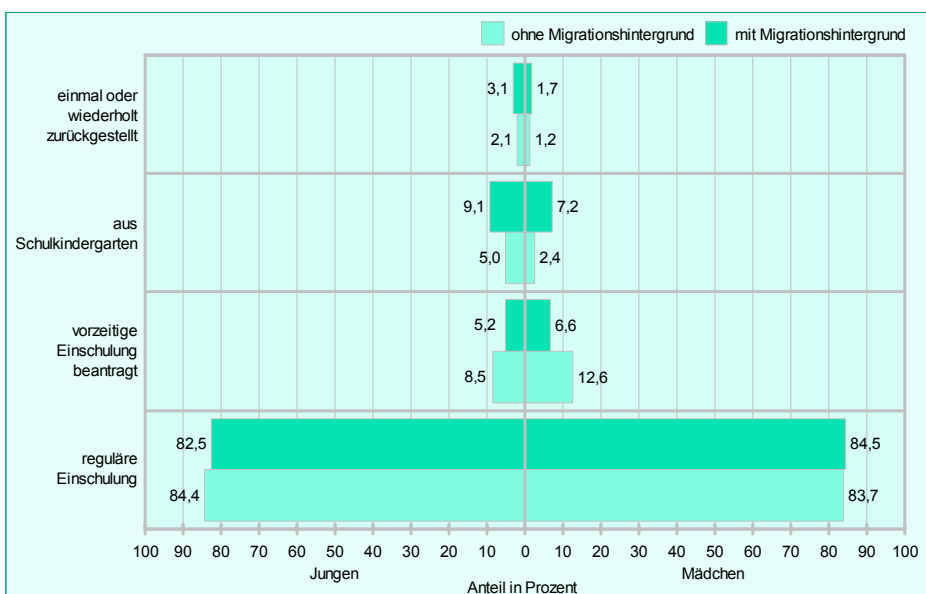


Abb. 6:  
Anteil der Schulanfänger  
nach Herkunft und Status  
der Schulpflicht

11,4 Prozent der Mädchen waren „Antragskinder“, aber nur 7,9 Prozent der Jungen. Betrachtet man die Herkunft der Kinder, so waren 10,5 Prozent der Kinder ohne Migrationshintergrund „Antragskinder“, aber nur 5,9 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund. Dagegen besuchten 8,2 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund den Schulkindergarten zum Zeitpunkt der Untersuchung gegenüber 3,8 Prozent der Kinder ohne Migrationshintergrund.

### 2.3 Kindergartenbesuch

Der Kindergarten ist ein wichtiger Ort der Sozialisation und der Vorbereitungszeit für die Schule. Für die Kinder mit Migrationshintergrund ist er zudem für die sprachliche Integration besonders wichtig. Mit dem Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz und dem Ausbau des Platzangebotes in den Einrichtungen in den 90er Jahren konnte, wie die nachfolgende Abbildung zeigt, ein stetig wachsender zunehmender Teil der Kinder einen Kindergarten besuchen. Aufgrund der zurückgehenden Kinderzahl stieg auch der Anteil der Unter-Dreijährigen.

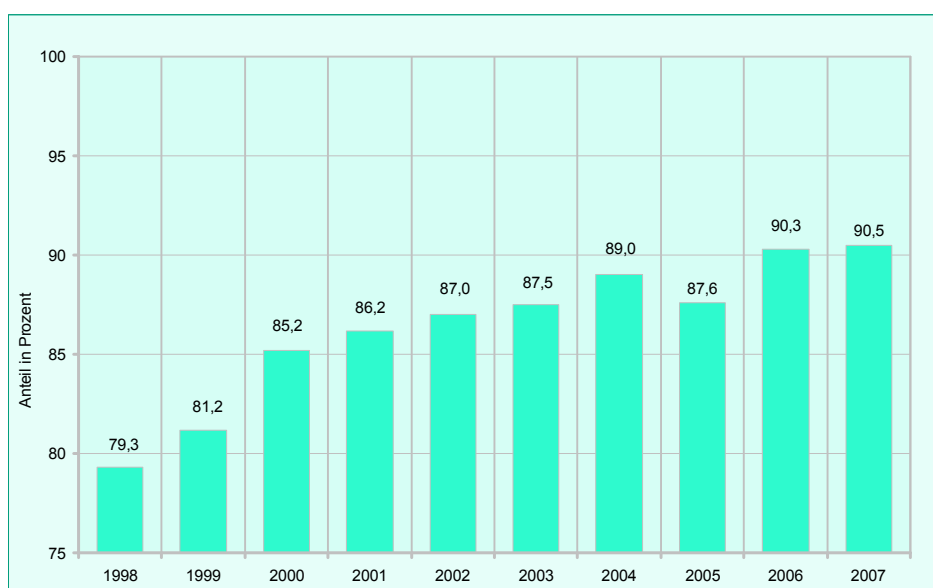


Abb. 7:  
Anteil der Kinder mit  
wenigstens dreijährigem  
Kindergartenbesuch

Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, die vor der Einschulung keinen Kindergarten besucht hatten, ist seit 1998 von 10,7 Prozent auf weniger als ein Prozent zurückgegangen. Gleichzeitig hat sich der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, die den Kindergarten 3 Jahre und länger besucht haben, in diesem Zeitraum von rund 45 Prozent auf rund 83 Prozent fast verdoppelt.

Im Jahr 2007 hatten insgesamt 8.655 Kinder (98,5 Prozent) vor der Einschulung einen Kindergarten besucht. 1,9 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund und 0,9 Prozent der Kinder ohne Migrationshintergrund waren nicht im Kindergarten gewesen. Dieser äußerst geringe Anteil von Kindern ohne Kindergartenbesuch auch bei Familien mit Migrationshintergrund zeigt, dass die Integrations- und Förderangebote über die Kindergärten nahezu alle Kinder erreichen. Der Anteil der Kinder mit vorangegangener Krippenbetreuung betrug rund drei Prozent.

	unbekannt	kein Besuch	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	über 3 Jahre
1998	2,5	10,7	15,3	26,3	36,6	8,6
2000	1,4	6,2	10,4	20,1	51,2	10,7
2002	0,1	5,1	10,7	16,7	51,8	15,6
2004	0,6	3,7	7,2	13,5	56,1	18,9
2007	0,3	1,9	5,0	10,1	57,3	25,4

Tab. 1: Entwicklung des Kindergartenbesuches von Kindern mit Migrationshintergrund

Insgesamt hatten 7.966 Kinder wenigstens drei Jahre lang einen Kindergarten besucht, dies entspricht einem Anteil von 90,7 Prozent. Im Vergleich der Gemeinden lag die Quote des dreijährigen Kindergartenbesuchs zwischen 81,5 Prozent in Völklingen und 99,3 Prozent in Beckingen. Die niedrigsten Quoten gab es nicht nur in den Ballungszentren mit einem hohen Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund, sondern auch in kleineren bzw. ländlichen Gemeinden wie Ensdorf (83,0 Prozent) oder Oberthal (87,7 Prozent).

Bei der Interpretation dieser Zahlen muss allerdings berücksichtigt werden, dass Antragskinder aufgrund der vorzeitigen Einschulung je nach Eintrittsalter auch weniger als drei Jahre den Kindergarten besuchen.

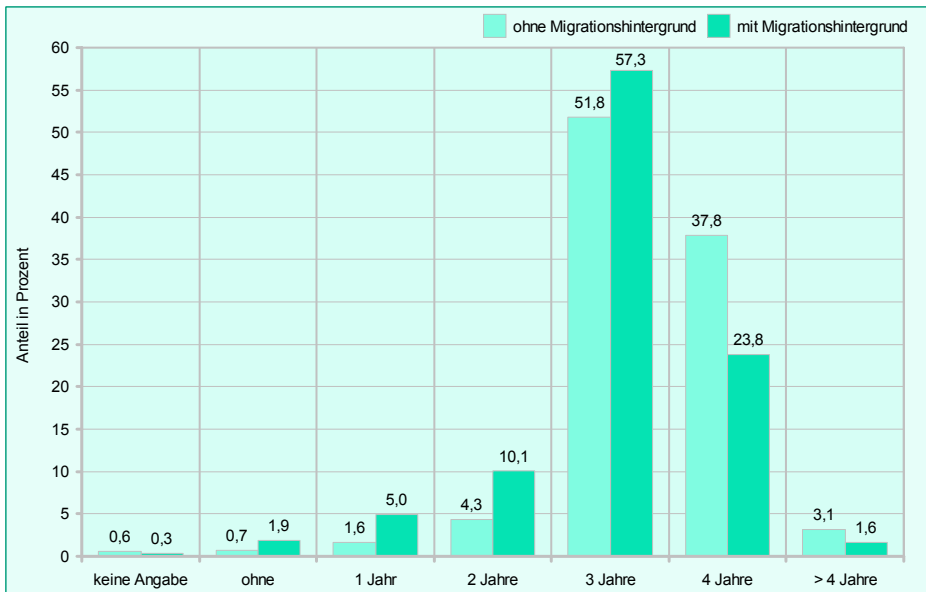


Abb. 8: Anzahl der Kindergartenjahre der Schulanfänger nach Herkunft

Diese Ergebnisse zeigen, dass der Anteil der Kinder, die über drei und mehr Jahre den Kindergarten besuchen, zwar weiter zugenommen hat, dass aber regional und auch bei Familien mit Migrationshintergrund weiterhin für diese Einrichtungen geworben werden muss.

## 2.4 Geschwisterzahl

Die Familie prägt als primärer Ort der Sozialisation entscheidend das Verhalten anderen gegenüber. Wachsen Kinder mit Geschwistern auf, so haben sie eher die Chance, das soziale Zusammenspiel zwischen Kindern untereinander und Erwachsenen zu erlernen. Einzelkinder dagegen nehmen häufig eine hervorgehobene Stellung in der Familie ein, die sie auch in anderen sozialen Zusammenhängen für sich beanspruchen. Dies kann zu Problemen in der Kindergartengruppe führen und sich besonders in der ersten Zeit auch in der Schulklasse bemerkbar machen.

Im Jahr 2007 waren fast ein Viertel (24,4 Prozent) der untersuchten Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung Einzelkinder, knapp die Hälfte (47,7 Prozent) kam aus einer Zwei-Kind-Familie. 18,3 Prozent der untersuchten Kinder hatten zwei Geschwister, 5,9 Prozent hatten drei Geschwister, und 3,6 Prozent vier und mehr Geschwister.

Deutliche Unterschiede gab es bei der Unterscheidung nach der Herkunft: Bei den Familien ohne Migrationshintergrund lag der Anteil der Ein- und Zwei-Kind-Familien mit 75,7 Prozent deutlich höher als bei Familien mit Migrationshintergrund (57,1 Prozent). Dementsprechend hatten 43,0 Prozent der Familien mit Migrationshintergrund drei und mehr Kinder, bei den Familien ohne Migrationshintergrund waren es 24,3 Prozent.

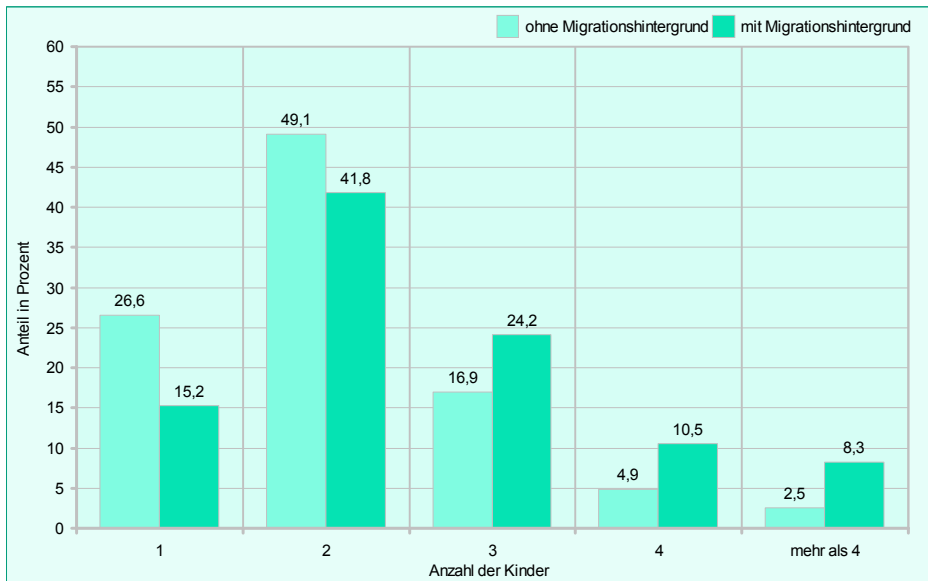


Abb. 9:  
Anzahl der Kinder in den  
Familien der Einschul Kinder  
nach Herkunft

### 3 Vorgeschichte

Kinder und Jugendliche zählen in den westlichen Industrieländern heute zu einer relativ gesunden Altersgruppe. Dank der Verbesserung der Hygienebedingungen sowie der Steigerung des Lebensstandards mit verbesserter Ernährungssituation und Impfprogrammen konnten vor allem die schweren Infektions- und Mangelkrankheiten zurückgedrängt werden. Der Ausbau der medizinischen Vorsorge, insbesondere in der Schwangerschaft und die Fortschritte in der Geburtshilfe haben zu einem Rückgang schwerer kindlicher Behinderungen geführt. Dank der Fortschritte der Perinatalmedizin und Neonatologie überleben auch immer mehr Frühgeborene mit geringem Geburtsgewicht. Das Krankheitsspektrum hat sich - mit Ausnahme der Unfallverletzungen - von akuten hin zu chronischen Krankheiten verändert. Die psychosozialen Beeinträchtigungen haben erheblich an Bedeutung gewonnen.

#### 3.1 Schwangerschaft und Geburt

Erkrankungen oder Komplikationen in der Schwangerschaft sowie Komplikationen während der Geburt können zu nachhaltigen Störungen der kindlichen Entwicklung führen. Ein besonders hohes Risiko besteht bei zu früh geborenen Kindern und Kindern mit im Verhältnis zur Schwangerschaft zu niedrigem Geburtsgewicht. Sie zeigen deutlich mehr Entwicklungsrückstände und Behinderungen auf als Kinder nach einem normalen Schwangerschaftsverlauf.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung wurden die Eltern zu Schwangerschaft und Geburt ihres Kindes befragt. In die nachfolgende Auswertung gingen nur die Angaben von 7.724 Kindern (87,9 Prozent) ein, von denen entsprechende Angaben vorlagen (ohne Migrationshintergrund: 90,9 Prozent, mit Migrationshintergrund: 75,3 Prozent). Diese unvollständigere Dokumentation bei den Kindern mit Migrationshintergrund muss bei der Interpretation der nachfolgenden Daten berücksichtigt werden. Insgesamt war die Schwangerschaft bei 23,9 Prozent der Jungen und 22,8 Prozent der Mädchen mit Komplikationen verbunden. Die Häufigkeit von Komplikationen bei der Geburt lag bei Kindern mit Migrationshintergrund mit 17,0 Prozent deutlich niedriger als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (24,7 Prozent). Die Dauer der Schwangerschaft war bei 83,8 Prozent der Kinder regelgerecht, also 38 Wochen und mehr. 10,7 Prozent wurden in der 36. oder 37. Woche geboren, 4,0 Prozent zwischen der 32. und 35. Woche und 1,5 Prozent vor der 32. Woche. Das Geburtsgewicht lag bei 116 Kindern unter 1.500 Gramm, zwischen 1.500 und 2.000 Gramm wogen 113 Kinder, zwischen 2.000 und 2.500 Gramm weitere 427 Kinder.

Geringe Geburtsgewichte sind nur teilweise durch Frühgeburtlichkeit bedingt. Oftmals sind die Kinder aber auch im Verhältnis zur Schwangerschaftsdauer untergewichtig, z. B. auf Grund von Suchtmittelmissbrauch oder als Folge von anderen Krankheiten der Mutter während der Schwangerschaft.

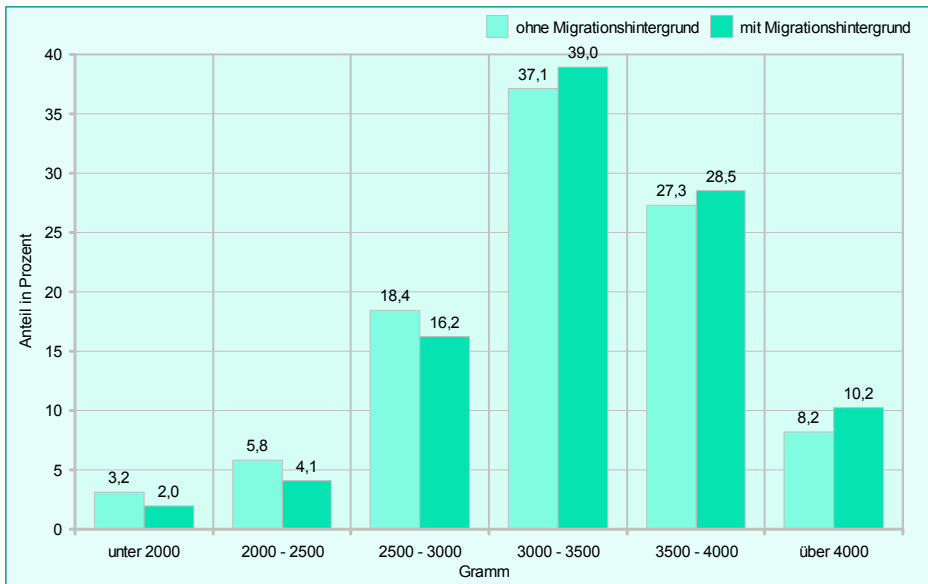


Abb. 10: Geburtsgewicht der Kinder nach Größenklassen

Bei Zweidritteln der Kinder (66,5 Prozent) erfolgte die Geburt auf normalem Wege, 27,2 Prozent wurden mit einem Kaiserschnitt entbunden, und bei 6,3 Prozent war eine Vakuumextraktion oder Zangenentbindung erforderlich. Wie Tab. 2 zeigt, lag der Anteil der Normalgeburt bei Kindern mit Migrationshintergrund höher als bei Kindern ohne.

	ohne Migrationshintergrund Prozent	mit Migrationshintergrund Prozent
normale Geburt	65,6	71,1
Kaiserschnitt	28,0	23,3
Vakuum-/Zangenextraktion	6,4	5,6

Tab. 2: Geburtsmodus der Kinder nach Herkunft

Die Dringlichkeit einer qualifizierten Betreuung von Schwangeren und einer gesunden Lebensweise zur Vermeidung von Schwangerschaftskomplikationen und/oder Frühgeburtlichkeit, aber auch einer adäquaten neonatologischen Betreuung zeigt sich beeindruckend, wenn man den Entwicklungstand zu früh geborener Kinder zum Schulbeginn betrachtet. In Abhängigkeit von der Schwangerschaftsdauer sind auch bei ansonsten gesunden Kindern Entwicklungsrückstände sehr viel häufiger und betreffen insbesondere schulrelevante Fertigkeiten (s. Abb. 11).

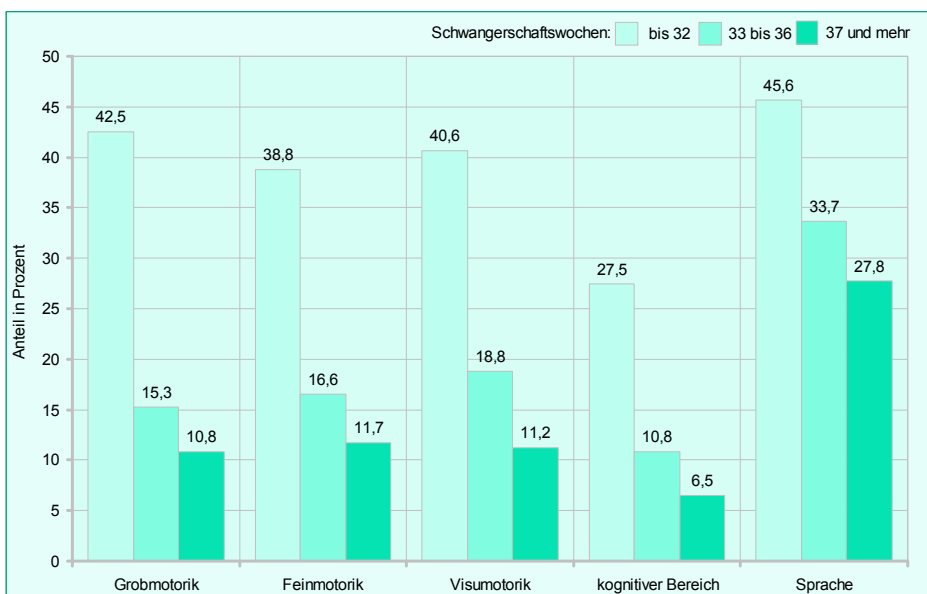


Abb. 11: Anteil der Kinder mit Entwicklungsrückständen in ausgewählten Bereichen in Abhängigkeit von der Schwangerschaftsdauer

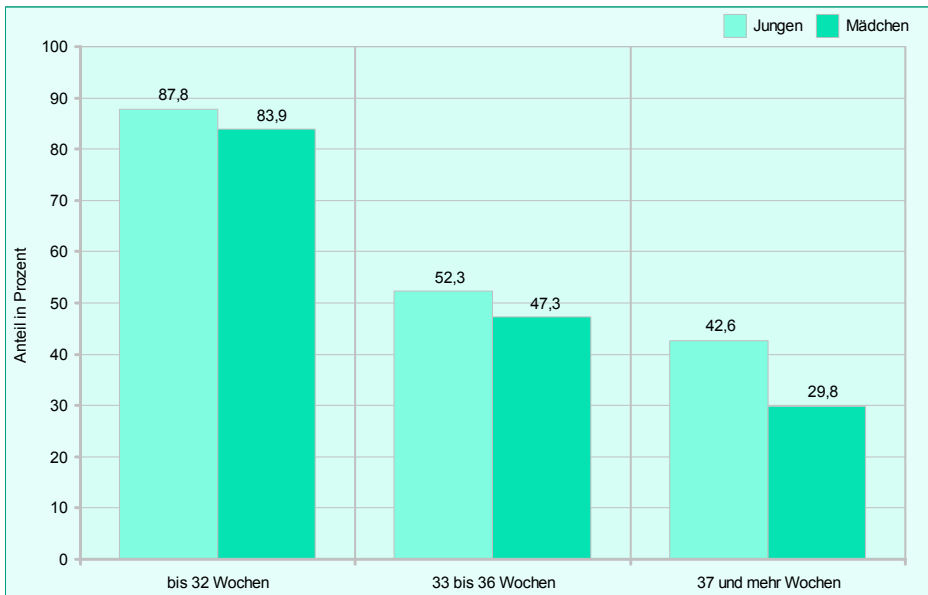


Abb. 12: Anteil der Kinder mit Fördermaßnahmen in Abhängigkeit von der Schwangerschaftsdauer

Entsprechend höher war der Förderbedarf bei diesen Kindern (s. Abb. 12).

Besonders deutlich wird der Zusammenhang zwischen der Dauer der Schwangerschaft und Entwicklungsrückständen, wenn man das gleichzeitige Auftreten von Entwicklungsrückständen in verschiedenen Bereichen betrachtet: So bestanden bei 18,1 Prozent der Kinder, die vor der 33. Schwangerschaftswoche geboren waren, Entwicklungsrückstände in fünf Bereichen, dagegen nur bei 1,3 Prozent der reifgeborenen Kinder. Lediglich bei 28,8 Prozent der vor der 33. Woche geborenen Kinder fanden sich keine Entwicklungsrückstände (s. Abb. 13).

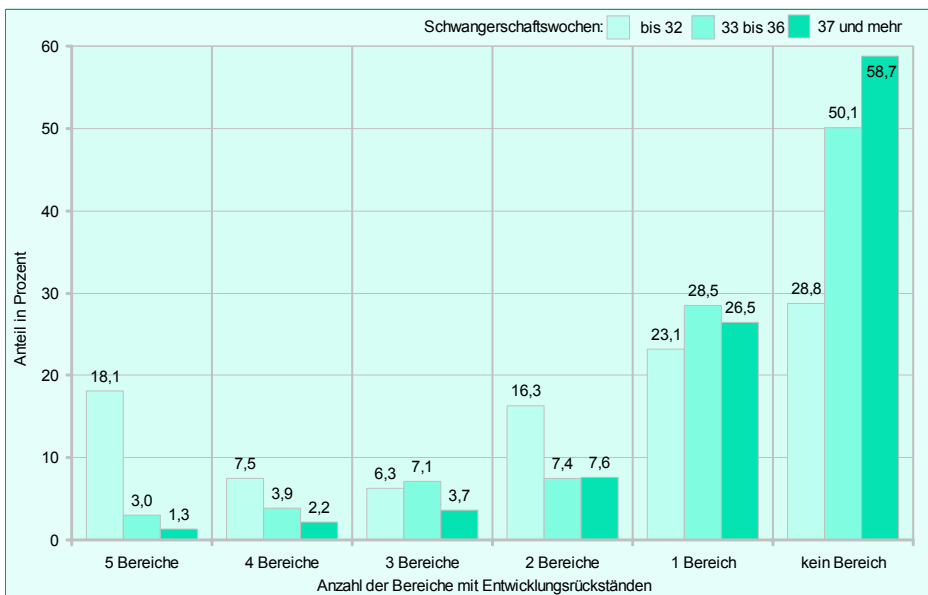


Abb. 13: Anzahl der Bereiche mit Entwicklungsrückständen in Abhängigkeit von der Schwangerschaftsdauer

### 3.2 Stillen

Die natürliche Nahrung des Kindes in den ersten Lebensmonaten ist die Muttermilch. Nach jahrzehntelangem Einsatz von konfektionierter Milch ist seit einigen Jahren wieder ein verstärkter Trend zum Stillen zu beobachten, insbesondere auch wegen der damit verbundenen Prävention allergischer Erkrankungen. Von den insgesamt 8.783 Kindern wurden 2.376 Jungen (51,9 Prozent) und 2.246 Mädchen (53,5 Prozent) gestillt, davon 56,5 Prozent allerdings nur bis maximal sechs Monate. Unterschiede gab es beim Anteil der Kinder, die 6 Monate und länger gestillt worden sind: Während bei nur rund zehn Prozent der Kinder ohne Migrationshintergrund die Stillzeit mehr als 12 Monate betrug, waren es bei den Kindern



mit Migrationshintergrund rund 16 Prozent. Die Bedeutung des Stillens wird zwar zunehmend erkannt, jedoch ist der Anteil gestillter Kinder bei den Schulanfängern über einen Zeitraum von zehn Jahren trotz Aufklärung nur von 40 Prozent im Jahre 1997 auf etwas mehr als 50 Prozent angestiegen.

### 3.3 Vorerkrankungen

Im Krankheitsspektrum des Vorschulalters spielen Infektionskrankheiten unterschiedlicher Art die wichtigste Rolle. Neben einigen sogenannten „Kinderkrankheiten“ werden am häufigsten Magen-Darm-Infekte, Infekte der Atemwege sowie Harnwegsinfekte durchgemacht. An schweren Infektionskrankheiten wie Hepatitis B, Meningitis oder Tuberkulose erkranken dagegen nur wenige Vorschulkinder pro Jahr.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung 2007 wurden auf die Frage nach den Vorerkrankungen bei den sogenannten „Kinderkrankheiten“ Windpocken (Varizellen) und Scharlach mit Abstand am häufigsten angegeben, während gegen Masern, Mumps, Röteln und Keuchhusten (Pertussis) zunehmend mehr Kinder durch Impfungen geschützt sind. Über einen Zeitraum von 12 Jahren ist bei den saarländischen Schulanfängern eine deutliche Abnahme dieser impfpräventablen Krankheiten erkennbar.

Insbesondere bei Keuchhusten ist mit der generellen Wiedereinführung der Impfung im Jahre 1994 der Rückgang der Erkrankungsrate beeindruckend. Lag 1992 der Anteil gegen Keuchhusten geimpften Schulanfänger bei 3,8 Prozent, so ist er bis zum Jahr 2007 auf 93,4 Prozent angestiegen. Gleichzeitig nahm die Erkrankungsrate in dieser Altersgruppe von 30,7 Prozent im Jahre 1995 auf 1,6 Prozent im Jahr 2007 ab.

Auch bei Windpocken ist eine rückläufige Tendenz feststellbar, im Jahr 2007 hatten erstmals weniger als 50 Prozent der untersuchten Kinder eine Erkrankung durchgemacht. Wenn die 2004 ausgesprochene Empfehlung der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut, alle Kinder im Säuglingsalter gegen Windpocken zu impfen, konsequent umgesetzt wird, werden auch hier die Erkrankungsraten weiter sinken (s. Abb. 14).

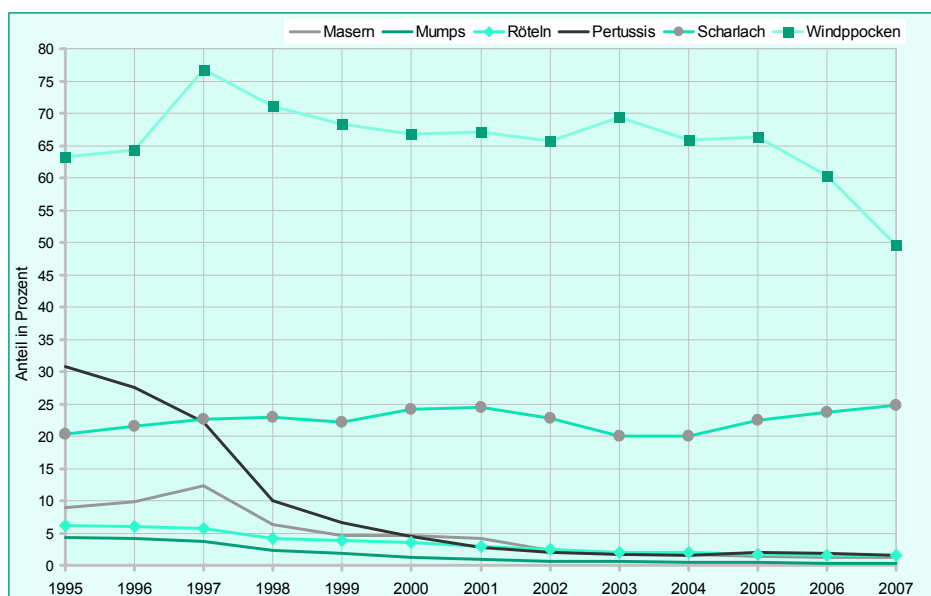


Abb. 14:  
Entwicklung der Erkrankungs-  
raten ausgewählter Infektions-  
krankheiten zwischen 1995  
und 2007

Bei den Krankheiten, die nicht zu den typischen Kinderkrankheiten zählen, hatte wie in der Vergangenheit die Mittelohrentzündung die höchsten Erkrankungsrate. Bei einigen Krankheiten fanden sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: So waren Jungen 1,4 mal häufiger an Pseudokrapp erkrankt als Mädchen, und sie waren 1,5 mal häufiger von Allergien betroffen. Bei Mädchen dagegen lag die Erkrankungsrate an Harnwegserkrankungen 2,5 mal und an Fieberkrämpfen 1,3 mal höher als bei Jungen. Diese Erkrankungsrate sind über den Beobachtungszeitraum von 12 Jahren nahezu unverändert geblieben (s. Abb.15).

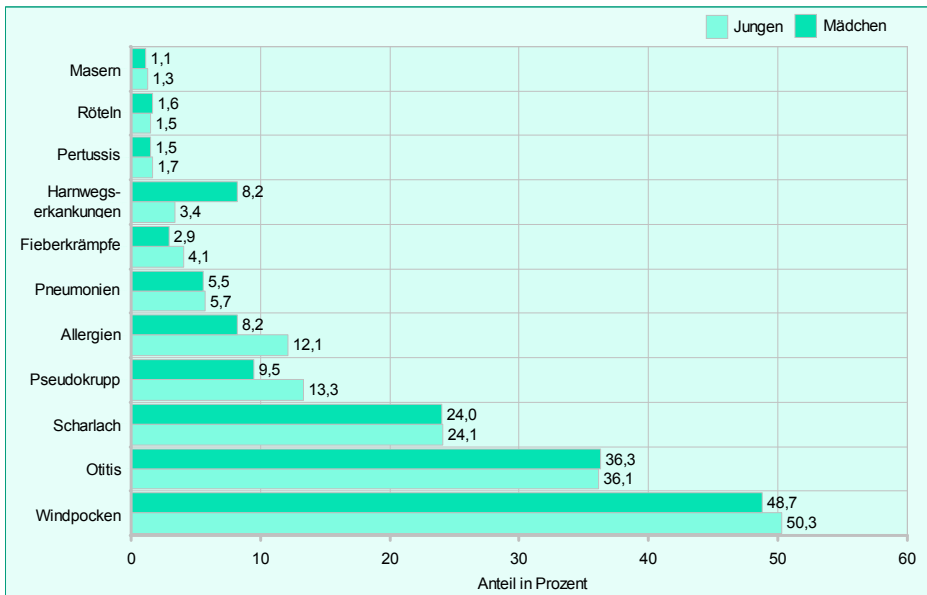


Abb. 15:  
Anteil der Schulanfänger  
mit einer entsprechenden  
Vorerkrankung

Die Erkrankungsraten von Kindern mit Migrationshintergrund liegen teilweise deutlich unter denen von Kindern ohne Migrationshintergrund (s. Abb. 16). Allerdings können verneinende Antworten auf die Frage nach Krankheiten auch auf Sprach- oder Verständigungsprobleme zurückzuführen sein.

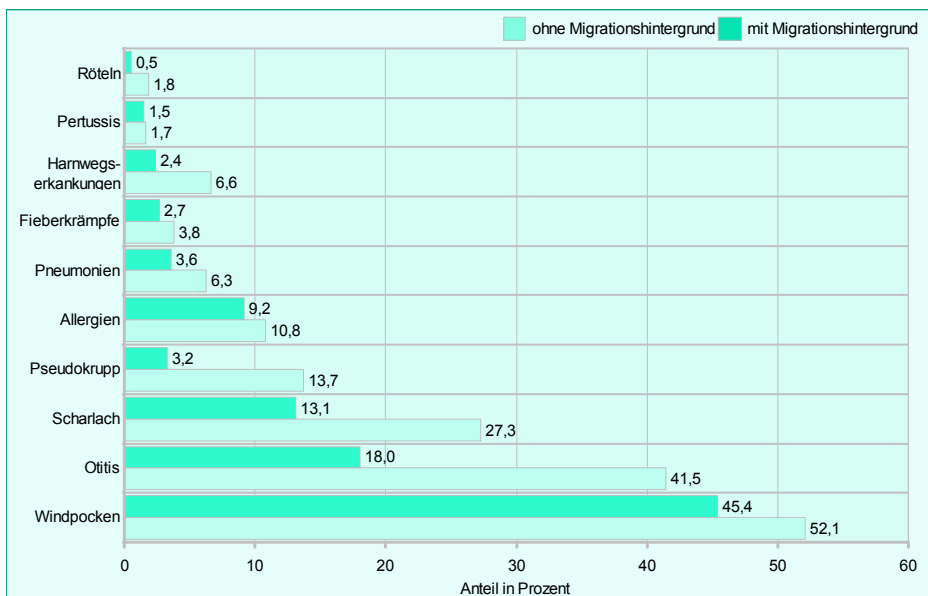


Abb. 16:  
Häufigkeit von Vorerkrankungen  
nach Herkunft

Bei knapp einem Fünftel aller Kinder war keine der genannten Erkrankungen aufgetreten. Ein Drittel der Kinder hatte eine der Krankheiten, rund ein Viertel hatte zwei, 14 Prozent hatten drei, und sechs Prozent der Kinder hatten vier und mehr der aufgeführten Krankheiten durchgemacht.

### 3.4 Allergien

Während es sich bei den bisher aufgelisteten Erkrankungen um akute Erkrankungen handelt, stellen Allergien als chronische Erkrankungen eine wiederkehrende und u. U. lebenslange Belastung dar. Unbestritten ist, dass Allergien in den industrialisierten Ländern in den letzten 50 Jahren durch die Chemisierung der Umwelt und die veränderten Lebensbedingungen deutlich zugenommen haben.

Allergien irgendeiner Art hatten bis zum Untersuchungszeitpunkt 901 Kinder (10,3 Prozent) durchgemacht; in den vergangenen zehn Jahren schwankte der Anteil dieser Kinder zwischen 8,5 und 10,8 Prozent. Zu den häufigsten Erkrankungen des allergischen Formenkreises gehören die Neurodermitis, die

allergische Rhinokonjunktivitis (Heuschnupfen) sowie das Asthma bronchiale. Allergien traten am häufigsten im Kreis Saarlouis mit 12,7 Prozent, am seltensten im Landkreis Merzig-Wadern mit 7,9 Prozent auf. Wie bereits erwähnt, erkrankten Jungen häufiger an Allergien als Mädchen.

Die Erkrankungsraten bei Jungen schwankten zwischen 9,0 Prozent im Saar-Pfalz-Kreis und 14,6 Prozent im Landkreis Saarlouis, bei Mädchen zwischen 4,8 Prozent im Landkreis Merzig-Wadern und 10,9 Prozent im Landkreis Saarlouis. Ob diese Unterschiede allerdings tatsächlich in dieser Größenordnung liegen, muss hinterfragt werden. Hautreaktionen oder Nahrungsmittelallergien werden nicht immer als solche wahrgenommen, gleiches gilt für die Diagnostik von Erkrankungen mit asthmoider Symptomatik (s. Abb. 17).

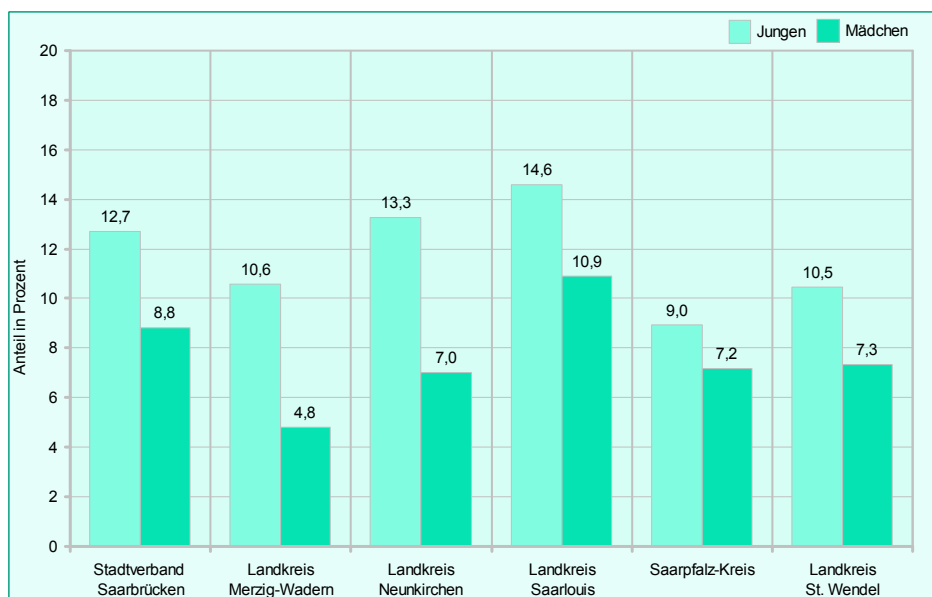


Abb. 17:  
Häufigkeit von Allergien nach  
Landkreisen und Geschlecht

### 3.5 Medikamenteneinnahme

Die Medikamenteneinnahme von Kindern ist seit Jahren ein umstrittenes Thema, dies gilt insbesondere für den Einsatz von Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Bei Schulanfängern spielt diese Medikation allerdings eine eher untergeordnete Rolle. Bei der Untersuchung wurden die Eltern gefragt, welche Medikamente das Kind zur Zeit regelmäßig einnimmt oder über einen längeren Zeitraum eingenommen hat. Erfragt wurden Medikamente, die bei chronischen Krankheiten, Verhaltensproblemen und Allergien eingesetzt werden, aber auch nach der präventiven Einnahme von Jodtabletten oder von homöopathischen Mitteln.

Insgesamt nahmen 483 Kinder (5,5 Prozent), 301 Jungen (6,6 Prozent) und 182 Mädchen (4,3 Prozent) regelmäßig Medikamente oder hatten sie über einen längeren Zeitraum eingenommen. Dabei lag der Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund, die regelmäßig Medikamente einnahmen (Jungen: 7,2 Prozent, Mädchen 4,5 Prozent) höher als der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund (Jungen: 3,7 Prozent, Mädchen 3,5 Prozent). 455 Kinder nahmen ein Medikament ein, 28 Kinder mussten zwei bzw. drei verschiedene Medikamente einnehmen (s. Abb. 18).

Der Vergleich mit den Daten des Jahres 2004 zeigt, dass die Einnahme von Antiallergika weiter zugenommen hat, wobei sich die höhere Erkrankungsrate von Jungen in der Medikamenteneinnahme widerspiegelt. Bemerkenswert ist, dass Jungen fünf mal häufiger Psychopharmaka einnehmen als Mädchen. Die Einnahme homöopathischer Mittel hat im Vergleich zu den Vorjahren zugenommen, homöopathische Medikamente werden häufiger an Mädchen als an Jungen verabreicht.

Die Zeitreihe von 1998 bis 2007 zeigt, dass die Einnahme von Antiallergika zugenommen hat, während die Gabe von Jodtabletten zur Prophylaxe und Behandlung der juvenilen Struma (Schilddrüsenvergrößerung) - auch als Folge der besseren Jodsubstitution der Ernährung - weiter abgenommen hat.

Mehr als verdoppelt hat sich der Anteil der Kinder, die regelmäßig sonstige Medikamente einnehmen: Waren dies im Jahr 2004 nur ein Prozent, so waren es 2007 mehr als zwei Prozent (2,4 Prozent der Jungen und 1,9 Prozent der Mädchen).

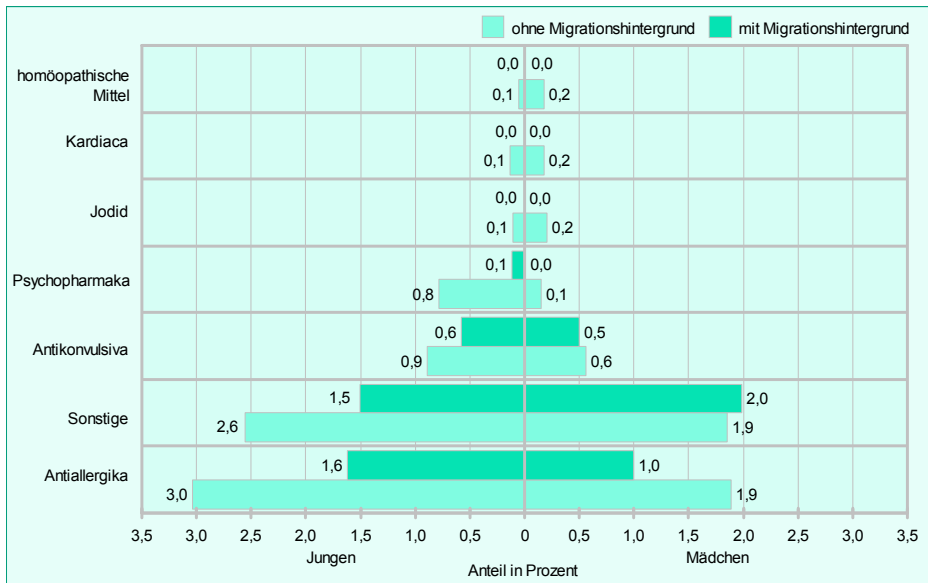


Abb. 18: Medikamenteneinnahme der Einschul Kinder nach Herkunft und Geschlecht

### 3.6 Operationen

3.031 Kinder (34,5 Prozent) hatten sich bis zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung einer Operation oder mehreren Operationen unterzogen. Dabei lag der Anteil der Jungen mit 41,8 Prozent deutlich über dem der Mädchen (26,5 Prozent). Dies ist in erster Linie auf die beiden geschlechtsspezifischen Operationen Circumcision (Beseitigung der Phimose) und Orchidopexie (Korrektur des Hodenhochstandes) zurückzuführen, die bei 11,5 bzw. 2,1 Prozent der Jungen durchgeführt worden waren.

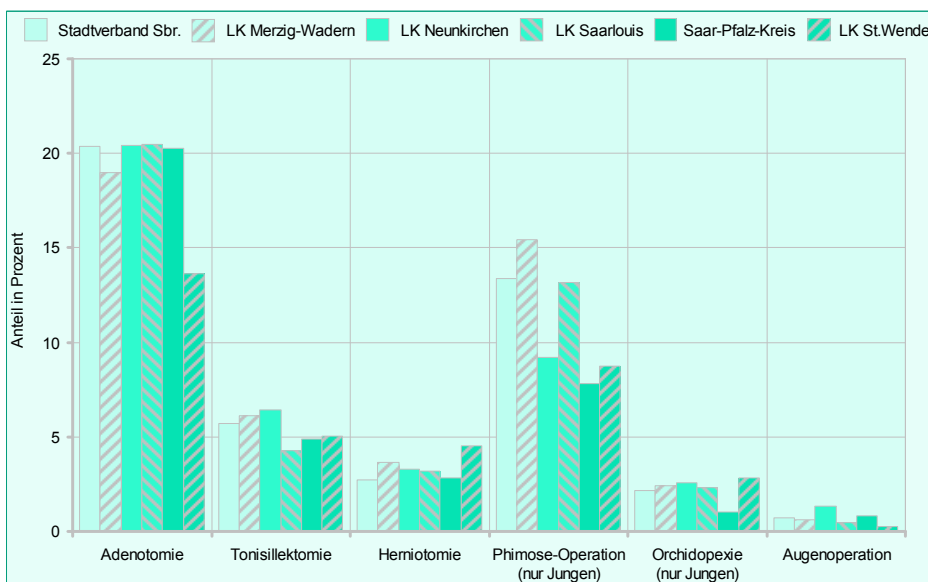


Abb. 19: Häufigkeit ausgewählter Operationen bei Schulanfängern nach Landkreisen

Unter den durchgeführten Operationen war bei beiden Geschlechtern die Adenotomie (Entfernung der Rachenmandeln) mit einem Anteil von 19,6 Prozent am häufigsten. Jungen wurden mit 21,8 Prozent häufiger operiert als Mädchen mit 17,3 Prozent, nahezu gleiche Operationsraten liegen auch aus den Vorjahren vor. Bei 1.315 Kindern (15 Prozent) wurden nur die Rachenmandeln entfernt, bei 110 (1,3 Prozent) nur die Gaumenmandeln (Tonsillektomie), und bei 410 Kindern (4,7 Prozent) waren die Rachen- und Gaumenmandeln entfernt worden (s. Abb. 19).

Wie in den vergangenen Jahren wurde die Indikation zu einzelnen Operationen in den Landkreisen unterschiedlich gestellt: Während im Kreis St. Wendel nur bei 13,8 Prozent der Kinder die Rachenmandeln entfernt worden waren, waren es im Stadtverband Saarbrücken 20,9 Prozent. Im Landkreis St. Wendel waren 27,0 Prozent der Kinder ein- oder mehrmals operiert worden, im Landkreis Neunkirchen 38,4 Prozent (s. Abb. 20).

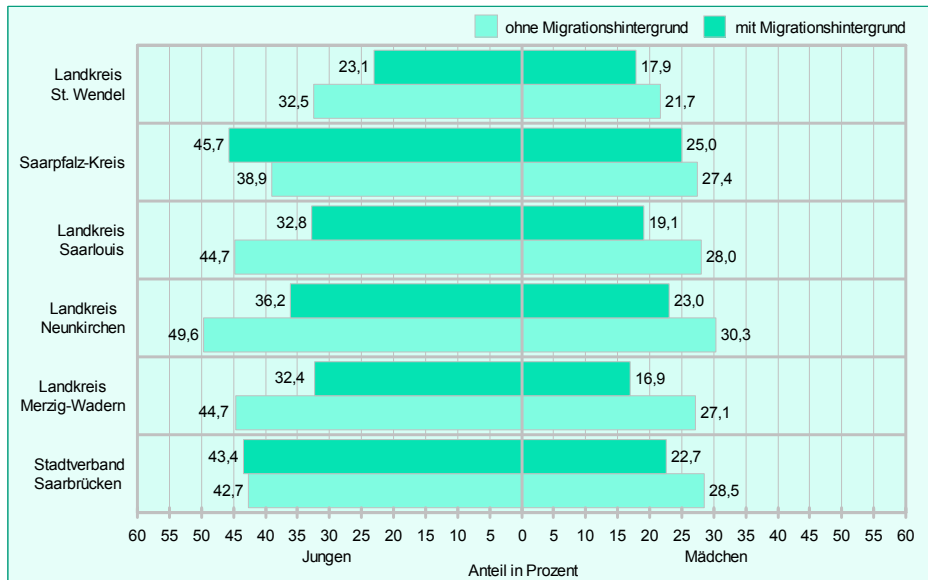


Abb. 20:  
Anteil von Kindern mit  
Operationen nach Herkunft  
und Landkreisen

Wie bereits angeführt, war bei 11,5 Prozent der Jungen eine Circumcision (Beseitigung einer Phimose) durchgeführt worden. Auch diese Zahlen sind in der Tendenz unverändert. Unabhängig vom kulturellen Kontext gab es große regionale Unterschiede.

### 3.7 Unfälle

In den westlichen Industrieländern gehören Unfälle immer noch zu den häufigsten Todesursachen im Kindesalter. So waren im Jahr 2007 rund ein Fünftel (19,4 Prozent) aller Sterbefälle von 1- bis 14-jährigen Kindern auf Unfälle zurückzuführen. Damit waren Unfälle hinter den Neubildungen (20,6 Prozent) immer noch die häufigste Todesursache in dieser Altersgruppe. Allerdings ist die Zahl der durch Unfälle getöteten Kinder seit Anfang der 80er Jahre drastisch zurückgegangen: Starben in Deutschland im Jahr 1980 noch 222 Kinder dieser Altersgruppe an Unfallfolgen, so ist die Zahl bis zum Jahr 2007 auf 250 gesunken.

Im Saarland ist die Zahl der durch Unfälle getöteten Kinder dieser Altersgruppe im gleichen Zeitraum von 29 auf zwei zurückgegangen. Dies ist in erster Linie auf den Rückgang der durch sog. Transportmittelunfälle getöteten Kinder zurückzuführen. Ähnlich ist die Entwicklung in der Altersgruppe der Unter-Fünfjährigen: Starben 1980 noch 9 Kinder unter fünf Jahren durch Unfälle, so gab es in den Jahren 2004 bis 2006 keinen unfallbedingten Todesfall in dieser Altersgruppe, im Jahr 2007 war es ein Todesfall.

Bedenkt man, dass mehr als die Hälfte der Unfälle im Kindesalter als vermeidbar gelten, wird die besondere Relevanz dieser Thematik deutlich. Im öffentlichen Bewusstsein sind vor allem Verkehrsunfälle präsent, dies entspricht aber nicht den tatsächlichen Gegebenheiten. Unter den Unfallarten sind bei Kindern die Sturzunfälle am häufigsten. Besonders bei Kindern im Alter von drei bis sechs Jahren ist das Gefahrenbewusstsein noch wenig ausgeprägt. Die im Rahmen der Einschulungsuntersuchung erhobenen Daten zeigen für eine ganze Alterskohorte das Unfallgeschehen im Saarland auf. Erfragt wurden verschiedene Unfallarten, die eine ärztliche Intervention erforderlich gemacht hatten. Als Spielunfälle wurden dabei alle Unfälle im Lebensumfeld des Kindes definiert, die sich beim alltäglichen Spielen ereigneten.

Von den Schulanfängern 2007 hatten 558 Jungen (12,2 Prozent) und 392 Mädchen (9,3 Prozent) Unfälle erlitten, 30 Kinder mussten sich infolge von zwei verschiedenen Unfällen in ärztliche Behandlung be-

geben. Während sich bei den Jungen die Unfallhäufigkeit nur geringfügig unterschied (ohne Migrationshintergrund: 12,2 Prozent, mit Migrationshintergrund: 10,3 Prozent), war der Unterschied bei den Mädchen ausgeprägter: 9,6 Prozent der Mädchen ohne Migrationshintergrund hatten vor der Einschulungsuntersuchung einen Unfall erlitten, aber „nur“ 6,5 Prozent der Mädchen mit Migrationshintergrund.

Wie zu erwarten, waren die Spielunfälle zahlenmäßig am häufigsten. Sie stellen 83 Prozent aller interventionsbedürftigen Unfälle dar. Mit einem Anteil von 11,3 Prozent waren Kinder ohne Migrationshintergrund aufgrund von Spielunfällen häufiger in ärztlicher Behandlung als Kinder mit Migrationshintergrund mit 8,9 Prozent.

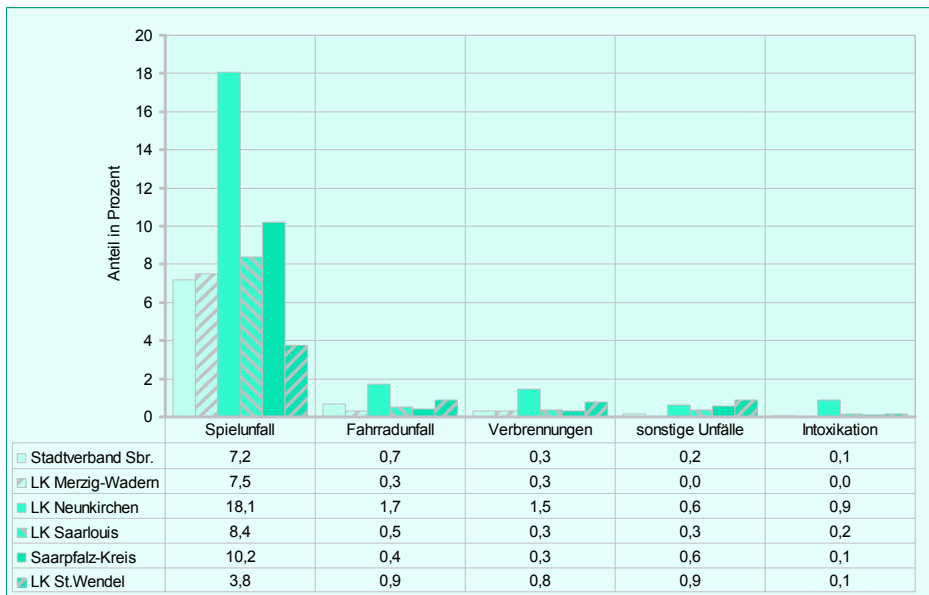


Abb. 21: Häufigkeit von Unfällen nach Landkreisen und Geschlecht

Die Anzahl der Spielunfälle variierte stark innerhalb der Landkreise. Insbesondere im Landkreis Neunkirchen war die Unfallquote mit 22,8 Prozent (Spielunfälle: 18,1 Prozent) wie in den vergangenen Jahren auffallend hoch, während im Kreis St. Wendel nur bei 6,5 Prozent der Kinder ein Unfall (Spielunfälle: 3,8 Prozent) dokumentiert war (s. Abb. 21).

Innerhalb der Städte und Gemeinden gab es bei allen Unfällen Schwankungen zwischen 4,2 und 41,1 Prozent, bei den Spielunfällen von null bis 29,5 Prozent. Nur eine genaue Analyse vor Ort kann hier herausfinden, ob die häufigeren Arztbesuche auf eine größere Häufigkeit ernst zu nehmender Unfälle, auf eine schnellere Erreichbarkeit medizinischer Versorgungseinrichtungen oder auf andere Gründe (z.B. Absicherungstendenzen in Kindergärten) zurückzuführen ist (s. Abb. 22).

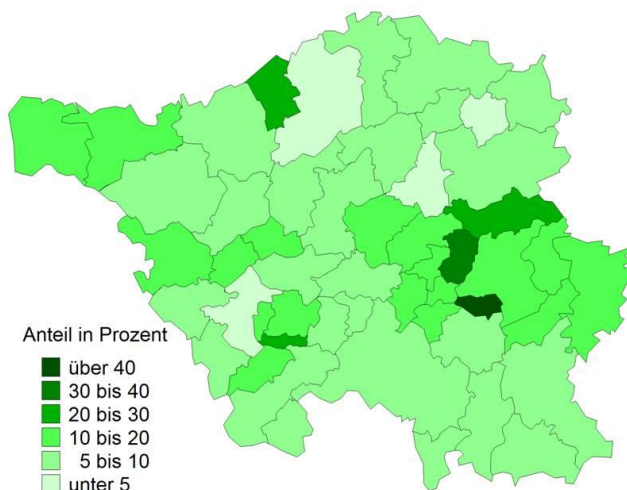


Abb. 22: Anteil der Kinder mit Unfällen nach Gemeinden

## 4 Präventive Maßnahmen

### 4.1 Impfschutz

Die Angaben zum Impfschutz stammen aus den Impfbüchern, die bei der Einschulungsuntersuchung vorgelegt worden sind. Von insgesamt 8.151 Kindern konnten die Impfbücher eingesehen werden, dies entspricht einem Anteil von 92,8 Prozent. Von 7.113 Kindern ohne Migrationshintergrund (93,5 Prozent) und 1.499 Kindern mit Migrationshintergrund (89,8 Prozent) wurde das Impfbuch vorgelegt (s. Abb. 23). Der Anteil vorgelegter Impfbücher variierte zwischen den Städten und Gemeinden zwischen 86,6 Prozent und 100 Prozent, lediglich in sechs Kommunen lag für weniger als 90 Prozent der Kinder das Impfbuch vor. Im Folgenden werden die Impfquoten auf der Basis der vorgelegten Impfbücher berechnet. Damit stellen sie Maximalgrößen dar, die tatsächlichen Impfquoten aller Kinder liegen vermutlich etwas niedriger.

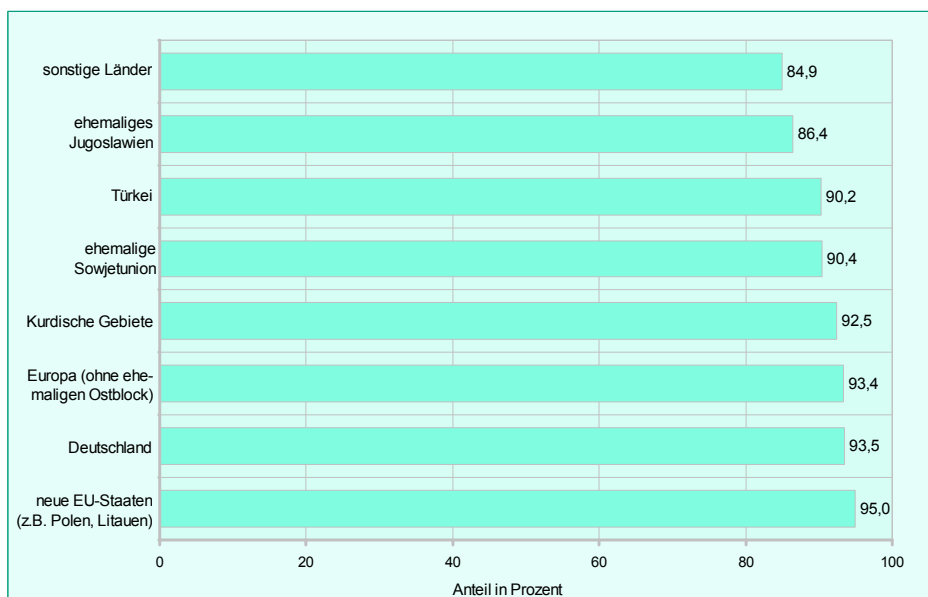


Abb. 23:  
Anteil der Kinder mit  
Impfbuch nach Herkunft

Der Impfschutz gegen einzelne Infektionskrankheiten wurde als ausreichend bewertet, wenn die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch Institut (STIKO) empfohlene Anzahl von Impfungen durchgeführt wurde. Altersbedingt waren dies:

- die Grundimmunisierungen gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Pertussis, Hib und Hepatitis B sowie
- je zwei Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln.

Folgende Impfungen wurden noch nicht in die Bewertung der Vollständigkeit des Impfschutzes aufgenommen:

- Die im Juli 2004 empfohlene generelle Impfung gegen Windpocken: 2.046 Kinder hatten bereits zumindest eine Windpocken-Impfung erhalten .
- Die seit August 2006 empfohlene Impfung gegen Pneumokokken bei allen Kindern bis 24 Monate: 472 Kinder (5,8 Prozent) hatten bereits zumindest eine Pneumokokken-Impfung erhalten, entsprechend der damaligen Empfehlung waren dies überwiegend früh geborene Kinder.
- Die seit August 2006 empfohlene Impfung gegen Meningokokken für Kinder im zweiten Lebensjahr: 1.551 Kinder waren zumindest einmal gegen Meningokokken geimpft.

#### 4.1.1 Die Impfquoten im Saarland

Die Auswertung der Impfdaten erfolgte auf Land-, Kreis-, kommunaler und Schulebene. Der Impfschutz der Gesamtheit der saarländischen Schulkinder gegen einzelne Infektionskrankheiten ist in der folgenden Abbildung differenziert nach der Herkunft der Kinder wiedergegeben (s. Abb. 24).

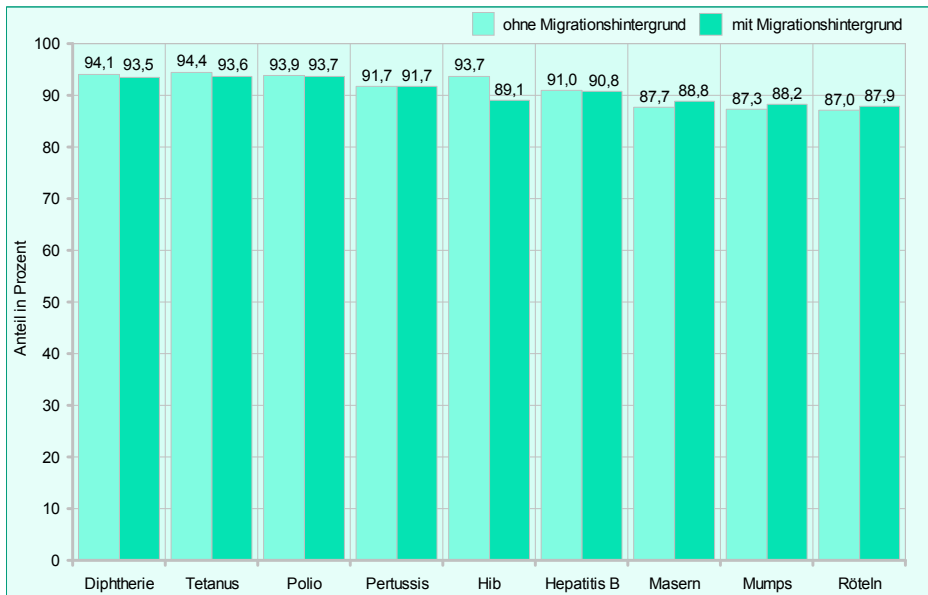


Abb. 24:  
Anteil der Kinder mit entsprechendem Impfschutz nach Herkunft

Auf der Ebene der Landkreise zeigten sich Unterschiede im Impfschutz gegen einzelne Infektionskrankheiten. Beim Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus und Polio war die Verteilung relativ homogen, weniger beim Impfschutz gegen Hepatitis B, Pertussis und Masern, Mumps und Röteln (MMR) (s. Abb. 25). Deutlicher waren die Unterschiede innerhalb der einzelnen Kommunen, allerdings sind die Impfquoten in den Gemeinden mit niedriger Beteiligung in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen. Im Jahr 2007 lag der Impfschutz gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Keuchhusten (Pertussis) und Hepatitis B zwischen knapp 80 Prozent und 100 Prozent. Bei den zweimaligen Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln lagen die Durchimpfungsraten zwischen 70 und 98 Prozent.

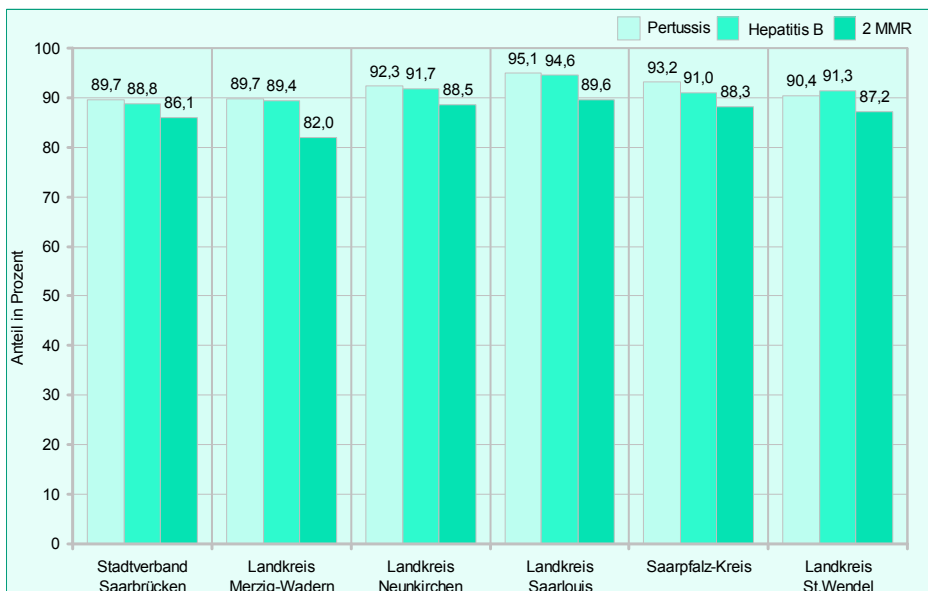


Abb. 25:  
Unterschiede im Impfschutz gegen ausgewählte Infektionskrankheiten nach Kreisen

Bei der Auswahl der Impfdaten wurde auch die Anzahl der Kinder ermittelt, die alle neun von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen erhalten hatten, d.h. sowohl gegen Diphtherie, Tetanus, Polio als auch gegen Pertussis, Hib, Hepatitis B sowie gegen Masern, Mumps und Röteln geschützt waren. Dies waren insgesamt 6.598 Kinder (80,9 Prozent). Der Anteil Kinder ohne Migrationshintergrund lag mit 81,8 Prozent gering über dem der Kinder mit Migrationshintergrund (77,3 Prozent). Dies bedeutet im zeitlichen Rückblick eine deutliche Verbesserung insbesondere bei den Letztgenannten.

Auch beim Anteil vollständig geimpfter Kinder gab es regionale Unterschiede: Auf der Ebene der Landkreise lag die Schwankungsbreite bei 7,4 Prozentpunkten. Mit 77,2 Prozent wurde die niedrigste Quote im Landkreis Merzig-Wadern registriert, die höchste mit 84,6 Prozent im Kreis Saarlouis (s. Abb.



26).

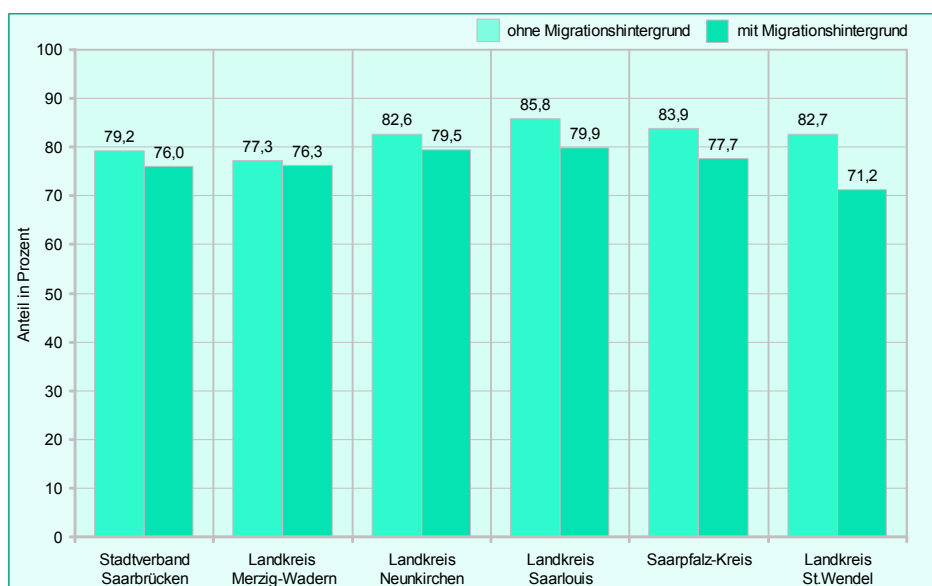


Abb. 26:  
Anteil der Kinder mit komplettem Impfschutz gegen alle neun zu impfenden Infektionskrankheiten nach Landkreisen und Herkunft

Auf Gemeindeebene lag die Schwankungsbreite zwischen weniger als 65 Prozent (Weiskirchen) und mehr als 90 Prozent (Schiffweiler, Großrosseln, Lebach)

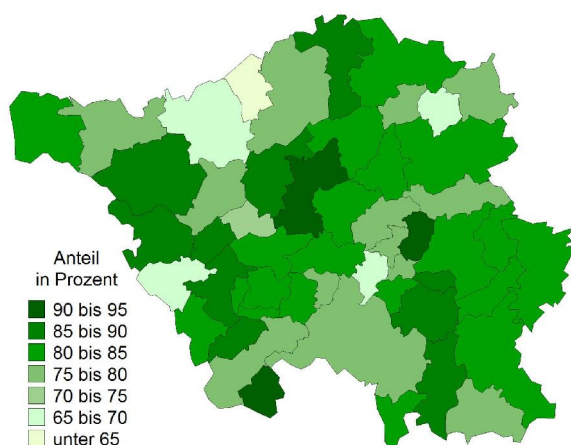


Abb. 27:  
Anteil der Kinder mit komplettem Impfschutz gegen alle neun zu impfenden Infektionskrankheiten nach Gemeinden

Auch innerhalb der Grundschulen fanden sich deutliche Unterschiede bei allen neun empfohlenen Impfarten. So waren an elf Grundschulen weniger als 85 Prozent der Schulanfänger ausreichend gegen Kinderlähmung geschützt. Der Anteil geimpfter Kinder variierte bei der MMR-Impfung (Masern, Mumps, Röteln) zwischen 42 Prozent und 100 Prozent, gegen Hepatitis B zwischen 44 Prozent und 100 Prozent, gegen Diphtherie und Keuchhusten (Pertussis) zwischen 60 Prozent und 100 Prozent.

Dabei gab es die niedrigsten Impfraten an Schulen in privater Trägerschaft, an den staatlichen Schulen lagen die niedrigsten Impfquoten bei der Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln bei über 70 Prozent, bei den übrigen Impfungen bei über 75 Prozent.

#### 4.1.2 Die Impfquoten im Saarland und in Deutschland im Vergleich

Für das Schuljahr 2007/2008 ist noch kein Vergleich der Impfquoten möglich, da die letzten bei Redaktionsschluss auf Bundesebene verfügbaren Zahlen aus dem Jahr 2006 stammen. Ein Vergleich der 2006er Daten zeigt, dass die Impfquoten im Saarland bei Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio und Hib unter und bei Masern, Mumps und Röteln über dem Bundesschnitt lagen.

Die Kinder im Saarland hatten bei MMR sogar den besten Impfschutz der alten Bundesländer, bei Hepatitis B den zweitbesten (s. Abb. 28).

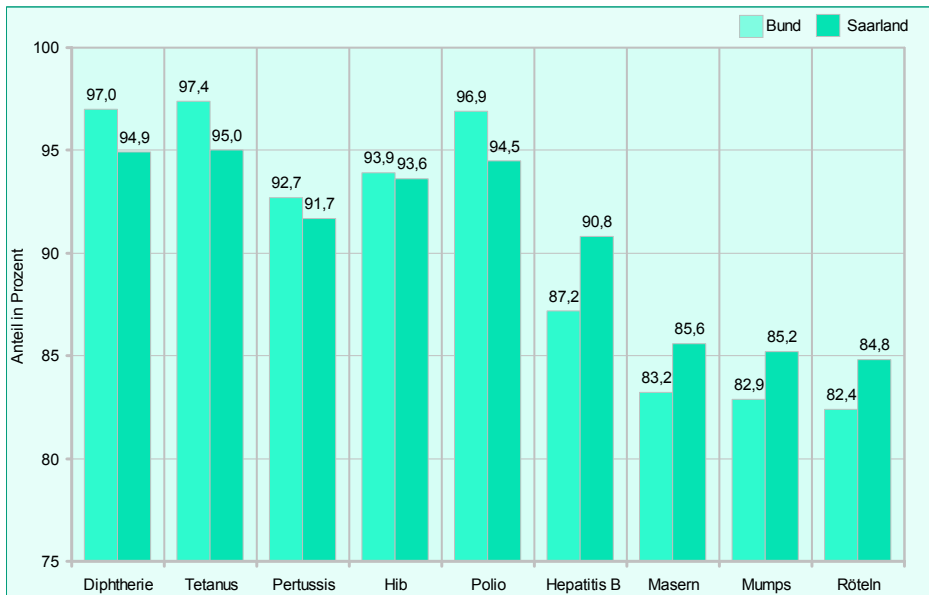


Abb. 28: Die Impfquoten in Deutschland und im Saarland im Jahr 2006

### 4.1.3 Entwicklung des Impfschutzes während der letzten zehn Jahre

Der Impfschutz der saarländischen Einschul Kinder hat sich kontinuierlich von Jahr zu Jahr verbessert. Bei einzelnen Impfungen wird der als ausreichend erachtete Impfschutz von 90 Prozent und mehr in einer Bevölkerungsgruppe noch nicht erreicht, dies gilt insbesondere für die 2. Impfung bei Masern, Mumps und Röteln. Bei den erst in der Mitte der 90er Jahren eingeführten Impfungen gegen Pertussis und Hepatitis B wird mittlerweile eine Impfquote von 90 Prozent erreicht (s. Abb. 29).

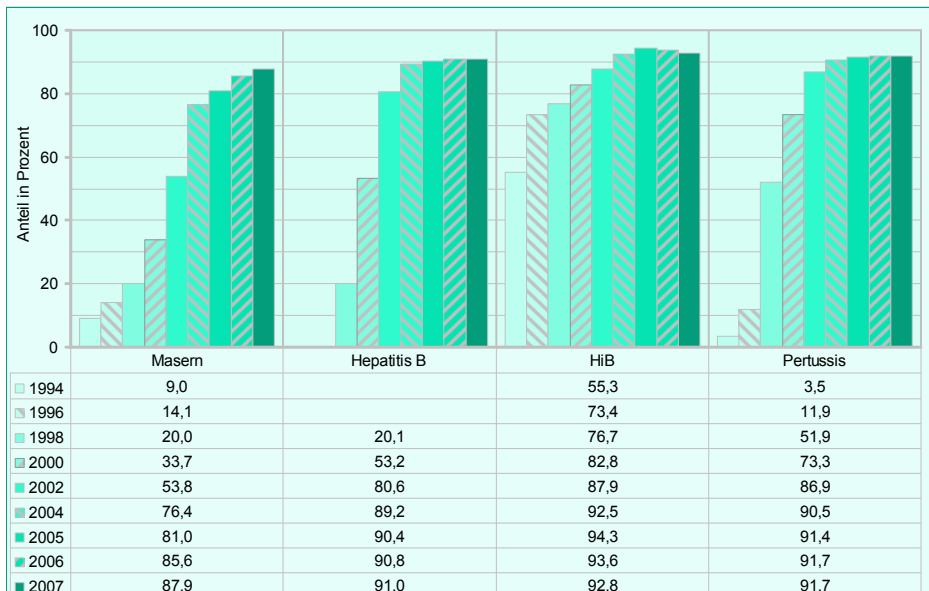


Abb. 29: Entwicklung der Impfraten gegen ausgewählte Infektionskrankheiten von 1994 bis 2007

Der Anteil der Kinder, die ausreichend gegen alle neun Infektionskrankheiten geimpft waren, stieg von 13,3 Prozent im Jahre 1998 über 26,3 Prozent im Jahr 1999 und 67,3 Prozent im Jahr 2004 auf aktuell 80,9 Prozent.

Die Impfungen, die zur Bewertung eines ausreichenden Impfschutzes im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen dokumentiert werden, sind als Regelimpfung im ersten und zweiten Lebensjahr vorgesehen. Aus unterschiedlichen Gründen kommt es häufiger zu zeitlichen Verzögerungen bei der Durchführung der Impfungen. Im Rahmen der Kinderuntersuchungen U7 bis U9 werden diese allerdings meist nachgeholt. Daher zeigen sich daher bei Kindern, denen insbesondere die Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9 fehlen, größere Impflücken als bei Kindern mit komplettem Vorsorgestatus.

## 4.2 Vorsorgeuntersuchungen

### 4.2.1 Das Kinder-Früherkennungsprogramm

Seit dem Jahr 1971 gehört das Kinder-Früherkennungsprogramm zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach § 26 SGB V haben "versicherte Kinder bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden." Analog gilt dieses Vorsorgeprogramm auch für privat Krankenversicherte.

Seit seiner Einführung ist das Kinderfrüherkennungsprogramm um drei auf insgesamt zehn ärztliche Untersuchungen erweitert worden, zuletzt im Juli 2008 durch die U7a für Kinder mit drei Jahren. Diese Untersuchung ist für die hier beschriebene Altersgruppe nicht mehr von Relevanz. Die ersten sechs Untersuchungen werden im ersten Lebensjahr durchgeführt, die U7 findet kurz vor dem zweiten Geburtstag statt, die U8 vor dem vierten Geburtstag und die U9 kurz zwischen fünf und fünfeneinhalb Jahren. Mit der neu eingeführten U7a, die zwischen dem 34. und 36. Lebensmonat erfolgt, wird eine Lücke geschlossen und sichergestellt, dass Kinder künftig ab der Geburt mindestens in jährlichem Abstand dem Arzt zur Früherkennung von Krankheiten vorgestellt werden können.

Die Teilnahme an der Untersuchung sowie die Ergebnisse werden im Vorsorgebuch dokumentiert, das für jedes Kind bei der ersten Untersuchung nach der Geburt ausgestellt wird. Im Einladungsschreiben zur schulärztlichen Untersuchung werden die Eltern gebeten, das Vorsorgebuch mitzubringen. Hieraus werden Angaben zur Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen sowie einzelne Angaben zu Schwangerschaft und Geburt in die anonymisierte schulärztliche Dokumentation übernommen.

### 4.2.2 Die Teilnahme im Saarland

Von 7.894 Kindern (89,9 Prozent) wurde das Vorsorgebuch vorgelegt, darunter von 6.569 ohne Migrationshintergrund (92,4 Prozent) und 1.325 mit Migrationshintergrund (79,3 Prozent). Bei den Kindern mit Migrationshintergrund, die hier geboren wurden, war das Vorsorgebuch bei 83,8 Prozent vorhanden

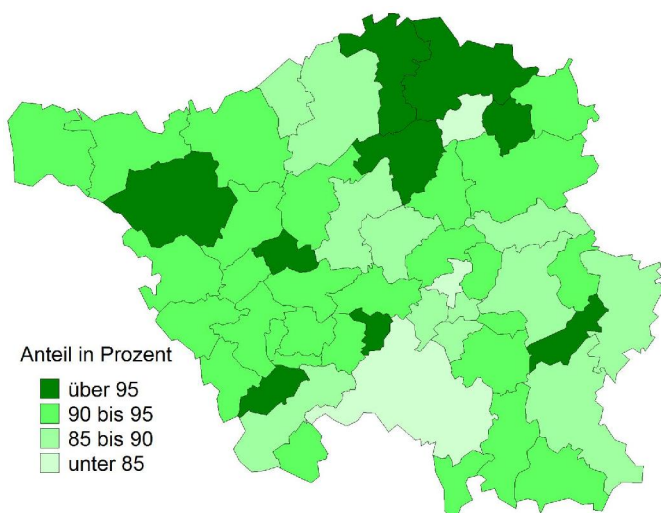


Abb. 30:  
Anteil der Kinder mit Vorsorgebuch  
nach Gemeinden

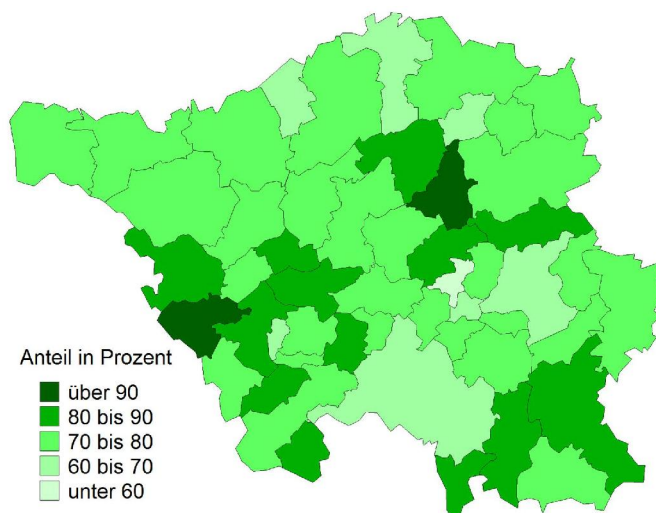


Abb. 31:  
Anteil der Kinder, die an allen neun Vorsorge-  
untersuchungen teilgenommen haben

In den Kreisen lag der Anteil vorgelegter Vorsorgebücher zwischen 85,9 Prozent (Stadtverband Saarbrücken) und 93,0 Prozent (Landkreis St. Wendel). Zwischen den einzelnen Kommunen variierte der Anteil zwischen 82,0 Prozent (Landeshauptstadt Saarbrücken) und 98,6 Prozent (Nonnweiler). Die nachfolgenden Angaben beziehen sich auf die Kinder, deren Vorsorgebuch vorgelegt wurde (s. Abb. 30).

5.996 Kinder (75,9 Prozent) hatten an allen neun Untersuchungen teilgenommen. Von den Kindern ohne Migrationshintergrund waren es 5.267 (80,2 Prozent), von den Kindern mit Migrationshintergrund 729 (55,0 Prozent) (s. Abb. 31).

Zwar ist der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, die an allen neun Untersuchungen teilgenommen haben, in den vergangenen Jahren stetig angestiegen, er ist aber immer noch deutlich geringer als der Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund. Als wichtigste Ursache für diese geringe Zahl vollständig durchgeführter Untersuchungen bei den Kindern mit Migrationshintergrund - auch bei den hier geborenen - gilt das fehlende Wissen über die Vorsorgeangebote (s. Abb. 32).

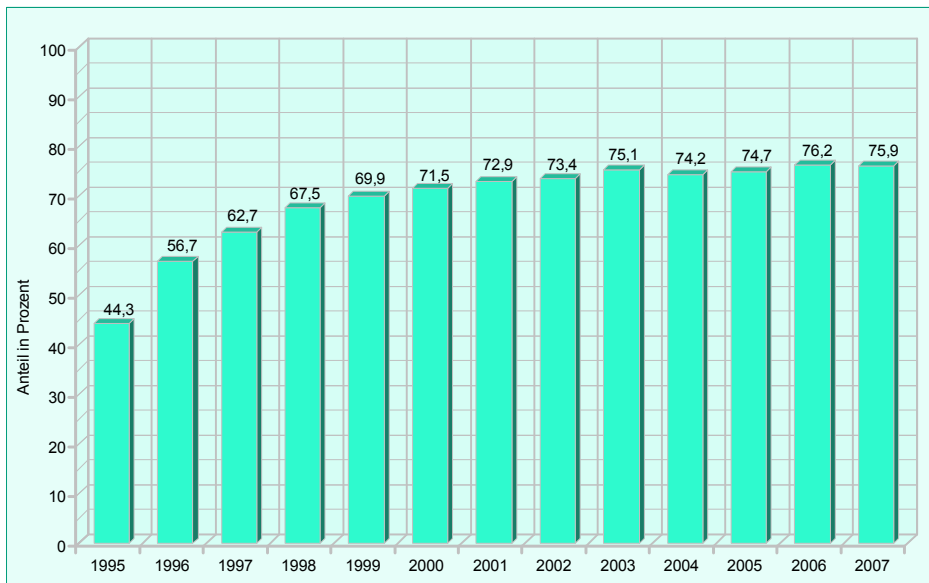


Abb. 32: Anteil der Kinder mit vollständig durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen 1995 bis 2007

Auf Kreisebene schwankte der Anteil der Kinder, die an allen neun Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen hatten, zwischen 72,8 Prozent (Stadtverband Saarbrücken) und 79,9 Prozent (Landkreis Saarlouis), auf Gemeindeebene zwischen 57,8 Prozent in Merchweiler und 92,1 Prozent in Marpingen (s. Abb. 33).

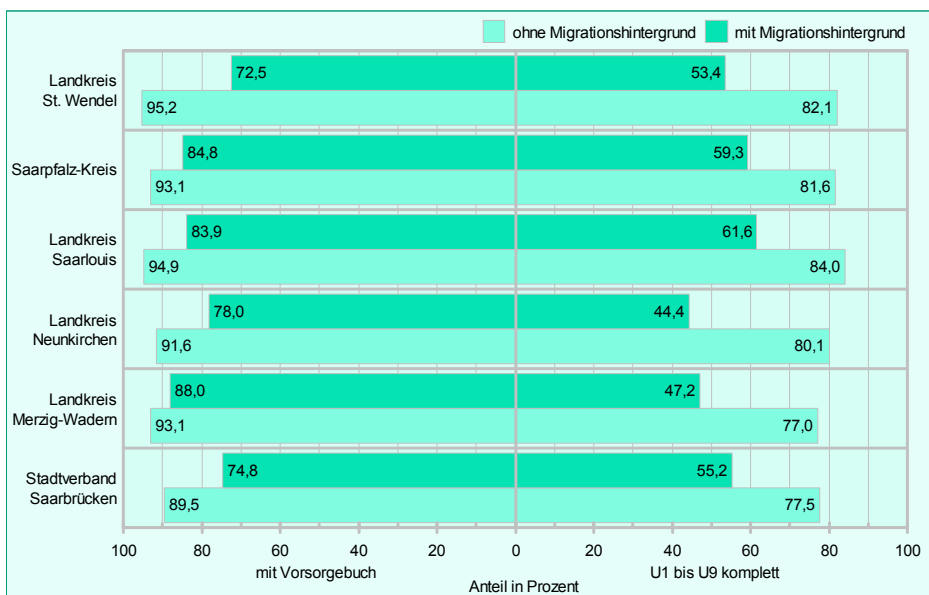


Abb. 33: Anteil der Kinder mit Vorsorgebuch und mit Teilnahme an allen neun Untersuchungen nach Landkreisen und Herkunft

Neben der Betrachtung, wie viele Kinder an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben, ist es auch von Interesse, wie hoch der Anteil der Kinder ist, die an den einzelnen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben. Sowohl bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund, liegt die Teilnahme an den ersten Untersuchungen bei über 90,0 Prozent. Die Inanspruchnahme nimmt mit jedem weiteren Untersuchungszyklus ab. Diese Beobachtung findet sich bundesweit (s. Abb. 34).

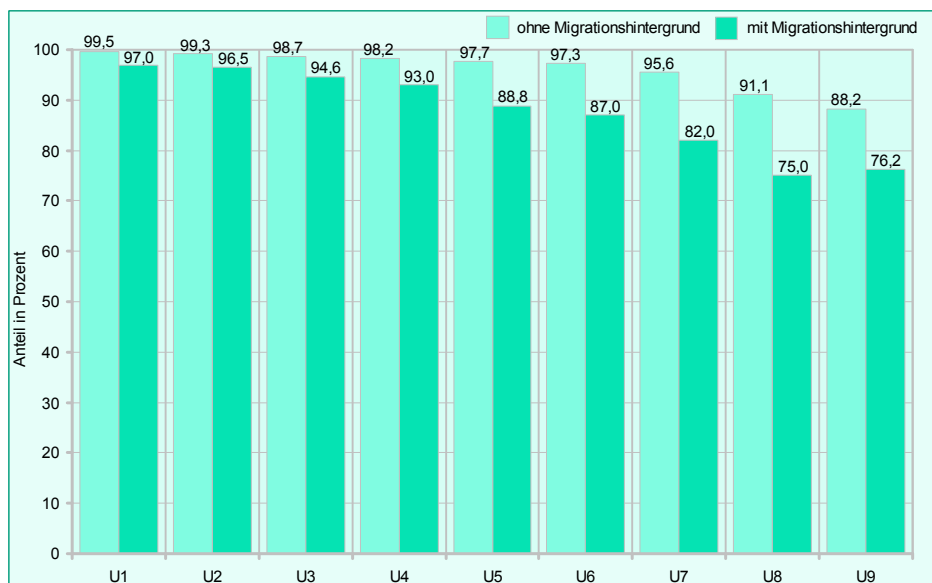


Abb. 34:  
Anteil der Kinder an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 nach Herkunft

Dabei sind insbesondere die beiden letzten Vorsorgeuntersuchungen im Hinblick auf das Erkennen von Entwicklungsrückständen und Beeinträchtigungen der Sinnesorgane entscheidend. Die Untersuchung U9 wird zwar seit ihrer Einführung Ende der 80er Jahre zunehmend besser wahrgenommen, aber noch immer ist die Teilnahme nicht zufriedenstellend (s. Abb. 35).

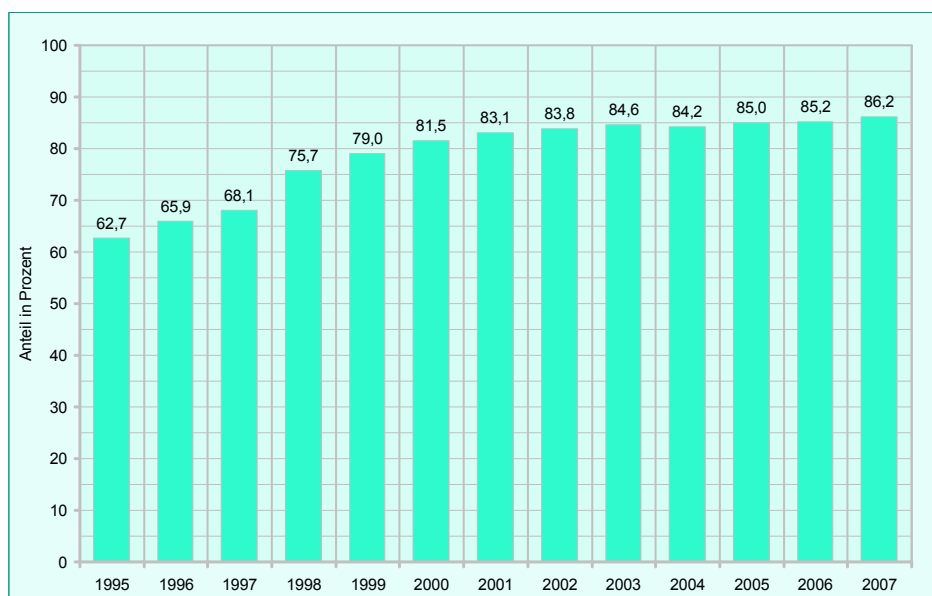


Abb. 35:  
Anteil der Kinder mit Teilnahme an U9 über den Zeitraum von 1995 bis 2007

Die Analyse der saarländischen Zahlen zeigt, dass bei Kindern mit regelmäßiger Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen ein besserer Impfschutz besteht, und dass eine höhere Teilnehmerate auch zur Einleitung von Fördermaßnahmen führt. Dies gilt insbesondere für die Teilnahme an der U9. Bei Kindern, für die kein Vorsorgebuch vorgelegt wurde, sind die Defizite zum Teil noch deutlicher.

Dies kann beispielhaft am Impfschutz dargestellt werden: Bei den Kindern mit vollständigem Vorsorgestatus war bei 98,4 Prozent der Kinder auch das Impfbuch vorhanden. Diese Kinder hatten zu 86,7 Prozent alle neun von der STIKO empfohlenen Impfungen erhalten. Bei unvollständigem Vorsorgestatus war der Impfschutz nur bei 70,3 Prozent der Kinder komplett, aber nur bei 21,6 Prozent der Kinder, wenn das Vorsorgebuch fehlte.

Bei den Kindern mit vollständigem Vorsorgestatus waren auch Entwicklungsverzögerungen deutlich seltener festzustellen als bei Kindern mit unvollständigem Vorsorgestatus oder ohne vorgelegtes Vorsorgebuch.

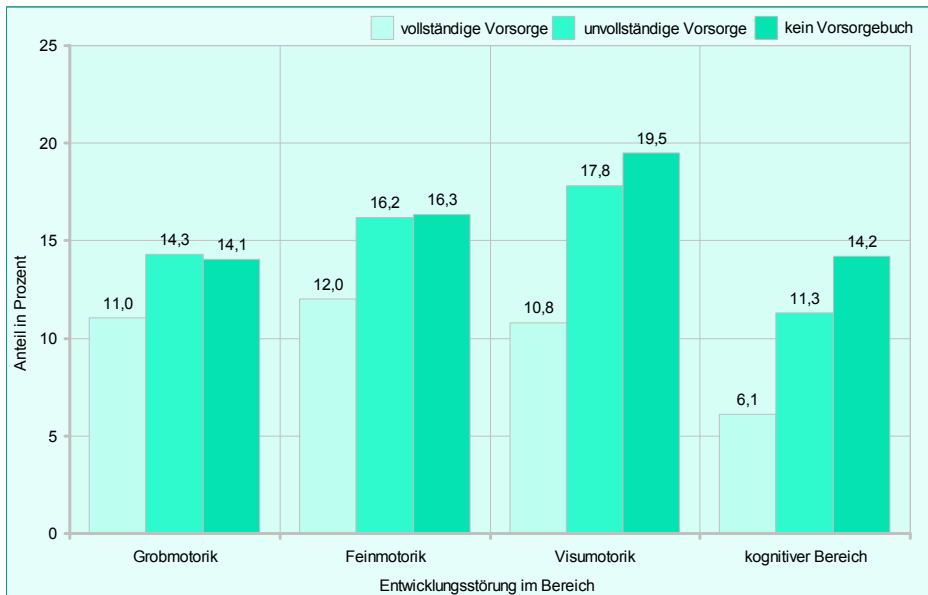


Abb. 36: Anteil der Kinder mit Entwicklungsstörungen in ausgewählten Bereichen in Abhängigkeit von der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen

### 4.3 Individuelle Maßnahmen der Prävention

Neben Impfungen und der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen werden in den Familien in unterschiedlichem Umfang weitere präventive Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchgeführt. Gefragt wurde nach der Jod- und Fluoridprophylaxe, und ob das Kind in einem Sportverein aktiv ist. Alle drei Maßnahmen zählen ebenso wie Kindervorsorgeuntersuchungen und Impfungen nach neueren Präventionskonzepten zur sog. universellen Prävention. Darunter versteht man Präventionsmaßnahmen, die für die gesamte Bevölkerung und nicht nur für Risikogruppen nützlich sind. Abb. 37 zeigt, dass die Beteiligung an den verschiedenen Präventivmaßnahmen unterschiedlich groß ist.

#### 4.3.1 Jod - und Fluoridprophylaxe

Jod ist als lebensnotwendiges Spurenelement für die Bildung von Schilddrüsenhormonen erforderlich. Die in Deutschland unzureichende Jodversorgung durch das Trinkwasser und die traditionelle Ernährung manifestiert sich bei den Betroffenen zunächst in einer Schilddrüsenvergrößerung (Struma), bei Fortbestehen auch in weiteren Schilddrüsenerkrankungen. Prävention ist durch die zusätzliche Zufuhr von Jod, z.B. über den Zusatz zu Speisesalz, oder bei höherem Bedarf, z.B. im Wachstum, auch in Form von Jodtabletten, möglich.

Im Saarland findet die Jodsalzprophylaxe bei Familien mit Kindern seit Jahren gute Akzeptanz, 90 Prozent der untersuchten Kinder nahmen Jodsalz zu sich. Allerdings schwankt der Anteil innerhalb der Kommunen zwischen knapp 82 Prozent (Kleinblittersdorf) und 99 Prozent (Überherrn). Bei 40 Schulanfängern wurde eine Schilddrüsenvergrößerung festgestellt, 37 von ihnen nahmen Jodsalz zu sich. Elf Kinder erhielten zusätzliche Jodgaben in Form von Jodtabletten. Die Ergebnisse zeigen, dass trotz der insgesamt hohen Akzeptanz regional verstärkt auf die Jodprophylaxe hingewiesen werden muss.

Fluoride sind wichtige Spurenelemente für Knochenbildung, Körperwachstum und Zahnschmelzhärtung. Eine ausreichende Versorgung mit Fluor ist im Saarland und weiten Teilen Deutschlands über Trinkwasser nicht gewährleistet. Deshalb ist insbesondere für die Zahngesundheit im Kindesalter - neben regelmäßiger Zahnpflege und zuckerarmer Ernährung - eine Zufuhr von Fluor zur Kariesprophylaxe wichtig. Die lokale Anwendung erfolgt in Form von Fluorid-Gel oder Fluorid-Lack, die innerliche Anwendung z. B. durch fluoridiertes Speisesalz oder Fluorid-Tabletten. Eine konsequente Fluoridprophylaxe wurde nur bei 54,0 Prozent aller Kinder durchgeführt; Abb. 37 zeigt auch hier regionale Unterschiede. Fluoridtabletten nahmen lediglich 3,6 Prozent aller Kinder zu sich. Festzustellen ist, dass sich der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen über die letzten 20 Jahre deutlich gebessert hat. Dies belegen auch die Untersuchungen, die im Rahmen der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe durchgeführt werden.

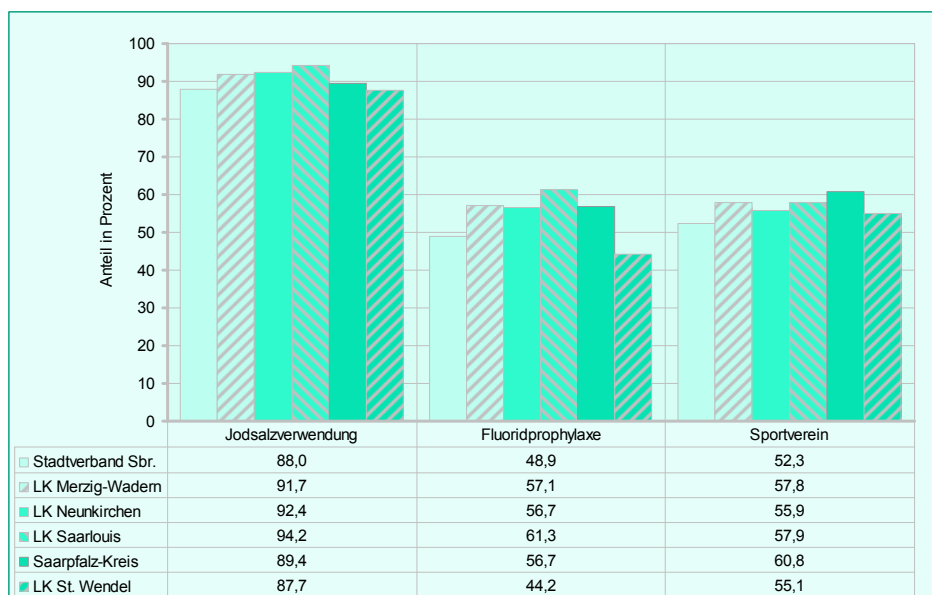


Abb. 37:  
Präventive Maßnahmen bei  
den Einschulkindern 2007

### 4.3.2 Regelmäßiger Sport im Sportverein

Sport und Bewegung kommt gleich unter mehreren Aspekten eine präventive Bedeutung zu. Motorische Geschicklichkeit vermindert die Unfallgefahr, gezielte Gymnastik und regelmäßiges Training beugen Haltungsschäden vor und sind ein wichtiges Instrument der Osteoporoseprophylaxe. Bewegung erhöht aber auch den Energieumsatz und trägt damit zur Vorbeugung von Übergewicht bei. Über die Förderung der Motorik werden auch andere Entwicklungsbereiche positiv beeinflusst. Bei Kindern kann der Sport zur Stärkung des Selbstbewusstseins und sozialen Integration beitragen. Da viele Kinder in ihrem Lebensumfeld nicht mehr die Möglichkeit haben, ihren natürlichen Bewegungsdrang auszuleben bzw. durch anderweitige Beschäftigung auch immer weniger in altersgemäßer Form im Freien spielen, kann der Sportverein bereits im Vorschulalter einen wichtigen Beitrag zur Förderung der gesunden Entwicklung leisten.

4.915 Einschul Kinder (56,0 Prozent) waren seit mehr als sechs Monaten in einem Sportverein aktiv, Jungen mit 55,8 Prozent etwas weniger als Mädchen mit 56,2 Prozent. Die Aktivität in einem Sportverein allein ist noch kein Indikator für ausreichende Bewegung und Bewegungsförderung, sie kann allenfalls als Hinweis dienen. Es zeigte sich aber, dass Kinder, die in einem Sportverein aktiv waren, weniger Entwicklungsrückstände aufwiesen als ohne diese Betätigung.

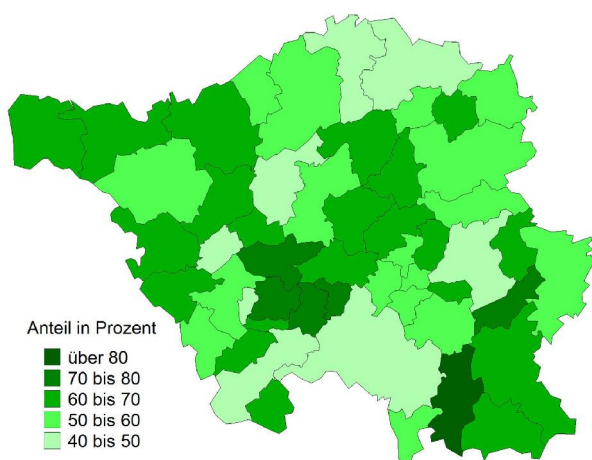


Abb. 38:  
Anteil der Kinder, die in  
einem Sportverein aktiv sind

Im Stadtverband Saarbrücken waren mit einem Anteil von 52,3 Prozent die wenigsten Kinder in einem Sportverein, im Saar-Pfalz-Kreis mit einem Anteil von 60,8 Prozent die meisten. Auf Gemeindeebene lag der Anteil der Kinder, die in einem Sportverein aktiv waren, zwischen knapp über 40 Prozent (Ensdorf) und über 80 Prozent (Mandelbachtal) (s. Abb. 38).

Von den 1.059 Kindern mit grobmotorischen Defiziten und von den 1.170 Kindern mit feinmotorischen Defiziten waren jeweils nur rund 38 Prozent Mitglied in einem Sportverein, bei den Kindern ohne entsprechende Störungen waren es dagegen 59 Prozent. Auch Kinder mit Sprachstörungen waren mit 47,6 Prozent seltener in einem Sportvereinen aktiv als Kinder ohne Sprachstörungen (59 Prozent).

## 5. Fördermaßnahmen

Für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen aufgrund angeborener oder erworbener Erkrankungen oder Fehlbildungen besteht ein breites Angebot an rehabilitativen Maßnahmen mit unterschiedlichen Förderschwerpunkten u. a. im somatischen, kognitiven und psychosozialen Bereich. Die Förderung muss, insbesondere bei stärkeren Beeinträchtigungen, so früh wie möglich einsetzen, um die mit steigendem Lebensalter abnehmenden Entwicklungspotentiale in größtmöglichem Maße auszuschöpfen.

Die Notwendigkeit der Förderung eines Kindes wird im frühen Kindesalter überwiegend durch die betreuende Kinderärztin bzw. den betreuenden Kinderarzt festgestellt. Im Kindergartenalter und bei diskreteren oder später erst manifesten Entwicklungsrückständen sind es darüber hinaus die Eltern, Erzieherinnen und Erzieher sowie - im Rahmen von Untersuchungen der Kinder im Kindergarten - auch die Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter, die die Durchführung von Fördermaßnahmen anregen.

Bevor diese eingeleitet werden, erfolgt in Abhängigkeit von der Art und Schwere der Beeinträchtigung eine umfassende Diagnostik durch die entsprechenden Disziplinen. Zu den häufiger veranlassten Fördermaßnahmen zählen Frühförderung, Sprachtherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie und Psychomotorik. Bei stärkeren oder komplexeren Beeinträchtigungen sind spezielle und intensive Förderangebote erforderlich. Die Förderung erfolgt in der Regel ambulant mit einer bis zwei Therapiestunden pro Woche.

Kinder mit erhöhtem Förderbedarf werden im Rahmen von Integrationsmaßnahmen in Regelkindergärten oder integrativen Kindergärten sowie auch in Sonderkindertagesstätten bzw. Sonderkindergärten intensiv gefördert. Das sozialpädiatrische Zentrum an der Kinderklinik Neunkirchen als einzige ambulante und stationäre Einrichtung dieser Art im Saarland führt eine umfassende Entwicklungsdiagnostik sowie intermittierend intensive Förderung bei stärker beeinträchtigten Kindern durch, z.T. auch im Rahmen stationärer Aufenthalte. Eltern und betreuende Institutionen werden im Umgang mit den Kindern beraten, und die Entwicklung der Kinder wird in der Regel über viele Jahre begleitet.

Vom Einschuljahrgang 2007 hatten 3.316 Kinder (37,8 Prozent) im Laufe des Vorschulalters an einer oder mehreren der oben genannten Fördermaßnahmen teilgenommen oder befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt noch in Therapie. Jungen (2.004, 43,7 Prozent) waren häufiger in Fördermaßnahmen als Mädchen (1.312, 31,3 Prozent). Der Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund war bei Fördermaßnahmen insgesamt geringer als der der Kinder mit Migrationshintergrund (s. Tab. 3). Wie Abb. 39 zeigt, war diese Tendenz allerdings nicht durchgehend.

	Jungen	Prozent	Mädchen	Prozent
ohne Migrationshintergrund	1.699	45,7	1.084	31,9
mit Migrationshintergrund	305	35,3	228	28,3

Tab. 3: Anteil der Kinder in Fördermaßnahmen nach Herkunft und Geschlecht

Die regionalen Unterschiede lassen sich nicht allein aus den durchschnittlich bestehenden Entwicklungsrückständen erklären, sondern auch den Grad der Aufmerksamkeit der für die Kinder Verantwortlichen auf das rechtzeitige Entdecken und Behandeln von Entwicklungsrückständen abbilden, und auch das vorhandene bzw. regional erreichbare Therapieangebot widerspiegeln können.



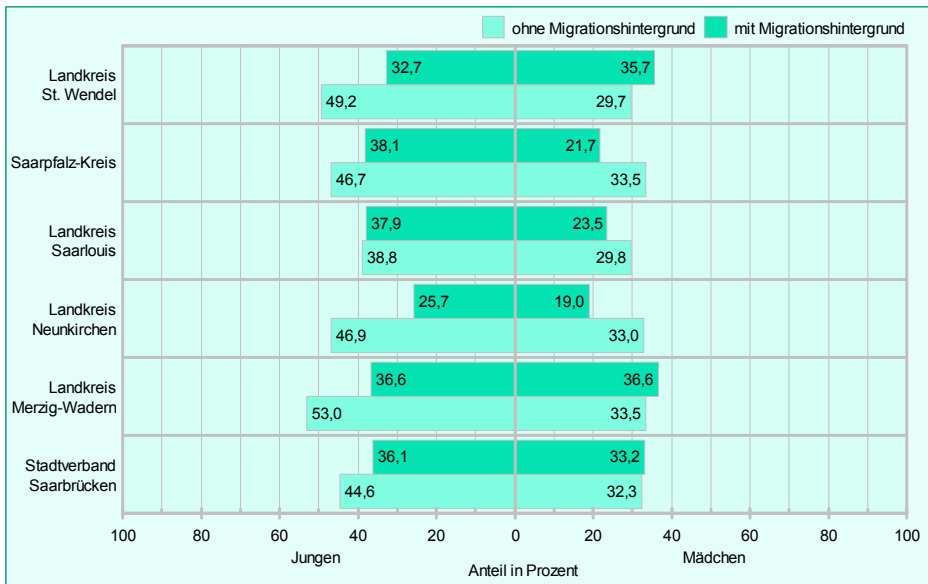


Abb. 39: Anteil der Kinder mit Fördermaßnahmen nach Herkunft und Landkreisen

Auf Gemeindeebene schwankte der Anteil der Kinder, die an Fördermaßnahmen teilgenommen hatten oder zum Untersuchungszeitpunkt teilnahmen, zwischen rund einem Viertel (Wallerfangen: 26,6 Prozent, Nonnweiler 27,8 Prozent, Saarwellingen: 28,3 Prozent) und mehr als der Hälfte der Kinder (Wadern: 53,7 Prozent, Weiskirchen: 54,1 Prozent, Gersheim: 54,9 Prozent, s. Abb. 40).

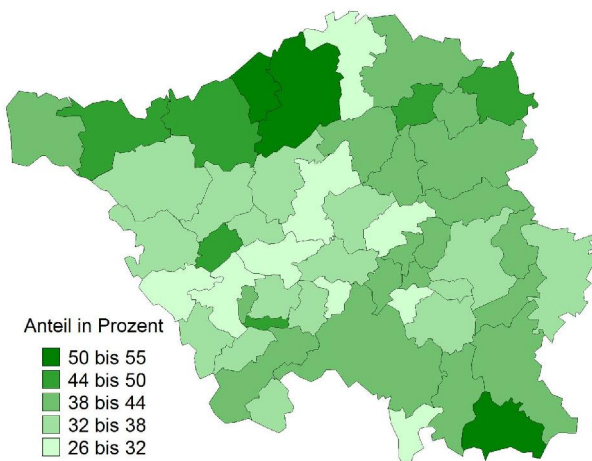


Abb. 40: Anteil der Kinder mit Fördermaßnahmen nach Gemeinden

Knapp 56 Prozent der Jungen und 69 Prozent der Mädchen hatten vor der Einschulungsuntersuchung an keiner Fördermaßnahme teilgenommen, mehr als ein Fünftel der Mädchen und rund ein Viertel der Jungen an einer Fördermaßnahme. Bei über elf Prozent der Jungen und sechs Prozent der Mädchen waren zwei Fördermaßnahmen dokumentiert, und bei über sechs Prozent der Jungen und knapp drei Prozent der Mädchen drei und mehr Fördermaßnahmen (s. Tab. 4).

	ohne Migrationshintergrund		mit Migrationshintergrund	
	Jungen Prozent	Mädchen Prozent	Jungen Prozent	Mädchen Prozent
keine Fördermaßnahme	55,0	68,8	66,8	74,1
eine Fördermaßnahme	26,4	22,6	23,0	18,8
zwei Fördermaßnahmen	12,2	5,8	7,4	4,2
drei und mehr Fördermaßnahmen	6,4	2,9	2,8	2,9

Tab. 4: Teilnahme an Fördermaßnahmen nach Geschlecht

## 5.1 Frühförderung

Frühförderung als ganzheitliches Förderkonzept berücksichtigt alle Aspekte der kindlichen Entwicklung im psychomotorischen, kognitiven, kommunikativen, sozialen und emotionalen Bereich. Die Förderung ist kindzentriert unter Einbeziehung des familiären Umfeldes. Von den Schulanfängern 2007 hatten 1.161 Kinder (13,2 Prozent) Frühförderung erhalten, bei den Jungen lag der Anteil mit 16,8 Prozent deutlich höher als bei den Mädchen (9,3 Prozent). Im Gegensatz zu den Vorjahren lag der Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund, die an einer Frühfördermaßnahme teilgenommen hatten, mit 15,0 Prozent deutlich höher als der Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund (12,8 Prozent). Dies kann als Beleg dafür gelten, dass die Frühförderangebote von Eltern mit Migrationshintergrund besser angenommen werden als in früheren Jahren, als der Anteil bei lediglich rund zehn Prozent lag (s. Abb. 41).

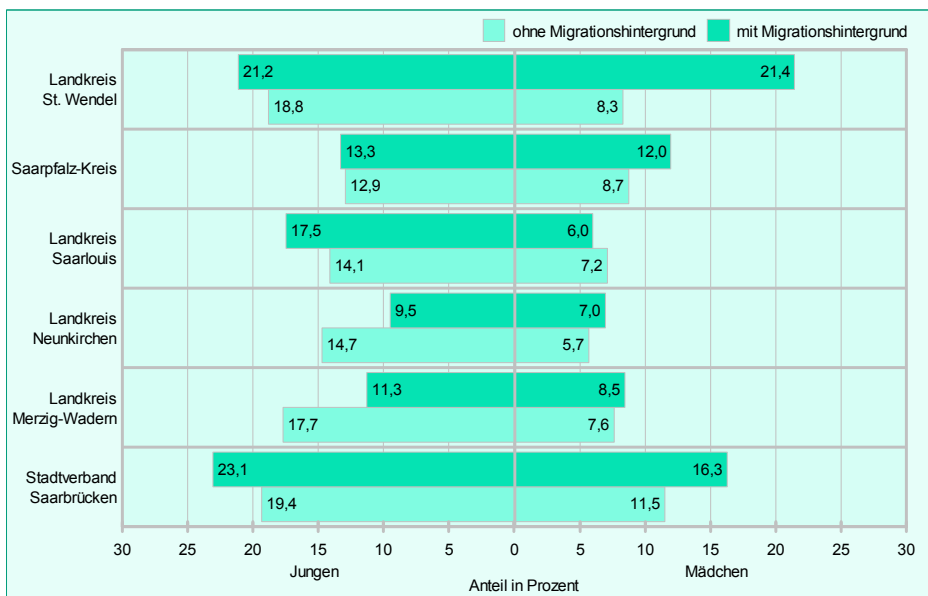


Abb. 41:  
Anteil der Einschulkinder mit  
Frühfördermaßnahmen nach  
Landkreisen

Die Inanspruchnahme von Frühfördermaßnahmen variiert deutlich innerhalb der Kreise und Kommunen. Dies kann auf unterschiedliche Förderbedürftigkeit im Hinblick auf spezielle Förderaspekte hinweisen, ist aber wohl eher ein Hinweis auf unterschiedliche Zugangswege zur Frühförderung bzw. auf unterschiedliche Kriterien, die bei der Begutachtung der Notwendigkeit einer Förderung zugrunde gelegt werden. Andererseits zeigte sich bei den Untersuchungen auch, dass nicht alle förderbedürftigen Kinder Fördermaßnahmen erhalten hatten. In den letzten zehn Jahren hat der Anteil geförderter Kinder stark zugenommen (s. Abb. 42).

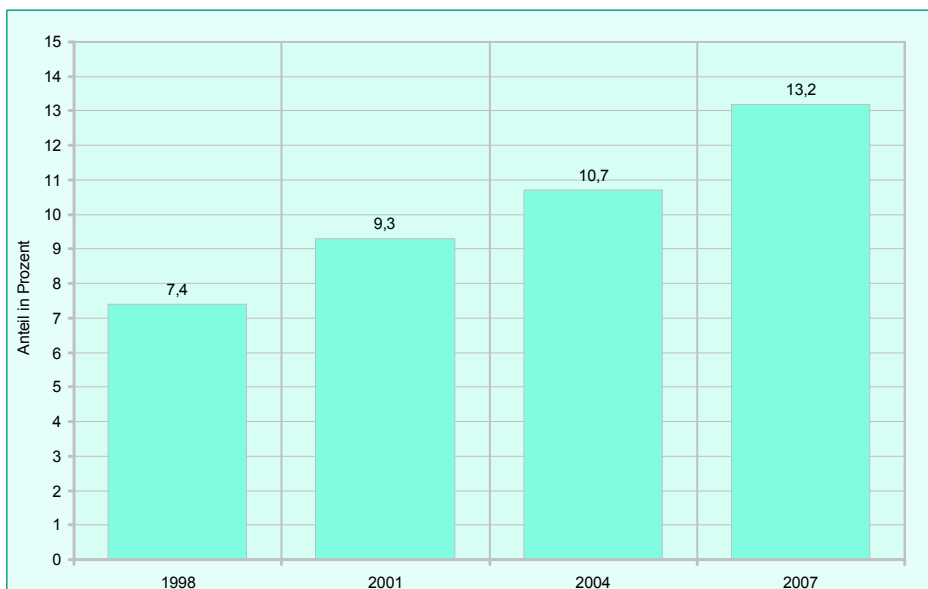


Abb. 42 :  
Anteil der Einschulkinder in  
Frühfördermaßnahmen von  
1998 bis 2007

Für 583 der Kinder (50,2 Prozent) konnte der Besuch der Regelschule vorschlagen werden, bei neun Kindern wurde die vorzeitige Einschulung befürwortet. 220 Kindern (18,9 Prozent) wurde wegen noch bestehender Entwicklungsverzögerung die Einschulung in die Regelschule mit besonderen Fördermaßnahmen (Schulkindergarten oder Klasse 0) empfohlen. Bei gleichzeitig vorliegender medizinischer Indikation erfolgte bei 91 Kindern die Zurückstellung vom Schulbesuch. Bei 72 Kindern (6,2 Prozent) wurde die integrative Unterrichtung in der Regelschule befürwortet, bei 132 die Einschulung in eine Schule mit zusätzlichen sonderpädagogischen Fördermaßnahmen (11,4 Prozent), und bei 46 die Zurückstellung in einen Sonderkindergarten für Behinderte (4,0 Prozent).

## 5.2 Krankengymnastik / Physiotherapie

Krankengymnastik unterstützt Therapie und Pflege durch planmäßigen abgestuften Einsatz von passiven Maßnahmen und aktiver körperlicher Bewegungsübung unter Anleitung, z. B. bei Fehlhaltungen der Extremitäten und Wirbelsäule oder zentralen Bewegungsstörungen. Die Maßnahme wird besonders in den ersten beiden Lebensjahren ärztlich verordnet. Insgesamt hatten 760 Kinder (8,7 Prozent) Krankengymnastik erhalten oder erhielten sie zum Untersuchungszeitpunkt, davon 422 Jungen (9,2 Prozent) und 338 Mädchen (8,0 Prozent). Kinder ohne Migrationshintergrund waren mit 9,8 Prozent mehr als doppelt so häufig vertreten wie Kinder mit Migrationshintergrund (4,0 Prozent).

## 5.3 Ergotherapie

Ergotherapie hat das Ziel, die Selbständigkeit durch die Förderung von Motorik, Koordination, Wahrnehmung und Kommunikation zu verbessern. Sie soll helfen, Folgeschäden und Entwicklungsverzögerungen bei chronischen Erkrankungen oder Behinderungen zu vermeiden. Ergotherapie wurde bei 619 Einschulkindern (7,0 Prozent) durchgeführt, die Zahl der Jungen lag mit 448 (9,8 Prozent) deutlich über der Zahl der Mädchen mit 171 (4,1 Prozent). Auch hier waren Kinder ohne Migrationshintergrund mit 7,9 Prozent häufiger vertreten als Kinder mit Migrationshintergrund mit 3,5 Prozent.

## 5.4 Logopädie / Sprachtherapie

Logopädie bzw. Sprachtherapie wird bei Auffälligkeiten der Sprachentwicklung wie Sprachentwicklungsverzögerungen, Sprach- und Sprechstörungen durchgeführt. Die Therapie erfolgt in der Regel durch niedergelassene Logopädinnen bzw. Logopäden oder durch die ambulante Sprachheiltherapie der Kreise bzw. des Stadtverbandes. Von den insgesamt 2.188 Kindern mit Sprachtherapie waren 1.345 Jungen (29,3 Prozent) und 843 Mädchen (20,1 Prozent). Auch hier gab es deutliche Unterschiede zwischen Kindern ohne und mit Migrationshintergrund: 26,6 Prozent der Kinder ohne Migrationshintergrund erhielten Sprachtherapie gegenüber 17,8 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund. Allerdings ist auch bei der Sprachförderung der Anteil der Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund angestiegen (s. Abb. 43).

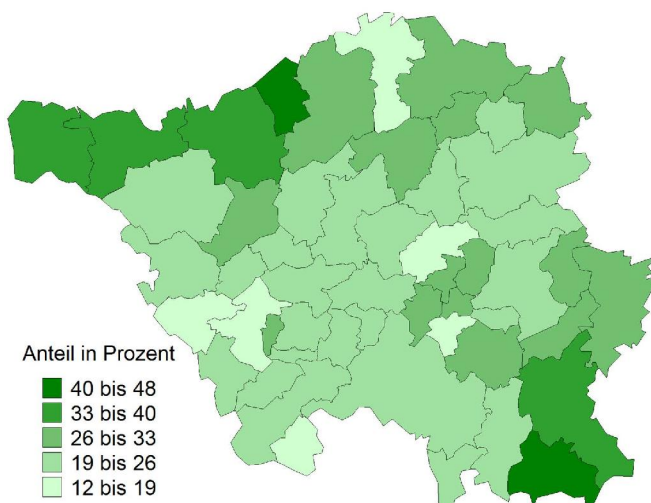


Abb. 43:  
Anteil der Kinder mit Sprach-  
therapie nach Gemeinden

Der Anteil der Kinder mit Sprachtherapie variierte sehr stark innerhalb der Kommunen zwischen knapp 15 Prozent (Wallerfangen, Nonnweiler) und mehr als 40 Prozent (Gersheim, Weiskirchen). Auch hier ist der Zugang zu diesem Angebot zu hinterfragen.

## 5.5 Weitere Fördermaßnahmen

250 Kinder (2,8 Prozent) nahmen an weiteren Fördermaßnahmen teil. Darunter zusammengefasst sind Hippotherapie, Konduktive Förderung nach Petö, Atlasterapie, Psychomotorik sowie autogenes Training. Auch hier waren die Jungen mit 3,4 Prozent häufiger vertreten als die Mädchen mit 2,2 Prozent. An diesen Maßnahmen hatten insgesamt 65 Kinder mit Migrationshintergrund teilgenommen.

## 5.6 Sonderkindergarten / Integration im Regelkindergarten

Kinder, die aufgrund einer Behinderung einen intensiven Förderbedarf haben, werden im Sonderkindergarten oder im Regelkindergarten mit Unterstützung von Integrationshelfern betreut. Von den Schulanfängern 2007 wurden 65 Kinder (0,7 Prozent) im Sonderkindergarten betreut. 108 Kinder (1,2 Prozent) waren im Regelkindergarten und erhielten dort intensive Förderung durch die Arbeitsstellen für Integration. Abb. 44 gibt einen Überblick über den Anteil und die Art der Fördermaßnahmen in den Kreisen.

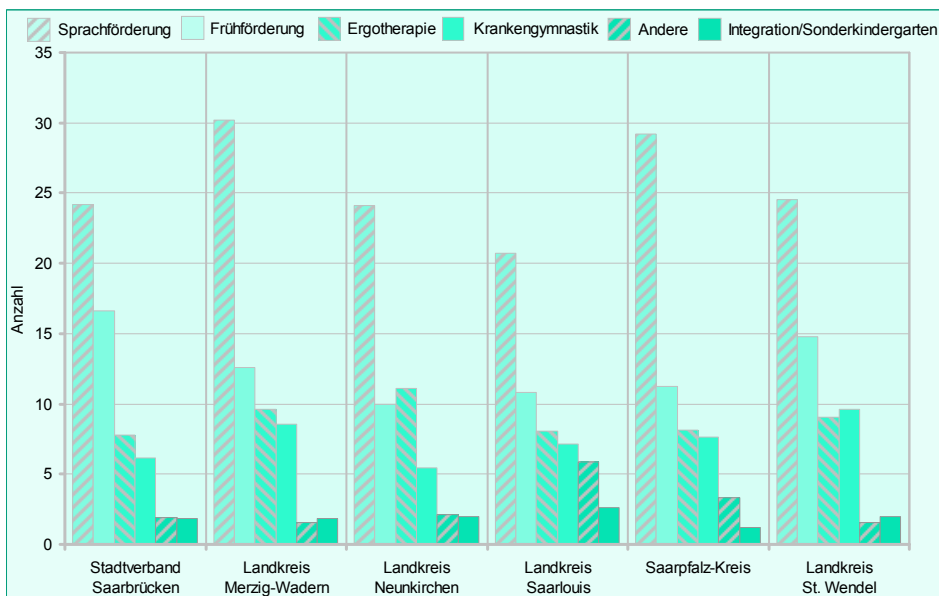


Abb. 44:  
Anteil der Schulanfänger 2007  
an ausgewählten Fördermaß-  
nahmen nach Kreisen

## 6 Untersuchungsbefunde

Die Untersuchung umfasst u. a. die Überprüfung der Sinnesorgane mit Durchführung von Hör- und Sehtests, die Erhebung von Körpergewicht und Körpergröße mit Berechnung des Body-Mass-Indexes (BMI), die Untersuchung des Mund- und Rachenraumes, der Brust- und Thoraxorgane, der Extremitäten, der Haut, des Skelett- und Muskelsystems sowie ein umfassendes Screening des Entwicklungsstandes. Im Folgenden können nur einige ausgewählte Befunde dargestellt werden.

### 6.1 Sinnesorgane

Unerkannte Störungen der Hör- und Sehfunktionen können das Lernverhalten beeinträchtigen und zu Fehlbeurteilungen der schulischen Leistungsfähigkeit führen. Daher ist es eine vordringliche Aufgabe, vor Schulbeginn bei allen Schulanfängern u. a. noch nicht erkannte oder unzureichend behandelte Seh- und Hörstörungen festzustellen und die notwendige Abklärung und Behandlung durchzuführen. Gleichzeitig kann der Anteil bereits in Therapie oder Kontrolle befindlicher Kinder ermittelt werden. Auch bei anderen unbehandelten krankhaften Befunden im Bereich der Augen und Ohren, z.B. bei Infektionen, wird eine weitergehende ärztliche Abklärung angeraten.

### 6.1.1 Überprüfung des Sehvermögens

Die Überprüfung des Sehvermögens umfasst einen Test für das Sehen in der Nähe und der Ferne mit dem Rodenstockgerät. In der Ferne erfolgt die Überprüfung bis zur Visusstufe 1,0; durch dieses strenge Kriterium sollen auch geringgradige Störungen des Sehvermögens noch erkannt werden. Die Überprüfung des beidäugigen Sehens (Stereosehens) wird mit dem Lang-Test, die des Farbsinns mittels Ishihara-Tafeln durchgeführt.

1.100 Kinder (12,5 Prozent) trugen zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Brille. Dabei gab es zwischen Jungen und Mädchen nur geringfügige Unterschiede, eine Unterteilung nach Herkunft ergab, dass 13,1 Prozent der Kinder ohne Migrationshintergrund und 9,9 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund Brillenträger waren. Der Sehtest war bei insgesamt 2.996 Kindern (34,1 Prozent) auffällig, und zwar bei 1.551 Jungen (33,8 Prozent) und 1.445 Mädchen (34,4 Prozent). In dieser Gruppe war bei 383 Kindern durch eine Brille bereits eine gute Korrektur der Sehschärfe erreicht worden, bei 417 Kinder war der Visus bei guter augenärztlicher Kontrolle noch nicht voll korrigiert.

2.031 Kindern, d. h. 23,1 Prozent aller Einschulkinder, wurde eine erstmalige bzw. erneute augenärztliche Abklärung angeraten. Mit 22,1 Prozent lag hier der Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund niedriger als der der Kinder mit Migrationshintergrund mit 27,5 Prozent. Unter den Kindern, denen eine erneute augenärztliche Abklärung empfohlen wurde, waren auch 250 Brillenträger (2,9 Prozent), deren letzter Besuch beim Augenarzt mehr als ein Jahr zurücklag. Eine Störung des beidäugigen Sehens (Strabismus, Schielen) fand sich bei 344 Kindern (3,9 Prozent). 233 Kinder befanden sich in Behandlung, bei 111 wurde der Strabismus bei der Einschulungsuntersuchung erstmals diagnostiziert. 280 Kinder (3,2 Prozent) wiesen eine Kombination von Sehstörung und Schielen auf. Eine Farbsinnschwäche, meist eine Rot-Grün-Schwäche, war bei 174 Kindern (2,0 Prozent) feststellbar, bei 114 von ihnen war sie vor der Einschulungsuntersuchung nicht bekannt. Es handelt sich um eine auf das männliche Geschlecht beschränkte Beeinträchtigung unterschiedlichen Schweregrades, die nicht therapierbar ist, aber u. a. im Hinblick auf Unterrichtsmaterialien und die spätere Berufswahl beachtet werden muss.

	ohne Migrationshintergrund		mit Migrationshintergrund	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
abklärungsbedürftiger Sehtest	1571	22,1	460	27,5
bislang unerkanntes Schielen	90	1,0	21	1,3
bislang unerkannte Farbsinnschwäche	93	1,1	21	1,3

Tab. 5: Empfehlung zur augenärztlichen Untersuchung nach Herkunft

Der Anteil abklärungsbedürftiger Sehbefunde ist über die vergangenen zehn Jahre insgesamt sehr hoch geblieben, mit leichten Schwankungen liegt er konstant über 20 Prozent. Deutlich weniger abklärungsbedürftige Befunde gibt es bei Kindern, die an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben. So wurde 20,7 Prozent der Kinder, die an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen hatten, zu einer erneuten augenärztlichen Abklärung geraten; bei fehlender U9 stieg dieser Anteil auf 28,7 Prozent an. Und bei Kindern mit fehlender U9 lag der Anteil erstmals abzuklärender Kinder mit Fehlstellung der Augen (Schielen) mehr als doppelt so hoch wie bei komplettem Vorsorgestatus.

Eine einseitige hochgradige Sehminderung fand sich bei zwei Kindern. 12 Kinder waren blind bzw. hochgradig sehbehindert. Teilweise lagen bei diesen Kindern noch weitere Behinderungen wie cerebrale Bewegungsstörungen oder Anfallsleiden vor. Diese Kinder hatten alle in der Vorschulzeit entsprechende Förderung erhalten, sei es im Rahmen von Integrationsmaßnahmen im Regelkindergarten oder durch Besuch des Sonderkindergartens in der Schule für Blinde und Sehbehinderte in Lebach.

Bei sechs Kindern mit Blindheit bzw. hochgradiger Sehbehinderung wurde eine entsprechende sonderpädagogische Überprüfung angeraten, bei drei davon zusätzlich eine sonderpädagogische Überprüfung wegen körperlicher Behinderung bzw. Sprachstörung. Bei fünf Kindern wurde aus medizinischen Gründen eine Zurückstellung um ein Jahr empfohlen, vier Kindern der Besuch einer Schule mit zusätzlichen sonderpädagogischen Fördermaßnahmen.

### 6.1.2 Überprüfung des Hörvermögens

Die Überprüfung des Hörvermögens erfolgt mit einem Audiometer; es werden die Frequenzbereiche zwischen 250 und 6000 Hz für beide Ohren getrennt geprüft. Zusätzlich erfolgt eine Untersuchung des äußeren Gehörganges mit Inspektion des Trommelfells.

Bei 795 Einschulkindern (9,1 Prozent) war der Hörtest auffällig; der Anteil der Jungen war mit 8,9 Prozent etwas geringer als der der Mädchen mit 9,2 Prozent. 620 Kinder (76 Prozent) wurden zur weiteren Abklärung an ihren Arzt überwiesen, die übrigen waren bereits in Behandlung bzw. in Kontrolle. Bei den Kindern mit Migrationshintergrund, die beim Hörtest Auffälligkeiten zeigten, wurde sogar bei 84 Prozent ein Besuch beim Ohrenarzt empfohlen.

Bei 145 Kindern mit auffälligem Hörtest bestand gleichzeitig ein Infekt der oberen Luftwege, der unter Umständen auch für eine Hörbeeinträchtigung mitverantwortlich sein konnte. Ein erneuter Hörtest nach Abklingen des Infektes wurde hier angeraten. 28,9 Prozent der Jungen und 21,4 Prozent der Mädchen mit auffälligem Hörtest waren bereits die Rachenmandeln (Polypen) entfernt worden gegenüber 21,1 bzw. 16,8 Prozent der Jungen bzw. Mädchen mit unauffälligem Hörtest.

Bei 8 Kindern ohne und 4 Kindern mit Migrationshintergrund lag eine hochgradige beidseitige Schwerhörigkeit bzw. Taubheit vor, z. T. mit weiteren Behinderungen. Diese Kinder waren alle bereits seit Diagnosestellung in spezifischen Rehabilitationsmaßnahmen wie der Hausfrühförderung bis zum dritten Lebensjahr mit anschließender Integration im Regelkindergarten oder im Sonderkindergarten der Schule für Schwerhörige und Gehörlose. Neun der zwölf beidseitig hochgradig schwerhörigen Kinder waren mit Hörgeräten und z. T. mit einem Cochlea-Implantat versorgt. Von neun Kindern mit einseitiger hochgradiger Hörminderung trugen lediglich zwei Kinder ein Hörgerät.

Die Schulempfehlung für Kinder mit Schwerhörigkeit bzw. Taubheit ein- oder beidseits reichte individuell je nach Entwicklungsbeeinträchtigung sonstiger schulrelevanter Bereiche von der Einschulung in die Regelschule (2) und Integration (8) über Förderung in einem Schul- oder Sonderschulkindergarten (4) und Zurückstellung (4) bis hin zur Einschulung in eine Schule für Behinderte (3). Kinder, die an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen hatten, wiesen mit einem Anteil von 6,5 Prozent weniger abklärungsbedürftige Hörbefunde auf als Kinder, bei denen die letzte Vorsorgeuntersuchung U9 nicht durchgeführt war; hier lag der Anteil bei 8,7 Prozent. Schwere ein- oder beidseitige Hörstörungen waren allerdings alle bekannt und einer Therapie zugeführt.

## 6.2 Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas (Fettsucht) bei Kindern nehmen weltweit in allen industrialisierten Ländern zu. Je nach Definition gelten in Deutschland zwischen zehn bis 20 Prozent aller Kinder und Jugendlichen als übergewichtig. Häufig fehlt das Bewusstsein, dass Adipositas keine Abweichung von der Norm darstellt, sondern ein ernst zu nehmendes Krankheitsbild ist, das behandelt werden muss.

Adipositas ist ein signifikanter Risikofaktor für eine Reihe von Zivilisationskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus. Neben diesen organischen Beeinträchtigungen führt Adipositas bei Kindern häufig zu psychischen Problemen wie Gehemmtheit und Minderwertigkeitskomplexen, die wiederum durch Essen kompensiert werden. Kinder mit Übergewicht und insbesondere Adipositas zeigen auch häufiger Entwicklungsdefizite in verschiedenen Bereichen auf: So sind Grobmotorik und Koordination bei einem Drittel der adipösen Kinder nicht altersentsprechend, dagegen nur bei zehn Prozent der Normalgewichtigen.

Die Ursachen für Übergewicht und Adipositas sind vielschichtig: Neben einer sicherlich vorhandenen genetischen Veranlagung insbesondere bei extremem Übergewicht sind es vor allem Über- und Fehlernährung sowie der Bewegungsmangel. Im Saarland wird zur Bewertung des Gewichts der Body-Mass-Index (BMI) nach den Leitlinien der „Arbeitsgruppe Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA)“ herangezogen.

Übergewichtig sind die Kinder mit einem BMI zwischen der 90er und 97er Percentile. Adipös sind Kinder, deren BMI oberhalb der 97er Percentile liegt.

Im Einschuljahrgang 2007 waren 236 Jungen (5,2 Prozent) übergewichtig und 287 (6,3 Prozent) adipös (fettsüchtig). Der Anteil der übergewichtigen Mädchen (278) lag bei 6,6 Prozent und war damit höher als der der Jungen. Bei 215 Mädchen (5,2 Prozent) lag eine Adipositas (Fettsucht) vor. Auf Ebene der Landkreise schwankt der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder zwischen 8,1 Prozent im Landkreis St. Wendel und 15,9 Prozent im Saarpfalz-Kreis bei den Jungen und 7,8 Prozent im Landkreis Merzig-Wadern und 14,8 Prozent im Saarpfalz-Kreis (s. Abb. 45).

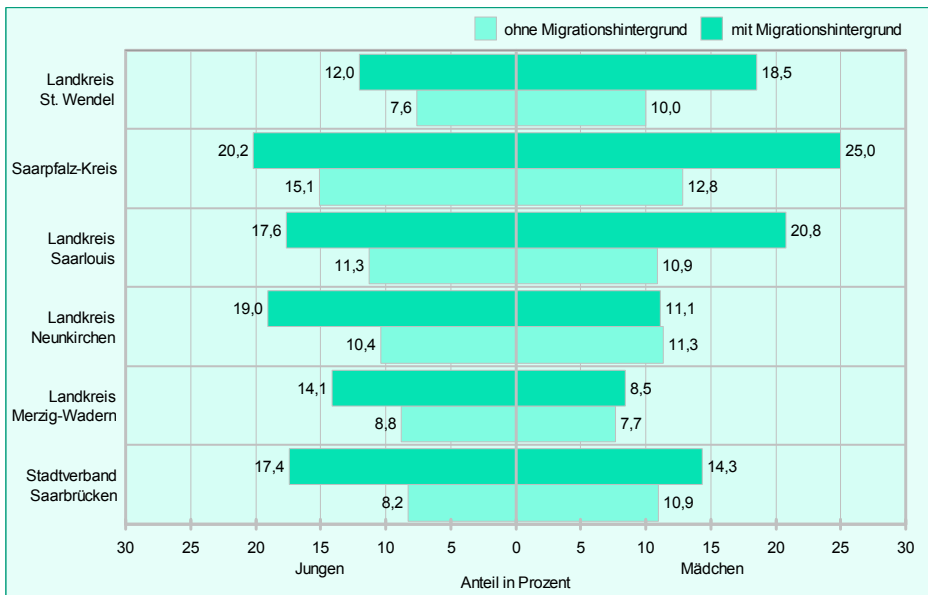


Abb. 45: Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder nach Landkreisen und Herkunft

Unterscheidet man nach der Herkunft der Kinder, so sind Unterschiede erkennbar: Während 10,4 der Kinder ohne Migrationshintergrund übergewichtig oder adipös sind, liegt der Anteil bei den Kindern mit Migrationshintergrund bei 16,8 Prozent. Bei den Kindern, die bzw. deren Eltern aus kurdischen Gebieten bzw. aus der Türkei stammen, ist der Anteil von übergewichtigen oder adipösen Kindern mit 21,0 bzw. 20,4 Prozent am höchsten, es folgen die Kinder aus Westeuropa (19,6 Prozent) und die Kinder aus dem ehemaligen Jugoslawien mit 17,6 Prozent (s. Abb. 46).

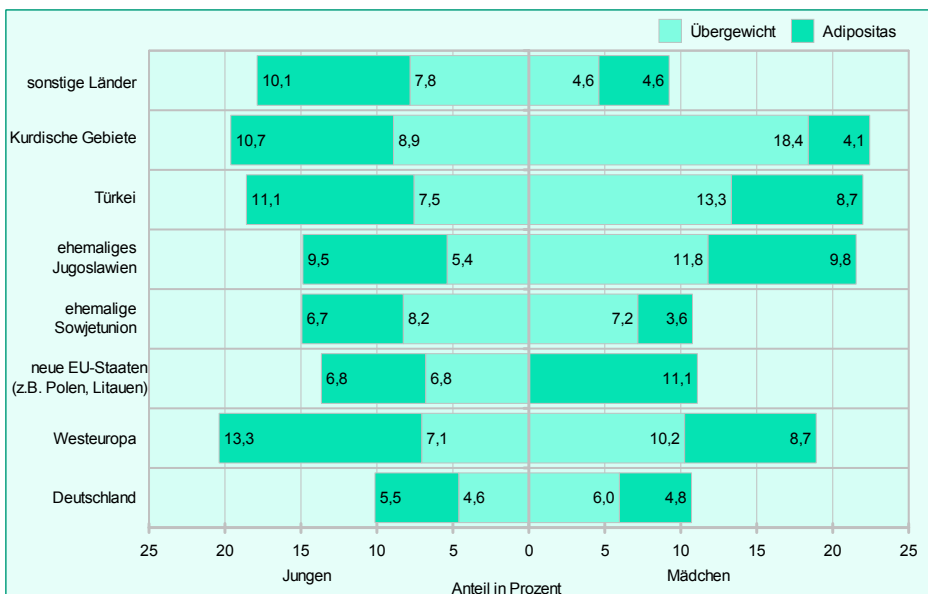


Abb. 46: Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder nach Herkunftsregion und Geschlecht

Innerhalb der Kommunen sind die Unterschiede im Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder noch größer, wie die die nachfolgende Abbildung 47 zeigt:

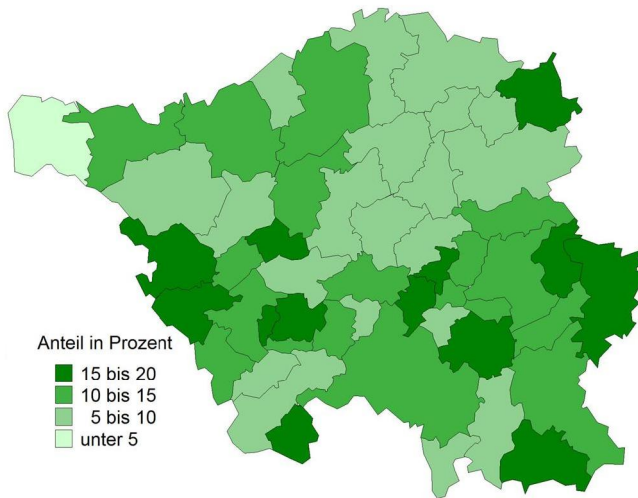


Abb. 47:  
Anteil übergewichtiger  
oder adipöser Kinder nach  
Gemeinden

Betrachtet man die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei den saarländischen Schulanfängern über die letzten elf Jahre, so ist es nach einem stetigen Anstieg bis 2001 zu einer Stabilisierung auf hohem Niveau gekommen. Diese Entwicklung findet sich bundesweit (s. Abb. 48).

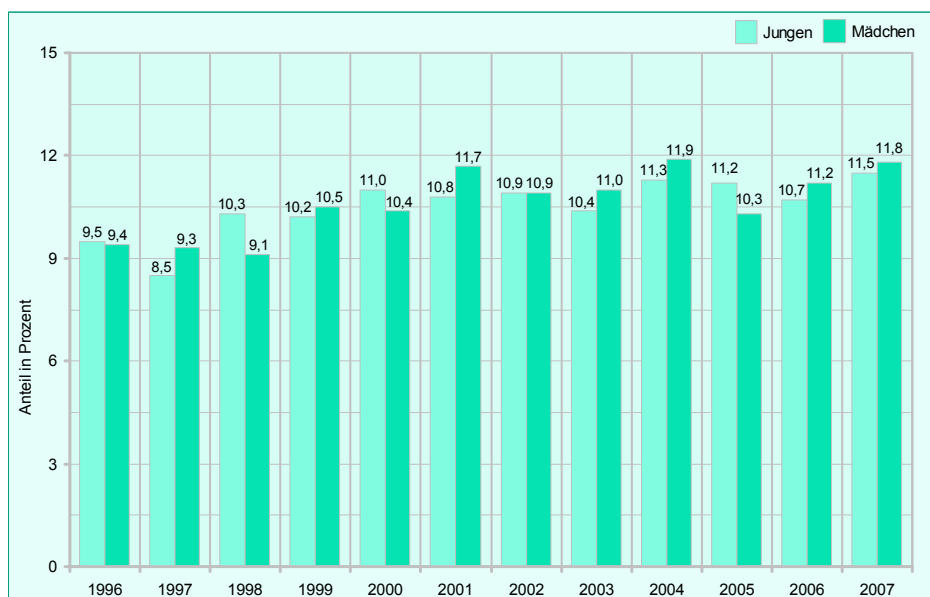


Abb. 48:  
Anteil der Jungen und Mädchen  
mit Übergewicht und Adipositas  
von 1996 bis 2007

### 6.3 Magersucht und Untergewicht

In der Diskussion um Übergewicht und Fettsucht wird häufig das Problem der Untergewichtigkeit oder Magersucht bei Schulanfängern wenig beachtet. Ursachen können neben chronischen Erkrankungen und häufiger Infektanfälligkeit mit entsprechendem Appetitmangel auch Störungen der psychosozialen Entwicklung mit Hypermotorik sein. Daneben spielen auch Fehl- und Mangelernährung eine nicht zu vernachlässigende Rolle.

In den letzten Jahren ist zudem der Trend zu beobachten, dass schon Schulanfänger durch gezieltes Fasten einem aktuellen, von den Medien transportierten Schönheitsideal nacheifern. Untergewicht und insbesondere Magersucht bedürfen ebenso einer medizinischen Behandlung wie Übergewicht und Adipositas. Untergewichtig sind die Kinder, deren BMI zwischen der 3er und 10er Percentile liegt, stark untergewichtig bzw. magersüchtig sind Kinder, deren BMI unterhalb der 3er Percentile liegt.



Bei der Schuleingangsuntersuchung 2007 waren mehr Kinder untergewichtig oder magersüchtig als übergewichtig und adipös: 12,3 Prozent der Jungen und 12,6 Prozent der Mädchen. Dabei lag der Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund mit 13,0 Prozent (Jungen: 13,0 Prozent, Mädchen 13,1 Prozent) über dem Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund mit 9,9 Prozent (Jungen: 9,7 Prozent, Mädchen 10,1 Prozent).

## 6.4 Hauterkrankungen

Affektionen der Haut fanden sich bei 1.052 Kindern (12,0 Prozent). Häufigste Erkrankung war die Neurodermitis, an sonstigen allergischen Hauterkrankungen litten weitere 37 Kinder. Kinder ohne Migrationshintergrund waren bei den allergischen Hautreaktionen häufiger betroffen als die Kinder mit Migrationshintergrund. Dies gilt insbesondere für Jungen (ohne Migrationshintergrund: 12,9 Prozent, mit: 7,6 Prozent), bei Mädchen sind die Unterschiede deutlich geringer (8,3 Prozent und 6,2 Prozent).

Ein besonderes Augenmerk galt dem gehäuften Auftreten von Naevi (Pigmentflecken), da dies auf eine Bereitschaft zur Karzinomentwicklung hindeuten kann. Nach den Kriterien der dermatologischen Fachgesellschaften fanden sich bei 256 Kindern (2,9 Prozent) multiple Naevi, Jungen waren häufiger betroffen als Mädchen. Hier sind regelmäßige ärztliche Kontrollen anzuraten.

## 6.5 Allergien

Wie schon im Kapitel „Vorerkrankungen“ ausgeführt wurde, hatten die Eltern auf die Befragung zur Vorgeschichte angegeben, dass bis zum Untersuchungszeitpunkt 901 Kinder (10,3 Prozent) Allergien irgendeiner Art gezeigt hatten. Zu den häufigsten Erkrankungen des allergischen Formenkreises gehören neben der Neurodermitis die allergische Rhinokonjunktivitis (Heuschnupfen) sowie Asthma bronchiale.

An Asthma bronchiale waren 205 Jungen (4,5 Prozent) und 121 Mädchen (2,9 Prozent) erkrankt, an Heuschnupfen 127 Jungen (2,8 Prozent) und 50 Mädchen (1,2 Prozent). Bei einer Reihe von Kindern kam es zur Kombination dieser Erkrankungen; so fanden sich 26 Jungen und 9 Mädchen mit Neurodermitis und Asthma sowie 14 Jungen und fünf Mädchen mit Heuschnupfen und Asthma. Dauerhafte medikamentöse Therapie benötigten 39 Prozent der Kinder, die an Asthma litten, sowie 23 Prozent der Kinder mit allergischer Rhinokonjunktivitis.

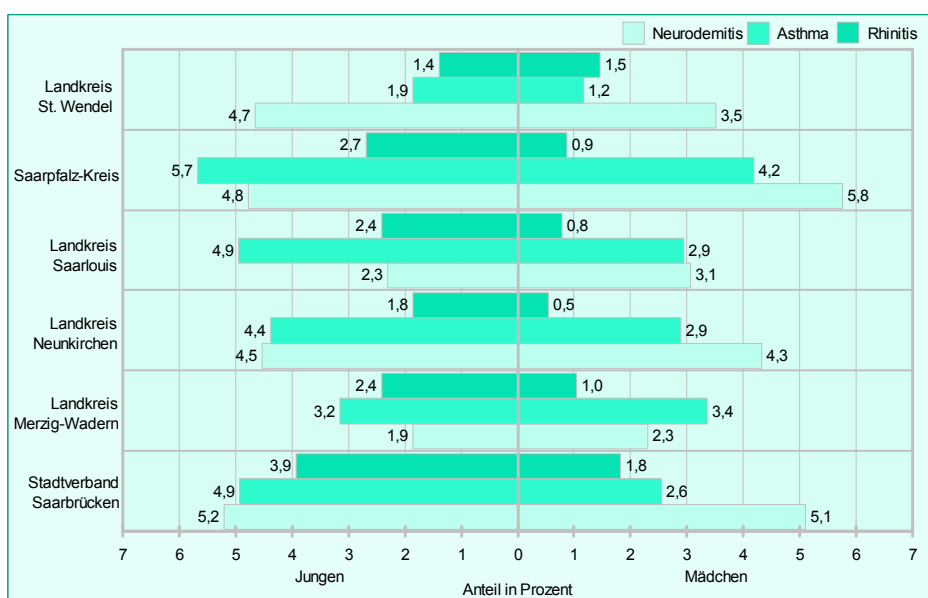


Abb. 49  
Anteil der Schulanfänger mit Erkrankungen des allergischen Formenkreises nach Landkreisen

Vergleicht man das Auftreten dieser Erkrankungen über elf Jahre, so war bis 2004 bei der allergischen Rhinokonjunktivitis und auch bei Neurodermitis eine abnehmende Tendenz feststellbar, bei Asthma gab es allerdings einen kontinuierlichen Anstieg (s. Abb. 50).

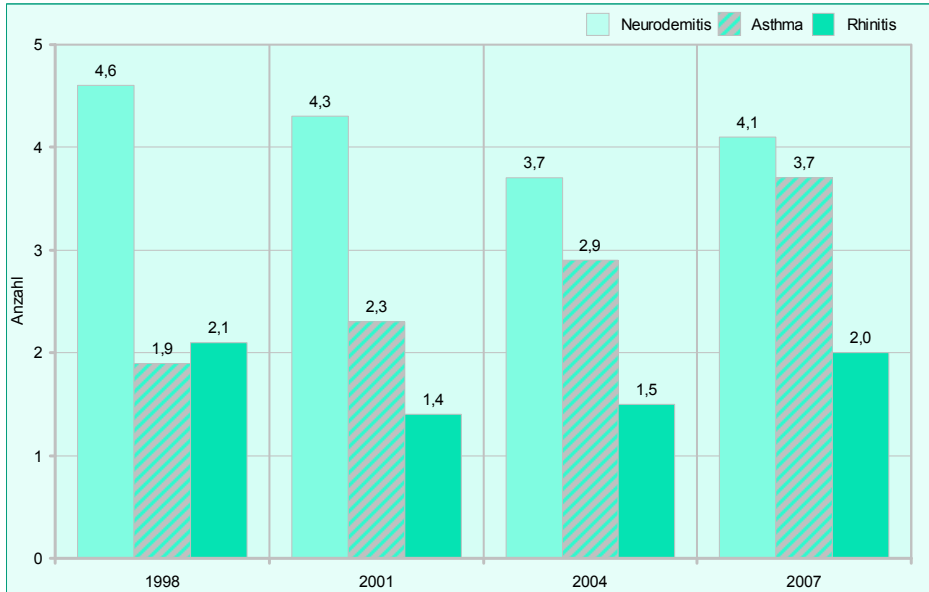


Abb. 50: Anteil der Schulanfänger mit Erkrankungen des allergischen Formenkreises von 1998 bis 2007

### 6.6 Bewegungsorgane

Erkrankungen des Skelett- und Muskelapparates gehören zu den häufigsten Erkrankungen im Erwachsenenalter und stehen bei Fehlzeiten im Beruf an erster Stelle. Das Erkennen von Fehlentwicklungen im Bereich des Bewegungsapparates im Kindesalter gehört zu den Inhalten aller Früherkennungsuntersuchungen. Zur normalen Entwicklung des Muskel- und Skelettsystems gehören entsprechende Anreize, um altersentsprechende Bewegungsmuster zu erlernen.

Unter den Erkrankungen des Bewegungsapparates wurde die Schwäche der Fußmuskulatur am häufigsten festgestellt, 919 Kinder (12,2 Prozent der Jungen und 8,6 Prozent der Mädchen) zeigten diesen Befund. Haltungsschwäche wurde bei 699 Kindern (8,2 Prozent der Jungen und 7,7 Prozent der Mädchen) diagnostiziert, obwohl 348 von ihnen in einem Sportverein aktiv waren. 308 Kindern wurde regelmäßige und adäquate Bewegungsförderung angeraten, z.B. in einem Sportverein. Während bei Jungen ohne Migrationshintergrund etwas häufiger eine Haltungsschwäche festgestellt wurde als bei Jungen mit Migrationshintergrund, war es bei den Mädchen umgekehrt. Mehr als zwei Drittel der Kinder mit Haltungsschäden hatten Normalgewicht, rund zehn Prozent waren jeweils übergewichtig und adipös.

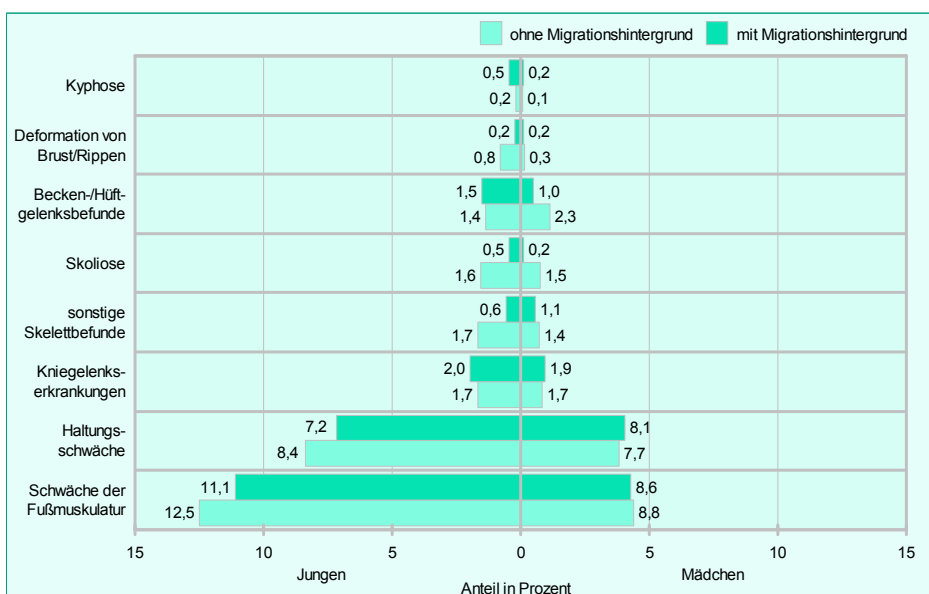


Abb. 51: Befunde des Skelettsystems bei Einschulkindern nach Herkunft und Geschlecht

Skoliosen, meist angeborene seitliche Verbiegungen der Wirbelsäule, wurden bei 116 Kindern (1,3 Prozent) festgestellt. Bei 149 Kindern (1,7 Prozent) fanden sich deutliche Fehlstellungen im Bereich des Beckens bzw. der Hüftgelenke, die Fehlstellungen waren bei Mädchen (2,0 Prozent) häufiger als bei Jungen (1,4 Prozent). Kontrollbedürftige Fehlstellungen der Kniegelenke, überwiegend in Form von ausgeprägten X-Beinen, fanden sich bei 151 Kindern (1,7 Prozent), bei gleicher Verteilung zwischen Jungen und Mädchen. Diese Kniefehlstellung war in rund 15 Prozent der Fälle kombiniert mit Übergewicht und in knapp 50 Prozent mit Adipositas.

Fußdeformitäten unterschiedlicher Art, u. a. Knicksenkfüße, lagen bei 10,7 Prozent der Kinder vor. 7,2 Prozent von ihnen hatten Übergewicht, 12,4 Prozent waren adipös. Diese Befunde zeigen die Folgen von Bewegungsmangel und Überernährung bereits in dieser Altersgruppe deutlich auf und sind über die Jahre unverändert hoch. Den Eltern wurde angeraten, auf eine adäquate Bewegungsförderung der Kinder zu achten und Angebote von Sportvereinen zu nutzen (s. Abb. 51).

### 6.7 Weitere abklärungsbedürftige Untersuchungsbefunde

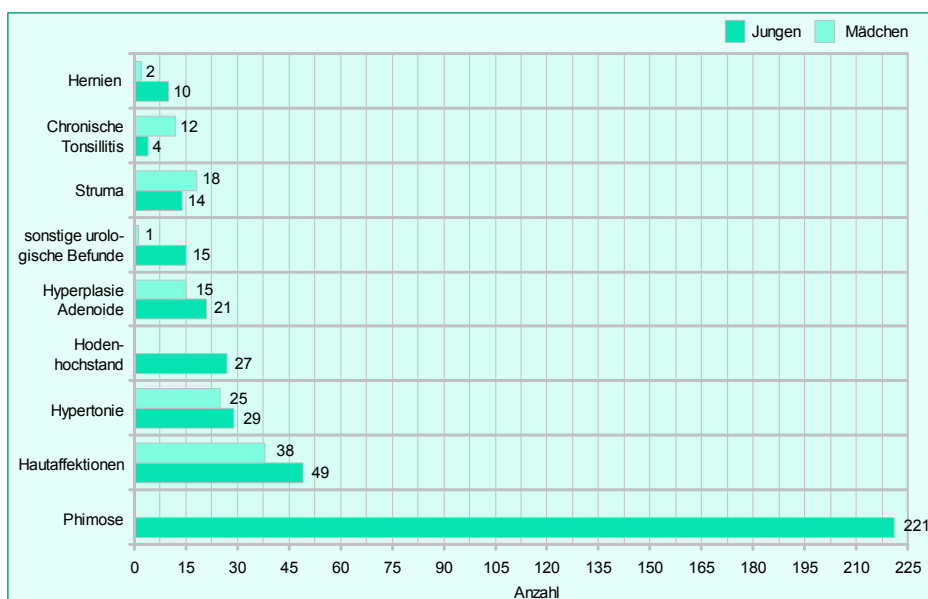


Abb. 52:  
Anzahl von Kindern mit ausgewählten Befunden, die einer weiteren Abklärung bedürfen

Aufgrund von einer Reihe weiterer Untersuchungsbefunde wurde den Eltern empfohlen, noch vor der Einschulung einen Arzt zu konsultieren, u. a. wegen Affektionen im Bereich der Haut und der Atemwege oder wegen Hypertonie. Auch die Abklärung urologischer Befunde wurde häufiger angeraten. Die Zusammenstellung der in Abb. 52 aufgeführten Befunde ist nicht abschließend.

### 6.8 Chronische Erkrankungen und Behinderungen bei Schulanfängern

Durch schwere angeborene Störungen oder chronische Erkrankungen waren in den vergangenen Jahren zum Zeitpunkt der Einschulung jeweils ca. 300 bis 400 Kinder stark beeinträchtigt. Das Spektrum der zugrunde liegenden Erkrankungen und Schädigungen ist vielfältig: So waren vier bis sieben Kinder an Mukoviszidose erkrankt, zwischen fünf und 13 Kinder an Diabetes mellitus, drei bis sieben Kinder an Krebserkrankungen, elf bis 18 Kinder an Erkrankungen des Blutes wie Hämophilie, drei bis vier Kinder an chronischen Lebererkrankungen.

An weiteren schweren chronischen Erkrankungen (Herzfehler, Erkrankungen der Nieren, der Haut, der Atemwege) litten ca. 60 bis 80 Kinder. Zwischen 12 und 20 Kinder zeigten einen Morbus Down, an hochgradiger Hörminderung litten 12 bis 20 Kinder, an hochgradiger beidseitiger Sehbehinderung oder Blindheit etwa 15 bis 20 Kinder.

Häufig waren bleibende Behinderungen durch Schädigungen des Nervensystems bedingt; diese waren zum Teil angeboren, zum Teil erworben durch perinatale Komplikationen oder Infektionen. Ca. 90 Kinder

hatten ein Anfallsleiden, davon 25 Prozent mit starker Beeinträchtigung. Bei 70 bis 80 Kindern bestand eine cerebrale Bewegungsstörung (Hemiparese, Tetraparese, Diplegie), zu 40 Prozent kombiniert mit einem Anfallsleiden. Bei jeweils 90 bis 130 Kindern bestand ein geistiger Entwicklungsrückstand. Ca. 30 Kinder hatten eine Körperbehinderung anderer ursächlicher Art. Bei ca. drei bis fünf Prozent der Kinder waren bereits im Einschulalter schwerwiegende Verhaltensprobleme feststellbar, selten auch definierte psychiatrische Krankheitsbilder.

Tab. 6 zeigt einen Überblick über das Spektrum chronischer Krankheiten und Behinderungen bei den Einschulkindern im Jahr 2007.

Krankheit	Anzahl Kinder	Krankheit	Anzahl Kinder
Blindheit / starke Sehbehinderung	12	Angeborene Hypothyreose	8
Taubheit / hochgradige Hörstörung	12	Angeborener Herzfehler	60
cerebrales Anfallsleiden	70	Krebserkrankung	6
cerebrale Bewegungsstörungen	48	Alkoholembryopathie	6
geistige Behinderung	82	Hämophilie	16
Autismus	24	Mucoviscidose	5
chronische/degenerative Erkrankungen des Muskelsystems	6	Morbus Down	15
		Diabetes Mellitus	6

Tab. 6: Spektrum der chronischen Krankheiten und Behinderungen bei Einschulkindern im Jahr 2007

### 6.9 Umschriebene Entwicklungsstörungen

Entwicklungsverzögerungen durch angeborene oder insbesondere perinatal erworbene Schädigungen und/oder ein schlechtes psychosoziales Umfeld bedeuten für Einschul Kinder oftmals schlechtere Startbedingungen; dies belegen verschiedene Längsschnittuntersuchungen. Das Spektrum der möglichen Auffälligkeiten ist dabei groß; es reicht von Verhaltensauffälligkeiten über Verzögerungen der Sprachentwicklung, der Entwicklung der Grob- und Feinmotorik, der Visumotorik, der auditiven Wahrnehmung bis hin zur kognitiven Entwicklung (s. Abb. 53).

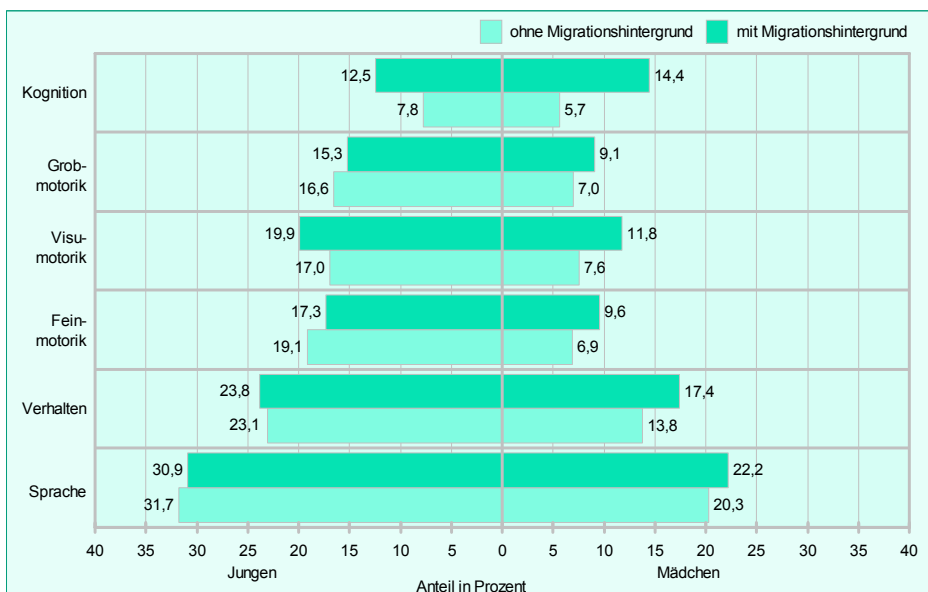


Abb. 53: Anteil der Kinder mit Entwicklungsrückständen in ausgewählten Bereichen

### 6.9.1 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Verhaltens

Bei Schulanfängern sind Verhaltensauffälligkeiten verschiedenster Art festzustellen. Bei der Beurteilung werden sowohl die Angaben der Erziehungsberechtigten als auch die Beobachtung in der Untersuchungssituation berücksichtigt. Darüber hinaus fließen auch vorliegende fachliche Befunde, z.B. Frühfördergutachten oder psychologische bzw. kinderpsychiatrische Befundberichte in die Bewertung ein. Die Beachtung des Verhaltens im Rahmen der Schuluntersuchung ist unerlässlich, weil Verhaltensauffälligkeiten ernst zu nehmende Risikofaktoren für die Erfüllung schulischer Anforderungen sind. Sie können die soziale Interaktion wie auch das Lernverhalten negativ beeinflussen. Daher sollte bei Verdacht auf das Vorliegen einer umschriebenen Entwicklungsstörung des Verhaltens eine pädiatrische Abklärung erfolgen, sofern nicht bereits eine Therapie eingeleitet ist.

Bei 1.673 Kindern (19,1 Prozent), 1.064 Jungen (23,2 Prozent) und 609 Mädchen (14,5 Prozent), wurden entsprechende Befunde ermittelt. Kinder ohne Migrationshintergrund waren mit 18,6 Prozent etwas weniger vertreten als Kinder mit Migrationshintergrund (20,5 Prozent).

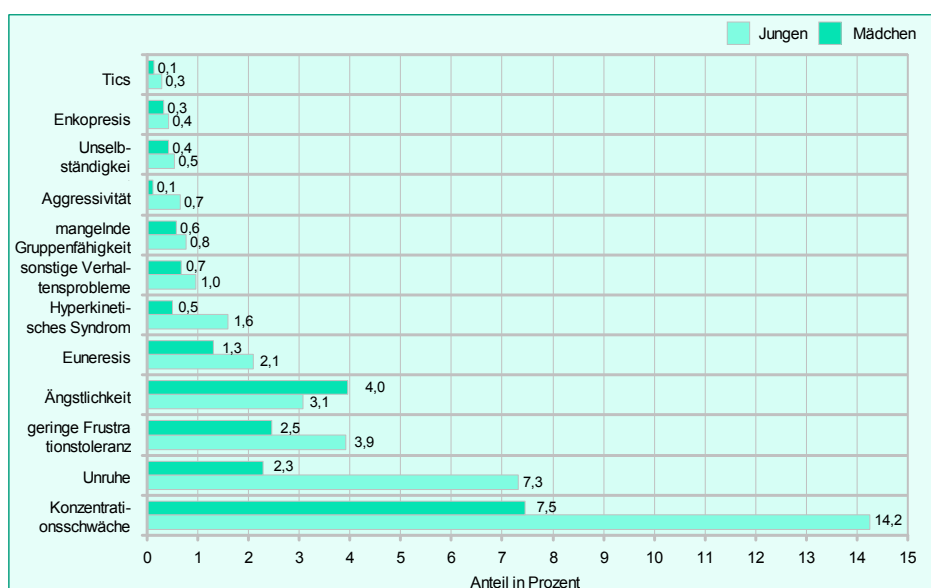


Abb. 54:  
Übersicht über  
Verhaltensauffälligkeiten  
bei den Schulanfängern

Häufiger sind mehrere Bereiche betroffen, so z.B. Konzentrationsstörungen und motorische Unruhe oder mangelnde Gruppenfähigkeit in Kombination mit Aggressivität. 966 Schulanfänger (11,0 Prozent) wiesen Konzentrationsstörungen auf, davon 653 Jungen (14,2 Prozent) und 313 Mädchen (7,5 Prozent). Bei einem Drittel der Jungen und einem Viertel der Mädchen mit Konzentrationsschwäche fand sich zusätzlich eine große motorische Unruhe. Neben diesen eher extrovertierten Kindern bedürfen aber auch die noch unselbständigen und damit auch sozial noch wenig angepassten, ängstlichen Kinder einer besonderen Beachtung: 43 Kinder (0,5 Prozent) waren altersentsprechend nicht ausreichend selbständig, 307 Kinder (3,5 Prozent) verhielten sich noch ängstlich und zurückgezogen außerhalb des familiären Umfeldes (s. Abb. 54).

478 Kinder (5,4 Prozent), darunter 59 Kinder mit dem Symptomkomplex ADHS, dem Hyperkinetische Syndrom, befanden sich bereits in kinder- und jugendpsychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung. Bei 27 Kindern waren die Verhaltensstörungen anhaltend und gravierender Art. Für 126 Kinder wurde erstmals eine ärztliche Abklärung empfohlen. Bei der überwiegenden Mehrheit der Kinder wurden die Eltern auf weitere Beratungs- und Unterstützungsangebote hingewiesen, um zu erwartende Probleme im Schulalltag und Interventionsmöglichkeiten zu besprechen. Erziehungsberatung, familienunterstützende Maßnahmen und therapeutische Schülerhilfe gehören ebenso zu diesem Spektrum wie die - in Einzelfällen notwendige - teilstationäre Unterbringung des Kindes.

Verhaltensauffälligkeiten gehen teilweise einher mit anderen Entwicklungsverzögerungen und z.T. auch körperlichen und geistigen Behinderungen. Dies hat entsprechenden Einfluss auf die Empfehlung der Schulform, die Fördermaßnahmen und ggf. auch den Zeitpunkt der Einschulung. So lag bei den 15 Kin-

dem mit gravierenden Verhaltensproblemen auch eine geistige Behinderung vor, für sieben von ihnen wurde die Einschulung in eine entsprechende Förderschule empfohlen, für sechs eine Zurückstellung um ein Jahr. Von den 94 Kindern mit ADHS wurde nur für 46 die Einschulung in die Regelschule empfohlen, für 18 die Einschulung in die Regelschule mit besonderen Fördermaßnahmen (Schulkinder- garten/Klasse 0), bei sieben eine Zurückstellung vom Schulbesuch. Acht Kindern wurde eine integrative Unterrichtung in der Regelschule und 13 eine Einschulung in einer Schule für Behinderte angeraten.

### 6.9.2 Sprachentwicklungsstörungen

Die Feststellung von Sprech- und Sprachstörungen - dazu gehören Störungen der Artikulation, der Grammatik, des Redeflusses und der insgesamt altersgemäßen Sprech-, Ausdrucks- und Verstehensweise - erfolgt mit Hilfe von Testmaterialien wie auch durch korrektes Umsetzen kleinerer Anweisungen.

Über den Beobachtungszeitraum von elf Jahren ist der Anteil von Kindern, die sich aufgrund von Artikulationsstörungen (Artikulation und Grammatik) in Therapie befinden, kontinuierlich angestiegen, aktuell auf 14,4 Prozent. Dagegen ist der Anteil der Kinder, für die eine Vorstellung beim Arzt empfohlen werden musste, von 5,4 Prozent im Jahr 2004 auf im Jahr 2007 4,2 Prozent zurückgegangen (s. Abb. 55).

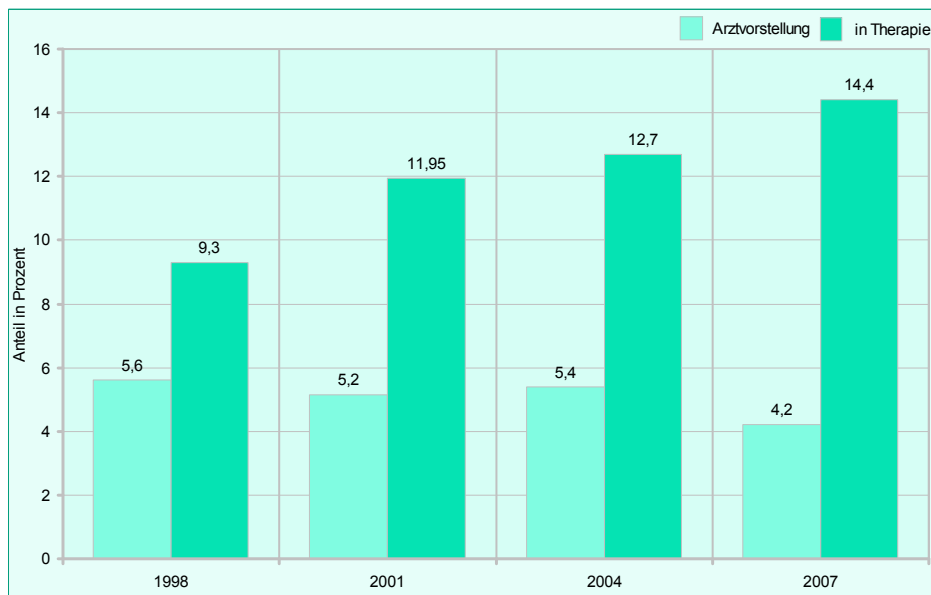


Abb. 55:  
Anteil therapiebedürftiger  
Artikulationsstörungen von  
1998 bis 2007

Gleich geblieben mit 3,5 Prozent ist über die Jahre die Zahl der Kinder mit komplexeren Sprachentwicklungsstörungen (oft in Verbindung mit Entwicklungsverzögerungen in anderen Bereichen). Störungen des Redeflusses, wie Stottern oder Poltern, haben dagegen leicht abgenommen. Im Jahr 2007 wurden diese Störungen bei 38 Kindern festgestellt, von denen sich 37 aktuell in therapeutischer Behandlung befanden oder eine therapeutische Behandlung abgeschlossen hatten.

Bei insgesamt 2.315 Einschulkindern (26,4 Prozent) war eine Störung bzw. waren mehrere Störungen im Bereich der Sprachentwicklung feststellbar, wobei Jungen mit einem Anteil von 62,5 Prozent deutlich überwogen. Bei 418 Kindern (4,8 Prozent) waren mehrere Bereiche der Sprachentwicklung, so z.B. Artikulation und Grammatik, betroffen. Therapeutische Maßnahmen waren bei 18,9 Prozent der Kinder erforderlich. Bei 378 Kindern wurde eine Arztvorstellung zur Einleitung sprachtherapeutischer Maßnahmen empfohlen, darunter auch 58 Kinder, die Störungen in mehreren Bereichen der Sprachentwicklung hatten und noch in keiner Therapie waren. 1.283 Kinder (14,6 Prozent) befanden sich bereits in logopädischer oder psychologischer Therapie (s. Abb. 56). Sprachtherapeutische Maßnahmen waren vor dem Untersuchungszeitpunkt bei insgesamt 1.895 Kindern (21,6 Prozent) durchgeführt worden bzw. wurden zum Untersuchungszeitpunkt durchgeführt, wobei große regionale Unterschiede festzustellen waren. Es wurde aber auch deutlich, dass ein hoher Therapieanteil nicht überall den tatsächlichen Versorgungsbedarf abdeckt. So fand sich selbst in Kommunen mit einem Therapieanteil von über 20 Prozent immer noch ein Anteil von über zehn Prozent der Kinder, die eine Behandlung benötigen.

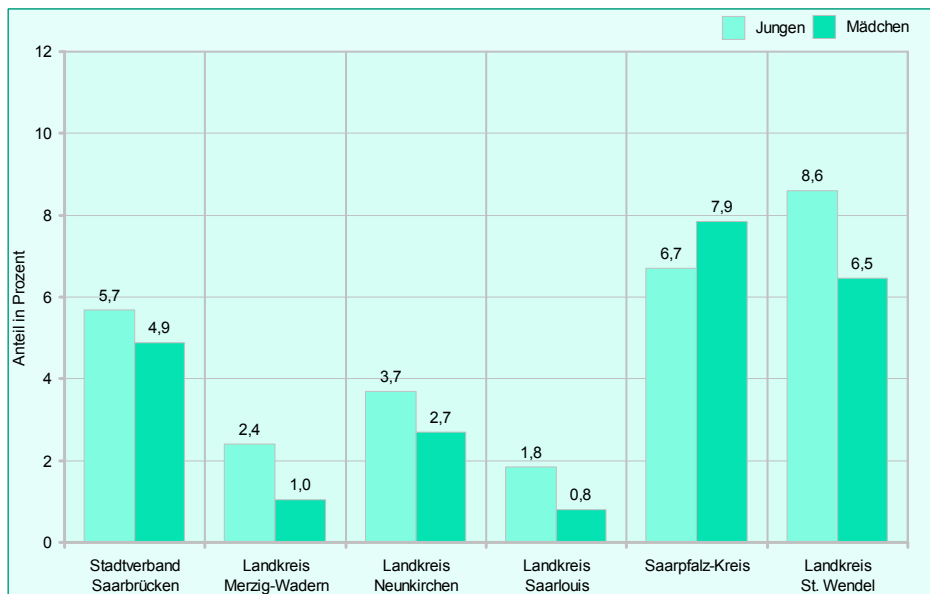


Abb. 56: Anteil der Kinder mit noch nicht behandelten Sprachentwicklungsstörungen nach Landkreisen

Für Kinder mit schweren Sprachentwicklungsstörungen kann eine Beschulung in der Förderschule Sprache, eine Integration in der Regelschule oder bei kombinierten Entwicklungsstörungen auch die zusätzliche Förderung im Schulkindergarten/Klasse 0 erforderlich sein. Eine reguläre Einschulung (Regelschule und vorzeitige Regelschule) wurde nur für rund 70 Prozent der Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen empfohlen, für Kinder ohne diesen Befund waren es mehr als 90 Prozent.

Der Stellenwert der Sprachförderung im Kindergarten wird bundesweit zunehmend erkannt, und entsprechende Maßnahmen zur Umsetzung im Kindergartenalltag wurden eingeleitet. So wurden im Saarland durch das Sozialministerium und das Kultusministerium seit 2002 landesweite Fortbildungsmaßnahmen für Erzieherinnen und Erzieher zur allgemeinen Sprachförderung im Kindergartenalltag und zur Beratung der Eltern durchgeführt. Strukturierte Förderprogramme in Kindertageseinrichtungen für Kinder im Vorschuljahrgang wurden eingeleitet. Weiterhin werden in den letzten Jahren Sprachkurse für Kinder mit Migrationshintergrund im letzten halben Jahr vor der Einschulung angeboten.

### 6.9.3 Kenntnisse der deutschen Sprache bei Kindern mit Migrationshintergrund

Mangelnde Deutschkenntnisse bei Kindern mit Migrationshintergrund zählen nicht zu den Sprachstörungen. Sie werden deshalb hier gesondert beschrieben. Fehlende oder lückenhafte Deutschkenntnisse bedeuten allerdings auch bei normaler Entwicklung eine schlechtere Chance beim Schuleintritt.

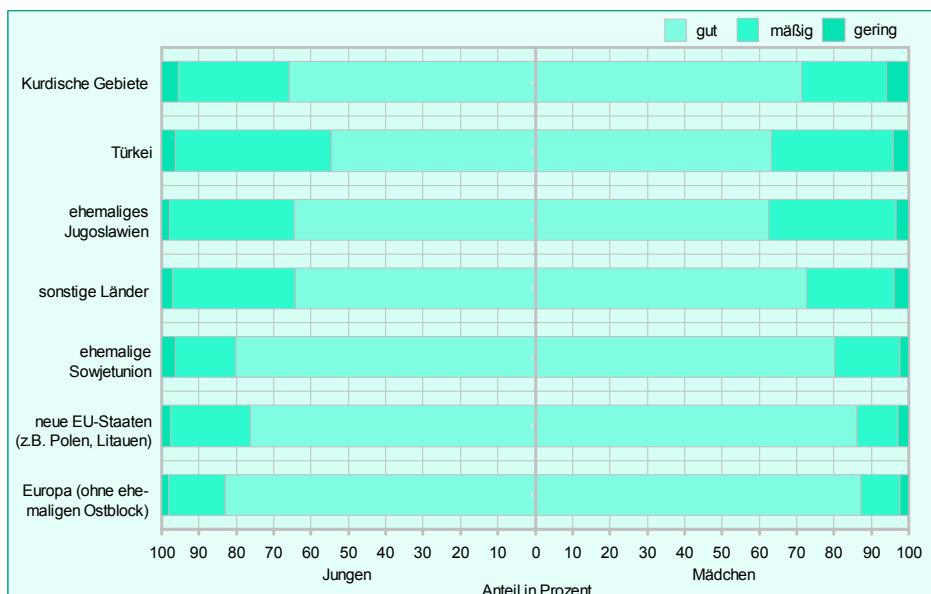


Abb. 57: Deutschkenntnisse von Einschulkindern mit Migrationshintergrund nach Herkunftsregion

Insgesamt hatten 72,0 Prozent der Kinder gute Deutschkenntnisse, 24,7 Prozent sprachen nur gebrochen Deutsch, und 3,3 Prozent hatten keine deutschen Sprachkenntnisse oder kannten nur einzelne Worte. Zwischen Mädchen und Jungen gab es nur geringe Unterschiede, Abb. 57. Im Gegensatz zum Geschlecht ist die Aufenthaltsdauer in Deutschland ein wichtiger Einflussfaktor: Zwar waren über 90 Prozent der Schulanfänger mit Migrationshintergrund hier geboren, aber nur 73,3 Prozent aus dieser Gruppe hatten gute Sprachkenntnisse. Bei Einreise im ersten oder zweiten Lebensjahr reduziert sich dieser Anteil auf rund zwei Drittel, bei Einreise nach dem dritten Lebensjahr auf die Hälfte und weniger.

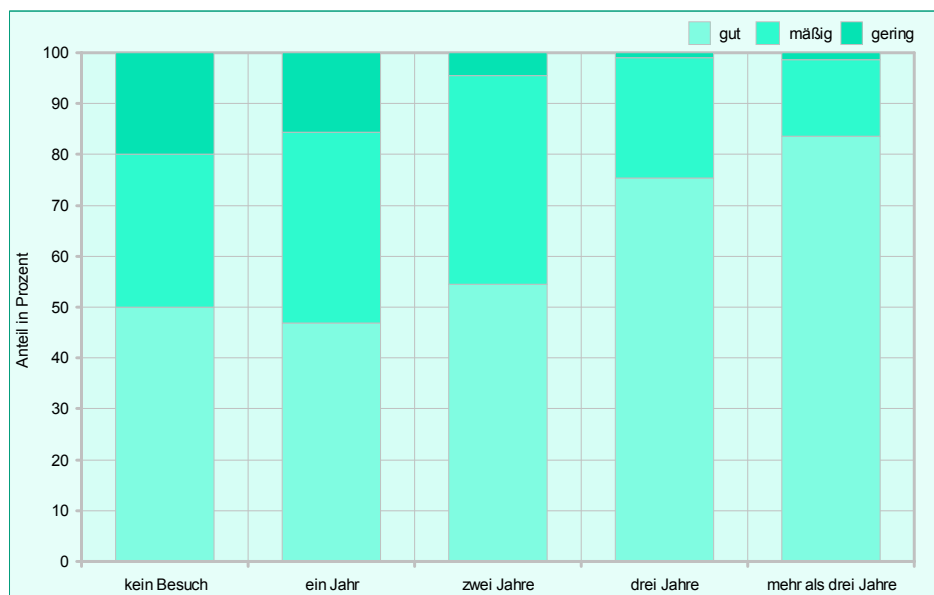


Abb. 58:  
Deutschkenntnisse bei hier geborenen Kindern mit Migrationshintergrund in Abhängigkeit von der Dauer des Kindergartenbesuchs

Einen signifikanten Einfluss auf die Deutschkenntnisse hat die Dauer des Kindergartenbesuchs, wie die Abb. 59 am Beispiel der hier geborenen Kinder deutlich zeigt: Nur die Hälfte der Kinder, die weniger als drei Jahre einen Kindergarten besucht haben, hatte gute Deutschkenntnisse, während dies bei Kindern, die länger als drei Jahre im Kindergarten waren, zu über 84 Prozent der Fall war (s. Abb. 58).

#### 6.9.4 Entwicklungsstörungen der Motorik und Koordination

Die Entwicklung von Koordination und Motorik erfordert altersentsprechende Bewegungs- und Übungsanreize. Je nach Lebensumfeld der Kinder mit zunehmender Bewegungsarmut sind diese Anreize nicht mehr in ausreichendem Maße gegeben, so dass auch Kinder ohne erkennbare Schädigungen des Nervensystems oder des Bewegungsapparates vermehrt Defizite aufweisen.

Bei den Schulanfängern 2007 waren bei 1.059 Kindern (12,1 Prozent) Entwicklungsrückstände im Bereich der Grobmotorik festzustellen. Jungen waren mit 16,3 Prozent mehr als doppelt so häufig betroffen wie Mädchen (7,4 Prozent). Entwicklungsrückstände im Bereich der Feinmotorik fanden sich bei 1.170 Kindern (13,3 Prozent), wobei hier der Abstand zwischen Jungen und Mädchen mit 18,8 Prozent zu 7,4 Prozent noch deutlicher war. In beiden Bereichen entsprach der Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund dem der Kinder ohne Migrationshintergrund. Entwicklungsrückstände in der Grob- oder der Feinmotorik hatten insgesamt 19,7 Prozent der Kinder, 26,9 Prozent der Jungen und 11,7 Prozent der Mädchen.

375 Jungen und 128 Mädchen waren in beiden Bereichen auffällig. Lediglich 38 Prozent der Kinder mit motorischen Entwicklungsrückständen besuchten regelmäßig einen Sportverein. Darüber hinaus hatten auch nur rund 70 Prozent gegenüber 76 Prozent an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen. Rund 20 Prozent der Kinder mit grobmotorischen Entwicklungsrückständen und 17 Prozent der Kinder mit feinmotorischen Entwicklungsrückständen hatten in der Vorgeschichte Krankengymnastik und 22 Prozent hatten Ergotherapie erhalten. Vergleicht man die Befunde über die letzten elf Jahre, so ist der starke Anstieg, der zwischen 1996 und 2000 zu verzeichnen war, fast zum Stillstand gekommen. Während im Bereich der Grobmotorik seither noch ein leichter Anstieg festzustellen ist, ist die Entwicklung im Bereich der Feinmotorik tendenziell rückläufig (s. Abb. 59).



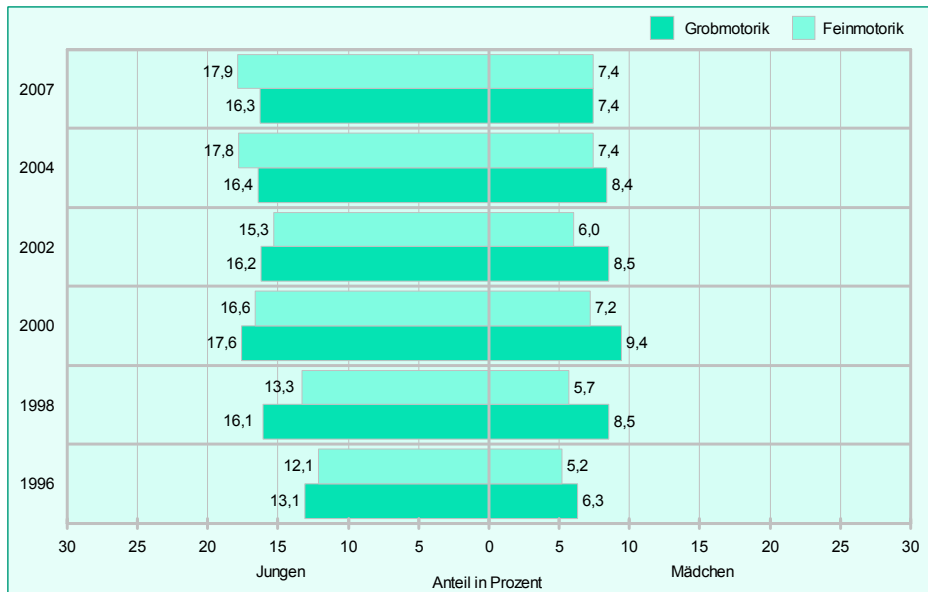


Abb. 59:  
Anteil von Kindern mit Entwicklungsrückständen im Bereich von Motorik und Koordination von 1996 bis 2007 nach Geschlecht

Zur Förderung der motorischen Fähigkeiten wurde den Eltern geraten, insbesondere mehr auf regelmäßiges Spiel und Bewegung im Freien zu achten, die Kinder auch zum Sporttreiben zu motivieren und Angebote von Sportvereinen zu nutzen.

### 6.9.5 Entwicklungsstörungen im kognitiven Bereich

Die Überprüfung der kognitiven Fähigkeiten folgt orientierend halbstandardisiert mit Teilbereichen des Heidelberger Schulreife-tests sowie Aufgaben mit Alltagsbezug der Kinder, um Einschränkungen beim Lernen zu erkennen. Zu weiteren Abklärung wird der CPM nach Raven, der zur sprachfreien Erfassung des allgemeinen Intelligenzpotentials von Kindern entwickelt wurde, eingesetzt.

Entwicklungsauffälligkeiten im kognitiven Bereich lagen bei insgesamt 706 Kindern (8,0 Prozent) vor, davon waren 397 Jungen (8,7 Prozent) und 309 Mädchen (7,4 Prozent). 107 Kinder waren so stark beeinträchtigt, dass eine schwere Lernbehinderung oder geistige Behinderung abzuklären war. Häufiger fanden sich kognitive Entwicklungsdefizite in Kombination mit anderen Entwicklungsrückständen aufgrund angeborener Schädigungen oder chronischer Krankheiten.

224 Kinder, also fast ein Drittel der Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten im kognitiven Bereich, hatten einen Migrationshintergrund. Mehr als 90 Prozent dieser Kinder waren hier geboren, und 73 Prozent von ihnen hatten drei Jahre und länger einen Kindergarten besucht. Mehr als die Hälfte von ihnen zeigte auch Entwicklungsauffälligkeiten im Bereich der Motorik.

Von den Kindern mit Migrationshintergrund und Defiziten im kognitiven Bereich hatten nur 35,3 Prozent an Frühfördermaßnahmen teilgenommen. Dies waren deutlich weniger als bei den Kindern ohne Migrationshintergrund, von ihnen hatten 50,5 Prozent an Frühfördermaßnahmen teilgenommen.

Neben Frühfördermaßnahmen stehen zur vorschulischen Förderung für Kinder mit komplexeren Entwicklungsrückständen integrative Maßnahmen im Kindergarten oder Förderung im Sonderkindergarten zur Verfügung: 34 Kinder waren bereits einmal vom Schulbesuch zurückgestellt bzw. in Schulkindergärten oder Sonderschulkindergärten gefördert worden. Zur Förderung der Kinder mit Eintritt der Schulpflicht wurde bei einem Drittel (233 Kinder) die Förderung im Klassenverband angeraten. Bei einem weiteren knappen Drittel (216 Kinder) wurde die Einschulung in die Regelschule empfohlen, bei fünf Prozent eine integrative Unterrichtung in der Regelschule. Bei knapp einem Fünftel der Kinder sollte eine Zurückstellung in den Regel- bzw. Einschulung in den Schulkindergarten erfolgen. Der Besuch einer Schule mit sonderpädagogischer Förderung wurde für 12 Prozent der Kinder empfohlen.

### 6.9.6 Entwicklungsstörungen im Bereich der Visumotorik und der auditiven Wahrnehmung

Die Überprüfung der Visumotorik erfolgte mit verschiedenen Modulen des Denver Entwicklungstestes und dem Mann-Zeichentest. Hier gilt es, durch Nachzeichnen oder freies Zeichnen Dinge altersentsprechend korrekt (nach-) zu zeichnen. Ursachen für Defizite in der Visumotorik können erworbene oder angeborene Störungen im neurologischen oder motorischen Bereich sein, in erheblichem Ausmaß können sie aber auf fehlende Übung zurückgeführt werden.

Entwicklungsauffälligkeiten im Bereich der Visumotorik fanden sich bei 1.157 Kindern (13,2 Prozent), davon 803 Jungen (17,5 Prozent) und 354 Mädchen (8,4 Prozent). Kinder mit Migrationshintergrund waren mit 16,0 Prozent häufiger betroffen als Kinder ohne Migrationshintergrund mit 12,5 Prozent. Rund ein Viertel der Kinder mit Migrationshintergrund und Entwicklungsstörungen in der Visumotorik besuchte den Kindergarten nur kurz oder gar nicht, obwohl der größere Teil hier geboren war.

Ebenso wie die Entwicklung der visumotorischen Fertigkeiten ist die Entwicklung der auditiven Wahrnehmung für schulisches Lernen unabdingbar. Eine auditive Wahrnehmungsstörung äußert sich darin, dass Kinder - auch bei normaler Hör- und Sprachentwicklung - nicht in der Lage sind, das Gehörte in Handeln richtig umzusetzen, und sie so Probleme beim Nachsprechen oder Nachschreiben haben. Zur Überprüfung der auditiven Wahrnehmung wird der Test nach Breuer-Weuffen eingesetzt, der aus vier verschiedenen Untertests besteht, die altersentsprechend bewertet werden.

Insgesamt zeigten sich bei 3.538 Kindern (40,3 Prozent) Auffälligkeiten beim Breuer-Weuffen-Test (Jungen 44,3 Prozent, Mädchen 35,9 Prozent). Bei Kindern mit Migrationshintergrund (Jungen: 55,3 Prozent, Mädchen: 48,3 Prozent) wurden wesentlich häufiger Auffälligkeiten festgestellt als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (Jungen: 41,7 Prozent, Mädchen: 32,9 Prozent). Bei rund 60 Prozent beschränkte sich die Auffälligkeit auf einen Testteil, rund ein Viertel war in zwei Teilen auffällig, und rund 13 Prozent in drei oder vier Teilen. Die Ergebnisse für die vier Teilbereiche des Breuer-Weuffen-Tests zeigt die Abbildung 60.

Da Defizite im Bereich der Visumotorik und der auditiven Wahrnehmungsverarbeitung oft mit Lese- und Rechtschreibproblemen korrelieren, gibt das frühzeitige Erkennen und eine spezifische Förderung bereits im Vorschulalter diesen Kindern eine Chance, vielfältige Probleme im Schulalltag zu vermeiden. Die große Zahl von Kindern mit Entwicklungsrückständen in den verschiedenen Bereichen wie Grob- und Feinmotorik, Visumotorik, auditiver Wahrnehmung oder Kognition zeigt die Notwendigkeit, diese Aspekte im Vorschulbereich stärker zu beachten.

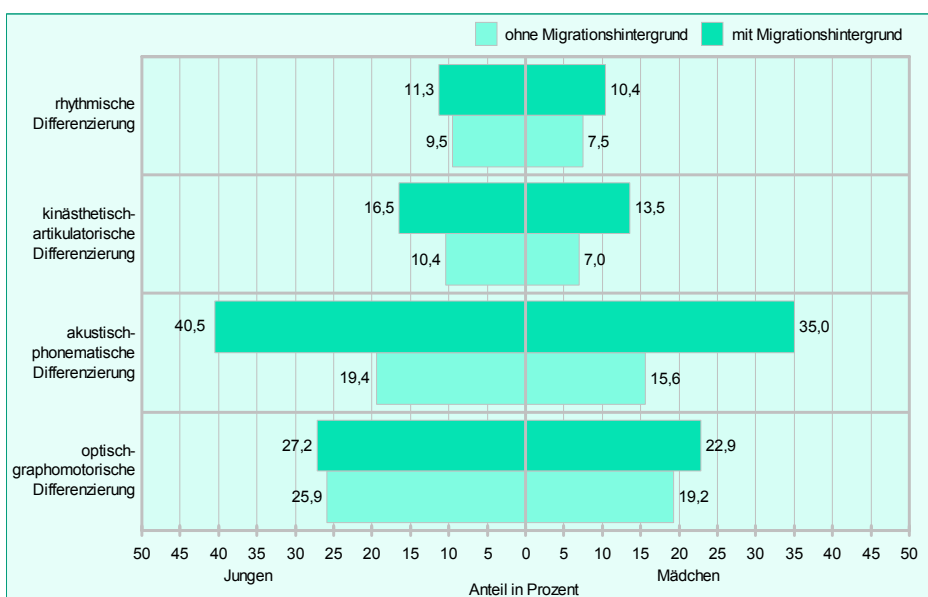


Abb. 60:  
Anteil der Kinder mit  
Auffälligkeiten beim  
Breuer-Weuffen-Test

## 7 Empfehlungen

Die Einschulungsuntersuchung trägt für Schule und Eltern zur Entscheidungsfindung über die Schulform und notwendige zusätzliche Fördermaßnahmen für das Kind bei.

### 7.1 Schulempfehlungen

Die Empfehlung für die Schulform wird unter Einbeziehung der Vorgeschichte und der erhobenen Befunde und nach Beratung mit den Eltern ausgesprochen. Sie beinhaltet auch Empfehlungen für zusätzlich notwendige Fördermaßnahmen sowie sonderpädagogische oder psychologische Überprüfungsmaßnahmen. Bis auf wenige Ausnahmen gibt es Übereinstimmung in der vorgeschlagenen Vorgehensweise zwischen Erziehungsberechtigten und Schulärztin bzw. Schularzt. Diese Empfehlung wird als „Schulärztliche Stellungnahme“ schriftlich mit den Unterschriften der Erziehungsberechtigten und der Schulärztin bzw. des Schularztes der zuständigen Grundschule zugeleitet. Die Schulärztliche Stellungnahme wird dort als Gutachten für die Entscheidung über die Beschulung des Kindes mitberücksichtigt. In der Praxis weicht die Entscheidung der Schulleitung selten von den abgegebenen Empfehlungen ab.

Die meisten Einschulkinder können alters entsprechend, d. h. in der Zeit, in der sie schulpflichtig werden, in die Regelschule eingeschult werden. Auch für die meisten der so genannten Antragskinder - der Kinder, die vor Erreichen der Schulpflichtigkeit zur Einschulung angemeldet wurden - wird die Einschulung empfohlen. Gründe für die Ablehnung einer vorzeitigen Einschulung sind zum Beispiel chronische Erkrankungen, zu erwartende Fehlzeiten bei schwerwiegenden Therapiemaßnahmen oder nur geringe körperliche Belastbarkeit. Insbesondere die Eltern dieser Kinder machen ihre Entscheidung über eine vorzeitige Einschulung vom dem Ergebnis der schulärztlichen Untersuchung und Beratung abhängig.

Bei den „regulären“ Schulanfängern wurde im Jahr 2007 für die überwiegende Mehrheit der Kinder die Einschulung in die Regelschule empfohlen. Keine nennenswerten Unterschiede gab es hier zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Während bei 79,4 Prozent der Kinder ohne Migrationshintergrund die reguläre Einschulung befürwortet wurde, waren es bei den Kindern mit Migrationshintergrund 78,4 Prozent. Unterschiede gab es allerdings bei der vorzeitigen Einschulung: Von 720 Kindern ohne Migrationshintergrund mit beantragter vorzeitiger Einschulung wurde für 617 (85,7 Prozent) der Schulbesuch empfohlen, von 99 Kindern mit Migrationshintergrund nur für 64 Kinder (64,6 Prozent). Auf Gemeindeebene schwankte der Anteil der Kinder, für die die Einschulung in die Regelschule empfohlen wurde (mit Antragskindern) zwischen 77 Prozent und knapp 95 Prozent.

Schulempfehlung (Angaben jeweils in Prozent)	ohne Migrationshintergrund		mit Migrationshintergrund	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
reguläre Einschulung	78,1	80,7	78,0	78,8
vorzeitige Einschulung bejaht	6,9	10,6	3,6	4,1
vorzeitige Einschulung abgelehnt	1,3	1,6	1,8	2,4
Schulkindergarten/Klasse 0	6,0	3,0	10,4	9,3
Zurückstellung aus med. Gründen	2,3	1,0	1,3	1,6
Sonderschule	2,6	1,4	2,5	2,5
Zurückstellung in SonderKiga	0,9	0,6	0,5	0,7
Integration befürwortet	1,8	1,1	1,8	0,6
Schulpflichtbefreiung	-	-	-	-

Tab. 7: Schulempfehlungen 2007 nach Herkunft und Geschlecht

Bei Kindern mit noch deutlichen Entwicklungsrückständen, die keine sonderpädagogische Förderung erfordern, besteht die Möglichkeit einer zusätzlichen schulischen Förderung in Schulkindergärten, d. h. in speziellen Förderklassen, oder aber durch zusätzliche Fördermaßnahmen in der Regelklasse. Diese zusätzliche Förderung wurde für insgesamt 491 Kinder (5,6 Prozent) empfohlen, wobei die Jungen mit

6,8 Prozent deutlich stärker vertreten waren als die Mädchen mit 4,2 Prozent. Der Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund betrug 4,6 Prozent, bei den Kindern mit Migrationshintergrund lag er bei 9,9 Prozent. Gründe waren hier unter anderem fehlende bzw. mangelhafte Sprachkenntnisse. Eine Zurückstellung von der Einschulung aus medizinischen Gründen wurde für 144 Kinder (1,6 Prozent) empfohlen (s. Tab. 7).

## 7.2 Empfehlungen zur Förderung in der Schule

In der schulärztlichen Stellungnahme wird auf den spezifischen Förderbedarf des einzelnen Kindes hingewiesen. Dies umfasst Hinweise zur Förderung der Bewegung, der Feinmotorik, Visumotorik, optischen oder akustischen Differenzierung, des kognitiven Bereichs sowie der Sprache. Spezieller Sprachförderunterricht in der Schule wurde für 89 Kinder, die bislang in keiner Therapiemaßnahme waren und bis zur Einschulung keine andere Fördermaßnahme erhalten würden, empfohlen. Für 283 Kinder mit Migrationshintergrund (16,8 Prozent) wurde ein Sprachkurs angeraten; 87 Prozent von ihnen waren hier geboren, und zwei Drittel hatten drei Jahre oder länger einen Kindergarten besucht.

## 7.3 Medizinische Empfehlungen für die Schule

Bei chronisch kranken Kindern muss auch die vorgesehene Schule über das Krankheitsbild informiert sein. Sie sollte die Belastbarkeit des Kindes und notwendige Maßnahmen für den Notfall kennen und ausführen können, so bei Asthma, Diabetes mellitus oder einem cerebralen Anfallsleiden. Den Eltern wird geraten, mit dem Klassenlehrer bzw. der Klassenlehrerin eingehend über erforderliche Maßnahmen zu sprechen. Im Einzelfall kann eine Notfallmedikation in der Schule deponiert werden mit genauen Anwendungshinweisen und einer schriftlichen Ermächtigung des Lehrer bzw. der Lehrerin durch die Eltern, diese Medikamente im Notfall einzusetzen.

Die jeweiligen Schulen wurden bei 339 Kindern über das Krankheitsbild informiert und über notwendige Interventionsmaßnahmen beraten. Andere Beeinträchtigungen, z. B. eingeschränktes Sehvermögen trotz Brillenkorrektur oder wechselndes Hörvermögen durch rezidivierende Infekte, erfordern, dass das Kind weiter vorne sitzt. Dies wird der Schule in der Regel in der schulärztlichen Stellungnahme mitgeteilt, z.T. auch hier in direkter Rücksprache mit der Schule.

## 7.4 Schulrelevante Aspekte bei Kindern mit chronischen Krankheiten und Behinderungen

Für Kinder mit chronischen Krankheiten und gravierenden Entwicklungsstörungen bzw. Behinderungen gilt es, wegen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit schwankendem Leistungsvermögen und/oder Entwicklungsrückständen unterschiedlicher Stärke in einem oder mehreren Bereichen eine individuelle, den spezifischen Gegebenheiten entsprechende Form der Beschulung zu finden. Viele dieser Kinder waren bereits über Jahre in Fördermaßnahmen oder Sondereinrichtungen betreut, so dass die Eltern dann oft schon feste Vorstellungen über die künftige Schule zur Einschulungsuntersuchung mitbringen.

Entsprechend der Form der vorliegenden Beeinträchtigung – Hör- oder Sehstörung, geistige Behinderung, körperliche Behinderung, Verhaltensauffälligkeiten, Lernbehinderung oder Sprachentwicklungsstörungen – wird eine qualifizierte sonderpädagogische Überprüfung angeraten, um den Förderumfang exakt zu bestimmen. Jährlich gilt dies für vier bis fünf Prozent der Kinder.

Es wurden 411 Kinder (4,7 Prozent), 307 Jungen (5,7 Prozent) und 165 Mädchen (3,6 Prozent) zu insgesamt 494 sonderpädagogischen Überprüfungen angemeldet. Davon entfielen rund 14 Prozent auf Lernbehinderung, 47 Prozent auf Sprachbehinderung, elf Prozent auf Körperbehinderung, jeweils fünf Prozent auf Hörbehinderung und Verhaltensauffälligkeit und zwei Prozent auf Sehbehinderung. Bei 16 Prozent galt es zu überprüfen, ob eine geistige Behinderung vorlag. 88 Kinder wurden wegen Mehrfachbehinderung auf die vorrangigen Förderschwerpunkte hin getestet. Bei 7 Kindern war die sonderpädagogische Überprüfung mit einer Empfehlung zur schulpsychologischen Überprüfung verbunden.

Bei der Schulempfehlung für diese Kinder ist zu prüfen, ob sie in eine Förderschule einzuschulen sind, oder ob auch eine integrative Maßnahme in der Regelschule stattfinden kann. Bei einem Teil der Kinder bietet sich ein Jahr der zusätzlichen Förderung in einem Schulkindergarten an, um danach die Entwicklungschancen des Kindes besser zu kennen und die adäquate Schulform zu finden.

Von den 411 Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf wurde lediglich zwei Kindern eine reguläre Einschulung empfohlen. Bei 124 Kindern wurde eine integrative Förderung in der Regelschule und bei 184 eine Einschulung in eine Sonderschule angeraten. 24 Kinder sollten eine Förderung im Schulkindergarten erhalten, 62 Kinder einen Sonderschulkindergarten besuchen und 15 aus medizinischen Gründen vom Schulbesuch zurückgestellt werden.

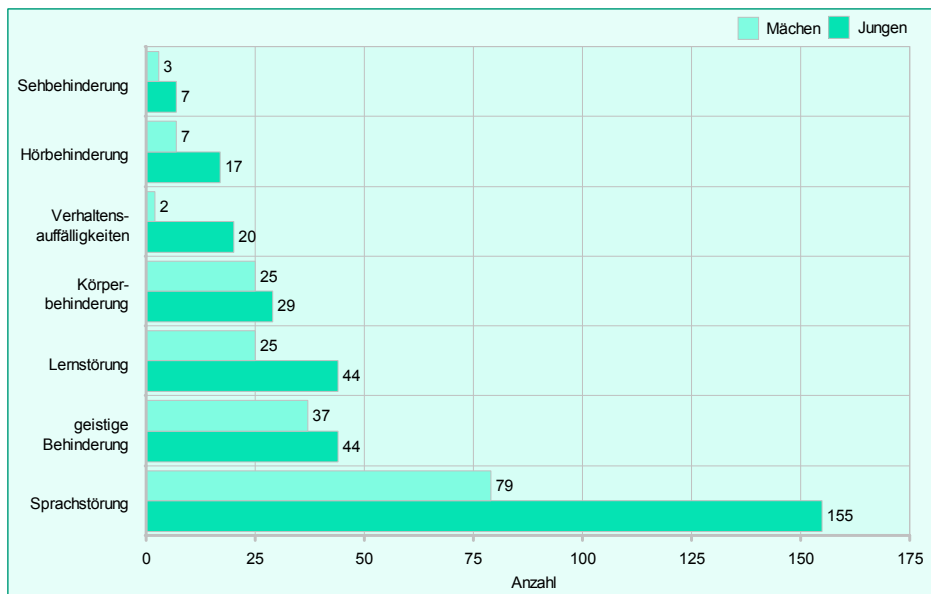


Abb. 61: Anzahl empfohlener sonderpädagogischer Überprüfungen auf ausgewählte Behinderungen

### 7.5 Weitere Empfehlungen

Neben den konkreten, auf die Schule bezogenen Empfehlungen werden die Eltern auch individuell in spezifischen Fragen der Gesundheitsförderung beraten und auf entsprechende Angebote hingewiesen, so auf Impf- und Ernährungsberatung, sportliche Betätigung in Vereinen oder Kurmaßnahmen.

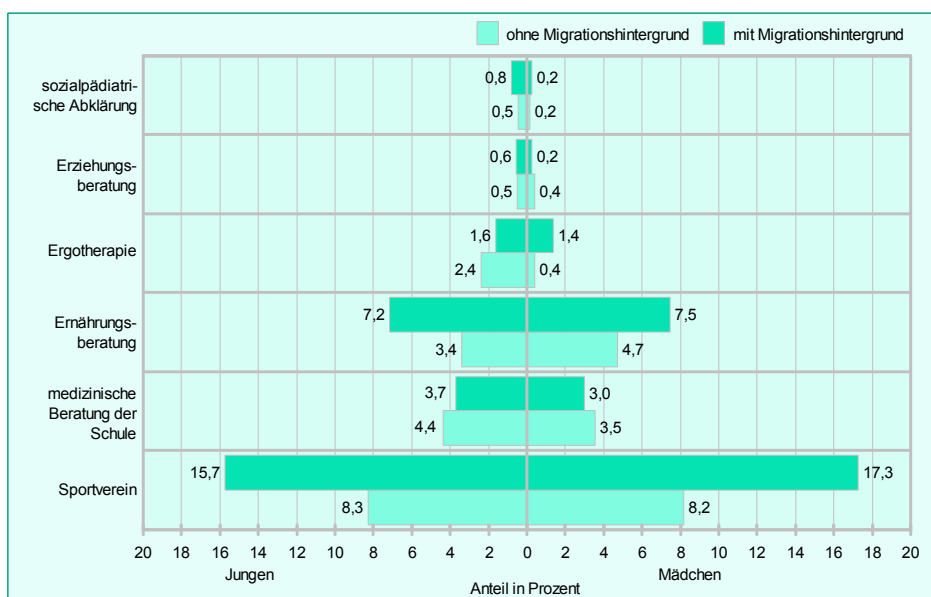


Abb. 62: Anteil der Kinder mit ausgewählten Empfehlungen nach Herkunft und Geschlecht

Sofern sich im Gespräch mit den Eltern Anhaltspunkte für Probleme innerhalb der Familie ergeben, wird auf unterstützende Angebote der Jugendhilfe oder der Familienberatung bzw. Erziehungsberatung hingewiesen und mit dem Einverständnis der Eltern ein entsprechender Kontakt hergestellt. Auch die sozialen Dienste der Gesundheitsämter werden mit dem Einverständnis der Eltern im Einzelfall tätig und leisten Hilfestellung.

Insgesamt wurden für 827 Jungen (18,0 Prozent) und 666 Mädchen (15,9 Prozent) 1.878 Empfehlungen ausgesprochen. Für Kinder mit Migrationshintergrund (Jungen: 23,8 Prozent, Mädchen: 22,0 Prozent) wurden deutlich häufiger Empfehlungen ausgesprochen als für Kinder ohne Migrationshintergrund (Jungen: 16,7 Prozent, Mädchen: 14,4 Prozent). Am häufigsten wurden die Themen Förderung der Motorik und Übergewicht angesprochen mit Empfehlungen zu Sport im Verein, Ergotherapie und Ernährungsberatung. So wurde 246 Kindern sowohl eine Ernährungsberatung als auch sportliche Betätigung in einem Verein empfohlen.

## 8 Zusammenfassung

Mit den von den Gesundheitsämtern bei der Einschulungsuntersuchung erhobenen Daten stehen wichtige Informationen zur Gesundheit von Kindern im Saarland zu Verfügung. Sie beschreiben neben dem aktuellen Gesundheitsstand auch den Grad der Versorgung bei Gesundheitsproblemen in der Vorschulzeit. Gleiches gilt auch für die kindliche Entwicklung; die Daten zeigen den Entwicklungsstand der Alterskohorte sowohl im psychosozialen Bereich als auch in schulrelevanten Fertigkeiten auf, belegen aber auch eindrucksvoll die Notwendigkeit einer systematischeren früheren Intervention. Da die Erhebungen alljährlich durchgeführt werden, stehen damit auch Zeitreihen zur Verfügung, die Trends und Veränderungen abbilden.

Ein Schwerpunkt der diesjährigen Betrachtung gilt der Gesundheit und Entwicklung von Kindern mit Migrationshintergrund und ihrem unterschiedlichen Grad an Integration sowie möglichen Auswirkungen auf die Schulempfehlung.

Erstmalig stehen mit dem 2003 bis 2006 in dem vom Robert-Koch-Institut in der Bundesrepublik durchgeführten Kinder- und Jugendsurvey (KIGGS; [www.kiggs.de](http://www.kiggs.de)) auch Anhaltswerte über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung, die allerdings aufgrund ihrer Kohortenbildung (Drei- bis Sechsjährige und Sieben- bis Zehnjährige) nur orientierend als Vergleichsbasis genutzt werden können. Der direkte Vergleich der saarländischen Untersuchungsergebnisse mit Daten aus den Einschuluntersuchungen anderer Bundesländer wird durch teilweise unterschiedliche Definitionen bzw. noch zur Zeit der Berichterstellung nicht verfügbare Vergleichsdaten erschwert. Verschiedene Daten werden darüber hinaus nur im Saarland erhoben.

Zum Schuljahr 2007/2008 untersuchten die Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter im Saarland 8.783 Schulanfänger; dies waren 709 Kinder (7,5 Prozent) weniger als im Jahr 2006. Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund ist seit 2000 von 14,1 Prozent über 17,2 Prozent im Jahr 2004 auf aktuell 19,0 Prozent angestiegen. Über 90 Prozent der Schulanfänger 2007 mit Migrationshintergrund waren in Deutschland geboren, nur fünf Prozent lebten erst drei oder weniger Jahre in Deutschland. Zwischen den Städten und Gemeinden wie auch zwischen den Schulen variierte der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund deutlich: Während er in drei Gemeinden 30 Prozent und mehr betrug, lag er in acht Gemeinden unter fünf Prozent. In 23 Grundschulen haben zwischen 30 und 50 Prozent der Kinder einen Migrationshintergrund.

Familien mit Migrationshintergrund sind kinderreicher als Familien ohne Migrationshintergrund: 43 Prozent haben drei und mehr Kinder gegenüber 24,3 Prozent. Beim Besuch des Kindergartens als einem wichtigem Ort der Sozialisation zeichnet sich über die Jahre eine positive Entwicklung ab: So haben nahezu alle Schulanfänger einen Kindergarten besucht, davon 90,7 Prozent drei Jahre und mehr. Besonders bemerkenswert ist dies bei Kindern mit Migrationshintergrund: Lediglich 1,9 Prozent hatten keinen Kindergarten besucht, 83 Prozent sogar drei Jahre oder länger. Während allerdings in acht Gemeinden alle Kinder mit Migrationshintergrund den Kindergarten drei Jahre und länger besucht haben, waren es in neun Gemeinden erst weniger als zwei Drittel der Kinder. Hier sind wahrscheinlich noch nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft, um den Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund, die wenigstens drei

Jahre einen Kindergarten besucht haben, zu erhöhen. Der zunehmende Kindergartenbesuch ist sicher zum einen an auf das durch den Geburtenrückgang verbesserte Angebot an Kindergartenplätzen zurückzuführen. Wesentlich ist er aber auch durch die seit dem Jahr 2000 im Saarland praktizierte Freistellung von Kindergartenbeiträgen im letzten Kindergartenjahr vor der Einschulung vorangebracht worden.

Die Schuleingangsuntersuchungen belegen die Notwendigkeit einer guten Schwangerenvorsorge und von gesundheitsbewusstem Verhalten im Hinblick auf die spätere Entwicklung des Kindes: Es gilt, sowohl Frühgeburtlichkeit zu vermeiden als auch Kinder vor Schädigung durch Suchtmittelmissbrauch (Tabak, Alkohol, Drogen) zu schützen. Die Untersuchung belegte nachdrücklich, dass frühgeborene Kinder trotz intensiver Fördermaßnahmen signifikant häufiger Entwicklungsrückstände aufwiesen als Kinder, die regelgerecht geboren waren. Um die im Bundesvergleich nach wie vor hohe Rate von Frühgeborenen konsequent zu senken, bedarf es weiterer Anstrengungen.

Infektionskrankheiten wie Mumps, Masern, Röteln oder Pertussis sind durch konsequentes Impfen in dieser Altersgruppe weitgehend zurückgedrängt worden. Durch die seit 2004 empfohlene Impfung gegen Windpocken - eine Erkrankung, die bislang zur Einschulung fast zwei Drittel aller Kinder durchgemacht hatten - ist auch hier ein Rückgang in den kommenden Jahren zu erwarten; erstmals zeigt sich bei den Schulanfängern 2007 eine Abnahme der Erkrankungsrate auf 50 Prozent. Der Impfschutz bei Kindern mit Migrationshintergrund ist gegen einzelne Infektionskrankheiten im Landesdurchschnitt annähernd gleich oder sogar besser als der der anderen Kinder. Auf Kreis- und kommunaler Ebene zeigen sich dagegen erhebliche Unterschiede in den Durchimpfungsraten. Nach dem Infektionsschutzgesetz ist es Aufgabe der vor Ort Verantwortlichen - der Ärzteschaft sowie von Kindergarten und Schule gemeinsam mit dem Gesundheitsamt - die Erziehungsberechtigten kontinuierlich über einen altersentsprechenden Impfschutz aufzuklären. Im Vergleich zu den übrigen Bundesländern ist der Impfschutz der saarländischen Kinder gut.

Von ca. zehn Prozent der Kinder berichteten die Eltern Allergien irgendwelcher Art, wobei regionale Unterschiede auffallen: sie liegen bei Jungen zwischen 9,0 Prozent bis 14,6 Prozent und bei Mädchen zwischen 4,8 Prozent bis 10,9 Prozent. Mit dem höheren Anteil von Jungen, die an Allergien erkrankt sind, korrespondiert auch deren Medikamenteneinnahme: Während 2,8 Prozent der Jungen Antiallergika einnahmen, waren es nur 1,7 Prozent der Mädchen.

Mehr als ein Drittel der untersuchten Kinder war zum Untersuchungszeitpunkt bereits ein- oder mehrmals operiert worden. Auf Landkreisebene gibt es deutliche Unterschiede: Während im Landkreis St. Wendel der Anteil der operierten Kinder bei 27,0 Prozent betrug, waren es im Landkreis Neunkirchen 38,4 Prozent. Bei den Unfällen, die eine ärztliche Intervention zur Folge hatten, überwog erwartungsgemäß der Anteil der Jungen. Hier steht einem Anteil von 6,5 Prozent verunfallter Kinder im Landkreis St. Wendel der Landkreis Neunkirchen mit 22,8 Prozent gegenüber. Diese Unterschiede könnten durch weniger Unfälle oder durch geringere Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung im Kreis St. Wendel bedingt sein. Eine Analyse vor Ort sollte zur Klärung dieser Frage beitragen. Keine wesentlichen Unterschiede gab es hier zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund.

Präventionsmaßnahmen umfassen die individuelle Prävention und die Inanspruchnahme etablierter Präventionsangebote im Gesundheitswesen. Zu den individuellen Maßnahmen gehören u. a. die Substitution wichtiger Substanzen wie Jod und Fluorid sowie Bewegung. Die Verwendung von Jodsalz zur Prophylaxe der Jodmangelstruma ist gut akzeptiert; in rund 90 Prozent der Familien wird jodiertes Speisesalz verwendet. Dagegen wird zur Zahnschmelzhärtung eine Fluoridprophylaxe nur bei rund der Hälfte der Kinder durchgeführt. Regelmäßigen Sport in einem Sportverein (länger als sechs Monate) betreiben lediglich 56 Prozent der Kinder.

Positiv entwickelt haben sich die Impfquoten der untersuchten Kinder: Mittlerweile haben über 80 Prozent der Kinder, von denen das Impfbuch vorlag, alle neun von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut empfohlenen Impfungen erhalten. Der Regionalvergleich zeigt allerdings, dass in einigen Gemeinden mit Quoten weit unter 80 Prozent der Impfschutz noch verbessert werden muss.

Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder haben eine zentrale Bedeutung für die Feststellung von Entwicklungsrückständen und die Früherkennung von Krankheiten. Sie finden von Geburt bis fünfeneinhalb

Jahren zu wichtigen Entwicklungszeitpunkten statt. In den vergangenen Jahren ist der Anteil der Kinder, die an allen neun Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben, kontinuierlich angestiegen, sie lag bei den Schulanfängern 2007 bei 76 Prozent mit allerdings großer Schwankungsbreite zwischen 60 und 90 Prozent innerhalb der Gemeinden. Die Tatsache, dass nur 55 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund an allen Untersuchungen teilgenommen hatten, zeigt, dass es in Familien mit Migrationshintergrund noch einen großen Informationsbedarf über das Vorsorgeuntersuchungsprogramm gibt.

Wie in den vergangenen Jahren zeigte sich bei den Untersuchungsbefunden ein hoher Anteil von Kindern mit abklärungsbedürftigem Sehtest: Bei fast einem Viertel aller Kinder wurde eine erstmalige oder erneute augenärztliche Abklärung empfohlen, bei rund sieben Prozent eine Abklärung des Hörvermögens. Kinder mit Migrationshintergrund zeigten häufiger abklärungsbedürftige Befunde.

37,8 Prozent der Kinder hatten aufgrund von Entwicklungsrückständen und /oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen bis zur Einschulungsuntersuchung eine oder mehrere systematische Fördermaßnahmen erhalten. Zu den häufigsten Fördermaßnahmen gehörten Sprachtherapie mit 24,9 Prozent, gefolgt von Frühförderung mit 13,2 Prozent. Regional gab es bei allen Fördermaßnahmen deutliche Unterschiede in der Inanspruchnahme. Durchgehend lag der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund deutlich unter dem Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund.

Auffallend waren auch die großen regionalen Unterschiede bei Übergewicht und Adipositas bzw. Untergewicht und Magersucht. Im Landesschnitt waren 11,7 Prozent der Kinder übergewichtig oder adipös. Die Schwankungsbreite auf Gemeindeebene reichte von unter fünf Prozent bis knapp 20 Prozent. Bei Kindern mit Migrationshintergrund war der Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder etwas höher, wobei es deutlichen Unterschieden zwischen den verschiedenen Ethnien gab. Die Beobachtung findet sich bundesweit in allen Einschulungsuntersuchungen. Tendenziell ist seit einigen Jahren kein weiterer Anstieg von Übergewicht und Adipositas bei Schulanfängern festzustellen; auch dies wird durch die Erhebungen anderer Bundesländer bestätigt. Untergewicht und Magersucht fand sich bei rund 12 Prozent; auch hier waren die Anteile lokal unterschiedlich.

Von Hauterkrankungen - in erster Linie Neurodermitis - waren zwölf Prozent der Kinder betroffen, wobei Kinder ohne Migrationshintergrund wesentlich häufiger Affektionen der Haut aufwiesen als Kinder mit Migrationshintergrund. Bei mehr als jedem fünften Kind fanden sich krankhafte Befunde der Bewegungsorgane, eine muskuläre Schwäche der Rumpfmuskulatur (Haltungsschwäche) war bei 8,0 Prozent festzustellen. Zur Zahngesundheit sind im Rahmen der Untersuchungen nur orientierende Aussagen möglich. Allen Kindern mit auffälligen Befunden wurden eine weitere zahnärztliche Abklärung angeraten. Bei Kindern mit Migrationshintergrund war der Anteil der Kinder, deren kariöse Zähne nicht saniert waren, fast doppelt so hoch wie bei den anderen.

Bei Überprüfung der verschiedenen Entwicklungsbereiche (Verhalten, Sprache, Motorik und Koordination, Kognition, Visumotorik) wiesen auffallend viele Kinder in Teilbereichen Entwicklungsverzögerungen auf. In allen untersuchten Bereichen waren Jungen deutlich häufiger betroffen als Mädchen: 16,3 gegenüber 7,4 Prozent in der Grobmotorik, 18,8 Prozent gegenüber 7,4 Prozent in der Feinmotorik. Behandlungsbedürftige Sprachentwicklungsverzögerungen fanden sich bei insgesamt 18,6 Prozent der Kinder. Dieser Wert stagniert auf ähnlich hohem Wert in den letzten Jahren. 1996 betrug der Anteil lediglich 12,2 Prozent.

Drei Viertel der Kinder mit Migrationshintergrund hatten gute Deutschkenntnisse, bei einem Viertel waren sie nicht ausreichend für die Anforderungen der Schule. Zwischen den Sprachkenntnissen von Kindern mit Migrationshintergrund und der Dauer des Kindergartenbesuches gibt es einen eindeutigen Zusammenhang: Nur die Hälfte der Kinder, die weniger als drei Jahre einen Kindergarten besucht haben, hatte gute Deutschkenntnisse, während dies bei Kindern, die länger als drei Jahre im Kindergarten waren, zu 84 Prozent der Fall war. Allerdings sind auch hinderliche soziokulturelle Aspekte beim Erlernen der deutschen Sprache zu berücksichtigen.

Die über die Jahre zu beobachtende hohe Zahl von Entwicklungsverzögerungen ist nicht durch die Zunahme angeborener oder erworbener Schädigungen erklärbar, sondern weist vielfach auf unzureichende Wahrnehmung und Förderung im Vorschulalter hin. Zwar hatte mehr als ein Drittel der Kinder bis zur



Einschulungsuntersuchung Fördermaßnahmen erhalten, die Untersuchungen zeigten allerdings, dass viele Kinder mit noch deutlichen Entwicklungsverzögerungen ohne die notwendige Förderung geblieben waren.

Auf der Grundlage der schulärztlichen Untersuchung wurde für insgesamt 84,4 Prozent der Jungen die Einschulung in die Regelschule empfohlen, davon waren 3.581 (78,1 Prozent) schulpflichtig und 287 (6,3 Prozent) zur vorzeitigen Einschulung angemeldet. Bei Mädchen wurde zu 89,7 Prozent die Einschulung in die Regelschule empfohlen, davon waren 3.372 (80,3 Prozent) schulpflichtig und 394 (9,4 Prozent) Antragskinder. Keine nennenswerten Unterschiede gab es bei der regulären Einschulung in die Regelschule zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Dagegen war der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund bei den vorzeitigen Einschulungen nur halb so groß, bei Empfehlung zur Einschulung in den Schulkindergarten/Klasse 0 dagegen fast doppelt so hoch. Die Empfehlung zur Einschulung in den Schulkindergarten/Klasse 0 war oftmals bedingt durch unzureichende Deutschkenntnisse in Kombination mit anderen Entwicklungsverzögerungen. Der Anteil der tatsächlich in den Schulkindergarten eingeschulten Kinder ist durch das Angebot der vorgeschalteten Deutschkurse in der Praxis etwas geringer. Bei 411 Kindern wurde eine sonderpädagogische Überprüfung angeraten, wobei die Hälfte der Überprüfungen auf Sprachbehinderungen entfiel. Bei 73 Kindern wurde eine schulpsychologische Untersuchung angeraten.

Bei Entwicklungsverzögerungen im Bereich der Sprache und Bewegung wurde eine Förderung innerhalb der Grundschule empfohlen, wenn nicht bereits Förderung an anderer Stelle erfolgte. Bei Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen wurde die jeweilige Schule über spezifische Aspekte der Förderung und Betreuung unterrichtet.

Über diese rein schulischen Empfehlungen hinaus wurden die Eltern über gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen beraten, u. a. zum Impfschutz, zur Ernährung, zu Bewegungsförderung sowie zu individuell festgestellten Befunden. Für insgesamt 1.493 Kinder wurden weitere Empfehlungen ausgesprochen, am häufigsten waren Empfehlungen zur sportlichen Betätigung in einem Sportverein und zur Ernährungsberatung. Darüber hinaus wurde bei Bedarf auf familienunterstützende Maßnahmen hingewiesen und auf Wunsch auch entsprechende Kontakte mit Jugendamt oder Erziehungsberatungsstellen hergestellt. Bei Kindern mit komplexeren Beeinträchtigungen wurden auch weitergehende Überprüfungen durch das sozialpädiatrische Zentrum veranlasst. Im Einzelfall waren die sozialen Dienste der Gesundheitsämter mit Einverständnis der Erziehungsberechtigten tätig und leisteten Hilfestellung.

## 9 Rückblick und Ausblick

Die Ergebnisse auch der Einschulungsuntersuchung 2007 zeigen, ebenso wie die des gleichlautenden Berichtes über die Einschulungskinder 2004, dass die gesundheitliche Versorgung der Kinder im Vorschulalter durch eine Reihe von Maßnahmen verbessert werden kann. Dazu gehören neben Maßnahmen der individuellen Gesundheitsförderung und primären Prävention konsequente Krankheitsfrüherkennung, eine altersentsprechende Förderung der Entwicklung und sowie die bessere Integration von Kindern mit Migrationshintergrund.

Als konkrete Handlungsfelder waren im damaligen Bericht u. a. die Verbesserung der Teilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen, die Verbesserung des Impfschutzes, Bewegungsförderung, bessere allgemeine Förderung der kindlichen Entwicklung im Elternhaus und in Kindertageseinrichtungen, insb. der Sprachförderung, Fein- und Visumotorik, frühzeitiges Erkennen von Entwicklungsrückständen und Einleitung adäquater Fördermaßnahmen, Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Kindern mit Migrantensstatus durch muttersprachliche Informationen in Geburtskliniken bei Kinderärzten, in Kindertageseinrichtungen genannt worden.

Zwischenzeitlich wurden wichtige Maßnahmen auf den Weg gebracht, um Kinder und ihre Familien im Vorschulalter besser zu erreichen:

## 9.1 Landesprogramm „Frühe Hilfen“

Das System der Gesundheitsversorgung in der Schwangerschaft, im Rahmen der Geburt sowie der nachgehenden Betreuung von Mutter und Kind ist als etabliertes und gut angenommenes System am besten geeignet, einen frühen Zugang zu allen Familien zu ermöglichen. Mit dem Landesprogramm „Frühe Hilfen“ sollen das Elternwissen um kindliche Bedürfnisse und gesundes Aufwachsen gestärkt, mögliche Gefährdungen für die Gesundheit und Entwicklung der Kinder erkannt und Beratung und Hilfen für die Familien eingeleitet werden. Das Landesprogramm wird von 2007 bis 2010 wissenschaftlich begleitet vom Heidelberger Institut für Familientherapie und Kooperationsforschung. Um die Kompetenz der Eltern im Umgang mit dem Kind und als primäre und wichtigste Bezugspersonen des Kindes zu fördern, wird ihnen in Wohnortnähe der Kurs „Das Baby verstehen“ angeboten, in dem Wissen um das Kind, um kindliche Bedürfnisse und Entwicklungsförderung vermittelt wird. Gleichzeitig werden im Teilprojekt „Keiner fällt durchs Netz“ Familien mit psychosozialer Problemlage, die die gesunde Entwicklung des Kindes gefährden kann, identifiziert, auf Angebote der Beratung, Hilfe und Unterstützung hingewiesen und auf Wunsch auch vermittelt.

Seit 2007 werden die Gesundheitsprofessionen von Ärztinnen und Sozialarbeiterinnen in den neu geschaffenen Koordinierungsstellen der Landkreise bzw. des Stadtverbandes Saarbrücken<sup>1</sup> um ihre Mitarbeit in diesem Präventionsprojekt gebeten. Sie initiieren Fortbildungen im Erkennen psychosozialer Risiken und den damit einhergehenden Folgen für die Entwicklung und Gesundheit der Kinder und schaffen Netzwerke zwischen allen Professionen der Gesundheitsversorgung und Hilfesysteme öffentlicher und freier Träger sowie den Kindertageseinrichtungen, um durch gegenseitiges Kennenlernen der Hilfemöglichkeiten die Zusammenarbeit zu verbessern. Gleichzeitig stellen die Mitarbeiterinnen der Koordinierungsstellen neutrale Ansprechpartner für die Gesundheitsprofessionen und auch direkt für die Familien bei psychosozialen Problemlagen dar, beraten die Familien und leiten die weitergehenden Hilfen ein.

Als neue Hilfeform betreuen Familienhebammen und Kinderkrankenschwestern Familien, in denen das Wahl des Kindes gefährdet ist, im ersten Lebensjahr im häuslichen Umfeld. Auch wenn jenseits des ersten Lebensjahres, z.B. im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen oder sonstiger medizinischer Anlässe, Förderbedarf für das Kind oder Unterstützungsbedarf für die Familie festgestellt wird, bleiben die Koordinierungsstellen Ansprechpartner für die weiteren Hilfemaßnahmen. Deshalb stellt auch die Verbesserung der Teilnahme an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen einen wichtigen Baustein im Landesprogramm Frühe Hilfen dar.

Die Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen in der Gesundheitsvorsorge und Früherkennung wird eindrücklich belegt durch die Tatsache, dass Kinder, die an allen Untersuchungen teilgenommen haben, deutlich weniger Entwicklungsrückstände und unversorgte Krankheitsbilder aufwiesen als Kinder mit fehlenden Vorsorgen. Gleichzeitig können durch diese Untersuchungen, die bis zum sechsten Lebensjahr zu definierten Zeiten stattfinden, auch psychosoziale Risikofaktoren, die die gesunde Entwicklung der Kinder gefährden können oder Anzeichen von Vernachlässigung oder Misshandlung erkannt werden. Deshalb sollten diese Untersuchungen allen Kindern zugute kommen. Die 2005 und 2006 erhobene politische Forderung der Bundesländer an die Bundesregierung, gesetzlich eine verpflichtende Teilnahme vorzuschreiben, wurde leider nicht umgesetzt. Das Saarland hat daher mit dem Gesetz zum Schutz der Kinder vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung vom 7.2.2007 als erstes Bundesland die Möglichkeit geschaffen, durch Motivation zur Teilnahme über persönliche Einladung und durch nachgehende Interventionen bei Versäumnis der Untersuchung innerhalb der vorgesehenen Frist eine Verbesserung der Teilnahme zu erreichen.

Ärztinnen und Ärzte melden seit April 2007 verpflichtend die Teilnahme eines Kindes von U3 bis U9 an das Zentrum für Kindervorsorge (ZfK) am Universitätsklinikum des Saarlandes. Dort erfolgt der Abgleich mit dem Meldedaten der Kommunen. Bei fehlender Arztmeldung werden durch zwei zeitlich gestaffelte Erinnerungsschreiben des Zentrums sowie nachfolgende Interventionen des Gesundheitsamtes (schriftlich, telefonisch und ggf. durch zwei angekündigte Hausbesuche) die Eltern zur Teilnahme an der Untersuchung aufgefordert. Kommt es zu keinem Kontakt oder wird die Untersuchung nicht durchgeführt, wird das Jugendamt eingeschaltet, um eine mögliche Kindeswohlgefährdung auszuschließen. Um auch Familien mit Migrationshintergrund zu erreichen, werden die Einladungs- und Erinnerungsschreiben außer in Deutsch auch in den sieben weiteren hier am häufigsten gesprochenen Sprachen mit versendet.

<sup>1</sup> seit 1. Januar 2008: Regionalverband Saarbrücken

Die positive Entwicklung der Teilnahmequoten und die Rückmeldungen von Ärzten und Eltern belegen die gute Akzeptanz dieser Maßnahme, so dass in den kommenden Jahren über die erhöhte Teilnahme auch rechtzeitige Maßnahmen zur Entwicklungsförderung und ein Mehr an Krankheitsfrüherkennung, insbesondere auch bei Kindern mit Migrationshintergrund, zu erwarten ist.

Mit dem Landesprogramm „Frühe Hilfen“ und seinen Bausteinen wurden Strukturen geschaffen, die Ansprechpartner für Gesundheitsprofessionen und ggf. Kindertageseinrichtungen bei erkanntem Unterstützungsbedarf und niedrigschwellige Beratung und Hilfevermittlung für Familien beinhalten und zu besserem Wissen der Eltern mit dem Kind beitragen können.

## **9.2 Beratung bei Entwicklungsförderung**

In Ergänzung zu den o. g. Maßnahmen halten alle Frühförderstellen als niedrigschwelliges Angebot ein unentgeltliches Beratungsangebot vor für Familien mit chronisch kranken und/oder entwicklungsverzögerten Kindern.

## **9.3 Neuordnung der Frühförderung**

In der Umsetzung des im Sozialgesetzbuch IX festgeschriebenen Anspruchs auf Früherkennung und Frühförderung sowie der darauf basierenden Frühförderverordnung wurde im Saarland die Frühförderung neu geordnet. Die Frühfördereinrichtungen halten nun als „integrierte Frühförderstellen“ für Kinder mit Förderbedarf in mehreren Bereichen ein komplexes Angebot an Fördermaßnahmen vor, so dass die Förderung in einer Hand liegt. Die Erstellung eines Behandlungsplanes sowie die kontinuierliche Überprüfung erfolgt in Zusammenarbeit von Medizinern, Psychologen und Therapeuten und verpflichtet die Eltern zur Mitwirkung. Krankenkassen und öffentliche Hand beteiligen sich an der Finanzierung. Kinder mit noch weitergehendem Förderbedarf werden im sozialpädiatrischen Zentrum an der Kinderklinik Kohlhof betreut. Die spezielle Frühförderung für hör- und sehbehinderte Kinder wird weitergeführt, allerdings je nach weiterem Förderbedarf auch als Komplexleistung erbracht.

Kinder mit isoliertem Förderbedarf, z.B. Sprachtherapie oder Krankengymnastik erhalten entsprechende Therapien weiterhin direkt über das Versorgungssystem. Für Kinder mit alleinigem Frühförderbedarf bleibt die öffentliche Hand alleiniger Kostenträger.

## **9.4 Besuch des Kindergartens fördern**

Durch die seit 2000 durch das Land erbrachte Freistellung der Elternbeiträge im letzten Kindergartenjahr hat sich der Anteil der Kinder, die regelmäßig einen Kindergarten besuchen, kontinuierlich erhöht. Dies gilt im besonderen Maße für Kinder mit Migrationshintergrund mit der Folge einer deutlich verbesserten Integration.

## **9.5 Saarländisches Kinderbetreuungs- und -bildungsgesetz vom 18.06.2008**

Mit diesem Gesetz und der dazugehörigen Ausführungsverordnung werden alle Betreuungsformen wie Kinderkrippe, Kindergarten und Kinderhort als Tageseinrichtungen für Kinder - zeitgerecht und an modernste pädagogische Erkenntnisse angepasst - gleich behandelt. Ebenso gleichberechtigt wurde die Kindertagespflege einbezogen. Das Ministerium für Bildung, Familie, Frauen und Kultur wurde ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales eine Verordnung zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge zu erstellen. Diese soll bis Ende des Jahres 2008 in Kraft treten. Sie kann unbeschadet der Vorschriften des Infektionsschutzgesetzes auch ärztliche Untersuchungen vor der Aufnahme in die Tageseinrichtung für Kinder mit Überprüfung und Hinwirken auf die Komplettierung eines altersentsprechenden Impfschutzes nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut sowie ärztliche Untersuchungen durch den öffentlichen Ge-

sundheitsdienst während des Aufenthaltes in Kindertageseinrichtungen oder in der Kindertagespflege vorsehen.

Diese Regelungen könnten in Zusammenwirken mit § 8 des Gesundheitsdienstgesetzes dazu beitragen, die gesundheitliche Prävention in den Einrichtungen voranzubringen und auch einen zeitgerechten Impfschutz fördern. Damit könnte wirksamer als bisher das Eintragen und die Weiterverbreitung impfpräventabler Krankheiten in den Kindertageseinrichtungen verhindert werden. Dies ist zum einen im Hinblick auf die zunehmende Zahl ganz junger Krippenkinder wichtig, für die einige Impfungen noch nicht empfohlen sind (Windpocken, Masern, Mumps, Röteln), aber auch zum Schutz kranker und abwehrschwächer Kinder, die ggf. gegen einzelne Krankheiten nicht geimpft werden können.

### **9.6 Bildungsprogramm für saarländische Kindergärten**

Das 2006 vorgestellte Bildungsprogramm für Saarländische Kindergärten bietet den Erzieherinnen und Erziehern einen fachlichen Orientierungsrahmen für die pädagogische Arbeit mit Kindern in Kindergärten und Kindertagesstätten. Es wurde zwischen dem Land und allen Trägern der Kindertageseinrichtungen vereinbart und beinhaltet konkrete Handreichungen für die pädagogische Arbeit im Kindergarten in allen relevanten Entwicklungsbereichen und regelmäßige Entwicklungsbeobachtungen, die an die Eltern zurückgemeldet werden sollen, um notwendige weitere Fördermaßnahmen zu veranlassen. Dieses Bildungsprogramm wird dazu beitragen, die vielfachen Aspekte des individuellen Förderbedarfs besser zu erkennen und eine fachgerechte Förderung im Kindergartenalltag zu ermöglichen. Gleichzeitig kann es durch die Entwicklungsbeobachtung mit Hinweis auf den aktuellen Entwicklungsstand des Kindes - auch im Vergleich zur Altersgruppe - einen strukturierten Dialog mit den Eltern fördern und zur Einsicht in notwendige häusliche oder externe Fördermaßnahmen beitragen.

Um auch für die Schule relevante Aspekte aufzugreifen, wurde insbesondere für die individuelle Bildungsdokumentation das Portfolio „Entwicklungstagebuch geführt vom Kind und seinen Bildungsbegleitern“ herausgegeben. Es leistet einen wichtigen Beitrag beim Übergang vom Kindergarten in die Grundschule. Ein gesonderter Entwicklungsbericht wird den Eltern übergeben, um wichtige Aspekte aus dem Kindergartenalltag auch den zukünftigen Lehrerinnen und Lehrern bekannt zu machen.

### **9.7 „Früh Deutsch lernen“ - Sprachkurse für Kinder mit Migrationshintergrund im Halbjahr vor der Einschulung**

Bereits seit dem Schuljahr Kinder 2003/2004 bieten - über das Land verteilt - 42 Grundschulen das Sprachförderprogramm "Früh Deutsch lernen" für Kinder an, welche die deutsche Sprache nicht ausreichend sprechen und verstehen können, um die Chancen für einen guten Schulstart zu erhöhen. Die Kurse sind für die Eltern kostenlos. In 10 Stunden pro Woche lernen ca. 300 Kinder/Jahr über sechs Monate deutsch. Nahezu alle Kinder erwerben gute Sprachkenntnisse und können die erste Klasse besuchen. Auch nach der Einschulung stehen die Kursleiterinnen und -leiter noch einige Monate für ergänzende Sprachförderung zur Verfügung, um das Gelernte gezielt zu vertiefen und den Einstieg in die Grundschule erfolgreich zu gestalten. Über die Kindergärten werden die Eltern auf dieses Programm hingewiesen und die Kinder über eine vorzeitige Schulanmeldung zu den Kursen angemeldet.

### **9.8 Förderung von Kindern mit chronischen Krankheiten und Beeinträchtigungen**

Die Integration von Kindern mit chronischen Krankheiten und Beeinträchtigungen im Kindergartenbereich wird von Seiten der Eltern und Einrichtungen gut angenommen und weiter ausgebaut. Gleiches gilt auch für den Schulbereich. Das Überprüfungsverfahren bei notwendiger sonderpädagogischer Förderung würde transparenter gestaltet. Mit der im Schulpflichtgesetz geschaffenen Möglichkeit der befristeten Ausschulung schwer kranker und behinderter Kinder wird individuellen Krankheits- und Entwicklungsverläufen besser Rechnung getragen.

Die adäquate Förderung chronisch kranker und behinderter Kinder stellt in Anbetracht des breiten Spektrums chronischer Erkrankungen und Behinderungen für Lehrerinnen und Lehrer insbesondere an den Regelschulen eine tägliche Herausforderung und zusätzliche Belastung dar, die nur im gemeinsamen Bemühen von Elternhaus und Schule zu bewältigen ist. Der im Saarland im Bundesvergleich hohe Anteil von in den Regelschulen integrierten Kindern unterstreicht das Engagement aller Beteiligten in diesem Bereich.

Für Kinder mit Mehrfachbehinderung, z. T. mit Schwerstmehrfachbehinderung, ist es trotz deutlicher Verbesserungen der schulspezifischen Infrastrukturen nach wie vor schwierig, die adäquate Schulform zu finden, die neben komplexen pädagogischen Ansätzen auch ausreichende pflegerische und therapeutische Angebote vorhält.

Viele Maßnahmen der Prävention wurden auf den Weg gebracht, die kurz- und mittelfristig die Gesundheit und Entwicklung von Kindern im Saarland - auch der Kinder mit Migrationshintergrund - verbessern können. All diese Ansätze erfordern eine intensive Mitwirkung der Eltern als wichtigste Bezugspersonen des Kindes und für deren Sorge Verantwortliche. Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsberatung können nur greifen, wenn sie im Lebensumfeld und Lebensalltag des Kindes umgesetzt werden. Dazu zählen gesunde Ernährung, Bewegungsförderung, Zuwendung zum Kind und Schaffung von adäquaten Anreizen zu Entwicklungsförderung. Das Vermeiden von Tabakkonsum im Umfeld des Kindes gehört ebenso dazu. Auch wenn das saarländische Nichtraucherschutzgesetz das Rauchen im öffentlichen Bereich untersagt, kann es die persönliche Entscheidung von Eltern nicht ersetzen, im privaten Bereich nicht zu rauchen.

Die negativen Folgen des Rauchens spiegeln sich auch in der im Bundesvergleich hohen Rate an untergewichtigen und frühgeborenen Kindern im Saarland wider und sollten verstärkt in der gesundheitlichen Betreuung bei geplanter und insbesondere bestehender Schwangerschaft thematisiert werden. Angesichts der großen Zahl von Kindern mit Entwicklungsrückständen in den verschiedenen Bereichen muss es Ziel sein, diese Aspekte in der medizinischen Diagnostik und pädagogischen Förderung stärker zu beachten, um den Kinder einen besseren Schulstart zu ermöglichen. Für viele Kinder hätte eine konsequente und an kindlichen Lernprozessen orientierte Förderung in Elternhaus und Kindertageseinrichtung ausgereicht, eine altersgerechte Entwicklung auch in den schulrelevanten Bereichen zu erreichen. Eine große Zahl Kinder hatten in höchst unterschiedlicher regionaler Verteilung im Vorschulalter an entsprechenden Fördermaßnahmen teilgenommen, andere blieben trotz offensichtlichem professionellen Förderbedarf ohne notwendige Förderung.

In diesem Kontext sollten auch Früherkennungsuntersuchungen dem gesellschaftlichen Bedarf angepasst werden: Gesundheitsberatung bei vielfach fehlendem Elternwissen sowie die Entwicklungsdiagnostik sind bislang nicht Bestandteil des Leistungskatalogs und sind im Rahmen der Untersuchung kaum leistbar. Auch ein Screening auf psychosoziale Risiken ist bislang trotz mehrfacher Aufforderung durch die Politik vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht aufgenommen worden. Die Kinderrichtlinien als untergesetzliche Norm verpflichten zwar die Ärztinnen und Ärzte, bei Hinweisen auf Gefährdung des Kindeswohles die erforderlichen Maßnahmen einzuleiten, unterstützen damit aber nicht das anzustrebende präventive Handeln. Nach wie vor fehlt es den Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen an der verbindlichen Standardisierung und einer sachgerechten Dokumentation der erhobenen Befunde. Damit sind frühzeitig wichtige epidemiologischen Aussagen über Häufigkeiten von Erkrankungen und Beeinträchtigungen im frühen Kindesalter weiterhin nicht möglich und Handlungsbedarf weder unmittelbar und in der Tendenz erkennbar.

Verbesserungsbedarf wird auch im Bereich der medizinischen Versorgung im Vorschulalter gesehen: Betrachtet man die medizinische Versorgung, so zeigt sich dass regional in höchst unterschiedlichem Maße medizinische Maßnahmen veranlasst bzw. durchgeführt werden. Neben partiellen Defiziten in der medizinischen Versorgung kann auch eine regionale Überversorgung ursächlich sein. Anzustreben ist eine qualitätsgesicherte, bedarfsgerechte und nicht angebotsinduzierte Versorgung.

Der Bericht soll Eltern, Ärztinnen und Ärzten, Gesundheitsbehörden, aber auch allen in der Erziehungsarbeit in Kindertageseinrichtungen und im Schulbereich Tätigen und allen weiteren, die Verantwortung für Kinder tragen, über die Gesundheit und Entwicklung der Schulanfänger des Schuljahres 2007/2008

informieren. Gleichzeitig weist er auf wichtige Weichenstellungen hin, die im Gesundheits-, Bildungs- und Jugendhilfebereich in den letzten Jahren erfolgt sind mit dem Ziel, die Gesundheit der Kinder zu verbessern und Gefährdungen des Kindeswohles vorzubeugen. Auch angesichts der positiven Entwicklung sind Defizite offensichtlich. Daher muss die Verbesserung der gesundheitlicher Versorgung und der Förderung der Kinder im Vorschulalter Anliegen und Herausforderung aller bleiben.

**Anhang****Tabellenverzeichnis**

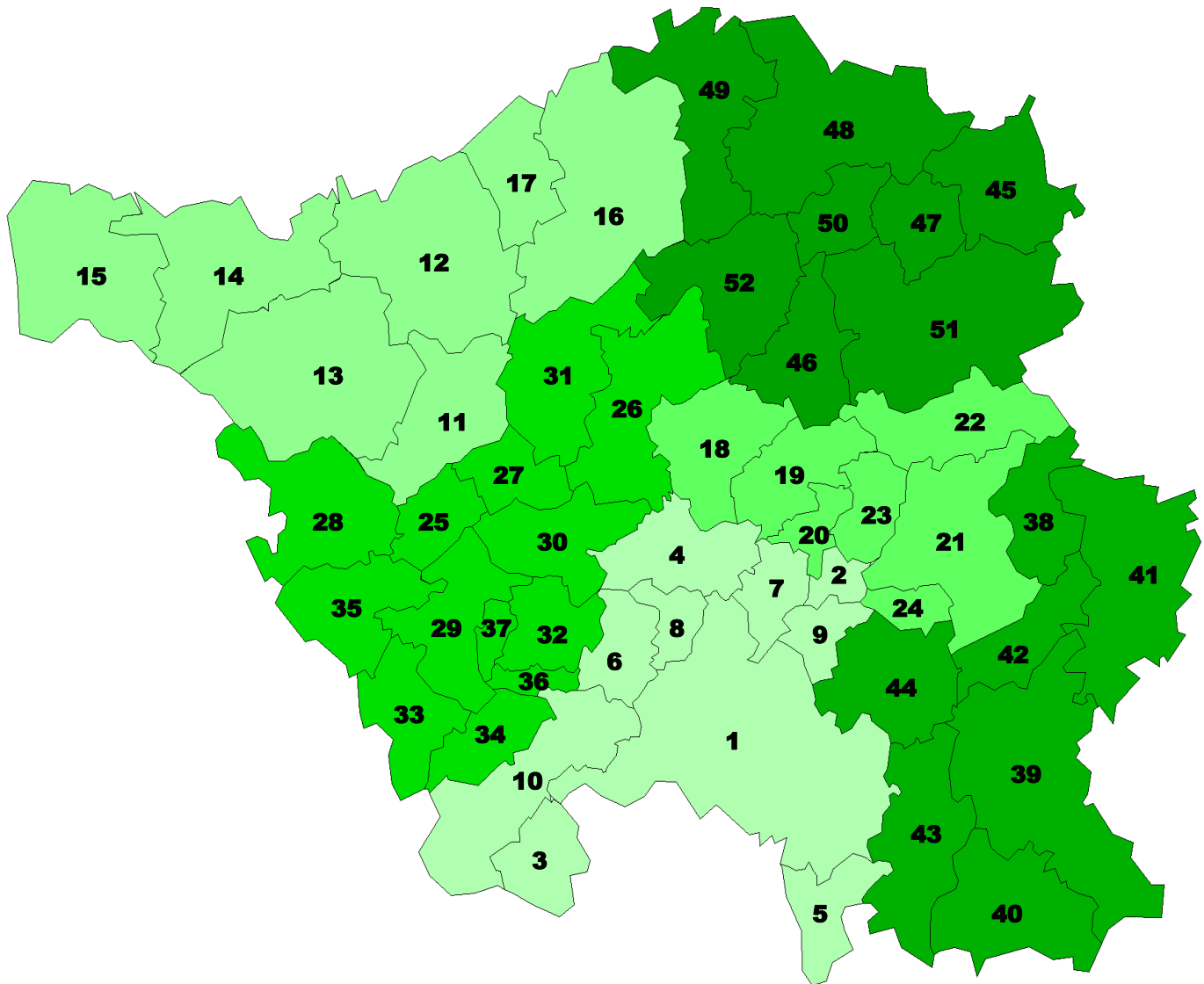
Tab. 1: Entwicklung der Kindergartenbesuches von Kindern mit Migrationshintergrund.....	12
Tab. 2: Geburtsmodus der Kinder nach Herkunft .....	15
Tab. 3: Anteil der Kinder in Fördermaßnahmen nach Herkunft und Geschlecht .....	32
Tab. 4: Teilnahme an Fördermaßnahmen nach Herkunft und Geschlecht.....	33
Tab. 5: Empfehlung zur augenärztlichen Untersuchung .....	37
Tab. 6: Spektrum der chronischen Krankheiten und Behinderungen bei Einschulkindern 2007 .....	44
Tab. 7: Schulempfehlungen 2007 nach Herkunft und Geschlecht .....	51

**Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Anzahl der untersuchten Kinder nach Landkreisen und Geschlecht.....	9
Abb. 2: Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund nach Herkunftsregionen .....	9
Abb. 3: Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund nach Landkreisen und Geschlecht .....	10
Abb. 4: Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund nach Gemeinden.....	10
Abb. 5: Aufgliederung der Schulen nach dem Anteil der Schüler mit Migrationshintergrund .....	11
Abb. 6: Zusammensetzung der Schulanfänger nach Herkunft und Status der Schulpflicht.....	11
Abb. 7: Anteil der Kinder mit wenigstens dreijährigem Kindergartenbesuch .....	12
Abb. 8: Anzahl der Kindergartenjahre nach Herkunft der Schulanfänger .....	13
Abb. 9: Anzahl der Kinder in den Familien der Einschüler nach Herkunft .....	14
Abb. 10: Geburtsgewicht der Kinder nach Größenklassen .....	15
Abb. 11: Anteil der Kinder mit Entwicklungsrückständen in ausgewählten Bereichen in Abhängigkeit von der Schwangerschaftsdauer.....	15
Abb. 12: Anteil der Kinder mit Fördermaßnahmen in Abhängigkeit von der Schwangerschaftsdauer .....	16
Abb. 13: Anzahl der Bereiche mit Entwicklungsrückständen in Abhängigkeit von der Schwangerschaftsdauer .....	16
Abb. 14: Entwicklung der Erkrankungsraten ausgewählter Infektionskrankheiten zwischen 1995 und 2007.....	17
Abb. 15: Anteil der Schulanfänger mit einer entsprechenden Vorerkrankung .....	18
Abb. 16: Häufigkeit von Vorerkrankungen nach Herkunft.....	18
Abb. 17: Häufigkeit von Allergien nach Landkreisen und Geschlecht.....	19
Abb. 18: Medikamenteneinnahme der Einschulkinder nach Herkunft und Geschlecht.....	20
Abb. 19: Häufigkeit ausgewählter Operationen bei Schulanfängern nach Landkreisen.....	20
Abb. 20: Anteil von Kindern mit Operationen nach Herkunft und Landkreisen .....	21
Abb. 21: Häufigkeit von Unfällen nach Landkreisen und Geschlecht .....	22
Abb. 22: Anteil der Kinder mit Unfällen nach Gemeinden .....	22
Abb. 23: Anteil der Kinder mit Impfbuch nach Herkunft.....	23
Abb. 24: Anteil der Kinder mit entsprechendem Impfschutz nach Herkunft.....	24
Abb. 25: Unterschiede im Impfschutz gegen ausgewählte Infektionskrankheiten nach Kreisen .....	24
Abb. 26: Anteil der Kinder mit komplettem Impfschutz gegen alle neun zu impfenden Infektionskrankheiten nach Landkreisen und Herkunft .....	25
Abb. 27: Anteil der Kinder mit komplettem Impfschutz gegen alle neun zu impfenden Infektionskrankheiten nach Gemeinden .....	25

Abb. 28: Die Impfquoten in Deutschland und im Saarland im Jahr 2006 .....	26
Abb. 29: Entwicklung der Impfraten gegen ausgewählte Infektionskrankheiten von 1994 bis 2007 .....	26
Abb. 30: Anteil der Kinder mit Vorsorgebuch nach Gemeinden .....	27
Abb. 31: Anteil der Kinder, die an allen neun Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben .....	27
Abb. 32: Anteil der Kinder mit vollständig durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen 1995 bis 2007 .....	28
Abb. 33: Anteil der Kinder mit Vorsorgebuch und mit Teilnahme an allen neun Untersuchungen nach Landkreisen und Herkunft .....	28
Abb. 34 Anteil der Kinder an den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 nach Herkunft .....	29
Abb. 35: Anzahl der Kinder mit Teilnahme an U9 über den Zeitraum von 1995 bis 2007 .....	29
Abb. 36: Anteil der Kinder mit Entwicklungsstörungen in ausgewählten Bereichen in Abhängigkeit von der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen .....	30
Abb. 37: Präventive Maßnahmen bei den Einschulkindern 2007 .....	31
Abb. 38: Anteil der Kinder, die in einem Sportverein aktiv sind .....	31
Abb. 39: Anteil der Kinder mit Fördermaßnahmen nach Herkunft und Landkreisen .....	33
Abb. 40: Anteil der Kinder mit Fördermaßnahmen nach Gemeinden .....	33
Abb. 41: Anteil der Einschulkinder mit Frühfördermaßnahmen nach Landkreisen .....	34
Abb. 42 : Anteil der Einschulkinder in Frühfördermaßnahmen von 1998 bis 2007 .....	34
Abb. 43: Anteil der Kinder mit Sprachtherapie nach Gemeinden .....	35
Abb. 44: Anteil der Schulanfänger 2007 an ausgewählten Fördermaßnahmen nach Kreisen .....	36
Abb. 45: Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder nach Landkreisen und Herkunft .....	39
Abb. 46: Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder nach Herkunftsregion und Geschlecht .....	39
Abb. 47: Anteil übergewichtiger oder adipöser Kinder nach Gemeinden .....	40
Abb. 48: Anteil der Jungen und Mädchen mit Übergewicht und Adipositas von 1996 bis 2007 .....	40
Abb. 49: Anteil der Schulanfänger mit Erkrankungen des allergischen Formenkreises nach Landkreisen .....	41
Abb. 50: Anteil der Schulanfänger mit Erkrankungen des allergischen Formenkreises von 1998 bis 2007 .....	42
Abb. 51: Befunde des Skelettsystems bei Einschulkindern nach Herkunft und Geschlecht .....	42
Abb. 52: Anzahl von Kindern mit ausgewählten Befunden, die einer weiteren Abklärung bedürfen .....	43
Abb. 53: Anteil der Kinder mit Entwicklungsrückständen in ausgewählten Bereichen .....	44
Abb. 54: Übersicht über Verhaltensauffälligkeiten bei den Schulanfängern .....	45
Abb. 55: Anteil therapiebedürftiger Artikulationsstörungen von 1998 bis 2007 .....	46
Abb. 56: Anteil der Kinder mit noch nicht behandelten Sprachentwicklungsstörungen nach Landkreisen .....	47
Abb. 57 Deutschkenntnisse der Einschulkinder mit Migrationshintergrund nach Herkunftsregion .....	47
Abb. 58: Deutschkenntnisse bei hier geborenen Kindern mit Migrationshintergrund in Abhängigkeit von der Dauer des Kindergartenbesuchs .....	48
Abb. 59: Anteil von Kindern mit Entwicklungsrückständen im Bereich von Motorik und Koordination von 1996 bis 2007 nach Geschlecht .....	49
Abb. 60: Anteil der Kinder mit Auffälligkeiten beim Breuer-Weuffen-Test .....	50
Abb. 61: Anzahl empfohlener sonderpädagogischer Überprüfungen auf ausgewählte Behinderungen .....	53
Abb. 62: Anteil der Kinder mit ausgewählten Empfehlungen nach Herkunft und Geschlecht .....	53



**Stadtverband Saarbrücken**

- 1 Saarbrücken
- 2 Friedrichsthal
- 3 Großrosseln
- 4 Heusweiler
- 5 Kleinblittersdorf
- 6 Püttlingen
- 7 Quierschied
- 8 Riegelsberg
- 9 Sulzbach
- 10 Völklingen

**Landkreis Merzig-Wadern**

- 11 Beckingen
- 12 Losheim am See
- 13 Merzig
- 14 Mettlach
- 15 Perl
- 16 Wadern
- 17 Weiskirchen

**Landkreis Neunkirchen**

- 18 Eppelborn
- 19 Illingen
- 20 Merxweiler
- 21 Neunkirchen
- 22 Ottweiler
- 23 Schiffweiler
- 24 Spiesen-Elversberg

**Landkreis Saarlouis**

- 25 Dillingen
- 26 Lebach
- 27 Nalbach
- 28 Rehlingen-Siersburg
- 29 Saarlouis,
- 30 Saarwellingen
- 31 Schmelz
- 32 Schwalbach
- 33 Überherrn
- 34 Wadgassen
- 35 Wallerfangen
- 36 Bous
- 37 Ensdorf

**Saarpfalz-Kreis**

- 38 Bexbach
- 39 Blieskastel
- 40 Gersheim
- 41 Homburg
- 42 Kirkel
- 43 Mandelbachtal
- 44 St. Ingbert

**Landkreis St. Wendel**

- 45 Freisen
- 46 Marpingen
- 47 Namborn
- 48 Nohfelden
- 49 Nonnweiler
- 50 Oberthal
- 51 St. Wendel
- 52 Tholey

