

Gesundheitsberichterstattung

Die Einschulungsuntersuchung im Einschulungsjahrgang 2011

Sprachstandsdiagnostik
Logopädie und Ergotherapie
Impfungen



Inhaltsverzeichnis

Seite

Vorwort	5
Wie untersucht das Gesundheitsamt die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder?	6
Ergebnisse der Sprachstandsdiagnostik	7
Diskussion der Sprachstandserhebung	9
Logopädie und Ergotherapie bei Kindergartenkindern:	
Benachteiligung von Kindern aus Migrantenfamilien?	11
Impfschutz der Schulanfänger 2011	13
Diskussion der Durchimpfungsquoten der Schulanfänger 2011	17
Anhang	18

Herausgeber

Landratsamt Rastatt
Gesundheitsamt
Sachgebiet Kinder- und Jugendgesundheit, Prävention
Am Schlossplatz 5
76437 Rastatt

Ansprechpartner

Martin Schüler
Tel.: 07222 381-2300
Fax: 07222 381-2399
E-Mail: Amt23@Landkreis-Rastatt.de
Web: www.landkreis-rastatt.de

Vorwort

Seit 2009 wird in Baden-Württemberg die Einschulungsuntersuchung (ESU) nach einem neuen Konzept durchgeführt (siehe Anhang). Wesentliche Elemente dieser Neukonzeption sind:

- die Einführung einer Untersuchung bereits im vorletzten Kindergartenjahr (Schritt 1) mit dem Ziel, eventuell notwendige Fördermaßnahmen für das letzte Kindergartenjahr zu empfehlen,
- die Einbeziehung der Erzieher/-innen mit Fragebögen zum Entwicklungsstand der Kinder,
- ein Sprachscreening bei allen Kindern bei der Schritt-1–Untersuchung,
- eine Sprachstandsdiagnose bei den Kindern, die im Screening auffällig sind.

Das Gesundheitsamt Rastatt hat alle Kinder des Einschulungsjahrgangs 2011 (Geburtsdatum: 01.10.2004 bis 30.09.2005, reguläre Einschulung September 2011) aus dem Landkreis Rastatt und dem Stadtkreis Baden-Baden nach den Richtlinien der neuen ESU mit „Schritt 1“ untersucht mit Ausnahme der Kinder, die einen Schulkindergarten besuchen und deshalb schon an einer umfangreichen Förderdiagnostik teilgenommen haben.

Bereits vor einem Jahr hatte das Gesundheitsamt Rastatt im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung über die Ergebnisse der Sprachdiagnostik des Einschulungsjahrgangs 2010 berichtet.

Für den Einschulungsjahrgang 2011 stellt dieser Bericht nun die Ergebnisse der Sprachdiagnostik, die Erhebung des Impfstatus und eine Übersicht zur Häufigkeit von Ergotherapie und Logopädie zusammen.

Wie untersucht das Gesundheitsamt die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder?

Bei der Schritt-1-Untersuchung beobachten wir die **spontane Sprache** des Kindes und achten auf das Beherrschen von Satzbau, richtigen Artikeln, Verb- und Pluralformen sowie Präpositionen.

Wir erfragen, welche Sprache das Kind zuerst erlernt hat, welche Sprachen in seiner Familie gesprochen werden und ob eventuell bereits eine logopädische Behandlung durchgeführt wurde.

Im Erzieherinnenfragebogen wird das Erreichen von **Meilensteinen der Sprachentwicklung** getrennt für Vierjährige und Fünfjährige beurteilt:

4 Jahre:

- Kind verwendet „Ich“ zur Selbstbezeichnung;
- Ereignisse/Geschichten werden in etwa in zeitlicher und logischer Reihenfolge wiedergegeben, meist noch mit „... und dann ... und dann“ – Verknüpfungen;

5 Jahre:

- Ereignisse/Geschichten werden in richtiger zeitlicher und logischer Reihenfolge wiedergegeben, mit korrekter, jedoch noch einfach strukturierter Syntax.

Mit Hilfe des Ravensburger Lautprüfbogens überprüfen wir die **richtige Aussprache**, d. h. ob einzelne oder mehrere Laute falsch gesprochen, ausgelassen oder ersetzt werden.

Außerdem wird bei der Schritt-1-Untersuchung der kurze Sprachtest **HASE** (Heidelberger auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung) durchgeführt. Die Kinder sollen hierbei **Sätze nachsprechen, Zahlenfolgen wiederholen und Kunstwörter nachsprechen**. Das Ergebnis wird altersabhängig für 4- bis 4½-Jährige, 4½ - bis 5-Jährige und 5- bis 6-Jährige bewertet. Bei grenzwertigen Befunden im Nachsprechen von Sätzen wird das Sprachverständnis zusätzlich mit dem Kurzverfahren zur Überprüfung des lautsprachlichen Niveaus 5- bis 6-Jähriger (**KVS**) von Breuer/Weuffen geprüft.

Bei Auffälligkeiten im oben beschriebenen HASE-Test, KVS oder bei sonstigen Hinweisen auf Probleme in der Sprachentwicklung führt das Gesundheitsamt einen **SETK 3-5** (Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder) durch. In fünf Untertests wird das **Verstehen von Sätzen**, die **Sprachproduktion** und das **Sprachgedächtnis** untersucht. Auch hier wird das Alter berücksichtigt (unter 4 ½; 4 ½ bis 5; 5 bis 6 Jahre).

Intensiven Förderbedarf im Bereich der Sprache stellt das Gesundheitsamt dann fest, wenn in mindestens einem Bereich des SETK das Ergebnis deutlich unterdurchschnittlich für das Alter ist. Die Träger der Kindertageseinrichtungen konnten für diese Kinder Fördermittel des Landes Baden-Württemberg für die „Intensive Sprachförderung im Kindergarten“ (**ISK**) im Jahr vor der Einschulung beantragen. Bei Kindern, die noch gar nicht oder erst seit kurzer Zeit Kontakt mit der deutschen Sprache haben, war es möglich, intensiven Sprachförderbedarf festzustellen, ohne den SETK 3-5 durchzuführen.

Ergebnisse der Sprachstandsdiagnostik

Insgesamt wurde bei 2243 Kindern eine Einschulungsuntersuchung (Schritt 1) mit Sprachstandsdiagnostik durchgeführt, von diesen besuchten 2226 eine Regelkindertageseinrichtung im Landkreis Rastatt oder in Baden-Baden. Davon wurden 644 Kinder mit dem SETK getestet, dies sind 28,9 %.

Bei 506 von ihnen wurde ein intensiver Sprachförderbedarf festgestellt. Hinzu kommen 11 Kinder, die den Schulkindergarten für sprachbehinderte Kinder in Iffezheim besuchen. **Intensiver Sprachförderbedarf bestand also nach den Kriterien der Einschulungsuntersuchung bei insgesamt 517 von 2237 Kindern, dies sind 23 %** (95%-Konfidenzintervall: 21-24%). Unsere Befunde hinsichtlich intensivem Sprachförderbedarf, aufgeschlüsselt nach Gemeinden, finden sich in der folgenden Tabelle:

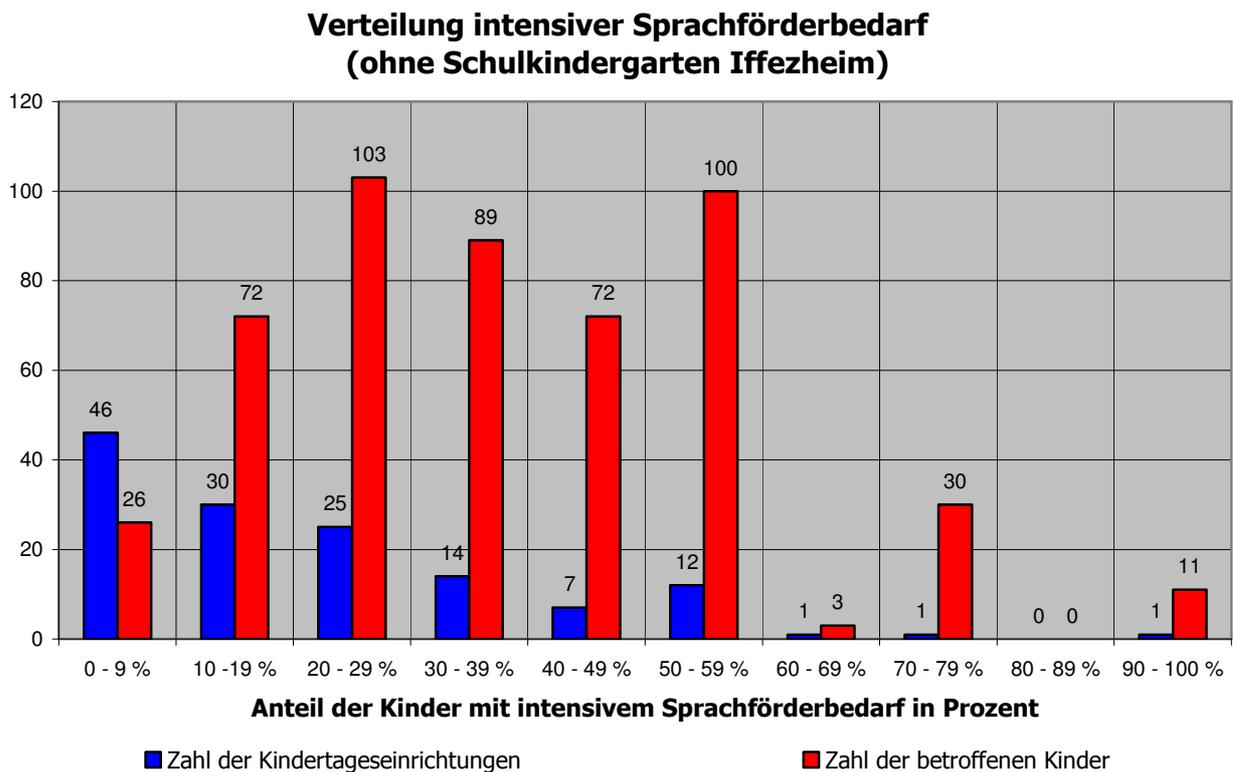
Ort der Kindertageseinrichtung	Kinder insgesamt	Intensiver Sprachförderbedarf	In Prozent	95 % - Konfidenz-Intervall
Stadtkreis Baden-Baden	371	101	27 %	23-32 %
Landkreis Rastatt	1855	405	22 %	20–24 %
davon:				
Rastatt	386	137	35 %	31-40 %
Au am Rhein, Bietigheim, Elchesheim-Illingen	106	9	8 %	3-14 %
Durmersheim	84	13	15 %	7-24 %
Steinmauern, Ötigheim, Muggensturm	110	13	12 %	5-18 %
Iffezheim, Kuppenheim, Bischweier	123	22	18 %	11-25 %
Hügelsheim	48	26	54 %	39-69 %
Sinzheim	93	12	13 %	6-20 %
Rheinmünster, Lichtenau	113	14	12 %	6-19 %
Bühl	267	54	20 %	15-25 %
Bühlertal, Ottersweier	120	9	8 %	2-13 %
Gaggenau	236	62	26 %	20-32 %
Gernsbach	116	27	23 %	15-31 %
Loffenau, Weisenbach, Forbach	53	7	13 %	3-23 %
Kein oder auswärtiger Kindergarten	17			
Summe	2.243			
Schulkindergarten für sprachauffällige Kinder Iffezheim	11	11	100%	

Der Anteil von Kindern, die intensive Sprachförderung benötigen, ist regional und von Einrichtung zu Einrichtung sehr verschieden. Die Angabe von Durchschnittsergebnissen stellt das Problem der vorschulischen Sprachförderung daher nur unzureichend dar. Es gibt Kindergärten, in denen bei keinem Kind intensiver Förderbedarf festgestellt wurde, aber es gibt auch Einrichtungen, in denen sogar bei der Mehrzahl der Kinder (bis zu 92 %) intensive Fördermaßnahmen empfohlen werden mussten. Unter Letzteren befinden sich besonders Kindertageseinrichtungen mit einem hohen Anteil von Eltern mit Migrationshintergrund und/oder Einrichtungen in sozialen Brennpunkten.

Diese Häufung von Sprachproblemen lässt sich auch mit folgenden Zahlen belegen:

60 % der Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf werden in nur 26 % der Kindertageseinrichtungen im Landkreis Rastatt und Stadtkreis Baden-Baden betreut.

Eine genauere Verteilung zeigt die nachfolgende Graphik:



Diskussion der Sprachstandserhebung

Die Ergebnisse der Sprachstandsdiagnostik im Einschulungsjahrgang 2011 bestätigen die des Jahrgangs 2010:

	Zahl der untersuchten Kinder	Kinder mit intensivem Sprachförderbedarf	In Prozent
Jahrgang 2010	2270	498	21,9 %
Jahrgang 2011	2237	517	23,1 %

Die regionale Verteilung der zu fördernden Kinder hat sich nicht wesentlich verändert. Unsere Befunde im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden entsprechen ungefähr denen im Land Baden-Württemberg. Laut Bildungsbericht 2011 des Statistischen Landesamtes und des Landesinstituts für Schulentwicklung bestand in Baden-Württemberg im Jahrgang 2010 bei jedem 5. Kind intensiver Sprachförderbedarf.

Die Befunde des vergangenen Jahres sind erfreulicherweise von verschiedenen Kommunen und Kindertageseinrichtungen zum Anlass genommen worden, die Bemühungen im Bereich der Sprachförderung zu verstärken. Neun Kitas im Gebiet unseres Gesundheitsamts nehmen auch am Bundesprojekt „Offensive Frühe Chancen – Schwerpunkt Kitas Sprache und Integration“ teil. Eine Sprachförderung im letzten Kindergartenjahr vor der Einschulung (wie das vom Land Baden-Württemberg geförderte Programm) kann, auch wenn sie im Hinblick auf die Einschulung sinnvoll ist, an den Ergebnissen der ESU nichts ändern, weil hier der Sprachstand **vor** dem letzten Kindergartenjahr untersucht wird. Da der Spracherwerb ein dynamischer Prozess ist, der die gesamte Vor- und Grundschulzeit andauert, sind Verbesserungen im Sprachstand zum Zeitpunkt der ESU nur durch eine veränderte Praxis ab dem Kleinkindesalter zu erwarten:

Sprachförderung in den Kindertageseinrichtungen sollte mit dem Eintritt der Kinder in die Einrichtung beginnen. Sie benötigt Konzepte, Weiterbildung und Personal.

Der **Umgang mit mehrsprachiger Erziehung** muss überdacht werden. Aus unserer Erfahrung ist die vorherrschende Form der Mehrsprachigkeit in Familien meist sukzessiv, d. h. eine Sprache folgt der anderen (Deutsch als Zweitsprache). Dem entspricht folgende Auffassung:

Wir wollten, dass unser Kind auch die Muttersprache beherrscht und haben deshalb in den ersten drei Jahren nur die Muttersprache mit ihm gesprochen. Jetzt, wo es im Kindergarten ist, sprechen wir auch mehr Deutsch mit ihm.

Diese Herangehensweise ist problematisch: Diejenigen Eltern, die selbst bereits ausreichend gut Deutsch sprechen, nehmen damit dem Kind die Möglichkeit, neben der Muttersprache auch frühzeitig Deutsch zu lernen. Von wissenschaftlicher Seite spricht aber nichts gegen das gleichzeitige Lernen von mehreren Sprachen im Kleinkindesalter („simultaner Doppelspracherwerb“). Durch eine längere Zeit für den Deutscherwerb würden so die Deutschkenntnisse bei der Einschulung weiter fortgeschritten sein.

Die Kontaktzeit mit Deutsch als Zweitsprache kann auch verlängert werden, wenn Kinder bereits unter drei Jahren Kindertageseinrichtungen besuchen. Dies kommt aber noch sehr selten vor. In einem vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung herausgegebenen Report der Familienforschung Baden-Württemberg heißt es:

“Kinder aus bildungsfernen Familien und aus Familien mit Migrationshintergrund haben seltener Zugang zu frühkindlicher Bildung, Betreuung und Erziehung als Kinder aus anderen Familien. Nach Berechnungen des statistischen Bundesamtes besuchten am 1. März 2010 in Baden-Württemberg 13,2 % der unter 3-Jährigen mit Migrationshintergrund eine Kindertageseinrichtung oder wurden in der Kindertagespflege betreut (Bundesgebiet: 12,2 %), von den Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund waren es dagegen 20,8 % (Bundesgebiet 27,7 %). Für Kinder zwischen 3 und unter 6 Jahren bestand in Baden-Württemberg unabhängig davon, ob ein Migrationshintergrund vorliegt, eine annähernde Vollversorgung.”¹

Auch die tägliche Kontaktzeit spielt eine bedeutende Rolle dafür, wie schnell Deutsch als Zweitsprache gelernt wird: Experten fordern hierfür mindestens 4 Stunden pro Tag in Gruppen, in denen nicht mehr als 60% „Zweitsprachler“ sind. Wenn ein Kind jedoch nur die gut besuchten Kernzeiten am Vormittag besucht, ist dies nicht unbedingt gewährleistet.²

Umgekehrt ist aber auch der Erwerb der Herkunftssprache mit Eintritt in den Kindergarten nicht abgeschlossen, sondern sollte während der gesamten Kindheit fortgesetzt werden, damit das Kind beide Sprachen beherrscht. Eine größere Wertschätzung von Sprache und Kultur der Herkunftsländer im Schulsystem könnte ein Angebot sein, das Migrantenfamilien von dem Druck befreit, die Kleinkinderzeit als einzige Periode anzusehen, in der die Kinder die Herkunftssprache erlernen. Deshalb stellt sich die Frage, warum in unseren Schulen die klassischen Einwanderungssprachen (in erster Linie Türkisch, Russisch und andere ost- und südeuropäische Sprachen) keine Rolle im Unterrichtsangebot spielen, während es forcierte Bemühungen für bilingualen Unterricht in Englisch, Französisch und Spanisch gibt.

¹ Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (Hrsg.): *Familien in Baden-Württemberg, Report 1/2 2011: Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung*, 2011 http://www.faf0-bw.de/BevoelkGebiet/FaFo/Familien_in_BW/R20112.pdf

² Tracy, R.(2008) *Wie Kinder Sprachen lernen. Und wie man sie dabei unterstützen kann*. 2. Auflage, Tübingen: Francke

Logopädie und Ergotherapie bei Kindergartenkindern - Benachteiligung von Kindern aus Migrantenfamilien?

Im Elternfragebogen fragte das Gesundheitsamt unter anderem, ob die zu untersuchenden Kinder aktuell oder in der Vergangenheit logopädisch oder ergotherapeutisch behandelt wurden. Die Beantwortung des Fragebogens ist freiwillig.

In diesem Jahrgang haben die Erziehungsberechtigten für 1886 Kinder (von 2254) den Fragebogen ausgefüllt. Bei 260 Kindern (13,8 %) wurde mitgeteilt, dass das Kind Logopädie erhält oder erhalten hat. Ergotherapie wurde 111 mal (5,9 %) genannt.

Aufgeschlüsselt nach verschiedenen Nationalitäten oder nach den in der Familie gesprochenen Sprachen bestehen in dieser Hinsicht erhebliche Unterschiede:

	Teilnahme an U 8 dokumentiert in Prozent	Kinder mit ausgefülltem Elternbogen	Logopädie Zahl	Logopädie in Prozent	Ergo-therapie Zahl	Ergo-therapie in Prozent
Gesamt	92,9 %	1886	260	13,8 %	111	5,9 %
Nationalität						
Deutsch	95 %	1152	176	15,3 %	70	6,2 %
Andere Nationalität	86 %	151	16	10,6 %	5	3,3 %
Keine Angabe der Nationalität	91 %	583	68	11,7 %	36	6,2 %
Familiensprache						
Deutsch	96 %	1221	191	15,6 %	84	6,9 %
Deutsch + andere Sprache	88 %	333	34	10,2 %	14	4,2 %
Familiensprache nicht Deutsch	84 %	245	23	9,4 %	7	2,9 %
Keine Angabe zur Familiensprache	95 %	87	12	13,8 %	6	6,9 %

In dieser Erhebung werden Kindergartenkinder mit deutscher Staatsbürgerschaft um 44 % häufiger logopädisch behandelt verglichen mit Kindern ausländischer Herkunft (15,3 versus 10,6 %). Ergotherapie erhalten deutsche Kinder sogar um 88% mehr (6,2 versus 3,3 %). Unterscheidet man nach den Sprachen, die zu Hause gesprochen werden, so stellt sich annähernd das gleiche Verhältnis ein.

Wie können diese Unterschiede erklärt werden?

Es ist nicht anzunehmen, dass Kinder aus Migrantenfamilien weniger Entwicklungsprobleme oder Erkrankungen aufweisen, die eine Indikation für logopädische und ergotherapeutische Behandlung darstellen. Im Gegenteil: Im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (2003-2006) wurde belegt, dass gerade Kinder von Einwandererfamilien aus der Türkei, dem Nahen Osten und der ehemaligen Sowjetunion erhöhte Krankheitsrisiken tragen und die schlechteste gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen.³

Hier geht es nur um die Kinder, für die ein Elternfragebogen vollständig ausgefüllt wurde. Als Grund für die gefundenen Unterschiede scheidet ein zu geringer Rücklauf der Fragebögen von Seiten ausländischer Eltern also aus. Man muss davon ausgehen, dass für Kinder mit Migrationsgeschichte tatsächlich seltener Logopädie und Ergotherapie verordnet wird, auch wenn sie genauso häufig wie bei deutschstämmigen Kindern indiziert sein dürfte. Vermutlich sind dafür mehrere Faktoren ausschlaggebend:

- Das Erkennen von therapiebedürftigen Sprachentwicklungsstörungen ist bei fremd- oder zweisprachigen Kindern schwieriger. Ein nicht altersgemäßer Sprachstand kann zunächst alleine durch einen noch geringen Kontakt mit der deutschen Sprache erklärbar sein. Um zu beurteilen, ob auch die Erstsprache mangelhaft oder mühsam erlernt wird, ist der behandelnde Arzt auf eine genaue Anamnese, auf die Kenntnis der Befunde ab der Vorsorgeuntersuchung U 7 und auf das Urteil der Eltern angewiesen, die in allen Nationalitäten zum Teil geneigt sind, die Entwicklungsprobleme der Kinder zu bagatellisieren.
- Die Verständigung mit den Eltern kann zudem auch durch geringe Deutschkenntnisse erschwert sein.
- Die Teilnahmequote von Kindern aus Migrantenfamilien an den Vorsorgeuntersuchungen liegt bei der U 8 (4 Jahre) um ca. 10 % unter der von Kindern aus ausschließlich deutschsprachigen Familien (siehe Tabelle). Dies kann die Unterschiede jedoch nur zu einem kleinen Teil erklären.
- Sicher kennen auch weniger ausländische Eltern logopädische und ergotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten, fordern diese seltener oder später ein, oder können ihre Wünsche schlechter durchsetzen.

Es ist anzunehmen, dass diese verschiedenen Gründe zusammenwirken. Im Ergebnis ist die Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Ergotherapie oder Logopädie im Vorschulalter deutlich benachteiligt.

³ L.Schenk, H. Neuhauser, U. Ellert (2008): *Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert-Koch-Institut, Berlin

Impfschutz der Schulanfänger 2011

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchung erhebt das Gesundheitsamt Daten zu durchgeführten Impfungen. Dies ist unverzichtbar, um die gesundheitliche Gefährdung durch Infektionskrankheiten einzuschätzen, Impflücken zu erkennen und die Bevölkerung entsprechend zu informieren.

Die nachfolgenden Ergebnisse berücksichtigen den Impfstatus der Kinder, die im Schuljahr 2011/2012 im Landkreis Rastatt und Stadtkreis Baden-Baden eingeschult wurden. Diese Kinder haben wir im Rahmen der neu konzipierten Einschulungsuntersuchung in ihrem vorletzten Kindergartenjahr untersucht; ihr Impfstatus wurde anhand der vorgelegten Impfausweise ermittelt.

Bei 95 % der Untersuchungen lag der Impfausweis vor.

Durchimpfungsraten der Schulanfänger 2011 – gesamt und regional

	Gesamt	Landkreis Rastatt Gemeinden < 20.000 Einwohner	Stadt Rastatt	Stadt Baden-Baden	Bühl	Gaggenau
Polio 4+	92,30 %	92,20 %	95,50 %	91,00 %	88,60 %	93,30 %
Diphtherie 4+	94,10 %	94,40 %	96,10 %	92,20 %	91,30 %	95,10 %
Tetanus 4+	94,10 %	94,40 %	96,10 %	92,40 %	91,30 %	95,10 %
Pertussis 4+	93,60 %	93,90 %	96,10 %	91,60 %	90,90 %	93,80 %
Hib 4+	92,80 %	93,20 %	95,50 %	90,10 %	89,60 %	94,20 %
Hepatitis B 4+	84,40 %	82,90 %	90,20 %	81,90 %	78,60 %	90,70 %
Masern 1+	94,50 %	95,00 %	96,70 %	94,20 %	89,10 %	94,70 %
Mumps 1+	94,10 %	94,90 %	96,10 %	93,60 %	89,10 %	93,30 %
Röteln 1+	94,00 %	94,40 %	95,80 %	93,90 %	89,10 %	93,30 %
Masern 2+	87,80 %	88,20 %	88,70 %	86,60 %	82,70 %	91,60 %
Mumps 2+	87,50 %	88,00 %	88,40 %	86,00 %	82,70 %	90,70 %
Röteln 2+	87,30 %	87,70 %	88,10 %	86,30 %	83,20 %	90,20 %
Meningokokken 1+	70,40 %	70,80 %	69,70 %	70,90 %	59,50 %	79,10 %
Varizellen 1+	58,50 %	58,70 %	51,60 %	67,60 %	40,00 %	73,30 %
Varizellen 2+	28,80 %	28,30 %	26,70 %	37,30 %	21,40 %	28,00 %

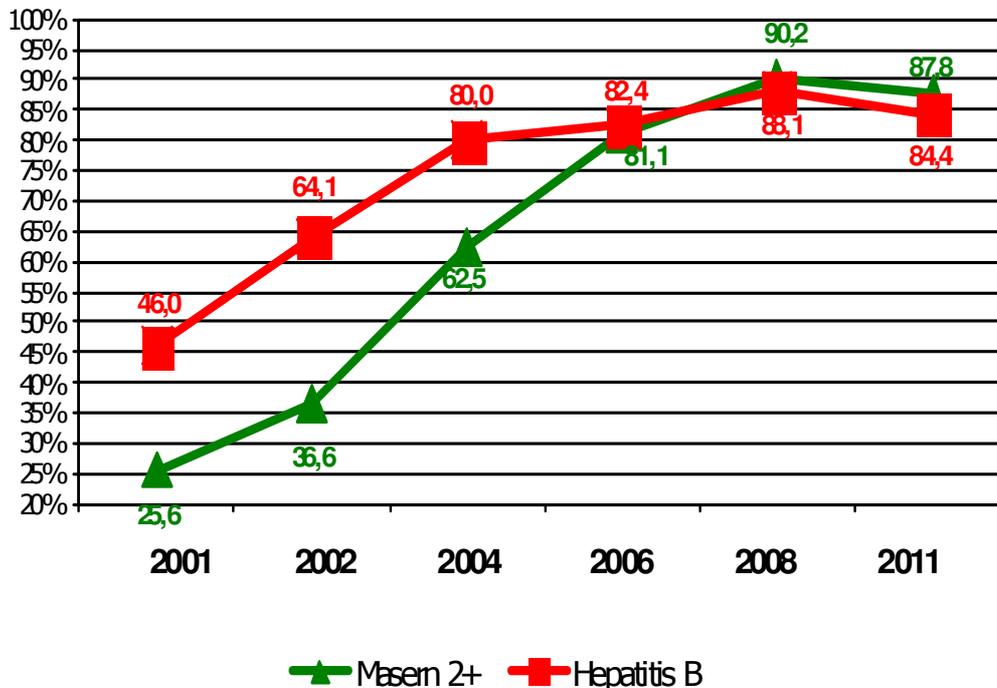
Grün unterlegt sind die höchsten Quoten für die jeweilige Impfung, **rot** die niedrigsten Quoten; **4+** bedeutet beispielsweise: 4 oder mehr Impfungen

Innerhalb des Landkreises Rastatt und des Stadtkreises Baden-Baden gibt es bezüglich der erzielten Impfquoten deutliche Unterschiede.

- In der Stadt Rastatt werden für Polio, Diphtherie, Tetanus, Pertussis (Keuchhusten) und Hib (Hämophilus influenzae Typ b) mit 96 % die höchsten Impfquoten erreicht, in Bühl mit 89 % bis 91 % die niedrigsten.
- Die höchsten Impfquoten für Masern, Hepatitis B und Meningokokken werden in Gaggenau erzielt (92 % für Masern, 91 % für Hepatitis B, 79 % für Meningokokken). In Bühl haben 59 % der Kinder einen Impfschutz gegen Meningokokken.
- Für Varizellen (Windpocken) wird die höchste Impfquote mit 37 % in Baden-Baden erreicht.

Durchimpfungsquoten bei Schulanfängern für Masern, Hepatitis B in den vergangenen Jahren, Landkreis Rastatt und Baden-Baden

Abbildung 1

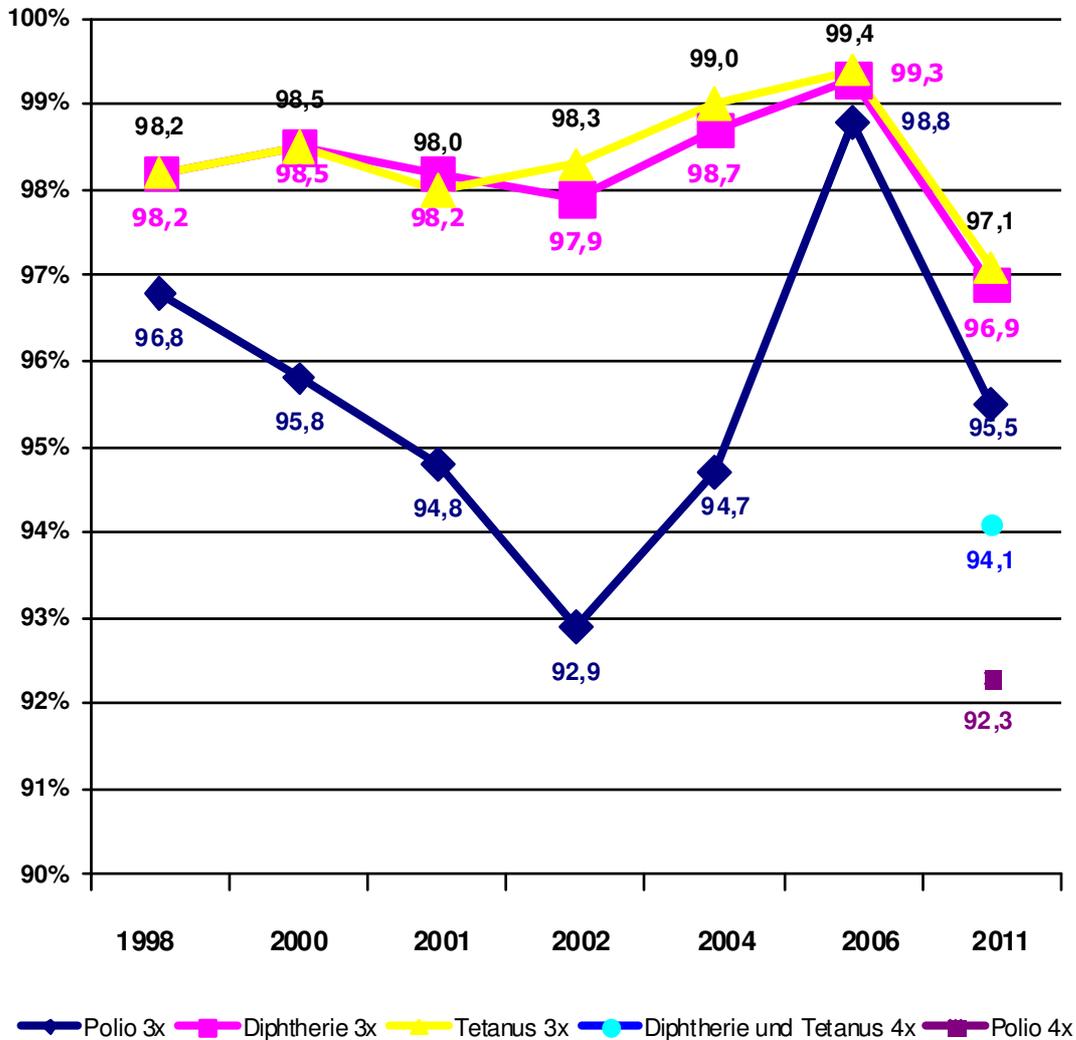


- Die Impfquote für Hepatitis B ist leicht angestiegen, aber mit 84 % noch unzureichend.
- Das gleiche gilt für den Impfschutz gegen Masern, Mumps, Röteln. Trotz steigender Impfquoten haben nur 88 % der Vorschulkinder 2 Impfungen gegen Masern – wenigstens 95 % müssen zur Ausrottung der Masern geimpft sein.
- 41 % der Kinder haben keinen Impfschutz gegen Varizellen (Windpocken); seit 2004 wird eine zweimalige Impfung im 2. Lebensjahr empfohlen.

Der Impfschutz für Masern ist in den 10 letzten Jahren von 25,6 % im Jahr 2001 auf 87,4 % im Jahr 2011 angestiegen - aber damit noch nicht ausreichend für eine Eliminierung der Masern. Im Jahr 2001 waren 46 % der Schulanfänger gegen Hepatitis B geschützt, im Jahr 2011 sind es 84,4 % - damit ist das angestrebte Ziel von über 90 % noch nicht erreicht.

Durchimpfungsquoten bei Schulanfängern für Polio, Diphtherie, Tetanus in den vergangenen Jahren, Landkreis Rastatt und Baden-Baden

Abbildung 2



Anmerkung: In der voranstehenden Abbildung sind mit durchgezogener Linie die Quoten für jeweils 3 durchgeführte Impfungen dargestellt. Dies hängt damit zusammen, dass früher Impfstoffe ohne Pertussiskomponente verwendet und jeweils 3 Impfungen als abgeschlossene Grundimmunisierung definiert wurden. Mittlerweile werden zunehmend Kombinationsimpfstoffe mit Pertussiskomponente verwendet; deshalb gelten im Jahr 2011 jeweils 4 Impfungen als abgeschlossene Grundimmunisierung (als Einzelwerte ohne Linie dargestellt).
Für 2008 stehen nur die Daten für vierfache Impfungen zur Verfügung: 2008, Polio 4x 94,3 %, Diphtherie und Tetanus 4 x 95,9 %.

In dieser Abbildung ist für Polio, Diphtherie, Tetanus ein deutlicher Abwärtstrend erkennbar. Insbesondere ist die Durchimpfungsquote für Polio in den letzten 5 Jahren von 98,8 % im Jahr 2006 auf 95,5 % im Jahr 2011 abgefallen, bezogen auf die inzwischen geforderten 4 Impfungen sogar auf 92,3 %.

Diskussion – Durchimpfungsquoten der Schulanfänger 2011

Insgesamt sind die beschriebenen Impfquoten in unserem Untersuchungsgebiet nicht zufriedenstellend.

Für die Kombinationsimpfung mit Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio (und üblicherweise Hepatitis B und Hämophilus influenzae B) stellt unsere Erhebung sogar rückläufige Zahlen dar, auch wenn das frühere Ziel einer dreimaligen Impfung von 95% bei Diphtherie, Tetanus und Polio noch erreicht wird. Für die inzwischen geforderte Vierfachimpfung, die auch Pertussis abdeckt, ist auch das 95%-Ziel knapp verfehlt. Der Rückgang mag zum Teil dadurch erklärt sein, dass die Einschulungsuntersuchung seit 2009 ein Jahr früher stattfindet, und einige Impfungen noch um die Vorsorgeuntersuchung U 9 herum im Alter von 5 bis 5 ½ Jahren nachgeholt werden. Andererseits sollte die Immunisierung mit dieser Kombination schon im 2. Lebensjahr abgeschlossen sein.

30% der Kinder sind nicht gegen **Meningokokken** geimpft. Seit 2006 wird die einmalige Impfung gegen Meningokokken C im 2. Lebensjahr empfohlen. Durch Meningokokken hervorgerufenen Hirnhautentzündungen sind seltene Erkrankungen, verlaufen aber schwer, nicht selten mit Folgeschäden oder gar tödlichen Verläufen.

Regional ist besonders in Bühl, aber auch in Baden-Baden die Teilnahme an den empfohlenen Impfungen besonders niedrig.

Bei Hepatitis B und bei Masern ist die Durchimpfung insgesamt ungenügend, um deren angestrebte Eliminierung zu erreichen, ganz abgesehen von der individuellen Gefährdung der Ungeimpften, an Masern oder Hepatitis B zu erkranken und davon bleibende Schäden zu behalten.

Da erfahrungsgemäß die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen ab dem Schulalter deutlich abnimmt, ist leider nicht damit zu rechnen, dass die nachgewiesenen Impflücken durch Nachholen von Impfungen noch in relevantem Ausmaß geschlossen werden.

Das WHO-Ziel, die Masern bis 2010 weltweit zu eliminieren, ist insbesondere in Europa nicht erreicht; deshalb musste der Zeitrahmen für dieses Ziel auf 2015 verlängert werden. Aber auch die Ausrottung der Masern bis 2015 ist unrealistisch, wenn die derzeitigen Impfraten nicht verbessert werden können. Im ersten Halbjahr 2011 trat in Baden-Württemberg erneut eine Masernepidemie unter Ungeimpften auf mit ca. 500 Erkrankten. Allein im angrenzenden Ortenaukreis waren es 213 Masernfälle. Masern sind inzwischen nicht mehr eine Krankheit insbesondere kleiner Kinder, sondern betreffen zunehmend ungeimpfte Jugendliche und Erwachsene.

Um zum WHO-Ziel der Masern-Ausrottung beitragen zu können, sind auch bei uns im Landkreis Rastatt und in Baden-Baden zwei Punkte vordringlich:

- Steigerung der Masernimpfquote bei Kleinkindern über 95 % (zwei Impfungen bis zum Ende des 2. Lebensjahrs),
- Schließen bestehender Impflücken bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die nach 1970 geboren wurden. Hierfür sind gemeinsame Anstrengungen von niedergelassenen Ärzten, Gesundheitsamt, Krankenkassen, Schulen und Betrieben erforderlich.

Im letzten Kindergartenjahr:

Schritt 2: Wer macht was?

Die Erzieher/-innen

aktualisieren den Fragebogen zur kindlichen Entwicklung, wenn die Eltern einverstanden sind.

Die Kooperationslehrer/-innen

empfehlen die schulärztliche Untersuchung bei den Kindern, deren Schulfähigkeit gefährdet erscheint und die in Schritt 1 nicht auffällig waren.

Ihr schulärztliches Team

Sozialmedizinische Assistentinnen:

Ingrid Gesatz, Hedwig Kambeitz, Christiane Klein, Erka Klos

Schulärztinnen/ Schulärzte:

Dr. Bettina Schillo-Burger,
Martin Schüler

Der Arzt/die Ärztin des Gesundheitsamtes

- wertet den Erzieherinnen-Fragebogen und die Rückmeldung der Kooperationslehrer/-innen aus
- entscheidet über weitere Untersuchungen
- führt weitere Untersuchungen Problemorientiert durch bei
 - ausgewählten Kindern aus Schritt 1
 - Kindern mit erstmals ungünstiger Entwicklung im letzten Kindergartenjahr
 - Kindern ohne Kindergartenbesuch
- berät die Eltern bei Bedarf ausführlich

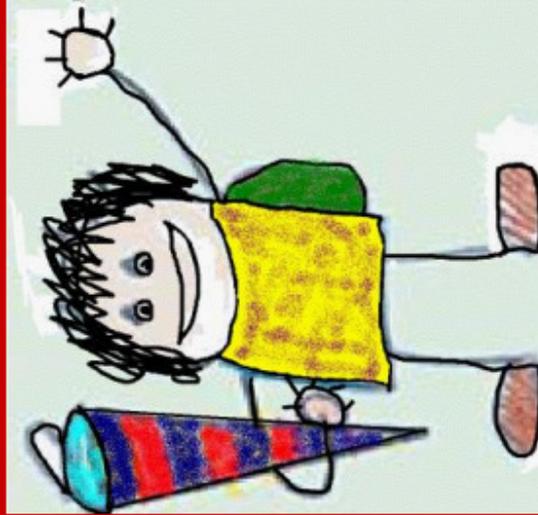
Ziel erreicht!

Kontakt:

Landratsamt Rastatt | Gesundheitsamt
Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
Am Schlossplatz 5 | 76437 Rastatt
Tel.: 07222 381-2300
eMail: am23@landkreis-rastatt.de
www.landkreis-rastatt.de



EinSchulungsUntersuchung (ESU)



„Alle Kinder sollen die gleichen Chancen auf einen guten Schulstart haben.“



... so läuft die ESU ab ... in 2 Schritten

**Zeit gewinnen für die Förderung unserer Kinder ...
Das wichtigste Ziel der Einschulungsuntersuchung!**

Die Einschulungsuntersuchung ist nach § 91 Schulgesetz und der Schuluntersuchungsverordnung Pflicht für alle Kinder, die nach Schuljahresbeginn bis zum 30.09. des laufenden Kalenderjahres das vierte Lebensjahr vollendet haben.

Schritt 1: vorletztes Kindergartenjahr

Schritt 1 erfolgt im vorletzten Kindergartenjahr.

Somit hat man mehr Zeit für eventuell erforderliche medizinische und/oder pädagogische Fördermaßnahmen. Es handelt sich um eine allgemeine Basisuntersuchung (Screening), die von der medizinischen Assistentin im Kindergarten durchgeführt wird. Zeigen sich Auffälligkeiten im Screening erfolgt eine ausführliche Nachuntersuchung im Gesundheitsamt.



Schritt 2: letztes Kindergartenjahr

Schritt 2 wird im letzten Kindergartenjahr durchgeführt, um gesundheitliche Einschränkungen der Schulfähigkeit festzustellen. In der ärztlichen Zusammenschau aller Befunde einschließlich der aktualisierten Dokumentation des Erzieherinnenfragebogens sowie der Einschätzung der/des Kooperationslehrers wird in diesem zweiten Schritt entschieden, welche Kinder aus medizinischer Sicht **schulreif** sind oder ob ggf. eine Rückstellung sinnvoll wäre. Bei auffälligen oder unklaren Befunden erfolgt eine erneute schulärztliche Untersuchung im Gesundheitsamt.

Im letzten Kindergartenjahr:

Schritt 1: Wer macht was?

- | | | |
|---|--|---|
| Die Eltern erklären das Einverständnis | Die medizinische Assistentin des Gesundheitsamtes | Der Arzt/ die Ärztin des Gesundheitsamtes |
| ➤ für die Befragung der Erzieher/-innen für den Informationsaustausch mit Erzieher/-in und Lehrer/-in | ➤ führt bei allen Kindern eine Basisuntersuchung („Screening“) durch | ➤ bewertet bei allen Kindern die Untersuchungsergebnisse und Dokumente |
| ➤ und legen bereit: | ➤ Sehen und Hören | ➤ informiert die Eltern schriftlich bzw. mündlich über die Untersuchungsergebnisse |
| ➤ das Impfbuch | ➤ Körpergröße und Sprache | ➤ unterscheidet über weitere Untersuchungen und |
| ➤ das gelbe Vorsorgeheft | ➤ Motorik | ➤ führt sie teilweise selbst durch |
| ➤ den Elternfragebogen | ➤ Schreibentwicklung | ➤ veranlasst die Durchführung des SETK3-5 bei Kindern mit auffälligen Ergebnissen im Sprach-Screening |
| ➤ wichtige Befunde aus früheren Untersuchungen | ➤ Mengenerfassung Verhalten | ➤ berät die Eltern über Fördermaßnahmen |



Die Erzieher/-innen

füllen den Fragebogen zur kindlichen Entwicklung aus, wenn die Eltern einverstanden sind. Der Fragebogen setzt sich zusammen aus:

- den validierten Grenzsteinen der Entwicklung
- Fragen zur „Hyperaktivität“

Mit Schritt 1 im vorletzten Kindergartenjahr bleibt im letzten Kindergartenjahr Zeit für vielleicht notwendige Fördermaßnahmen.