

LANDKREIS



 MARBURG  
BIEDENKOPF

Gesundheit fördern  
Versorgung stärken

## Kinder- und Jugendgesundheit im Landkreis Marburg-Biedenkopf

Daten der Schuleingangsuntersuchungen 2012 bis 2016



Impressum  
Herausgeber: Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf  
Im Lichtenholz 60, 35043 Marburg

Autorin: Silke Nahlinger (MPH)  
Co-Autoren: Andrea Schroer, Dr. Nils Ludwig, Rolf Reul, Christiane Kappelhoff und Dr. Birgit Wollenberg  
(Fachbereich Gesundheitsamt, Fachdienste Prävention und Beratung, Leitung und Verwaltung)  
unter Mitarbeit von: Dr. Helmut Uphoff (Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen)

Kontakt: [gesundheit@marburg-biedenkopf.de](mailto:gesundheit@marburg-biedenkopf.de)  
Foto: © S.Hofschaeger/www.pixelio.de; Porträt Landrätin: Georg Kronenberg

Marburg, Oktober 2019



## Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

Kinder und Jugendliche bilden in der kommunalen Gesundheitspolitik eine besonders zu schützende und zu unterstützende Zielgruppe. Gesundheit bildet die Grundlage aller Entwicklungsmöglichkeiten und die Weichen hierfür werden bereits im frühen Kindesalter gestellt. Gesundheitliche Störungen beeinträchtigen Kinder in ihrer Entwicklung und bilden zugleich Gesundheitsrisiken für das Erwachsenenalter, was wiederum weitreichende Folgen und Auswirkungen auf die Gesellschaft haben kann. Um dem weitestgehend vorzubeugen, ist es wichtig, Möglichkeiten gesundheitlicher Vorsorge zu erkennen und zu nutzen. Um diese Möglichkeiten identifizieren zu können, bedarf es einer genauen Kenntnis der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen.



Der Ihnen vorliegende erste Kinder- und Jugendgesundheitsbericht bietet auf Basis einer Datenanalyse der Schuleingangsuntersuchungen aus den Jahren 2012 bis 2016 einen Überblick über den Gesundheitsstatus der Kinder im Vorschulalter im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Er beschreibt Entwicklungen der letzten Jahre aus verschiedenen Bereichen, wie beispielsweise der körperlichen Entwicklung, dem Vorsorge- und Impfstatus sowie der Sprachentwicklung.

Nach dem Prinzip „Daten für Taten“ werden aus den Ergebnissen resultierende Handlungsempfehlungen identifiziert und konkret aufgezeigt. Ein Kapitel beschäftigt sich außerdem mit dem Gesundheitsstatus von Seiteneinsteigenden, Kindern also, die nach der ersten Klasse in das deutsche Schulsystem aufgenommen werden, sowie von unbegleiteten minderjährigen ausländischen Kindern und Jugendlichen. Ferner finden Sie einen Ausblick auf die im Jahr 2017 erhobenen Daten und eine Zusammenfassung über bestehende gesundheitsförderliche Angebote für Kinder und Jugendliche im Landkreis.

Der Bericht richtet sich an die politischen Entscheidungsträger\*innen, die beteiligten Personen im Gesundheits- und Bildungswesen sowie alle interessierten Einwohner\*innen.

Ich bedanke mich bei allen Mitarbeiter\*innen des Fachbereichs Gesundheitsamt, die zum Entstehen dieses Gesundheitsberichts beigetragen haben.

Ihre

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Kirsten Fründt'. The signature is fluid and cursive.

Kirsten Fründt  
Landrätin

## Zusammenfassung

Der aktuelle Kinder- und Jugendgesundheitsbericht stellt vorwiegend Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen im Landkreis (Schuleingangsuntersuchungen, Untersuchungen von Seiteneinsteigenden und unbegleiteten minderjährigen Ausländern (umA)) sowie Kurzberichte zur Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“, zum Arbeitskreis „Gesundheitsförderung an Schulen“, zur Ernährungsbildung an Schulen und zu den „Frühen Hilfen“ vor.

In der Hauptsache werden die gewonnenen Erkenntnisse zur gesundheitlichen Entwicklung der Kinder im Vorschulalter auszugsweise dargestellt, um u.a. als Grundlage für gesundheits- und sozialpolitische Planungsprozesse im Landkreis dienen zu können. Die dazu erarbeiteten fachlichen Handlungsempfehlungen werden im Kapitel 5 dieses Berichtes präsentiert.

### Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2012 bis 2016:

Im Durchschnitt wurden 2.240 Kinder pro Jahr vor ihrem Eintritt in die erste Klasse der Schule untersucht. Dabei wurden u.a. folgende Anteile festgestellt:

- 8,2 % der Kinder leiden unter einer chronischen Erkrankung
- 13,9 % der Kinder sind in logopädischer und 8,6 % in ergotherapeutischer Behandlung
- 27,8 % der Kinder haben einen Migrationshintergrund
- 96,7 % der Kinder ohne Migrationshintergrund besuchen die Kita länger als 18 Monate (bei Kindern mit Migrationshintergrund sind es 86,7 %)

Im Fokus dieses Berichts stehen im Besonderen der Impfstatus und die Entwicklungsbereiche Sprache und Feinmotorik sowie die Dauer des Kita-Besuchs:

- Der Anteil der Kinder mit einem kompletten Impfstatus ist 2016 gesunken und bei einigen Impfungen auf einen Tiefstand gefallen. Er liegt damit unter dem hessenweiten Durchschnitt. Das Ziel einer Impfquote von über 95 % wird insbesondere bei Mumps-Masern-Röteln (93,4 %) und Tetanus-Diphtherie-Pertussis-Polio (ca. 89 %) nicht erreicht. Gleichzeitig steigt der Anteil der Kinder, die kein Impfbuch vorweisen konnten, im Jahr 2016 auf 7,6 % an.
- Im Bereich Feinmotorik erreichen Kinder mit einem Kita-Besuch länger als 18 Monate häufiger ein unauffälliges Ergebnis als Kinder mit weniger als 18 Monaten (81,7 % vs. 71,0 %).
- Im Bereich Sprache erreicht 2016 der Anteil der Kinder mit einer als unauffällig beurteilten Sprache mit 70,9 % einen Tiefstand. Sprachliche Auffälligkeiten sind bei Kindern, die weniger als 18 Monate den Kindergarten besuchen, besonders häufig (unauffällige Sprache bei Kindern mit weniger als 18 Monaten Kita-Besuch: 50,4 %, Kinder mit einem Kita-Besuch länger als 18 Monate: 78,2 %). Die Deutschkenntnisse sind bei Kindern mit Migrationshintergrund, die länger als 18 Monate den Kindergarten besuchen, deutlich besser als bei Kindern mit einem Kindergartenbesuch unter 18 Monaten.

In den Auswertungen zu diesem Bericht zeigt sich, dass es einerseits einen Handlungsbedarf v.a. im Bereich der Schutzimpfungen gibt und dass andererseits vorwiegend die Variable Länge des Kindergartenbesuchs (über oder unter 18 Monate) Einfluss auf die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung in den Bereichen Feinmotorik, Sprache und Deutschkenntnisse (bei Kindern mit Migrationshintergrund) hat.

## Inhaltsverzeichnis

Kinder- und Jugendgesundheit im Landkreis Marburg-Biedenkopf .....	1
Daten der Schuleingangsuntersuchungen 2012 bis 2016 .....	1
1. Einleitung .....	1
2. Einschulungsuntersuchungen im Gesundheitsamt .....	2
2.1 Allgemeines zum Inhalt und Ablauf von Einschulungsuntersuchungen .....	2
2.2 Basisdaten der untersuchten Kinder .....	5
2.2.1 Soziodemografische Daten.....	5
2.2.2 Besuch einer Kindertagesstätte.....	6
2.2.3 Logopädie und Ergotherapie .....	7
2.2.4 Vorsorgestatus: Teilnahme an U-Untersuchungen .....	8
2.3 Impfstatus.....	9
2.3.1 Ergebnisse.....	10
2.3.2 Fazit.....	12
2.4 Gewicht bei Einschulungskindern .....	13
2.4.1 Ergebnisse.....	13
2.4.2 Fazit.....	14
2.5 Screening des Entwicklungsstandes: S-ENS.....	15
2.5.1 Ergebnisse Neuromotorik .....	17
2.5.2 Ergebnisse Auditiv und Visuelle Wahrnehmung.....	18
2.5.3 Ergebnisse Psyche/Verhalten .....	19
2.5.4 Fazit.....	19
2.6 Sprachentwicklung.....	20
2.6.1 Gesamtbeurteilung Sprache (S-ENS).....	20

2.6.2 Sprachentwicklung und Migrationshintergrund.....	21
2.6.3 Sprachentwicklung der Kinder mit Migrationshintergrund und Kita-Besuch..	22
2.6.4 Fazit.....	22
2.7 Chronische Erkrankungen und Behinderungen .....	23
2.7.1 Ergebnisse.....	23
2.7.2 Fazit.....	24
3. Seiteneinsteigende .....	25
3.1 Allgemeines und Grundlagen der Untersuchung.....	25
3.2 Gesundheitsstatus von Seiteneinsteigenden .....	26
4. Unbegleitete minderjährige Ausländische (umA).....	27
4.1 Allgemeines und Grundlagen der umA Untersuchung .....	27
4.2 Gesundheitsstatus umA.....	27
5. Handlungsempfehlungen .....	29
Chronische Erkrankungen .....	33
6. Ausblick zu den Schuleingangsuntersuchungen 2017 .....	35
7. Gesundheitsförderung für Schulkinder .....	36
7.1 Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“ .....	36
7.2 Arbeitskreis „Gesundheitsförderung an Schulen“ .....	36
7.3 Ernährungsbildung in Grundschulen.....	38
8. Frühe Hilfen .....	41
Abbildungsverzeichnis .....	44
Literaturverzeichnis.....	46

# 1. Einleitung

Die Gesundheitsberichterstattung ist Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Sie dient dazu, die gesundheitliche Lage von Bevölkerungsgruppen in der Region zu beschreiben, Handlungsbedarfe aufzuzeigen sowie Grundlagen für gesundheits- und sozialpolitische Planungsprozesse zu bieten.

Im Fokus des vorliegenden Gesundheitsberichtes stehen Kinder im Vorschulalter des zum Regierungsbezirk Gießen gehörenden Landkreis Marburg-Biedenkopf, der 22 Städte und Gemeinden umfasst. Im Landkreis Marburg-Biedenkopf sind 245.241 Einwohner zum Stichtag 31.12.2015 (HSL 2018) gemeldet, ca. 4,0 % der hessischen Bevölkerung.

Grundlage dieses Berichts sind die in den Jahren 2012 bis 2016 erhobenen Daten aus dem Landkreis Marburg-Biedenkopf. In diesem Zeitraum wurden 11.199 Kinder für die Einschulung in 62 Grundschulen im Landkreis Marburg-Biedenkopf untersucht.

Daten, die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen erhoben werden, bieten eine umfassende und repräsentative Quelle für die Beschreibung des Gesundheitszustandes jüngerer Kinder.

Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen werden im Kapitel 2 gezeigt. Neben den Basisdaten der untersuchten Kinder werden Auswertungen des Vorsorge- und Impfstatus, des Entwicklungsscreenings sowie Aspekte zum Gewichtsstatus und der Sprachentwicklung berichtet. Die Ergebnisse werden für alle untersuchten Kinder im Landkreis, sowie ggf. hinsichtlich des Geschlechts und Migrationshintergrundes, dargestellt.

Darauf folgend wird auf Seiteneinsteigende (Kapitel 3) und unbegleitete Minderjährige (umA) eingegangen (Kapitel 4).

Handlungsempfehlungen, die sich aus den Schuleingangsuntersuchungen 2012 bis 2016 ergeben, werden in Kapitel 5 aufgezeigt. In Kapitel 6 wird ein Ausblick auf die bisher vorliegenden Ergebnisse aus 2017 und den weiteren Umgang mit den Schuleingangsuntersuchungsdaten gegeben.

Im Landkreis durchgeführte Projekte zur Gesundheitsförderung in Schulen werden in Kapitel 7 vorgestellt. Ein Einblick in den Bereich der „Frühe Hilfen“ (Kapitel 8) schließt den Bericht ab.

## 2. Einschulungsuntersuchungen im Gesundheitsamt

### 2.1 Allgemeines zum Inhalt und Ablauf von Einschulungsuntersuchungen

#### Allgemeines und Ziele

Die Schuleingangsuntersuchung durch Ärzt\*innen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter (KJGD) ist Teil des Schulaufnahmeverfahrens und gemäß hessischem Schulgesetz verpflichtend. Sie ist geregelt in der Verordnung zur Schulgesundheitspflege, dem hessischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) und dem Infektionsschutzgesetz (IfSG). Sie wird regulär während des letzten Kindergartenjahres (vor dem Beginn der Schulpflicht) unter Beachtung des hessischen Datenschutzgesetzes durchgeführt.

Es handelt sich um eine individuelle Früherkennungsuntersuchung, ergänzend zu den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (sog. „U-Untersuchungen“). Im Unterschied zu den „U-Untersuchungen“ liegt der Schwerpunkt auf dem Erkennen und Erfassen von Entwicklungsauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen, chronischen Erkrankungen, Behinderungen (gem. SGB IX) und psychosozialen Faktoren, die die schulische Leistungsfähigkeit, die psychosoziale Integration und eventuell den späteren beruflichen Erfolg beeinflussen können. Insbesondere sollen Erkrankungen, Einschränkungen und Behinderungen, die Einfluss auf die Schulfähigkeit und Teilnahme am Unterricht haben können, erkannt werden.

Ziel der Schuleingangsuntersuchung ist neben der Erfassung dieser Auffälligkeiten auch die möglichst frühzeitige Beratung der Eltern/Sorgeberechtigten, der beteiligten Institutionen (z.B. Kindergarten, Schulen, Förderstellen), Therapeut\*innen und Ärzt\*innen bezüglich der Förderung des Kindes. Auch eine mögliche positive Beeinflussung der psychosozialen Begleitumstände wird angestrebt. Gegebenenfalls wird die Inanspruchnahme von medizinischen, pädagogischen und/oder sozialen Hilfen empfohlen. Damit wird nicht nur das Ziel eines möglichst „guten Schulstarts“ und einer Empfehlung zur Gestaltung eines lern- und gesundheitsfördernden Umfeldes (besonders auch im Hinblick auf die inklusive Beschulung) für das Einschulkind verfolgt. Ebenso ist die Vermeidung von schulischem Leistungsversagen, durch Über- oder Unterforderung und den damit eventuell verbundenen negativen Folgen, ein Anliegen der Schuleingangsuntersuchung. Dies ist auch, neben der Beratung zur individuellen Förderung des Kindes im Schulalltag, ein Ziel bei der Beratung der Schule und gegebenenfalls des (über-)regionalen Beratungs- und Förderzentrums (BFZ).

Die Schuleingangsuntersuchung ist eine individuelle Früherkennungsuntersuchung. Das Ziel ist das Erkennen von gesundheitlichen und psychosozialen Auffälligkeiten die Lernen beeinflussen können. Eltern/Sorgeberechtigte und Schulen werden zu Fragen, die den Schulbesuch betreffenden, beraten. Dabei können verschiedene Maßnahmen empfohlen werden.

Auch nach der Schuleingangsuntersuchung fungieren Schulärzt\*innen weiter medizinisch beratend und begutachtend. Sie verstehen sich als „Betriebsärzt\*in“ für Schulkind und Schule.

## Welche Daten werden erfasst?

Während der Schuleingangsuntersuchung werden u.a. soziale Daten (z.B. Geschwisteranzahl, Familiensprache, Migrationshintergrund), präventiver Status (Vorsorgeuntersuchungen, Impfstatus), Förderanamnese (Kindergartenbesuch, Förderung nach § 53 SGB XII, Therapien) und Deutschkenntnisse erfragt. Die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung und des Entwicklungsscreenings werden dokumentiert und anschließend anonymisiert an das Hessische Statistische Landesamt (HSL) weitergeleitet, das die Daten zusammenführt. Die landesweite Auswertung findet im Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) statt.

## Was wird untersucht?

Bei der Schuleingangsuntersuchung werden Gewicht und Größe gemessen und daraus der Body-Mass-Index (BMI) errechnet. Es wird ein Seh- und ein Hörtest sowie eine Kontrolle des Organsystems und des Blutdrucks durchgeführt. Durch ein systematisches Screeningverfahren wird der Entwicklungsstand des Kindes bestimmt.

## Was ist ein Entwicklungsscreening?

Bis zum Jahr 2017 wurde als Screeningverfahren hessenweit S-ENS (standardisiertes Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen) genutzt. Es diente zur objektiven und zuverlässigen Erfassung von Hinweisen auf Entwicklungsstörungen, die zur Einleitung weitergehender Diagnostik und entsprechender Therapien bzw. Fördermaßnahmen führen konnten. Seit dem Schuljahr 2017/18 wird in Abstimmung mit der Landesarbeitsgruppe Kinder- und Jugendärztlicher Dienst beim hessischen Sozialministerium für die Schuleingangsuntersuchung das Screeningverfahren SOPESS (*Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für die Schuleingangsuntersuchung*) genutzt. Zudem sorgt die Landesarbeitsgruppe, in die auch eine Vertreterin des Landkreises Marburg-Biedenkopf abgeordnet ist, für die Qualitätssicherung der Schuleingangsuntersuchung und damit für die Qualität der erhobenen Daten.

## Welche Bereiche werden im Entwicklungsscreening untersucht?

Das bei der Schuleingangsuntersuchung genutzte Entwicklungsscreening ermittelt den Entwicklungsstand des Kindes auf schulrelevante Bereiche. Es werden

- Motorik (Bewegung, Koordination)
- Visuomotorik (Nachmalen und Ergänzen von Gegenständen)
- visuelle Wahrnehmung (Gleiches oder Passendes finden)
- Sprache (Aussprache, Grammatik, Deutschkenntnisse, Hörmerkfähigkeit)
- Wissen und Denken (Farben, Formen, Zahlen, Mengen, Aufgabenverständnis)
- Psyche und Verhalten (Kooperation, Motivation, Selbstständigkeit, Umgang mit den Eltern/dem Untersucher, Aufmerksamkeit, Konzentration, Verhaltensauffälligkeiten)

untersucht bzw. beobachtet.

## Fazit der Schuleingangsuntersuchung

Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung werden mit den Eltern/Sorgeberechtigten besprochen. Die Schule erhält einen Bericht mit schulärztlichen Empfehlungen. Je nach Ergebnis werden sozialpädiatrische Beratungsleistungen erbracht, eine „regelabweichende“ Schulempfehlung gegeben und ein eventueller zeitlicher Mehraufwand dokumentiert.

## Was sind Sozialpädiatrische Beratungsleistungen?

Die Sozialpädiatrischen Beratungsleistungen werden eingesetzt, wenn bei der Untersuchung ein Bedarf festgestellt wird. Sie umfassen u.a.:

- eine Impfberatung
- eine Schulberatung
- einen erweiterten Schulinfobrief (die Schule erhält einen über die Standardinformationen hinausgehenden ausführlichen Bericht)
- eine Beratung zur Motorikförderung
- eine Sprachberatung
- eine Ernährungsberatung
- eine Erziehungsberatung (evtl. mit Hinweis auf Familien-/Erziehungsberatungsstellen).

Diese Beratungsleistungen sollen den Zweck einer möglichst frühzeitigen Beratung der Eltern und der beteiligten Institutionen (z.B. Kindergarten, Schulen, Förderstellen, Therapeuten und Ärzte) bezüglich der Förderung des Kindes erfüllen.

Die Inanspruchnahme von medizinischen, pädagogischen und/oder sozialen Hilfen wird ggf. empfohlen. Auch eine positive Beeinflussung der psychosozialen Begleitumstände kann in den Fokus gerückt werden. Außerdem werden die Eltern/Sorgeberechtigten, die Schule und ggf. das BFZ bzgl. einer regelabweichenden Schulempfehlung und einer Empfehlung zur Gestaltung eines lern- und gesundheitsfördernden Umfeldes (besonders im Hinblick auf die inklusive Beschulung) für das Einschulkind beraten. Diese Leistungen können, je nach Bedarf des Kindes, der Eltern oder der beteiligten Institutionen, einen erheblichen und über die Schuleingangsuntersuchung hinausgehenden Umfang annehmen.

## Was ist eine „regelabweichende“ Schulempfehlung?

Eine regelabweichende Schulempfehlung umfasst:

- Zurückstellung vom Schulbesuch eines Regelkindes (in eine Vorklasse oder in den Kindergarten)
- Zurückstellung vom Schulbesuch eines Kann-Kindes (keine vorzeitige Einschulung empfohlen)
- Sonderpädagogische Förderung (schulärztliche Empfehlung zur Vorstellung im BFZ vor der Einschulung).

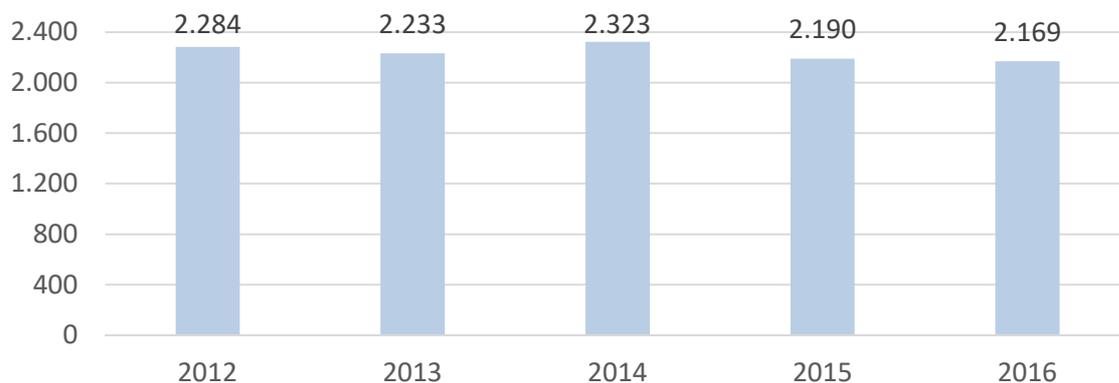
## Weitere Aufgaben und Ziele der Schuleingangsuntersuchung

Die Schuleingangsuntersuchung ist die einzige verpflichtende Vollerhebung eines kompletten Jahrgangs in Deutschland. Aufgrund der standardisierten und wiederkehrenden Erhebung steht eine aktuelle, umfassende und wichtige Datenquelle für die Wissenschaft, Gesundheitspolitik und für Einrichtungen, die Prozesse und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit gestalten, zur Verfügung. Aufgrund dieser Daten können u.a. regionale und kommunale Prozesse zur Gesundheitsförderung geplant werden. Es können gesundheitspolitisch relevante Entwicklungen ermittelt, Anfragen für bestimmte gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse oder Maßnahmen beantwortet und der Erfolg umgesetzter Interventionen gemessen werden. Voraussetzung dafür ist eine fachlich qualifizierte Untersuchung, Dokumentation und Aufbereitung der Daten, inklusive der Bereitstellung der entsprechenden Ressourcen (Döpfner 2005, HLPUG 2019).

## 2.2 Basisdaten der untersuchten Kinder

In den Jahren 2012 bis 2016 wurden im Landkreis Marburg-Biedenkopf 11.199 Kinder bei der Schuleingangsuntersuchung vorgestellt. Dies entspricht einem jährlichen Mittelwert von 2.240 Kindern. In Abbildung 1 ist die Verteilung über die einzelnen Berichtsjahre dargestellt.

Abbildung 1: Anzahl der untersuchten Einschulkinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016.

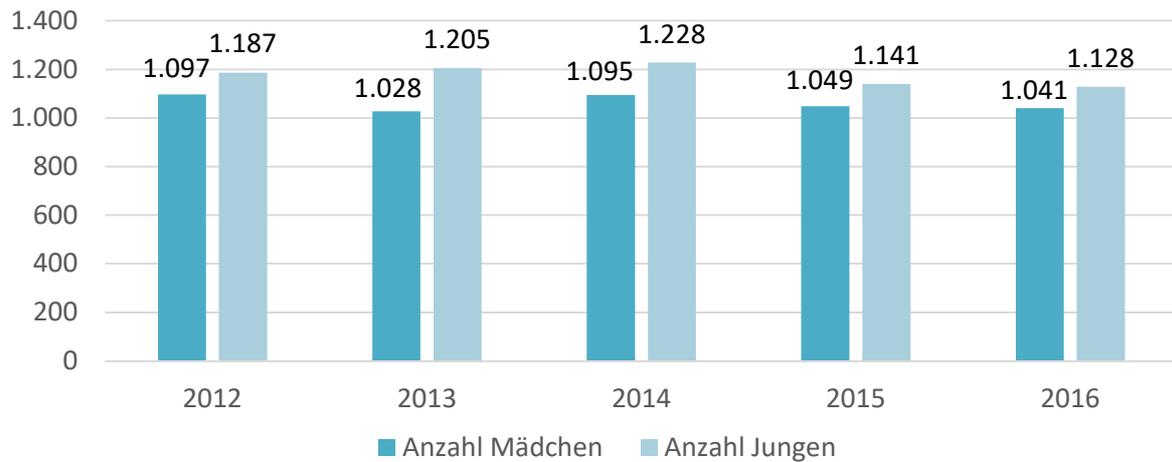


### 2.2.1 Soziodemografische Daten

#### Geschlechterverteilung

Im Betrachtungszeitraum 2012 bis 2016 wurden im Landkreis Marburg-Biedenkopf insgesamt 5.889 Jungen (52,6 %) und 5.310 Mädchen (47,4 %) untersucht. Die Anzahl der untersuchten Mädchen lag stets unter der Anzahl der untersuchten Jungen (Abbildung 2).

Abbildung 2: Anzahl der untersuchten Einschulkinder nach Mädchen und Jungen getrennt im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016.

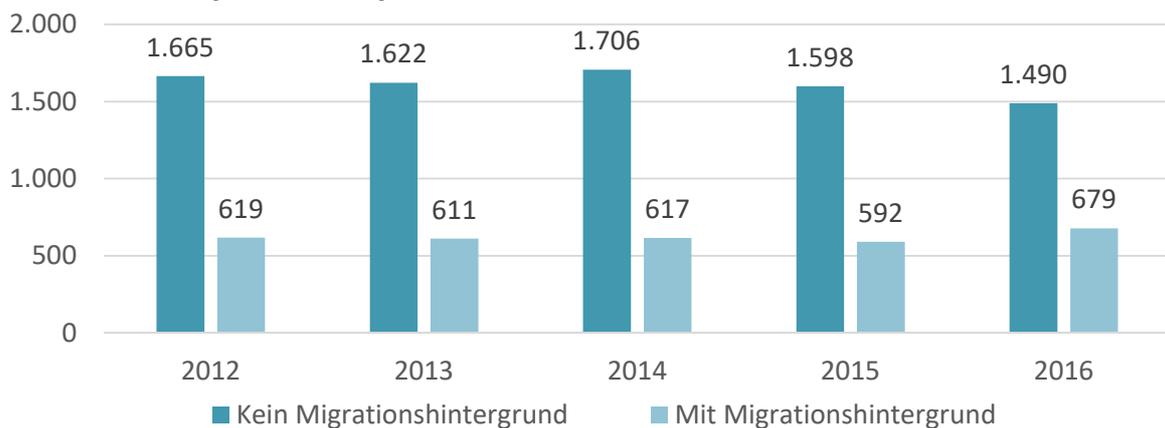


## Migrationshintergrund

Im vorliegenden Bericht wird Migrationshintergrund über den kulturellen und sprachlichen Einfluss des Elternhauses sowie anhand der Definition: „Ein Migrationshintergrund besteht, wenn beide Elternteile oder der alleinerziehende Elternteil einer anderen Ethnie angehört. [...] ein Migrationshintergrund [ist] zu dokumentieren, wenn der nichtdeutsche Elternteil kulturell oder sprachlich stark prägt“<sup>1</sup> bestimmt.

Insgesamt haben 27,8 % der Kinder, die von 2012 bis 2016 bei der Schuleingangsuntersuchung im Landkreis vorgestellt wurden, einen Migrationshintergrund. Im Jahr 2016 steigt die Anzahl der Kinder mit Migrationshintergrund um 4,2 % auf 679 Kinder (Abbildung 3).

Abbildung 3: Untersuchte Einschulkinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016, aufgeschlüsselt nach Migrationshintergrund.



### 2.2.2 Besuch einer Kindertagesstätte

Bei der Schuleingangsuntersuchung ist die Erfassung des Besuchs einer Kindertageseinrichtung (Kita) Bestandteil der Förderanamnese. Bei der Ermittlung der Dauer des Kita-Besuchs

<sup>1</sup> [https://www.wiesbaden.de/medien-zentral/dok/leben/stadtportrait/06\\_Soziales\\_und\\_Gesundheit\\_Auszug\\_Statistisches\\_Jahrbuch.pdf](https://www.wiesbaden.de/medien-zentral/dok/leben/stadtportrait/06_Soziales_und_Gesundheit_Auszug_Statistisches_Jahrbuch.pdf)

wurde die Grenze auf 18 Monate festgelegt, um Aussagen zu möglicherweise entwicklungsförderlichen Aspekten eines längeren Kita-Besuchs (z.B. bezüglich der Sprachentwicklung) treffen zu können. In diesem Bericht werden mögliche Zusammenhänge zwischen der Dauer des Kita-Besuchs und den Ergebnissen der Entwicklungsuntersuchung in den Bereichen Feinmotorik (Kapitel 2.5.1) und Sprache (Kapitel 2.6.3) betrachtet.

Der Großteil der untersuchten Kinder hat die Kita länger als 18 Monate besucht. In den Jahren 2012 bis 2015 besuchten zwischen 94 % und 95 % der Kinder eine Kita länger als 18 Monate. Im Jahr 2016 sinkt der Wert auf 91,3 %. Der Anteil der Kinder, die keinen bzw. einen Kita-Besuch von weniger als 18 Monaten nachweisen, steigt im Betrachtungszeitraum an und beträgt im Jahr 2016 7,6 %. In Tabelle 1 sind die Anteile aufgeschlüsselt nach Migrationsstatus berichtet.

*Tabelle 1: Kita-Besuch aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016, aufgeschlüsselt nach Migrationshintergrund.*

Jahr	Keine Angabe zu Kita-Besuch				Kein Kita-Besuch oder weniger als 18 Monate				Kita-Besuch 18 Monate und länger			
	KoM		KmM		KoM		KmM		KoM		KmM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2012	10	0,6	10	1,6	47	2,8	63	10,2	1608	96,6	546	88,2
2013	13	0,8	6	1,0	36	2,2	54	8,8	1573	97,0	551	90,2
2014	5	0,3	6	1,0	63	3,7	58	9,4	1638	96,0	553	89,6
2015	10	0,6	13	2,2	37	2,3	63	10,6	1552	97,1	516	87,2
2016	6	0,4	17	2,5	40	2,7	125	18,4	1444	96,9	537	79,1

KoM: Kinder ohne Migrationshintergrund; KmM: Kinder mit Migrationshintergrund, N: Anzahl.

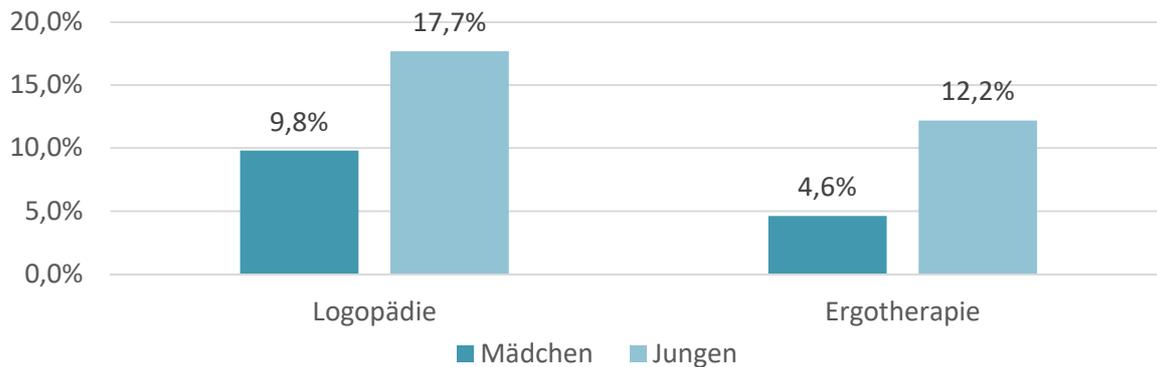
Der Anteil Kinder mit Migrationshintergrund und einem Besuch der Kita von 18 Monaten oder länger fällt mit 86,7 % im gesamten Betrachtungszeitraum geringer aus als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (96,7 %). Der Anteil Kinder mit Migrationshintergrund, die keinen oder einen Kita-Besuch von weniger als 18 Monaten vorweisen, steigt von 8,8 % im Jahr 2013 auf 18,4 % im Jahr 2016. Mädchen und Jungen weisen in etwa die gleichen Häufigkeiten bezüglich des Kita-Besuchs auf.

### 2.2.3 Logopädie und Ergotherapie

Bei der Schuleingangsuntersuchung werden therapeutische Maßnahmen, die die untersuchten Kinder in den letzten 12 Monaten vor diesem Zeitpunkt erhalten haben, erfasst.

Im Zeitraum 2012 bis 2016 erhielten 13,9 % und 8,6 % aller untersuchten Kinder eine logopädische Therapie bzw. eine Ergotherapie. Zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund bestehen hauptsächlich in Bezug auf ergotherapeutische Behandlung Unterschiede. 13,3 % der Kinder mit Migrationshintergrund waren in logopädischer und 5,5 % in ergotherapeutischer Behandlung. Bei den Kindern ohne Migrationshintergrund waren es 14,2 % bzw. 9,8 %. Mädchen bekamen deutlich weniger sowohl eine logopädische als auch ergotherapeutische Behandlung als Jungen (Abbildung 4).

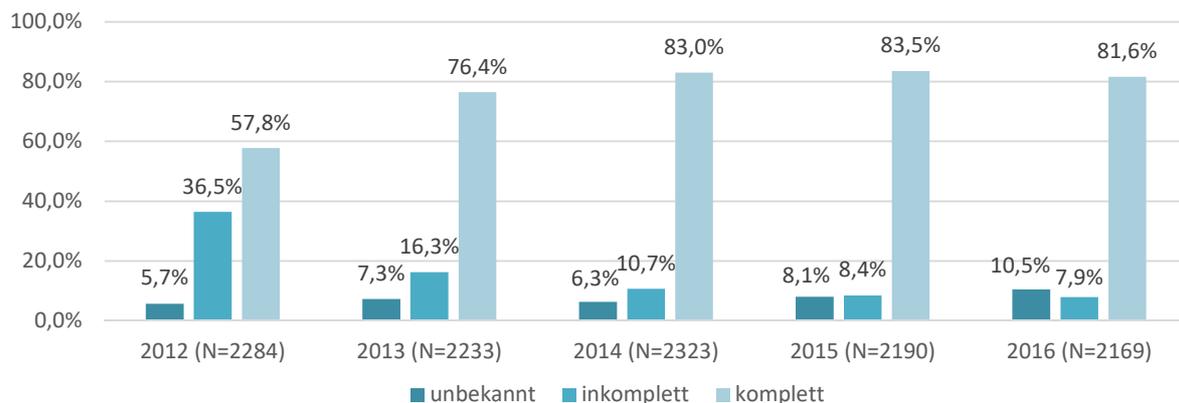
Abbildung 4: Erhaltene Therapien bis 12 Monate vor Schuleingangsuntersuchung bei Mädchen und Jungen im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016.



## 2.2.4 Vorsorgestatus: Teilnahme an U-Untersuchungen

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen werden die wahrgenommenen Vorsorgeuntersuchungen, deren verpflichtende Teilnahme seit 01.01.2008 durch das Gesetz zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes bei Kindern geregelt ist, dokumentiert. In Abbildung 5 ist eine Übersicht der in den Jahren 2012 bis 2016 erhobenen Daten bezüglich eines kompletten Vorsorgestatus dargestellt.

Abbildung 5: Status der Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) bei Einschulungskindern im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016.

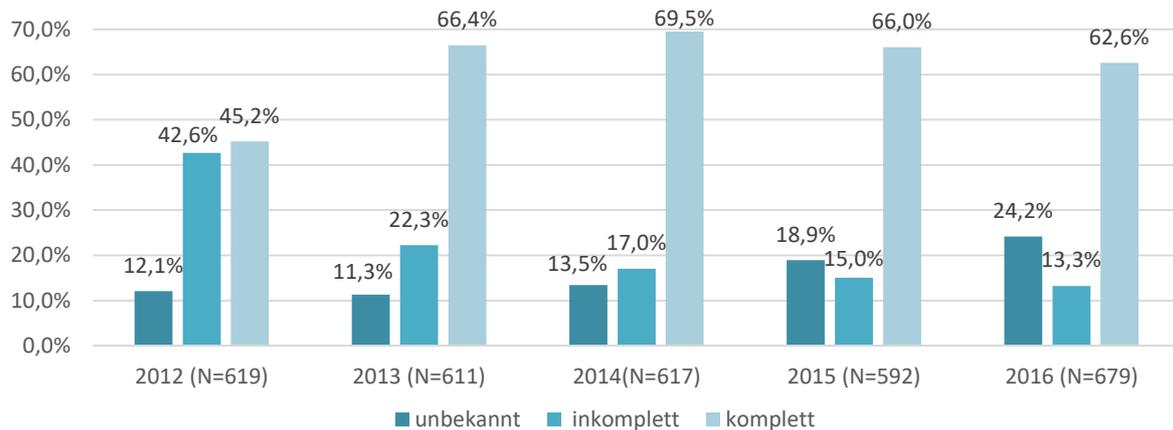


Ein vollständiger Vorsorgestatus wird im Jahr 2012 bei nur 57,8 % der Kinder festgestellt. Es kann vermutet werden, dass die Früherkennungsuntersuchung U7a bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht zufriedenstellend wahrgenommen wurde. Sie ist seit 2008 Bestandteil im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen und wurde im Jahr 2012 erstmalig in die Dokumentation der Schuleingangsuntersuchung aufgenommen. Seitdem kann ein „kompletter Vorsorgestatus“ nur inklusive der U7a-Untersuchung erreicht werden. Der Anteil der Kinder, die einen kompletten Vorsorgestatus aufweisen liegt seit 2014 über 80 %.

Bei Kindern ohne Migrationshintergrund zeigt sich eine hohe Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen. Im betrachteten Zeitraum steigt der Anteil der Kinder, die einen kompletten Status aufweisen, auf 90,3 % im Jahr 2016. Im gleichen Jahr sinkt die Zahl der Kinder mit einem lückenhaften Status auf 5,5 %.

Bei Kindern mit Migrationshintergrund zeigt sich eine geringere Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen. Der Anteil der Kinder, die einen kompletten Status vorweisen können, steigt bis zum Jahr 2014 auf nur 69,5 % an und sinkt darauf folgend bis zum Jahr 2016 auf 62,6 %. Der Anteil der Kinder mit lückenhaften Status nimmt über die Jahre hinweg zwar ab, gleichzeitig steigt aber der Anteil derer, von denen die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen unbekannt ist, auf fast ein Viertel an (Abbildung 6).

Abbildung 6: Status der Vorsorgeuntersuchungen bei Einschulungskindern **mit** Migrationshintergrund im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016.



In dieser Entwicklung macht sich das ab 2015 verstärkte Zuwanderungsgeschehen ausländischer Staatsbürger im Landkreis Marburg-Biedenkopf bemerkbar. Kinder, die erst kürzlich nach Deutschland gekommen sind, können keinen kompletten Status der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen aufweisen bzw. besitzen sie kein U-Heft, der Status ist also unbekannt.

Geschlechterspezifische Unterschiede können bei der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen kaum festgestellt werden.

## 2.3 Impfstatus

Schutzimpfungen zählen zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen in der Medizin. Ziel von Impfungen ist es, neben dem Individualschutz durch das Erreichen hoher Impfquoten einen Kollektivschutz herzustellen. In Deutschland entwickelt die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut Impfempfehlungen, die sich insbesondere auf den Nutzen für das einzelne Individuum beziehen, aber auch auf die gesamte Bevölkerung (Herdschutz). Impfungen, die im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung überprüft werden, richten sich nach den Empfehlungen der STIKO und den Vorgaben gemäß § 34 IfSG. Der Status dieser Schutzimpfungen wird durch Einblick in das Impfbuch des Kindes festgestellt. Liegt kein Impfbuch vor, so wird dies auch dokumentiert.

Für Säuglinge und Kinder bis zum Alter von sieben Jahren umfasst der hier dargestellte Auszug des aktuellen Impfkaltenders 13 (Tabelle 2) Standardimpfungen und legt die jeweils notwendigen Zeitpunkte (Lebensalter) der Grund-, Auffrisch- und Nachholimpfungen fest:

Tabelle 2: Auszug der Impfempfehlungen der STIKO für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.

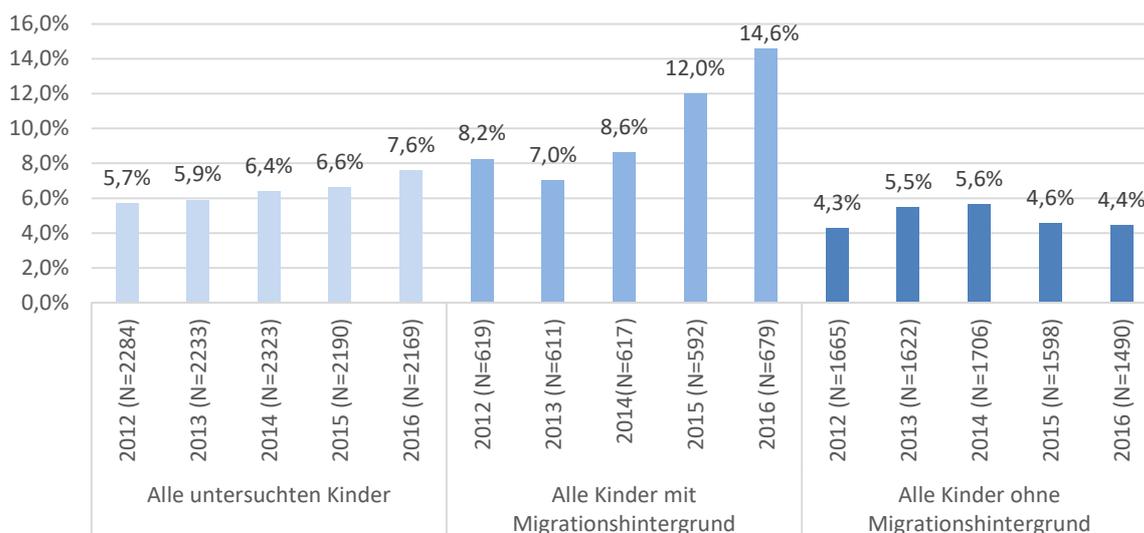
	Alter in Wochen	Alter in Monaten					Alter in Jahren	
	6	2	3	4	11-14	15-23	2-4	5-6
Tetanus (Wundstarrkrampf)		G1	G2	G3	G4	N	N	A1
Diphtherie		G1	G2	G3	G4	N	N	A1
Pertussis (Keuchhusten)		G1	G2	G3	G4	N	N	A1
Hib (Haemophilus Influenzae Typ b)		G1	G2	G3	G4	N	N	
Poliomyelitis (Kinderlähmung)		G1	G2	G3	G4	N		N
Hepatitis B		G1	G2	G3	G4	N		N
Pneumokokken		G1		G2	G3	N		
Rotaviren	G1	G2	(G3)					
Meningokokken C					G1 (ab 12 Monaten)		N	
Masern					G1	G2	N	
Mumps, Röteln					G1	G2	N	
Varizellen (Windpocken)					G1	G2	N	

G: Grundimmunisierung (bis zu 4 Teilimpfungen G1-G4), N: Nachholimpfung, A1: Auffrischimpfung (RKI 2019).

### 2.3.1 Ergebnisse

Der Anteil der untersuchten Kinder ohne Impfbuch liegt 2012 bei 5,7 %. Im Laufe des betrachteten Zeitraums nimmt dieser Anteil zu und liegt 2016 um knapp zwei Prozentpunkte höher (Abbildung 7). Die Darstellung nach Migrationshintergrund verdeutlicht, dass der Anteil der Kinder, die kein Impfbuch vorlegen können, bei Kindern mit Migrationshintergrund seit dem Jahr 2014 stark zunimmt, und sich von 2013 bis 2016 verdoppelt. Die Anteile der Kinder ohne Migrationshintergrund bewegen sich im gleichen Zeitraum zwischen 4,3 % und 5,6 %.

Abbildung 7: Keine Vorlage des Impfbuchs bei den untersuchten Kindern (insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach Migrationshintergrund) im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016.



## Status bezogen auf die einzelnen Schutzimpfungen

Werden die Anteile der Kinder mit dem Status „komplett“ bezogen auf einzelne Schutzimpfungen betrachtet (Tabelle 3), so kann für das Jahr 2016 eine geringere Wahrnehmung der Impfungen gegen Pertussis, Tetanus, Diphtherie, HiB und Poliomyelitis verglichen mit dem Jahr 2013 erkannt werden. Eine Ausnahme bilden die Schutzimpfungen gegen Varizellen und Meningokokken. Der Status bezüglich der Mumps-, Masern- und Röteln-Impfung (MMR) bleibt über die Jahre hinweg ungefähr auf gleichem Niveau und liegt 2016 bei 93,4 %. Geschlechterbezogen können keine nennenswerten Unterschiede erkannt werden.

Tabelle 3: Status Schutzimpfungen „komplett“ bei untersuchten Kindern **mit** Impfbuch im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2013 und 2016 (Angaben in %).

Jahr	Anzahl Kinder	Pertussis	MMR <sup>†</sup>	Tetanus	Diphtherie	Varizellen	Meningokokken	HiB <sup>‡</sup>	Polio
2013	2.101	94,4	94,7	95,0	94,9	75,1	89,1	94,0	96,1
2016	2.004	88,9	93,4	89,3	88,9	86,6	90,2	87,8	89,4

†MMR: Mumps, Masern, Röteln; ‡HiB: Haemophilus Influenzae Typ b.

Der Anteil der Kinder mit einem kompletten Impfstatus erreicht 2016 bei vielen Impfungen einen Tiefstand. Gleichzeitig wurde 2016 bei jedem 13. Kind kein Impfbuch vorgelegt.

## Status bezogen auf die einzelnen Schutzimpfungen nach Migrationshintergrund

Die Anteile der Gruppen der Kinder mit und ohne Migrationshintergrund und einem kompletten Impfstatus unterscheiden sich im Jahr 2013 auf den ersten Blick, bis auf Varizellen und Meningokokken, unwesentlich. Bezogen auf einzelne Impfungen ist der Anteil bei den Kindern mit Migrationshintergrund im Jahr 2013 meist etwas höher als bei den Kindern ohne Migrationshintergrund. Im Jahr 2016 liegt der Anteil kompletter Impfungen bei den Kindern mit Migrationshintergrund unter dem Anteil der Kinder ohne Migrationshintergrund (Tabelle 4).

Tabelle 4: Status Schutzimpfung „komplett“ bei allen untersuchten Kindern **mit** Impfbuch im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2013 und 2016, aufgeschlüsselt nach Migrationshintergrund (Angaben in %).

Migrationshintergrund	Jahr	Pertussis	MMR <sup>†</sup>	Tetanus	Diphtherie	Varizellen	Meningokokken	HiB <sup>‡</sup>	Polio
ja	2013 (N=568)	93,7	94,9	95,1	95,1	81,2	92,3	92,4	96,3
nein	2013 (N=1.533)	94,7	94,7	95,0	94,8	72,8	87,9	94,6	96,1
ja	2016 (N=580)	87,6	89,3	87,9	87,9	83,3	87,4	83,6	86,0
nein	2016 (N=1.424)	89,5	95,1	89,8	89,3	88,0	91,4	89,5	90,7

†MMR: Mumps, Masern, Röteln; ‡HiB: Haemophilus Influenzae Typ b.

### 2.3.2 Fazit

Im Jahr 2016 liegt der Anteil der Kinder aus dem Landkreis Marburg-Biedenkopf, die einen kompletten Status in den einzelnen Schutzimpfungen vorweisen können, bis zu 6,3 % unter dem Niveau von Hessen 2015 (RKI 2017) bzw. 6,7 % im Jahr 2016 (HLPUG 2017). Insbesondere bei den Pertussis-, Tetanus-, Diphtherie-, HiB- und Polio-Impfungen besteht Handlungsbedarf, wie auch bei den MMR- und Varizellen-Impfungen. Die gestiegene Anzahl nicht vorgelegter Impfbücher muss in diesem Zusammenhang betrachtet werden (zuletzt jedes 13. Kind), da der Impfstatus hier nicht festgestellt werden kann.

Wird der Migrationshintergrund in die Betrachtung der Vollständigkeit der einzelnen Schutzimpfungen einbezogen, fällt auf, dass ab 2015 der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, die kein Impfbuch vorweisen können, und der Impfstatus somit nicht feststellbar ist, ansteigt. Vermutlich kann dies auf den Zuzug geflüchteter Familien ab 2015 zurückgeführt werden, da sie kein solches Dokument mitgeführt haben, bzw. denen dieses Dokument unbekannt ist.

Im Rahmen der KiGGS-Studie (RKI 2008) wurde der Impfstatus bei 0 bis 17jährigen Kindern und Jugendlichen, mit einer differenzierteren Betrachtung des Migrationshintergrunds, erhoben. Es zeigt sich, dass das Vorhandensein eines kompletten Impfstatus stark davon abhängt, ob ein Kind mit Migrationshintergrund in Deutschland geboren oder zugewandert ist. In Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund unterscheiden sich in ihrem Impfstatus nicht wesentlich von Kindern ohne Migrationshintergrund. Kinder mit Migrationshintergrund, die zugewandert sind, weisen laut der KiGGS-Studie wesentlich schlechtere Durchimpfungsraten auf. Eine differenzierte Betrachtung nach in Deutschland geborenen und zugewanderten Kindern mit Migrationshintergrund ist im Rahmen der vorliegenden Daten jedoch nicht möglich.

Es wird eine Verringerung der Rate an kompletten Schutzimpfungen festgestellt. Diese Beobachtung könnte auf eine tatsächlich nachlassende Impfbereitschaft, einen Migrationseffekt, sowie auf ein Dokumentationsproblem bei alternativen Impfschemata zurückgeführt werden.

Die Verschlechterung der Durchimpfungsrate insbesondere bei Pertussis, Tetanus, Diphtherie, HiB und Polio muss nicht zwangsläufig mit einer Verschlechterung der Inanspruchnahme von Impfungen zusammenhängen. Die Dokumentation eines kompletten Impfstatus einer Schutzimpfung bezieht sich auf die Vorgaben der STIKO (bspw. das 3+1-Schema<sup>2</sup> bei dem 6fach Impfstoff<sup>3</sup>). Davon abweichende Impfschemata werden als inkomplett dokumentiert. Verschiedene Studien (Borrow 2003, Wiedermann 2009, Findlow 2015) beschäftigen sich mit der Fragestellung, ob ein reduziertes Impfschema die gleiche Wirksamkeit hervorrufen kann, wie das 3+1-Impfschema bezogen auf den 6fach-Impfstoff. Die Ergebnisse zeigen, dass ein Schema mit zwei Grundimmunisierungen und einer Auffrischungsimpfung (2+1) zu einer vergleichbaren Antikörperantwort wie das 3+1-Schema führt und die Anzahl

---

<sup>2</sup> Drei Grundimmunisierungen plus eine Auffrischungsimpfung

<sup>3</sup> Impfung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Hib, Poliomyelitis und Hepatitis B

der Impfungen weniger wichtig ist als der Zeitpunkt der Applikation. Vereinzelt Kinderärzt\*innen im Landkreis Marburg-Biedenkopf führen auf Basis dieser Studien eine Immunisierung nach dem reduzierten Impfschema durch. Hier könnte ein Grund dafür liegen, dass die Durchimpfungsraten bei einzelnen Impfungen zwar als inkomplett dokumentiert werden, im Sinne des reduzierten Impfschemas jedoch als komplett gelten.

## 2.4 Gewicht bei Einschulungskindern

Beim Körpercheck werden u.a. die Größe und das Gewicht des Kindes gemessen. Aus diesen wird der BMI (Körpergewicht/Körpergröße<sup>2</sup> [kg/m<sup>2</sup>]) berechnet.

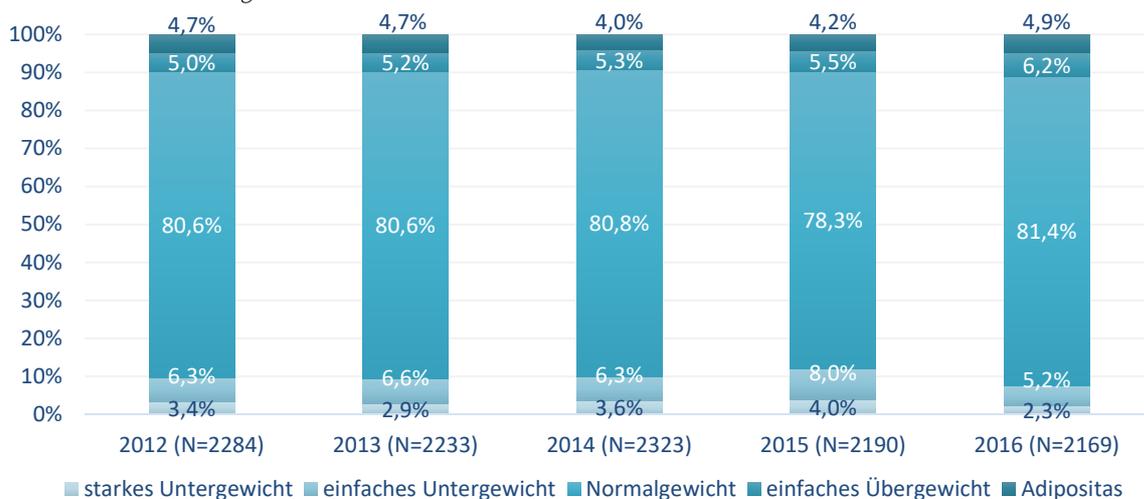
Die Festlegung, ob Adipositas, Übergewicht, Normalgewicht oder Untergewicht besteht, wird über den BMI definiert. Der BMI ist alters- und geschlechtsabhängig. Für die Bewertung des BMI sind Bezugswerte notwendig. Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) empfiehlt als Bezugswerte für Kinder die 2001 publizierten Kromeyer-Hauschild Referenzkurven (Kromeyer-Hauschild 2001) zu nutzen.

Nach AGA-Definitionen spricht man von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen, wenn der alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Wert oberhalb der 90. Perzentile liegt. Befindet sich der BMI-Wert oberhalb der 97. Perzentile, wird dies als Adipositas (Fettleibigkeit) bezeichnet. Bei einem BMI unterhalb der 10. Perzentile, spricht man von Untergewicht. Starkes Untergewicht liegt bei Werten unterhalb der 3. Perzentile vor.

### 2.4.1 Ergebnisse

In Abbildung 8 sind die Ergebnisse der untersuchten Kinder im Landkreis dargestellt. Der Anteil der normalgewichtigen Kinder beträgt im Beobachtungszeitraum ca. 80 %. Die Anteile der über- (einfaches Übergewicht und Adipositas) und untergewichtigen (einfaches und starkes Untergewicht) Kinder liegen jeweils bei etwa 10 %.

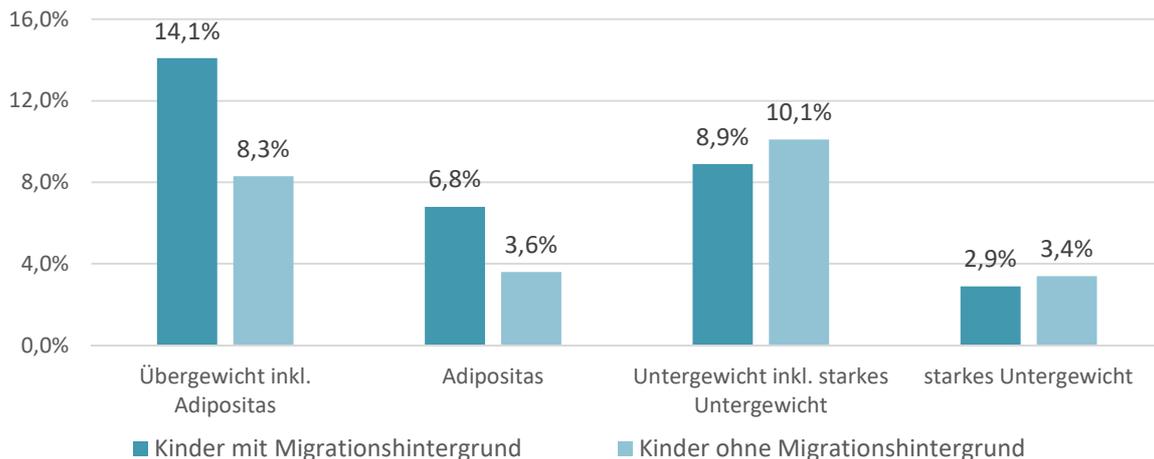
Abbildung 8: Gewichtsstatus aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016 nach BMI-Kategorien.



## Gewichtsstatus nach Migrationshintergrund

Bei Kindern mit Migrationshintergrund ist der Anteil mit Übergewicht bzw. Adipositas innerhalb des Betrachtungszeitraums höher als bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Umgekehrt wird Untergewicht bei Kindern ohne Migrationshintergrund häufiger beobachtet als bei Kindern mit Migrationshintergrund (Abbildung 9). Eine kontinuierliche Zu- oder Abnahme der Anteile kann nicht beobachtet werden.

Abbildung 9: Gewichtsstatus aller untersuchten Kinder nach Migrationshintergrund im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016.



## Gewichtsstatus nach Geschlecht

Es besteht kein wesentlicher Unterschied bei Mädchen und Jungen bezogen auf Unter- und Übergewicht im Zeitraum von 2012 bis 2016.

### 2.4.2 Fazit

Über- als auch ein Untergewicht liegen bei jeweils ca. 10 % der Kinder im Vorschulalter im Landkreis Marburg-Biedenkopf vor. Bei Kindern mit Migrationshintergrund wird ein Übergewicht häufiger festgestellt als bei Kindern ohne Migrationshintergrund. Hingegen wird bei Kindern ohne Migrationshintergrund häufiger ein Untergewicht dokumentiert.

Übergewicht und Adipositas stellen langfristig ein Risiko für die Gesundheit dar und können Hypertonie, koronare Herzerkrankung und Diabestes mellitus Typ 2 zur Folge haben. Abnehmende motorische Fähigkeiten können ebenso auftreten. Ebenfalls werden verschiedene Tumorerkrankungen mit Adipositas assoziiert. Das Übergewicht begleitet die betroffenen Kinder oft ins Erwachsenenalter. Die oben genannten Krankheiten verursachen persönliches Leiden, hohe direkte Behandlungskosten und indirekte volkswirtschaftliche Kosten (z.B. durch Arbeitsunfähigkeit) (Klein 2016).

Im Verlauf des Untersuchungszeitraums ist im Landkreis Marburg-Biedenkopf kein klarer Trend bezüglich einer Veränderung von Übergewicht festzustellen. Einzig 2016 liegt der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder bei 11,1 %, und damit höher als in den Jahren zuvor. Auch die KiGGS-Studie kommt zu dem Ergebnis, dass es in den letzten Jahren zu keiner Steigerung der Prävalenz kam. Der Anteil der Kinder, die ein Übergewicht aufweisen, ist zurzeit auf hohem Niveau stabil (Kurth & Schaffrath Rosario 2007).

Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen, dass bei 15,4 % der Kinder von 3 bis 17 Jahren ein Übergewicht vorliegt, bei 5,6 % eine Adipositas. Der Anteil der Übergewichtigen steigt nach den Ergebnissen der KiGGS-Studie mit zunehmendem Alter an (Schienkietwitz 2018). Ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas besteht bei Familien mit niedrigen sozio-ökonomischen Status sowie bei Kindern mit Migrationshintergrund. Vor allem sind Kinder betroffen, deren Mütter ebenfalls übergewichtig oder adipös sind. Wesentliche Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen wurden nicht gefunden (Kurth & Schaffrath Rosario 2007).

Untergewicht ist ein weniger beachtetes Thema. Die eigenen Daten belegen jedoch, dass Untergewicht in ähnlichem Maße wie Übergewicht auftritt und ebenso thematisiert werden sollte.

Nach den Ergebnissen der KiGGS-Studie sind 3,8 % der 3- bis 6-jährigen Kinder untergewichtig. Bei 1,4 % liegt das Gewicht stark unter dem Normalgewicht (BZgA 2016). Die Daten für den Landkreis Marburg-Biedenkopf weisen höhere Anteile auf.

Ein bestehendes Untergewicht geht nicht automatisch mit gesundheitlichen Folgen einher. Liegt jedoch eine Mangelernährung vor, ist Vorsicht geboten und es besteht Handlungsbedarf. Auch eine gestörte Körperwahrnehmung oder körperliche Erkrankungen müssen als Ursachen in Betracht gezogen werden (Kamensky 2017).

Bei der Schuleingangsuntersuchung erhalten durchschnittlich 13 % aller Kinder bzw. deren Eltern als sozialpädiatrische Leistung die Empfehlung zu einer Ernährungsberatung.

## 2.5 Screening des Entwicklungsstandes: S-ENS

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung werden verschiedene schulrelevante Entwicklungsbereiche mittels des standardisierten Instrumentariums S-ENS untersucht. Die erhobenen Parameter ermöglichen eine Einschätzung des Einschulkindes in Bezug auf den gesundheitlichen Zustand ebenso wie auf den sprachlichen, motorischen, sozial-emotionalen und kognitiven Entwicklungsstand. Die Ergebnisse des Entwicklungsscreenings werden in „unauffällig“, „behandelter (bekannter) Befund“, „Arztbrief (neu auffälliger Befund)“ und „grenzwertig“ eingeordnet. Folgende werden in diesem Kapitel vorgestellt:

### 1. Neuromotorik

Im Bereich der Neuromotorik werden Koordination (aufeinander abstimmen von Einzelbewegungen zu einer harmonischen Gesamtbewegung), Visuomotorik (Koordination von Sehindrücken und Handbewegungen, inkl. der Koordination von Auge und Hand), Feinmotorik (kleine Bewegungen, Geschicklichkeit, Fingerfertigkeit), Grobmotorik (große Bewegungen, Gewandtheit) und Händigkeit (rechts/links) überprüft. Dafür werden verschiedene Bewegungsübungen (z.B. Einbeinstand, Hüpfen, Figuren nachmalen) durchgeführt.

Die Visuomotorik wird mit Aufgaben zur Gestaltrekonstruktion und Gestaltreproduktion überprüft. Hier müssen beispielsweise Figuren komplettiert oder auch vorgegebene Figuren nachgezeichnet werden. Fähigkeiten zur Gestaltreproduktion (Figuren nachzeichnen) wer-

den vor allem zum Erlernen des Schreibens benötigt. Probleme bei der Visuomotorik verringern das Arbeitstempo, verbrauchen vermehrt Ressourcen von Konzentration und Aufmerksamkeit, führen zu schnellerer Ermüdung und – aufgrund mangelnder positiver Rückmeldung bei zunehmend schlechter werdender Lesbarkeit des Geschriebenen – zu rascher Demotivation.

## **2. Sprache**

Der Bereich Sprache setzt sich aus einer Bewertung hinsichtlich Satzbau, Grammatik, Artikulation (Aussprache) und Wortschatz zusammen. In die Dokumentation fließen die Ergebnisse unterschiedlicher Übungen (z. B. Wörter ergänzen und Sätze nachsprechen), aber auch Beobachtungen während der Unterhaltung ein. Ergänzt wird dieser Bereich durch Ermittlung der Familiensprache und des Migrationshintergrundes, sowie der Einschätzung der Deutschkenntnisse des Kindes und der Mutter.

## **3. Visuelle Wahrnehmung und auditive Informationsverarbeitung**

Bei der Überprüfung der visuellen Wahrnehmung wird die Fähigkeit erfasst, Regeln und Zusammenhänge mittels des Seheindrucks zu erkennen. Auch das Wiedererkennen von Figuren wird überprüft. Dieser Aufgabentyp wird zur Erfassung der sprachunabhängigen intellektuellen Leistungsfähigkeit eingesetzt. Diese grundlegenden Seh- und Schlussfolgerungsfähigkeiten bilden die Grundlage für eine breite Palette schulischer Fertigkeiten, u.a. für das Lesen.

Die auditive Informationsverarbeitung beinhaltet die Überprüfung des kurzfristigen Behaltens und Wiedergebens von unterschiedlich langen Silbenfolgen. Dabei werden die Gedächtnisspanne und die Aussprachegenauigkeit für unbekannte Begriffe überprüft. Zwischen den im Vorschulalter erhobenen Befunden zur Gedächtnisspanne und den späteren schulischen Lese- und Rechtschreibleistungen besteht eine enge Beziehung. Außerdem müssen unübliche, aber sinnvolle und grammatikalisch richtige Sätze nachgesprochen werden. Hiermit werden das Speichern grammatikalischer Strukturen (expressive Sprachentwicklung) und das Abrufen vollständiger Sätze überprüft.

## **4. Psyche/Verhalten**

Dieser Bereich wird nicht durch standardisierte Screeningverfahren evaluiert. Es wird der Umgang des Kindes mit den anwesenden Personen und die Kooperationsbereitschaft und Mitarbeit während der Untersuchungssituation beobachtet.

Ferner wird betrachtet, wie das Kind Anweisungen befolgt und durchführt, Regeln erfasst, außerdem wie selbständig das Kind ist, ob auffälliges Vokabular genutzt wird und wie ausgeprägt die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdauer ist. Als weiteres Instrument wird der SDQ-Fragebogen<sup>4</sup> verwendet, den die Eltern während der Untersuchung ausfüllen. Dieser unterstützt die ärztliche Beurteilung des Kindes durch die Verhaltensbeobachtungen während der Untersuchung.

---

<sup>4</sup> Strengths and Difficulties Questionnaire: Fragebogen zu Stärken und Schwächen. Eines der meistgenutzten Verfahren zur Erfassung von psychischen Problemen bei Kindern.

## 2.5.1 Ergebnisse Neuromotorik

### Grobmotorik

Ein unauffälliger Befund wurde im Beobachtungszeitraum bei 87,5 % aller untersuchten Kinder festgestellt. Der Anteil der Kinder mit neu auffälligem Befund (2,9 %) überwiegt dem der Kinder mit bereits bekanntem Befund (1,7 %). Einen grenzwertigen Befund erhalten 6,6 % der untersuchten Kinder.

Im Bereich der Grobmotorik schneiden die Einschulkinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf gut ab.

### Ergebnisse Grobmotorik nach Migrationshintergrund

Die Anteile der Kinder mit und ohne Migrationshintergrund und einem unauffälligen Befund liegen auf dem gleichen Niveau.

Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund und einem bereits bekannten Befund ist im Betrachtungszeitraum etwas kleiner als bei den Kindern ohne Migrationshintergrund. Dagegen ist der durchschnittliche Anteil derer mit einem neuen auffälligen und einem grenzwertigen Befund größer (Tabelle 5).

*Tabelle 5: Ergebnisse "Grobmotorik" aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016, aufgeschlüsselt nach Migrationshintergrund (Angaben in %).*

	unauffällig	bekannt	Arztbrief	grenzwertig
Kinder mit Migrationshintergrund	87,5	1,3	3,2	7,1
Kinder ohne Migrationshintergrund	87,6	1,9	2,8	6,4

### Ergebnisse Grobmotorik nach Geschlecht

Der Anteil der unauffälligen Befunde ist bei Mädchen im Durchschnitt höher als bei Jungen. Bei den grenzwertigen Ergebnissen liegen die Anteile der Jungen höher als bei den Mädchen. Ebenso verhält es sich mit den behandelten und neu auffälligen Befunden (Tabelle 6).

*Tabelle 6: Ergebnisse "Grobmotorik" aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016, aufgeschlüsselt nach Geschlecht (Angaben in %).*

	unauffällig	bekannt	Arztbrief	grenzwertig
Mädchen	90,0	1,2	2,2	5,7
Jungen	85,9	2,2	3,7	7,4

### Feinmotorik

Der Anteil der Kinder, bei denen ein unauffälliger Befund dokumentiert wird, liegt bei 80,8 %. Die Anteile bestehender und neu auffälliger Befunde liegen bei 3,2 % bzw. 6,5 %. Einen grenzwertigen Befund erhalten im Mittel 8,7 %. Der Anteil der unauffälligen Befunde in der Feinmotorik liegt unter dem der Grobmotorik.

### Ergebnisse Feinmotorik nach Migrationshintergrund

Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, die einen unauffälligen Befund aufweisen, liegt unter dem der Kinder ohne Migrationshintergrund. Bei den Kindern beider Gruppen

überwiegt der Anteil der neu auffälligen Befunde dem der bekannten Befunde. Kinder mit Migrationshintergrund weisen einen geringeren Anteil an bereits bekannten, jedoch einen höheren an neu auffälligen sowie grenzwertigen Befunden auf (Tabelle 7).

*Tabelle 7: Ergebnisse "Feinmotorik" aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016, aufgeschlüsselt nach Migrationshintergrund (Angaben in %).*

	unauffällig	bekannt	Arztbrief	grenzwertig
Kinder mit Migrationshintergrund	78,0	2,2	8,7	10,7
Kinder ohne Migrationshintergrund	81,9	3,7	5,7	7,9

### Ergebnisse Feinmotorik nach Geschlecht

Der Anteil der Mädchen, die einen unauffälligen Befund aufweisen, liegt deutlich höher als bei den Jungen. Der Anteil der Jungen, die einen bereits bekannten, neuen oder grenzwertigen Befund haben, liegt über dem der Mädchen (Tabelle 8).

*Tabelle 8: Ergebnisse "Feinmotorik" aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016, aufgeschlüsselt nach Geschlecht (Angaben in %).*

	unauffällig	bekannt	Arztbrief	grenzwertig
Mädchen	85,2	2,0	4,9	7,6
Jungen	77,5	4,4	8,0	9,7

### Ergebnisse Feinmotorik nach Dauer Kita-Besuch

Klassifiziert nach Länge des Kita-Besuchs zeigen Kinder mit einem längeren Kita-Besuch einen höheren Anteil an unauffälligen Ergebnissen im Bereich Feinmotorik als Kinder mit keinem bzw. kurzem Kita-Besuch. Neu auffällige und grenzwertige Befunde werden bei Kindern mit keinem bzw. kurzen Kita-Besuch häufiger dokumentiert als bei Kindern mit längerem Kita-Besuch (Tabelle 9). Ein Großteil der Kinder, die die Kita nicht oder weniger als 18 Monate besuchen, gehört zu der Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund (61,8 %).

Die Anzahl der Kinder, die keinen oder einen nur kurzen Kita-Besuch aufweisen können ist gering, und die Aussagekraft der Ergebnisse ist daher eingeschränkt.

*Tabelle 9: Ergebnisse "Feinmotorik" aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016 aufgeschlüsselt nach Kita-Besuch "0 bis < 18" und "≥ 18" Monate (Angaben in %).*

	unauffällig	bekannt	Arztbrief	grenzwertig
0 bis <18 Monate	71,0	3,0	14,6	9,9
≥18 Monate	81,7	3,3	6,1	8,7

Kinder die 18 Monate oder länger die Kita besuchen haben häufiger eine unauffällige Feinmotorik.

## 2.5.2 Ergebnisse Auditive und Visuelle Wahrnehmung

### Ergebnisse Auditive Wahrnehmung

Im Zeitraum 2012 bis 2016 weisen 84 % der Kinder einen unauffälligen Befund auf. 4,1 % bzw. 2,5 % haben einen bereits bekannten oder erhalten einen neuen Befund. Im Schnitt erhalten 7,9 % der Kinder ein grenzwertiges Ergebnis.

## Ergebnisse Visuelle Wahrnehmung

In der visuellen Wahrnehmung werden prinzipiell schlechtere Ergebnisse erreicht als in der auditiven. Bei 77,1 % der Kinder wird ein unauffälliger Befund festgestellt. Der Anteil der Kinder mit neu auffälligen Befund (9,9 %) ist deutlich höher, als der mit einem bereits bekannten Befunden (1,3 %).

### 2.5.3 Ergebnisse Psyche/Verhalten

Der Anteil der Kinder mit einem unauffälligen Befund liegt bei 83,8 %. Einen neu auffälligen Befund haben 1,9 % der Kinder. 11,4 % erreichen grenzwertige Ergebnisse, bei 2,6 % der Kinder ist ein Befund bereits bekannt.

### Ergebnisse Psyche/Verhalten nach Migrationshintergrund

Zwischen den Gruppen der Kinder mit und ohne Migrationshintergrund sind keine nennenswerten Unterschiede festzustellen.

### Ergebnisse Psyche/Verhalten nach Geschlecht

Mädchen weisen deutlich bessere Ergebnisse auf als Jungen. Insbesondere bei den dokumentierten grenzwertigen und bereits bekannten Befunden liegt der Anteil der Jungen über denen der Mädchen. Diese Differenz bestätigt sich auch bei den neu auffälligen Befunden (Tabelle 10).

*Tabelle 10: Ergebnisse Psyche/Verhalten aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016, aufgeschlüsselt nach Geschlecht (Angaben in %).*

	unauffällig	bekannt	Arztbrief	grenzwertig
Mädchen	87,9	1,5	1,3	8,9
Jungen	80,0	3,5	2,4	13,7

### 2.5.4 Fazit

Im Bereich Feinmotorik liegt der Anteil der Kinder mit einem neu auffälligen oder grenzwertigen Befund bei Kindern mit Migrationshintergrund über dem der Kinder ohne Migrationshintergrund. Eventuell kann ein Zusammenhang zwischen dem geringeren Anteil kompletter Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern mit Migrationshintergrund und einem vermehrten Auftreten von neuen bzw. grenzwertigen Befunden in den genannten S-ENS Bereichen bestehen. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer von den Vorsorgeuntersuchungen unabhängigen Schuleingangsuntersuchung und die Notwendigkeit einer Förderung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen.

Ein weiterer relevanter Punkt scheint die Dauer des Kita-Besuchs zu sein. Kinder mit einem Kita-Besuch länger als 18 Monate haben häufiger unauffällige Ergebnisse. In diesem Zusammenhang sollte beachtet werden, dass der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund und einem Kita-Besuch von mehr als 18 Monaten deutlich geringer ist als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (s. Kapitel 2.2.2).

Eine Förderung der Inanspruchnahme der Kita-Betreuung und -Förderung erscheint in diesem Zusammenhang für alle Kinder mit und ohne Migrationshintergrund sinnvoll.

Bezüglich der geschlechterspezifischen Auswertung fällt auf, dass Jungen in den Bereichen Neuromotorik, insbesondere Feinmotorik und Psyche/Verhalten schlechter abschneiden als Mädchen. Bei der Ermittlung der Gesamtbeurteilung des Bereichs Psyche/Verhalten spielen Aspekte wie Kooperation, Aufmerksamkeit, Konzentrationsdauer und Auffälligkeiten im Verhalten gegenüber Eltern und Untersuchern eine Rolle.

## 2.6 Sprachentwicklung

Daten zum Bereich Sprache werden im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung an verschiedenen Punkten erhoben. Im Rahmen des Entwicklungsscreenings wird der Bereich Sprache standardisiert untersucht. Bei Kindern mit Migrationshintergrund werden zusätzliche Angaben zum Bereich Sprache erhoben, u.a. die Erfassung der Deutschkenntnisse des Kindes. Im Folgenden wird die Sprachentwicklung zudem in Bezug zu der Dauer des Kita-Besuchs gesetzt.

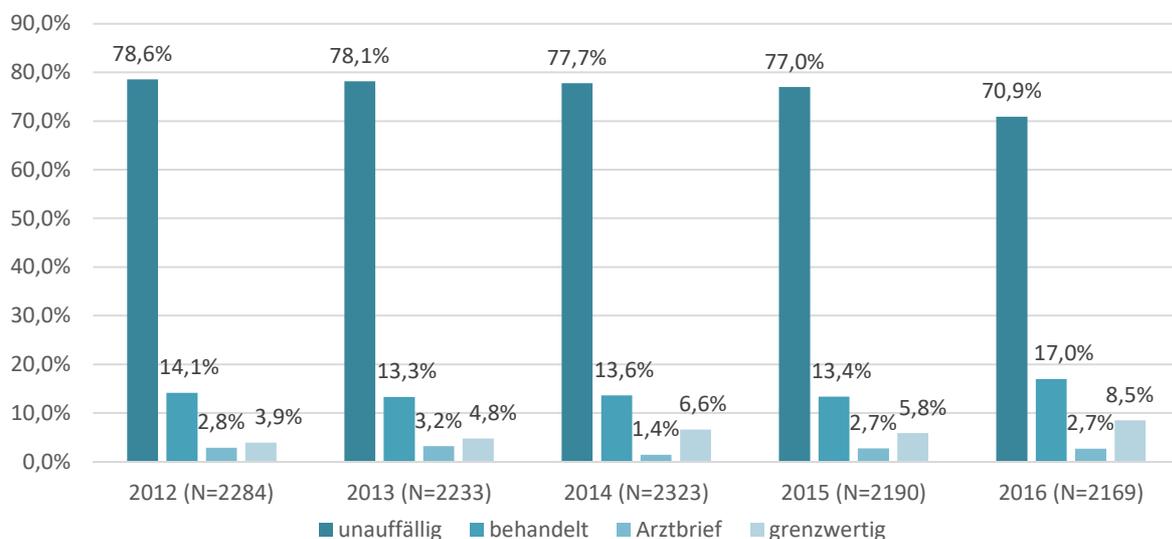
Bei Kindern mit Migrationshintergrund, bei denen keine oder nur rudimentäre Deutschkenntnisse festgestellt werden, wird die Testung im Bereich Sprache im Rahmen des S-ENS nicht durchgeführt.

### 2.6.1 Gesamtbeurteilung Sprache (S-ENS)

Insgesamt weisen von allen untersuchten Kindern im Betrachtungszeitraum 76,5 % ein unauffälliges Ergebnis im Bereich Sprache auf. Ein bereits behandelter Befund liegt bei 14,3 % vor und 2,6 % haben einen neuen auffälligen. Bei 5,9 % liegt ein grenzwertiges Ergebnis vor. Im Jahr 2016 sinkt der Anteil der Kinder mit einem unauffälligen Ergebnis auf 70,9 %, der Anteil der Kinder mit einem behandelten bzw. grenzwertigen Befund steigt an (Abbildung 10).

Der Anteil der Kinder mit einer als unauffällig beurteilten Sprache sinkt leicht und erreicht 2016 einen Tiefstand (70,9 %).

Abbildung 10: Sprache Gesamtbeurteilung aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016, aufgeschlüsselt nach Untersuchungsjahr.



Im Bereich Sprache (S-ENS) haben die untersuchten Kinder mit keinem bzw. kurzen Kita-Besuch deutlich schlechtere Ergebnisse als die Kinder mit einem längeren Besuch. Nur 50,4 % der Kinder mit keinem bzw. kürzerem Kita-Besuch erreicht ein unauffälliges Ergebnis, einen bereits bekannten Befund weisen knapp 30 % der Kinder auf. Hingegen erreichen mehr als drei Viertel der Kinder mit einem Kita-Besuch von mehr als 18 Monaten ein unauffälliges Ergebnis, nur 13,4 % haben einen bereits bekannten Befund (Tabelle 11).

*Tabelle 11: Ergebnisse des Bereichs Sprache (S-ENS) aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016 aufgeschlüsselt nach Dauer des Kitabesuch "0 bis < 18" und "≥ 18" Monate (Angaben in %).*

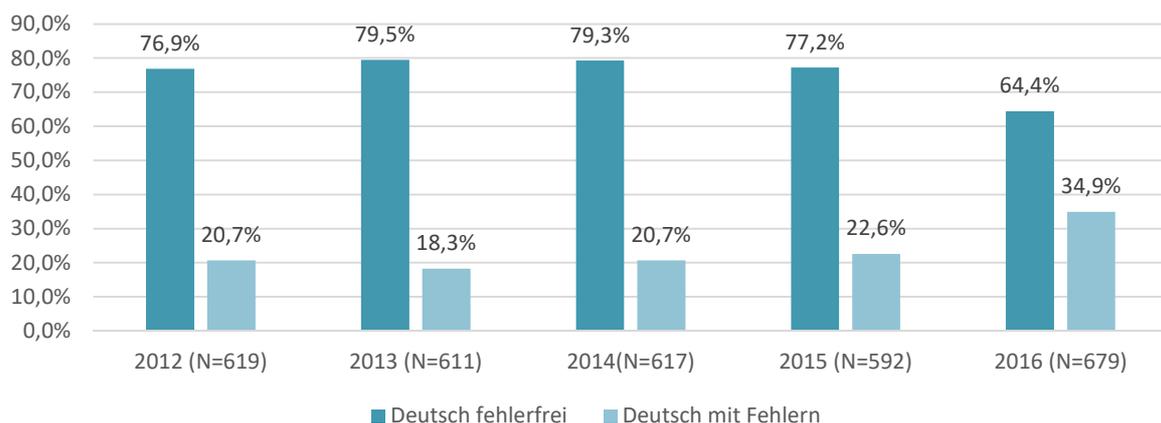
	unauffällig	bekannt	Arztbrief	grenzwertig
0 bis <18 Monate	50,4	29,2	7,2	8,5
18 Mon. bis > 3 Jahre	78,2	13,4	2,2	5,7

Sprachliche Auffälligkeiten sind bei Kindern, die weniger als 18 Monate den Kindergarten besuchen, besonders häufig.

## 2.6.2 Sprachentwicklung und Migrationshintergrund

Bei Kindern mit Migrationshintergrund werden Deutschkenntnisse<sup>5</sup> zusätzlich erhoben. Im Zeitraum 2012 bis 2016 spricht ein Großteil der Kinder mit Migrationshintergrund Deutsch mit leichten Fehlern bis fehlerfreies Deutsch. Bis zum Jahr 2015 liegt dieser Anteil bei über 76 %. Dieser Anteil verringert sich in 2016, und über ein Drittel der untersuchten Kinder mit Migrationshintergrund spricht ein fehlerhaftes Deutsch. Die Werte sind in Abbildung 11 dargestellt.

*Abbildung 11: Deutschkenntnisse aller Kinder mit Migrationshintergrund im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016, aufgeschlüsselt nach Untersuchungsjahr.*



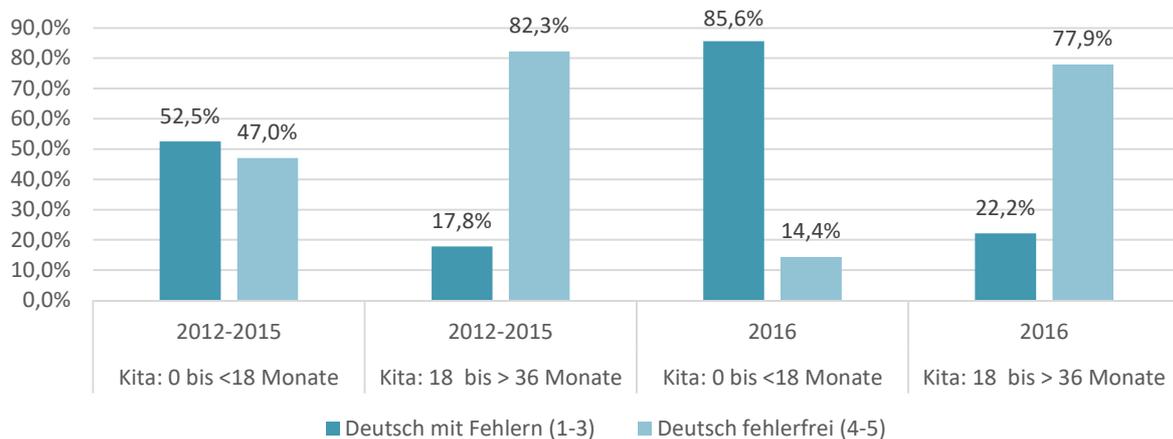
<sup>5</sup> Die Deutschkenntnisse der Kinder mit Migrationshintergrund werden anhand der Einstufungen 1=kein Deutschverständnis, 2=rudimentär, 3=flüssig mit erheblichen Fehlern, 4=flüssig mit leichten Fehlern und 5=fehlerfreies Deutsch klassifiziert. In Abbildung 11 sind die Ergebnisse mit „Deutsch fehlerfrei“ (4-5) und „Deutsch mit Fehlern“ (1-3) zusammengefasst.

### 2.6.3 Sprachentwicklung der Kinder mit Migrationshintergrund und Kita-Besuch

Die Kita länger als 18 Monate haben 93,8 % der untersuchten Kinder besucht, nur 5,8 % haben die Kita nicht oder weniger als 18 Monate besucht. Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, die die Kita länger als 18 Monate besucht haben, beträgt 86,6 %. Keinen bzw. einen Kita-Besuch von unter 18 Monaten haben 11,6 % der Kinder vorzuweisen, bei 1,7 % ist diese Angabe unbekannt.

Kinder mit Migrationshintergrund, die die Kita nicht oder weniger als 18 Monate besucht haben, weisen deutlich schlechtere Deutschkenntnisse auf als Kinder, die die Kita länger besucht haben. Da es zum Jahr 2016 eine enorme Verschlechterung der Deutschkenntnisse der untersuchten Kinder mit Migrationshintergrund gibt, sind in Abbildung 12 die Werte der Kinder mit keinem bzw. kurzem Kita-Besuch von 2012 bis 2015 dem Jahr 2016 gegenübergestellt, um die Differenz aufzuzeigen.

Abbildung 12: Deutschkenntnisse der Kinder **mit** Migrationshintergrund in Bezug zu der Länge des Kita-Besuchs im esuchs im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2015 (zusammengefasst) und 2016.



Deutschkenntnisse sind bei Kindern, die länger als 18 Monate die Kita besuchen deutlich besser als bei Kindern mit einem Kita-Besuch unter 18 Monaten.

### 2.6.4 Fazit

In der Gesamtbeurteilung Sprache nehmen die Anteile der Kinder mit unauffälligem Befund zum Jahr 2016 insgesamt ab, die Anteile mit grenzwertigen und bereits behandelten Befund hingegen zu.

Wie bereits im Kapitel 2.2 festgestellt, steigt der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund insbesondere 2016 an. Hiermit einhergehend sinkt die Anzahl der Kinder mit Migrationshintergrund, die ein fehlerfreies Deutsch sprechen. Es ist zu erwarten, dass Kinder, die erst kürzlich nach Deutschland gekommen sind und in deren Familien zumindest anfangs kein Deutsch gesprochen wird, entsprechend geringe Deutschkenntnisse haben.

Im Durchschnitt sprechen -bis 2015- über 76 % der Kinder mit Migrationshintergrund "fehlerfreies" Deutsch.

Die Länge des Kita-Besuchs hat nach den hier beschriebenen Daten einen Einfluss sowohl auf die allgemeine sprachliche Entwicklung aller Kinder als auch auf die Deutschkenntnisse der Kinder mit Migrationshintergrund.

Die Kita scheint eine wichtige Umgebung für die sprachliche Förderung und Entwicklung aller Kinder, insbesondere für die Deutschkenntnisse der Kinder mit Migrationshintergrund, zu sein.

## 2.7 Chronische Erkrankungen und Behinderungen

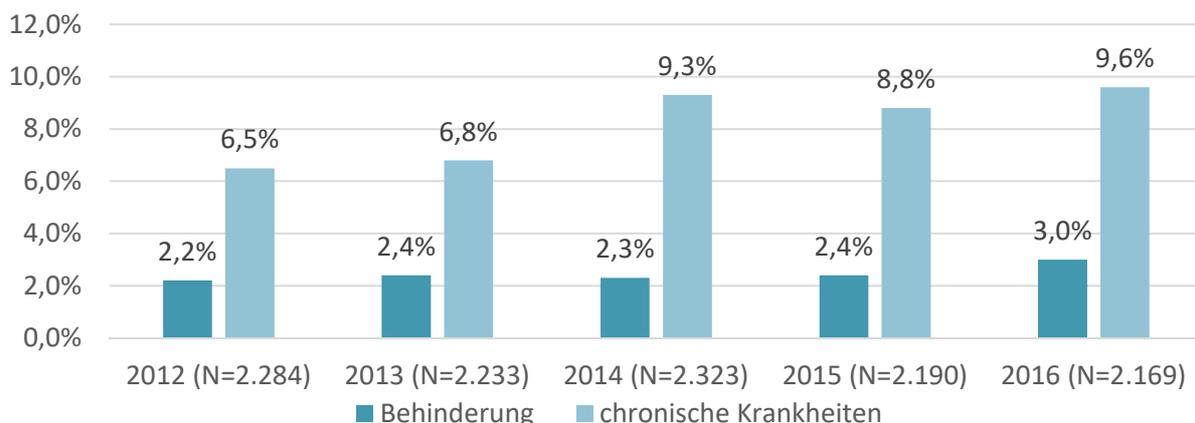
Unter „Handicap“ werden Gesundheitsstörungen erfasst, durch die ein Kind (im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen) länger als sechs Monate in seinen Funktionen und Strukturen eingeschränkt ist. Aktivitäten der alltäglichen Lebensführung und der schulischen Rolle sind beeinträchtigt.

Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung werden chronische Erkrankungen erfasst, die einer dauerhaften Therapie oder medizinischer Hilfsmittel bedürfen, ohne die das Kind in seinem gesundheitlichen Wohlbefinden gefährdet bzw. wesentlich beeinträchtigt wäre. Ferner wird festgehalten, ob eine Behinderung vorliegt. Dieser Erfassung liegt die Definition gemäß SGB IX<sup>6</sup> zugrunde. Ergänzend zu dieser Feststellung werden die Art der Behinderung und, wie bei der Erfassung der chronischen Erkrankungen, die ICD-10<sup>7</sup> Codierung genutzt.

### 2.7.1 Ergebnisse

In Abbildung 13 ist zu erkennen, dass der Anteil der Kinder, bei denen eine chronische Erkrankung vorliegt, von 6,5 % im Jahr 2012 auf 9,6 % im Jahr 2016 ansteigt. Dieser Anteil liegt jedoch unter dem in Hessen (9,9 % in 2012; 14,7 % in 2016). Im Vergleich der Daten zeigt sich, dass sich die Anzahl der Kinder mit Behinderungen etwas unter den hessenweiten Zahlen befindet (zwischen 3,7 % in 2012 und 3,9 % in 2016).

Abbildung 13: Behinderung und chronische Erkrankungen bei allen untersuchten Kindern im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016.



<sup>6</sup> Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.

<sup>7</sup> Internationale (statistische) Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

## 2.7.2 Fazit

Der Anteil der Kinder, die eine Behinderung aufweisen, liegt im Jahr 2016 etwas über dem Durchschnitt der Vorjahre. Eine tiefere Unterscheidung nach Art der Behinderung wird in diesem Bericht nicht getroffen. Der Anteil der Kinder, die eine chronische Erkrankung aufweisen steigt zwischen 2013 und 2014 von 6,8 % auf 9,3 % an und bleibt danach annähernd stabil. Eine plausible Erklärung für diese Veränderung ist anhand der Daten nicht möglich. Eine Veränderung der Dokumentationsvorschrift zu chronischen Erkrankungen im Untersuchungszeitraum liegt nicht vor. Die Feststellung, wann eine chronische Erkrankung zu dokumentieren ist, richtet sich nach einer Beschreibung im Handbuch der Schuleingangsuntersuchung (HMSI 2011). Es gibt bislang keine international anerkannte Definition für den Begriff „Chronische Erkrankung“, sondern nur entsprechende Vorgaben, wie sie auch durch die Gesetzlichen Krankenkassen formuliert werden, u.a. als Erkrankungsdauer länger als 6 Monate, bei der eine dauerhafte medizinische Behandlung erforderlich ist. Vor allem aufgrund der Heterogenität pädiatrischer Krankheitsbilder und deren Verläufe ist eine Beschreibung schwierig zu konkretisieren (Schmidt 2008).

Durchschnittlich jedes 11. Kind im Landkreis Marburg-Biedenkopf leidet unter einer chronischen Erkrankung.

Chronische Erkrankungen bei Kindern können neben dem Wohlbefinden und der Leistungsfähigkeit auch die körperliche und seelische Entwicklung der Betroffenen langfristig beeinträchtigen. Kinder mit chronischen Erkrankungen besuchen meist eine Regelschule. Ohne entsprechende Maßnahmen kann der Schulalltag der betroffenen Kinder allerdings stark eingeschränkt sein. Im Rahmen der Inklusion müssen für diese Zielgruppe die besonderen Entwicklungsaufgaben und Belastungen erkannt und im schulischen Alltag berücksichtigt werden (Bildung und Gesundheit e.V. 2018).

## 3. Seiteneinsteigende

### 3.1 Allgemeines und Grundlagen der Untersuchung

#### Allgemeines und Ziele

Die Untersuchung der Seiteneinsteigenden erfolgt in Anlehnung an die reguläre hessische Schuleingangsuntersuchung. Sie ist ebenfalls eine verpflichtende Untersuchung und erfolgt anlässlich der erstmaligen Aufnahme in eine Schule im Geltungsbereich des hessischen Schulgesetzes, sofern nicht schon eine Einschulungsuntersuchung in einem anderen Bundesland erfolgt ist. Sie muss auch erfolgen, wenn ältere Kinder/Jugendliche in das deutsche Schulsystem („Seiteneinsteigende“) aufgenommen werden. Eine Altersbegrenzung besteht nicht.

Bei der Untersuchung erfolgt die Beurteilung des Gesundheitszustandes und wesentlicher im Schulsystem zu beachtender Fähigkeiten. Bei Bedarf werden Empfehlungen zu notwendigen Diagnostik-, Therapie- und Fördermaßnahmen gegeben. Die Untersuchung wird vom Kinder- und Jugendärztlichen Dienst (KJGD) der Gesundheitsämter durchgeführt.

#### Was wird untersucht?

Da die Bewertung des Entwicklungsstandes altersabhängig ist, ist für die Seiteneinsteigenden ein anderer Untersuchungsumfang erforderlich als für Kinder bei der Einschulung in das erste Schuljahr. Als Leitlinie für die ärztliche Untersuchung der Kinder und Jugendlichen wurde vom HMSI ein Mindestumfang festgelegt:

- Anamnese und Dokumentation
- Standardisiertes Sinnesorganscreening (Hören, Sehen)
- Ganzkörperuntersuchung des weitgehend entkleideten Kindes/Jugendlichen und Dokumentation (Größe, Gewicht, Blutdruck, standardisierter Check der Organsysteme)
- Grob orientierende Einschätzung der sprachlichen Entwicklung und der motorischen Fähigkeiten
- Verhaltensbeobachtung
- Erfassung einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung
- Impfbuchkontrolle und ggf. Impfberatung

Bei Auffälligkeiten werden die Eltern/Sorgeberechtigten über weitere Untersuchungsmöglichkeiten beraten. Bei schulrelevanten Problemen werden die Ergebnisse zusätzlich mit der aufnehmenden Schule besprochen, um Fördermöglichkeiten zu erschließen.

#### Dokumentation und Gesundheitsberichterstattung

Die Schuleingangsuntersuchung des KJGD erfüllt mit ihren standardisierten Anteilen die statistischen Anforderungen des HMSI. Die Daten werden anonymisiert an das HSL weitergeleitet und im HLPUG aufbereitet.

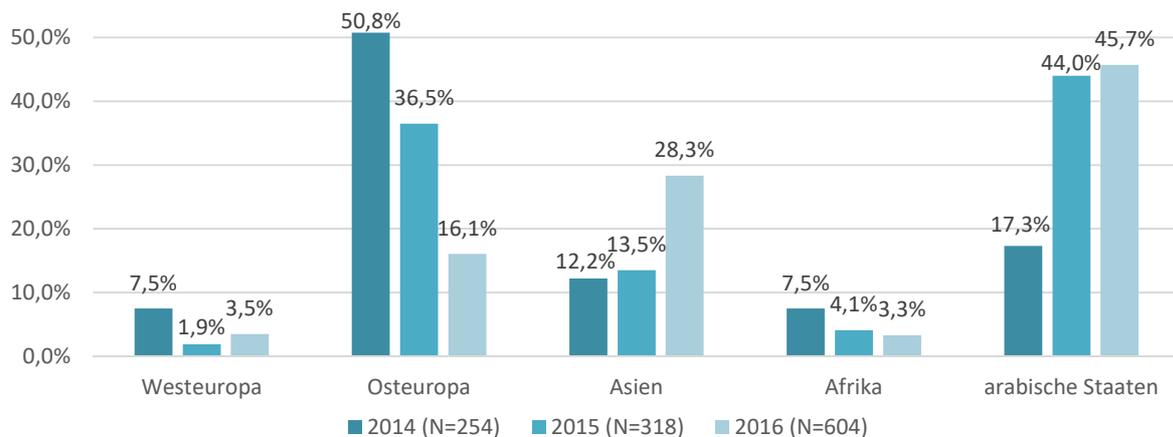
Bei der Seiteneinsteigenden-Untersuchung werden soziale Daten wie z.B. Geschwisteranzahl und Status (Spätaussiedler, unbegleitete minderjährige Ausländer (umA), Asylbewerber) erhoben. Der Migrationshintergrund wird nach der bundesweit einheitlichen Definition der KiGGS-Studie erfasst. Für die Operationalisierung werden formale Migrationsmerkmale wie Geburtsland und Staatsangehörigkeit von Vater, Mutter und Kind erfragt. Die zusätzliche Erhebung der Herkunftssprache ist als Merkmal der Integration wichtig und wird als sprachlich-ethnischer Familienhintergrund ebenfalls dokumentiert.

### 3.2 Gesundheitsstatus von Seiteneinsteigenden

Die Anzahl der Seiteneinsteigenden steigt kontinuierlich an und verdoppelt sich im Jahr 2016 (N=604) im Vergleich zum Jahr 2015 (N=318).

Bezüglich der Verteilung der Herkunftsregionen zeigt sich eine Verschiebung im Laufe des Betrachtungszeitraums (Abbildung 14). 2014 kommt über die Hälfte der Seiteneinsteigenden aus Osteuropa (50,8 %), im Jahr 2016 noch knapp 16 %. Die aus Asien kommenden Seiteneinsteigenden nehmen zum Jahr 2016 von 12,2 % auf 28,3 % zu. Sind es im Jahr 2014 17,3 %, die aus arabischen Staaten kommen, sind es 2016 fast die Hälfte (45,7 %) der Seiteneinsteigenden.

Abbildung 14: Herkunftsregionen Seiteneinsteigende im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2014 bis 2016



Im Betrachtungszeitraum lassen sich insbesondere Auffälligkeiten in den Bereichen Karies, Sehen, Ernährungszustand, Dermatologie und Hören feststellen. Im Verhältnis nehmen diese Auffälligkeiten nicht zu, die Anteile bleiben trotz deutlich größerer Fallzahl gleich (Tabelle 12).

Tabelle 12: Gesundheitliche Auffälligkeiten bei Seiteneinsteigenden im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2014 bis 2016.

Karies	15,1 %
Sehen	14,4 %
Ernährungszustand	12,8 %
Dermatologie	10,5 %
Hören	7,1 %

## 4. Unbegleitete minderjährige Ausländische (umA)

### 4.1 Allgemeines und Grundlagen der umA Untersuchung

#### Grundlegendes

Unbegleitete minderjährigere ausländische Kinder/Jugendliche (umA; bis 2015 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (umF)) verlassen entweder das Herkunftsland ohne Begleitung der Eltern oder werden auf der Flucht von ihnen getrennt.

Im Jahr 2013 stellten in Deutschland 2.486 umA einen Asylerstantrag (in Hessen 500); davon waren 638 unter 16 und 1.848 über 16 Jahre alt. Im Jahr 2014 reisten insgesamt 1.376 umA nach Hessen ein, insgesamt bekamen 1.959 umA Leistungen der Jugendhilfe. Im Jahr 2017 werden rund 6.800 junge Menschen in Hessen versorgt (Hessischer Städtetag 2017). Als umA erfasste Personen fallen unter das Landesaufnahmegesetz, werden aber nach Jugendhilfstandards versorgt. Dies wurde bereits mit dem Clearingerlass von 1998 bewirkt. Im „Clearingverfahren“ wird die Situation des umA geklärt. Hierzu gehören u.a. die Feststellung der Identität, in Zweifelsfällen die Feststellung und -legung des Alters, die Suche nach Familienangehörigen, die Feststellung der gesundheitlichen Lage, die Ermittlung des Erziehungsbedarfs, die Klärung des Aufenthaltsstatus und die Entscheidung, ob ein Asylantrag gestellt werden soll.

Am 1. November 2015 wurde mit dem Gesetz zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher im Achten Sozialgesetzbuch (§§ 42a ff., § 88a) die vorläufige Inobhutnahme und das Verfahren zur Verteilung geregelt.

Im Rahmen der Versorgung findet eine medizinische Erstuntersuchung statt, die im Landkreis Marburg-Biedenkopf der KJGD durchführt. Das HMSI hat 2015 und zum 1. Januar 2017 Arbeitshilfen zur ärztlichen Stellungnahme zum Gesundheitszustand von umA erlassen, die Grundlagen der Untersuchung sind. Nach § 42a (2) hat das Jugendamt einzuschätzen, ob der Gesundheitszustand des umA die Durchführung des Verteilungsverfahrens innerhalb von 14 Tagen ausschließt und benötigt hierfür innerhalb von sieben Werktagen eine ärztliche Stellungnahme. Termine für diese Untersuchung werden daher innerhalb von 2-3 Tagen im Gesundheitsamt ermöglicht.

Zum Mindeststandard der Untersuchung gehört die anamnestische Befragung und körperliche Untersuchung nach akuten oder chronischen Erkrankungen und Verletzungen, der Ausschluss einer Lungentuberkulose, die Feststellung des Impfstatus und ggf. ein erstes Impfangebot. Falls weitere gesundheitliche Abklärung erforderlich ist, werden geeignete Untersuchungen veranlasst.

### 4.2 Gesundheitsstatus umA

Im Jahr 2015 wurden 149 umA im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung untersucht, 2016 waren es 75. Bezüglich der Herkunftsländer lässt sich feststellen, dass im Jahr 2015 der überwiegende Anteil aus asiatischen und arabischen Staaten kommt. Im Jahr 2016 kommen 61,3 % aus Asien und 28,0 % aus einem arabischen Staat.

Erhöhte Prävalenzen sind insbesondere in den Bereichen Karies, Sehen und Dermatologie zu verzeichnen (Tabelle 13), wobei sich der Gesundheitszustand der im Jahr 2016 aufgenommenen umA deutlich verbessert hat.

*Tabelle 13: Gesundheitliche Auffälligkeiten bei unbegleiteten Minderjährigen (umA) im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2015 und 2016.*

Karies	12,5 %
Sehen	9,8 %
Dermatologie	8,5 %

## 5. Handlungsempfehlungen

Wie ist der Gesundheitsstatus der Einschulungskinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf? Wie ist ihre Entwicklung? Gibt es für die Kinder im Vorschulalter „etwas zu tun“ oder ist „alles gut“?

In den letzten Kapiteln wurden die gewonnenen Erkenntnisse zur gesundheitlichen Entwicklung und zum Gesundheitsstatus v.a. der Kinder im Vorschulalter auszugsweise dargestellt. Nun stellt sich die Frage, welche Handlungsempfehlungen sich daraus ergeben, die dann z.B. als Grundlage für gesundheits- und sozialpolitische Planungsprozesse im Landkreis dienen können.

Dazu ist es hilfreich, sich vor Augen zu führen, in welchen Lebenswelten sich die Kinder im Landkreis befinden und welche Maßnahmen in diesen Lebenswelten bereits existieren oder noch empfehlenswert sind.

Die drei wesentlichen Lebenswelten der Kinder sind die Familie, die Bildungseinrichtung (Kita und Schule) und der Sozialraum (soziale und örtliche Umgebung). Im Folgenden werden die Handlungsempfehlungen zuerst unter diesen Gesichtspunkten betrachtet. Danach folgen allgemeine Handlungsempfehlungen für Teilaspekte dieses Berichtes.

### Handlungsempfehlungen im Setting Familie

Die Familie ist der Dreh- und Angelpunkt eines jeden Kindes. Die Grundvoraussetzung für eine gute Kindesentwicklung basiert auf Zuwendung und Fürsorge der jeweiligen Erziehungsberechtigten. Doch Armut, Gewalt, schlechte Arbeitsbedingungen und fehlende Unterstützungsangebote können es Eltern erschweren, der Kindeserziehung adäquat nachzukommen (Black et al. 2017). Zudem haben Maßnahmen, die das familiäre System nicht einbeziehen bzw. durch dieses nicht umgesetzt werden, niedrige Erfolgschancen. Interventionen in der Umgebung und im Kindergarten, die ohne Unterstützung im familiären System durchgeführt werden, drohen zu scheitern. Aus diesen Gründen ist es wichtig, möglichst niedrigschwellig Angebote der familiären Beratung und Förderung im Sozialraum vorzuhalten, Familien mit psychosozialen Belastungen möglichst früh zu identifizieren und diesen Familien einen leichten Zugang zu passenden Maßnahmen zu gewähren.

Wie im Kapitel 8 beschrieben gibt es im Landkreis und der Stadt Marburg seit Ende 2006 das Angebot „Menschenskind“, das sich als Hilfs- und Förderangebot für belastete Familien von der Schwangerschaft bis zum 3. Lebensjahr versteht. Es stehen insgesamt 48 Plätze zur Verfügung, die alle belegt sind. Neue Anfragen können fast zeitnah durch Abschluss einzelner Maßnahmen bedient werden. Dieses Angebot ist sehr gut etabliert und unbedingt fortzusetzen, da es präventiv und früh (noch während der Schwangerschaft) ansetzt, um die Entwicklungschancen der betroffenen Kinder entsprechend zu fördern. Auch bietet dieses Angebot die Chance, möglichst früh auf eine Aufnahme in eine Kindertagesstätte hinzuwirken, auf verschiedene fördernde Angebote in der Umgebung hinzuweisen und auf weitere präventive Angebote wie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen aufmerksam zu machen. Insgesamt ist „Menschenskind“, durch die Tandembetreuung von Hebamme und sozialpädagogischer Fachkraft, ein wichtiger präventiver und fördernder Baustein in unserem

Landkreis. Er kann die Entwicklungschancen von Kindern und deren Familie durch das Konzept der aufsuchenden Hilfe und der frühen und mittelfristigen Begleitung im familiären Umfeld verbessern.

Als weiterer Baustein der Frühen Hilfen ist im Landkreis das ebenfalls bereits verstetigte präventive Beratungsangebot „Null bis Sechs“ zu nennen. Auch hier wird ein sehr niedrigschwelliger Zugang zu Beratung und Unterstützung sowohl für Familien wie auch für pädagogische Fachkräfte in Kinderbetreuungseinrichtungen angeboten. Vorrangige Ziele sind die Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern sowie die Beratung im Hinblick auf die Förderung der Entwicklung des Kindes. Durch die Möglichkeit, Eltern von Kindern von 0-6 Jahren zu beraten, ist dieses Angebot breit aufgestellt und ergänzt das Angebot von Menschenkind um die Kinder zwischen 3-6 Jahren. Besonders bei Kindern im Vorschulbereich kann dieses Angebot im familiären Umfeld auf Maßnahmen hinwirken, die zu einer Verbesserung der vorschulischen Fähigkeiten und der Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen (Vorsorge, Impfungen) führen können. Besonderes Augenmerk ist in der aktuellen Situation auf „Null bis Sechs Bunt“ zu legen werden, da hier Familien mit Migrationshintergrund bzw. Familien mit Fluchterfahrung angesprochen werden. Der Baustein „Null bis Sechs Plus“ ermöglicht eine längere Beratung und Begleitung bei Kindern mit Auffälligkeiten im Sozialverhalten um ggf. eine Integrationsmaßnahme in der Kita durch Beratung und Vermittlung anderer Hilfen zu vermeiden. Der Kooperation zwischen Elternhaus und Kinderbetreuungseinrichtung moderierend zur Seite zu stehen ist hier ein wesentlicher Aspekt zum Erreichen der Förderziele.

In diesem Zusammenhang empfiehlt es sich, v.a. auch vor dem Hintergrund der Ergebnisse im Bereich Sprache und Deutschkenntnisse der Kinder mit Migrationshintergrund, Eltern ohne oder mit nur rudimentären Deutschkenntnissen möglichst frühzeitig den Besuch von Deutschsprachkursen zu ermöglichen, bzw. auf den Besuch selbiger hinzuwirken. Eltern können so im sprachlichen Bereich eine wichtige Vorbildfunktion für ihre Kinder erfüllen. Außerdem erleichtern ausreichende Deutschkenntnisse den Zugang zu anderen fördernden Angeboten und Maßnahmen. Um dies zu erreichen, ist sowohl eine enge Kooperation der zuständigen Stellen im Landkreis und in der Stadt notwendig, als auch eine ausreichende personelle Abdeckung der verschiedenen Dienste, nebst eines ausreichenden und lokal erreichbaren Angebots an Deutschkursen.

### **Handlungsempfehlungen für die soziale und örtliche Umgebung (Sozialraum)**

Wichtige Akteure für Kinder im Sozialraum sind u.a. der öffentliche Gesundheitsdienst (KJGD, zahnärztlicher Dienst), niedergelassene Kinder- und Jugendärzt\*innen, bestehende Beratungsstellen und Hilfsangebote sowie Einrichtungen der Kinderbetreuung (Tagesmütter, Kitas). Um Handlungsempfehlungen für den Sozialraum zu formulieren, sind Kenntnisse der Bedarfe der Kinder und deren Familien in einem bestimmten Sozialraum genauso erforderlich wie auch die Kenntnisse der bestehenden Angebote. Weiterhin spielt die Vernetzung der verschiedenen Dienste und Akteure im Sozialraum eine wesentliche Rolle. Der öffentliche Gesundheitsdienst erfüllt mit seiner Verknüpfung von medizinischen und sozialmedizinischen Kenntnissen und Expertisen hier eine wichtige Funktion in der fach- und organisationsübergreifenden Vernetzung und Kommunikation im Sozialraum. Außerdem besitzt er

Kenntnisse über bestehende fördernde Akteure im Sozialraum. Allerdings ist diese Netzwerkarbeit davon abhängig, dass neben den anderen zu erfüllenden Pflichtaufgaben ausreichend personelle und zeitliche Ressourcen für diese Aufgabe zur Verfügung stehen. In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, dass auch für diese Aufgabe Unterstützung durch eine sozialpädagogische Fachkraft weiterhin gewährleistet ist (besonders Fallbezogen im Bereich des psychosozialen Umfelds).

Mitentscheidend zur Planung von gesundheits- und entwicklungsfördernden Maßnahmen in einem bestimmten Sozialraum sind die Kenntnisse der Bedarfe der Kinder und deren Familien. Um diese Bedarfe besser abschätzen zu können, ist eine (für die Eltern freiwillige) Erhebung des Sozialstatus bspw. im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung im Landkreis und in der Stadt Marburg empfehlenswert. Wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt, können psychosoziale Belastungsfaktoren (wie z.B. Armut, beengte Wohnverhältnisse, Gewalt, prekäre Arbeitsbedingungen der Eltern und fehlende Unterstützungsangebote) es den Eltern erschweren, das bestmögliche Entwicklungspotential ihrer Kinder zu ermöglichen. Unter dem Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit ist hier ein besonderes Augenmerk auf präventive Angebote zu richten.

### **Handlungsempfehlungen im Bereich Bildungseinrichtungen (Kitas/Schulen)**

Kitas bilden einen wichtigen Zugangsweg zu Kindern und deren Familien. Im zweiten Hessischen Landessozialbericht von 2017 wird im Vertiefungsthema „Kinderarmut“ Bezug auf Bildung und Gesundheit genommen. Kinder aus dem unteren Einkommensbereich besuchen seltener eine Krabbelstube, Kinderkrippe, Tagesmutter, Kindergarten oder Hort trotz bestimmter Gebührenermäßigungen oder -befreiungen. Beispielsweise haben sprachliche Kompetenzen bzw. deren Defizite bedeutsame Auswirkungen auf den schulischen Erfolg. Kinder mit Migrationshintergrund besuchen seltener eine Kita und sind häufiger von Armut betroffen, sie haben somit einen deutlich niedrigeren Teilhabequotienten an frühkindlicher Bildung (HMSI 2017a, 2017b, 2017c).

Auf Basis der dargestellten Daten kann ein Handlungsbedarf insbesondere für die Gruppen der Kinder mit Migrationshintergrund und der Kinder, die eine Kita nicht oder nur kurz besucht haben, festgestellt werden.

Im Sozialraum kann der Kindergarten ein wichtiges Umfeld für die Förderung der Kinder darstellen. Anhand des Berichtes sollten dabei vor allem die sprachliche Entwicklung, die Deutschkenntnisse (bei Kindern mit Migrationshintergrund) und die feinmotorische Entwicklung im Vordergrund stehen. Grundsätzlich sollten daher Bemühungen unternommen werden, dass Kinder regelmäßig die Kita besuchen und das auch möglichst länger als 18 Monate vor dem Schuleintritt. Um dies zu gewährleisten, müssen entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden. Ein lokal gut erreichbares, bekanntes und für Eltern erschwingliches Angebot an Kindergarten- und Hortplätzen (d.h. Angebote für Kinder zwischen ein und sechs Jahren) stellt eine wesentliche Voraussetzung dafür dar. Bei entsprechend vorhandenen Angeboten können die im Sozialraum tätigen Akteure (KJGD, Kinderärzt\*innen, Beratungsstellen, Angebote der Frühen Hilfen wie „Menschenskind“ oder „Null bis Sechs“) auf die Möglichkeit der Kinderbetreuung und Förderung hinweisen und bei der Inanspruchnahme behilflich sein.

Zur genaueren Feststellung sprachlicher Auffälligkeiten im Kita-Alter wird seit vielen Jahren in einigen Kitas das Sprachscreening KISS<sup>8</sup> angeboten, das organisatorisch an das Gesundheitsamt angebunden ist. KISS sollte im Landkreis flächendeckend an möglichst allen Kitas angeboten werden (wie vom HMSI für die laufende Legislaturperiode vorgesehen) und mit alltagsintegrierter Sprachförderung verbunden werden. Hier ist die Zusammenarbeit mit dem Fachdienst Frühe Kindheit und Familie noch zu verstärken.

Ein erster Schritt zur genaueren Analyse lokaler Daten kann ein integrierter Kindergesundheits- und -Bildungsbericht mit Einbeziehung der Sozialdaten des Landkreises Marburg-Biedenkopf sein. Die Zusammenarbeit zwischen den Fachbereichen Gesundheitsamt und Familie, Jugend und Soziales (Fachdienst Frühe Kindheit und Familie) kann mit Blick auf die Ergebnisse aus dem Entwicklungsscreening und Kita-Besuch verstärkt werden. Maßnahmen zur Sprachförderung in der Kita könnten noch gezielter eingesetzt oder initiiert werden. Auch die Zusammenarbeit mit dem Fachbereich Integration und Arbeit (Büro für Integration) ist im Hinblick auf einen frühzeitigen Kita-Besuch zu verstärken. Bereits bestehende Angebote wie „Null bis Sechs (Plus und Bunt)“ sind ebenfalls wichtige Puzzleteile zur Verbesserung der frühkindlichen Bildung und präventiver Ansätze. Beim Ausbau des Familienbüros und kommunaler Familienzentren sind diese Aspekte der Zusammenarbeit ebenfalls zu beachten.

## **Allgemeine Handlungsempfehlungen Impfungen**

Ein Handlungsbedarf ergibt sich in erster Linie aus der beschriebenen Abnahme der als „komplett“ dokumentierten Schutzimpfungen, wie auch durch das Nicht-Erreichen des Ziels einer Durchimpfungsrate von 95 % und wegen des zuletzt hohen Anteils nicht vorgelegter, bzw. fehlender Impfdokumentation.

Der Grund für die vermeintliche Abnahme an vollständig in Anspruch genommenen Schutzimpfungen sollte zunächst ermittelt werden. Wie bereits erwähnt, kann die Abnahme auch im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Impfschemata (für DTPaP) stehen, die von der offiziellen STIKO-Empfehlung abweichen. Somit würde teils nur ein datenbasiertes Defizit bestehen, nicht aber eines in der eigentlichen Umsetzung.

Für die Einschulungsuntersuchung 2018/19 (Ergebnisse ab Winter 2019/20) wurden daher, die unterschiedlichen Impfschemata für DTPaP (3:1 versus 2:1) separat erfasst, um dies separat entsprechend auszuwerten.

Bezüglich der fehlenden Impfdokumentation werden die Eltern bereits jetzt noch deutlicher daran erinnert, Impfunterlagen zur Schuleingangsuntersuchung vorzulegen. Dies geschieht seit der Saison 2018/19 durch noch deutlichere Markierung auf dem Einladungsschreiben. Darüber hinaus werden die Eltern mit einem Rückmeldebogen gebeten, ihr Kind bei Kinder-

---

<sup>8</sup> <https://soziales.hessen.de/gesundheit/kinder-und-jugendgesundheit/kinder-sprachscreening-kiss>

und Jugendärzt\*innen für anstehende Auffrischimpfungen vorzustellen und den Rückmeldebogen ausgefüllt mit allen durchgeführten Impfungen an das Gesundheitsamt zurück zu senden.

Eine weitere Maßnahme hat sich auf die Nichtinanspruchnahme von notwendigen Schutzimpfungen zu beziehen. Häufigste Ursache für fehlende Impfungen ist das schlichte Vergessen, da Impfungen im Kleinkindesalter oft wegen Infekten verschoben werden und das Nachholen dann aus dem Blick gerät. Weitere mögliche Ursachen reichen von der Angst vor gesundheitlichen Risiken über fehlende Information bis hin zu einer unzureichenden Aufklärung oder aber auch einem vermeintlich empfundenen Sicherheitsgefühl, da viele Infektionskrankheiten aufgrund der grundsätzlich guten Durchimpfungsquote nicht mehr spürbar auftreten (Fath 2007).

Bundesweit gehören Beratungen bezüglich der empfohlenen Schutzimpfungen zu den Vorsorgeuntersuchungen bei Kinderärzt\*innen bzw. Hausärzt\*innen. Hier sind insbesondere die Hausärzt\*innen für das Thema Impfungen zu sensibilisieren, sodass bei einer hausärztlichen Vorstellung auch der Impfstatus überprüft und gegebenenfalls vervollständigt werden kann. Bei der Sensibilisierung der Ärzt\*innen im Landkreis können bereits vorhandene Strukturen (wie zum Beispiel die Ärztenetzwerke PriMa oder AdR) genutzt werden.

Es ist gesetzlich geregelt, dass Kinder für die Erstanmeldung an einer Kita einen Nachweis über eine durchgeführte Impfberatung erbringen müssen. Dies schafft eine weitere Möglichkeit, Eltern und Ärzteschaft für dieses Thema zu sensibilisieren und ggf. fehlende Impfungen nachzuholen.

Über diese gesetzlichen Regelungen hinaus bedarf es weiterer Maßnahmen, die im Sozialraum des Kindes verortet sein können. Hier sind beispielsweise (in Absprache mit den Kitas) Elternabende in den Kindergärten zum Thema Impfen und auch zusätzliche Auslagen von Infomaterial in den Kitas denkbar.

Darüber hinaus sind Impfaufklärungskampagnen in Schulen eine gute Möglichkeit, Impfbücher zu kontrollieren und auf fehlende Impfungen aufmerksam zu machen, wie dies in der Impfstrategie des Landes Hessen derzeit entwickelt wird.

### **Chronische Erkrankungen**

Eine Zunahme chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter wird seit einigen Jahren beobachtet, wobei sich das Krankheitsspektrum über die Jahre verändert hat. Zum einen führen viele (angeborene) Erkrankungen durch eine effektive Behandlung zu einer sichtbaren Verlängerung der Lebenszeit mit besserer Lebensqualität wie z.B. Herzerkrankungen, Frühchen mit deutlicher Unreife oder kindliche Krebserkrankungen. Zum anderen gibt es einen deutlichen Anstieg bei Asthma und psychischen Erkrankungen/Verhaltensstörungen. Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert-Koch-Instituts sind Kinder und Jugendliche, deren Eltern eine psychische Erkrankung haben oder die einen niedrigen Sozialstatus aufweisen, als besonders gefährdet benannt (RKI 2008).

Die Veränderung des Krankheitsspektrums hin zu den sogenannten „neuen Morbiditäten“ hat im angloamerikanischen Raum zu dem Begriff der „chronic health condition“ geführt. Diese chronischen Gesundheitsstörungen sind weiter gefasst und beinhalten sowohl somatische und psychische Erkrankungen als auch Behinderungen und Entwicklungsstörungen (Bernell 2016). Für die Zukunft der Gesundheitsberichterstattung ist besonders die Frage der Versorgungsbedarfe auf kommunaler Ebene wichtig, da die betroffenen Kinder und Jugendlichen eine erhöhte andauernde oder wiederkehrende Inanspruchnahme von Leistungen des medizinischen Versorgungssystems aufweisen.

Diese sogenannte „neue Morbidität“ ist in der Lebensphase von Kindern und Jugendlichen besonders im Blick zu behalten. Im Landkreis Marburg-Biedenkopf schwanken die Zahlen der Kinder mit chronischen Erkrankungen bei der Schuleingangsuntersuchung in den vergangenen Jahren zwischen 8,8% und 9,6%. Die Herausforderungen und Anforderungen für chronisch kranke Kinder und ihre Familien sind häufig mit psychosozialen Belastungen verbunden und können auch zu schulischen Problemen und hiermit verbundenen Integrationsproblemen durch Fehlzeiten oder „Anderssein“ führen.

Um auf lokaler Ebene Handlungsbedarfe zu beschreiben, sind die häufigsten chronischen Gesundheitsstörungen sowie die damit zusammenhängenden Versorgungsbedarfe (medizinisch-therapeutisch und psycho-sozial) in direkten Zusammenhang zu bringen. Dies ist mit der bisherigen statistischen Erfassung nicht möglich. Im Zuge der aktuellen Umstellung des Systems bei der Datenerfassung der Schuleingangsuntersuchung (Schulanfänger und Seiteneinsteigende) sollte es möglich sein, einen direkten Bezug der erhobenen Befunde zu einzelnen Maßnahmen/Empfehlungen des KJGD herzustellen. Dies betrifft sowohl die ärztliche als auch die therapeutische oder psychosoziale Versorgung. Im Hinblick auf die besonderen Belastungen der Familien chronisch erkrankter Kinder und Jugendlicher sind auch Angebote zur Entlastung der Familien und gesunden Geschwisterkinder wie etwa Star-Kids mit in den Fokus der Versorgung zu nehmen und zu stärken.

In Anbetracht der Tatsache, dass der Anteil der chronisch kranken Kinder im Lauf der Schulzeit durch Neuerkrankungen ansteigt, ist in Zukunft eine engere Zusammenarbeit des KJGD mit dem Kultusbereich (Staatliches Schulamt und Schulleitungen) anzustreben. Der zuständige schulärztliche Dienst kann in Einzelfällen Ansprechpartner\*in für Schulen sein, um über ein Krankheitsbild aufzuklären, Ängste zu nehmen oder auch unterstützende Maßnahmen anzuregen.

## 6. Ausblick zu den Schuleingangsuntersuchungen 2017

### 1. Kontinuität der Ergebnisse im Jahr 2017

Bei einer ersten Auswertung der Daten von 2017 des Landkreises Marburg-Biedenkopf zeigen sich keine wesentlichen Veränderungen.

### 2. Steigende Geburtenzahlen

Betrachtet man die Anzahl der Lebendgeborenen im Landkreis Marburg-Biedenkopf (Statistik Hessen), so zeigt sich, dass bis zum Jahr 2013 eine Abnahme bis auf 1.922 Kinder zu verzeichnen ist. Ab 2014 ist wieder eine deutliche Zunahme zu verzeichnen: in den Jahren 2014 und 2015 auf über 2.000 Kinder, ab 2016 auf über 2.200 Kinder. Bereits jetzt ist bei den Einschulungsuntersuchungen eine Zunahme zu bemerken, die sich durch den vermehrten Zuzug ausländischer Familien in den Jahren ab 2014 und insbesondere 2015 und 2016 erklären lässt.

### 3. Migrationshintergrund

Der Anteil der Einschulungskinder mit Migrationshintergrund ist im Jahr 2017 im Vergleich zu 2016 um 2 % auf 29,1 % gefallen. Der Anteil der Kinder aus dieser Gruppe, der nicht fehlerfrei oder mit leichten Fehlern Deutsch spricht ist etwas größer geworden: 36,7 % oder 234 Kinder haben dadurch schlechtere Startchancen bei Schulbeginn.

### 4. Impfungen

Bei den Impfdaten zeigt sich in der kurzfristigen Entwicklung ein zweigeteiltes Bild: der Anteil der Kinder, die ein Impfbuch zum Untersuchungstermin vorlegen können hat sich erhöht, die Durchimpfungsraten sind jedoch weiterhin unbefriedigend. Außer bei MMR (Durchimpfungsrate 93,5 %) ist das Ziel von 95 % Durchimpfung besonders bei der Mehrfachimpfung gegen Tetanus-Diphtherie-Polio-Keuchhusten-Hepatitis B nicht erreicht: Die Durchimpfungsraten im Jahr 2017 liegen zwischen 80-85 %. Hier ist ein deutlicher Handlungsbedarf erkennbar.

### 5. Chronische Erkrankungen

Im Landkreis Marburg-Biedenkopf waren 2017 von den 200 Einschulungskindern mit chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen die meisten von Erkrankungen des allergischen Formenkreises betroffen: Asthma bronchiale, atopisches Ekzem und allergische Rhinitis.

## 7. Gesundheitsförderung für Schulkinder

### 7.1 Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“

Die Initiative „Gesundheit fördern – Versorgung stärken“ ist seit Dezember 2016 ein gemeinsamer Entwicklungsprozess des Landkreises Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg.

Ziel ist es durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie Prävention und der Förderung der medizinischen Versorgung, die gesundheitlichen Chancen der Einwohner\*innen zu verbessern. Gesundheitsfördernde Angebote in den drei Lebensphasen „Gesund aufwachsen“, „Gesund bleiben – Mitten im Leben“ sowie „Gesund altern“ sollen vermehrt zugänglich gemacht werden. Gleichzeitig ist die Förderung der medizinischen und pflegerischen Versorgung in den Gemeinden und Städten eine der zukünftigen zentralen Herausforderungen. Die Geschäftsstelle der Initiative ist im Fachbereich Gesundheitsamt eingerichtet.

Die Geschäftsstelle der Initiative entwickelte den Präventionsplan „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität“. Dessen Umsetzung wird durch die Techniker Krankenkasse seit dem Juli 2017 für 5 Jahre mit jährlich 40.000 € gefördert. Der Präventionsplan enthält ein Kapitel, das sich mit Kinder- und Jugendgesundheit beschäftigt. Ziel ist, langfristig eine Präventionskette zu entwickeln, bei der Unterschiede in Geschlecht, Herkunft oder Lebenslage und Lebensstil keine Faktoren sind, die ein gesundes Aufwachsen beeinträchtigen. Von besonderer Bedeutung sind die „Übergänge“, wie der Eintritt in die Kita und die Schule.

Am 24. Januar 2017 fand die erste Präventionskonferenz mit fast 200 Teilnehmer\*innen statt. Fachleute beleuchteten das Thema Gesundheitsförderung während der Konferenz aus verschiedenen Perspektiven. Die Präventionskonferenz war auch Einstieg in eine neu aufzubauende Vernetzungsstruktur.

In einem ersten Schritt wurden dafür im Frühsommer 2017 lebensphasenbezogene Arbeitskreise („Gesund aufwachsen“, „Gesund bleiben“, „Gesund altern“) mit dem Fokus „Primärprävention“ initiiert, die von jeweils einem Tandem von Mitarbeiter\*innen aus unterschiedlichen Fachbereichen der Universitätsstadt Marburg und des Landkreises Marburg-Biedenkopf moderiert werden.

Die bestehenden Arbeitskreise (AK) des Landkreises Marburg-Biedenkopf wurden in die neue Gesamtstrategie eingebunden und den entsprechenden Netzwerken zugeordnet, unter anderem der im Juni 2016 unter Federführung des Gesundheitsamtes des Landkreises Marburg-Biedenkopf gegründete AK „Gesundheitsförderung an Schulen“.

### 7.2 Arbeitskreis „Gesundheitsförderung an Schulen“

Bereits 2012 veröffentlichte die Kultusministerkonferenz eigene Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen, welche die folgenden Ziele verfolgen:

Gesundheitsförderung und Prävention

- werden als grundlegende Aufgaben schulischer und außerschulischer Arbeit wahrgenommen,

- greifen aktuelle bildungspolitische Entwicklungen auf (z.B. Selbstständige Schule, Ganztage, Inklusion, Integration, gendersensible Pädagogik, Bildung für nachhaltige Entwicklung),
- eröffnen Schülern, Lehrkräften und dem sonstigen pädagogischen Personal die Möglichkeit, Kompetenzen zu gesunden Lebensweisen und zu einer gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Umwelt zu erwerben, berücksichtigen aktuelle gesundheitliche Belastungen, beziehen die Einstellungen sowie die lebensweltlichen und sozialräumlichen Voraussetzungen der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien mit ein.

**Gesundheitsförderung ist somit als Teil einer nachhaltigen Schulentwicklung anzusehen, welche Konzepte für ein strukturiertes Gesundheitsmanagement erforderlich machen.**

Der AK „Gesundheitsförderung an Schulen“ ist ein wesentlicher Baustein, um die Gesundheitsförderung und Prävention für Schüler\*innen und Lehrende zu stärken. Neben dem Staatlichen Schulamt sowie den Schulträgern sind auch Vertreter\*innen der gesetzlichen Krankenkassen und der Unfallkasse Hessen, von Kreis- und Stadtelternbeirat und Jugendhilfe eingebunden. Inhaltliche Impulse kommen sowohl aus den Angeboten der Krankenkassen als auch aus dem Programm „Schule und Gesundheit“ des Hessischen Kultusministeriums. Der AK hat 2016 folgende Ziele für seine Arbeit in den ersten beiden Jahren formuliert:

Allen Schulen im Landkreis Marburg-Biedenkopf und in der Universitätsstadt Marburg liegt im Januar 2017 ein Informationsblatt mit den wichtigsten Informationen zu den Potentialen des neuen Präventionsgesetzes und der Funktion des AK "Gesundheitsförderung an Schulen" vor. Die Schulen werden aufgefordert, sich mit konkreten Fragestellungen an den AK zu wenden.

Alle Schulen im Landkreis und in der Universitätsstadt Marburg werden im Anschreiben gebeten, eine Ansprechpartnerin oder einen Ansprechpartner für den Bereich „Gesundheitsförderung und Prävention“ zu benennen. Diese werden zukünftig über wichtige Entwicklungen im AK informiert.

Die teilnehmenden Personen des AK informieren sich regelmäßig über aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitsförderung und Prävention, welche die Schulen betreffen können.

Allen Schulen im Landkreis Marburg-Biedenkopf und in der Universitätsstadt Marburg wird im Rahmen einer Informationsveranstaltung im Frühjahr 2017 eine Übersicht über gesundheitsfördernde Angebote gegeben werden. Neben den Maßnahmen der am AK beteiligten gesetzlichen Krankenkassen sollen dort Aktivitäten weiterer Träger vorgestellt werden.

Der allgemeine Fortbildungsbedarf für Lehrkräfte in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Region wird seitens des Gesundheitsamtes mittels eines Online-Tools bis zum März 2017 ermittelt.

Es wird seitens des AK eine Weiterbildung für die Schulen vorbereitet und umgesetzt, bei der es um verschiedene Instrumente für Bedarfs- und Bedürfnisanalysen an Schulen gehen soll.

Der AK wird langfristig ein Konzept zur Stärkung des Gesundheitsmanagements an Schulen im Landkreis und in der Universitätsstadt Marburg entwickeln.

Inzwischen haben über 50 Schulen dem AK Ansprechpartner\*innen für den Bereich „Gesundheitsförderung und Prävention“ benannt. Allen Schulen wurde im Rahmen einer vom AK organisierten Informationsveranstaltung am 10. Mai 2017 eine Übersicht über bestehende gesundheitsfördernde Angebote für Schulen gegeben. An der Veranstaltung in der Gesamtschule Niederwalgern nahmen über 100 Lehrkräfte teil. Neben den Maßnahmen der am AK beteiligten gesetzlichen Krankenkassen wurden auch Aktivitäten weiterer Träger vorgestellt, u.a. das Projekt Ernährungsführerschein.

Ebenfalls wurde der Fortbildungsbedarf von Lehrkräften in der Gesundheitsförderung und Prävention in einer Befragung, an der 52 Schulen teilnahmen, ermittelt. Insbesondere auf Interesse stießen die Themen „Ansätze bei der Beteiligung von Schülerinnen und Schülern, Eltern und Lehrkräften“ und „Ansätze und Instrumente zur Entwicklung einer gesunden Schule“.

### 7.3 Ernährungsbildung in Grundschulen

Das Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf engagiert sich in der Ernährungsbildung in Grundschulen. Ist das nicht Sache der Schulen?

Ernährungsbildung ist ein Bestandteil des Lehrplans der 3. (und 5.) Klassen. Das kommunale Gesundheitsamt arbeitet bei der Erfüllung seines Auftrags, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern, partnerschaftlich mit den Schulen zusammen. Ein besonderes Merkmal dieses Gesundheitsamtes ist, dass es die Ernährung „im Haus“ hat. Von dieser Stelle ging 2008 die Initiative aus, das neue Projekt (aid-)Ernährungsführerschein<sup>9</sup> in drei Grundschulen durchzuführen. Es überzeugte schnell Kinder, Schulen und Lehrkräfte, Eltern und Kommunalpolitik. Per Kreistagsbeschluss wurde ab 2009 ein kommunales Projekt eingesetzt, das die *„Durchführung des Projekts Ernährungsführerschein in den 3. Klassen der Grundschulen als einen wichtigen Baustein der Gesundheitsvorsorge“* (Nr. 427/2008 KT) vorsah.

Der Bedarf an Ernährungsbildung wird im ersten Projektbericht 2010 gesundheits- und sozialwissenschaftlich begründet:

---

<sup>9</sup>Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV 2008) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG 2008), auf Basis der ernährungswissenschaftlichen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und des Forschungsinstituts für Kinderernährung (FKE). Das pädagogische Fundament ist der REVIS-Referenzrahmen für Moderne Ernährungs- und Verbraucherbildung (Universität Paderborn, [www.evb-online.de](http://www.evb-online.de)). Umgesetzt vom aid infodienst e.V. in Bonn (heute: Bundeszentrum für Ernährung) zusammen mit dem Ernährungszentrum Mittlerer Neckar in Ludwigsburg. Der Ernährungsführerschein ist Bestandteil von IN FORM – Deutschlands Initiative für mehr Bewegung und bessere Ernährung. Er trägt bei zur Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“.

Essen will gelernt sein. Idealerweise lernen Kinder in ihren Familien und Betreuungseinrichtungen was und wie sie täglich essen und trinken (sollten), erleben dabei Sättigung, geschmackliche Vielfalt und Gemeinschaft. Jedoch werden Kinder und Familien oft durch das unüberschaubar gewordene Angebot an Lebensmitteln und durch Werbeaussagen überfordert. Gleichzeitig sinken die Ernährungskompetenzen vieler Menschen. Essen und alles, was damit zusammenhängt, ist somit ein höchst bildungswürdiges Thema geworden. Studien, die nachweisen, dass ernährungsbedingte chronische Erkrankungen zunehmen und schon Kinder davon betroffen sind (Brombach 2006, Mensink 2007, Müller 2007), folgt dann auch meist der politische Ruf nach Ernährungsbildung: nach institutionellen Bildungskonzepten, die Ernährung und Gesundheit als Gegenstand der Allgemeinbildung betrachten und vor allem junge Menschen erreichen.

Ernährungsbildung erlangt ihre Berechtigung nicht nur durch gesundheitliche Lagen. Die eigentliche Legitimation liegt darin, dass Orientierung gebende Handlungsmuster benötigt werden. Diese sind erlernbar und dem Wandel anpassbar. Zu diesen Mustern gehören der kompetente Umgang mit Lebensmittelüberfluss und eine Konsumkompetenz, die die individuelle Gesundheit sichert und Verantwortung für die Gemeinschaft mitträgt. Ernährungsbildung, verbunden mit Genuss und Esskultur zielen auf die Steigerung der Lebensqualität.

Die Erkenntnis, dass die rein kognitive Vermittlung von Ernährungswissen nicht ausreicht, das Ernährungsverhalten der Kinder zu schulen, führte zur Entwicklung eines innovativen Ansatzes: dem Ernährungsführerschein. Ernährung wird darin nicht als vorrangig wissenschaftliche Disziplin gesehen, sondern als Alltags- und Kulturthema, bei dem soziale, emotionale und praktische Faktoren die wesentliche Rolle spielen.

Der zweite Projektbericht (für den Zeitraum 2010-2017) stellt die Entwicklung des Projekts „Ernährungsführerschein“ dar, beleuchtet die Konzeption und die Qualitätskriterien, an denen das Projekt ausgerichtet ist. Dabei wird bewertet, in welchem Umfang das Projekt die Kriterien einer guten Praxis in der Gesundheitsförderung erfüllt.

Das Projekt wird fortlaufend dokumentiert und evaluiert: die Befragungsergebnisse von Schüler\*innen sowie Lehrkräften sind im Bericht dargestellt und besprochen.

Effektivität und Nachhaltigkeit des Projekts Ernährungsführerscheins wurden von der Universität Kassel (2013) evaluiert. Die Frage, ob der Ernährungsführerschein eine geeignete Maßnahme ist, um die Ernährungssituation nachhaltig zu beeinflussen und zu verbessern wird dabei auf der Ebene des Ernährungsverhaltens gesehen und gemessen: Steigerung des Verzehrs von Gemüse, Obst, Vollkorngetreideprodukten und Fisch sowie eine Senkung des Verzehrs von stark gesüßten Getränken und energiedichten Fast-Food-Gerichten.

Anhand einer Stichprobe wurde erörtert, ob die Reichweite und Relevanz des Ernährungsführerscheins in Form und Umfang ausreichend sind, eine gewünschte Veränderung zu erreichen. Die Ergebnisse werden im Projektbericht knapp, aber differenziert wiedergegeben, und es werden Empfehlungen zur weiteren Entwicklung formuliert.

Die Landkreiskarte (Abbildung 15) zeigt die Grundschulen, die den Ernährungsführerschein durchführen. Insgesamt 60 % der Grundschulen im Landkreis haben 2017 das Projekt Ernährungsführerschein in ihrem Programm. 40 % der Schulen arbeiten regelmäßig mit dem Gesundheitsamt zusammen (dunkelblau); bis 12/2017 wurden 4.160 Kinder mit dieser Kooperation erreicht. Weitere 20 % der Schulen (rot und hellblau) führen das Projekt mit Unterstützung oder auf Anstoß des Gesundheitsamtes durch, 35 % nicht und 4 % haben andere Projekte<sup>10</sup>.

Abbildung 15: Ausweitung des Projekts Ernährungsführerschein im Landkreis Marburg-Biedenkopf am 11.12.2017



<sup>10</sup>Weitere Informationen zum Projektbericht Ernährungsführerschein 2010-2017: [https://www.marburg-biedenkopf.de/gesundheits/Bericht\\_Ernaehrungsfuehrerschein.pdf](https://www.marburg-biedenkopf.de/gesundheits/Bericht_Ernaehrungsfuehrerschein.pdf) [09.08.2019].

## 8. Frühe Hilfen

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf hat ab 2005 ein Projekt der Frühen Hilfen „Menschenskind“ entwickelt, in einer Projektphase ab Dezember 2006 erprobt und 2008 in die reguläre Projektphase überführt. Seit 2013 wird „Menschenskind“ als reguläres Angebot im Landkreis und in der Universitätsstadt Marburg angeboten. Es ist am Gesundheitsamt im Fachdienst Prävention und Beratung angesiedelt und kooperiert mit dem Fachbereich Familie, Jugend, Soziales beim Landkreis und dem Fachbereich Kinder, Jugend und Familie der Universitätsstadt Marburg.

Das Angebot versteht sich als ein Hilfs- und Förderangebot im Bereich früher Hilfen und will Familien mit Kindern von 0–3 Jahren in besonders belasteten Lebenssituationen erreichen. Es setzt also frühestens in der Schwangerschaft an und endet spätestens mit dem 3. Lebensjahr des Kindes. Das Projekt ist präventiv ausgerichtet und fördert die frühe Beziehungsarbeit für Kinder und deren Bindungs- und Entwicklungschancen.

Betroffene Familien werden durch Hebammen, Beratungsstellen, Ärzt\*innen, Klinikpersonal etc. über das Angebot informiert und können sich selbst an den Fachbereich Gesundheit wenden oder werden vermittelt. Nach einem ersten Hausbesuch durch die sozialpädagogische Fachkraft (und ggf. der betreuenden Hebamme) wird gemeinsam mit der Clearingstelle (Ärztin des Fachbereichs Gesundheit) über die Aufnahme in das Projekt entschieden. Die Familien werden dann von einer sozialpädagogischen Fachkraft und einer Hebamme (im ersten Lebensjahr des Kindes) betreut.

Sowohl bei der Aufnahme, während der Betreuung als auch der Beendigung ist immer die freiwillige Mitarbeit der Eltern entscheidend. „Menschenskind“ wird beendet, wenn die familiäre Situation stabilisiert ist, ausreichend eigene Ressourcen vorhanden sind oder die Anbindung an örtliche Angebote erfolgt ist.

Ein Ausschlusskriterium zur Aufnahme oder weiteren Mitarbeit im Projekt ist die Kindeswohlgefährdung. Wenn dies bejaht wird, muss der öffentliche Jugendhilfeträger eingeschaltet bzw. tätig werden.

Derzeit sind vierzehn freiberufliche (Familien-)Hebammen nach individuellem Bedarf in den Familien tätig. Sie werden durch vier sozialpädagogische Fachkräfte (in Teilzeit) ergänzt. Die Clearingstelle ist im Fachbereich Gesundheit des Landkreises Marburg-Biedenkopf angesiedelt und wird von einer Ärztin geleitet.

„Menschenskind“ trifft auf eine sehr hohe Akzeptanz bei den betreuten Familien, der Fachöffentlichkeit und den Kooperationspartnern. Der Unterstützungsbedarf für Familien in belasteten Lebenslagen wird auch weiterhin erforderlich sein. Das Angebot wird dem Anspruch gerecht, Hilfen möglichst früh, niedrigschwellig und präventiv zur Verfügung zu stellen. Besonders das Modell der Betreuung durch Hebamme und sozialpädagogischer Fachkraft ist in der Landschaft der frühen Hilfen herausragend.

## Zahlen, Daten, Fakten

- Im Landkreis stehen aktuell 23 Plätze zur Verfügung, in der Universitätsstadt 15 Plätze. Anfragen können zeitnah durch Abschluss einzelner Maßnahmen bedient werden
- Die Familien werden von vier sozialpädagogischen Fachkräften und 15 Hebammen betreut
- Seit Beginn Vernetzung mit den Angeboten der Frühen Hilfen: „Steps“ (LK) und „Aurora“ (Stadt), Mitglied des QZ „Frühe Hilfen – Frühe Kindheit“
- Wettbewerb „Kommunale Suchtprävention“ 2011: Sonderpreis des GKV-Spitzenverbandes in Höhe von 5.000€ für Beitrag „Hand in Hand“ (Menschenskind verknüpft mit „Drachenherz“)
- 2012: Wochenende mit Übernachtung in Wolfshausen (Preisgeld): Programm für die Familien zu Erziehungsthemen mit Kinderbetreuung, Lagerfeuer und Grillabend
- Spende von Provadis vom Auszubildenden-Tag (2013) über die Kinderhilfestiftung Oberhessen, die die regelmäßige Supervision finanziert
- Jährlicher Ausflug zur Lochmühle im Sommer als „Highlight“ für die Familien mit allen Geschwistern

Weitere Zahlen und Fakten sind im „Jahresbericht Menschenskind 2015/2016“<sup>11</sup> auf der Internetseite des Landkreises Marburg-Biedenkopf nachzulesen.

---

<sup>11</sup> [https://www.marburg-biedenkopf.de/gesundheits/jahresbericht\\_menschenskind.pdf](https://www.marburg-biedenkopf.de/gesundheits/jahresbericht_menschenskind.pdf)

## Abkürzungsverzeichnis

AdR	Ärzte der Region Hinterland und Wittgenstein
AGA	Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter
AK	Arbeitskreis
BFZ	Beratungs- und Förderzentrum
BMI	Body-Mass-Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
DTPaP	Impfstoff gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten
HGöGD	Hessische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
HiB	Haemophilus influenzae Typ b
HLPUG	Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen
HMSI	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
HPV	Humane Papillomviren
ICD 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 <sup>th</sup> Revision
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
Kita	Kindertagesstätte
KJGD	Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
LK	Landkreis
MMR	Masern, Mumps, Röteln
Polio	Poliomyelitis
PriMa	Prävention in Marburg, Zusammenschluss niedergelassener Ärzt*innen im Landkreis Marburg-Biedenkopf
RKI	Robert Koch-Institut
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
S-ENS	standardisiertes Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen
SGB	Sozialgesetzbuch
SOPeSS	Sozialpädiatrisches Screening für Schuleingangsuntersuchungen
STIKO	Ständige Impfkommission
U2 bis U9	Früherkennungsuntersuchungen
umA	unbegleitete minderjährige ausländische Kinder und Jugendliche
umF	unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der untersuchten Einschulkinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016. ....	5
Abbildung 2: Anzahl der untersuchten Einschulkinder nach Mädchen und Jungen getrennt im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016. ....	6
Abbildung 3: Untersuchte Einschulkinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016, aufgeschlüsselt nach Migrationshintergrund. ....	6
Abbildung 4: Erhaltene Therapien bis 12 Monate vor Schuleingangsuntersuchung bei Mädchen und Jungen im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016. ....	8
Abbildung 5: Status der Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) bei Einschulungskindern im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016. ....	8
Abbildung 6: Status der Vorsorgeuntersuchungen bei Einschulungskindern <b>mit</b> Migrationshintergrund im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016. ....	9
Abbildung 7: Keine Vorlage des Impfbuchs bei den untersuchten Kindern (insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach Migrationshintergrund) im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016. ....	10
Abbildung 8: Gewichtsstatus aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016 nach BMI-Kategorien. ....	13
Abbildung 9: Gewichtsstatus aller untersuchten Kinder nach Migrationshintergrund im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016. ....	14
Abbildung 10: Sprache Gesamtbeurteilung aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016, aufgeschlüsselt nach Untersuchungsjahr. ....	20
Abbildung 11: Deutschkenntnisse aller Kinder <b>mit</b> Migrationshintergrund im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016, aufgeschlüsselt nach Untersuchungsjahr. ....	21
Abbildung 12: Deutschkenntnisse der Kinder <b>mit</b> Migrationshintergrund in Bezug zu der Länge des Kita-Besuchs im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2015 (zusammengefasst) und 2016. ....	22
Abbildung 13: Behinderung und chronische Erkrankungen bei allen untersuchten Kindern im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016. ....	23
Abbildung 14: Herkunftsregionen Seiteneinsteigende im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2014 bis 2016. ....	26
Abbildung 15: Ausweitung des Projekts Ernährungsführerschein im Landkreis Marburg-Biedenkopf am 11.12.2017. ....	40

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kita-Besuch aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016, aufgeschlüsselt nach Migrationshintergrund.....	7
Tabelle 2: Auszug der Impfempfehlungen der STIKO für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.....	10
Tabelle 3: Status Schutzimpfungen „komplett“ bei untersuchten Kindern <b>mit</b> Impfbuch im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2013 und 2016 (Angaben in %).....	11
Tabelle 4: Status Schutzimpfung „komplett“ bei allen untersuchten Kindern <b>mit</b> Impfbuch im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2013 und 2016, aufgeschlüsselt nach Migrationshintergrund (Angaben in %). .....	11
Tabelle 5: Ergebnisse "Grobmotorik" aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016, aufgeschlüsselt nach Migrationshintergrund (Angaben in %). .....	17
Tabelle 6: Ergebnisse "Grobmotorik" aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf, aufgeschlüsselt nach Geschlecht 2012 bis 2016 (Angaben in %). .....	17
Tabelle 7: Ergebnisse "Feinmotorik" aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016, aufgeschlüsselt nach Migrationshintergrund (Angaben in %). .....	18
Tabelle 8: Ergebnisse "Feinmotorik" aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016, aufgeschlüsselt nach Geschlecht (Angaben in %). .....	18
Tabelle 9: Ergebnisse "Feinmotorik" aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016 aufgeschlüsselt nach Kita-Besuch "0 bis < 18" und "≥ 18" Monate (Angaben in %). .....	18
Tabelle 10: Ergebnisse Psyche/Verhalten aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016, aufgeschlüsselt nach Geschlecht (Angaben in %). .....	19
Tabelle 11: Ergebnisse des Bereichs Sprache (S-ENS) aller untersuchten Kinder im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2012 bis 2016 aufgeschlüsselt nach Dauer des Kitabesuch "0 bis < 18" und "≥ 18" Monate (Angaben in %). .....	21
Tabelle 12: Gesundheitliche Auffälligkeiten bei Seiteneinsteigenden im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2014 bis 2016.....	26
Tabelle 13: Gesundheitliche Auffälligkeiten bei unbegleiteten Minderjährigen (umA) im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2015 und 2016. ....	28

## Literaturverzeichnis

Bildung und Gesundheit e.V. (2018) *Worauf es ankommt*. <http://www.schuleundkrankheit.de/>. Zugriff am 1. Juni 2018.

Bernell S, Howard SW (2016) Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease? *Frontiers in public health*, 4, 159.

Black M M, Walker S P, Fernald L C H et al. (2017) Early childhood development coming of age: Science through the life course. *Lancet*, 389, 77–90.

Borrow R, Goldblatt D, Finn A et al. (2003) Immunogenicity of, and immunologic memory to, a reduced primary schedule of meningococcal C-tetanus toxoid conjugate vaccine in infants in the United Kingdom. *Infect Immun.*, 71(10): 5549–5555.

Brombach C, Wagner U, Eisinger-Watzl M et al. (2006) Die Nationale Verzehrsstudie II. Ziel: Aktuelle und belastbare Primärdaten für die Ernährungsberichterstattung des Bundes generieren. *Ernährungs-Umschau* 53, 4-9.

BZgA (2016) *Probleme rund ums Essen. Untergewicht*. <https://www.kindergesundheitinfo.de/themen/ernaehrung/essprobleme/untergewicht>. Zugriff am 6. November 2018.

Döpfner M, Dietmair I, Mersmann H et al. (2005) *S-ENS (Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungs-untersuchungen)*. Göttingen: Hogrefe Verlag

Fath R (2007) *Thieme via medici. Impfmüdigkeit – Folge eines trügerischen Gefühls der Sicherheit*. <https://www.thieme.de/viamedici/klinik-faecher-mikrobiologie-1537/a/impfmuedigkeit-4051.htm>. Zugriff am 17. März 2018.

Findlow H, Borrow R (2015) Is a single infant priming dose of meningococcal serogroup C conjugate vaccine in the United Kingdom sufficient? *Hum Vaccin Immunother.*, 1501–1506. 11(6).

Hessischer Städtetag (2017) *Unbegleitete minderjährige Ausländer*. <http://www.hess-staedtetag.de/mitgliederbereich/schwerpunkte/arbeits-und-soziales/unbegleitete-minderjaehrige-auslaender/> Zugriff am 20. November 2018.

HLPUG (2017) *Schuleingangsuntersuchungen*. <https://rp-giessen.hessen.de/soziales/hlpug/gesundheitsdaten/auswertung-der-hessischen-schuleingangsuntersuchungen>. Zugriff am 31. 10 2017.

HLPUG (2019) *Auswertung der Hessischen Schuleingangsuntersuchungen*. <https://rp-giessen.hessen.de/soziales/hlpug/gesundheitsdaten/auswertung-der-hessischen-schuleingangsuntersuchungen>. Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG). Zugriff am 15. August 2019

HMSI (2011) Handbuch SEU-Hessen. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. Wiesbaden

HMSI (2017a) 2. Hessischer Sozialbericht. Landessozialbericht, Wiesbaden.

HMSI (2017b) *Hilfe vor der Einschulung. Vorlaufkurse*. <https://kultusministerium.hessen.de/foerderangebote/foerderung-von-sprachkompetenz/gesamtsprachshyfoerderkonzept/vorlaufkurse>. Zugriff am 16. Dezember 2017.

HMSI (2017c) *Frühförderung bei Kindern mit Behinderungen und Entwicklungsstörungen*. <https://soziales.hessen.de/familie-soziales/menschen-mit-behinderung/fruehfoerderung-bei-kindern-mit-behinderungen-und>. Zugriff am 16. Dezember 2017.

HSL (2018) Statistische Berichte „Die Bevölkerung der kreisfreien Städte und Landkreise Hessens am 31. Dezember 2016 nach Alter und Geschlecht“ - Fortschreibungsergebnisse auf Basis Zensus 09. Mai 2011. Hessisches Statistisches Landesamt, Wiesbaden

- Kamensky J. (2017) *Bayerisches Ministerium für Umwelt und Verbraucherschutz*.  
[https://www.vis.bayern.de/ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung\\_gruppen/untergewicht\\_jugendliche.htm](https://www.vis.bayern.de/ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung_gruppen/untergewicht_jugendliche.htm).  
Zugriff am 11. März 2018.
- Klein S, Krupka S, Behrendt S et al. (2016) „Gesundheitsökonomische Aspekte.“ In *Weißbuch Adipositas -Versorgungssituation in Deutschland*. 155-190, Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (Hrsg.) Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kromeyer-Hauschild K M, Wabitsch D, Kunze F et al. (2001) Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 8: 807-818.
- Kurth B-M, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 736-743.
- Mensink GBM, Bauch A, Vohmann C et al. (2007) EsKiMo – Das Ernährungsmodul im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50;902-908
- Müller MJ, Kurth B-M (2007) Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Welche Antworten haben Medizin und „Public Health“? *Prävention und Gesundheitsförderung*; 2: 240-248.
- RKI (2008) *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 – 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Berlin: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- RKI (2017) *Impfquoten bei der Schuleingangsuntersuchung in Deutschland 2015*. *Epid Bull* 2017; 16,137-142
- RKI (2019) *Impfkalender*. <https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Aktuelles/Impfkalender.pdf> Robert Koch-Institut, Berlin, Zugriff am 15. August 2019.
- Schienkietwitz A, Brettschneider A-K, Damerow S et al. (2018) *Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. *Journal of Health Monitoring* 3(1):16–23.
- Schmidt S, Thyen U (2008) Was sind chronisch kranke Kinder? *Bundesgesundheitsblatt*, 585-591.
- Wiedermann U (2009) Unterschiedliche Impfschemata in Europa. Führen alle Wege nach Rom? *Monatsschrift Kinderheilkunde* 8: 743-750.