

Infaktum

Kindergesundheit im Land Brandenburg

Ergebnisse der kinderärztlichen Untersuchung bei den 4-jährigen Kita-Kindern

Der folgende Bericht über die gesundheitliche und soziale Lage von 4-jährigen Kindern in Kitas, stützt sich auf die kinderärztliche Untersuchung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) im Erhebungszeitraum vom 1.8.2007 bis 31.7.2008 im Land Brandenburg. Ziel der flächendeckenden kinderärztlichen Untersuchung ist es, einen Beitrag zur Früherkennung und damit zur Prävention von Krankheiten, Entwicklungsstörungen oder Behinde-

rungen zu leisten. Der KJGD verfolgt somit auch eine Verbesserung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit.

In die vorliegende Auswertung werden die Untersuchungsergebnisse der 4-jährigen Kita-Kinder aus 8 Landkreisen und 2 kreisfreien Städten einbezogen (Abb.1). Insgesamt konnten 7500 untersuchte Kinder in die Auswertung aufgenommen werden. Die Erhebung kann

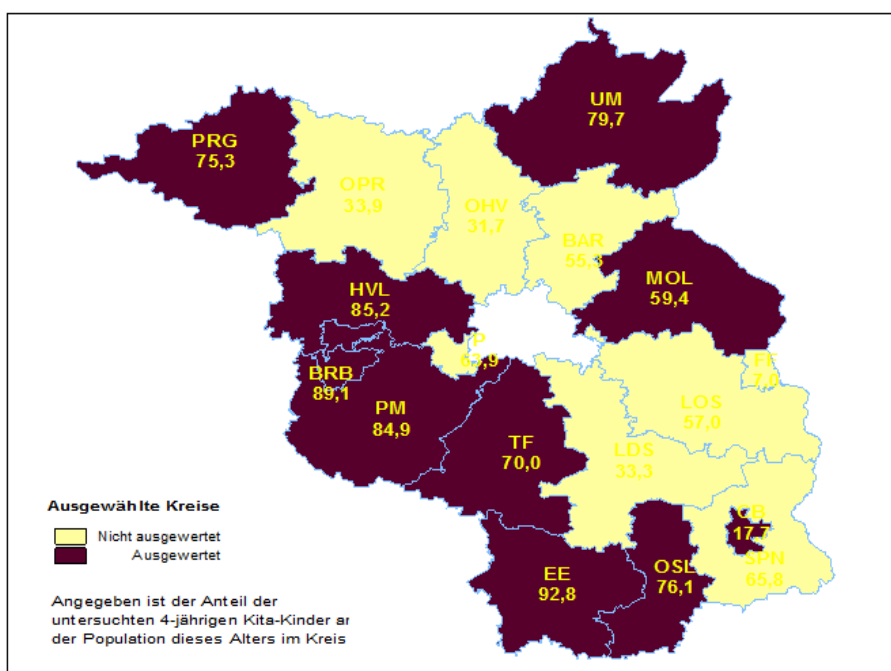


Abb. 1

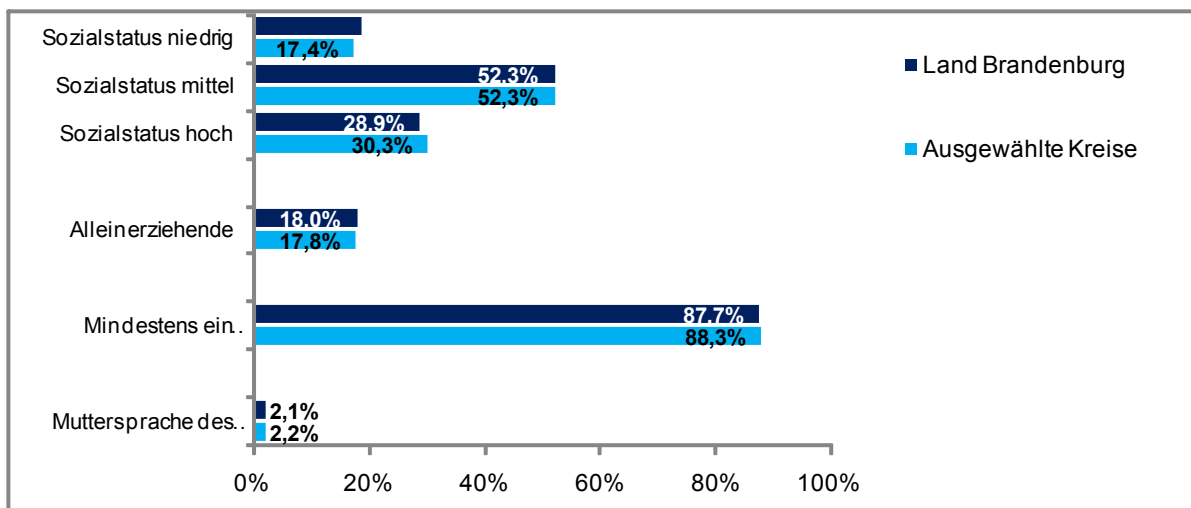
%-Anteil untersuchter 4-jähriger Kita-Kinder an der Altersbevölkerung nach ausgewählten Landkreisen und kreisfreien Städten

Quelle: LGA Brandenburg, kinderärztliche Untersuchung 2008, eigene Berechnung

aufgrund des Stichprobenumfangs (39 % aller 4-jährigen Kita-Kinder) und der Stichprobenszusammensetzung, bezogen auf relevante Merkmale, zur Gesamtheit der Kinder als repräsentativ angesehen werden (Abb.2). Aussagen dieser Erhebung lassen sich somit auch auf das Land Brandenburg beziehen. Grundlage des KJGD sind die im Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg niedergelegten Standards zur Befunderhebung, Dokumentation und Datenerfassung. Eine überarbeitete Fassung des Handbuches, für die Untersuchung der kleinen

der Kinder, die mit nur einem Elternteil in einem Haushalt leben liegt bei 28%. Im Vergleich zum Vorjahr (24 %) hat sich der Anteil der Alleinerziehenden leicht erhöht. Haushalte in denen mehr als drei Erwachsene zusammenleben (Mehrgenerationenfamilien oder Familien mit über 18-jährigen Kindern) nehmen mit 2,7 % den geringsten Stellenwert ein (Tab.2). Die Anzahl der Kinder variiert in Abhängigkeit zur Haushaltsform. Kinder von Alleinerziehenden leben in circa drei Viertel der Fälle als Einzelkinder, während Kinder, die mit beiden Elternteilen in einem Haushalt leben,

Abb. 2 % - Anteil relevanter Bevölkerungsmerkmale im Vergleich; Land Brandenburg und Stichprobe



Quelle: LGA Brandenburg, kinderärztliche Untersuchung 2008, eigene Berechnung

Kinder zwischen dem 30. bis 42. Lebensmonat, kommt seit dem Schuljahr 2008/09 zum Einsatz.

Lebenslagen der Kita-Kinder

Nicht nur die Anzahl der Geschwisterkinder hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte verändert, auch die Haushaltsform der Familien hat, wie im ganzen Bundesgebiet, so auch im Land Brandenburg, Veränderungen erfahren. Fast die Hälfte (47 %) der untersuchten 4-jährigen Kinder hat kein Geschwisterkind, ein fast ebenso großer Anteil (40 %) der Kinder hat ein Geschwisterkind und 13 % der Kinder haben zwei oder mehr Geschwister (Tab.1).

Der weit überwiegende Teil (69 %) der 4-jährigen Kita-Kinder lebt gemeinsam mit beiden Elternteilen in einem Haushalt. Der Anteil

nur zu circa einem Drittel ohne ein Geschwisterkind aufwachsen (Abb.3).

Tabelle 1 Anzahl der Kinder im Haushalt

Anzahl der Kinder im Haushalt		n = 7.084
1 Kind	3.317	46,8%
2 Kinder	2.833	40,0%
3 oder mehr Kinder	934	13,2%
insgesamt	7.084	100%

Quelle: LGA Brandenburg, kinderärztliche Untersuchung 2008, eigene Berechnung

Tabelle 2 Anzahl der Erwachsenen im Haushalt

Anzahl der Erwachsenen im Haushalt		<i>n</i> = 7.044
1 Erwachsener / Alleinerziehend	1.990	28,3%
2 Erwachsene	4.863	69,0%
3 oder mehr Erwachsene	191	2,7%

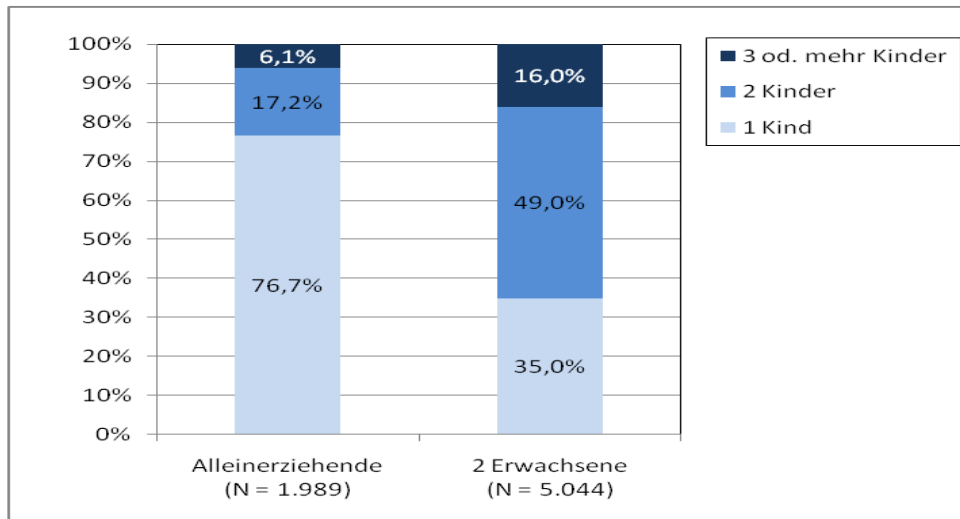
Quelle: LGA, Brandenburg, kinderärztliche Untersuchung 2008, eigene Berechnung

Die Erwerbssituation der Eltern der 4-jährigen Kita-Kinder stellt sich wie folgt dar: Der Anteil nicht erwerbstätiger Eltern liegt bei 13,2 % und der Anteil der erwerbstätigen bei 86,6 % (mindestens ein Elternteil erwerbstätig). Der Anteil der Erwerbslosen liegt bei den Alleiner-

ziehenden bei 35 %, bei den zusammenlebenden Eltern bei 8,6 % (Abb. 3).

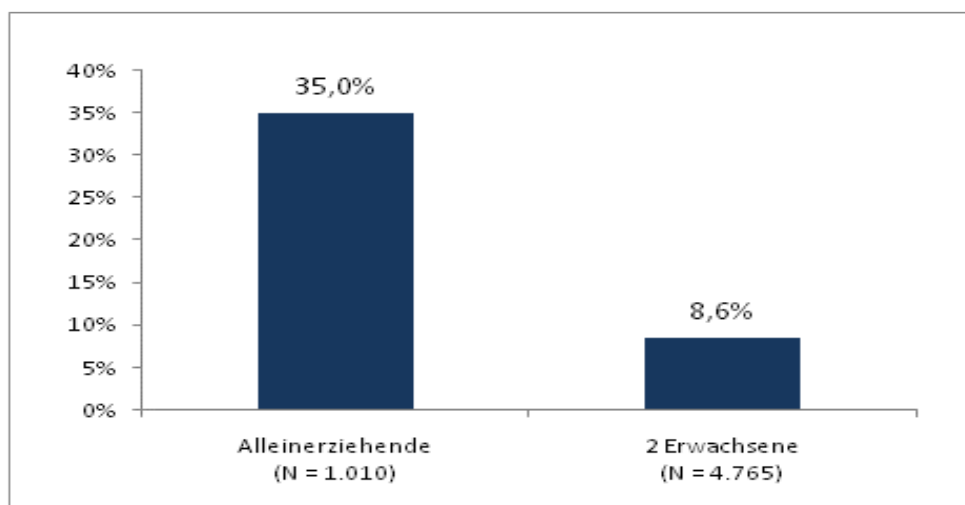
Die Armutsrisikoquote ¹ nach Berechnungen des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg lag im Jahr 2007 in Brandenburg für Alleinerziehende mit Kind (ern) bei 33,5 %, bei Paaren mit Kind (ern) nur bei 12,4 % . Im Vergleich zu Paaren mit Kind halbiert sich dieser Wert auf 6,8 % bei Paaren ohne Kinder (MASGF, S. 234, 2008).

In Brandenburg leben im Vergleich zu anderen Bundesländern nur wenig Bürger und Bürgerinnen, deren Muttersprache nicht deutsch ist. Der Anteil der Migrantinnen und Migranten liegt bei circa 2 %. Hinzu kommen noch Spätaussiedler/Innen die als deutsche Staatsbürger/Innen nicht als Ausländer/Innen erfasst werden (MASGF, 2008). Auch in der vorlie-

**Abb. 3**

%-Anteil Kinderanzahl in den Familien in Abhängigkeit zur familiären Beziehungsstruktur

Quelle: LGA Brandenburg, kinderärztliche Untersuchung 2008, eigene Berechnung

**Abb. 4**

%-Anteil erwerbsloser Eltern in Abhängigkeit zur familiären Beziehungsstruktur

Quelle: LGA Brandenburg, kinderärztliche Untersuchung 2008, eigene Berechnung

¹ Die Armutsrisikoquote beschreibt den Anteil der Personen die unterhalb der Armutsrisikoschwelle (60 % des medianen Durchschnittseinkommens liegen (für Brandenburg lag 2007 der Wert bei 701 Euro). Eine Person ist von Armut bedroht, wenn ihr Einkommen darunter liegt.

genden Untersuchung lag der Anteil der 4-jährigen Kita-Kinder, deren Muttersprache nicht deutsch ist, bei 2 %. In der Gruppe der Alleinerziehenden fiel die Quote mit 1,7 % etwas geringer aus als in den Familien mit drei und mehr Erwachsenen (2,4 %).

Fazit

..... soziale Lage

- Etwa drei Viertel der 4-jährigen Kita-Kinder sind Einzelkinder, 40 % haben ein Geschwister-Kind, 3 % zwei Geschwister.
- 28 % der 4-jährigen Kita-Kinder leben nur mit einem Elternteil zusammen (im Vorjahr 24 %).
- Die Erwerbslosigkeit bei alleinerziehenden Eltern von Kita-Kindern ist um das Vierfache größer als bei zusammenlebenden Eltern (8,6 %).
- Bei ca. 13 % der 4-jährigen Kita-Kinder sind beide Elternteile nicht erwerbstätig (unverändert zum Vorjahr).
- Der Anteil der Kinder, deren Muttersprache nicht deutsch ist, liegt bei 2 %.

Die Befunderhebung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

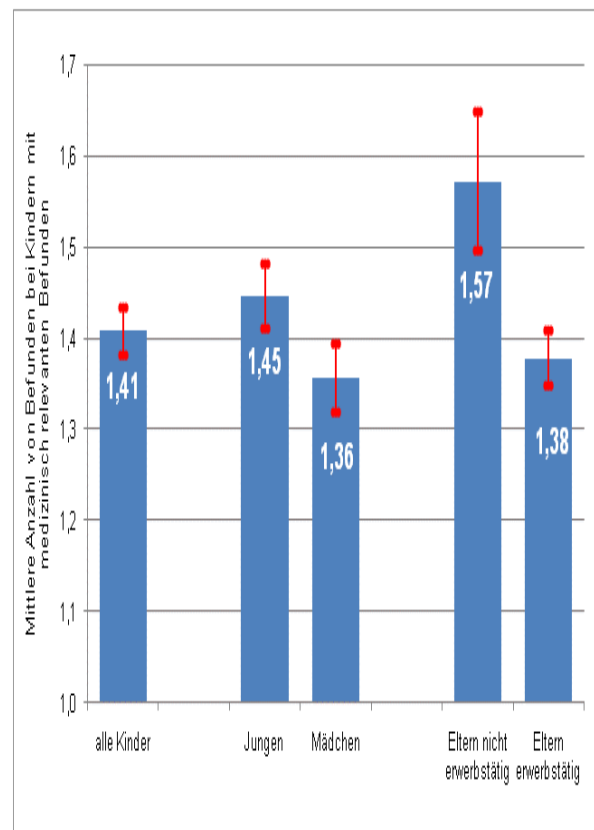
Die Befunderhebung für die kinderärztlichen Untersuchungen des KJGD lehnen sich an das Konzept der funktionalen Gesundheit im Sinne der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001) an. In der ICF wird eine Person vor ihrem gesamten Lebenshintergrund betrachtet - materielle, soziale und personenbezogene Faktoren fließen in die Befunderfassung ein.

Medizinisch relevante Befunde des KJGD sind gesundheitliche Funktionsbeeinträchtigungen, die in ihrem Schweregrad im Sinne der ICF nach der Auswirkung im Lebensalltag der Kinder abgestuft werden (siehe Handbuch KJGD).

Die gesundheitliche Lage der 4-Jährigen

Insgesamt wurden bei 3015 (40,2 %) von 7500 untersuchten Kindern medizinisch relevante Befunde erhoben. Jedes Kind hat im Durchschnitt rund 1,41 Befunde. Jungen weisen einen höheren Befundmittelwert auf als Mädchen und Kinder von erwerbslosen Eltern einen signifikant höheren im Vergleich zu Kindern erwerbstätiger Eltern (s. Abb. 5).

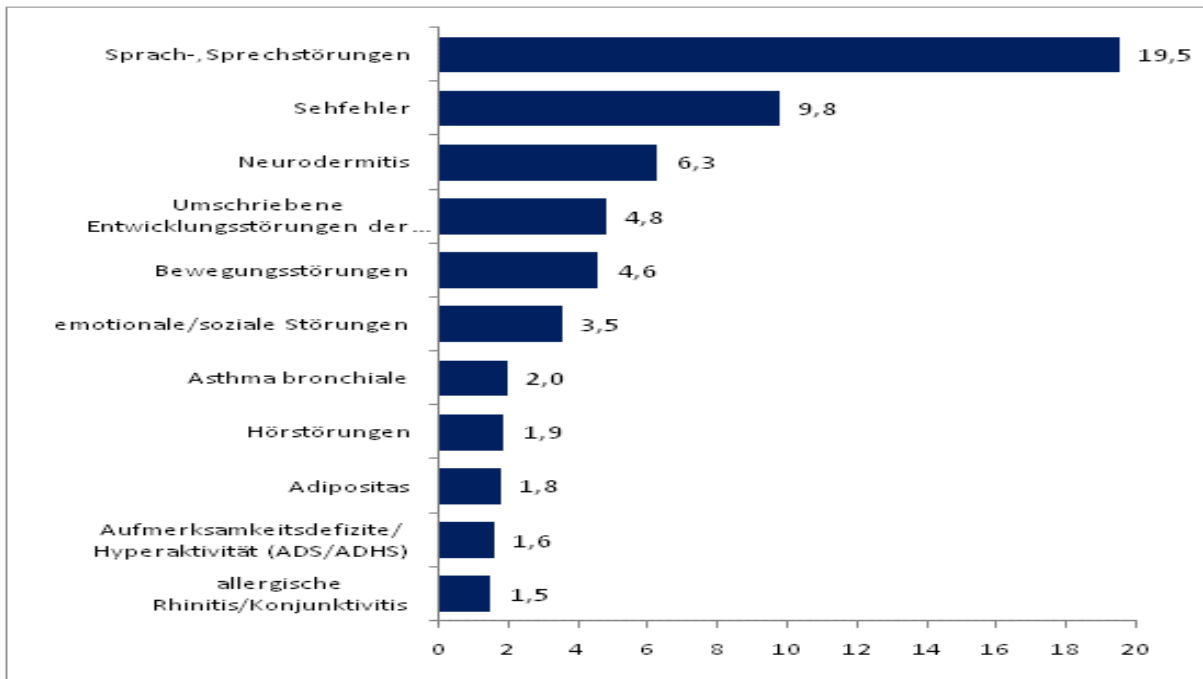
Abb. 5 Mittlere Anzahl medizinischer Befunde nach Geschlecht und Erwerbsstatus der Eltern



Quelle: LGA Brandenburg, kinderärztliche Untersuchung 2008, eigene Berechnung

Im Folgenden werden die häufigsten medizinisch relevanten Befunde entsprechend ihrer Rangfolge vorgestellt. Die Analyse erfolgt auch in Hinblick auf gesundheitliche Determinanten (Erwerbsstatus der Eltern/Geschlecht) (Abb. 7-8). Anders als bei der Schuleingangsuntersuchung ist eine differenzierte Betrachtung der sozialen Lage bei der Auswertung der Kitauntersuchung nicht möglich. Hier kann lediglich ein Vergleich zwischen Kindern, deren Eltern erwerbslos sind, und Familien, in denen min-

Abb. 6 %-Anteil häufigster Medizinisch relevanten Befunde bei 4-jährigen Kita-Kindern (N 7500)



Quelle: LGA Brandenburg, kinderärztliche Untersuchung 2008, eigene Berechnung

destens ein Elternteil erwerbstätig ist, erfolgen.

Die häufigsten Befunde

Sprach- und Sprechstörungen

Sprach- und Sprechstörungen gehören zu den häufigsten medizinisch relevanten Befunden die bei den 4-Jährigen erhoben wurden. Insgesamt sind 19,5 % der untersuchten Kita-Kinder von einer Sprach- und/oder Sprechstörung betroffen. Diese beziehen sich einerseits auf die Sprachfunktion (gesprochene Sprache, Sprachverständnis, Zeichen und Gesten) und andererseits auf Störungen des Sprechens (Artikulationsstörungen, Stottern und Poltern). Jungen (22,2 %) sind signifikant häufiger betroffen als Mädchen (16,4 %) sowie auch Kinder von erwerbslosen Eltern (35,2 %) im Vergleich zu Kindern von erwerbstätigen Eltern (19,1 %).

Während Kinder mit Artikulationsstörungen einen günstigen Verlauf zeigen und der Schulverlauf in der Regel normal ist, zeigen Kinder mit Sprachstörungen massive Langzeitfolgen, insbesondere durch Schulleistungsprobleme (Esser 1995). Daher ist die frühzeitige Förderung dieser Kinder dringend geboten und auch sonderpädagogische Maßnahmen sind in der Schule flankierend notwendig. Wichtig ist eine anregende Sprachförderung durch Lieder, Reime oder Rollenspiele in der Kita (Siegmüller 2007).

Jungen und Kinder erwerbsloser Eltern haben ein fast 2-fach erhöhtes Risiko eine Sprach- und Sprechstörung zu entwickeln .

Während Kinder mit Artikulationsstörungen einen günstigen Verlauf zeigen und der Schulverlauf in der Regel normal ist, zeigen Kinder mit Sprachstörungen massive Langzeitfolgen, insbesondere durch Schulleistungsprobleme (Esser 1995). Daher ist die frühzeitige Förderung dieser Kinder dringend geboten und auch sonderpädagogische Maßnahmen sind in der Schule flankierend notwendig. Wichtig ist eine anregende Sprachförderung durch Lieder, Reime oder Rollenspiele in der Kita (Siegmüller 2007).

ung dieser Kinder dringend geboten und auch sonderpädagogische Maßnahmen sind in der Schule flankierend notwendig. Wichtig ist eine anregende Sprachförderung durch Lieder, Reime oder Rollenspiele in der Kita (Siegmüller 2007).

Sehfehler

Sehfehler stehen mit 9,8 % an zweiter Stelle der medizinisch relevanten Befunde bei den untersuchten 4-Jährigen. Hierunter werden eine Reihe verschiedener Sehfehler zusammengefasst. Gemeinsam ist ihnen, dass das Sehvermögen eingeschränkt und eine Behandlung erforderlich ist. Mädchen (10,3 %) sind etwas häufiger betroffen als Jungen (9,3 %) sowie Kinder erwerbsloser Eltern (11,8 %) im Vergleich zu den Kindern erwerbstätiger Eltern (10,2 %).

Sehfehler stehen mit 9,8 % an zweiter Stelle der medizinisch relevanten Befunde bei den untersuchten 4-Jährigen. Hierunter werden eine Reihe verschiedener Sehfehler zusammengefasst. Gemeinsam ist ihnen, dass das Sehvermögen eingeschränkt und eine Behandlung erforderlich ist. Mädchen (10,3 %) sind etwas häufiger betroffen als Jungen (9,3 %) sowie Kinder erwerbsloser Eltern (11,8 %) im Vergleich zu den Kindern erwerbstätiger Eltern (10,2 %).

Mädchen (10,3 %) sind etwas häufiger betroffen als Jungen (9,3 %) sowie Kinder erwerbsloser Eltern (11,8 %) im Vergleich zu den Kindern erwerbstätiger Eltern (10,2 %).

Neurodermitis

Die atopische Dermatitis ist eine schubweise verlaufende entzündliche und nicht ansteckende chronische Hauterkrankung, deren Morphologie, Ausmaß und Lokalisation altersabhängig unterschiedlich ausgeprägt sind. Häufig geht

sie mit starkem Juckreiz und neurovegetativen Symptomen einher. Der Erkrankung liegt eine genetische Disposition (Veranlagung) zugrunde. Insgesamt leiden 6,3 % der 4-jährigen Kita-Kinder an einer Neurodermitis. Die Daten der Einschulungskinder zeigen seit Jahren, dass ein hoher Bildungsstatus der Eltern mit einer Erhöhung der Befundraten assoziiert ist. Analoge Ergebnisse wurden in zahlreichen Studien erhoben (vgl. A. Mielk 2000).

Umschriebene Entwicklungsstörungen

Umschriebene Entwicklungsstörungen fassen eine Gruppe isolierter Leistungsstörungen zusammen, die aufgrund von spezifischen Störungen der Informationsverarbeitung und Handlungsorganisation zustande kommen. Hierunter werden umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens sowie der motorischen Funktionen zusammengefasst. Wichtig ist, dass diese Störungen weder durch die allgemeine Intelligenz oder durch bestehende psychische Störungen noch durch eine mangelnde Förderung durch die Eltern, zu erklären sind (vgl. G. Esser 1995). Voraussetzung sind: fehlende Sinnesschädigungen, fehlende neurologische Erkrankungen, angemessene Förderung und normale Intelligenz.

Umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens

Insgesamt liegt die Befundrate bei 4,8 %. Jungen sind mit 6,0 % signifikant häufiger von umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens betroffen als Mädchen (3,5 %). Besonders stark wirkt sich der Erwerbsstatus der Eltern auf die Befundraten aus. Kita-Kinder erwerbsloser Eltern zeigen fast viermal so hohe Befundraten wie Kita-Kinder erwerbstätiger Eltern (14,3 % vs. 3,7 %). Da kleine Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache im Schulalter eine Lese-Rechtschreibschwäche entwickeln können, kommt einer rechtzeitigen Frühförde-

rung ein hoher Stellenwert zu.

Umschriebene Entwicklungsstörungen der Motorik

Die Befundrate liegt mit 1,5 % deutlich unter der Befundrate von umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache. Auch hier ist ein deutlicher Geschlechtsunterschied zwischen Jungen und Mädchen festzustellen (1,9 % vs. 1,1 %). Kinder von erwerbslosen Eltern zählen zur Risikogruppe, sie haben ein 3,5-fach höheres Risiko, an einer umschriebenen motorischen Funktionsstörung zu erkranken. Kinder mit isolierten Entwicklungsstörungen der Motorik weisen in der Regel keine besonderen Schulleistungsprobleme auf. Die Frühförderung dieser Kinder soll vorrangig einer zu erwartenden sozialen Isolation entgegenwirken (vgl. G. Esser 1995).

Bewegungsstörungen

Bei 4,6 % der 4-jährigen Kita-Kinder wurden Störungen der Bewegung (Grobmotorik) festgestellt. Jungen (6,0 %) sind doppelt so häufig von Bewegungsstörungen betroffen wie Mädchen (3,0 %). Kinder erwerbsloser Eltern zeigen signifikant häufiger Bewegungsstörungen als Kinder erwerbstätiger Eltern ((6,8 % vs. 4,6 %). Die Bewegungsstörungen zeigen keinen Einfluss auf eine Lese-Rechtschreibschwäche im Schulalter. Jedoch ist eine altersgerecht entwickelte Grobmotorik wichtige Voraussetzung für die Entwicklung der Feinmotorik, der Perzeption, der kognitiven und emotionalen Entwicklung (Zimmer 2005).

Emotionale-soziale Auffälligkeiten

Der Befund emotionale-soziale Auffälligkeiten (3,5 %) wird einerseits über spezifische Elternangaben zum Verhalten des Kindes und andererseits über die fachliche Einschätzung der untersuchenden Ärzte/Innen unter Einbeziehung der Einschätzung von Erzieher/Innen erhoben. Unter der Befundbezeichnung emotionale-soziale Auffälligkeiten werden im Vor-

Kinder erwerbsloser Eltern haben gegenüber Kindern erwerbstätiger Eltern ein fast 4-mal höheres Risiko für eine umschriebene Entwicklungsstörung der Sprache und ein 3,5-mal höheres Risiko eine motorische Funktionsstörung zu entwickeln.

schulalter Trennungsjahre und dissoziale Verhaltensauffälligkeiten zusammengefasst, die in ihrer Ausprägung nicht der Altersnorm 4-jähriger Kinder entsprechen. Der Verdachtsbefund stellt eine Auffälligkeit dar, der eine differenzierte medizinische Abklärung ggf. in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt der Erziehungsberatungsstelle folgen sollte. Jungen (4,8 %) sind signifikant häufiger von emotional-sozialen Auffälligkeiten betroffen als Mädchen (2,2 %). Kinder erwerbsloser Eltern haben ein 3-fach höheres Risiko eine emotionale-soziale Störung zu entwickeln als Kinder von erwerbstätigen Eltern.

Asthma bronchiale

Das Asthma bronchiale ist eine entzündliche Erkrankung der Atemwege. Bereits bei 2,0 % der untersuchten Kinder wurde ein behandlungsbedürftiges Asthma diagnostiziert. Jungen (2,5 %) sind signifikant häufiger betroffen als Mädchen (1,4 %). Die Erkrankung manifestiert sich meist im 4. bis 10. Lebensjahr. Das Häufigkeitsmaximum liegt, anders als bei der Neurodermitis, im Bereich der ersten Grundschuljahre. Je nach Schwere der Erkrankung sind damit zusätzlich Schlafstörungen, Aktivitätseinschränkungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen verbunden. Eine weitere spezifisch allergologisch/pulmologische Diagnostik wird dann empfohlen, wenn das Asthma bisher nicht diagnostiziert wurde oder das Kind nicht ausreichend medikamentös eingestellt ist (Handbuch KJGD 2008).

Hörstörungen

Hörstörungen werden in Schallempfindungs- und Schalleitungsschwerhörigkeit unterteilt. Erstere entsteht zumeist bis zum ersten Lebensjahr, hingegen die Schalleitungsschwerhörigkeit nach dem 1. Lebensjahr, in der Regel als Folge von Infekten. Unter mittleren und schweren Hörstörungen werden beidseitige Hörstörungen, bei jeweils mindestens einer Frequenz von 30 dB und mehr verstanden oder es liegt eine apparative Versorgung einer bereits bekannten Schwerhörigkeit vor. Insgesamt

zeigten 1,9 % der untersuchten Kita-Kinder eine Hörstörung. Nicht ausreichend behandelte Schalleitungsstörungen können zu lebenslang bleibenden und nicht mehr zufriedenstellend behandelbaren Hörstörungen führen. Entsprechend des Ausmaßes einer Hörstörung wirkt sich eine Schwerhörigkeit unterschiedlich stark auch auf die Sprachentwicklung und Schulleistung des Kindes aus.

Adipositas

Der Krankheitswert der Adipositas im Kindes- und Jugendalter ergibt sich auch aus funktionellen Einschränkungen und psychosozialen Beeinträchtigungen (soziale Ausgrenzung und Diskriminierung). Zur Ermittlung von Übergewicht und Adipositas werden die von der WHO empfohlenen internationalen Grenzwerte des Body Mass Index (Cole et al. 2000) verwendet (Handbuch KJGD). Insgesamt wurde bei 1,8 % der untersuchten 4-jährigen Kita-Kinder eine Adipositas diagnostiziert. Mädchen sind mit 2,1 % etwas häufiger betroffen als Jungen mit 1,5 %. Darüber hinaus zeigen die Brandenburger Einschulungsdaten - wie in wissenschaftlichen Studien gut belegt - einen starken Zusammenhang zwischen den Adipositasbefundraten der Einschüler und einem niedrigen Sozialstatus der Eltern (Bundesgesundheitsblatt 6/2008, siehe auch www.Gesundheitsplattform-Brandenburg.de).

Jungen leiden doppelt so häufig an emotionalen-sozialen Auffälligkeiten wie Mädchen.

ADHS/ADS

Aufmerksamkeitsstörungen bzw. hyperkinetische Störungen sind durch ein durchgehendes Muster von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität gekennzeichnet, das in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationsübergreifend auftritt. Die Störung beginnt zumeist vor dem Alter von 6 Jahren und tritt in der Regel in mindestens zwei Lebensbereichen/Situationen (z. B. in der Schule, Familie, Untersuchungssituation) konstant auf. Die Diagnosestellung ADHS ist äußerst schwierig. Der vom KJGD erhobene Befund ADHS stellt noch keine Diagnose dar, sondern dokumentiert eine ärztlich begründete

Auffälligkeit, die dringend einer weiteren ärztlichen Diagnostik bedarf (vgl. www.gesundheitsplattform.de). Insgesamt leiden 1,6 % der 4-jährigen Kita-Kinder an Verhaltensauffälligkeiten die auf eine hyperkinetische Störung (ADHS/ADS) hinweisen. Jungen (2,2 %) sind signifikant häufiger betroffen als Mädchen (1,0 %) und Kinder erwerbsloser Eltern (3,2 %) häufiger als Kinder erwerbstätiger Eltern (1,6 %). Das Risiko eines Jungen an einer hyperkinetischen Störung zu erkranken ist 2-mal höher als das eines Mädchens. Kinder erwerbsloser Eltern (1,6 %) sind doppelt so häufig betroffen wie Kinder erwerbstätiger Eltern (3,2 %).

Allergische Rhinitis/Konjunktivitis

Die allergische Rhinitis/Konjunktivitis ist eine symptomatische Überempfindlichkeitsreaktion der Nase und Augen. Die Beschwerden können ganzjährig (z. B. Hausstaubmilbenallergie) oder saisonal, durch Pollen ausgelöst, auftreten. Wie bei

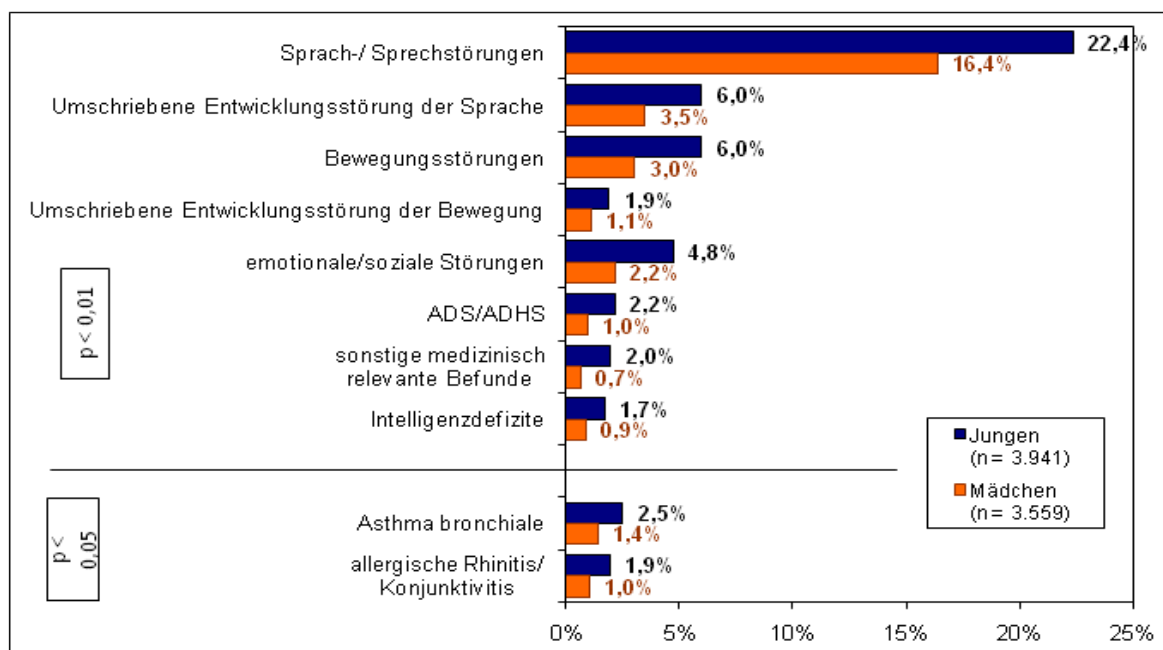
allen Allergien ist auch hier ein inverser Schichtgradient zu verzeichnen, d.h. Kinder der oberen sozialen Schicht sind häufiger betroffen als Kinder der unteren Schicht (Mielck, 2000). Insgesamt wurde bei 1,5 % der untersuchten Kita-Kinder eine allergische Rhinitis/Konjunktivitis diagnostiziert. Jungen (1,9 %) sind signifikant häufiger betroffen als Mädchen (1,0 %).

Jungen und Kinder erwerbsloser Eltern zeigen signifikant häufiger Verhaltensauffälligkeiten die auf ein hyperkinetische Störung (ADHS) hinweisen.

Erstdiagnosen des KJGD

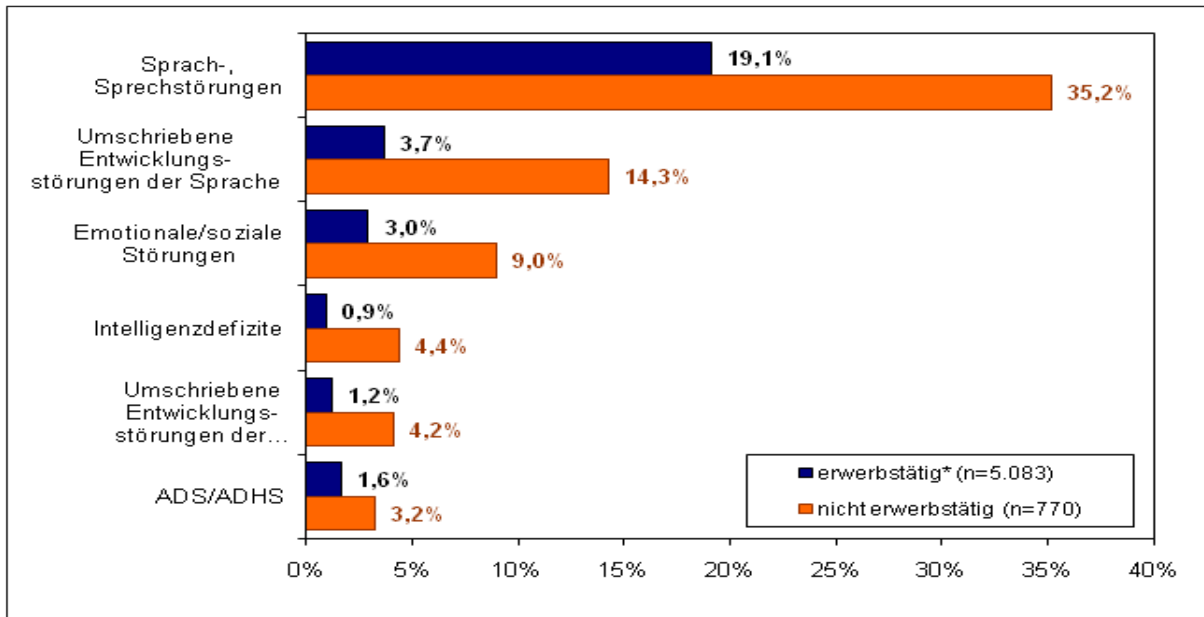
Unter dem Begriff Erstdiagnosen werden Befunde zusammengefasst, die erstmalig bei den 4-jährigen Kita-Kindern im Rahmen der kinderärztlichen Untersuchung erfasst bzw. diagnostiziert werden, im Gegensatz zu den Befunden, die bereits durch andere Vorsorgeuntersuchungen oder ärztliche Konsultationen bekannt sind. Wie in der Abbildung 9 dargestellt, ist die Rate der Erstdiagnosen bei den Sprach- und Sprechstörungen, Sehstörungen und umschriebenen Entwicklungsstö-

Abb. 7 %- Anteil der signifikanten medizinisch relevanten Befunde zwischen Jungen und Mädchen



Quelle: LGA Brandenburg, kinderärztliche Untersuchung 2008, eigene Berechnung

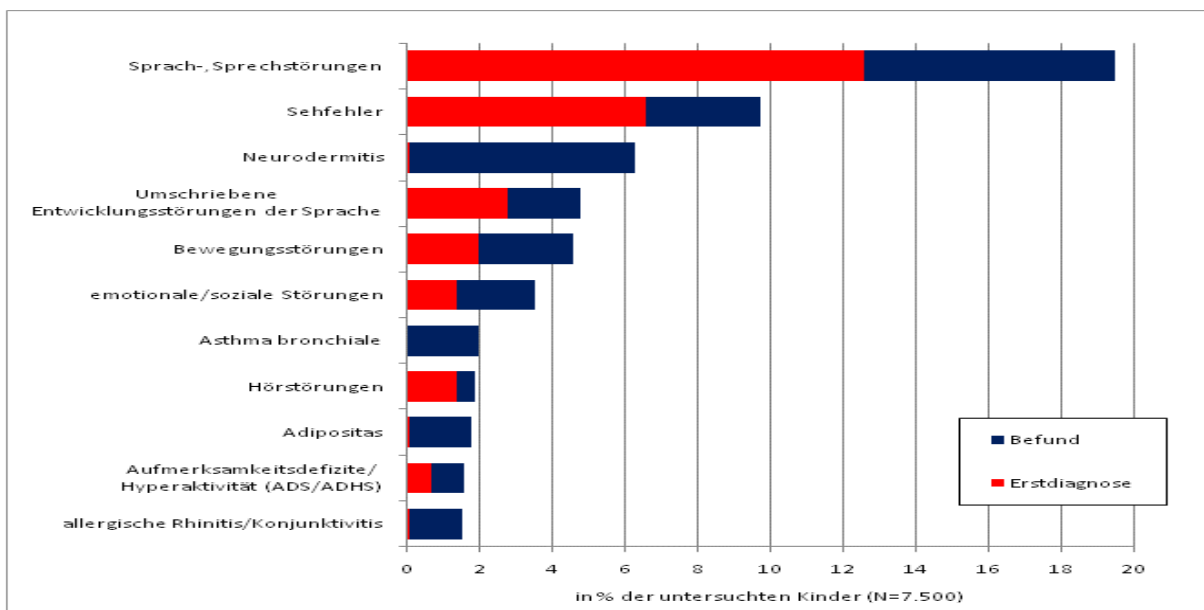
Abb.8 %-Anteil signifikanter Unterschiede Medizinisch relevante Befunde von Kinder erwerbstätiger Eltern versus Kindern erwerbsloser Eltern



Quelle: LGA Brandenburg, kinderärztliche Untersuchung 2008, eigene Berechnung mit signifikanten Unterschieden ($p < 0,01$)

rungen am größten; Sprach- und Sprechstörungen sowie umschriebene Entwicklungsstörungen zeigen darüber hinaus einen starken signifikanten Zusammenhang zur Erwerbslosigkeit der Eltern (s. Abb. 8) und werden häufig erst durch die kinderärztliche Untersuchung des KJGD diagnostiziert.

Abb. 9 %-Anteil Erstdiagnosen vs. Befunde

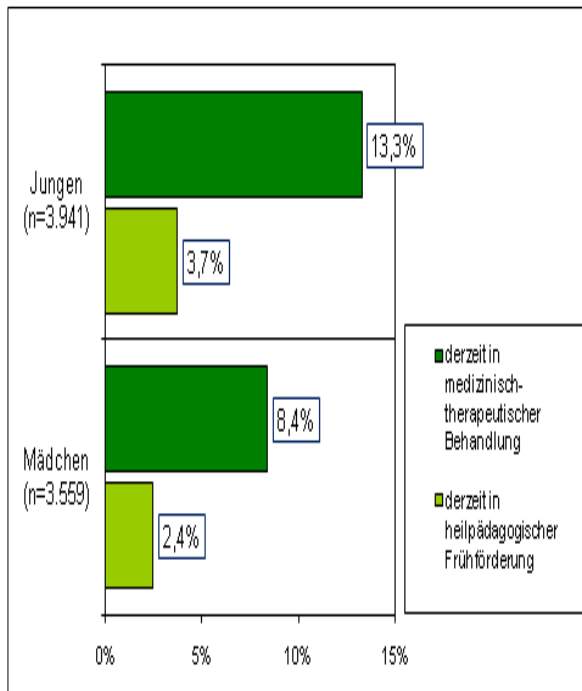


Quelle: LGA Brandenburg, kinderärztliche Untersuchung 2008, eigene Berechnung

Hilfen zur Förderung für von Behinderung bedrohter und entwicklungsverzögerter Kinder

In Brandenburg hat sich ein gut funktionierendes, flächendeckendes System von Frühförder- und Beratungsstellen entwickelt. Insgesamt bieten 45 Frühförder- und Beratungsstellen in Haupt- und Nebenstellen im Land Brandenburg Leistungen der Frühförderung an. Davon halten 8 Frühförder- und Beratungsstellen überregionale Angebote vor. Frühförderung hat das Ziel, bei Entwicklungsgefährdungen von Kindern die Hilfen anzubieten, die am ehesten dazu beitragen, dass die Kinder sich möglichst gut entwickeln, ihre Kompetenzen

Abb.10 Anteil in % Kita-Kinder die sich in Maßnahmen der Frühförderung befinden nach

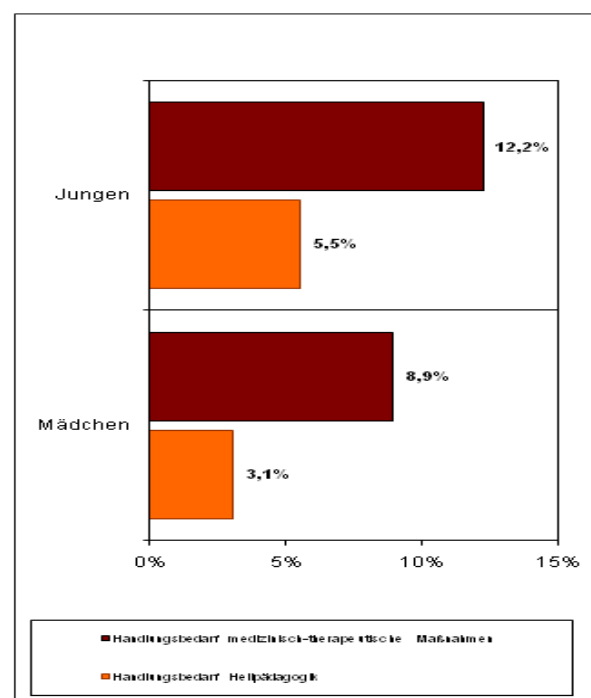


Quelle: LGA Brandenburg, kinderärztliche Untersuchung 2008, eigene Berechnung

entfalten und sich in ihre Lebenswelt integrieren. Frühförderung wird unterschieden in heilpädagogische Einzelförderung und medizinisch-therapeutische Frühförderung (Ärztliche Diagnostik im Rahmen interdisziplinärer Behandlung und u.a. Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie).

Die Abbildungen 10-11 zeigen den Anteil der Kinder, die zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits in Maßnahmen der Frühförderung waren und den Anteil der Jungen und Mädchen die nach dem aktuellen Stand der Untersuchung zusätzlich in Maßnahmen der Frühförderung integriert werden sollten (ausgewiesen als Handlungsbedarfe). Demnach sind derzeit von den Jungen 13,3 % in medizinisch-therapeutischer Behandlung und 3,7 % in heilpädagogischer Frühförderung. Bei den Mädchen liegt der Anteil bei 8,4 % bzw. bei 2,4 %. Es ergibt sich ein zusätzlicher Handlungsbedarf bei 12,2 % der Jungen an medizinisch - therapeutischen Fördermaßnahmen und bei 5,5 % an heilpädagogischen

Abb.11 Anteil in % Kita-Kinder weiterer Frühförderungsbedarf nach Geschlecht



gische Interventionen. Mädchen dagegen zeigen einen geringeren Handlungsbedarf an medizinisch - therapeutischen bzw. heilpädagogischen Maßnahmen im Vergleich zu gleichaltrigen Jungen (s. Abb. 11)

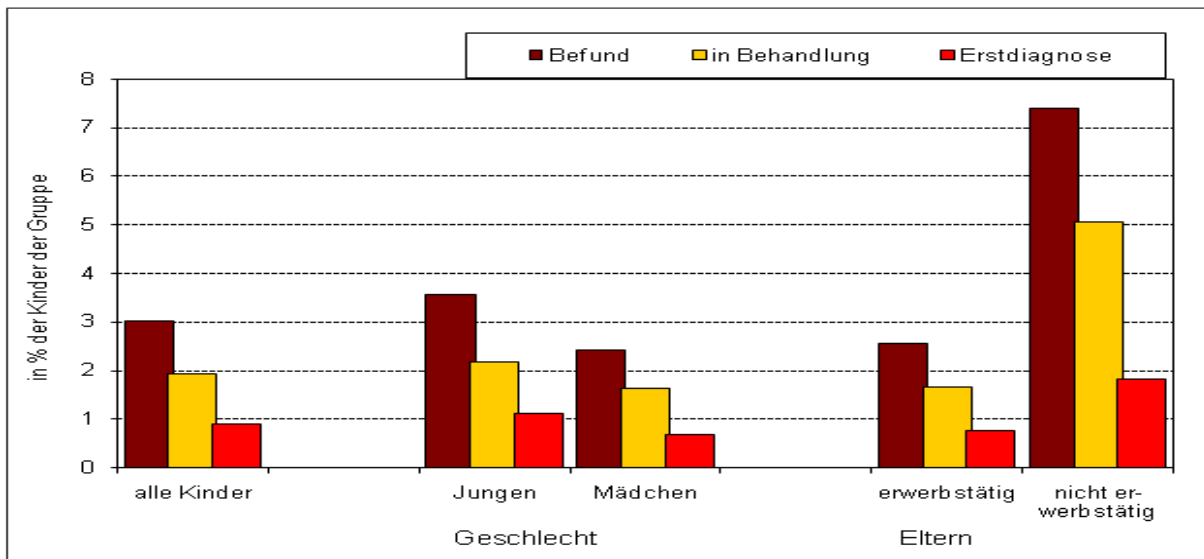
Chronisch kranke Kinder

Unter dem Begriff chronische Erkrankungen lassen sich eine Vielzahl in Bezug auf Entstehung, Verlauf, Symptomatik und Prognose unterschiedlicher Krankheiten zusammenfassen. Gemeinsam ist all diesen Krankheiten, dass sie in der Regel langsam ausbrechen und oftmals lange - teilweise über das gesamte Leben der Betroffenen hinweg - andauern. Der Verlauf ist nur schwer prognostizierbar, die Entste-

Impfstatus und Impfquoten der 4-jährigen Kita-Kinder

Der Anteil der Kinder mit einem guten Impfschutz hat sich in den letzten Jahren erfreulicherweise kontinuierlich erhöht (Abb.13). Eine zweite Masern-Mumps-Röteln Impfung (MMR) haben inzwischen 93 % der 4-Jährigen (1996: 90 %). Auch die durch die Empfehlung der ständigen Impfkommission (STIKO) neu aufgenommenen Impfungen gegen Varizellen (seit

Abb. 12 Anteil in % chronischer Erkrankungen an allen Kita-Kindern Mädchen und Jungen



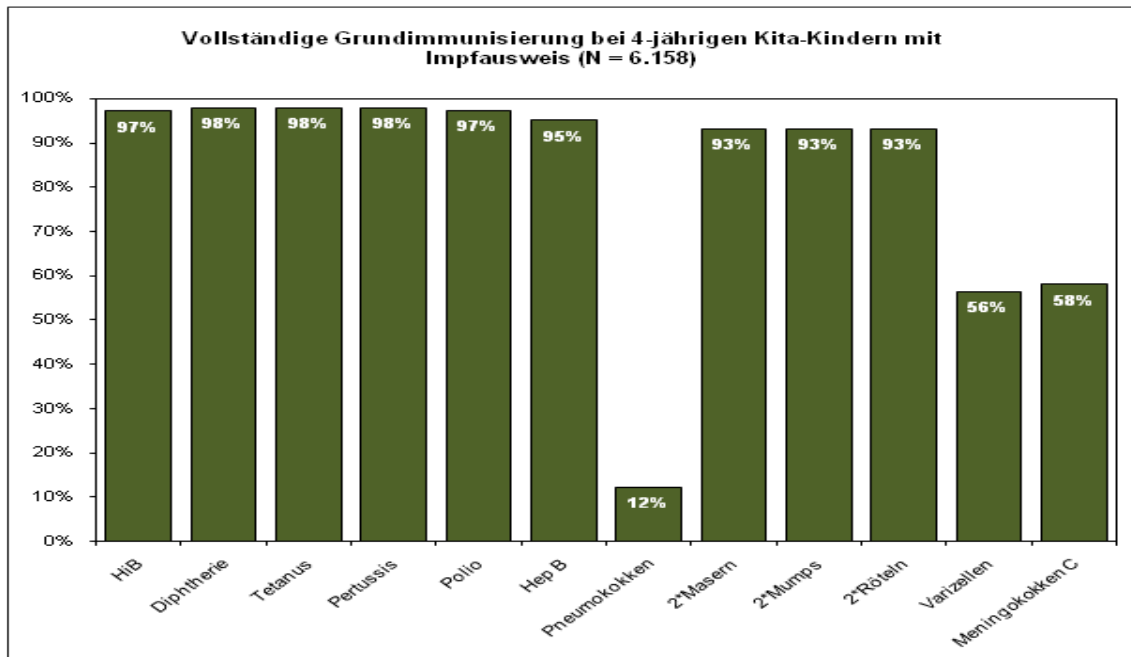
Quelle: LGA Brandenburg, kinderärztliche Untersuchung 2008, eigene Berechnung

hung ist selten auf eine Ursache allein zurückzuführen. Bei 3% der chronisch kranken Kinder wirkt sich die gesundheitliche Funktionsstörung auf den Lebensalltag stark aus. Intelligenzdefizite und emotionale/soziale Störungen machen dabei den Hauptanteil aus.. Jungen sind etwas häufiger betroffen als Mädchen (Faktor 1,5). Deutlich höher ist die Erkrankungsrate bei Kindern, deren Eltern erwerbslos sind verglichen zu Kindern, bei denen mindestens ein Elternteil erwerbstätig ist (7,4 % vs. 2,6 %).

Zwei Drittel der Kinder mit chronischen Funktionsstörungen sind bereits in Behandlung. Jedoch bei etwa einem Drittel wurden diese erstmals bei der kinderärztlichen Untersuchung festgestellt und den Eltern eine Vorstellung bei einem Facharzt empfohlen.

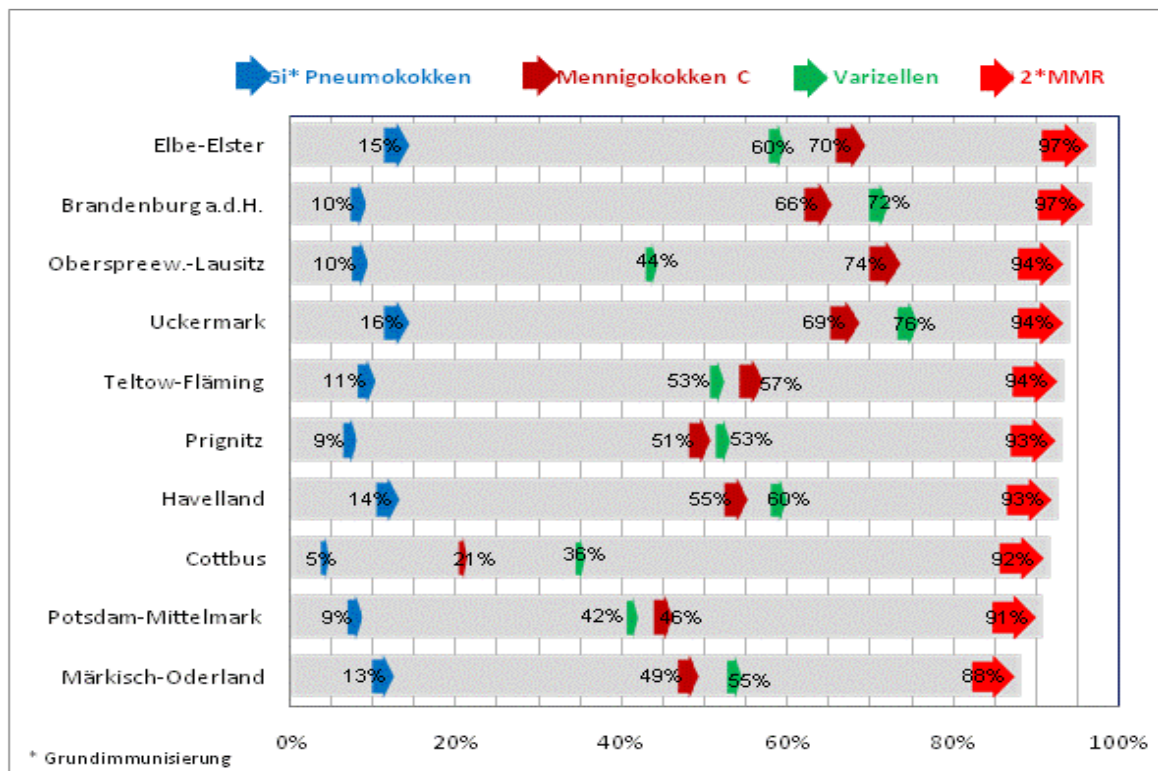
2004) und Meningokokken (seit 2006) haben sich mit 56 % und 58 % geimpfter Kinder langsam etabliert (2007: 33 % bzw. 17 %). Die erst seit 2007 existierende neue Empfehlung der STIKO zur Pneumokokken-Impfung ist mit maximal 16 % (Uckermark) und minimal 5 % (Cottbus) geimpfter Kinder noch nicht überall hinreichend eingeführt. Der in Abb. 14 dargestellte Vergleich ausgewählter Impfquoten auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte verdeutlicht diese Unterschiede noch einmal.

Abb. 13 %-Anteil ausgewählter Impfungen (Grundimmunisierung) bei 4-jährigen Kita-Kindern



Quelle: LGA Brandenburg, kinderärztliche Untersuchung 2008, eigene Berechnung

Abb. 14 %-Anteil ausgewählter Impfquoten nach Landkreisen/kreisfreien Städten



Quelle: LGA Brandenburg, kinderärztliche Untersuchung 2008, eigene Berechnung

Verletzungen durch Unfälle in den ersten vier Lebensjahren

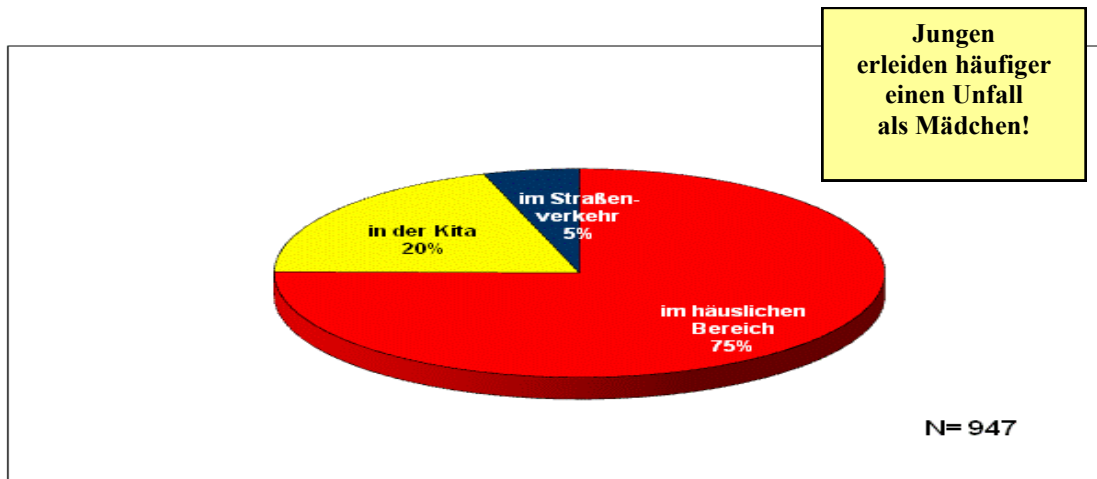
Jedes 6. Kita-Kind hat in den ersten 4 Lebensjahren mindestens einen Unfall erlitten. Drei Viertel (75 %) der Unfälle ereignen sich zu Hause, 20 % in der Kita und nur 5 % der Kinderunfälle im Straßenverkehr (Abb.15).

Zu den häufigsten Verletzungsfolgen zählen Schnittverletzungen (6,3 %) gefolgt von Knochenbrüchen (3,8 %), Gehirnerschütterungen (3,5 %), Verbrühungen (2,4 %) und Vergiftungen (0,3 %). Von den verunglück-

ten Kindern musste über die Hälfte (57 %) im Krankenhaus behandelt werden. Jungen (17,8 %) erleiden insgesamt häufiger einen Unfall als Mädchen (14,1 %).

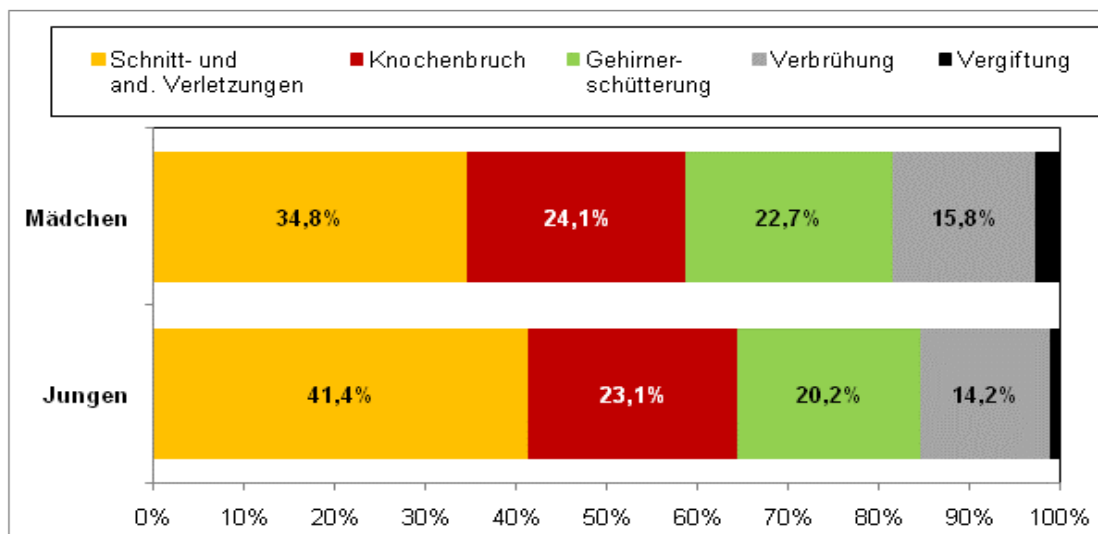
Drei Viertel aller Unfälle der 4-jährigen Kita-Kinder ereignen sich zu Hause.

Abb. 15 Anteil in % Unfallorte der 4-jährigen Kita-Kinder



Quelle: LGA Brandenburg, kinderärztliche Untersuchung 2008, eigene Berechnung

Abb. 16 Anteil in % Unfallfolgen der Kita-Kinder nach Geschlecht



Quelle: LGA Brandenburg, kinderärztliche Untersuchung 2008, eigene Berechnung

Literaturnachweis:

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* 320: 1-6

Esser, G (1995) Umschriebene Entwicklungsstörungen in Petermann, F (Hrsg.) *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (S. 267-285), Göttingen, Hogrefe-Verlag

Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg, Leitlinien zur einheitlichen Durchführung und Dokumentation der Kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen, LGA, April 2008

Kliche T, Mann R (2008) Die Qualität für Versorgungsangebote für adipöse Kinder und Jugendliche, *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2008 · 51:646–656

Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D. et al. (2001) Perzentile für den Bodymass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd* 149: 807-818

MASGF Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (2008) *Lebenslagen in Brandenburg, Chancen gegen Armut*

Mielck A (2000) *Soziale Ungleichheit und Gesundheit* (S.110 ff.), Bern, Hans-Huber-Verlag 1. Auflage

Siegmüller J (2007) Sprachentwicklung. In: Willmes, K. & Kaufmann, L. (Hrsg.) *Handbuch der Entwicklungsneuropsychologie*. Hogrefe, Göttingen.

Zimmer R (2005) *Bewegung und Sprache. Verknüpfung des Entwicklungs- und Bildungsbereichs Bewegung mit der sprachlichen Förderung in Kindertagesstätten*. Deutsches Jugendinstitut, Wissenschaftliche Texte. U RL: www.dji.de

Impressum:

Landesgesundheitsamt Brandenburg
Wünsdorfer Platz 3, 15806 Zossen

An dieser Ausgabe haben mitgearbeitet:
Ute Sadowski, Dr. Gabriele Ellsäßer, Karin Lüdecke

Layout:
Landesgesundheitsamt Brandenburg

Erscheinungsdatum:

