

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| 2. Bereiche der Entwicklungsstörungen | 3 |
| 2.1 Hören, Sehen | 6 |
| 2.1.1 Hören | 6 |
| 2.1.2 Sehen | 8 |
| 2.2 Motorik und Koordination | 10 |
| 1. Motorik und Koordination – ' Meilensteine' ihrer Entwicklung im Kleinkindalter..... | 10 |
| 2. Zusammengehörigkeit von Reifezustand, Sensomotorik, Psychomotorik und Soziomotorik..... | 11 |
| 2.3 Sprache | 13 |
| 1. Störungen der Sprache | 13 |
| 1.1 Artikulationsstörungen | 14 |
| 1.2 Dysgrammatismus | 14 |
| 1.3 Wortschatzdefizite..... | 14 |
| 1.4 Sprachverständnisstörungen | 15 |
| 2. Sprachentwicklung und ihre körperlichen Voraussetzungen | 15 |
| 3. Diagnose der Sprachentwicklungsstörung / Therapiefestlegung | 15 |
| 4. Störungen des Sprechens (Sprachflussstörungen)..... | 16 |
| 5. Stimmstörungen: Juvenile hyperfunktionelle Dysphonie..... | 16 |
| 6. Beide Sprachen nicht richtig gelernt – „Die doppelte Halbsprachigkeit“ | 16 |
| 2.4 Wahrnehmung, Konzentration | 19 |
| 2.5 Psychosoziale Entwicklung und Verhalten | 22 |
| 2.6 Ernährungsstörungen und Körperkoordination | 24 |
| 1. Ernährung – süße Pummelchen oder Frühverfettung?..... | 24 |
| 2. Maßnahmen im Rhein-Erft-Kreis – koordinierte Gesundheitsförderung für Kinder | 25 |
| 3. Defizite bei der Körperkoordination | 26 |
| 4. Daten zu Taten | 26 |
| 4.1 Neue Dokumentation der Schuleingangsuntersuchungen..... | 26 |
| 4.2 Präzisierungsmöglichkeiten zur Lebenssituation des Kindes | 27 |

| | | |
|-----|---|----|
| 4.3 | Koordinierte Prävention für Kinder | 27 |
| 2.7 | Entwicklungsstörungen und Behinderungen | 28 |
| 1. | Begriffliche Differenzierung: Von der Normvariation bis zur Entwicklungsstörung | 28 |
| 2. | Daten über (dauerhafte) Entwicklungsstörungen..... | 30 |
| 2.1 | Daten zu Fehlbildungen in NRW..... | 30 |
| 2.2 | Schwerbehinderte Erwachsene und Kinder im Rhein-Erft-Kreis | 31 |
| 3. | Daten des Gesundheitsamtes: Sprechstunde des Jugendärztlichen Dienstes, Einschulungsuntersuchungen und Behindertenberatung | 32 |
| 4. | Einrichtungen außerhalb des Gesundheitsamtes: Frühförderzentrum, Heilpädagogische Einrichtungen, Sozialpädiatrisches Zentrum, Ambulanter Bereich..... | 33 |
| 2.8 | AIDS und Kinder | 34 |
| 1. | Informationen zu HIV und AIDS kompakt | 34 |
| 2. | Verbreitung weltweit | 35 |
| 3. | Die Betroffenheit von Kindern..... | 36 |
| 4. | Perspektiven für die Zukunft | 38 |

2. Entwicklungsstörungen und Behinderungen

Begriffliche Differenzierung: Von der Normvariation bis zur Entwicklungsstörung

Von der Befruchtung der Eizelle bis zum Tod unterliegt der Mensch einem Entwicklungsprozess. Der Wandel betrifft die quantitativen Veränderungen (Wachstum) sowie die Differenzierung der Organsysteme und ihre Vernetzung. (Entwicklung) Diese Vorgänge werden bestimmt durch die individuellen genetischen Anlagen und durch deren Prägung durch äußere Bedingungen. Zu den äußeren Bedingungen zählen Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, schwere Erkrankungen, Unfälle, die Umstände, unter denen ein Kind aufwächst, und die Einflüsse, die auf den Erwachsenen einwirken. Während der Kindheit sind die Entwicklungsprozesse am ausgeprägtesten. Sie erstrecken sich auf die Ausreifung der körperlichen Merkmale sowie die Ausprägung der geistigen Fähigkeiten und der persönlichen Eigenschaften.

Diese Veränderungen sind quantitativ und zeitlich messbar, so dass Abweichungen vom „Normalen“ erfasst werden können. Die Beurteilung solcher Abweichungen (Auffälligkeiten) ist eine wichtige Voraussetzung zur Einschätzung der Prognose und zur Festlegung eines eventuellen Behandlungsbedarfs. Sie hat zu berücksichtigen, dass es sowohl für die meisten Parameter der körperlichen Entwicklung als auch für die geistige Entwicklung und das Verhalten eine enorm große Variabilität des Normalen gibt. So sehen wir Entwicklungsverzögerungen, die später als beim durchschnittlichen Kind zum gleichen Endergebnis wie bei diesem führen, und Normvariationen, die von der Qualität her in ihren Auswirkungen für das Kind belanglos sind. Sie sind von Entwicklungsstörungen zu unterscheiden, die das Kind in seiner weiteren Entwicklung und in seiner Lebensqualität beeinträchtigen und deshalb behandelt werden müssen.

Eine schwere Entwicklungsstörung kann einer Behinderung gleich kommen, also einer dauerhaften Einschränkung, die dem Menschen die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft erschwert.

Die Bedeutung des Wortes "Behinderung" variiert je nach dem Zusammenhang, in dem es verwendet wird. Folgende Unterscheidungen sind wichtig:

- Neben körperlichen Behinderungen versteht man unter einer Behinderung eine Einschränkung des Wahrnehmungs-, Denk-, Sprach-, Lern- und Verhaltensvermögens.
- Verschiedene Bedeutungsfelder des deutschen Ausdrucks "Behinderung" werden von der WHO differenziert betrachtet und benannt. Man unterscheidet zwischen impairment (Schädigung), also einem Mangel, der sowohl körperliche wie geistige oder psychische Strukturen beziehungsweise Funktionen betreffen kann, disability (Unfähigkeit), also einer Funktionsbeeinträchtigung auf Grund einer solchen Schädigung, und handicap (Benachteiligung), also den Nachteilen, die einer Person aus solchen Beeinträchtigungen entstehen.
- Rechtlich gelten Menschen dann als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung zu erwarten ist. (§ 2 Abs. 1 SGB IX, Neufassung des § 35a SGB VIII) Es wird nach körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen unterschieden. Auch Mehrfachbehinderungen kommen vor, wenn etwa neben den geistigen auch die sprachlichen Leistungen, das Hör- und /oder das Sehvermögen beeinträchtigt sind oder zusätzlich Verhaltensauffälligkeiten oder ein Anfallsleiden bestehen. Die Schwere der Behinderung wird seitens des Versorgungsamtes nach einheitlichen Gesichtspunkten gemessen. (§ 3 SchwbG) Behinderte Menschen haben nach dem Bundessozialhilfegesetz (SGB XII) Anspruch auf Eingliederungshilfe.
- Im schulischen Bereich gibt es spezifische Festlegungen für das Vorliegen von Körperbehinderung, geistiger, seelischer Behinderung oder Lernbehinderung, da sie einen sonderpädagogischen Förderbedarf begründen können. (§ 52 SchulG - AO-SF) Auch Sprachbehinderung, Erziehungsschwierigkeit, Autismus, Hör- und Sehschädigung finden hier Berücksichtigung sowie eine eigene Definition der Schwerstbehinderung, die nicht mit derjenigen des Sozialgesetzbuches identisch ist.

Behinderungen können angeboren sein oder erworben. Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen, Unfälle und schwere Erkrankungen können eine Behinderung zur Folge haben. Auch schwere Vernachlässigung kann ein Kind so stark in seiner Entwicklung beeinträchtigen, dass sie beispielweise in eine seelische oder eine Lernbehinderung mündet.

Es gibt Kinder, die nicht behindert im oben beschriebenen Sinne, aber durch eine **chronische Krankheit** dennoch in ihrer Lebensqualität wesentlich beeinträchtigt sind. Hierzu zählen zum Beispiel Kinder mit schweren Allergien, Hautkrankheiten, Asthma bronchiale, Herzfehlern, Diabetes und anderen Stoffwechselkrankheiten, rheumatischen Erkrankungen oder mit zerebralem Krampfleiden. Diese Kinder nehmen vielfach am normalen Alltagsleben in Kindergarten und Schule erfolgreich teil. Sie sind aber oft nicht beschwerdefrei, müssen sich regelmäßigen Behandlungsmaßnahmen unterziehen, bestimmte Speisen oder körperliche Belastungen vermeiden oder fallen durch ihr Aussehen auf. Sie können zwar am Leben in der Gesellschaft teilhaben, tragen aber trotzdem eine schwere Bürde.

Berichterstellung anhand der Parameter der Einschulungsuntersuchung

Eine **Einteilung** von Entwicklungsstörungen oder Behinderungen nach Organsystemen oder in körperliche, geistige und seelische Störungen ist immer willkürlich. Häufig sind bei einem Menschen mehrere Bereiche betroffen. Außerdem wird z. B. eine schwere Störung im körperlichen Bereich, etwa eine Gehbehinderung, im Allgemeinen auch Auswirkungen auf die Wahrnehmung und die psychische Entwicklung haben, das heißt, die ganze Persönlichkeit ist in Mitleidenschaft gezogen.

Trotzdem mussten wir uns aus Gründen der Übersichtlichkeit für eine Untergliederung des umfangreichen Stoffes entscheiden. In diesem Bericht orientieren wir uns bei der Darstellung der beobachteten Störungen an den Parametern, die bei der Einschulungsuntersuchung überprüft werden. Hier liegen uns Zahlen zum Vergleich vor, die von jeweils einem kompletten Jahrgang von Kindern anlässlich ihrer Untersuchung vor Schuleintritt ermittelt wurden.

ROTRAUT STOCK

2.1 Hören, Sehen

Die beiden ersten Lebensjahre sind besonders sensitiv für die Entwicklung des Hörens und Sehens als wichtige Grundvoraussetzungen für die störungsfreie Entwicklung des Kindes. Taube oder schwerhörige Kinder sollten deshalb möglichst frühzeitig im Säuglingsalter entdeckt und mit Hörgeräten versorgt werden. Später einsetzende Behandlungen können oftmals keine optimalen Ergebnisse mehr erzielen. Störungen beim Hören haben gravierende Folgen für die Sprachenwicklung, Sehstörungen haben beispielsweise Auswirkungen auf die Motorik und Koordination. Auch haben Kinder mit Sehstörungen oder Hörstörungen mit Problemen zu kämpfen, die sie sozial behindern.

Die einwandfreie Funktion dieser beiden Sinne ist eine der Grundvoraussetzungen für die störungsfreie Entwicklung des Kindes. Ihre Diagnose und Therapie muss in den ersten beiden Lebensjahren erfolgen.

Zusammengenommen haben sich bei 5,9 % der Kinder Hörprobleme, und bei 13,9 % der Kinder Sehprobleme ergeben. (Summe: Befunde mit Arztüberweisung, in Behandlung befindliche Kinder, dauerhafte Beeinträchtigung und Befunde ohne Arztüberweisung)

2.1.1 Hören

Die Fähigkeit zum Hören setzt, wie man heute weiß, schon lange vor der Geburt ein. Bereits um die 20. - 22. Schwangerschaftswoche beginnt das Ungeborene zu hören. Allerdings ist das Gehör zu dieser Zeit noch nicht fertig ausgebildet. Die endgültige Entwicklung des Gehörs einschließlich der zentralen Hörzentren im Gehirn und der Nervenbahnen, die sie mit dem Ohr verbinden, kann sich nur vollziehen, wenn die Sinneszellen des Innenohrs regelmäßig normale Hörreize aufnehmen. Dies muss während der ersten beiden Lebensjahre passieren (sensible Phase), damit das Kind ausreichend hören lernen kann. Taube oder schwerhörige Kinder sollten deshalb möglichst frühzeitig, am besten im Säuglingsalter, entdeckt und mit Hörgeräten versorgt werden.

Es gibt verschiedene Formen der Schwerhörigkeit. Nach dem Ort der Störung unterscheiden wir zwischen Schalleitungsschwerhörigkeit und Schallempfindungsschwerhörigkeit. Erstere liegt vor, wenn die Weiterbildung des Schallimpulses durch den Gehörgang und das Mittelohr bis zum Innenohr, in dem die Sinneszellen liegen, behindert ist, z. B. durch einen Ohrpfropf oder durch einen Tubenkatarrh. Von Schallempfindungsschwerhörigkeit sprechen wir, wenn die Funktion der Sinneszellen oder des Hörnervs gestört ist.

Durch physikalische, medikamentöse oder operative Behandlungsmaßnahmen kann meist das normale Hörvermögen wiederhergestellt werden. Ist dies nicht der Fall, dann wird versucht, unter Ausnutzung vorhandener Hörreste den Hörverlust so weit wie möglich auszugleichen, indem man Hörgeräte verwendet.

Ohne Behandlung entwickeln sich neben der Schwerhörigkeit oder Taubheit Störungen in verschiedenen Bereichen: Wahrnehmung, Sprache, Denken, die Fähigkeit zur Kommunikation mit anderen sowie die Emotionalität können betroffen sein. In der Schule werden die Kinder in der Umgebung normal hörender Mitschüler leicht zu Außenseitern, weil sie fälschlich für dumm gehalten werden.

Für hörgeschädigte Kinder wurden spezielle Frühfördermaßnahmen entwickelt, mit denen schon im Kleinkindalter Entwicklungsdefizite in Folge der fehlenden oder verminderten Hörreize vorgebeugt werden sollen. Durchgeführt werden sie von den Schulen für Hörgeschädigte.

Bei den Einschulungsuntersuchungen 2005 sind bei 4,6 % (= 225 Kinder) der Kinder Hörstörungen festgestellt worden, die so gravierend waren, dass eine fachärztliche Abklärung empfohlen worden ist.

Kinder aus dem Rhein-Erft-Kreis werden in der Regel betreut durch die:

Rheinische Schule für Hörgeschädigte Köln

Frühförderung, Kindergarten und Grundschule:

Rheinische Schule für Hörgeschädigte

Biggestraße 3 - 5

50931 Köln

Tel.: 0221-940760

Fax: 0221-94076138

E-Mail: rsfhg-koeln@lvr.de

Hauptschule:

Rheinische Schule für Hörgeschädigte

Gronewaldstraße 1

50931 Köln

Tel.: 0221-4307570

Fax: 0221-430757199

E-Mail: rsfhg@lvr.de

2.1.2 Sehen

Das Sehen ist das Ergebnis sehr komplexer Vorgänge. Sie sind im Modul I der Gesundheitsberichterstattung des Rhein-Erft-Kreises über Kinder und Jugendliche im Anhang unter der Überschrift "Warum das Sehen so wichtig ist" näher erläutert. An dieser Stelle sollten daher folgende Hinweise genügen: Das Sehorgan Auge funktioniert als optischer Apparat, mit dessen Hilfe ein gesehenes Objekt auf der Netzhaut abgebildet wird. Hier werden die Lichtreize in den Sinneszellen umgewandelt in Nervenreize, um dann über den Sehnerv in die Sehzentren des Gehirns weitergeleitet zu werden. Erst hier entstehen die Seheindrücke, die inneren Bilder, die der Mensch von seiner Umgebung bekommt. (visuelle Wahrnehmung)

Wie für das Hören, so ist auch für das Sehen bekannt, dass eine wesentliche Reifung der Funktionen noch nach der Geburt stattfindet. Besonders intensiv ist die Entwicklung im Verlauf des ersten Lebensjahres, vorausgesetzt, es treffen genügend scharfe Bilder auf die Netzhaut. Während der ersten beiden Lebensjahre lässt sich das Sehvermögen des Kindes durch entsprechende Behandlungsmaßnahmen (Sehschule) noch sehr gut positiv beeinflussen, es besteht noch eine hohe Sensitivität. Nach dem zweiten Lebensjahr nimmt die Sensitivität für die Entwicklung eines guten Sehvermögens rapide ab. So ist auch bei einem minimalen kindlichen Schielen die Gefahr einer lebenslangen Sehstörung (Amblyopie) gegeben. Behandlungen, die erst im Einschulalter beginnen, können daher oft keine optimalen Ergebnisse mehr erzielen.

Beim Sehen lag die Prozentrate der Befunde mit Arztüberweisung im Jahre 2005 mit 5,5 % (= 272 Kinder) noch höher als beim Hören.

Unerkannte Sehstörungen führen beim Kind gerade in der Phase des Lesen- und Schreibenlernens zu Problemen, wenn es zum Beispiel Buchstaben und Wörter an der Tafel nicht erkennt. Es muss sich vermehrt anstrengen, um dem Unterricht folgen zu können. Dies kann eine Überforderung zur Folge haben mit Auswirkungen wie Kopfschmerzen, Nachlassen der Konzentration, Leistungsabfall in der Schule bis hin zu Schulunlust und Verhaltensauffälligkeiten.

Kinder mit starker Beeinträchtigung des Sehens und blinde Kinder müssen in ihrer Entwicklung durch spezielle Frühfördermaßnahmen unterstützt werden. Die optimale schulische Förderung und Vorbereitung auf ein möglichst selbständiges Leben mit ihrer Behinderung wird ihnen in der Regel in Schulen für Sehbehinderte und Blinde geboten, die auch für die Frühförderung verantwortlich sind.

**Vom Knacks zur Barriere?
Bereiche der Entwicklungsstörungen**

Kinder aus dem Rhein-Erft-Kreis werden von folgenden Schulen betreut:

Rheinische Förderschule, Förderschwerpunkt Sehen, Aachen

Vetschauer Straße 16-18

52072 Aachen

Tel.: 0241-9382811

Fax: 0241-93828277

E-Mail: rsfsh-aachen@lvr.de

Rheinische Förderschule, Förderschwerpunkt Sehen, Düren

Meckerstraße 1-3

52353 Düren

Tel.: 02421-4072-0

Fax: 02421-40782-299

Dieser Schule ist ein Internat angeschlossen.

Rheinische Förderschule, Förderschwerpunkt Sehen, Köln

Weberstraße 37

50676 Köln

Tel.: 0221-310810

Fax: 0221-3308131

E-Mail: rsfsh-koeln@lvr.de

severinschule-koeln@lvr.de

ANETTE RÖHRL-KÖPPEN

2.2 Motorik und Koordination

Die koordinierten Bewegungsleistungen sind abhängig vom Reifezustand des Nervensystems und von psychosozialen Beeinflussungen. Störungen sollten auch hier so früh wie möglich erkannt und behandelt werden, um die Basis für eine störungsfreie Entwicklung zu legen.

Ein Viertel der Kinder hat Probleme bei der Koordination, knapp ein Fünftel bei der Motorik.

1. Motorik und Koordination – 'Meilensteine' ihrer Entwicklung im Kleinkindalter

Mit „Motorik“ bezeichnet man sämtliche bewusste (z.B. Stehen, Gehen, Schreiben) und unbewusste (z.B. Mimik, Gestik, Körperhaltung) Bewegungsleistungen des Menschen.

Unter „Koordination“ versteht man die Steuerung und Regulation von Teilbewegungen zu Bewegungsabläufen.

Die motorische Entwicklung verläuft in Entwicklungsschritten: auf die Ausbildung der Halte- und Stützmotorik (Kopfkontrolle) im Säuglingsalter folgt im Kleinkindalter die Fähigkeit sich fortzubewegen (sog. Grobmotorik) und schließlich die Ausbildung von differenzierten Bewegungen der Hand. (sog. Feinmotorik)

Ob das Kind sich motorisch altersgemäß entwickelt, wird bei den Vorsorgeuntersuchungen überprüft. Man spricht von den sog. „Meilensteinen“ der motorischen Entwicklung, beispielsweise:

- sollte ein Säugling im vierten Monat den Kopf im Sitzen kontrollieren können
- sich im sechsten Monat umdrehen können und
- mit spätestens 18 Monaten frei laufen können.

Für die feinmotorischen Fähigkeiten gibt es ebenso bestimmte „Etappenziele“, die in einem bestimmten Alter erreicht werden müssen: so sollte das Kind beispielsweise

- mit 6 Monaten ein Spielzeug von einer Hand in die andere geben können
- mit 10 Monaten den „Pinzettengriff“ beherrschen, will heißen: der Daumen steht in Opposition zum gestreckten Zeigefinger und das Kind kann einen Gegenstand wie mit der Pinzette greifen.

Im Zuge der weiteren Entwicklung wird diese Koordinationsfähigkeit immer weiter perfektioniert, so dass hochkomplexe Bewegungsabläufe wie Schneiden oder Schreiben möglich werden.

2. Zusammengehörigkeit von Reifezustand, Sensomotorik, Psychomotorik und Soziomotorik

Alle motorischen Fähigkeiten sind abhängig vom Reifezustand des Nervensystems, aber auch immer von Sinneseindrücken („Sensomotorik“), Gefühlen („Psychomotorik“) und der sozialen Situation („Soziomotorik“) beeinflusst.

Motorik ist eben nicht nur Fortbewegung, sondern eng verzahnt mit den Sinneswahrnehmungen und der psychosozialen Befindlichkeit, wobei sich die Bereiche gegenseitig beeinflussen. Wenn ich beispielsweise während eines Spiels einen Ball fangen und zurückwerfen will, muss ich ihn sehen und abschätzen können, mit welcher Wucht er mich treffen wird, damit meine Muskulatur sich entsprechend einstellen kann; meine visuelle Wahrnehmung und meine Orientierung im Raum müssen also gut funktionieren; meine motorische Koordinationsfähigkeit muss so gut ausgebildet sein, dass ich den Ball festhalten und zielgerichtet zu meinem Mitspieler zurückwerfen kann; ich muss außerdem bereit sein, überhaupt mitzuspielen d.h. ich interagiere mit meinen Mitmenschen durch Mimik, Gestik und Körperhaltung. Wenn in einem der Bereiche Defizite vorhanden sind, werde ich nicht angemessen mitspielen können und beim nächsten Mal wahrscheinlich außen vor bleiben.

Störungen der Motorik und Koordination können, neben der oben angedeuteten sozial-familiären, sehr unterschiedliche und vielfältige Ursachen haben. Sie zeigen sich durch eine Verzögerung des Entwicklungsverlaufs, aber auch durch von der Norm abweichende Bewegungsmuster.

Es gehören hierzu einmal die Bewegungsstörungen infolge angeborener oder erworbener Schäden des Hirns, des Rückenmarks oder der peripheren Nerven; zum anderen die motorischen Entwicklungsstörungen, die ohne erkennbare Läsion des Nervensystems und ohne erhebliche Intelligenzminderung auftreten.

Diese zweite Gruppe ist die weitaus größere und umfasst die meisten der Kinder, die in unseren Untersuchungen auffallen. Die Befundraten zum Zeitpunkt der Einschulung lagen im Jahr 2005 bei 15,1 % auffällige Befunde (2004: 14 %) und bei 9,9 % grenzwertige Befunde (2004: 11 %).

3. Frühe motorische Förderung von Kindern

Altersgemäße motorische Entwicklung ist also keine Nebensache, sondern ein zentraler Punkt der kindlichen Gesamtentwicklung.

Motorische Förderung setzt idealerweise im Säuglingsalter ein und bietet dem Kind bis ins Schulalter jeweils dem Entwicklungsstand angemessene Bewegungsmöglichkeiten.

Dies setzt bei den Bezugspersonen entsprechende Kenntnisse und Einsicht voraus. Sitzen vor dem Fernseher oder Computer sind für die motorische Entwicklung nicht so hilfreich wie Springen, Laufen und Klettern.

Wichtig ist es, Störungen so früh wie möglich zu erkennen und zu behandeln, möglichst bevor es aufgrund der retardierten motorischen Entwicklung zu Eingliederungsproblemen und mangelndem Selbstwertgefühl kommt.

Als Beispiel sei die Handgeschicklichkeit angeführt. Sie ist die Basis für das Erlernen von Kulturtechniken. Kinder, deren Fähigkeiten hier mangelhaft sind, verwenden so viel Konzentration und Energie auf die feinmotorischen Anforderungen z.B. beim Schreiben, dass sie dem Schulunterricht nicht mehr folgen können. Dadurch sind Misserfolge und Demotivierung vorprogrammiert.

Eltern, Erzieherinnen und Kinderärzte/innen sind gefordert, dies durch sorgfältiges Beobachten und frühzeitiges Eingreifen zu verhindern.

YASEMIN GÜLERYÜS, DAGMAR KLATT, ANETTE RÖHRL-KÖPPEN

2.3 Sprache

Sprachentwicklungsstörungen (SES) sind Abweichungen vom normalen Spracherwerb. Die häufigsten Abweichungen sind Störungen der Sprache. Daneben gibt es Störungen im Sprachablauf und Stimmstörungen. Rund ein Drittel der Kinder haben sprachliche Probleme unterschiedlicher Ausprägung. Sprachentwicklungsstörungen, die zum Einschulungszeitpunkt noch bestehen, sind ein wesentliches Zeichen für eine schlechte schulische und soziale Prognose der davon betroffenen Kinder. Ein besonderes Problem ist die ‚Doppelte Halbsprachigkeit‘ bei Kindern mit Migrationshintergrund, die weder die Muttersprache noch die Zweitsprache korrekt gelernt haben. Rund 55 % der Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch wurde ein Deutschförderkurs empfohlen; davon sind 22 % der Kinder mit ‚radebrechend‘ und ‚ohne Deutschkenntnisse‘ eingeschätzt worden. (= 194 Kinder)

1. Störungen der Sprache

Von den 4.860 Einschulkindern des Jahres 2004 im Rhein-Erft-Kreis hatten 3.149 Kinder (= 66,9%) einen unauffälligen Sprachbefund und 727 (= 13,4%) leichte sprachliche Auffälligkeiten, die nicht behandlungsbedürftig waren. 658 Kinder (13,6%) befanden sich in sprachtherapeutischer Behandlung. 226 Kinder (= 4,7%) wurden wegen des Verdachts auf eine Sprachentwicklungsstörung an den behandelnden Kinderarzt zur genaueren Überprüfung und gegebenenfalls Einleitung einer Sprachtherapie verwiesen.

Bei den Einschulungsuntersuchungen 2005 lag die Rate der Befunde in allen Bereichen leicht höher: mit Arztüberweisung bei 5,4 %, in Behandlung befinden sich 15 % der Kinder, Befunde ohne Arztüberweisung lagen bei 14,2 % der Kinder vor. Zusammen mit der dauerhaften Beeinträchtigung erreichen die Sprachprobleme damit einen ‚Spitzenplatz‘ mit 34,8 % bei den Befunden, und damit eine Steigerung zu 2004 um 3,1 %.

Bei Kindern kommen unterschiedliche Störungen der Sprache, des Sprechens und der Stimme vor. Man unterscheidet bei Störungen der Sprache Artikulationsstörungen, Dysgrammatismus, Wortschatzdefizite und Sprachverständnisstörungen.

1.1 Artikulationsstörungen

- Sigmatismus: Das /s/ wird falsch gebildet oder ersetzt.
- Schetismus: Das /sch/ wird falsch gebildet oder ersetzt.
- Chitismus: Das /ch/ wie in Milch wird falsch gebildet oder ersetzt.
- Kappazismus: Das /k/ wird falsch gebildet oder ersetzt.
- Gammazismus: Das /g/ wird falsch gebildet oder ersetzt.
- Rhotazismus: Das /r/ wird falsch gebildet oder ersetzt.
- Dyslalie: je nach Anzahl der betroffenen Laute unterteilt man in:
 - partielle Dyslalie: ein bis zwei Laute sind betroffen
 - multiple Dyslalie: mehr als zwei Laute sind betroffen
 - universelle Dyslalie: fast alle Laute sind betroffen, das Sprechen ist nahezu unverständlich

Ursächlich können sein: Schwächen der Mundmuskulatur, Hörstörungen, mangelndes auditives Unterscheidungsvermögen für ähnlich klingende Laute trotz normalen Gehörs, organische Fehlbildungen wie Kiefer- oder Gaumenspalten.

1.2 Dysgrammatismus

Hierunter versteht man Störungen in Grammatik und Satzbau: Sätze können entweder gar nicht oder nur in verdrehter Stellung gebildet werden, Artikel werden falsch eingesetzt, Verben falsch konjugiert, Verben falsch konjugiert, Zeiten können nicht ausgedrückt werden.

Am Beginn der Sprachentwicklung sind grammatikalische Fehler normal; spätestens mit fünf Jahren sollte das Kind aber übliche Sätze grammatikalisch richtig sprechen können.

Die Ursachen für eine dysgrammatische Störung sind vielfältig: mangelhaftes Sprachvorbild, anregungsarme Familiensituation, Schwächen im Sprechrhythmus oder bei der Hör-Merk-Spanne, Hörstörungen und Wahrnehmungsstörungen.

1.3 Wortschatzdefizite

Der Wortschatz ist zu gering, z.B. „late talker“. (weniger als 50 Wörter im Alter von zwei Jahren)

Bei Einschulungskindern fällt auf, dass sie eine Bildergeschichte nur mit wenigen Worten und wenigen „ausschmückenden“ Worten wiedergeben können. Der Wortschatz ist auch hier abhängig vom sprachlichen Vermögen und Umgang mit Sprache in der Familie.

1.4 Sprachverständnisstörungen

Das Kind versteht Sprache nicht altersgemäß, kann beispielsweise Anweisungen nicht befolgen und Fragen nicht beantworten.

Häufige Ursache ist eine auditive Wahrnehmungsstörung, die trotz intakten Gehörs das Kind daran hindert, das Gehörte zu verstehen und umzusetzen.

Jede dieser vier Störungen kann einzeln auftreten. Am häufigsten ist die Artikulation gestört, gefolgt von Störungen der Grammatik, Wortschatz- und Sprachverständnisstörungen. Letztere treten selten isoliert auf.

Bestehen mindestens zwei der Störungen gleichzeitig, spricht man von einer Sprachentwicklungsstörung. (SES)

2. Sprachentwicklung und ihre körperlichen Voraussetzungen

Die Sprachentwicklung beginnt ca. im neunten Lebensmonat mit dem Aneinanderreihen von Silbenketten, die dann zunehmend sinnvoll verwendet werden. (MAMA)

Mit einem Jahr kann das Kind ein Wort gezielt einsetzen und die Wortmelodie nach Frage oder Feststellung modulieren.

Mit zwei Jahren spätestens sollte es zwei Wörter sinnvoll zu Sätzen verbinden können, mit drei Jahren drei.

Dann schreitet die normale Entwicklung sehr rasch voran, bis die Kinder mit etwa fünf Jahren überwiegend korrekt sprechen.

Die Entwicklung des Sprachverständnisses beginnt wahrscheinlich etwas früher und ist ebenfalls bis zum fünften Jahr abgeschlossen. Bei Zweisprachigkeit kann dieser Ablauf verlangsamt sein.

Damit Sprache sich überhaupt entwickeln kann, muss das Kind über ein funktionierendes Gehör verfügen; schon im frühen Säuglingsalter muss deshalb sorgfältig auf Anzeichen einer Hörstörung geachtet werden.

Ein hohes Risiko für die Ausbildung einer SES tragen die sog. late talker. (s.o.)

3. Diagnose der Sprachentwicklungsstörung / Therapiefestlegung

Wenn eine SES festgestellt wird, muss das Kind weitergehend untersucht werden, um eine isolierte SES von einer Störung im Rahmen einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung, einer Störung der Intelligenz/ Kognition oder einer anderen Grunderkrankung abzugrenzen. Nach der Diagnosestellung muss baldmöglichst eine angemessene Behandlung beginnen. Dies kann eine logopädische Behandlung sein; es kann aber auch eine Sprach-Frühförderung in Kindergärten und Tagesstätten sinnvoll sein. Welcher Therapieansatz der richtige ist, muss in jedem Einzelfall entschieden werden.

Sprachentwicklungsstörungen, die zum Einschulungszeitpunkt noch bestehen, sind ein wesentliches Zeichen für eine schlechte schulische und soziale Prognose der davon betroffenen Kinder.

4. Störungen des Sprechens (Sprachflussstörungen)

Oft ist es schwierig, das "echte" Stottern von den physiologischen Sprechunflüssigkeiten abzugrenzen. Folgende Unterschiede bestehen:

Poltern:

- Kinder sprechen hastig und übereilt
- Sprechtempo ist zu schnell und oft ungleichmäßig
- Artikulation ist insgesamt undeutlich und verwaschen
- Silben oder manchmal auch ganze Wörter werden "verschluckt"
- Kein Störungsbewusstsein, kein Vermeideverhalten,
- keine Sprechanstrengung
- Keine Sekundärsymptome

Stottern:

- Wiederholung mit Sprechanstrengung
- Blockierungen und Dehnungen
- Sekundärsymptome (Mitbewegungen, Grimassen, Rotwerden, Störungsbewusstsein, Vermeideverhalten)

5. Stimmstörungen: Juvenile hyperfunktionelle Dysphonie

Kinder mit Stimmstörungen haben eine raue, heisere oder gepresste Stimme und oft eine unnatürlich hohe oder tiefe Stimmlage. Solche Stimmstörungen bei Kindern werden verursacht durch ungünstigen Gebrauch der Stimme, z. B. häufiges Schreien, langes, zu lautes oder angestregtes Reden. Es besteht die Gefahr, dass sich Verdickungen auf den Stimmbändern bilden, so genannte Schreiknötchen, welche ein gleichmäßiges Schwingen der Stimmbänder verhindern und dadurch die Stimme heiser klingen lassen.

6. Beide Sprachen nicht richtig gelernt – „Die doppelte Halbsprachigkeit“

Wenn ein ausländisches Kind weder die Muttersprache noch die deutsche Sprache richtig beherrscht, spricht man von der sogenannten „*Doppelten Halbsprachigkeit*“. Das Kind hat vor allem Schwierigkeiten, die beiden Sprachen voneinander zu trennen. Es wechselt von der einen in die andere Sprache, ohne es selbst zu bemerken. Es hat in beiden Sprachen einen geringen Wortschatz und kann sich in beiden Sprachen schlecht ausdrücken.

Kinder aus Zuwandererfamilien kommen meist im Kindergarten erstmalig mit der deutschen Sprache in Kontakt. Günstigenfalls lernen sie innerhalb weniger Monate, sich in der für sie neuen Sprache zu verständigen, und bis zum Einschulalter, sich die Grundbegriffe des Deutschen in ausreichendem Maße anzueignen - allein durch ihre regelmäßige Teilnahme an den Aktivitäten der Kindergartengruppe. Dies gelingt umso besser, je sicherer sie bereits die Muttersprache beherrschen, je regelmäßiger sie den Kindergarten besuchen können und je mehr sie Gelegenheit haben, dort mit deutschsprachigen Kindern zusammen zu sein.

Beherrscht ein Kind die Muttersprache nicht ausreichend, bevor es die Zweisprachigkeit erlernt, dann fehlen ihm wichtige Grundlagen zum Verständnis sprachlicher Regelsysteme. Es kommt zur doppelten

Halbsprachigkeit, das heißt, das Kind spricht keine Sprache altersgemäß. Es hat Schwierigkeiten, die beiden Sprachen voneinander zu trennen, und wechselt von der einen in die andere Sprache, ohne es selbst zu bemerken. Es hat in beiden Sprachen einen geringen Wortschatz und kann sich in beiden Sprachen schlecht ausdrücken.

Hat ein Kind bis zum Vorschulalter nicht ausreichend Deutsch gelernt, um in der ersten Klasse dem Unterricht folgen zu können, so muss die Zeit bis zur Einschulung genutzt werden, um seine Sprachkenntnisse zu verbessern. Zu diesem Zweck wurden Deutschförderkurse eingerichtet, die im letzten Halbjahr vor der Aufnahme von Schulneulingen in die Schule deren Deutschkenntnisse auf einen möglichst einheitlichen Stand bringen sollen. Diese Kurse liegen in der Verantwortung der Kommunen und finden in den kommunalen Kindergärten statt. Kinder, die dazu keinen Zugang haben, sollen die Deutschförderung vor der Einschulung in der Schule erhalten.

Die Frage, ob ein Kind mit Migrationshintergrund, das nicht gut Deutsch spricht, lediglich zu wenig Gelegenheit hatte, die deutsche Sprache zu erlernen, oder ob bei ihm eine Sprachentwicklungsstörung vorliegt, ist oft nicht ohne weiteres zu klären. Machen die Eltern bei der Untersuchung des Kindes keine Angaben über eventuelle Defizite auch in der Muttersprache, dann ist es bei der Schuleingangsuntersuchung manchmal schwierig, eine Sprachentwicklungsstörung bei einem ausländischen Kind aufzudecken. Hierfür ist im Verdachtsfall eine eingehende Sprachdiagnostik erforderlich.

Von den 4.860 Kindern, die den Jugendärztinnen des Gesundheitsamtes zur Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2004/2005 vorgestellt wurden, hatten 950 Kinder (= 19,7%) nicht Deutsch als Muttersprache gelernt. Von 887 dieser Kinder liegt eine schulärztliche Einschätzung ihrer Deutschkenntnisse vor. 24 Kinder (= 2,7%) hatten keine Deutschkenntnisse, 170 Kinder (= 19,2%) sprachen radebrechend Deutsch, 293 Kinder (= 33%) sprachen flüssig, aber mit erheblichen Fehlern Deutsch. Das heißt, dass 487 Kinder, also 54,9% der Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch, nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügten, um am Unterricht voraussichtlich erfolgreich teilnehmen zu können. Diesen Kindern, das sind mehr als 10% aller Einschulkinder des Rhein-Erft-Kreises, wurde die Teilnahme am Deutschförderkurs empfohlen.

Die Zahlen vom nächsten Einschulungsjahrgang liegen ebenfalls vor: im Jahr 2005 haben 418 Kinder keine oder kaum und fehlerhafte Deutschkenntnisse.

Diese Zahlen sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst:

| | 2004 | 2005 |
|---|------------|------------|
| % bezogen auf alle Kinder N= 4.866 / N= 4.716 | 10,3 | 8,9 |
| % bezogen auf Kinder mit Migrationshintergrund N= 950 / N= 914 / missings jeweils miteinberechnet | 51,2 | 45,7 |
| Absolute Zahlen von Kindern, die Deutschunterricht dringend nötig haben bei der Einschulung | 487 | 418 |

Tabelle 1: Deutschkenntnisse bei Einschulkindern im Rhein-Erft-Kreis, bezogen auf alle Kinder des Einschulungsjahrganges sowie bezogen auf die Kinder, die nicht Deutsch als Muttersprache gelernt haben/ Vergleich der Jahre 2004 und 2005

Es ist eine leichte Verbesserung in den Deutschkenntnissen zu sehen: die Marge von über 10 % aller Einschulungskinder, die kein/ radebrechendes/ erheblich fehlerhaftes Deutsch spricht, ist leicht gesunken. Betrachtet man die Zahlen bei den Kinder mit Migrationshintergrund, so sind auch hier die Prozentsätze leicht fallend, jedoch mit fast 46 % immer noch sehr hoch.

Die absoluten Zahlen zeigen, dass im Rhein-Erft-Kreis über 400 Kinder noch bei der Einschulung voraussichtlich dem Unterricht nicht werden folgen können, weil sie die Lehrkräfte und ihre MitschülerInnen nicht ausreichend verstehen und selber nicht in Deutsch kommunizieren können.

SABINE NETTERSHEIM

2.4 Wahrnehmung, Konzentration

Wahrnehmungsstörungen beruhen auf mangelhafter Integration unterschiedlicher Wahrnehmungsreize, so dass beispielsweise Wichtiges nicht von Unwichtigem unterschieden werden kann. So entstehen trotz ausreichender Intelligenz psychische und soziale Probleme. Auch hier ist – wie beim Hören und Sehen, bei Motorik und Koordination – ein frühzeitiges Eingreifen vor Schulbeginn notwendig. Die Rate der auffälligen Befunde bei visueller Wahrnehmung und Informationsverarbeitung lag 2005 bei 11,4 %, die Rate der grenzwertigen Befunde bei 9,5 %. [neuer Dokumentationsbogen S-ENS in 2005]

Die Anzahl der Kinder, die unter Wahrnehmungsstörungen leiden, nimmt immer mehr zu. Ursache für Wahrnehmungsprobleme ist weniger eine Fehlfunktion der Sinnesorgane, sondern die mangelnde Fähigkeit des Gehirns, Reize auszuwählen, wichtige von unwichtigen zu unterscheiden, sie mit anderen Informationen aus der Wahrnehmung oder dem Gedächtnis zu verknüpfen, richtig einzuordnen und zu deuten. In der Regel handelt es sich um eine Kombination aus Störungen in verschiedenen Wahrnehmungsbereichen. J. Ayres bezeichnet das Zusammenwirken der Sinne als **sensorische Integration**, wodurch eine sinnvolle und angemessene Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Umgebung möglich ist.

Kinder mit Störungen der **taktilen Wahrnehmung** suchen bei Unterfunktion des Tastsinnes ständig nach Berührungsreizen, sind sich ihrer Körpergrenzen nicht bewusst und fallen durch Distanzlosigkeit sowie fehlende soziale Hemmschwelle auf. Bei Überfunktion des Tastsinnes vermeiden sie als unangenehm empfundene Berührungsreize.

Bei Störungen der **propriozeptiven** oder **kinästhetischen Wahrnehmung** (Tiefensensibilität und Bewegungsempfindung) haben Kinder kein differenziertes Körperschema, können Bewegungsabläufe nicht gezielt steuern und haben Schwierigkeiten bei der Kraftdosierung. (z. B. verkrampfte Stifthaltung, fehlendes Linieneinhalten beim Malen)

Damit kombiniert treten häufig Störungen der **vestibulären Wahrnehmung** (Gleichgewicht) und dementsprechend der Bewegungskoordination auf. (s. Kapitel 2.2 dieses Berichtes: Motorik und Koordination) Kinder mit verminderter Fähigkeit der Bewegungsplanung haben auch Probleme mit der Handlungsplanung. (z. B. beim Lösen schulischer Aufgaben)

Grundvoraussetzung für ungestörte visuelle und akustische Wahrnehmung ist die Fähigkeit, sich auf Gesehenes bzw. Gehörtes zu konzentrieren.

Visuelle Wahrnehmungsstörungen können unterschiedliche Qualitäten haben. Bei Störungen der Figur-Grund-Wahrnehmung misslingt das Herausfiltern wesentlicher Reize vor einem unwesentlichen Hintergrund. Die Wahrnehmungskonstanz ermöglicht das Wiedererkennen eines Gegenstandes aus verschiedenen Perspektiven und Abständen. Bei Störungen der Raum-Lage-Wahrnehmung entstehen Schwierigkeiten bei der Rechtschreibung (richtige Buchstabenreihenfolge, räumliche Orientierung der einzelnen Buchstaben) sowie in Mathematik. (Zahlenreihenfolge)

Auch im **akustischen** Bereich ist die Fähigkeit zum Herausfiltern wichtiger Reize Grundvoraussetzung für eine ungestörte Wahrnehmung. Andernfalls resultiert eine extrem hohe Ablenkbarkeit durch akustische Störgeräusche, vergleichbar mit der Ablenkbarkeit bei visuellen Wahrnehmungsstörungen durch visuelle Reize.

Störungen der optischen Gliederung sowie der Differenzierung und Gliederung von Lauten führen u. a. zu Problemen bei der Rechtschreibung und beim Lesen. Häufig haben wahrnehmungsgestörte Kinder eine Einschränkung des visuellen sowie akustischen Gedächtnisses.

Die zuerst genannten Wahrnehmungsarten (taktile, kinästhetische und vestibuläre Wahrnehmung) werden auch als die drei Grundwahrnehmungssysteme bezeichnet und stellen zusammen mit dem Geschmackssinn und dem Geruchssinn die Nahsinne dar. Ihnen stehen die beiden Fernsinne, das Hören und das Sehen, gegenüber. Alle diese Sinnessysteme stehen in engem Zusammenhang miteinander und mit motorischen Funktionen und beeinflussen sich gegenseitig.

Eine altersgemäße, normale Kindesentwicklung ist jedoch nur möglich, wenn die Funktion der Körpernahsinne (der "basalen Bereiche") in ausreichendem Maße gegeben ist.

Wahrnehmungsstörungen werden bei Kindern mit Hirnschädigungen beobachtet und bei Kindern, deren Gehirn nach heutigem Kenntnisstand der Medizin keine Auffälligkeiten zeigt. Ebenso wie körperliche Ursachen können auch psychisch-emotionale Störungen die Ursache für Wahrnehmungsbeeinträchtigungen sein.

Die Störungen können sich auf sehr unterschiedliche Weise äußern. So finden sich Probleme des Zusammenspiels von Muskelgruppen (grob- und feinmotorische Koordination), oft verbunden mit einer Gleichgewichtsstörung. Die Sprachentwicklung ist häufig beeinträchtigt. Viele Kinder haben Schwierigkeiten, still zu sitzen oder sich auf eine bestimmte Sache zu konzentrieren. Beim Zeichnen fällt auf, dass sie noch keine altersgemäße Vorstellung von ihrer Umgebung haben.

Werden Wahrnehmungsstörungen, auch Teilstörungen einzelner Bereiche, nicht rechtzeitig erkannt und behandelt, resultieren trotz ausreichender Intelligenz schulische Probleme. Mangelnde Verarbeitung der Sinnesreize erschwert Konzentration und Gedächtnisleistungen, woraus oft *Lernstörungen* entstehen. Wahrnehmungsgestörte Kinder haben ein geringes Selbstbewusstsein und können darüber hinaus *sekundäre Verhaltensauffälligkeiten* in Form von Aggression oder auch vermehrter Ängstlichkeit und Überempfindlichkeit entwickeln.

Wahrnehmungsstörungen sollten deshalb möglichst früh erkannt und behandelt werden. Zur Behandlung steht in erster Linie die Ergotherapie („Spieltherapie“) zur Verfügung. Dabei wird nach verschiedenen Behandlungsansätzen vorrangig versucht, die basalen Bereiche zu fördern. (siehe auch 5.4.3 und 8.10)

Bei der Schuleingangsuntersuchung wird im Rhein-Erft-Kreis seit Jahren ein besonderes Augenmerk auf diese Störungen gelegt. Dabei bestand früher eine Schwierigkeit darin, verlässliche Anhaltspunkte für eine Störung dieser komplexen Funktionen in der relativ kurzen, zur Verfügung stehenden Zeit zu finden. Seit der Aufnahme des Screenings des Entwicklungsstandes bei Einschuluntersuchungen (S-ENS) in unser Untersuchungsschema, steht uns ein Instrumentarium zur Verfügung, mit dem einige Wahrnehmungsfunktionen aus den Bereichen Grobmotorik, Fein-/Visuomotorik, visuelle Wahrnehmung, auditive Wahrnehmung und Sprachkompetenz standardisiert und überregional vergleichbar beurteilt werden können. (vgl. Kapitel 3.5)

Die nachstehende Tabelle zeigt beispielhaft die Ergebnisse der schulärztlichen Befundbewertung des Untersuchungsparameters „visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung“ bei den Einschulungskindern des Jahres 2004:

| Jahr/ N | auffällig in % | grenzwertig in % |
|-------------------------------------|----------------|------------------|
| 2004/ N= 5.222 / missings: 2,5 % | 12,1 | 10,1 |
| 2005/ N= 4,933/ missings: 1,2 % | 11,4 | 9,5 |

Tabelle 2: Befunde zu Visueller Wahrnehmung und Informationsverarbeitung der Einschulungskinder im Rhein-Erft-Kreis 2004 und 2005

- Literatur: Renate Zimmer, Handbuch der Sinneswahrnehmung
 Annette Ostermann, Lernvoraussetzungen von Schulanfängern
 Antje Zimmermann, Ganzheitliche Wahrnehmungsförderung bei Kindern mit
 Entwicklungsproblemen, Verlag Modernes Lernen, Dortmund, 2. Aufl. 2000

KARIN MOOS

2.5 Psychosoziale Entwicklung und Verhalten

Die wechselseitige Beeinflussung von psychischer Entwicklung mit der sozialen Lebenswelt verlangt nach Aufmerksamkeit für gesamtgesellschaftliche Entwicklungen, welche die Integration von Kindern und Jugendlichen fördern.

Die Schuleingangsuntersuchung erfasst auch Verhaltensauffälligkeiten. Die Befunde 2005 sind fast doppelt so häufig bei Jungen vermerkt: insgesamt 175 (=6,9 %) Jungen gegenüber insgesamt 77 (= 3,2 %) Mädchen.

Ist die Entwicklung eines Kindes in den ersten Lebensjahren in einem hohen Maße von Hauptbezugspersonen (Mutter/ Vater) abhängig, so spielen schon vom zweiten Lebensjahr an die das Kind umgebenden psychosozialen Bedingungen (seine Lebenswelt) eine ausschlaggebende Rolle für mögliche Entwicklungsstörungen.

„Die Erfüllung der psychischen Grundbedürfnisse des Kindes ist abhängig von der Interaktion mit seinen Bezugspersonen, und die Interaktion wird wesentlich bestimmt durch die Lebensumstände der Eltern und der Kinder selbst.“ (1)

So können selbst organisch bedingte Entwicklungsrisiken durch günstige soziale Bedingungen kompensiert werden. (2)

Entwickelt das Kind jedoch als Reaktion auf ungünstige Umwelt und/oder Familiensituation Störungen in seinem Verhalten, trägt es wiederum sekundär zu nachteiliger Interaktion bei.

Eine Studie von Esser aus dem Jahre 1994 belegt die enge wechselseitige Durchdringung und Beeinflussung von psychosozialer Belastung und ungünstiger Erziehungs- und Interaktionsweise, sowie dem direkten Zusammenhang zwischen psychosozialen Risiken und belastenden Lebensereignissen.

Danach beeinflussen gesamtgesellschaftliche Entwicklungen (Zeiten hoher Arbeitslosigkeit, Broken-Home-Familien etc.) die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in erheblichem Maße.

Beobachtet werden Störungen von Verhalten u./ o. Emotionen wie z. B. nach der BELIND Klassifikation:

- Impulsivität
- Aufmerksamkeitsstörung
- Hyperaktivität
- Aggressives oder zerstörendes Verhalten
- Emotionale Labilität
- Ungeduld
- Angstsyndrom
- Depression

Aber auch Essstörungen, Schlafstörungen, Enuresis, Enkopresis, Nägelkauen, Tics, Daumenlutschen, Sprachflussstörungen. Häufig sind für die o. g. Entwicklungsstörungen Alters- und oder Geschlechtsspezifitäten auszumachen. So sind z. B. häufig Mädchen im pubertären Alter von Essstörungen im Sinne von Bulimie oder Anorexie betroffen.

Eine ADHS-Störung hingegen wird häufiger bei Jungen diagnostiziert. Zusammenhänge zwischen Verhaltensstörungen und Leistungsstörungen sind bereits für das Vorschulalter nachweisbar. Insbesondere die Visuomotorik konnte als diskriminierende Leistungsvariable im Alter von fünf Jahren zwischen verhaltensauffälligen und verhaltensunauffälligen Kindern herausgestellt werden. Die Verminderung des psychosozialen Risikos durch ein Mindestmaß an gesellschaftlicher Integrationsmöglichkeit sollte ein hohes politisches Ziel sein.

Items des Risikoindex

1 Niedriges Bildungsniveau der Eltern

(keine abgeschlossene Berufsausbildung)

2 Beengte Wohnverhältnisse

(>1.0 Personen/Raum bzw. ≤50 m² Gesamtwohnfläche)

3 Psychische Störung der Eltern

(gemäß Forschungskriterien der ICD-10/DSM-III R)

4 Kriminalität/Herkunft aus zerrütteten familiären Verhältnissen

(aus Anamnese der Eltern)

5 Eheliche Disharmonie

(häufiger und langanhaltender Streit, Trennung, emotionale Kühle)

6 Frühe Elternschaft

(Alter ≤ 18 Jahre bei Geburt bzw. Dauer der Partnerschaft < 6 Monate Konzeption)

7 Ein-Eltern-Familie

(bei Geburt des Kindes)

8 Unerwünschte Schwangerschaft

(von Seiten der Mutter und/oder des Vaters)

9 Mangelnde soziale Integration und Unterstützung

(wenig soziale Kontakte und wenig Hilfe bei der Betreuung des Kindes)

10 Ausgeprägte chronische Schwierigkeiten

(mit einer Dauer von mehr als einem Jahr wie z. B. Arbeitslosigkeit, chronische Krankheit)

11 Mangelnde Bewältigungsfähigkeiten

(im Umgang mit den Lebensereignissen des letzten Jahres wie z. B. Verleugnung, Rückzug, Resignation, Dramatisierung)

Keine : Risikoindex= 0
Leichte : Risikoindex= 1 oder 2
Schwere Risikobelastung : Risikoindex= > 2

Tabelle 3: Items des Risikoindexes

Literatur:

H. G. Schlack: "Sozialpädiatrie" 1995, Fischer Verlag
Esser u. a. : Studie 1995 "Early Childhood"

SUSANNE SOPPART–LIESE

2.6 Ernährungsstörungen und Körperkoordination

"Du musst nicht nur mit dem Munde, sondern auch mit dem Kopfe essen, damit dich nicht die Naschhaftigkeit des Mundes zugrunde richtet." Friedrich Nietzsche

Wenn mehr als jedes 10. Kind Probleme mit Übergewicht/ Adipositas hat, so waren das in absoluten Zahlen 535 Kinder im Rhein–Erft–Kreis bereits bei der Einschulung. (2004, N= 5.222; 533 Kinder in 2005) Jedes 4. Kind hat Probleme bei der Koordination.

Qualitätsgeprüfte präventive Gesundheitsförderung im Setting Kita/ Schule mit Ernährungsumstellung, Bewegungsförderung und Verhaltenstherapie könnten einer Reihe von (späteren) Krankheiten entgegenwirken.

Weiterführend wird auf eine verbesserte Datenerfassung bei der Schuleingangsuntersuchung verwiesen, ein leicht handhabbarer Indikatorensatz zur Erfassung der Lebenssituation von Kindern sowie eine für alle kindliche Auffälligkeiten nötige koordinierte Prävention vorgeschlagen.

1. Ernährung – süße Pummelchen oder Frühverfettung?

Die Diskussionen um ‚gesunde Ernährung‘ haben in den zwei vergangenen Jahren noch einmal deutlich zugenommen, und werden immer mehr in Zusammenhang mit ‚Bewegung‘ geführt. Eine Vielzahl von Projekten ist neu begonnen worden, und Ableger sind auch im Rhein-Erft-Kreis an Schulen und in Kitas zu finden. Allerdings fehlt leider immer noch eine Koordination dieser Aktivitäten, die eine flächendeckende Versorgung mit Gesundheitsförderung für alle Kinder ermöglichen würde.

Daten der vergangenen Jahre ergeben nicht nur in NRW einen kontinuierlichen Anstieg des Anteils von Kindern, die übergewichtig sind. Damit soll auf ein zentrales Problem für die Entstehung von Krankheiten aufmerksam gemacht werden, welches sich bereits im Kindesalter anbahnt.

Die Frage, ob es sich bei dicken Kindern um süße Pummelchen oder um Frühverfettung handelt, ist in vielen Fällen eine kultur- und schichtspezifische Interpretationssicht. In diesem Bericht werden die Referenzwerte nach den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (2001) zugrundegelegt. Sie ermittelt aus dem Body– Mass– Index (BMI) eine altersgruppenspezifische Verteilungshäufigkeit, die in Perzentilen dargestellt wird. Danach liegt ein deutliches Untergewicht bis unter 3. Perzentil vor, Untergewicht vom 3. bis unter 10. Perzentil; Übergewicht bei größer 90. bis 97. Perzentil, Adipositas bei größer 97. Perzentil. (siehe www.a-g-a.de/Leitlinie.doc) Diese Werte sind statistische Festlegungen, sie gelten für deutsche Kinder.

Adipositas ist ein medizinisch ernstzunehmendes Problem, wohingegen die Daten zur Untergewichtigkeit im Einschulungsalter vernachlässigt werden können, da sie in der Regel in dieser Altersstufe kein Gesundheitsproblem darstellen, sofern keine weiteren Erkrankungen vorliegen.

Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen belegen, dass eine Vielzahl von Kindern Gewichtsprobleme haben. Auf der Basis der Anzahl der erstmalig untersuchten Kinder ergibt sich folgendes Bild für Übergewicht und Adipositas zusammen in den Jahren 2001 – 2005:

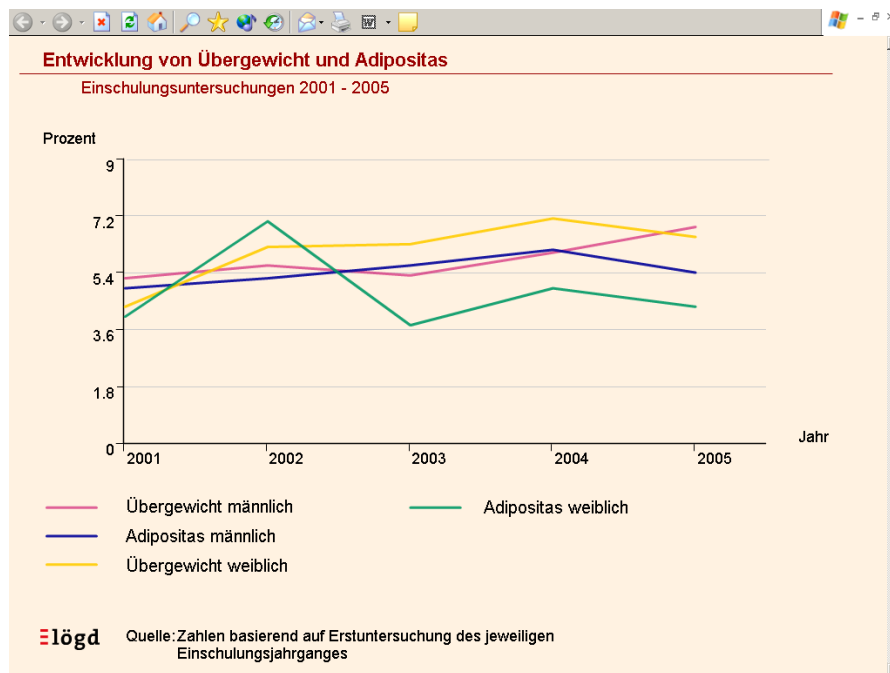


Abbildung 1: Prozentzahlen der übergewichtigen und adipösen Kinder nach Geschlecht, 2001 – 2005 im Rhein-Erft-Kreis

Eine genauere Aufschlüsselung nach Übergewicht und Adipositas zeigt, dass jeweils leichte Abnahmen bei Übergewicht und Adipositas bei Mädchen festzustellen sind und ebenfalls bezüglich Adipositas bei Jungen. Beim männlichen Geschlecht ergibt sich eine leichte Zunahme beim Übergewicht.

Die Rede der ‚zunehmenden Verfettung von Kindern‘ ist also geschlechtsspezifisch differenzierter zu sehen. Bezüglich der Werte sollte beachtet werden, dass sich ein Übergewicht nicht zwangsläufig zur Adipositas entwickeln muss.

2. Maßnahmen im Rhein-Erft-Kreis – koordinierte Gesundheitsförderung für Kinder

In Modul II sind sowohl Gesundheitsziele als auch Vorschläge für Maßnahmen zu Ernährung und Bewegung dargestellt.

Das Gesundheitsamt befindet sich mit verschiedenen Akteuren in abschließenden Gesprächen über die Umsetzung von Maßnahmen, welche von der Gesundheitskonferenz Ende 2003 in Auftrag gegeben worden sind.

Dabei geht es vor allem um die Finanzierung von Maßnahmen zur präventiven Gesundheitsförderung über eine koordinierte Poolfinanzierung für Kinder bis 10 Jahre. Sie umfassen – neben Sehen und Impfen – auch Bewegung und Ernährung, für welche Modellprojekte ausgearbeitet worden sind. Sie beinhalten den Zusammenhang von Ernährungsumstellung, Bewegungsförderung und Verhaltenstherapie, wie er von der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie für jede Art von Bekämpfung von Übergewicht als konstitutiv angesehen wird. (DGE-newsletter 13.7.2005)

vgl.:

Datenbank für ambulante und stationäre Therapie von Adipositas

<http://www.A-G-A.de>

http://www.ernaehrungswende.de/fr_aktu.html – siehe insbesondere : Simshäuser, Ulla, Appetit auf Schule – Leitlinien für eine Ernährungswende im Schulalltag, 2005

www.bzga-kinderuebergewicht.de (u.a. mit dem Konsenspapier der Gesetzlichen Krankenkassen zur Prävention)

www.fitamball.de (Initiative der Deutschen Sporthochschule Köln)

3. Defizite bei der Körperkoordination

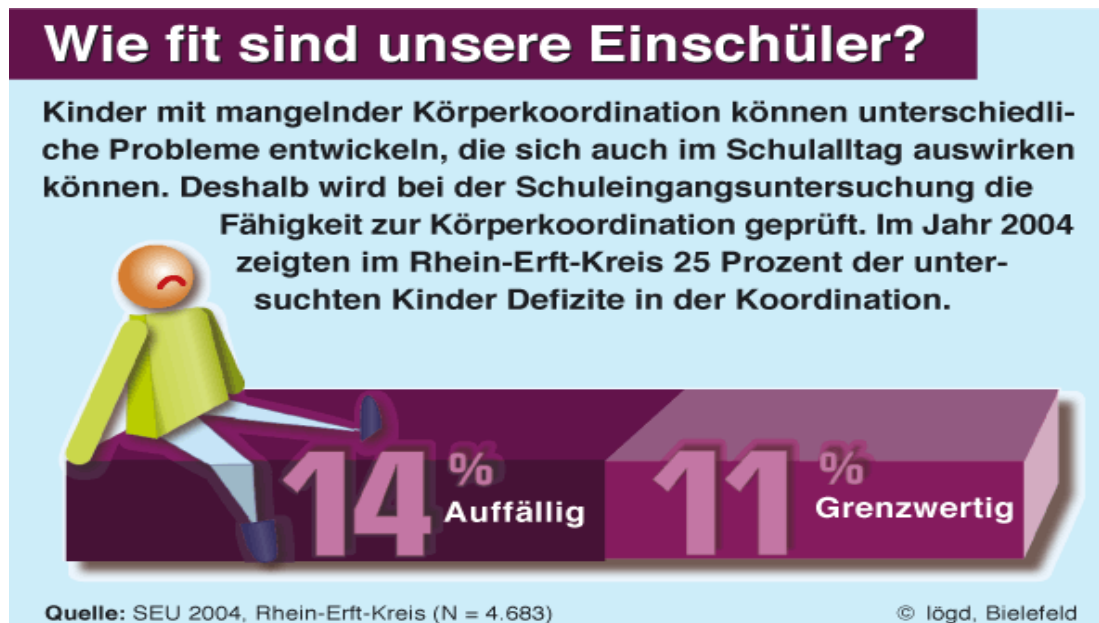


Abbildung 2: Wie fit sind unsere Einschüler?

Im Zusammenhang mit Übergewicht ist die Zunahme von Bewegungsstörungen und Körperkoordination zu sehen. Die Zahlen von 2005 sind hier noch einmal gestiegen auf 15,1 % bei auffälligen, und leicht gesunken auf 9,9 % bei grenzwertigen Befunden.

4. Daten zu Taten

4.1 Neue Dokumentation der Schuleingangsuntersuchungen

Ab dem Einschulungsjahrgang 2006 – also ab September 2005 – wird ein besser strukturierter und übersichtlicherer Dokumentationsbeleg seitens des LÖGD zur Verfügung gestellt.

Da der Jugendärztliche Dienst bislang noch keine Software zur Verfügung hat, wird weiterhin mit der Papierversion gearbeitet werden müssen.

Neu an der Dokumentation sind

- Daten zum Geburtsgewicht
- Angaben Antragskind
- Angaben zur Soziodemographie und Lebenssituation des Kindes
- Wegfall einiger Befundfelder, Maßnahmen und Beurteilungen
- Präzisierungen, speziell bei Impfungen

4.2 Präzisierungsmöglichkeiten zur Lebenssituation des Kindes

Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen sind im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung in den zwei Modulen:

- Wie gesund/ krank sind Einschulungskinder im Rhein-Erft-Kreis?
- Gesunde Kinder – kinderfreundlicher Rhein-Erft-Kreis

analysiert worden. In der nachfolgenden Zeit sind sowohl seitens der Gesundheitskonferenz als auch vom Sozialausschuss Initiativen angefordert worden, von den Daten zu Taten zu kommen. Die Maßnahmeumsetzung kann nur kleinräumig geschehen und sollte an den Orten stattfinden, an denen Kinder und Jugendliche sich aufhalten. Dieses sind Kindertagesstätten und Schulen. (= Setting-Ansatz)

Um kleinräumige Problemgebiete ermitteln zu können, sind zusätzliche Daten vonnöten, die nicht im Gesundheitsamt anfallen, sondern im Sozialamt. Es bietet sich demnach eine Zusammenarbeit auf der Ebene der Datenerhebung an.

Vom Gesundheitsamt in Münster liegt ein sehr handhabbarer Indikatorenvorschlag vor, um kleinräumige Problemgebiete identifizieren zu können. Der ‚Münsteraner Sozialressourcenscore‘ beinhaltet lediglich vier Indikatoren, denen jeweils ein Punktwert zugeordnet wird.

| | 3 Punkte | 1 Punkt | 0 Punkte |
|---|---|---|--|
| Elterliche Förderung | Schwimmen oder Sportverein oder Musik | – | Kein Schwimmen Sportverein Musik |
| Migration und Deutschkenntnisse | – | kein Migrationshintergrund oder Migrationshintergrund und gute Deutschkenntnisse | Migrationshintergrund, Deutschförderung erforderlich |
| Anzahl Erwachsene im Haushalt | – | Zwei oder mehr Erwachsene | Ein Erwachsener |
| Sozialhilfeschlüssel des Wohnbezirks | – | Sozialhilfequote niedrig bis mittel | Sozialhilfequote hoch |

Tabelle 1: Münsteraner Sozialressourcenscore. Zusammensetzung und Gewichtung der Einzelfaktoren

Abbildung 3: Münsteraner Indikatorenvorschlag zur Identifizierung von Problemgebieten und -Familien

4.3 Koordinierte Prävention für Kinder

Die Umsetzung von Maßnahmen kann nur in einer Koalition von Ämtern, wie Sozialamt, Jugendamt, Gesundheitsamt, Professionellen (Ärzten, Apotheker, Krankenkassen etc.) sowie den Einrichtungen (ErzieherInnen, LehrerInnen, SozialarbeiterInnen etc.) und schließlich den Eltern selbst gelingen. Dies gilt für alle Präventionsmaßnahmen, und nicht nur für Ernährung und Bewegung/ Koordination.

Speziell weiterführend zur Ernährung:

http://www.verbraucherbildung.de/projekto1/media/pdf/Dossier_Fehlernaehrung_2003.pdf

Zum Zusammenhang von Armut und Gesundheit:

<http://www.verbraucherbildung.de/projekto1/media/pdf/TextRichter.pdf>

ROTRAUT STOCK/ SUSANNE SOPPART-LIESE

2.7 Entwicklungsstörungen und Behinderungen

Das menschliche Leben ist ein Entwicklungsprozess, der sich als Wachstum (quantitativer Prozess) und als Differenzierung und Vernetzung (qualitativer Prozess) darstellt. In der Kindheit sind diese Prozesse am ausgeprägtesten und werden durch angeborene Eigenschaften und äußere Umstände geprägt. Störungen können differenziert werden in, Normvariationen, Entwicklungsverzögerungen, Entwicklungsstörungen und Behinderungen in körperlicher, geistiger und seelischer Hinsicht.

Über die Zahl entwicklungsgestörter und behinderter Kinder im Rhein-Erft-Kreis gibt es keine verlässlichen Daten. Erst bei der Frage der Einschulung – und einer eventuellen Förderung in einer Sonderschule – kann durch die Schuleingangsuntersuchung des Jugendärztlichen Dienstes für jeweils einen Jahrgang ein Rückschluss auf die Zahl behinderter Kinder gezogen werden.

1. Begriffliche Differenzierung: Von der Normvariation bis zur Entwicklungsstörung

Von der Befruchtung der Eizelle bis zum Tod unterliegt der Mensch einem **Entwicklungsprozess**. Der Wandel betrifft die quantitativen Veränderungen (Wachstum) sowie die Differenzierung der Organsysteme und ihre Vernetzung. (Entwicklung) Diese Vorgänge werden bestimmt durch die individuellen genetischen Anlagen und durch deren Prägung durch äußere Bedingungen. Zu den äußeren Bedingungen zählen Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, schwere Erkrankungen, Unfälle, die Umstände, unter denen ein Kind aufwächst, und die Einflüsse, die auf den Erwachsenen einwirken. Während der Kindheit sind die Entwicklungsprozesse am ausgeprägtesten. Sie erstrecken sich auf die Ausreifung der körperlichen Merkmale sowie die Ausprägung der geistigen Fähigkeiten und der persönlichen Eigenschaften. (1)

Diese Veränderungen sind quantitativ und zeitlich messbar, so dass Abweichungen vom „Normalen“ erfasst werden können. Die Beurteilung solcher Abweichungen (**Auffälligkeiten**) ist eine wichtige Voraussetzung zur Einschätzung der Prognose und zur Festlegung eines eventuellen Behandlungsbedarfs. Sie hat zu berücksichtigen, dass es sowohl für die meisten Parameter der körperlichen Entwicklung als auch für die geistige Entwicklung und das Verhalten eine enorm große Variabilität des Normalen gibt. So sehen wir **Entwicklungsverzögerungen**, die später als beim durchschnittlichen Kind zum gleichen Endergebnis wie bei diesem führen, und **Normvariationen**, die von der Qualität her in ihren Auswirkungen für das Kind belanglos sind. Sie sind von **Entwicklungsstörungen** zu unterscheiden, die das Kind in seiner weiteren Entwicklung und in seiner Lebensqualität beeinträchtigen und deshalb behandelt werden müssen. (2)

Eine schwere Entwicklungsstörung kann einer **Behinderung** gleich kommen, also einer dauerhaften Einschränkung, die dem Menschen die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft erschwert.

Die Bedeutung des Wortes „Behinderung“ variiert je nach dem Zusammenhang, in dem es verwendet wird. Folgende Unterscheidungen sind wichtig:

- Neben körperlichen Behinderungen versteht man unter einer Behinderung eine Einschränkung des Wahrnehmungs-, Denk-, Sprach-, Lern- und Verhaltensvermögens.
- Verschiedene Bedeutungsfelder des deutschen Ausdrucks „Behinderung“ werden von der WHO differenziert betrachtet und benannt. Man unterscheidet zwischen impairment (Schädigung), also einem Mangel, der sowohl körperliche wie geistige oder psychische Strukturen beziehungsweise Funktionen betreffen kann, disability (Unfähigkeit), also einer Funktionsbeeinträchtigung auf Grund einer solchen Schädigung, und handicap

(Benachteiligung), also den Nachteilen, die einer Person aus solchen Beeinträchtigungen entstehen.

- Rechtlich gelten Menschen dann als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung zu erwarten ist. (§ 2 Abs. 1 SGB IX, Neufassung des § 35a SGB VIII) Es wird nach körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen unterschieden. Auch Mehrfachbehinderungen kommen vor, wenn etwa neben den geistigen auch die sprachlichen Leistungen, das Hör-und/oder das Sehvermögen beeinträchtigt sind oder zusätzlich Verhaltensauffälligkeiten oder ein Anfallsleiden bestehen. Die Schwere der Behinderung wird seitens des Versorgungsamtes nach einheitlichen Gesichtspunkten gemessen. (§ 3 SchwbG) Behinderte Menschen haben nach dem Bundessozialhilfegesetz (SGB XII) Anspruch auf Eingliederungshilfe.
- Im schulischen Bereich gibt es spezifische Festlegungen für das Vorliegen von Körperbehinderung, geistiger, seelischer Behinderung oder Lernbehinderung, da sie einen sonderpädagogischen Förderbedarf begründen können. (§ 52 SchulG - AO-SF) Auch Sprachbehinderung, Erziehungsschwierigkeit, Autismus, Hör- und Sehschädigung finden hier Berücksichtigung sowie eine eigene Definition der Schwerstbehinderung, die nicht mit derjenigen des Sozialgesetzbuches identisch ist.

Behinderungen können angeboren sein oder erworben. Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen, Unfälle und schwere Erkrankungen können eine Behinderung zur Folge haben. Auch schwere Vernachlässigung kann ein Kind so stark in seiner Entwicklung beeinträchtigen, dass sie beispielweise in eine seelische oder eine Lernbehinderung mündet.

Es gibt Kinder, die nicht behindert im oben beschriebenen Sinne, aber durch eine **chronische Krankheit** dennoch in ihrer Lebensqualität wesentlich beeinträchtigt sind. Hierzu zählen zum Beispiel Kinder mit schweren Allergien, Hautkrankheiten, Asthma bronchiale, Herzfehlern, Diabetes und anderen Stoffwechselkrankheiten, rheumatischen Erkrankungen oder mit zerebralem Krampfleiden. Diese Kinder nehmen vielfach am normalen Alltagsleben in Kindergarten und Schule erfolgreich teil. Sie sind aber oft nicht beschwerdefrei, müssen sich regelmäßigen Behandlungsmaßnahmen unterziehen, bestimmte Speisen oder körperliche Belastungen vermeiden oder fallen durch ihr Aussehen auf. Sie können zwar am Leben in der Gesellschaft teilhaben, tragen aber trotzdem eine schwere Bürde.

2. Daten über (dauerhafte) Entwicklungsstörungen

2.1 Daten zu Fehlbildungen in NRW

Die Datenlage zu angeborenen Fehlbildungen erlaubt nur eine ungefähre Abschätzung kindlicher Behinderungen. Es werden lediglich solche Fehlbildungen erfasst, die bereits bis zur Entlassung/Verlegung aus der geburtshilflichen Abteilung diagnostiziert wurden. Insbesondere schwerwiegende Fehlbildungen, die häufig mit einer frühen Verlegung in eine neonatologische Abteilung verbunden sind, werden ebenso wie Hausgeburten und Totgeborene nicht berücksichtigt. Dazu kommt, dass die Daten während des Aufenthaltes der Mutter in der Klinik dokumentiert wurden, so dass Fehlbildungen, die später festgestellt werden, nicht in diese Zahlen eingehen. Es werden angeborene Fehlbildungen des Nervensystems, des Kreislaufsystems, des Muskel- und Skelettsystems, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und Chromosomenanomalien dokumentiert.

Die tatsächliche Häufigkeit von Fehlbildungen wird durch diese Statistik voraussichtlich unterschätzt.

| Jahr | Gesamt Geburten | Angeborene Fehlbildungen | je 100.000 Lebendgeburten |
|------|-----------------|--------------------------|---------------------------|
| 2001 | 96 884 | 573 | 591 |
| 2002 | 146 435 | 757 | 517 |
| 2003 | 147 488 | 974 | 660 |
| 2004 | 148 920 | 909 | 610 |

Tabelle 4: Fehlbildungen in den Jahren 2001-2004 NRW, bezogen auf Gesamtzahl der Geburten (Quelle: 19.09.2005, Iögd/Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung Indikator (K) 3.52)
 Eigene zusammenfassende Berechnung

Spezifizierte Zahlen für den Rhein-Erft-Kreis liegen nicht vor.

2.2 Schwerbehinderte Erwachsene und Kinder im Rhein-Erft-Kreis

Dem Versuch, einen Überblick über die **Anzahl** entwicklungsgestörter oder behinderter Kinder und Jugendlicher im Rhein-Erft-Kreis zu gewinnen, stellen sich einige Schwierigkeiten in den Weg. Es handelt sich ja nicht um eine einheitliche Gruppe, die an irgendeiner Stelle zentral registriert wäre. Die Betroffenen werden von unterschiedlichen Einrichtungen und Personen betreut. Entsprechend unterschiedlich sind auch die Blickwinkel und die Begrifflichkeiten der verschiedenen Stellen, die mit behinderten Kindern und Jugendlichen befasst sind. Hinzu kommt eine gewisse Zurückhaltung mancher Ämter und Institutionen, ihre diesbezüglichen Zahlen zur Verfügung zu stellen.

Es sind nur grob altersgruppierete Zahlen über Schwerbehinderte des Rhein-Erft-Kreises für das Jahr 2003 veröffentlicht:

| Rhein-Erft-Kreis gesamt: 31. 186 | | Altergruppe bis unter 6 Jahre | 6 – 15 Jahre | 15-25 |
|-------------------------------------|---------------------|----------------------------------|--------------|-------|
| Weiblich 13. 849 | Männlich 17. 337 | 217 | 548 | 656 |

Tabelle 5: Kinder und Jugendliche im Rhein-Erft-Kreis haben einen Anteil von 4,6 % bei Schwerbehinderten im Jahre 2003 (Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik [LDS] 3.2006

Präzisere und aktuellere Zahlen zu Behinderungen bei Kindern sind derzeit nicht erhältlich. Dabei wäre u.a. die Fragestellung interessant, wie viele (schwer-) behinderte Kinder im Rhein-Erft-Kreis selbst ‚beschult‘ werden.

3. Daten des Gesundheitsamtes:
Sprechstunde des Jugendärztlichen Dienstes, Einschulungsuntersuchungen und Behindertenberatung

In der Sprechstunde des jugendärztlichen Dienstes wurden 489 Untersuchungen im Jahr 2005 (2004: 420) zu sozialmedizinischen Fragen durchgeführt. Der Prozentsatz ist demnach von 7 % im Jahre 2004 auf rund 5 % im Jahre 2005 gesunken, bezogen auf die Kinder des jeweiligen Einschulungsjahrganges.

Dabei ging es um Fragen der Frühförderung, der Aufnahme in eine heilpädagogische oder integrativ arbeitende Kindergartengruppe, um Kosten für Transporte oder die Bereitstellung von Zivildienstleistenden, um Heimunterbringungen, Pflegegeld und anderes.

Die Frage, ob das betreffende Kind der Gruppe der Behinderten nach § 2 Abs. 1 SGB IX zuzuordnen, das heißt, als behindert oder von Behinderung bedroht einzustufen sei, wurde in den meisten Fällen positiv beantwortet. Einige Kinder wurden mit verschiedenen Fragestellungen mehrmals vorgestellt.

Im schulischen Bereich waren die Jugendärztinnen im Jahr 2005 mit der Untersuchung von 4.933 (2004: 5.222) Einschulkindern befasst. Im selben Jahr wurden 249 Kinder (2004: 363) unterschiedlichen Alters untersucht, für die ein Verfahren zur Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfs eingeleitet worden war.

Hier ging es um die Frage der Aufnahme in eine Sonderschule, des Wechsels von einer Schulart in eine andere Schulart oder der integrativen Förderung in der Regelschule.

In der Behindertenberatung des Rhein-Erft-Kreises im Gesundheitsamt wurden 1.780 Vorgänge im Jahre 2004 bearbeitet, die sich mit Problemen behinderter Menschen aller Altersgruppen befassten. im Jahre 2005 waren es 1.822 Vorgänge. Davon betreffen rund 70% Kinder, Jugendliche und junge Menschen bis unter 25 Jahren.

4. Einrichtungen außerhalb des Gesundheitsamtes:
Frühförderzentrum, Heilpädagogische Einrichtungen, Sozialpädiatrisches Zentrum,
Ambulanter Bereich

Von einigen **Einrichtungen außerhalb** des Gesundheitsamtes erhielten wir die folgenden Informationen über die Zahl der bei ihnen betreuten Kinder.

- Frühförderzentrum:
Das Frühförderzentrum des Rhein-Erft-Kreises nimmt jedes Jahr ca. 150 Kinder neu in ein Förderprogramm auf. Etwa die gleiche Anzahl wird dort lediglich untersucht und anschließend von auswärtigen Stellen gefördert.
- Heilpädagogische Einrichtungen:
64 Kinder werden im Jahr 2005 in heilpädagogischen Einrichtungen betreut, 197 weitere auf Plätzen zur integrativen Förderung in Kindertagesstätten. Über 50 Kinder stehen auf Wartelisten, etliche besuchen Einrichtungen außerhalb des Kreises. Die zur Verfügung stehende Zahl von heilpädagogischen Plätzen reicht also noch immer bei weitem nicht aus. Seit diesem Jahr gibt es deshalb eine steigende Zahl von Plätzen für die Einzelintegration von Kindern in Regeleinrichtungen.
- Sozialpädiatrisches Zentrum:
Im SPZ des Heinrich-Meng-Institutes werden jährlich durchschnittlich 700 bis 800 Kinder und Jugendliche behandelt. Manche Behandlungen dauern nur kurz, andere erstrecken sich über mehrere Jahre.
- Ambulanter Bereich:
Eine uns nicht vorliegende Zahl von Kindern besucht ambulant die Praxen von Ergotherapeuten und Logopäden oder von Kinderpsychologen und -therapeuten.

Bei der Bewertung dieser Zahlen ist zu beachten, dass die Zahlenangaben der verschiedenen Einrichtungen nicht addiert werden können, um die Gesamtzahl der geförderten Kinder zu bestimmen, weil es Überschneidungen gibt. Es kann zum Beispiel vorkommen, dass ein Kind zuerst im Frühförderzentrum vorgestellt, anschließend zur genauen kinderneurologischen Diagnostik ins Heinrich-Meng-Institut geschickt und noch im selben Jahr in einen heilpädagogischen Kindergarten aufgenommen wird.

(1) Von Harnack und Koletzko, Kinderheilkunde, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1997

(2) H.G. Schlack (Hrsg.), Entwicklungspädiatrie, Hans Marseille Verlag GmbH, München, 2004

GUIDO PELZER

2.8 AIDS und Kinder

Es kann keine Entwarnung gegeben werden: liegt die Zahl an AIDS erkrankter Kinder im Rhein-Erft-Kreis zwar bei zehn Fällen, so ist doch perspektivisch auch mit einer höheren Zahl von "AIDS-Waisen" zu rechnen, d.h. (unversorgten) Kindern von an AIDS erkrankten Eltern.

Der Beitrag des AIDS-Koordinators des Gesundheitsamtes des Rhein-Erft-Kreises stellt die wesentlichsten Informationen zu AIDS inklusive der Betroffenheit von Kindern dar. Die Koordination der beteiligten Akteure im Hilfenetz liegt hier beim Gesundheitsamt.

1. Informationen zu HIV und AIDS kompakt

HIV:

(Humanes Immundefekt-Virus), Auslöser von AIDS.

Wer mit dem HI-Virus infiziert ist, ist nach heutigem Erkenntnisstand von Anfang an und zeitlebens (wenn auch in wechselndem Ausmaß) ansteckend, auch wenn er selbst davon nichts spürt. Das Virus lässt sich nicht mehr aus dem Körper entfernen.

AIDS:

(Acquired Immune Deficiency Syndrome)

Stadium der Erkrankung durch die HIV-Infektion.

Das Immunsystem ist inzwischen so stark geschädigt, dass es wehrlos gegen viele, ansonsten eher problemlose Infektionskrankheiten ist. Daneben können auch bösartige Tumore auftreten. Ohne Behandlung führt dies dann unweigerlich zum Tode, mit einer Behandlung lässt sich heute das tödliche Ende oft um viele Jahre hinausschieben. Heilbar ist eine AIDS-Erkrankung bis heute nicht.

Die **Infektion** erfolgt am ehesten durch ungeschützten Geschlechtsverkehr. Dabei können die stark virushaltigen Körperflüssigkeiten durch die Schleimhäute des Partners aufgenommen werden. HI-Viren befinden sich hauptsächlich im Blut, im Sperma und in der Scheidenflüssigkeit.

Alle anderen Körperflüssigkeiten enthalten zwar auch HI-Viren, jedoch in so geringen Mengen, dass sie für eine Infektion nicht ausreichen.

Im Alltag besteht daher keine Infektionsgefahr beim Umarmen, Händeschütteln, Husten, Niesen; auch die gemeinsame Benutzung von Besteck oder Gläsern sowie von Toiletten, Bädern oder Saunen ist gefahrlos. Auch die Übertragung durch Mückenstiche oder beim Küssen kann ausgeschlossen werden.

Die **Diagnose** der Infektion erfolgt zunächst durch den Elisa-Suchtest, einem Screening-Verfahren, mit dem nach Antikörpern gesucht wird, die sich gegen das Virus bilden. Weil diese Bildung von Antikörpern einige Zeit in Anspruch nimmt (bis zu sechs Monate), werden HIV-Tests erst nach mindestens drei Monaten für sinnvoll erachtet.

Wenn dann das Ergebnis negativ ist, kann mit über 99-prozentiger Sicherheit davon ausgegangen werden, dass das Ergebnis zutrifft. Bei unklaren Ergebnissen bzw. bei positiven Ergebnissen wird grundsätzlich zu einer Kontrolluntersuchung geraten.

Bei einer Kontrolluntersuchung sollte in jedem Fall ein zusätzlicher Bestätigungstest (wie z.B. „western blot“-Test; p24-Test) zur Absicherung des Ergebnisses mit durchgeführt werden.

Infektionen können ausschließlich durch Safer-Sex-Praktiken, die Benutzung von Kondomen oder durch partnerschaftliche Treue vermieden werden. Eine Übertragung durch Blutkonserven oder Blutprodukte kann in europäischen Breiten seit 1985 so gut wie ausgeschlossen werden.

Die **Therapie** setzt seit einigen Jahren bereits im Stadium der Infektion an, nicht erst im Stadium der AIDS- Erkrankung.

Die drei Typen von Medikamenten haben folgende Hilfestrategien:

1. Die Hülle des Virus wird massiv attackiert, so dass das Virus geschädigt wird.
2. Die Vermehrung des Virus wird massiv behindert.
3. Die Einnistung des Virus bzw. das Andocken an Wirtszellen werden massiv behindert.

Diese verschiedenen Vorgehensweisen können auch kombiniert werden, daher der Name „Dreifach- oder Kombinationstherapie“.

Weil das Virus zwei Rezeptoren zum Andocken an eine Zelle benötigt, werden ca. 10 Prozent der HIV- Infizierten nie erkranken, da ihre Zellen nur einen Rezeptor haben. Trotzdem sind diese Menschen als dauerhaft infektiös anzusehen.

Eine **Impfung** gibt es weltweit noch nicht.

2. Verbreitung weltweit

Das HI-Virus ist seit ca. 25 Jahren beim Menschen bekannt, wahrscheinlich ist es aber (insbesondere in Affenpopulationen) schon viel älter.

Weltweit sind heute ca. 45 Millionen Menschen infiziert, davon über 25 Millionen im südlichen Afrika.

In **Deutschland sind im Jahre 2005 ca. 45.000 Menschen** mit HIV infiziert, **und** jedes Jahr infizieren sich mehr als 2.000 Menschen **in Deutschland neu mit HIV**.

Die Gesamtzahl der **Neuinfektionen** steigt seit ca. 4 Jahren wieder langsam und kontinuierlich an, prozentual gesehen vor allem im heterosexuellen Bereich; die Zahl bei homosexuellen Männern ist stagnierend bis leicht fallend; die Zahl bei intravenös Drogenabhängigen ist stabil in einem eher niedrigen Bereich.

Die **Rechtssituation** in Deutschland gestaltet sich zurzeit derart, dass niemand, der HIV-positiv oder an AIDS erkrankt ist, verpflichtet ist, dies einer anderen Person mitzuteilen.

Ausnahmen sind:

- der Betroffene muss seine Sexualpartner **vorher** informieren,
- der Betroffene muss seinen behandelnden Arzt in Praxis oder Krankenhaus in **Bayern** ebenfalls vor einer Behandlung informieren.
- Es gibt **keine personenbezogene Meldepflicht**, nur eine anonyme Laborberichtspflicht an das Robert-Koch-Institut in Berlin.

3. Die Betroffenheit von Kindern

HIV-positive Kinder gibt es fast ausschließlich durch HIV-positive Eltern bzw. Mütter. Jedes Kind, das von einer HIV-positiven Mutter zur Welt gebracht wird, ist von Geburt an HIV-positiv; dies bedeutet jedoch nicht, dass dieses Kind auch das Virus in sich trägt, sondern zunächst nur, dass es die mütterlichen Antikörper gegen das Virus in sich trägt.

Erst nach ca. 18 Monaten kann definitiv gesagt werden, ob ein Kind auch Virusträger ist oder nicht. Daher betreffen die nachfolgenden Zahlen vornehmlich Kinder ab dem 2. Lebensjahr.

Die Zahl der in Deutschland lebenden **HIV-positiven Kinder** wird auf ca. 400 geschätzt, davon leben ca. 70 bis 90 in Nordrhein-Westfalen. In NRW betreut die Universitätsklinik in Düsseldorf schwerpunktmäßig viele HIV-infizierte Kinder. Weitere Kliniken in Deutschland im Anhang

In München ist von einer höheren Zahl HIV-positiver Kinder aus Rumänien, in Berlin von einer höheren Zahl HIV-positiver Kinder durch den hohen Ausländeranteil bzw. den hohen Anteil intravenöser Drogengebraucher auszugehen.

Kinder HIV-positiver Mütter bleiben heutzutage nur zu ca. **zwei Prozent HIV-positiv** (d.h. selbst infiziert), sofern alle Möglichkeiten einer das Kind schützenden Geburtsdurchführung (Kaiserschnitt, Blutaustausch, Vermeidung von zusätzlichen Kontaminationen) ausgeschöpft werden.

An den Kliniken gibt es bedauerlicherweise keine speziellen HIV-Ambulanzen für Kinder, nur Sprechstunden. Das eine Mal sind diese an der Kinderklinik angesiedelt, das andere Mal an der Tagesklinik oder an der Onkologie. Hier gibt es bundesweit kein einheitliches Vorgehen bzw. keine feste Zuordnung.

Bei vielen Kindern wirken die Medikamente so gut, dass die Viruslast häufig unter die Nachweisgrenze gedrückt wird.

In zunehmendem Maße sind in Deutschland Schwarzafrikaner bzw. Migranten betroffen; es gibt aber hierzu keine detaillierten Zahlen.

Die allgemeine Zunahme an Neugeborenen bei Schwarz-Afrikanerinnen in den letzten 2 Jahren führte auch zu einer relativen Zunahme von HIV-positiven Kindern dieser Klientel.

Wenn wir hier auf die „direkt betroffenen“ Kinder geschaut haben, so müssen wir aber auch zusätzlich als betreuenswert die „**indirekt betroffenen Kinder**“ betrachten, also diejenigen, die selbst als HIV-negativ mit einem oder zwei HIV-positiven Elternteilen aufwachsen.

Diese Kinder werden in absehbaren Zeiträumen Waisen oder Halbwaisen und stellen damit eine zusätzliche Herausforderung für die jeweiligen Familien, die beratenden Mediziner und Psychologen bzw. für die Kommunen dar.

Wenn sich der Gesundheitszustand der Eltern kontinuierlich entsprechend dem Krankheitsverlauf verschlechtert, wird die Grundversorgung dieser Kinder immer weniger gesichert sein. Schon über die Anzahl dieser Kinder bzw. der betroffenen Familien gibt es keine gesicherten Daten. Schätzungen belaufen sich auf bis zu 20.000 Familien, die möglicherweise betroffen sind.

Die direkt wie indirekt von HIV betroffenen Kinder besuchen Kindertagesstätten und Schulen; Erzieherinnen wie Lehrer sind zwar über das Virus, das Auftreten, den Infektionsschutz oder Risikofaktoren im Erwachsenenbereich möglicherweise hinreichend informiert, selten jedoch über den Umgang mit den von HIV betroffenen Kindern und deren Familien. Erst recht wissen sie oft nicht, ob sie erhaltene Informationen an andere (Erzieherinnen, Lehrer, Hofaufsicht, Schulbehörde, Schularzt,

besorgte Eltern, Pfarrer, nachmittägliche Betreuung, Erziehungsberatungsstellen, schulpsychologische Dienste ...) weitergeben dürfen.

Kurz und knapp:

Niemand darf die ihm im Vertrauen mitgeteilten persönlichen Daten unbefugt an Dritte weitergeben.

(Grundlage hierfür sind diverse rechtliche Vorschriften, so z.B. für medizinisch bzw. psychotherapeutisch Tätige der § 203 Abs. 1 Strafgesetzbuch, für andere im öffentlichen Bereich Tätige die Vorschriften des Datenschutzes über den Umgang mit personenbezogenen Daten, für Mediziner zusätzlich das Standesrecht.)

Bezüglich der Versorgung im Notfall vor Ort gilt für beteiligten HelferInnen, dass auf jeden Fall Latex-Einmalhandschuhe für den Fall der offenen Wundversorgung vorhanden sein müssen. Auf diese Weise wird zum einen der Helfer, aber auch das Unfallopfer vor Infektionen allgemein (wie z.B. vor Hepatitis B) geschützt. Dabei steht nicht einmal der Schutz vor HIV unbedingt im Vordergrund, wenn man bedenkt, dass eine Infektion mit Hepatitis B-Viren fast 1000fach leichter geschieht als die Infektion mit dem HI-Virus.

LehrerInnen sollten wissen, dass eine Gefährdung von Mitschülern oder Lehrern durch ein HIV-positives Kind so gut wie ausgeschlossen werden kann, dass jedoch das HIV-positive Kind durch Infektionserkrankungen anderer Mitschüler stark gefährdet ist, so dass sie in diesem Falle den Eltern des HIV-Kindes ein kurzzeitiges Fernbleiben vom Schulbesuch anraten sollten. Das gleiche gilt für den Bereich der Kindertagesstätten und Betreuungseinrichtungen. Bei tätlichem und aggressivem Verhalten von HIV-positiven Kindern muss jeweils der Einzelfall der Gefährdung vor Ort mit gezielter Beratung durch das zuständige Gesundheitsamt betrachtet werden.

4. Perspektiven für die Zukunft

HIV und AIDS werden in den nächsten Jahrzehnten als eine besonders tückische und lebensbedrohliche Infektionskrankheit bestehen bleiben. Das Problem wird vielleicht eine gewisse Akzeptanz als Lebensrisiko und Teil der gesellschaftlichen Realität wie Multiple Sklerose oder diverse Formen behandelbarer, aber unheilbarer Krebserkrankungen erfahren, aber die Bedrohlichkeit für Leib, Leben und Wohlbefinden bleibt erhalten.

Dabei wird sich die Ausbreitung in Deutschland auf einem stabilen, niedrigen Niveau aufgrund der allgemein guten Lebens-, Hygiene- und Aufklärungssituation bewegen.

Eine veränderte Betrachtung des Problems „**AIDS und KINDER**“ ist in naher Zukunft jedoch notwendig: die Zahlen dieses Klientels werden ansteigen, aus Kindern werden Jugendliche und junge Erwachsene werden, die veränderten Beratungsbedingungen und -methoden bedürfen, wobei die aus Kindertagen aufgebaute Vertrauenssituation zu den Beratern/Beraterinnen nicht aufgegeben werden darf. Beratungszentren werden neue Schwerpunkte entwickeln müssen, einerseits für den Umgang mit den sich entwickelnden Ängsten der durch die schwere Erkrankung Betroffenen, andererseits aber auch für die realen und irrealen Ängste der Menschen aus der Lebensumgebung. Es werden Lebensperspektiven der HIV-positiven Kinder und der Kinder HIV-positiver Eltern zu entwickeln sein, es werden frühzeitig Kontakte zu Pflegefamilien aufgenommen werden müssen, um die spätere Vermittlung in diese Pflegefamilien vorzubereiten.

Im Rahmen der Veränderung zu einer globalisierten Welt mit allen Reisefreiheiten und Freiheiten partnerschaftlicher Bindungen, im Rahmen einer besonders schnellen EU-Erweiterung in Richtung Osten sollten die heute vorherrschenden Präventions-, Beratungs- und Aufklärungsstrategien noch einmal grundsätzlich auf ihre Ziele und die Methoden hin überprüft und verstärkt werden.

Der **Rhein-Erft-Kreis** ist durch eine strukturelle Vielfalt im System gut aufgestellt:

Drogenabhängige Jugendliche und Erwachsene sowie Eltern von Abhängigen werden von der „Drobs - Drogenhilfe Köln e.V.“ betreut; Drogen- und Aidsprävention im allgemeinen Jugend- und Schulbereich wird mit gestalteten Unterrichtsreihen (auch zur Sexualaufklärung) im wesentlichen von der Arbeiterwohlfahrt Rhein-Erft übernommen.

Alle anderen Bereiche, von der psychotherapeutischen oder medizinischen Einzelberatung (kostenlos und anonym) mit HIV-Testuntersuchung auf Wunsch des Ratsuchenden, von Multiplikatorenschulungen jeder Art sowie Großveranstaltungen bis hin zur Aufklärung anderer Zielgruppen oder der Allgemeinbevölkerung sowie Medienarbeit werden vom Gesundheitsamt des Rhein-Erft-Kreises übernommen. Dabei obliegt die Gesamtkoordination der verschiedenen Tätigkeitsbereiche zum Thema HIV und Aids ebenfalls dem Gesundheitsamt. Auch zur Fachstelle „AIDS und Kinder“ (Düsseldorf) bestehen enge Verbindungen. Medizinische HIV-Untersuchungen von Kindern werden allerdings in der Regel an hierzu geeignete Krankenhäuser im Einzelfall delegiert. Im Rhein-Erft-Kreis sind bisher nur wenige Kinder (weniger als zehn) von einer dauerhaften HIV-Infektion im Kindergartenalter bzw. im Schulalter betroffen. Hier konnte den Eltern bzw. jeder betroffenen Einrichtung fachgerecht, umfassend und diskret weitergeholfen werden.

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Deutschkenntnisse bei Einschulkindern im Rhein-Erft-Kreis, bezogen auf alle Kinder des Einschulungsjahrganges sowie bezogen auf die Kinder, die nicht Deutsch als Muttersprache gelernt haben/ Vergleich der Jahre 2004 und 2005..... | 18 |
| Tabelle 2: Befunde zu Visueller Wahrnehmung und Informationsverarbeitung der Einschulungskinder im Rhein-Erft-Kreis 2004 und 2005..... | 21 |
| Tabelle 3: Items des Risikoindexes..... | 23 |
| Abbildung 1: Prozentzahlen der übergewichtigen und adipösen Kinder nach Geschlecht, 2001 – 2005 im Rhein-Erft-Kreis | 25 |
| Abbildung 2: Wie fit sind unsere Einschüler? | 26 |
| Abbildung 3: Münsteraner Indikatorenvorschlag zur Identifizierung von Problemgebieten und -Familien..... | 27 |
| Tabelle 4: Fehlbildungen in den Jahren 2001-2004 NRW, bezogen auf Gesamtzahl der Geburten (Quelle: 19.09.2005, Iögd/Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung Indikator (K) 3.52) Eigene zusammenfassende Berechnung | 30 |
| Tabelle 5: Kinder und Jugendliche im Rhein-Erft-Kreis haben einen Anteil von 4,6 % bei Schwerbehinderten im Jahre 2003 (Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik [LDS] 3.2006..... | 31 |