



Gesundheitsamt
Stadt Salzburg

Was uns bewegt



Einschulung 2000/2001

Gesundheit und soziale Situation von Schulkindern

Herausgeber:

Stadt Salzgitter

Der Oberbürgermeister

Gesundheitsamt

Joachim-Campe-Str. 14

D- 38226 Salzgitter

Tel.: 05341- 8390

Fax: 05341- 8394953

Internet: <http://www.salzgitter.de>

Redaktionelle Bearbeitung:

Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

Dipl. med. Heike Hulewicz (federführend)

Tel.: 05341- 8394107

Email: gudula.lindner@stadt.salzgitter.de

Amtsleitung:

Dr. med. Stefan Müller- Dechent

Tel.: 05341- 8393553

Email: stefan.mueller-dechent@stadt.salzgitter.de

Veröffentlichungsdatum: April 2002

Copyright © 2002 Stadt Salzgitter, Gesundheitsamt

Inhalt

1.	Vorwort	2
2.	Neues im Sophia-Land	3
3.	Neues im Programm	3
4.	Einschulungsergebnisse in der Übersicht	4
4.1	Vergleichende Daten 1997 - 2001	4
4.2	Schulrelevante Daten 1997 - 2001	5
4.3	Ergebnisse 2000/ 2001 - Übersicht	7
4.4	Impfungen-Übersicht	8
5.	Sozialdatenbezogene Ergebnisse	10
5.1	Risikofaktoren - Sozialgradient	10
5.2.	Sozialdatenbezogene Aussagen 2000 - 2001	13
5.2.1	Schulempfehlungen	13
5.2.2	Abklärungsbedürftige Befunde	14
5.2.3	U9 - Teilnahme	15
5.2.4	Sprachauffälligkeiten	16
5.2.5	Motorik	19
5.2.6	Vollständige Impfungen	20
5.2.7	Zusammenfassung	21
6.	Schwerpunktthema Motorik	22
6.1	Allgemeines	22
6.1.1	Bedeutung für die Entwicklung des Kindes	22
6.1.2	Wahrnehmung und Motorik	23
6.1.3	Überprüfung im Sophia- Programm	23
6.1.4	Funktionsinhalte Motorik	32
6.1.5	Bewegungsmangel	34
6.2	Untersuchungsergebnisse im Bereich Motorik	35
6.2.1	Prävalenzen	35
6.2.2	Motorik/ BMI	36
6.2.3	Motorik und Sprache	37
6.3	Motorik/ U9 - Teilnahme	39
6.4	Einflussfaktoren - Anamnestiche Daten	40
6.4.1	Schwangerschaft	40
6.4.2	Geburt	40
6.4.3	Verzögerte motorische Entwicklung	41
6.4.4	Verzögerte Sprach- und Sprechfähigkeit	41
6.4.5	Zusammenfassung	42
6.4.6	Relatives Risiko zur Entwicklung motorischer Störungen	42
6.5	Therapiebedürftigkeit von Bewegungsstörungen	42
6.5.1	Therapiegruppen	42
6.5.2	Empfohlene Maßnahmen	43
6.5.3	Was ist Psychomotorik	44
6.5.4	Psychomotorische Prozesse	44
6.5.5	Was ist Ergotherapie	44
6.5.6	Versuch einer Abgrenzung Sport/ Motorik/ Ergotherapie	45
7.	Soziale Ungleichheit, Armut und Gesundheit	46
7.1	Zusammenhänge	46
7.2	Ressourcen	48
7.3	Handlungsmöglichkeiten	50

1. Vorwort

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ist verpflichtet, anwaltschaftlich und bevölkerungsorientiert für die Gesundheitsinteressen von Kindern und Jugendlichen einzutreten. Hierbei sind wichtige Themen:

- die Prävention im somatischen und psychischen Bereich
- Entwicklungsbeurteilung (somatische, sprachliche, kognitive, psychosoziale und emotionale Entwicklungsbeurteilung)
- Sorge für Kinder mit besonderen Bedürfnissen oder Belastungen
- Koordination notwendiger Maßnahmen
- differenzierte Beratung der aufnehmenden Schulen (insbes. Förderbedarf)
- ausführliche Beratung der Eltern
- Datenerhebung, Dokumentation und Auswertung

Durch Aufzeigen individueller Reifungsunterschiede und Hinweise auf Kompensationsmöglichkeiten soll späteren schulischen Problemen vorgebeugt werden.

Jede Betrachtung kindlicher Entwicklung und Befindlichkeit muss ohne Berücksichtigung der psychosozialen Umwelt bruchstückhaft bleiben. Im Untersuchungsprogramm SOPHIA nimmt deshalb die Erhebung der Sozialanamnese - die Angaben erfolgen freiwillig - einen wichtigen Platz ein.

Die Auswertung aller gewonnenen Daten in Korrelation zueinander ermöglicht uns zuverlässige Aussagen im gesundheitlichen und sozialen Bereich eines ganzen Jahrgangs. Darüber hinaus sind mit Hilfe des Programms regionale und überregionale Vergleiche und Qualitätssicherung möglich.

Erstmalig haben wir Befunde in Abhängigkeit zu dem Bildungsgrad der Eltern gesetzt (s. Kap. Sozialgradient) und die Daten durch Signifikanzberechnung nach dem Vierfeldertest abgesichert.

Angaben über die Rückmeldung und die Befundbestätigung durch niedergelassene Fachkollegen finden sich in den Tabellen.

Zur Bedeutung der eingesetzten Abkürzungen:

ESU = Einschulungsuntersuchung

Bn. = Bildungsniveau

0 = normaler Befund

A = Arztüberweisung, abklärungsbedürftiger bzw. therapiebedürftiger Befund

B = bereits in Behandlung

X = auffälliger, förderbedürftiger Befund

2. Neues im “Sophia - Land”

- Die Anzahl der mit diesem Programm untersuchten Kinder hat sich weiter erhöht und liegt jetzt bei ca. 60000. Nahezu alle Gesundheitsämter Niedersachsens sind Anwender. Auswertungen nehmen bislang 16 Ämter vor.
- Neben den Arbeitsbesprechungen aller zwei Monate in Arbeitsgruppen mit anschließender Berichterstattung im Plenum und der jährlich einmal stattfindenden Anwenderkonferenz gibt es seit zwei Jahren eine Fachtagung für Anwender und Interessierte aus anderen Fachgebieten, bei der auch Gastreferenten Erfahrungen aus ihren Bereichen vortragen. Diese Veranstaltung erfreut sich zunehmender Beliebtheit.
- Die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen konnte beträchtlich ausgebaut und vertieft werden (NLGA, Bezirksregierungen, Ämter, Unis, Fachschulen, Volkshochschulen u.a.).



3. Neues im Programm

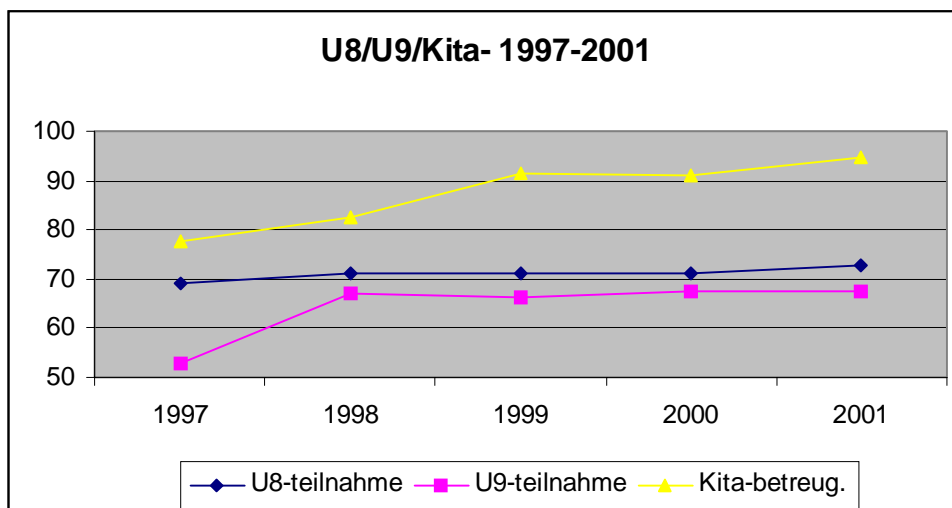
- Ständige Qualitätssicherung ist uns ein hohes Anliegen und seit Jahren mit Hilfe eigener Software, die in Göttingen und Hannover entwickelt wurde, allen Anwendern - auch amtsintern - gut möglich.
- Überregionaler Vergleich ist durch die jährliche Gesamtauswertung gegeben.
- Auch die Assistentinnen treffen sich zweimal im Jahr. Anschließend findet eine gemeinsame Besprechung der Arbeitsergebnisse mit den Ärzten statt.
- Zwei Arbeitsgemeinschaften sind zu den bestehenden
 - Gesundheitsberichterstattung
 - Qualitätskontrolle inhaltlich
 - Qualitätskontrolle Datenverarbeitung (Programmpflege) hinzugekommen. Sie sollen Vorschläge für vergleichbare Untersuchungsstandards für die Altersgruppen 4 bis 5 Jahre und 9 bis 10 Jahre erarbeiten.

4. Einschulungsergebnisse in der Übersicht

4.1 Vergleichende Daten Einschulungsuntersuchung Salzgitter 1997 - 2001

Da wir schon mehrere Jahre eine Auswertung unserer Untersuchungsergebnisse vornehmen, können wir jetzt anhand einer vergleichenden Übersicht nicht nur die ermittelten Daten, sondern auch Tendenzen aufzeigen (Angaben in %)

	Tendenz	1997	1998	1999	2000	2001
Untersuchte Kinder	-10	1311 abs.	1305 abs.	1255 abs.	1143 abs.	1174 abs.
Nation "D"	-6,0	84,6	79,5	83,2	79,1	78,2
Erziehung durch beide Eltern	-4	86,7	84,4	78,8	81,9 %	82,3
Kindergarten "ja"	+17	77,5	82,4	91,5	91,2	94,6
Sonderkindergarten "ja"	+1	1,2	0,8	1,9	3,3	2
U 8 Teilnahme "ja"	+3	69	71	71,3	71,1	72,6
U 9 Teilnahme "ja"	+14	53	67	66,4	67,3	67,5
Empfehlung keine Bedenken	-3	86,4	85,4	87	84,4	83,8
Bedenken	+2	11,1	12,3	11,2	12,5	13,3
Sozialpädagog. Maßnahmen	+0,5 -1	2,4	2,2	1,8	3,1	2,9



In den Bereichen Kindertagesstättenbetreuung und U9 - Teilnahme lässt sich bzgl. der Zunahme eine Signifikanz von $p = 0,002$ bzw. $0,0009$ zwischen den Werten von 1997 und 2001 feststellen.

4.2 Schulrelevante Daten 1997- 2001

Es ist ziemlich schwierig, zuverlässige Daten zu dem Thema **Verhaltensstörungen/-auffälligkeiten** zu geben. Dies liegt natürlich an der Sache selbst, aber auch an der Schwierigkeit, Erhebungsmethoden für diesen Bereich zu standardisieren und damit Vergleichbarkeit zu ermöglichen.

Die Sophia- Anwender sind dabei, das europaweit anerkannte **SDQ** (strength and difficulties questionnaire, Goodman 1997/99) für das ESU-Verfahren zu überprüfen, um es in den obligaten Untersuchungsablauf einzubeziehen.

Die englische Originalform wurde bereits psychometrisch getestet und validiert.

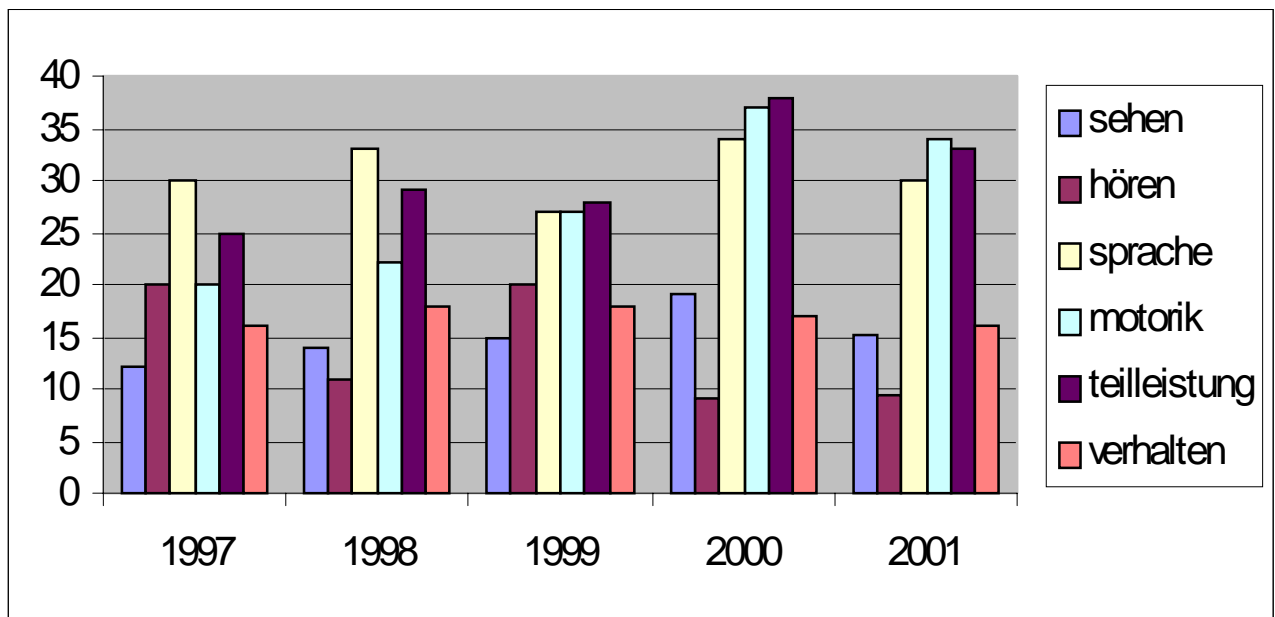
Remschmidt (1990) geht von ca. 13% verhaltensauffälligen Kindern/ Jahrgang aus. In Salzburg sind es 15 – 16%.In der Mannheimer Längsschnittstudie ist eine Prävalenz und Persistenz von 5% bei den Verhaltensstörungen gefunden und nachgewiesen worden, dass dies besonders bei den in Armut aufwachsenden Kindern ab dem Vorschulalter vermehrt auftritt.

15 - 17% eines Jahrgangs, d.h. etwa 180 - 200 Kinder haben eine **behandlungsbedürftige Sehbeeinträchtigung** (Rückmeldequote 65%, Befundbestätigung 94%).

Der Anstieg bei den **therapiebedürftigen Sprachstörungen** findet sich in den Zahlen bundesweit bestätigt. In Salzburg handelt es sich um 14 - 16%/ Jahrgang (170 - 190 Kinder; Rückmeldequote 68%, Befundbestätigung 90%).

Ebenso ist es mit der zunehmenden Zahl **bewegungsauffälliger Kinder**. Hier sind 12 - 15% (145 - 180 Kinder) pro Jahrgang behandlungsbedürftig (Rückmeldequote 43%, Befundbestätigung 86%).

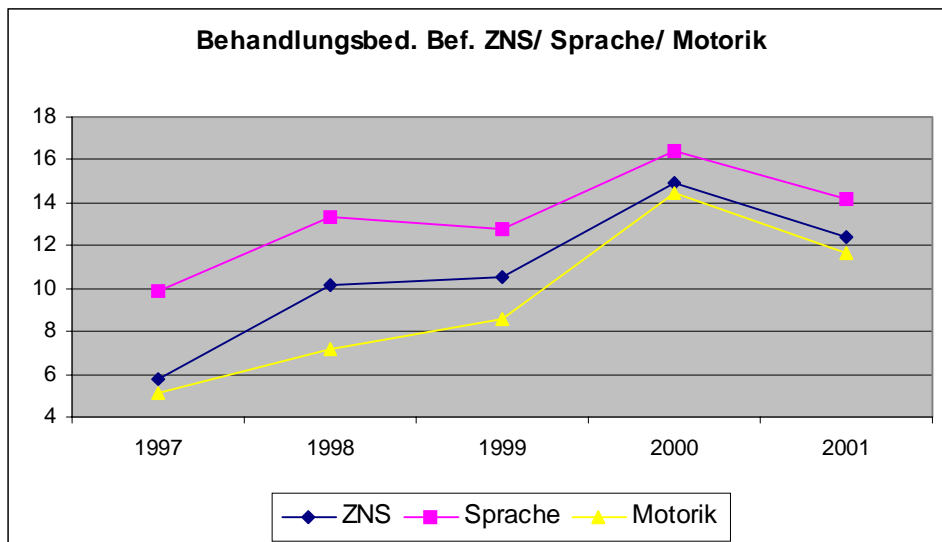
Tab.: auffällige Befunde schulrelevanter Bereiche im Jahresvergleich



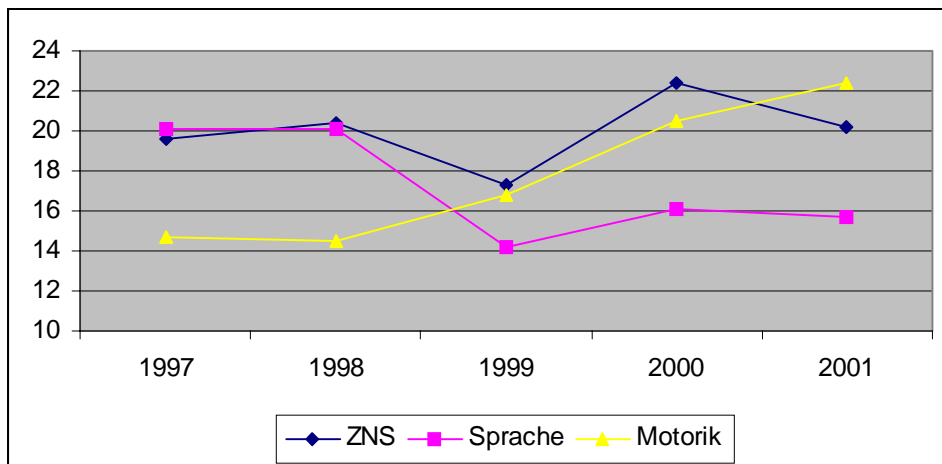
Der prozentuale Anstieg in den Bereichen Sehen, Sprache, Teilleistungsstörungen und Motorik ist signifikant; in den beiden letztgenannten Bereichen hochsignifikant ($p < 0,00001$)

Bei den **förder-** und den **behandlungsbedürftigen** Befunden ist ein kontinuierlicher Anstieg ersichtlich.

therapiebedürftige Befunde in Sprache, Motorik, ZNS



förderbedürftige Befunde ZNS/ Sprache und Motorik



4.3 Ergebnisse 2000/ 2001 in der Übersicht (Angaben in Prozent)

In der Gesamtauswertung von SOPHIA - Daten können nur die Ämter berücksichtigt werden, die bereits Auswertungsdisketten zur Verfügung stellen konnten. So ist die Differenz zwischen durch das Programm erfasste Kinder (60000) und der angegebenen Anzahl von 30627 zu erklären. Die Sophia-Gesamtauswertung für das Jahr 2001 liegt noch nicht vor.

Untersuchungsbereiche	Salzgitter 2000	Salzgitter 2001	SOPHIA gesamt 2000
Anzahl (absolut)	1143	1174	30.627
Jungen	50,8	50,9	52,4
Mädchen	49,2	49,1	47,6
Nation: "D"	77,7	78,2	88,6
Erziehung durch beide Eltern	81,9	82,3	82,8
Vorschulerziehung : "nein"	8,8	5,4	7,8
U 8 Teilnahme: "ja"	71,1	72,6	77,9
U 9 Teilnahme: "ja"	67,3	67,5	72,7
ZNS: therapiebedürftig	14,9	12,4	6,9
förderbedürftig	22,4	20,2	16,4
Sehen: therapiebedürftig	17,4	15,2	21,6
Hören: therapiebedürftig	6,4	6,6	9,5
Sprache: therapiebedürftig	16,4	14,2	13,0
förderbedürftig	17,1	15,7	16,7
Motorik: therapiebedürftig	15,5	11,7	7,9
förderbedürftig	20,5	22,4	14,9
Asthma: Lebensprävalenz	17,3	14,6	13,8
Neurodermitits Lebensprävalenz	6,5	7,1	8,9
Heuschnupfen Jahresprävalenz	3,5	3,0	3,2
Empfehlungen: ohne Bedenken	84,4	83,8	82,3
Bedenken	12,5	13,3	15,5
Sonderpäd. Überprüfung	3,1	2,9	2,2

Bezüglich der **U8** und **U9** - Teilnahme liegt Salzgitter unter, bzgl. **Sprache, Motorik, Teilleistungen** und **Asthma** deutlich über den Werten der Anwendergesamtauswertung von 2000.

Bis auf Asthma sind in diesen Bereichen besonders die Kinder der Eltern mit niedrigem Bildungsgrad betroffen (s. u. 5.).

Die Befundbestätigungen betreffs Motorik, Sprache und Teilleistungen liegen zwischen 86 und 100% bei Rückmeldequoten von 45 bis 58%.

4.4 Impfungen

Im SOPHIA-Programm ist es möglich, jede einzelne Impfung auszuwerten, aber auch durch Datenaggregation "Impfgruppen" zu betrachten:

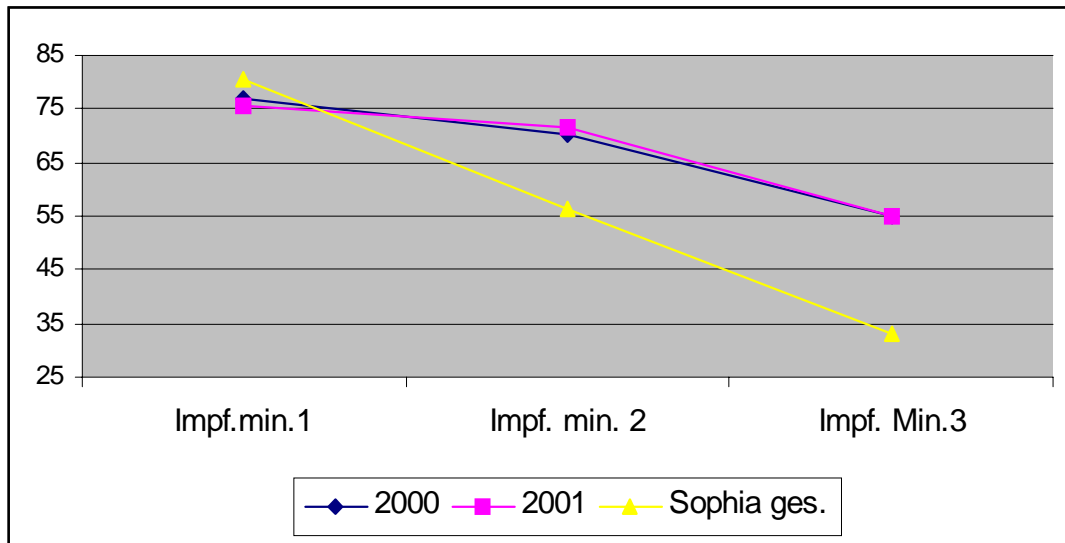
1. Als Basisimpfung betrachten wir den Komplex:
Impf 1 = Polio, Diphtherie, Tetanus
2. entsprechend der Impfempfehlung durch die STIKO bis 1995
Impf 2 = Polio, DPT, Hib, (1x) MMR
3. gemäß der STIKO empfohlen ab 1995
Impf 3 = Polio, DPT, Hib, (1x) MMR und Hepatitis B

Grundsätzlich wird die Anzahl der vollständigen und unvollständigen Impfdaten sowohl auf die Zahl aller Kinder als auch auf die Zahl der vorgelegten Impfpässe bezogen, so dass sich für den Durchimpfungsgrad zwei Werte ergeben - ein **Minimal**- (bzgl. alle Kinder) und ein **Maximal**wert (Bezug Kinder mit Ausweis). Der echte Durchimpfungsgrad liegt eher dazwischen.

Tab.: Impfbeteiligung/Durchimpfungsgrad ESU 2000/2001 (vollständige Impfungen)

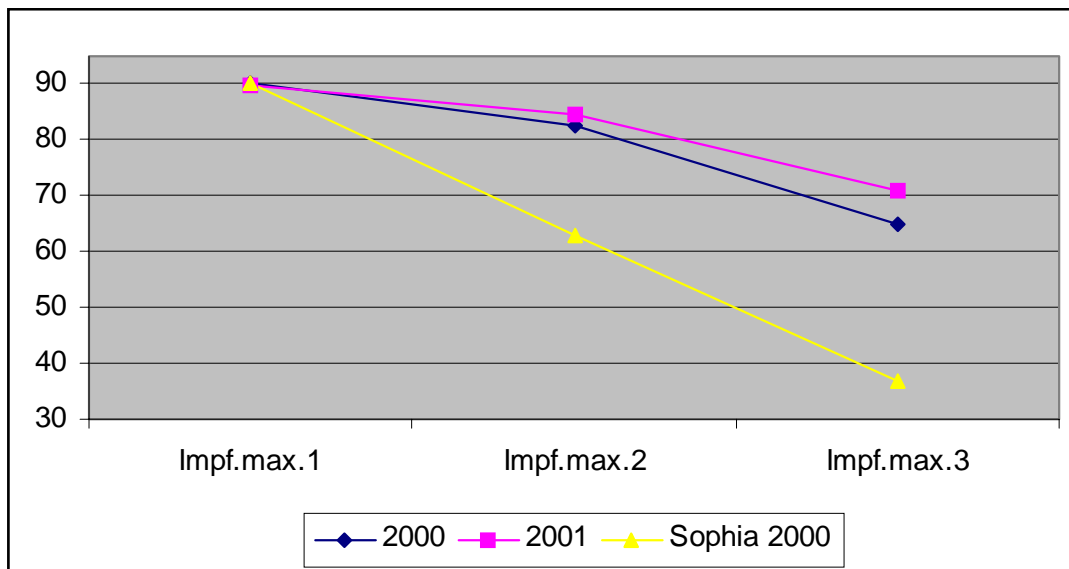
	2000 n=973 bzw. n=1144	2001 n=993 bzw. n=1175	SOPHIA 2000 n=27428 bzw. n=30630
Impf 1 - min.	76,8	75,7	80,6
Impf 1 - max.	89,6	90,3	90,0
Impf 2 - min.	71,6	70,1	56,4
Impf 2 - max.	84,7	82,4	63,0
Impf 3 - min.	60,0	55,2	33,0
Impf 3 - max.	71,0	64,9	36,9

**Tab. Impfbeteiligung/ Durchimpfungsrate 2000/2001/ Sophia 2000/
Impf. Min. Werte**



In der Grafik wird deutlich, dass die Impfbeteiligung in allen Impf- Min- Bereichen abnimmt! Ebenso deutlich zeigt sich die sinkende Impfbeteiligung bzgl. der Impf- Max- Werte in der Folgegrafik.

**Tab.: Impfbeteiligung/ Durchimpfungsrate ESU 2000/2001/ Sophia 2000
Impf. Max. Werte**



5. Einflussfaktor "Sozialstatus"

5.1 Risikofaktoren - Sozialgradient

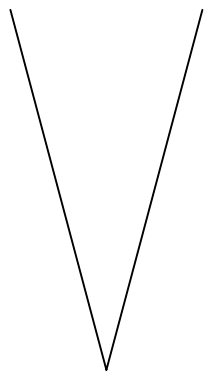
Die Ziele der **Risikoforschung** sind

- Die Gruppen von Kindern zu identifizieren, deren Entwicklung gefährdet ist (*Risikokinder*)
- Die Lebensbedingungen zu ermitteln, die eine Gefährdung der kindlichen Entwicklung darstellen (*Risikofaktoren*)

Der Risikofaktor wird definiert als die Bedingung, welche die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Störung erhöht (Garmezy, 1983).

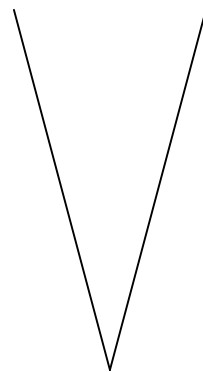
Psychosoziale Risiken sind wie organische Risikofaktoren für die Entwicklung des Kindes gleich schwerwiegend, aber in ihrer Wirkung spezifisch (Laucht, 2001 Mannheimer Längsschnittstudie).

organische Risikofaktoren:



- Motorik
- Kognition
- Sozialverhalten

psychosoziale Risikofaktoren:



- Sozialverhalten
- Kognition
- Motorik

In der **Mannheimer Studie** konnte gezeigt werden, dass nach dem Beobachtungszeitraum von 11 Jahren organische Risiken deprivierende Auswirkungen besonders in den kognitiven und motorischen Funktionen hatten, während psychosoziale Risiken mehr die kognitive und sozial-emotionale Entwicklung beeinträchtigten (Laucht, 2001)

Unter *psychosozialen Risikofaktoren* lassen sich auflisten:

- Auflösung tradierter familiärer Strukturen als Schutzraum
- Zunehmende Erziehungsunsicherheit der Eltern
- Zunehmende Verarmung von Familien mit Kindern (s.a.u. Schlussbemerkungen; 18,7% des Mannheimer Klientels lagen unter 60% des Durchschnittseinkommens)
- zunehmende Leistungsansprüche an Kinder (steigender Nachhilfebedarf)
- abnehmende Toleranz gegenüber Entwicklungsabweichungen
- zunehmender Einfluss von Subkulturen

Organische Risikofaktoren sind:

- Immer mehr Frühgeborene/ Geburtsjahrgang
- Immer unreifere Frühgeborene überleben
- Perinatale Komplikationen

Die gefährdetste Risikogruppe ist die der Kinder, bei denen sich psychosoziale und organische Risikofaktoren addieren - in der unten gezeigten Grafik wären das die Kinder aus dem Feld "I"

		Organische Risikofaktoren		
		keine	leicht	schwer
Psychische Risikofaktoren	keine	A	D	G
	leicht	B	E	H
	schwer	C	F	I

Die meisten dieser Risikofaktoren können wir mit unserem Screening nicht eruieren. Wir können aber mit Hilfe der Angaben zur Schul- und Berufsausbildung der Eltern nach einem in Göttingen entwickeltem Programm (Kraus, Ges.amt) – in Anlehnung an das bei *Siegrist* beschriebene Verfahren- eine **Sozialdatenauswertung** vornehmen.

Dabei werden die Schul- und Berufsabschlüsse in eine Rangfolge gebracht und miteinander verrechnet. Der errechnete Zahlenwert liegt zwischen 2 und 33. Die Variable "Bildungsgrad" unterscheidet zwischen niedriger (Wert ≤ 16.3), mittlerer und hoher Bildung (Wert > 24).

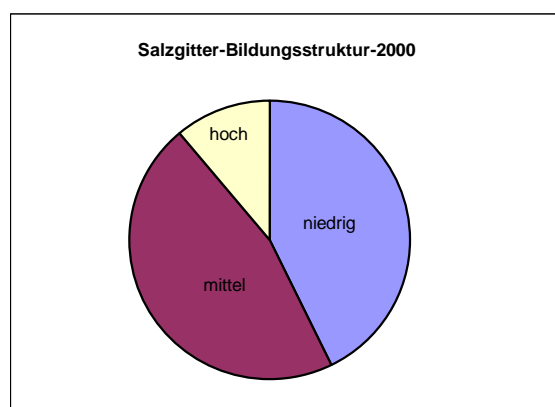
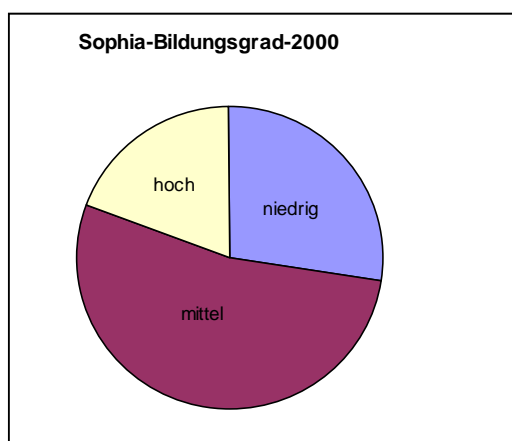


Tab.: Gewichteter Sozialgradient, Schulbildung - Berufsausbildung (Bildungsgrad)

		Schulabschluss							Bildungsgrad
		1. k.A.	2. n. kein	3. anderer	4. Haupt	5. Real	6. FH	7. Abitur	
B e r u f s a b s c h l u s	1. k.A.	XXXX	2	4	8	8	10	12	niedrig
	2. n. keine	3,5	5,5	7,5	9,5	11,5	13,5	15,5	
s o n s t i g e	3. sonstige	7	9	11	13	15	17	19	mittel
	4. Lehre	10,5	12,5	14,5	16,5	18,5	20,5	22,5	
h o c h	5. Berufsfach. Beamtausb. Fachsch. Gesundheit.	14	XXXX	18	20	22	24	26	hoch
	6. Fachhoch.	17,5	XXXX	21,5	XXXX	25,5	27,5	29,5	
	7. Univers.	21	XXXX	25	XXXX	29	31	33	

Mit Hilfe dieses gewichteten Sozialgradienten ist in Niedersachsen neben der Auswertung regionale und überregionale Vergleichbarkeit möglich. Ein Ergebnis der gemeinsamen Auswertung zeigt, dass in Salzgitter insgesamt eine schwächere Bildungsstruktur zu finden ist. (Angaben in %) Zur Auswertung kommen nur die Kinder, deren Eltern Sozialangaben gemacht haben.

Bildungsgrad der Eltern	Sophia gesamt 2000 n=24770	SZ 2000 n = 937	SZ 2001 n = 877
niedrig	27,4	42,8	40,5
mittel	53,3	46,1	48,0
hoch	19,4	11,1	11,5

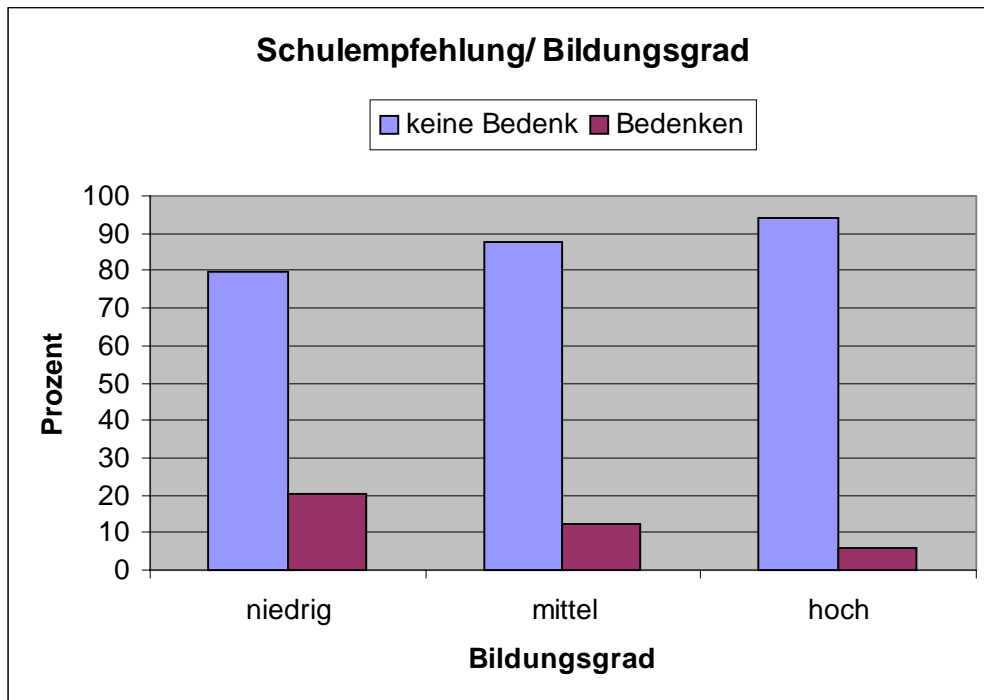


5.2 Sozialdatenbezogene Aussagen 2000/ 2001

In den folgenden Abschnitten sollen die Zusammenhänge zwischen Bildungsgrad der Eltern und Gesundheitsfürsorge für die und Befindlichkeit der Kinder aufgezeigt werden.

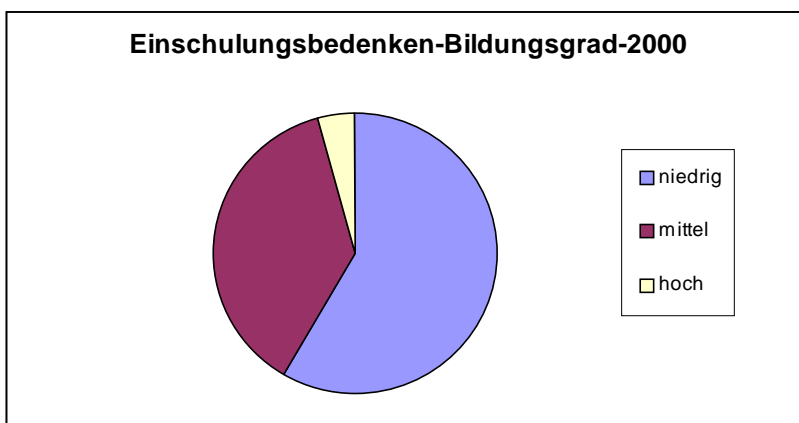
5.2.1. Schulempfehlungen

Eltern von 935 Kindern haben Angaben zu ihrer Schul- und Berufsausbildung gemacht. Das sind 81,8% aller Eltern.



Keine Bedenken bzgl- der Einschulung bestanden zu

- 79,8% bei den Kindern der bildungsfernen Gruppe
- 87,9% bei den Kindern der Mittelschicht
- 94,2% bei den Kindern der bildungsnahen Gruppe



Bedenken bzgl. der Einschulung bestanden zu

- 20,2% bei den Kindern der bildungsfernen Gruppe
- 12,1% bei den Kindern der Mittelschicht
- 5,8% bei den Kindern der bildungsnahen Gruppe

oder anders ausgedrückt:

von allen Kindern, bei denen Bedenken gegen die Einschulung geäußert wurden, waren 58,3% aus den bildungsfernen Elternhäusern, 37,4% aus der Mittelschicht, 4,3% aus der oberen Bildungsgruppe.

Die Werte für das Jahr 2001 waren analog zu denen des Vorjahres.

Die Signifikanzen liegen alle im Bereich $p= 0,00000$; besonders hoch ist $C= 91,67$ und der Odds Ratio mit 4,11 zwischen den Gruppen mit niedrigem und hohem Bildungsgrad.

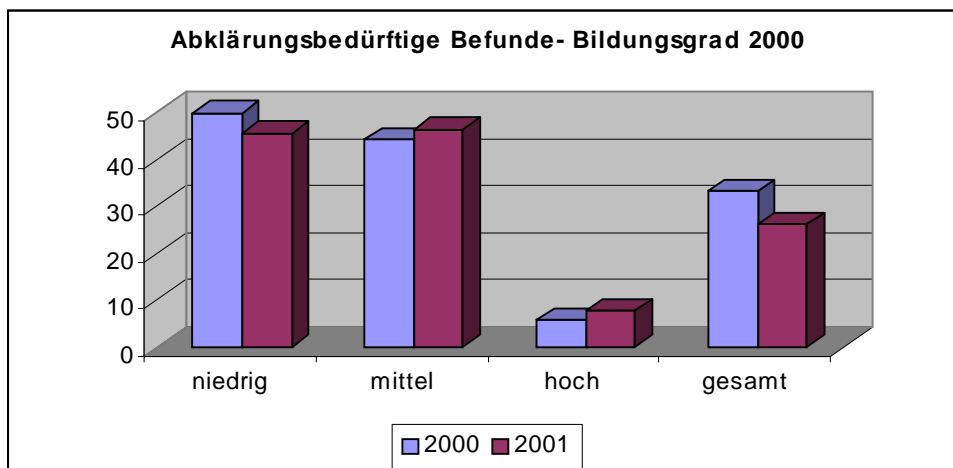
5.2.2 Abklärungsbedürftige Befunde/ Bildungsgrad

Hier soll der jeweilige Anteil der Kinder, bei denen ein **bis dahin nicht bekannter**, abklärungsbedürftiger Befund erhoben wurde, in Korrelation zum Bildungsgrad der Eltern dargestellt werden.

Tab. A- Befunde/ Bildungsgrad- ESU 2000

A Befund			
Bildungsgrad	absolut	Prozent	Gesamt
niedrig	156	50,0	401
mittlerer	138	44,2	432
hoher	18	5,8	104
gesamt	312	33,3	937

Von allen in der ESU ausgewiesenen A- Befunden waren genau 50% für Kinder aus der niederen Bildungsschicht, d.h. jedes 2. Kind!



Es ist ganz offensichtlich, dass die Bildung der Eltern bei allen Überlegungen und Maßnahmen ausreichend Berücksichtigung finden muss, um so mehr, da die "Bildungslandschaft - Salzgitter" im Unterschied zu den anderen Sophia- Anwendern sehr polarisiert ist(s. u. 6). Die Signifikanzwerte sind sämtlich sehr hoch - C-Werte 90 bis 120 - (außer zwischen niedrigem u. mittlerem Bn).

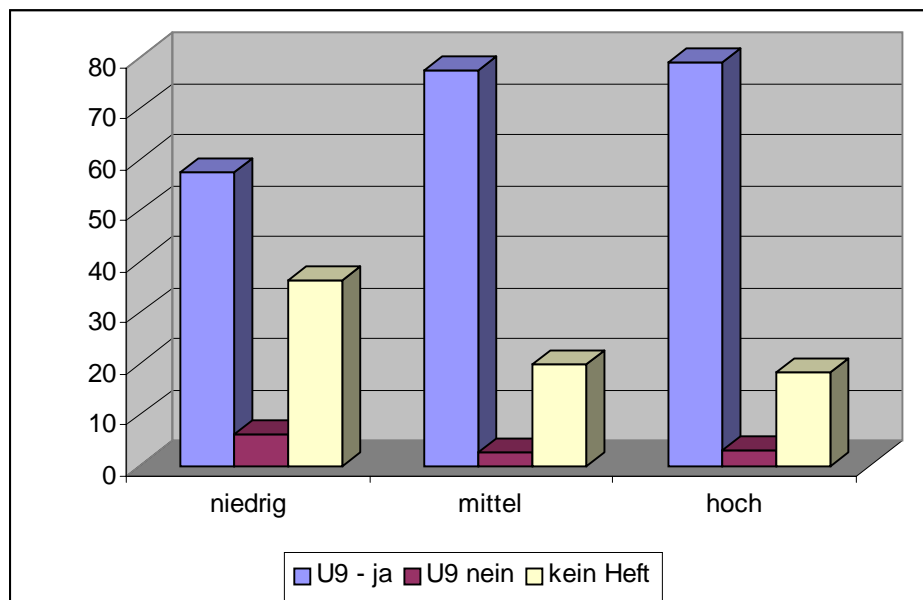
Das Risiko für das Auftreten eines abklärungsbedürftigen Befundes zum Zeitpunkt der Einschulung ist für Kinder aus der niedrigen Bildungsschicht um das 6 bis 8- fache höher als für Kinder der hohen Bildungsschicht!

5.2.3 U9 - Teilnahme/ Bildungsgrad

Die U 9 -Teilnahme als Ausdruck von Gesundheitsfürsorge in Korrelation zum Bildungsgrad bestätigt, dass gerade Kinder aus dem unteren Bildungsbereich wesentlich seltener bei der Vorsorgeuntersuchung vorgestellt werden bzw. kein Heft vorgelegt wurde. Dies findet sich in der Form bestätigt durch die Daten der SOPHIA-Gesamtauswertung.

a) Einschulungsuntersuchung 2000/ U 9-Teilnahme

Bildungsgrad	dokumentiert n=769	nicht durchgeführt n=53	kein Heft n=321	gesamt
niedrig	57,4	6,2	36,4	401
mittel	77,3	2,8	19,9	432
hoch	78,8	2,9	18,3	104
	68,9	4,3	26,8	937

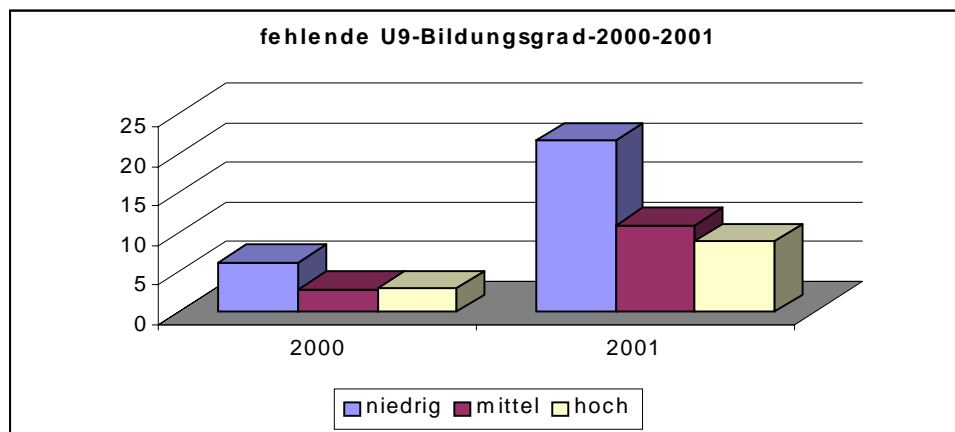


Annähernd die Hälfte der Kinder aus der niedrigen Bildungsschicht - 42,6%- hatten entweder keine U9 oder kein Heft!

b) Einschulungsuntersuchung 2001/ U 9-Teilnahme

Bildungsgrad	dokumentiert n=790	nicht durchgeführt n=176	Kein Heft n=205	gesamt
niedrig	60,6	21,7	17,7	355
mittel	78,4	10,9	10,7	421
hoch	80,2	8,9	10,9	101
	71,4	15,1	13,6	877

Tab.: fehlende U9/ Bildungsgrad 2000/2001



2001 wurden deutlich weniger Kinder in der U9 vorgestellt als im Vorjahr, dennoch ist auch in dieser Grafik ersichtlich, **dass besonders die Kinder aus der unteren Bildungsschicht nicht von den Eltern vorgestellt wurden (Signifikanzwerte von C= 23 bis 92, bei p= 0,00000)**

c) SOPHIA gesamt/ U 9-Teilnahme

Bildungsgrad	U 9 dokumentiert n=22237	U 9 nicht durchgeführt n=4499	kein Heft n=3856	Gesamt
niedrig	62,0	20,9	17,1	6779
mittel	81,2	12,1	6,7	13195
hoch	82,3	10,9	6,7	4796
	76,2	14,3	9,5	24770

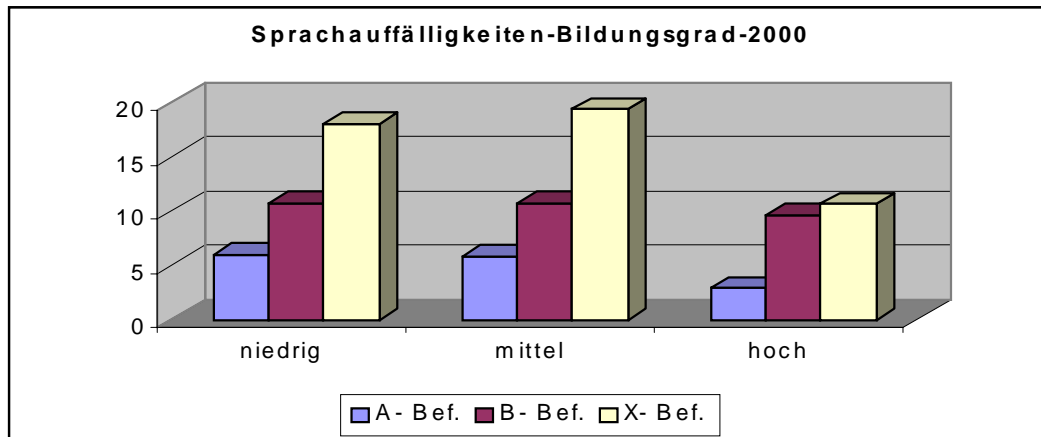
Die Daten der Sophia-Gesamtauswertung von 2000 bestätigen die von uns erhobenen Befunde.

5.2.4 Sprachauffälligkeiten/ Bildungsgrad

In Anbetracht der Tatsache, dass **sprachliche Kompetenz** ein wichtiger Resilienzfaktor in der Entwicklung eines Kindes ist (Laucht et al 2001), verdienen die in den folgenden Tabellen dargestellten Zusammenhänge besondere Beachtung.

Tab.: Sprachauffälligkeiten/ ESU 2000

Bildungsgrad	0 n=754	A n=66	B n=121	X n=195	gesamt
niedrig	64,6	6,0	10,7	18,0	401
mittel	64,3	5,8	10,7	19,3	432
hoch	76,9	2,9	9,6	10,6	104
	65,8	5,6	10,6	17,7	937



Die Werte von niedrigem und mittlerem Bildungsniveau sind fast identisch. Signifikanz besteht zwischen niedrigem und hohem bzw. mittlerem und hohem Bildungsgrad sowohl im X- ($p < 0,0008$) als auch im A/B- bereich ($p < 0,02$).

Tab.: Sprachauffälligkeiten/ ESU 2001

Bildungsgrad	keine Auffälligkeiten n=813	A n=59	B n=108	X n=184	gesamt
niedrig	67,6	7,0	8,2	16,3	355
mittel	70,8	3,1	10,0	15,9	421
hoch	82,2	3,0	5,9	8,9	101
	70,8	4,7	8,8	15,3	877

Sprachauffällige Befunde finden wir besonders bei Kindern aus dem unteren und mittleren Bildungsbereich.

Im Bereich der Förderbedürftigkeit sind die Kinder aus den unteren und mittleren Bildungsquartilen etwa **doppelt** so häufig vertreten wie die Kinder aus dem oberen Bildungsbereich.

Vor dem Hintergrund von 91 - 95% Kindergartenbetreuung im Vorschulalter (s. 4.1) ist zu überlegen, ob nicht **Sprachförderung**, wie von Küspert/ Schneider 1999 empfohlen, in den Kindertagesstätten im Interesse eines Chancenausgleiches angeboten werden sollte.

Einige Gesundheitsämter haben dies schon in Koordinierung mit anderen Einrichtungen und Fachkräften projekthaft umgesetzt. Die Erfahrungen sind durchweg positiv.



Ein Bild sagt mehr als tausend Worte:

Dieser **Sprachbaum** stellt symbolisch die vielfältigen Einflüsse, Voraussetzungen und Zusammenhänge dar, damit der Prozess des **Sprechenlernens** erfolgreich ablaufen kann.

Ohne **Sonne** wächst kein **Baum**.

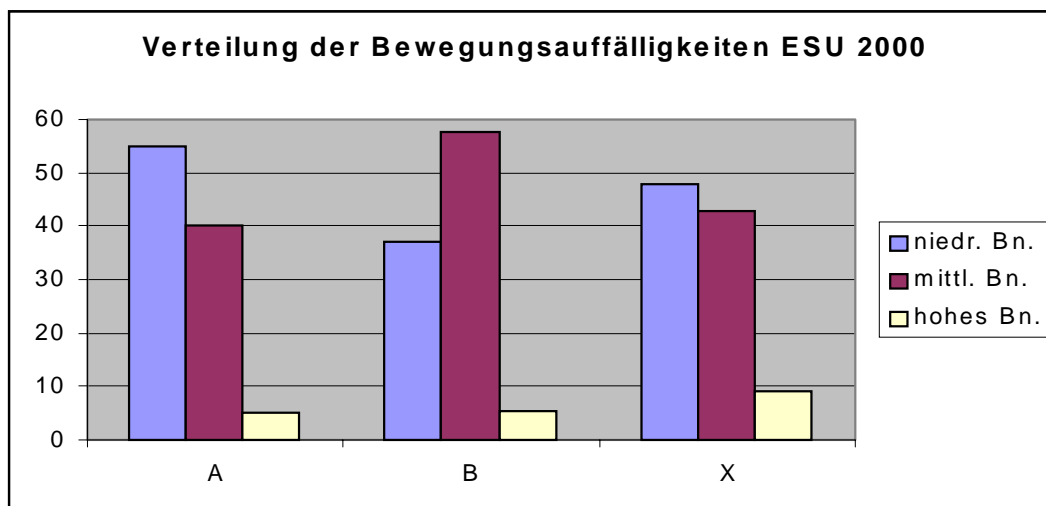
Ohne **wärme**, **Akzeptanz** und **Liebe** lernt kein Kind sprechen.

5.2.5 Motorische Auffälligkeiten

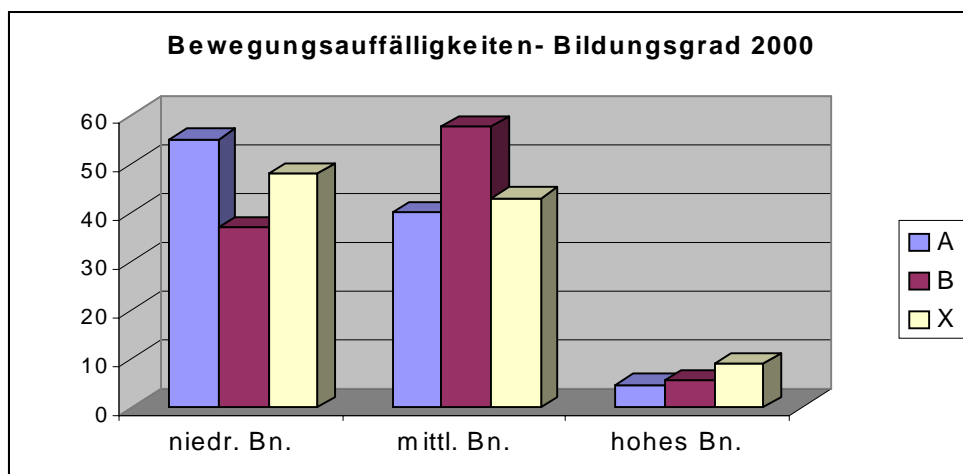
Insgesamt sind ca. 35% eines Jahrganges im Bewegungsverhalten mehr oder weniger auffällig (s. a. unter 6).

926 Eltern haben in der ESU 2000 Angaben über die Schul- und Berufsausbildung, sowie über ihre derzeitige Tätigkeit gemacht. Hier die Ergebnisse der Überprüfung des Bewegungsverhaltens dieser Kinder:

Bildungsgrad der Eltern	Anzahl der Kinder abs.	Prozent	Bewegungsauffällig Prozent
niedriger	395	42,65	48,1
mittlerer	427	46,1	44,5
hoher	104	11,23	7,4



Im „A“- und im „X“- Bereich sind die Kinder aus der unteren Bildungsschicht am häufigsten vertreten. Die Kinder aus der mittleren Bildungsschicht sind am häufigsten bereits in Betreuung.



Von allen „A“- Kindern (n=87) entfielen 55% auf Kinder der unteren, 40% auf Kinder der mittleren und 5% auf Kinder der höheren Bildungsschicht.

Von allen „B“- Kindern (n=54) entfielen 37% auf Kinder der unteren, 57,5% auf Kinder der mittleren und 5,5% auf Kinder der höheren Bildungsschicht. Bei den „X“- Kindern waren 48% aus der unteren, 42,9% aus der mittleren und 9,1% aus der höheren Bildungsschicht.

- niedriges Bildungsniveau $A > B < X$
- mittleres Bildungsniveau $A < B > X$
- hohes Bildungsniveau $A < B < X$

Weitere Untersuchungsergebnisse und Zusammenhänge in der Motorik finden sich im speziellen Teil diese Berichtes.

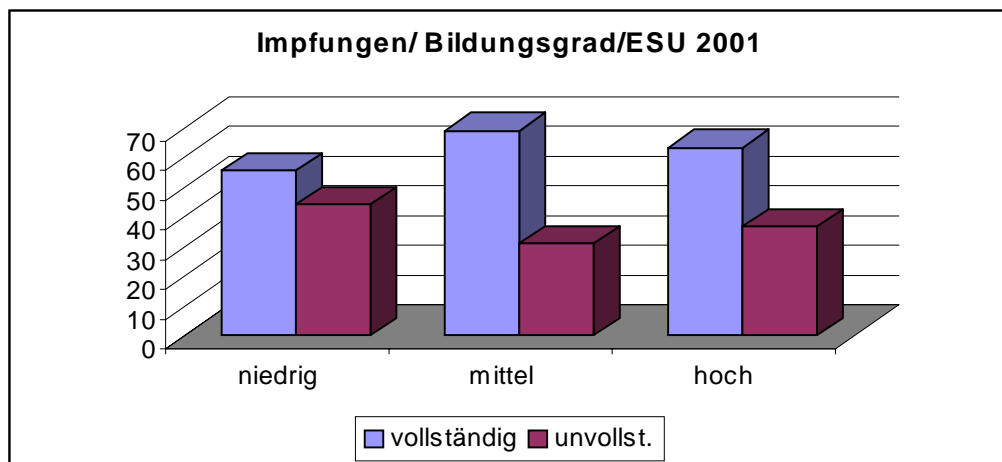
5.2.6 vollständige Impfungen

Es handelt sich hierbei um die Impfungen gegen Polio, DPT, Hib, MMR und Hepatitis B wie in der STIKO ab 1995 empfohlen.

Tab. Vollständige Impfung (nach STIKO) in Abhängigkeit vom Bildungsgrad der Eltern/ Einschulungsuntersuchung 2001

Bildungsgrad	Impfg. unvollständig (Prozent)	Impfg. vollständig (Prozent)	gesamt
niedrig	44,2	55,8	355
mittel	30,9	69,1	421
hoch	36,6	63,4	101
	36,9	63,1	877

Am schlechtesten sind die Kinder aus der unteren Bildungsschicht geimpft; deutlich häufiger sind die Kinder aus der hohen, am besten die aus der mittleren Bildungsschicht geimpft. Diese Verteilung wird bestätigt durch Befunde der anderen SOPHIA-Anwender.



Fast die Hälfte der Kinder aus der unteren Bildungsschicht sind ungenügend durch Impfungen vor vermeidbaren Infektionskrankheiten geschützt!

Zusammenfassung der Auffälligkeiten bei Kindern aus niedriger Bildungsschicht

Angefangen von der Vor- und Fürsorge durch die Eltern, über Förder- und Bildungsangebote für die psychische, soziale, intellektuelle und körperliche Entwicklung, bis hin zu alltäglichen Interaktionschancen und Teilhabe an der Jugendkultur, der gesamte Prozess des Aufwachsens dieser Kinder aus sozial schwachem Milieu ist belastet und gefährdet (Laucht, 2001). Auch unsere Untersuchungsergebnisse unterstreichen die erhöhte psychosoziale Morbidität dieser Kinder und Jugendlichen und damit die große Bedeutung von Präventionsprogrammen zur Stärkung von Ressourcen der Kinder (s. a. unter 8.2).

- **Über 40% der salzgitteraner Bevölkerung gehören zur Gruppe mit niedrigem Bildungsniveau**
- **Annähernd 60% der Kinder mit Bedenken gegen die Einschulung gehören der niedrigen Bildungsschicht an**
- **Etwa die Hälfte der Kinder aus der niedrigen Bildungsschicht haben keine U9 oder kein Vorsorgeheft**
- **Kinder aus dem unteren Bildungsbereich haben doppelt so häufig Sprachauffälligkeiten wie die Kinder aus dem oberen Bereich.**
- **Fast die Hälfte der Kinder aus dem unteren Bildungsbereich sind unzureichend gegen vermeidbare Infektionskrankheiten geschützt.**
- **55% der abklärungsbedürftigen und 48% der förderbedürftigen Bewegungsstörungen entfielen auf Kinder aus dem unteren Bildungsquartil.**

6. Schwerpunkt Motorik

6.1 Allgemeines

6.1.1 Bedeutung der Bewegung für die kindliche Entwicklung

***Bewegung** - das Kind lernt durch **Bewegung** sich selbst und seine Umgebung kennen. Mit Freude entdeckt es im wahren **Bewegungsdrang** seinen Körper, Gegenstände, Raum und auch Zeit. Es entwickelt **Bewegungsfreiheit**. Die Eltern **sind bewegt** - vor Stolz und Rührung. **Bewegung** ist Leben schlechthin. Leben ohne **Bewegung** ist nicht denkbar.*

Erziehung über Bewegung als dynamischer persönlichkeitsbildender Entwicklungs- und Lernprozess fördert das Kind in seiner Gesamtheit und ist Grundprinzip für die Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren.

Sie dient der

- ◆ Prävention von Fehlentwicklungen
- ◆ ermöglicht anschauliches Begreifen vom eigenen Körper und der Umwelt
- ◆ schult Koordinationsfähigkeit und Aufmerksamkeit
- ◆ fördert sozioemotionales Verhalten
- ◆ fördert Aktivität und Kreativität
- ◆ ist Lustgewinn (Roth, 2000)

Art und Ausführung von Bewegung ist bis ins Schulalter ein Gradmesser für die Hirnreifung (vgl. Hellbrügge 1994, Straßmeier 1984, Kiphard 1996, Melchers 1994, Gschwand 2000).

Die Beherrschung des eigenen Körpers - das **bewusste Wahrnehmen und Reagieren** auf Außenreize - tragen zur Intelligenzweiterung bei. Das Ziel ist die Erziehung zur Handlungsfähigkeit, damit das Kind Ich-, Sach- und Sozialkompetenz erlangt. Wahrnehmungsförderung muss stattfinden, **b e v o r** das Kind Rechnen, Schreiben und Lesen, **b e v o r** es spezielle sportliche Fähigkeiten erlernt.

Auf der elementaren Lernstufe macht sich das Kind über **H a n d e l n** ein Bild von seiner Umwelt. Dieses führt zur Konstruktion von grundlegenden Gegenstands-, Raum-, Kausalitäts- und Zeitbegriffen (Scherler 1975, Eggert, 1993, Kiphard 1971). Über Agieren und Variieren bringt der Mensch Ordnung, Gesetzmäßigkeit, Zweckhaftigkeit, d. h. **S t r u k t u r** in sein Verhalten.

Dies ist in erster Linie möglich durch engste und intensive neuronale Verflechtungen von limbischem System, Hirnstamm und Kleinhirn. Dadurch ist bei uns Menschen generell, aber beim heranwachsenden Vorschulkind insbesondere

- ◆ Körper und Objekt
- ◆ Handlung und Denken
- ◆ das Andere und Ich
- ◆ Wahrnehmung und Ausdruck
- ◆ das Affektive und das Rational
- ◆ das Wirkliche und das Imaginäre

ganz verflochten und dicht beieinander (Lapierre 1975, Roth 2000).

6.1.2. Zusammenspiel von Wahrnehmung und Motorik

Namhafte Wissenschaftler haben sich mit der Rolle von Perzeption und Motorik für die Gesamtentwicklung intensiv beschäftigt und in zahlreichen Arbeiten (s. Quellenverzeichnis) nicht nur ihre Kenntnisse publiziert, sondern auf deren Basis Entscheidendes für eine Standardisierung von Untersuchungsmethoden und das Verständnis von Entwicklungsabläufen geleistet.

Wir wissen, dass sensorische Reize, die über **Berührung, Schwerkraft und Bewegung** vermittelt werden, bereits beim Ungeborenen und dann fortgesetzt in den entwicklungsbestimmenden und prägenden Folgejahren eine "Vorreiterrolle" spielen. Durch den **Gleichgewichtssinn** und die **Propriozeption** erhalten wir Informationen über die Ruhelage unseres Körpers im Raum und Richtungs- und Bewegungsänderungen, als wichtige Voraussetzung für die Entwicklung des Stehens und Gehens. Die **kinästhetische** Wahrnehmung informiert über das Verhältnis der Körperteile zueinander, Gelenkstellung und Muskelaktivität.

Der **Muskeltonus**, also die Grundspannung der Muskulatur, wird aufrechterhalten durch ständigen Informationsaustausch zwischen dem Kleinhirn und Hirnstamm. Die genau abgestimmte Dosierung des Spannungszustandes eines jeden Muskels ist Voraussetzung für gelungene Bewegung.

Zusammenfassend lässt sich als Grundlage für **koordiniertes Bewegen** folgendes nennen:

-] taktiler Wahrnehmungssinn
-] kinästhetischer Wahrnehmungssinn
-] vestibulärer Wahrnehmungssinn
-] visueller Wahrnehmungssinn
-] Muskeltonus
-] sensorische Integration aller Reize

6.1.3 Motoriküberprüfung im SOPHIA-Programm

Während der Einschulungsuntersuchung überprüfen wir anhand standardisierter Aufgaben

- a) die Feinmotorik (Esser, Stöhr, Frostig)
- b) die Grobmotorik (Schilling, Kiphard, Cardenas)

ad a) Feinmotorik: - *Zitat ESSER (1990)*:

"Funktionsbeeinträchtigungen der intermodalen Visuomotorik (visuelle Perzeption - motorische Reaktion) mindert die schulische Leistungskapazität in erheblichem Maße. Sie sind nachweislich die häufigsten Probleme, die bei Kindern mit Lernstörungen festgestellt werden (Harber 1979, Lockowandt 1980, Frostig 1978, Lempp 1981)".

Mit Hilfe des **visuomotorischen Schulreifetestes** nach Esser (VSRT) soll durch die exakte Messung dieser für die Lernvorgänge in den ersten Schuljahren hochrelevanten, feinmotorischen Teilleistung eine mögliche Störung früh erkannt werden.

Mit dem VSRT lässt sich zudem das Konstrukt "allgemeine Intelligenz" im Sinne eines Screenings mit erfassen, denn der Mann-Zeichen-Test nach Goodenough/ Ziler (Normierung Winkelmann 1972) weist eine erstaunlich hohe Gültigkeit auf (Esser, Seitz 1973).

Das Differenzierungsoptimum des VSRT liegt im subnormalen Bereich - dort gelingt die Bestimmung verschiedener Schweregrade visuomotorischer Störungen sehr gut, die zwischen guten und mäßigen Leistungen weniger gut.

Tab.: Überprüfungsinhalte VSRT:

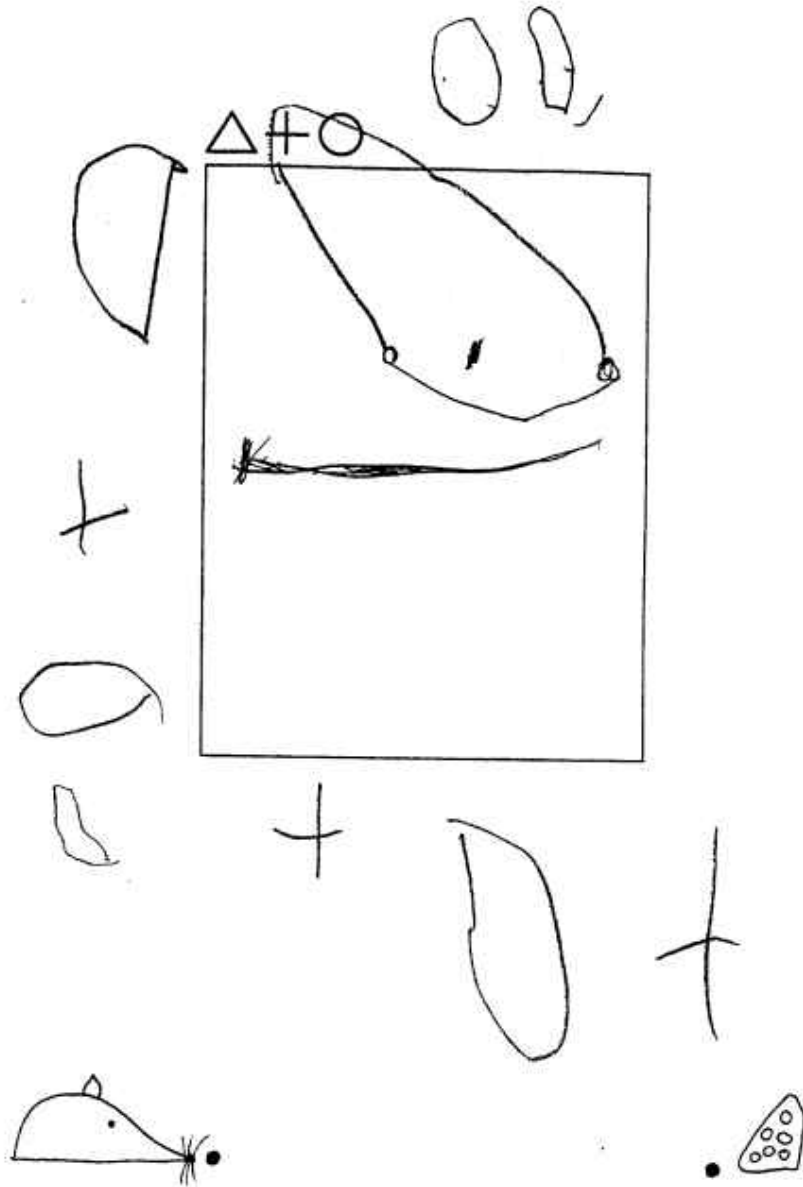
Inhalte	auffällige Symptome
Visuelle Perzeption	Verzerrung des Gesamtkörperschemas, Gestaltteile fehlend, plump, bruchstückhaft
Gestalt differenzierung/ Formkonstanz	ungeordnete Figurkonstellation, Zusatzmalerei, irreguläre Wiedergabe
Raum-Lage-Differenzierung	Abweichung von Standarddistanz, Drift, Überschneiden, Verschiebungen, Schräglagen
Serielle Integration	fehlerhafte Reihung der Symbole
Visuelle Reizdiskrimination	Neigung zu Perseveration, Haften an Formdetails, wiederholtes Nachziehen
Auge-Hand-Koordination	Formkenntnis und deren graphische Darstellung nicht kompatibel, Linien/Bögen sind unförmig, nicht geschlossen, zittrig, fehlende Größenrelation, Druckschwankungen
Graphologische Merkmale, Feinkoordination Feinmotorik	Fehlende Konturgebung, Bewegungsentgleisungen, ziellooses Ausmalen ohne Einhalten der Laufrichtung
Auditive Wahrnehmung	Aufgabe muss laut wiederholt werden
Kurzzeitgedächtnis	Aufgabe muss mehrfach wiederholt werden
Informationsverarbeitung	Fehlen wesentlicher Teile (Gestalt/Formen), realitätsfremde Darstellung, Kind weiß mit Instruktion nichts anzufangen, malt irgendetwas oder nichts
Körperschema	Formen: eckig, unproportional, fehlend, nicht figürlich unzusammenhängend,

Auf den Folgeseiten sind einige Beispiele für den VSRT aus den vergangenen zwei Jahren abgebildet.

Nach unserem Eindruck verschlechtert sich die visuomotorische Leistung insgesamt bei allen Kindern.(Untersuchung dieses Sachverhaltes ist vorgesehen.)

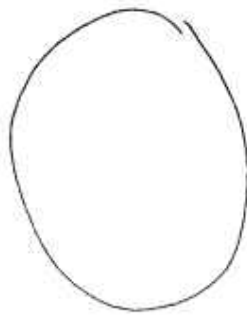
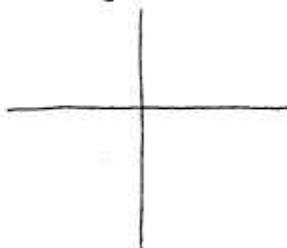
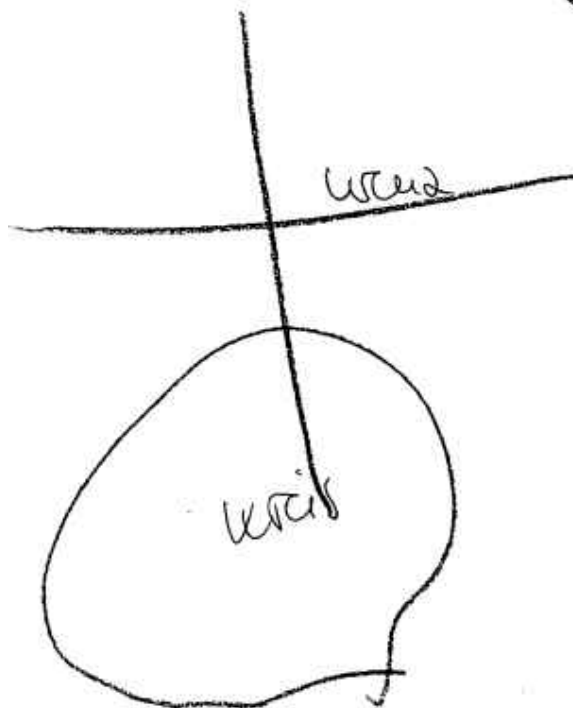
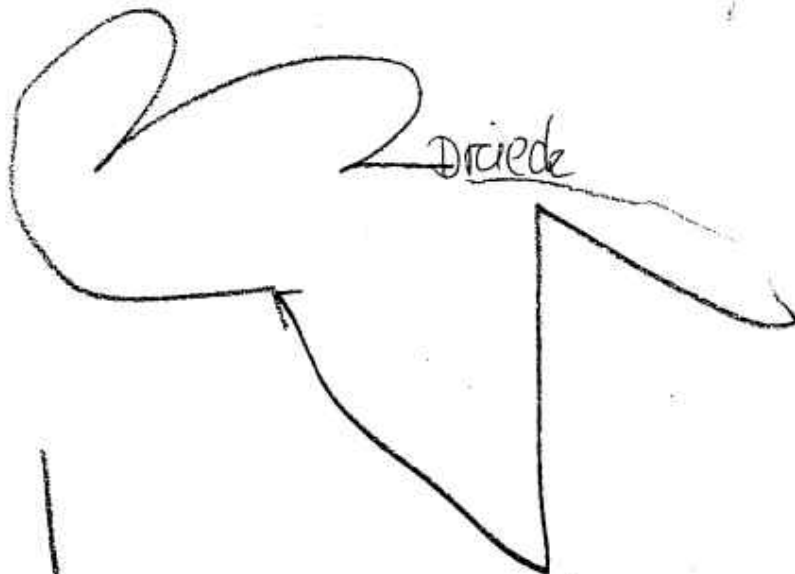
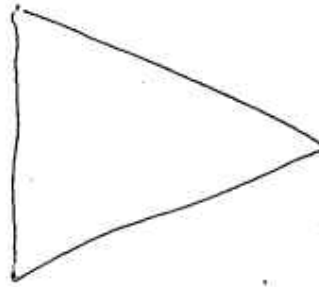
6jähriges Mädchen
Allgemeine Entwicklungsretardierung

- Maßnahme:
→ § 39 BSHG
→ multimodale Förderung



gleiches Kind wie Vorseite

Aufgabe: Vorgezeichnete Figuren nachmalen

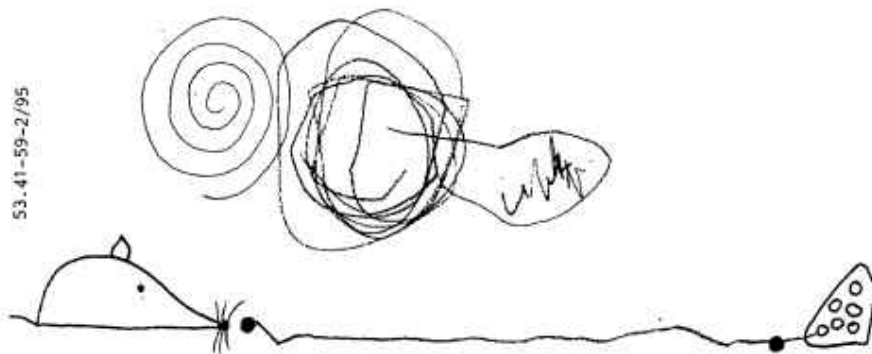


**Normal intelligenter Junge mit zentraler Bewegungs- und Koordinationsstörung,
Störung der Perception und sensorischen Integration.**

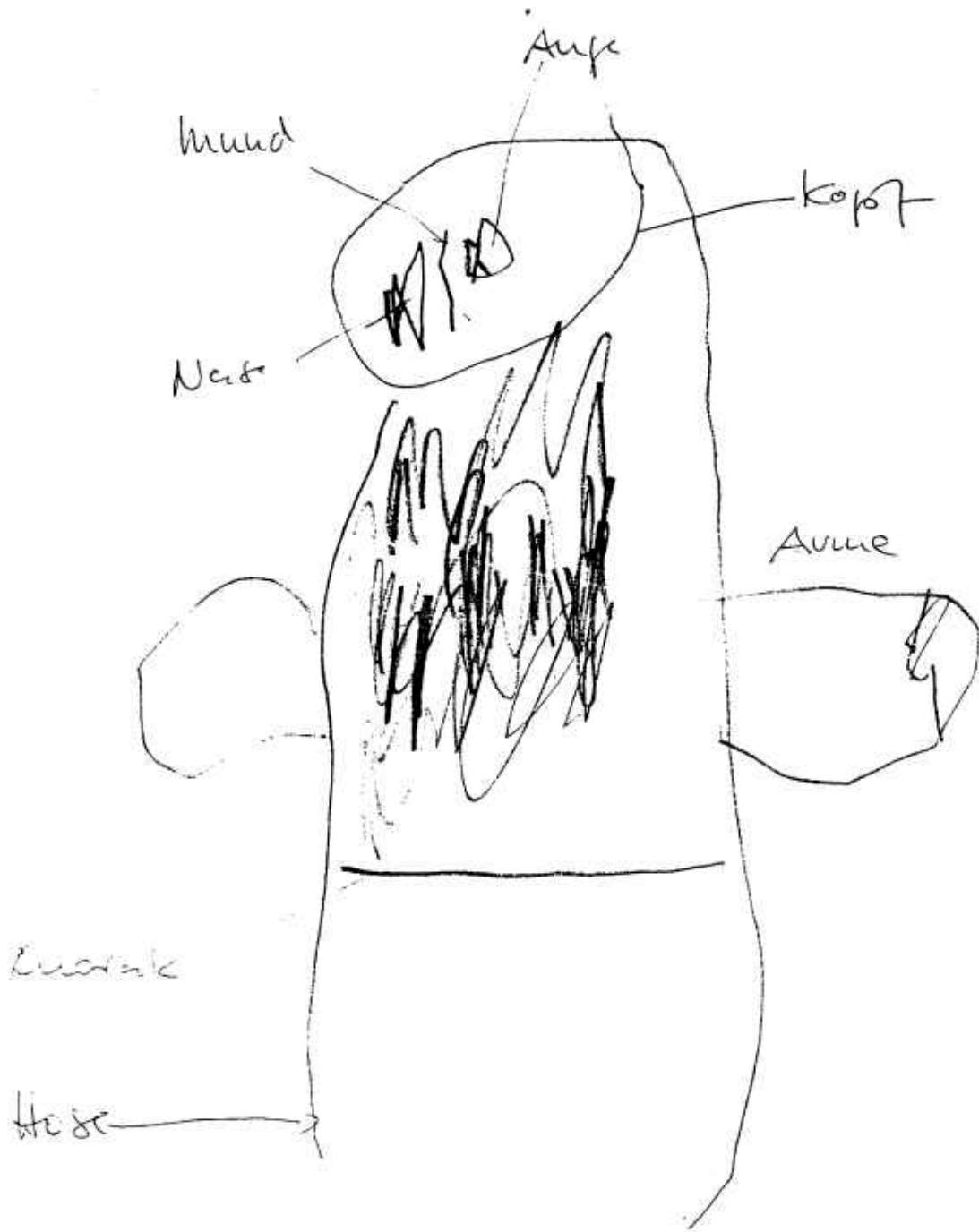
Maßnahme:

→ § 39 BSHG

→ multimodale Förderung



gleiches Kind wie Vorseite

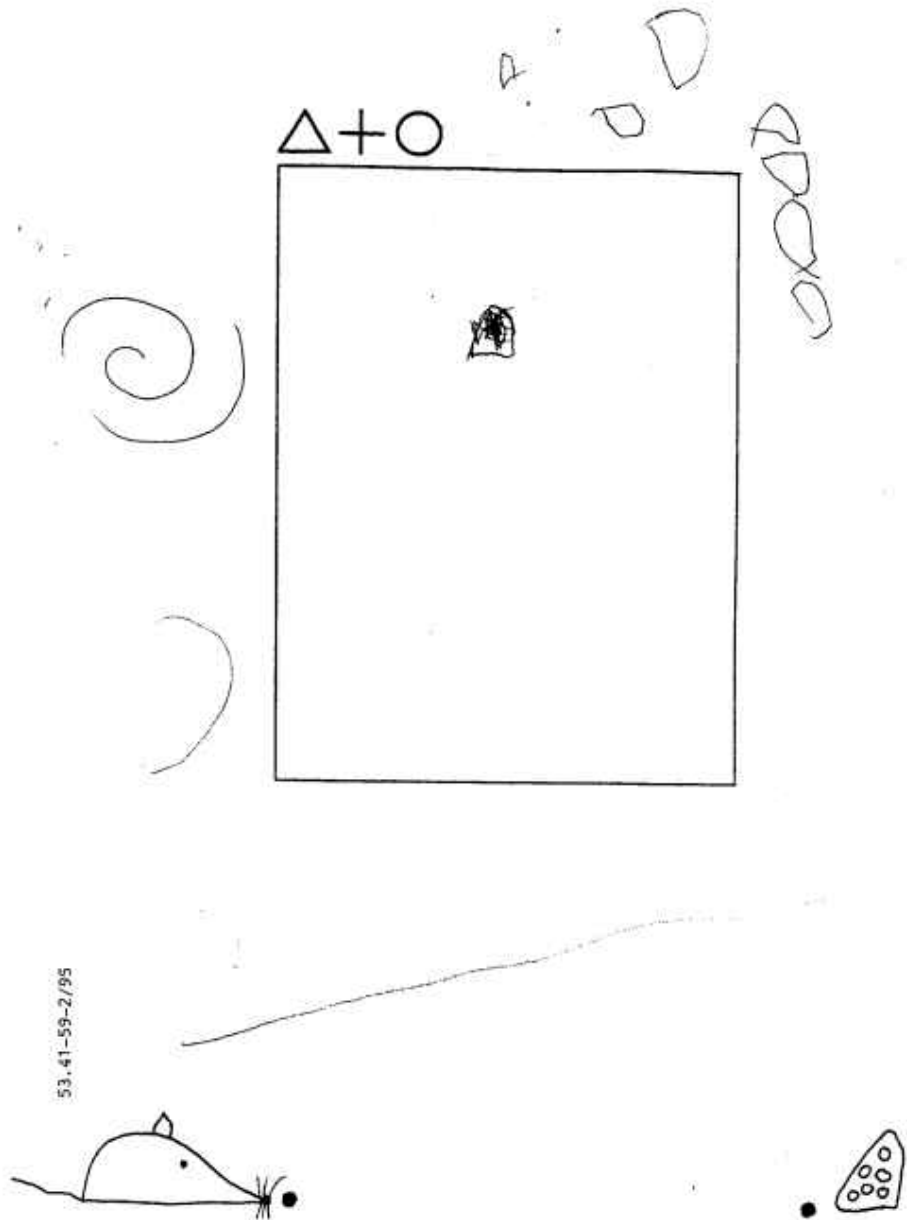


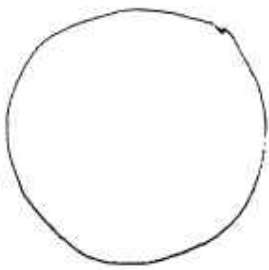
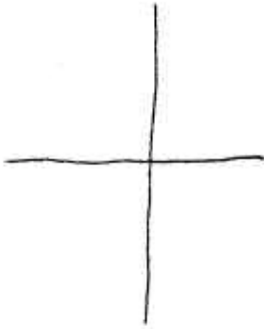
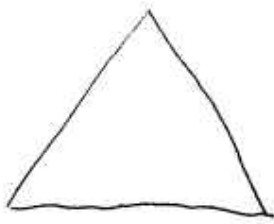
Vernachlässigter 6-jähriger Junge einer alleinerziehenden türkischen Mutter mit mehreren Kindern

Maßnahme:

→ § 39 BSHG

→ multimodale Förderung





gleiches Kind wie Vorseite

Aufgabe: Vorgezeichnete Figuren nachmalen

ad b) Grobmotorik

Bei der Beurteilung der grobmotorischen Leistung orientieren wir uns an den im SOPHIA - Programm vorgegebenen Bewertungen, die im Einklang mit bekannten Bewegungsstandards sind.

Die Beurteilung erfolgt *motoskopisch* - durch qualitative Erfassung mittels Beobachtung, *motometrisch* - durch quantitative Erfassung mittels Messung motorischer Merkmale.

Die modernste, aber auch schwierigste Beurteilungsmethode, ist die nach Brechtl durch Beobachten. Einem erfahrenen Beobachter gelingt es

- Persistenz primitiver Bewegungsmuster,
- eingeschränkte Variabilität,
- geringe Frequenz,
- abnorme Körperhaltungen,
- konstante Asymmetrien,
- Tonusanomalien u. a.

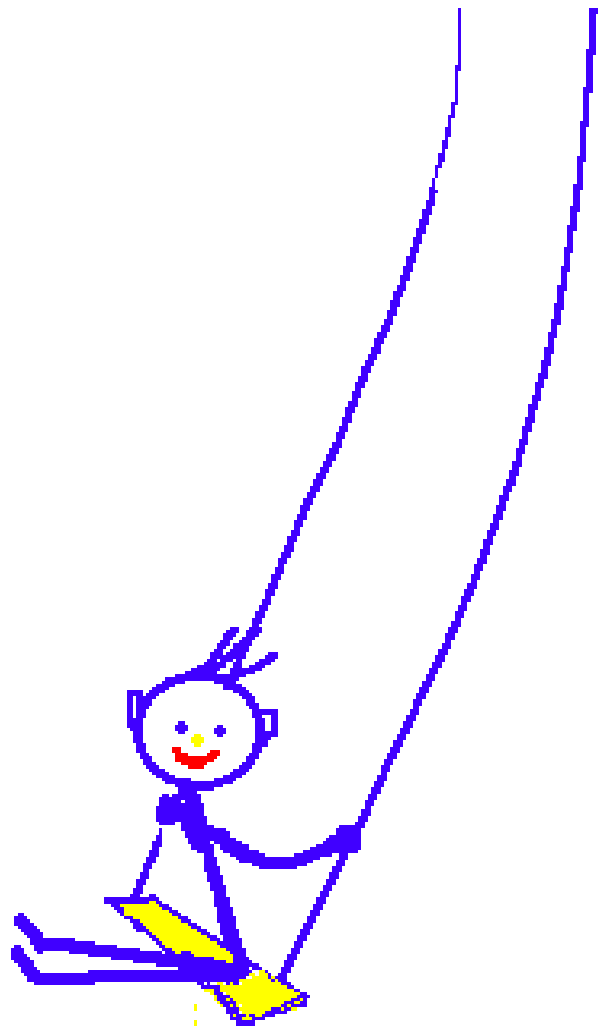
in der Spontanmotorik ebenso wie in standardisierten Bewegungsabläufen zu erkennen (vielfach wird dies auch per Videoaufnahme überprüfbar). Damit werden wichtige Hinweise für Diagnose und Therapie erhalten.

6.1.4 Funktionsinhalte/ Motorik

Die **motorischen Primärbedürfnisse** des heranwachsenden Kindes scheinen mehr und mehr in Vergessenheit zu geraten und sind doch für die gesunde Entwicklung so bedeutsam.

Einige von ihnen seien hier kurz aufgeführt:

- Davon- und Schnelllaufen,
- Hoch- und Herabspringen,
- Schaukeln, durch den Raum schwingen,
- Höhe erklettern und Ausschau halten,
- Rollen, Kullern, Drehen,
- sich bis zur wohltuenden Erschöpfung anstrengen u. a.



Mit Hilfe unserer in der Untersuchung angewandten motoskopischen und motometrischen Verfahren lassen sich im Wesentlichen folgende Aussagen treffen:

Aussage über	Methode
Muskelspannung	Langsitz Schlusssprung monoped. Hüpfen Zehengang, Hackengang und Seiltänzerengang VSRT/ Mann- Zeichen- Test
Leistung- bzw. Präferenzdominanz	Einbeinstand monopedales Hüpfen Finger-Daumen-Oppositionsbewegung VSRT Mann- Zeichen- Test
Bilateralintegration	Schlusssprung Seiltänzerengang Finger- Nase- Versuch
Gleichgewicht	Einbeinstand Seiltänzerengang Zehengang Hackengang
Seitendifferenz bzw. Bewegungsasymmetrien	Einbeinstand Einbeinhüpfen Zehengang Hackengang Finger-Daumen-Opposition Ball prellen
Beweglichkeit und Behendigkeit	Gesamtablauf

Wichtige **Funktionsinhalte** der Bewegung sind (kurz dargestellt):

1. Bewegung ist Lernhilfe

“Wir lernen etwas, wenn wir selber motorisch aktiv sind. Das Schlimme ist die Passivität, also einfach nur sitzen und konsumieren” (Zitat Poppel, Humanwiss. Zentrum München, 1999).

2. Bewegung ist Orientierungshilfe

Turnhallen - aber nicht nur diese! - sind ein ideales Übungsfeld für

- Raumorientierung, die von zentraler Bedeutung ist für die Rechts-Linksunterscheidung, für Zahlenverständnis, Lesen und Schreiben;

- spielerisches Üben der Koordination (Auge- Hand, Hand- Hand, Hand- Fuß etc);
- Körpererfahrung: Körperimago (wie ich den Körper fühle)
Körperbegriff (was ich vom Körper weiß)
Körperschema (“kortikale Landkarte” vom Körper)

3. Bewegung verhilft zum Wohlbefinden

- Könnensoptimismus
- Lebensfreude
- positives Selbstbild
- soziale Integration und Zusammengehörigkeitsgefühl
- Unternehmungsgeist u. a.

Wer joggt oder regelmäßige Spaziergänge u. ä. betreibt, weiß um diese Wirkung.

4. Bewegung trainiert die Wahrnehmung

Eine Vielzahl von Regelkreisen bilden ein kompliziertes Netzwerk und ermöglicht Agieren und Reagieren, Lernen durch sensomotorische Integration (s. a. u. 6.1.2).

6.1.5 Ursachen für Bewegungsmangel

Da die im Kindes- und Jugendalter eingespielten und gefestigten Gesundheitsverhaltensmuster meist im weiteren Lebensverlauf unverändert beibehalten werden, kommt der Analyse der Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten eine große Bedeutung zu. Sicherlich ließen sich die hier aufgeführten Risikofaktoren um viele weitere ergänzen. Aus unserer Sicht möchten wir anführen:

1. Armut (s.a. unter 7.2) bedeutet

- weniger Akzeptanz, weniger Freunde, Rückzug aus förderlichen Gruppierungen
- auch aufgrund mangelnder finanzieller Möglichkeiten geringere Inanspruchnahme von Freizeitangeboten
- Mangel an Zuwendung

2. Mangel an Zuwendung

Unterhaltungstechnik übernimmt zu Ungunsten zwischenmenschlicher Beziehungen und Tätigkeiten inzwischen die Führung im Freizeitverhalten. Damit in Zusammenhang steht

3. der Mangel an eigener sinnvoller Aktivität und Kreativität

Wo können in den Städten Kinder in “freier Wildbahn” freies Spiel mit Spielkameraden erleben?

4. unbefriedigende gesellschaftliche Bedingungen

Die selbstständige Umweltaneignung des Kindes wird mehr und mehr begrenzt. Dies beginnt bei perfekt vorgefertigtem Spielzeug, geht über institutionalisierte und organisierte Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten bis hin zur favorisierten, konsumorientierten Lebenseinstellung.

Was ist nötig, um den zunehmenden Bewegungsmangel und der daraus resultierenden defizitären Bewegungsqualität wirksam zu begegnen?

- mehr Gesundheitsaufklärung und -förderung in Kindergärten und Schulen
- Änderung der Lebensgewohnheiten und -einstellungen im privaten und öffentlichen Bereich
- Ursachenforschung

6.2 Untersuchungsergebnisse im Bereich Motorik

6.2.1. Motorik- Gesamtergebnisse der letzten zwei Jahre

Etwa ein Drittel aller untersuchten Kinder ist bewegungsauffällig – wobei der überwiegende Teil (X) lediglich ungeübt bzw. ungefordert ist. Für diese Kinder geben wir den Eltern im Anschluss an die Untersuchung Hinweise und Beratung zur Bewegungsförderung – falls ratsam auch für die ganze Familie.

ESU	0	X	A/B	A/B/X
2000 n = 1143	62,8	20,5	15,5	36
2001 n = 1174	63,8	22,4	11,7	34,1

Dennoch ist der verbleibende "harte Kern" (A/B) mit therapiebedürftigen *Bewegungsstörungen* zwischen 12 – 15% des Jahrgangs als sehr hoch einzustufen.

In der nachfolgenden Tabelle haben wir die Bewegungsauffälligkeiten in Korrelation zu anderen Erhebungsmerkmalen gestellt.

Tab.: Motorische Auffälligkeiten (A/B/X- Werte) in den vergangenen zwei Untersuchungsjahren (Angaben in %)

Bezugsgruppe	ESU 2000	ESU 2001
Gesamtpopulation	36	34
niedriger Bildungsgrad	41	39
mittlere Bildungsgrad	35	33
hoher Bildungsgrad	24	23
normgewichtige Kinder	34	31
übergewichtige Kinder	44	45
untergewichtige Kinder	40	42

Kinder aus der unteren Bildungsschicht und Kinder, die in ihrem Körpergewicht beeinträchtigt sind, sind in ihrem Bewegungsverhalten schwächer als alle anderen Kinder. Kinder aus der oberen Bildungsschicht zeigen die wenigsten Bewegungseinschränkungen.

6.2.2 Motorik und Körpergewicht

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern nimmt weltweit in allen industrialisierten Ländern zu. In Deutschland sind mittlerweile 10 bis 20% aller Schulkinder übergewichtig.

Der BMI = Body Mass Index (Körpergewicht in kg/ Körpergröße in m²) wird von der European Childhood Obesity Group (ECOG) zur Charakterisierung von Übergewicht und Adipositas empfohlen. Danach gilt:

- >13 Untergewicht
- 13- 17 Normalgewicht
- 17 Grenzbereich
- 18- 20 Übergewicht
- >= 20 Adipositas

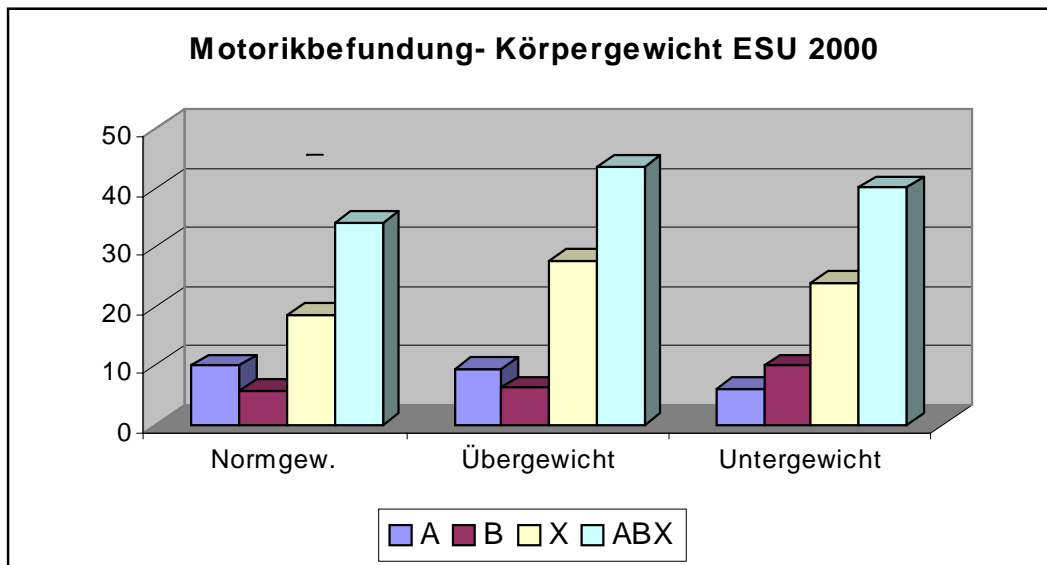
Entsprechend dieser Definition ergab sich bzgl. des Körpergewichtes in den Einschulungsuntersuchungen der vergangenen zwei Jahre folgendes Bild:

	Normgewicht	> Normgewicht	< Normgewicht
ESU 2000 n= 1143	74,2	21,4	4,4
ESU 2001 n= 1174	47,8	21,3	3,9

Dicke Kinder werden in der Schule gehänselt, denn sie können im Sport nicht mit den anderen mithalten. Körperliche Aktivität und Spiel und Sport im Freien ist zu häufig verdrängt durch ein Erleben aus der „Konserve“ Fernseher und Computer. Das schlägt sich nicht nur nieder im Körpergewicht sondern für uns gut sichtbar auch in Bewegungsauffälligkeiten nieder.

Sind bei den normgewichtigen Kindern 34% in ihrem Bewegungsverhalten auffällig, so sind es bei den Übergewichtigen 45%. Hatten im Jahr 2001 knapp 10% der normgewichtigen Kinder einen therapiebedürftigen motorischen Befund, hatten im gleichen Jahr knapp 16% der Übergewichtigen eine solche Einschätzung erhalten.

BMI	0	A	B	X	ABX	gesamt
<13	60	6	10	24	40	100 n= 50
13-<17	65,75	9,9	5,8	18,5	34,25	100 n= 838
17->= 20	56,4	9,5	6,2	27,8	43,6	100 n= 241
gesamt	100 n= 717	100 n= 109	100 n= 69	100 n= 234	100 n= 412	100 n= 1129



Die meisten Bewegungsauffälligkeiten finden wir erwartungsgemäß bei den übergewichtigen Kindern. Alle Werte – außer „A“ (hier besteht fast Gleichstand zu den Normgewichtigen) sind größer als in den Vergleichsgruppen. Die „B“-Werte sind bei den Über- und Untergewichtigen am höchsten, bei den Normgewichtigen am niedrigsten. Möglicherweise erhalten die durch ihren Habitus auffallenden Kinder eher eine Therapie als vom Habitus her Unauffällige.

6.2.3 Motorik und Sprache

Da Auffälligkeiten im Bereich Motorik häufig gepaart sind mit Sprachstörungen wollen wir hier die Daten nebeneinander stellen.

Tab.: Häufigkeit therapiebedürftiger Störungen in den Bereichen Sprache und Motorik

ESU	Motorik - A/B	Sprache - A/B
2000 n = 1143	15,5	16,4
2001 n = 1174	11,7	14,2

In dieser Tabelle haben wir die Sprachauffälligkeiten und die Bewegungsauffälligkeiten des Untersuchungsjahrgangs **nebeneinander** gestellt, also 2000 gab es 15,5% stark bewegungsauffällige Kinder und daneben 16,4% Kinder, denen wir Sprachtherapie empfohlen haben oder die bereits in logopädischer Betreuung waren.

Nachstehend führen wir Kinder auf, die sowohl Bewegungs- als auch Sprachstörungen aufwiesen.

ESU 2000

Motorik – A/B = 15,5%	Sprache– A/B = 16,4%		
	A	B	gesamt
A	18,2	9,1	27,3
B	1,5	36,4	37,9
gesamt	19,7	45,5	

- Kinder, die im Bereich Sprache **und** Motorik von uns als therapiebedürftig eingestuft wurden, aber bislang noch keine Behandlung erhielten, fanden wir zu 18,2%.
- 36,4% waren zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung bereits in logopädischer **und** motorischer Therapie.
- 9,1% der Kinder erhielten schon Sprachtherapie und bekamen von uns die Einschätzung "A", also Arztüberweisung, bzgl. der Motorik.
- 1,5% der Kinder waren in Bewegungstherapie als sie von uns die Überprüfungsempfehlung bzgl. ihrer Sprache erhielten.
- Eine Komorbidität besteht in ca. 30% bis 40%.

ESU 2001

Motorik A/B = 11,7%	Sprache A/B = 14,2%		
	A	B	gesamt
A	22,0	9,3	31,3
B	6,8	27,8	34,6
gesamt	28,8	37,1	

- Auch hier ist eine Komorbidität (Sprache/ Motorik) bei 29 – 37% der Kinder zu beobachten.
- Erfreulich ist die Tatsache, dass wie im Vorjahr der größere Teil bereits in Behandlung war.
- Den Anteil der Kinder, die in **beiden** Bereichen **erstmalig** in der ESU als therapiebedürftig eingestuft wurden, empfinden wir mit 22% als sehr hoch.

Warum letztendlich diese Auffälligkeiten "im Paar" auftreten, lässt sich hier nicht beantworten. Unsere Untersuchung ist zur Beantwortung dieser Frage nicht geeignet und diese Berichterstattung lediglich deskriptiv.

6.3 Motorik/ U9- Teilnahme

	A/B- Befunde	X- Befunde
ESU 2000 n = 1142	15,5	20,5
U9 = ja n = 769	14,6	20,4
U9 = nein n = 373	17,7	20,6
ESU 2001 n = 1174	11,7	22,4
U9 = ja n = 790	10,7	20,6
U9 = nein n = 381	13,9	26,0

Der Anteil der in der Motorik therapiebedürftigen Kinder ist bei nicht durchgeführter U9 eindeutig höher, als bei den Kindern mit dokumentierter Vorsorgeuntersuchung U9.

Trotz absolvierter U9 imponieren 14,6 bzw. 10,7% (112 bzw. 84 Kinder) in der ESU in ihrem Bewegungsverhalten als therapiebedürftig.

Bei den bewegungsförderbedürftigen Kindern handelt es sich um 157 (ESU 2000) bzw. 163 (ESU 2001) Kinder.

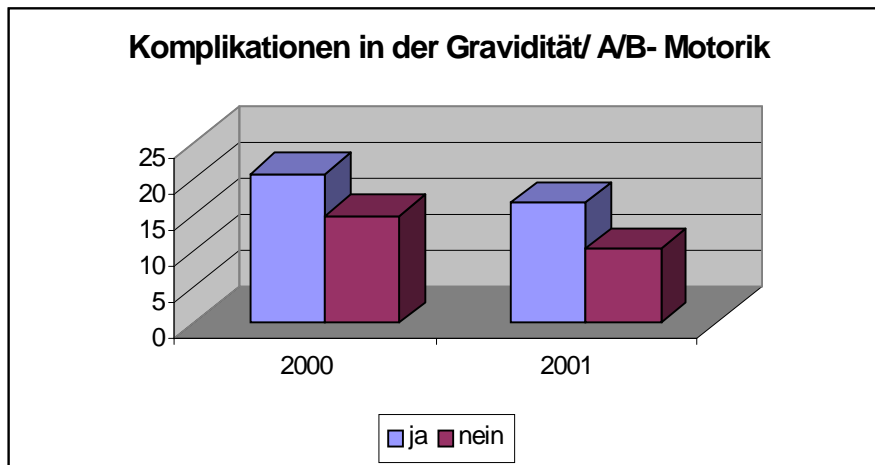


6.4 Einflussfaktoren

6.4.1 Schwangerschaft

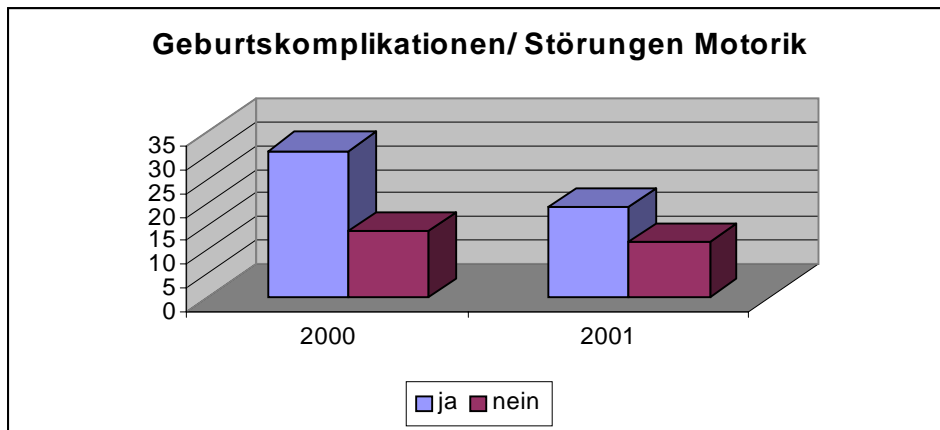
Odds Ratio zeigt hier an, um das Wievielfache bei den angegebenen Items (Gravidität, Geburt, Sprache etc) das Risiko bei den "Ja- Kindern" gegenüber den "Nein- Kindern" erhöht ist, motorische Störungen zu entwickeln.

	Komplikationen während der Schwangerschaft			
Therapiebedürftige Störung der Motorik	2000		2001	
	nein	ja – 16,5%	nein	ja- 21,6%
A/B	14,9	20,7	10,2	16,6
Odds Ratio	-	1,6	-	1,7



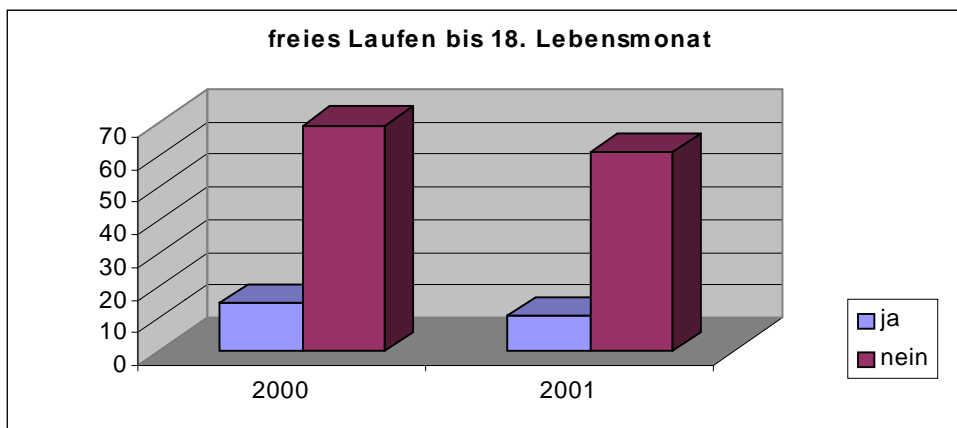
6.4.2 Komplikationen während der Geburt

	Komplikationen während der Geburt			
Therapiebedürftige Störung der Motorik	2000		2001	
	nein	ja – 8,2%	nein	ja- 5,7%
A/B	14,1	30,9	11,6	19,0
Odds Ratio	-	2,3	-	1,8



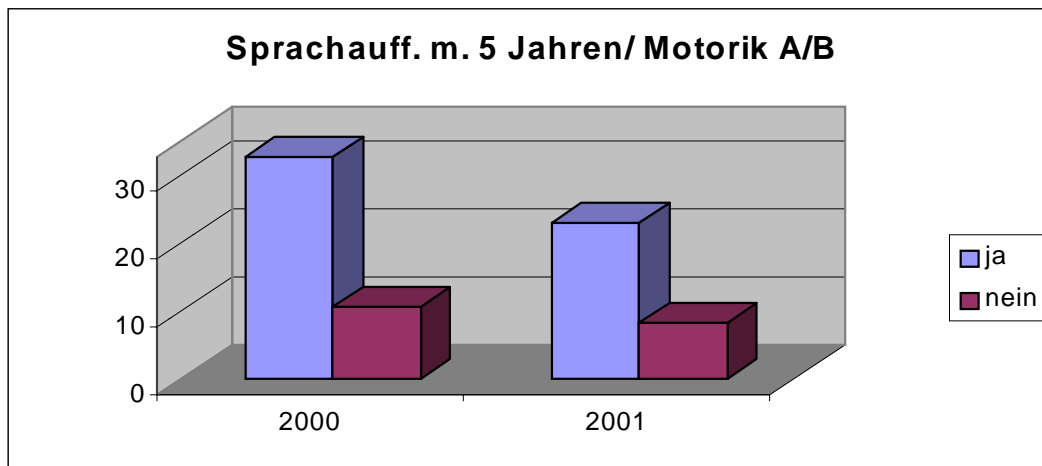
6.4.3 Verzögerte motorische Entwicklung

Therapiebedürftige Störung der Motorik	Freies Laufen bis 18. Lebensmonat			
	2000		2001	
	nein- 2% d. Jg.	ja –	nein- 3% d. Jg.	ja-
A/B	69,1	14,7	61,1	10,7
Odds Ratio	4,8		5,7	



6.4.4 Sprachauffälligkeiten mit 5 Jahren

Therapiebedürftige Störung der Motorik	Sprachauffälligkeiten mit 5 Jahren			
	2000		2001	
	nein	ja 20,5% d. Jg.	nein	ja- 19,5% d. Jg.
A/B	10,6	32,9	8,4	23,2
Odds Ratio	-	3,3	-	2,8



Zusammenfassung:

Bei Kindern mit therapiebedürftigen motorischen Störungen zum Zeitpunkt der ESU 2000 lag anamnestisch vor zu:

- 69% eine verzögerte motorische Entwicklung
- 33% Sprachauffälligkeiten mit 5 Jahren
- 31% Komplikationen unter der Geburt
- 21% Komplikationen in der Gravidität

6.5 Bei welchen Kindern finden wir therapiebedürftige Bewegungsstörungen?

Die **Indikation** zur Therapie ist gegeben, wenn es dem Kind nicht gut geht (Ganzheitskonzept nach Petö, Normvarianten nach Largo, Entwicklungsbeurteilung nach Michaelis), da das mit Sicherheit auftretende Vermeidungsverhalten am Ende Defizite bewirkt, die größer sind als die eigentliche Schwäche (Störung).

6.5.1 Aus unserer Sicht lassen sich diese Kinder in folgenden **vier Gruppen** finden:

1. Kinder mit erheblichen Auffälligkeiten auch in anderen Bereichen (kombiniertes Störungsbild), die nach § 39 BSHG als "von Behinderung bedroht" einzustufen sind, bei denen eine organische Ursache aber nicht eruiert werden konnte,
2. Kinder mit organischen Störungen, in deren Folge auch Bewegungsstörungen zu beobachten sind (ohne Kinder mit Behinderungen),

3. Kinder mit Behinderungen (§39 BSHG) und Bewegungsstörungen,
4. Kinder, die aus unterschiedlichsten Gründen ihre Basiskompetenzen vorwiegend sowohl im sozioemotionalen als auch motorischen Bereich nicht entwickeln konnten und bei denen Sekundärsymptomatik (hyperkinetische Störung, emotionale Störung, Verhaltensstörung, koordinierte Bewegungsstörungen) zumindest für einen befristeten Zeitraum Therapie erforderlich macht.

Wie sieht es mit der **Häufigkeitsverteilung dieser vier Gruppen** in der Untersuchungsgruppe "A/B Motorik" aus?

- Von Behinderung bedroht sind 1,4 - 1,8% eines Jahrgangs - Tendenz steigend.
- In der Gruppe der Kinder mit organischem Grundleiden haben wir 8 - 10% eines Jahrgangs - relativ unverändert seit Jahren.
- In der dritten Gruppe finden sich 2 - 4% eines Jahrgangs Kinder mit Behinderungen - Tendenz: leichter, aber kontinuierlicher Anstieg.
- Diese Kinder finden wir zu 9 - 12%/ Jahrgang - Tendenz auch hier steigend.

6.5.2 Unter Berücksichtigung allgemein gültiger Kriterien bei der **Therapiewahl** wie:

- psychosoziale Situation
- mentale Fähigkeiten und intrinsische Motivation
- Mitarbeit durch die Familie
- regionales Angebot

sind die von uns diesen Kindern (Eltern) **empfohlenen Maßnahmen** (den o.g. Gruppen entsprechend):

- ad 1. Hier muss eine fachübergreifende Therapie mit verschiedenen Ansätzen und Methoden versuchen, die drohende Behinderung abzuwehren.
Unsere Empfehlung hier: Zurückstellung von der Einschulung und multimodale Förderung für ein Jahr.
- ad 2. Die Empfehlung kann hier nur sein:
Schulrelevante Maßnahmen entsprechend dem vorliegenden Grundleiden und Physiotherapie oder auch Ergotherapie, (je nach Leitsymptomatik)
- ad 3. Je nach Art der vorliegenden Behinderung wird Sonderpädagogische Überprüfung und Physio- oder Ergotherapie empfohlen
- ad 4. Für diese Kinder empfehlen wir fallbezogen Einschulung oder Zurückstellung (je nach Schweregrad der Beeinträchtigung), anfänglich Ergo- Einzeltherapie und anschließend Psychomotorik oder nur Psychomotorik (je nach Leitsymptomatik und Schweregrad)

6.5.3 Was ist Psychomotorik?

In der psychomotorischen Erziehung liegt der Schwerpunkt auf dem **Bewegungs-erleben in der Gruppe**.

Psychomotorik heißt das therapeutische Zauberwort, das

- **Körperübungen**
- **Wahrnehmungstraining** und
- **Rollenspiel** vereint und so auch die
- **Tapsigen und Zappligen,**
- **die Unsicheren und Unkoordinierten,**
- **die Linkischen und Übereiligen,**
- **die Gehemmtten und Fahrigen**

in ihrem eigenen Tempo spielerisch verführt und sie aus ihrer ganz persönlichen Misslingensspirale herausführt.

6.5.4 Psychomotorische Prozesse sind:

- Spaß und Freude an Bewegungsaktionen
- in den Körper hineinspüren und ganzheitlich wahrnehmen
- sich anstrengen, außer Atem sein und sich im Körper wohlfühlen
- Körperausdruck und Körperbotschaften am eigenen Leibe spüren und bei anderen wahrnehmen
- Nähe und Distanz spüren
- in Kontakt und in Beziehung mittels körperlicher Begegnung sein
- mutig sein, etwas riskieren
- aus dem Gleichgewicht geraten und wiederfinden
- äußeres Berührtwerden und innere Berührung spüren
- Nah- und Fernsinn spüren und bewusst nutzen
- den Eigensinn entdecken und erleben
- eigene Grenzen spüren, sich begrenzen können und Grenzen überwinden

6.5.5 Was ist Ergotherapie?

Ergotherapie (früher auch Beschäftigungs- und Arbeitstherapie) hat die Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten zum Inhalt.

Mit Hilfe komplexer aktivierender und handlungsorientierter Methoden und Verfahren unter Einsatz funktioneller, spielerischer, handwerklicher und gestalterischer Techniken und adaptierter Übungsmaterialien soll das Behandlungsziel erreicht werden (Ferber, 2001).

6.5.6 Versuch einer Abgrenzung Sportverein/ Psychomotorik/ Ergotherapie

	Sportpädagogik	Psychomotorik	Ergotherapie
Klientel	sportbegabte resp. interessierte Kinder u. Jugendliche	entwicklungs-, lern- u. verhaltensauffällige Kinder u. Jugendl.	Kranke, Behinderte u. v. Behinderg. Bedrohte, entwicklungs-/ .lernauff. Kinder u. Jugendl.
Methode	Produktorientierung/ Training	Prozessorientierung/ Übung/ Spiel	Prozessorientierung/ Übung in Einzel- u/ o. Kleingruppentherapie
Instrument	leistungsorientiertes Nachvollziehen vorgegebener Bewegungsabläufe	persönlichkeitsbezogene, themenorientierte aber freie Handlungsabläufe in offenen Bewegungssituationen in der Gruppe	1.sensomotor./perzeptive 2.motor./ funktionelle 3.neuropsychologische 4.verarbeitungs/ wahrnehmungsfördernde 5.handwerklich/ feinmotor. Therapie 6.Selbsthilfe u. prakt. Lebensführung 7.Hilfsmittelberatung
Wirkung	Qualifizierung durch Erreichen bestimmter sportlicher Leistungen	Positive Entw. Impulse durch ganzheitliches Zusammenwirken v. Bewegung, Denken, Wahrnehmung, Fühlen Erleben u. Gestalten	
Ziel	herausragende Leistungen/ Spitzenleistungen	allgemeine Handlungskompetenz basierend auf gesundem Selbstbewusstsein, Motivation u. Kommunikation	Wiederherstellg., Entwickl., Verbesserung., Erhaltg. o. Kompensation krankheitsbedingter Störungen v. motor., sensor., psych. u. kognitiven Funkt. u Fähigk.

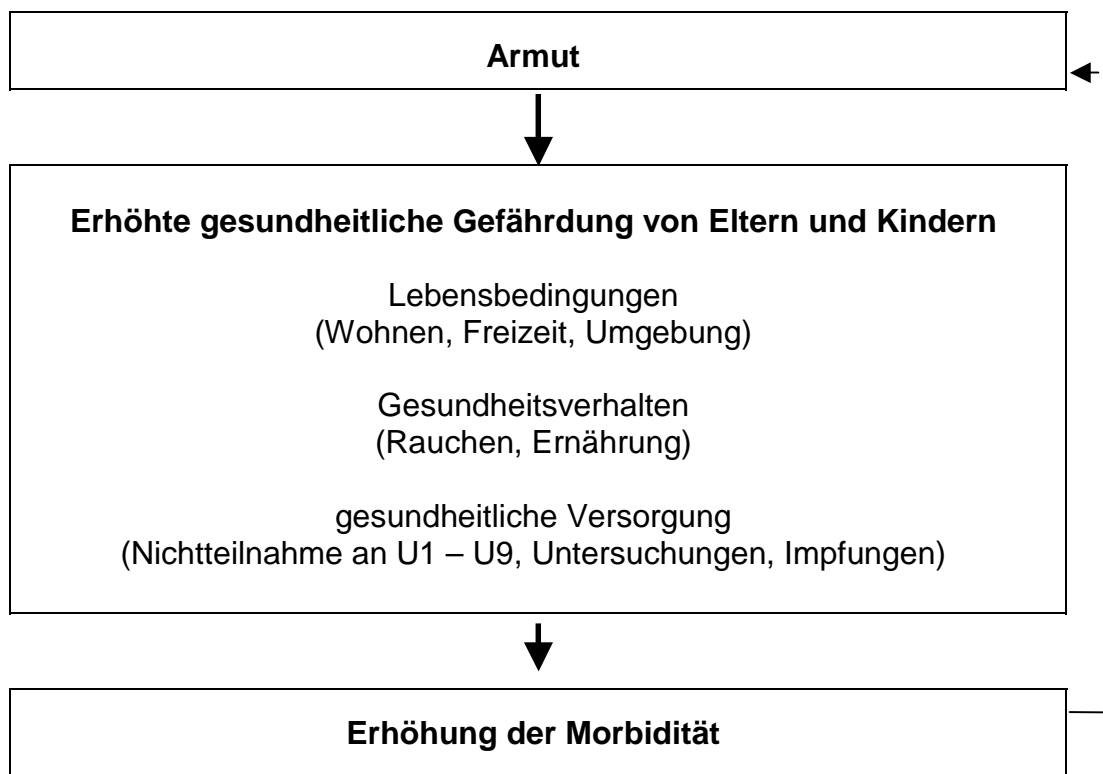


7. Abschließende Bemerkungen über Zusammenhänge von sozialer Ungleichheit, Armut und Gesundheit

7.1 Zusammenhänge

Eine Vielzahl von Studien belegt den Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen und der sozialen Ungleichheit und Armut. Neben anderen Kind – (Genetik, Frühgeburtlichkeit, Intelligenz, Temperament) und umweltbezogenen – (psychische Erkrankungen und/ oder chronische Disharmonie in der Familie, sehr junge Elternschaft) **Vulnerabilitätsfaktoren** wirken sich Armut bzw. soziale Ungleichheit besonders ungünstig auf die allgemeine Entwicklung, das Gesundheitsverhalten, die Vitalität und Morbidität der Betroffenen aus. Das Zusammenspiel entstehender unerwünschter Gesundheits- und psychosozialer Verhaltensmuster einerseits und andererseits schon vorliegender gesundheitlicher Beeinträchtigungen skizziert eine ungünstige Gesundheitsbiografie dieser Jugendlichen.

Tab.: Modell der Verknüpfung von Armut und Krankheit im Kindes- und Jugendalter (nach Mielck, 2001)



Wir haben in Salzgitter einen weit höheren Bevölkerungsanteil mit niedrigem Bildungsniveau als die anderen Sophia- Anwender- Kommunen (s. u. 6). Man kann niedriges Bildungsniveau nicht mit Armut gleichsetzen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Kinder dennoch in diese Population hineingehören, wenn man Armut nicht als Einkommensarmut definiert, sondern die gesamte Lebenssituation mit einbezieht, ist doch außerordentlich hoch und der Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und sozialer Ungleichheit und Armut unumstritten. Wir möchten deshalb auszugsweise auf die Forschungsergebnisse der AWO/ISS- Studie eingehen.

Die AWO- Studie unter dem Titel "gute Kindheit- schlechte Kindheit"(2000) ist die erste wissenschaftliche Untersuchung, die nicht nur statistische Zahlen zusammenfasst, sondern konkret die Lebenssituation und die Folgen für die Kinder und Jugendlichen beschreibt. In die Studie des Frankfurter Instituts für **Sozialarbeit** und **Sozialpädagogik (ISS)** waren rund 2750 Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe der AWO einbezogen - etwa die Hälfte davon waren Kindertagesstätten.

Danach sind rund 38% der armen Kinder in ihrem Spiel- und Sprachverhalten gestört (in Salzgitter 35% der Kinder aus dem unteren Bildungsquartil).

Sie werden als *kontaktärmer, passiver, weniger wissbegierig, mit häufigeren gesundheitlichen Problemen, in körperlicher Entwicklung zurückgeblieben und mit eingeschränkten Zukunftschancen* beschrieben. Nur 69% der armen 6-Jährigen schaffen den Sprung in die Grundschule, gegenüber 88% der Nichtarmen (in Salzgitter 80% der Kinder aus dem unteren und 94% der Kinder aus dem oberen Bildungsbereich).

Armut ist nicht nur durch die Einkommenssituation der Familie, sondern auch durch die gesamte Lebenslage des Kindes – also mehrdimensional – bestimmt.

Armut wird dabei nicht als ein Sammelbegriff für alle benachteiligten Lebenslagen verwendet, sondern sehr wohl primär an der materiellen Mangellage festgemacht.

Zentrale Kategorien der Armut, die insgesamt bei jeder Beurteilung berücksichtigt werden müssen, sind nach dieser Studie:

- die materielle Versorgung des Kindes
- seine kulturellen Ressourcen und Probleme (s. u.)
- seine sozialen Ressourcen und Probleme (s. u.)
- seine gesundheitliche Lage (physisch und psychisch, s.o.)

Von den armen Vorschulkindern aus dieser Studie waren z.B. 40% in der Grundversorgung, 36% im kulturellen Bereich und 31% in ihrem Gesundheitszustand eingeschränkt.

Ca. jedes 7. Kind bzw. jeder 7. Jugendliche unter 18 Jahren lebt in Deutschland unter der Armutsgrenze (50%- Grenze relativer Einkommensarmut und Sozialhilfegrenze). Bei der Gruppe der bis 7- Jährigen liegt die Sozialhilfequote (Sozialhilfeanteil an Gesamtbevölkerung) mit 8,6% mehr als doppelt so hoch wie bei allen Sozialhilfeempfängern.

Die Untersuchung zeigt aber auch, dass ein Einkommen oberhalb der Armutsgrenze Kinder nicht immer vor massiven Benachteiligungen in zentralen Lebensbereichen schützt, denn auch etwa jedes siebente untersuchte nicht- arme Vorschulkind war mehrfach depriviert (bei armen Kindern trifft dies für jedes 2,7. Kind zu).

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Einblick in die **Befindlichkeit von 12- bis 16-jährigen Schulkindern** (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 03/ 01,S8).

Gesundheitsindikatoren	Armutsguppe	Übrige	Odds Ratio
Gesundheitszustand nicht sehr gut	12	7	1,8
Subjektives Wohlbefinden nicht sehr glücklich	20	11	2,1
Selbstbewusstsein selten/ nie	24	16	1,6
Hilflosigkeit häufig/ immer	9	4	2,3
Einsamkeit Sehr/ ziemlich oft	16	9	1,9
Fühle mich allgemein schlecht Öfters in der Woche	9	5	2,0
Schlafstörungen Öfters in der Woche	25	20	1,4
Kopfschmerzen Öfters in der Woche	14	12	***
Magenschmerzen Öfters in der Woche	11	7	1,8
N= 3272	588	2575	

Die Zusammenhänge sind signifikant auf dem Niveau $p < 0,05$

7.2 Ressourcen

“Leben ist Vielfalt”-

Akzeptanz und Toleranz der Normvarianten und damit Entlastung der Kinder von dem hohen Erwartungsdruck und der Eltern von der zwanghaften Vorstellung, “Spitzenkinder” heranziehen zu müssen tut Not!

Vor lauter Bestreben im immer “Höher, Weiter, Besser; Größer, Schöner” etc mitzumischen oder sogar an der Spitze zu agieren, wird Andersartigkeit immer weniger toleriert und voreilig als abnorm abgestempelt. Darin liegen tatsächlich große Gefahren sowohl für die Gesellschaft - denn sie bricht auseinander – als auch für den Einzelnen, falls er diesen neuen Anforderungen und Zwängen nicht entspricht. Sicherlich ist da auch viel Angst und Unsicherheit mit im Spiel.

Dennoch:”

Dass mindestens ein Viertel der Kinder irgendeine Form von Therapie oder pädagogischer Intervention erhält, ist, meine ich, nicht einfach eine Mode oder eine Frage des Angebots, sondern ist tatsächlich eine Not, ein Leidensdruck bei den Kindern und bei den Eltern. Die Frage ist, wie wir damit umgehen. Wenn man in der Familie mit den Kindern und vor allem in der Schule nicht anders umgeht, dann wird das Bedürfnis nach irgendeiner Form von Hilfe bestehen bleiben.”

Largo, 2001, Herbstkongress der Pädiater/ Bad Orb)

Emmy Werner und Ruth Smith haben in ihrer Untersuchung an armen Kindern in den Slums von Südamerika für die Entwicklung von Kindern **protektiv wirkende Faktoren** so zusammengefasst (Werner/ Smith, 1982. *Vulnerable but Invincible-study of resilient children*):

1. Dispositionen des Kindes,
die positive Reaktionen in der Umgebung auslösen, wie z. B. physische Attraktivität, positives Temperament, Intelligenz
2. Emotionale Bindungen und Sozialisierungspraktiken der Familie,
die Vertrauen, Selbständigkeit und Initiative fördern.
3. Externale Unterstützungssysteme,
die Kompetenzen des Kindes verstärken und die Entwicklung positiver Wertvorstellungen fördern.

Als **Resilienz** wird nach Petermann (1998) die Fähigkeit bezeichnet, "sich von den nachteiligen Folgen früher Erfahrungen schnell zu erholen oder angesichts belastender Lebensumstände ohne offensichtliche psychische Schäden zu bestehen und Bewältigungskompetenzen zu entwickeln."

Wo liegen also die **Ressourcen für die Stärkung der Kinder** im Einzelnen?
Welche protektiven Faktoren gilt es prophylaktisch einzusetzen?

1. Personale Ressourcen (des Kindes)

- weibliches Geschlecht (Kindheit)
- erstgeborenes Kind
- positives Temperament (flexibel, aktiv, sozial)
- positives Selbstwertgefühl (Selbstwirksamkeit)
- Intelligenz (> Durchschnitt)
- positives Sozialverhalten (sozial attraktiv)
- aktive Stressbewältigung



2. soziale Ressourcen (der Umgebung)

Familie:

- Stabile emotionale Beziehung
- zu einer Bezugsperson
- offenes, unterstützendes
- Erziehungsklima
- familiärer Zusammenhalt
- Modelle positiver Bewältigung

Umfeld:

- soziale Unterstützung
- positive Freundschaftsbeziehung
- positive Schulerfahrung

7.3 Handlungsmöglichkeiten

Mit dem Wissen um die Ressourcen, die protektiven Faktoren und die Fähigkeit zur Resilienz sollte es möglich sein, den Risiken von Armut und sozialer Ungleichheit zu begegnen.

1. Überregional steht die Forderung nach einer "kinderfreundlichen Gesellschaft" schon lange im Raum. Was könnte das im Einzelnen bedeuten? Hier nur einige Beispiele:

- Ganztagsbetreuung in den Kindertagesstätten als Option
- Schulreform hin zu einer fordernden und fördernden, motivierenden, flexibleren Ganztagschule für alle!
- Flexiblere Arbeitszeiten für alleinerziehende Mütter/ Väter
- Der Zugang zu Gesundheits- und Förderleistungen muss für arme Familien erleichtert werden. Die Neugestaltung des §20 SGB V und die Härtefallregelung der GKV sind bereits Schritte in diese Richtung.
- Gesundheitsförderung z.B. in Form von Programmen und Projekten müssen in den Kindertagesstätten und Schulen verstärkt als Unterstützungsfaktor für problembelastete Kinder und Jugendliche eingebracht werden.
- Die personelle Besetzung und damit mögliche Betätigungsfelder des ÖGD dürfen nicht weiter reduziert, sondern müssen im Gegenteil aufgestockt werden.
- Es sollten verstärkt wissenschaftliche Untersuchungen über Kausalzusammenhänge und Lösungsfaktoren sozialer Problemfelder z.B. analog der Mannheimer Studie, der AWO/ISS- Studie, der Resilienzuntersuchungen von Werner/ Smith durchgeführt werden – mit staatlicher Finanzierung und Unterstützung. Die Zusammenarbeit zwischen ÖGD (Datenfülle!) und Instituten/ Universitäten birgt eine Menge hervorragender Möglichkeiten.
- Die Umsetzung der bereits vorhandenen Ergebnisse in die Praxis muss schneller und unbürokratischer möglich sein.

2. Im regionalen Kontext könnte uns folgendes weiterbringen:

- Für uns ergibt sich auch weiterhin die Notwendigkeit zur klaren Unterscheidung zwischen Therapie- und Förderbedarf. Für die Kinder- und Jugendärzte des ÖGD in Niedersachsen ist dies m. H. des Sophia- Programms in hohem Maße möglich.
- Die Bereitschaft zu flächendeckender, regionaler Kooperation, gegenseitiges Wissen um die und Akzeptanz der Fachlichkeit des anderen sind unumgänglich und müssen verbessert werden, soll den Kindern geholfen und Unnötiges an Zeit- und Kostenaufwand vermieden werden.

- Kindergesundheitskonferenz: Kinderärzte aus Klinik, Niederlassung und KJGD diskutieren mit Politikern über das Thema: “Das Kind und sein Umfeld”
- Gleiche Veranstaltung denkbar unter Teilnahme der Pädagogen.
- Die Vorsorgeuntersuchungen in den Kindergärten sollten dem KJGD wieder flächendeckend ermöglicht werden, um problembelastete Kinder frühzeitig erkennen und fördern zu können.
- Die Möglichkeit zur Einrichtung eines “Spielhauses” in Salzgitter als offenes, kostenfreies Angebot insbesondere für Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien sollte eingeräumt werden.
- Gesundheitsinteresse und – förderung für Schulkinder sollte in Form von Projekten und Programmen endlich forciert werden können. Hierfür wäre die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kollegen oder in Kliniken tätigen Ärzten im Sinne auch der Konsenserklärungen der Bundesverbände von großem Vorteil, eine Personalaufstockung im KJGD und eine wesentlich verbesserte Zusammenarbeit zwischen Medizinern und Pädagogen nötig. Der Anfang ist trotz extrem knapper Personaldecke im ÖGD/ KJGD/ SZ gemacht mit dem Projekt “Rauchgewohnheiten der Schüler/Innen”.
- Zusätzliche Angebote im Freizeitbereich, die ohne großen finanziellen Aufwand möglichst in den Schulen vorgehalten werden und derzeit auf großes Interesse bei den Kindern und Jugendlichen stoßen, könnten sowohl Motorik als auch Motivation und Sozialisation positiv beeinflussen. Vorstellbar wären z B.: “Kampfkunst in der Schule” o.ä.
- Kooperationsprojekte mit TSV Salzgitter, Bildungs- und Sozialbehörden und Gesundheitsamt mit Ausschreibung eines “Preises zur Förderung des Kinderturnens”
- Angebote für Kinder mit ihren Eltern zusammen insbesondere Bewegungsangebote sollten ermöglicht werden. Beispiele: “Sporteln für die ganze Familie” (3 bis 8 Jahre), “Junge Familie in Schwung” u.a.
- “Selbstbehauptung für die ganze Familie” (8 bis 14 Jahre), “Fitness für die ganze Familie” etc.
- Psychomotorik als ausgezeichnete Möglichkeit, entwicklungs-, lern- und verhaltensauffällige Kinder aus ihrer Isolierung zu holen und spielerisch Wohlbefinden und Handlungskompetenz ihren Fähigkeiten entsprechend zu vermitteln, sollte in Kindertagesstätten und Schulen angeboten werden. Das “know how” einschließlich standardisierter Befunderhebung und fachgerechter Umsetzung ist in Salzgitter vorhanden – die Finanzierung noch nicht.

Hinweise zur weiterführenden Literatur

- Angermayer(1977): Psycholinguistischer Entwicklungstest (2. Aufl.). Testkatalog 1996/97. Berufsverband Deutscher Psychologen, Stuttgart/ Bern
- AWO (200): Gute Kindheit- Schlechte Kindheit. Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen. Eigenverlag, Bonn
- Ayres (1992): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Springer, Berlin
- Cardenas (19998): Diagnostik mit Pfiffigunde, Kindgerechtes Verfahren zur Beobachtung von Wahrnehmung und Motorik. Borgmann- Verlag
- Cardenas (1999). Mit Pfiffigunde arbeiten, Kindgerechtes Überprüfen und Fördern. Borgmann
- Daedke (1981): Motodiagnostik. Motometrische Testverfahren in Clauss (Hrsgb.): Förderung entwicklungsgefährdeter und behinderter Heranwachsender. Erlangen
- Döpfner (1997): Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten – THOP. Beltz
- Döpfner (2000): Psychische Auffälligkeiten. Ratgeber. Hogrefe
- Döpfner (2000): Hyperkinetische Störungen. Ratgeber. Hogrefe
- Eggert/ Kiphard (1971): Die motorische Entwicklung normaler und behinderter Kinder. Scharndorf
- Eggert (1993): Diagnostisches Inventar motorischer Basiskompetenzen. Dortmund
- Eggert (1994): Theorie und Praxis der Psychomotorik. Dortmund
- Erikson (1999): Kindheit und Gesellschaft. Klett-COTTA
- Esser (1991): Früherkennung von Teilleistungsstörungen. Öffentliches Gesundheitswesen 53, 470- 473
- Esser/ Stöhr (1990): Visuomotorischer Schulreifetest. Testkatalog 1996/97. Verlag Hans Huber. Bern, Stuttgart, Toronto
- Ferber (2001): Indikationskatalog für die ambulante Ergotherapie. Schulze- Kirchner Verlag, Idstein
- Frostig (1981): Teilleistungsstörungen, ihre Erkennung und Behandlung bei Kindern. Urban & Schwarzenberg, München
- Hügel (1996): Entwicklung und Behinderung des Körperschemas. Schulze- Kirchner, Idstein

- Kiphard (1980): Wie weit ist ein Kind entwickelt (4. Aufl.) Verl. Modernes Lernen. Dortmund
- Köckenberg (1999): Kinder müssen sich bewegen. Urania, Ravensburger
- Küspert/ Schneider (1999): Hören, Lauschen, Lernen- Sprachspiele für Vorschulkinder (2.Aufl.) Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Laucht/ Esser/ Schmidt (1998): Risiko- und Schutzfaktoren der kindlichen Entwicklung – Empirische Befunde. Zeitschr. F. Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 26, 6-20
- Laucht (2001): Was wird aus Risikokindern? Aktuelle Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie zu Risiko- und Schutzfaktoren der kindlichen Entwicklung. Vortrag 2001 Hannover, Landesvereinigung für Gesundheit, Niedersachsen e.V.
- Mertens (2001): Lernprogramm zur Wahrnehmungsförderung (5. Aufl.) Verlag modernes Lernen. Dortmund
- Michaelis (1996): Variabilität und Individualität in der motorischen Entwicklung, Zeitschrift Motorik, 19/ 96
- Mielk (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Huber. Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle
- Schilling/ Kiphard (1974): Körperkoordinationstest für Kinder (KTK) Beltz, Weinheim
- Schlack/ Largo/ Michaelis/ Orth Neuhäuser (1994): Praktisch Entwicklungsneurologie. Urban & Schwarzenberg. München
- Schmidt/ Esser (1985): Psychologie für Kinderärzte. Enke- Verl. Stuttgart
- Willimczik (1981): Bewegungsverhalten und Bewegungsstörungen im Grundschulalter. W. Kohlhammer- Verl., Stuttgart
- Winkelmann(1972): Normen für den >Mann- Zeichen- Test von Ziler für 5-7 jährige Kinder. Psychologische Beiträge 14, 80-94
- Winkler (1998): Messungen des sozialen Status in epidemiologischen Studien. RKI-Schriften 1/98, Verlag MVV, München
- Wirth (1990): Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen (3. Aufl.) Deutscher Ärzte- Verlag, Köln
- Ziler (1970): Der Mann- Zeichen-Test in detail- statistischer Auswertung.(8. Aufl.) Münster
- Zimmer (1999): Handbuch der Psychomotorik. Freiburg