

„Früherkennung ab 4“ Projekt des Landkreises Friesland Bericht nach einem Jahr



Landkreis Friesland

Fachbereich Gesundheitswesen



Projektteam

Dr. Anja Klatte-Meyer
Ärztin im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst

Angela Iben
Kinderkrankenschwester

Kontakt

Landkreis Friesland
Fachbereich Gesundheitswesen
Beethovenstr. 1
26441 Jever
Tel.: 04461/919-7300
Fax: 04461/919-8820
a.iben@friesland.de

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
1. Einleitung.....	5
2. Vorbereitung	6
3. Durchführung.....	7
4. Erläuterungen zu den Untersuchungsverfahren.....	8
5. Ergebnisse.....	9
5.1. Auffällige Befunde.....	11
5.2. Impfstatus.....	12
5.2.1. Impfschutz der untersuchten Kinder	15
6. Rückmeldungen.....	15
7. Entwicklungsdiagnostik und Förderbedarf	16
8. Anpassungen nach einem Jahr.....	17
8.1. Informationsaustausch.....	17
8.2. Elternanwesenheit.....	18
8.3. Elternfragebogen.....	18
8.4. Zeitplan.....	19
8.5. Optimierung der Untersuchung.....	19
8.6. Aufwand.....	20
9. Fazit.....	21

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligung am Projekt	10
Tabelle 2: Auffällige Befunde.....	11
Tabelle 3: Erläuterungen zum Impfstatus.....	12
Tabelle 4: Impfkalender für Säuglinge und Kleinkinder bis 2 Jahre.....	13
Tabelle 5: Impfkalender für Kinder ab 5 Jahren.....	14
Tabelle 6: Impfschutz bei den untersuchten Kindern.....	15
Tabelle 7: Förderbedarf.....	17

1. Einleitung

Die Lebenswelten von Kindern in modernen Gesellschaften unterliegen einem tiefgreifenden Wandel. In einer relativ kurzen Zeitspanne haben sich die Chancen einerseits und die Risiken und Gefährdungen andererseits für Kinder einschneidend verändert. Die Auflösung traditioneller Familienstrukturen, ein großes Spektrum an Möglichkeiten, die Zunahme zu verarbeitender Reize, die verstärkte Technisierung sowie gesteigerte Leistungsansprüche kennzeichnen nur in Ausschnitten die veränderten Lebensbedingungen der Kinder.

Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit sowie die Vermeidung und Verhütung von Krankheiten bei Kindern sind von großer gesundheitspolitischer und ~ ökonomischer Bedeutung. Denn bereits in jungen Jahren werden die Grundlagen für weitere Gesundheits- oder Krankheitskarrieren gelegt.

Damit Kinder lernen, selbstverantwortlich ihr Leben im Sinne der Gesundheitsförderung in den späteren Lebensphasen zu gestalten, müssen die elterlichen Kompetenzen für gesundheitsförderliches Verhalten in der Kindheit gestärkt werden. Später einsetzende Interventionen zur Verhütung und Vorbeugung von gesundheitlichen Problemen und Krankheiten haben schlechtere Aussichten, da ihnen bereits verfestigte, ungünstige Verhaltensgewohnheiten entgegenstehen.

In der öffentlichen Diskussion wird der Gesundheitszustand von Kindern vielfach eher als schlecht wahrgenommen, nicht selten wird sogar von einer drastischen Verschlechterung gesprochen.

Als Ursachen werden gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen (falsche Ernährung, mangelnde Bewegung, Drogenkonsum) und lebensweltbezogene Einflussfaktoren angeführt. Diese können sich negativ auf die Gesundheit, die vorschulische und schulische Leistungsfähigkeit sowie die weitere Lebensgestaltung auswirken.

Die Infektions- und anderen Organerkrankungen sind in den vergangenen Jahren aufgrund besserer Lebensverhältnisse und medizinischer Fortschritte massiv zurückgedrängt worden.

Leider sind stattdessen Verhaltensstörungen, psychische Erkrankungen und weitere, in erster Linie lebensstilbedingte Defizite wie z. B. Übergewicht und Bewegungsmangel, auf dem Vormarsch.

Die Bereiche Vorsorge und Früherkennung, das Erkennen, Begleiten und Bewerten von sozialisationsbedingten Krankheiten und Gesundheitsschädigungen, sowie von Befindlichkeitsstörungen und psychischen Erkrankungen, frühe Hilfen bei Entwicklungsstörungen sowie chronische Krankheiten und Behinderungen und nicht zuletzt die bessere Vernetzung vorhandener kreisverwaltungsinterner und externer Ressourcen werden im Landkreis Friesland als zentrale Themen für die Gesundheit von Kindern eingestuft. Sie besitzen aber auch auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene einen hohen Stellenwert bei Gesundheitszielen. Darüber hinaus wird ihnen ein nicht unbeträchtliches Präventionspotenzial zugemessen. Auch in gesetzlichen Bestimmungen finden sich diese Ziele wieder. So heißt es z.B. in § 5 Abs. 1 des Niedersächsisches Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) :

Die Landkreise und kreisfreien Städte schützen und fördern **besonders** die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Dazu sollen sie insbesondere gemeinsam mit Tageseinrichtungen für Kinder und Schulen zielgruppen- und lebensraumbezogen auf die Prävention und auf eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hinwirken.

2. Vorbereitung

Im November 2009 startete das Projekt „Früherkennung bei 4 bis 4 1/2 jährigen Kindern“ des Landkreises Friesland mit den ersten Untersuchungen von Kindern in den Kindertagesstätten.

Die Öffentlichkeit wurde Ende 2009 durch die Presse über die geplanten Untersuchungen informiert.

Vier bis acht Wochen vor den geplanten Terminen erfolgten Gespräche mit den leitenden Erzieher/innen. Die Eltern erhielten ein Einladungsschreiben und weitere schriftliche Informationen. Außerdem wurden die Termine über Aushänge in den Kindertagesstätten bekannt gegeben.

3. Durchführung

Mit diesem Projekt soll neben den bestehenden kinder- und hausärztlichen Vorsorgeuntersuchungen ein effektives Instrument installiert werden, um möglichst alle Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten so früh wie möglich einer optimalen Förderung zuzuführen.

Das Projekt soll ein niederschwelliges Angebot sein. Durch die Untersuchung der Kinder in der vertrauten Umgebung der Kindertagesstätte während der Betreuungszeit wird den Kindern Aufregung und den Eltern ein zusätzlicher Termin erspart. Auf die Freiwilligkeit der Teilnahme wird ausdrücklich hingewiesen.

Eine schriftliche Einverständniserklärung der Eltern ist Voraussetzung für die Teilnahme am Projekt. Die Eltern werden darauf aufmerksam gemacht, dass die erhobenen Daten bis zur Einschulungsuntersuchung im Gesundheitsamt gespeichert werden. Zur Überprüfung des Impfstatus werden die Eltern außerdem um Vorlage des Impfbuches gebeten.

In den vor den Untersuchungen geführten Gesprächen mit den leitenden Erzieher/innen, wurde das Projekt vorgestellt und der Ablauf der Untersuchung besprochen, um individuelle Gegebenheiten der Tagesstätten zu berücksichtigen.

78,4 % der Leiter/innen hielten schon zu diesem Zeitpunkt das Projekt für sinnvoll und bekundeten ihre Bereitschaft, es zu unterstützen. In 18,9 % der Einrichtungen standen die Leitungen dem Projekt skeptisch gegenüber, 2,7 % lehnten das Informationsgespräch und die Teilnahme am Projekt ab.

Im ersten Jahr des Projektes haben sich 36 von 37 Kindertagestätten des Landkreises (97,3 %) beteiligt.

Das Projekt stieß auf positive Resonanz. Da vermehrt Anfragen sowohl von den Eltern als auch von den Tageseinrichtungen kamen, Kinder außerhalb der vorgegebenen Altersklasse 4 - 4 1/2 zu untersuchen, erweiterten wir das Altersspektrum. So gingen wir dazu über, Kinder ab 4 Jahren (48 Monate) zu untersuchen. Der Name des Projektes lautet jetzt "Früherkennung ab 4".

Im Verlaufe des Projektes hat sich jedoch ergeben, dass das Untersuchungsangebot für die Untersuchung von fast Sechsjährigen (72 Monate) wenig aussagekräftig ist, so dass wir zukünftig eine Altersbegrenzung nach oben von 60 Monaten einführen.

In Anbetracht der unterschiedlichen Voraussetzungen in den Kindertagesstätten ist ein flexibles Eingehen auf die Bedingungen in den jeweiligen Einrichtungen erforderlich:

- In einigen Einrichtungen hielten die Erzieher/innen eine Beteiligung der Eltern für unbedingt sinnvoll, weil sich ihrer Meinung nach sonst die Tendenz mancher Eltern verstärken könnte, Erziehungsverantwortung an die Einrichtungen abzugeben.

- Demgegenüber stand der Wunsch in anderen Einrichtungen, dass unbedingt ein/e Mitarbeiter/in das Kind begleiten sollte, um die Beobachtungen während der Untersuchung für die weitere Arbeit mit dem Kind nutzen zu können.

- Drei Kindertagesstätten verfügten nicht über Räumlichkeiten, in denen die Untersuchung während der Öffnungszeiten am Vormittag durchgeführt werden konnte. In diesen Fällen ließen sich ausnahmslos Ausweichmöglichkeiten in der näheren Umgebung(z.B. Gemeindehäuser) finden. In diesen Einrichtungen lag die Beteiligung bei durchschnittlich 82,7% (zwischen 63 und 100 %).

- In 2,7 % sollte die Untersuchung aus organisatorischen Gründen außerhalb der Öffnungszeiten, aber in den Räumen der Einrichtung stattfinden.

4. Erläuterungen zu den Untersuchungsverfahren

Bei der Untersuchung wurde der Impfstatus anhand des Impfpasses überprüft. Kinder, bei denen der Impfschutz nicht vollständig war, erhielten eine Auflistung der nach den Empfehlungen der ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) fehlenden Impfungen sowie eine Impfbroschüre.

Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen wurde festgehalten. Länge und Gewicht sowie der Body-Mass-Index (Verhältniszahl zur Beurteilung des Körpergewichtes) wurden festgestellt. Um das Gewicht bei Kindern zu kategorisieren wird neben dem Body-Mass-Index

die Perzentilenkurve zugrunde gelegt. Die Perzentilenkurve zeigt, ob es Abweichungen zum Norm-Gewicht gibt. Bei einem Wert über der 97. Perzentile liegt das Gewicht im adipösen Bereich. In diesen Fällen wurde eine Empfehlung ausgesprochen, den Kinderarzt aufzusuchen.

Für den Hörtest werden orientierende Audiogramme bei einer Lautstärke von 30 dB im Frequenzbereich von 250 bis 6000 Hz für beide Ohren getrennt aufgenommen. Ein Empfehlung zur Kontrolluntersuchung beim Facharzt wird bei Kindern ausgesprochen, die, bezogen auf ein Ohr, mehr als einen Ton von 30 dB nicht gehört haben.

Für die Überprüfung der Sehschärfe wurde das Lea Single Symbol Book verwendet. Kindern mit einer Sehschärfe von weniger als 0,8 oder mit einer Störung des räumlichen Sehens (negativer Stereotest; Lang 1) wurde eine Überprüfung bei einem Augenarzt empfohlen.

Zur Beurteilung der sprachlichen Fertigkeiten wird die Spontansprache bezüglich des Satzbaus, der Grammatik und Aussprachestörungen beobachtet. Für die Erkennung von Fehlbildungen bestimmter Laute werden die Kinder aufgefordert, festgelegte Wörter nachzusprechen. Bei ausgeprägtem Dysgrammatismus oder bei Dyslalien erfolgt die Empfehlung, den Kinderarzt aufzusuchen.

Zur Überprüfung der Grobmotorik werden die Kinder aufgefordert verschiedene Bewegungsübungen wie Einbeinstand, Einbeinhüpfen, beidfüßiges Springen und Balancieren durchzuführen.

Die Feinmotorik und Auge-Hand-Koordination wird anhand des Malens (Grundformen und Männchen) und dem Hantieren mit kleinen Holzklötzen sowie dem Umgang mit einer Schere beurteilt. Das Erkennen von Gegensätzen, Benennen von Farben und das Zählen erlaubt Aussagen über die kognitive Entwicklung.

5. Ergebnisse

Im ersten Jahr wurden von 627 Kindern in 36 Einrichtungen im entsprechenden Alter 435 Kinder untersucht. Das entspricht 69,4 %. Damit wurde unsere Mindestanforderung, 2/3 der Kinder zu erfassen, erreicht.

Tabelle 1: Beteiligung am Projekt

Kindergarten	Gesamt	Ohne Einverständnis	Mit Einverständnis	Krank / Versäumt	Untersuchte Kinder	Untersuchte Kinder Quote	
1	14	8	6	2	4	28,60%	
2	14	2	12		12	85,70%	
3	7	2	5		5	71,40%	
4	8	0	8		8	100,00%	
5	5	0	5		5	100,00%	
6	4	0	4		4	100,00%	
7	9	2	7		7	77,80%	
8	20	3	17		17	85,00%	
9	8	1	7		7	87,50%	
10	7	2	5		5	71,40%	
11	4	1	3		3	75,00%	
12	9	2	7	1	6	66,70%	
13	9	0	9		9	100,00%	
14	17	8	9		10	58,80%	
15	21	8	13	1	12	57,10%	
16	12	5	7	2	5	41,70%	
17	13	0	13		13	100,00%	
18	10	2	8		8	80,00%	
19	16	2	14		14	87,50%	
20	23	3	20		20	87,00%	
21	8	2	6		6	75,00%	
22	17	0	17		17	100,00%	
23	30	11	19		19	63,30%	
24	6	2	4		4	66,70%	
25	31	9	22		22	71,00%	
26	17	2	15		15	88,20%	
27	16	2	14	1	13	81,30%	
28	42	10	32	1	31	73,80%	
29	31	17	14	2	12	38,70%	
30	50	8	42	3	39	78,00%	
31	25	10	15	1	14	56,00%	
32	19	6	13	0	13	68,40%	
33	18	17	1	0	1	5,60%	
34	12	0	12	0	12	100,00%	
35	57	27	30	1	29	50,90%	
36	18	3	15	1	14	77,80%	
Gesamt	627	176	451	16	435		
Mittelwert je Einrichtung	24,1	6,8	17,3	0,6	16,7		
Mittelwert je Einrichtung in %		28,20%	71,80%	2,60%		69,40%	

Die prozentuale Teilnahme der in den einzelnen Kindertagesstätten teilnehmenden Kinder zeigte eine große Schwankungsbreite (5,6 - 100 %). In 19,4 % (7 Einrichtungen) konnten wir alle altersmäßig in Frage kommenden Kinder untersuchen.

Bei den beim Informationsgespräch kritisch eingestellten Einrichtungen betrug die durchschnittliche Beteiligung 55,1 %. Verglichen damit lag die Beteiligung in den positiv eingestellten Kindergärten bei 77 %.

Durchschnittlich lag die Beteiligung in den einzelnen Kindergärten bei 71,8 %.

Die hohe Beteiligung ist sicher auch auf die gute Informationsweitergabe an die Eltern, die flexible Organisation und die gründliche Vorbereitung durch die Mitarbeiter/innen in den Einrichtungen zurückzuführen.

Niedrigere Teilnahmezahlen führen wir einerseits darauf zurück, dass manche Familien auch durch niederschwellige Angebote schlecht zu erreichen sind. Hier ist zu hoffen, dass durch die regelmäßig stattfindenden Untersuchungen und die Einbindung in den Kindergartenalltag dieses Angebot in Zukunft auch für diese Familien akzeptabel wird.

5.1. Auffällige Befunde

Im ersten Untersuchungsjahr (November 2009 bis November 2010) wurden 229 Jungen und 206 Mädchen, insgesamt also 435 (100 %) Kinder untersucht. Dabei wurden 294 Arztempfehlungen zur weiteren Abklärung ausgesprochen.

Tabelle 2: Auffällige Befunde

	Hören	Sehen	Sprache	Motorik	Entwicklung
Gesamt	48	44	112	54	36
Jungen	21	27	66	34	24
Mädchen	27	17	46	20	12

Hören

Im ersten Untersuchungsjahr haben wir den Eltern von 48 Kindern (11 %) empfohlen, einen Kinder- oder Hals-Nasen-Ohren-Arzt aufzusuchen, um das Ergebnis des Hörtests überprüfen zu lassen.

Sehen

44 Kinder (10,1%) sollten beim Augenarzt vorgestellt werden.

Sprache

Bei 112 Kindern (25,7 %) baten wir die Eltern um Rücksprache mit dem Kinderarzt, da sprachliche Defizite vorlagen.

Motorik

Bei 35 Kindern (8 %) zeigten sich feinmotorische Unsicherheiten. Eine Empfehlung zur Kontrolluntersuchung beim Kinderarzt wurde den Eltern ausgehändigt.

5.2 Impfstatus

Die Standardimpfungen des Impfkalenders sind für den Gesundheitsschutz des Einzelnen und der Allgemeinheit wichtig. Durch eine Überprüfung des Impfschutzes bei den Vorsorgeuntersuchungen können Impflücken geschlossen werden.

Bis zum 4. Lebensjahr sollten die Grundimmunisierungen gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Haemophilus influenza (Hib), Kinderlähmung, Hepatitis B, Pneumokokken, Meningokokken, Masern, Mumps, Röteln und Varizellen abgeschlossen sein. Eine Auffrischimpfung ist für Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten (Pertussis) im Alter von 5 - 6 Jahren vorgesehen.

Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut, Stand Juli 2011

Tabelle 3: Erläuterungen zum Impfstatus

Erläuterungen	
G	Grundimmunisierung (in bis zu 4 Teilimpfungen G1–G4)
A	Auffrischimpfung
S	Standardimpfung
N	Nachholimpfung (Grundimmunisierung aller noch nicht Geimpften bzw. Komplettierung einer unvollständigen Impfserie)

Tabelle 4: Impfkalender für Säuglinge und Kleinkinder bis 2 Jahre

Tabelle 1.1: Impfkalender (Standardimpfungen) für Säuglinge und Kleinkinder bis 2 Jahre

Impfung	Alter in Monaten				
	2	3	4	11–14	15–23
Tetanus	G1	G2	G3	G4	
Diphtherie	G1	G2	G3	G4	
Pertussis	G1	G2	G3	G4	
<i>Haemophilus influenzae</i> Typ b	G1	G2 ^{a)}	G3	G4	
Poliomyelitis	G1	G2 ^{a)}	G3	G4	
Hepatitis B	G1	G2 ^{a)}	G3	G4	
Pneumokokken	G1	G2	G3	G4	
Meningokokken				G1 (ab 12 Monaten)	
Masern, Mumps, Röteln				G1	G2
Varizellen				G1	G2

Tabelle 5: Impfkalender für Kinder ab 5 Jahren

Tabelle 1.2: Impfkalender (Standardimpfungen) für Kinder ab 5 Jahren, Jugendliche und Erwachsene

Impfung	Alter in Jahren				
	5–6	9–11	12–17	ab 18	ab 60
Tetanus	A1	A2		A (ggf. N) Auffrischimpfung jeweils 10 Jahre nach der letzten vorangegangenen Dosis. Die nächste fällige Td-Impfung einmalig als Tdap- bzw. bei entsprechender Indikation als Tdap-IPV-Kombinationsimpfung.	
Diphtherie	A1	A2			
Pertussis	A1	A2			
Poliomyelitis		A1		ggf. N	
Hepatitis B	N				
Pneumokokken				S ^{b)}	
Meningokokken	N				
Masern	N			S ^{c)}	
Mumps, Röteln	N				
Varizellen	N				
Influenza				S Jährliche Impfung	
Humanes Papillomvirus (HPV)	G1–G3 Standardimpfung für Mädchen und junge Frauen				

b) Einmalige Impfung mit Polysaccharid-Impfstoff, Auffrischimpfung nur für bestimmte Indikationen empfohlen, vgl. Tabelle 2

c) Einmalige Impfung für alle nach 1970 geborenen Personen ≥ 18 Jahre mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit, vorzugsweise mit einem MMR-Impfstoff

5.2.1. Impfschutz bei den untersuchten Kindern

Impfschutz bei den untersuchten Kindern:

Von 435 untersuchten Kindern legten 359 (82,5 %) ihren Impfausweis vor.

Tabelle 6: Impfschutz bei den untersuchten Kindern

Impfschutz		
Impfungen	Anzahl Impfausweise	Anzahl vorhandener Impfschutz
Polio	359	336 (93.5 %)
Diphtherie	359	336 (93.5 %)
Tetanus	359	336 (93.5 %)
Pertussis	359	313 (87,2 %)
Hib	359	314 (87.5 %)
Masern	359	315 (87.7 %)
Mumps	359	316 (88.0 %)
Röteln	359	317 (88.3 %)
Hepatitis B	359	318 (88.6 %)

Bei fehlendem oder unvollständigem Impfschutz wurden die Eltern auf die Lücke hingewiesen und erhielten eine aktuelle Impfbroschüre.

6. Rückmeldungen

Die Eltern erhielten von uns ein Schreiben, in dem die jeweiligen Auffälligkeiten stichwortartig festgehalten wurden. Dieses Schreiben sollte dem niedergelassenen Arzt vorgelegt werden, um uns darauf eine Rückmeldung über das weitere Vorgehen zu geben.

Bisher haben wir nur **44** Rückmeldungen von insgesamt **239 (18 %)** erhalten.

Die geringe Rückmelderate könnte darauf zurückzuführen sein, dass

1. die Kinder keinem Arzt vorgestellt wurden,
2. die Eltern das Schreiben beim Arztbesuch nicht vorgelegt haben oder
3. die niedergelassenen Ärzte das vorgelegte Formular nicht ausgefüllt haben.

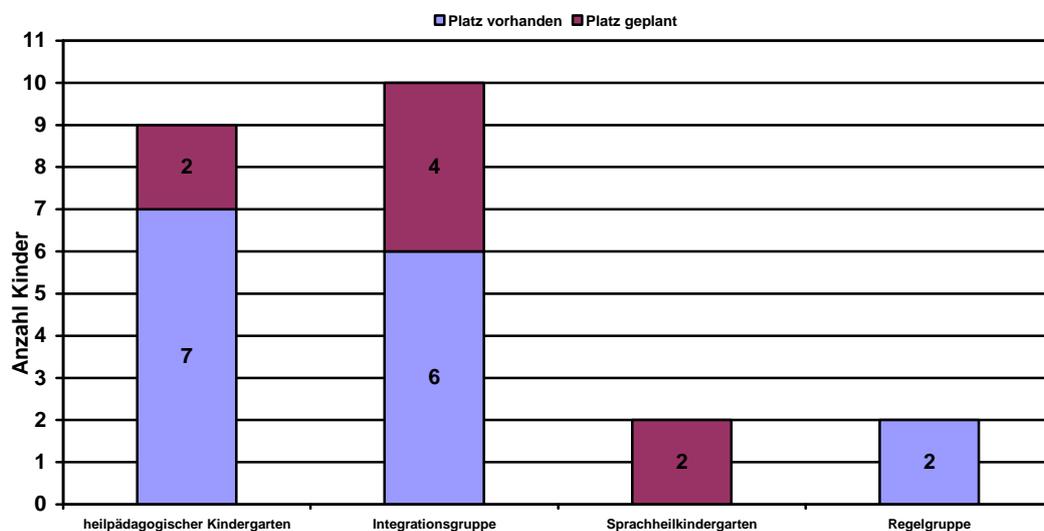
Für das nächste Untersuchungsjahr müssen wir neue Strategien entwickeln, um die Rückmeldungsrate zu erhöhen (z. B. telefonische Nachfrage bei den Eltern).

7. Entwicklungsdiagnostik und Förderbedarf

36 Kinder (8,3%) stellten sich bei der Untersuchung in der Kindertagesstätte als nicht altersentsprechend entwickelt dar. Die Erziehungsberechtigten wurden deshalb gebeten, zu einer eingehenden Entwicklungsdiagnostik ins Gesundheitsamt zu kommen.

Für 23 (64%) von 36 Kindern wurde dieses Angebot angenommen. In einem Fall wurde gleichzeitig noch ein jüngeres Geschwisterkind mit vorgestellt.

Tabelle 7: Förderbedarf



In sieben Fällen erfolgte die Aufnahme in der Kindertagesstätte eines heilpädagogischen Zentrums. Zwei weitere Kinder sind für die Aufnahme in dieser Einrichtung vorgemerkt. Bei zwei Kindern wurde eine Empfehlung zur Aufnahme in den Sprachheilkindergarten ausgesprochen.

Sechs Kinder sind als Integrationskind in einer Integrations - Kindertagesstätte aufgenommen worden, bei weiteren vier Kindern ist ein Wechsel in Planung. Bei einem Kind wurde zum Verbleib in der Kindertagesstätte mit zusätzlicher Frühförderung geraten. Ein weiteres Kind konnte nach entsprechender Beratung in der - sehr kleinen Gruppe- in seiner bisherigen Tagesstätte bleiben.

Bei fast allen Kindern hat sich der Verdacht auf intensiven Förderbedarf bei der empfohlenen Entwicklungsdiagnostik im Gesundheitsamt bestätigt. Unter diesem Gesichtspunkt sollte erreicht werden, dass möglichst **alle** im Projekt dafür empfohlenen Kinder tatsächlich auch zeitnah zur weiteren Entwicklungsdiagnostik vorgestellt werden. Um lange Wartezeiten zu vermeiden, sind im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst bereits zusätzliche Termine eingeplant worden.

8. Anpassungen nach einem Jahr

Im Verlauf des Projektes zeigte sich die Notwendigkeit, Veränderungen im Ablauf der Untersuchung zur Verbesserung der Praktikabilität und der Qualität vorzunehmen.

8.1. Informationsaustausch

Im ersten Durchlauf des Projekts hat sich die Schweigepflicht als hinderlich erwiesen, da die Information des Kindergartens über den Entwicklungsstand der Kinder erschwert war.

Viele Kinder zeigten bei der Untersuchung in nur einem Teilbereich leichte Auffälligkeiten; eine weitere medizinische Diagnostik und Behandlung war in diesen Fällen nicht angezeigt. Diese Kinder können von einer gezielten pädagogischen Förderung durch die Kindertagesstätte profitieren. Dafür ist es unbedingt erforderlich, dass Untersucher, Erzieher und Eltern Informationen austauschen. Deshalb haben wir die Einverständniserklärung so abgeändert, dass sich die Eltern auch mit der Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an den Kindergarten einverstanden erklären können.

8.2. Elternanwesenheit

Zu Beginn der Untersuchungen im November 2009 sind wir davon ausgegangen, dass die Mehrheit der Kinder ohne die Eltern zur Untersuchung kommen würde. In vielen Kindertagesstätten waren den Kindern vertraute Erzieher/innen mit im Untersuchungsraum. In einigen Einrichtungen kamen die meisten Kinder ganz selbstbewusst allein zur Untersuchung, nur die Kinder, die das nicht wollten, wurden von einer Erzieherin begleitet.

Es hat sich aber schnell herausgestellt, dass viele Eltern ihre Kinder begleiten wollten. Sie nutzten die Gelegenheit, Fragen zur Entwicklung zu stellen und ihr Kind in der besonderen Situation zu beobachten. Durch die Möglichkeit, die Eltern befragen zu können, ließen sich manche „Besonderheiten“ besser verstehen und der Untersuchungsablauf konnte den Bedürfnissen des Kindes angepasst werden.

Als Fazit ist festzustellen, dass sich die Anwesenheit der Eltern als hilfreich erwiesen hat.

8.3. Elternfragebogen

Zur Verbesserung des erforderlichen Hintergrundwissens über das Kind haben wir einen Elternfragebogen eingeführt, der in Zukunft vor der Untersuchung ausgefüllt werden soll. Außerdem bitten wir auf dem Informationsblatt darum, uns das gelbe Untersuchungsheft

vorzulegen. Auf diese Weise bekommen wir detaillierte Informationen zur Entwicklung auch bei den Kindern, die allein zur Untersuchung erscheinen.

8.4. Zeitplan

Die Anwesenheit der Eltern erfordert die Einhaltung eines genauen Zeitplans, um Wartezeiten möglichst zu vermeiden. Durch das junge Alter der Kinder und die Ausweitung der Untersuchung (s. u.) konnte dieser Zeitplan nicht immer exakt eingehalten werden, so dass wir im Verlauf des Vormittags eine 30minütige „Aufholpause“ einführen wollen, durch die Verzögerungen ausgeglichen werden können. Auf diese Weise wird auch in Zukunft mehr Zeit für Beratung der Eltern und Gespräche mit den Mitarbeiter/innen der Einrichtungen sein.

8.5. Optimierung der Untersuchung

Aufgrund der im Verlauf des Projektes gewonnenen Erfahrungen, haben wir gegen Ende des ersten Projektjahres den Untersuchungsrahmen etwas verändert.

Zu Beginn hatten wir neben der Größen- und Gewichtsbestimmung, einem Seh- und Hörtest, die grobmotorische Entwicklung (Einbeinstand, Hüpfen), die feinmotorischen Fähigkeiten (Malen, Schneiden) sowie die Sprache (Zahlen, Farben, Gegensätze, Bildergeschichte) überprüft.

Änderungen und Erweiterungen erschienen uns in folgenden Bereichen sinnvoll:

- Da sehr viele Kinder im Untersuchungsalter nicht auf einem Bein hüpfen können wird zukünftig das Balancieren auf einer Linie eingeführt, was zur Beurteilung der Grobmotorik aussagekräftiger sein könnte.
- Viele Kinder haben im Untersuchungsalter eine Abneigung gegen das Malen. Bei diesen Kindern zeigte sich bei der Aufforderung zum Malen ein Rückzugverhalten mit Einschränkungen der Mitarbeit. Daraufhin haben wir alle Kinder beim Bauen mit kleinen Holzklötzen beobachtet. Dieses Spiel macht fast allen Kindern Spaß, feinmotorische Auffälligkeiten sind gut zu erkennen und beim Nachbauen vorgegebener Türme lassen sich Konzentration, Ausdauer und Problemlösungsversuche beurteilen.

-Viele Kinder können noch keinen erkennbaren Menschen malen. Inzwischen fragen wir diese Kinder nach dem Namen einzelner Körperteile oder lassen uns diese zeigen, um die Körperwahrnehmung einschätzen zu können.

-Die zunächst eingesetzten Bildergeschichten erwiesen sich als nicht geeignet, um in der Untersuchungssituation die Sprechfreude anzuregen. Wir sind deshalb dazu übergegangen, die Kinder mit einem bunten Bild mit unsinnigen Details zu verblüffen. Auf diese Weise gelingt es eher, das Sprechen von längeren Sätzen zu erreichen. Auch die grobe Überprüfung des Wortschatzes ist möglich.

-Artikulationsstörungen können in der Untersuchungssituation bei Spontansprache nicht immer sicher erkannt werden. Deshalb sind wir dazu übergegangen, alle Kinder bestimmte Wörter gezielt nachsprechen zu lassen.

-Kinder mit Migrationshintergrund und sprachlichen Problemen sind schwerer zu beurteilen. Das erweiterte Vorgehen bietet aber mehr Möglichkeiten. Zum einen wird der deutsche Wortschatz besser eingeschätzt, zum anderen nehmen wir an durch das Nachsprechen bestimmter Worte auch bei nicht deutschsprachigen Kindern Artikulationsstörungen zu erkennen. Zusätzlich haben wir in den Elternfragebogen eine Frage für die Eltern mehrsprachiger Kinder aufgenommen, um zu erfahren, ob eine andere Sprache deutlich besser beherrscht wird.

- Die Erfahrung zeigt , dass eine Beurteilung der kognitiven Entwicklung sinnvoll ist. Durch die neuen Teilaufgaben Bauen, Fehlersuche, Benennen von Gegensätzen, Erkennen von Zusammenhängen sowie das Fragen nach Präpositionen (vor, hinter, neben, unter) gehen wir davon aus den Aussagewert der Untersuchung zu verbessern und Feststellungen über die Konzentrationsfähigkeit, das Denkvermögen und das Sachwissen der Kinder treffen zu können.

8.6. Aufwand

Am Anfang des ersten Projektjahres hatten wir für ein Kind 20 Minuten Untersuchungszeit eingeplant. Durch die Ausweitung der Untersuchung gehen wir jetzt von einer

durchschnittlichen Untersuchungsdauer von 30 Minuten pro Kind aus. Inzwischen sind wir mit einem Laptop ausgestattet und können die erhobenen Befunde während der Untersuchung eingeben, so dass die Nachbearbeitungszeit im Büro kürzer geworden ist.

9. Fazit

Bereits nach einem Jahr ist festzustellen, dass die Untersuchung "Früherkennung ab 4" sehr positiv von allen Beteiligten aufgenommen wurde.

Durch die bislang erhobenen Zahlen bestätigt sich die Notwendigkeit einer Untersuchung in dieser Altersgruppe. Die Projektuntersuchung bewirkte, dass ein hoher Prozentsatz von Kindern einer erweiterten Diagnostik und/oder Förderung bzw. Therapie zugeführt werden konnte.

Inzwischen sind die ersten Kinder aus dem Projekt zur Einschulungsuntersuchung vorgestellt worden. Ein aussagekräftiger Vergleich der dabei erhobenen Untersuchungsbefunde mit den Ergebnissen des Projektes ist aufgrund der noch geringen Datenmenge zurzeit nicht möglich, da nach bislang nur einem Jahr Projektlaufzeit ein zu geringer Teil der Projektkinder im schulpflichtigen Alter ist.

Wichtiges Ziel ist es, dass zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung weniger Kinder einen Förderbedarf haben, dass sie frühestmöglich einer evtl. Förderung zugeführt werden und dass der Impfstatus bereits vor der Einschulungsuntersuchung komplettiert wird.

Im Verlauf des Projektes zeigte sich eine deutliche Verbesserung der fachübergreifenden interdisziplinären Gesprächsbereitschaft zum Wohle der Kinder. Eine Intensivierung der Vernetzung aller Beteiligten sollte durch Kontinuität des Untersuchungsangebots "Früherkennung ab 4" in den kommenden Jahren weiter gefördert werden.

Rückmeldungen und Untersuchungsergebnisse lassen bereits nach einem Jahr Laufzeit des Projektes die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Früherkennungsuntersuchung dieser Altersgruppe erkennen.