

ANAD e.V. [Hrsg.]: *Essstörungen bei Kindern*; in: www.anad.de;

URL: https://www.anad.de/essstoerungen/essstoerungen-bei-kindern/#anchor_7a42681e_Accordion-Koerperliche-und-psychische-Auswirkungen-bei-Kindern; 31.01.2018, 13:50 Uhr

Essstörungen bei Kindern

Beschreibung

Bereits Babys und kleine Kinder können von einer Essstörung betroffen sein, jedoch unterscheiden sich die Ausprägungen zu denen von Jugendlichen und Erwachsenen. So werden die „klassischen Essstörungen“ wie Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa seltener diagnostiziert. Häufig fallen die auftretenden Symptome in die Kategorie nicht näher bezeichneter Essstörungen.

Grenzen normalen Essverhaltens bei Kindern

Arten der Essstörung vom Kleinkindalter bis zur Adoleszenz

Körperliche und psychische Auswirkungen bei Kindern

Essstörungen bei Kindern können langfristige Auswirkungen auf die Entwicklung haben. Durch chronische Unterernährung kann das Wachstum gebremst, sowie das Herz und die inneren Organe geschädigt werden. Ebenso kann es zu einer eingeschränkten Denk- und Konzentrationsfähigkeit kommen.

Kinder mit Essstörungen leiden häufig unter mangelndem Selbstwertgefühl, Ängsten oder depressiver Verstimmung.

Anneke Müller-Schröder [Hrsg.]: *Feinmotorik*; in: <http://ergotherapie-müller-schröder.de/>;

URL: <http://ergotherapie-müller-schröder.de/feinmotorik>; 02.02.2018, 17:03 Uhr

Feinmotorik

Alle feinen, kleinen Bewegungen mit den Händen/Fingern und den Füßen/Zehen (Bsp: Malen, Steckspiele, Fingerspiele, Stapelspiele). Im feinmotorischen Bereich wird unterschieden zwischen isolierten Fingerbewegungen, Oppositionsbewegungen, Koordinationsbewegungen, etc.

Feinmotorische Bewegungen benötigen häufig folgende Grundvoraussetzungen:

- eine gute visuelle Wahrnehmung
- eine altersentsprechende Körperwahrnehmung (insb. Haut)

- eine gute Grobmotorik
- eine gute Muskulatur
- Freude an feinmotorischen Tätigkeiten
- u.a.

Ist eine dieser Voraussetzungen (oder mehrere) defizitär, fallen manche Bewegungen sehr schwer oder sind gar nicht möglich.

Beispiel: Malen bei schlechter Körperwahrnehmung ist nur erschwert oder kaum möglich.

Folge: Die Kraft kann nicht dosiert werden, der Stift bricht ab, fällt aus der Hand oder das Papier zerreißt.

Anneke Müller-Schröder [Hrsg.]: *Grobmotorik*; in: <http://ergotherapie-müller-schröder.de/>;

URL: <http://ergotherapie-müller-schröder.de/grobmotorik>; 02.02.2018, 16:22 Uhr

Grobmotorik

Die Grobmotorik sind alle großen Körperbewegungen, wie z.B. Klettern, Bewegungskoordination, Hampelmann, Bälle fangen und werfen, Laufen, Hüpfen, etc.

Hier werden Unterteilungen getroffen zwischen Einzelbewegungen, Hin und Herbewegungen, Kombinationsbewegungen, u.a.

Grobmotorische Bewegungen benötigen häufig folgende Grundvoraussetzungen:

- eine stabile Muskulatur
- gute Reflexintegration in den ersten Lebensjahren
- eine altersentsprechende visuelle Wahrnehmung
- Freude am Bewegen
- ein gutes Körperschema
- adäquate Körperwahrnehmung
- ein gutes Gleichgewicht
- u.a.

Ist eine dieser Voraussetzungen (oder mehrere) defizitär, fallen manche Bewegungen sehr schwer oder sind gar nicht möglich.

Beispiel: Einen Ball fangen bei schlechter visueller Wahrnehmung (z.B. problematische Auge-Hand-Koordination oder Raum-Lage Empfinden) ist schwierig oder auch gar nicht möglich.

Folge: Auch die passende grobmotorische Bewegung kann das Kind nicht erlernen und somit fallen auch andere Bewegungen schwer.

Anneke Müller-Schröder [Hrsg.]: *Wahrnehmung*; in: <http://ergotherapie-müller-schröder.de/>;

URL: <http://ergotherapie-müller-schröder.de/wahrnehmung>; 02.02.2018; 17:46 Uhr

Wahrnehmung

Die Wahrnehmung ist ein dauernder Prozess, der schon im Mutterleib beginnt und dem Menschen Auskunft über seine Umwelt und sich selbst gibt. Noch vor der Geburt entwickeln sich das Berührungsempfinden (**taktile System**), das System, das Informationen über Zug, Druck, Gliederstellungen und Bewegungen gibt (**propriozeptives System**) und der Gleichgewichtssinn (**vestibuläres System**). Auf diesen drei Sinnen baut die gesunde Weiterentwicklung des Kindes auf, man nennt sie daher **Basissinne**.

Ergänzt und erweitert werden diese Sinne durch weitere Sinnesorgane:

- Augen
- Zunge
- Ohren
- Nase

In allen Sinnesorganen nehmen Reizempfänger (Rezeptoren) Informationen auf, und senden sie auf Nervenbahnen zum Gehirn. Dort werden Impulse sortiert, koordiniert und verarbeitet, so dass der Körper mit einer Reaktion antworten kann, die wieder an das zentrale System zurückgemeldet wird.

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter [Hrsg.]: *Definition der Adipositas*; in: <http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de>;

URL: <http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=39>; 31.01.2018 12:10, Uhr

Definition der Adipositas

Eine Adipositas liegt vor, wenn der Körperfettanteil an der Gesamtkörpermasse für das Alter und Geschlecht pathologisch (gesundheitsgefährdend) erhöht ist. Da der Fettanteil des Körpers nur mit aufwendigen und kostspieligen Methoden exakt zu bestimmen ist, hat sich die Verwendung der einfach messbaren Parameter Körpergröße und Körpergewicht und des daraus abgeleiteten Body Mass Index [BMI = Körpergewicht / Körpergröße² (kg/m²)] zur Abschätzung des Körperfettanteils bei Erwachsenen weltweit durchgesetzt und wird auch von der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) empfohlen.

Da der Body Mass Index alters- und geschlechtsabhängig ist, müssen im Kindesalter BMI-Referenzkurven verwendet werden. Die AGA empfiehlt die Verwendung der Referenz für deutsche Kinder, die 2001 für die AGA publiziert wurde (Kromeyer-Hauschild 2001). Diese bestehenden Perzentile wurden im Altersbereich von 15 bis 18 Jahren modifiziert (Kromeyer-Hauschild et al. 2015). Durch die in diesem Altersbereich vorgenommene Zusammenführung der AGA-Daten und der Daten des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98), wird eine kontinuierliche Beurteilung der BMI-Entwicklung von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter (0 bis 79 Jahre) ermöglicht.

Um in Deutschland einheitliche Definitionen heranzuziehen, hat sich die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im

Kindes- und Jugendalter (AGA) darauf geeinigt, die BMI-Kategorien über bestimmte Perzentilen dieser Referenzdaten wie folgt zu definieren:

- Übergewicht: BMI-Perzentile > 90 - 97
- Adipositas: BMI-Perzentile > 97 - 99,5
- Extreme Adipositas: BMI-Perzentile > 99,5

Zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas: siehe [S2-Leitlinien](#)

Beurteilung des Taillenumfangs

In Deutschland existieren für Kinder und Jugendliche zwei Referenzen für den Taillenumfang: Zum einen wurden für den Altersbereich von 11,0 bis 18,0 Jahre geschlechtsspezifische Perzentilkurven aus den Daten des Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS) des RKI, der in den Jahren 2003-06 durchgeführt wurde, erstellt. Zum anderen gibt es für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 6 und 18 Jahren geschlechtsspezifische Perzentilkurven, die auf Daten der Jenaer Schulkinderuntersuchung 2005/2006 sowie Daten von Untersuchungen an Jenaer Berufsschulen im Jahr 2006 beruhen.

Der Taillenumfang wurde sowohl bei KiGGS als auch bei den Untersuchungen in Jena in Höhe der stärksten medialen Einziehung der Rumpfseitenkontur gemessen. Außerdem erfolgte in beiden Studien die Berechnung der Perzentile nach der LMS-Methode von Cole. Die KiGGS-Perzentile basieren auf den Taillenumfänge von 3.345 männlichen und 3.221 weiblichen Individuen, wobei davon ca. 20 % übergewichtig (einschl. adipös) und 6 % adipös waren. In die Jenaer Perzentile gingen die Daten von 1.288 männlichen und 1.256 weiblichen Kindern und Jugendlichen ein, wobei hier eine vergleichsweise niedrige Übergewichts- und Adipositasprävalenz vorlag, die zudem noch nahezu den Erwartungswerten der BMI-Referenz der AGA (10 % für Übergewicht einschl. Adipositas und 3 % für Adipositas) entsprach.

Beide Perzentilkurven eignen sich zur Beurteilung des Taillenumfangs von Kindern und Jugendlichen, wobei gegenwärtig die Festlegung von Grenzwerten schwierig ist, da der Zusammenhang zwischen bestimmten Erkrankungen und dem Taillenumfang bei Kindern und Jugendlichen bisher noch nicht ausreichend untersucht wurde. Vorgeschlagen wird die Verwendung des 90. Perzentils der KiGGS-Referenz als Grenzwert für die Identifikation eines stark erhöhten Taillenumfangs (= abdominale Adipositas). Das 97. Perzentil der Referenz aus Jena stimmt nahezu mit dem 90. Perzentil der KiGGS-Referenz überein und sollte bei Verwendung der Referenz aus Jena herangezogen werden, um Personen mit einem stark erhöhten Taillenumfang zu identifizieren.

Bayerische Landes Zahnärztekammer (BLZK) [Hrsg.]: *Zahn und Mund*; in: www.zahn.de;

URL: https://www.zahn.de/zahn/web.nsf/id/pa_zahn_und_mund.html; 27.01.2018, 10:37 Uhr

Zahn und Mund

Zähne und Allgemeingesundheit

Erfahren Sie hier mehr über die wissenschaftlich belegten Zusammenhänge zwischen Mundgesundheit und Allgemeingesundheit. Welche Wechselwirkungen gibt es und wie kann ich vorbeugen?

[mehr](#)

Gesunde Kinderzähne

Gesunde Kinderzähne sind die Grundlage für gesunde Zähne im Erwachsenenalter. Hier finden Eltern alle Informationen zur Pflege von Kinderzähnen und zahngesunder Ernährung.

[mehr](#)

Parodontitis

Entzündung des Zahnfleisches bzw. Zahnhalteapparates – Ursachen, Behandlung und Auswirkungen auf die Allgemeingesundheit.

[mehr](#)

Professionelle Zahnreinigung (PZR)

Gesundheit pur für die Zähne – ein unverzichtbarer Baustein der zahnmedizinischen Vorsorge. Wofür ist eine Professionelle Zahnreinigung notwendig und wie läuft sie ab? Finden Sie hier die Antworten auf Ihre Fragen zur PZR.

[mehr](#)

Prophylaxe zweite Lebenshälfte

Die Generation 60 plus legt Wert auf ein gepflegtes Äußeres und Gesundheit. Was gibt es bei der Zahnpflege zu beachten?

[mehr](#)

Implantate

Welche Vorteile haben sie, gibt es Grenzen und wie sieht der eigentliche Eingriff aus?

[mehr](#)

Kieferorthopädie

Informationen zu Zahn- und Kieferfehlstellungen, Ursachen, kieferorthopädischer Behandlung und Reinigung der Apparaturen.

[mehr](#)

Zahnunfall

Ein Zahnunfall ist nicht nur ein ästhetisches Problem. Auch die Funktion des Kauystems kann durch den Unfall stark beeinträchtigt werden. Das ist vermeidbar, wenn noch am Unfallort schnell erste Hilfe geleistet wird.

[mehr](#)

Mundgeruch

Halitosis – Ursachen, Therapie, Prophylaxe und eingebildeter Mundgeruch. Finden Sie hier Informationen zu Ursachen, Therapie und Vorbeugung von Mundgeruch.

[mehr](#)

Angst vor dem Zahnarztbesuch

Hier finden Patienten Informationen zu Ursachen, Prophylaxe und Methoden rund um die Angst vor dem Zahnarztbesuch.

[mehr](#)

Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz [Hrsg.]: *Untergewicht bei Jugendlichen*; in: www.vis.bayern.de;

URL:

https://www.vis.bayern.de/ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung_gruppen/untergewicht_jugendliche.htm; 31.01.2018, 12:56 Uhr

Untergewicht bei Jugendlichen

Von: **Jutta Kamensky - VerbraucherService Bayern**

Für übergewichtige Kinder und Jugendliche finden seit einigen Jahren zahlreiche Schulungsprogramme und Kampagnen statt. Die Kehrseite der Medaille, das Untergewicht, ist dagegen bis heute kaum ein Thema in der Öffentlichkeit. Dass es wirklich ein Problem sein kann, an Gewicht zuzunehmen, wird oft ebenso unterschätzt wie der Leidensdruck der Jugendlichen. So genannte „Bohnenstangen“ und „Spargeltarzans“ können scheinbar „essen soviel sie wollen“, nehmen aber trotzdem nicht zu. Ursachen und Folgen des Untergewichts sind vielfältig, aber nicht immer bedenklich. Wer zu wenig wiegt, hat nicht zwangsläufig gesundheitliche Beschwerden. Falls jedoch das Untergewicht mit einer Mangelernährung und damit einer Unterversorgung an Nährstoffen einhergeht, ist Vorsicht geboten. Eine ausgewogene und schmackhafte Ernährung ergänzt durch viele kalorienreiche Tipps kann helfen, langsam aber sicher ein paar Kilos mehr auf die Waage zu bringen.

In diesem Beitrag finden Sie

- [Untergewicht bei Jugendlichen - kein Problem?](#)
- [Wann beginnt Untergewicht?](#)
- [Ursachen von Untergewicht](#)
- [Schadet Untergewicht der Gesundheit?](#)
- [Gesund zunehmen bei Untergewicht](#)
- [Tipps für das Zunehmen](#)
- [Sport - leicht und gut dosiert!](#)

Untergewicht bei Jugendlichen - kein Problem?

Etwa 8 Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen 6 und 16 Jahren liegen um mindestens 15 Prozent unter ihrem Normalgewicht und sind damit untergewichtig. Der aktuelle Kinder- und Jugendgesundheitsurvey ergab, dass 21,9 Prozent der 11-17-Jährigen Merkmale einer Essstörung aufweisen. Dabei sind Mädchen fast doppelt so häufig betroffen wie Jungen. Besorgniserregend ist nach wie vor der „Schlankheitswahn“. Weibliche Teenager entscheiden sich deshalb oft für eine strenge und einseitige Diät. Andere Jugendliche sind untergewichtig ohne den Wunsch, schlank zu sein. Sie finden ihren Körper und vor allem die dünnen Arme und Beine wenig attraktiv. Vergebliche Versuche, an Gewicht zuzunehmen, belasten die Jugendlichen und vor allem ihr Selbstbewusstsein sehr.

Wann beginnt Untergewicht?

Auch ohne Waage und Berechnung ist Untergewicht einfach zu erkennen am scharfen Hervortreten des Brustkorbes und der Beckenknochen. Ob das Gewicht von Kindern und Jugendlichen im Normbereich liegt, kann genauer mit Hilfe des Body-Mass-Index (BMI) auch Körpermassenindex beurteilt werden. Der BMI gibt das Verhältnis zwischen Körpergröße und Gewicht an. Zur Berechnung wird das Körpergewicht in Kilogramm durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat geteilt.

Beispiel: $50 \text{ kg} / (1,65\text{m} \times 1,65\text{m}) = 18,3$

Dieser BMI von 18,3 deutet auf ein leichtes Untergewicht hin.

Gewichtseinteilung nach BMI:

- unter 17,5: ausgeprägtes Untergewicht,
- unter 18,5: Untergewicht,
- zwischen 18,5 und 25: Normalgewicht,
- zwischen 25 und 30: Übergewicht,
- zwischen 30 und 35: Adipositas Grad I,
- zwischen 35 und 40: Adipositas Grad II,
- über 40: extreme Adipositas, Grad III.

Da sich bei Kindern und Jugendlichen der normale Körperfettanteil je nach Alter und Geschlecht ständig ändert, hat man für sie die Perzentilkurven (Wachstumskurven) für den BMI entwickelt. Anhand des Alters und des BMI kann man von der Perzentilkurve ablesen, in welchem Bereich sich der Wert befindet.

[BMI-Berechnung für Kinder und Jugendliche](#)

Ursachen von Untergewicht

Bei den Ursachen des Untergewichts spielt die Vererbung eine wichtige Rolle, denn der Körperbau wird zum großen Teil von den Genen bestimmt. Manche Menschen haben genetisch bedingt einen sehr aktiven Stoffwechsel. Ihr Kalorienbedarf liegt im Durchschnitt 300 bis 400 Kalorien höher als bei Menschen, die zu den „guten Futterverwertern“ zählen und eher schnell zunehmen. Auch unter Stress, der vielen Menschen auf den Magen schlägt, kommt es teilweise zur Gewichtsabnahme. Stress beeinflusst das Gefühl von Hunger und Appetit. Besonders aktive untergewichtige Personen, die der Nahrungsaufnahme allgemein wenig Bedeutung zumessen, neigen ebenfalls häufig zu Untergewicht. Sie vergessen sogar hin und wieder, etwas zu essen.

Gewichtsabnahme bei Krankheit

Wer normal isst und trotzdem untergewichtig ist, sollte unbedingt von einem Arzt abklären lassen, ob er an einer Krankheit leidet, die mit einer Gewichtsabnahme einhergeht. Das ist beispielsweise bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wie Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa der Fall. Auch Lebensmittelunverträglichkeiten oder eine Schilddrüsenüberfunktion können für ein niedriges Körpergewicht verantwortlich sein.

Liegt eine Ess-Störung vor?

Nicht jeder untergewichtige Jugendliche leidet gleich an einer Essstörung. Und dennoch könnte ein Body-Mass-Index unterhalb des Normbereichs auch eine rein psychische Ursache haben. Sollten Eltern den Verdacht hegen, dass es sich bei den Jugendlichen um die schweren Formen gestörten Essverhaltens wie Magersucht (anorexia nervosa) oder Ess-Brech-Sucht (bulimia nervosa) handelt, ist in jedem Fall professionelle Hilfe vom Arzt oder Psychotherapeuten nötig.

Schadet Untergewicht der Gesundheit?

Wer untergewichtig ist, muss nicht automatisch krank werden. Manche Menschen nehmen aufgrund ihres erhöhten Stoffwechsels nicht zu und bleiben ein Leben lang sehr schlank, obwohl sie reichlich Kalorien zu sich nehmen. Fühlen sich untergewichtige Jugendliche wohl und leistungsfähig, liegt kein Anlass zur Besorgnis vor. Zur Sicherheit sollte dennoch eine Abklärung des gesundheitlichen Status beim Kinder- und Jugendarzt erfolgen. Normalgewicht anzustreben könnte ein langfristiges Ziel sein.

Mangelernährung bei Untergewicht

Untergewicht wirkt sich erst dann negativ aus, wenn gleichzeitig eine Mangel- oder Fehlernährung vorliegt. Eine zu geringe Aufnahme der lebenswichtigen Nährstoffe Kohlenhydrate, Fett, Eiweiß, Vitamine und Mineralstoffe zeigt sich auf Dauer an vielfältigen Symptomen. Durch den Abbau von Muskulatur, Fettgewebe und stoffwechselaktiven Zellen kommt es zur Schwächung der Abwehrkräfte. Untergewichtige sind anfälliger für Infektionen und haben nur wenige Reserven für stressige Phasen. Das Risiko für eine spätere Osteoporose ist bei Untergewichtigen deutlich höher als bei Normalgewichtigen.

Anzeichen von bedenklichem Untergewicht

- Leistungsschwäche
- Niedergeschlagenheit
- Müdigkeit trotz ausreichend Schlaf
- Wachstumsstörungen
- Konzentrationsstörungen
- Kreislaufstörungen
- häufiges Frieren
- trockene Haut
- mattes oder sprödes Haar bis zum Haarausfall
- Störungen der Menstruation

Gesund zunehmen bei Untergewicht

Sind medizinische Ursachen für das Untergewicht ausgeschlossen, ist es hilfreich, das Essverhalten genauer unter die Lupe zu nehmen. Ein Ernährungsprotokoll über 4 bis 7 Tage lang geführt, gibt Aufschluss über die tatsächliche Nährstoff- und Kalorienzufuhr. Auch wird daraus klar ersichtlich, wo noch Kalorien ergänzt werden können oder zu sehr gespart wurde. Die Grundlage für eine Gewichtszunahme ist in jedem Fall eine vollwertige Ernährung. Sie sollte ausgewogen sein und den Bedarf an allen wichtigen Nährstoffen decken. Als Richtwerte für die Zusammenstellung der Ernährung gelten dieselben Empfehlungen wie für Normalgewichtige. Die Ernährungspyramide zeigt Mengen und Wichtigkeit der einzelnen Lebensmittelgruppen pro Tag, die Kinder und Jugendliche verzehren sollten.

Jugendliche benötigen täglich:

- reichlich Flüssigkeit: Wasser, Tee, Saftschorle oder ein Glas Saft
- reichlich Getreide und Getreideprodukte, Kartoffeln, Reis oder Nudeln
- reichlich Obst und Gemüse
- mäßig Milch- und Milchprodukte
- mäßig Fleisch, fettarme Wurst, Fisch und Eier
- sparsam Öl und Fett
- hin und wieder eine kleine Portion Süßigkeiten oder fettreiche Snacks

Copyright: BZfE, Idee: S. Mannhardt

Energiebedarf beim Zunehmen

Durchschnittlich brauchen Jugendliche im Alter von 13 bis 14 Jahren etwa 2200 (Mädchen) und 2700 (Jungen) Kilokalorien pro Tag. Bei den 15- bis 18-Jährigen liegt der Energiebedarf bei 2500 (Mädchen) und 3100 (Jungen) Kilokalorien. Untergewichtige sollten pro Tag zusätzlich mindestens 500 bis 1000 Kilokalorien zu ihrem durchschnittlichen Energiebedarf aufnehmen. Diese zusätzliche Kalorienzufuhr darf auch langsam von 500 auf 1000 Kilokalorien gesteigert werden.

Wie viel von welcher Lebensmittelgruppe? [Altersgemäße Lebensmittelverzehrsmengen](#)

Tipps für das Zunehmen

Das Ziel für Untergewichtige ist es, eine langsame aber kontinuierliche Gewichtszunahme mittels einer ausgewogenen und abwechslungsreichen Mischkost zu erreichen. Für das Zunehmen ist es ideal, mindestens fünf bis sechs Mahlzeiten pro Tag einzunehmen oder ungefähr alle zwei Stunden etwas zu essen. Kalorienreiche Snacks zwischen den Mahlzeiten verbessern die Energiebilanz. Diät- und Light-Produkte gehören nicht auf den Speiseplan von untergewichtigen Personen.

So werden Speisen reich an Kalorien

Die Kunst beim Zunehmen ist es, kalorienreiche Mahlzeiten zu essen, ohne ein schnelles Sättigungsgefühl zu erhalten. Das erreicht man am leichtesten über eine energiereiche Zubereitung und die Aufwertung der Speisen mit Kalorien aus Fett und Zucker. Blähende und stark sättigende Speisen sind ungünstig, weil sie den Appetit eher hemmen als steigern.

Anreichern von Suppen, Saucen oder Aufläufen mit

- Sahne, Doppelrahmfrischkäse und Creme fraiche
- 1 bis 2 Esslöffel Öl
- geriebenem Käse
- Eiern

Salate oder Rohkost ergänzen mit

- gerösteten Haselnüssen, Mandeln oder Walnüssen
- Ölsaaten wie Sonnenblumenkernen, Sesamsamen, Kürbiskernen
- in Öl eingelegtes Gemüse wie getrocknete Tomaten, Zucchini, Auberginen, Champignons, Artischocken oder Oliven
- Käsewürfeln

Süßspeisen verfeinern mit

- Sahne und Schmelzflocken
- ein bis zwei Teelöffeln hochwertigen Pflanzenölen
- Traubenzucker

Die kalorienreiche Variante wählen

Von vielen Lebensmitteln sind von Natur aus oder von der Industrie beeinflusst kalorienreduzierte Alternativen erhältlich. Untergewichtige Personen sollten sich in jedem Fall immer für die kalorienreiche Variante entscheiden. Auch bei der Zubereitung ist auf ein „Mehr“ an Energie zu achten.

Bei Untergewicht zu bevorzugen:

- Bananen, Weintrauben oder Pflaumen anstatt Wassermelonen
- Müsli statt mit Milch mit einer Milch-Sahne-Mischung im Verhältnis 50:50 zubereitet
- gebundene Cremesuppen anstatt klare Brühe
- Brote doppelt belegt und üppig mit Butter oder Pflanzenmargarine bestrichen
- Als Brotbelag: fettreicher Käse (ab 50 Prozent Fett in der Trockenmasse) oder fettreiche Wurst (Leberwurst, Mettwurst, Salami)
- energiereiche Brotaufstriche wie Nussmus, Pesto oder Nuss-Nougat-Creme
- Salatsaucen mit hochwertigen Ölen wie Walnuss-, Oliven- oder Rapsöl
- Milchprodukte mit vollem Fettgehalt verwenden(z.B. Sahne- anstatt Magerquark)
- Fettreicher Fisch wie Lachs, Thunfisch oder Makrele
- Vollkornbrot statt Weißbrot

- Gemüse, Nudeln und Reis in Butter schwenken
- Avocados mit 30g Fett auf 100g als Dipp oder Nudelsauce

Snacks zum Zunehmen

- Gemüsesticks mit Sahnequarkdipp
- Zuckerreiche Obstsorten
- Kuchen aus Blätterteig, Rührteig oder Mürbeteig wie z.B. Croissants oder Nusskuchen
- Müsli und Sahnejoghurt
- Vollkornkekse, Fruchtschnitten
- Belegte Sandwichs

Getränke für mehr Gewicht

Statt Mineralwasser sind auch zwei Liter unverdünnte Obst- und Gemüsesäfte am Tag erlaubt. Zur Abwechslung schmeckt auch ein Glas Vollmilch, Kakao, Sojamilch, Limonade und Cola. Milchshakes lassen sich gut aufwerten mit Sahneis oder leckeren Früchten und einem Sahnehäubchen. Tee am besten mit Honig oder Sirup süßen. Besser nach dem Essen trinken als vorher oder dazu, sonst ist man schon zu früh satt.

Naschen und Knabbern erwünscht!

- Müsliriegel
- Schokolade, Bonbons, Gummibärchen
- Studentenfutter, Nüsse, Trockenfrüchte
- Chips, Käsewürfel, Erdnüsse
- Sahneis

Das regt den Appetit an:

- Verschiedene Kräuter und Gewürze wie Petersilie, Koriander und Kümmel
- viel Abwechslung auf dem Speiseplan
- mehrere Gänge bei jedem Essen
- Garnituren, Servietten, ansprechende Tischdekorationen
- Lieblingsgerichte
- eine harmonische Tischgemeinschaft
- Spaziergänge an der frischen Luft

Fast Food: ja gerne!

Essen in Gesellschaft steigert den Appetit. Für eine kalorienreiche Mahlzeit ist auch – entgegen sonstiger Empfehlungen – das Fast Food Restaurant eine gute Anlaufstelle. Ein Maxi-Menü liefert mehr als 1000 Kilokalorien und bringt zudem noch Abwechslung, eine nette Gemeinschaft und viel Spaß.

Spezialprodukte: Trinknahrung

Wer mit „normalen“ Lebensmitteln keine Erfolge erzielt, kann es mit hochkalorischen Trinknahrungen aus der Apotheke probieren. Es gibt sie in vielen verschiedenen Geschmacksrichtungen, süß und pikant. Sie eignen sich auch gut für unterwegs.

Sport - leicht und gut dosiert!

Intensiver Sport und starker Stress können das Hungergefühl bremsen. Leichte und regelmäßige Bewegung ist wichtig und kann sogar den Appetit anregen. Sport zum Aufbau von Muskulatur ist zu empfehlen. Das formt den Körper und fördert ein positives Körpergefühl, was bei Untergewichtigen häufig wenig ausgeprägt ist. Bei Ausdauersportarten wie Joggen, Schwimmen oder Rudern werden viele Kalorien verbraucht, die dann zusätzlich mit der Nahrung wieder zugeführt werden müssen. Um eine übermäßige Fettverbrennung bei diesen Sportarten zu vermeiden, sollten sie maximal 20 Minuten durchgeführt werden.

Mehr zum Thema

VIS-Beiträge

- [Body-Mass-Index](#)
- [Weitere Informationen zur Ernährung von Kindern und Jugendlichen](#)

Links

- [Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund](#)
- [Bundeszentrum für Ernährung](#)
- [Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS](#)

- [Altersentsprechende Lebensmittelverzehrsmengen](#)
Berechnung des Body-Mass-Index
- [BMI-Berechnung für Kinder und Jugendlichen](#)
Essstörungen
- [Das online-Familienhandbuch](#)
- [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung](#)
- [ANAD \(Anorexia Nervosa und Associated Disorders\) e.V. Beratungsstellen](#)
- [Bundesfachverband Essstörungen](#)
- [Deutsche Gesellschaft für Essstörungen](#)

Der Freistaat Bayern stellt Ihnen auf dieser Website unabhängige, wissenschaftsbasierte Informationen zum Verbraucherschutz zur Verfügung.

Einzelfallbezogene Rechtsauskünfte und persönliche Beratung können wir leider nicht anbieten. Auch dürfen wir Firmen, die sich wettbewerbswidrig verhalten, nicht selbst abmahnen.

Sollten noch Fragen zu Ihrem konkreten Sachverhalt verbleiben, wenden Sie sich bitte an die unter [Service](#) genannten Anlaufstellen.

Aktuelles

09.02.2018

[Papierverbrauch reduzieren in der Fastenzeit](#)

08.02.2018

[Gefahren beim Hantieren mit Auto-Starterbatterien](#)

08.02.2018

[Einkauf und Betrieb von elektrischen Tischleuchten](#)

06.02.2018

[Abzocke mit Kabelrouter- und Internetverträgen](#)

06.02.2018

[Sicher online einkaufen - Tipps von der VI](#)

01.02.2018

[Transfettsäuren - unerwünscht in Lebensmitteln](#)

25.01.2018

[Trendlebensmittel Algen](#)

16.01.2018

[Ausstellung "Boden schätzen, Boden schützen"](#)

15.01.2018

[So wichtig ist Vitamin D für den Körper](#)

12.01.2018

[Gesund durch den Winter mit milchsaurem Gemüse](#)

Stand: 26.10.2017

Autor: Dipl. oec. troph. Jutta Kamensky - VerbraucherService Bayern

Bibliographisches Institut GmbH [Hrsg.]: *Motorik*; in: www.duden.de;

URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Motorik>; 02.02.2018, 14:12 Uhr

Motorik, die

Wortart: **i** Substantiv, feminin

Häufigkeit: **i** ■■■■■

RECHTSCHREIBUNG



Worttrennung: Mo|to|rik

BEDEUTUNGSÜBERSICHT



1. (Medizin) Gesamtheit der aktiven, vom Gehirn aus gesteuerten, koordinierten Bewegungen des menschlichen Körpers
2. (Medizin) Lehre von den Funktionen der Bewegung des menschlichen Körpers und seiner Organe
3. (bildungssprachlich) gleichmäßiger, keinen oder nur geringfügigen Schwankungen unterliegender Bewegungsablauf, Rhythmus

ANTONYME ZU *MOTORIK*



Motilität

AUSSPRACHE



Betonung: *Mo*torik

GRAMMATIK



	SINGULAR
NOMINATIV	die Motorik
GENITIV	der Motorik

	SINGULAR
DATIV	der Motorik
AKKUSATIV	die Motorik

BLÄTTERN



Im Alphabet davor

- [Motorflugzeug](#)
- [Motorgenerator](#)
- [Motorgeräusch](#)
- [Motorhaube](#)
- [-motorig](#)

Im Alphabet danach

- [Motoriker](#)
- [Motorikerin](#)
- [motorisch](#)
- [motorisieren](#)
- [Motorisierung](#)

Bundesagentur für Arbeit [Hrsg.]. *Statistik nach Themen*; in: www.statistik.arbeitsagentur.de;

URL: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Grundsicherung-fuer-Arbeitsuchende-SGBII/Ueberblick/Ueberblick-Nav.html>;
25.01.2018, 11:20 Uhr

Überblick Eckwerte der Grundsicherung SGB II - Deutschland, West/Ost, Länder und Kreise (Monatszahlen)

Grundsicherung für Arbeitsuchende auf einen Blick - Deutschland und Länder (Monatszahlen)

Grundsicherung für Arbeitsuchende in Zahlen - Deutschland (Monatszahlen)

Kreisreport Grundsicherung SGB II - Kreise (Monatszahlen)

Schaubild Leistungsberechtigung und Arbeitslosigkeit - Deutschland, West/Ost, Länder und Jobcenter

Eckwerte der Grundsicherung SGB II - Deutschland, West/Ost, Länder und Kreise (Zeitreihe Monats- und Jahreszahlen ab 2005)

Eckwerte der Grundsicherung SGB II - Deutschland, West/Ost, Länder und Jobcenter (Zeitreihe Monats- und Jahreszahlen ab 2007)

Strukturen der Grundsicherung SGB II - Deutschland, West/Ost, Länder und Kreise (Zeitreihe Monats- und Jahreszahlen ab 2005)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [Hrsg.]: *Aktive und passive Immunisierung – Was ist der Unterschied?*; in: www.impfen-info.de;

URL: <https://www.impfen-info.de/wissenswertes/aktive-und-passive-immunisierung/>;
01.02.2018, 10:03 Uhr

Aktive und passive Immunisierung - Was ist der Unterschied?

Die aktive Immunisierung

Ziel der aktiven Impfung ist der Aufbau eines langfristig wirksamen Schutzes. Hierzu werden abgetötete oder auch nur Bruchstücke der Erreger bzw. abgeschwächte Krankheitserreger, die selbst keine ernsthafte Erkrankung mehr verursachen können, verabreicht. Dem Körper wird so eine Infektion vorgetäuscht und er reagiert mit der Bildung von Antikörpern und so genannten Gedächtniszellen. Wenn man sich zukünftig einmal mit dem echten Erreger ansteckt, können diese schnell aktiv werden und die Erkrankung abwehren.

Für den Aufbau des Impfschutzes sind in vielen Fällen mehrere Teilimpfungen nötig. Man spricht dann von Grundimmunisierung. Die einzelnen Impfzeitpunkte sind im so genannten „Impfschema“ festgelegt. Bei einigen Impfungen hält der Schutz danach ein Leben lang, andere müssen in regelmäßigen Abständen aufgefrischt werden. Auffrischungsimpfungen bei Jugendlichen und im Erwachsenenalter dienen somit einer nochmaligen "Erinnerung" des [Immunsystems](#) und halten den Impfschutz aufrecht.

Die passive Immunisierung

Bei einigen Krankheiten besteht die Möglichkeit, durch eine passive Immunisierung einen schnellen Schutz aufzubauen. Dies kann notwendig sein, wenn ein Mensch aktuell mit einem Krankheitserreger

in Kontakt gekommen ist und kein ausreichender [Impfschutz](#) gegen diese Krankheit besteht. Hierzu muss man allerdings merken, dass man sich angesteckt hat.

Bei der passiven Impfung werden Konzentrate von Antikörpern gespritzt, die in der Regel von Menschen stammen, die z. B. durch Impfung gegen die Krankheit immun sind. Im Unterschied zur aktiven Impfung bietet die passive Impfung einen sofortigen Schutz, der jedoch nur für kurze Zeit - ungefähr drei Monate - anhält.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) [Hrsg.]: *Body Mass Index*; in: www.bzga-kinderuebergewicht.de;

URL: <https://www.bzga-kinderuebergewicht.de/vertiefende-informationen/body-mass-index/>;
31.01.2018, 11:17 Uhr

Body Mass Index

BMI = Körpergewicht in kg : (Körpergröße in Metern x Körpergröße in Metern)

Diese Formel reicht zur Beurteilung des Gewichts bei Kindern und Jugendlichen allein nicht aus. Der Grund: Im Laufe der Entwicklung von Kindern zu Jugendlichen kommt es zu Veränderungen der Körpermasse. Sie sind alters- und geschlechtsbedingt. Dies muss bei der Beurteilung des Body Mass Index (BMI) berücksichtigt werden.

Um das Gewicht bei Kindern und Jugendlichen zu beurteilen, wurden von Frau Dr. Kromeyer-Hauschild von der Universität Jena [↓ BMI-Referenzwerte \(PDF\)](#) erarbeitet. Die Daten von 17.147 Jungen und 17.275 Mädchen im Alter von 0 bis 18 Jahren, die von 1985 bis 1999 in 17 verschiedenen Untersuchungen erhoben wurden, lieferten die Grundlage. Diese Perzentilen wurden 2001 für die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) publiziert, eine Anpassung für den Altersbereich 15 bis 18 Jahre erfolgte 2015. Diese Perzentilen werden zur Beurteilung des Gewichts bei Kindern und Jugendlichen empfohlen^{1,2}.

- **Normalgewicht:** BMI liegt zwischen der 10. und 90. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile
- **Übergewicht:** BMI liegt über der 90. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile
- **Adipositas:** BMI liegt über der 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile
- **Extreme Adipositas:** BMI liegt über der 99,5. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentile

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [Hrsg.]: *Masern-Impfung bei Kindern*; in: www.impfen-info.de;

URL: <https://www.impfen-info.de/impfempfehlungen/fuer-kinder-0-12-jahre/masern/impfung/>;
01.02.2018, 15:04 Uhr

Masern-Impfung bei Kindern

- Infektion
- Krankheitsbild
- **Impfung**

Impfung

Die Impfung gegen Masern

Kinder können durch eine zweimalige Impfung wirksam gegen Masern geschützt werden. Gegen Masern wird üblicherweise in Kombination zusammen mit Mumps, Röteln und ggf. Windpockengeimpft:

- Die erste Teilimpfung sollte zwischen vollendetem 11. und 14. Lebensmonat gegeben werden (frühestens mit 9 Monaten, wenn z.B. Ansteckungsgefahr herrscht oder das Kind in einer Gemeinschaftseinrichtung betreut wird).
- Die zweite Impfung soll frühestens vier Wochen nach der ersten Impfung und spätestens gegen Ende des zweiten Lebensjahres, mit 23 Monaten, gegeben werden.

Die 2. Impfung ist dabei keine so genannte „Auffrischimpfung“, sondern wichtig für einen sicheren und kompletten Impfschutz. Verpasste oder verschobene Impfungen sollten so bald wie möglich nachgeholt werden.

Notfalls kann auch noch bis zu drei Tage nach einer möglichen Ansteckung geimpft werden. Eine vorbeugende Impfung ist jedoch besser. Fragen Sie Ihren Kinderarzt bzw. Ihre Kinderärztin danach!

Die Impfung muss nur dann verschoben werden, wenn das Kind eine behandlungsbedürftige Erkrankung hat.

Mögliche Nebenwirkungen der Impfung

Die Impfung ist trotz möglicher Impfreaktionen gut verträglich. Bei etwa 5 von 100 Geimpften kommt es in den ersten drei Tagen nach der Impfung durch die Anregung der körpereigenen Abwehr zu einer Rötung oder Schwellung an der Einstichstelle, die auch schmerzen kann. Gelegentlich schwellen Lymphknoten in der Nähe ebenfalls an. Auch kurzfristige Allgemeinsymptome wie eine leichte bis mäßige Temperaturerhöhung, Kopfschmerzen, Mattigkeit oder Magen-Darm-Beschwerden können auftreten.

Da es sich um eine Lebendimpfung mit abgeschwächten Viren handelt, können ein bis vier Wochen

nach der Impfung bei etwa 2 bis 5 von 100 Geimpften leichte, nicht übertragbare „Impf-Masern“ beobachtet werden: Fieber verbunden mit einem schwachen masernähnlichen Ausschlag. Auch eine leichte Schwellung der Ohrspeicheldrüse ist gelegentlich möglich. Von Jugendlichen und Erwachsenen (sehr selten bei Kindern) sind Gelenkbeschwerden berichtet worden. Selten wird eine leichte Hodenschwellung beobachtet.

Solche Impfreaktionen sind in der Regel vorübergehend und klingen ohne Folgen wieder ab.

Nebenwirkungen sind selten. Im Zusammenhang mit einer Temperaturerhöhung kann es beim Säugling und jungen Kleinkind zu einem Fieberkrampf (in der Regel ohne Folgen) kommen.

Allergische Reaktionen auf den Impfstoff sind möglich, ebenso länger andauernde Gelenkentzündungen. Beides ist aber sehr selten. Nur in Einzelfällen verminderte sich vorübergehend die Zahl der Blutplättchen, die für die Gerinnung zuständig sind. Wie in Folge der Krankheit wird als sehr seltene Nebenwirkung auch eine mögliche Gehirnentzündung nach der Impfung diskutiert; weltweit sind diese nach Impfung in wenigen Einzelfällen beobachtet worden. Ein Zusammenhang mit der Impfung konnte jedoch nicht belegt werden.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) [Hrsg.]: *Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)*; in: www.kindergesundheit-info.de;

URL: <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/foerdern-unterstuetzen/sozialpaediatriische-zentren-spz/>; 25.01.2018, 16.21 Uhr

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)

Die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) in Deutschland sind Einrichtungen der ambulanten Krankenversorgung, die auf Kinder und Jugendliche spezialisiert sind.

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [Google+](#)
- [Mail](#)

© Corbis Images

Auf Kinder und Jugendliche spezialisierte Einrichtungen

Bei einer Erkrankung oder bei dem Verdacht auf eine Erkrankung, in deren Folge es zu Störungen in der kindlichen Entwicklung, Behinderungen, Verhaltensauffälligkeiten oder seelischen Störungen kommt oder kommen kann, bieten Sozialpädiatrische Zentren fachliche Hilfe und Unterstützung. In Sozialpädiatrischen Zentren werden Kinder und Jugendliche fachlich-medizinisch untersucht, betreut und behandelt. Die einzelnen

Sozialpädiatrischen Zentren sind dabei unterschiedlich ausgerichtet, so dass Kinder mit den verschiedensten Krankheits- und Störungsbildern hier untersucht und behandelt werden.

Hierzu gehören zum Beispiel:

- Globale Entwicklungsstörungen, Epilepsie, chronische Kopfschmerzen, Muskelerkrankungen und andere neuropädiatrische Krankheiten,
- Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter, hyperkinetische Störungen, Störung des Sozialverhaltens, psychosomatische Symptome und andere psychiatrische Störungsbilder,
- umschriebene Entwicklungsstörungen, wie zum Beispiel Teilleistungsstörungen, Folgen anderer chronischer Erkrankungen, Langzeitbegleitung nach Früh- bzw. Risikogeburten,
- familiäre Interaktionsstörungen, Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch und andere Störungen des sozialen und familiären Umfeldes.

Im Auftrag niedergelassener Vertragsärzte

Sozialpädiatrische Zentren arbeiten nur im Auftrag und auf Überweisung der niedergelassenen Vertragsärzte und -ärztinnen. Dies sind vor allem Ärzte und Ärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin. Zu den besonderen Kennzeichen der Sozialpädiatrischen Zentren gehört eine enge, fachübergreifende Zusammenarbeit auf medizinischem, psychologischem und pädagogisch-therapeutischem Gebiet. In der Praxis bedeutet dies, dass mit den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen und Therapeutinnen und Therapeuten, den Fördereinrichtungen und mit dem öffentlichen Gesundheitssystem eng zusammengearbeitet wird. Die Familien werden in die Behandlung immer mit einbezogen und betroffene Kinder werden gegebenenfalls über die gesamte Kindheit bis ins Jugendalter betreut.

Verzeichnisse der Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland

Wenn Sie sich über Sozialpädiatrische Zentren in Ihrer Nähe und deren Angebote informieren möchten, kann Ihnen Ihr Kinderarzt oder Ihre Kinderärztin Auskunft geben. Doch Sie können sich auch im Internet informieren. Hier bieten zum Beispiel der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte wie auch die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. auf ihren Internetseiten die Möglichkeit, nach Sozialpädiatrischen Zentren in der Nähe zu suchen.

Tjark Knittel [Hrsg.]: *Sprachentwicklungsstörung bei Kindern (SES)*; in: www.familie-und-tipps.de;

URL: <https://www.familie-und-tipps.de/Kinder/Erziehung/Sprachentwicklung/Sprachentwicklungsstoerung.html>; 23.01.2018, 09:28 Uhr

Sprachentwicklungsstörung bei Kindern (SES)



Bei einer Sprachentwicklungsstörung kann eine Therapie beim Logopäden helfen - Foto: © pholidito
Inhaltsverzeichnis dieses Artikel:

- [Die Sprachentwicklungsstörung erkennen](#)
- [Wie erfolgt die Diagnostik?](#)
- [Therapie](#)
- [Ursachen einer Sprachentwicklungsstörung](#)
- [Symptome einer Sprachentwicklungsstörung](#)

Die Sprachentwicklungsstörung erkennen

Ab einem gewissen Punkt in der Sprachentwicklung eines Kindes werden Eltern, Erzieher und Pädagogen im wahrsten Sinne des Wortes hellhörig.

Und zwar spätestens dann, wenn sich ein Kind weit außerhalb der breiten Normwerte sprachlich auffällig zeigt. Eltern sind daraufhin verunsichert, ob es sich bei ihrem Kind schlicht um einen Spätentwickler handelt oder eine ernsthafte und behandlungsbedürftige Störung der Sprache vorliegt. Im Zweifelsfall bleibt nur der Gang zum Kinderarzt bzw. zum Logopäden, um Gewissheit zu erlangen.

Da Sprache eine Schlüsselfunktion im Leben der Kinder besitzt, sollten Eltern bei Verdachtsmomenten handeln. Kinder werden durch Sprache sozial integriert, lernen und kommunizieren. Zeigt ein Kind Auffälligkeiten im Spracherwerb oder in der Artikulation und ist ansonsten altersgemäß entwickelt, deutet dies auf eine Sprachentwicklungsstörung hin. Betroffene Kinder sind dabei normal intelligent. Logopäden und Ärzte unterscheiden differenzierter zwischen Sprachentwicklungsverzögerungen, -störungen oder gar -behinderungen. Bei letzterer liegen die Ursachen für die Erkrankung in einer körperlichen oder geistigen Behinderung des Kindes. Verzögert sich der Beginn einzelnen Sprachphasen, setzt die Entwicklung lediglich später ein als bei anderen Kindern. Bei einer Sprachentwicklungsstörung hingegen, weicht das Sprachbild deutlich von einzelnen Normwerten der normalen Entwicklung ab.

Wie erfolgt die Diagnostik?

Stellen Eltern ihr Kind beim Arzt vor, kann dieser anhand einfacher Tests bereits viele Diagnosen eingrenzen oder ausschließen. Detailliert erstellt jedoch ein Logopäde, Phoniater bzw. Pädaudiologe eine differenzierte Diagnostik. Vorher werden bei jedem Kind organische Ursachen abgeklärt.

Was erfolgt nach der Diagnose Sprachentwicklungsstörung?

Betroffene Kinder erhalten eine individuelle Therapie, die speziell auf ihre Diagnose und Befunde ausgelegt wird. In einer Einzelbetreuung, meist durch Logopäden, werden sie geschult, therapiert und motiviert. Eltern werden intensiv in die Therapie mit einbezogen bzw. immer auf dem aktuellen Stand gehalten.

Worin liegen die Ursachen einer Sprachentwicklungsstörung bei Kindern?

Kinder mit einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung zeigen oft auch auf dem Gebiet der Sprache Auffälligkeiten. Eine weitere klassische Ursache für eine Sprachentwicklungsstörung ist eine eingeschränkte Hörfähigkeit. Auch eine Sehbehinderung kann sich auf die Sprache auswirken. Erbliche Faktoren spielen ebenso eine Rolle wie auch kognitive Schwächen oder eine Erkrankung der Sprechorgane. Wird ein Kind sprachlich nicht ausreichend gefordert und gefördert, kann ebenso eine Sprachentwicklungsstörung die Folge sein. Kinder die zweisprachig aufwachsen können ebenso betroffen sein. Häufig liegt eine Ursache in Teilleistungsstörungen, wie zum Beispiel einer **Lese-Rechtschreib-Schwäche**, einer **Dyskalkulie** (Rechenschwäche) oder einer **auditiven Wahrnehmungsstörung**.

Welche Symptome zeigt ein Kind mit einer Sprachentwicklungsstörung?

Eine Störung der Sprache kann sich vielseitig äußern. Typische Symptom-Beispiele sind:

- **Artikulationsprobleme:** die Kinder haben motorische Probleme in der Lautbildung, auch bei Lautkombinationen. So zum Beispiel wird aus dem "Drachen" ein "Grachen".
- **Wortschatzprobleme:** Kinder verstehen oft die Bedeutung einzelner Wörter nicht und erweitern nur unter argen Schwierigkeiten ihren Wortschatz. Sie drücken sich oft unpassend aus und verwenden allgemeine Begriffe anstatt detailliertes Wortgut, wie zum Beispiel das Hilfsverb "tun" anstatt Vollverben wie gehen, sitzen, spielen oder trinken usw.
- **Wortfindungsprobleme:** kennt ein Kind bestimmte Wörter und versteht diese auch, wendet sie aber nicht in der passenden Situation spontan an, kann es eine Störung in der Wortfindung haben.
- **Ausdrucksschwierigkeiten:** dem Kind fällt es schwer, seine Wünsche und Bedürfnisse zu äußern. Es hat nicht viel Freude an der Sprache.
- **Grammatikprobleme:** das Kind kann im Alter von 5 - 6 Jahren die Mehrzahl nicht vom Singular unterscheiden, hat Probleme mit Zeitformen und dem Satzbau.
- **Probleme mit der Phonologie:** kann ein Kind die einzelnen Sprachlaute nicht unterscheiden, kann eine phonologische Störung vorliegen. Dem Kind ist dabei nicht bewusst, aus welchen Lauten ein bestimmtes Wort besteht und es kann dies daraufhin auch nicht anwenden.
- **Erzählschwierigkeiten:** das Kind hat auffällig Probleme damit, Geschichten wie auch Erlebnisse und Sachverhalte wiederzugeben. Experten sprechen von einer eingeschränkten Pragmatik.

Eine "gesunde" und gut entwickelte Sprache können Kinder nur erlernen, wenn das Zusammenspiel von kognitiver und körperlicher Entwicklung stimmt, das Kind emotional gestärkt ist und die motorischen Gegebenheiten stimmen. Zudem muss Sprache von dem Kind "gelebt" und oft angewendet werden. Treten leichte oder starke Defizite bei einem Kind auf, bietet eine differenzierte Diagnostik und hochqualifiziertes Fachpersonal von Form von Logopäden und Phoniateren eine gute Voraussetzung für die erfolgreiche Therapie eines Kindes.

Text: C. D. / Stand: 08.02.2018

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen [Hrsg.]: *Daten zur Gesundheitsberichterstattung*; in: www.statistik.sachsen.de;

URL: https://www.statistik.sachsen.de/GBE/Gesundheit_Start.htm; 11.01.2018, 09:17 Uhr

Gesundheitsberichterstattung

Erläuterungen

Das Statistische Landesamt des Freistaates Sachsen veröffentlicht an dieser Stelle im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz Daten zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung, den sozialen, ökonomischen und Umweltbedingungen und den Ressourcen, der Inanspruchnahme sowie den Ausgaben und Kosten von Leistungen der Gesundheitsversorgung.

Unser Dank geht an alle beteiligten Institutionen und Organisationen, die durch die Bereitstellung von Daten zu dieser umfangreichen Präsentation beigetragen haben.

Seit Anfang 2012 gibt es die interaktive kartografische Darstellung der Regionaldaten:

Interaktive Karten der Regionaldaten



Gesundheitsindikatoren

Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) hat im Mai 2003 die Dritte überarbeitete Fassung des Indikatorensatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder als neue Grundlage der Länder-Gesundheitsberichterstattung beschlossen. Alle Indikatoren folgen der Systematik nach Bundes-, Kern- und Länderindikatoren.

Bundesindikatoren (B) ; z. B. Indikator (B) 4.1

werden vom Statistischen Bundesamt, dem Robert-Koch-Institut und anderen Datenhaltern auf Bundesebene berechnet und dort vorgehalten. Bundesindikatoren werden in der Regel verwendet, wenn keine Länderdaten zur Verfügung stehen.

Kernindikatoren (K) ; z. B. Indikator (K) 2.1

sollten von allen Bundesländern vorgehalten werden; sie sollten EU-kompatibel sein. Kernindikatoren überwiegen von der Bedeutung gegenüber den Länderindikatoren, sie sollten grundsätzlich zwischen den Ländern vergleichbar sein.

Länderindikatoren (L) ; z. B. Indikator (L) 2.11

können zusätzlich in den Ländern geführt werden, wenn dafür gesundheitspolitische Prioritäten bestehen; Indikatoren im Regionalvergleich werden grundsätzlich als Länderindikatoren geführt.

Wenn Tabellen nicht mit dem Indikatorensatz identisch sind, auf ihren Inhalt aber nicht verzichtet werden soll, wurde der Indikatornummer ein »z« nachgestellt, z. B. Indikator (L) 3.57z »Ausgewählte Befunde bei Schulaufnahmeuntersuchungen in Sachsen nach Kreisfreien Städten und Landkreisen«.

Statistisches Bundesamt [Hrsg.]: Gesundheitsberichterstattung, Ziele und Vorgehensweise [Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998]; in: www.gbe-bund.de;

URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=703; 18.01.2018, 15:32 Uhr

Gesundheitsberichterstattung, Ziele und Vorgehensweise [Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998]

[\[Gesundheitsbericht für Deutschland, Abkürzungen\]](#) [\[Gesundheitswesen, Rahmenbedingungen \(Einleitung/Überblick\)\]](#) [\[Abstrakt\]](#) [\[Inhaltsverzeichnis\]](#)
[\[Literaturverzeichnis\]](#)

1 Ziele und Vorgehensweise der Gesundheitsberichterstattung

Ausgangssituation

Noch nie in der Geschichte Deutschlands lebten die Menschen länger, war das Gesundheitswesen besser ausgestattet und wurde mehr für Gesundheit ausgegeben als heute. Medizinische und organisatorische Innovationen eröffnen gegenwärtig und in Zukunft weitere Verbesserungsmöglichkeiten. Die Steigerung der Lebensqualität, die Verbesserung des Gesundheitszustandes und weitgehend gleiche und gerechte Gesundheitschancen für alle sozialen Gruppen der Gesellschaft stehen aber im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ökonomie und Solidarität.

Gerade in einer Zeit globaler ökonomischer Herausforderungen ist die Gesundheitspolitik besonders gefordert, die Entwicklungschancen des Gesundheitswesens zu nutzen, aber auch Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Um eine möglichst effiziente und vor dem Hintergrund von Kosten-Nutzen-Erwägungen effektive Mittelverwendung zu erreichen, benötigt die Gesundheitspolitik angesichts der Interessenvielfalt unserer pluralistischen

Gesellschaft aktuelle Informationen. Sie sollen auf bestehende Problemsituationen hinweisen, aufklärend wirken, die gesundheitspolitische Diskussion und die Programmentwicklung fördern sowie rationale Entscheidungs- und Bewertungsprozesse unterstützen helfen. Die Berichterstattung sollte ergebnis- und patientenorientiert sein, um den vielfältigen Informationsbedürfnissen des Einzelnen und der Gesellschaft zu genügen.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat daher bereits in seinem ersten Jahresgutachten 1987 den Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung (GBE) für Deutschland empfohlen und Grundlinien für ein Berichtssystem vorgezeichnet (vgl. SVRKAiG [1987]).

Auf Bundesebene wurde Ende 1987 im Rahmen des Programms "Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit" eine Forschungsgruppe mit dem Projekt "Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung - Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag" beauftragt. Der im April 1990 vorgelegte Schlußbericht (vgl. Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung [1990]) war Grundlage für das anschließend im Oktober 1992 begonnene Projekt "Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung des Bundes". Seine Ergebnisse liegen nun vor.

Parallel hierzu hat die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder im Auftrag der zuständigen Minister der Länder ein Konzept entwickelt, das Verzahnungselemente mit der GBE des Bundes beinhaltet. Daneben gibt es vielversprechende Aktivitäten zur Verbesserung der gesundheitlichen Informationsbasis auch bei den Institutionen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und auf kommunaler Ebene. In jüngster Zeit verstärken ebenfalls die internationalen Organisationen (Weltgesundheitsorganisation, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) ihre Anstrengungen in Richtung auf eine länderübergreifende, methodisch besser vergleichbare Datenbereitstellung. Herauszuheben ist hierbei das im Sommer 1997 beschlossene EU-Aktionsprogramm für Gesundheitsberichterstattung.

Hintergrund sind die auf allen Ebenen wiederholt beklagten Informationsdefizite. Trotz des hohen Stellenwertes, den das Gesundheitswesen in der Öffentlichkeit und in den Medien einnimmt, gibt es anerkanntermaßen bis heute erhebliche Lücken in den verfügbaren Daten und Analysen im Gesundheitsbereich. Kritikpunkte sind vor allem

- fehlende Informationen zu wichtigen Krankheitsbereichen,
- mangelnde systematische Verknüpfung des vorliegenden Datenmaterials,
- willkürliche und nicht analytische Präsentation der Informationen,
- nicht ausreichende Validität der Daten sowie
- unzureichender Datenzugang.

Was will die Bundes-GBE?

Die meisten Fragestellungen im Gesundheitsbereich lassen sich heute nicht mehr isoliert betrachten. Am Beispiel der zunehmenden Alterung der Bevölkerung wird klar, daß Ärzte und Krankenhäuser sich künftig vermehrt auf die Behandlung altersbedingter Krankheiten und Beeinträchtigungen einstellen müssen. Therapeutische Maßnahmen und Einrichtungen sind entsprechend anzupassen, das Betreuungs- und Pflegepersonal bedarfsgerecht auszubilden sowie neue Schwerpunkte bei der Gesundheitsförderung und Prävention zu setzen. In regionaler Hinsicht ist für eine hinreichende Pflegeinfrastruktur zu sorgen, die

Unter- bzw. Überkapazitäten vermeidet. Die zusätzlich zu finanzierenden direkten und indirekten Krankheitskosten werfen soziale Verteilungsprobleme auf. Aber auch die Folgewirkungen sind zu bedenken. Wie findet sich der Arbeitsmarkt mit weniger und immer älteren Erwerbspersonen zurecht? Welche Auswirkungen ergeben sich auf Mobilität und Qualifikation der Berufstätigen? Wie wirkt sich die Überalterung der Gesellschaft auf unser Sozialsystem und letztlich auf das Wirtschaftswachstum aus?

Die Medien liefern täglich neue Beispiele, die abwechslungsreich die vielschichtigen Facetten und Problemstellungen unseres Gesundheitswesens beleuchten.

Die GBE des Bundes will für alle wichtigen Themenbereiche und Fragenkomplexe Daten und Hintergrundinformationen bereitstellen, sofern entsprechende Erhebungen vorhanden und zugänglich sind. Sie hat sich dabei das Ziel gesetzt, vom Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung, von der Verbreitung von Krankheiten und Risikofaktoren, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie von den Kosten und Ressourcen des Gesundheitswesens ein adäquates Bild zu zeichnen. Es soll ein thematisch umfassendes und in sich geschlossenes Berichtssystem entstehen, mit dem sich medizinische, soziale und ökonomische Sachverhalte und Entwicklungen zusammenhängend darstellen und im fachlichen Kontext beurteilen lassen. Das Berichtssystem will die Themenvielfalt des Gesundheitswesens widerspiegeln.

Die Daten und Informationen sollen in leicht zugänglicher und anschaulicher Weise so präsentiert werden, daß sowohl eine Gesamtbewertung wie auch eine Verknüpfung der verschiedenen Problembereiche untereinander möglich wird. Dabei geht es weniger um die Bereitstellung von statistischen Einzelergebnissen. Dem Nutzer werden vielmehr verdichtete Informationen in Form analytischer Darstellungen und aussagefähiger Kennziffern angeboten. Dies kann auf der Basis einer differenzierten Interpretation der Daten unter Berücksichtigung interdisziplinärer Aspekte geschehen. Damit überschreitet die GBE die Grenze der deskriptiven Statistik. Um aktuell zu bleiben, muß das Berichtssystem für Ergänzungen und Anregungen offen sein. Die GBE versteht sich als ein lernfähiger und dynamischer Entwicklungsprozeß, bei dem sich Themenstellungen, Prioritäten und Strukturen im Zeitablauf ändern können.

Die Berichterstattung soll unabhängig und wissenschaftlich fundiert sein, auf Zahlen und Fakten beruhen und breite Nutzerschichten ansprechen. Der interessierte Laie soll sich ebenso an sie wenden können wie der Gesundheitspolitiker oder Wissenschaftler. Für die Public Health-, Versorgungs- und epidemiologische Forschung liefert sie wichtige Basisinformationen. Sie deckt damit einen Teil des Informationsbedarfs für die Grundlagen- und angewandte Forschung ab, ohne die eine Steuerung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens nicht denkbar wäre. Umgekehrt sind abgesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse und Methoden Voraussetzungen für den Aufbau eines, auch international anerkannten Berichtswesens.

Da rationales politisches Handeln und Entscheidungen im Gesundheitssystem auf wissenschaftliche Analysen angewiesen sind, leistet die GBE Voraussetzungen für eine fruchtbare und dauerhafte Zusammenarbeit von Wissenschaft und Politik.

Drei Säulen der GBE

Es kann kaum ein einheitliches Berichtssystem geben, das für alle Fragen und Fragesteller gleichermaßen ausführliche Antworten bereithält. Dafür sind die Themen und individuellen Informationsbedürfnisse zu vielfältig und komplex, die Nutzerwünsche hinsichtlich Breite, Form und Tiefengliederung der Daten zu unterschiedlich, die fachspezifischen Vorkenntnisse der Nachfrager zu heterogen. Deshalb wurde ein gegliedertes System der GBE geschaffen. Es besteht aus mehreren Teilen, die unterschiedliche Nutzergruppen ansprechen sollen. Das System ist gleichwohl in sich abgestimmt und baut auf einem einheitlichen Grundverständnis auf. Dabei werden verschiedene Präsentationsformen sowie unterschiedliche Darstellungs- und Übermittlungstechniken eingesetzt.

Die GBE des Bundes stützt sich auf drei Säulen, die künftig gemeinsam eine sachgerechte und abgestimmte Informationsgrundlage bilden werden. Dies sind

- der vorliegende Gesundheitsbericht,
- die Spezialberichte sowie
- das Informations- und Dokumentationszentrum "Gesundheitsdaten".

Der *Gesundheitsbericht* informiert über Themen und Zusammenhänge von allgemeinem Interesse. Ziel des Berichtes ist es, dem Leser einen Überblick zum Status quo und zur Entwicklung aller wichtigen gesundheitsrelevanten Sachverhalte, jeweils komprimiert auf wenigen Seiten, zu verschaffen. Dabei steht das Gesamtsystem im Vordergrund, die Betrachtungen konzentrieren sich auf die Zusammenhänge zwischen der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, verschiedenen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung, deren Kosten, der Bevölkerungsentwicklung und den gesundheitlichen Gefährdungen. Der Gesundheitsbericht richtet sich an die interessierte Öffentlichkeit, also z.B.

- Politiker oder Fachleute in der Verwaltung,
- von einer Krankheit oder Gesundheitsgefährdung Betroffene bzw. Selbsthilfegruppen Betroffener, die sich über die Verbreitung dieser Krankheit oder Gesundheitsgefährdung informieren wollen,
- Studierende oder Lehrende aus unterschiedlichen Fachrichtungen, die einen empirischen Einstieg in einen Themenbereich suchen, sowie
- Journalisten, die aufbereitete Fakten recherchieren.

Bei der Darstellung der Sachverhalte steht die thematische Breite im Vordergrund; eine inhaltlich erschöpfende und auf analytische Tiefe ausgerichtete Erörterung wird nicht angestrebt.

Demgegenüber dienen *Spezialberichte* einer eingehenderen Erörterung von Themen mit hoher gesundheitspolitischer Bedeutung und Aktualität. Sie gehen in Umfang und wissenschaftlichem Problemaufriß über die Ambitionen eines Kapitels im Gesundheitsbericht hinaus. Sie wenden sich primär an Wissenschaftler und Gesundheitspolitiker, die umfangreiches Informationsmaterial für ausgewählte Problembereiche benötigen. Spezialberichte stützen sich auf eine Vielzahl von Quellen und verwenden unterschiedliche Darstellungstiefen.

In der Forschungsphase wurden beispielhaft zwei Spezialberichtsthemen bearbeitet:

- *Allergien* sowie
- *Ambulante und stationäre Versorgung und deren Zusammenwirken* .

Dem Thema "Allergien" ist bereits ein Kapitel im Gesundheitsbericht gewidmet (vgl. Kapitel 5.24 *Allergien*). Der Spezialbericht ergänzt und vertieft die dortigen Ausführungen. Der zweite Spezialbericht greift mit der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ein gegenwärtig gesundheitspolitisch brisantes Thema auf. Beide Spezialberichte werden Ende 1998 veröffentlicht.

Das *Informations- und Dokumentationszentrum "Gesundheitsdaten" (IDG)* ist die dritte Säule der GBE. Die Anforderungen an das IDG ergaben sich zum einen aus den Themen des Gesundheits- und der Spezialberichte, zum anderen aus der Abstimmung mit anderen Berichtssystemen. Das IDG übernimmt somit die Funktion eines Bindegliedes, das zwischen den teilweise analytisch tiefer, teilweise überblicksartig ausgerichteten Beiträgen vermittelt. Im Grundsatz werden im IDG diejenigen Daten vorgehalten, die für eine auf allen Ebenen gleichgewichtig ausgerichtete Ergebnispräsentation erforderlich sind. Die Aufgaben des IDG bestehen vor allem darin,

- ausgehend vom Datenbedarf der GBE die verschiedenen Datensammlungen der amtlichen und nichtamtlichen Stellen zu koordinieren, die Daten systematisch zusammenzuführen und an einem Ort gemeinsam mit den dazugehörigen Hintergrundinformationen vorzuhalten,
- die Aktualität und Qualität der verwendeten Daten bei Bedarf schrittweise zu verbessern und Vorgaben für deren Weiterentwicklung zu liefern,
- die Bearbeiter von Berichten und Berichtskapiteln im Zusammenhang mit den hierfür benötigten Daten zu beraten,
- der interessierten Öffentlichkeit eine Anlaufstelle bei allen empirisch relevanten Fragestellungen zu bieten, die mit berichtsbezogenen Themen zusammenhängen, aber mit den Präsentationsformen *Gesundheitsbericht* oder *Spezialbericht* nicht unmittelbar beantwortet werden können.

Das IDG hat für diese Aufgaben bereits die grundlegende informationstechnologische Infrastruktur geschaffen. Das Informationsangebot des IDG wird sich auf Themenbereiche beschränken, für die ein laufender und vielseitiger Bedarf besteht. Das IDG wertet ausschließlich vorhandene Daten aus und stellt sie in aggregierter und standardisierter Form zur Verfügung. Einzeldaten verbleiben i.d.R. bei den jeweiligen Datenhaltern. Zu ihnen wird ein bilaterales Kommunikationsnetz aufgebaut und gepflegt.

Bislang sind insgesamt mehr als 200 Datenquellen der amtlichen und nichtamtlichen Statistik ausgewertet und für den "Indikatorensetz" der Bundes-GBE nach einheitlichen Gesichtspunkten gegliedert gespeichert. Aus diesem Datenbestand können für jedes Jahr über 2.000 Indikatoren erzeugt werden, die sich in mehr als 3,5 Mio. Tabellenfeldern darstellen lassen. Das System schafft die wichtigste Grundlage für die Konsistenz und Kontinuität der GBE (zu Einzelheiten der Nutzung der Daten siehe StBA [1998a]).

Im Rahmen des Forschungsvorhabens wurden drei *Methodenforschungsprojekte* durchgeführt, um Schwachstellen in den verfügbaren Daten zu überwinden und die Datenauswertung methodisch zu verbessern:

- Die Neustrukturierung der Gesundheitsausgaben- und -finanzierungsrechnung des Bundes,
- die Konzeption einer Krankheitskostenrechnung sowie
- die Vorbereitung und Erprobung einer Versichertenstichprobe aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenstichprobe).

Die Ergebnisse dieser Projekte haben bereits teilweise Eingang in die Kapitel des Gesundheitsberichtes gefunden. Methodenforschungsprojekte sind prospektiv ausgerichtet. Mit ihnen lassen sich Mängel und Lücken in den Grunddaten schrittweise schließen und Auswertungsverfahren entwickeln, die gegenwärtig noch nicht zum herkömmlichen Analyserepertoire der GBE zählen. Sie tragen damit langfristig entscheidend zur Qualitätssicherung der GBE bei. Die Ergebnisse der Methodenforschungsprojekte werden voraussichtlich Ende 1998 veröffentlicht.

Zum Konzept des ersten Gesundheitsberichtes

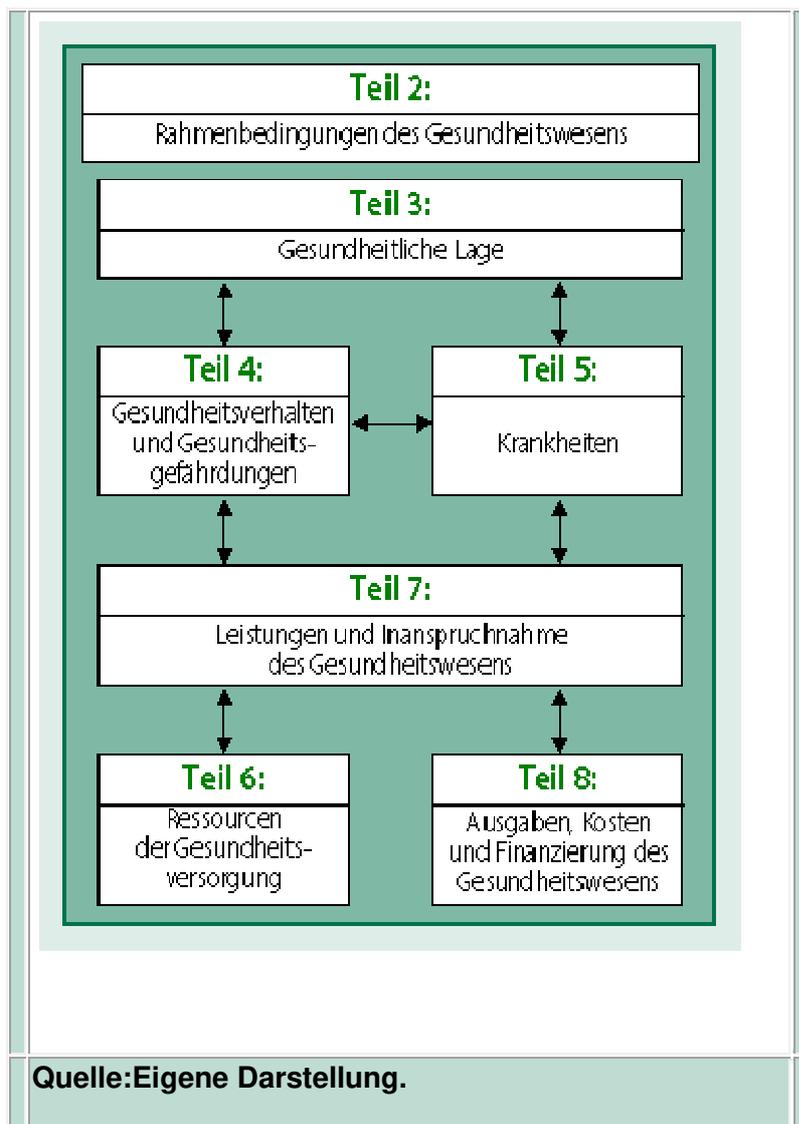
Konzeptioneller Ausgangspunkt des Gesundheitsberichtes ist eine systemorientierte Betrachtung. Sie wird schematisch in Abb. 1.1 skizziert und bildet die Grundlage für die weitere Gliederung des Berichtes. Die Zusammenhänge zwischen gesundheitlicher Situation und Gesundheitssystem lassen sich danach in verschiedene Komponenten aufspalten. Sie werden ihrerseits von den institutionellen, sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens beeinflusst.

Die einzelnen Teile des Gesundheitsberichtes sind in Abschnitte und Kapitel untergliedert. Dabei mußte man sich auf anerkanntermaßen wichtige Fragen konzentrieren. Insgesamt werden 99 Einzelthemen in Kapitelform behandelt. Auswahlkriterien waren die Relevanz des Themas im Hinblick auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung bzw. die Gesundheitsversorgung, der wissenschaftliche Konsens und die Dynamik des zeitlichen Trends.

Die Themenbearbeitung folgt einer einheitlichen inneren Struktur, ohne die den Beziehungen zwischen den einzelnen Systemkomponenten nicht ausreichend Rechnung getragen werden könnte. Im einzelnen konnten die Autoren bei jedem Kapitel die folgende Aspekte ansprechen:

1. Folgen und Nutzen (vermeidene Folgen),
2. Gefährdungen/Risikofaktoren,
3. Krankheiten,
4. Leistungen (präventiv/kurativ/rehabilitativ),
5. Einrichtungen (präventiv/kurativ/rehabilitativ),
6. Erwerbstätige (präventiv/kurativ/rehabilitativ),
7. Ausgaben, Kosten und Preise,
8. Finanzierung und Steuerung.

Abb. 1.1: Systematischer Aufbau des Gesundheitsberichtes



Durch diese Struktur läßt sich bei der Behandlung der einzelnen Themen der Bogen von der Gesundheit bis zur Finanzierung des Gesundheitswesens spannen. Wegen des vorgegebenen Berichtsumfanges mußten sich die Bearbeiter allerdings auf das für das Thema Wichtige beschränken. Eine ausführliche Erörterung in der im Einzelfall durchaus wünschenswerten Breite und Tiefe hätte den Rahmen des Berichtes gesprengt.

Das Statistische Bundesamt hat bis auf sechs Themen alle Berichtskapitel öffentlich ausgeschrieben, um den verfügbaren wissenschaftlichen Sachverstand bestmöglich in die Kapitelbearbeitung einzubinden. Die externen Autoren wurden durch den "Arbeitskreis GBE" inhaltlich und methodisch betreut. Ihre Beiträge durchliefen anschließend einen mehrstufigen Begutachtungsprozeß, an dem der Arbeitskreis, der "Wissenschaftliche Beirat GBE" und externe Reviewer beteiligt waren, die vorwiegend aus Fachgesellschaften und Verbandsorganisationen gewonnen werden konnten.

Dieses Verfahren soll sicherstellen, daß die Sachverhalte mit der erforderlichen Fachkenntnis dargestellt und weitgehend frei von wissenschaftlicher oder gesundheitspolitischer Einseitigkeit beurteilt wurden. Es hat aber auch dazu geführt, daß der Gesundheitsbericht trotz mehrfacher Überarbeitung der Kapitel noch immer eine gewisse Heterogenität aufweist.

Der inhaltlichen Qualität und fachlichen Richtigkeit der Ausführungen wurde von allen Beteiligten hohe Priorität eingeräumt. Der Wissenschaftliche Beirat und der Arbeitskreis sorgten darüber hinaus dafür, daß die Beiträge weitestgehend ausgewogen ausfallen und Übergänge sowie Verknüpfungen untereinander aufweisen. Für den Leser wird dies durch viele Verweise in den Kapiteln und durch das Glossar am Ende des Berichtes sichtbar. Das Statistische Bundesamt hat auf eine einheitliche Gestaltung der Beiträge hingewirkt und die numerischen Angaben- soweit sie vorlagen - überprüft sowie auf das Ziel- bzw. Berichtsjahr 1995 hin aktualisiert.

Als Berichtszeitraum gelten die Jahre 1980 bis 1995. Hiervon konnten die Autoren im Einzelfall abweichen. Angaben für die Jahre 1996 und 1997 wurden mit Blick auf eine einheitliche Darstellung nur eingearbeitet, wenn sie aktuell diskutiert werden oder wenn sich nach 1995 wichtige Veränderungen ergeben haben. Die Ausführungen beziehen sich i.d.R. auf Deutschland; auf unterschiedliche Entwicklungen im Osten und im Westen und Abweichungen im internationalen Vergleich wird besonders hingewiesen.

Der Gesundheitsbericht soll später durch einen *Tabellenband* ergänzt werden, der zahlenmäßig tiefer gegliedertes Material bereithält. Er ist thematisch eng mit dem Gesundheitsbericht verbunden, hat aber eine eigenständige Bedeutung. Zusätzliche Informationen können direkt beim IDG abgerufen werden.

Ausblick

Das Ende 1997 ausgelaufene fünfjährige Forschungsprojekt hat den Aufbau der GBE sichtbar vorangebracht. Jetzt müssen sich die Arbeitsergebnisse in der Praxis bewähren. Neue Anforderungen ergeben sich aus der gesundheitlichen und versorgungsstrukturellen Weiterentwicklung, aus zusätzlichen Erkenntnissen der Wissenschaft, aus geänderten rechtlichen Regelungen sowie aus den Themenschwerpunkten der nationalen und internationalen Nutzer.

Mit der Zusammenführung der Daten im IDG ist es möglich geworden, Daten zu gesundheitspolitischen Fragestellungen schneller bereitzustellen und gleichzeitig besser auf die konkreten Fragen der Nutzer hin zu individualisieren. Die Datendefizite bleiben natürlich ebenso weiter bestehen wie die vielfach beklagte geringe Aktualität der verfügbaren Informationen. Deshalb ist es in der nahen Zukunft besonders wichtig, diese Defizite abzubauen.

Künftig trägt das Robert Koch-Institut die organisatorische und inhaltliche Verantwortung für das Berichtswesen (Gesundheits- und Spezialberichte) und ist für die Koordinierung des Gesamtsystems zuständig. Das Statistische Bundesamt betreibt weiterhin das IDG und übernimmt damit vor allem die Aufgabe einer kontinuierlichen Qualitätssicherung der Informationsbasis.

Um die GBE auch weiterhin ausgewogen, unabhängig und wissenschaftlich fundiert zu gestalten, wird ein "Koordinierungsausschuß GBE" eingerichtet. Er soll die Pluralität der Meinungsbildung und die Abstimmung der Berichterstattung mit den Ländern und Forschungseinrichtungen sicherstellen. Gleichzeitig soll er darauf achten, daß die Berichterstattung auf die Interessen der Öffentlichkeit ausgerichtet bleibt.

Mit der GBE werden vielfältige Informationen aus allen Lebensbereichen zusammengetragen, um Probleme des Gesundheitssystems und der Gesundheit der Bevölkerung aufzuzeigen. Dadurch wird sich das Wissen der Gesellschaft um die Gesundheitssituation in Deutschland, um aktuelle und abzusehende gesundheitliche Gefahren und Chancen der Bürger erhöhen.

Gelingt es, mit diesem Wissen die Lebensqualität zu verbessern, haben sich die Anstrengungen aller Beteiligten gelohnt. Aus dem Wissen gesundheitspolitische Schlußfolgerungen zu ziehen und diese umzusetzen, bleibt den Bürgern und der Gemeinschaft vorbehalten.

Vertiefende Literatur

Ausschuß Gesundheitsberichterstattung der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder [1989]: *Gesundheitsberichterstattung der Länder: Konzept, Themen, Pilotbericht* . Hamburg.

Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung [1990]: *Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung: Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag* . Bd. 1 bis 3. Sankt Augustin: Asgard.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen [1987]: *Medizinische und ökonomische Orientierung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* . Jahrestgutachten 1987. Baden-Baden: Nomos.

Statistisches Bundesamt [1998]: *Informations- und Dokumentationszentrum "Gesundheitsdaten"* . Wiesbaden (Veröffentlichung in Vorbereitung).

Kapitel 1 Ziele und Vorgehensweise der Gesundheitsberichterstattung [Gesundheitsbericht für Deutschland 1998]

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz [Hrsg.]: *Kindertageseinrichtungen*; in: www.soziales.sachsen.de;

URL: <https://www.soziales.sachsen.de/4009.html>; 25.01.2018, 15.34 Uhr

Kindertageseinrichtungen

In Sachsen können Kinder mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Kinder in Kindertageseinrichtungen aufgenommen werden, wenn ihre Förderung gewährleistet ist und es zu ihrer Förderung nicht einer heilpädagogischen Kindertageseinrichtung bedarf. Die Bedingungen für die Aufnahme regelt die Sächsische Integrationsverordnung.

Für Kinder, bei denen auf Grund körperlicher Störungen/Beeinträchtigungen/Behinderungen und Störungen oder Auffälligkeiten in ihrer Entwicklung ein Mehrbedarf in der Zugangsweise und Umsetzung bei der Erziehung und Bildung erforderlich wird, gibt es heilpädagogische Kindertageseinrichtung. Kleinere Gruppen, heilpädagogisches Fachpersonal und ein entsprechendes heilpädagogisches Konzept bestimmen den Unterschied zu den allgemeinen Kindertageseinrichtungen.

Zielstellung dieser Einrichtungen sind die Erziehung, Bildung, Förderung und Betreuung einschließlich Gewährleistung erforderlicher Pflege der Kinder nach heilpädagogischen Grundsätzen entsprechend dem individuellen Hilfebedarf. Aufgaben der Eingliederung sind dabei vor allem die Förderung und Entwicklung der Aktivitäten der Kinder zur zunehmend selbstständigen Teilnahme und Mitgestaltung des gemeinsamen Lebens, Spielens und Lernens in der Kindergruppe entsprechend ihrer individuellen Entwicklungsmöglichkeiten.

Sächsisches Staatsministerium für Kultus [Hrsg.]: *Kindertagesbetreuung*; in:
www.kita.sachsen.de;

URL: <https://www.kita.sachsen.de/>; 25.01.2018, 14.42 Uhr

Kindertageseinrichtungen

Kindertageseinrichtungen sind Krippen, Kindergärten und Horte. In Sachsen gibt es rund 3.000 davon. Träger der Einrichtungen sind kirchliche Werke wie Diakonie oder Caritas, Wohlfahrtsverbände wie die AWO, die Gemeinde selbst oder privat-gewerbliche Anbieter.

Kindertagespflege

Die Kindertagespflege ist eine familienähnliche Betreuungsform, bei der vor allem Kinder unter drei Jahren durch eine Tagesmutter oder einen Tagesvater betreut werden.

Trägerlandschaft und Konzeptionsvielfalt

In Sachsen herrscht im Bereich der Kindertagesbetreuung eine große Trägervielfalt, so gibt es kommunale und freie Träger. Vorrang hat die freie Trägerschaft.

Hauptinhalt

Kindertagesbetreuung

Sehr viel stärker als bisher angenommen kann die Kita die Entwicklung von Kindern positiv wie auch negativ beeinflussen. Kindergärten müssen darum von bloßen Betreuungs- und Erziehungseinrichtungen zu Bildungsorten werden. Kinder entwickeln sich durch Beobachtungen und Erfahrungen, die sie in der Interaktion mit Menschen machen. Kein Lebensalter birgt solche Bildungschancen wie die ersten sechs Jahre.

Sachsen hat ein gutes Angebot an Kitas und Tagespflege: 97 Prozent der Drei- bis Sechsjährigen besuchen eine Kita oder werden von einer Tagespflegeperson betreut.

Man kann einen Menschen nichts lehren. Man kann ihm nur helfen, es in sich selbst zu entdecken.

Galileo Galilei

Kinder entdecken die Welt

- [Weitere Informationen](#)
-

Anspruch

Eltern haben per Gesetz ein Wunsch- und Wahlrecht. Sie können im Rahmen der verfügbaren Plätze selbst entscheiden, in welcher Einrichtung oder bei welcher Kindertagespflegeperson ihr Kind betreut werden soll. Ab dem ersten Lebensjahr haben Kinder einen Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz. Hortplätze müssen dagegen in einem bedarfsgerechten Umfang zur Verfügung gestellt werden. Flüchtlingskinder können eine Kindertagesbetreuung in Anspruch nehmen, wenn sie rechtmäßig in Deutschland leben. Für sie gelten uneingeschränkt die gleichen Rechte auf Bildung, Erziehung und Betreuung.

Die Verantwortung für die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Angebots tragen die Kommunen, wobei die Planung durch die Landkreise unter Beteiligung der Gemeinden im Landkreis erfolgt. Die Schaffung der erforderlichen Angebote ist Aufgabe der Gemeinden. Die kreisfreien Städte sind gleichzeitig für die Planung und Umsetzung verantwortlich. Wie und Wo Sie für Ihr Kind einen Betreuungsplatz beantragen können, entnehmen Sie bitte folgendem Link:

- [Anmeldung für einen Betreuungsplatz](#)
-

Elternbeteiligung

Im Elternrat können Eltern aktiv an pädagogischen und finanziellen Entscheidungen teilhaben. Durch regelmäßige Gespräche mit den Erzieherinnen sollen sie über die Entwicklung ihres Kindes in Austausch zu treten. Eltern sollen sich im Kita-Alltag einbringen und diesen – nach ihren Möglichkeiten – mitgestalten. Als Experten für die eigenen Kinder.

Qualifizierung - Personal

Die Sächsische Qualifikations- und Fortbildungsverordnung stellt sicher, dass pädagogische Fachkräfte gemäß den Anforderungen, die an sie gerichtet werden, ausgebildet sind. Sie sollen über eine ihrem Tätigkeitsbereich entsprechende Grundqualifikation verfügen. Die Träger von Einrichtungen sind dazu verpflichtet, den pädagogischen Fachkräften an mindestens fünf Tagen im Jahr fachliche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu gewähren. Die Fachkräfte befinden sich so in einem ständigen Weiterentwicklungsprozess, um den gestiegenen Anforderungen gerecht zu werden.

Trägerlandschaft und Konzeptionsvielfalt

In Sachsen herrscht im Bereich der Kindertagesbetreuung eine große Vielfalt zwischen kommunalen und freien Trägern, wobei die freie Trägerschaft Vorrang haben soll. Die Festlegung von konzeptionellen Ausrichtungen und pädagogischen Profilen gehört zum Aufgabenbereich der Träger. Ebenso kann jede Einrichtung über die Altersmischung und die

Gruppenzusammensetzung der Kinder selbst entscheiden. Die Öffnungszeit setzt der Träger in Abstimmung mit dem Elternbeirat, der Gemeinde und dem Landkreis fest. Die Landkreise und kreisfreien Städte haben als Planungsverantwortliche dafür zu sorgen, dass das Gesamtangebot in ihrem Bereich hinsichtlich der pädagogischen Konzepte vielfältig und bedarfsgerecht ist. Zugleich müssen die Betreuungs- und Öffnungszeiten dem Bedarf der Familien entsprechen.

Die Elternbeiträge der Gemeinden sind dagegen auf kommunaler Ebene, unabhängig von der Trägerschaft, in jeder Einrichtung gleich.



© www.kita-bildungsserver.de

Das Informations- und Fachkräfteportal für Sachsen

Der Sächsische Kita-Bildungsserver versteht sich als Informations- und Kommunikationsplattform rund um die Themengebiete der Kindertagesbetreuung. Das Projekt enthält sowohl sachsenspezifische als auch allgemeine Informationen, aktuelle Rechtsgrundlagen sowie Materialien und richtet sich an pädagogische Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen und Horten, an Tagespflegepersonen, Fachkräfte, PädagogInnen in der Ausbildung, StudentenInnen und Eltern.

Medienkulturzentrum Dresden e.V. [Hrsg.]: *Kindertageseinrichtungen in Sachsen*; in:
www.kita-bildungsserver.de;

URL: <http://www.kita-bildungsserver.de/adressen/kindertageseinrichtungen-in-sachsen/>;
25.01.2018, 14.38 Uhr

Kindertageseinrichtungen in Sachsen

[ASB Kita "Bummi"](#) (01616 Strehla)

[ASB Kita "Kunterbunter Schmetterling"](#) (01591 Riesa)

[AWO Kindertageseinrichtung "Kleeblatt"](#) (01468 Moritzburg)

[AWO Kindertageseinrichtung "Kleeblatt", Außenstelle Reichenberg](#) (01468 Moritzburg)

[Christl. Kita "St. Martin"](#) (01640 Coswig)

[Christliche Kita](#) (01445 Radebeul)

[Der blaue Salon](#) (01468 Moritzburg/Friedewald)

[Ev Kita Riesenzwerge](#) (01445 Radebeul)

[Ev. Kinderhaus der Friedenskirchgemeinde](#) (01445 Radebeul)

[Ev. Kita "Gabenreich"](#) (01689 Weinböhla)

[Ev.Kita "Samenkorn"](#) (01468 Moritzburg)

[Franziskus-Kinderhaus](#) (01662 Meißen)

[Freinet-Kinderhaus](#) (01468 Moritzburg)

[Hort](#) (01561 Ebersbach)

[Hort 1. Grundschule](#) (01558 Großenhain)

[KiHaus Naundorf](#) (01445 Radebeul)

[Kinderhaus "Am Raschütz"](#) (01561 Lampertswalde)

[Kinderhaus "Zwergenland"](#) (01665 Käbschütztal)

[Kinderhaus Großdittmannsdorf](#) (01471 Radeburg)

[Kinderhaus Sonnenschein Außenstelle](#) (01623 Lommatzsch)

[Kinderhaus Sonnenschein - Integrative Kita](#) (01623 Lommatzsch)

[Kindertagesstätte "Storchennest Zabeltitz"](#) (01561 Großenhain)

[Kindertagesstätte Steinbach](#) (01468 Moritzburg)

[Kita "Alte Schule Zitzschewig"](#) (01445 Radebeul)

[Kita "Am Bobersberg"](#) (01558 Großenhain)

[Kita "Am Park"](#) (01591 Riesa)

[Kita "Am Schacht"](#) (01558 Großenhain)

[Kita "Am Technikum"](#) (01589 Riesa)

[Kita "Apfelbäumchen"](#) (01561 Thiendorf)

[Kita "Auenkirpse"](#) (01689 Niederau)

[Kita "Bärenfreunde"](#) (01587 Riesa)

[Kita "Bummi"](#) (01612 Glaubitz)

[Kita "Buratino"](#) (01609 Gröditz)

[Kita "Elblandzwerge"](#) (01445 Radebeul)

[Kita "Gänseblümchen"](#) (01640 Coswig)

[Kita "Gartenkinder"](#) (01689 Niederau)

[Kita "Geschwister Scholl"](#) (01445 Radebeul)

[Kita "Glücksbärchen"](#) (01445 Radebeul)

[Kita "Glückspilze"](#) (01471 Radeburg)

[Kita "Groß & Klein"](#) (01619 Zeithain)

[Kita "Hand in Hand"](#) (01662 Meißen)

[Kita "Harmoniestraße"](#) (01445 Radebeul)

[Kita "Hasenhügel"](#) (01609 Röderaue)

[Kita "Hopfenbachflöhe"](#) (01561 Ebersbach)

[Kita "Kinderland"](#) (01587 Riesa)

[Kita "Kinderland"](#) (01612 Nünchritz)

[Kita "Kleine Freunde"](#) (01619 Zeithain)

[Kita "Kleine Strolche"](#) (01561 Großenhain)

[Kita "Kleiner Moritz"](#) (01469 Moritzburg)

[Kita "Knirpsenland"](#) (01558 Großenhain)

[Kita "Knirpsenland"](#) (01561 Lampertswalde)

[Kita "Knirpsenland"](#) (01662 Meißen)

[Kita "Knirpsenland"](#) (01640 Coswig)

[Kita "Knirpsenland"](#) (01445 Radebeul)

[Kita "Kunterbunt"](#) (01561 Priestewitz)

[Kita "Kunterbunt"](#) (01689 Weinböhla)

[Kita "Kunterbunt"](#) (01683 Nossen)

[Kita "Kunterbunt"](#) (01683 Nossen)

[Kita "Kunterbunt"](#) (01683 Nossen)

[Kita "Löbnitzer Kinderland"](#) (01445 Radebeul)

[Kita "Löwenzahn"](#) (01640 Coswig)

[Kita "Lustiger Tausendfüßler"](#) (01561 Priestewitz)

[Kita "Märchenland"](#) (01445 Radebeul)

[Kita "Meißner Spatzen"](#) (01662 Meißen)

[Kita "Mischka"](#) (01591 Riesa)

[Kita "Mohrenhaus"](#) (01445 Radebeul)

[Kita "MS Sonnenschein"](#) (01665 Diera-Zehren)

[Kita "Mühlenwichtel"](#) (01561 Ebersbach)

[Kita "Nassau-Mücken"](#) (01662 Meißen)

[Kita "Natur, Heimat und Gesundheit"](#) (01445 Radebeul)

[Kita "Pfiffikus"](#) (01589 Riesa)

[Kita "Pfiffikus"](#) (01558 Großenhain)

[Kita "Plossenkäfer"](#) (01662 Meißen)

[Kita "Poppitzer Grashüpfer"](#) (01589 Riesa)

[Kita "Radebeuler Spatzen"](#) (01445 Radebeul)

[Kita "Rasselbande"](#) (01445 Radebeul)

[Kita "Regenbogen"](#) (01561 Priestewitz)

[Kita "Regenbogen"](#) (01623 Ketzerbachtal)

[Kita "Regenbogen"](#) (01662 Meißen)

[Kita "Regenbogen"](#) (01665 Klipphausen)

[Kita "Röderquirle"](#) (01609 Röderaue)

[Kita "Röderspatzen"](#) (01561 Ebersbach)

[Kita "Rosenmühle"](#) (01623 Leuben-Schleinitz)

[Kita "Schwalbennest"](#) (01665 Klipphausen)

[Kita "Sonnenkäfer"](#) (01558 Großenhain)

[Kita "Sonnenkäfer"](#) (01640 Coswig)

[Kita "Sonnenland"](#) (01609 Gröditz)

[Kita "Sonnenland"](#) (01445 Radebeul)

[Kita "Sonnenschein"](#) (01561 Schönfeld)

[Kita "Sonnenschein"](#) (01594 Hirschstein)

[Kita "Sonnenschein"](#) (01623 Ketzerbachtal)

[Kita "Sonnenschein"](#) (01662 Meißen)

[Kita "Sonnenschein"](#) (01665 Klipphausen)

[Kita "Sophie Scholl"](#) (01471 Radeburg)

[Kita "Sörnewitzer Kinderwelt"](#) (01640 Coswig)

[Kita "Spatzenberg"](#) (01665 Klipphausen)

[Kita "Spatzennest"](#) (01665 Käbschütztal)

[Kita "Spielburg"](#) (01609 Wülknitz)

[Kita "Spitzgrundspatzen"](#) (01640 Coswig)

[Kita "St. Katharina"](#) (01558 Großenhain)

[Kita "Taubenhaus"](#) (01640 Coswig)

[Kita "Tauschaer Spatzennest"](#) (01561 Thiendorf)

[Kita "Tausendfüßler"](#) (01619 Zeithain)

[Kita "Thiendorfer Kinderland"](#) (01561 Thiendorf)

[Kita "Thomas Müntzer"](#) (01445 Radebeul)

[Kita "Villa auf dem Kirschberg"](#) (01587 Riesa)

[Kita "Weinbergwichtel"](#) (01689 Weinböhla)

[Kita "Wichtelburg"](#) (01662 Meißen)

[Kita "Wiesenblume"](#) (01689 Weinböhla)

[Kita "Wildberger Kinderland"](#) (01665 Klipphausen)

[Kita "Wirbelwind"](#) (01609 Nauwalde)

[Kita "Zum Mäusestübchen"](#) (01561 Großenhain)

[Kita "Zum Tierhäuschen"](#) (01594 Stauchitz)

[Kita "Zur Bimmelbahn"](#) (01445 Radebeul)

[Kita "Zwergenberg"](#) (01594 Stauchitz)

[Kita "Zwergenhaus"](#) (01609 Gröditz)

[Kita "Zwergenland"](#) (01561 Großenhain)
[Kita "Zwergenland"](#) (01561 Ebersbach)
[Kita "Zwergenland"](#) (01665 Diera-Zehren)
[Kita "Zwergenland"](#) (01445 Radebeul)
[Kita "Zwergenmühle"](#) (01662 Meißen)
[Kita "Zwergenmühle"-Außenstelle](#) (01662 Meißen)
[Kita Chladeniusstraße](#) (01558 Großenhain)
[Kita Elbkinder](#) (01612 Nünchritz)
[Kita Lenz](#) (01561 Priestewitz)
[Kita SC Riesa](#) (01589 Riesa)
[Kita Volkersdorf](#) (01471 Radeburg)
[Montessori Kinderhaus](#) (01561 Thiendorf)
[Ökumen. Kinderhaus "Willhelmshof"](#) (01662 Meißen)
[Ökumenisches Kinderhaus](#) (01445 Radebeul)
[TrinitatisKinderhaus](#) (01589 Riesa)
[Waldkindergarten](#) (01468 Moritzburg)
[Waldorfkindergarten](#) (01445 Radebeul)

Marcel Saft [Hrsg.]: *Folgen von Sprachentwicklungsstörungen*; in: www.heilpaedagogik-info.de;

URL: <https://www.heilpaedagogik-info.de/sprachentwicklungsstoerung/1533-folgen-kinder-verbale-entwicklungsdyspraxie.html>; 23.01.2018, 11:18 Uhr

Folgen von Sprachentwicklungsstörungen

6.1 Folgen für das betroffene Kind

Folgen der verbalen Entwicklungsdyspraxie

Der Spracherwerb hat großen Einfluss sowohl für die kognitive und schulische als auch für die sozial-emotionale Entwicklung von Kindern. Aus diesem Grund stellen Störungen des Spracherwerbs ein

erhebliches Risiko für die gesamte kindliche Entwicklung dar. Die Sprechfähigkeit bei der verbalen Entwicklungsdyspraxie verbessert sich nur langsam während einer Therapie. „Bei den herkömmlichen Therapien, die bei Kindern mit Artikulationsstörungen angewandt werden, lassen sich oft keine Erfolge erzielen.“ (Aram, Nation, Child language disorders, S. 165) Bei Kindern, bei denen die Therapie sehr langsam oder gar nicht anschlägt, besteht die Gefahr, dass die Sprachstörung sich mit der Zeit zu einer Sprachbehinderung entwickelt. Diese Kinder weisen unterschiedliche Störungen in anderen Entwicklungsbereichen auf. Diese Störungen wirken sich nachteilig auf die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes aus. Die Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung umfassen Verhaltensauffälligkeiten, psychische Störungen, sozial-kommunikative Störungen und Lernstörungen. Die Lernstörungen haben wiederum Auswirkungen auf die Schullaufbahn.

Das mangelnde Selbstwertgefühl des Kindes

Kinder reagieren mit Frustration, weil sie nicht das ausdrücken können, was sie möchten, missverstanden werden oder nicht verstanden werden. Diese Kinder fühlen sich nicht akzeptiert mit ihren Wünschen und Bedürfnissen. (Vgl: Sigrun von Loh, Entwicklungsstörungen im Kindesalter, S. 308) Im Kontakt zu anderen Kindern erleben sie viel Hänseleien und so vermeiden sprachgestörte Kinder eher den Sozialkontakt. Oft ist zu beobachten, dass diese Kinder ein mangelndes Selbstwertgefühl entwickeln, mutlos sind und depressiv oder auch aggressiv reagieren.

Durch die Korrekturen, die das Kind aus der Umwelt erfährt, wird es sich seiner Grenzen im Sprachausdruck und seiner Irrtümer bewusst. Erfährt das Kind immer mehr Kritik, kann es zu einer Blockade führen, zu Flucht und Wut. In Vorschulen werden Kinder mit verbaler Entwicklungsdyspraxie in der Interaktion mit den anderen Kinder gehemmt. In verschiedenen Lebensbereichen sind Kinder mit verbaler Entwicklungsdyspraxie verunsichert. „Als Reaktion auf ihr 'Versagen' zeigen sie oft ein mangelndes Selbstwertgefühl. Eine beeinträchtigte Persönlichkeitsentwicklung kann daraus folgen.“ (Ayres, Bausteine der kindlichen Entwicklung, 1998). Die Kinder ziehen sich zurück, nehmen nicht aktiv an Beschäftigungen teil und vermeiden den Kontakt mit anderen Kindern.

Lernprobleme bei Kindern mit verbaler Entwicklungsdyspraxie

Die betroffenen Kinder haben insbesondere Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben, da sie die Sprache nur eingeschränkt als mentales Instrument für kognitive Prozesse nutzen können. Somit ist auch das schulische Lernen betroffen. Vielen Entwicklungsverzögerten Kindern fällt es schwer, diese an Sprache gebundene Abstraktion zu vollziehen (vgl. Erwin Breitenbach, Tolpatschig und ungeschickt, kindliche Dyspraxien, S. 3). Sehr oft sind Lese- Rechtschreibschwächen bei diesen Kindern zu beobachten. „Bei Defiziten in der phonologischen Verarbeitung, ist die Fähigkeit, Lesen und Schreiben zu lernen, immer in Mitleidenschaft gezogen.“ (Anne, Schulte-Mäter, verbale Entwicklungsdyspraxie, S. 115)

6.2 Folgen für die Eltern

"Ich bin doch nicht schuld, oder?"

Bin ich als Mutter oder Vater für die Sprachstörung verantwortlich? Diese Fragen stellen sich viele Eltern. Eltern von Kindern mit Sprachauffälligkeiten strengen sich an, die Ursachen der Sprachauffälligkeit zu finden. Ist die Ursache der Störung bekannt, glauben Eltern, die Störung wird behoben. Spätestens dann kommen Ungewissheit auf, wenn es nicht so klappt, wie sie es sich vorstellen. Die Eltern fühlen sich schuldig für die Sprachauffälligkeit des Kindes. Die Eltern nehmen mit der Zeit ihr Kind nicht mehr vollständig an; sie hören nur noch die Sprachauffälligkeit und glauben, in der Erziehung versagt zu haben. Es kann auch vorkommen, dass sie die Sprachauffälligkeit auf andere Leute schieben. Viele Väter bemühen sich, ihr Kind zu verstehen und die Sprachauffälligkeit zu begreifen. Überwiegend reagieren sie jedoch mit Wut und Ärger, machen sich Gedanken über Vererbungen. „Einige Eltern trösten sich gegenseitig, indem sie sich sagen: „Er ist eh ein Spätentwickler.“ (Sprachstörungen im Kindesalter, Wolfgang Wendlandt, S. 56). Es kann zu Streitigkeiten unter den Eltern kommen, besonders wenn es um die Ursache oder die Erziehung geht. Das Graben nach den Ursachen der Sprachauffälligkeit macht pessimistisch. Deshalb sind viele Eltern gefangen in ihren Selbstvorwürfen und Selbstzweifeln.

Verunsicherung und Ängste der Eltern

Eltern betroffener Kinder mit verbaler Entwicklungsdyspraxie sind oft unsicher, da die Therapien nur langsam anschlagen. Sie erhoffen sich, dass die Therapie schneller voran geht und erleben große Enttäuschungen. Sie sind verunsichert, welche Art der Förderung ihres Kindes sinnvoll ist und wissen meist nicht, was die Aufgaben der verschiedenen Therapeuten sind. Einige Kinder mit verbaler Entwicklungsdyspraxie besuchen eine Sprachheilschule, da die ambulanten Maßnahmen nicht immer ausreichend sind. Viele Eltern fürchten den Schritt zur Anmeldung in einer Sprachheilschule. Sie haben Angst, dass ihr Kind lernbehindert wird und fürchten eventuell ihr eigenes Ansehen.

Notenblätter, MP3 und Ausmalbilder herunterladen

Über **300 Notenblätter und MP3-Hörbeispiele** und über **1.200 Ausmalbilder!** Laden Sie bequem alles auf einmal herunter - schon ab **2,29 €**. [Klicken Sie hier.](#)



6.3 Folgen in der Gesellschaft

Sich sprachlich verständigen zu können ist die wichtigste Basis des menschlichen Zusammenlebens. Die Sprache ist jedoch auch ein kompliziertes und störanfälliges System. Kinder mit Sprachauffälligkeiten werden oft abgestempelt, indem sie insgesamt für lern- und leistungsschwach gehalten werden. Das Kind mit verbaler Entwicklungsdyspraxie wird in der Gesellschaft schlecht verstanden, da seine sprachlichen Äußerungen weitgehend unverständlich sind. Die Geduld zum Zuhören schwindet und Menschen korrigieren das Kind. Eine negative Korrektur der Aussprache hat dann zur Folge, dass das Kind in seiner Sprache gehemmt wird und sich zunehmend unsicherer fühlt. Bereits im Vorschulalter erleben viele Kinder mit verbaler Entwicklungsdyspraxie soziale Ausgrenzung. Niemand will mit ihnen spielen, da diese Kinder „anders“ sind. Das Sozial- und Spielverhalten bei diesen Kindern ist beeinträchtigt durch die Unverständlichkeit ihrer Sprache. Werden sie auch noch gehänselt, so ziehen sich die Kinder immer mehr zurück. Diese Kinder sind später auch in der Schule benachteiligt und müssen mit Hänseleien rechnen.

Über die Autorin/den Autor

Diana Saft ist staatlich anerkannte Heilpädagogin und Heilerziehungspflegerin. Sie sammelte bisher Erfahrungen in einem Seniorenheim, in einem Wohnheim für Menschen mit Behinderungen, in einem integrativen Kindergarten und in einem deutschen Kindergarten in den USA.

Kommunaler Sozialverband Sachsen [Hrsg.]: *Heilpädagogische Leistungen für Kinder*, in: www.ksv-sachsen.de;

URL: <https://www.ksv-sachsen.de/kinder-und-jugendliche/heilpaedagogische-leistungen-fuer-kinder>; 25.01.2018, 15.57 Uhr

Heilpädagogische Leistungen für Kinder

-> orientieren sich an der Lebenssituation der Familie und individuellem Bildungs- und Förderbedarf des Kindes

Frühförderung und -beratung:

Frühförderung von Kindern im Alter von **0 bis 6 Jahren**, heißt, Beeinträchtigungen bzw. Auffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern rechtzeitig zu erkennen, um frühestmögliche Förderungen einleiten zu können. Denn je eher eine Frühförderung einsetzt, desto wahrscheinlicher können Defizite in der Entwicklung vermieden bzw. verhindert werden, mit den individuellen Zielen:

- Förderung von Wahrnehmung, Bewegung, Interaktion und Kommunikation
- Vermittlung von Kompensationstechniken
- Entwicklung lebenspraktischer Fähigkeiten
- Unterstützung der sozialen Entwicklung

Die Frühförderung ist als ganzheitliches und interdisziplinäres System (medizinische, pädagogische und psychologische Leistung) zu betrachten und umfasst folgende Angebote:

- Diagnostik
- Therapie
- pädagogische Förderung
- Beratung, Anleitung, Stützung der Eltern

Betroffene Eltern können sich durch ihren Kinderarzt zum Sozialpädiatrischen Zentrum oder zu einer interdisziplinären Frühförder- und Beratungsstelle im Freistaat Sachsen ihres Einzugsgebietes - http://www.kvs-sachsen.de/fileadmin/downloads/vertrag/VZ_IFF_Stand_01012016.pdf - überweisen lassen.

Ein weiterer Schritt zur Gewährleistung einer optimalen Förderung der Kinder, ist die Einbindung in eine Kindertagesstätte. Die wichtigste Aufgabe des Kindergartens ist, den Kindern einen sozialen Raum zu bieten, in dem sie mit anderen Kindern zusammen spielen und ihre Umwelt schrittweise erobern können. Je nach individuellem Förderbedarf des Kindes und dessen Beeinträchtigung, besteht die Möglichkeit der Integration in einen Regelkindergarten, in eine Sondergruppe eines Regelkindergartens oder in eine Heilpädagogische Sondereinrichtung:

Integration in Regelkindergarten:

Die Integration in einen Regelkindergarten bedeutet die Betreuung von Kindern mit einer geistigen, körperlichen oder seelischen Beeinträchtigung, gemeinsam mit nicht behinderten Kindern. Die Kinder können dadurch sehr zeitig die Erfahrung machen, dass sie mit ihrer Behinderung keinesfalls ihren „Mitstreitern“ unterlegen sind und somit in allen Bereichen der Gesellschaft gleichwertigen Anspruch haben.

Um eine angemessene kontinuierliche Förderung dieser Kinder bieten zu können, müssen die Gruppenerzieher über eine heilpädagogische Qualifikation verfügen sowie die Gruppenstärke überschaubar sein.

Heilpädagogische Kindertageseinrichtung/Heilpädagogische Gruppe:

In diesem Tagesbetreuungsangebot werden Kinder im nichtschulpflichtigen Alter die aufgrund einer Behinderung im Rahmen der integrativen Betreuung in einem Regelkindergarten nicht individuell angemessen in ihrer geistigen, körperlichen und sozialen Entwicklung gefördert werden können, aufgenommen.

Die heilpädagogische Arbeit orientiert sich schwerpunktmäßig an den Auswirkungen der Behinderungen und bietet somit eine bedarfsgerechte Förderung der Kinder.

Sie basiert auf der jeweiligen pädagogischen Konzeption und dann für jedes hör- oder sehgeschädigtes bzw. körper-, geistig- oder sprachbehinderte Kind individuell erstellten Förderplan. Die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter, die räumliche Ausstattung sowie das Hilfsmittelangebot tragen dem Förderbedarf der Kinder Rechnung.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV) [Hrsg.]: *Wie entsteht Karies?*; in: www.kzbv.de;

URL: <http://www.kzbv.de/wie-entsteht-karies.188.de.html>; 26.01.2018, 09:37 Uhr

- [Wie entsteht Karies?](#)
- [Welche Zahnfüllungen gibt es?](#)
- [Einlagefüllungen](#)
- [Welche Zahnfüllung soll es sein?](#)

- [Wie entsteht Karies?](#)
- [Welche Zahnfüllungen gibt es?](#)
- [Einlagefüllungen](#)
- [Welche Zahnfüllung soll es sein?](#)

1. Startseite
2. Patienten
3. Medizinische Infos
4. Karies und Füllungen
5. Wie entsteht Karies?

-

Karies ist eine durch den Stoffwechsel von Bakterien verursachte Erkrankung der Zähne. Sie entsteht, wenn am Zahn von den im Zahnbelag enthaltenen Bakterien über längere Zeit Zucker aus der Nahrung in Säure umgewandelt wird.

Plaque oder Biofilm

Bakterien in der Mundhöhle heften sich aneinander, bilden Netzwerke und eine zählebrige Substanz, die sich vor allem auf den Zähnen festsetzt: Aus Bakterien, Nahrungsresten und Bestandteilen des Speichels entsteht so ein Zahnbelag, auch Plaque oder Biofilm genannt.

Zucker und Bakterien

Die im Zahnbelag enthaltenen Bakterien gewinnen ihre lebensnotwendige Energie aus den Kohlehydraten in der Nahrung, hauptsächlich aus leicht vergärbarem Zucker. Dabei wandeln sie Zucker zunächst in Säuren um. Diese Säuren entkalken (entmineralisieren) den Zahnschmelz. Ist der Schmelz porös geworden, können Mikroorganismen in den Zahn eindringen und ihn von innen heraus zerstören.

Speichel und Zeit

Der Speichel ist mit Mineralstoffen angereichert und hat unter anderem die wichtige Funktion, den Zahnschmelz immer wieder zu härten (remineralisieren). Wiederholt sich durch den häufigen Verzehr von zuckerhaltigen Zwischenmahlzeiten oder Getränken der Säureangriff auf die Zähne zu oft, bleibt für die natürliche Remineralisation der Zähne durch den Speichel nicht genügend Zeit: Das Gleichgewicht zwischen Entkalkung (Demineralisation) und „Reparatur“ ist gestört – das Loch im Zahn, die Karies, entsteht. Die Neigung, Karies zu entwickeln, ist nicht bei allen Menschen gleich. Das hängt damit zusammen, dass Menschen schon von Natur aus einen sehr unterschiedlichen Säuregrad (pH-Wert) des Speichels haben können. Je niedriger der natürliche pH-Wert, desto stärker wirken sich die Säureangriffe nach der Nahrungsaufnahme auf die Zähne aus.

Kariesvorbeugung

- [Ernährung](#): Häufige zuckerhaltige Zwischenmahlzeiten meiden – über ausgewogenes Essen und Trinken freuen sich die Zähne und der gesamte Organismus.
- [Zahnpflege](#): nach vorheriger Anleitung in der Zahnarztpraxis; in der Regel mindestens zweimal täglich drei Minuten mit Zahnbürste und Zahncreme für „Plaque- Freiheit“ sorgen, systematisch alle Zahnflächen putzen; Zahnzwischenräume mit Zahnseide oder Interdentalraumbürstchen reinigen.
- Zahnschmelz: Tägliche Stärkung durch [Fluoride](#) – zum Beispiel mit fluoridhaltiger [Zahnpasta](#) und fluoridiertem Speisesalz.
- Zahnarztpraxis: Zweimal jährlich Kontrolle in der Zahnarztpraxis und regelmäßige [professionelle Zahnreinigung](#).

Bild: © KZBV

Was übernimmt die Kasse?

Im sichtbaren Frontzahnbereich übernehmen Kassen die Kosten für zahnfarbene Kompositfüllungen (Einschichttechnik). Zu den Frontzähnen zählen die Schneide- und Eckzähne des Ober- und Unterkiefers. Im Seitenzahnbereich werden die Kosten für Amalgamfüllungen übernommen. Für Patienten, die aus medizinischen Gründen kein Amalgam erhalten können (absolute Kontraindikation), werden bei Seitenzähnen Kompositfüllungen gezahlt. Ein solcher Fall liegt vor, wenn ein Patient eine durch einen

speziellen Test nachgewiesene Allergie auf Amalgam oder dessen Bestandteile aufweist, oder unter schwerer Niereninsuffizienz leidet.

Gesetzlich Versicherte haben die Möglichkeit, eine aufwändigere Versorgung zu wählen als gesetzlich vorgesehen. In diesem Fall schließt der Zahnarzt mit dem Versicherten eine sogenannte Mehrkostenvereinbarung ab. Darin erklärt sich der Patient bereit, den anfallenden Mehraufwand selbst zu zahlen. Der Zahnarzt rechnet mit der Kasse die Kosten ab, die bei einer Amalgamfüllung angefallen wären. Der Patient erhält eine Rechnung über zusätzliche Kosten.

Den Austausch intakter Füllungen übernimmt die gesetzliche Krankenkasse grundsätzlich nicht.

Internetredaktion des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [Hrsg.]: *Bundesfamilienministerin besucht Kita mit Schwerpunkt Sprache und Integration*; in: www.bmfsfj.de:

URL: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/bundesfamilienministerin-besucht-kita-mit-schwerpunkt-sprache-und-integration/89970>; 29.01.2018, 11:35 Uhr

Bundesfamilienministerin besucht Kita mit Schwerpunkt Sprache und Integration

Seite teilen Seite drucken

Manuela Schwesig in der Kindertagesstätte "Kindertreff 93" in Worms© Bildnachweis Photothek/Thomas Imo

Eine Kindertagesstätte mit dem Schwerpunkt "Sprache und Integration" hat Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig am 20. August in Worms besucht. Der Ausbau der sprachlichen Bildung in Kindertageseinrichtungen trägt zur Qualitätsentwicklung einer guten Kinderbetreuung bei und wird auch in der Kita "Kindertreff 93" aus Bundesmitteln gefördert. Begleitet wurde Manuela Schwesig bei ihrem Besuch vom Bundestagsabgeordneten Marcus Held und dem Sozialdezernenten der Stadt Worms Waldemar Herder.

"Sprache stellt die Weichen für gesellschaftliche Teilhabe und eine erfolgreiche Bildungs- und Berufslaufbahn. Sprache darf kein Privileg sein", sagte Manuela Schwesig und zeigte sich angetan vom Konzept der Kindertagesstätte "Kindertreff 93". Sie ist ein gutes Beispiel für gelungene Schwerpunktsetzung: Eine Sprachexpertin berät die pädagogischen Fachkräfte in Bereichen der kindlichen Sprachkompetenz. Außerdem

werden die Eltern bei der Sprachentwicklung ihrer Kinder unterstützt - sowohl deutschsprachig als auch muttersprachlich bei Bedarf.

Volltextalternative

00:00

01:31

Sommertour: Manuela Schwesig besucht Kita mit Schwerpunkt Sprache und Integration

Bundesprogramm "Schwerpunkt Kitas Sprache & Integration" und Folgeprogramm

Bereits seit 2011 hat das Bundesprogramm "Schwerpunkt Kitas Sprache & Integration" den Ansatz der alltagsintegrierten sprachlichen Bildung bundesweit in Kindertageseinrichtungen verankert. Mit diesem Programm wurden rund 335.000 Kinder in knapp 4000 Kindertageseinrichtungen erreicht. Die teilnehmenden Einrichtungen werden durch zusätzliche Fachkräfte, Sprachexpertinnen und Sprachexperten, bei der alltagsintegrierten sprachlichen Bildungsarbeit unterstützt.

Auch mit dem neuen Programm "Sprach-Kitas" unterstützt das Bundesfamilienministerium ab 2016 die Angebote sprachlicher Bildung in Kindertageseinrichtungen und trägt somit zur Qualitätsentwicklung bei. Dazu finanziert das Programm weiterhin eine zusätzliche halbe Fachkraft-Stelle je teilnehmender Kita. Hinzu kommt eine kontinuierliche Begleitung durch eine externe Fachberatung. Für die Umsetzung des Programms werden von 2016 bis 2019 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt.

Inhaltlich wird der Ansatz der sprachlichen Bildung im Programm "Sprach-Kitas" stärker auf die Zusammenarbeit mit Eltern und das Thema inklusive Bildung fokussiert. Die besonderen Bedarfe von Flüchtlingsfamilien soll das Programm ebenfalls in den Blick nehmen. Ein Auswahlverfahren der Einrichtungen ist Ende Juni 2015 gestartet.

Manuela Schwesig auf Sommertour

Der Besuch der Kindertagesstätte fand im Rahmen der diesjährigen Sommertour von Manuela Schwesig statt. Vom 17. bis 21. August 2015 besucht die Bundesfamilienministerin Einrichtungen und Initiativen in ganz Deutschland: ob in der Kita, im Altenheim oder bei der Moscheegemeinde - im Mittelpunkt ihrer Reise steht der Dialog mit Bürgerinnen und Bürgern und Akteuren vor Ort. Morgen wird Manuela Schwesig unter anderem ein Projekt der Lokalen Allianzen für Demenz besuchen.

DocCheck Medical Services GmbH [Hrsg.]: *Perzentile*; in: <http://flexikon.doccheck.com/de/Spezial:Mainpage>;
URL: <http://flexikon.doccheck.com/de/Perzentile>; 16.01.2018, 08:29 Uhr

Perzentile

1 Definition

Die **Perzentile** ist in der **medizinischen Statistik** ein Maß für die Streuung einer statistischen Verteilung, die nach Rang oder Größe der Einzelwerte sortiert ist. Es wird vor allem benutzt, um die Entwicklung der **Körpergröße** und/oder des **Körpergewichts** von Kindern und Jugendlichen einzuschätzen.

2 Hintergrund

In der Praxis werden zur Beurteilung von Größe und Gewicht **Perzentilenkurven** verwendet, die auf den Werten großer Vergleichskollektive beruhen. Die Körpergröße oder das Gewicht eines Kindes in Perzentilen anzugeben, bedeutet, dass diese Werte in Bezug zu den Werten der Altersgenossen gesetzt werden.

3 Beispiel

Liegt die Körpergröße eines 12 Monate alten Kindes auf der 10. Perzentile, bedeutet dies, dass 90 % der Kinder seines Alters und Geschlechts größer sind und 10 % kleiner.

dbl - Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. [Hrsg.]: *Kommunikation, Sprache, Sprechen, Stimme, Schlucken*; in: www.dbl-ev.de;

URL: <https://www.dbl-ev.de/kommunikation-sprache-sprechen-stimme-schlucken/normale-entwicklung.html>; 23.01.2018, 10:51 Uhr

Normale Entwicklung

Menschen haben die Fähigkeit **Sprache zu erwerben** und sie als Symbolsystem zur Verständigung einzusetzen, sie sprechen miteinander und setzen dazu ihre Stimme ein. Voraussetzung dafür ist,

dass sie in der Lage sind zu [hören](#), ihre [Stimme normal entwickelt](#) ist und sie in der Lage sind zu artikulieren, was eine ungestörte Funktion der Mundmuskulatur wie beim [Schlucken](#) voraussetzt. Auf alle diese Aspekte wird unter dem Menüpunkt [„Normale Entwicklung im Kindesalter“](#) eingegangen, der darüber hinaus Informationen zur [allgemeinen Entwicklung](#), zur [Sprach- und Sprechentwicklung](#), zum [mehrsprachigen Spracherwerb](#) und [Lese- und Schreiberwerb](#) enthält.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) [Hrsg.]: *Ursachen von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter*, in: www.bzga-kinderuebergewicht.de;

URL: <https://www.bzga-kinderuebergewicht.de/vertiefende-informationen/ursachen/>;
31.01.2018; 11:38 Uhr

Ursachen von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter

Auf die Frage „Wie entsteht Übergewicht?“ kann es keine eindeutige Antwort geben. Denn in einem komplexen System spielen genetische Veranlagung und verschiedenste Umweltfaktoren zusammen.

Fakt ist: Das Körpergewicht wird von der genetischen Veranlagung geprägt. Aber auch die Energiebilanz ist entscheidend. Fällt sie langfristig positiv aus, das heißt, übersteigt die Energiezufuhr den Energieverbrauch, sammelt sich vermehrt Körperfett an. Das Gewicht steigt. Lebensstilfaktoren beeinflussen direkt und indirekt die Energiebilanz. Dazu gehören Ernährung, körperliche Aktivität, Medienverhalten, Umgang mit Stress oder Schlaf¹.

Die Bedingungen im Umfeld, in den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen, wirken sich auf den Lebensstil aus. Dazu gehören beispielsweise familiäre Strukturen, der kulturelle Hintergrund, der soziale Status, der Freundeskreis, die Kita, die Schule, die Nachbarschaft, das Lebensmittelangebot, Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten im Umfeld und vieles mehr. All das beeinflusst Einstellungen, Wissen und Gewohnheiten. Erste Weichen für das Gewicht des Kindes werden bereits im Mutterleib und in der Zeit nach der Geburt gestellt. Forscher gehen von einer perinatalen Programmierung des kindlichen Stoffwechsels und damit des Gewichts aus^{2,3}.

Mehr zum Einfluss der Gene und den Zusammenhängen zwischen Lebensstilfaktoren und Übergewicht im Kindes- und Jugendalter finden Sie hier:

- [Lebensstil der werdenden Mutter](#)
- [Ernährung](#)
- [Körperliche Aktivität](#)
- [Medienkonsum](#)
- [Stress](#)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) [Hrsg.]: *Übergewicht und mögliche Folgen*; in: www.bzga-kinderuebergewicht.de;

URL: <https://www.bzga-kinderuebergewicht.de/vertiefende-informationen/fakten-und-folgen/uebergewicht-und-moegliche-folgen/>; 31.01.2018, 12:29 Uhr

Übergewicht und mögliche Folgen

Ein hohes Gewicht kann die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinträchtigen. Das gilt bereits im Kindes- und Jugendalter. So zeigt etwa die Hälfte der adipösen Kinder und Jugendlichen in einer deutschen Untersuchung mindestens einen Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Krankheiten auf. Dazu gehören erhöhte Blutdruckwerte, erhöhte Triglyzeridspiegel, niedrige HDL-Werte oder ein gestörter Kohlenhydratstoffwechsel. Mit zunehmendem Übergewicht steigt die Anzahl an Risikofaktoren^{1,2}.

Bei adipösen Mädchen und Jungen konnten bereits ab einem Alter von 6 Jahren Veränderungen des Fettgewebes aufgezeigt werden. Diese Veränderungen können eine Insulinresistenz begünstigen³.

Übergewicht kann sich auf die körperliche Leistungsfähigkeit auswirken. Übergewichtige und adipöse Kinder schneiden im Hinblick auf Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit, Koordination oft schlechter ab als Kinder mit Normalgewicht im gleichen Alter⁴.

Das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen können durch ein zu hohes Gewicht sinken. Und es kann die Lebensqualität beeinträchtigen. Die KiGGS-Studie zeigte eindrücklich, dass nicht nur ein tatsächliches Übergewicht, sondern bereits ein gefühltes sich derart negativ auswirkt. Mehr dazu [hier](#)

Vor allem aber haben Übergewicht und Adipositas Langzeitwirkung. Viele Kinder und Jugendliche mit Adipositas nehmen dies ins Erwachsenenalter mit. Bei 55 % der adipösen Kinder im Alter von 6 bis 9 Jahren und bei bis zu 75 % der adipösen Jugendlichen bleibt das Übergewicht bis ins Erwachsenenalter hinein bestehen⁵. 67 % der Männer und 53 % der Frauen sind in Deutschland von Übergewicht betroffen, so die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), etwa ein Viertel der Erwachsenen ist sogar stark übergewichtig. Besorgniserregend ist vor allem, dass die Häufigkeit der Adipositas bei jungen Erwachsenen in den letzten beiden Jahrzehnten stark zugenommen hat⁶.

Mehr Informationen zu gesundheitlichen Folgen, die mit Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter einhergehen unter <http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de>, Rubrik „Über Adipositas/Komorbidität“

URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/medizinische-versorgung-und-leistungen-der-krankenversicherung/praevention.html>; 07.02.2018, 10:48 Uhr

Gesund bleiben: Prävention und Gesundheitsförderung

Die meisten Krankheiten sind nicht angeboren, sondern treten im Laufe des Lebens auf. Menschen können viel tun, um verschiedene Krankheiten zu vermeiden und ihre Gesundheit zu stärken.

- [Prävention ist wichtig!](#)
- [Was können Sie selbst tun?](#)
- [Unterstützung durch die Krankenkassen](#)
- [Prävention in der Pflege](#)
- [Betriebliche Gesundheitsförderung](#)

Prävention ist wichtig!

Prävention ist ein Sammelbegriff und bezeichnet daher alle Maßnahmen, um Risiken für Krankheiten zu verhindern und zu vermindern (sogenannte primäre Prävention), Krankheiten frühzeitig zu erkennen (sogenannte sekundäre Prävention) sowie Krankheitsfolgen zu mildern und die Verschlimmerung von Krankheiten zu verhindern (sogenannte tertiäre Prävention). Zur primären Prävention zählen etwa regelmäßige körperliche Bewegung, ausgewogene Ernährung, Erholung und das Erlernen von Stressbewältigungsstrategien.

Gerade die sogenannten Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2 (Zuckerkrankheit) oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen (zum Beispiel Herzinfarkt) können in vielen Fällen durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil vermieden, zumindest aber positiv beeinflusst werden. Wer regelmäßig etwas für seine Gesundheit tut, fühlt sich körperlich und auch geistig wohler. Die vielfältigen Gesundheitsangebote in Kommunen/Stadtteilen, Schulen und Betrieben sind deshalb darauf ausgerichtet, die unterschiedlichsten Teilnehmerinnen und Teilnehmer dauerhaft für einen gesundheitsbewussten Umgang mit dem eigenen Körper zu motivieren.

Was können Sie selbst tun?

Durch eigene Beobachtung und regelmäßige ärztliche Vorsorge- beziehungsweise Früherkennungsuntersuchungen können gesundheitliche Risiken und Belastungen sowie erste Anzeichen von Krankheiten frühzeitig erkannt werden, noch bevor sich körperliche Beschwerden bemerkbar machen – solche Untersuchungen gehören ganz wesentlich zur Prävention.

Viele schwerwiegende Infektionskrankheiten lassen sich zudem durch Schutzimpfungen komplett verhindern. Prüfen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, ob Sie alle empfohlenen Impfungen haben oder Auffrischimpfungen anstehen. Im Impfausweis werden alle Impfungen festgehalten.

Einen breiten Überblick über Möglichkeiten zur Prävention – von Bewegung und Ernährung über Entspannung bis hin zu Früherkennung und Suchtbekämpfung – finden Sie im "Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung" des Bundesministeriums für Gesundheit.

Unterstützung durch die Krankenkassen

Ob Ernährungstipps von Profis, Nordic Walking für Seniorinnen und Senioren oder ein Training zur Stressbewältigung – es gibt heute eine Vielzahl von Angeboten, um aktiv etwas für die Gesundheit zu tun.

Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, welche Möglichkeiten der primären Prävention es gibt. Die Krankenkassen vermitteln ihren Versicherten qualitätsgesicherte Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in Ihrer Nähe und bezuschussen deren Inanspruchnahme. Zudem honorieren sie im Rahmen von Bonusprogrammen das gesundheitsbewusste Verhalten ihrer Versicherten.

Die regelmäßig von den Krankenkassen angebotenen Vorsorge- beziehungsweise Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene sollten genutzt werden (siehe Übersicht Seite 122 ff.). Zu Beginn eines Kalenderjahres informieren Krankenkassen ihre Versicherten über alle Maßnahmen und Angebote zur Gesundheitsvorsorge und Früherkennung.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) von Juli 2015 wurden die Krankenkassen verpflichtet, ihre Präventionsangebote auszuweiten. So soll der Check-up bei der Ärztin oder beim Arzt künftig eine an individuellen Risikofaktoren orientierte Präventionsberatung beinhalten.

Menschen, deren Lebensumstände es nicht ermöglichen, an regelmäßigen Angeboten zur Prävention und Vorsorge teilzunehmen (beispielsweise Schichtarbeiterinnen oder Schichtarbeiter und pflegende Angehörige), können diese auch in kompakter Form in Kurorten wahrnehmen. Die Krankenkasse kann, wie bei der ambulanten Vorsorgekur, einen täglichen Zuschuss für die Unterkunft und Verpflegung übernehmen.

Um erwerbslose Menschen besser zu erreichen, werden Präventionsangebote der Krankenkassen noch stärker mit den Angeboten der Jobcenter verzahnt.

Prävention in der Pflege

Im Rahmen jeder Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird geprüft, ob und gegebenenfalls welche Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit (zum Beispiel in den Bereichen Ernährung, Umgang mit Sucht-/Genussmitteln oder Verbesserung der psychosozialen Gesundheit) geeignet, notwendig und zumutbar sind. Durch das Gesetz der Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) wurde die Prävention zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit nochmals deutlich gestärkt. Es ist daher auch eine gutachterliche Aussage darüber zu treffen, ob in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der die oder der Pflegebedürftige lebt, ein Beratungsbedarf hinsichtlich primärpräventiver Maßnahmen nach § 20 Abs. 5 SGB V besteht. Die Feststellungen zur Prävention sind in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren und werden dem Versicherten – wenn er der Übersendung nicht widerspricht – mit dem Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit automatisch zugesandt. Ziel ist,

auch bei Pflegebedürftigkeit die Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten oder auch den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Die Pflegekassen haben den spezifischen Auftrag erhalten, Leistungen zur Gesundheitsförderung in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Einen großen Teil unseres Lebens verbringen wir am Arbeitsplatz und treffen dabei auf Arbeitsbedingungen, die je nach Ausprägung positiv oder negativ auf unsere Gesundheit wirken können. Ungünstige Arbeitsbedingungen können nicht nur zu körperlichen Beschwerden bei den Beschäftigten führen, sie bergen auch Risiken für die psychische Gesundheit.

Gesunde und motivierte Beschäftigte sind eine Grundvoraussetzung für den Erfolg und die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens. Insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels haben moderne Unternehmen die Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten systematisch in ihr Betriebsmanagement aufgenommen und als zentrales Zukunftsthema erkannt.

Dabei erarbeiten sie gemeinsam mit den Beschäftigten und den dafür ernannten Verantwortlichen des Betriebes Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und wirken an der Umsetzung mit.

Wie tragen Krankenkassen zu betrieblicher Gesundheitsförderung bei?

Damit Arbeit nicht krank macht und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren vorgebeugt wird, unterstützen Krankenkassen die Gesundheitsförderung in Betrieben. Sie arbeiten dabei mit den Unternehmen sowie mit den Unfallversicherungsträgern und den Arbeitsschutzbehörden eng zusammen.

Fachleute der Krankenkassen beraten und begleiten die Unternehmen von den ersten Anfängen gesundheitsfördernder Maßnahmen bis zum fest etablierten betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Im Rahmen des Präventionsgesetzes wurde die betriebliche Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen weiter ausgebaut. So sollen die Kassen verstärkt gesundheitsfördernde Strukturen in Unternehmen fördern – etwa durch Analyse der Arbeitssituation, Beratung zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und der Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen beispielsweise zur Stressbewältigung. Um verstärkt kleine und mittlere Unternehmen (KMU) zu erreichen, haben die Krankenkassen unter Nutzung bestehender Strukturen gemeinsame regionale BGF-Koordinierungsstellen für betriebliche Gesundheitsförderung in den Bundesländern eingerichtet.

Zudem werden die Kompetenzen der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte in der betrieblichen Gesundheitsförderung stärker genutzt. Die Krankenkassen müssen darüber hinaus sicherstellen, dass Betriebsärztinnen und Betriebsärzte allgemeine Schutzimpfungen durchführen und abrechnen können.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) [Hrsg.]: *Aspekte der Gesundheitsförderung im Kindesalter*; in: www.kindergesundheit-info.de;

URL: <https://www.kindergesundheit-info.de/fuer-fachkraefte/hintergruende-grundlagen/gesundheitsfoerderung/aspekte-gesundheitsfoerderung/>; 08.02.2018, 09:38 Uhr

Aspekte der Gesundheitsförderung im Kindesalter

Hintergründe und Informationen zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsprävention im Kindesalter.

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [Google+](#)
- [Mail](#)
- [Gesundheitsförderung und Prävention](#)
- [Wie gesund sind Kinder in Deutschland?](#)
- [Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung bei Kindern](#)
- [Rolle und Einfluss von Eltern und Fachkräften in der Gesundheitsförderung](#)

Gesundheitsförderung und Prävention

Die zentralen Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention sind, Menschen gesund zu erhalten und vor Krankheiten zu schützen und die Gesundheit der Menschen zu verbessern. Die beiden Ansätze gehen dabei von unterschiedlichen Fragestellungen aus.

Prävention geht vor allem der Frage „Was macht krank?“ nach, orientiert sich an pathogenen („krank machenden“) Risiken und möchte diese Risiken vermeiden oder zumindest verringern. Präventive Maßnahmen orientieren sich daher in der Regel an bestimmten Risikofaktoren und vermitteln meist konkrete Empfehlungen. Beispiele solcher Präventivmaßnahmen sind:

- Impfungen zur Vermeidung von Infektionskrankheiten,
- Programme zur Förderung von gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung zur Vermeidung von Übergewicht,
- Maßnahmen zum Schutz vor UV-Strahlung,
- die (verpflichtende) Nutzung von Kindersitzen im Auto zur Vermeidung von schweren Verletzungen durch Autounfälle.

Grundlage für Konzepte, Strategien und Handlungsbereiche der **Gesundheitsförderung** sind die Empfehlungen der „Ottawa Charta“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1986) und deren Weiterentwicklungen in den letzten drei Jahrzehnten.

Gesundheitsförderung im Sinne der „Salutogenese“ stellt die Frage „Was hält gesund?“ in den Mittelpunkt und zielt darauf ab, Gesundheitsressourcen und -potenziale zu identifizieren und zu stärken sowie Belastungen zu senken.

Der Forschungsbereich „Resilienz“ wiederum beschäftigt sich mit der Frage, wodurch psychische Widerstandsfähigkeit oder Festigkeit gegenüber widrigen Lebensumständen entsteht. Mit diesen unterschiedlichen Schwerpunkten interessieren sich beide Bereiche letztlich dafür, was Kinder brauchen, um sich gesund zu entwickeln.

Der Blick der Gesundheitsförderung richtet sich insgesamt weniger auf klar abgegrenzte Themenfelder, sondern vielmehr auf eine umfassende Förderung der sozialen, psychischen und physischen Entwicklung, des eigenen Wohlbefindens und der Gesundheit.

Wesentliche Merkmale der Gesundheitsförderung sind danach:

- Wechsel der Perspektive von der Verhütung von Krankheiten zur Förderung der Gesundheit und zu der Frage, wie Gesundheit entsteht und erhalten werden kann.
- Orientierung an Schutzfaktoren, Kompetenzen und Ressourcen statt an Risiken, Defiziten und Prävention von Krankheiten.
- Gesundheit als Kompetenz, sein Leben selbstbestimmt zu gestalten und zu bewältigen. Gesundheitsförderung auf der Ebene des Individuums.
- Gesamtgesellschaftliches Verständnis von Gesundheit und starke Orientierung auf die politische Gestaltung gesundheitsrelevanter Faktoren und Bedingungen auch in Zusammenarbeit mit Akteuren außerhalb des Gesundheitswesens.
- Teilhabe aller Betroffenen und Beteiligten und Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten.
- Orientierung an Lebenswelt und Alter und Umsetzung in „Settings“ wie zum Beispiel Kita oder Familie sowie gesundheitsbezogener Gemeinwesenarbeit.
- Beachtung gesundheitlicher Chancengleichheit und besondere Berücksichtigung sozial benachteiligter Menschen.

Wie gesund sind Kinder in Deutschland?

Die Formulierung von konkreten Zielen und Aktivitäten in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention orientieren sich an Studien und Daten zu Kindergesundheit. Eine der umfassendsten repräsentativen Studien ist die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (**KiGGS-Studie**), die inzwischen aus zwei großen Erhebungen zwischen 2003 und 2012 Ergebnisse zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren liefert.

Die Daten belegen, dass Kinder die gesündeste Bevölkerungsgruppe in Deutschland sind. Nach Einschätzung der Eltern weisen 94 Prozent der Kinder und Jugendlichen einen sehr guten bzw. guten allgemeinen Gesundheitszustand auf. Die Daten zeigen aber auch, dass bei ca. 20 Prozent der Mädchen und Jungen Hinweise für psychische Auffälligkeiten vorliegen. Dabei werden sowohl das gesundheitliche Wohlbefinden als auch das Auftreten von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen stark vom sozialen Status geprägt. Das spiegeln zum Beispiel die KiGGS-Ergebnisse zur Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes, die Daten zur Ernährung, zum Bewegungsverhalten und zum Auftreten emotionaler und psychischer Probleme wider.

Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung bei Kindern

Ergänzend zu den oben genannten grundsätzlichen Zielen und Handlungsebenen der Gesundheitsförderung wurden in den letzten Jahren verschiedene Konzepte und Zielbereiche zur Gesundheitsförderung im Kindesalter erarbeitet. Grundlage ist neben aktuellen Studien zur Kindergesundheit immer auch die Erkenntnis, dass frühkindliche Entwicklungen und Erlebnisse entscheidend für die Ausbildung von Risiko- und Schutzfaktoren und das gesundheitsbezogene Verhalten und die Gesundheit im Erwachsenenalter sind.

Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung im Kindesalter sind vor allem:

- **Frühe, altersgerechte Förderung der Entwicklung von Kindern:** Im Mittelpunkt stehen zunächst der Aufbau einer sicheren Bindung, Ausprägung der sinnlichen Wahrnehmung sowie erste Schritte in der Entwicklung der Sprache und der Gefühle, später zunehmend soziales Lernen und die Entwicklung altersgemäßer Handlungskompetenzen.

- **Förderung einer gesunden Ernährung und ausreichender Bewegung:** Während die Themen traditionell aus dem Bereich der Prävention kommen und früher eher isoliert betrachtet wurden, werden inzwischen die Wechselwirkungen zwischen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung berücksichtigt und ganzheitliche gesundheitsfördernde Ansätze verfolgt.
- **Förderung der Sprache und Kommunikation** als Grundlage für die aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und für den Zugang zum Bildungswesen.
- **Stärkung von individuellen Ressourcen und Schutzfaktoren** der Kinder zur Bewältigung von Belastungen und zur Förderung einer gesunden **psychischen Entwicklung**, zum Beispiel Stärkung der Widerstandskraft (Resilienz) sowie Stärkung sozialer Ressourcen in Familie und Lebenswelt.

Neben den inhaltlichen Zielen und Handlungsbereichen umfassen die Konzepte zur Gesundheitsförderung in der Regel auch strukturelle Ziele, zum Beispiel sektorenübergreifende und interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendärztlichem Dienst, Kindertagesstätten, Kinder- und Jugendhilfe und Krankenkassen sowie die besondere Berücksichtigung sozial schwächerer Bevölkerungsgruppen.

Rolle und Einfluss von Eltern und Fachkräften in der Gesundheitsförderung

Die Weichen für die gesunde Entwicklung und den Erhalt körperlicher und psychischer Gesundheit werden bereits früh im Leben gestellt. Die Chancen von Kindern auf eine gesundes Leben und ihre Fähigkeiten, Schutzfaktoren zu entwickeln und gesundheitliche Risiken zu vermeiden, hängen davon ab, welche gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Einstellungen sie in den ersten Lebensjahren entwickeln und inwieweit sie unter förderlichen Lebensbedingungen aufwachsen, zum Beispiel mit einem verlässlichen Zugang zu unterstützenden Angeboten des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe.

Kinder sind eingebunden in Familien, Spielgruppen, Kitas, Nachbarschaften und Freundeskreise. Neben der Stärkung der individuellen Ressourcen der Kinder selbst, stehen daher die Stärkung der Kompetenzen der Eltern, der Familien und der Lebenswelt – insbesondere Kita oder Tagespflege – im Blickpunkt der Gesundheitsförderung.

Lebenswelt Familie – Eltern als Vorbild

In den ersten Lebensjahren erhalten Kinder vor allem von ihren Eltern und engsten Bezugspersonen Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben. Eltern vermitteln teils unbewusst entscheidende Ressourcen wie positive Lebensentwürfe, emotionale und soziale Kompetenzen, zum Beispiel durch Bindungs- und Erziehungsverhalten. Ganz konkret bestimmen Familien entscheidend den Tagesablauf und Lebensstil der Kinder und sind Vorbilder in der Lebensführung und im gesundheitsrelevanten Verhalten. Eine wesentliche Zielgruppe der Gesundheitsförderung von Kindern sind daher die Eltern und engsten Bezugspersonen. Diese gilt es zu unterstützen und in ihren Kompetenzen und der **Erziehung** ihrer Kinder zu stärken.

Lebenswelt Kita – Kinderbetreuung

Während noch vor einigen Jahren der Eintritt in die außerhäusliche Betreuung – Tagespflege oder Kindertagesstätte – in der Regel mit ca. drei Jahren erfolgte, sinkt das Eintrittsalter in den letzten Jahren deutlich. Damit steigt auch die Bedeutung der Kita-Fachkräfte und Tagespflegeeltern in der Begleitung und Unterstützung der frühkindlichen Entwicklung. Kitas sind in der Regel die erste außerfamiliäre Institution, die Kinder regelmäßig besuchen. Bis zur Einschulung hat nahezu jedes Kind eine Kindertagesstätte besucht.

Kindertagesstätten und Kindertagespflege sind als wesentliche Handlungsfelder zunehmend in den Blickpunkt der Gesundheitsförderung geraten. Kennzeichnend für Kindertageseinrichtungen ist, dass sie (fast) alle Kinder erreichen und vor allem auch jene Teilgruppen der Bevölkerung, die Einrichtungen der Familienhilfe und des Gesundheitswesens sonst eher distanziert gegenüber stehen oder sie weniger gut nutzen können.

Fachkräfte können die Kompetenzen und Ressourcen von Kindern für eine gesunde Entwicklung zielgerichtet anregen und **Eltern** darin unterstützen, die Gesundheit ihrer Kinder zu fördern.

Gemeinsamer Bundesausschuss [Hrsg.]: *Früherkennung von Krankheiten bei Kindern*; in: www.g-ba.de;

URL: <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/kinder/>;
08.02.2018, 09:45 Uhr

Früherkennung von Krankheiten bei Kindern

Der Umfang der Früherkennungsmaßnahmen bei Kindern ist in den Kinder-Richtlinien des G-BA festgelegt. Im „Untersuchungsheft für Kinder“ (Anlage zu den Richtlinien) werden die Befunde dokumentiert. Das gelbe Heft wird den Eltern nach der Geburt von der Entbindungsstation oder durch die Hebamme übergeben.

Die nach den Richtlinien durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen dienen der Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes gefährden. Die vorgesehenen Untersuchungen müssen innerhalb bestimmter Zeiträume wahrgenommen werden.

Zeitraum	Maßnahmen
U1	Neugeborenen-Erstuntersuchung Kontrolle von Hautfarbe, Atmung, Muskeltätigkeit, Herzschlag und Reflexen, Screening auf kritische angeborene Herzfehler, Screening zur Früherkennung angeborener Stoffwechseldefekte und endokriner Störungen sowie Mukoviszidose, Hörscreening zur Erkennung beidseitiger Hörstörungen ab einem Hörverlust von 35 dB
U2	3. - 10. Lebenstag Untersuchung von Organen, Sinnesorganen und Reflexen
U3	4. - 5. Lebenswoche Prüfung der altersgemäßen Entwicklung der Reflexe, der Motorik, des Gewichts und der Reaktionen, Untersuchung der Organe und der Hüften, Abfrage des Trinkverhaltens
U4	3. - 4. Lebensmonat Untersuchung der Organe, Sinnesorgane, Geschlechtsorgane und der Haut, von Wachstum, Motorik und Nervensystem
U5	6. - 7. Lebensmonat Untersuchung der Organe, Sinnesorgane, Geschlechtsorgane und der Haut, von Wachstum, Motorik und Nervensystem
U6	10. - 12. Lebensmonat Kontrolle der geistigen Entwicklung, der Sinnesorgane und der Bewegungsfähigkeit
U7	21. - 24. Lebensmonat Test der sprachlichen Entwicklung, Feinmotorik und Körperbeherrschung

U7a 34. - 36. Lebensmonat Frühzeitige Erkennung von Sehstörungen und sonstigen Auffälligkeiten

U8 46. - 48. Lebensmonat Intensive Prüfung der Entwicklung von Sprache, Aussprache und Verhalten, um eventuelle Krankheiten und Fehlentwicklungen im Vorschulalter gezielt behandeln zu können.

U9 60. - 64. Lebensmonat Prüfung der Motorik und Sprachentwicklung, um eventuelle Krankheiten und Fehlentwicklungen vor dem Schuleintritt zu erkennen und zu heilen.

0 - 6 Jahre Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten: drei Untersuchungen, die erste davon findet grundsätzlich im dritten Lebensjahr statt.

6 - 18 Jahre Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen: Ab dem 12. Lebensjahr werden die jährlichen Untersuchungen in ein Bonusheft eingetragen. Diese Eintragungen dienen später als Nachweis für den Anspruch auf erhöhte Zuschüsse zum Zahnersatz.

Tjark Knittel [Hrsg.]: *Kinder beim Sprechen lernen fördern*; in: www.familie-und-tipps.de;

URL: <https://www.familie-und-tipps.de/Kinder/Erziehung/Sprachentwicklung/>; 08.02.2018, 10:16 Uhr

Sprachentwicklung bei Kinder bis ins Vorschulalter

Kinder beim Sprechen lernen fördern:

- [Sprachförderung zuhause](#)
- [Sprachförderung durch Musik und Bewegung](#)
- [Sprachförderung im Kindergarten](#)
- [Logopädie für Kinder](#)
- [Babysprache verstehen](#)
- [Wie Kinder sprechen lernen](#)

Sprachentwicklung fördern :

- [Sprachförderung bei Kleinkindern durch Bücher](#)
- [Fremdsprachen im Kindergarten lernen](#)
- [Sprachentwicklungsstörung bei Kindern](#)

Wie lernen Kinder sprechen?

Wie reagieren Eltern, wenn ihr Kind das erste Wort spricht? Sie platzen fast vor Stolz und werden jedem Menschen in ihrem Umfeld - ob diese es nun wollen oder nicht - davon berichten.

Dabei begann ihr Kind nicht erst mit dem ersten Wort seine zukünftige Muttersprache zu erlernen. Es hat sich bis dahin bereits viel angeeignet und wird in den nächsten Jahren noch weitere wichtige Schritte meistern müssen. Kinder haben ungefähr im sechsten Lebensjahr die grobe Sprachentwicklung abgeschlossen. Dann können sie Zeitformen, unterschiedliche Definitionen für einen Gegenstand und abstrakte Begriffe mit einem großen Wortschatz erklären.

Sprachentwicklung bei Kindern - Sprache ist komplex

Die Stimme ist nahezu das wichtigste Kommunikationsmittel des Menschen. Durch die Sprache lernt das Kind nicht nur, seine Befindlichkeiten auszudrücken, sondern auch Personen und Dinge in seiner Umgebung mit Worten zu verbinden und sich diese Erfahrung zu Nutze zu machen. Es entwickelt mit Hilfe von Sprache eine Persönlichkeit, lernt komplex zu Handeln, zu kommunizieren und die Welt zu verstehen.

"Mein Kind hat schon mit zehn Monaten Mama, Papa und Oma gesagt!"

Das Tempo der Sprachentwicklung bei Kindern ist unterschiedlich! Manchmal sind Eltern unsicher, wenn sie gleichaltrige Kinder mit ihrem eigenen vergleichen und wundern sich, warum das andere Kind viel "besser" spricht, als das eigene. Oder andersherum: Es erfüllt sie mit Stolz, dass der Sohn oder die Tochter Gleichaltrige sprachlich locker an die Wand quatscht. Dabei durchlebt jedes Kind verschiedene Phasen der Sprachentwicklung. Diese Phasen gehen fließend ineinander über und lassen sich nur schwer in enge Schemata zwängen. Jedes Kind braucht eine andere Zeitspanne, um diese Phasen zu durchlaufen. Die einen eben schneller als die anderen. Das ist gut so und auch gewollt. Schwierig wird es, wenn ein Kind deutlich hinter der durchschnittlichen Entwicklung anderer Kinder liegt. In diesem Fall ist der Weg zum [Kinderarzt](#), Logopäden oder Pädaudiologen manchmal unabdingbar. Damit Sie als Eltern einen groben Überblick haben, in welchem Stadium der Sprachentwicklung sich Ihr Kind befinden sollte, haben wir für Sie eine Übersicht der aufeinanderfolgenden Phasen der Entwicklung der Sprache Ihres Kindes in Altersstufen zusammengefasst.

Phasen der Sprachentwicklung

Es gibt verschiedene Phasen der Sprachentwicklung bei Babys und Kindern. Hier ein kleiner Überblick:

Sprachentwicklung beim Baby

Sprachentwicklung beim Baby von 0 bis 6 Monaten:

Die Sprachentwicklung Ihres Kindes beginnt im Grunde genommen bereits mit seinem ersten Schrei im Kreißsaal. Mit dem Schreien trainiert ein Baby nicht nur seine Stimme, sondern teilt seiner Umwelt seine Befindlichkeiten mit. Damit kommuniziert es bereits. Schon jetzt erkennt ein Baby, dass auf sein Schreien eine Reaktion der Umwelt folgt. Nach ca. 12 Wochen können Eltern genauer zwischen unterschiedlichen Arten des Schreiens ihres Kindes differenzieren. Ab drei Monaten starten die Kleinen, neben dem Schreien auch andere Laute hervorzubringen. Sie quietschen, gurren oder lallen und bringen Geräusche wie "hmm" bzw. "grrr" hervor. Dies wird als erste Lallphase bezeichnet. Auch die Tonhöhe und Lautstärke kann dabei variieren. Hört es ein Geräusch, dreht es den Kopf in Richtung der Schallquelle oder sucht diese. Es erschrickt bei einem lauten Geräusch.

Die Sprachentwicklung bei Babys in der zweite Hälfte des ersten Lebensjahres:

Das Baby experimentiert immer mehr mit seiner Stimme. Die zweite Lallphase beginnt. Ständig hören Eltern ihr Kind lallen, wobei es dabei nun auch Silbenverdopplungen verwendet, zum Beispiel: lalala oder nununu. Das Baby nimmt jetzt die Sprache seiner Umgebung genauer unter

die Lupe. Kinder mit einer Hörschädigung können diese Laute wie auch ihre eigenen nicht wahrnehmen und bringen keine Silbenverdopplungen. Gesunde Kinder verstehen immer mehr Wörter, die häufig in ihrem Alltag vorkommen, wie Essen, Windel oder Bettchen. Mit knapp einem Jahr führen sie lange Monologe in ihrer ganz eigenen Lallsprache.

Ein Jahr bis eineinhalb Jahre:

Zu seinem ersten Geburtstag nimmt das Kind Informationen nicht nur durch den Klang der Stimme wie auch durch Mimik und Gestik wahr, sondern kennt bereits um die 50-60 Wörter. Jetzt wird auch das berühmte erste Wort ganz unvermittelt auftauchen. Ein Kind lernt nun, dass Wörter Bedeutungen haben und erreicht damit einen Meilenstein in der Sprachentwicklung. Von nun an geht es sehr schnell voran mit dem Wortschatz. Es erkennt seinen eigenen Namen und reagiert auch schon auf einfache Aufträge, wie "setze dich hin" oder "bring mir das Auto".

Die Sprachentwicklung des Kindes im Alter von 1,5 bis 2 Jahre:

Ihr Kind benennt in dieser Zeit viele Personen und Gegenstände mit dem richtigen Namen. Mindestens 50 Wörter sollten seinem Wortschatz angehören. Manche Kinder sprechen bereits mehr als 200 Wörter in dieser Phase der Sprachentwicklung. Von nun an gehören Zweiwortsätze zum Repertoire des Kindes. Das berühmte mit Nachdruck gesprochene "Nein" setzt es nun gern ein. Auch die Sprachmelodie entwickelt sich. Das Kind stellt Fragen, indem es ein bis zwei Wörter fragend äußert, wie "Auto kaputt?"

Ideal sind jetzt auch **Fingerspiele**

Zwei bis drei Jahre:

Der Wortschatz des Kindes nimmt erheblich zu. Drei- und Vierwortsätze zeigen, dass das Kind eine immer größere Sprachkompetenz erreicht. Dabei treten natürlich noch gehäuft grammatikalische Fehler auf, wie auch ein unkorrekter Syntax. Das bekannte Fragealter beginnt, indem das Kind in der zweiten Hälfte des dritten Lebensjahres Fragewörter wie warum, was, wo und wieso in seine Kommunikation einbaut. Auch die ersten Nebensätze nehmen Einzug. Mittlerweile kann es sogar Zusammenhänge und Sachverhalte erklären. In diesem Alter schaffen Kinder ganz neue Wortkreationen, so wird aus der Gießkanne der Wasserflieger und aus der Hängematte das Schaukeltuch.

Sprachentwicklung bei Kindern von 3 Jahren:

Dies ist die Zeit, in der Kinder ihr erworbenes Sprachwissen festigen und vervollständigen. Sie bilden bereits komplexe Sätze, verwenden viele Nebensätze. Sie können Farben benennen und lange Erklärungen abgeben, wobei ein komplizierter Satzbau immer noch fehlerhaft ist. Immer mehr Pronomen werden in die Äußerungen integriert. Nun beginnt die Phase, in der die Kinder fordernder ständig die Frage "Warum" stellen.

Sprachentwicklung bei Kindern im Alter von Fünf bis sechs Jahre:

Dem Alter entsprechend können Kinder nun sogar abstrakte Begriffe erklären. Ein gesundes Kind könnte theoretisch alle Laute korrekt bilden. In diesem Alter können Kinder Geschichten nacherzählen und Zusammenhänge logisch und grammatikalisch beinahe korrekt wiedergeben. Es kann bereits mindestens bis zehn zählen.

Da die Sprachentwicklung des Kindes zwar in ineinander fließende Phasen unterteilt ist, welche in unterschiedlichem Tempo durchlaufen werden, lässt sich kein starres Raster dafür festlegen. Weicht ein Kind jedoch stark von den Richtwerten ab, sollten Sie nicht den Weg zum Kinderarzt scheuen. Außerdem können Sie Ihr Kind in jeder einzelnen Phase seiner Sprachentwicklung altersgerecht fördern, zum Beispiel durch Fingerspiele, Singen oder eine aktive Kommunikation mit Ihrem Kind.

Text: C. D. / Stand: 25.01.2018

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [Hrsg.]: *Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen*; in: www.bzga-kinderuebergewicht.de;

URL: <https://www.bzga-kinderuebergewicht.de/basisinformationen/start/>; 09.02.2018, 09:55 Uhr

Übergewicht betrifft viele Kinder und Jugendliche. Es gibt viele verschiedene Ursachen hierfür. Es ist wichtig, dass sie wissen wie Übergewicht entstehen kann. So können sie das Gewicht in Balance halten. Diese Seite gibt Infos darüber, welche Gewohnheiten Sie gemeinsam mit Ihrem Kind oder Ihren Kindern Schritt für Schritt einüben können – für mehr Wohlbefinden und Gesundheit für Ihre Familie.

AKTUELLES

Ein spannendes Bewegungsspiel für die ganze Familie

„**Familienaufstand!**“ – so heißt ein kostenfreies Spiel, das Spaß macht und Familien spielerisch motiviert, sich im Alltag mehr zu bewegen. Eltern und Kinder beobachten sich selbst, wer wie viel sitzt und sich bewegt. Und dann geht's los und alle sammeln Punkte fürs Aufstehen und Bewegen – alles zählt, nur Sitzen nicht. Am Ende zeigt sich, wer zum Champion der Familie wird. Das Spiel wurde entwickelt von der Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb) und der Universität Bielefeld und wird gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit.

[Mehr Informationen](#)

Staatsinstitut für Frühpädagogik (IFP) [Hrsg.]: *Motorische Entwicklungsstörungen*; in: www.ifp.bayern.de;

URL: <https://www.ifp.bayern.de/veroeffentlichungen/publikationen/krombholz-motorik.php>; 09.02.2018, 10:29 Uhr

Motorische Entwicklungsstörungen

Heinz Krombholz

Dieser Beitrag stellt eine Zusammenfassung des Kapitels: "Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen" dar, Krombholz 2005, in: Schlottke, P.F. et . (Hrsg.) Enzyklopädie der Psychologie, Band 5: Störungen im Kindes und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. Göttingen: Hogrefe 2005, S. 545-574.

Einleitung

Die motorische Entwicklung ist - zusammen mit der Wahrnehmung - Grundlage der meisten höheren menschlichen Leistungen und sie ist für die Gesamtentwicklung des Kindes von grundlegender Bedeutung. Störungen der motorischen Fertigkeiten bedeuten

eine entscheidende Beeinträchtigung für das Kind; sie engen nicht nur den Bewegungs- und Handlungsspielraum ein, sie hemmen es meist auch in seinen sozialen Aktivitäten, beeinträchtigen sein Selbstwertgefühl und sein Selbstvertrauen und können weitere Persönlichkeitsbereiche negativ beeinflussen. Gravierende Abweichungen von der "normalen" Bewegungsentwicklung müssen daher stets beachtet werden und es sollte zumindest versucht werden, solchen Störungen entgegenzuwirken. Sonst besteht die Gefahr, dass das Kind in einen Teufelskreis gerät: Infolge seiner schwachen motorischen Leistungen erleidet das Kind Misserfolge, es vermeidet motorische Herausforderungen und fällt - infolge mangelnder Übung - immer stärker hinter die Leistungen Gleichaltriger zurück.

Bereits "einfachste" menschliche Bewegungen erfordern eine große Anzahl von genau abgestimmten Muskelaktivitäten, die durch komplexe neuronale Prozesse gesteuert werden. Allein der aufrechte Stand (die sogenannte Stütz- oder Statomotorik) und der Gang des Menschen sind "ein Wunder der Regulation" (Birbaumer & Schmidt, 1990, S. 296). Die "motorischen Zentren", die für die Ausführung und die Kontrolle von Haltung und Bewegung verantwortlich sind, erstrecken sich über verschiedene Abschnitte des Zentralnervensystems von der Hirnrinde bis zum Rückenmark und umfassen Großhirn, Kleinhirn, Stammganglien und das limbische System. Angesichts der Komplexität der menschlichen Motorik und der zusätzlichen Bedeutung emotionaler Einflüsse (z.B. Furcht) kann es kaum verwundern, dass fast alle Bewegungen von Störungen betroffen sein können und eine Vielzahl von Ursachen motorische Störungen bewirken können.

Eine Reihe von (körperlichen) Krankheiten, Schädigungen oder Funktionsstörungen, insbesondere zerebrale Störungen, spinale Störungen, Muskel- und Gelenkerkrankungen, aber auch Atmungs- und Kreislaufprobleme betreffen die Motorik unmittelbar. Besonders schwerwiegende Koordinationsstörungen treten im Rahmen neurologischer Erkrankungen und als Folge von Schädel-Hirn-Traumen auf. Ebenfalls kann eine eingeschränkte Sensorik die Bewegungsentwicklung beeinträchtigen. Dies gilt für blinde oder sehbehinderte und für schwerhörige oder taube Kinder. Auch eine mangelnde Entwicklung der geistigen Fähigkeiten geht in der Regel mit einer Verminderung motorischer Fertigkeiten einher.

Bei einigen Kindern sind allerdings Störungen des Bewegungsverhaltens oder Abweichungen von der "normalen" Entwicklung der Motorik zu beobachten, ohne dass somatische Ursachen, Einschränkungen der Sinnesleistungen oder der kognitiven Fähigkeiten nachgewiesen werden können. In diesem Falle spricht man von umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen.

Klinisches Erscheinungsbild und Diagnose

Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen zeigen ein nicht altersgemäßes Bewegungsverhalten und sind in ihrer motorischen

Gesamtentwicklung verlangsamt. Die Bewegungsmuster sind zwar meist unauffällig, werden aber erst verspätet erworben. Diese Kinder erreichen die sogenannten motorischen "Meilensteine" der Entwicklung nur mit erheblicher Verspätung und sie machen z.B. ihre ersten freien Schritte nicht vor ihrem 3. Lebensjahr. Es können alle motorischen Leistungen oder nur ein Teilbereich betroffen sein: Hat das Kind Schwierigkeiten mit der Feinmotorik oder der Auge-Hand-Koordination, so gelingt es ihm z.B. im Alter von dreieinhalb Jahren noch nicht, drei Bauklötzchen aufeinander zu stellen, wohingegen grobmotorischen Leistungen (wie Sitzen, Krabbeln, sich Aufrichten und Gehen) nicht betroffen sind.

Im Kindergarten- oder Grundschulalter gelten Kinder mit motorischen Entwicklungsstörungen als ungeschickt und unbeholfen, sie haben Schwierigkeiten beim Anziehen und beim Malen. Sie lassen häufig Gegenstände fallen, haben Probleme beim Hüpfen, Balancieren, beim Werfen und besonders beim Fangen von Bällen, meiden daher Ballspiele und andere Spiele, bei denen es auf Schnelligkeit, Geschicklichkeit und Gewandtheit ankommt. Beim Erlernen des Fahrradfahrens, Schwimmens, Rollschuhfahrens fallen sie durch staksige, plumpe Bewegungen, fehlende Geschmeidigkeit auf und sie haben Schwierigkeiten mit dem Gleichgewicht. Wegen ihrer mangelnden motorischen Leistungen werden sie nicht selten Opfer von Hänseleien. Im Schulalter fallen sie durch eine ungelungene, schlecht lesbare Handschrift und schlechte Leistungen im Sportunterricht auf. Es besteht die Gefahr, dass diese Kinder, insbesondere Jungen, aufgrund schlechter Leistungen bei Mannschaftsspielen zu Außenseitern werden. Mit dem Älterwerden der Kinder vermindern sich die Störungen, wenn auch geringe Defizite oft bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben.

Da das Sprechen eine ganz besonders anspruchsvolle feinmotorische Leistung darstellt, ist es nicht verwunderlich, dass Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen häufig Schwierigkeiten beim Sprechen haben und selbst im Grundschulalter manche Laute noch nicht richtig bilden können.

Für die Beurteilung, ob die motorische Entwicklung eines Kindes altersadäquat verläuft und ob eine Intervention angezeigt ist, ist durch einen klinischen Psychologen anamnestisch nicht nur die motorische Entwicklung, sondern die Gesamtentwicklung des Kindes zu eruieren. Durch Verhaltensbeobachtung sollte geklärt werden: sind die Bewegungen des Kindes altersgemäß, zeigen sich auch "pathologische" Bewegungsmuster, die im normalen Entwicklungsverlauf nicht auftreten, oder versagt das Kind bei Bewegungsanforderungen aus Überängstlichkeit oder mangelndem Selbstvertrauen. Zur motorischen Beurteilung des Bewegungsverhaltens haben sich die Aufgaben Stehen mit geschlossenen Augen auf einem Bein, einbeinig Hüpfen, Hampelmann-Sprung und Finger-Nasen-Versuch bewährt (vgl. Neuhäuser, 1996), ebenso Sprünge am Trampolin (Hünnekens & Kiphard, 1963). Die Verwendung von Video-Aufzeichnungen kann die Beobachtungsmöglichkeiten zusätzlich verbessern. Auch die Interaktion Kind-Eltern bei Sport und Spiel darf nicht ausgeklammert werden

(Welche Erwartungen haben die Eltern an die motorischen Leistungen des Kindes, wird es angemessen gefördert, unter- oder überfordert?).

Die Verhaltensbeobachtung sollte mindestens durch ein standardisiertes Testverfahren zur Überprüfung der Grob- und Feinmotorik ergänzt werden. Für die Diagnose Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen sollte die Leistung deutlich (mindestens 1,5 Standardabweichungen) unter der Altersnorm liegen. Dies ist anhand eines individuell durchgeführten standardisierten Testverfahrens zu prüfen. Geeignete Verfahren sind u. a.:

- die Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik MFED, Altersbereich: 1., 2. und 3. Lebensjahr (Hellbrügge, 1994)
- Wie weit ist ein Kind entwickelt? – Eine Anleitung zur Entwicklungsüberprüfung, Altersbereich: 0-4 Jahre (Kiphard, 1996)
- Motoriktest für 4- bis 6-jährige Kinder (Zimmer & Volkamer, 1987)
- Körperkoordinationstest für Kinder KTK, Altersbereich: 5 – 14 Jahre (Kiphard & Schilling, 1974)

Meist ist zusätzlich die Durchführung eines Entwicklungs- oder Intelligenztests notwendig, um den Stand der geistigen Entwicklung abschätzen zu können.

Gegebenenfalls ist eine somatische Untersuchung (Körpermaße, Anomalien, Seh- und Hörfähigkeit) durch einen Facharzt erforderlich. Um Erkrankungen des Nervensystems als Ursache der Störung ausschließen zu können, sollte eine eingehende neurologische Untersuchung durchgeführt werden.

Häufigkeit motorischer Entwicklungsstörungen

Aufgrund vorliegender Studien ist davon auszugehen, dass rund 5 Prozent aller Kinder im Vorschulalter unter umschriebenen Entwicklungsrückständen der Grob- und Feinmotorik leiden (Schmidt, 1985; Warnke & Niebergall, 1993). Nach vorliegenden Schuleingangsuntersuchungen in einzelnen Bundesländern beträgt der Anteil von Kindern mit motorischen Koordinationsstörungen etwa 5 bis 10 Prozent (Schuleingangsuntersuchungen in Bayern und Nordrhein-Westfalen). Jungen sind von motorischen Entwicklungsstörungen stärker betroffen als Mädchen, die Rate Jungen / Mädchen beträgt etwa 2:1. Ein - von verschiedener Seite behaupteter - Anstieg des Anteils von Kindern mit Bewegungsstörungen lässt sich anhand empirischer Daten nicht belegen. - Angaben, wonach mehr als 30 Prozent der Kinder in Deutschland Koordinationsschwächen und -schäden aufweisen (vgl. z.B. Dordel, 1998, S. 102), sind offensichtlich unzutreffend.

Es kann nicht überraschen, dass motorische Entwicklungsstörungen und sensorische Störungen häufig gemeinsam auftreten. Kinder mit eingeschränkter Sehfähigkeit, aber auch Hörbehinderte sind in ihrer Bewegungsentwicklung beeinträchtigt; bei Hörbehinderten ist auffallender Weise häufig das Gleichgewicht gestört.

Übereinstimmend wird in der Literatur hervorgehoben, dass umschriebene motorische Entwicklungsstörungen häufig gemeinsam mit anderen Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten auftreten. Schwedische Längsschnittuntersuchungen seit den 70er Jahren belegen, dass Aufmerksamkeitsstörungen meist mit motorischen Störungen, Sprech- und Sprachstörungen und Wahrnehmungsstörungen einhergehen (Zusammenfassung bei Gillberg 1998).

Die Frage, ob motorische Entwicklungsstörungen mit Lernstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und sozialen Störungen einhergehen, wird kontrovers diskutiert (Sugden & Chambers 1998, Gillberg 1998, Esser 1995).

Ursachen motorischer Entwicklungsstörungen

Störungen der Motorik in der Kindheit und Jugend können durch organische Einflüsse (vor allem Entzündungen, Traumen, Anfallsleiden, Chromosomenanomalien, Reifungsverzögerungen des ZNS, Mangelernährung) oder psychische (Deprivationsbedingungen, mangelnde Versorgung, Misshandlung, längere Krankenhausaufenthalte, Erkrankungen der Eltern) bzw. psychosoziale Einflüsse (gestörte Familienverhältnisse, Armut) hervorgerufen werden (vgl. Remschmidt, 1988, S.169).

Die motorischen Entwicklungsstörungen, wie sie in den international gebräuchlichen Klassifikationssystemen (ICD-10, Weltgesundheitsorganisation, 1995 und DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) definiert werden, dürfen nicht Folge eines medizinischen Krankheitsfaktors, eines Ausfalls oder einer Beeinträchtigung der Sinnesorgane oder einer kognitiven Beeinträchtigung sein. Welche Ursachen diese Störungen allerdings hervorrufen, darüber besteht keineswegs Einigkeit. Beim derzeitigen Forschungsstand besteht Grund zur Annahme, dass motorische Entwicklungsstörungen auf verschiedenen Ursachen beruhen können bzw. unter diesem Konzept verschiedene Störungen zusammengefasst werden, die unterschiedliche Ursachen haben. Es erscheint - angesichts der Komplexität der neuronalen Kontroll- und Steuerungsprozesse selbst einfachster Bewegungen - plausibel, dass die Verarbeitung sensorischer Informationen und zentrale Verarbeitungsprozesse bei motorischen Entwicklungsstörungen eine entscheidende Rolle spielen. Daneben können unzureichende Lernerfahrungen am Zustandekommen motorischer Entwicklungsstörungen ursächlich beteiligt sein oder sie können vorhandene Bewegungsprobleme verstärken. Kinder, deren Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt sind, werden infolge dieses Bewegungsmangels keine altersgemäßen motorischen Leistungen erzielen. Bei Kindern, die primär unter spezifischen Problemen beim Erlernen von Bewegungsabläufen (motorischen Lernstörungen) oder an sensorischen oder physiologischen Beeinträchtigungen leiden, besteht die Gefahr, dass sich ihre schlechten motorischen Leistungen zusätzlich infolge eingeschränkter Bewegungserfahrungen weiter verschlechtern.

Möglichkeiten der Behandlung motorischer Entwicklungsstörungen

Leistungsrückstände in der motorischen Entwicklung sind durchaus therapierbar, auch wenn nicht in allen Fällen ein normales Entwicklungsniveau erreicht werden kann. Ein gezieltes, intensives und auf die besondere Situation dieser Kinder abgestimmtes Training verspricht auch Erfolge bei Kindern mit motorischen Rückständen infolge von Intelligenzminderung oder sensorischer Defizite (vgl. Eggert, 1994; Kiphard, 1994a; Williamson, 1997; Levtzion-Korach, Tennenbaum, Schnitzer & Ornoy, 2000).

Es liegen verschiedene Ansätze vor, die den Anspruch erheben, motorische Störungen zu mindern und darüber hinaus Lern- und Verhaltensstörungen zu beseitigen und die Gesamtentwicklung des Kindes positiv zu beeinflussen. Die bekanntesten dieser Förderprogramme sind das "Perzeptivmotorische Training" (PMT, Kephard, 1960), die "Sensorisch-integrative Therapie" (SIT, Ayres, 1979, 1998) und das "Kinästhetische Training" (KT, Laszlo & Bairstow, 1985). In Deutschland wurde insbesondere die "Psychomotorische Übungsbehandlung" als Ansatz zur Bewegungsförderung für behinderte und nicht behinderte Kinder bekannt (z.B. Kiphard, 1994b). Stand zunächst auch bei diesem Ansatz der therapeutische Aspekt im Vordergrund, so geht es seit einigen Jahren vermehrt um die Prävention von Verhaltensstörungen und die ganzheitliche Förderung der kindlichen Persönlichkeit. Kennzeichnend für diesen Ansatz ist nach Eggert (1994, S. 20) " ... die Förderung der Entwicklung von Kindern durch das Zusammenspiel von Bewegungen, Denken, Fühlen und Orientieren im Spiel oder einer anderen bedeutungsvollen sozialen Handlung zusammen mit anderen" - gemeint sind andere Kinder, aber auch der Pädagoge oder Therapeut. Besonders hervorgehoben wird die Wechselwirkung zwischen Störungen der Motorik und Persönlichkeitsdimensionen wie Aggressivität, Ängstlichkeit, Demotivierung und Lernstörungen. Die ganzheitliche Förderung der Persönlichkeit des Kindes soll vor allem erreicht werden durch die Vermittlung motorischer, sensorischer und kognitiver Anreize, die Erweiterung der motorischen Kompetenzen und die Möglichkeit, vielfältige Sinnes-, Bewegungs- und Materialerfahrungen zu sammeln. Bei allen Aktivitäten wird Wert darauf gelegt, dass die Kinder eigene Bewegungsideen verwirklichen können, positive soziale Zuwendung erfahren und (wieder) Freude an der Bewegung erleben können. Um die genannten Ziele zu erreichen, werden verschiedene Elemente der Bewegungspädagogik genutzt wie sportmotorische Übungen (z.B. Ballspiele, Kletterübungen, Trampolin), Bewegungs- und Konzentrationsspiele, rhythmisch-musikalische, musische und tänzerische Darbietungsformen, Entspannungsübungen sowie darstellende und gestalterische Spiele.

Trotz vieler positiver Berichte über den Erfolg dieser Ansätze gibt es nur wenige streng kontrollierte Studien, die – zusätzlich zur gut belegten Steigerung der motorischen Leistungen – auch die erwarteten positiven Auswirkungen auf nichtmotorische Persönlichkeitsbereiche, insbesondere schulische oder schulnahe Leistungen, belegen (vgl. Krombholz, 1985; Arendt, McLean & Baumeister, 1988; Hoehn & Baumeister, 1994; Sims, Henderson, Morton & Hulme, 1996; Sigmundsson, Pedersen, Whiting, &

Ingvaldsen, 1998). Es sind daher Zweifel angebracht, ob mit Hilfe vorwiegend bewegungsorientierter Programme nichtmotorische Persönlichkeitsbereiche wie Intelligenz, Sprachentwicklung und schulische Leistungen positiv beeinflusst werden können oder dass solche Programme geeignet sind, Lern- und Verhaltensstörungen im Kindesalter zu beseitigen. Positive Effekte können eher auf allgemeine Prinzipien der Förderung, die Beschäftigung mit dem Kind, das Eingehen auf seine Probleme und die Persönlichkeit des Trainers als auf spezifische Inhalte des jeweiligen Interventionsansatzes zurückgeführt werden (vgl. Sigmundsson, Pedersen, Whiting, & Ingvaldsen, 1998).

Dennoch erscheint es sinnvoll und notwendig, die motorische Leistungsfähigkeit von Kindern mit Störungen der motorischen Entwicklung zu steigern, da eine Einschränkung der Bewegungsmöglichkeiten das Kind von vielen altersgemäßen Aktivitäten ausschließt, die für seine Entwicklung wichtig sind, und sich negativ auf sein Ansehen bei Gleichaltrigen und sein Selbstwertgefühl auswirkt. Um einen dauerhaften Erfolg zu erreichen, sollte bei allen Maßnahmen zur Steigerung der motorischen Leistungen gewährleistet sein, dass das Kind die natürliche Freude an der Bewegung (wieder-) entdeckt und Vertrauen in die eigene körperliche Leistungsfähigkeit gewinnt, damit es von sich aus an Bewegungsspielen teilnimmt und von anderen Kindern als Spielpartner akzeptiert wird.

Auch Eltern können hierbei einen wesentlichen Beitrag leisten: Sie müssen einerseits akzeptieren, dass ihr Kind "ungeschickt" ist und kein Spitzensportler werden wird, andererseits müssen sie davon überzeugt werden, dass sie ihr Kind nicht - wegen seiner Ungeschicklichkeit – besonders schonen oder überbehüten, sondern sein Explorationsverhalten ermutigen, es immer wieder zu Bewegungsspielen und sportlichen Aktivitäten (z.B. Rad fahren, Schwimmen, Klettern) anregen und Hilfestellung bei motorischen Herausforderungen oder beim Ankleiden auf das dem Entwicklungsstand adäquate Niveau beschränken. Werden Kinder mit Bewegungsproblemen aus falsch verstandener Vorsicht in ihren Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt und werden ihnen dadurch wesentliche Bewegungserfahrungen vorenthalten, so besteht die Gefahr, dass sie motorische Herausforderungen meiden und infolge mangelnder Übung sich ihre motorische Leistungsfähigkeit gegenüber Gleichaltrigen weiter verschlechtert.

Literatur

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM IV. Washington, DC. 1994 (4th ed.) – Deutsche Bearbeitung: Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (1998). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.

Arendt, R.E., McLean, W.E. & Baumeister, A.A. (1988). Critique of sensory integration therapy and its application in mental retardation. American Journal of Mental Retardation, 92, 401-411.

- Ayres, A.J. (1998). Bausteine der kindlichen Entwicklung (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Ayres, A.J. (1979). Lernstörungen, sensorisch-integrative Dysfunktionen. Heidelberg: Springer.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R.F. (1990). Biologische Psychologie. Berlin: Springer.
- Dordel, S. (1998). Ätiologie und Symptomatik motorischer Defizite und Auffälligkeiten. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Gesundheit von Kindern. Epidemiologische Grundlagen (S. 98-113). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Eggert, D. (1994). Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung. Dortmund: Borgmann
- Esser, G. (1995). Umschriebene Entwicklungsstörungen. In Petermann, F. (Hrsg.). Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie (S. 267-285). Göttingen: Hogrefe.
- Gillberg, C. (1998). Hyperactivity, inattention and motor control problems: prevalence, comorbidity and background factors. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 50, 107-117.
- Hellbrügge T. (1994). Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik MFED. Lübeck: Hanseatisches Verlags-Kontor.
- Hoehn, T.P. & Baumeister, A.A. (1994). A critique of the application of sensory integration therapy to children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 27 (6), 338-350
- Hünnekens, H. & Kiphard, E. (1963). Motoskopische Untersuchungen beim Trampolinspringen. *Acta paedopsychiat.*, 30, 231-247, 324-341.
- Kephard , N.C. (1960). The slow learner in the classroom. Columbus, Ohio: Merrill
- Kiphard, E.J. (1994a). Mototherapie (4. Aufl.). Band I und II. Dortmund: Modernes Lernen.
- Kiphard, E.J. (1994b). Psychomotorik in Praxis und Theorie (2. Aufl.). Gütersloh: Flöttmann.
- Kiphard, E.J. (1996). Wie weit ist ein Kind entwickelt? Eine Anleitung zur Entwicklungsüberprüfung. Dortmund: Modernes Lernen.
- Kiphard, E.J. & Schilling, F. (1974). Körperkoordinationstest für Kinder KTK. Weinheim: Beltz.

Krombholz, H. (1985). Können kognitive Leistungen durch motorische Fördermaßnahmen gesteigert werden? Eine Zusammenstellung vorliegender Untersuchungen zur Wirksamkeit psychomotorischer Übungsprogramme. *Heilpädagogische Forschung*, 12, 73-79.

Neuhäuser, G. (1996). Motodiagnostik im Vorschulalter. *Motorik*, 19 (1), 12-17.

Remschmidt, H. (1988). Postnatale Einflüsse. In: Remschmidt, H. & Schmidt, M. H.: (Hrsg.). *Kinder und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*. Band III (S.168-172). Stuttgart: Thieme.

Schmidt, M.H. (1985). Umschriebene Entwicklungsrückstände und Teilleistungsschwächen. In: Remschmidt, H. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). *Kinder und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*. Band II (S. 247-267). Stuttgart: Thieme.

Sigmundsson, H., Pedersen, A.V., Whiting, H.T. & Ingvaldsen, R.P. (1998). We can cure your child's clumsiness! A review of intervention methods. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 30 (2), 101-106.

Sims, K., Henderson, S.E., Morton, J. & Hulme, C. (1996). The remediation of clumsiness. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38 (11), 988-997.

Sugden D.A. & Chambers, M.E. (1998). Intervention approaches and children with developmental coordination disorder. *Pediatric Rehabilitation*, 2 (4), 139-147.

Warnke, A. & Niebergall, G. (1993). Entwicklungsdefizite: Klassifikation, Epidemiologie, Ätiologie und Prognose. In: Döpfner, M. & Schmidt, M.H.: (Hrsg.). *Kinderpsychiatrie* (S. 16-29). München: Quintessenz.

Weltgesundheitsorganisation / Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.). (1995). *Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. 10. Revision. Berlin: Springer.

Zimmer, R. & Volkamer, M. (1987). *Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder MOT 4-6*. Weinheim: Beltz.

IFLW - Institut für integrative Lerntherapie und Weiterbildung GmbH [Hrsg.]: *Was ist sensorische Integration (SI)?*; in: www.iflw.de;

URL: <https://www.iflw.de/blog/sensorische-integration/was-ist-sensorische-integration-si/>;
09.02.2018, 10:33 Uhr

Was ist Sensorische Integration (SI)?

26. Oktober 2016/in [Sensorische Integration](#) /von [Christine Falk-Frühbrodt, M.A.](#)

Sensorische Integration nach Ayres

Die Entwicklerin der Sensorischen Integrationstherapie Anna Jean Ayres (* 1920; † 1989) definierte sensorische Integration als „den neurologischen Prozess, der Sinneseindrücke aus dem eigenen Körper und aus der Umwelt organisiert und es uns ermöglicht, den Körper effektiv in der Umwelt einzusetzen“ (Ayres 1972, S. 11). Durch die sensorische Integration kommen die verschiedenen Wahrnehmungsbereiche (z.B. Tastsinn, Sehsinn, Hörsinn) miteinander in Verbindung. Alle über die Sinnessysteme aufgenommenen Informationen werden integriert, d.h. sie werden im Nervensystem und Gehirn weitergeleitet, verarbeitet und gedeutet, damit der jeweiligen Situation angemessene Handlungen erfolgen können. Sensorische Integration könnte auch als „Wahrnehmungsverarbeitung“ bezeichnet werden und ist etwas, was jeder Mensch ein Leben lang macht. Manchmal verläuft dieser Prozess jedoch nicht optimal.

Was sind Sensorische Integrationsstörungen?

Sensorisch-integrative Dysfunktionen können sich als Störungen der Praxis oder als Störungen der sensorischen Modulation äußern. Im ersten Fall ist die Bewegungsplanung und -ausführung beeinträchtigt; im zweiten Fall ist die Fähigkeit zur Regulierung der eigenen Reaktionen auf Sinnesreize betroffen. Es kommt zu Über- oder Unterreaktionen, die ein situationsangemessenes Handeln unmöglich machen können. Betroffene Kinder wirken ungeschickt, stoßen überall an und neigen auf der Schaukel zu Schwindel und Übelkeit. Andere Kinder möchten nicht berührt werden oder meiden den Kontakt zu bestimmten Materialien oder Gegenständen. Diese Besonderheiten können die Handlungsfähigkeit, das Bewegungsverhalten, die sozialen Beziehungen, die Aufmerksamkeit und das Erlernen schulischer Grundfertigkeiten – speziell das Lesen, Schreiben und Rechnen – stark beeinträchtigen.

Was ist Sensorische Integrationstherapie (SI)?

In einer Sensorischen Integrationstherapie wird dem Klienten die Möglichkeit gegeben, ein verstärktes Reizangebot zu erfahren und sinnvoll zu verarbeiten. Das Kind lernt innerhalb bedeutsamer und alltagsnaher Spielsituationen, seine motorischen und emotionalen Handlungen besser an die Umwelt anzupassen. Durch seine Eigenaktivität gelangt es zu immer neuen Erfahrungen, die ihm die Tür zu weiteren Entwicklungsschritten öffnen. Wesentliche Ziele der Therapie sind Erfolgserlebnisse, eine Stärkung des Selbstbewusstseins und ein Nachreifen des Gehirns. Die Sensorische Integrationstherapie bzw. SI-Elemente kommen in unterschiedlichen Fachdisziplinen zum Einsatz, vor allem aber in jenen therapeutischen Berufen, die ihr Augenmerk auf die Wahrnehmung und die Motorik richten. Dazu zählen insbesondere die Ergotherapie, die Physiotherapie, die Motopädagogik, die Heilpädagogik und die [integrative Lerntherapie](#).

SI in der Ergotherapie

Die Sensorische Integrationstherapie ist in Deutschland, Österreich und der Schweiz weit verbreitet und wird vor allem von Ergotherapeuten bei der Behandlung von Kindern mit Entwicklungs- und Lernstörungen eingesetzt. Viele Ergotherapiepraxen haben zumindest eine Fachkraft mit SI-Ausbildung bzw. SI-Qualifizierung im Team. Da Anna Jean Ayres Psychologin und Ergotherapeutin war, ist die Sensorische Integrationstherapie stets von ergotherapeutischen Modellen geprägt gewesen und überwiegend von Ergotherapeuten ausgeübt worden. Es war jedoch Ayres selbst, die hervorhob, dass Interventionen auf SI-Grundlage auch von Pädagogen, Psychologen und anderen Fachleuten aus Gesundheitsberufen durchgeführt werden können.

SI in der integrativen Lerntherapie

Wahrnehmung und Motorik sind wesentliche Grundlagen sämtlicher Lernvorgänge. In der integrativen Lerntherapie werden daher vielfältige Wahrnehmungs- und Bewegungsangebote genutzt, um das Kind in ein dem Lernen förderlichen Zustand zu bringen und ihm die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen zu erleichtern. So können beispielsweise Buchstaben aus verschiedenen Materialien ertastet werden, ein Hör-Memory die auditiven Fähigkeiten schulen und Kim-Spiele Leistungen der Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und des Erinnerungsvermögens fordern und fördern. Unter Lerntherapeuten verbreitet ist auch das Hüpfen bzw. Schwingen von Silben, das Lernen in der Hängematte und der Einsatz des Trampolins, wenn ein Kind noch nicht das nötige Aktivierungsniveau hat, um sich der nächsten Lernanforderung stellen zu können. Von diesen aus der SI-Therapie und Psychomotorik stammenden Elementen können auch lernschwache Kinder profitieren, die nicht die Kriterien einer Sensorischen Integrationsstörung erfüllen. Es ist daher sehr zu empfehlen, dass sich auch Lerntherapeuten mit der Theorie und Praxis der Sensorischen Integration befassen, um einen entsprechenden Förderbedarf erkennen und ihre therapeutischen Interventionen darauf abstimmen zu können.

Literatur

Ayres, A. J.: Sensory integration and learning disorders. Western Psychological Services, 1972.

Robert Koch-Institut [Hrsg.]: *KiGGS*; in: www.kiggs-studie.de;

URL: <https://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html>; 13.02.2018, 09:09 Uhr

KiGGS ist eine Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland.

KiGGS Welle 2: Überblick über Methodik und wichtige Eckdaten

Im August 2017 endete die Feldphase von KiGGS Welle 2. Das Special Issue So3/2017 des Journal of Health Monitoring gibt einen Überblick über die Methodik und wichtige Eckdaten der Studie.

[Ausgabe S03/2017 des Journal of Health Monitoring auf den RKI-Seiten](#)

GBE Beitrag

GBE Beitrag: KiGGS Welle 1 – Landesmodul Thüringen

Der im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes veröffentlichte Bericht „KiGGS Welle 1 – Landesmodul Thüringen“ befasst sich mit der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Thüringen.

[Mehr Informationen](#)

KiGGS Welle 1

Ergebnisse im Bundesgesundheitsblatt

Ergebnisse aus der ersten Folgebefragung der "Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland" (KiGGS Welle 1) sind im Bundesgesundheitsblatts (Ausgabe Juli 2014) veröffentlicht worden. Die Artikel können als PDF-Dokumente abgerufen werden.

[Einzelbeiträge mit Ergebnissen aus KiGGS Welle 1](#)

[Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse \(PDF\)](#)

[Informationen zu KiGGS Welle 1](#)

Modulstudien

Informationen zu Modulstudien

KiGGS Welle 2 wird durch Modulstudien ergänzt. Die

Module BELLA, MoMo, GerES, KiESEL sowie EsKiMo bearbeiten Themen aus den Bereichen Umwelt und Gesundheit, Ernährung und Lebensmittelverzehr, körperliche Aktivität sowie psychische Gesundheit.

[weitere Informationen](#)

KiGGS-Studie

Ziele der Langzeitstudie

KiGGS ist eine Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts (RKI) zur Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Die Studie liefert wiederholt bundesweit repräsentative Daten zur Gesundheit der unter 18-Jährigen. Weiterhin werden die Kinder und Jugendlichen der ersten KiGGS-Studie wiederholt eingeladen und bis ins Erwachsenenalter begleitet.

[weitere Informationen](#)

Studie

Gesundheitsmonitoring

KiGGS ist Teil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch Instituts. Das Monitoring hat das Ziel, kontinuierlich vielfältige Daten zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Erwachsenen in Deutschland zu liefern. Zu diesem Zweck werden neben KiGGS auch die Studien DEGS und GEDA durchgeführt.

[mehr](#)

KiGGS Welle 2

Informationen zu KiGGS Welle 2

Im August 2017 endeten die Datenerhebungen von Welle 2 der "Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland". KiGGS Welle 2 bestand neben Befragungen für einen Teil der Teilnehmenden auch wieder aus Untersuchungen und Tests.

[weitere Informationen](#)

Wer kann an KiGGS teilnehmen?

Aus wissenschaftlichen Gründen läuft die Auswahl der Teilnehmenden nach einem festgelegten Verfahren ab. Deshalb kann nur mitmachen, wer vom Robert Koch-Institut schriftlich zur Teilnahme eingeladen wird. Freiwillig melden kann man sich leider nicht.

[weitere Informationen](#)

Publikationen

Kohortenstudie KiGGS

„Langzeitstudien zur Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland“ sind das Thema der Juni/Juli-Ausgabe 2012 des Bundesgesundheitsblatts. Dort findet sich auch ein Beitrag zum Studienkonzept der KiGGS-Studie.

[weitere Informationen](#)

[Zum Artikel \(PDF\)](#)

Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V. [Hrsg.]: *Klasse2000 - Präventionsangebot für SchülerInnen der 1. bis 4. Klasse*; in: www.suchtpraevention-sachsen.de;

URL: <http://www.suchtpraevention-sachsen.de/fachstelle-chemnitz/angebote-der-fachstelle-chemnitz/klasse2000/>; 13.02.2018, 09:16 Uhr

Klasse2000 - Präventionsangebot für SchülerInnen der 1. bis 4. Klasse

Suchtpräventives Veranstaltungsangebote und Projekte für Schulen

[Klasse2000](#) ist das bundesweit größte Programm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltvorbeugung in der Grundschule. Es begleitet Kinder von der ersten bis zur vierten Klasse, um ihre Gesundheits- und Lebenskompetenzen frühzeitig und kontinuierlich zu stärken. Dabei setzt es auf die Zusammenarbeit von Lehrkräften und externen Klasse2000-Gesundheitsförderern. Klasse2000 fördert die positive Einstellung der Kinder zur Gesundheit und vermittelt Wissen über den Körper. Ebenso wichtige Bausteine von Klasse2000 sind die Bereiche Bewegung, gesunde Ernährung und Entspannung, aber auch der Umgang mit Gefühlen und Stress sowie Strategien zur Problem- und Konfliktlösung. Dieses Projekt unterstützt die Kinder dabei, ihr Leben ohne Suchtmittel, Gewalt und gesundheitsschädigendes Verhalten zu meistern.

Kinder brauchen Kenntnisse, Haltungen und Fertigkeiten, mit denen sie ihren Alltag so bewältigen können, dass sie sich wohlfühlen und gesund bleiben. Vor diesem Hintergrund verfolgt Klasse2000 folgende Ziele:

- Kinder kennen ihren Körper und entwickeln eine positive Einstellung zur Gesundheit.

- Kinder kennen die Bedeutung von gesunder Ernährung und Bewegung und haben Freude an einem aktiven Leben.
- Kinder entwickeln persönliche und soziale Kompetenzen.
- Kinder lernen den kritischen Umgang mit Tabak, Alkohol und den Versprechen der Werbung.
- Das Umfeld der Kinder - Eltern, Schule, Klasse2000-Paten - unterstützt sie beim gesunden Aufwachsen.

Zielgruppe: Pädagogisches Fachpersonal (GrundschullehrerInnen) und SchülerInnen

Dauer: Das Projekt beginnt im 2. Halbjahr der ersten Klasse und endet in der 4. Klasse.

Veranstaltungsort: Klassenzimmer

Teilnehmerzahl: 1 Klasse

Kosten: Klasse2000 wird über Spenden finanziert, meist in Form von Patenschaften für einzelne Schulklassen. Die Patenschaft beträgt ab dem Schuljahr 2015/'16 220,-€. Diese kann von der Steuer abgesetzt werden.
