

Prävention statt Intervention



**Kommunale Gesundheitsberichterstattung
Kindergesundheit in Braunschweig
Ergebnisse der Schulanfängeruntersuchung 2005**

Kinder- und jugendärztlicher Dienst

**Dr. Claudia Jahnke
Dr. Ulrike Dettmer-Heiß
Dr. Barbara-Susanne Ostapowicz-Wilden
Alexandra Blanke
Christine Bohnensack
Christina Brandes
Meike Linde
Heike Pohl
Christina Rimatzki
Nicole Rückborn
Bettina Rupp
Marion Schmidt-Keppler**

IT-Angelegenheiten

Meik Meyerding

Gesundheitsplanung

Rainer Schubert MPH

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einführung	5
	Seite
1 Methodik – „Was macht wer, wann, wo und warum ? “	7
1.1 Gesetzliche Grundlagen, Ziele und Anforderungen	7
1.2 Untersuchungsablauf	8
1.3 Entwicklungsdiagnostik, körperliche Untersuchung	9
1.4 Beurteilung	11
2 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2005	
- Sozialdemographische Daten	12
2.1 Anzahl der untersuchten Kinder	12
2.2 Kinder mit Migrationshintergrund	12
2.3 Zweisprachigkeit in der Familie	13
2.4 Erziehungssituation	13
2.5 Bildungsgrad der Eltern	14
2.6 Kinderzahl in der Familie	15
2.7 Kindergartenbesuch	15
2.8 Erwerbstätigkeit der Eltern	15
3 Ergebnisse der SEU 2006	
- Medizinische Daten	17
3.1 Vorsorgeuntersuchungen	17
3.2 Impfstatus	19
3.3 Schulrelevante Befunde	21
3.3.1 Sehtest	21
3.3.2 Hörtest	21
3.3.3 Sprachauffälligkeit	22
3.3.4 Auffälligkeiten in Grob- und Feinmotorik	23
3.3.5 Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung	23
3.4 Übergewicht	24
3.5 Verhaltensauffälligkeiten	24
3.6 Schulärztliche Empfehlung zur bevorstehenden Einschulung	25

	Seite
4 Besondere Fragestellungen	28
4.1 Vorzeitig angemeldete Kinder	28
4.1.1 Geschlecht	28
4.1.2 Muttersprache	28
4.1.3 Bildungsgrad der Eltern	29
4.1.4 Empfehlungen zur Schulfähigkeit	29
4.2 Fehlende Vorsorgeuntersuchung	31
4.2.1 Sozialdemographische und medizinische Besonderheiten bei Kindern ohne U 9	31
4.3 Kinder mit Migrationshintergrund	33
4.3.1 Schulfähigkeit	33
4.3.2 Schulen mit hohem Anteil mehrsprachiger Kinder	33
4.3.3 Medizinische Befunde	33
4.3.4 Erziehungssituation	34
4.3.5 Gesundheitsversorgung bei deutschen und ausländischen Kindern	34
4.3.6 Bildungsgrad der Eltern	35
4.4 Kinder mit Gewichtsproblemen – ein stadtteilorientierter Gesundheitsbericht	36
4.4.1 Definition BMI	36
4.4.2 Ergebnisse der regionalräumlichen Verteilung	37
4.4.3. Gewichtsprobleme und Geschlecht	38
4.4.4 Gewichtsprobleme und Migrationshintergrund	40
4.4.5 Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen	42
5 Zusammenfassung der Ergebnisse	45
6 Anregungen und Thesen	47

Einführung

Ein wichtiges Ziel der Braunschweiger Kommune für die nächsten Jahre ist die Verbesserung der Bedingungen für Familien und Kinder. Voraussetzung für gezielte Angebote ist die Bestandaufnahme und Analyse der derzeitigen Situation. Für eine ausführliche Gesundheitsberichterstattung über fünf- bis siebenjährigen Kinder in der Stadt Braunschweig bietet sich die Schuleingangsuntersuchung mit der umfangreichen Datenerhebung eines Jahrgangs an.

Familienfreundliches Wohnen, ausreichende Kindertagesstättenplätze und die Sicherung von Kindergesundheit sind wichtige Voraussetzung damit sich Familien mit Kindern in Braunschweig wohl fühlen können. Insgesamt spielt die Gesundheit der Bevölkerung als wichtiger Standortfaktor eine entscheidende Rolle.

Seit dem Jahr 2001 wird auch in Braunschweig nach den Arbeitsrichtlinien des SOPHIA-Modells (Sozialpädiatrisches Programm Hannover, jugendärztliche Aufgaben) untersucht

Die Vorgaben des Bielefelder Modells, dass seit 1978 als Untersuchungsgrundlage galt, waren in den meisten Bereichen denkungsgleich zum SOPHIA-Modell.

Hinzugekommen ist ein differenzierter Teil sozialanamnestischer Daten.

Die einheitlichen Standards des SOPHIA-Programms bilden mittlerweile in 28 niedersächsischen Gesundheitsämtern die Grundlage der Schuleingangsuntersuchung. Dadurch ist ein Vergleich eigener Untersuchungsergebnisse mit der Gesamtheit möglich. Außerdem ist durch die Weiterleitung der Daten von ca. 50.000 Kindern pro Einschulungsjahrgang an das Niedersächsische Landesgesundheitsamt eine landbezogene Erfassung möglich.

Für eine umfassende Gesundheitsberichterstattung muss die soziale Situation der Familien mit einbezogen werden, um ursächliche Faktoren zu analysieren und Hilfsangebote gezielt vorzuschlagen.

Das Gesundheitsbewusstsein wird wesentlich geprägt durch Bildungsstand, Einkommenssituation und soziale Lage. Aus diesen Voraussetzungen ergeben sich bestimmte finanzielle und Wissensressourcen, die ausschlaggebend für einen gesundheitsfördernden Lebensstil sind. So finden wir oft in bildungsfernen Familien mit geringem Einkommen und fehlendem sozialen Netz auch ein weniger entwickeltes Gesundheitsbewusstsein. Dieses zeigt sich in schlechteren Ernährungsbedingungen, geringerer Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und andere hygienischen Bedingungen in der häuslichen Umgebung. Um hier innerhalb einer Kommune mit Hilfsangeboten gezielt Familien zu unterstützen, bedarf es einer Bestandaufnahme bzw. Beschreibung der aktuellen Situation.

Diese Berichterstattung basiert auf den erhobenen Daten der Schuleingangsuntersuchung 2005 (1830 untersuchte Kinder). In Braunschweig gibt es 45 verschiedene Grundschulen. Die Zahl der Schulkindergärten wurde in den letzten Jahren auf 4 (Bürgerstraße, Heidberg, Lehdorf, Querum) reduziert. Die Zahl der Anmeldungen pro Schule liegt zwischen 18 und 115 SchülerInnen.

Der folgende Bericht gliedert sich in vier Abschnitte. Am Anfang werden die Methodik, gesetzliche Grundlagen und die Durchführung der Untersuchung erklärt. Der zweite und dritte Abschnitt widmet sich der Darstellung der Ergebnisse unterteilt in soziodemografische und medizinische Daten. Der letzte Bereich vertieft einzelne Fragestellungen zu Kann-Kinder, fehlenden Vorsorgen, Kindern mit Migrationshintergrund und Kindern mit Gewichtsproblemen.

1 Methodik - Was macht wer, wann, wo, wie und warum?

1.1 Gesetzliche Grundlagen

Das Land Niedersachsen hat das niedersächsische Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) am 24. März 2006 verabschiedet, das ab Januar 2007 rechtskräftig wird. Bisher gab es für die Schuleingangsuntersuchung als gesetzliche Grundlage die 3. Durchführungsverordnung zum Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934/35.

Darüber hinaus wird im Niedersächsischen Schulgesetz vom 3. März 1998 in § 56 auf die ärztliche Untersuchung in Zusammenhang mit der Feststellung von Schulfähigkeit hingewiesen, und § 57 regelt die Pflicht der Schülerinnen und Schüler bei der Teilnahme an Maßnahmen zur Schulgesundheitspflege.

Zur Schulpflicht steht im Niedersächsischen Schulgesetz § 64:

Alle Kinder, die bis zum 30. Juni das 6. Lebensjahr vollendet haben, werden mit Beginn des folgenden Schuljahres schulpflichtig. Auf Antrag der Erziehungsberechtigten können Kinder, die zu Beginn des Schuljahres noch nicht schulpflichtig sind, in die Schule aufgenommen werden, wenn sie die für den Schulbesuch erforderliche körperliche und geistige Schulfähigkeit besitzen und in ihrem sozialen Verhalten ausreichend entwickelt sind. Diese Kinder werden mit der Aufnahme schulpflichtig.

Schulpflichtige Kinder, die körperlich und geistig oder in ihrem sozialen Verhalten nicht genügend entwickelt sind, um mit der Aussicht auf Erfolg am Unterricht der Grundschule oder einer Förderschule teilzunehmen, können vom Schulbesuch um ein Jahr zurückgestellt werden. Sie können verpflichtet werden, zur Förderung ihrer Entwicklung einen Schulkindergarten zu besuchen.

Die Erhebung des Impfstatus aller Schulanfänger wird gesetzlich im IfSG (Infektionsschutzgesetz) § 34 Abs. 11 vom 1. Januar 2001 vorgeschrieben: Es heißt hier, bei der Erstaufnahme in die 1. Klasse einer Allgemeinbildenden Schule hat das Gesundheitsamt oder der von ihm beauftragte Arzt den Impfstatus zu erheben und die hierbei gewonnenen aggregierten und anonymisierten Daten über die oberste Landesgesundheitsbehörde dem Robert-Koch-Institut zu übermitteln.

In der überwiegenden Mehrzahl der Bundesländer ist die Einschulungsuntersuchung eine durch Schulgesetz und Gesundheitsdienstgesetz festgeschriebene Pflichtuntersuchung. Sie stellt neben den Früherkennungsuntersuchungen U 1 bis U 9 ein wichtiges Instrument zur Prävention von Krankheiten und Entwicklungsstörungen im Kindesalter dar und ist die einzige unselektierte komplette Jahrgangsuntersuchung im Kindesalter.

Im Gegensatz zu den niedergelassenen Ärzten hat der Kinder- und Jugendärztliche Dienst die Möglichkeit der nachgehenden und aufsuchenden Beratung, so dass auch die Kinder, deren Eltern nicht die freiwilligen Angebote des individualmedizinischen Sektors annehmen können, dennoch die Chance haben zu einer medizinischen Vorsorgeuntersuchung.

Ziele des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes und Qualitätsstandard

Unsere Ziele in individualmedizinischen und sozialmedizinischen Bereichen sind:

Individualmedizinischer Bereich:

- Erkennen körperlicher, kognitiver und sozial-emotionaler Beeinträchtigung, die den Schulerfolg beeinflussen und besondere Berücksichtigung durch den Pädagogen erfordern (In der Empfehlung zur Schulfähigkeit vereinen sich kinderärztliches Fachwissen, Unabhängigkeit und Kenntnis über die schulische Situation.)
- Vermittlung notwendiger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen

Sozialmedizinischer Bereich:

- Gesundheitsberatung (Impfen, Ernährung, Bewegung, Medienkonsum und Hygiene)
- Gesundheitsberichterstattung als Grundlage für Handlungsempfehlungen

Qualitätsstandard:

- Durchführung und Dokumentation sind standardisiert und qualitätsgesichert.
- Es erfolgt eine zeitnahe Auswertung mit Information der Schulen und Ärzteschaft
- Die Auswertungen sollen zu außer- und innerschulischen Maßnahmen führen.
- Bedingung der regionalen Eingangsschule der pädagogischen Curricula und zusätzlichen schulischen Leistungsmöglichkeiten müssen dem Untersucher bekannt sein.

1.2 Untersuchungsablauf

Bei der Schuleingangsuntersuchung des Gesundheitsamtes Braunschweig werden als Arbeitsgrundlage seit 2001 die Arbeitsrichtlinien von SOPHIA (Sozialpädiatrisches Programm Hannover, jugendärztliche Aufgaben) als Grundlage der Untersuchung benutzt.

Die Untersuchungen finden von Anfang November bis zu den Sommerferien des folgenden Jahres vorwiegend in den Bezirksgrundschulen statt. Die Kinder werden mit ihren Eltern durch ein Anschreiben und unter Beifügung eines Elternfragebogens bei der Anmeldung ihrer Kinder in der Schule zur schulärztlichen Untersuchung eingeladen.

Ein schulärztliches Team, bestehend aus einer Schulärztin und einer Schularzthelferin, untersucht maximal zehn Kinder pro Vormittag. Die Dauer der Untersuchung beträgt für das Kind 30 bis 45 Minuten.

Idealerweise stehen dem schulärztlichen Team zwei ruhige, angenehm temperierte und ausreichend große Räume zur Verfügung. Die Arzthelferin benötigt für ihre Voruntersuchungen ein geeignetes Audiometer- und Sehtestgerät sowie eine Testscheibe zur Überprüfung des Stereosehens und des Farbsinns. Mit Hilfe des Elternfragebogens bereiten sich die Eltern auf die Schuleingangsuntersuchung vor.

Es wird gefragt nach

- vorschulischer Erziehung,
- Geschwistern,
- Erkrankungen und Behinderungen in der Familie,
- Störungen der Schwangerschaft,
- Angaben zur Geburt,

- der Entwicklung des Kindes,
- Frühfördermaßnahmen,
- Erkrankungen des Kindes,
- stationären Krankenhausaufenthalten und
- allergischen Erkrankungen.

Durch die Vorlage von Vorsorgeuntersuchungs- und Impfheft werden bisher durchgeführte präventive Angebote dokumentiert. Der Wohnbezirk und die Nationalität des Kindes sind schon vor der Untersuchung durch die Übernahme der Daten aus dem Einwohnermeldeamt bekannt.

Die Fragen zur Lebenssituation der Eltern und des Kindes sind freiwillig und werden nur erhoben, wenn die Eltern mit ihrer Unterschrift ihr Einverständnis gegeben haben.

Gefragt wird nach - der Erziehungssituation,

- Schulausbildung und
- Berufstätigkeit der Eltern sowie der
- zukünftigen Nachmittagsbetreuung.

Eltern und Kind werden in der Schule zuerst von der Arzthelferin begrüßt. Sie führt den Seh- und Hörtest sowie den Farbsinntest und Stereotest durch.

Die Untersuchung erfolgt für die Sehschärfenbestimmung mit einem Rodenstock-Sehtestgerät (R 5). Die Sehschärfe wird getrennt für beiden Augen mit E-Haken in der Ferne untersucht. Auf Weitsichtigkeit werden beide Augen einzeln zusätzlich mit einer Vorschaltlinse untersucht.

Zusätzlich erfolgt eine Überprüfung des Stereosehens mit dem Langtest. Bei Brillenträgern wird die Untersuchung mit und ohne Brille durchgeführt.

Das Hören wird möglichst bei geringem Geräuschpegel mit einem geeichten Audiometer (Hörtestgerät mit Kopfhörer) getestet. Die Messungen erfolgen mit fallender Lautstärke von 60 bis 20 Dezibel im Bereich von sechs Tonfrequenzen (von 250 bis 6 000 Hertz).

Die Arzthelferin überträgt alle Daten aus den Fragebogen und die Informationen aus dem Vorsorge- und Impfheft sowie die Testergebnisse in die schulärztliche Karteikarte.

Nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission werden entsprechende Impfpfehlungen gegeben.

In einem zweiten Raum folgt die schulärztliche Untersuchung.

Der Schwerpunkt der Untersuchung betrifft die Entwicklungsdiagnostik in den schulrelevanten Bereichen wie Sehen und visuelle Wahrnehmung, Hören und akustische Wahrnehmung, Sprache, Fein- und Grobmotorik sowie kognitive Fähigkeiten und Verhalten.

1.3 Entwicklungsdiagnostik

- Visuelle Wahrnehmung
Zur Überprüfung der visuellen Wahrnehmung steht der Visuomotorische Schulfertigkeitstest (VSRT) von Esser und Stöhr zur Verfügung. Dabei wird eine Menschzeichnung mit der Fortführung einer Reihe geometrischer Figuren als zweite Arbeitsaufgabe kombiniert. Die Auswertung führt zu einer bestimmten Fehlerhäufigkeit, woraus ein Visuomotorik-Quotient gebildet und einem Prozentrang zugeordnet wird. Dieser Test dauert ungefähr fünf Minuten. 5 % der Kinder zeigen Auffälligkeiten. Getestet wird hier sowohl die Körpervorstellung als auch das Erkennen und Wiedergeben von Formen. Die ganze Aufgabe setzt ein bestimmtes Sprach- und Aufgabenverständnis voraus.

- Akustische Differenzierung und Merkfähigkeit
Zur Testung der akustischen Differenzierung und Merkfähigkeit wird der Test nach Mottier benutzt. Ein sinnleeres Silbengebilde wird mit einer Geschwindigkeit von einer Sekunde pro einer Silbe mit verdecktem Mundbild vorgetragen. Das Kind muss jedes Silbengebilde wiederholen. Es beginnt mit sechs zweisilbigen, gefolgt von sechs dreisilbigen und sechs viersilbigen "Wörtern". Testabbruch ab zwei aufeinander folgenden Fehlern. Gewertet wird die Anzahl der richtig produzierten Silbengebilde. Zusätzlich steht uns hier der Untertest Wörter ergänzend aus dem psycholinguistischen Entwicklungstest (PET) zur Verfügung.
- Sprache
Die Sprachbeurteilung erfolgt unter Zuhilfenahme des Prüfbogens nach Kottmann. Dieser Sprachtest wurde für die Vorsorgeuntersuchungen U 8 und U 9 konzipiert. Es werden anhand von Bildern Artikulation, Sprachverständnis und Satzbildung überprüft.
Das freie Erzählen lassen von Ereignissen oder Kommentieren einer Bilder-geschichte ergibt Informationen zu den Bereichen Wortschatz, Satzbildung, Grammatik, Redefluss und bei Kindern mit einer anderen Muttersprache als deutsch Hinweise auf die vorhandenen Deutschkenntnisse.
- Motorik
Die motorische Überprüfung beinhaltet Gangbild, Beurteilung der Muskelspannung, Einbeinstand, Einbeinhüpfen, Zehen- und Hackengang vorwärts und rückwärts, Seiltänzer-gang und Überkreuzbewegungen, Finger-Daumen-Oppositionsversuch und Diadochokinese (schnelles Drehen der Hände). Es wird besonders geachtet auf Seitendifferenzen, unkoordinierte Bewegungsabläufe und assoziierte Bewegungen.
- kognitive Leistungen
Besonderheiten im Bereich der Merkfähigkeit und anderer kognitiver Leistungen versuchen wir durch Beurteilung des Aufgabenverständnisses und durch Erfragen von Farben, Formen, Mengen, Gegensätzen, Materialien, Lateralitätsbegriffen und Zahlenfolgen zu erfassen.
- Verhaltensauffälligkeiten
Erfahrungsgemäß ist die Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten besonders problematisch. Einfluss hat u. a. die Subjektivität der Untersucherin, die Kürze der Zeit und möglicherweise eine schlechte Tagesform der Kinder.
Während der gesamten Untersuchungssituation achtet die Ärztin sowohl auf die Bereitschaft, gestellte Aufgaben auszuführen als auch auf die Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer des Kindes, Hinweise auf die emotional-soziale Entwicklung, die Interaktion zwischen Untersucherin und Kind, aber im Besonderen auch die Eltern-Kinder-Interaktion.
Zur Ergänzung dieser Untersuchung wird ein Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire) benutzt werden, der während der Untersuchung von den Eltern beantwortet werden kann. Er enthält 25 Fragen zum Verhalten des Kindes, ist mit einer Schablone einer schnellen Auswertung zugänglich und kann die Grundlage für ein beratendes Elterngespräch sein. Die Einschätzung der Eltern zur Situation des Kindes und seinem Entwicklungsstand ist ein wichtiger Baustein in der Gesamtentwicklung der Schulärztin.

Körperliche Untersuchung

Die körperliche Untersuchung wird an den Schluss der Diagnostik gestellt. Es werden die Körpermaße erhoben (- Adipositas-Diagnostik), Auskultation von Herz und Lunge (- chronische pulmonale Erkrankung, Angiokardiopathien) Inspektion der Haut (Neurodermitis, Allergie) und die Beurteilung des Skelettsystems (- orthopädische Auffälligkeiten in Form von Wirbelsäulenverbiegungen, Fußschäden und konstitutionellen Besonderheiten).

1.4 Beurteilung

Im abschließenden Gespräch mit den Eltern erläutert die Schulärztin die Untersuchungsergebnisse und gibt, wenn nötig, individuelle Empfehlungen zur weiteren ärztlichen Diagnostik und zum möglichen schulischen Förderbedarf. Im Zuge der pädagogischen Veränderung des Schulanfangs mit der Maßgabe, jedes Kind einzuschulen, geht es seit einigen Jahren nicht mehr um die Frage der Zurückstellung und Besuch eines Schulkindergartens, sondern um die Beurteilung der jeweiligen Lernausgangslage. Empfehlungen zur Teilnahme an schulischen Sprach- oder Sportfördermaßnahmen oder zu ambulanten Therapien werden den Eltern mitgeteilt.

Die Beurteilung der Schulärztin wird in den wesentlichen Punkten schriftlich fixiert (s. Anlage) und, wenn die Eltern einverstanden sind, dem Schulleiter zur Verfügung gestellt. Die Empfehlung, einen Arzt aufzusuchen, wird den Eltern ebenfalls schriftlich mitgegeben.

Zusätzlich zu dem Standardprogramm nach den SOPHIA-Richtlinien hat es in den letzten Jahren Erhebungen zu besonderen Fragestellungen der Kindergesundheit gegeben. So gab es im Jahr 1999 eine besondere Fragebogen-Aktion zum Thema Allergien, im Jahr 2000 die Nachfrage nach Medikamentenkonsum der Kinder, und im Jahr 2002 wurden zusätzliche Fragen zur Ernährung der Kinder gestellt.

2 Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2005 – Sozialdemographische Daten

2.1 Anzahl der untersuchten Kinder

Im Jahr 2005 waren lt. Angaben des Einwohnermeldeamtes 1 950 Kinder schulpflichtig, d. h. sie wurden bis zum 30. Juni d. J. sechs Jahre alt., insgesamt wurden **1 830 Untersuchungen** durchgeführt (2 Schulen nahmen in 2005 nicht teil). Die Jahrgangsstärke ist leicht rückläufig. Im Jahr 1998 wurden noch 2 189 Kinder untersucht, im Jahr 2003 1 987, im Jahr 2004 1863.

Erfreulicherweise geben in Braunschweig vergleichsweise viele Eltern ihr Einverständnis zur Datenauswertung. Lediglich **90 (5%)** Eltern lehnten die Zustimmung ab .

In der SOPHIA-Datei von 2004 (bezogen auf 51942 untersuchte Kinder in 24 Niedersächsischen Kinder- und Jugendärztlichen Diensten) lehnten 14,5% die Auswertung der Daten ihrer Kinder ab.

Die folgende Berichterstattung basiert also auf den Daten von

1 740 zukünftigen Schülerinnen und Schülern

Von diesen 1 740 Kindern waren **266 (15,3 %)** sog. **Kann-Kinder** oder vorzeitig angemeldete Kinder. Wie schon aus dem Niedersächsischen Schulgesetz zitiert, können auch jüngere Kinder in die Schule aufgenommen werden, falls sie die erforderliche körperliche, emotionale und kognitive Entwicklung aufweisen. (In der Gesamtzahl der vom Einwohnermeldeamt übermittelten schulpflichtigen Kinder - 1 940 - sind auch die ca. 200 Kinder enthalten, die bereits im Schuljahr 2004 eingeschult worden sind. Diese“ fehlen „im Jahr 2005 zur Untersuchung. Da aber wiederum 266 Eltern ihre Kinder aus dem nächsten Jahrgang vorzeitig angemeldet haben, kommt man in der Gesamtsumme trotz der vorzeitig eingeschulten Kinder immer wieder nahe an den vorgegebenen Jahrgangswert.) Verglichen mit den Vorjahren nimmt der Anteil vorzeitig angemeldeter Kinder kontinuierlich zu.

2.2 Kinder mit Migrationshintergrund

Als **Staatsangehörigkeit** wurde bei **1 568 (90 %)** deutsch angegeben, bei **192 (5,9 %)** bestand die Staatsangehörigkeit türkisch. Die übrigen **4,1 %** verteilen sich auf diverse andere Staaten.

Zum Vergleich

SOPHIA-Datei 2004: 83,2% deutsch, 4,8% türkisch, 12% andere

Da Familien, die aus Polen oder Russland zugezogen sind, gleich die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten, aber in der Familie ausschließlich noch die Muttersprache gesprochen wird und nach den Traditionen des Herkunftslandes gelebt wird, ist es sinnvoll nach der Familiensprache zu fragen.

2.3 Zweisprachigkeit in der Familie:

Bei **1 310 (75,3 %)** Kindern ist die Familiensprache ausschließlich deutsch. In **430 (24,7 %)** Familien besteht Zweisprachigkeit .Hier leben überwiegend Kinder mit Migrationshintergrund

Bei 42 (2,4%) war die Verständigung mit dem Kind während der SEU nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich. Diese Kinder sind oftmals erst seit kurzer Zeit in Braunschweig und können dann nicht mehr in die vorschulische Sprachförderung mit aufgenommen werden. Hier werden auch Kinder gesehen, die nie eine vorschulische Einrichtung besucht haben und bei denen selbst die Deutschförderung für Vorschulkinder nicht ausreicht.

166 (9,5%) zukünftige Erstklässler erhielten wegen mangelnder Deutschkenntnisse seit Februar des Jahres Sprachförderung durch Lehrerinnen der zukünftigen Grundschulen Mit Beginn des Schuljahres 2006/2007 wird die Förderung bereits im September des Jahres beginnen und damit ein Schuljahr dauern. Um gleiche Ausgangsvoraussetzungen zu haben, sind für Kinder aus mehrsprachigen Familien ausreichende Deutschkenntnisse die wichtigste Voraussetzung für chancengleichen Schulstart. Die gezielte vorschulische Deutschförderung ist sehr zu begrüßen. In manchen Fällen reichen die Stunden der Förderung allerdings nicht aus und eine regelmäßige Teilnahme kann oft nicht verlässlich durchgeführt werden.

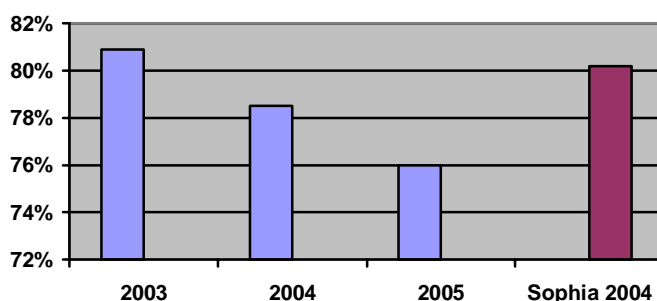
2.4 Erziehungssituation

1 322 Kindern entsprechend 76 % wachsen bei beiden leiblichen Elternteilen auf. Die Tendenz ist in den letzten 3 Jahren rückläufig. Zum Vergleich:

Tabelle 1
Erziehungssituation „ beide leibliche Eltern“

2003	2004	2005	SOPHIA 2004
80,9 %	78,5 %	76,0 %	80,2 %

Abbildung 1
Erziehungssituation



Entsprechend dem Rückgang der Kinder ,die mit ihren beiden leiblichen Eltern zusammen aufwachsen , wächst der Anteil Alleinerziehender und neuer Partnerkonstellationen.

Bei 287 Kindern war ein allein erziehender Vater oder Mutter in der Familie für die Betreuung der Kinder verantwortlich. Dieses entspricht einem Prozentsatz von 16,5

%. Zusätzlich gab es bei 111 Kindern einen Elternteil mit einem festen Partner, zusammen 6,4 %.

Der Anteil der Kinder die nur bei **einem leiblichen** Elternteil aufwachsen ist von 2003 bis 2005 von 19,1% auf 24% gestiegen.

2.5 Bildungsgrad der Eltern

Der Bildungsgrad der Eltern als Sozialindikator wird mit Hilfe der Schulabschlüsse und Berufsausbildungsabschlüsse beider Eltern oder bei Alleinerziehenden eines Elternteils mit Hilfe eines gewichteten Sozialgradienten berechnet.

Höchster Schulabschluss x 4 plus Berufsausbildung x 7. Pro Elternteil wird die Summe durch 2 geteilt, liegen Informationen von beiden Eltern vor wird erneut die Summe gebildet und der Mittelwert berechnet. Die so entstandene Variable „

Bildungsgrad“ unterscheidet zwischen:

Niedriger Bildung (kleiner gleich 16,3)

mittlerer (zwischen 16,3 und kleiner gleich 24) und hoher Bildung (Größer 24) Der errechnete Zahlenwert liegt zwischen 2 und 33.

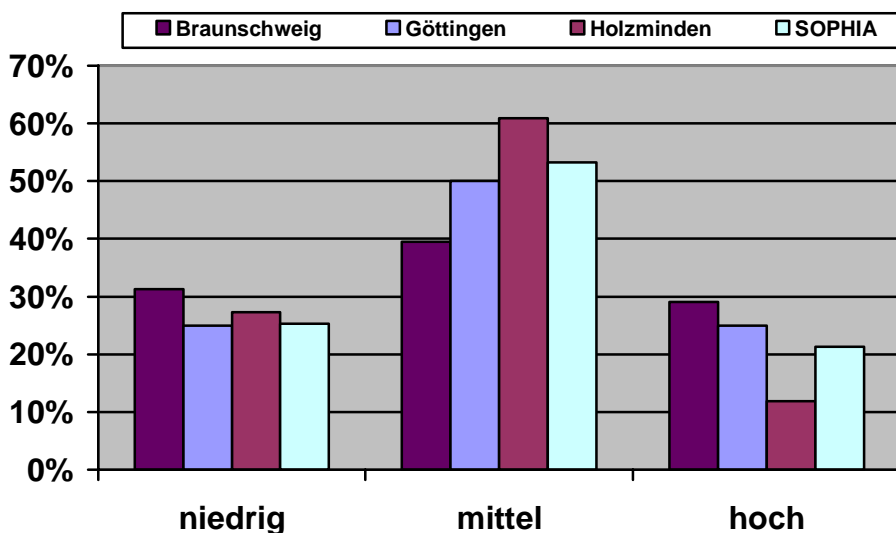
Tabelle 2

Bildungsgrad im Vergleich mit anderen Regionen

SEU in	niedrig	mittel	hoch
Göttingen	25,0 %	50,0 %	25,0 %
Holzminden	27,3 %	60,9 %	11,9 %
Braunschweig	31,3 %	39,5 %	29,1 %
SOPHIA	25,3 %	53,3 %	21,3 %

Abbildung 2

Bildungsgrad der Eltern im Vergleich der Regionen



Im Vergleich mit den anderen Regionen ist in Braunschweig der Anteil der Familien mit hoher und auch niedriger Bildung vergleichsweise am höchsten. Die mittlere Bildungsschicht prozentual entsprechend kleiner. Aus den Sozialdaten für die Stadt ist bekannt, dass Braunschweig auf Grund der Universität und den verschiedenen Forschungseinrichtungen eine hohe Akademikerdichte hat. Gleichzeitig befinden sich

in Großstädten erfahrungsgemäß immer ein höherer Anteil der Bevölkerung in bildungsfernen Familien, als in ländlichen Gebieten.

2.6 Kinderzahl in der Familie

Tabelle 3

Kinderzahl	Braunschweig 2005	SOPHIA 2004
1	21 %	18,9 %
2 oder 3	70 %	69,1 %
4 oder mehr	8 %	10,2 %

Im Jahr 1999 waren noch 26,1 % der Kinder Einzelkinder. Der Anteil ist leicht rückläufig

Bei SOPHIA-Datei 2004 liegt der Einzelkind-Anteil bei 18,9 %. Bei der mehr ländlichen Region des Landkreises Holzminden liegt der Anteil von Einzelkindern noch niedriger bei 8,4 %. Trend der letzten Jahre ist eine minimale Zunahme an Mehrkind-Familien auch durch die Zunahme von so genannten Patchwork-Familien.

2.7 Kindergartenbesuch

Von 1 740 Kindern besuchten 1 645 entsprechend 93,5 % im letzten Jahr vor der Einschulung eine vorschulische Einrichtung. 95 Kinder blieben ohne diese in Bezug auf Schulfähigkeit wichtige Gruppenerfahrung. Nicht berücksichtigt werden hierbei die Kinder die im jüngeren Alter in einer Kindertageseinrichtung gewesen sind und nur im letzten Jahr keinen Kindergarten besucht haben. Die Gründe der Eltern, ihre Kinder nicht in Kindertagesstätten zu geben, sind oft finanzieller Natur.

Nach Schulbeginn werden 1 374 entsprechend 79 % der Kinder nachmittags von einem Elternteil betreut, 21 % bevorzugen eine Hort- und Tagesmutterbetreuung.

2.8 Erwerbstätigkeit der Eltern

Auf dem Vorbereitungsbogen wird nach der Berufstätigkeit der Eltern gefragt, wobei auch nach Ganztags- oder Teilzeitbeschäftigung gefragt wird.

Berufstätigkeit der Mütter:

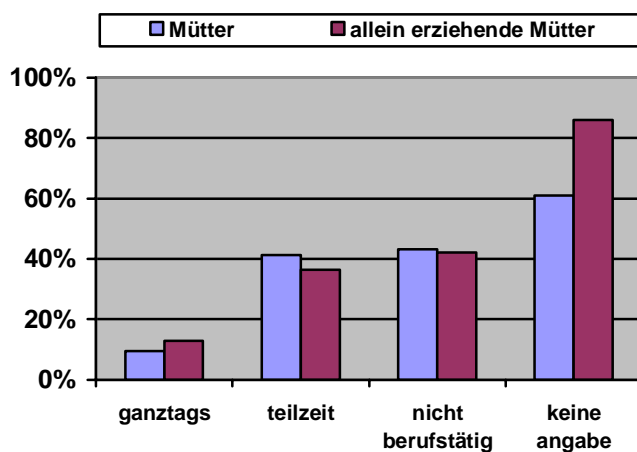
Tabelle 4

Von 1 460 Mütter waren	
139 (9,5 %)	ganztags berufstätig
603 (41,3 %)	teilzeit berufstätig
629 (43,1 %)	nicht berufstätig
89 (6,1 %)	machten keine Angabe dazu

Tabelle 5

Von 280 allein erziehender Mütter waren	
36 (12,9 %)	ganztags berufstätig
102 (36,4 %)	teilzeit berufstätig
118 (42,1 %)	nicht berufstätig
24 (8,5%)	machten keine Angabe dazu

**Abbildung 3
Berufstätigkeit der Mütter**



Die Unterschiede in der Berufstätigkeit zwischen den Müttern in unterschiedlichen familiären Situationen ist nur gering. Über 50% der Mütter gehen einer Berufstätigkeit nach.

Berufstätigkeit des Vaters:

Tabelle 6

Von 1 740 Vätern waren	
1 257 (72,2 %)	ganztags berufstätig
76 (4,4 %)	teilzeit berufstätig
165 (9,5 %)	nicht berufstätig
242 (13,9 %)	machten keine Angabe

Berufstätigkeit in der Familie
Tabelle 7

beide Eltern oder ein allein erziehender Elternteil nicht berufstätig	207	11,9 %
ein oder beide Eltern oder ein allein erziehender Elternteil berufstätig	1 508	86,7 %
unbekannt	25	1,4 %

207 von 1 740 Eltern entsprechend 11,9 % waren nicht berufstätig bzw. bei Alleinerziehenden war ein Elternteil nicht berufstätig. Im Vergleich mit der SOPHIA-Gesamtdatensatz 2004 (6,8 %) liegt der Anteil nicht berufstätiger Eltern in Braunschweig höher.

Ergebnisse der SEU 2005

3 Medizinische Daten

3.1 Vorsorgeuntersuchungen

Die krankenkassenfinanzierten Vorsorgeuntersuchungen finden in einem fest gelegten Zeitraum von der Geburt bis zum 60. Lebensmonat (5 Jahre) statt. Die Untersuchungen bestehen aus Befragungen der Eltern zur Entwicklung und der Beobachtung und Testung sowie körperlichen Untersuchung der Kinder durch den Kinder- oder Allgemeinarzt. Die Untersuchungen werden auf freiwilliger Basis angeboten und sind geeignet, Entwicklungsverzögerungen früh zu erkennen und rechtzeitig gezielte Fördermaßnahmen einzuleiten.

Nehmen Eltern dieses Vorsorgeangebot nicht wahr, bleiben häufig Störungen (z. B. Auffälligkeiten beim Sehen, Hören und Sprechen) unerkannt und behindern die ungestörte Entwicklung des Kindes.

Es wurden insgesamt 1 626 Vorsorgeuntersuchungshefte vorgelegt (93,4).

Durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen Tabelle 8

Vorsorgeuntersuchung	Vorsorge nicht durchgeführt absolute Zahl	Vorsorge nicht durchgeführt in % der vorgelegten Hefte
U 1	45	2,8 %
U 2	46	2,8 %
U 3	55	3,4 %
U 4	64	3,9 %
U 5	66	4,1 %
U 6	62	3,8 %
U 7	87	5,4 %
U 8	151	9,3 %
U 9	191	11,7 %

Zusätzliche Informationen zu der Vorsorgeuntersuchung U9:

Bei der Dokumentation wird markiert, ob die Vorsorgeuntersuchung durch einen Hausarzt oder durch einen Kinderarzt durchgeführt worden ist. (In der folgenden Tabelle beziehen sich die Prozente auf alle untersuchten Kinder)

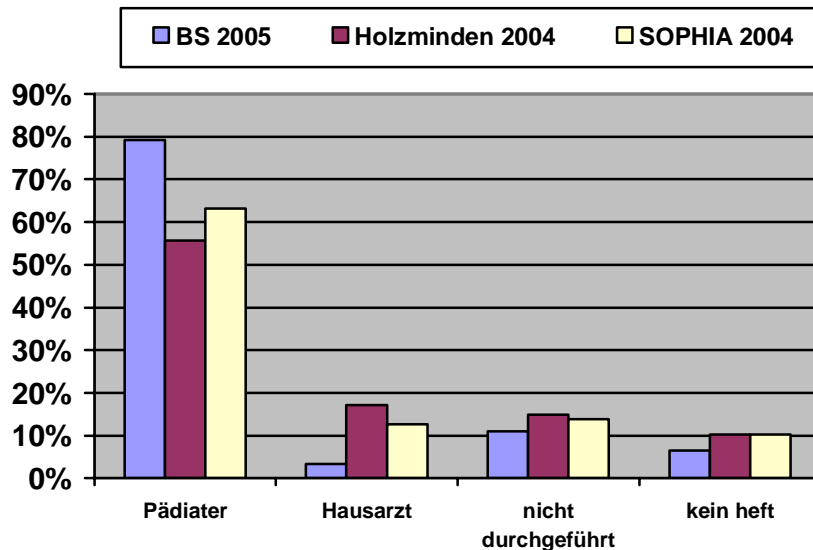
Vorsorgeuntersuchung U9 nach Facharzt

Tabelle 9

U 9	BS 2005		Holzm. 2004		SOPHIA 2004	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kinderarzt	1 378	79,2	533	57,7	32 822	63,2
Hausarzt	57	3,3	158	17,1	6 550	12,6
nicht durchgeführt	191	11,0	138	14,9	7 193	13,9
kein Heft	114	6,5	95	10,3	5 370	10,3
gesamt	1 740		924		51 935	

Abbildung 4

Vorsorgeuntersuchung U9 nach Facharzt in verschiedenen Regionen



In Braunschweig führte ein Kinderarzt bei 1 378 (79,2 %) die U 9 durch. Dieser Prozentsatz ist deutlich höher als in der SOPHIA-Gesamtdatensatz (63,2 %) oder im Landkreis Holzminden (57,7 %). Erklären lässt sich dies durch die städtische Struktur mit einer relativ hohen Kinderärztdichte.

Der Prozentsatz vorgelegter Vorsorgehefte ist in Braunschweig im Vergleich mit anderen Regionen erfreulicherweise am höchsten.

In den 1 626 vorgelegten Vorsorgeheften wurde bei 191 (11,7%) keine U 9 dokumentiert. Es ist davon auszugehen, dass auch bei nicht vorgelegten Heften in den meisten Fällen keine U9 gemacht wurde. Somit haben **305 Kinder (17,5 %)** bei der SEU 2005 in Braunschweig **keine U9**. Dieser Prozentsatz ist niedriger als bei den Vergleichskommunen, aber dennoch immer noch zu hoch.

Verglichen mit den Braunschweiger Daten von 1999 betrug der Anteil damals bezogen auf die vorgelegten Vorsorgehefte 13 % nicht durchgeführte U9.

Schlussfolgerung/Maßnahmen:

Untersuchungsangebote in Kindertagesstätten sollten durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst vor allen Dingen in Stadtteilen mit Unterstützungsbedarf beibehalten und bei Bedarf ausgeweitet werden. Alle Kinder müssen die Chance bekommen rechtzeitig notwendige Therapien und Hilfen zu erhalten. Zusammen mit Kinderärzten und Krankenkassen ist es hilfreich, die Eltern immer wieder auf die Notwendigkeit zur Teilnahme an Vorsorge- und Impfangeboten hinzuweisen.

3.2 Impfstatus

Ziel einer Impfung ist es, den Geimpften vor einer ansteckenden Krankheit zu schützen und das Infektionsrisiko für die umgebende Gemeinschaft zu verringern. Impfungen sind als klassische qualitätsgesicherte und kosteneffektive Präventionsmaßnahme in hohem Maß dazu geeignet, die gesamte gesundheitliche Situation in der Bevölkerung zu verbessern.

Die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut veröffentlicht jährlich aktualisierte Impfeempfehlungen. Der Impfkalendar der STIKO umfasst für Säuglinge Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio, Pertussis, Haemophilus influenza Typ B, Hepatitis B, Meningokokken, Pneumokokken sowie für Kinder zwischen 11 und 14 Monaten die Immunisierung gegen Masern, Mumps und Röteln.

Fünf- bis sechsjährige Kinder sollten Auffrischungsimpfung gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis erhalten.

Wie schon oben angeführt, ist das Gesundheitsamt im Rahmen des IfSG § 34 dazu verpflichtet, die Impfdaten zu übermitteln und weiterzuleiten. Es wurden 1950 Kinder überprüft. 94% der Lernanfänger legten ein Impfdokument vor. Ein sehr erfreuliches Ergebnis. Es fehlten bei 117 (6 %) Kindern die Impfdokumente.

**Durchimpfungsgrad
Tabelle 10**

Art der Impfung	vollständig	Prozent von vorgelegten Pässen
Polio	1 793	97,8
Diphtherie	1 745	95,2
Tetanus	1 755	95,7
Pertussis	1 734	94,6
Hib	1 736	94,7
Hepatitis B	1 637	89,3
Masern (einmalige Impfung)	1 757	95,8

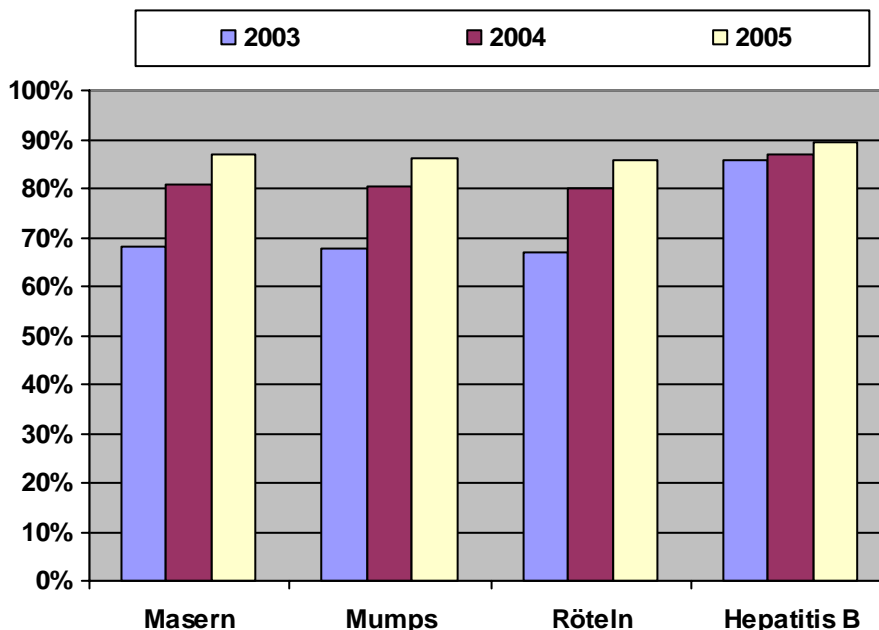
Einen vollständigen Impfschutz Gegen Masern-Mumps und Röteln haben die Kinder erst nach einer 2maligen Impfung. Erfreulicherweise hatten schon 1 592 (86,8 %) diese zweite Impfung gegen Masern. Hier gilt allerdings erst ein Wert über 90 % als ausreichend für den Gesamtschutz der Bevölkerung. Die Entwicklung der Durchimpfung für MMR und Hepatitis B zeigt die nächste Tabelle. In den vergangenen 3 Jahren wird eine kontinuierliche Zunahme des Durchimpfungsgrades dokumentiert. In Braunschweig gibt es durch die

niedergelassenen Kinderärzte eine sehr gute Unterstützung zum Thema Impfungen. Durch den KJÄD werden schon im Kindergarten regelmäßig Impfausweise kontrolliert und Impfempfehlungen gegeben. Die letzte Kontrolle findet in allen 6. Klassen statt. Der Durchimpfungsgrad sinkt mit dem Alter der Kinder. Auffrischungsimpfungen sind in bestimmten Zeitabständen nötig und die Impfempfehlungen der STIKO erweitern sich ständig

Entwicklung des Durchimpfungsgrades für Hepatitis B und Masern/Mumps/Röteln
Tabelle 11

	2003		2004		2005	
2 Impfungen gegen						
Masern	1 318	68,3 %	1 427	80,9 %	1 592	86,8 %
Mumps	1 310	67,9 %	1 432	80,6 %	1 581	86,3 %
Röteln	1 295	67,1 %	1 421	80,0 %	1 572	85,8 %
3 Impfungen gegen						
Hepatitis B	1 654	85,7 %	1 544	86,9 %	1 637	89,3 %
Vorgelegte Pässe	1 930		1 776		1 833	

Abbildung 5
Entwicklung des Durchimpfungsgrades



Schlussfolgerung/Maßnahme:

Erst ab einem Durchimpfungsgrad von über 90 % kann von einem Schutz für die Bevölkerung ausgegangen werden. Zusammen mit den Kinderärzten werden die Bemühungen um Aufklärung und gezielte Empfehlung von Impfungen fortgesetzt. Während der Schuleingangsuntersuchung, in den 6. Klassen und den 9. Klassen der Hauptschulen werden die Impfdokumente kontrolliert und daraufhin individuelle Empfehlungen gegeben.

3.3 Schulrelevante Befunde

3.3.1 Sehtest

Ein ausreichendes Sehvermögen ist eine unbedingte Voraussetzung für einen erfolgreichen Schulbesuch.

Eine Empfehlung zur Kontrolluntersuchung wurde bei allen Kindern ausgesprochen, die

- eine seitendifferente Sehleistung haben,
- eine Sehschärfe von weniger als 0,7 in der Ferne haben,
- bei denen der Verdacht auf eine Weitsichtigkeit vorliegt oder
- bei denen das Stereosehen eingeschränkt ist.

Auffälligkeiten im Sehtest

Tabelle 12

Befundbeurteilung	Braunschweig 2005 N=1740	SOPHIA 2004 N=51948
Sehtest unauffällig	73,4 %	75,3 %
augenärztliche Kontrolle empfohlen	16,7 %	9,3 %
bereits in augenärztlicher Behandlung	9,0 %	14,1 %
Untersuchung verweigert/nicht durchgeführt	1,0 %	1,4 %

Die Augenärzte wurden in einem Anschreiben über den erhobenen Befund informiert und um Rückmeldung ihrer Diagnose und der veranlassten therapeutischen Maßnahmen gebeten. Von 306 empfohlenen Kontrollen erhielten wir in 161 Fällen eine Rückmeldung (52,6 %). Alle 161 Kinder waren behandlungsbedürftig oder nach einem Zeitraum von einem halben bis einem Jahr kontrollbedürftig.

Trotz durchgeführter Vorsorgeuntersuchung U 9 fällt doch jedes sechste Kind mit einem kontrollbedürftigen Sehtestergebnis auf. Bei der Schulanfängeruntersuchung darf auf keinen Fall auf einen Sehtest verzichtet werden.

3.3.2 Hörtest

Bei möglichst geringem Geräuschpegel wird mit einem geeichten Audiometer (Hörtestgerät mit Kopfhörer) untersucht. Die Messungen erfolgen mit fallender Lautstärke von 60 bis 20 Dezibel im Bereich von 6 Tonfrequenzen (von 250 bis 6 000 Hertz). Die Empfehlung zur Kontrolluntersuchung wird ausgesprochen, wenn bei 30 Dezibel auf einem oder beiden Ohren zwei oder mehr Tonfrequenzen nicht gehört werden.

Auffälligkeiten im Hörtest

Tabelle 13

Befundbeurteilung	Braunschweig 2005 N=1740	SOPHIA 2004 N=51948
Hörtest unauffällig	91,7 %	84,5 %
HNO-ärztliche Kontrolle empfohlen	5,7 %	6,8 %
bereits in HNO-ärztlicher Behandlung	2,0 %	4,5 %
Untersuchung verweigert/nicht durchgeführt	1,0 %	1,6 %

Bei den auffälligen Hörtesten handelt es sich meistens um vorübergehende Schalleitungsdefizite, die durch Infekte verursacht sind. Bleibende Schwerhörigkeiten werden nur bei einzelnen Kindern festgestellt.

Schlussfolgerung:

Rechtzeitig erkannte Hörstörungen können effektiv behandelt werden. Vor allen Dingen bei allen sprachentwicklungsverzögerten Kindern ist eine Überprüfung der Hörfähigkeit unbedingt notwendig, um eine wichtige Voraussetzung für Spracherwerb zu testen. Obwohl über 90 % der Kinder ein gutes Hörvermögen haben, ist bei den verbleibenden 10 % die Information der Lehrer über rezidivierende Hörstörungen bei den betreffenden Kindern wichtig.

3.3.3 Sprachauffälligkeit

Eine korrekte aktive Sprache und ein altersgemäßes Sprachverständnis haben im Bereich der schulrelevanten Befunde eine besonders wichtige Bedeutung. Artikulationsdefizite und Probleme mit Satzaufbau und Grammatik sollten möglichst vor Schuleintritt durch logopädische Therapie behandelt werden.

Auffälligkeiten der Sprache Tabelle 15

Befundbeurteilung	Braunschweig 2005 N=1740	SOPHIA 2004 N=51948
keine Sprachauffälligkeit	64,2 %	64,6 %
kinderärztliche Kontrolle empfohlen	5,1 %	4,5 %
bereits in sprachtherapeutischer Behandlung	9,9 %	11,3 %
Untersuchung verweigert/nicht durchgeführt	0,3 %	0,6 %
noch tolerierbare Auffälligkeit	20,6 %	19,0 %

Unter tolerierbarer Sprachauffälligkeit wird ein leichter Sigmatismus interdentes und/oder leichte inkonstante Stammelfehler verstanden.

15% der zukünftigen Lernanfänger haben noch therapiebedürftige Sprachauffälligkeiten. 5% werden erst bei der SEU entdeckt.

Schlussfolgerung:

Die Intensivierung der Untersuchung in den Kindertagesstätten durch den Kinder – und Jugendärztlichen Dienst könnte auch hier eine frühere Diagnose mit zeitgerechter Einleitung einer Therapie bewirken.

Häufigkeit von Sprachstörungen nach Bildungsgrad der Eltern

Tabelle 16

	niedrig	mittel	hoch
Bildungsgrad der Eltern Gesamtheit (inklusive der sprachauffälligen)	31,3 %	39,5 %	29,1 %
Bildungsgrad der Eltern, deren Kinder sprachauffällig sind	49,6 %	31,8 %	18,5 %

Berechnung des Bildungsgrades siehe 2.5.

3.3.4 Auffälligkeiten in Grob- und Feinmotorik

Die Beurteilung der motorischen Entwicklung der Kinder erfolgt in den Bereichen Graphomotorik, Fein- und Grobmotorik, Koordination und Gleichgewicht. Alle Bereiche haben Auswirkungen auf schulisches Lernen.

Befundhäufigkeit Motorik

Tabelle 17

Befundbeurteilung	Braunschweig 2005 N=1740	SOPHIA 2004 N=51948
Motorik altersgemäß	75,2 %	74,6 %
Motorik auffällig, Facharztbesuch empfohlen	5,6 %	2,6 %
Motorik auffällig, bereits in Behandlung	4,0 %	6,0 %
Untersuchung verweigert/nicht durchgeführt	0,8 %	1,1 %
Motorik förderbedürftig	14,3 %	15,6 %

Motorische Auffälligkeiten werden häufiger bei Jungen als bei Mädchen gefunden. Ein hoher Prozentsatz ist förderbedürftig. In jedem Stadtteil müssen ausreichend Spielplätze vorhanden sein und in den Sportvereinen sollten Angebote gemacht werden die attraktiv für Vorschulkinder sind. Zusätzlich müssen die Bemühungen in den Kindertagesstätten zur Motorikförderung weiter vertieft und ausgeweitet werden.

3.3.5 Zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung

Um sich ein Bild über die kognitive Entwicklung des Kindes machen zu können, werden neben der Sprache orientierend überprüft:
visuomotorische Koordination, die auditive Differenzierungs- und Merkfähigkeit, das Benennen von Farben und Formen, die spontane Mengenerfassung und Lateralitätsbegriff. Die Teste sind näher in dem Kapitel Methodik der Entwicklungsdiagnostik erläutert.

Befundhäufigkeit zentrale Wahrnehmung

Tabelle 18

Befundbeurteilung	Braunschweig 2005 N=1740	SOPHIA 2004 N=51948
zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung unauffällig	75,5 %	72,3 %
zentrale Verarbeitung auffällig, Facharztbesuch erforderlich	2,8 %	3,2 %
zentrale Verarbeitung auffällig, in Behandlung	3,8 %	4,9 %
Untersuchung verweigert/nicht durchgeführt	0,7 %	0,6 %
zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung förderbedürftig	17,2 %	18,9 %

Der Anteil der Kinder, die nicht behandlungsbedürftig aber dringend durch pädagogische Maßnahmen förderbedürftig ist, benötigt bei den Lernangeboten der 1. Klasse besondere Unterstützung. Hier sollten die auditiven Wahrnehmungsstörungen berücksichtigt werden, aber auch Konzentrationsdefizite und fehlende Zahlenvorstellungen. Bei der schriftlichen Information der Schulleiter über die SEU findet dieser Bereich besondere Berücksichtigung, so dass die zukünftigen Lehrkräfte unmittelbar mit Schulbeginn gezielt fördern können.

Schulrelevante Befunde

In Bezug auf die Entscheidung über Schulfähigkeit aus schulärztlicher Sicht bilden die Befunde Sehen, Hören, Sprache, Motorik, zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung die wesentlichen Schwerpunkte.

Von 1 740 Kindern hatten

598 keinen Befund im Bereich der schulrelevanten Befunde

364 Kinder haben nicht behandlungsbedürftige Minimalbefunde in diesen Bereichen.

962 (55,3%) sind bezüglich schulrelevanter Befunde **ohne behandlungsbedürftige Auffälligkeiten**.

Die anderen 778 untersuchten Kinder entsprechend **44,7 % sind bereits in Behandlung oder wurden zur ärztlichen Kontrolle überwiesen**. Bei knapp unter 30% der untersuchten Kinder ergab sich ein schulrelevanter Befund, der der ärztlichen Abklärung bedarf. Anteilig am höchsten sind auffällige Sehbefunde.

3.4 Übergewicht

Eine Adipositas wird dann dokumentiert, wenn das Gewicht, bezogen auf die Körpermaße in den Percentilenkurven nach Kunze oberhalb der 97. Percentile liegt. Als Übergewicht werden Werte bezeichnet, die zwischen der 90-er und 97-er Percentile liegen. Normalgewichtig sind Kinder, deren Werte zwischen 3. und 90-er Percentile liegt. Im Jahr 2005 waren 1 539 entsprechend 84,1 % Kinder normalgewichtig. Bei 6,2 % bestand ein Übergewicht (zwischen 90-er und 97-er Percentile), bei 9,5 % bestand eine Adipositas (über 97. Percentile). Insgesamt waren im Jahrgang 174 Kinder übergewichtig. Im Jahr 1999 lag dieser Anteil noch bei 5 %. Eine Vertiefung der Thematik findet sich unter den besonderen Fragestellungen unter Punkt 4.4.

3.5 Verhaltensauffälligkeiten

Auffällig ist der hohe Prozentsatz an Verhaltensbesonderheiten. 6,1% sind beim Kinder und Jugendpsychiater oder Kinder und Jugendpsychotherapeuten behandlungsbedürftig oder besuchen regelmäßig eine Erziehungsberatungsstelle. Bei weiteren 15,4 % gibt es Hinweise auf von der Norm abweichendes Verhalten mit z.B. Unruhe, Aggressivität, Verweigerung oder übertriebener Ängstlichkeit. Vorhandene Beratungsangebote werden aus Angst oder Scham oder aus mangelndem Problembewusstsein von den Eltern nicht wahrgenommen. Die Information der Schule im Vorfeld ist hier besonders wichtig, um bei Klasseneinteilungen darauf Rücksicht zu nehmen.

Befundart	Arztüberweisung		bereits in Behandlung		Minimalbefund		Keine Aussage möglich	
Verhaltensauffälligkeiten	64	3,5 %	48	2,6 %	282	15,4 %	9	0,5 %

3.6 Schulärztliche Empfehlung zur bevorstehenden Einschulung

Zu den Definitionen

- Einschulung empfohlen meint: das schulpflichtige Kind entspricht den Anforderungen einer Lernerfängerklasse oder ein Kann-Kind mit fortgeschrittener Entwicklung ist in der Lage, die 1. Klasse zu absolvieren.
- Pädagogische Überprüfung meint, dass eine abschließende schulärztliche Empfehlung am Untersuchungstag nicht möglich ist und eine pädagogische Einschätzung der Lernausgangslage empfohlen wird. Es bestehen mäßige Entwicklungsrückstände in Teilbereichen, die vor allen Dingen schulrelevante Anforderungen betreffen.
- Zur Zurückstellung werden die Kinder empfohlen, die erhebliche Entwicklungsrückstände in mehreren Bereichen haben und eher eine günstige Entwicklungsprognose haben, so dass eine Regelbeschulung in einem Jahr vorstellbar ist. Ein Abraten bei Kann-Kindern erfolgt dann, wenn ein noch nicht schulpflichtiges Kind in körperlicher, geistiger und sozialer Hinsicht noch nicht den Anforderungen der Schule entspricht.
- Sonderpädagogische Überprüfungen werden empfohlen, wenn erhebliche Entwicklungsrückstände oder Behinderungen mit wahrscheinlich langfristigem Förderbedarf vorliegen.

Abbildung 6
Schulärztliche Empfehlung in Prozent

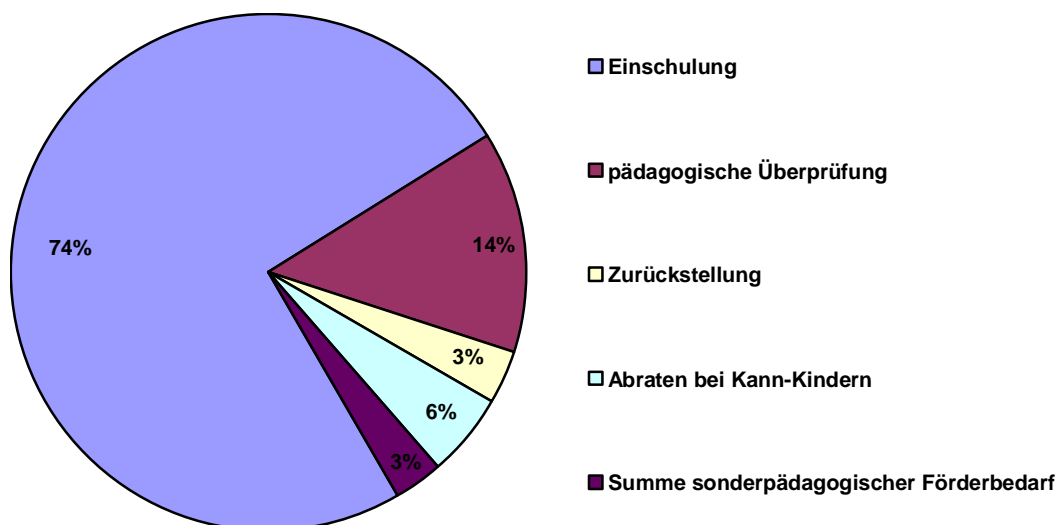


Tabelle 19

Art der Empfehlung	Anzahl	Prozent
Einschulung	1 351	73,9 %
pädagogische Überprüfung	253	13,8 %
Zurückstellung	58	3,2 %
Abraten bei Kann-Kindern	100	5,5 %
sonderpädagogischer Förderbedarf Lernen	12	0,7 %
sonderpädagogischer Förderbedarf Hören	7	0,4 %
sonderpädagogischer Förderbedarf Sprache	21	1,1 %
sonderpädagogischer Förderbedarf Motorik und körperliche Entwicklung	13	0,7 %
sonderpädagogischer Förderbedarf geistige Entwicklung	13	0,7 %
Summe sonderpädagogischer Förderbedarf	66	2,9 %
Summe	1740	100 %

Die prozentuale Verteilung der schulärztlichen Empfehlungen zur Einschulung blieb in den letzten Jahren mit Schwankungen zwischen 1 und 5 % konstant. Es ist ein Trend zu beobachten, dass immer mehr Eltern ihre Kinder vorzeitig zur Schule anmelden.

Die Verteilung der Empfehlungen zur Einschulung bei den einzelnen Schulen ist sehr unterschiedlich. Im Durchschnitt liegt bei 26,1 % der Einschüler eine einschränkende Empfehlung vor. Besonders betroffene Schulen mit einer einschränkenden Empfehlung über 30 % sind

Tabelle 20

Einschränkende Schulempfehlungen einzelner Schulgebiete

Einzugsgebiete um die Grundschulen	Prozentpunkt
Leiferde	32,1 % N=24
Isoldestraße	33,9 % N=54
Hohestieg katholisch	33,3 % N=40
Hohestieg Regel	39,7 % N=65
Am Schwarzen Berge	40,0 % N=22
Bürgerstraße	41,2 % N=64
Pestalozzi	44,4 % N=26

Schulärztliche Empfehlungen bei den Kindern mit mangelnden Deutschkenntnissen

Von den 166 Kindern, die schulische Sprachförderung wegen mangelnder Deutschkenntnisse erhielten waren nur 56% eindeutig schulfähig.
24 (14,5%) erhielten die Empfehlung zum Schulkindergarten.
34 (20,5%) waren nur bedingt schulfähig.

Bei der SEU 2004 haben wir die Daten der Kinder, die durch die Schule Sprachförderung erhalten mit den Daten der Kinder mit ausreichenden Deutschkenntnissen verglichen.

Bei den sprachgeförderten Kindern ist der Anteil der Jungen höher als der Mädchen. Es ergeben sich mehr abklärungsbedürftige Befunde und der Anteil der nicht durchgeführten U9 ist höher.

Außer beim Befund Motorik wird bei allen schulrelevanten Befunden – Sehen, Hören, Sprache und Wahrnehmung – ein höherer Prozentsatz an therapiebedürftigen Befunden festgestellt. Es besteht also nicht nur im Bereich der Sprachkenntnisse Förderbedarf. Diese Kinder benötigen von Seiten der Schule besondere Berücksichtigung.

Schlussfolgerungen/Maßnahmen:

Schulen mit höherem Prozentsatz sprachgeförderter Kinder sollten in entsprechendem Umfang besondere pädagogische Unterstützung vorhalten.

4 Besondere Fragestellungen

4.1 Vorzeitig angemeldete Kinder

Gibt es Unterschiede zu den Schulpflichtigen ?

Der Kinder- und jugendärztliche Dienst beobachtet in den letzten Einschulungsjahrgängen eine Zunahme der Anmeldung von Kann-Kindern. Bisher waren aus schulärztlicher Sicht etwa nur die Hälfte dieser Kinder eindeutig schulfähig. Es gilt individuell zu entscheiden, ob die Kinder von einer vorzeitigen Einschulung überhaupt profitieren. Eine Entscheidungshilfe kann die Analyse der Lebensumstände und Befunde dieser Kinder sein, die in den folgenden Abschnitten dargestellt wird.

266 von 1 740 waren sog. Kann-Kinder, d.h. ihr Geburtsdatum lag jenseits des 30. Juni des Einschulungsjahres.

4.1.1 Geschlecht

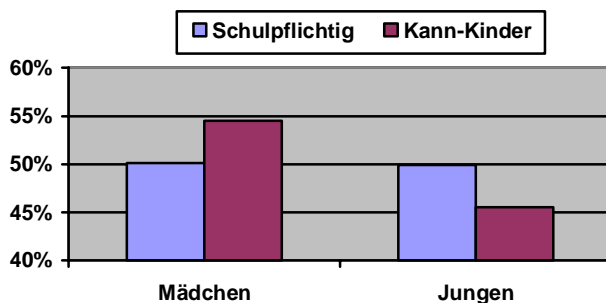
121 waren männlich.

145 waren weiblich (54,5%) im Vergleich mit der Gesamtheit 50,1% Mädchen.

Mehr Mädchen als Jungen werden vorzeitig angemeldet. Es ist bekannt dass, in diesem Alter Mädchen in ihrer allgemeinen Entwicklung – Sprache, Verhalten, Auffassungsgabe- den Jungen voraus sind.

Abbildung 7

Vorzeitigkeit und Geschlecht

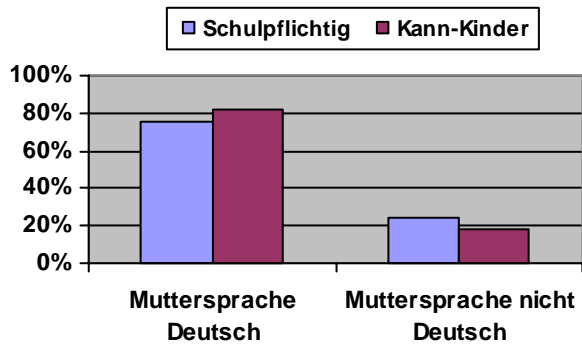


4.1.2 Muttersprache

Von 266 hatten 219 (82,3%) die Muttersprache Deutsch. (Gesamt 75,3%)

Unter den Kann-Kindern sind **weniger Kinder mit Migrationshintergrund** als in der Gesamtheit.

Abbildung 8
Vorzeitigkeit und Muttersprache

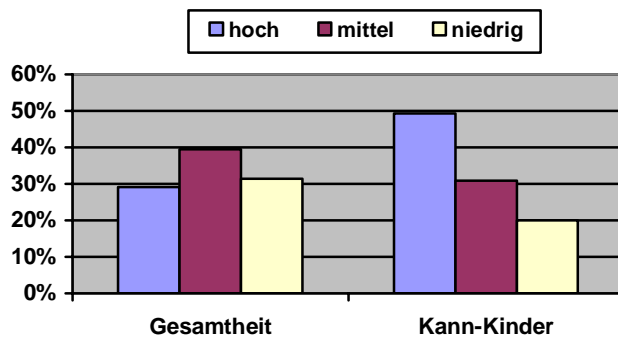


4.1.3 Bildungsgrad der Eltern

Tabelle 21

	hoch	mittel	niedrig
bezüglich der Schulausbildung der Mutter	119 (44,7 %)	85 (32,0 %)	62 (23,3 %)
Bildungsgrad der Eltern	131 (49,3 %)	82 (30,8 %)	53 (19,9 %)
gesamt	29,1 %	39,5 %	31,3 %

Abbildung 9
Vorzeitigkeit und Bildungsgrad



Familien von Kann-Kindern haben einen höheren Bildungsgrad verglichen mit der Gesamtheit

4.1.4 Empfehlungen zur Schulfähigkeit

141 eindeutig schulfähig (53 %),

davon männlich 51 (36 %)

weiblich 90 (64 %).

92 (35 %) wurde von der vorzeitigen Einschulung abgeraten.

davon 49 männlich

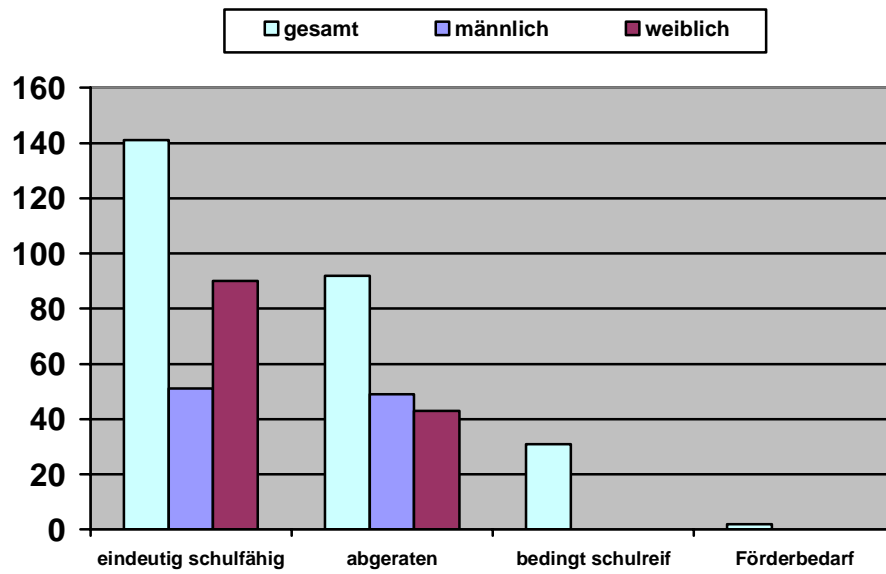
43 weiblich.

31 waren bedingt schulreif,

1 Kind wurde für sonderpädagogischen Förderbedarf Lernen und

1 Kind für sonderpädagogischen Förderbedarf Sprache vorgeschlagen

Abbildung 10
Vorzeitigkeit und Schulempfehlung



4.2 Fehlende Vorsorgeuntersuchungen Immer noch jedes 6. Kind ohne U9

Die U9 ist die letzte empfohlene Vorsorgeuntersuchung im Vorschulalter und sollte zwischen dem 60. und 64. Lebensmonat (im Alter von 5 Jahren) durchgeführt werden. Bei dieser Untersuchung sollte besonders auf schulrelevante Befunde wie Seh-, Hör-, Sprach- und Motorikstörungen geachtet werden, um rechtzeitig vor der Schule notwendige Therapien einzuleiten. Kinder, die diese Vorsorge nicht durchlaufen, haben so ein höheres Risiko zu spät notwendige Therapien zu erhalten. Bei der SEU fallen auch Kinder mit U9 mit Kontrollbedürftigen Befunden auf. Dieser Prozentsatz ist allerdings niedriger als bei den Kindern ohne U9.

Von den 1740 Untersuchten hatten 114 kein Vorsorgeheft und bei 191 fehlte bei vorgelegtem Heft die U9.

Der Anteil der bildungsfernen Familien ist bei nicht vorgelegten Heften höher als in der Gesamtheit. (Bildungsgrad der Eltern nicht vorgelegte Hefte bei 57 % niedrig , Gesamt bei 35,3%)

Setzt man **kein Vorsorgeheft auch gleich keine U9** , so ergeben sich bei 305 von 1740 und damit **bei 17,5 % keine U9**.

4.2.1 Sozialdemografische und medizinische Besonderheiten bei Kindern ohne U9

36% der Kinder ohne U9 haben einen Migrationshintergrund. (gesamt 24,7%) Der Bildungsgrad der Eltern ist deutlicher niedriger (43%) als bei der Gesamtheit. (Berechnung des Bildungsgrades siehe 2.5)

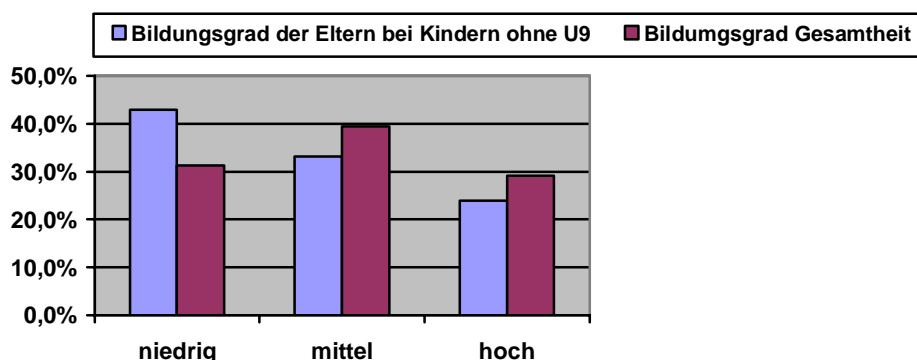
Tabelle 22

Kinder ohne U9 und Bildungsgrad der Eltern

	niedrig	mittel	hoch
Bildungsgrad der Eltern bei Kindern ohne U 9	43,0 %	33,1 %	23,9 %
Bildungsgrad Gesamtheit	31,3 %	39,5 %	29,1 %

Abbildung 11

Kinder ohne U9 und Bildungsgrad der Eltern



Erwartungsgemäß sind bei nicht durchgeführter U 9 häufiger Arztüberweisungen wegen noch nicht behandelter Befunde notwendig.

Tabelle 23

	Kinder ohne U 9	Kinder mit U 9
Arztüberweisung Sehen	23,3 %	15,2 %
Übergewicht	13,1 %	8,6 %

Häufigkeit abklärungsbedürftiger Befunde bei Kindern mit und ohne U9:
305 Kinder hatten keine U9 oder kein Heft davon waren nur 159 (52,1 %) unauffällig. 47,9 % hatten irgendeine Auffälligkeit in einem schulrelevanten Befund (Sehen,Hören,Sprache,Motorik,zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung)der einer ärztlichen Kontrolle und Behandlung bedarf. Bei den Kindern mit U9 ergab sich 56% als unauffällig.

Einzugsgebiete von Schulen, in denen überproportional häufig keine U 9 bei den Kindern gemacht worden sind, sind die Schulen
Am Lehmanager, Bebelhof, Gartenstadt, Hohestieg, Ilmenaustraße, Kralenriede, Leiferde, Lindenberg, Merverode, Pestalozzi, Rheinring, Schuntersiedlung, Veltenhof und Wenden.

Der Prozentsatz von nicht durchgeführter Vorsorgeuntersuchung U9 geht in den letzten Jahren nur sehr langsam zurück. Es bleibt ein Teil der Familien, die auf Grund anderweitiger Belastungen nicht in der Lage sind die Angebote der med. Vorsorge freiwillig für ihre Kinder zu nutzen. Diese Kinder entstammen in einem größeren Prozentsatz aus bildungsfernen Familien und aus Familien mit Migrationshintergrund.

Schlussfolgerungen/Maßnahmen:

Durch Motivation der Eltern mit Hilfe alle Multiplikatoren im vorschulischen Bereich und zusätzlich Erinnerungsschreiben an die Familien müssen alle Anstrengungen unternommen werden die Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung noch zu steigern. Es sollten schon vor Beginn der 1. Klasse alle nötigen Behandlungen und Therapien abgeschlossen sein. Aber nur erkannte Defizite können auch behandelt werden.

4.3 Kinder mit Migrationshintergrund

4.3.1 Schulfähigkeit

Insgesamt waren 73,9 % der 1 740 untersuchten Kinder eindeutig schulfähig. Von den 172 Kindern mit einer anderen Staatsangehörigkeit waren 113, das entspricht 65,7 %, eindeutig schulfähig.

Von den Kindern mit deutscher Staatsangehörigkeit (1 568) waren 1 175 entsprechend 74,9 % eindeutig schulfähig.

Von 166 Kindern, die wegen mangelnder Deutschkenntnisse besondere Förderung erhielten, waren 93 entsprechend 56 % eindeutig schulfähig.

Unabhängig von der Staatsangehörigkeit sagt auch das Bestehen einer Zweisprachigkeit etwas über die bisherige familiäre Entwicklung aus. Deswegen wurde auch nach der Erstsprache gefragt. Die Familiensprache Deutsch haben 75,3 % der Schulanfänger. Schulen, die einen besonders hohen Prozentsatz von mehrsprachigen Kindern haben, sind im Folgenden aufgeführt:

4.3.2 Schulen mit hohem Anteil mehrsprachiger Kinder

Tabelle 24

Einzugsgebiet der Grundschule	Anteil der Kinder mit Erstsprache Deutsch
Am Lehmanager	31 %
Rheinring	35 %
Ilmenau	54 %
Hohestieg katholisch	45 %
Heidberg	51 %
Isolde	54 %
Am Schwarzen Berg	55 %
Klint	58 %
Bültenweg	60 %
Bebelhof	61 %
Hohestieg Regel	64 %

In den Schulen Am Lehmanager, Ilmenau, Rheinring und Hohestieg katholisch werden viele Kinder aus osteuropäischen Familien eingeschult. In den Schulen Bebelhof, Hohestieg regel, Isolde und Klint ist der Anteil türkischer Kinder relativ hoch.

4.3.3 Medizinische Befunde

Von den 1 310 Kindern mit der Familiensprache Deutsch waren 108 entsprechend 8,2 % übergewichtig.

Von den 430 Kindern mit Zweisprachigkeit in der Familie waren 55 entsprechend 12,8 % übergewichtig. Der Anteil von Kindern mit Gewichtsproblemen in Familien mit Migrationshintergrund ist höher als bei deutschen Familien.

4.3.4 Erziehungssituation

Von den 172 Familien mit Migrationshintergrund gab es 8,7 % Alleinerziehende (Durchschnitt 16,5 %). Bei 84,3 % werden die Kinder in Migrantenfamilien durch beide Eltern betreut. Im Vergleich dazu in der Gesamtsumme liegt dieser Prozentsatz bei 76 %.

4.3.5 Gesundheitsversorgung bei deutschen und ausländischen Kindern

Die folgende Tabelle zeigt einen Vergleich der Gesundheitsversorgung mit Kindern aus Familien mit der Erstsprache Deutsch, verglichen mit Kindern aus zweisprachigen Herkunftsfamilien und damit im weitesten Sinne mit Migrationshintergrund.

Gesundheitsversorgung

Tabelle 25

Befund	Mehrsprachigkeit in der Familie Arztüberweisung	bereits in Behandlung	Familiensprache Deutsch Arztüberweisung	bereits in Behandlung
Sehen	87	42	202	114
Sprache	22	38	65	139
Wahrnehmung	19	15	28	53
Verhalten	14	2	45	45

Um Rückschlüsse auf den Versorgungsgrad ziehen zu können, ist das Verhältnis zwischen bereits entdeckten und behandelten, zu nicht entdeckten Befunden ausschlaggebend. Der Wert „1“ bedeutet, dass nur 50% der Kinder mit bestimmten Befunden auch bereits therapeutisch versorgt sind. Im besten Fall, falls alle Kinder mit Befunden bereits therapiert sind, wäre der Wert bei „0“. Quotient aus unbehandelten und behandelten Befunden je nach Migrationshintergrund

Versorgungsgrad deutscher und nicht deutscher Kinder

Tabelle 26

Befund	Mehrsprachigkeit	Familiensprache Deutsch
Sehen	2,1	1,7
Sprache	0,6	0,5
Wahrnehmung	1,3	0,5
Verhalten	7,0	1,0

Je höher der Quotient zwischen unbehandelten und behandelten Befunden ist, umso schlechter ist die Versorgung. Im Bereich Sehen, Wahrnehmung und Verhalten sind deutsche Kinder bisher besser durch Therapien versorgt als Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund. Dieses ist auch auf die geringere Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung U9 zurückzuführen. Besonders auffällig ist der Versorgungsgrad beim Befund „Verhalten“. Hier spielen sicher Verständigungsprobleme, aber auch ein anderes Problembewusstsein und vermehrte Schwellenängste eine Rolle.

4.3.6 Bildungsgrad der Eltern

Tabelle 33

	Bildungsgrad niedrig	Bildungsgrad mittel	Bildungsgrad hoch
SEU 2005 gesamt	31,3 %	39,5 %	29,1 %
Staatsangehörigkeit nicht deutsch	69,8 %	18,6 %	11,6 %

Der Bildungsgrad in nicht-deutschen Familien ist deutlich niedriger als der der Gesamtheit.

Schulbildung der Mutter

Tabelle 34

Schulbildung	Summe SEU 2005	nicht Deutsche
Hauptschule	19,9 %	28,5 %
Realschule	33,9 %	27,9 %
Abitur	28,5 %	13,4 %
noch kein oder anderer Abschluss	12,2 %	22,1 %
unbekannt	5,6 %	8,1 %

Der Schulabschluss der Mutter ist bei ausländischen Kindern eher niedriger.

Schlussfolgerungen/Maßnahmen:

Informationen in der Muttersprache und niedrigschwellige Angebote müssen ausgebaut werden. Die Untersuchung in den Kindertagesstätten der besonders betroffenen Stadtgebiete durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst soll beibehalten und wenn erforderlich erweitert werden. Schulen mit einem hohen Anteil von Migrantenfamilien haben höheren Unterstützungsbedarf.

4.4 Kinder mit Gewichtsproblemen – ein stadtteilorientierter Gesundheitsbericht

Rainer Schubert MPH;
Gesundheitsplanung
Stadt Braunschweig

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung des Gesundheitsamtes werden die Daten von 4888 Kindern für den Zeitraum 2003 – 2005 zum Übergewicht bzw. Adipositas für 30 Stadtteile bzw. Planungsbereiche analysiert.

Dargestellt wird die unterschiedlich räumliche Verteilung des Kriteriums Übergewicht für die Gesamtgruppe, nach Geschlecht und nach Kindern mit Migrationshintergrund, um sowohl quartiers- als gruppenbezogene Aussagen und Schwerpunkte zu lokalisieren.

Bedeutung von Übergewicht:

Übergewicht hat auch bei Kindern in den letzten 20 Jahren zugenommen. Bei der Einschulung ist jedes 4. bis 5. Kind übergewichtig. Im Vergleich zu den vor 25 Jahren in Deutschland erhobenen Daten hat sich die Zahl "dicker" Kinder in der Gruppe der 5-7-Jährigen mehr als verdoppelt, bei den 10-Jährigen sogar vervierfacht. (aus: DGE aktuell 01/2002 vom 8.1.2002)

Übergewicht im Kindesalter hat weltweit erheblich zugenommen.

Neben der psychischen Belastung kann Übergewicht mittel- und langfristig auch schwere physische Schäden verursachen. Übergewicht im Zusammenhang mit Fehlernährung ist insbesondere im Erwachsenenalter verantwortlich für eine Reihe von Folgeerkrankungen wie z.B. Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Übergewicht und Adipositas sind nach Ansicht internationaler und nationaler Experten die derzeit größte Herausforderung für unser Gesundheitswesen.

Übergewicht und Adipositas sind somit auch ein gesellschaftliches Problem.

4.4.1 Definition Body-Mass-Index (BMI)

Der BMI ($\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht}}{(\text{Körpergröße in m})^2}$) ist ein Maß zur Beurteilung des Körpergewichtes. Der BMI berechnet die Körpermasse und geht davon aus, dass mit zunehmender Körpermasse auch die Fettmasse steigt. Die Berechnung des Übergewichts anhand des BMI über Körpergewicht und Körpergröße gilt als ein aussagekräftiges Kriterium.

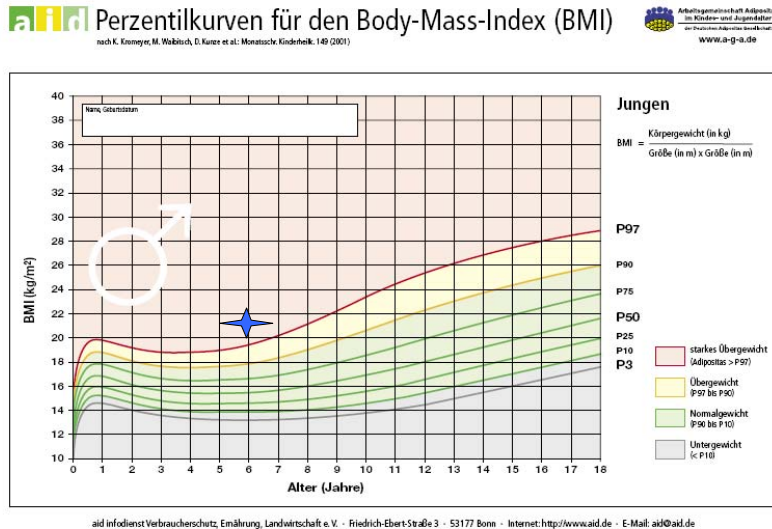
Durch alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen des BMI bei Kindern und Jugendlichen ist die Beurteilung des BMI-Wertes komplexer als bei Erwachsenen. Die Referenzwerte werden in Form von Perzentilkurven (s. Graphik 1) graphisch dargestellt. Vergleiche zwischen Individualwert und Referenzwert geben Auskunft über die Beurteilung des Körpergewichtes des Kindes. (nach Kromeyer-Hauschild 2001)

Als Übergewicht gilt für ein 6-jähriges Mädchen ein $\text{BMI} \geq 18,2 \text{ kg/m}^2$ und bei Jungen von $\geq 18,06 \text{ kg/m}^2$.

Als Adipositas gilt bei Mädchen ein $\text{BMI} \geq 20,0 \text{ kg/m}^2$ und bei den Jungen $\geq 19,75 \text{ kg/m}^2$.

Abbildung 12

Perzentilen für den BMI



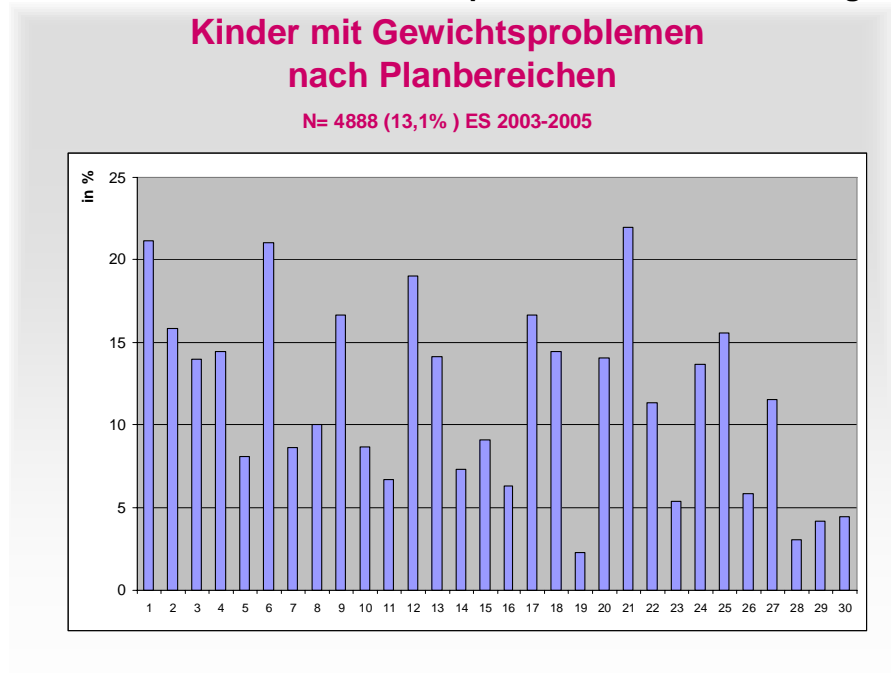
Bei dem gewählten Beispiel hätte ein 6-jähriger 1,20 m großer Junge mit einem Gewicht von 30 Kg einen BMI von 20,8 kg/m² und würde damit auf der 97zigen Perzentilen als bereits adipös eingestuft.

4.4.2 Ergebnisse der regionalräumlichen Verteilung

Insgesamt wurde bei 642 (13,13%) Kindern Übergewicht bzw. Adipositas festgestellt. Die Variable wurde regionalräumlich ausgewertet und anhand der 30 Planungsbereiche (siehe Anhang 1) für die Variablen Geschlecht und Ethnizität dargestellt. Der Anteil übergewichtiger Kinder in den Stadtteilen schwankt sehr. Er reicht von 2,3% bis 22%. .

Während sich ein sehr geringer Anteil - unter 5% - z.B. in den Stadtteilen 19 (Rühme), 28 (Volkmarode, Dibbesdorf, Schapen) und 29 (Mascherode) findet, weisen die Stadtteile 1 (Innenstadt), 6 (Westliches Ringgebiet) und 21 (Waggum) die höchsten Raten auf (über 20%). Die größte Teil der insgesamt 642 übergewichtigen Kindern wohnen im westlichen Ringgebiet (114) und im südlichen Teil der Weststadt (81). Ihr Anteil am Übergewicht beträgt knapp 40%.

Abbildung 13:
Anteil von Kindern mit Gewichtsproblemen in Braunschweig nach Stadtteilen



4.4.3 Gewichtsprobleme und Geschlecht

Betreffen Gewichtsprobleme Jungen und Mädchen in Braunschweig gleichermaßen?

Insgesamt wurden in dem Dreijahreszeitraum 2370 Mädchen im Einschulungsalter untersucht. Durchschnittlich 15,8 % !! (374) werden als übergewichtig oder bereits adipös eingestuft.

Wie die Graphik 3 zeigt, scheint sich bei den Mädchen eine Polarisierung zu vollziehen.

Während in fast der Hälfte aller Stadtteile (14) ein sehr hoher Anteil von übergewichtigen Mädchen (14,4 – 37,7%!!!) lebt, fallen 12 Stadtteilen durch einen sehr geringeren Anteil von übergewichtigen Mädchen auf.

Die größte Anzahl übergewichtige Mädchen lebt im südlichen Teil der Weststadt.

Mädchen mit Gewichtsproblemen

Abbildung 14 :
Mädchen mit Gewichtsproblemen

Mädchen mit Übergewicht [BMI > 18,2 (Body-Mass-Index)] nach Planbereichen; Einschulung 2003 - 2005 (N=2370)

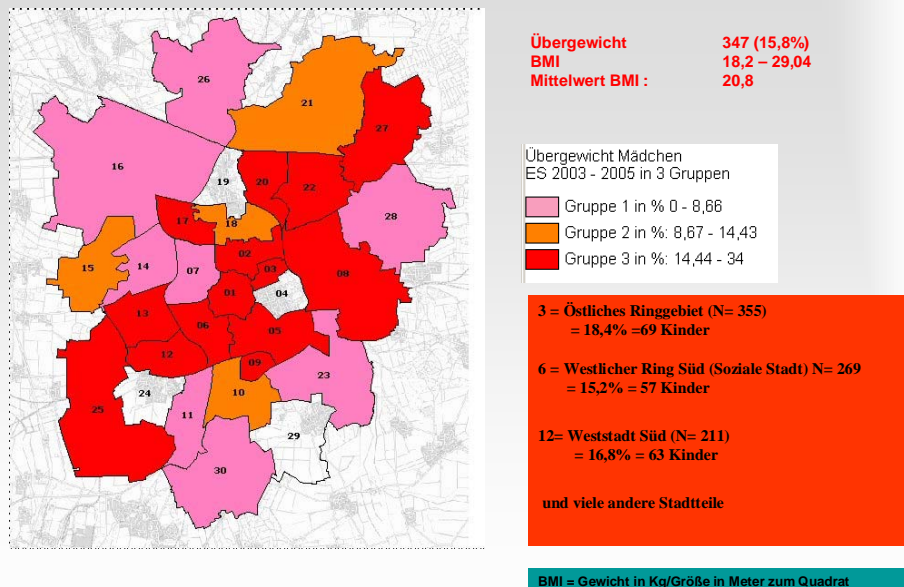


Tabelle 35: Verteilung Gewichtsprobleme bei Mädchen auf Stadtteile

Planbereich	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Anz. Mädchen	15	20	69	0	9	57	7	11	12	13	2	63	28	13	2
Anteil in %	22,7	18,5	19,4	0,0	17,6	21,2	3,6	16,2	25,5	16,3	6,1	29,9	19,6	10,5	8,7

Planbereich	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Ges.
Anz. Mädchen	2	1	24	0	3	5	3	1	0	5	2	3	2	0	2	374
Anteil in %	4,2	20,0	12,9	0,0	17,6	23,8	16,7	1,8	0,0	21,7	3,9	33,3	6,7	0,0	4,2	15,8

Jungen und Gewichtsprobleme

Anders verhält es sich bei den Jungen (siehe Graphik 6 / Tabelle 2). Ihr durchschnittlicher Anteil liegt bei 10,6% (269) von insgesamt 2518 und damit deutlich unter dem der Mädchen. Auch zeigt sich augenscheinlich ein anderes Verteilungsmuster.

Ein sehr hoher Anteil konnte in den Stadtteilen 1, 4, 6, 18, 21 und 24 diagnostiziert werden. ebenso in die Gruppe mit einem sehr hohen Anteil übergewichtiger Jungen.

Gemeinsam mit den Mädchen überschneiden sich die beiden Stadtteile (1 und 6).

Abbildung 15: Jungen mit Gewichtsproblemen

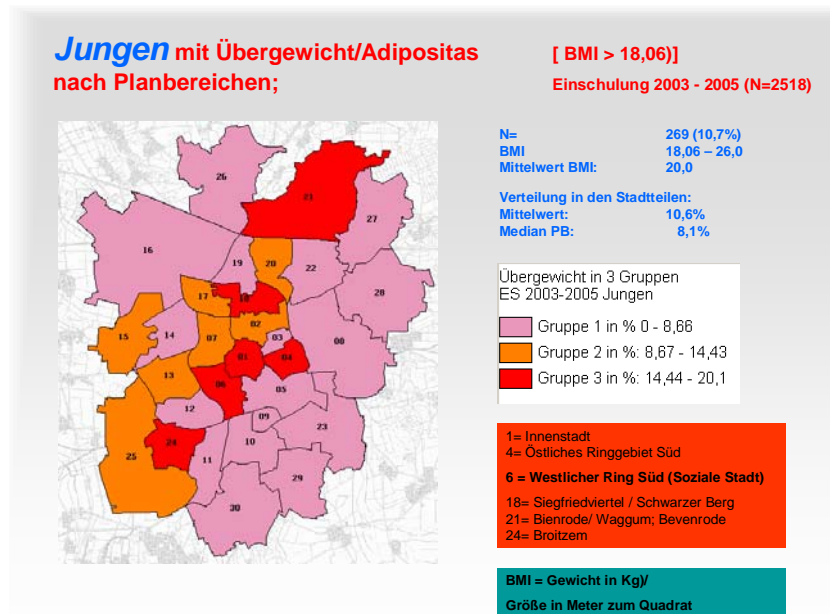


Tabelle 2: Verteilung von Jungen mit Gewichtsproblemen auf Stadtteile

Planbereich	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Anz. Jungen	11	18	24	11	0	57	29	4	0	2	3	18	13	4	1
Anteil in %	19,3	14	7,7	22	0	21	13	4,9	0	2,2	7,1	8,4	8,8	3,6	10

Planbereich	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Gesamt
Anz. Jungen	4	1	32	1	6	4	2	6	6	2	4	0	0	2	3	268
Anteil in %	8,5	14	16	2,9	13	20	7,7	8,1	38	9,1	7,7	0	0	6,9	4,7	10,6

Die größte Anzahl übergewichtiger Jungen lebt im westlichen Ringgebiet (57).

4.4.4 Gewichtsprobleme – ein Thema für Kinder mit Migrationshintergrund?

Vergleicht man die übergewichtigen Kinder mit und ohne Migrationshintergrund werden beachtliche Unterschiede sichtbar.

Prozent

Übergewicht von Kindern mit Migrationshintergrund



Übergewicht von Kindern ohne Migrationshintergrund



Der Anteil von Kindern mit Übergewicht und Migrationshintergrund ist doppelt so hoch!

Mädchen mit Migrationshintergrund:

Der durchschnittliche Anteil von übergewichtigen Mädchen mit Migrationshintergrund liegt mit 21,0% von 371 weit über dem Gesamtdurchschnitt der Mädchen. In den Stadtteilen (1, 3, 6,7, 9, 12, 13, 14) ist sowohl der Anteil von Migrantenfamilien insbesondere aber der Anteil übergewichtiger Mädchen sehr hoch. Ganz anders in den nördlichen, östlichen und südlichen Stadtteilen. Sie zeigt keine Einfärbung, d.h. hier ist der Anteil der Mädchen mit Migrationshintergrund und Übergewicht gleich Null.

**Abbildung 16:
Übergewicht von Mädchen mit Migrationshintergrund**

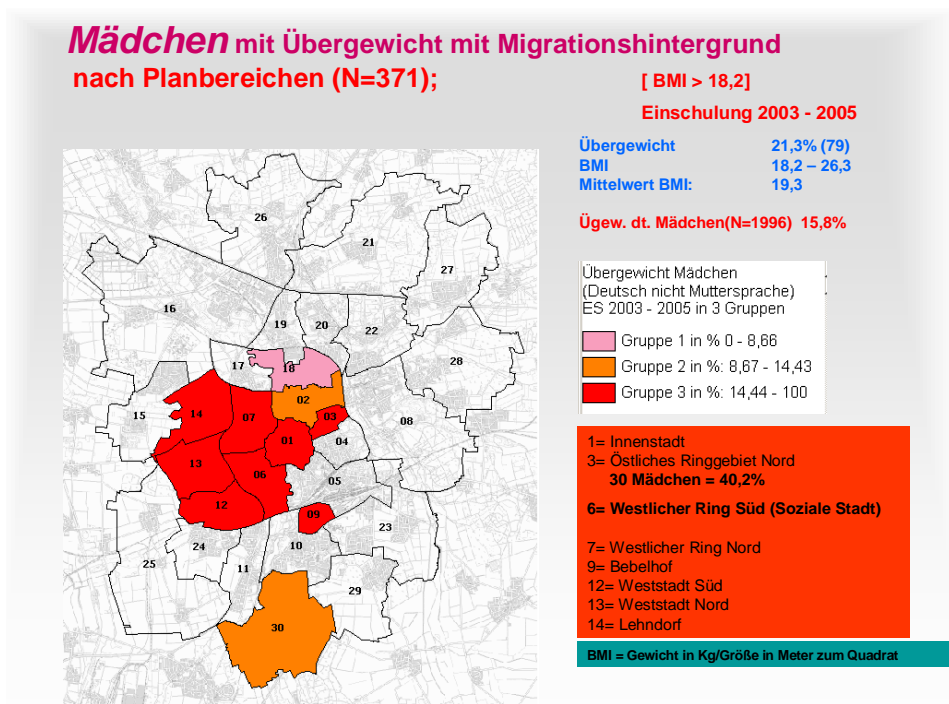
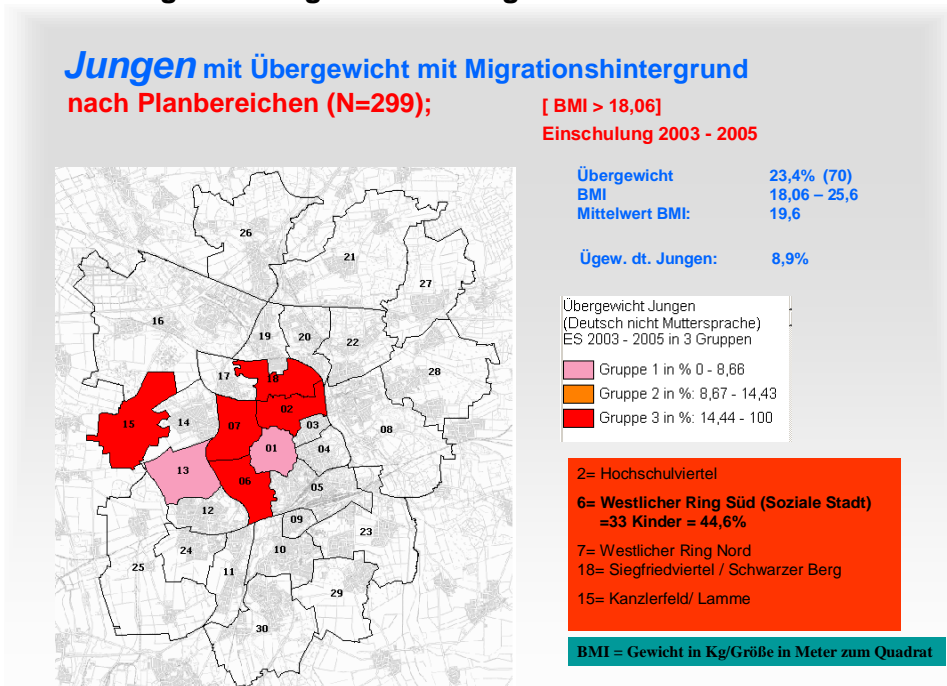


Tabelle 3: Übergewicht von Mädchen mit Migrationshintergrund

Planbereich	1	2	3	6	7	9	12	13	14	18	30	Gesamt
Anz. Mädchen	4	4	32	10	7	3	6	8	3	1	1	79
Anteil in %	22,2	16	60,4	16,9	25	50	20,7	24,2	100	1,41	13	21

Die größte Anzahl übergewichtiger Mädchen lebt im östlichen Ringgebiet (57).

**Abbildung 17:
Jungen mit Migrationshintergrund**



Von 299 Jungen konnte bei durchschnittlich 23,4% (70) Übergewicht festgestellt werden. Sie verteilen sich auf wenige Stadtteile. Dabei weist das westliche Ringgebiet mit einem Anteil von 44,6% (33) für die Jungen die höchste Quote insgesamt aus. Fast die Hälfte aller übergewichtigen Jungen lebt hier! 14 von 30 Stadtteilen sind unbesetzt. Hier wohnen keine Jungen mit Migrationshintergrund und Übergewicht.

Handlungsbedarf wird augenscheinlich und ist dringend erforderlich in den Stadtvierteln
PB 2, 6; 7, 18.

Tabelle 4: Übergewicht von Jungen mit Migrationshintergrund

Planbereich	1	2	6	7	12	13	15	18	Gesamt
Anz. Jungen	1	10	33	14	1	1	1	9	70
Anteil in Prozent	8,33	34	44,6	26,4	4,17	4	100	32,1	23,4

4.4.5 Zusammenfassung der Auswertungen zum Kriterium „Übergewicht/Adipositas“ in der regionalräumlichen Verteilung:

- Nach den vorliegenden Auswertungen leben über der Hälfte aller übergewichtigen Kinder in den Stadtquartieren östliches Ringgebiet (PB 3), westliches Ringgebiet (PB 6); südlicher Teil der Weststadt (PB 12), und Siegfriedviertel (PB 18).
- Im unmittelbaren prozentualen und absoluten Vergleich überwiegt der Anteil übergewichtiger oder bereits adipöser Mädchen (14,6%) vor den Jungen (10,4%).
- Kinder mit Migrationshintergrund haben gegenüber deutschen Kindern eine fast doppelt so hohe Übergewichtsrate (22,6%). Anders als im Gesamtvergleich sticht

der außerordentlich hohe Anteil übergewichtiger Jungen mit Migrationshintergrund (23,4%) hervor.

Bisherige Angebote:

Das Gesundheitsamt und die Gesundheitsplanung planen und gestalten zusammen dem Quartiersmanagement in der Sozialen Stadt im westlichen Ringgebiet und den Institutionen vor Ort die Aktionen und Projekte.

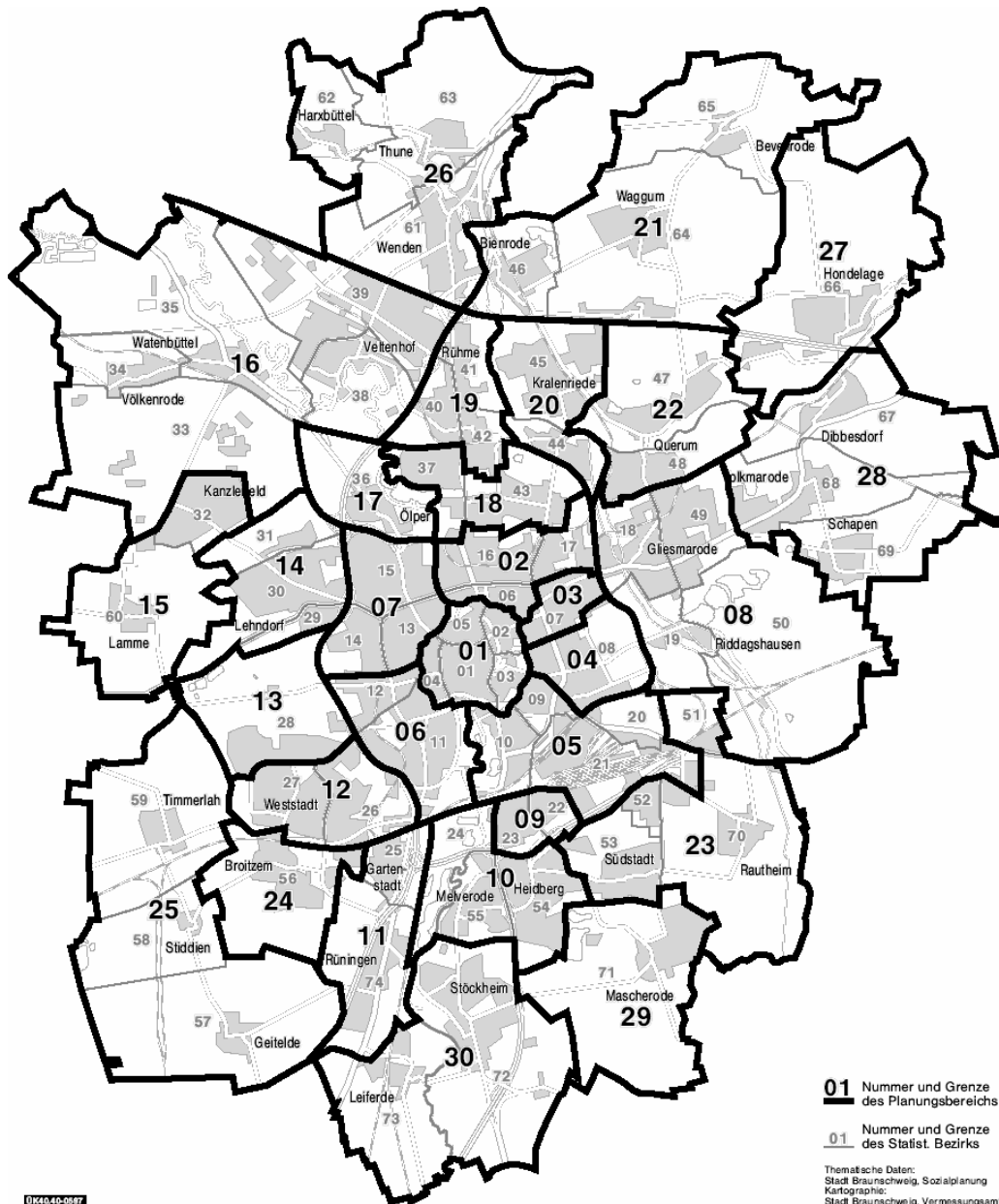
Im Rahmen der Zahnprophylaxe und der gesunden Ernährung hat natürlich die Ernährungsberatung besondere Bedeutung. Mit einer halben Stelle ist Frau Otte als Ernährungsberaterin des Gesundheitsamtes in der Thematik engagiert und auch in die Aktivitäten und Kooperationen mit den wesentlichen Akteuren involviert. Um nur einige ihrer Aktivitäten zu nennen:

- Angebot „Gesundes Schulfrühstück“ insbesondere in Stadtvierteln mit hohem Anteil übergewichtiger Kinder
- Stadtteilarbeit
 - Kooperation mit der Stadtteilarbeitsgruppe „Gesundheit“ im westlichen Ringgebiet (Soziale Stadt)
 - Ausgestaltung und Beteiligung bei Stadtteilfeiern für Kinder insbesondere im westlichen Ringgebiet
 - Angebote zur Bewegung und Ernährung im Rahmen von FiBS (Ferien in Braunschweig) zusammen mit dem Quartiersmanagement plankontor im westlichen Ringgebiet
- Beratung von Lehrern mit übergewichtigen Schülern über erprobte Unterrichtsprogramme und Materialien (insbesondere von Schulen mit einem hohen Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund)
- Ansprechpartnerin für Eltern übergewichtiger Kinder
- Gestaltung von Elternnachmittagen oder Elternabenden zu Theorie und Praxis
- Durchführung von Elterntrainings (Theorievermittlung, Einkaufsstrategien und Praxiskochen) zu gesunder Ernährung in Zusammenarbeit mit 3 Kindertagesstätten im Westlichen Ringgebiet
- Erstellung eines Kochbuchs mit Rezepten zur kalorienreduzierten Ernährung zusammen mit der Ernährungsberaterin des Fachbereichs Kinder, Jugend und Familie, Frau Kästner, und den Kindertagesstätten vor Ort
- Geplant:
 - Individuelle Ernährungsberatung bei Problemfällen ebenfalls in Zusammenarbeit mit dem Fachbereich Kinder, Jugend und Familie

Handlungsempfehlungen:

- Fortsetzung und Intensivierung der Zusammenarbeit mit den in den genannten Quartieren tätigen Schlüsselpersonen und Kooperationspartnern in Kita, Schule, Sportverein und Krankenkassen.
- Planung von settingorientierten Projekten und Prozessen auch in den anderen Stadtteilen mit Unterstützungsbedarf, die gezielt die geschlechtsspezifischen und ethnischen Anforderungen berücksichtigen, um nachhaltige Impulse und Strukturen für vielfältige Bewegungsanreize und gesunde Ernährungsgewohnheiten zu geben. Hierbei wirken positiv unterstützend vor allem auch frei zugängliche Plätze und bewegungsfreundliche Freiflächen.

Anhang 1 : 30 Planungsbereiche Stadt Braunschweig



5 Zusammenfassung

Ergebnisse

Sozialdemografisch

- Es wurden 1 830 Untersuchungen durchgeführt.
- **1 740** Eltern gaben ihr Einverständnis zur Datenauswertung
- 266 Kinder (15,3 %) waren vorzeitig angemeldet.

- 1 568 (90 %) gaben deutsche Staatsangehörigkeit an.
- Bei 1 310 (**75,3 %**) war die **Familiensprache** ausschließlich **Deutsch**.
- 166 (**9,5 %**) erhielten wegen **mangelnder Deutschkenntnisse** eine Sprachförderung.

- 1 322 Kinder (**76 %**) wachsen bei **beiden leiblichen Elternteilen** auf.
- Der Bildungsgrad der Eltern liegt bei hoch 29,1 %, mittel 39,5 % und niedrig 31,3 %.
- 880 (**50,5 %**) der **Mütter** waren ganztags oder Teilzeit **berufstätig**.
- 1 333 (**76,6 %**) der **Väter** waren ganztags oder Teilzeit beschäftigt.
- 207 (**11,9 %**) Familien waren **ohne Berufstätigkeit**.

- **21 %** der Kinder sind **Einzelkinder**, 70 % der Kinder wachsen mit einem oder zwei Geschwistern auf.
- 1 645 (**93,5 %**) besuchten im letzten Jahr vor der Einschulung **eine vorschulische Einrichtung**.

Medizinisch

- 305 Kinder (**17,5 %**) hatten **keine U 9** oder das Vorsorgeuntersuchungsheft lag nicht vor.
- Der Durchimpfungsgrad für eine vollständige Masern-Mumps-Röteln- und Hepatitis B-Impfung steigt liegt derzeit **bei 86,8 % (Masern)** bzw. **89,3 % (Hepatitis B)**.

- 26,6 % haben Auffälligkeiten im Sehtest.
- 3,6 % haben Auffälligkeiten im Hörtest.
- 15 % haben eine behandlungsbedürftige Sprachentwicklungsverzögerung.
- 24,8 % haben motorische Auffälligkeiten.
- 24,5 % haben Auffälligkeiten bei zentraler Wahrnehmung und Verarbeitung.
- 778 Kinder (**44,7 %**) sind wegen irgendeinem **schulrelevanten Befund** (Sehen, Hören, Sprache, Motorik, zentrale Wahrnehmung und Verarbeitung) in Behandlung oder wurden zur ärztlichen Kontrolle überwiesen.
- **9,5 %** der Kinder sind **adipös** (über 97er Percentile).

- **73,9 %** der Kinder sind **eindeutig schulfähig**. 3,2 % der Kinder sind nicht schulfähig
- 13,8 % der Kinder haben schulrelevante Besonderheiten, die den Schulerfolg gefährden könnten.

Besondere Fragestellungen

Vorzeitig angemeldete Kinder

- Vorzeitig angemeldete Kinder sind eher weiblich.
 - o In den Familien wird in 82,3 % in der Erstsprache Deutsch gesprochen.
 - o Die Schulausbildung der Mütter ist höher als im Gesamtdurchschnitt.
 - o Von den 266 vorzeitig angemeldeten Kindern wurden 141 (53, %) als eindeutig schulfähig eingeschätzt.
 - o

Fehlende Vorsorgeuntersuchung

- Kinder **ohne U 9** oder ohne Vorsorgeuntersuchungsheft (305) haben zu einem höheren Prozentsatz (36 %) einen familiären Migrationshintergrund. Der Bildungsgrad der Eltern ist deutlich niedriger (43 %) als in der Gesamtheit (31,3 %).
- bei nicht durchgeführter U9 ergeben sich häufiger Arztüberweisungen wegen noch nicht behandelten Befunden.

Migrationshintergrund

- Kinder aus Familien **mit Migrationshintergrund** sind häufiger übergewichtig. Sie sind häufiger nicht ausreichend mit Therapien versorgt und zu einem geringeren Prozentsatz primär schulfähig.

Kinder mit Gewichtsproblemen

Nach den vorliegenden Auswertungen leben über die Hälfte aller übergewichtigen Kinder in den Stadtquartieren östliches Ringgebiet (PB 3), westliches Ringgebiet (PB 6); südlicher Teil der Weststadt (PB 12), und Siegfriedviertel (PB18).

in unmittelbarem prozentualen und absoluten Vergleich überwiegt der Anteil übergewichtiger oder bereits adipöser Mädchen (14,6%) vor den Jungen (10,4%).

Kinder mit Migrationshintergrund haben gegenüber deutschen Kindern eine fast doppelt so hohe Übergewichtsrate (22,6%). Anders als im Gesamtvergleich sticht der außerordentlich hohe Anteil übergewichtiger Jungen mit Migrationshintergrund (23,4%) hervor.

6 Anregungen und Thesen

- Die Akzeptanz der SEU in der Bevölkerung ist hoch.
- Wegen der für manche Eltern zu hohen Kindergartengebühren lassen einige Eltern ihre Kinder zu hause oder melden vorzeitig in der Schule an. Vorzeitige Einschulung ist nur für die Hälfte der angemeldeten Kinder ohne Probleme zu befürworten.
- Die Reduzierung der Schulkindergärten ist aus schulärztlicher Sicht zu bedauern. Mit der Reduzierung der dortigen Plätze stieg die Zahl der Kinder die die 1. Klasse wiederholen.
- Für Kinder aus bildungsfernen Familien sollten die Vorsorgeangebote durch den kommunalen Gesundheitsdienst ausgeweitet werden.
- Schulen mit höherem Prozentsatz sprachgeförderter Kinder sollten in entsprechendem Umfang besondere pädagogische Unterstützung vorhalten.
- Übergewicht und motorische Defizite nehmen zu und sind eine gesellschaftliche Herausforderung, der man sich auf allen Ebenen mit vielen Angeboten stellen muss. Die Angebote von Sportvereinen müssen quantitativ und qualitativ verändert werden.
- Untersuchungsangebote in Kindertagesstätten sollten durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst vor allen Dingen in Stadtteilen mit Unterstützungsbedarf beibehalten und bei Bedarf ausgeweitet werden. Zusammen mit Kinderärzten und Krankenkassen ist es hilfreich, die Eltern immer wieder auf die Notwendigkeit zur Teilnahme an Vorsorge- und Impfangeboten hinzuweisen.
- Erst ab einem Durchimpfungsgrad von über 90 % kann von einem Schutz für die Bevölkerung ausgegangen werden. Zusammen mit den Kinderärzten werden wir unsere Bemühungen um Aufklärung und gezielte Empfehlung von Impfungen fortsetzen.

Auch heute noch gilt die Abschlussbemerkung aus dem Gesundheitsbericht von 2000:

Die nicht unerhebliche Zahl derjenigen Kinder, die trotz bestehender Entwicklungsstörungen in die Schule aufgenommen werden, bedarf einer sorgfältigen Förderung durch Schule und Schulärztinnen. Hospitationen im Unterricht wären eine sinnvolle und notwendige Verbesserung in diesem Bereich. Die Beratung der Pädagogen, denen durch zunehmend schwierige Rahmenbedingungen immer weniger Möglichkeiten bleiben, auf individuelle Defizite der Kinder einzugehen, sollte intensiviert werden.

Durch zu spät erkannte Entwicklungsstörungen und mangelnde Umsetzung von Fördermöglichkeiten entstehen für das einzelne Kind, seine Familie, seine Lehrer und die Lernsituation in der Klasse oft erheblich nicht zuletzt auch finanzielle Belastungen.

Daher das Motto dieses Berichts:

Prävention statt Intervention

