



Die Gesundheit der Schulanfängerinnen und Schulanfänger in Dortmund



Daten der Schuleingangsuntersuchung (SEU)
2008–2011

Soziale Faktoren und Gesundheit

Impressum

Herausgeber:	Stadt Dortmund Gesundheitsamt Dr. Annette Düsterhaus (verantwortlich) Gesundheitsdienst für Kinder und Jugendliche Renate Breidenbach (Bereichsleiterin)
Konzeption/Redaktion:	Gesundheitsdienst für Kinder und Jugendliche Magdalena Plätz Dr. Eva-Maria Stoffers
Fotos:	Dr. Susanne Klammer Denise Lorenz Anke Lackmann-Pihl
Illustration (Oskar):	Denise Lorenz
Fachliche Beratung:	Dr. Hildegard Kratz
Information:	Magdalena Plätz Tel. (0231) 50-22532 E-Mail: mplaetz@stadtdo.de
Datenaufbereitung:	Fachbereich Statistik
Gestaltung, Satz und Produktion:	Dortmund-Agentur
Druck:	Blömeke – 01/2013

	Vorwort	5
	Einleitung	7
	1. Soziale Lage und Gesundheit	8
	1.1 Bericht zur sozialen Lage	8
	1.2 Soziale Faktoren bei der Schuleingangsuntersuchung	10
	1.2.1 Untersuchte Kinder nach Sozialräumen	11
	1.2.2 Chancengleichheit/Bildungsgrad	11
	1.2.3 Erstsprache/Migrationshintergrund	14
	2. Untersuchungsergebnisse	16
	Stellenwert und Ablauf der Schuleingangsuntersuchung (SEU)	
	2.1 Früherkennungsuntersuchungen U1–U9	17
	2.2 Impfungen	22
	2.3 Übergewicht und Adipositas	28
	2.4 Körperkoordination	33
	2.5 Visuomotorik (Auge Hand Koordination)	37
	2.6 Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern	41
	2.7 Aufmerksamkeit	45
	2.8 Sprache	49
	2.9 Zahlen und Mengenverständnis	52
	3. Ergebniszusammenfassung	53
	4. Förderempfehlungen	57
	5. Abkürzungsverzeichnis	58
	6. Literaturangaben	58

Vorwort



Birgit Zoerner
Stadträtin



Dr. Annette Düsterhaus
Leiterin des
Gesundheitsamtes

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Schon seit 1946 definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Begriff Gesundheit als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen, psychischen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.

Die Gesundheit unserer Kinder hat in unserer Gesellschaft einen besonderen Stellenwert, denn in den ersten Lebensjahren werden die Weichen für eine gesunde Entwicklung gestellt.

Eine wesentliche Aufgabe kommunaler Gesundheitsbehörden ist es, Kinder vor Gesundheitsgefahren zu schützen und ihre Gesundheit zu fördern. Um dies so gezielt wie möglich machen zu können, bedarf es aussagekräftiger Grundlagen.

Wir möchten Ihnen nunmehr den fünften Gesundheitsbericht vorstellen, der sich mit den Daten der Schuleingangsuntersuchungen befasst. Die Grundlage dieses Berichts bilden die Daten der Untersuchungsjahre 2008–2011.

Erstmalig sind mit freundlicher Unterstützung des Fachbereichs Statistik die Daten auch auf der Ebene der Sozialraum-Cluster ausgewertet worden. Des Weiteren werden Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren und dem Gesundheitszustand der Kinder betrachtet.

Nicht zuletzt dient der Bericht auch als Basis für weitere Kooperationen mit anderen Akteuren in der Gesundheitsförderung.

Wir bedanken uns herzlich bei den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsamtes, sowie den Mitarbeitern des Fachbereichs Statistik, die zur Erhebung und Auswertung der Daten und zur Erstellung des Berichts beigetragen haben.

Dortmund, Dezember 2012

Birgit Zoerner
Stadträtin

Dr. Annette Düsterhaus
Leiterin des
Gesundheitsamtes

Einleitung

Gesundheitsberichterstattung gehört zu den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. In den letzten Jahren wird ihr immer mehr Bedeutung zugemessen. Sie beinhaltet nicht nur die Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Situation sondern bildet auch die Grundlage von Gesundheitsplanung und -förderung und soll auch Basis politischer Entscheidungen sein.

Ein wichtiges Instrument zur Bewertung der gesundheitlichen Situation von Kindern ist die gesetzlich vorgeschriebene Schuleingangsuntersuchung. Die dabei erhobenen Daten lassen Aussagen über den Gesundheitszustand einer kompletten Altersgruppe zu.

Neben der individualmedizinischen Komponente, die für jedes Kind aus sozial-pädiatrischer Sicht den individuellen Förderbedarf aufzeigt, bietet die Schuleingangsuntersuchung (SEU) auch die Grundlage für die Koordination und Planung von gesundheitsfördernden Maßnahmen. Nicht zuletzt erfüllt sie durch den verpflichtenden Charakter auch eine sozialkompensatorische Funktion, da hier alle Kinder erreicht werden, auch die, die durch vorhandene Versorgungsangebote in der Vergangenheit nicht erreicht wurden.

Mit der Schuleingangsuntersuchung besitzt der öffentliche Gesundheitsdienst zudem ein epidemiologisches Instrument, da durch die verpflichtende Teilnahme ein kompletter Bevölkerungsjahrgang untersucht wird. Durch Standardisierung in Anweisung und Durchführung ist des Weiteren eine Vergleichbarkeit auf lokaler – zwischen unterschiedlichen Sozialräumen – aber auch auf überregionaler Ebene (Land NRW) möglich.

Der hier vorliegende Bericht ist der fünfte Bericht, der sich mit den Daten der Schuleingangsuntersuchung beschäftigt. Die Grundlage dieses Berichts bilden die Daten der Untersuchungsjahre 2008–2011.

In diesem Bericht werden, neben dem Vorsorgeverhalten wie Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen, auch die schulrelevanten Entwicklungsbereiche wie Körperkoordination, Visuomotorik (Auge-Hand-Koordination), visuelle Wahrnehmung, selektive Aufmerksamkeit und Sprache einer näheren Betrachtung unterzogen.

Im Focus stehen hierbei Auffälligkeiten, die noch nicht in jedem Fall einen Krankheitswert aufweisen, häufig aber durch gezielte frühzeitige Förderung kompensiert werden können.

In diesem Bericht werden auch die Umstände unter denen unsere Kinder aufwachsen, betrachtet. So werden neben dem Jahresvergleich und den geschlechtsspezifischen Merkmalen die Daten auch im Hinblick auf Sozialraumzugehörigkeit, Migrationshintergrund, Bildungsgrad der Eltern und Dauer des Besuchs einer Tageseinrichtung ausgewertet.

1. Soziale Lage und Gesundheit

Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft haben die sozialen Verhältnisse, in denen unsere Kinder aufwachsen, einen maßgeblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand, die Entwicklungsmöglichkeiten sowie auch auf die Bildungschancen. Kinder aus Familien mit einem schwierigen sozialen Umfeld sind auch stärker gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt. In der Regel verfügen sie über geringere Bewältigungsressourcen, die sie jedoch benötigen, damit sich gesundheitliche Beeinträchtigungen sowie Störungen in der Entwicklung nicht folgeschwer auf die weiteren Lebensphasen auswirken.

1.1 Bericht zur sozialen Lage in Dortmund

Inzwischen liegen verschiedene Berichte vor, die die gesundheitliche und soziale Lage in Dortmund beschreiben. Mit dem im Oktober 2007 erschienenen Bericht zur sozialen Lage verfügt die Stadt Dortmund über umfangreiche kleinräumige Daten.

Dortmund gliedert sich neben den 12 Stadtbezirken in 39 Sozialräume, die bezogen auf die Lebensbedingungen und Belastungsfaktoren, ein sehr heterogenes Bild aufweisen.

Von den 39 Sozialräumen weisen 13 Sozialräume einen geringen Einkommensindex, eine geringe Beschäftigungsquote, einen hohen Anteil an Hilfen zur Erziehung, einen hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, eine hohe SGB II-Quote, einen hohen Anteil an Kindern und Jugendlichen und überdurchschnittlich viele übergewichtige Kinder.

Mittels einer Clusteranalyse wurden einander ähnliche Sozialräume zu Typen (Clustern) zusammengefasst. Zugrunde gelegt wurden bei der Analyse die oben genannten Indikatoren. Insgesamt wurden 5 Cluster ermittelt, denen alle 39 Sozialräume zugeordnet sind.

Während die Sozialraum-Cluster 1 und 2 als sozial stabil und der Sozialraum-Cluster 3 als unauffällig angesehen werden können, zeichnen sich die Sozialraum-Cluster 4 und 5 durch überdurchschnittlich hohe soziale und gesundheitliche Belastungsfaktoren aus¹.

¹ Bericht zur sozialen Lage Dortmund 2007

Abb. 1: Sozialräume und Clusterverteilung in Dortmund

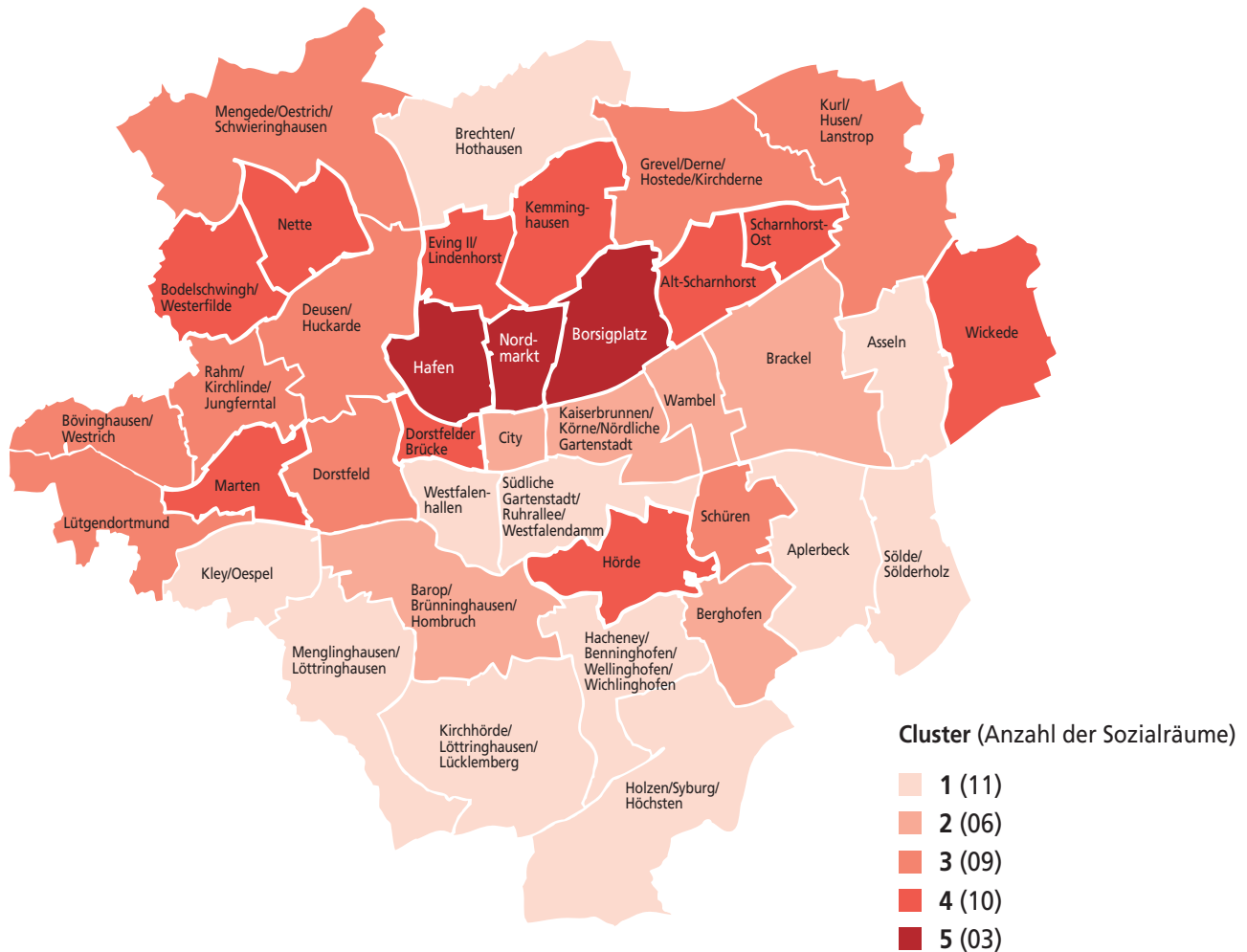


Abb. 2: Bezeichnung der Sozialraum-Cluster

Sozialräume	Cluster
Westfalenhalle, Südliche Gartenstadt/Ruhrallee/Westfalendamm, Brechten/Holthausen, Asseln, Aplerbeck, Sölde/Solderholz, Benninghofen/Hacheney/Wellinghofen/Wichlinghofen, Höchsten/Holzen/Syburg, Menglinghausen, Kirchhörde/Löttringhausen/Lücklemborg, Kley/Oespel	1
City, Kaiserbrunnen/Körne/Nördliche Gartenstadt, Brackel, Wambel, Berghofen, Barop/Brünninghausen/Hombruch	2
Dorstfeld, Derne/Hostedde/Kirchderne/Grevel, Husen/Kurl/Lanstrop, Schüren, Lütgendortmund, Bövinghausen/Westrich, Deusen/Huckarde, Rahm/Kirchlinde, Mengede/Oestrich/Schwieringhausen	3
Dorstfelder Brücke, Lindenhorst/Eving II, Eving/Kemminghausen, Alt-Scharnhorst, Scharnhorst-Ost, Wickede, Hörde, Marten, Bodelschwingh/Westerfilde, Nette	4
Hafen, Nordmarkt, Borsigplatz	5

1.2 Soziale Faktoren bei der Schuleingangsuntersuchung

In Dortmund wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt, der mit der Einladung zur Schuleingangsuntersuchung verschickt wird. Mit diesem Fragebogen wurden folgende soziale Faktoren erfasst:

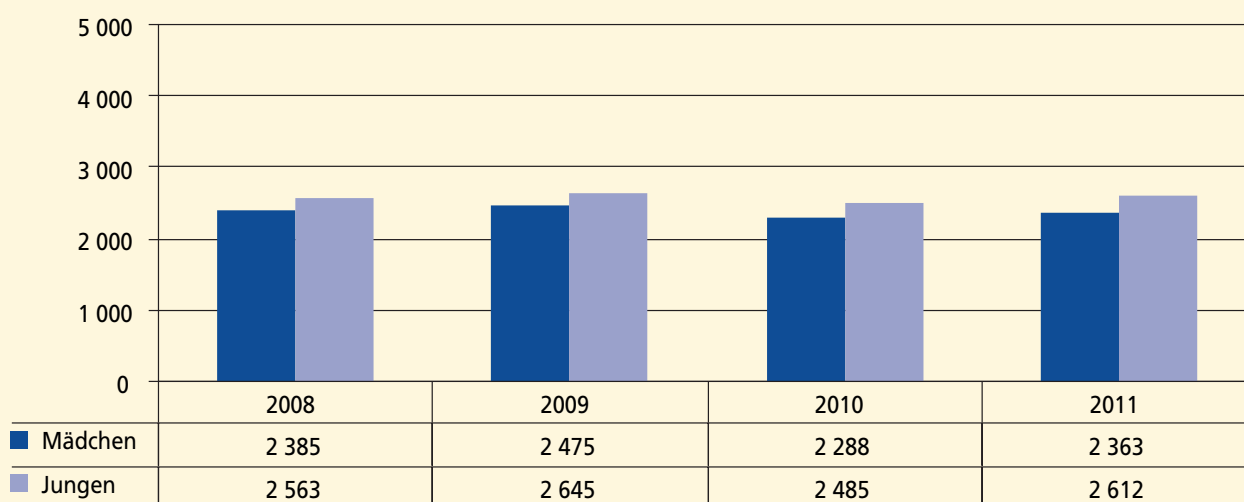
- schulische Bildung der Eltern
- berufliche Bildung der Eltern

Die Angaben in diesem Fragebogen sind freiwillig. Etwa 2/3 der Eltern füllen ihn aus.

In diesem Bericht werden folgende soziale Faktoren ausgewertet:

- Sozialraum-Cluster
- Erstsprache/Migrationshintergrund
- Bildungsgrad der Eltern
- Dauer des Besuchs einer Tageseinrichtung

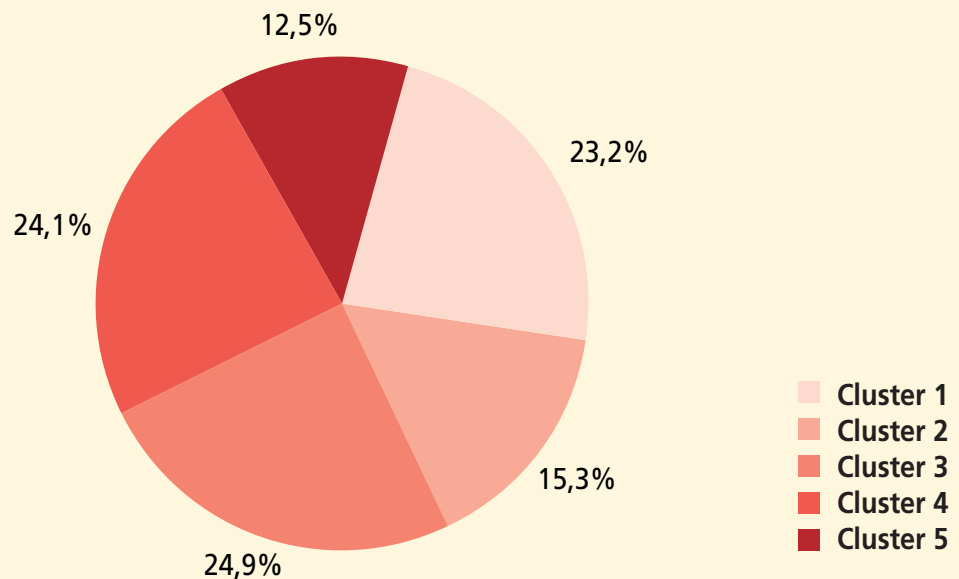
Abb. 3: Anzahl der ausgewerteten Untersuchungen getrennt nach Mädchen und Jungen



Im Untersuchungszeitraum 2008–2011 wurden insgesamt 19 816 Datensätze ausgewertet, von 9 511 Mädchen und 10 305 Jungen.

1.2.1 Untersuchte Kinder nach Sozialraum-Cluster

Abb. 4: Verteilung der untersuchten Kinder auf die Sozialraum-Cluster (n = 19 793)



Verteilt man die in den Jahren 2008–2011 untersuchten Kinder auf die einzelnen Räume in denen sie leben, ergibt sich obenstehendes Bild.

Mehr als ein Drittel – 36,6 % – der Kinder leben im Sozialraum-Cluster 4 und 5.

1.2.2 Chancengleichheit/Bildungsgrad

Die ökonomischen, kulturellen und sozialen Ressourcen der Eltern haben einen prägenden Einfluss auf die Lebenswelt der Kinder. Dies gilt auch für Faktoren, welche die gesundheitliche Entwicklung der Kinder beeinflussen, wie z. B. das Ernährungs- und Gesundheitsverhalten sowie entwicklungsförderliche oder -hemmende Sozialisationsbedingungen. Zahlreiche Studien weisen auf ein vermehrtes Vorkommen von frühkindlichen Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien hin.²

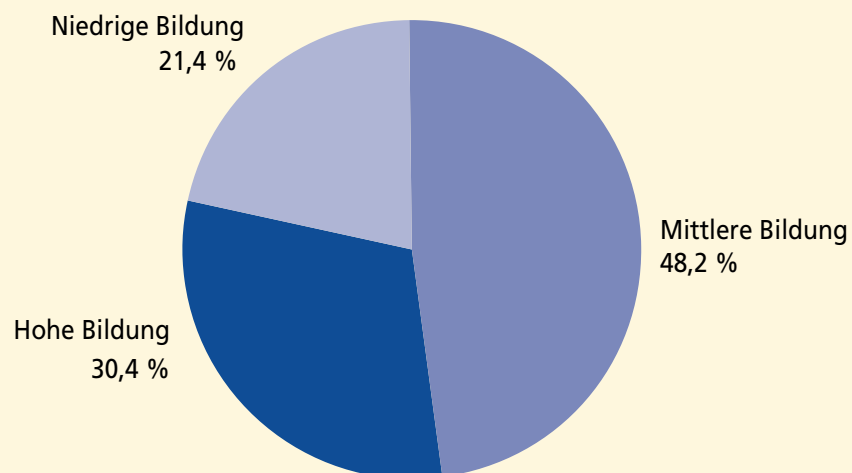
² Sozialberichterstattung Nordrhein-Westfalen, *Prekäre Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen in NRW 2009*, Kap. 7 Gesundheit und Entwicklung

Anhand der Daten der jährlichen Schuleingangsuntersuchungen lässt sich für Nordrhein-Westfalen sagen, dass bereits im Einschulungsalter signifikante Zusammenhänge zwischen dem sozialen Status der Eltern (gemessen am Bildungsniveau) und der gesundheitlichen Lage sowie dem Entwicklungsstand der Kinder bestehen.³

Mit dem Dortmunder Fragebogen, der Angaben zur schulischen und beruflichen Bildung der Eltern enthält, wird ein Bildungsindex ermittelt. Die Berechnung des Index erfolgt auf der Grundlage der Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Epidemiologische Methoden“ der Deutschen Arbeitsgruppe Epidemiologie (DAE), der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMPP).

Die so ermittelten Punktwerte werden in den Kategorien niedriger, mittlerer und hoher Bildungsgrad abgebildet.⁴

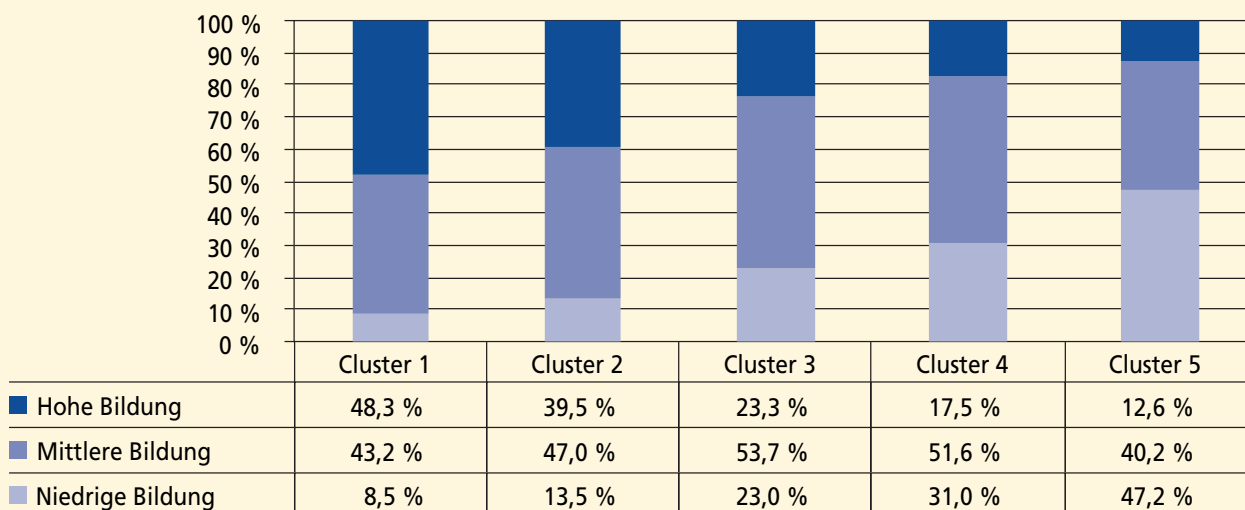
Abb. 5: Anteil hoher, mittlerer und niedriger Bildungsgrad der Eltern (n = 13 071)



Aus den 13 071 ausgewerteten Elternfragebögen der Jahre 2008–2011 wurde der oben stehende Bildungsgrad der Eltern ermittelt. Fast die Hälfte aller Dortmunder Einschüler stammt aus einer Familie mit einem mittleren Bildungsniveau, fast ein Drittel der Kinder aus einer Familie mit einem hohen Bildungsgrad. Jedes fünfte in Dortmund einzuschulende Kind lebt in einer Familie mit einem niedrigen Bildungsgrad.

³⁺⁴ Jahresbericht 2006 Schulärztliche Untersuchungen in NRW

Abb. 6: Verteilung des Bildungsgrades der Eltern auf die Sozialraum-Cluster (n = 13 071)



Betrachtet man das Bildungsniveau der Familien in den einzelnen Sozialraum-Clustern, die sich aus den ausgewerteten Fragebögen der Einschulungsjahre 2008–2011 ermitteln lassen, ergibt sich obenstehendes Bild. Der Sozialraum-Cluster 5 hat den höchsten Anteil an Familien mit einem niedrigen Bildungsgrad und den geringsten Anteil von Familien mit einem hohen Bildungsgrad.

Die einzelnen Untersuchungsmerkmale werden im weiteren Verlauf dieses Berichtes auch vor dem Hintergrund des Bildungsgrades der Eltern abgebildet.

1.2.3 Erstsprache/Migrationshintergrund

Als weiterem Einflussfaktor für den Gesundheitszustand des Kindes kommt der Migrationszugehörigkeit eine besondere Rolle zu. Das Aufwachsen in zwei Kulturen stellt erhöhte Anforderungen an Kinder und deren Familien. Zum einen können kulturelle Unterschiede eine Bereicherung sein, zum anderen können diese Unterschiede – meist gepaart mit sprachlichen Barrieren oder einer ungünstigen Bildungssituation – soziale und gesundheitliche Chancen beeinträchtigen. Die soziale Benachteiligung und insbesondere die überwiegend ungünstige Bildungssituation der Familien verringern die Startchancen für ein gesundes Aufwachsen.

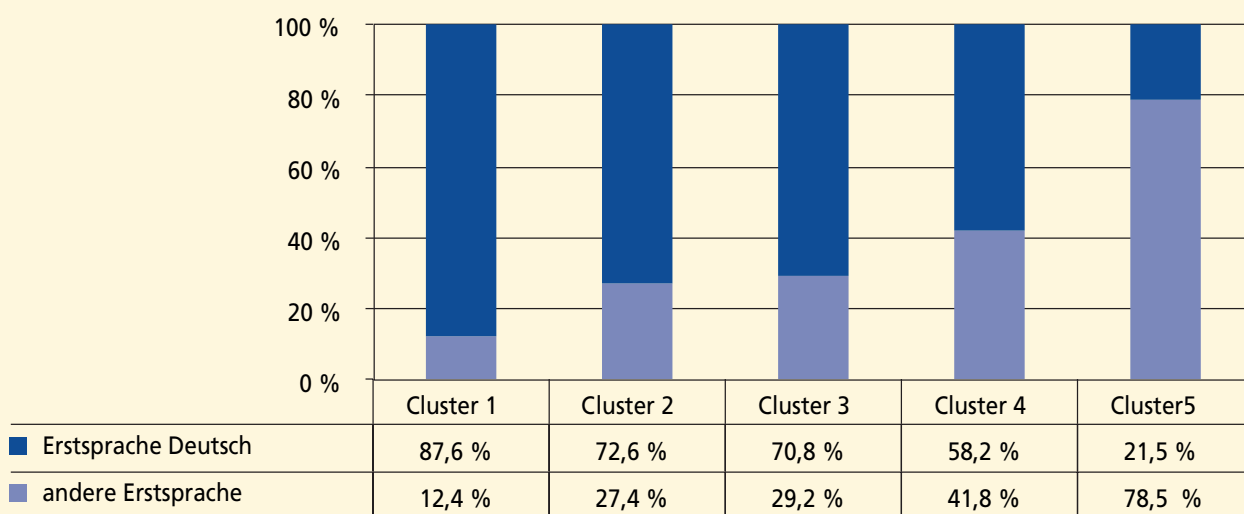
Bei der Schuleingangsuntersuchung werden die Eltern gefragt, welche Sprache mit dem Kind in den ersten vier Lebensjahren überwiegend gesprochen wurde. Diese Sprache zeigt sehr oft an, in welchem Kulturkreis sich die Familie zu Hause fühlt und wird hier als Indikator für den Migrationshintergrund gewertet.⁵

Für die Erstsprache deutsch wird eine 1, falls eine andere Sprache als deutsch gesprochen wurde, wird eine 2 protokolliert. Wenn bei zweisprachig aufwachsenden Kindern deutsch und eine andere Sprache gleich häufig in den ersten vier Lebensjahren mit dem Kind gesprochen wurde oder ein Elternteil als Erstsprachler mit dem Kind deutsch spricht, wird eine 1 protokolliert.⁶

Circa ein Drittel der im Beobachtungszeitraum untersuchten Kinder (6.744) sprechen in den ersten vier Lebensjahren überwiegend nicht die deutsche Sprache.

Die oben beschriebene Definition Erstsprache/Migrationshintergrund wird landesweit bei den Schuleingangsuntersuchungen verwendet und weicht ab von der Definition, die im Dortmunder Bericht zur sozialen Lage 2007 beschrieben wurde.

Abb. 7: Verteilung der Erstsprache auf die Sozialraum-Cluster (n = 19 722)

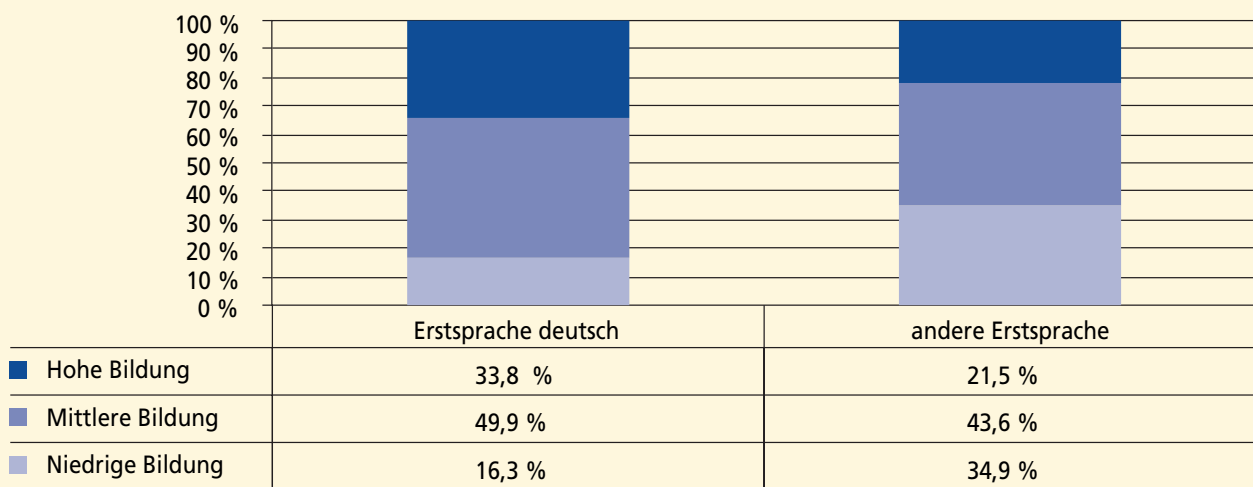


⁵⁺⁶ SOPESS – Handanweisung zur Durchführung und Auswertung

Betrachtet man dazu den Wohnort des Kindes, so ist festzustellen, dass von den im Sozialraum-Cluster 5 lebenden Schulanfängern 78,5 % einen über die Erstsprache definierten Migrationshintergrund haben. Der Sozialraum-Cluster 1 hat mit nur 12,4 % den geringsten Anteil.

Auch die Bildung der Eltern in der Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund bedarf noch einmal einer differenzierten Betrachtung

Abb. 8: Erstsprache und Bildungsgrad der Eltern (n = 13 045)



In der obenstehenden Grafik ist zu sehen, dass Kinder, deren Erstsprache nicht deutsch ist, doppelt so häufig aus Familien mit einem niedrigen Bildungsgrad stammen und wesentlich seltener aus Familien mit einem hohen Bildungsgrad als Kinder mit deutscher Erstsprache.

2. Untersuchungsergebnisse

Stellenwert und Ablauf der Schuleingangsuntersuchung (SEU)

Der erste Schultag ist ein Einschnitt im Kinderleben, an den sich Erwartungen aber auch Ängste knüpfen. Der Übergang vom Kindergarten in die Schule bringt für Kinder und Eltern vielerlei Umstellungen und Anforderungen mit sich. Ein Beitrag zum Gelingen dieses Übergangs ist die Schuleingangsuntersuchung, die der Schularzt im Auftrag des Gesetzgebers (§54 Schulgesetz, i.V.m. §12 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst) durchführt.

Aufgabe der SEU ist nicht mehr die Feststellung der Schulfähigkeit. In der Untersuchung soll vielmehr für jedes Kind ermittelt werden, welche Voraussetzungen es in der Schule braucht, um erfolgreich und mit Freude lernen zu können. Dies gilt in besonderem Maß für chronisch kranke oder behinderte Kinder.

Bei der Schuleingangsuntersuchung macht sich der Schularzt ein Bild vom Gesundheits- und Entwicklungsstand eines jeden Kindes. Die Eltern werden zur gesundheitlichen Vorgeschichte befragt, Vorsorgeheft und Impfausweis werden durchgesehen, Größe und Gewicht des Kindes ermittelt sowie das Seh- und Hörvermögen überprüft. Bei besonderen Fragestellungen oder bei fehlenden Vorsorgeuntersuchungen wird das Kind auch orientierend körperlich untersucht. Der Entwicklungsstand des angehenden Schulkindes wird mit einem standardisierten Untersuchungsverfahren ermittelt.

Von 2003–2010 wurde bei der Schuleingangsuntersuchung flächendeckend in NRW das vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA) 2003 herausgegebene „Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen“ – S-ENS, als diagnostisches Instrument verwendet. Seit dem Sommer 2010 wird das vom Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen entwickelte „Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS“, wie in fast allen Gesundheitsämtern Nordrhein-Westfalens auch in Dortmund, leicht modifiziert (s. Anmerkung Seite: 52), eingesetzt.

Der SOPESS untersucht mit seinen Merkmalsbereichen Aufmerksamkeit, Visuomotorik, visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern, Sprechen und Sprache, Körperkoordination sowie Zahlen und Mengenverständnis das Vorhandensein von sogenannten Vorläuferfunktionen für schulische Fertigkeiten.⁷ So können Auffälligkeiten grundlegender schulrelevanter Fähigkeiten erkannt und weiterer Diagnostik, Therapie bzw. Förderung zugeführt werden.

Mit dem Schulgutachten, das am Ende der Schuleingangsuntersuchung erstellt wird, wird die Schule über gesundheitliche Besonderheiten des Kindes informiert, sofern diese für den Schulalltag von Bedeutung sind. Außerdem wird die Schule auf Entwicklungsauffälligkeiten des Kindes, die besondere schulische Förderung erfordern, hingewiesen. Mit den Eltern wird dieses Schulgutachten sowie Maßnahmen zu ggf. erforderlicher weiterer Diagnostik oder Förderung besprochen.

⁷ SOPESS – theoretische und statische Grundlagen

2.1 Früherkennungsuntersuchungen U1–U9

Seit 1991 gibt es in allen Bundesländern ein einheitliches Früherkennungsprogramm für Kinder. Bis zum Schulalter umfasst es zehn Untersuchungen. Diese sind ein wesentlicher Baustein zur gesunden kindlichen Entwicklung und haben altersspezifische Schwerpunkte. Die Früherkennungsuntersuchungen bieten die Chance, dass mögliche Probleme oder Auffälligkeiten frühzeitig erkannt und behandelt werden können und das Kind – wenn erforderlich – gezielt unterstützt und gefördert werden kann. Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist für Eltern kostenlos. Auch eine Praxisgebühr wird nicht erhoben.

Abb. 9: Früherkennungsuntersuchungen U1–U9

U1	Nach der Geburt	Beurteilung von Vitalität • Reifezeichen und Fehlbildungen
U2	3.–10. Lebenstag	Innere Organe • Sinnesorgane • Früherkennung von Stoffwechselerkrankungen
U3	4.–6. Lebenswoche	Größe und Gewicht • Ernährungszustand • Hüftgelenke • Augenreaktion • Hörvermögen
U4	3.–4. Lebensmonat	Bewegungsverhalten und Reflexstatus • Seh- und Hörvermögen • Wachstum • Ernährung • Verdauung • Schutzimpfung
U5	6.–7. Lebensmonat	körperliche Entwicklung • Zähne • Ernährung • Schutzimpfung
U6	10.–12. Lebensmonat	körperliche Entwicklung • Entwicklung der Geschlechtsorgane • Sprachentwicklung
U7	21.–24. Lebensmonat	körperliche und geistige Entwicklung • Verhaltensweise • Schutzimpfung
U7a	33.–36. Lebensmonat	sprachliche und soziale Entwicklung
U8	46.–48. Lebensmonat	körperliche Geschicklichkeit • Hör -und Sehtest • Sprachentwicklung • Kontaktfähigkeit • Selbstständigkeit
U9	60.–64. Lebensmonat	körperliche und geistige Entwicklung • Bewegungsverhalten • Hör -und Sehtest • Sprachentwicklung • Prüfung Impfstatus

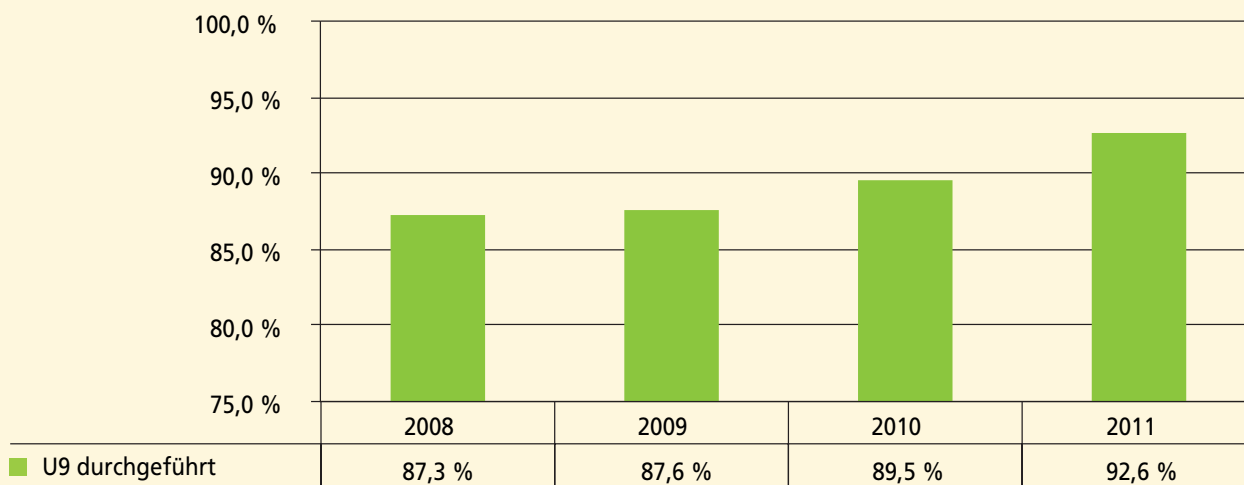
Mit der Einladung zur Schuleingangsuntersuchung werden die Eltern gebeten, das Früherkennungsheft mitzubringen.

88,2 % der Eltern haben das Früherkennungsheft vorgelegt. Somit beziehen sich die nachfolgenden Ergebnisse nur auf die vorgelegten Hefte. Über 11,8 % der Kinder kann keine Aussage getroffen werden. Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen kann als wichtiger Indikator für gesundheitsbewusstes Verhalten der Familie angesehen werden.

Es wird allgemein angenommen, dass Kinder, für die bei der Schuleingangsuntersuchung kein Früherkennungsheft vorlag, auch seltener an den Untersuchungen teilgenommen haben. Deshalb vermitteln die auf der Grundlage der vorgelegten Hefte ermittelten Ergebnisse vermutlich eher ein zu günstiges Bild. Die tatsächliche Inanspruchnahme-Rate liegt wahrscheinlich niedriger.

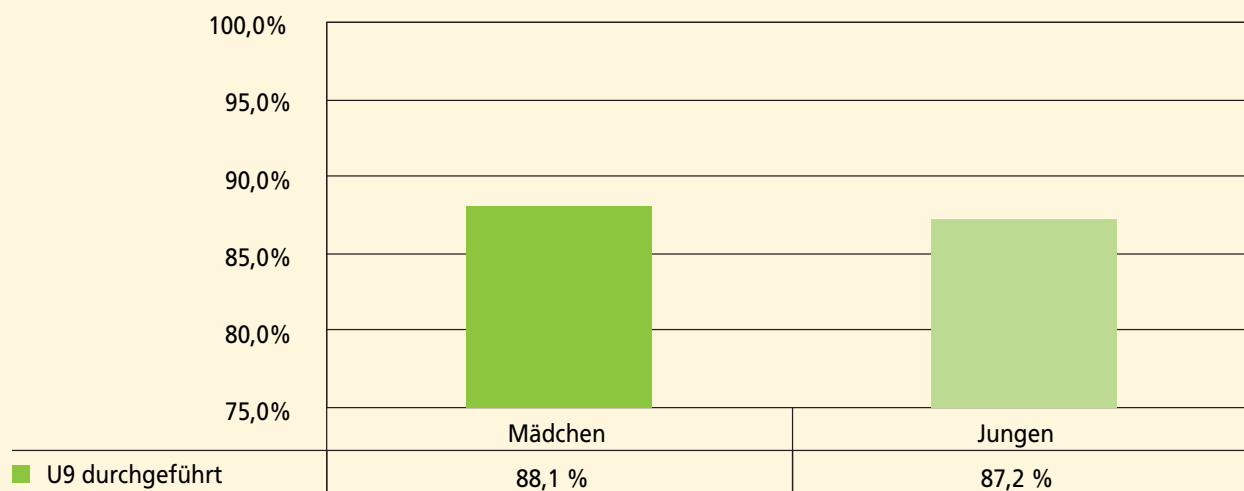
Nachfolgend wird die Inanspruchnahme der U9 für die Untersuchungsjahre 2008–2011 dargestellt.

Abb. 10: Durchgeführte U9 im Jahresvergleich (n = 17 259)



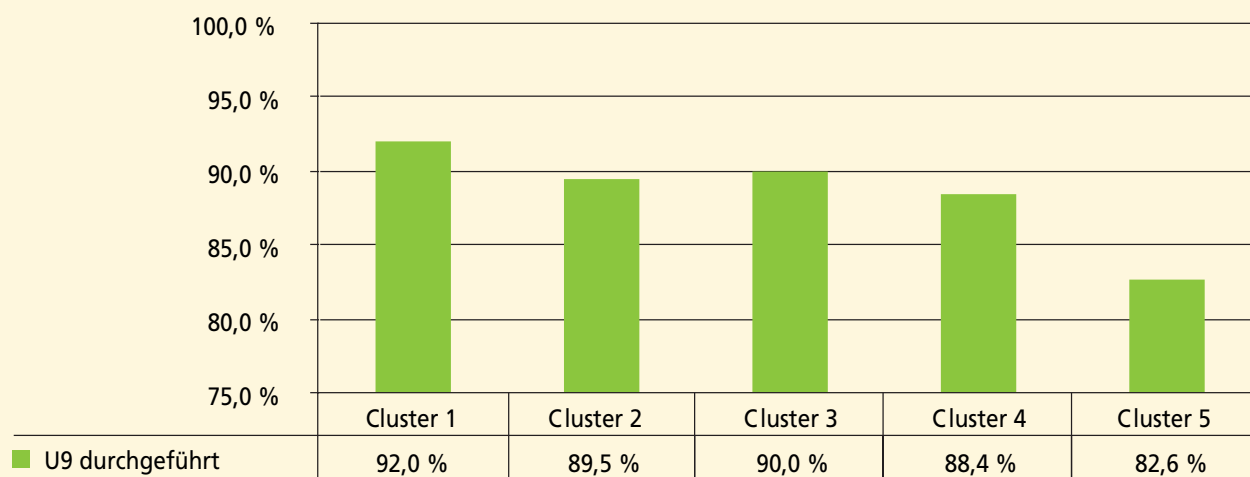
Über die Jahre hinweg ist eine kontinuierliche Zunahme der Wahrnehmung der U9 zu sehen. Diese Zunahme ist sicherlich neben vielen anderen Bemühungen auch auf das Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „Ich geh’ zur U! und du?“ zurückzuführen, das in den letzten fünf Jahren in enger Kooperation von Gesundheitsamt, Familienprojekt und Tageseinrichtungen in Dortmund durchgeführt wurde.

Abb. 11: Durchgeführte U9 bei Mädchen und Jungen (n = 17 259)



Keine nennenswerten Unterschiede gibt es bei der Inanspruchnahme der U9 zwischen Mädchen und Jungen.

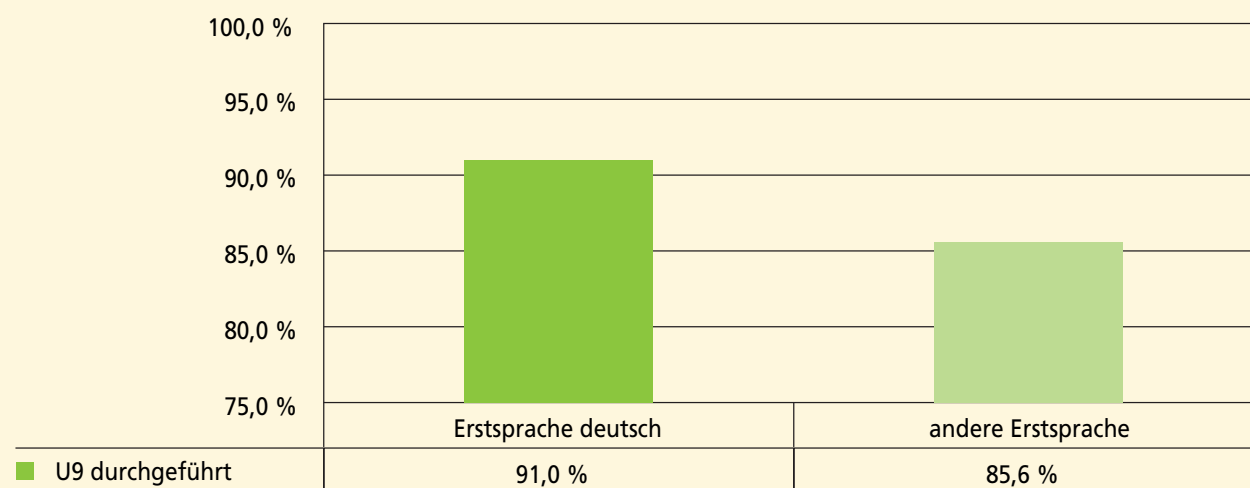
Abb. 12: Durchgeführte U9 in den Sozialraum-Clustern (n = 17 239)



Bei der Verteilung auf die Sozialraum-Cluster sieht man erhebliche Unterschiede bei der Inanspruchnahme der U9.

Circa 10 % niedriger ist die Inanspruchnahme der U9 bei Kindern, die im Sozialraum-Cluster 5 leben, gegenüber Kindern, die im Sozialraum-Cluster 1 leben.

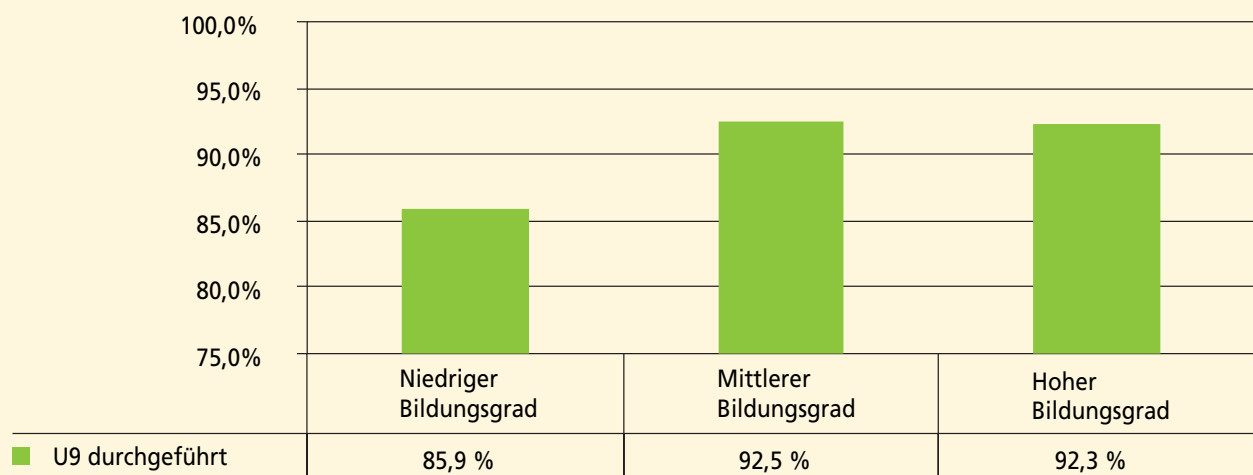
Abb. 13: Durchgeführte U9 und Erstsprache (n = 17 208)



Die Inanspruchnahmerate der Kinder mit Migrationshintergrund, (ermittelt durch die Erstsprache) zeigt einen deutlichen Unterschied zu deutschen Kindern.

Auch bei der Vorlage des Untersuchungsheftes ist der Anteil der Kinder aus der Gruppe der Migranten mit 81,1 % deutlich niedriger als der Anteil der deutschen Kinder mit 91,5 %.

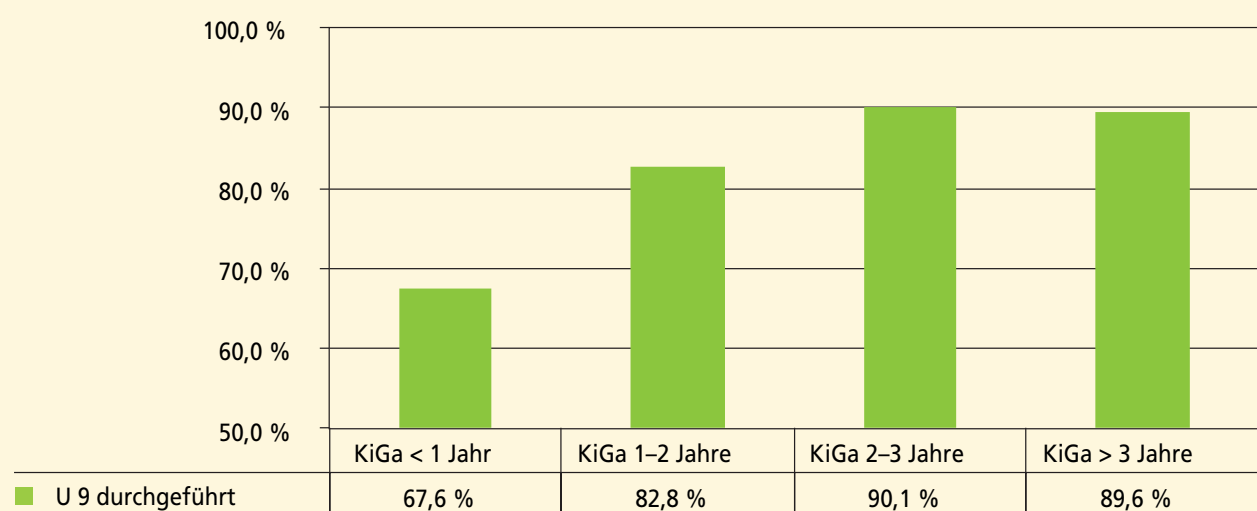
Abb. 14: Vorlage Untersuchungsheft und Bildungsstand der Eltern (n = 11 980)



Kinder aus Familien mit einem niedrigen Bildungsgrad zeigen schlechtere Ergebnisse in der Inanspruchnahme der Untersuchung als Kinder aus Familien mit einem mittleren oder hohen Bildungsindex.

Ebenso ist die Vorlage des Untersuchungsheftes mit 88,8 % bei niedrigem Bildungsgrad geringer als bei Kindern aus Familien mit einem mittleren (93,2 %) oder hohem (94,1 %) Bildungsgrad.

Abb. 15: Durchgeführte U9 und Dauer des Besuchs einer Tageseinrichtung (n = 17 135)



Einen bedeutenden Einfluss auf die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung U9 hat der Besuch einer Tageseinrichtung. Je länger die Kinder eine Tageseinrichtung besuchen, desto höher ist die Inanspruchnahme der Untersuchung.

Ergebnisse:

- In den Jahren von 2008–2011 konnte die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung U9 gesteigert werden.
- Zwischen Mädchen und Jungen bestehen in der Inanspruchnahme keine nennenswerten Unterschiede.
- Eine geringere Inanspruchnahme zeigt sich bei Kindern
 - die im Sozialraum-Cluster 5 leben,
 - die einen Migrationshintergrund haben,
 - die aus Familien mit einem niedrigen Bildungsgrad kommen.
- Die Dauer des Besuchs einer Tageseinrichtung hat einen Einfluss auf die Wahrnehmung der U9



2.2 Impfungen

Schutzimpfungen zählen zu den wirkungsvollsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen der modernen Medizin. Sie schützen nicht nur individuell, sondern führen auch zu einem Kollektivschutz der Bevölkerung. Ist der Anteil geimpfter Personen hoch, findet ein Erreger nicht mehr genug empfängliche Personen und die Krankheit kann sich nicht ausbreiten. Dieser Nutzen für den Gesundheitsschutz der Allgemeinbevölkerung setzt jedoch erst ein, wenn die Durchimpfungsraten entsprechend hoch sind. Der Prozentsatz an Personen, die in einer Bevölkerung geimpft sein müssen, um einen sicheren Kollektivschutz zu gewährleisten, ist dabei für jede Infektionskrankheit unterschiedlich. Für Masern z.B. liegt der Prozentsatz bei 92 bis 95 %⁸.

Empfehlungen für die Durchführung von Impfungen in Deutschland werden jährlich von der „Ständigen Impfkommission“ am Robert Koch-Institut (STIKO) herausgegeben und kontinuierlich an die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse und den konkreten Bedarf angepasst.



IMPFKALENDER Stand: Juli 2012 Nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO)											
Empfohlenes Impfalter	Alter in Monaten					Alter in Jahren					
	2	3	4	11-14	15-23	2-4	5-6	7-8	9-17	ab 18	ab 60
Wundstarrkrampf (Tetanus)	G1	G2	G3	G4	N	A1	N	A2		A ^{b)}	
Diphtherie	G1	G2	G3	G4	N	A1	N	A2		A ^{b)}	
Keuchhusten (Pertussis)	G1	G2	G3	G4	N	A1	N	A2		A ^{c)}	
Kinderlähmung (Poliomyelitis)	G1	G2 ^{a)}	G3	G4	N				A1	ggf. N	
Hepatitis B	G1	G2 ^{a)}	G3	G4	N						
Haemophilus influenzae Typ b (Hib)	G1	G2 ^{a)}	G3	G4	N						
Pneumokokken	G1	G2	G3	G4	N						S ^{e)}
Meningokokken				G1 ^{d)}			N				
Masern, Mumps, Röteln (MMR)				G1	G2		N			S ^{f)}	
Windpocken (Varizellen)				G1	G2		N				
Humane Papillomviren (HPV)									S ^{g)}		
Influenza											S ^{h)}

■ G Grundimmunisierung
■ S Standardimpfung
■ A Auffrischung
■ N Nachholimpfung

a) Bei Einzelimpfstoffen kann diese Dosis entfallen.
b) Auffrischung alle 10 Jahre
c) Die nächste fällige Tetanus-Diphtherie-(Td)-Impfung soll einmalig mit einem Td-Pertussis bzw. Td-Pertussis-Poliomyelitis-Impfstoff erfolgen.
d) Ab dem vollendeten 12. Lebensmonat
e) Einmalige Impfung mit Polysaccharid-Impfstoff, nur ggf. Auffrischung empfohlen
f) Einmalige Masern-Impfung (vorzugsweise MMR) für alle nach 1970 Geborenen ohne ausreichenden Impfschutz
g) Für alle Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren
h) Jährlich mit aktuellem Impfstoff

Ziel muss es sein, möglichst frühzeitig einen vollständigen Impfschutz zu erreichen.
Abweichungen von den angegebenen Terminen sind möglich und unter Umständen notwendig.

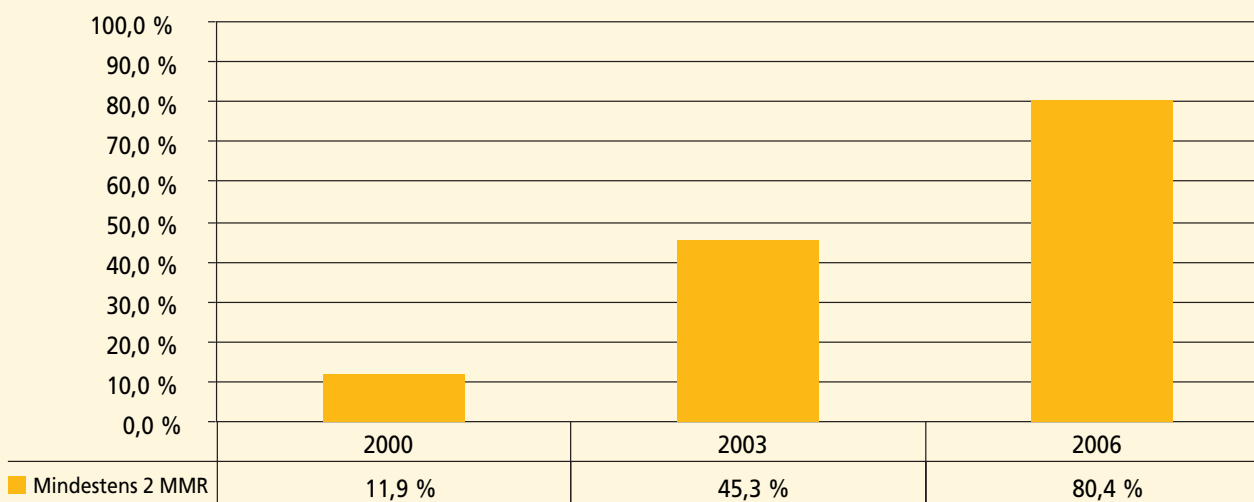
© DEUTSCHES GRÜNES KREUZ e. V. · Nikolaistraße 3 · 35037 Marburg · Telefon 06421 293-0 · Telefax 06421 293-187 · www.dgk.de

⁸Epidemiologisches Bulletin des Robert Koch Institutes, Ausgabe 30/2012

Der Impfstatus der Bevölkerung gilt ebenfalls als wichtiger Indikator der Gesundheitsversorgung. Wie bei den Früherkennungsuntersuchungen werden die Eltern mit der Einladung zur Schuleingangsuntersuchung gebeten, den Impfausweis ihrer Kinder mitzubringen. Ca. 88 % der Eltern legen den Impfausweis ihrer Kinder vor. Die Durchimpfungsrate bei den Dortmunder Schulanfängern ist, dank jahrelanger Aufklärungsarbeit aller beteiligten Gesundheitsakteure, kontinuierlich gestiegen und gibt grundsätzlich keinen Anlass zur Besorgnis. Lediglich die Rate der zweiten Masern-Mumps-Röteln-Impfung bedarf noch einer entsprechenden Steigerung. Im Folgenden wird die Wahrnehmung der zweiten Masern-, Mumps- und Röteln- (MMR) Impfung dargestellt.

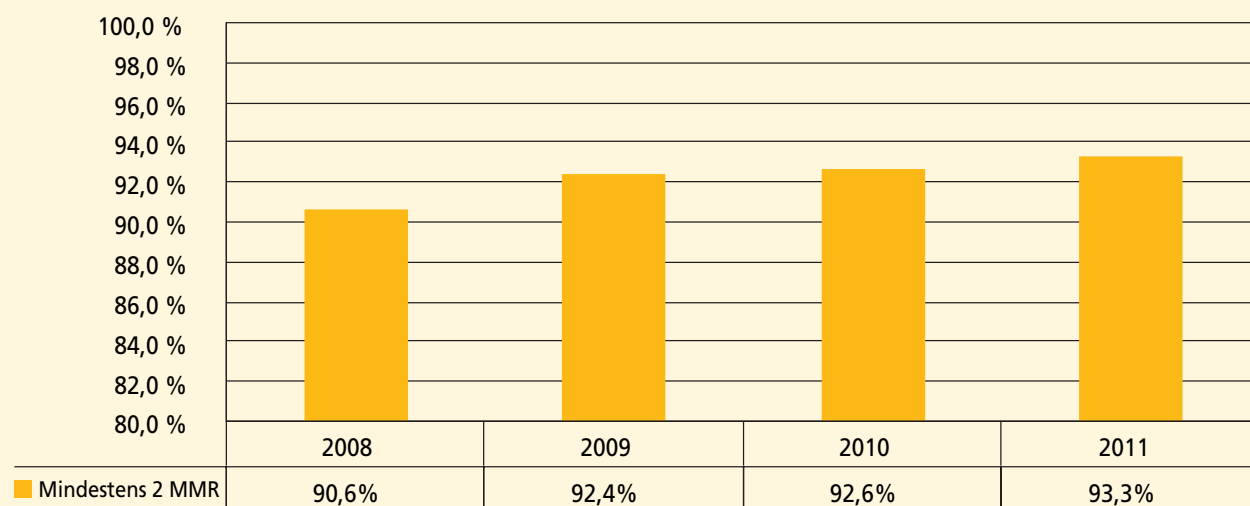
Da nur 87,6 % der Eltern den Impfausweis vorlegten, beziehen sich die nachfolgenden Zahlen nur auf diese Kinder. Über ca. 12,4 % der Kinder kann keine Aussage getroffen werden. Die tatsächliche Inanspruchnahme-Rate wird auch hier wahrscheinlich niedriger liegen.

Abb. 17: Inanspruchnahme der zweiten MMR-Impfung seit 2000



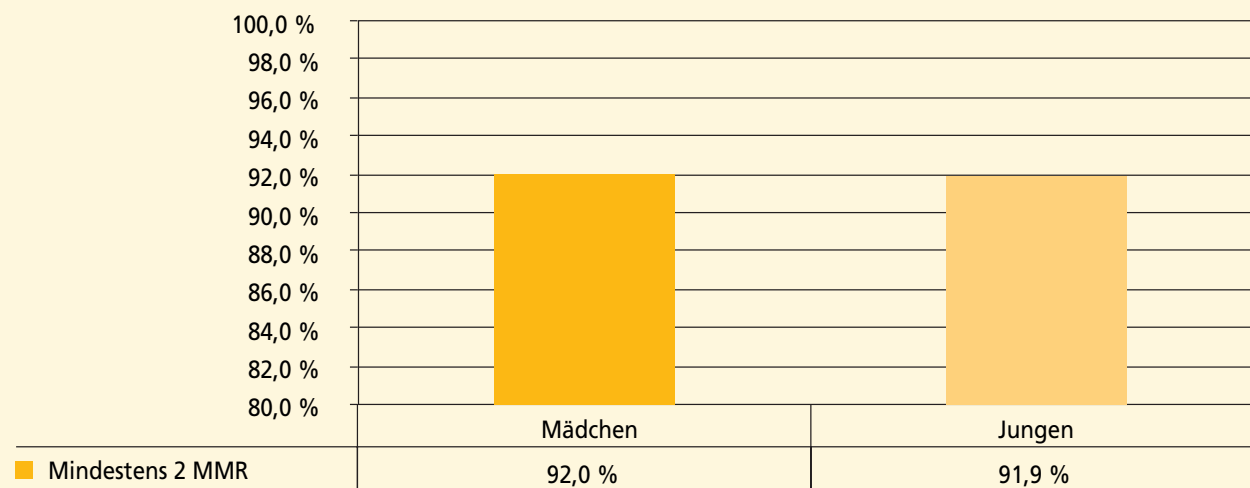
Die zweite MMR Impfung ist erst seit Mitte der 1990er Jahre für alle Kinder von der ständigen Impfkommision empfohlen und wird hier seit 2000 systematisch erfasst. Sie ist seitdem kontinuierlich angestiegen.

Abb. 18: Inanspruchnahme der zweiten MMR-Impfung im Jahresvergleich



Die Inanspruchnahme der zweiten MMR Impfung hat in den letzten Jahren eine weitere Steigerung erfahren.

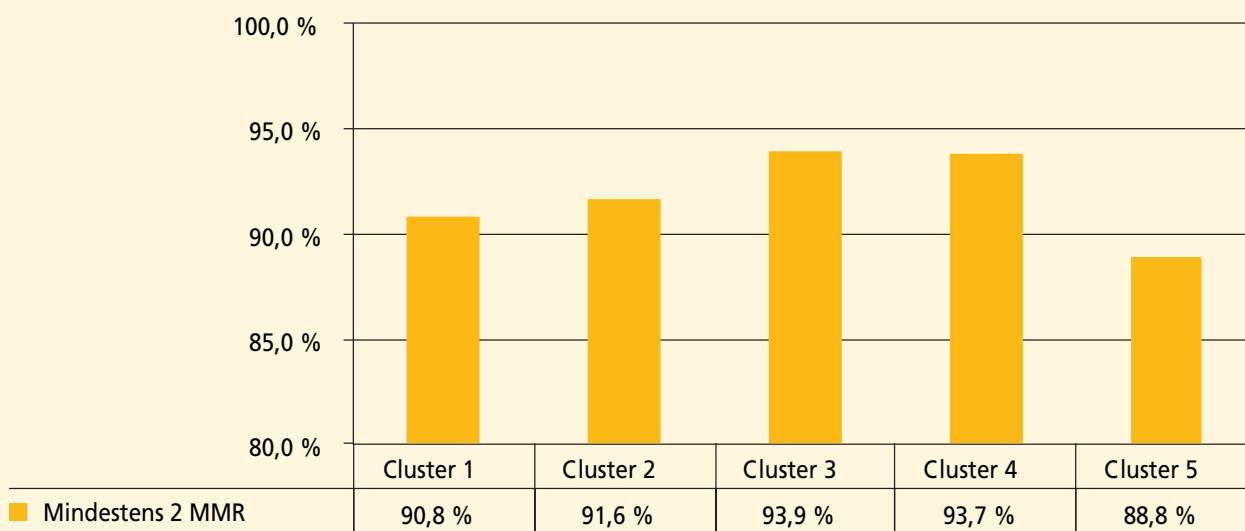
Abb. 19: Inanspruchnahme der zweiten MMR-Impfung bei Mädchen und Jungen



Zwischen Mädchen und Jungen gibt es keine Unterschiede in der Inanspruchnahme der zweiten MMR-Impfung

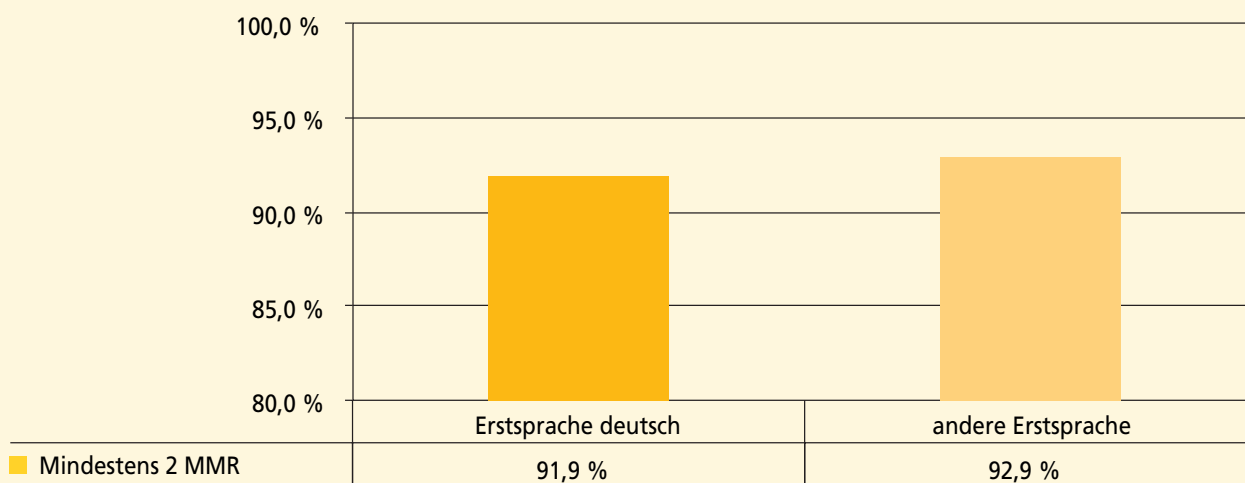
Bei der Verteilung auf die Sozialraum-Cluster sieht man erhebliche Unterschiede in der Inanspruchnahme der zweiten MMR Impfung. Die höchste Inanspruchnahme finden wir im sozial unauffälligen Sozialraum-Cluster 3 mit 93,7 %, die niedrigste im Cluster 5 mit 87,9 %. Die beiden sozial stabilen Sozialraum-Cluster 1 und 2 weisen

Abb. 20: Inanspruchnahme der zweiten MMR-Impfung in den Sozialraum-Clustern



jedoch nicht ganz so hohe Werte auf. Erfahrungswerte zeigen, dass in diesen beiden Clustern vermehrt Familien leben, die sich mit dem Thema Impfungen in kritischer Weise auseinander setzen und dazu tendieren, einige Impfungen nicht durchzuführen.

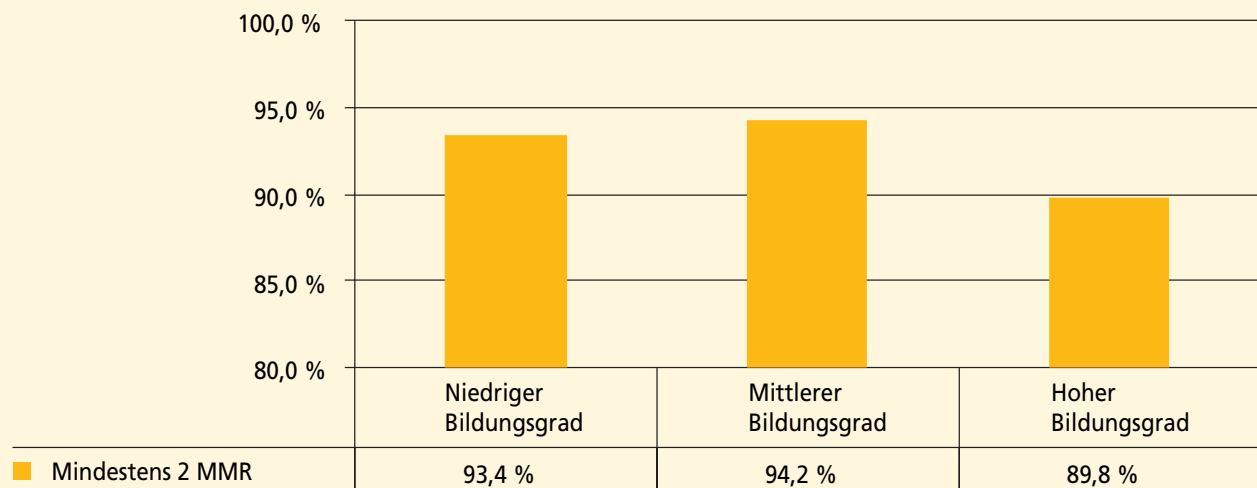
Abb. 21: Inanspruchnahme der zweiten MMR-Impfung und Erstsprache



Die Werte von Kindern mit Migrationshintergrund, (ermittelt durch die Erstsprache) und deutschen Kindern weichen in der obenstehenden Grafik nur geringfügig voneinander ab. Die Berechnung auf der Basis der vorgelegten Impfausweise ergibt sogar eine leicht höhere Rate für Kinder mit Migrationshintergrund.

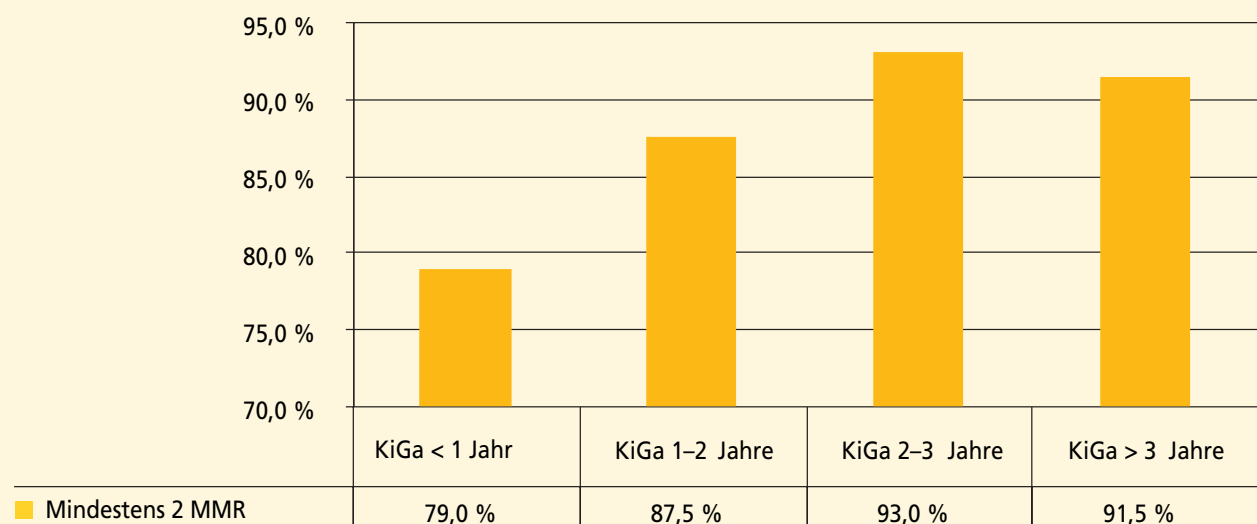
Die Rate der vorgelegten Impfausweise variiert jedoch. Bei Kindern deren Erstsprache nicht deutsch ist, liegt sie bei 82,7 %. Bei deutschen Kindern liegt sie bei 90,2 %.

Abb. 22: Inanspruchnahme der zweiten MMR-Impfung und Bildungsgrad der Eltern



Die Inanspruchnahme der zweiten MMR-Impfung ist bei Kindern aus Familien mit einem mittleren Bildungsgrad am höchsten. Kinder aus Familien mit einem niedrigen Bildungsgrad erreichen Werte von 93,4 %. Die niedrigsten Werte erreichen Kinder aus Familien mit einem hohen Bildungsgrad. Die Vorlagerate spielt in dieser Gruppe keine Rolle. Es handelt sich eher um einen höheren Anteil impfskeptischer Eltern.

Abb. 23: Inanspruchnahme der zweiten MMR-Impfung und Dauer des Besuchs einer Tageseinrichtung



Wie schon bei der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung U9 beschrieben, wird auch hier der Einfluss der Tageseinrichtungen deutlich. Kinder, die länger als zwei Jahre eine Tageseinrichtung besuchen, weisen eine höhere Rate bei der Inanspruchnahme der zweiten MMR-Impfung auf.

Ergebnisse:

- Die MMR Durchimpfungsrate konnte in den letzten Jahren weiter gesteigert werden.
- Zwischen Mädchen und Jungen gibt es keine Unterschiede in der Inanspruchnahme der zweiten MMR-Impfung.
- Die höchste Inanspruchnahme finden wir im sozial unauffälligen Sozialraum-Cluster 3 mit 93,7 % die niedrigste Inanspruchnahme im Sozialraum-Cluster 5 mit 87,9 %.
- Die Werte von Kindern mit Migrationshintergrund und deutschen Kindern weichen nur geringfügig von einander ab. Unterschiede gibt es jedoch in der Rate der vorgelegten Hefte.
- Kinder aus Familien mit einem hohen Bildungsgrad haben geringere Durchimpfungsraten.
- Die Dauer des Besuchs einer Tageseinrichtung steigert die Inanspruchnahme von Impfungen.

2.3 Übergewicht und Adipositas

Zur Prävalenz von Übergewicht und Adipositas stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) fest: „Adipositas hat sich im Gesundheitswesen zu einem Kernproblem entwickelt. Die Welt-Gesundheitsorganisation WHO bezeichnet Adipositas sogar als das größte chronische Gesundheitsproblem. Als Folge von Übergewicht und Adipositas kann es zu einer Reihe von Erkrankungen und Neben-erkrankungen kommen, die nicht nur für die Erwachsenen ein hohes Risiko darstellen. Bereits bei Kindern und Jugendlichen können Übergewicht und Adipositas zu Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, orthopädischen und psychischen Erkrankungen führen. Es handelt sich dabei also nicht nur um ein „Gewichtsproblem“, sondern um eine bereits im Kindes- und Jugendalter auftretende ernstzunehmende Gesundheitsstörung⁹.“

Ursachen von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Laut BZgA gibt es sehr komplexe Ursachen für die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas. Einen starken Einfluss auf das Ess- und Bewegungsverhalten in der Familie haben neben genetischen Faktoren insbesondere soziale und soziokulturelle Faktoren. Veränderte familiäre Strukturen, ethnische Zugehörigkeit oder ein niedriger sozialer Status können zu ungünstiger Ernährungsweise und mangelnder körperlicher Bewegung führen. Ein Missverhältnis von aufgenommener Energie zu verbrauchter Energie mündet langfristig in eine vermehrte Ansammlung von Körperfett.

Bei der Schuleingangsuntersuchung wird das Kind ohne Schuhe und nur leicht bekleidet gemessen und gewogen. Mit Hilfe dieser Werte wird der Körpermassenindex (Body-Mass-Index BMI) nach der Formel Körpergewicht dividiert durch das Quadrat der Körpergröße bestimmt. Bei Erwachsenen spricht man von Übergewicht bei einem BMI > 25 und von Adipositas bei einem BMI > 30. Bei Kindern verändert sich die Körpermasse abhängig von der Entwicklung, vom Alter und vom Geschlecht, so dass hier keine starren Werte festgelegt werden können.

Daher müssen im Kindesalter BMI-Referenzkurven verwendet werden. Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter AGA empfiehlt die Verwendung der Referenz für deutsche Kinder, die 2001 publiziert wurde¹⁰.

Wenn der BMI eines Kindes oberhalb der 90. Perzentile liegt, d.h. nur 10 von 100 Kindern gleichen Alters einen höheren BMI als dieses Kind haben, sprechen wir von Übergewicht, liegt der BMI oberhalb der 97. Perzentile, d.h. nur 3 von 100 gleich alten Kindern haben einen höheren BMI als dieses Kind, sprechen wir von Adipositas oder Fettleibigkeit.

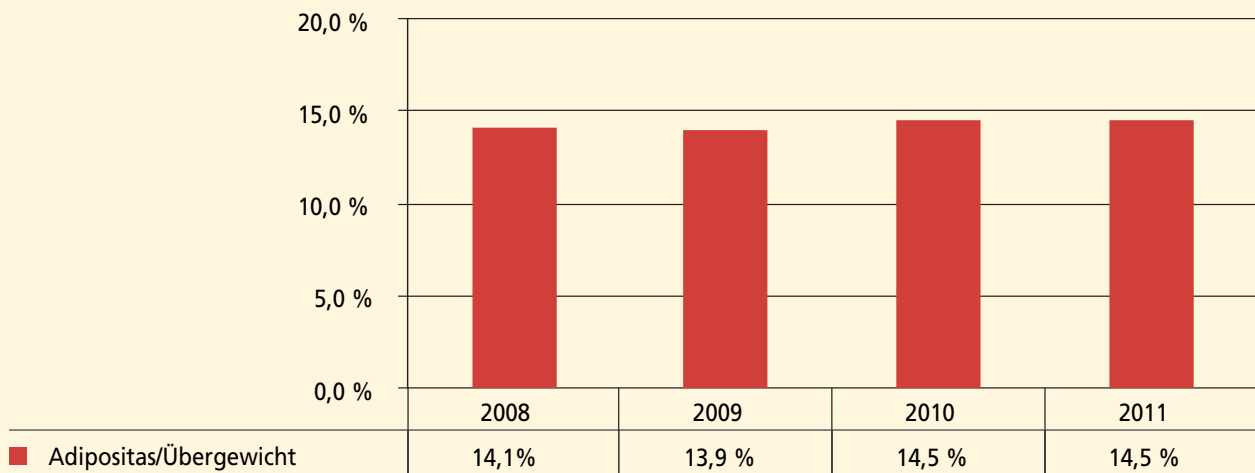
In den nachfolgenden Grafiken sind Übergewicht und Adipositas zusammengefasst dargestellt. Gesamtstädtisch lässt sich für die Dortmunder Schulanfänger/-innen sagen, dass ca. 8 % der Kinder übergewichtig sind und ca. 6 % der Kinder adipös.

Für die Auswertungen wurden die Daten der Schuleingangsuntersuchungen aus den Jahren 2008–2011 herangezogen. Insgesamt standen 19 816 Datensätze zur Verfügung.

⁹ http://www.bzga-kinderuebergewicht.de/adipo_mtp/grundlagen/situation.htm

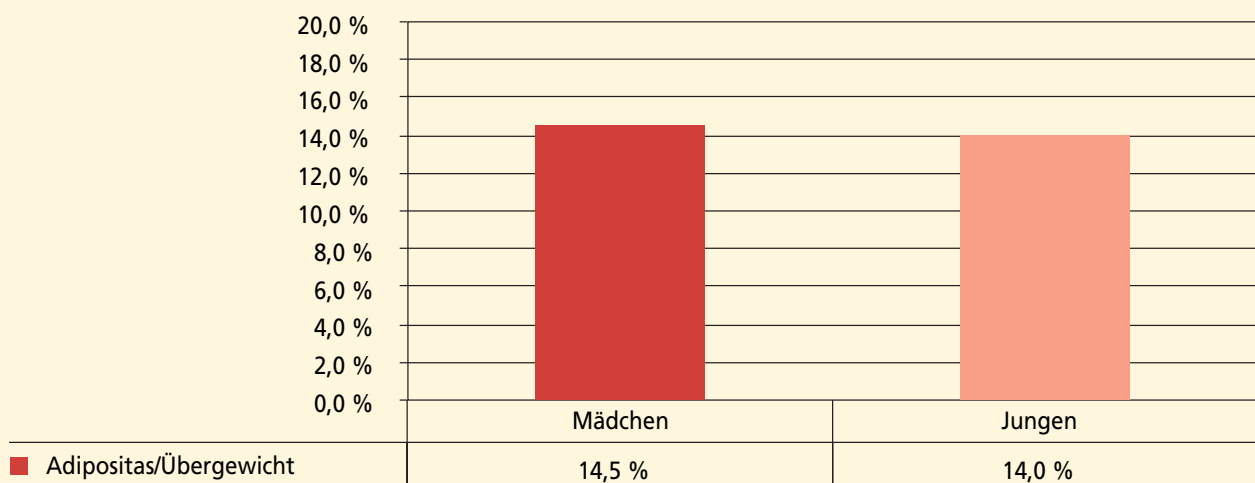
¹⁰ Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M. et al. (2001)

Abb. 24: Übergewicht/Adipositas im Jahresvergleich (n = 19 816)



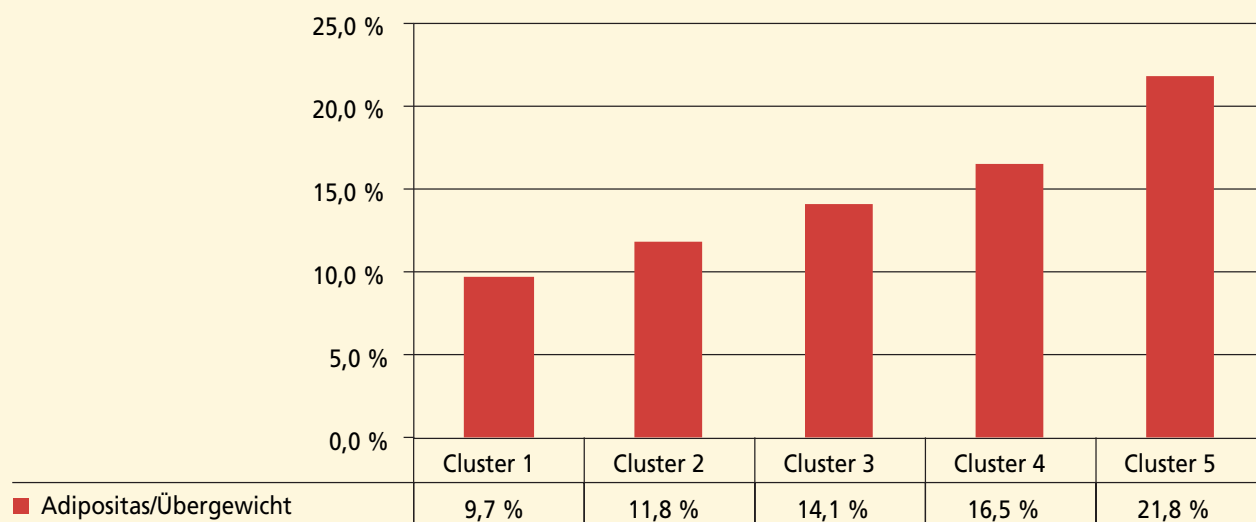
In der obenstehenden Grafik wird deutlich, dass der Anteil der übergewichtigen Kinder in den letzten Jahren konstant hoch ist.

Abb. 25: Übergewicht/Adipositas bei Mädchen und Jungen (n = 19 716)



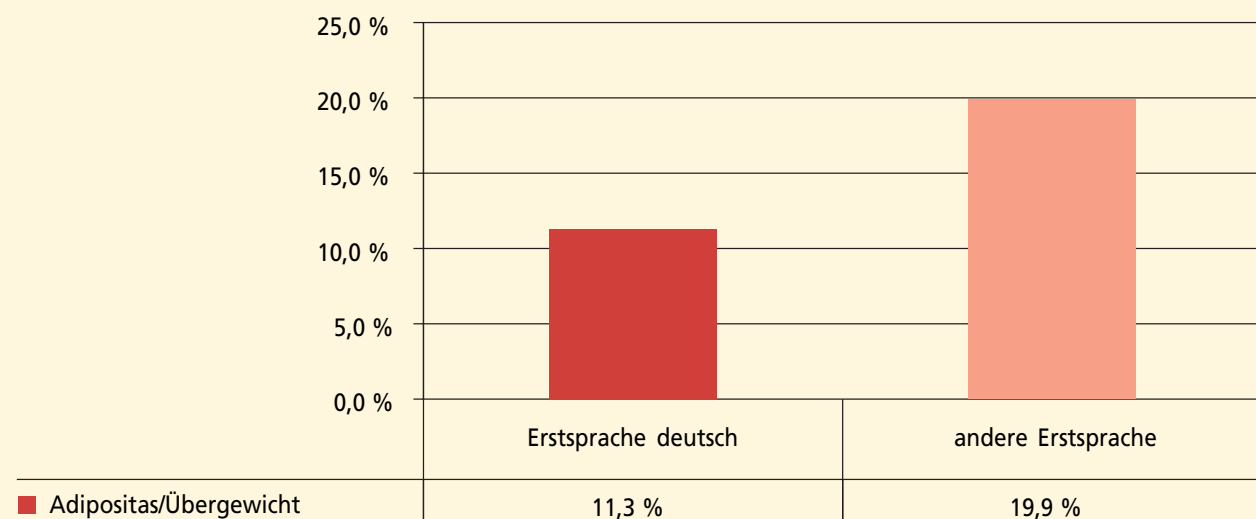
Zwischen Mädchen und Jungen gibt es keine nennenswerten Unterschiede.

Abb. 26: Übergewicht/Adipositas in den Sozialraum-Clustern (n = 19 793)



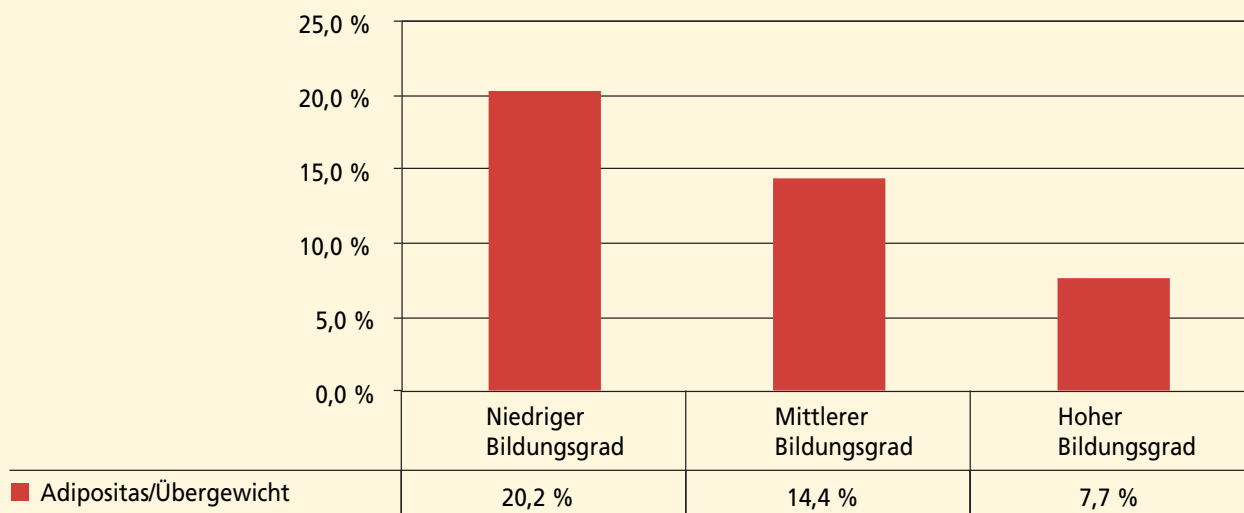
Vergleicht man die Werte in den einzelnen Sozialraum-Clustern, so fällt auf, dass der Anteil der Kinder mit Übergewicht aus dem Sozialraum-Cluster mit geringsten Belastungsfaktoren (Sozialraum-Cluster 1) nur 9,7 % beträgt. Im Sozialraum-Cluster mit den höchsten Belastungsfaktoren (Sozialraum-Cluster 5) liegt der Anteil bei 21,8 %.

Abb. 27: Übergewicht/Adipositas und Erstsprache (n = 19 745)



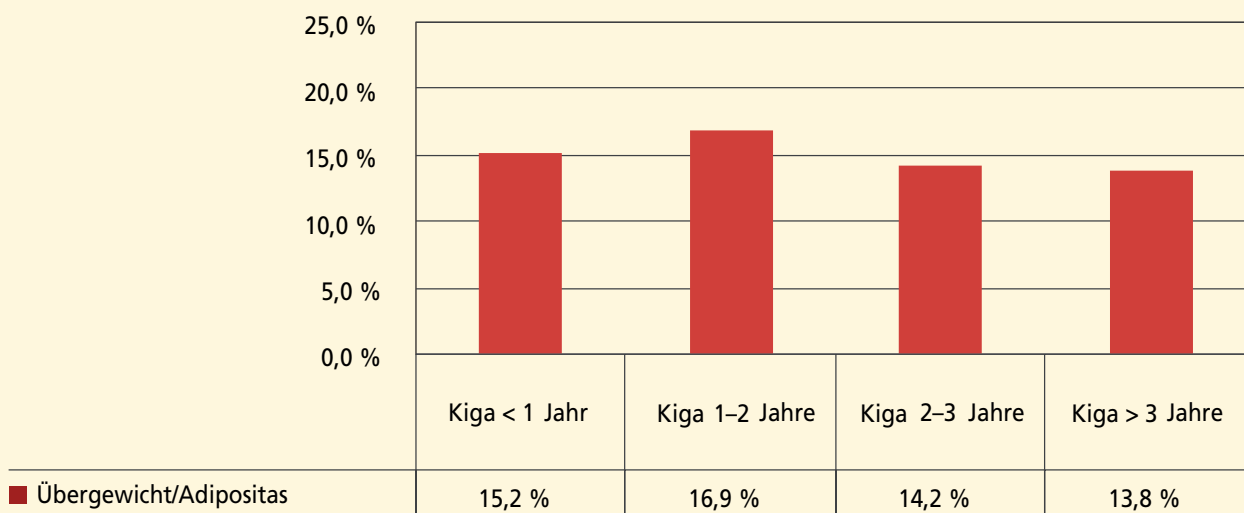
Betrachtet man den Anteil der Kinder mit Übergewicht getrennt nach Erstsprache deutsch und nicht deutsch (Indikator für Migrationszugehörigkeit), so wird deutlich, dass Kinder mit einem Migrationshintergrund mit 19,9 % wesentlich häufiger übergewichtig sind als deutsche Kinder mit 11,3 %.

Abb. 28: Übergewicht/Adipositas und Bildungsgrad der Eltern (n = 13 033)



Den Zusammenhang zwischen Übergewicht und Bildungsniveau zeigt die obenstehende Grafik. Je niedriger das Bildungsniveau, desto höher der Anteil der übergewichtigen Kinder.

Abb. 29: Übergewicht/Adipositas und Dauer des Besuchs einer Tageseinrichtung (n = 19 541)



Der Besuch einer Tageseinrichtung scheint nur geringen Einfluss auf das Vorhandensein von Übergewicht zu haben, wie die obenstehende Grafik zeigt.

Ergebnisse:

- Übergewicht und Adipositas sind im Jahresvergleich konstant hoch.
- Zwischen Mädchen und Jungen bestehen keine nennenswerten Unterschiede.
- Übergewicht ist im Sozialraum-Cluster 1 am geringsten und im Sozialraum-Cluster 5 am stärksten ausgeprägt.
- Häufiger Übergewicht haben Kinder
 - mit einem Migrationshintergrund
 - aus Familien mit einem niedrigen Bildungsgrad
- Die Dauer des Besuchs einer Tageseinrichtung zeigt kaum Auswirkungen.

2.4 Körperkoordination

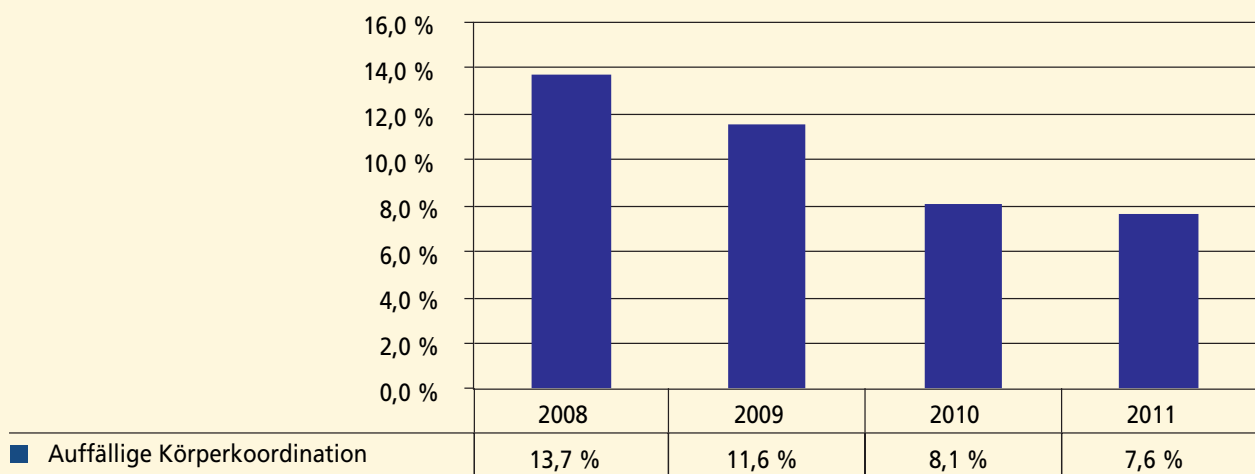
Die motorische Entwicklung des Kindes verläuft ab der Geburt in zahlreichen Entwicklungsschritten, deren Reihenfolge sich von Kind zu Kind unterscheiden kann. Sie wird wesentlich von Hirnreifungsprozessen aber auch von den Umgebungsbedingungen beeinflusst.

Motorische Fähigkeiten spielen unter Kindern und Jugendlichen eine große Rolle. Motorisch geschickte Kinder sind gefragte Spiel- und Sportpartner und genießen höheres Ansehen als motorisch ungeschickte Kinder, die als „unsportlich“ oftmals ausgegrenzt oder sogar gehänselt werden.

Neben der Bedeutung für das Selbstwertgefühl von Kindern und Jugendlichen sind motorische Fertigkeiten zeitlebens bis ins hohe Alter wichtig zur Vorbeugung von Adipositas und zur Gesunderhaltung allgemein durch eine bewegungsreiche Gestaltung des Alltags und sportliche Aktivitäten in der Freizeit.

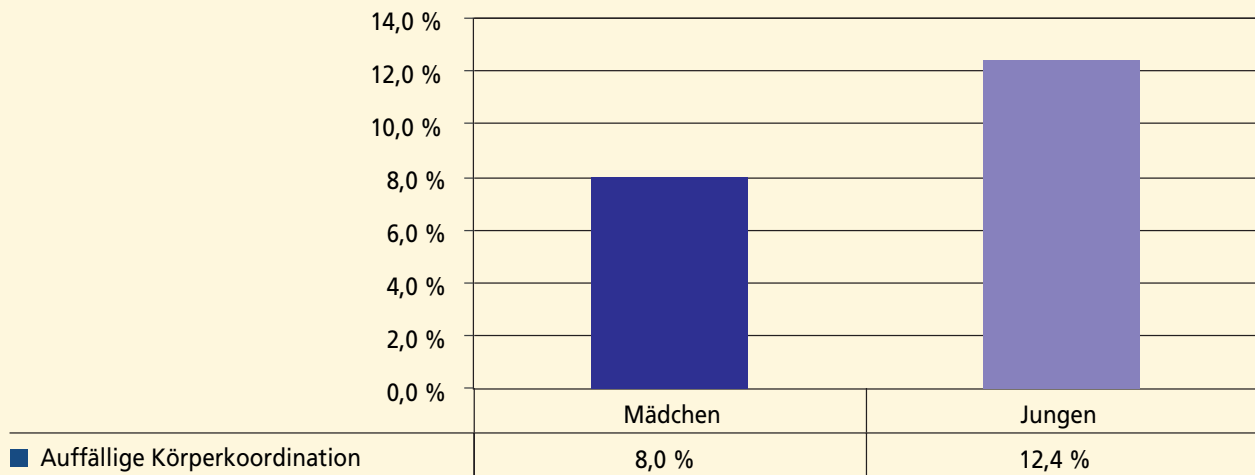
Im SOPESS wird die Körperkoordination durch beidfüßiges Hin- und Herspringen auf einer in der Mitte unterteilten Matte geprüft.

Abb. 30: Auffällige Körperkoordination im Jahresvergleich (n = 19 085)



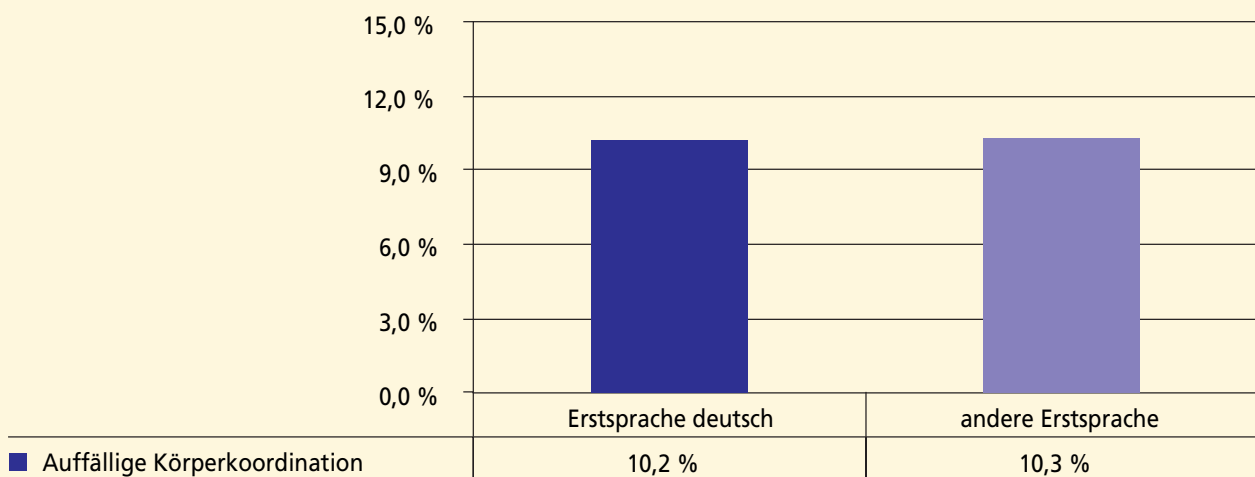
Im Jahresvergleich wird deutlich, dass die Auffälligkeiten in der Körperkoordination in den letzten Jahren zurückgegangen sind.

Abb. 31: Auffällige Körperkoordination bei Mädchen und Jungen (n = 19 085)



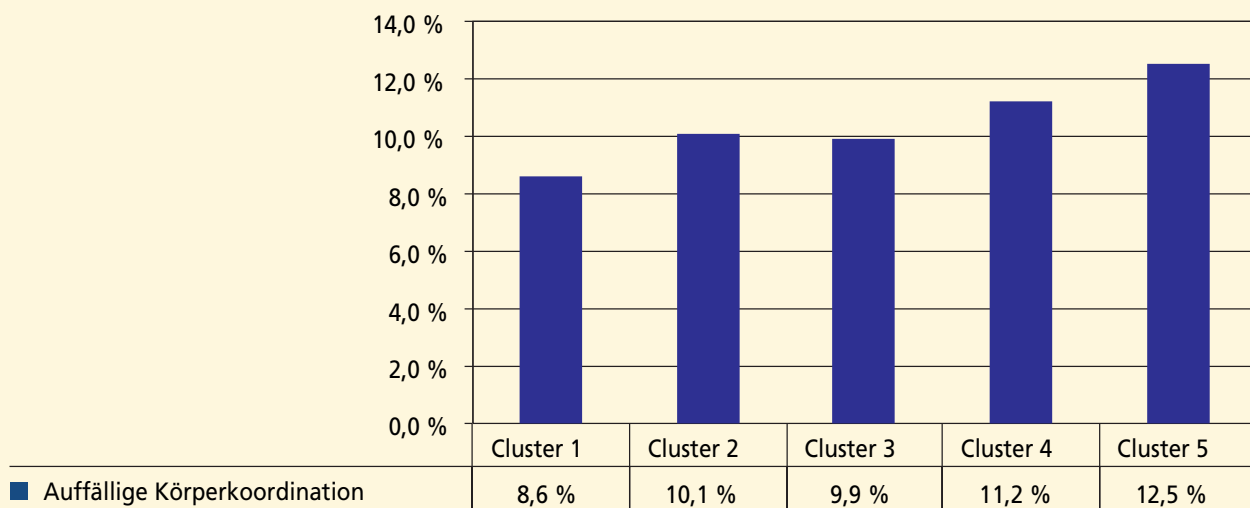
Die obenstehende Grafik zeigt, dass Jungen mit 12,4 % häufiger Auffälligkeiten in der Körperkoordination aufweisen als Mädchen mit 8,0 %

Abb. 32: Auffällige Körperkoordination und Erstsprache (n = 19 081)



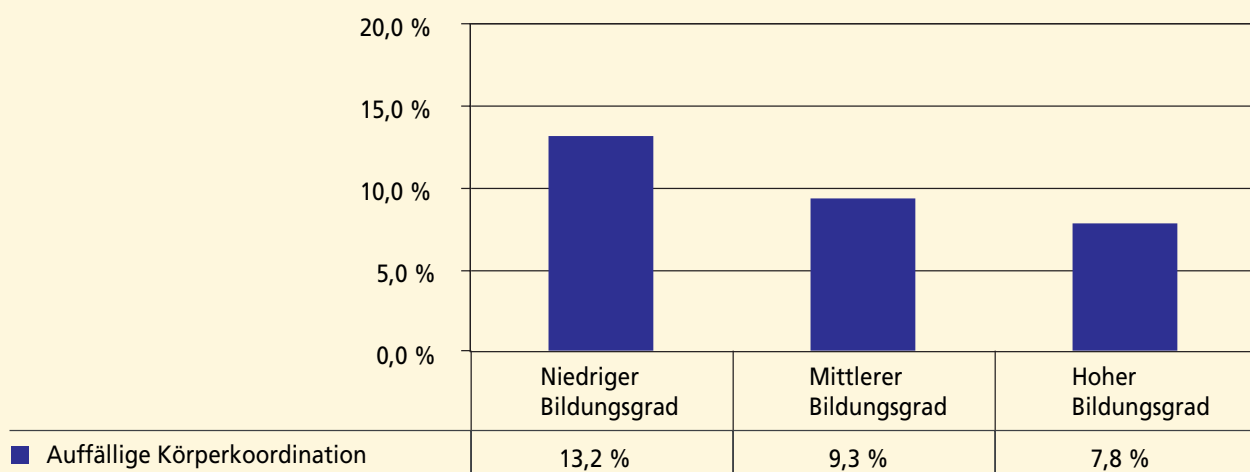
Zwischen Kindern mit deutscher und nicht deutscher Erstsprache gibt es keinen Unterschied in der Körperkoordination.

Abb. 33: Auffällige Körperkoordination in den Sozialraum-Clustern (n = 19 064)



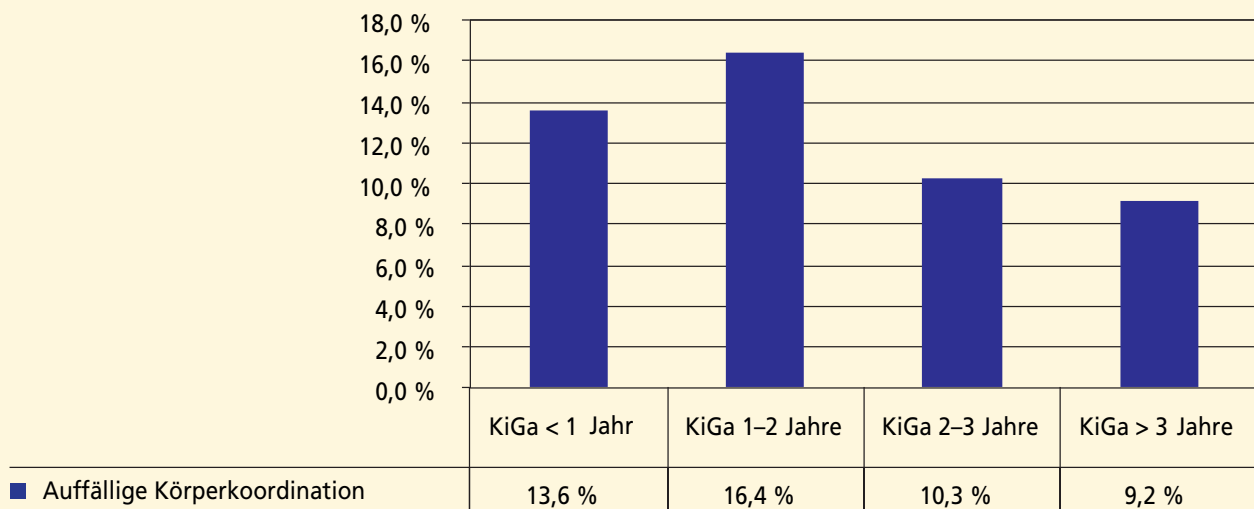
Bei der Verteilung auf die Sozialraum-Cluster sieht man jedoch Unterschiede. Kinder, die im Sozialraum-Cluster 4 und 5 leben, weisen häufiger Auffälligkeiten in der Körperkoordination auf als Kindern, die im Sozialraum-Cluster 1 leben.

Abb. 34: Auffällige Körperkoordination und Bildungsgrad der Eltern (n = 12 678)



Kinder aus Familien mit einem niedrigen Bildungsgrad zeigen schlechtere Ergebnisse bei der Körperkoordination als Kinder aus Familien mit einem mittleren oder hohen Bildungsindex.

Abb. 35: Auffällige Körperkoordination und Dauer des Besuchs einer Tageseinrichtung (n = 18 919)



Die Dauer des Besuchs einer Tageseinrichtung scheint sich günstig auf die Körperkoordination auszuwirken, wie die obenstehende Grafik zeigt. Kinder die längere Zeit eine Tageseinrichtung besuchen, weisen seltener Auffälligkeiten auf als Kinder, die nur kurz oder 1–2 Jahre eine Einrichtung besuchen.

Ergebnisse:

- Auffälligkeiten haben über die Jahre abgenommen.
- Jungen zeigen häufiger Auffälligkeiten als Mädchen.
- Schlechtere Ergebnisse zeigen Kinder, die im Sozialraum-Cluster 4 und 5 leben.
- Keine Unterschiede finden sich zwischen deutschen Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund.
- Kinder aus Familien mit einem niedrigen Bildungsgrad zeigen häufiger Auffälligkeiten in der Körperkoordination.
- Kinder die längere Zeit eine Tageseinrichtung besuchen, haben seltener Auffälligkeiten in der Körperkoordination.

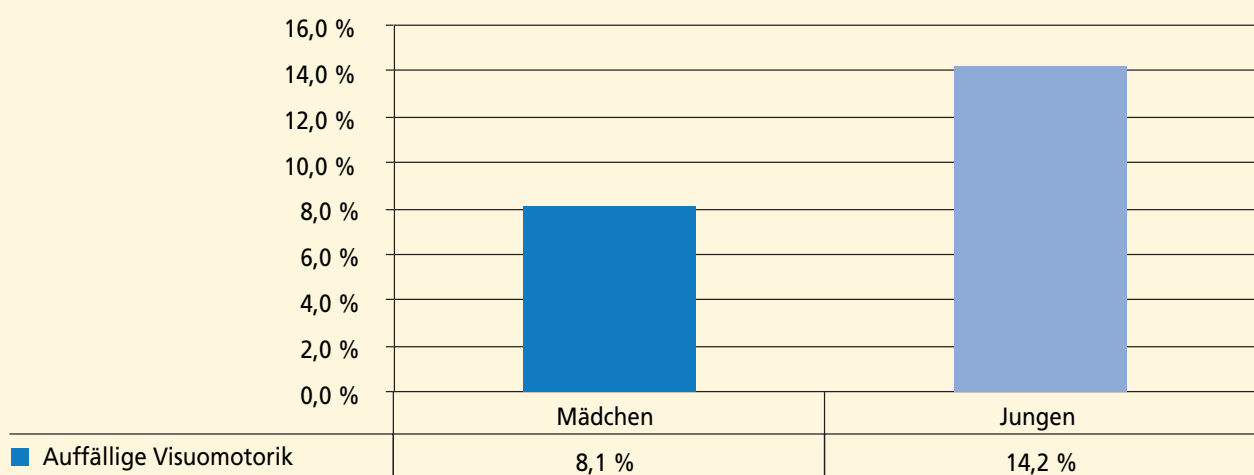
2.5 Visuomotorik (Auge-Hand-Koordination)

Die Fähigkeit Bewegungen des Körpers oder von Körperteilen mit dem Sehen zu koordinieren nennt man visuomotorische Koordination. Sie ist bei nahezu allen Handlungen beteiligt. Ein reibungsloses Funktionieren von Handlungsfolgen setzt eine ungestörte Koordination von Augen und Motorik voraus. Für die geistige Entwicklung von Kindern spielen visuomotorische Leistungen eine bedeutende Rolle. Insbesondere im schulischen Kontext erlangt die visuomotorische Leistung eine große Bedeutung. Konkret gesagt, Schreibenlernen setzt einen sicheren Umgang mit dem Stift voraus. Kinder mit Problemen in der Visuomotorik müssen sich beim Schreiben mehr anstrengen und ermüden rascher, sie arbeiten langsamer als ihre Mitschüler und schreiben oftmals unleserlich¹³.

Zur Überprüfung der visuomotorischen Fähigkeiten werden den Kindern bei der Schuleingangsuntersuchung unterschiedliche Aufgabenblätter vorgelegt, in denen sie unvollständige Gegenstände ergänzen, aber auch Gegenstände nach einer Vorlage abmalen sollen. Die Aufgaben werden mit Punkten bewertet und zu einem Orientierungswert addiert.

Durch die unterschiedlichen Vorlagen und Bewertungskriterien sind die Punktwerte der S-ENS und SOPESS Tests nicht miteinander vergleichbar. Deshalb werden für die Auswertungen nur die Daten der Schuleingangsuntersuchung aus dem Zeitraum 01.07.2010 bis 31.08.2011 herangezogen. Insgesamt standen 5.403 Datensätze zur Verfügung.

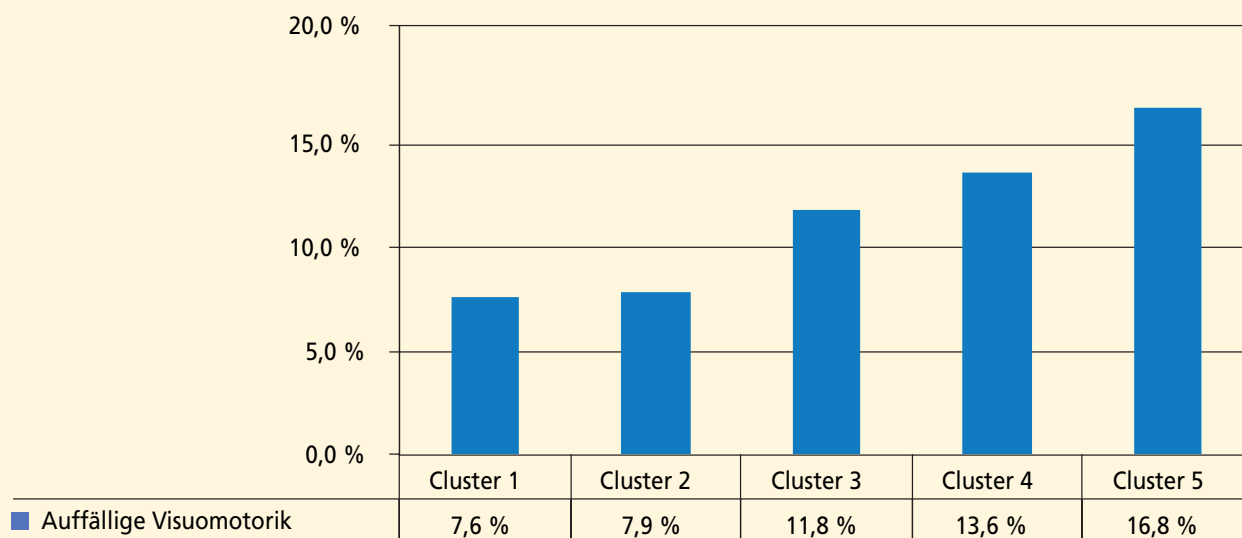
Abb. 36: Auffällige Visuomotorik bei Mädchen und Jungen (n = 5 403)



Betrachtet man die Werte getrennt nach Mädchen und Jungen, so wird deutlich, dass Jungen mit 14,2 % wesentlich häufiger Auffälligkeiten in der Visuomotorik zeigen als Mädchen mit 8,1 %. Man kann davon ausgehen, dass die geringer ausgeprägte Handgeschicklichkeit und damit auch die geringere Freude am Malen bei Jungen in dieser Altersgruppe eine Rolle spielen.

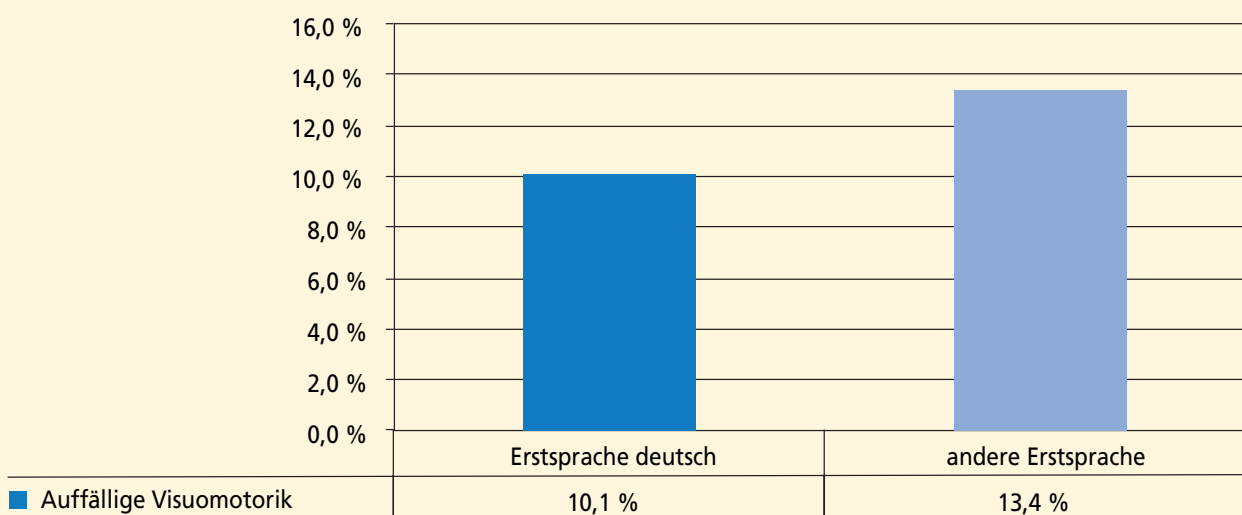
¹³ Gabriele Trost-Brinkhues: Auffälliges Entwicklungsscreening – was dann? PowerPoint gestützter Vortrag auf der Fortbildungsveranstaltung „Aktuelle Aspekte der Einschulungsuntersuchung“ am 31.08. und 01.09.2010 in der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

Abb. 37: Auffällige Visuomotorik in den Sozialraum-Clustern (n = 5 403)



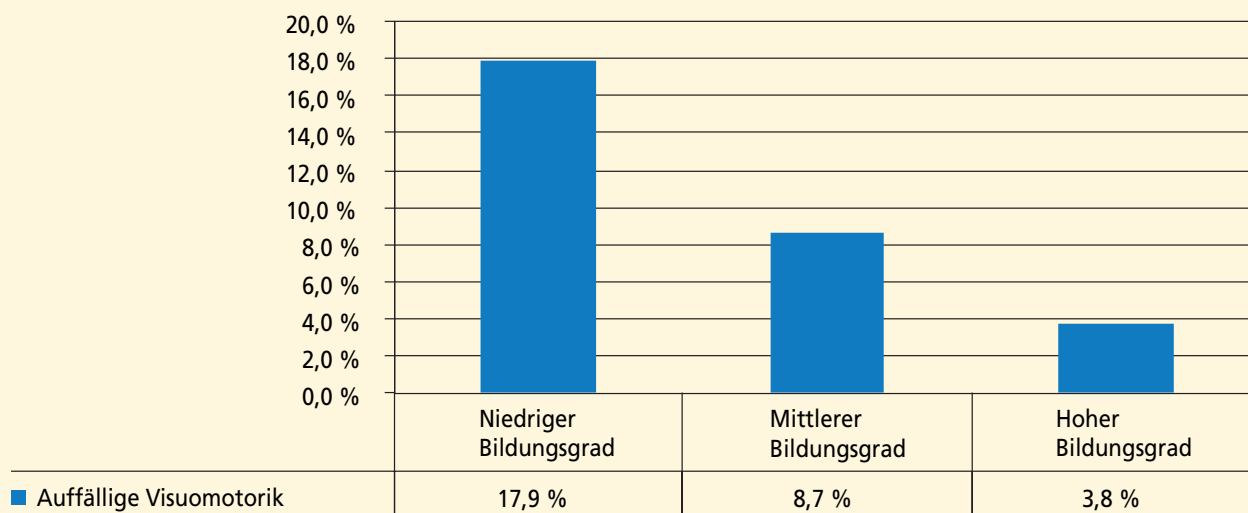
Bei der Verteilung auf die Sozialraum-Cluster werden erhebliche Unterschiede deutlich. Während die Kinder im Sozialraum-Cluster 1 und 2 nur 7,6 % bzw. 7,9 % Auffälligkeiten in der Visuomotorik aufweisen, liegt der Anteil im Sozialraum-Cluster 5 bei 16,8 %.

Abb. 38: Auffällige Visuomotorik und Erstsprache (n = 5 403)



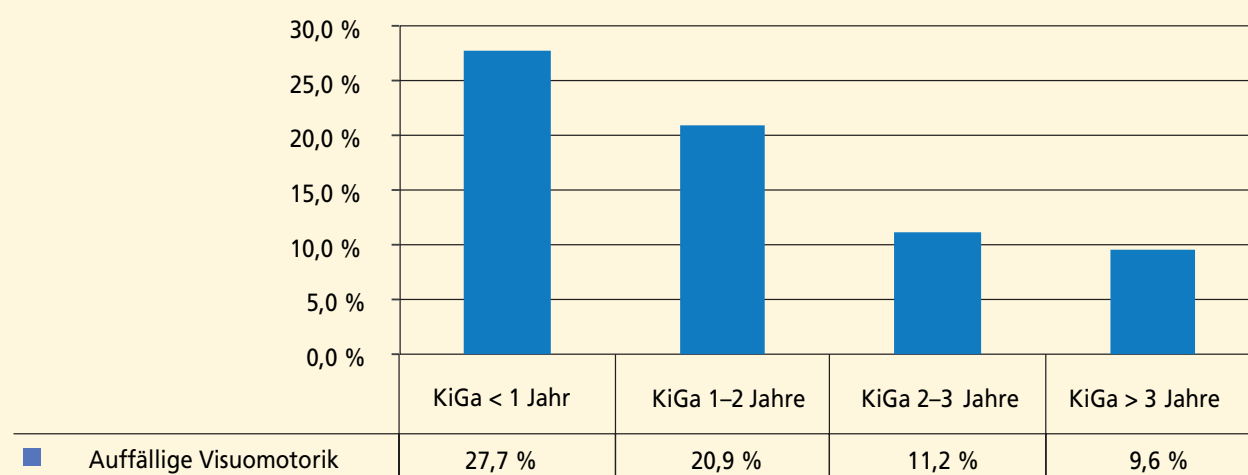
10,1 % der deutschen Kinder erreichen Werte die als nicht altersentsprechend (auffällig) einzustufen sind. Bei Kindern mit einem Migrationshintergrund liegt der Anteil der nicht altersentsprechenden (auffälligen) Werte bei 13,4 %.

Abb. 39: Auffällige Visuomotorik und Bildungsgrad der Eltern (n = 5 547)



Kinder aus Familien mit einem niedrigen Bildungsgrad zeigen wesentlich schlechtere Ergebnisse (17,9 %) in den visuomotorischen Leistungen als Kinder aus Familien mit einem mittleren oder hohen Bildungsgrad.

Abb. 40: Auffällige Visuomotorik und Dauer des Besuchs einer Tageseinrichtung (n = 5 359)



Einen Einfluss hat der Besuch einer Tageseinrichtung. Kinder, die längere Zeit eine Tageseinrichtung besuchen, weisen seltener Auffälligkeiten auf als Kinder, die nur kurz oder ein bis zwei Jahre eine Einrichtung besuchen.

Ergebnisse:

- Jungen weisen häufiger Auffälligkeiten in der Visuomotorik auf als Mädchen.
- Schlechtere Ergebnisse zeigen Kinder, die im Sozialraum-Cluster 4 und 5 leben.
- Unterschiede finden sich zwischen deutschen Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund.
- Kinder aus Familien mit einem niedrigen Bildungsgrad zeigen häufiger Auffälligkeiten in den visuomotorischen Leistungen.
- Kinder die längere Zeit eine Tageseinrichtung besuchen, haben seltener Auffälligkeiten in der Visuomotorik.

2.6 Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern

Hier wird ein komplexer Vorgang beobachtet und beurteilt: Ein Sinneseindruck (Sehreiz) wird aufgenommen, im Gehirn verarbeitet (Wahrnehmung) und in Zusammenhänge eingeordnet (Schlussfolgern).

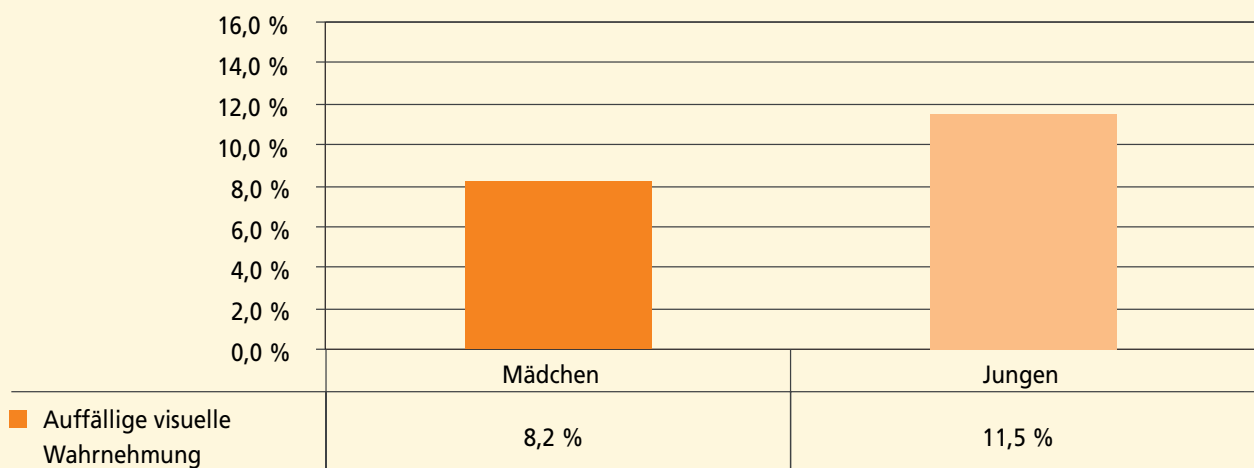
Das visuelle Wahrnehmen und Schlussfolgern ist eine grundlegende Voraussetzung für den Erwerb der Kulturtechniken Lesen, Schreiben, Rechnen und für den Erwerb von neuem Wissen generell.

Konkret muss das Kind im SOPESS Bildgleichheiten bzw. Bildunterschiede erkennen, Bilder Kategorien zuordnen, Bilder in Reihen ordnen.

Das Ergebnis dieses Untertests im SOPESS gibt Hinweise, ob das Kind visuelle Reize erkennen und analysieren kann, als wichtige Vorläuferfähigkeit für das Schreiben und Lesen, es lässt aber auch Rückschlüsse auf das logische Denkvermögen des Kindes und sein Erfahrungswissen zu.

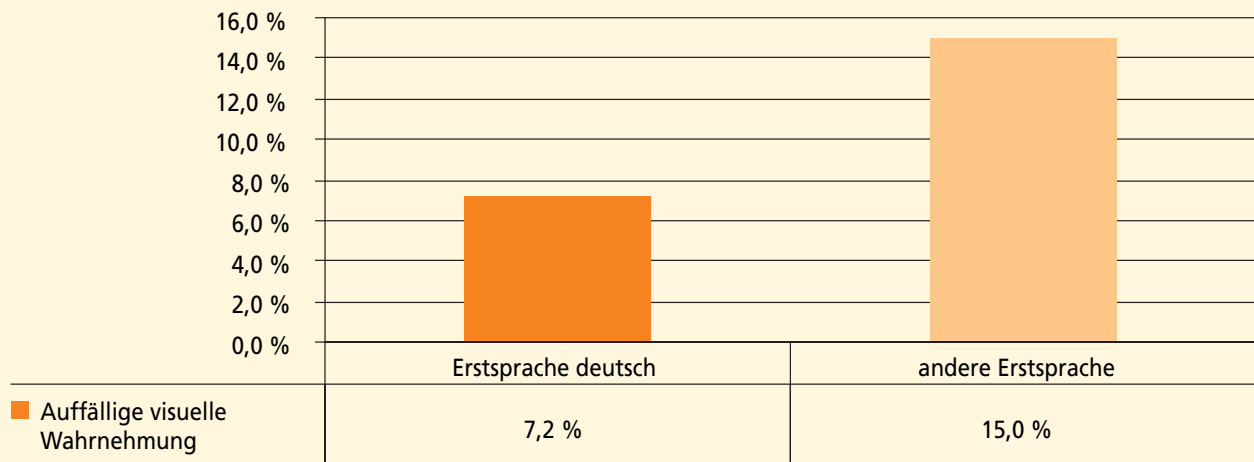
Wie schon bei den Auswertungen zur Visuomotorik werden auch bei dem Untersuchungsmerkmal Visuelles Wahrnehmen und Schlussfolgern nur die Daten der Schuleingangsuntersuchung aus dem Zeitraum 01.07.2010 bis 31.08.2011 herangezogen. Insgesamt standen 5 430 Datensätze zur Verfügung.

Abb. 41: Auffällige visuelle Wahrnehmung bei Mädchen und Jungen (n = 5 430)



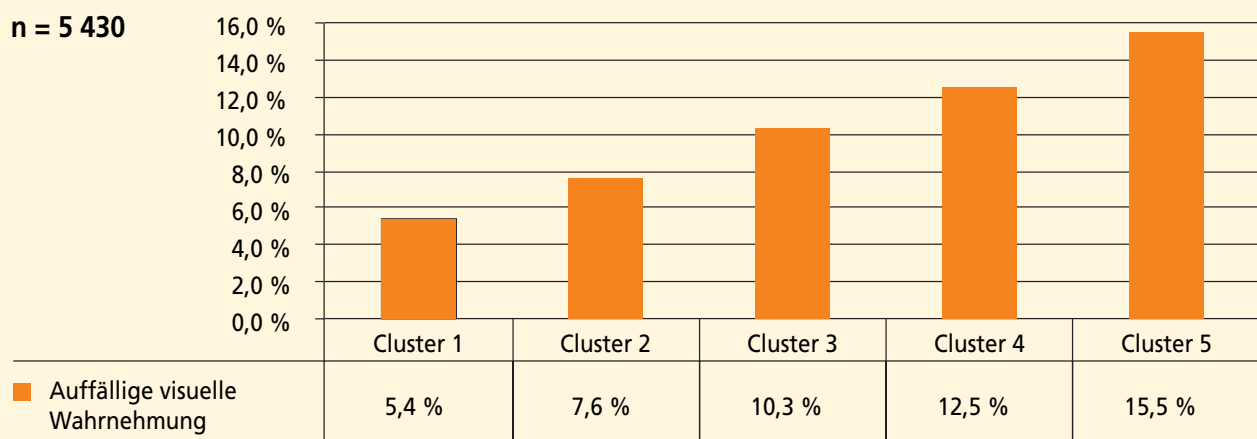
Die obenstehende Grafik zeigt, dass Jungen mit 11,5 % häufiger Auffälligkeiten in der visuellen Wahrnehmung aufweisen als Mädchen mit 8,2 %

Abb. 42: Auffällige visuelle Wahrnehmung und Erstsprache (n = 5 430)



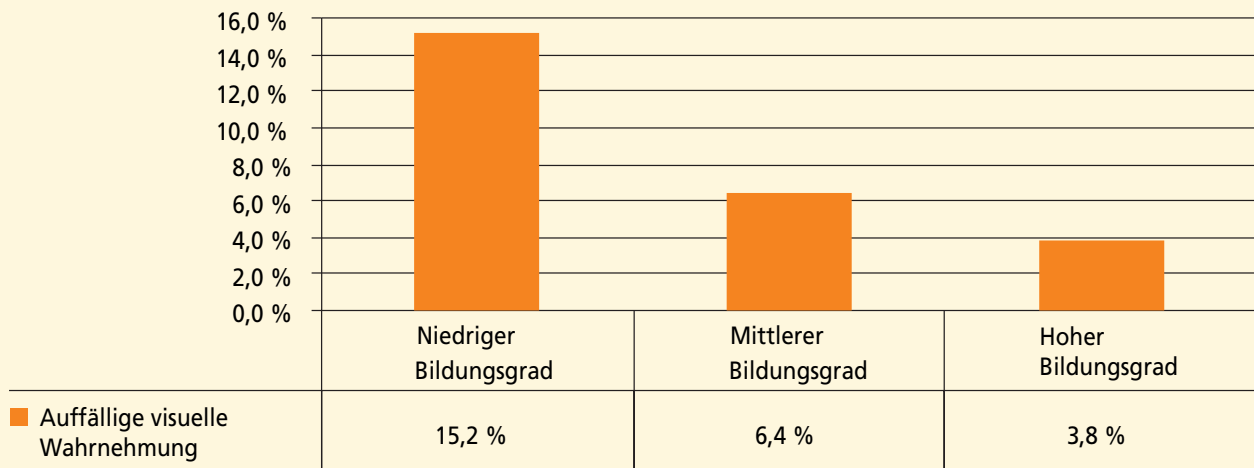
Kinder mit einem Migrationshintergrund weisen mit 15,0 % doppelt so häufig Auffälligkeiten in der visuellen Wahrnehmung auf als deutsche Kinder mit 7,2 %.

Abb. 43: Auffällige visuelle Wahrnehmung in den Sozialraum-Clustern (n = 5 430)



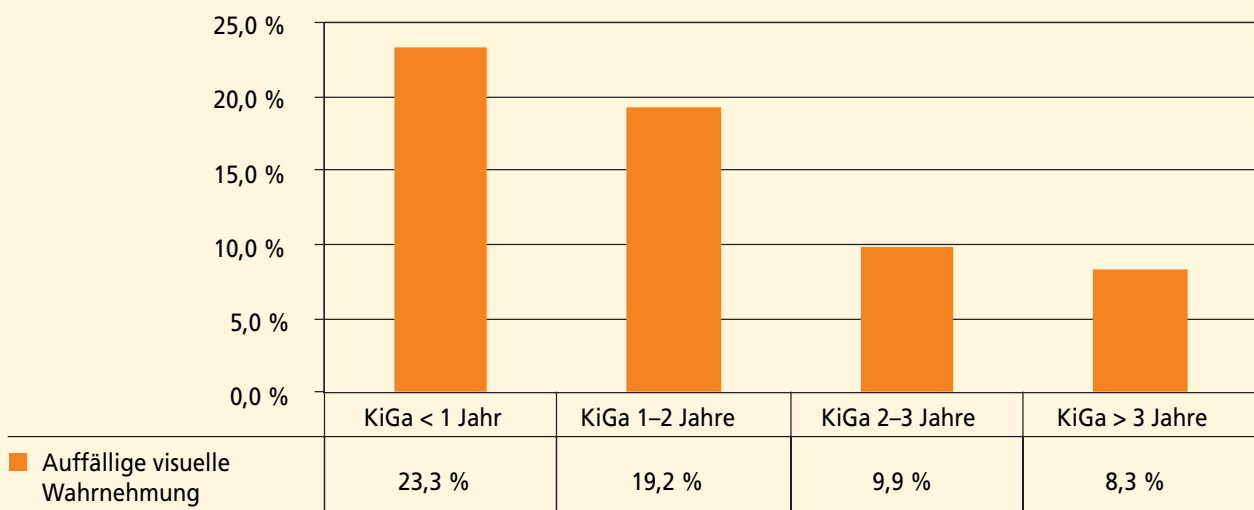
Bei der Verteilung auf die Sozialraum-Cluster sieht man erhebliche Unterschiede. Im Sozialraum-Cluster 1 erreichen nur 5,4 % der Kinder nicht altersentsprechende (auffällige) Werte, während im Sozialraum-Cluster 5 der Anteil der Kinder mit nicht altersentsprechenden (auffälligen) Werten bei 15,5 % liegt.

Abb. 44: Auffällige visuelle Wahrnehmung und Bildungsgrad der Eltern (n = 3 560)



Kinder aus Familien mit einem niedrigen Bildungsgrad zeigen deutlich schlechtere Ergebnisse in der visuellen Wahrnehmung als Kinder aus Familien mit einem hohen oder mittleren Bildungsgrad.

Abb. 45: Auffällige visuelle Wahrnehmung und Dauer des Besuchs einer Tageseinrichtung (n = 5 382)



Deutlich wird auch hier der Einfluss einer Tageseinrichtung. Kinder, die längere Zeit eine Tageseinrichtung besuchen, weisen seltener Auffälligkeiten auf als Kinder, die nur kurz oder ein bis zwei Jahre eine Einrichtung besuchen.

Ergebnisse:

- Jungen weisen häufiger Auffälligkeiten in der visuellen Wahrnehmung auf als Mädchen.
- Schlechtere Ergebnisse zeigen Kinder, die im Sozialraum-Cluster 4 und 5 leben.
- Unterschiede finden sich zwischen deutschen Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund.
- Kinder aus Familien mit einem niedrigen Bildungsgrad zeigen häufiger Auffälligkeiten in der visuellen Wahrnehmung.
- Kinder, die längere Zeit eine Tageseinrichtung besuchen, haben seltener Auffälligkeiten in ihrer visuellen Wahrnehmung.

2.7 Aufmerksamkeit

Aufmerksamkeit ist grundlegende Voraussetzung für alles Lernen. Ein Schulkind soll in der Lage sein, seine Aufmerksamkeit über einen bestimmten Zeitraum aufrecht zu erhalten, seine Aufmerksamkeit auf den Gegenstand des Lernens zu fokussieren und sich von anderen Umgebungsreizen nicht ablenken zu lassen.

Aufmerksamkeitsleistungen sind sowohl Ausdruck von Hirnreife als auch von Lern- und Trainingsprozessen. Die Beurteilung der Aufmerksamkeitsdauer bzw. der Fähigkeit, die Aufmerksamkeit unter bestimmten Umgebungsbedingungen aufrecht zu erhalten, erfordern eine ausreichend lange Beobachtungsdauer, wie sie in einem Schuleingangsscreening nicht realisierbar ist.¹⁵

Im SOPESS wird der Schwerpunkt auf die Überprüfung der selektiven Aufmerksamkeit gelegt, d. h. der Fähigkeit, relevante Reize richtig zu beantworten und Störreize auszublenden. Dies wird mit einer Durchstreichaufgabe überprüft. Auf einem Blatt mit lachenden und traurigen Gesichtern müssen alle traurigen Gesichter durchgestrichen werden.



Bewertet wird die Anzahl der traurigen Gesichter, die das Kind in einer Minute durchstreicht. Die Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung gibt zudem Hinweise, ob das Kind an der Aufgabe „dranbleibt“ oder im Beobachtungszeitraum nachlässt.

Die Aussagefähigkeit des Messergebnisses muss eingeschränkt werden bei Kindern, die im Umgang mit dem Stift noch sehr große Probleme haben, und bei kleinen Perfektionisten, die trotz gegenteiliger Anweisung die Gesichter durchkreuzen, was mehr Zeit erfordert als einfaches Durchstreichen.

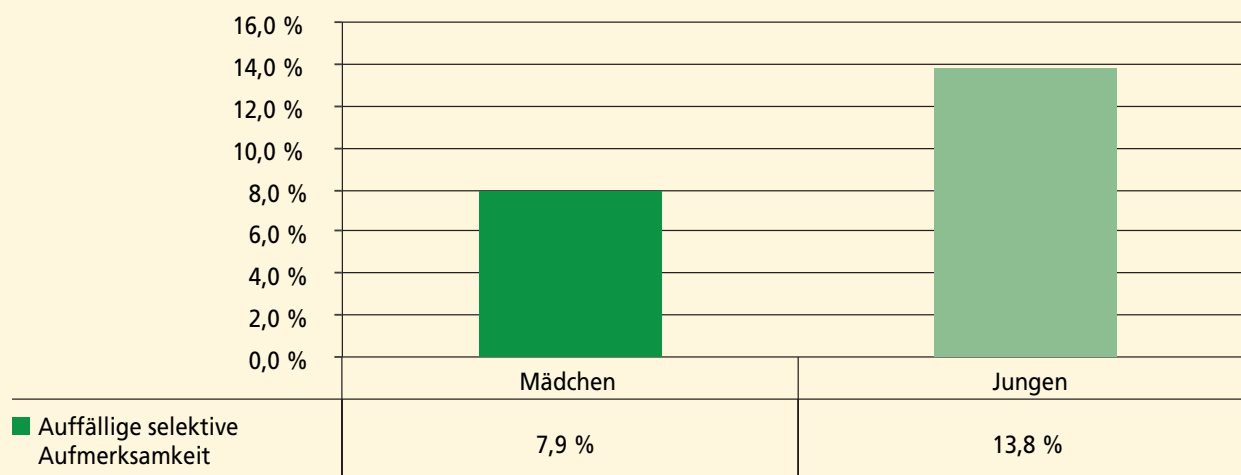
Beeinträchtigungen im Bereich Aufmerksamkeit/Konzentration beeinflussen die Lernfähigkeit u. U. lebenslang. Sie erhöhen den Aufwand und die Anstrengung für Lernleistungen, Misserfolge kommen häufiger vor, was sich wiederum nachteilig auf Lernmotivation und Selbstwertgefühl auswirkt.¹⁶

Wie schon bei den Untersuchungsmerkmalen Visuomotorik und visuelle Wahrnehmung wird auch bei der Aufmerksamkeit für die Auswertungen nur auf die Daten der Schuleingangsuntersuchung aus dem Zeitraum 01.07.2010 bis 31.08.2011 zurückgegriffen. Insgesamt standen 5 410 Datensätze zur Verfügung.

¹⁵ SOPESS – theoretische und statistische Grundlagen

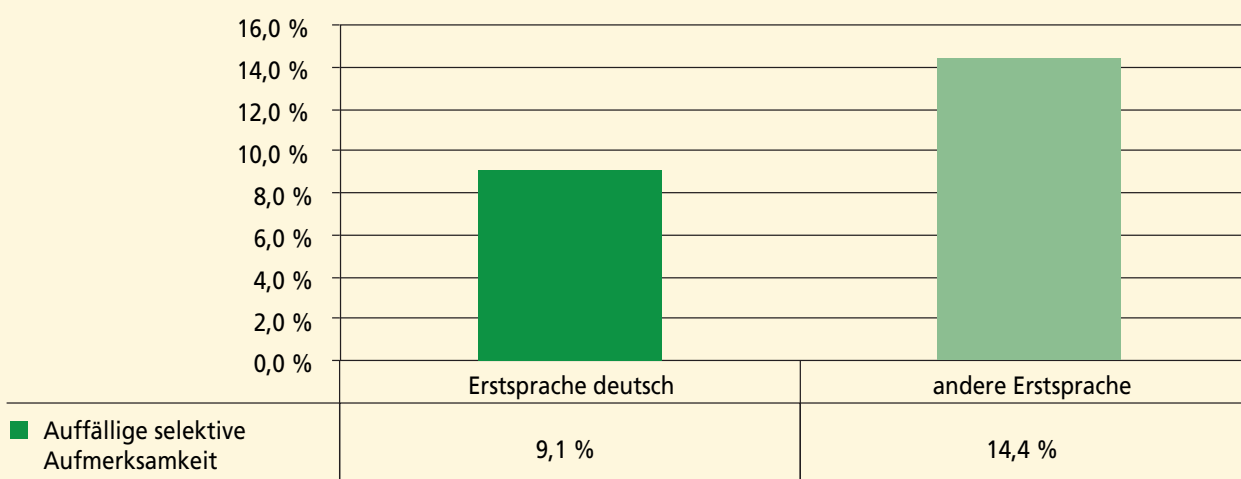
¹⁶ Gabriele Trost-Brinkhues: Auffälliges Entwicklungsscreening – was dann? PowerPoint gestützter Vortrag auf der Fortbildungsveranstaltung „Aktuelle Aspekte der Einschulungsuntersuchung“ am 31.08. und 01.09.2010 in der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

Abb. 46: Auffällige selektive Aufmerksamkeit bei Mädchen und Jungen (n = 5 410)



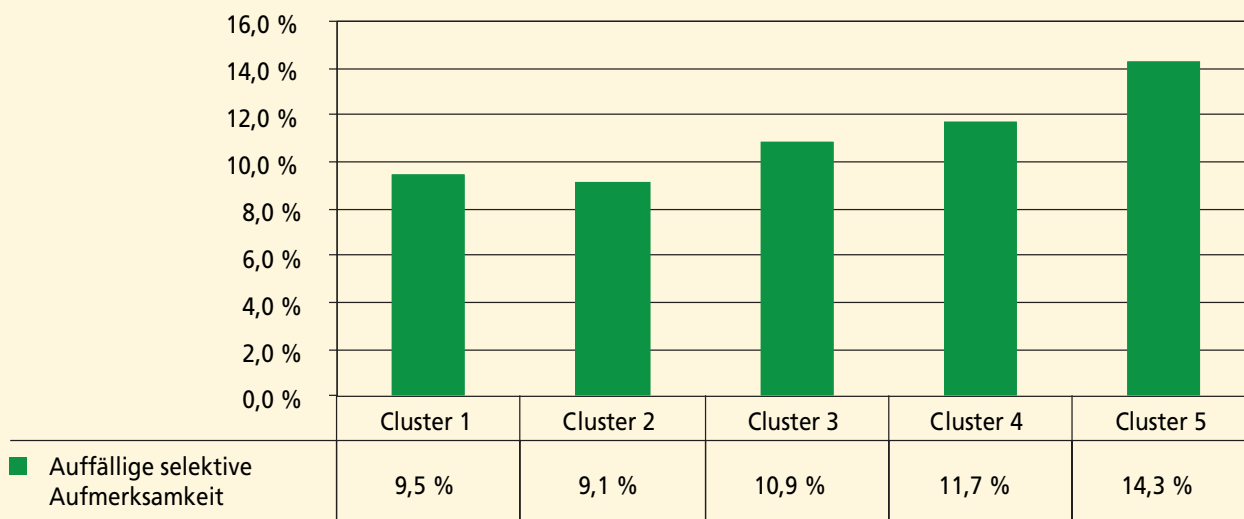
Jungen weisen mit 13,8 % häufiger Auffälligkeiten in der selektiven Aufmerksamkeit auf als Mädchen mit 7,9 %

Abb. 47: Auffällige selektive Aufmerksamkeit und Erstsprache (n = 5 409)



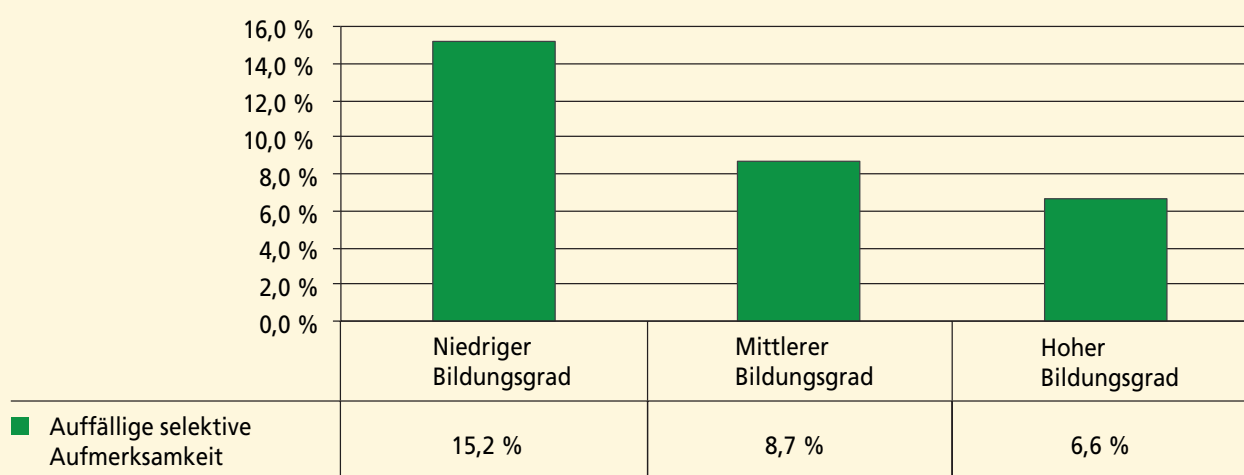
9,1 % der deutschen Kinder erreichen Werte die als nicht altersentsprechend (auffällig) einzustufen sind. Bei Kindern mit einem Migrationshintergrund liegt der Anteil der nicht altersentsprechenden (auffälligen) Werte bei 14,4 %.

Abb. 48: Auffällige selektive Aufmerksamkeit in den Sozialraum-Clustern (n = 5 410)



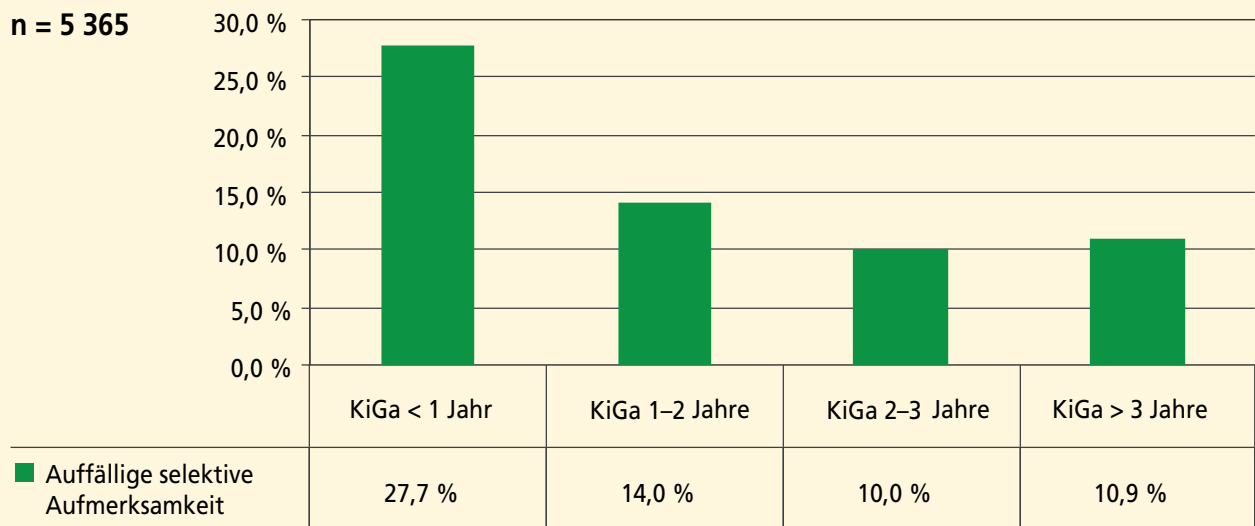
Bei der Verteilung auf die Sozialraum-Cluster sieht man erhebliche Unterschiede. Im Sozialraum-Cluster 1 erreichen nur 9,5 % der Kinder nicht altersentsprechende (auffällige) Werte, während im Sozialraum-Cluster 5 der Anteil der Kinder mit nicht altersentsprechenden (auffälligen) Werten bei 14,3 % liegt.

Abb. 49: Auffällige selektive Aufmerksamkeit und Bildungsgrad der Eltern (n = 3 553)



Kinder aus Familien mit einem niedrigen Bildungsgrad zeigen deutlich schlechtere Ergebnisse in der selektiven Aufmerksamkeit als Kinder aus Familien mit einem hohen oder mittleren Bildungsgrad.

Abb. 50: Auffällige selektive Aufmerksamkeit und Dauer des Besuchs einer Tageseinrichtung



Deutlich wird auch hier der Einfluss einer Tageseinrichtung. Kinder, die längere Zeit eine Tageseinrichtung besuchen, weisen seltener Auffälligkeiten auf als Kinder, die nur kurz oder ein bis zwei Jahre eine Einrichtung besuchen.

Ergebnisse:

- Jungen weisen häufiger Auffälligkeiten in der selektiven Aufmerksamkeit auf als Mädchen.
- Schlechtere Ergebnisse zeigen Kinder, die im Sozialraum-Cluster 4 und 5 leben.
- Unterschiede finden sich zwischen deutschen Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund.
- Kinder aus Familien mit einem niedrigen Bildungsgrad zeigen häufiger Auffälligkeiten in den Leistungen der selektiven Aufmerksamkeit.
- Kinder, die längere Zeit eine Tageseinrichtung besuchen, haben seltener Auffälligkeiten in ihrer selektiven Aufmerksamkeit.

2.8 Sprache

Sprache ist ein wichtiges Werkzeug zum Lernen, weil fast alle Lerninhalte in der Schule über Sprache vermittelt werden. Ebenso wichtig ist sie für die sozial-emotionale Entwicklung, sie ermöglicht es, anderen Menschen Empfindungen, Wünsche und Fragen mitzuteilen.¹⁷

Die Sprachentwicklung hängt von der Hirnreifung ab, ein intaktes Hörvermögen und eine Umgebung, in der das Kind zum Sprechen angeregt wird, sind ebenfalls wichtig.

Die Schritte der Sprachentwicklung verlaufen ab der Geburt in einer bestimmten Reihenfolge innerhalb bestimmter Zeitspannen. Das Tempo der Sprachentwicklung unterscheidet sich aber deutlich von Kind zu Kind. Deshalb führen Anzeichen einer gestörten Sprachentwicklung in manchen Fällen immer noch zu spät zu Konsequenzen.

Der SOPESS überprüft die Merkmale Wortschatz und Grammatik mit den Untertests „Präpositionen“ und „Pluralbildung“, die auditive Merkfähigkeit mit dem Untertest „Nachsprechen von Silbenwörtern“. Während des gesamten Tests wird beobachtet, ob das Kind alle Laute korrekt aussprechen kann, ggf. erfolgt noch eine separate Artikulationsprüfung.

Die Schulärztinnen haben in Dortmund die Möglichkeit, sprachauffällige Kinder in die Sprachberatung des Gesundheitsamtes weiterzuverweisen, bei der eine erweiterte Sprachdiagnostik durchgeführt wird.

Hier werden Artikulationsfehler durch gezielte Anleitung korrigiert, in anderen Fällen wird Eltern die Einleitung einer Sprachtherapie oder eine weitere fachärztliche Abklärung (Kinder- oder HNO-Arzt) empfohlen oder auch eine professionelle Sprachförderung in der Kindertageseinrichtung vermittelt.

Bei Kindern mit nicht-deutscher Erstsprache, das sind in Dortmund etwa ein Drittel der Einschüler (s. S. 11), wird bei der Schuleingangsuntersuchung die Sprachfähigkeit in Deutsch nach fünf Kategorien eingeschätzt.

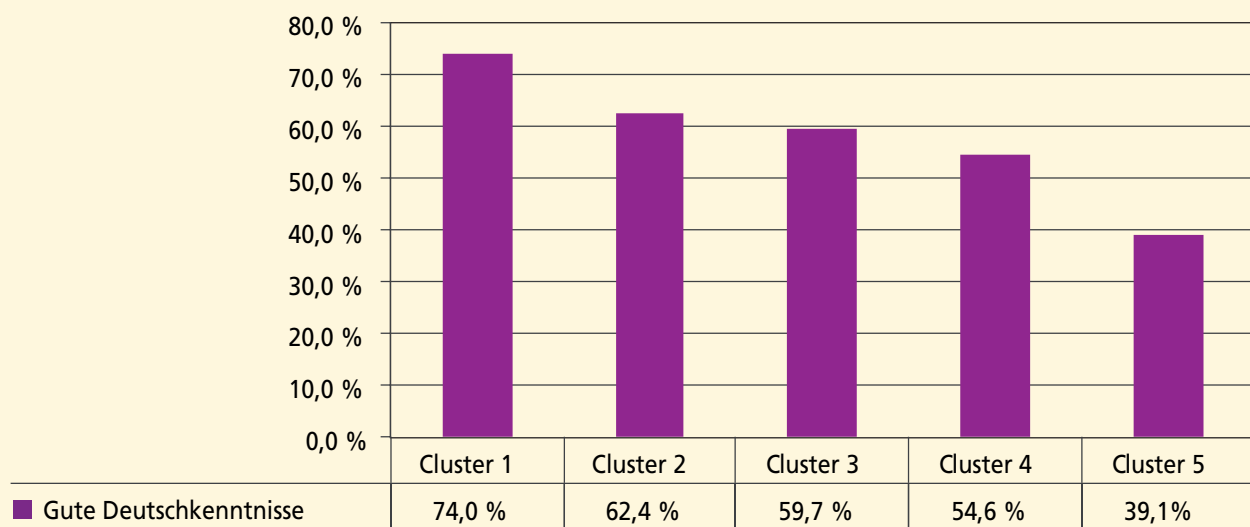
1. Das Kind spricht kein deutsch.
2. Das Kind spricht radebrechend deutsch (rudimentärer Wortschatz, Zwei- oder Mehrwortsätze grammatikalisch inkorrekt).
3. Das Kind spricht flüssig deutsch, jedoch mit erheblichen Fehlern (ausreichender Wortschatz, noch viele und auch erhebliche grammatikalische Fehler).
4. Das Kind spricht flüssig deutsch, jedoch mit leichten Fehlern. (guter und ausreichender Wortschatz, leichte grammatikalische Fehler in der Spontansprache).
5. Das Kind spricht fehlerfrei und flüssig deutsch (unterscheidet sich nicht von einem Kind deutscher Muttersprache, ein vorhandener Akzent wird nicht berücksichtigt).

Für das Merkmal „gute Deutschkenntnisse“ werden die Kategorien 4 und 5 zusammengefasst. Im Einschulungsjahr 2011 weisen insgesamt etwas mehr als die Hälfte der untersuchten Kinder (54,0 %) Kinder mit einem Migrationshintergrund gute Deutschkenntnisse auf.

Betrachtet man die einzelnen Sozialraum-Cluster erhält man ein sehr unterschiedliches Bild.

¹⁷ Sopess – theoretische und statistische Grundlagen

Abb. 51: Gute Deutschkenntnisse bei Schulanfängern mit Migrationshintergrund im Sozialraum-Clustern (n = 1 964)



Von den im Sozialraum-Cluster 1 lebenden Kindern mit Migrationshintergrund können 74 % auf gute Deutschkenntnisse zurückgreifen, während im Sozialraum-Cluster 5 von den dort lebenden Migrantenkindern nur 39,1 % gute Deutschkenntnisse vorweisen können.

Noch nicht ausreichende Kenntnis der deutschen Sprache erschwert Kindern den Schulstart. Auch bei der Durchführung der Schuleingangsuntersuchung muss die Deutschkompetenz der Kinder berücksichtigt werden. Durch Gestik und unter Zuhilfenahme des Testmaterials lässt sich in der Regel ein gutes Aufgabenverständnis erzielen.

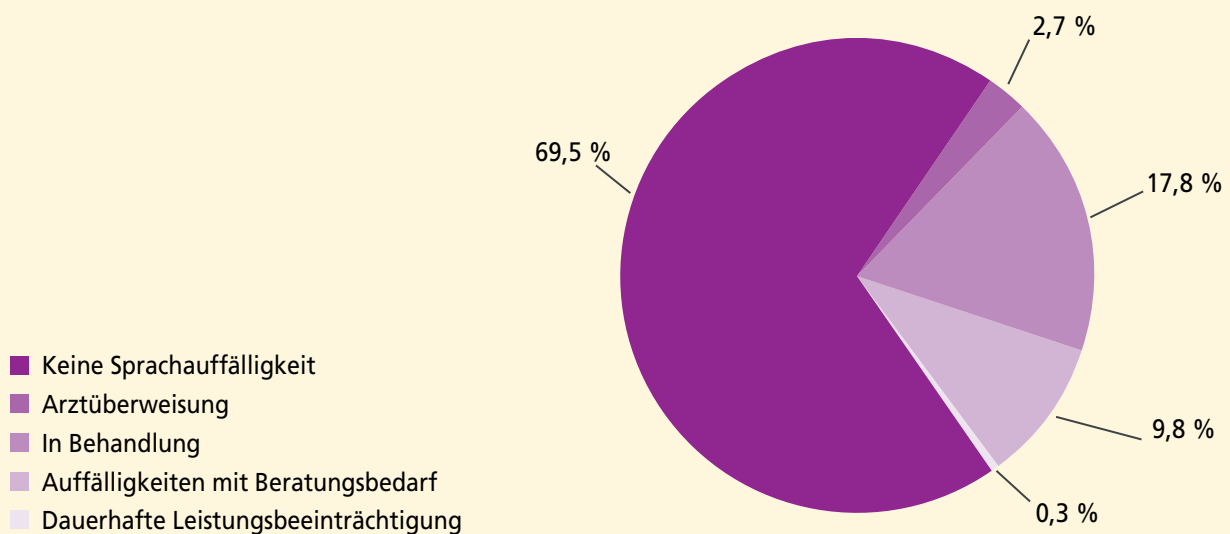
Allerdings ist der Sprachteil des SOPESS bei Kindern mit schlechten Deutschkenntnissen erschwert. Häufig stellt sich dann die Frage, ob ein auffälliges Testergebnis im SOPESS auf eine Störung der Sprachentwicklung oder auf eine noch nicht ausreichende Kompetenz in der deutschen Sprache zurückzuführen ist. Neben Angaben der Eltern, wie das Kind die Herkunftssprache beherrscht, liefert der Untertest „Nachsprechen von Silbenwörtern“ (sogenannte Quatschwörter wie z. B. Su – mi – ra – ti), der nicht von der Deutschkompetenz abhängt, Hinweise auf die Ursache des beobachteten Problems. Ggf. ist auch hier eine Vorstellung in der Sprachberatung hilfreich.

Aufgrund des hohen Anteils von Dortmunder Einschülern aus Familien mit Migrationshintergrund und der vorab geschilderten Überschneidungen von genuine Sprachproblemen und Deutscherwerbsproblemen im SOPESS lässt eine bloße Betrachtung der jeweils erreichten Punktwerte in den einzelnen Untertests keine genauen Rückschlüsse auf das Vorliegen einer Sprachstörung zu. Wir werten deshalb Sprachauffälligkeiten anhand der folgenden Merkmale aus:

- Das Kind zeigt keine Sprachauffälligkeiten.
- Das Kind erhält Sprachtherapie.

- Es ergibt sich hinsichtlich der Sprachauffälligkeiten ein Beratungsbedarf, der zum Teil von der Sprachberatung abgedeckt wird.
- Das Kind wird zur Abklärung von Sprachauffälligkeiten an den Kinderarzt überwiesen.

Abb. 52: Störungen in der Sprachentwicklung aller Schulanfänger (n = 4 975)



Insgesamt zeigen 30,6 % der Kinder Auffälligkeiten im Sprachtest. 17,8 % befinden sich bereits in sprachtherapeutischer Behandlung. 2,7 % wurden direkt einem Kinderarzt zugewiesen. Bei 9,8 % wurde der Beratungsbedarf zunächst von den Schulärztinnen unter Einbeziehung der Sprachberatung abgedeckt. Fast 70% der Kinder weisen keinerlei Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung auf.

Ergebnisse:

- 54 % der Einschüler mit Migrationshintergrund verfügen über gute Deutschkenntnisse.
- Schlechtere Ergebnisse erreichen Migranten-Kinder, die im Sozialraum-Cluster 5 leben.
- Bessere Ergebnisse erreichen Migranten-Kinder, die im Sozialraum-Cluster 1 leben.
- Gut 30 % aller Schulanfänger zeigen Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung.
- Knapp 18 % aller Schulanfänger befinden sich zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung in logopädischer Behandlung.

2.9 Zahlen und Mengenverständnis

Bei der Einführung des Entwicklungsscreenings SOPESS im Sommer 2010 zeigte sich, dass dieses Verfahren eine längere Untersuchungszeit erfordert als das bis dahin eingesetzte Screening S-ENS. In Anbetracht unserer personellen Situation war eine Steigerung des Zeitaufwands für die Schuleingangsuntersuchungen nicht möglich. So entschlossen wir uns, das Item „Zahlen und Mengenverständnis“, das der SOPESS vorsieht, nicht flächendeckend bei den Schulanfängern zu überprüfen.

Eine Überprüfung dieser ohne jeden Zweifel wichtigen Vorläuferfunktion für schulisches Lernen ist Bestandteil aller uns bekannten Schulspiele, mit denen die Grundschulen ihre zukünftigen Schulanfänger bei der Anmeldung kennenlernen. Erkenntnisse über den Förderbedarf eines Kindes in diesem Bereich kann die Schule direkt aus den Ergebnissen des Schulspiels ableiten, so dass hier die Mitwirkung des Schularztes am ehesten verzichtbar ist.

3. Zusammenfassung

Der hier vorliegende Bericht gibt einen Überblick über die gesundheitliche Situation der Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung. Die Grundlage dieses Berichts bilden die Daten der Schuleingangsuntersuchung der Jahre 2008–2011.

Für die Darstellung der schulrelevanten Entwicklungsbereiche wie Körperkoordination, Visuomotorik (Auge-Hand-Koordination), visuelle Wahrnehmung, selektive Aufmerksamkeit wurden – bedingt durch das neue Screening-Verfahren SOPESS – nur die Daten aus 2010/11 verwendet.

Anders als in vorangegangenen Berichten wurden hier nicht die Arztüberweisungen und Behandlungen ausgewertet, sondern die Auffälligkeiten, die noch nicht in jedem Fall einen Krankheitswert aufweisen müssen, aber häufig durch gezielte frühzeitige Förderung kompensiert werden können.

Jahresvergleiche: Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Übergewicht, Körperkoordination.

In den Jahren 2008–2011 konnte die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung U9 gesteigert werden, im gleichen Zeitraum konnte die MMR-Durchimpfungsrate gesteigert werden. Die beobachteten Steigerungen der Teilnahmequote an Vorsorgeuntersuchungen und der Durchimpfungsrate im Jahresvergleich sind Ergebnis des Zusammenwirkens unterschiedlicher Akteure im Gesundheitswesen. Zu nennen sind hier die niedergelassenen Kinderärzte, die Eltern informieren und motivieren, Krankenkassen, die ihre Mitglieder an anstehende Untersuchungs- und Impftermine schriftlich erinnern – z. T. machen dies auch Kinderarztpraxen – der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes, der zusammen mit den Familienbüros die Elternarbeit der Kindertageseinrichtungen unterstützt. Als Beispiel sei hier das Projekt „Ich geh zur U“ genannt, dass die Kinder, die an der Untersuchung teilgenommen haben, mit einem T-Shirt belohnt. Zukünftig wird auch die neue Gesetzeslage der Meldepflicht zur Teilnahme an den U-Untersuchungen (U Teilnahme DatVO) eine Rolle spielen.

Im Jahresvergleich 2008 bis 2011 ist das Übergewicht bei Einschülern nicht weiter angestiegen. Auch die Stagnation von Übergewicht bei Einschulungskindern im Jahresvergleich ist als Erfolg zu werten, weil die Übergewichtsquote in anderen Altersgruppen kontinuierlich ansteigt. Einen wesentlichen Anteil an dieser Entwicklung haben wiederum die Akteure im Gesundheitswesen und die Kindertageseinrichtungen. Der Abnahme motorischer Auffälligkeiten bei Einschülern im Jahresvergleich liegen vermutlich die gleichen Bemühungen zu Grunde. Das Bewegungsverhalten von Kindern lässt sich durch Sportangebote in Kindergärten oder Sportvereinen schneller und deutlicher verbessern als ihr Essverhalten, bei dem auch vielerlei familiäre Einflüsse eine Rolle spielen.

Mädchen/Jungen

Es gibt keine Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen bei der Inanspruchnahme von Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen sowie beim Übergewicht.

In allen SOPESS-Bereichen schneiden Mädchen besser ab als Jungen, d. h. Mädchen sind in schulrelevanten Fähigkeiten Jungen überlegen. Dies entspricht auch weit verbreiteter Erfahrung. Die meisten Entwicklungstests haben keine unterschiedliche Normierung für Mädchen und Jungen, lediglich der Mann-Zeichen-Test nach Ziler,

ein Verfahren zur Abschätzung des Entwicklungsstandes eines Kindes¹⁹, beschreibt statistisch relevante Unterschiede in den Testergebnissen zwischen Mädchen und Jungen unterhalb des 11. Lebensjahres²⁰ und hat entsprechend unterschiedliche Normwerte. Diese Unterschiede von Jungen und Mädchen beruhen auf genetischer Programmierung, Einflüssen der Erziehung und unterschiedlichem Spielverhalten. Welches Gewicht die jeweiligen Einflussfaktoren haben, lässt sich nicht sagen.

Sozialraum-Cluster

Die Untersuchungsergebnisse der Kinder sind umso besser, je weniger Belastungen ihr Sozialraum aufweist. Die Entwicklungschancen von Kindern werden wesentlich durch ihre sozialen Verhältnisse beeinflusst. In sozial belasteten Quartieren leben überproportional viele Familien in schwierigen Lebenslagen.

Migration

Kinder mit Migrationshintergrund haben einen schlechteren Vorsorgestatus, häufiger Übergewicht und im SOPESS schlechtere Ergebnisse als deutsche Kinder. Das Aufwachsen mit zwei Sprachen und zwischen zwei Kulturen stellt hohe Anforderungen an Kinder und Eltern, was sich auf die Bewältigung sonstiger Entwicklungsaufgaben auswirken kann. Zudem weisen Migrantenfamilien überproportional häufig einen niedrigen Bildungsgrad auf und leben in sozial belasteten Stadtteilen, so dass verschiedene, für die kindliche Entwicklung nachteilige Einflüsse zusammentreffen.

Bildungsgrad

Kinder aus Familien mit hohem und mittlerem Bildungsgrad finden in ihren Familien bessere Entwicklungsbedingungen vor als Kinder aus bildungsfernen Familien. Dies spiegelt sich wider im Vorsorgeverhalten, im Vorkommen von Übergewicht und in den SOPESS-Testergebnissen.

Dauer des Kindergartenbesuchs

Die Dauer des Kindergartenbesuchs hat eine positive Auswirkung auf die Teilnahme an der U9, auf die Durchimpfungsrate und auf das Vorhandensein schulerelevanter Fähigkeiten. Der Besuch einer Kindertageseinrichtung verbessert also Gesundheits- und Entwicklungschancen. Dies gilt in besonderem Maß für sozial benachteiligte Kinder.

Folgerungen

Die hier vorliegenden Daten identifizieren in anschaulicher Weise Zielgruppen, die einer gesonderten Förderung zugeführt werden müssen: Kinder mit Migrationshintergrund und Kinder aus Familien mit einem niedrigen Bildungsgrad. Die zuvor genannten Familien sind besonders häufig in den Sozialraum-Clustern 4 und 5 anzutreffen.

¹⁹ Udo Rauchfleisch, *Kinderpsychologische Tests*, Stuttgart 2007

²⁰ Jörg Fliegner, *Auswertungsaktualisierung des MZT*, Dissertation Uni Bielefeld 2007

Die Verweildauer in einer Tageseinrichtung für Kinder hat positive Auswirkungen auf das Vorhandensein schulrelevanter Fähigkeiten und auf das sonstige Gesundheits- und Vorsorgeverhalten.

Dies macht deutlich, dass frühzeitige Interventions- bzw. Unterstützungsmaßnahmen die Gesundheits- und Entwicklungschancen sozial benachteiligter Kinder verbessern können.

Beispielprojekte

Aus der gemeinsamen Verantwortung für ein gesundes Aufwachsen der Dortmunder Kinder ergeben sich vielfältige Kooperationen zwischen Akteuren aus dem Gesundheitswesen, Jugendamt, Familienprojekt, Schulen und Tageseinrichtungen und nicht zuletzt dem Gesundheitsdienst für Kinder- und Jugendliche des Gesundheitsamtes. Dies drückt sich aus in zahlreichen Maßnahmen bzw. Projekten.

Beispielhaft sei hier verwiesen auf das Projekt „Kein Kind zurücklassen“, welches auf Initiative der Landesregierung die Lebenssituation und Zukunftschancen von Kindern und Jugendliche verbessern soll.

Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen und die Bertelsmann Stiftung haben eine Kooperation für ein gemeinsames Modellvorhaben vereinbart, das gezielte, vorbeugende Politik in „kommunalen Präventionsketten“ etablieren soll.

Vor Ort sollen institutionsübergreifend bereits vorhandene Ressourcen und Programme optimiert und besser miteinander vernetzt werden.

Chancengerechtigkeit und Entwicklungsmöglichkeiten jedes einzelnen Kindes sollen verbessert werden.

Bei diesem Gesamtvorhaben geht es nicht um den Aufbau neuer Projektstrukturen, sondern vielmehr um die Verbesserung bestehender Kooperations-, Förder- und Angebotsstrukturen vor Ort.

Dortmund ist eine der 18 Städte, die als Modellkommunen ausgewählt wurden. Das Projekt ist eingebunden in die Lenkungsgruppe „Aktionsplan Soziale Stadt“. Für die Projektleitung zeichnet sich das Familienbüro verantwortlich. In einer interdisziplinär zusammengesetzten Projektgruppe wird die Arbeit der Akteure der einzelnen Teilprojekte koordiniert. Angelehnt an das Lebenslagenmodell ist ein Schwerpunkt die Gestaltung von Übergängen z.B. Kindergarten/Grundschule, Schule/Beruf etc., um so jedes Kind mitzunehmen.

Ein weiteres Kooperationsbeispiel bietet die Teilnahme des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes an den Informationsveranstaltungen für Eltern vierjähriger Kinder in Schulen der Sozialraum-Cluster 4 und 5. Diese nach dem Schulgesetz verpflichtenden Veranstaltungen von Schulen, die in Kooperation mit Tageseinrichtungen und den Familienbüros durchgeführt werden, haben neben dem Informationscharakter auch den Schwerpunkt Fördermöglichkeiten für die noch verbleibenden zwei Jahre vor der Einschulung aufzuzeigen.

Seit drei Jahren ergänzen Mitarbeiterinnen des Gesundheitsdienstes für Kinder- und Jugendliche des Gesundheitsamtes diese Veranstaltungen um sozialmedizinische Inhalte in Bezug auf die Förderung schulrelevanter Fähigkeiten sowie die Bedeutung von Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen.

Die hier beispielhaft aufgeführten Projekte zeigen nur einen kleinen Ausschnitt aus den Anstrengungen der Akteure im Gesundheits- und Bildungsbereich, allen Kindern ein gesundes Aufwachsen und ein erfolgreiches Lernen zu ermöglichen, unabhängig von Ethnie, Bildungshintergrund der Eltern, sowie der ökonomischen Möglichkeiten der Familie.

Ausblick

Mit dem vorliegenden Bericht ist eine umfangreiche und differenzierte Informationsgrundlage über den Gesundheitszustand von Schulanfängern und Schulanfängerinnen in Dortmund geschaffen.

In den letzten Jahren hat sich in den Bereichen Gesundheit, Jugend, Familie und Schule eine gute Zusammenarbeit entwickelt. Ziel muss es sein, diese bestehenden Kooperationen zwischen den einzelnen Fachprofessionen weiter zu intensivieren und kontinuierlich auszubauen, um so ein abgestimmtes Handeln entwickeln zu können.

Hierbei macht es Sinn, bereits bestehende Projekte und ggf. noch zu entwickelnde Handlungsstrategien in eine übergreifende Gesamtstrategie einzubetten.

Auch wenn in der zurückliegenden Zeit schon Vieles erreicht wurde, der Herausforderung, jedem Dortmunder Kind ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, müssen wir uns weiterhin stellen. Jedes Kind ist uns wichtig.

4. Förderempfehlungen

Seit 2012 geben die Schulärztinnen des Gesundheitsamtes im Rahmen der Schuleinganguntersuchung den Eltern die vom Kinder- und Jugendgesundheitsdienst entwickelten Übungsanregungen für ihre noch ungeübten Kinder mit. Zwei weitere Übungsanregungen zu Hörwahrnehmung und Mengenverständnis werden derzeit erarbeitet und stehen 2013 zur Verfügung.

Fit für die Schule Übungsanregungen Vom Malen zum Schreiben



Tipps Ihrer Schulärztinnen

Stadt Dortmund
Gesundheitsamt



Fit für die Schule Übungsanregungen zur Förderung der Bewegung und Geschicklichkeit



Tipps Ihrer Schulärztinnen

Stadt Dortmund
Gesundheitsamt



5. Abkürzungen

SEU	Schuleingangsuntersuchung
SOPESS	Sozialpädiatrische Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen
MMR	Masern, Mumps, Röteln
BMI	Body-Mass-Index
S-ENS	Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
LIGA	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (heute: Landeszentrum Gesundheit (LZG))
U Teilname DatVO	Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen)

6. Literaturangaben

Sekundärliteratur zum Gesundheitsbericht

Universität Bremen: Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS, herausgegeben vom Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, 2009

Gabriele Trost-Brinkhues: Auffälliges Entwicklungsscreening – was dann? Power-Pointgestützter Vortrag auf der Fortbildungsveranstaltung „Aktuelle Aspekte der Einschulungsuntersuchung“ am 31.08. und 01.09.2010 in der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

Franz Petermann, Monika Daseking: Screening und Schuleingangsdiagnostik, Gesundheitswesen 2011; 73: 635–636

Monika Dasking et al: Vorhersage von schulischen Lernstörungen durch SOPESS, Gesundheitswesen 2011; 73: 650–659

Bericht der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin 2011.

Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M. et al: Monatsschrift Kinderheilkunde 149, 2001, 807–818

Sozialberichterstattung Nordrhein Westfalen, Prekäre Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen in NRW 2009, Kap. 7 Gesundheit und Entwicklung

Jahresbericht 2006 Schulärztliche Untersuchungen in NRW.

www.bzga-kinderuebergewicht.de/adipo_mtp/grundlagen/situation.htm

Jörg Fliegner: Auswertungsaktualisierung der Mann-Zeichen-Tests, Dissertation Uni Bielefeld 2007

Udo Rauchfleisch: Kinderpsychologische Tests, Stuttgart 2001

Epidemiologisches Bulletin des Robert Koch Institutes, Ausgabe 30/2012

Bericht zur sozialen Lage Dortmund 2007

